

循環器疾患における服薬ノンアドヒアランスの 医療人類学的考察

——外来診察陪席の質的調査を通して——

磯野真穂¹
上田みどり²
住吉徹哉³

1. はじめに

服薬ノンアドヒアランスは、疾患の治療に際し大きな障害となり、この問題の解決は円滑な治療をすすめる上で最重要課題である。特に、慢性期の長期管理が不可欠な循環器疾患においては、その影響が大きい。疾患発症に伴う症状改善のみならず、進行、再発予防のため内服治療を中心とした長期にわたる外来管理が必要であり、その治療効果は患者の病気の捉え方、意味づけ、病気とともに生きる姿勢に大きく左右される。しかし、内服薬を処方された患者の視点から、内服の状況、効果を分析した研究は国内においては未だ報告されていない。

本研究は、対応法を導くべく、循環器外来における服薬ノンアドヒアランスについて、患者の病気、治療に対する意味づけという点を主眼に、新たに医療人類学的手法を用いて解析した。

2. 医療人類学とは

ひとは病気になるとそれに対して不摂生、寿命、呪いなど様々な解釈を行う。医療人類学はこれら解釈の意義を患者の視点から質的に導き出す学問である。

患者の病気に対する解釈は患者の生きる社会・文化的な要因と密接なかかわりを持つ。したがって医療人類学では、調査で得られた患者の解釈と、患者の生きる社会・文化的な要因を説明する文献を相互参照し、患者の解釈の意義を患者の視点から分析する。

また、この作業に先立ち、医療人類学では、「病気に対する患者の解釈」と、「科学的な解釈」を同等に意義のあるものとみなし相対化する。患者の病気に対する知識や解釈は、医療者のそれと同様に意義のあるものであり、単純に優劣をつけることはできないという考え方である（Table 1）。

世界的にみると、多民族、異文化が混在する社会にとっては特に、この医療人類学の必要性は高く、主に米国等多民族が診察の対象となる医療現場で発展してきた経緯があり、我が国においても今後同様の対応が必要となろう。何よりも、医療人類学は医療者と患者の認識、考え方のずれに起因す

¹ 早稲田大学文学学術院

² 公益財団法人日本心臓血圧研究振興会附属榊原記念クリニック循環器内科

³ 公益財団法人日本心臓血圧研究振興会附属榊原記念クリニック循環器内科

る医療における弊害の解消に寄与できる新たな学問、研究分野と考えられる。

3. 目的

高齢化が進む日本において、循環器疾患は多くの日本人が罹患する疾患となった。老化つまり経年変化による疾患の治療は、症状の改善のみでなく、進行の遅延、再発予防が大きな目的となり、1人の患者が病気と付き合う時間は長期化する。科学的、統計学的には有効な薬が、患者には有効なものと捉えられず、それが治療においてノンアドヒアランスという形で発生する場合もある。

これまで、服薬ノンアドヒアランスの要因として、医師と患者の親和的關係の構築の失敗 (Bond 2010 [2004])、患者の神経症的傾向、情緒不安定性などの性格要因 (Jerant, et al. 2011)、薬に対する独特の信念体型 (beliefs) の存在 (LaPointe, et al. 2011)、高齢の患者の場合は認知症の存在 (Gard 2010) などが統計に基づき報告されている。

しかし患者が服薬ノンアドヒアランスに至るプロセスは極めて個人的であり、統計ではこのプロセスを十分に導き出せないという指摘もなされている (LaPointe, et al. 2011)。したがって本研究は、服薬ノンアドヒアランスを示す個人の社会・文化的要因の解析が可能な質的調査を採用した。

本研究は、服薬ノンアドヒアランスにおいて①「医師と患者間で病気に対するどのような解釈のずれが存在するか」、②「ノンアドヒアランスの社会・文化的要因は何か」を医療人類学の視点から明らかにすることを目指した。

