

資料

A 病院に通院する患者の服薬受容に影響を及ぼす経済的要因

Economic factors influencing on medication acceptance in the outpatients of the A hospital

大堀 昇, 湯澤八江

Noboru Ohori, Yae Yuzawa

キーワード：服薬受容, 服薬支援, 経済的要因, 外来患者

Key words : medication acceptance, medication support, economic factors, outpatients

要 旨

「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」の成立によって、今後ますます退院が促進され、何らかの治療を継続したまま居宅等において生活する患者の増加が見込まれる。本研究は、A 病院に通院する患者を対象に服薬受容に影響を及ぼす経済的要因を明らかにした。解析対象者は 66 名であった。服薬アセスメントツール (MAT) を用いた服薬受容の程度を目的変数、今回の外来診療費や薬代などの経済的要因を説明変数として重回帰分析を行った。結果、1 日あたりの服薬数が有意な変数として抽出された ($\beta = -.365$, $p = .040$, $R^2 = .105$)。服薬数が増えることは、服薬率のみならず服薬受容にも影響を与えていることを示唆している。配合剤は服薬アドヒアランスが高く希望する患者も多い傾向があることから、積極的に取り入れていくことが望ましいと考える。

I. はじめに

近年、在院日数の短縮化により患者の在宅への移行が進んでいる。2014 年 6 月には「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」が成立、公布された(厚生労働省, 2014a)。そこでは、高度急性期から在宅医療まで、患者の状態に応じた適切な医療を効果的、効率的に提供するとともに、患者ができるだけ早期に社会復帰し継続して地域での生活を送れるよう、地域における効率的かつ効果的な医療提供体制の確保と地域包括ケアシステムの構築に必要な内容が盛り込まれている。

これに先立ち、2014 年 4 月に改定された診療報酬では、看護配置 7 対 1 を届け出る入院基本料の算定要件として、自宅などへの復帰率が 75% 以上であることが新設された(厚生労働省, 2014b)。これらの動きにより、今後ますます退院が促進され、何らかの治療を継続して抱えながら居宅等において日常生活を送る患者が増加していくことが見込まれる。

多くの場合、退院後の継続療養は服薬を含む生活管理によって支えられ、その成果が治療成績や予後、生活の質に影響を及ぼす。一般に服薬管理の成果は、服薬率の良否によって判断されることが多い。しかし、生活の質の維持、向上を考慮すると、ただ単に服薬できてい

受付日：2014 年 9 月 11 日 受理日：2015 年 1 月 13 日

埼玉医科大学保健医療学部看護学科

ば良しとする評価ではなく、納得して服薬していることも服薬管理にとっては必要な要素である。

これまでの服薬受容に関する研究では、影響要因として服薬支援をしてくれる身近な人の存在の有無、全体的な健康感、服薬期間が挙げられており（湯沢,2002）、患者の年齢（大堀ら,2009b）や病気や治療に関する医療従事者からの説明のわかりやすさも関係している（大堀ら,2009a）との報告がある。

本年4月からの消費税率の上昇に伴い、国民の経済的負担が増加した。湯沢（2002）は、薬の費用の負担感が服薬の自己調節と関連していることを明らかにしており、費用の負担感は服薬を継続していく上で無視できない要因であると述べている。これは、医師からの服薬指示に対して、患者は経済的な負担感を感じている場合があり、その納得のいかない思いが最終的に服薬の自己調節に繋がっていると考えられる。しかし、薬の費用を含め客観的な経済的要因が服薬受容に与える影響について、過去の研究では明らかにされていない。そこで、本研究では地域で継続療養を行っている患者を対象に、服薬受容に影響を及ぼす経済的要因について明らかにしたい。

