

研 究

小児慢性疾患患者における服薬の意志形成プロセスに関する質的研究

藤岡 寛¹⁾, 上別府圭子²⁾

〔論文要旨〕

服薬の意志形成プロセスを明らかにするために16名の小児慢性疾患患者に半構造化面接を行った。その結果、[副作用の不安・不満]や[服用の困難さ]や[服用の煩わしさ]から[服薬に反する意志]が生じていた。一方、再発・重症化の不安を抱き完治・寛解維持を願う[慢性疾患に対する思い]と[薬の効用の理解]が結びつくことで、薬を飲まないで再発・重症化するかもしれないと不安を抱き、薬を飲んで完治・寛解維持したいという[服薬の意志]が生じていた。[服薬に反する意志]と[服薬の意志]との葛藤を経て、どちらかに転じる<服薬意志の転換>というプロセスが明らかになった。服薬の意志形成に向けた継続支援の必要性が示唆された。

Key words : アドヒアランス, 思春期児, 慢性疾患, 服薬, 質的研究

I. はじめに

小児慢性疾患の中でも、特に重症とされる小児慢性特定疾患の全国登録人数は81,419人(平成18年度)に及ぶ¹⁾。その大部分の患者は、長期にわたり、病気や治療に向き合わなくてはならない。慢性疾患とその治療が、子どもの心身の発達のみならず、学校生活や成人したのちの社会適応にまで影響を及ぼす²⁾。社会に順応し、自立した生活を目指すには、単に医療者や親からの指示を守るだけではなく、患者が主体的に病気や治療に関わり、自己コントロールしていくことが求められている^{3,4)}。

服薬は小児慢性疾患の維持療法として幅広く用いられている³⁾。服薬を継続しなければならぬ小児慢性疾患患者にとって、処方された薬を患者本人が主体的かつ適切に服用すること、

すなわち服薬アドヒアランスの維持が、患者の療養生活の質や生命予後を左右する重大な問題である^{5,6)}。しかし、服薬アドヒアランスがどのように形成・維持されていくかというプロセスは明らかになっていない。このようなプロセスが明示されることで、服薬アドヒアランスの形成と維持に向けた実践的な服薬支援について考察できる。

そこで、本研究では、小児慢性疾患患者の服薬に対する思いに注目し、服薬アドヒアランスに関する行動の前提として考えられる、服薬の意志形成プロセスを質的に明らかにすることを目的とした。

※用語の説明

アドヒアランスとは、患者が主体的かつ適切に治療に参加することである。

The Forming Process of the Will to Take Medicine in Adolescents with Chronic Disease :
A Qualitative Research

Hiroshi FUJIOKA, Kiyoko KAMIBEPPU

1) 千葉県立保健医療大学 (研究職)

2) 東京大学大学院 (研究職)

別刷請求先: 藤岡 寛 千葉県立保健医療大学 〒261-0014 千葉県千葉市美浜区若葉2-10-1

Tel : 043-296-2000 Fax : 043-272-1716

[2121]

受付 09. 2.25

採用 09. 8.17

II. 方 法

1. 対 象

都内A病院小児科にかかっている患者のうち、以下の基準を満たす者を対象とした。

- ・小児慢性特定疾患と診断されて、その疾患に対する半年以上の服薬経験がある。
- ・症状が安定している。
- ・主治医により本研究への参加が差し支えないと判断される。
- ・年齢が11歳以上25歳以下である。

年齢範囲に関して、小児慢性特定疾患の認定基準は、0歳から18歳未満となっている³⁾。しかし、11歳未満の患者が自分の病気や治療に関して論理的に考えることは、認知発達段階を考慮すると難しいとされる⁷⁾。一方、18歳以後も引き続き治療を必要とする小児慢性疾患患者は増加していて⁸⁾、このようなキャリアオーバーの患者を含めて検討する必要がある。なお、思春期の上限は25歳といわれており⁹⁾、25歳を過ぎると患者の中には仕事や結婚、育児など成人期の課題を担う者もいて、小児特有の心理と乖離が生じる可能性があると考えられる。以上から、年齢範囲は11歳以上25歳以下とした。

