



# 慢性便秘症治療に関する医師調査

マイラン EPD 合同会社 メディカルアフェアーズ本部\*

長谷部裕子／春名成則

## ● 要旨

慢性便秘症患者を診察している病院もしくは開業の消化器内科医または一般内科医 12 名を対象として、『慢性便秘症診療ガイドライン』(GL) 発刊後の慢性便秘症の診断、治療ならびに治療目標に関するインタビュー調査を実施した。

その結果、GL 発刊を契機に慢性便秘症に対する認識が高まりつつあることが見受けられた。また、慢性便秘症の治療目標として「症状改善」が最も多く、次いで「排便回数 / 頻度増加」、「自然な排便」が挙げられていた。しかし、実際の治療になると、1 ないしは 2 回目の診察では慢性便秘症の治療に対し、患者へのアプローチができていないが、3 回目の診察以降では便秘について尋ねる頻度が低くなっており、継続した問診が必要であることが伺えた。さらに医師に対し、患者側は便秘の相談を躊躇う場合が見受けられ、医師 - 患者間における相談のハードルが高いことも見受けられた。患者が相談しやすいように、看護師からの橋渡しや排便日誌（お通じ手帳）等を活用し、患者へ問いかける必要があると思われた。新規作用機序を有する薬剤の承認や GL 発刊により慢性便秘症の認識は高まっていることから、今後の慢性便秘症治療においては、医師と患者の距離を縮めることが重要であると考えられる。

**キーワード：**『慢性便秘症診療ガイドライン』、便秘症治療薬、慢性便秘症の認識、医師と患者の距離、排便日誌、看護師からの橋渡し、質の高い慢性便秘症治療

## 背 景

従来、慢性便秘症治療に対して、Magnesium Oxide を代表とする塩類下剤、Senna, Sennoside, Sodium Picosulfate などの刺激性下剤や漢方製剤が処方されてきたが、2012 年に上皮機能変容薬という新たな便秘症治療薬のカテゴリーに属する慢性便秘症治療薬 lubiprostone が登場し、従来の慢性便秘症治療に変化が生じている。さらに新たな作用機序を有する薬剤が承認され、慢性便秘治療における薬剤の選択肢が広がりつつある。

加えて、『慢性便秘症診療ガイドライン』(以下、

GL) が 2017 年に発刊され<sup>1)</sup>、慢性便秘症の定義・診断・治療方法が明確になったことにより、治療のアルゴリズムが確立され、慢性便秘症の治療をより積極的に行われるまでになってきた。

一方で、GL の発刊以降も慢性便秘症に対する治療方法については、医師の経験則で治療が行われるケースが多く存在し、患者側の満足度は決して高いものではなかった。

今回、慢性便秘症の薬物治療を実施している医師に対して、現在の慢性便秘症の診断と治療ならびに治療目標を把握することを目的として、インタビュー調査を実施した。

\* : 〒 105-0001 東京都港区虎ノ門 5-11-2 オランダヒルズ森タワー

## 資料1 インタビューガイドの主な設問(抜粋)

- 1) 「慢性便秘症」を治療する際の間診の流れを教えてください  
診断は何を基準にしますか?
- 2) 治療方針を教えてください
- 3) 薬剤を決めるにあたって、患者さんの希望はどのように考慮しますか?
- 4) 患者さんは薬剤にどのような事を期待して服用していますか?
- 5) 再来院の際の間診状況を教えてください
- 6) 慢性便秘症の治療目標を教えてください

表1 カテゴリー別におけるインタビュー参加者の人数

A	上皮機能変容薬を1ヶ月間に10名以上処方	3名
B	上皮機能変容薬をほとんど処方したことがない	5名
C	上皮機能変容薬の処方経験はあるが直近1年は処方していない	4名

## 目 的

本調査は、慢性便秘症患者を診察している病院もしくは開業医の消化器内科医または一般内科医を対象に、GL 発刊以降の実臨床下における慢性便秘症の診断と治療ならびに治療目標を把握することを目的として実施した。

