

につながるエビデンスを提供するものと言える。また、プライマリケア医の持つ機能としての近接性が、小児一次医療における重症疾患の見出しにとって有効であることを検証することにもつながる。

#### F. 研究発表

1. 論文発表  
無し
2. 学会発表  
無し

#### G. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

1. 特許取得  
無し
2. 実用新案登録  
無し
3. その他  
無し

## V. 研究成果の刊行に関する一覧表

## 研究成果の刊行に関する一覧表

Fukuhara S, Yamazaki S, et al. Patient-reported quality of life in end-stage renal disease. *Nature Clinical Practice* 2007 (in press)

Hayashino Y, Fukuhara S, Akiba T, Akizawa T, Asano Y, Saito A, Bragg-Gresham JL, Ramirez SPB, Port FK, Kurokawa K. Diabetes, glycemic control and mortality risk in patients on hemodialysis: the Japan Dialysis Outcomes and Practice Pattern Study, *Diabetologia* 2007 (in press)

Yamazaki S, Fukuhara S, Suzukamo Y, Morita S, Okamura T, Tanaka T, Ueshima H. Lifestyle and work predictors of fatigue in Japanese manufacturing workers. *Occupational Medicine* 2007 (in press)

Tokuda Y, Takahashi O, Ohde S, Ogata H, Yanai H, Shimbo T, Fukuhara S, Hinohara S, Fukui T. Health Locus of Control and Use of Conventional and Alternative Care: a Cohort Study. *British Journal of General Practice* 2007 (in press)

Ando K, Morita S, Higashi T, Fukuhara S, Watanabe S, Park J, Kikuchi M, Kawano K, Wasada I, Hotta T. Health-related quality of life among Japanese women with iron-deficiency anemia. *Quality of Life Research* 15:1559-1563, 2006

Tokuda Y, Takahashi O, Ohde S, Shakudo M, Yanai H, Shimbo T, Fukuhara S, Hinohara S, Fukui T. Gastrointestinal Symptoms in a Japanese Population: Health Diary Study. *World Journal of Gastroenterology* 2006 (in press)

Fukuhara S, Green J, Albert J, Mihara H, Pisoni R, Yamazaki S, Akiba T, Akizawa T, Asano Y, Saito A, Port F, Held P, Kurokawa K. Symptoms of depression, prescription of benzodiazepines, and the risk of death in hemodialysis patients in Japan. *Kidney International* 70:1866-1872, 2006

Chin K, Nakamura T, Takahashi K, Sumi K, Matsumoto H, Niimi A, Fukuhara S, Mishima M and Nakamura T. Falls in blood pressure in patients with obstructive sleep apnoea after long-term nasal continuous positive airway pressure treatment. *Journal of Hypertension* 24(10):2091-2099, 2006

Miyashita M, Yamaguchi A, Kayama M, Narita Y, Kawada N, Akiyama M, Hagiwara A,

Suzukamo Y and Fukuhara S. Validation of the Burden Index of Caregivers (BIC), a multidimensional short care burden scale from Japan. *Health and Quality of Life Outcomes* 2006 (in press)

Hayashino Y, Fukuhara S, Matsui K, Noguchi Y, Minami T, Bertenthal D, Peabody JW, Mutoh Y, Hirao Y, Kikawa K, Fukumoto Y, Hayano J, Ino T, Sawada U, Seino J, Higuma N, Ishimaru I. Quality of Care Associated with Number of Cases Seen and Self-reports of Clinical Competence for Japanese Physicians-in-training in Internal Medicine. *BMC Medical Education* 6(33), 2006

Takahashi N, Kikuchi S, Konno S, Morita S, Suzukamo Y, Green J, Fukuhara S. Discrepancy between disability and the severity of low-back pain: demographic, psychologic, and employment-related factors. *Spine* 31(8):931-939, 2006

Bito S, Matsumura S and Fukuhara S. Is referral from gatekeeper physicians effective in determining the appropriate use of brain MRI/MRA tests for outpatients? *SGIM 30th Annual Meeting Abstract Poster Session* Apr 26 2007, Toronto

Bito S, Asai A and Fukuhara S. "Clinical decisions as evasion of false decision": Physicians' viewpoints on decision making and communication with patients and families concerning invasive life-sustaining treatment. *Soc Sci Med* (under review)

Bito S, Matsumura S, Kagawa Singer M, et al. Acculturation and End-of-Life Decision-Making: Comparison of Japanese and Japanese-American Focus Groups. *Bioethics* (in press)

Matsunaga T, Hirota E, Bito S, Niimi S, Usami S. Clinical course of hearing and language development in GJB2 and non-GJB2 deafness following habilitation with hearing aids. *Audiol Neurootol* 11(1):59-68, 2006. Epub 2005 Nov 9

