

精神科医療ユーザーの薬物治療に対する認識

島田 栄子*

精神科医療ユーザー42名の薬物治療の認識および地域生活の目標などの質問紙調査を行い検討した。対象は中高年が多く長期的な服薬加療群で、現処方では、一日の服薬回数は3回35.7%、包装は一包化57.1%で、病名、薬の名前、作用の認識があるのは、各々81.0%、81.0%、50.0%であった。服薬回数、量・錠数は各々88.1%、92.9%で遵守されているが、残薬（54.8%）や第三者の服薬確認（42.9%）の結果から管理困難や服薬中断の履歴の可能性があった。そして服薬量・数21.4%、服薬回数26.2%、服薬時間83.3%に負担感があった。薬物治療による症状改善が88.1%、症状悪化が33.3%、副作用は66.7%にみられ、服薬への好印象は69.0%、服薬による疾患治癒への期待は33.3%にみられ、現処方に変更希望があるのは45.2%であった。また、注射への変更希望は42.9%であり服薬への負担感も考えられた。症状悪化の14名中、11名が医師へ相談し他2名は、我慢した、飲んだ振りしたと答えた。ユーザーの目標は、数ヶ月後は仕事や技能、日常生活においてステップアップした内容であり、一年後はより明確な回答をした。以上から、ユーザーのリカバリーのためSDMを実践できるように自覚的訴えを丁寧に聞き、医療従事者間でも情報提供のため十分なコミュニケーションとり、服薬アドヒアランス向上を目指す必要がある。

Key words : 精神科医療, 服薬アドヒアランス, SDM, 服薬自己管理, 医療コミュニケーション

はじめに

近年、様々な精神疾患に罹患し治療を受けている人（精神科医療のユーザー、以下ユーザー）は増加し続けている。厚生労働省（2022）によると、精神疾患の患者数は、2011年には約320万人となり、糖尿病を大きく上回りがんの2倍になった。その後、厚労省は、精神疾患をがん、脳卒中、心筋梗塞、糖尿病に加えて「五大疾病」とし、国民に広く関わる疾患とし重点的な対策が必要と判断した。以降、様々な啓蒙活動、地域連携によって精神科医療への受診の敷居も低くなってきたことが、受診者の増加（厚労省の調査では平成29年には、外来患者389.1万人）につながっていると

思われる（日本経済新聞 2011）。この流れの中で地域移行の施策のもと、精神疾患を持つ人たちが、生活障害を抱えながらも就労や就学などの目標や希望に向かう過程（リカバリー：回復）の支援が重要視されてきている。

ところで精神疾患は、糖尿病や高血圧などの生活習慣病と同様に、ほとんどが長期的な薬物療法が必要である。しかしながら、病識が乏しい場合やその他の理由により、薬物治療が継続されず（服薬アドヒアランス不良）、症状が悪化しそのため再入院を繰り返すことが以前からの問題となっている。Lieberman et.al (2005) によるとCATIE (Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness) 研究によるデータにおいて、精神疾患患者の74%

* 人間学部心理学科

が18ヶ月以内に服薬を中止していることを示した。また、Robinson et.al (1999) は、統合失調症の初発5年後の再発率は初回が81.9%、2回目が78.0%と高くなること、抗精神病薬を中止すると再発リスクは5倍増加すると述べている。我々でも、風邪薬や歯科での短期間の処方薬を指示どおりに服用する煩わしさは経験しており、精神疾患のように症状が改善しても再発予防のために服薬継続することの困難さは容易に理解できる。

精神科治療において服薬アドヒアランス不良の原因は、患者側の病識などの問題だけでなく、薬物（量、種類、効果、副作用）の要因や医療従事者側の要因があると報告されている（Fleischhacker, Oehl & Hummer, 2006）。医師は、薬剤に対する効果や副作用の個人差を踏まえ薬剤の選択や投与量を決定するが、精神疾患の客観的データは他科疾患に比べ乏しいため、患者の主観的な自覚症状の訴えを参考に判断していくことが多い。

他方、Shared decision making（以下、SDM）共有意志決定という言葉が聞かれるようになった。これは治療方針の在り方であり、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、極めて本人の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っても、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る。このような考え方を全ての精神疾患患者に取り入れるのは、年齢や理解力、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服薬するといった、より積極的に適切な服薬アドヒアランスが導かれる。

これまで、患者の服薬状況の調査報告はみうけるが、このようなSDMに関連するような患者側と医療従事者側とのコミュニケーションの観点にも注目した調査報告は多くはない。そこで今回、ある地域のユーザーを対象に、各自が受けている薬物治療、服薬アドヒアランス状況やリカバリー目標及び医療者との関係などについてアンケート調査をしたので、ここにその結果と考察を示す。

方法

対象者は、A市にあるB生活支援センターにて、ユーザーや家族や付添いの家族や医療福祉関係者に向けてX年Y月に筆者らが行った1日公開講座「リカバリーのための薬物療法」に参加した、精神科医療ユーザーの一部42名である。

調査方法は、講座終了後、質問紙を配布し回収した。調査内容は、患者の属性（年齢、性別）、処方指示、服薬アドヒアランス状況、自覚的な効果や副作用および処方変更の希望などについて、選択式及び自由記述式で回答とした。

倫理的配慮

対象者には、調査内容、個人情報保護、回答に参加しなくても不利益がないことを説明し同意を得ている。

結果

1. 対象者（ユーザー）の背景

調査協力した対象者は、様々な医療機関に通う外来患者で、Bセンターの利用者や公開講座の参加のため初回利用のものも含まれた。回答は、自由記述以外はすべて記入され欠損データはなかった。

ユーザーは、全員が調査時点で服薬処方を受けていた。性別は男性29名（69.0%）、女性13名（31.0%）であり、年齢層は0～20歳代が2名、30～40歳代が25名、50～60歳代が13名、70～80歳代が2名であった。入院歴がないものは24名（57.1%）であり、入院歴があるものは18名（42.9%）で、内訳は1回4名、2回2名、3回5名、4回2名、5回4名、6回～9回はなく、10回が1名であった。

2. 服薬の回数と薬剤の包装の処方指示（表1）

服薬回数は一日2回が8名（19.1%）、3回が15名（35.7%）、4回が16名（38.1%）、5回が3名（7.1%）であった。薬の包装は一包化が57.1%、ヒートが31.0%、両方の組み合わせが11.9%であった。

表1 服薬回数および包装の指示(%)

服薬回数/日	1回	2回	3回	4回	5回
	0	19.1	35.7	38.1	7.1
包装	一包化		57.1		
	ヒート		31.0		
	一包化とヒート		11.9		

