



[原著]

生活習慣病で通院する高齢者の納得した服薬に関連する要因とその影響度

小笠原祐子、渡邊裕見子、大堀昇

和洋女子大学看護学部

要旨

【目的】生活習慣病で通院する高齢者における納得した服薬に関連する要因とその影響度を明らかにする。

【方法】生活習慣病外来に通院する患者を対象に配票調査を実施した。対象者の属性・背景、処方内容、納得した服薬の関連要因に関する項目について、記述統計量を算出した。納得した服薬の関連要因を探索するにあたり、まず「薬の必要性について納得している」（以下、服薬の納得）と関連要因として考えた30項目、およびそれ以外の属性・背景について関連を見た。

【結果】328名の有効回答を得た。年齢平均76.2±6.92歳であった。服薬の納得との関連性では20項目に有意な結果がみられ、服薬に対する思いに関する14項目、医師等とのかわりに関する6項目が有意であった。更に、順序ロジスティック回帰で影響度を見たところ、関連要因としてあがった「薬の効果についてわかる」(OR: 1.80, 95%CI: 1.22-2.65)、「薬は今より少なくてもよい」(OR: 1.43, 95%CI: 1.13-1.80)、「医師などに薬の相談ができる」(OR: 1.35, 95%CI: 1.05-1.74)、「医師を信頼している」(OR: 2.05, 95%CI: 1.26-3.33)の4項目が有意な結果であった。

【結論】生活習慣病で通院する高齢者の納得した服薬には、医師との信頼関係と、薬の効果に関する理解が重要であることが示唆された。

キーワード：納得した服薬, 高齢者, 生活習慣病

1. はじめに

わが国では、医療需要が高い高齢者の増加に伴い医療費が増大している。一方で、少子化の影響で財源の確保が難しくなっている。これらのことを背景に、2008年から医療費適正化計画の取り組みが開始された(1)。取り組みの一環である在院日数の短縮化は、在宅医療を受ける患者の増加をもたらした。2006年の訪問診療のレセプト件数が月に20万弱だったのに対し、2014年は64万を超えている(2)。訪問診療の年齢別内訳を見てみると、約6割が85

歳以上の患者で、3割が75歳以上84歳未満、1割弱が65歳以上となっている。つまり、在宅医療を受けている患者は高齢者が占め、その大半は、75歳以上の後期高齢者であることを示している(2)。

在宅医療は、以前であれば入院中に受けていた治療を在宅に持ち込むことを意味している。在宅に持ち込まれる治療の多くは服薬であり(3)、本人あるいは家族などの他者によって管理される。在宅での服薬管理は、服薬の中断や誤用など困難をきたす場合が多い。報告によると、3割から5割

小笠原祐子
〒272-0027 千葉県市川市国府台2-1-18
和洋女子大学さとみ館

2025年8月8日受付
2025年10月31日受理

E-mail: y-ogasawara@wayo.ac.jp

の高齢者に服薬忘れの経験がある(4)(5)。高齢者の服薬忘れの理由として、「つい忘れてしまう」が7割以上と最も多いものの、次いで「体調回復などで飲む必要がなくなった」が約2割、「指示通り飲まなくてもよいと思う」が約1割と、服薬の必要性の理解や受け容れが不十分であることも理由となっている(5)。これは、服薬の受容の良否が、自分で服薬を調節する/しないことに影響を及ぼすと示唆する湯沢の報告を根拠付ける結果である(6)。

これらのことを裏返せば、十分な必要性の理解や受け容れ、すなわち服薬についての納得が得られていれば、服薬率は高まり、服薬アドヒアランスの向上につながるといえる。ここでの服薬アドヒアランスは、薬の必要性、作用・副作用について十分な説明を受け納得した上で、患者自身の主体的・能動的・積極的な服薬を指す(7)(8)。

服薬アドヒアランスを向上させるため、主に薬剤師から服薬指導はされているものの、残薬が発生している現状がある(9)。薬効の知識、用法の知識の指導が必ずしも服薬アドヒアランスの向上に結びついてこなかった(10)、患者が支援の必要性を感じない、活用方法が難解である、不便であるといった理由で、服薬支援を中断する例も報告されている(11)(12)。服薬アドヒアランスを向上させるためには、アドヒアランス要因である「服薬についての納得」を十分に得ることが先決かつ重要である。

納得した服薬に関する先行研究は、いくつか散見される。平林らの行った質的研究では、納得した服薬には、薬に対する思いの均衡（必要性と不安のバランス）、医師とのかかわり、人が元来持ち合わせている健康への欲求を食事や運動で満たそうとする考えや行動が関わっており、納得した服薬に至るには医師だけではなく薬剤師も含めた医療職全体が、患者の薬に対する考えや信じていることを理解し、薬の必要性を促すかかわりが重要であると考察している(9)。また、上野らによる慢性疾患患者を対象とした服薬アドヒアランス尺度の開発に関する研究では、服薬アドヒアランスの下位尺度に薬の必要性について納得して

