

受療傾向と行動変容に関する社会医学的一考察

須 釜 幸 男

A Study of Patient's Adherence and Behavior Modification
; Consideration on Social Medicine and Public Health

Yukio Sugama

はじめに

近年の医療現場ではインフォームド・コンセント (informed consent) が徹底され、受療環境の整備は進んできていると云われる。その一方で、医療過疎や医療人材の不足、疾病の慢性化など、今後も長期継続による対応・解決を要する課題は少なくない。

医療供給体制の効率的整備には、利用者側の医療受容が不可欠な要素であるが、実際には、国民に対して、その周知と認知が捗っているとは言い難い。これに対し、医療者側でも「アドヒアランス (adherence)」を導入し、患者側に対して、受動的受療ではなく、主体的・能動的に治療方針の決定に参画し、その方針に従って治療に臨んでもらうというアプローチを進めている。即ち、これは患者の理解と意志決定、治療協力、内服遵守が前提となっている。ここには、従来の方法「コンプライアンス (compliance)」では、医療者の指示に対し、従順に従うか否かで患者を評価し、遵守しない場合の責任は患者に帰ってきていたという背景がある。つまり、「インフォームド・コンセント」とは言いながらも、患者自身に積極的関与が可能な部分が少なく、治療継続を困難にしてしまう一因であった。¹⁾

したがって、患者にとって実行・継続可能な受療を第一に考えた治療内容を決定するためには、患者側因子と医療者側因子、患者-医療者の相互関係因子、更には家族や地域、職場との関係因子の均等化・最大化が欠かせない。本稿では、医療需給バランスの効率的整備に向け、受療傾向と患者-医療者の相互関係因子に着目し、若干の検討を行なうこととする。

1. 受療の動機と治療継続

1-1 地域の受療行動と疾病構造

高度先端医療などの医療技術の目まぐるしい発展は、これまで難治性であった病変や病態への治療・予後の改善に対して、大きく寄与してきた。その一方で、早期の発見・治療で十分に対処し得る軽度の疾患にありながら、これを長らく放置させた結果、重篤化や慢性疾患、予後不良に陥ってしまう患者の数は少なくない。患者による受診が医療介入と回復の可能性への第一歩であり、市民への啓蒙啓発の意義は大きい。

その指標の一つに、厚生労働省の受療行動調査²⁾がある。この調査の頻度については4年毎に、具体的には10月21日から23日の3日間のうち、各医療機関が指定した1日に実施される。調査客体は全国の一般病院の外来・入院患者を対象に、層化無作為抽出した患者であるが、外来患者の方は通常の外来診療時間内の来院者に限定し、往診や訪問診療等を受けている在宅患者は調査対象から除外される。その方法については、調査員配布の調査票(下記9項目、外来患者票と入院患者票の別)に基づいて実施され、保健所経由で厚生労働省へと集約される。

- ① 病院を選んだ理由
- ② 予約の状況、診察等までの待ち時間、診察時間
- ③ 来院の目的、診察・治療・検査などの内容
- ④ 緊急入院・予定入院、入院までの期間、入院までに時間がかかった理由
- ⑤ 自覚症状
- ⑥ 医師からの説明の有無、程度、説明に対する疑問や意見
- ⑦ 入院の有無、外来の受診頻度
- ⑧ 退院の許可が出た場合の自宅療養の見通し
- ⑨ 満足度

(②③⑤⑦は外来患者のみ実施、④⑧は入院患者のみ実施)

受療行動調査の最新版は平成 26 年となるが、筆者は外来患者（有効回答数 99,600）に対する調査のうち、疾病の慢性化に関係すると思われる項目として、以下 4 点に着目した。具体的には「来院の目的」と「主要傷病分類別の受療内容」、「自覚症状の有無」、「受診までの期間・動機」であるが、夫々で際立った上位の回答項目を整理しておきたい。

