

服薬継続における「自己決定の尊重」と看護 ～当事者の語りをとおして考える～

齋藤 まさ子

新潟青陵大学看護学科

"Esteem of self-decision" in continuance of taking medicine and nursing to it Through person concerned's talking

Masako Saito

NIIGATA SEIRYO UNIVERSITY
DEPARTMENT OF NURSING

Abstract

Through talking of a certain person who repeated hospitalization and release by interrupting the antipsychotic taking medicine, the role of the nursing to continue taking medicine by the self-decision is considered and nursed being requested so that the patient might independently continue taking medicine clarified something. In it, it is a role of nursing to support the process until the patient recognizes and consents in the necessity of continuance of taking medicine by himself. Concretely, it is important to do informed consent that follows the specialty of nursing in a daily help scene concerning the drug therapy and group therapy scenes of SST and the psychology education, etc. Moreover, it is necessary that the nursing master attempt help that can regain courage that the patient can take the action because the patient can do mutual trust, and comes to be able to discuss the medicine with frankly with the doctor.

For instance, not only a group therapy approach but also individual correspondence is requested for a personal problem of related to privacy like obesity as for nursing. The place in which it can consult about the thing that it worries about the side effect at anytime is necessary for the person concerned who lives in the region.

Key words

continuance of taking medicine , Self-decision , informed consent , empowerment

要 旨

抗精神病薬の服薬中断により入退院を繰り返したある当事者の語りをとおして、服薬継続における「自己決定の尊重」と看護の役割について考察し、主体的に服薬継続をしていくために看護が求められていることは何かを明らかにした。患者が自ら服薬継続の必要性を認識し納得する、そのプロセスを支援していくことが看護に求められる。具体的には、薬物療法に関する日常的な援助場面や、SST・心理教育などの集団療法的な場面で、看護の専門性に則ったインフォームド・コンセントを行っていく、患者 - 医師間に信頼関係ができ、薬に関して率直に話し合いができるようになるために、患者自らが行動を起こせるようなエンパワメントを図っていくことが挙げられる。また、肥満のような個人的なプライバシーに関わる副作用については、集団療法的アプローチとともに個別的な対応が求められる。その対応策は、患者自ら判断でき、その人なりの無理のない実践が可能となるように支援をする。地域で生活する当事者には、副作用などの困りごとをいつでも相談できる「場」が必要である。外来などを利用して、患者に最も近くにいる看護が中心となつて、「場」を提供する対策が必要である。

キーワード

服薬継続 自己決定 インフォームド・コンセント エンパワメント

はじめに

日本看護協会は、1988年に作成した「看護師の倫理規定」を、2003年に「看護師の倫理綱領」と改定し、新たに「患者の自己決定の尊重」に関する内容を加えた¹⁾。

精神科医療においては、閉鎖的な環境、強制医療、判断能力の問題、偏見やスティグマの存在などにより、「自己決定の尊重」が患者の人権擁護のために特に重要な概念である。看護においても、非自発的入院や行動制限を実施する場面はもとより、薬物療法への援助や日常生活の細やかな場面まで、患者が自己決定できるように支援していくことが求められている。

「自己決定の尊重」を語る時、その前提としてインフォームド・コンセントがなければならない。わが国の精神科医療におけるインフォームド・コンセントは、1991年に国連総会において採択された「精神疾患を有する者の保護及びメンタルヘルス・ケア改善のための原則（以降、国連原則と略す）」の原則11^{注1)}において明文化されて以来、社会的要請となりつつあり、医師や看護師は急速な意識改革を迫られてきた。十分な情報のもとで、患者が、理解し納得した上での自主的な判断によって選択決定する流れを、患者 - 看護師関係をとおして支えていくプロセスが、精神科看護実践の重要事項である。

ところで、薬物療法は精神科治療の基本であり、退院後の服薬継続は症状の安定維持のために必要なものであるが、現実には服薬中断により再入院するというケースが後を絶たない状況がある。その背景には、病識や認知能力の有無の問題から服薬の必要性を認識しにくいことや、副作用を知ることにより服薬中断につながる可能性があるのではないかという医療者側の判断などから、十分なインフォームド・コンセントが行われなかったことがある。その結果、患者が納得して自らの意志で服薬を継続するという「自己決定」による主体的な服薬行動を起こせなかったことが挙げられる。その対策としてSST（社会生活技能訓練；Social skills training）や心理教育による集団療法的なもの、服薬教育プログラム

を用いて個別に対応する教育方法などが実践され、医師や薬剤師をはじめ看護者²⁾³⁾⁴⁾⁵⁾⁶⁾⁷⁾からも報告されている。

精神科薬物療法において、患者への投薬、その効果と副作用の観察、それに対する日常生活援助、退院後の自己管理のためのリハビリテーション等、看護が果たす役割と責任は大きい。退院後も主体的に服薬を継続していただけるために看護が求められていることは何か、精神の病を40年近く扱いながら社会生活をしている一人の当事者の語りを通して考察する。

研究目的

ある当事者の語りをとおして、退院後も患者の自己決定により主体的に服薬を継続していくために、看護が求められていることは何かを明らかにする。

方法

1. 対象者紹介

A氏 女性 50歳代後半

高校を卒業後、都会にある企業に事務職員として就職した。20歳時に、突然精神運動興奮状態となり、近隣の精神科病院に入院した。退院後は帰省し、実家の近くのアパートを借り、家族に経済面の支えを受けながらアルバイトをして生計を立てていた。初回入院から40代半ばまで5回の入退院を繰り返しているが、その都度服薬中断があった。この十数年間は、主体的に服薬を継続しながら作業所に通う毎日である。

2. データ収集・分析方法

地域の作業所に通う調査対象者に、薬物療法の体験を聴くことにより「薬物療法における看護の役割を考えたい」という研究の目的を説明し、研究への協力について依頼し了承が得られた。作業所において、半構造的インタビューを45分間行い、逐語録を作成した。対象の体験で主体的に服薬行動を起こせるようになったプロセスに焦点を当てながら、語られた内容をKJ法によりカテゴリー化して下

