

精神科外来患者の疾患に対する自己管理の実態 —服薬情報理解および主観的認識の観点から—

島田 栄子*

精神科外来患者52名に対し疾患管理の調査をした。2日以上服薬中断ありは4割弱で、3割強が症状悪化していた。現在、支援者促しの服薬が2割弱、1日4回以上の服薬が7割弱で、2割強が頓服使用していた。服薬指示の自己調整は、量が3割強、回数が2割強、時間が3割強であった。水やお湯のみの服用が7割強、服薬忘れの対処法は、薬に日付けを書くのが4割強で、50名が自己保管であった。服薬説明ありは5割弱、相談しやすい人は、のべ数で主治医が34名、家族21名であった。主観的副作用についてはありは3割強、過去にあったのは2割強でその件を4割弱が相談をした。自覚的症状ありは5割強、自覚的に治っているとの回答は5割弱で、効果を感じるが50名であった。指示の回数は100%、量は3割強、薬剤名は3割強、薬剤効果や副作用は2割強が認識していた。疾患であるか(病識)、病名を認知しているかは各々5割、7割強がはいと答えた。負担感では量が3割強、回数が4割強、時間が3割弱で、朝の服薬が困っており、服薬期間は8割弱が十分であると答えた。服薬は必要だ、服薬したいは各々8割強、2割弱がはいと答え、錠剤への嗜好が8割弱であった。以上、アドヒアランス向上のため、心理教育等による丁寧な情報教示、他職種連携は方策しやすいが、SDMを行うことにより疾患特性、主観的認識(特に病識)を踏まえ服薬心理の背景を考えて、当事者が客観的視点から自己認識できるような自己管理支援が必要と考える。

Key words : 自己管理, 精神疾患, 服薬アドヒアランス, 主観的認識, 病識

1. はじめに

疾患の自己管理(セルフケア)能力を獲得させる支援をどのように行うかは糖尿病、高血圧、脂質異常症、虚血性疾患(狭心症、心筋梗塞など)の慢性疾患患者数の増加につれ、ますます重要な課題になっている。自己管理能力とは患者が疾患理解を深め、医療従事者と協働し日常生活やQOLを維持し疾患に取り組む動機や技術、自己効力感を身につけること(中野他, 2021)であり、アドヒアランスそのものである。

アドヒアランスという言葉は、医療では広がっ

てきており、本来は執着という意味で、能動的、積極的態度的ことであって、従来のコンプライアンスという他者の指示に従い行う受け身的態度とは違う。アドヒアランス良好とは当事者が納得し治療に参加しているということである。Deegan(2005)は精神疾患を持つ人の自己管理能力について、精神症状を軽減し入院などを防ぎ、自らのウェルビーイングを改善するセルフケア行動がどのようなものかを理解し、行動することがセルフマネジメントであると述べている。精神疾患も慢性疾患であり、当事者は長期的に疾患とうまく付き合い悪化、再発を防ぎながら、其々のリカバリー

* 人間学部心理学科

（回復）を目指し生活することとなる。精神疾患の悪化、再発の原因は、様々なストレス要因も関与するが、服薬アドヒアランス不良によるものが最も多く重要である。

アドヒアランスに影響する要因を示すと次のようになる。薬剤の要因では、効果と副作用は当然のこと、処方内容（服薬量や回数、薬剤の種類）、さらに形、色、剤型など物理的な要因も関与する（島田、2023）。医療側の要因では、診療処方能力のほか、当事者との関係性が重要である。家族の要因では、当事者との関係性、家族の偏見、疾患や治療薬剤の知識などであり、社会的要因では、医療費、通院費、施設や自宅生活の環境、同居人の有無などである。さらに当事者側の要因として、病識、セルフステイグマ、信念、症状による認知機能、疾患や治療薬剤の知識などが挙げられる。

ところで病識とは主観的認識でもあり、病識の欠如は、精神科医療においては、当事者の自覚的症狀の中でも重要なものであり、病識が出現してくると回復に向かっていると考えることもある。

McEvoy, J. P. et. al (1981) は「45人の慢性統合失調症入院患者の調査において、自分は精神病であることを理解していたのは13%で、投薬が必要であることを理解していた患者は27%で多くが十分な洞察力を欠き、投薬や治療について適切な判断を下せないこと、さらに、投薬で改善した患者でさえ、治療の必要性についての洞察力は向上していなかった」と報告している。西園（1963）も病識が不十分であると、服薬の継続が困難になることが大きな問題になると報告している。このように他科疾患と比較すると「疾患であることを認める認めない（病識があるない）が、薬を飲む飲まない」と繋がらない場合があり、疾患の告知や治療法、治療薬の情報を得ていても、病識があることとアドヒアランス（服薬行動）は乖離することもある。

以上を踏まえ、薬物療法を受けている当事者は、実際にはどの程度、疾患や薬剤について理解しているのか、それによってどのような具体的な服薬に関した行動や態度がみられるか、同時に主観的認識や病識にいたるまで検討した報告は多くはない。

