

身体合併症を有する精神疾患患者の薬学的管理について

岩切詩子,^{a,b} 仙波純一,^c 末永啓二,^b 島添隆雄^{*,a}

Pharmaceutical Education for Psychotic Patients with Physical Complications

Utako IWAKIRI,^{a,b} Junichi SENBA,^c Keiji SUENAGA,^b and Takao SHIMAZOE^{*,a}

^aDepartment of Clinical Pharmacy and Pharmaceutical Care, Graduate School of Pharmaceutical Sciences, Kyushu University, 3-1-1 Maidashi, Higashi-ku, Fukuoka 812-8582, Japan, ^bDepartment of Pharmacy, Miyazaki Prefectural Miyazaki Hospital, 5-30 Kitatakamatsu-machi, Miyazaki 880-8510, Japan, and ^cDepartment of Psychiatry, Saitama City Hospital, 2460 Mimuro, Midori-ku, Saitama 336-8522, Japan

(Received October 8, 2010)

The mortality risk of metabolic disease for psychotic patients is reported to be high. Therefore, in this research, we investigated the compliance with drug therapy among psychotic patients who had diabetes or dyslipidemia. Based on this investigation, we counseled and educated the patients from the pharmaceutical point of view. The effects of pharmaceutical consultation and education were evaluated based on the compliance rate of drug therapy, body mass index (BMI), and blood glucose and cholesterol levels. A significant difference was found between the drug therapy compliance rate and blood glucose level after consultation and education. However, there was no significant difference in the BMI and blood cholesterol level. Our results suggest that patient education is effective in increasing the drug therapy compliance rate and reducing blood glucose levels in psychotic patients.

Key words—psychotic patient; blood glucose level; patient education

1. はじめに

統合失調症やうつ病などの精神疾患を有する患者は、心血管疾患による死亡率が高いと言われている。心血管疾患の危険因子として高血圧、脂質代謝異常、耐糖能異常、肥満が挙げられ、これらの因子が重複することにより、動脈硬化性疾患の発症にとって大きなリスクとなる。精神疾患とこれらの因子には遺伝学的共通性があることや、統合失調症などによる身体の活動性低下などが発症と大きく関わっていると言われているが、抗精神病薬の影響を示す報告も多数なされている。¹⁾特にオランザピンやクエチアピンなど、糖尿病を有する患者に対し禁忌のものでは、薬物を選択する際、糖尿病などに注意を要する。²⁾したがって精神疾患患者の治療では、こ

れら危険因子の予防、発見、早期介入が必要で、定期的な血糖値や体重等のモニタリングを行いコントロールしながら、抗精神病薬の薬剤管理を実施することが重要である。^{3,4)}

しかし、精神疾患を有する患者は、精神疾患や合併症の治療薬を適切に服薬することが重要であるにもかかわらず、服薬できていない場合が多い。⁵⁾長嶺が実施した調査によると、医師の指示通り内服できた患者は約52%であった。その他抗精神病薬に関するコンプライアンスの調査でも、指示通り内服できたのは平均で58%程度と言われている。

また、疾患をコントロールするための糖尿病や高コレステロール血症に関する認知度の低い場合が多い。

そこで、本研究では、精神疾患で身体合併症を有する患者の服薬を妨げる問題点の解決と、糖尿病や高コレステロール血症に関する疾病教育に重点を置いた服薬指導を実施することで、精神及び身体合併症治療薬の服薬状況と症状の改善を試みた。

^a九州大学大学院薬学研究院臨床育薬学分野 (〒812-8582 福岡市東区馬出 3-1-1), ^b宮崎県立宮崎病院薬剤部 (〒880-8510 宮崎市北高松町 5-30), ^cさいたま市立病院精神科 (〒336-8522 さいたま市緑区三室 2460)