いることを含めており、自覚症状が乏しい場合には服薬の必要性を感じられにくく遵守度が低いことを述べている(13)。さらに、多剤併用の高齢患者の場合、医師や薬剤師から納得のいかない服薬の説明をされることが不安につながっていると報告している(14)。このように納得した服薬の重要性について様々な視点から論じられているものの、納得した服薬に関連する要因としてどのようなことがどの程度影響を及ぼしているのかについて論じているものは見あたらない。そこで、本研究では外来通院しながら在宅において継続した服薬治療を行っている高齢の生活習慣病患者に焦点を当て、服薬の納得に関連する要因とその影響度について明らかにしたい。

服薬アドヒアランスの低下は、十分な治療効果をもたらすことを阻害するばかりか、場合によっては副作用や合併症の出現(15)、死亡率の上昇(16)などをもたらす危険性がある。納得した服薬により服薬アドヒアランスが向上することは、それらの不都合を回避することにつながる。服薬の納得に関連する要因について、何がどの程度影響しているのか明らかにすることは、効果的に納得を促すことにつながると考える。

II. 研究目的

生活習慣病で通院する高齢者の納得した服薬に関連する要因とその影響度について明らかにする。

ここで納得とは、今井らの研究(17)を参考に「ある事象に対して、自分の持つ価値や自分への利益を明確にすることで理解を深め、認知的にも感情的にも受容した状態であり、主体的かつ他者との信頼関係の中で生み出される流動的な状態」とし、本研究では服薬アドヒアランスの良否に関わる服薬についての理解と受容の状態とした。

III. 研究方法

1. 研究対象

診療所1施設の生活習慣病外来に通院する患者を対象とした。当該診療所の生活習慣病外来は、腹痛や感冒などの患者を対象とする一般の内科外来とは別に設けられて

おり生活習慣病患者を対象とする外来であった。選択基準は、本来ならば高齢者のみとすべきところであるが、年齢は一見ただけでは不明であることから、調査日に来院した全患者を選択基準とした。除外基準は、研究協力の同意が得られない患者、および外来担当医師から認知症等により研究協力者として不適合と判断された患者とした。

2. 調査方法

調査は2018年1月から6月に実施した。調査方法は、診療所の生活習慣病外来にて研究者から対象者に調査協力の依頼をし、同意を得られたものに対して調査用紙を配布した。自記式で回答を得、即時に回収した。自記が困難な対象者の場合は、研究者が聞き取り記載した。

3. 調査内容

対象者の属性・背景、処方内容、納得した服薬の関連要因として考えた項目について調査をした。具体的には以下の通りであった。

属性・背景は、性別、年齢、疾患名、同居者の有無、仕事の有無の5項目、処方内容は1日あたりの薬剤数の1項目とした。

納得した服薬の関連要因として、平林らの報告(9)を参考に生活状況に関する7項目、服薬に対する思いの均衡(必要性と不安のバランス)に関する17項目、医師等とのかかわりに関する6項目の計30項目を設定した。生活状況に関する項目は、人が元来持ち合わせている健康への欲求を食事や運動で満たそうとする考えや行動(9)と考えた、食事や嗜好、睡眠、運動や活動に関する項目とした。服薬に対する思いの均衡(必要性と不安のバランス)に関する項目は、「薬の効果を感じる」「薬を飲むことは重要」「副作用が心配」等とした。医師等とのかかわりについての項目では、「医師などに薬の相談ができる」「医師を信頼している」「薬局の薬剤師を信頼している」等とした。

回答は「はい」「どちらかといえばはい」「いいえ」「どちらかといえばいいえ」の4件法とした。

納得した服薬に関する項目は「薬の必要

性について納得している」と設定し、回答選択肢は「いつもあてはまる」から「まったくあてはまらない」までの5件法とした。

4. 分析方法

分析対象は、得られた回答のうち65歳以上のものとし、一部の無回答も含めすべてを分析対象とした。

まず、対象者の属性と背景、処方内容、関連要因に関する項目について、記述統計量を算出した。

次に、納得した服薬の関連要因を探索するにあたり、目的変数とする「薬の必要性について納得している」(以下、服薬の納得)と説明変数とする属性・背景、および関連要因として設定した項目について、Mann-Whitney U検定あるいはSpearmanの相関分析をした。有意な結果となった項目は、服薬の納得にどの程度影響しているのかをみる順序ロジスティック回帰の説明変数として投入する準備をした。具体的には、多重共線性を回避するため有意となった項目間の関連性をSpearmanの相関分析でみた。係数絶対値.7以上の項目については検討し、一方を削除した。

