

【資料】

## 統合失調症患者における抗精神病薬の服薬のあり方に関する文献検討

### Literature Review on Taking Antipsychotic Drug in Patients with Schizophrenia

梶川 拓馬

Takuma Kajikawa

キーワード：統合失調症患者，抗精神病薬，語り

Key Words : schizophrenia patients, antipsychotic drug, narrative

#### I. はじめに

統合失調症においては、症状が消失しても再発の可能性があるため、治癒という語を用いず、病気の症状が一時的あるいは継続的に軽減または消失して臨床的にコントロールされた状態を意味する寛解という語がしばしば用いられる。統合失調症患者が症状の寛解後においても抗精神病薬の服薬を継続できることを支援するのは、精神看護領域における、きわめて重要な課題の1つである。

統合失調症の予後について、治療開始から長期間経過後の転帰を調べた中根（2005）の調査によると、寛解して退院する患者は30%前後であり、その他の患者は完全な寛解までは至らず精神症状が多少残存するものの、社会での生活を可能とする状態で退院していることを明らかにしている。つまり、入院治療を終えた統合失調症患者が退院するケースには、寛解に至った患者だけでなく、外来通院やデイケアセンターを活用して状態を維持している患者や訪問看護師の支援を受けつつ、日常生活行動を何とか行える患者なども含まれており、地域で生活している患者の回復像は一律ではない。

そのため、患者が症状の再燃を予防しながら社会生活を送ることができるように支援することが、統

合失調症の治療と看護にとって重要となる。わが国の統合失調症薬物治療ガイドライン（日本神経精神薬理学会，2016）において、再発予防の観点から定期的な抗精神病薬の服薬、心理社会的療法（心理教育や生活技能訓練など）や医療福祉との協働による包括的なサポートが必要であることが推奨されているが、厚生労働省の精神保健福祉資料（2019）によると、2014年における退院後の再入院率は、3カ月時点では23%、6カ月時点では30%、そして1年時点では37%となっており、統合失調症患者にとって症状の再燃を防ぐことは容易ではない。

患者に対しては、入院中からも服薬指導などの服薬に対するコンプライアンスや抗精神病薬の有効性に対する知見を高めるための実践が行われており、その効果の検証について多くの先行研究がなされている。塩谷ら（2004）；石田（2008）によると、服薬指導が抗精神病薬に対する不安を軽減させ、薬に対する知識を高めることや退院後の服薬への意思表示につながったことを明らかにした一方で、「薬を長く飲むと体に毒だ」などという患者の思いもあることを報告している。また今井（2008）は、「薬は死ぬまで必要みたいだが、薬はできたら止めたい」という両価的な気持ちが続いていることを報告して

いる。

これらの先行研究結果から、統合失調症患者の中には抗精神病薬に対する複雑な思いと葛藤を感じながら服薬を続けており、必ずしも受容されているとは限らない状況があると推察する。そして、統合失調症患者において“服薬が続けられること”とは、病識が獲得された結果、あるいは服薬のコンプライアンスが高められた結果のみで説明できるとは限らない。患者自身が生活を続けていく中で、飲まないと不便だと感じる等、さまざまな事情から抗精神病薬の服薬を続けることを引き受けていく過程があるのではないかと考えた。

そこで本研究の目的は、統合失調症の当事者が語る抗精神病薬の服薬のあり方に関して、文献ではどのような内容が明らかとされているのかについて検討を行い、そこから服薬指導に関する示唆を得ることを目的とした。萱間(2017)は精神看護の展開における当事者の言葉の力について、「本人がどう捉えているかを表す本人の言葉ほど、その後のケアに役立つものはない」と語っていることから、本研究では統合失調症患者の語る言葉に着目し、抗精神病薬の服薬のあり方はどのようなものがあるのか明らかにすることとした。

なお、本研究における「抗精神病薬の服薬のあり方」という語は、「統合失調症患者が服薬をしないという選択肢があるにもかかわらず、現在成り立っている服薬の様相」を意味する。

## Ⅱ. 文献検索の方法

文献検索は、国内文献については医学中央雑誌Web版を用いた。キーワードを〔統合失調症〕〔語り〕として検索した結果360件であり、さらに〔抗精神病薬〕のキーワードを掛け合わせると56件(そのうち原著論文36件)の結果となった。その中から統合失調症患者の服薬に関連し、かつ研究参加者の語りのデータがある文献は5件であった。

国外文献についてはPubMedを用いた。2000～2021年までを範囲とし、当事者の語りのデータを収集できるように、キーワードを〔schizophrenia〕〔antipsychotic drug〕〔qualitative research〕とし

て検索を行った結果131件であった。これらの中から統合失調症患者の服薬に関連した語りのデータがある文献は16件であった。

国内文献においては、研究参加者のいつの時期を示したデータであるのか明確にすることができなかった。また、研究参加者の語ったデータは個別に明示されているよりも、研究参加者全体として明示されていることが多く、個別に語りのデータを抽出することができなかった。さらに研究参加者の属性を示すデータは性別や年齢、主病名が多く、研究参加者の生活背景を詳細に記した研究は少なかった。

そのため、研究参加者毎に年齢や罹患期間、生活状況などの背景が記載されており、語りのデータがいつの時期のことを示しているのかを明確にすることができる国外文献10件に焦点を当て、統合失調症患者の服薬のあり方についての分析と考察を行った。

