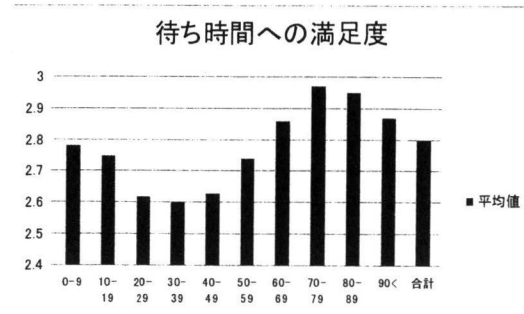


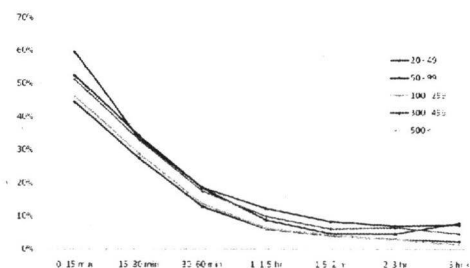
満足度が高かった。一方、60歳未満の患者は満足度が低く、特に20歳代、30歳代、40歳代は低かった。



注) 5:非常に満足している, 4:やや満足している, 3:ふつう, 2:やや不満である, 1:非常に不満である

3) 待ち時間と満足度率 (病院病床数別)

待ち時間と満足度率の関係は、病床数が少ない病院群は、病床数が多い病院群に比べて満足率が高い傾向にあった。3時間以上の待ち時間の場合は、病床数にあまりよらずにばらつきがある結果となった。



注) 満足率は「非常に満足している」と「やや満足している」を合計した割合

4) 多変量解析 (重回帰, ロジスティック)

説明変数は、年齢、性別、待ち時間、規模 (病院病床数)、予約の有無とし、目的変数を待ち時間への満足度とするモデルを考える。重回帰分析については、重相関係数 ($R=0.522$), 決定係数 ($R^2=0.272$) となり、下記の表の結果になった。

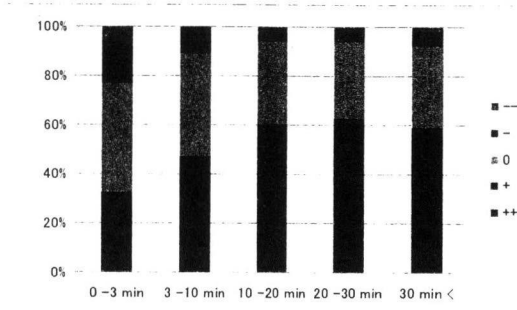
モデル	標準化されていない係数		標準化係数		t値	有意確率
	B	標準偏差	ベータ			
(定数)	2.163	0.018			121.192	$p>0.01$
待ち時間	0.372	0.002	0.5		169.486	$p>0.01$
年齢	-0.006	0.000	-0.113		-39.033	$p>0.01$
規模	0.075	0.003	0.077		24.146	$p>0.01$
性別	0.043	0.006	0.019		6.78	$p>0.01$
予約の有無	-0.053	0.008	-0.021		-6.644	$p>0.01$

さらに変数増加によるステップワイズ法によるロジスティック回帰分析については、Cox-Snell ($R^2=0.320$), Nagelkerke ($R^2=0.438$) となり、下記の表の結果になった。

	B	標準誤差	有意確率 (Wald検定)	Exp (B)	EXP (B) の 95% 信頼区間	
					下限	上限
性別	.182	.021	.000	1.200	1.150	1.251
年齢	-.018	.001	.000	.982	.981	.983
病床数	.236	.009	.000	1.266	1.243	1.289
待ち時間	1.088	.010	.000	2.969	2.910	3.028
定数	-2.369	.055	.000	.094		

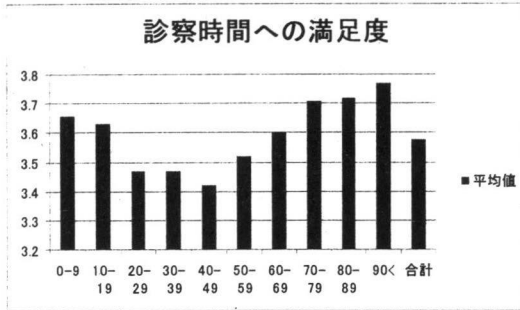
5) 診察時間への満足度と診察時間

外来の診察時間への満足度と時間の関係は、診察時間の増加に伴って満足度が増加する傾向があった。「非常に満足」の割合は0分~5分の間が15%, 5分~10分の間が22%, 10分~20分の間が33%, 20分~30分の間が最も多い36%, 30分以上が34%であった。20分~30分の間が患者(「非常に満足」と「やや満足」の合計:63%)にとって最も満足度が高い診察時間だった。



注) ++:非常に満足している, +:やや満足している, 0:ふつう, -:やや不満である, --:非常に不満である

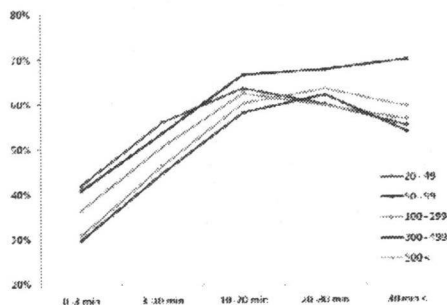
6) 年齢別と診察時間への満足度 年齢別と診察時間の満足度の関係では、母集団の平均値 3.58 に対して 0 歳以上 19 歳以下と 60 歳以上の患者は満足度が高かった。一方、20 歳以上 60 歳未満の患者は平均値と比較して満足度が低く、特に 20 歳代、30 歳代、40 歳代は低かった。



注) 5:非常に満足している, 4:やや満足している, 3:ふつう, 2:やや不満である, 1:非常に不満である

7) 診察時間と満足度率 (病院病床数別)

診察時間と満足度率の関係は、病床数が少ない病院群は、病床数が多い病院群に比べて満足率が高い傾向にあった。診察時間が 10~20 分の場合は、全体として最も満足率が高く、20 分以上の場合は、横ばいか若干下がる傾向がある結果となった。