今回、福祉施設やクリニックのユーザーである精神疾患患者（外来治療中）を対象に、疾患管理

として服薬関連事項の詳細を調査する機会があったので、その結果を示し考察を加える。

2. 対象と方法

対象は精神疾患をもつ外来通院中の患者で研究内容を説明し同意を得たものとした。方法は、X年Y月から同年Y+2月までの間に、疾患管理に関する独自の質問を作成（服薬状況、服薬管理、症状の対処法、服薬態度、疾患への認識などの質問、選択式、一部自由記述式）したものを用紙に印刷して、診療所および福祉施設（生活支援センター、就労継続支援事業所、生活訓練施設、グループホームなど）の医療従事者や職員を介し配布し、施設および自宅にて自記入回答してもらい回収を依頼した。

倫理的配慮について、本研究は倫理審査委員会の承認を得ている。（2024010）なお、調査用紙に研究の概要および回答の有無や内容による不利益はないこと、個人情報保護は保護されこの研究以外には使用されないことを記し、回答をすることにより同意を得たものとした。

3. 結果

3.1. 対象者の背景

調査に協力を得られた当事者は52名（男性：女性=19名：33名）であった。生活の場は職員がいる福祉施設（グループホーム、生活訓練施設）は6名、自宅が46名（単身：家族と同居=8名：38名）であった。

3.2. 服薬状況について

過去の服薬状況

a. 服薬中断と支援者（家族・職員）の関与（表1）

過去に2日以上服薬中断の有無については、なし群は33名（63.46%）、あり群は19名（36.54%）であった。各々、服薬当初からの支援者による服薬促しの有無については、中断歴なし群33名中、促しありが3名、促しなしが30名、中断歴あり群19名中、促しありが17名、促しなしが2名であった。

中断歴あり群の中断した後の変化については、症状悪化したのは17名、かえってよかったのは1名、無回答は1名であった。

表1 中断歴の有無と服薬促しの有無 名(%)

中断歴		服薬当初からの服薬促し	
		なし	あり
なし	33 (63.46)	30 (57.69)	3 (5.77)
あり	19 (36.54)	2 (3.85)	17 (32.69)

現在の服薬状況

a. 服薬しているか

現在の服薬の有無は、毎日服薬しているのは45名 (85.54%)、時々忘れるのが7名 (13.46%)、全く服薬しないものはなかった。また、現在自ら服薬するものは44名 (84.62%)、支援者(家族、施設職員等)から促され服薬するものは8名 (15.38%)であった。

b. 服薬回数と頓服

服薬回数では1回投与が3名 (5.77%)、2回が6名 (11.54%)、3回が8名 (15.38%)、4回以上35名 (67.31%)であった。頓服の有無は、「あり」が11人 (21.15%)、「なし」が41人 (78.85%)であった。

c. 服薬指示の自己調整をするか(表2)

服薬量を調整するかの問いは、「しない」は34名 (65.39%)、「する」は18名 (34.62%)であり、「する」もののうち「増やす」が4名、「減らす」が6名、「増やしたり減らしたり」8名であった。服薬回数を調整するかの問いでは、「しない」は41名 (78.85%)、「する」は11名 (21.15%)であった。「する」もののうち「増やす」だけのものではなく、「減らす」が4名、「増やしたり減らしたり」が7名であった。服薬時間を調整するかの問いでは、「しない」は36名 (69.23%)、「する」が16名 (30.77%) (ときどき15名、いつも1名)であった。

表2 処方指示の自己調整 名(%)

量	しない	34 (65.39)		
	する	増やす 4 (7.69)	減らす 6 (11.54)	どちらも 8 (15.38)
回数	しない	41 (78.85)		
	する	増やす 0 (0)	減らす 4 (7.69)	どちらも 7 (13.46)
服薬時間	しない	36 (69.23)		
	する	ときどき 15 (28.85)	いつも 1 (1.92)	

3.3. 服薬に関連する行動

a. 服薬時に使用する飲み物、服薬忘れの対処法、薬剤の保管者(表3)

服薬時の飲み物は、①水やお湯のみ、②お茶や紅茶やコーヒーのみ、③ジュースやコーラのみ、④そのまま飲むのうち、①のみは36名 (69.23%)、②のみは6名 (11.54%)、③のみは2名 (3.85%)であり、①か②は6名 (11.54%)、④のみおよび①か②か③か④が各々1名 (1.92%)であった。

服薬忘れの対処法は、①カレンダーや表やメモに書く、②薬を1日分ずつに分け日付けを書く、③家族等の声かけをお願いしている、④何も工夫していないのうち、①は2名 (3.85%)、②は21名 (40.38%)、③は7名 (13.46%)、④19名 (36.54%)、①と②は2 (3.85%)、②と③が1名 (1.92%)であった。

薬剤の保管は誰がするかの問いに、自分が50名 (96.15%)、家族他が2名 (3.85%)であった。

表3 服薬時に飲むもの・服薬忘れの対処法・薬剤の保管

名(%)