4. 対象と方法

2011年2月16日から同年4月13日に、榊原記念クリニック外来で連続した患者85名 (男性48名、女性37名、平均年齢 66.8 ± 12.4 歳) の診察を観察した。本研究の内容は、日本心臓血圧研究振興会附属榊原記念病院倫理委員会に提出し承認を得た。診察前に文書と口頭で患者に説明し100%に承諾が得られ、全例に観察を実施した。また個人情報に配慮し、データの匿名化を行った。

陪席では、医師と患者のやり取りを詳細に記録し、診察の前後でそれぞれの患者に対する医師の見解の聴取を行った。これらデータを、医療人類学的文献と結びつけ、服薬ノンアドヒアランスの社会・文化的要因を分析した (図1)。

またWHOはアドヒアランスを「患者が医学的指針に沿うこと」(patients following medical recommendations) と定義している (World Health Organization 2003)。したがって本研究は、拒否のみでなく適応以上に服薬を希望する事例もノンアドヒアランスとして事例に含めた。

5. 結果と考察

服薬ノンアドヒアランスは、85名中7名 (男性5名、女性2名、平均年齢 69.1 ± 7.0 歳) に認められ、そのうち5名が服薬への抵抗を示し、一方2例が処方以上の内服を希望した (表2)。これらノンアドヒアランスは、下記の4点に関する、医師と患者の病気に対する解釈のずれにより引き起こされていた (表3、4)。

1. 病気の有無の判断

2. 科学に対する考え方
3. 循環器に対する考え方
4. 健康観

5-1. 病気の有無の判断：主観的指標か、客観的指標か

伝統的に病気とは主観的に感じられる身体の不調、異変であり、必ずしも他者の目で確認しうるものではなかった。しかし、科学技術の発展は他者には見えない当事者の不調を数値や画像で視覚化し、それを技術によって修正する方法を生み出した。すなわち主観的な不調の物質化を通じた診断、治療である (Lock 2010)。

さらに、科学技術は、当事者の主観的な感覚がなくとも病気を発見し、また治療することも可能とした。特に画像診断の進んだ循環器疾患の診断は、病気の発見において科学技術が主観的感觉に匹敵する領域と言える。

処方に対する主観的な不調のなさ、症状の欠落が、患者の服薬意欲をそぐ事例が、本研究では5例みられた (症例 1-5)。たとえば、症例 3 は、弁膜症の自覚症状に乏しいため積極的な治療意欲がわからず、医師の指導どおりに服薬しない事例であった。

一方、症例 1 と 2 はそれぞれ手術と歯科治療を受けるため、抗凝固療法を止めたいと申し出た例であった。医師は、「循環器病の診断と治療に関するガイドライン」に沿って血栓塞栓症予防治療の継続が必要と判断したが、患者は出血という目に見える異変 (主観的指標) を懸念し、両者の意見は食い違った。

医師は治療の目標を症状の軽減のみならず、その患者の現在の状態から統計的に罹患する確率の高い疾患発症リスクの軽減、もしくは再発予防としても捉えている。したがって、医師側の視点では、患者の語りは不十分で、偏った知識の表れとも言える。しかし、「目に見える異常に対する処置」、「今感じられる症状に対して行う」ものを「治療」と捉えることが、人間社会に歴史的に広くみられることを踏まえると、当たり前の判断であり、患者の視点もその意味での確といえる。

5-2. 科学に対する考え方：よきものとしての科学か、悪しきものとしての科学か

ルネサンス期に科学が台頭して以降、科学的知識は宗教にかわる絶対性をもつようになった。事実、科学的知識によって人類が受けた恩恵ははかりしれず、「科学的妥当性」の主張は、それが地理的・文化的拘束を超えた普遍的真実であることにほぼ等しい。

しかし一方で、科学への批判も存在する。科学技術に過度に依存した延命措置に対する批判や、無農薬農法の広がりなどは、科学が「ありのままの人間」や「ありのままの自然」の姿をゆがめているという現代社会に広がる危惧を示していると言える (Jonas 1979 [2000])。

医療においても、「科学的妥当性」がある特定の集団の経済的利益のために利用されたり、薬の副作用で健康被害をこうむる人々が存在したりすることなどが批判の対象となっている (Healy 2005 ; 大楠陽一 2007)。