注) 満足率は「非常に満足している」と「やや満足している」を合計した割合

8) 多変量解析 (重回帰, ロジスティック)

説明変数は、年齢、性別、待ち時間、規模 (病院病床数)、予約の有無とし、目的変数を診察時間への満足度とするモデルを考える。重回帰分析については、重相関係数 ($R=0.209$)、決定係数 ($R^2=0.044$) となり、下記の表の結果になった。

モデル	標準化されていない係数		標準化係数	t 値	有意確率
	B	標準偏差誤差	ベータ		
(定数)	2.636	0.02		128.622	$p < 0.01$
診察時間	-0.206	0.004	-0.186	-55.776	$p < 0.01$
規模	0.071	0.003	0.08	21.937	$p < 0.01$
年齢	-0.002	0.000	-0.044	-12.945	$p < 0.01$
予約の有無	0.105	0.008	0.048	12.919	$p < 0.01$
性別	0.033	0.007	0.016	4.891	$p < 0.01$

さらに変数増加によるステップワイズ法によるロジスティック回帰分析については、Cox-Snell ($R^2=0.059$)、Nagelkerke ($R^2=0.094$) となり、下記の表の結果になった。

	B	標準誤差	有意確率 (Wald検定)	Exp(B)	EXP(B) の 95% 信頼区間	
					下限	上限
性別	.084	.023	.000	1.088	1.040	1.138
年齢	-.004	.001	.000	.996	.995	.997
病床数	.245	.012	.000	1.278	1.248	1.309
予約の有無	.233	.028	.000	1.262	1.195	1.333
診察時間	-.740	.016	.000	.477	.462	.492
定数	-.810	.074	.000	.445		

D. 考察

今回、平成 17 年度における外来患者の時間に関する満足度を検討したが、診察までの待ち時間が 30 分以上の場合、診察時間が極端に短いか長い場合は、患者の満足度が得られない傾向があった。インフォームドコンセントの状況や疾病別の評価についてさらに検討が必要である。

E. 健康危険情報

なし

F. 研究発表

1. 論文発表 なし

2. 学会発表

1. 萩野大助, 児玉 知子, 富塚 太郎.
受療行動調査を用いた医療評価について
－外来患者の時間分析－. 第68回日本公衆衛生学会総会; 2009年10月; 奈良. 第68回日本公衆衛生学会総会抄録集. p.158
2. T. Kodama, D. Ogino, T. Tomizuka, N. Tomita. Healthcare Evaluation from public viewpoint - Analysis of National Survey on Patient Experiences in Japan. 国際疫学会西太平洋地域学術会議 兼 第20回日本疫学会学術総会; 2010年1月; 埼玉. Supplement to Journal of Epidemiology 日本疫学会. S256

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

日本におけるユーザー視点による保健医療の質の評価としての患者の満足度調査

富田奈穂子 (Health Service Research Unit, Department of Public Health and Policy, London School of Hygiene & Tropical Medicine)

児玉知子 (国立保健医療科学院人材育成部国際保健人材室)

1. ユーザー視点による保健医療の質の評価としての患者の満足度

近年、保健医療の質の評価において患者の視点を重視する考えが広まっており、OECD や WHO などの国際機関でも議論されている。従来は、優、良、可といった3~5段階程度の尺度で医師の視点から評価されてきた治療成績の評価についても、最近では Visual Analogue Scale (VAS)、QOL、患者の満足度といった、患者の視点による評価に変わりつつある。中でも患者の満足度を用いた調査は多く、今日では、患者の満足度は医療の質を評価する際に重要な指標の一つとなっている。

そこで、国内のユーザー視点による保健医療の質評価として患者の満足度に焦点を当て、本邦でこれまでに実施された患者の満足度に関する研究について、発表された論文タイトルと要旨から論文のレビューを行い、その動向を整理すると共に、ユーザー視点に立った保健医療の質評価について今後の調査の在り方を検討した。

2. レビュー方法

1998年から2008年までの10年間に学術発表された「患者の満足度」をキーワードとする論文を中心にレビューを行った。検索にはデータベース「医学中央雑誌 Web.Ver4」を用い、論文タイトルと要旨から、それぞれの研究目的、調査客体や調査方法を含む研究デザインなど、患者の満足度調査の動向をした。患者に対して、自らが体験した診療行為についての満足度を直接的に調査した研究を選出の条件とし、介護サービスや調剤業務など医療以外の満足度調査、食事や病室、接遇などアメニティに関する満足度調査、外来システムなどの制度に対する満足度調査、家族や看護師などが類推した患者の満足度についての調査は除外した。

3. 患者の満足度調査の動向

2008年10月1日時点において医学中央雑誌に収録されている、1998年以降2008年までに発表され論文を対象に、シソーラス検索機能を用いて検索を行った。その結果、シソーラス用語「患者の満足度」では7162件、その上位にあたる「消費者の満足度」では7994件がヒットした。

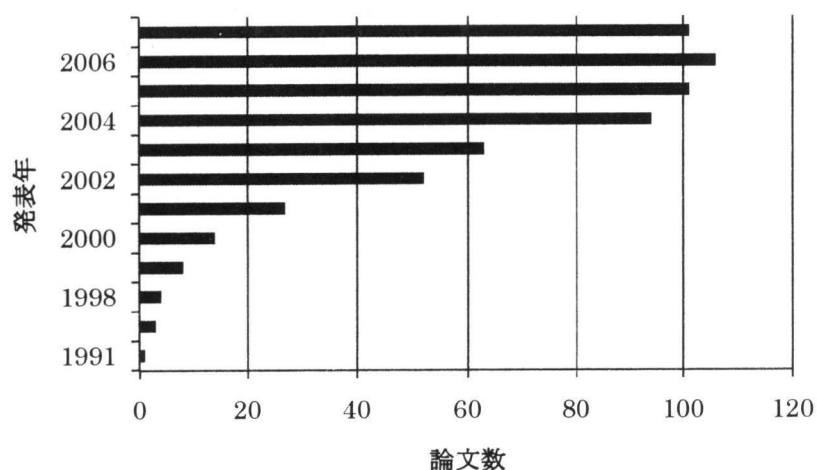
「消費者の満足度」としてヒットした7994件のうち、原著論文であった2625件のタイトルと要旨から、患者に対して、自らが体験した診療行為についての満足度を直接的に調査し