2. データ収集

上記の基準を満たす患者のうち同意が得られた者に対して、外来および病棟の面談室（プライバシーが保護される個室）にて研究者1名が個別に半構造化面接を行った。面接に保護者は同席しなかった。面接に先立ち、薬に関する質問票に回答してもらい、服用している薬の種類や管理状況などをあらかじめ把握した。面接では、まず病気や治療の経過を尋ね、経過に沿って「今の状態について（病気や治療についても）思うことはありますか?」、「薬のことで思うことはありますか?（あれば）そのときどういう気持ちでしたか?」、「どうして薬を飲もうと思いますか?」などと、服薬に対する思いについて尋ねた。面接は対象者1名につき1回限りとした。面接内容は承諾を得て録音し、逐語録を作成した。録音の承諾が得られなかった1名については、承諾を得てメモをとり、メモを参考

にできる限り逐語化した。こうして作成された逐語録をデータとした。データ収集期間は平成19年7月から11月であった。

3. データ分析

分析方法として、修正版グラウンデッドセオリーアプローチ（以下、M-GTA）¹⁰⁾を用いた。本研究で扱う服薬の意志形成はプロセス的特性を呈しており、背景に医療者や親などの相互作用が存在する。このような特定領域において説明力があり予測にも有効な理論生成を行うM-GTAは、本研究の趣旨に合致する。

分析テーマに基づいて、データのある部分に着目し、その意味を解釈し定義とする。定義に基づいて、他の類似例、対極例を比較しながら、定義によってある一定範囲を説明できる概念を生成する。こうして生成された概念について、データと照らし合わせてさらに精緻化を図る一方、並行して概念間の関係を検討し、プロセスとした。

なお、本研究では、計画立案から結果にいたるまで質的研究の専門家から継続してスーパーバイズを受けた。

4. 倫理的配慮

対象者と保護者に対して、研究の趣旨説明と協力依頼を口頭と文書で行い、後日、対象者と保護者の両方から書面にて同意を得た。なお、本研究は東京大学大学院医学系研究科・医学部倫理委員会の承認を得たうえで実施した。

III. 結 果

小児慢性疾患患者16名に面接を行った。面接時間は21分から68分、平均37.9分であった。対象者の年齢は11歳から24歳、平均16.4歳であった。対象者の社会的立場は小学生から社会人まで多岐にわたるが、いずれも年齢相応の社会生活を送っており、面接を行った時点では不登校などの社会的な問題はみられなかった。対象者全員が親と同居しており、既婚者はいなかった。対象者16名中12名が自分で薬を管理していると答えていた。面接の中で副作用の強いステロイド剤について語っていた対象者が8名いた。対象者の概要を表に示す。

表 対象者の概要

ID	性別	年齢	主な疾患	発症年齢	療養形態	服薬管理	主な内服薬	
1	男	12	腎疾患	8	入院	本人	ステロイド剤	免疫抑制剤
2	男	13	呼吸器疾患	2	外来	親	抗アレルギー薬	
3	女	17	血液・免疫疾患	13	外来	本人	ステロイド剤	抗菌薬
4	男	15	呼吸器疾患	1	外来	本人	気管支拡張薬	
5	男	13	呼吸器疾患	4	外来	本人	気管支拡張薬	
6	女	12	消化器疾患	10	外来	親	ステロイド剤	免疫抑制剤
7	男	17	呼吸器疾患	2	外来	親	抗アレルギー薬	
8	男	18	呼吸器疾患	2	外来	親	抗アレルギー薬	
9	女	21	心疾患・消化器疾患	0	外来	本人	抗血液凝固剤	利尿剤 利胆剤
10	男	15	悪性新生物	11	外来	本人	抗がん剤	
11	女	23	心疾患	0	外来	本人	強心剤	抗血液凝固剤
12	女	24	腎疾患	15	外来	本人	ステロイド剤	免疫抑制剤
13	女	13	血液・免疫疾患	12	外来	本人	ステロイド剤	
14	女	11	膠原病	11	外来	本人	ステロイド剤	胃腸薬
15	女	19	腎疾患	7	外来	本人	ステロイド剤	
16	女	20	血液・免疫疾患	9	外来	本人	ステロイド剤	免疫抑制剤 痛風治療薬