医療従事者は、患者が納得して服薬を継続していきけるよう支援していく役割がある。特に看護師は患者の身近な存在として、患者の服薬に対する思いを理解し、直接的に問題解決をしたり、問題解決にあたる適切な医療従事者に情報提供をしたりする調整役割がある。今後、居宅等で継続療養をする患者の増加に伴い、看護師の服薬支援の役割はより重要性を増すものと考えられる。よって、本研究によって得られた結果は、経済的負担が増す日常生活を送りながら継続療養をする患者の治療成績や予後、生活の質を維持、向上させるための支援を検討する際の参考資料となりうるものと考えられる。

II. 研究目的

A 病院に通院する患者の服薬受容に影響を及ぼす経済的要因を明らかにする。

III. 用語の定義

本研究において、服薬とは処方された内服薬による治療を表すものとした。また、服薬受容とは服薬に対する患者の納得を表し、服薬の理解、受けとめ、動機、経済的負担感から構成される服薬アセスメントツール（Medication Assessment Tool: MAT）（湯沢,2002）で測定できるものとした。

経済的要因とは、一般に世の中の景気動向、物価の変動、GDP 成長率、失業率、所得などさまざまな経済

指標や今後の見通しにおいて、何らかに對する要因となるものを指す。本研究では、服薬受容への影響要因を探索することを目的としていることから、診療に直接的に関係する経済的要因とし、具体的には医療費、罹患、治療の状況とした。

IV. 研究方法

1. 研究デザイン

関係探索型研究

2. 研究対象

A 病院の内科外来、外科外来に通院し服薬をしている患者とした。

A 病院の概要は次のとおりである。東京都内にある約8万5千人規模のA市民を中心とし、周辺地区の住民に医療を提供する290床の地域医療支援病院である。20の診療科を有し、二次救急医療機関、災害拠点病院となっている。年間の外来患者数は、15万5千人から16万人である（一日あたり約600人）。

3. データ収集内容

患者の属性、および今回の外来診療における自己負担額、今回の薬代と処方週数、1日あたりの服薬数、患者が認識している病気などの経済的要因に関する項目とした。1日あたりのすべての服薬数を経済的要因とした理由は、今回処方された薬は患者が服薬しているすべての薬とは限らない可能性があり、服薬数が増えれば薬の費用も増える可能性があるためである。また患者が認識している病名に関しても、病名の数によって服薬数が変化すると考えたからである。

服薬受容に関するデータは、MATとした。MATは、薬の効果を感じるか、薬は今より少なくともいいと思うか、薬の飲みかたはわかりやすいか、薬代は負担かなど11項目から構成される。なお、MATは信頼性、妥当性のある尺度であり（湯沢,2002）、本研究では尺度として使用した。全調査項目は19項目とした。

回答方法は、属性や経済的要因については選択式回答または実数値の記入とし、MATに関しては「とてもそう思う」「そう思う」「あまり思わない」「思わない」などの4件法として、該当するものを選択してもらった。

4. データ収集方法

A 病院外来看護師から、通院患者に対し研究の趣旨を説明してもらい自記式の調査用紙を手渡しで配布した。回収は研究者への直接郵送法を用いた。なお、データ収集期間は、2013年6月から8月までの約3ヶ月間だった。

5. 分析方法

属性および経済的要因、服薬受容の状況について記述統計量を算出した。服薬受容の状況では、4 件法で回答を求めた MAT の 11 項目について、最も肯定的な回答を 4 点とし、順次 1 点までを配点した。

服薬受容に影響を及ぼす経済的要因の分析では、目的変数を MAT の合計点とし、説明変数を 1 日あたりの服薬数、1 週間あたりの薬代、今回の外来診療自己負担額などの経済的要因として、ステップワイズ法による重回帰分析を行った。1 週間あたりの薬代は、今回の薬代自己負担額を処方週数で除し算出した。