つまり科学には、人類の英知の結晶という正の意味づけだけでなく、「ありのままの人間に対する

侵襲」といった負の意味づけも存在する。

本研究では、降圧剤の処方を受け入れてはいるものの、「自分の血圧が高いのは病院だけで、家ではそこまでではない」と主張する症例3と、血圧が166/77 mmHgという高値にもかかわらず、医師の降圧剤処方が「本当に必要なのか」、「薬が強すぎるのではないかと」疑念を訴えた症例5があった。さらに症例5は、自身の高血圧を本来的なもの、「自然」なものであると捉え、それゆえに治療の必要はないと主張した。つまりこの患者は、「自分の高血圧は『自然』なものであるゆえに介入すべきでない」と考えていたのである。

処方薬を「物質化された科学的知識」と捉えると、降圧薬を身体への侵襲と捉え、医師が考える以上に処方と心身の不調を結びつける事例は、科学を肯定的に捉える医師と否定的に捉える患者の価値体系のずれして捉えることが可能である。

5-3. 循環生理に対する考え方：生理的変動とコントロール

批評家のスーザン・ソントグ (Susan Sontag) (1982) は著書『隠喩としての病』の中で、次のように述べている。

心臓病の患者に病気のことを隠そうと思う者はいない。心臓発作には恥ずべきところなどないのだと言える。がん患者に嘘をつくのは、この病気が死刑宣告である（あるいは、そうみなされる）からではなく、そこに何かおぞましいものが一不吉なもの、感覚的におぞましく、吐き気のするようなものが感じられるからだ。心臓病は機械としての身体の弱さ、故障、挫折を意味するのみで、恥ずべきところにはならない (12-13、下線筆者)

上述のように、「がん」には「隠すべきもの」、「とり払われるべきおぞましいもの」といった恐怖と密接に結び付いた意味づけが強く存在する。他方、循環器疾患にこれらの意味づけは存在しにくい。

また診察では、「コントロールは良好です。」と医師がしばしば患者に伝えていた。この言葉に象徴されるように、循環器には「機械」としてのイメージが存在し、ゆえに循環器疾患とは「機械の故障」である (Sontag 1982 ; Weiss 1997) と捉えられる。

この循環器疾患への意味づけは、患者に過剰な恐怖を与えずにすむ一方で、患者に積極的な治療意欲がわからない要因となったり、逆に機械のような完ぺきなコントロールを求めたりする要因ともなる。結果、医師との意味づけのずれが生じやすい。

本研究における症例7の患者は、収縮期血圧を常に115 mg以下にしたいと考え、処方のさらなる調整を求めた。一方、医師は生活の条件、日内および生理的変動を猶予した調節が望ましいと考え、両者は食い違った。

このノンアドヒアランスにおいては、患者が循環器に対して機械としてのイメージを強く抱いていたゆえに起こったものと考えられる。

循環器疾患においては、心臓、血圧の意味づけの解析により、ノンアドヒアランスの要因のさらなる解明が可能であろう。

5-4. 健康観：経年変化による身体の不調を考慮に入れるか、自助努力で得られるものとして捉えるか

工業化した社会では、Crowford（1980）が Healthism と名付けた現象が広くみられる。個々は病気になるように、自己責任のもとに健康的なライフスタイルを維持する必要があるし、またそれは可能であるという考え方である。大げさに言えば、健康や病気の要因を個々の責任に還元する考え方が Healthism である。

Healthism は、現代日本社会にも深く根付いており、メディアにあふれるサプリメントは「自助努力で得る健康」を大前提としている。そして Healthism は、血圧やコレステロール値を生活スタイル、運動習慣、そして医師の指示に基づく継続的な服薬といった自助努力を続ければ、動脈硬化性疾患発症のリスクを下げるができるという、循環器疾患への対策と重なる。

本研究では、心房細動はすでに慢性化し、薬物的除細動に無効なピルジカイニドの継続適応はないと医師が考える一方で、心房細動の根治を期待しピルジカイニドの内服継続を希望する症例 6 があつた。また、前節でも紹介した、血圧の細かいコントロールを期待する症例 7 もあつた。