た研究を選出した。その結果、574 論文が前述の患者の満足度調査としての条件を満たすと判断された。

除外された研究には、患者の満足度を医師や他の医療提供者の視点から判断しているものも少なからずあり、主に、可動範囲や疼痛強度の変化といった臨床成績から医師が患者の満足度を類推している研究、看護師の考える患者の主観的満足度を患者の主観的満足度と見做している研究などがあつた。

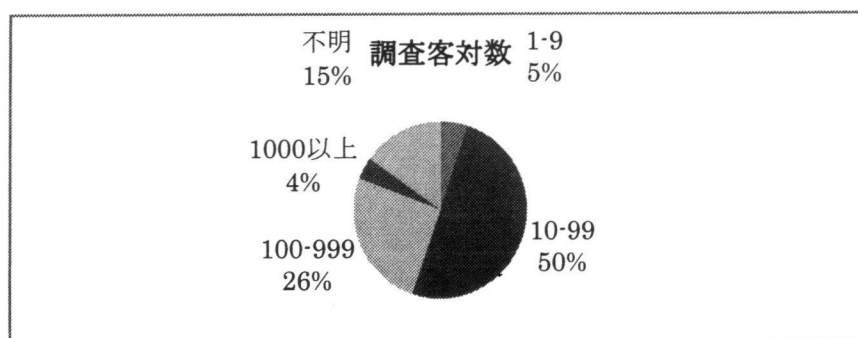
3.1. 論文の数

論文の発表年別に見ると、我が国における患者の満足度調査は2000年から増え始め、特に2002年以降は論文数が急速に伸びている。



3.2. 調査客体数

調査客体となった患者の数は100人未満が過半数を占めていた。また、調査客体数が1000人以上であった研究のうち、10,000を超えるものが2つ存在した。



3.3. 調査方法

ほとんどの研究が量的研究で、574の文献のうち質的研究は8つであった。

量的研究のうち、主な調査方法は3～5段階のリッカート尺度を用いた質問紙票による調査であった。調査客体数の少ないものは医療機関における直接調査によって行われており、客数が多いものほど郵送による調査、インターネットによる調査を用いる傾向にあった。

3.4. 調査内容

患者の満足度を独立変数とする研究は少なく、治療法や薬剤を比較考量する際の説明変数として患者の満足度を調査している研究が散見された。対象客数数の少ない、いわゆる症例研究では特に、「術後、患者の満足度は高かった」という漠然とした記述が散見された。

満足度についての質問方法は、「どの程度満足していますか」などと直接的に質問する方法と、「今後も治療を受けたいですか」、「他人にこの治療を勧めますか」、「医師の説明はよく理解できましたか」、「待ち時間はどの位でしたか」といった満足度の構成因子のみを質問し、満足度として解釈する方法との二通りに分けられた。

ほとんどの研究は受療経験全般について、回答者の印象に基づいた主観的満足度のみ調査しており、痛みの消失や待ち時間の長さといった客観的指標に基づいた客観的な満足度についても調査しているものは少なかった。

主観的満足度と客観的満足度を調査した論文数

()内数値は質的研究の数

主観的満足度のみ	客観的満足度のみ	主観的満足度、客観的満足度どちらも
432	40	85
(7)		(1)

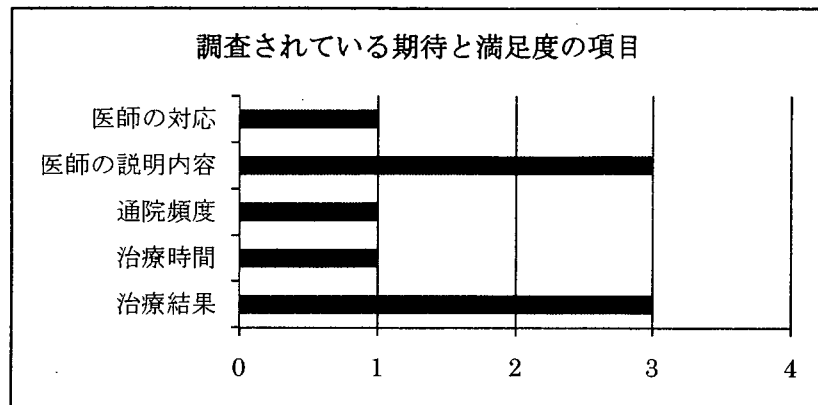
4. 患者の期待と満足度

満足度とはある事象に対する事前の期待感と密接に関係しており、満足度について考える際には同時に期待感についても調査する必要が認められる。期待は個人の信念や価値観などにより大きく左右される主観的な気持ちであり、期待の度合によって要求の度合いが、そして要求に対する充足としての満足度が変動する。それゆえに、同一の事象に対しても個人の満足度は異なってくる。

患者の視点から医療の質を評価する際には、一人一人の患者の満足度を考慮することが重要である一方で、こうした主観的で、個人差の大きい満足度という指標だけに頼った評価では客観性に欠け、社会的な観点から保健医療を評価する上でも好ましくないと考えられる。

そこで、論文タイトルと要旨からスクリーニングした 574 論文のうち、患者の満足度に併せて期待度についても調査し、医療の質の評価に際して客観性について配慮していると思われる論文を選出した。

処方薬についての期待と満足度を除くと、具体的項目に対する患者の満足度と期待度について調査していた論文数は 11 と僅かであった。これらの研究が調査していた項目は医師の対応や説明内容、通院頻度、治療が終了するまでの治療時間、治療の結果についての患者の満足度であった。



5. 保健医療の質の評価についての今後の調査のあり方

2000 年以降、我が国において患者の満足度をキーワードとする文献が急増しているように、ユーザー視点による保健医療の質評価は近年盛んになってきている。しかし、調査客対数が 100 未満の小規模な量的調査が過半数を占め、中には症例研究のようなものも多く、今後、研究をデザインする際には、研究目的に合致した客体数を確保するよう十分な留意が必要である。

