

[研究報告]

在宅療養者の服薬にかかわる訪問看護の実態と課題

普 照 早 苗¹⁾ 藤 澤 まこと¹⁾ 松 山 洋 子¹⁾
 渡 邊 清 美²⁾ 加 藤 智 美³⁾ 中 川 みのり⁴⁾

Visiting Nurse's Supports of Taking Medicine by the Patient at Home

Sanae Fusho¹⁾, Makoto Fujisawa¹⁾, Yohko Matsuyama¹⁾,
 Kiyomi Watanabe²⁾, Satomi Kato³⁾, and Minori Nakagawa⁴⁾

はじめに

在宅療養者には高齢者が多く、複数の疾病をもっている場合が多い。そのため服用する薬剤も複数に渡り、主治医からの処方薬と市販薬を併用している場合もある¹⁾。高齢患者の40～50%は、医師の指示通りに正しく薬を服用できていないとの報告があり²⁾、また家庭では、医療職者が常に傍にいないわけではないため、副作用による症状の悪化があっても発見が遅れる危険性もある。そこで服薬管理の主体者である在宅療養者本人とその家族が正確に服薬できるように援助する必要がある。

介護保険制度下において在宅ケアサービス利用状況を見ると、訪問看護の次に訪問看護の利用が高くなってきている³⁾。さらに、訪問看護師の業務中45%以上が「薬の内服介助」との報告があり⁴⁾、訪問看護師に求められる服薬管理の役割は大きい。しかし、在宅療養者の服薬管理に関して薬剤師による研究はあるが⁵⁻⁹⁾、訪問看護師によるものは少なく、塚崎¹⁰⁾が在宅慢性疾患患者の服薬行動についての研究から、7割近くの患者の服薬行動が不良で、それは家族の睡眠状態との関連があることを報告しているのみである。今後さらに在宅高齢者の医療依存度が高くなり、薬物管理の重要性が増す中、訪問看護師が服薬に関して在宅療養者とどのようにかかわっていくべきかを検討することは重要であると考えらる。

目的

在宅療養者の服薬の現状および服薬にかかわる訪問看護活動の実態を明らかにし、服薬にかかわる看護師の役割と今後の課題について検討する。

方法

1. 訪問看護記録からの分析

1) 調査対象：共同研究者が所属する3箇所の訪問看護ステーション（以下、ステーションとする。）の中で服薬管理を主目的に看護師が訪問している利用者の訪問記録とした。

2) 調査方法：本学教員である研究者3名がそれぞれ1箇所ずつステーションを担当し、ステーション利用者（以下、利用者とする）の訪問看護記録から服薬に関する記述を抽出した。抽出に際し使用した調査用紙は調査者3名が討議し、独自の情報収集様式を作成した。

3) 調査内容： 基本的情報として、利用者の性・年齢・疾患名・一般状態など、服薬の現状として、薬品名・服薬にかかわっている家族、利用者本人・家族・医師・その他の職種に対しての看護師のかかわりについての記録を収集した。なお、服薬についての看護師のかかわりの中で、記録を読むだけでは理解しがたい部分については、訪問看護記録から情報収集用紙に転記する時、記載した訪問看護師本人に確認した。その場に記録した看護師がいない場合は、後日確認を行なった。

1) 岐阜県立看護大学 地域基礎看護学講座 Community-based Fundamental Nursing, Gifu College of Nursing

2) 訪問看護ステーションひまわり Himawari Visiting Nursing Station

3) ふれあい訪問看護ステーション Fureai Visiting Nursing Station

4) SUN・サン訪問看護ステーション SUN-sun Visiting Nursing Station

4) 分析方法: 調査内容の ・ については項目ごとにエクセル表に単純集計した。については、看護記録から得たかかわりの内容について転記したものを、1文脈1文節に区切って整理した。それがどのような機能であるかを調査者3名で検討し、類似したものをカテゴリー化した。

