

在宅高齢者の服薬の実態 —多剤併用者を対象に—

高 見 千 恵^{*1}

要 約

近年、在宅医療・看護が推進されたことにより複数の疾患をもち、医療機関から多種類の処方を受け、多くの診療科を受診して薬物療法を行っている在宅高齢者が増加している。そこで、在宅高齢者における多剤併用中の服薬の実態を調査し、その看護ニーズを明らかにすることを目的で本研究を行った。その結果、①1日に平均7種類の服用がなされていた、②要介護認定「要支援」の在宅高齢者の服薬の実態は、自己管理に任されている、③服薬コンプライアンスが十分ではないことや、処方薬のみでなく一般薬、漢方薬を含めた服薬の実態把握や服薬マネージメントがなされていない、④在宅高齢者の生活を支える主治医間の連携や看護婦・士、薬剤師との連携が不十分で、服薬支援システムが構築されていないということが明らかになった。これらの服薬の問題から、在宅高齢者の看護度を上げないためには、在宅高齢者への処方の改善と服薬の支援システムの構築が必要であることが示唆された。

はじめに

近年、在宅医療・看護が推進されたことにより、複数の慢性疾患を持ち、いくつかの医療機関から多種類の処方をうけている在宅高齢者が増加している。しかし、実際に患者は医師の指示通りに服薬していないことがしばしばあり、その頻度は病態と薬の種類によっても異なるが、約1/3以上にも及ぶ¹⁻³⁾。また、多剤併用者は薬剤重複服用、副作用、相互作用などの危険を避ける必要がある⁴⁾。これらのことより、高齢者が在宅生活の中で、安全・安楽に薬物療法が実施できるような援助が必要と考えられるが、服薬のサポートは十分とはいえない現状にある。

これらの研究報告も少なく、投薬ケアに関する分析は未だ十分とはいえない。また、在宅高齢者の多剤併用に関する研究報告はほとんどない。そこで、岡山県在住の在宅高齢者における多剤併用中の服薬の実態を調査し、その看護ニーズを明らかにすることを目的として本研究を実施した。

研究 方 法

1. 調査期間 2000年2月1日から4月31日とし、予備調査を1999年11月中に実施した。
2. 対象者 岡山県K市、S市を中心に訪問面接調

査に協力の得られた在宅高齢者で5種類以上の処方を受け通院治療中の多剤併用者のうち要介護度は要支援で痴呆がないと思われる42名である。

3. 調査方法 豊澤らの作成した「看護のためのアセスメントガイド」⁶⁾を基に独自で作成した聞き取り調査項目を用い、訪問面接法による聞き取り調査を実施した。訪問は1回60分間であり、1人につき2回実施した。

4. 調査内容

(1) 基本属性

氏名、年齢、性別、疾患名、家族構成について質問を実施した。

(2) 服薬コンプライアンス

処方薬の種類・量、服用薬の管理と服薬の用意、残薬の理由と対処方法、服薬を励行するために実際に行っている方法、服薬の自己調節の理由と対処方法、服薬困難な場合の対処方法、薬の保管場所、複数医院からの処方に関する関係医師への報告状況について質問を実施した。