満足度の調査は、質問紙票を用いて量的に実施されるケースが多いが、調査票を作成する際には全体的な満足度について「満足」、「どちらでもない」、「不満」といった選択肢を準備するよりも、例えば術後の疼痛について、治療についての医師の説明について、といった具合に、細分化した事柄についての満足度として具体的に調査する必要がある。

その一方で、患者中心の保健医療の質の評価において、患者の満足度は重要な指標の一つではあるが、患者の満足度そのものが実際の医療の質を担保するものではないという点は留意すべきである。満足度は各患者の社会・心理的背景に少なからず影響を受け、また、治療前の患者の期待度合によっても大きく異なる主観的な指標である。患者の視点により医療の質を評価する際には、こうした主観性に伴う問題を出来るだけ取り除く必要がある。それゆえに、保健医療の質の評価指標として満足度を用いる際には併せて治療前の期待度を調査すると同時に、治療成績等の客観的指標も加えて総合的に質を評価することが必要である。現状においてはこうした研究はごく僅かであり、今後期待したい。さらに、患者の満足度を

左右する因子は疾病特異的であることが懸念されるため、疾患別の満足度調査についても検討を進めることが期待される。

我が国には複数の疾患を対象とした全国レベルの大規模調査として、厚生労働省が3年毎に実施している受療行動調査（2005年度の調査客対数 218,393）、国立病院機構による患者満足度調査などがあり、これらの調査も用いながら保健医療の質を評価する上での患者、そして潜在的な患者であり、患者の家族・友人でもある保健医療サービスの受給者をも含めた「ユーザー」の視点による満足度調査について、今後、さらに研究を進めることが期待される。また、保健医療の質の評価には、並行して診療の標準化やガイドラインの整備を進め、地域保健サービスについても併せて評価して行く必要があることも忘れるべきではなく、満足度に終始しないユーザー視点に基づいた調査のあり方についても検討することが必要であろう。

ユーザー視点からの考察：

患者経験（Patient Experience）におけるセルフケア論と概念整理

国立保健医療科学院 福祉サービス部

研究員 松繁卓哉

1. 背景

2008年、イギリス保健省は医師 A. Darzi 卿の主導のもと、報告書『*High Quality Care For All: NHS Next Stage Review Final Report*』を公表した。この報告書は、医師・NHS 職員・患者らによって取り組まれてきた NHS 改革 ‘NHS Next Stage Review’ の最終報告として位置づけられたものである。タイトルの一部である ‘*High Quality Care*’ は、それ以前の NHS 改革が主として医療提供のキャパシティの増大に向けられてきたことを省みて、今回の改革が現場で提供されるサービスのクオリティ向上を主眼とするものであることを示している。

この改革で Darzi 卿は、ケアのクオリティを構成する主要 3 要素として ‘safety’ ‘effectiveness’ そして ‘patient experience’ を掲げてきた。すなわち、感染・過誤において回避可能なリスクを取り除くことで「安全性」を確保し、その上で患者の QOL を確実に高める「効果」のある治療を行うことによって、患者が NHS において「経験」するあらゆるケアのクオリティを改善することを目的としたわけである。

前掲の報告書（p47）には、この改革における「患者経験／patient experience」という概念の位置づけが示されている。すなわち「思いやりや尊厳配慮なども含めた、患者に対する医療者のケアのあり方が形成するもの」として「患者経験」が捉えられている。これまでの改革の主眼がサービス提供のキャパシティに置かれてきた中で、ケア提供のあり方へ精査の目を向けるこの取り組みには大きな意義を認めることができる。

しかしながら、以下の 2 つの観点から、医療との接触が形成するものとしての「患者経験」という捉え方について、議論の余地が大きく残されていることを指摘しなければならない。

第一に、‘clinical iceberg’ 概念が示唆する問題がある。clinical iceberg とは、病気のうち大多数は医療機関に持ち込まれず、当人はその症状を抱えたまま生活を続け、したがって、統計に現れる疾病の情報は医療機関を経由したもののみとなっている側面（図 1 参照）を指摘（Last 1963, Wadsworth et al. 1971）したもので、これ自体は新しい概念ではない。ここで重要な点は、上記 NHS 改革の例に見られる「患者経験」は、clinical iceberg を考慮したときの「サンプルの代表性」においても、また、患者の全経験に占める（医療機関における）「患者経験」の比重の点においても、限定性が高いということである。

第二に、疾病構造の変化・人口の高齢化といった状況変化に関わる問題を挙げられる。多くの社会科学的研究（Strauss 1973; Corbin and Strauss 1985, 1988; Bury 1982, 1991;

Charmaz 2000; Williams 2000) が指摘してきたように、慢性症状をマネジメントする作業は、患者本人もしくはその家族らによって日常的かつ連続的に生活環境の中で行われているわけであるが、上記の例における「患者経験」の視野は、必ずしもこれをカバーするものとはなっていない。

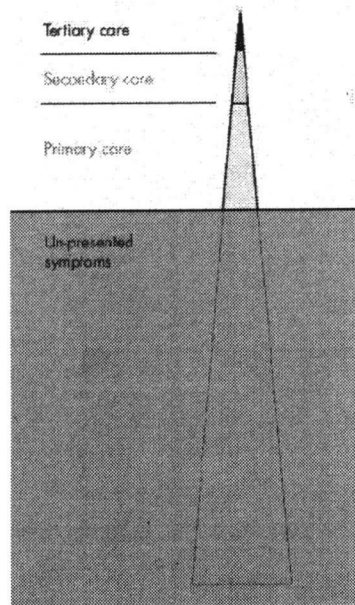


図 1. Clinical iceberg (出所: Lord 2003)

さらに、医療の脱施設化の流れが患者経験の質的変容を促してきていることにも考慮する必要があるだろう。表 1 (次頁) は疾病構造の変化・医療の脱施設化を背景とする「ケアを提供する機関における変容 (shift in organisation of care)」についての Wyke (2006) の整理である。これによると、薬の「処方/prescription」は OTC (over the counter) 医薬品市場の拡大に伴う「自己選択」「消費」に代わられつつあり、医療機関の管理してきた「カルテ/medical notes」は次第に「患者自身が保持する記録/patient held records」へと質的変容しつつあるという。また「医師」が中心的役割を果たしてきた治療は「患者とケアラー」を基軸として展開するものに、専門的な技術・知識によって成立する「セカンダリケア」に代わり「在宅ケア」が医療の中核として位置付けられ、そして、教育的措置として行われてきた「ヘルスエデュケーション」は、自発的行動を促す「ヘルスプロモーション」となりつつあるとされている。