一つ目の「来院の目的」について、最多の回答は「診察、治療、検査など」の 92.9%（上位内訳は「症状の診断」34.2%、「検査、検査結果」22.9%）で、圧倒的多数を占める。この 9 割超の回答に次ぐのは「健康診断、人間ドック、予防接種」であるが、当然ながら残りの僅か 4.7%に過ぎない。この調査項目を医療提供施設の種別（特定機能病院、大病院、中病院、小病院、療養病床を有する病院）に当てはめると、全ての病院において「症状の診断」が最多で、34.2%（全施設の平均割合）になる。この「症状の診断」に次ぐ来院目的（第 2 位）は、病院の規模との関係³⁾が明らかである。即ち「検査、検査結果」が多いのは規模が大きな施設で、特定機能病院（30.6%）と大病院（31.6%）、中病院（24.7%）である。それに対して、「定期的な薬の処方」は小病院（22.5%）と療養病床を有する病院（24.7%）で、町医者としての役割が期待されている。

二つ目の「主な傷病分類別の受療内容」についてはやはり、新生物の積極的治療と予後改善、慢性疾患の治療継続との関連性が強い。新生物の場合は「検査、検査結果」が 43.9%と、半数近くの回答である。これが循環器系疾患になると、「定期的な薬の処方」が多く、38.1%である。呼吸器系疾患では「症状の診断」が 61.9%を占める。

三つ目の「自覚症状の有無」については、「有」69.2%と「無」25.1%に回答が分かれる。また後者「無」のケースの場合、受診に至るには何らかのきっかけが必要であるが、最多回答は「健康診断、人間ドックで指摘された」の 40.4%で、次に「他の医療機関等で受診を勧められた」の 23.5%が続く。加えて、主な傷病分類別に「無」回答をみると、「新生物」では 43.8%、「内分泌、栄養、代謝疾患」では 43.2%と高い。特に、悪性新生物での「自覚症状の無」の回答については、「気管、気管支、肺」が 57.9%、「肝、肝内胆管」が 56.2%、「前立腺」が 56.0%となっている点が著明である。

四つ目の「受診までの期間（上記「自覚症状の有無」の回答者による）」については、最多が「1週間以上1か月未満」17.6%で、次いで「1日から3日」15.8%と回答数が多い。これを自覚症状の有無別の期間でみると、「有」の場合が「1日から3日」18.1%であり、「無」の場合が「1週間以上1か月未満」20.7%と、共に最多となっている。重篤化にも繋がり得る、診療までに長期間を要した回答として「1週間以上」の者に注目してみると、「自覚症状の有」では「まず様子をみようと思った」の65.6%が、「自覚症状の無」では「時間の都合が付かなかった」の31.4%が、共に最多回答である。

医療は、患者側の受療があって初めて成り立つ。この受療行動調査が指し示すように、「自覚症状の有無」と「受診までの期間」の回答は注目である。両者は傷病の重篤化や慢性化の一因となり、ひいては医療費高騰や医療人材の不足へと繋がるからだ。医療需給バランスの不均衡に対しては、かかりつけ医（地域の診療所）の存在が鍵となろう。医療提供施設へのアクセスには「利用者と施設の間の距離が重要な要因」となる。これ以外にも、医療機関の収容人数等の容量制約も考慮する必要がある。即ち、近所の施設であっても、利用者数（需要）が多く、診療開始（供給）までの待機時間が長い場合はアクセスが良いとは言い難い。したがって、医療提供施設へのアクセスは、移動距離と需給バランスの双方を考慮する必要がある⁴⁾。そういった意味で、医療機関の機能分担の推進は厚生労働省の施策の主軸である。従来の一施設完結型医療ではなく、日常の継続的治療・投薬や健康管理は地域の診療所が担当し、専門的な検査や治療、手術、救急医療は地域医療支援病院が担うという体制への転換には一定の説得力がある⁵⁾。

1-2 「健康」と文化への配慮

医療供給体制の効率的整備に対しては、医療機関側の機能分担と利用者側の医療受容による双方の歩み寄りが必要である。ところが、国民の「健康」の捉え方は個々によって千姿万態であり、受療導入の第一ハードルとなってしまう。

ここで、WHO 憲章（1948年）⁶⁾によって、「健康」の定義を確認したい。

Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.

