

医薬品情報を解析する立場からみた医療意識の社会的側面

非常に毛色が変わったテーマで、なかなかこういうものを発表する場がありませんでした。この機会を与えていただきましたファイザーヘルスリサーチ振興財団に、心から御礼申し上げます。

この調査研究は、福岡県と久留米市の保健衛生部からの委託調査研究の一部で、数年間に亘って続けて来た内容です。残念ながら何分素人の集団でやりましたもので、なかなかまとまった内容、あるいは明確な結果が得られていない点、先生方にはご了承くださいたいと思います。

医療サービスの中でも重要な位置付けの一つと考えられる、精度の高い医薬品情報の授受伝達というのは、お医者さん、看護婦さん、私共薬剤師などのみならず、広い意味での医療従事者である医薬品メーカーやその流通部門のMR、MSにも求められているのは、周知の通りです。しかしながら、長年を経た情報伝達機能への慣れ、あるいは画一化によって、ある場合には患者さんが理解されていることかもしれませんが、多くの医療従事者の理解が得られているとは必ずしも言い難く、その理解度に大きな開きがあります。そこで医薬品情報を患者さんに提供する際にどのような問題点が生じているのか、そういう点での医療意識を検索するために行なった調査研究の一部をご紹介します。

最初のスライド1をご覧ください。

既に先生方ご承知のように、アメリカでは患者さんの満足度の基準というものが設定されています。今さら申し上げることもありませんが、この調査研究をやっていく際の一つのポイントになったのは、アメリカでは医薬分業がほぼ100%であり、処方箋が院外処方として出ているわけです。個々の内容の大部分が、いわゆる入院の患者さんに対するアセスメントからきていることも考え、また今後日本においても院外処方が更に拡大することを考えて、まず外来の患者さんに対するアセスメントをやってみようというきっかけになったスライドです。

スライド2は私が勤めておりました久留米大学病院の旧い外来の一部分です。



岡野 善郎 先生
徳島文理大学薬学部教授

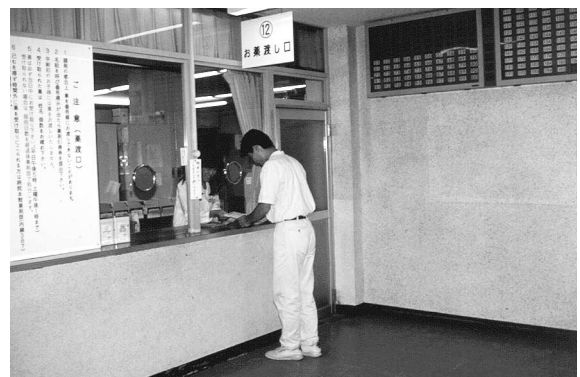
スライド1

米国にみる“患者の満足度”基準

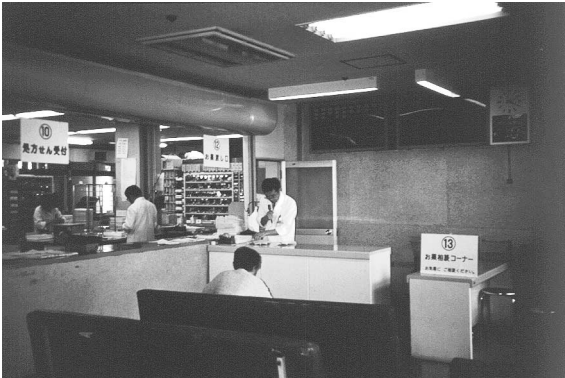
- 一、患者のプライバシー
- 一、家族との連絡
- 一、入院中の不便さへの思いやり
- 一、環境の明るさ
- 一、ナースコールへの対応

* ソフト、心理的な面に重き

スライド2



スライド3



一方スライド3は約7、8年くらい前の外来です。こういう環境で調査をやりました。現在はもう少しきれいになっているようですが、多くの病院で現在採用されているオープンカウンター形式になっており、右方の「お薬相談コーナー」で、出来るだけ自然に医薬品情報に関する質疑応答をやり取りしていました。

「医薬品情報を解析あるいは提供する立場からみた医療の社会的側面」(スライド4)ということで、“効率の良い医療サービスをするためには”という逆説的な問題提起を出し、具体的には絞り込んで“精度の高い医薬品情報の授受伝達をやるためには”としました。

