

# 高齢者の納得した服薬を得るために医療者ができる こと —質的研究を用いて—

Role of medical staff in obtaining seniors' "consent to take medication": Qualitative study

平林 穰\*<sup>1</sup> 岸本 桂子\*<sup>1</sup> 新井 康通\*<sup>2</sup>  
高山美智代\*<sup>3</sup> 広瀬 信義\*<sup>2</sup> 福島 紀子\*<sup>1</sup>

Minori Hirabayashi\*<sup>1</sup>, Keiko Kishimoto\*<sup>1</sup>, Yasumichi Arai\*<sup>2</sup>,  
Michiyo Takayama\*<sup>3</sup>, Nobuyoshi Hirose\*<sup>2</sup>, Noriko Fukushima\*<sup>1</sup>

キーワード：質的研究、高齢者、服薬観

Keyword ; qualitative study, the senior, beliefs of taking medicine

要旨：本研究の目的は、高齢者の服薬観の形成のプロセスと、それに関わる因子を明らかにすることである。そこから服薬アドヒアランスを促進し、残薬の削減をするための医療者の関わりを考察する。The Tokyo Oldest Old Survey on Total Healthに参加している者の中から、85歳以上、3年以上の継続的な服薬、認知機能、日常生活機能が正常、服薬状況が良好である男性5名と女性2名にインタビュー調査を行った。収集した質的データは、グラウンデッドセオリーアプローチにより分析した。分析の結果、16の概念と、これらの上位概念として「薬に対する思いの均衡」、「医師との関わり」、「治癒への望み」「薬効の実感」等の9つのカテゴリーを得た。また、本研究の対象者における服薬観の中心となる概念は「薬に対する思いの均衡」であると示唆された。対象者の語りから、医療者のうち医師が高齢者の服薬の促進に対して重要な役割を果たしていることが明らかとなった。一方、服薬を促進するような薬剤師の関わりは見いだせなかった。今回の研究から世代毎に服薬観は異なっている可能性が示唆された。そのため、今後は世代毎の服薬観を明らかとしていく必要があると考える。

**Abstract** ; This study discloses the process by which seniors form their beliefs about taking medication and the factors related to it. We also considered what medical staff members can do to improve seniors' adherence to taking medication and reduce the amount of unused medication.

We interviewed five men and two women aged 85 or more. They participated in the Tokyo Oldest Old Survey on Total Health. They had been taking medication continuously for three years or more; their cognitive and daily life functions were normal; and the condition of taking medication was good.

The grounded theory approach was used for analysis, and nine categories were identified as broader concepts out of a total of 16 concepts: "Balance of the feelings towards the medication," "Relations with the doctor," "Hope for recovery," and "Actually felt the medicinal effects." and others. Moreover, it was suggested that the central concept of beliefs about taking medication was "Balance of the desire to the medication." It is assumed that, among the medical staff, the doctor may play the key role in encouraging seniors to take their medication. We did not find, in contrast, that the pharmacist promoted the taking of medication.

The results suggested the possibility that beliefs about taking medication differ for each generation. Therefore, it is believed that it will be necessary to disclose the beliefs of each generation about taking medication in the future.

所属：\*<sup>1</sup> 慶應義塾大学薬学部 社会薬学講座

\*<sup>2</sup> 慶應義塾大学医学部 老年内科

\*<sup>3</sup> 慶應義塾大学医学部予防医療センター

\*<sup>1</sup> Division of Social Pharmacy, Faculty of Pharmaceutical Sciences, Keio University

\*<sup>2</sup> Division of Geriatric Medicine, Department of Internal Medicine, Keio University School of Medicine

\*<sup>3</sup> Center for Preventive Medicine, Keio University School of Medicine

## 1. 緒言

平成22年度の国民医療費は37兆4202億円、前年度より1兆4135億円増加した。

医療費のうち、在宅における潜在的な飲み忘れ等の年間薬剤費の粗推計が、約475億円存在すると考えられている。これに対し薬剤師の介入により在宅における飲み残しのうち、約424億4千万円を改善できるという推計値が日本薬剤師会の調査<sup>1)</sup>から示されており、医療費が逼迫している現在これは無視できない数字である。

また、平成24年度の診療報酬改定の重点項目として『在宅薬剤管理指導業務の推進や薬局における薬学的管理及び指導の充実』があり、この中には「在宅薬剤関連業務を推進するとともに、残薬確認、お薬手帳を含めた薬剤服用歴管理指導の充実を図る」<sup>2)</sup>という文言が含まれている。以上のことから薬剤師業務に対する在宅医療の拡充と、残薬管理の充実が期待されていることが窺える。

残薬の問題を解決することを目的として、在宅の患者として多数を占める高齢者の服薬アドヒアランスを向上させるため、身体等器質的なものに焦点を当てたもの、薬剤上の飲みにくさや飲み忘れを対象とした研究、認知能力と服薬コンプライアンスとの関連をみた研究、医療者の介入と服薬コンプライアンスの関係をみた研究等が行われ<sup>3)~7)</sup>、そこから得られた知見をもとに服薬指導がされてもなお残薬は発生している。残薬が発生するということは、服薬アドヒアランスが不良であることが主要な要因の一つである。ここでの服薬アドヒアランスは、薬の作用・副作用について十分な説明を受け納得した上での、患者自身の主体的・能動的・積極的な服薬を指す<sup>8)~10)</sup>。

服薬アドヒアランスには、「患者の個人的な服薬観」が大きく影響していることが報告されている<sup>11)</sup>。ここでの「服薬観」とはRobert Horne、John Weinmanらの研究で述