2. 共同研究者とのディスカッション

本学共同研究者3名で3ステーションに出向き、訪問看護記録の分析結果を報告し、それについての感想や訪問看護記録には記述されていない機能、看護師の抱える課題等についてディスカッションを行った。なお、このディスカッション内容については、その場で語られた内容をできるだけ忠実に記録に留め、後日記憶の鮮明なうちに、記録の中から感想や分析結果の背景として考えられること、課題について研究者3名で抽出していった。

・ 倫理的配慮

訪問看護記録から情報収集することを所長から了解を取り、記録の閲覧・転記はステーション施設内で行ない、それ以外の場所へは持ち出さないこと、本人が特定できないように処理すること、知り得た情報は本研究目的以外には用いないことをステーション所長及びスタッフに口頭で説明した。

・ 結果

3ステーションとも設置主体は医療法人立であり、地域の中核病院を母体とする施設であった。

1. 利用者の基本的情報

男性17名、女性16名、計33名であった。年齢は、48～96歳、平均 80.8 ± 10.0 歳、40歳代1名、60歳代2名、70歳代11名、80歳代12名、90歳代7名であった。そのうち、介護保険利用者は27名、要介護度は、要支援: 4名、要介護: 5名、要介護: 5名、要介護: 5名、要介護: 2名、要介護: 6名であった。医療保険利用者は6名、生活保護制度利用者は1名であった。自立度は、J: 10名、A: 9名、B: 10名、C: 3名、不明: 1名であった。痴呆度は、痴呆度: 12名、以下: 4名、: 3名、: 5名、なし: 6名、不明: 3名であった。

2. 服薬の現状

在宅療養者1名における使用薬剤数は、3～20種類、

平均 8 ± 3 種類であった。使用している薬剤の種類は148種類あり、うち144種類は内服薬であった。ほか4種類はインスリン注射薬、点眼薬、貼付型血管拡張剤、坐剤であった。また、服薬にかかわっている家族はすべて同居家族であり、その内訳は、妻: 5名、娘: 2名、孫: 1名、息子: 1名であった。

3. 看護師のかかわり

服薬についての看護師のかかわりを、利用者本人、家族、医師、その他の職種、に分けて分類した結果を表1に示す。

1) 利用者本人に対しての看護師のかかわり

看護師のかかわりのうち利用者本人に対する記述は71文脈あった。それらは[服薬状況の確認][服薬行動の促進][医師への対応を促す][症状を判断して服薬を選択する][服薬効果を確認する][保管の介助をする][薬の変更希望を聞く][薬を預かり管理する]の8カテゴリを形成していた。そのうち[服薬状況の確認]では服薬の有無の確認、残薬の確認、市販薬の服用の確認、服薬に対する理解・態度の確認、の4サブカテゴリを形成していた。[服薬行動の促進]では服薬のセットを一緒に行う、症状に応じて服薬を勧める、服薬の必要性の説明、指示どおりの服薬を促す、の4サブカテゴリを形成していた。[医師への対応を促す]では受診を促す、医師への症状の報告を促す、の2サブカテゴリを形成していた。

2) 家族に対しての看護師のかかわり

看護師のかかわりのうち家族に対する記述は21文脈あった。それらは[家族への服薬指導][家族との相互連絡][薬の管理状況の把握][服薬の主介護者の調整]の4カテゴリを形成していた。そのうち[家族への服薬指導]では利用者本人の症状・状態に応じた指導、薬の作用・副作用の説明、施設利用時の対応、の3サブカテゴリを形成していた。

3) 医師に対しての看護師のかかわり

看護師のかかわりのうち医師に対する記述は21文脈あった。それらは[利用者本人の状態について医師に連絡][処方依頼]の2カテゴリを形成していた。そのうち[利用者本人の状態について医師に連絡]では服薬に関する症状の報告・相談、服薬方法についての確認、の2サブカテゴリを形成していた。[処方依頼]では