最後に、残った項目を説明変数とする順序ロジスティック回帰を行い、オッズ比を算出した。その際、多重共線性の診断としてVIF(Variance inflation factor:分散拡大要因)が3を超える項目については、他の項目との関連性を検討し削除するなど調整した。総計ソフトは、IBM SPSS ver.25を使用し、有意水準は.05%とした。

5. 倫理的配慮

本研究は、東京医科大学医学倫理委員会(承認番号SH3895)ならびに調査施設の倫理委員会の承認を得て実施した。具体的な倫理的配慮として、研究の趣旨、方法、協力の意思表示、協力の撤回等について、口頭および書面にて説明し同意を得た。また、調査用紙は無記名とした。

III. 結果

対象となった生活習慣病外来患者908名に研究協力を依頼し、同意が得られた433名(参加率47.7%)から調査用紙を回収した。

そのうち、65歳以上の患者からの回答は328部あり、一部の無回答も含めすべてを分析対象とした(有効回答率75.8%)。

1. 対象の属性・背景および服薬の納得の関連要因に関する記述統計量(表1、2)

対象は男性165名(50.3%)、女性163名(49.7%)で、年齢平均76.2歳(標準偏差6.92、範囲65-96歳)であった。仕事を持つ人は63名(19.2%)、同居者のいる人は237名(72.3%)であった。疾患は高血圧が193名(58.8%)と最も多く、次いで心疾患113名(34.5%)、2型糖尿病85名(25.9%)が占めていた。1日あたりの薬剤数は1個から6個までのものが各々10%未満であったのに対して、7個以上のものが約45%であり、平均8.4個(標準偏差6.09、範囲1-42個)であった。

「薬の必要性について納得」しているものは、「いつもあてはまる」「だいたいあてはまる」を合わせて9割以上であった。

服薬の納得の関連要因のひとつに設定した食事や運動等の生活状況については、規則的な食事をしているものが269名(82.0%)、毎日朝食を摂取するものが292名(89.0%)、習慣的に運動をしているものが148名(45.1%)、毎日よく眠れるものが229名(69.8%)などであった(表1)。

関連要因の服薬に対する思いについては、「薬の効果を感じる」では約半数が、「薬の効果に期待している」「薬を飲むことは重要」では7割近くが「はい」と回答していた。一方で「副作用が心配」では約半数が、「薬を飲むことに抵抗感がある」は約6割が、「薬を飲むのがもったいない」では7割近くが「はい」であった。また、医師等とのかわりについては、「医師を信頼している」では8割以上のものが、「薬局の薬剤師を信頼している」では8割近くが「はい」と回答していた(表2)。

2. 服薬の納得との関連性(表1、2)

服薬の納得との関連性で有意な結果がみられたものは、計20項目であった。内訳は、服薬に対する思いと医師等とのかわりに関する項目のみで(表2)、属性・背景に関する項目では見られなかった(表1)。

表1 属性と背景、および服薬の納得の記述統計量と関連 n = 328

項目	人 (%)	p値 (ρ)
性別		
男性	165 (50.3)	.171 a
女性	163 (49.7)	
年齢		
65-69歳	67 (20.4)	.205 b (.07)
70-74歳	88 (26.8)	
75-79歳	66 (20.1)	
80-84歳	58 (17.7)	
85歳以上	49 (14.9)	
(平均 標準偏差 最小 最大)	(76.2 6.92 65 96)	
仕事		
あり	63 (19.2)	.920 a
なし	256 (78.0)	
無回答	9 (2.7)	
同居者		
あり	237 (72.3)	.646 a
なし	84 (25.6)	
無回答	7 (2.1)	
飲酒		
飲まない	187 (57.0)	.625 b (-.03)
たまに飲む	43 (13.1)	
週に1~2日	21 (6.4)	
週に3日以上	75 (22.9)	
無回答	2 (.6)	
喫煙		
吸わない	267 (81.4)	.052 b (-.11)
1日1~2本	5 (1.5)	
1日数本~1箱未満	44 (13.4)	
1日1箱以上	8 (2.4)	
無回答	4 (1.2)	
食事		
規則的	269 (82.0)	.567 a
不規則的	53 (16.2)	
無回答	6 (1.8)	
朝食		
毎日摂取する	292 (89.0)	.605 a
毎日摂取しない	34 (10.4)	
無回答	2 (.6)	
睡眠		
毎日よく眠れる	229 (69.8)	.145 a
眠れない	98 (29.9)	
無回答	1 (.3)	
運動		
習慣的にしている	148 (45.1)	.149 a
していない	177 (54.0)	
無回答	3 (.9)	
外出		
多い	193 (58.8)	.933 a
多くない	133 (40.5)	
無回答	2 (.6)	
疾患名 (複数回答)		
高血圧	193 (58.8)	.376 a
2型糖尿病	85 (25.9)	.932 a
心疾患	113 (34.5)	.094 a
脳卒中	11 (3.4)	.330 a
脂質異常症	27 (8.2)	.143 a
1日あたりの薬剤数		
1個	15 (4.6)	0.15 b (.09)
2個	11 (3.4)	
3個	31 (9.5)	
4個	20 (6.1)	
5個	28 (8.5)	
6個	31 (9.5)	
7個以上	147 (44.8)	
無回答	45 (13.7)	
(平均 標準偏差 最小 最大)	(8.4 6.09 1 42)	
服薬の納得 (薬の必要性について納得)		
まったくあてはまらない	8 (2.4)	
あまりあてはまらない	5 (1.5)	
少しあてはまる	18 (5.5)	
だいたいあてはまる	80 (24.4)	
いつもあてはまる	217 (66.2)	

