

# 印刷用表紙

1. タイトル	小児精神科における母親の服薬アドヒアランス指標開発の 試み
2. サブタイトル	
3. キーワード	アドヒアランス, 尺度, 精神, 子ども, 母親
4. 研究者名	永江誠治
5. 共同研究者	本田純久, 花田裕子
6. 所属施設名	長崎大学大学院医歯薬学総合研究科
7. 図表添付数	図 点 / 表 5点
8. 連絡先	〒852-8520 長崎県長崎市坂本 1-7-1 長崎大学医学部 保健学科  TEL/FAX 095-819-7915 E-mail m-nagae@nagasaki-u.ac.jp

## I. はじめに

精神科において、薬物療法は治療や症状管理の主体であり、退院後も継続的な治療が必要であることから、服薬アドヒアランスは非常に重要である。しかし精神疾患は認知に障害をきたしやすい疾患であり、病識をもちにくい疾患でもあるため、症状が鎮静化すると治療の必要性をより感じにくくなり、自己判断で治療を中断してしまうことが少なくない。そのため、現在精神科では、患者のアドヒアランス向上に向けた取り組みが様々な形で実施されている。服薬アドヒアランスの評価法について Kane<sup>1)</sup>は「セルフレポート」「ケア提供者レポート」「臨床家の評価」「ピルカウント法」「電子モニタリング (MEMS)」「血中濃度」の6種類に分類しているが、精神科におけるアドヒアランスの概念の普及に伴い、服薬に対する態度や患者のウェルビーイングに焦点をあてた介入や評価が注目されている<sup>2,3)</sup>。

近年では、発達障害や子どものうつ病を中心に、児童・思春期を対象とした精神科医療の需要が高まってきている。日本で行われた調査によると、傳田<sup>4)</sup>は、子どものうつ病の有病率について、小学生で1.0%、中学生で4.1%ということ明らかにしており、Nishidaら<sup>5)</sup>は統合失調症の前駆症状である精神病様症状体験を体験している子どもが、中学生に15.2%いることを明らかにしている。米国児童青年精神医学会では、うつ病の児童には認知行動療法を、青年には認知行動療法+SSRIを治療の第一選択肢としており、日本でも18歳未満に対する精神科治療において薬物療法は欠かせない。精神科におけるアドヒアランス研究で対象者を18歳未満としている研究は少ないが、伊藤ら<sup>6)</sup>は怠薬がきっかけで思春期病棟に再入院してきた中1～高3の7名を対象とした聞き取り調査にて、ほとんどのケースが薬を飲む理由を知らず、服薬に関する脅し的な説明や態度を、親や医療者から受けていると感じていることを明らかにしている。子どもの服薬管理において、阿部<sup>7)</sup>は、親の薬物療法に対する考え方が年少児の治療に大きな影響を与えることを指摘している。また、竹内ら<sup>8)</sup>は化学療法を受ける子どもの内服に対する母親の認識において、「母親の薬物療法に対する思い」が子どもの内服行動に影響を与えることを示しており、精神科の場合にはこれにスティグマの問題も加わるため、状況はより深刻だと考えられる。

子ども時期の精神症状と成人してからの精神症状の関連性も指摘されており、早期介入の観点からも、子どもを対象としたアドヒアランス研究が大きな課題になると考えられ、その際には、母親への介入が必須だと考えられる。そのため、子どもが精神科の薬を服薬していることに対する母親の想いやアドヒアランスに焦点を当てた研究の発展が期待されている。

## II. 目的

本研究の目的は、精神科を受診している 18 歳未満の子どもを持つ母親の服薬アドヒアランス指標の開発と信頼性・妥当性を検討することである。

## III. 方法

### 1. 調査期間

2009 年 8 月から 9 月末

### 2. 研究協力者

A 県内の精神科または小児心療科に通院し、向精神薬の服用経験がある 18 歳未満の子どもを持つ母親 33 名とその子ども 33 名。

### 3. 調査用紙

対象者の特性については、年齢、精神科受診歴、向精神薬服薬経験、薬物療法による子どもの症状改善の実感、子どもの性別、子どもの年齢、子どもの処方内容に関して調査を行った。また、以下に記す 2 つの指標を調査で利用した。