3. 病名との認識および投与されている薬の名前と作用の認識 (図1)

「自分の病名を知っているか」の問いでは、「はい」81.0%、「いいえ」7.1%、「どちらでもない」は11.9%であった。また、「自分の飲んでる薬の名前を知っているか」の問いに「はい」81.0%、「いいえ」14.2%、「どちらでもない」4.8%であった。「自分の飲んでる薬の作用を知っているか」の問いに「はい」50.0%、「いいえ」28.6%、「どちらでもない」21.4%であった。

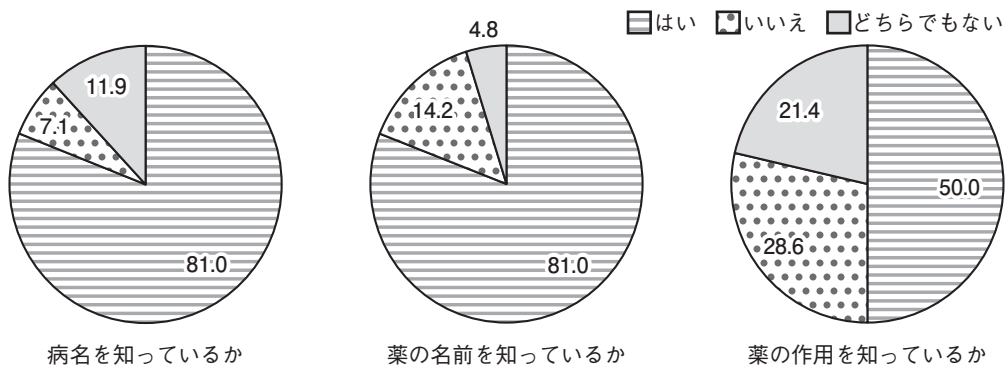


図1 病名・薬の名前・薬の作用に対する認識(%)

4. 服薬アドヒアランス状況 (図2-1, 図2-2)

①服薬回数と服薬量・錠数

「指示回数どおり飲んでるか」の問いに「はい」88.1%、「いいえ」4.8%、「どちらでもない」7.1%であった。「指示された量・錠剤数どおりに飲んでるか」の問いに「はい」は、92.9%、「いいえ」は7.1%、「どちらでもない」はいなかった。

②残薬と服薬の確認

「処方された薬は、現在飲み残しがあるか」の問いに「はい」は、54.8%で、「いいえ」は45.2%であった。

「誰かに服薬したかどうかのチェックを受けているか」という問いに「はい」は42.9%、「いいえ」は57.1%であった。

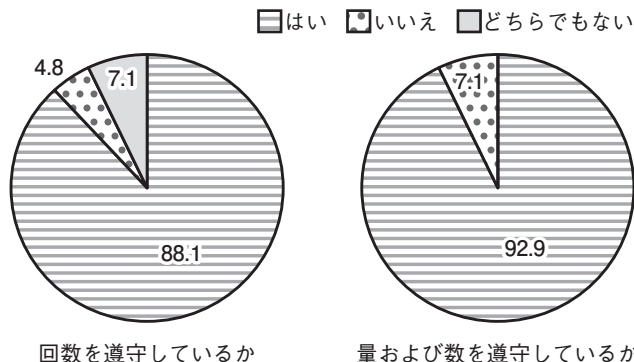


図2-1 服薬アドヒアランス(回数・量および数)(%)

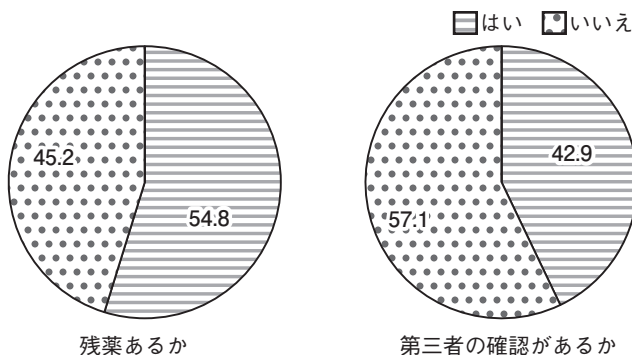


図2-2 服薬アドヒアランス(残薬・第三者の確認)(%)

5. 服薬指示に対する負担感 (図3)

①服薬量

「指示された量・錠剤数を負担感があるか」の問いに「ある」は21.4%, 「ない」は31.0%, 「どちらでもない」が47.6%であった。

②服薬回数

「服薬回数は負担感があるか」の問いに「ある」

は26.2%, 「ない」は45.2%, 「どちらでもない」は28.6%であった。

③服薬時間

「どの時間帯の服薬に負担感があるか」の問いに「ある」は 83.3% (朝は14.3%, 昼は30.9%, 夕は21.4%, 寝の前は16.7%), 「ない」が16.7%であった。

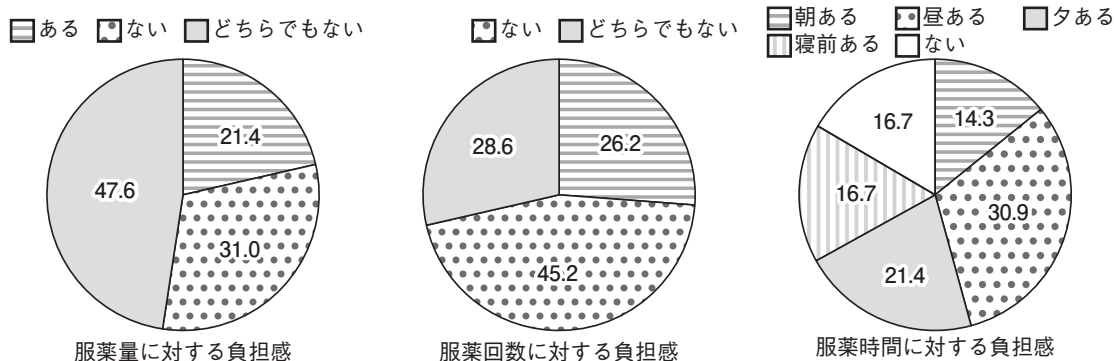


図3 服薬(量・回数・時間)指示に対する負担感(%)

6. 薬物治療による症状の自覚的变化(表2, 表3)

①症状の改善

「薬によって症状がよくなったか」の問いに「はい」は88.1%, 「いいえ」は11.9%, 「どちらでもない」はなかった。

「どのようによくなったか」を問う自由記述は次のとおりであった。精神症状の改善は、「あまりいろいろと考えなくなった」「幻聴がなくなった」「少しやる気が出てきた」「抑うつ状態が良くなった」「気分が明るくなった」「気分が穏やかに