表1. 服薬に関連する看護師のかかわり

機能別分類		看護師のかかわりの記載内容 (抜粋)
・利用者本人に対しての看護師のかかわり		
1. 服薬状況の確認	服薬の有無の確認	食事内容にムラがあるが服用できている。(等, 16文脈)
	残薬の確認	残りが箱内に2錠あり。3日分飲み残しあり。(等, 14文脈)
	市販薬の服用の確認	昨日より感冒症状あり, 休んでいたとのこと。倦怠感あり, 市販薬を内服し, 安静にされているとのこと。(等, 2文脈)
	服薬に対する理解・態度の確認	ビオフェルミン, アレキノンが飲まれているが, タケブロンは下剤だと思っており飲んでいない。(等, 3文脈)
2. 服薬行動の促進	服薬のセットを一緒に行う	服薬が不確実なためセッティングを患者と一緒にする。(等, 14文脈)
	症状に応じて服薬を勧める	排便3日目なし, 不快なし, 浣腸は拒否される。今晚下剤の服用を勧める。(等, 5文脈)
	服薬の必要性の説明	本人に服薬の必要性を話すと素直に聞き入れるが家族の言うことは聞かない。(等, 2文脈)
	指示どおりの服薬を促す	内服は指示があるまで現状どおりに服用することを伝える。(1文脈)
3. 医師への対応を促す	受診を促す	タケブロンしっかり内服しても胃症状不変であれば再度受診を勧めよう。(1文脈)
	医師への症状の報告を促す	血圧変動があり服薬確認が目的。受診時には主治医に血圧が高いことを告げるように指示。(降圧剤が処方された)。(等, 2文脈)
4. 症状を判断して服薬を選択する		不整脈強いが他バイタル安定。顔色まずまず。四肢冷感なし。チアノーゼ, エデマなし。内服もちゃんと飲まれている。精神的な訴えと判断。ソラナックス1錠内服していただく。内服後入眠傾向。(等, 3文脈)
5. 服薬効果を確認する		本人は「薬を飲んだら腹の調子ええわ」腹痛なし, 排便コントロールも下剤にてOK。(等, 4文脈)
6. 保管の介助をする		「残薬や書類も見てほしい」と言う。一緒に整理し使わないもの, いらぬものは捨てる。薬も自分で整理されている。(等, 2文脈)
7. 薬の変更希望を聞く		便の薬変更を希望。(1文脈)
8. 薬を預かり管理する		本人が一度にたくさんの薬を管理することができないため小分けにし, 週2, 3回の訪問の度に看護師が持参し, 次の訪問までの分を渡している。(1文脈)
・家族に対しての看護師のかかわり		
1. 家族への服薬指導	利用者本人の症状・状態に応じた指導	排便状態を肛門括約筋の状態を観察して判断する方法とそれによって下剤を中止するかの判断を指導。(等, 9文脈)
	薬の作用・副作用の説明	(ターミナル期であることを娘が受け入れていない)鎮痛剤の作用と副作用について娘に説明。(1文脈)
	施設利用時の対応	風邪気味でショートステイに行く時は薬を持っていくように指導。(1文脈)
2. 家族との相互連絡		妻が医師に依頼して薬を処方してもらったことを把握。(等, 2文脈)
3. 薬の管理状況の把握		内服薬は妻が管理しているので確実に出来ている。(等, 7文脈)
4. 服薬の主介護者の調整		本人が気分によって服薬を拒否することがある。嫁が比較的冷静に対応できるので嫁を服薬の主介護者にしてみる。(1文脈)
・医師に対しての看護師のかかわり		
1. 利用者本人の状態について医師に連絡	服薬に関する症状の報告・相談	血圧187/102 178/78, 血圧のことを気にするため高血圧傾向は続いている。医師に報告・相談してみよう。(等, 8文脈)
	服薬方法についての確認	医師へFAXにて報告「アドナ1錠朝服用でよいのでそのまま服用のこと」とFAXあり。(等, 2文脈)
2. 処方依頼	利用者本人の症状・状態をみて処方の依頼	発熱を報告しボルタレンの処方を受けた。(等, 10文脈)
	定期の指示薬の追加依頼	IVH指示の追加依頼。(1文脈)
・その他の職種に対する看護師のかかわり		
1. ヘルパーとの連携	服薬介助(見守り)の依頼	できるだけヘルパー在宅中に内服することを勧めてほしい。(等, 5文脈)
	ヘルパーより服薬状況の相談を受ける	ヘルパーよりTELあり。内服を勧めても後で飲むと言われるとテーブルにセットしてくるが確実に飲んでいるかどうか不明。以前使っていたボード使用しようかと思うが, ボードに貼ってもその場で確認しなければはっきりと分からない。(1文脈)
2. 薬剤師との情報交換		薬局に薬の件尋ねる。眠り薬は出していない。(※著者注:看護師が処方された薬について薬局に尋ね確認した)。(1文脈)
3. 施設に服薬確認を依頼		服薬確認をデイサービスの送迎時に依頼するなど第三者の導入を検討した。(1文脈)