*e-mail: shimazoe@phar.kyushu-u.ac.jp

本総説は、日本薬学会第130年会シンポジウムGS05で発表したものを中心に記述したものである。

2. 薬学的管理の効果とその評価

対象者は、宮崎県立富養園に平成17年6月から平成19年10月までに入院していた患者のうち、精神疾患及び、合併症として糖尿病又は高コレステロール血症を有し、服薬を拒否又は中断し入院した20-70代の患者15名で、すべて男性であった。対象者の平均像は、50歳代男性の統合失調症で高コレステロール血症、糖尿病、又は高血圧症を有しており、病歴は20年以上30年未満、服薬している抗精神病薬のクロルプロマジン換算値は400以上700mg未満であった。入退院を繰り返している患者が多く、サポートしてくれる家族などの存在も希薄であった。適切な服薬や食生活を継続して行う必要がある、その必要性を常に持ち続けるためには患者のサポートが重要であると思われる。⁶⁾

DAI10によるアンケート調査では、薬に対する評価、薬の選択に関する決定権への評価は低かったが、薬の体に対する影響や副作用などに関する評価は高かった。しかし、患者の服薬している抗精神病薬のクロルプロマジン換算値が1000mgを超えると、薬に対する評価は低くなった。これは、高用量の抗精神病薬を服薬することによる重度の副作用や、多くの剤数を服薬することに対する嫌悪感がみられるためではないかと思われる。患者の薬に対する評価をみるだけでなく、患者がアンケートに記載する様子を観察し、ともに考えることで、患者との良好なコミュニケーションを構築することが可能となる。DAI10によると、患者の7割が薬を飲むことは自分で決めたことではないと答えた。薬を飲まされているという意識が、症状悪化時や状況変化時に、薬を飲まなくなる状況をもたらしているのではないかと思える。

服薬をしなかった理由では、患者の病状に対する認識と、処方薬の患者に与える病状の度合いに差があるためではないかと思われた (Fig. 1)。服薬している抗精神病薬のクロルプロマジン値が1000mgを超える患者ではよりその傾向が強くみられた。長嶺の調査でも、服薬できた群とできなかった群ではクロルプロマジン換算値に違いがあり、服薬できなかった群のクロルプロマジン換算値平均は1249mgで、今回の調査結果と一致している。服薬できるようにするためには、クロルプロマジン換算で1000mgを下回るような処方設計をすることが一番であ

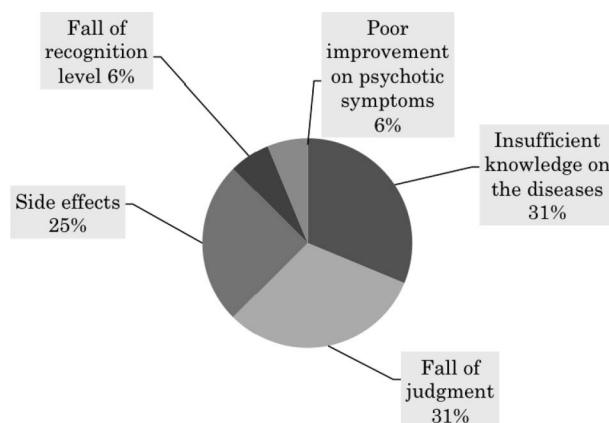


Fig. 1. Factors to Disturb Taking Medicine
n=15.

るが、実際の診療では1000mgを超える処方も少なくない。こうした場合、「自分はこんなに多くの薬を飲まなければならないほど症状は悪くない」と考える患者に対して、現在の症状に対して服薬している薬の有効性を説明し、症状の変化により服薬量や種類は変わることなどを具体的に説明することで、服薬できるようなアプローチを行う必要があると思われる。さらに、決められた通りに服薬していても、症状の悪化する場合があるため、眠れないといった症状悪化の予兆がみられたら早めに受診するなど、具体的な対処方法を指導する必要がある。

今回指標として用いた項目の服薬指導前後の結果では、服薬率は0%から73%へ増加し、空腹時血糖値は128mg/dlから96mg/dlへと有意に減少した。一方、BMI値とコレステロール値には特に変化はなかった (Table 1)。

服薬指導の実施日数は平均5日間であった。1ヵ月から2ヵ月の入院期間を考慮すると、急性期以降退院までの間に週1回のペースで実施することが、患者への負担も少なく理解度も高いと思われた。しかし、患者の様子を把握し信頼関係を築くためには、病棟へ足を運び患者と言葉を交わすことが重要である。

