

平成 30 年 6 月 14 日現在

機関番号：34511

研究種目：研究活動スタート支援

研究期間：2015～2016

課題番号：15H06773

研究課題名(和文)薬物療法を受けている関節リウマチ患者のアドヒアランスを促進するケアモデルの開発

研究課題名(英文)Development of care model for promote medication adherence in patients with rheumatoid arthritis

研究代表者

元木 絵美 (MOTOKI, Emi)

神戸女子大学・看護学部・講師

研究者番号：70382265

交付決定額(研究期間全体)：(直接経費) 1,500,000円

研究成果の概要(和文)：本研究の目的は、関節リウマチ患者の服薬アドヒアランスを促進するケアモデルを試作することである。服薬アドヒアランスの獲得過程に関する研究と、服薬アドヒアランスに関連する因子の調査、先行研究などを基に作成した。ケアモデルは「治療選択を助ける」「副作用のアセスメント」「治療継続を助ける」「副作用リスクや生活に合わせた内服法の獲得を助ける」「身体や症状と対話する力を高める」の5項目から成る。薬の効果を実感できていない患者、80歳以上の高齢者、就業者、1日の内服回数が少ない患者などには重点的に支援する必要がある、支援方略としては患者が自らの身体や症状と対話することを助ける方法が有効であると考えられた。

研究成果の概要(英文)：The aim of this research was to develop a care model for promote medication adherence in patients with rheumatoid arthritis (RA). Care model were produced based on, research of building up process of medication adherence in patients with RA, survey of medication adherence, medication-related literature, and other sources. The care model consisted of 5 sections, 'support for decision making of medication', 'assessment of side effects', 'support for keeping good condition', 'support for learning of a skill and habit for medication', 'support for dialogue with the body and symptoms'. Care for patients who do not feel the effect of medication treatments, patients over 80 years old, workers, patients with fewer doses per day should be given priority. In order to help them, it was thought that a strategy that helps dialogue with the body and symptoms is effective.

研究分野：臨床看護学

キーワード：関節リウマチ DMARDs アドヒアランス リウマチケア

## 1. 研究開始当初の背景

(1)RA 治療における抗リウマチ薬の位置づけ  
関節リウマチ (Rheumatoid Arthritis 以下 RA とする) は自己免疫疾患で、40~60 歳代の女性 (男女比 1:2~5) に多く、わが国には約 60 万人の患者がいるといわれている (公益財団法人日本リウマチ財団, 2011)。RA は患者のあらゆる関節に原因不明の炎症を来す。関節炎が長期化するとその部分の骨軟骨破壊がおこり、関節や腱、靭帯の機能障害に至る。

ここ 10 年で RA の治療戦略はパラダイムシフトをむかえ「寛解」を目指すことが可能になった (Smolen JS. 他, 2010 / 一般社団法人日本リウマチ学会, 2014)。その治療戦略の中心は薬物療法である。日本リウマチ学会の診療ガイドラインによると、診断後すぐに抗リウマチ薬 (disease-modifying antirheumatic drug: DMARDs) の投与を開始し、その後は 3 か月ごとに治療方針を見直すよう提案されている。効果が不十分である場合はさらに DMARDs を追加し、6 か月以内の臨床的寛解 (場合によっては低疾患活動性) を目指す。しかしそれでも治療目標が達成できない場合は分子標的薬である生物学的製剤の追加投与を検討することが提案されており (一般社団法人日本リウマチ学会, 2014)。DMARDs は治療の第一選択に位置づけられている。

### (2)DMARDs の特徴

DMARDs は異常な免疫応答を抑制し、関節炎やそれに続発する関節破壊を抑制する効果を持つ (日本リウマチ学会 MTX 診療ガイドライン策定小委員会, 2011)。しかし有効率に個人差があり、その効果は突然減弱することがある。また DMARDs は、治療開始時に併用されることが多い非ステロイド性消炎鎮痛薬 (NSAIDs) や副腎皮質ステロイド薬に比べて遅効性であるため、患者にとっては効果を実感しにくい薬剤である。免疫抑制の副作用として感染症を発症した場合には、服薬を中止しなければならないなど適切な対処が求められる。休薬期間が必要な薬剤は管理が複雑になる。生物学的製剤を追加導入した場合には、月 4~5 万円程度の高額な医療費を負担しなければならない。これらすべて、患者のアドヒアランスを阻害する因子になりうる。