即ち「健康とは単に疾病がない、虚弱でないという状態ではなく、心身的、精神的、社会的に完全に良好な状態である」という定義となるが、日常生活においては健康と疾病の関係は別個の非連続ではなく、連続した状態であり、持病と付き合いながら豊かに暮らしている人々も多く、理念と現実との乖離が大きい。言い換えれば、個人の尊厳や生活の質（QOL: Quality of Life）の確保を視野に入れた、「健康」の維持・向上が必要である。

また受療導入への第二ハードルとなるのが、医療費の家計への負担である。特に低所得と高齢の属性を中心に、有訴にありながら診療が困難に陥ってしまう状態だけは看過でき

ない。厚生労働省の調査⁷⁾によれば、最新(平成27年度)の国民医療費は42兆3,644億円、前年度の40兆8,071億円に比べ1兆5,573億円、3.8%の増加となっている。これを人口一人あたりに換算すると、国民医療費は33万3,300円、前年度の32万1,100円に比べ1万2,200円、3.8%という顕著な増加となっている。そして国民医療費の国内総生産(GDP)に対する比率は7.96%(前年度7.88%)、国民所得(NI)に対する比率は10.91%(同10.79%)と、共に微増となっている。これに対し、ほぼ同時期(平成27年1月1日から12月31日の1年間、熊本県は除く)の一世帯当たり平均所得金額は545.8万円(前年541.9万円)⁸⁾、生活意識(平成27年7月16日現在)が「苦しい(全5分類のうちの「大変苦しい」と「やや苦しい」の合計)」とした世帯は60.3%(前年62.4%)⁹⁾であった。これを高齢者世帯に限定すると、平均所得金額は308.4万円(前年297.3万円)であり、生活意識は「苦しい(「大変苦しい」と「やや苦しい」の合計)」とした世帯は58.0%ある。このような世帯所得と生活意識の中で、国民の医療負担は小さくない。

以上、自覚症状の有無に関わらず、医療供給制度の拡充が即、国民の受療行動に結び付くとは限らないことから、早期予防・発見の観点において、医療者側による利用者に向けた医療アクセスの向上と動機付けが欠かせない。加えて、これには継続的な受診・受療に繋がることが重要であり、「LEARNのアプローチ」が患者の行動変容に有効とされる。論文の題名にもあるように、これは国籍や民族、宗教などの異文化的背景を有する患者と医師の間での患者教育に適した行動科学(Behavioral Science)的アプローチである。LEARNの5段階を経て、医療の押し付けを防止することで、患者に対して主体的・能動的な受診・受療を促すことが目的である¹⁰⁾。

L: Listen with sympathy and understanding to the patient's perception of the problem

E: Explain your perceptions of the problem

A: Acknowledge and discuss the differences and similarities

R: Recommend treatment

N: Negotiate agreement

このアプローチではまず、Lの「傾聴」から患者教育が始まる。この時、共感と理解を持って、患者の問題に対する認識に耳を傾け、相手を知るようにする。今度はEの「説明」に移り、医師からの医学的見地・認識を説明する。しかしLが完全に終わったわけではなく、常に患者の表情を正視・観察しながら、ゆっくりと平易な言葉で、小出しに語り掛けることが重要である。こうすることで、共通点と相違点を双方が「認識」し、今後の展開や問題点を「話し合う」のが、Aの段階である。この時もまた、LやEの観点を残しつつの働き掛けが不可欠である。そして、相談の末に医学的方針を医師から「勧め」るのが、R段階である。この時、患者の異文化的枠組みに十分、配慮を尽くして、医学的最善を押し

付けぬように注意する。最後に、患者-医療者の相互関係に基づく治療方針について、患者が実施できるような方法を「取り決め」るのが、N段階である。

例えば、日系アメリカ人を日本人と比較した場合、日系アメリカ人が持つ健康意識は、白人のものに類似していることから、人種差ではなく、患者が置かれている学校や地域、職域などの環境によって生ずる差が現れている。つまり、医師は対象となる集団・患者を前にして、当該の集団の健康観を把握しない場合、独り善がりの医療に陥ってしまう危険性を孕んでいる。農村部での或る疾患は、都市部での同疾患と差異があるわけではなく、その疾患を現に有する者や将来有する可能性のある者（予備群）の同疾患に対する考え方に差があるという意識に立つことが重要である¹¹⁾。