なった」「怒らなくなった」「躁病が着実に改善している」「不安・倦怠感の軽減」「身体緊張の緩和」「いらつくと服用する」であった。身体症状の改善は、「数値が下がった」「肌荒れが治った」「不眠が改善した」「便秘が治った」「心臓がドキドキするのが治った」、生活全体の改善としては「長年の結果良くなっている」「社会で仕事できた」「冷静に考え行動できる」「落ち着いて生活できる」であった。服薬による副作用の改善として、「手の震えが治まった。」「体がむずむず

しなくなった。」があげられた。

「効果があったと思われる薬は」の問いに、商品数の延べ数であるが、リスパダール4名、パキシル2名、エビリファイ、トレドミン、ジプレキサ、ベンザリン、ルーラン、セロクエル、タスモリン、アキリデン、アモバンが各々1名とあげていた。

②症状の悪化

「薬を飲んでいてかえって具合が悪くなったことがあったか」の問いに、「はい」は33.3%、「いいえ」は52.4%、「どちらでもない」は14.3%であった

表2 投薬による症状の変化(%)

	あり	ない	どちらでもない
症状改善	88.1	11.9	0.0
症状悪化	33.3	52.4	14.3

表3 投薬による症状の具体的な変化(自由記述)

精神症状	あまりいろいろと考えなくなった・幻聴がなくなった・少しやる気が出てきた・抑うつ状態が良くなった・気分が明るくなった・気分が穏やかになった・怒らなくなった・躁病が着実に改善している・不安・倦怠感の軽減・身体緊張の緩和・いらつく時効く
身体症状	数値が下がった・肌荒れが治った・不眠が改善した・便秘が治った・心臓がドキドキするのが治った
副作用の改善	手の震えが治まった・体がむずむずしなくなった
生活全体の改善	長年の結果良くなっている・社会で仕事ができる・冷静に考え行動できる・落ち着いて生活できる

7. 自覚的な副作用 (表4)

①副作用の経験

「これまで副作用があったか」の問いに「はい」は66.7%、「いいえ」は33.3%、「どちらでもない」はなかった。

「どのような副作用か」を問う自由記述では、「瞳孔が開く」、「口が渇く」、「背中の皮膚が荒れ

る」、「頭痛」、「ふらつき・めまい」、「眠気」、「頭がぼーっとする」、「手・口の震え」、「じっとできない」、「気持ちが悪い」、「落ち着かない」、「乳汁分泌」、「太る」、「引きこもり」、「やる気がおきない」、「動作が鈍くなる」、「幻聴・幻覚」、「暴れたくなる」であった。

表4 副作用の経験(%)と具体的な症状

あり	66.7	瞳孔が開く・口が渇く・背中の皮膚が荒れる・頭痛・ふらつきやめまい・眠気・頭がぼーっとする・手や口の震え・じっとできない・気持ちが悪い・落ち着かない・乳汁分泌・太る・引きこもり・やる気がおきない・動作が鈍くなる・幻聴や幻覚・暴れたくなる
なし	33.3	

8. 服薬に対する自覚的な総合印象 (表5)

「薬を飲んでいて良かった、楽になったと感じたことがあったか」の問いに「はい」は69.0%、「いいえ」は9.5%、「どちらでもない」は21.4%であった。

「薬を飲んでさえいれれば病気がよくなると思うか」の問いに「はい」は33.3%、「いいえ」は40.5%、「どちらでもない」は26.2%であった。

表5 服薬に対する総合的な印象(%)

	はい	いいえ	どちらでもない
薬を飲んでいて良かった・楽になった	69.0	9.5	21.4
薬を飲んでいれば病気がよくなる	33.3	40.5	26.2

9. 現在の処方に対する希望（表6、表7）

現在の処方変更を希望するものは19名（45.2%）、希望しないものは21名（50.0%）、どちらでもないのが2名（4.8%）であった。希望する19名のうち薬の量と答えたものは9名、薬の種類は9名、服薬回数は1名であった。

「服薬回数を変えたら一日何回を希望するか」の問いに、1回13名（31.0%）、2回4名（9.5%）、3回21名（50%）、4回4名（9.5%）であった。

「剤型を変えたら何を希望するか」の問いに、液剤3名（7.1%）、錠剤32名（76.2%）、OD錠（Oral Disintegration：口腔内崩壊錠）4名（9.5%）、散剤1名（2.4%）、注射剤2名（4.8%）であった。

表6 処方変更の希望

	人 (%)	
あり	19 (45.2)	量9人、種類9人、回数1人
なし	21 (50.0)	
どちらでもない	2 (4.8)	

表7 処方回数・剤型の希望

回数	1回	2回	3回	4回	
	13名	4名	21名	4名	
剤型	液剤	錠剤	OD錠	散剤	注射剤
	3名	32名	4名	1名	2名

10. 服薬から注射剤への変更（表8）

「注射剤についてどう思いますか」の問いには、「痛い」18名（42.9%）、「怖い」14名（33.3%）、「よく効く」10名（23.8%）であった。

「月1回か2回の注射で服薬はしなうとしたら、注射剤を選ぶか」の問いに「はい」42.9%、「いいえ」57.1%であった。

表8 服薬から注射への変更(%)

変更希望	あり	なし	どちらでもない
	42.9	57.1	0.0
注射の印象	痛い	怖い	よく効く
	42.9	33.3	23.8

11. 服薬による症状悪化時の医師への相談（表9）

「薬を飲んで具合が悪くなったことのある人」14名（33.3%）に対し「そのことを医師に伝えることができたか」という問いに「はい」は11名、「いいえ」は2名、「どちらでもない」は1名であった。「できなかった人はどうしたか」を問う自由記述は、「がまんして飲み続けた」、「飲んだふりして飲まなかった」であった。

表9 服薬による悪化時への医師への相談ができたか（14名中）

はい	いいえ	どちらでもない
	2名	
11名	がまんして飲み続けた、 飲んだふりして飲まなかった	1名

12. 地域生活の目標（表10）

延べ数であるが「働きたい」11名、「復学したい」4名、「結婚したい」5名、「一人暮らししたい」1名、「家族と仲良くしたい」5名、「友人と仲良くしたい」5名、「友人を作りたい」8名であった。