慢性疾患とともに長い老年期を地域すぐす患者像がますます現実的となった中で、医療機関に接する「患者経験」のみに着眼する研究スコープに、どの程度の有用性を認めることができるのか、という点について更なる検討を行う必要があるのではないだろうか。この検討の作業においては、図 1 において水面下にひろがる 'un-presented symptoms' についてどのような現実があるのか、という点がさしあたって重要な着眼点であるだろう。

表 1. ケアを提供する機関における変容
(Shift in organisation of care)

<i>Past</i>	<i>Present/Future</i>
Prescription	Over the counter
Medical notes	Patient held records
Doctors	Patients and carers
Secondary care	Care at home
Health education	Health promotion

2. 目的

フォーマルケアの受療には至らない、しかし、日常生活における症状への対処として、患者にとって経験の大きな比重を占めるものがセルフケアである。先述のイギリス保健省も慢性疾患患者に対するコミュニティケアにおいて、セルフケアをその基盤として捉えている。2006年の白書『*Our health, our care, our say: a new direction for community services*』(p111)の中で保健省は、セルフケアの位置づけを図2のとおりに示している。そこでは、慢性疾患患者のうち、医療専門職のケア (professional care) を受ける者は、三角形の頂点に近い、限られた割合 (全体面積の2, 3割) であると認識されており、その他の大多数の者は何らかの形でセルフケアをおこなうものとして示されている。

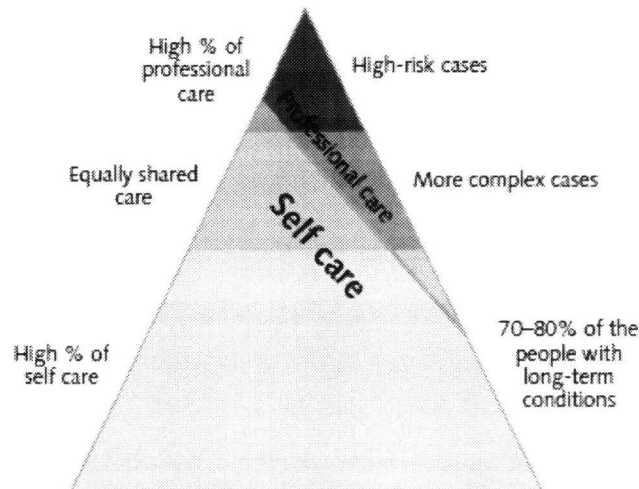


図2. イギリス保健省のセルフケアの位置付け
(出所: Department of Health 2006a)

しかしながら、ここには「セルフケアをどのように定義するか」という問題がともなう。図2のとおり「慢性疾患のある者の70～80%がおこなう」とされるセルフケアとは、どのように規定されているのだろうか。

保健省はセルフケアを「個々人によって、自らの健康と幸福へむけて、おこなわれるケアであり、健康な生活を送るため、社会的・感情的・心理的ニーズを満たすため、慢性症状に対処するため、さらなる病気の予防のためにおこなわれるもの」と位置づけている (Department of Health 2005)。また、WHO はセルフケアについて次のとおりの定義をしている。「健康を増進するために、疾病を予防するために、病を最小限に抑えるために、そして、健康を回復するために、個人・家族・地域によって取り組まれる行動を指す。これらの行動は、専門家および非専門家 (lay people) の経験の蓄積によって形成された知識と技術によって成立している。また、これらの行動は、非専門家が自身のために単独で、或いは、専門家との協働作業によって、取り組まれる。」(WHO 1983)

セルフケアの定義は、現時点では多種多様であり、「誰が関与するのか」「何を目的とするものか」「どこでおこなわれるのか」「その妥当性をどのように評価すべきか」などの点において統一見解が存在しない。しかしながら、疾病構造の変化・人口の高齢化・医療の脱施設化が進展する今日、セルフケアを重要性の高まりは確実であり、また、地域医療全体にとっても適切な理解が不可欠のものとなっている。

本稿は、こうした背景をふまえ、患者経験の概念について、その課題点をセルフケアとの関連に主眼を置いて考察する。それと同時に、フォーマルケアとセルフケアとの相互関係についても、近年の研究報告を振り返りながら知見の整理を行っていく。

まず、近年のセルフケアの動向と理念を整理し、患者経験に占める位置づけについて考察する。その上で、近年のセルフケア研究をレビューするとともにその課題点を明らかにする。これらの作業を通じて、患者経験のより多層的な理解のためのセルフケア論の果たす貢献の可能性について述べ、当面の課題を挙げる。

3. セルフケアの動向と理論

患者自身による自らの身体へのケアを推進していく取り組みは、世界各国で多様に進められている。その中で、もっとも大規模な広がりを持つものの一つが「セルフマネジメント」^①と呼ばれる、慢性疾患に由来するさまざまな問題に対処するための取り組みである。特に、米国スタンフォード大患者教育研究センターの K. Lorig らによる Chronic Disease Self Management Program (CDSMP) は、米国のみならず、イギリス、オーストラリア、中国、その他の国々で取り入れられており、近年、日本においても、CDSMP の実践が広がりを見せている。

CDSMP は三つの基本理念の上に成立している。第一に「異なる慢性疾患を持つ者であっても疾患に由来する日常生活上の課題は共通している」、第二に「患者は、疾患に由来する種々の問題に対し主体的に自己管理を行っていく責任意識を獲得することができる」、第三

① Wyke (2006) によれば、「セルフケア」は、より広義の、かつ包括的な、自らに対するケア全般を指すのに対し、「セルフマネジメント」は、その中でも特に、慢性症状に由来する様々な問題を自ら管理することとされている。

に「自信と知識を得た患者は医療サービスへの依存が軽減する」というものである (Bury et al. 2005)。特に、第三の点は、医療費の削減という課題を持つ国々における期待が大きく、セルフマネジメント・プログラムの世界的な拡大の一大要因となっている。