困難な医療面接（medical interview）としては、①会話内容が難しい患者教育や「悪い知らせ」を伝える場面、②対応に間違いが許されない場面（虐待や性犯罪など）、③通常会話が成立しない場面（例えば患者が興奮状態や精神疾患を有する場合、小児患者との会話）がある。これに加えて、臨床現場では医療者側が知り得ない患者の状態も多い。例えば①感情を表に出さず、不安や不満を殆ど漏らさない患者の思い、②癌告知直後の患者に対する説明と理解度、③言葉選びと医療者に対する信頼度などは看取が容易ではない。特に「悪い知らせ」の場合、その場しのぎの言葉は患者に一時的な安堵感を与えるが、長期的には良い発言になるとは云えない。そのためには、患者が真実を理解し、病気を受け入れる会話が前提となる¹²⁾。

2. 患者－医療者の相互関係とかかりつけ医

2-1 受療コストと行動変容

医療者が患者の受療継続を図る背景には、生活習慣病患者とその予備群によるセルフケア行動に対するエンパワメントの有効性に尽きる¹³⁾。国民個々で「健康」の捉え方は大きく異なる上に、そこに医療費の家計への負担が重なると、医療機関から足が遠退く可能性が高い。例えば、特定健康診査は受療のきっかけにはなるが、その先の受療継続に繋がるか否かが不確かである。

その一つの方法として、上述の「LEARN アプローチ」は患者-医師の相互関係因子に着目し、異文化的背景（国籍や民族、宗教など）を斟酌するという患者教育に適した行動科学的アプローチであることから、患者の行動変容に有効とされる。ただし、この手法は医療者側に高度なコミュニケーションスキルが必要となり、医療現場で適正な人員配置が難しい場合は医療者側の身体的・精神的負荷になる可能性が高い。

もう一つの方法として、「健康信念モデル(HBM: Health Belief Model)」がある。「LEARN アプローチ」の場合は、患者の文化的背景への共感が前提にあったが、こちらの場合は或る危機・脅威に対し、予防行動のメリットとデメリットを秤に掛けて、患者に行動の自覚

を促すというものである。当然、この時の危機とは疾患を意味し、特に初期の慢性疾患やその疑いがある段階が、好例である。このレベルでは、患者自身は症状が無い、有るにしても軽微なものであり、通院に伴う様々なコスト（時間や費用など）が受療行動にブレーキを掛けてしまう要因となる。しかし、このレベルでの受療継続こそが慢性疾患予防や予後改善に有意であることは周知である。文化的共感が素地となる「LEARN アプローチ」よりも、目の前で受療の長所と短所を秤に掛けることで、患者に決断をさせるという点で、HBM はより実行性と実効性が高いモデルである。

この「健康信念モデル」の具体例としては、糖尿病患者に眼科受診を勧めるケースが用いられる。この場合、患者は眼科受診の通院コストと「目が不自由にならない」とを秤に掛けるわけだが、今のところは目が不自由になるという自覚はなく、予防行動の長所を何から見出せずにいる。そこで、医療者は予防行動のメリットとデメリットを、目の前で患者に提示する。こうすることで、患者の意識においては「糖尿病網膜症に罹るかも」という病気に対する脆弱性や罹患性と、「目が見えなくなったらまずい」と感じる病気の重大性によって、危機・脅威の意識が高まっていく。したがって、その予防行動の有益性と便宜性、即ち「目が不自由にならない」に秤は傾いて、勧められた予防行動の「眼科を受診」を実行する可能性が予測できる¹⁴⁾。

両者の方法は一見すると、別物のようにも思えるが、「健康信念モデル」を「LEARN アプローチ」に代用して考えることも可能である。先程の糖尿病患者に眼科受診を勧めるケースは、以下のように、「LEARN アプローチ」にも置き換えられる。例えば、「仕事で忙しい」や「仕事最優先」もその人を司る大切な生き方であり、一つの文化として十分、尊重に値するからだ。

