

精神疾患患者における 服薬指導の現状とメンタルケアへの取り組み ～指導時間の解析に基づく 患者と薬剤師のコミュニケーションの意義～

齊藤 幹央*¹ 古藤 崇幸*² 渡邊 紘和*³
小嶋美紗子*³ 佐藤 知巳*³ 栗原 敬子*³

Mikio Saito*¹ Takayuki Koto*² Kazuhiro Watanabe*³
Misako Kojima*³ Tomomi Sato*³ Takako Kurihara*³

Current status of medication instruction in psychiatric
patients, and mental caring efforts.
～A study on meaning of communication between pharmacists
and patients by analysis of instruction times～

キーワード：精神疾患患者、服薬指導時間、コミュニケーション・スキル、メンタルケア、保険薬局薬剤師

精神疾患患者における服薬指導は、薬学的な服薬指導以外に特殊なコミュニケーション・スキルを要する。多くは患者の「悩み」を聞くことで、病態の詳細を把握し適正な薬物療法に貢献できると考える。そこで、当薬局では精神疾患患者に対する服薬指導の現状について服薬指導時間をはじめ、いくつかの観点から82名の精神疾患患者から調査した。その結果、精神疾患患者の服薬指導にかかる平均時間は8.7分で、他科受診患者群の3.8分より有意 ($p < 0.002$, students t-test) に長かった。また、服用薬剤の種類や剤数、ならびに処方変更の有無別検討においても服薬指導時間に有意な関連性は認められず、病態の根源となる「悩み」に対する傾聴などが非常に重要であることなどが示唆された。精神疾患患者のメンタルケアについては、保険薬局の薬剤師も大きな課題であり、今後検討の必要性を有する。

Keyword; Medication instruction, Psychiatric patients, Communication skill, Mental health care, Pharmacists working for pharmacies

Medication instruction in psychiatric patients requires special communication skills beside pharmacological advice. It is well thought that pharmacists can understand the patients' **disease conditions and provide appropriate drug therapies** by listening to their problems. Therefore, we investigated current situations of medication instruction to psychiatric patients from several aspects, including the time required for the instruction, in 82 psychiatric patients. According to the results, the average time required to provide medication instruction to psychiatric patients was 8.7 minutes; it was significantly longer than the time required from other department patients, which was 3.8 minutes. Moreover, there was no significant correlation between the time required for medication instruction and the type or amount of the drugs or change of prescriptions. This result suggests that it is very important to listen to their "problems" which have actually caused the diseases. Mental health care of psychiatric patients is a crucial concern for pharmacists working for pharmacies. Therefore, further investigations are necessary in the future on this issue.

*¹ Department of Clinical Pharmacy, Faculty of Pharmaceutical Sciences, Niigata University of Pharmacy and Life Sciences

*² The Kamihayashi Pharmacy, Kyoeido Ltd

*³ The Shibata Center Pharmacy, Kyoeido Ltd

1. 緒言

うつ病や統合失調症を主とする精神疾患患者の増加は今日の深刻な社会問題のひとつであり、その要因の大半が対人問題や急激な環境の変化などに起因すると考えられている。現在、本国における精神疾患患者は年々増加傾向にある半面、その治療に関しては精神科領域の専門医が患者数に相対して顕著に少なく、医師以外のコメディカルである医療従事者が相談等の対応を行い、メンタルケアに努めなければならない現状がある¹⁻⁴⁾。社団法人日本病院薬剤師会は2008年に精神科領域における専門・認定薬剤師制度を発足させ、病棟業務を主体とする病院薬剤師は急増する精神疾患患者のファーマシューティカル・ケアへの必要性を重要視されつつある^{5), 6)}。一方で、外来通院される精神疾患患者に関しては当然のことながら、保険調剤薬局の薬剤師においても同様で、他の診療科とは異なり、薬学的な服薬指導以外に特殊なコミュニケーションスキルを要することが多くのケースで必要とされる。さらに、精神疾患患者の中には治療薬が多剤併用であることが多く、高血圧、脂質代謝異常症や糖尿病といった内科系や他の診療分野の疾患も併発していることも多いため、服用薬剤の数も多く⁷⁻⁹⁾、薬物療法の内容や服薬アドヒアランスの向上を図るべく充実した指導が求められると考える。ただし、実際の保険調剤薬局の患者さんへの薬の説明となる服薬指導業務において、指導に係る時間は服用薬剤の数だけではなく、薬や疾患に対する関心度や理解度をはじめ様々な患者背景により、大幅に異なるのが現状である。

