

図4 Meds Information Project (コレステロールと中性脂肪のコントロール薬)

に、他の関係者と協力して遂行すべきであるとしており、その使命を次にあげる。

- 政策に影響を与える
- 患者が医療者のパートナーになることを可能にする
- 医療者の意識や行動を変える
- 実際のモデルを作成する
- 患者が十分な知識を持てるように支援する

7.2. Compliance から Concordance へ

MIPにおいても、ComplianceからConcordanceへというスローガンが掲げられている。Complianceは服薬遵守と訳されているが、Complianceは、処方箋の指示に従って患者が医薬品を服用する範囲までで、評価の対象は遵守できたかどうかという患者の行動である。

一方、Concordanceとは、パートナーシップに基づき、医療従事者と患者間で医薬品について情報を共有した上で治療を決定(Shared Decision Making)し、そこには患者(expertとし

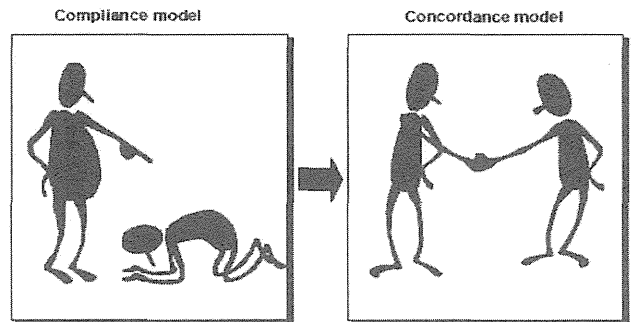


図5 Compliance から Concordance へ

て)の知識および意見が十分に考慮されるというコンセプトで、評価の対象は協議(consultation)のプロセスである(図5)。

しかし、英国の調査でも、多くの患者は情報が不十分なため治療の選択肢と医薬品の選択について十分理解しておらず、また、幅広い情報と情報源が重要と考え、単一の情報源だけでは不十分と見ている。また、3人に1人の患者は、副作用について十分な情報を得ていなかった。

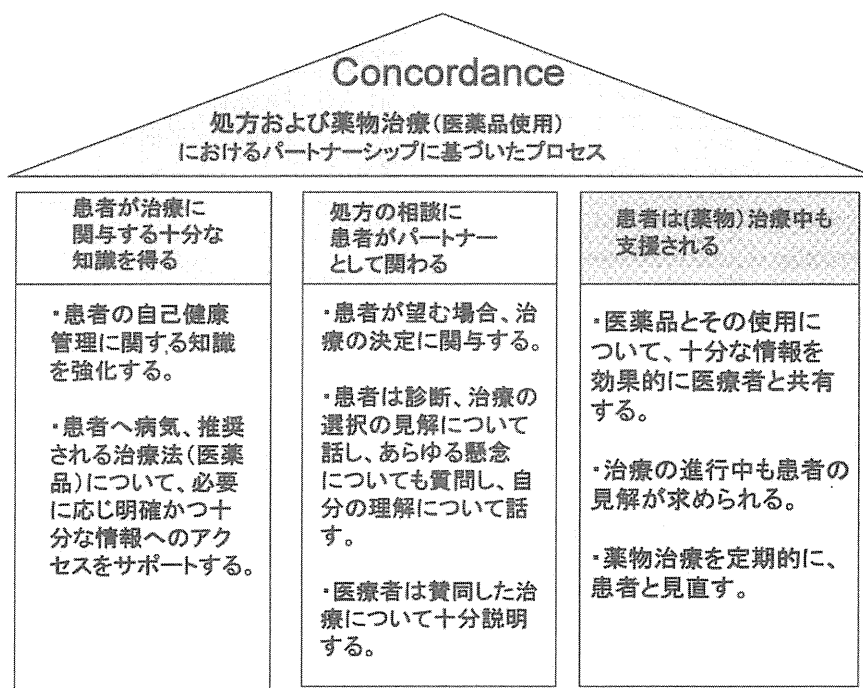


図6 Concordance に必要と考えられるプロセス (MIP による)

医薬品の決定への関わりにおいては、多くの人々は治療の決定に関与したいと思っており、大方の傾向として、「Shared Decision Making」を希望している。

MIP は、Concordance が取れるようにするには、図6にあるようにどのようなことがなされる必要があるかを検討している。

## 8. 英国における医薬品情報基盤

### 8.1. NeLH (National electronic Library for Health)<sup>11)</sup>

MIP のようなプロジェクトを推進するに当たり、注目すべきは、やはりその支えとなる情報基盤である。英国の医療情報基盤として、2000年に NeLH が構築され、EBM に関わるあらゆるデータや情報源にアクセスできるようになり、NHS 関係者をはじめ臨床医、患者と一般国民のための EBM リソースライブラリーとなっている。その中で、一般向けにユニークな試みがある。医療に関する新たな知見などが新聞のニュース記事になるが、ヨーク大学 CRD (Centre for Reviews and Dissemination) が EBM の考え方に基づきその知見を検証し、一般の人にわかりや

すく解説している (図7)。主に、以下のような項目から成っている。

- ・著者らの目的は何でしょうか？
- ・エビデンスはどこから？
- ・どのような介入の検証が行われたのでしょうか？
- ・何がわかったのでしょうか？
- ・著者の結論は何でしょうか？
- ・結論はどの程度信頼できるのでしょうか？
- ・システマティックレビューはあるのでしょうか？

### 8.2. DrugInfoZone<sup>12)</sup>

また、医薬品情報基盤 DrugInfoZone が、英国 NHS の医薬品情報のナレッジベースとして、専門家向けに情報を提供しており、内容はエビデンスに基づくものとしている (図8)。DrugInfoZone は the UK Medicines Information Services (UKMi) の一環であり、フリーでアクセスできる。メーリングリストに登録すると、英国を中心とした国内外の記事が毎日配信される。BMJ, Lancet などの査読誌情報を、発刊と同時に病院薬剤師が要約し提供している。