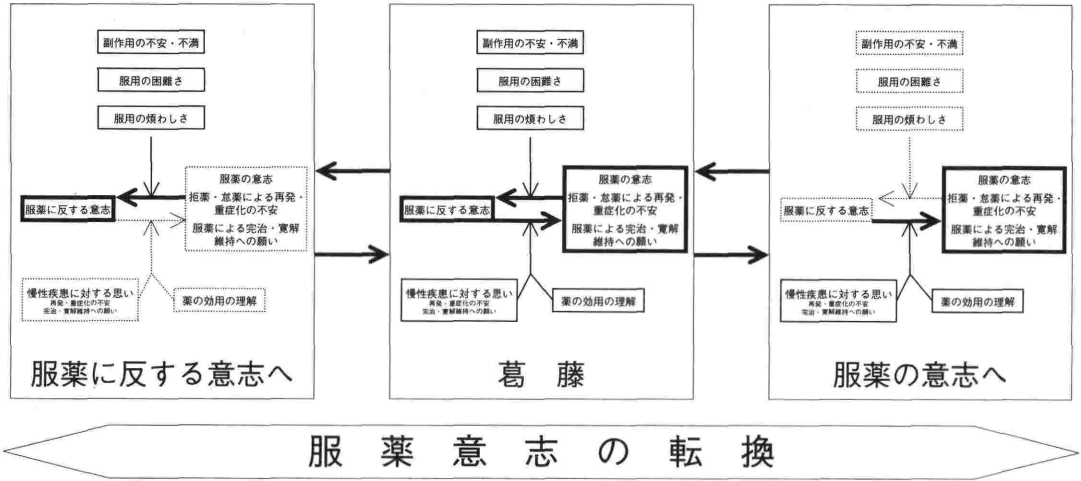


図 小児慢性疾患患者における服薬の意志形成プロセス

分析の結果、7つの概念が抽出された。本文および図中の [] は概念、< > は概念の関係から明らかになったプロセス、斜体は対象者の発言、() は研究者による補足を表す。概念およびプロセスを図に示す。

1. [副作用の不安・不満]

脱毛・肥満・ムーンフェイスといった目に見えるもの、薬漬けという言葉で表現される実体が特定されないもの、薬の服用により生じる二次疾患などの副作用に対して、不安や不満を抱いていた。

顔がムーンフェイスっていつて、ちょっとふくらんじゃったから、学校へ行くときに(友だ

ちから)変わったとか言われて嫌だった。ちょっと変わったね、とかどうしたの? って (ID14)。

薬漬けにされてるのが嫌だった。そういうイメージで嫌な気持ち。体をおかしくしてんじゃないかなって、そういうイメージです (ID7)。

これからもし「この薬を飲んでたから、ここが弱ってて」とかっていうふうに言われたりすると、がっかりっていうか、怖いっていうのはあります (ID12)。

一方、副作用があまり現れなかったり、現れたとしても本人が気にしない場合、不安や不満はあっても、その程度は小さかった。

2. [服用の困難さ]