### (3)DMARDs 治療を受けている RA 患者のアドヒアランスとアドヒアランスを阻害する因子

わが国の調査は対象が少なく偏りがある。しかし海外では大規模な RA 患者のアドヒアランス調査がなされており、60%前後の結果が報告されている (van den Bemt BJ, 他, 2012)。RA 患者の服薬アドヒアランスは必ずしも良好ではないことがわかっている。また RA 患者のアドヒアランスを阻害する因子も明らかになっており、患者と医療提供者の関係性、医療保険制度の種類、薬の用法、効果や副作用の即時性、薬物治療の効果を知覚しているかどうかの 5 因子である (van den Bemt BJ, 他, 2012)。しかし RA 患者の服薬アドヒ

アランスを促進するケアモデルを試作するには、先行研究で明らかになっていない、RA 患者は薬物治療において、薬物の効果や副作用をどのように認識し、その認識は服薬行動にどのような影響を及ぼしているのかといった、服薬行動を獲得する過程を明らかにする質的研究が必要であると考えた。

## 2. 研究の目的

本研究は、RA 患者のアドヒアランスを促進するケアモデルを試作することを目的に、以下 2 つの調査研究を行う。

研究 1 では、RA 患者は DMARDs 治療の効果や副作用をどのように知覚し、解釈していくのか、さらにその解釈はどのように患者の服薬行動の獲得に影響しているのかといったプロセスを明らかにする。

さらに、研究 2 では、DMARDs 治療を受けている日本人 RA 患者のアドヒアランスとアドヒアランスに関連する因子の関係を調査し、RA 患者のアドヒアランスを促進するケアモデルを試作する。

## 3. 研究の方法

### 研究 1

(1)研究デザイン 質的記述的研究

(2)研究対象者

RA 専門外来を持つ医療機関の外来において、直近の 2 年以内に DMARDs 治療を開始した、あるいは治療を変更した 20 歳以上の関節リウマチ患者 7 名 (女 5 名、男 2 名)、平均年齢 52.5 歳 (25-77 歳) にインタビューを実施した。

(3)データ収集期間

平成 28 年 1 月 ~ 平成 28 年 3 月

(4)データ収集方法

#### 基本属性

年齢、性別、RA の罹病期間、X 線による関節炎進行度 (Stage 分類)、生活機能障害の程度 (Class 分類)、合併症の有無、治療薬物の種類・用法・用量については、研究協力施設、研究対象者の同意を得て、診療録を閲覧、転記した。

#### 薬物治療の経過と服薬行動

治療薬の服薬状況、治療中断や服薬自己調整の経験、服薬行動が身に付くまでに悩んだこと困ったこと、薬物療法に関する気がかりや心配・不安、治療効果をどのように感じているか、副作用経験の有無、治療後の生活状況や身体状況の変化、医療者への相談のしやすさなどについて、インタビューガイドに沿った半構成的面接を実施した。

インタビューは、外来受診に影響のない日時を対象者と相談して選択し、原則 1 回、約 1 時間実施した。

(5)データ分析

分析は、以下の手順で行った。

### オープン・コーディング

インタビューデータは逐語録に書き起こし、データを読み込む。データは意味で区切って切片化し、その特性を示す「プロパティ」と「ディメンション」をできるだけ抽出する。分析時の抽象化の道筋が見えるよう、プロパティやディメンション付けた理由についてはメモに残す。そのようにして出てきたプロパティとディメンションを使って、切片化されたデータにラベル名を付ける。

### アクシャル・コーディング

再度データを読み込み、ラベル名がその切片データの内容を適切に表しているかを確認する。ラベルをいくつかのグループに分けてカテゴリーにまとめ、カテゴリー名を付ける。

### セレクトティブ・コーディング

抽出できたカテゴリーを状況、行為/相互作用、帰結という3つのパラダイムに分け、各カテゴリーの関係性を検討する。関係性を検討する際にはプロパティとディメンションを使う。また時系列に囚われないよう気をつけながら、状況から帰結にいたるまでのプロセスをカテゴリー関連図に示す。