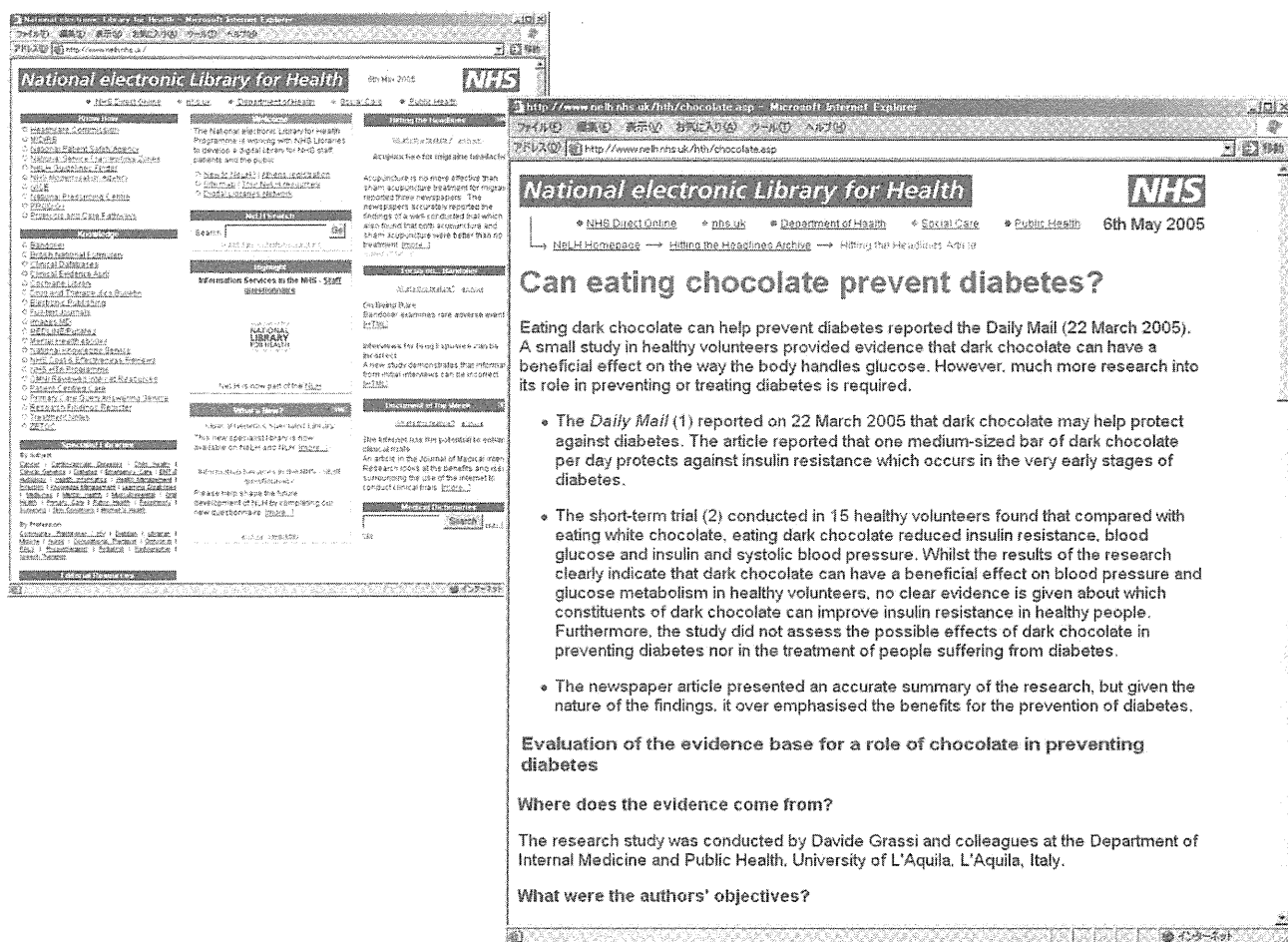


図7 National electronic Library for Health (右図は、ニュース記事のエビデンスに基づく検証)

9. 公的機関からの患者向け医薬品の説明文書

9.1. 各国の関係機関の患者向け医薬品情報

各国の関係機関から公開されている主な患者向け医薬品情報を紹介する。

1) 米国国立医学図書館 NLM (National Library of Medicine) MEDLINE Plus Health Information (Drug Information)<sup>13)</sup>

処方薬および OTC 薬について、患者向けに以下の2つのソースからの情報が提供されている。

• USP DI® Volume II: Advice for the Patient® United States Pharmacopeia (USP) 作成。検索方法はアルファベット順。医療者向け評価情報 USP DI® Volume I: Drug Information for the Health Care Professional を母体とし、情報の質を落とさないよう lay language でわかりや

すく患者用に書かれたもの。

• MedMaster

ASHP (American Society of Health-System Pharmacists)<sup>14)</sup> 作成。検索方法はアルファベット順。医療者向け評価情報 AHFS Drug Information® を母体とし、患者向けに提供されたもの。SafeMedication.com<sup>15)</sup> から提供。

2) 米国 FDA

• Consumer Information<sup>16)</sup>

冒頭に7項目からなるモノグラフが記載。基本的な情報が Q & A 形式で提示。添付文書へリンク。1998 年以降の新薬が対象。

http://www.fda.gov/cder/consumerinfo/default.htm

• Medication Guide

薬局で渡される患者用情報リーフレット。FDA がどの医薬品について必要か決定し、内容

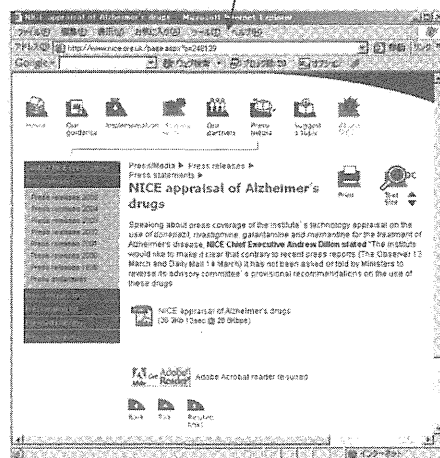
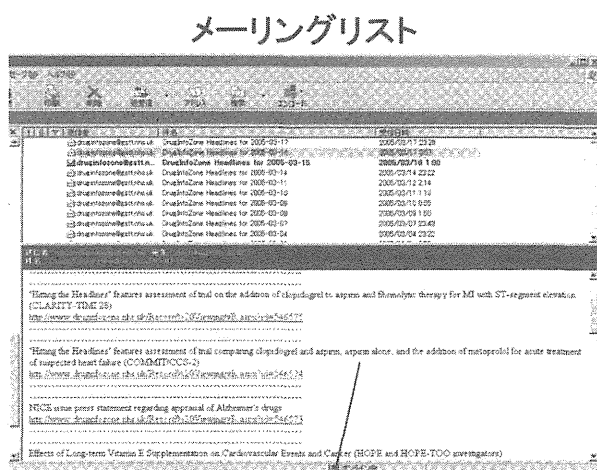
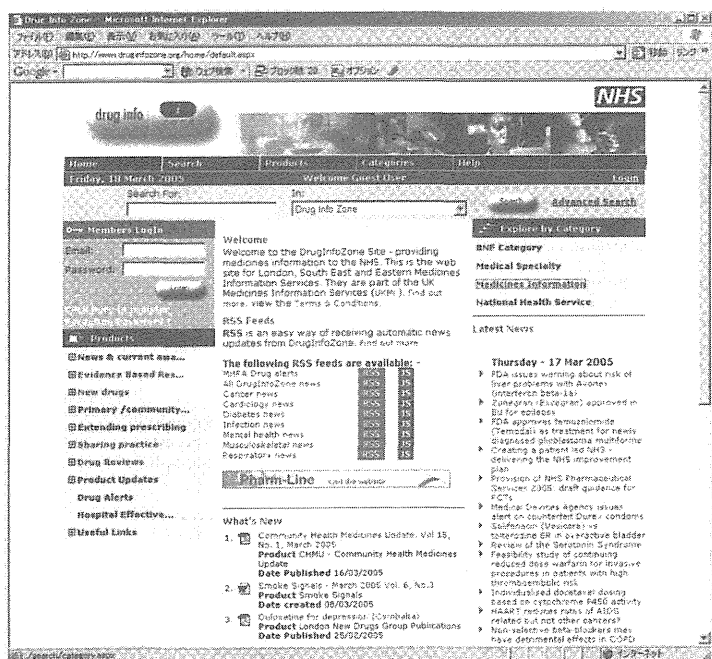