利用者本人の症状・状態をみて処方の依頼、 定期の指示薬の追加依頼、 の2サブカテゴリを形成していた。

4) その他の職種に対する看護師のかかわり

看護師のかかわりのうち医師以外の職種に対する記述は8文脈あった。[ヘルパーとの連携][薬剤師との情報交換][施設に服薬確認を依頼]の3カテゴリを形成していた。そのうち[ヘルパーとの連携]では 服薬介助(見守り)の依頼、 ヘルパーより服薬状況の相談を受ける、 の2サブカテゴリを形成していた。

4. 共同研究者とのディスカッション内容

各ステーションにおいて行ったディスカッション内容をステーション毎に以下に示す。

1) ステーションA

看護師は服薬の援助に関して、このように多岐にわたった機能を担っているのだということを再認識できた。

医師と連絡をとるのが困難という実情がある。特に同じ母体病院の医師より開業医との連携は、多忙ということもあり難しい。その他の職種に対するかかわりのうち、薬剤師との連携については現在あまりなされていないが、今後、在宅訪問指導も視野に入れて連携を図っていく必要があるのではないか、との課題を認識していた。

2) ステーションB

医師とのかかわりに関して、本来、看護師の業務ではないと思われることについても看護師が行わなくてはいけないことが多い。たとえば[処方の依頼]の中の 定期の指示薬の追加依頼 に関しては、定期的なことであり指示書やカルテをみれば処方切れることはすぐに分かるはずだが、看護師が声をかけなければ処方しない、ということが日常茶飯事である。また、対象者にとって必要のない薬が出ているのではないかとしばしば思う。医師は、対象者が飲めるか飲めないかということは視野に入れず、薬理作用だけを考え薬を出している。日常生活において、対象者が薬を飲めるかどうかという状況を把握してほしいが、看護師から「こういう状況があるので、あの薬を減らしてはどうか」などと医師に伝えても対応してもらえない場合が多い。対象者自身も医師の前では遠慮して、家にたくさん薬が貯まっているのに飲んでいないとは言えない。今は、看護師が対象者の声を代弁して医師に説明しているという状況だが、薬を出す医師側の問題が大きい、と認識していた。

また一方で、対象者側も「薬を出してもらいたいことだ」という意識がまだあり、薬を出してもらえればそれでいいと思っている部分も窺える。主治医以外の他科受診をした場合に本人が断りきれず、(もしくは必要な薬なのか分からず) いろいろもらってきてしまうという例もある。時々、本人からステーションに電話がかかってきて「何を飲んだらいいですか」と聞かれることがある。そのような時は「何を飲んでいますか。1つずつ読み上げてみてください」と聞き出すが、看護師からは「これは飲んで、これは飲まないで下さい」とも言えず、対応が難しいことが課題として明らかになった。

