

〈研究ノート〉

精神科クリニックに通院するメンタルヘルス不調者が抱える セルフマネジメントの困りごとと情報源

谷口 清弥

四條畷学園大学看護学部

Problems of Patients with Poor Mental Health Who Regularly Visit Doctors and Self-management Resources

Kiyomi Taniguchi

Faculty of Nursing, Shijonawate Gakuen University

<要旨>

本研究の目的は、精神科クリニックに通院中のメンタルヘルス不調者へのセルフマネジメント支援を検討するにあたり、メンタルヘルス不調者が抱えるセルフマネジメントの情報源と病気や生活上の困りごとを明らかにすることである。

うつ・不安障害などのメンタルヘルス不調者 148 名を対象に「病気・薬・気をつけることの情報源」「病気・薬・生活についてのわからないこと、気になること、困ったこと」について質問紙調査を実施した。104 の回収データを分析した結果、医師から情報を得ている人が 71.6% から 80% と圧倒的に多く、医師以外の専門職やインターネット・書籍などは情報源としてあまり活用されていなかった。記述内容の質的分析から、メンタルヘルス不調者の困りごととして、【症状の苦痛と病状の理解困難】【服薬継続の不安と抵抗感】【具体的な療養行動の判断に迷う】【思うように生活できないつらさ】【病気の受容困難とサポート不足】の 5 つのカテゴリが生成された。不安や苦痛・困難という困りごとのネガティブ状況が、生活行動や生活の質を低下させ、回復への希望や意欲につながらない状況があった。セルフマネジメント支援として、有用な情報源の紹介や情報提供の必要性とともに、クリニックにおける医師以外の専門職の機能を活かし、患者の困りごとや思いに応じた支援の必要性が示唆された。

キーワード

メンタルヘルス不調	patients with anxiety disorder
うつ	depression
セルフマネジメント	self-management
精神科クリニック	psychiatric clinic

I. 研究背景と目的

厚生労働省の 2014 年「患者調査」によると、精神疾患患者は悪性新生物、糖尿病をはるかに上回る 317 万人に上り年々増加傾向にある。うち 290 万人が地域で生活しながら通院する外来患者である¹⁾。中でもうつ病などの気分障害や不安障害、ストレス関連障害などが半数以上を占めており、治療を受けていない不調者を加えるとその数は計り知れない。メ

ンタルヘルス不調を抱える人が増加し続けている中、地域におけるメンタルヘルス支援のあり方が課題となっている。

うつ病や不安障害などの症状コントロールや再発予防には薬物療法だけでなく、服薬管理やストレスマネジメント、生活や環境の調整など患者自身が主体的に行うセルフマネジメントが不可欠である。しかし、外来治療が可能な多くのうつ病や不安障害患者は、

軽症精神障害であるため福祉サービスの対象とならず、利用できる社会資源が少なく、支援体制も十分ではない。精神科病院入院中の患者には、参加者の経験を聞き取りながら疾患や服薬の知識、ストレスコーピングなどを学ぶ心理教育や、対人関係スキルを学ぶ SST などの教育的支援が行われ、効果が報告されている²³⁾。しかし、クリニックでのうつ病や不安障害患者への支援に関する先行研究を概観すると、そのほとんどが休職者への復職支援に関する研究であり^{4) 5)}、セルフマネジメント支援に関する研究はほとんど行われていない。

「病気の治癒」を目指すものではなく、その人が「自分らしくよりよい人生を送る」セルフマネジメント力を高めるためには、病気とうまくつき合うこと、生活を維持すること、希望を持つこととされている⁶⁾。しかし、精神疾患をもつ人の多くは心理的なストレスに対する際立った感受性の高さがあるため、セルフマネジメントに向けた行動変容は困難な課題であると言える。さらに、うつ病や不安障害は、再発しやすく、しばしば他の精神疾患を併発することで生活の質を低下させるというだけでなく、休職者の増加や自殺という社会的問題を招いている。再発の多さと治療の困難さ、外来受診者数の多さを考えれば、クリニックでの援助機能を高めることは精神医療保健の重要課題である。

