

服薬支援における コミュニケーションのポイント

Global / ハーブ調剤薬局 大岩 眞二

はじめに

抗精神病薬の記載された処方せんを持参された患者に対してどういう印象をもち、そして反応を起こすだろうか？ 偏った印象や患者・疾患の理解が浅いために、患者の症状も聞かずに、一方的に説明し、薬を渡すだけで済ませていないだろうか？

一般的な薬剤師の反応・対応は上記のようなものかもしれない(図1)。

統合失調症の患者は、服薬状況が悪いといわれている¹⁾。その理由には、病識が乏しいこと、薬を服用することによる、倦怠感、眠気、集中力の低下などがあげられるが、継続的な服薬支援を受けていないこともある。

本稿では、統合失調症患者への服薬支援でのポイントを紹介する。

服薬支援にあたって

統合失調症患者の服薬支援では、薬剤師の側がパワーバランスを変える必要がある(図2)。

統合失調症でない場合の服薬支援では、患者情報、薬剤・病気知識、コミュニケーション術をほぼ同じバランスで服薬支援に臨む。その結果は、服薬支援方程式に当てはめると、それぞれの和となって現れる。

しかし、統合失調症の場合は、服薬支援方程式がそれぞれの因子の積になる。例えば、統合失調症の現時点での症状を把握せず、薬についての説明をした場合、患者の感情を逆撫でしたり、間違ったこだわりをもたせたり、混乱させたりと、服薬を中断させてしまう結果となることもある。逆に、患者情報の収集と、

コミュニケーションを駆使することで患者の思いをはき出させ、少しの薬剤の説明で良い結果が出ることも多い。

以下では、統合失調症の患者の服薬支援を成功させるために、患者情報の収集(アナムネを除く)と基本的なコミュニケーション術について紹介する。

1 患者情報の収集

患者情報の収集は、統合失調症の症状の把握のために実施する。

服薬支援を行うにあたって、統合失調症としての症状程度の位置づけを確認することは重要である。ポイントは陽性症状と陰性症状2つの大きなカテゴリーと、そのなかの症状種類の有無と重症度の確認である。もう一つは、その個人としての調子の良しあしを把握しなければならない。また、患者の症状は毎回異なるため、その都度行う必要がある。患者情報の収集には、非言語的な部分(観察)と言語的な部分(聴取)とがある。

(1) 観察

観察による統合失調症の症状把握の目安を示す(表1)。統合失調症患者のなかには、観察ではまったく見分けがつかず妄想、幻聴などの症状

【ベスト6】

- ① 怖い
- ② 早く帰ってほしい
- ③ おとなしく帰ってほしい
- ④ 何か物を壊さないでほしい
- ⑤ わけのわからないことを言わないでほしい
- ⑥ できるだけ関わりたくない

愛知県下117件の薬局 (Aichi Pharmacist Forum アンケート調査のコメント, 2009年8月)