CDSMP では、10 名弱程度の少人数の参加者から成るグループによって、1 週間に 2.5 時間のセッションが 7 回にわたって実施される。そこで実施される内容・トピックは、

- エクササイズ・プログラム
- 認知症状管理テクニック (cognitive symptom management techniques)
- 栄養管理の見直し
- 疲労と睡眠マネジメント
- 医薬品および地域リソースの適切な活用
- 不安・憤り・うつ症状の対処
- 医療者とのコミュニケーションの仕方
- 健康関連の問題解決と意思決定

これら内容は、慢性疾患の治療とは間接的に関連するものであり、主に医療外の社会生活・生活環境に関わることとして認識されている。

CDSMP がどのような背景と、どのような問題意識からはじまり、このような世界的拡大に至ったのかという点について、既に別稿 (松繁 2010) において整理をしているが、本稿では、主要な点だけを押さえて以下に記すこととする。

CDSMP を構成する要素として大きく 2 つのものが挙げられる。一点目は心理学者 A. Bandura (1977 [=1980]) の自己効力 (self-efficacy) 理論であり、二点目は、社会学者 A. Strauss の指摘した「慢性疾患と共に生きることの複合的問題 (1973)」という視点である。

一点目の自己効力理論は、もともとは学習理論という分野において提唱されたもので、端的に言えば、人間が何らかの課題に取り組む際に、自らの課題達成の可能性についての自信 (= 自己効力感) の大きさが実際の達成度に影響する、という理論である。さらに言えば、達成可能性について大きな自信を持つ者は、その課題を「乗り越えるもの」として認識する一方で、自己効力感の低い者は「脅威」と捉え、回避の方向に進むという。

慢性疾患患者は、身体症状と社会生活の両方に対処することを余儀なくされており、また、その身体症状は絶え間なく変容するものであるという点において、その「対処」は学習行為という側面を伴いながら進められる。CDSMP が自己効力理論を取り入れた背景には、学習プロセスと慢性疾患患者の生活との間における、このような共通点が存在する。実際に、CDSMP における実践の多くは自己効力感を高めることをねらった内容となっている。Lorig らが説明によれば、

- 適切な行動様式を熟知すること (performance mastery)
- 模範像の確立 (modelling)
- 身体的症状の再解釈 (reinterpretation of physiological symptoms)

■ 自己効力の説得 (social persuasion)

の4項目についてトレーニングを進めることが、自己効力感の向上につながるという(Lorig and Holman 2000:15)。

CDSMPには、基本的には医療者による介入が無く、慢性疾患を持つ者で構成するグループワークによって進められる。ただし、参加者の多くが日常的に医療機関を利用している人々であり、プログラム参加が受療行動に及ぼす影響については無視できない。(この点については、次節にて述べることとする。)

次に、二点目のStraussの研究がCDSMPに与えた影響について見ていく。Straussが、慢性疾患患者の日常生活、患者およびそのケアを担う人々に着目した研究を通じて指摘したことの一つは、慢性疾患を持つ者が辿る社会生活のプロセスである。具体的には、以下の3つの取り組みが患者当人によっておこなわれているとしている。第一に‘illness work’と呼ばれる疾患由来の事象(症状への対処、予防策など)、第二に‘everyday life work’と称される疾患の有無にかかわらずの日常の作業(家事、育児)、第三に‘biographical work’という、病気が自身の社会生活・自意識に及ぼした影響と折り合いをつけていく作業が挙げられている(Strauss 1973; Corbin and Strauss 1985, 1988)。

ここで重要な点は、単に上記三点が並立している、ということではなく、三点を満たす要求が同時進行的に発生しているという点である。したがって、当人にとって、これらの作業は不可分のものであり、「三つの要件」というよりも「一つの複合体」として取り組まれているわけである。本稿冒頭で医療機関における経験に限定した「患者経験」についての議論の余地について言及したが、そのようなスコープ設定が患者経験を断片化する可能性がこの意味においても理解される。

この点について、Lorig自身も既存のセルフケア実践のあり方に対して批判的な捉え方を示している。LorigとHolman(2000:6)は、既存の多くのセルフケア・プログラムでは、Straussの指摘した「複合的作業」が分断されたかたちとなっていて、実質的には、その中の疾患由来の事象(医学的コントロール)の部分だけが取り扱われていることを指摘している。そこでは、医学的コントロールと密接に関連し、これを大きく左右するはずの‘biographical work’‘everyday life work’が度外視されており、このことへの反省がCDSMP誕生の大きな要因となった。

ここまで述べてきたように、慢性疾患のある患者にとって、意識的にせよ無意識的にせよ、自らをケアする作業が取り組まれてきているわけである。そして、ここで重要な点は、患者らにとってこのような作業は、医療機関から受ける治療や指示等と不可分のもの(相互に大きな影響を及ぼし合っているもの)となっていることである。したがって、患者の日々の生活経験を考えた時に、上記のうちいずれか一つだけを取り出して検討する作業がうみだすものは、限定された視野となるわけである。

ここで再び冒頭で言及したイギリス保健省のNHS改革における「患者経験」に立ち返り、この概念を検討する。既に述べたように、そこでは「思いやりや尊厳配慮なども含めた、

患者に対する医療者のケアのあり方が形成するもの」として患者経験が位置付けられている。他方で、慢性疾患患者が、自ら長期にわたり経験してきた身体症状について、その兆候・傾向・対処法などに関するきわめて高いレベルの知識を保有していることは、これまでにもしばしば指摘 (Tuckett et al. 1985, 松繁 2007) されてきたことである。このことは、急性期患者とは異なり慢性期患者の場合、自らのセルフケア行為が身体コンディションに大きく影響することを示唆するものである。筆者が実施したセルフマネジメント・プログラムの参加者を対象としたインタビュー調査^②の中で、このことを象徴する以下の発言が見られた。

糖尿病を持つ我々の仲間の一人は、1年 8,760 時間 (24 時間×365 日) のうち、8,757 時間自分自身のケアをしています。その一年に専門医のケアを受けた 3 時間以外の。

(保健省関係者の談話)

