多根医誌　第12巻　第1号，87～90，2023

看 護 研 究

「慢性疾患の病みの軌跡」モデルを用いた高齢者の服薬支援

多根総合病院　看護部
竹　田　マ　ミ

要　　旨

【目的】「慢性疾患の病みの軌跡」モデル（Corbin & Strauss）に基づいた実践から，高齢者の服薬管理への支援の在り方について考察する．【対象】疾患管理に壮年期とは変化がみられている後期高齢者のてんかん発作急性期で，在宅復帰に向けて抗てんかん薬の服薬管理に支援を要した事例を選定した．【結果】管理に影響を与える条件として，骨折後のADLの低下や退職に伴う生活習慣の変化といった加齢に伴う変化が大きく関連していた．【考察】病気の管理に影響する条件のアセスメントで加齢による要因を捉えることは，今後の軌跡の予想をする上で重要である．さらに，壮年期から現在に至る病気に伴う体験と加齢の影響をそれぞれ理解することが，本人のもてる力を活かした支援につながると考える．

Key words：慢性疾患の病みの軌跡；高齢者；服薬支援

は　じ　め　に

高齢者は，加齢に伴う生理的機能の変化と慢性疾患を有し，疾患管理の在り方は多様である．後期高齢者では多剤服用も多く，外来で薬剤処方を受けている後期高齢者の約4割が5種類以上の薬剤を服用している[1]．高齢者の中には，服用法や薬の作用・副作用などを理解していても，長年の固定観念や生活習慣から自己判断で漢方薬や健康食品で代用したり，食事時間と服用時間が合わないと処方薬を服用しなかったりということがみられる[2]．看護師は，服薬管理が正しく行えること自体を目指すのではなく，高齢者本人の望む生活に向けて服薬管理がどのようにあるべきかを検討することが重要であり，一人一人の疾患や生活習慣に合わせて支援することが求められる．

慢性疾患を有する対象を理解し，病気の管理を支援するための看護モデルとして，Corbin とStrauss の「慢性疾患の病みの軌跡」モデルがある．このモデルでは，「慢性性（chronicity）」（長い間続くという慢性状況の特性）という思想傾向を根底に，慢性の病気は一つの行路（course）を持つという考えがなされており，病みの行路のいくつかの局面，管理に影響を与える条件，行路の管理方法による様々な帰結などを軌跡（trajectory）という統合概念で説明している[3]．加齢に伴う生理的機能の変化と慢性疾患の生活への影響を踏まえた支援が重要となる高齢者では，このモデルは服薬支援においても有用であると考える．このモデルに基づいた看護実践の1例から，高齢者が慢性疾患とともに生きる中での軌跡の局面の中で体験する症状や障害，病気の管理の要素の一つである服薬管理への支援の在り方について考察する．

対象および方法

1. 事例の選定

加齢に伴う様々な影響により成人期とは疾患管理の変化がある老年期で，在宅復帰に向けて服薬管理への支援が必要であった事例を選定した．

2. 事例紹介

1）事例概要

A氏：75歳，男性．

竹田マミ　多根総合病院　看護部　（〒550-0025　大阪市西区九条南1丁目12-21）
E-mail：mami.takeda@tane.or.jp

右記QRコードよりこの論文をご覧いただくことができます．▶

20歳代の頃の事故の1年後からてんかんを発症し，以降47年間，抗てんかん薬を服薬している．壮年期には仕事で外出時に発作を起こすこともあった．退職後は自宅で過ごすことが多くなっていた．独居で親族等の支援者はおらず，X－5年から週2回の訪問看護の利用を開始し，服薬は概ね遵守できていたが，年に数回は発作を起こしていた．X年3月に発作時に左大腿骨転子部を骨折してからは杖歩行となり，以前よりはADLが低下している状態であった．X年9月21日ヘルパーが訪問した際にベッドから転落しており反応がない状態であったため救急搬送され，入院となった．9月12日までは内服できていたことが確認されているが，それ以降は受診できておらず，内服も途絶えていた．

2）介入期間

X年9月26日～10月7日

3）対応を要した課題（看護上の問題）

今回は受診ができず，内服薬が無くなってしまったことで発症しており，在宅での服薬管理方法を再検討する必要があった．

3. 倫理的配慮

対象者には介入終了後，事例報告について内容の概要，倫理的配慮を説明し，口頭および文書をもって同意を得た．

結　　果

A氏へ行った看護介入について，Corbin と Strauss の示す「看護過程に沿った具体的な指針」[3] に基づいて記述する．

第一段階：対象者（クライエント）の位置づけと目標設定

これまでの発作時の体験，今回の入院の経緯について，A氏は以下のように話した．

「(40歳くらいのとき）歩いているときに急に倒れたりして，何回もそれがあったから救急車もまたやと言って運んでくれないこともあった．それが本当に怖い」

「今回はどうなって来たんか覚えてないんですよ．こんなん初めてや」

「(処方切れとなる前の受診について）体調が悪くて行けんかった」

入院時のA氏は軌跡の局面（phase）のうち，病気や合併症の活動期であり，その管理のために入院が必要となる状況である『急性期』[4] にあった．受診できず服薬が途絶え，発作を起こすという今回の入院経緯について，A氏は初体験と認識していたが，身体機能や生活習慣を考慮すると抗てんかん薬の不規則服薬は今後も起こりうると考え，これに対応できる体制を整え，A氏自身がその資源を活用できるようにすることを，この局面での管理の目標とした．