### カテゴリー関連図を統合する

2 例目、3 例目と研究対象者が増えるたびに ~ の作業を繰り返し、カテゴリー関連図を統合していく。関連図を作成していくなかで、さらに収集が必要なデータを持っている可能性のある対象者を選定し、分析結果に理論的飽和が認められるまで、データ収集・分析・それまでの分析結果との統合を繰り返す。

## (6) 倫理的配慮

研究開始にあたっては、神戸女子大学の人間を対象とする研究倫理委員会と研究実施施設の倫理委員会の承認を得て行った。

## 研究2

### (1) 研究デザイン 量的探索的研究

### (2) 研究協力施設と研究対象者

研究協力施設は、日本リウマチ学会が認定している教育施設 560 施設（平成 27 年現在）から 3 施設（北海道・東北から 1 施設、関西から 1 施設、中国・四国から 1 施設）を研究者のネットワークを使った機縁法で選定した。

研究対象者は、RA 専門外来を持つ医療機関で経口 DMARDs による薬物療法を受けている 20 歳以上の関節リウマチ患者（関節リウマチ以外のリウマチ性疾患を重複罹患している者も含む）520 名とした。各研究協力施設において、130 名を無作為に選定した。なお対象者選定時に、質問紙への回答が困難と予想される重度の認知症患者は除外した。

無作為に選定した研究対象者 520 名に質問紙を配布し、298 名から回答を得た（質問紙回収率 57.3%）。「服薬アドヒアランス尺度」14 項目に対する回答において、1 つ以上の欠損があった 62 名を除外し、236 名を分析対象とした（有効回答率 45.4%）。

### (3) データ収集期間

平成 29 年 4 月～平成 29 年 12 月

### (4) データ収集方法

本研究は、対象者が外来を受診した際に、無記名自記式質問紙調査を外来看護師から対象者に手渡してもらい、外来に設置した鍵付き回収ボックスにより回収した。質問紙の提出をもって研究参加への同意とみなした。

質問紙で収集したデータは以下の通りである。

#### 基本属性

年齢、性別、RA の罹病期間、最終学歴、職業の有無、同居している家族の有無、医療保険の種類

#### 薬の服用に関する特性

処方薬の数、一日の内服回数について尋ね、さらにリウマチ薬の効果については「すぐに効果を感じた」「すぐに感じなかったが、効果はあった」「効果はない」「わからない」の 4 件法で、リウマチ薬の副作用については「すぐに副作用が出現した」「すぐに出現しなかったが、副作用を経験した」「副作用はない」「わからない」の 4 件法で尋ねた。

#### 服薬アドヒアランス

上野ら（2014）によって信頼性と妥当性が確認されている「服薬アドヒアランス尺度」を用いた。この尺度は、「服薬における医療従事者との協働性」「服薬に関する知識情報の入手と利用における積極性」「服薬の納得度および生活との調和度」「服薬遵守度」の 4 つの下位尺度、14 項目から成る。

対象者には、消炎鎮痛薬とステロイドを除く DMARDs について、直近の半年間を思い浮かべてもらいながら回答を依頼した。回答は、14 項目それぞれについて「ほとんどあてはまらない（1点）」から「いつもあてはまる（5点）」までの 5 件法で得た。合計得点が高いほど、服薬アドヒアランスが良好であることを示している。

### (5) データ分析

研究対象者の基本属性（罹病期間、年齢、性別、文化的背景、就業状況、同居家族の有無、保険種）、その他の特性（処方薬の種類数、一日の内服回数、リウマチ薬の効果、副作用経験の有無）服薬アドヒアランス尺度の合計点について記述統計を行った。

研究対象者の基本属性、その他の特性と服薬アドヒアランス尺度得点の関連性を検討するために、性別（男/女）、年齢（年

代別)、最終学歴(小・中学校卒業/高校卒業、専門学校・大学卒業)、就業状況(あり/なし)、同居家族の有無(あり/なし)、医療保険の種類(6種類)、リウマチ薬の効果の実感(あり/なし)、副作用の経験(あり/なし)、処方数(1種類/2~4種類/5種類以上)、一日の内服回数(1日1回/1日2回/1日3回/1日4回以上)にカテゴリ化したものを、それぞれ2値の場合はt検定、3値以上の場合は一元配置分散分析、多重比較についてはTukey法で検定した。すべての検定は、有意水準を両側5%とした。