べられている、『患者自身の、「処方薬を服用することへの不安」と「処方薬の必要性」についての個人的な考え』を指す<sup>11) 12)</sup>。

以上より、服薬観形成に関わる因子やプロセスを明らかにし、高齢者の服薬アドヒアランスの促進に繋がる医療者の関わりを考察することで、薬剤師は、お薬カレンダーなどの画一的・物的な服薬プランの提供だけではなく、患者個々の服薬観に沿った服薬指導の実施が可能となり、在宅医療における残薬の削減に繋がると考える。

そこで本研究は、残薬の削減に寄与するであろう良好な服薬状況に関連する因子のデータをもっていると考えられる、服薬状況が良好な者であり、在宅医療の対象として多数を占める地域在住高齢者の「服薬観に関わる諸因子」「服薬観と諸因子の関連性」「服薬観と諸因子が納得した服薬に与える影響」を解明するために、インタビューにより質的データを収集し分析を行う。

本研究における「服薬観」とは、Robert Horne、John Weinmanらの「服薬観」<sup>12)</sup>を基礎として、薬を使用することに対する患者ごとの「考えや感情（死生観、医療・健康に対する個人的な考え）」を指すこととする。

## 2. 方法

### 2-1. 調査対象者

慶應義塾大学医学部で行われた、超高齢者コホート（慶應義塾大学医学部倫理審査19-47号「長寿社会における高齢者の暮らし方に関する学術調査」）より抽出した。このコホートは、医学、歯学、社会学、心理学、環境情報学など異分野連携の学際的超高齢者研究班を組織し、平成20年3月から平成21年11月にかけて住民基本台帳から無作為抽出した85歳以上の地域住民542名の基礎調査を完了し、作成された。またその後、平成24年4月から12月の間に、基礎調査から3年後の追跡調査が実施された。

抽出する際の選定基準は、「長寿社会における高齢者の暮らし方に関する学術調査」として平成24年に実施された3年後追跡調査の結果で、基礎調査時に服薬していた薬効群の薬を3年後追跡調査においても服薬しており（認知症治療薬を服用している場合は除外）、Mini-mental state examination（MMSE）が24点以上、Barthel Indexが100点、服薬状況が良好であることと設定した。身体機能や認知機能は服薬行動に影響する。これらの機能低下が影響していない服薬観の聞き取りを遂行するには、認知機能が正常かつADLが自立していることが必要と考え、上記の選定基準を設定した。

## 2-2. 調査方法

半構造化インタビュー調査を2013年6月24日～10月17日に実施した。選定基準に当てはまる者に対し、本研究課題の説明、調査の趣意説明と協力依頼を調査調整担当者が電話により伝えた。協力意思の得られた対象者には、後日、研究者2名が自宅に訪問し、説明文章に基づき調査の詳細な説明を行い文書により同意を得た。その際、調査を受諾しなくても、あるいは中断してもなんら不利益を被ることがないことを説明した。インタビュー内容についてはボイスレコーダーで記録した。

## 2-3. 調査項目

「もらっているお薬を飲むことに対して不安はありますか」「もらっているお薬を飲むことは、ご自分の健康を保つうえで必要なことだと思いますか」「薬を使用することに対して感じていることや考えていることはありますか」といった三つの質問を基礎に、それぞれの調査対象者にあわせて質問を掘り下げた。

調査対象者の服薬状況に対しては、『高齢者の服薬アドヒアランス（原、2003）』<sup>11)</sup>を

参考とし「医師に処方された薬を、自分の判断で用量や用法を変えて飲むことがある」「あなたは薬をついっかり飲み忘れることがある」「あなたは残った薬を自分の判断で飲むことがある」「薬を飲んだのに、飲んだことを忘れることがある」「症状がなくなれば、自分の判断で薬を飲むのをやめることがある」という5項目を聞き取った。また、実際に服薬中の薬と服薬状況を確認した。

## 2-4. 分析方法

インタビュー時に録音した音声文字データ化し、分析には主にA. StraussとJ. Corbin版のGTA（Grounded Theory Approach）を用いた<sup>13) 14)</sup>。データを全て文節単位で断片化するのではなく、文脈の内容を重視した切片化を行った。切片化したデータからプロパティとディメンションを抽出し、切片の内容を適切に表現すると思われるラベル（抽象度の低い概念名）を付与した。ラベルの分類を行い上位の概念であるカテゴリーをつくり、それぞれのカテゴリーの特性と次元をデータから抽出した。分析と共にインタビューを続け、事例間での比較を含んだ分析を行い、特性と次元を増やし、カテゴリー名を決めた。最後に、カテゴリー同士の関係を検討してストーリーラインを作成した。

## 2-5. 倫理的配慮

本研究は慶應義塾大学医学部倫理委員会において承認された。（承認番号20130091）

## 2-6. 結果の記載について

本研究はGTAの性質上、結果と考察を別けて記述することは伝達力の低下を招くと判断した。なぜなら、分析は段階的ではなくプロセスとして進行し、そこには考察の要素が自動的に含まれ<sup>15)</sup>、また分析が的確に行われていればいるほど読み物のごとく読める内容となるが、そのような滑らかさは結果と考

