日本臨床作業療法研究　No.9：24－28，2022　　ISSN：2188-8418

実践報告　Open Access

入退院を繰り返す双極性感情障害患者に対する服薬管理指導と退院支援

見形　紘子[1)]，兼田　絵美[2)]，真鳥　伸也[3)]，黒住　智子[4)]，
中島　龍彦[4)]，菅沼　一平[5)]，上城　憲司[4)]

1）国保野上厚生総合病院
2）東京医療保健大学
3）樋口病院
4）宝塚医療大学
5）京都橘大学

Key words：服薬管理，多職種連携，精神科作業療法

要旨：本報告の目的は，不眠による過量服薬のため入退院を繰り返す双極性感情障害患者（以下，A氏）を対象とし，作業療法士が関与した服薬管理指導と退院支援について報告するものである．A氏は，不眠及び不眠による過量服薬，夫への暴言等，排泄動作能力と活動性の低下が認められたため入院となった．入院治療によって３ヶ月後にはすべての課題が改善した．次に服薬管理指導は多職種連携にて行い，作業療法士は服薬管理方法の修正のため薬箱・カレンダー式薬入れの作成を担当した．また，作成時には入院前の過量服薬時の思いを傾聴し，服薬の重要性を指導した．結果，病棟での服薬の自己管理が可能となったため，入院から５ヶ月で自宅退院となった．また，その状態は退院１ヶ月後も維持された．今回,作業療法士の役割は薬入れの作成であったが,作成中に服薬に関してディスカッションできたことは，A氏の服薬に対するアドヒアランスを向上させた可能性があると考える．

受付日：2022年４月20日　受理日：2022年５月19日　発行日：2022年５月30日

緒　言

2004年，厚生労働省[1)]は「精神保健医療福祉の改革ビジョン」において，精神障害者の医療は「入院医療中心から地域生活中心へ」の基本方針を示した．近年，この基本方針のもと立ち後れた精神保健医療福祉体系の再編と基盤強化が進められている．

精神科医療は薬物療法が中心となるが，退院後の再発を予防するためには良好な服薬アドヒアランスを得たうえで継続して服薬自己管理をすることが望ましい[2)]．

服薬アドヒアランス[3)]とは，「患者の服薬行動が医療従事者の提供した治療方針に同意し一致すること」である．永江ら[4)]は，精神看護における服薬アドヒアランスに関する文献研究において，抽出された53の文献のうち41件（77%）が服薬アドヒアランスの向上を目指した研究目的であり，心理教育プログラムを介入として用いたことを報告している．また，深瀬ら[5)]は，統合失調症を対象とした服薬意識調査を行い，服薬を自己管理した73.3%（11/15人）の患者の服薬アドヒアランスが高い状態ではなく，今後容易に自己中断に陥る危険性があったと報告している．このように服薬管理能力の維持には，服薬のアドヒアランスを向上させることが重要であることが示されている．また，精神科領域においては主に医師，薬剤師，看護師が中心に関与する報告が多い現状であった．一方，作業療法においては，服薬管理等の手段的日常生活活動（Instrumental Activities of Daily Living：以下，IADL）を多職種と連携して積極的に介入することで，病棟での生活課題解決や円滑な退院促進に寄与できると考えられる．

これまで，作業療法士が関与した服薬管理に関する事例報告については，高次脳機能障害者や，認知症高齢者などに対する報告は散見されるが，精神科作業療法において参画した報告は多くはない．

今回，不眠による過量服薬などの課題を呈した双極性感情障害の事例において，筆者ら作業療法士が他職種と連携し，服薬管理能力の改善にかかわり退院に至った事例を経験した．

本稿では，介入経過の中で，作業療法士が実施した服薬管理を目的とした作業療法の内容とその成果，及び他職種の中で担った役割について報告する．なお，対象者には，退院後に報告の趣旨を口頭で説明し同意を得た．

事例紹介

1．事例情報

1）氏名・性別・年齢：A氏，女性，70歳代
2）診断名：双極性感情障害
3）性格：社交的，几帳面
4）職業：事務職員
5）趣味：カラオケやウォーキング
6）家族構成：夫と二人暮らしであり，キーパーソンは夫（70歳代後半）である．娘が近隣に在住しており，副介護者としての役割を果たしている．

2．現病歴

X－10年，夫が定年退職した頃から一緒にいる時間が増えたことによるストレスが原因で不眠を訴えるようになった．X－7年，夫に対する暴力・暴言や家事の遂行も不可能となったため，当院を受診し，双極性感情障害の診断を受け入院となった．その後，入院すれば短期間で症状は安定するが，自宅退院後すぐに症状が再燃するため入退院を繰り返すようになった．