#### (6) 倫理的配慮

研究開始にあたっては、神戸女子大学の人間を対象とする研究倫理委員会と研究実施施設の倫理委員会の承認を得て行った。特に、研究対象者を無作為に選定する際には、研究代表者が患者の個人情報に触れないように次の手順を徹底した。

研究を実施する施設の倫理委員会の承認を得た上で、研究協力施設に所属している研究協力者が「研究対象者の条件に合致するRA患者IDの一覧表」を作成、一覧表の上から順に「患者番号」を付す。次に研究代表者は、研究協力施設の協力者から「患者番号」の全体数のみの情報を得て、130個の数を、乱数表を用いて無作為に選ぶ。研究協力施設に所属している協力者は、研究代表者が選んだ番号と患者IDを突き合わせて、130人の研究対象者を選定、研究対象者に調査用紙を配布する。研究協力者は、調査用紙配布後に「研究対象者の条件に合致するRA患者のID一覧表」を裁断、破棄するという手順である。

## 4. 研究成果

### (1) 薬物療法を受ける関節リウマチ患者がアドヒアランスを獲得するプロセス

研究1の結果、ほとんどの対象者が、治療に必要な薬は自己判断で中止や調整をしてはならないと考え薬物療法を遵守していたが、中に自己判断で中断あるいは調整している方がいた。そのような対象者には、「副作用の体験」があるか、あるいは副作用の体験がなくても「薬の効果を感じできない体験」をしていた。

また、服薬行動を医師と共同で適切に調整していく力を持っている、つまりアドヒアランスの高い対象者には、患者仲間と検査結果について議論したり、書籍やインターネットから薬物の効果や身体への反応、副作用や医療費などについて情報を集め、治療をどうするのか自分にとってよい方法を考えるという経験をしていた。その際、対象者は血液検査の結果と主観的に捉えた身体の変化を比較して自らの身体を客観的に捉えるなどして、そこには「自らの身体や症状と対話する」相互作用があることが明らかになった。

### (2) DMARDs治療を受けている日本人RA患者のアドヒアランスとアドヒアランスに関連する因子の関係

#### 対象者の基本属性

有効回答を得た236名の基本属性は、男性49名(20.8%)、女性187名(79.2%)、平均年齢は63.9歳(SD 11.9)であった。

RAの罹病期間は、2ヶ月から65年5ヶ月までと幅広く、平均14年1ヶ月であった。最終学歴、職業の有無、同居家族の有無、医療保険の種類については、表1の通りである。

表1 対象者の基本属性

| 対象者の基本属性 (N=236) | n                  | または平均 (SD) | %  |
|------------------|--------------------|------------|----|
| 性別               | 男性                 | 49         | 20 |
|                  | 女性                 | 187        | 79 |
| 年齢               | 63.9(11.9)         |            |    |
|                  | 30歳代               | 8          | 3  |
|                  | 40歳代               | 22         | 9  |
|                  | 50歳代               | 47         | 19 |
|                  | 60歳代               | 81         | 34 |
|                  | 70歳代               | 60         | 25 |
|                  | 80歳代以上             | 18         | 7  |
| 罹病期間             | 14年1ヶ月<br>(12年8ヶ月) |            |    |
|                  | 6ヶ月未満              | 3          | 1  |
|                  | 6ヶ月~1年未満           | 10         | 4  |
|                  | 1年~5年未満            | 52         | 22 |
|                  | 5年~10年未満           | 49         | 20 |
|                  | 10年~20年未満          | 52         | 22 |
|                  | 20年~30年未満          | 35         | 14 |
|                  | 30年~40年未満          | 22         | 9  |
|                  | 40年以上              | 13         | 5  |
| 最終学歴             | 小学校・中学校卒           | 41         | 17 |
|                  | 高等学校卒・専門学校・大学卒     | 191        | 80 |
|                  | 欠損                 | 4          | 1  |
| 職業の有無            | あり                 | 98         | 41 |
|                  | なし                 | 137        | 58 |
|                  | 欠損                 | 1          | 0  |
| 同居家族の有無          | あり                 | 209        | 88 |
|                  | なし                 | 27         | 11 |
| 医療保険の種類          | 健康保険               | 88         | 37 |
|                  | 共済組合               | 6          | 2  |
|                  | 国民健康保険             | 100        | 42 |
|                  | 後期高齢者医療制度          | 38         | 16 |
|                  | 船員保険               | 1          | 0  |
|                  | なし                 | 3          | 1  |