## 方 法

本調査は日本マーケティング・リサーチ協会によるマーケティング・リサーチ綱領等、一般的に受け入れられる広告および市場調査業界に適用される業界基準および慣行すべてに基づいて行われた。また、調査はすべて株式会社アンテリオ(以下、アンテリオ)へ依頼した。

## 1. 対象およびリクルート方法

対象は、東京でのインタビューが可能な消化器内科医または一般内科医で、直近1ヶ月間で慢性便秘症に対する薬物治療を50名以上診察した医師を対象とした。

医師のリクルート方法として、A: 上皮機能変容薬を1ヶ月間に10名以上処方した、B: 上皮機能変容薬をほとんど処方したことがない、C: 上皮機能変容薬の処方経験はあるが直近1年は処方していない、の3カテゴリーに分類し、それぞれ人数に偏りがないようインタビュー参加者を集めた。

## 2. 調査方法

インタビューは2018年3月13日～16日に東京

都内の会議室で実施した。インタビュー内容を録音するため、参加依頼時およびインタビューを行う直前に2回の事前説明を行い、「インタビュー時は音声録音すること」、「今回の調査の目的や記録物の扱いを含めて参加者のプライバシーは守られ、個人が特定できる内容にはならない」ことの了承を得た上で、インタビュー内容を記録した。インタビュー時は対象者が緊張せず、自発的かつ率直な発言ができるよう非指示的・非評価的なインタビューを行った。インタビュー内容に関しては、参加者で偏りが生じないように、かつ同じ質問内容で平等に評価できるようインタビューガイド(資料1)に従った。

## 結 果

インタビューに参加した医師12名の年代は40歳代4名、50歳代5名、60歳代3名であり、上皮機能変容薬の処方状況における分類ではAカテゴリー3名、Bカテゴリー5名、Cカテゴリー4名であった(表1)。

## 1. 慢性便秘症の位置付け

医師のカテゴリー別で、慢性便秘症の位置付けを確認した。

Aカテゴリーに属する医師では、「慢性便秘症」を以前と比べて重視するようになっていた。GLの発刊により慢性便秘症の診断・治療に変化が生じたという意見や、排便する際の「いきみ」が心血管イベントの引き金になる<sup>2)~4)</sup>といったことで循環器領

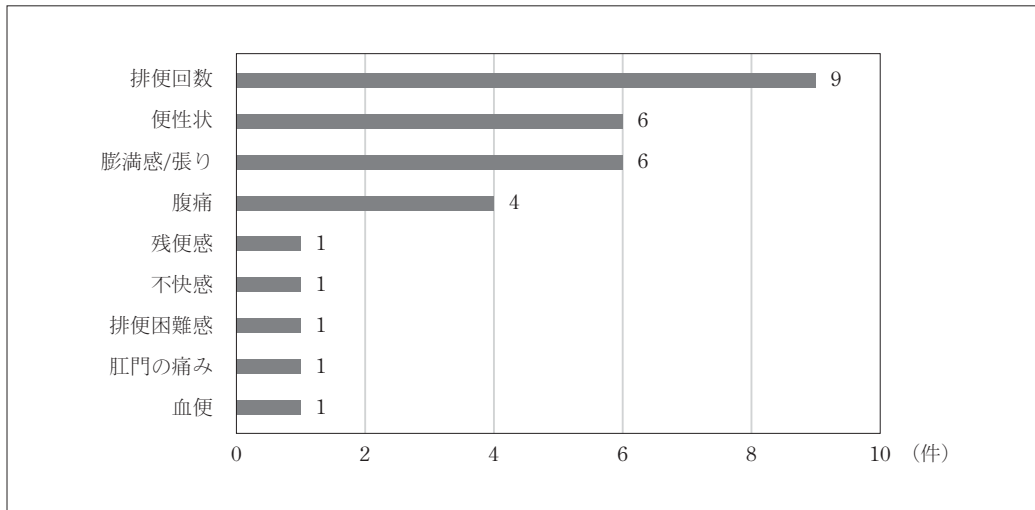


図1 初回問診時の確認事項 (複数回答可)