なお、データ解析には SPSS ver.22 for Win を用い、有意水準を 5% とした。

6. 倫理的配慮

対象とした A 病院の看護部長に口頭、および書面で研究の趣旨を説明し、内諾を得た。その後 A 病院の倫理審査委員会にて審査を受け承諾を得て実施した。

具体的な倫理的配慮は次のとおりであった。患者には外来看護師から研究の趣旨と調査協力依頼をし、調査用紙への無記名での回答と返送をもって同意が得られたものとみなした。また、協力が得られない場合でも、その後の診療に不利益が生じないことを外来看護師から口頭および書面にて説明してもらった。得られた回答はすべてデータ化により個人が特定されないようにし、データは鍵のかかる引き出しに保管の上、研究者のみが取り扱った。

V. 結果

1. 調査用紙の配布と回収状況

調査用紙配布数 138 部、回収数 66 部（回収率 47.8%）、有効回答数 66 部（有効回答率 100.0%）だった。

2. 患者の属性と診療に関する状況（表 1）

患者は、男性 28 名（42.4%）女性 38 名（57.6%）であり、平均年齢 59.6 歳（標準偏差 13.74、最小値 19、最大値 83）であった。年齢区分でみると、65 歳未満が 39 名（59.1%）と約 6 割を占めており、続いて 65 歳から 70 歳の 12 名（18.2%）、70 歳から 74 歳の 8 名（12.1%）と漸減していた。後期高齢者である 75 歳以上のものは 7 名（10.6%）と約 1 割だった。

患者が認識している病気の数、1 人あたり平均 1.7 疾患（標準偏差 .82、最小値 1、最大値 4）であり、ICD-10 分類では消化器系の疾患 21 名（31.8%）と最も多く、循環器系の疾患 12 名（18.2%）、内分泌、栄養及び代謝疾患 7 名（10.6%）の順であった。

各疾患の具体的な内容として、消化器系の疾患では

胃炎、胃潰瘍、十二指腸潰瘍、逆流性食道炎が複数みられ、循環器系の疾患では高血圧症がほとんどを占めていた。また、内分泌、栄養及び代謝疾患では糖尿病が複数みられた他、バセドウ病、脂質異常が散見された。

今回の外来診療自己負担額の平均は、1908.9 円（標準偏差 3599.37、最小値 70、最大値 25000）であった。また、今回の薬代の自己負担額の平均は 3416.2 円（標準偏差 3878.67、最小値 0、最大値 18000）であり、1 週間あたりに換算すると平均額 1164.0 円（標準偏差 1183.79、最小値 0、最大値 10410）だった。

1 日あたりの服薬数では、平均 5.5 個（標準偏差 4.4、最小値 0、最大値 19）だった。なお、1 日あたりの服薬数が 0 個のものは、4 週間に 1 回の割合で服薬していた。

3. 服薬受容の状況（表 2）

まず、MAT における服薬の動機の領域では、「薬の説明は薬を理解するのに役立っていますか」の平均値が最も高く 3.1 点（標準偏差 .39、最小値 1、最大値 4）、「薬の効果を感じますか」の平均値が最も低かった（平均値 2.9 点、標準偏差 .60、最小値 1、最大値 4）。

次に、服薬の受けとめの領域では「薬を飲む作業はめんどろですか」の平均値が 2.9 点（標準偏差 .71、最小値 1、最大値 4）と最も高く、「薬に頼るのはよくないと思いますか」の平均値が最も低い結果だった（平均値 2.2 点、標準偏差 .90、最小値 1、最大値 4）。

さらに、服薬の理解の領域では、「薬の飲み方はわかりやすいですか」の平均値が 3.3 点（標準偏差 .48、最小値 2、最大値 4）、「薬がなぜ必要か自分ではわかりますか」の平均値が 3.2 点（標準偏差 .47、最小値 2、最大値 4）と、他の領域よりも点数が高い傾向にあった。