患者経験 (Patient Experience) を重層的・多面的構造を持つものとして理解するのであれば、医療機関内の「経験」と、それ以外の大部分を占める医療機関外の「経験」との連続性を視野に入れることは不可欠である。言い換えれば、保健省の定義のように「医療者のケアのあり方が形成するもの」であると同時に、「患者自身のセルフケアが形成するもの」でもあり、その連続性の中に成立しているのが字義通りの患者経験と考えられる。

それでは、そのような連続性をどのようにして把握することが可能となるのか。次節において、近年のセルフケア研究をレビューし、課題を整理する。

4. セルフケア研究の課題

CDSMP をはじめ、セルフケア／セルフマネジメントのプログラムについては、既に複数のアセスメント調査が実施されている。例えば、米国の CDSMP の受講者を 1 年間フォローアップした調査 (Lorig et al. 1999) がある。これは、プログラムの参加が、その後の受療行動にどのような効果をもたらしているかという観点から実施されたものである。これによると、受診回数については変化を認められなかったものの、入院率および在院日数については減少された、と報告されている。

また、CDSMP のイギリス版である Expert Patients Programme^③については、保健省 (Department of Health 2006b) が、2003 年から 2006 年までの間にコースを修了した約

② 調査の詳細は、松繁 (2010) を参照。

③ CDSMP の教則を導入し、イギリス保健省・NHS によって 2000 年より開始されたプログラムである。参加資格は、慢性疾患がある者・その家族・介護者であり、NHS のサービスの一環とされているため、無料で参加である。‘lay led (非専門家による主導)’であることが強調されており、事務に至るまで慢性疾患患者が取り仕切っており、医療者の介入は基本的に無い。

1,000 人の人々を対象に調査をおこない、「プログラムが参加者の健康改善に効果あり」「医療サービスの依存度・費用が減少」との報告をしている。

一方、Gately ら (2007) は、参加した患者の多くは、プログラムについて高い満足度を示すとともに、日常生活への応用可能性を認めている一方で、そこで獲得した知識・技術について自分の主治医に話すことは無いと報告している。つまり、多くの参加者が、プログラムの内容の有用性は認めながらも、現在自分が受けている治療に関わってくる内容であるということに自信が持てずに、そのことについて主治医に話すことを躊躇するという。ここで重要な点は、セルフマネジメント教育が、病院から受ける治療とは切り離されて（つまり、プログラムで得た経験・知識が、医療実践と十分に連動させられることなく）別個に進められている側面である。しかしながら、上記の保健省のアセスメントが象徴するように、既存の「評価」の取り組みにおける主たる関心事は「医療費抑制効果」「症状の改善効果」にあり、セルフマネジメントとフォーマルケアとの連動については軽視されてきている。

さらに、患者の受療行動パターンのうち、「通院頻度」「通院日の間隔」などは、医療機関側の指示内容によって左右される部分が少なくなく、セルフケア・プログラムの受講前・受講後の患者の受療行動の単純比較（および、そこにプログラムの効果を見出そうとする取り組み）は必ずしも成り立たないとの指摘がなされている (Gately et al. 2007)。

このような指摘は、受講前・受講後の比較において「個々の患者の症状の変化」や「受講以前の受療経験の詳細」などの影響が考察に組み入れられることなく、したがって、受療行動が単純化されたモデルの中で分析されていることを示している点においてきわめて重要である。

また、先述したイギリス保健省による「プログラムが参加者の健康改善に効果あり」「医療サービスの依存度・費用が減少」との報告にも再検討の余地が残されている。すなわち、Bury (2005) が指摘するように、一連のレビュー調査の対象者は基本的に、プログラムに自発的に参加し、かつ、途中離脱をせずコースを修了した人々である。言い換えれば、コース内容に適合することのできた者が調査に回答しているわけであり、「自発的に参加」という点を考え合わせても、健康管理行動の改善に意欲的な傾向のある集団である可能性を指摘しうるわけである。このような調査対象者の特性バイアスは軽視できず、この点においてプログラムの「評価」における報告内容の判断については慎重を期する必要がある。

また、セルフマネジメント・プログラムが、フォーマルケアの受療行動に及ぼす効果を検討する上で、その患者の疾患にも十分な目配りがなされているとは言い難い状況がある。例えば、治療法があまり確立されていない「稀少疾患」の場合、医療機関で受けることのできる指示・治療などは（メジャーな疾患と比較して）きわめて限られており、そのような場合、セルフマネジメント・プログラムに参加して様々な示唆を受けることは、参加者にとって非常に大きな満足感をもたらしていると報告されている (Gately et al. 2007)。換言すれば、稀少疾患の患者は、その身体的・精神的ニーズを満たすことのできる機関が限

られているために、治療法や生活上の留意事項などに比較的容易にアクセスできる疾患の患者よりも、プログラムを高く評価するわけである。

さらに、医療サービス提供の内容がその後のセルフマネジメントに影響するという点についても指摘がなされている。Lawton ら (2005) は、二次医療から一次医療の機関へと移行してきた糖尿病患者らは、そのことを自ら「転換点」と強く認識し (つまり、症状が「深刻ではなくなった」と認識し)、セルフマネジメントへの取り組みの意識・内容に低下が見られるという。

このように、個々の患者の置かれた生活コンテキストがセルフマネジメント・プログラムの評価および効果に大きく作用しており、反対に、フォーマルケアのあり方がセルフケアの取り組み方に影響することが徐々に指摘されてきている。

5. 今後の課題： まとめにかえて

患者の受療経験がセルフケアに影響し、セルフケア経験が受療経験に影響し、両者は不可分の関係にある。この点において、医療機関での経験に限定した「患者経験」は、慢性疾患患者の経験の多層性を明らかにするものとはならない。

一方で、これまでのセルフケア・プログラムに関する研究も、患者の経験する内容を分析しきれていない。セルフケア教育が、その後の受療行動に影響を及ぼす可能性は大いに考えられるところであるが、そこには「身体状態の変化」「過去の受療体験」「疾病観」「医療への期待感の変容」などが関わっている可能性が考えられる。したがって、受講後に「在院日数の減少」「受診回数の減少」があったとしても、単純に教育的介入の効果を説明することはできない。