自由記述では次のとおりであった。数ヶ月後の目標は、仕事や技能については「職業訓練校に通う」、「就労訓練をする」、「プログラミングを習得する」、「仕事をする」、「与えられた仕事を確実にこなす」、「料理ができるようになる」、リハビリについては、「デイケアに行く回数を増やす」、生活については「きちんとした生活を送る」、「平穏な日々を送る」、「今の生活を維持する」、健康の管理については、「再発ないように日々の生活を送る」、「入院しないようにしたい」、「風邪をひかないようにしたい」、「薬について明らかにしたい」、「睡眠薬の量を減らしたい」、「薬をだすだけの医者を変えたい」をあげていた。

1年後の目標では、仕事については「就職がきまらなければ、専門学校に行って、ITの資格を取りたい」、「介護福祉士の資格を取りたい」、「整体師になる」、「働く」、「オープンで就労する」、「仕事に向けてボランティアに参加したい」、「他のパートさんと同じ時間働けるようになる」、資格や勉強については、「数検、仏検4級クリア」、「英語の勉強をしたい」、生活やリハビリについては、「コ

表10 数ヶ月後及び1年後の目標

	数ヶ月後	1年後
仕事や技能	職業訓練校に通う、就労訓練をする、プログラミングを習得する、仕事をする、与えられた仕事を確実にこなす、料理ができるようになる	就職がきまらなければ、専門学校に行って、ITの資格を取りたい、介護福祉士の資格を取りたい、整体師になる、働く、オープンで就労する、仕事に向けてボランティアに参加したい、他のパートさんと同じ時間働けるようになる、数検、仏検4級クリア、英語の勉強をしたい
リハビリ	デイケアに行く回数を増やす	コミュニケーションの改善、一步一步進んでいけるように、できることを増やす、デイケアのプログラムに参加できる、作業所に行けるようにしたい、
生活	きちんとした生活を送る、平穏な日々を送る、今の生活を維持する	結婚する、家族と一緒に住みたい、アパート暮らしをしたい、グループホームに入り
健康管理	再発ないように日々の生活を送る、入院しないようにしたい、風邪をひかないようにしたい、薬について明らかにしたい、睡眠薬の量を減らしたい、薬をだすだけの医者を変えたい	体重を減らす、再発しない

コミュニケーションの改善」、「一步一步進んでいけるように」、「できることを増やす」、「デイケアのプログラムに参加できる」、「作業所に行けるようにしたい」、「グループホームに入りたい」、健康管理については、「体重を減らす」、「再発しない」、生活の形態については「結婚する」、「家族と一緒に住みたい」、「アパート暮らしをしたい」をあげていた。

考察

I. 地域で生活する精神科医療のユーザー

1) 背景

今回の調査研究の契機については次のとおりである。筆者は月1回の生活支援センターにおけるボランティア活動（精神疾患や生活習慣病に関する心理教育やSST：Social Skills Training）後のセンター利用者との雑談中、彼らの精神疾患や薬物治療や制度など医療福祉に対する誤解や不満などを頻繁に聞く機会があった。そのため医療従事者の一人として現状を把握し、ユーザーの声を知ることは重要であると考えアンケートにて探索的な調査を行うことにした。

①生活状況

Bセンターの利用者の中には自身も患者である家族や未受診のものもいると思われるが、今回の回答者は、全てが様々な医療機関に受診継続中で

あったが過去に治療を一時中断したことのある患者も含まれた。地域の精神科医療福祉関連施設には、生活支援センターの他に作業所、デイケア、生活訓練施設、グループホームなどがある。どの施設の利用者も比較的男性が比較的多い傾向にあるが今回の対象者も男性が多かった。疫学的には精神疾患の有病率は、統合失調症や双極性障害では男女差はなく、うつ病は女性が高いとされている（尾崎・三村・水野・村井，2021）。女性患者は多少の症状があっても家事や家業の手伝いが可能であれば家族内適応ができていることも多い。一方、男性患者は、女性患者に比し就労や就学など社会的な役割や期待の違いがありながらも、悪化時の症状はより著しい場合も多く地域生活や家族関係も適応しづらい。また、両親が高齢化し単身生活となっている場合も少なくなく、男性患者にとってはある程度の年齢となるとこのような施設は良い意味で居場所として機能し毎日通所しているものもある。

②入院歴

入院歴があるのは7割弱でその半数が1回～3回までで、合わせて15名であった。精神疾患は診断名にもよるが典型的な発症時期は思春期、青年期で10～20歳代である。そして一部のものは50～60歳代となるまで入退院を繰り返し替えている。10回以上の入院歴もたまにみかけるが、全ての入院が症状の再発や悪化だけでなく環境調整や社会的入

院によるものも含まれる。しかしながら、これまでの多くの報告にもあるように、臨床上の経験からも、今回のユーザーのうち服薬アドヒアランスの不良により悪化再発して入院したものの割合は多いと考えられる。

③リカバリー志向

対象者の年代は中年もしくは初老期のものが多かったが、彼らの数ヶ月後の目標については、仕事や技能では学校にいくや訓練をするなど将来を見据えステップを踏んだ考えをもち、リハビリとしてのデイケア通所も回数を増やそうと現状の振りかえりを行っている。日々の生活の大切さや、再発しない、入院しないようにする、薬の相談をしてみるなど、地に足の着いた意識の高い考えを記入していた。一年後の目標では、よりはっきりと資格取得や就労や修学の希望があった。さらにアパート暮らし、家族と暮らす、結婚するといったリカバリー希望があることがわかった。

2) 病名の認識

「病名を知っているか」の問いに「はい」が8割強であり、「いいえ」と「どちらでもない」を合わせて2割弱であった。2002年日本精神神経学会では、家族会の要望により「精神分裂病」については「統合失調症」と呼称を変更した。それまで診断名告知の割合は少なかったが、2009年の調査では医師からの病名告知は6割強、患者の病名の認識状況は5割強という（古賀他、2014）。ユーザーの病名については、彼らの外来診療の場は精神科病院やクリニック、総合病院や大学病院の精神科だけでなく、心療内科や内科、脳外科の場合もあり、統合失調症をはじめ、気分障害、人格障害の他、不安障害、高次機能障害、てんかん、神経発達障害など様々な疾患の診断名がついていると思われる。Bセンターのようなフリースペースは、診断名も本人申告であり主治医がつけた当座の診断名や保険病名などもある。精神疾患の診断名の告知も増加してきてはいるが、内科などの併発疾患の病名でも正しく病名を言えないユーザーもいる。病名を「知っている」と言っても正式に伝えられたのか、主治医から家族をとおして伝えられたかなどは不明である。たとえ伝えられたと

しても、ユーザーによっては認知機能障害などの程度により正しく理解されない場合もある。また、「どちらでもない」という回答も、否認したい、説明が不十分で確信が持てない、経過中に病名が変更していったなど様々な理由も含まれると考えられる。

