

原著

# 統合失調症患者の服薬アドヒアランスに影響する要因の探索 ～早期退院を控えた患者に焦点を当てた基礎的研究～

松田 光信<sup>1)</sup> 河野あゆみ<sup>1)</sup> 先谷 亮<sup>2)</sup>

## Factors affecting drug adherence in patients with schizophrenia

– Basic study focusing on patients ready for hospital discharge –

Mitsunobu MATSUDA<sup>1)</sup>, Ayumi KONO<sup>1)</sup>, and Ryo SAKITANI<sup>2)</sup>

### SUMMARY

This study aimed to explore factors affecting drug adherence before hospital discharge in patients with schizophrenia, and determine the implications for nursing practice.

The subjects were 22 patients with schizophrenia (male: 9, female: 13) who had been hospitalized in acute psychiatric units (mean age:  $44.6 \pm 13.0$  years, mean disease duration:  $12.7 \pm 13.5$  years, mean number of hospitalizations:  $2.8 \pm 3.1$  times) and 15 participants in a psychoeducational program. The subjects' demographic data, therapeutic situation, CP equivalents, assessment of overall function, drug adherence, and knowledge of medication and disease were measured before conducting the psychoeducational program, and CP equivalents, assessment of overall function, drug adherence, and knowledge of medication and disease were re-measured after the final session of the program. Data were forcibly entered into a multiple regression analysis. As the results, age, disease duration, occupation, participation in the psychoeducational program, and drug adherence at the initial measurement (MPS, DAI-10) were identified as factors affecting drug adherence, which significantly explained 78-86% of the variance.

These results suggest the need for drug adherence support considering each patient's individuality, and the possibility of employing a psychoeducational program to promote nursing support for improving a patient's drug adherence.

---

1) 保健科学部看護学科

2) 財団法人松原病院

## 要 旨

本研究の目的は、早期退院を控えた統合失調症患者の服薬アドヒアランスに影響する要因を探索し、看護実践の示唆を得ることであった。

対象者は、精神科急性期治療病棟に入院中の統合失調症患者22名（男性9名、女性13名）、平均年齢44.6±13.0歳、平均罹病期間12.7±13.5年、平均入院回数2.8±3.1回、心理教育参加者15名であった。データ収集は、心理教育開催時期に合わせ、開催前にデモグラフィックスデータ、治療状況、CP換算値、機能の全体的評価、服薬アドヒアランス、服薬と病気の知識を測定し、開催後にCP換算値、機能の全体的評価、服薬アドヒアランス、服薬と病気の知識を測定した。データ分析には、強制投入法による重回帰分析を用いた。

結果、服薬アドヒアランスへの影響要因は、年齢、罹病期間、職業、心理教育参加、心理教育開催前の服薬アドヒアランス（MPS、DAI-10）であり、モデル全体の78～86%が有意に説明された。

これより、患者の個人特性を考慮した服薬アドヒアランスを高める支援を模索する必要性と、心理教育が患者の服薬アドヒアランス改善に向けた看護援助になり得ることが示唆された。

キーワード：服薬アドヒアランス、統合失調症患者、影響要因

### I. はじめに

本邦の精神医療では、「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本理念に基づき、本格的な取り組みが開始されている。その中で注目すべき点は、1997年に精神科急性期治療病棟が新設されたことを機に、新規入院患者の早期退院を促す急性期医療の体制が整備されてきたことだといえる<sup>1)</sup>。

しかし、早期退院を果たした精神疾患をもつ当事者が、住み慣れた地域で安定した生活を送るには、服薬アドヒアランスを良好に保ち、再発予防に努める必要がある<sup>2)</sup>。アドヒアランスとは、患者が自らの健康を保持するための責任を持つことや、患者の主体的意識に基づいた責任ある行動をとることを指す概念であり、その焦点は、患者の主体的意識に向けられるという特徴がある<sup>3)</sup>。したがって、服薬に特化したアドヒアランスの場合は、患者の服薬継続に関する主体的意識に焦点を当てることになる。

患者が服薬アドヒアランスを向上するには、薬物による副作用の軽減、病識の改善、医療者との信頼関係の構築等を図る必要がある<sup>4)</sup> ことから、近年ではその一つの手段として心理教育が実践されるようになった<sup>5)~9)</sup>。しかし、本邦で実践されている心理