CDSMP のイギリス版である Expert Patients Programme (EPP) では、その教育的介入が医療費抑制の期待のもとに展開された。しかしながら、その効果は必ずしも十分には分らないままに今日に至っている。‘lay-led’ (非専門家主導) を強調した EPP は、「素人知 (lay expertise)」に注目を集めた点において意義を認められるが、先述したように、医療の専門実践との連続性が確立されておらず、「非専門家の取り組み」として、なかば閉じられた場の中で続けられている。

過去の受療経験から、セルフケアの取り組みを経て、その後の受療行動に至るまでに、様々な要素が複雑に絡み合っているわけであるが、現状では、単純な変数モデルの分析にとどまり、患者経験の具体像が把握されずにいる。

また、「患者のセルフケア実践がフォーマルケアの代替になっているのか」「あるいは補完をする存在なのか」という問いが設定されてかなかつたために (Gately et al. 2007)、セルフケアが患者経験に大きく関わってくるということについて大よその見当がつけられていながらも、その機序は不明のままとなっている。

既に医療者の多くが ‘patient involvement’ (医療への患者の参画) の重要性を認識している。しかしながら今後は、その「参画」を現実のものとするための具体策の策定を行う

必要がある。本稿が述べてきたように、患者は多種多様なセルフケア実践^④をしているにもかかわらず、そのことを医療者とシェアすることはなされておらず、セルフケアとフォーマルケアとは断絶したままとなっている。

医療実践に資するために「患者経験」を明らかにするのであれば、患者が日々実際に経験するプロセスを詳らかにすることが妥当であると考えられる。脱施設化が今後ますます進展していくのであれば、‘biographical work’ ‘everyday life work’ を医療者が把握していることによって、より効果・満足度の高い治療をおこなうことができるのではないだろうか。

引用文献

- Bandura A (1977) *Social learning theory*. Englewood Cliffs, N.J., Prentice-Hall. (= 1980) 原野広太郎監訳『社会的学習理論—人間理解と教育の基礎—』東京, 金子書房.
- Bury M (1982) Chronic illness as biographical disruption. *Sociology of Health and Illness*. 4 (2):167–82.
- Bury M (1991) The sociology of chronic illness: a review of research and prospects. *Sociology of Health and Illness*. 13(4):451–68.
- Bury M (2005) *Science - The Expert Patient* · [Radio] BBC RADIO 4 Thursday 11 August 2005, 8.00-8.30pm, TRANSCRIPTS available from <http://www.bbc.co.uk/radio4/science/expertpatient_tr2.shtml>
- Bury M, Newbould J, Taylor D (2005) *A rapid review of the current state of knowledge regarding lay-led self-management of chronic illness: Evidence review*. National Institute Health and Clinical Excellence.
- Charmaz K (2000) Experiencing chronic illness. In: Albrecht GL, Fitzpatrick R, Scrimshaw SC, editors. *The Handbook of Social Studies in Health and Medicine*. London: Sage.
- Corbin J, Strauss A (1985) Managing chronic illness at home: three lines of work. *Qualitative Sociology* 8:224–47.
- Corbin J, Strauss A (1988) *Unending work and care: Managing chronic illness at home*. San Francisco, Jossey-Bass Publishers.
- Department of Health (2005) *Self care – A real choice: Self care support – A practical option*. London: Department of Health.
- Department of Health (2006a) *Our health, our care, our say: a new direction for community services*. London: Department of Health.
- Department of Health (2006b) *The Expert Patients Programme* [Internet] Available

④ ここには、CDSMPなどの体系化されたプログラムから、個人的な実践まで含む。

from

<http://www.dh.gov.uk/en/Aboutus/MinistersandDepartmentLeaders/ChiefMedicalOfficer/ProgressOnPolicy/ProgressBrowsableDocument/DH_4102757>

Department of Health (2008) *High Quality Care For All: NHS Next Stage Review Final Report*. The Stationery Office, Norwich.

Gately, C., Rogers, A.E., Sanders, C.M. (2007). Re-thinking the relationship between long-term condition self-management education and the utilisation of health services. *Social Science & Medicine*. 2007 Sep;65(5):934-45. Epub 2007 May 22.

Last JM (1963) The iceberg: "completing the clinical picture" in general practice. *The Lancet*. 1963; 28:31.

Lord J (2003) Future of primary healthcare education: current problems and potential solutions. *Postgrad Med J*. 2003 Oct; 79(936):553-60.

Lorig K, Holman H (2000) *Self-management education: context, definition and outcomes and mechanism*. Paper presented at: Chronic Disease Management Conference Contribution; Sydney, Australia.

Lorig K R, Sobel D, Stewart ALP, Brown BW Jr, Bandura A, Ritter PL, et al. (1999) Evidence suggesting that a chronic disease self-management program can improve health status while reducing hospitalization: A randomized trial. *Medical Care*, 37(1), 5-14.

松繁卓哉 (2007) 「Lay Expert (素人専門家) の制度化をめぐる ―英国 Expert Patient Programme に見るジレンマ―」『年報社会学論集』第 20 号, 関東社会学会, p.108-18.

松繁卓哉 (2010) 『「患者中心の医療」という言説―患者の「知」の社会学―』東京, 立教大学出版会/有斐閣 (近刊)

Strauss A (1973) 'America: In sickness and in health' *Society* 19:33-9.

Tuckett D, Boulton M, Olson C, Williams A (1985) *Meetings between Experts: an approach to sharing ideas in medical consultations*. London & New York: Tavistock.

Publications.

Wadsworth MEJ, Butterfield W, Blaney R (1971) Perception of illness and use of services in an urban community. *Health and sickness: the choice of treatment*. London: Tavistock.

World Health Organization (1983) *Health Education in Self-care: Possibilities and Limitations*. World Health Organization, Geneva.

Williams SJ (2000) Chronic illness as biographical disruption or biographical disruption as chronic illness? Reflections on a core concept. *Sociology of Health and Illness*.

22 (1):40–67.

Wyke, S. (2006) *An Introduction to Self-Care*. Paper presented at the conference 'Enhancing Self Care - The Evidence Base' at West Park Conference Centre, Dundee (3 - 5 May).