## Ⅲ. 分析方法

集めた国外文献に記述されている研究参加者の語りのデータを全て抽出した。抽出したデータのうち、抗精神病薬の服薬に関連した語りのデータに着目して、今回は「服薬をしたいと思うのは何故か」「服薬をしないと思うのは何故か」「服薬をしないこともできるのに、それでも服薬をするのは何故か」という3つの観点から分類と整理を行った。服薬に関して語られた内容のデータとともに、年齢や罹患期間などの個人背景も併せて抽出して整理した。

## Ⅳ. 結果

10件の文献の発表年は2006年に1件、2011～2014年に5件、そして2017～2019年に4件であった。データの収集方法は、半構造化面接法によるインタビュー調査が行われていた。そして、データの分析は、解釈的現象学アプローチ、グラウンデッド・セオリー・アプローチ、質的内容分析、主題分析が用いられていた(表1)。

抽出した個別データから、性別や疾患名、入院回数や現在処方されている薬、生活状況などの情報を整理して一覧表を作成した。対象者の年齢層は10

表1 分析対象の文献一覧表

文献番号	文献のタイトル (著者, 発行年)	雑誌名, 巻 (号), ページ
1	African American males diagnosed with schizophrenia: a phenomenological study (Lorraine Ballard Anderson, 2014)	Issues Ment Health Nurs, 35(8), 580-587.
2	A Qualitative Study of Medication Adherence amongst People with Schizophrenia, School of Psychology (Lucinda Clifford, 2012)	The University of Adelaide, Thesis submitted for the degree of Combined Master of Psychology (Clinical) / Doctor of Philosophy, 88-150.
3	Becoming adherent to antipsychotics: a qualitative study of treatment-experienced schizophrenia patients (Constantin Tranulis, Donald Goff, David C Henderson, et al., 2011)	Psychiatr Serv, 62(8), 888-892.
4	"I live, I don't work, but I live a very normal life"- A qualitative interview study of Scandinavian user experiences of schizophrenia, antipsychotic medication, and personal recovery processes (Jette Møllerhøj, Liv Os Stølan, Anette Erdner, et al., 2019)	Perspect Psychiatr Care, 56(2), 371-378.
5	Medication Adherence among Older Adults with Schizophrenia (Heather Leutwyler, Patrick Fox, Margaret Wallhagen, et al., 2013)	J Gerontol Nurs, 39(2), 26-35.
6	The experience of weight gain as a result of taking second-generation antipsychotic medications: the mental health consumer perspective (K Usher, T Park, K Foster, 2013)	J Psychiatr Ment Health Nurs, 20(9), 801-806.
7	The new paradigm of recovery from schizophrenia: Cultural conundrums of improvement without cure, Culture (Jenkins, Janis H, Carpenter song, Elizabeth, 2006)	Medicine and Psychiatry, 29(4), 380-413.
8	The least worst option: user experiences of antipsychotic medication and lack of involvement in medication decisions in a UK community sample (Nicola Morant, Kiran Azam, Sonia Johnson, et al., 2018)	J Ment Health, 27(4), 322-328.
9	The role of life context and self-defined well-being in the outcomes that matter to people with a diagnosis of schizophrenia (Helen Lloyd, Joanne Lloyd, Ray Fitzpatrick, 2017)	Health Expect, 20(5), 1061-1072.
10	Trajectories after first-episode psychosis: Complement to ambiguous outcomes of long-term antipsychotic treatment by exploring a few hidden cases (Chen-Chung Liu, Yi-Ting Lin, Chih-Min Liu, et al., 2018)	Early Interv Psychiatry, 13(4), 895-901.

代後半が1名, 20代前半が1名, 20代後半が4名, 30代前半が5名, そして40代後半が1名であった。対象者の罹患期間は1年間で1名, 2年間で2名, 6年間で1名, 7年間で2名, 8年間で3名, 9年間で2名, そして10年間で1名であった。現在処方されている薬の種類と服薬量は個人によって異なり, 生活状況は家族やパートナーと同居, シェアハウス, 独居があった(表2)。

そして, 抗精神病薬の服薬のあり方に関する語

りは研究対象者毎に一覧表として整理した(表3)。統合失調症患者が抗精神病薬の服薬のあり方について語った内容からは, 「副作用により見失いそうになる自分らしさ」「治ったと思って判断する服薬の中止」「期待できない抗精神病薬の治療効果」の服薬を中断すること, 「再入院を経験する中で発見する抗精神病薬の必要性」の服薬を再開すること, そして「同居しているパートナーや友人に迷惑をかけるため」「支援者による励まし」「一日の生活習慣