そこで、我々は株式会社共栄堂しばたセンター薬局来局の精神疾患患者に対する服薬指導についての現状を投薬時間、薬剤数および薬剤の種類などの観点から調査し、薬剤師と患者さんが納得と理解の関係を築ける良好なコミュニケーションの在り方を考察し、適正

な服薬指導のための検討を試みた。

2. 対象および方法

対象患者は、2009年3月から4月までの2ヶ月間において、株式会社共栄堂しばたセンター薬局に来局した精神科・心療内科受診患者82名（男性35名、女性47名、平均年齢 50.4 ± 18.9 歳）であり、年齢構成では20歳未満が1例、20代が14名、30代が8名、40代が14名、50代が12名、60代が13名、70代が20名で、低年齢が16歳、最高年齢が79歳で多岐に及んだ。また、比較対象として精神科および心療内科以外の診療科受診患者（内科、外科、神経内科、脳神経外科、泌尿器科、整形外科、リウマチ科、眼科、小児科、耳鼻科、産婦人科）の受診患者344名も同様に調査し、コントロール対照群とした。

方法は、しばたセンター薬局の薬剤師7名（男性4名、女性3名、平均年齢33.3歳）で精神疾患患者の服薬指導（患者応対）に万遍無くあたり、精神疾患各患者の精神神経系に分類される具体的な服用薬剤を薬効分類別（薬理作用別）、処方薬剤数別、処方変更の有無、実際に服薬指導の際、説明および患者対応にかかる時間（投薬時間）を計測し、調査解析を試みた。服薬指導は全患者、隣の患者が直接見えないように配慮された半透明の仕切りを両サイドに設置した座りカウンターで基本的に患者本人と1対1の対面式で行った。また、相談事例の内容の中でも特に自殺企図等のある深刻性の高いと考えられた複数の症例を基に精神疾患患者のメンタルケアを含めた適正な服薬指導の取り組みを考察した。

なお、本調査における統計学的検討は、Student's t-testにより行い、危険率5%未満（ $p < 0.05$ ）を有意差ありと評価した。

3. 結果

1) 対象患者の服用薬剤

対象患者の薬効別服用薬剤（精神神経系用

Table 1 The therapeutic drugs, broken down into antipsychotic categories in 64 psychiatric disorder patients.

Antipsychotic Category*		Drug	No. of Cases	(%)
Typical	SDA ¹⁾	Risperidone	7	11
		Perospirone	5	8
	MARTA ²⁾	Quetiapine	10	16
		Olanzapine	9	14
	DSS ³⁾	Aripiprazole	8	13
	DSA ⁴⁾	Blonanserin	3	5
Atypical	Phenothiazine type	Chlorpromazine	2	3
		Levomepromazine	5	8
	Butyrophenone type	Haloperidol	10	16
		Bromperidol	2	3
	Thiepin type	Zotepine	3	5

- 1) SDA: Serotonin-dopamine antagonist
 2) MARTA: Multi-acting-receptor-targeted antipsychotics
 3) Dopamine System Stabilizer
 4) DSA: Dopamine-serotonin antagonist
 *In the table, the same patients are counted in two or more cases of antipsychotic categories.

薬のみ)をTable 1 およびTable 2 に示したが、抗精神病薬の服用患者は64名であり、Table 1 に示すように最も汎用されていたのは非定型形のクエチアピンならびに定型形のハロペリドール(各16%)であった。次いで、非定型形のオランザピンが14%、アリピプラゾールが13%、リスペリドンが11%、ペロスピロンならびに定型形のレボメプロマジンが各8%と続いた。したがって、抗精神病薬では、非定型形の多元受容体作動薬(Multi-acting-receptor-targeted antipsychotics; 以下、MARTAと略す)が全体の3割使用されていることが示された。

また、抗うつ薬の服用患者は44名で、Table 2 に示すように、選択的セロトニン再取り込み阻害薬(Selective serotonin reuptake inhibitor; 以下、SSRIと略す) / セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬(Serotonin norepinephrine reuptake inhibitor; 以下、SNRIと略す)ではパロキ

Table 2 The therapeutic drugs, broken down into antidepressant categories in 44 psychiatric disorder patients.