図1 薬局に精神科用剤の処方せんを持ってきた患者に対し薬剤師はどう思うか？

【薬剤師のパワーバランス】



【服薬支援方程式】

統合失調症ではない

$$\text{患者情報} + \text{コミュニケーション} + \text{薬剤・病気説明} = \text{結果}$$

統合失調症である

$$\text{患者情報} \times \text{コミュニケーション} \times \text{薬剤・病気説明} = \text{結果}$$

図2 統合失調症患者への服薬支援

表1 観察による統合失調症の症状把握

観察項目	把握できる病態と周辺情報
1 性別、年齢 (高校生、老人、女性、男性、子供)	統合失調症好発時期、破瓜型、妄想型、初発、病期(急性・慢性)、認知能力 など
2 保険(仕事、社会復帰、同居、生活保護など)	社会性、生活リズム、意欲、家族構成 など
3 表情(喜び、悲しみ、怒り、驚き、不安、嫌悪、無表情)	幻覚、妄想、感情表出・鈍麻、思考途絶、認知能力、病期(急性・慢性) など
4 臭い(汗臭い、尿臭、口臭、香水)	生活リズム、興味の消失、意欲低下、認知能力 など
5 顔色(青い、赤い、白い、黒い)	生活リズム、活動内容、妄想、体調不良 など
6 気分(リラックス、安心、不安、興奮、緊張、焦り、不満、苦しみ、悲しみ、怒り、絶望、恨み、怒り、空虚、恐怖、殺意)	幻覚、妄想、感情表出・鈍麻、思考途絶、認知能力、病期(急性・慢性) など
7 来局時間帯(朝一番、夕方、昼過ぎ、翌日)	固執、執着、生活リズム、睡眠、社会性、回避行動 など
8 挨拶(返事など)	発病年齢、社会性、幻覚、思考の途絶、会話減少、病期(急性・慢性) など
9 同伴者の有無、その間柄、力関係	病識、会話減少、認知能力、家族構成、キーパーソン、病期(急性・慢性) など
10 容姿(化粧、季節外の服装、服装の清潔さ、髪型、ひげ、爪、サングラスなど)	意欲低下、気分、幻覚、妄想、生活リズム、家族構成、病期(急性・慢性) など
11 コミュニケーション(受け答え、話し方、口調、声の大きさ、反応時間)	思考途絶、支離滅裂な言語、感情、興奮、会話減少、病期(急性・慢性) など
12 交通手段	発病時期、家族構成、生活基盤、認知能力 など
13 待っている時間の使い方(読書、ゲーム、会話、イヤホンで音楽を聴いている)	社会性、集中力、認知能力、幻覚 など
14 お金の出し方(スピード、お釣り考慮、誰が支払う)	認知能力、患者の権限、思考の途絶 など
15 持ち物、量	幻覚、妄想、興味の喪失、意欲低下、病期(急性・慢性) など
16 歩行状態(歩行、姿勢、車椅子、杖など)	副作用、生活状況、生活基盤、気分、行動予定、病期(急性・慢性) など
17 患者の時間的制約の有無	幻覚、妄想、行動予定、回避行動、認知能力、気分、急性期 など
18 状態(立っている、座っている、動き回っている)	幻覚、妄想、行動予定、気分、病期(急性・慢性)、認知能力 など
19 独語、奇声、空笑	幻覚、妄想、興奮、急性期、認知能力 など



図3 声から捉える患者情報

患者の発言	対応例
薬に毒を混ぜている	毒は混ぜていないと思いますが、他の者に再調剤させます
意図的に遅く調剤している	順番で調剤していると思いますが、注意しておきます
統合失調症であることを笑った	患者さんを笑うことはないと思いますが、注意しておきます

図5 妄想への対応例

- ① 自分の考えが声のように感じる(考想化声)
- ② 話しかけると言い返しの会話となる幻聴
- ③ 自己の行為に対して意見や批判等口出しする幻聴
- ④ 自分の身体に何かされているような感じる(身体被影響体験)
- ⑤ 会話の最中に突然自分の考えが抜き取られるような気がする(思考奪取、思考への干渉)
- ⑥ 自分の考えが周りの他人に伝わってしまうように感じる(考想伝播)
- ⑦ 妄想に対して妄想的な誤った意味づけをする(妄想的知覚)
- ⑧ 感情、欲動、意思が外から操られているように感じる体験(被影響体験)

図4 シュナイダーの一級症状

を真剣に訴える場合もあるため、あくまで目安であることに留意する。

(2) 聴取

統合失調症患者では、連合弛緩、減裂思考、思考途絶などで何を言っているのか、何を言いたいのか理解できないことが多々ある。ここでは、声色自体を患者情報としてとらえる必要がある。声からとらえる患者情報を示す(図3)。