表2 対象者の背景に関する一覧表

対象	性別	病名	年齢	発症年齢 の目安	入院回数 の目安	罹患 期間	現在処方されている薬	CP 換算値	生活状況
A	女性	統合失調症	48歳	47歳	1回	1年間	リスペリドン 6mg(1日/1回) + 抗うつ剤 + 抗不安薬	600mg +α	シェアハウス
B	男性	統合失調症	19歳	17歳	2回	2年間	アリピプラゾール 30mg(1日/1回) +抗うつ剤	750mg +α	パートナーと同居
C	男性	統合失調症	21歳	19歳	3回	2年間	記載なし		記載なし
D	男性	統合失調症	30歳	24歳	15~16回	6年間	リスペリドンデポ剤25mg(1回/1~2週間 毎)	デポ剤 +303mg	シェアハウス
E	男性	統合失調症	33歳	26歳	2回	7年間	オランザピン10mg(1回/日) + ベンゾジアゼピン系薬剤 + 抗うつ剤	400mg +α	独居
F	女性	統合失調症	37歳	30歳	30回	7年間	クロザピン 600mg(1回/日) ネモナプリド 20mg(2回/日) + 抗けいれん剤	1600mg +α	娘と同居
G	男性	統合失調症	25歳	17歳	10回	8年間	クロザピン 450mg(1日1回)	900mg	母親と同居
H	男性	統合失調症	29歳	21歳	3~4回	8年間	リスペリドンデポ剤75mg(1回/2週間毎) バルプロ酸ナトリウム(抗けいれん剤) リチウム(抗うつ剤)	デポ剤 +α	パートナーと同居
I	女性	統合失調症	31歳	23歳	1回~2回	8年間	抗精神病薬 (1年間の完全な中止、その後の再開)		記載なし
J	男性	統合失調症	26歳	18歳	0回	9年間	超低用量の抗精神病薬(1ヶ月間断続的 に使用、後に中止) 抗うつ剤(落ち込んだり、怒ったりする場 合は抗うつ剤)		記載なし
K	女性	統合失調症	28歳	19歳	0回	9年間	抗不安薬 1年以上の通常使用、7年以上中止		パートナーと同居
L	女性	統合失調症	37歳	27歳	1回	10年間	低用量の抗精神病薬・抗うつ薬・催眠薬 (間欠的に使用)		記載なし

の中に取り入れる自主的な試み」「患者による抗精神病薬の困った時に役立つものとしての捉えなおし」の服薬を続けることという、その時々抗精神病薬の服薬のあり方について語っていた。対象者の罹患期間は抗精神病薬を服薬する理由に影響していた。本研究における統合失調症患者の場合、罹患期間が2年未満である時期は外発的な動機を理由に抗精神病薬を服薬していたが、罹患期間が長くなるにつれて、徐々に生活を維持するために患者自身が目的をもって抗精神病薬の服薬を続けていた(表4)。

## V. 考察

統合失調症患者が語った服薬のあり方において、服薬を中断すること、服薬を再開すること、服薬を続けることについて考察し以下に述べる。そして今回、統合失調症患者が語った服薬のあり方から、統合失調症患者が服薬を続けられるための支援者の在

り方について示唆を得る。

### 1. 統合失調症患者が服薬を中断することについて語った内容

#### 1) 副作用により見失いそうになる自分らしさ

A氏は、「ゾンビになった気分になった。みんなが私のことを気が抜けているように見えると言った。」と抗精神病薬の副作用による影響を強く感じており、周囲の人達に映る自分自身の様子の評価やボディ・イメージについて語っている。またD氏は、「クロザピンの例を挙げますと、以前は飲んだら30分後には10時間くらいボーッとしていたんです。それが理由で飲むのをやめたんです。」と抗精神病薬を飲むことによって起こる影響について語っていた。

#### 2) 治ったと思って判断する服薬の中止

H氏は「幻聴が聞こえなくなったので、もう薬はいらない、治ったと思って薬をやめたんです。」と



表3 12名の対象者の抗精神病薬の服薬のあり方に関する語り

**A氏 (48歳・罹患期間1年間)**

・当時その薬の効果が気に入らなくて、また調子が狂ってしまったんです(笑)。(やめた理由は何か?) うーん、量が多いのと、ゾンビになった気分になったから。みんなが私のことを「気が抜けているように見える」と言いました。

・2つ目の薬を飲むことで、処方された量よりも多く飲んでしまうことになる。馬鹿げていますよね。でも、そうする必要があったんです。

・服薬をやめたのは気分が良かったからです。これはよくあることだと思います。抗生物質のようなものですね。気分が良くなってきて飲むのをやめると最後まで飲みきることができません。

・一緒に住んでいる友達は、私を助けてくれます。錠剤を飲んだかどうかの確認もしてくれます。私は毎日同じ時間に薬を飲むようにしていますし、家のもう一人の人も薬を飲んでます。実際、同じ時間帯に服用しています。もし彼女が家にいたら、「ああ、タブレットだ」となるでしょう。

**B氏 (19歳・罹患期間2年間)**

・彼女が飲むように言ってくれます。彼女がいなかったら、飲まないよ。(どうして飲まないのですか?) 分かんないけど。ただ、気になってしょうがないんだ(笑)。彼女はいつも私に飲むように言ってくるんです。何回かは飲むんだけど、そのうち忘れちゃうんだよね。

**C氏 (21歳・罹患期間2年間)**

・最初の精神症状が発症してから、3回入院をすることになりました。

・彼ら(友人、家族、ケースマネージャー)が、僕を助けてくれたんだ。私が以前していたことをまだできるようにしてくれたんだ。彼らは受け入れてくれたし、批判もせず、ただ助けてくれて、励ましてくれたんだ。この人はこんな病気だからこんな風にはできない、というのではなく、自分のしていることのモチベーションを保ってくれることが重要だよ。