Antidepressant Category*	Drug	No. of Cases	(%)
SSRI ¹⁾	Paroxetine	12	27
	Fluvoxamine	8	18
	Sertraline	6	14
SNRI ²⁾	Milnacipran	4	9
Tricyclic system	Clomipramine	2	5
	Amitriptyline	4	9
	Amoxapine	3	7
	Nortriptyline	1	2
Tetracyclic system	Maprotiline	2	5
Others	Trazodone	9	20
	Sulpiride	8	18

- 1) SSRI: Selective serotonin reuptake inhibitor
 2) SNRI: Serotonin norepinephrine reuptake inhibitor
 *In the table, the same patients are counted in two or more cases of antidepressant categories.

セチンが最も多く、27%を占めた。次いでフルボキサミンが18%であり、セルトラリンが14%と続いた。一方、三環系・四環系ではアミノトリプチンが9%と最も多かった。その他では、トラゾドンが20%とパロキセチンの次に多く、消化性潰瘍剤としても使用されるスルピリドが18%であった。一方、炭酸リチウムなどの抗躁病薬服用患者は11名であった。

2) 服薬指導所要時間の解析

次に、服薬指導に係る(投薬に要する)時間についての調査結果をFig. 1 に示した。精神疾患患者の投薬にかかる平均時間は8.7分間であったのに対し、内科や外科など他の診療科患者群(非精神科患者群)344名における調査結果は3.8分間であり、精神疾患患者群のほうが非精神科患者群より有意($P < 0.01$)に長時間であった。

さらに、Fig. 2 に示すように精神疾患患者群のうち、10分間未満の患者は59例(72%)で、10分以上15分間未満を要した患者は5例

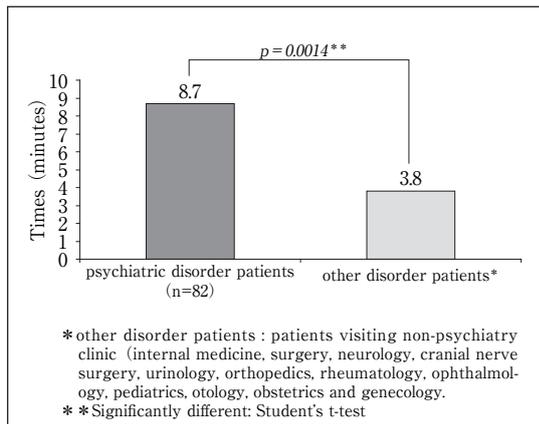


Fig. 1 Medication instruction times for psychiatric disorder patients and other disorder patients.

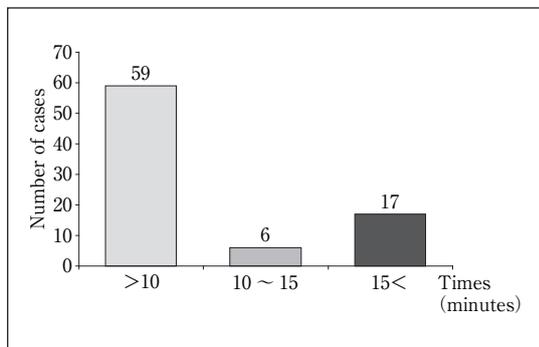


Fig. 2 Medication instruction times for psychiatric disorder patients, broken down into three classes under 10 minutes, over 10 under 15 minutes and over 15 minutes.

(6%)、15分間以上を要した患者は17例(21%)であった。なお、15分間以上を要した患者群のうち最長時間は79分間であった。

薬剤の薬効分類別についても同様に投薬時間の差についてもFig. 3に示すように調査を試みたが、抗精神病薬が7.3分間、抗うつ薬および抗躁病薬は各9.8分間であり、有意な差は認められなかった。さらに、処方薬剤数別での検討では、Fig. 4に示すように3剤以内では8.4分間、4剤から7剤までが6.5分間、8剤以上が9.4分間であり、いずれの3群間に有意な差は認めなかった。また、処方変更の有無別での検討では、Fig. 5に示すように、同一処方すなわち処方変更がない場合が8.5分間で、前回と処方異なる場合すなわち処方変更がある場合が、9.3分間であり、両者

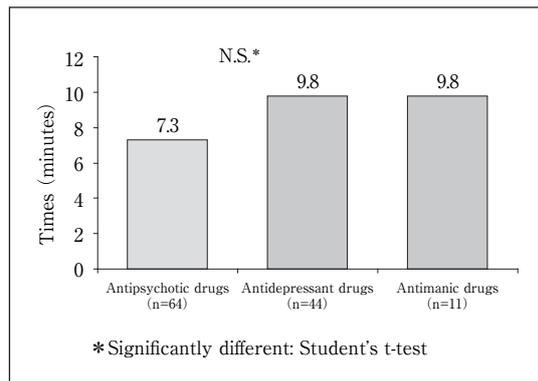


Fig. 3 Medication instruction times for psychiatric disorder patients, broken down into the therapeutic drug categories.