図8 Drug Info Zone のホームページとメーリングリスト

およびフォーマットについて承認。21 CFR 208 により規定。

3) EU EMEA (European Medicines Agency : 欧州医薬品庁)<sup>17)</sup>

CHMP (Committee for Medicinal Products for Human Use, 旧 CPMP) による評価レポート, EPAR (European Public Assessment Report) の中に Package Leaflets (一般向け) あり。EU 各国の言語で提供。

4) 英国 eMC (Medicine Guides)

- PIL (Patient Information Leaflet)<sup>18)</sup> 医療者用添付文書へリンク
- Medicines Guides (MIP によるパイロット版)<sup>19)</sup>

5) オーストラリア CMI (Consumer Medicine Information)<sup>20)</sup>

ASMI (Australian Self-Medication Indus-

try) による患者向け情報。医学用語の患者向け言い換え用語 (辞書) リストが掲載。薬効グループ名別。必要な情報にアクセスしやすく、服薬がうまくいくように改善が重ねられてきた。

6) ニュージーランド CMI (Consumer Medicine Information)<sup>21)</sup>

ニュージーランド政府が提供。名称はオーストラリアと同じ。ただし、商品名 (一般名) ごとに説明書が用意されている。

### 9.2. 国内の状況

1997年4月に、薬剤師法が改正され、第25条の2で薬剤師の情報提供の義務が規定された。その条文は「薬剤師は、販売又は授与の目的で調剤したときは、患者又は現にその看護に当たっている者に対し、調剤した薬剤の適正な使用のために必要な情報を提供しなければならない」となっている。しかし、提供される情報の質、量について



規定はなく、現状は、各医療機関によってバラバラである。

厚生労働省は、2001年9月に「医薬品情報提供のあり方に関する懇談会」<sup>22)</sup>を開催した。その報告の中で患者への情報提供の充実をあげ、副作用情報の提供の仕方や言葉の使い方を検討すべきであるとしている。

また、2002年8月に、同省は、医薬品産業ビジョンをとりまとめ、そのアクションプランに情報提供が謳われ、患者向け文書の作成を推進するとした。患者向け文書の内容については、2003、2004年度厚生労働科学研究「患者および国民に理解される副作用等、医薬品情報内容の構築と医薬品適正使用への患者参加推進に関する研究(主任研究者 久保鈴子)で検討され、プロトタイプ(web版)が作成された。この文書は医療者向け添付文書の患者版である。欧米各国からは、すでに多くの患者向け医薬品文書が提供されている

が、やっとその段階が整備されつつある。

### 9.3. 海外規制機関からの医薬品安全性情報 (患者/消費者向け)

海外の規制機関からの医薬品安全性情報提供については、英国、カナダが、専門家向けと併記する形で患者/消費者向けにも提供している。米国は、Talk Paperの形で通知し、その中にConsumer Inquiries No.を付け、問い合わせに対応している。

- 1) 英国 MHRA (併記型)
  - Question and answer document (消費者向け)
  - Letter to healthcare professionals (専門家向け)
- 2) 米国 FDA
  - Talk Paper (広報)
  - Consumer Information Page (専門家向け)
- 3) Health Canada (併記型)
  - Advisory for the Public (一般向け)