域では慢性便秘症が極めて重要であるといった意見が得られた。BカテゴリーならびにCカテゴリーに属する医師では、生活習慣病(高血圧、高コレステロール血症など)の治療管理が重要視されており、「慢性便秘症」の診断・治療についてはあまり重要視されていない状況であった。しかしながら、便秘を訴える患者は精神的にもつらい状況であることを認識し、治療するといった意見もあった。

## 2. 慢性便秘症の診断と薬物治療

慢性便秘症の診断については、患者が便秘を訴えた場合や薬剤の処方依頼により診察をするといった受身的な状況であった。慢性便秘症の初回問診時における確認事項について項目と件数を図1に示す。多い項目から順に排便回数が9件、便性状が6件、膨満感/お腹の張りが6件、腹痛が4件、残便感、不快感、排便困難感、肛門の痛みならびに血便がそれぞれ1件であった。GLに記載されている慢性便秘症の定義に沿った形での問診が適切に実施されている結果となっていた。

薬物治療を開始するタイミングについて、その割合を図2に示す。「問診後すぐ処方する」が11名、「2回目の来院で処方する」1名であった。薬剤の処方については、直ちに治療介入している結果となっていた。

慢性便秘症治療に用いる薬剤の件数ならびに選択順について図3に示す。第1選択薬として塩類下剤を挙げた医師が最も多く10件、次いで上皮機能変容薬が3件、刺激性下剤2件の順であった。ま

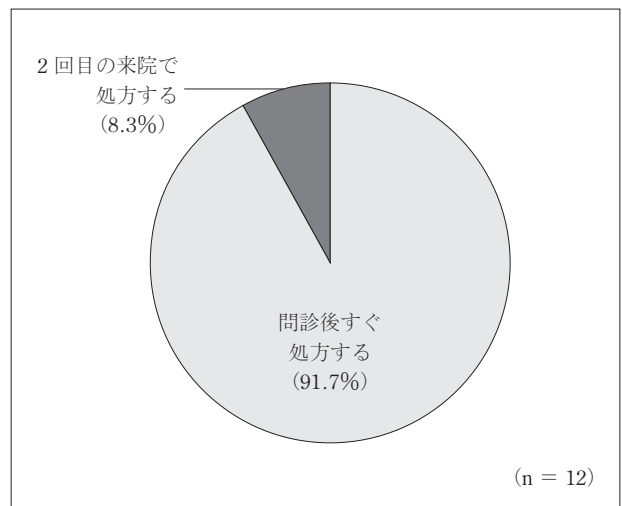


図2 薬物治療を始める時期

た、第2選択薬としては刺激性下剤6件、消化管運動機能改善薬3件、上皮機能変容薬ならびに漢方薬がそれぞれ2件であった。第1選択薬としては、従来の塩類下剤(酸化マグネシウム)が最も多く、第1選択薬で便秘が解消しない場合の第2選択薬として刺激性下剤が多用されており、従来の治療方法が踏襲されている結果となっていた。

第1選択薬として塩類下剤が多用されている理由としては、「第1選択は酸化マグネシウムというアルゴリズムが頭の中でできている」ことが挙げられており、漫然と処方されているケースが多いことが示唆される。