3) 薬の名前や作用の認識

「処方薬の名前を知っているか」の回答では「はい」が8割強ではあった。しかし、「いいえ」と「どちらでもない」を合わせ2割弱であり、「病名を知っているか」の回答とほぼ同じ割合である。診断名も知らず薬の名前も知らないものが含まれる可能性はある。また、何らかの事情で知らされていない場合もあろうし、前述のように認知機能障害などのため疎通了解が不十分なユーザーが含まれ認識できていないかもしれない。さらに、「薬の作用」となると、知っているものが5割と少なくなり、逆に「知らない」と「どちらでもない」を合わせ5割である。理解している内容も程度も様々であろうが、概ね薬の作用の説明となると、詳しくは伝わりきれているのか疑問が残る。

筆者は、センターにて時に個人的にユーザーから薬についての相談を持ちかけられることも多い。彼らの薬に対する興味や知識欲は強いが、インターネットなどから誤情報を得ていることもある。薬剤師から薬剤の写真と効能や副作用について書かれた薬剤情報提供文書を習慣的にもらってはいるが、実際にはよく理解できていないことも多いように思われる。このような病名や治療内容を十分に知らず医療を受けることは、ユーザー主体の医療、つまりはSDMが十分に行われているとは言いがたいだろう。

II. 主観的な服薬感と服薬アドヒアランス

1) 服薬処方に対する認識

1日の服薬の量や回数の質問では「多い」、「少ない」という表現でより主観的な問いとはなったが、服薬アドヒアランスを考える上で有意義な情報が含まれていた。1日の服薬回数が多い場合には飲み忘れで残薬が増えるとも考えられる。しかし、彼らにとり1日2～3回より1回が必ずし

もよいと思っているわけではない。临床上、必要以上に処方并要求し服薬しすぎる場合や自ら薬剤を減量し一時中断したりするといった両極端な患者が時に見受けられる。また災害時のために、1週間分ほど余計に処方を希望するユーザーもあり、特に理由はなく多めにもっておくことで安心する場合もある。うっかりして飲み忘れ、朝遅く起きて朝食後薬を飲んでいない、あるいは朝と昼の分をまとめて服薬したなどということもあり、彼らの拘りや心配や生活のリズムも密接に関与すると考えられる。

2) 薬剤の効果と副作用に対する認識

①自覚的な薬の効果

薬の効果はやはり主観的な捉え方が反映される。「効果がある、よかった」と感じた8割強のものは適切な治療がされ満足しているのであろう。「いいえ」と「どちらでもない」と答えた2割弱のものは何かしら不満があるのだろうか。診断名や薬の名前を知らないユーザーは効果も不満足な場合もあるかもしれない。

「効果があったと思われる薬」は、全て商品名で答えていた。抗精神病薬は、全て非定型抗精神病薬でありやはり最も早く市場に出たリスパダールの記述が多かった。他に少数であるがトレドミン、アモバンとあるように抗うつ剤や眠剤の併用処方の頻度も高く、抑うつや不眠の症状を有していることがうかがえる。

また、「薬さえ飲んでいればよい」を選んだものは3割で、「薬さえ飲んでよいというものでもない」が4割強、「どちらでもない」が2割弱であった。薬は予防的にも必要という知識として答えたもの、実際に薬の効果はあったがそれだけではないと感じているものが含まれると考える。薬物治療とリハビリテーションの併用の重要性については、センターの様々なプログラムへの参加自体が、広義のリハビリテーションであり、ここでの活動をすることで調子も良くなったことを自覚しているものもいると思われる。薬物療法とリハビリテーションなどの心理社会的療法の併用つまり、PPST (Pharmacopsychosocial treatment) 薬物心理社会的治療) の効果は、薬物治療単独の群に

比べ、薬物療法とSSTと併用群のほうが、臨床効果のみならず、認知機能の一部も効果があったことが報告されている (Shimada, Anzai, Ikebuchi, Niwa & Nishizono, 2013)。このように薬物療法だけでなく、規則正しい生活リズムやサポーターの存在や社会的資源の利用も重要であることを多くのユーザーに教示する心理教育やその実践の支援も必要であろう。

②自覚的な薬の副作用

副作用を経験したものは7割弱とかなり多かった。個別々に適正な薬剤の選択や量を決定するといった薬剤調整は当然に行わなければならないし、投薬初期には、効果や副作用の判断のために特に短期間の間隔で診察される必要があり、まとめて一ヶ月分投薬するなどは避けなければならない。以前、非定型抗精神病薬のオランザピンを発売当初に投与されたユーザーが糖尿病性昏睡を起こして死亡した症例報告があった (藤井康男, 2002)。他覚的な所見としても副作用出現をとらえるためにも、全患者に対し血液検査 (血糖値, LDLコレステロール, 中性脂肪, 肝機能など) を投薬前および以降は定期的に行うことも重要である。

挙げられた副作用の内容は、抗コリン作用 (口渇, 瞳孔が開く), 皮膚症状 (皮膚の乾燥), 過鎮静症状 (頭痛, ふらつき・めまい, 眠気, 頭がぼーっとする, やる気がおきない, 動作が鈍くなる), 錐体外路症状 (Extrapyramidal Symptom: 以下EPS) (口の震え, じっとできない, 落ち着かない), 抗プロラクチン血症 (乳汁分泌), 体重増加 (太る) であった。これまでの向精神薬の服用による副作用として報告された内容 (森康浩& 兼本弘祐, 2011) とほぼ同様であった。

この中で、「引きこもり, 暴れたくなる, 気持ちが悪い」は、過鎮静状態やEPSであるアカシジア (着座不能) などの副作用としても出現する。これらは意欲低下や無為などの陰性症状なのか, 薬剤による抑うつや過鎮静か, EPSのアカシジアなのか精神症状のイライラ焦燥感かかも医療従事者でさえも判断しにくい症状である。あげられていた幻聴や幻覚は、ほぼ疾患そのものの精神症状であるが、その症状が改善されていない場合にはユーザーは副作用として自覚したものもいたのではな

いだろうかと考える。また、効果があった薬として、EPSに対する副作用止めとして投与される抗パーキンソン薬（抗パ薬）であるタスモリンやアキリデン（ともに商品名）とした回答もあった。

また、副作用が改善することによって精神症状も改善すると自覚することもあるため、医療従事者がチェックするのは当然のことであるが、ユーザー自らが副作用かどうかの判断のポイントを教示され、彼らが気軽に伝えやすい環境を整えていくことも重要である。