**D氏 (30歳・罹患期間6年間)**

・私は過去に薬を飲むのをやめたことがあります。すぐに病院に戻ってしまい、薬をやめてはいけないという教訓を得ました。クロザピンの例を挙げますと、以前は飲んだら30分後には10時間くらいボーッとしていたんです。それが理由で飲むのをやめたんです。

・一緒に住んでいる友達が助けてくれて、「錠剤を飲んだか?」と忘れないようにしてくれます。もし飲んでいなかったら、生きていなかったと思います。自殺していたかもしれませんね、きっと。声に支配されて、それに基づいて行動していたと思います。そして多分自殺すると思います。

**E氏 (33歳・罹患期間7年間)**

・私が薬を飲み始めたときにもあったと思います。何度か飲み忘れたことがありました。(どうして?) 忘れていたり、忙しくて何もしていなかったりして、ふと気づくと最後の1錠を飲んでいなかったんです。

・薬を飲まないことにして、それが正しいことではなかったと気づいた時、病院に行くことになります。そんなことはしたくありません。私は薬を飲むように勧められます。そうしないと、おそらく保護室に入れられることになります。それはやりたくないことなので、とりあえず受けてみるのが賢明だと思います。

・頭痛がしたときにパナドールを飲むのと同じです。1週間に毎晩飲まなければなりません、それは大丈夫です。一生飲み続けなければならないと思います。

**F氏 (37歳・罹患期間7年間)**

・今では私のルーティンの一部ですからね。ただの習慣なんです。夜の9時30分に薬を飲む。朝の8時半、9時、8時には薬を飲む。私はそれを知っています。私は自分自身をそのルーティンに組み込んだのです。

**G氏 (25歳・罹患期間8年間)**

・私は過去に薬を飲むのをやめたことがあります。治ったと思って薬をやめたんですが、その時にまた入院してしまいました。続けることが大事です。

・錠剤を飲んでいて、副作用ばかりで効果がないとしたら、もちろんその錠剤を飲まないでしょう。錠剤をそのまま流しに捨ててしまうでしょうね。錠剤が効き始めるまでに時間がかかるので、我慢できなくなって、「もうダメだ、この錠剤は」と思ってしまうんですよ。

・錠剤が効いていることを実感すると、「いいぞ。うまくいっている」と、少しずつ気分が良くなってきて、日課になってくる。そうすると、だんだん気分が良くなってきて、タブレットを飲みたくなってくる。それはすぐには実現しないけどね。

・私としては、薬を必要としなければよかったと思っていますよ。薬が私の命を救ってくれなかったとは言いません。薬は救ってくれましたから。それはそれで仕方がないことだけど、もしも薬がなくても落ち着いてやり過ごすことができるのなら、そう簡単にはいかないよね。

・誰もが心の病を抱えながら、ある段階で自分で解決しなければなりません。自分で解決しなければならぬし、進歩するためにはこのようなことを学び始めなければならないのです。

・僕の場合は、錠剤を飲んででもまだ吐き気がしますが、パニックになっても、「ああ、最悪だ、でもすぐに治るさ」と言い続けていたら、治ってしまいました。もう何年もそうしていますが、毎回、10秒ほど短くなります。今では2分ほどしか続きません。2分ほど座っていると、すぐに消えてしまうんです。これ以上続けたくはないのですが、このまま続けていればいつか完全に治るかもしれません。

・今、自分が置かれている状況をとてもよく理解しています。少しでも気分が悪くなったら、腰を落ち着けて分析してみます。いつも最初に医師に相談します。それが、良いことです。

**H氏 (20歳・罹患期間8年間)**

・リスペリドンという薬を飲んでた時に、ある時、幻聴が聞こえなくなったので、もう薬はいらない、治ったと思って薬をやめたんですが、その時にまた入院してしまいました。

・次に薬が必要ないと思ったときには、薬をやめて落ち込んだり、声が聞こえたりしたときのことを思い出して、「必要だよ、こういうことがあるんだよ、過去にあなたにもあったことだから、飲んでね」と言うのです。それを備忘録として活用するのです。

・私の場合は、何年もかけて、たくさんの悪い経験をして、それを乗り越えてきたんだと思いますよ。決して良いものではありませんが、時間が経つにつれて、楽になってきました。

・何かあったときのために、食器棚にリスペリドンを少しだけ用意してあります。そこに置いてあって、もし注射の時間に間に合わなかったら、それを1錠飲めば2mgになるから、少しだけ予備を持っています。もし何か理由があって注射に間に合わない場合は、タブレットを飲みます。錠剤を飲んで、2、3日後に注射を受けに行きます。

・精神科医との関係は重要です。安心して話せるようになると新しい医師が来て入れ替わるのですが、もっと長くやらなければならぬですね。(それでは安心して話せる関係になるまでは、相手に心を開かないということですね?) ええ、そのとおりです。

**I氏 (31歳・罹患期間8年間)**

・1年前から尾行されているような感覚に襲われ、その後、1ヵ月前から迫害妄想を伴う幻聴が急性に発症しました。症状は抗精神病薬の投与後すぐに治まりました。

・約1年間の完全な服薬中止を達成しました。その後フルタイムの仕事に就き、ほとんどの時間、十分な職業機能と対人関係を維持していましたが、異性関係のストレスに関連して再発の危機を感じ、監視されているという感覚、脅迫的な内容の漠然とした幻聴などの症状が現れました。

