

薬を飲みたがらない患者

1 基本的な考え方

「なぜ飲みたくないのか」という患者の背景にスポットを当てることで「飲みたくない」理由を理解し、服薬を「指導する」のではなく、「援助する」姿勢を持つことが重要です。患者が薬を飲みたがらないのには必ず理由がある、そう思って支援します。

2 具体的な治療手順

糖尿病患者が適切に薬を飲めない理由には、以下のようなものがあると言われています¹⁾。

- ① 性別, 年齢
- ② 教育レベル
- ③ 経済的状況 (収入, 薬にかかるコスト)
- ④ 家族構成, 既婚か未婚か
- ⑤ 保険加入状況 (海外では皆保険ではないため, より影響が強い)
- ⑥ うつ病などの精神疾患, 認知機能の低下
- ⑦ 薬のタイプ (経口薬か, 注射薬か), 飲んでいる薬の総数, 副作用, 形態 (粉薬, 味, 錠剤のサイズなど)

医療者は往々にして「治療したほうが患者にとって利益がある」という知識があるばかりに、患者の感情や考え方を汲み取ることなく「治療しないと不利

益が多いのに、なぜこの患者は薬を飲みたがらないのだろう」と陰性感情を抱きがちです。しかし、治療の最大化が当然であるという気持ちの前に、「なぜこの患者は薬を飲みたがらないのか」に焦点を当ててあげて下さい。薬を飲みたがらないといっても、本当は飲まなければと思っているが、薬で治療することそのものへの抵抗、もしくは自分が糖尿病であるということへの否認など、様々な要素が関連するはずです。

患者が治療を拒否するときに医療者が考えるべき重要なステップとして、以下のような視点があります²⁾。

Step ① 患者－医師関係の強化と徹底したコミュニケーション

何よりも丁寧なコミュニケーションが大事です。患者がそう考えるのは「なぜ？」と患者に関心を向け、信頼関係を深めていきます。

Step ② 交渉してみる

薬を飲みたがらない患者の多くは、必ず交渉の余地があります。「そんなことを思っていたから飲みたくなかったのか」と理解できれば、どのような条件なら薬を飲もうと思えるのか、双方が着地できるポイントがあるはずです。

Step ③ 患者の意思決定能力や理解力の評価

実は認知機能の低下があるのではないかと、学力や発達の問題で、こちらの説明や病気の理解ができないのではないかと、といった点を見直します。

Step ④ 多職種によるアプローチ

糖尿病患者には医師だけでなく療養指導士をはじめとした看護師、薬剤師、栄養士、理学療法士、作業療法士など、多くの職種が関わります。他の職種からのアドバイスが患者の変化のきっかけになることがあるので、医師だけで解決しようとせず、チーム全体で取り組むことが必要です。

【患者中心の医療の方法(PCCM)】

ここで具体的に患者の背景を理解する方法のひとつとして、「患者中心の医療

1章
境界型／初期糖尿病
患者へのアプローチ

2章
働きざかりの糖尿病
患者へのアプローチ

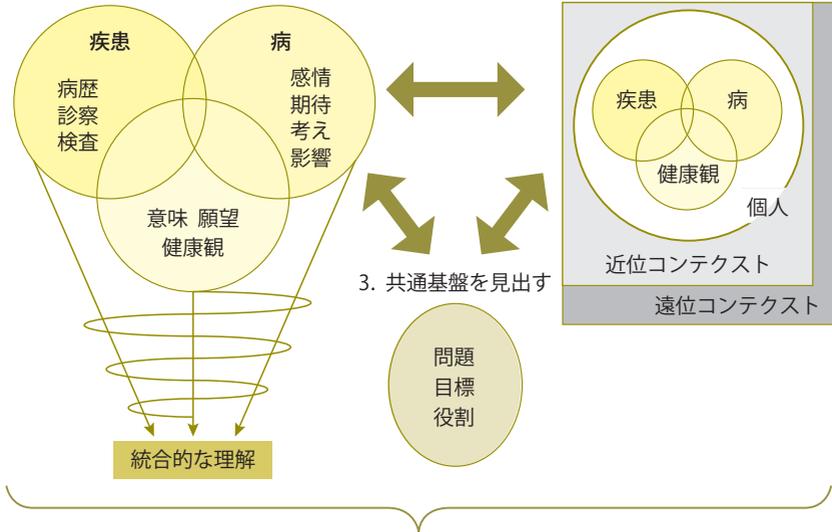
3章
高齢糖尿病患者への
アプローチ

4章
糖尿病が進行した
患者へのアプローチ

5章
その他の課題への
アプローチ

1. 健康観と疾患と病の経験を明らかにする

2. 患者を全人的にとらえる



4. 患者—医師関係を強化する

思いやりと共感, 力, 癒しと希望
自己認識と実践知, 転移と逆転移

図1 患者中心の医療の方法の概念図

(文献3をもとに作成)