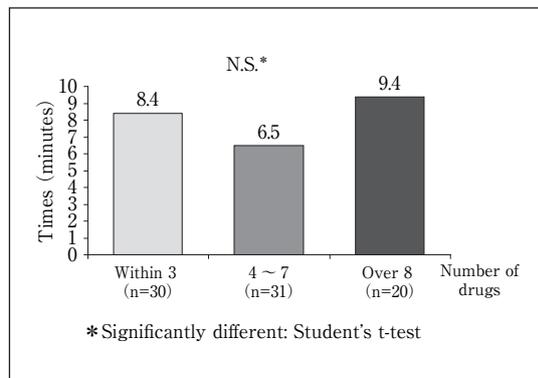


Fig. 4 Medication instruction times for psychiatric disorder patients, broken down into the number of therapeutic drugs.

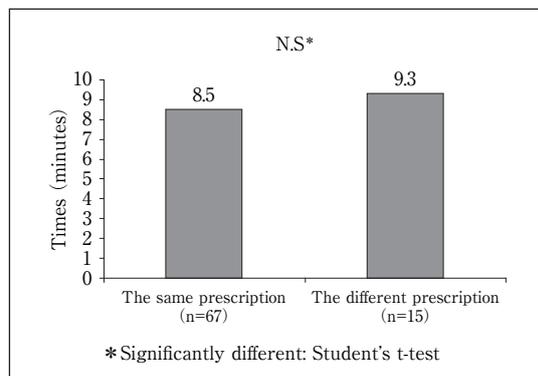


Fig. 5 Medication instruction times for psychiatric disorder patients, broken down into change or not of prescription.

に有意な差は認めなかった。

3) 相談事例

具体的な相談事例の一部を下記に記す。
・町内で自分のことを噂しているかもしれな

いと思うと、怖くて、怖くていてもたってもいられなくなる。

- ・体調が悪くなり、誰に相談しても自分が思い詰められた状態になり、本当に死にたいと思い、何度も夜中に「殺してくれー」と叫んだりしてしまう。
 - ・薬の錠数を間違えて飲んでしまったが全く憶えていなくて、気が付いたら、部屋が荒れていた。
 - ・幻聴が聞こえたりして怖くてパニックになる。
 - ・デイケアなどに行ける時は、友達と話したりできるので体調が良いのだが、体調を崩してデイケアに参加できないと強い孤独感に襲われ、さらに次に参加するのが怖い。
 - ・どうしても夜、眠れない。いくら薬を増やしても眠れず、朝から昼まで眠ってしまうが、その後とてもイライラしてしまう。
 - ・家族が病気のことを理解してくれず、毎日嫌味を言われる。
 - ・イライラすることが酷いと、感情を抑えられず、安定剤を一度に10錠（1シート）衝動的に飲みそうになる。
 - ・主治医になじめなくて、ストレスが溜まる。病院へは行きたくない。
 - ・夜中、早朝問わず電話をかけ、自分が起きている状態（体調、食生活、精神症状等）を他人に聞いてもらいたい。
 - ・自分の名前を何度も呼ぶ幻聴や知らない人が自分の周辺をウロウロする怖い幻覚を見たりする。
 - ・周りの人達が自分を殺そうとするから助けて欲しい。
 - ・亡くなった主人を思い出すと涙が止まらなくて、とても苦しくなる。私も死にたい。
 - ・何をしても面白いと感じることが出来ず、毎日死ぬことばかり考えている。
 - ・日曜日の夜になると孤独を感じ、自殺したくなる。
- 上記のような内容と類似した内容を訴える

患者が多く、服薬指導中に泣きながら話す患者も珍しくはなかった。患者の訴える具体的な内容には非常に深刻性が高いと判断されるケースもあるため、十分な配慮に基づいた服薬指導が必要なケースが多くみられた。