a: 服薬の納得との関連 (Mann-Whitney U検定) における有意確率

b: 服薬の納得との関連 (Spearman相関分析) における係数(ρ)と有意確率

表2 服薬に対する思いと医師等とのかかわりの記述統計量および服薬の納得との関連

n = 328

項目	いいえ		どちらかといえば いいえ		どちらかといえば はい		はい		服薬の納得との関連	
	人	(%)	人	(%)	人	(%)	人	(%)	相関係数 (ρ)	p値 ^a
【服薬に対する思い】										
どれが何の薬かわかる	30	(9.1)	17	(5.2)	38	(11.6)	243	(74.1)	.20	< .001 **
薬をいつ飲むかわかる	10	(3.0)	1	(0.3)	22	(6.7)	295	(89.9)	.21	< .001 **
薬の効果についてわかる	26	(7.9)	25	(7.6)	60	(18.3)	217	(66.2)	.32	< .001 **
薬の効果を感じる	24	(7.3)	37	(11.3)	113	(34.5)	154	(47.0)	.24	< .001 **
現在、自覚症状がある	172	(52.4)	43	(13.1)	47	(14.3)	66	(20.1)	.07	.226
副作用が心配である	66	(20.1)	58	(17.7)	41	(12.5)	163	(49.7)	.06	.272
長い間、薬を飲むことは心配	78	(23.8)	70	(21.3)	46	(14.0)	134	(40.9)	.13	.020 *
薬を飲むことに抵抗感がある	40	(12.2)	49	(14.9)	47	(14.3)	192	(58.5)	.08	.145
薬の効果に期待している	26	(7.9)	13	(4.0)	69	(21.0)	220	(67.1)	.35	< .001 **
薬を飲むことは重要	19	(5.8)	9	(2.7)	81	(24.7)	219	(66.8)	.31	< .001 **
薬は今より少なくてよい	93	(28.4)	76	(23.2)	44	(13.4)	115	(35.1)	.19	.001 **
薬を飲むのがもったいない	18	(5.5)	25	(7.6)	63	(19.2)	222	(67.7)	.18	.001 **
薬代が負担である	52	(15.9)	46	(14.0)	49	(14.9)	181	(55.2)	.13	.019 **
薬は飲みこみやすい	27	(8.2)	22	(6.7)	50	(15.2)	229	(69.8)	.20	< .001 **
薬を飲む作業は面倒である	41	(12.5)	46	(14.0)	36	(11.0)	205	(62.5)	.18	.001 **
薬の飲み方は単純である	33	(10.1)	13	(4.0)	45	(13.7)	237	(72.3)	.15	.008 **
薬を飲む時間と生活習慣はあっている	24	(7.3)	11	(3.4)	49	(14.9)	244	(74.4)	.21	< .001 **
【医師等とのかかわり】										
医師などに薬の相談ができる	46	(14.0)	23	(7.0)	59	(18.0)	200	(61.0)	.26	< .001 **
薬について医師と話をしている	50	(15.2)	17	(5.2)	59	(18.0)	202	(61.6)	.20	< .001 **
薬について口頭で十分説明を受けている	19	(5.8)	16	(4.9)	63	(19.2)	230	(70.1)	.33	< .001 **
薬について紙面で十分説明を受けている	43	(13.1)	27	(8.2)	63	(19.2)	195	(59.5)	.22	< .001 **
医師を信頼している	6	(1.8)	7	(2.1)	43	(13.1)	272	(82.9)	.41	< .001 **
薬局の薬剤師を信頼している	13	(4.0)	4	(1.2)	60	(18.3)	251	(76.5)	.37	< .001 **

a: 服薬の納得との関連 (Spearman 相関分析) における有意確率

*: p < .05, **: p < .01

具体的には、服薬に対する思いに関する項目においては「長い間、薬を飲むことは心配」「薬を飲むのがもったいない」等、17項目中14項目が有意であった。医師等とのかかわりに関する項目では、「医師などに薬の相談ができる」「薬について口頭で十分説明を受けている」「医師を信頼している」「薬局の薬剤師を信頼している」等、6項目すべてが有意であった(表2)。