位カテゴリーを抽出し、さらに中位カテゴリー、上位カテゴリーにまとめた。

3. 倫理的配慮

研究の主旨を理解した対象者に、研究目的、方法、倫理的配慮について口頭および紙面にて説明し、語りたくない内容は無理に語らなくていいこと、得られたデータは研究以外には使用しないこと、途中で中断したい場合はいつでも中断できることを説明した。

結果

インタビューで語られた内容から、服薬に関する抵抗感 <薬に関する知識がない> 副作用による苦痛 看護師の対応 姉への感謝 医師との関係 服薬継続の必要性の認識 の7つのカテゴリーが見いだされた。詳細は表1に示した。上位カテゴリー、中位カテゴリー、下位カテゴリーの順に表記し、生データは「 」で示した。

1) 服薬に対する抵抗感

(1) 服薬を受け入れられない

A氏は発症するまで、服薬体験の記憶がないほど健康に過ごしていた。

「最初の入院のときは、あんまり健康な方で、薬などは飲んだことがなく、飲むこと自体がすごく受け入れられなくてね。飲みたくないですよ、お薬なんて、好きな人いないと思うんですよ」と語る。

(2) 自己判断しがち

「この病気って体験しないとわからないことがあって、人のことを聞かない特徴があるんです。自分はそんなお薬いらないから、そんなのいいって感じですよ」と疾病の特徴に関連付けて語る。

2) 薬に関する知識がない

(1) 薬の効果や副作用を知らない

「薬の効能について説明を受けませんでした。あまりにも突然の病気だったから自分に余裕がなく、駆けつけた母が泣いている光景忘れられません。お薬の名前さえ知らない時

代でしたので、何を飲まされているのかも知らない状態で、説明を受けようとする知識もないですよ。看護婦をしていた姉が、どんな経過をたどってどういう状態になるのかいろいろ説明を受けてました。そのときわたしも聞いていましたが、わたしには説明なかったです。パニックな頭の中にそんなこと説明するわけがありません」と語る。

退院した後の認識は以下の通りである。

「お薬飲むと治るってこと知らなかったんです。どうして拒否したのかなと今思うとその薬の効用を知らないし、それが副作用につながるという体験、この病気は体験しないとわからないことがあるし、時間がかかるんですよ」と語る。

(2) 服薬継続の必要性を知らない

「お薬飲まないで再発するとかそういう説明を受けることもされていない時代でした。飲まなくなると、やっぱり再発につながるんですよ。再発すること何回も経験して、やっと飲まないでだめということを認識したのが、ずいぶん時間がかかりましたね。服薬を継続していかなければいけないことを知ったとき、すごいショックでした。例えば寛解っていう形になっても、薬は一生切れなくてしょう。それを、医師ではなく患者同士の話しでわかりました」と語る。

3) 副作用による苦痛

(1) 耐えられない程の眠気

「ヒルナミンって安定剤でもあり、眠りを誘うんですよ。ものすごく眠くなるの。仕事で事務所の机に向かうと眠くて眠くて…。それを抑えるのが大変な技で、服用の事実を職場に言ってなかったのですごく苦しく記憶に残っています。お手洗いに行くと、手洗いの中で眠ったりしましたよ」と淡々と語る。

(2) 唾液分泌減少で齲歯

「服薬は習慣になるとつらくないけど、口が渴いたり、もっと悪いのは唾液の分泌が少ないそうで、唾液は殺菌作用があるんですけど、歯医者さんに唾液の量をはかってもらったら人より半分しかないそうです。歯がす

表 1

| 上位カテゴリー | 中位カテゴリー | 下位カテゴリー |
|-----------|---------------|--|
| 服薬に関する抵抗感 | 服薬を受け入れられない | <ul style="list-style-type: none"> ・薬と縁がなかった ・薬なんて飲みたくないし好きな人いないと思う |
| | 自己判断しがち | <ul style="list-style-type: none"> ・自分には必要ないと思う ・人のいうことを聞かないという特徴 |
| 薬の知識がない | 薬の効果や副作用を知らない | <ul style="list-style-type: none"> ・薬の効能について説明がない ・何を飲まされているか知らない状態 ・姉に説明したが自分にはなかった ・パニックな頭に説明するわけがない ・薬飲むと治ることを知らない ・副作用につながるということを知らない |
| | 継続の必要性を知らない | <ul style="list-style-type: none"> ・飲まないと再発するという説明をされない時代 ・薬を切れないこと患者同士の話しで知ってショック |
| 副作用による苦痛 | 耐えられないほどの眠気 | <ul style="list-style-type: none"> ・仕事中抑えられない程の眠気 ・職場での眠さとの戦いが苦しく記憶に残る ・手洗いの中で眠った |
| | 唾液分泌減少で齲齦 | <ul style="list-style-type: none"> ・口が渇く ・殺菌作用のある唾液減少で虫歯が多い ・歯が丈夫な家系なのに歯が悪い |
| | 肥満になる | <ul style="list-style-type: none"> ・20 - 30代でものすごく太った ・太って自分の身体見せたくないから閉じこもりがち ・鏡を見てブタみたい ・女性として大事にしてきたことを半分諦めた ・恋人や結婚問題につながる ・自殺してもいいくらいの苦しみ ・薬のせいだと知り飲みたくない |
| 看護師の対応 | 確実に服薬させようとする | <ul style="list-style-type: none"> ・食後に待機して飲んで飲まないと終わらない ・大丈夫飲みなさいと口を開けたところに流し込むように飲ませた ・飲まなきゃダメ ・食時チェック、次は服薬、という情景が浮かぶ ・服薬を認めているかどうか、一番チェックした ・食後に服薬の習慣がついた ・服薬確認されることで飲まなきゃと思った |
| | 看護師もつらいと思う | <ul style="list-style-type: none"> ・看護師も大変だったと思う ・看護師が悪いから飲ませるとは考えなかった ・消極的な対応を見た ・医師の指示で飲ませなければならないのはつらいと思う。 |
| | お世話になった | <ul style="list-style-type: none"> ・看護婦からシャンプーしてもらった。 ・入院から退院まで声をかけてくれた |
| 姉への感謝 | 服薬継続に配慮 | <ul style="list-style-type: none"> ・「飲んでる？」が挨拶がわり ・誰でも薬を飲むと説明 ・拒薬が続いたので薬が嫌いな理由を聞かれた |
| | 寄り添い励ましてくれた | <ul style="list-style-type: none"> ・姉は恩人・姉と一緒に寄り添ってくれた ・姉のことばにすごく励まされた ・姉の励ましは今でも覚えている ・看護婦だからそういうこえかけが上手。 ・自尊心を高めるようなこえかけ。すごく素晴らしい人 |
| 医師との関係 | 今の薬は合っている | <ul style="list-style-type: none"> ・再発しないいい薬だしてくれる。新薬に切り替えた。 ・出会いが大事。主治医との出会いもいい薬に出会うのも。 ・落ち着いてるので変えて欲しくない。 ・合うまで時間がかかった。闘ったこともある。 ・しょっちゅう薬が変わり、いろいろな症状が出た |
| | 信頼関係ができた | <ul style="list-style-type: none"> ・主治医は自分に薬量を相談する ・今は素晴らしい先生だが闘ったこともある ・主治医とは相性がいい。何でも話せる ・主治医とは30年のつきあいで友達関係 |
| 継続必要性の認識 | 再発を繰り返して | <ul style="list-style-type: none"> ・再発を何回も経験して必要性を認識した ・自分の経験でわかった |