L「傾聴」：「眼科に行く必要性など全然感じないし、実際に見えているので」

「眼科にまで診てもらうなんて面倒だし、仕事が忙しくて」

E「説明」：「合併症として網膜症を併発すると、最悪のケースでは失明です」

「眼科で何かが見付かっても、早期なら改善の見込みがあります」

A「認識」：共通点「失明したら、仕事以前の問題だ」

相違点「今のところ、眼科受診の必要性の捉え方が食い違う」

R「勧め」：「将来、失明すると困るから、眼科は受診した方が良い」

N「取決」：「休暇を取らないで受診できる、職場近くの眼科を紹介しますね」

医療者はこのような複数の方法を複眼的に選択・置き換えて、患者の受療導入と医療継続を図ることが大切である。ここで、こうしたプロセスを経ることでの患者の意識変化について、「行動変容モデル」を基に検討したい。このモデルでは、情報提供や周囲の支援を通じ、無関心であった患者が治療を開始し、状態の改善を目指すものである。次の経過は、理想的な形であり、実際には⑤維持期の継続が難しく、再発期の方に枝分かれして、再び

②の関心期からやり直すことになる（現実形）。

理想形：①無関心期→②関心期→③準備期→④行動期→⑤維持期→⑥確立期

現実形：①→②→③→④→⑤維持期不調→＊再発期に→②→③→④→⑤→⑥

理想形の流れ

- ① 無関心期：＜情報提供（効果とリスク）＞ 経過良好 → ②に
- ② 関心期：＜動機付け、自信持つ、障害排除＞ 経過良好 → ③に
- ③ 準備期：＜実行・継続可能なプラン、決意固め＞ 経過良好 → ④に
- ④ 行動期：＜成功行動の強化、周囲の支援＞ 経過良好 → ⑤に
- ⑤ 維持期：＜再発予防、周囲の支援＞ 経過良好 → ⑥に
- ⑥ 確立期

現実形の流れ

- ⑤ 維持期：＜再発予防、周囲の支援＞ 経過不良 → ＊再発期に
- ＊ 再発期：＜出来たことの承認、次の動機付け＞ 経過良好 → 再び②へ
- ② 関心期

このような長期間の根気強いアプローチに対しては、地域医療を支える「かかりつけ医」の存在・普及が前提となるが、その機能としては、医療法に基づく市町村単位の一次医療圏での通院が想定される。また、疾患の種類や程度、一般的な入院加療のケースによっては、ブロック単位の二次医療圏も含まれるであろう。当然、そこでの対応が困難な場合は全県単位の三次医療圏に引き継がれ、専門的手術のような高度・特殊な医療が期待される。ただし、この三階層制も構想としては、一次から順に段階を上がっていくことによって、効果的な医療供給が成り立っている以上、一段飛ばしや二段飛ばしの患者が増えた場合には、制度の維持は難しくなってしまうという逆説的矛盾を孕んでいる。

2-2 かかりつけ医調査とゲートキーパー

日本医師会の調査によると¹⁵⁾、「かかりつけ医¹⁶⁾がいる」の回答者は全体（1,200人）の55.9%（「いない」回答は29.1%）であった。これを年代別に視ると、70歳以上が81.6%と高い割合を示し、20歳代から30歳代は31.5%に止まっている。また「いる」回答を男女別で視ると、女性の割合が61.6%で、男性が49.3%であった。こうした「かかりつけ医がいる」という単純な質問からは、年代や性別による有意差が確認できた。

他には、健康状態別に視ると「健康状態がよくない」の回答者で「かかりつけ医がいる」の割合は85.0%と高い一方、「健康状態がよい」の回答者でも半数（49.8%）には「いる」のは注目であった。また、生活習慣病などの慢性疾患の患者についてみると、「診療を日

常に受けている」人の90.3%が「かかりつけ医がいる」と回答し、「受けていない」人でも43.8%が「いる」と回答している。

「かかりつけ医がいる」回答(671人)を更に、その人数や医療機関、診療科などで分類すると、かかりつけ医の人数は、1人が7割弱(67.2%)、2人が24.7%、3人以上が7.9%であった。医師(かかりつけ医が1人の回答に限る)の所属先でみると、診療所の割合は83.4%で、中小病院が13.5%、大病院が3.1%であった。その医師の診療科(2人以上の回答者は、最もよく相談に行く、かかりつけ医の診療科)を尋ねたところ、8割以上(81.5%)は内科で、外科(4.6%)と整形外科(4.6%)が続いた。

「かかりつけ医がいる」回答(671人)の過去1年間の受診回数では、「受診なし」が10.7%、「年に1回から2回程度」が22.2%、「年3回から10回程度」が24.3%、「月に1回程度」が32.2%で最多、「月に2回以上」が10.3%(最低)を占めた。これら全体では、年に0回から10回程度で受診する人が半数以上を占めた。これが、65歳以上になると、月に1回以上の人が6割を占めている。