Table. 1 インタビュー調査をした7名の背景

面接時の年齢	性別	疾患
91	女性	高血圧、白内障
89	女性	高血圧、高脂血症、肺疾患、逆流性食道炎、便秘、白内障、骨粗鬆症、関節の変形・痛み、骨折、悪性腫瘍
89	男性	心疾患、糖尿病、高脂血症、便秘、白内障
90	男性	心疾患、高血圧、高脂血症、肺疾患、腎疾患、前立腺の疾患、甲状腺の疾患、白内障
89	男性	心疾患、高血圧、肺疾患、前立腺の疾患、白内障、関節の変形・痛み
89	男性	高血圧、食道炎、悪性腫瘍
92	男性	高血圧、下血、前立腺の疾患、白内障、関節の変形・痛み

察に分けると得にくくなるためである<sup>15)</sup>。そのため結果と考察を併せて記述する。また、GTAにおいて情報提供者全員の語りの中から理論生成を目的とするため、個人の文脈は存在しない。

### 3. 結果と考察

調査を依頼した7名の全員の協力が得られ、その内訳は男性5名、女性2名となった。調査対象者の背景をTable. 1に示した。

インタビューを行った全員が、服薬が良好な状況にあり、納得した服薬を実践している者であった。6名までのインタビューと分析を終えた時点で新たな概念が生成されなくなった。さらに7名目のインタビューの際に、新たな概念や関係性が見出せないか確認を行った。新たな概念及び関係性が見出されなかったため、本研究では、7名のインタビューについて、服薬が良好な高齢者の納得した服薬につながる要因に焦点をあてた分析の結果を述べることにした。

本研究に関するストーリーラインを以下に述べる。16のラベルと9カテゴリーの影響の方向をFig. 1に表した。また、カテゴリーとラベルの一覧をTable. 2に示す。

〈 〉はラベル、≪ ≫はカテゴリー、【 】はコアカテゴリー（現象の中核となるカテゴリー）、『 』は定義を示した。なお、「 」は対象者の語りを表す。

#### 3-1. ストーリーライン

〈薬の必要性〉と〈薬への不安〉の【薬に対する思いの均衡】が必要性に傾くときに〈納得した服薬〉が得られる。それは、がん患者のように、薬を使うことに対する不安が強くとも、自身の命を長らえるために薬の必要性が勝り服薬に至る場合において顕著にみられる。また、〈薬の必要性〉と病気を治してほしいといった薬に対する期待のような〈薬に対する正の思い〉は切り離せないものであり、同じように、〈薬への不安〉は薬に対する不信や嫌悪といった〈薬に対する負の思い〉から影響を受ける。

この【薬に対する思いの均衡】が必要性の側に傾くのに四つの事柄が関わっていた。まず一つ目は≪医師との関わり≫であり、その中には薬や病態に関して〈医師からの説明〉があり、〈処方医への信頼〉が高いときに高齢の患者は薬の必要性を実感していた。二つ目に、患者の〈主観的評価による薬効の実感〉にせよ、検査値などから得られる〈客観的評価による薬効の実感〉にせよ、≪薬効の実感≫が高ければ薬を必要だという思いが強くなる。三つ目に、疾患やその症状に対する〈治癒への望み〉が強いつきに薬に期待する〈薬に対する正の思い〉を強める。さらに、〈治癒への望み〉は〈薬に対する負の思い〉を弱めていることが窺え、必要性の比重を高めている。また、〈疾患に対する不安〉を感