結果を先にある程度想定した中で、調査研究の対象を、一応服薬説明の充実に絞り込みました。私の心情として、どうしても服薬指導という言葉に抵抗がありますので、以後はすべて服薬説明ということにさせていただきます。

それともう一つ、薬物相互作用ということが最近色々な医薬品の間で問題になっています。そのことが何かきっかけになるようなことはないかということで、これは全く別個に、将来のことを見据えて調剤薬局の窓口での調査をおこないました。どのような問題点があるのかということのを少しでも拾い上げることができれば、ということにした訳です。

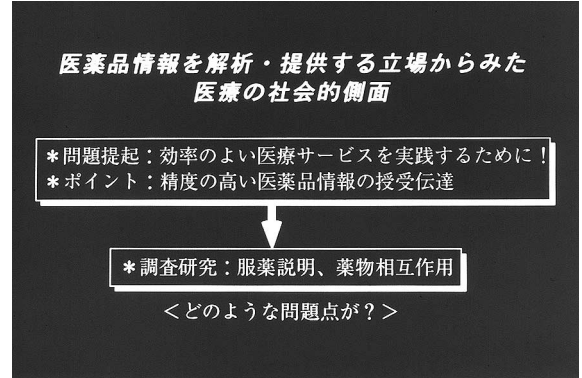
スライド5をご覧ください。

基本的な概念として、医薬品情報については先生方はご理解されていると思います。スライドに示したように、患者さんのための医薬品情報、また医療従事者間の情報伝達の一面としての医薬品情報でもあると考えています。

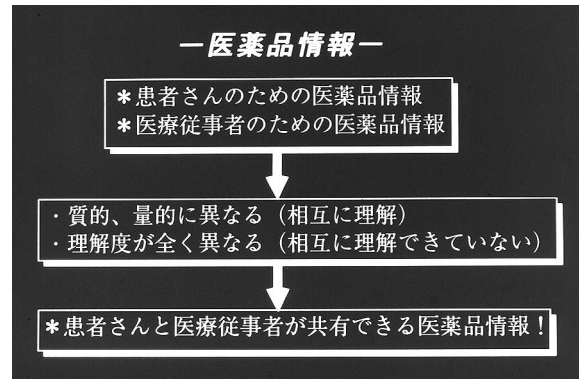
図の中央の、質的にも量的にも異なるということは、特に医療従事者は患者さんに対する医薬品情報についてどれだけ詳しいことをやったとしても、相互の理解度は全く異なっているのではないかと考えました。

そこで目標としては、患者さんと医療従事者が共有できるような医薬品情報とはどういうものか。そういうものに近づきたいという意識を持った訳です。

スライド4



スライド5



そこで(スライド6) 病院薬剤部外来での服薬説明を実際にやってみて、データを得ました。

自宅とか勤務先、あるいは学校での服薬の実態、院外処方への対応、それからノンコンプライアンスの軽減策。こういう動機付けもあったわけですが、外来での服薬説明によるフォローができないものかと、再度最初の問題提起に立ち戻って考えてみました。

具体的な対応策として、一つは服薬説明だけではどうなのか。次にパンフレットの配布のみではどうなのか。さらに、服薬説明+パンフレットの配布により何か良いものが得られるかもしれない、という予測を立ててみた訳です。

スライド7は調査内容ですが、大学病院での外来での初診時と再来時の患者さん(出来るだけ同一の患者さん)で、対象は内科と眼科の重複受診をされている方。年齢は50代から60代に自然と落ち着きました。約100名程度の患者さんで、方法は聞き取り法。白衣を脱いで、窓口で薬剤師とお医者さんで担当しました。薬剤師は病棟業務の経験を持つという条件を一つ加えました。期間はそれぞれの項目約1ヶ月間。内容については、散剤と点眼剤の両方について服薬説明を行うということです。

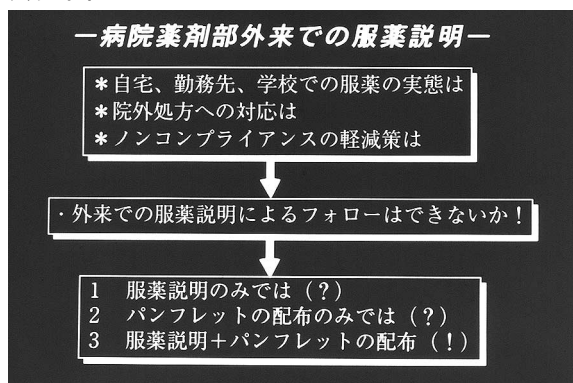
スライド8はそのとき服薬説明に使ったパンフレットです。点眼剤ないしは眼科用剤については別のパンフレットを使用しています。