匂い・味・形状など、薬そのものの性質のため、服薬するのに困難を感じていた。

くさすぎた。あれはくさがさが充満してるから。(薬包を) あけると臭い (ID1)。

カプセルを飲み込めなくて、母親がカプセルを開けて、(自分が) 中の粉を飲んでた。とてもがくて、泣きながら飲んでた (ID10)。

ご飯は制限があるから全然食べられないのに、薬だけはいっぱいあるから、もう飲むのがご飯みたいになっちゃって (中略) 特に朝が一番多かったんで、起きてすぐあんなにいっぱい飲まなければいけないのがつらかった。入っていかなかった。ごっくんって飲めないし (ID12)。

一方、薬の匂い・味・形状などが服用の妨げになる程ではない場合、あまり困難を感じなかった。または、当初は困難を感じていても、服薬を続けることで慣れたり、飲みやすくなるように工夫することで、それほど困難を感じなくなっていた。

3. [服用の煩わしさ]

忙しい生活の中で、服薬を続けることに煩わしさを感じていた。

毎日毎日飲んでるのが面倒くさい (ID7)。

朝起きれないとか、忙しいとかいろいろあるんで、まずこの時間が勿体ないとか、飲むこと自体が面倒くさくなったりとかするんですよね。ああ、飲まなきゃって。時間がないですね (ID15)。

一方、幼少の頃より服薬していて習慣になっていると、特に意識しなくなっていた。

4. [服薬に反する意志]

[副作用の不安・不満]や[服用の困難さ]や[服用の煩わしさ]から、服薬を拒絶しようとする思いが生じていた。また、実際に薬を飲まなかったり、飲んでいても義務的に飲まされているという思いを抱いていた。

飲んでて数か月後に顔がふくれてるなとか思って、なぜか髪の毛が抜けたんですよね。そういうことがあって、あんまり飲みたくない (ID6)。

(薬を飲むのは) 義務的な感じだったけど (ID8)。

もう飲みたくないっていうか、治療に関して、これ以上頑張りたいくないっていうことを言って、すべてをギブアップしたいっていうことを親に話したことはあります (ID16)。

5. [慢性疾患に対する思い]

完治が難しく長期治療を必要とする自分の病気に関して、再発・重症化の不安を抱き、完治または寛解が保たれることを願っていた。

(病気に対して) 嫌だなあ。そんなのずっと抱えてたら、あんまり、生活しづらい。(中略) (発作がいつ起きるか) 予測できないです。今は多分軽い状態だと思うですよ (ID7)。

家族にも迷惑かけたくないし、あと治して自分で本当好きなこととかやってみたいなって思った (ID13)。

一方、かつては不安を感じていたが、落ち着いた状態に慣れてしまうと、自分が病気であるということをそれほど意識しなくなっていた。

6. [薬の効用の理解]

薬のおかげで病気が治る・落ち着いた状態が維持できると理解していた。しかし、理解の仕方は論理的というより、体感や実感による感覚的なものであった。身をもって体感することもあれば、同病の患者の体験を見聞したり、医師から検査値を提示されたりして実感することもあった。

(薬を飲んでいるから) 助かってるのかなと感じます。最近発作出ないですし、薬のおかげかなと (ID5)。

飲まなきゃ死んじゃうかなって感じちゃうのね。自分でもわからないのに、感じちゃって (ID11)。

数値として尿の(検査値が)出るんです。(検査結果を) 先生からいつもいただけてるんですけども、現にステロイドを飲んで、タンパクの量とか血液のあれ(検査値)とか極端に下がって、すごいいい状態になってるんです。すごい強い薬で、効いてるんだと明らかに数値で目で見てわかるので (ID15)。

一方、薬の効用を体感できなかったり、同病

の患者の体験を見聞できなかつたりする場合、薬の効用に不信を抱くこともあった。また、薬の効用がそもそもないと判明したときに、新たな別の薬に対しても不信や絶望感を抱くこともあった。

薬を毎日飲んでも、あまり意味ないと思って。あんまり変わらないですね。(薬を飲んだら発作が)絶対出ないっていうわけじゃないんですけどね。毎日飲んでも、出るときは出ちゃう感じ(ID7)。