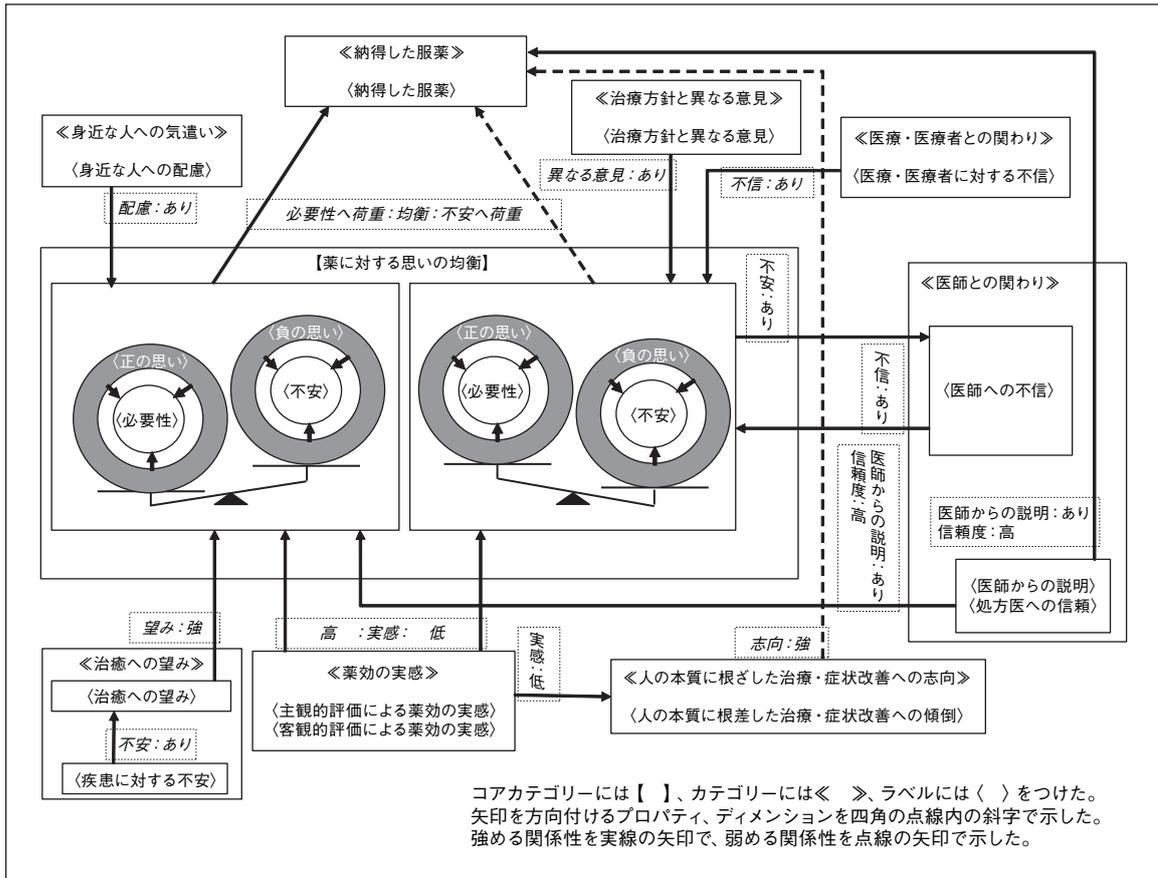


Fig. 1 服薬が良好な高齢者の納得した服薬につながる薬に対する思いの均衡

Table. 2 カテゴリーとラベルの一覧

カテゴリー	ラベル	定義
薬に対する思いの均衡	薬の必要性 薬への不安 薬に対する正の思い 薬に対する負の思い	薬を飲むことが必要だと考えること 薬による有害な作用に対する不安 薬に対する信頼・信用・期待 薬への不満・疑い・嫌悪・不信・使用にかかわる億劫さ
医師との関わり	処方医への信頼 医師に対する不信 医師からの説明	薬を出してくれる医師を信頼する気持ち 医療に対する知識のなさからくる医師への不信 医師からの十分な薬や病気に関する説明
薬効の実感	主観的評価による薬効の実感 客観的評価による薬効の実感	症状の改善などから患者本人が体感する薬の効果の実感 検査値などから得られる薬の効果の実感
治療への望み	治療への望み 疾患に対する不安	疾患・症状を治したい、健康であり続けたいという思い 疾患に対して抱く不安
身近な人への配慮	身近な人への配慮	自身と親しい人たちに迷惑をかけまいとする心遣い
人の本質に根差した治療・症状改善への志向	人の本質に根差した治療・症状改善への傾倒	人が元来持ち合わせている健康への欲求を食事や運動のみで満たそうとする考え・行動
医療・医療者との関わり	医療・医療者に対する不信	医療に対する知識のなさからくる医療・医師以外の医療者への不信
治療方針と異なる意見	治療方針と異なる意見	インターネット・マスメディア・友人・主治医以外の医師などから得られる、患者の主治医とは異なる見解の情報
納得した服薬	納得した服薬	患者自身の中で論理的・感情的に了承が得られた服薬

じることにより〈治療への望み〉は高められる。四つ目に、〈身近な人への配慮〉が存在するとき、周囲の人への気遣いから薬を必要だと思うようになる。

【薬に対する思いの均衡】が不安に傾くときは四つの事柄が関与している。一つ目は〈医師との関わり〉であり、その中で、患者が〈医師に対する不信〉を抱いてしまうことで、〈薬への不安〉は煽られる。また、〈薬への不安〉がある時、〈医師に対する不信〉を強めてしまう。二つ目に、医師以外の〈医療・医療者に対する不信〉がある時も同様に〈薬への不安〉を強めてしまう。三つ目に、患者が〈薬効の実感〉を得られないとき、薬効への疑問が浮上し、〈薬に対する負の思い〉を強めてしまう。そして〈薬効の実感〉が低いとき、食事や運動といった〈人の本質に根差した治療・症状改善への傾倒〉を起こしやすくなる。〈人の本質に根差した治療・症状改善への志向〉が強ければ、最終的に〈納得した服薬〉の納得の度合いの低下につながる。四つ目に、〈治療方針と異なる意見〉を聞いてしまうことで患者は医師の治療方針に疑問を抱き、【薬に対する思いの均衡】が不安に傾いてしまう。

それらの要素が【薬に対する思いの均衡】に影響を及ぼし、〈納得した服薬〉を得られた患者は服薬することにうなづき、薬を体へと取り入れることに同意する。

### 3-2. コアカテゴリー：【薬に対する思いの均衡】

薬という異物を体内に取り込むことに対して、人は不安によって拒絶の意を示し、必要性を感じることで納得し異物を取り込む。その納得を得るために様々な要因が相互に関係している。そこでこのカテゴリーを、それらの要因が絡み合い下される、服薬可否の決定に関わる服薬観の核とした。また、服薬の意志決定には〈薬の必要性〉と〈薬への不安〉

が深く関与しているという報告<sup>12)</sup>から、カテゴリー内にこの二つのラベルを有する形とした。〈薬の必要性〉と〈薬への不安〉はそれぞれ、『薬を飲むことが必要だと考えること』と『薬による有害な作用に対する不安』と定義される。

「薬害というものはあるかもしれない、、、(略)、、、でも薬はやっぱりなければ、病気は防げないでしょうな」という語りから、〈薬の必要性〉と〈薬への不安〉の間にはやじろべーのような関係が成り立ち、このカテゴリーは天秤の形をしていると考えた。

また、〈薬の必要性〉は〈薬に対する正の思い〉と表すことができる『薬に対する信頼・信用・期待』と、〈薬への不安〉は〈薬に対する負の思い〉と表すことができる『薬への不満・疑い・嫌悪・不信・使用にかかわる億劫さ』とそれぞれ強く結びついているものと考えられる。それぞれの組み合わせの思いの総量が天秤の傾きを決定づけているものと考えられた。