加えて、薬の費用の領域では、「薬代は負担ですか」の平均値は 2.4 点（標準偏差 .77、最小値 1、最大値 4）だった。

本研究目的が、服薬受容に影響を及ぼす経済的要因を明らかにすることであることから、MAT の合計点を算出した。その際、MAT の 11 項目すべてについて記入されている回答のみを分析対象とし、11 項目において欠損値があるものと 1 日あたりの服薬数が 0 個のものを除外した。その結果、分析対象は 58 となり、MAT 合計点の平均値は 31.0 点（標準偏差 2.83、最小値 26、最大値 40）だった。

4. 服薬受容に影響を及ぼす経済的要因（表 3）

MAT の合計点を目的変数とし、1 日あたりの服薬数、患者が認識している病気数、今回の外来診療自己負担額、1 週間あたりの薬代を説明変数として、ステップワイズ法による重回帰分析を行った。

表1 患者の属性と診療に関する状況

n=66

項目	n (%)	平均値	標準偏差	最小値	最大値
性別					
男性	28 (42.4)				
女性	38 (57.6)				
年齢 (歳)					
		59.6	13.74	19	83
40歳未満	5 (7.6)				
40歳以上, 45歳未満	1 (1.5)				
45歳以上, 50歳未満	4 (6.1)				
50歳以上, 55歳未満	5 (7.6)				
55歳以上, 60歳未満	11 (16.7)				
60歳以上, 65歳未満	13 (19.7)				
65歳以上, 70歳未満	12 (18.2)				
70歳以上, 74歳未満	8 (12.1)				
75歳以上	7 (10.6)				
患者が認識している病気のICD-10分類(複数回答)					
消化器系の疾患	21 (31.8)				
循環器系の疾患	12 (18.2)				
内分泌、栄養及び代謝疾患	7 (10.6)				
呼吸器系の疾患	5 (7.6)				
感染症	4 (6.1)				
新生物	4 (6.1)				
筋骨格系及び結合組織の疾患	1 (1.5)				
尿路性器系の疾患	1 (1.5)				
1人あたりの罹患疾患数		1.7	.82	1	4
今回の外来診療自己負担額(円)		1908.9	3599.37	70	25000
今回の薬代自己負担額(円)		3416.2	3878.67	0	18000
今回の処方週数(週)		5.5	7.47	0	12
1週間あたりの薬代(円) ^a		1161.0	1843.79	0	10410
1日あたりの服薬数(個)		5.5	4.15	0 ^b	19

a: (今回の薬代自己負担額)/(今回の処方週数)で算出

b: 服薬が4週間に1個の患者を0個とした。

表2 通院患者の服薬受容の状況

n=58

MAT ^a 領域	項目	平均値	標準偏差	最小値	最大値
服薬の動機					
	薬の説明は薬を理解するのに役立っていますか	3.1	.39	2	4
	薬は病気の悪化予防に役立っていますか	3.0	.51	2	4
	服薬は全体としてうまくいっていますか	3.0	.53	1	4
	薬の効果を感じますか	2.9	.60	1	4
服薬の受けとめ					
	薬を飲む作業はめんどろうですか*	2.9	.71	1	4
	今の薬の副作用が気になりますか*	2.7	.81	1	4
	薬は今より少なくてもいいと思いますか*	2.3	.73	1	4
	薬に頼るのはよくないと思いますか*	2.2	.90	1	4
服薬の理解					
	薬の飲み方はわかりやすいですか	3.3	.48	2	4
	薬がなぜ必要か自分ではわかりますか	3.2	.47	2	4
薬の費用					
	薬代は負担ですか*	2.4	.77	1	4
MAT合計点		31.0	2.83	26	40

a : Medication Assessment Tool

* : 逆転項目は、肯定的な回答が高得点となるよう点数化した。

表3 服薬受容に影響を及ぼす経済的要因

経済的要因	β	有意確率
1日あたりの服薬数	-.365	.040
1人あたりの罹患疾患数	-.115	.579
今回の外来診療自己負担額	-.115	.510
1週間あたりの薬代	-.211	.221
調整済み決定係数 (R^2)	.105	