観察と聴取を組み合わせることにより、患者の状況を把握したうえでの服薬支援となるため、患者の感情を揺り動かすことなく、患者が受け入れやすい服薬支援につながる。さらに、前回の情報と今回の情報での相違を見つけることにより、症状の経過、個々の患者の状態(段階)をみることもできる。

2 コミュニケーション術と服薬支援

統合失調症患者への服薬支援では、傾聴、受容、共感をベースに服薬支援を開始する。このため、「この薬は…」ではなく、「調子はいかがですか」から始める。

精神科では「傾聴、受容、共感」とよくいわれる。これは、「くよくよしないです」とか「大丈夫ですよ」という安心づけではない。患者の話に出てくる、あるいはくみ取れる患者の感情を理解しようと努める、あるいは理解することであり、それが相手に伝わることをいう。精神科においてそれが重要なのは、患者との治療的な関係を自然に形作ることにのみならず、その後の治療関係の礎になるためである。

(1) 急性期(陽性症状)のコミュニケーション

急性期の症状がよく表現されているものにシュナイダーの一級症状がある(図4)。急性期のコミュニケーションは、薬剤師が一方向的な聞き役に回るケースが多くなる。連合弛緩、減裂思考、思考途絶などがあると、話の内容がほとんど理解できない場合もあるが、患者の感情が表れるところを聞きのがさずに、「辛かったね」、「悲しかったね」、「怖かったね」などを伝えることにより、相手の感情を徐々に落ち着かせることができる。

それを機会に、その苦しみを少しでも早く楽にするものが今回の薬であるということにつなげて服薬支援にもっていくとよい。急性期はその程度の服薬支援しかできないと考えたほうがよいだろう。副作用など多

- ① 必ず「薬をきちんと指示どおりに飲むこと」を口に出して伝える
 - ② 生活のリズムは服薬に重要。「朝起きて、夜寝る」ことを指導
 - ③ 質問は「はい」、「いいえ」や首の動きで答えられるように。食事と睡眠について優先的に聴取
 - ④ 気になること、困っていることをオープンクエスチョンで質問
- ①から順に指導

図6 慢性期(陰性症状)の服薬支援のポイント

- ① 苦痛を減らすために自分自身を率直にさらけだそうという動機をもつ一方で、最も内部の感情や精神的症状の根本的原因については隠そうとする動機も同時にもっている
- ② 症状そのものを隠すことにより、自我防衛をする場合もある
- ③ 出来る限りの少しい言葉で理解してほしいと願っている
- ④ 本人が必ずしも自分の意志で薬局に来たわけではない

図7 統合失調症患者の特徴

くの支援をしても、逆に混乱してしまうことのほうが多く、服用だけに焦点を当てたほうがよく理解してもらえる。

① 妄想への対応

急性期の対応で特に困るのが、妄想への対応である。

妄想とは精神医学用語では、根拠が薄弱であるにもかかわらず、確信が異常に強固であるということや、経験、検証、説得によって訂正不能であるということ、内容が非現実的であることが特徴といわれている。つまり、否定しても結論が出ないばかりか、むやみに相手の感情を逆なでするだけである。

したがって、相手の考えを否定するのではなく、「私は…と思います」と自分の意見として言うことを勧める。図5に、具体的な訴えとその対応例を示す。個人に対する妄想は、その時だけ別の人に代わってもらったほうがスムーズに進む。

妄想もずっと継続する訳ではなく、症状が改善していくのと同時に薄れ、考えも変わっていく。妄想がひどい患者でも、次回の服薬支援時には問題ないことがほとんどである。

(2) 慢性期(陰性症状)のコミュニケーション

慢性期は、感情の鈍麻、興味の喪失、意欲低下、会話量の減少、会話内容の貧困、途絶、返答潜時の延長、心ここにあらずという状態である。したがって無反応、あるいは首を振るだけの反応の場合がほとんどで、発語をすることはまれである。陰性症状のコミュニケーションで注意しなければならないのは、患者の反応が少ないからといって、対応を変えないことである。