服薬指導の内容では、1日の服薬回数や1回の服



岩切詩子

1987年九州大学薬学部卒業。2009年放送大学大学院修士課程修了。現在、宮崎県立宮崎病院薬剤部勤務、九州大学大学院薬学研究院臨床育薬学分野博士後期課程在学中。研究テーマ：心理的アプローチを導入したがん患者への服薬指導方法の構築と評価。

Table 1. Effects of Patient Education

	Pre-education	Post-education
Adherence (%)	0	73
BMI	25.6	25.3
Blood glucose (mg/dl)	128	96*
Blood cholesterol (mg/dl)	184	185

$p < 0.05$ vs. pre-education. $n = 15$.

薬量を減らすなど、患者が自ら服薬できるようにすることを目標とした。服薬回数に関しては、Diazらの調査やリバーマンの実践的精神科リハビリテーションなどによると、1日1回の服薬方法が最もコンプライアンスを高めると言われている。しかし、実際の診療では、軽症の患者を除いて1日1回の処方設計は困難な場合が多い。したがって、可能な限り服薬回数を減らすとともに、朝食後、昼食後、夕食後、寝る前などと服薬時を記載した処方薬を管理するお薬ポケットに1回毎の薬をセットするなどの環境整備も重要と考え内服薬を管理した。また、患者の食に対する考えや行動を聞き取りながら、合併症に関する知識を提供するなど、より具体的な指導を実施した。

患者の服薬を改善するための服薬指導を実施する際は、患者との面接内容はもちろんであるが、指導時の言動や、看護スタッフからの情報提供も参考とした。DAI10や患者からの聞き取りによる服薬できない原因を調査し、それぞれの患者にあった改善方法を検討した。薬の副作用により服薬できなかった場合は、薬の変更や抗パーキンソン剤の追加で対処し、比較的容易に改善することができた。また、精神症状の悪化により服薬できなかった場合は、服用方法の簡便化やお薬ポケットの導入で改善することができた。自分は病気ではないため服薬しないといった精神疾患の認識不足による服薬拒否は、全体の3割を占めた。この状態を病識の欠如であるとして、服薬指導時に統合失調症の病態説明を行い、病気である認識を理解してもらうといった手法は、あまり有効ではないと思われた。現状では、病名を告知されていない患者もおり、幻聴や妄想も否定される患者もいる。統合失調症の病態から導入するより、それぞれの症状に対する患者の気持ちを聞きながら、その症状に薬物がどのように有効であるかに

ついて話を進めていくことが有効であると思えた。また、入院時は、退院するための服薬や不眠や不安を軽減するための服薬を掲げることで、自主的な服薬が可能となるが、それだけで終わってしまったのは退院後に服薬しなくなる可能性が高い。したがって、服薬後の副作用をコントロールしながら、継続した服薬が症状の予防や、退院後の地域での生活を支えていくことを十分説明する必要があると思われた。

服薬指導回数については、長期入院の患者では理解力が低くても、何度も繰り返し話を聞き、説明することで、服薬状況の改善が可能となった。しかし、服薬指導の依頼後、2-3日後急に退院となった患者では、十分な内容の指導は不可能であった。今回の結果によると、服薬可能を期待できる服薬指導回数は4回で、実施期間は約50日であることから、急性期を過ぎたできるだけ早い段階で、服薬指導を実施することが、患者のアドヒアランスを高めるために重要であることがわかった。

服薬指導は、薬に関する情報を患者に提供するだけでなく、患者が自分自身で選択し服薬できるようサポートしていくための情報収集の方法の1つである。⁷⁾患者の状況やニーズを的確に把握し、得られた情報を医師に報告しながら、ともに処方設計を実施することが重要である。

また、処方された薬を継続的に内服できるようにするためには、患者への服薬指導と教育が必要である。患者の関心の高い事柄を面接の中で把握し、理解力や症状に合わせた指導内容と指導計画を策定することが重要であるが、任意入院では急な退院も頻繁に起こり、適切な指導を実施することができない場合もある。今後はこうした患者の服薬をサポートするために、訪問看護や介護ヘルパーなどと連携したシステムを構築する必要があると思われる。