の方法(patient centered medicine transforming the clinical method; PCCM)を紹介しましょう(図1)³⁾。「100人いれば100人違うはず」という患者の背景を、どのように理解していけばよいのかを教えてください^{3, 4)}。

PCCMは4つの構成要素(コンポーネント)からなっており、この4つを相互的に循環させることで、患者のより深い理解につながります。

1) 第1のコンポーネント

患者には「糖尿病」という「疾患」以外に、糖尿病に関してどのようにとらえ、どのような感情を持っているかという「病の経験」がそれぞれにある、という考え方です。助けになるのはFIFE法(表1)です。

また、「健康観・健康因」も大切な要素です。その人の健康を支えているもの、健康ということの意味で、「あなたにとって健康であるというのはどういう

遠位コンテクストには、①属しているコミュニティ、②土地の文化、③ヘルスケアシステム、④メディアとの付き合い方、などがありますが、特にメディアは大きな影響を及ぼします。SNSやテレビ番組の誤った情報により、「糖尿病は薬を飲まなくても治る」「糖尿病の薬は身体に良くない」などと考えていることもあるかもしれません。また「友人が薬の副作用で病院に運ばれたから、薬を飲むのが怖い」などの思いがあるかもしれません。

3) 第3のコンポーネント

1と2のコンポーネントをしっかりと聴き取ってみましょう。ただわがままに「薬を飲みたくない」と言っていた患者にも、何か理由があり、思いがあることがわかれると思います。その上で説明を尽くし、共通の目標を確認します。

4) 第4のコンポーネント

1～3のプロセスを循環させながら、「薬を飲みたくない」と主張する患者を理解し、信頼関係を築きます。

3 うまくいかない場合はこうする

患者の原因はどこにあったでしょうか。

① 薬についての間違った情報により、不安になっている

情報源を確認し、正しい知識や副作用の説明を丁寧に行います。安心して内服できるのであれば、治療を受け入れることができるでしょう。

② 薬代が経済的に負担になっている

必ずしも医学的に正しい順番の治療でなくても、薬価がより安い治療の選択肢から選ぶことが必要です。

③ 治療の必要性について理解するのが難しい

どのようなアプローチがあるか、他職種の力を借りてケースごとに相談するのも1つの方法です。

他科へのコンサルテーションを拒む患者

1 基本的な考え方

糖尿病は合併症や併存疾患が多いですが、その多くが重症例になるまでは症状を呈さないため、発見や重症化予防の精査加療が遅れてしまうことが多いです。日々の血糖コントロールとともに、他診療科との連携が重要となります。

2 具体的な治療手順

Step ① コンサルテーションを要する状況の確認

糖尿病患者は、糖尿病合併症や併存疾患を持つことが少なくないため、単なる血糖値やHbA1cなどの指標、血糖コントロールのみではなく、全身をみる必要があります。その上で、他診療科の協力を仰ぐ必要も生じます(表1)。特に診療科特有の検査(眼科での眼底検査、腎臓内科での腎生検、循環器内科での冠動脈造影検査、負荷心電図、下肢血管造影、皮膚科での白癬菌KOH染色)に関しては、糖尿病内科医が施行することは困難なものが多いです。しかし、患者が呈する症状に関してコンサルテーションをお願いする際には、鑑別となる第三の診療科の可能性も考慮し、鑑別に有用で簡易的な検査は自科で行うようにします(表2)。ただし、検査結果の解釈に自信がない場合や、自施設では施行困難な場合には、事前の検査は割愛せざるをえません。

不安定狭心症や脳梗塞、足壊疽などが疑われる場合にはスピードが重要であるため、すぐにコンサルテーションをお願いします。

表1 他科コンサルテーションを要する状況

眼科	糖尿病網膜症や緑内障・白内障, 眼底検査, 視野検査 など
腎臓内科	糖尿病性腎症を含むタンパク尿, 慢性腎臓病の療養指導
循環器内科	狭心症・冠動脈疾患の精査, 末梢動脈疾患の精査加療
歯科	歯周病
皮膚科	白癬, 糖尿病性足病変に対するフットケア
精神科	うつ病, 不眠症

※上記以外にもコンサルテーションを要する診療科は多くある。

表2 自科でも行うことができる検査の例

症状・症候	検査
タンパク尿	随時尿での尿中Cre・尿タンパク定量, 尿中アルブミン測定
跛行	下肢末梢動脈の触知の左右差, ABI検査, 腰椎X線
浮腫	甲状腺機能測定, 尿タンパク測定, BNP測定
不整脈・動悸	心電図, 甲状腺機能測定, 電解質測定, 貧血検査