この時期は患者から聞き出せることが極端に減るため、薬剤師からの支援が中心になる。しかし、支援する内容が多い場合や複雑な場合には患者は理解できない。反対に混乱、理解できない場合(無効)、逆効果(服薬不履行)を誘発する場合もある。したがって、なるべく少数項目(1~2個)で、わかりやすい簡潔な言葉で支援することが重要である(図6)。

(3) 安定期(急性期、慢性期以外)のコミュニケーション

この時期は統合失調症の病状が治まり、患者が病状に左右されず自分

自身に戻る時期である。一見するだけでは統合失調症であることがわからないほど症状が改善する患者から、残遺症状として感情表現の欠落、無気力、無関心を残している患者までさまざまである。この時期を十分に把握することにより、患者の調子の良い悪いが非常にわかりやすくなる。

それでも統合失調症には変わりはない。傾聴、受容、共感のスタイルと患者の感情を揺り動かすことのない対応が必要である。

この時期に行うことは患者情報の収集と、患者との人間関係の構築および信頼の獲得である。したがって、コミュニケーションはオープンクエスチョンを多用し、できれば自主的に話をさせるように持っていくとよい。しかし、統合失調症患者の特徴(図7)がゆえに、一度に多くの情報は聞き出すことはできない。少しずつ関係と情報を積み重ねて、表2の内容を重点的に聞き出していく。

統合失調症は、疾病と障害を併せもつ。社会のなかでは非常に生き難いと感じている方が多く、だからこそ、患者の病気だけでなく、すべてを知ることにより全人的支援を行う必要がある。服薬支援はベースでは

表2 重点聴取項目(安定期)

①	家族歴(親族構成・同居者・同居者の病気・同居者の健康状態・遺伝性疾患など)
②	社会歴(出身地・職業・日常の生活状況・趣味・興味など)
③	キャラクター(性格)
④	パーソナリティ(個性, 人格, 性質, 人柄, 人物)
⑤	再発のパターン, 患者さんの身の回りに起こった出来事, それに対する考え, 思い, 反応など

表3 家族自身に対する支援

指導内容	伝えるべき背景知識
①息抜きをする時間をもつ	<ul style="list-style-type: none"> 統合失調症は慢性疾患なので, 焦らず長い目で見守る 過剰な介入は患者の負担になる 患者との距離を保ち, 家族の気持ちの安定と適度な感情の交流, 冷静な対応が患者に良い影響を与える
②家族だけで悩まない	<ul style="list-style-type: none"> 家族だけで悩みを解決するのは難しい 精神科病院では多くのエキスパート(医師, 看護師, 薬剤師, 精神保健福祉士など)に相談可能 家族会で悩みを共有する 社会復帰支援の制度や機関を紹介 例: 障害者自立支援医療制度, 優遇税制措置, 保健所, 精神保健福祉センター など
③偏見(スティグマ)を乗り越える	<ul style="list-style-type: none"> 家族が統合失調症であることを隠したり認めないことは, 患者にプレッシャーを与える 家族が正しい知識と最新の知識・情報をもつ
④強い感情表出があれば修正する	<ul style="list-style-type: none"> 患者は自分に対する表情・口調・態度に敏感である 患者への強い感情表出(高EE: Expressed Emotion)*は再発率を上げる

*EEのパターンには批判, 敵意, 過保護・過干渉がある

表4 家族が患者に対するための支援

指導内容	伝えるべき背景知識
①家族は味方であること	<ul style="list-style-type: none"> 患者はさまざまなものに違和感を覚え, 不安な状態 妄想により人に対する不信感が高まり, 引きこもりがち
②受診のすすめ	<ul style="list-style-type: none"> 患者は症状の悪化に気付かなかつたり, 自分の症状を伝えることができなかつたりする 「いつもと少し違う」印象をもった時点ですぐに受診させることが重要
③服薬支援	<ul style="list-style-type: none"> 再発を繰り返すと重症化し, 回復が困難 再発予防には服薬の継続が必須 服薬継続には多くの関門が何度も訪れる 例: 副作用を感じる, 調子が良くなる など 関門ごとの服薬支援, 服薬管理, 家族でできる薬の重要性の説明を指導 日ごろから家族が服薬状況を把握することが重要

