

# SDM を支える服薬自己管理モジュールの応用

島田 栄子\*

精神科医療においても、患者と医療関係者との共有意思決定つまり Shared Decision Making (SDM) の考えをとり入れることは、対話して納得し自発的に服薬するという、服薬アドヒアランスを向上するためにも重要である。この SDM を支えるために、薬物療法の知識のみならずコミュニケーション技能も養うことのできる、服薬自己管理モジュールを、外来治療中の統合失調症を対象に施行してみた。導入にあたり、Lieberman (1986/1994) によるオリジナル日本語訳版のマニュアル及びビデオの一部を日本の医療事情や最近の薬物療法を踏まえ工夫したモジュールを作成し施行した。その結果、セッションの参加率は良好に終了でき、知識テストでも正解率の改善、簡易精神症状評価尺度 (BPRS) やベンダーゲシュタルトテストにおいても精神症状や認知機能の改善が示唆された。服薬観をみる薬に対する構えの評価 (DAI-10) では、全例が受容的服薬傾向になり、より包括的な服薬観をみる主観的ウェルビーイング評価尺度 (SWNS-J) でも総合点の改善傾向がみられた。下位項目にて、社会的統合の項のみが改善を認めなかったことは、現実検討能力や認知機能の改善が関与し一時的に目覚め現象がおきていたと考える。また、抗精神病薬投与量が減量できたことも、症状やコミュニケーション技能の改善が関与したと思われる。目覚め現象にも注意するといった丁寧な介入を行いながら服薬自己管理モジュールを応用することで SDM が支えられる可能性を考察してみた。

**Key Words** : Shared Decision Making (SDM), 服薬自己管理モジュール, 服薬アドヒアランス, 服薬観, 薬物・心理社会的療法 (PPST)

## はじめに

現在、精神科医療は入院治療中心から地域医療中心へとパラダイムシフトしている。精神科疾患を持つ患者が、疾患とうまく付き合いながら、地域で長く生活し回復へ向かうためには、再発予防の点からも患者の生活障害の改善と継続した薬物療法は必要である。

しかしながら、精神症状のひとつである認知機能障害や疾患特性ともいえる病識の欠如、いまだに続く偏見や、不適切な治療による副作用などに

より、薬物療法を中断し、自己判断で加減するなどといった不適切な服薬アドヒアランスは、医療従事者にとって避けなければならない重要な問題である。

最近、Shared Decision Making (以下 SDM) 共有意思決定という言葉が聞かれるようになった。これは、治療方針の決定のありかたであり、特に、慢性疾患の治療に関して導入されてきている。患者と医療従事者の共同による意思決定であり、治療選択肢について好みや価値観などを考慮したうえで行われ、極めて本人参加意思を求められる。たとえ医療従事者が一番に勧める治療法があつて

\*人間学部心理学科

も、別の治療法を患者が希望すればそれを選択する場合もありうる。このような考え方をすべての精神疾患患者に適応するには、年齢や理解判断力など様々な面で無理な場合もあると思われるが、SDMをとり入れることで、押し付けでなく納得して服薬するといった、より積極的で適切な服薬アドヒアランスが導かれると考えられる。

そのためには、医療従事者は当然ながら患者のコミュニケーション力を支援する必要がある。精神科患者のためにつくられた、Lieberman (1986/1994) による服薬自己管理モジュール（以下オリジナル版）は、生活技能のなかでも特に重要な服薬管理をテーマに体系的に作られたテキストとビデオからなる、パッケージツールである。薬物療法に対する心理教育的な内容、問題解決法や Social Skills Training（以下 SST）の要素が盛り込まれている。

今回、我々は、外来治療中の統合失調症患者に対し、このオリジナル版モジュールを応用しいくつかの工夫を加えて A 院版服薬自己管理モジュール（A 院版）として使用し、コミュニケーション技能や症状に加えて、服薬観の変化をみたのでここに報告し、このモジュールを行うことが SDM を支えるためのツールとなる可能性について考察を加える。

## 対象と方法

### 1. 対象

A 病院精神科の外来患者のうち DSM-IVTR にて Schizophrenia（統合失調症）と診断されたものであり、以前に服薬教室、服薬指導の経験がなく、

この研究の趣旨と内容を説明し同意を得られ質問と面接の調査に答えることが可能なものである。

### 2. 方法

セッションは、X年2月よりX+2年2月の間に、土日休日のうち2回、施設内の特定の部屋にて約90分間行った。モジュール施行者（リーダー1名以外はコリーダー）は、医師1名、看護師2名、薬剤師1名にて数回連続しながら輪番とした。患者はメンバーとして参加し計8名で行った。「服薬自己管理モジュール（オリジナル版）を施行者にて事前に学習した後、独自に工夫点を取り入れた「A院版・モジュール」を作成しこれを使用した。評価は、自記入式以外の精神症状は主治医が、心理検査は心理士が判定した。