教育が、服薬アドヒアランスの向上に影響力をもつかを検証した研究は少ない。

そこで、患者の服薬アドヒアランスの状態とそれに影響を及ぼす要因を特定することができれば、服薬アドヒアランスをより促進する看護援助の検討資料になり得ると考えた。本研究は、その第一段階として、早期退院を控えた統合失調症患者の服薬アドヒアランスに影響する要因を探索し、看護実践の示唆を得ることを目的とした。

### II. 研究方法

#### 1. 対象者

対象者は、精神科急性期治療病棟に入院中の統合失調症患者のうち、本研究に同意した者とした。

#### 2. 対象施設

対象施設は、統合失調症の当事者に対して看護師が心理教育を実施している精神医療施設とした。なお、実施している心理教育では、表1の通り構造化された看護師版心理教育プログラム（松田、2008）を使用している。

表1 看護師版心理教育プログラム(NPE)の概要

NPEの目的	精神科急性期治療病棟に入院中の統合失調症患者が、自己の入院前の生活をNPEに参加する他の患者および看護師と共に振り返ること、服薬および病気の知識を獲得すること、そして服薬および病気の受け止めを促進すること
教材	作成したグループ学習会パンフレットをテキストとして使用 第1回目:心の病気の症状 第2回目:心の病気とストレスの関係 第3回目:薬の作用と副作用 第4回目:健康的な生活を送る方法
学習方法	看護師が講義形式で行う情報提供、参加者同士のグループディスカッション
介入者	2名の看護師(リーダーとコ・リーダー)
介入回数	1週間に1回、合計4回
介入時間	1回あたり60-90分間
グループの構造	当事者5-7名のクロウズドセッション

### 3. データ収集方法

調査時期は、病棟内で実施される心理教育グループの開催時期に合わせ、その前後2時点とした。なぜならば、心理教育は服薬アドヒアランスを向上させる心理社会的治療として、退院を控えた患者に実施されるプログラムであるため、服薬アドヒアランスに影響を与える一つの要因になり得ると考えられるからである。なお、データ収集には、次の調査票を使用して対象者および看護師に記載を求めた。

#### 1) 対象者用調査票

対象者には、次に挙げた3種類の構成的質問紙を使用し、記載を求めた。なお、本研究では、次の(1)および(2)を服薬アドヒアランス測定尺度とした。調査は、次の(1)および(2)を心理教育開催前後の2時点で測定し、(3)は心理教育開催前のみ測定した。

- (1) 服薬意識尺度 (Medication Perception Scale ; MPS、松田ら)<sup>10)</sup> : これは、服薬に関する認識を13項目の問いで調査するものである。評定は4段階で求め、得点が高いほど良好とする自記式尺度である。なお、本研究におけるクロンバックα係数は、0.76であった。
- (2) 薬に対する構えの調査票 (Drug Attitude Inventory-10 Questionnaire ; DAI-10、藤井ら、1996) : これは、本来30項目からなる尺度を、10項目に減らすことにより簡易で使いやすくした日本語版「薬に対する構えの調査票」である。回答は思う・思わないの2肢択一で求め、ポジティブな質問に“思う”と答えると+

1点、“思わない”と答えると-1点とし、逆にネガティブな質問に“思わない”と答えると+1点、“思う”と答えると-1点として計算する。したがって、得点の総和は、-10点から+10点の範囲で示され、得点が高いほど良好とする自記式尺度である。なお、本研究におけるクロンバックα係数は、0.90であった。

- (3) 疾病薬物知識度調査 (Knowledge of Illness and Drugs Inventory ; KIDI、前田ら、1994) : これは、精神症状と精神科薬物療法に関する2つの下位尺度20項目で構成され、3肢択一で回答するものである。正解を1問1点で算出し、得点が高いほど良好とする自記式尺度である。なお、本研究におけるクロンバックα係数は、0.92であった。

#### 2) 看護師用調査票

看護師が記載する調査時期としては、調査票の(1)および服薬内容を除く(2)によるものを心理教育開催前のみ実施し、服薬内容と(3)によるものを心理教育開催前後の2時点で実施した。なお、(1)デモグラフィックスおよび(2)治療状況については、対象施設の看護師が診療録から収集し、(3)精神状態は、対象施設の看護師が行なった。