(3) 処方薬・薬物療法に対するニーズ

服薬指導の有無・内容、処方薬に関する不安や疑問の有無、またそれがある場合に相談したい相手、薬物療法に対する要望について質問を行った。また、自由記述も含めた。

*1 川崎医療福祉大学大学院 医療福祉学研究科 保健看護学専攻
(連絡先) 高見千恵 〒701-0193 倉敷市松島288 川崎医療福祉大学

表1 多剤併用について

氏名	性	年齢	疾患名	薬剤名
A	女	77	脳梗塞後遺症 両膝変形性関節症 高尿酸症, 慢性胃炎 骨粗鬆症, 高血圧症	炭カル1T 1×M, アルファロール1T 1×M, セロクラール1T 1×M セルベックス1cap 1×M, リボール2T 2×MA, ノイエル2cap 2×MA 小児用バファリン1T 1×M, ガスコン3T 3×N, チネラック3T 1×vds ニトロールR2cap 2×MA, 酸化マグネシウム0.5g 1×vds ラキソベロン2T 1×vds, タケブロン1cap 1×vds
B	女	88	脳梗塞後遺症 気管支喘息 慢性気管支炎	サンドノーム1T 1×M, ダウプリル2T 1×A, ラシックス1/2T 1×A アシノン1cap 1×A, ザイロリック2T 1×A, メブチン2T 2×MA アルダクトン2T 2×MA, ルジオミール2T 2×MA ユニフィル1T 1×A, バロテイン1T 1×A, ジソペイン3T 3×N チネラック3T 1×vds, ムコスタ3T 1×A
C	男	88	糖尿病, 白内障 心筋梗塞 腰痛, 尿道狭窄	シグマート3T 3×N, プロサイリン3T 3×N, ペルサンチン6T 3×N ダイアート1T 1×M, アムロジン1T 1×M, サイレース1T vds アルタット2T 2×MA, ジソペイン2T 2×MA, ウブレオチド3T 3×N 小児用バファリン1T 1×M, ザイロリック1T 1×M, アロフト3T 3×N
D	女	91	脳梗塞後遺症 腰痛症, 骨粗鬆症 慢性気管支炎 慢性呼吸不全 肺気腫	小児用バファリン1T 1×M, セレスタミン2T 2×MA テオドール2T 2×MA, リボール2T 2×MA, ムコソルバン2T 2×MA アセナリン2T 2×MA, アミサリン2T 2×MA ハルシオン1T 1×vds, タガメット1T 1×vds, チネラック1T 1×vds 強力バルコゾル1cap 1×vds, クラリス2T 2×MA
E	女	74	脳梗塞後遺症 脳虚血発作 変形性脊椎症・腰椎症 変形性関節症	ミタカード2T 2×MA, ドグマチール2T 2×MA, セルナール2T 2×MA ノルバスク1T 1×M, ハルシオン1T 1×vds, セルベックス3cap 3×N プリンペラン3T 3×N, メチコバール3T 3×N パルレオン1T 1×vds, ノルバスク1T 1×vds
F	女	85	脳梗塞後遺症 高血圧症 便秘症, 不眠症 慢性胃炎	ユベラ2cap 2×MA, ニボラジン2T 2×MA, メチコバール3T 3×N ペルジピン2T 2×MA, パナルジン2T 2×MA, ノイエル2cap 2×MA レンドルミン1T 1×vds, ラキソベロン1T 1×vds セレンジン1T 1×vds, ラキソベロン1T 1×vds
G	女	83	脳梗塞後遺症 慢性胃炎 高血圧症	カルフィーナ1T 1×A, 小児用バファリン1T 1×A, アルタット1cap 1×M, ランデル1T 1×M, デパス2T 2×MA ノイスオーラ1T 1×A, ハルシオン1T 1×vds, デプロメール3T 3×N バロチノン2T 2×MA, ロンミール2cap 2×MA
H	女	86	骨粗鬆症, 高血圧症 変形性関節症, 腰痛症 慢性胃炎, C型肝炎	パナルジン1T 1×M, アルファロール1T 1×M, ロングス2T 2×MA アスパラCA2T 2×MA, パイロテンシン2T 2×MA, アシノン3T 3×N イノマール3T 3×N, チネラック1T 1×vds, ラキソベロン1T 1×vds
I	男	74	脳梗塞後遺症 慢性胃炎	小児用バファリン1T 1×M, アバン3T 3×N, ラックビー1.5g 3×N ザンタック1T 1×vds, リボール1T 1×M ハルナール1cap 1×vds, セルベックス1.5g 3×N, カラン3T 3×N, ウブレオチド2T 2×Mas
J	女	82	脳梗塞後遺症 高血圧症, 高脂血症 慢性胃炎	エースコール1T 1×T, ペルジピン2T 2×MA, リーゼ1T 1×vds シンレスタール2T 2×MA, セレキノン3T 3×N, マーズレンS2.0g 3×N ハルシオン1T 1×vds, パナルジン2T 2×MA