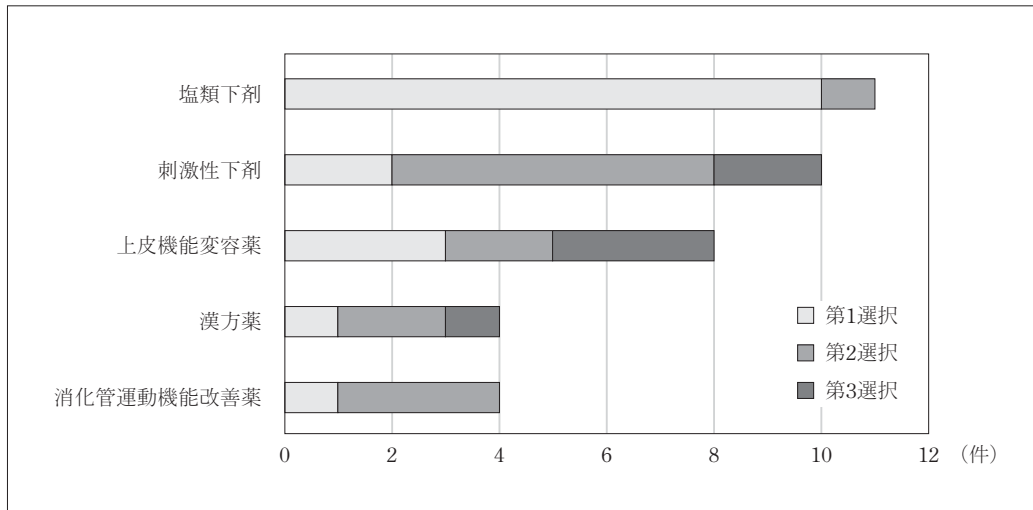


図3 薬剤選択（複数回答可）

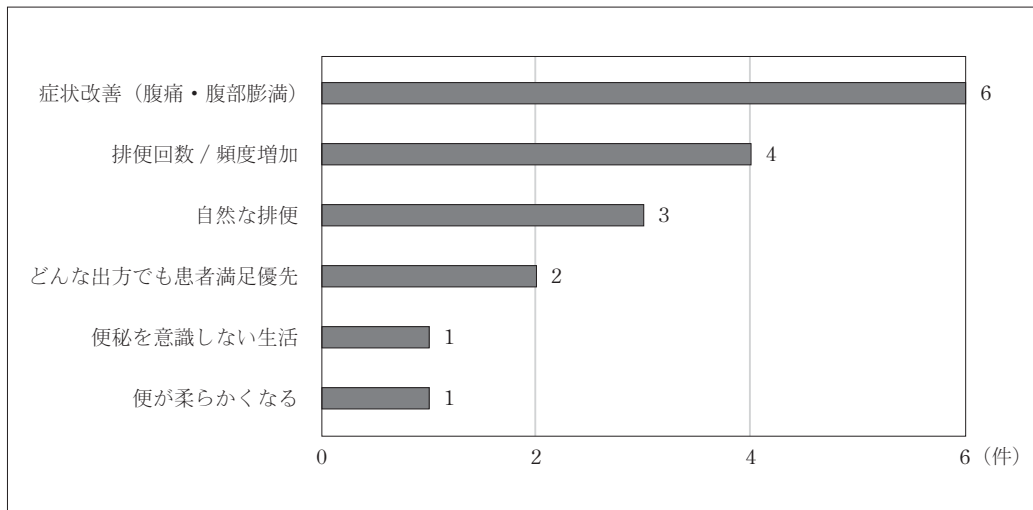


図4 慢性便秘症の治療目標（複数回答可）

### 3. 慢性便秘症の治療目標

慢性便秘症の治療目標について図4に示す。症状改善が6件と最も多く、次いで排便回数 / 頻度増加が4件、自然な排便が3件の順で多かった。「症状改善」の回答数が多く、腹痛や腹部膨満といった患者が訴え易い症状の改善が考慮されている結果となっていた。また、Aカテゴリーに属する医師では、「自然な排便によって便秘を意識しない生活を送ることができる」といった治療目標が挙がっていた。

### 4. 再診時の慢性便秘症に対する問診内容

再診時の慢性便秘症に対する問診内容についての抜粋を表2に示す。そのほとんどが腹痛・腹部膨満、お腹のスッキリ感等の症状、排便頻度、便性状

表2 再診時の問診状況

初めての薬剤を処方した次の再診では、症状（お腹の張りやすさ、排便の回数、硬さなど）の確認をする。
回数を重ねるごとに、便秘については問診しなくなる。
症状はどうか？と最初の1～2回は聞く。判断は適当。患者のすっきりしないという訴えなど。『その時の症状に合わせて適当に飲め』と言っている。主訴が減って便が出ることが患者の満足。
処方するときが多めに出して、患者は自分で調節する。柔らかくなりすぎると減らしたり。
他の生活習慣病のことも話さなきゃいけないから、便秘のことばかり話していたら外来は終わらない。

であったが、回数を重ねるごとに便秘の間診頻度は減っていた。また、薬剤処方については、患者が「同じ薬剤が欲しい」といえば、治療に満足していると考え、同じ薬剤を処方するという結果であった。