以下のカテゴリーの説明は、この天秤を〈薬の必要性〉の側へと傾けるための考察を交えながら話を進める。

### 3-3. カテゴリー：〈医師との関わり〉

「薬はよんどころなく出てくるんでしょねえ、自分の病状を医者判断してね」、「(薬は)色々障害があるときにお医者さんが下さるもの」と、高齢の患者にとって薬と医師を一組で考える傾向が強く、それゆえ服薬に対する医師の影響も大きくなる。ここではそのような医師の影響を〈医師との関わり〉というカテゴリーにまとめた。

〈処方医への信頼〉：「病気になったら医者言うことを聞きなさいっていう」、「薬っちゅうのは、まあお医者さん、色々障害があるときにお医者さんが下さるもので、もうお医者さんを信用して、飲む」、「薬はよんどころなく出てくるんでしょねえ、自分の病状を

医者判断してね」などの語りから、信頼における医師が処方する薬だから問題がないと考えるプロセスが窺える。そのため処方医に対する患者の信頼も、〈薬への不安〉を減弱させ服薬を促す重要な因子であることがわかる。そこで〈処方医への信頼〉というラベルを生成し、『薬を出してくれる医師を信頼する気持ち』と定義した。

また、健康を保つ上で薬は必要だと応えた話し手に対し、必要だと思う要因を尋ねたところ、「それはまあ医者に対する信頼」という返答が得られた。そこから〈処方医への信頼〉は〈薬の必要性〉を実感させると同時に〈薬への不安〉を和らげ、一層〈薬の必要性〉を高めているものと考えられる。

さらに、「薬っちゅうのはねえ、まあ、わたくしの場合は、お医者さん、(沈黙)の説明があって、まあそれを信用して飲むだけです。(沈黙)自分の判断っていうのはもう、(沈黙)これ、医学の知識なんて(私には)ないですからね、(沈黙)お医者さんのおっしゃる通りで」という語りから、〈処方医への信頼〉は服薬に対する納得の度合いを上昇させ、〈納得した服薬〉に直接導いていることも窺える。

薬を出すのは医師であるという認識から、医師に逆らうと危険な薬を出されてしまうと考える患者もいる<sup>16)</sup>。そのため、威圧しすぎず、患者に対して透明性を持ち、誠実な態度であることが医師には望まれる。

〈医師に対する不信〉；人は自らの知りえない領域に対して不安や不信を抱くものである。同様に患者は自身が医療に携わる者ではない時、医療者が何をしているのか、しばしば不透明な場面に直面する。そのような場面で生じてくる〈医師に対する不信〉を『医療に対する知識のなさからくる医師への不信』と定義した。

薬の相互作用に対して不安をもっている話し手は、研究者側からの、薬局でも薬の飲み

合わせのチェックをしている、という発言を受けて、「一応ね。だけどね、一応はっていうのはあんまり信用していないんだよね。薬剤師さんはあれだけの薬でね、新しい薬もしょっちゅう出てきて、医者だってね、、、(略)、、、やっぱりこれだけの薬を頭に入れてね、チェックしてくってのは、そうはしてないと思うんですよ。素人考えでね。言われりゃそりゃチェックしてますよって言うにきまってますけどね」と応えた。この語りから、〈医師に対する不信〉は〈薬への不安〉を助長していることが窺える。また、「もう3年も飲んでりゃね、先生の方から本当はね、やめるべき。薬いっぱい飲むのはよくないですからね私は」という語りから、〈薬への不安〉があるときに〈医師に対する不信〉を促進してしまうという逆のプロセスも存在した。

〈医師に対する不信〉は、患者に対し医師は自身の仕事に対し透明性を維持し、また患者が不信を抱かないように誠実な態度で接することで避けられると考える。

〈医師からの説明〉；研究者側からの、医師に対して薬を減らして欲しいという思いはあるかという発言に対し、「でもちゃんと説明してくれて、くれるからさ、まあいいかなって」という語り得られた。医師から満足のいく説明を得られたとき、患者は〈薬への不安〉を抑え込むことができるようになる。そこでこの概念を『医師からの十分な薬や病気に関する説明』と定義し、〈医師からの説明〉というラベル名を付けた。

医師は多忙なため患者に対する説明が十分に行き届かない場合があるが、今回の結果からもできるだけ患者の満足がいく説明を心がけることが重要である。

### 3-4. カテゴリー：〈薬効の実感〉

薬の効果の実感は直接的に服薬アドヒアランスと関連しないが、服薬観をポジティブな

ものにすることで、間接的に服薬アドヒアランスを上昇させることが示唆されている<sup>11)</sup>。本研究においてもその考察内容と同様の結果となった。

《薬効の実感》の中には、「今日は飲まなかったからっていうと、やっぱり、(沈黙) やっぱり、薬飲まなかったから調子悪いなあということもあるねえ」とあるように『症状の改善などから患者本人が体感する薬の効果の実感』と定義できる〈主観的評価による薬効の実感〉と、『検査値などから得られる薬の効果の実感』と定義できる〈客観的評価による薬効の実感〉が存在した。どちらの場合においても、実感が高ければ【薬に対する思いの均衡】を必要性の側へと傾け、低ければ不安の側へと傾けていた。

〈主観的評価による薬効の実感〉を意図的に促すために、患者にどのような状態になれば薬が効いているのか明確なイメージを伝えること、〈客観的評価による薬効の実感〉を高めるためには検査値等のデータの見方を教育することが重要であると考えられる。