本当にそれが効くかどうかもわかんないし、もし、それが効かなかったら(中略)もう駄目だと思って(ID16)。

7. [服薬の意志]

[慢性疾患に対する思い]と[薬の効用の理解]が結びつくことで、薬を飲まないと再発・重症化するのではないかと不安を抱き、薬を飲んで病気を治していきたいと願うようになり、服薬しようとする思いが生じていた。また、実際に薬を飲んでおり、やがて習慣化されていた。

(服薬とか吸入とか)続けてたほうが安全とこっち安全なんで、完全に治るまでは飲んでいきたいですね。(中略)昔みたいに発作が出るのはいやなんで(ID5)。

持続的に飲むことによって、持続的に自分の体調のいい日が続くというふうに理解してるので(中略)飲んで自分が元気になるのであるなら(中略)すごい強制的に飲まされているっていうよりも、自ら飲んでいる(ID16)。

8. <服薬意志の転換>

i) [服薬に反する意志]と[服薬の意志]との葛藤

[服薬に反する意志]と[服薬の意志]との間で葛藤が生じていた。

この薬で長生きできるっていうか、長持ちできるんだったら、それが一番いいと思ってたし、それが私の生き方だって逆に思ってたので、その薬を飲むこととか全然いいですと思ってたけど、変に顔とか外見のことを気にして、もしステロイドやめたら、すぐ治る(顔が元に戻る)んじゃないかとかって思っちゃうと、ちょっと(薬の)量を減らしちゃってもいいのかな(ID12)。

ステロイドに関しては、すごく副作用があつて(飲みたくなかつた)、でも、飲まないで、効くのもわかつたから、飲まなきゃいけないのと、でも、副作用はすごく嫌だなと思いながら、なんかすごいその狭間にもすごい(悩んだ)(ID16)。

このような葛藤を経て、[服薬に反する意志]より[服薬の意志]が勝れば[服薬の意志]へ、[服薬の意志]より[服薬に反する意志]が勝れば[服薬に反する意志]へ、どちらかに転じていた。

ii) [服薬の意志]への転換

薬を飲むのは副作用があるから嫌だと感じていたが、病気は治したいし、薬は病気を治すものだから、我慢して飲もうと思うようになっていた。

同じ病気の子で、おしっこが出なくなつたとかいって、すごい大騒ぎしてたの。そのとき、ああ、やっぱあれ(利尿剤)大事なんだーみたいに。だから、(別の)友だちに(薬を)捨てちゃ駄目だよって言った。友だちはほぼ薬を捨ててたけど、私は普通にまじめに飲んでた(ID9)。

自分の健康を考えると、飲んで治さなきゃって思って。副作用はあるけど、薬は治してくれるし、自分の体を。それだから飲まなきゃって(ID13)。

iii) [服薬に反する意志]への転換

いったん薬を飲もうと思っていっても、服用している薬の量や種類の変更、心身の発達、入院・進学・就職などの生活環境の変化を受けて、[副作用の不安・不満]や[服用の困難さ]や[服用の煩わしさ]が強まり、薬を飲みたくないと思うこともあった。

IV. 考 察

1. 服薬の意志形成プロセス

本研究で明らかになった服薬の意志形成プロセス(以下、本プロセス)について考察する。

i) 薬を飲みたくないと思う

対象者は、程度の差こそあれ[副作用の不安・不満]や[服用の困難さ]や[服用の煩わしさ]を抱き、薬を飲みたくないと思っていた。特に、[副作用の不安・不満]が、ステロイド剤や免疫抑制剤を服用している対象者に強くみられ

た。中には、ムーンフェイスになりたくないために、ステロイド剤の服用量を自分の判断で減らしていた対象者もいた。ステロイド剤は、肥満やムーンフェイス、多毛など容貌の変化をもたらす。容貌の変化を嫌って、ステロイド剤による治療を中断した例は本研究の他にも報告されており、特に、自分の容貌への関心が高まる思春期において顕著である¹¹⁾。