3. 順序ロジスティック回帰による服薬の納得との関連性(表3)

服薬の納得と有意な関連のあった20項目について、順序ロジスティック回帰の説明変数に投入する準備として、各項目間の関連性をSpearmanの相関分析でみた。係数絶対値.7以上は「医師を信頼している」と「薬局の薬剤師を信頼している」においてみられた(係数.72, p < .001)。先行研究(9)では、「医師とのかかわり」が服薬の納得を直接的に強める関係にあるこ

とを参考に「薬局の薬剤師を信頼している」を削除した。これにより投入する説明変数は19項目となった。

19項目を説明変数、服薬の納得を目的変数とする順序ロジスティック回帰を行った。その結果、「薬の効果についてわかる」(オッズ比(OR): 1.80、95%信頼区間(95%CI): 1.22-2.65)、「薬は今より少なくてよい」(OR: 1.43、95%CI: 1.13-1.80)、「医師などに薬の相談ができる」(OR: 1.35、95%CI: 1.05-1.74)、「医師を信頼している」(OR: 2.05、95%CI: 1.26-3.33)の4項目が抽出された。

VIFは1.01から1.21の範囲であり3以上の項目はなかった。疑似R²はCoxとSnell 0.25、Nagelkerke 0.29であった。

IV. 考察

本研究は、生活習慣病で通院する高齢者の納得した服薬に関連する要因を明らかに

表3 服薬の納得に対する関連要因の影響度

n = 328

項目	偏回帰係数	オッズ比	95%信頼区間		p値
			下限	上限	
【服薬に対する思い】					
どれが何の薬かわかる	.04	1.04	0.73	1.48	.841
薬をいつ飲むかわかる	-.43	0.65	0.39	1.06	.086
薬の効果についてわかる	.59	1.80	1.22	2.65	.003 **
薬の効果を感じる	.18	1.19	0.88	1.63	.261
長い間、薬を飲むことは心配	.15	1.17	0.93	1.47	.190
薬の効果に期待している	.36	1.43	1.00	2.06	.053
薬を飲むことは重要	.06	1.06	0.69	1.62	.795
薬は今より少なくてよい	.36	1.43	1.13	1.80	.003 **
薬を飲むのがもったいない	-.06	0.94	0.69	1.28	.688
薬代が負担である	.17	1.19	0.95	1.49	.139
薬は飲みこみやすい	.19	1.21	0.91	1.61	.184
薬を飲む作業は面倒である	.05	1.05	0.82	1.33	.710
薬の飲み方は単純である	-.02	0.98	0.72	1.34	.906
薬を飲む時間と生活習慣はあっている	-.26	0.77	0.54	1.10	.158
【医師等とのかかわり】					
医師などに薬の相談ができる	.30	1.35	1.05	1.74	.018 *
薬について医師と話をしている	-.07	0.93	0.71	1.22	.599
薬について口頭で十分説明を受けている	.23	1.26	0.89	1.78	.196
薬について紙面で十分説明を受けている	-.03	0.97	0.74	1.29	.852
医師を信頼している	.72	2.05	1.26	3.33	.004 **

順序ロジスティック回帰分析：目的変数を「薬の必要性について納得している」とし、水準を「まったくあてはまらない」「あまりあてはまらない」「少しあてはまる」「だいたいあてはまる」「いつもあてはまる」とした。

*: p<.05, **: p<.001

する探索的な研究である。まず、得られたサンプルサイズの妥当性について考察し、次に分析の結果について考察する。分析の結果についての考察では、服薬の納得との関連性において、服薬に対する思い 14 項目と医師等とのかかわりに関する 6 項目で有意な関連が見られ、順序ロジスティック回帰では、服薬の納得の関連要因として抽出された「薬の効果についてわかる」「薬は今より少なくてよい」「医師などに薬の相談ができる」「医師を信頼している」の 4 項目それぞれについて考察する。