ここで結論を先に出しておきますと、こういうパンフレットではまだ問題があります。字が多すぎる。字が細かい。やはりもっと大きい字、もしくは図示しなくてはダメだということ。こういう手合いでは患者さん側には理解いただけないという結論です。

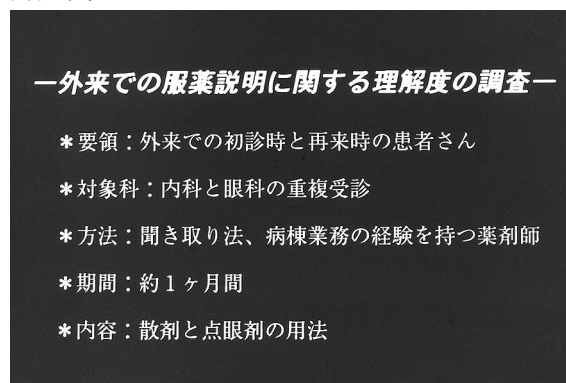
スライド9が今回の調査結果の一覧ですが、初診時と再来時に分けて書いています。

図が3段になっていますが、1番と2番の服薬説明またはパンフレットのみを実施あるいは配布した患者さんは、別々の患者さんです。3番の服薬説明+パンフレットについては、1番と2番の患者さんより集めたデー

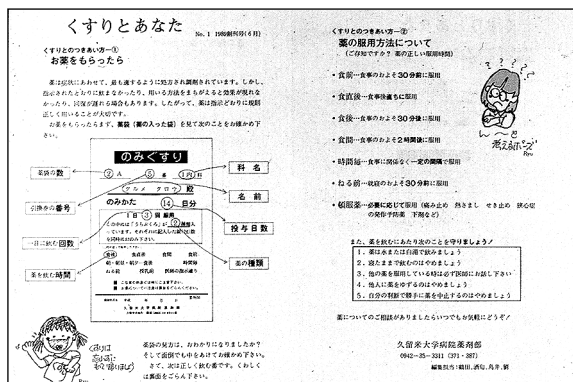
スライド6



スライド7



スライド8



スライド9

—調査結果—

	初診時	再来時
1 服薬説明のみ実施 読んだ	理解できた (6.0%)	5%
	・内容を覚えていない ・聞きたくない × - 今日も聞く 理解できなかった (4.0%)	4.4%
		5.5%
2 パンフレットのみ配布 読んだ	理解できた (1.5%)	5%
	×・理解できなかった (8.5%)	9.5%
3 パンフレット配布+服薬説明実施 読んだ	○・理解できた (3.0%)	3.5%
	×・理解できなかった (7.0%)	6.5%

* 読まなかった

－ 3 パンフレット配布＋服薬説明－

* 読まなかった 70%

- ・ 患者さん側の社会教育の不十分さと医療従事者のそれらに対する認識不足が相乗的に露呈した結果であろう！
- ・ パンフレットを読み、服薬説明を理解できたこととノンコンプライアンスの是正とは、必ずしも同期しないことも多い！
- ・ 内容と読みやすさの工夫および根気強い継続した服薬説明が望まれる！

－薬物相互作用とくすりの飲みあわせ－

- * 医療従事者・学生、医師、看護婦、薬剤師、あるいはMR、MS間でその理解度に大きな違いがある！
- * また、医療従事者の「薬物相互作用」的説明と患者さん側の「くすりの飲みあわせ」的な認識の間には、大きな隔たりが認められる！
- * 調剤薬局での服薬説明に関する調査
 - ・ 薬物相互作用の理解が困難な症例に遭遇している
 - ・ 薬物相互作用の説明を聞き、服薬を中断、説明がないと服薬を再開する症例
 - ・ 患者さんと付き添いの家族間で理解を異にし、ノンコンプライアンスを示した典型的な症例
- ・ 服薬説明、特に薬物相互作用の説明時には、患者さんの医療意識・理解度を推し量ることが重要である！