結果及び考察

1. 基本属性

年齢は、68歳から91歳（平均81.6±5.6歳）であり、性別は、男性7名、女性35名であった。治療中の疾患（主病名）は、脳梗塞後遺症29名、高血圧6名、骨粗鬆症5名、糖尿病2名であり、全員が2～5疾患のために通院する在宅高齢者である。家族構成は、独居7名、同居35名であった。

2. 服薬コンプライアンス

表1は対象のうち処方薬剤数の多かった10名である。処方薬剤数は8～13種であり、中には処方薬の他に一般薬・漢方薬を常用している者がいた。42名の平均疾患数は5、平均併用薬剤数は7であった。丹野らの高齢外来患者における平均疾患数は3前後、平均併用薬剤数は4前後の結果を上回っている^{7,8)}。本研究では、疾患数の増大に伴い、併用薬剤数が増加する傾向がみられた。薬剤数・服用回数の増加、薬剤の副作用出現などはノンコンプライアンスの原因である¹²⁾。投与する薬物の量・種類が増えるほど副作用が多くなることは、これまでに十分明らかにされている⁷⁻⁸⁾。また、村井らは、副作用を減らす最もよい方法は薬剤数を減らすことであると述べられている¹⁰⁾。投与薬剤数が5以内であれば危険率は低い。高齢者は多病であるから薬剤数を減らすのに苦労するが、種々工夫すれば何とか5以内にできると報告されている¹¹⁻¹³⁾。薬効や相互作用・副作用を観察し、それに対処し、予防することは看護婦・士にとって必要不可欠なケアであるといえる。

医師・薬剤師の指示を厳守して服薬しているかどうか薬剤管理・服用法の理解、服薬行動について18

項目・3件法でみたものが表2のとおりである。C(43/54)とH(39/54)は処方された内服薬が多いにもかかわらずコンプライアンスが良好であった。その理由として服薬を仕事と自覚している姿勢があげられた。しかし、上記2名以外の者はノンコンプライアンスであった。残りの32名についても、全員がノンコンプライアンスであった。上島らの老年科に通院中の外来患者を対象とした調査による高齢者は成人に比べ多種・多量の薬を服用しているにもかかわらず、コンプライアンスが良好であるとの結果とは一致しなかった¹⁾。

全員ができていた項目は、保存の方法（他のものと区別する）と服薬時の姿勢であった。臥床して服薬する者はなく、誤嚥しないように姿勢に気をつけており高齢者の慎重さが伺えた。服薬前の手洗い、変色・変臭・変形の確認、副作用・相互作用の確認、残薬の報告、食べ合わせ、飲み合わせに留意するなどの項目はほとんどできていなかった。その他の項目はあまりできていないという実態がみられた。これらのことより、看護婦・士は薬物療法に対する患者の理解の程度と実施の有無、残薬、重複受診など、医師に必要な報告ができていかなどの把握が必要である。

(1) 服用薬の管理と服薬の用意について

患者自身が行っているのは34名、家族が行っているのは8名で、援助を行っているのは、妻5名、夫2名、嫁1名であった。ほとんどの患者が、服用薬の管理と服薬の用意を各自で行っている現状が明らかになった。

(2) 残薬が多い時間帯

全員に朝・昼・夕・寝前の処方があり、残薬があった。時間帯別にみると、昼の残薬が1番多かった。茂呂らの外来患者を対象とした調査によると昼に残薬が多いと同様の結果が得られた¹¹⁾。

(3) 残薬の理由について

図1のとおり残薬の理由として、「生活リズムと服薬時間のずれ」の項目が多かった。生活リズムの中では食事時間との関係が1番の原因であることが明らかになった。独居高齢者は、食事を自分で作らなければならない。生活リズムの変化や体調不良などで朝の欠食が1番多く、欠食時に服薬してはいけないと思い込んで服薬していない者がいた。同居高齢者においては、日中の家族不在のため昼食は自分で作らなければならない。生活リズムの変化や体調不良などで食欲や料理する意欲が失せる。同居高齢者においては昼の欠食と食後の服薬を欠きやすい傾向であった。