そこで、精神科クリニックに通院中のメンタルヘルス不調者へのセルフマネジメント支援を検討するにあたり、セルフマネジメントの情報源とメンタルヘルス不調患者が抱える病気や生活上の困りごとを明らかにする。

II. 研究方法

1. 調査対象および調査方法

調査対象施設は、心療内科および精神科などの診療科名を標榜し、精神科医が診療しているクリニックとした。本研究に同意が得られた A 県内の 5 つのクリニックに通院するメンタルヘルス不調患者を対象に質問紙調査を実施した。調査対象者の選定条件として、うつ・不安障害などの軽症精神障害で、通院しながら通常の生活を送っている人とし、統合失調症などの精神病圏の患者は対象外とした。パーソナリティ障害や発達障害などは抑うつや不安

を伴っていれば対象とした。研究協力可能の可否を医師が判断したうえで、協力可能と認めた対象者に医師が調査票を配布した。調査票記入後、返信用封筒で研究者宛への返送を依頼した。調査期間は、2014 年 9 月から同年 12 月であった。

2. 調査内容

1) 対象者の属性と治療状況

年齢、性別、雇用形態、病名、通院期間、服用薬剤の項目で構成した。

2) 病気・薬・気をつけることの情報源

Q-1 病気の症状・治療などについてどこから情報を得ましたか。Q-2 あなたの服用している薬の作用や副作用についてどこから情報を得ましたか。Q-3 あなたの病気で気をつけることについてどこから情報を得ましたか。の質問に選択式で回答を求めた。

3) わからないこと、気になること、困ったこと

Q これまで、わからないこと、気になること、困ったことはどのような内容ですか。この質問に病気・薬・生活について、それぞれ自由記述で回答を求めた。

3. 分析方法

選択式回答については単純集計した。自由記述については、記述の中から「わからないこと、気になること、困ったこと」に関連する箇所を抽出し、1 つの意味内容ごとに単位データとし、意味を解釈しコード化した。コード化したデータの内容を吟味し、コードの類似性を検討し、共通する意味を持つコードを集め、サブカテゴリ、カテゴリ化した。分析内容については、質的研究を専門とする複数の研究者にスーパービジョンを受け、妥当性の確保に努めた。

4. 倫理的配慮

本研究は、所属大学の研究倫理審査委員会の審査を受け承認を得て実施した。クリニックの医師に研究趣旨、協力を得たい内容について文書と口頭で説明し、同意が得られたのちに対象者の選定について具体的に打ち合わせ、対象者へ「研究のお願い」と「調査票」の配布を依頼した。対象者へ研究趣旨、参加の自由、研究の協力は拒否した場合でも不利益を被ることはないこと、プライバシーの保護などについて文書で説明した。さらに、回答に際して精神的負担を感じた場合はすみやかに回答を中断し、主治医に相談することを明記した。回収はクリニックを介さ

ない研究者への直接郵送法とし、秘密保持に配慮した。調査票の返送をもって研究参加の協力同意とみなした。

Ⅲ. 結果

148 名に調査票を配布し、回収数は 110 (回収率は 74.3%) であった。このうち、アルコール依存症でうつや不安障害などメンタルヘルス不調を伴わないものや統合失調症は分析対象から除外し、分析対象数は 104 (有効回答率 70.3%) であった。

1. 対象者の属性と治療状況

対象者の属性は表 1 に示す通りであった。性別は男性 35 名 (33.7%), 女性 69 名 (66.3%) であり、平均年齢は 47.5 歳 (SD ± 12.0, 範囲: 16-74) であった。雇用形態は、常勤職が 27 名 (26.5%) と最も多く、主婦、パート・アルバイト、学生を合わせると約 8 割が仕事や役割を持っていた。対象者の自己申告による病名は、うつ・抑うつ 52 名 (50.1%) と不安障害 21 名 (20.2%) で 7 割を占め、複数の病名を挙げている人も多くみられた。‘わからない’と回答した人