#### ① 母親のアドヒアランス質問紙 (Mother's Adherence Questionnaire : 以下 MAQ)

アドヒアランス評価に広く使用されている DAI-10 日本語版<sup>9)</sup>を参考に、子どもが服用している薬について、母親の視点で回答できるような 10 項目を作成した。また、精神科看護師 3 名で、臨床経験から考えられるアドヒアランスに与える影響要因から 12 項目を作成し、これを加えた 22 項目の質問紙とした。試作した質問紙は、健康な児童期の子どもを持つ母親 3 名と精神科外来で薬物療法を受けている子どもを持つ母親 1 名に実施して、表現や構成の修正を行った。DAI-10 の評価方法に従い、服薬に対して肯定的な回答については +1、否定的な回答については -1 とし、それらを合計したものを得点とした。得点可能範囲は -22 ~ +22 点である。作成した質問項目と

各質問項目に対する肯定的な回答は表1を参照。

## ②日本語版スペンス児童用不安尺度（日本語版 SCAS）<sup>10)</sup>

この尺度は Spence<sup>11,12)</sup>により作成された Spence Children's Anxiety Scale: SCAS の邦訳版であり、児童の不安症状を測定するために作成された尺度である。SCAS は虚構項目である 6 項目を含む 44 項目からなっているが、この 6 項目を除いた日本語版 SCAS の信頼性と妥当性が石川ら<sup>10)</sup>によって確認されている。SCAS の翻訳版は多くの国で開発されているが、因子構造は各国によって異なっており、SCAS における得点報告は翻訳版での因子分析結果と原版の因子構造に基づく結果の両方について行われている。そこで今回の調査では、原版対応の「分離不安障害」「社会恐怖」「強迫性障害」「パニック発作・広場恐怖」「身体的危害恐怖」「全般性不安障害」の 6 因子 38 項目にて分析した。回答は四件法（「0：そんなことはない」「1：たまにある」「2：よくある」「3：いつもそうだ」）で求められ、得点可能範囲は、総得点が 0~114 点、「分離不安障害」「社会恐怖」「強迫性障害」「全般性不安障害」が 0~18 点、「パニック発作・広場恐怖」が 0~27 点、「身体的危害恐怖」が 0~15 点である。

## 5. データ収集

A 県内で子どものメンタルヘルスに関する外来医療を行っている、5 か所の医療機関にて調査を行った。主治医から研究者へ紹介された母親に対して、診察終了後にアンケート調査を実施した。SCAS は子どものアドヒアランス調査時に得られたデータを使用した。

## 6. 解析方法

まず、対象者の特性に関しては単純集計を行った。次に MAQ の各質問項目間におけるファイ係数を求め、Cronbach のアルファ係数を求めた。また、母子間のマッチングを行い MAQ と子どもの SCAS における Pearson の相関係数を求めた。さらに、MAQ を中央値で二分し、対象者の特性と MAQ の関連について  $\chi^2$  検定を用いて分析した。

## 7. 倫理的配慮

5 か所の医療機関の施設長と医師に、研究目的と倫理的配慮について口頭と文書で説明し、調査協力の同意を得た。本調査に協力可能で、本調査によ

る症状の変動や治療関係に問題が生じないと主治医が判断した母子に対して、研究目的と研究協力は自由意志であり断っても治療に影響しないこと、プライバシーの保護に配慮することを説明して書面で同意を得た。なお、本研究は長崎大学大学院医歯薬学総合研究科倫理委員会の承認を受けて実施した。

#### IV. 結果

協力の得られた 33 名のうち、欠損値のない 31 名を解析対象とした。

##### 1. 対象者の特性（表 2，表 3）

母親の年齢は 39 歳以下が 11 名，40-44 歳が 11 名，45-49 歳が 7 名，50 歳以上が 2 名であった。母親自身も向精神薬の服薬経験があるのは 31 名中 6 名，薬による子どもの症状の改善を実感しているのは 31 名中 24 名であった。子どもは男児 19 名，女児 12 名，小学生 10 名，中学生 15 名，高校生 6 名であった。服用薬剤は，抗精神病薬 8 名，抗うつ薬 16 名，中枢神経刺激薬 7 名，抗不安薬 3 名(重複あり)であった。