#### 1) A 院版服薬自己管理モジュールについて

オリジナル版は、Liebermann (1986/1994) により UCLA 大学「統合失調症と精神科リハビリテーション臨床研究センター」において作成され、Corrigan, Liberman, and Engal (1990) の報告をはじめ臨床上の効果も多く認められている。服薬自己管理、症状自己管理、地域再参加、余暇の過ごし方、基本会話の5つが日本語翻訳されている。テキストはトレーナー用マニュアル、患者用ワークブックと、ビデオがセットとなり、どのモジュールも I. 基礎づくりと、II. 技能領域からなる。I の基礎づくりは、フィードバック、モデリングなどの技法が示された SST の基本的な技法と問題解決法からなる（表1）。II の技能領域は4領域に分けられ、各領域は「導入」、「ビデオを用いた質疑応答」、「ロールプレイ」、「社会資源管理」、「派生する問題」、「実地練習」、「宿題」の7つの

表1 服薬自己管理モジュール（I 基礎づくり）(Lieberman (1986/1994) より作成)

#### ① 練習用ロールプレイ

#### ② 一般的な問題解決法

step 1: 立ち止まってゆっくり考える。

step 2: 何が問題なのかを具体的にする。

step 3: 解決策をいくつかあげる。

step 4: 解決策につき、実行可能かを評価し、その長所と短所を考える。

step 5: どの解決策にするかを選び、社会資源（人、場所、お金、時間、物、交通通信など）を考える。

step 6: 実行する日時を決め、実行する。

学習過程から構成される。また、モジュール導入前後にテーマに関連する知識テストを行う。服薬自己管理モジュールも、単に心理教育的な知識を得るだけでなく同時にコミュニケーション技能を学習する。技能領域は、1「抗精神病薬について知る」、2「正確な自己服薬と評価の仕方を知る」、3「薬の副作用を見分ける」、4「服薬に関する相談」、5「持続性注射薬（デポ剤）の利用」である。各々の領域は同様に7つの学習過程がある。我々は、オリジナル版のモジュールを次のように日本の医療事情や施行者の使いやすさを考え工夫し、A院版モジュールとした。

a) テキスト中の言葉の書き換え

なるべく平易な言葉や自然な文章に変え、訳文が伝わりにくい部分は意味を変えない程度に書き換えた。例えば、「抗精神病薬を服用すると2つの利益があります。」を「・・・と2つの効果があります。」に、「自己管理と薬の責任ある使用とから得られる利益を得ることで。」を「・・・と薬を責任もって使用することによって得られる効果を知ることです。」に、「皆さんが薬を飲むのが多すぎたり少なすぎたりするのを避けるのに役に立つでしょう。」を「・・・のを避けられるでしょう。」に、「薬の身体の反応を評価する」を「薬の

身体への作用を・・・」に等である。

また、マリファナや麻薬の使用や、パーティーという言葉は、日本の習慣や意味合いが多少違うため、次のようにした。例えば、「服薬しているのでアルコールや（麻薬）を断る方法です。」を「・・・や危険な薬物を断る方法です。」に、「どうしてもお酒や（マリファナ）の危険を避けたいとき」を「どうしてもお酒や違法薬物の危険を避けたいとき」に、「パーティに誘われました。」を「食事会に・・・」等である。

b) 技能領域の変更およびテキストの内容の追加と省略

技能領域2の「正確な自己服薬と評価の仕方を知る」の一部については、A院版独自の「服薬セットと服薬の仕方」を作成した（図1）。①処方箋の読み方、②薬袋の指示の読み方、③薬包のセットや保管の仕方、④薬の飲み方で構成され、架空患者を想定し、普段使う処方箋を使い表示の読み方を教示した。また、各自処方箋の写しを持参し互いに紹介させた。

オリジナル版の服薬自己評価用紙の項目に、食欲だけでなく睡眠の内容や排便の項目を追加し、生活習慣の指導も行った。その記入は毎セッションにて宿題とし確認した。また、服薬スケジュール用紙に各自の処方薬剤の絵（文字、色）も描くセッションを追加した。（図2）

オリジナル版にもある「抗精神病薬服用に関する同意書」は、薬の作用や副作用の説明に同意のサインをするものであり、現状では保険点数化されていないが、今後を見据え、作りなおして使用した。（図3）

正確な自己服薬のセットと飲み方のチェックリスト	
従うべきステップ	コメント
1. 薬の袋の指示を読む	
2. 錠剤の袋と散剤の袋を1日ごとに切り離す	ミンシンのついているほうから錠剤がはいりようにゆっくり切り離す
3. ホッチキスでとめる	錠剤の袋を上に乗せ、シールされた部分をあわせてとめる。薬が出てこないように、シール部分以外はとめない。
4. 朝、昼、夕、寝る前ごとにマジックで日付けをつける	1回分毎に書き込み、切り離した時にならなくなる。
5. 1日分毎に、必要に応じて1回分毎々に切り離し、保管する	電気がない、暗いところが望ましい
6. 1週間や翌日分を自立つところに瓶や缶に入れておく	食卓テーブル、ベッドのそば、電話のそばなど
7. 飲み方	
①もう一度、薬を確認する	日にも、朝昼夕寝る前、
②1回分ずつ破れないようにゆっくり切り離し、袋を切る	ホッチキスの部分を持ち軽く振り、袋の底に薬を集める。表示のある白い帯の部分をやっくり切る
③コップ1杯程度の水やぬるま湯で飲む	錠剤を散剤の袋に移してとめて飲む
④③のんだ後は確認する。	チェック用紙とかカレンダーにつける
外出をする時は、予定以上の薬をもってきましょう。 (例) 昼には自宅に戻るとしても夕の分まで持っていくとか 出用は忘れずに	

図1 服薬セットの方法と飲み方 (A院版)