3) 処方指示と服薬アドヒアランス及び服薬の負担感

服薬回数は、3回または4回のもが多く、合わせると7割強を占めた。1日の服薬回数、服薬量と錠数については、9割前後が指示どおりに服薬し、概ねアドヒアランスが良好のようだが、残薬については「多く余る」、「余る」を合わせ5割強である。薬の管理を家族などが行っている場合はユーザーにとってはさらに不確かな回答になるかもしれない。服薬量や錠数は多い、服薬回数は多いと感じるというユーザーは2割強であったことも注目すべきである。しかし、明らかに残薬が多いユーザーの中には自己中止したり、一部の薬剤だけ抜きとって飲まなかったり、過去の服薬忘れしたものをいつまでも持っていたりする。事故や誤用の予防的観点からは、余りにも多く持っていることは危険である。筆者の場合、残薬を持ってきてもらい、不足分だけを処方し、現在の処方箋と違う薬剤は薬局で破棄を依頼することもある。

包装については、最近ではシート渡しも増えてきているが、まだ一包化の指示も6割強と多かった。同時間に飲む薬の飲み忘れを防ぐためでもあり、薬理學上好ましくはないが多剤傾向や散剤が含まれる場合には、ユーザーのミスや混乱を防ぐためにも行われているのだろう。このようなことからユーザーの認知機能などの程度によっては混乱しないようより簡易な処方や一包化なども個別々の対応となってくる。

服薬時間については昼や夕が2～3割が負担に感じ、これは活動時間帯では人前で飲みにく

い、うっかり忘れるなどの理由があると考えられる。最も負担には感じないのは就寝前であったが、これは当然かもしれない。最近では、薬物血中濃度が長い1日1回の服薬で可という薬剤も次々に上市され、1日1回就寝前のみという処方も増えている。他方、1回投与では飲み忘れてその日全く飲まないのは、再発予防の観点からも好ましくないためあえて分散し、少しでも薬効を期待するために、1日2～3回という処方もありうる。このようにユーザーのアドヒアランス傾向に応じて主治医の様々な処方意図が含まれており、今回のユーザーは治療経過が長く、長期的に1日3～4回の服薬習慣が継続しているものが多かったといえる。そして回数や量も納得しているユーザーの割合も多いようでも残薬の割合も多いことなどからも、服薬アドヒアランスの複雑さの側面が示された。

4) ユーザーの希望する処方内容

「服薬回数を変更するとしたら」の回答は、1回は3割となり、3回が5割である。やはり以前からの継続されている3回に慣れているためであろうか。以前から食事と結びついた服用は習慣化され、さらに薬理學的に薬剤の吸収率は食事後のほうが高いともいわれる。精神科薬剤の多くは食後服用を原則とはしないが、入院中の習慣からまたは飲み忘れを防ぐために食前服用の習慣があるものもいるだろう。しかしリカバリーのため就労、就学（修学）していくユーザーにとっては、昼間の活動中は飲まずに、朝もしくは就寝前の服用は好都合となるだろう。

「剤型を変えるとしたら」の回答は、これもなじみ深いためか錠剤が7割強と多かった。液剤やOD錠も1割を満たさないが、現在、選択肢として様々な剤型が販売されており今後は希望も増えてくると思われる。

非経口投薬については、「注射剤（デポ剤、時効性注射剤 Long Acting Injection : LAI）についての印象を一つ選ぶ」問いとしたが、痛い18名（42.9%）、怖い14名（33.3%）、よく効く10名（23.8%）であり、一般の注射に対するイメージと変わらないようである。実際の注射剤施行例も

4.8%とまだ少ない。LAIは、QOLを考えると毎日の服薬の煩わしさがなくなる、血中濃度が安定し症状の安定が図れるなどのメリットがあり、丁寧な説明と同意のための時間が必要であるが、これも以前よりは処方が増えていくだろうと思われる。

しかしながら、患者は変更には抵抗する特性もあり拘りも強いことも多く、変更には苦慮することもあるのも事実である。主治医も患者も漫然と同じ処方に慣れてしまい、年齢による代謝の変化や症状に応じた適正な薬剤の調整ができていくかどうかは疑問が残る。

II. 服薬アドヒアランスと医療コミュニケーション

1) 服薬アドヒアランス評価

服薬チェックを受けているユーザーは4割強で、その殆どが服薬アドヒアランス不良のためにチェックを受けざるを得なくなったのであろうと考える。服薬アドヒアランスの評価法には、客観的にはピルカウントで、受診時に薬袋を持参してもらい残薬の数を確認する方法がある。廃棄や持参忘れなどがあると不正確にはなるが筆者は時々この方法も行うことがある。血中薬物濃度測定もあるが、測定できる薬剤が限定される。また、Diaz et al. (2001) による、モニター機器を用いて薬剤の箱やボトルが開封された日時を記録するといった投薬監視システム (Medication event monitoring system: MEMS) があるが、コスト面で現実的ではないだろう。アナログではあるが患者の自己報告 (面接や質問紙、日記など)、家族・医療者など代理者による報告がある。日誌は、症状や日常生活記録とともに書いてもらい、これも筆者がよく用いる方法である。フィードバックに時間を要すが、会話の少ない患者でもコミュニケーションをとるのに非常に役立つ。あとは、Fialko, et al. (2007) による、簡易な質問紙で精神疾患を対象とした Medication Adherence Rating Scale (MARS) をはじめ様々なものがある。以上の方法は一長一短であるが、実際に服薬したかどうかの正確な確認は不可能であり、様々な工夫をしていく必要がある。

2) ユーザーのコミュニケーション技能と服薬自己管理へ

今回の結果をふまえてコミュニケーションによる工夫を考えていく。「服薬後に症状悪化した14名に対してではあったが、「そのことを医師に伝えることができたか」という問いに11名はできたと答え、概ね伝えられているようである。しかし、少数ではあるが伝えられなかった2名が、「がまんして飲み続けた」、「飲んだふりして飲まなかった」と答えており、これは注目すべきことである。

ユーザーは、症状の一つとして認知機能症状による生活障害、その中でもコミュニケーション技能の乏しさがみられることも多い。そして様々な要求を主治医に伝えてしまうときちんと医療が受けられないのではと、「黙って従うしかない」あるいは「言える雰囲気ではない」などという場合もあるだろう。このように暗黙に診てもらっている、診てやっているなどと医療従事者優位の関係が存在すると正しく意見を伝えることはさらに困難なものになる。ユーザーがリカバリーを目指し実現するためには、医療側の補助的支援を受けながら疾患や服薬を自己管理できることが必要になる。メリットが多い適正な薬物療法を導入するためにも、SDMを実現できるような、ユーザー自身が処方や診療に対する意見をよりの確に伝えるコミュニケーション技能を高めることは重要である。

