

## 精神疾患治療における服薬状況に関するアンケート調査

黒川 淳一<sup>1)~3)</sup>, 永井 典子<sup>1)</sup>, 末続なつ江<sup>1)</sup>  
井上 真人<sup>1)3)</sup>, 井奈波良一<sup>3)</sup>, 岩田 弘敏<sup>2)3)</sup>

<sup>1)</sup>医療法人桜桂会犬山病院精神科

<sup>2)</sup>東海学院大学健康福祉学部

<sup>3)</sup>岐阜大学大学院医学系研究科産業衛生学分野

(平成 25 年 3 月 6 日受付)

**要旨:**【目的】服薬状況や、診察時における相談内容の様子などを把握すること。

【対象】犬山病院精神科で加療している全患者。

【方法】2011 年 12 月にアンケートを実施した。アンケートに際しては無記名とした。

【結果】回答総数は 332 件で、患者家族からの代理回答も一部、含んでいた。

患者側のほとんどが服薬状況を良好と回答した一方、服薬できない理由についても、多くの指摘を寄せた。服薬できない理由として薬物療法に懐疑的な姿勢の影響が、精神科病院への入院歴に反映されるものかを検討したが、その傾向は見出されなかった。単純にのみ忘れることや、自己中断なども理由として多かった。医師に服薬に関して相談した内容をたずねると、眠気や体重増加といった副作用に関する内容だけでなく、多剤大量投与にまつわる内容についても指摘がなされた。患者側は情報の入手先として医師や薬剤師だけでなく、インターネットや携帯電話を利用したり、家族や患者同士から情報を入手している、といった意見が寄せられた。

【結語】服薬状況に関して医療者側におもねった回答傾向がみられたことや、回答に際し欠損値が多かったことから、不安定な患者—医療者関係を垣間見る結果となった。関係改善には患者側の主体的な関わりに裏付けられた服薬アドヒアランスの向上が重要である。薬剤に関する情報提供の機会を供与すると共に、治療における選択の過程を患者側と共有し、自己決定に従って服薬が維持されるような支援が求められるだろう。これらの取り組みが、服薬中断などに伴う病状の再燃や再発予防に重要な役割を果すのではないかと考えた。

(日職災医誌, 61 : 382—392, 2013)

### —キーワード—

精神科薬物療法, 服薬アドヒアランス, 患者—医療者関係

### はじめに

1952 年、クロロプロマジンが抗精神病作用を有することを発見されて以来、統合失調症に対する薬物療法は今日に至るまで以下のような経緯を辿っている<sup>1)</sup>。

脳内ドパミン D2 受容体遮断を主な作用とする第 1 世代抗精神病薬が陽性症状に対する改善効果を示す一方、錐体外路症状などの副作用に関する問題を惹起させた。これに対し抗パーキンソン薬を投与した結果、抗コリン作用に伴う腸閉塞や口渇といった問題が出現することとなった。さらにこれに抗うため、大量の下剤投与を行うといった、多剤大量投与の問題へと広がっていった。患者の多飲水行動を抑制しようと行動制限につながる問題

も生じている。また、陽性症状に対する効能の一方、過鎮静や眠気の問題が出現すると共に、陰性症状に対してはむしろ増悪させる可能性さえ指摘されるようになった。これら副作用の結果、患者の QOL は著しく阻害され、陰性症状がもたらす活力の喪失は社会復帰への意欲を損なわせかねず、臨床上、大きな問題となっていった<sup>1)</sup>。

これに対し、脳内セロトニン 5-HT<sub>2A</sub> 受容体遮断作用を加味することで、錐体外路症状や陰性症状の改善効果を期待するべく改善を加えた第 2 世代抗精神病薬が登場した。それ以降、上述の問題に対しては幾分、軽減することに寄与したものの、肥満や糖尿病、脂質代謝異常といった代謝関連副作用の出現頻度が高まり、心血管疾患のリスクを新たに抱えることとなった<sup>1)2)</sup>。

多剤大量投与の問題と共に、副作用出現に対する懸念が患者やその家族らに広がった結果、服薬行動にも悪影響を及ぼすようになり、服薬遵守率の低下といった問題が指摘されるようになって久しい<sup>1)~3)</sup>。MEMS-Cap (Medication event monitoring system-Cap)<sup>\*1</sup>を用いた服薬遵守率調査では、医師は患者のほとんどが服薬していると思っていた一方、7割の服薬率を保持していた患者が4割以下にとどまったと報告しており、服薬に関する認識について、患者—医療従事者間で大きな開きを示した結果は興味深い<sup>4)</sup>。

しかし、そのような状況にあっても、精神科臨床の場面では、薬物療法は治療における重要な柱の一つである。薬物療法を有効たらしめるためには、薬物そのものもつ効能の向上が重要であることは言うまでもないが、それと共に、服薬行動そのものが何らかの方法で担保されなければ、その効能を得ることができないのは避けようの無い事実である<sup>3)</sup>。各種抗精神病薬の効能に関する比較を目的としたCATIE studyでは<sup>5)</sup>、いずれの薬剤においても1年半後には治療脱落率が3~4割に達していたことなどから、統合失調症患者に対する薬物療法を維持することの難しさを強調している<sup>3)</sup>。

Weiden, P. ら<sup>6)~8)</sup>の報告では、統合失調症患者は服薬中断率が高く、服薬中断結果として再発・再入院リスクが高まることを指摘している。また、Ascher-Svanum, H. らは<sup>9)</sup>、服薬中断によって自傷他害行為のリスクが高まるとさえ報告している。

精神科医療の現場では、自傷他害行為を回避しつつ症状の改善を得るため、薬物療法の必要性に迫られる。この際にはインフォームドコンセントなど、患者の治療に対する意思の尊重に関する問題にも直面する<sup>10)</sup>。再発・再燃によって、急性期治療を要するような危機的事態に陥ることを避けるためには、長期に渡って服薬行動が維持されることが重要であろう。治療継続のために、現在、様々な剤形による治療が検討されている<sup>11)</sup>。

これら問題を回避するため、薬物療法の継続は日頃の診療において重要なテーマになると考えられる。そのため、患者や患者家族に対する服薬アドヒアランス向上を目的とした心理教育や、服薬支援を目的とした訪問看護などアウトリーチサービスの充実などが求められよう<sup>3)</sup>。