服薬時に飲むもの			服薬忘れの対処法			薬剤の保管		
① 水かお湯のみ	36	69.23	① カレンダーや表やメモに書く	2	3.85	自分	50	96.15
② お茶、紅茶、コーヒーのみ	6	11.54	② 薬を1日分ずつ日付けを書く	21	40.38			
③ ジュース、コーラ、牛乳のみ	2	3.85	③ 家族の声掛けをお願いしている	7	13.46			
④ そのまま	1	1.92	④ 何も工夫していない	19	36.54	家族	2	3.85
①か②	6	11.54	①と②	2	3.85			
①か②か③か④	1	1.92	②と③	1	1.92			

b. 飲酒習慣があるか、車や機械操作をするか

日常の習慣で飲酒するかの問いは、「する」ものが9名(17.31%),「しない」ものは42名(80.77%)無回答が1名であった。また、仕事や日常で車を運転するかの問いに、「する」ものは4名(7.69%),「しない」ものは48名(92.31%)であった。

c. 服薬に関する説明と治療などの相談(表4)

服薬に関する個別の説明を受けていたかの問いに、「受けた」は24名(46.15%),「受けていない」は28名(53.85%)であった。治療について相談しやすい人は、のべ数で主治医が34名、看護師3名、家族21名、友人7名、ワーカーや施設職員9名であった。

表4 治療につき相談しやすい人(のべ数 名)

① 主治医	34
② 看護師	3
③ 家族	21
④ 友人	7
⑤ ワーカー、施設職員	9

3.4. 主観的認識 自覚的な症状や疾患・治療の認識

自覚的な副作用の経験の有無とその相談(表5)

自覚的な副作用の経験の有無は、「ない」のが23名(44.23%),調査時に「ある」のは18(34.62%),

これまでに「あった」のは11名(21.15%)であった。副作用のあるまたはあった29名のうち「相談した」のは20名(38.46%),「相談しなかった」は9名(17.31%)であった。

表5 副作用の経験と相談の有無 名(%)

副作用の経験			副作用の対処		
今ある	18	34.62	相談した	20	38.46
あった	11	21.15	相談しなかった	9	17.31
ない	23	44.23			

現在の自覚的症狀、治療しているか、

治療(薬物療法)の効果を感じるか(表6)

自覚的な症状の有無、ある場合はどのようなものかの問いには、「なし」は、14名(26.92%),「わからない」は10名(19.23%),「ある」は28名(53.85%)であった。症状は、のべ数で幻聴が聞こえる、嫌がらせされる、やる気や集中力がないなど、その他にはうつ気分、しゃべれない、怒りっぽくなる、疲れる、不安になる、眠りが浅くなるなどがあげられていた。病気は治っているかの問いでは、「治っている」は25名(48.08%),「少し治っていない」が23名(44.23%),「治っていない」のは4名(7.69%)であった。また、現在受けている、薬物療法の効果を感じるかの問いにあると答えたのは50名(「だいたい」37名、「一部」13名)であった。

表6 現在の症状、治療、治療効果の認識

名(%)

症状はあるか・どのようなものか		病気は治っているか		効果は感じているか		
なし	14 (26.92)	治っている	25 (48.08)	あり	だいたい	37 (71.15)
わからない	10 (19.23)	少し治っていない	23 (44.23)		一部	13 (25.00)
ある	28 (53.85)			治っていない	4 (7.69)	なし
幻聴が聞こえる	7					
嫌がらせされる	4					
やる気や集中力がない	17					
その他	10					

服薬処方指示の認識 (表 7)

服薬回数を知っているかの問いは、「知っている」は52名 (100%), 「一部知らない」と「知らない」はなかった。服薬量を知っているかの問いは、「知っている」は16名 (30.77%), 「一部知らない」は15名 (28.85%), 「知らない」が21名 (40.38%) であった。投薬されている薬剤名を知っているかの問いは、「知っている」は16名 (30.77%), 「一部知らない」は15名 (28.85%), 「知らない」は21名 (40.38%) であった。また、薬剤の効果や副作用を知っているかの問いは、「知っている」12名 (23.08%), 「一部知らない」が14名 (26.92%), 「知らない」が26名 (50.00%) であった。

表 7 処方指示の認識 名(%)

服薬回数	知っている	52 (100)
	一部知らない	0 (0.00)
	知らない	0 (0.00)
服薬量	知っている	16 (30.77)
	一部知らない	15 (28.85)
	知らない	21 (40.38)
薬剤名	知っている	16 (30.77)
	一部知らない	15 (28.85)
	知らない	21 (40.38)
薬剤の効果や副作用	知っている	12 (23.08)
	一部知らない	14 (26.92)
	知らない	26 (50.00)

精神疾患の病名の認識と疾患であるかの認識 (表 8)

自分は精神疾患であるかという問いは、「はい」26名 (50.00%), 「そのような気がする」18名 (34.62%), 「いいえ」8名 (15.38%) であった。自分の病名を知っているかは、「はい」37名 (71.15%), 「なんとなく」6名 (11.54%), 「いいえ」9名 (17.31%) であった。

表 8 精神疾患である認識, 病名の理解 名(%)

精神疾患をもっているか		自分の病名を知っているか	
はい	26 (50.00)	はい	37 (71.15)
そのような気がする	18 (34.62)	なんとなく	6 (11.54)
いいえ	8 (15.38)	いいえ	9 (17.31)

服薬の負担感 (表 9)