ごく丈夫な家系ですけど、わたしは虫歯が多くてね。あんまり人に言いませんけど、一つの苦しみですね」と語る。

(3) 肥満になる

「障害者だと自分でそう思いました。もう人並みではないということを実感しました。普通の人ではないということ。お薬飲んでるし、精神科でしょ。通ってることわかるし、それこそ入院もしましたしね。肥満体になり、ものすっごい太った時代があるんですよ。20-30代でした。誰もそれこそなんだと思うほど人が変わったくらいに太りましたよ。閉じこもりがちだね。自分の身体見せたくないみたいなの…。女性として大事にしてきたんですよ。半分あきらめましたわね。外に出れば人よりも太っている。買い物に出れば鏡なんかがあり、見たらまあすごいじゃない、ブタみたいだわと思ったりして、そんな風なとき何が恋人ができませんか、それが結婚問題につながるでしょう。ね、苦しみなんかひどいですよ、大きな話ですよ、それこそ自殺してもいいぐらいな苦しみですよ。それが、薬のせいだとわかりショックも大きかったです。だから飲みたくないと思って。」表情を歪めながら淡々と話していた。

4) 看護師の対応

(1) 確実に服用させようとする

「ご飯全部食べました、じゃオーケー、それではお薬というふうにお薬が待機していて、飲まないと終わらないという話しです。いまでも情景思い出します。お薬の箱が、食堂にだーっと運んできますよね。わたしの薬どこに入っているかなー、くらいにしか考えていない」「食後に飲むという感覚はどんどんつきましたね。食後は必ず飲まなきゃいけないんだと…。」と自嘲げに話す。

「看護婦さんから食後に大丈夫大丈夫飲みなさい、と口開けたところを流し込むみたいにお薬を飲まされたことを思い出します。ダメなのよ飲まなきゃと。看護婦さんも大変だったと思います。やっぱり服薬を認めないと、一番そこをチェックされて、それほど飲まなきゃいけないことがわかった感じですね。看護婦

さんのことを悪いとは思わなかった。わたしが吐いたり出したりしたから尚更でしょう」等。

(2) 看護師もつらいと思う

「薬を飲み続けなければならないと話すのは、看護婦さんの仕事でなくお医者さんの仕事じゃないですか。お医者さんが調合するのだから看護婦さんは関係ないんじゃない。看護婦さんはお医者さんの指示でそれを飲まなければならないでしょ。看護婦さんもつらいな、という場面見ましたね。できたらこんな飲ませなくてもいいのに、そんな感じの時を見たことがあります。今はちょっと改善されたけど、薬漬けですよ。みんな太るし、目はうつろ、ま、ほんとに馬鹿まるだして顔になりますからね。それでも看護婦さんは飲ませなければならないんだから、先生のいうこと聞かなきゃ変な話しでしょう。ほんとにつらいと思いますよ」と語る。

(3) お世話になった

「看護婦さんにはお世話になったという印象しかないから。入院すると出会う看護婦さんいます。最後までよかったわね。お元気でね、と見送ってくれる。シャンプーしてもらったりとか…」笑顔になりなつかしそうに語る。

5) 姉への感謝

(1) 服薬継続に配慮

「家族の協力があり、いつも挨拶がわりに薬「飲んでる」が合い言葉でした。特に、姉が看護婦でしたので、必ず言ってくれました」「教えられました。誰でもいろんな薬を飲んでるって。そんなことを悪く思わなくていいでしょうって。誰でも風邪引けば薬飲むし、何でそんな薬が嫌いなかって」と看護婦をしていた姉のことを語る。

(2) 寄り添い励ましてくれた

「姉は恩人です。肥満でオーバー着れないわけですよ。町に出てオーダーするときに、一緒に付き添ってくれて作ったりしました。

さらに、ほらあそこ歩いてる人見てごらん、あんたより太ってるよとか、わたしよりむしる太った人がいるわけですよ、世の中ってよくしたもんで。あの人より悪くないよとか、ものすごく激励されました、そういうところが」「姉は、あんたはね本当はそう馬鹿じゃないのよ、頭のいい子なのよって。そんなことも言ってくれたんですよ。すごくすばらしい人だと思いました。看護婦だからそういうこえかけが上手なんですよ」と看護師だから声かけが上手だと話す。