#### 薬の服用に関する特性

処方薬の種類については、1種類の方が9名(3.8%)、2種類、3種類、4種類の方がそれぞれ19名(8.1%)、31名(13.1%)、30名(12.7%)で、5種類以上の方が最も多く147名(62.3%)であった。

1日の内服回数は、1日1回の方が47名(19.9%)、1日2回の方が最も多く149名(63.1%)、1日3回は32名(13.6%)、1日4回以上は8名(3.4%)であった。

リウマチ薬の効果については、表2の通り、「すぐに効果を感じた」あるいは「すぐに感じなかったが、効果はあった」と内服の効果を実感していると回答した方は204名(86.4%)、「効果なし」「わからない」と回答した方は32名(13.6%)であった。また副作用経験については、「すぐに副作用が出現した」「すぐに出現しなかったが副作用を経験した」と副作用の経験があると回答した方は85名(36.0%)、「副作用の経験なし」あるいは「わからない」と答えた方は151名(64.0%)であった。



表2 薬の服用に関する特性

| 薬の服用に関する特性 (N=236)    | n   | %    |
|-----------------------|-----|------|
| 処方薬の種類                |     |      |
| 1種類                   | 9   | 3.8  |
| 2種類                   | 19  | 8.1  |
| 3種類                   | 31  | 13.1 |
| 4種類                   | 30  | 12.7 |
| 5種類以上                 | 147 | 62.3 |
| 1日の内服回数               |     |      |
| 1日1回                  | 47  | 19.9 |
| 1日2回                  | 149 | 63.1 |
| 1日3回                  | 32  | 13.6 |
| 1日4回以上                | 8   | 3.4  |
| リウマチ薬の効果              |     |      |
| すぐに効果を感じた             | 56  | 23.7 |
| すぐには感じなかったが、効果はあった    | 148 | 62.7 |
| 効果はない                 | 5   | 2.1  |
| わからない                 | 27  | 11.4 |
| リウマチ薬の副作用             |     |      |
| すぐに副作用が出現した           | 17  | 7.2  |
| すぐには出現しなかったが、副作用を経験した | 68  | 28.8 |
| 副作用はない                | 101 | 42.8 |
| わからない                 | 50  | 21.2 |

対象者の基本属性および内服に関する特性とアドヒアランス尺度合計スコアの関連

対象者 236 名のアドヒアランス尺度 (14 項目) 合計スコアの平均は、52.6 (SD 6.8)、その構成要素である「服薬における医療従事者との協働性 (3 項目)」の平均は 11.2 (SD 2.3)、「服薬に関する知識情報入手と利用における積極性 (5 項目)」の平均は 16.4 (SD 3.7)、「服薬の納得度および生活との調和度 (3 項目)」の平均は 11.1 (SD 2.0)、「服薬遵守度 (3 項目)」の平均は 14.0 (SD 1.7) であった。

本調査の結果を、上野ら (2014) の先行研究におけるリウマチ性疾患患者の結果と比較したところ、「服薬遵守度 (3 項目)」以外の、「服薬における医療従事者との協働性 (3 項目)」「服薬に関する知識情報入手と利用における積極性 (5 項目)」「服薬の納得度および生活との調和度 (3 項目)」「アドヒアランス尺度合計スコア」において低値であった。

また、同じ上野ら (2014) の調査にある 1 型糖尿病、2 型糖尿病、高血圧、脂質異常症患者の結果と比較しても、「服薬遵守度 (3 項目)」を除く全ての低位項目、さらにアドヒアランス合計スコアにおいて、低値であった。

対象者の基本属性、薬の服用に関する特性とアドヒアランス尺度の合計スコアとの関係性については、表 3 に示した「職業の有無」「年齢」「1 日の内服回数」「リウマチ薬の効果」の 4 項目において、有意差が認められた。具体的には職業を持たない群が、職業をもっている群に比べて有意にアドヒアランスの合計スコアが高かった。また対象者を年齢階層別に比較してみたところ、80 歳代のアドヒアランス尺度合計スコアはもっとも低く、特に 40 歳代、70 歳代との間で有意差を認めた。