X年，訪問看護を利用し在宅生活を続けていたが，不眠及び不眠による過量服薬，夫への暴言・暴力，危険行為（畳を焼く），排泄動作能力低下，活動性が低下したため症状安定の目的で入院した．既往歴は，高血圧症と不眠症である．

3．生活歴

定年まで事務員として働き，その後は夫が定年するまで農業を手伝っていた．休日には自宅に友人を招きカラオケやウォーキングなど，社交的で活動的な生活を送っていた．

4．初期評価

初期評価は以下を実施した．認知機能評価としてN式老年者用精神状態尺度（Nishimura's mental state scale：以下，NMスケール）[6]，意欲の評価としてVitality index（以下，VI）[7]，日常生活活動（Activities of Daily Living: 以下，ADL）評価として機能的自立度評価法（Functional Independence Measure：以下，FIM）[8]，IADL評価としてIADL尺度[9]を用いた．

NMスケールは35/50点であり，家事･身辺，処理関心･意欲・交流，記銘・記憶の低下が認められた．VIは2/10点であり，起床，意思疎通，食事，排泄，リハビリテーション・活動に意欲の低下が認められた．FIMは102/126点であり，排尿・排便管理と社会的交流，問題解決能力の低下が認められた．IADL尺度は1/8点であり電話，買い物，食事の準備，家事，洗濯，移送の形式，服薬管理，財産取り扱い能力の低下が認められた．

作業療法初回面接では，一方的に話し始めまとまりがなかった．「オムツをつけて夜間は過ごしていた」「起きるのが面倒であった」「お父さんは自分の兄のことをよく思っていないから葬儀に行かなかった」「腹が立ったから火をつけたが冗談よ」と入院前の自宅での様子を話した．また，服薬については「（薬は）眠れないから飲む」「（薬は）自分で管理できる」と過量服薬の自覚はあり服薬アドヒアランスの意識は低かった．

入院前に問題となった不眠は改善傾向，暴言・暴力，危険行為は入院日から観察されていない．

5．経　過

1期（入院～1ヶ月）：薬剤調整と活動意欲向上を目的に関わった時期

入院後，薬物療法として抗うつ薬，抗不安薬，睡眠薬が処方された．入院前に認められた不眠時の過量服薬は服薬管理を看護師が行うようになったことで，夫への暴言・暴力，危険行為（畳を焼く）は環境が変わったことで入院を機に消失した．

入院1週間後，医師の指示により活動性，排泄動作能力の改善を目的とした作業療法が開始となった．作業療法士との初回面接では落ち着かない様子であり，「何もできない」と話した．作業療法では活動性や意欲の向上を図ることを目的に病棟レクリエーション，自宅で行っていたビーズ手芸から開始することとした．また，排泄に関しては移動能力の低下が懸念されたため，トイレに近い病室へ居室を変更し，看護師と連携して自力で排泄が可能になるように対処することとした．なお，この時期の服薬管理は看護師が行ったため，作業療法士は介入していない．

2期（入院1～3ヶ月）：服薬管理導入に向けての準備の時期

作業療法（週5日間）には，ほぼ毎日参加できるようになった．活動内容は病棟レクリエーション，ビーズ手芸に加え，自宅復帰を意識してもらうために自宅で使う暖簾作り等の創作活動のグループに参加を促した．排泄動作は作業療法に参加するようになり活動性が向上したこと，病棟での環境調整を行なったことにより夜間も含め自立となった．不眠については週に数回訴えが続いた

ため，看護師から医師に状況を伝え睡眠薬の調整が行われた．

入院から２ヶ月後，はじめて自宅外泊を行い，A氏は「外出して良かった」と話した．

入院から３ヶ月後，入院時の不眠等の症状が改善傾向を示していることから，医師，看護師，作業療法士，精神保健福祉士による退院支援カンファレンスを行った．退院カンファレンスでは，これまで退院後約１年経過した後に過量服薬を起こすことが数回繰り返されていたため，今回は退院に向けて服薬管理指導を重点的に行うこととした．

３期（入院３～５ヶ月）：作業療法で服薬管理にかかわった時期

退院支援の一環として多職種連携による服薬管理指導を行うこととした．１日分の管理から始めることで作業療法士，看護師，医師で確認し，工程については，従来から病棟で行われている看護師が作成した服薬ステップ工程表を用いた．作業療法士は，管理で使用する薬箱の作成に関与した．