6) 医師との関係

「この薬は飲みたくないとか、もっと違うのありますかってそういうこと、今度言えるようになりました、段々」「やっぱり先生が治したと思います。だから、先生がお辞めになるとき、次の先生にちゃんとお伝えしていただきますようお願いしています。お薬がしょっちゅう変わったんですよ、そうするとまたいろんな症状が出る。わたしに合う薬を求めて、時間がかかったと思います。ほんと間違った薬のんだことあります。肥満体になったり何かすごく異常な副作用がでるのがわかるんですよ。今は素晴らしい先生だけど、そのとき闘いましたよ」としみじみ語る。

また、現在の主治医との関係については、「先生とは友達関係ですよ。もう、長いから。Aさん何グラムにしようかねなんてね、わたしに質問するぐらいなんです。錠剤を

いっぱい飲んだ時代もありました。ものすごくいろいろな体験をしましたが、今は一番楽。いい薬出して下さる。新薬ですよ。先生とは相性もいいみたいで、出会ったとき先生は40代でしたが今は70代です。ずっと同じ先生です。やっぱり出会いだと思います。いい薬に出会うのも先生との出会いも大事。何でも話せますよ」と語る。

7) 服薬継続の必要性の認識

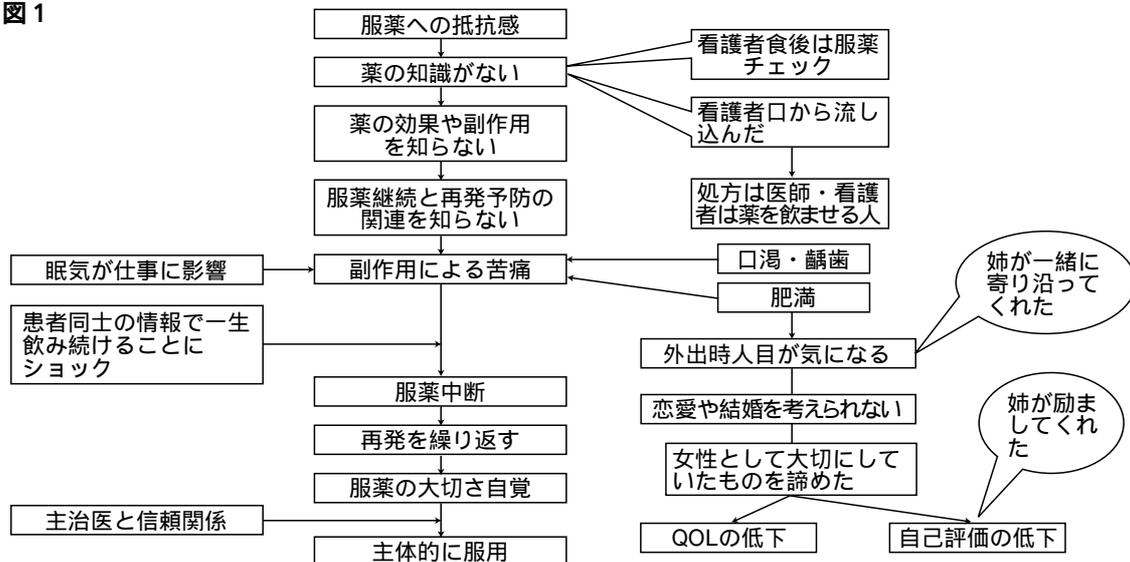
「飲まなくなると、やっぱり再発につながる。再発すること何回も経験して、やっと飲まないにだめということがわかったんです。ずいぶん時間がかかりましたね。大分長いこと入院してませんが、例えば入院した場合積極的に飲みますね」と語る。

考察

ただ一個人の体験談ではあるが、その内容は多くの精神科薬物療法を受けている当事者が抱える苦痛に共通するものが多い。「自己決定の尊重」という視点から見ても、また看護師の関わりという観点からも、様々な問題点が浮かび上がり、精神医療に携わる看護者として何が問われているかを考えさせられる。

A氏が薬物療法に主体的に取り組むまでの、長期に及ぶ体験のプロセスを図1に示した。

図1



服薬中断にはさまざまな要因が積み重なっていると考えられるが、図1に明らかのように、「薬に関する知識がなかった」ことと、「副作用による苦痛」が大きく影響していることがわかる。この2点について考えたい。

1. 薬に関する知識がない

服薬は非日常的行為であることから、長期にわたって継続するのは容易ではない。まして痛みを軽減するというような、実感できる効果を期待する服薬とちがい、慢性期の精神疾患のように症状が落ち着いている場合は、何のために服用するのかの実感が乏しいためそれ以上の努力が必要である。地域で生活しながら服薬を継続していくには、まわりに飲ませられるような習慣化の獲得ではなく、正しい情報のもとで個人の自主性に基づいた自己決定による服薬が大切である。その前提となる精神科医療のインフォームド・コンセントについて述べた上で、主体的に服薬を継続していくために看護が求められていることについて考察する。

1) 精神科医療のインフォームド・コンセント

インフォームド・コンセントには2つの機能があり、1つは医療契約としてのインフォームド・コンセント、つまり法律上の問題としてのものであり、2つ目の機能はQuality of Life (以降QOLと記す)を前提とするものである。⁸⁾

わが国のインフォームド・コンセントに関する法律としては、医療法1条の4第2項で、「医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療の担い手は、医療を提供するにあたり、適切な説明を行い、医療を受ける者の理解を得るよう努めなければならない」と規定している。しかし、「同意」を得るのではなく「理解」を得るにとどまっていて、努力義務にすぎない。1996年の診療報酬改定で「入院診療計画加算」が新設され、診療報酬でインフォームド・コンセントの実施が考慮されるようになったが、インフォームド・コンセントに基づいた医療の徹底を図る意図を持つものであるものの、⁹⁾診療情報提供の法制化はなされていない。精神保健福祉法にはインフォームド・コンセントについて定めた条項はな