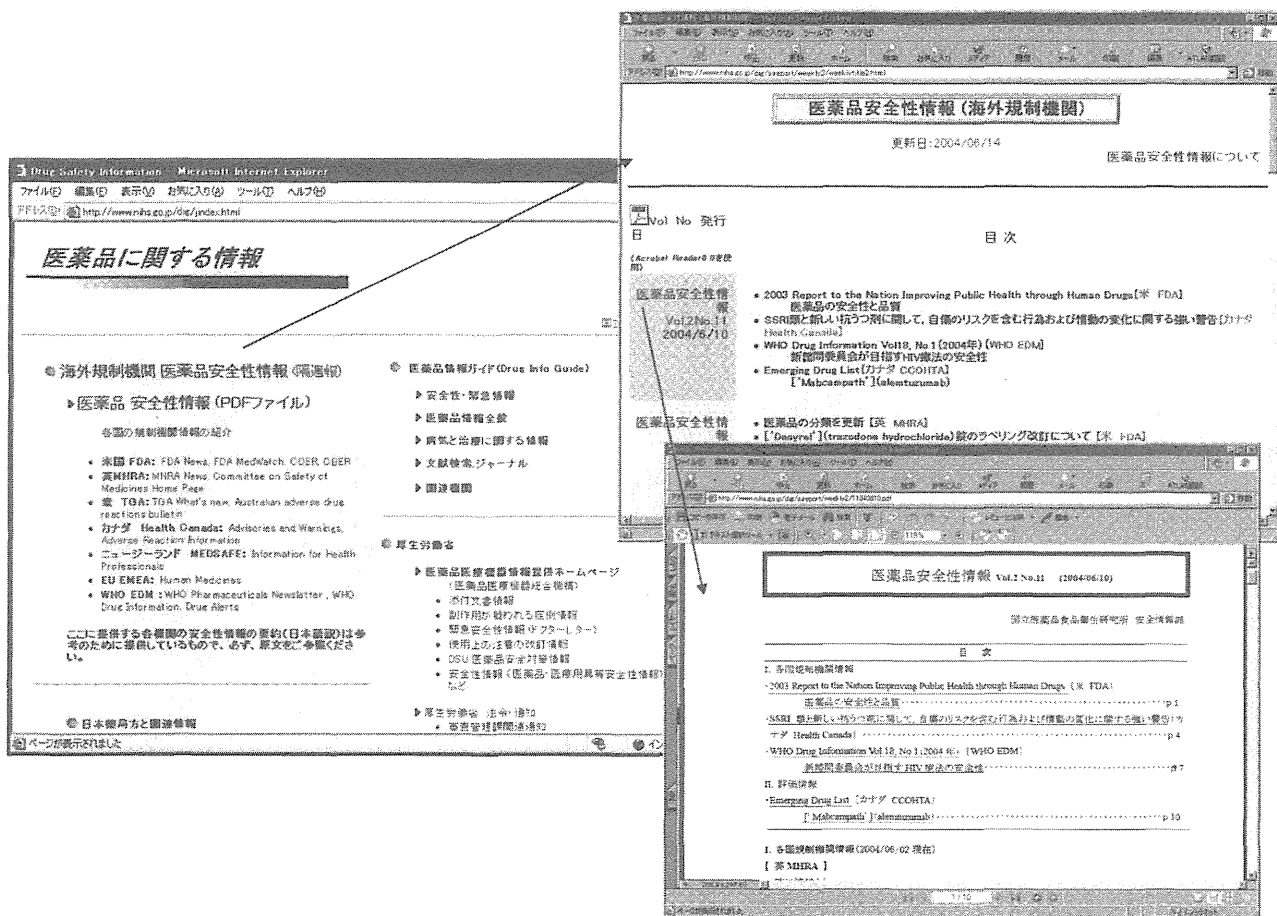


図9 海外規制機関の医薬品安全性情報 (日本語版)

・Advisories for Health Professionals (専門家向け)

国立医薬品食品衛生研究所安全情報部<sup>23)</sup>では、主に医療関係者向け情報ではあるが、海外規制機関の医薬品安全情報を日本語で紹介しているので参照されたい (図9)。

### 10. おわりに：医薬品情報を患者の元へ

患者は医療の中で、医療者とパートナー的関係を望んでいる。国内では患者参加型医療が、欧米では、さらに一歩進んで、情報を共有した上で治療法の決定に関わることまでがいられている。

その中で、医薬品情報のあり方を考えることが重要である。参加するだけでなく、積極的に関わっていくために、患者を一連の流れの中にオーガナイズし官民間問わず、関係者間で取り組んでいくことが必要と思われる。また、知識力、コミュニケーション力などトータルな患者力向上のための取り組みも必要である。

そのためには、医療(医薬品)情報ナレッジベースのポータルサイトの構築により、薬の専門家のための情報支援も必須であると思われる。

### 参考文献

- 1) 平成16年版厚生労働白書, available from <<http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/04/index.html>>
- 2) NICE (National Institute for Clinical Excellence), available from <<http://www.nice.org.uk/>>
- 3) 平成16年度厚生労働科学研究『「根拠に基づく診療ガイドライン」の適切な作成・利用・普及に向けた基盤整備に関する研究：患者・医療消費者の参加推進に向けて』(主任研究者：中山健夫)。
- 4) DIPEX, available from <<http://www.dipex.org/>>
- 5) Simon N. Whitney, MD, JD. A new model of medical decisions: Exploring the limits of shared decision making. *Medic Decis Making*, 23, (4), 2003, 275-280.
- 6) McNutt, RA. Shared medical decision making. *JAMA* 292, 2004, 2516-2518.
- 7) Medicines Partnership, available from <<http://www.medicines-partnership.org/>>
- 8) Medicines Guide, available from <<http://medguides.medicines.org.uk/>>
- 9) NHS Direct online, available from <<http://www.nhsdirect.nhs.uk/index.asp>>
- 10) Medicines Partnership, available from <<http://www.medicines-partnership.org/>>
- 11) NeLH (National electronic Library of Health), available from <<http://www.nelh.nhs.uk/>>
- 12) DrugInfoZone, available from <<http://www.druginfozone.org/>>
- 13) NLM MEDLINE Plus, available from <<http://www.medlineplus.gov/>>
- 14) ASHP (American Society of Health-System Pharmacists), available from <<http://www.ashp.org/ahfs/>>
- 15) SafeMedication.com, available from <<http://www.safemedication.com/>>
- 16) FDA Consumer Information, available from <<http://www.fda.gov/cder/consumerinfo/default.htm>>
- 17) EU EMEA (European Medicines Agency), available from <<http://www.emea.eu.int/index/indexhl.htm>>
- 18) PIL (Patient Information Leaflet), available from <<http://emc.medicines.org.uk/>>
- 19) Medicines Guides, available from <<http://www.medicines.org.uk/>>
- 20) 豪CMI (Consumer Medicine Information), available from <<http://www.asmi.com.au/CMI.htm>>
- 21) ニュージーランドCMI (Consumer Medicine Information), available from <<http://www.medsafe.govt.nz/consumers/cmi/CMIForm.asp>>
- 22) 医薬品情報提供のあり方に関する懇談会最終報告(要旨), available from <<http://www.mhlw.go.jp/shingi/0109/s0927-2.html>>
- 23) 海外規制機関の医薬品安全性情報(安全情報部), 入手先 <<http://www.nihs.go.jp/dig/jindex.html>>, (accessed 30.4.2005).

(原稿受付け：2005.5.6)

## 「コンコードダンスという考え方」について 第1回

シェアード・ディシジョン・メイキングと  
コンコードダンスやまもと みちこ  
鈴鹿医療科学大学 薬学部 教授 山本 美智子

「コンコードダンスという考え方」について、2回に分けて紹介していきます。第1回目は、コンコードダンスの考えの重要な背景として理解しておきたいパターナリズム、インフォームド・コンセント、シェアード・ディシジョン・メイキングからコンコードダンスへの流れについて、第2回目は、コンプライアンスからアドヒアランス、コンコードダンスの実際についてです。

## ●はじめに

患者と医療者の関係が変化してきています。厚生労働省「医療分野における規制改革に関する検討会」報告書（2004年）では、“患者による選択と参加，患者の自立支援”に向け，情報提供の推進を求めています。患者が治療を選択し，主体的に参加できるようにするためには，患者に治療方法の選択肢等に関する説明が適切に行われるようにする必要があります。具体的に，信頼できる情報が，十分かつ分かりやすく提供されるような取り組みを，関係者が協力して進める必要があるとしています。

しかし一方で，現実の医療への不満，特に，コミュニケーションや情報開示に対する不満が大きいことも指摘されています。「生活と健康リスクに関する意識調査」（平成16年版厚生労働白書）によると，7割を超える者が医療機関や医療者に対し不安・不満を感じており，その原因として6割の者が，「医