最後に、かかりつけ医がいる人に「体調が悪いときや健康について相談したいときにかかりつけ医を受診するか」を尋ねると、全体の76.9%が「いつもかかりつけ医に受診する」と回答した。一方、「専門医にかかりたいときにかかりつけ医に相談するか」については「いつもかかりつけ医に相談する」と回答した人は全体の52.9%に止まった。ただし、いずれも年齢による違いが見られ、高齢になるほど高くなる傾向であった。

以上、「かかりつけ医」に関わる調査から、まずは「いる」か「いない」かの基本的項目に対しては、年代と性別で有意差が見られた。前者については「健康状態」の良し悪しや慢性疾患の有無と関係があり、後者は調査項目にはないが、交絡因子として生活スタイル(医療アクセスの好条件)がスコアを押し上げたと思われる。次に問題なのは、かかりつけ医への受療頻度と目的の項目である。前者は年代との関係が強く、月に1回が最多で3割であるが、逆に年に1、2回が2割強、年に3回から10回が2.5割でもある。不要な受診は全体の利益として控えるべきであるが、長期的に慢性疾患を予防するためには、かかりつけ医への受療回数を効率的に調整する必要がある。後者については、かかりつけ医との接し方への意識・考えがよく現れている。本来ならば、「ゲートキーパー」役のかかりつけ医がいて、その紹介を経ての専門医受診がある。経過が良好であれば、再び患者のかかりつけ医に担当を戻すという流れになる。しかし、回答の半分からはかかりつけ医と専門医との接し方を別個に捉えてしまっている様子が窺える。つまり、患者がかかりつけ医を選択肢の一つとしているため、医療連携が十分に働いているとは云えない。したがって、今後は患者を中心としたかかりつけ医の役割を一層、明確にし、生活習慣病や慢性疾患の予防、国民医療費の軽減、医療過疎の解消などを図る必要があろう。

3. 医療連携とアドヒアランス

3-1 医療供給と医療連携

厚生労働省が強調するのは、「2025 年問題」¹⁷⁾である。「ベビーブーム世代」が 2015 年に前期高齢者に到達し、その 10 年後の 2025 年、高齢者人口は約 3,500 万人に達すると推計され、それに伴う様々な問題が深刻化・顕在化するとされる。以前は高齢化進展の「速さ」が注視されたが、2015 年以降は高齢化率の「高さ」（高齢者数の多さ）が問題になっている。まず、認知症高齢者は 320 万人に急増すると予測されるが、現在でも要介護者の半数に、認知症の影響が認められている状況である。次に、高齢者世帯は約 1,840 万世帯に増加し、その約 7 割を一人暮らし・高齢夫婦のみ世帯（特に高齢一人暮らし世帯は約 680 万世帯、約 37%）が占めると見込まれる。更には、こうした兆候は都市部が顕著で、埼玉（87 万人増、+ 80%）、東京（85 万人増、+ 38%）、神奈川（84 万人増、+ 60%）、千葉（72 万人増、+ 71%）、大阪（64 万人増、+ 41%）の順で増加することで、住居問題に限らず、新たな問題が浮上すると思われる。そこで、「かかりつけ医」調査が示すように、「2025 年問題」を前にして、この十年の議論は効率的な医療供給体制の構築に対し、時間が割かれてきた¹⁸⁾。この「効率的」の前提として、患者個々の利益（健康と省コスト）を図りつつ、全体の利益の最大化との両立がある。しかし、その障害として、現医療計画の問題点（以下 3 点）が横たわっている。

- ① 患者側の実際の受療行動に着目せず、医療提供側偏重の視点
- ② 地域の疾病動向を質的に勘案せず、量的な視点が中心
- ③ 各機関が担える機能に関係なく、大病院重視の階層型構造が念頭