い。

過去の判例としては、医療全体では1971年の乳腺症事件や1973年の舌ガン事件という二つの判例を契機として、患者の同意ないし承諾のない医療行為は違法であるという同意原則が法律上確立している。¹⁰⁾精神科医療に関する判例では、1978年の札幌ロボットミー事件と1981年の名古屋ロボットミー事件で同意原則の妥当性を指摘している。A氏が発症した1970年前後は、アメリカの裁判の判決のなかで、インフォームド・コンセントということばが初めて使われるような時代であった。¹¹⁾その後、国連原則によって精神科医療におけるインフォームド・コンセントの原則が明確にされ、医療におけるパターナリズムの強いわが国においてもインフォームド・コンセントを導入する重要性が認識されるようになった。

今日の統合失調症の治療は、薬物療法をはじめとした生物学的治療と心理教育やSSTなどの心理社会的治療を併用することが一般的となっている。¹²⁾服薬コンプライアンスを高める対策で最も重要なことは「患者教育」であり、患者自身が治療計画の一員となり、主体的に薬物とともに疾患に立ち向かう姿勢をつくることができると考えられている。¹³⁾実際にインフォームド・コンセントやノーマライゼーションを背景として広がった心理教育的援助は、服薬継続に効果があることが報告されている。¹⁴⁾¹⁵⁾

一方、インフォームド・コンセントを倫理的な面から考えた場合、QOLは個人の価値観で決まることから、患者が方針を決定する際に十分な情報が与えられない場合は自己決定は困難であり、本当の意味のQOLの向上は図れない。ここで大切なのは、処方する医師と自らの薬物療法について率直に話し合い、情報交換できる関係でなくてはならない。A氏は、自ら服用する薬の効果や副作用、服薬継続の大切さ等について説明がなされていないため、納得しないままに職場での耐えられない程の眠気と闘い、肥満により引きこもりとなるほどのQOLの低下を体験している。また、服薬を長期に渡って継続していかなければならないことについて、医師からではなく患者同士の情報交換で知った。これらのエピソード

ドから、A氏が再発を繰り返している時期は、医師との間に十分な話し合いや情報交換ができていなかったことがわかる。

インフォームド・コンセントの原則について、熊倉は重要なキーワードとして「共同的意思決定」、「治療のプロセス」、「信頼関係」の3つをあげ、治療者と患者が「共同」で行う治療上の意思決定であり、治療関係での情報交換と話し合いのプロセスであり、両者間に信頼関係を形成し、治療方針を決定するプロセスであるとする。¹⁶⁾ A氏は、再入院を繰り返した体験から薬物療法の必要性を認識し、この十数年間は外来通院しながら自ら服薬を管理する生活が続いている。これは、インフォームド・コンセントの結果ではなく、5回もの入院を繰り返した体験からの認識である。しかし、「この薬は飲みたくないとか、もっと違うのありますかってそういうこと、言えるようになった、段々」ということばからわかるように、主治医との長い付き合いのなかで、A氏の言う「何でも言える」関係が形成されていき、主体的な服薬継続に結びついているといえる。服薬を継続していくためには、医師と率直に意見交換ができるような信頼関係がいかに大きな位置をしめているかがわかる。

2) 「自己決定の尊重」と看護

A氏は、「薬を飲み続けなければならない」と話すのは、看護婦の仕事でなく医者であり、医者が調合するのだから看護婦は関係ない。看護師は医師の指示どおりに飲ませるのが仕事」と語った。そのことばを裏付けるように、A氏は拒薬傾向があったため、何故拒薬するのかという理由を聞かれることもなく「大丈夫、飲みなさい」と言われて、確実に服薬したかどうかをチェックされた。看護師は、A氏に情報が与えられていないため、薬を飲みたくないと表現しているA氏の思いに正面から向き合い、それに誠実に対応することができない状態である。ここには、薬を飲まない患者と医師の指示通りに飲ませようとする看護師という関係しか成立しない。現在では、SSTや心理教育などを活用しながら医師や薬剤師とともに、看護師もその専門性

を生かした薬の説明をする病院が見られるようになってきたが、いざ拒薬する患者を前にすると対応に苦慮する場面も珍しくないのが実情ではないだろうか。しかし、主体的な服薬継続のためには、患者の最も近くにいる看護師が、服薬援助の場面においてその専門性を生かしたインフォームド・コンセントを行っていくことが求められている。

患者が主体的に服薬を継続していけるようになるためには、十分な知識を与えられ、医師に疑問に思うことや不安等を率直に伝えられるような信頼関係がなくてはならないが、A氏のようにすべての患者が医師に自分の思うことを言えるかどうかというと、そうではないのが現実である。

ある地域に住む自らの疾患名や薬の名前を知らない精神障害者が、保健師の熱意で立ち上げた当事者主体の服薬教室で、メンバーに支えられ医師に疑問に思うことを聞く勇気を得て実行に移した。その結果、「25年間過ぎて仲間に支えられて『自分は統合失調症だったんだ』という受け止めがごく自然にできた。『病気をどうとらえるか』によって今まで病気にこだわっていたマイナスのエネルギーがこれから病気と付き合いながら『どう生きるか』というプラスのエネルギーに変わっていった」と述べている。¹⁷⁾ また、他のメンバーは、「薬の勉強をして初めて『薬を飲むか飲まないか』ということを考えて決めることができた。自己決定できた。もっと若い頃にこのような活動に出会っていれば、私の人生はきっと変わっていたと思う。病気になって人生は終わったと思ったが、人生捨てたもんじゃない」と語っている。¹⁸⁾ 保健師はあくまでも、メンバーが主体的に会を動かしていくことを大切にしたい。メンバー同士で支えあいながら服薬教室に参加するなかでエンパワメントされることを目指した。^{注3)} その結果、病気のとらえ方自体が変化し服薬行動のみならず自らの人生を主体的に生きていこうという姿勢に変化し、QOLの向上に結びついた。