木村琢磨, 青木誠, 鈴木亮, 保阪由美子, 福島龍貴, 尾藤誠司, 鄭東孝: 臨床現場における教育・研修に関するカンファレンスの試み(会議録)、*医学教育* 37巻 P85-86, 2006.07

尾藤誠司: 【EBMとNBM】 質的研究を診療に活用する(解説/特集)、*診断と治療* 94巻2号 P277-281, 2006.02

内野三菜子, 板澤朋子, 染谷正則, 今葦倍敏行, 尾藤誠司: 「医学生・研修医のための放射線

治療セミナー」参加者における放射線腫瘍学の知識と経験 小テストの試みとセミナーの今後のあり方、*日本放射線腫瘍学会誌* 17巻4号 P207-213, 2006.01

松村真司:【Common Diseaseインストラクションマニュアル 患者に何をどう説明するか】患者にどう説明するか? 効果的な説明 その技術とアート、*Medicina* (0025-7699) 43巻12号 P642-643, 2006.11

松村真司:【薬で困るあれこれ】 患者さんに薬を適切に服用してもらうために、*レジデントノート*(1344-6746) 8巻3号 P361-366, 2006.06

松村真司:【日本のプライマリ・ケア よくある健康問題100】 総論 日本のプライマリ・ケアを科学する プライマリ・ケアに必要な研究、*総合臨床*(0371-1900) 55巻増刊 P627-631, 2006.04

## VI. 研究成果の刊行物・別刷

## 効果的な説明—その技術とアート

松村 真司

患者と医師の間には理解度にギャップがある。そのため適切な用語や言葉を用いた説明の技術が必要である。また患者には個別性があり、これらに配慮したきめ細かい対応も必要である。

医療において患者-医師間のコミュニケーションがその根幹をなすことはいうまでもない。しかし、医療者の注意はいかに効率的に情報を聴取し、いかに患者の信頼を得るかに集まりがちである。もちろん、正しい情報が得られなければ、正しい診断に至ることはできず、正しい診断に至らなければ、診断、次に行うべき検査・治療、予後を含む今後の見通しに関して、正しい説明をすることもできない。その意味では、医療面接の標準的な手法が、患者-医師関係を構築し、効果的に情報収集をすることに重点が置かれているのも当然である。

一方、多くの患者調査で、医師に対して望まれるものとして「わかりやすい説明」は常に上位にあがってくる。国立国語研究所が2004年に行った調査では、回答者のうち36.1%が、「医師から、症状や治療について、わかりにくい言葉で説明された経験がある」と答えており、実際には医師の説明が不十分であることが示されている<sup>1)</sup>。また、患者は医師の話すこと、あるいは書いてある情報を理解していないことがこれまでの調査で明らかになっている。ある調査では患者は、診療直後に説明された内容のおよそ40%を忘れていた<sup>2)</sup>。このように、説明を効果的に行うことはなかなか困難なことである。

### 患者と医師の理解度のギャップ

医師は長い年月をかけ医療知識を習得する。したがって、医療者が日常的に使用している医学用語・医療用語は基本的に医療者以外には理解され

ないと考えたほうが安全である。マスメディアなどで頻繁に使用されているからといって、そのような医学用語や医療知識が普及しているとは限らない。例えば、岸らの小児科外来における母親の医学用語の理解度の調査では、坐薬、頓服、炎症、感染症の正解率は45.7%、41.7%、45.8%、38.9%と半数以下であった<sup>3)</sup>。また、録音テープを用いて、専門用語を用いた場合と、用いずに同じ病状説明を行った場合、説明内容の理解度、満足度に差が生じることも示されている<sup>4)</sup>。また、用語だけではなく、腎臓の位置、心臓の構造、動脈と静脈の違いなど、解剖学に関する基本的な知識の患者と医師の間のギャップも大きい。もちろん患者の職業や教育程度などによって、理解度に関する個人差がかなりあることも知られている。

### 患者と医師の間で理解度に差がある言葉

医療者が使用する用語や言葉のなかで、一般には理解されなかったり誤解を招いたりする用語がある。なるべく簡潔でわかりやすく説明を心がけていても、このような言葉を無意識のうちに用いた場合、患者は意味を理解せず、または別の意味に捉えて誤った理解をしてしまうこともある。また、患者が理解しない専門用語を頻繁に用いると、診療への満足度は大きく下がる。以下にそのような言葉や用語の例を挙げる。