夕と考えてください。

最初に、服薬説明のみの患者さんに、初診時に理解できましたかと聞いてみると、60%の人が理解できたと答えたので、もう大体これで終わりかな、この調査研究の意味も無くなったかなと、思いました。ところが、再来時に同じ患者さんに内容を覚えていますかと聞いたら、5人くらいがうる覚えと答え、あとの90名の人は聞きたくない、今日も聞くということで、最初の60%が理解できたという数字がいかにも嘘っぽいものであったかが、再来時にはっきりしたということです。

もう一つのパンフレットのグループでは、読んだ患者さんが15%程度。まあ仕方がないかな、これはパンフレットそのものに問題があるという結論を出しました。

3番目のパンフレット＋服薬説明を並行して行なうグループについては、実際にパンフレットを読んでいた患者さんが30%程度。少しは読んでいただくようになったと思っただけでしたが、実はまた問題が出てきました。理解できたという患者さんがその中で35%のみでした。

ここらあたりが結論と思います。相当工夫して読みやすいパンフレットを作らない限りダメである。また服薬説明というものも、相当難しい内容とかあるいは患者さんにひっかかるような内容も全くダメである。内容とかあるいは話し方について相当考えていかないと、なかなか%をあげることは難しいということです。

また、読まなかったという70%についても次のようなことを考えてみました(スライド10)。つまり、この解釈としてはまず、失礼な言い方ですが、患者さん側の社会教育の不十分さ。しかしそれよりも問題点は、医療従事者のそれらに対する認識不足。これらが相乗的に露呈してしまったのではないかと。それともう一つ注意しなければいけないのは、パンフレットを読んでもらい、服薬説明を理解できたとしたとしても、ノンコンプライアンスが是正される、あるいは是正できるということとは、必ずしも同期しないことも多いということです。ゆえにこれで十分だと考えていくと、また大きな落とし穴にはまる可能性があると思います。

先ほど申し上げましたように、内容と読みやすさの工夫、及び根気強く継続した服薬説明が望まれるというのは、もう、いつも皆さん方が考えておられる通りだと思います。

さて、もうひとつのテーマである薬物相互作用と薬の飲み合わせについて(スライド11)

薬物相互作用というのは、メーカーの方を含めて医療従事者の使う言葉ですが、患者さんは「薬の飲み合わせ」という意味合いで理解されているようです。ここで申し上げたいのは、薬物相互作用が薬の飲み合わせということ中途半端に理解した患者さんに、比較的ノンコンプライアンスが多いということです。

スライドの中段に書いていますが、薬物相互作用の説明を聞いた時のみは服薬を自己判断でやめるが、説明がないと服薬を再開するというような症例に何例も遭遇しています。それから患者さんと付き添いの家族の間でその理解を異にして、ノンコンプライアンスを示す。例えば患者さんは飲み合わせがあるから飲まない、同時に家族の方は注意すればよいという理解が、ノンコンプライアンスに結びついた、典型的な症例も出てきた

ということです。

スライド12はもう一つのテーマである医療意識の変化がどのように表われているかを示したものです。福岡県の久留米市の市民を対象にした健康講座を、医師会、歯科医師会、薬剤師会、それから行政の協力で行ったものです(現在も続いています)が、この特徴は、講演が60分、質問時間を30分設定しているということです。この質問時間30分というところに、工夫がなされています。

ここで気になったのは質問の内容です。これを医療意識と考えていいか難しいところですが、1993年頃に副作用の質問が少し始め、1994年になると医療や薬に対して非常にネガティブな意識を示すような質問が続出してきました。1995年には副作用に質問が集約されてきました。具体的には、自分は副作用がいやだからもう病院あるいは診療所に行かない、あるいは実際にノンコンプライアンスをやっているということ、そういう質問の場を利用して展開する患者さんが増えてきたという点です。

スライド13は、患者さんに対してどのような医療教育が必要なのか、医療従事者の社会教育 特に薬剤師、MR、MSを含めた社会教育が果たして十分であるかということを考えてまとめたものです。

結論として(スライド14) 今回の調査研究の小括として、医薬品情報を提供する側の意識が患者さん側の医療意識に如何に近づくかが1つのポイントであることを示唆しているものと考えます。