以上のように、患者が地域において主体的に服薬を継続していくには、自らの疾病や薬物療法に関する情報が与えられ、疑問に思うことや薬によって不快な体験をしていること

等を自ら相談できる医師との関係が重要である。藤野¹⁹⁾は、看護師は薬物療法について患者から苦痛を訴えられたとき、その事実を患者自ら主治医に伝えるよう患者に助言することが大切であると述べる。看護師が代弁するのではなく患者が医師に直接訴え、医師は患者の生の声を聞けることが、適切な処方と両者の信頼関係の構築に役立ち服薬の継続に結びつく。

以上のように、服薬継続のためには患者が自ら必要性を認識した上での自己決定が大切であり、そのプロセスを支援していくことが看護の役割である。そのためには、服薬援助や日常生活上の薬物療法に関する援助場面で、患者が自己決定できるように看護の専門性を生かしたインフォームド・コンセントを行っていくことが大切である。また、医師と信頼関係が構築でき、薬に関して率直に話し合いができるようになることを目標にして、患者自らが行動を起こせるようなエンパワメントを図り、支援していくことが看護の役割であると考えられる。

2. 副作用による苦痛と看護（肥満に焦点を当てて）

1) 肥満と苦痛

A氏は抗精神病薬の副作用によりさまざまな苦痛を味わったが、その中でも「自殺してもいいぐらいの苦しみ」を体験した「肥満」について考える。

抗精神病薬の副作用である体重増加については、「ヒスタミンH₁受容体」への親和性が関連していると考えられていて、定型薬ではフェノチアジン系のクロルプロマジンやレボプロマジン、非定型薬ではオランザピンやクエチアピンなどが起こしやすい²⁰⁾。デイケアに通う比較的症状がコントロールされている患者を対象にした調査結果によると患者から見た副作用で主観的有害事象（抗精神病薬を服用することで不快に思うこと）は、「便が出にくい」が約70%で最も多く、「喉が渇く」が約57%、「体重が増えた」が約52%となっている。不快感はQOLの低下や服薬コンプライアンスの悪化につながり、肥満については、特に若い場合は外見を気にして「太るから薬

を飲みたくない」「自己調整する」「実際に飲まない」という人が多くいるという²²⁾。

月刊雑誌「ぜんかれん」に『太りすぎの悩みにこたえる』という特集をしている。当事者や家族から、<娘が太りたくないと言ったときに言ってもわかってくれないようです。肥満は人の目が気になるし、活動的な生活がしづらくなるので、真剣に考えてほしい><服のサイズが変わったり、人に「太ったね」と言われることがとてもつらい。太っていることで自分が嫌いになったような気がする><肥満が解消されたり、薬を調節するともどるようになり、引きこもっていたのも外へ出られるようになるから、肥満による精神への影響、肉体への影響は多くあると思う>などの投書が寄せられている²³⁾。この投書から判断できることは、「人の目が気になる、活動的な生活がしづらくなる、自分が嫌いになったようだ、引きこもっていた」というように、共通の心理として自己評価の低下がみられるということだ。

A氏が肥満になった20・30代の発達課題は、配偶者を選択し、結婚相手とともに暮らし、子育てをするなどである²⁴⁾。A氏の「何が恋人ができませんか、それが結婚問題につながるでしょう。苦しみなんかひどいですよ、それこそ自殺してもいいぐらい」ということばから、A氏も自己評価を低下させ、その苦しみがそれまで抱いていた将来の夢や展望を失ってしまうほどの苦痛を伴う大きなものだったことがわかる。服薬継続を目標とするならば、この苦痛をもって余りある根拠となるものが存在し、それを自ら納得していなければ、到底目標達成は無理だということがわかる。

2) 姉の関わりから学ぶ看護

図1からわかるように、姉がA氏を励まし支え続けたいくつかのエピソードが、A氏の口から語られた。「あんたはね本当はそう馬鹿じゃないのよ、頭のいい子なのよ」と精神の病に罹患したことで、自尊心を低下させているA氏のところに配慮したことばを掛けている。会えば「薬飲んでる？」が挨拶がわりであった。人目を気にして引きこもりがちとなっているA氏が肥満の影響で新しいオーバ

ーを買いに行くときに、一緒に付き添ってくれた。町を歩くA氏より肥満体型の人と比較して「あなたの方がましよ」と声をかけることにより、人目を気にするA氏のこころと自尊心を守ろうとした。それらのエピソードをしっかりと覚えていることから、A氏がいかに姉の対応に激励され支えられ続けたかがわかる。「すごくすばらしい人だと思いました。看護婦だからそういうこえかけが上手なんです」と看護師だから声かけが上手だと語った。

ところで、A氏の話しの中に、姉の関わりについての話はいくつかあったものの、病院の看護師の専門的な関わりについてはまったく語られていない。A氏自身が看護師の仕事は「医師の指示により飲ませるだけの人」と考える薬物療法というテーマのせいだろうか、それとも専門性を感じる看護を受けた体験がないからだろうか。

いずれにしても、A氏が求めていた看護は、実は姉がA氏に行ってきたような、寄り添い、励まし、支えるような対応ではなかったかと考えられる。これを服薬継続に関連させるならば、情報をもとに共有したうえで、体重増加という副作用に対する不安や思いを受け止めてくれる、体重増加を食い止めるために共に対処していこうとしてくれる、体重増加によって自己評価が低下しがちな自分の存在価値を認めてくれる、服薬継続ができるように気遣い励ましてくれる、そんな関わりを求めていたのではないかと考える。