1. 本研究のサンプルサイズの妥当性

本研究の主要となる解析方法は順序ロジスティック回帰であり、説明変数の候補として 19 項目が設定された。戸ヶ里 (18) による、説明変数の 10 倍のサンプルサイズが必要であることを踏まえると、190 以上のサンプルサイズが必要となる。本研究では 328 のサンプルサイズであったことから、十分な妥当なサンプルサイズであったと考える。

2. 納得した服薬と服薬に対する思い

服薬に対する思いでは「薬の効果についてわかる」「薬は今より少なくてよい」に関連が認められた。

薬物治療は、薬を用いて疾患の治癒や症状を軽減・緩和を目的とした治療法である。特に、在宅に持ち込まれる医療の多くは服薬である(3)ことから、患者が服用している薬の効果を理解していることは、自身が抱えている症状と照らし合わせ、受けている医療が適切であるという満足につながると考えられる。患者は不安要因に対して医師から説明を受けることで診療に対する理解を得て、その理解により診療行為の妥当性を判断し、妥当性があると判断した場合に納得に至る(19)といわれている。また、患者の医薬品情報に関する先行研究では、薬の効果について情報ニーズが高く(20)(21)、実際に薬の効果についての情報入手経験が多い(21)ことが報告されている。これらのことから「薬の効果についてわかる」ことが患者の満足度を高め、服薬の納得に影響していると推察される。

なお、服薬の薬剤数が増えるほど服薬受容にマイナスに影響する(22)という報告もあり、「薬は今より少なくてよい」には、薬の効果をj得るために必要な 1 日あたりの薬剤数は理解しているが、服薬の必要性の理解とは異なる別の思いとして、薬剤数が減るとよいという期待が込められているの

ではないかと考えられる。納得は必ずしも自分のニーズが満たされなくとも、受けたサービスに対する理解に基づいて受容の態度を引き起こす(19)ため、たとえ患者自身の希望より薬剤数が多かったとしても、薬の効果について理解し、効果を得るための薬剤数であることが理解できれば服薬の納得に至ると示唆された。

3. 納得した服薬と医師などとのかかわり

医師等とのかかわりでは「医師などに薬の相談ができる」「医師を信頼している」に関連が認められた。

診療行為への理解を高めることは納得を高める直接的な原因となる(19)とされており、「医師などに薬の相談ができる」ことは、生活習慣病で通院する高齢者にとって診療行為への理解に直結し、納得の向上に関わる。さらに、薬の情報については、インターネットに比較して医師や薬剤師からの情報入手による満足度が高い(21)と報告されており、服薬において、「医師などに薬の相談ができる」ことが納得度を高めることに寄与していると考えられる。

また、納得感は患者の主観的評価によるため、妥当性以外にも医師への信頼や医師の態度といったサービス評価が影響する(19)。医師患者関係において信頼は中核概念であり(23)(24)、患者の医師に対する信頼は患者の不安を低減し、自分は医師にケアされているという感覚をもたらす(25)とされている。

医師に対する信頼は、十分な情報提供、患者の気持ちや不安への配慮、人間としての尊重などの患者配慮的な診療態度が関連しており(26)、これらは患者が医師に相談しやすい状況とも言い換えることができる。医師の態度や言動は患者の信頼に影響を与え、十分な説明と納得が患者の信頼を高める要因となる(27)。したがって、「医師を信頼している」ことが「薬について相談できる」ことにつながり、他方では、相談できるからこそ信頼できるのであり、これらが双方向に作用しあい服薬の納得を高めていると考えられる。

以上より、生活習慣病で通院する高齢者の納得した服薬には、医師との信頼関係と

薬の効果に関する理解が重要であることが示唆された。医師は自らの態度や言動が患者からの信頼に大きく関わることを自覚すると共に、ホスピタリティマインドをもって患者対応をしていくことが望まれる。また、看護師は患者の生活を支援することが役割のひとつであり、患者の疾患や治療に対する気持ちや不安だけでなく、価値観やライフスタイルに関する情報を保有している。これらの情報を医師に積極的に提供をしていくことで、医師は患者対応に活かすことができ、患者からの信頼や患者の薬の効果に関する理解を高めることにつながると考える。

4. 本研究の限界と課題

本研究の限界として、対象が1施設のみであり、便宜的標本抽出法を採用したことから、循環器系や内分泌系等、専門領域の診察医師数に影響された対象割合となった可能性がある。母集団を日本全国の生活習慣病をもつ高齢外来患者とする本研究の方法においては、無作為抽出法によりサンプルを確保することは現実的に困難であることも事実である。今後の課題としては、多施設を対象とするなど、対象割合の偏りの可能性を少なくする方法でサンプリングしたうえで解析することが挙げられる。