スライド12

— 患者さん・一般市民の医療意識の変化! —

- * 福岡県久留米市の市民を対象とした公開講座
 - ・くろめ市民健康講座を医師・歯科医師・薬剤師・栄養士・市職員が疾病・医薬品・公衆衛生などに関して講演60分、質問45分を担当する。
- * 質問内容(医療意識)の変化
 - ・1993年:健康一般論、効くか・効かないか
副作用への危惧が見え隠れし始める!
<知識獲得型>
 - ・1994年:副作用、民間療法
医療や薬に対してnegativeな意識が出ている!
 - ・1995年:副作用に集約
副作用の回避方法として受診拒否・ノンコンプライアンスを患者さんが明確に意識する!
<不安告知型>

スライド13

— 医療教育と社会教育 —

- ・患者さん、一般市民:医療教育(-)
社会教育(+)
- *情報の入手手段は新聞・雑誌・テレビなどの媒体
-
- ・医療従事者(学生、医師、看護婦、薬剤師、MR、MS)
:医療教育(+)
社会教育(+、-)
- *教育手段は高度かつ専門的

スライド14

— 結 論 —

* 今回の調査研究の小括として、医薬品情報を提供する側の意識が、患者さん側の医療意識に如何に近づくかが1つのポイントであることを示唆しているものと考えます!

質疑応答

Q： 実は私は、精神科の患者さんに対して病名を告知したり、治療内容を説明したりということについて、調査研究をしております、その観点から薬剤の効用、副作用等について説明し知識をお教えするということに対して、大変深い感銘を受けました。

ただこれは質問というかコメントになってしまうのですが、これは私の印象では、医療関係者が時々ひょっとして、目の前にいる患者さんや患者さんのご家族について、我々と同じような知的能力があるのは当然なのですが、同じような心理的状态で説明を聞いているものであると、誤解をしているのではないかという気がするんです。

実は私のよく知っている精神科医がおりまして、彼のお義母様が70前後の方で、ある臓器の癌になり、それを手術で治療することになった。で、一緒についてきてくれということで、その精神科医と一緒に行って説明を受けた。外科の医者がわかりやすく説明して、傍で聞いたらこれは素人でもよくわかる。はっきりと日本語で癌ですという説明をして、今切らないとこうなりますという転帰や予後の説明をして、そして患者さんご本人、つまり彼からすると義理のお母さんが、よく分かったと。それで、手術を受けますと言って同意書にサインをした。しかし帰る道々、彼の義理のお母さんが、「私は癌じゃないのよね。このまま放っておくと癌になるから切ることなのよ。」と信じきっておられるんですね。

人間の理解力というのはやはりそういうものではないのだろうか。重症な病気であればあるほど、ご本人の心理状態というのは、決してその説明を冷静な気持ちで聞き入れられる状態ではないのではないのか。ですから薬剤の説明をなさるときにも、その場の患者さんの心理状態をある程度勘案していただかないと。言葉ではわかっているんですが、5分後にはご本人がわかっているけど否定してしまうという奇妙な現象が起きて、それでさっきの表の中で聞きたくないとおっしゃっている方がいるわけですね。

本来のインフォームドコンセントの考え方であれば、聞きたくないはずはなくて、もっと教えると言うはずなんですが、ではなぜ聞きたくないとおっしゃるのか。そこらへんを現場におられる方がどういう技術でその垣根を取り払うか、そこらへんの技術開発を我々がもっとしなければいけないのではないのか。

ですからこれは質問というよりは、むしろ我々全体としての取り組むべき方策として何かないのだろうかというコメントになってしまうんですが、一言述べさせていただきました。

A： 基礎研究にもう一度立ち戻って取り組んでみようと思っています。

例えばお酒をよく飲んでおられる患者さん、それから時折飲む患者さん、泥酔するほど毎日飲む人、あるいはヘビースモーカー、ノンスモーカーなどの患者さんで、実際に2剤の薬物で相互作用を認められている例で、どのように症状となって現われるかということを調べていきたいと考えています。私が申し上げたのは物理的な面からですが、先生のおっしゃった心理的な面でも同じようなことが考えられると思います。

具体的には行動薬理学的なアプローチをしようか、それとも電気生理学的なアプローチで2剤ないしは3剤の薬物相互作用のアプローチから入っていかうかと、今考えているところです。先生のアドバイスを参考にさせていただきたいと思います。