これに関連し、筆者らの勤務する医療機関でも服薬指導や訪問看護といった対応を行ってはきたが、実際のところ、どの程度の効果が上がっているのかについては評価したことがなかった。そもそもどの程度、服薬行動が確保されているのかについて把握したこともなかった。服薬アドヒアランスの向上を目指して対策を考えていくにあたり、まずは現状の把握が必要と考えた。そこで今回、筆者らの勤務する犬山病院(420床規模の単科精神科病院：以下、当院)<sup>12)</sup>に通院している患者らの服薬状況に関する調査としてアンケートを実施する機会に恵まれた

ので、結果を集計して報告することを試みた。

## 方 法

### 調査方法

当院に通う全患者とその患者家族を対象とした。患者家族を含めた理由については、精神疾患の性質上、患者本人がアンケートに対して回答できない可能性を考慮すべきと考えたからである。回答に際しては無記名で回答を求めた。

アンケート回答場所は当院外来待合とし、待ち時間などに任意で回答するよう求めた。

アンケート調査期間は2011年12月中とした。その結果332件からの回答を得た。以下、断りのない限り、この332件を100%として表記することとした。参考までに、2011年12月における、当院の外来患者のべ数は2,936名、平均在院患者数は403.4名であった。

### 調査内容

回答者の属性に関する調査項目としては、まず患者本人からの回答か、患者家族からの回答かをたずねた。その上で、患者家族が回答する場合であったとしても、患者本人に関する以下の属性についてたずねた。

すなわち、年齢(10歳代以上から60歳代以上まで、各年代層のいずれにあるかで回答)、性別、精神科への通算通院期間(1年未満、1年以上5年未満、5年以上10年未満、10年以上15年未満、および15年以上のいずれかで回答。以下、通院期間)、これまでに精神科病院への入院歴が有るか否かと(以下、入院歴)その回数(以下、入院回数)、現在デイケアへ参加しているか否かに関する、計6項目をたずねた。

その上で、現在の服薬状況に関し、あてはまる事項について回答を求めた(以下、服薬アンケート)。質問事項は全部で11項目である。

5件法で回答を求めた事項は以下の通りである。“現在服薬している薬に満足しているか(以下、服薬満足度)”“服薬をどの程度行っているか(以下、服薬状況)”“この半年間における、医師との1回当たり平均診察時間(以下、平均診察時間)”の3項目をたずねた。

さらに4件法で回答を求めた事項として“この半年間において、医師に薬のことを相談したことがあったか(以下、服薬相談)”、および“服薬を中断すると病状の再燃・再発率が高まることをご存知か(以下、中断の影響)”の2項目をたずねた。

あてはまる選択肢の全てに回答を許可した質問として、以下の5項目をたずねた。すなわち、“薬がのめないことがあった場合、その原因は何だと思えるか(以下、服薬中断理由)”“医師に対して行った、服薬相談の内容(以下、服薬相談内容)”“医師に服薬相談をしなかった場合の理由(以下、服薬相談しない理由)”“知っている薬の剤形(以下、剤形に関する知識)”、および“薬に関する情報は

表 1-1 回答者の属性

	人数	列における %	人数	列における %	人数	列における %	人数	総回収数 332 件に占める割合 %
回答者	患者本人		患者以外 (家族など)		未回答		回答総数	
	238	(71.7)	20	(6.0)	74	(22.3)	258	(77.7)
性別	男性		女性		未回答		回答総数	
	124	(48.2)	133	(40.1)	75	(22.6)	257	(77.4)
年齢	30 歳代以下		40 歳代以上		未回答		回答総数	
	73	(27.9)	189	(72.1)	70	(21.1)	262	(78.9)
通院期間※1	5 年未満		5 年以上		未回答		回答総数	
	107	(32.2)	143	(43.1)	82	(24.7)	250	(75.3)
入院・外来の別	現在, 外来通院中		現在, 入院中		未回答		回答総数	
	262	(78.9)	70	(21.1)	0	(0.0)	332	(100.0)
入院経験の有無※2	有		無		未回答		回答総数	
	127	(38.3)	98	(29.5)	107	(32.2)	225	(67.8)
デイケア参加の有無	有		無		未回答		回答総数	
	40	(12.0)	193	(58.1)	99	(29.8)	233	(70.2)

※1 通院期間：精神科への通算通院期間

※2 入院経験：精神科病院への入院経験に限る

どこで入手しているか (以下, 薬剤情報の入手先)”である。その他も含めてあらかじめ選択肢を複数提示し, 該当する全てに○を付すよう求めた。

これらを踏まえ“新薬が出た場合, 紹介して欲しいか (以下, 新薬に関する情報)”について, あらかじめ提示した6つの選択肢から該当する1つについて回答するよう求めた。

### 統計処理

アンケートの集計に際し, 統計処理は SPSS for Windows ver. 11.5 J を使用した。集計件数とその母集団に占める割合を以下に記載した。群間比較を行う際にはクロス集計の上, カイ 2 乗検定 (以下, クロス集計) を行った。有意差検定には  $p < 0.05$  で観察された差が統計学的に有意であるとした。

なお, 本調査の実施に際しては当院内倫理委員会の審査を経ている。

## 結 果

調査によっては未回答 (以下, 欠損値) の項目が多かった。そこで質問調査項目ごとに, 回答総数とそれに対する比率を記載した。

まず, 回答者の属性に関する結果を示す (表 1, 2)。

患者本人からの回答であると断りがあったのは 238 件 (回答総数 332 件に対し 71.7%), 患者家族からの回答は 20 件 (6.0%), 不明が 74 件 (22.3%) であった。この 74 件の不明を除いた上で, 精神科病院への入院歴の有無 (この件に関する結果の詳細は後述) についても記載漏れのなかった 212 件 (332 件に対し 63.8%) について, クロス集計を行うことで, より詳細な検討を追加することとし

た (以下, 入院歴の有無でクロス集計。この検定に際しては随時, 欠損値を除いた)。この結果を表 2 以下に示す。入院歴の有無に焦点を置いた理由としては, 服薬に関する何らかの行動結果の表れとして, 例えば複数回にわたる入院歴に反映されるのではないかと考えたからである。入院歴の有無によって何かしら服薬に関する認識に違いがあるのではないかと仮定し, 以下に検討を行った。