- (1) デモグラフィックス : 年齢、性別、職業の有無、同居者の有無とした。
- (2) 治療状況 : 告知の有無、罹病期間、精神科への入院回数、心理教育への参加の有無、服薬内容とした。

(3) 精神状態：機能の全体的評価（The Global Assessment of Functioning；GAF）尺度を用いた。これは重症度（病気の症状）と機能レベルを0～100で表し、得点が高いほど良好と評定する他記式尺度である。なお、本研究におけるクロンバック $\alpha$ 係数は、0.97であった。

#### 4. 分析方法

解析の際は、SPSS12.0J for Windowsを使用した。

調査した全ての変数と服薬アドヒアランスとの関係性を確認するために、相関分析を行った。次に、服薬アドヒアランスへの影響要因を知るために、影響を与えるであろうと考えられる変数を選択し独立変数として投入する重回帰分析を行った。解析にあたりカテゴリー変数は、男性「1」、女性「0」、有無を問う項目では、あり「1」、なし「0」とするダミー変数を用いた。なお、服薬内容については、クロルプロマジン等価換算値（以下、CP換算値）を算出し、調査時期による差を確認するために対応のある $t$ 検定を行った。また、GAFについても、対応のある $t$ 検定を用いて群内比較した。

#### 5. 倫理的配慮

本学の研究倫理委員会および研究協力施設の倫理審査委員会による承認を得た。対象者には、研究の目的・方法・参加の自由・プライバシーの保護について書面と口頭で説明し同意を得た。

### Ⅲ. 結 果

#### 1. 各測定値の基礎統計量と相関関係

対象の属性は、調査対象者数22名（男性9名、女性13名）、平均年齢 $44.6 \pm 13.0$ 歳、平均罹病期間 $12.7 \pm 13.5$ 年（範囲0～42年）、平均入院回数 $2.8 \pm 3.1$ 回（範囲0～9回）、職業有3名（13.6%）、同居者有20名（91.0%）、心理教育参加有15名（68.2%）であった。調査時期の違いによるCP換算値には、有意差が認められなかった（ $t(21)=1.643, n.s.$ ）ものの、GAFについては、開催後の得点の方が有意に

高いという結果を得た（ $t(21)=3.13, p < .05$ ）。その他、KIDI、MPS、DAI-10の平均得点は表2の通りであった。なお、MPSおよびDAI-10と諸変数との相関については表3に示した。

#### 2. 服薬アドヒアランスに影響する要因分析

精神科急性期治療病棟において、入院治療を受ける統合失調症患者の服薬アドヒアランスに影響を与える要因を探索するために、デモグラフィックスデータ4項目、治療状況のうち服薬内容を除く4項目、KIDI、開催前に調査したGAFと服薬アドヒアランス2項目、合計12項目を独立変数とし、開催後に調査したMPSおよびDAI-10の総得点をそれぞれ従属変数として、強制投入法による重回帰分析を行った。最終的に投入した独立変数は、従属変数がMPSの場合もDAI-10の場合も同じであり、その項目は年齢、性別、職業の有無、同居者の有無、罹病期間、心理教育参加の有無、MPS総得点（開催前）、DAI-10総得点（開催前）の8項目であった。

MPSを従属変数にした場合の服薬アドヒアランスに影響を及ぼす要因は、性別を除く7項目であり、これによってモデル全体の78%が有意に説明された。また、DAI-10を従属変数にした場合の服薬アドヒアランスに影響を及ぼす要因は、同居者の有無を除く7項目であり、モデル全体の86%が有意に説明された（表4）。

### Ⅳ. 考 察

服薬アドヒアランス測定尺度を従属変数とした重回帰分析の結果からは、年齢が高く罹病期間が長い人や職業を有している人、あるいはもともと服薬についての認識や構えが良好である人の場合に服薬アドヒアランスが改善しやすくなるが、心理教育を受けていない人の場合は、服薬アドヒアランスが改善しにくいと解釈できた。以下、服薬アドヒアランスを測定するために用いた2つの尺度（MPSおよびDAI-10）に共通して影響を与えた要因について考察する。