服薬回数をどのように思うかの問いは、「多い」が22名 (42.31%), 「少ない」がなく, 「ちょうどいい」が30名 (57.69%) であった。服薬量をどのように思うかの問いでは「多い」が18名 (34.62%), 「少ない」がなし, 「ちょうどいい」が34名 (65.38%) であった。服薬時間帯をどのように思うかの問いでは「困らない」が37名 (71.15%), 「困る」が15名 (28.85%), であった。そのうち「朝」の服薬が8名, 「昼」の服薬が4名, 「夕」が3名であった。

服薬開始からの服薬期間をどのように思うかの問いでは, 「十分だ」が39名 (75.00%), 「不十分」が10名 (19.23%), 「どちらともいえない」が3名 (5.78%) であった。1例, 治るまでのみしたいという記述があった。

表 9 処方指示と服薬期間の負担感 名(%)

回数	多い		22 (42.31)
	少ない		0 (0.00)
	ちょうどいい		30 (57.69)
量	多い		18 (34.62)
	少ない		0 (0.00)
	ちょうどいい		34 (65.38)
時間	困る	朝	8 (15.38)
		昼	4 (7.69)
		夕	3 (5.77)
	困らない		37 (71.15)
服薬期間	十分		39 (75.00)
	不十分		10 (19.23)
	どちらとも		3 (5.77)

治療薬の必要性と服薬嗜好性の認識 (表10)

治療薬は必要かという問いで「はい」42名 (80.77%), 「どちらともいえない」7名 (13.46%), 「いいえ」3名 (5.77%) であった。服薬したいかという問いは「したくない」6名 (11.54%), 「できるならしたくない」37名 (71.15%), 「したい」9名 (17.31%) であった。剤型の嗜好は, 錠剤が40名 (76.92%), 散剤4名 (7.69%), どれでもよいが8名 (15.38%) であった。

表10 薬剤の必要性和嗜好性

名(%)

服薬は必要か		服薬したいか		剤型の嗜好	
はい	42 (80.77)	したくない	6 (11.54)	錠剤	40 (76.92)
いいえ	3 (5.77)	できるならしたくない	37 (71.15)	散剤	4 (7.69)
どちらともいえない	7 (13.46)	したい	9 (17.31)	液剤	0 (0.00)
				どれでもよい	8 (15.38)

4. 考察

4.1. 長期的に治療を受けている精神疾患患者の地域生活

対象者52名は過去の入院歴や重症度は様々ではあるが、時に支援を受けながら地域の生活が可能な、質問調査に回答しうる認知機能のレベルがある群といえる。調査では疾患や入院歴を問わなかったが、依頼した福祉施設の利用者やクリニックの受診者の構成疾患から気分障害、不安症も含まれるが、多くは統合失調症の診断名であると推定され、入院歴もあるものから、全くないものまで様々であろうと思われる。年代層は30代、40代、50代を合わせて7割を占め、精神疾患の好発年齢から推定すると10～30年間は疾患と付き合い、長期的に薬物治療をうけていると考えられる。また、対象者の7割が自宅で、1割強が施設で生活しており、各々家族や施設の職員より様々な程度に生活支援を受けている。年齢層が中高年層であるため、同居家族がいても高齢化しているものや、自立のため施設で自立生活訓練中のものまで含まれている。

4.2. 服薬行動

服薬当初から中断まで

臨床上、長期的に服薬していた患者は、服薬中断すると、家族のいる場合は中断がわかたら服薬の促しの可能性もあるだろう。もちろん、1回ほどの中断、飲み忘れば自らが気づいて服薬する場合も多いと思われる。精神科の服薬指導においては、服薬忘れに気づいたら、すぐに飲んだほうがよく、次の服用時間をずらすとよいなどと教示されていることもある。実際、疲れて早めに寝てしまい眠前薬を服薬忘れたなどの訴えもある。今回、やや厳しめに過去に2日間以上服薬中断した

かどうかを質問した。服薬中断があったものは4割弱であった。島田・大倉（2003）は、「統合失調症外来患者49名を対象に調査し、服薬行動について、過去に2週間以上服薬中断経験がないものは13例、あるものは36例であった。中断のない群はある群に比して有意に年齢も若く、罹病期間も短く、DAI（Drug Attitude Inventory）得点はやや低い傾向にあった。」と報告している。中断期間も調査年も違い、容易に比較はできないが、長い期間服用しているともう飲まなくてもよいだろうと自己判断することもあろう。最近薬剤情報のツールや服薬指導も増え、服薬継続する必要性の知識は高まり、20年前と比較すると中断者は減っている可能性はある。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%が18ヶ月以内に服薬を中止していることを示しているように、臨床の経験上からも、中断期間は様々ながら当事者の一定数は服薬中断をするものであるということは否定できない。

さらにRobinson et. al（1999）は、「統合失調症は、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。今回服薬中断したことのある19名中8割弱が症状悪化となっていた。臨床上でも中断後の数日間、離脱症状とあいまって不眠や焦燥感が次第に出現し、悪化、再発となる流れは多い。しかしこのような悪化の経験をしたからといって服薬再開、継続へと結びつくものもいるが、これだけでは結びつかないものもある。