入院歴の有無で回答者が患者本人か否かクロス集計を行ったが, 有意差は認められなかった ( $p = 0.142$ )。この結果から, 患者本人以外が回答していても, 入院歴といった結果におよぼす影響は少ないと考えた。そこで, 以下に論じる検討を進めるにあたり, 回答者が患者本人でない場合を排除した上でさらに詳細な検討を追加するといった作業については, 今回, 行わないこととした。

患者本人の男女比は 124 : 133 (37.3% : 40.1%) で未回答が 75 件 (22.6%) であった。入院歴の有無と患者の性別についてクロス集計を行ったが, 有意差は認められなかった ( $p = 1.000$ )。

患者本人の年齢については 262 件 (78.9%) からの回答を得た (表 1-2)。最頻値は“40 歳代”の 76 件 (262 件に対し 22.9%) であった一方, 30 歳代以下にある若年層からの回答は合計 73 件 (262 件に対し 27.9%) であった。

患者の年齢が 30 歳代以下 (以下, 若年層群) と 40 歳代以上 (以下, 壮年層群) で 2 群を作成し, 入院歴の有無とクロス集計を行ったが, やはり有意差は認められなかった ( $p = 1.000$ )。

精神科への通算通院期間については 250 件 (75.3%) からの回答を得た (表 1-3)。最頻値は“5 年以上 10 年未満”の 75 件 (250 件に対し 22.6%) であった。

表 1-2 回答者の年齢

内訳	人数	回答総数262件に占める割合
10歳代	3	(1.1)
20歳代	12	(4.6)
30歳代	58	(22.1)
40歳代	76	(29.0)
50歳代	52	(19.8)
60歳代	61	(23.3)

表 1-3 通院期間※1

内訳	人数	回答総数250件に占める割合
1年未満	37	(14.8)
5年未満	70	(28.0)
10年未満	75	(30.0)
15年未満	23	(9.2)
15年以上	45	(18.0)

※1 通院期間：精神科への通算通院期間

通院期間が5年未満と5年以上で2群を作成し、入院歴の有無でクロス集計を行ったところ、5年以上の通院歴がある群で入院歴有りとした比率が有意に高い結果となった ( $p=0.000$ )。

現在、外来通院中か入院中かについては332件全て回答がなされた。その比率は外来：入院=262：70 (78.9%：21.1%) となった。

これまで精神科病院に何回、入院したかについては225件 (67.8%) からの回答を得た (表 1-4)。最も多かったのは“0回”の98件 (225件に対し43.6%) であった。3回以上と回答したのは合計42件 (225件に対し18.7%) にのぼり、入院回数が極端に多い20回や18回と回答したものもみられた。6回から10回に該当したものも合計8件 (225件に対し3.6%) にのぼった。

デイケアについては40件 (332件に対し12.0%) が現在“参加”していると回答した。デイケアへの参加の有無で2群を作成し、入院歴の有無でクロス集計を行ったところ、入院歴が有る群でデイケアへ参加していると回答した者の比率が有意に高い結果となった ( $p=0.000$ )。

服薬アンケートの結果について以下に記載する。

服薬満足度について5件法でたずねたところ316件 (95.2%) の回答を得た。最も望ましい“非常に満足”と回答したのは46件 (316件に対し14.6%) であった。“満足”と回答した55件と併せると約3割 [101件 (316件に対し30.4%)。以下、服薬満足群] が現在の薬物療法に対して満足していたことになる。逆に最も望ましくない“非常に不満”と回答したのは12件 (316件に対し3.8%) にとどまった。しかし“不満”と回答した41件と併せると53件 (316件に対し16.8%。以下、服薬不満群) にのぼり、少なからず不満を抱えるものが存在していたことが示唆された。なお、“どちらでもない”で回答した162

表 1-4 入院回数※3

入院回数	人数	回答総数225件に占める割合
0	98	(43.6)
1	57	(25.3)
2	28	(12.4)
3	13	(5.8)
4	12	(5.3)
5	7	(3.1)
6	2	(0.9)
7	1	(0.4)
8	1	(0.4)
9	2	(0.9)
10	2	(0.9)
11	0	(0.0)
12	0	(0.0)
13	0	(0.0)
14	0	(0.0)
15	0	(0.0)
16	0	(0.0)
17	0	(0.0)
18	1	(0.4)
19	0	(0.0)
20	1	(0.4)

※3 入院回数：精神科病院への合計入院回数

件 (316件に対し51.3%) が最頻値であった。

この“どちらでもない”で回答したものを除いた上で、入院歴の有無で服薬満足度の別でクロス集計を行ったが、有意な結果は示さなかった ( $p=1.000$ )。

服薬状況について5件法でたずねたところ、332件全てから回答を得た。最も望ましい“きちんとのめている”と回答したのは247件 (74.4%) であった。次いで“ほぼのめている”と回答した70件と併せると317件 (95.5%。以下、服薬良好群) が服薬状況は良好と回答したことになり、かなり服薬コンプライアンスが良い様子が示された。そこで、服薬良好群にあるか否かの別と、精神科病院への入院歴の有無でクロス集計を行ったが、有意差はみられなかった ( $p=1.000$ )。

かなり高い服薬状況を示した一方、“服薬中断理由”を複数回答でたずねたところ、237件からの回答を得た。最も高率であった理由としては“のみ忘れ”が163件 (指摘件数237件に対して68.8%) であり、以降、“のむ量や回数を自分で判断して調節しているため”が31件 (237件に対して13.1%)、“薬による副作用のため”が21件 (237件に対して8.9%)、“のんでも良くならないため”が9件 (237件に対して3.8%)、“のむのが嫌なため”が8件 (237件に対して3.4%)、“薬の量が多いため”および“症状がなくなるとのまなため”が各5件 (237件に対して2.1%) からの指摘を得た。

そこで、服薬できなかった理由のなかから、特に服薬に懐疑的な意見である“薬による副作用のため”“のんでも良くならないため”“のむのが嫌なため”および“薬の量が多いため”のいずれか一つでも指摘していたもの(以

