

服薬モデル
—患者は薬をどう捉えているか—

A Mental Model of Taking Medicine:
What do patients think about taking medicine?

2017年3月

北九州市立大学大学院社会システム研究科
博士（学術）学位請求論文

城尾 裕子

要旨

本論文では、患者個人の服薬に対する捉え方を表象化するものとして「服薬モデル」を提案した。

第1章では、在宅での服薬は、患者の管理下で行われるため、医療者ではなく患者が薬をどのように捉えているかを検討することに意義があると示した。患者は、薬を飲む目的や効果への期待などについて自分で判断をしている。つまり、患者の服薬に関するメンタルモデルが重要と考える。本論文では、これを「服薬モデル」と定義し、服薬モデルとは何か明確にすることを目的とした。服薬を包括する保健行動予測のHBM (Health Belief Model) やWHOの服薬アドヒアランス、服薬に関する医療者の立場や患者の立場の研究、患者のナラティブアプローチの研究などの先行研究からは、服薬モデルの構築に関する要因が示唆された。

第2章で服薬モデルの考え方を明らかにした。服薬モデルを構築するには諸要因が考えられた。薬を飲むきっかけは、何らかの「健康不安」を生じることであり、それには「症状」や「検査値」の良し悪しといった要因が影響する。服薬の動機は、健康不安だけではなく「生活上の弊害」や、早く治したいという「健康意識」も影響を及ぼす。また、自分が飲んでいる薬や罹患している病気への理解、つまり「薬に対する理解」や「疾病・健康に対する理解」も服薬に影響を与える。この2つの理解には、「医療者」からの説明や「身近な人」の支え、書籍などの「情報」、過去の疾病や服薬の「経験」が関与している。これらの要因がどの程度服薬に影響を及ぼすかは、個々人によってさまざまであり、これらの要因の相互関係性のスキーマがその人の持つ服薬に対する捉え方を表しており、それが服薬モデルとなる。服薬モデルは、Kleinmanが提案する説明モデルと類似しているが、構築要因に基づいたスキーマ構造となっている点が異なっている。また、服薬モデルは、薬を飲む過程で変容するものであり、服薬に対して評価され、服薬モデルが再構築される過程を示している。患者の服薬モデルは、医師が治療のために思い描くメンタルモデルとは必ずしも一致せず、そこにはギャップが生じると考えられた。

第3章では、第2章で論じた服薬モデルの考えを面接した40事例に適用し、その妥当性を検討した。その結果、すべての事例で服薬モデルが検討でき、第2章で検討した構築要因は有用であることが示された。構築要因のうち、「健康不安」は、「服薬」を動機づけるとともに、主要因として位置づけられた。「薬に対する理解」と「疾病に対する理解」は、個人によって理解は異なるが、患者が薬をどのように捉えているかという観点から重要な要因であった。「健康不安」と2つの「理解」に影響を与える諸要因についても、構築要因として有用な要因であり、要因間で相互関係を保持しながら「服薬」に働きかけていた。また、事例によって薬を飲む行為はさまざまであり、病状や薬の変化に伴い服薬モデルを変容させるプロセスを辿っていた。さらに、患者の服薬モデルと医師の治療モデルにギャップが生じることも事例から示された。

第4章では質問紙調査法を用いて服薬モデルの一般的傾向性を検討した。どのような薬をどのような時に飲むのか、医療者との関わりや薬への不安など 34 の質問項目に対して 496 名の回答を得た。質問項目の因子分析の結果、薬の理解、予防で飲む、自己決定、飲み忘れ、デメリット、飲む努力の 6 因子を抽出した。薬の種類別や年齢別における因子得点による分析結果では、がんや狭心症等の薬は、薬の飲み忘れやデメリットが少なく、予防で薬を飲む傾向がみられた。さらに、自己決定の程度は低く、治療に欠かせない薬との思いが服薬モデルの傾向性に影響していた。高血圧や糖尿病等の薬は、予防的に飲んでおり、コントロール目的や他疾患への罹患の恐れから薬を飲むという点で類似していた。しかし、症状緩和等の薬は、症状がある時だけに服用することが多いと考えられ、自己決定の程度が高く、飲み忘れやデメリットの程度も高かった。

年齢については、44 歳以下は、自己決定が高く薬に頼らなくても治癒するという自負がみられた。45～65 歳は中間的な位置づけにあり、65 歳以上になると予防で飲む傾向が強くなり、過去の生活習慣病を起因とした複数の疾患に罹患している可能性が考えられ、医師の指示通りに薬を飲んで治そうとする傾向がみられた。このように、疾病やライフサイクルにより服薬モデルに一定の傾向性が示された。

第5章では、服薬モデルの概念の妥当性と服薬モデルを用いた服薬指導の有効性について、総合的に論じた。服薬モデルの概念の妥当性については、HBM と WHO の服薬アドヒアランスの先行研究との比較検討によって妥当性が確認された。服薬指導においては、服薬モデルの中の問題となっている構築要因を特定し、その要因にアプローチすることにより、患者の服薬モデルを適切なモデルに近づけることが可能と考える。今後、服薬モデルが医療現場で有効に機能するか実証する必要がある。

Abstract

Here, we propose a mental model of taking medicine as the way in which a patient views the use of drugs. In the first chapter, we discuss the significance of patients' medication, because it is not the health-care professionals, but rather the patients themselves who manage the use of drugs at home. In fact, patients have their own reasons for taking medication and they expect a variety of effects. Therefore, a mental model of patients' medication is important. In this paper we define the mental model, and aim to clarify what it is. At first, we chose several possible factors which could help construct the mental model from the perspective of the Health Belief Model (HBM), developed by researchers from the World Health Organization (WHO). This refers to adherence to medication as described in many previous studies from medical staffs and patients including the narrative approach.

In the second chapter, we demonstrate how a mental model of taking medicine is constructed. Many factors should be involved in the model. Patients take drugs based on health concerns, which are determined to a large extent on symptoms and clinical laboratory test results. Some difficulties in daily life and desires for better health affect patients' drug-taking behavior too. Understandings of diseases and drugs also have effects on patients' medication. These are coupled with medical expert's' explanations, support from people close to the patients, information from books, and experiences of those affected by diseases and medication. These factors differ greatly in individuals. The schema constructed with those correlated factors makes patients create their own taking-medication mental models. Although this model is similar to the explanation-model of Kleinman, our-medicating model differs from Kleinman's because of the schema structure of several factors. The model of patients occasionally changes in the course of taking drugs. Patients estimate the value of drugs, and a taking-medication mental model is re-constructed in some cases. Taking-medication mental models of patients do not always match the models made by doctors, and therefore gaps are generated.

In the third chapter, we tested a mental model of taking medicine by interviewing 40 patients. Because we could construct the models for all 40 cases, the factors which we discussed in the second chapter were shown to be efficient. Then, among the correlated-factors, health consciousness proved to be a major factor and to lead to taking-medication. Although not with a profound understanding of drugs and diseases, the patients were able to understand the importance of their attitudes to drugs. Factors affecting health recognition and the previously mentioned understandings were valuable in construction of the schema, and had some effect on the behavior of

patients' taking-medication keeping inter-factor correlations. Besides, taking-medications were variable case by case, and changed due to the course of diseases and prescriptions. Sometimes there were gaps between those of patients' mental models and doctors' intentions.

In the fourth chapter, we examined the popular trend of medication-taking mental models using a questionnaire method. The questionnaire included types of drugs, timing of medication, relations between patients and medical staffs, and anxiety about drugs. Thirty-four questions were created and we received answers from 496 patients. Factor analysis was done and 6 factors were extracted; understanding of drugs, taking medication to prevent symptoms, self-decision, forgetfulness of taking-drugs, demerits, and an effort to keep medicine. Next, we focused on a ratio of the factors by type of diseases and age of patients, and performed the factor-score-analysis. In the result, drugs for cancers or angina had lesser effect of demerit, rarely were forgotten to be taken, and were used more for prevention. In addition, self-decision was low and taking-medication model was supported by the thought that those drugs were essential for curing the problem. Both drugs for hypertension and diabetes were also taken to prevent sequential diseases as well as to control symptoms. However, drugs to relieve symptoms were taken only when patients had some symptoms, and they were often taken by self-decision, highly related to demerit, and frequently forgotten to take. In regard to ages, patients under 44 years of age were tend to be highly self-decisive and felt they would be able to cure the problem without drugs if they became sick. Patients between 45 and 65 years of age showed an intermediate trend. Patients above 65 years of age were willing to take medicine for prevention. Since they were possibly affected by multiple diseases caused by previous unhealthy lifestyles. These patients used drugs prescribed by doctors properly. In this way, the medication-taking mental model seems to have a trend depending on patients' diseases and the stage of lifecycle.

In the fifth chapter, we comprehensively examined the validity of the medication-taking mental model, and we especially concentrated on the effectivity of the model on practical guidance of drug administration. This model has propriety in comparison with previous research projects from HBM and the adherence to medication factors by WHO. As to drug administration guidance, the medical staff should identify factors which really matter to the inappropriate taking of medication for patients. It is possible to guide patients to appropriate medication by pointing out specific factors for the patient. Hereafter, it is an issue that the drug administration guidance based on each patients' mental model of taking medicine will take place in medical practice.

目次

第1章 研究背景と本研究の目的	1
1.1 研究背景	1
1.1.1 薬剤治療に関する近年の動向	1
1.1.2 患者の服薬に関する問題	2
1.1.3 患者視点の服薬モデルの意義	3
1.1.4 服薬モデルの検討の意義	4
1.2 研究の目的	4
1.3 先行研究	5
1.3.1 服薬に関する要因を全体的に捉えた研究	5
1 ヘルスビリーフモデル	6
2 服薬アドヒアランスに影響を与える要因を検討した研究	8
1.3.2 医療者の立場から考えた服薬行動に関する研究	12
1.3.3 患者が捉える服薬に関する研究	13
1.3.4 患者の疾病や服薬に対するナラティブアプローチ	17
1.4 本研究の方向性	21
第2章 服薬モデル	23
2.1 メンタルモデル	23
2.1.1 機器とメンタルモデル	23
2.1.2 文章理解のメンタルモデル	24
2.2 服薬モデル	25
2.2.1 服薬モデル構築要因とスキーマ構造	27
2.2.2 服薬のプロセスとモデルの変容	29
2.3 医療者のメンタルモデルと患者のメンタルモデル	30
2.3.1 設計者のメンタルモデルと利用者のメンタルモデル	30
2.3.2 治療モデルと服薬モデル	32
2.4 事例による服薬モデルの検討	33
2.4.1 一時的に服用している患者の例	33
2.4.2 慢性疾患で薬を常用している患者の例	37
2.5 まとめ	40
第3章 ケーススタディによる服薬モデルの検証	43
3.1 目的	43

3.2	方法	43
3.2.1	調査対象者	43
3.2.2	調査期間	43
3.2.3	調査方法	43
3.2.4	質問内容	44
3.3	結果	44
3.3.1	グルーピングの基準	44
3.3.2	「薬の理解の程度」は高く「自己決定の程度」が高いグループ	45
	1 薬の必要性を理解し服用する服薬モデル	46
	2 自ら納得して服用する服薬モデル	50
	3 自己判断で服用する服薬モデル	54
	4 症状の緩和目的で服用する服薬モデル	57
3.3.3	「薬の理解の程度」は高く「自己決定の程度」は中間にあるグループ	60
	1 検査値を判断し服用する服薬モデル	61
3.3.4	「薬の理解の程度」は高く「自己決定の程度」が低いグループ	64
	1 医師への信頼から服用する服薬モデル	64
3.3.5	「薬の理解の程度」は低く「自己決定の程度」は中間にあるグループ	68
	1 要介護状態にならないように服用する服薬モデル	68
	2 飲み忘れを繰り返し服用するようになった服薬モデル	71
3.3.6	「薬の理解の程度」は低く「自己決定の程度」が低いグループ	77
	1 薬が出されるので服用する服薬モデル	77
	2 医療者や身近な人の勧めで服用する服薬モデル	81
3.4	考察	84
3.4.1	服薬モデルの構築要因	84
	1 健康不安	84
	2 症状	85
	3 検査・治療結果	86
	4 生活上の弊害	86
	5 健康意識	87
	6 薬に対する理解	87
	7 疾病・健康に対する理解	88

8	医療者の関わり	89
9	身近な人の関わり	90
10	情報	91
11	過去の経験	92
3.4.2	服薬のプロセス	93
1	薬を飲む行為	93
2	服薬モデルの評価	94
3.4.3	医師の治療モデルと患者の服薬モデルのギャップ	95
3.5	まとめ	96

第4章 質問紙調査法による服薬モデルの傾向性の検討 97

4.1	目的	97
4.2	方法	97
4.2.1	調査対象者	97
4.2.2	調査期間	98
4.2.3	調査方法	98
4.2.4	質問紙の構成	98
4.3	結果	101
4.3.1	対象者の属性	101
4.3.2	分析の方法	103
1	薬の分類	103
2	年齢の分類	105
3	服薬モデル構築に関わる要因の分類	105
4	回答の割合による分析	107
5	因子得点による分析	110
4.3.3	薬の分類による分析	111
1	回答の割合から服薬モデルの傾向性を検討	111
2	因子得点から服薬モデルの傾向性を検討	120
4.3.4	年齢の分類による分析	121
1	回答の割合から服薬モデルの傾向性を検討	121
2	因子得点から服薬モデルの傾向性を検討	129
4.4	考察	131
4.4.1	服薬モデルの傾向性	131
1	薬の種類別による服薬モデルの傾向性	131
2	年齢別による服薬モデルの傾向性	138

4.4.2	服薬モデルの構築要因と6つの因子との関わり.....	143
4.5	まとめ.....	145
第5章	総合考察	148
5.1	服薬モデル.....	148
5.1.1	構築要因も含めたスキーマとしての服薬モデル.....	149
5.1.2	構築要因の変化に伴う服薬モデルのプロセス.....	150
5.2	医師の治療モデルと患者の服薬モデルのギャップ.....	152
5.3	適切な服薬モデルを構築させるための服薬指導.....	153
5.3.1	市販薬を使用している事例.....	153
5.3.2	服薬に消極的な事例.....	155
5.3.3	無症状でも薬を飲もうとする高齢者の事例.....	157
5.3.4	症状が緩和すると自己判断で薬を中止した事例.....	159
5.4	服薬モデルと他のモデルとの比較.....	161
5.4.1	服薬モデルとHBMとの比較.....	161
1	服薬モデルとHBMの構成要因との関係.....	161
2	HBMとの比較における要因の長所と短所.....	167
5.4.2	服薬アドヒアランスの観点からみた服薬モデル.....	169
1	服薬モデルとWHOの服薬アドヒアランスの5要因との関係	169
2	WHOの服薬アドヒアランスとの比較による服薬モデルの妥当性	179
5.5	まとめ.....	180
5.5.1	服薬モデルのまとめ.....	180
5.5.2	服薬モデルの有用性 ―服薬指導への寄与―.....	182
5.5.3	研究の限界と今後の課題.....	183
謝辞		184
引用文献		185
付録		191

第1章 研究背景と本研究の目的

1.1 研究背景

1.1.1 薬剤治療に関する近年の動向

20世紀に入り急速に発展した医学は多くの感染症を克服したが、新しいライフスタイルは、心臓病、脳血管障害、がんなどの慢性疾患を生み出している。特に、70歳以上の高齢患者の増加が際立っている。21世紀の少子高齢社会においては、何らかの機能障害を抱えた多くの高齢者が、長い経過の中で慢性疾患の増悪、急性疾患の合併を繰り返す事態が予想される(折茂・熊川, 2000)。立岩(1996)は、病と医療の関係について、「診断あるいは予知はできるが、直すことができないといった事態が現れる。また、直しきることはできないが、生きてはいけるという状態が長くなる。つまり、慢性疾患の増加という現実がある。人は緩慢に病を経験し、緩慢に死んでいく」と述べている。また、日野原(1981)と波平(1994)も、戦前と戦後の病気とその対応は変わったが、私たちが死ぬ時、多くの場合、その死の前には病気があると述べている。

では、病気は何故あるのであろうか。Nesse & Williams(1994 長谷川・長谷川・青木 2001)は、進化と生態の視点から自然淘汰と病気の関係性を示し、「自然淘汰は遺伝子の保存に有利に働くために、もし、不安、心臓病、近視、痛風やがんが繁殖成功度を高めることに何らかのかたちで関与していれば、それらは自然淘汰によって残されるが、私たちはそれらの病気で苦しむことになる」と述べている。Nesse & Williamsの考えでは、現存する疾病は自然淘汰によって残された病気であり、私たちはまさにそれらの病気で悩まされていることとなる。

厚生労働省は、2010年11月に、医療費について2008年度に病気やけがの治療で全国の医療機関に支払われた医療費の総額(国民医療費)が34兆8084億円で、過去最高額になったと発表した。特に、65歳以上が医療費全体の54.6%、75歳以上が31.5%を占め、年齢とともに有病率が高くなり医療費も上昇傾向を示している。そのうち、調剤医療費は5兆4402億円ですでに15.6%に達している。薬物治療が主体な現代の医療においては、医療施設での入院短縮化に伴い完治しないまま退院する患者にとり、服薬は療養生活の重要な位置づけとなり、今後も処方に関わる費用はさらなる増加が予想される(亀井, 2009)。

医薬品については、医薬品薬効大分類別生産金額で1位は受診率の高い循環器用薬が22%を占め、2位にその他の代謝性医薬品(糖尿病用剤が含まれる)、3位は中枢神経系用薬(解熱鎮痛消炎剤のほか精神神経溶剤が含まれる)となっている(厚労省, 2006)。薬は処方薬だけでなく、TVやインターネットなど情報入手の容易さから、サプリメントをはじめ個人の判断で飲む機会も増えた。特に、2010年6月に薬事法が改正され、コンビニ

エンストアやスーパーでも「登録販売者」を置けば、市販薬のうち副作用などのリスクが比較的小さい風邪薬やビタミン剤などの販売ができるようになった。私たちは、いつでも手軽に薬を購入でき、薬は今まで以上に身近なものとなってきた。WHOは、「自分自身の健康に責任を持ち、軽度な身体の不調は自分で手当てする」というセルフメディケーションの考えを提唱している。日本における薬事法の改正は、このセルフメディケーションの考えを背景にしている（岸本・福島, 2009）。

このように、薬を飲む目的は、病気を治す以外の多彩な要因が考えられ、従来の医師や薬剤師といった専門家を介して薬を飲むという図式から、個々人が自分の考えに基づいて薬を飲むように変化をしている。

1.1.2 患者の服薬に関する問題点

高橋（2007）は、入院時に、患者が持参する自宅で服用中の薬は多種多様であり、今何の薬を何錠飲んでいるか、それは本当に主治医の意図した用量なのかが不明な例に数多く遭遇すると述べている。また、患者の自宅でビニール袋に入った大量の飲みきれなかった薬剤を発見することがあり、薬剤の飲み忘れがあると報告している（松村, 2006: 日本薬剤師会, 2008）。

有病高齢者の中には、服袋に書かれた用法や用量を理解できなかつたり、錠剤を掴めないなど心身の問題を伴うことがある（塩見・岡田・真田・黒野・小林, 1997）。また、処方薬とともに自己判断で市販薬を服用したために副作用を誘因することもある（吉川, 1990）。高齢者は、薬への知識不足や薬の管理能力の低下があったとしても、単身世帯など家族支援の欠如より、自分で責任を負いながら薬物療法を受けている状況があると考えられる。

働き盛りの人を対象としたものとしては、次のデータがある。くすりの適正使用協議会（2009）が、全国の小・中学生の子どもを持つ25～59歳の保護者600名を対象に、インターネットによる「薬の服用に関する実態調査」を実施している。その結果、保護者は子どもの薬の服用を確認する意識が極めて高いにも関わらず、保護者自身の薬の服用は、正しい知識と理解のもとに行われていない実態が報告されている。処方薬の服用を何らかの理由で止めたことがある保護者は71.8%にも達し、その理由は、「回復したと自己判断し、止めた（83.5%）」が最も高く、次いで「効き目がなかったので、止めた（11.4%）」、「めんどろになったため、止めた（9.7%）」と続き、多くの人が自分の判断で服用を止めていることが明らかになっている。これらの結果は、薬の服用方法を正しく理解できていないために生じたと言われている。しかし、果たしてそうであろうか。患者にとっては、理解できずに飲まないのではなく、理解できているが飲まないという選択肢もある。

Ariely（2008 熊谷訳 2008）は、人がどのように不合理であるかを追求し、それは、物理的なものだけではなく、感情や態度、ものの見方のような形にないものにも言えると述べている。コストやリスクの捉え方は、必ずしも合理的な計算に基づいて判断していると

いうわけではなく、そこに関わる不確実性や主観的な判断が影響している（藤澤，2008）。患者が薬を飲む場合においても、医療者が処方通りに飲むことが治療に最適であると考えても、患者が理にかなう飲み方をしているとは限らない。そのために、患者が何故、薬を飲むのか、その判断にどのような要因が関わっているかを探求する必要性があると考えられる。

1.1.3 患者視点のモデルの意義

服薬に関連した研究は、服薬指導のあり方や誤薬防止策など医療者の立場から論じられ、患者の立場から検討された研究は少ない。しかし、患者の多くは在宅で薬物治療を受け、患者自身が薬の管理を行っているのが現状であることを重視すべきであろう。在宅での薬物治療については、患者が処方通りに飲んでいないという指摘がある（塩見・岡田・真田・黒野・小林，1996；松村，2006；高橋，2007）。このことは、医療者の立場からは、患者は何故飲まないと考えるかもしれない。しかし、医療者の一方的な考えではなく、患者は何故薬を飲んだり止めたりするのか、その判断にどのような要因が関わっているかという患者視点の探求が必要であると考えられる。

病気を基盤にした研究として、「医療人類学では、病気とは何か、それはどのような状態を指し、また何が原因で病気になったのかについて人びとの考え方である疾病観念、病気になったと人びとが考えたとき病人や周囲の人びとがとる対処の方法、およびその知識、…広範囲なものを対象とする」とある（波平，1994）。病人は、稀な病気であるほど「何故自分だけが」と思い煩い、「病気の意味づけ」と呼ばれる行為を呼び起こし、それぞれの文化が持っている病気の意味の中から、今の自分が納得できるようなものを捜し当てる行動をとろうとする（波平，1990）。さらに、病人には自らが与える意味づけがありそれは医療者とは違うものであると述べている（波平，1994）。

医療人類学の見地から、Kleinman（1988 江口・五木田・上野訳 1996）は、説明モデル（Explanatory Models）を提唱している。病に対する患者独自の意味づけに耳を傾けることが重要であり、このことを説明モデルという概念で説明している。「説明モデルというのは、患者や家族や医療者が、ある特定の病いのエピソードについていざ考えのことである。…実際、説明モデルは、ほとんどの場合言葉に出して表されるものではない。あるいは、少なくとも言葉で表されない部分を含んでいる。矛盾があったり、内容が変わったりすることもまれではない」（Kleinman，1988 江口他訳 1996）。

Kleinman は、説明モデルには、障害の本質は何か、なぜ自分がその病に冒されてしまったのか、なぜそれが今なのか、どんな経過をたどるのか、どんな治療をしてほしいと思っているのか、自分がこの病と治療についてもっとも恐れているものは何かなどが含まれており、その背景に、社会や文化的要因などの影響があると考えている。

このように、病気に関して、医療者による治療という観点ではなく患者の視点に立った研究を行うことは、意義深いことと考えられる。

1.1.4 服薬モデルの検討の意義

服薬に関しては、処方薬でしか手に入らなかったいくつかの薬剤が薬局などで購入でき、セルフメディケーションの考えも高まり、薬を飲むということには自己責任を伴う問題が生じてきている。患者にとって、薬は医師から処方された薬だけではない。自分で購入した市販薬も薬であり、サプリメントも患者にとっては薬である。このことは、医療場面だけでなく手軽に薬を手にするようになり、身近にある薬を含め、人がどのような考えや思いを抱きながら薬を飲んでいるか、その行動を検討することは必要なことであると示唆している。そのため、人が、薬をどのように捉え、薬を何故飲むのかを、個々人の行動の要因や背景などから明らかにする必要があると考える。

先述のくすりの適正使用協議会（2009）の結果では、処方通りに飲まない保護者に対して薬の服用方法を正しく理解できていないから服薬順守ができていないと医療者からの指摘があった。正しく理解できていないために自己判断で止めてしまったと解釈されているが、それは、医療者の一方的な考えであり、そこには患者との考えにギャップがあることを示唆するものである。例えば、風邪を引いた時、薬に頼るのは嫌だから休養して温かい食べ物を食べて自然治癒力に期待する人がいる。市販薬は絶対飲みたくないのを受診してから医師から処方された薬しか飲まないと決めている人もいる。一方、薬を飲む場合にも、予防的に飲んだり、症状が進んでから飲むというタイミングの違いがあったり、あるいは、必要以上に薬に頼ろうとする人もいる。風邪薬を一つとっても、患者はさまざまなことを考えて、薬の飲み始めから飲み終わるまでの構図を描いている。

患者がなぜ薬を飲んだり飲まなかったり、途中で止めたり、またうっかりして飲み忘れるのかを理解するには、日常生活で行う服薬行動に着目しなければならない。服薬行動とは、狭義には薬を飲むという行為である。ただし、薬を飲むという動作を服薬行動として捉えるのではない。服薬をするには、自分がどのような病気に罹っているのか、薬を飲むことでどのような効果が期待できるかなどと考えている。つまり動機づけが存在して服薬をしている。そして、薬を飲むという意味決定を行う認知的プロセスが存在しており、そこでは、薬や疾病をどのように捉えているかといったことも含まれる。そのため、本研究では、薬を飲むという行為の側面だけでなく、服薬に対する理解、服薬への動機、服薬の意思決定という内的な認知過程も含めたものを服薬行動として考える。

このような服薬行動には、さまざまな要因が個々に関わっていると考えられ、それを患者視点で捉える必要がある。医療側が望むとおりに患者が服用をしているか否かを追求するものではなく、患者が置かれている日常の環境やライフサイクルの中でどのような服薬行動をとっているかを捉えていく。

1.2 研究の目的

本研究においては、患者が日常生活でどのような服薬行動をとっているかに着目し、その人がおかれている服薬に関わる要因の枠組みを捉えモデル化をする。患者が薬を飲むようになるのは、ただ体調が悪いとか医師から言われたということだけではない。過去の経験や病気や薬に対する受け止め方、周りからの情報、ライフスタイルの中で自分の置かれた状況、あるいは医療者や家族との関わりなど、いろいろな要因が関わって服薬を始めている。そして、その服薬に対する捉え方は個人によって異なっているはずである。

本研究では、患者がどのように薬を捉えているか、患者が描く服薬への考えを表象化するものであり、上述した Kleinman (1988 江口他訳 1996) の説明モデルの考えに近い。ただし、説明モデルに含まれる側面や影響を与える要因にとどまるものではない。ここで考えようとするモデルは、服薬にどのような要因が関与しているのか、その要因の関係性を明確にすることによって、個人が服薬に対してどのように捉えて服薬を行っているかを表すものである。患者が服薬をどのように受け止めて服薬を行っているかを個別に見るためのモデルであり、ここでは、その服薬に対するモデルを服薬モデルと呼び、服薬モデルとは何かを心理的な視点から明確にすることを研究の目的としている。

1.3 先行研究

服薬モデルの検討に先立ち先行研究を概観し、本研究の位置づけを明確にしていく。本研究では、服薬モデルを提案するにあたり、検討すべきことは服薬行動にどのような要因が関わるかということである。そこで、先行研究において服薬に関する要因を全体的に捉えた研究について、まず2つの研究を概観する。一つは、ヘルスビリーフモデルで、服薬を包括するであろうと考えられる保健行動を予測するモデルである。もう一つは、服薬アドヒアランスに関する要因の分析の研究である。服薬アドヒアランスに影響する要因は、服薬行動に与える要因の検討に繋がるものであり、直接的な要因を検討する際に参照すべき有用な研究である。

次に、服薬行動に焦点を当てた研究として、医療者の立場からどのようにすれば正しく服薬をできるのかという視点での研究がある。服薬に関する要因を全体的に捉えるのではなく、特定の疾患に罹患している患者が正しく薬を飲むために、患者の服薬の実態、服薬に関与する要因、服薬指導などについて論じられている。

以上の研究は、医療者側からみた服薬に関する研究である。一方で、患者の立場から服薬をどのように捉えているか検討した研究についても概観する。さらに、最後に医療人類学的な研究アプローチとしてナラティブから薬をどのように個人が捉えているかを調べた研究について概観する。以上、ここでは先行研究を4つに分類して概観する。

1.3.1 服薬に関する要因を全体的に捉えた研究

1 ヘルスビリーフモデル

人が疾病に対してどのような行動をとるのかを予想したモデルとし、ヘルスビリーフモデル Health Belief Model (以下、HBM と略) が知られている。このモデルは、1950 年代に Hochbaum や Rosenstock といった米国の社会心理学者のグループによって提唱され、その後いくつかの発展を経て現在に至っている。HBM は、行動に関する心理学の理論を保健行動に適用し、保健行動への理解を深めた点に意義がある。このモデルでの保健行動は幅広く考えられており、病気の治療を直接行う行為だけでなく、運動や食事なども含め、保健行動と考えられる。服薬もその中の一つに含まれているため、このモデルで検討されている要因も本研究で検討する服薬に結びつくものと考えられる。

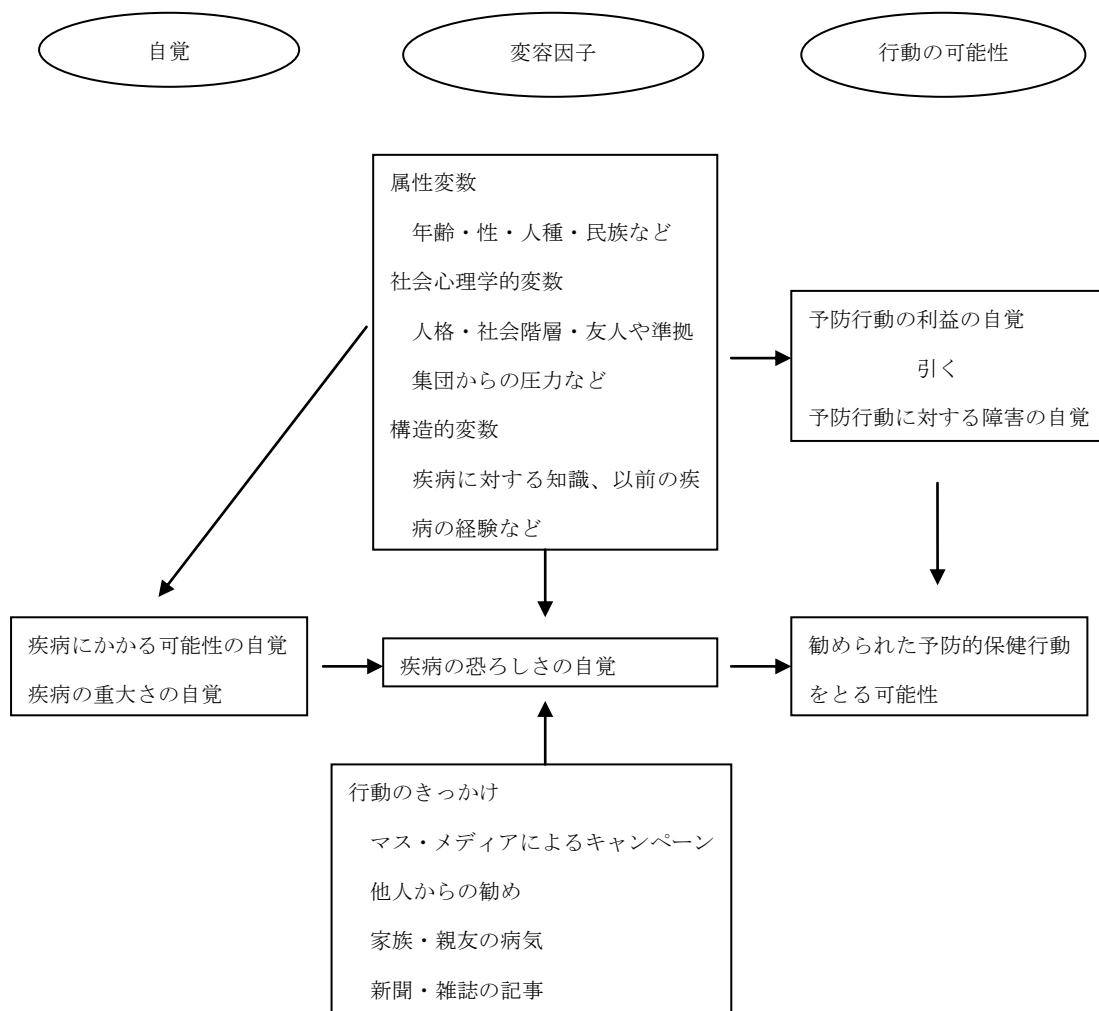


図 1-1 ヘルスビリーフモデル。Becker et al, (1974) をもとに家田ら (1981) が翻訳

HBM は、保健行動に関し、各個人によって合理的に行われる主観的判断の部分を取り

上げ、人間の保健行動を予測している。図 1-1 は、Becker, Drachman & Kirscht (1974) による HBM の概念図を、家田・畑・高橋 (1981) が翻訳したものである。

HBM では、「疾病にかかる可能性の自覚」および「疾病の重大さの自覚」が心理的準備としての「疾病の恐ろしさの自覚」を高めるモデルとなっている。「疾病にかかる可能性の自覚」とは、疾病に罹患する可能性を主観的にどの程度と捉えているかということであり、「疾病の重大さの自覚」とは、疾患に罹患した場合の重大性の主観的大きさである。この 2 因子により間接的に評定される「疾病の恐ろしさの自覚」へ繋がるこの一連のプロセスは、ある保健行動を行うかどうかの主観的判断に関わる部分と解されている。

その「疾病の恐ろしさの自覚」は「勧められた予防的保健行動をとる可能性」に影響を与える。ただし、その行動をとる可能性はその要因だけに規定されるものではなく、「予防行動の利益の自覚」と「予防行動に対する障害の自覚」の差が、行動を決定するとされている。「予防行動の利益の自覚」とは、ある行動によって得られる主観的なメリットの大きさであり、「予防行動に対する障害の自覚」とは、ある行動に伴う主観的な負担の大きさであり、双方を天秤にかけその行動を行うか行わないか判断をしている。

このように、個人の特定の「自覚」(perception) が、ある保健行動を起こす鍵になっているという考えが HBM の特質になっている。

また、「疾病の恐ろしさの自覚」は、「疾病にかかる可能性の自覚」および「疾病の重大さの自覚」だけでなく、「行動のきっかけ」や「変容因子」に影響を受ける。「行動のきっかけ」には、マス・メディアによるキャンペーン、他人からの勧め、家族・親友の病気、新聞・雑誌の記事などが考えられ、予防行動にこれらのきっかけが働き、行動を促進している。

「変容因子」は、保健行動に関する判断が人により異なり、人の属性によっても影響しているという考えに基づいた因子である。変容因子を構成するものに属性変数、社会心理学的変数、構造的変数の 3 つの変数が挙げられる。属性変数とは、年齢・性・人種・民族など個人の特性を表すものである。社会心理学的変数には、人格・社会階層・友人や準拠集団からの圧力などがある。構造的変数は、疾病に対する知識、以前の疾病の経験などがある。これらの変容因子は、「疾病の恐ろしさの自覚」だけではなく、「疾病にかかる可能性の自覚」および「疾病の重大さの自覚」、「予防行動の利益の自覚」と「予防行動に対する障害の自覚」の差の 3 方向に矢印が向けられ、それぞれの「自覚」に影響を与えている (家田他, 1981 ; 畑, 2003)。

HBM は、その保健行動に影響する要因を構造的に示していることに特徴がある。特に、予防行動を起こすことへの利益と障害の差が保健行動の決定に影響を持つという過程に、その特徴がある。本研究で検討する薬を服用するという行動は、保健行動の一つに含まれると考えられ、HBM で検討されている要因も服薬モデルに関係する要因があると考えられる。そして、どのような服薬行動をとるかについて、患者はその服薬行動による利益と障害を考えていると思われる。例えば、風邪薬を飲む場合に、咳が治まるという薬の効用

である利益と眠気があるという障害を考えて、実際に服薬するかどうかを検討している。服薬モデルには、HBMの要因と同じ要因が含まれていると考えられ、服薬モデルを検討する上で、HBMの要因は参考となる。

2 服薬アドヒアランスに影響を与える要因を検討した研究

医療の分野では、患者は従来のように受身ではなく、積極的に治療に関わり、医師とのコラボレーションによって治療することが求められてきている。それに伴い患者が医師の指示に従うコンプライアンス (compliance) から、医師と患者が対等関係なアドヒアランス (adherence) という概念が重要視されてきている (病院の言葉委員会, 2009)。服薬アドヒアランスとは、服薬に関する患者—治療者間での取り決めを遂行することで (堀, 1998; 山中, 2005)、医療者が一方的に指示するのではなく、患者と治療について話し合い、疾病を持つ人々が自分のためにたゆまず努力していけるように医療者が支えることをいう (黒江, 2002)。

正しく薬を飲むことは、従来は医師の管理下で医師が指示した通りに遵守することが求められ、コンプライアンスという言い方がなされていた。つまり、医師が指示したことを一方的に従うものであった。それに対し、アドヒアランスは、患者と医療者は対等な関係で、患者自身も病気や薬に対して理解し積極的に治療方針に関わっていくことを指す。そのため、服薬が正しくなされている場合、アドヒアランスが高いとかよいという表現がなされ、正しく服薬がなされていない場合は、アドヒアランスが低いとか悪いという表現がなされたり、ノンアドヒアランスと記されたりすることが多い。

アドヒアランスに関して、WHOの報告 (2003) では、アドヒアランスの不良は世界的な問題となっていると指摘している。Kalogianni (2011) は、WHO報告をもとに服薬アドヒアランスについて次のように解説している。治療におけるアドヒアランス不良は、病気の合併症を引き起こし生活の質を低下させ、患者の健康上の利益を達成できない。そのため、医療者に、患者のアドヒアランスを高めさせるために、患者の服薬アドヒアランスの低下に影響する5つの要因 (表 1-1) を提示している。それらは、①社会的経済的要因、②医療者と患者の関係 (医療制度に基づく)、③疾病の要因、④治療の要因、⑤患者の要因の5つの要因で、これらの要因が複数関係し、相乗的な影響をもたらすと述べている。

具体的には、①社会的・経済的要因では、家族、友達、保健支援者などのソーシャルサポートの有無による影響が関係している。ソーシャルサポートを受けることのできる患者は、良好なアドヒアランスを持つことができ、そのことにより薬物療法でのよい治療結果を得ることができる。一方、生活環境の不安定さやヘルスケアを受けられない、お金がない、医療費が負担になっている、仕事が忙しいなど、社会的・経済的に不安定さを持つ場合は、アドヒアランスを低下させている。

②医師と患者の関係は、医療システム関連の最も重要なものの一つと捉えている。患者

と医療提供者の良好な関係はアドヒアランスを高める。例えば、医療者からの励ましなどはアドヒアランスに肯定的効果を与えている。反対に、アドヒアランスの低下原因となるものに、治療の効果や副作用についての十分な説明がなされないなどコミュニケーション不足によるものがあると指摘している。特に高齢者は、コミュニケーション不足により、なぜ薬を使用するか、薬を使用することでの利点などが理解できずにアドヒアランスを低下させる可能性が高くなる。

表 1-1 アドヒアランスに影響する要因

要因	内容
①社会的経済的要因	英語(共通語)習得度が低い 健康リテラシーが低い 家族や社会的支援組織がない 不安定な住居;ホームレスなど 心身への過重な負担—仕事が忙しくがんばらねば生活ができない 健康支援施設へ行きにくい 健康保険がない 薬局に行けない—行きにくい 医療費が高い 病気や治療についての文化的信念(信条) 老人虐待(いじめ)
②医療者と患者の関係(医療制度に基づく)	医療提供者と患者の良好な関係 医療提供者のコミュニケーション能力(特に理解力や記憶力の低下した高齢者との関係) 医療提供者と患者の健康信念の不一致 医療提供者による励まし あまりに高度な文面の患者向け情報 処方薬の制限;保険適応外の薬品や未収載の新薬 経済的負担;高額医薬品の自己負担分、健康保険料 予約の取りにくさや長い待ち時間 ケア継続性の欠如
③疾病の要因	慢性的症状 無症状 うつ状態 精神病 知的な遅れ / 発達障害
④治療の要因	複雑な服薬計画(服薬回数、薬品の数)

治療技術の習得の難しさ（自己注射や吸入など）

治療期間の長さ

頻回の処方変更

すぐに現れない治療効果

社会的に悪い印象がある薬品

実際あるいは知識としての不快な副作用

⑤患者の要因

身体的制約

視力障害

聴力障害

行動障害または手先の不器用さ

嚥下障害

精神障害 / 行動異常

認知障害

病気の知識

病気の危険やかかり易さの知識

服薬を必要とする理由の理解

治療計画への期待と態度

治療効果の知識(理解)

治療計画に従っていけることへの確信

動機づけ

副作用への恐れ

依存症への恐れ

病気という刻印(病気もちとされる)への恐れ

医療提供者との間の軋轢

心理的社会的ストレスや不安、怒りなど

アルコールや薬物の乱用依存

*WHO 2003年の提言を Osterberg & Blaschke(2005)と Kalogianni(2011)が解説したものを筆者が日本語に訳した。

③疾病との関係要因には、自覚症状の強さや不自由さのレベル、病気の進行速度、有効治療法があるかなどである。それらが患者にどのようなリスクを及ぼすか理解しているかどうかアドヒアランスに影響している。また、患者が理解した上で治療を続けるかどうかも影響している。④治療の要因は、治療法との関わりがある。処方が複雑だとアドヒアランスは低下する。具体的には、薬の種類が多い、一日の服薬回数が多いなどである。また、仕事の途中で服用が必要などその人のライフスタイルに合わないことや、副作用があることもアドヒアランスの低下と関連している。⑤患者の要因は、患者自身に関わる要因

である。疾病や薬の必要性の理解不足、動機づけ不足、低い自己効力感、薬物の乱用などは、アドヒアランスを低下させる。また、麻痺や指の不自由さなどの身体的障害、認知症高齢者は、アドヒアランスの低下につながるリスクを持っている。

以上のように、WHO の服薬アドヒアランスの低下の要因には、医療的な見地からだけでなく、社会的・経済的な環境要因、国による医療事情や文化事情など多様な要因が網羅され、ノンアドヒアランスに多くの要因が関与していると示唆している。

Aimette, Tuohy, & Cohen (2007) は、患者のノンアドヒアランスの理由を、知識の不足、実行にあたってのバリアー、態度に関するバリアー3つのカテゴリーに分けて考えている。知識の不足は、患者が服薬や健康状態に関する知識を欠くことであり、救急部での服薬事故の調査では、患者の1/3が適切な服薬についてほとんどあるいは全く理解できておらず、その原因は読み書きの能力の問題であることを明らかにしている。実行にあたってのバリアーは、目が不自由であるという障害、薬代が支払えない・保険証がない、複雑な服薬スケジュールによる混乱、開けにくい薬のケースなどを指していた。態度に関するバリアーについては、最も乗り越えるのが難しいバリアーとしている。患者の健康に対する信念にルーツがあり、文化や人種、家族、個人の価値観、医療機関における過去の経験などで形成されるからと述べている。Aimette et al. (2007) の挙げた要因は、WHO の服薬アドヒアランスの社会的経済的要因、医療者と患者の関係、治療の要因、患者の要因の一部に含まれるものである。ここでは、態度に関するバリアーについて、ノンアドヒアランスに強い影響力があると示したことに特徴があると考えられる。

Osterberg & Blaschke (2005) は、服薬アドヒアランスについて次のように解説して対策を示している。アドヒアランスは、一般的データからみると、急病の状態ではちゃんと薬を飲むが、慢性疾患では薬を飲まなくなるためアドヒアランスが低下している。また、薬を飲み始めて6カ月を過ぎるとアドヒアランスが低下していくと述べ、治療期間の長さとの関係性を示している。また、アドヒアランスの低下傾向として挙げられるのは、①うつ状態の人、②認知障害がある人、③症状がない人、④退院計画が適切でない、⑤副作用がある、⑥患者が治療効果を信じていない、⑦患者が病気のことを理解していない、⑧医療者と患者の関係がよくない、⑨治療や内服をする上で障害がある、⑩予約の時に来ない人、⑪治療が複雑である、⑫コスト（費用）などであった。そして、アドヒアランスを高める改善策として、患者教育を行うこと、処方計画を改善すること、外来の時間を長くし夕方まで見ること、待ち時間を短くすること、医者と患者のコミュニケーションをよくすること、処方の改善（1日1回、ピルボックスを使用）であると述べている。Osterberg & Blaschke (2005) は、アドヒアランスを低下させる要因を示すと同時に、アドヒアランスを高める方法も示している。

これらの研究では主に服薬アドヒアランスを低下させる要因を検討している。一方、これらの要因が改善されれば服薬アドヒアランスは高まり、服薬を促進するものとなるため、患者の服薬行動に影響を及ぼす要因として検討する必要があると考える。

1.3.2 医療者の立場から考えた服薬行動に関する研究

患者が服薬を処方通りに行わないことに対してどのような要因が関与しているのか、そして、どのようにすれば患者が処方通りの服薬をしてくれるのかについての研究がみられる。これらは、医療者の立場から服薬に関わる要因を検討していると考えられ、主として特定の疾患について、患者の服薬の実態や服薬行動を捉えた研究である。

手塚・中原・斎藤（2005）は、慢性呼吸器疾患患者 50 名を対象に服薬行動の調査を行っている。手塚らは、対象者となった患者は疾患の理解や薬の必要性の理解が不足し、アドヒアランスが低いと予想していた。しかし、結果は、多くの患者が薬の効果を理解し服薬治療を受け入れており、慢性疾患という特性から、長期に服薬していく経過の中で失敗と成功を重ね服薬の遂行行動の成功体験により、薬の必要性を感じ服薬治療を理解し認めることができたためと分析をしている。ここでは、患者が薬を飲んだり時には止めたりしながら、これまでの薬を飲んできた経験により薬の治療に理解を示す経緯が示され、本研究においても患者の服薬経験が服薬行動に関連しているか検討が必要と考えられる。

高血圧の疾患について、次の 2 つの研究がある。Richardson, Simons-Morton, & Annegers (1993) は、高血圧専門外来通院患者 480 名が薬を飲んでいるかどうかについて調査をしている。その結果、内服しないと答えた 47% は、若い人や塩分摂取が多い人、治療期間が長い人であった。内服しない人のうち半数は、薬の味が苦い、副作用がある、錠剤が取り出しにくい、生活スタイルが中断される、健康への不安があることが影響していることが示されている。これらは、患者の服薬を障害する要因であり、患者の服薬行動に関与する要因として検討する必要がある。

Morrell, Park, Kidder, & Martin (1997) は、血圧降下薬の飲み忘れについて調査をしている。その結果、血圧が高い人と年齢区分で若い群（35～44 歳）は飲み忘れていないと示している。一方、45 歳～54 歳や 55 歳～64 歳、そして記憶力など低下が見られる 75 歳以上が、特に薬を忘れやすいと報告している。加齢による認知能力の低下よりも、高血圧という自分の病気についての知識と健康に対する意識の強さが薬の飲み忘れを防止していると分析している。また、中高年の薬の忘れは、仕事など社会生活で多忙のため、加齢による認知能力の低下よりも、むしろ忙しいなどライフスタイルや健康に対する意識の違いが深く関わっていると述べている。このように、患者が疾病についてどのように理解をし、健康意識を持つかは薬の飲み忘れに関与しているため、患者の服薬を考える上で必要な要因と考えられる。

Ried & Christensen (1988) は、尿路感染症の女性患者 113 名が、10 日間薬を飲み続けることに対し、どのような行動をとるかを調査している。その結果、38% は確かにしっかりと飲んでいて、一方、25% は薬を飲み終えていたけれど途中飲み忘れがあり、残りの 37% は指示された通りに飲み終えていなかった。この背景には、薬を飲むことが障害になるか利益になるかを考えながら行動していることがあるからではないかと分析している。障害

としては薬を飲むことが不便である，利益としては薬を飲むことが重要であるや健康をよくするなどであった．ここでは，薬を飲むことによる障害や利益が服薬行動に影響することが示されている．

鈴木・上見（2003）は，糖尿病患者の自己管理と生活環境要因について検討をしている．通院患者 20 名を対象に面接調査法を用い，自己管理を促進する要因と阻害する要因を明らかにした．その中で，家族の協力があることは，食事療法，運動療法，薬物療法などを通じ，糖尿病患者が自己管理を心がけるためには極めて重要な条件と指摘している．このことは，患者の薬物療法に家族の存在が影響することを示したものである．

塩見・岡田・真田・黒野・小林（1996）は，若年健常者 21 名と有病高齢者 17 名を対象に服薬管理能力を比較している．面接法で薬袋の使用法に関する質問を行なった結果，若年健常者 8 名（38.1%）と有病高齢者 13 名（76.5%）に薬袋の使用法の理解に間違いがみられた．その中で，要訓練や要介助が必要であったのは，若年健常者 1 例に比べ有病高齢者は 9 例と有意差がみられた．そのことから，有病高齢者に対しては，事前に患者の服薬能力を把握し処方する必要があると指摘している．薬袋は，薬の説明書と同様に多くの患者が手にする薬の情報の一つであり，薬剤師などから必ず説明を受け手渡されている．その際に，患者がどのように理解しているか確認する必要性があると述べている．特に，有病高齢者についてはその必要性があると指摘している．

五十嵐・山田・矢内・山崎（2006）は，内服治療中の入院患者 59 名に，服薬指導で薬剤知識が向上するかを調査している．入院時に薬剤に対する知識がどの程度あるかを評価した後に服薬指導を行い，その 2 週間後に薬剤知識の再評価を行っている．その結果，用法と用量については変化がみられなかったが，薬剤名と薬の作用の知識は有意に向上したと示している．塩見他（1996）と五十嵐他（2006）は，薬に対する理解が服薬に影響を与えており，それが薬剤師など医療者の説明が影響を与えることを示唆するものであり，服薬モデルを検討する上で，医療者との関わりの検討が必要であると考えられる．

以上，医療者の立場からの先行研究においては，患者の服薬行動に関与する要因，臨床場面での実態や実践的な服薬指導などから，服薬行動との関係性を検討する必要性が示唆される．これらの研究では，患者が正しく薬を飲むようにするにはどうしたらよいか研究されているものの，患者がどのような思いや考えを持ち薬を飲んでいるかについては明らかにされていない．

1.3.3 患者が捉える服薬に関する研究

患者が薬を正しく飲めないのは，薬について理解できないためとは限定できない．むしろ，患者は薬に対して自分なりの理解をしている．そこには自分の考えがあり，その自分の考えに基づいて薬を飲むかどうかを判断している．そのために，服薬に関する研究は医療者側の立場から薬に対する理解を調べるのではなく，患者の立場から服薬をどう捉えて

いるのかを検討する必要がある、そのような観点からなされた研究がみられる。これらは、患者の立場から服薬を考えたもので、患者がどのように薬を捉えているかに関する研究と考えられる。

Donovan & Blake (1992) は、ノンコンプライアンスという考えに疑問を呈している。リウマチ外来に通院している患者 41 名に、受診前と診察後にインタビューを行い、さらに、診察中の医者と患者とのやりとりをテープにおさめ、医師のアドバイス通りに処方薬を飲んでいるか調査をしている。その結果、25 名が処方通りには飲んでいなかった。その内訳は、全く飲んでいない、決められた量より少ない量しか飲んでいない、途中から量を減らした、過剰に飲んだなどさまざまであった。このことに対し、単に医師の指示に従わないというだけではなく、患者が飲む量や飲むタイミングを考えているためであったり、薬の副作用を恐れているからであると分析している。さらに、患者は、治療に対するコストとベネフィットを考えており、彼らが治療を受けるかどうかの意思決定には不可欠であると述べている。例えば、コストとは薬の副作用や依存などであり、ベネフィットとはすぐに症状が軽くなることや病気が治癒することなどであった。医者の立場から見た場合には、薬を飲まないという非論理的な行為はノンコンプライアンスであっても、患者からみればちゃんと理屈の通った考えである。このことは、患者が薬についてどのような考えを持ち、薬を飲もうとしているのか、すなわち、患者の立場で、患者がどのように薬を捉えているか知ることが患者のコンプライアンスを上げるために重要であることを示唆するものと考えられる。

磯野・上田・住吉 (2014) は、循環器外来における服薬ノンアドヒアランスについて、医療人類学的手法を用い解析している。循環器疾患を持つ 85 名の通院中の患者を対象に、医師と患者間で病気に対する解釈のずれが存在するのか、患者のノンアドヒアランスに社会・文化的要因との関わりがないかを、医療人類学の視点から明らかにすることを目的にしている。調査方法は、医師と患者のやり取りを記録し、診察の前後に医師の見解を求めている。その結果、7 名が服薬ノンアドヒアランスであり、医師と患者の病気に対する解釈の違いが生じていると判断された。その 7 名の患者に対して、病気の有無の判断、科学に対する考え方、循環生理に対する考え方、健康観について社会的・文化的要因から分析をしている。

病気の有無の判断には、患者 2 名が該当していた。2 名の患者は不調の訴えはなく無症状であったため、手術や歯科治療を受けるために医師に出血傾向の副作用がある抗凝固薬を止めたいと申し出る。この 2 名の患者は、目に見える異常や感じられる症状に対して行うものが治療と捉えており、それには主訴に基づいて判断するという歴史的な背景が影響していた。しかし、医師は、現在の状況から発症リスクの高い血栓塞栓症の予防治療継続が必要と判断している。ここでは、医師は客観的指標に重点をおいているのに対し患者は主観的指標の方に重きをおいている点にずれがみられる。

科学に対する考え方では、患者 2 名が該当した。患者は自分の高血圧は自然なもので「本

当に薬が必要であるのか」、「薬が強すぎるのではないかと」、降圧剤は身体に侵襲を与え悪しきものと考えている。しかし、医師は、いずれの患者も血圧値が高く降圧剤は科学的に必要と考えている。ここでは、医師は、処方薬を物質化された科学的知識で薬を肯定的に捉えており患者の価値体系とはずれがある。

循環生理に対する考え方では、患者1名が該当していた。がんには、「おぞましい」といった恐怖と密接に結び付いた意味づけがある。しかし、循環器疾患では患者に過剰な恐怖を与えるという意味づけはない。そのことが、患者に積極的な治療意欲がわからない要因となったり、逆に機械のように完璧なコントロールをしようとする要因になる。該当する患者は、収縮期血圧を 115mg にコントロールしたいと医師に申し出ている。医師は、血圧は生活の条件や生理的に変動することを猶予した調整が望ましいと考えており、患者との解釈にずれがみられる。

健康観では患者の2名の例が該当した。患者は根治を期待し薬の継続を望むが、医師は経年変化により慢性化した心房細動に、無効であると分かっている薬は適応外の治療と考えている。患者は、無効である薬も継続的に服用するなど自助努力で治癒できると解釈しており、医師とのずれがある。

このことから、服薬ノンアドヒアランスは、医療者と患者の人間関係や医療者の説明不足および患者の心身症といった個々人の問題に還元することのできない、社会的・文化的要因の関与が明らかで、服薬ノンアドヒアランスの社会的・文化的要因についての医療人類学に基づく質的解析が、その解決に向けて有効であると示されている。

また、Labig, Jr., Zantow & Peterson (2005) は、19～30歳の学生 195名を対象に服薬習慣に関する研究をしている。学生が、健康や薬、医師についてどのような考えを持っているのか検討を行っている。健康については、ほとんどの学生が健康であると思っており、健康であるかどうかは自分の感覚によって判断をしている。薬は、処方通りに飲まなかったり、薬の飲み忘れがあったり、症状がないとすぐに止めたりと、薬を飲むかどうかは、自分の治ったという感覚や得た情報で決めている。また、医師との関係のよし悪しが、健康状態や薬を飲むかどうかの判断に影響せず、たとえ医師のアドバイスを受けても一度自分のフィルターにかけて最終的には自分で判断すると分析している。ただし、この調査での医師は、たまたま診療を受けた大学構内の医師であったため、一般の診療所の医師との違いがあるであろうと述べている。ここでは、学生自身の感覚や得た情報が、健康や薬をどのように考え医師とどのように関わるかに影響を与え、学生の服薬習慣として表わされていた。これらは、患者の服薬行動に関与する要因として示唆するものと考えられる。

細谷 (2002) は、高校生や大学生、社会人 486名を対象に薬に対する意識と服薬行動に関する質問紙調査を行っている。細谷は、実際に服薬指導を行う中で、患者が薬についてさまざまな気持ちや考えを持ち服薬していると気づき、患者が服薬についてどのように考えどのような気持ちで服薬しているかという実態を知る目的で研究を行っている。

質問項目は、「薬についてのイメージと考え方」12項目と「実際の服薬行動」16項目で

構成されている。「薬についてのイメージと考え方」には、「あなたにとって薬は頼りになるものですか」などの薬の効果への期待の項目、「副作用について心配ですか」などの薬に対する安全性の項目、「薬が苦いとこまずいと感ずることがありますか」などの薬を飲む時に感ずる事の項目などが挙げられる。「実際の服薬行動」には、「体の調子が悪くなった時、自分の判断で服用しますか」などの実際の服薬行動についての項目、「自分が服用する薬について詳しく知ろうとしますか」などの薬の情報についての項目、「処方された薬を服用して副作用が起きたことがありますか」などの副作用について挙げられている。

分析は、「薬についてのイメージと考え方」の項目と「実際の服薬行動」の項目とのクロス集計を行いその関連性を検討している。その結果、「薬についてのイメージと考え方」のうち「薬に対する安全性」との関連が顕著に表れていた。薬の使用によっては危険なものになると感じている人は、薬についての情報を入手し飲み合わせなどに注意して服用していると述べている。しかし、副作用や薬の作用に懸念を持つものの自ら積極的に不安を解消するための手だてを講ずるまでには至っていないと分析をしている。また、「薬の効果への期待」では、体調が悪くなると薬を飲むと楽になるだろうと期待し自分の判断で薬を飲んでおり、薬についての情報も入手しようとする行動がみられた。「薬を飲むときに感ずる事」では、服薬の習慣性が気になる人は薬の情報を入手する行動をとっている。このように、細谷の研究においては、薬を飲む時に、薬に対してどのようなイメージを持ち、どのように考えて薬に接し、服薬の行動にどのように影響するのかを明らかにしている。

湯沢 (2002) は、患者の服薬状況を評価するために服薬アセスメントツール (Medication Assessment Tool : MAT) を作成している。服薬に関する従来の研究では服薬の順守率というアウトカムが中心課題として検討されてきていた。しかし、湯沢は、患者の特性に合わせた支援が必要であり、単に薬剤について理解を深めれば適切な服薬ができるわけではないことを指摘している。そこで、個々の患者が服薬していることをどのように受けとめ、対応しているかを個別にみる客観的道具が必要であり、その用具を使うことで服薬の援助に生かすことを目的としている。それが MAT である。患者 105 名を対象に調査を行い、その結果、「服薬の動機」、「服薬の受容」、「服薬の理解」、「薬の費用」の 4 因子で構成される 11 の質問項目を採択している。具体的には、「薬の効果を感じますか」や「薬は病気の悪化予防するのに役立っていますか」などの質問項目で構成される「服薬の動機」因子、「今の薬の副作用が気になる」や「薬を飲む作業はめんどうですか」などの質問項目で構成される「服薬の受容」因子、「薬がなぜ必要か自分でわかりますか」などの質問項目で構成される「服薬の理解」因子、「薬代は負担ですか」の質問項目で構成される「薬の費用」因子である。

これらの因子が、服薬を自分の考えで調節することに影響するかどうかを検討している。それによると、「服薬の受容」因子と「薬の費用」因子が、服薬の調整に影響を与えることが示されている。「服薬の受容」とは、副作用が気になっている、薬を飲む作業はめんどう、薬に頼るのはよくない、薬は今よりも少なくていいと思っているとといった内容で、これら

のことを思っている患者は、自分で服薬の調整をすることで解決しようとしているのではないかと述べている。「薬の費用」については、患者にとって薬代の負担感が薬の調整に関与していると考えており、「薬の費用」は無視できない因子であると述べている。ここで「服薬の理解」因子の影響はなく、服薬への理解を高める指導だけでは効果が認められないと指摘している。これは、人の服薬に対する捉え方を検討する上で有益な指摘であり、服薬行動は、薬そのものに対する理解だけではなく、服薬に関わるいろいろな要因が影響を与えていると示している。

以上、患者の立場からの先行研究では、患者がどのように考え服薬行動をとるのか、それらにどのような要因が関与しているのか示されており、患者の視点から服薬を捉える必要性が示唆されている。

1.3.4 患者の疾病や服薬に対するナラティブアプローチ

上述した医療者の視点と患者の視点からの先行研究は、質問紙などに基づいた定量的な研究であり、患者個人が自分の疾病をどのように考え、また、服薬についてどのように捉えているかについて示されていない。しかし、近年、患者個人に焦点を当てるインタビューによる定性的なデータに基づいたナラティブなアプローチがなされている。ここでは、患者が病や特定の疾患について語るナラティブアプローチから、医療者と患者双方の考えについて検討した先行研究を概観していく。

米国医学の開拓者であるオスラー博士について、「オスラーが病室をおとずれるときには、どんなに忙しくても時間をとって、ベッドのそばに椅子をひきよせ、腰を掛けて、患者と視線をできるだけ水平になるようにして、優しく語りかけ、患者の話をゆっくり聴いた」（日野原, 1991）と、オスラー博士が耳を澄まし患者の話を聴こうとしている様子が記されている。医師は、患者の語りが診断を左右する力を持っていることや、患者の苦悩を共有し病を癒すには必要なものと認識しているためであり、客観的・科学的データに基づく医療が行われる現代においても、医療の重要な側面として存在するものである。

人が病についてする説明には、語りとしての重要な側面を持つ。Kleinman (1988 江口他訳 1996; 江口・皆藤, 皆藤 (編・監訳) 2105) は、慢性の病を抱えた患者が肉声で語る物語に注目し、病の経験となる語りが医療やケアの中心に据えられるものと考えている。病の語りについて、「患者は彼らの病いの経験を——つまり自分自身や重要な他者にとってそれがもつ意味を——個人的な^{ナラティブ}語りとして整理するのである。病いの^{イルネス・ナラティブ}語りは、その患者が語り、重要な他者が語り直す^{ストーリー}物語であり、患うことに特徴的なできごとや、その長期にわたる経過を首尾一貫したものにする」と述べている (Kleinman 1988 江口他訳 1996)。つまり、患者の語りにより、病をめぐるさまざまな出来事や経験や意味が、自分自身や医療者などにより整理され一つの物語を構成するという考えである。Kleinman は、ナラティブアプローチである患者が語る物語には、病について抱く考え、すなわち説明モデルが

あると捉えており、患者だけでなく医療者にもそれぞれに説明モデルを持つと説いている。

Kleinman (1988 江口他訳 1996) が挙げているフラワーズ夫人の例から、疾患や服薬に対する患者の説明モデルと医師の説明モデルについて示していく。フラワーズ夫人は、高血圧の 39 歳の黒人女性で 4 人の子供と母親、そして 2 人の孫と一緒にスラム街に住んでいる患者である。リチャーズ医師との間で次のようなやりとりがなされることが記載されている。

(前略)

医師：吐き気は？

夫人：ありません。そう、ピクルイスの汁を飲んだときに多少。

医師：ピクルイスの汁ですって。ピクルイスの汁を飲んでいたんですか？すごくたくさん塩分が含まれているんですよ。あなたは高血圧なんだから、それは本当に危険です。

夫人：でも、今週はプレッシャーを感じていたし、母が、私はハイ・ブラッドだから、たぶんそれが要るといったのです——。

医師：それは違うんです。ピクルイスの汁はおやめなさい。フラワーズさん、どんなわけがあってもそれを飲んではいけませんよ。まったく良くないんですよ。わかりませんか？それにはたくさんの塩分が含まれていて、塩分はあなたの高血圧に悪いです。

夫人：うーん、そうなんですか、わかりました。

医師：ほかに困ることはありますか。

夫人：よく眠れなくてね、先生。私が思うに、そのわけは——。

医師：寝つけないんですか。

夫人：そうなんです、それに朝、ほんとうに早く目が醒めてしまってね。エディー・ジョンソン（夫人の長年の男友達で一年前にけんかで殺された）の夢を見てね。たくさんのことを思い出して泣いてね。本当にひとりぼっちなんでね。私はわからないけれど——。

医師：何かほかに問題がありますか。からだの問題のことを聞いているんですけど。

夫人：いや、疲れた感じはあるけどね。でもそれは何年も続いています。リチャーズ先生、誰かのことで思い悩んだり、その人がいなくなって寂しかったりすると、頭痛が出ると思いませんか？

医師：わかりませんね。筋緊張性頭痛だったらありうることです。でもほかに、めまいとか倦怠感とか疲労とかいったことはなかったんですか。

夫人：言ってるじゃないの！疲れた感じがときどきあるんですよ。そして、プレッシャーがあると悪くなります。でも、心配なことを先生に尋ねておきたかったんです。心配事がたくさんあってね、全体に元気がなくて、まるでどうにもしようがないようです。今はお金がさしせまった問題ですね。

医師：なるほど、ソーシャルワーカーのマーさんに頼んで、経済的な話をしてもらいましょう。マーさんは助けになってくれますよ。これから、からだの検査をして具合はどうかみてみませんか。

夫人：具合は良くないんですよ。自分でもわかるんです。プレッシャーが多すぎてね。それが私の高血圧を悪くしています。自分がほんとうに情けなくなるんです。

医師：まあ、しばらくすれば、具合がどうなのかわかるでしょう。

身体的な検査を終えて、リチャーズ医師はカルテに以下のように記載した。

印象 (1) 高血圧, コントロール不十分. (2) ノンコンプライアンス, これは (1) の一因である.
(3) うっ血性心不全—軽度. 計画 (1) アルドメットをアブゾリンに変更. (2) 低塩食を励行させるために栄養士に紹介. (3) 経済的問題のためソーシャルワークの相談. (4) 三日ごとに経過観察, 血圧が下がって安定するまで定期的に.