表2 服薬コンプライアンス

		A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	
	性別	F	F	M	F	F	F	F	F	M	F	
	年齢	77	88	88	91	74	85	83	86	74	82	計
薬剤管理	湿気、日光、高温を避ける	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	20
	有効期限を守る	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	20
	変色、変臭、変形の確認	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	11
	保存方法(他のものと区別する)	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
	残薬を報告する	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	12
服用法の理解	薬効	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	12
	服薬量	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	16
	服薬時間	2	2	3	2	2	2	2	3	2	2	22
	薬の飲み方	1	2	3	1	2	2	1	3	2	1	18
	副作用について	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	11
	相互作用について	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	12
服薬行動	服薬する前に手洗いする	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
	服薬時の姿勢	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
	服薬時に適量の水分摂取	1	2	3	1	2	2	2	3	2	2	20
	指示通りの薬を飲む	1	1	2	1	2	2	2	2	1	2	16
	指示通りの時間に飲む	1	1	3	1	2	2	2	3	2	2	19
	正しい飲み方をしている	1	1	3	1	2	2	2	3	1	2	18
	食べ合わせ、飲み合わせに留意	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	12
計		25	27	43	25	31	31	29	39	29	29	

3—できている 2—あまりできていない 1—できていない

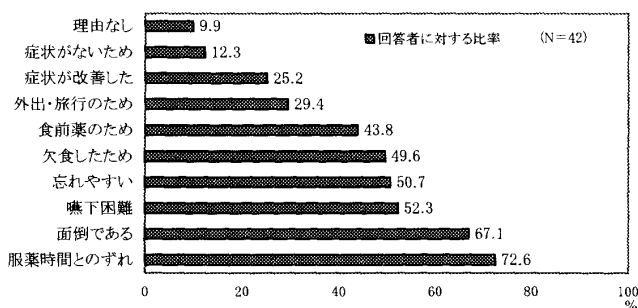


図1 残薬の理由

次に「薬の種類が多すぎるので面倒である」という項目が多かった。処方薬は誤飲すると危険な包装である PTP (Press Through Package) のまま何種類も出されていた。高齢者の場合、視力低下により PTP の色、同色・同形の処方薬の識別が困難で、小さく錠剤のものは指先が不自由なので PTP から薬を取り出しにくく、時には床に落ちてしまい紛失することもある。また、多種類の薬を服用方法に応じて理解し、高齢者自身が準備することは非常に困難な場合が多く服薬を負担に感じている言葉も聞かれた。しかし、処方薬を識別するために家族が PTP にマジックで○, △, □などの印をつけ識別しやすくし、服薬は本人に任せ自己管理できているケースも見られた。家族の援助により、高齢者の服薬セルフケア能力が保てるケースもある。よって、家族への服薬指導の重要性も明らかになった。

「1回量が多すぎて喉につまりそうである」という項目については、服薬時、たくさんの量があっても1回で服薬しなければいけないと思い込んでいる者が多かった。喉につまりやすい剤形は、散剤、カプセル剤、錠剤の順であった。時に大粒の錠剤も処方されており、高齢者個々に適した剤形の選択の必要性も明らかになった。しかし、1回量が多いため工夫として、朝食後の服薬時間に30分間隔で3回、合計1時間30分要する者も1名いた。

(4) 残薬があった時の対処方法について

そのままにしている：18名、気付いた時に服薬している：9名、次回に2回分服薬する：8名、不明：7名であった。一般薬・漢方薬を買って服用し自己調節しているので適当で良いという者や、残薬を貯めて家族・友人に譲渡しているなどの実態もみられた。看護婦・士にとって一般薬・漢方薬の把握、服薬指導も重要であることが明らかになった。

(5) 服薬を励行するために実際行っている方法

①手帳に服薬した薬品名、回数を記入している、②日記帳の中に服薬の有無、回数を記入している、③サンプルボードを参考にし服薬前に確認している、④カレンダーに朝・昼・夕・寝る前の欄を作り○