表2 精神科病院への入院歴の有無別、回答者の属性

		精神科病院への入院歴					
		有		無		各列人数	正確有意確率 (両側)
		人数	列における%	人数	列における%		
回答者 (有効総回答数=212)	患者本人	112	(57.7)	82	(42.3)	194	0.142
	患者以外	7	(38.9)	11	(61.1)	18	
性別 (有効総回答数=210)	男性	55	(55.6)	44	(44.4)	99	1.000
	女性	62	(55.9)	49	(44.1)	111	
年齢 (有効総回答数=210)	30歳代以下	35	(55.6)	28	(44.4)	63	1.000
	40歳代以上	82	(55.8)	65	(44.2)	147	
通院期間※ (有効総回答数=204)	5年未満	35	(40.2)	52	(59.8)	87	0.000 ***
	5年以上	79	(67.5)	38	(32.5)	117	
デイケアへの参加 (有効総回答数=198)	有	32	(94.1)	2	(5.9)	34	0.000 ***
	無	81	(49.4)	83	(50.6)	164	

\*\*\*:  $p < 0.001$

精神科病院への入院歴の有無と、回答者の属性でクロス集計を行った結果。

検定に際しては、欠損値を省いた上で実施した。

※通院期間：精神科への通算通院期間

下、服薬懷疑群)と指摘が無い群を作成し、入院歴の有無でクロス集計を行ったが、有意な結果を得るには至らなかった ( $p=0.291$ )。

調査から遡ること半年に渡って、平均診察時間がどのくらいだったかをたずねたところ、326件(98.2%)からの回答を得た。最も多かったのは“10分未満”で168件(326件に対して51.5%)であり、10分以上から20分未満に該当したものが123件(326件に対して37.7%)と続いた。30分以上に該当したものの合計は12件(326件に対して3.7%)であった。

平均診察時間が10分未満群とそれ以外で2群を作成し、入院歴の有無でクロス集計を行ったが、有意な結果を得るには至らなかった ( $p=0.780$ )。

この診察時間内に、服薬に関する相談を行ったことがあるか否かについて4件法でたずねたところ、325件(97.9%)からの回答を得た。最も多かったのは“たまにあった”の146件(325件に対して44.9%)で、“よくあった”の46件と併せると6割近く[192件(325件に対して59.1%)以下、服薬相談有群]が何らかの服薬に関する相談を行っていたことになった。逆に、服薬に関して全く相談したことがないと回答したのは57件(325件に対して17.5%)であった。

服薬相談の有無で2群を作成し、入院歴の有無でクロス集計を行ったが、有意な結果を得るには至らなかった ( $p=0.887$ )。

この服薬相談をたまに以上行っていた192件(57.5%)を対象に、相談内容についてその他も含めて10の選択肢から複数回答をもってたずねたところ、合計191件からの回答を得た。最も多かったのは“その他”の51件(191件に対して26.7%)であった。その詳細について記載がある

ものを見渡すと、多かったのは減薬や薬物療法をやめたいといった申し入れが11件(191件に対し5.8%)、逆に増薬の申し入れが3件(191件に対し1.6%)、服薬に伴う依存症を心配して尋ねたといった内容や、市販薬との相互作用に関する事項、便秘に関する副作用、眠気のせいで朝起きられず朝食後の服薬時間が守れない、服薬によって調子が悪いといった申し入れが各2件ずつ(191件に対し1.0%)あった。その他、そもそも病名を知らないといった記載や、服薬しても効いているのか解らない、ジェネリックなど他剤への変更の申し入れについても各1件(191件に対し0.5%)の記載がみられた。

服薬相談の内容について提示した選択肢のなかから指摘事項が次いで多かったのは“眠くなりやすい”の43件(191件に対し22.5%)であった。さらに“副作用がづらい”が38件(191件に対し19.9%)、“薬が効かない”が34件(191件に対し17.8%)と続いた。

逆に診察時に服薬相談しなかった理由を複数回答で求めたところ131件(39.5%)からの回答を得た。最も指摘が多かった選択肢としては“今の処方薬に満足しているから”が91件(131件に対し69.5%)であった。次いで多かったのが“どう相談していいのかわからない”が25件(131件に対し19.1%)と続いた。

どんな剤形の薬剤があるか、剤形に関する知識を複数回答で問うたところ、251件(75.6%)からの回答があった。“錠剤・カプセル剤”については9割以上[235件(251件に対し93.6%)]が知っているとの回答を得た。その一方、“内用液(水薬)”が72件(251件に対し28.7%)、“口腔内崩壊錠”が44件(251件に対し17.5%)、“2~4週間に1度の注射剤”については11件(251件に対し4.4%)しか知らないといった結果であった。

表 3 服薬アンケートの結果

表 3-1 現在服薬している薬に満足しているか

内訳	人数	回答総数 316 件に占める割合
非常に満足	46	(14.6)
満足	55	(17.4)
どちらでもない	162	(51.3)
不満	41	(13.0)
非常に不満	12	(3.8)

表 3-2 服薬をどの程度行っているか

内訳	人数	回答総数 332 件に占める割合
きちんとのめている	247	(74.4)
ほぼのめている	70	(21.1)
半分程度の服用にとどまる	4	(1.2)
のめないことが多い	6	(1.8)
ほとんどのんでいない	2	(0.6)

表 3-3 薬がのめないことがあった場合、その原因は何だと思うか

内訳	人数	回答総数 237 件に占める割合
のみ忘れ	163	(68.8)
のむ量や回数を自分で判断して調節しているため	31	(13.1)
薬による副作用のため	21	(8.9)
のんでも良くならないため	9	(3.8)
のむのが嫌なため	8	(3.4)
薬の量が多いため	5	(2.1)
症状がなくなるとのまないため	5	(2.1)
その他	51	(21.5)

表 3-4 この半年間における、医師との1回当たり平均診察時間

内訳	人数	回答総数 326 件に占める割合
10分未満	168	(51.5)
10分以上20分未満	123	(37.7)
20分以上30分未満	23	(7.1)
30分以上40分未満	8	(2.5)
40分以上	4	(1.2)

表 3-5 この半年間において、医師に薬のことを相談したことがあったか

内訳	人数	回答総数 325 件に占める割合
よくあった	46	(14.2)
たまにあった	146	(44.9)
ほとんどなかった	76	(23.4)
全くなかった	57	(17.5)