図2 服薬自己評価と服薬スケジュールシート

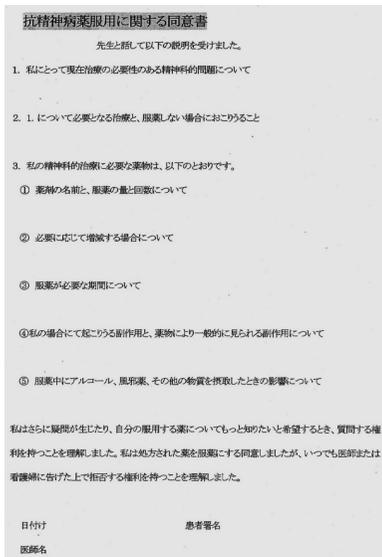


図3 抗精神病薬の服薬に関する同意書（A院版）

また、現在、使用頻度の多い新規抗精神病薬についてはオリジナル版では説明がないため追加した。従来の薬剤に比し運動系の副作用の程度は改善されているが、代謝系副作用つまり体重増加や糖尿病についての注意が必要であり、食事や睡眠や活動等の生活習慣の改善もさらに必要であること、副作用は個人差もあることを示した。

技能領域5の持続性注射剤（デポ剤）の使用についてのセッションは、納得して服薬することをモジュールの大きな目的としたため、今回は省略した。

### C) ビデオ使用と一部作成について

ビデオ出演者は、実際に協働する外国人の医療従事者等も登場しているとのことであるが、日本語音声に吹き替えてあるためそのまま使用できた。



図4 A院版ビデオの一部：服薬セットの仕方より

しかし、技能領域2「正確な自己服薬と評価の仕方を知る」の「ビデオを用いた質疑応答」の学習で使うビデオはアメリカの医療事情にて、薬の処方薬は薬瓶のまま手渡しされる。看護師が薬の瓶を使いラベルを読み説明する場面は削除し、この部分のみビデオを作成し代用した。架空患者の処方につき、処方箋や薬包を実際に使い、表示の読み方を示した内容を7分程に仕上げた。ビデオ上では普段関わりのある看護師が説明した。（図4）

### d) セッションの流れと進め方

施行者の口調は、A院式に工夫したマニュアルを自然な会話調で話した。ビデオの再生の仕方は、オリジナル版には詳細は触れていないが細かく区切り再生し、説明をはさみ理解できたかを尋ねながら繰り返すこととした。内容も言い換えをして伝え、適宜休息を入れることとした。（表2）

また、同じ場所で同じ時間という枠を守り、白板にキーワードを書き、ポスター（SSTのルール）も使うなどSSTの基本訓練モデルの行い方に従った。問題解決法では、ブレインストーミングによる解決案を模造紙に記録し、メモをとらせることとした。前回の復習は必ず時間をとり、前

表2 セッションの流れ

①プレミーティング（3～4分）：その日の流れの確認
②ウォーミングアップ（5～6分）：近況報告など
③前回の復習（15～20分）：ビデオを流し、もう一度主要な質問をする。 欠席者がいた場合は要点を繰り返す。 宿題の確認をする。
④各技能領域の学習（40～50分）
⑤休憩（10～15分）：その日により適宜はさむ
⑥ポストミーティング（15～20分）：各メンバーとセッションの評価

回セッションに欠席者がいた場合は、他のメンバーに内容を説明させた。ロールプレイでは、メンバーを医師や看護師や精神保健福祉士などの関係者の役となる場面を多くとり入れた。

## 2) 評価について

モジュール開始前及び終了後の、一週間以内に次のものを施行した。

### a) 知識確認テスト (訓練前後テスト)

オリジナル版に記載された○×で問う自記式のテストで19問からなる。そのモジュールに関連する内容の理解度をみるものである。

### b) 薬に対する構えの評価(10-item version of Drug Attitude Inventory : 以下 DAI-10)

DAI-30の短縮版の自記入式評価の日本語版(宮田・藤井, 1996)で10項目からなる。薬物投与後に患者がどのように捉えているかという自覚的薬物体験をみる。肯定的な質問では“そう思う”と答えると+1点, “そう思わない”と答えると-1点となる。否定的な質問では“そう思わない”と答えると+1点, “そう思う”と答えると-1点となり, これらの総和が-10点から+10点となり-の場合は自覚的薬物体験が不良, +の場合は良好と判断する。「薬を飲んでいて、気分も良いし、具合も良い」は肯定的で、「薬を続けていると、動きがぶくなくて調子が悪い。薬を飲むと、疲れてやる気がなくなる。」は否定的体験であり、服薬行動については「わたしは、具合が悪いときだけ薬を飲む」、医師との関係については「私が薬をいつやめるかは、医者の方が決めることだ」、治療教育などを反映すると思われるのは「薬を続けていけば、病気の予防になる」という質問が設定されている。

### C) 主観的ウェルビーイング評価尺度短縮日本語版 (the Subjective Well-being Under Neuroleptics Short form Japan version : 以下 SWNS-J)

自記式評価の日本語版(渡辺・松村, 2003)で20項目からなり、観察者からは捉えにくい抗精神病薬投与下の患者自身の認知、情緒、思考、自発性等の体験を捉える。“全く違う”から“とてもそう感じる”までの1点から6点の6段階評価である。逆転項目を含み、下位項目は、精神機能(問3, 7, 11, 17), セルフコントロール(問15,