#### 1. 難解な言葉(診断名・専門用語)

そもそも一般になじみのない医療の概念や医療の専門知識を示す用語は、患者の理解度も低い。このような言葉は極力避けるか、あるいはこのよ

まつむら しんじ: 松村医院 ☎東京都世田谷区上野毛3-4-16

うな概念や用語そのものへの補足説明が必要である。代表的なものに、痛風、くも膜下出血などの診断名や、内視鏡検査、負荷心電図などの検査用語などが挙げられる。また、吐血、下血などの症状を表す用語、上腕、耳介などの解剖学的用語、皮下注射や血液透析などの医療行為を示す言葉も一般にはなじみが薄い。また、流行性耳下腺炎とおたふくかぜのように、医療で主に用いられる用語と一般名が異なるものも少なくない。このような用語は言い換えることによって理解を得られることが多いが、関節リウマチ(rheumatoid arthritis: RA)とリウマチのように医療用語と一般に使用されている用語が示している概念が異なっている場合、お互いに理解しているものが異なっている可能性があるため、特に注意が必要である。

### 2. カタカナ語、アルファベットを用いる外来語、略語

ウイルス、カテーテルなどのカタカナ語・外来語や、MRI、COPDなどの略語が代表的なものである。このような外来語・略語などは、テレビやパソコンなどの通常の外来語や略語と同様、広く用いられ、浸透することによって理解度が上がっていき、普通に用いることが可能になってきているものもある。しかし、一般に高齢者はこのような外来語への親和性が低いいため、このようなカタカナ語・外来語、また略語に関しては常に患者の理解度を確かめながら用いるほうが無難である。

### 3. 医師や医療関係者のみが用いる独特表現

特に注意が必要なものは、医師や医療関係者のみが用いる独特の表現である。一般的な用語のようにみえて、通常の会話では用いることが少ないものがこれにあたる。このような用語を使用している際には、専門用語を用いている意識が希薄になるため、しばしば問題となる。例えば、「呼吸苦」、「腫脹」、「経過を観察する」などの表現がその例である。また、身体(シintai)、足底(ソクテイ)、一過性(イツカセイ)、発汗(ハッカシ)など、文字にすると簡単であっても、通常話し言葉として用いることが少ないため、意味が伝わりに

表1 効果的な説明を行うためのポイント

- 1) 患者説明前の理解レベルを把握する。
- 2) 内容別に分類し、重要なものから説明する。
- 3) 身近で具体的な例を用いる。
- 4) 簡潔に、一文は短いセンテンスで話す。
- 5) 質問を促し、理解の確認をする。
- 6) 説明のポイントを要約し、繰り返す。

くい用語にも注意が必要である。また、ショック状態のように、医師と医師以外が意味するニュアンスが大きく異なるものも多い。

### 効果的な説明を行うためのポイント(表1)

説明を効果的に行うには、まず患者の理解レベルを確認したうえで、理解レベルに応じた用語を用い、簡潔にポイントを絞って具体例を交えながら説明を行うことが必要である。また、最後に質問を促し、理解できたかどうか確認をする。そのうえで、説明のポイントを繰り返す。しかし、難しい疾患概念を、短時間でやさしく説明するのは限りがある。図表や配布資料などを利用することや、改めて時間をつくり、説明を繰り返し行うことも助けになる。この部分は医師の知識や技術に大きく左右される部分である。もちろん、患者の心配事や疑問に配慮しながら説明を行うことも重要である。しかし、このような心配事や疑問にこそ個別性がある。効果的な説明のためにはこのような個別性へのきめ細かい対応が必要であり、ここがまさに説明におけるアートの部分である。

### 文献

- 1) 国立国語研究所：平成16年度調査「外来語に関する意識調査」第4章 医療の専門家に期待する言葉遣いの工夫。 [http://www.kokken.go.jp/katsudo/kenkyu\\_jyo/genzai/ishiki/164-2.html](http://www.kokken.go.jp/katsudo/kenkyu_jyo/genzai/ishiki/164-2.html)
- 2) Ley P: Doctor - patient communication: some quantitative estimates of the role of cognitive factors in non-compliance. J Hypertens 3(Suppl.1): S51-555, 1985
- 3) 岸 和子・他：小児科外来における医学用語の理解度調査。日本医事新報 4016: 42-44, 2001
- 4) 門松拓哉・他：病状説明、医学用語に対する患者の理解度。家庭医療 11(Suppl): 42, 2004



# 患者さんに薬を適切に服用してもらうために

松村真司

## Point

- ・約半数の患者が、処方された薬を指示通り服用していない
- ・アドヒアランスが悪いことが社会に与える影響は甚大である
- ・アドヒアランスには患者だけではなくさまざまな要因が影響する
- ・アドヒアランスを改善させるには患者－医師関係を改善させるなど、多くの一般原則に従って努力する