対象者は、自分だけ治療のために薬を飲んだり体育の授業を休んだりすることを不満に感じていた。このことは、思春期の子どもは仲間との一致を求める傾向にあるが¹²⁾、病気や治療のため、同年代の仲間と比べて社会的に制限されていると感じているとする報告と一致する¹³⁾。

ii) 病気と服薬が結びつく

対象者は、再発・重症化の不安を抱き、完治・寛解維持を願う「慢性疾患に対する思い」を抱いていた。思春期にさしかかる頃から今までの現状を踏まえて未来を予測する思考ができるようになるので⁷⁾、慢性疾患に関しても、その予後について不安を抱くようになると考えられる。その一方で、慢性疾患は経過が長期にわたるため、治療も日常生活に根付いたものとなってくるといわれている通り⁴⁾、対象者は、症状が落ち着いていると、自分が病気であり治療を必要としているという意識が薄らいでいた。このことは、思春期のがん患者が治療を拒否する理由の一つとして、初期治療にて寛解したことで病気の重大性を否定するようになったことを挙げた報告と一致する¹⁴⁾。

「薬の効用の理解」に関して、対象者は、症状が現れないことから薬が症状を抑えていると理解し、検査値の推移と薬の効用を関連づけるといった論理的思考を行っていた。認知発達段階の視点でみても、対象者はこのような論理的思考は可能とされる⁷⁾。しかし、そのような論理的思考を背景にもちながらも、体感や実感といった感覚的な理解をしていた。対象者にとって、病気や治療は生命に関わる重大な問題であり、実際に自分の身の上で起きていることである。または、病状や治療の深刻さから論理的思考が困難である場合もあるかもしれない¹⁵⁾。そのような状況下では、論理的思考からの理解より、感覚的な理解が容易であると考えられる。

iii) <服薬意志の転換>は繰り返される

対象者は「服薬に反する意志」と「服薬の意志」との間で葛藤していた。これは、病気の重荷と治療（服薬）の重荷を天秤にかけるという報告と一致する¹⁶⁾。

対象者は葛藤を経て、「服薬に反する意志」と「服薬の意志」のどちらかに転じていた。しかし、いったん「服薬の意志」に転じたとしても、新たに「副作用の不安・不満」や「服用の困難さ」や「服用の煩わしさ」が生じれば、「服薬に反する意志」が形成されることがある。一方、「慢性疾患に対する思い」と「薬の効用の理解」が再認識されれば、あらためて「服薬の意志」に向かうことが考えられる。

対象者は、面接時点では、状態が落ち着いており、医療者や親との関係も良好で、治療が問題なくすすめられていたと考えられる。しかし、これまで問題なく行われてきた治療（服薬）がうまくいかなかったという例が報告されているように¹²⁾、服用している薬の量や種類の変更、心身の発達、入退院・進学・就職などの生活環境の変化を受けて新たに「服薬に反する意志」が生じる可能性がある。

2. 服薬の意志形成への支援

本プロセスに関連して、医療者による服薬の意志形成への支援について考察する。

i) 患者本人に対して

対象者は、治療を続けていく中で、自分が病気であるという意識が薄らぐことがあった。自覚症状がないことはアドヒアランスが保たれなくなる危険因子である¹⁷⁾。アドヒアランスの形成と維持に向けて、病状説明を含む患者教育が不可欠とされている¹⁸⁾。病気と治療の必要性について患者の意識を確認しておくことは、薬の説明に先立って行われなくてはならない。治療（薬の効用）の知識が必ずしもアドヒアランスに結びつくわけではない¹⁷⁾。知識としてただ知っているというだけでは不十分であり、薬は自分にとって必要なものだと思えることが求められるからである。