表 3-6 医師に対して行った、服薬相談の内容

内訳	人数	回答総数 191 件に占める割合
眠くなりやすい	43	(22.5)
副作用が辛い	38	(19.9)
薬が効かない	34	(17.8)
体重が増えた	27	(14.1)
服薬すべき薬の種類が多い	18	(9.4)
服薬回数が多い	12	(6.3)
他の剤形に変えてほしい	12	(6.3)
のみづらい	6	(3.1)
毎日のむのが辛い	1	(0.5)
その他	51	(26.7)

表 3-7 医師に服薬相談をしなかった場合の理由

内訳	人数	回答総数 131 件に占める割合
今の薬に満足しているから	91	(69.5)
どう相談していいかわからない	25	(19.1)
医師が忙しそうにしていたから	9	(6.9)
相談するのが怖いから	7	(5.3)
自分で薬を調節しているから	6	(4.6)
相談すると薬を増やされるから	5	(3.8)
薬剤師に相談しているから	5	(3.8)
看護師に相談しているから	1	(0.8)
他の患者に相談しているから	1	(0.8)
その他	8	(6.1)

表 3-8 知っている薬の剤形

内訳	人数	回答総数 251 件に占める割合
錠剤・カプセル剤	235	(93.6)
細粒剤（粉薬）	97	(38.6)
内用液（水薬）	72	(28.7)
口腔内崩壊錠	44	(17.5)
2～4週間に1度の注射剤	11	(4.4)

表 3-9 服薬を中断すると病状の再燃・再発率が高まることをご存知か

内訳	人数	回答総数 265 件に占める割合
よく知っている	93	(35.1)
少し知っている	78	(29.4)
あまり知らない	53	(20.0)
全く知らない	41	(15.5)

表 3-10 薬に関する情報はどこで入手しているか

内訳	人数	回答総数 265 件に占める割合
主治医	202	(76.2)
薬剤師	77	(29.1)
インターネット・携帯電話	57	(21.5)
書籍・雑誌・新聞	34	(12.8)
病院からの配布物	28	(10.6)
家族	20	(7.5)
看護師	11	(4.2)
他の患者	6	(2.3)
家族会などの機関誌	1	(0.4)
その他	5	(1.9)

表 3-11 新薬が出た場合、紹介してほしいか

内訳	人数	回答総数 260 件に占める割合
必ず紹介してほしい	88	(33.8)
時間があれば紹介してほしい	27	(10.4)
必要であれば紹介してほしい	124	(47.7)
できれば紹介してほしくない	9	(3.5)
紹介してほしくない	6	(2.3)
その他	6	(2.3)

表4 精神科病院への入院歴の有無別、服薬アンケート結果とのクロス集計

		精神科病院への入院歴					
		有		無		各列 人数	正確有意 確率(両側)
		人数	列における %	人数	列における %		
服薬満足度 (有効総回答数=100)	非常に満足～満足	36	(58.1)	26	(41.9)	62	1.000
	非常に不満～不満	22	(57.9)	16	(42.1)	38	
服薬状況 (有効総回答数=211)	きちんとのんでいる～ほぼのめている	114	(55.9)	90	(44.1)	204	1.000
	半分程度～のめないことが多い～ほとんどのんでない	4	(57.1)	3	(42.9)	7	
服薬できない理由 (有効総回答数=159)	服薬に懐疑的 ※1	12	(44.4)	15	(55.6)	27	0.291
	上記以外の理由で服薬できず ※2	75	(56.8)	57	(43.2)	132	
平均診察時間 (有効総回答数=209)	10分未満/回	63	(56.8)	48	(43.2)	111	0.780
	10分以上/回	53	(54.1)	45	(45.9)	98	
服薬相談 (有効総回答数=208)	有	69	(55.2)	56	(44.8)	125	0.887
	無	47	(56.6)	36	(43.4)	83	
服薬中断と再燃・再発の関係 ※3 (有効総回答数=209)	よく知っている～少し知っている	82	(59.4)	56	(40.6)	138	0.186
	全く知らない～あまり知らない	35	(49.3)	36	(50.7)	71	
新薬についての情報 (有効総回答数=78)	必ず紹介してほしい	46	(67.6)	22	(32.4)	68	1.000
	紹介してほしい～できれば紹介してほしい	7	(70.0)	3	(30.0)	10	

精神科病院への入院歴の有無と、服薬アンケート結果との間でクロス集計を行った結果。

検定に際しては、欠損値を省いた上で実施した。

※1 服薬に懐疑的：服薬による副作用、のむことが嫌、のんでも良くならない、薬の量が多い、のいずれか一つでも、服薬できない理由に指摘したものの総計

※2 上記以外の理由で服薬できず：服薬できない理由として、のみ忘れ、自己調節している、症状がなくなるとのむのをやめた、その他、のいずれかについて指摘しているものの総計

※3 服薬中断と再燃・再発の関係：服薬を中断することで、病状が再燃・再発する可能性が高まることを知っているかたずねた。

薬剤に関する情報の入手先を複数回答でたずねたところ、265件(79.8%)の回答を得た。最も指摘が多かったのは“主治医”の202件(265件に対し76.2%)であり、次いで“薬剤師”が77件(265件に対し29.1%)であった。“インターネット・携帯電話”が3番目に多く57件(265件に対し21.5%)、“書籍・雑誌・新聞”の34件(12.8%)や“病院からの配布物”の28件(10.6%)よりも上回った。

服薬を中断すると病状の再燃・再発率が高まることを知っているか否かについてたずねたところ265件(79.8%)からの回答を得た。内訳として、93件(265件に対し35.1%)が“よく知っている”と回答した一方、“全く知らない”と回答した者も41件(265件に対し15.5%)みられた。そこで“よく知っている”および“少し知っている”と回答した知識がある群(合計138件)と、“全く知らない”および“あまり知らない”からなる知識のない群(合計71件)で2群を作成し、入院歴の有無でクロス集計を行ったが、有意な結果を得るには至らなかった( $p=0.186$ )。

新薬についての情報源についてたずねたところ、260件(78.3%)からの回答を得た。最も多かった意見としては“必要であれば紹介してほしい”の124件(260件に

対して47.7%)であり、“必ず紹介してほしい”の88件(260件に対し33.8%)を上回った。逆に“出来れば紹介してほしい”および“紹介してほしい”と回答したのも合計15件(260件に対し5.8%)みられた(以下、新薬に消極的姿勢群)。