服薬管理の工程は，①A氏が２週間分の処方薬を１日４回分（朝食後，昼食後，夕食後，寝る前）毎に分け，袋に日付と飲む時間を記入する，②１日分の処方薬を専用の薬箱（図１）に入れ時間帯毎に自分で服用する，③服用後は空袋を薬箱の元の位置に戻す，④夕食後看護師とともに空袋の数で服用の確認をする，⑤看護師より翌日１日分の処方薬を受け取り薬箱へ入れる，とした．

作業療法士は作成した薬箱を用いて，A氏が服薬管理の工程をスムーズに遂行できるように繰り返し練習を行った．

作成中の面談では，「眠れないから薬に頼ってしまった」「次の日は余計にしんどかった」と話し，「だめなことはわかっている」と内省する発言も聞かれた．また，入院中の睡眠や気分の安定は，薬物療法の効果であることを伝えた．

服薬管理指導を２週間実施した結果，飲み忘れなく経過した．そのため１日分の薬箱から14日分のカレンダー式薬入れに管理方法を変更した．A氏は「これ（市販のカレンダー式薬入れ）は，大きくて家に友人らが来た時に恥ずかしい」と話したため，コンパクトな服薬カレンダー（図２）を作業療法時に作成することとした．

作成時には「わからなくなって飲みすぎた」と話したため，退院後は訪問看護スタッフや夫に相談すること，服薬管理が難しくなると自宅での生活リズムが崩れ再入院の悪循環に陥る可能性が高くなることを指導した．

また，面会の際には夫にも服薬カレンダーの使用方法を説明し，飲み忘れや飲み過ぎた時には優しく声かけすること，調子が悪い時は活動を促し過ぎないよう注意すること，行動障害等の対処方法のアドバイスを行った．

自作のカレンダー式薬入れを用いた服薬管理指導は７日分から始め，看護師の確認は１週間毎に変更した．その後も継続して服薬の自己管理が可能となったため，入院から５ヶ月後に自宅退院となった．

６．最終評価

NMスケールは35点から49点となり，家事・身辺，処理関心・意欲・交流，記銘・記憶の改善が認められた．VIは２点から10点となり，起床，意思疎通，食事，排泄，リハビリテーション・活動に意欲の改善が認められた．FIMは102点から120点となり，排尿・排便管理と社会的交流，問題解決能力の改善が認められた．IADL尺度は１点から７点となり，電話，買い物，家事，洗濯，移送の形式の改善が認められた．

入院理由であった不眠，夫への暴言・暴力，危険行為（畳を焼く），排泄動作能力低下，活動性の低下はすべて消失及び改善した．

過量服薬については，面談により意識の変化が認められ，自作のカレンダー式薬入れを用いることで自己管理

図１　薬箱

図２　カレンダー式薬入れ

が可能となった．

入院による薬物・非薬物療法及び多職種連携による服薬管理指導によって，入院から５ヶ月で自宅退院を果たした．

退院１ヶ月後，夫に確認するとカレンダー式薬入れを利用し，少しの援助で服薬は自己管理できているとのことであった．また，訪問看護師からは，不眠はあるが頓服薬で調整できていること，服薬に対する意識の変化があり過量服薬はないこと，夫は優しく声かけできており夫婦関係は良好であることの報告を受けた．

考　察

１．服薬管理指導について

今回，作業療法士として不眠による過量服薬のため入退院を繰り返す双極性感情障害患者に対する服薬管理指導に関与した．

A氏が入退院を繰り返す理由は，睡眠薬を中心とした服薬の自己管理ができないこと，キーパーソンである夫の支援が受けられないほど家族関係が悪化していたこと等が挙げられた．そのため今回の入院治療に関しては，症状の安定を早期に図り自宅での服薬の自己管理支援を行うことが課題であった．坪井ら[10]は，通院患者226名を対象に服薬アドヒアランスに影響を及ぼす因子に関する調査を行った．その結果，73%の患者が「総合的に薬を指示通り服薬できている」と回答したが，その73%中13.9%の患者が「週に１－２回程度は飲み忘れる」と回答した．また，山本ら[11]は，通所患者57名を対象に服薬アドヒアランスの調査を行い，記憶，ソーシャルネットワークに有意な関連が認められたと報告している．このように服薬の自己管理には服薬アドヒアランスへの理解が重要であり，その向上には，薬についての説明を繰り返し行い治療への理解を促すこと，飲み忘れを改善する工夫，ソーシャルネットワークを機能させることが必要であると考えられる．