## 事例

23歳、女性、気管支喘息中発作のため救急外来受診。フルタイド®の定期吸入を開始し、発作時頓用のサルタノール®を処方。あなたの懇切丁寧な指導で発作はすみやかに消失し、しばらくきちんと通院していたがそのうち外来に来なくなった。その年の秋、久しぶりに外来を受診。会うなり「先生！先週末発作が起きちゃった。前回言われた通り、こっち（フルタイド®）は苦しいときだけ使って、こっち（サルタノール®）は毎日きちんと使ったのに良くならないから診察受けに来たの！あれ、先生、遠い目をしてどうしたの？」

## はじめに

本誌の読者のように向上心に燃える若い医師は、日夜、正しい診断、正しい治療の選択をどうすべきか、技術習得に邁進していることでしょう。診療能力向上をめざし、臨床能力を向上させて、正しい治療の選択をする。それはそれで正しいことだと思います。しかし、患者さんは生身の人間です。あなたが、どんなに正しく診断して、どんなに正しい治療をしようとしても、患者さんが、あなたが処方した薬を、処方した通りに使っていないければ診療は成り立たないのです。だからといって、「そんなの患者が悪い」と言ってしまうのは身もふたもありません（言いたい？）。そういうあなただって身に覚えはありませんか？あなたの引き出しには、飲み残して余ったお薬は、入っていませんか？いつか飲むかもしれないと思ってストックしていませんか？えっ、ない？まあ、そういう人もいると思いますが、そういう人が多数派ではないことをデータでみてみましょう。

## 1 半数の患者さんは、薬を指示通りに服用していない

薬剤の服薬状況の調査は世界中で行われているが、その調査結果はほぼ一貫しています。薬剤を指示通り服用している人はおよそ50%、発展途上国ではこれよりも低いことが明らかにな

表1 服薬状況に関する6つのパターン

1	完全に指示通り服用している
2	毎日指示通り服用しているが、ときに飲む時間やタイミングが間違っている
3	ときに1日服薬を忘れることがあり、しばしば飲む時間やタイミングを間違える
4	年に3～4回“ドラッグ・ホリデー”があり、しばしば飲む量を減らす
5	1カ月に1回以上“ドラッグ・ホリデー”があり、しばしば薬を服用しない
6	一見きちんと服用しているようにみえるが、全くあるいはほとんど服用していない

上記のそれぞれが患者の6分の1を占める。

注) ドラッグ・ホリデー：2～3日間、全く薬剤を服用しないこと  
文献4より引用改変。

っています<sup>1)</sup>。日本のデータでも、1997年に行われた全国調査によると、「必ず指示通りのむ」と答えた人は51.5%にすぎず<sup>2)</sup>、2005年に行われた調査では、やや若い人が調査対象であったためか「きちんと指示通りのむ」と答えた人は38%にとどまっています<sup>3)</sup>。これらの結果から、わが国でも薬剤を処方した通りに服用する人は半数以下であると推測されます。この傾向は、慢性疾患ではより顕著です。例えば、ある試験においてコレステロール降下薬の服用を開始した患者の半数は6カ月後には内服を中断していました。また大うつ病の患者の半数は治療開始3カ月後には服薬を中止しています。これまで行われた調査によると、患者の服用状況のパターンは大きく分けて表1に示す6つに分かれるとされています<sup>4)</sup>

## 2 薬剤に関する行動：アドヒアランスとコンプライアンス

このように「処方された薬剤をどの程度患者が指示通り内服しているか」という行動を、「患者の薬剤へのアドヒアランス」と呼びます。アドヒアランスは、患者が医療者との間で決定した治療方針を支持し実行できることと定義されています。遵守するという意味のコンプライアンスという用語がこれまで用いられていましたが、今では患者の主体性を重視したアドヒアランスという用語がより頻繁に用いられるようになっていきます。

## 3 薬剤を指示通りに服用することの重要性

以上に示したように、多くの患者は、処方された薬剤を指示された通り服用していません。しかしそのことが社会に与える影響は予想以上に大きいものです。特に、糖尿病、高血圧、気管支喘息、うつ病などの慢性疾患は、長期にわたる継続的な薬剤の服用を必要とするため、薬剤を指示通り内服しないことによって、疾病の経過、そしてその帰結であるQuality of Lifeや生命予後に与える影響は甚大です。例えば、降圧薬をどの程度きちんと服用するかが、その後の血圧コントロールの程度や合併症の発現率と関連することが種々の臨床研究で明らかになっています。また、HIV感染症、結核などの長期にわたる服薬を必要とする感染性疾患において、指示通り薬剤を服用しない患者のその後の健康状態や生命予後が悪いことも明らかになっています。また、このような疾患では服用を中断することによって耐性菌が出現しやすくなることなど、社会全体に与える影響も大きいのです。