Kleinman は次のように解釈している。医師は、フラワーズ夫人の症状は、高血圧であり医学的管理からみるとコンプライアンスがなく、心不全の初期徴候が見られ薬物療法が必要と考えている。しかし、夫人の多岐に渡る家庭的困難、遷延した悲嘆反応、彼女を取り巻く多難な社会的環境の及ぼす心理的影響など、彼女の生活上の諸問題は記録には含まれていない。医師は、夫人の身体的な訴えは公認するが心理的あるいは社会的な訴えは認めず、ただその疾患とその治療に関する事実のみを聞き取ろうとし、医療者の指導に従わなかった患者は誤りであることからノンコンプライアンスと判断をしている。

夫人は、社会的心理的な重圧によるプレッシャーにより頭に血が上ったため（これを「ハイ・ブラッド」と夫人は表現）頭痛がひき起こされ、それが高血圧の原因になっていると理解している。そのために頭痛を抑えようとピクルスの汁を飲んでいいる。

このことから、リチャーズ医師の説明モデルは診断や治療についての医学的なモデルであり、フラワーズ夫人の説明モデルは、病について社会的心理的影響を受けたモデルであるため、両者の説明モデルには違いがみられる。治療結果として機能改善に関する評価は必要ではあるが、ケアをする中で重要なことは、この患者は働けるのか自信を喪失していないかなど患者の体験を考慮することであると述べている。病のナラティブにより、患者一人ひとりの病に対する考えを知ることは、治療における重要な要素として意義があると考えられる。

牛山 (2015) は、ステロイド外用薬に対する患者の捉え方に着目しナラティブアプローチに基づいた研究をしている。牛山は、「多くの患者はステロイドの副作用を気にして使用しなくなると考え、医師のほうは薬を使用しないで症状が悪化することを気にしてステロイドを使うよう患者を説得する。…、患者は複数の考えに触れ、それに自分の経験を当てはめながら、医師とは異なる『患者の知』を作り上げている」と述べている。

牛山の考えによると、患者の中には医師の指示通りにステロイド外用薬を使用せず、医師とは異なる治療を選択すると明言している。牛山は、治療をステロイド外用薬での治療を行う標準治療、ステロイド外用薬を使用しない民間医療、ステロイド外用薬を使用しない医師による脱ステロイド療法、患者団体に分類し、それぞれの治療の場により異なる病気の理解をすることを明らかにしている。

牛島が行ったインタビューから 1 事例を挙げる。麻美さんは、高校時代に今まで受けていたステロイドの標準治療を一時的に中止している。その後、24 歳の時にステロイドを止

め民間医療に切り替えている。この時に、長期間ステロイドを使用したため、中止によるリバウンドが起こり激しい症状の悪化を経験している。

ステロイド中止のリバウンドについての語り

(前略)

麻美：最初の24歳のときに、初めてリバウンドのすごい酷いのがきたときとか、お母さんが最初見たとき、家帰ってきて悲鳴上げて。自分が死んじゃったのかと思うぐらい。お母さんが、こんな姿になってとかいって泣きながら目のこころ辺の傷をふくの。私、生きてんのかなとか思いながら。

現時点で受けている民間療法についての語り

麻美：気功みたいな感じよね。波動っていうものを体に入れて、気功とかもそうだけど、そういうのってすごいリバウンドが来るわけ。…普通の人だったら何も起きないのに、アトピーでステロイドが中に入っている人には起きるから。…自分もやると怖いよね。汗出るから、どンドン。…そのときはもう藁にもすがるともりで治るって言われたら何でもやっていたから。…でも7年、8年、夜寝れないのが続いていると体力が続かないような。疲れも溜まるよね、長く治療していると。ストレスも溜まるっていうか、頑張る気力も持たんって。

牛山：それが酷くなって治療を変えようとは思わなかったの。

麻美：やっぱ出して治すと思っているから、悪いもんを。そう思えないときもあるけど、出してくれてよかったと思うときもある。(ステロイド)が残ってたなら、今治まっても、たとえば結婚して子供もできたりするじゃん。そういうのが起きると思うと、出してよかったっていう、何か喜ばなきゃっていうのは思う。これで、毎日ちょっとずつステロイドは内側から出ていってるっていう。治すことが目標だからね。

牛山は、1990年代頃に「ステロイドは怖い」という情報が流れると、民間医療が「ステロイドの使用を中止すればアトピー性皮膚炎が治る」と謳うなど他の治療法が出始め、患者がこのままステロイド外用薬を使用するのか、他の方法を選択するかどうかには日本の文化に規定されたものがあると述べている。牛山によれば、麻美さんがリバウンドが起こるとわかって中止した理由は、民間医療で「ステロイドの使用を中止すればアトピー性皮膚炎が治る」と言われたことであり、むしろリバウンドによる酷い症状を耐えれば耐えるほど、麻美さんは体内のステロイドが排出され完治に近づくという思いを抱いていると解説している。

麻美さんには、これまでにステロイドを使用した経験や中止に至るまでの経緯がみられる。ステロイドを使用しながら、痒みが治まっているかなど薬の効果や、皮膚に赤みが出ていないか副作用がでていないかなど、ステロイドを塗布しながらステロイドを使用するかどうか評価を行っている。その間に、民間医療の情報を得ることで、ステロイドの使用やアトピーという病気に対する考えが変化し、ステロイドを中止するプロセスを経たものと考えられる。

Kleinman (1988 江口他訳 1996) と牛山 (2015) の研究は、いずれも個人に着目して

いる。病気や治療の在り方について個人がどのように考えているのかインタビューを行い、個人のナラティブに基づく研究を行ったものである。患者の背景をも含め、個々人が病気や治療に対しどのような考えを持つか捉えることは重要であることが示唆されている。

1.4 本研究の方向性

服薬モデルを検討する上で、関連のある先行研究を概観してきた。Kleinman (1988 江口他訳 1996；江口他, 皆藤 (編・監訳) 2105) の説明モデルの考え方は、本研究での服薬モデルに通じるものである。個々の患者が病気や服薬に対してどのように考えているのか、ナラティブなアプローチにおいて Kleinman や牛島 (2015) の研究では明らかにしている。本研究では、患者個人に焦点を当てるものの、服薬モデルがどのような要因によって構築されるかを検討するものである。

ヘルスビリーフモデルは、予防的保健行動という捉え方で包括的ではあるが、服薬行動がその中に含まれる一つとして捉えることができるものであり、要因間の関係性を検討する上では有効な研究である。また、服薬アドヒアランスについては、まさに服薬そのものを取り上げており、そこで検討されている各要因は、服薬行動に影響を与える直接的な要因として考えられる。

さらに、医療者の立場からの研究においては、服薬に影響する種々の要因が検討されていた。過去の服薬経験の影響 (手塚他, 2005)、薬の味や副作用などの服薬の阻害要因 (Richardson et al. 1993)、疾病についての知識や健康に対する意識 (Morrell et al. 1997)、薬を飲むことの不便さと健康をよくするという利益 (Ried & Christensen, 1988)、家族の協力 (鈴木・上見, 2003)、薬の理解における医療者の関わり (塩見他, 1996；五十嵐他, 2006) が挙げられ、これらは服薬モデルを検討する上で重要な要因になると考えられる。

患者の立場からの研究においては、医療者の立場とは異なる視点の重要性が指摘されている。Donovan & Blake(1992)は、ノンコンプライアンスという考えに疑問を呈し、医療者にとっては薬を飲まないという行為が非論理的であったとしても、患者としては何らかの理屈があることを指摘している。磯野他 (2014) は、服薬ノンアドヒアランスには、医療者と患者の人間関係や医療者の説明不足などではなく、社会・文化的要因が関与しているため、ノンアドヒアランスの解決には、医療人類学的に基づく分析が有効であると示している。Labig, Jr et al. (2005) は、健康や薬に対する考えを学生は自分の感覚で決定しており、医療者との関わりが良いかどうか健康や薬に対する意思決定に影響していないことも述べている。

細谷 (2002) は、人が薬を飲む時の薬に対するイメージや考えと服薬行動について調査をし、それらの関連性を検討している。薬の情報を入手し薬の飲みあわせに注意を払っており、薬の考えの中でも「薬に対する安全性」と服薬行動の関連性を明らかにしている。湯沢(2002) は患者が服薬をどのようにとらえているかをアセスメントするツールとして

質問紙調査を実施し、服薬の動機、服薬の受容、服薬の理解、服薬の費用の4因子を挙げている。患者の服薬の調整に服薬の受容と薬の費用が影響を与えていることを報告している。細谷や湯沢が検討した調査項目の内容や因子などは、服薬モデルの構築にあたって検討すべきものであると考えられる。

このような先行研究で検討されてきた各要因を検討材料として、第2章では本研究で重要な概念である服薬モデルについて論じる。ここでは、本研究において服薬モデルをどのように考えているかを説明する。服薬モデルが構築されるために、影響する要因と要因間の関連性を示す。また、服薬モデルは固定的なものではなく変化していくものであり、その変容のプロセスについて説明する。さらに、先に述べたように、服薬に関しては医療者の考えと患者の思いに違いが存在しており、そのギャップについても検討する。

第3章では、実際に服薬モデルの考えを用いて、事例の分析を行うことでその妥当性を検討する。事例が第2章で提案した服薬モデルに適用できるかどうかを、構築要因とプロセス、ギャップの点から検討する。

第4章では、服薬モデルの一般的傾向性について質問紙調査法を用い検討する。服薬モデルは、個々人で異なるものであるが、薬の種類やその治療対象となっている疾病の特性が類似していると同じような服薬モデルが構築されることが考えられる。また、人間のライフサイクルを考えると年齢の要因が薬の捉え方に与える要因は大きい。そのため、薬の種類別と年齢別に分けて分析を行う。

第5章では、総合考察を行う。服薬モデルの概念の妥当性、服薬モデルを用いての服薬指導への有効性について総合的に論じる。

第2章 服薬モデル

人は、薬を飲む時、さまざまな思いを頭の中に描いている。一般には体調不良を治すとか痛みなどの症状の緩和を期待している。しかし、人は、必ずしもこのような症状がなくても薬を飲むことがある。例えば、血圧を下げたり検査値の安定を求めて薬を飲む。予防的に服薬したり、本当は効果がないのに飲まない不安だから飲んでいる例もある。逆に症状があるのに飲もうとしなかったり、症状を治す意思からではなく、医師や薬剤師、家族など他者から勧められるから仕方なく薬を飲んでいたりすることもある。

また、薬も自分で購入した市販薬の場合や医師に処方された薬の場合がある。さらに、実際に薬を飲む時にも、薬剤の説明書や医師の指示通りに飲んでいる人もいるが、薬の効果をみながらある薬だけを続けて他の薬は止めるなどと、それぞれに選択していることもある。

このように、人は薬を飲むことについて、何のために薬を飲むのか、どの薬が必要か、いつ止めるかなどさまざまなことを頭の中でイメージしながら判断している。この頭の中で作られる服薬に関する個人の捉え方は、メンタルモデルと考えることができる。本研究では、服薬に関するメンタルモデルという意味で、これを「服薬モデル」と呼ぶことにする。本章では、本研究において服薬モデルをどのように捉えているかについて述べる。

2.1 メンタルモデル

服薬モデルはメンタルモデルであると述べたが、まずメンタルモデルとはどのようなものであるかについて述べる。メンタルモデルは、コミュニケーションにおける理解のプロセスで利用されている(松尾, 1999)。ここでのコミュニケーションとは、人が機器を操作する時、文章を読む時、人との会話の場面など、人と人とのコミュニケーション以外のコミュニケーションも含まれる。以下、機器の操作時に機器のしくみを理解する場面、文章を読んでその内容を理解する場面を例として、メンタルモデルがどのようなプロセスで構築され、メンタルモデルがどのように利用されているかを示していく。

2.1.1 機器とメンタルモデル

Norman (1986 ; 2013 岡本・安村・伊賀・野島訳 2015) は、人間が機械に対し、頭の中でどのように理解し、どのように記憶し、どのような思考をして、どのように操作を行おうとしているかといった認知心理学の知見をもとに、人間と機械との関係を考えて。人間が機械を利用しようとする時、頭の中にその機器について、どのようにそれが動作するか概念モデルを抱く。これがメンタルモデルである。その人の理解を表す概念モデルである。したがって同じモノであっても人それぞれの異なるメンタルモデルを

持っている。誤ったモデルを作ってしまうと機器を使う時に困難が生じる。そのために、ユーザにとってよい概念モデルを提供できるような、機器をデザインする必要性があると提起している。

私たちは、機器操作を行う場面で、ある行動を起こす際に「こうしたらこうなるはずだ」と頭の中で仮説を立てる。例えば、照明を点灯する場合、「このスイッチを押すと点灯するだろう」と頭に描く。私たちは頭の中で、照明の点灯の仕組みがどのようになっているかを考え、照明器具を見たり、スイッチの表示を見たりして、その仕組みを理解しようとする。その時に頭の中に構築された概念モデルがメンタルモデルである。照明器具そのものに紐のようなものがついていると、それを引っ張れば点灯すると考えるが、それがなくて壁についているスイッチを探したりするのであろう。壁のスイッチが複数あった場合は、どのスイッチがその照明器具に対応しているか考えるが、それを表示によって知ることもあるし、スイッチを手当たりしだい押してみてもどのスイッチに対応しているかを知ることもある。さらに、説明書を読んで、どのようにすれば点灯するかを知ることあるかもしれない。このように機器利用に関するメンタルモデルを構築するには、実際にモノを見たり使ったりして得られた情報を利用している。

また、メンタルモデルが作られる背景には、その人の経験も関与している。これまでにその人が経験してきた照明器具についての何らかの仕組みを知っているはずだが、それらの知識を活かして目の前にある照明器具がどのような仕組みで点灯するのかを頭の中で構築する。スイッチを押すだけではなくリモコンによって点灯させるものや人体センサーによって点灯するものなど、照明の点灯にはさまざまなものがあるという知識や経験から、目の前にある照明がどのように点灯するのかという照明器具の仕組みに関するメンタルモデルを構築する。つまり、自分が持つ情報を総動員してメンタルモデルを構築している。

このメンタルモデルは、頭の中で構築していくプロセスの中で変容していくであろうし、実際にスイッチを押してみてもうまくいかなかったら、新たな情報を探して、異なるメンタルモデルを構築するであろう。「このスイッチを押すと点灯するだろう」というメンタルモデルを作っても、実際にスイッチを押しても点灯しないこともある。そこで、説明書を読んでみると、リモコンで操作しないとイケないということが分かったとする。そうすると「リモコンのスイッチを押すことで点灯するだろう」という新たなメンタルモデルを構築する。このように、メンタルモデルは、固定的なものではなく新たな情報を獲得することによって作りかえられていく。

2.1.2 文章理解のメンタルモデル

文章を理解するプロセスにおいてもメンタルモデルが利用されている。人は、文章を読み進めていく時、何の話だろうかと頭にイメージしながら文章を読んでいる。文章を理解するプロセスにおいて、メンタルモデルがどのように関わっていくのかを次のような文章

(Collins, Brown & Larkin, 1980 を一部改変) を例としてみていく。

ジョンは、窓口で 5 ドルを渡した。彼女はジョンに 2 ドル 50 セントを渡そうとした。しかし、彼は受け取らなかった。それで彼らが中に入ったとき、彼女は彼に大きなポップコーンの袋を買った。

まず、文章の冒頭を読んだ段階で、ジョンがとっている行動からメンタルモデルを構築していく。窓口のある場所はどこなのか、5 ドルは何を支払っているかとジョンが置かれている状況を頭に描いていく。ジョンは、駅の窓口で切符を購入しているのか、野球の観戦のためにチケットを買っているのか。遊園地や映画館でチケットを買っているのかもしれないなど、窓口や支払金額に関する自分の持っている知識を利用し、ジョンがどこで何をしようとしているのか、頭に描いていく、それがメンタルモデルの構築のプロセスである。この段階では、駅の窓口、野球の観戦、遊園地といった複数のメンタルモデルが候補として作られる。

次に続く文からは、窓口の女性が 5 ドルのお釣りとして 2 ドル 50 セントを渡したのではないかといったことを考える。それは、ここで構築した複数のメンタルモデルに適合するように頭にイメージを描いていく。

ところが、次の文を読むと、彼女が渡した 2 ドル 50 セントをジョンは受け取っていないことが分かり、彼女がどのような存在なのか分からなくなり、最初に構築したメンタルモデルのいずれもが崩壊してしまう。

しかし、最後まで読むと、ポップコーンの話が出て、ここで一気に新しいメンタルモデルが構築され、これまでの文章とつじつまが合うようになる。それは、映画館でのデートの場面だと分かってくる。映画館と決める背景には、ポップコーンが売られるのは映画館であるという知識や過去に映画を観ながらポップコーンを食べたという経験からである。

この文章が、映画館での二人のデートのやりとりと分かると、これまで作られた駅の窓口や野球の観戦、遊園地に関わるメンタルモデルが捨てられる。読み手には、映画館でのメンタルモデルだけが残される。

このように文章を理解する時に、何を言おうとしているかメンタルモデルを作り、その枠組みの中で理解しようとしている。文章を読み進めていくうちに新たな情報が出現することでメンタルモデルは変容するし、さらに、読み手は自分自身の経験や知識などの情報を総動員し、メンタルモデルを構築している。このようなメンタルモデルの構築とその理解のプロセスは、機器の操作時と同様である。

2.2 服薬モデル

服薬に関しても、機器操作や文章理解と同様であると考えられる。私たちは、薬を飲む

時に「この薬を飲むとこのようになるはずだ」と頭の中で仮説を立てる。例えば、風邪を引いた場合に、「この薬を飲むと咳が止まるだろう」と頭に描く。それが服薬に関するメンタルモデルである。このようなメンタルモデルを描くには、まず、自分の咳がどの程度であるか、咽喉の痛みを伴う咳なのかといった情報を自分自身が持っている。そして、その場合、どのような対処法があるかを考える。咳の症状が大したことなければ放っておけばよいかもしれない。あるいは、うがいをするだけでいいと考えることもあるであろう。ノド飴でいいとか市販の薬でいいと思うかもしれない。場合によっては受診した方がよいだろうと思うかもしれない。

いずれにしても、まず自己判断によってどのようにするか考えるはずである。そして、例えば市販の薬を飲むという判断をしたとする。このような判断に至るまでには、自分の咳の症状に関する経験に頼ることもあるだろうし、家族に相談することもあるかもしれない。あるいは健康に関する本をみたり、インターネットで調べたりするかもしれない。自分の症状の状況からどのような情報を得るべきかを考え、それらの情報を得て判断しているはずである。

このような考え方は、Kleinman (1988 江口他訳 1996) の説明モデルの概念に近いものである。Kleinman は人びとが病気になった時に、どのような病気への対処行動をとるのか描写しており、その描写のプロセスには、原因や症状、病気の経過、治療法が関与していると示している。ただし、後述するが、服薬モデルは、個々の患者のナラティブを示すのではなく、どのような構築要因が関わっているかをスキーマとして表そうとするものである。

服薬は場合によっては、機器操作の場合のように試行錯誤的になされることもある。ただし、照明のスイッチの場合の試行錯誤では、あるスイッチを実際に押してみても点灯するかどうかがすぐに分かる。しかし、服薬の場合にはそうはいかない。実際に薬を飲んで症状が改善するかどうかはすぐには分からない。そこで、実際に薬を飲む段階では、「とりあえずこの薬を飲んで治したいが、治らないときは受診しよう」というメンタルモデルまでを作っていることがある。もちろん、最初から確信を持って「この薬を飲めば治る」というメンタルモデルを作っていることもある。

これらのプロセスは、文章の理解の場合と同じである。文章の最初の部分を読んでいる時は複数のメンタルモデルの候補が頭に浮かぶが、読み進めていくにつれ、メンタルモデルは修正され一つのメンタルモデルに収斂していく。服薬もいくつかの可能性のメンタルモデルを最初に作っているが、実際に薬を飲んで症状の変化をみながらメンタルモデルは修正されていく。どのようなメンタルモデルが作られるかは、状況によってさまざまで、薬の効能によりどこまで治癒するだろうかという予測までが頭の中に作られている。そして、それを構築するには、自分の経験をはじめとしてさまざまな情報を得ることによって構築されている。

2.2.1 服薬モデルの構築要因とスキーマ構造

服薬に関するメンタルモデルを構築するには、いろいろな要因の影響を受けていると考えられる。図 2-1 に考えられる構築要因を示した。服薬モデルの中ではここで述べる構築要因も含めたスキーマであると考えられる。

例えば、体がだるいと思って、病院を受診して高血圧と言われた場合、医師から降圧剤を処方され、患者が「医師から処方された薬を飲んで血圧を下げよう」と頭の中で考える。これが服薬に関するメンタルモデル、すなわち服薬モデルである。このように「医師から処方された薬を飲んで血圧を下げよう」と服薬モデルを描くためには、薬を飲むことを選択するきっかけがある。「症状」や「検査・治療結果」が薬を飲むかどうか考えるきっかけとなると思われる。疼痛や倦怠感などの「症状」の出現や血圧値などの「検査・治療結果」を提示されることで、人は健康への不安を覚えていく。そして、この「健康不安」を持つことが服薬モデルを作る要因となる。

また、「健康不安」は、例えば家族に迷惑をかけるのではないかとといった「生活上の弊害」を生むと、薬を飲もうということに繋がる。また、「健康不安」が生じるがゆえに、「健康意識」を高め、それが服薬に繋がっていく（図 2-1）。

さらに重要なのは、薬にどのような理解をしているか、疾病や健康にどのような理解をしているかである。「薬に対する理解」や「疾病・健康に対する理解」は、「服薬」へ直接的に影響を与える。「薬に対する理解」は、薬をどのように捉えているかに関連している。それは、薬の効用や用法が分かっているという薬の知識だけではない。必要な薬であるか、自分に合う薬であるなど、自分の症状との関係性が含まれていたりする。そのため、その理解によっては自分の判断で止めたり、飲み忘れていたりする行動に繋がる。また、納得して飲んでいて、医師に言われたから飲むなど、服薬への姿勢が示されており、患者が何故薬を飲もうとするのかなどを網羅する要因となる。

「疾病・健康に対する理解」は、病気や健康をどのように捉えているかに関連している。それらは、病名やどのような病気であるかという理解だけではない。医師と相談しながら治療していこう、高血圧は治したほうがよい病気であるなど、病気のために治療しようとする姿勢や病気をどのように受け止めているかなども含んでいる。また、治療方針は理解できる、心臓病を薬で治そうなど、病気と治療法との関連性も表している。そして、「疾病・健康に対する理解」によって、運動に気をつけよう、元気になりたいと「健康意識」を高めたり、病気が不安定であると「健康不安」を高めることにもなる。

これらの「薬に対する理解」や「疾病・健康に対する理解」は、「医療者との関わり」や「身近な人の関わり」、「情報」、「過去の経験」からの影響を受けている。「医療者の関わり」は、医師や看護師、薬剤師などの関わりがある。医師の説明に納得して飲んだり、医師が出した薬だから飲もうとすることもある。あるいは、医師から叱責されるので仕方なく飲むこともあるだろう。多くの患者は、医療者から受けた薬や疾病の説明など、医療者

とのコミュニケーションの中から薬や疾患・健康に対する理解を深めている。

「身近な人の関わり」では、家族や友人、隣人などの関わりがある。身近な人の勧めで薬を飲んだり、場合によっては医療者よりも身近な人の話を聞いて薬を飲むこともある。身近な人の情報は、多くの場合は医学的な立場での話ではないが、時として身近な人の話を優先することもある。このような身近な人の関わりが、薬に対する理解、疾患・健康に対する理解に影響を及ぼすことになる。

また、医療者や身近な人以外の「情報」がある。病気の本、インターネット、TV などさまざまな手段を使って「情報」を得ることができる。情報に対しては、医学的に正しい理解をしている人もいれば、自分勝手な思い込みで理解してしまうこともある。時には、間違った解釈で不利益を被る恐れがあることもある。日常生活の中で氾濫する「情報」を、どのように解釈したかによって、それが「薬や疾患・健康に対する理解」に影響を与えてしまう。

「過去の経験」は、これまでの服薬や疾病の経験である。今までは休養を取っていたら頭の不快感や肩こりのようなものが取れていたが、休養では解消しないので薬を飲もうと思ったりするかもしれない。以前と同じような症状があると、過去の薬や疾病の経過から薬を飲んだほうがよいかどうか考えていく。こういった「過去の経験」が、薬に対する理解、疾患・健康に対する理解へ影響を与えている。

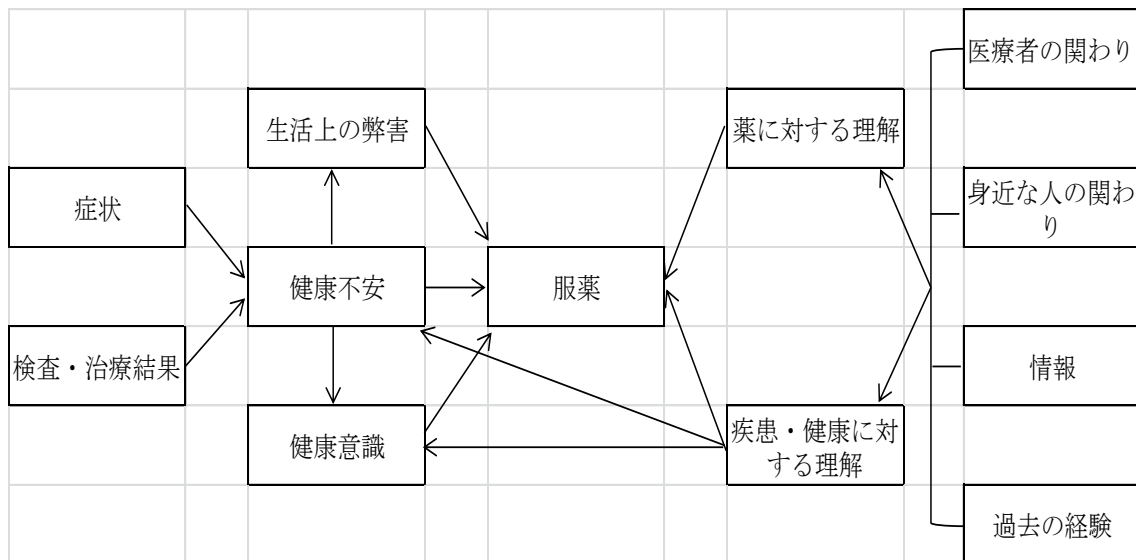


図 2-1 服薬モデルの構築要因とそのスキーマ構造

このように、過去の経験、医療者の関わり、身近な人の関わり、情報が、薬に対する理解や疾患・健康に対する理解に影響を与え服薬モデルを構築していくと思われる。そして、疾患・健康に対する理解が、健康意識へ影響を与える。これらの関係を図 2-1 に示してい

る。

人は、症状や検査・治療結果により健康不安を抱く。そして、実際に薬を飲むまでには、どのような薬であるのか、自分の疾病に必要な薬であるのか、何故飲まなくてはいけないのかなど頭に思い描いていく。そして、それらにはさまざまな服薬に至る要因が関与していると考えられる。

2.2.2 服薬のプロセスとモデルの変容

薬の場合、多くの人には、何らかの健康不安を覚えた時に、その不安を解消する一つとして薬を使用する。健康不安は、痛みなどの症状が感じられることや血圧が高いなどの検査値に異常がある場合に生じる。例えば、「血圧が高いので下げたほうがよいのではないかと健康不安を抱く。この時に、何もしないという選択をする人は、治療以外のメンタルモデルを作っている。「血圧を下げたほうがよいので治療をしよう」と考えた場合、一つの選択肢として薬を飲むことを選択する。

「薬で治したほうがよい」と服薬を選択した場合には、「薬を飲み血圧を下げる」などといった服薬モデルを作ることになる。「血圧が高い」という健康不安が発生し、その健康不安の解消策として薬を選択し服薬モデルが構築されている。この服薬モデルの構築には上述したように、生活への弊害、健康意識、薬に対する理解、疾病・健康に対する理解も影響を与える。

そして、実際に「服薬」を実行する。患者は、立てた服薬モデルに沿って薬を飲み始めるが、薬を飲み始める時には、服薬するところなるだろうと予想を立てている。つまり、服薬モデルの中では、服薬し始めてそれがどのような効果をもたらすのかというプロセスまでも思い描いている。例えば「薬を飲んで1ヶ月位で血圧が下がるだろう」と頭に描く。1ヶ月位に予想どおりに血圧が下がればそのまま服薬を続けるだろうが、自分が描いているように血圧が下がらなければ、別の薬か他の方法に変えたほうがよいと思うことがある。また、血圧が下がった時にも、安定したので薬を止めようと思うこともある。これが「服薬モデルの評価」である。この時の評価は自分だけの判断ではない。医師から「この1ヶ月で血圧が下がってきました。このまま薬を続けましょう」と説明を受けたとする。この時に、医師の指示通りに継続する患者もいる。一方、「薬を飲み血圧を下げる」という目標に達したので医師の指示に従わず中止しようと思う患者もいる。患者は、薬を飲むかどうか自分なりに服薬に対する評価を行っている。

このように、薬を使い始めても、ある程度の期間が経つとそこで服薬に対し評価がなされる。そして、新たな服薬モデルが構築される。その新たな服薬モデルは、継続されるという服薬モデルであったり、別の薬を飲むという服薬モデルであったりする。また、薬を飲まないという新たなモデルを作ることもある。患者は薬を飲み続けていく中で、薬に対しいろいろなことを頭に描き自分なりの薬の捉え方をしている。

牛山（2015）は、アトピー性皮膚炎の患者において、最初は医師の指示通りにステロイドを使っていたが、一時中断したり、中止したり、ステロイド以外の民間医療や脱ステロイド療法に移行する患者もいることを明らかにしている。これは、服薬モデルが変容している過程を示すものである。

機器操作や文章理解のコミュニケーションにおいては機器のやりとりや文章を読み進めてく中で、メンタルモデルが作られていくが、服薬の場合、実際に薬を飲み始めて症状の変化に応じて服薬モデルを作りかえていくことになる。また、機器操作や文章理解においては、理解できたということがゴールとして考えられ、そこで構築されたメンタルモデルが最終的なものと考えられる。しかし、服薬においては、健康不安が解消されたことがゴールになることもあるが、健康状態も服薬効果も変化をするものであるため、明らかなゴールがあるわけではなく、服薬を続けながら服薬モデルも変化していくプロセスが存在している。その服薬プロセスの流れを図 2-2 に示した。

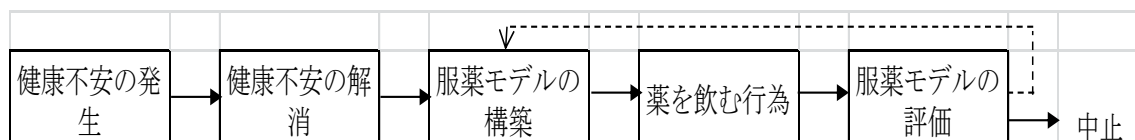


図 2-2 服薬のプロセスとモデルの変容

2.3 医療者のメンタルモデルと患者のメンタルモデル

Norman（1986；2013 岡本他訳 2015）は機器操作におけるメンタルモデルとして、設計者のメンタルモデルと利用者のメンタルモデルを想定している。それは、機器を利用する側とそれを提供する側のメンタルモデルである。服薬においても、薬を使う側とそれを提供する側のメンタルモデルを想定することができる。服薬においては、薬を飲む患者のメンタルモデルと薬を提供する医療者のメンタルモデルである。この両者のメンタルモデルの違いが服薬によって治療する上では重要な要因になり得る。ここでは、この2つの違いをどう捉えるべきかを考えておく。

2.3.1 設計者のメンタルモデルと利用者のメンタルモデル

まず、Norman（1986；2013 岡本他訳 2015）の機械操作における設計者と利用者のメンタルモデルの違いについて概観する。設計者は機械を作る時に、この機器がどのような仕組みになっていてどのような用途で使うかを頭に描いている。これが設計者のメンタルモデルである。例えば、設計者は、パソコンの電源を落とすには、デスクトップの左下画面のスタートボタンをクリックし、画面に表示されたシャットダウンをクリックすれば電

源が落とせるようにしようとメンタルモデルを描く。そして、設計者はそのメンタルモデルを実現するためにメニューやアイコンをデザインしていく。すなわち、設計者のメンタルモデルを実現したものが機械そのものにあたる。

一方、利用者は、利用者自身のメンタルモデルを独自に構築する。例えば「パソコンの横にあるスイッチを押すと、パソコンの電源を落とせるだろう」とイメージを描くこともある。利用者は電源を入れるときにパソコンの横にあるスイッチを押すと電源が入ったので、同じようにそのスイッチを押せば電源が落ちると頭に描いている。これは、利用者が照明を点けたり消したりするには、スイッチを押せばよいと日常生活上の経験から構築するメンタルモデルである。

しかし、利用者はパソコンの電源を落とそうとパソコンの横のスイッチを押したが、電源が落とせないと分かる。その時に、利用者は、デスクトップの画面やメニューの表示を見るなど、どのようにすれば電源を落とせるか情報を得ようとしていく。やみくもにデスクトップの画面のアイコンをクリックすることもあるだろうし、電源に類似した表示があればそれらをクリックしてどれか目的に合うものがないか確かめることもある。また、マニュアルを見て電源を落とす方法を探すこともある。それでも分からないと身近な人に聞くこともあるであろう。このように、さまざまな情報を得ながら、電源を落とすという操作を理解するようになる。

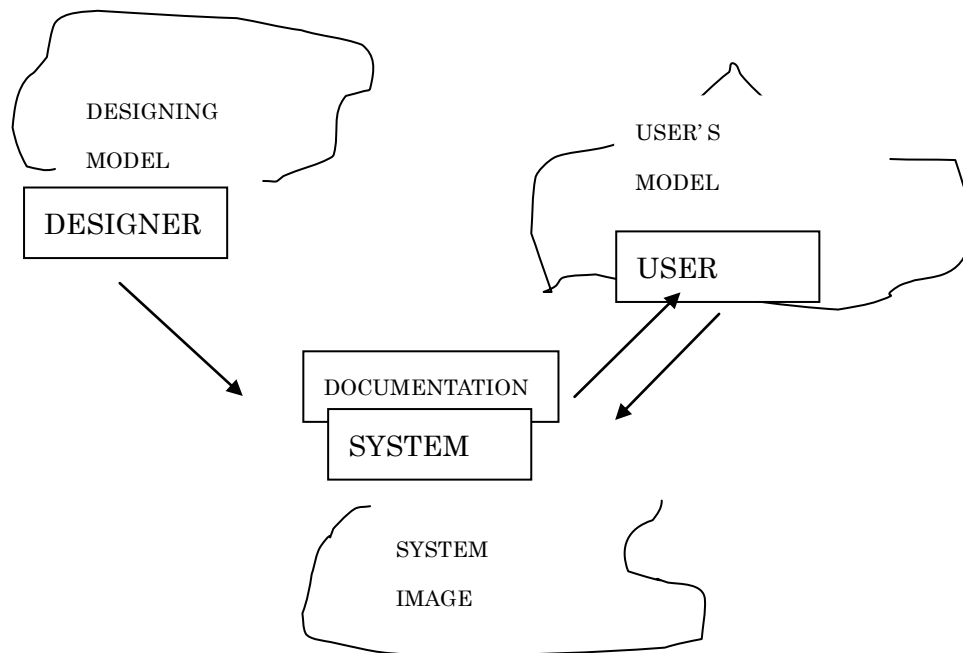


図 2-3 インターフェースにおける Norman のメンタルモデル

パソコンの電源を落とす操作に対し、設計者は「シャットダウンをクリックする」というメンタルモデルを持ち、ここで示した例では、利用者は「パソコンの横にあるスイッチ

を押す」とメンタルモデルを描いている。設計者と利用者のメンタルモデルにギャップが生じるため、利用者は電源を落とすことができない。

このように、機器を提供する設計者のメンタルモデルと利用者のメンタルモデルが異なると、目的を達することができない。この場合、電源を落とすという操作が達成されない。

インターフェースにおける Norman (1986 ; 2013 岡本他訳 2015) のメンタルモデル (図 2-3) では、設計者は機械のしくみを知っている。というよりも、設計者のメンタルモデルを機械のイメージに実現したもので、設計者から機械へ向けられる矢印は一方向となる。一方、利用者は、機械とやりとりをしながら、目的に合った機械なのかとかどのような仕組みになっているかとメンタルモデルを構築していく。この時に、機械イメージは、実際に利用者が直接扱う機械のパネルであったり操作体(機器)であったりする。さらに、利用者はただ機械を扱うだけでなくマニュアルを利用したりするため、説明書(文書)も機械とのコミュニケーションの中に含まれることになる(松尾, 1999)。

2.3.2 治療モデルと服薬モデル

医師が描くメンタルモデル(治療モデル)と患者が描くメンタルモデルは、インターフェース場面における Norman (1986 ; 2013 岡本他訳 2015) のメンタルモデルの考え方のアナロジーとして考えられる。

服薬においては、医師が薬を処方する上で考えるメンタルモデル(薬物療法モデル)が設計者のメンタルモデルにあたる。例えば、医師は、「この患者の治療に最適なものは降圧剤の薬を使った薬物療法であろう」と頭に描く。これが、医師のメンタルモデルである。医師は、患者の主訴や症状、検査データなど診察から得られた情報から薬物療法を考えていく。この場合、医師のメンタルモデルを実現したものが処方薬となる。

そして、患者は、処方された薬を渡され「この薬を飲むと血圧が下がるだろう」と薬を飲むことに関するイメージを頭に描いている。これが患者のメンタルモデルである。患者は、今ある症状や既往症や服薬の経験などから、薬を飲むか飲まないかなど、どのように対応すればよいかを考えていく。この時に、薬の添付文章を見たり調剤薬局の薬剤師からの薬の説明により薬の情報を得ることもできる。実際に、「この薬を飲むと血圧が下がるだろう」と薬を飲みながら、症状の有無や検査値などから薬の効果を考えたり、予想通りの経過であるかと頭に思い描いたりする。過去の服薬経験と対比することもあるし、薬の説明書を読みなおすこともあるであろう。

薬を処方する時点で、医師は「降圧剤の薬を使って治療する」という治療モデルを持つ。薬を飲むことで高血圧の治療をし、脳卒中や心疾患にかかるリスクを予防しようと考えている。患者は「薬を飲むと血圧が下がるだろう」という服薬モデルを持ち、血圧を下げることだけを考える。設計者と同様に専門職である医師と素人の患者とは、思い描くメンタルモデルには異なる部分は多いと予想される。必ずしも医師が描いている治療モデルを患

者が頭の中に描けるわけではない。患者が「血圧を下げる」ことだけが目的で飲んでいる場合、血圧が下がることで、薬を飲まなかったり飲み忘れていたり、止めたりすることが考えられる。

松尾(1999)のコミュニケーションモデルの送り手と受け手のコミュニケーションから考えると、送り手は医師であり受け手は患者となる。患者の多くは、医師から受け取ったメッセージを、医師と同じような専門的な知識レベルのメンタルモデルを持つことは困難を伴うと思われる。しかし、医師とのコミュニケーションの機会や実際に薬を飲んでみた際の薬の効果を自分なりに理解するうちに、患者は医師が処方した薬を医師が描くメンタルモデルに沿うように、患者なりのメンタルモデルを構築していくものと思われる。

牛山(2015)の研究において、しばしば患者は、医師の持つ専門的な知識に基づいた治療とは異なる考えを持つと述べており、患者の希望する治療と医師の治療の食い違いが生じていると考えられる。牛山は、アトピー性皮膚炎のために長期使用するステロイド外用薬は、根本的な治療ではなく副作用を伴うため、ステロイド外用薬の中止や異なる治療に切り替える患者がいると指摘している。例えば、患者はステロイドを使い始めた時は、思い描いていた通りに掻痒感も緩和されるため、「医師の指示通りにステロイドを使用しよう」と服薬モデルを作っている。これは、医師の「ステロイド外用薬で治療する」という治療モデルとの違いはない。しかし、患者がステロイド外用薬の副作用に嫌悪感を持ち、「ステロイド外用薬は副作用のあるので止めよう」と服薬モデルを修正した場合、ここに牛山が指摘する医師の治療モデルとの間に大きなギャップが生じてくると考えられる。

疾患によっては長期間に渡り、時には一生服用することもある。薬は、すぐに結果が出るわけではなく、またゴールが保障されているわけでもなく、むしろ服用することで経済的な負担や副作用などの苦痛を伴うこともある。そのために、医師が描く治療モデルと患者の服薬モデルには、ある程度のギャップがあることが前提になると思われる。

2.4 事例による服薬モデルの検討

これまでは、服薬モデルの考え方を服薬モデルの構築要因とスキーマ構造、服薬のプロセスとモデルの変容、医師の治療モデルと患者の服薬モデルのギャップについて述べてきた。ここでは、薬の飲み忘れに外的手掛かりが有効であるかについてインタビューをした事例(城尾, 2008)の中から、2事例を提示し患者がどのように服薬モデルを構築しているかを考える。一時的に服用する患者の例と慢性疾患で薬を常用している患者の事例を提示する。

2.4.1 一時的に服用している患者の例

事例 1 39 歳 男性 (交通事故による右下肢開放骨折で入院中)

「日頃、どのような時に薬を飲んでいますか」の問いかけに、「今までは、風邪を引いた時に買い置きの薬を飲むくらいだった」と返答がある。「飲み慣れている風邪薬はありますか」と問うと、「症状が咽喉からくるので咽喉に効く薬を選んで置いている」と答えた。「症状が出るとすぐに飲みますか」の問いには、「咽喉が痛くなり始めるとすぐに予防的に飲むことが多い。業務に差し支えないためと子どもたちとうつらないように早めに飲むようにしている。飲んだら3～4日で治る」と話した。「薬はいつ止めますか」の問いには、「症状が落ち着けば薬は止める」と答えた。「治らない場合はどうしますか」の問いには、「耳鼻科にかかるようにしている」と答え、続けて「医師は丁寧に説明してくれる。医師は、上から目線で話はしないで、治療のことや薬のことをこういうふうにしようと思いますとか、これでいいですかと聞いてくる」と話した。「風邪を引いた時に薬を飲む以外に心がけることがありますか」の問いには「他にも、しょうが湯を飲んだり、休養を取ったりする」と話した。

この患者は、風邪を引いた時に、「咽喉に効く置き薬を飲んで風邪を治す」という服薬モデル(図 2-4)を構築していると考えられる。

風邪を引いた時に、「咽喉からくる」という「過去の経験」があるため、咽喉の痛みという「症状」があると風邪を引いたと思い「健康不安」が生じる。その対応として、市販薬の置き薬で咽喉が治ったという「過去の経験」がありそれを予防的に服用している。また、風邪を引くと、業務に差し支えがあり、子どもたちうつすかもしれないという「生活上の弊害」が生じる可能性があるためである。そして、薬を飲むと「3～4日で治るだろう」と「過去の経験」から推し量っている。咽喉に効く薬を飲んだという「過去の経験」により、自分に合った薬であるという「薬に対する理解」や早く風邪を治すという「疾病・健康に対する理解」を示している。

また、風邪を引いた時には、「しょうが湯を飲んだり、休養を取ったりする」という「健康意識」を持つ行為も同時に行っている。これらは、症状の軽減や健康不安の解消を目指し、薬を飲むことで風邪を治そうとする目的を持った服薬モデルが構築されていることを裏付けるものである。

このように、咽喉が痛いという「症状」をきっかけに、風邪を引いたらしいと「健康不安」を覚え「咽喉に効く置き薬を飲んで風邪を治す」という服薬モデルを構築したと思われる。「健康不安」は、仕事への影響や子どもたちへ感染という「生活上の弊害」を生じないために薬を飲もうと考えたり、しょうが湯を飲む行動を起こすなど「健康意識」の高まりへも影響を与えていた。また、いつもの咽喉の症状が出ている、早めに市販薬を飲むと3～4日で治るという「過去の経験」を活かし、「薬に対する理解」、「疾病・健康に対する理解」を深め、それらが服薬モデルを構築していた。以上のような、諸要因から服薬モデルが構築されていると推測された(図 2-4)。

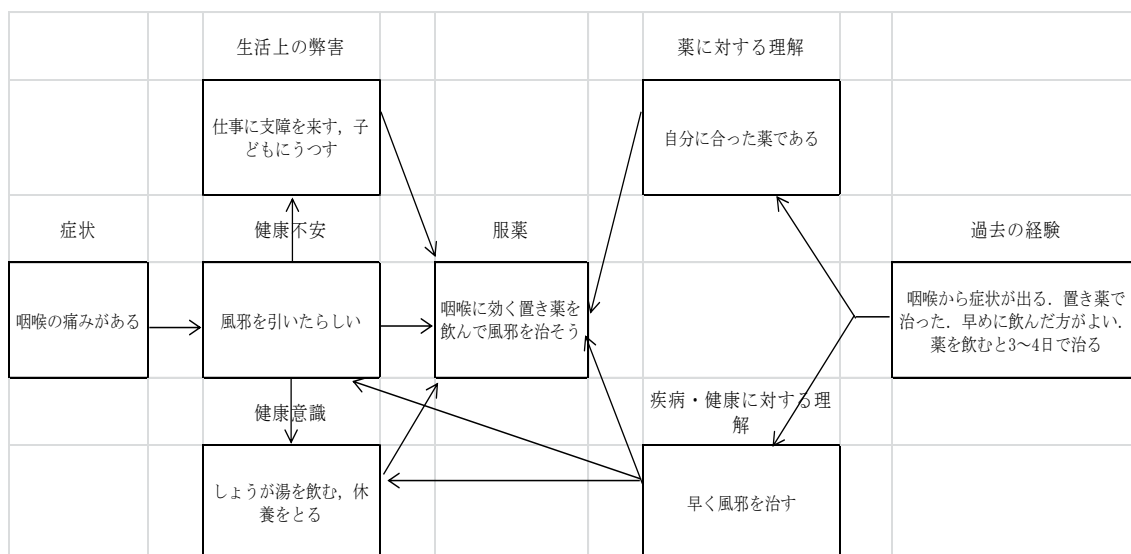


図 2-4 市販薬を飲むという服薬モデル

最初に作られた服薬モデルでは、服用すると3～4日で治ると経過を予想している。薬の効果をみながら症状が緩和すれば止めようと薬を中止するタイミングを計りながら服用していると思われた。薬を飲み始めて3～4日で服薬モデルの評価がなされ、症状が緩和すれば薬を中止していた。しかし、緩和しなければ、耳鼻科にかかるために、次の服薬モデルの構築が検討されている。

次の服薬モデルは、「耳鼻科医の処方薬を飲んで治す」という服薬モデルである(図 2-5)。これには、咽喉の痛みが取れないという「症状」がある。症状が緩和しないことが、風邪が長引いているという「健康不安」を生み、業務に差し支えがあり、子どもたちにもうつすかもしれないという「生活上の弊害」へ影響を与えていた。さらに3～4日で咽喉の痛みが取れない場合は耳鼻科に診てもらったほうがいいという「過去の経験」が構築要因として働いている。耳鼻科を受診をしようとするのは、受診時の医師の対応が丁寧であるという「医療者の関わり」が、大きな影響を与えていると考えられる。

過去の経験や医師の対応により、処方薬が必要であるという「薬に対する理解」や耳鼻科医の言う通りに治すという「疾患・健康に対する理解」を示している。さらに、「健康意識」では、しょうが湯を飲んだり休養をとって治そうとする姿勢がみられた。

このように、置き薬を飲んで3～4日経っても咽喉の痛みの「症状」が取れないと、風邪が長引いているという「健康不安」を持ち、「耳鼻科医の処方薬を飲んで治す」という服薬モデルを構築したと思われる。「健康不安」は「生活上の弊害」や「健康意識」へも波及していた。「生活上の弊害」においては、仕事や家族への影響を除去するために服用しようと考え、「健康意識」ではしょうが湯を飲んだり休養をとって治そうとする姿勢が服薬モデルへ影響していた。また、「医療者の関わり」や「過去の経験」により、「薬に対する理解」

および「疾患・健康に対する理解」へと繋がっていた。置き薬で治らな時は耳鼻科に掛かったほうがよいと「医療者の関わり」と「過去の経験」を活かし服薬モデルを構築したと推測された（図 2-5）。

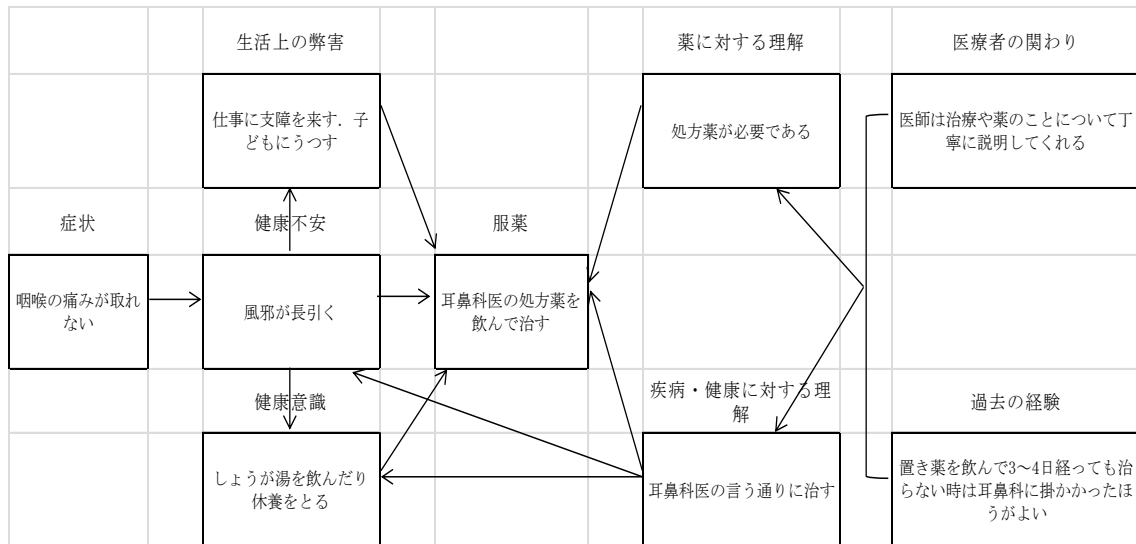


図 2-5 医師からの処方薬で風邪を治す服薬モデル

服薬のプロセスという観点からみると、最初に「咽喉に効く置き薬を飲むことで風邪を治す」というモデルを構築し、その評価を3~4日後に行っている。緩和すれば薬は中止となるが、緩和しなかったら「耳鼻科医の処方薬を飲んで治す」という服薬モデルを構築していくプロセスが考えられる（図 2-6）。

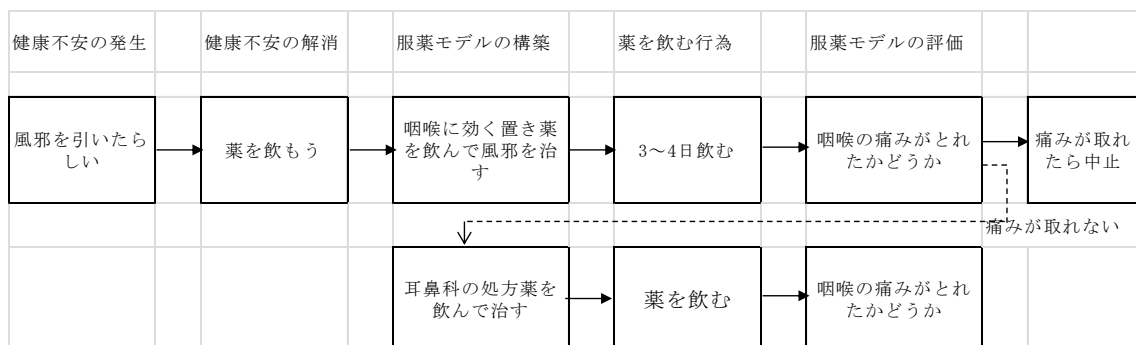


図 2-6 「置き薬で治す」モデルから「処方薬で治す」モデルへ移行のプロセス

医師が出した処方薬を飲むというモデルにおいては、医師が構築しているであろう治療モデルと患者が構築した服薬モデルとは合致していると考えられる。患者は、「医師は、上から目線で話はしないで、治療のことや薬のことをこういうふうにしようと思いますとか、

これでいいですかと聞いてくる」と話しているように、医師に対して信頼を持っており、医師が思い描く治療モデルと患者が持つ服薬モデルが合致し、患者は医師が処方した薬を納得して飲んでいる。

2.4.2 慢性疾患で薬を常用している患者の例

事例2 68歳 男性 (心臓手術後に心臓リハビリテーションのために通院中)

「今、どのような薬を飲んでいますか」と問いかけると、「2種類の薬は分かる。血液をサラサラにする薬と血圧を下げる薬を飲んでいる。残り4種類は効き目も分からない」と回答し、「病院の薬の他に、ヒアルロン酸、ウコンを買って飲んでいるが、医者に飲んでることは言っていない」と話した。「薬の指導を受けたことがありますか」と問いかけると、「入院中に薬の説明を受けたがよく覚えていない」と答えた。「薬の飲み忘れはありませんか」と尋ねたところ、「入院前には、血圧の薬を飲み忘れることがあった。朝寝坊をして慌てて出勤した時と夜一杯飲んだ時。70錠位余って、医者に回していいか(余った薬を使ってよいか)と聞くといいですと言われた。余った分を出してもらわずに済んだので薬代が少なくて助かった」と話した。また、「入院中にも飲み忘れがあり、看護婦さんが1週間分に分けられる箱を持ってきてくれた。退院時に持ち帰り、今はそれを使っている。箱を見たら分かるので忘れなくなった。退院して今は絶対に忘れない」と話した。

「何故入院になりましたか」と問うと「職場の検診でひっかかった。病院にかかったら胸を開けて手術すると言われた。自覚症状がなかったのでそんなんでせんといけんかとかっかりした」と答え、続けて、「3ヶ所詰まっていて、酸素も半分くらいしかなかったようなので大ごとにならなくてよかったと思っただ」と話した。

この事例の場合、入院前には、「高血圧の薬が処方されたので仕方なく飲む」という服薬モデルを作っていたと推測される(図2-7)。おそらく、血圧が高いという「検査・治療結果」から降圧剤が処方されていたが、「自覚症状」がないために「健康不安」もそれほど高くなかったと思われる。患者は、入院して手術になった時に「自覚症状がなかったのでそんなんでせんといけんかとかっかりした」と話している。また、「医療者との関わり」においては、70錠の残薬があったが薬の飲み忘れを注意された様子はなく、薬は必要なものと理解できる関わりがなかったと推測される。「過去の経験」としては、薬の飲み忘れをし残薬に対して薬代が少なくて助かったと経済的負担の軽減になったと解釈している。「医療者との関わり」や「過去の経験」により、薬を飲む必要があるのだろうかという「薬に対する理解」や高血圧は大したことないという「疾病・健康に対する理解」をしたと思われる。

このように、血圧が高いという「検査・治療結果」の異常から薬を処方されたと思われる

る。しかし、「症状」がなく、血圧が高いことへの「健康不安」が弱かったため、「高血圧の薬が処方されたので仕方なく飲む」という服薬モデルを構築したと考えられた。また、「医療者の関わり」においては、医師と患者のコミュニケーション不足がみられ、飲み忘れるという「過去の経験」は、「薬に対する理解」や「疾病・健康に対する理解」に影響し、患者に飲む意志の弱い服薬モデルを構築させたと思われた（図 2-7）。

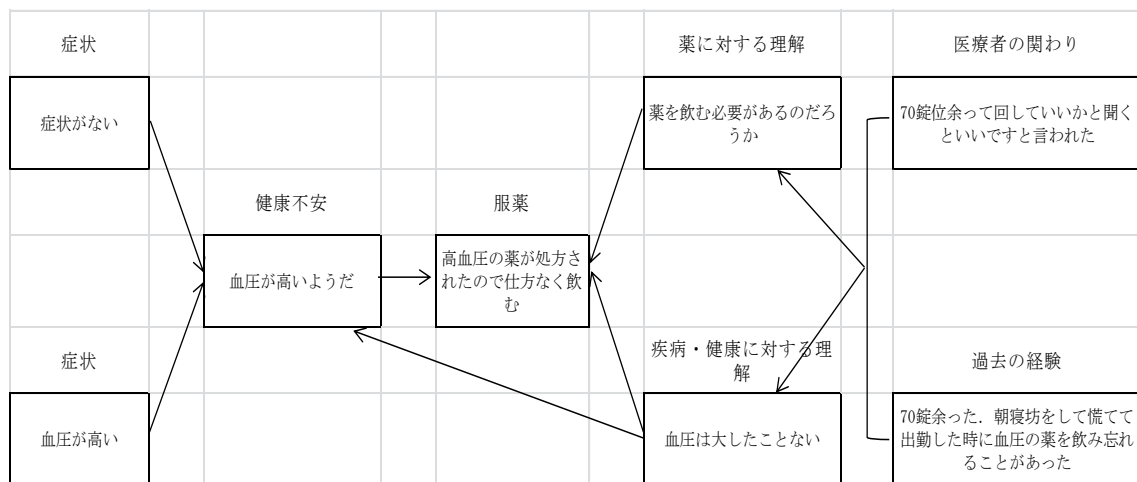


図 2-7 薬を飲む意志の弱い服薬モデル

退院後には、「心臓のために薬を飲む」という服薬モデル（図 2-8）に修正している。患者は、心臓手術時に動脈が 3ヶ所詰まっていたという「検査・治療結果」から、「大ごとになる所だった」と「健康不安」を抱いている。そして、手術で助かったという気持ちが「健康意識」を高めている。入院中には、看護師から薬の飲み忘れを指摘され薬の管理の指導を受けている。この時の「医療者の関わり」は大きな構築要因となっており、患者が「箱を見たら分かるので忘れないようになった」と話すように、薬のケースを手掛かりに絶対に飲み忘れまいとしていた。医療者の関わりにより、効用の分からない薬はあるが飲み忘れてはいけないという「薬に対する理解」や手術でよくなったので医師の言う通りにしようという「疾病・健康に対する理解」を示したと考えられる。

また、医師から促されたと思われる心臓の機能回復訓練である心臓リハビリテーションへの参加をしたり、ヒアルロンサンやウコンという健康食品を自ら購入して元気になると「健康意識」が高まることで、健康維持や回復を目的に薬を飲み忘れまいとする姿勢に繋がったと思われる。

予期しない手術になり、「検査・治療結果」で「3ヶ所詰まり酸素は半分だった」ことが判明し、大ごとになるところだったと「健康不安」が高まることで、「心臓のために薬を飲む」という服薬モデルを作ったと思われる。また、「健康不安」により、自ら健康食品を購入して飲んだり、心臓リハビリテーションに参加しようと「健康意識」を持つようになる。

「医療者の関わり」からも、「薬に対する理解」や「疾病・健康に対する理解」が高まり、服薬しようという気持ちになっている（図 2-8）。

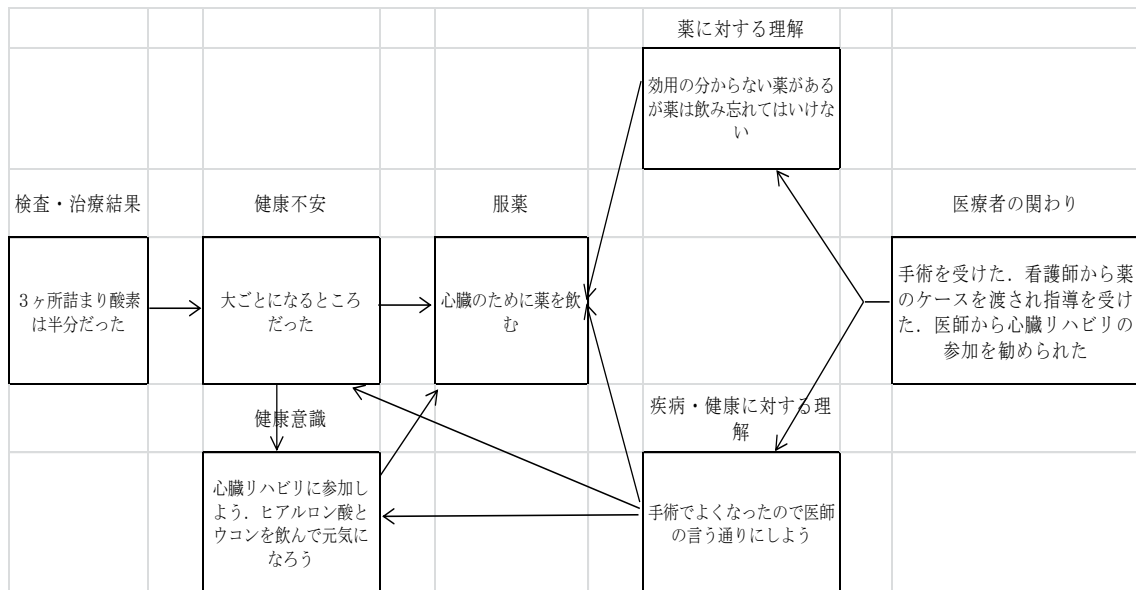


図 2-8 手術を契機に薬を飲み忘れない服薬モデル

服薬のプロセスの観点からみると、入院前は「高血圧の薬が処方されたので仕方なく飲む」という服薬モデルを構築し薬の飲み忘れを繰り返す。その後に手術のために服薬が中止となる。退院後には、病状の安定を目的に、「心臓のために薬を飲む」という服薬モデルに修正し、薬を忘れずに継続しているプロセスが考えられる（図 2-9）。

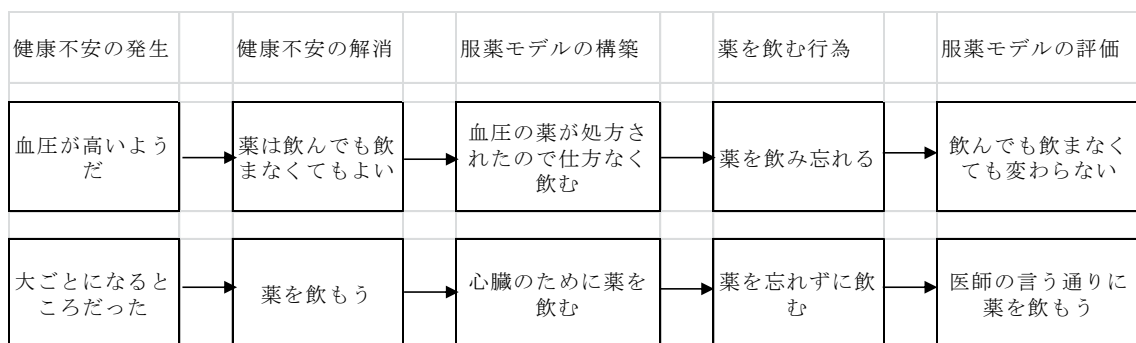


図 2-9 手術前後の服薬のプロセスとモデルの変容過程

医師の治療モデルと患者の服薬モデルについては、入院前には医師と患者のメンタルモデルにギャップがかなりみられた。医師は血圧の異常に対し処方薬を出しているが、患者は、飲み忘れていて、大きなギャップは、時として疾病の悪化などで患者がリスクを負う

ことになる。この患者も飲み忘れだけが直接的な原因でないにしろ手術に至る経緯に影響していると思われた。

手術後、心臓リハビリテーションに通院中は、心臓へ負担をかけない薬物療法が行われる。心筋梗塞予防や血栓予防の薬、降圧剤、コレステロールの薬などが、週単位で調整されていく。医師は、「心臓への負担を軽減する薬で治療しよう」という治療モデルを持つと推測される。一方、患者は「心臓のために飲む」という服薬モデルを描いている。患者は入院中に受けた薬剤師からの説明内容は覚えておらず、薬の効用も知らないなど薬の知識は乏しい。しかし、患者は、処方通りに忘れずに飲む意識は高い。この場合、医師が治療を目的に処方薬を出そうという治療モデルと患者が薬を飲むという服薬モデルは多少のギャップはあるが一致していると考えられる。

2.5 まとめ

本章の目的は、本研究において「服薬モデル」をどのように考えているかを明示することであった。患者の薬の捉え方には、メンタルモデルが関わっていると考えている。機器の操作時に機器の仕組みを理解するために思い描くメンタルモデルや文章の理解の際に描くメンタルモデルのアナロジーとして服薬モデルを提起した。

機器の操作時に、機器を見たり実際に触りながら機器の利用に関するメンタルモデルを構築しており、文章を理解する時には、文章を読みながら何を言おうとしているかと文章に関するメンタルモデルを構築している。

服薬に関しても、機器操作や文章理解と同様である。薬を飲む時に「2錠飲むと痛みが和らぐだろう」と頭に描く。これは服薬に関するメンタルモデルであり、本論文では、「服薬モデル」と呼ぶことにした。このような服薬モデルを描くには、咳の症状や今までの経験、時には身近な人の関わりなどから情報を得ながら服薬モデルを構築している。機器の操作時に、例えば、照明を点灯する場合に「このスイッチを押すと点灯するだろう」と頭に描く。私たちは頭の中で、照明の点灯の仕組みがどのようになっているかを考え、照明器具を見たり実際にスイッチを押して確かめるなど、機器の利用に関するメンタルモデルを構築していく。文章を理解する時には、文章を読みながら何を言おうとしているかメンタルモデルを作りその枠組みの中で理解しようとしていく。その時に、読み手は自分の経験や知識などの情報を総動員し、この文章に関するメンタルモデルを構築していく。

ただし、機器操作や文章理解では、機器や文章がターゲットとなり、これらとのコミュニケーションの中で作られる仮説としてメンタルモデルを捉えている。しかし、服薬モデルでは、少し様相が異なる。服薬による治療がターゲットになっているが、そのターゲットに対するコミュニケーションではないということが異なる。機器の場合は機器を実際に使ってみてどのような結果になったかメンタルモデルは作り変えられていく。その過程は機器とのコミュニケーションである。自分が思っている機器の仕組みと違っていると思え

ばメンタルモデルは作り変えられる。服薬の場合は、実際に服薬をしたりあるいはしなかったりすることで、自分の症状や検査値が何らかの変化をしたりしない場合もある。それによって、薬の理解や疾病・健康に対する理解が変化し、そこで新たなメンタルモデルが作られる。この過程は擬似的に捉えれば薬とのコミュニケーションではあるとも考えられる。

服薬モデルの考え方については、3つの視点から論じることができる。1つ目は、服薬モデルの構築についてである。人は薬を飲む時に、薬の効能を自分なりに捉え、服薬の判断のよりどころをどこかに求め、何故この薬を飲むのかといった服薬に関する独自の考え方、すなわち「服薬モデル」を構築していると思われた。その服薬モデルを構築する要因については、「症状」、「検査結果」、「健康不安」、「生活上の弊害」、「健康意識」、「薬に対する理解」、「疾病・健康に対する理解」、「医療者の関わり」、「身近な人の関わり」、「情報」、「過去の経験」の諸要因により構築されていると思われる。それらの要因の関わり方や関わる要因の強さによって、どのような服薬モデルを構築していくか違いがあると思われた。人によりさまざまな要因が考えられ、今後の事例検討の必要性が示唆された。

服薬モデルは、Kleinman (1988 江口他訳 1996) の説明モデルの概念に近いものである。説明モデルでは、患者が病に対しどのような対処行動をとるのか描写するものであり、服薬モデルは、服薬に対してどのように考えているかというメンタルモデルを描いたものである。説明モデルでは、患者のナラティブをもとに患者が病をどのように捉えているかを描き出すという医療人類学的アプローチであるが、服薬モデルでは服薬にどのような構築要因がかかわっているか明確にしそれをスキーマとして表すという認知心理学的アプローチをとっている点で異なっている。しかし、いずれも患者の視点から病や服薬をどう捉えているのかをモデルとして表している点は共通するものである。

2つ目には、薬を飲むプロセスにおける服薬モデルの位置づけである。人は、何らかの健康不安が発生すると健康不安の解消策を考えるであろう。その解消の一つとして服薬を選択した場合には、服薬モデルを構築していく。構築された服薬モデルは、実際に薬を飲むという行動へ影響を与えていく。人は必ずしも処方通りに薬を飲むとは限らず、仕方なく飲んだり、忘れたり、飲まなかったりする。飲み始めて時間（期間）が経つと薬を継続するかどうかと薬を飲むことへの評価を行う。そして、薬を継続するという服薬モデルであったり、別の薬を飲むという服薬モデルであったりと新たな服薬モデルを構築していく。薬を中止した場合は、別のメンタルモデルを作っていく。服薬の場合、健康不安が解消されたことがゴールになることもあるが、健康状態や服薬効果などは変化をするため、明らかなゴールがあるわけではなく、服薬を続け服薬モデルが変化していくプロセスとなる。

3つ目には、医師の治療モデルと患者の服薬モデルにおけるギャップの存在である。医師が描くメンタルモデル（治療モデル）と患者が描くメンタルモデル（服薬モデル）は、インターフェース場面における Norman (1986 ; 2013 岡本他訳 2015) のメンタルモデルの考え方のアナロジーとして考えられる。Norman は機器操作において、設計者が考え

るデザインモデルとユーザーのメンタルモデルについて論じており、服薬における医師の治療モデルと患者の服薬モデルの関係に相当する。処方をする時に、医師は専門的知見に基づき薬物療法によってどのような治療をしようとする。一方、患者は医師が描いている薬物療法の通りに頭の中に描いているわけではない。患者は自分なりに、薬を何故飲むのかなど考えている。このように、患者は医師が考えている治療モデルとは異なる服薬モデルを構築している。

第3章 ケーススタディによる服薬モデルの検証

3.1 目的

第2章では、本論文での服薬モデルの考え方を示した。その中では、服薬モデルの構築要因、服薬に至るまでのプロセス、医師の治療モデルと患者の服薬モデルのギャップについて述べた。本章では、面接調査法を用いケーススタディ的に第2章で論じた服薬モデルについて検証をすることを目的にしている。さらに、服薬モデルを構築する諸要因を探り次の章で実施する質問紙作成の基礎データに活かしていく。

服薬は、入院や通院している患者だけでなく、健康に不安を感じた場合にのみ服用する場合もあり通院をしていない人も含めた。総数40名に面接調査を実施し、一人ひとりがどのような服薬モデルを構築し、その構築にどのような要因が関わっているのか検討を行った。

3.2 方法

3.2.1 調査対象者

日常生活で薬を服用するのは、入院や通院中の患者が多い。しかし、一時的に健康に不安を感じた場合に服用する場合もあるため、治療中の患者だけでなく薬を常用していない者も対象とした。対象者は、入院または通院患者(36名)、通院をしていない者(4名)の合計40名を対象とした。疾患別では、心臓疾患(17名)、運動器疾患(17名)、泌尿器疾患(2名)で、うち15名は複数の疾病に罹患していた。男性19名女性21名、平均年齢は66.4歳(22-82歳)である。

3.2.2 調査期間

2010年1月～7月。

3.2.3 調査方法

入院患者は、予め病棟師長または病棟主任から患者の同意を得てもらい、その後に筆者が患者と同意書を取り交わし20分～60分程度の面接を行った。通院患者は、心臓リハビリテーション前の30分間に、薬剤師の指導に同行し面接を行った。通院していない者は、2名は事業所の担当者の許可後に対象者の同意を得、他の2名は近隣者であったため直接同意を得て、いずれも30～45分程度の面接を行った。城尾(2008)は、75名を対象に面

接調査法を実施した際、面接しながら書き留める方法を用いたが、聞き取りは可能であったため、今回も同じ方法を用いた。

3.2.4 質問内容

どのような薬を服薬しているか、薬の飲み忘れの有無について質問を行いあとは自由に語ってもらう半構造化面接法で実施した。現在の服用の有無を確認後、服用していればどのような薬を服用しているか、服用していなければ過去に服薬した薬について問いかけた。薬の名前や効用、副作用、飲み忘れなど薬剤に関する内容、生活環境、過去の薬への体験など、患者が薬をどのように捉えているか広い範囲から確認できると考えた。

3.3 結果

40 事例の服薬モデルを検討した結果を、服薬モデルの構築要因、服薬プロセス、医師の治療モデルと患者の服薬モデルのギャップの 3 つの観点から考察を行った。40 の事例は、ただ羅列するのではなくグルーピングして提示することとした。

3.3.1 グルーピングの基準

服薬モデルは、構築要因の構築により作られる。そのため、グルーピングの基準には、第 2 章で示した服薬モデルの構築要因である健康不安、生活への弊害、健康意識、薬に対する理解、疾病・健康に対する理解の各要因の中から、以下のように検討し決定した。

まず、「健康不安」であげられた内容は、膝や心臓が悪い、高血圧など、疾病や症状に関することでありこれを基準にして分類すると疾病の分類になり適切ではないと思われた。「生活上の弊害」の内容では、症状があることで業務に支障を来たす、子どもの相手ができない、疾病による身体の不自由さがあるなどであったため、疾病や症状が生活環境へもたらす影響についての分類となってしまう。「健康意識」では、元気になりたいや家族に迷惑をかけないなど、疾病の回復や健康を望む意識の分類になる。「薬に対する理解」では、薬効が分かるなど薬そのものの理解と、自分に合う薬であるや治療のために必要であるなど薬の必要性をどのように捉えているかの 2 つの側面がみられた。そのため、この「薬に対する理解」は、服薬に関する内容であったため分類基準の一つとして有効であると思われた。「疾病・健康に対する理解」では、手術を受けた、検査値がよくなった、医師の指示通りに治療を受けるなど、治療内容や治療の効果、治療に臨む姿勢など治療に関する分類になった。以上、服薬モデルの構築に関与する要因を検討した中で、本研究の目的である薬の捉え方に着目していた「薬に対する理解」を用いて分類基準を考えることにした。

「薬に対する理解」については、患者の言葉から薬の知識や薬の必要性などの「薬の理

解の程度」と自分の意志で薬を飲んでいるかどうかの「自己決定の程度」が、服薬モデルの構築に影響していると思われた。そのため、「薬の理解の程度」を縦軸に、「自己決定の程度」を横軸にし、事例を該当すると思う箇所に当てはめた。著者以外に医療者1名に当てはめてもらい、照らし合わせて相違がみられたケースについては議論して該当する箇所を決定した。「薬の理解の程度」は2段階に、「自己決定の程度」は3段階に分け6グループの分類とした。

40の事例を6つのグループに分け、さらに各グループの中で類似した服薬モデルを構築した事例を一つにまとめサブグループとした。その結果6つのグループに分けたが「薬に対する理解」は低い「自己決定の程度」は高いグループに属する事例は存在せず、残り5つのグループについては図3-1に示すように10のサブグループに分類された。

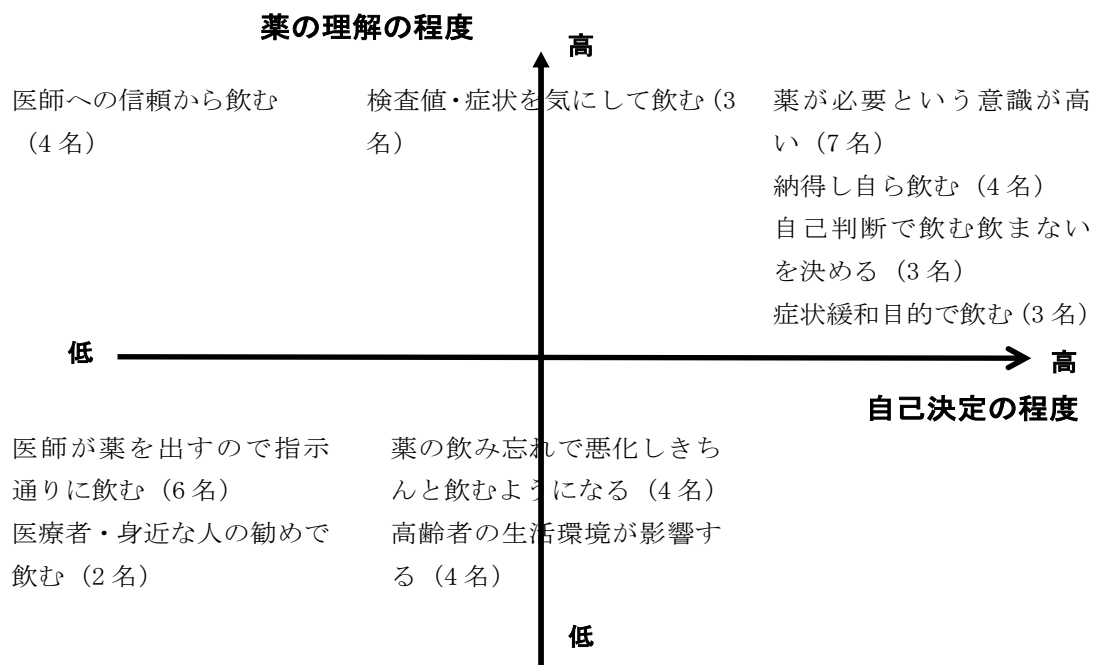


図 3-1 「薬に対する理解」を基準に 40 事例の服薬モデルを位置付ける

次に、5つのグループの分類に沿って検討した服薬モデルを示していくが、各サブグループにおいては典型的な事例を一つあげて詳細に紹介し、それ以外の事例については概略を掲載するにとどめる。ただし、サブグループごとに、それらが類似した服薬モデルを構築していることを分かりやすく示すために、サブグループの事例の構築要因について表の形で示した。

3.3.2 「薬の理解の程度」は高く「自己決定」が高いグループ

まず、最初のグループは、薬に対する理解が高く、さらに薬を飲むかどうかについて自己決定の程度が高いと思われる服薬モデルを構築したグループである。ここでは、以下の4つのサブグループが考えられた。

まず、疾病の治療に薬が必要だということを十分理解して、自ら薬を飲むことを決定している場合が考えられる。2つ目は、医師に説明を求める姿勢を持ち自分なりの解釈を加えて薬を自ら納得して飲んでいる場合もこのグループと考えられる。次に考えられたのは、患者の薬に対する理解が正しいかどうかわからないが少なくとも自分では理解しているつもりで、薬を飲むか飲まないかの判断を自分で行っている場合である。最後は、症状の比較的軽いケースでその症状にはどの薬が合っているかを経験的に分かっている自分で薬を飲んでいるような場合である。

1 薬の必要性を理解し服用する服薬モデル

疾病の治療に薬が欠かせないという強い思いを持つものは、薬が必要であるという服用モデルを構築していると考えた。膝が悪化して手術にならないようにしたい、心臓の治療が必要であるなど疾病の悪化防止や病状の安定のために薬は必要であるという思いを抱いていた。7つのケースが「薬が必要という意識の高い」服薬モデルを作っていたと思われ、その典型例としてケース 17 を取り上げ服薬モデルについて示していく。

(1) 「薬が必要という意識が高い」服薬モデルの典型例

ケース 17 は、一過性と思っていた高血圧が継続するために薬を飲み始めたケースである。数種類の降圧剤を試し自分に合った必要な薬と服薬モデルを構築している。

ケース 17 67 歳 女性 右膝手術で入院中

「薬を飲んでますか」の問いに、「バイクを運転していて曲がってきた車が接触してきて転んだ。その時に首の後ろと後ろ頭が痛く、血圧が少し高かったので交通事故による一過性のものと言われた。2 週間たっても治らないので高血圧の薬をもらうようになった。それから飲み続けている」と話し、「今は高血圧の薬だけを飲んでいる。この薬になるまで数種類試して今の薬に落ち着いた。1 日 1 回朝に 1 錠だけだった。寒くなったせいか血圧が高くなったので、朝と夜に 2 錠ずつにしよう先生から言われてそのように飲んでいる。2 錠になったけど特に症状としてはなんて変わっていない。先生からは、血圧の値で 2 錠から 1 錠になるかもしれないと説明されていた」と話した。「先生は話しやすいですか」の問いには、「話をよく聞いてくれるので話しやすい」と答えた。「薬の飲み忘れはありませんか」の問いには、「夜はビールを飲むので茶碗を洗ったら後で飲もうと思っていると忘れてる。だから茶碗を洗ったらなるべくすぐに飲むようにしている。忘れた時は、気がついてももう飲まない。主人が気がついて飲んでないと言