現在、精神疾患を持つ人向けの様々なパッケージの服薬自己管理プログラムがある。リバーマンの作成した服薬自己管理モジュール日本語訳版 (Lieberman, 1986 安西・池淵訳 1994) は、代表的なものである。また、島田 (2015) は、この服薬自己管理モジュールに多少の修正を加え外来患者に施行し、DAI-10により服薬観を、ベンダーゲシュタルトテストにより認知機能を評価し、その効果を報告している。このモジュールは、単に薬や作用の知識の習得だけでなく、薬が不足した場合や飲酒の誘いを断る場合などと言った医療従事者や家族や知人との様々なコミュニケーション場面を練習し、自らの副作用をモニターする技能などが含まれ、「急いで対応するほうがよいか待ってもよい症状なのかなどを判断する」技能、当事者として生活に関連した様々な問題に対する解決する

技能などを身に付けていくパッケージプログラムである。このようなツールをユーザー対象に使用する機会が今後増えることが期待される。

2) 医療従事者のコミュニケーション技能と連携ユーザーと主治医の関係

医師は、外来などで時間をかけての診察は困難な場合も多く、簡単な説明で終わり確認の作業も短いこともある。また、ユーザーが不安などを訴えたからとよくコミュニケーションをとらず容易に睡眠剤や、抗不安薬、抗精神病薬などを次々と追加されてしまうと多剤大量投与になってしまうこともある。適正な精神薬理学的な知識、診察技能などが要求されるのは当然である。

ユーザーの精神症状の訴えの背景には、心理社会的ストレスによるものは結構多い。我々にも共通するような悩み、つまりユーザーの友人や家族などの人間関係や金銭や就労など生活面の問題である。このような場合は、すぐに薬の投与ではなくアドバイスや社会資源の情報提供など心理社会的介入で解決することで症状が改善することも多い。このことから話しやすい関係性とよく訴えを聞き取る技能、医師のコミュニケーション能力を磨くことは必要なのは当然である。

ユーザーの特性を踏まえ、症状を把握した適切な情報提供

医師以外の医療従事者で、特に薬剤に関しては薬剤師の関与は大きい。どこでも処方箋をもっていけば薬剤が手に入る院外薬局は便利になったが、疾患特性を踏まえたうえで情報伝達されているかは疑問である。あまりユーザーとラポールのとれていない薬剤師や、どのような診療が行われているかを十分に知らない薬剤師とユーザーのやりとりは服薬アドヒアランスに影響する。ユーザーに、憶測で言った一言が驚かせたり不安にさせたりすることもある。例えば、拒食の著しい摂食障害の患者にスルピリドをあえて処方されたが、薬剤師からこの薬では食欲を増すための投与であろうと直接伝わり、その患者は全く服薬を受け入れなくなったなどの事例もある。副作用についても過剰に伝えすぎると患者は不安になることもあり、薬剤師と主治医との連絡があってはじめて情報提供が

有効になる。また、診断名を諸事情で医師から告げられてない場合や心理検査や数回の診察後に確定される場合や現在の症状の対処のための当面の投薬の場合もあるため、薬剤の内容から診断名を匂わせる言葉で説明しすぎることについては注意を要する場合がある。薬剤情報提供書も病名を踏まえた簡易でわかりやすいものが期待される。精神疾患をもつ人は、症状が悪い時には、了解がさらに不十分になることもあり長々と話すと言語が理解しにくくなることもある。ユーザーと関わるうちに、今日は調子がよいか、そうでないかと思える時がある。副作用についても誘導尋問のようになると、副作用があると答えてしまう患者もいる。あまり聞くと依存的な患者は話を中断できないこともあり、その際に話をうまく切ることも必要である。副作用がでる可能性があるというだけでなく、服用しているうちに慣れて軽減することもあること、どのように症状がよくなっていくのかを説明し安心感を与えることも必要であろう。

様々な質問も「医師に言えない、言い忘れた」と、薬剤師や看護師などには伝える場合もあるので、「自分で医師に伝えてみませんか」とユーザーに促したり、本人の意思を確かめ代わりに医師に伝えてみるのもよいかもしい。忙しい業務の中でコミュニケーションはなかなか難しいが、非言語的コミュニケーションでも笑顔や挨拶のみでもユーザーは話しやすくなりラポールが次第にとれてくるだろう。優先順位を付けて説明し次第にラポールがとれて詳しく説明してことができるだろう。

このように、ユーザー自らのコミュニケーション技能の向上のみならず、医療従事者は関係者間でコミュニケーションを十分にとり、ユーザーには薬剤の知識や治療方針を共有する工夫をしてSDMが促される環境を提供し連携することがユーザーの服薬アドヒアランスを良好にしていくことに繋がっていくと考える。

結論

以上、首都圏の代表的な地域における精神科医療ユーザーの特に薬物治療に関する現状やその認

識におよび服薬アドヒアランスに関して探索的に調査できた。今回のユーザーは、講演に参加した比較的薬物治療に興味のある群であったと考えられるが本音の一部を知ることができ、彼らのニーズに応じた処方内容やコミュニケーションの工夫すべき点が示唆された。

服薬アドヒアランスの低下は、治療効率の低下を招き社会にとっては医療コストの増大につながる。服薬アドヒアランスを良好にするには、リスクとベネフィットのバランスを考え、効果もあり副作用の少ない薬剤を選択し、必要最小限の服薬量で、適正な薬物療法に近づけるよう、主治医の処方技能の向上と、一方的にならないコミュニケーションで良好な患者－医療従事者との関係性をもつことが重要であると考えられた。

さらにユーザーは、患者主体の治療つまり、参加意識の向上、治療への同意や納得、疾患に対するリスクや薬の必要性についての知識を得ることやソーシャルサポートの利用ができるような、つまりはSDM的な治療ができるよう、コミュニケーション技能向上を求められる。

医療コミュニケーションの観点から、精神科医療の地域移行が進むなかで増加するユーザーに適切で合理的な薬物療法を提供するためにも、病状の伝え方、疑問や質問や相談のやりかた、いわゆる受診をするところから診察終了までのコミュニケーションの配慮が必要である。服薬管理モジュールやSST (Social Skills Training) をさらに応用し、医療従事者とユーザーが相互に効果的な医療コミュニケーションを身につけることが必要である。また、院外処方が広まる中で地域の不特定のユーザーに対しても、服薬への疑問や相談が気軽に相談できるシステムが望まれる。