MAT合計点を目的変数とした重回帰分析 (ステップワイズ法)

重回帰分析をするにあたり、まず説明変数同士を Spearman の順位相関係数により検討した。その結果、1日あたりの服薬数と患者が認識している病気数、および今回の外来診療自己負担額と1週間あたりの薬代との間に有意な相関がみられた ($\rho = .430, p = .003$; $\rho = .408, p = 0.16$)。係数 (ρ) が .7 未満であったため、今回の分析ではすべての変数を投入することとした。

重回帰分析の結果、1日あたりの服薬数のみが抽出され ($\beta = .365, p = .040$)、患者が認識している病気数、今回の外来診療自己負担額、1週間あたりの薬代は、有意な変数として抽出されなかった ($\beta = -.115, p = .579$; $\beta = -.115, p = .510$; $\beta = -.211, p = .211$)。相関係数 (R) は .365、調整済み決定係数 (R^2) は .105 であった。なお、残差について Kolmogorov-Smirnov 検定を行った結果、 $p = .200$ であった。

VI. 考察

1. 回答者の属性

平成 25 年の全国における年齢区分別受診割合 (厚生労働省保険局調査課, 2013b) では、65 歳以上を 5 歳ごとに区分した場合の人口 1000 人あたりの受診割合は、各年齢区分とも 6 割から 7 割でほぼ同じ割合であった。それに対し、本研究結果は 65 歳から 70 歳未満が約 2 割、70 歳以上 74 歳未満が 1 割強、75 歳以上が約 1 割とばらつきがみられ、65 歳未満で 6 割を占めていた。このことは、多くの回答者が定年前の比較的若い患者であったことを示しており、MAT や経済的要因となった変数に何らかの偏りをもたらしている可能性がある。

2. 診療に関する状況

患者が認識している病気の分類では、消化器系の疾患が 3 割強、循環器系の疾患が 2 割弱、内分泌・栄養及び代謝疾患が 1 割強と上位を占めている。平成 23 年度における患者調査結果 (厚生労働省, 2011) と比較すると、全国の結果がそれぞれ 7.3%、15.1%、7.5% であることや患者が認識している病名の詳細から、A 病院では生活習慣病患者が多く占めているといえる。

今回の外来診療自己負担額は平均約 1900 円であった。平成 23 年の国民 1 日当たりの入院外診療費は 7642 円 (厚生労働省保険局調査課, 2013a) であり、患者の自己負担割合を 3 割と仮定すると約 2300 円、本研究対象者には 1 割負担の患者も含まれていることを勘案すると、今回の外来診療自己負担額は全国並みといえる。

今回の処方週数は平均 5.5 週であった。平成 24 年度の 1 種類当たり投薬日数は全国平均 21.1 日 (厚生労働省, 2013)、すなわち約 3 週であることを考えると、2

週以上長期処方となされているといえる。慢性的に病状が経過し、病状の変化が少ない生活習慣病患者が多いことが背景にあるものと推察する。

今回の薬代自己負担額については、次の概算結果と比較した。平成 23 年の国民 1 日あたりの入院外診療費および調剤費は 32378 円 (厚生労働省保険局調査課, 2013a) であり、入院外診療費 7642 円を差し引くと調剤費は 3768 円となる。平成 24 年度の処方箋 1 枚あたりの薬剤は 2.9 種類であり (厚生労働省, 2013)、本研究結果の 1 日あたりの服薬数が 5.5 個と 1.9 倍であったことから、今回の薬剤料を算出するには処方箋 1 枚あたり薬剤料 5180 円 (厚生労働省, 2013) を 1.9 倍すればよい。概算で 9842 円となる。薬代は主に、調剤料と薬剤料の合算となることから 3768 円 + 9842 円 = 13610 円となり、今回の薬代の自己負担割合を 3 割と仮定すると 4083 円となる。本研究対象者には 1 割負担の患者も含まれていることを勘案すると、本研究結果の約 3400 円は全国平均と大きな違いはないものと推測できる。