1 日の内服回数もアドヒアランス尺度合計スコアに影響していた。1 日の内服回数が多いほどアドヒアランス合計スコアが高い傾向があり、内服回数が 1 日 4 回以上の群は、1 日 1 回のみ群に比べて有意にアドヒアランス尺度合計スコアが高いことがわかった。

リウマチ薬の効果の実感に関しては、

「すぐにリウマチ薬の効果を実感できた」群のアドヒアランス尺度合計スコアは、「すぐにはではないがリウマチ薬の効果を実感できた」群あるいはリウマチ薬の「効果はわからない」と回答した群に比較して有意に高かった。なお、リウマチ薬の副作用の経験についても調査したが、副作用の経験あり/なしによる有意差は、認められなかった。

表 3 対象者の基本属性、薬の服用に関する特性とアドヒアランス尺度合計スコアとの関係

|                | アドヒアランス尺度の合計得点 |  |
|----------------|----------------|--|
|                | 平均 (SD)        | p 値  |
| 職業             |                |  |
| あり             | 51.2 (7.4)     | 0.005 *  |
| なし             | 53.7 (6.1)     |  |
| 年齢             |                | 0.001 *<br>(30代 < 40代,<br>40代 > 80代,<br>70代 > 80代) |
| 30歳代           | 47.4 (6.1)     |  |
| 40歳代           | 56.1 (6.0)     |  |
| 50歳代           | 51.7 (6.7)     |  |
| 60歳代           | 52.4 (6.8)     |  |
| 70歳代           | 54.2 (6.1)     |  |
| 80歳以上          | 48.9 (7.8)     |  |
| 1日の内服回数        |                | 0.031 *<br>(1日1回 < 1日4回以上)                         |
| 1日1回           | 50.7 (7.0)     |  |
| 1日2回           | 52.8 (6.5)     |  |
| 1日3回           | 53.3 (7.8)     |  |
| 1日4回以上         | 57.9 (4.4)     |  |
| リウマチ薬の効果       |                | 0.003 *<br>(すぐ効果あり > 効果あり、わからない)                   |
| すぐに効果あり        | 55.2 (6.7)     |  |
| すぐにはではないが、効果あり | 52.1 (6.5)     |  |
| 効果はない          | 54.0 (6.9)     |  |
| わからない          | 49.7 (7.0)     |  |

### (3) RA 患者の服薬アドヒアランスを促進するケアモデル

現在臨床においては、DMARDs を開始する際に、用法用量を説明する、風邪など感染症症状や副作用症状をモニタリングし、症状が出現したときには受診するよう患者や家族に伝えるといった服薬指導が行われている。

研究 1 および研究 2 の結果、特に薬物療法の効果を実感できていない患者、80 歳以上の高齢者、就業者、1 日の内服回数が少ない患者に重点的に服薬に関する支援が必要であることが示唆された。さらに、その支援方略のなかには、例えば治療による身体の変化を客観的に捉えることができるように検査データと身体症状を比較しながら経過を観察するなど、患者が自らの身体や身体に現れた症状と対話することを助けるような援助が有効であると考えられた。

本研究の結果と、これまでの研究者の経験を踏まえ、DMARDs 治療を受ける RA 患者の服薬アドヒアランスを促進するケアモデルを図 1 のように試作した。

ケアモデルの内容は「治療選択を助ける」「副作用のアセスメント」「治療継続を助ける」「副作用リスクや生活に合わせた内服法の獲得を助ける」の 4 項目と、病気や治療と向きあうために必要な患者の力を高める支援として「身体や症状と対話する力を高める」の計 5 項目とした。