中断をすると、悪化のために急遽受診し、症状が酷ければ入院となったり、主治医からの服薬の必要性の説明を受け処方内容の変更や工夫がされたり、支援者による介入がはじまっていく場合もある。今回、治療導入の服薬当初からの支援者に

よる促しがあるかの問いでは、服薬中断のない33名のうち促しがあるのが3名で、服薬中断のある19名のうち促しがあるのが17名であった。この結果はやや矛盾するようでもある。つまり初めから促しがありなくても中断のない群は継続服薬できており、中断のある群は初めから促しを要する傾向があるかもしれない。患者の一部は精神科治療に抵抗を示し、家族などの関係者は何とか苦慮し治療を受けさせ憂慮のため当初から支援者の服薬促しがありうると考えられる。このように、家族は服薬支援者として、重要ではあるが過度に介入しすぎると、自立をそこなうこともあるだけでなく、患者への感情表出から再発のストレスとなるため、程よい関与ができるよう心理教育等で教示する必要もある。

現在の服薬状況と服薬指示

服薬状況と自己調整

現在、45名は毎日服薬し（促しありも含めて）、時々忘れるのが1割強であったことから概ね良好ではある。毎日服薬していることが地域生活できるための最小限の必要条件であるといえるだろう。さらに自主的に服薬しているのは8割強で、概ね良好といえる。促しありで服薬するものは2割弱であったが、前述のような理由で服薬当初から促しがあったもの、経過中に年齢や認知機能面などから家族の付き添い受診に加えて服薬支援を要していったもの、施設生活者でも服薬アドヒアランスに問題があって職員の服薬支援を要するものも含まれると思われる。

自己調整するということは、既に服薬アドヒアランスが良好といえない服薬行動である。服薬量の調整を「する」ものは3割強（「増やす」4名、「減らす」6名、「どちらも」8名）で、服薬回数の調整を「する」のは2割強（「増やす」ものはなく、「減らす」ものが4名、「どちらも」するのが7名）であった。服薬時間の調整は「する」ものが3割強で（時々15名、いつも1名）であった。これらから自己調整は2～3割のものは行い、量の調整は増減ともにあり、回数は減らすまたは増減ともに行うものがあること、服薬時間の調整は時々行うものが多いことが示され、指示通りの

服薬を全対象者に期待はできないことは明らかであると考ええる。むしろ、SDM（Shared Decision Making）を積極的に行い、彼らの自己調整の理由を尋ねていき、可能な範囲で処方変更をすることでアドヒアランスは向上するであろう。

服薬指示と服薬に関する説明と相談

服薬指示のうち服薬回数は、量や薬剤の作用や副作用よりも、認識されているようである。1日の服薬回数は4回以上が7割弱で最も多く、次に3回が2割弱で、2回が1割強で、1回投与と続いた。最近では薬理學上1回、2回投与の薬剤が多く上市され服薬回数からは負担が減っているが、罹病期間が長い群でもあるので、以前からの3回投与の薬剤のまま継続されているものもいると思われ、それに就寝前の薬剤や頓服も加わり容易に4回以上となりやすいと考える。中断して悪化した例も、再発入院しないために、つまり地域生活できるために1回服薬を忘れてもよいように予防的意味合いが強くなり、飲む回数が多く指示されていたことも考えられる。また、不安や不眠時などの頓服は「あり」が2割強、「なし」が8割弱であった。服薬回数が3回以上のものが多いためそれ以上に頓服指示自体は多くはないのであろう。患者の服薬に対する心理については、極端な拒薬患者がいる半面、必要以上に要求する依存的な患者がいる（島田、2022）。と述べているように、頓服を要するものは十分に服用していながらも服用する傾向のものがあるのも否定できない。今回は投与量の調査もないが、医療側は漫然と同量を継続せず、経過に合わせて丁寧に減量していく必要性があろう。

さらにこれまで内服薬の個別説明は受けていたのは5割弱、受けていないのは5割強であった。どの程度の説明なのかは、個人差があるだろう。薬剤師の服薬指導は、一部の医療機関や、調剤薬局における薬剤師からの顧客サービスとして始まった取り組みで、薬の併用注意や禁忌などを確認する効果が期待され、厚生労働省により、薬剤情報提供料調剤報酬として評価されるようになった。しかし、院外薬局の説明については、多くの当事者からは、「眠れているかと尋ねられる」

診察室でも尋ねられたことをまた聞かれると言う。確かに当事者の症状を詳細に知らない薬剤師からの説明は通り一遍になるかもしれない。説明内容によっては、かえって不安にさせたり、中断につながることもあるため、処方医師や看護師との個別の情報交換を十分にしたいうえで薬剤情報を提供することを求められるだろう。

服薬について相談しやすい人は、のべ数で主治医34名、看護師3名、家族21名、友人7名、ワーカーや施設職員9名であった。今回の対象者は、主治医との関係はおおむね悪くはないようである。薬剤師を挙げていなかったのが残念でもある。院外処方主流であると、当事者は様々な薬局で処方薬を受け取っており、主治医への連絡は薬剤や服薬回数などの処方指示の問い合わせ確認が多く、薬剤師に対し症状についてはほぼ尋ねることはないと思われる。やはり、症状について診察をうけた結果、薬が処方されるという流れから行くと、当事者は主治医をはじめとしたクリニックや病院の職員に尋ねやすいのは当然かもしれない。理想としては薬剤師と症状についても情報共有されていくことと、薬剤師と当事者のコミュニケーションが促進されることであろう。当事者は自立支援医療制度を利用する対象者も多く、特定の薬局が予め選んであるので、真に連携のとれる環境や制度などをさらに期待したい。