そこで“必ず紹介してほしい”と回答した群と、新薬に消極的姿勢群の間でクロス集計を行ったが、有意差はみられなかった( $p=1.000$ )。

## 考 察

今回のアンケートでは、患者側からの回答総数が332件に達し、熊田ら(2010)<sup>1)</sup>の報告よりも多くから回答が得られたのは収穫であった。しかし、その記載状況から、欠損値が多かった点が問題といえよう。この原因について考えると、推測の域は超えないが、患者側にとって答えにくい質問であった可能性や、質問結果によっては後日、医療者側から何らかの不利益がもたらされるのではないかという疑念を抱かせた結果、欠損値(=回答拒否)という形で反映されたのではないかと考えた。

逆に、多くの回答を得た質問項目については、普段から医療者側に対して何かしら言いたいことが溜まっていた、ないしは、“(もの解りの)良い患者”を演じようと

するあまり、医療者側が期待するような回答が選択された可能性が考えられる。質問項目によって欠損値の頻度にばらつきがあったことさえも、患者側からの意思表示の一つではなかったかと考え、今回は、回答の頻度にばらつきがあるまま、そのまま結果を記載することとした。

欠損値を生じさせない対策として、アンケートを電子化し、質問に答えないと次に進めないようにする工夫も考えられる。しかし、回答を強要することにもつながりかねず、強要した結果としての回答があてにならないといった問題もまた、新たに生じさせかねない。回答拒否もまた、患者側からの重要なメッセージではないかと捉えるならば、紙媒体による自由な形式でのアンケートもまた、有効ではないかと考えた。以下の考察にあたっては、そういった患者側の心性を汲み取った上で、押し進めていく必要があるといえよう。

まず、回答者の属性から、回答者が患者本人か否かで精神科病院への入院歴の有無に差が出るかを検討したが、結果は有意差を示すものではなかった。これだけでは十分ではないかもしれないが、結果として入院回数といった客観的な結果に関し、患者家族からの代理回答であったとしても、患者本人の置かれている状況についてはある程度、本アンケートで捉えていたのではないかと考えた。患者本人とその家族の意向については大きな隔たりがないのではないかと考え、今回は分けずに検討を進めることとした。

精神科病院に対する通算通院期間が長くなるほど、入院歴が有りとなる可能性が高くなることや、デイケアへの通所につながっていた結果については、ある程度、予想通りといえるのはなかったか。通院歴が永きにわたる間に入退院が繰り返される原因として、やはり服薬中断による病状の再燃の可能性が疑わしい。これを防ぐためには服薬指導や見守りの機会を増やす必要がある。その対策として、例えば、デイケアへの通所が促されていたとするならば、想像に難くない結果であったといえる。

服薬満足度についてたずねたところ“非常に満足”および“満足”と回答したものの合計が約3割に達した。逆に“非常に不満”および“不満”の合計は16%にとどまった。一概には比べられないが、不満の頻度が43%に達した熊田ら(2010)<sup>1)</sup>の報告と比べると、一見、良い結果に見えなくもないが、先述の通り患者側からみて、より医療者側へおもねった回答傾向であるとも考えられる。現在の投薬内容に不満がなくても、入院経験が有意に減るわけではなかった今回の結果を勘案すると、不満の頻度が少ないことについて、単純に喜ぶことはできないだろう。患者—医療者関係における力関係を見直し、患者側の置かれている状況に対し、十分、配慮する必要があると感じ取るべきではないだろうか<sup>3)</sup>。

さらに、服薬状況についてたずねたところ、“きちんと”および“ほぼのめている”と95.5%が回答

した今回の結果について、極端に服薬状況がよいと捉えられる結果について考察が必要であろう。ほとんどのがめていけるとするならば、薬がのめなかった理由について237件(71.4%)が回答を寄せた結果は、やや不自然ではなかったか。

MEMS-Capを用いた調査でも指摘されている通り<sup>4)</sup>、医師のほとんどが服薬はされているものと思込んでいたのに反して、実際には7割の服薬すら4割しか遂行できていなかった結果を踏まえるとするなら、今回、ほとんどの患者が服薬を遵守していたと回答させた背景を読み解くべきであろう。

患者側にとっては“(もの解りの)良い患者”でありたいという気持ちがあって、アンケートに際しては服薬遵守率を高く報告させる傾向にあることは、既に考察されているところである<sup>1)</sup>。患者側にしてみたら、良い患者を装うことで医療者側からの不快な追及をかわすことに作用し、医療者側にしたら、自らの提案した治療が受け入れられていないといった、やはり不快な結果から目を逸らすことに寄与するため、お互いに不快な思いをしないためにも、良好な関係が構築されているかのように振舞うことは、一見、都合がいいように錯覚してしまいかねず、問題を見過ごすことになるのではなかろうか。

治療方針の決定に関する主体が医師で、医師が決定した内容を患者側が守る、といった受身な姿勢を“コンプライアンス(受動的服薬遵守)”という言葉で表現するという<sup>1)</sup>。治療に際し意思決定の過程が一方通行であると、今回のような、医療者側が喜ぶようなアンケート結果になりかねないと危惧された。

治療意欲や病識の欠如といった精神疾患の特徴のため患者側に任せられない、といった考えが前提にあって、精神疾患は指示された通り治療すべきに従う、といった、患者側からの主体的な関わりや視点を欠いた治療計画は反発を招き、服薬順守率の低下につながるのではないだろうか。医療者側の指示を守らない患者は“理解力や判断力の乏しい”患者とみなされ、こういった患者に対しては主体的な関わりの機会から遠ざけられるため、益々、反発する、といったやりとりの結果が病状の再燃であり再入院という結果ではないだろうか。この悪循環の下では、事態の解決からは一層遠のき、患者—医療者関係の溝は深まるばかりであろう。

そもそも精神疾患であることが受け入れ難く、服薬やその副作用を忌避しつつも、服薬していないことに対する負い目から、服薬コンプライアンスが良好であることを装うことは、医療者側からの追及をかわすのに好都合とさせかねないのではないかと。こういった姿勢を黙認することは、問題が表面化するのを遅らせる恐れもある。医療者側も提案した治療方針が患者側に受け入れられていない事実を受け入れることは不快であるが、この状態を放置しておくことは、治療の目的とするところから大