表 1 対象者の属性

項目		人数	%
性別	男性	35	33.7
	女性	69	66.3
年代	10歳代	1	0.9
	20歳代	7	6.8
	30歳代	21	20.4
	40歳代	30	29.1
	50歳代	24	23.3
	60歳代	15	14.7
	70歳代	5	4.9
	平均	47.5歳	
雇用形態	常勤職	27	26.5
	パート・アルバイト	15	14.7
	休職中	10	9.8
	無職	20	19.6
	学生	4	3.9
	主婦	23	22.5
	その他	3	2.9
病名	うつ・抑うつ	52	50
	双極性障害	7	6.7
	不安障害 (神経症)	21	20.2
	心身症	14	13.5
	過食症	1	1
	自己愛パーソナリティ障害	1	1
	広汎性発達障害	2	1.9
	アルコール・薬物依存症	15	14.4
服用薬剤	抗不安薬	51	51.5
	抗うつ薬	43	43.4
	気分安定薬	30	30.3
	抗精神病薬	4	4
	睡眠薬	41	41.4
	抗てんかん薬	6	6.1
	その他	11	11.1
	服用していない	4	4
	わからない	6	6.1
通院期間	6ヶ月未満	31	31.6
	6ヶ月～1年未満	10	10.2
	1年以上～5年未満	21	21.4
	5年以上～10年未満	17	17.3
	10年以上～20年未満	14	14.3
	20年～30年	4	4.1
30年以上	1	1	

はなかった。服用薬剤で多かったのが抗不安薬 51 名 (51.5%)、抗うつ薬 43 名 (43.4%)、睡眠薬 41 名 (41.4%) であった。わからないと答えた人が 6 名であったが、大半の人が自分の病名と服用薬剤の薬効を認識していた。通院期間については、6ヶ月未満が最も多く 31 名 (31.6%)、10 年以上にわたり長期通院している人が 19 名 (19.4%) だった。

2. セルフマネジメントの情報源

対象者が自ら情報を得る情報源は図 1 に示す通りであった。病気の症状や治療、薬の作用・副作用、病気と付き合ううえで気をつけることについての情報源は、いずれの情報についても医師から情報を得ている人が 71.6%～80% と圧倒的に多かった。次いで薬については薬剤師 35.4%、インターネット 30.4%～18.8%、家族や友人 26.5%～4% であった。身近な情報源であるはずのテレビ・ラジオや書籍・雑誌はあまり利用されていなかった。さらに、専門職である看護師は 3%～4% と低く看護師の役割が発揮できていないことがわかった。

3. メンタルヘルス不調者の困りごと

自由記述の回答については、病気・薬・生活に関する全データに分析を加えカテゴリの抽出を行った。結果、メンタルヘルス不調者が抱える疑問と困りごととして 217 のコードを抽出し、15 のサブカテゴリ、そして【症状の苦痛と病状の理解困難】【服薬継続の不安と抵抗感】【具体的な療養行動の判断に迷う】【思うように生活できないつらさ】【病気の受容困難とサポート不足】の 5 カテゴリを生成した。(表 2)

以下、カテゴリを【】、サブカテゴリを<>、単位データを「」で示した。

1) 【症状の苦痛と病状の理解困難】

このカテゴリは、疾患自体の症状による苦痛に加えて、その病状を理解できない不安が記述され、<症状の苦痛><見えない病状の理解しづらさ><治療の見通しが得られない不安>という 3 つのサブカテゴリで構成された。

「常に疲れて身体がすっきりしない」「何もする気が起きない」と疲労感や意欲の低下が続き、「不安からくる胃痙攣」「過呼吸」などの身体症状と「不安が頭から離れない」「とにかく人が怖い」「心配事はないはずなのに孤独感が強い」と精神症状による<症状の苦痛>を抱えていた。このような苦痛に加えて、自分の病気のメカニズムが客観的に見えないことで「原因は何か?」「どれくらい病気がひどいのか?」「本当に病気のなか?」<見えない病状の理解しづらさ>と、「いつ治るのか」「本当に治るのか」と<治療の見通しが得られない不安>を抱えていた。