ってくれることもある」と話した。「薬はどこに置いてありますか」の問いに、「炊事場（流し）に薬を置いてある。そこが私の目につく場所だから、1週間分を入れておく」と話した。

ケース 17 は、「数種類の降圧剤を試し自分に合った必要な薬を飲む」という服薬モデルを構築していると考えられる。交通事故後に血圧が高い「検査・治療結果」が出始め、一過性と思った血圧は下がらないことで「健康不安」を持つ。検査結果をみながらいくつかの薬を飲んできた「過去の経験」があり、数種類試し自分に合う必要な薬であるという「薬に対する理解」をしている。話をよく聞ききちんと説明をする「医師の関わり」もあり、高血圧を医師の指示通りに治そうという「疾患・健康に対する理解」をしている。

このように、「検査・治療結果」をきっかけに高血圧は一過性ではなかったと「健康不安」を高め服薬モデルを作っている。数種類の薬を試してきた「過去の経験」と丁寧な対応をする「医療者の関わり」により、必要な薬であると「薬に対する理解」や高血圧を治すという「疾患・健康に対する理解」に至っている。このケースは、「過去の経験」と「医療者の関わり」が「薬に対する理解」と「疾患・健康に対する理解」を示し服薬モデルの構築に強く影響したと思われる（図 3-2）。

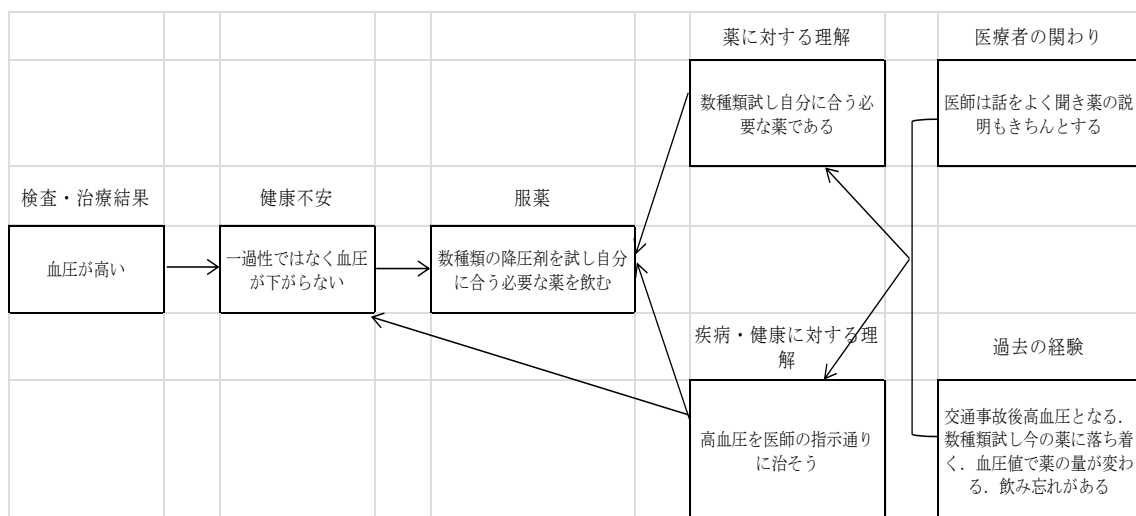


図 3-2 自分に必要な薬であると認識するケースの服薬モデル

服薬のプロセスの観点からみると、「数種類の降圧剤を試し自分に合った必要な薬を飲む」という服薬モデルを構築し、実際にはうっかり飲み忘れる時もあるが、飲み忘れないために仕事の手順に気を配る行動がみられた。血圧が高くなったので朝と夜に2錠ずつにしようと言われたと話のように検査値が「服薬モデルの評価」に影響を与えており、薬の量の変動に順応しながら薬を飲んでいった（図 3-3）。

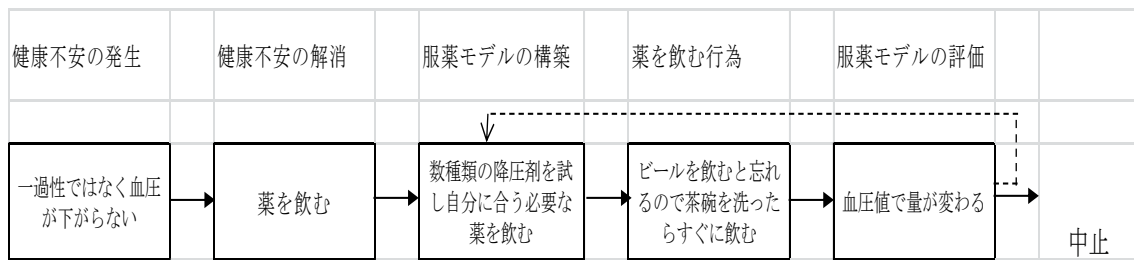


図 3-3 血圧値の結果で薬の量の変動があるケースのプロセス

医師が処方した薬を飲むというモデルにおいては、医師が血圧値のデータをみながら処方している過程を患者は理解しており、自分に合った血圧の薬が出されていると思っている。患者には治療に必要な薬を服用しようとする姿勢がみられ、治療モデルと患者の服薬モデルは一致していた。

(2) 「薬が必要という意識が高い」という服薬モデルの 7 ケース

ケース 17 と同様に、他の 6 ケース (3, 11, 13, 26, 29, 39) (表 3-1) は、膝、足、股関節などの痛みである「症状」や血圧値やコレステロール値などの「検査・治療結果」をきっかけに「健康不安」を抱いていた。構築要因の中では「薬に対する理解」が服薬モデルの構築に強く影響していた。「薬に対する理解」には、病気が悪化して手術にならないためには薬が必要であるという「過去の経験」, 「医療者の関わり」で治療方針や薬の理解をすることで、薬が必要という意識が高い服薬モデルを作っていた。

服薬のプロセスにおいては、いずれも「薬が必要である」という服薬モデルを作り、薬を飲む行為においては忘れずに飲み、「服薬モデル評価」は、「症状」の程度や「検査・治療結果」で判断を行っていた。

ケース 29 は「医師は自分の病状を知る相談者である」と語るように、医師とコミュニケーションをとる中から、患者自身が医師は自分の病気を分かっている存在だと感じている。他のケースにおいても、医師とのコミュニケーションがとれ医師と良好な関係性を築いている様子がみられる。このことが、医師の考える治療に従い自分に必要な薬を服用しようとする意識を高めており医師の治療モデルと患者の服薬モデルは一致していると考えられた。

また、「薬の理解の程度」において、長期療養の過程で医師と幾度となく医師と患者がお互いに病状や薬に関する話をする中で患者自身が薬についての知識を持ち自分の疾病に必要な薬であると認識するようになったと思われた。患者の言葉から薬剤名や効用、疾患に必要なであるという薬の必要性を理解し、「薬の理解の程度」は高いと思われた。「自己決定の程度」においては、ケース 26 の「絶対治らんといけん」という言葉のように疾病

を悪化させないためや検査値を安定させるために飲むなど目的を持って薬を飲んでおり、「自己決定の程度」は高いと思われた。

表 3-1 薬が必要という意識が高い7ケース

		服薬モデルの構築要因			
服薬モデル	健康不安	生活上の弊害／健康意識	薬に対する理解	疾病・健康に対する理解	
3	膝が悪化して手術にならないために足のむくみをとる薬などを服用する。	膝が限界になっている。(症状)「痛い」と声が出る。	膝関節の疾病が悪化しないために必要な薬である。骨の薬は飲むが痛み止めは飲まない。 (医療者の関わり)「痛い」と声が出るようになり手術を受けた。(身近な人の関わり)主人と2人暮らしですが、私が主人の世話を焼いても主人から薬飲んだと言われることはありません。(情報)インターネットで病気のことを探して動かせるうちがよいとあったので、まだ少し膝が動いていたので手術をしようと思った。(過去の経験)薬剤師の資格がある。薬を飲むか飲まないかは理由がある。ボナロンは性質上飲んだ方がいい薬であるし防己黄耆湯とブシは足の浮腫をとる薬なので飲む。痛み止めは飲まない方がいいと思いほとんど飲まない。	膝の手術でよかった。	
11	高脂血症を改善させて動脈硬化の進行を防ぎたい。	コレステロールが下がらない。(検査・治療結果)コレステロール値などが高い。	医師の診療内容を理解しきちんと飲む。飲み忘れ防止のために独自の工夫をする。 (医療者の関わり)かかりつけ医は3つのいいところを持つ[診察が速い、弱い薬から処方する、手に負えない時は別の病院に回す]。薬の説明書は全て保管している。(身近な人の関わり)家族から神経質で几帳面と言われる。(過去の経験)12年前から服薬しているが薬はほとんど変っていない。忘れないように、5~6年前から朝テーブルの上に薬を全部セロテープで止めている。きちんと薬を飲んでいる。コレステロールの薬など4種類を飲む。	医師の診療方針を理解し治療をする。	
13	心不全のため浮腫が続くので利尿薬を服用しなければならないが、頻尿には困るので外出時は飲まないことがある。	心臓が悪い。(検査・治療結果)心臓に水がたまっている。	(健康意識)膝のためにグルコサミンとヒyalロンサンを飲む。	薬効は理解している。ラシックスは頻尿になり外出に困る。 (医療者の関わり)心臓に水がたまっているとされ手術を受けた。先生は話しやすい。手帳はいつも持参している(過去の経験)夜に明日の薬をケースに入れる。外出時に薬を持参しているが頻尿になると困るので飲まないことがある。薬効は知っている(3種類)。	医師の指示通りに治療したほうがよい。手術でよかった。
17	数種類の降圧薬を試し自分に合う必要な薬を飲む。	一過性ではなく血圧が下がらない。(検査・治療結果)血圧値が高い。	数種類試して自分に合った降圧剤である。血圧値で薬の量が変わる。飲み忘れることもある。 (医療者の関わり)医師は話をよく聞き薬の説明もきちんとする。(過去の経験)交通事故後に高血圧となり薬を飲み始めた。数種類試して今の薬に落ち着いた。血圧値で薬の量が変わる。高血圧の薬だけを飲んでいる。ビールを飲むと忘れることがあるので茶碗を洗ったらすぐ飲むようにしている。炊事場(流し)に薬を置いている。そこが私の目につく場所だから。1週間分を入れておく。	高血圧を医師の指示通りに治そう。	
26	関節炎や膝の変形による痛みを和らげるために抗炎症薬などを飲む。	足の痛みが取れない。(症状)右足が痛い。	薬は絶対飲まんといけん。治らんといいんと思っているので先生の言う通りに飲む。効用は知っている。 (医療者の関わり)手術を受けた。人は気難しいと言うけどそんなない。(過去の経験)右足が痛くて1月に1回ヒyalロンサンを入れていた。Aクリニックで3種類(便秘と膝に水がたまらない薬と貼り薬)の薬をもらっている。薬は忘れない。悪くならないように、治らんといいんと思っているので先生に言う通りに飲む。薬は絶対飲まんといけん。効用は知っている(3種類)。自分の座る椅子の後ろに棚があり1週間分のケースに入れている。	悪くならないように医師の指示通りに治療する。手術でよかった。	

29	心臓への負担を軽減するために、利尿薬や血管拡張薬を飲む。	心臓に負担がかかっている。(検査・治療結果) 心臓が悪い。	(生活上の弊害) 杖をつかないと歩けないほど弱った。	薬は飲まないといけないもの欠かせないものである。薬効は理解している。	心臓のために医師の治療方針通りにする必要がある。
				(医療者との関わり) 医師は自分の病状を知る相談者である。(過去の経験) 便秘の薬は、1錠を飲むとバランス良くスムーズに便が出る。排便時に力むと血圧が上がって心臓によくないので便秘薬を飲む。薬は忘れずに飲む。コレステロール、血圧、便秘、不整脈、胃薬などを飲んでいる。その日1日分を前の日またはその日の朝小さな袋に入れてテーブルの目の前に準備している。	
39	手術にならないように股関節に効く薬を飲むが高脂血症をきちんと飲むという意識はあまり持っていない。	手術にならないようにしたい。(症状) 股関節が痛い。		処方薬を信頼して飲む。股関節の薬は忘れないが命にかかわらない高脂血症の薬は忘れることがある。	医師の言う通りに治療する。
				(医療者との関わり) 勤務先の医師なので話しやすい。(過去の経験) 10年前から高脂血症の薬を飲み、2年前から右股関節の鎮痛剤と胃薬と足のむくみをとる漢方薬を飲み始めた。医師の処方薬は信用できるが売薬は怖い。仕事が忙しいと高脂血症の薬は忘れる。命にかかわらないので忘れてもいい。股関節の薬は悪くなると手術になるので忘れずに飲む。	

2 自ら納得して服用する服薬モデル

納得して自ら服用する患者は、医師の話を受け止め自分なりの解釈をした上で服薬したり、自ら医師への説明を求め納得して薬を飲んでいる様子が窺えた。4つのケースが「納得して自ら服用する」に該当する服薬モデルを作っていた。その典型例としてケース 32 を取り上げ服薬モデルについて示していく。

(1) 「納得して自ら服用する」服薬モデルの典型例

ケース 32 は、既往症としてがんの転移があり今回心臓病が悪化して治療を受けたケースである。営業の仕事の経験からしぶとさを持つことを強みに自ら医師へ問いかける姿勢が「心臓の負担を軽くする効用のある7種類の薬を納得して飲む」という服薬モデルを作っている。

ケース 32 63歳 男性 心臓リハビリテーション通院中 肺がん(8年前)、消化器系のがん(6年前)

「病気のことを教えてください」と問うと、「8年前肺がんになり、その時に心臓肥大があると分かったが、先生からがんの治療が先と言われ手術をした。その2年後には食道と胃のあたりにがんが出来た。がんが落ち着いたのでやれやれと思っていたら、歩くことができないうらい心臓が悪くなっていた。それで、3月17日から2ヶ月間入院治療をした」と語った。また、「1年半前には、右足捻挫で神経損傷をおこし早く歩けないし入院中は看護師に抱えてもらい移動をしていた」と話した。「どのような薬を飲んでますか」の問いかけには、「入院までは心臓の薬は飲んでなかったけど、脈を抑える、利尿、血圧

を下げる、しびれ、貼り薬で、バイアスピリン、メチコバルも飲んでいる。効き目は分かるし薬の名前も少し言える。今、7種類飲んでいる」と答えた。「薬はどのように飲んでいますか」の問いかけに、「食事をしたらすぐに薬を飲むようにしている。入院の時と同じようなもので、家でも食事をベッドでするからベッドの頭の所に薬を置いている」と返答があった。「薬を忘れることはありませんか」と問うと、「飲み忘れはない。ケース（1週間）に入れる時と飲む時の二度確認するので間違いもない」と答えた。「薬を飲みましたかと声をかけてくれる人はいますか」と聞くと「いない」と答えた。「薬の効き目はどうやって知りましたか」には、「説明書を読んだから自然に覚えた。効果は分かって飲んでる」と答えた。「医師から薬の説明はありますか」と尋ねると、「医師からは採血の結果で薬を調整するので薬の説明はある。変わるたびに説明がある。私から何のために飲むか必ず聞いて確認してきたからだと思う。営業の仕事をしていたので私はしぶといから」と言い、「血圧が120～130あたりになっているので、少しいいかもしれない。次の診察までに一つでも薬を減らしたい」と語った。

ケース32は、「心臓の負担を軽くする効用のある7種類の薬を納得して飲む」という服薬モデルを構築していると思われる。がんに2度罹患した「過去の経験」を持ち、やっとなんが落ち着いた思ったら心臓病の悪化を示す「検査・治療結果」が出る。そのために、「健康不安」を生じ、「健康不安」は、薬を減らせるような回復の兆しを見つけないと「健康意識」へ波及していた。また、営業の仕事をしていたのでしぶといと話しているように、「医療者の関わり」では自ら医師へ質問し医師の説明を聞き納得した上で治療を受けようとしている。この前向きな姿勢が、薬が何故必要であるか説明を求め納得し確実に薬を飲むという「薬に対する理解」や説明を聞いて治療を受けるという「疾患・健康に対する理解」に繋がっている。

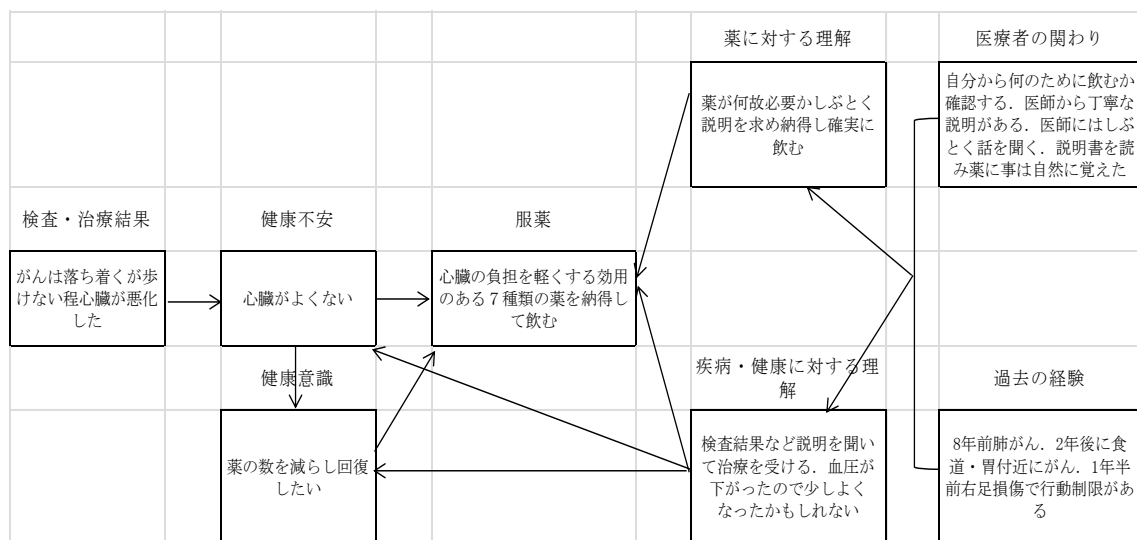


図3-4 心臓の負担を軽くする薬を納得して飲むケースの服薬モデル

ケース 32 では心臓がよくないと「健康不安」を持つことが服薬モデルの構築に影響し、「健康不安」は「健康意識」へと波及していた。また、「過去の経験」と「医師との関わり」は「薬に対する理解」と「疾患・健康に対する理解」に強く働き、納得した上で確実に飲むという服薬モデルの構築に影響を及ぼしている。(図 3-4)。

服薬のプロセスでは、「心臓の負担を軽くする効用のある 7 種類の薬を納得して飲む」という服薬モデルを構築し、確実に飲んでおりと自負するように薬を忘れずに服用している様子がみられた。検査結果の説明から「服薬モデルの評価」を行い、医師の指示する薬の継続を決めていた(図 3-5)。

ケース 32 は医療者からの一方的な指示ではなく自ら医師へ問いかけ何のために薬を飲むのか確認している。医師から説明を受け納得して治療を受けており、医師の治療モデルと患者の服薬モデルは合致すると考えられた。

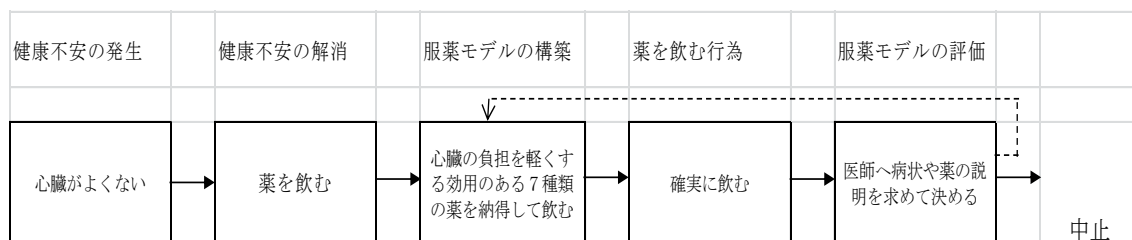


図 3-5 自ら納得して薬を飲むケースのプロセス

(2) 「納得して自ら服用する」という服薬モデルに該当する 4 ケース

以下の 4 ケース (5, 25, 32, 38) (表 3-2) は、いずれも「医師との関わり」と「過去の経験」の中から薬について理解を深めている。患者はがんや心臓の手術、腹膜透析の治療をするためには、治療内容を確認し同意書を取り交わす手順を経ている。医師の説明をただ受けるだけでなく自ら同意する必要性を求められるため、薬についても自身の考えを持ち「納得して自ら飲む」という服薬モデルを築いたと思われた。具体的には「医療者の関わり」においては、ケース 32 と共通して、医師に自ら説明を求めたり医師からの説明内容をしっかり受け止めている様子がみられ、納得した上で自ら薬を飲もうと決めていた。さらに、疾病や薬による「過去の経験」が「薬に対する理解」および「疾患・健康に対する理解」へ強く働きかけ服薬モデルを構築していた。

服薬のプロセスも共通し、医師からの一方的な指示ではなく、自分の病気は自分で管理していくという気持ちを持ち「納得して自ら薬を飲む」という服薬モデルを作っていた。薬は忘れずに服用し、「服薬モデルの評価」は医師が検査データに基づき説明される内容から行うというプロセスを経ている。

表 3-2 納得して自ら薬を飲む 5 ケース

		服薬モデルの構築要因			
服薬モデル	健康不安	生活上の弊害/ 健康意識	薬に対する理解	疾病・健康に対する理解	
5	がんの罹患の経験から治療に必要な薬を納得して飲む。	膝の痛みが取れない。がんの転移が疑われている。(症状)膝が痛い。(検査・治療結果)肺に影がある。	(生活上の弊害)足がだるくて歩きにくい。心身の負担から仕事を辞めた。(健康意識)一人暮らしで姪に迷惑をかけずに生きよう。	効用を理解し自分に合った薬だと思い服用している。医師の指示通りに薬は飲む。 (医療者の関わり)先生から薬の説明がある。膝の手術をしても体力的に回復できる。(身近な人の関わり)一人暮らしなので看護師の姪に立ち会ってもらって体力的に今がいいと手術を決めた。姪に迷惑かずに生きよう。(過去の経験)7年前に大腸がん2年前肝臓がんが見つかった。半年ごとに造影とがんのマーカーを検査している。肺に影があり転移が疑われている。足がだるくて歩きにくい。心身の負担から仕事を辞めた。病院的付き添い経験があるので薬や病気は少し分かる。薬は10年以上前から飲んでる。コレステロールの薬や胃薬など2,3種類なので薬は見分けられる。痛み止めは痛くなくても処方通りに飲む。検査結果が悪くないので薬の効果が自分に合っている。薬を飲み忘れることはほとんどない。食後すぐに飲むのが習慣になっている。薬の種類ごとにジッパー付きのビニール袋に入れている。	定期的な検査を受け必要な治療はしなければならない疾患である。
25	アレルギーで死ぬ思いをしたので薬は絶対忘れない。	アレルギー症状への怖さがある。(症状)心臓治療後に体中の掻痒感があったが今はない。	薬効は理解しアレルギー症状が出ないように予防で飲む。	医師に相談しながら治療をする。	
32	心臓の負担を軽くする効用のある7種類の薬を納得して飲む。	心臓がよくない。(症状)歩けない(検査・治療結果)がんは落ち着くが心臓が悪化した。	(生活上の弊害)足の損傷で早く歩けない。(健康意識)薬の数を減らし回復したい。	薬が何故必要か説明を聞いて納得し確実に服用する。薬効は分かる。 (医療者の関わり)医師からは採血の結果で薬が調整されるので薬の説明はある。変わるたびに説明がある。私から何のために飲むか必ず聞いて確認してきたからだと思っている。営業の仕事をしていたので私はしぶといから。説明書を読み薬のことは自然に覚えた。(過去の経験)8年前肺がん発病時に心臓肥大があったががん治療を優先した。2年後に食道と胃のあたりにがんができる。1年半前に右足神経損傷で行動制限がある。薬効は分かる。7種類飲んでる。ベッドの頭の所に薬を置いている。ケース(1週間)に入れている。	検査結果など説明を聞いて治療を受ける。血圧が下がったので少し良くなったかもしれない。
38	腹膜透析治療中のために腎臓に害のない薬かどうか医師や薬剤師に相談しながら厳選して飲む。	死ぬところだった。(検査・治療結果)腎臓の透析が必要である。	(健康意識)腹膜透析治療で生活の質が上がる。食事の制限が少し緩み食事の楽しみが増えた。	薬剤師にも相談し腎臓に負担ない薬を納得して飲む。 (医療者の関わり)医師に恵まれている。自分の性格を知っているし信頼できる。腹膜透析の治療を受けて生活の質が上がった。医師から処方された薬でも腎臓への負担と副作用がないか気になるので個人的に薬剤師に相談している。(過去の経験)朝・夕・就寝に合計で14種類飲んでいるので薬を飲むだけでお腹が一杯になる。調剤薬局で分包しましょうと言われ分包にして確実に飲めるようになった。心筋梗塞で死ぬところを命をもらった。食事の制限が少し緩み食事の楽しみが増えた。今は、おまけの人生を生きている。もうすぐ78歳ですがりつように生きている。	医師に恵まれており指示通りに腹膜透析の治療を受けて生活の質が上がった。

医師との関わりにおいて、医師の説明に納得して服用する姿勢がみられ医師の治療モデルと患者の服薬モデルは合致していると考えられた。

「薬の理解度の程度」は薬の効用や薬を飲む目的を持っており「薬の理解度の程度」は高く、医師の説明を聞き納得して自ら飲もうとしており「自己決定の程度」は極めて高いと思われた。

3 自己判断で服用する服薬モデル

自己判断で薬を飲むか飲まないかを決めている患者は、副作用のある薬を拒否したり薬への嫌悪感を持ち飲み始めても途中で中止したりするなど、自分で薬を飲む飲まないを決める傾向があった。3つのケースが「自己判断で薬を飲む飲まないを決める」に該当する服薬モデルを作っていた。その典型例としてケース36から考えていく。

(1) 「自己判断で飲む飲まないを決める」服薬モデルの典型例

ケース36は、鼻づまりの症状がきっかけで薬を飲み始めるが、薬への嫌悪感から症状緩和と共に自己判断で薬を止めるという服薬モデルを作っている。

ケース36 46歳 女性 副鼻腔炎

「どのような時に薬を飲みますか」と問いかけると「風邪を引いたときに飲みます。若い時は、着込んで体を温かくしたり早く休んだりして薬を使うことはなるべく避けて。でも、段々、薬局で買っておいた風邪薬のルルを症状が出はじめるとすぐに飲んだりするようになりました」と返答があった。「病院に掛かって薬を飲んだことはありますか」と問うと、「3年くらい前に掛かったことがあります」と答えがあったため「病院にかかったきっかけは何でしたか」と尋ねると「鼻づまりとにおいがしにくい状態が長引いたので、耳鼻科にかかり副鼻腔炎のため3ヶ月薬を飲んで下さいと言われました」と話した。「先生は話しやすかったですか」の問いに、「初めて掛かったので緊張して先生とはあまり話せなかった」と回答があった。「薬はどのように使用しましたか」と問うと、「症状をとりたいので医師から出された薬を飲まないといけないと思った。インターネットで調べた治療方針とピッタリだったし、3種類出たうち抗生物質は治療に必要だが、他の2種類は飲んでも飲まなくてもいいと思い飲まないと決めた。もともと薬は毒だ肝臓に悪いと思っているので出来れば飲みたくないと思ったから、10日近く飲むとびっくりするほど症状が取れたので薬を止めました。2週間後の診察で医者から『快方に向かっているので薬を出しておくのでまた悪くなったら来て下さい』と言われた」と語った。

ケース36は、「薬が嫌いなので鼻づまりが緩和すれば薬を止める」という服薬モデルを

構築していると思われる。鼻づまりの「症状」が長引くことで「健康不安」を生じ受診し服用を始める。受診直後は、インターネットで得た「情報」と医師の治療方針が合致したため副鼻腔炎を薬で治療しようと薬を飲んでいる。しかし、実際に薬を飲み始めると、薬は毒だ肝臓に悪い薬は嫌いだと思って過ごしてきた「過去の経験」があり、「症状」の緩和が見られたため自己判断で止めている。さらに、緊張して医師と話せなかったという「医療者の関わり」があり、医師に相談せずに薬を止めている。これらが、症状を緩和する薬であるが薬は嫌いという「薬に対する理解」を示し、副鼻腔炎を治療しようという「疾患・健康に対する理解」に影響してと思われる。

ケース 36 は、「症状」が長引いたことが「健康不安」のきっかけとなり、「症状」緩和目的で服用している。インターネットの「情報」で治療法を確認し治療を始めたものの、「過去の経験」と「医療者の関わり」の影響も受け、「薬に対する理解」および「疾患・健康に対する理解」を行い、薬は嫌いなので鼻づまりなどの症状が緩和すれば止めるという服薬モデルを構築していた（図 3-6）。

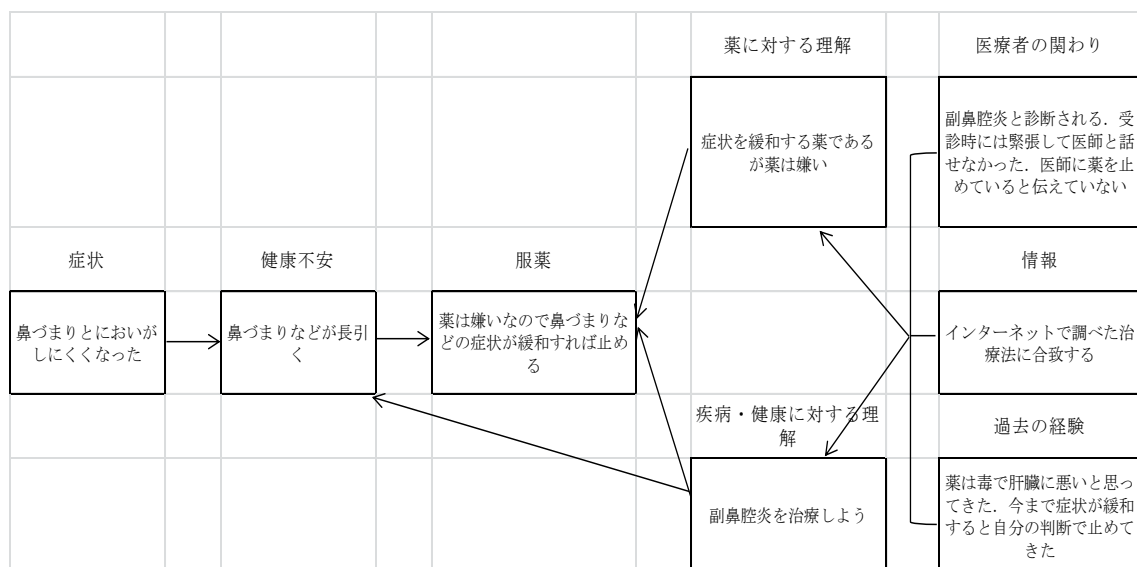


図 3-6 薬に嫌悪感を持ち薬を止めたケースの服薬モデル

服薬のプロセスでは、「薬は嫌いなので鼻づまりなどの症状が緩和すれば止める」という服薬モデルを構築し、いったんは薬を服用し始めるが、鼻づまりが緩和すると薬の効果が得られたと「モデルの評価」を行い、その結果、自己判断で中止に至っている（図 3-7）。

医師の治療モデルと患者の服薬モデルは、薬の飲み始めは副鼻腔炎を治す薬を飲もうとし、医師が持つ治療モデルに沿うように服薬をしている。しかし、症状が緩和したため 3 ヶ月服用すべき薬を 10 日間服用した後に、医師に相談せずに自己判断で止めており、明らかなギャップが生じていると考えられる。

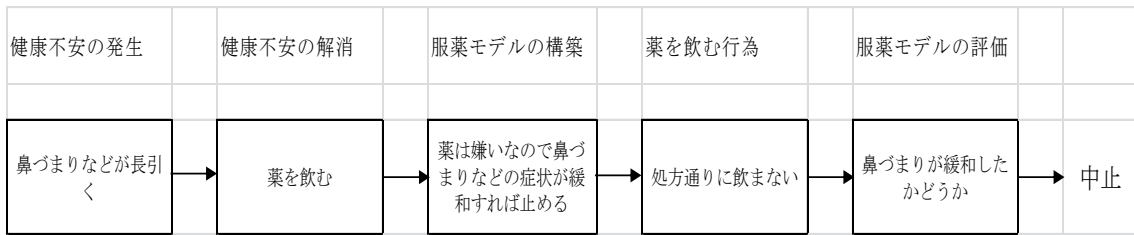


図 3-7 薬への嫌悪感から自己判断で薬を中止したケースのプロセス

(2) 「自己判断で薬を飲む飲まないを決める」という服薬モデルに該当する 3 ケース

ケース 36 と同様に他の 2 つのケース (1, 37) (表 3-3) は、「過去の経験」と「医療者の関わり」が「薬に対する理解」に強く働きかけ、「自己判断で薬を飲む飲まないを決める」という服薬モデルを作っていた。「過去の経験」は、薬の重複投与の経験やもともと薬に嫌悪感を持っていることであった。また、「医療者の関わり」においては、3 分診療で終わった、医師の出す薬は副作用があり拒否するなど、ケース 36 と共通して「医療者との関わり」の希薄さがモデルの構築に影響を与えていた。

服薬のプロセスは、「自己判断で薬を飲む飲まないを決める」という服薬モデルを作り、ケース 36 と 37 は、症状があるうちは服用するが、症状が緩和したと「服薬モデルの評価」をしたことで、自己判断で中止をしていた。

表 3-3 自己判断で薬を飲む飲まないを決める 3 ケース

服薬モデル	服薬モデルの構築要因			
	健康不安	生活上の弊害/ 健康意識	薬に対する理解	疾病・健康に対する理解
1 医師が脳血管障害の再発を危惧していると分かっているが落ち着いているかと思っ ているので自分の希望する処方薬 だけを飲む。	落ち着いているので脳出血は再発 しないだろう。(症状) 発作があ ったが今はない。	(生活上の弊害) 左半身麻痺で車椅子 の生活をしているが、家事をして いる。(健康意識) 自立し生きが いのある生活をしたい。薬の補 いとしてサプリメントを使用す る。	発作は起きていないので副作用の恐 れのある薬は嫌だし必要ない。薬 の補いとしてサプリメントを使用す る。薬は医師任せにできない。 (医療者との関わり) 発作も起こらな いし、もらった薬は副作用で不整 脈が出ると書いてあったので、最 低限度の薬でいいと先生に言って 減らしてもらった。医者からは、 薬を飲まないで倒れてもしりませ んと言われたが、倒れても、たち の悪いことは言いません。私の希 望で止めますと言った。医療者の 手助けは入院中までしかないの で自らの工夫と努力で自立した生 活を送らなければならない。(身 近な人の関わり) 麻痺のない右 手で書道や水墨画を描く。家事も やる。家族や周りの人は私のこ とを努力家という。(情報) TV などでホルモンの効用があると言 っていたのでザクロエキスを飲ん でる。(過去の経験) 安定剤を重 複投与され薬の怖さを知り薬嫌 いになる。薬は医師任せにでき ない。発作は落ち着いている。薬 の減量の補いとして自分の希望す る薬を処方してもらいサ プリメントを購入して飲む。食 事が済んだらすぐ飲むのが習慣 になっている。	医師は発作を危惧しているが今は 落ち着いている。発作が出ても自 分の責任である。

36	薬は嫌いなので鼻づまりなどの症状が緩和すれば止める。	鼻づまりが長引く。(症状) 鼻づまりとおいがしにくくなった。	症状を緩和する薬である。薬は嫌い。症状が緩和したので自分の判断で止めた。	副鼻腔炎を治療しよう。
			(医療者の関わり) 医師からは副鼻腔炎で3ヶ月間薬を飲みますと言われました。受診時には緊張して医師と話せなかった。10日近く飲むとびっくりするほど症状が取れたので薬を止めました。軽快後に悪くなれば受診するように勧められた。医師に薬を止めていると伝えていない。(情報) インターネットで調べた治療方針とピッタリだった。(過去の経験) 薬は毒で肝臓に悪いと思ってきた。今まで症状が緩和すると自分の判断で止めてきた。	
37	強い薬だが痒みが緩和するまで飲む。	市販薬では痒みが取れない。(症状) 顔が痒い	処方薬で治したいが強い薬は長く使いたくない。子どもが触るので塗布薬は少量にしよう。症状が緩和したので自分の判断で止めた。	医師の処方薬で治るだろう。
			(医療者の関わり) 3分診療でよく診たかどうか分からない。(身近な人の関わり) 家族から皮膚科受診を勧められた。家族は薬を止めるのに賛成した。(情報) 調べられた薬はインターネットでみると、今まで使っていた薬局の薬より強いよう。(過去の経験) いつもは市販薬で治る。子どもが触るので塗布薬は少量にしよう。あまり長く使いたくもなかった。赤みと痒みがないので治ったと思い止めました。それから、病院には行っていません。	

医師の治療モデルと患者の服薬モデルについては、患者は薬の副作用の負担感や嫌悪感などを抱き薬は飲まない方が体に良いという独自の薬の捉え方が背景にあり医師の処方に反する行動をとったように思われた。そのことが、医師の治療モデルと患者の服薬モデルにおいて他のグループにはない程の大きなギャップを生じさせていた。

「薬の理解度の程度」は、患者の言葉からインターネット情報などから薬効や薬を飲む目的を理解している様子が窺え、薬の知識はあるという意識があり「薬の理解の程度」は高いと思われた。また、ケース 1 は処方薬を特定し希望する薬だけを飲み、ケース 36 と 37 は症状を取るまでは飲むと決め服用しており、いずれのケースも「自己決定の程度」は極めて高いと思われた。

4 症状の緩和目的で服用する服薬モデル

「症状がある時に薬を飲む」に該当する服薬モデルのケースは 3 つあった。月 1・2 度の頻度や断続的に出現する疼痛の「症状」が、薬を飲むきっかけとなり「症状がある時に服用する」という服薬モデルを作っていた。典型例として 3 ケースの中からケース 20 を示していく。

(1) 「症状緩和目的で服用する」服薬モデルの典型例

月に1・2度の頻度で頭痛があり、いくつか薬を試して自分に合う市販薬を飲んでいるケースである。

ケース 20 32歳 女性 頭痛

「どのような時に薬を飲みますか」の問いかけに、「月に1・2度、頭痛がある時に飲んで。頭が痛い仕事が出来ないから」と話し、続けて、「店で買ったイブをいつもカバンに入れている」と答えた。商品名が出たため、「イブを選んだ理由は」と尋ねたところ、「イブは、いくつか試した中で一番合うからイブにしています。効き目が分かっているからいい。薬局ですぐ買えるし安いから」と答えた。また、「イブを飲む時は、胃を荒らさないようにおばあちゃんが病院からもらって余っているセルベックスをもらって一緒に飲む」と話した。「薬を止めるタイミングはどんな時ですか」の問いかけると、「止めるのは痛みが取れた時」と話した。「イブの他に飲んでいる薬がありますか」と問いかけると、「他に、お腹の調子がよくない時には、ビオフェルミンを飲んで」と話した。

ケース 20 では、「頭痛緩和にいつでも対応できるように持ち歩いている自分に合った市販薬を飲む」という服薬モデルを構築していると思われる。頭痛の「症状」が出ると「健康不安」を持ち、いつもと同じであるか痛みの状態はどうかと「過去の経験」から推し量る。また、頭痛という「症状」により「生活上の弊害」となる仕事への支障をきたすものかどうかで、薬を飲んだほうがよいかどうかを考える。飲んだほうがよいと思うと、いつでも服用できるように持ち歩いているイブを飲んで頭痛を緩和しようとする。「過去の経験」により、自分に合っている市販薬で治ると「薬に対する理解」を示し、いつもと同じ頭痛であると「疾患・健康に対する理解」を持つ。

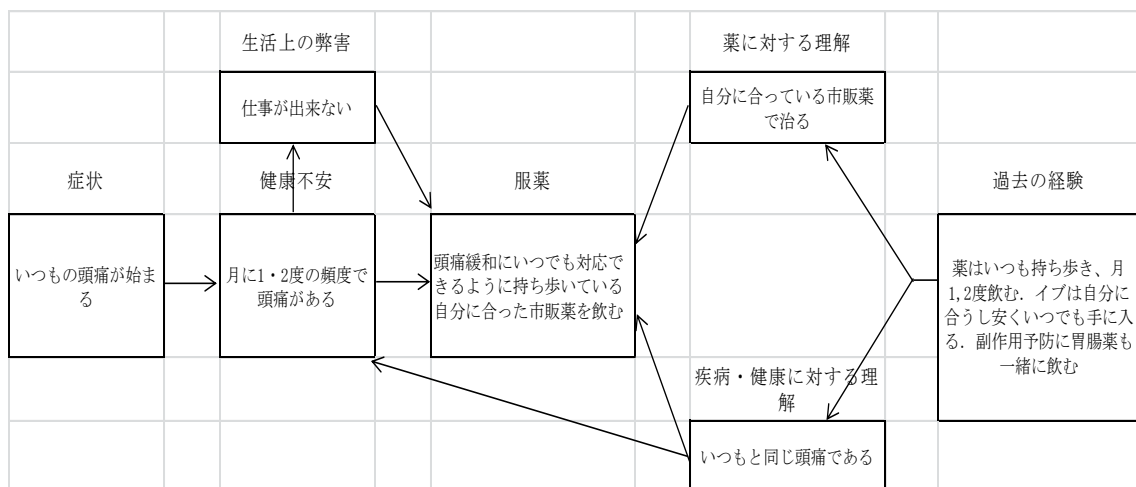


図 3-8 頭痛緩和のために市販薬を持ち歩くケースの服薬モデル

このように、月に1・2度の頻度で起こる頭痛の「症状」は「健康不安」を生じさせ服薬モデルの構築に影響していた。また、「健康不安」は仕事へ支障がないようにと「生活への弊害」への波及を防ごうと服薬する構築要因になっていた。市販薬は、「過去の経験」から自分に合うし安価などの理由から選択し、「薬に対する理解」および「疾患・健康に対する理解」に繋がっていた（図3-8）。

服薬に至るまでのプロセスでは、月に1・2度の頻度で頭痛があるため「健康不安」を覚え、「頭痛緩和にいつでも対応できるように薬を持ち歩く」という服薬モデルを構築している。症状があるため薬を飲むという行為をとり、その後に頭痛が取れたかどうか薬の効果で「服薬モデルの評価」を行い、薬を止めるタイミングを計っている。長く服用すると胃に負担がかかるため緩和すると薬を中止している（図3-9）。

また、医師の治療モデルと患者の服薬モデルのギャップについては、ケース20は医師との関わりはないが、薬に添付された薬の説明書などを読んで頭痛緩和の薬であると理解を示し、疼痛緩和の目的で薬を服用しようとしておりギャップはないと判断できる。胃への負担も考え胃薬も併用するなどの配慮がみられ逸脱した薬の使用はないと思われた。

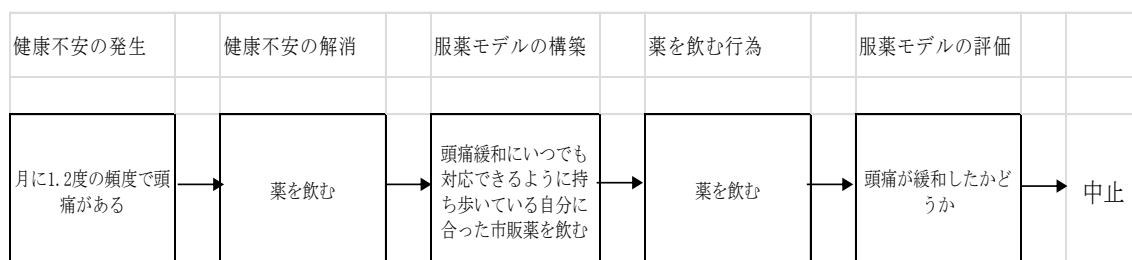


図3-9 頭痛が緩和すると中止するケースのプロセス

(2) 「症状緩和目的で服用する」という服薬モデルに該当する3ケース

ケース20の他に症状緩和目的で薬を飲む服薬モデルは2ケース（14, 21）（表3-4）あった。ケース20と共通して薬を使用するきっかけは、「症状」の出現であり、痛みが出ると「健康不安」を覚え服薬モデルを構築していた。また、これまでの痛みの程度に合わせた薬の服用に関連する「過去の経験」を活かすことで「薬に対する理解」および「疾患・健康に対する理解」を示し服薬モデルの構築を行っていた。

服薬に至るプロセスは、「症状緩和目的で服用する」という服薬モデルを構築し、痛みがあると飲む行為を行い、症状が緩和するかどうか「服薬モデルの評価」を行い、薬を止めるタイミングは患者自身の判断で決めるという過程を経ている。

表 3-4 症状緩和目的で服用する 3 ケース

		服薬モデルの構築要因			
服薬モデル	健康不安	生活上の弊害/ 健康意識	薬に対する理解	疾病・健康に対する理解	
14	医師から手術と言われ るまで鎮痛薬を飲みな がら股関節痛を我慢し よう。	股関節痛がありいずれ は手術になる。(検 査・治療結果)骨が削 れている。	鎮痛剤は痛い時と痛くなりそうな時 に飲む。効用は分かる。	医師から手術と言われるまで痛みを 我慢しよう。	
			(医療者との関わり) 医師とは話せる。骨が削れていると言われた。 (過去の経験) 名前は覚えていないが効き目は分かる。痛み止めは痛い 時と痛くなりそうと思った時に飲む。3日分の表示のケース(3種類)に 入れ目の届くところに置いてある。		
20	頭痛緩和にいつでも対 応できるように持ち歩 いている自分に合った 市販薬を飲む。	月に1・2度頭痛があ る。(症状)いつもの 頭痛が始まる。	(生活上の弊 害) 仕事ができ ない。	自分に合っている市販薬で治る。	いつもと同じ頭痛である。
			(過去の経験) 薬はいつも持ち歩き、月に1・2度飲む。頭が痛いし仕事 が出来ない。イブが一番合う。効き目が分かっているからいい。安いしい つでも手に入る。イブを飲む時は、胃を荒らさないようにおばあちゃんが 病院からもらって余っているセルベックスをもらって一緒に飲む。止める のは痛みが取れた時。		
21	自分が希望する頭痛緩 和の処方薬を飲む。	月に1度頭痛がある。 (症状)いつもの頭痛 が始まる。	(生活上の弊 害) 仕事がしに くい。子どもと 遊べない。	市販薬より処方薬が合っている。薬 は自分の希望する薬が処方される。	親しい医師なので安心して頭痛を治 せる。
			(医療者の関わり) 自分からロキソニンを出してほしいと希望する。職 場関係の病院で医者は話しやすい。(過去の経験) 子どもの頃に飲んで いた市販の頭痛薬が効かなくなったので処方薬を飲む。残薬がなくなっ たら受診する。		

医師の治療モデルと患者の服薬モデルについては、症状緩和の目的で出された処方薬や自分で購入した市販薬を、疼痛を緩和させる薬と理解し服用しており合致していると思われる。

また、症状を取るには薬を飲むことが最適だと考え、自ら疼痛緩和の目的に薬を使用する行動をとっているため「薬の理解度の程度」は高く、「自己決定の程度」は極めて高いと思われた。

3.3.3 「薬の理解の程度」は高く「自己決定の程度」は中間にあるグループ

薬に対する理解が高く、さらに薬を飲むかどうかの自己決定の程度は中間に位置づけられる服薬モデルを構築したグループである。これには、1つのサブグループが考えられた。検査値など自分で判断しながら自分に合った薬を飲んでいてと理解し、自ら飲もうと思っているがうっかりした飲み忘れがある場合である。その典型例としてケース 18 について示していく。

1 検査値を判断し服用する服薬モデル

(1) 「検査値を気にして薬を飲む」服薬モデルの典型例

糖が出ていると気づいていたが痛くも痒くもないと受診を拒む。しかし、脳外科医から内科受診を勧められ治療を始めたケースである。

ケース 18 80 歳 男性 心臓病の手術で入院中 脳梗塞, 糖尿病

「どのような薬を飲んでますか」と問いかげには、「4~5年前、めまいがして脳やなかるうかと思ひ知り合いから S 病院がいいと聞いてかかった。脳はたいしたことないと言われたが2週間入院してる間に医者から糖が高いと言われた。糖が出ると知ったけど何の症状もない。痛くも痒くもないんで病院にはかからなかった。何もないから行きたくなかったけど、脳外科の先生から、いっぺん行ってごらんと言われたので、内科にかかり入院中に治療をしてもらった」と話した。続けて、「血糖の調べ方が違って脳外科と違う項目の検査をした。ヘモグロビンが7.5だったけど、治療を始めて1~2ヶ月してヘモグロビンの値が下がった。その時は、嬉しかったし安心した」と答えた。「どのような効き目の薬を飲んでますか」の問いには、「1日に、血液サラサラを1回、血液の流れをよくするのを3回、糖を1回の3種類を飲んでる」と言い、「薬を忘れることはありませんか」と聞くと「昼、出かけると忘れる。カラオケに行ったり一杯やったりうたた寝をしたりするとちよくちよく忘れる」と話した。「薬を飲もうと思うのは何故でしょうか」と問うと、「薬は、そら一飲まないけんもんと思つとるから」と返答がある。「薬を飲んでいて困ったことはありませんか」と問うと、「今、おしっこがしょっちゅう出る薬を飲んでる。おしっこがよく出るかわりに、便が出ないでおおじょうしよる」と話した。「薬はどこに置いてますか」と尋ねると、「自分が座る食卓の目の前に置いてる。1日分のケースで中が4つに区分けされている物。毎朝入れている。仕事のようなもん」と話す。「先生は話しやすいですか」と問うと、「医者は丁寧に説明してくれる」と返答があった（奥さん同席）。

ケース 18 は、「糖尿病であるが症状がないため受診を渋ったが治療すると検査値がよくなり嬉しいので薬を飲む」という服薬モデルを構築している。「検査・治療結果」で糖が出ていると気づいていたが「症状」がないため放置する。しかし、脳外科医から内科受診を勧められたことで「健康不安」を抱く。その後、受診をすると「内科医の関わり」により、専門的な検査が行われ、治療を行うと効果が表われ嬉しいと喜びを感じている。この4~5年糖尿病の治療をしてきた「過去の経験」から、薬はそら一飲まんといけんと分かつとるという「薬に対する理解」や治療はしたほうがよいと「疾患・健康に対する理解」を示している。

このように、「症状」がないため放置していたが、脳外科医の指摘で「健康不安」を高

め、服薬モデルに影響をしている。「内科医の関わり」で改善がみられたことや、4～5年間の疾病や薬の「過去の経験」が、「薬に対する理解」や「疾患・健康に対する理解」に波及し服薬モデルを作っていた（図 3-10）。

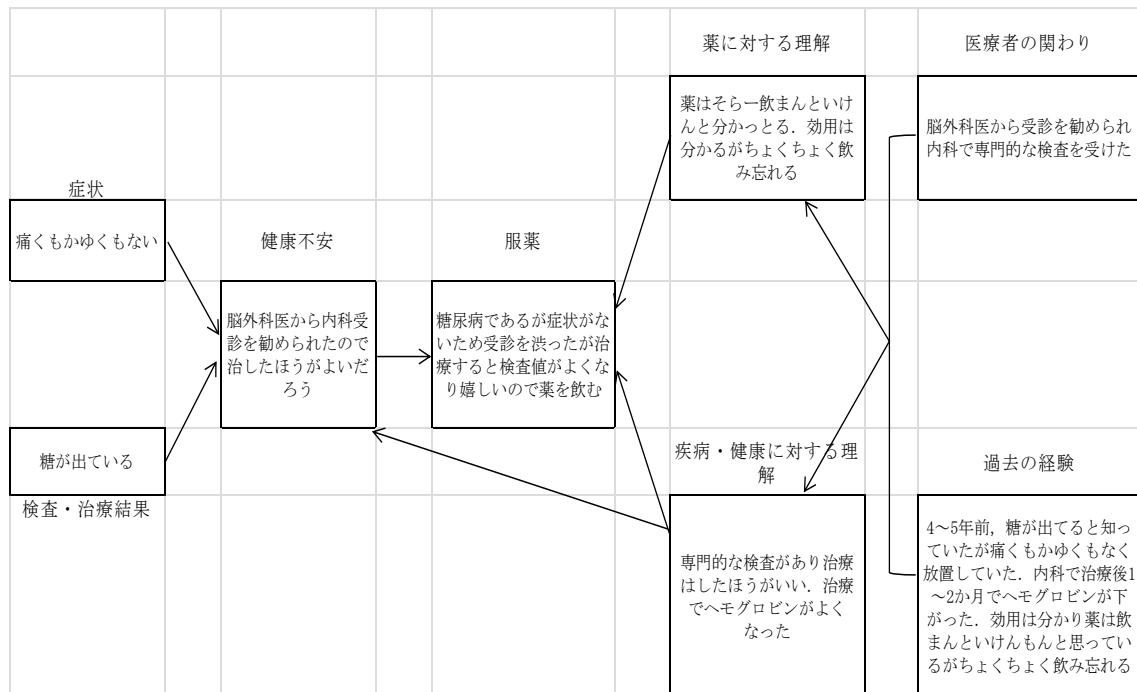


図 3-10 治療効果が表れると嬉しいと思い薬を飲むケースの服薬モデル

服薬に至るまでのプロセスでは、「糖尿病であるが症状がないため受診を渋ったが治療すると検査値がよくなり嬉しいので薬を飲む」という服薬モデルを構築し、薬はそら一飲まんといけんと思いでいた。しかし、薬を飲む行為においてうっかり飲み忘れることもある。「服薬モデルの評価」は、ヘモグロビンが下がったと話すように検査結果で判断している様子が見られ、薬は飲み続けた方がよいと理解していると思われた（図 3-11）。

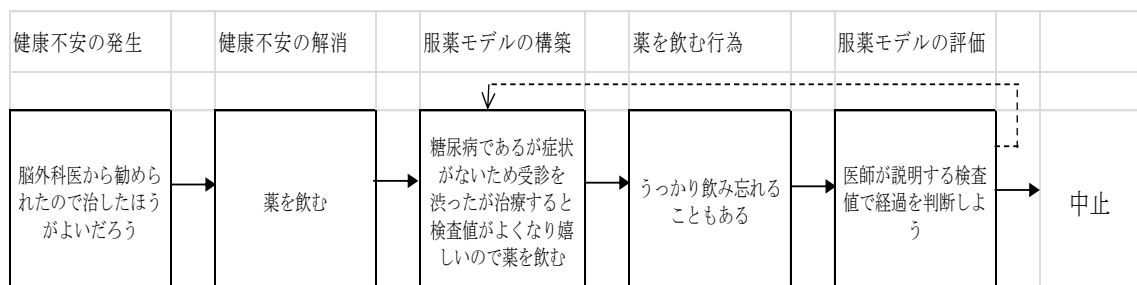


図 3-11 検査結果で効果を見て薬を飲むケースのプロセス

患者は、うっかり飲み忘れはあるものの治療効果を得るには薬は飲まないといけないと思っており、医師の治療モデルと患者の服薬モデルは合致していると思われた。

(2) 「検査値を気にして薬を飲む」という服薬モデルに該当する 3 ケース

ケース 18 同様に、他の 2 ケース (24, 40) (表 3-5) は、血圧値や血糖値、コレステロール値など「検査値」が「健康不安」に繋がっていた。ケース 24 は不摂生すると医師には分かると話しており、患者が検査値を気にしながら薬を飲む背景には、検査値の良し悪しを相談できる「医療者の関わり」があるからと思われた。「医療者の関わり」の好きさが、薬は飲まないといけないものという「薬に対する理解」や、治療を受けた方がよいという「疾病・健康に対する理解」を示し、服薬モデルの構築に影響を与えている様子は 3 ケースに共通していた。

服薬のプロセスでは、「検査値を気にして薬を飲む」という服薬モデルを構築し、薬を飲む行為では、ケース 18 同様にうっかり飲み忘れていた様子が見られた。「服薬モデルの評価」については、ケース 40 は高脂血症と血圧の薬は忘れずに飲むと話すように血圧やコレステロールの検査値で行っていると思われた。

医師の治療モデルと患者の服薬モデルについては、薬が出される目的や医師から説明される検査値は理解できていると推測できるため、医師の治療モデルと患者の服薬モデルは合致していると思われた。

「薬の理解の程度」については、薬効を理解し検査値で薬の効果を判断しており高いと思われた。「自己決定の程度」は、3 ケース共通してうっかり飲み忘れが見られ、医師の勧めで薬を飲んでいく様子も窺われるため中間に位置づけた。

表 3-5 検査値を気にして薬を飲む 3 ケース

		服薬モデルの構築要因			
服薬モデル	健康不安	生活上の弊害/ 健康意識	薬に対する理解	疾病・健康に対する理解	
18	糖尿病であるが症状がないため受診を渋ったが治療すると検査値がよくなり嬉しいので薬を飲む。	脳外科医から内科受診を勧められたので治したほうがよいだろう。(症状) 痛くもかゆくもない。(検査・治療結果) 糖が出ている。	薬は、そら一飲まないけんもんと思っとる。効用はわかるがちよくちよく飲み忘れる。 (医師との関わり) 脳外科医に内科受診を勧められ受診し専門的な検査があった。(過去の経験) 4~5年前にめまいがあり受診するが脳はたいしたことなく糖が出ると知ったけど痛くも痒くもないので病院にはかからなかった。脳外科医に勧められ内科の治療を始めて1~2ヶ月でヘモグロビンが下がった。その時は嬉しかった。血液サラサラと血液の流れをよくするもの、糖の薬を飲んどる。昼に外出したり一杯やったりうたた寝をするとちよくちよく忘れる。薬は、そら一飲まないけんもんと思っとる。自分が座る食卓の目の前に置いてる。1日分のケースで中が4つに区分けされている物。(今回、救急車で運ばれ心臓手術を受けた。1日遅れたら危なかった。)	専門的な検査があり治療はしたほうがいい。治療でヘモグロビンがよくなった。	

24	検査値を自分で判断し相性のよい医師の薬を満足して飲む。	血圧値や血糖値が良かったり悪かったりする。(検査・治療結果)血圧値や血糖値が高い時がある。		検査値で薬の効果を自分で判断する。相性の良い医師の薬は信頼して飲む。外出などで飲み忘れる。	血圧の値や血糖値で良いかどうか判断している。不摂生すると血圧が高くなるので医師にはすぐ分かる。
				(医療者の関わり)医師には悩みを話せ相性がいい。安心だし信頼してるから薬もきちんと飲む。不摂生をすると血圧が高くなり医師にはすぐ分かる。(過去の経験)10年前位に血圧が高く喘息、糖尿病の予備軍といわれ薬を飲み始めた。血圧値や血糖値で良いかどうか自分で分かる。昨年6月整形受診時に異常がないといわれ放置していたが今回手術になった。手の届く壁に薬袋のまま置いている。小銭入れに1日分の薬は入れている。朝は飲み忘れないが夜は外出や飲んで帰ると忘れる(9種類)。	
40	高脂血症と高血圧の薬は忘れずに飲む。	動脈瘤がある。(検査・治療結果)動脈瘤が見つかった。		医者は変な薬は出さない。時々忘れるが高脂血症と血圧の薬は忘れずに飲む。内科医に皮膚科とひ尿科の薬も処方してもらうが飲んでも飲まなくてもいい。	医師には何でも相談しながら治療を受ける。
				(医療者の関わり)医者は変な薬は出さないで飲んでる。薬の説明書をみれば何の薬か分かる。CT検査で尿結石だと思っていたら動脈瘤が発見された。(過去の経験)高脂血症と血圧の薬なんかを飲んでる。10年以上前から薬は飲んでる。かかるのが面倒だから内科の先生に皮膚科とひ尿科の薬の薬も出してもらっているが飲んでも飲まんでもいい薬である。薬は時々忘れるが高脂血症と血圧の2種類の薬は忘れない。	

3.3.4 「薬の理解の程度」は高く「自己決定の程度」が低いグループ

薬に対する理解が高いが、薬を飲むかどうかの自己決定が低いと思われる服薬モデルを構築したグループである。ここでは、医師への信頼から薬を飲もうとしている場合である。その典型例としてケース 35 を示す。

1 医師への信頼から服用する服薬モデル

(1) 「医師への信頼から薬を飲む」服薬モデルの典型例

十数年同じ医師に掛かっており、医師とはコミュニケーションがとれ信頼できる医師の薬を安心して飲んでるケースである。医師の専門性や丁寧な対応に信頼を寄せながら薬を飲んでいた。

ケース 35 59歳 男性 心臓リハビリテーション通院中 糖尿病(40歳代)

「薬を飲んでますか」の問いに、「朝夕に飲んでる」と話し「どのような薬を飲んでますか」の問いには、「糖尿病の薬とかを飲んでる。薬の説明書はあるが読まない。薬は大体見て何の薬か分かる」

と回答した。「薬の飲み忘れはありませんか」の問いには、「忘れない。1週間分の薬のケースをテーブルに置いているので忘れない」と答えた。「病気のことを教えていただけますか」との問いに、「40代の時に職場検診で糖尿病と言われた。それからずっと同じ病院に掛かっている。インスリンは1年使いその後内服薬になった。夏場、低血糖があるので缶ジュースを飲むことがある。血圧は家では測らない。140の時もあるけど落ち着いていると思う」と答えた。「医師は話しやすいですか」には、「長く掛かっているので、先生には話しやすい。心臓と糖尿病と股関節の痛みがあり1つの病院でみてもらっている」と話した。

ケース 35 は、「長期療養で信頼している医師の薬は安心して飲める」という服薬モデルを構築している。10年前から糖尿病に罹患し長期療養を続けているという「過去の経験」がある。今回心臓が悪いという「検査・治療結果」が「健康不安」を生じさせている。同じ医師に掛かり話しやすく複数の病気を一緒に診てもらっているという「医療者の関わり」がある。この「医療者の関わり」や「過去の経験」を経る中から、患者は医師とのコミュニケーションを円滑に取れるようになったことが「薬に対する理解」や「疾患・健康に対する理解」となり服薬モデルを構築している。「薬に対する理解」では、10年以上同じ医師で信頼でき病状を理解しているので薬は安心して飲めるという解釈をしている。また、「疾患・健康に対する理解」では、医師は自分の病状を知っていると言われてるように治療を受けられると思っている。

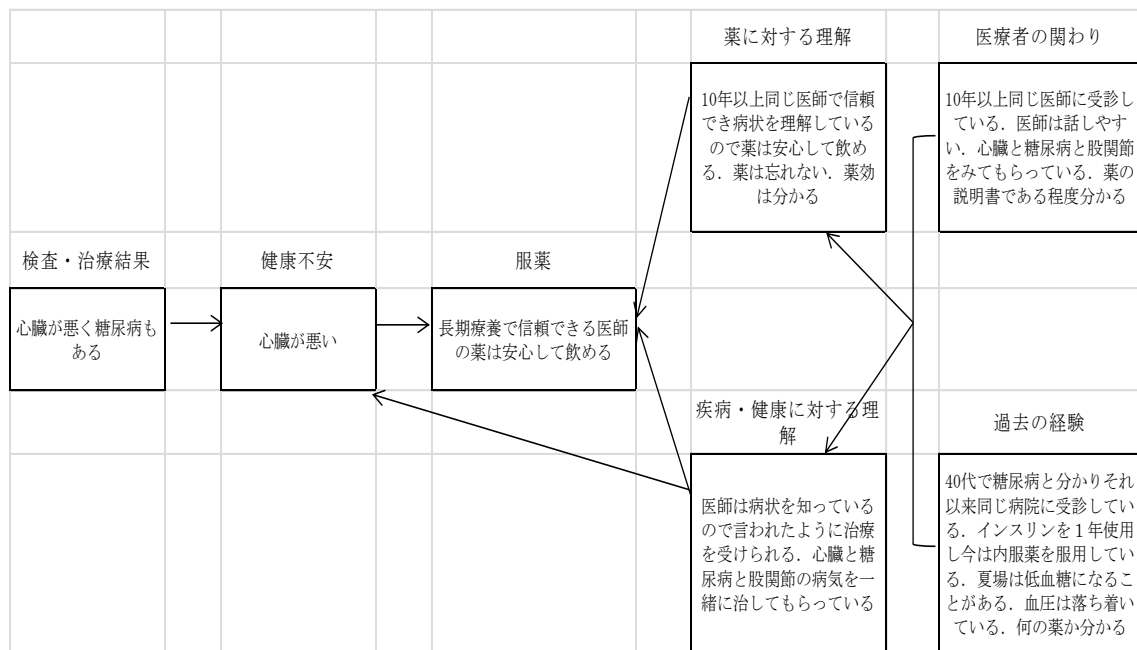


図 3-12 医師を信頼し安心して薬を飲むケースの服薬モデル

このように、今回心臓が悪いという「検査・治療結果」が「健康不安」のきっかけとなっていた。長期間同じ医師に掛かるという「医療者の関わり」や「過去の経験」により、「薬に対する理解」や「疾患・健康に対する理解」をし服薬モデルを構築していったと考える（図 3-12）。

服薬に至るまでのプロセスでは、「長期療養で信頼している医師の薬は安心して飲める」という服薬モデルを構築し、薬を飲む行為においても忘れずに飲み、医師への信頼から医師の言う通りでよいという「服薬モデルの評価」を行い、薬を飲んでいる（図 3-13）。

医師の治療モデルと患者の服薬モデルについては、インスリンが注射から内服薬に変わったことや夏場は低血糖になることがあり注意しているという話などから、疾病や服薬の目的を理解しており、実際に忘れずに薬を飲んでいる行為からみても合致している。

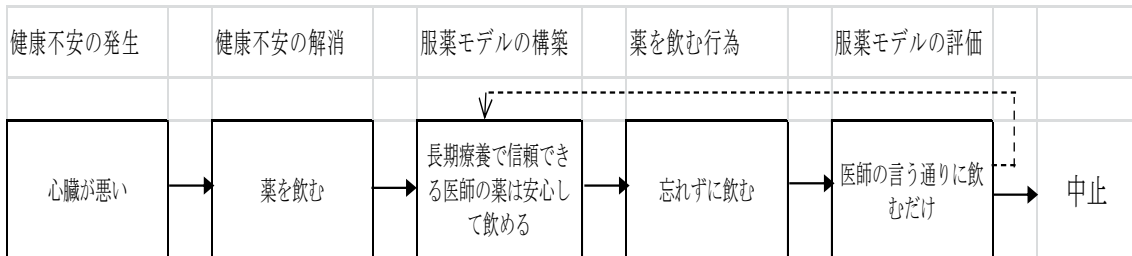


図 3-13 医師を信頼し薬を飲むケースのプロセス

(2) 「医師への信頼から薬を飲む」という服薬モデルに該当する 4 ケース

4 ケース（2, 19, 22, 35）（表 3-6）は、心臓病やがんなどの疾病の罹患がきっかけで「健康不安」を持ち服薬モデルを構築していた。いずれのケースも医師の診療技術や対応法、人柄に信頼を寄せ、医師への信頼を持つという「医療者の関わり」を持っていた。「過去の経験」では、3 ケース（2, 22, 35）が長期療養を続けており、1 ケース（19）は 1 年半前に罹患し今回 4 回目のがん治療を受けていた。4 ケースとも信頼を寄せている「医療者の関わり」や長期の疾患や薬の「過去の経験」により、「薬に対する理解」および「疾患・健康に対する理解」を示し、「医師への信頼から薬を飲む」という服薬モデルを作っていた。

服薬のプロセスは、「医師への信頼から薬を飲む」という服薬モデルを作っている。忘れずに薬を飲む行為がみられ、医師の指示通りに飲んだ方がよいと「服薬モデルの評価」を行い、薬を継続していた。

医師の治療モデルと患者の服薬モデルについては、患者は薬効を理解し医師に信頼を寄せて薬を服用している姿勢が窺えるため合致していると考えられる。

薬効や薬を飲む目的を理解しており「薬の理解度の程度」は高いと思われた。しかし、

「自己決定の程度」については、ケース 22 は飲みたくないが、医師から薬は飲んだ方が健康にいいと返答があったため薬を飲んでいて、他の 3 ケースについても、医師への信頼から薬を飲んでいて様子が窺われるため、「自己決定の程度」はやや低いと考えられた。

表 3-6 医師への信頼から薬を飲む 4 ケース

服薬モデル	服薬モデルの構築要因			
	健康不安	生活上の弊害／健康意識	薬に対する理解	疾病・健康に対する理解
2	心臓手術後で心臓病の回復のために降圧薬などを飲む。	手術中に死ぬところだった。(検査・治療結果)血管が破れ再手術となる。	(健康意識)8メッツくらいあると思っていたら3メッツしかない。元気になりたい。	浅はかな知識しかないので全面先生を信じて薬を飲む。飲むのは習慣化している。薬代は高く無駄にできない。薬の説明書をみれば効用は分かる。 (医療者との関わり)浅はかな知識しかないので全面先生を信じて薬を飲む。話しやすく信頼できる。医師は検査データなどをみて薬を考えている。難易度の高い手術を受けた。手術1時間後にバイパスが破れて再手術となり死ぬところだった。薬の説明書をみれば効用は分かる。(身近な人の関わり)手術1時間後にバイパスが破れて再手術となり妻と息子に心配かけた。(過去の経験)22~23年前に同じ狭心症で手術をしたがその時は痛くなかった。薬を飲むのは習慣になっているので忘れないう。飲むのは常識的なこと。薬代が高く無駄にはできない。70歳を過ぎ1割負担は助かる。1日分をテーブルに2つ(朝3錠夕4錠)に分けて置いている。
19	専門性を持つ医師に従いがんの治療薬を飲む。	今回4回目のがんの再発である。(検査・治療結果)がんが再発する。	(健康意識)4年前に娘が亡くなり残された孫のために元気でいれないといけない。	薬は医者に言われたように飲まないといかん。忘れずに飲む。効き目は分かる。 (医療者の関わり)肺に水が溜まった時に若い医者だったが勉強しとるし治った時は神様のように思った。医者の言うことは聞かんといけん。(過去の経験)55・56歳の時、死にそうなくらい歯痛があり鎮痛剤を10錠位飲んだら震えがきて薬の恐さを知った。薬の恐さを知るとるからきちんと飲む。がんの再発と心臓疾患の既往がある。効き目は分かる(4種類)袋のまま箱に直してTVの台に置いとる。4年前に娘が亡くなり残された孫のために元気でいれないといけない。
22	信頼する医師から薬は健康のために一生飲んだほうがよいと言われ服用が習慣化している。	心臓が悪い。(検査・治療結果)心臓が悪い。		飲みたくないが医師が飲んだほうが健康にいいと言ったので飲んでいて。薬は飲み忘れず生活に溶け込んでいる。効き目はだいたい分かる。 (医療者との関わり)薬は飲みたくないが、医師から死ぬまで飲まないけん、薬を飲むほうが健康にいいと言われた。水分を控えたのも病気によくなかったと言われた。薬の説明書をみる。(身近な人の関わり)妻は大変な病気になったと思いい薬を飲み忘れないように声掛けがある。(過去の経験)17年前の心筋梗塞後から薬を飲み始める。忘れない。食事が済んだらすぐに飲むから。薬を飲むのは日常生活にとけこんどる。薬の量が少なく薬を飲むのは苦にならない。効き目はだいたい分かる(5種類)。
35	長期療養で信頼している医師の薬は安心して飲む。	心臓が悪い。(検査結果)心臓が悪く糖尿病もある。		10年以上同じ医師で信頼でき病状を理解しているので薬は安心して飲む。薬は忘れない。薬効は分かる。 (医療者との関わり)10年以上同じ医師に受診している。医師は話しやすい。心臓と糖尿病と股関節をみてもらっている。薬の説明書である程度分かる。(過去の経験)40代で糖尿病と分かりそれ以来同じ病院に受診している。インスリンを1年使ったが今は内服薬を服用している。夏場は低血糖になることがある。血圧は落ち着いている。何の薬か分かる。食事が済んだらすぐに飲むから。薬を飲むのは日常生活にとけこんどる。忘れずに飲む。1週間分の薬のケースをテーブルに置いている。

3.3.5 「薬の理解の程度」は低く「自己決定」は中間にあるグループ

薬に対する理解は低いですが、薬を飲むかどうかの自己決定の程度は中間に位置づけられる服薬モデルを構築したグループである。ここでは、2つのサブグループが考えられた。まず、一部の薬効を理解する程度で、高齢者で周りの環境に影響され薬は飲んだほうがよいと思っている場合である。次に、薬への理解は不十分であるが飲み忘れて病状が悪化したため薬を忘れずに飲むようになった場合はこのグループと考えられる。

1 要介護状態にならないように服用する服薬モデル

70～80代の高齢者で、患者本人や身近な人の介護・看護が必要であったり、一人暮らしであるという生活環境が服用へ影響する服薬モデルを作っていた。4 ケースが該当しその典型例としてケース 28 を取り上げ服薬モデルについて示す。