##### 2. MAQ の構造と信頼性・妥当性

MAQ の各項目間のファイ係数を求めたところ，表 4 の通りとなった。各質問項目は全て正の相関を示すことを想定していたが，項目 14（わたしは，子どもが薬をのむようになったのは自分のせいだと思う）は，21 項目中 18 項目において負の相関をしており，そのうち 3 つは  $-0.3$  以上の負の相関を示していた。MAQ22 項目における Cronbach のアルファ係数は  $0.72$  であり中程度の内的整合性が確認されたが，項目 14 を除いた場合のアルファ係数は  $0.76$  となり，より高い内的整合性が確認された。母親のアドヒアランスが低いほど子どもの不安症状が強いと考えられ，項目 14 を除いた MAQ21 項目と SCAS 総得点において相関係数を算出したが，統計的に有意な相関は確認されなかった（表 5）。しかし，仮説通り MAQ21 項目と SCAS の相関係数が負の値を示していたため，MAQ21 項目と SCAS の下位尺度との相関係数についても求めたところ，「パニック発作と広場恐怖 ( $-0.37, P=0.049$ )」「全般性不安障害 ( $-0.39, P=0.034$ )」との間に有意な相関がみられた。

##### 3. 対象者の特性と MAQ の関連

MAQ21 項目を中央値で二分したものと対象者の特性との関連を  $\chi^2$  検定により分析した結果，「母親も精神科受診経験がある ( $\chi^2 = 5.044, P = 0.033$ )」に

においてのみ有意な関連が見られ、「母親も向精神薬の服用経験がある ( $\chi^2 = 3.368, P=0.072$ )」については関連の傾向が見られたが、年齢や性別、処方内容、薬物療法による症状の改善の実感などについては有意な関連が見られなかった。

## V. 考察

小児精神科における母親の服薬アドヒアランス指標として自記式の質問紙 MAQ を作成した。項目 14 を除いた MAQ21 項目の内的整合性が確認されたことから質問紙の信頼性が確認されたため、臨床での応用も可能だと考えられるが、SCAS との間に十分な併存的妥当性を確認することはできなかった。対象数が不十分であることやケースのばらつきが原因だと考えられ、対象数を増やしてさらに調査することが必要だと考えられる。しかし、今回の調査において SCAS の下位尺度の一部との間に有意な相関が確認され、母親のアドヒアランスは「パニック発作と広場恐怖」「全般性不安障害」に分類される、子どもの不安症状の程度と関連していることが示唆された。

また、今回の調査では、子どもが服薬するようになったことに母親が罪悪感を持っている方がアドヒアランスが高くなるような結果となっていた。子どもの症状は、親のせいではなく病気によるものであり、薬物療法によって治療が可能であるという「知識」が、良いアドヒアランスの因子になっていると考えていたが、罪悪感があるゆえに藁にでもすがる思いで精神科に受診しているケースが多いのではないかと考えられた。罪悪感を抱えながら子どもを育てていくことは、母親にとっての精神的負担が大きいいため、母親に対する援助を行う上では非常に重要な情報であるが、母親の罪悪感が高いほどアドヒアランスが高くなるという質問項目は、母親のアドヒアランスを測る MAQ の得点としては相応しくないと考えられる。項目 14 は独立した項目として設定することが望ましいと考えられ、MAQ は項目 14 を除いた 21 項目とすることとした。

MAQ21 項目と対象者の特性との間では、「母親も精神科受診経験がある」と「母親も向精神薬の服用経験がある」において関連の傾向が見られた。スティグマは無知、偏見、差別という 3 つの問題からなりたっているとされている<sup>13)</sup>。精神科受診や向精神薬服用の経験がある母親は、そうでない母親と比べ、精神科医療に対するスティグマが少ないと考えられ、そのことが母親のアドヒアランスに影響しているのではないかと考えられる。また、今回の調査では、薬物療法による

子どもの症状の改善を実感している母親がほとんどであったにもかかわらず、MAQ との間に関連は見られなかった。「薬の効果」や「副作用」は、アドヒアランスの影響要因として様々な研究で明らかにされており、山本らの調査<sup>14)</sup>においても、抗菌薬の処方を受けた小児の保護者が薬に対して一番重要だと思うこととして挙げているのは「効き目(72%)」「副作用の少なさ(18%)」であった。精神科の薬の場合、これらのバランスが山本らの調査と異なることは考えられるが、「薬の効果」と母親のアドヒアランスが関係していないとは考えにくい。これもケースの少なさや対象のばらつきが原因と考えられ、さらなる調査が必要であると考えられる。

## VI. 結論

1. 項目 14 を除いた MAQ21 項目の構造および信頼性が確認され、臨床での応用も可能だと考えられる。
2. 併存的妥当性や独立因子との関連についてはケースを増やして、さらなる調査を行うことが必要。
3. 母親のアドヒアランスは、母親自身の精神科受診経験との間に有意な関連が見られ、向精神薬の服用経験との間に関連の傾向が見られた。