を付けて確認している、⑤お菓子の箱(紙・缶など)に朝・昼・夕・寝る前の仕切りを作っている、⑥起床時、大きめのコップに水をいっぱい入れ台所の所定の場所に置く。その水を4回に分け服薬する。水分量を確認し服薬の有無を判断している。また、家族も水分量を確認し、減っていない時などは声かけを行い飲み忘れ防止に協力しているケースもあった。

(6) 服薬の自己調節

全員が服薬回数、服薬時間、服薬量、服薬方法を自分の考えで変えて調節していた。

(7) 服薬を自己調節する理由

図2のとおり服薬の自己調節は、「症状に応じて自己調節する」という項目が多かった。自己調節する薬の種類で多かったのは睡眠薬と下剤であり、睡眠薬と下剤の薬効については理解しやすいためであろう。また、高齢者にとって在宅生活における眠れない、便がでないということは、非常に大きな問題であることが明らかになった。他の処方薬の薬効については理解できていないものが多かった。

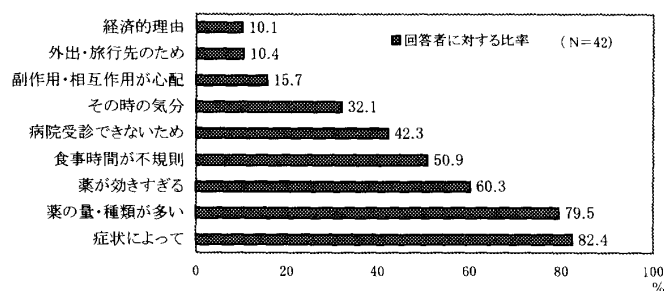


図2 服薬の自己調節

次に、「薬の量・種類について」の項目が多かった。服薬量・種類が多いため、自己判断で服薬量・種類を調節している高齢者が多い。自己調節においては、残薬、破棄している場合が多く、残薬の処理内容としては、家族・友人に譲渡したり、薬を貯めておく実態が明らかになった。また、独居高齢者の場合は、体調不良などで病院受診できない時に備えて薬を貯めておく傾向がみられた。処方変更や薬剤の変質に気づかず、服薬する可能性も考えられ、治療に影響を及ぼすこともある。そこで、残薬の処理についての服薬指導の必要性も明らかとなった。

服薬困難な場合の工夫としては、自己判断で服薬方法を変えている場合が多かった。服薬方法の工夫としては以下のことが挙げられる。大きくて服薬困難な錠剤を割る、すり鉢で錠剤をつぶして服用する。顆粒の場合、義歯に詰まることによる疼痛があるため、すり鉢ですり潰して服薬している。薬の量が多いときや、やや嚥下困難がある場合は、ご飯に混ぜて服薬していた。しかし、最近市販されている健康食品(嚥下ゼリー)を使って服薬している者はいな

かった。

これらの実態から看護婦・士へのニーズとして、薬の管理方法、服薬確認（ピルカウントを含む）、残薬の量・種類・処理内容の確認、服薬方法の確認をすることが挙げられる。薬効、服用方法の理解ができる環境づくりとして、薬剤説明書をファイルする、留意点・副作用・相互作用を拡大文字にする、服薬カレンダーづくり、ピルケースの文字等の拡大をするなどの投薬ケアの必要性がある。また、医療機関との連携を図り、服薬困難な患者に対して処方薬剤の一包化、高齢者の飲みやすい剤形の検討、健康食品（嚥下ゼリー）の活用、家族への服薬指導等のニーズが把握された。

今後、服薬コンプライアンス予測とそれに基づくケアが、在宅高齢者の服薬コンプライアンスにいかに関与するかについて、看護介入の観点より明らかにし、検討していかねばならない。