### 3-5. カテゴリー：《治癒への望み》

〈治癒への望み〉：「病気を治したいから」、「それは楽な方がいいですよ。当然のこと」という語りから、人は自身の健康に関わる障害が生じた時、健康でいたい、病を治したいという思いを抱くことがわかる。そのような思いを『疾患・症状を治したい、健康であり続けたいという思い』と定義し、〈治癒への望み〉と命名した。

また、ある話し手は「腎臓の先がみんなパアになっちゃったからね、、、(略)、、、壊れたからしょうがないんでしょうけど、、、(略)、、、薬ってのはもうちょっと効くんじゃないのかなあって、願望はあります」、「治したいですからね、(薬が)嫌いとかはないんです」と語ってくれた。ここから〈治癒への望み〉がある患者は、薬への期待という〈薬

に対する正の思い〉を高め、薬に対する嫌悪という〈薬に対する負の思い〉を減弱させ、【薬に対する思いの均衡】を〈薬の必要性〉の側へと傾けることがわかる。

この思いを高めるために、症状の抑制や健康の維持によって、患者の望みをどれだけ叶えることができるのかを伝えることが重要だと考える。

〈疾患に対する不安〉：『疾患に対して抱く不安』と定義される。「動脈瘤、、、(略)、、、だから絶対血圧を下げなきゃいけない。パンクしたら大変だからね」という語りから、〈疾患に対する不安〉は〈治癒への望み〉を強めていることがわかる。

〈疾患に対する不安〉を悪戯に助長することは医療者として望ましいことではないが、症状を患者本人が実感できないものであるときは、症状の改善を図らないと体にどのような悪影響が現れるのか伝えることは有用であると思われる。

### 3-6. カテゴリー：《身近な人への配慮》

薬を飲まないことで症状が悪化し、周囲の人に迷惑をかけることを避けようとする気持ちを〈身近な人への配慮〉と名付け、『自身と親しい人たちに迷惑をかけまいとする心遣い』と定義した。

「骨粗鬆症なんか、骨折したら困るからねえ、みんながね、(だから)飲むけど」という語りからわかるように、〈身近な人への配慮〉があると〈薬の必要性〉を感じる。

他者への配慮は個人が生まれ育った環境に大きく影響を受けると考えられ、この概念の形成に関わる医療者の介入を考察することは難しい。しかし、具体的な予後伝えることで、〈身近な人への配慮〉を喚起し、〈薬の必要性〉を高めることはできるかもしれない。

### 3-7. カテゴリー：《人の本質に根差した治療・症状改善への志向》

「血压降下剤はねあんまり効かないんですよ。今血压私は正常なのは、塩分、塩分をねえもうほとんどもうなるべく摂らないようにしてるの」という語りから、《薬効の実感》が低いとき、患者は薬以外の物に頼ろうと、〈人の本質に根差した治療・症状改善への傾倒〉へ移行していくことが窺える。そこで、このラベルを『人が元来持ち合わせている健康への欲求を食事や運動のみで満たそうとする考え・行動』と定義する。

また「食べ物の方でできるから、なるべく早くこれ（薬）は手放したいと思うけど」という語りから、〈人の本質に根差した治療・症状改善への傾倒〉へ志向が強まることで、服薬に対する納得の度合いを低下させ〈納得した服薬〉を妨げてしまうことが分かる。

往々にして、偏りすぎることは良い結果を招かない。このラベルは、運動や食事で自身の健康を保とうとする裏められた行為である。しかし、本研究が着目する残薬削減という観点からは、処方された薬を残してしまうという負の要因となってしまう可能性がある。このラベルによる服薬に対する納得度合いの低下を防ぐため、医師が患者に、食事運動療法と薬物治療のどちらを望むか事前に確認することが重要だと思われる。

### 3-8. カテゴリー：《治療方針と異なる意見》

ある話し手は、「テレビでやってたんだけどね、血压が下がらない場合にね、利尿剤を、、、(略)、、、飲むと治るってテレビで再三やったのよ、、、(略)、、、今まで、血压降下剤を何年も飲んでても下がらなかったけれども、利尿剤を飲んだら下がったのをやったの、で先生に、テレビでやってるから飲ましてくださいって言ったらダメって言うんだよ先生が」と語ってくれた。また別の話し手

は「他の第三者に訊いたら、その人の体質によってね、やたらにそれ飲んだら悪いっていうのよ。そんなことない？」と研究者の側に対して質問を投げかけるほど、治療方針と異なる意見を他者から聞いたとき不安を感じていた。そこで、これらの語りを『インターネット・マスメディア・友人・主治医以外の医師などから得られる、患者の主治医とは異なる見解の情報』と定義し〈治療方針と異なる意見〉というラベルを生成した。そして上述の語りから、〈治療方針と異なる意見〉を患者が手に入れると、現行の処方薬に対する不安の上昇や、相対的な興味の低下が引き起こされ、〈薬への不安〉へ荷重してしまうことが窺える。この状況を避けるために、現行の治療方針が医学的な見地から対象の患者に合致しているものだということを説明することが必要であると考えられる。

### 3-9. カテゴリー：《医療・医療者との関わり》

〈医師に対する不信〉と同じように〈医療・医療者に対する不信〉も『医療に対する知識のなさからくる医療・医師以外の医療者への不信』と定義される。〈医師に対する不信〉と差別化を図った理由は、7名全体の語りから医療者の中においても、医師というものは別格の存在であることが窺えたためである。〈医療・医療者に対する不信〉もやはり〈薬への不安〉を高めており、患者に対し医療者は自身の仕事に対し透明性を維持し、また患者が不信を抱かないように誠実な態度で接することが重要であると考えられる。