2) 【服薬継続の不安と抵抗感】

このカテゴリは、服薬による様々なネガティブ症状の不安と苦痛を抱えながら、それでも服薬を続けなくてはいけないというしんどさが記述され、<副作用の不安と苦痛><薬への依存に対する恐れ><服薬し続ける負担感>という 3 つのサブカテゴリで構成された。

「飲み続けることで副作用がでないか」と副作用出現の心配から「副作用が不安で飲むことをためらう」気持ちがあった。また、「眠気が強い」「吐き気

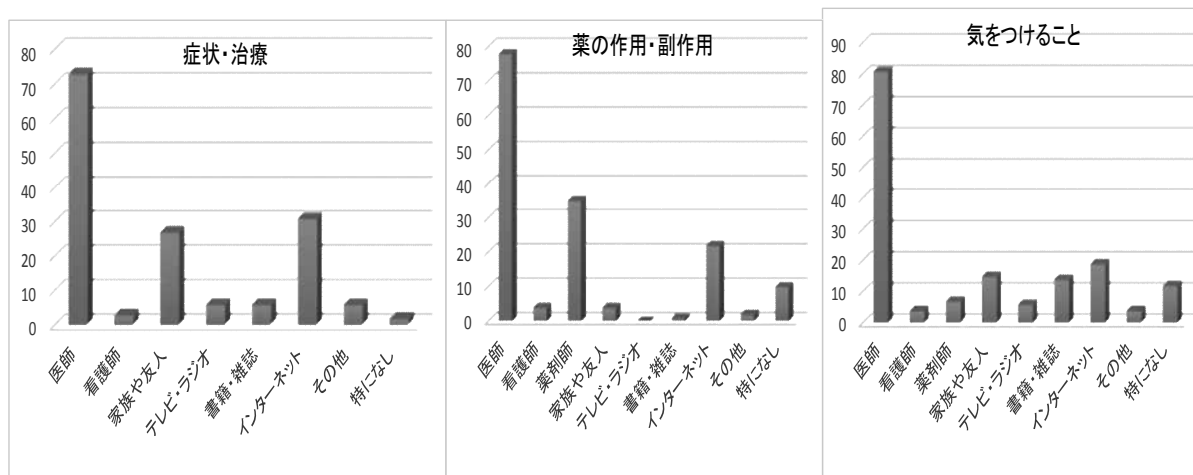


図1 症状・治療・薬の副作用、気をつけることの情報源

と嘔吐がひどい」「尿が出にくい」「太る」など日々続く様々な副作用の不安と苦痛を抱えていた。そして、服薬を継続することで「薬をやめられなくなるのでは」「飲めば楽になるが、中毒が怖い」と薬への依存と、「減薬するときや、断つときの後遺症が不安」と断薬時の弊害も含めて薬への依存に対する恐れを感じていた。そのため、このような不安や怖さを抱えた薬を「いつまで飲み続けるのか」「いつやめることが出来るか」という不安と「薬の効果が感じられない」「効いているのかわからない」と効果の実感が持てないまま服薬し続ける負担感を感じていた。

3) 【具体的な療養行動の判断に迷う】

このカテゴリは、生活の中で具体的な療養上の選択や判断を必要とする場面に直面した時の困惑と迷いが記述され、＜専門家への相談・頓服使用のタイミングに迷う＞＜無理と頑張りを見極め困難＞＜時間の使い方・過ごし方に困る＞という3つのサブカテゴリで構成された。気になることを「その都度医師に相談すべきか、気にしないほうがいいのか」「カウンセリングを受けたいがタイミングがつかめない」と専門家へ相談するタイミングの迷いと「頓服を飲むべきか否か」「頓服を使用するタイミングがわからない」と頓服使用のタイミングを自分で判断することの難しさから＜専門家への相談・頓服使用のタイミングに迷う＞状況があった。また、「どこからが無理で、どこまでが無理でないのかが・・・」「どの程度無理して頑張ればいいのかわからない」と＜無理と頑張りを見極め困難＞と感じていた。さらに、「休養なさいと言われても何をすればいいのか時間の使い方」に困る、生活リズムを整えるために「やることをいかに見つけるか」と意欲や興味関心の低下した中で＜時間の使い方・過ごし方＞に困っていた。