1 日あたりの服薬数は平均 5.5 個であった。奥野ら (2001) の調査では在宅療養者 1 名あたりの服薬数は平均 5.7 個であったと報告されていることから、本研究結果も同様の結果であったといえる。

3. 服薬受容の状況

MAT の 11 項目における各平均得点の分布は、2.2 点から 3.3 点の範囲であった。先行研究 (湯沢, 2002) での各平均得点の範囲は 2.2 点から 3.4 点であり、本研究結果も同様であった。しかし、すべての項目において本研究結果は先行研究結果より .0 点から .5 点低い値であった。MAT 合計点も 33.4 点 (湯沢, 2002) に対し、本研究では 31.0 点と低かった。これは、本研究対象者の平均年齢が 59.6 歳と先行研究での 64.6 歳よりも若く、年齢が若いほど服薬受容の程度が低下するといった報告 (湯沢, 2002) を支持するものであった。

4. 服薬受容に影響を及ぼす経済的要因

経済的要因として服薬受容に影響を及ぼしていたのは、1日あたりの服薬数であった。服薬数が増えるほど服薬アドヒアランスが低下することは、これまでいくつも報告されている (Chapman RH, et al, 2005, 片田ら, 2014)。本研究結果は、服薬管理のアウトカムである服薬率のみならず服薬受容にも影響を与えていることを示唆している。現在、配合剤の開発が進んでいる。配合剤は服薬アドヒアランスが高いとの報告もあり (片田, 2014)、希望する患者も多い傾向があることから (成尾, 2014)、積極的に取り入れていくことが望ましいと考える。

本研究では、服薬数の増加は薬代の増加と関係している可能性があると考え、変数として選択した。しかし、服薬数の増加は、服薬の複雑さや面倒さを高める。また、各薬剤によって薬価が異なることから、服薬数の増加が薬代の増加と関連していないことも考えられる。今後、服薬全体にかかる費用について調査し服薬受容との関連を詳細に解析していく必要がある。

1人あたりの罹患疾患数、今回の外来診療自己負担額、1週間あたりの薬代は、有意な経済的要因として抽出されなかった。サンプルサイズが小さかったことが理由のひとつと考えられる。

また、1人あたりの罹患疾患数を説明変数に選択したのは、患者が他院にも通院している場合を考えると、今回の外来診療自己負担額以外にも経済的負担が発生している可能性があるためであった。今回の外来診療自己負担額や1週間あたりの薬代と併せ、仮に他院に通院していたとしても自己負担額が多いからといってもその患者にとって絶対的な負担を示すとはいえず、約6割の患者が生産年齢に含まれる65歳未満だったことを考慮すると、個人所得や家族所得に対する相対的な負担となっているものとする。よって、服薬受容に影響を及ぼす影響要因として抽出されなかった理由のひとつとなっている可能性がある。

さらに、自己負担額に対する負担感は、支払いの対象についての相対的な価値観によっても変化する主観的なものである。このことから客観的な自己負担額が影響要因として抽出されなかったのかもしれない。今後、主観的な経済的負担感、についても検討して行く必要がある。

本研究では、経済的要因として1日あたりの服薬数、患者が認識している病気数、今回の外来診療自己負担額、1週間あたりの薬代を設定した。本来であれば、医療保険制度を考慮し、75歳を基準に年齢も変数として設定する必要があった。しかし、75歳以上の患者が7名(10.6%)であったことから、経済的要因を探索するには限界があると考え選択しなかった。

今回の決定係数は10.5%と低かった。これは、1日あたりの服薬数の他にも服薬受容に影響する経済的要因があることを示している。今後、服薬全体にかかる費用や医療費全体などを説明変数として加え検討を重ねていくことが必要と考える。