・病気は10歳のときにセクハラを受けたというトラウマの後遺症だと考えていました。大人になってからも、男性の“優しさ”に過敏に反応し、それを悪い意味に解釈してしまい、現実を歪めてしまうことがありました。現在は、男性と距離を置くことでストレスに対処しており、同性との交際も考え始めています。

**J氏 (26歳・罹患期間9年間)**

・入院はせず、抗うつ剤や超低用量の抗精神病薬を断続的に投与して数ヵ月間、外来で経過観察を受けましたが、効果はありませんでした。病前の高校時代の成績が平均以上でしたが、大学では成績が振るわず、社会との接触を避けていました。大学を卒業しても自立した生活をする気力がなく、意気消沈した生活を送っていました。

**K氏 (28歳・罹患期間9年間)**

・元の家族とは公平なやりとりをして暮らし、気分の変動を抑えられるボーイフレンドがいました。

**L氏 (37歳・罹患期間10年間)**

・私は当初、統合失調症という「ラベル」を貼ってしまったため、病院での治療を拒否していました。私は症状の影響のため頻繁に仕事を変えており、母親や妹とは距離を置いています。

・精神病症状は抑制的な性格による「感情と行動の問題」と考えていました。現在、自信がなく、ほとんどの時間を不幸だと感じていますが、不満を口にすることができることを知っています。もし怒りを抑えられなくなったら、その時には向精神薬を使うかもしれません。

表4 統合失調症患者が抗精神病薬の服薬のあり方について語った内容

**統合失調症患者が服薬を中断することについて語った内容**

1 副作用により見失いそうになる自分らしさ	A 48歳 罹患期間 1年	D 30歳 罹患期間 6年
2 治ったと思って判断する服薬の中止	H 20歳 罹患期間 8年	G 25歳 罹患期間 8年
3 期待できない抗精神病薬の治療効果	G 25歳 罹患期間 8年	J 26歳 罹患期間 9年

**統合失調症患者が服薬を再開することについて語った内容**

1 再入院を経験する中で発見する抗精神病薬の必要性	D 30歳 罹患期間 6年	E 33歳 罹患期間 7年	G 25歳 罹患期間 8年	H 20歳 罹患期間 8年
---------------------------	------------------	------------------	------------------	------------------

**統合失調症患者が服薬を続けることについて語った内容**

1 同居しているパートナーや友人に迷惑をかけないため	A 48歳 罹患期間 1年	B 19歳 罹患期間 2年	D 30歳 罹患期間 6年	
2 支援者による励まし	C 21歳 罹患期間 2年	G 25歳 罹患期間 8年	H 20歳 罹患期間 8年	K 28歳 罹患期間 9年
3 一日の生活習慣の中に取り入れる自主的な試み	E 33歳 罹患期間 7年	F 37歳 罹患期間 7年	G 25歳 罹患期間 8年	H 20歳 罹患期間 8年
4 患者による抗精神病薬の困った時に役立つものとしての捉えなおし	G 25歳 罹患期間 8年	H 20歳 罹患期間 8年	I 31歳 罹患期間 8年	L 37歳 罹患期間 10年

語っており、またG氏も「私は過去に薬を飲むのをやめたことがあります。治ったと思って薬をやめたんですが、その時にまた入院してしまいました。」と語っている。

患者が病気を完治したと思った場合、病気のために内服していた薬を中止しようと思うことは自然な反応の1つと考えるが、統合失調症の場合は精神症状が現れていないとしても、予防的に服薬を続けることが望ましいとされており、入院中からも抗精神病薬の服薬の必要性についての実践や教育が行われている。

### 3) 期待できない抗精神病薬の治療効果

G氏は「錠剤を飲んでいて、副作用ばかりで効果がないとしたらもちろんその錠剤を飲まないでしょう。」と語っており、またJ氏も「抗うつ剤や超低用量の抗精神病薬を断続的に投与して数カ月間、外来で経過観察を受けましたが効果はありませんでした。」と、服薬を続けていたとしても、薬理効果が得られずに副作用ばかりを感じてしまうと、服薬を止めると語っている。

### 4) 服薬を中断した内容から得られる服薬指導への示唆

抗精神病薬を中止する背景には、抗精神病薬はできる限り服薬したくないという思いもあるのではないだろうか。塩谷ら (2004)、石田 (2008) によると、抗精神病薬に対する思いには「薬を長く飲むと体に毒だ」「病気が治ったから飲まない」「薬を飲んでいうちは病気が良くなったとはいえない」などがあることを報告している。また今井 (2008) は「医師が出してくれているから必要だと思う」一方で、「薬は死ぬまで必要みたいだが、薬はできたら止めたい」という両価的な気持ちが続いていることを報告している。

Price (1990) は「個人のボディ・イメージは理想身体、現実身体、表現身体のバランスによって均衡が保たれている」と述べている。抗精神病薬の服薬が精神症状のコントロールに寄与していることを実感できることも重要であるが、抗精神病薬を服薬しながらも自分らしさを感じられる中で日常生活を行えることが保証されることは、抗精神病薬の服薬

の可否において重要なことであると考ええる。

統合失調症患者が精神症状を感じなくなった後も抗精神病薬の服薬を継続しようと思えるためには、抗精神病薬の服薬が患者自身にとって有益なものであると実感できることが重要なのではないかと考える。