19, 1, 12), 感情調節(問18, 20, 4, 10), 身体機能(問2, 5, 9, 16), 社会的統合(問8, 13, 6, 14)である(表3)。

### d) 簡易精神症状評価尺度(Brief Psychiatric Rating Scale : 以下 BPRS)

BPRSの構造化面接による評価の日本語版(宮田・藤井・稲垣・稲田・八木, 1995)で18項目からなる。統合失調症等の精神病に使用され、簡便で包括的に精神症状の重症度をみる。各項目は“症状なし”を1点とし“最重度”まで7段階である。心気症、不安症、情動的引きこもり、概念の統合障害、罪責感、緊張、衝動性、不自然な姿勢、誇大性、抑うつ気分、敵意、猜疑心、幻覚による行動、運動減退、非協調性、不自然な思考内容、情動の平板化、興奮、失見当式を問う。

表3 抗精神病薬治療下主観的ウェルビーイング評価尺度（SWNS-J）（渡辺・松村（2003）より作成）

1. 私は無力で自分自身をコントロールできないと感じる.
2. 自分自身の身体のことによくわかっている.
3. 楽に考えられる.
4. 将来になんら希望もない.
5. 自分自身の身体は、自分にしっかりと調和しているように感じる.
6. 人と知り合いになることに気後れする.
7. 私は想像力やアイデアが豊かだ.
8. 私は周囲の環境に良く慣れており、よく通じている.
9. 私は、弱々しく疲れ果てている.
10. 私の気持ちも感じ方も鈍くなっている. 何もかもどうでも良いように思える.
11. 思考しにくく考え方がなかなか前に進まない.
12. 私の気持ちや行動はその場の状況にそぐわない. 些細な事でも不安になるのに重要なことは心に響いてこない.
13. 周囲の人々と楽に付き合える.
14. 周囲が普段と違って感じられ奇妙で怖い感じがする.
15. 自分と他者をきっぱりと区別することは容易である.
16. 自分の体を重荷に感じる.
17. 考えがあちこち飛んでしまってまとまらない. すっきりと考えられない.
18. 私は自分の周りで起こっていることに関心があり、それらのことを大切に感じている.
19. 私の気持ちや行動はその時々状況にふさわしくない.
20. 何もかも全てうまくいくという自信がある.

‘全く違う’ から ‘とてもそう感じる’ まで1点から6段階で評価  
 正項目：2, 3, 5, 7, 8, 13, 15, 18, 19, 20, それ以外は逆転項目

#### e) ベンダーゲシュタルト Bender Gestalt Test

脳器質障害のスクリーニングテストとして有効とされているが、統合失調症などの精神疾患の認知機能の一部をみることもできる。9枚の図版を一枚ずつ提示し、カードに書かれている図形の模写をもとめ、描写の原図からの逸脱の程度などで判定し得点化する。精神疾患では用紙全体を使わず圧縮がみられたり、図形の形態に違いがでたりしても、症状の改善に伴い用紙全体を使用したり、図形の形態の改善がみられる。簡易で負担の少ない客観的評価として選んだ。

#### f) コミュニケーション技能についての臨床所見

施行者やその他の医療従事者が観察した所見を適宜聴取し記録した。

的就労歴について有り7例、無し1例であり、一般就労歴について有り4例、無し4例であった。初発年齢は $17.8 \pm 5.9$ 才、初診年齢は $18.8 \pm 6.6$ 才、罹病期間は $11.6 \pm 8.0$ 年、入院回数は $2.3 \pm 2.4$ 回、教育年数は、 $13.0 \pm 3.3$ であった。（表4）

表4 患者背景

性別（男性：女性）	3：5
年齢（才）	$29.4 \pm 6.4$
初発年齢（才）	$17.8 \pm 5.9$
初診年齢（才）	$18.8 \pm 6.6$
罹病期間（年）	$11.6 \pm 8.0$
入院回数（回）	$2.3 \pm 2.4$
教育年数（年）	$13.0 \pm 3.3$
福祉的就労歴（あり：なし）	7：1
一般就労歴（あり：なし）	4：4

## 結果

### 1. 対象者背景とセッション参加率

対象は8例、性別は男性3例、女性5例、年齢は、 $29.4 \pm 6.4$ 才、教育年数は $13.0 \pm 3.3$ 年、福祉

セッションは、16回にて終了し、メンバーの参加率は、平均92.7%と良好であり中断したものはなかった。

## 2. モジュール施行後における DAI-10, SWNS-J の変化

DAI-10 では、総得点はモジュール施行前には既に7例が正の値を示し、モジュール施行後には、全症例とも正の値に移行し、値も  $+5.0 (\pm 3.9)$  から  $+7.0 (\pm 2.4)$  へ増加した。(図5)

SWNS-J では、総合得点が施行前後で  $80.8 \pm 19.4$  から  $81.4 \pm 19.3$  へ増加した(図6)。下位尺度では、精神機能, セルフコントロール, 感情調節, 身体機能の平均値が増加していた。しかし、社会的統合では全症例とも減少もしくは不変で、平均値では  $17 \pm 3.7$  から  $16.3 \pm 4.1$  と減少していた(図7)。