療従事者と十分なコミュニケーションがとれないこと」を挙げていました。

このような状況の中，従来のパターナリズム（Paternalism）からインフォームド・コンセント（Informed Consent），さらに一歩進んで「医療者と患者が情報（エビデンス）を共有した上で治療の決定」を行う“シェアード・ディシジョン・メイキング（Shared Decision Making）”の考えが注目されてきたのは海外でも比較的最近のことです。服薬や薬物治療に関しては，“シェアード・ディシジョン・メイキング”に近い考え方として，“コンコードダンス（Concordance）”という考え方があります。コンコードダンスの英語の意味は，Websterの辞書によると，「調和，賛同，一致」などです。従って，コンコードダンスは患者の価値観やライフスタイルを尊重し，患者にもたらされる医療が，患者・医療者間で調和（一致）したものであるということです。最近では，コンコードダンスは，患者と医療者との関係やその成果を示す概念として，服薬のみならず幅広い健康行動に対しても用いられるようになってきました。患者と医療者の関係におけるコンコードダンスの考え方について，紹介したいと思います。

## ●患者と医療従事者の関係

## 1. パターナリズム

医療の世界においては，従来患者は医師はじめ医療者の専門的判断に委ねてきました。

1970年代はじめに、医者と患者の権力関係をパターンリズムとして捉え社会的な問題として喚起されるようにもなりました。このようなモデルは、患者は医師の指示に従うだけで、医師と患者は上下関係となる伝統的なモデルです。

## 2. インフォームド・コンセント

1980年代にはいると、米国で、「正しい情報を得た（伝えられた）上での合意」する患者の権利や立場を考慮したインフォームド・コンセントの考えがでてきました。患者が、治療や臨床試験の内容についてよく説明を受け十分理解した上で（informed）、患者自らの自由意思に基づいて医療者と方針について合意する（consent）ことです。

現在、米国医師会（<http://www.ama-assn.org/>）は一步進めて以下のように定義しています。「インフォームド・コンセントとは、患者と医師の間で、治療を行うことに対し患者の承諾または合意に至るコミュニケーションのプロセスである。」コミュニケーションのプロセスにおいて、治療に関し医師は患者に、診断結果、提案された治療の特徴および目的、提案された治療のリスクとベネフィット、他の治療法とそのリスクとベネフィット、治療を受けないことのリスクとベネフィットなどの情報を開示し話し合うこととしています。これは、後に述べるコンコーダンスの考え方と非常に近いものです。インフォームド・コンセントの定義そのものがこのように変化してきているのも興味深いことです。

また、治療の選択肢がある場合は、十分な説明を受けた上での選択、「インフォームド・チョイス（informed choice）」となり、患者が主体的に複数の方針からひとつを選択するよう促されることがあります。このように患者が方針の選択まで行うことを特にインフォームド・チョイスと言っています。

## 3. シェアード・ディシジョン・メイキング

さらに、進んだモデルとして“シェアード・ディシジョン・メイキング”があります。これは、「患者・医療者が必要な情報を共有した上での意思決定」ですが、患者さんにとって大事なことは、誰が最終的な決断を下したかということより、意思決定のプロセスを共有できたかどうかということです。患者は、患者しか持ちえない経験や病気に対する考えを持っており、それこそが患者の専門性であり、医療者と同じく専門家として対等の立場にあるということが前提にあります（図1）。患者は医療者のパートナーシップという考えです。次のようなことがシェアード・ディシジョン・メイキングには必要とされています。

- 1) 医師と患者が治療の意思決定に参加し、お互いに情報を共有すること
- 2) 医師と患者が、パートナーシップに基づきお互いの専門性を尊重し意思決定のプロセスを重視すること
- 3) 医師と患者が、相談して治療法を決定し、その治療の開始に同意すること

しかし、実際に医療現場では、医師は自分が思っているより患者に対し指示的であり、患者とのコミュニケーションや患者への理解は不足していることを示唆する研究があります。治療に際し、医師と患者間でのコミュニケーション調査（Makoul G. 1995）では、医

### “Shared Decision Making”

（情報を共有した上での治療の決定）

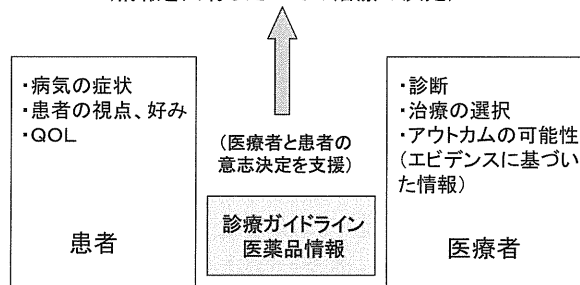


図1 シェアード・ディシジョン・メイキングの考え方

師が行ったことに対する医師自身の認識と客観的な観察では隔たりがあることが分かっています。医師は、「患者に対し薬の服用に際し指示を与える」と61.9%が回答していますが、実際は87.0%も「指示を与えている」と観察されました。また、医師は「薬のベネフィットについて患者と話し合う」と47.8%が回答したのに対し、観察では56.0%も確認されました。一方、医師は「薬の副作用について話し合う」と39.4%が回答したのに対し、観察では30.7%にとどまりました。医師は薬のリスクよりベネフィットを強調している傾向がありました。患者が治療計画について考えていることを理解したかどうか、患者が治療計画について理解する能力があるかどうかを話し合ったかという質問に対し、約半数の医師が話し合っているとしたのに対し、観察ではそれぞれ33.9%、7.9%にとどまっています。医師は患者と話し合い患者の視点を引き出す度合いを過大評価しており、医療者側は、「必要な情報を共有した上での意思決定」にさらなる改善が求められる結果でした。

## ●コンコーダンスの提唱

### 1. コンプライアンスからコンコーダンスへ

コンコーダンスは、英国で1993年ごろから発展してきた服薬や薬物治療に対する考え方です。もともとは、服薬が遵守されていない現状（ノンコンプライアンスの問題）の検討から生まれたものでした。コンコーダンスの概念は、英国保健省（Department of Health）が英国王立薬剤師会と共同し、1996年に設置したMedicines Partnership Groupにより、シェアード・ディシジョン・メイキングのサブセットとして紹介されました。図2にシェアード・ディシジョン・メイキング、インフォームド・コンセント、パターナリズムとコンコーダンス、アドヒアランス、コンプライアンスの関係をイメージ図として