大きく逸脱した状態にあるといえよう。患者側の視線や心性を欠いたままでは、問題の顕在化を先送りしているだけで、やがて病状の再発や再入院といった、よりまずい結果を導き易くなるのではないだろうか。

このような事態を回避するため、治療に際し患者側も積極的に治療方針の決定に参加し、自らの決定に従って服薬を続けるといった主体的な関わりを通じ、治療への動機付けを高める、といった“アドヒアランス（能動的服薬遵守）”と呼ばれる姿勢の重要性が指摘されている<sup>11)</sup>。指示的・強制的な意味合いの強い“コンプライアンス”から、患者の意思を尊重し、積極的な姿勢を促す“アドヒアランス”への転換が、今後の精神科医療の遂行に際しては重要になるのではないだろうか<sup>2)3)11)</sup>。

そのために、まず診察時間を十分確保することは、患者の意向を確認し、治療方針を決定していくためにも重要と考えた。しかし今回、診察時間の長短と入院歴の有無との間には有意な関係が導かれなかった。診察時間の長短だけでなく、患者側の積極的な治療への関与が促されるような接し方が診察時間中になされたか、内容の充実がより大切ではないかと考えた。そして服薬に限らず、治療への積極的な関わりを喚起するため、相談し易い環境を提供することもまた、重要であろう。

今回、6割近くが医師に対し、薬に関して相談していた結果を得たが、この割合は決して高いといえるものではないだろう。相談しなかった理由を見渡すと、まだ、改善の余地がありそうである。“相談すると薬を増やされるから”といった警戒感を滲ませる指摘は多くはなかったものの、患者—医療者関係の歪みを垣間見せる意見ではなかっただろうか。

薬がのめない理由として副作用だけでなく、“のんでも良くならない”といった効能に対する疑念や、“のむのが嫌”といった感情的な理由など、服薬に懐疑的な理由を指摘していたかの別で、入院歴の有無に差が生じないかを検討したが、有意差は認めなかった。“のみ忘れ”を理由に挙げるものが多く、症状改善に伴い服薬の自己中断や自己調節といった理由も少なからず指摘がされており、入院歴といった結果に結びつける要因を探るにあたっては、より詳細な検討が必要となった。

ただしどんな理由があろうと、とにかく薬剤が体内に取り込まれなければ病状が再燃するリスクが高まる、といった原則論に立ち返るならば、服薬を忌避する理由があろうとなかろうと、怠薬のリスクを患者側に広く周知していく必要性は高いといえるだろう<sup>6)~9)</sup>。

そこで今回の調査では、服薬中断に関する病状再燃の可能性を知っているか否かをたずねた。この質問は先行報告<sup>1)</sup>にない工夫といえよう。結果は、67件(20.2%)が回答をためらい、94件(28.3%)が“全く知らない”～“あまり知らない”と回答していた。半数近くが服薬中断に関する知識が乏しいと考えられる結果から、服薬に関

する教育に際し、重要なテーマになると考えられた。

のみ忘れを防止するためには、服薬に関する積極的な動機付けに下支えされるよう“アドヒアランス”の確立は重要であるが、服薬回数や剤形、投与方法といった薬剤そのものの改善による工夫もまた、求められよう<sup>11)</sup>。多剤大量投与の解消も服薬行動の維持のためには重要と思われる。そして、服薬の自己中断を容認するような回答からは、服薬の継続と再発率の関係に基づく服薬指導が行き届いていない可能性が考えられる。患者側への心理教育に際しては<sup>3)</sup>、客観的な理由を提示するといった工夫が必要ではないか。

医師に対して行った服薬に関する相談事項をみると、眠気や体重増加といった副作用に関する内容が多かった。副作用に関する問題は重要な関心事項であることが伺われる結果となった。さらには薬が効かないといった効果に関する相談だけでなく、服薬回数や量、毎日のむことやのみずらさ、なども少なからず指摘があった。

これらを踏まえると、薬物の剤形や投与方法なども重要な検討課題になると考えられた。今回、内服液や口腔内崩壊錠、デボ剤についての認知度が低い結果となっており、治療方針の決定に際し、様々な選択肢を提示するためにも、それぞれの薬剤のもつ特徴などを十分に説明するといった取り組みが必要である。

薬剤に関する情報の入手先について、書籍や配布物以上にインターネットや携帯電話からの情報入手率が高いことが示された。家族や患者間からといった意見も無視できないと思われる指摘を得た。この結果から、患者同士のネットワークを利用した対策を立てることもまた、有効ではないかと考えた。医師に薬の相談をしない代わりに、薬剤師や看護師といった、他の職種に相談するという指摘も少なかった。特に看護師に対しては薬剤情報の入手先として低支持にとどまった。看護師らへの期待感を高めるような取り組みもまた、必要かもしれない<sup>12)</sup>。

そして、新薬に関する情報について、“必ず紹介してほしい”は全体の26.5%にとどまり、“できれば紹介してほしい”と消極的な指摘が少数ながらもみられたことを見逃すべきではないだろう。医師に薬の相談をしない理由として“相談するのが怖いから”という意見も少数ではあるが指摘されたことを併せて考えると、“新薬＝期待されるべきもの”といったステレオタイプな解釈に対して、患者側は必ずしも望んでいない場合があることを、改めて知らしめる結果となった。やはり、日頃の患者とのやり取りを通じ、どういった心性にあってどんな期待があるのか、それぞれの事例に応じた、丁寧な対応が必要であることが重要であると考えられた。

これらの結果を医療者側である医師や薬剤師、看護師などが共有し、患者側からの積極的な治療姿勢を喚起するような方策について検討を行い、患者側に還元する様に努めていきたい。

## まとめ

患者側からはかなり服薬コンプライアンスが良好である旨が報告された一方、服薬できなかった理由となると、数多くの指摘がなされるといったアンバランスな結果に、不安定な患者—医療者関係を垣間見ることとなった。回答に欠損値が多かったことも、追及されることを忌避した患者側からの意思表示ではないかとみて取れる結果であった。