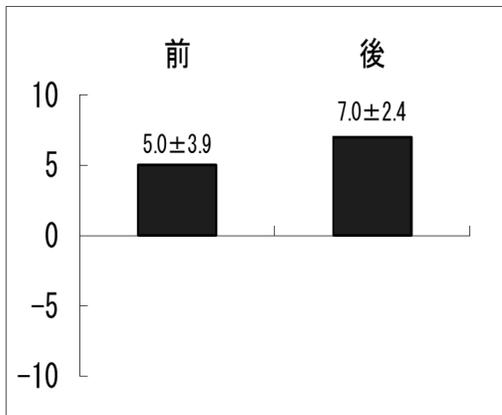


図5 DAI-10の総得点

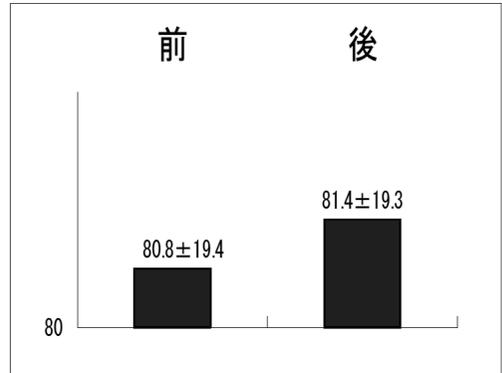


図6 SWNS-Jの総合得点

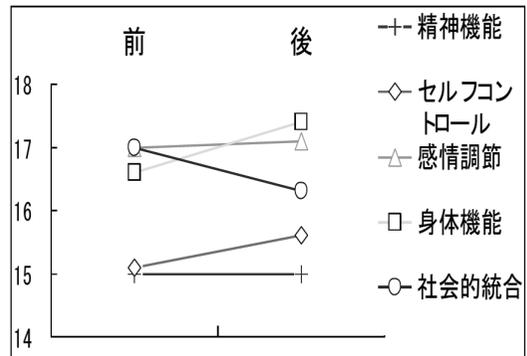


図7 SWNS-Jの下位項目

## 3. モジュール施行後における BPRS, ベンダーゲシュタルトの変化

BPRS は、各症例ともモジュール施行前後で総合得点が  $37.1 \pm 9.1$  から  $29.3 \pm 6.1$  まで減少した。

ベンダーゲシュタルトでは、全例が得点の減少がみられ  $33.7 \pm 9.4$  から  $28.5 \pm 14.1$  へ変化した。

## 4. モジュール施行後における知識テストと服薬量の変化

訓練前後の知識テストについては、全19問中の正答数がモジュール施行前  $14.9 \pm 7.9$  問から  $16.6 \pm 2.7$  問まで増加した。

投薬内容については、施行前で定型抗精神病薬が3例、非定型抗精神病薬が5例に投与されていたが、終了後、抗精神病薬に一日服薬量は

Chlorpromazine (CP) 換算量で  $642.5 \pm 579.9\text{mg}$  から  $617.7 \pm 474.9\text{mg}$  に減量がみられた。また、このモジュール施行期間において全例忌薬はなかった。

## 5. モジュール施行後の診療現場におけるコミュニケーション技能の変化

コミュニケーションについては、主治医から「診察場面での薬についての質問や意見も増えた」との意見があった。「服薬以外の行動面に関しても、自発的に家族や仕事の悩みを相談し用件に応じた医療関係者を選び、相談していた」など人的ネットワークも広がった。また、「日常の困難を問題解決法にて解決したことを報告してきた」等があった。

## 考察

### I. SDMについて

「SDM」の考え方は、生命に関与する緊急手術など急を要する治療法の選択には当てはまらない場合もあるだろうが、慢性疾患の治療においては浸透しつつある。これまで盛んに聞かれたのは、「インフォームドコンセント Informed Consent」という用語である。医師単独か他の医師間との審議でなされた「従来型」に比し、医師から患者へ向かう医学的な情報が提示され、患者が審議し決定することという。様々な情報は提供されても、実際は、治療準備など医療側の都合をもちだされ、医師の勧める選択肢に傾きやすく、聞き返したり考え直したりする時間も、情報も十分ではなかった。そのまま検査や手術などの治療手続の同意書などを交わすなど、急いで決定をせまられることも多い。特に十分な理解がなく同意書を書くような傾向は、後々の訴訟問題などへと発展する危険性も含まれる。

この点、SDMは、医師と患者が双方に患者の個人的な事情も含め医学的に十分な情報資料等も使いながら情報交換がなされ、医師と患者が十分に審議し悩み決定していく考え方である。つまり、治療方針決定の過程を医師と患者と共同共有することである。まず、医師等の専門家から患者の現状の明確な説明がありそれを把握する。そして幾つかの治療方法の提案と各々の詳しい情報が提供され、その内容を持ち帰り更に調べるなどしてどれが自分にとり最適かを検討する。質問があれば、数日後、看護師などの医師以外の治療スタッフの専門家とも意見交換し質問に答えてもらう。また数日後、医師、看護師などを交えて最終的に治療方針を決定する。このようなステップを踏むため疑問を解消し、家族や友人や信頼できる他者に伝え一緒に考えてもらえる。自分の意思に沿った選択が行えるので、この過程は時間をとるが本当に納得するため、患者にも決定の責任がおき、自分が参加しているという積極的な考え方となる。