以上にみられるように、アドヒアランスが社会経済に与える影響はきわめて大きいものなの

表2 アドヒアランスを決定する5つの因子

社会・経済的因子	貧困, 教育レベル, 失業, 社会資源ネットワークの欠如, 住環境, 文化など
保健医療システム / 保健医療チームの因子	医療保険制度, 薬剤費の自己負担, 医療スタッフの知識・行動など
疾患の状態に関する因子	自覚症状の有無, 障害の程度, 疾患の進行状況, 効果的な治療法の有無など
治療に関する要因	処方内容の複雑さ, 治療期間, 副作用の程度, 効果発現までの期間など
患者に関する要因	疾病に関する知識や信念, 治療への意欲, 自己効力感, 治療への期待, 認知障害の有無など

文献1より引用改変.

です。米国における推計では、すべての年間の入院の33～69%は、薬剤を指示通り服用しないことによって生じたものであるとされており、その経済的コストは米国だけで年間100億ドル、12兆円にも上ると試算されています<sup>4)</sup>。

#### 4 アドヒアランスに影響する要因：患者を責めるだけではない

アドヒアランスが悪い原因は、患者の疾患に関する治療意欲や知識の欠如、あるいは患者の信念の問題によるものなど、とかく患者に責任があると考えがちです。しかし、アドヒアランスを低下させる理由のうち患者側の要因は一部にすぎず、より複雑な要因が絡み合っているのです(表2)。貧困、教育レベルなど、その国や地域の社会経済的な影響が大きいのはもちろんのこと、医療保険制度や薬剤費の自己負担など、医療システム・医療チームの問題などのシステムの問題がアドヒアランスには大きく影響します。疾患そのものの状態にも影響します。例えば、糖尿病のように自覚症状がない長期にわたり徐々に進行するような疾患ではアドヒアランスは悪くなります。また、服用を必要とする期間、副作用の発現頻度など治療に関する要因も影響します。このように、患者側の要因を越えた、さまざまな要因がアドヒアランスを悪くすることを理解する必要があるのです。

#### 5 患者をとりまく要因を把握する

前述のようなアドヒアランスに影響を与える要因の多くは、国や社会といったシステムレベルで解決すべき問題であり、医師の個人の努力では解決できない問題が多いのです。私たちが介入できる部分は、それぞれの診療の現場で解決できる部分、すなわち患者、あるいは医師ないしコメディカルといった医療者側、そして治療内容の工夫、といった部分に限られます。しかし、アドヒアランスに影響する患者個人の社会経済的な要因などを事前に理解しておくことで、診療をしているどの患者により注意を払うべきかの予測に役立つと思われます。また、年齢はしばしばアドヒアランスに影響すると考えられるのですが、これは正確ではありません。乳幼児・小児の場合は、患児の要因より両親の要因の方が強く影響します<sup>5)</sup>。服薬を自分で管理しはじめる思春期の患者では、成人や小児よりもアドヒアランスが悪いことが知られています。また、高齢者は一般に、アドヒアランスが悪いと考えられているのですが、これは年齢による

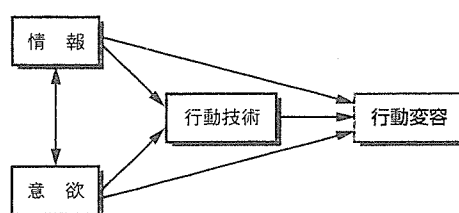


図 情報-意欲-行動技術モデル  
文献1より引用改変。

影響よりも、より複雑な処方内容や処方数の増加、そして認知障害を発症してくることによる影響が大きく、単純に年齢のみがアドヒアランスに影響してくるわけではないと考えられています。また、うつ病、認知障害など、精神疾患が存在するとアドヒアランスは低下します。したがって薬剤の投与を開始する場合には、常にこのような精神疾患の有無について注意を払う必要があります。

## 6 アドヒアランスと行動理論

これまで、薬剤を服用していなかった患者が、定期的に指示通り服用をするようになる、ということは、すなわち患者がこれまで慣れ親しんでいた行動の内容を変更し、薬をのむという新たな行動をはじめるといことです。アドヒアランスに関して、行動理論の1つである、情報-意欲-行動技術モデル（IMBモデル）を用いて説明がされています（図）<sup>1)</sup>。アドヒアランスにおけるIMBモデルにおける情報は、なぜ服薬が重要か、服薬をしないとどうなるのか、などの疾患や治療に関する基本的知識を表しています。また、意欲とは、医師の指示通り服薬をしようとする意欲で、これらは相互に影響しあっています。行動技術とは、指示通り服薬を続けるために患者が獲得しなければならない技術です。情報と意欲が向上すれば行動技術を向上させる方向に働きます。また、情報・意欲・行動技術はそれぞれが直接行動変容に影響します。