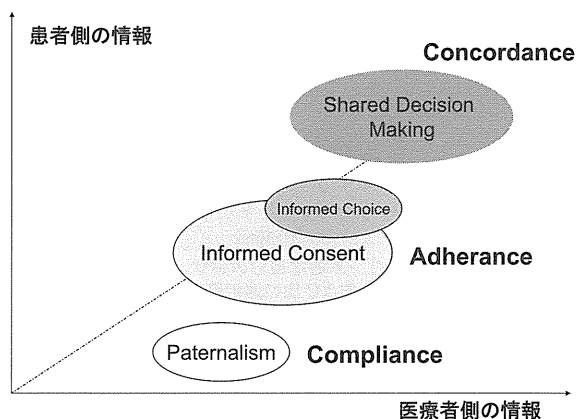


図2 シェアード・ディシジョン・メイキング、インフォームド・コンセント、パターナリズムとコンコーダンス、アドヒアランス、コンプライアンスの関係

示しました。

コンコーダンスは、「服薬に関し患者の考えを尊重する話し合いの後に患者と医療者が到達する合意」として定義されました。また、保健省は薬物治療を効果的に行うための患者支援のアプローチとして、このコンコーダンスとシェアード・ディシジョン・メイキングの概念を広めるため、2002年にMedicines Partnership Programmeを設けました。Medicines Partnershipの構成メンバーは、医師、薬剤師、看護師、消費者等の団体、政府機関、各関連学会および製薬会社の団体等です。Medicines Partnershipは、患者が治療の決定にパートナーとして関わり、服用時もサポートされ医薬品を有効に使用できるようなコンコーダンスに関する提言（図3）を発表し、次のことを目標に掲げました。

- ・政策に影響を与える
- ・患者が医療者のパートナーになることを可能にする
- ・医療者の意識や行動を変える
- ・実際のモデルを作成する
- ・患者が十分な知識を持てるように支援する

Medicines PartnershipはMedicines Information Project（医薬品情報プロジェクト）を支えており、その主なアウトプットは、

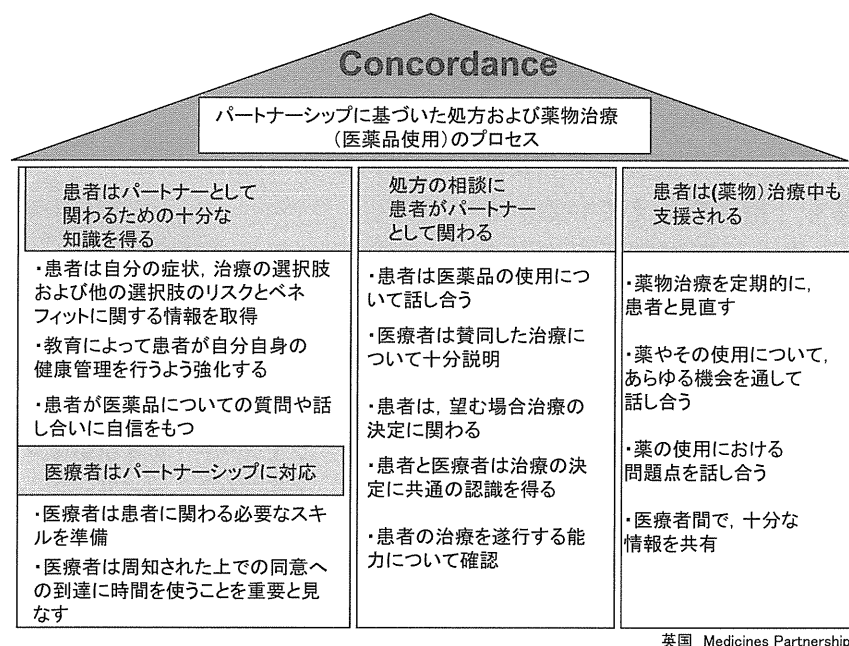


図3 Medicines Partnership (MP) の活動におけるコンコーダンス (Concordance) に向けた医薬品情報  
山本 美智子 et al. 医薬品研究 37 (7), 427-437, 2006 (Introduction to Concordance and Medicines Partnership Task Force, March 2005より許可を得て掲載)

Medicine Guidesで、それは患者・消費者に利用されるべき医薬品情報のモデルを示しています(第2回参照)。Medicine Guidesは、他の医薬品情報(患者用のPatient Information Leaflet, 医療者用Summary of Product Characteristic)等と同様にWebページで提供されています(<http://www.medicines.org.uk/guides>)。現在、Medicine Guidesは、Medicines Partnershipの手から離れていますが、継続してほぼ同様の構成メンバーにより運営されています。また、国民医療サービスNHS Choiceと連携して疾患の情報も併せて提供されています。なお、Medicines Partnershipは2006年から処方センターNPC Plusの一部となり、治療の遵守に対する具体的な方策に関するプログラムに取り組んでいます。Medicine Guidesの評価ですが、患者の90%、医療者の83%が有用と答え、患者の91%と医療関係者の90%が再度利用したいとする調査結果が出ています。

2001年の保健省の資料によると、英国では国民の約70%が病気の予防や健康増進のため

に薬を使用しています。2007年のデータでは医薬品の処方が79億600万件、83億7,270万ポンドの費用がかかっていました。また、75歳以上の高齢者の4人に3人が処方薬を服用しており、高齢者の36%が一日に4種類以上の薬を服用しています。治療開始時には、患者の約60%以上が薬のベネフィットがリスクを上回ると考えていますが、服薬が遵守されていない疾患も多く、関節炎では35%、てんかん、高血圧で40%、糖尿病で55%、喘息では80%にもものぼる患者が服薬を遵守していないことが判明しました。なお、2001年から、英国では75歳以上の患者は少なくとも年に1回、また4種類以上服用している患者は半年に1回、薬歴調査を行うことが決められています。この薬歴調査は家庭医よりも薬剤師が行ったほうが問題の発見に貢献できたとする研究もあります。

今回は、コンプライアンスからアドヒアランス、コンコーダンスの考え方とその実際について紹介していきたいと思えます。

※主な参考文献は、第2回に掲載します。



「コンコードダンスという考え方」について 第2回

## コンプライアンス、アドヒアランスから コンコードダンスへ

鈴鹿医療科学大学 薬学部 教授 やまもと みちこ 山本 美智子

第1回目は、コンコードダンスの考えの重要な背景として理解しておきたいパターンリズム、インフォームド・コンセント、シェアード・ディシジョン・メイキングからコンコードダンスへの流れについて紹介しました。今回は、コンプライアンスからアドヒアランス、コンコードダンスの考え方とその実際について紹介していきたいと思えます。