## 考 察

今回12名の医師から慢性便秘症に対する問診、診断と治療ならびに治療目標等をインタビューし、有益な回答を得ることができた。以下にその考察を述べる。

### 1. 慢性便秘症の位置付けについて

慢性便秘症の診療中の位置付けについては、上皮機能変容薬の処方頻度が多いAカテゴリーに属する医師と、そうではないBおよびCカテゴリーに属する医師とで認識が若干異なっていた。

Aカテゴリーに属する医師では、「慢性便秘症」を以前と比べ重視するとの意見であり、GLの発刊が慢性便秘症の診断・治療に変化をもたらしているものと考えられる。また、排便時の「いきみ」が血圧の上昇や心血管イベントの引き金になることを重要視していること、また、Cカテゴリーに属する医師からの意見であるが、「便秘が基礎疾患と併発して生じるので重要である」といった回答から、慢性便秘症が他疾患を誘発する可能性や、ある疾患を発症している可能性を見出すような重要な症状の一つであることが認識されていると考えられる。

ただし、BおよびCカテゴリーに属する医師の多くは、慢性便秘症の診察は「ついで」といった意見であったことから、おそらく通常の診療が多忙で、かつ患者の主症状の治療が優先されている状況であることが考えられ、慢性便秘症の認識が未だ低い状況であることが示唆される。

### 2. 慢性便秘症の診断と薬物治療

慢性便秘症の初診は、患者からの訴えがきっかけとなり診察する場合はほとんどであり、その際、医師は患者に対して「排便頻度」、「便形状」、「症状（腹痛など）」について問いかけており、2回目の診察では、医師から症状の再確認や慢性便秘症治療薬の効果を確かめていた状況であったため、2回目までは便秘症に対し、医師の意識が向いていると考えられる。しかし、3回目以降では他の疾患の診療が優先され、回数を重ねるごとに便秘症について聞く

頻度は低くなっていた。多くの患者は他の病気を治療することが目的であるため、慢性便秘症の診察・治療については、診察時間の兼ね合いから後回しになる可能性が考えられた。また、便秘症が他疾患を診断する上での症状の一つであることが必ずしも浸透しているとはいえないことから、症状そのものが重視されない可能性も考えられた。

その他「患者が『便秘』と訴えたら便秘である」と診断し、すぐ便秘症治療薬を処方するケースや、患者が効果を自分で判断して「自己調節」しながら薬剤を服用し、医師も患者に任せているケースがあった。「同じ処方を続けている＝患者は満足している」や「またその薬を欲しいといえば、患者は満足していると思う」という考えが背景にあったが、薬剤投与による有害事象の発現等を考慮すると、治療開始後の症状確認も重要と考えられる。

慢性便秘症治療の第1選択薬として、塩類下剤が多数を占めていたが、従来の治療薬で様子を見て、その後上皮機能変容薬や刺激性下剤を追加しないしはこれらに処方変更するといった流れが存在すると考えられた。従来の便秘症治療薬の薬価と比較して上皮機能変容薬等新規有効成分の薬価は高額となるため、どうしても第2ないしは第3の選択薬になりがちである。しかし、慢性便秘症が高齢者に多く、また腎機能低下例もあることから、高齢者での高マグネシウム血症の発現を予防するために、上皮機能変容薬等の新規有効成分を含む慢性便秘症治療薬は有用な薬剤であり、第1選択薬としても考慮し得ると考える。

### 3. 慢性便秘症の治療目標

慢性便秘症の治療目標は様々で、排便回数や便性状、症状（腹部膨満感、腹痛等）の改善を目標にするケースや、自然な排便によって便秘を意識しない生活といった、患者側の生活を意識したことを目標にするケースが認められた。慢性便秘症で悩む患者が多い中、医師側が治療目標を掲げて治療することは重要である。また、「慢性便秘症」の認識がGLの発刊により変わりつつある中、新規有効成分を含む慢性便秘症治療薬での治療が進むと、医師ならびに患者両者が利益を享受できる可能性もあると考えられる。