服薬手順や準備、管理

服薬時使用する飲み物、服薬忘れの対処法、薬剤の保管

服薬時に何で服用するかの問いでは、「①水やお湯」のみが7割強で最も多く、「②お茶や紅茶やコーヒー」のみは1割強で、「③ジュース、コーラ、牛乳」のみは2名、④「そのまま飲む」のみは1名で、①または②のものは1割強、①か②か③か④は1名であった。おおむね常識的な理解で水やお湯で服用しているが、患者の一部は糖質の多いジュースやコーラを好み携帯することが多いため、毎日それらを使用するとなると合併症としていわゆるペットボトル症候群となり高血糖昏睡による死亡例もみられることなどその危険性を伝えること、苦みを避けるために剤型を変更すること

ができるかもしれないことを伝え、オブラート使用を提案するなど丁寧に指導する必要がある。また、お茶、紅茶、コーヒーなどカフェインの入ったもの、特にコーヒーも患者は好んで飲むことが多いため、眠剤や鎮静のための頓服がカフェイン使用により効果が弱まることも伝えていかなければならない。また、そのまま飲むこともある1名については、飲料がなくても服薬するという点では、服薬の必要性や遵守性は高いのかもしれない。最近では一部の精神科薬OD錠は水なしでも服用可能であるが口腔内に味が残るため何か飲んで流すほうが良いことも伝えるほうがよいと思われる。

服薬忘れの対処法の問いでは、「薬を分け日にちを書く」のが4割強で最も多く、これは毎日服薬することに繋がりやすい。次に多かったのは「何もしていない」の4割弱で、「家族等の声かけ」が1割強であった。複数の対処法を行うのは3名のみで、「カレンダーや服薬確認表などにメモする」、「薬に日にちをつける」などは入院中に看護師等で指導を受けることも多いが、外来のみで治療継続してきた当事者にとって、一対一でのこれらの指導を受ける機会が多くないように思われる。薬剤の保管の問いでは、自己管理が50名と多く、家族等の管理は2名であった。自分で保管するのは必要なスキルであるが、服薬することには家族の促しがあるものもあるであろう。逆に自己調整の可能性も高まるかもしれない。遮光や冷蔵などの保管法の注意も正しく行われているか、効果や副作用にとどまらず、時には医療従事者のほうから尋ねながらチェックしていくことも必要であろう。

飲酒と車・機械操作の習慣

日常習慣として、飲酒は、飲むが2割弱、飲まないが8割強であった。また、仕事や日常で車を運転するかの問いに、するは4名、しないは9割強であった。以前から薬の説明書や薬手帳には、中枢神経に作用する薬剤は、ふらつきや眠気等も増強することもあるので飲酒を控えるようにと記されている。習慣的に飲酒をすることで、睡眠薬などの効果が弱まり服薬量がかえって増えることもあること、飲酒は悪化再発の原因でもあることなども十分には伝わっていないこともあるかもし

れない。元々飲酒していた場合に、処方して以降すぐに禁酒はできにくいのも事実であり、ひそかに飲酒を継続しているものもいたりする。当事者によっては、飲酒したくて服薬しなかった、あるいは時間を空け服薬したなどということもあるようだ。さらに、車や機械操作についても向精神薬により注意力や集中力も低下する場合があります。禁止や注意することと記されている。受診のために車やバイクで来院する当事者もいて、悩ましいところである。今回は割合が少なかったのは、中高年が多く、運転の機会も少ないかもしれない。これらの注意や心構えが伝わっていても、簡単には順守できないものがあることは否定できない。

4.3 主観的な認識

服薬指示内容の認識

服薬回数を「知っている」は全例であり、服薬量を「知っている」は3割強で、薬剤名は「知っている」は3割強、効果や副作用は「知っている」は2割強であった。これは精神科治療薬は眠前薬以外、ほぼ食後服用が一般的なもので食事と結び付けられ服薬回数が最も認識しやすいと思われる。さらに、対象者は長期間服薬しているものも多く当初から服薬遵守のために一包化されているものもあり、どの錠剤を何錠飲むのかをあまり頓着はしないものもいるように思われる。効果や作用となると、以前に比して薬局での説明は増えたが、理解したかを確認することはほぼ困難で、薬剤の説明書があっても飲み方と名前、時に写真付きで書かれた書類を毎回もらうだけでよく読まないものもいるだろう。

自覚的な症状および治療効果

自覚的な症状があるものは5割強、ないものは3割弱、わからないのは2割弱であり、治っているが5割弱、少し治っていないが4割強、治っていないが1割弱であり、質問内容を個別で捉え方が違ったりする可能性があるが、症状はあるが治っているといった捉えかたもあるだろう。一過性に経過する外傷や感冒などでは明らかに症状がないことと治ったという言葉は一致しやすいが、精神疾患などの慢性疾患では症状があるが大変な状態