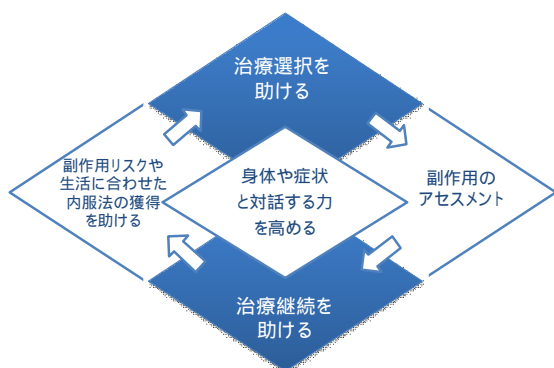


図1 DMARDs 治療をうける RA 患者の服薬アドヒアランスを促進するケアモデル

#### 治療選択を助ける

新たな薬を導入しようとするときには、患者の薬物療法にまつわる不安がないか表出を助け、治療選択にまつわる課題を明確にする。

患者が自らの健康状態を把握し、治療の選択肢について考えられるようにするには、情報が必要である。自らの健康状態を把握するためあるいは疾患や治療を理解するために必要な情報やデータを提供する。また、治療を選択する基準を患者に聴いたり、選択肢を選んだ結果生じる可能性があることについて一緒に考えるなどして、患者の価値観や期待する状態などについて確認し、さらに医療者（特に医師）や家族と、治療に必要な支援や資源について話しあえるように助ける。

#### 副作用のアセスメント

医師が行う薬物投与前検査なども参考にしながら、それぞれの患者が持つ副作用のリスクをアセスメントする。患者が自分のリスクを認識できるように、アセスメントの結果は患者と共有し、次に行う治療継続支援につなげる。

#### 治療継続を助ける

治療に対する患者の身体・生活・精神的な反応やセルフケア能力を査定し、患者が治療効果を実感できるように働きかける。加えて、身体の状態に見合う生活調整方法の獲得や禁煙など、基礎療法の継続を助け、効果ある治療を長期継続するためにも、身体を良い状態に維持できるよう支援する。

#### 副作用リスクや生活に合わせた内服法の獲得を助ける

薬の効果は個人差がある。効果が出るまでに数週間～3 か月を要するものもある。効果ある治療薬を継続していても急に効果が減弱することがあるなど DMARDs 治療の特徴を説明する。また、内服忘れや副作用が出現した場合の対処として、患者のセルフケア能力に合わせた対処方法を話し合う。

#### 身体や症状と対話する力を高める

RA という疾患や治療とどのように付き合っていくのかを考えていけるよう、患者が、自身の身体や症状と向き合うことを助ける。そのための具体的な方法として、身体を観る、

検査データと比較するなどの方法を提案する。

#### (4)国内外のインパクトと今後の展望

DMARDs 治療やその調整は外来で行われることが多く、その指導には専門的な知識が求められる。常時外来に、RA とその治療に関する最新知識を持つ看護師を配置することは難しく、医師や薬剤師が患者への服薬指導を行っている医療機関が少なくない。「DMARDs 治療を受ける RA 患者の服薬アドヒアランスを促進するケアモデル」が試作できたことにより、RA 患者の服薬支援にあたる外来看護師の役割が明確になったという意見が得られたが、看護支援方法の検討は十分でない。

今後、臨床でこのモデルを活用しながら、効果的な看護支援を検討するなどしてケアモデルの洗練を行い、効果を検証する調査へつなげる。

#### <引用文献>

Bart JF vanden Bemt, Hanneke E Zwikker, Carnelia HM van den Ende, Medication adherence in patients with rheumatoid arthritis: acritical appraisal of the existing literature, Expert Rev. Clin. Immunol, 8(4), 337-357, 2012.

一般社団法人日本リウマチ学会, 関節リウマチ治療ガイドガイドライン 2014, メジカルレビュー社, 2014

Josef S Smolen et al., EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with systematic and biological disease-modifying antirheumatic drugs:2013 update, Ann Rheum Dis, 73, 492-509, 2013

公益財団法人日本リウマチ財団監修, 関節リウマチのトータルマネジメント, 総論, 医歯薬出版株式会社, 16-19, 2011.

元木絵美, 鈴木智津子, 片岡優実 他, 生物学的製剤治療をうける関節リウマチ患者へのケアガイドライン, 日本慢性看護学会誌, 8(1), A108, 2014.

日本リウマチ学会 MTX 診療ガイドライン策定小委員会, 2011.

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の信頼性及び妥当性の検討, 日健教誌, 22(1), 13-29, 2014.

#### 5. 主な発表論文等

〔雑誌論文〕(計1件)

元木絵美, リウマチ膠原病患者の看護に関するエビデンス 薬物治療を受ける関節リウマチ患者への支援, 日本慢性看護学会誌, 査読有, 11(2), 2017, pp.99-104.

#### 6. 研究組織

##### (1)研究代表者

元木 絵美 (MOTOKI, Emi)

神戸女子大学・看護学部・講師

研究者番号: 70382265