前提として、医師や看護師などの十分な情報提供や患者の意見に対する適切な対応力があること

は当然のこと、患者自身も伝える能力、つまり、十分に質問や疑問を尋ねる、話し合えることができるコミュニケーション技能と医療関係者との関係づくりなどの社会性が求められる。

### II. A院版モジュールの効果について

次のように、今回のA院版モジュールを使用した評価結果からは、自覚的および他覚的な改善効果は概ね認められたと考える。

#### 1) 患者背景と効果

今回の対象は、年齢が平均29.4才で、初発年齢も10才から30才まで平均17.8才と典型的な発症年齢に近い。罹病期間も平均11.6年と既に慢性期に相当しBPRS総合点も平均37.1と高くなく、精神症状も比較的落ち着いていた。そのため、モジュールに集中できたと思われ、参加率も9割強で中断例がなかったことに反映したと考える。初診年齢も平均18.8才で発病年齢から受診時期まで短かかったところが、予後も比較的良い経過をたどる可能性が高く外来治療で経過していた群であったようである。また、知識テストの改善は、平均して高卒以上の教育年数によるものもあろうが、モジュール施行の効果であると考え。殆どが何らかの福祉的な就労をした経験があり、一般就労も半数が経験しているなど社会性においても期待が持てる症例が多かった。

BPRSの総合点の改善とベンダーゲシュタルトの得点の改善は、適切な薬物治療のもとモジュールを併用したことで、精神症状のみならず、認知機能の改善にも関与したと考える。認知機能障害は、統合失調症に特異的な中核の症状をなす基本的な障害といわれ、思考、問題解決、判断、計画、実行など、複雑な知的能力で社会生活には必要な機能であってこれが改善した結果は大きな意義がある。

また、Shimada, Anzai, Ikebuchi, Niwa, and Nishizono (2013)は、薬物・心理社会的治療Pharmaco-PsychoSocial Treatment (以下PPST)の研究として、統合失調症患者に対して適切な非定型抗精神病薬の治療のもと、心理社会的治療法として服薬自己管理モジュールの併用群と非併用群のRandomized Controlled Trail (RCT) 研究をおこなったが、併

用群のほうが精神症状および認知機能に関して有意な改善および改善傾向をみた報告をしたが、今回の結果は、経過中により適切な薬物療法へと向かいそのうえ服薬自己管理モジュールが行われた、PPSTとして同様の効果がみられたと考える。

さらに、抗精神病薬が多少減量できた理由は、BPRS 値の改善でもわかるように経過中の精神症状の改善によることと、主治医へのコミュニケーション技能の上達により服薬の減量の相談も可能になった症例が数例みられたことによる。精神疾患患者の中には、飲みたがらないものがある一方、減らすことに抵抗や不安をものも少なくなく、今回の対象者も、まだまだ CP 換算上も薬剤由来の認知機能等の改善のためにも納得させ更にもっと減量を進めていく必要がある。

コミュニケーション技能に注目すると、医療関係者との会話が増えたこと、問題解決法を日常で使って解決したという報告がみられた所見は、SST の本来の目的でもある、「般化がみられた」ことを示唆している。セッション中でも、メンバーの年齢が 18 才から 36 才までと幅広く、経験の違いがロールプレイでの内容やフィードバックも豊富にみられ、メンバー同士の交流や連帯感が生じていたことが様々な社会性のスキルアップに関与したと思われる。

また、全例とも様々な原因により、薬物中断や指示どおりに飲まなかった怠薬歴もあり、不十分な治療や治療拒否による症状悪化等でこれまで一回以上の入院歴があった。このことが、入院を繰り返したくない思いや服薬して得られた良い体験や失敗体験などの意見がみられ、セッションがピアサポート的な場となった。そのうえ、7 例が福祉的就労や一般就労などの経験があったことが、就労等していないメンバーにとっても作業中の仕事の集中力や注意力などの困難が現実的なこととして伝えられ、薬剤と認知機能への影響を知る機会となったようである。

## 2) モジュールの内容と効果について

大意を変えずに行った直訳的な表現は書き直しや日本の医療事情を考慮しマニュアルを工夫したので施行者にとって使用しやすかったのではないかとと思われる。テキストも一字一句同じではなく、

リーダーが自然な会話調で話し言い換えをする、臨機応変に質問を適宜行う、復習を必ず行い不明な部分がないようにしたことも、訓練テストの結果に反映したと考える。他のメンバーに内容を説明させることは、理解力をみることができる上にメンバー同士の交流も促し、ロールプレイでの看護師や精神保健福祉士などの関係者の役で役割交代させたことで、職種による立場や理解を深めたと考える。

また、領域 2 の一部に追加した、A 院版の「服薬セットと服薬の仕方」は、モジュール上も最も重要な部分のひとつであった。自分の処方箋の写しを持参し互いに検討し合うことで、同じ疾患でも症状やその他の要因で処方内容も違うことを示すことができた。また服薬自己評価用紙に生活習慣の欄を追加したことで、疾患とうまく付き合う心構えとして、単に服薬だけでなく生活習慣を整えることが重要であることが理解できただけでなく、その後の毎日の健康管理として意識できたようである。薬剤の絵（文字、色）も描くセッションは、「何という名前の、どんな作用の薬を飲んでいるのか」を知らない患者が比較的多くみられる現状からすると、自らの治療を主体的に関わる姿勢を身に着けることに有用であったと考える。また、最近、医療従事者が薬剤の使用上の注意を製薬会社のリーフレットを使い説明する機会が増えており、抗精神病薬服用に関する同意書を実際の主治医にもらう課題をあえて行ったことは、患者だけでなく主治医の双方に、SDM 的な考え方が間接的に普及していく良い機会となったと思われる。