## 2. 統合失調症患者が服薬を再開することについて語った内容

### 1) 再入院を経験する中で発見する抗精神病薬の必要性

再入院という出来事は否定的な経験として受け止められやすいが、D氏は「私は過去に薬を飲むのをやめたことがあります。すぐに病院に戻ってしまい、薬をやめてはいけないという教訓を得ました。」と語っており、またE氏も「薬を飲まないことにして、それが正しいことではなかったと気づいた時、病院に行くことになります。そんなことはしたくありません。」と語っていた。そして、G氏は「治ったと思って薬をやめたんですが、その時にまた入院してしまいました。(服薬を) 続けることが大事です。」と語っており、さらにH氏は「幻聴が聞こえなくなったので、もう薬はいらぬ、治ったと思って薬をやめたんですが、その時にまた入院してしまいました。」と語っており、抗精神病薬の服薬を続ける必要があることを知る体験にもなっていた。また、D氏においては「もし飲んでいなかったら、生きていなかったと思います。声に支配されて、それに基づいて行動していたと思います。そして多分自殺すると思います。」と自分自身の精神症状と抗精神病薬の関連性についても考えている。

### 2) 患者が発見する抗精神病薬の必要性から得られる服薬指導の示唆

小林 (2013) は統合失調症患者における再発 (再燃) という体験の意味について、「再発は単なる治療の失敗や支援からの脱落ではなく、障害を抱えている自分の可能性に気づき新たな価値を見いだす契機となり得る」と述べている。D氏、E氏、G氏、H氏は再入院を1つの契機とし、過去の服薬を中止した時の経験を振り返る中で、自分自身の精神症状と抗精神病薬の関連性について考えており、抗精神



病薬の服薬を継続することが必要だという事実の発見に至ったと考える。

### 3. 統合失調症患者が服薬を続けることについて語った内容

#### 1) 同居しているパートナーや友人に迷惑をかけないため

A氏は「錠剤を飲んだかどうかの確認もしてくれます。」と語っており、またB氏は「彼女が飲むように言ってくれます。彼女がいなかったら飲まないよ。」と語っており、パートナーが抗精神病薬の服薬を勧めてくれていた。またD氏は「一緒に住んでいる友達が助けてくれて、“錠剤を飲んだか？”と忘れないようにしてくれます。」と語っている。A氏、B氏、D氏の語りからは、自分自身のために服薬をするというよりも、パートナーや友人と過ごす日常生活の維持のために服薬するという理由がみられる。

#### 2) 支援者による励まし

C氏は「彼ら（友人や家族、ケースマネージャー）が自分を助けてくれたんだ。彼らは受け入れてくれたし、批判もせずただ助けてくれて、励ましてくれたんだ。」と支援者のかかわりを支持的なものとして感じていた。さらにC氏は、「この人はこんな病気だからこんな風にはできない、というのではなく、自分のしていることのモチベーションを保ってあげることが重要だよ。」と語っており、支援者による疾患や症状だけに捉われないかかわりが、C氏自身のモチベーションに影響していた。また、K氏は「気分の変動を抑えられるボーイフレンドがいました。」と語っており、病的体験と向き合う中での支えをパートナーや友人から得られていたことを語っていた。そして、G氏は「いつも最初に医師に相談します。それがよいことです。」と語っており、H氏も「精神科医との関係は重要です。安心して話せるようになると新しい医師が来て入れ替わるのですが、もっと長くやらなければならないですね。」と語っており、信頼のおける医師と相談が行える関係が重要であることについて語っている。

#### 3) 一日の生活習慣の中に取り入れる自主的な試み

E氏は「頭痛がしたときにパナドールを飲むのと同じです。1週間に毎晩飲まなければなりません、

それは大丈夫です。一生飲み続けなければならないと思います。」と語っており、F氏は「今では私のルーティンの一部ですからね。ただの習慣なんです。」と語っている。またG氏は「錠剤が効いていることを実感すると、“いいぞ。うまくいっている”と、少しずつ気分がよくなってきて、日課になってくる。」と語っており、と抗精神病薬の服薬が、ルーティンの一部として組み込まれており、習慣化したことを語っている。

またH氏の語りからは、「薬をやめて落ち込んだり、声が聞こえたりしたときのことを思い出して、“必要だよ、こういうことがあるんだよ、過去にあなたにもあったことだから、飲んでね”と言うのです。それを備忘録として活用するのです。」と、服薬を続けるために過去の体験を活用することを語っている。

#### 4) 患者による抗精神病薬の困った時に役立つものとしての捉えなおし

I氏は「1年前から尾行されているような感覚に襲われ、その後、1カ月前から迫害妄想を伴う幻聴が急性に発症しました。症状は抗精神病薬の投与後すぐに治まりました。」と抗精神病薬の服薬によって精神症状が緩和したと語っている。

またG氏は、「僕の場合は、錠剤を飲んでもまだ吐き気がしますが、パニックになっても、“ああ、最悪だ、でもすぐに治るさ”と言い続けていたら、治ってしまいました。このまま続けていればいつか完全に治るかもしれません。」と語り、H氏は「食器棚にリスペリドンを少しだけ用意してあります。もし何か理由があって注射に間に合わない場合は、この錠剤を飲みます。錠剤を飲んで、2、3日後に注射を受けに行きます。」と語っており、L氏は「もし怒りを抑えられなくなったら、その時には向精神薬を使うかもしれません。」と語っており、自分自身の状態や精神症状の状況に合わせた抗精神病薬の使い方を見いだしている。