さらに、対象者側の問題として本人が痴呆の場合の服薬管理が困難なことが挙げられた。特に独居の場合、服薬の援助はたいへん難しい。必要のない薬は最低限にするよう看護師がアセスメントし、医師に助言する必要がある、と認識していた。

3) ステーションC

自分たちが捉えている範囲では、対象者が高齢になるに従って、薬はありがたいものだという意識があるように思う。飲みたくない、いらないと思っている人は実際のところ少ない。飲み忘れや管理不足は現実としてどうしてもあるが対処という点で難しい。対象者の実態にあった処方がなされていない現実もあり、これは医師の問題ともいえる。医師とどのように連携していくかが今後の課題とされた。

考察

1. 服薬の現状について

今回対象となった利用者は、平均8種類、最高で20種類にも及ぶ多くの薬を使用していた。奥野ら¹¹⁾の報告による対象者の平均薬剤数5.7剤よりも多く、ステーションにおけるディスカッションでも話された「薬を出してもらいたい」という利用者の意識や医師の処方の仕方に問題があるのではないかと考えられた。

2. 看護師のかかわりについて

看護師のかかわりは多岐に渡っており、利用者本人、家族、医師、他職種と様々なかかわり方をしていることが明らかになった。

1) 利用者本人に対してのかかわりについて

在宅高齢者の認知能力と服薬コンプライアンスを扱った調査によると奥野¹²⁾は、ノンコンプライアンスの要因は、加齢、薬剤数の増加、知識の不足、視覚・聴覚の低下等であり、高齢者の約3～20%に認知能力の低下が見られ、認知機能の障害は高齢者の服薬ノンコンプライアンスに関連すると指摘している。本調査においても、利用者が薬が飲めない要因に対して、それらを補う形で看護援助が行われていたことが明らかになった。

すなわち、訪問看護では利用者と接触する回数が限られ、常に専門職の目が行き届く訳ではないため、利用者本人が日頃の服薬管理を自立して行えるように意図した看護援助がなされていた。例えば 服薬のセットを一緒に行う〔保管の介助をする〕などは、看護師が訪問中、利用者本人と共に、何の薬を、いつ、どのように飲む必要があるのかを確認し、家庭という生活の場で看護師が具体的に説明していた。これは薬を飲むという行動ばかりでなく、本人が薬をそろえ準備することで、自分が服薬管理をしているのだという自覚をもつ、というねらいもあると思われる。つまり、在宅療養者が確実に服薬できるよう、療養者の生活特性を理解し、その人に合った方法で工夫した看護援助がなされていたと考えられる。

また、症状に応じて服薬を勧める では、排便がない場合下剤の内服を勧めたり、血圧測定をして降圧剤の服用忘れがないように促し、〔症状を判断して服薬を選択する〕では、精神的な症状と判断して安定剤の服用を指示する、など看護職ならではの判断があったといえる。

2) 家族に対してのかかわりについて

家族に対してのかかわりは、例えば利用者本人が寝たきりや痴呆により、自身で服薬管理を行うことが困難な場合、本人に対してのかかわりと同様、家族を本人の代行として服薬できるように援助を行っていた。訪問時ばかりでなく、電話で本人の状況を把握しながら服薬方法について説明・指導する等の援助行動があった。

また、服薬にかかわる介護者を調整する役割があった。具体的には、利用者本人は、気分によって服薬を拒否することがあるので、比較的冷静に対応できる嫁を服薬の主介護者にする、という判断がされていた。訪問看護師は、利用者の家庭における家族員の性格や本人への対応の仕方、家族員の家庭内役割について、情報収集や検討を繰り返し、服薬にかかわるキーパーソンを決める