表2 対象者の属性

(n=22)

		人数あるいは平均±標準偏差	範囲
<b>デモグラフィックス</b>			
年齢		44.6 ± 13.0	27.0 - 76.0
性別			
	男性	9	
	女性	13	
現在の職業			
	あり	3	
	なし	19	
同居者			
	あり	20	
	なし	2	
<b>治療状況</b>			
病名告知			
	あり	20	
	なし	2	
罹患期間 <sup>a</sup>		12.7 ± 13.5	0.0 - 42.0
過去の入院回数 <sup>b</sup>		2.8 ± 3.1	0.0 - 9.0
心理教育への参加			
	あり	15.0	
	なし	7.0	
CP換算値(開催前)		744.7 ± 437.1	200.0 - 2025.0
CP換算値(開催後)		849.4 ± 393.0	200.0 - 1550.0
<b>精神状態</b>			
GAF(開催前)		59.6 ± 13.6	40.0 - 90.0
GAF(開催後)		62.7 ± 13.9	50.0 - 90.0
<b>病気と服薬の知識</b>			
KIDI(開催前)		11.9 ± 4.0	5.0 - 18.0
KIDI(開催後)		13.2 ± 3.5	8.0 - 19.0
<b>服薬アドヒアランス</b>			
MPS(開催前)		22.2 ± 8.0	7.0 - 34.0
MPS(開催後)		24.4 ± 8.2	6.0 - 39.0
DAI-10(開催前)		7.1 ± 2.4	2.0 - 10.0
DAI-10(開催後)		7.4 ± 2.7	1.0 - 10.0

a 罹患期間の範囲に記載した0は、1年未満であることを意味する

b 過去の入院回数の範囲に記載した0は、調査時が初回入院であることを意味する

## 1. 年齢、罹病期間、職業による影響

本研究では、年齢が高いこと、罹病期間が長いこと、職業を有していることが服薬アドヒアランスの向上に肯定的な影響を及ぼすことが明らかになった。これは、罹病期間が長くなるほど統合失調症患者の服薬に対する構え、すなわち服薬観が肯定的になる<sup>11)</sup>ことを報告した黒田らの研究結果と同様であった。

本研究の対象者は精神科急性期治療病棟に入院している患者であり、彼らは主に地域で生活してきた人たちである。その生活の中で職業をもつ患者は、職場や家庭における自己の役割意識を持っていることが予測されるほか、長くなる罹病期間の中で服薬が症状コントロールに役立つという認識や、服薬の

おかげで現在の暮らしがあるという認識が経験的に形成されてきているのではないかと考えられる。

このように、患者の服薬アドヒアランスは、年齢、罹病期間、職業の有無によって異なることから、看護師は患者が服薬をどのように認識しているかを理解し、個々の患者の体験を考慮して具体的な支援を模索する必要があると考える。

## 2. 心理教育による影響

重回帰分析の結果によれば、心理教育は服薬アドヒアランスに肯定的な影響を与えることが示唆された。これは、心理教育を受けた患者の服薬アドヒアランスが、その2年後の調査でも有意に良好であるとする先行研究<sup>12)</sup>と同様の結果であった。

表3 服薬認識尺度および DAI-10 と諸変数との相関

(n=22)

	MPS総得点(開催後)	DAI-10総得点(開催後)
<b>デモグラフィックス</b>		
年齢	0.24	0.22
性別	-0.16	-0.20
職業の有無	0.11	0.24
同居者の有無	0.23	0.05
<b>治療状況</b>		
病名告知の有無	-0.08	-0.01
罹患期間	0.17	-0.05
過去の入院回数	0.28	0.12
心理教育参加の有無	-0.25	-0.26
<b>精神状態</b>		
GAF	-0.07	0.04
<b>知識</b>		
KIDI総得点	0.26	0.24
<b>服薬アドヒアランス</b>		
MPS総得点(開催前)	0.62 **	0.50 **
MPS総得点(開催後)	-	0.85 **
DAI-10総得点(開催前)	0.75 **	0.81 **
DAI-10総得点(開催後)	0.85 **	-

\*\*p<.01(両側)