### ●コンプライアンスからコンコードダンスへ

#### 1. コンプライアンス

コンプライアンス (Compliance) の意味は、命令、申し出・要求などに従うことです。コンプライアンスという用語は、社会的には法令遵守の意味で使われており、決められたことを守るといことです。服薬に関しては、コンプライアンスは患者が処方せんの指示に従って薬を服用するまでを言います。「服薬遵守」と訳され、「コンプライアンスが良い、悪い」と表現されます。

Haynes (1979) によれば、「処方者のアドバイスに患者の行動がどの程度合致するかその度合い」としています。コンプライアンスの評価の基準は遵守できたかどうかという患者の行動です。すなわち、医師の指示を患者が遵守するということになり、受動的で従順な患者が医師の言うことを守るとい家長主義的 (paternalistic) な考えが色濃くでています。

医師からの処方通りに服薬する割合は50%

前後と推測されています。残りの50%はノンコンプライアンスになりますが、その原因は、医薬品の副作用が心配、病気に対する理解不足、医療関係者と患者さんとの信頼関係の不足 (患者さん情報の収集不足、患者の生活習慣に対する理解不足、服用困難な処方・剤形の選択、事前の十分な服用意義の説明不足、等) と様々な原因があるでしょう。コンプライアンスを高めるためには、「医療者の指示をいかに守らせるか」だけではなく、薬・患者・医療者側のそれぞれのノンコンプライアンスの要因を検討することが必要です。

しかし、急性期の医療、即刻命にかかわるような場合などは、パターンリスティックな方法が現実的です。治療を選択する時間的猶予がない場合、コミュニケーションが困難な場合などに、医療者に治療の意思決定が委ねられることになります。

#### 2. アドヒアランス

近年、コンプライアンスの代わりに使用されることが多くなった用語がアドヒアランス (Adherence) です。アドヒアランスの動詞のアドヘア (adhere) は、「順守する、忠実である」という意味ですから、服薬を守るとい意味ではコンプライアンスと変わりませんが、コンプライアンスよりは患者の積極的な参加や自律性を重んじた概念です。

Barofsky I. (1978) によれば、アドヒアランスは「患者が同意した処方者の推奨に患者の行動がどの程度合致するかその度合い」と

しています。患者は医師の推奨に従うかどうか自由に決定し、またそう決めたことで失敗してもそれは患者を責めるべきではないとしています。アドヒアランスは同意の必要性を強調することでコンプライアンスの定義を発展させたものです。

特に、長期にわたって服薬の必要がある場合など、患者さんの主体的な意識が重要な分野で、この考え方が強調されるようになってきました。たとえば、HIV患者の服薬継続や治療予後を左右する因子として、患者の積極性が挙げられています。患者自身の積極的な意思でHIV薬を服薬すると決断することで、ノンコンプライアンスが回避できるのではないかという考えです。

WHOでも、2001年にアドヒアランスに関する会議を開き、「コンプライアンスではなくアドヒアランスという考え方を推進する」という方向性を示しています。また、2003年には「慢性疾患のアドヒアランスの悪さは、世界的な問題となっている」と危惧した声明を出しています。

### 3. コンコーダンス

コンコーダンス (Concordance) とは、「パートナーシップに基づき、患者と医療従事者間で疾患や治療について情報を共有した上で話し合い治療を決定 (Shared Decision Making) し、そこには専門家としての患者の知識および意見が十分に考慮される」という考え方です (Marinker M. 1997)。評価の基準は患者と医療従事者との話し合い (consultation) のプロセスとされています。医療従事者は、患者の価値観、信念やライフスタイルを尊重し、両者の話し合いの結果、調和関係が作られるとするもので、双方向性を持った関係です。治療方針の決定から実際に治療を受けたり服薬したりするまでの治療の全過程において患者がかかわっていくためには、患者と医療関係者の間の対等な協力関

係が必要です。

また、2005年のNHSの報告書 (Horn R.) では、コンコーダンスは、服薬や薬物治療にとどまらず、「処方に関するコミュニケーションから服薬における患者支援までを含む」とする広い概念を示しています。

日本高血圧学会の高血圧治療ガイドライン2009でも、コンコーダンスの考え方や具体的な方法について言及しています。患者と医師は疾患のリスク、治療効果、副作用、費用対効果、服薬忘れなどに対するコミュニケーションを十分行うことが重要であるとしています。コンコーダンスモデルでは、患者が十分な知識を持ったパートナーとして必要ですが、医師と患者の高血圧への理解、認識のギャップが大きいことが分かっています。患者および医師へのアンケート調査で高血圧に関する理解度の一例として、「高血圧が脳卒中、心筋梗塞などのリスクを高くする」ことを知っていたのは未治療の高血圧患者では約30%、治療中の高血圧患者では約50%でした。一方で、医師はほぼ全員がこれらのリスクについて患者に説明し、患者は十分理解していると思っていました。副作用については逆で、患者は大変関心が高いのですが、医師はむしろ治療効果により興味があるという結果でした。患者・医療者間でこのようなギャップを埋め相互理解を進めていく上でもコンコーダンスの重要性がうかがわれます。

### 4. コンコーダンスのメリット・デメリット

コンコーダンスは、もともと、ノン・コンプライアンスをいかに減らすかという検討から生まれたものです。ノン・コンプライアンスにより、疾患治癒や改善に至らない、余分な治療コストがかかる、患者本人や家族、経済への影響が大きいことが挙げられます。コンコーダンスの実践により、患者の治療効果と治療に関する満足度が向上し、最終的には高い費用対効果が得られると考えられています。

また、最近の社会では、治療に関する情報が入手しやすくなり、消費者保護の傾向が強くなっています (Elwyn G., 1999)。しかし、コンコーダンスのデメリットとして、患者の要求がエスカレートして、逆の効果が得られるという報告もあります。医療者が、患者の勝手な「要求」にのまれたり、適切ではない処方を行ったりするリスクが生じる場合も出てくる可能性があります。コンコーダンスでのコミュニケーション不足はアウトカムに悪影響を与える可能性も否定できません。

### ●医薬品に関する情報提供

これまでの医療者から患者への医薬品に関する情報提供は、診断、治療のプロセスの一連の流れの中で十分だったとは言えないのではないのでしょうか。通常、患者は薬の情報を最終段階で受動的に受け取っていますが、これでは治療に対する理解や治療への意欲の向上につながらないかもしれません。もっと積極的に治療に関わることを可能にするためにも、治療を決定するところから医薬品情報が必要です。では実際に、医療の中で患者はどのような医薬品情報を必要としているのでしょうか。医師から、処方についての簡単な説明の後、薬局に行っはじめて、書面で薬の情報を渡されることが多いと思われます。しかし、