3. 処方薬・薬物療法に対するニーズ

(1) 服薬を励行するために実際に行っている方法

服薬指導を受けたことがないと回答した者は42名中38名であった。しかし、服薬指導を受けたことがないと回答した者の多くに、「病院に行き始めたのは随分前から。はっきりとは……」と曖昧な表現がみられた。このことより、年齢的なもの、通院期間が長期化しているため、当初の記憶が薄れてしまっていることが原因の一つと考えられる。次に、服薬指導を受けたことがあると回答した4名に服薬指導の内容を聞いてみたら、その中で1名のみ服薬指導を受けていた。しかし、医師からの説明は専門用語が多く内容の理解ができていなかった。他の者は、処方薬の説明書が入っていた、薬袋の裏に薬品名・効能が書いてあるなど、服薬指導とはいえない現状であった。医師が、服薬指導を行う時、重要になってくるのがインフォームド・コンセントである。小野らの与薬におけるインフォームド・コンセントについての調査では、服薬指導時には、①情報の公開②一般人への医学的な知識の教育③患者に情報をどのように伝達するかが重要な点であるが、患者とどれだけその情報を共有できたかが問題になると述べられている¹⁹⁾。しかし、服薬指導が行われていることは少なく医師、薬剤師における服薬指導の認識

が必要であると考えられる。また高齢者の場合、一度で理解することは困難であるため、看護婦・士は高齢者の特徴を理解しサポートする必要がある。

(2) 処方薬に関する不安・疑問

処方薬の効能、効果、用法、用量、服薬時の注意事項、副作用、相互作用、類似薬の誤認など全員が不安・疑問を感じているが放置している者がほとんどであった。その要因として、医療者の多忙さ、医療者における服薬指導の認識不足、服薬支援システムが構築されていない等が挙げられる。

(3) 処方薬に対する不安・疑問がある場合に相談したい相手

処方薬について相談したい相手は、医師28名、看護婦・士13名、家族1名であった。医師に相談したい内容は副作用、効能・効果であり治療的な項目であった。42名中28名と半数以上が回答していることより、依然として医師に対する要望は高かった。次いで看護婦、家族の順であった。看護婦・士に相談したい内容は、服薬時の注意事項、効能・効果、用法、用量、副作用、相互作用の順で薬物療法全般にわたっていた。しかし、外来診療という時間的制約の中で患者との関わりの少なさが反映した結果と考えられる。

おわりに

在宅高齢者の訪問面接調査から以下のことが明らかになった。①1日に平均7種類の服用がなされていた、②要介護認定「要支援」の在宅高齢者の服薬の実態は、自己管理に任されている、③服薬コンプライアンスが十分ではないことや、処方薬のみでなく一般薬、漢方薬を含めた服薬の実態把握や服薬マネジメントがなされていない、④在宅高齢者の生活を支える主治医間の連携や、看護婦・士、薬剤師との連携が不十分で、服薬支援システムが構築されていない。これらの服薬の問題から、在宅高齢者の看護度を上げないためには、在宅高齢者の服薬の改善と支援システムの構築が必要であることが示唆された。

論文をまとめるにあたり終始ご懇切なご指導とご鞭撻を頂きました齋藤泰一教授に深く感謝申し上げます。

文 献

- 1) 上島悦子, 矢内原千鶴子 (1993) 高齢者の服薬上の問題点と服薬指導. 薬局, **44**(11), 1577-1584.
- 2) 豊澤英子 (1996) 薬物療法における老年者のコンプライアンスに関する研究の動向と課題. 臨床看護, **22**(1), 114-121.
- 3) 豊澤英子 (1997) 老年者の服薬コンプライアンスに関する検討—患者・医療関係者を中心として—. クリニカルファーマシー, **13**(49), 89-94.