4) 【思うように生活できないつらさ】

このカテゴリは、病気が日々の生活に影響し、自分の思うように生活できないつらさが記述され、＜症状のつらさで思うように動けない＞＜活動が減少し心が満たされない＞＜家事や仕事など役割が上手くこなせない＞という3つのサブカテゴリで構成された。

「つらい時は起き上がることさえ苦痛」「朝起きても眠気が取れず午前中また寝てしまうことがある」「出

かけた翌日は疲れて寝込んでしまう」など眠気や倦怠感などの症状が生活行動の妨げとなって「なかなか思う通りに動けない」と＜症状のつらさで思うように動けない＞状況があった。

その結果、「外に出る回数がかなり減った」「友人や趣味の仲間に出会いたくない時があり寂しい」と、生活の楽しみや満足が得られず、＜活動が減少し心が満たされない＞思いを抱いていた。さらに、主婦や育児中の母親は、「家事が以前ほどできないため、家族に申し訳ない」気持ちや、「1人で育児ができない」ことをつらく感じており、仕事をしている人は、「睡眠がとれないので仕事がつらい」「仕事しんどくなった時の気持ちの切り替え」がうまくできないなど、＜家事や仕事など役割が上手くこなせない＞と感じていた。

5) 【病気の受容困難とサポート不足】

このカテゴリは、精神の病気に対する自分自身の中にある抵抗感と、周囲の無理解から支援が得られないつらさが記述され、＜病気を受け止められない＞＜周囲の理解・サポートが得られない＞＜今後の生活の不安＞という3つのサブカテゴリで構成された。

「自分がこんな病気になるとは思わなかったので現実として受けとめることができなかった」と自分の中の偏見のために＜病気を受け止められない＞抵抗感があり、それが「精神病と言われると家族を含め誰にも相談できない」と相談行動の妨げとなっていた。また、「周りの人に病気の内容がなかなか理解されなくてサポートしてもらえない」「“うつ病だから”と言えばぐうたらできるもんなと言う人もいる」など＜周囲の理解・サポートが得られない＞ことがさらに相談しづらくさせていた。「病気になり、退職することになったので今後の生活に対して不安」「1人暮らしになり、今後の自分自身の生活が気になる」「社会にこれから受け入れられるか、乗り切っていけるか不安」など、周囲の理解やサポートが得られない中で、病気を持ちながら生活していく＜今後の生活の不安＞を抱いていた。

IV. 考察

1. セルフマネジメントに向けた自己教育行動

今回の調査結果から、大多数の人が自身の病名

や服用薬剤を認識していた。精神科医療では、以前は精神疾患の病名を告知しないことが多かった。しかし、現在は患者への病名告知や治療のインフォームドコンセントが一般的に行われるようになったことから、‘病名や治療薬剤を知る’ことで自分の病気と向き合うきっかけが得られていると言える。

病気・薬・生活上の注意についての情報源は‘医師’という回答が7～8割を占めた。患者の病状を最も知る主治医の説明や指導が最大の情報源となっていることは当然の結果と言えよう。しかし、一方で精神科クリニックの9割は精神科医師1人に看護師などのスタッフが1名以下という診療体制の現状がある⁷⁾。このような背景と調査結果から、クリニックにおいては、看護師などの医師以外の専門職の機能が活かせず、患者は医師以外から情報提供を受ける機会が持ちにくいという現状が伺えた。

また、インターネットから情報を得た人は2～3割程度で、インターネット人口普及率が8割という背景からすると利用率は少ないと言える。テレビや書籍など身近なものでも1割程度にすぎない。意欲・集中力の低下といった症状のみならず、‘治療の主役は患者である’という認識が乏しく、治療を医者任せにしてしまう⁸⁾ことが自己教育行動の妨げとなると考えられる。

2. メンタルヘルス不調者の抱える困りごとの様相

患者は、症状自体の苦痛と自身の病状や経過が理解できない【症状の苦痛と病状の理解困難】を抱えていた。精神疾患の病態は、症状や経過が一樣ではないため患者は治療の見通しを持つことが難しい。さらに、病状が検査データや外観によって認識できないことが、病気を理解しづらくさせている。得体の知れない病気の症状を抱えながら、治療の見通しも持てないことが、回復への希望や意欲につながらない可能性が伺えた。