## 7 アドヒアランスを改善するために

以上のモデルに従って、アドヒアランスに関して臨床介入研究が行われており、その結果単一の介入よりも、複数の方法を利用した介入の方がより効果的であることがわかっています。もちろん、これらの介入には、システムの改善など医師だけの努力では解決できないことも多いのですが、本稿では日常の診療においてアドヒアランスを改善するための一般的な原則を以下に示します。

### 1) 患者-医師関係の改善：コミュニケーション技術の向上を努力する

アドヒアランスを改善するために最も重要なことは、患者と医師間のコミュニケーションを改善することにつきます。医師の患者への態度、特に共感的な対応、暖かいコミュニケーションが、アドヒアランスの向上に中心的な役割を果たしていることがこれまでの多くの研究で実証されています。また、薬剤情報をしっかりと与え、患者を支援する会話を多くし、また患者

へ服薬状況を確認する質問を中立的にすることがアドヒアランスを向上させることもわかっています。また、同じ医師が継続して治療に当たることもアドヒアランスを改善させます。したがって、特に慢性疾患においてはプライマリ・ケアの医師が継続して診療にあたるのがアドヒアランスの面で重要であることがわかっているのです。

## 2) 患者を主体的に治療に参加させる

患者を診療に参加させ、より患者の治療意欲を高めることもアドヒアランスを改善するためには重要です。治療への自覚を高め、より能動的に治療に参加することがアドヒアランスの向上に役立ちます。患者が情報を共有し、医師と強いパートナーシップで結ばれた患者のアドヒアランスは良いことが実証されています。また、教育をくり返すことにより患者が治療の必要性をしっかりと理解していることは、アドヒアランスの向上につながるがわかっています。

## 3) 患者・患者家族への情報提供を積極的に行う

患者の知識を向上させ、さらに治療への意欲を高めることはアドヒアランスのために重要です。診療の必要性や、疾病の予後、経過などについてくり返し適切に情報提供することは知識と意欲を高めることにつながります。服薬の際の注意事項や質問内容について、なるべく頻繁に情報提供をすることが必要です。このようなきめ細かい情報提供には、コメディカルの協力、とりわけ薬剤師の協力が必要です。また、忙しい外来において、効率よく行うための教育ツールの開発や工夫なども重要です。短い時間で効果的に情報提供を行うためには、印刷物やサンプル、ホームページなどさまざまな媒体を使うことが有用です。

## 4) できる限り処方シンプルにする

複雑な処方よりも、単純な処方内容の方がアドヒアランスが良いことはこれまでの研究で実証されています。Claxton らが行ったシステムティック・レビューでも、1日の服用回数とアドヒアランスとは明確に逆相関することが示されています<sup>6)</sup>。したがって、できるだけ処方の内容は単純にすることが必要です。また、不必要な薬剤の処方は、処方数を増やし、アドヒアランスを低下させ、結果的に必要な薬剤の効果が得られなくなってしまいます。よくみられる抗生物質と整腸薬の併用、鎮咳薬と去痰薬の併用は本当に必要か、処方前に吟味する必要があります。また服用時間も、できる限り統一する必要があります。また、副作用の発現率とアドヒアランスは大きく関連します。当然のことですが同程度の効果があるのであれば、副作用の発現率の低い薬剤を選択する必要があります。

## 5) 患者の好みに合わせて処方内容を変える

薬剤の剤形は、錠剤、粉末剤、カプセル、液剤、貼布剤、坐剤などさまざまです。また、その投与方法も、注射、内服、外用、吸入など多くの種類があります。このような剤形とアドヒアランスについていろいろな研究が行われていますが、どれが一番良いというものはありません。また、粉末薬やシロップでは、一般に好まれる味が存在することも実際に経験します。好まれない味の薬剤ほどアドヒアランスが悪いこともこれまでの研究でわかっているのですが、味の良し悪しを測定するゴールド・スタンダードがないこと、また味の嗜好は地域差・文化差が大きいので、一般的な結論を出すことはできません<sup>5)</sup>。結局は、患者のニーズ・嗜好に沿った

処方を行うことが必要になります。また、薬剤コストがアドヒアランスに与える影響は大きいのですが、これらも所持している保険の種類や、患者の経済状況などによっても大きく異なります。患者のニーズと嗜好を把握し、また患者のライフスタイルに合わせて処方内容を変えることがアドヒアランスの向上には重要です。