は脱していることも治ったと認識していることもあろう。

また、現在の治療効果を感じると答えたのは50名でほぼ全例であったことから、今回の対象者には薬物療法を含めた良好な治療が施行されているであろうと考えられる。

自覚的な副作用

副作用の有無の問いは、自覚的に現在認めるのと認めたものは合わせて6割弱である。副作用とんでも、精神症状のこともあり、副作用はどのようなものかを教示することはやはり重要である。さらに、眠気等のように次第に良い意味での慣れが出て症状が軽減する場合があることや、過鎮静や急性錐体外路症状などのように急いで相談すべきものなのかなど、副作用の知識と対処法を示すことがアドヒアランス不良へと繋がらない工夫となる。

副作用を認めたもののうち何らかの相談したのは4割弱であった。しなかったのは2割弱であったが、医療従事者と相談する関係性ができていなかったか、副作用が次第に治まり相談にまで至らなかったものもあるのかもしれない。副作用については薬剤の効果と共に知識だけでなく、相談する医療従事者の存在を示し、日頃から関係性を構築することで適切な対応へつながる。島田(2015)は、Lieberman R. P. の服薬自己管理モジュールを改変したA院版のモジュールを7例の患者に使った報告によると「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」と述べている。当事者向けには、このような心理教育的な関与、服薬に関する自己管理モジュールなどのグループワークを導入することもありだろう。相談されて副作用の理解につながることもあり、副作用らしきものを認めたら相談できる関係性や相談するスキルも得られるからである。

服薬の負担感

負担感について服薬回数では「多い」が4割強、

「少ない」がなし、「ちょうどいい」が7割弱であり、服薬量は「多い」が3割強、「少ない」がなし、「ちょうどいい」が7割弱であった。服薬時間帯については、「困る」が3割弱で（「朝」が8名、「昼」が4名、「夕」が3名）であった。島田（2023）の報告によると、「診断名不明で、中高年が大部分の年齢層で全員が生活支援センター通所利用者である、精神科治療ユーザー42名（男性：女性=13名：29名）の調査では、負担を感じるのは、服薬量が2割強、服薬回数は3割弱」であった。大きく違うのは時間の負担感が8割強にあって、朝が1割強、昼が3割強、夕が2割強であった。男性が多い通所活動のできる群では、生活リズムの調整のためにセンターを利用することも多く、そのため時間の負担が大きいという違いがみられるようである。

おおむね、処方指示の負担感が3～4割あることが示されたが、自己調整の実施割合と比較すると1割ほどが負担を感じるが自己調整はしないあるいはしないものがあるとも考えられる。

さらに服薬開始からの服薬期間の負担感については、「十分だ」が8割弱、「不十分」が2割弱、「どちらともいえない」が3名であった。「いつまで飲むのでしょうか」は精神科医ならよく尋ねられる質問である。精神疾患は治ったらやめるのではなく、再発予防のために維持量を服薬することであること、治療が中止となることはあまり多くないこと、治癒したという言葉より、寛解したという言葉を使う意味などを心理教育する必要がある。

治療薬の必要性和服薬嗜好性の認識

治療薬は必要かという問いで「はい」8割強、「どちらともいえない」1割強、「いいえ」3名であった。服薬したいかという問いは「したくない」1割強、「できるならしたくない」7割強、「したい」2割弱であった。剤型の嗜好は、錠剤が40名（76.92%）、散剤4名（7.69%）、どれでもよいが8名（15.38%）であった。これも、必要性は感じるが服薬などできることならしたくないといった気持ちは十分に理解できる。この剤型の嗜好性については、同様の結果を島田（2024）が報告しているが、治療薬は錠剤が多いため、日頃飲み慣れ

たものが好まれやすいことがわかる。

病識（精神疾患であると思うこと）と病名の認識

精神疾患であるかの問いに「はい」は5割、「そのような気がする」は3割強、「いいえ」は2割弱で、病名を知っているかの問いに「はい」は7割強、「なんとなく」が1割強、「いいえ」は2割弱であった。一般的には精神疾患の急性期は病識がないことが多く、治療導入され次第に症状が治まると、病感らしいものが出現するが、このときを臨床上治療効果があったと考える。「精神疾患ではない」というものと、「病名を知らない」のがともに2割弱であることから症状が改善していないので病識がないというものと、病名さえ知らないためのものも含まれる可能性がある。長期間治療中の年齢を経た当事者は、一部には疾患の告知がされないままのものもあると思われる。例えば病名が告知されていてもどのような疾患であるかの理解についても不十分なこともあり、これも症状によるものや加齢による認知機能などの個人差によるもの、心理教育自体を十分に受けていないことなどがあると考えられる。

4.4. アドヒアランスの患者側要因としての主観的認識

当事者の主観的訴えは、時には精神症状とあいまって、支援者の理解を阻むことがある。毒が入っているなどと被害妄想的言辭を認めたり、たまたまの症状をむすびつけこの薬を飲むと調子が悪くなるなどといった信念、疾患否認からくる理由付けや、副作用ともとれる訴えのようなものがある。医療側と関係性が良いとさらにプラセボ効果的に、これ飲むと調子よくなるなど様々である。このような訴えに、医療従事者は、本人独自の主観的訴えかまたは客観的症狀が存在しているのかを判断しなければならない。