ABI: 足関節上腕血圧比

【どこまで自科で検査するか】

他科コンサルテーションの際に、どこまで検査をしてから実際にコンサルテーションをお願いするかは難しい判断です。外来での検査は患者1人に行える検査回数には限りがあり(同月2回以上HbA1cを測定できないのと同様です)、検査に関しては状況やタイミングが重要なこともあります(空腹時がよい, ○○とセットにして検査すると解釈しやすいなど)。検査を十分に行って結果が出てからにするか、検査は他科に任せるかに関して一定の見解はないですが、1つの目安としては成書¹⁾などを参考にして下さい。一度コンサルテーションをお願いした専門科医師が施行した検査などを参考にするのも有効です。初めてのコンサルテーションの場合には、素直に「今後同様の状況の場合に、事前にすべき検査などがあれば教えて下さい」などと申し添えてご教授頂くという姿勢も個人的には良い方法であると考えます。

Step 2 他科コンサルテーションをお願いする

他科コンサルテーションの際には、主治医として知っている状態を簡潔に知らせることや、コンサルテーションの目的をはっきり明示します。自分の専門外だからと丸投げするのではなく、自科でも取り組めることは可能な限り行う姿勢が大切です。さらに、コンサルテーション時には必ず糖尿病の状況や治療法に関する情報も簡潔に記載します。とりわけ欠食を必要とする検査や、造影剤検査の際の内服薬の休薬やインスリンの調整などは必ず記載します。

【他科コンサルテーションの具体例】

【眼科への眼底検査の依頼例】

糖尿病で通院治療中の患者様です。視力等に自覚症状はありませんが、糖尿病網膜症の把握のための眼底検査等をお願いしたく、ご紹介させていただきます。糖尿病歴は5年で、現在のHbA1cは7.8%です。眼底出血がある場合などで造影検査の際には、eGFR 48と低下傾向にあるため腎機能に留意して頂けると幸いです。なお、メトホルミン(メトグルコ[®])は内服しておらず、欠食とならなければ、現在内服中の糖尿病薬はそのまま継続として下さい。即日の眼底検査も施行できるよう、患者様には当日は運転せず公共交通機関を利用してもらうよう説明しております。結果に関しましてはお手数ではございますが、患者様が持参される糖尿病連携手帳に記載頂けると幸いです。

【循環器内科への胸痛精査の依頼例】

糖尿病で10年通院治療をしている67歳の患者様です。労作時に数分の胸痛を自覚するようになり、狭心症が疑われるためご紹介させていただきます。胸痛は数分で治まるようで、安静時の心電図では異常所見はありませんでした。家族歴として父親に心筋梗塞があり、また2年前まで20本/日(45年間)の喫煙歴がありました。現在のHbA1cは7.3%で、降圧薬内服下で家庭血圧は110~120/70mmHg程度にコントロールできており、脂質異常症も認めておりません。腎機能は良好であり造影検査は可能と考えておりますが、メトホルミン(メトグルコ[®])を内服しているため、造影剤検査の際には休薬をお願いします。DPP-4阻害薬に関しては、欠食時のみの休薬でよいと考えております。

なお、狭心症などが除外されましたら、定期的な心電図のフォローアップなど当科でも行えるものがあればご教授下さい。

3 うまくいかない場合はこうする

① かかりつけ医以外の受診を拒否する場合

「先生に全部診てもらうためにここに通院している」「先生のところの採血では肝臓も腎臓も数値はさほど悪くないので大丈夫だろう」という意見のもと、他科受診に否定的な患者は一定数います。採血・尿検査のみで把握できることには限度があることを説明し、糖尿病専門外の医師にも検査などをしてもらふことの重要性を伝えて他科受診につなげることが重要です。

患者の中には、糖尿病内科受診時にはHbA1cや血糖値のみにしか注目しない人もおり、その状態で自覚症状のない他疾患の可能性や療養指導などをして理解できなかつたり、実践できなかつたりすることもあります。専門科として他診療科を受診してもらふことで意識づけができ、糖尿病以外にも合併症などの危険性を理解して療養のきっかけとなるよう、メリットがあることも説明します。

② 自覚症状がないために他科コンサルテーションを拒否する場合

糖尿病合併症や併存疾患の多くが初期には無症状であること、症状がわかるところまで進行すると完全な回復が困難で後遺症が生じてしまう可能性があることを説明します(1章2[p7]も参照)。多くの患者が、無症状のうちに対策を講じることで大打撃を回避できているという現実も伝えるとよいと思います。

糖尿病内科医ができる検査をまず行い、その結果が完全な正常でなければ相談することも、患者に他科コンサルテーションを納得してもらえらる可能性を高くします。

③ 時間を理由に他科コンサルテーションを拒否する場合

待てる状態の場合であれば、非専門医でも行える検査を少しずつ確認しながら

①章
境界型／初期糖尿病
患者へのアプローチ

②章
働きざかりの糖尿病
患者へのアプローチ

③章
高齢糖尿病患者への
アプローチ

④章
糖尿病が進行した
患者へのアプローチ

⑤章
その他の課題への
アプローチ