## 6) アドヒアランスを改善させるさまざまなツールを使う

処方内容を改善するだけでなく、曜日ごとに調合された製剤の一包化や、通院間隔を短くし、より頻回にアドヒアランスを確認する、ピルボックスを用いて曜日・服用時間を間違えないようにする、介護者などの教育を通じてアドヒアランスを良くする、定期的に服薬状況を実際に観察して確認するなど、アドヒアランスを向上させるにはさまざまな工夫が必要です。この際、医師だけではなく、コメディカル・介護者・患者家族など多くの人の協力を得ることが重要です。



## おわりに

病院などで勤務しているとわからないことかもしれないのですが、往診で患者の自宅に行ってみると、ビニール袋に入った大量の飲みきれなかった薬剤を発見することは本当によくあることなのです。患者の診療にあたる際には、常にアドヒアランスに注意を払う必要があります。ですので、患者さんには常に中立的な立場で、「お薬きちんと飲んでいますか？」と確認する必要があります。いいえ、という答えが返ってきたら、思い出してください。半分の患者さんは薬を指示通り服用していません。そして、もう一度質問してみます、あなたの机の引き出しには、飲み残した薬は入っていませんか？

### 参考文献

- 1) Sabate, E.: Adherence to long-term therapies: evidence for action. World Health Organization, 2003  
[http://www.who.int/chronic\\_conditions/en/adherence\\_report.pdf](http://www.who.int/chronic_conditions/en/adherence_report.pdf)
- 2) Tsuji-Hayashi, Y., Fukuhara, S., Green, J. & Kurokawa, K.: Use of prescribed drugs among older people in Japan: association with not having a regular physician. J Am Geriatr Soc, 47 (12): 1425-1429, 1999
- 3) くすりの適正使用協議会：一般市民の医薬品および医療に関する意識調査, 2005  
[http://www.rad-ar.or.jp/03/06\\_bunken/pdf/ishikichousa2005.pdf](http://www.rad-ar.or.jp/03/06_bunken/pdf/ishikichousa2005.pdf)
- 4) Osterberg, L. & Blaschke, T.: Adherence to Medication. N Engl J Med, 353 (5): 487-497, 2005
- 5) Winnick, S., Lucas, D. O., Hartman, A. L. & Toll, D.: How do you improve compliance? Pediatrics, 115 (6): e718-724, 2005
- 6) Claxton, A. J., Cramer, J. & Pierce, C.: A systematic review of the associations between dose regimens and medication compliance. Clin Ther, 23 (8): 1296-1310, 2001

### プロフィール

**松村真司** Shinji MATSUMURA 松村医院 院長。  
専門は最近では世田谷区上野毛の医療と答えています。コミュニケーションの仕事が多いのですがやっぱり言葉は難しいものです (by サンボマスター)。

## 医療サービス研究と医療の質改善

松村 真司

総合診療をめぐる批判のひとつに、「総合診療は、専門医が行うべき分野に手をだし、標準以下の治療を行う、無責任な医療である」というものがある。実際、これまでの研究で専門医は専門分野における最新の知識、有効な薬剤使用などの診療パターンにおいてジェネラリストに比べ優れており、また、虚血性心疾患や脳血管障害などの急性疾患においてはアウトカムも優れていることが明らかになっている (Harrold ら, 1999)<sup>1</sup>。「果たして総合診療は存在すべきか」という主題に関して本稿では言及しないが、仮に「存在すべき」という前提に立つとするのであれば、専門医から、そして社会からのこの批判に対して応える責務があると考ええる。

確かに専門医は自分の専門分野の医療の質に関しては優れている。しかし時に患者のニーズに応じて自分の専門分野外のサービスを提供することがあり (Spiegel ら, 1983)<sup>2</sup>、その際に提供されている医療の質は総合診療医よりも低い可能性がある。また、予防医療サービスなどのような横断的なものについては専門家よりもアクセスのよい総合診療医が提供したほうがよいこともあろう (Turner ら, 1992)<sup>3</sup>。適切な訓練を受けた総合診療医が専門医と連携すれば、専門医が単独で提供するよりも優れた医療サービスを提供できる例も示されている (Ayanian ら, 2002)<sup>4</sup>。しかしこれらはすべて、総合診療医がある一定の質を保っていることが前提である。

医療サービス研究とは、人々の健康に関与する社会や医療の構造、提供体制とその結果の観点から、アクセス・供給・コスト・質・サービス使用などがどのように影響しているのかを研究する学問である (Institute of Medicine, 1995)<sup>5</sup>。医療サービス研究に関する米国内科アカデミーの定義を表1に示す。総合診療医の診断・治療のプロセスを

表1 米国内科アカデミーによるヘルス・サービス研究の定義 (米国内科アカデミー, 1991)

ヘルス・サービス研究とは、個人および集団の保健医療サービスの構造・プロセスそして効果についての知識と理解を深めるため、サービス使用・コスト・質・アクセス・供給・組織・財政・そしてアウトカムについて調べる、多分野にまたがる基礎および応用科学である。