ビデオについては、領域 2 の一部以外は、オリジナル版を全て使用したところ、要点も日本語のキャプションで示され、今回のメンバーや施行者にとっては日本人の出演でなくても、違和感やわかり辛さは全くなかったようである。また、我々が作成したビデオでは、日頃親しんでいる看護師が登場しているので、親近感がわき習得しやすかったのではないかとと思われる。

オリジナル版のセッション 5 の「持効性注射剤（デポ剤）の利用について」の部分は、服薬アドヒアランスを向上する目的を考えたため省略した

が、最近、広い薬剤選択肢としてのデボ剤も改良され登場してきていることもあり、工夫追加も今後、検討していきたい。

## II. モジュールの効果による服薬観の変化と服薬アドヒアランス

服薬したことによる、効果も含めた体験や受け止め方、服薬体験を「服薬観」という。これは、患者の治療継続性や服薬遵守を左右する。

島田・大倉（2003）の報告では、統合失調症の外来治療中の患者49人中のうち調査時点で過去に2週間以上の服薬中断経験があるものは7割強であった。また、再度服薬している理由についての答えは、「家族や主治医に言われるので」が最も多いが3割強で、自主的に必要性を感じて再開する例はそれほど多くない。また、必要性を理解しても服薬したくない患者も少なからず経験するが、何故必要かを理解しないままの服薬は、さらに容易に中断を招くだろうと考える。

これまで、「服薬コンプライアンス」という概念で、医師の指示どおりに服薬したかどうかという一方的な治療遵守のみが強調されてきた。しかし、最近では、服薬の必要性や作用、副作用の説明があり理解したうえで、自ら進んで治療するという「服薬アドヒアランス」の考えが推奨されているのは周知のとおりである。これでも現実には形式的で専門家との話し合いは十分にとられていない傾向もある。アカシジア、ジスキネジアなどの錐体外路症状、自律神経系の副作用、過鎮静などの副作用の多くは診察などにより客観的に捉えうる。しかし、服薬観にも関係した「のみ心地」については、医師とのコミュニケーションによってのみ伝えられるであろう。

今回のDAI-10の結果から直接的な服薬観については、モジュール施行後全例が肯定的な正の服薬傾向に変化しその程度も上がったことは、モジュール施行の成果そのものといえる。SWNS-Jでは、モジュール施行後の総合得点が増加し、下位尺度では「精神機能」、「セルフコントロール」、「感情調節」、「身体機能」も平均値が増加していることを踏まえると、DAI-10つまり直接的な服薬観も含まれる包括的な主観的服薬感の改善も示

したと考える。しかし、「社会的統合」が、全症例とも減少もしくは不変であるのは興味深いことである。これは社会との融和といわれ、人との関係性を示す尺度である。他の下位因子の改善は、いわば精神健康のQOL改善であり、この結果が社会的統合に影響したかもしれない。つまり、コミュニケーション技能の改善、精神症状の改善や服薬量の変化の相互作用で、患者がより現実的な状況を認識できるようになったためではないかと考えたい。実際、SSTの代表的な基本訓練モデルを施行した場合も、明らかに客観的評価や臨床所見に改善を認めても、逆に患者は一過性に自信のなさを示し低い自己評価を示すことが少なくない。今回もこのような事象に類似したものだといえよう。これは、モジュールによる服薬観の変化により、「目覚め現象（Awaking）」（上島・岩波・松丸・林，1999）が起こったといえ、最近の薬物治療においてや非定型抗精神病薬の使用や多剤大量併用を改善してく上で注意すべき現象といわれている。つまり、治療自体がより適切になされた時に、認知機能の改善や病的体験の消失および減少により正しく状況認識ができるようになった結果に起こる感情や困惑などである。今回は、全例とも薬剤の種類の変更はないがやや減量されたことや患者の精神健康的なQOLが改善したことによって起ったのであろうと考える。

ここで大事なことは、医療従事者はこれらを察し受け止めフォローすることであろう。「のみ心地」の変化で、その裏にある、治ったのではないかという感じや今後どうすればよいか、これまでの時間をどうとり戻すか、今まで何をしていたのかなどの振り返りがある。患者側もいかに医療従事者と協力しコミュニケートして、訴えられるかが関与してくる。「副作用ではないかと尋ねる」、「薬を減らして欲しいという」、「飲んだ感じを言葉で伝えられる」等、自身の医療に参加する力はモジュールで養うことができる。これこそがSDMであり、本来の服薬アドヒアランスを成立させるためにも必要な手続きであると考えられる。

### Ⅲ. SDMを支える立つモジュール (図8)

服薬自己管理モジュールは、単に薬や疾患に関する心理教育的な要素だけではなく、それに関する社会資源（人、時間、施設、制度、場所、お金、物、交通通信など）の利用の仕方、会話技能を基礎にして、現実には起こりうる場面設定でのロールプレイを行い、課題を現場で行う。ロールプレイにて患者が専門家の役をやることで理解が深まり、コミュニケーション技能を身につけることができる。