適応以上の処方希望した 2 つの事例においては、Healthism の影響が顕著にみられる。

これまで、服薬ノンアドヒアランスの解決方法として、薬剤師のさらなる協力（Origasa, et al. 2010）、医師側の患者との関係構築の方法の見直し（Bond 2010 [2004]）、また患者の性格傾向（Jerant, et al. 2011）や薬に対する信念体型（LaPointe, et al. 2011）のスクリーニングなどが挙げられてきた。

これらは全て、問題の所在と解決方法を医療者と患者の関係性、もしくは患者個人に置く方法である。

しかし前述のように、服薬ノンアドヒアランスは診察室の人間関係や、診察室に存在する個々人の人格の問題にはとどまらない。服薬ノンアドヒアランスは、患者の生きる社会・文化的な要因が強く影響を及ぼしているからである。

その際に、ノンアドヒアランスを引き起こす社会・文化的要因を明らかにすることが可能な医療人類学的手法は、その解決に向けて効果的であると考えられる。

最後に、本研究は陪席を通じて得られたノンアドヒアランスの要因を、これまでの医療人類学的観点からの解析・考察するにとどまった。今後、患者への直接のインタビューを実施し、患者の社会・文化的要因が服薬状況にどのようにつながるのかをさらに詳細に検討していく予定である。

6. 結論

服薬ノンアドヒアランスは、医療者と患者の医療現場における人間関係、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・文化的要因が関与することが明らかになった。特に、①病気の有無の判断、②科学に対する考え方、③循環生理に対する考え方、④健康観における医師と患者の解釈のずれがあり、それが服薬ノンアドヒアランスにつながっていた。

服薬ノンアドヒアランスの社会・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考えられる。

謝辞

本研究は「文部科学省科学研究費若手（B）」、「トヨタ財団研究助成」、「2011年度公益財団法人日本心臓研究振興会附属榊原記念病院臨床研究助成」によった

表1 医療人類学の理論的フレームと研究課題

医療人類学の理論的フレーム
<ul style="list-style-type: none">• 病気に対する医学的な解釈と、患者の解釈は同等な2つの価値体系である• 医学的に誤った病気に対する解釈でも、患者が生きる社会・文化的な背景においては合理的である可能性がある
課題
<ul style="list-style-type: none">• 病気に対する医師と患者の解釈のずれはどのようなものであるか• 患者の病気に対する解釈はどのような社会・文化的背景から生じるのか