今回，作業療法士の役割は，薬入れの作成であった．この作業活動を通して，過量服薬の思いや内省が聞き取れたことや，作成した薬箱を用いて服薬管理の工程を練習できたことは，A氏の服薬に対するアドヒアランスを向上させた可能性があると考える．また，精神科作業療法では，集団活動でのプログラムが診療報酬上多く，今回のような個別ケースでの服薬管理及び服薬アドヒアランスを行えたことは，精神科作業療法の発展に寄与すると考える．

今後は，服薬アドヒアランスに関する客観的評価を行い，作業療法士として服薬管理指導に関与することの有用性について検討する必要がある．

２．退院支援について

退院支援については，入院前の夫への暴言・暴力，危険行為に着目し，A氏の生活機能への介入と並行し，家族支援も実施した．

生活機能については，服薬管理指導等の介入の影響もあり，精神状態，意欲，ADL，IADLの改善が示され，退院できる状態となった．

家族支援については，夫に対して服薬カレンダーの使用方法を説明しながら服薬管理と服薬支援の具体的な方法，行動障害等の対処方法のアドバイスを行った．中添ら[12]は，精神障害者退院促進支援事業に携わった関係者131名を対象に調査を行った結果，支援内容は「不安の相談」が多く，利用者だけでなく家族等の支援が必要であると述べている．また，酒井[13]は，双極性障害患者家族の介護負担に関する文献研究を行い，疾患や症状についての正しい知識，症状による行動への対処方法に関する情報，同じ体験をもつ家族との体験の共有などを行う家族支援プログラムは有用であると報告している．

今回の家族支援は十分に計画された介入ではなかったが，夫が「服薬管理がうまくいかなくなると症状が再燃すること」を理解していたため，服薬カレンダーの利用に大変協力的であった．服薬の自己管理には服薬アドヒアランスの向上は不可欠であるが，その継続には当事者のみの努力だけでは限界がある．そのため退院支援においては，入院理由をアセスメントし家族とともに同じ失敗を繰り返さない対策の立案や，心理教育等を用いた家族支援のプログラムが必要であると考える．

文　献

１）厚生労働省：精神保健医療福祉の改革ビジョン（概要）．https://www.mhlw.go.jp/topics/2004/09/dl/tp0902-1a.pdf.（参照 2021-04-16）
２）玉地亜衣，酒井明，佐藤素子，池間有紀子，松崎清秀，他：精神科病院における患者の服薬アドヒアランス向上に向けた薬剤管理指導業務の構築．YAKUGAKU ZASSHI 130：1565-1572，2010
３）WHO: ADHERENCE TO LONG-TERM THERAPIES: EVIDENCE FOR ACTION. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42682/9241545992.pdf.（参照 2021-04-16）
４）永江誠治，花田裕子：精神科看護における服薬アドヒアランス研究の現状と課題．保健学研究22：41-50，2009
５）深瀬正明，源元祥子，森田公美子，森川知子：統合失調症患者の服薬意識調査．Global Institutional repository of Nara medical University 40: 142-147, 2015
６）小林敏子，播口之朗，西村健，武田雅彦：行動観察による痴呆患者の精神状態評価尺度（NMスケール）および日常生活動作能力評価尺度（N-ADL）の作成．臨床精

神医学17：1653-1688，1988
7）Toba K, Nakai R, Akishita M, Iijima S, Nishinaga M, et al: Vitality Index as useful tool to assess elderly with dementia. Geriatric and Gerontology International 2: 23-29, 2002
8）千野直一，椿原彰夫，園田茂，道免和久，高橋秀寿：脳卒中の機能評価-SIASとFIM［基礎編］．金原出版，東京，2012
9）Lawton MP, Brody EM: Assessment of Older People: Self-Maintaining and Instrumental Activities of Daily Living. Gerontologist 9: 179-186, 1969
10）坪井謙之介，寺町ひとみ，葛谷有美，水井貴詞，後藤千寿，他：服薬アドヒアランスに影響を及ぼす患者の意識調査．医療薬学38：522-533，2012
11）山本知世，百田武司：在宅高齢脳卒中患者の服薬アドヒアランスと高齢者総合的機能評価との関連．日本看護研究学会雑誌41：741-751，2018
12）中添和代，近藤静江，藤岡邦子，林公子，松本幸子：精神障害者の退院促進に向けた支援体制づくり．香川県立保健医療大学紀要 4 ：91-97，2007
13）酒井佳永：双極性障害患者を介護する家族が体験する介護負担に関する文献的研究．跡見学園女子大学文学部臨床心理学科紀要 1 ：107-119，2013

©日本臨床作業療法学会