(1) 「高齢者の生活環境が影響して服用する」服薬モデルの典型例

ケース 28 は、要介護 1 で車椅子生活を送っている。夫を残して死ねないので薬を飲んでまだ生きていたいと思っている。

ケース 28 85歳 女性 両変形性膝関節症手術で入院中 要介護 1, 狭心症 (53歳), 心不全 (58歳)
「薬を飲んでますか」の問いかけに、「2 か所の病院からもらった薬を飲んでます」と返答があり、患者の方から、「薬を飲んでるわけはね」と言って、「まだ、死ねないから。2つの理由があって、1つはおじいちゃんより先に死ねない、男の人が後に残ると無様だから。2つ目は、6年後に姑の50回忌があるので、それを取り仕切るのもそれまでは死ねない」と話した。日頃の夫婦の生活については、「私は、家では歩行器で移動している。今、お風呂、居間、廊下など段差をなくす住宅の改修をしている。三世代で住んでいるが、日中は主人と二人きり。嫁が作ってくれたものは自分たちに合わないから自分たちで作っている。二人で助け合いながらやっている。欲張りだけど、まだ生きたいので家族に迷惑かけないように元気で過ごしたい」と語った。「医師は話しやすいですか」と尋ねると、「先生は気安く話せる。先生から注意を受けたことない」と話した。「薬の飲み忘れはないですか」の問いに、「薬は飲み始めから、忘れたことはない。慣れ、薬を飲むのは当然」と話す。「薬はどのように管理していますか」については、「4週間分もらったらず1週間分を月～日と書いた袋に入れ、その日の朝、1日分のケースに分ける。1錠足りないと探してまたやり直す。薬の説明書はとってあるが薬の手帳は持ってない」と答えた。【記録より：内科 (7種類) 整形 (3種類)】

ケース 28 は、「夫と暮らすために変形性膝関節症の治療薬など 10 種類の薬を飲む」という服薬モデルを構築していると思われる。膝の痛みである「症状」により「健康不安」を生じている。この健康不安は、要介護 1 で歩行器を使用しているという「生活上の弊害」へ波及し薬を飲まなければならないと服薬行動を促進する。また、医師とは気安く話せ療養生活で注意を受けたことはないと「医師との関わり」は良好である。50 代で心疾患に罹患し薬は 30 年以上飲み続け、薬を飲むことが習慣化している「過去の経験」と、高齢の夫を支えなければならない「身近な人の関わり」がある。これらが、薬を飲むのは当然という「薬に対する理解」や医師の言う通りに治療して生きたいという「疾病・健康に対する理解」を示している。さらに、夫より先に死ねない、他の家族にも迷惑かけないように過ごしたいという「健康意識」を高め、服薬モデルの構築に強く働きかけている。

このように、「症状」の発症が「健康不安」のきっかけで、健康不安は「生活上の弊害」へと波及していた。30 年以上の療養生活で「医療者の関わり」や疾病や薬の「過去の経験」、「身近な人の関わり」により、「薬に対する理解」や「疾病・健康に対する理解」を示し、これらは「健康意識」高まりとともに服薬モデルを構築に強く働きかける要因になっていた（図 3-14）。

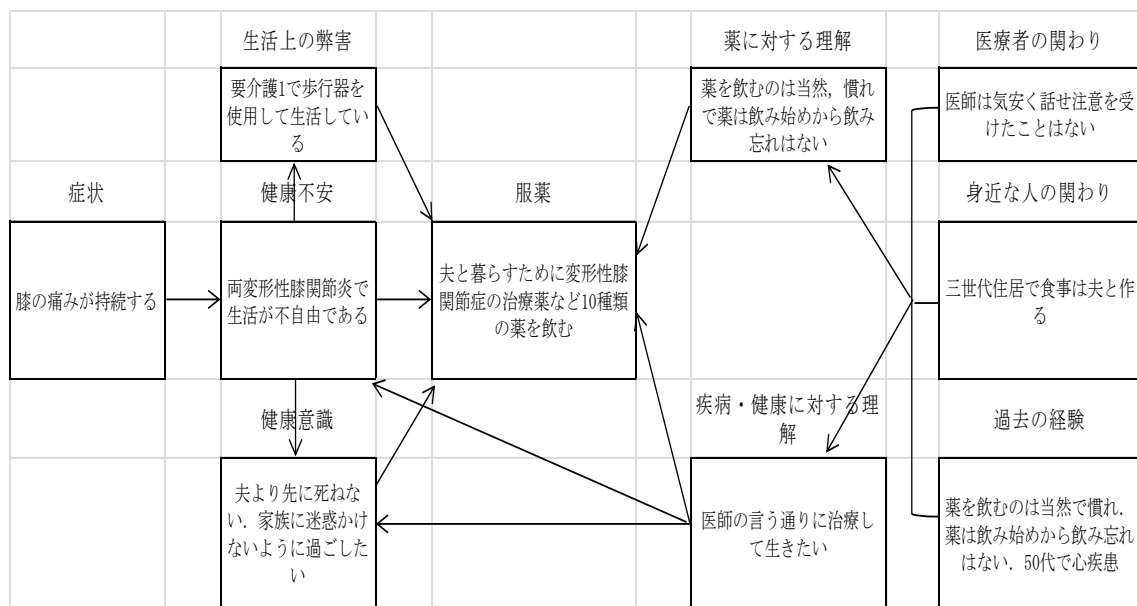


図 3-14 夫を支えるために薬を飲むケースの服薬モデル

服薬のプロセスでは、「夫と暮らすために変形性膝関節症の治療薬など 10 種類の薬を飲む」という服薬モデルを構築し、薬は飲み始めから薬は忘れたことがないと自負するように忘れずに飲んでいる。今までのように医師の指示通りでよいと「服薬モデルの評価」を行い継続して服薬していると思われた（図 3-15）。

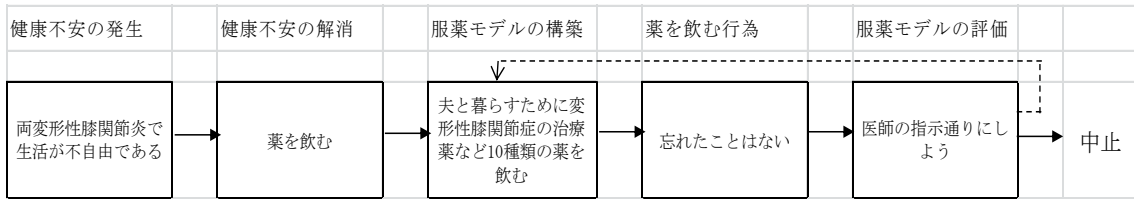


図 3-15 高齢で夫との生活を続けるために薬を飲むケースのプロセス

医師の治療モデルと患者の服薬モデルにおいては、医師から注意を受けるようなことなく飲み忘れないと話しており、医師の指示を守り服薬している状況から医師の治療モデルと患者の服薬モデルは合致していると考えられる。

(2) 「高齢者の生活環境が影響して服用する」という服薬モデルに該当する 4 ケース

4 ケース (4, 9, 12, 28) (表 3-7) のうち、3 ケースは夫の介護・看病で夫のために生きようとし、1 ケースは一人暮らしで何でも一人でできるようになりたいという思いがある。この「健康意識」の高さが、「高齢者の生活環境が影響して服用する」という服薬モデルの構築要因として大きな影響を与えていると思われた。また、ケース 28 と同様に 2 ケースは「医療者の関わり」や「身近な人の関わり」、「過去の経験」が「薬に対する理解」および「疾病・健康に対する理解」を示し服薬モデルを構築していた。「疾病・健康に対する理解」はさらに、「健康意識」を高め服薬モデル構築に大きな影響を与えていた。

服薬のプロセスは、共通して「高齢者の生活環境が影響して服用する」という服薬モデルを作り、忘れずに服用を継続している様子が窺えた。医師の指示通りでよいと「服薬モデルの評価」を行い、今まで通りに継続していると考えられる。

表 3-7 高齢者の生活環境が影響して服用する 4 ケース

		服薬モデルの構築要因			
服薬モデル	健康不安	生活上の弊害/ 健康意識	薬に対する理解	疾病・健康に対する理解	
4 一人住まいのため要介護状態にならないように心臓病の薬などを飲む。	心臓が悪い。(検査・治療結果)心臓が悪い。	(生活上の弊害)一人住まいで何でもできるようにせんといけん。(健康意識)介護状態にならないようにしたい。	命に関わるので忘れずに飲む。一包化にしている。効用は全部は分からない。鎮痛剤は痛みがなくても医師の指示通りに飲む。	医師を信頼して治療する。心臓の手術を受けた。	
			(医療者の関わり)心臓の手術を受けた。3年前に看護師から一包化を勧められた。医師を信頼してるから痛み止めも痛くなくても指示通りに飲む。(過去の経験)薬は10年前から飲んでる。糖尿病の薬と眼剤、骨、痛み止めで全部は分からない。命に関わるから飲み忘れない。薬はなくなる前に処方してもらう。薬は食事をする所に、入院中にもらった薬の箱に分けて入れている。一人住まいで何でもできるようにせんといけん。介護状態にならないようにしたい。		

9	心臓病と膝の痛みがあり夫を介護するために薬を飲む。	膝の痛みがとれない。(症状)膝が痛く動けない。	(生活上の弊害)膝が0脚に変形し要介護4の夫の介護ができない。(健康意識)膝のために4種類のサプリメントを飲んで頑張りたい。	朝薬を飲むと膝の痛みが軽減する。薬は飲み忘れない。効用はだいたい分かる。 (医療者との関わり)手術を受けた。(身近な人の関わり)要介護4の夫の介護をしている。(過去の経験)10年くらい前から薬を飲む。飲み忘れない。薬は血圧の薬と心筋梗塞予防の薬が出ている(6種類)。2年前から膝の痛みがあり膝に注射やサプリメント(4種類)を飲み続ける。朝の痛み止めは1日動くから必ず飲む。効用はだいたい分かる。朝の薬だけケース(1日分)に入れて台所のテーブルの上に置いている。	夫を介護するために治療をする。手術をした。
12	夫の看護のためにリウマチの薬や鎮痛剤を飲む。	足を引きずる。(症状)関節の痛みがある。	(生活上の弊害)足は引きずってでも歩けるので夫の看病をしている。(健康意識)夫が入院中で2人暮らしなので私がしっかりせんといけん。	指示通りに飲む。数が多く間違わないように薬を管理する。飲むのは習慣化している。薬の副作用は仕方ないと思う。効用はよく覚えていない。 (医療者との関わり)リウマチ専門の先生に掛かっている足は引きずって歩けるが医師の言う通りに手術をした。(身近な人の関わり)夫の看病をしている。(過去の経験)60歳頃にリウマチ専門の病院に受診した。胃薬と痛みどめは分かる。複数科受診中(リウマチ専門病院・整形・内科)である。先生の指示通りに薬を飲む。薬は食べたらずく飲むように習慣化している。朝、血圧が上がるので降圧剤を飲む。先生の指示通りに飲む。副作用(薬で骨がもろくなり食欲が落ちたりする)があってもしょうがない(14種類)。薬は目の前、朝・夕はジッパー付きの小さなビニール袋に入れている。	足は引きずって歩けるが医師の言う通りに手術をした。
28	夫と暮らすために変形性膝関節症の治療薬など10種類の薬を飲む。	両変形性膝関節症で生活が不自由である。(症状)膝の痛みが持続する。	(生活上の弊害)要介護1で歩行器を使用しながら料理は夫と作る。(健康意識)夫より先に死ねない。家族に迷惑かけないように過ごしたい。	薬を飲むのは当然、慣れで薬は飲み始めから飲み忘れない。 (医療者の関わり)先生は気安く話せ先生から注意を受けたことはない。薬の説明書は取っているが薬の手帳は持っていない。(身近な人の関わり)三世代住居で日中は高齢夫婦だけで料理は夫とする。夫より先に死ねない。家族に迷惑かけないように過ごしたい。(過去の経験)薬は飲み始めから飲み忘れない。慣れ、薬を飲むのは当然。要介護1で歩行器を使用して生活している。狭心症(53歳)心不全(58歳)(内科7種類、整形3種類:抗炎症薬・鎮痛薬、骨そしょう予防薬、胃腸薬など)。その日の朝、1日分のケースに分ける。	医師の言う通りに治療して生きたい。

医師の治療モデルと患者の服薬モデルでは、処方薬に対しきちんと飲まなくてはいけないと思っており、実際に忘れずに飲む行為がみられることからギャップはないと思われた。

「薬の理解度の程度」については、薬効の一部は理解できているが薬の理解としてはやや低いと思われた。しかし、「自己決定の程度」は、家族を支えるために忘れずに飲むや一人で元気に生きなければならないとの思いが感じられたため中間に位置づけた。

2 飲み忘れを繰り返し服用するようになった服薬モデル

「飲み忘れを繰り返す」の服薬モデルの構築に該当するケースは4つあった。典型例としてケース7を示す。薬の飲み忘れを繰り返し病状が進んでからきちんと飲むようになった

ていた。

(1) 「飲み忘れを繰り返し悪化してきちんと飲むようになる」服薬モデルの典型例

50代から心疾患を抱えていたが、医師から飲み忘れを叱責されても体力があると自負し自営業で多忙であったため薬の飲み忘れを繰り返す。病状が悪化して初めて真面目に薬を飲むようになったケースである。

ケース 7 80歳 男性 膀胱がん手術で入院中 心房細動（57歳～3回入院）、前立腺肥大（72歳）、胃がん手術（75歳）（スーパー経営11年前に閉店）3世代世帯

「病気のことを教えていただけますか」の問いかけに、「8年前から前立腺肥大のため通院していた病院で、膀胱の表面にがんができていたのが分かった。今だと内視鏡で手術できると言われ手術をした。ただ、3人に2人は再発すると言われた。胃がんの時もついていたが、今度も早めに分かってついていると思っている」と語った。「どのような薬を飲んでますか」の問いかけに、「薬の名前は分からない。効き目は、心臓の薬3種類と胃薬で、少しだけ分かる」と話した。「薬を忘れることはありませんか」の問いには、「袋の裏に日付けを書いているので、飲んだか飲んでないか分からなくなることもないし飲み忘れることもなくなった。1つの小袋になる前は、飲むのを忘れてたり、飲んだか飲んでないか分からなくなり2回飲んだこともある。朝は赤のビニール袋、昼は黄色、夕は緑と飲む時間ごとに分けて入れていた（4日分のケース）が、それでも分からなくなるので1ドースにしましょうと医者に言われ、今は忘れなくなった」と話した。続けて、「薬の飲み始めは忘れていた。心臓の薬は初めは1日に1錠だった。でも、忘れますたい。その時は、体力には絶対自信があったのできちんと飲まなかった。旅行や仕事で飲み忘れることがあった。半年過ぎて動悸がはじめて、医者からは『きちんと飲まんとひどくなるからいかんのに。次の処方困る』と言われた。そういわれても薬を飲むと動悸は止まるのは止まる。症状の出る間隔が年とともに短くなっていった。病気が悪くなり飲んでる薬が効かなくて1週間全ての薬を止め新しい薬に切り替えた。スーパー経営で忙しかったが11年前に閉店した。今は、悪い時は飛んでいくので、町医者からは『模範的な患者』と言われている」と答えた。[8種類1ドース]

ケース 7 は、「体力的に自信があり医師から叱責されても飲み忘れを繰り返す」という服薬モデルを構築している。動悸の「症状」はあるものの、体力があるので大丈夫と思っているため「健康不安」が弱い。「医師」からきちんと飲むように叱責されても薬を飲むと動悸が治まってきたという「過去の経験」は、体力的に自信があるから飲み忘れを繰り返すという「薬に対する理解」と、医師の言う通りにしなくても何とかなるという「疾患・健康に対する理解」へ影響し、服薬モデルを構築している。

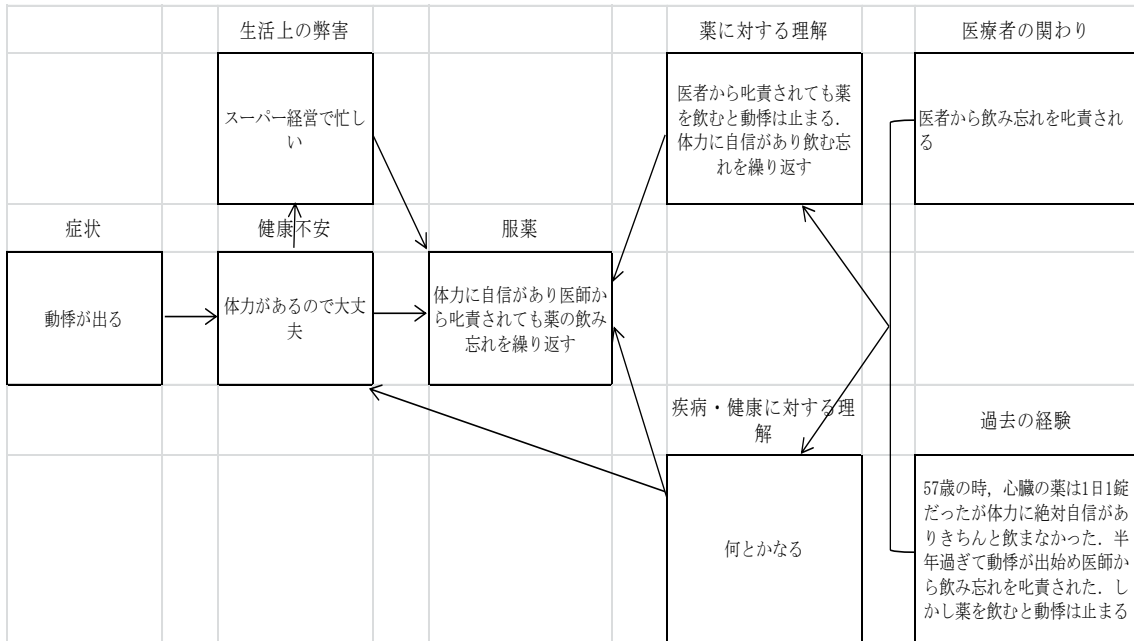


図 3-16 体力に自信があり薬の飲み忘れを繰り返すケースの服薬モデル

しかし、飲み忘れを繰り返すことで、「心臓が悪化したので不整脈の薬を忘れずに飲む」という服薬モデルに修正している。動悸の「症状」が出る間隔が狭まることで「健康不安」を高めている。飲み忘れは悪化させるという「過去の経験」をし、模範的な患者と呼んでくれる「医師との関わり」があり、このことが、飲み忘れてはいけないという「薬に対する理解」や、悪い時には飛んでいくという「疾患・健康に対する理解」を示している。

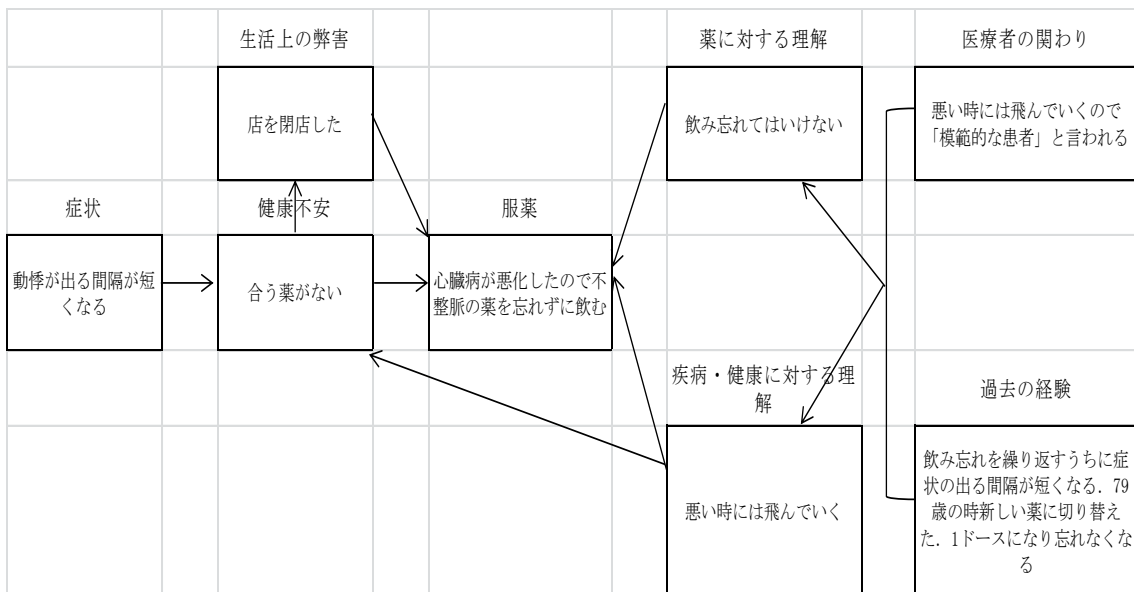


図 3-17 病状が悪化して薬の飲み忘れがなくなるケースの服薬モデル

57歳で心臓病を発症したが、「体力的に自信があり医師から叱責されても薬の飲み忘れを繰り返す」という服薬モデルを構築している。動悸の「症状」があるが「健康不安」が低く、「医療者の関わり」は希薄で、体力に対する自負と飲み忘れるという「過去の経験」は、「薬に対する理解」や「疾患・健康に対する理解」へ影響していた。その後、20年を経るうちに、頻繁に発症する動悸の「症状」が「健康不安」を高めるきっかけとなり、服薬モデルも「心臓が悪化したので不整脈の薬を忘れずに飲む」と変化している。これには、「医師」と良好な関係を築いたことや、飲み忘れという服薬行動や病状悪化という疾病の「過去の経験」が、「薬に対する理解」や「疾患・健康に対する理解」に影響し服薬モデルを再構築したためと考えられる（図3-16）（図3-17）。

服薬に至るまでのプロセスでは、初めのうちは、「体力に自信があり医師から叱責されても薬の飲み忘れを繰り返す」という服薬モデルを構築し、動悸の症状により「服薬モデルの評価」を行い、治まれば飲み忘れという行動を繰り返している。次に「心臓が悪化したので不整脈の薬を忘れずに飲む」という服薬モデルに修正したことで、医師の言う通りにしないといけないと「服薬モデルの評価」をし、飲み忘れずに服用するようになったと考えられる（図3-18）。

初めは、医師からの叱責があるにも関わらず飲み忘れを繰り返しており、医師の治療モデルと患者の服薬モデルには明らかなギャップがある。しかし、病状が悪化して忘れずに飲む行動をとるようになり、医師から模範的な患者と言われるという話から、医師の治療モデルと患者の服薬モデルは合致をみる。

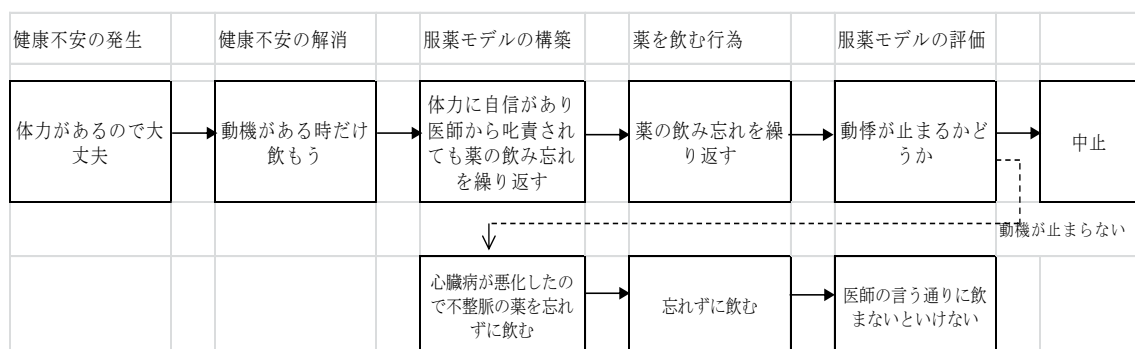


図3-18 「薬の飲み忘れを繰り返す」から「飲み忘れがなくなる」に移行したケースのプロセス

(2) 「飲み忘れを繰り返し悪化してきちんと飲むようになる」という服薬モデルに該当する4ケース

初めは、いずれのケース（6, 7, 30, 31）（表3-8）も「健康不安」が低い点が共通し、そのために「薬の飲み忘れを繰り返す」という服薬モデルを作っていた。

表 3-8 薬の飲み忘れを繰り返し悪化してきちんと飲むようになる 4 ケース

		服薬モデルの構築要因			
服薬モデル	健康不安	生活上の弊害／健康意識	薬に対する理解	疾病・健康に対する理解	
6	先天性弁膜症があるが無症状のため真面目に服用しない。	病気であるという意識が低かった。(症状)ない。(検査・治療結果)先天性の心臓病がある。		弁膜症の悪化を防ぐための血管拡張薬は、真面目に飲まなくても平気である。	夜更かしや生活がしっかりしていなくても大丈夫である。
	再手術の恐れから心臓の薬は忘れるわけにはいかない。	再手術の恐れがある。(検査・治療結果)手術が16.5時間かかった。		ワーファリンが始まった。薬は忘れるわけにはいかない。	心内膜炎を起こし悪化した。手術でよくなった。人工弁に血栓ができれば再手術になることもあると言われた。もう危険な橋は渡れない。
				(医療者の関わり)先生とはフィーリングが合った。心内膜炎は生活が荒れている人がかかると言われた。心臓の動きが悪くない前に手術をしたほうがいいし何時間かかるか分からないと説明を受けた。手術は16.5時間かかった。再手術になることもあると言われた。(身近な人の関わり)手術を受けようと思う気持ちに両親の後押しがあった。(過去の経験)3種類を飲んでいる。中学生の頃から薬を管理している。昨年の夏に心内膜炎を起こすまでは真面目に飲んでなかった。心臓が悪いという気がせず症状もないので飲まなくても平気だったから。今は、薬を忘れるわけにはいかないと思っている。出された薬が合わない時は変えてもらう。下痢とかすると体調が悪くなるので困るから。	
7	体力に自信があり医師から叱責されても薬の飲み忘れを繰り返す。	体力があるので大丈夫。(症状)動悸がある。	(生活上の弊害)スーパー経営で仕事が忙しい。	医者から「きちんと飲まないとひどくなるからいかん」と叱責されたが薬を飲むと動悸は止まる。体力に自信があり飲み忘れを繰り返す。	医師の言う通りにしてないが何とかなる。
	心臓病が悪化したので不整脈の薬を忘れずに飲む。	合う薬がない。(検査・治療結果)薬が効かない。	(生活上の弊害)体に負担がかかるので店を閉めた。	飲み忘れてはいけない。1ドースになり飲み間違いない。薬効は少し分かる。	悪い時は飛んでいく。町医者から模範的な患者と思われるほどきちんと治療している。
				(医療者との関わり)町医者から模範的な患者と言われている。今回は膀胱がん(80歳)の手術をした。(過去の経験)57歳の時は心臓の薬は初めは1日1錠だが体力に絶対自信があったのできちんと飲まなかった。半年過ぎて動悸が始め医師から飲み忘れを叱責された。しかし、薬を飲むと動悸は止まる。飲み忘れを繰り返すうちに症状の出る間隔が短くなる。昨年9月(79歳)に入院して新しい薬に切り替えた。胃がん(75歳)で手術した。医者に1ドース(朝6T昼5T夕5T)にすると忘れなくなった。袋の裏に日付けを書いている。薬効は少し分かる。今は、悪い時は飛んで行き治療している。スーパー経営で忙しかったが、11年前に体に負担がかかるので仕事を辞めた。	
30	飲み忘れても血圧は高くない。	薬を飲まなくても血圧はいい。(検査・治療結果)血圧が高くなり始めた。		飲み忘れても血圧は高くならない。薬の種類も数も少なく沢山もらわなかったが飲み忘れる。	両親が心臓病で亡くなったので治療した方がよい。
	飲み忘れると高血圧の傾向が強くなるためきちんと飲む。	膝が悪い。心臓病がある(検査・治療結果)膝と心臓が悪い。	(健康意識)2人暮らしの86歳の夫と旅行に行くのが希望なの。皇潤とかQ P ゴールドとかを飲んでいる。	飲みたくないと言っても処方されるので飲み続けるうちに今は薬で生かされているようになった。	医師の言う通りに治療するしかない。
				(医療者との関わり)話しやすいけど、医者に「止めたい。飲んでもいい」と言っても出す。だから、医者と言われたように飲んでいるが今は薬で生かされているようなもの。薬の説明は取ってある。(過去の経験)両親とも心臓病で亡くなったので影響を受けている。頭が痛くても2・3日よく寝るとよくなったので医者にはかからなかったが、血圧が高くなり病院に掛かるようになる。初めは種類も数も少なく沢山もらわなかった。飲み忘れると120~130の血圧がすぐに140とか150になるようになり必ず飲むようになった。朝13錠飲む。昼に習い事や遊びで出る時に忘れる。忘れた時は飲まないか時間をずらす。手の届く所に棚があってそこに薬を入れている。タッパーの蓋に朝・昼・夕と書いて1ヶ月分の薬を分けている。	

	飲み忘れてもよい.	薬を飲み忘れても気に ならない. (検査・治 療結果) 血圧が高い.		薬の飲み忘れを繰り返す.	塩分の多い食生活をしても気になら ない.
	横着しとったと反省し 医師の言う通りに薬を 飲む.	横着しとった. (検 査・治療結果) 薬の飲 み忘れと塩分の取りす ぎで手術になる.	(健康意識) 体 重62キロを超え てはいけない.	薬を飲み忘れ横着構えとった. 薬は 飲まないかんと思わずに飲む. 薬のことは病院や薬局に任せている から大丈夫だと思っている.	手術でよかった. 今度はよくなり ないかん.
31				(医療者の関わり) 手術でよかった. 横着構えとった. 先生から, 薬 の飲み忘れとか塩分の取りすぎで倒れたと言われた. 退院してからは真 面目に飲むようになった. 薬が残ることはないので99%忘れずに飲んで る. 今度はよくなりないかん. 飲まないかんと思っとる. 医師は話しや すい. 体重は62キロを超えないように指示される. 看護師の配慮で薬は 1包化になった. 薬の説明書とかもろても読まん. 手帳は持ってるが見 ない. 眼鏡を出したりするのがめんどくさいから. 病院とか薬局に任せ とる. (過去の経験) 5~6年前から血圧が高く薬を飲み始める. 昨年3月 (1回目入院) 病院に掛かりそのまま入院になった. 今度は今年の3月に 救急車で運ばれた. 横着構えとった. 今は薬を忘れずに飲んでる. 薬 は目の前に置き食後すぐに飲む. 効き目とかは分からんが心臓の薬と思 うとる.	

「症状」がない, 飲み忘れても血圧はよいという「検査・治療結果」により, 「健康不安」を弱めている. 飲み忘れても悪化しなかった「過去の経験」は, 「薬に対する理解」と「疾患・健康に対する理解」において, 薬の必要性や病状悪化を危惧する認識の希薄さを示したため, 薬を飲み忘れる服薬モデルを構築したと思われる.

しかし, 病状が悪化し「検査・治療結果」が悪くなると, ケース7と同様に「薬を飲み忘れない」という服薬モデルに修正している. それには, 「医療者の関わり」において医師との良好な関係があったり, 薬を飲み忘れると悪化するという「過去の経験」により, 「薬に対する理解」や「疾患・健康に対する理解」を示したためと考えられる. 「薬に対する理解」では薬を飲み忘れず, 「疾患・健康に対する理解」では医師の指示通りに治療をしようと修正し, 「薬を飲み忘れない」という服薬モデルを作ったと思われる.

服薬のプロセスは, ケース7と同様に「薬の飲み忘れを繰り返す」という服薬モデルでは, 薬の飲み忘れるという行為から忘れてもよいという「評価」をした結果, 飲み忘れを繰り返していた. 次に「薬を飲み忘れない」という服薬モデルに修正されたため, 医師の指示通りに飲もうと「モデルの評価」がなされ, 実際に飲み忘れることなく服薬が継続されている.

医師の治療モデルと患者の服薬モデルでは, ケース7と共通して最初に作られた「薬の飲み忘れを繰り返す」では, 医師の処方薬を飲んでおらず医師の治療モデルと患者の服薬モデルは明らかなギャップがみられる. 次に修正された「薬を飲み忘れない」という服薬モデルでは, 忘れずに飲んでいる様子が窺われ, 医師の治療モデルと患者の服薬モデルとは合致していた.

「薬の理解度の程度」は, 薬効の一部を理解している程度で幾分低いと思われた. 「自

己決定の程度」は、薬の飲み忘れを繰り返している時期は低いですが、病状が悪化することで忘れるわけにないかないやよくならんといかんと話しており、薬を飲もうとする意志がみられ以前と比較して高くなっているため中間に位置づけた。

3.3.6 「薬の理解の程度」は低く「自己決定の程度」が低いグループ

薬に対する理解は低く、さらに薬を飲むかどうかについて自己決定の程度が低い服薬モデルを構築したグループである。ここでは、2つのサブグループが考えられた。薬の知識が不十分で医師が出すので薬を飲んでいる場合である。次に、何の薬か分からないが身近な人や医療者の後押しで薬を飲んでいる場合である。

1 薬が出されるので服用する服薬モデル

薬が出されるので服用するグループでは、薬の効用など薬剤への知識は乏しいが、医師が薬を出すので薬を飲んでいて、6つのケースが「薬が出されるので服用する」に該当する服薬モデルを作っていた。その典型例としてケース27から考えていく。

(1) 「医師が薬を出すので指示通りに飲む」服薬モデルの典型例

ケース27は、救急車で搬送され心臓の手術後から薬を飲み始める。薬物治療の目的や薬の効用の認識は不十分であるが、医師から出されるから指示通りに飲もうとしているケースである。

ケース27 78歳 男性 心臓リハビリテーション通院中 心筋梗塞

「病気のことを教えてください」の問いかけに、「2か月前の3月、散歩中に胸が痛くなり病院に掛かろうとしたら医者が上着に片手を通して外出する所で、その後記憶が無くなった。医者が救急車を呼んでくれ運がよかった」と答え、「今まで何もなくて急に倒れたので驚いた。元気が倒れたと村で評判になっている。恥ずかしい」と話した。「どのような薬を飲んでいますか」の問いには、「朝は1つの袋に入ったもの、夜は胃薬のみ。薬の説明書は読んでも忘れる。薬は、もろたら飲むごとしとるけど、眠れる薬は飲まないでも眠れるので飲んでいない。ニトロは友だちに聞いて小袋に入れ首からぶら下げている。血液サラサラの薬の名前は覚えとらん」と答えた。「血液サラサラの薬の名前はワーファリンと言いますが食べてはいけない物は何でしょうか」の問いかけには、「食べてはいけない物は聞いとらん。家内が聞いとるかもしれない」と答えた。「薬は忘れませんか」の問いには、「入院の時、看護師が1回ごと薬を持ってきて飲み忘れないようによくよく言われてきた。だから、家でも自分で忘れんごとしとる」と話し、「薬はどのように管理していますか」には、「食卓の上、目の前に置いている。1週間分ケース（病院で

もらったもの)に自分で入れる」と答えた。「医師は話しやすいですか」には、「田舎の医者話しやすい。2週間ごとに薬をもらい病院で手帳に薬の紙を貼ってもらう」と答えた。

ケース 27 では、「薬のことはよく分からないが薬はもろたら飲む」という服薬モデルを構築している。元気が倒れたと評判になったと話すように、救急車で運ばれ手術になったことが「健康不安」を高めている。入院中には看護師から再三飲み忘れないように指導を受けるとい「医療者の関わり」や友だちから聞いたようにニトロを常時首から下げるとい「身近な人の関わり」があり、何の薬かよく分からないがもろた薬は飲むという「薬に対する理解」に繋がっている。田舎の医師とは話しやすいという「医療者の関わり」により、医師の指示通りに治療するという「疾患・健康に対する理解」を示す。そのことが、元気になるように心臓リハビリテーションに通うという「健康意識」にも波及し服薬モデルを構築している。

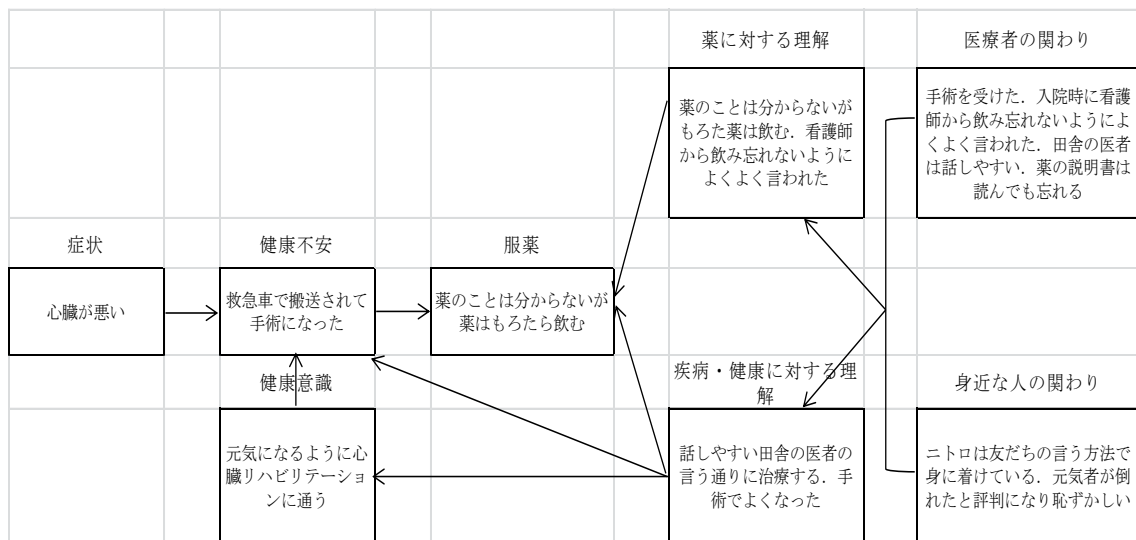


図 3-19 薬の知識は乏しいが薬は医師の指示通りに飲むケースの服薬モデル

このように「健康不安」の高まりがあり、看護師や田舎の医師との「医療者と関わり」、 「身近な人の関わり」により、忘れずに飲むという「薬に対する理解」や指示通りに治療する「疾患・健康に対する理解」を示し、さらに、「健康意識」を持たせ服薬モデルの構築に影響している (図 3-19)。

服薬に至るまでのプロセスは、「薬のことはよく分からないが薬はもろたら飲む」という服薬モデルを構築し、看護師の指導によって患者は薬は飲み忘れてはいけないものだと意識づけられていた。実際に忘れずに薬を飲み、医師が出すので指示通りにしようという「服薬モデルの評価」を行い、薬を飲んでいると思われた (図 3-20)。

医師の治療モデルと患者の服薬モデルは、薬の説明書は読んでもすぐ忘れると話すように、薬についての知識は乏しいが、医師との良好な関係性と忘れずに飲んでいく状況からは合致していると考えられた。

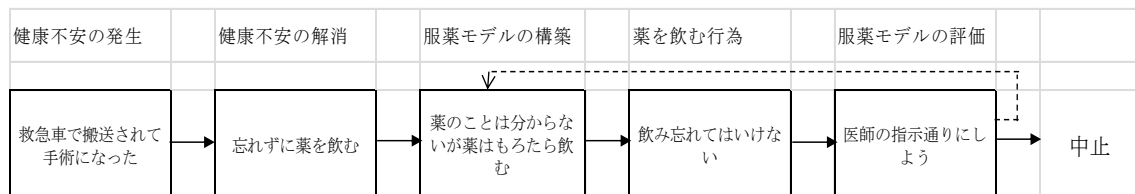


図 3-20 医師の指示通りに飲もうとするケースのプロセス

(2) 「医師が薬を出すので指示通りに飲む」という服薬モデルに該当する 6 ケース

医師が薬を出すので指示通りに飲むという服薬モデルは 6 ケース (8, 10, 15, 27, 33, 34) (表 3-9) であった。ケース 27 と同様に、薬効や出された目的など薬剤の知識には乏しいが医師から出されたので薬を飲むという点で共通していた。ケース 27 以外の 5 ケース (8, 10, 15, 33, 34) は痛みなどの「症状」や心臓の異常を示す数値などの「検査・治療結果」が「健康不安」となっていた。

6 ケースのうち 3 ケース (10, 15, 34) は、「医師との関わり」が希薄で、薬を飲んでもよくなるという「過去の経験」をし、出されるから薬を飲むだけという「薬に対する理解」を示していた。そのうちケース 10 は、よくなるが病院を変わると悪いので鎮痛剤を飲み我慢していたが、医療処置による感染で手術となり早く病院を変わればよかったと悔いている。ケース 15 は重篤で薬を服用しても病状の悪化がみられた。ケース 34 は胃薬を飲んでも変わらないが出されるので飲んでいく。残りの 3 ケース (8, 27, 33) は、「医師との関わり」は良好で、薬は忘れずに飲まないといけないという「薬に対する理解」を持ち、治療は指示通りに受けるという「疾患・健康に対する理解」を示していた。

服薬のプロセスは、「医師が薬を出すので指示通りに飲む」という服薬モデルを作り、薬を飲み忘れずに飲もうとし、「服薬モデルの評価」は医師の言う通りでよいと判断し服薬を継続をしていた。

薬効や服用目的が分からずに飲んでおり薬の知識は乏しいと思われたが、医師が薬を出すので指示通りに飲もうとしていた。6 ケースのうち 3 ケースは、出された薬を忘れずに飲まなくてはならないという思いが強くギャップはないと思われた。しかし、3 ケースについては、よくなるが出されるので仕方なしに服用している様子が窺え、医師の治療モデルと患者の服薬モデルには微妙なギャップがあるように思われた。

薬の知識が乏しいため「薬の理解の程度」は低く、自ら飲むことを決めるよりも医師の指示に従って薬を飲んでいくため「自己決定の程度」は低いと思われた。

表 3-9 医師が薬を出すので指示通りに飲む 6 ケース

		服薬モデルの構築要因			
服薬モデル	健康不安	生活上の弊害/ 健康意識	薬に対する理解	疾病・健康に対する理解	
8	薬を飲むのは習慣化し医師の言うように飲む。	手足に力が入らず意識が遠のく。(検査・治療結果) 血圧が高い。	薬を飲むのは習慣化し、絶対飲み忘れない。朝・夕の薬を飲む。	何でも言える先生で安心して治療を受けられる。血圧が高く4回入院した。でも漬物が好きで食べてしまう。	
				(医療者の関わり) 他の人は物足りんと言うけど何でも言え先生は優しい。(過去の経過) 13年前に介護をしていた夫が亡くなった後に同じ病院に掛かる。血圧が高く4回入院した。でも、漬物が好きで食べてしまう。薬は絶対飲み忘れない。薬を飲むのは習慣になってる。朝・夕の薬を飲んでいる(今回の入院は右大腿骨骨折。夜中寝ぼけてトイレに行こうとしてフラットして転んだ)。	
10	よくなるが病院が変わると悪いので痛み止めを飲みながら治そう。	膝や足首の痛みがとれない。(症状) 膝や足首の痛みがある。	よくなるが痛みをとるために薬を飲む。痛み止めだけを飲む。	よくなるが病院が変わると医師に悪いのでこのまま治療を続けよう。	
				(医療者の関わり) 良くならないが医者には言えなかった。(過去の経験) 1年前から町医者で膝や足首にヒyaluron酸を入れている。友人からよくなるので病院を変えるように勧められたが病院に悪いと思いが変わらなかった。律儀な性格と思う。薬は痛み止めだけを飲む。テーブルの上に薬の袋のまま置いていた。食後すぐ飲んでいたので忘れなかった。(今回注射から感染をおこし手術になる。2~3日遅れたら大変なことだった)。	
15	医師は愛想が悪いが診療は信頼しており多種類の薬は飲み忘れたり間違ったりすることがある。	心臓が重篤である。(症状) 坂道を登るのがきついなどの症状がある。(検査・治療結果) 心臓が悪い。	(健康意識) 息子が一人残されるので家を継げるように頑張る。	医師の言う通りに飲むが薬でお腹が一杯になる。多種類の薬を飲み忘れたり勘違いして飲む。説明書でどのような薬か分かる	医師は愛想が悪いが診療は信頼し任せている。手術になった。
				(医療者の関わり) 坂道を登る時きつかったり、仕事が急いでできなかったり、吐き気がしたりしていたので、重篤でもたないと言われ手術になった。ぶきつちよで愛想悪い。パソコンを見てしゃべる。詳しく聞こうとすると、うるさいなあーと言う感じで舌打ちする。何か言うとうん」と言うだけ。長く掛かっているので、信頼はしている。病氣自体は任せている。調剤薬局の紙を見てどんな薬かが分かる。(身近な人との関わり) 妻に先立たれ残された息子にラーメン店を継がせたい。(過去の経験) 心臓の状態がかなり悪く他に複数の疾病を持つ。薬の数が多く効き目も覚えていない。薬は先生の言う通りに飲むがお腹が一杯になる。忘れたり間違っ飲んでたり勘違いして2回飲んだりする。	
27	薬のことはよく分からないが薬はもろたら飲む。	救急車で搬送されて手術になった。(検査・治療結果) 心臓が悪い。	(健康意識) 元気になるように心臓リハビリテーションに通っている。	薬のことは分からないがもろた薬は飲む。看護師から飲み忘れないようによくよく言われた。	話しやすい田舎の医師の言う通りに治療する。手術でよくなった。
				(医療者の関わり) 手術を受けた。入院時に看護師から飲み忘れないようによくよく言われた。田舎の医師は話しやすい。薬の説明書は読んでも忘れる。(身近な人の関わり) ニトロは友だちに聞いて小袋に入れ首からぶら下げている。元気が倒れたと村で評判で恥ずかしい。元気になるよう心臓リハビリに通つとる。(過去の経験) 救急車で運ばれた。朝は1ドース夜は胃薬のみで薬はもろたら飲むごととする。今まで常用する薬はなかった。食卓の上、目の前に置いている。1週間分ケースに自分で入れる。	

33	勝手に止めると医師に叱責されるので出された薬は飲む。	耳鳴りと目眩が治らない。(症状) 耳鳴りと目眩がある。	(生活上の弊害) 足が痛いから家族の食事は椅子に座って作る。	医師に叱責されるので勝手に薬は止められない。自然治癒より薬で治療したい。	かかりつけ医の指示通りに治療する。
				(医療者の関わり) どうかかって、先生から勝手に止めるからよと怒られると怖いから止めきらん。自信がないから止めきらん。薬の説明書は何回も読む。(過去の経験) 10年前位から飲んでる。血圧が180~200位あり高いと言われそれから飲み始めている。昼間は痛み止めで飲んで寝る前は座薬を入れる。耳鳴りと目眩の薬がしたので救急車を呼んで耳鼻科に掛かった。そこでもらった薬がなくなったので、近くの耳鼻科に掛かり直したら、先生がそのうち治ります。体操をしたり外に出たりしたら自然と薄れる。薬は出しませんと言われた。でも治らないので、かかりつけ医(外科胃腸科)に薬を出してもらった。忘れないように飲む。今、9種類飲んでる。薬の名前は分からないけど、効き目は分かるし色で見分けられる。朝・夕は1錠ずつ(各種類の薬)、お昼は目眩の薬を飲むだけ。食事の前に薬を取り出して目の前に水と一緒に置いておく。食後すぐに飲むようにしている。	
34	薬効は分からないが畑に行く前と寝る前に薬を飲む。	心臓が悪い。(検査・治療結果) 心臓が悪い。		効用は分からないが9時21時に忘れずに飲む。胃薬は飲んででも変わらない。	心臓の手術でよくなった。
				(医療者の関わり) 手術を受けた。(身近な人の関わり) 主人と息子夫婦と孫2人で住み朝畑には出るが身の回りの世話はしてもらっている。(過去の経験) すごく前に胆石の手術をしそれから薬を飲み始めた。何の薬か分からん。9時と21時に飲むように時間の指定があるので朝は畑に出る前に夜は寝る前に忘れずに飲む。胃薬は飲んででも変わらないけど飲む。眠剤は半錠でよい。	

2 医療者や身近な人の勧めで服用する服薬モデル

医療者や身近な人の勧めで飲むグループでは、薬剤師の助言や家族の励ましにより薬を飲んでいて、2つのケースが「医療者や身近な人の勧めで服用する」に該当する服薬モデルを作っていた。その典型例としてケース16から考えていく。

(1) 「医療者や身近な人の勧めで服用する」服薬モデルの典型例

ケース16は、前駆症状がなく突然救急車で搬送され手術となり、退院後に初めて自分で管理しながら薬を飲み始めたケースである。

ケース16 70歳 男性 心臓リハ通院中 狭心症

「病気のことを教えていただけますか」の問いかけに、「救急車を呼んで運ばれた。救急車の中で色々聞かれたけど痛いのには話なんかできん。前もって症状とかなかった。入院を2週間した」と答えた。「入院して初めて自分で管理しながら薬を飲んだのですか」の問いには、「看護婦さんから自分で管理するように言われたけど、めんどくさいからしなかった」と答えた。「どのような薬を飲んでますか」の問いには、「血液サラサラの薬を飲んでる。名前は知らない。朝3錠と夜3錠で1つの袋に入っている。朝用、夜用と2つの袋に分けてテーブルに置いとる。薬を書いた紙は読んでも仕方ない」と答える。「ニトロは

持ってきていますか」の問いには、「病院に来る時は、ニトロは家に置いてくる」と答えた。「薬を忘れることはありませんか」の問いには、「薬は飲んだことなかったが今のところ忘れてない。忘れずに続けていけるから何故忘れないか分からん。忘れないのは意志の問題」と答えた後に、「薬は飲みとうない。めんどくさいと思うこともある。早く死にたいと思うだけ」と話した。患者の方から、「一人暮らしをしている。子どもたちがヤーヤーいうので、リハビリに来てるし薬も飲んでる。子どもたちは1週間に1度は必ず電話をしてくる」と家族のことを語った。医療者よりの情報：退院後はタバコを止めている（入院前に喫煙は20本/日） [5種類]

ケース16は、「手術で救われたので家族の応援を励みにとにかく忘れずに薬を飲む」という服薬モデルを構築していると考えられる。救急車で搬送され手術となり死ぬところだったという思いが「健康不安」を高めている。入院中は、看護師から薬の自己管理を勧められたがめんどくさいと断り、通院中はニトロを身に付けていないなどの言動がみられた。このケースの場合、「身近な人の関わり」である子どもたちからの励ましが強く働きかけ、飲みとうないと思うが子どもが心配するので飲むという「薬に対する理解」や心臓リハビリにも参加するという「疾患・健康に対する理解」を示している。さらに、煙草を止めるという「健康意識」への波及がみられる。

このように、死ぬところだったと「健康不安」を高め、「身近な人の関わり」によって「薬は飲みたくないが家族の応援を励みに服用する」という服薬モデルを構築したと思われる。中でも、「身近な人の関わり」が、「薬に対する理解」や「疾患・健康に対する理解」へ強く働きかける要因となっていた。また、「健康不安」や「疾患・健康に対する理解」は、禁煙するという「健康意識」に影響を与えていた（図3-21）。

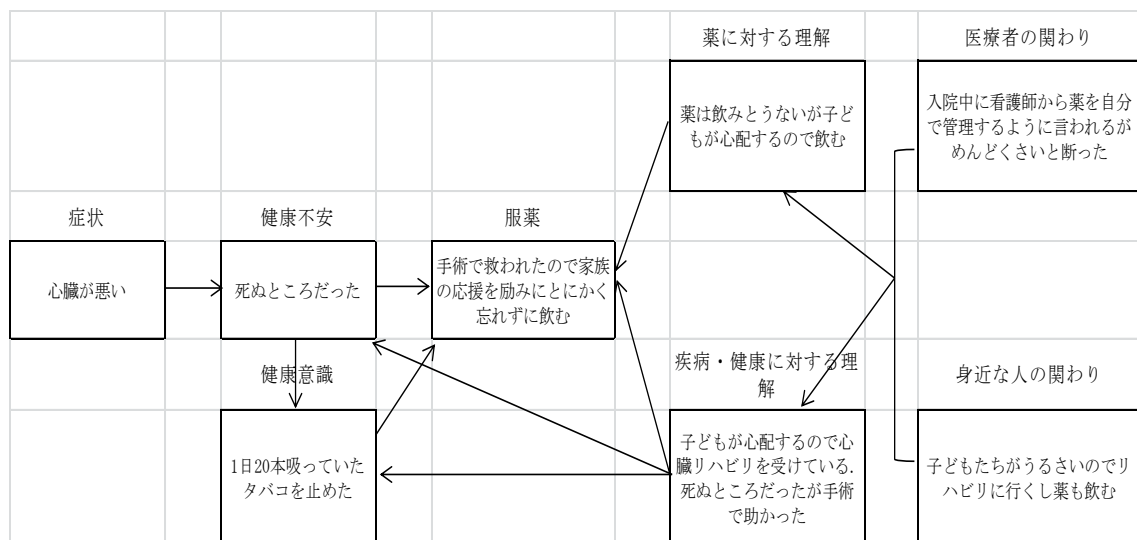


図3-21 家族の励みがあり薬を飲むケースの服薬モデル

服薬に至るまでのプロセスでは、「手術で救われたので家族の応援を励みにとにかく忘れずに薬を飲む」という服薬モデルを構築し、飲み忘れずにきちんと飲んでおり、医師の言う通りに飲まないといけないと「服薬モデルの評価」をし薬を継続していると思われた(3-22).

医師の治療モデルと患者の服薬モデルは、効用は分からなくてもきちんと服用している状況からは、合致していると考えられる。

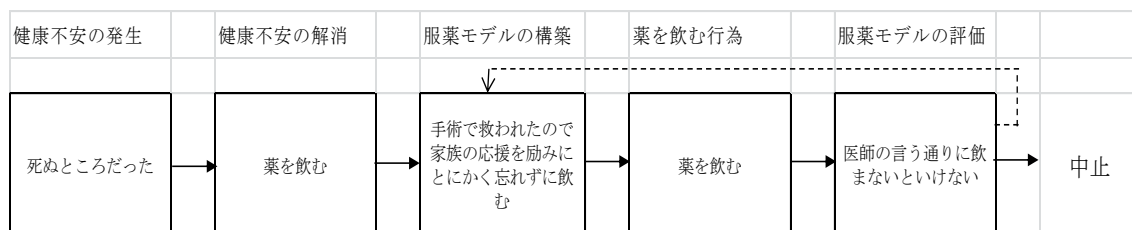


図 3-22 家族の励ましで忘れずに薬を飲むケースのプロセス

(2) 「医療者や身近な人の勧めで服用する」服薬モデルに該当する 2 ケース

2 ケース (16, 23) (表 3-10) は、「医療者や身近な人の勧めで服用する」という服薬モデルを作っていた。ケース 16 は子どもたちが心配するという「身近な人の関わり」により、ケース 23 は「薬剤師」の指導により、薬を飲もうという「薬に対する理解」や治療を受けるという「疾病・健康に対する理解」を促し、服薬モデルへと影響を与えていた。

薬のプロセスでは、「医療者や身近な人の勧めで服用する」服薬モデルを作り、薬を飲む行為では忘れずに飲もうとし、「服薬モデルの評価」は医師の出される薬を飲むと行い薬を継続しようとしていた。

表 3-10 医療者や身近な人の勧めで服用する 2 ケース

		服薬モデルの構築要因			
服薬モデル	健康不安	生活上の弊害/ 健康意識	薬に対する理解	疾病・健康に対する理解	
16 手術で救われたので家族の応援を励みにとにかく忘れずに薬を飲む。	死ぬところだった(検査・治療結果)心臓が悪い。	(健康意識) 1日20本吸っていたタバコを止めた。	薬は飲みとうないと思うが子どもが心配するので飲む。飲み忘れないのは意識の問題。効用は分からない。ニトロを身に付けていない。	子どもが心配するので心臓リハビリを受けている。死ぬところだったが手術で助かった。	
			(医療者の関わり) 死ぬところだったが手術で助かった。薬を書いた紙は読んでも仕方ない。(身近な人の関わり) 子どもたちがうるさいのでリハビリに行くし薬も飲む。(過去の経験) 今まで常用薬はなかった。救急車で運ばれた。入院中に看護師から薬を自分で管理するように言われるがめんどうさいと断った。ニトロは身に付けていない。今まで常用薬はなかった。忘れないのは意志の問題。薬は飲みとうない、めんどうさいと思うこともある。1日20本吸っていたタバコを止めた。1 ドース(朝3錠夜3錠)の処方薬が出る。朝3錠と夜3錠で1つの袋に入っている。朝用、夜用と2つの袋に分けてテーブルに置いとる。		

23	薬の副作用が怖いので早く止めたい。	心臓が悪い。(検査・治療結果)心臓が悪い。	薬は止めたいが医者には言えない。薬剤師に薬を飲み忘れないように言われたので飲もうと思う。薬をたくさん飲んでるので副作用が心配である。1ドースの薬を飲む。昼は副作用のある薬は飲み忘れる。	医師が物足りんが心臓の治療を受けている。
			(医療者の関わり)診察も何もせんので、物足りん。血液をとる時だけ診察がある。医者をかえたほうがいいかねー。薬剤師に飲み忘れないように言われたので飲もうと思うけど。(身近な人の関わり)女房に薬を飲まんといけんと言うとるけんね、夜の薬は忘れん。妻が、薬をあれやこれや飲みよるよって背中が痒くなるんやないと言う。(過去の経験)5~6年前から薬を飲んでる。薬の名前は知らん。昼のワーファリンだけ2.5錠は、外に出ると持っていかん時があるので昼だけ忘れることがある。2~3年前ワーファリンが出とった。医者から、飲まんと言わろすことなると言われたけど、出血すると言われたんで怖いからずっと飲まんかった。医者には飲んでいないことを伝えなかった。薬が多いもんで、1つの袋に入ってるのはいい(1包化)。1週間分の表示してあるケースに入れている。食卓の上に置いてる。	

この2ケースには、薬を飲みたくないという共通点を持ち、その理由として、ケース16は飲む作業がめんどくさいと話したが実際は忘れずに飲んでいて、ケース23は多種類の薬を飲み副作用が怖いと話し、他の薬はきちんと飲むがワーファリンだけは時々飲み忘れていた。ケース23は、薬剤師から薬を飲み忘れないように言われので飲もうと思うと答えており、医師の治療モデルと患者の服薬モデルは微妙なギャップがあるように思われた。

「薬の理解度の程度」は、薬の効用や治療目的などに関心がないため低く、「自己決定の程度」は、他者からの勧めがあり薬を飲んでいたため、「自己決定の程度」も低いと思われた。

3.4 考察

ここまで40事例について個々にどのようなような服薬モデルが構築されているのか、どのような服薬のプロセスが考えられるのか、そして医療者の治療モデルとの関わりについて検討してきた。ここでは改めて、第2章で示した服薬モデルの構築要因、服薬のプロセス、医師の治療モデルと患者の服薬モデルのギャップという捉え方が、ここでのケーススタディで有効であったのかどうかを検討する。

3.4.1 服薬モデルの構築要因

服薬モデルは、それを構築する要因も含めスキーマであると第2章では捉えてきた。本章で検討してきたケースにおいて、各構築要因が服薬モデルの構成要素となり得ているのかを全体的に検討する。

1 健康不安

服薬を行うには、まず、薬を飲むきっかけとなるものがある。何らかの治療が必要と患者自身が感じたり、健康に関する問題点を感じた時に、初めて薬物治療を開始することとなる (Tindall, Beardsley, & Kimberlin, 2003 平井・楠元 監訳 2005)。すなわち、何らかの健康への不安を持つことから始まる。そして、健康不安を生じるとその解決法の一つとして、薬を飲んだほうがよいだろうか飲まないでおこうかと考える。本章で検討した事例すべてにおいて何らかの健康不安が生じていた。したがって、構築要因において健康不安は重要な役割を果たしている。そして、その健康不安の発生は、本人が感じる自覚症状や検査・治療結果が契機となっている。

2 症状

自覚症状は、健康不安を生じさせるものの一つである。事例の半数程度が、症状の出現に起因して健康不安を生じていた。具体的には、「痛い」と声に出る (3)、膝が痛い (5, 10)、動悸が出る (7)、膝が痛く動けない (9)、関節の痛みがある (12)、坂道を登るのがきつい (15)、いつもの頭痛が始まる (20, 21)、膝の痛みが持続する (23)、右足が痛い (26)、股関節が痛い (39)、歩けない (32)、耳鳴りと目眩がある (33)、鼻づまりとにおいがしにくい (36)、顔が痒い (37) であり、疼痛や不快感などであった。

これらの症状の出現が健康への不安を覚えるきっかけとなっていた。例えば、「鼻づまりとにおいがしにくい状態が長引いたので、耳鼻科にかかり……10日近く飲むとびっくりするほど症状が取れたので薬を止めました」(36) といったように、症状の発生により健康不安が高まり、その症状を緩和させたいという服薬モデルを構築していた。しかし、鼻づまりが消失したり緩和すると、健康不安を弱め薬を止める様子が窺えた。

他に、発作があったが今はない (1)、心臓治療後に体中の掻痒感があったが今はない (25) と治癒したために今は症状がないと回答があった。このうちケース 25 は、掻痒感の再発に対する恐れが不安を高めたままであったが、ケース 1 は、発作がなくなると健康不安が弱くなったため発作の薬を飲むことを止めている。

反対に、症状がない場合は、健康不安が低く服薬をしようとならない。例えば、ケース 6 では、「昨年の夏に心内膜炎を起こすまでは真面目に飲んでなかった。心臓が悪いという気がせず症状もないので飲まなくても平気だったから」と健康不安が低かった。ただし、このケースの場合、後に心臓病が悪化することで健康不安が高くなり服薬に至っている。ケース 18 は、「糖が出てると知ったけど何の症状もない。痛くも痒くもないんで病院にはかからなかった」と話した。糖尿病は、初期には血糖値が高くても自覚症状のないことが多く、かなり進行してから自覚症状が認められることが多い病気である (長谷川, 2003)。無症状であったことが、健康不安を弱め受診を妨げたケースである。

このように、症状の有無により健康不安を高めたり低めたりしている。ただし、症状だけが健康不安を高めるのではなく、次に述べる検査・治療結果と症状との関連が健康不安

に影響を与えていた。

3 検査・治療結果

症状がない場合は、検査・治療結果が健康不安を与えていた。事例の半数以上が該当し、レントゲン検査や血液検査など検査・治療結果による影響を受け、健康不安へと繋がっていた。具体的には、血管が破れ再手術となる (2)、心臓が悪い (4, 15, 16, 22, 23, 27, 29, 34)、肺に影がある (5)、心臓病がある (6)、血圧が高い (8, 17, 31)、コレステロール値などが高い (11)、心臓に水がたまっている (13)、骨が削れていく (14)、心臓が重篤である (15)、糖が出ている (18)、がんが再発する (19)、血圧値や血糖値が高い時がある (24)、膝と心臓が悪い (30)、がんは落ち着くが心臓が悪化した (32)、心臓が悪く糖尿病もある (35)、腎臓の透析が必要である (38)、動脈瘤が見つかった (40) であった。この中で、ケース 24 は自分で検査値を判断し、「血圧の値や血糖値で良いかどうか分かる。不摂生をすると血圧が高くなる」(24) と、検査値の結果に敏感な事例があった。

一方で、検査結果が悪くても症状がないケースは健康不安が高くなかった。例えば、ケース 18 は「糖が出ると知っと思ったけど何の症状もない。痛くも痒くもないんで病院にはかからなかった」と、検査結果は悪いが、無症状のために健康不安自体が高くなく治療を考えなかった事例である。

また、ケース 6 においては、検査結果が悪かったが「症状がなかった」というように症状がないために初めは健康不安が低かったが、心内膜炎の症状が出ることで健康不安を高めている。

検査・治療結果が単独で健康不安を高めるというよりは、症状が出るのがきっかけとなり、検査・治療結果を自分の健康状態の指標として捉えるようになっていくと考えられる。服薬モデルの最初の形成には症状の要因が強く、服薬し始めてからは、検査結果を指標として捉える服薬モデルへと変化している。

4 生活上の弊害

症状は健康不安へ影響を及ぼすが、より健康不安を高めるのは生活をする上で弊害が生じる場合である。症状があるだけではその症状を我慢することで済むかもしれないが、生活上の弊害があると耐性の問題ではなくなる。それが服薬を強く動機づけている。

生活上の弊害は、一人住まいで何でもできるようにせんといけん (4)、足がだるくて歩きにくい (5)、杖をつかないと歩けないほど弱った (29)、足の損傷で早く歩けない (32) と、自分自身の弊害を感じているケースがあった。頭痛により仕事ができない (20,21)、子どもと遊べない (21) など、頭痛で困るという自分の弊害と職場の人や家族など周りに迷惑をかけるという弊害を併せ持つケースもあった。これらの生活上の弊害をなくそうとして服薬

する服薬モデルが構築されていた。

心身の負担から仕事を辞めた (5), 体に負担がかかるので店を閉めた (7) というケースは, 仕事を辞めることで生活上の弊害をなくし薬物治療に専念しようとする服薬モデルの構築に影響していた。

また, 家族との生活環境が被介護者に影響を与えるケースも少なからずみられた。左半身麻痺で車椅子の生活であるが家事はしている (1), 膝が O 脚に変形し要介護 4 の夫の介護が十分にできない (9), 足は引きずってでも歩けるので夫の看病をしている (12), 要介護 1 で歩行器を使用しながら料理は夫と作る (28), 足が痛いから家族の食事は椅子に座って作る (9) と, 患者自身の健康上の問題よりも, 身近な高齢者を支えなければならない弊害のほうが, 薬を飲もうという行為を動機づける服薬モデルを構築していた。

5 健康意識

健康意識は, 服薬行動を直接的に促進する要因として考えられるが, 健康意識が生まれるのは他の要因からの影響であった。

健康不安の高まりにより, 健康を維持したい, 元気になりたいという健康意識を高めているケースは, 介護状態にならないようにしたい (4), 夫が入院中で 2 人暮らしなので私がいっしょにせんといけん (12), 息子が一人残されるので家を継げるように頑張る (15), 4 年前に娘が亡くなり残された孫のために元気でいらないといけない (19), 夫より先に死ねない, 家族に迷惑かけないように過ごしたい (28), 2 人暮らしの 86 歳の夫と旅行に行くのが希望なの, 皇潤とか Q P ゴールドとかを飲んでいる (30) があった。このように, 健康不安が日々の生活の中で健康に過ごしていきたいという意識に繋がっている。

一方, 医師の説明などから疾病・健康に対する理解を深めることが, 健康意識を高めていたケースもある。自立して生きがいのある生活がしたい。薬の補いとしてサプリメントを使用する (1), 8 メッツくらいあると思っていたら 3 メッツしかない。元気になりたい (2), 膝のために 4 種類のサプリメントを飲んで頑張りたい (9), 膝のためにグルコサミンとヒyaluronサンを飲む (13), 1 日 20 本吸っていたがタバコを止めた (16), 元気になるように心臓リハビリテーションに通っている (27), 体重 62 キロを超えてはいけない (31), 薬の数を減らし回復したい (32), 腹膜透析治療で生活の質が上がり食事の制限が少し緩み食事の楽しみが増えた (38) があった。このように, 疾病・健康に対する理解により健康になるうという意識に繋がっていた。

健康意識には, 健康不安に影響を受けるとともに, 疾患・健康に対する理解が健康の意識づけに影響を及ぼしている。

6 薬に対する理解

薬に対する理解は、患者が薬をどのように捉えているかを示すものである。薬に対する理解は、服薬モデルの構築に直接的に影響を与える極めて重要な役割を果たす要因である。

服薬をしているということは、薬に対しては自分なりに何らかの理解をしているはずである。ただし、その理解の内容やその程度はさまざまである。医師が期待している通りに正しく理解している場合もあれば、表面的に処方された薬を飲めばよいといった程度の理解もある。自分で勝手な解釈をして理解しているケースもある。

また、服薬の効果に対しても、服薬によって治癒されると考えているケースや、状態が悪化しないように飲み続けているといった理解をしているケースなどがある。

本章の40事例のうち34例は、長期に渡り継続的に服薬をしていた。慢性疾患に罹患している患者は、長い生活習慣で引き起こされた疾病のため、薬物療法を始めたからといってそう簡単に治るものではない(岡村, 2005)。そのため、患者の多くは、服薬によって疾病が完治されるとは理解をしていない。

例えば「数種類試して自分に合う必要な薬である。血圧値で薬の量が変わる」(17)というケースは、コントロール目的で薬を飲む患者である。「薬のことは分からないがもろた薬は飲む」(27)というケースは、薬が出されるから機械的に薬を飲んでいる患者である。また、「飲みたくないが医師が飲んだ方が健康にいいと言われので飲んでいる」(22)というケースは、医師の後押しで仕方なく飲んでおり、「発作も起こらないし、もらった薬は副作用で不整脈が出ると書いてあったので、最低限度の薬でいいと先生に言って減らしてもらった。医者からは、薬を飲まないで倒れてもしりませんと言われた」(1)というケースは、発作は起きてないので副作用の恐れがある薬に嫌悪感を持ち、必要のない薬であると自分で解釈している患者である。

さらに、「自分に合ってる市販薬で治る」(20)というケースは、薬を飲めば頭痛が緩和すると理解している患者であり、「ボナロンは性質上飲んだ方がいい薬であるし防己黄耆湯とブシは足の浮腫をとる薬なので飲む」(3)というケースは、膝関節の疾病が悪化しないために必要な薬であると理解している患者である。

それらの理解は、医師からの説明を受けたり、調剤薬局で薬の説明書を用いた薬の説明を受けることによって理解している。また、治療や服薬の経験から自分のどのような症状に適合しているかといった理解をしている患者もいる。さらに、書籍やテレビなどの情報によって得た知識で薬の理解をしている患者もいる。薬に対する理解に影響を与えている要因については、医療者の関わり、身近な人の関わり、情報、過去の経験のところで後述する。

7 疾病・健康に対する理解

疾病・健康に対する理解は、患者が疾病・健康をどのように捉えているかを示すものである。疾病・健康に対する理解は、薬に対する理解と同様に、服薬モデルの構築に直接的

に影響を与える極めて重要な役割を果たす要因である。

本章の 40 事例では、どのような理解をしているのか、その内容とその程度はさまざまである。医師の考えるように正しく理解している場合や、理解が乏しく勝手な解釈をしているケースもある。

本章の事例では、例えば、「半年ごとに造影とがんのマーカーを検査する必要がある。医師の指示通りに治療すべきと思っている」(5) というケースは、定期的な検査を受け必要な治療はしなければならない疾患であると理解をしている。「糖が高いと分かるが痛くも痒くもないので病院にはかからなかった」(18) というケースは、糖尿病は無症状で進行する病気であったが、症状がないのでたいした病気ではないと解釈し、受診の機会を逃している患者である。

また、「血圧の値や血糖値でよいかどうか自分で判断する。不摂生をすると血圧が高くなる」(24) というケースは、自ら検査データで病気がコントロールできているかどうか判断している。不摂生をすると血圧値が高くなり、気をつけて日常生活を送らなければならないと疾病の理解をしている。

それらの理解は、医師からの疾病の説明であったり、時には身近な人の話から理解に至る場合がある。また、自ら得た情報であったり長期に渡る疾患の経験から理解をしている場合もある。疾病・健康の理解に影響を与えている要因については、医療者の関わり、身近な人の関わり、情報、過去の経験で後述する。

さらに、疾病・健康に対する理解は、「健康不安」や「健康意識」へも影響を与えている。例えば、病状が安定しないという「健康不安」を高めたり、元気になるように頑張ろうという「健康意識」を高めたりしており、服薬モデルを構築する諸要因と関連性を持つ主要因である。

8 医療者の関わり

病気をした場合、医療者から検査や診察を受け、さらに治療が必要となると薬物療法などを受けなければならない。本章の事例では、市販の頭痛薬を飲むケース(20)を除けば、医療者と何らかの関わりがみられた。患者は、受診から治療までの過程において、医療者と関わることになる。医療者の関わりには、薬物療法の説明などの薬に関わるもの、病気や病状の説明という疾病に関わるもの、医療者とのコミュニケーションに関するものが見られた。

薬に関わるものは、医師は検査データなどをみて薬を考えている(2)、3年前に看護師から一包化を勧められた(4)、先生から薬の説明がある(5)、リウマチ専門の先生に掛かっている。先生の指示通りに飲む(12)、薬は飲みたくないが、医師から死ぬまで飲まないけん、薬を飲む方が健康にいいと言われた(22)、医師からは採血の結果で薬が調整されるので薬の説明はある(32)、耳鼻科医は自然治癒を勧めたがかかりつけ医に掛かりなおし薬

を出してもらった (33) というケースがあった。これらのケースは、医師や看護師から受けた薬の説明など情報を得ることで (岡村, 2005 : 秋山, 2008) 薬への理解をしていると考えられた。

疾病に関するものは、例えば、心内膜炎は生活が荒れている人がかかると言われた。心臓の動きが悪くない前に手術をしたほうがいいし何時間かかるか分からないと説明を受けた。手術は 16.5 時間かかった (6) , 脳外科医に内科受診を勧められ受診し専門的な検査があった (18) , 水分を控えたのも病気によくなかったと言われた (22) , 悪くなれば受診するように勧められた (36) というケースがあった。医師からの説明により、疾病や病状の理解に至っている。また、手術を受けた患者 (2, 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 15, 16, 26, 27, 31, 34) は手術に同意しており、これらのケースにおいても、医療者からの説明により、手術を受けたほうがよいという疾病の理解へと繋がっている。

医療者とのコミュニケーションについては、具体的には、話しやすく信頼できる (2) , 医師を信頼してるから指示通りに飲む (4) , 先生とはフィーリングが合った (6) , 他のは物足りんというけど何でも言え先生は優しい (8) , かかりつけ医は 3 つのいいところを持つ。診察が速い、弱い薬から処方する、手に負えない時は別の病院に回す (11) , 先生は話しやすい (13, 14, 21, 25, 35, 39) , 医師は話をよく聞き薬の説明もきちんとする (17) , 肺に水が溜まった時に若い医者だったが勉強しとるし治った時は神様のように思った。医者の言うことは聞かんといけん (19) , 医師には悩みを話せ相性がいい。安心だし信頼してるから薬もきちんとして飲む (24) , 人は気難しいと言うけどそんなない (26) , 医師は自分の病状を知る相談者である (29) , 10 年以上同じ医師に受診し心臓と糖尿病と股関節をみてもらっている (35) , 医師に恵まれている。自分の性格を知っているし信頼できる (38) であった。これらのケースは、医師の対応法に好感を持つことで、医師の指示通りに治療したほうがよいという薬や疾患・健康に対する理解をしている。吉松は (2001) , 一般に医師への信頼感は病気の経過によい結果をもたらすが、逆に患者に依存性をもたらすこともあり、患者自身の主体性あるいは医者とのある種の対等性は保ち続ける必要があると指摘している。

一方、医師の対応法に好感を持たなかったケースもある。例えば、受診時には緊張して医師と話せなかった (36) , 3 分診療でよく診たかどうか分からない (37) というケースである。医師との会話ができなかったため、医師の関わりによる薬や疾患の理解はできないままであったと考えられる。

患者は、医療者から説明や治療を受ける中から、薬や疾患・健康に対する理解をしていた。このことは、医療者の関わりを要する要因は服薬モデルには欠かせない要因であることを示すものである。

9 身近な人の関わり

身近な人では、親や子ども、夫婦、親戚、友だちが関わっていた。身近な人が心配したり、治療の後押しをしたり励ましになったりした事例は以下のものであった。

手術 1 時間後にバイパスが破れて再手術となり妻と息子に心配かけた (2)、一人暮らしなので、看護婦の姪に立ち会ってもらって体力的に今がいいと手術を決めた (5)。手術を受けようと思う気持ちに両親の後押しがあった (6)、子どもたちがうるさいのでリハビリに行くし薬も飲む (16)、妻は大変な病気になったと思い薬を飲み忘れないように声掛けがある (22)、ニトロは友だちに聞いて小袋に入れ首からぶら下げている (27) で、家族の声掛けや心配りが励ましとなっていた。これらが、薬を飲もうとする薬に対する理解に影響を与えたり、手術をしようという疾病に対する理解に繋がっていた。

しかし、身近な人が薬の使用に消極的であると患者は薬を飲んだほうがよいかどうか悩むことになる。例えば、妻から薬をあれやこれや飲みよるよって背中が痒くなるんやないと言う (23)、家族は薬を止めるのに賛成した (37) といったケースである。その後、ケース 23 は昼間の副作用のある薬は飲み忘れ、ケース 37 は薬を中止していた。

また、家族が支え合うことが影響を与えているケースもみられた。主人と息子夫婦と孫 2 人で住み朝畑には出るが身の回りの世話はしてもらっている (34) というケースは家族が生活を支えているというケースである。一方、麻痺のない右手で書道や水墨画を描く。家事もやる。家族や周りの人は私のことを努力家という (1)、要介護 4 の夫の介護をしている (9)、夫の看病をしている (12)、妻に先立たれ残された息子がいる (15)、三世住居で日中は高齢夫婦だけで料理は夫とする (28) というのは、患者が家族を支えているケースである。このように家族の存在そのものが、薬を飲もうとしたり病気を治そうとする薬や疾病・健康に対する理解をさせている。

一方、家族からの声掛けがないこともある。家族から神経質で几帳面と言われる (11)、主人と 2 人暮らしですが、私が主人の世話を焼いても主人から薬飲んだと言われることはありません (3) といったケースは、身近な人の関わりはないがきちんと薬を飲むという薬に対する理解をしている。

身近な人の関わりが聞き取れたのは、事例の半数に満たなかった。しかし、服薬に対して直接的にネガティブな影響やポジティブな影響を与えていない場合は、話として出て来ないだけであり、何もないということはネガティブな影響を与えていないことを暗に示しているとも考えられる。

10 情報

情報として考えられるものは、インターネットやテレビがあり 4 事例が該当した。具体的には、TV などホルモンへの効用があると言ったからザクロエキスを飲んで (1)、インターネットで病気のことを探して、動ごかせるうちがよいとあったので、まだ少し膝が動いていたので手術をしようと思った (3)、インターネットで調べた治療方針とピット

りだった (36), 調合された薬はインターネットでみると今まで使っていた薬局の薬より強いようで, あまり長く使いたくもなかったのも, 赤みと痒みがないので治ったと思いつめました. それから, 病院には行っていません (37) というケースであった.