あるが, 治療の一部でしかない。したがって, 服薬支援の最後には, 幅広い質問として, 困ったこと, 気になることがなかったかは必ず聞くようにすべきである。

3 家族に対する支援

家族に対する支援も服薬支援のみならず, 幅広い支援が必要となる。

家族自身に対するものと, 家族が行う患者に対するものを表3, 4にまとめた。

4 薬剤師の心の準備

統合失調症の患者に有効な支援を開始する前に, 薬剤師も心の準備をしておく必要がある(図8)。

5 統合失調症患者との距離の取り方

統合失調症患者との距離は, 患者の病状, 理解度と相関するところが多い。「患者さんが何度も, 何度も電話をかけてくるため困っている」という話を聞く。この事例においては, 患者からの信用は問題ない。反対にこの患者からの信用を失わない

対応が必要である。

統合失調症の患者の電話内容は、思いを聞いてほしいというのではなく、教えてほしい、判断してほしい、指示がほしいというものがほとんどである。ここまで述べてきた例を参考に説明するとよい。信用を落とさず、良い距離感がうまれるはずである。

(1) 一人暮らしや家族が患者を支援できていない場合

統合失調症患者は、病状の波により(日内変動を含む)不安が増長したり、認知機能が低下したり、パニックを起こしたりする。また、自己判断、自己決定が非常に苦手である。近くに相談できる相手がいればよいが、いない場合は頼れるところに連絡する。病状が安定すれば、回数も減少する。

コミュニケーション術と服薬支援においては電話、面接と変わりはない。丁寧に簡潔に根気よく支援することが大切である。同じ言い回しでも問題ない。

(2) 服薬支援が活きていない

薬剤師がきちんと説明していても、そのことが理解できない理由になっている場合がある。患者が判断や選択に悩まないような指示的な支援が必要である。そして項目は少なく、簡潔かつ簡単に説明する。

- ① ゆとりを持つこと
- ② 支援しようと意気込むのではなく、聞くという姿勢でのぞむこと
- ③ 時間がかかることをあらかじめ承知しておくこと
- ④ どういう状況であろうとも自分のペースを守り、相手にかき回されないこと
- ⑤ 言葉遣いは丁寧に、しっかり話すこと
- ⑥ 否定、非難をしないこと
- ⑦ 説得、押しつけをしないこと

図8 薬剤師の心の準備

(3) 薬剤師が過保護になっている

薬剤師が過保護に扱いきすぎたことにより、電話の回数が増加することがある。その結果、薬剤師の負担が増加する。薬剤師がすべてをやってしまったらどうか。支援の目指すところは、自立である。患者の能力を十分使って、あるいは能力を伸ばすよう、引き出すように支援する必要がある。支援すればすぐにできるわけではないが、段階を踏んだり、何度も繰り返したり根気よく対応することが重要である。

おわりに

統合失調症は人格自体も変えてしまう場合もある。病気がそうさせて

しまい、本来のこの人はそういう人ではないことを薬剤師は理解しなければいけない。また、患者は病状が悪いときの記憶もある。その時の対応が後々の薬剤師の信頼につながり、患者の予後にも影響を及ぼす。反対に逆のパターンにもなり得る危険性も含んでいる。

本稿では統合失調症の服薬支援全般について述べた。薬局の薬剤師の方々の一助になれば幸いである。

参考文献

- 1) Morrison DP: Management of treatment refractory schizophrenia. Br J Psychiatry Suppl. 31: 15-20, 1996