精神疾患であるかという問い（病識）に、「はい」というものが5割と、自分の病名を知っているかという問い（認識）に「はい」というものが7割で差があった。このことから、「病名を告知されても認めることはできない」ので、服薬したくないとなることもあろう。また、疾患であるとは

認めないが、調子が良いので服薬するというのも、習慣だから継続的に服薬するものも、長期的に服薬したのでもうやめたいというものもある。

病識については様々な考え方があり複雑なものである。服薬による効果として疾患への自覚（病識）の促しがあるともいえる。そして病識があつて服薬することにつながる。単に病識が高いとよいようにも思えるが、かえって自尊感情が低くなって、目ざめ現象で自らの現実をみて自殺企図につながることもある。ほどほどの病識が必要なものかもしれない。周囲の偏見の存在で、内面では自ら疾患であるらしいと認めていても、否定するかもしれない。

池淵（2004）によると「病識は、統合失調症においては、認知機能障害や認知のゆがみにも関連している」と述べている。そもそも統合失調症の特に中核的症状は陽性症状や陰性症状でなく、認知機能障害であるという考え方からしても、客観的な認識とのずれの存在は否定できない。うつ病などの気分障害圏であっても認知機能障害が社会機能に影響するため、客観的、他者視点でみれることは、病識がでてくる証ともいえるかもしれない。

また、治癒については、治癒しているということとは疾患ではないことになり、これでは病識がないということになる。しかし当事者によっては、生活障害は多少ともありながら治ったと思っているかも知れないし、急性期の症状がなくなったことだけを指して言っているのかもしれない。これも認知機能の差によってあるいは、当事者の個別の捉えかたによって違うこともある。

病名や薬剤名やその意味や作用がどのようなものを認知しているということより、自覚的訴え、症状のどれが客観的な症状に相当し、治療がどのように具体的に効果があつたのかの経過を丁寧に説明し解釈できるように援助することも重要な支援であり、アドヒアランス向上につながっていくだろう。

5. まとめ

今回の調査からアドヒアランス向上を考える場

合、これまでの様々な報告と同様に、薬剤要因や医療側の要因、社会的要因の実態を把握することができた。処方内容、心理教育等の丁寧な情報教示、他職種連携は、実現可能で着ししやすい。しかし、容易でないのは、患者側の要因であり、精神疾患を持つ当事者の特性、自覚的な認識、特に病識を踏まえてのアドヒアランス、疾患管理についてである。いかにアプローチするのかが今後の課題となると思われる。重要なことは、アドヒアランス向上が目的でなく、当事者の症状が改善しリハビリに近づくような疾患管理を支援することであることは言うまでもない。服薬アドヒアランスを向上させるとは、SDMを行い、当事者の服薬心理の背景にある、病識や主観的認識の意味を考え、当事者が客観的視点から自己を認識できるような支援なのであろう。

研究の限界と課題

以上、今回の調査はすべて自己記入であり、臨床事実と照合したわけではなく、ある特定の集団の調査であつて当然一般化はできない。しかし多くの内容がこれまでの報告とほぼ同様の所見が認められ、さらに主観的認識が詳細に得られ貴重なデータを得ることができた。今後は、個別に抽出した当事者から直接に主観的訴えを聞き取るような質的な調査も合わせて行うことや、同意が得られれば、可能な範囲で治療当初から経時的に主観的な訴えを捉えていくことを課題としていきたい。

利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

引用文献

- Deegan, P.E. (2005). The importance of personal medicine: a qualitative study of resilience in people with psychiatric disabilities, *Scandinavian Journal of Public Health*. 66, 29-35
- 池淵恵美 (2004). 「病識」再考. *精神医学*, 806-819
- 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
- McEvoy, J. P., Aland, J., Wilson, W. H., Guy, W., Hawkins, L. (1981). Measuring chronic schizophrenic patients attitudes toward their illness and treatment. Hosp Community Psychiatry 32, 856-8.
- 中野叶・石原智恵・安藤真次 (2021). セルフマネジメント能力向上により行動変容へ繋がった COPD 患者の一症例. 大分県理学療法学 14, 27-31
- 西園昌久 (1963). 病識の精神力動. 精神医学, 5 (2), 111-119
- 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
- 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
- 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
- 島田栄子 (2022). 精神科頓服薬の効果と背景因子. 文京学院大学人間学部研究紀要 23, 119-134.
- 島田栄子 (2023). 精神科医療ユーザーの薬物治療に対する認識. 文京学院大学人間学部研究紀要 24, 761-75
- 島田栄子 (2024). 精神科外来患者における治療薬の嗜好性について. 文京学院大学人間学部研究紀要 25, 81-95

参考文献

- David A. (1990). Insight and psychosis, Br. J. Psychiatry, 156, 798-808.
- McEvoy J. P., Freter S., Everett G., J, Geller I., Appelbaum P., Apperson L. J., Roth, L. (1989). Insight and the clinical outcome of schizophrenic patients. The Journal of nervous and mental disease. 177, 48-51

(2024.9.25受稿, 2024.11.6受理)