4. 考 察

1) 精神疾患患者における服薬指導時間

本研究での調査結果から、精神疾患患者一人当たりの服薬指導に要する時間は、約9分間であり、他の診療科処方患者の約4分間よりも2倍以上であり、有意（ $p = 0.0014$ ）に長い服薬指導時間を要することが示された。服薬指導に要する時間は、様々な要素によって当然大きく異なることが予測される。基本的に薬剤師の指導スタイルによって、かなり差が生じることが考えられるが、指導される側の患者の要素となる性格、病態、処方内容（処方薬剤、薬剤の種類数、処方変更の有無）や理解度、処方薬に対する意識の深さなどにも大きく左右することが考えられる。さらに第三の要因として、患者側の視点からは指導される環境すなわち指導される場所が隣同士が顔を合わせることが出来てしまうようなオープンなカウンターなのか敷居があるのか、また、立ちっぱなしのカウンターや座りカウンターなどといった指導する場所の条件も患者自らの症状や疾患や薬に対する疑問点、服薬コンプライアンスなどを薬剤師に訴える上で影響される可能性があると考えられる。

本研究結果においては、男性、女性ともに20歳代から40歳代の薬剤師7名が、様々な要素を持った患者に薬剤師の経験年数や性別を問わず、かつ特別担当制の指導患者を有することなく全て座りカウンターの条件下で服薬指導を行い、調査を実施した結果であり、出来るだけ統計調査上、薬剤師個人による特異的差異が生じないように配慮した。患者の要素である処方内容に関しては、一般的に処方薬剤の数が多ければ多いほど説明に要する時

間がかかるはずであり、処方変更があった場合にも同様に説明時間が通常以上にかかることが予測されるため、そういった点も考慮し、本調査では比較解析を試みたが服薬指導の時間に有意な差は認められなかった。一方、精神疾患以外の患者群では処方薬剤数により指導時間が若干長くなる傾向もみられ、かつ処方変更を有する際は、無い場合に比べ平均して約1分程度、説明時間が長くなる結果も得られている。したがって、精神疾患患者の場合は、処方薬剤数や薬剤種、処方変更の有無に服薬指導時間は、ほとんど関連性をもたないことが示唆され、実質的には処方内容に依存しないと考えられる。この結果は言い換えれば、薬や疾患の内容以外での対応が多くなっていることが伺えると考ええる。処方薬剤数において、4剤から7剤までの患者群が他群（3剤以下および8剤以上）より僅かに低い指導時間であったが、比較的症状の安定している患者が多かったことが主な要因だったと考えている。当然ながら、処方薬剤数と症状の程度や体調の善し悪しは一致するものではなく、あくまで患者個々の対応によって服薬指導時間は大きく異なることから、精神疾患患者における処方薬剤数と服薬指導時間の相関はないと考えられる。

一般的に「服薬指導」とは、薬剤師側から患者側への一方的な説明だけではなく、患者側からの疑問や不安について回答しなければならないわけであり、「薬」が処方されている原因となっている「病態」を訊く必要がある。通常、一般診療科における服薬指導はここまでで留まるケースが大半であると考えられるが、精神疾患患者の場合は、さらに「病態」の根源を傾聴することが重要となってくる場合が多い。そのため、端的には終わらずに長時間要する傾向があり、本調査結果からも他の診療科受診患者の2倍以上の時間を要する原因となっていると考ええる。

本調査終了後に服薬指導を行った薬剤師

（7名）に精神疾患患者の服薬指導時の内容に関するアンケートを実施したところ、薬や病態の内容に関することは服薬指導時間全体の41%であり、残りの59%の時間は、薬や病態以外の内容と回答した。薬以外の内容では、家庭環境や自宅周辺に関することが43%で、医療機関に関することが5%、仕事に関することが4%、その他が6%であった。したがって、服薬指導時間の約6割が疾患や病状の根源となっている患者背景を傾聴したり、アドバイスに要する時間であり、家庭や自宅周辺の状況や変化などの環境的要素についての比率が高く、患者とのコミュニケーションを図る上で重要なキーポイントであることなども示唆された。

2) 今後の精神疾患患者における薬剤師のメンタルケアへの取り組みとその必要性

精神疾患患者における服薬指導の長時間化や薬剤もしくは疾患以外での患者の訴えが多いことが示唆され、相談事例の内容からも患者個々に多岐に及んでいることを示した。相談事例では不安やイライラ感、不眠、強迫観念、幻覚妄想、自殺企図、錯乱・パニック、記憶喪失、過緊張などが、様々な場面での状態を訴えていることが伺える。精神疾患患者の場合は、他の診療科の場合と異なり、実質的には服薬指導時間の多くは患者の疾患の根源となっている「悩みをきく」ことで病態の詳細を把握し、適正な薬物療法に貢献できると考える。「悩みをきく」とは、「悩みを訊く」と「悩みを聞く」の両方であり、患者背景（情報）を周知することが出来るのと同時に、悩みを傾聴することにより、患者に安心感や親近感を得ることが可能になり易く、場合によっては患者の精神的病態の改善（メンタルケア）に繋がる可能性が高いと考える。薬局に来た際と帰る際には別な顔つきになってくれるケースも珍しくない。