役割を担っていた。この点は、家庭で継続的に利用者本人・家族とかかわる訪問看護師としての視点とアセスメント能力があるからこそできる援助であると考えられた。

3) 医師に対してのかかわりについて

医師に対しては、服薬にかかわる療養者の状態の変化によって、その都度連絡を取り合い、服薬治療の方針についての相談が行われていた。その際、医師よりも看護師の方が本人の状態をよく把握していることもあり、状態に応じた服薬内容について看護師がアセスメントし、本人の身体面、実際の服薬状況とともに看護師の判断を混じえて医師に伝え、処方依頼するという方法がとられていた。しかし、定期の指示薬の追加依頼 に関しては、医師の本来の業務の遂行を願う所である。

ディスカッションで、医師と連絡をとるのが困難という実情や、医師に伝えても対応してもらえない場合が多い、対象者自身も医師の前では遠慮して、家にたくさん薬が貯まっているのに飲んでいないということは言えない、等の多くの問題が表出された。訪問看護では、利用者毎に主治医が異なったり、連絡できる時間帯が限られたり、医師の個性に合わせて連携方法を探っていかなければならないという難しさもある。同時に、医師が在宅療養者の服薬内容についてどの程度把握しているのかを看護師が留意し、医師にかかわっていかねばならないという課題が明らかになった。

4) その他の職種に対しての看護師のかかわりについて

その他の職種に対しての看護師のかかわりでは、〔ヘルパーとの連携〕があった。ヘルパーは、家事援助・身辺介助がおもな業務であるため、食事場面に伴った服薬にかかわる援助が多いということが予測される。しかし、医療職者ではないため、直接的な内服介助や内服指導はできない。今回、看護師はヘルパーから本人の服薬状況をきき、ヘルパー在宅中に本人が内服することを確認してもらい、食後に服用する薬はきちんとした食後ではなくても、何か少し摂取した後内服してもらってもよい、などの具体的な服薬にかかわる援助方法を提案し、依頼していた。

また、薬局や利用者本人が利用している施設との連携については、確実に服薬できるように利用者本人を取り巻く関係職種が情報交換し、包括的に援助を行っていく必要がある。恩田¹³⁾によると、在宅ケアにかかわる他

職種との連携に対する重要性認識は、訪問看護師97.9%、ホームヘルパーなどのケアワーカー85.4%と高いが、薬局薬剤師は69.9%と比較的低いと報告している。ディスカッションで、薬剤師との連携は現在あまりなされていないが、今後、在宅訪問指導も視野に入れて連携を図っていく必要があるのではないかと、この意見が出された。薬剤師との連携は有用であり、看護師との情報交換等の協力体制がとられることが望まれる。

3. 服薬にかかわる看護師の役割と今後の課題

まず利用者側の問題として、高齢者は医師の薬がありがたいものだと思う意識があり、飲めなくてもそれを医師に伝えられず、薬効が分からずにもらってきて、後で混乱している現状が分かった。しかも、これらの実状を医師は知らないこともある。そこで、在宅療養者の服薬にかかわる訪問看護師の役割は、まず第一に正しく服薬できるように、さらに利用者本人が自立して行えるよう援助することである。そのためには、年齢・認識力・知識を正しく把握し、その状態に応じて自分の病気と症状に対する正しい知識が獲得されるように利用者本人及び家族に指導・支援することである。第二に、痴呆や独居などで自立して服薬が出来ない場合には、その人の状況に合わせた服薬方法を工夫すること、家族関係を見極めて服薬にかかわるキーパーソンを検討すること、ヘルパーと連携すること、が挙げられる。第三に、症状を正しく判断して、適切な服薬方法を判断することであり、これは特に看護師が責任をもって担うべき役割であると考えられる。第四に、医師と連携することであると考えられる。まず、医師に対しては、在宅療養者の症状を正しく把握した上で情報提供をすることである。医師は治療を目的として処方するため、その薬物が飲めるか否かの状況を把握していないことがあり、実際には飲めない薬が処方されている場合があることなど、様々な要因で服薬されていないことが明らかになった。看護師は療養者の症状・服薬状況を医師に伝える役割を担っている。さらに不必要と思われる処方に対して、医師と討議し、適正な処方されるように機能しなければならない。