自分の病状を理解できないことが、実際の生活の中で【具体的な療養行動の判断に迷う】に繋がっていた。心の疲れやバランスの乱れなどは誰にでも起こるので、どの段階から病気と考えれば良いのかが判りにくい。「無理しないように」という指導は受けられるが、自分の場合はどこからが無理なのか、日々の状況において判断するのは自分であり、判断できな

いことが不安となっていた。

また、服薬や今後の経過に対して【服薬継続の不安と抵抗感】を抱いていた。抗精神病薬は副作用が出現することが多く、効果よりも副作用が先に現れることもあるため＜副作用の不安と苦痛＞を抱え、長期間続けることで＜薬への依存に対する恐れ＞という精神科の薬物療法特有の不安があった。これらの不安の背景には、薬物療法の正しい認識不足のうえに、外部からの断片的な情報で不安を増幅させていることや、精神科の薬物療法では‘患者と医師の共同作業によって自分に合う薬を調整していく’必要があることへの認識不足がある。不安や怖さが服薬への抵抗感となるだけでなく、精神疾患と認めたくない【病気の受容困難】が、服薬のたびに病気と向き合う葛藤を引き起こし、良好なアドヒアランスの妨げとなるため、その葛藤を整理して解決していくことが大きな治療課題になる⁹⁾。

＜症状のつらさで思うように動けない＞ことや＜活動が減少し心が満たされない＞という【思うように生活できないつらさ】は、生活の楽しみや満足を奪い、生活の質を低下させている。加えて、今回の調査対象は、約8割が社会的役割を担いながら通院治療していたため＜家事や仕事など役割が上手くこなせない＞ことが負い目となり、罪悪感や自己肯定感を低下させていた。

患者は通院や服薬行動はとっているものの、【病気の受容困難】や【服薬への抵抗感】を抱えており、精神疾患というスティグマが患者の主体的取り組みの妨げとなっていた。精神疾患患者に対するスティグマの先行要因として、吉井は、不可解な行動をとる危険イメージ、精神障害者が社会的脱落者として見られていること、疾患について適切な理解がなされていないことをあげている¹⁰⁾。患者自身の中にあるセルフスティグマにより、「病気を受け止められない」「相談できない」でいた。また、精神疾患の病状が客観視できないことは、周囲の病気への理解をも困難にして、【サポート不足】の一因となっていた。「うつ病だからと言えばぐうたらできるもん」という心無い言葉に傷つき、「サポートがほしい」と思っても相手は気づいてくれない。しかし、自ら求めることもできず、しんどさを抱えていた。

今回得られたメンタルヘルス不調者の抱える困りごとの様相を Loring らが述べた「セルフマネジメント力を高めるためには、病気とうまくつき合うこと、生活を維持すること、希望を持つこと」¹¹⁾に照らして構造化した。(図2) 自分の病気の状態がつかめず症状の苦しみと服薬への負担感が‘病気とうまくつき合う’セルフマネジメントの妨げとなっている。さらに、日々の行動判断に迷い自分に必要な選択ができないことが‘生活を維持すること’の妨げとなっている。その

結果、思うような生活ができない自己肯定感の低下が、疾患の受け入れを一層困難にし、自らサポートを求めすることもできず、‘希望を持つこと’を妨げていた。【症状の苦痛と病状の理解困難】【病気の受容困難とサポート不足】は、セルフマネジメントの全てに影響する困りごとであった。