今回、薬物療法に関する情報提供については、更に理解しやすい言葉や工夫されたビデオや、非定型抗精神病薬についての作用や副作用、様々な剤型の説明、睡眠や食事や活動など、薬物治療を効果的にする生活指導的な要素も追加した。常に、疾患とうまく付き合う姿勢として、メモし記録する、尋ねて相談するなどという基本的な技能を身につけることを目的とした。オリジナル版の「薬が足りなくなった、飲酒を誘われた、薬を飲み忘れた」など、起こりうる場面についての問題解決法の練習、選択肢の各々にメリット、デメリットがあること、他者に選択肢や意見を聞くという集団の場の経験をもつことなど、モジュールを施行することは、自分の考えに偏らず相談できるというスキル、解決法の正解はひとつだけでなく、自分の好みや考えが反映され最終的には自分で決定し自らが責任を持っていく過程を体験し、エンパワーメントさせる。

以上、モジュールを実施することにより、患者が薬物治療に関した知識の背景があり、その上コミュニケーション技能が身につけていけば、例えば、主治医との診察室での治療決定が従来型に近くても、自然にSDMへの流れへと支えていく可能性がある。(図8)

#### まとめ

Lieberman (1986/1994) の服薬自己管理モジュールのマニュアルとビデオの一部について、日本の医療事情や最新の精神科薬物療法を背景に、使いやすさを考慮し大意を変えずに工夫し作成したものをA院用モジュールとした。このモジュールを外来治療中の統合失調症患者を対象に施行した

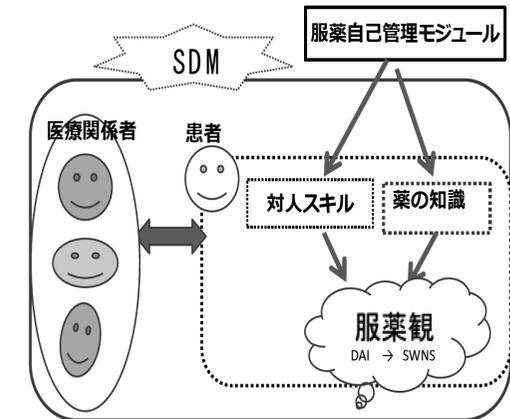


図8 SDMと服薬自己管理モジュール

ところ、精神症状や認知機能の改善及び服薬観の改善が示唆された。モジュールの一つの目的である服薬アドヒアランスの向上が期待される結果となったが、これは単なる知識だけでなく、SDMを可能にするコミュニケーション技能の獲得が寄与したことによると考えられた。さらに、服薬観の改善のみならず目覚め現象にも気を配りながら、モジュールを施行していくことで、より丁寧で有意義な介入ができると思われる。

今後も、モジュール終了後の経過を評価していき、症例数も増やしモジュールがSDMを支えるエビデンスを確認していきたい。

#### 引用文献

- Liberman, R.P.(1986).Medication-management module, Rehabilitation research & Training center in mental illness (=1994 安西信雄, 池淵恵美, 日本語版総監修「自立生活技能プログラム服薬自己管理モジュール」丸善)
- 宮田量治, 藤井康男 (1996). 精神分裂病患者への薬物療法とクオリティ・オブ・ライフ (その1) 薬に対する構えの調査表 (Drug Attitude Inventory 日本語版) による検討. 精神神経学雑誌, 98, 1045-1046.
- Shimada, E. Anzai, N. Ikebuchi, E. Niwa, S., Nishizono, M. (2013). Effects of combination pharmacotherapy and social skills training for schizophrenia: A randomized controlled trial. Open Journal of Psychiatry, 3, 273-282.

- 島田栄子, 大倉豊子 (2003). 精神科通院患者の背景と服薬に対する行動と認識について—自験例の調査から—. 神奈川県立精神医療センター研究紀要, 12, 13-21.
- 渡辺美千代, 松村人志 (2003). 抗精神病薬治療下主観的ウェルビーイング評価尺度短縮版の日本語版作成とその信頼性と妥当性の検討 (2003). 臨床精神薬理, 6, 905-912.

#### 参考文献

- Corrigan, P. W., Liberman, R. P., J. D. Engal, J. D. (1990). From non-compliance to collaboration in the treatment of Schizophrenia. Hospital and Community psychiatry, 41, 1203-1211.
- 上島国利, 岩波明, 松丸憲太郎, 林由子 (1999). SDA系抗精神病薬—Risperidone Like. 臨床精神薬理, 2, 343-352.
- Liberman R. P. (2008). Recovery from Disability: Manuel of Psychiatric Rehabilitation Paperback American Psychiatry publishing
- Mc Cabe R., Khanom, H., Bailey, P., Priebe. S. (2013). Priebe: Shared decision-making in ongoing out patient psychiatric treatment. Patient Education and Counseling 91, 326-328.
- 宮田量治, 藤井康男, 稲垣中, 稲田俊也, 八木剛平 (1995). Breif Psychiatry Rating Scale (BPRS)日本語版の信頼性の検討. 臨床評価, 23, 357-367.
- 滝浦孝之 (2007). ベンダー・ゲシュタルト・テストにおける日本人の標準値: 文献的検討. 広島修道大学論文集, 48, 315-346.

(2014. 9. 24 受稿, 2014. 10. 27 受理)