今回の検討を踏まえて、しばたセンター薬

局では各患者の詳細な情報をサマリー形式で薬歴の冒頭に記載することはもちろんのこと、毎朝のミーティング時における患者情報の共有化、ある特定患者を対象とした定期的な集中ミーティングも行うようにした。その結果、医療機関側には伝わっていない可能性もある様々な情報をフィードバックし、精神疾患患者の治療に貢献していると感じている。

いずれにしても、精神疾患患者の服薬指導においては通常以上に広いバリエーションを有したコミュニケーション・スキルが必要であり、薬学的な知識とは離れた能力が必須であると考えている。そういった意味でも今後、どのようにこれらの患者さんと向き合い、薬剤師として取り組んでいくのか、その必要性と方向性は重要な課題であると考えている。病院薬剤師は上述のように、専門薬剤師制度を設け、薬物療法を中心に精神疾患患者を対象とした専門的なコミュニケーション・スキルの向上に努めるべく研修を実践し始めているが、保険薬局における薬剤師への取り組みは皆無に等しいのが現状である。現在の薬学部6年制教育を受けている薬学生も従来の4年制制度時に比べれば、多くの医療コミュニケーション学を学んできてはいるが、この分野に関しては殆ど着手できていない領域であるといえる。年々、急増傾向にある精神疾患患者の対応について、外来で、如何に保険薬局の薬剤師が薬物療法だけでなく、メンタル面も含めたトータルケアを担えるかが地域医療への積極的な参加とそれに伴う医療連携を推進すると考える。臨床検査所見等では、確定的な診断が困難な精神疾患患者においては、特にそれらの医療ネットワークが社会的にも重要であると考えている。とりわけ、精神疾患患者は薬物療法以外の患者とのコミュニケーションの充実化は結果的に服薬アドヒアランスを向上させる可能性も高いと考えられる。

したがって、これらの観点から精神疾患患

者に柔軟かつ適切な対応をするためにはコミュニケーション・スキルの更なる向上が必要不可欠であり、今後この分野の発展に繋がる検討を重ね、精神疾患患者を想定したコミュニケーション学の推進に取り組んでいきたいと考えている。

【参考文献】

- 1) 西園昌久, 精神科チーム医療と心理職の国家資格化について 求められるチーム医療実現のために, 精神神経学雑誌, 111, 1279-1279 (2009).
- 2) 松本健児, 多職種によるチームアプローチの効果について 看護に変化をもたらした事例を通して, 日本精神科看護学会誌, 51, 597-601 (2008).
- 3) 井ノ口律子, 平林修子, メンタルヘルス相談結果から得られた保健師の役割について, 通信医学, 59, 206-209 (2007).
- 4) 武田雅俊, 田中稔久, 紙野晃人, 福永知子, 竹内直子, 工藤喬, 精神科チーム医療のあり方とコメディカル専門職への期待, 臨床精神医学, 36, 125-131 (2007).
- 5) 丁元鎮, 専門薬剤師の活動 精神科専門薬剤師の活躍の実際, 日本病院薬剤師会雑誌, 46, 141-148 (2010).
- 6) 松田公子, 日本病院薬剤師会専門薬剤師認定制度委員会精神科専門薬剤師部門, 日本病院薬剤師会専門薬剤師の現状と将来 精神科専門薬剤師, 45, 182-184 (2009).
- 7) 吉尾隆, 黒沢雅広, 杉村和枝, 中川将人, 井出光吉, 宇野準二, 宮本直治, 梅田賢太, 三輪高市, 天正雅美, 統合失調症患者の薬物治療に関する処方実態調査 精神科臨床薬学研究会会員病院9施設における2005年の調査結果から, 臨床精神薬理, 10, 1721-1731 (2007).
- 8) 松野敏行, 福田明, 正化孝, 楯林英晴, 松尾正, 田代信維, 精神分裂病外来患者における向精神薬併用の要因と副作用-多剤併用療法に関する調査結果と考察(その2)-, 臨床精神医学, 25, 971-978 (1996).
- 9) 小田垣雄二, 小山司, 抗不安薬の多剤併用の実態と危険性, 老年精神医学雑誌, 10, 1155-1160 (1999).