3. セルフマネジメント支援への示唆

これまで述べてきたように、メンタルヘルス不調者は、医師から情報は得ているものの自己のセルフマネジメ

表2 メンタルヘルス不調者の困りごと

カテゴリ	サブカテゴリ	単位データ
症状の苦痛と病状の理解困難	症状の苦痛	常に疲れて体がすっきりしない、何もする気が起きない 不安からくる胃痙攣、過呼吸、不安が頭から離れない とにかく人が怖い、心配事はないはずなのに孤独感が強い
	見えない病状の理解しづらさ	原因は何か？ どれくらい病気がひどいのか？、本当に病気なのか？
	治療の見通しが得れない不安	いつ治るのか 本当に治るのか
服薬継続の不安と抵抗感	副作用の不安と苦痛	飲み続けることで副作用が出ないか 副作用が不安で飲むことをためらう 眠気が強い、吐き気と嘔吐がひどい、尿が出にくい、太る
	薬への依存に対する恐れ	薬をやめられなくなるのでは 飲めば薬になるが、中毒が怖い、 減薬するときや、絶つときの後遺症が不安
	服薬し続ける負担感	いつまで飲み続けるのか いつやめることができるか 薬の効果を感ぜられない 効いているのかわからない
具体的な療養行動の判断に迷う	専門家への相談・頓服使用のタイミングに迷う	その都度医師に相談するべきか、気にしない方がいいのか カウンセリングを受けたいがタイミングがつかめない 頓服を飲むべきか否か、頓服を使用するタイミングがわからない
	無理と頑張りを見極め困難	どこまでが無理で、どこまでが無理でないのか・・・ 病気のせいにして怠けてしまっているのではないのか。どの程度無理して頑張ればいいのかわからない。
	時間の使い方・過ごし方に困る	休養しなさいと言われても何をすればいいか・時間の使い方に困る やることをいかに見つけるか 何をして過ごすか見つけられない
思うように生活できないつらさ	症状のつらさで思うように動けない	つらい時は起き上がることさえ苦痛 朝起きても眠気が取れず午前中また寝てしまうことがある 出かけた翌日は疲れて寝込んでしまう ボーっと1日が過ぎてしまう、なかなか思う通りに動けない
	活動が減少し心が満たされない	外に出る回数がかなり減った 友人や趣味の仲間会いたくない時があり、寂しい
	家事や仕事など役割が上手くこなせない	家事が以前ほど出来ないため、家族に申し訳ない 1人で育児ができない 睡眠がとれないので仕事につらい。 仕事しんどくなった時の気持ちの切り替え
病気の受容困難とサポート不足	病気を受け止められない	自分がこんな病気になるとは思わなかったので現実として受け止めることがなかなかできなかった 精神病と言われると家族を含め誰にも相談できない
	周囲の理解・サポートが得られない	周りの人に病気の内容がなかなか理解されなくてサポートしてもらえない ‘うつ病だから’と言えばうたらできるもん！と言う人もいる
	今後の生活の不安	病気になり、退職することになったので今後の生活に対して不安 1人暮らしになり、今後の自分自身の生活が気になる 社会にこれから受け入れられるか、乗り切っていけるか不安

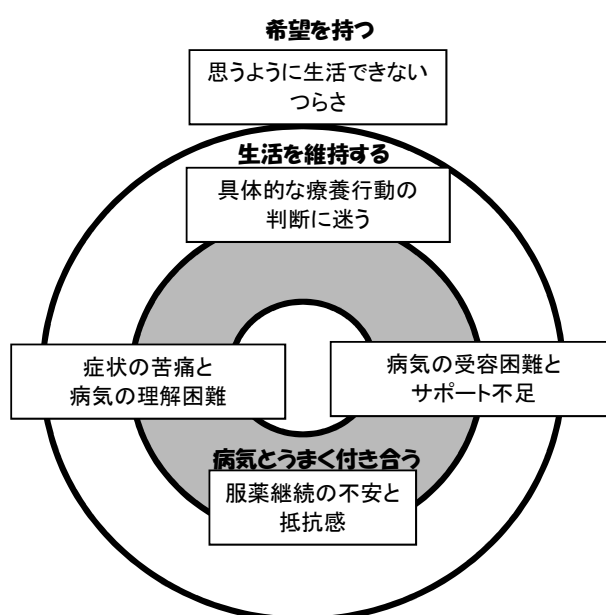


図2 メンタルヘルス不調者の困りごとの構造

ントの実行に十分な情報が得られているとは言えず、病気の理解困難や受容困難が不安や負担感を増幅させていると考えられた。そのため、個人に合わせた病気の理解やセルフマネジメントに有用な情報源の紹介や情報提供が必要である。