#### 5) 患者自身の意志による服薬継続より得られる服薬指導の示唆

水野ら（2005）は統合失調症患者の服薬に対する認識について、「入院中は見られなかったが、退



院すると服薬による得の部分に目を向けること、再燃・再入院、他人への迷惑行為を回避するために服薬が必要であると認識していた。」と述べている。A氏、B氏においては、現在のパートナーや友人との生活を維持することや迷惑をかけないようにするために、抗精神病薬の服薬を続けていたと考える。

Brennerら(1990)は、「治療者は、非常に消極的で、退行し、拒絶し、無気力な患者と良好な関係を築くという課題に取り組む必要がある。そのためには、あたたかい肯定的な関係や精神力動的な理解、忍耐強く患者と肯定的な関係を築くことができる安定した治療チームが必要であり、戦略的で多角的な介入が必要になる」と述べている。C氏、G氏、H氏においては、支援者とのかかわりを通じて徐々に支援者へ信頼を寄せていき、その結果、病的体験と向き合うことや服薬を継続しようとする意欲を維持することができたのではないかと考える。

古賀(2015)は統合失調症患者において、「ルーティン化した習慣化」が安定した地域生活を送る要因の1つであることを明らかにしている。安定化した状況というのは、大きく変動することのない一定の決まった状態が続くことを保証されているともいえる。F氏とG氏が統合失調症と付き合いながら日常生活を送るために、服薬という行動をとおして安心を感じる状況を得ていたのではないかと考える。

また田井ら(2014)は、セルフマネジメントについて「罹患以前の健康状態への到達を目指すものではなく、現在の状態で可能な限り自分で対処し、最大限の人生の喜びを実現するという積極的な行動である」と述べている。G氏、H氏においても、これまでの病的体験を受け入れ、見つめなおす中で、自分自身の生活を維持するために必要な抗精神病薬を必要なものとして認識し、その中で自分に合う使い方を見いだすことにつながったのではないかと考える。

#### 4. 統合失調症の患者から学ぶ支援者の在り方について

##### 1) 統合失調症患者を支える支援者の姿勢

池淵ら(2008)は、「治療者との1対1での精神療法的かかわりなど時間をかけて関係性を構築して

いく援助と技術や支持的にかかわれる治療環境とマンパワーが必要である」と述べており、また塩見ら(2016)は精神障がい者に対するケアの姿勢の重要性を示している。その中で、「精神疾患の病態特性を理解しその辛さなどを受け止めること」や「精神障がい者の自立を重んじる姿勢」が重要であることを示唆している。

本研究結果における統合失調症患者は、支援者との関係性の中で抗精神病薬に対する否定的な認識を和らげることに伴い、治療に対するモチベーションにも影響したことを語っている。このことから、統合失調症患者を支える支援者においては、まずは統合失調症患者の身に起きた状況を受け止めて理解を示し、心からの思いやりの言葉を伝え、安心できる関係を整えることが重要であると考えられる。

##### 2) 統合失調症患者が見出した対処方法を支えること

水野ら(2005)は統合失調症患者の抗精神病薬の服薬において、「薬の力を借りるのは、薬を決して万能なものとしてとらえるのではなく、あくまでも補助の1つとしてとらえることである。そして効果を信じ自分に合っている薬だと実感しながら服薬することは、自己治癒力を助けるものであり、患者が主体性をもって努力している回復過程において非常に大きな強みになる」と述べている。また、渡邊ら(2014)は、精神障がい者の自己概念の変容プロセスにおいて、「自分の事を理解しようとしてくれているメンバーの中で、自分の抱える問題を検討することは、自分自身の課題に向き合いやすく、その後の自己概念の変容につながる」と述べている。

このことから、支援者は統合失調症患者の行動がもたらす結果のみに反応するのではなく、統合失調症患者がもつ力を信じて病的体験と向き合う統合失調症患者を見守ることや、安心して病的体験を打ち明けられる語り相手となることも重要な支援の1つであると考えられる。

##### 3) 統合失調症患者の希望を支えること

萱間(1999)は、統合失調症患者に対する看護技術の1つとして、「患者の意思表示を促すこと」を挙げており、社会の中で意志表示や主張を認められる体験を持ちにくい統合失調症患者が、適切に意

思表示をできるように励まし促すことの重要性を説いている。J氏、L氏は、他人とつながることに対して抵抗を感じることや自立した生活に対する意欲が消失してしまうことを語りながらも、今ある生活を何とか維持しようとしていた。

このことから、患者は第三者に語らないだけで、実際は胸の内に何とかしたいという思いを秘めているのではないだろうか。統合失調症患者が胸の内に秘めている思いに支援者は気づこうとする姿勢をもち、安心して思いを吐露できるようにすることが重要であると考えられる。