ケース 1 は, TV でザクロエキスがよいという情報を得て飲んでおり, ホルモンの補いをする薬であるという薬に対する理解をしている. ケース 3 は, ネット情報から薬物療法では限界と感じ手術を受けたほうがよいと疾病に対する理解をしている.

また, ケース 36 は, いったんは鼻づまりの症状が緩和する薬であるという理解をしたものの, 緩和すると薬は嫌いなので飲まないほうがよいと変わっている. ケース 37 は, 初めから, 強い薬は長く使いたくないという薬に対する理解をし中止していた. このように, ケース 36 と 37 は, 医師の情報よりも自分で得た情報の方を優先している.

今回の調査では, インターネットやTV等の情報は少ないものの, 薬や疾病・健康に対する理解に強く働きかけている. また, インタビューの中で明示的に話されていなかっただけで, 今回情報として挙がってこなかった書籍等も含め, 薬や疾病・健康の理解に対して少なからず影響を与えていることは想像できる. 今後, インターネット等からの情報の増加は必然的であり, 情報が服薬モデルへ及ぼす影響は多くなるであろう. しかし, インターネット等の情報によりリスクへの判断に影響されている可能性は高い (藤澤, 2008) と指摘がある. そのため, 情報の受け取り方によりリスクの伴った薬や疾病・健康に対する理解を示し, 服薬モデルへ影響を及ぼすことも考えられる.

11 過去の経験

過去の経験は, 今まで服薬した経験および疾患の経験である. 服薬の経験としては, 症状に合わせて薬を飲んでいたり, 用量を守らなかったり, 薬を忘れずに飲んでいたり飲み忘れていたりとはさまざまな経験が考えられ, それらが服薬に対する理解に影響を与えている.

まず, 過去に自覚症状に合わせてながら服用した経験が薬に対する理解に影響を与えている場合があった. 例えば, 月に 1・2 度頭痛がある時に飲んで (20) という患者は, いつもと同じ痛みかどうかなどと確かめながら薬を飲んだほうがよいと判断をしている. また, 朝の痛み止めは 1 日動くために必ず飲む (9), 便秘の薬は 1 錠を飲むとスムーズに便が出る (29) という患者は, 過去の経験から, 薬の効果をj得るために薬を飲むタイミングや量の調整をする必要があると理解をしている. これらは自分に合った薬の種類や飲み方の過去の経験が活かされている場合である. 一方, 55・56 歳の時死にそうなくらい歯痛があり鎮痛剤を 10 錠飲んだら震えがきて薬の怖さを知った. 薬の怖さを知るとからきちんと飲む (19) という患者は, 過去に過剰に服用した経験が, 用量を守って飲むことに繋がっている.

さらに, 病気の経験から薬をきちんと飲んでいる患者もいれば, 薬の飲み忘れから薬を

飲むようになった患者がいる。例えば、3年前に心臓治療後に全身の痒みが出て死ぬほどきつい思いをした。アレルギーがあるから絶対に忘れないで飲む(25)という患者は、搔痒感でつらかったという経験をする中で、絶対忘れないという薬の理解に強く影響を与えている。また、中学生の頃から薬を管理している。昨年の夏に心内膜炎を起こすまでは真面目に飲んでなかった。今は、薬を忘れるわけにはいかないと思っている(6)という患者は、飲み忘れで症状を悪化させた経験から薬を忘れるわけにはいかないという服薬モデルを形成している。

一方、疾患に関する経験は、疾患の理解につながっている。例えば、7年前に大腸がん手術をし、2年前に肝臓に転移し肝臓がんが見つかった。半年ごとに造影とがんのマーカ―を検査している(5)という患者である。生命にかかわる病気のために、経過をみる必要性のある疾病と理解し、定期的を受診するという行動にも表れている。

服薬と疾患は関連性を持ちながらその人の経験として蓄積されていた。そして、それらの経験から得たものをベースに、患者は薬や疾病・健康に対する理解をしている。本章の事例からは、服薬モデルの構成要素として過去の経験は重要な要因であると考えられることができる。

3.4.2 服薬のプロセス

服薬のプロセスは、薬について考えるところから始まり、実際に薬を飲み自分が抱えていた健康不安がどのように変化していくのか、それによって改めて服薬モデルが評価され、新たな服薬モデルを構築するに至る。これまでに検討してきた事例において、服薬のプロセスがどのような流れとなっていたのか全体的に検討する。

1 薬を飲む行為

服薬をするというモデルが作られると、実際に薬を飲むという行為をとるが、薬を飲む行為には薬に対する考えが反映される。例えば、薬を忘れずに飲もうとしている場合もあれば、薬を飲まない場合も考えられる。

本章の事例では、ちゃんと薬を飲もうというモデルを作っており、薬の飲み忘れを防ぐ工夫する行動を取っている。ケースや小袋に入れる(4, 5, 9, 12, 13, 14, 18, 23, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 32, 35)、目の前に置く(2, 10, 11, 12, 16, 18, 23, 27, 29, 33, 35)、身近な人から声掛けがある(22)などは、飲み忘れないように外から気づかせる外的手掛かり(城尾・松尾, 2008)による工夫である。薬を飲み忘れてはいけないという服薬モデルであることが、外的手掛かりを用いるという行動に反映されていると考えられる。

さらに、服薬する行動が習慣化している患者がみられる(1, 2, 5, 8, 12, 22, 28, 34, 35)。例えば、薬を飲むのは生活に溶け込んでいる(22, 35)、慣れ、飲むのは当然(28)、朝は畑

に出る前に、夜は寝る前に忘れずに飲む⁽³⁴⁾という患者で、日常動作の一つとして服薬が習慣化されており、薬を飲むことを当たり前と理解したものと考えられる。

一方、意図的に薬を飲まない患者もいる。例えば、外出時に薬を持参しているが頻尿になると困るので飲まないことがある⁽¹³⁾という患者は、日常生活の妨げになると薬を飲まないというモデルを作っており、外出時は薬を飲んでいない。

このように、患者は薬の飲み忘れの工夫したり、薬を飲む行為が生活動作の一つになることで飲み忘れない行動となっている。このような場合、薬を飲まなくてはいけないという服薬モデルであることを反映していると考えられる。一方、薬を飲まないこともある。このような場合は、薬を飲まなければならないという意識があまり高くないことが考えられる。実際に薬を飲むという場面での行為の違いが、次のモデルの評価に関係するものと考えられる。

2 服薬モデルの評価

服薬モデルの評価とは、実際に薬を飲み始め、構築された服薬モデルで期待された通りになっているのかそうでないかを評価することである。期待された通りであれば、これまでの同じモデルが継続されるであろうが、期待された通りでなければモデルは再検討され、新たなモデルが作られることになる。病状が変化したり違う種類の治療薬に変わることで新たに服薬モデルが作り変えられる場合もある。また、期待通りに健康不安が解消されれば、服薬を終えることも考えられる。

本章の事例では、同じモデルのまま継続して薬を飲んでいる事例がある。例えば、「心臓への負担を軽くする効用のある7種類の薬を納得して飲む」⁽³²⁾という服薬モデルを作っている患者である。納得して飲むという姿勢は、薬を飲み忘れずに飲むという行為にも表れており、心臓への負担を軽くするという薬の効用を得られるために「健康不安」は大きく変動することなく、このまま薬を継続しようという評価につながっている。そのため、同じモデルのまま薬を継続していると考えられる。

一方、今までと異なる服薬モデルに作り変えた事例がある。例えば、「飲み忘れても血圧は高くない」⁽³⁰⁾というモデルを作っていた患者が、「飲み忘れると高血圧の傾向が強くなるためきちんと飲むという」という今までと異なるモデルに作り変えている。薬を飲み忘れると今まで120～130であった血圧が140～150になり始めることで「健康不安」を高め、ここで、薬を忘れると血圧が上がるという評価を行うことで、新たなモデルを作っている。

また、健康になり薬の治療がなくなると服薬も終了することになる。例えば、「頭痛緩和にいつでも対応できるように持ち歩いている自分に合った市販薬を飲む」⁽²⁰⁾というケースは、頭痛があるために薬を飲むという行為をとるが、症状が緩和すると「健康不安」が弱まり薬を止めたほうがよいという評価をし薬を中止している。風邪をひいたり胃腸の

調子が悪い時に服薬する場合のプロセスは、このように、自覚症状があるから薬を飲み回復すると薬を中止するという服薬モデルが作られ、期待通りの結果になったため服薬を終了していると考えられる。

本章の事例においては、実際に薬を飲む行為をとることで健康不安が変化している。そのことにより服薬モデルの評価がなされ、同じモデルで継続する場合や異なるモデルに変わる場合があった。患者がどのような服薬行動をとるのかを、服薬のプロセスで表せることが本章の事例において検証できたと考えられる。

3.4.3 医師の治療モデルと患者の服薬モデルのギャップ

医師は、医学的知識や患者の情報を持ち専門的な知見からどのような治療をしようかと治療モデルを描き処方薬を出す。患者はそのような専門的な知識を持っているわけではなく、薬を飲む際に、例えば、血圧の値を下げるために薬を飲もうとか、出されたから仕方がないから飲むという服薬モデルを描いて飲んでいく。そのため、医師の治療モデルと患者の服薬モデルの間にはギャップを生じることがある。

本章の事例では、ギャップがほとんどないケースがある。例えば、「医師は採血の結果で薬を調整するので薬の説明はある。変わるたびに説明がある。私から何のために飲むか必ず聞いて確認してきたからだと思っている。私はしぶといから」(5)という患者である。患者のほうから、何故薬が必要であるかと医師に説明を求めており、自分にとって必要な薬であると理解に至っている経緯が窺える。そのため、そのギャップはほとんどないと考えられる。

一方、大きなギャップがあると疑われるのは、一部の処方薬を断った事例である。「発作も起こらないし、もらった薬は副作用で不整脈が出ると書いてあったので、最低限度の薬でいいと先生に言って減らしてもらった。医者からは、薬を飲まないで倒れても知りませんと言われたが、倒れてもたちの悪いことは言いません。私の希望で止めますと言った」(1)という患者である。医師は再発作(脳血管障害、狭心症の既往症)を危惧しているが、患者は落ち着いていると判断している。脳血管障害、狭心症の治療には、数種類の薬を継続的に服用する必要がある。そのため、患者がとった最低限度の処方薬に減量(1種類)してもらうという行動は、生命へ影響する可能性があるため、医師の治療モデルとはかけ離れたギャップがあると考えられる。

また、薬の飲み忘れで病状を悪化させ服薬モデルを作り変えたケースがある。「横着構えとった。先生から、薬の飲み忘れとか塩分の取りすぎで倒れたと言われた。退院してからは真面目に飲むようになった。薬が残ることはないのだから99%忘れずに飲めてる。効き目とかは分からんが心臓の薬と思うと。薬の説明書とかもろても読まん。病院とか薬局に任せとる。」(31)という患者である。倒れたことで「健康不安」を高め、「薬は飲み忘れてもよい」というモデルから、「医師に言う通りに薬を飲む」というモデルに変わっている。

99%忘れずに飲むという行動には、服薬モデルが変わることで医師の治療モデルと患者の服薬モデルのギャップが埋まっていることが窺える。ただ、患者は薬の理解には乏しく、医師の言われる通りでよいと思い治療している。客観的には、医師の治療モデルと患者の服薬モデルはかけ離れているが、そのギャップによる治療への影響は少ないと考えられる。

このように、医師の治療モデルと患者の服薬モデルのギャップについては、インタビューの中で明示的に示されている。

3.4 まとめ

第3章では、ケーススタディ的に服薬モデルを検討した結果、第2章で示した服薬モデルの構築要因、服薬に至るプロセス、医師の治療モデルと患者の服薬モデルのギャップについては、概ね事例で検証することができた。服薬モデルの構築では、全事例を第2章の服薬モデルの構築要因のスキーマ(図2-1)に該当するかどうか検証していった。中でも、健康不安、薬に対する理解、疾病・健康に対する理解の3つの構築要因が主となって服薬モデルの形成に影響していた。健康不安には、症状や検査・治療結果、生活上の弊害、健康意識が関与し、一方、薬に対する理解、疾病・健康に対する理解には、医療者の関わりや身近な人の関わり、情報、過去の経験が影響を与えていた。各事例では、複数の構築要因がいくつも絡まるように関与し、また、事例によって構築要因の持つ強さや弱さが異なり、その人なりの服薬モデルの構築に影響を与えていることを示すことができた。提示した服薬モデルの構築要因には、服薬に関するさまざまな視点を含んでいると考えられる。

服薬に至るプロセスでは、薬を飲む行動はさまざまであり、服薬モデルへの評価においては、健康状態と薬効などの変化に応じ服薬モデルを変える様子がみられた。また、医師の治療モデルと患者の服薬モデルの関係には、ギャップが生じることもあったと考えられた。

本章では、第2章で提示した服薬モデルについてケーススタディ的に検証した結果、有用性を示すことができた。さらに、個別の服薬モデルにはある傾向性があると考えられた。一般的な傾向があることの可能性については、第4章において質問紙調査法を用い検証していきたい。

第4章 質問紙調査法による服薬モデルの傾向性の検討

4.1 目的

第3章では本論文での服薬モデルの考え方をケーススタディ的に検証した。その結果、一人ひとりが個別の服薬モデルを持っていることが明らかになった。それらの個別の服薬モデルは、薬の理解の程度および自己決定の程度から分けることができ、ある一般的傾向を示すことが示唆された。

具体的には、薬の理解の程度が高く自己決定の程度が高い場合、薬は自分に必要なものという理解を示す服薬モデル、がんなどの既往症があり自ら納得して服用する服薬モデル、自己判断で薬を飲む服薬モデル、症状の緩和目的で飲むという服薬モデルを構築していた。薬の理解の程度が高く自己決定の程度が中程度になると、検査値を気にして薬を飲むという服薬モデルを構築していた。薬の理解の程度が高いものの自己決定の程度が低いと、自ら飲むというよりは医師を信頼して飲むという服薬モデルを作っていた。

一方、薬の理解の程度が低く自己決定の程度は中間の場合では、薬の飲み忘れにより病状が悪化しきちんと飲むようになった服薬モデルや、要介護状態にならないように薬を飲むという服薬モデルを構築していた。薬の理解の程度も自己決定の程度も低い場合では、医師から出されるから飲んでるモデルや、医療者や身近な人の勧めがあるので飲むという服薬モデルであった。

また、個別の服薬モデルからは、服用する薬の種類別や年齢別によって構築される服薬モデルがある一定の特徴を示していた。薬が高血圧や糖尿病の薬のように長期に服用している場合と、頭痛の薬のように一時的に使用する薬では、服薬モデルの構築が異なる可能性が窺えた。年齢の違いも服薬モデルの構築に関わっており、高齢になるにつれこれまでの服薬経験や心身の状態の変化に応じた服薬モデルの構築をしていくと思われた。さらに、薬を飲むことで得られるベネフィットやコストを負うことが、自己判断で薬を飲むか飲まないかを定める傾向を示した。

ただし、第3章で検討したのはあくまでケーススタディにすぎず、薬の理解の程度および自己決定の程度の分類をもって一般的傾向があると結論づけるには至っていない。そのために、本章では、服薬モデルの一般的傾向性を検討することを目的にする。質問紙調査により、服薬に対する捉え方を検討し服薬モデルの構築にどのように関連しているか調査を行う。質問紙は、服薬している患者を対象にした湯沢（2002）の服薬アセスメントツールに筆者が服薬モデルに関連する質問項目を加えたものを用いる。

4.2 方法

4.2.1 調査対象者

日常生活でどのように薬を使用されているか広い範囲で把握するために、常用する機会が多いと思われる病院だけでなく、地域の公共施設の利用者、介護施設や保育所、一般企業などの従事者を対象にした。調査対象者数は同意の得られた 506 名であった。

4.2.2 調査期間

2010 年 10 月～12 月

4.2.3 調査方法

自己式質問紙調査法を用いた。施設の管理者・担当者へ研究の趣旨を説明し、承諾の得られた施設に質問紙を持参または郵送し、配布・回収を依頼した。配布に際しては、同意を得られた者に質問紙を渡し、回収用紙は担当者が保管するように依頼した。留め置き期間は、1～3 週間とした。ただし、病院では、看護師やクラークが同意した患者に質問紙を手渡し記入後に回収を行った。その後、待機していた筆者が回収用紙を受け取った。

4.2.4 質問紙の構成

質問項目は、属性（年齢、性別、通院の有無など）と服薬モデルの構築に関わるものとし、既存の質問紙を若干変更したものに独自に作成したものを加えた。

既存の質問紙として湯沢 (2002) の服薬アセスメントツール (MAT) を用いた。これは、継続的に通院している患者が納得して服用しているかどうかを測定するのを目的に作られたもので、本研究で検討したい服薬モデルへの影響要因が含まれているため採択した。ただし、継続的な服薬者を対象とした質問であったため、薬を常用していない者も回答ができるように文章を変更した。

湯沢 (2002) が有効とした服薬アセスメントツールは、4 因子 11 項目からなる (表 4-1)。第 1 因子の「服薬の動機」には、「薬の説明は薬を理解するのに役立っていますか」、「薬の効果を感じますか」、「薬は病気の悪化予防するのに役立っていますか」、「服薬は全体としてうまくいっていますか」という質問項目である。第 2 因子は「服薬の受容」で、「今の薬の副作用が気になりますか」、「薬にたよるのはよくないと思いますか」、「薬は今より少なくてもいいと思いますか」、「薬を飲む作業はめんどろうですか」の問いである。第 3 因子は「服薬の理解」で、「薬の飲み方はわかりやすいですか」、「薬がなぜ必要か自分でわかりますか」の質問項目で、第 4 因子は「薬の費用」で「薬代は負担ですか」である。これら 11 項目を質問項目として採用したが、第 1 因子の「薬の説明は薬を理解するのに役立っていますか」については、「医者がする薬の説明は、飲んでいる薬を理解するのに役立つと思いますか」、「薬剤師がする薬の説明は、薬を理解するのに役立つと思いますか」の 2 つに分け 12

項目とした。

表 4-1 湯沢（2002）の MAT の質問項目と筆者の質問項目の比較

因子	湯沢のMATの質問項目	筆者が作成した12の質問項目
	(数字は湯沢の質問項目の番号である)	(数字は筆者の質問項目の番号である)
第1因子	4. 薬の説明は薬を理解するのに役立っていますか	7. 医者がする薬の説明は、飲んでいる薬を理解するのに役立つと思いますか
(服薬の動機)		8. 薬剤師がする薬の説明は、薬を理解するのに役立つと思いますか
		(*筆者は医師の説明は役立つ、薬剤師の説明は役立つに分けた)
	5. 薬の効果を感じますか	6. 薬を飲むことで、効果が期待できますか
	6. 薬は病気の悪化予防するのに役立っていますか	5. 薬は病気の悪化を予防するのに役立つと思いますか
	11. 服薬は全体としてうまくいっていますか	23. 薬は全体としてうまく飲めている方だと思いますか
第2因子	2. 今の薬の副作用が気になりますか	17. 副作用は気になりますか
(服薬の受容)	7. 薬にたよるのはよくないと思いますか	18. 薬に頼るのはよくないと思いますか
	9. 薬は今より少なくてもいいと思いますか	20. 薬の数や種類はもっと少なくてもいいと思うことがありますか
	10. 薬を飲む作業はめんどろですか	21. 薬を飲む作業はめんどろと思うことがありますか
第3因子	1. 薬の飲み方はわかりやすいですか	9. 薬の飲み方が分からずに困ったことはありますか
(服薬の理解)	3. 薬がなぜ必要か自分でわかりますか	4. 薬を飲む時は、自分に必要な薬であると分かって飲みますか
第4因子	8. 薬代は負担ですか	22. 薬代は負担ですか
(薬の費用)		

また、湯沢（2002）が表現の曖昧さなどの理由で選択しなかった質問項目のうち、服薬モデルの構築に関与すると考えた5項目を採用した（表 4-2）。自己決定に関わる「薬による治療を身近な人は応援していますか」の1項目、服薬プロセスにおける薬を飲む行為に関する「自分の考えで薬を調節することはありますか」、「薬をうっかり飲み忘れることがありますか」、「薬を飲んだかどうかわからなくなることがありますか」、「食事時間は不規

則ですか」の4項目である。

表 4-2 服薬モデル構築の関連性から追加した質問項目

服薬モデルの構築との関係性	湯沢が選択しなかった質問項目 (数字は湯沢の質問項目の番号である)	筆者が作成した22の質問項目 (数字は筆者の質問項目の番号である)
薬を飲むきっかけ		1. 症状がある時に、薬を飲みますか 1-1. 症状があると飲む 1-2. 症状はなくても予防のために飲む 2. 検査値がよくないときに薬を飲みますか 2-1. 値が悪いと飲む 2-2. 値がよくても予防のために飲む
自己決定への影響	13. 薬による治療を身近な人は応援していますか	19. 薬による治療を身近な人は応援してくれますか 3. 薬は自分からすすんで飲みますか 3-1. 自分からすすんで飲む 3-2. 医師から指示されるので飲む 3-3. 身近な人から指示されるので飲む 10. 薬に関する不安があれば相談をしますか 11. 医師の治療方針には従いますか
服薬プロセスにおける薬を飲む行為 (薬の飲み忘れの関わり)	14. 自分の考えで薬を調節することはありますか 17. 薬をうっかり飲み忘れることがありますか 16. 薬を飲んだかどうかわからなくなることがありますか 18. 食事時間は不規則ですか	26. 自分の考えで薬の量などを調整することがありますか 12. 薬をうっかり飲み忘れたことがありますか 14. 飲んだかどうか分からなくなることがありますか 16. 食事は不規則なことはありますか 13. 薬を飲み忘れないための努力をしていますか 15. 医師から、「薬は忘れずに飲んでいますか」と聞かれたことはありますか

服薬プロセスにおける服薬モデルの評価（薬の中止の関わり）	24. 医者への不満・不信から薬を止めたことがありますか
	25. 薬はいつまで飲めばよいか分かって飲みますか
	27. 自分の判断で薬を止めたことがありますか
	27-1. 止めたことがある
	27-2. 止める時は医師に相談する
	27-3. 止める時は薬剤師に相談する
	27-4. 止める時は身近な人に相談する

他に、筆者が作成したものを 10 項目加えた（表 4-2）。まず、薬を飲むきっかけとして、「症状がある時に、薬を飲みますか」、「検査値がよくないときに薬を飲みますか」の 2 項目、自己決定に関する「自分からすすんで飲む」、「薬に関する不安があれば相談をしますか」、「医師の治療方針には従いますか」の 3 項目とした。また、服薬のプロセスにおいては薬を飲む行為と服薬モデルの評価の中から設問を作成した。薬を飲む行為では、「薬を飲み忘れないための努力をしていますか」と「医師から、『薬は忘れずに飲んでいきますか』と聞かれたことはありますか」の 2 項目とした。服薬モデルの評価では、薬の中止に関する内容として、「医者への不満・不信から薬を止めたことがありますか」、「薬はいつまで飲めばよいか分かって飲みますか」、「自分の判断で薬を止めたことがありますか」の 3 項目である。これらに枝問 8 項目を加え質問は全部で 34 問とした（表 4-1 および表 4-2）。

回答は、「症状」、「検査値」、「自ら飲む」、「自己判断で中止」の質問については、「はい」「いいえ」の 2 件法で回答を求めた。その他の質問項目は 4 件法とした。ただし、薬への相談と治療方針についての質問は、「その他」を付け加え 5 件法とした。

4.3 結果

4.3.1 対象者の属性（表 4-3）

506 名の対象者のうち、属性のみの記入しかなかった 10 ケースを除き有効回答数は 496 名（98.0%）であった。一部欠損値のあるケースは有効回答とした。総合病院の通院患者（277 名）、公共施設利用者（97 名）、介護施設利用者（14 名）、介護施設職員（45 名）、保育施設職員（42 名）、自動車販売業・不動産業などの職員（21 名）の 496 名であった。

表 4-3 に対象者の属性を示した。男性 187 名（37.7%）女性 309 名（62.3%）で、平均年齢 57.6 歳、最小値 15 歳、最大値 94 歳であった。生活状況や健康状態については、外

出の有無は、ほぼ毎日外出するが 289 名 (58.3%)、1 週間のうち 3～5 日は外出するが 130 名 (26.2%)、家にいることが多いが 77 名 (15.5%) であった。同居の家族の有無は、同居の家族がいるは 429 名 (86.5%)、いないは 61 名 (12.3%)、その他は 5 名 (1.0%) であった。健康状態は、非常によいが 31 名 (6.3%)、よいが 111 名 (22.4%)、普通が 268 名 (54.0%)、悪いが 79 名 (15.9%)、非常に悪いが 4 名 (0.8%) であった。通院の有無は、通院しているが 396 名 (79.8%) で、していないが 98 名 (19.8%) であった。現在薬を飲んでいるかどうかについては、薬を飲んでいるは 394 名 (79.4%) で、飲んでいないは 79 名 (15.9%) であった。

薬を飲んでいると回答した 394 名については、薬は、処方薬を使用しているは 323 名 (82.0%)、自分で買った薬は 43 名 (10.9%)、処方薬と自分で買った薬のどちらもが 28 名 (7.1%) であった。薬を飲む回数は、毎日飲むは 329 名 (83.5%)、週 2～3 回は 9 名 (2.3%)、決まっていないは 42 名 (10.7%) であった。1 日に使用する薬の種類は、1 日の種類 1～3 種類は 197 名 (50.0%)、4～6 種類は 100 名 (25.4%)、7～9 種類は 33 名 (8.4%)、10 種類以上は 11 名 (2.8%) であった。飲んでいる薬は、薬の種類別で後述している。

表 4-3 対象者の属性

項目	n = 496 度数 (%)	
平均年齢	57.6歳, 最小値15歳, 最大値94歳	
性別	男	187 (37.7)
	女	309 (62.3)
外出	毎日	289 (58.3)
	1週間のうち3～5日	130 (26.2)
	家にいることが多い	77 (15.5)
同居の家族	いる	429 (86.5)
	いない	61 (12.3)
	その他	5 (1.0)
	無回答	1 (0.2)
健康状態	非常によい	31 (6.3)
	よい	111 (22.4)
	普通	268 (54.0)
	悪い	79 (15.9)
	非常に悪い	4 (0.8)
	無回答	3 (0.6)
通院	通院している	396 (79.8)
	通院していない	98 (19.8)
	無回答	2 (0.4)
薬を飲んでいるか	飲んでいる	394 (79.4)
	飲んでいない	79 (15.9)
	無回答	23 (4.6)

		n = 394 度数 (%)
飲んでいる薬	処方薬	323 (82.0)
	自分で購入した薬	43 (10.9)
	処方薬と自分で購入した薬	28 (7.1)
飲む回数	毎日	329 (83.5)
	週2～3回	9 (2.3)
	決まっていない	42 (10.7)
	無回答	14 (3.6)
1日に何種類の薬を飲むか	1～3種類	197 (50.0)
	4～6種類	100 (25.4)
	7～9種類	33 (8.4)
	10種類以上	11 (2.8)
	無回答	53 (13.5)

4.3.2 分析の方法

本章では、構築される服薬モデルが第3章で示唆されたように、服用する薬の種類や年齢の違いによってある傾向性を示していることを検討した。まず、薬の分類、年齢の分類をどのように行ったかを示し、その後に傾向性の分析について述べる。

傾向性の分析においては、まず実施した質問項目を服薬モデル構築に関わる要因に分類するために因子分析を行った。要因ごとに分類された質問項目の回答傾向についてどのような服薬モデルが構築されたかを服薬している薬の違いおよび年齢の違いによって分析した。分析にあたっては、回答の割合による分析と因子得点による分析を行った。当初は、因子分析を行ったため因子得点のみで十分であると考えられたが、回答に欠損値が多く因子得点を算出できるデータ数が少なくなった。そのため、回答の割合による分析も合わせて行うことにした。

1 薬の分類

薬の作用は、中枢神経系の作用する薬物、心臓・血管系に作用する薬物、呼吸器・消化器・生殖器系に作用する薬物、物質代謝に作用する薬物などに分けられる（大鹿・吉岡・中井・富野，2001）。これらは、薬理学における詳細な分類であったため、主だった疾病から薬の分類を考えることにした。

厚生労働省は5大疾患として、がん、脳卒中、心臓病、糖尿病、精神疾患を挙げている。これらの疾病から考え、がんはがん等の薬、糖尿病は糖尿病等の薬とし、精神疾患の薬はうつ等の薬とした。また、脳卒中と心臓病は高血圧がリスク因子になり（磯部，2013：北川，2013）、高血圧の薬の服用が考えられたため高血圧等の薬とした。さらに、高血圧の患者に合併する疾患の一つに狭心症があるため狭心症等の薬とした。このように5つに分

類したが、日常生活の中で風邪や腹痛など一時的に使用する薬があるため症状緩和等の薬の6分類とした(表4-4)。

複数服薬している場合は、生命に関わる薬を最優先し、次に長期に服薬が必要な薬で自覚症状がある薬、長期服薬が必要で比較的自覚症状がない薬、一時的に使用する薬の順とした。薬剤の種類は、日常的に使われている病名などで表示することにし、がん等の薬、狭心症等の薬、高血圧等の薬、うつ等の薬、糖尿病等の薬、症状緩和等の薬とした。また、分類に際しては、経験年数40年の内科系の医師と経験年数4年目の看護師の助言を受けた。

表4-4 本研究で用いた薬の6分類

本研究での分類名	具体的な薬の種類	対象人数 (394名)	病状に関連する薬の分類
がん等の薬	抗がん薬、腎臓透析中の薬、免疫抑制剤、リウマチの薬など	(34名)	生命に関わり症状が持続する薬など
狭心症等の薬	狭心症の薬	(26名)	長期疾患で比較的自覚症状がみられ心臓・血管系に作用する薬など
高血圧等の薬	降圧剤・抗不整脈の薬など	(116名)	
うつ等の薬	抗うつ薬	(11名)	長期疾患で比較的自覚症状がみられ中枢神経系に作用する薬など
糖尿病等の薬	・血糖降下薬	(89名)	長期疾患で比較的自覚症状が出ない物質代謝に作用する薬など
	・高脂血症の薬		
	・ホルモン剤・カリウム・鉄・リン・骨粗しょう症の薬など		
症状緩和等の薬	・鎮痛剤・便秘薬・眠剤	(118名)	一時的な症状または薬の使用忘れがすぐに治療に影響を及ぼさない薬など
	・抗生剤・風邪薬・整腸薬・栄養剤・ビタミン剤		
	・塗り薬、点眼薬・点鼻薬など		

2 年齢の分類

年齢の区分については、有病率が高くなる 65 歳以上の高齢者の年齢を基準に考えることにした。高齢者を、前期高齢者（65～74 歳）、後期高齢者（75 歳以上）の 2 グループに分け、その他の年齢区分を行った（表 4-5）。他の年齢は、45～54 歳、55～64 歳と 10 歳毎とし、服薬率が低く同様な傾向が予想されたため 44 歳以下は一括りにした。44 歳以下は、10 代 7 名、20 代 39 名、30 代 47 名、40～44 歳 23 名であった。

表 4-5 対象者の年齢区分（合計 496 名）

	～44歳	45～54歳	55～64歳	65～74歳	75歳～
平均年齢	31.8	49.2	60	69	79
人数	114	61	129	108	84

3 服薬モデル構築に関わる要因の分類

34 問の質問項目のうち、複数回答があった 2 項目（項目 10, 11）については問いかけに不備があったと思われたため予め削除し、32 項目の質問に対し因子分析を行った。因子の抽出には重み付けのない最小二乗法を用いた。因子数は、固定値 1 以上の基準を設け、さらに因子の解釈の可能性も考慮して 6 因子とした。プロマックス回転を行った結果の因子パターンを表 4-6 に示した。なお、因子間の相関は、表 4-7 のようになった。分析には、統計パッケージ SPSS 19.0 for Windows を用いた。

第 1 因子は、「効果が期待できる」、「悪化を予防するのに役立つ」などに対して負荷量が高く、「薬の理解」に関する因子とした。第 2 因子は、「検査値がよくても飲む」、「予防で飲む」などに対して負荷量が高く、「予防で飲む」に関する因子とした。第 3 因子は、「自分の判断で薬を止めた」、「自分の考えで調整する」などに対して負荷量が高く、一方「止める時は医師に相談する」が負の負荷量が高く、「自己決定」に関する因子とした。

第 4 因子は、「うっかり飲み忘れたことがある」、「飲んだかどうか分からなくなる」などに対して負荷量が高く、「飲み忘れ」に関する因子とした。第 5 因子は、「薬の数や種類はもっと少なくてもいい」、「副作用が気になる」などに対して負荷量が高く、「デメリット」に関する因子とした。第 6 因子は、「薬による治療は身近な人は応援」、「飲み忘れない努力をしている」などに対して負荷量が高く、「飲む努力」に関する因子とした。薬の理解、予防で飲む、飲み忘れ、デメリット、飲む努力に対応する 6 因子が抽出された。

表 4-6 質問項目に対する因子パターン

	因子					
	1	2	3	4	5	6
	薬の理解	予防で飲む	自己決定	飲み忘れ	デメリット	飲む努力
Q6効果が期待できる	.782	-.120	.094	-.090	.007	.050
Q5悪化を予防するに役立つ	.650	.022	.023	.073	-.074	.188
Q7医者の説明は理解に役立つ	.580	-.122	-.073	.162	-.261	-.029
Q4必要な薬であると分かって飲む	.575	.087	.031	-.189	.088	-.107
Q8薬剤師の説明は理解に役立つ	.427	-.298	-.165	.381	-.082	-.112
Q25薬はいつまで飲めばよいか分かっている	.371	.070	-.054	.025	-.009	-.232
Q2_2検査値がよくても飲む	-.039	.799	-.103	.144	-.161	.122
Q1_2予防のために飲む	-.032	.775	-.053	.103	-.085	.133
Q1_1症状があると飲む	.025	-.644	.096	.230	.052	-.010
Q3_2医師から指示され飲む	.197	-.262	-.094	.062	.130	.011
Q27_1自分の判断で薬を止めた	-.028	-.097	.776	.116	-.099	.138
Q27_2止める時は医師に相談	.050	.127	-.743	.017	.104	-.025
Q26自分の考えで薬を調整	.041	-.026	.528	.037	.182	.055
Q24医者への不満から薬を止めた	-.018	-.025	.483	.029	.296	.011
Q27_3止める時は薬剤師に相談	-.270	-.189	-.480	.030	.013	.413
Q12うっかり飲み忘れたことがある	.006	-.004	.077	.540	.137	-.015
Q14飲んだかどうか分からなくなる	.050	.214	-.058	.540	.319	.026
Q15医師から忘れずに飲んでいるかと聞かれる	.080	.187	-.115	.492	.117	.086
Q23薬はうまく飲んでいる	.255	.136	.005	-.453	.019	.137
Q3_3身近な人から指示され飲む	.017	.067	.166	.404	-.162	.184
Q16食事は不規則	-.050	-.090	.134	.385	-.077	-.028
Q9飲み方が分からずに困った	-.148	.030	.192	.311	.200	.191
Q2_1検査値が悪いと飲む	.078	-.179	-.042	.309	.027	.072
Q20薬の数や種類はもっと少なくてもいい	-.066	-.088	-.052	.105	.655	-.126
Q17副作用が気になる	.058	-.232	.011	-.009	.447	.176
Q21薬を飲む作業はめんどろ	-.017	.114	.193	.268	.369	-.290
Q22薬代は負担	-.176	-.264	.058	.066	.353	.068
Q18薬に頼るのはよくない	-.166	-.250	-.059	-.089	.310	-.081
Q19薬による治療を身近な人は応援	.253	.051	.184	-.071	.227	.544
Q13飲み忘れない努力をしている	.054	.107	-.285	.035	.233	.424
Q27_4止める時は身近な人に相談	-.203	.109	.075	.132	-.177	.385
Q3_1自分からすすんで飲む	.021	.233	.121	.042	-.167	.343

重みづけのない最小二乗法、プロマックス回転

表4-7 因子間の相関

因子	1	2	3	4	5	6
1	1.000	.121	-.226	.024	-.109	.207
2	.121	1.000	-.298	-.138	.021	.081
3	-.226	-.298	1.000	.285	.252	-.046
4	.024	-.138	.285	1.000	.295	.079
5	-.109	.021	.252	.295	1.000	.157
6	.207	.081	-.046	.079	.157	1.000

因子抽出法: 重みなし最小二乗法 回転法: Kaiser の正規化を伴うプロマックス法

4 回答の割合による分析

各因子で負荷量が高かった項目を一つのグループとして分類し、設問で得られた回答者数と割合を算出した。分析の対象は、薬の種類別は、服薬が身近と思われた服薬中の394名（79.4%）とし、年齢別では496名全員を対象に分析を行った。

各質問に対する回答×「薬剤の種類別」、「年齢別」のクロス表を作成し χ^2 検定を行った。質問の回答は、2件法はそのままとし4件法は回答に偏りがあったため2つの回答に分類し直した（表4-8）。

2件法の設問については「はい」と「いいえ」の分類で分析を行った。4件法の設問については、以下のように2分類した。「薬の理解」では、効果の期待が「できる」と「できない」、悪化予防に「役に立つ」と「役に立たない」、薬の説明は「役立つ」と「役に立たない」、必要性やいつまで飲むかは「分かる」と「分からない」の2つに分類した。「自己決定」では、薬を「調整する」と「調整しない」、医者への不満・不信から薬を止めたことが「ある」と「ない」とした。

「飲み忘れ」では、薬を飲み「忘れる」と「忘れない」、飲んだかどうか分からないことが「ある」と「ない」、医師から忘れないかと聞かれるかは「ある」と「ない」、薬は全体として「うまくいっている」と「うまくいっていない」、不規則な食事が「多い」と「ない」、飲み方が分からず困ったことが「ある」と「ない」とした。

「デメリット」では、薬の数などは少なくともよいと「思う」と「思わない」、副作用が「気になる」と「気にならない」、飲む作業はめんどろと「思う」と「思わない」、薬代が「負担である」と「負担ではない」、薬を頼るのはよくないと「思う」と「思わない」にそれぞれ分類した。「飲む努力」では、身近な人は「応援してくれる」と「応援してくれない」、飲み忘れない努力を「している」と「していない」とした。

χ^2 検定は、Analyzed by JavaScript-STARで分析を行った。

表4-8 要因別による分析での分類

因子	質問項目	回件	分析での分類の説明(2件法はそのまま, 4件法は全て2つに分けた)
薬の理解	<p>6.薬を飲むことで、効果が期待できますか</p> <p>5.薬は病気の悪化を予防するのに役立つと思いますか</p> <p>7.医者がする薬の説明は、飲んでいる薬を理解するのに役立つと思いますか</p> <p>4.薬を飲む時は、自分に必要な薬であると分かって飲みますか</p> <p>8.薬剤師がする薬の説明は薬を理解するのに役立つと思いますか</p> <p>25.薬はいつまで飲めばよいか分かって飲みますか</p>	4件法	<p>「1.非常にできる」「2.できる」の回答を「できる」とし、「3.あまりできない」「4.できない」の回答を「できない」とした。「できる」「できない」の2つの選択×「薬剤の種類別」および「年齢別」とした。</p> <p>「1.非常に役立つ」「2.役立つ」の回答を「役立つ」とし、「3.あまり役立たない」「4.役立たない」の回答を「役立たない」とした。「役立つ」「役立たない」の2つの選択×「薬剤の種類別」および「年齢別」とした。</p> <p>「1.よく分かる」「2.分かる」の回答を「分かる」とし、「3.あまり分からない」「4.分からない」の回答を「分からない」とした。「分かる」「分からない」の2つの選択×「薬剤の種類別」および「年齢別」とした。</p> <p>「1.非常に役立つ」「2.役立つ」の回答を「役立つ」とし、「3.あまり役立たない」「4.役立たない」の回答を「役立たない」とした。「役立つ」「役立たない」の2つの選択×「薬剤の種類別」および「年齢別」とした。</p> <p>「1.よく分かる」「2.分かる」の回答を「分かる」とし、「3.あまり分からない」「4.分からない」の回答を「分からない」とした。「分かる」「分からない」の2つの選択×「薬剤の種類別」および「年齢別」とした。</p>
予防で飲む	<p>2-2.検査値がよくても予防のために飲む</p> <p>1-2.症状はなくても予防のために飲む</p> <p>1-1.症状があると飲む</p> <p>3-2.医師から指示されるので飲む</p>	2件法	「はい」「いいえ」の2つの選択×「薬剤の種類別」および「年齢別」とした。
自己決定	<p>27-1.自分の判断で薬を止めたことがある</p> <p>27-2.止める時は医師に相談する</p> <p>26.自分の考えで薬を調整することがありますか</p>	<p>2件法</p> <p>4件法</p>	<p>「はい」「いいえ」の2つの選択×「薬剤の種類別」および「年齢別」とした。</p> <p>「1.調整することが多い」「2.調整する」の回答を「調整する」とし、「3.調整することはあまりない」「4.調整はしない」の回答を「調整しない」とした。「調整する」「調整しない」の2つの選択×「薬剤の種類別」および「年齢別」とした。</p>

	<p>24. 医者への不満・不信から薬を止めたことがありますか</p> <p>27-3. 止める時は薬剤師に相談する</p>	2件法	<p>とした.</p> <p>「1.よくある」「2.ある」の回答を「ある」とし、「3.あまりない」「4.ない」の回答を「ない」とした.「ある」「ない」の2つの選択×「薬剤の種類別」および「年齢別」とした.</p> <p>「はい」「いいえ」の2つの選択×「薬剤の種類別」および「年齢別」とした.</p>
薬の飲み忘れ	<p>12. 薬をうっかり飲み忘れたことがありますか</p> <p>14. 飲んだかどうかわからなくなることがありますか</p> <p>15. 医師から、「薬は忘れずに飲んでいきますか」と聞かれたことはありますか</p> <p>23. 薬は全体としてうまく飲んでいる方だと思いますか</p> <p>3-3. 身近な人から指示されるので飲む</p> <p>16. 食事は不規則なことはありますか</p> <p>9. 薬の飲み方が分からずに困ったことはありますか</p> <p>2-1. 検査値が悪いと飲む</p>	<p>4件法</p> <p>2件法</p> <p>4件法</p> <p>4件法</p> <p>2件法</p>	<p>「1.よく忘れる」「2.忘れる」の回答を「忘れる」とし、「3.あまり忘れない」「4.忘れない」の回答を「忘れる」とした.</p> <p>「忘れる」「忘れない」の2つの選択×「薬剤の種類別」および「年齢別」とした.</p> <p>「1.よくある」「2.ある」の回答を「ある」とし、「3.あまりない」「4.ない」の回答を「ない」とした.「ある」「ない」の2つの選択×「薬剤の種類別」および「年齢別」とした.</p> <p>「1.非常にうまくいっている」「2.うまくいっている」の回答を「うまくいっている」とし、「3.あまりうまくいっていない」「4.うまくいっていない」の回答を「うまくいっていない」とした.「うまくいっている」「うまくいっていない」の2つの選択×「薬剤の種類別」および「年齢別」とした.</p> <p>「はい」「いいえ」の2つの選択×「薬剤の種類別」および「年齢別」とした.</p> <p>「1.とても多い」「2.多い」の回答を「多い」とし、「3.あまりない」「4.ない」の回答を「ない」とした.「多い」「ない」の2つの選択×「薬剤の種類別」および「年齢別」とした.</p> <p>「1.よくある」「2.ある」の回答を「ある」とし、「3.あまりない」「4.ない」の回答を「ない」とした.「ある」「ない」の2つの選択×「薬剤の種類別」および「年齢別」とした.</p> <p>「はい」「いいえ」の2つの選択×「薬剤の種類別」および「年齢別」とした.</p>
デメリット	<p>20. 薬の数や種類はもっと少なくてもいいと思うことがありますか</p>	4件法	<p>「1.よく思う」「2.思う」の回答を「思う」とし、「3.あまり思わない」「4.思わない」の回答を「思わない」とした.</p> <p>「思う」「思わない」の2つの選択×「薬剤の種類別」および「年齢別」とした.</p>

	<p>17.薬の副作用が気になりますか</p> <p>21.薬を飲む作業はめんどろと思うことがありますか</p> <p>22.薬代は負担ですか</p> <p>18.薬に頼るのはよくないと思いますか</p>		<p>「1.とても気になる」「2. 少し気になる」の回答を「気になる」とし、「3.あまり気にならない」「4.気にならない」の回答を「気にならない」とした。「気になる」「気にならない」の2つの選択×「薬剤の種類別」および「年齢別」とした.</p> <p>「1.よく思う」「2. 思う」の回答を「思う」とし、「3.あまり思わない」「4.思わない」の回答を「思わない」とした。「思う」「思わない」の2つの選択×「薬剤の種類別」および「年齢別」とした.</p> <p>「1.とても負担である」「2. 負担である」の回答を「負担である」とし、「3.あまり負担ではない」「4.負担ではない」の回答を「負担ではない」とした。「負担である」「負担ではない」の2つの選択×「薬剤の種類別」および「年齢別」とした.</p> <p>「1.よく思う」「2. 思う」の回答を「思う」とし、「3.あまり思わない」「4.思わない」の回答を「思わない」とした。「思う」「思わない」の2つの選択×「薬剤の種類別」および「年齢別」とした.</p>
飲む努力	<p>19.薬による治療を身近な人は応援してくれますか</p> <p>13.薬を飲み忘れないための努力をしていますか</p> <p>27-4.止める時は身近な人に相談する</p> <p>3-1.薬は自分からすすんで飲む</p>	<p>4件法</p> <p>2件法</p>	<p>「1.よく応援してくれる」「2. 応援してくれる」の回答を「応援してくれる」とし、「3.あまり応援してくれない」「4.応援はない」の回答を「応援はない」とした。「応援してくれる」「応援はない」の2つの選択×「薬剤の種類別」および「年齢別」とした.</p> <p>「1.よく努力している」「2. している」の回答を「している」とし、「3.あまりしていない」「4.していない」の回答を「していない」とした。「している」「していない」の2つの選択×「薬剤の種類別」および「年齢別」とした.</p> <p>「はい」「いいえ」の2つの選択×「薬剤の種類別」および「年齢別」とした.</p>

5 因子得点による分析

表 4-8 の 6 つの因子（薬の知識、予防で飲む、自己決定、薬の飲む忘れ、デメリット、飲む努力）の因子得点の平均値を算出した。ただし、設問に対する回答番号の 1~4 のうち 1 がより当てはまる回答になっているため、以下に示す因子得点はプラスとマイナスを逆転させた。また、無回答などの欠損があったため因子得点が算出できたのは薬の種類で

は134名で、年齢では182名であった。薬の種類のうち、うつ等の薬は人数が2名だったため分析からはずした。

4.3.3 薬の分類による分析

服用している薬の種類別で特徴をもつ服薬モデルを構築しているかどうかを回答の割合および因子得点から検討した。

1 回答の割合から服薬モデルの傾向性を検討

(1) 薬の理解 (表4-9, 図4-1)

薬の理解については、薬の効用や悪化予防への期待感、医師や薬剤師の薬の説明、薬の必要性や服用期間の理解の程度から検討した。表4-9に、「薬の理解」に関する質問項目に対し、薬の効果が期待「できる」、薬は病気の悪化を予防するのに「役立つ」、医師の説明や薬剤師の説明は「役立つ」、必要性が「分かる」、薬の服用期間が「分かる」と回答した人の薬の種類別の度数と割合を示した。

表4-9 「薬の理解」に関する質問項目に「できる」「役立つ」「分かる」と回答した人の薬の種類別の度数と割合

	がん等 n=34	狭心症等 n=26	高血圧等 n=116	うつ病等 n=11	糖尿病等 n=89	症状緩和等 n=118
項目	度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)
薬剤の効果が期待できる	25 (82.4) *(1)	25 (96.2)	110 (94.8)	10 (90.9)	86 (96.6) +	103 (87.3) *(1)
薬は悪化予防に役立つ	30 (88.2) *(1)	25 (96.2)	116 (100.0) **(1)	10 (90.9)	87 (97.8)	110 (93.2) +
医師の説明は役に立つ	29 (85.3)	25 (96.2)	100 (86.2)	9 (81.8)	81 (91.0)	96 (81.4)
薬の必要性が分かる	30 (88.2)	26 (100.0)	109 (94.0)	11 (100.0)	84 (94.4)	112 (94.9)
薬剤師の説明は役に立つ	23 (67.6) **(1)	22 (84.6)	93 (80.2) +	11 (100.0)	83 (93.3) *(1)	104 (88.1)
薬はいつまで飲むかわかる	26 (76.5)	16 (61.5)	66 (56.9)	8 (72.7)	50 (56.2)	68 (57.6)

+p<.10 *p<.05 **p<.01 (1) 有意に多い (1) 有意に少ない

「薬を飲むことで効果が期待できますか」は、「糖尿病等の薬」が多い傾向を示し、「がん等の薬」と「症状緩和等の薬」は有意に少なかった。「薬は病気の悪化を予防するのに役立つと思いますか」では、「高血圧等の薬」が有意に多く、「がん等の薬」が有意に少なく、「症状緩和等の薬」は少ない傾向を示した。

薬の説明に関しては、「医者がする薬の説明は飲んでる薬を理解するのに役立つと思

いますか」では、有意差はなくどの薬も 8 割以上の高い割合であった。「薬剤師がする薬の説明は薬を理解するのに役立つと思いますか」では、「糖尿病等の薬」が有意に多く、「がん等の薬」では有意に少なく、「高血圧等の薬」は少ない傾向を示した。

「自分に必要な薬であると分かって飲みますか」は、有意差はなくどの薬も 8 割以上の高い割合であった。「薬はいつまで飲めばよいか分かって飲みますか」は有意な差はなく、どの年齢も 5~7 割の割合で大きな差はなかった。

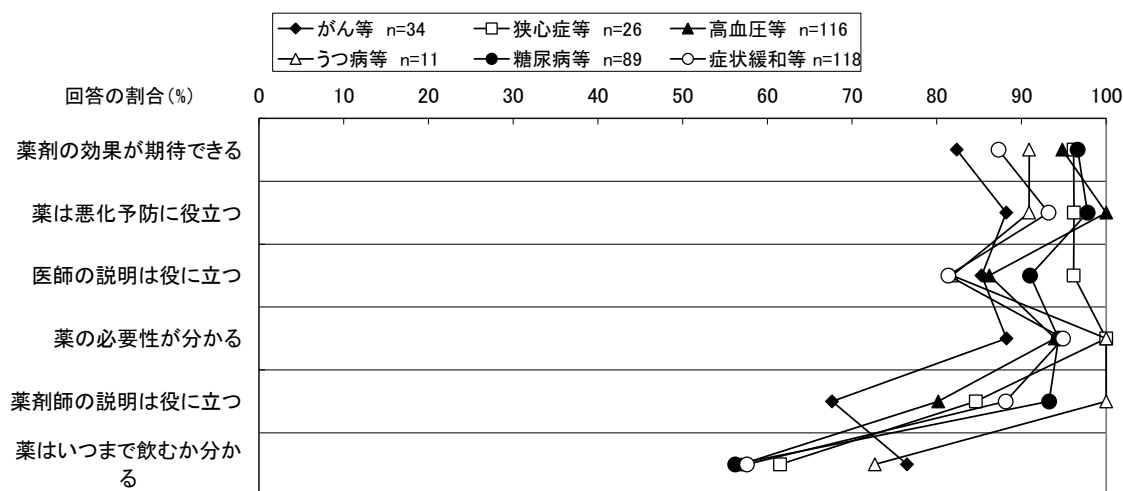


図 4-1 「薬の理解」に関する薬の種類別の割合

「がん等の薬」は、薬の効用や悪化予防への期待感、薬剤師の説明について相対的に低かった。薬剤師の説明は、医師から予め説明を受けているため薬剤師から受ける説明はあまり必要性を感じなかったと思われる。「高血圧等の薬」は、悪化予防に役立つが相対的に高く、薬剤師の説明が役立つという回答は相対的に低かったが、割合では 8 割の患者が薬剤師の説明は役立つと答えており、薬の説明に対して好意的に受け止めていると思われる。

「糖尿病等の薬」は、薬効への期待や薬剤師の説明が役立つという回答が相対的に高かった。「症状緩和等の薬」は、薬の効用や悪化予防への期待感は相対的に低かった。症状緩和の薬の使用目的は不快な症状を抑えることで、病因を取り除いたわけではなく症状は再発することが多い (大鹿・中井 2001)。そのため、薬の効果に期待しているものの、一時的には治っても痛みなどの再発があることに不安を感じている人がいると思われる。また、症状が軽減することで飲もうという気持ちが薄れるためにあえて飲む努力をしない状況も窺えた。

どの薬も薬の効用や悪化防止に期待感を持ち、薬の必要性や服薬期間に対する理解をしていた。薬の説明のうち、医師の説明は薬の種類別で大きな違いはなく、薬剤師の説明においても相対的な差はあるものの、全般的に高い割合を示し薬剤師の説明は役立つと考えていると思われる。

(2) 予防で飲む (表4-10, 図4-2)

予防で飲むについては、症状や検査値、医師の指示から検討した。表 4-10 に、「予防で飲む」に関する質問項目に対し「はい」と回答した人の薬の種類別の度数と割合を示した。

表 4-10 「予防で飲む」に関する質問項目に「はい」と回答した人の薬の種類別の度数と割合

	がん等 n=34	狭心症等 n=26	高血圧等 n=116	うつ病等 n=11	糖尿病等 n=89	症状緩和等 n=118
項目	度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)
検査値がよくても予防のために飲む	28 (82.4) ** (1)	18 (69.2)	72 (62.1) +	4 (36.4)	53 (59.6)	40 (33.9) ** (1)
症状はなくても予防のために飲む	25 (73.5) * (1)	20 (76.9) * (1)	68 (58.6)	6 (54.5)	53 (59.6)	50 (42.4) ** (1)
症状がある時に薬を飲む	14 (41.2) +	7 (26.9) ** (1)	59 (50.9)	4 (36.4)	48 (53.9)	85 (72.0) ** (1)
医師の指示で飲む	22 (64.7)	20 (76.9)	86 (74.1)	6 (54.5)	62 (69.7)	78 (66.1)

+p<.10 *p<.05 **p<.01 (1) 有意に多い (1) 有意に少ない

「検査値がよくても予防のために飲みますか」では、「がん等の薬」が有意に多く「高血圧等の薬」は多い傾向を示し、「症状緩和等の薬」が有意に少ない結果であった。「がん等の薬」と「高血圧等の薬」は、検査値を意識しながら予防的に服用している傾向がみられた。

症状に関しては、「症状はなくても予防のために飲みますか」では、「がん等の薬」と「狭心症等の薬」が有意に多く、反対に、「症状緩和等の薬」が有意に少ない結果が示された。しかし、「症状がある時に飲みますか」では、「症状緩和等の薬」が有意に多く、「狭心症等の薬」が有意に少なく、「がん等の薬」は少ない傾向を示した。「医師の指示で飲む」は、どの薬も 5～7 割程度の割合で薬の種類別で大きな差はなかった。

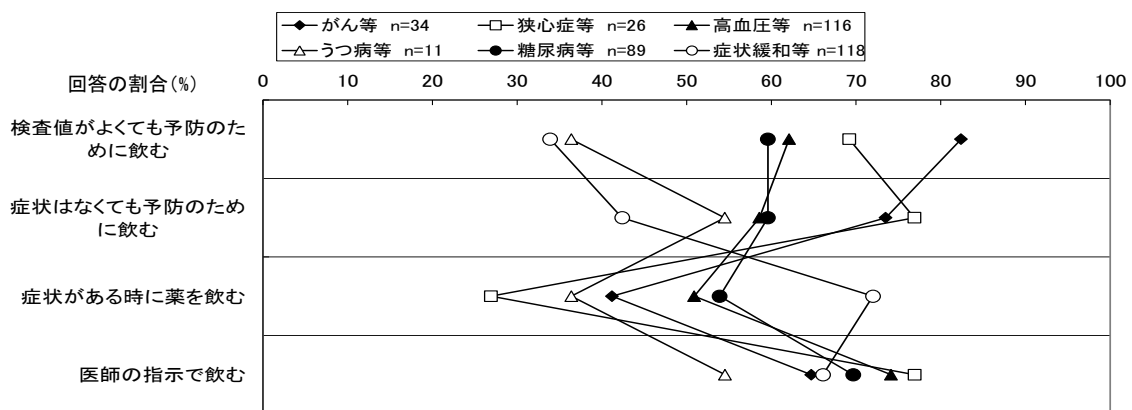


図 4-2 「予防で飲む」に関する薬の種類別の割合

「がん等の薬」は、症状がある時に飲むのではなく、症状を取るために予防的に飲む傾向がみられる。さらに、検査値がよくても予防のために飲む傾向を示した。「狭心症等の薬」は再発作が起こらないように、症状がある時に飲むのではなく、症状を取るために予防的に飲む傾向を示した。

「高血圧等の薬」は、症状がある場合に飲むと症状がなくても予防的に飲むとの割合が他の薬に比べ中間的な割合で、さらにその2つの割合にも差はなく、症状の有無で飲む人とそうでない人がいることが窺える。検査値については、検査値を気にしながら服用する傾向がみられた。「糖尿病等の薬」は他の薬に比べ中間的であり、「高血圧等の薬」と同様に血糖値などの検査値に気にしながら予防的な飲み方をしていると思われた。

「症状緩和等の薬」は、症状がある時だけに薬を飲む傾向を示し、市販薬を使用する機会が多いためか検査値への関心は薄いと思われた。「うつ病等の薬」では、人数が少ないため統計的な有意はみられなかったが、割合からみると症状をコントロールする目的で飲んでいる様子が推測された。症状の有無や検査値により薬を飲むかどうかは、薬の種類別で薬を飲む目的で異なっていると考えられる。

(3) 自己決定 (表4-11, 図4-3)

自己決定は、自己判断で中止、止める時の相談者、薬の調整、医師への不満から検討した。表4-11に、「自己決定」に関する質問項目に対し、「自分の判断で薬を止める」と「止める時は医師や薬剤師に相談する」は「はい」と回答した人、また、自分の考えで「調整する」、医者への不満などから薬を止めたことが「ある」と回答した人の薬の種類別の度数と割合を示した。

表4-11 「自己決定」に関する質問項目に「はい」「調整する」「ある」と回答した人の薬の種類別の度数と割合

	がん等 n=34	狭心症等 n=26	高血圧等 n=116	うつ病等 n=11	糖尿病等 n=89	症状緩和等 n=118
項目	度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)
自分の判断で止めたことがある	6 (17.6) *(1)	8 (30.8)	21 (18.1) **(1)	8 (72.7) **(1)	28 (31.5)	65 (55.1) **(1)
止める時は医師に相談する	29 (85.3) *(1)	21 (80.8)	88 (75.9) *(1)	8 (72.7)	56 (62.9)	66 (55.9) **(1)
薬の量などを調整する	4 (11.8) +	6 (23.1)	21 (18.1) *(1)	6 (54.5) *(1)	18 (20.2)	43 (36.4) **(1)
医師への不満などで止めたことがある	2 (5.9)	2 (7.7)	8 (6.9) +	2 (18.2)	9 (10.1)	21 (17.8) **(1)
止める時は薬剤師に相談する	5 (14.7)	5 (19.2)	29 (25.0)	3 (27.3)	16 (18.0)	20 (16.9)

+p<.10 *p<.05 **p<.01 (1) 有意に多い (↓) 有意に少ない

「自分の判断で薬を止めたことがありますか」は、「うつ病等の薬」と「症状緩和等の薬」が有意に多く、「がん等の薬」と「高血圧等の薬」は有意に少なかった。止める時の相談者については、「止める時は医師に相談するか」では、「がん等の薬」と「高血圧等の薬」が有意に多く、「症状緩和等の薬」が有意に少なかった。

「止める時は薬剤師に相談するか」は、有意差はなくいずれの薬も3割に満たなかった。「自分の考えで薬の量などを調整することがありますか」は、「うつ病等の薬」と「症状緩和等の薬」が有意に多く、「高血圧等の薬」が有意に少なく、「がん等の薬」は調整をしない傾向を示した。「医者への不満・不信から薬を止めたことがありますか」は、「症状緩和等の薬」が有意に多く、「高血圧等の薬」が少ない傾向を示した。

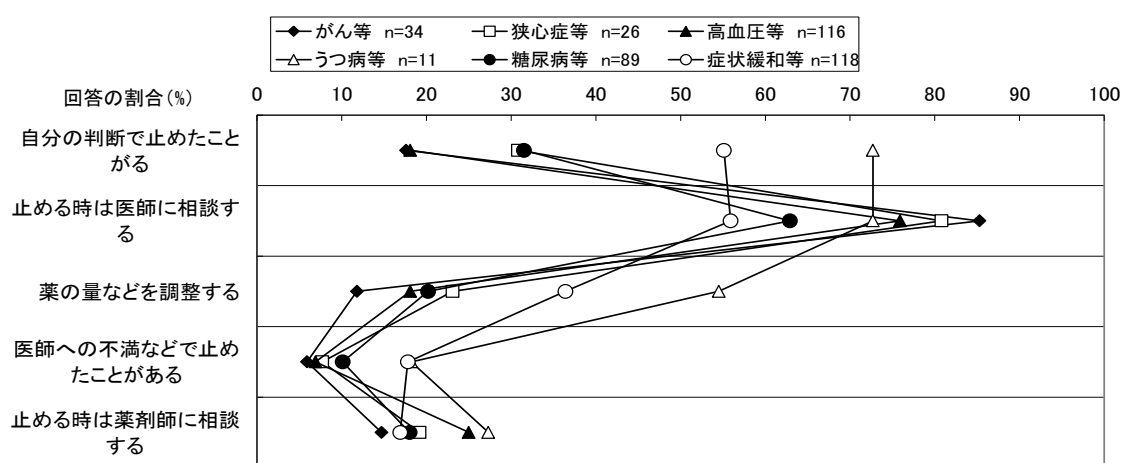


図 4-3 「自己決定」に関する薬の種類別の割合

「がん等の薬」は、医師と相談しながら自己判断で薬を止めることはない傾向を示した。「高血圧等の薬」は、医師に相談し自己判断をせず、さらに医師へ不満を抱くこともなく薬を飲んでいて、「うつ病等の薬」は、薬の量を調整し自己判断で薬を止める傾向が示された。「症状緩和等の薬」は、「高血圧等の薬」と正反対で、医師に相談せずに自己判断で薬を止めており、さらに、医師への不満で薬を止めるという回答は相対的に高かった。

(4) 飲み忘れ (表4-12, 図4-4①②)

飲み忘れについては、薬の飲み忘れ、医師や身近な人からの声掛け、食事の不規則性、薬の飲み方の理解、検査値から検討した。表 4-12 に、「飲み忘れ」に関する質問項目に対し、薬をうっかり「飲み忘れる」、飲んだかどうか分からないことが「ある」、医師から忘れずに飲んでいきますかと聞かれたことが「ある」、薬は「うまくいっている」、食事が不規則なことが「多い」、飲み方が分からず「困った」と回答した人、また、「身近な人の指示

で飲む」と「検査値が悪いと飲む」は「はい」と回答した人の薬の種類別の度数と割合を示した。

表 4-12 「飲み忘れる」に関する質問項目に「忘れる」「ある」「うまくいっている」「はい」「多い」と回答した人の薬の種類別の度数と割合

	がん等 n=34	狭心症等 n=26	高血圧等 n=116	うつ病等 n=11	糖尿病等 n=89	症状緩和等 n=118
項目	度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)
飲み忘れたことがある	10 (29.2)	5 (19.2) *(1)	36 (31.0)	2 (18.2)	33 (37.1)	57 (48.3) **(1)
飲んだかどうか分からないことがある	5 (14.7)	8 (30.8)	33 (28.4)	2 (18.2)	22 (24.7)	27 (22.9)
医師から「忘れずに飲んで いますか」と聞かれる	6 (17.6)	9 (34.6)	27 (23.3)	4 (36.4)	23 (25.8)	21 (17.8)
薬はうまく飲んでいる	32 (94.1)	23 (88.5)	107 (92.2)	10 (90.9)	82 (92.1)	106 (89.8)
身近な人の指示で飲む	4 (11.8)	1 (3.8)	3 (2.6)	0 (0.0)	6 (6.7)	12 (10.2)
食事が不規則である	5 (14.7)	9 (34.6)	20 (17.2)	2 (18.2)	13 (14.6)	31 (26.3)
飲み方が分からずに困った	2 (5.9)	1 (3.8)	13 (11.2)	1 (9.1)	10 (11.2)	16 (13.6)
検査値が悪いと薬を飲む	14 (41.2)	6 (23.1)	37 (31.9)	3 (27.3)	30 (33.7)	42 (35.6)

+p<.10 *p<.05 **p<.01 (1) 有意に多い (1) 有意に少ない

「薬をうっかり飲み忘れたことがありますか」では、「症状緩和等の薬」が有意に多く、「狭心症等の薬」が有意に少なかった。「飲んだかどうか分からないことがある」は有意な差はなく、いずれの薬も1～3割の割合であった。「医師から忘れずに飲んでいただけますかと聞かれたことはありますか」では有意な差はなく、どの薬も2～3割で差はなかった。「薬は全体としてうまく飲んでいる方だと思いますか」は有意な差はなく、どの薬も9割ほどの高い割合であった。

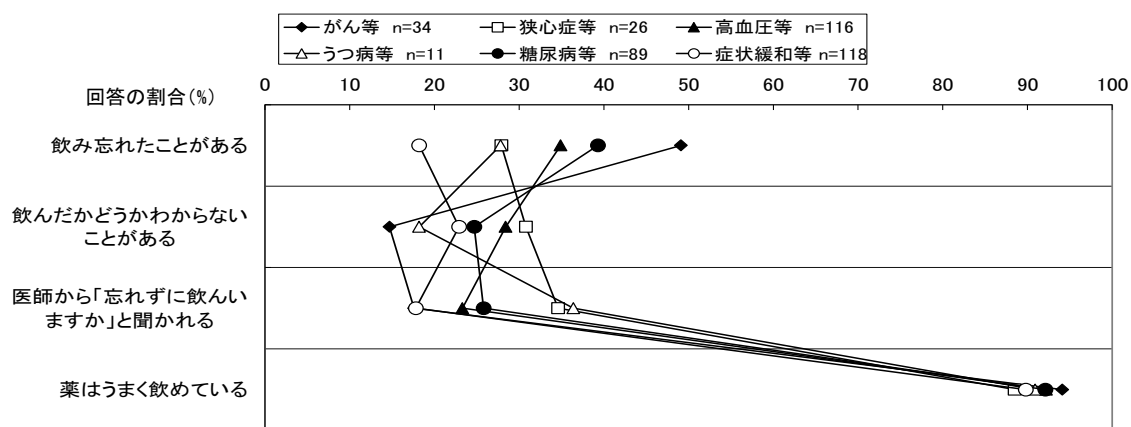


図 4-4① 「飲み忘れ」に関する薬の種類別の割合

また、身近な人の関わりでは、「身近な人の指示で飲む」は有意な差はなく、どの薬も1割程度か1割に満たない割合であった。「食事が不規則なことがありますか」は有意な差はなく、どの薬も1~3割の割合で大きな差はなかった。「薬の飲み方が分からずに困ったことがありますか」は有意な差はなく、どの薬も2割に満たなかった。検査については、「検査値が悪い時に薬を飲みますか」では、有意な差はなく、どの薬も半分以下の割合で大きな差はなかった。