また、セルフスティグマが病気の受容を困難にして、主体的に病気と向き合う姿勢の妨げとなっていた。しかし、必ずしも精神疾患の受容が主体的に生きるための要件ではないことが指摘されている¹²⁾。一林は、受容も拒否もできないままに生きているのが現実であり、安心できる環境を支えに障害と向き合い続けることにより、存在意義や生きる意味を見出だすことが、回復の力となると述べている¹³⁾。このことから、援助者と患者との相互交流におけるやりとりの体験を通して、患者が自分に合った症状への対処の仕方、生活の仕方に気づくことが、病気に対する不安や恐れを減少に役立つと推測される。さらに、不安や恐れを減少させることが、症状やそれに伴う現実から逃げずに生きていこうとする姿勢を導き、いかに治すかではなく、どう折り合いをつけていくかという視点の転換に繋がると考える。

精神科クリニックの通院患者数が増加し続けている現状において、限られた診療時間内では医師が

患者個々に対応したセルフマネジメント支援を行うことは難しい。クリニックにおける医師以外の専門職の機能を活かし、患者の困りごとや思いに応じた支援が求められる。

V. 結論

メンタルヘルス不調者の困りごととして、【症状の苦痛と病状の理解困難】【服薬継続の不安と抵抗感】【具体的な療養行動の判断に迷う】【思うように生活できないつらさ】【病気の受容困難とサポート不足】があった。困りごとが、生活行動や生活の質を低下させ、回復への希望や意欲につながらない状況があった。セルフマネジメントの情報源は概ね医師からの情報で、その他の情報源はあまり活用されていない。そのため、個人に合った情報源の紹介や情報提供の必要性とともに、クリニックにおける医師以外の専門職の機能を活かし、患者の困りごとや思いに応じた支援の必要性が示唆された。

文献

- 1) 厚生労働省 平成 26 年 (2014) 患者調査の概況 <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/11/>, (2015.2.15 検索)

- 2) 根本友見：急性期統合失調症患者の症状対処行動に関する自己効力感向上をめざした心理教育の効果の検討，日本精神保健看護学会誌，22(1)：49-58，2013
- 3) 常岡俊昭，杉沢 諭，池田朋広，倉持光知子，岩波 明，稲本淳子：入院中の統合失調症患者に対する多職種による心理教育の効果，臨床精神医学，43(1)：101-108，2014.
- 4) 安井勇輔，四日谷利子，傳田健三：うつ病により休職した地方公務員に対する職場復帰支援プログラムの検討，臨床精神医学，44(3)：437-444，2015
- 5) 羽岡健史，鈴木 瞬，小林直紀：リワークプログラム利用中のストレス関連要因の変化，臨床精神医学，41(12)：1749-1755，2012
- 6) Loring K, Holman H, Sobel D, et al. (2006) 近藤房江訳：病気とともに生きる－慢性疾患のセルフマネジメント－（第1版），日本看護協会出版会，東京，2008
- 7) 平川博之：精神科診療所に通院する以外に社会参加していない精神障害者の実態調査及び精神科診療所の社会参加サポート機能の強化に関する研究精神神経科新診療所協会，2007
- 8) 平井孝男：困難事例と絶望感の治療ポイント，22：創元社，東京，2008
- 9) 平島奈津子：うつと不安に対する向精神薬の使い方とやめ方，女性心身医学，18(3)：405-408，2014
- 10) 吉井初美：精神障害者に関するスティグマ要因 先行研究をひもといて，日本精神保健看護学会誌，18：140-146，2009
- 11) 前掲書7)
- 12) 関谷真澄：『障害との共存』の過程とその転換点－精神障害を抱える人のライフストーリーからみえてくるもの－，社会福祉学，47(4)：84－9，2007
- 13) 一林眞帆：ソーシャルワークにおける高次脳機能障害のある人の対象認識に関する研究〈受容なきままの覚悟〉をもって生きる存在，社会福祉学，56(2)：63－74，2015