一方で、慢性便秘症治療については、患者からの訴えがあって初めて診察するような状況もあり、慢



性便秘症自体が他疾患と比較して重要視されていない現状が考えられる。GLの浸透や慢性便秘症の啓発活動が将来の診療の方向性を左右すると推測する。

また、医師側の治療目標と患者の治療目標に差が生じないことも重要である。今回、同じタイミングで実施した「高齢者における慢性便秘症に関する患者実態調査」<sup>5)</sup>において、患者に医師との関係性をインタビューしたところ、「自分がかかっているのは脳外科だから、行くたびに便秘のことを言うのは失礼だと思っている」、「こんなに薬を飲み続けるのは異常なはずなのに、まじめに受け止めてくれない。便秘の仕組みや完治するののかの話、生活習慣改善のアドバイスもくれず、ただ薬を出されて終わる」という意見があった。患者側では「医師は偉い方であり、意見することはできない」や「忙しそうなので、相談することができない」といった意識がある中、「何も言わないから満足している」と思う医師の考えとギャップが生じ、医療機関に通院している場合でも「現状の便形状」は「理想の便形状」から半数以上が乖離していることが分かった。このことから、医師と慢性便秘症の治療目標を共有することについて医師と患者間のコミュニケーションが十分にとれていないこと、かつ、患者の率直な意見からも患者の期待に応える慢性便秘症診療がなされていないことが患者実態調査から考察された。

便秘治療目標の実現のためには、便秘に関する問診票や、ブリストル便形状スケール<sup>6)7)</sup>のような排便を可視化できるスケールや患者日誌の活用、「どこか悪いところはないですか?」と患者への問いかけ、更には看護師が患者から医師への橋渡し役となって相談事をもちかける等、医師と患者の距離を縮めることが慢性便秘症の治療に重要であると考えられる。

## 結 論

GL 発刊以降、医師側の慢性便秘症に対する認識は深まってきているが、その認識には未だ濃淡があることが判明した。また、治療目標については、患

者目線に立った「自然な排便」、「便秘を意識しない生活」が重要視されるようになってきており、慢性便秘症の治療の重要性が認識されつつあることが窺えたが、反面「何も言わないから満足している」と思う医師も未だ一定数存在する。患者との距離を縮めることで、個々の症状に合った質の高い便秘治療ができ、更には患者満足の向上が期待できる。

薬物治療については、従来の治療法である塩類下剤が第1選択薬として多用されており、刺激性下剤や漢方薬といった薬剤も未だ活用されている現状であった。従来の薬剤で問題となる有害事象の回避や薬剤併用による相互作用の観点、患者の治療目標レベル、また高齢者に腎機能低下が多いことを踏まえると、上皮機能変容薬など新規作用機序を有する薬剤での治療に今後より一層シフトする可能性があるかと推察する。

## 利 益 相 反

長谷部裕子および春名成則はマイラン EPD 合同会社の社員である。

## 引 用 文 献

- 1) 日本消化器病学会関連研究会 慢性便秘の診断・治療研究会：慢性便秘症診療ガイドライン2017, 南江堂, 2017.
- 2) 池田知雅, 大村真弘, 佐藤千香子, 他：排便後の意識消失で発症した心臓粘液腫による脳塞栓症の1例. 臨床神経 2016; **56**: 328-33.
- 3) 藤井英雄, 萬 忠雄, 原田博子, 他：循環器疾患と便秘. *Pharma Medica* 1994; **12**: 205-11.
- 4) Vlak MH, Rinkel GJ, Greebe P, et al: Trigger factors and their attributable risk for rupture of intracranial aneurysms: a case-crossover study. *Stroke* 2011; **42**: 1878-82.
- 5) 長谷部裕子, 春名成則：高齢者における慢性便秘症に関する患者実態調査. *診療と新薬* 2018; **55**: 000-0.
- 6) O'Donnell LJ, Virjee J, Heaton KW: Detection of pseudodiarrhoea by simple clinical assessment of intestinal transit rate. *BMJ* 1990; **300**: 439-40.
- 7) Lewis SJ, Heaton KW: Stool form scale as a useful guide to intestinal transit time. *Scand J Gastroenterol* 1997; **32**: 920-4.