「狭心症等の薬」は、薬の飲み忘れが少なく、反対に、「症状緩和等の薬」では飲み忘れが多かった。

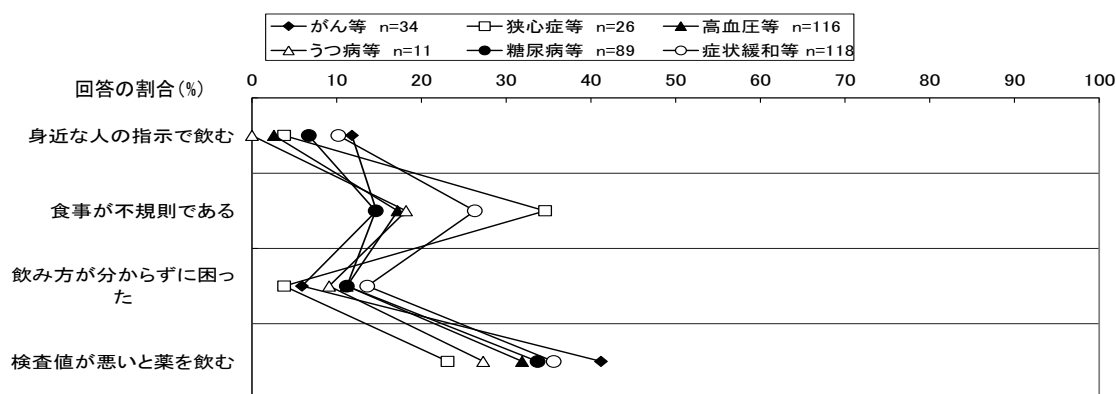


図 4-4② 「飲み忘れ」に関する薬の種類別の割合

(5) デメリット (表4-13, 図4-5)

デメリットについては、薬の数の多さ、副作用の負担感、薬を飲む作業、薬代の負担感、薬の依存性から検討した。表 4-13 に、「デメリット」に関する質問項目に対し、薬の数や種類は少ないほうがよいと「思う」、副作用は「気になる」、薬を飲む作業はめんどろと「思う」、薬代は「負担である」、薬の依存はよくないと「思う」と回答した人の薬の種類別の度数と割合を示した。

表 4-13 「デメリット」に関する質問項目に「思う」「気になる」「負担である」と回答した人の薬の種類別の度数と割合

	がん等 n=34	狭心症等 n=26	高血圧等 n=116	うつ病等 n=11	糖尿病等 n=89	症状緩和等 n=118
項目	度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)
薬の種類と数は少ないほうがよい	13 (38.2)	17 (65.4) +	53 (45.7)	8 (72.7) +	38 (42.7)	61 (51.7)
副作用は気になる	22 (64.7)	13 (50.0)	68 (58.6)	8 (72.7)	56 (62.9)	79 (66.9)
薬を飲む作業はめんどろと思う	14 (41.2)	12 (46.2)	42 (36.2)	1 (9.1) *(1)	28 (31.5) +	58 (49.2) *(1)
薬代は負担である	15 (44.1)	13 (50.0)	73 (62.9)	6 (54.4)	53 (59.6)	79 (66.9)
薬の依存はよくないと思う	12 (35.3) *(1)	10 (38.5)	59 (50.9)	5 (45.5)	51 (57.3)	68 (57.6) +

+p<.10 *p<.05 **p<.01 (1) 有意に多い (1) 有意に少ない

「薬の数や種類はもっと少なくてもいいと思うことがありますか」は、「狭心症等の薬」と「うつ病等の薬」は多い傾向を示した。「薬の副作用が気になりますか」では有意差はなく、どの薬も5～7割の割合を示した。

また、「薬を飲む作業はめんどろと思うことがありますか」は、「症状緩和等の薬」が有意に多く、「うつ病等の薬」は有意に少なく、「糖尿病等の薬」がめんどろではないという傾向を示した。「薬代は負担ですか」では有意差はなく、どの薬も4～6割の割合を示した。「薬に頼るのはよくないと思いますか」も有意な差はなく、どの薬も4～6割程度であった。

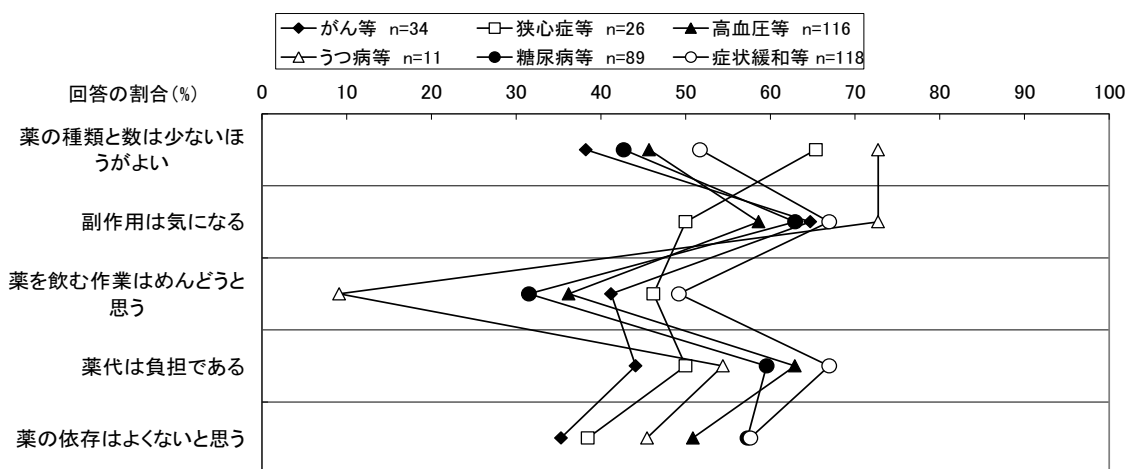


図 4-5 「デメリット」に関する薬の種類別の割合

「がん等の薬」は有意の差はなく、「副作用は気になる」割合は中間的であった。「狭心症等の薬」は、薬の数や種類の多さに対し負担を抱えている傾向がみられた。「うつ病等の薬」は、薬を飲む面倒さは感じていないが薬の数はもっと少ないほうがよいという傾向を示した。また、人数が少なく有意差はないものの「副作用が気になる」割合は他の薬に比べ高かった。抗うつ薬は服用してから効果があらわれるまでに数週間を要する（吉岡, 2001）。そのために、症状に合わせた薬を選択するまでに時間がかかり、その間に複数の薬を飲むこと負担に感じ、副作用についても不安に感じている様子が窺えた。

「糖尿病等の薬」は食事前後に飲まれる薬が多く食生活の一連の動作に服用が溶け込んでいるためか薬を飲む作業はめんどろとは思っていなかった。「症状緩和等の薬」は、薬を飲む作業を煩わしく思う傾向を示した。

(6) 飲む努力 (表 4-14, 図 4-6)

飲む努力については、身近な人の応援や相談、飲み忘れない努力、自らすすんで飲む姿

勢から検討した。

表 4-14 に、「飲む努力」に関する質問項目に対し、薬による治療を身近な人は「応援してくれる」、忘れない「努力をしている」と回答した人、また、「止める時は身近な人に相談する」と「自分からすすんで飲む」は「はい」と回答した人の薬の種類別の度数と割合を示した。

表 4-14 「飲む努力」に関する質問項目に「応援してくれる」「している」「はい」と回答した人の薬の種類別の度数と割合

	がん等 n=34	狭心症等 n=26	高血圧等 n=116	うつ病等 n=11	糖尿病等 n=89	症状緩和等 n=118
項目	度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)
薬による治療を身近な人は応援してくれる	25 (73.5)	16 (61.5)	68 (58.6)	7 (63.6)	57 (64.0)	61 (51.7)
飲み忘れない努力をしている	24 (70.6)	23 (88.5) +	88 (75.9) +	8 (72.7)	70 (78.7) +	65 (55.1) **(1)
止める時は身近な人に相談する	5 (14.7)	4 (15.4)	17 (14.7)	1 (9.1)	11 (12.4)	13 (11.0)
自らすすんで飲む	20 (58.8)	14 (53.9)	62 (53.5)	7 (63.6)	50 (56.2)	72 (61.0)

+p<.10 *p<.05 **p<.01 (1) 有意に多い (1) 有意に少ない

身近な人の関わりでは、「薬による治療を身近な人は応援してくれますか」は、有意差はなくどの薬も 5~7 割で大きな差はなかった。「止める時は身近な人に相談するか」は、有意差はなくどの薬も 2 割に満たなかった。「薬を飲み忘れないための努力をしていますか」は、「狭心症等の薬」と「高血圧等の薬」、「糖尿病等の薬」は努力をしている傾向を示し、「症状緩和等の薬」が有意に少なかった。「自らすすんで飲む」では有意差はなくどの薬も 5~7 割で差はなかった。

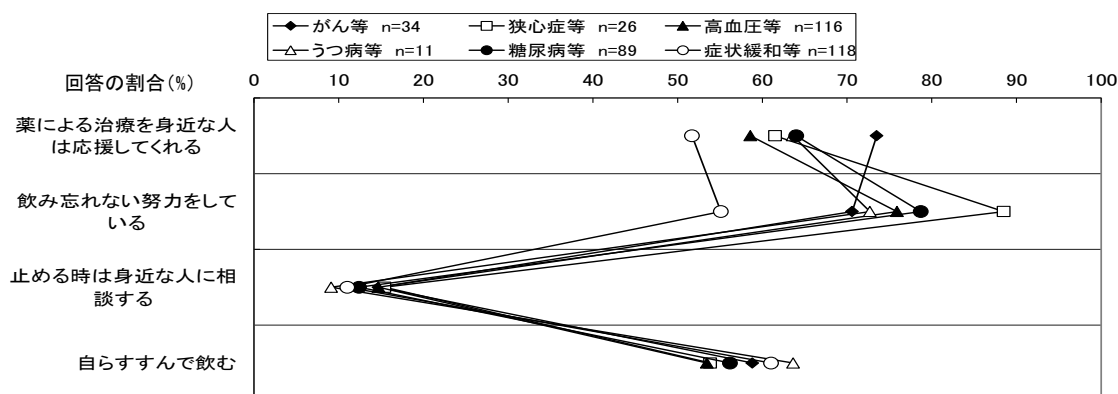


図 4-6 「飲む努力」に関する薬の種類別の割合

「狭心症等の薬」、「高血圧等の薬」、「糖尿病等の薬」は、薬を飲み忘れない努力をする傾向を示したが、反対に、「症状緩和等の薬」は、努力はしない様子がみられた。

2 因子得点から服薬モデルの傾向性を検討 (図 4-7)

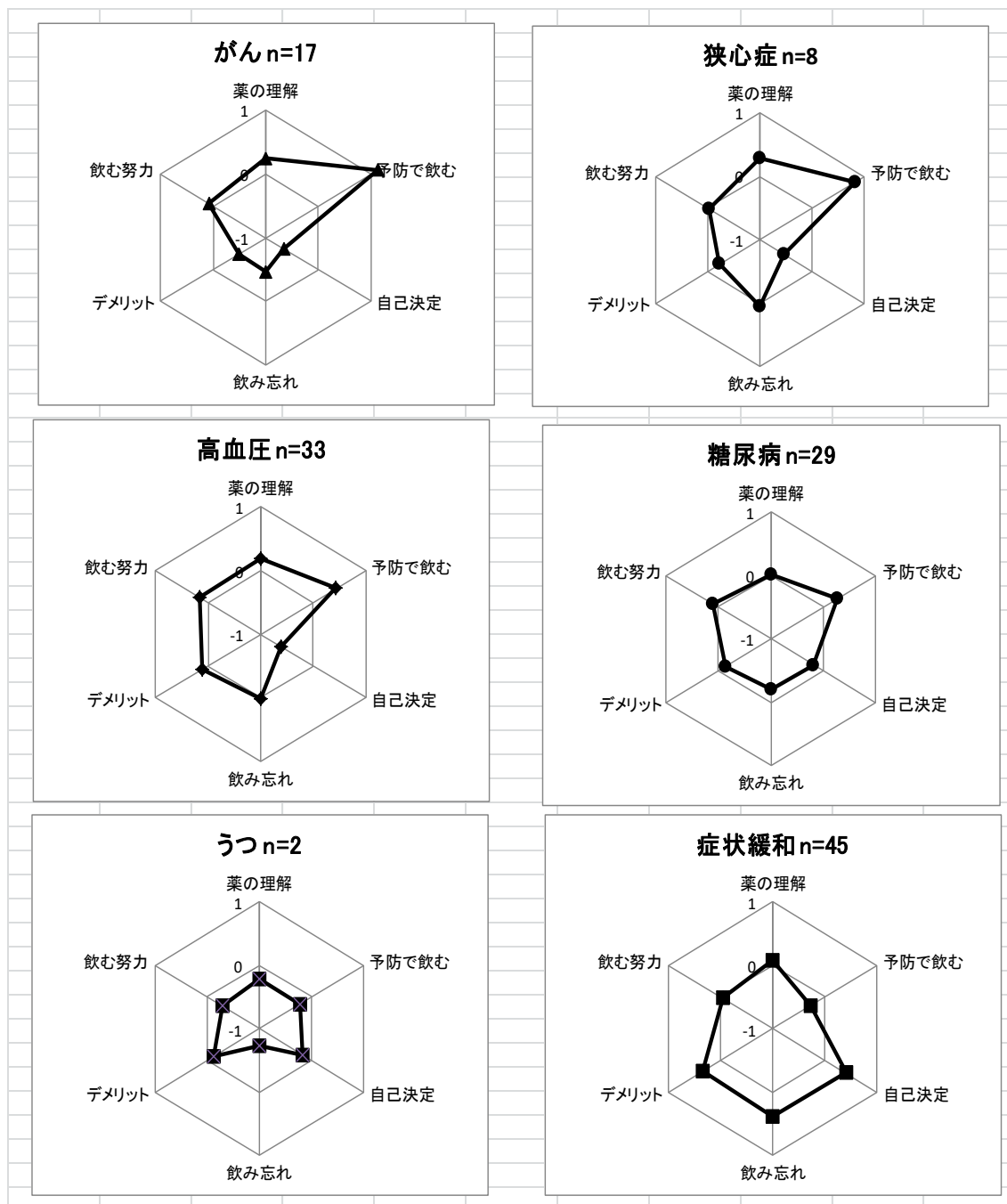


図 4-7 薬の種類別の因子得点

「がん等の薬」は、予防で飲む傾向が強く、自己決定と薬の飲み忘れ、デメリットは極

めて低い傾向を示した。薬の理解と飲む努力については平均的であった。「狭心症等の薬」は、がんの薬と類似していたが、がんの薬と比べて、飲み忘れとデメリットが高く、薬の理解もいくぶん高かった。「高血圧等の薬」は、がんや狭心症の薬と同様に予防で薬を飲み自己決定の程度は低かった。他の因子はほぼ平均的であった。

「糖尿病等の薬」は、6因子ともにほぼ平均的な値を示した。「症状緩和等の薬」は、予防で飲むが低く自己決定が高い傾向を示した。また、飲み忘れやデメリットも高い傾向がみられた。薬の知識と飲む努力は平均的であった。

4.3.4 年齢の分類による分析

年齢別で服薬モデルの構築が異なるかどうかを回答の割合および因子得点から検討する。

1 回答の割合から服薬モデルの傾向性を検討

(1) 薬の理解 (表4-15, 図4-8)

薬の理解について、薬の効用や悪化予防への期待感、医師や薬剤師の薬の説明、薬の必要性や服用期間の理解の程度から検討した。表 4-15 に、「薬の理解」に関する質問項目に対し、薬の効果が期待「できる」、薬は病気の悪化を予防するのに「役立つ」、医師の説明や薬剤師の説明は「役立つ」、必要性が「分かる」、薬の服用期間が「分かる」と回答した人の年齢別の度数と割合を示した。

表 4-15 「薬の理解」に関する質問項目に「できる」「役立つ」「分かる」と回答した人の年齢別の度数と割合

	~44歳 n=114	45~54歳 n=61	55~64歳 n=129	65~74歳 n=108	75歳~ n=84	
項目	度数(%)	度数(%)	度数(%)	度数(%)	度数(%)	
薬剤の効果が期待できる	108 (94.7)	58 (95.1)	117 (90.7)	101 (93.5)	68 (81.0)	** (1)
薬は悪化予防に役立つ	109 (95.6)	59 (96.7)	123 (95.3)	104 (96.3)	74 (88.1)	
医師の説明は役に立つ	103 (90.4)	54 (88.5)	108 (83.7)	92 (85.2)	69 (82.1)	
薬の必要性が分かる	103 (90.4) +	60 (98.4) ** (1)	121 (93.8) ** (1)	100 (92.6) ** (1)	74 (88.1)	
薬剤師の説明は役に立つ	105 (92.1)	53 (86.9)	108 (83.7)	83 (76.9)	73 (86.9)	
薬はいつまで飲むか分かる	63 (55.3)	39 (63.9)	81 (62.8)	67 (62.0)	41 (48.8)	

+p<.10 *p<.05 **p<.01 (1) 有意に多い (1) 有意に少ない

「薬を飲むことで効果が期待できますか」は、「75歳～」が有意に少なかった。「薬は病気の悪化を予防するのに役立つと思いますか」は有意差がなく、いずれの年齢も9割で大きな差はなかった。医師や薬剤師の説明については、「医者がする薬の説明は、飲んでいる薬を理解するのに役立つと思いますか」は有意な差はなく、どの年齢においても8割以上の高い割合を示した。「薬剤師がする薬の説明は、薬を理解するのに役立つと思いますか」は有意な差はなく、7～8割以上の高い割合であった。

「自分に必要な薬であると分かって飲みますか」は、「～44歳」は多い傾向を示し、「45～54歳」、「55～64歳」、「65～74歳」は有意に多かった。「75歳～」は有意差はなく、割合は9割に満たなかった。「薬はいつまで飲めばよいか分かって飲みますか」は有意な差はなく、どの年齢も5～6割の割合で大きな差はなかった。

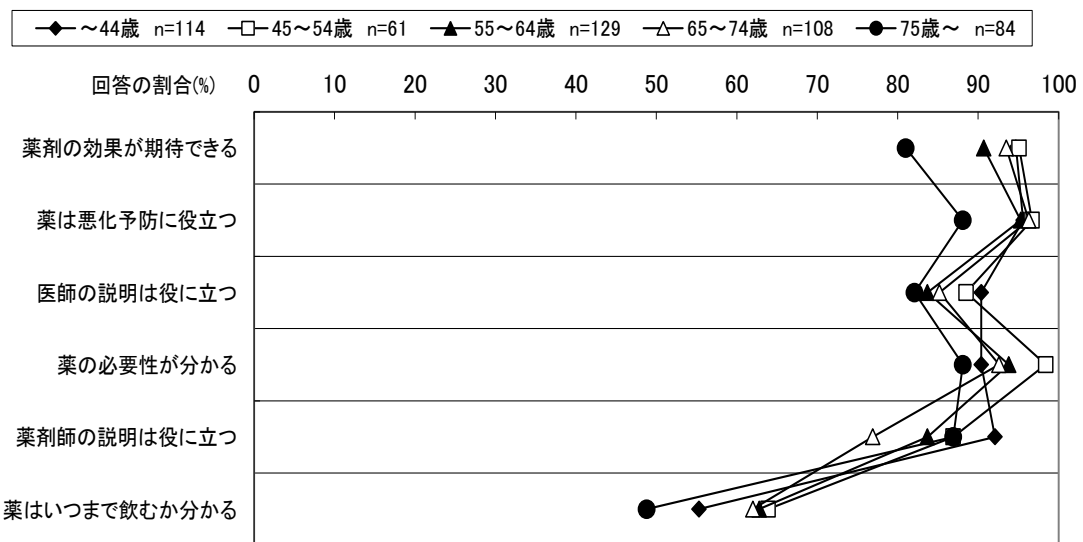


図 4-8 「薬の理解」に関する年齢別の割合

「～44歳」、「45～54歳」、「55～64歳」、「65～74歳」は、薬の必要性は分かる傾向を示した。「75歳～」では、薬の必要性の理解の割合が9割未満で、薬の効果への期待感も低く、他の年齢とは異なっていた。

(2) 予防で飲む (表4-16, 図4-9)

予防で飲むについては、症状や検査値、医師の指示から検討した。表 4-16 に、「予防で飲む」に関する質問項目に対し「はい」と回答した人の年齢別の度数と割合を示した。

「検査値がよくても予防で飲みますか」では、「～44歳」は有意に少なく、「45～54歳」は少ない傾向を示し、「65～74歳」と「75歳～」は有意に多かった。「～44歳」と「45～54歳」は、検査値がよくなると予防では飲まず、「65～74歳」と「75歳～」は、検査

値を意識しながら予防的に服用している傾向が強かった。

表 4-16 「予防で飲む」に関する質問項目に「はい」と回答した人の年齢別の度数と割合

	～44歳 n=114	45～54歳 n=61	55～64歳 n=129	65～74歳 n=108	75歳～ n=84
項目	度数(%)	度数(%)	度数(%)	度数(%)	度数(%)
検査値がよくても予防のために飲む	24 (21.1) ** (1)	22 (36.1) +	64 (49.6)	61 (56.5) ** (1)	56 (66.7) ** (1)
症状はなくても予防のために飲む	38 (33.3) ** (1)	21 (34.4) * (1)	64 (49.6)	56 (51.9)	57 (67.9) ** (1)
症状がある時に薬を飲む	94 (82.5) ** (1)	47 (77.0) ** (1)	72 (55.8)	51 (47.2) ** (1)	35 (41.7) ** (1)
医師の指示で飲む	90 (78.9)	40 (65.6)	96 (74.4)	70 (64.8)	55 (65.5)

+p<.10 *p<.05 **p<.01 (1) 有意に多い (1) 有意に少ない

症状については、「症状はなくても予防のために飲みますか」は、「～44歳」と「45～54歳」は有意に少なく、「75歳～」が有意に多かった。「症状がある時に飲みますか」では、反対に「～44歳」と「45～54歳」が有意に多く、「65～74歳」と「75歳～」は有意に少なかった。「～44歳」は、症状がある時に飲むことが多く予防的な薬の飲み方はしない傾向を示した。一方、「75歳～」は、症状を取るために予防的な服用をしている様子が窺えた。「医師の指示で飲む」は、有意差はなくどの年齢も6～8割程度の割合で大きな差はなかった。

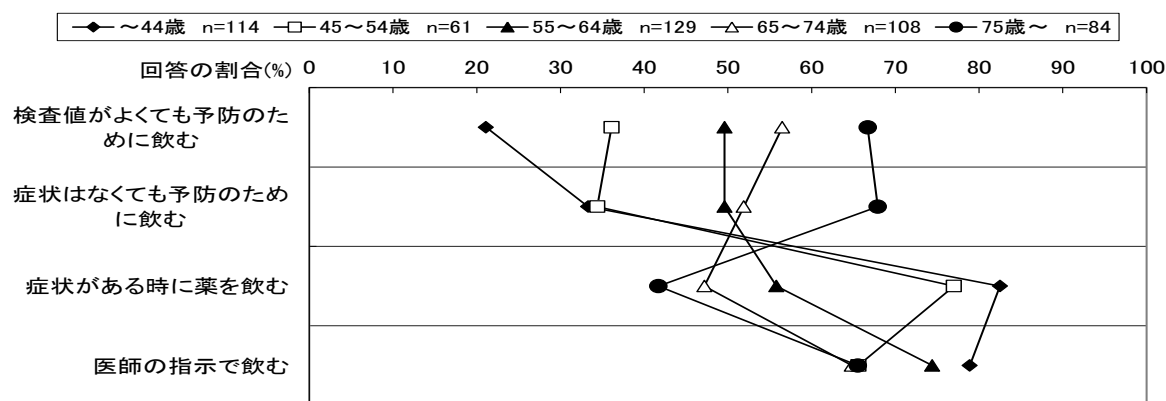


図 4-9 「予防で飲む」に関する年齢別の割合

「～44歳」と「45～54歳」は、検査値が悪い時や症状の有無に左右され、予防の目的で薬を飲んではいない。その後、年齢が増すにつれ予防的に薬を飲む傾向が強くなり、「65～74歳」と「75歳～」では、検査値や症状が落ち着いていても薬を飲んでいる様子がみ

られた。

(3) 自己決定 (表4-17, 図4-10)

自己決定は、自己判断で中止、止める時の相談者、薬の調整、医師への不満から検討した。表 4-17 に、「自己決定」に関する質問項目に対し、「自分の判断で薬を止める」と「止める時は医師や薬剤師に相談する」は「はい」と回答した人、また、自分の考えで「調整する」、医者への不満などから薬を止めたことが「ある」と回答した人の年齢別の度数と割合を示した。

表 4-17 「自己決定」に関する質問項目に「はい」「調整する」「ある」と回答した人の年齢別の度数と割合

	~44歳	45~54歳	55~64歳	65~74歳	75歳~
	n=114	n=61	n=129	n=108	n=84
項目	度数(%)	度数(%)	度数(%)	度数(%)	度数(%)
自分の判断で止めたことがある	74 (64.9) ** (1)	25 (41.0)	49 (38.0)	27 (25.0) ** (1)	20 (23.8) ** (1)
止める時は医師に相談する	53 (46.5) ** (1)	40 (65.6)	80 (62.0)	82 (75.9) ** (1)	53 (63.1)
薬の量などを調整する	34 (29.8)	16 (26.2)	29 (22.5)	24 (22.2)	20 (23.8)
医師への不満などで止めたことがある	27 (23.7) ** (1)	8 (13.1)	12 (9.3)	7 (6.5) * (1)	9 (10.7)
止める時は薬剤師に相談する	16 (14.0)	13 (21.3)	22 (17.1)	27 (25.0)	19 (22.6)

+p<.10 *p<.05 **p<.01 (1) 有意に多い (1) 有意に少ない

「自分の判断で薬を止めたことがありますか」は、「~44 歳」が有意に多く、「65~74 歳」と「75 歳~」は有意に少なかった。年齢が増すとともに自己判断で止める割合が徐々に減少する様子がみられた。

止める時の相談者では、「止める時は医師に相談する」は、「~44 歳」が有意に少なく、「65~74 歳」は有意に多かった。「止める時は薬剤師に相談する」は有意の差はなく、どの年齢も 2 割前後の割合で差はなかった。「自分の考えで薬の量などを調整することがありますか」は有意の差はなく、どの年齢も 3 割未満の割合で差はなかった。「医者への不満・不信から薬を止めたことがありますか」は、「~44 歳」が有意に多く、「65~74 歳」が有意に少なかった。

「~44 歳」は、医師への不満で薬を止めたり、医師に相談せずに自己判断で薬を止める傾向が強かった。「65~74 歳」になると、自己判断せずに医師との関係性を良好に保持しながら薬を飲む傾向がみられた。「75 歳~」は、自己判断で薬を止めることはなく医師から言われる通りに服用している様子がみられた。

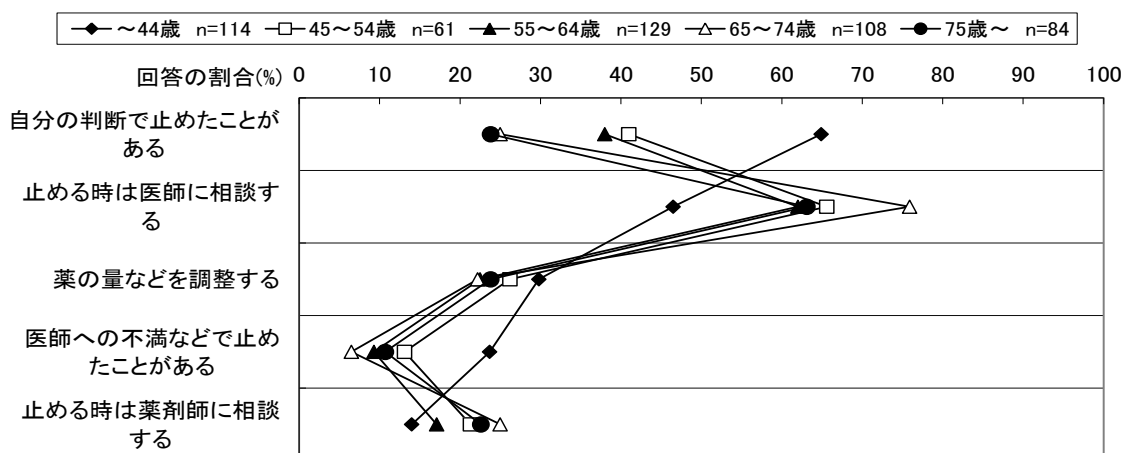


図 4-10 「自己決定」に関する年齢別の割合

(4) 飲み忘れ (表4-18, 図4-11①②)

飲み忘れについては、薬の飲み忘れ、医師や身近な人からの声掛け、食事の不規則性、薬の飲み方の理解、検査値から検討した。表 4-18 に、「飲み忘れ」に関する質問項目に対し、薬をすっかり「飲み忘れる」、飲んだかどうか分からないことが「ある」、医師から忘れずに飲んでいきますかと聞かれたことが「ある」、薬は「うまくいっている」、食事が不規則なことが「多い」、飲み方が分からず「困った」と回答した人、また、「身近な人の指示で飲む」と「検査値が悪いと飲む」は「はい」と回答した人の年齢別の度数と割合を示した。

表 4-18 「飲み忘れる」に関する質問項目に「忘れる」「ある」「うまくいっている」「はい」「多い」と回答した人の年齢別の度数と割合

	~44歳 n=114	45~54歳 n=61	55~64歳 n=129	65~74歳 n=108	75歳~ n=84
項目	度数(%)	度数(%)	度数(%)	度数(%)	度数(%)
飲み忘れたことがある	56 (49.1) ** (1)	17 (27.9)	45 (34.9)	30 (27.8) * (1)	33 (39.3)
飲んだかどうか分からないことがある	22 (19.3)	11 (18.0)	22 (17.1)	28 (25.9)	28 (33.3)
医師から「忘れずに飲んでいきますか」と聞かれる	24 (21.1)	9 (14.8)	22 (17.1)	20 (18.5)	27 (32.1) ** (1)
薬はうまく飲んでいる	102 (89.5) * (1)	58 (95.1)	113 (87.6)	103 (95.4) +	78 (92.9)
身近な人の指示で飲む	18 (15.8) ** (1)	4 (6.6)	5 (3.9) +	3 (2.8) * (1)	7 (8.3)
食事が不規則である	38 (33.3) ** (1)	23 (37.7) ** (1)	26 (20.2)	14 (13.0) * (1)	7 (8.3) ** (1)
飲み方が分からずに困った	17 (14.9) +	10 (16.4)	6 (4.7) * (1)	5 (4.6) * (1)	15 (17.9) * (1)
検査値が悪いと薬を飲む	59 (51.8) ** (1)	28 (45.9)	45 (34.9)	28 (25.9) ** (1)	22 (26.2) * (1)

+p<.10 *p<.05 **p<.01 (1) 有意に多い (1) 有意に少ない

「薬をうっかり飲み忘れたことがありますか」は「～44歳」が有意に多く、「65～74歳」は有意に少なかった。「薬を飲んだかどうか分からないことがある」は有意の差はなく、どの年齢も2～3割程度であった。「医師から忘れずに飲んでいきますかと聞かれる」は、「75歳～」が有意に多かった。「薬は全体としてうまく飲めている方だと思いますか」は、「～44歳」が有意に少なく、「65～74歳」は多い傾向を示した。

また、身近な人の関わりでは、「身近な人の指示で飲む」は、「～44歳」が有意に多く、「55～64歳」が少ない傾向を示し「65～74歳」が有意に少なかった。「食事が不規則である」は、「～44歳」と「45～54歳」は有意に多く、「65～74歳」と「75歳～」は有意に少なかった。「薬の飲み方が分からずに困ったことがありますか」は、「～44歳」は多い傾向を示し、「55～64歳」と「65～74歳」は有意に少なく、「75歳～」が有意に多かった。「検査値が悪い時に薬を飲みますか」は、「～44歳」が有意に多く、「65～74歳」と「75歳～」は有意に少なかった。

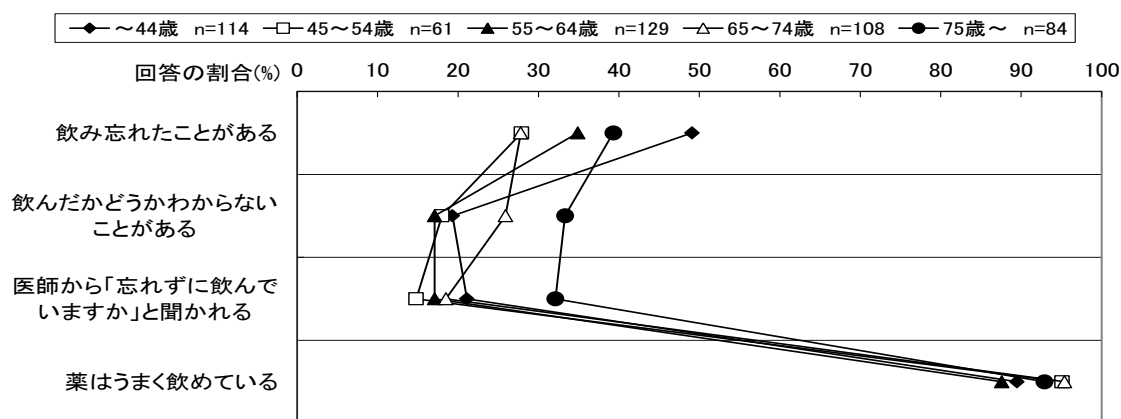


図 4-11① 「飲み忘れ」に関する年齢別の割合

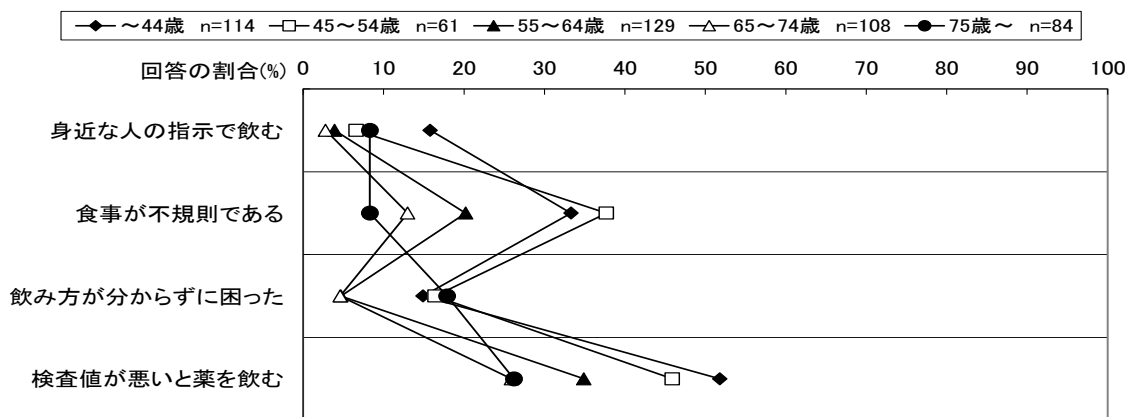


図 4-11② 「飲み忘れ」に関する年齢別の割合

「～44歳」は、薬の飲み忘れが多く薬はうまく飲んでいるとは思っていない傾向を示した。また、身近な人の指示で薬を飲み、不規則な食生活を送っていた。「45～54歳」は、「～44歳」と同様に不規則な食生活を送っている様子がみられた。しかし、「65～74歳」では、「～44歳」と正反対で、薬の飲み忘れはなく薬はうまく飲んでいる傾向を示す。身近な人の指示で薬を飲むことはなく食生活も規則的であった。「75歳～」は、食事は規則的であるが、薬の飲み方が分からずに困る様子が窺えた。また、医師から服用確認を受ける傾向が示された。年齢別では、薬の飲み忘れに仕事などの社会的環境や物忘れなどが影響していると思われた。

(5) デメリット (表4-19, 図4-12)

デメリットについては、薬の数の多さ、副作用の負担感、薬を飲む作業、薬代の負担感、薬の依存性から検討した。表4-19に、「デメリット」に関する質問項目に対し、薬の数や種類は少ないほうがよいと「思う」、副作用は「気になる」、薬を飲む作業はめんどろと「思う」、薬代は「負担である」、薬の依存はよくないと「思う」と回答した人の年齢別の度数と割合を示した。

表4-19 「デメリット」に関する質問項目に「思う」「気になる」「負担である」と回答した人の年齢別の度数と割合

	～44歳 n=114	45～54歳 n=61	55～64歳 n=129	65～74歳 n=108	75歳～ n=84
項目	度数(%)	度数(%)	度数(%)	度数(%)	度数(%)
薬の種類と数は少ないほうがよい	61 (53.5)	27 (44.3)	65 (50.4)	53 (49.1)	35 (41.7)
副作用は気になる	81 (71.1) +	47 (77.0) *(1)	86 (66.7)	66 (61.1)	37 (44.0) **(1)
薬を飲む作業はめんどろと思う	59 (51.8) **(1)	24 (39.3)	45 (34.9)	35 (32.4) +	32 (38.1)
薬代は負担である	79 (69.3) +	45 (73.8) +	90 (69.8) *(1)	58 (53.7) *(1)	32 (38.1) **(1)
薬の依存はよくない	73 (64.0)	31 (50.8)	73 (56.6)	60 (55.6)	37 (44.0)

+p<.10 *p<.05 **p<.01 (1) 有意に多い (↓) 有意に少ない

「薬の数や種類はもっと少なくてもいいと思うことがありますか」は有意な差はなく、4～5割の割合であった。「薬の副作用が気になりますか」は、「45～54歳」が有意に多く、「75歳～」は有意に少なく、「～44歳」は多い傾向を示した。

また、「薬を飲む作業はめんどろと思うことがありますか」は、「～44歳」は有意に多く、「65～74歳」は少ない傾向を示した。「薬代は負担ですか」は、「55～64歳」は有意に多く、「65～74歳」と「75歳～」は有意に少なく、「～44歳」と「45～54歳」は少ない傾

向を示した。「薬に頼るのはよくないと思いますか」は有意な差はなく、4～6割の割合で大きな差はなかった。

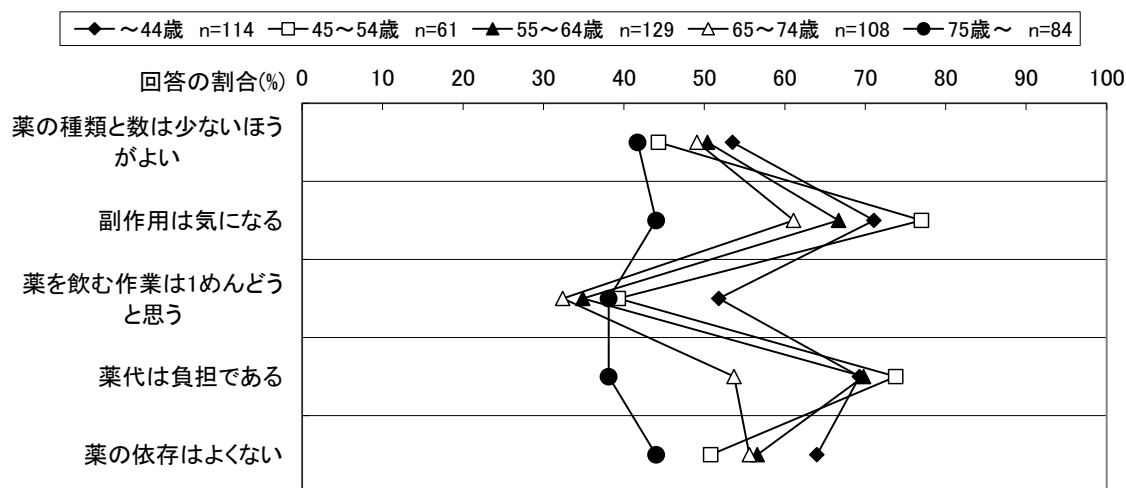


図 4-12 「デメリット」に関する年齢別の割合

「～44歳」は、副作用や飲む作業、薬代に負担を感じており薬のデメリットが高いと思われた。「45～54歳」は「～44歳」と同様で、副作用や薬代を負担に感じており薬のデメリットが高いと思われた。「55～64歳」は、薬代に負担感を持ち経済的な影響を気にする様子がみられた。「65～74歳」になると、薬を飲む作業は気にならず薬代への負担感が減少し、副作用も相対的に低いことからデメリットが低くなっていると思われる。「75歳～」になると、副作用や薬代の負担が減る傾向が強くなり、「65～74歳」よりもさらに薬のデメリットが低くなっている様子がみられる。

(6) 飲む努力 (表4-20, 図4-13)

飲む努力については、身近な人の応援や相談、飲み忘れない努力、自らすすんで飲む姿勢から検討した。表 4-20 に、「飲む努力」に関する質問項目に対し、薬による治療を身近な人は「応援してくれる」、忘れない「努力をしている」と回答した人、また、「止める時は身近な人に相談する」と「自分からすすんで飲む」は「はい」と回答した人の年齢別の度数と割合を示した。

身近な人の関わりでは、「薬による治療を身近な人は応援してくれますか」は有意な差はなく、どの年齢も5～7割で大きな差はなかった。「止める時は身近な人に相談する」は、「～44歳」が有意に多かった。「薬を飲み忘れないための努力をしていますか」は、「～44歳」と「45～54歳」は有意に少なく、「65～74歳」と「75歳～」は有意に多かった。「自らすすんで飲む」は有意な差はなく、どの年齢も5～6割程度の割合を示した。

表 4-20 「飲む努力」に関する質問項目に「応援してくれる」「している」「はい」と回答した人の年齢別の度数と割合

	～44歳 n=114	45～54歳 n=61	55～64歳 n=129	65～74歳 n=108	75歳～ n=84
項目	度数(%)	度数(%)	度数(%)	度数(%)	度数(%)
薬による治療を身近な人は応援してくれる	63 (55.3)	36 (59.0)	72 (55.8)	60 (55.6)	55 (65.5)
飲み忘れない努力をしている	56 (49.1) ** (↓)	33 (54.1) * (↓)	85 (65.9)	86 (79.6) ** (↑)	64 (76.2) * (↑)
止める時は身近な人に相談する	25 (21.9) * (↑)	8 (13.1)	14 (10.9)	11 (10.2)	16 (19.0)
自らすすんで飲む	60 (52.6)	36 (59.0)	59 (45.7)	60 (55.6)	46 (54.8)

+p<.10 *p<.05 **p<.01 (↑) 有意に多い (↓) 有意に少ない

「～44歳」は、飲み忘れない努力はせず薬の相談は身近な人にする傾向がみられた。「45～54歳」にも、飲み忘れない努力はしない傾向がみられた。「65～74歳」と「75歳～」は、飲み忘れない努力をする傾向がみられた。

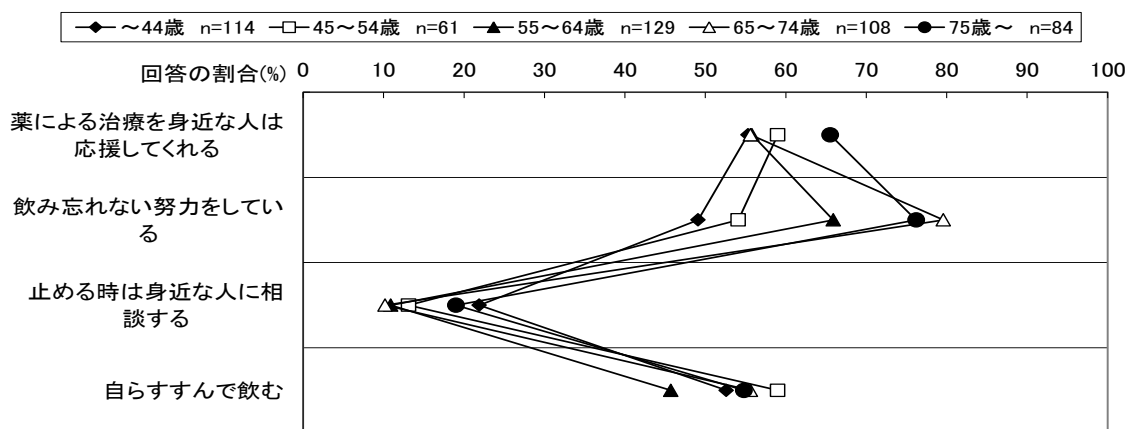


図 4-13 「飲む努力」に関する年齢別の割合

2 因子得点から服薬モデルの傾向性を検討 (図 4-14)

「～45歳」は、予防で飲むは低く自己決定が高い傾向を示した。薬の理解、飲み忘れ、デメリット、飲む努力は平均値程度であった。「45～54歳」は、「～45歳」に類似しているが、自己決定は「～45歳」より低くなっている。「55～64歳」になると予防で飲む傾向がみられるようになり、自己決定の程度が平均値より低くなり始める。薬の理解と飲み忘れ、デメリット、飲む努力は平均値であった。

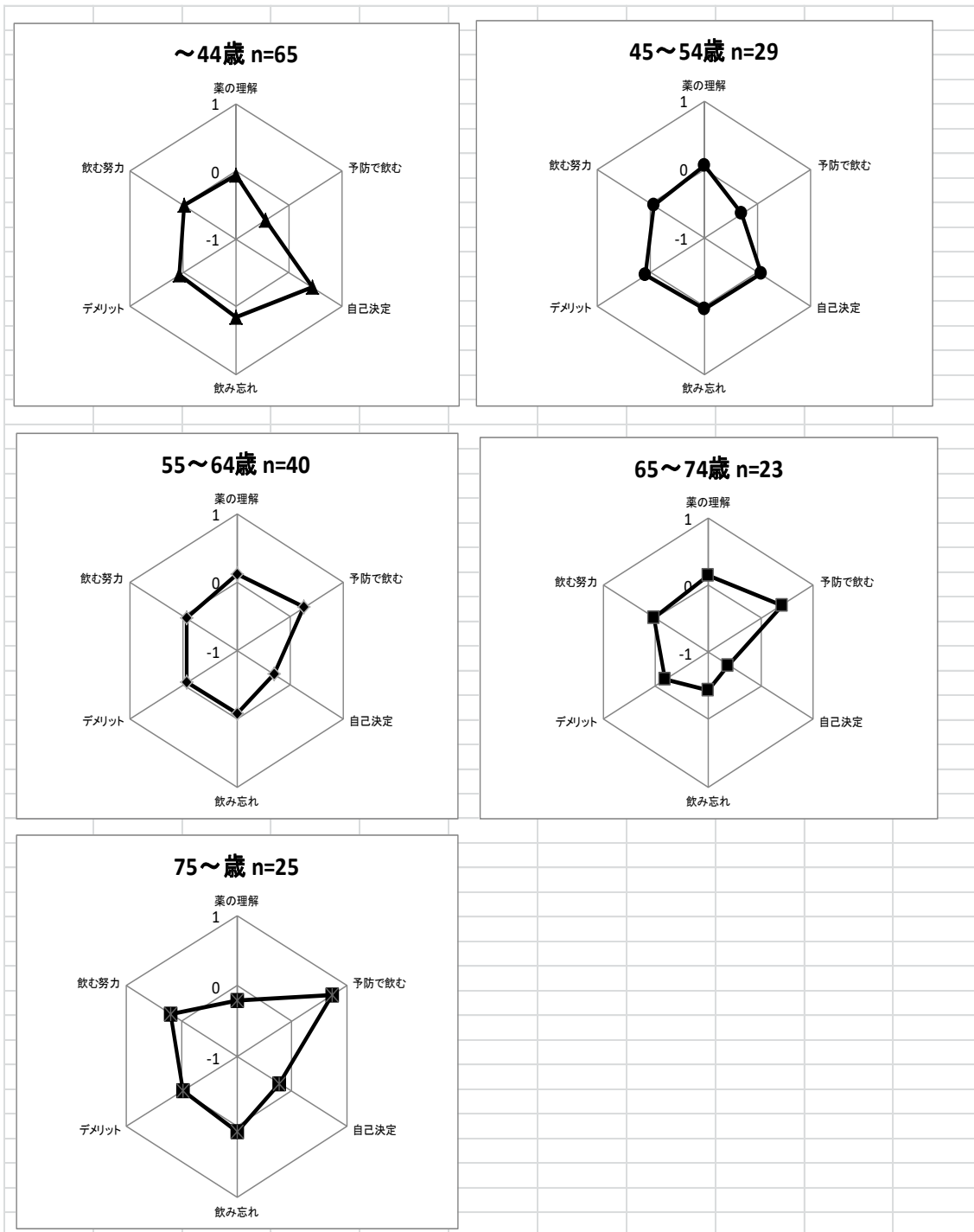


図 4-14 年齢別の因子得点

「65~74歳」は、さらに予防で飲む傾向が強くなり、自己決定と飲み忘れ、デメリットは平均値より低い傾向を示した。薬の理解と飲む努力は平均値であった。「75歳～」は、予防で飲む傾向が極めて高く、薬を飲む努力が平均値より高くなった。薬の理解は平均値よりいくぶん低くなっている。自己決定と飲み忘れ、デメリットは平均値であった。

4.4 考察

第3章において、ケーススタディ的に示したモデルにはそれぞれに個別の服薬モデルを構築し、薬の種類や年齢で異なる服薬モデルを構築していると述べた。本章においては、薬や年齢の違いで服薬モデルを検討した結果、服用している薬や年齢別で、ある傾向性を示すことが分かった。以下、質問紙の回答の割合と因子得点の分析結果から、どのような要因が関与して特徴ある服薬モデルを構築しているのか第2章の服薬モデル図で示しながら考察する。

4.4.1 服薬モデルの傾向性

1 薬の種類別による服薬モデルの傾向性

服用している薬別に、因子得点のレーダーチャートで分析したところ、がん、狭心症、高血圧は類似した傾向を示している。これらの病気は、健康不安が強いために予防で飲もうとする傾向の高さに反映していた。これ以上悪くならないようにしたいという表れであり、薬がどのような効果を持つかを理解しているためと思われた。薬の理解においていずれも平均値を上回る結果からも示すことができる。さらに、自己決定が低いのも共通している。治療のために薬を飲んでいるという意識が強いためか、自己判断をせず医師に相談しながら薬を飲んでいるためと思われた。

まず、がんの場合は、医師からがんであることを宣告されると非常に強い「健康不安」を持つ。がんは進行すると生命の危機があり、死を意識してしまうためである。ましてや、痛みや倦怠感などの「症状」を伴っていたり、「検査」で進行のレベルが高いことが知らされれば、いっそう健康不安が高くなる。さらに、仕事もできなくなる可能性も高いために、経済的な負担になるなど「生活上の弊害」を伴う。そのことにより、何らかの形で治療しなければならないという強い意志が働く。

治療に関しては、医師から薬で治すと言われれば、自己判断で薬を止めたり異なった治療法を選択するということはよほどのことがない限り考えられない。回答の割合でみると、「自分の判断で止めたことがある」が低く「止める時は医師に相談する」が高く、医師と相談しながら治療している様子が窺える。因子得点でみると、「自己決定」が最も低くなっている。ただし、薬の効果の期待が高いわけではない。処方される時に、必ずしも治癒しない可能性があることも伝えられるであろう。そのため、「薬の効果が期待できる」「薬は悪化予防に役立つ」に対する回答は8割以上あるものの、他の薬と比べると、がんの薬の服用者の回答は相対的に低い。薬を飲んでも回復が見込めないことや必ずしも根治的な治療にならないと受け止めながらも治療を受けようとしている様子が推測される。

さらに、服用開始の時点で、医師から副作用の強い薬であるなどの説明がなされるであろう。副作用に関しては、医師からの説明を受けずとも、抗がん剤は非常に強い副作用があ

るということさまざまな「情報」から知っている。因子得点でみると「デメリット」の因子得点が非常に低く、「副作用が気になる」という回答の割合は他の薬に比べ有意に高くはなく、副作用があることを予め了解して服用していると推測される。そのことから、がんを治すには強い副作用があっても薬を使うしかないという「薬に対する理解」に繋がっていく。

また、医師から自分のがんの場合どの治療法が適切であるか説明されれば、患者はその治療を納得した上で受けようとする。これが、医師が行う治療を納得して受けようと「疾患・健康に対する理解」を示す。そして、しっかりがんを治そうという強い健康意識が生まれてくると考えられる。季羽（1993）は、がんであっても自分が納得して選択した治療であれば、たとえ副作用があっても長期間にわたる治療であっても患者は前向きに努力を続けられると述べている。がんの治療には、医師だけでなく看護師や薬剤師、ソーシャルワーカーなどとのチーム医療が重要である（岩佐・田村，2009）。そのため、患者はさまざまな職種の医療者から説明を受け、時には患者の方から相談を持ち掛けながら薬や疾患・健康に対する理解をしていると考えられる。

このように、がんに対する健康不安、生活上の弊害をなくしたいという思い、しっかり治そうという健康意識を持つ。一方、副作用がありながら薬で治したいという強い意識により薬や疾患・健康への理解をしている。がんは他の選択肢がないために、「がんの治療のために副作用などがあっても自ら納得して薬を使用する」という服薬モデルをつくる傾向があると考えられる。

第3章で示したケース5は、がんの薬を使用した経験のある患者である。7年前に大腸がん罹患し、2年前に肝臓に転移し、今回は膝の手術で入院したが肺への転移が疑われている。このケースの場合は、ここで考察したがんの薬を飲んでいる患者の服薬モデルの典型的なケースであると考えられる。がん罹患後、定期的な検査を受けながら、がんの転移への恐れを抱くことが「健康不安」を強めている。健康不安は、心身への負担から仕事を辞めた経緯もあり「生活上の弊害」にも影響している。「薬に対する理解」と「疾患・健康に対する理解」は、長い間の「医師の関わり」、「過去の経験」、さまざまな「情報」から培われている。それらの理解度の高さは、医師の指示通りに通院治療し、薬を忘れることはほとんどなく飲み続けてきた行動に表れている。また、一人暮らしで姪に迷惑をかけずに生きようと「健康意識」を持っている。このことから、「がんの罹患の経験から治療に必要な薬を納得して飲む」という服薬モデルを作っていたと思われる。

本ケースは、第3章の中で述べた「納得して自ら服用する」服薬モデルに該当する5ケースのうちの1ケースである。他の4ケースについても、生死に関わる過去の経験、医療者の関わりなどから服薬モデルを構築しており、その過程はがんとの類似性がみられる。

次に狭心症の場合である。狭心症は、狭心症発作の「経験」から、再発作を起こさないかと「健康不安」を非常に強く持っていると考えられる（大鹿・中井，2001）。発作時に、死への恐怖を抱いた人も存在する。心電図などの「結果」が悪いと心臓の働きがよくない

と考えるため健康不安を高めていく。さらに、病状が安定するまでは、運動制限により仕事や家事などができず「生活上の弊害」も伴うことになる。そのことにより、早く元気になるために治さなければならないという意識を強める。

狭心症の患者の多くは、入院や通院時に医療者から説明を受けている。特に、発作時に使用するニトログリセリンの服用法など対処法を学んでいる。医療者からだけでなく自ら病気の本を読んだり他の患者の話から「情報」を得ていることもある。因子得点でみると「薬の理解」は高く、「自己決定」は低い。薬を理解し医師の言う通りに薬を飲もうとする様子が窺える。

また、医師からは、心臓の機能が安定するまで薬の変更や多くの薬を飲む場合があることを聞かされていると思われる。回答の割合からは、「薬の種類と数は少ないほうがよい」が高く、薬の数や種類の多さに負担感を持つことが示されている。しかし、薬は飲み忘れずに飲んでいる。回答の割合からは、「薬の飲み忘れ」は低く、「飲み忘れない努力をしている」は高いことが示されている。多くの薬を飲むことをデメリットと感じているものの、飲み忘れてはならない薬であるという意識の高さの表れだと考えられる。

狭心症は、過去の発作経験により「健康不安」を持つが、医師の説明を受け、さらに他の患者の体験話などさまざまな情報から、薬を飲んで発作が起こらないようにしようと「薬に対する理解」に繋がる。また、再発作を起こして心臓に負担がかかったら大変なので治療したほうがよいという「疾患・健康に対する理解」を示し、早く元気になるように治そうという健康意識へと波及していく。

このように、再発作に対する健康不安、生活上の弊害を除きたいという思いを持つ。一方、心臓に負担がかからないように治したいという意志の強さにより、薬や疾病・健康への理解を深め健康意識へと繋がっている。狭心症は、再発作への恐れから、「発作を抑え心臓への負担をかけないために薬を忘れずに飲む」という服薬モデルをつくる傾向が考えられる。

第3章で示したケース16は、胸痛で病院に搬送され、狭心症の手術後に初めて薬を常用するようになった事例である。死ぬところだったと非常に強い「健康不安」を持っている。入院中は自分で薬の管理ができず看護師からその都度薬が手渡されていた。しかし、退院後には一度も薬を飲み忘れてないといい、忘れないのは意識の問題と話した。医療者の関わりや心臓リハビリテーション中の他の患者の話などから、薬や疾病・健康に対する理解を深めていったものと思われる。そして、タバコを止めるという健康意識へも繋がり、「手術で救われたので家族の応援を励みにとにかく忘れずに薬を飲む」という服薬モデルを作ったと思われる。このように狭心症では発作といった死ぬような思いの経験が薬を忘れずに飲むという服薬モデルを作ることが典型的だと考えられる。

次に高血圧の薬を服用している患者の場合である。高血圧は、「血圧値」が高いことに「健康不安」を生じるが、すぐに生命に直結する病気でないためそれほど強い健康不安を持つとは限らない。降圧剤を飲み始めても血圧が下がらなくなると健康不安を高めていく。

さらに、数年に渡り血圧が下がらなければ、高血圧が原因で脳や心臓などの病気にかかる恐れを抱くようになりそれが健康不安となる。これらの健康不安の強さが血圧を下げるように何とかしようという意志を強める。

高血圧の患者の場合、医師からは、高血圧から脳や心臓の病気になるなど合併症について説明を受ける（岡崎，2003：安藤，2013）。しかし、高血圧は、聞きなれた病気であるため、医師から診断名を言われた時にはどのような病気であるか患者は予め知っていることも多い。高血圧は、罹患率が高いために身近な人の体験談や他にもTVなどから「情報」を得やすい。患者は、高血圧の薬を飲むことで効果を得られると期待しながら服用している様子が窺える。回答の割合からみると、「薬は悪化予防に役立つ」が高い。自ら血圧値をみてコントロールできているか評価するなどの「過去の経験」を経ながら、薬の効用を確認していると思われた。

「医師」との関係性は良好に保ちながら薬を飲む傾向がみられる。回答の割合は、「自己判断で止めたことがある」、「医師への不満などで止めたことがある」は低く、「止める時は医師に相談する」は高い。自己判断せずに医師に相談しながら薬を飲もうとしている。医師やさまざまな情報、過去の経験などから、薬を飲んで血圧値を下げようと「薬に対する理解」をしていく。同時に、血圧値を下げても他の病気にかからないようにしようと「疾患・健康に対する理解」をしていき、健康不安や健康意識へと波及する。塩分の少ない食事を心がけよう、運動をしよう健康意識が高まっていく。

慢性疾患は短期間の努力だけではどうすることもできず（岡村，2005）、毎日少しずつ調整したり病いと折り合いをつけ生活を編みなおすことが必要とされている（黒江，2002）。高血圧は、無症状性でありかつ長期間にわたって徐々に病態が進展することで主要臓器の機能障害をもたらす疾患である（島田，1999：岡崎，2003：厚生労働省，2008）。中壮年期に罹患すると加齢変化を促進し、本来高齢者の病気である脳卒中・心筋梗塞など心血管疾患への移行も早まるため薬や疾病をどのように捉え管理していくかが問題となる（島田，1999）。高血圧は、血圧値をコントロールするために薬を飲み続ける努力が求められるが、そのことが服薬モデルの構築に影響していると思われる。高血圧は、「他の病気にかからないように降圧剤を飲む」という服薬モデルを構築する傾向にあると考えられる。

第3章で示したケース29は、高血圧の薬を飲んでる事例である。高血圧の治療を受けていたが、不整脈をおこし心臓に負担がかかったことに強い「健康不安」を持っている。「医師との関わり」や排便時に力むと心臓によくないので便秘薬が必要という情報、10年間降圧剤を服用した「過去の経験」などから、「薬や疾患・健康に対する理解」が培われている。特に、「医師」は自分の病状を知る相談者として良好な関係を持っていることや、飲み忘れずに薬を継続してきた行動から理解の高さが表れている。そのことにより「心臓への負担を軽減するために、利尿薬や血管拡張薬を飲む」という服薬モデルを作ったと思われる。

これまでの三種類の薬、すなわち、がん、狭心症、高血圧への薬は、健康不安が高いた

めに予防で薬を飲む傾向が強く、薬の理解の程度が高く、医師の指示通りに薬を飲むために自己決定や自己判断の程度が低かった。これらに対して対照的なのは症状緩和の薬の服用者である。

症状緩和の因子得点のレーダーチャートでは、自己決定と飲み忘れとデメリットの程度が高い傾向を示している。症状緩和の場合、症状が発生すると「健康不安」は生じるもののその程度は弱いと思われる。症状の程度によっては、仕事ができないかもしれないなどと「生活上の弊害」が生じ、早く治すために休養や栄養を取ろうと「健康意識」に繋がることもある。

症状緩和の薬の服用者は、自分で選択した市販薬を飲んでいる人が多いと思われる。回答の割合でみると、「自分の判断で止めたことがある」、「薬の量などを調整する」が高く、「止める時は医師に相談する」は低い。因子得点でみると、「自己決定」が他の薬剤と比較し最も高い。医師との関わりは少なく、自覚症状で薬を飲むかどうか自分で判断している様子が窺える。

一方、「飲む作業はめんどうと思う」、「飲み忘れたことがある」の回答の割合は高く、「飲み忘れない努力をしている」は低い。比較的軽度の病気のため飲み忘れても差し支えないと思っているのか、症状の程度により薬を飲み忘れると推測される。さらに、「薬の効果が期待できる」に対する回答も低い傾向がみられた。薬を飲むと症状は緩和するものの、風邪を引いたり腹痛を起こしたりと繰り返し同じような症状が起きることを経験しているためではないかと思われる。

薬に関しては、服薬経験もあり TV などによる「情報」を得ているであろうし、時には、薬の購入時に薬剤師の助言を受けることもあるであろう。自覚症状や情報、過去の経験から、薬を飲むかどうかは症状の程度で決めようと自分なりの「薬に対する理解」をし、いつもの症状かどうかで解消法を考えようと「疾病・健康に対する理解」をしていく。

症状緩和は、症状の程度により健康不安が強まり、生活上の弊害をなくしたいという思いから、休養や栄養をとろうと「健康意識」へと波及することもある。一方、過去の服薬経験から薬や疾患・健康に対する自分なりの理解をし、症状の緩和を図るために自分の判断で解消法を選択する。そのため、「自覚症状に応じて服用するかどうか過去の経験から自己判断して薬を飲む」という服薬モデルをつくる傾向があると考えられた。

第3章で述べたケース 21 は、頭痛のために月に1度程度処方薬を飲んでいるケースである。このケースでは、頭痛が生じると「健康不安」を生じ、仕事への支障と子どもと遊べないことから「生活上の弊害」を伴う。これまで症状に応じて薬を飲んできた「服薬経験」や「医師の説明」などにより「薬や疾病・健康に対する理解」をしている。そのため、「自分が希望する頭痛緩和の処方薬を飲む」という服薬モデルを作ったと思われる。

本ケースは、第3章の中で述べた「症状緩和目的で薬を飲む」服薬モデルに該当する3ケースのうちの1ケースである。他の2ケースについても、症状の緩和目的で薬を飲んでいるため、過去の服薬経験から自分の症状に合う薬を飲む服薬モデルを構築していく過程

に類似性がみられる。

このように、がん、狭心症、高血圧の薬の服用者は健康不安が強く薬で治療しなければならないという意識が強いのに対して、症状緩和の薬の服用者は、健康不安が相対的に弱いいため、過去の経験から自己決定をし飲み忘れも多い。

これらの中に位置していると考えられるのは糖尿病の服用者である。因子得点のレーダーチャートでみると6因子ともほぼ平均値を示している。

糖尿病の場合は、「ヘモグロビン値」が高いことに「健康不安」を生じる。食事や運動でヘモグロビンが下がれば健康不安はそれほど強いものではない。しかし、薬で治療が必要となり食事や運動をしても効果を得られないと健康不安を強める。さらに、治療効果を得られず長引いていくことで他の病気にかかる恐れがあると健康不安を強めていく。健康不安は強ければ強いほど治療しようという意志に影響を与え、毎日30分歩こうといった健康意識へ繋がる。

糖尿病は、食事療法、運動療法、薬物療法が基本となる（岡崎，2003；厚生労働省，2008；曾根，2010）。医師からは、先の3つの治療法とともに糖尿病は他の病気にかかりやすいと説明を受けるであろう。糖尿病は一般的に知られている病気であるため、医師から診断された時には、患者はすでに食事や運動に気をつけないといけない病気であると「情報」を得ていることもある。治療には、医師だけでなく薬剤師、栄養士、看護師などの「医療者」から、薬物療法、食事療法や運動療法の指導を受けることが多い。薬剤師への問いかけについて、回答の割合からみると、「薬剤師の説明は役に立つ」は高い傾向を示し、薬剤師の助言を活かして薬を飲んでいる。

また、薬物療法に対しては、薬効に期待を持ちながら薬を飲んでいる様子が窺える。回答の割合からは、「薬剤の効果が期待できる」が高い。また、食事前後に飲まれる薬が多く、食生活の一連の動作に服薬行動が溶け込んでいるためか、回答の割合からは、「薬を飲む作業はめんどろと思う」が低い傾向を示した。

糖尿病は、薬を飲み食生活や運動で自己管理が求められるが、血糖値のコントロールが成功したり失敗したり「過去の経験」を経ながら生活をしている。回答の割合からは、「飲み忘れない努力をしている」は高い傾向がみられる。長期療養生活の中で努力をしながら薬を飲んでいると考えられる。

医療者の関わり、情報、過去の経験から、薬を飲んで治そうという「薬に対する理解」を示す。また、薬を飲み食事や運動にも気をつけ自己管理しながら治したほうがよいという「疾病・健康に対する理解」に繋がり、健康不安や健康意識へと波及していく。糖尿病の場合、治療として薬以外に食事や運動による改善の選択肢があることが服薬モデルへの構築に影響を与えていると思われる。糖尿病は、「薬を飲み他にも食事と運動に気をつけ自己管理して生活しよう」という服薬モデルをつくる傾向があると考えられる。

第3章で示したケース35は、40代の時に職場検診で糖尿病と診断されたことが「健康不安」であり、10年以上薬を忘れずに継続している。10年来同じ医師に掛かり、「医師」

からの「情報」と良好な関係性が薬を飲むことを後押しし、薬を飲もうとする意志を高めている。1年間はインシュリンを使用しその後服薬に切り替わったことや、夏場は低血糖になりやすいので缶ジュースを飲むことを話し、薬や低血糖への対応法を理解していた。食事と運動に関する質問はしてないため、薬物療法に関することから考えると、「長期療養で信頼している医師の薬は安心して飲める」という服薬モデルをつくったと思われる。

最後はうつ等の薬の服用者である。うつ等の薬は他の薬とは全く違う傾向を示したが、因子得点が算出できた対象者が2名で信頼性は高くなかったため、回答の割合からの傾向のみから考察を行った。薬を飲むきっかけは、不眠などの「症状」による「健康不安」であると考えられる。不眠などの症状が強ければ強いほど健康不安を生じる。薬を飲んでも眠れないなどの症状が緩和しなければ健康不安を強くする。

うつの場合、治療の第一選択は薬物療法であるが、副作用を恐れたり薬への偏見を持つことがある（渡辺，2005）。回答の割合からは、「副作用は気になる」は比較的高かったが有意差はみられなかった。「薬の種類と数は少ないほうがよい」の回答の割合は高い傾向を示した。副作用については、医師の説明や自らの「情報」から、副作用があると理解して使用していると思われる。しかし、症状により薬の数や種類が増えることがあるため、多くの薬を飲むことには嫌悪感を抱くものの、「薬を飲む作業はめんどろである」の回答の割合が低いことから、必ずしも薬を飲むことに偏見を持っている様子はみられなかった。

うつは、これまでの服薬や疾病の「過去の経験」から、自己判断で薬を飲んだり止めたりする傾向が強い。回答の割合からみると、「自分の判断で止めたことがある」、「薬の量などを調整する」が高い。自覚症状に応じて薬の量を調整したり止めたりしながら、自分の判断を基準にして薬を飲む傾向の強さが表されている。薬の効果は10日～2週間を要するが（渡辺，2005）、効果を待てずに自分の判断で薬を飲むかどうか決めようとしていると推測される。また、うつ患者には、自分は病気ではないと思っている人がいる（前沢，2000）。そのため、「医師」とは関わりが希薄で治療を受け入れずに、症状や自分で得た「情報」から、薬を飲むことがあると思われた。うつは、「自覚症状に応じて薬を飲むかどうか自己判断する」という服薬モデルを構築する傾向が考えられた。

薬の種類別では、健康不安の違いが服薬モデルの構築に影響していた。がんや狭心症は健康不安が非常に強いため何とかして治したいという意識が強く働き、治療のために薬を飲む傾向性を作り出していた。反対に、症状緩和は健康不安が高くなく、過去の経験から薬を飲むかどうかを押し量り自分の判断で決める傾向を示した。高血圧と糖尿病は、長期療養が必要なため将来的には健康不安が強まるものの、当面健康不安は高くないと思われた。ただし、糖尿病は、薬は治療の一つであり食事や運動に重きを置くこともあり、他の選択肢との兼ね合いで薬を飲む傾向がみられた。このように、健康不安の程度や治そうとする意識の強さの違いに加えて薬以外に治療の選択肢があるかによって、薬の重要性が異なり服薬モデルの構築に影響を与えていた。薬の種類別では、対象者に偏りがあったため、うつ薬などは傾向が不明瞭であった。

2 年齢別による服薬モデルの傾向性

年齢別については、因子得点からみると予防で飲むと自己決定の2項目は、年齢毎で変化の様子が一致している。若い頃は薬を予防で飲むことは少ないが、55～64歳を境に予防で薬を飲もうと変化している。回答の割合からは、55歳以下は検査値がよいと予防で飲むことはなく、症状についても症状がある時は薬を飲むが症状がないと予防では飲まない傾向を示す。しかし、65歳以上は検査値がよくても薬を予防で飲み、症状がある時に薬を飲むは少ない。自己決定においては、若い頃は自分の判断で薬を飲んだり止めたりするが、年齢を重ねる毎にその傾向が減少している。回答の割合からも、45歳以下は自己判断で薬を止め、その後は段階的に減っていき、65歳以上になると自己判断では薬を止めない傾向を示す。

他の項目を因子得点でみると、薬の理解、薬の飲み忘れ、デメリット、飲む努力はさほど大きな違いはみられなかった。しかし、回答の割合からはいくつかの違いがあった。薬の飲み忘れは、45歳以下で多く65～74歳になると飲み忘れは少なくなる。デメリットは、55歳以下では薬の副作用や薬代への負担感を感じ、65歳以上では薬代についての負担感はない。飲む努力では、55歳以下は飲み忘れない努力はしないが、65歳以上になると努力する姿がみられるようになる。いずれにしても、因子得点や回答の割合からみると、50～60代を分岐点として年齢により薬の捉え方に変化が生じると考えられた。

ライフサイクルからみると、壮年期(25～44歳)は、肉体的にも精神的にも成熟度を増し、社会的には働きざかりの時期にあり、結婚をして家庭を形成し子どもを育てるなど、極めて活動的でもっとも生命力に溢れた時期である(厚労省, 2008)。本研究において「～44歳」は、病気への罹患は少なくたとえ病気にかかったとしても比較的軽度であると思われた。身近な人との関わりに関する回答では、「身近な人の指示で飲む」と「止める時は身近な人に相談する」の割合が高いことから、身近な人の助言で飲むことのできる薬を使用している状況からも示される。常用する薬があったとしても、一過性であったり薬で治せるものだと思っているのであろう。

薬を使用する場合、健康不安は低く体力的に自信を持つために時には薬に頼らずに治そうとする。しかし、仕事や子育てに支障が出ると、「生活上の弊害」を生じたり、早く治したいと「健康意識」に波及することもある。

比較的病気が軽く、多忙で養育に経済的な負担がかかるために、時間と経済的な制約から市販薬を飲むことが多く、薬を飲むこと自体にも負担感を抱いている。因子得点からみるとデメリットは高く、回答の割合では「飲む作業はめんどろと思う」、「副作用は気になる」、「薬代は負担である」は高い傾向を示す。さらに、因子得点からみると飲み忘れが高く、回答の割合からも「飲み忘れたことがある」が高い傾向を示す。薬の飲み忘れが病気に影響しないと考える傾向もみられる。

また、マスコミュニケーションやパーソナルコミュニケーションに豊富な文化情報を持

っており（楠見, 1995）、自ら得た情報で服薬行動を起こしている。回答の割合でみると、「自分の判断で止めたことがある」、「医師への不満などで止めたことがある」が高く、「止める時は医師に相談する」は低い。市販薬などの服用が多いためか医師との関わりは少なく、服薬経験など「過去の経験」によりこれまで対処してきた過程を評価し薬を飲むかどうか解決法を考える。さらに「情報」を活かし、今の自分に合う方法を模索しながら薬や疾病・健康に対する理解へと繋げていく様子が窺える。