統合失調症患者の希望の内容やもち方については、支援者がこうであるべきだと決めつける必要はないと考える。大竹ら(2006)は、「患者本人の力や意思を尊重する姿勢が支援者側にあることにより、患者は自身の希望や意向を取り入れ、患者の望む生活のペースに整ってくる」と述べている。統合失調症患者は、患者自身の望む形での希望の在り方について、信頼できる支援者と語る中で、その希望を実現しようとするために病気や障害とうまくつき合う方法について考えることができるのではないかと考える。統合失調症患者の希望は信頼できる支援者との協同の中で支えられるものと考えられる。

## VI. 結論

抗精神病薬の服薬のあり方に関して、統合失調症患者は直接どのようなことを語っているのかについて文献検討を行った。その結果、統合失調症患者は抗精神病薬の服薬を中断することについて、抗精神病薬の副作用により自分らしさを見失いそうになること、統合失調症が治った思い服薬の中止を判断すること、抗精神病薬の治療効果が期待できないことを語っていた。

また、統合失調症患者は抗精神病薬の服薬を再開することについて、再入院を経験する中で抗精神病薬の必要性を発見して服薬をするよう語っていた。

そして、統合失調症患者は抗精神病薬の服薬を続けることについて、同居しているパートナーや友人に迷惑をかけないために服薬をしていること、家族を含めた支援者による励ましによって服薬が維持さ

れること、一日の生活習慣の中に抗精神病薬の服薬を取り入れること、抗精神病薬は困った時には役立つものとして理解することを語っていた。

そして、統合失調症患者のこのような服薬のあり方を踏まえて、支援者のかかわりにおいては、統合失調症患者の身に起きた状況に理解を示し、患者がもつ力を信じて支持的な姿勢でかかわること、統合失調症患者が過去の体験を振り返る中で見いだした方法を尊重し見守ること、そして、統合失調症患者が望んでいる生活を実現できるように、希望を見失わないように支えることが重要であるとの示唆が得られた。

## 利益相反

本研究における利益相反は存在しない。

## 文献

- Brenner HD, Dencker SJ, Goldstein MJ, et al. (1990) : Defining Treatment Refractoriness in Schizophrenia, *Schizophrenia Bulletin*, 16 (4), 551-561.
- 池淵恵美, 佐藤さやか, 安西信雄 (2008) : 統合失調症の退院支援を阻む要因について, *精神神経学雑誌*, 110(11), 1007-1022.
- 今井 正 (2008) : 慢性期統合失調症患者への服薬教室の効果 病識と服薬意識の変化について, *日本精神科看護学会誌*, 51(3), 323-327.
- 石田隆也 (2008) : 慢性統合失調症患者の自覚的薬物体験から服薬に対する構えの実態, *日本精神科看護学会誌*, 51(3), 431-435.
- 萱間真美 (2017) : 当事者の言葉のチカラ- ストレングスマデルを用いた対話が精神看護にもたらすもの-, *日本精神保健看護学会誌*, 26(2), 36-42.
- 萱間真美 (1999) : 精神分裂病者に対する訪問ケアに用いられる熟練看護職の看護技術- 保健婦 訪問看護婦のケア実践の分析-, *看護研究*, (1), 53-76.
- 小林 信 (2013) : 統合失調症患者の障害受容の過程における「再発」という体験の意味についての考察, *群馬パース大学紀要*, 16, 11-20.
- 古賀 誠 (2015) : 統合失調症患者が地域生活を送ること 精神科デイケア利用者からみえてきたことを中心に, *健康科学大学紀要*, 11, 119-129.
- 厚生労働省 (2019) : 最近の精神保健医療福祉施策の動

- 向について, 第1回精神保健福祉士の養成の在り方等に関する検討会資料2. <https://www.mhlw.go.jp/content/12200000/00046223.pdf>(閲覧日:2021年10月31日).
- 水野恵理子, 佐藤雅美, 岩崎みすず, 津田紫緒 (2005): 入院から外来退院後における統合失調症者の病気と服薬に対する認識の変化, 山梨大学看護学会誌, 4(1), 15-26
- 中根允文 (2005): 長期転帰 (WHO共同研究), Schizophrenia Frontier, 6 (4), 281-288.
- 日本神経精神薬理学会 (2016): 統合失調症薬物治療ガイドライン, 医学書院, 東京.
- 大竹眞裕美, 大川貴子, 田上美千佳 (2006): 3カ月以内で退院した統合失調症患者に行われたケアと退院後の生活の実際, 日本精神保健看護学会誌 15(1), 86-95.
- Prince B (1990): A model for body-image care, Journal of Advanced Nursing, 15, 585-593.
- 塩見理香, 畦地博子 (2016): 地域で生活する精神障がい者のストレンスを高めるケアに取り組んでいる看護師の姿勢-6つのテーマに焦点をあてて-, 高知女子大学看護学会誌, 41(2), 42-50.
- 塩谷一夫, 小松美穂 (2004): 統合失調症患者の服薬教室の効果薬に対する構え, 病識尺度の変化から, 日本精神科看護学会誌, 47(1), 520-523.
- 田井雅子, 野嶋佐由美 (2014): セルフマネジメントの概念に関する文献検討統合失調症をもつ人に対する活用, 高知女子大学看護学会誌39(2), 12-23.
- 渡邊久美, 國方弘子 (2014): 地域生活をおくる精神障害者の自己概念の変容プロセス 自尊心回復グループ認知行動看護療法プログラム参加者へのインタビューから, 日本看護科学会誌, 34(1), 263-271.