このように医療法に基づく三層構造体制では、フリーアクセスである以上、各医療圏の適正利用が進まず、患者の三次医療志向が生じやすい。言い換えれば、以下のように一次・二次医療圏の連携に基づく医療完結が機能していない。その原因は①や②にあるように、患者の受療行動や地域の疾病動向への視点が十分とは云えず、患者のニーズとのミスマッチが生じるからだ。これを患者 - 医師の相互関係因子に着目し、患者の異文化的背景を重視する「LEARN アプローチ」に準えれば、三層構造体制自体が当アプローチを困難にしていることになる。

- 一次医療：日頃の健康相談から、かかりつけ医中心の地域医療体制確立を目指す医療
- 二次医療：入院治療を主体とした医療活動が概ね完結する医療（救命救急を含む）
- 三次医療：先進技術や特殊医療、発生頻度が低い疾病等の医療需要に対応した医療

現在も進行中の議論であるが、従来の階層型構造の医療提供体制から住民・患者の視点

に立った医療連携体制への転換が求められている。現状では、市町村やブロックの機能分担が前面に強調される反面、各機関が得意とする資力や個性が上手く地域に伝わらず、結果的には利用者の三次志向が強まってしまっている。まずは、主要な事業ごとに各機関の医療機能を明確にし、それを明示することで、患者の安心感を確保する医療連携体制が必要である。新たな医療計画制度での医療連携体制の考え方は、以下の3点である。

- ① 患者の受療行動を中心にした構想
- ② 主要な事業ごとに柔軟な視点
- ③ 病院の規模でなく医療機能を重視

これまで医師が患者の行動変容を促しても、十分に役割を果たせなかった一因に、階層型の医療供給体制がある。そこで、国民・患者と一体となったかかりつけ医（診療所や一般病院）が円の中心に位置し、独自の機能（専門的な治療、救急医療、回復期リハビリ、療養、介護・福祉など）を発揮する医療機関が放射状に配置されるような医療連携体制が検討されている。こうした体制の下で、アドヒアランスの浸透が期待される。

3-2 医療計画とアドヒアランス

最後に、患者の主体的な受療行動を促し、長期的には国民医療費や医療者の過重労働などの負担軽減に繋がる要素の一つとして、「コンプライアンス (compliance)」に代わる「アドヒアランス (adherence)」導入の動きが進んでいる。患者が受動的受療ではなく、主体的・能動的に治療方針の決定に参画し、その方針に従って治療に臨んでもらうという当方策は、患者の理解と意志決定、治療協力、内服遵守が前提となっており、そのための医療連携体制を模索する必要があるだろう。従来の地域医療圏構想では各医療機関で機能分化と連携が十分に進まず、加えて「コンプライアンス」では、医療者の指示に対し、従順に従うか否かで患者を評価し、遵守しない場合の責任は患者に帰してきた。つまりは「インフォームド・コンセント」と言いながらも、患者自身に積極的関与の可能な部分が少なく、治療継続やシームレスな医療連携を困難にってしまう一因であった¹⁹⁾。

国際的な動向としても、患者が治療法を自ら選択・実行していく上で、コンプライアンスからアドヒアランスに代わるという流れが強い。その好例として、WHO(世界保健機関)が掲げる“Adherence to Long-term Therapies: Evidence for Action²⁰⁾”の取り組みが挙げられる。これによると、Asthma(喘息)とCancer—palliative care(癌; 疼痛ケア)、Depression(鬱病)、Diabetes(糖尿病)、Epilepsy(癲癇)、HIV/AIDS、Hypertension(高血圧)、Tobacco smoking cessation(喫煙) Tuberculosis(結核)の9項目で、積極的な患者の主体的受療行動を促すために、アドヒアランス導入が謳われている。こうした疾患は日頃からの予防と早期発見・治療が欠かせないが、一方で発病の契機・兆候が明確ではなく、忍び寄るように重症化してしまうという特性がある。しかも現在の医療技術では一

度発病すると、完治は困難であることから、根気強い受療が必要である。また、治療や内服の方法も複雑・煩雑で、副作用や相互作用が現れる場合もある。更には、治療費の負担や受療時間といった医療コストも嵩むという事情がある。こうした疾患やケアに対しては、下記の六つの要素が必要であるが、その核となるのがアドヒアランスである。

- ① Patient compliance (患者の治療協力・遵守)
- ② Long-term care (長期的な医療継続)
- ③ Drug therapy — utilization (投薬；安全な活用)
- ④ Chronic disease — therapy (慢性疾患；治療)
- ⑤ Health behavior (健康保健行動)
- ⑥ Evidence-based medicine (根拠に基づく医療)