これらの役割を遂行するために課題となっていることは、やはり医師との連携である。医師との連絡が困難であること、医師が看護師からの情報に耳を傾けてくれない、などの現状があった。これらの課題を解決するため

にも薬剤師との連携が重要であり、薬剤師の訪問指導の導入も一方法である。さらに、痴呆や独居の高齢者の服薬管理の困難さが課題として出された。また看護師は、服薬管理を行なうキーパーソンを決めるなどの機能も果たしていた。これらの利用者への対応は不可欠で、今後も継続されなければならない。

まとめ

在宅療養者の服薬の現状と服薬にかかわる訪問看護活動の現状と課題を、訪問看護記録の分析と看護師とのディスカッションにより検討し、以下を明らかにした。在宅療養者の服用薬剤は平均8種類、最高20種類で、高齢者ほど薬がありがたいと思う傾向があり、残薬があっても医師には言わない現状があった。訪問看護師は服薬援助に関して多岐にわたる機能を担っていた。本人に対しては服薬状況の確認、服薬行動の促進、自立できるようにかわる、症状を判断して服薬を促す、など看護職ならではの役割を担っていた。家族に対しては家族関係を見てキーパーソンを決めるなど、アセスメント能力があるからこそできる援助を行っていた。医師に対しては調整的役割を担っていたが、連絡が困難であったり、適切な対応をしてもらえなかったりなど多くの問題点が出され、医師との対応に多くの課題を抱えていた。今後、訪問薬剤師の導入などを検討し、症状に適した必要最低限の処方がされ、正しく服薬できるように医師との連携法を検討していく必要性が明らかになった。

謝辞

本研究にご理解ご協力いただきました訪問看護ステーションのスタッフの皆様に深く感謝申し上げます。

引用・参考文献

- 1) 恩田光子, 河野公一, 渡辺丈真ほか: 在宅ケア分野におけるホームヘルパー・訪問看護婦の薬局・薬剤師との業務連携認識, 大阪医科大学誌, 61(1); 25-32, 1999.
- 2) 前掲 1)
- 3) 原田光子, 山岸春江: 在宅療養者及び、家族のニーズに対応した訪問看護師と他職種との連携, 山梨大学看護学会誌; 25-31, 2002.
- 4) 石井トク: 在宅ケアにおける医療事故の把握と訪問看護婦の注意義務についての分析, 平成9年度~平成12年度科学

研究費補助金（基盤研究 C(2)）研究成果報告書；24-40,
2001.

- 5) 前掲 1)
- 6) 友広真美, 伊藤芳健, 島田直実ほか：在宅訪問における服薬指導を通して考える情報のあり方, 薬事, 37(12)；2581-2590, 1996.
- 7) 奥野純子, 柳久子, 平野千秋ほか：在宅高齢者の血圧管理と服薬コンプライアンス - 24時間自由行動下血圧 (ABP) 測定より -, プライマリ・ケア, 23(4)；372-373, 2001.
- 8) 上野信子, 鈴木千映, 生沼信恵：在宅訪問での服薬援助によって適正使用を勧めた症例, 癌と化学療法, 23；277-280, 1997.
- 9) 上田忠明, 島貫英二, 菊池全：服薬状況, 保管状況をどう確認するか, 臨床と薬物治療, 16(5)；412-414, 1997.
- 10) 塚崎恵子, 稲垣美智子, 永川宅和：在宅慢性疾患患者の家族の保健行動と患者の服薬行動との関連性, 金沢大学医療技術短期大学部紀要, 18；117-120, 1994.
- 11) 奥野純子, 戸村成男, 柳久子ほか：在宅高齢者の認知能力と薬剤知識, 服薬コンプライアンスの関連, プライマリ・ケア, 23(2)；153-158, 2001.
- 12) 前掲 6)
- 13) 前掲 1)

(受稿日 平成16年2月23日)