今後は、ユーザーの絶対数を増やし、再検討をするとともに医療関係者側からみたユーザーへの思いや考えもアンケート等で調査検討していきたいと考える。

まとめ

① 地域の精神科医療ユーザーに対し、服薬処方指示、服薬アドヒアランス、自覚的な効果や

副作用、処方変更の希望、地域生活での目標などについて質問紙で調査をした。回答者は、42名（男性/女性=29/13）、年代（0 - 20歳代/30 - 40歳代/50 - 60歳代/70 - 80歳代 = 2/25/13/2）は中高年が多く、入院歴（あり/なし=18/24）からも長期的に服薬加療している群であった。

② 処方指示の実態は、一日の服薬回数は3回が35.7%、包装は一包化57.1%で最も多かった。病名および薬の名前および薬の作用についての認識があるものは、各々81.0%、81.0%、50.0%であった。

③ 服薬アドヒアランス状況は、指示回数、服薬量や錠数を遵守しているものは、各々88.1%、92.9%で比較的良好のようであるが、残薬があるのは54.8%で、第三者の確認があるものは42.9%であった。背景に自己管理の問題や服薬中断の履歴の可能性が考えられた。

④ 服薬指示に対する負担感があるものは、服薬量・数には21.4%、服薬回数には26.2%、服薬時間には83.3%、（昼が多く30.9%）であった。日中の活動で飲み忘れが起きにくくするため、今後の就労、就学に向け生活に合わせて量・錠数を必要最小限にし寝前の服薬などに変更していくなどの工夫も望まれる。

⑤ 薬物治療による症状改善があったものは88.1%、症状悪化があったのは33.3%であった。概ね満足のいく治療が行われているが、症状悪化は十分に経験しうることであり、ユーザーから訴えを十分に聞き取り医療従事者の丁寧なチェックの必要がある。

⑥ 自覚的な副作用の経験があるものは66.7%で自律神経症状や錐体外路症状など、これまでに知られているものと同様の多彩なものであった。服薬に対する自覚的印象は69.0%が良好で、服薬による疾患治療への期待は33.3%であった。服薬治療は好評価で、その重要性は自覚されているが、それだけでは十分でないことも一部のユーザーは自覚していると考えられる。

⑦ 処方変更を希望するものは45.2%で、服薬量・数の変更、薬剤の変更を希望するユー

ザーは各々9名であった。一日の服薬回数を変更するとしたら3回へが50%、その次に1回で31.0%であった。剤型を変更するとしたら、錠剤、OD錠、液剤、注射剤、散剤の順で76.2、9.5、7.1、4.8、2.3%であった。これまでの処方習慣が現れてはいたが、1回投与やOD錠、注射剤など新しい処方傾向も反映されていた。

- ⑧ 非経口薬として注射剤の印象の問いには、痛い、怖い、よく効くの順に42.9、33.3、23.8%で、注射への変更希望は42.9%とほぼ半数であり、服薬継続の負担感なども反映しているのではないかと考える。
- ⑨ 14名の症状悪化したもののうち、医師への相談できたものは11名、いいえと答えた2名は、我慢した、飲んだ振りしたと答えた。
- ⑩ ユーザーのリカバリーの目標としては、数ヶ月後は仕事や技能、リハビリ、日常生活においてステップアップした内容をあげ、一年後の目標は資格取得、就労就学、アパート暮らし、家族と暮らす、結婚するなどより明確な回答していた。
- ⑪ 以上から、ユーザーのリカバリーのためにも服薬アドヒアランスの向上、症状の安定は重要である。アドヒアランスに影響のある要因をふまえた処方、ニーズを反映させるため、SDMを取り入れ、対ユーザー、医療関係者間の丁寧なコミュニケーションを工夫していく必要がある。

引用文献

Diaz, E.1, Levine, H.B., Sullivan, M.C., Sernyak, M.J., Hawkins, K.A., Cramer, J. A., Woods.S.W. (2001). Use of the Medication Event Monitoring System to estimate medication compliance in patients with schizophrenia. *Journal of psychiatry & neuroscience*, 26, 325-329

Fialko, I. L., Philippa, A, Garety, P. A., Kuipers, E., Dunn, G., Bebbington, P. E., Fowler, D., Freeman, D. (2007). A large-scale validation study of the Medication Adherence Rating Scale (MARS). *Schizophrenia Research*, 100, 53-9.

Fleischhacker, W. W., Oehl, M. A. Hummer, M. (2006). Factors Influencing Compliance in Schizophrenia Patients. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64, 10-13

藤井康男 (2002). Olanzapin投与中の糖尿病性昏睡に伴う死亡例から我々は何を学ぶべきか? *臨床精神薬理* 5, pp.1093-1112

古賀勇輝, 大久保亮, 清水祐輔, 三井信幸, 田中輝明, 久住一郎 (2014). 統合失調症患者の病名告知に関する多施設調査 *精神神経学雑誌* 116, pp.813-824

厚生労働省 (2022). 精神疾患の医療体制の構築に係る指針, 群馬県, <https://www.pref.gunma.jp/contents/100172310.pdf> (2022年9月1日閲覧)

Lieberman, J., T. Stroup, T., McEvoy, J., Swartz, M., Rosenheck, R., Perkins, D., Keefe, R., Davis, S., Davis, C. E., Lebowitz, B., Severe, J. Hsiao. J. (2005). Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. *The New England journal of medicine* 11, 1092-1093

Liberman, R. P. (1986). Medication-management module, Rehabilitation research & Training center in mental illness. (安西信雄, 池淵恵美, 日本語版(総監修) (1994). 自立生活技能プログラム服薬自己管理モジュール 丸善)

森康浩, 兼本弘祐 (2011). 大学病院外来における副作用実態調査 *精神医学*, 53, 1107-1113

日本経済新聞 (2011). 精神疾患加え「5大疾病」厚労省, 13年度から医療計画に, 日本経済新聞 (2011年7月7日発行), http://www.nikkei.com/article/DGXNASDG0703S_X00C11A7CR8000 (2022年9月1日閲覧)

尾崎紀夫, 三村將, 水野雅文, 村井俊哉 (2021). 標準精神医学第8版 (pp.277-328), 医学書院

Robinson, D. 1, Woerner, M.G., Alvir, J. M., Bilder, R., Goldman, R., Geisler, S., Koreen, A., Sheitman, B., Chakos, M., Mayerhoff, D., Lieberman, J. A. (1999). Predictors of relapse following response from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder. *Archives of General Psychiatry*.56, 241-247

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 (2015). SDMを支える服薬自己管理モ
ジュールの応用 文京学院大学人間学部研究紀要.
16, 125-136

(2022.9.28 受稿, 2022.10.26 受理)