対象者は、薬の効用について論理的思考を背景にもちながらも、体感や実感といった感覚的な理解をしていた。そのため、患者が納得でき

るよう論理的な説明に加えて、感覚に訴える説明が有効であろう。例えば、薬の効用と検査値の関係を説明したうえで、検査値の推移を表やグラフなどにして、目でみてわかるよう提示するとよいだろう。このように、服薬を継続することで得られる利益（薬の効用）について患者が理解できるよう具体的に説明する必要がある¹⁹⁾。

薬の中には重篤な副作用を呈するものもある。対象者は、薬の副作用に関して不安や不満を抱いていた。そのために、まずは副作用をできるだけ抑えられるよう処方工夫することが医療者に求められる^{6,19)}。また、あらかじめ副作用について十分な説明を行うことで、不安や不満の緩和になるだろう。例えばステロイド剤の場合、病状が安定し、服用量が少なくなれば副作用も軽減することを伝えることが推奨される³⁾。

ii) 親や学校に対して

対象者16名のうち4名は、親が服薬管理をしていると答えていた。彼らは、親に薬を飲まされているという思いを少なからず抱いていた。思春期は服薬管理の主体が親から患者本人へ移行する時期であり、親による過度の干渉はアドヒアランスの低下を招く²⁰⁾。医療者は、患者の親に対して、患者の主体性を尊重し、患者自身で服薬管理ができるよう促していく必要がある。

対象者は、学校の友人からムーンフェイスなどの薬の副作用を指摘され傷ついていた。思春期の子どもは仲間との一致感を大切にする。病気や治療ゆえに仲間から疎外感を感じたり、仲間に入れなかったりすると心理的外傷となることがある¹²⁾。そこで、その子どもが生活している、学校などの社会との連携が必要となる⁴⁾。医療者は、学校に対して、患者の症状や飲んでいる薬の効用や副作用について十分な情報提供を行い、学校において患者への配慮がなされるよう促していく必要があるだろう。なお、友人から情緒的支援を得ることが、患者にとって大きな支えになるとも言われている²⁰⁾。

iii) 継続支援の必要性

「服薬の意志」に転じてあらたに「服薬に反する意志」が生じる可能性があるため、継続

した支援が求められる。病状が変化したり服用する薬の量や種類に変更があったりする場合は、その都度、病気や症状、薬の効用や副作用についての説明を行っていかなくてはならない。また、進学・就職の際には、新しい進学先や就職先に対して患者の病気や治療について理解を求めるなどして、引き続き社会との連携を保っていく必要がある⁴⁾。

3. 本研究の限界と今後の課題

本研究では、認知発達段階を考慮して11歳以上を対象とした。しかし、認知発達は個人差があるうえ、同一個人でも連続したものである。小児慢性疾患患者における服薬の意志形成プロセスを考えると、より低年齢からの縦断的研究を行う必要がある。

本研究の対象者は、自分の病気や治療について語ることを保護者共々同意した患者に限られている。それゆえ、医療者や親との関係性に問題があったり、治療に対して不信を抱いていた、実際に受診や処方どおりの服薬を行っていない患者は対象とならなかった可能性が高い。服薬アドヒアランスを考えるうえで、このような患者へのアプローチこそ大切であり、今後の課題である。

本研究は、東京大学大学院医学系研究科に提出した修士論文の一部を加筆・修正したものである。要旨は平成20年度東京都看護協会看護研究学会にて発表した。

文 献

- 1) <http://www.nch.go.jp/policy/shoumann18/18tourokujyoukyou.htm> 平成18年度小児慢性特定疾患治療研究事業の全国登録状況（厚生労働省ホームページより）（2009/05/14アクセス）
- 2) Suris JC, Michaud PA, Viner R. The adolescent with a chronic condition. Part I: developmental issues. Arch Dis child. 2004; 89: 938-942.
- 3) 及川郁子, 監修. 伊藤龍子, 及川郁子, 編. 小児慢性疾患療養育成指導マニュアル. 東京: 診断と治療社. 2006.
- 4) 奥山真紀子. 小児科臨床における発達行動心理