第3章で示したケース20は、32歳の女性である。月に1・2度の頻度で頭痛があり、いくつか薬を試して自分に合う市販薬を飲んでいる。このケースは、比較的軽度の病気で一時的に服用する若い年齢の人が作る服薬モデルの典型的なケースと思われる。頭痛が生じると健康不安を感じるが健康不安は低い。時々起こる症状で必ず緩和するという思いや心身の健康を自負しているからである。仕事のことも考え支障をきたさないように薬を飲むが、手軽で安価な市販薬を飲もうとする。どの薬を飲むかは、過去の服薬経験を活かすものの、インターネットや友人からの情報なども取り入れ選択していると思われる。それらが、薬や疾患・健康に対する理解となり「頭痛緩和にいつでも対応できるように持ち歩いている自分に合った市販薬を飲む」という服薬モデルを構築していったと思われる。

「45～54歳」「55～64歳」である中年期（45～64歳）は、高齢期の準備期でもあり、身体機能の低下が自覚され始め、健康維持が気になり始める年代でもある（岡本, 1995a, 1995b）。社会的には指導的な役割を担い責任が最も大きく、家庭面では子どもの進学や就職、高齢な家族の介護などを抱える場合もある。壮年期以前から続く運動不足、飲酒、喫煙などの長期化とも相まって、肥満に続く高血圧、脂質異常など、種々のリスクはこの時期に表面化することが多く、これらが心疾患などの生命を脅かす生活習慣病発症の引き金となることもある（厚労省, 2008）。また、仕事が多忙となる中、病気との関わりも出始めるが、罹患していても受診する時間が取れないと考えられる。糖尿病受診を中断する理由は、仕事のため忙しいからが最も多く、受診中断により血糖のコントロールが不良となると将来には合併症を発症するハイリスク群となる可能性が高くなると危惧されている（野田・山崎・林野・泉・後藤, 2014）。

因子得点のレーダーチャートからみると、「45～54歳」「55～64歳」は45歳以下と65歳以上の中間的な位置づけにある。

第3章で示したケース24は、10年前から高血圧に罹患し糖尿病の疑いが出始めた58歳の男性である。できれば何とかしたいという気持ちがあっても長年の生活習慣を変えることは容易でないことなどから、十分な行動変容に結びつかない場合が多い（厚労省, 2008）。このケースにおいても、不摂生な生活を送ったために血圧が高くなっていると分かっていたが、多忙で不規則な生活を送り、夜は仕事で遅くなったり飲んで帰ると薬を飲み忘れるなどの「経験」がある。不摂生な生活を送ると血圧が高くなると理解しているため、2週間ごとの受診時に示される血圧値や血糖値を評価し、その評価により「健康不安」を高めたり弱めたりしている様子が窺える。また、「医師」とは喧嘩をしたこともあったが、

今は医師との相性はよく信頼していると話す。受診を重ねるうちに医師とは良好な関係性を持てるようになったことが薬を飲もうとする意志を高めていた。そして、「検査値を自分で判断し相性の良い医師の薬を満足して飲む」という服薬モデルを作っていたと思われる。

第3章で示したケース39は、10年前に職場の健康診断で高脂血症と分かり薬を飲み始め、2年前からは股関節の薬を飲み始めた61歳の女性である。仕事が忙しいと薬を飲み忘れることがあると話し多忙さが薬の飲み忘れに影響していた。薬のうち、命に関わらない高脂血症の薬は飲み忘れたと気づいても飲まないが、股関節の薬は悪化すると手術というリスクを伴うため飲み忘れないようにしていた。高脂血症については「健康不安」は高くないが股関節の病気は「健康不安」が高く、この先の高齢期に向け介護状態にならないように、自分なりに必要な薬とそうでない薬の順位づけを行ったと思われる。職場の関連病院の「医師」を信用しており、検査値をよくし体のために薬は指示された通りに飲んだほうがよいと解釈をしている。そして、「手術にならないように股関節に効く薬は飲むが高脂血症の薬をきちんと飲むという意識をあまり持っていない」という服薬モデルを作ったと思われる。

高齢期(65歳以上)は、人生の完成期であり余生を楽しみ豊かな収穫を得る時期である。質の高い生活を送れるよう、日常生活の機能を維持するために健康づくりが必要である。しかし、長年に渡る生活習慣の積み重ねにより、その結果としてがん、脳血管疾患、心疾患、糖尿病などの生活の質の低下や生命の危険に直結する重大な疾患の増加が見られるようになる(吉川, 1990; 厚労省, 2008)。

65歳以上のうち、本研究では「65~74歳」と「75歳以上」では、薬の捉え方に差異がみられたため2つに分けて示していく。「65~74歳」では、社会の一線から引退し人生の中で最も自由が多い時期である(高橋, 1990)。退職後に過ごそうと思いついた生活により近い生活を送りたいと望んでいると思われる。しかし、薬を飲んでいる人は、健康状態にいくつかの制限がかかるために「健康不安」を抱いている。根治せずに、むしろ複数の疾患に罹患する恐れがあると「健康不安」を強めていく。そのことが、健康状態を悪化させずに生活の質を高めたいと思いつき、しっかり病気と向き合い治療を続けていこうという意志に働く。健康不安の強さは、病気に負けずに元気に過ごそうという「健康意識」を高めることにもなる。

病歴が長くなることで、服薬や疾病の「過去の経験」を重ね、また「医師」との信頼関係を築いてきた経緯が感じられる。因子得点でみると、「自己決定」が最も低い。回答の割合からも、「自分の判断で止めたことがある」、「医師への不満などで止めたことがある」が低く、「止める時は医師に相談する」が高く示されている。

また、経済的には、子育てに掛かる費用が不要になるなど余裕が出てくるが、健康の対価として薬代が高いものではないと受け止めていると考えられる。「薬の飲み忘れ」が低く、「飲み忘れない努力」が高い回答の割合からも、薬を飲み忘れまいとする意識が高く薬を

飲むことで健康を維持していきたいという強い気持ちが表れている。

第3章で示したケース22は17年前に心筋梗塞に罹患し薬を常用するようになった70歳の男性である。落ち着いているので薬を止めたいと医師に申し出たが、健康のためには一生薬を飲んだほうがよいと医師から返答があったため、信頼する医師の薬を飲んで健康でいようと気持ちを切り替えたケースである。「65～74歳」では、しっかり病気に向き合い医師を信頼して治療を受けようとしている典型的なケースと思われる。

長期療養を続けているという「過去の経験」や自分の気持ちを伝えられる「医師との関わり」があり「薬に対する理解」および「疾患・健康に対する理解」を示している。そして、「信頼する医師から薬は健康のために一生飲んだほうがよいと言われ服用が習慣化している」という服薬モデルを作ったと考えられる。

80歳代から90歳代になると、人はその日その日を無事に過ごせるかが関心の焦点になる(E.Eriksno & J.Eriksno, 1997 村瀬・近藤訳 2001)。「75歳～」は、服薬中であれば病状の回復が望めないことに健康不安を持つ。時には、致命的な病気や障害を負うのではないかと健康不安を強める。そのため、これ以上動けなくならないように治療は続けようとの意識を高める。

薬は、医師の言われたように飲んでいると思われる。回答の割合からみると「自分の判断で止めたことがある」は低い。しかし、指示通りに薬を飲むものの「薬の効果が期待できる」の回答の割合が低く、「薬の必要性が分かる」に対する回答は9割に満たない。因子得点では、「薬の理解」は平均値より低い傾向を示す。これには、薬を飲んででも思うような治療効果はないが、医師が出す薬を飲まなければますます悪くなると不安になり、薬を飲むことにより、日々の安寧を得ようと願い指示通りに飲んでいるためと推測される。

また、回答の割合からみると「副作用は気になる」、「薬代は負担である」は低く、副作用を気にするよりも薬を飲んで治そうという気持ちが強く働き、むしろ薬は生きていくために飲まなければならないと考えているように思われた。患者は、医師から服薬確認を受けることが多くなり、物忘れに配慮された声掛けがあると感じている。回答の割合からみると、「医師から忘れずに飲んでいるかと聞かれる」と「飲み方が分からずに困った」が高い。何故薬が必要なのか、よく分からずに服用している様子が窺える。吉川(1990)は、医療者は、多種類の服薬をする患者が多くなるために、副作用が出現していないか飲み忘れずに指示通りに飲んでいるかなど注意する必要があると指摘している。

「75歳～」は、これまでの疾病や服薬の「過去の経験」より、病気と折り合いをつけながら生活していこうと考える。これらが、薬や疾病・健康に対する理解を示していく。そして、できるだけ周りに迷惑をかけない生活をしようという意志に働く。同年齢の配偶者がいれば、お互いに支えながらできるだけ元気でいたいと「健康意識」が生まれる。健康意識は、健康不安の影響を受け治療をしようとする強い動機づけとなる。

第3章のケース28は、要介護1度と認定されている85歳の女性である。夫を残して死ねないので薬を飲んでまだ生きていたいと思っている。そのために、薬を飲んで一日でも

元気にしようとしている。「75歳～」において考察したように、薬は生きていく源と捉え医師の言う通りに薬を飲もうとする典型的なケースと思われる。

このケースは、要介護状態であることに「健康不安」を強く持ち「生活上の弊害」にも波及している。「過去の経験」や良好な「医師との関わり」により「薬に対する理解」と「疾病・健康に対する理解」を示している。それらは、他の家族にも迷惑かけないように過ごしたいという「健康意識」への繋がっている。そして、「夫と暮らすために変形性膝関節症の治療薬など10種類の薬を飲む」という服薬モデルを作ったと考えられる。

また、このケースは、第3章の中で述べた「要介護状態にならないように服用する」服薬モデルに該当する4ケースのうちの1ケースである。他の3ケースについても、健康不安が強く過去の経験や医師の関わりから、医師の言う通りに薬を飲んで少しでも健康でいたいと服薬モデルを構築している。その過程は「75歳～」と類似性がみられた。

年齢別では、ライフサイクルからみた場合にその年齢による環境と心身の状況により特徴的な服薬モデルを構築していた。すなわち、若い年齢では、病気への罹患が少なくたとえ罹っても軽度であり必ずしも薬に頼らずに治そうとすることもある。働き盛りで時間の制約や養育などで家計の圧迫がある時期でもある。薬を飲んだとしても、体力的な自信と過去の服薬経験、豊富な情報から自己判断で薬を飲むか止めるかする傾向にある。

中年期（45～64歳）は中間的な位置づけであった。高齢になると、生活習慣から起因する疾患の発生率が高まり、重度化する可能性もあるためにしっかり薬を飲もうとする。体力的な衰えも感じており、薬は命を支えるものとして高い支出とはなっていない。薬の効果は少ないが安心のために薬を飲む傾向を示している。ライフサイクルからみると、取り巻く社会的経済的などの環境に加え心身の状況により、年齢の違いで特徴的な服薬モデルを構築していくと思われた。

ただし、ここで示した内容は年齢という要因だけによって特徴づけられるものではなく、年代によって罹患する病気が同じような傾向となり、服用している薬も同じようになるため、服薬している薬に応じた特徴を示している可能性がある。ここでは、年齢による服薬モデルの傾向性について対応してきたが、年齢の要因だけで特徴づけられるわけではないことが考えられる。年齢の違いによって罹患する病気にも傾向性があり、45歳以下の場合、風邪や皮膚に関する病気など、風邪特有の症状や皮膚の炎症など特定の症状が現れそれらの症状緩和のために服薬していることが多い。いわゆる生活習慣病に罹患している割合は少ない。ところが、中年期になると、これまで薬の種類別で考察してきたような、高血圧、糖尿病などの生活習慣病が多くなり、さらに年齢が上になると、心疾患やがんなどの病気に罹患している人が多くなる。したがって、各年齢別に検討した内容は、その年齢に固有の疾患に対して服薬している薬の服薬モデルを検討しているにすぎず、最初に検討した薬の種類別の検討とほぼ等価な分析をただけであるとも考えられる。

ここでの分析は、年齢だけの要因を取り出して分析しているわけではなく、ライフサイクルによる影響として検討してきたものの、その分析については慎重に扱わなければなら

ないであろう。

4.4.2 服薬モデルの構築要因と6つの因子との関わり

「薬の理解」の因子及び「デメリット」の因子には、「薬に対する理解」や「疾病・健康に対する理解」の構築要因が直接関係し、それに影響を与えているのが、「医療者の関わり」、「情報」、「過去の経験」の構築要因である。医師や薬剤師から病気や治療内容の説明を受けることにより、薬の必要性や服薬期間について理解に至っている。また、「医療者の関わり」や自ら得た「情報」により副作用についての理解をしている。さらに、実際に薬を飲むことで、薬の効果や悪化予防に役立っているかを知り、薬の種類や数が多いことや飲む作業がめんどろであること、薬代の負担、薬の依存への嫌悪といった「過去の経験」を有しており、これらが影響を与えている。

薬の種類別で考えると、「狭心症等の薬」や「うつ病等の薬」は薬の種類が多いという「過去の経験」を持っている。薬の理解の因子得点では、「うつ病等の薬」以外は平均値以上である。デメリットの因子得点からは、「がん等の薬」、「狭心症等の薬」、「糖尿病等の薬」は平均値を下回り、デメリットがあっても薬を飲むという服薬モデルを作っている。「症状緩和等の薬」は、薬を飲む作業がめんどろであるという「過去の経験」があり、デメリットの因子得点が平均値を大きく上回ることから、デメリットのある薬は飲まないという服薬モデルの構築が考えられる。

年齢別でみると、「～44歳」と「45～54歳」は副作用を気にするが、「75歳～」は副作用を気にしていない。「～44歳」は飲むことのめんどろさや薬代への負担感があり、「45～54歳」と「55～64歳」も同様に薬代が負担という「過去の経験」がある。「65～74歳」は飲む作業をめんどろに感じたり薬代への負担を感じることはなく、「75歳～」も同様に薬代への負担感はないという「過去の経験」を経ている。さらに、「75歳～」は他の年齢と同様に、「医師や薬剤師」の説明が役立つと思っているものの、薬の効果への期待をしていない。今まではコントロールできていた病気も薬を飲んでもよくなるという「過去の経験」が背景にあると思われる。薬の理解の因子得点では、「75歳～」は平均値を下回る傾向をみせ、薬の理解は乏しいが薬を飲むという服薬モデルの構築をしている。デメリットの因子得点は、「～44歳」や「45～54歳」は、平均値をわずかに上回っておりデメリットは避けようという服薬モデルであるが、徐々に平均値を下回っており、「65～74歳」になるとデメリットを受け入れようという服薬モデルを構築していると考えられる。

「予防で飲む」の因子には、「健康不安」、「薬に対する理解」、「疾病・健康に対する理解」の構築要因が直接関係し、それに影響を与えているのが、「症状」や「検査・治療結果」、「医療者の関わり」の構築要因である。症状の有無や検査値の良し悪し、医師の指示についての受け取り方が服薬モデルの構築に影響している。

薬の種類別でみると、「がん等の薬」と「狭心症等の薬」は症状に左右されずに服用す

るが、「症状緩和等の薬」は症状がある時に飲み、検査値がよいと飲まないというように捉え方が異なる。その違いは「健康不安」へ影響を与え、「がん等の薬」と「狭心症等の薬」は病状の安定を求め「健康不安」を高めたままであるのに対し、「症状緩和等の薬」は症状が緩和すると「健康不安」が低下する。「健康不安」は、心身への負担から仕事を辞めるといった「生活上の弊害」や、一人暮らしで親類に迷惑をかけずに生きようといった「健康意識」へと波及していく。また、患者の中には、医師の指示が服薬を後押しし、薬を飲むという「薬に対する理解」に繋がることもある。

因子得点からは、「がん等の薬」と「狭心症等の薬」、「高血圧等の薬」は平均値より大きく上回っていることから、予防的に飲むという服薬モデルを作り、「症状緩和等の薬」は平均値を下回ることから、症状のある時だけ薬を飲み予防的には飲まないという服薬モデルを構築していると考えられる。

年齢別でみると、「症状」の有無や「検査・治療結果」の良し悪しに対する捉え方は、「55～64歳」の前後で異なり、その違いは「健康不安」の高低に影響を及ぼしている。因子得点では、「～44歳」、「45～54歳」は因子得点が平均値を下回り、予防では飲まないという服薬モデルであり、「55～64歳」よりも「65～74歳」、「75歳～」と徐々に平均値を上回っており、年齢を重ねるほど予防で薬を飲むという傾向を持つ服薬モデルの構築が考えられる。

「自己決定」の因子には、「医療者の関わり」や「過去の経験」の構築要因が関与すると思われる。「医療者の関わり」には、医師への相談や医者への不満が含まれ、「服薬の経験」には、自己判断での中止や薬の調整がみられる。これらが「薬に対する理解」や「疾病・健康に対する理解」の構築要因に影響を及ぼし、自己決定の傾向を示す服薬モデルを構築するかどうかに関わっている。

薬の種類別にみると、「がん等の薬」と「高血圧等の薬」は医師を相談者と捉えているが、「症状緩和等の薬」は相談しない傾向がある。また、「がん等の薬」や「高血圧等の薬」は自己判断で止めないが、「うつ病等の薬」と「症状緩和等の薬」は自己判断で止め薬の調整を行うという「過去の経験」を経ている。自己決定の因子得点では、「がん等の薬」、「狭心症等の薬」、「高血圧等の薬」は平均値を大きく下回っており、自己決定せずに薬を飲むという服薬モデルを作り、「症状緩和等の薬」は平均値より大きく上回るために、自分の判断で薬を止めるという服薬モデルの構築が考えられる。

年齢別にみると、「～44歳」に比べ「65～74歳」、「75歳～」は自己判断で中止はしない。医師への相談や医者への不満についても、「～44歳」と「65～74歳」は対照的な違いをみせている。「～44歳」は、医師に頼らず治そうとし、高齢になるにつれて、医師との信頼を深め自己判断で中止しないほうがよいという「過去の経験」を経ている。自己決定の因子得点は、「～44歳」は、平均値を大きく上回っており自己判断で服薬を決めるという服薬モデルである。「55～64歳」と「65～74歳」、「75歳～」は平均値を下回り、自己決定せずに薬を飲む傾向のある服薬モデルを構築していると考えられる。

「飲み忘れ」の因子や「飲む努力」の因子には、「検査・治療結果」、「医療者の関わり」、「身近な人の関わり」、「過去の経験」などの構築要因が関与していると思われ、それらが「健康不安」、「薬に対する理解」、「疾病・健康に対する理解」の構築要因へと繋がっている。「検査・治療結果」の捉え方の違いは、「健康不安」へ影響を与えている。医師からの声掛けや身近な人の指示は飲み忘れ防止を意識づけ、治療への応援や身近な人への相談は、服薬を促進したり時には薬の中止に影響している。また、「過去の経験」においては、飲み忘れた経験、飲んだかどうか分からない経験、うまく飲めているという経験、食事が不規則で飲み忘れてしまった経験、飲み方が分からない経験がある。

薬の種類別にみると、「狭心症等の薬」は飲み忘れが少なく「症状緩和等の薬」は多く、「狭心症等の薬」と「高血圧等の薬」と「糖尿病等の薬」は薬を飲み忘れない努力をするが、「症状緩和等の薬」は努力をしないという「過去の経験」を経ている。飲み忘れの因子得点では、「がん等の薬」は平均値を大きく下回り、「症状緩和等の薬」は平均値を大きく上回り、飲む努力の因子得点からは、「症状緩和等の薬」は平均値を示し、他の薬は平均値をわずかに上回る。そのため、「がん等の薬」は薬を飲み忘れず努力をして薬を飲むという服薬モデルを持つが、「症状緩和等の薬」は飲み忘れが多く薬を飲む努力をしないという服薬モデルを作ると考えられる。

年齢別にみると、「検査・治療結果」に関しては、「～44歳」では結果が悪いと薬を飲むのに対し、「65～74歳」と「75歳～」は結果に左右されずに薬を飲んでいる。人との関わりでは、「～44歳」は身近な人から声掛けがあり薬を止めるかどうか相談しており、「75歳～」は医師から飲み忘れていないか声を掛けられている。また、「～44歳」、「45～54歳」は、食事が不規則で薬を飲み忘れない努力をしないが、「65～74歳」は食事が規則的で薬の飲み忘れもない。「75歳～」になると食事は規則的であるが、飲み方が分からず困ったという「過去の経験」を持つ。ただし、飲み忘れないような努力を「65～74歳」や「75歳～」は行っている。飲み忘れの因子得点は、「～44歳」は平均値を上回り、それ以降徐々に平均値を下回り、「65～74歳」は大きく下回っている。飲む努力の因子得点からみると、「65～74歳」や「75歳～」は平均値を上回り、薬を飲む努力をするという服薬モデルを構築しているが、他の年齢は平均値を示し飲む努力に関する服薬モデルを作る傾向はみられなかった。

このように、6因子と服薬モデルの要因は深いかわりを持っている。6因子には、「健康不安」、「薬に対する理解」、「疾病・健康に対する理解」の構築要因が直接関係し、それに、「症状」、「検査・治療結果」、「医療者の関わり」、「身近な人の関わり」、「情報」、「過去の経験」の要因が影響を与えていた。

4.5 まとめ

第2章で示した本研究における服薬モデルの捉え方に基づいて、第3章でケーススタディ

ィ的に服薬モデルについて検討した。その結果、個別の服薬モデルには薬や年齢の違いである傾向を持つことが示唆された。本章では、質問紙法を用いて服薬モデルに傾向性をみいだせるか明らかにすることを目的にした。

質問項目の全てを因子分析し、薬の理解、予防で飲む、自己決定、飲み忘れ、デメリット、飲む努力の6因子を抽出した。

本章での対象者は496名であったが、因子得点による分析において回答に欠損があった者を除外したため、薬の分類では服薬中の394名のうち134名、年齢の分類では服薬の有無にかかわらず対象として182名となった。分析の人数が減少したため、回答による分析結果と合わせて検討したことで、データと分析の信頼性は確保できたものと思われる。

無回答は、「はい」「いいえ」の2件法で回答を求めた質問項目にみられた。「1-1. 症状があると飲む：はい いいえ」と「1-2. 症状はなくても予防のために飲む：はい いいえ」の質問に対し、1-1か1-2のどちらかの質問に○印をつけていた。「2-1. 値が悪いと飲む：はい いいえ」、「2-2. 値がよくても予防のために飲む：はい いいえ」は、2-1か2-2のどちらかの質問に○印をつけており、「3-1. 自分からすすんで飲む：はい いいえ」、「3-2. 医師から指示されるので飲む：はい いいえ」、「3-3. 身近な人から指示されるので飲む：はい いいえ」は、3つのうち1つだけの質問に○印をつけていたため無回答が多くなった。質問項目については今後検討を行う。

本調査において、今回、服薬中の可能性のある病院や高齢者が参加する施設、服薬機会の少ない年齢層が従事する職場の協力を得られたことで、薬や年齢の違いによる傾向性をみることができた。ただし、薬別の人数に偏りがみられ十分検討できないところもあった。以上のような課題はあったが、薬の分類と年齢の分類の2つの視点から、6因子に対し因子得点の分析を行いさらに回答の割合の分析を行った結果、一般的傾向があると断言しづらいものの、概ね傾向性のある服薬モデルが構築されていると考えられた。

薬の分類からは、病気を治すために薬が必要であるのか、すなわち、薬による治療しかない病気であるかどうかにより、薬の捉え方が大きく二分しそれが服薬モデルの構築に影響を与えていた。具体的には、がんや狭心症は、治療に欠かせない薬との強い思いが服薬モデルの傾向性に影響していた。高血圧や糖尿病は、病気のコントロール目的や他の病気に罹患する恐れがあるために薬を飲むという点で類似するものの、糖尿病は食事や運動など他の治療法も選択肢にいれながら薬を飲もうとする傾向がみられた。それに対し、痛みのある時など症状を緩和する薬の場合は、薬を飲むか自然治癒に任せるかは自己判断する傾向が強かった。薬の視点からは、どのような病気のために薬が必要であるかという病気との関連性により、一般的な傾向性を示す服薬モデルを示すと考えられた(城尾・松尾, 2012, 2014)。

年齢の分類においては、44歳以下は、病気への罹患は低いいためか、薬に頼らなくても治癒するという自負がみられる。「45～65歳」は、青年期から中年期の転換期や老年期への移行期に伴う諸変化が影響する時期であり(岡本, 1995a, 1995b)、44歳以下と65歳以

上の中間的な位置づけにあった。65歳以上になると、それまでの生活習慣病を起因とした複数病気に罹患し生命への危険性が高まり、年齢により罹患しやすい病気との関連が服薬モデルの構築に影響を与えていた。さらに、44歳以下は、働き盛りで多忙であり不規則な生活を送ることが多く受診は難しい状況にある。しかし、体力的な自信もあり病気をしても大丈夫だろうという思いを抱いている。65歳以上は、退職後で時間的な余裕もあることから、病気と向き合い薬を飲むことが習慣化している。このように、若い頃は病気をしても薬への依存度が低いが、高齢になるにつれしっかり薬を飲んで治そうとする傾向がみられた。年齢の視点からは、年代毎に罹患しやすい病気との関係や、ライフサイクルが絡み合い一般的な傾向性を示す服薬モデルを示していた。

薬と年齢の分類の2つの視点から、病気やライフサイクルが関わり一般的な服薬モデルの傾向性を持つと考えられた。それらには、生活や経済、健康などさまざまな要因が影響しており、今後、さらに、この2つの視点を核に展開し服薬モデルの一般的傾向性について信頼性を深める必要がある。

本章では薬と年齢の分類において服薬モデルの傾向性を示した。しかし、同一の薬であれば服薬モデルが同様の傾向を示すとは限らず、また、同年齢であれば同様の傾向を示すとは限らない。それは、第3章で示したように一人ひとりを作る服薬モデルがあるために、薬や年齢の区分で一括りにできないからである。薬の指導は画一的になりやすいが、患者には独自の服薬モデルを持っており患者に応じた服薬の指導が必要である。このことを、次の総合考察で検討したい。

第5章 総合考察

人が薬を飲む時に、何のために飲むかどの薬が必要かなどさまざまなことを考えながら飲んでいる。この個人の薬への捉え方はメンタルモデルと考えることができ、服薬に関するメンタルモデルという意味で本研究では「服薬モデル」とした。本論文では、服薬モデルに基づいた考えから人がどのように薬を捉えて薬を飲んでいるかを検討してきた。

まず、第2章で、服薬モデルを本研究ではどのように捉えているかを論述し、第3章において、面接調査法を用いケーススタディ的に服薬モデルを検討した。第4章では、質問紙調査法を用い服薬モデルの傾向性について検討した。本章では、これまで論じてきた内容を総合して、どのようなことが明らかになり、どのようなことが問題として残されているのかを検討し、さらにここでの知見が服薬の指導にどう活かされるのか考察を行う。

5.1 服薬モデル

本研究では服薬モデルについて検討してきた。服薬モデルとは、薬をどのように捉え何のために薬を飲んでいるのかなど、服薬について個々人が頭に描いているイメージである。そのため、同じ疾患で同じような薬を飲んでいても、必ずしも同じような服薬モデルを個々人が頭に描いているわけではない。一方で、異なる薬を飲んでいても似通った服薬モデルを構築していることもある。どのような服薬モデルを構築するかは、第3章および第4章でさまざまな要因が影響していることを明らかにしてきた。健康に関する何らかの問題点が生じると「健康不安」を持つが、その不安を解消すべきだと思うことが薬を飲むきっかけとなる。そして、各人の薬に対する捉え方や疾病に対してどう理解しているかという「薬に対する理解」や「疾病・健康に対する理解」の要因がある。

服薬モデルは、ある時点での服薬に対する考え方であるが、服薬することによって薬が自分の病気にどう効果をもたらすかという考え、すなわち健康不安が解消されるという期待までが服薬モデルに含まれており、これらの要因の関係性を頭に構築したものが服薬モデルと考えることができる。したがって、服薬に対する考え方の単なる羅列ではなく、それらの関係性が描かれた知識や情報の総体であり、スキーマであると考えることができる。第2章で服薬モデルは Kleinman (1988 江口他訳 1996) の説明モデルの考え方と近いものであると述べたが、服薬モデルがスキーマ構造として構築要因を捉えていることが異なるところである。

また、作られた服薬モデルは変わらないわけではない。実際に薬を飲みながら薬の効果などを評価するプロセスを経ており、病状や薬の変更により服薬モデルを修正したり新たな服薬モデルを作り変えたりしていることを第3章で示した。

服薬に対するモデルにおいても、服薬をする患者が構築するものであるが、服薬に対する捉え方は医師も抱いていると考えている。この薬を飲むことによって、病気や症状

にどう作用し、検査値や症状が改善されるという捉え方である。これは、医師の治療モデルと考えることができる。しかし、医師が考える治療モデルと患者が考える服薬モデルは必ずしも同じにはならない。そのため、服薬指導においてはこの違いを意識して行うことが必要となる。

このように、構築要因も含めたスキーマとして服薬モデルが作られ、服薬に対するプロセスで服薬モデルは変化している。さらに、医師の治療モデルと患者の服薬モデルとのギャップが生じており、これら3つの視点から服薬モデルについて述べていく。

5.1.1 構築要因も含めたスキーマとしての服薬モデル

薬を飲むかどうかは、まず健康不安の発生から始まる。しかし、健康不安があるからといってすぐに薬を飲むわけではない。体力があるので何もしないでも治せるだろうとか、副作用のある薬はなるべく避けて様子をみようと思うことがある。また、他の方法での解決を検討することもある。例えば、第4章で検討したように、糖尿病では食事や運動によって改善すべきだということを考え、薬を飲もうとしない場合がある。健康不安が生じても、深刻なものではなかったり、あるいは一過性であったりする場合、薬以外の選択肢があると判断し薬を飲まないことがある。

第2章での図式を再掲する(図5-1)。薬を飲もうとするには、まず、薬の治療が自分自身で必要と認めた時である。Tindal et al. (2003 平井・楠元(監訳)2005)は、患者自身が正常からずれているのではと認識した時点が薬を飲み始める開始点としている。本研究でもこれまでみてきたように、自覚症状がある、検査結果が悪いといったことにより「健康不安」を生じ、薬を選択している。健康不安を生じるとともに、一方では「薬に対する理解」や「疾患・健康に対する理解」が服薬モデルへ影響を与える。ここでは、いずれかの要因だけが服薬モデルに関係しているわけではなく、相互に関係しあっており諸要因を含めたものがスキーマとなり服薬モデルの構築に関与している。

また、服薬モデルは、時間軸はないもののその中ではプロセスを考えている。例えば、第2章の事例で、風邪を引いて健康不安を生じ市販薬を飲んで治そうとする事例があった。薬を飲むことでどのようになるかを想定しており、それによって健康不安を解消させるために薬を飲む。同時に、飲んで症状が緩和すれば薬を中止するが、治らなければ耳鼻科に受診し処方薬で治そうと将来を予想している。このように、服薬モデルには、薬を飲むことで今後予測されることも含みプロセスと深く関わりながら服薬モデルを構築している。

第3章の事例において、慢性疾患の場合は継続して薬を飲み続けることが多く、飲むことで検査値を安定させ健康不安を解消していることを示した。しかし、中には、薬を飲み始めて症状が取れると健康不安が弱まるため、そこで薬を止めたり、医師に言われた通りに飲まなかったりしている。薬を飲み続けるプロセスにおいて、その時々医療者との関わりや身近な人との関わり、自分で得た情報、過去の経験などにより、「薬に対する理解」

および「疾患・健康に対する理解」が変わり、服薬モデルは修正されたり新たなものを作ったりしながら時間とともに変化していく。一度作られた服薬モデルは変わらないわけではなく、これらの構築要因により変化するプロセスを経ている。特に、「薬に対する理解」と「疾患・健康に対する理解」は、何のために薬を飲むか何故薬を飲むかに関わる要因であるため、服薬モデルへの影響が強く働いている。

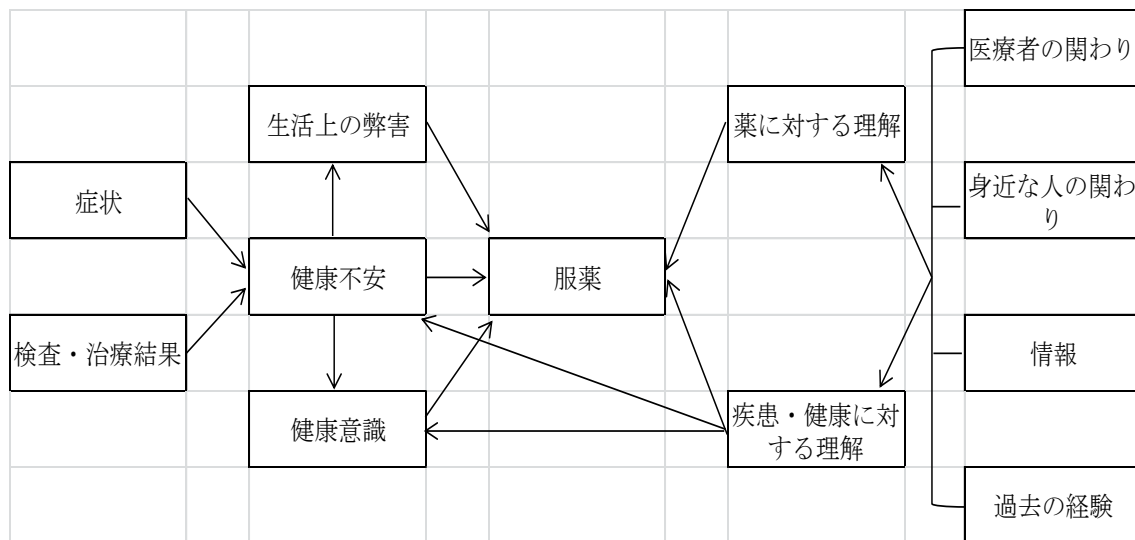


図 5-1 服薬モデルの構築要因とそのスキーマ構造

このように、服薬モデル自体の中には、これらの構築要因に対してどのような捉え方をしているかということが含まれている。ある薬を飲もうと思った時、どのような健康不安を解消しようと考えているのか、そして病気や症状、飲もうとしている薬に対する自分なりの理解があり、薬を飲むことによって健康不安がどう変化して欲しいかと期待をしていることまで含まれている。それらは、服薬モデルに及ぼす構築要因が相互に関係しあっているように、個々に独立しているものではなく何らかの関係がみられる。その関係性は服薬という行為を中心に一種のスキーマとなっており、そのスキーマが服薬モデルそのものであると考えることができる。

患者は自分の理解の範囲内で遵守すると報告がある(Tindal et al., 2003 平井・楠元 (監訳) 2005)。患者が適切な薬の飲み方をしているか、患者が作る構築要因から検討することができる。さらに、患者の作る服薬モデルの修正が必要であれば、構築要因に働きかけ適切な服薬モデルに導くことも可能であると考えられる。

5.1.2 構築要因の変化に伴う服薬モデルのプロセス

本研究では、服薬に対する考えにとどまらず、服薬モデルの構築後の実際の服薬行動、

服薬後の服薬を評価するプロセスを提示した。第2章での図式を再掲する（図5-2）。服薬モデルは、固定されるものではなく服薬モデルの評価がなされるために、服薬モデルは変容する。服薬モデルは、上記で述べたように、その構築にはさまざまな要因の影響を受けるため、それらの要因が変化することによって、服薬モデルは当然のことながら変化する。牛山（2015）がアトピー性皮膚炎で症状の変化によってステロイドを止めるなど異なる薬の治療法を選択していると述べていることと同様である。

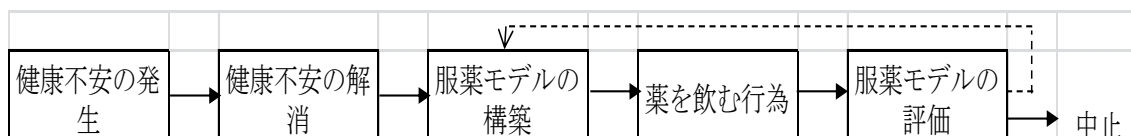


図5-2 服薬のプロセスとモデルの変容

一度は薬で治そうと決めたものの、「健康不安」が変化すると薬を飲むとは限らない。服薬を開始しても、今飲んでいる薬の効果があるかどうかを検討することになる。これが服薬モデルの評価である。服薬によっては、効果があることで服薬そのものを中止することもある。第3章のケース37は、皮膚の掻痒感が緩和すると効果を得たと判断し健康不安を弱め、さらに、強い薬は飲まない方がよいと処方薬を中止している。いったんは薬を飲んで、治ったと思い強い薬は飲まないほうがよいと修正している。

一方、自覚症状が改善しない、検査値が改善しないなど健康不安が解消せずさらに健康不安を強めると、薬の効果が期待できないと思い薬を中止することもある。場合によっては、医師に尋ねてどうすればよいか相談して飲み続けようとすることもある。第3章のケース5は、2度がんの罹患歴がありさらに他への転移が疑われたケースである。病状が安定しないため健康不安は強めており、医師に相談しながら納得して薬を継続する選択をしている。むしろ、健康不安を強めることで、医師との関わりで「薬に対する理解」や「疾患・健康に対する理解」を深め、薬の継続を決断している。

また、服薬モデルの構築、薬を飲む、薬の評価という一連のプロセスが繰り返される場合も考えられる。第3章のケース30は、飲み忘れても血圧は高くないというモデルを構築し、薬を飲み忘れることがあった。薬を飲まなくても血圧は高くないので薬を飲まなくても大丈夫だという評価をしてしまった。しかし、飲み忘れることが多く血圧が高くなると、また病気を治すには薬を飲んだほうがよいというモデルを再構築することとなった。このケースは、「薬に対する理解」および「疾患に対する理解」の変化が一連のプロセスの中でみられ、そのことがきちんと薬を飲もうという服薬モデルの修正に繋がっている。慢性疾患の多くは、継続的にしかも長期に渡り薬を飲み続けており、病状の変化や薬の変化により一連のプロセスが繰り返されている可能性がある。

このように、構築要因の変化により、服薬のプロセスの中で作られた服薬モデルは再

評価され服薬モデルは変化していく。このことは、患者が薬を飲んでいる過程において、医療者のサポートにより修正を加える可能性があることを示唆している（藤澤, 2008）。患者は、症状などに応じて適切な判断で薬を中止をする場合もあるが、飲み忘れることが多かったりめんどろだと思っただけで飲まなかったりする場合もある。個々人がどのような服薬モデルを持つかという視点から服薬指導することは、患者の考えを取り入れ必要に応じて修正しつつ適切な服薬行動に導けるものと考えられる。

5.2 医師の治療モデルと患者の服薬モデルのギャップ

医師は、薬や疾患を理解し「治療モデル」を描き、治療の一つのツールとして処方薬を出す。一方、患者は患者なりに薬のことや病気について考えて「服薬モデル」を構築する。Donovan, & Blake (1992) は、多くの患者は処方薬を自己流に変更し、しかも医療者との相談や指示を受けずに治療のアレンジを行っていることを述べている。このことは、医師が患者に最適な治療法として処方薬を出しても、患者は自分なりの解釈で服用をしていることを示している。牛山 (2015) は、アトピー性皮膚炎治療のステロイド外用薬に関して、しばしば医師と患者の考え方はすれ違っていると指摘している。

第3章では、ケース 36 に明らかなギャップがみられた。医師は、副鼻腔炎と診断し、「副鼻腔炎を治すために3ヶ月の服用が必要」と治療モデルを構築し処方薬を出したと考えられる。一方、患者は、薬は肝臓に悪いと思い「鼻づまりなどの症状が緩和すれば止める」という服薬モデルを作っていた。そのため、鼻づまりが緩和すると10日間で薬を中止している。

一方、医師の治療モデルとのギャップを埋めているケースがある。第3章のケース 32 では、医師は、「心臓の治療のために7種類の薬で治す」という治療モデルを作っていると考えられる。それに対し、患者は、治療前には医師にしぶとく話を聞いてから薬を飲むかどうか決めようと思い、明確な服薬モデルは作っていなかった。本ケースは、2度がんに罹患した病歴があり、医療者の話を聞き同意して治療を受けた過去の経験を持つ。そのことにより、治療に際し医師の話を聞き分からないことは質問し、納得して治療を受けることが大事と思っている。今回、心疾患で治療を受けることになり医師から、検査値や病状について説明を受けている。分からないことは問いかけ、「薬に対する理解」や「疾患・健康に対する理解」を深めることで、「心臓の負担を軽くする効用のある7種類の薬を納得して飲む」という服薬モデルを作っている。本ケースでは、自ら問いかけるなど医師との相互のコミュニケーションを図ったことで、医師の治療モデルとのギャップが埋められている。

医師と患者はもともと治療や薬に対する理解のベースが異なるものであり、そのことに対し、高橋 (1996) は、医療者と患者のコミュニケーションは多かれ少なかれ知識のギャップやディスコミュニケーションを含んでいるのが当然で、患者のさまざまな条件

に合わせてコミュニケーションを促進し患者を理解に導くことが医療者の仕事と考えている。医師の治療モデルと患者の服薬モデルにギャップが生じていたとしてもその程度により、正しい服薬がなされず治療できないなど患者が被るリスクは高くなる。医療者は、服薬モデルの構築に影響する要因の中から問題を探ることで、医師の治療モデルとの差異を埋めることが可能と考える。

5.3 適切な服薬モデルを構築させるための服薬指導

事例および質問紙調査による分析から、人は薬に対してそれぞれ異なる服薬モデルを作っていることが分かり、そのため、その人が持つ服薬モデルの観点からみた服薬指導が必要であると論述した。ここでは、第3章の事例を用い、患者の言動から修正が必要な要因を導き出し、適切な服薬モデルを構築するための服薬指導について検討する。

事例については、月に1・2度市販薬を使用しているケース、薬を飲むことに消極的なケース、無症状でも薬を飲もうとする一人暮らしの高齢者のケース、症状が緩和すると自己判断で薬を中止したケースの服薬モデルを用いて指導のあり方を提示する。

5.3.1 市販薬を使用している事例

市販薬を服用しているケース20は、次のような事例で月に1・2度の頭痛のために市販の鎮痛薬を使用している。

「どのような時に薬を飲みますか」の問いかけに、「月に1・2度、頭痛がある時に飲んで。頭が痛いと言葉が出来ないから」と話し、続けて、「店で買ったイブをいつもカバンに入れている」と答えた。商品名が出たため、「イブを選んだ理由は」と尋ねたところ、「イブは、いくつか試した中で一番合うからイブにしています。効き目が分かっているからいい。薬局ですぐ買えるし安いから」と答えた。また、「イブを飲む時は、胃を荒らさないようにおばあちゃんが病院からもらって余っているセルベックスをもらって一緒に飲む」と話した。「薬を止めるタイミングはどんな時ですか」の問いかけると、「止めるのは痛みが取れた時」と話した。(ケース20 32歳 女性 頭痛 一部抜粋)

薬の「過去の服薬経験」から鎮痛薬のイブを選択し、選択理由に薬効と安価であることを挙げている。また、胃を荒らさないように胃薬を併用している言動がみられた。本ケースのように自己判断で市販薬を使用している場合、その薬が適切であるのかどうか服薬指導のポイントとなる。患者は鎮痛薬のイブと胃薬のセルベックスを服用している。胃薬を併用していることから、鎮痛剤は胃腸障害の副作用がある薬と推測される。服薬モデルは、「頭痛緩和にいつでも対応できるように持ち歩いている自分に合った薬を飲む」というモデルである。

そこで、服薬指導においては、胃薬を併用しているため胃への負担が少ない鎮痛薬で患者に合った薬がないかどうかを探ることが必要で、情報提供を行うこととなる。また、祖母の処方薬であるセルベックスの余りを併用して飲む行動がみられる。セルベックスは胃炎などの治療薬であるため、予防で飲むには不適切な薬である。胃薬であれば何でもよいと考えていたことは問題であり、使用目的が異なる薬は危険性を伴う。この点においても指導が必要となる。つまり、「薬に対する理解」を正しく持たせることが必要である。

表 5-1 市販薬を服用しているケース 20

患者の言動	修正が必要な要因	服薬モデルを用いての服薬指導
月に1・2度、頭痛がある。	頭痛は生活習慣との関連性が疑われる。	薬剤師は頭痛が生活習慣の改善によって治るものなのか、投与が必要であるものか判断のためにも医師の受診を勧める（健康意識）。
おばあちゃんが病院からもらって余っているセルベックスをもらって一緒に飲む。	身内の胃炎などの治療薬を使用している。	身内の人の処方薬を使用する危険性について説明する。薬剤師に相談する習慣を身につけることを勧める（薬に対する理解）。

() は要因

市販薬は、風邪や腹痛など軽い病気で飲むことが多い。薬を自分で選択したり薬を飲むか飲まないかは本人に委ねられる。これは、セルフメディケーションの考えである。セルフメディケーションの場合、これまでの過去の服薬経験、親など身近な人から教わった情報や自分の持つ「情報」により薬を選択している。その過程において、医療者から薬の服用についての指導を受けることなく自己判断でなされることが多い。

本ケースの場合も自分に合った薬であると過去の経験から判断しており、胃を荒らさないように胃薬を併用するには祖母の勧めもあったと思われる。自分に合う薬だと自信を持っていたために、医療者が関わることなく薬を選択し、他に胃への負担が少ない薬については考えてはいなかった。そこで、薬剤師の服薬指導により、他の鎮痛薬との対比ができ選択肢の幅を広げることができる。併用していた胃薬についても、薬剤師に相談することで、併用が可能な薬であるのかという情報を得ることで安全性を確認できる。自ら薬剤師に相談する習慣を身につけ必要な情報を得ることは、自分の身体を守るために大切である。薬剤師は、一方的な関心で行われる押し付け型の指導を避け（岡村, 2005）、個々の患者ごとにその患者の必要な情報は何かという観点での判断が必要となる（Annas, 1989 上原・秋津訳 1997）。

また、月に1・2度の頻度で頭痛が発症している点についても服薬の必要性の観点から考える必要がある。定期的な発症であるため、疲労や睡眠不足などの心身との関連性についての検討も必要である。投薬よりも日々の生活を改善することのほうが基本的には重要である(新谷, 2005)。本ケースの頭痛が生活習慣の改善によって治るものなのか、投与が必要であるものか判断のためにも医師の受診を勧めるといったことも服薬指導の広がりとして考える必要がある。薬剤師の指導により、患者は薬や疾患・健康に対する理解を深め、薬でなく生活を改善して治すという「健康意識」へ影響を与える。このように、薬剤師には、服薬指導の広がりとして生活習慣や受診を考慮した対応が求められる。

本ケースでは、「頭痛緩和にいつでも対応できるように持ち歩いている自分に合った薬を飲む」から、服薬指導により、「薬剤師に相談し自分に合う頭痛薬を飲む」という服薬モデルを作る。場合によっては、「薬を飲まずに生活を改善する」、「受診して治す」という服薬モデルに作り変えることも考えられる(表5-1)。

5.3.2 服薬に消極的な事例

心臓疾患の術後で心臓リハビリテーションに通院中のケース23は、次のような事例で、薬を飲むことに消極的であり薬の副作用などを気にしながら薬を使用している。

1回目のインタビュー:「5~6年前から薬を飲んでる。薬の名前は知らん」と返答がある。「昼のワーファリンだけ2.5錠は、外に出ると持っていかん時があるので昼だけ忘れることがある。忘れていても飲まない。女房に薬を飲まんといけんと言うとるけんね、夜の薬は忘れん」と返答し、「2~3年前ワーファリンが出とった。医者から、飲まんと言わろるとなると言われたけど、出血すると言われたんで怖いからずっと飲まんかった」と話した。「先生は話しやすいですか」の問いには、「医者は話は聞いてくれる。医者はどうもないですかと聞くんで、はいと答えると、前と同じ薬をやらっしゃるだけ。診察も何もせんので、物足りん。血液をとる時だけ診察がある。医者をかえたほうがいいかねー」と答えた。「薬の管理はどのようにしていますか」には、「薬が多いもんで、1つの袋に入ってるのはいい(1包化)」と返答があった。「ワーファリンを飲んでいる時の食事の注意事項」を尋ねると、「聞いたことがないので知らん。ニトロの飲み方はいつか聞いたので知っとる」と答えた。2週間後の2回目のインタビュー:「この2週間飲み忘れはないですか」と問うと、「薬剤師に飲み忘れないように言われたので飲もうと思うけど」と答え、続けて「あんなに余計に飲みよって副作用はどうなのか心配。妻が、薬をあれやこれや飲みよるよって背中が痒くなるんやないと言う。ずっと飲み続けなといけないのか。もういいかとねと思うとる」と話した。(ケース23 78歳 男性 心臓リハビリテーションに通院中 一部抜粋)

何の薬か分からずに飲み、多剤の薬の服用により副作用が出ているのではと疑っている。ワーファリンを飲み忘れ、「過去の経験」でもワーファリンの副作用を恐れて飲んでいない。本ケースは、何の薬か理解できないが、ワーファリンだけは出血傾向があるため飲み忘れ

ており、薬の副作用が怖く早く止めたいと思っている。また、かかりつけ医とはコミュニケーション不足がみられ医師に対し物足りないと不満を抱いている。服薬モデルは、「薬の副作用が怖いので早く止めたい」というモデルを作っている。本ケースのように、医師の治療モデルとのギャップが大きい場合、どのようにすれば薬を飲むことに前向きになるかが服薬指導のポイントとなる。

表 5-2 服薬に消極的なケース 23

気になる患者の言動	修正が必要な内容	適切な服薬モデル構築の指導
2〜3年前ワーファリンが出とった。医者から、飲まんとヨロヨロするごとなると言われたけど、出血すると言われたんで怖いからずっと飲まなかった。ずっと飲み続けないといけないのか。もういいかとねと思うとる。	薬に対する理解が不十分で副作用を怖がり、薬を止めたいと思っている。	検査結果などを丁寧に説明する（検査・治療結果）。 薬の副作用や服薬期間などリスクイメージを除去する（薬に対する理解）。 理解の程度に合わせ病気や薬の解説図を用いる（疾患・健康に対する理解）。
診察も何もせんので、物足りん。血液をとる時だけ診察がある。医者をかえたほうがいいかねー。	診療方法に不満がある。	医師以外の医療者が関わり患者が疑問がないか話しかけ患者の質問に答える（医療者の関わり）。
あんなに余計に飲みよって副作用はどうなのか心配。妻が、薬をあれやこれや飲みよって背中が痒くなるんやないと言う。	妻も副作用を気にしている。	妻の同席を求め夫婦ともに説明を行う（身近な人の関わり）。

() は要因

そこで、服薬指導においては、薬の飲み忘れや薬を中止することは命に関わると認識させることが必要で、医療者の関わりと情報提供を行うこととなる。ワーファリンの飲み忘れは血栓塞栓症を誘発する危険性を伴うが、患者は危機感がないことが問題である。心臓リハビリテーションに通院中で病状が安定していないが治療薬を止めたいと思い、妻も同調している。この点も問題であり、医療者の指導が必要となる。また、かかりつけ医への不満についても、医師以外の医療者の介入を考えた指導が必要である。つまり、指導によ

り、「薬に対する理解」および「疾病・健康に対する理解」を正しく持たせることが必要となる。

本ケースは、医師とのコミュニケーション不足、薬の説明書や入院・通院中に得た情報の理解不足がある。夫に同調する妻の存在も薬を止めたいという思いに拍車をかけている。そこで、妻の同席を求め、夫婦で服薬指導を受けることで疾病や薬への理解を深めることとなる（野々山, 1992）。まず、患者の健康不安を高め治療しようとして意識づけていく必要がある。医師は、血液凝固能などの血液検査の結果を丁寧に説明する。特に、患者は副作用への恐れやいつまで飲み続けるのか未知であることなど薬に対するリスクイメージを持っている（藤澤, 2008）。そのリスクイメージの除去が必要で、副作用（コスト）と服用期間の説明を行い、服用による利益（ベネフィット）を得るには薬を飲むことが最善な治療であると伝える。専門的で難解な内容ではなく、理解の程度をみながら、時には病気の解説図や薬の説明書などを用いて情報提供を行う必要がある（和田, 1996；病院の言葉委員会, 2009）。

また、星野（1991）は、医師に言いにくいことや聞きにくいことでも、優しい看護師には言いやすく話してしまうことが多いと述べており、医師以外の関わりにより、患者の薬や疾病・健康に対する理解を促すことが大切と考える。本ケースは、医師に不満を持っており、薬剤師が関わることで「飲もうと思うけど」と答え、医師よりも薬剤師の話に耳を傾けている。医療者は患者が希望を持つ同時に、医療を信頼してもらえるような言葉かけをする努力が求められる（Lown, 1996 小泉訳 1998）。一方、患者にも自分の言いたいことを医師たちが理解できるように伝えなかったことを顧みる姿勢を持つべきである（星野, 1991）。

本ケースでは、「薬の副作用が怖いので早く止めたい」から、服薬指導により、「副作用があっても薬を飲んで治したほうがよい」というモデルに修正する（表 5-2）。

5.3.3 無症状でも薬を飲もうとする高齢者の事例

心筋梗塞や糖尿病、骨折の既往歴があるケース 4 は、次のような事例で、薬を忘れずに飲んでいるが無症状でも服用したほうがよいと思っている一人暮らしの高齢者である。

「どのような薬を飲んでますか」と尋ねると、「薬は、10年前くらいから飲んでいる。薬の名前は分からない。糖尿病の薬と眠剤、骨、痛み止めなんかの薬を飲んでる。全部は分からない」と返答した。「痛み止めは痛くなくても朝・夕と飲んでいる。医師から言われた通りに飲んでいる。医師を信頼してるから」と話し、続けて、「一人住まいで、何でもできるようにせんといけんから、薬はきらかす前にもらいに行く」と話した。「薬は忘れませんか」の問いには、「薬は忘れずに飲んでる。飲み忘れは今までにない。命に関わるから飲み忘れない」と答えた。 [13 種類 1 ドース] （ケース 4 80 歳 女性 心臓リハビリテーション通院中（心筋梗塞）糖尿病 77 歳の時大腿骨骨折 一部抜粋）

薬の飲み忘れは命に関わると、「医師」の言われる通りに薬を飲み、痛くなくても痛み止めも朝と夕に飲み、眠剤も服用している。本ケースのように、何の薬でも処方された通りに飲まなくてはいけないと思ひ、症状がなくても薬を飲もうとする場合には、薬を過剰に服用していないかが指導のポイントになる。患者は、心筋梗塞後の治療中で糖尿病と骨折の既往症があり、介護状態にならないためにきちんと薬を飲むことが生活の中で大切な位置づけとなっている。服薬モデルは、「一人住まいのため要介護状態にならないように心臓病などの薬を飲む」というモデルである。

そこで、服薬指導においては、薬の中で痛み止めは痛くない時に服用するのは不適切であり、医療者からの説明と情報提供を行うこととなる。眠剤においても、認知機能の低下やふらつき、転倒を招く危険を伴う薬であり、不要な使用は避けなければならない。この点についても問題である。つまり、「薬に対する理解」を持たせることが必要となる。

本ケースは、薬の飲み忘れは命に関わると確信していたために、医師の指示通りにすべての薬を飲み、疼痛がなくても鎮痛剤を服用し、不眠はないが薬を飲むほうがよいと考えていた。そこで、医師や薬剤師の服薬指導により、不要な薬を服用することはむしろ危険を伴うことがあると理解することができる。

また、薬を飲もうとする背景には、一人暮らしで高齢者であるということがある。要介護状態にならないために積極的に薬を飲んでいる。このことは、薬の効用は分からないが忘れずにきちんと飲み、薬はなくなる前に受診して薬を確保している行動からも推察できる。

医療者は、患者の生活のサポートを視野に入れた服薬指導が必要である。本ケースは、心臓疾患とともに糖尿病を併発しており、薬は食事や運動との関係性が強いことから、サポートがあることで適切な薬の服用と同時に生活上の不安を軽減することができる。

表 5-3 無症状でも薬を飲むケース 4

気になる患者の言動	修正が必要な内容	適切な服薬モデル構築の指導
痛み止めは痛くなくても朝・夕と飲んでいる。医師から言われた通りに飲んでいる。	症状がなくても鎮痛剤と眠剤を飲む。	不要な薬を過剰に飲むことの危険性を伝える（薬に対する知識）。
一人住まいで、何でもできるようにせんといけんから、薬はきらかす前にもらいに行く。	身近な人の支えがない不安から何の薬でも飲んだほうがよいと思っている。	患者への声掛けを行うことで、医療者のサポートがあるので必要な薬だけを服用しても生活に支障をきたさないと意識づける（医療者の関わり）。

() は要因

本ケースでは、「一人住まいのため要介護状態にならないように心臓病などの薬を飲む」から、服薬指導により、「鎮痛剤や眠剤は必要な時だけ飲む」という服薬モデルを作る（表 5-3）。

5.3.4 症状が緩和すると自己判断で薬を中止した事例

ケース 36 は、次のような事例で、副鼻腔炎のために薬を飲み始めるが症状緩和とともに 3 ヶ月服用すべき薬を 10 日で止めている。

「病院に掛かって薬を飲んだことはありますか」と問うと、「3 年くらい前に掛かったことがあります」と答えがあったため「病院にかかったきっかけは何でしたか」と尋ねると「鼻づまりとにおいがしにくい状態が長引いたので、耳鼻科にかかりました。医師からは副鼻腔炎で 3 ヶ月間薬を飲みますと言われました」と話した。「先生は話しやすかったですか」の問いに、「初めて掛かったので緊張して先生とはあまり話せなかった」と回答があった。「薬はどのように使用しましたか」と問うと、「症状をとりたいので医師から出された薬を飲まないといけないと思った。インターネットで調べた治療方針とピッタリだったし、3 種類出たうち抗生物質は治療に必要だが、他の 2 種類は飲んでも飲まなくてもいいと思い飲まないと決めた。もともと薬は毒で肝臓に悪いと思っているので出来れば飲みたくないと思ったから、10 日近く飲むとびっくりするほど症状が取れたので薬を止めました。2 週間後の診察で医者から『快方に向かっているので、薬を出しておくのでまた悪くなったら来て下さい』と言われた」と語った。（ケース 36 46 歳女性 副鼻腔炎 一部抜粋）

症状緩和により治ったと思い、健康不安を弱めたことが薬を止める主要因になっている。また、初めて掛かった医師には緊張して自分の思いを伝えられず、自分で得たインターネット情報による判断も中止に影響している。本ケースでは、3 ヶ月継続して服用すべき薬を 10 日で中止したことから、症状が緩和しても 3 ヶ月継続して服用させるにはどうすべきかが服薬指導のポイントとなる。服薬モデルは「薬は嫌いなので鼻づまりなどの症状が緩和すれば止める」という服薬モデルを作っている。

薬の中断は、患者に与える不利益が多い。そこで、服薬指導においては、3 ヶ月継続して薬を飲むことが必要で、医療者による説明と情報提供を行うこととなる。また、医師に相談せずインターネット情報で止めていることも問題で、この点についても服薬指導が必要となる。つまり、「薬に対する理解」および「疾病・健康に対する理解」を持たせる必要がある。

本ケースは、症状が解消することで肝臓に悪影響を与える薬は止めたほうがよいと考えている。そのために、3 ヶ月分の処方薬を 10 日で止めている。そこで、医師は患者が薬を飲むことに納得のいく説明を行う必要がある（鈴木, 2003）。3 ヶ月薬を飲むことで得られる効果、中止による症状の繰り返しや悪化について丁寧に説明することで、患者は治療法

を理解した上で薬を飲むことができる。

薬の情報についても、医師から得ることで、副作用のコストの側面だけでなくインターネット情報との違いを判断でき、薬を飲んで治したいと治療への望みを持つことができる。また、不明な点があれば、医師に相談することで適切な指導を受けることができる。

近年、医師は丁寧に回答するようになってきているが、患者が意見を言うとうるさい患者と取られることもあり、患者は自分の意見を医師へ言うことをためらうことがある。患者が、投与された薬剤に関心を持ち、受ける治療を医師とともに考えることは診療の質向上になる (Tindal et al. 2003 平井・楠元 (監訳) 2005)。本ケースは、医師と治療についてお互いに話をしたわけではなく、患者が治療法を理解し薬を飲む意志があるか確認してはいないことが、医師と患者とのギャップを生み出している。

本ケースでは、「薬は嫌いなので鼻づまりなどの症状が緩和すれば止める」から、服薬指導により、「医師の指示通りに 3 ヶ月薬を飲んで副鼻腔炎を治そう」という服薬モデルに修正する (表 5-4)。

表 5-4 症状が緩和すると自己判断で薬を中止したケース 36

気になる患者の言動	修正が必要な内容	適切な服薬モデル構築の指導
医師からは副鼻腔炎で 3 ヶ月間薬を飲みますと言われました。もともと薬は毒だ肝臓に悪いと思っているので出来れば飲みたくないと思ったから、10 日近く飲むとびっくりするほど症状が取れたので薬を止めました	3 ヶ月間飲むところを症状が緩和したので 10 日で中止する。	3 ヶ月間服用しないと完治しないことを説明する (薬に対する理解)。症状がないからといって完治したわけではないことを伝える (疾患・健康に対する理解)。
インターネットで調べた治療方針とピッタリだった	自分の得た情報で飲むか飲まないか判断する。	医師の情報を得ることで、薬を飲んで治したいと治療への望みを持たせる (医療者の関わり)。

() は要因

以上、4 事例を用い服薬モデルの考えに基づいた服薬指導について検討した。各患者がどのような服薬モデルを構築しているかは、その言動から推測するしかない。まずは、服薬モデルにどのような構築要因が働いているか導き出すことである。そして、どの要因にアプローチすれば適切な服薬モデルに近づけるかを検討することが、指導する上で重要なポイントであった。

ここで示した指導法は現場で実践したものではなく、その有効性について検証されたものではないが、患者の服薬モデルを適切なモデルに近づけるという観点から指導をするという方法は、服薬モデルが服薬指導の一つのツールとして有効であると示唆できたと考えられる。

また、4事例の中には、服薬指導だけでは適切な服薬モデルに導くことが困難と思われる場合があり、生活を見直して健康意識を持たせることや生活面でのサポートなどを含む指導への検討が必要であった。藤澤（2008）は、「人間の健康や病気は、身体的な状態だけでなく、社会的な状況や個人的な感覚など、さまざまな影響を受けるものである。その包括的な状態をいかによりよいものにつなげて行くか、現実的な解決の道筋を患者とともに創り出すことが、今後医療サービスの従事者にはさらに求められる」と述べている。そのためには、薬剤師だけでその役割を担えるか問題であり医療関係者の連携が不可欠となる（鈴木, 2003）。

5.4 服薬モデルと他のモデルとの比較

第2章で提案した服薬モデルの考え方について、第3章でケーススタディ的に分析し概ね検証できた。第4章では薬の種類や年齢の違いにより服薬モデルには傾向性があることを示した。本章では第3章の事例を取り上げ、服薬モデルを用いた服薬指導について検討を重ねた。

服薬モデルは、服薬行動に至る関連要因を検討したものである。服薬を含め、健康行動や受診行動などに関して、同様に行動の生起に及ぼす要因を検討したモデルとの比較を行い、服薬モデルの妥当性またはその長短について検討する。

服薬行動そのものについて取り扱ったものは見られないため、ここでは、普遍性の高い保健行動モデルであるヘルスビリーフモデルとの比較をまず行う。また、服薬に関連する要因を検討したものとしては服薬アドヒアランスの観点から、WHO（2003）の報告によるアドヒアランスに関する要因との比較を行う。

5.4.1 服薬モデルと HBM との比較

HBM（Health Belief Model）は、人が健康を侵されたと感じた時に起こす保健行動を予想するモデルである。一方、服薬モデルは、何故人が薬を飲むのかを表したモデルであり、服薬行動も広い意味で保健行動と捉えることができ、2つのモデルには類似性がみられる。そこで、HBMを構成する要因に着目し比較することによって服薬モデルの妥当性を検討する。HBMの要因を「」、服薬モデルの構築要因は『』で示す。

1 服薬モデルと HBM の構成要因との関係

HBM は健康を目的とした保健予防行動に至るプロセスを表したモデルであり、服薬モデルは個人の服薬行動に関わる要因を記述するためのモデルである。そのため、HBM は、どのような健康行動を生起するか予想するのに対し、服薬モデルは行動を予想するものではなく、その理念において両者は異なるものである。ただし、HBM は、広い範囲の健康行動を包括しており、服薬もその一部であり、健康行動に関わる要因は、服薬モデルで記述される構築要因と共通するものが含まれていると考えられる。そのため、HBM から予想される服薬行動に関わる要因と、服薬モデルで記述される要因の捉え方を比較することにより、服薬モデルの要因が服薬の捉え方に有効であることを示すことができる。

ここでは、HBM に基づき、「疾病の恐ろしさの自覚」に影響する疾病の重大さと可能性の自覚、予防行動の利益と障害の自覚であるベネフィットとコスト、自覚に関与する要因の3つのプロセスから検討する。

(1) 「疾病の重大さの自覚」と「疾病にかかる可能性の自覚」から「疾病の恐ろしさの自覚」に至るプロセス

HBM における保健行動は服薬モデルにおける服薬行動に相当すると考えられる。その保健行動を生起させる要因として、直接的に示されているのが、「疾病の恐ろしさの自覚」である。そして、それに影響を与えているのが、どれだけその病気に罹りやすいかという「疾病にかかる可能性の自覚」、病気の脅威をどう考えるかという「疾病の重大さの自覚」の2因子である。この捉え方は、いわゆるリスク認知の捉え方の典型的なモデルとなっている。リスクの発生に対する主観的確率とリスクの被害の大きさに対する主観の大きさがリスク認知に影響を与えるというモデルである(元吉, 2004)。ここでのリスク認知はHBM である「疾病の恐ろしさの自覚」に相当し、これが予防的保健行動をとる可能性を高めることになる。

「疾病の恐ろしさの自覚」に相当するものは、服薬モデルにおいては『健康不安』である。健康不安が高いとその不安を解消するために薬を飲む。HBM での予防的保健行動をとる。その健康不安に影響を与えるものとして、服薬モデルでは、『自覚症状』と『検査・治療結果』を想定している。咳が出るなどの症状や血圧値が高いことにより、健康不安を高め薬を飲むきっかけとなる。自覚症状や検査結果が悪いことが、疾病にかかる可能性やその重大さを予想するものと考えられる。HBM ではこのような『自覚症状』と『検査・治療結果』の要因を直接的には挙げていないが、「疾病にかかる可能性の自覚」や「疾病の重大さの自覚」の中に含まれると考えられる。

服薬モデルは、服薬行動に影響を与えるものとして、健康不安だけでなく、生活上の弊害や健康意識を挙げている。これらは健康不安が高まることで、生活上の弊害や健康意識が高まると想定している。『生活上の弊害』は「疾病の重大さの自覚」、『健康意識』は「疾病にかかる可能性の自覚」に相当すると考えられる。生活上の弊害は文字通り疾病によつ

て生活上重大な問題が生じることに対する自覚であり、健康意識は、症状や検査値から来る健康不安がどのような疾病を引き起こすか、あるいは引き起こしているかについてどの程度自覚を抱いているかの要因である。さらに、これらの要因は、同時に「疾病の恐ろしさの自覚」にも含まれると考えられる。生活上の弊害は具体的な問題として疾病の恐ろしさを自覚していることであり、疾病や健康に対してどのような意識を抱いているかは疾病の恐ろしさの自覚そのものであるとも考えられる。

HBMの「疾病の恐ろしさの自覚」を、服薬モデルでは身体の問題としての『健康不安』だけでなく、それが現実の生活の営みに影響を与える問題としての『生活上の弊害』を別の要因として挙げ、さらに、健康不安要因を解決しなければ重大な疾病に至る可能性があるという自覚、つまり『健康意識』があるかどうか「疾病の恐ろしさの自覚」の中に挙げるものだと考えることができる。これらは、服薬モデルでは、自覚症状や検査結果で示される身体の問題から『健康不安』という内的な媒介要因を介して、それが『生活上の弊害』や『健康意識』を与え、それらが服薬行動に影響を与えるものと捉えていることを示している。

このように、HBMにおいては保健行動の可能性、服薬モデルにおいては服薬行動に対する影響として、疾病の恐ろしさの自覚または健康不安を想定している点では共通しており、それらに及ぼす要因のとらえ方も基本的なところでは共通している。ただし、要因をどこまで深く細分化させるかについて、両者で異なるところがみられる。

(2) ベネフィットとコスト

HBMは、主観的合理的判断に基づく決断のモデルであり、その根底には、有用性（ベネフィット）と負担（コスト）を天秤にかけ判断を行うシーソーモデルの考えがある。ある対象について、それがもつ有用さとそれを手に入れるための負担とを心の中の秤にかけ、シーソーのように傾いた側のものが大きいと判断する考えである。HBMでは、秤にかけられるものは、ある行動によって得られる主観的有用性（ベネフィット）とその行動に伴う主観的負担（コスト）、すなわち、「予防行動の利益の自覚」と「予防行動に対する障害の自覚」である。メリットが大きいと感じればその行動を行うと判断し、コストのほうが大きいと感じればその行動は行わないと判断されることとなる。

HBMでは、ベネフィットやコストという枠組みを設けているが、服薬モデルにおいては、明示的にベネフィットやコストを要因として示しているわけではない。服薬行動に影響を与える各要因の中でベネフィットやコストが勘案されていると考えることができる（城尾，2011）。例えば、頭痛時にある薬を飲もうと考えた時、その薬で痛みを和らげることができるという反面、胃が荒れるという副作用があるのではないかと考えることがある。これらはその人が持っている『薬に対する理解』であり、疼痛緩和できるという薬のベネフィットと副作用という薬のコストを秤にかけ、服薬するかどうかの判断をしていること

になる。また、『健康不安』が解消されたり、『生活上の弊害』が解消されるというベネフィットを感じれば服薬行動が生じる。一方、『薬に対する理解』の中に含まれる副作用や経済的費用というコストを感じれば、服薬をためらうこともある。そのベネフィットやコストは、その人が『疾病に対する理解』や『健康意識』をどのように捉えているかによって変わるであろう。たとえ副作用や経済的費用のコストが高いとしても、重大な疾病であるとの理解があれば、そのコストをかけてでも服薬しなければならないと考える。また、副作用を大きな問題と捉える健康意識を持っている人は、副作用を避けるために服薬をしないとされる。

このように、服薬モデルではあえてベネフィットやコストを分けることなく、服薬行動に影響を与えている要因として捉えている各要因の中に包括されていると考えている。

(3) 変容因子と行動のきっかけ

HBMにおいては、予防保健行動に至る流れが、「疾病にかかる可能性の自覚」や「疾病の重大さの自覚」から「疾病の恐ろしさの自覚」に至る流れと「予防行動の利益の自覚」と「予防行動に対する障害の自覚」からの流れの2つが大きな枠組みであると考えられる。服薬モデルは、この2つの流れが明確に区別されているわけではないが、服薬行動に影響を与える流れの捉え方は同様で、健康不安から服薬行動に至る流れと服薬の効果をどのように捉えるかの要因が、服薬行動に及ぼす種々の要因の関わりと考えられる。

HBMにしても服薬行動にしても、この流れが幹に当たり、この幹に当たる部分に対して影響を与える周辺的な要因がさらに考慮されている。HBMにおいては、主要因である自覚に影響を与えているものが、変容因子と行動のきっかけである。服薬モデルでは、医療者の関わり、身近な人の関わり、情報、過去の経験が相当する。

行動のきっかけは、「疾病の恐ろしさの自覚」に影響を与え、この中にはメディアや患者の周りの者の関わりが含まれている。服薬モデルにおいては、疾病・健康に対する理解に影響を与える要因として、『情報』や『身近な人の関わり』などが含まれている。TVやインターネット、薬の説明文などの情報を得たり、身近な人の勧めがあることで、治そうと思ったりしばらく様子を見てもよさそうな病気だろうと考える。これは、疾病・健康に対する理解に影響を与えることとなり、それが、健康不安や健康意識、そして服薬行動に影響していくと考えられている。

また、変容因子は、「疾病にかかる可能性の自覚や疾病の重大さの自覚」、「疾病の恐ろしさの自覚」、「予防行動の利益や障害の自覚」に影響を与え、この中には、社会心理学的変数として医師からの圧力、構造的変数には疾病に対する知識や以前の疾病の経験などが含まれている。服薬モデルでは、薬に対する理解に影響を与える要因として、『医療者の関わり』、『過去の経験』などが含まれ、医師や今までの疾病や薬の経験により、薬の理解が変容し、飲んだほうがよいか止めたほうがよいかなどの判断を行っている。他にもインタ

ーネットなどの『情報』により、薬の効用や副作用など薬の理解を深め、服薬行動へと影響していくと考えられる。ただし、服薬モデルは、個々の服薬行動を表象化しているモデルであるため、属性変数である年齢や性などは含まれない。

(4) 事例から HBM と服薬モデルの要因の関わりを検討

HBM のプロセスに基づき、服薬モデルの要因がどのように関係しているかを示してきたが、HBM の服薬行動の関連要因と服薬モデルの要因について事例検討を行う。

ケース 20 は、月に 1・2 度の頭痛のために市販の鎮痛薬を使用している事例である。

「どのような時に薬を飲みますか」の問いかけに、「月に 1・2 度、頭痛がある時に飲んで。頭が痛い仕事が出来ないから」と話し、続けて、「店で買ったイブをいつもカバンに入れている」と答えた。商品名が出たため、「イブを選んだ理由は」と尋ねたところ、「イブは、いくつか試した中で一番合うからイブにしています。効き目が分かっているからいい。薬局ですぐ買えるし安いから」と答えた。また、「イブを飲む時は、胃を荒らさないようにおばあちゃんが病院からもらって余っているセルベックスをもらって一緒に飲む」と話した。「薬を止めるタイミングはどんな時ですか」の問いかけると、「止めるのは痛みが取れた時」と話した。(ケース 20 32 歳 女性 頭痛 一部抜粋)