### 3-10. カテゴリー：《納得した服薬》

「まあ自分なりに、まあうなずいて飲んでるわけです」という語りにもみられるように、患者は自身の中で納得というプロセスを通じて服薬に至る。そこで〈納得した服薬〉を、『患者自身の中で論理的・感情的に了承が得

られた服薬』と定義する。

「必要性」と「不安」から構成される服薬観は服薬アドヒアランスに影響を及ぼしている<sup>12)</sup>。結果から、〈薬の必要性〉が〈薬への不安〉よりも大きいときに〈納得した服薬〉は促進されることが示された。以上のことから、服薬アドヒアランスは〈納得した服薬〉を包含していることが示唆される。

服薬アドヒアランスの定義上、納得とは、薬の作用・副作用についての説明に対する納得<sup>8)</sup>と表される。しかし、納得という心の変化は論理的明晰性と感情的側面の二つから構成されているという報告がある<sup>17)</sup>。そのためアドヒアランスには薬の説明に対する納得のように論理だけではなく、感情面も関与していると考えられる。そこで〈納得した服薬〉における納得とは薬に対する説明だけではなく、薬を飲むことができるか、飲んでもよいかといった心の動きを含めた感情も加味した了承のことを指すこととする。

#### 4. 総括

本研究から、服薬状況が良好である高齢者の服薬に至る心の動き、服薬観に対する医師の関わり的重要性が明らかとなった。

今回の結果を通じて、納得した服薬を促進しアドヒアランスを高めるための医療者に共通した高齢患者への接し方としては、患者に(1)「不信」を抱かせない、(2)「治療方針と異なる意見」の是正、「薬効の実感」を高めるための患者教育、(3)「治癒への望み」を高めるために、完治・維持ができていたらどんなに楽しく過ごせるかポジティブな事柄を伝える、(4)身近な人への配慮ができる人に対して具体的な予後を伝えることが挙げられる。

医師の役割としては、(1)患者に「食事療法・運動療法」か「薬物治療」どちらを望むか確認する、(2)「患者への説明」を積極的に行うことが重要であると考えられる。

薬剤師の関わりが、服薬の促進に寄与するという結果が得られなかったが、医師が高齢の患者の服薬観に対し影響力を持つことから、「医師の説明不足」や「患者の理解不足」を補い、両者の関係性を補完・強化するという役割を担うことができると考える。

研究の限界としては、本研究の目的は患者のアドヒアランスを向上させるために医療者がどのような関わりを示せばよいかを考察することであったが、医師以外の医療従事者、特に薬と深く関わる薬剤師の服薬促進に対する関与についての語りがみられなかったことがあげられる。原因として、年配の患者の方が、よりパターナリスティックな関係を医師に期待する傾向が強く<sup>18-20)</sup>、また医薬分業が浸透する以前から薬物治療を受けていた世代であるといった社会背景から、医師と比べ他の医療職との関わりによる影響が小さいことなどが考えられる。このことから世代毎に服薬観に関わる要因が異なる可能性が考えられる。薬剤師の服薬促進に対する語りがみられなかったと上述したが、薬と深く関わる薬剤師は、患者の服薬を促進する形での服薬観形成に対し、何らかの関係性があると思われる。そのため、今後は、薬剤師との関わりが強い対象者が、当該超高齢者コホートの中に何名ほどいるのか量的に頻度を確かめ、対象者を探し、質的に研究するという混合研究法デザイン<sup>21)</sup>を用いる必要があると考えられる。

アドヒアランスの不良を招く要因には「治療内容(薬剤や処方)による要因」「患者側の要因」「医療者側の要因」「患者-治療者の治療関係の要因」「周囲の要因(環境)」があげられる<sup>9)</sup>が、そのすべての因子の関わりが明らかとなったわけではない。しかし、本インタビューにより、服薬状況が良好な者の服薬観を中心とした「服薬する要因」が見出されたと考える。医師との関わりについては、患者の薬に対する考えについての話し合

いが不足していると医師と患者の間に誤解が生じ、ノンアドヒアランスに至る、ノンアドヒアランスに直結する可能性があるとの一般医と患者を対象とした処方決定に関する質的研究<sup>22)</sup>と同様の関係性が見出された。また、家族や友人、マスコミから得た薬に関する情報は服薬に関する患者の考えに影響を及ぼすことが報告されているが<sup>23)</sup>、本インタビューにおいても治療方針と異なる意見により、薬への不安が増す関係性がみられた。患者は薬のプラス面とマイナス面を頭の中で天秤にかけた上で、患者なりにリスクとベネフィットの評価をしており、薬を服用するかどうか、そして、どのような飲み方をするかについて患者が決定するプロセスは複雑であると言われている<sup>24)</sup>。本インタビューにおいても、薬に対する思いには正と負、必要性和不安の均衡が存在し、この均衡に対し6個のカテゴリーが関わり、納得した服薬に対し3つのカテゴリーが関わっており、様々な要因が複雑に服薬の意思に関わっていることが見出された。納得した服薬に至るには、医師だけではなく薬剤師も含めた医療職全体が、患者の薬に対する考えや信じていることをより深く理解し、薬の必要性を荷重するような関わりが重要といえる。

本研究では、服薬状況が良好な85歳以上の超高齢者である7名にインタビューを行い、服薬観を中心とした「服薬する要因」が見出されたといえる。しかし、服薬状況が不良な患者に、なぜ服薬をしないのか、またやめてしまったのかを聞き取り「服薬しない要因」を明らかとすることで、医療者の介入をさらに幅広く、総合的に考察することができると考える。また今回見いだせなかった死生観の服薬に対する関わりは、服薬状況が不良な患者に特有の因子であるかもしれない。そのため、今後はアドヒアランスのより一層の促進を目的とし、服薬状況が不良である高齢者に対してインタビュー調査を実施する必要があ