- 学の応用 患児や親へのアプローチ, 特殊な問題. 発達心理学と医学. 1990; 1: 575-580.
- 5) Malbasa T, Kodish E, Santacroce SJ. Adolescent adherence to oral therapy for leukemia: a focus group study. *J Pediatr Oncol Nurs*. 2007; 24: 139-151.
 - 6) 藤田晃三. 小児のノンコンプライアンスと服薬指導. *小児内科*. 1993; 25: 97-100.
 - 7) Piaget J. 滝沢武久, 訳. 思考の心理学発達 心理学の6研究. 東京: みすず書房; 1968.
 - 8) 武井修治, 白水美穂, 佐藤ゆき, 他. 小児慢性疾患におけるキャリーオーバー患者の現状と対策. *小児保健研究*. 2007; 66: 623-631.
 - 9) Society for Adolescent Medicine. A position statement of the Society for Adolescent Medicine. *J Adolesc Health*. 1995; 16: 413.
 - 10) 木下康仁. グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践 質的研究への誘い. 東京: 弘文堂; 2003.
 - 11) Kamibeppu K. Inner Experiences of Terminally Ill Adolescents. *Japanese Journal of Child and Adolescent Psychiatry*. 2000; 41 Suppl: 1-12.
 - 12) 奥山眞紀子. 慢性疾患児の思春期の問題. 奥山眞紀子, 庄司順一, 帆足英一, 編. 小児科の相談と面接—心理的理解と支援のために—. 東京: 医歯薬出版; 1998. p.160-167.
 - 13) Kyngas H. Compliance of adolescents with chronic disease. *J Clin Nurs*. 2000; 9: 549-556.
 - 14) Cohen DG. Treatment refusal in adolescents. *Semin Oncol Nurs*. 1986; 2: 112-116.
 - 15) Hamburg BA. Psychosocial development. In: Friedman S, Fisher M, Schonberg SK, Alderman AM, editors. *Comprehensive adolescent healthcare*. Philadelphia: Mosby; 1998. p.38-49.
 - 16) Adams CD, Dreyer ML, Dinakar C, et al. Pediatric asthma: a look at adherence from the patient and family perspective. *Curr Allergy Asthma Rep*. 2004; 4: 425-432.
 - 17) Tamaroff MH, Festa RS, Adesman AR, et al. Therapeutic adherence to oral medication regimens by adolescents with cancer. II. Clinical and psychologic correlates. *J Pediatr*. 1992; 120: 812-817.
 - 18) 森川昭廣, 西間三馨, 監修. 日本小児アレルギー学会, 作成. 小児気管支喘息治療・管理ガイドライン2005. 東京: 協和企画; 2005.
 - 19) Rapoff MA. *Adherence to Pediatric Medical Regimens*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers; 1999.
 - 20) Dimatteo MR. The role of effective communication with children and their families in fostering adherence to pediatric regimens. *Patient Educ Couns*. 2004; 55: 339-344.

[Summary]

For the purpose of clarifying the forming process of the will to take medicine, semi-structured interviews were individually held with 16 adolescents with chronic disease. As a result, [anxiety or dissatisfaction of side effect] or [difficulty of taking medicine] or [complication of taking medicine] caused [the will against taking medicine]. On the other hand, when [thought for chronic disease (that is anxiety about relapse and desire for remission maintenance)] was tied with [understanding of positive effect of medicine], [the will to take medicine] arose. They had passed through conflict between [the will against taking medicine] and [the will to take medicine]. They turned either after that. Thus the process of <conversion of the will of taking medicine> became clear. In relation to this process, need of the continual support for forming the will to take medicine was suggested.

[Key words]

adherence, adolescent, chronic disease, oral medication, qualitative research