本研究は、平成 20 年度～22 年度科学研究費補助金若手研究(B)(課題番号 20791769)の助成を受けて行った研究の一部である。

## VI. 引用文献

- 1) Kane JM : Review of treatments that can ameliorate nonadherence in patients with schizophrenia. *J.Clin.Psychiatry*, 67(Suppl.5), 9-14, 2006.
- 2) 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), P995-1003, 2007.
- 3) Karow, A., Czekalla, J., Dittmann, R.W. et al : Association of Subjective well-being, symptoms, and side effects with compliance after 12 months of treatment in schizophrenia. *J.Clin.psychiatry*, 68(1), 75-80, 2007.
- 4) 傳田健三 : 児童・青年期の気分障害の診断学-MINI-KID を用いた疫学調

- 査から-. 児童青年精神医学とその近接領域, 49(3): 286-292, 2008.
- 5) Nishida A, Tanii H, Nishimura Y et al: Associations between psychotic-like experiences and mental health status and other psychopathologies among Japanese early teens. *Schizophrenia Research*, 99, 125-133, 2008.
- 6)伊藤信幸・齋藤加奈子・本多玲奈, 他: 思春期患者の服薬中断に至るきっかけ:退院後服薬コンプライアンスを低下させる要因について, *日本精神科看護学会誌*, 44(1), 368-371, 2001.
- 7)阿部隆明:子どもの精神医療とくすり. *こころの科学*, 143, 98-105, 2009.
- 8)竹内幸江・内田雅代・平出礼子, 他: 化学療法を受ける子どもの内服に対する母親の認識. *長野県看護大学紀要*, 3, 51-59, 2004.
- 9)宮田量治・藤井康男・稲垣中, 他: 精神分裂病患者への薬物療法とクオリティ・オブ・ライフ(その1)薬に対する構えの調査票(Drug Attitude Inventory 日本語版)による検討. *精神神経学雑誌*, 98(12), 1045-1046, 1996.
- 10)石川信一・大田亮介・坂野雄二: 日本語版 SCAS (スペインス児童用不安尺度) 作成の試み. *早稲田大学臨床心理学研究*, 1(1), 75-84, 2001.
- 11)Spence SH: Structure of anxiety symptoms among children: A confirmatory factor analytic study. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 280-297, 1997.
- 12)Spence SH: A measure of anxiety symptoms among children. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 545-566, 1998.
- 13)Thornicroft G, Brohan E, Kassam A et al: Reducing stigma and discrimination: Candidate interventions. *International Journal of Mental Health Systems*, 2, 3, 2008.
- 14) 山本修也, 相田有美子, 小林悠子, 他: 小児の服薬に関する保護者の認識-抗菌薬を中心に-. *新潟県厚生連医誌*, 15(1), 13-17, 2006.



表 1 . 母親のアドヒアランス質問紙 (MAQ)

			+1となる回答
1. 子どもの飲んでいる薬は、良いところが多くて、悪いところが少ない	そう思う	そう思わない	そう思う
2. 子どもは、薬を続けていると、動きがにぶくなって調子が悪い	そう思う	そう思わない	そう思わない
3. 薬を飲むことは、子どもが決めたことだ	そう思う	そう思わない	そう思う
4. 薬を飲むことは、わたしが決めたことだ	そう思う	そう思わない	そう思う
5. 子どもは、薬を飲むと、気持ちがほぐれるようだ	そう思う	そう思わない	そう思う
6. 子どもは、薬を飲むと疲れてやる気がなくなる	そう思う	そう思わない	そう思わない
7. 子どもは、処方内容に関わらず、具合が悪いときだけ薬を飲む	そう思う	そう思わない	そう思わない
8. 子どもは、処方内容に関わらず、薬は飲まない	そう思う	そう思わない	そう思わない
9. わたしは、子どもの具合が悪いときだけ薬を飲ませる	そう思う	そう思わない	そう思わない
10. 薬を飲んでいるときの方が、子どもはより健康的だ	そう思う	そう思わない	そう思う
11. わたしは、薬が子どものころや体をコントロールするなんておかしと思う	そう思う	そう思わない	そう思わない
12. 子どもは、薬を飲んでいるときの方が、考えが混乱しないようだ	そう思う	そう思わない	そう思う
13. 薬を続けていれば、子どもにとって病気の予防になる	そう思う	そう思わない	そう思う
14. わたしは、子どもが薬を飲むようになったのは自分のせいだと思う	そう思う	そう思わない	そう思わない
15. わたしは、いま処方されている薬は、子どもにとって必要だと思う	そう思う	そう思わない	そう思う
16. わたしは、子どもの時に精神科の薬を飲むことが、将来に影響するのではないかと不安に思う	そう思う	そう思わない	そう思わない
17. わたしは、子どもの飲んでいる薬について十分な説明をうけて理解している	そう思う	そう思わない	そう思う
18. わたしは、「子どもにはできるだけ薬を飲ませたくない」と考えている	そう思う	そう思わない	そう思わない
19. 子どもが薬を飲むことに関して、家族からの理解が得られている	そう思う	そう思わない	そう思う
20. わたしは、子どもが薬を飲むようになったことをかわいそうだと思う	そう思う	そう思わない	そう思わない
21. わたしは、子どもの診察費や薬代を負担に感じている	そう思う	そう思わない	そう思わない
22. わたしは、精神科に対して抵抗がある	そう思う	そう思わない	そう思わない