表4 服薬認識尺度および DAI-10 を従属変数とした重回帰分析

(n=22)

	MPS( $\beta$ )	DAI-10( $\beta$ )
	$\beta$	$\beta$
年齢	0.34 *	0.32 *
性別	-0.17	-0.32 ***
職業の有無	0.29 *	0.28 *
同居者の有無	0.49 **	0.21
罹患期間	0.52 ***	0.29 *
心理教育参加の有無	-0.39 **	-0.28 *
MPS総得点(開催前)	-0.46 *	-0.73 ***
DAI-10総得点(開催前)	0.93 ***	1.23 ***
R2 乗	0.87	0.91
調整済み R2 乗	0.78	0.86

\* 強制投入法による

\*p<.05

\*\*p<.01

\*\*\*p<.001

しかし、心理教育という一つの心理社会的治療は、本邦の精神医療現場に認知され始めたものの、それを実施するにはスタッフのモチベーションの低さや、医師の理解と協力を得ることの難しさ、あるいは業務量が増加するといった導入時の障壁、スタッフの力量に差があることや応用力を要する運営技術修得の難しさといった心理教育の実践および定着の際の障壁があり<sup>13)</sup>、結果的に緩やかな普及にとどまっている。

本研究の結果は、心理教育が服薬アドヒアランスを改善する看護介入として位置づけられる一つの根

拠になると考える。

### 3. 精神状態による影響

ここでは、重回帰分析を行う際に独立変数に投入した精神状態 (GAF) が、退院前の服薬アドヒアランスに影響しないという結果に注目したい。この結果は、精神症状が服薬アドヒアランスに直接的な影響を与えるという先行研究<sup>14)</sup> が多い中、アドヒアランスと精神症状とは関係しないという Aldebot, S.らの研究結果<sup>15)</sup> と同様であった。本研究の結果は、たとえ入院中に患者の精神症状が著しく顕在化

していたとしても、必ずしもその後の服薬アドヒアランスに悪影響を及ぼすものではないことを示唆している。

一方、臨床現場においては、入院時や入院期間中に、激しい陽性症状を呈した患者への服薬自己管理に向けた援助に対して慎重になりすぎるあまり、その支援が消極的になりがちである。看護師は、精神症状の改善が思わしくない患者であっても、服薬アドヒアランスの向上に向けた支援を根気強く継続する必要がある。本研究の結果は、精神症状が顕著であったとしても、援助次第で服薬アドヒアランスが改善する可能性を示唆するものと考えられる。

#### 4. 服薬および病気に関する知識による影響

本研究では、服薬アドヒアランスと服薬および病気に関する知識との間に相関がなく、また重回帰分析でも従属変数への影響力を特定することができなかった。これは服薬アドヒアランスと服薬および病気に関する知識とは直接的に関係しない<sup>16)</sup>とする先行研究と同様の結果であった。

また、人は信念に基づいて結果を変えるための行動をとることが可能であり、その時に重要になるのが知的な理解よりも感情や実感を伴う理解である<sup>17)</sup>ならば、患者が服薬に対する認識や価値観を変更するには、服薬や病気に関する知識を獲得するよりも、その知識や同じ病気をもつ仲間の体験談と自己の体験を重ね合わせ、自己の状況を納得および理解すること、すなわち「情報の納得的理解と体験の融合」を助けることが重要だと言える<sup>18)</sup>。その意味において患者本人に対する心理教育は、これを具現化する一つの援助になり得るものと考えられる。

#### V. 本研究の限界と今後の課題

本研究の結果は、サンプル数が少ないことから一般化できない。よって、今後もデータを蓄積して、結果の一般化を目指す必要がある。また、服薬アドヒアランスに影響をもつ心理教育に焦点を当て、今後はコントロール群を置いた評価研究デザインによる研究を設計し、心理教育が服薬アドヒア

ランス改善に有用であるか否かを検証する必要がある。

#### VI. 結 論

統合失調症患者の服薬アドヒアランスに影響を与える要因は、年齢、職業、罹病期間そして心理教育であった。しかし、精神症状や服薬および病気に関する知識は、服薬アドヒアランスへの影響力をもつものではなかった。