第二段階：管理に影響を与える条件のアセスメント

A氏は，服薬内容は理解しており，抗てんかん薬は必ず飲まなければならないと認識していたが，体調不良時には定期受診ができず，今回のように発作が起こる可能性が考えられた．骨折後のADLの低下や退職後，自宅で過ごすことが多くなっていることも影響していると考えられた．支援者としては，友人はいるものの身の回りの世話をするインフォーマル・サポートはない状況であり，訪問介護，訪問看護を利用中であった．また，居宅療養管理指導で薬剤師の介入開始を相談しているところであり，フォーマル・サービスとして薬剤師を加えた支援体制の整備とA氏がそれを活用することのいずれも可能であった．

第三段階：介入の焦点の設定

今回のように受診ができず，服薬が途絶えてしまうことは，薬剤師が介入して残薬の管理を行っていくことで防ぐことが可能ではあるが，A氏自身にも受診できない場合の対処方法を認識してもらう必要があると考えた．

第四段階：介入

入院中から自宅と同様に服薬カレンダーでの管理を行うとともに，受診ができないときには薬が無くなる前に支援者へ伝え，援助を受けるという対処行動を本人にも認識してもらえるよう説明し，支援者への連絡方法を確認した．

第五段階：介入の効果の評価

A氏本人が対処する方法を認識し，在宅での支援者と情報共有を行った上で退院となった．

考　　察

「軌跡（trajectory)」とは，病気や慢性状況の行路（course）であり，行路の方向づけには，患者・家族・保健医療専門職者の協働が必要である．「軌跡」の概念を用いた看護のプロセスは，第一段階：患者と家族の位置づけと目標設定，第二段階：管理に影響を与える条件のアセスメント，第三段階：介入の焦点の設定，第四段階：介入，第五段階：介入の効果の評価の5段階で展開される[3]．

A氏は，壮年期の病気に伴う体験から，抗てんかん薬の服用を遵守する必要があることは認識していた．壮年期の病気の管理に影響する条件は，A氏の語りからは明確にはならなかったが，現在は退職して自宅で

過ごす時間が長くなっていること，過去の骨折の影響でさらに外出することが減り，受診することが以前よりも負担になっていることといった加齢に伴う変化が関わっていた．この病気の管理に影響する条件のアセスメント（第二段階）で加齢による変化を捉えることは，今後の軌跡の予想をする上で重要である．

病みの軌跡では，壮年期からの抗てんかん薬の長期服用が骨密度低下につながり，骨折が惹起されやすくなる[5]という生物医学的な側面を認識することはもちろん重要であるが，長期にわたるケアを提供しようとするときは，「その人の病気に伴う体験」を理解することがそれ以上に重要となる[4]．A氏の場合，壮年期の病気に伴う体験は，現在の服薬を遵守しなければならないという認識につながっており，その体験による認識は管理を促進するものであったため介入焦点として設定した．高齢者の服薬支援では，本人の能力と生活に合った対応が十分に行えないという課題[6]があるが，単に身体機能や認知機能の評価を行うのみではなく，病気に伴う体験を理解することで，本人のもてる力を活かした支援につながると考える．

結　　語

高齢者の「慢性疾患の病みの軌跡」モデルにおける管理に影響する条件には，加齢に伴う変化が多様な形で関連していることを後期高齢者のてんかんを事例として検討した．加齢に伴う機能低下が管理の弊害となる場合でも，資源（人的資源，社会的支援，知識や情報，時間など）を活用し，本人のもてる力を活かす支援を行うこと，過去と現在の病気の体験を理解し，管理を促進するよう支援を行うことが重要である．

文　　献

1）厚生労働省：令和3年社会医療診療行為別統計の概況 Ⅱ薬剤の使用状況．統計情報・白書，2021，https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/sinryo/tyosa21/dl/yakuzai.pdf（参照 2022. 10. 11）

2）會田信子：薬物療法を受ける高齢者への看護．正木治恵，真田弘美編，老年看護学概論，改訂第2版，南江堂，東京，214-219, 2016

3）Corbin JM：軌跡理論にもとづく慢性疾患管理の看護モデル．Woog P編，慢性疾患の病みの軌跡 コービンとストラウスによる看護モデル，医学書院，東京，1-32, 1995