近年、臨床では社会復帰のためのプログラムとして、心理社会的アプローチとしてのSSTや心理教育が行われるようになり、その効果も報告されている。心理教育では、患者が疾患や薬に関する知識を得て、自分なりの工夫やコツを増やし、より自分らしく充実した生活を送ることができるようになり²⁵⁾、また、抱えていた困り事や心配事をメンバーに話すことにより、相互に理解しあえる雰囲気の中でエンパワメントを図ることを狙いとしている。

しかし、肥満などの個人的なプライバシーに関する副作用については、心理教育やSSTなどの集団療法的なアプローチとともに、個

別的な対応が求められているのではないかと考える。体重増加をどう管理して肥満を防ぐか、運動は足りているか、食事は何キロカロリーにするか、間食はどういうものがいいか等患者とともに考える。そして、患者自ら決断できるように、その人なりの無理のない実践が可能となるように支援し支えることは一番身近にいる看護の仕事である。近年、副作用の少ない「非定型薬」が開発され、さまざまな副作用を伴う多剤併用型から移行しつつあるが、「非定型薬」であってもオランザピンなどは、副作用として肥満のリスクが高い薬である。肥満のリスクとどう付き合っていくかは今後も継続していく課題である。

雑誌「ぜんかれん」に“太りすぎの予防法”²⁶⁾として、有酸素運動が紹介されている。雑誌「精神科看護」では“糖尿病・肥満への対応”²⁷⁾についての特集を掲げ、音楽を取り入れた運動療法を紹介している。これらを参考にしながら、退院後を見据えて自分なりの対応策を見つけられるように、個々の患者に対してきめ細かく関わっていくことが求められる。

また、A氏のように一人で社会生活を送っている場合は、副作用に関する疑問や不安などがあっても親身になって相談に乗ってくれる人が見つからないのが通常ではないだろうか。仕事を持っていれば、訪問看護の要請も少なくなる。誰にも相談できない状態でひとりで思い悩むうちに、服薬中断という選択肢にいきつくことも十分考えられる。

ある病院の外来では、通院患者に対して「ちょっと相談」という名称をつけ、キャッチフレーズを「ひとりで考えていませんか？ 今困っていることはありませんか」と書いた掲示や声かけをして取り組んでいるという²⁸⁾。また、病院を利用する患者や家族に安心できる場を提供するために、外来フロアにカウンターを設置し、いつでも支援できるように相談業務担当看護師を配置した病院の報告がある。その効果として、安心して治療が継続できるようである²⁹⁾。

このように、地域で生活する当事者にとって、困りごとを相談する相手と場が決まっていることは精神的な安楽につながり、治療意欲を維持し続けることができると考える。外

来受診時に気軽に相談できるための場、それらの場を確保でき機能させることを看護は求められている。

おわりに

精神の病を患いながら地域で暮らす当事者に、精神科薬物療法についての体験を語ってもらい、患者の自己決定による主体的な服薬継続のために、看護が求められていることは何かを明らかにした。

自己決定するためには、患者が自ら服薬継続の必要性を認識することが重要であり、そのプロセスを支援していくことが求められる。そのためには、第一に日常的な薬物療法に関するさまざまな援助場面や、SST・心理教育などの集団療法場面で、患者が自己決定できるように看護の専門性を生かしたインフォームド・コンセントを行っていく、第二に患者-医師間に信頼関係ができ、薬に関して率直に話し合いができるようになることを目標にして、患者自らが行動を起こせるようなエンパワメントを図っていくことが必要である。

また、肥満などの個人的なプライバシーに関する副作用については、集団療法的なアプローチとともに、日常の看護援助で個別的な対応が求められる。その対応策は、患者自ら決断でき、その人なりの無理のない実践が可能となるように支援し支える。一人で社会生活を送っている当事者への対応は、外来に相談コーナーを設けるなどして、患者に最も近くにいる看護が中心となって、気軽に相談に応じ時間をかけて話を聴く「場」を保障する必要がある。

以上の看護は、A氏の姉がA氏に対応したような、対象の不安や思いを受け止め、対象の困りごとに共に対処していこうとする、自己評価が低下しがちな対象の存在価値を認め、対象が服薬継続していけるように気遣い励ます、そんな関わりが基本となる。

最後に、ご多忙ななかで研究に快く協力してくださいましたA氏に深く感謝の意を表します。

注記

1) 精神疾患を有する者の保護及びメンタルヘルスケアの改善のための諸原則」(1991年)

原則11：治療への同意

1. 以下の第6・7・8・13及び15項に規定されている場合を除き、患者のインフォームド・コンセントなしには、いかなる治療も行われぬ。

2. インフォームド・コンセントとは、患者の理解しうる方法と言語によって、以下の情報を、十分に、かつ、患者に理解できるように伝達した後、患者の自由意思により、脅迫又は不当な誘導なしに得られた同意をいう。

a) 診断書の評価

b) 提案されている治療の目的、方法、予測される期間及び期待される効果

c) より侵襲性の少ない方法を含む他に考えられる治療法

d) 提案されている治療において考えられる苦痛、不快、危険及び副作用

2) コンプライアンス (compliance) ; 「従順」「承諾」「屈従」「追従」などの意味を持ち、服薬コンプライアンスとは、「服薬遵守」「服薬従順性」「服薬率」「指示の実行度」「服薬成績」「服薬指示遵守」などの意味で、患者が服薬を医師の指示通りの用法・用量で正確に行うこと。米国ではcomplianceが威圧的な意味を持つため、アドヒアランス (adherence) などが使われることがある。わが国でも、より中立的な意味合いのあるアドヒアランスが使用されてきている。