る。

## 謝辞

本研究にご協力いただいた、情報提供者の方々に心からの御礼を申し上げます。

## 参考文献

- 1) 後期高齢者の服薬における問題と薬剤師の在宅患者訪問薬剤管理指導ならびに居宅療養管理指導の効果に関する調査研究報告書 ([http://www.nichiyaku.or.jp/archives/wp-content/uploads/2008/06/19kourei\\_hukuyaku1.pdf](http://www.nichiyaku.or.jp/archives/wp-content/uploads/2008/06/19kourei_hukuyaku1.pdf))
- 2) 平成24年度調剤報酬改定及び薬剤関連の診療報酬改定の概要  
厚生労働省保険局医療課  
([http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryuhoken/iryuhoken15/dl/h24\\_01-06.pdf](http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryuhoken/iryuhoken15/dl/h24_01-06.pdf))
- 3) 奥野純子, 柳久子, 原修一, 岡美智代, 平野千秋, 平塚利子, 浅井良, 羽鳥洋子, 長谷川由香, 八木智美, 戸村成男, 土屋滋「在宅要介護高齢者の薬剤知識と服薬コンプライアンス—文書による薬剤情報提供の効果—」病院薬学 25,274-280, {1999}
- 4) 奥野純子, 戸村成男, 柳久子, 平野千秋, 原修一, 斉藤秀之, 遠藤数江, 土屋滋「在宅高齢者の認知能力と薬剤知識, 服薬コンプライアンスの関連」プライマリケア23, 153-158, {2000}
- 5) 奥野純子, 柳久子, 戸村成男「在宅要介護高齢者における薬剤供給方法と薬剤知識・服薬コンプライアンス」日本老年医学会雑誌38, 644-650, {2001}
- 6) 畑中典子, 伊藤貴文, 石幡真澄, 小島美里, 根本英一, 大嶋繁, 小林大介「在宅患者のアドヒアランスに及ぼす背景因子の解析—真の服薬率とヘルパーの推定する服薬率の比較—」薬学雑誌129, 727-734, {2009}
- 7) 在宅服薬支援マニュアル改訂版2009 ([http://www.nichiyaku.or.jp/action/pr/2009/10/091008\\_1.pdf](http://www.nichiyaku.or.jp/action/pr/2009/10/091008_1.pdf))
- 8) 植村研一「アドヒアランス—自発的服薬を助ける患者支援 アドヒアランス向上のためのコミュニケーションスキル」月刊薬事 50, 377-380, {2008}
- 9) 尾鷲登志美, 上島国利「アドヒアランス—自発

## ♥ 原著論文

- 的服薬を助ける患者支援 コンプライアンスからアドヒアランスへ」月刊薬事 50, 373-376, {2008}
- 10) 「新しい薬学辞典」笠原忠,木津純子,諏訪俊男 朝倉書店 {2012}
- 11) 原智恵子「高齢者の服薬アドヒアランス」高齢者のケアと行動科学9, 28-37, {2003}
- 12) Robert Horne, John Weinman. 「Patients' beliefs about prescribed medicines and their role in adherence to treatment in chronic physical illness」 **Journal of Psychosomatic Research**. 47,555-567, {1999}
- 13) A. ストラウス、J. コービン (著)、操華子、森岡崇 (訳)「質的研究の基礎-グラウンデッド・セオリー開発の技法と手順 (第3版)」医学書院 {2012}
- 14) 戈木クレイグヒル滋子, 三戸由恵, 上原和代, 岩田洋子, 山本美智代, 鈴木希世子, 深堀浩樹「質的研究方法ゼミナール - 増補版 - 」第一版 増補版 戈木クレイグヒル滋子 医学書院 {2008}
- 15) 木下康仁「グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践 質的研究への誘い」第一版 弘文堂 {2003}
- 16) 佐川佳南枝「統合失調症の薬に対する主体性獲得に関する研究 第2報 —グラウンデッド・セオリー・アプローチを用いて— 」作業療法 22,69-78, {2003}
- 17) 嶋崎恒雄「納得の内包的意味とそれが生じる状況の特質について」人文論究 52, 36-51, {2002}
- 18) 「医療倫理Q&A」医療倫理Q&A刊行委員会 太陽出版 {1998}
- 19) 「バイオエシックス入門 生命倫理入門」香川知晶,今井道夫 東信堂 {2001}
- 20) Benbassat J, Pilpel D, Tidhar M. 「Patients' preferences for participation in clinical decision making: a review of published surveys.」 *Behav Med*. 24 (2) , 81-8, {1998}
- 21) J.W.クレスウェル、V.L.プラノクラーク (著)、大谷順子 (訳)「人間科学のための混合研究法」北大路書房 {2010}
- 22) Britten N, Stevenson FA, Barry CA, Barber N, Bradley CP. 「Misunderstandings in prescribing decisions in general practice: qualitative study.」 *BMJ*. 320 (7233), 484-8, {2000}
- 23) Stevenson FA, Wallace G, Rivers P, Gerrett D. 「It's the best of two evils': a study of patients' perceived information needs about oral steroids for asthma.」 *Health Expect*. 2 (3), 185-194, {1999}
- 24) Benson J, Britten N. 「Patients' decisions about whether or not to take antihypertensive drugs: qualitative study.」 *BMJ*. 325 (7369) : 873, {2002}