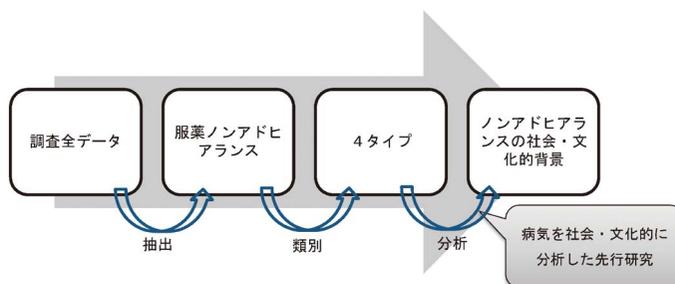


図1 分析方法

表2 服薬ノンアドヒアランスを示した患者の特性，ノンアドヒアランスの概要，担当医の見解

症例	患者の特性			ノンアドヒアランスの概要			担当医の見解
	性	年齢	診断	A. 対象薬剤	B. 対象薬剤に対する意見	C. Bの理由	
1	男	73	狭心症 冠動脈バイパス術後	アスピリン	止めたい	歯科治療での出血が心配	狭心発作の再燃が問題
2	男	73	慢性心房細動 腎梗塞	ワルファリンカリウム →ヘパリンへの切り替え	抗凝固治療の中断	大腸ポリープ切除術時の出血が心配	塞栓症予防のためヘパリン化
3	男	73	大動脈弁狭窄症 高血圧症	カンデサルタンシレキセチル ニフェジピン トリクロルメチアジド	服薬が必要か疑問	家庭血圧は診察室血圧 ほど高くない	動脈硬化性弁膜症、高血圧に対し内服適応
4	男	74	冠攣縮性狭心症 高血圧症	ジルチアゼム塩酸塩	飲んでいない	内服を始めたらしめられなくなる	狭心症の既往があり内服適応
5	女	62	高血圧症 脂質異常症	ロサルタンカリウム・ヒドロクロロアジド配合	服薬が必要か疑問	自分の血圧の高さは「自然」なものである	2つの危険因子があり内服適応
6	女	74	慢性心房細動	ビルジカイニド塩酸塩水和物	内服を続けたい	除細動のため継続希望	慢性心房細動であり適応はない
7	男	55	高血圧症	カルベジロール バルサルタン アムロジピンベシル酸塩 トリクロルメチアジド	処方内容を変えた	上の（収縮期）血圧を115 mmHg以下にしたい	生理的変動を考慮した内服の調整

表3 服薬ノンアドヒアランスに結びついた「担当医と患者の病気に対する解釈のずれ」

	患者の解釈（該当症例 No.）	担当医の解釈
病気の有無の判断	主観的指標 > 客観的指標（1-5）	主観的指標 ≤ 客観的指標
科学に対する考え方	悪しきもの（3, 5）	よきもの
循環生理に対する考え方	機械のようなコントロールが可能（7）	条件、生理的要因、日内リズム等により変動する
健康観	自助努力で得られる（6-7）	経年変化による変えられない身体の不調もある

表4 服薬ノンアドヒアランスを引き起こした患者の解釈に対する社会・文化的要因

患者の解釈		社会・文化的要因
病気の有無の判断	主観的指標 > 客観的指標	歴史的に病気の有無は主訴に基づいて判断されてきた
科学に対する考え方	悪しきもの	20世紀中盤以降の科学に対する批判
循環生理に対する考え方	機械のような臓器	定期的なメンテナンスと、コントロールにより管理される機械のような臓器としてのイメージ
健康観	自助努力で得られるもの	高度に工業化した社会で顕著に見られる Healthism

参考文献

- Bond, Christine
2010 [2004] なぜ患者は薬を飲まないのか、岩堀禎廣 and ラリー・フラムソン (訳)。東京：薬事日報社。
- Crawford, Robert
1980 Healthism and the medicalization of everyday life. *Int J Health Serv* 10(3): 365-388.
- Gard, Paul R.
2010 Non-adherence to antihypertensive medication and impaired cognition: which comes first? *Int J Pharm Pract* 18(5): 252-9.
- Healy, David
2005 抗うつ薬の功罪：SSRI 論争と訴訟。谷垣暁美 and 田島治 (訳)。東京：みすず書房。
- Jerant, Anthony, et al.
2011 Personality and medication non-adherence among older adults enrolled in a six-year trial. *Br J Health Psychol* 16(Pt 1): 151-69.
- Jonas, Hans
1979 [2000] 責任という原理-科学技術文明のための倫理学の試み。加藤尚武 (訳)。東京：東信堂。
- LaPointe, Nancy M. Allen, et al.
2011 Association between patient beliefs and medication adherence following hospitalization for acute coronary syndrome. *Am Heart J* 161(5): 855-863.
- Lock, Margaret and Nguyen, Vinh-Kim
2010 *An Anthropology of Biomedicine*. West Sussex, UK: Wiley-Blackwell.
- Origasa, Hideki, et al.
2010 Clinical importance of adherence to treatment with eicosapentaenoic acid by patients with hypercholesterolemia. *Circ J* 74(3): 510-7.
- Sontag, Susan
1982 隠喩としての病。富山太佳夫 (訳)。東京：みすず書房。
- Weiss, Meira
1997 Signifying the Pandemics: Metaphors of AIDS, Cancer, and Heart Disease. *MED ANTHROPOLOG Q* 11(4): 456-476.
- World Health Organization
2003 *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- 大櫛陽一
2007 メタボの罠—「病人」にされる健康な人々。東京：角川 SS コミュニケーションズ。