3) エンパワメント (empowerment) ; 1970年代のアメリカの公民権運動の流れのなかで登場した。その後黒人の支援に関わっていたソロモンが「黒人のエンパワメント」という本を出版した。このなかで、エンパワメントを次のように定義している。「スティグマの対象となり、否定的な評価を受けてパワーが欠如した状態の人々に対して、そこから脱することができる一連の援助である」。わが国では、障害者のケアマネジメント実践で大きな発展を遂げている。³²⁾

引用・参考文献

1) 看護者の基本的責務 - 基本法と倫理 日本看護協会編 . 2003

2) 内野俊郎, 牧田潔, 前田正治 . 心理教育と薬物

- 療法 - 心理教育を経験することによって抗精神病薬のメリットが本人に実感された例. Schizophrenia Frontier 2005; 6(4): 289-294.
- 3) 内野俊郎, 牧田潔, 内村直尚. 心理教育のアウトカム - その効果とセルフ・スティグマに大しての課題および展望. Schizophrenia Frontier 2004; 5(2): 111-114.
- 4) 吉尾隆, 中谷真樹, 稲田俊也. 自覚的薬剤体験と薬物療法 - 服薬指導の中に現れる自覚的薬物体験 -. 病院・地域精神医学 2001; 44(3): 267-270.
- 5) 粕田孝之, 澤村きよみ. 看護者が行う集団療法心理教育グループプロジェクト(その1). 精神科看護 2000; 27(11): 56-60.
- 6) 粕田孝之, 澤村きよみ. 看護者が行う集団療法心理教育グループプロジェクト(その2). 精神科看護 2000; 27(12): 48-55.
- 7) 松田光信. 看護介入としての服薬心理教育導入プロセス 精神科急性期治療病棟での試み. 精神科看護 2004; 31(7): 43-47.
- 8) 村上國男. 医療技術としてのインフォームド・コンセント. IC自己決定を支える看護. 東京: 日本看護協会出版会; 2002. p53-89.
- 9) 吉浜文洋. 情報開示と看護記録. 精神科看護白書2002 2003. 日本精神科看護技術協会編集; 2002. p113-115.
- 10) 大谷実. 精神科医療の法と人権. 東京: 弘文堂; 1995. p39-40.
- 11) 前掲10); 57.
- 12) 内野俊郎, 牧田潔, 前田正治. 心理教育と薬物療法 - 心理教育を経験することによって抗精神病薬のメリットが本人に実感された例. Presented by Frontier 2005; 6(4): 289-294.
- 13) 上島国利. 三浦貞則監修. 向精神薬の特性. 精神治療薬大系上. 東京: 星和書店; 2001. p315-316.
- 14) 原田誠一. 心理社会的治療と非定型抗精神病薬 ~ 社会復帰へ向けて 統合失調症の認知療法と薬物療法 - 精神療法と薬物療法の進歩の好ましい相互作用. Schizophrenia Frontier 2005; 6(2): 139-142.
- 15) 内野俊郎, 牧田潔, 前田正治. 心理社会的治療と非提携精神病薬 ~ 社会復帰へ向けて 心理教育と薬物療法 - 心理教育を経験することによって抗精神病薬のメリットが本人に実感された例. Schizophrenia Frontier 2005; 6(4): 289-294.
- 16) 熊倉伸宏. 臨床人間学 - インフォームド・コンセントと精神障害 -. 東京: 新興医学出版社; 1994. p32-35.
- 17) 吉岡昭子. 病気へのこだわりが「どう生きるかに変わった」 地域で暮らす精神障害者からの提言 『薬に立つ会』 - 自分の病気を知らなければ薬は飲めない - 高知県日高村/当事者主体の服薬教室の軌跡から. 精神看護 2002; 5(5): 59.
- 18) 田村靖子; 自分の薬を知らずに飲み続けるなんてできません 地域で暮らす精神障害者からの提言 『薬に立つ会』 - 自分の病気を知らなければ薬は飲めない - 高知県日高村/当事者主体の服薬教室の軌跡から. 精神看護 2002; 5(5): 59-60.
- 19) 藤野邦夫, 藤野ヤヨイ. 精神科薬物療法における副作用情報の説明責任と看護師の立場. 新潟大学医学部保健学科紀要 2002; 7(4): 437-448.
- 20) 長嶺敬彦. はじめての抗精神病薬「副作用」マニュアル中編. 精神看護 2005; 8(5): 30-33.
- 21) 長嶺敬彦. 静かなる副作用とノンコンプライアンス. 臨床精神医学 2006; 35(1): 17-26.
- 22) 前掲19); 31.
- 23) 長嶺敬彦. 太りすぎの悩みに答える - 抗精神病薬と肥満 -. ぜんかれん 全国精神障害者家族会連合会2006; 6: 8-23.
- 24) ハヴィガーストRJ. ハヴィガーストの発達課題と教育 - 生涯発達と人間形成 -. 児玉憲典, 飯塚裕子訳. 東京: 川島書店; 1997. p125-142.
- 25) 伊藤順一郎, 土屋徹, 小林清香ら. あせらず・のんびり・ゆっくりと~ 病気・くすり・くらし -. 全国精神障害者家族会連合会; 2001. p1.
- 26) 前掲23); 8-23.
- 27) 松井八重子. 音楽を取り入れた運動療法 肥満改善の試み. 精神科看護 2004; 31(2): 22-27.
- 28) 白井桂子. 変わりゆく精神科看護 ある精神科病院の取り組み 第2回がんばれ! 外来. 変わりゆく精神科看護, 財団法人井之頭病院; 2001. p11-17.
- 29) 五十里瑞枝, 市川佐栄子. 相談業務担当看護師を常時受付に. 精神科看護 2003; 30(11): 24-28.
- 30) 前掲13); 313.
- 31) 渡邊衡一郎. 服薬アドヒアランスと治療予後. Schizophrenia Frontier 2004; 5(4): 252.
- 32) 大橋謙策編集代表. 編集日本地域福祉学会. 新版地域福祉辞典. 東京: 中央法規; 2006. p191.