また、本研究の中心課題となる服薬の納得について、「薬の必要性についての納得」のみを問うた。服薬の納得は、薬の必要性以外に薬の形態や味等に対しても考えられることから、内容妥当性の面で限界があると考えられる。今後は、服薬の納得の構成概念について検討が必要と考える。

V. 結論

本研究では、生活習慣病で通院する患者の服薬アドヒアランス向上のために、その前提となる服薬に対する納得に着目し関連要因とその影響度について明らかにした。その結果、以下の示唆を得た。

1. 服薬の納得には、「服薬に対する思い」と「医師等とのかかわり」が関連していた。
2. 「服薬に対する思い」では、「薬の効果についてわかる」「薬は今より少なくて

よいと思う」が抽出された。

3. 「医師等とのかかわり」では、「医師などに薬の相談ができる」「医師を信頼している」が関連要因として抽出された。
4. 抽出された4つの関連要因において、「医師を信頼している」の影響が最も強く (OR : 2.05、95%CI : 1.26-3.33)、次いで「薬の効果についてわかる」が強かった (OR : 1.80、95%CI : 1.22-2.65)。
5. 食事や運動等、健康への欲求を満たす生活状況の項目は、関連要因として抽出されなかった。

【謝辞】

本研究にあたり、調査にご協力くださった患者の皆様、施設スタッフの皆様にご心より感謝申し上げます。

【利益相反】

本研究において、開示すべき利益相反は存在しない。

引用文献

- (1)厚生労働省. 第一期医療費適正化計画 (2008~2012年度) について. 2008. <https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/0000190960.pdf>.
- (2)厚生労働省. 全国在宅医療会議「在宅医療の現状」. 2016. <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000129546.pdf>.
- (3) 中医協. 中央社会保険医療協議会 総会 (第349回) - 在宅医療 (その2) について -. 2017. <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000161550.pdf>.
- (4) 普照早苗, 藤澤まこと, 松山洋子, 渡邊清美, 加藤智美, 中川みのり. 在宅療養者の服薬に関わる訪問看護の実態と課題. 岐阜県立看護大学紀要. 2004, p. 1-7.
- (5) 日本調剤. 処方薬の飲み残しに関する意識調査. 2014. <https://www.nicho.co.jp/corporate/newsrelease/11546/>.
- (6) 湯沢八江. 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. 2002, 50(3), p. 133-143.
- (7) 尾鷲登志見, 上島国利. アドヒアランス-自発的服薬を助ける患者支援 コンプライアンスからアドヒアランスへ. 月刊薬事. 2008, 50, p.373-376.
- (8) 植村研一. アドヒアランス-自発的服薬を助ける患者支援 アドヒアランス向上のためのコミュニケーションスキル. 月刊薬事. 2008, 50, p.377-380.
- (9) 平林穰, 岸本桂子, 新井康通, 高山美智代, 広瀬信義, 福島紀子. 高齢者の納得した服薬を得るために医療者ができること- 質的研究をもちいて -. ファーマシューティカルコミュニケーション研究会会誌. 2014, 12(1), p. 19-30.
- (10) 吉川真一, 上井幸司, 村田亮, 鈴木常義, 竹下光弘. 外来患者の服薬状況に関する実態調査. 東北薬科大学研究誌. 2008, 55, p.91-97.
- (11) Nieuwlaat, R.; Wilczynski, N.; Navarro, T.; Hobson, N.; Jeffery, R.; Keenanasseril, A.; Agoritsas, T.; Mistry, N.; Iorio, A.; Jack, S.; Sivaramalingam, B.; Iserman, E.; Mustafa, RA.; Jedraszewski, D.; Cotoi, C.; Haynes, RB. Interventions for enhancing medication adherence. *Cochrane Database Syst Rev* 16. 2014. doi : 10.1002/14651858. CD000011. pub4.
- (12) Ryan, R.; Santesso, N.; Lowe, D.; Hill, S.; Grimshaw, J.; Pictor, M.; Kaufman, C.; Cowie, G.; Taylor, M. Interventions to improve safe and effective medicines use by consumers. an overview of systematic reviews. *Cochrane Database Syst Rev* 29. 2014. doi :