- 4) 佐藤 博, 丹野慶紀 (1993) 老年者の多診療科受診, 多剤服用の実態と対策. *GERONTOLOGY*, **5**(4), 359-367.
- 5) 氏家幸子, 阿曾洋子 (1994) 基礎看護技術 II. 第4版, 医学書院, 東京, p55.
- 6) 豊澤英子, 三重野英子 (1996) アメリカ合衆国における老年者の服薬の実態と問題—薬物誤用と乱用を中心に—. 臨床看護, **24**(7), 1130-1137.
- 7) 丹野慶紀, 海野勝男 (1989) 高齢外来患者の薬物療法の実態—東北7県における併用薬剤数について—. 医薬品相互作用研究, **13**(1), 3-10.
- 8) 丹野慶紀, 海野勝男 (1990) 高齢外来患者の薬物療法の実態 (2)—併用薬剤数と疾患数に及ぼす加齢の影響—. 医薬品相互作用研究, **14**(2) 73-79.
- 9) 和田 淳, 辻 哲也 (1994) 外来処方の実態調査—多剤併用状況・重複投与・相互作用—. 薬局, **45**(12), 2385-2391.
- 10) 村井淳志, 松本光弘 (1993) 老年科外来患者の他科受診と多剤服用の実態. 日本老年医学会雑誌, **30**(3), 208-211.
- 11) 石崎高志 (1993) 高齢者における薬物間相互作用. *Geriatric Medicine*, **31**, 193-202.
- 12) 三上 洋, 萩原俊男 (1993) 老年者薬物療法における QOL—コンプライアンスを良くするために—. *GERONTOLOGY*, **5**(4), 351-358.
- 13) 秋下雅弘, 鳥羽研二, 折茂肇 (1993) 高齢者における薬物療法の副作用. *Geriatric Medicine*, **31**, 219-223.
- 14) 茂呂隆敏, 岩崎三代治, 竹内義人, 丸山厚太郎 (1981) 外来患者の服薬実態調査. 医薬ジャーナル, **17**(7), 1113-1123.
- 15) 橋本恵美子, 松岡 緑, 池田京子, 吉原久美子 (1996) 老人患者の服薬に対する意識・態度に関する検討—成人患者との比較—. 月刊ナースデーター, **17**(2), 100-105.
- 16) 青砥広幸, 黒山政一, 矢後和夫 (1999) 本邦における服薬コンプライアンスの現状とその問題点. 病院薬学, **25**(1) 22-25.
- 17) 佐野君芳, 安生紗枝子, 近藤由利子 (1990) 退院時の服薬指導に対する患者の意識調査. 病院薬学, **26**(12), 1501-1504.
- 18) 山口辰哉, 本屋敏郎, 石橋丸應, 有馬新一, 田中 弘, 熊副マサ子 (1990) 高齢者服薬指導のための服薬背景調査—入院患者へのアンケート調査—. 薬局, **41**(2), 197-203.
- 19) 小野和美, 山口三重子, 齋藤泰一 (1995) 与薬におけるインフォームド・コンセント. 川崎医療福祉学会誌, **5**(2), 95-101.
- 20) 河村由加, 大河内恭子, 仁位澄代, 河合 優, 後藤光良 (1992) インフォームド・コンセントと服薬指導. 月刊薬事, **34**(4), 833-840.

(平成12年12月12日受理)

The Problems Pertaining to Medication for Elderly Home Residents

Chie TAKAMI

(Accepted Dec. 12, 2000)

Key words : COMPLIANCE, ELDERLY, POLYPHARMACY

Abstract

Recently, due to improved medical treatments and nursing at home, the number of elderly nursing home residents with more than one disease, who consult several medical clinics and receive numerous and various kinds of drugs, is increasing. This study investigates the actual state of medication for elderly nursing home residents and elucidates the needs of nursing care. The following results were obtained : ①Rather high daily dosage of various kinds of drugs is given. ②Elderly nursing home residents, even those recognized as in need of assistance, are often self administered. ③Compliance in taking medication is low. The actual state of compliance for taking not only prescribed drugs but also OTC drugs, including Chinese medicine, is not clear and drug monitoring is not done often enough. ④The cooperation among doctors, nurses and pharmacists is missing and there is no support system. In order for the elderly to maintain ADL capabilities at home, it is necessary to improve method of medication and construct a support system.

Correspondence to : Chie TAKAMI

Master's Program in Nursing, Graduate School of Medical Welfare
Kawasaki University of Medical Welfare
Kurashiki, 701-0193, JAPAN
(Kawasaki Medical Welfare Journal Vol.10, No.2, 2000 373-379)