解明していくには、患者を一種の社会システムの一部とみなし、より高次のシステムである家族、地域、医療政策、文化などを含めた、大きな観点から探っていくことが必要である。この際、多くの社会システムと人々の健康との関連を扱う医療サービス研究が重要である。

また、総合診療医が社会に対する責任を果たしていくためには、自らが提供する医療サービスの質の保証・改善を主体的に行っていかなければならない。そのためには、医療の質を系統的に記述、評価し、改善する研究手法としての医療サービス研究がとりわけ重要である。医療サービス研究が盛んな米国では、多くのジェネラリストが、専門医や、多分野の研究者と共同してこのような研究に関わっている (Wenger ら, 2001)<sup>6</sup>。近年、わが国でも医療サービス研究者の育成が始まり、これらの教育プログラムはジェネラリストにも門戸が開かれている。質の高い医療サービス研究を実施し、自らの医療の質の向上に貢献するとともに、社会に対してその結果を発信することによって、よりよい医療システムの構築に貢献することが、総合診療が今後果たすべき中心的な役割の一つであると考えられる。

### 文献

1. Harrold LR, Field TS, Gurwitz JH. Knowledge, patterns of care, and outcomes of care for generalists and specialists. *J Gen Intern Med* 1999; 14: 499-511
2. Spiegel JS, Rubenstein LV, Scott B, Brook RH. Who is the primary physician? *N Engl J Med* 1983; 308: 1208-1212
3. Turner BJ, Amsel Z, Lustbader E, Schwartz JS, Balshem A, Grisso JA. Breast cancer screening: effect of physician specialty, practice setting, year of medical school gradua-

Health services research and quality improvement in health care

*Shinji Matsumura*

松村 真司

松村医院

〒158-0093 世田谷区上野毛 3-4-16

- tion, and sex. *Am J Prev Med* 1992 ; 8 : 78-85
4. Ayanian JZ, Landrum MB, Guadagnoli E, Gaccione P. Specialty of ambulatory care physicians and mortality among elderly patients after myocardial infarction. *N Engl J Med* 2002 ; 347 : 1678-86.
  5. Institute of Medicine. *Health Services Research : Workforce and Educational Issues*. Washington DC : National Academy Press, 1995
  6. Wenger NS, Shekelle PG. Assessing care of vulnerable elders : ACOVE project overview. *Ann Intern Med* 2001 ; 135 : 642-646

## Updates JSGM

### 患者中心のエビデンスを評価する 総合診療医の役割

小泉 順二

総合診療の根源の考えは、EBM と患者中心医療であり、心身を区別しない患者への対応だと思っている。急性疾患では EBM に基づく診断・治療能力が、慢性疾患では患者中心医療が重要である。慢性疾患の代表である糖尿病での発表文献数を検討してみた。Medline での検索では、糖尿病の英文原著は 1998 年から 2005 年 7 月までで 21,358 であり、行動科学 (behavior and behavior mechanisms) 関連が 3,093 報告されている。また、そのなかの医師-患者関係関連は 62 である。全体から見れば少ない研究報告であるが、発表数は確実に増えており、1998 年と 1999 年の報告は 12 (全体の糖尿病関連発表数の 0.27%)、2003 年と 2004 年は 0.38% と増加している。行動科学関連でも 12.8% から 15.3% と増加している。

慢性疾患の管理・治療における患者教育の重要性は以前より指摘されているところであり、行動科学に基づく指導が必要とされている。このような意識の現わ

れが論文発表数にも表れていると解釈できる。厚生労働省、日本糖尿病学会、日本医師会、日本糖尿病協会が共同して行う糖尿病対策推進会議が 2005 年 2 月に設立された。この動きも慢性疾患の管理・治療における地域での取り組みの重要性が認識されてきた表れと思われる。今後、糖尿病のような疾患だけでなく禁煙指導などを含む地域での取り組みに関わり、患者中心のエビデンスを評価する総合診療医の役割は重要と考える。慢性疾患の診療には当然のことながら専門医も必要である。専門医は新しい知識を創造し治療へと繋げる役割があると考えている。しかし、通常の患者管理・治療では医師・患者関係を重視し行動科学を理解している総合診療医 (特に地域と患者生活に密着している家庭医) がかわることが望ましいと思われる。急性疾患における診断・治療技術とともに慢性疾患における疾病管理法を十分に使用できる総合診療医が育ち、専門医-総合診療医連携が機能することが望まれる。

Junji Koizumi

金沢大学医学部附属病院総合診療部・総合診療内科  
〒920-8640 金沢市宝町 13-1