表 2 . 対象者の特性 (母親)

項目	カテゴリ	n
年齢	39歳以下	11
	40-44歳	11
	44-49歳	7
	50歳以上	2
精神科受診歴	あり	7
	なし	24
向精神薬服薬歴 (睡眠薬は含まず)	あり	6
	なし	25
薬物療法による 症状の改善の実感	あり	24
	なし	7

表 3 . 対象者の特性 (子ども)

項目	カテゴリ	n
性別	男児	19
	女児	12
年齢	7-9歳	6
	10-12歳	5
	13-15歳	14
	16-18歳	6
処方内容 (重複回答あり)	抗精神病薬	8
	抗うつ薬	16
	中枢神経刺激薬	7
	抗不安薬	3

表 4 . MAQ 各項目間のファイ係数

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
1	-	.231	.247	-.108	.583	.141	.016	.275	.191	.178	.131	.354	.243	-.246	.286	.189	.128	.313	.016	.469	.371	.128
2		-	.024	.218	.357	.851	-.098	-.098	-.068	.293	-.163	.184	.072	-.120	.618	.098	.203	.213	.293	.293	-.120	-.122
3			-	.017	.416	.128	.008	.008	.182	.023	.113	-.030	.211	-.267	.097	.081	.115	.272	-.246	.103	.149	.115
4				-	.089	.309	.153	-.144	.313	.013	.149	-.361	-.022	-.037	.155	.298	.067	.442	.153	.281	-.056	.313
5					-	.246	.109	.109	.268	.187	-.104	.328	.413	-.283	.457	-.035	.021	.152	-.167	.224	.101	.021
6						-	-.083	-.083	-.058	.194	-.138	.037	-.048	-.048	.452	.249	.264	.342	.360	.249	-.048	-.103
7							-	-.065	.696	.072	.244	-.162	.055	-.214	.601	.200	-.080	.262	-.065	-.072	-.218	.361
8								-	-.045	-.192	-.111	.413	.315	-.214	-.107	-.067	.361	.262	-.065	-.072	.296	-.080
9									-	-.134	.417	-.112	.219	-.149	.418	.139	-.056	.182	-.045	.134	-.152	.559
10										-	.022	.090	-.223	.016	.383	.067	.199	.023	-.192	-.083	-.012	-.020
11											-	-.269	-.005	.170	.052	.333	.157	.286	-.111	.333	-.005	.747
12												-	.332	-.376	.114	-.233	.037	-.170	-.162	.054	.332	-.201
13													-	-.425	.178	-.016	-.039	.211	-.205	.223	.186	.177
14														-	-.356	-.016	-.048	-.139	.312	-.016	-.166	-.048
15															-	.156	.160	.266	-.107	.144	-.192	.160
16																-	.249	.598	.200	.467	.115	.249
17																	-	.326	-.080	.239	-.058	-.100
18																		-	.262	.481	.149	.326
19																			-	.192	-.218	-.080
20																				-	.139	.239
21																					-	-.058
22																						-

...φ < .000    太字    ...φ < -.300

表 5 . MAQ21 項目の記述統計量および MAQ と SCAS の相関

α係数	平均	SD	SCAS							
			合計点	分離不安	社会的恐怖症	強迫性障害	パニック発作と広場恐怖	身体的な怪我懸念	全般性不安障害	
MAQ21項目	0.76	9.77	7.15	-0.24	0.28	-0.33	-0.18	-0.37 *	-0.05	-0.39 *

\* p < .05