HBM の要因から本ケースを検討してみると、次のように考えられる。月に 1・2 度の頭痛が発症するという「疾病にかかる可能性」を自覚し、頭痛があると仕事ができないという「疾病の重大さ」を自覚している。このことが「疾病の恐ろしさの自覚」となり、イブを飲んだりいつでも飲めるように薬を持ち歩くという予防的保健行動を引き起こしている。

また、薬を飲むと頭痛がよくなることや薬が薬局ですぐ買えるということは、「予防行動の利益」の自覚として、薬が胃を荒らすということは、「予防行動に対する障害」として自覚している。この利益と障害の自覚が「予防保健行動の可能性」に影響を与えていると考えられる。

さらに、32 歳女性で仕事に従事していることは、「変容因子」の属性変数や社会心理学的変数として、イブは効き目があるという『過去の経験』は「構造的変数」として、上述した自覚に「変容因子」として影響を与えていると考えられる。

このように、このケースの場合、HBM で服薬にいたる要因を上手く説明ができる。ただし、「祖母の勧め」により、頭痛薬を飲むときは胃薬も併用して飲むことについては、HBM では説明ができない。「行動のきっかけ」の中に「他人からのすすめ」が含まれているが、ここの「行動」は予防保健行動そのものであり、ここでは頭痛薬を飲むという行動のきっかけであり、厳密に当てはめることができない。

服薬モデルでは、次のように示せる。まず、頭痛の『症状』が薬を飲むかどうかのきつ

かけとなり、『健康不安』が高まり、薬を飲もうと考えていく。また、痛みにより仕事に支障を来すという『生活上の弊害』があると、それを除去しようと服薬行動へ影響していく。

本ケースは、頭痛の程度により薬を購入して治せるであろうと『疾病・健康に対する理解』をしている。そして、自分に合っている薬を飲むと緩和できることや、胃薬を併用すると胃を荒らさないこと、薬は安価で手軽であるなど『薬に対する理解』をしている。薬を飲んで頭痛を緩和させることにより、健康不安が解消され仕事にも影響を及ぼさないために服薬行動をとらせている。

服薬行動には、頭痛の時は薬を飲んで緩和されたという『過去の経験』の影響も受けている。症状が発症すると飲み慣れた薬を飲んで治したほうがよいと考えていく。薬への『情報』も得ており、他の薬と効用や価格を比較して薬を選択している。また、『身近な人』である祖母の勧めで頭痛薬と胃薬を併用して飲んだほうがよいと思っている。『過去の経験』、『情報』、『身近な人』は、『薬に対する理解』と『疾病・健康に対する理解』に繋がり、さらに、『健康不安』へ影響している。

服薬モデルでは、HBM で考えられている行動のきっかけや変容因子に相当するものが部分的に含まれているが、それらは、健康不安や服薬行動そのものに直接影響を与えるという図式ではなく、『疾病・健康に対する理解』と『薬に対する理解』に影響を与え、それが健康不安や服薬行動に影響を与えるという図式となっている。そのため、HBM では上手く当てはめられなかった祖母からの胃薬の勧めも服薬モデルでは要因として記述することが可能である。

ケース 4 は、心筋梗塞や糖尿病などの既往症があり服薬中の一人暮らしの高齢者の事例である。

「どのような薬を飲んでいますか」と尋ねると、「薬は、10年前くらいから飲んでいる。薬の名前は分からない。糖尿病の薬と眠剤、骨、痛み止めなんかの薬を飲んでる。全部は分からない」と返答した。「痛み止めは痛くなくても朝・夕と飲んでいる。医師から言われた通りに飲んでいる。医師を信頼してるから」と話し、続けて、「一人住まいで、何でもできるようにせんといけんから、薬はきらかす前にもらいに行く」と話した。「薬は忘れませんか」の問いには、「薬は忘れずに飲んでる。飲み忘れは今までにない。命に関わるから飲み忘れない」と答えた。【13種類 1 ドース】（ケース 4 80歳 女性 心臓リハビリテーション通院中（心筋梗塞）糖尿病 77歳の時大腿骨骨折 一部抜粋）

HBM の要因から本ケースを検討すると、次のように考えられる。すでに疾病に罹患しているため、「疾病にかかる可能性」は自覚している。その病気が心臓病や糖尿病であるため生涯治療が必要であることや痛みや不眠があることが「疾病の重大さ」の自覚となっている。そして、それらが介護状態の可能性があるかもしれないと「疾病の恐ろしさの自覚」へ繋がり、痛みの緩和や心筋梗塞を生じさせないように薬を飲むという予防行動を起こし

ている。

また、薬を飲むことで命を救われるという「予防行動の利益の自覚」があり、薬はなくなる前に受診して手に入れるというほど、「予防保健行動の可能性」が高くなっている。ここでは「予防行動の利益の自覚」が大きな比重を占めており、「予防行動に対する障害の自覚」は表面化されなかった。

「変容因子」の属性変数や社会心理学的変数として、80歳女性で一人暮らしであるということが何でもやらねばならないという「疾病の重大さの自覚」に影響している。また、糖尿病や骨折の既往症や心筋梗塞の発症がある「過去の経験」は構造的変数として、「疾病の恐ろしさ」の自覚へ影響していると考えられる。

このように、HBMの要因に形式的に当てはめることができるものの、服薬にいたる主たる要因を説明するには十分ではない。本ケースの場合、医師から言われたように飲んだほうがよい、医師を信頼しているなど医師との関わりが服薬行動に大きく影響しているが、HBMの要因ではそれらを直接的に表すことができない。

一方、服薬モデルでは、次のように考えられる。心臓リハビリテーションに通院中であるため、息切れなどの『症状』や血液の『検査値・治療』の結果により、心臓機能の状態に『健康不安』を感じ、医師の指示通りに薬を飲もうという服薬行動に繋がっている。また、一人暮らしで何でもやらないといけない『生活上の弊害』と、介護状態にならないようにしたいという『健康意識』を持つことが、薬を飲むという行動に影響している。

本ケースは、命に関わる病気であると捉え、医師を信頼して治療しており『疾病・健康に対する理解』を十分に持っている。薬は飲み忘れずに、痛くなくても鎮痛剤も医師の指示通りに薬は飲むというように『薬に対する理解』も十分である。そして、薬を飲むことが、健康不安を和らげ一人での生活を支えるものとして、服薬行動に表れている。

これらは、『医療者との関わり』の中で、医師への信頼を持ち医師の指示通りに治療しなければ生命に関わるという理解に繋がっている。また、心臓病や糖尿病などで入院通院をした疾病の『経験』を持っている。医療者からの疾患や薬の説明、薬の説明書からの『情報』も得ている。このような『医療者との関わり』、『過去の経験』、『情報』が、『疾病・健康に対する理解』と『薬に対する理解』を深め、さらに、『健康不安』や『健康意識』へと影響している。

HBMの変容因子に相当するものが、服薬モデルでは、『疾病・健康に対する理解』や『薬に対する理解』で包括的に捉えており、それらが健康不安や健康意識へと影響を与えるというモデルになっている。そのため、服薬行動を起こす要因となった医師の関わりも記述が可能である。

2 HBM との比較における要因の長所と短所

ここまで、HBMと服薬モデルの比較を行い、基本的理念の違いや事例検討でHBMの

要因との関連性について述べてきた。

HBM は、人間が自身の健康を侵されたと感じた時に起こす健康行動を予測するものであり、その人が健康に良いと判断して行う行動を指す（藤澤, 2008）。すなわち、罹患した時、あるいは罹患しそうだと感じた時に、人間が健康行動として、どのような行動生起を起こすか予想するプロセスモデルと考えられる。HBM のプロセスでは、最終的に利益と障害の差によって行動の可能性を示している。一方、服薬モデルは、服薬に対するメンタルモデルであり、個々人が服薬をどのように捉えているかを表現している。そのため、服薬モデルでは、服薬という行動の生起のプロセスを表しているものではなく、ある個人がどのような理由で薬を飲んでいるのか、それにどのような要因が関わっているのかを検討している。つまり、服薬モデルの構築に至る要因について記述している表象モデルといえる。そのため、服薬モデルは、行動を予想するものではなく、その理念は HBM とは基本的に異なるものである。

例として示した事例においては、服薬モデルの構築の要因には HBM の要因を概ね包括していることが示された。ここでは、事例を通し HBM との比較検討を行った結果から、服薬モデルの要因の長所と短所を明らかにしていく。

頭痛のために市販の鎮痛薬を使用する例では、HBM の要因を用い服薬に至るプロセスを上手く説明することができた。本ケースは、セルフメディケーションの考えに基づくもので、軽度な身体の不調は自分で治すためにとった服薬行動が、保健予防行動に該当したためと考えられる。服薬モデルからみると、HBM では説明できなかった祖母が勧めた胃薬との併用は、『身近の関わり』により『薬に対する理解』と『疾病・健康に対する理解』に影響を与えることで、服薬モデルの構築要因として記述することが可能であった。HBM では保健予防行動そのものの利益と障害については明示的に要因として挙げてあるが、その障害を緩和させる手段があるかないかといったことについては明示されていない。服薬モデルの場合も、それを明示化してはいないが、『薬に対する理解』という要因で捕捉が可能であった。

心筋梗塞などの既往があり薬を常用する事例では、HBM の要因に形式的に当てはめることはできても不十分な説明となった。

本ケースには、健康や治療目的に薬を飲んでいるが、それ以外に、医師の言う通りに飲まなければ助からないケースで、医療者の関わりが重要な要因であった。しかし、HBM では、医療者との関わりとなる要因が明示されていないために表すことができなかった。一方、服薬モデルでは、『医療者の関わり』の要因を明示化している。これは、行動の動機について、HBM では抽象的なレベルでモデルを構成しているが、服薬モデルではどのような理解をし服薬行動を起こそうとしているか、それらを示す具体的な構築要因で表わされているためである。

HBM は保健予防行動に関するモデルであるため、すでに、ある病気に罹患して服薬をしているケースの場合は、なかなか当てはめにくいのは当然のことと考えられる。ただし、

病気の予備軍である患者に対し医療者が保健行動を勧めることは考えられるが、そのような要因を HBM では明示していないと考えられる。

以上、事例検討からは、HBM は「利益」と「障害」を明示的に示し、その差で行動生起の可能性をモデル化している。その点が HBM の長所である。すなわち、病気を考えた時に、その病気に対処するための行動がどれだけとりやすく、利益をもたらすか判断して何らかの行動を起こすと明確にしている。ただし、「変容因子」や「行動のきっかけ」の働きは間接的であり、「自覚」は包括的な変数が設定されているためか、服薬に対してどのような理解をして薬を飲むという「予防行動」をとるかは不十分な解釈となる。

服薬モデルは、服薬の至る要因を明確に整理して、網羅的にモデルの要因としてとられていることが明示できる。すなわち、『症状』と『検査・治療結果』により『健康不安』を生じる過程と、『医療者』や『身近人の関わり』、『情報』、『過去の経験』による『薬に対する理解』や『疾病・健康に対する理解』の要因の過程が、相互に関係性を持つことで細かな記述ができる。服薬モデルの要因には、その人が何故薬を飲むのか止めるのかなどの理由づけをした薬の捉え方が理解できるという長所がある。

5.4.2 服薬アドヒアランスの観点からみた服薬モデル

薬物療法においては薬が正しく飲まれることが重要である。2003 年の WHO の報告では、アドヒアランスの不良は世界的な問題と指摘しており、何故患者が指示通りに薬を飲まないかが重要な問題となる。一方、服薬モデルは何故服薬をするのか、服薬を各個人がどう捉えているかを表したモデルであり、裏を返せば、何故薬を飲まないのか、どの要因が不十分であるから薬を飲まないかを明らかにすることができる。本章では、適切な服薬ができるように服薬モデルを用いた服薬指導の事例を提案したが、これは、医療者の介入により、服薬モデルの構築要因の中で修正が必要な要因に働きかけ患者が正しく服薬できるように導いたものである。その指導によって、服薬アドヒアランスを高めることになる。つまり、これは服薬アドヒアランスのために、服薬モデルの観点から検討したと考えられ、アドヒアランスの問題解決には服薬モデルの考え方が有効であることを示している。

WHO (2003) では服薬アドヒアランスに影響する要因を検討しているが、それは、服薬モデルで服薬に与える要因と共通するところがあるはずである。そのため、ここで、服薬アドヒアランスの観点から服薬モデルを検討する。WHO のアドヒアランスに影響する要因 (2003) については Osterberg & Blaschke (2005), Kalogianni(2011)が解説したのから検討する。

1 服薬モデルと WHO の服薬アドヒアランスの 5 要因との関係

WHO の服薬アドヒアランスの要因は、5つの因子がありそれぞれの因子に関連する項

目が示されている。ここでは、服薬モデルの構築要因に服薬アドヒアランスの要因が包括されているかを検討する。WHOの要因を「 」, 服薬モデルの構築要因は『 』で示す。

(1) 服薬モデルの構築要因には含まれない WHO の要因

服薬モデルはアドヒアランスを意識したものではないが、その人の服薬に対する捉え方が服薬モデルで表された時に、結果的にその人の服薬アドヒアランスが高いのか低いのかそのモデルで明らかになると考えられる。したがって、服薬モデルの構築要因の中には、WHO が挙げた服薬アドヒアランスの低下要因が含まれないものがある。それは、服薬以前に医療や健康のために行動を起こすことを阻害する要因となっているものである。

服薬モデルの構築要因の中には含まれていない要因は、基本的な生活基盤の要因、健康管理能力の要因、健康管理行動実施能力の要因、社会的阻害要因の4つに分けることができる(表 5-5)。

基本的な生活基盤の要因

「社会的・経済的要因」の中には、服薬アドヒアランス以前に生活の基本的な基盤に関する要因も含まれている。たとえば、英語(共通語)習得度の低さ、ホームレスなどは、医療以前問題として、生活上の困難さを来していることが想像される要因であり、基本的な生活基盤の要因と考えられる。また、健康保険がないこと、医療費が高いことなども、社会的・経済的要因の中に含まれているが、これらは貧困による要因として捉えられるものであり、基本的な生活基盤の要因と考えられる。

健康管理能力の要因

上述の基本的な生活基盤の要因は、医療を受けたい、あるいは薬を飲みたいという気持ちがあっても、それができなくなってしまうという阻害要因と考えられる。一方で、医療を受けようという気持ちがなかったり、受けるかどうかといった判断ができないという場合がある。それは、「社会的・経済的側面」にみられる。文化や習慣の違いによって、健康リテラシーが低かったり、治療を拒否するといった文化的要因は健康管理能力の問題の中に含まれると考える。

また、「疾患と関連する側面」や「患者の側面」の中にもみられる。疾患としては、精神的疾患を持っている場合、うつ状態、精神病、知的な遅れや発達障害などがある。「患者の側面」にみられるのは、アルコールや薬物の依存などである。これらはその疾患などの程度によってさまざまであろうが、健康管理能力そのものがなかったり、うつなどのように何事にもやる気なく治療を受けようといった気持ちが出てこないといったことが考えられる。総じて健康管理能力が欠如としていると考えられる。

表 5-5 服薬以前の服薬アドヒアランス阻害要因

	WHO の服薬アドヒアランス要因	WHO の服薬アドヒアランス要因の内容	WHO の服薬アドヒアランス要因に挙げられている項目
基本的な生活基盤の要因	社会的・経済的側面	社会的・経済的要因	英語（共通語）習得度が低い，不安定な住居；ホームレスなど，健康保険がない，医療費が高い
健康管理能力の要因	社会的・経済的側面	文化の関わり	健康リテラシーが低い，病気や治療についての文化的信念（信条）
	疾患に関連する側面	精神的疾患	うつ状態，精神病，知的な遅れや発達障害
	患者に関連する側面	精神障害・行動異常	アルコールや薬物の乱用依存
健康管理行動実施能力の要因	患者に関連する側面	身体的・精神的障害	身体的制約（視覚障害，聴力障害，行動障害または手先の不器用さ，嚥下障害），精神障害・行動異常（認知障害），病気という刻印の恐れ
社会的阻害要因	社会的・経済的側面	治療のための行動コスト（地理的・時間的要因）	心身への過重な負担；仕事が忙しくがんばらねば生活できない，健康支援施設に行きにくい，薬局に行きにくい，
		介助者の関わり	老人虐待（いじめ）
	医療者と患者の関係の側面（医療制度の基づく）	治療のための行動コスト（時間的要因）	予約のとりにくさや長い待ち時間
		医療制度の関わり	処方薬の制限；保険適用外の薬品や未収載の新薬，高額医療品の自己負担分，ケアの継続性の欠如

健康管理行動実施能力の要因

一方，ある程度健康管理能力はあるとしても，治療のために本人が行わなければならないことができない場合がある。何らかの障害を有していたり，病気の受け入れを拒否している場合である。「患者に関連する側面」の中に，視覚障害や聴力障害などは医師との疎通が十分でなかったりするために，治療に対する理解が不十分となり，結果的に適切な服薬ができないことが考えられる。認知障害では薬の管理がうまくできないし，視力障害の場合も薬を目で見て確認することが十分にできないために，薬の管理の問題が同様に考えられる。行動の不器用さや嚥下障害なども薬を飲む行動がうまくできない要因となる。また，

病気と刻印を押されることに恐れを抱き受診行動を起こさないことがある。これらは、総じて健康管理行動実施能力の欠如と考えられよう。

社会的阻害要因

受診の時間が取れない、交通の便が悪く通院が面倒であるなど、治療を受けたいが治療を受けるために行動を起こす負担が考えられる。「社会的・経済的側面」の中に、忙しくて行けない、医療機関に行きにくい、薬局に行きにくいなどが挙げられ、これらは、地理的な問題や時間的な問題が背景にあり治療のための行動コストが治療を阻害する要因となっている。また、「医療者と患者の関係の側面（医療制度の基づく）」の中に、予約のとりにくさや長い待ち時間がみられる。これらも治療のための行動がコストと感じられるため阻害する要因となっている。

さらに、医療を受けたいと思っても本人の力ではどうにもならない場合がある。それは、介助者の関わりや医療制度との関わりにみられる。「社会的経済的な側面」に、高齢者虐待が挙げられている。高齢者の場合、自分で医療機関を受診して自分で服薬管理して正しく服薬することが難しく、家族や施設の職員などの介助を受けなければ医療的ケアが持続されない場合がある。このような場合、介助者が介助などをしないと、医療的なケアが受けられないことになり、このことは高齢者虐待の範疇に含まれる。

「医療者と患者の関係の側面（医療制度の基づく）」においては、処方薬の制約や高額医療品の自己負担分、ケア持続性の欠如が挙げられている。処方薬の制約と高額医療品の自己負担分については、医療保険の対象であるかどうかの問題となる。保険適用されない医薬品が処方されると、その日の検査などの診察費はすべてが自費医療となることがある（飯田, 2009）。そのため、本来患者に処方されるべき薬が処方されないという問題が生じる。ケア持続性の欠如については、本人の要因とは関係ない理由でケアが持続できなくなることが考えられる。そのことによって、回復が遅れたり長引いたり、悪くなったりと患者への不利益をもたらすことになる。これらは、本人ではどうすることもできない社会的阻害要因であると考えられる。

以上は、服薬を考える以前の問題であったために、服薬モデルでは想定しておらず構築要因に該当するものは存在していない。

(2) 服薬モデルの構築要因に対応する WHO の服薬アドヒアランスの要因

次に、服薬モデルの構築要因に対応する WHO の服薬アドヒアランスの要因について検討する。服薬モデルでは、薬を飲む動機として、疾病などに関する症状などがきっかけになるが、薬や疾病などに関してどのように理解をしているかが服薬モデルを構築する場合に重要な要因となる。アドヒアランスの観点においても、薬や疾病どのように捉えているか、健康意識を持っているかが重要で、これらの要因はアドヒアランスを高めたり低めた

りすることになる（表 5-6）。

表 5-6 服薬モデルの構築要因に対応する WHO の服薬アドヒアランス要因

服薬モデルの要因	WHO の服薬アドヒアランス要因	項目
薬に対する理解	治療に関する側面	服薬回数や薬品の数が多いなど複雑な服薬計画、自己注射や吸引などの治療技術の習得の難しさ、治療期間の長さ、頻回の処方変更、実際あるいは知識としての不快な副作用
	患者による側面	病気の知識；服薬を必要とする理由が分からない、治療計画への期待と態度；治療効果の知識、副作用や依存症への恐れ
疾病・健康に対する理解	疾病に関する側面	慢性的症状、無症状
	患者による側面	病気の知識；病気の危険やかかり易さの知識
健康意識	患者に関する側面	治療計画への期待と態度；治療計画に従っていけることへの確信、動機づけ

薬に対する理解要因

服薬モデルの構築要因で『薬に対する理解』に相当するものは、「治療に関する側面」や「患者による側面」の中にみられる。「治療に関する側面」には、服薬回数や薬品の数が多いなど複雑な服薬計画、自己注射や吸引などの治療技術の習得の難しさ、治療期間の長さ、頻回の処方変更、実際あるいは知識としての不快な副作用が挙げられている。服薬アドヒアランスの観点からは、これらが障害になって正しく服薬がなされないという捉え方であるが、服薬モデルの観点からは、処方が複雑であったり、期間が長かったりすることにより、薬に対する理解をどのようにするのかということである。複雑な処方であると、薬の飲み間違いや飲み忘れなどを生じてしまう可能性があり、薬に対する理解がどの程度なされているかどうかに依存するところであると考えられる。

また、「患者による側面」では、服薬を必要とする理由の理解、治療計画への期待と態度である治療効果の知識や副作用や依存症への恐れが挙げられている。これらは、上述した「治療に関する側面」と繋がる部分がある。単純な処方であれば、服薬を必要とする理由も得られるであろうが、薬の量が多かったり治療期間が長いと治療計画への期待などを低下させてしまうであろう。また、副作用や依存の問題もアドヒアランスを低下させてしまう。患者が、薬を何故飲まなければならないのかと疑問や不安を持ったり、薬への恐れを抱くことになっていしまい、薬に対する理解ができないために、決められた通りに薬を飲めなくなってしまうとみられる。

例えば、次のケース 38 は、薬に対する理解において不安を持っていた患者である。こ

のケースは、腹膜透析の治療中で複数の薬を飲んでいる。「朝・昼・就寝に合計で14種類飲んでいるので薬を飲むだけでお腹が一杯になる。医師から処方された薬でも腎臓への負担と副作用がないか気になるので個人的に薬剤師に相談している。…調剤薬局で分包しましょうと言われ分包にして確実に飲めるようになった。…医師には恵まれている。自分の性格を知っているし信頼できる」と話した。ここでは、14種類の薬を飲まなくてはならないことや、処方薬の腎臓への負担と副作用を気にしている。これらは、服薬アドヒアランスを低下させる要因と考えられる。しかし、このケースは腹膜透析を行っているため、腎臓にも負担のない薬であるかどうか薬剤師に相談している。また、多種類の薬を1包化になり服薬が簡素化され、服薬アドヒアランスを低下させることなく、正しく服薬できるようになっている。このように、自分に合う必要な薬かどうか確認して服用しており、薬剤師にも相談し腎臓に負担のない薬を納得して飲むという薬に対する理解をしていると考える。

疾病・健康に対する理解

服薬モデルで『疾病・健康に対する理解』に相当するものは、「疾病に関係する側面」や「患者による側面」の中にみられる。「疾病に関係する側面」の中には、慢性的症状と無症状が挙げられている。慢性的に続く症状の場合、日常的に症状があるが、薬を飲んででも変化がないか、薬が根本的な治療にならず薬を飲むのを諦める場合が考えられる。また、無症状である場合、薬を飲まなくてもいいのではないかと薬を飲むことをためらうこともある。

ここで、問題となるのは、自覚症状として現れていないが、すでに罹患していて服用しなければならない疾患であることを理解しているか、あるいは、症状が慢性化して症状の改善がなされなくても服薬を続けなければならない疾患であることを理解しているかが問題となる。すなわち、『疾病・健康に対する理解』がどのようになされているかである。

ケース18は、症状がないために受診しようとしなかった事例である。「糖が出てると知っただけで何の症状もない。痛くも痒くもないんで病院にはかからなかった」と話した。無症状のために受診のタイミングを外している。自覚症状がないためにアドヒアランスの低下を招いたことになる。症状は、体調の悪さを自覚し、治療したほうがよいかどうか患者が考える指標の一つとなる。このことは、症状がなく、かつ長期継続的な服用が必要な疾患の場合は、時間とともに治療の意識が低下していく可能性があり、アドヒアランスの低下に影響することを示している。

また、病気への知識が乏しかったり、間違った知識を持つ場合は、アドヒアランスを低下させることになる。「患者による側面」では、病気の危険やかかり易さの知識が挙げられている。患者が、どのような病気に罹患しているか、どの程度の病状であるかなど、疾患に対する理解をしているかが問題となる。

慢性疾患は、長期に渡って続いていくという特性を有し、たとえ自分が嫌だと思っても続くもので、病いと折り合いをつけたり生活を編みなおすことが必要である(黒江, 2002)。しかし、多くの患者は、処方薬を自己流に変更しており医療者と相談したり、その指示を受けたりせずに治療のアレンジを行っている(Tindal et al. 2003 平井・楠元(監訳) 2005)。患者がどのように疾患を理解しているかが、アドヒアランスの高低に関わっていると考えられる。

健康意識

服薬モデルで『健康意識』に相当するものは、「患者による側面」にみられる。「患者による側面」には、治療計画に従っていけることへの確信、動機づけが挙げられ、これらがアドヒアランスに影響すると示されている。服薬モデルの観点では、治療計画通りにしたほうがよいだろうと考え、健康になろうとして服薬するか、あるいは、仕方なく服薬しているのか、治療に臨む姿勢は異なる。つまり、どのような健康意識を持つかが重要であると捉えている。患者の中には治療方針通りに治して元のように元気になろうとする一方、治療を始めても、途中で薬を止めたり、通院が途切れたりする場合もある。それは、健康意識の持ち方によって違いがある。

ケース 27 は、入院中に看護師より薬を飲み忘れないように指導され心臓リハビリテーションに通院中の患者である。「入院の時、看護師が1回ごと薬を持ってきて飲み忘れないようによくよく言われてきた。だから、家でも忘れんごとしとる」と話した。看護師は退院後の薬の飲み忘れを危惧し折に触れ指導を行っており、薬だけでなく運動の必要性についても話したと思われ健康意識を高める役割を担っている。本ケースの場合、看護師の関わりが動機づけとなり、言われたように治療しようと思ったことは、『疾病・健康に対する理解』となり、そのことは、心臓リハビリテーションの通院をして元気になろうという『健康意識』を高めたと考えられる。

(3) 薬に対する理解や疾病・健康に対する理解に影響を与える要因に対応する WHO の服薬アドヒアランス要因

服薬モデルでは、薬に対する理解や疾病・健康に対する理解が服薬に直接影響を与えると考えているが、それらの理解に影響を与える要因を別にモデルの中に構成している。要因として、医療者との関わり、身近な人の関わり、過去の経験、情報がある(表 5-7)。

医療者との関わり

服薬モデルで『医療者との関わり』に相当するものは、「医療者と患者の関係の側面(医療制度に基づく)」や「患者による側面」の中にみられる。患者が医療者の治療内容や対応法に不信感や疑問を持つことは、治療や服薬の妨げになると考えられる。アドヒアランス

の低下要因として、「医療者と患者の関係の側面（医療制度に基づく）」の中に、医療提供者と患者の良好な関係や医療提供者のコミュニケーション能力、患者との健康信念の不一致、医療提供者による励まし、あまりに高度な文面の患者情報がみられる。「患者による側面」の中には、医療提供者との軋轢がみられる。

服薬モデルの観点からは、医療者との関わりにより『薬に対する理解』や『疾病・健康に対する理解』へと繋がる。患者にとって、医療者から、温かく思いやりのある言葉を掛けられることは、医師への信頼関係を築き、安心、リラックスなどといった肯定的感情を生じるものである（渡辺, 2005）。

患者の中には、医師の前で思ったことが言えず医師の指示に従ったり（渡辺, 2005）、医療者による説明や言葉が理解できずに混乱する人もいると思われる。病院の言葉委員会（2009）は、心身に不調を持つ場合はだれしも、常に不安を感じながら医療者の説明を聞いているもので、医療者から病名や病状を難しい言葉で説明されると、患者はさらに心理的負担を感じ理解の妨げになると述べている。患者が誤解して理解することもあるため、医療者との関わりは、治療への協力や治療の継続にも影響を及ぼすと考える。

ケース 35 は、医師に親しみを抱いている患者である。「長くかかっているので、先生には話しやすい。心臓と糖尿病と股関節の痛みがあり1つの病院でみてもらっている」と話している。患者にとり、『医師』は複数の治療をゆだねられる治療のパートナーとしての存在である。医師とは良好な関係性がみられ、健康信念の一致もある。そのことにより、信頼している医師の薬は安心して飲めるという『薬に対する理解』となり、医師は病状を知っているので言われたように治療を受けようと『疾病・健康に対する理解』へと繋がっている。

一方、ケース 15 は、質問を遮る医師に掛かっている患者である。「ぶきっちゃよで愛想悪い。パソコンを見てしゃべる。詳しく聞こうとすると、うるさいなあーと言う感じで舌打ちする。何か言うと『うん』と言うだけ。長く掛かっているので、信頼はしている。病気自体は任せている。…調剤薬局の紙を見てどんな薬かが分かる」と話した。医療提供者のコミュニケーション能力の低さや正の強化不足、軋轢も感じさせ、患者は医師と治療上有効なコミュニケーションがとれているとは言い難い。しかし、長期通院の経験から、患者が治療の目的を理解し医師の治療方針には賛同している。これは、健康信念の一致である。医療者からの情報となる調剤薬局から渡される薬の説明文は理解できており、医師は愛想は悪いが診療は信頼し任せているという『疾患・健康に対する理解』を行っていることが、継続的な受診につながったと考えられる。

堀（1998）は、患者と医療者の因子は、相互関係があり一方の因子によって大きく変化する可能性があり、努力や介入によって大きく変わる変数であると示している。これらのことは、医師と患者の関係性の改善が、アドヒアランスを高める要因になることを示唆するものである。

表 5-7 薬に対する理解や疾病・健康に対する理解に影響を与える要因に対応する WHO の服薬アドヒアランス要因

服薬モデルの要因	WHO の服薬アドヒアランス要因	WHO の服薬アドヒアランスの項目
医療者との関わり	医療者と患者の関係の側面（医療制度に基づく）	医療提供者と患者の良好な関係，医療提供者のコミュニケーション能力，医療提供者と患者の健康信念の不一致，医療提供者による励まし，あまりに高度な患者向け情報
	患者による側面	医療提供者との間の軋轢
身近な人の関わり	社会的要因	家族や社会的支援組織がない
過去の経験	治療による側面	すぐに現れない治療効果
情報	治療による側面	社会的に悪い印象がある薬品

身近な人の関わり

WHO は、ソーシャルサポートの存在がアドヒアランスを高める要因として捉えている。「社会的要因」の中には、家族や社会的支援組織について挙げられている。これらは、服薬モデルでは『身近な人の関わり』に相当する。服薬モデルの観点からは、身近な人の関わりが『薬に対する理解』や『疾病・健康に対する理解』へと繋がっていく。患者にとって、家族や周りの人から治療への応援を受けたり支えられたりすることは励みになっている。

第 3 章には、子どもたちの声掛けで服薬に至っている患者や家族が薬の中止に賛成したために薬を止めた患者がいた。ケース 16 は、心配する子どもたちの励ましに後押しされて薬を飲んでいる。本ケースは、「薬は飲みとうない。めんどくさいと思うこともある。子どもたちがヤーヤーいうのでリハビリに来てるし薬も飲んでいる」と話した。『子どもたち』の声掛けが、薬を忘れずに飲むという服薬行動に有効なソーシャルサポートとして働いている。そして、薬は飲みとうないが子どもが心配するので飲むという『薬に対する理解』を示し、子どもから言われるので心臓リハビリテーションに通うという『疾患・健康に対する理解』をしている。

一方、ケース 37 は、家族と相談し薬を中止した事例である。「今まで使っていた薬局の薬より強いようで、家族に相談したら痒みが取れたらもういいんじゃないと言われた」と話した。服用後に皮膚炎が軽減し、家族も止めることに賛成したため中止に至っている。本ケースは、ソーシャルサポートである『身近な人の関わり』で薬を中止している。家族も賛成したので強い薬は長くは使わないで、症状が緩和したら治療を止めるという『薬に対する理解』をしている。

これらの事例からも、ソーシャルサポートとなる人が服薬に対し応援する態度があるか、どのように考えているかなど、すなわち、『身近な人』の持つ『薬に対する理解』や『疾患・

健康に対する理解』が、服薬を促進したり、逆に阻害する要因に関与することが示されている。

過去の経験

服薬モデルで『過去の経験』に相当するものは、「治療による側面」の中にみられる。「治療による側面」には、すぐに治療効果が現れないということが挙げられている。服用後に期待通りに治ることもあるが、効き目が現れなかったり緩慢な経過をとるとその過程でアドヒアランスを低下させることになる。服薬モデルの観点からは、このような経験が過去の経験となり、それが『薬に対する理解』や『疾病に対する理解』に影響していると考えられる。

ケース 20 は、頭痛のために市販薬を飲んでいる患者である。数種類の頭痛薬を試した『過去の経験』から服用に至っている。「月に1・2度、頭痛がある時に飲んで。頭が痛い仕事が出来ないから…イブをいつもカバンに入れている。イブは、いくつか試した中で一番合うからイブにしています。効き目が分かっているからいい」と話した。自分に合う薬と判断するには『過去の服薬経験』がある。仕事への支障がないよう即効性のある薬の中からイブを選んでいる。自分に合っている市販薬で治るという『薬に対する理解』を示しており、その頭痛はいつもと同じであるという『疾患・健康に対する理解』をしている。即効性がありすぐに効果が表れることがアドヒアランスを高めることとなっている。

一方、ケース 25 は、3年前にアレルギー症状を経験した事例である。「全身が痒くてアイスノンを当てたりしたけど夜が全然眠れなかった。死ぬほどきつかった。…アレルギーがあるから絶対忘れないで飲む」と話した。本ケースは、強烈な掻痒感の『過去の経験』がある。現在は、アレルギーが出ているわけではないが、『過去の経験』により、薬はアレルギー症状が出ないように予防として飲むという『薬に対する理解』がなされている。

このように、即効性の薬はアドヒアランスを高めているが、即効性が必ずしもアドヒアランスを低下させるわけではなく、ケース 25 のように長期に及んでも予防になるので薬を飲むという場合も逆にアドヒアランスを高めている。

情報

服薬モデルで『情報』に相当するものは、「治療による側面」の中にみられる。「治療による側面」には、社会的に悪い印象がある薬品が挙げられる。現代では、新聞やTVだけでなく、インターネットで取り上げられた内容が私たちの判断に影響を及ぼしている可能性は高い(藤澤, 2008)。そのため、それらから得た情報による影響でアドヒアランスを低下させることがある。

服薬モデルの観点からは、情報は『薬に対する理解』や『疾病・健康に対する理解』に影響している。ケース 23 は、副作用のある薬と聞いて服用しなくなった患者である。「2～3年前ワーファリンが出とった。医者から、飲まんとヨロヨロするごとなると言われた

けど、出血すると言われたんでずっと飲まなかった」と話した。本ケースは、治療には必要な薬であるが出血傾向の副作用があるという『情報』を知り、薬を飲まないほうがよいと解釈している。服薬行動にも、薬を飲み忘れが表れており、副作用は怖いという『薬に対する理解』をしている。このように、情報はその後の健康行動に強く影響を与え、アドヒアランスを高めるか低下させるかに関わっている。

2 WHOの服薬アドヒアランスとの比較による服薬モデルの妥当性

ここまで、服薬モデルの構築要因にWHOの服薬アドヒアランスの要因が包括されているかについて述べてきた。服薬アドヒアランスとは、服薬に関する患者—治療者間での取り決めを遂行することをいう（堀, 1998; 山中, 2005）。WHOは、何故薬を飲まないかに関わるものがアドヒアランスを低下させるとしているが、それは、医療者との関係性、罹患した疾患の要因、患者の要因だけではなく、薬を飲めない環境下にも影響があると捉えている。貧困などによる生活環境や経済性などの社会・経済的要因、医療制度など、服薬に至る以前の阻害要因を含んでいる。一方、服薬モデルは薬を飲むことを前提にしている。すなわち、薬を飲む状況にあるが、何故薬を飲んだり飲まなかったりするかなど、薬をどのように捉えているかを目的にしたものである。

そのため、服薬アドヒアランスの要因のうち、服薬以前に関係する基本的な生活基盤の要因、健康管理能力の要因、健康管理行動実施能力の要因、社会的阻害要因は、服薬モデルの構成要因には該当しなかった。

それ以外のWHOの服薬アドヒアランスの要因は、服薬モデルの要因に概ね網羅されていた。ここでは、服薬モデルの要因に対応するWHOの服薬アドヒアランスと比較から服薬モデルの妥当性について検討する。WHOでは、「疾病に関係する側面」と「治療の側面」、「患者による側面」など要因は5つに分類され、それぞれの要因に応じて項目が網羅されている。いずれかの要因にアプローチしアドヒアランスを高めることは可能である。そして、そこで考えられている要因については、上述したように服薬以前の阻害要因を除いて服薬モデルの中で十分捕捉されている。これは、服薬モデルが服薬アドヒアランスで検討すべき要因を包括し、妥当なモデルとして提案できたものと考えられる。服薬以前の要因については、それを服薬モデルの中にも含めるかどうかは検討の余地があるとは思われるが、服薬指導において服薬モデルを活用する場面を想定した時に、服薬以前の要因はコントロールできるものではないため、あえて服薬モデルの中にも含める必要性は低いと考えられる。ただし、薬が無くなったが遠くて受診できない、忙しいために飲み忘れるなど地理的や時間的な問題を背景にした要因を、服薬モデルの中にも含めることも必要であるかもしれない。

服薬モデルとWHOの服薬アドヒアランス要因の大きな違いは、各要因の相互の関係性の捉え方である。WHOの服薬アドヒアランスでは、影響する要因を分類されてはいるものの、羅列的に並べられているにすぎず、要因間の関係性が示されず、どのように展開し

てアドヒアランスを高めているかが図式には示されていない。

一方、服薬モデルでは、まず、『薬に対する理解』、『疾病・健康に対する理解』が直接的にその人の服薬への考えを示している。それらに、『医療者の関わり』や『情報』、『過去の経験』などが影響するという2段階の図式が描かれている。服薬に直接影響を与える要因として人間の心理的側面としての『理解』の要因を捉えている。その理解に影響を及ぼす要因として具体的に関わる要因を示している。これは、要因間の関係性を明示的に示しており、患者の心理的側面の影響の関係性を示すことが、服薬モデルの長所と考えられる。また、作られた服薬モデルが仮に低い場合、どの要因が問題となっているのか、服薬モデルの構築要因を見れば分かることになる。構築要因に修正を加えることで『薬に対する理解』、『疾病・健康に対する理解』を深め、薬を飲むというモデルに変更することは可能で、それにより服薬アドヒアランスの高いモデルとなると考える。

5.5 まとめ

本論文では服薬モデルという考え方を提案した。服薬の考え方は個人によってさまざまであり、薬を飲んだり止めたり飲み忘れていたり、必ずしも正しく薬を飲んでいるとは限らない。そのために、その個人の立場から服薬の枠組みを考え、薬をどのように捉えているか明示することが大切であると考えた。本研究では、服薬に関するメンタルモデルを「服薬モデル」と呼び、服薬モデルにより個人が服薬をどのように捉えているかを明確にできるものかを検討してきた。ここでは、服薬モデルのまとめを行い、患者視点の服薬モデルの有用性と今後の服薬指導にどのように寄与するかを考察したい。

5.5.1 服薬モデルのまとめ

薬を飲むのは、何らかの「健康不安」を生じるからであり、その健康不安を解消するために、薬を飲もうという動機が生じる。その「健康不安」は、「自覚症状」があるとか、「検査値」が健康な範囲内に入っていないといった要因から生じる。「服薬」への動機は、「健康不安」といった身体的な問題だけではなく、実際に生活していく上で仕事に支障を来すとか、日常生活を送る上での問題が生じるなど、「生活上の弊害」がどの程度あるかによっても異なる。さらに、「健康不安」は、早く元の元気を取り戻そうという「健康意識」へと影響し、この「健康意識」の高さが服薬への動機に影響を及ぼしている。

ただし、薬を飲もうとするのは、上記に述べた健康不安、生活上の弊害、健康意識だけからだけから生じるわけではない。薬をどのように捉えているか、また病気をどのように捉えているかに影響される。すなわち、薬を飲むことで疾病が治るという確信が持てるのか、また、自分が罹患している病気や症状は薬を飲んで治さないといけないものであるかなど、「薬に対する理解」や「疾病・健康に対する理解」がどのように考えられているかが、

直接的に「服薬」へ影響する重要な要因となる。実際に今飲もうとしている薬に何を期待しているのかがこれらの要因に反映されている。この2つの理解には、医師の診察や説明などの「医療者の関わり」や家族の協力などの「身近な人の関わり」、書籍やインターネットなどの「情報」、今までの服薬や病気に罹患した経験である「過去の経験」が関与し理解に繋がっている。さらに、「疾病・健康に対する理解」は、「健康不安」や「健康意識」を高めたり弱めたりする働きも持つと考えられる。これらの要因が服薬に影響を与えており、個々人が服薬に影響を及ぼすどのような要因を持っているかは異なり、さらにその影響の程度もさまざまである。服薬モデルはこれらの構築要因の相互関係から成り立つスキーマ構造をしていると考えられる。

また、服薬モデルは、いったん作られたら変わらないわけではない。実際に服薬を始めると、最初に描いていた服薬モデル通りになるわけではない。自分がこの薬を飲み続けていいのだろうかという評価がなされ、その評価によっては、服薬する薬を変えたり、服薬自体を止めることも考えられる。このような場合は服薬モデルが新たに構築されることになる。ここには、実際に薬を飲む、服薬モデルの評価、服薬モデルの評価がといったプロセスが存在していることになる。評価によって同じままのモデルのこともあったり、場合によっては、健康になり服薬が終了することもある。継続的に服用する場合は、病状や薬の変化に伴い健康不安を持ち続けるため、服薬の行為と服薬モデルの評価が循環するプロセスを経ていると考えられる。

服薬モデルは、薬を飲む患者が頭に描くメンタルモデルであり、自分なりに考えた薬の効果を思い描いており、どのように薬を飲んでいくのかを考えている。しかし、この患者が考えている服薬モデルにおける薬に対する理解が正しいとは限らない。医療者から考えると間違った理解をしていることも考えられる。医師は、医師自身で薬による治療のモデルを描いている。この医師が描くメンタルモデルと患者による服薬モデルが一致しているわけではない。そこにはギャップが生じている可能性が考えられる。大きなギャップは病状の悪化や治療遅れを招き、患者への不利益を生じさせる。一方、両者のメンタルモデルが一致していれば、治療がうまくいくと考えられる。

このようなメンタルモデルのギャップの考え方は、機器利用の場面でのメンタルモデルのアナロジーとして考えられる。機器の利用者は操作をする時に、「このスイッチを押せば動くだろう」といったメンタルモデルを描いている。しかし、実際に機器が動かなかった場合、その利用者は誤ったメンタルモデルを作っていることになる。これは、設計者が描く機器のメンタルモデルとのギャップが生じたため、逆に利用者と設計者のメンタルモデルが一致すると機器操作がうまくできると考えられる。

ギャップを埋めるために、機器をデザインする設計者は、利用者に機器に対する適切なメンタルモデルを作れるようにデザインする必要性が求められる。服薬においては、医師の治療モデルと患者の服薬モデルがかけ離れないようにすることが求められ、服薬の指導など医療者と患者のコミュニケーションが必要となる。

服薬モデルは、一人ひとり異なったモデルが構築されるものであるが、疾病の種類や年齢などの影響を受ける。例えば疾病の中には、「高血圧や糖尿病の薬」のように、疾病自体が治るわけではなく、血圧値や血糖値をコントロールすることを目的として薬を飲む場合がある。また、これらの病気は自覚症状としては表れず、検査値から健康不安が高まるものである。自覚症状として表れていないため、生活上の弊害も感じていないことも多い。そのため、薬に対する理解や疾病に対する理解が十分でない薬を継続的に飲もうとしないことが考えられる。これらの疾病において、服薬を継続している人は、検査値のコントロール目的や他の病気に罹患する恐れがあるために薬を飲むというメンタルモデルを構築する傾向を示していた。

一方、「がんや狭心症の薬」のように病状を悪化させないために薬を飲む薬、頭痛薬や風邪薬のように「症状を緩和する薬」など、疾病の種類によって服薬すべき薬の役割が異なっている。このため、同じ疾病に罹患して薬を適切に服用している人の場合、構築要因の内容に個人差はあるものの、類似した服薬モデルを構築する傾向にある。

同様に、年齢においても構築される服薬モデルが類似した傾向を示していた。年齢に応じて罹患する病気に一定の傾向があることやライフスタイルの中で病気や薬に対する捉え方が類似した傾向を示すことが考えられる。

服薬モデルは、構築要因および服薬に至るプロセス、医師の治療モデルと患者の服薬モデルのギャップを全体的に捉えていくことで、個人の服薬に対する考え方を表象化するのに有効であると考えられた。

5.5.2 服薬モデルの有用性 –服薬指導への寄与–

患者が作る服薬モデル、すなわち、患者視点の服薬モデルを用い服薬指導にアプローチすることに、どのような有用性があるといえるだろうか。

治療の主体者は患者であり治療の参画には患者の持つ服薬モデルが有用と考える。処方薬を作成する際に、「医療者中心」モデルでは、医療者による治療決定および遂行が中心となる。そこでは、患者は医療者のケアを受ける対象者であり、専門家の指示に対して協力的な存在と認識される。しかし、多くの場合、患者が家に帰って治療を実践する際、それを行うのは患者自身であり、薬を飲むかどうかは患者の管理下にある(Tindal et al., 2003 平井・楠元 (監訳) 2005)。患者は、必ずしも合理的な判断や正確な医学的知識に基づいたものではなく、自身がどのように感じているかによって最終的な判断をしている(藤澤, 2008)。これは、患者により薬や病気の捉え方がさまざまであるために、患者固有の服薬指導の必要性を示唆している(湯沢, 2003 ; 岡村, 2005)。患者にとって、患者が薬を飲むという行為には、治療するというだけでなく動機づけられるわけではない。患者はさまざまな動因によって自己判断で飲んだり止めたりしており、最終的には患者の意思が働いている。ここに、患者視点の服薬モデルを知ることに有用性がある。

Tindal et al (2003, 平井・楠元 監訳 2005) は、患者の自己流服薬アレンジを抑え込むよりも、治療に関して患者とのコミュニケーションを強め、意思決定に患者が参画する割合を高める方が実りの多い治療になるであろうと述べている。医療者との関わりにおいて、患者と共同で治療する必要性を説いている。

服薬モデルでは、患者が薬に対してどのような理解をしているのか、治療や疾病にどのような理解をしているのかが明らかにされるものであり、患者の心理面をも含めた解釈ができる。そして、その心理的側面に影響を与えるものとして、医療者との関わりだけでなく、身近な人との関わりや情報、過去の薬や疾病の経験、自覚症状、検査結果など、複雑に絡み合ったものが服薬モデルとして描かれている。そのため、患者が何故そのような服薬行動をとるか、諸要因から推し量ることが可能となる。服薬モデルは、服薬指導演を示すものではない。あくまでも、患者の服薬への捉え方を問うものである。服薬モデルにおいては、患者視点の服薬モデルを考えることで、患者に応じた服薬指導のあり方を検討しており、その点において重要性は高いと考える。

服薬モデルの構築要因のいずれに問題があるかを考えたり、どのように対応すればよいかなどを検討する上での手掛かりともなる。服薬アドヒアランスの観点からも、服薬モデルの構築要因に修正を加えることで、適切な服薬行動へと導くことが可能であった。

5.5.3 研究の限界と今後の課題

調査対象者の多くは、循環器疾患を中心とした地方の急性期病院の患者であり、本研究ではその特性が反映されている可能性がある。ただし、病院以外での対象者を確保することで5大疾患に関与する薬剤服用の検討をしており、服薬モデルの構築要因は、概ね網羅できたと考えている。さらに、地域性や慢性期病院、ある疾患に特化した病院との比較検討により服薬モデルの構築要因の普遍性の検証が必要であろう。

また、服薬モデルは、患者のインタビューや質問紙調査などに基づいて研究ベースで構築されたもので、医療現場で適用したわけではない。そのため、服薬モデルにおける構築要因が服薬と関連性を持つかどうかを明らかにする必要がある。実際に服薬指導を行う中で、構築要因に変化があれば服薬が変わっていくはずで、服薬モデルが医療現場で有効に機能することを実証することが次の研究課題となる。

近年、在宅医療が重要な位置づけにあることは、2016年度の診療報酬改定に伴う地域包括ケアシステムが推進されたことから明らかである。服薬モデルは構築する要因にアプローチすることにより、患者の服薬モデルをより適切なモデルに近づけることが可能と考えている。今後、本研究の成果が、在宅で薬物治療を受けている患者の服薬指導の一助になれば幸いである。

謝辞

本研究の遂行にあたり、多くの方々にご助言とご支援を賜りました。ここに記して感謝いたします。

北九州市立大学文学部松尾太加志教授には、修士課程からご指導を賜り、学会発表などで度々ご支援をいただきました。本研究においても研究の計画から実施、分析、論文執筆まで、全般にわたり丁寧なご指導を賜りました。不慣れな作業に長い時間を費やしましたが、その間、ご自身の研究、他の学生指導、そして増えていくさまざまな公務の合間の貴重な時間を割いて下さり感謝申し上げます。松尾先生のご指導により論文をまとめることができましたこと、言葉では言い表せないほど感謝しております。

近藤倫明教授には、研究立案の段階で有益な教示をいただきました。北九州市立大学大学院社会システム研究科吉村弘教授（2012年度退官）には、研究の段階で有益な教示を賜り、長い期間に渡り医療関連の情報を提供していただきました。松尾先生のゼミ生には、貴重な示唆と激励の言葉をいただきました。

医療の現場でこれまで受け身になりがちな患者さんですが、さまざまな話題を提供して下さいました。病状の安定しない患者さんやリハビリに励む患者さんらから得られた、服薬だけでなく地域や家庭生活に渡る話を書き記した記録が、最後まで研究を進める励みとなりました。また、施設関係者のみなさまには、ご多忙の折に質問紙の配布・回収など多大なご協力を賜りました。調査に応じて下さった多くの方々のご協力がなければ本研究の遂行は不可能でした。みなさまに深く感謝申し上げます。

最後に、これまで支えてくれた夫と子供たちに感謝します。

引用文献

- Aimette, S.A., Tuohy, N.R., & Cohen, M.R. (2007). The patient's role in preventing medication errors. In M.R.Cohen (ed.), *Medication Errors, 2nd.* (pp. 289-313). American Pharmacists Association.
- 秋山 貴子 (2008). 服薬指導に生かす行動分析学 3 患者の行動選択と薬剤師の支援調剤と情報 *Explanation, 14* (11), 77-79.
- 安藤 克之 (2013). 生活習慣修正のエビデンス 島田 和幸・磯部 光章 (監修) 苅尾 七臣・斎藤 能彦・長谷部 直幸・弓倉 整 (編) 生涯教育シリーズ 84 高血圧診療のすべて 日本医師会雑誌, *142* (1), 210-213.
- Annas, G. J. (1992). *The Rights of Patients* (ジョージ・J・アナス. 上原 鳴夫・赤津 晴子 (訳) (1992) 患者の権利 日本評論社)
- Ariely, D. (2008). *Predictably Irrational: The Hidden Forces That Shape Our Decisions.* Harper Collins (ダン・アリエリー. 熊谷 淳子 (訳) (2008). 予想どおりに不合理行動経済学が明かす「あなたがそれを選ぶわけ」 早川書房)
- 病院の言葉委員会 (編) (2009). 病院の言葉を分かりやすく 工夫の提案. 勁草書房.
- Collins, A., Brown, J.S., & Larkin, K.M. (1980). Inference in text understanding. In R.J.Spiro, B.Bruce, & W.Brewer (Eds.), *Theoretical Issues in Reading Comprehension.* LEA.
- Donovan, J.L., & Blake, D.R. (1992). Patient non-compliance: deviance or reasoned decision-making? *Social Science and Medicine, 34*(5), 507-513.
- Erikson E.H., & Erikson, J.M. (1997) *The Life Cycle Completed: A Review.* W.W. Norton & Company, Inc., New York. (E.H.エリクソン / J.M.エリクソン, 村瀬 孝雄, 近藤 邦夫 (訳) (2001). ライフサイクル, その完結 (増補版), みすず書房)
- 藤澤 弘美子 (2008). 心理学から見た患者の行動と医療サポートの役割について 真野 俊樹 (監修・編) 医療に対する満足度の経済学・心理学的分析 (pp.41-55) 医薬経済社
- 長谷川 恒範 (2003). 糖尿病 福祉士養成講座編集委員会 (編) 新版介護福祉士養成講座 9 第2班 医学一般 (pp. 62-66) 中央法規
- 畑 栄一 ヘルスビリーフモデル (2003). 畑 栄一・土井 由利子 (編) 行動科学 健康づくりのために理論と応用 (pp.35-46) 南江堂
- 日野原 重明 (1981). 生の選択——水平の世界・垂直の世界 日本 YMCA 同盟出版部
- 日野原 重明 (1991). 医学するところ——オスラー博士の生涯—— 岩波書店
- 星野 一正 (1991). 医療の倫理. 岩波新書
- 細谷 未佳 (2002). 薬に対する意識と服薬行動に関する研究 常磐大学大学院人間科学論論研究 *10*, 65-75.

- 堀 成美 (1998) . 服薬の行動科学——コンプライアンス/アドヒアランス, コミュニケーション—— 看護学雑誌, 62 (11) , 1017-1023.
- 家田 重晴・畑 栄一・高橋 浩之 (1981) . 保険行動モデルの検討——米国における研究を中心として—— 東京大学教育学部紀要 21, 267-280.
- 飯田 耕太郎 (2009) . 福島 紀子・早瀬 幸俊・宮本 法子 (編) これからの社会薬学——社会の変化と、対応する薬剤師への期待—— (pp. 105-114) 南江堂
- 五十嵐 歩・山田 ゆかり・矢内 富江・山崎 希美枝 (2006).
患者の薬剤知識と医療安全への参加意識に関する研究 病院管理, 43, 13 - 20.
- 磯部 光章 (2013) . 高血圧に伴う心不全——拡張不全による心不全の病態と治療 島田 和幸・磯部 光章 (監修) 苅尾 七臣・斎藤 能彦・長谷部 直幸・弓倉 整 (編) 生涯教育シリーズ 84 高血圧診療のすべて 日本医師会雑誌, 142 (1) , 118-120.
- 磯野 真穂・上田 みどり・住吉 徹哉 (2014) . 循環器疾患における服薬ノンアドヒアランスの医学人類学的考察 宮城女子学院大学キリスト教文化研究所共同研究 (17) 35-42
- 岩佐 悟・田村 研治 (2009) . 外来化学療法 跡見裕 (監) がんアプローチ (pp.153-156) 日本医師会
- 城尾 裕子・松尾 太加志 (2008) . 薬の飲み忘れを防止する外的手がかりの有効性 九州心理学会第 69 回大会発表論文集, 14.
- 城尾 裕子 (2011) . 薬はどのように捉えられているか——患者が判断するコストとベネフィットから検討—— 九州心理学会第 72 回大会発表論文集, 52.
- 城尾 裕子・松尾 太加志 (2012) . 薬剤別による服薬モデルの違い——患者が判断する薬の捉え方から検討—— 日本心理学会第 76 回大会発表論文集, 1224.
- 城尾 裕子・松尾 太加志 (2014) . 因子分析による薬剤別の服薬モデルの検討 日本心理学会第 78 回大会発表論文集, 1227.
- Kalogianni, A. (2011) . Factors affect in patient adherence to medication regimen. (Editorial article) *Health Science Journal*, 5(3), 157-158.
- 亀井 美和子 (2009) . 医療経済の基礎 福島 紀子・早瀬 幸俊・宮本 法子 (編) これからの社会薬学 社会の変化と、対応する薬剤師への期待 (pp. 115-125) 南江堂
- 岸本 桂子・福島 紀子 (2009) . 医薬品の流通と市販後調査・医薬品の適正使用 福島 紀子・早瀬 幸俊・宮本 法子 (編) これからの社会薬学 社会の変化と、対応する薬剤師への期待 (pp. 39-79) 南江堂
- 北川 泰久 (2013) . 高血圧性脳血管障害 島田 和幸・磯部 光章 (監修) 苅尾 七臣・斎藤 能彦・長谷部 直幸・弓倉 整 (編) 生涯教育シリーズ 84 高血圧診療のすべて 日本医師会雑誌, 142 (1) , 126-128.
- Kleinman, A (1988) . The Illness Narratives : Suffering, Healing & the Human Condition (アーサー・クラインマン. 江口 重幸, 五木田 紳, 上野 豪志 (訳) (1996) .

- 病いの語り——慢性の病いをめぐる臨床心理学——誠信書房)
- Kleinman,A, 江口 重幸・皆藤 章 (2015) . 皆藤 章(編・監訳). ケアをすることの意味——病む人とともに在ることの心理学と医療人類学 誠信書房
- 厚生労働省 (2006) . 2006 年薬事工業生産動態統計年報の概要
Retrieved from <http://www.mhlw.go.jp/topics/yakuji/2006/nenpo/>
(2012 年 7 月 10 日)
- 厚生労働省 (2008) . 実践的指導実施者研修教材 [1] 食生活改善指導担当者研修
Retrieved from
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshho/iryouseido01/info03k.html>
(2013 年 5 月 16 日)
- 厚生労働省 (2010) . 2010 年度国民医療費の概要
Retrieved from <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-iryohi/08>
(2013 年 11 月 28 日)
- 黒江 ゆり子 (2002). 病いと慢性性 Chronicity と生活者という視点——コンプライアンスとアドヒアランスについて—— 看護研究, 35, 3-14.
- 楠見 孝 (1995) . 青年期の認知発達と知識獲得 講座生涯発達心理学 4 自己への問い直し——青年期—— (pp.57-88) 金子書房
- くすりの適正使用協議会 (2009). 小・中学生対象のくすりの服用に関する実態調査
Retrieved from <http://www.rad-are.com/box/story/index.php?id=97>
(2009 年 10 月 15 日)
- Labig,Jr., C.E., Zantow,K., & Peterson,T,O. (2005) . Factors affecting students' medicine-taking habits. *Journal of American College Health*, 54 , 177-183.
- Lown, B. (1996). *The Lost Art of Healing*. Ballantine Books. (バーナード, ラウン. M.D. 小泉 直子 (訳) (1996). 医師はなぜ治せないのか. 築地書館/ バーナード, ラウン M.D. 小泉 直子 (訳) (1996). 治せる医師 治せない医師. 築地書館)
- 前沢 政次(2000). 医師 - 患者関係とインフォームドコンセント 井村 裕夫・高久 史磨 (編) 現代医学の基礎 15 現代医学と社会 (pp171 - 184) 岩波書店.
- 松村 信司 (2006). 患者さんに薬を適切に服用してもらうために レジデントノート 8(3), 361-366.
- 松尾 太加志 (1999). コミュニケーションの心理学 ナカニシヤ出版
- 宮本 紀子 (2009). 薬と社会 福島 紀子・早瀬 幸俊・宮本 法子 (編) . これからの社会 薬学—— 社会の変化と、対応する薬剤師への期待—— (pp. 1-12) 南江堂
- Morrell, R.W., Park, D.C., Kidder, D.P., & Martin, M. (1997). Adherence to antihypertensive medications across the life span. *The Gerontologist*, 37, 609-619.
- 元吉 忠寛 (2004). 災害に関する心理学的研究 名古屋大学大学院教育発達科学研究科紀

要 (心理発達科学) ,51, 9-33.

波平 恵美子 (1990). 病と死の文化——現代医療の人類学—— 朝日選書

波平 恵美子 (1994). 医療人類学入門 朝日選書

日本薬剤師会 (2008). 後期高齢者の服薬における問題と薬剤師の在宅訪問薬剤管理指導
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 平成 19 年度老人保健事
業推進費等補助金

Retrieved from

http://www.nichiyaku.or.jp/action/wp-content/uploads/2008/06/19kourei_hukuyaku1.pdf (2013 年 11 月 28 日)

Nesse, R.M., & Williams, G.C. (1995). *Why We Get Sick: The New Science of Darwinian Medicine*. Times Books, New York. (長谷川 眞理子・長谷川 寿一・青木 千里 (訳) (2001). 病気はなぜ, あるか 新曜社)

野田 光彦・山崎 勝也・林野 泰明・泉 和生・後藤 温 (2014). 糖尿病受診中断対策ガイド 厚生労働科学研究 患者データベースに基づく糖尿病の新規合併症マーカーの探索と均てん化に関する研究——合併症予防と受診中断抑止の視点から (研究代表者: 野田 光彦) 国立研究開発法人国立国際医療センター糖尿病情報センター

Retrieved from http://dmic.ncgm.go.jp/medical/050/dm_jushinchudan_guide43.pdf (2015 年 10 月 7 日)

野々山 久也 (編著) (1992). 家族福祉の視点とは何か 地域問題からみた家族福祉 家族福祉の視点——多様化するライフスタイルを生きる—— (pp. 7-19) ミネルヴァ書房

Norman, D.A. (1986). Cognitive engineering. In Norman D.A. & Draper S.W. (Eds.), *User Centered System Design: New Perspectives on Human-Computer Interaction*. (pp 31-61), Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

Norman, D. A. (2013). *The Design of Everyday Things Revised and Expanded Edition* b (ノーマン, D.A., 版岡 本明・安村 通晃,・伊賀 聡一郎・野島 久雄 (訳) (2015). 誰のためのデザイン? 増補・改訂 新曜社)

岡本 祐子 (1995a). 人生半ばを越える心理 無藤 隆・麻生 武・内田 伸子・落合 良行・楠見 孝・南 博文・やまだ ようこ (企画編集) 生涯発達心理学 5 老いることの意味—— 中年・老年期—— (pp. 41-80) 金子書房

岡本 祐子 (1995b). 青年期における意思決定 無藤 隆・麻生 武・内田 伸子・落合 良行・楠見 孝・南 博文・やまだ ようこ (企画編集) 生涯発達心理学 4 自己への問い直し——青年期—— (pp 208-220) 金子書房

岡村 祐聡 (2005). 薬局薬剤師の患者対応——服薬ケアコミュニケーションのコツ—— エルゼビア・ジャパン

岡崎 倫正 (2003). 循環器疾患 福祉士養成講座編集委員会 (編) 新版介護福祉士養成講

- 座 9 第 2 班 医学一般 (pp. 54-62) 中央法規
- 大鹿 英世・吉岡 充弘・中井 健五・富野 昭子 (2001) . 系統看護学講座専門基礎 5 疾病のなりたちと回復の促進 2 薬理学 医学書院
- 大鹿 英世・中井 健五 (2001) . 心臓血管系に作用する薬物 大鹿 英世・吉岡 充弘・中井 健五・富野 昭子 系統看護学講座専門基礎 5 疾病のなりたちと回復の促進 2 薬理学 (pp.167-190) 医学書院
- 折茂 肇・熊川 寿郎 (2000) . 疾患の変容 井村 裕夫・高久 史麿 (編) 現代医学の基礎 15 現代医学と社会 (pp 85-104) 岩波書店
- Osterberg, L., & Blaschke, T. (2005) . Adherence to medication. *New England Journal of Medicine*, 353, 487-497.
- Richardson, M. A., Simons-Morton, B., & Annegers, J. F. (1993) . Effect of perceived barriers on compliance with antihypertensive medication. *Health Education Quarterly* 20, 489-503.
- Ried, L. D., & Christensen D. B. (1988) A psychosocial perspective in the explanation of patients' drug-taking behavior. *Social Science and Medicine*, 27, 277-285.
- 曾根 博仁 (2010) . 糖尿病 今日の診療プレミアム Vol.23 医学書院
- 鈴木 厚 (2003) . 日本の医療に未来はあるか——間違いだらけの医療制度改革—— ちくま新書
- 鈴木 真有美・上見 幸司 (2003) . 糖尿病患者の自己管理の認識と生活環境要因の研究——談話のクライスター分析による態度構造分析—— 人間科学論研 11, 103-121.
- 島田 和幸 (1999) . 高血圧 北 徹・藤原美定 (編) 老化と動脈硬化 現代医学の基礎 12 (pp.125-141) 岩波書店
- 新谷 弘実 (2005) . 病気になる生き方——ミラクル・エンザイムが寿命を決める—— サンマーク出版
- 塩見 利明・岡田 啓・真田 進・黒野 俊介・小林 正 (1997) . 服薬理解能力評価スケール (RCS) の作成 日本老年医学雑誌, 34, 209-214.
- 高橋 弘充 (2007) . 薬剤管理と医療安全 (誤薬・誤投与防止対策) 日医雑誌, 135(12), 2505-2508.
- 高橋 恵子 (1990) . 充実した中高年期 高橋恵子・波多野誼余夫 生涯発達の心理学 (pp. 33-52) 岩波新書
- 高橋 涼子 (1996) . 患者からユーザーへ——精神医療から考える患者—— 医療者関係者とインフォームド・コンセントー 井上俊・上野千鶴子・大澤真幸・見田宗介・吉見俊哉 (編) 病と医療の社会学 (pp. 151-168) 岩波書店
- 立石 信也 (1996) . 医療に介入する社会学・序説 井上 俊・上野 千鶴子・大澤 真幸・見田 宗介・吉見 俊哉 (編) 現代社会学 14 病と医療の社会学 (pp.93-108) 岩波書店

- 手塚 早苗・中原 式子・斎藤 ひとみ (2006) . 継続した服薬治療を受けている慢性呼吸器疾患患者のアドヒアランスの実際——質問紙調査による服薬行動の分析から——
成人看護Ⅱ2005 日本看護学会集録第 36 回, 249-251.
- Tindall, W. N., Beardsley, R. S., & Kimberlin, C. L. (2003). *Communication Skills in pharmacy Practice* (ウイリアムス・ティンダル, ロバート・バーズレイ, キャロル・キンバレン 平井 みどり・楠元 喬 (監訳) (2005) 改訂薬局におけるコミュニケーション能力の開発と実践 じほう)
- 牛山 美穂 (2015) . ステロイドと「患者の知」——アトピー性皮膚炎のエスノグラフィ—— 新曜社
- 季羽 倭文子 (1993) . がん告知以後 岩波新書
- 和田 努 (1996) . カルテは誰のものか——患者の権利と命の尊厳—— 丸善ライブラリー
- 渡辺 俊之 (2005) . ケアを受ける人の心を理解するために 中央法規
- World Health Organization (2003) . Adherence to long-term therapies—evidence for action. Retrieved from http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/ (August.21.2012)
- 山中 亮 (2005). なぜ薬を飲み忘れてしまうのか—展望記憶におけるヒューマンエラー— 経営論集 (北海学園大学) , 3, 127-130.
- 吉川 政己 (1990) . 老いと健康 岩波新書 140
- 吉松 和哉 (2001) . 患者と医者 岩波現代文庫
- 吉岡 充弘 (2001) . 中枢神経系に作用する薬物 系統看護学講座専門基礎 5 疾病のなりたちと回復の促進 2 薬理学 (pp. 153-157) 医学書院
- 湯沢 八江 (2002) . 通院患者の服薬アセスメント指標の作成と有用性に関する研究 お茶の水医学雑誌, 50, 133-143.
- 湯沢 八江 (2003) . 看護職に期待される服薬支援とは何か 看護学雑誌, 67 (5) , 467-472

付録

質問用紙

“ どのような薬の使い方をしていますか ” — アンケート —

この調査は、日頃どのように薬を使用しているかに関する基礎資料を得ることを目的としています。正しい使い方をしているか、または忘れずにきちんとできているかなどを問うものではありません。できるだけ普段の様子をご回答ください。

皆さまからお寄せいただいた回答は、すべて統計的に処理し、個々の施設名や個人名などが公表されることはありません。また、調査結果は、病院などで行われる服薬指導の貴重な資源として活用させていただくと共に、学会発表および論文にする際の資料とさせていただきます。

調査の趣旨をご理解の上、ご協力よろしく願いいたします。

調査者 北九州市立大学大学院 社会システム研究科 城尾裕子

I. あなた自身のことについておたずねします。

あてはまる番号に○印をつけてください。()内には、数字や適当な言葉をいれてください。

- (1) 年齢 ()歳
- (2) 性別 1. 男性 2. 女性
- (3) 外出の有無
1. ほぼ毎日、外出する 2. 1週間のうち、3～5日は外出する
3. 家にいることが多い
- (4)同居の家族の有無
1. 同居の家族がいる 2. 同居の家族はいない 3. その他
- (5)現在の健康状態
1. 非常によい 2. よい 3. 普通
4. 悪い 5. 非常に悪い
- (6)現在の通院の有無
1. 通院している 2. 通院していない



整形外科 リハビリテーション科 外科 心臓血管外科 脳神経外科
内科 循環器科 神経内科 皮膚科 泌尿器科 産婦人科 眼科
耳鼻咽喉科 精神・神経科 放射線科 歯科 その他 (通院している科
名を○印で囲んでください)

(7) 医者がする薬の説明は、飲んでいる薬を理解するのに役立つと思いますか

1. 非常に役立つ
2. 役立つ
3. あまり役立たない
4. 役立たない

(8) 薬剤師がする薬の説明は薬を理解するのに役立つと思いますか

1. 非常に役立つ
2. 役立つ
3. あまり役立たない
4. 役立たない

(9) 薬の飲み方が分からずに困ったことがありますか

1. よくある
2. ある
3. あまりない
4. ない

(10) 薬に関する不安があれば相談をしますか

1. 医師に相談する
2. 薬剤師に相談する
3. 身近な人に相談する
4. 相談しない
5. その他()

(11) 医師の治療方針には従いますか

1. 医師の言う通りでよい
2. 納得できたらその通りにする
3. 医師の対応の仕方決める
4. 従わない
5. その他()

(12) 薬をうっかり飲み忘れたことがありますか

1. よく忘れる
2. 忘れる
3. あまり忘れない
4. 忘れない

(13) 薬を飲み忘れないための努力をしていますか

1. よく努力している
2. している
3. あまりしていない
4. していない

(14) 飲んだかどうか分からなくなることがありますか

1. よくある
2. ある
3. あまりない
4. ない

(15) 医師から、「薬は忘れずに飲んでいますか」と聞かれたことはありますか

1. よくある
2. ある
3. あまりない
4. ない

(16) 食事は不規則なことがありますか

1. とても多い
2. 多い
3. あまりない
4. ない

(17) 薬の副作用が気になりますか

1. とても気になる
2. 少し気になる
3. あまり気にならない
4. 気にならない

(18) 薬に頼るのはよくないと思いますか

1. よく思う
2. 思う
3. あまり思わない
4. 思わない

(19) 薬による治療を身近な人は応援してくれますか

1. よく応援してくれる
2. 応援してくれる
3. あまり応援してくれない
4. 応援はない

(20) 薬の数や種類はもっと少なくてもいいと思うことがありますか

1. よく思う
 2. 思う
 3. あまり思わない
 4. 思わない
-

(21) 薬を飲む作業はめんどうと思うことがありますか

1. よく思う
 2. 思う
 3. あまり思わない
 4. 思わない
-

(22) 薬代は負担ですか

1. とても負担である
 2. 負担である
 3. あまり負担ではない
 4. 負担ではない
-

(23) 薬は全体としてうまく飲めている方だと思いますか

1. 非常にうまくいっている
 2. うまくいっている
 3. あまりうまくいっていない
 4. うまくいっていない
-

(24) 医者への不満・不信から薬を止めたことがありますか

1. よくある
 2. ある
 3. あまりない
 4. ない
-

(25) 薬はいつまで飲めばよいか分かって飲みますか

1. よく分かる
 2. 分かる
 3. あまり分からない
 4. 分からない
-

(26) 自分の考えで薬を調整することがありますか

1. 調整することが多い
 2. 調整する
 3. 調整することはあまりない
 4. 調整はしない
-

(27) 自分の判断で薬を止めたことがありますか

- | | | |
|-------------------|-------|--------|
| 1. 止めたことがある | 1. はい | 2. いいえ |
| 2. 止める時は医師に相談する | 1. はい | 2. いいえ |
| 3. 止める時は薬剤師に相談する | 1. はい | 2. いいえ |
| 4. 止める時は身近な人に相談する | 1. はい | 2. いいえ |
-

ご協力ありがとうございました。