- 10.1002/14651858. CD007768. pub3.
- (13) 上野治香, 山崎喜比古, 石川ひろの. 日本の慢性疾患患者を対象とした服薬アドヒアランス尺度の信頼性及び妥当性の検討. 日健教誌. 2014, 22(1), p.13-29.
- (14) 有田久美, 佐久間良子, 久木原博子. 内科疾患で通院中の後期高齢者の服薬行動における価値観. 日本在宅ケア学会誌. 2021, 25(2), p.174-181.
- (15) Curtis, SE.; Boye, KS.; Lage, MJ.; Garcia-Perez, LE. Medication adherence and improved outcomes among patients with type 2 diabetes. The American Journal of Managed Care. 2017, 23(7), p.208-214.
- (16) Wu, JYF.; Leung, WYS.; Chang, S.; Lee, B.; Zee, B.; Tong, PCY.; Chan, JCN. Effectiveness of telephone counselling by a pharmacist in reducing mortality in patients receiving polypharmacy : randomized controlled trial. BMJ. 2006, 333, p.522-525.
- (17) 今井芳枝, 雄西智恵美, 板東孝枝. 納得の概念分析- 国内文献レビュー -. 日本看護研究学会雑誌. 2016, 39(2), p. 73-84.
- (18) 戸ヶ里泰典. サンプルサイズ諸論. 順天堂大学医療看護学部 医療看護研究 2019, 15(2), 1-8.
- (19) 大野高裕, 田畑智章. 医療サービスに対する患者の「納得」評価に関する研究. 厚生労働科学研究費補助金 健康安全確保総合研究分野 医療技術評価総合研究 平成 14 年度総括研究報告書. 2003.
- (20) 恩田光子, 小林暁峯, 黒田和夫, 小林輝明, 全田浩. 薬剤管理指導に対する患者満足度に影響を与える要因に関する研究. 医療マネジメント学会雑誌. 2003, 3 (3), p.557-562.
- (21) 荒川健人, 渡邊伸一, 林直子, 岩田紘樹, 小林典子, 藤本和子, 山浦克典. 患者の処方薬に関する情報源の実態と入手情報の満足度およびニーズ調査. 医療薬学. 2020, 46(11), p.615-627.
- (22) 大堀昇, 湯澤八江. A 病院に通院する患者の服薬受容に影響を及ぼす経済的要因. 埼玉医科大学看護学科紀要. 2015,8(1), p,9-16.
- (23) Northouse PG.; Northouse LL. Health Communication-Strategies for Health Professionals. 2nd ed., Appleton & Lange, Stamford. 1992. (住友浩一, 萩原明人訳. ヘルスコミュニケーション:これからの医療者の必須技術. 九州大学出版会. 1998.)
- (24) Pearson, SD.; Raeke, LH. Patients' trust in physicians: many theories, few measures, and little data. J Gen Intern Med. 2000, 15(7): p. 509-13. doi: 10.1046/j.1525-1497.2000.11002.x.
- (25) Mechanic, D.; Meyer, S. Concepts of Trust among Patients with Serious Illness. Social Science & Medicine. 2000, 51, p.657-668.
- (26) 西垣悦代. 医師に対する信頼の観点からみた日本の患者タイプの特徴. 健康心理研究. 2008, 21(1), p.1-9.
- (27) 西垣悦代, 浅井篤, 大西基喜, 福井次矢. 日本人の医療に対する信頼と不信の構造: 医師患者関係を中心に. 対人社会心理学研究, 2004, 4, p.11-20.

Factors related to consent to take medication among elderly patients visiting clinics for lifestyle-related diseases

Yuko OGASAWARA, Yumiko WATANABE, Noboru OHORI

Wayo Women's University Faculty of Nursing

Summary

Objective: To identify factors related and impact to consent with medication among elderly people who visit clinics for lifestyle-related diseases.

Methods: A questionnaire survey was conducted targeting patients visiting the outpatient clinic for lifestyle-related diseases. Descriptive statistics were calculated for items related to the attributes and backgrounds of the respondents, prescription details, and factors associated with consent to take medication. In exploring factors associated with consent with medication, we first examined 30 items considered to be related to “consent with the necessity of medication” (hereinafter referred to as “consent with medication”) and other attributes and backgrounds.

Results: We obtained 328 valid responses. The average age was 76.2 ± 6.92 years, and the average number of medications per day was 8.4 ± 6.09 . Twenty items were found to be significantly associated with medication consent, including 14 items related to thoughts about medication and six items related to interactions with physicians and other healthcare professionals. Furthermore, in the ordinal logistic regression analysis, four items were identified as factors associated with medication adherence: “Understanding the effects of medication” (OR: 1.80, 95% CI: 1.22-2.65), “Less medication is better than more” (OR: 1.43, 95% CI: 1.13-1.80), “Being able to consult with a physician or other healthcare professional about medication” (OR: 1.35, 95% CI: 1.05–1.74), and “trusting the physician” (OR: 2.05, 95% CI: 1.26–3.33).

Conclusion: This study suggests that trust in the physician and understanding of the effects of medication are important factors in medication adherence among elderly patients with lifestyle-related diseases.

Keywords: consent to take medication, elderly patients, lifestyle-related diseases