5. 本研究の限界と課題

解析対象となったのは、66名であった。A病院は1日あたり600名の外来患者が来院しているものと仮定し、3ヶ月間の調査期間を考慮すると、かなり少ないサンプルサイズであり、またサンプリング法も便宜的だったことから、本研究結果は何らかの偏りがありA病院

の通院患者すべてについて示しているとは言い難い。今後はサンプルサイズを大きくしたり、ランダムサンプリング法を取り入れたりするなどの検討が必要である。

VII. 結論

本研究は、社会および医療情勢の変化に伴い居宅等で継続療養をする患者の増加が見込まれることや、経済的負担感が継続した服薬受容と関係していることを踏まえ、A病院に通院する患者を対象として服薬受容に影響を及ぼす経済的要因について明らかにした。

結論として、次のことが示唆された。

1. 服薬受容には1日あたりの服薬数が影響しており、服薬数が増えることは服薬受容の度を低下させる経済的要因としての可能性がある。
2. 外来診療自己負担額や1週間あたりの薬代、罹患している疾患数は、服薬受容には影響を及ぼしていない可能性がある。

文献一覧

- Chapman RH, Benner JS, Petrilla AA, et al. (2005) : Predictors of adherence with antihypertensive and lipid-lowering therapy. Arch Intern Med, 165, 1147-1152.
- 片田淳, 伊村美紀, 高橋尚子 (2014) : 新規処方されたスタチンに対する服薬アドヒアランス - 配合剤処方の校歌の検討 -. Progress in Medicine, 34 (1) ,115-123.
- 厚生労働省 (2011) : 平成 23 年 (2011) 患者調査の概況 . <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/11/dl/01.pdf>, Sep 1 2014.
- 厚生労働省 (2013) : 調剤医療費 (電算処理分) の動向 - 平成 24 年度版 -. <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000024039.pdf>, Sep 1 2014.
- 厚生労働省 (2014a) : 地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律 . <http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/soumu/houritu/dl/186-06.pdf>, Sep 1 2014.
- 厚生労働省 (2014b) : 平成 26 年度診療報酬改定について . <http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000032996.html>, Sep 1 2014.
- 厚生労働省保険局調査課 (2013a) : 医療保険に関する基礎資料 - 平成 23 年度の医療費等の状況 -. http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/kiso23_3.pdf, Sep 1 2014.
- 厚生労働省保険局調査課 (2013b) : 推計平均通院日数・通院期間の数理分析 - 入院にない1件当たり日数と合計特殊再診率を用いる分析 -. <http://www.mhlw.go.jp/bunya/>

A 病院に通院する患者の服薬受容に影響を及ぼす経済的要因

iryouhoken/database/zenpan/dl/sankou_130625-1.pdf,
Sep 1 2014.

成尾千晶, 小嶋 正義, 山口 恵 (2014) : 高血圧患者の服薬アドヒアランスに影響を及ぼす因子の検討と配合剤に対する意識調査, *Progress in Medicine*, **34** (5), 969-972.

奥野純子, 柳久子, 平野千秋ら (2001) : 在宅高齢者の血圧管理と服薬コンプライアンスー 24 時間自由行動下血圧 (ABP) 測定よりー, *プライマリ・ケア*, **23** (4), 372-373.

大堀昇, 湯沢八江 (2009a) : 経皮的冠動脈ステント留置術後に抗血栓薬を処方されている患者の服薬行動に関連する要因, *日本看護研究学会雑誌*, **32** (4), 89-99.

大堀昇, 清水典子 (2009b) : 通院する高血圧症患者の服薬に対する受け止めと年齢, 罹患年数との関連, *東京医科大学看護専門学校紀要*, **19** (1), 45-50.

湯沢八江 (2002) : 通院患者の服薬アセスメント指標の作成と有用性に関する研究, *お茶ノ水医学雑誌*, **50** (3), 133-143.