服薬中断による再発・再燃の結果として精神科病院への入院という結果を想定し、どういった理由で服薬が中断してしまうのか検討したが、服薬を懐疑的な理由で忌避しようが、単純にのみ忘れるなどといった理由であろうが、入院経験とは有意な差が認められなかったことから、理由の如何を問わないことが明らかとなった。半数近くが服薬中断によるリスクを知らない可能性も示唆された。服薬行動を維持していくためには、患者の治療に対する積極的な関わりに裏付けられた“アドヒアランス”の獲得が重要ではないかと考えた。

服薬アドヒアランスの向上のために、主治医による診察に際しては、情報の提供などを通じて患者側の主体的な関わりが支援されるよう努めると共に、服薬に伴う疑念などを払拭するため、丁寧な説明を加えることの重要性を、改めて示唆する結果となった。薬理学的な観点から医療者側が一方的に薬剤選択を行い、患者側を受動的な立場に追いやるのではなく、患者側のニーズや心理社会的な状況を勘案し、共に治療方針を決めていけるような治療環境の構築が必要であろう。

患者側が懸念する副作用にまつわる訴えに応えるだけでなく、服薬行動が維持されるために剤形や投与方法といった具体的な対策を複数提示するなどし、治療からの脱落を防ぐ取り組みもまた、重要ではないかと考えた。

注)

\*<sup>1</sup>MEMS-Cap (Medication event monitoring system-Cap)：患者の服薬状況をモニタリングするために開発された。患者に渡す薬剤ボトルのキャップを開封するたびに開栓回数や開栓日時を経時的・連続的にカウントすることで、服薬が行われたかどうかを確認できる<sup>13)</sup>。

## 文献

- 1) 熊田貴之：統合失調症治療における患者の当事者意識調査. 最新精神医学 15 (4)：411—417, 2010.
- 2) 伊豫雅臣：長期予後を見据えた薬物療法—統合失調症の再燃・再発を少なくする工夫. 臨床精神医学 14 (10)：1599—1606, 2011.
- 3) 内野俊郎：統合失調症の再発や再燃を防ぐ薬物療法を支援する心理社会的治療. 臨床精神医学 14 (10)：1625—1632, 2011.
- 4) Pfeiffer PN, Ganoczy D, Valenstein M: Dosing Frequency and Adherence to Antipsychotic Medications. *Psychiatric Services* 59 (10): 1207—1210, 2008.
- 5) Lieberman JA, Stroup TS, McEvoy JP, et al: Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. *N Engl J Med* 353 (12): 1209—1223, 2005.
- 6) Weiden P, Rapkin B, Zygmunt A, et al: Postdischarge medication compliance of inpatients converted from an oral to a depot neuroleptic regimen. *Psychiatr Serv* 46 (10): 1049—1054, 1995.
- 7) Weiden P, Rapkin B, Mott T, et al: Rating of medication influences (ROMI) scale in schizophrenia. *Schizophr Bull* 20 (2): 297—310, 1994.
- 8) Weiden P, Kozma C, Grogg A, et al: Partial compliance and risk of rehospitalization among California Medicated patients with Schizophrenia. *Psychiatr Serv* 55 (8): 886—891, 2004.
- 9) Ascher-Svanum H, Faries DE, Zhu B, et al: Medication adherence and long-term functional outcomes in the treatment of Schizophrenia in usual care. *J Clin Psychiatry* 67 (3): 453—460, 2006.
- 10) 三澤史斉：強制的治療とその影響. 臨床精神医学 14 (1)：39—45, 2011.
- 11) 堀 輝, 中村 純：剤形選択から考える統合失調症患者の服薬アドヒアランス向上. 臨床精神医学 14 (10)：1607—1613, 2011.
- 12) 黒川淳一, 大澤早苗, 永井典子, 他：抗精神病薬の使用と副作用に関する職員アンケート調査. 日職災医誌 60 (6)：332—341, 2012.
- 13) 趙 岳人, 川島邦浩, 木下秀一郎, 他：統合失調症治療における服薬状況の MEMS (Medication event monitoring system) 多施設研究. 臨床精神医学 14 (9)：1551—1560, 2011.

別刷請求先 〒484-0094 愛知県犬山市塔野地字大畔 10  
医療法人桜桂会犬山病院精神科  
黒川 淳一

### Reprint request:

Junichi Kurokawa  
Medical Corporation Okeikai, Inuyama Hospital, 10, Oguro,  
Tononji, Inuyama-city, Aichi, 484-0094, Japan

## Medication Adherence in Patients with Psychiatric Disorders : A Questionnaire Survey

Junichi Kurokawa<sup>1)~3)</sup>, Noriko Nagai<sup>1)</sup>, Natsue Suetsugu<sup>1)</sup>, Masato Inoue<sup>1)3)</sup>, Ryoichi Inaba<sup>3)</sup> and Hirotoishi Iwata<sup>2)3)</sup>

<sup>1)</sup>Inuyama Hospital

<sup>2)</sup>Tokai Gakuin University

<sup>3)</sup>Department of Occupational Health, Gifu University Graduate School of Medicine

[Objective] To understand medication adherence and consultation with physicians during examinations among patients with psychiatric disorders.

[Subjects] All patients being treated at the Psychiatry Department, Inuyama Hospital.

[Method] An anonymous questionnaire survey was conducted in December 2011.

[Result] In total, 332 responses were obtained, including those from patients' family members as proxies for the patients. While most patients reported their medication adherence to be good, they gave many explanations of why they failed to take medicines. We investigated whether a skeptical attitude toward drug treatment, as a reason for medication non-adherence, was reflected in their history of hospitalization, but no such tendency was observed. Many patients reported simply forgetting to take dose or self-interruption of medication as reasons for non-adherence. When asked about the topics discussed during their consultations with doctors about medication, patients reported discussing not only adverse reactions, including drowsiness and weight gain, but also effects of multiple high doses. Patients reported obtaining information from not only doctors and pharmacists but also the Internet, mobile phones, family members, and other patients.

[Conclusion] An unstable patient-healthcare provider relationship was observed, because there were a significant tendency to pander to the demands of the healthcare provider for medication adherence and many missing values in responses. Improved medication adherence resulting from proactive involvement on the part of patients is important for better relations between patients and healthcare providers. Support should be provided whereby medication adherence is maintained as a result of patient self-determination, by providing drug-related information to patients and involving them in the treatment-selection process. These efforts would play an important role in preventing the exacerbation of symptoms or relapses associated with interruption of medication, etc.

(JJOMT, 61: 382—392, 2013)