ただし、このアドヒアランスにしても、医療者側から発信された方法に他ならない。よって、これが医療現場でコンプライアンスに対する表面的な代替物として利用されたとしたら、これまでとは大差のない結果に収まってしまうであろう。患者-医療者の相互関係を築くためには、患者の異文化的背景以外にも家族や地域、職場との関係因子にも十分、考慮が必要である。

結びに代えて

以上、患者にとって実行・継続可能な受療ありきの治療内容を決定する誘因を探るために、受療傾向と患者-医療者の相互関係因子に着目してきた。その結果、医療需給バランスの効率的整備を通じ、患者自身の QOL だけでなく、家族や地域、職場の理解や協力を引き出す国民医療づくり、即ち社会医学や公衆衛生のアプローチが欠かせないことが明らかになった。近年はアドヒアランス導入の動きが盛んであるが、2025 年を間近にして、患者・関係者と医療者の協働・発信による受療のための信頼醸成づくりが、医療連携体制の整備と共に、社会的取り組みとして必要な時期に来ていると思われる。

¹⁾ 山田浩樹ほか「服薬アドヒアランスとは—コンプライアンスからアドヒアランスへ」(『Schizophrenia Frontier』第7巻、第3号、2006年所収) 155-159頁。

²⁾ 厚生労働省『平成26年受療行動調査(確定数)』厚生労働省、2016年、8-13頁。

³⁾ 全施設の平均割合ではなく、各規模の医療提供施設(例えば特定機能病院)内での個

別割合を意味する。

- 4) 佐々木美裕ほか「病院アクセシビリティを用いた疾病別需給バランスの視覚化」(『オペレーションズ・リサーチ』第58巻、第11号、2013年所収) 623頁。
- 5) 川越雅弘「我が国における医療と介護の機能分担と連携」(『海外社会保障研究』第156号、2006年所収) 14-15頁。
- 6) World Health Organization, *Constitution of the World Health Organization*, WHO iris, 1948, p.1.
- 7) 厚生労働省『平成27年度国民医療費の概況』厚生労働省、2017年、3頁。
- 8) 厚生労働省『平成28年国民生活基礎調査の概況』厚生労働省、2017年、10頁。
- 9) 厚生労働省『平成27年国民生活基礎調査の概況』厚生労働省、2016年、14頁。
- 10) Elois A. Berlin and William C. Fowkes, 'A Teaching Framework for Cross-cultural Health Care; Application in Family Practice', in: *The Western Journal of Medicine*, vol.139, no.6, 1983, pp.934-938.
- 11) 清水弘之「健康観と受療行動の日米比較」(『日本農村医学会雑誌』第47巻、第6号、1999年所収) 806頁。
- 12) 田川まさみほか「模擬患者の参加した患者教育と「悪い知らせ」の学習」(『医学教育』第34巻、第6号、2003年所収) 372-374頁。
- 13) 大西弘高ほか「患者教育に関する医療者教育をどう改善すべきか」(『家庭医療』第15巻、第2号、2010年所収) 47頁。
- 14) Marshall H. Becker and Louis A. Maiman, 'Sociobehavioral Determinants of Compliance with Health and Medical Care Recommendations', in: *Medical Care*, vol.13, no.1, 1975, pp.10-24.
- 15) 日本医師会「第6回 日本の医療に関する意識調査」(『日医総研ワーキングペーパー』第384号、2017年所収) 22-31頁。
- 16) 当調査で対象者に示された「かかりつけ医」は「健康のことを何でも相談でき、必要なときは専門の医療機関へ紹介してくれる、身近にいて頼りになる医師」と定義付けした。
- 17) 第1回介護施設等の在り方委員会『今後の高齢化の進展～2025年の超高齢社会像～』厚生労働省、2006年、1-5頁。
- 18) 社会保障審議会医療部会『医療連携体制・かかりつけ医、医師確保との関係について』厚生労働省、2005年、5頁。
- 19) 山田、同上書、155-159頁。
- 20) World Health Organization, *Adherence to Long-term Therapies; Evidence for Action*, World Health Organization, 2003, pp.I-XV.