3. おわりに

服薬指導を多数回実施することで、薬だけでなく疾病に関する様々な情報を提供することができると思われるが、現在の当施設の状況では一人当たり2-4回程度の指導となる場合が多い。したがって、患者に必要な情報を的確に提供することが重要となる。それぞれの患者に合わせた必要項目を、適切な時期に実施するため、他の医療従事者と緊密な連携を取りながら、患者や家族の状況を把握する必要がある。

ある。

患者の服薬に影響を与える因子として、4つの因子が挙げられる。⁸⁾ その4つは、患者の因子（服薬態度形成や動機づけ）、医師の態度、服薬方法、環境因子であると言われている。また、「よい患者」と認めもらうために服薬行動を守る患者のいることも知らなければならない。疾患や薬剤に関する知識が不足しているにもかかわらず、服薬コンプライアンスが良好である患者は、社会規範により行動を決めており、真の意味で自立した患者であるとは言えないのである。われわれ薬剤師は、患者の因子や環境因子を考慮しながら、患者の行動変容を中心としたアプローチで、患者の服薬し易い方法を構築する必要がある。こうした薬剤管理指導が、患者の服薬をコンプライアンスからアドヒアランスへと導いていくと思われる。

また、精神疾患を有する患者をサポートするためには、精神症状だけでなく、身体症状を把握することが重要である。われわれ薬剤師は、精神疾患治療薬だけでなく、糖尿病や高血圧など身体合併症に係わる治療薬を管理する必要がある。⁹⁾ 具体的には、患者の糖尿病、体重増加、脂質異常、高血圧症などのリスクを観察し、血糖値、コレステロール値、血圧などの値をモニタリングすることであろう。さらに、身体疾患の重要性を認識し、身体疾患に関する最新の知見を得られるよう努力していく必要がある。

患者のQOLの向上を手助けするということは、患者の人生における生き方を認め、希望する生き方が可能となるような援助を行うことである。患者の喜びや苦しみを共有し、患者が社会的に逸脱することのないよう見守りながら、患者の生きたい人生をサポートすることである。精神疾患を有し認知度の低い患者は、糖尿病や高血圧といった疾患で他科を受診することが困難である。受付や待合室で指示された通りの行動ができず、理解を得ることが難しい

場合も多い。精神疾患を有する患者が地域で安心して生活していくためには、身体疾患をコントロールすることが重要である。患者のQOL向上のために、身体疾患のコントロールは不可欠であろう。われわれ薬剤師は、患者の心理や環境を考慮した精神疾患患者の薬剤管理指導で、患者のQOL向上を目指したチーム医療の一翼を担うことができる。

現在、薬剤師は専門薬剤師制度が導入され、それぞれの専門分野の知識を深めているが、専門分野での活動をより向上させるためにも、薬剤に関する知識だけでなく、患者をより理解するための認知行動学や心理学など幅広い知識を身につける必要がある。

REFERENCES

- 1) Watanabe J., Suzuki Y., Sawamura K., Sugai T., Fukui N., Ono S., Someya T., *Rinsho Seishin Yakuri*, **10**, 387-393 (2007).
- 2) Tsuji M., Noda Y., Kawamura Y., Nabeshima T., Ozaki N., *Rinsho Seishin Yakuri*, **10**, 421-427 (2007).
- 3) Nagamine T., *Rinsho Seishin Yakuri*, **7**, 1391-1394 (2004).
- 4) Nakane Y., *Rinsho Seishin Yakuri*, **8**, 1107-1108 (2005).
- 5) Watari C., *Chozai to Joho*, **11**, 1325-1330 (2004).
- 6) Yamada H., Nagai Y., Kumazawa C., Hayashi K., Odawara M., *Bull. Aichi Pref. Coll. Nurs. Health*, **2**, 27-36 (1996).
- 7) Saito M., Edo K., Yamamoto K., Ide M., Takanashi Y., Niwa S., *Rinsho Seishin Igaku*, **35**, 77-83 (2006).
- 8) Nagamine T., *Rinsho Seishin Igaku*, **35**, 17-26 (2006).
- 9) Kawamori R., *Rinsho Seishin Yakuri*, **10**, 395-400 (2007).