4）黒江ゆり子：病みの軌跡．佐藤栄子編著，中範囲理論入門，第2版，日総研出版，名古屋，322-341，2009

5）Lee RH，Lyles KW，Colón-Emeric C：A review of the effect of anticonvulsant medications on bone mineral density and fracture risk．Am J Geriatr Pharmacother，8（1）：34-46, 2010

6）山路由実子，市川周平，竹村洋典：我が国における在宅高齢者への服薬支援の状況と課題に関する文献的検討．日プライマリケア連会誌，40（3）：136-142, 2017

Editorial Comment

読者の方は病気 sickness，疾病 disease と病み illness の違いを考えたことがあるだろうか？しばしば同義語として使用されるが，米国 Harvard 大学の精神科医 Arthur M. Kleinman（アーサー・クラインマン，1941～）は人類学的・社会学的な研究から disease は医師が西洋医学的な視点から体の生物学的異常を理解し，診断・治療する対象となるのに対し，illness は患者側から見た disease 体験で，社会的な意味づけ，生活行動と関連（例：入院のために仕事を休む，骨折して車椅子で過ごすなど）し，文化的側面 cultural factors を持つと述べている．発展途上国に残る伝統的な慣習（癒し healing）や民間療法は illness に対する対処法である．さらに包括的な概念（entire disorder）が sickness で，disease と illness はその中で鏡像関係にあるコンセプトで，種々のレベルで相互に影響し合っているという[1]．

本論文では患者の視点に立った病み illness について，外傷後てんかんの事例を取り上げ，「病みの軌跡」という看護モデルを適用している．このモデルも社会学的なフィールドワークから生まれた看護理論である．1960年代の終末期患者の観察を経て，1970年頃に軌跡 trajectory という概念が米国カリフォルニア大学サンフランシスコ校（UCSF）の社会学者 Anselm L. Strauss（アンセルム・ストラウス，1916～1996）と米国 San Jose（サンノゼ）州立大学（SJSU）看護学部の Juliet M. Corbin（ジュリエット・コービン，1942～）らにより提唱され，その後も改変されてきた[2]．少し説明を加えると，本人や家族から病みに関係する今までの物語

narrative histories を語ってもらい，本人の今までの生活史 biography に病みがどのような影響を与えてきたのか，日常生活 everyday activities が病みによりどのように制限されているのか，本人はその変化にどのように適応してきたのかという3者（illness, biography, everyday activities）の相互作用 reciprocal impact を評価する．そして，日々の管理はほとんどが患者自身または家族によって自宅で行われるので，患者自身（家族）が管理できるように環境を整える．ここでは患者自身（家族）と自宅が重視され，病院や療養型施設は自宅での管理を促進するための補完的な位置づけ（backup resources）となる[2]．本論文ではこれらの過程が適切に展開され，「病みの軌跡」モデルが適用されている．超高齢社会の先端を行く日本こそ加齢を加えた看護モデルを発展できるので，今後，より多数を対象例とした研究に発展してほしいと思う．

神経・脳卒中センター　脳神経外科
小川竜介

文献：

1）Kleinman A, Eisenberg L, Good B：Culture, illness, and care：clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. Ann Intern Med, 88（2）：251-258, 1978
2）Corbin JM, Strauss A：A nursing model for chronic illness management based upon the trajectory framework. Sch Inq Nurs Pract, 5（3）：155-174, 1991

薬物治療を成功させるために患者が正しく適切に服薬してくれるように，薬剤師は「服薬指導」業務を行っている．処方された薬剤に対し，患者が自己判断で中断・休薬したり，服薬量や服用する回数などを間違えたりするのを防ぐために，薬剤を一包化にしたり，患者に対し薬効・副作用・使い方など正確に情報を説明・提供するも，遵守しようとしているが実行できていないことがある．本論文での症例を通して服薬支援という観点から服薬管理が正しく行えることを目指してしまう中，「慢性疾患の病みの軌跡」をモデルに看護側の視点から服薬管理ではなく，患者の能力と生活にあった対応に1つ踏み込んだ今後の治療への支援の在り方の課題を見出すことができている．

薬剤部
森本明美

2025年団塊世代が後期高齢者となり超高齢社会を迎える中，高齢者の大半は複合疾患を持ち疾患と共存しながら日常生活を営んでいる．その中で，本論文は高齢者に視点を合わせ，その人が望む生活を「慢性疾患の病みの軌跡」モデルを用いて事例検討されており，患者がイメージしやすかった．また，患者の思想傾向を基に慢性疾患の行路から管理面に影響を与える条件や管理方法など，プロセスを段階的に展開していて興味深いものであった．今回，病気に伴う体験を理解することで，本人のもてる力を活かした支援につながることを著者は確信されたのではないかと推測する．

一つ残念なのは，「その人の病気に伴う体験を理解する」ことが重要と述べられ，高齢者の服薬管理への支援のあり方について介入されているが，具体的な支援方法が抽象的だったことである．

看護部
田中純子