#### 引用文献

- 1) 今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会：精神保健医療福祉の更なる改革に向けて、今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会報告書、2009.
- 2) 尾崎紀夫：海外における統合失調症治療の最新の知見－寛解とアドヒアランスを中心に－、臨床精神薬理、11 (6)、1159-1167、2008.
- 3) 黒江ゆり子：【慢性性 (Chronicity) と生活史に焦点を当てた看護学的研究】病いの慢性性 Chronicityと生活者という視点 コンプライアンスとアドヒアランスについて、看護研究、35、287-301、2002.
- 4) 尾崎紀夫：アドヒアランスを重視した統合失調症の治療、精神神経学雑誌、108 (9)、991-996、2006.
- 5) Kleinman, I., Schachter, D., Jeffries, J., Goldhamer, P.: Effectiveness of two methods for informing schizophrenic patients about neuroleptic medication. Hospital and Community Psychiatry., 44, 1189-1191, 1993.
- 6) Hornung W.P., Klingberg S., Feldmann R., Schonauer K., Schulze Mönking H.: Collaboration with drug treatment by schizophrenic patients with and without psychoeducational training: results of a 1- year follow- up, Acta Psychiatr Scand, 97, 213-219, 1998.
- 7) 羽山由美子、水野恵理子、藤村尚宏、佐藤雅美、鈴木利枝、大前晋：精神科急性期病棟にお

- ける服薬および治療への構えに関する患者心理教育の効果、臨床精神医学、31 (6)、681-689、2002.
- 8) Bechdolf, A., Knost, B., Kuntermann, C., Schiller, S., Klosterkötter, J., Hambrecht, M., Pukrop, R.: A randomized comparison of group cognitive-behavioural therapy and group psychoeducation in patients with schizophrenia, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110(1), 21-28, 2004.
- 9) Bäuml J., Pitschel-Walz G., Volz A., Engel R., Kessling W.: Psychoeducation in schizophrenia: 7-year follow-up concerning rehospitalization and days in hospital in the Munich Psychosis Information Project Study, *The Journal of Clinical Psychiatry*, 68(6), 854-861, 2007.
- 10) 松田光信、河野あゆみ、前田正治、内野俊郎、坂本明子、松原六郎：総合失調症患者の服薬意識尺度の開発、精神医学、印刷中。
- 11) 黒田直明、林志光、森田展彰、他：外来通院中の統合失調症患者の服薬観に関連する要因について—DAI-30による検討—、臨床精神医学、36 (8)、995-1003、2007.
- 12) Pitschel-Walz G., Bäuml J., Bender W., Engel R.R., Wagner M., Kissling W.: Psychoeducation and compliance in the treatment of schizophrenia: results of the Munich Psychosis Information Project Study, *The Journal of Clinical Psychiatry*, 67(3), 443-452, 2006.
- 13) 河野あゆみ、松田光信：看護師が認識する心理教育実施上の障壁と打開案、日本看護研究学会雑誌、34 (3)、389、2011.
- 14) Puschner B., Born A., Giessler A., Helm H., Leese M., Bindman J.P., Gray R.J., Schene A., Kikkert M., Burti L., Marrella G., Becker T.: Adherence to medication and quality of life in people with schizophrenia: results of a European multicenter study, *J Nerv Ment Dis*, 194(10), 746-52, 2006.
- 15) Aldebot S., de Mamani A.G.: Denial and Acceptance Coping Styles and Medication Adherence in Schizophrenia, *J Nerv Ment Dis*, 198, 580-584, 2009.
- 16) Day J.C., Bentall R.P., Roberts C., Randall F., Rogers A., Cattell D., Healy D., Rae P., Power C.: Attitudes toward antipsychotic medication: the impact of clinical variables and relationships with health professionals, *Arch Gen Psychiatry*, 62, 717-724, 2005.
- 17) Sharon, M.F., Arthur, F.: *Cognitive Behavior Therapy in Nursing Practice*, 2008. 白石裕子監訳：看護実践における認知行動療法、35、星和書店、東京、2008.
- 18) 松田光信：看護師版【統合失調症患者】心理教育プログラムの基礎・実践・理論 ～看護実践研究 質的・量的研究の成果、106、金芳堂、京都、2008.