- ・ 医薬品の処方決定がなされた後で、医薬品の情報を受け取るのは遅すぎないでしょうか。
- ・ 患者が全ての治療の選択肢に関する情報を必要としているとき、一つの薬の情報では狭すぎないでしょうか。

- ・ その医薬品の禁忌や副作用などネガティブな情報に注目しがちですが、そうなるとうまくリスク・ベネフィットを比較することは難しいのではないのでしょうか。

このように、治療の決定前から決定後、治療中においても患者に包括的な情報を提供し支援していく必要性について、Medicines Partnershipでは第1回の図3のような提言をしています。その成果にあたるのが患者向けの医薬品情報であるMedicine Guides (図1)です。その内容は、日常生活との関わりなど患者視点の情報も含まれ、専門的用語は用語集にリンクされています。薬物治療では、薬剤師は大きな役割を担っており、服薬に際しても、患者の不安や患者が感じている問題を引き出し、それに対応するために患者と話し合うことが必要です。また、その後患者が薬を正しく継続的に服用しているかモニタリングし、薬物治療が効果的に行われているか評価していく必要があります。コクランのシステマティックレビューでは、服薬介入を効果的に行うことは専門的な薬物治療のいかなる改善より人々の健康にはるかに影響力

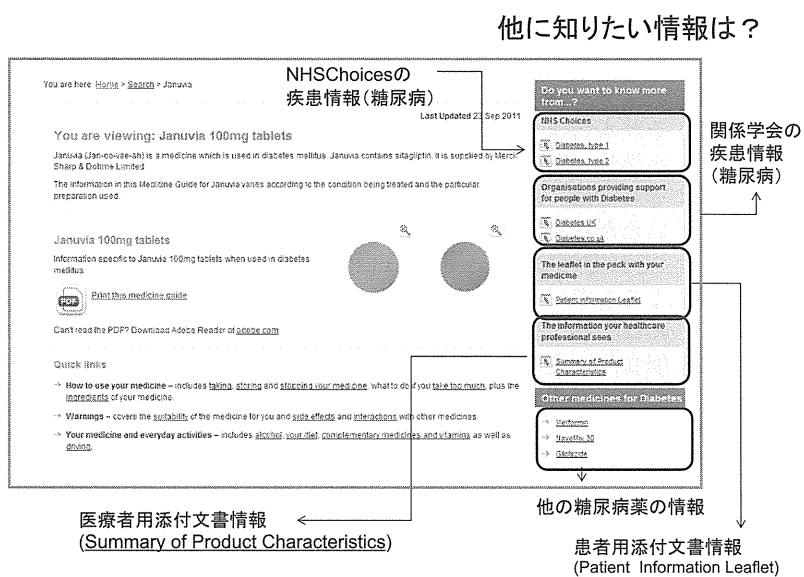


図1 Medicine Guides一例 糖尿病薬シタグリプチンのページ  
 医薬品名、症状(疾患名)、製薬会社名から検索できる。また、このページに当該疾患や他の薬の情報などがリンクされており、関連情報も参照できるよう構成されている。

があるとしています。その一例として、“飲み忘れに対する方法を患者の視点を重視した話し合い”で示します(表1)。

国内でも、現在、医薬品医療機器総合機構の医薬品情報提供ホームページには、患者向けの医薬品情報として「患者向け医薬品ガイ

ド」が掲載され、また、くすりの適正協議会の「くすりのしおり」にリンクされています。同協議会では、コンコーダンスに向けた情報として、高血圧症、糖尿病、小児ぜんそくに関し「コンコーダンス指向くすりのしおり」(図2)を提供しています。

表1 飲み忘れに対する方法を患者の視点を重視した話し合い

患者Aさん(75歳、女性)は、血圧が高く(収縮期血圧170mmHg, 拡張期血圧98mmHg)、脳梗塞のリスクが高いと診断されているため、脳神経外科に通院して定期的MRIで脳の画像検査を受けています。降圧薬(アンジオテンシントイプII受容体阻害薬)が処方され、1日1回朝服用しています。飲み忘れることがたびたびあり、来局時に相談しました。今のところ、重大な問題は出ていません。睡眠導入剤も処方されていますが、忘れずに寝る前に飲んでいきます。

患者Aさん：高血圧の薬を時々飲み忘れるんで心配です。何か良い方法はないでしょうか。

薬剤師：高血圧の薬を飲み忘れしやすいんですね。今日は、忘れずに飲む方法についてごいっしょに考えてみましょう。紙に書いて、最後にお渡ししようと思いますが、それでよろしいでしょうか？

患者Aさん：はい、お願いします。

薬剤師：Aさんは忘れずに飲む方法として、どんな方法がありそうですか？朝の時間の過ごし方についてお話しいただいてもよろしいでしょうか。

患者Aさん：はい。一人暮らしなので、朝食は遅めに、朝8時からのドラマを必ず見ながらとってます。新聞も読みながらね。

薬剤師：今お話しくださったことも、アイデアなので「テレビ番組に合わせて飲む」「新聞を読むときに飲む」も書いておいてよいですか。

患者Aさん：そういうことでいいですか。

薬剤師：もちろんです。

患者Aさん：他には何があったかしら。

薬剤師：テレビや新聞ではない何かというと他に何がありますか？

患者Aさん：朝食後に食器を洗うときもいいかしら。

薬剤師：それも書きますね。「食器を洗うとき」ほかにもありますか？(隣の小学校の開始チャイムの音など方法の検討が続く)

薬剤師：それでは、次にこれらの方法の特徴、良い点とそうでない点をあげていただけますか。

患者Aさん：(それぞれの方法との特徴、良い点とそうでない点をあげる)

薬剤師：ここまであげた方法の特徴が出そろいましたね。どの方法だとAさんにとってやってみたいと思いますか？

患者Aさん：朝食後に食器を洗うときでしょうか。入れ歯も洗いますし、お水もすぐに汲んで飲むことができますし。

薬剤師：「よいことを思いついた」って感じの表情をされていましたものね。どこに薬を置いて飲むかなど、いかがですか？

患者Aさん：食卓の上かしら(具体的な方法を話す)。

薬剤師：(メモしながら、)そうですね。私はAさんの家のイメージが何となく湧いてきましたよ。

患者Aさん：心がけてやってみようかしら。

薬剤師：もし、よかったら次いらっしゃる時に、やってみてどうだったか、教えてくださいね。

飲み忘れという問題から「忘れずに飲む」という解決のための話題に変換しています。

良い方法かどうかの評価より、「アイデアが出た」ことを話題にして、患者の考えを引き出そうとしています。

複数の選択肢の中から、具体的にやってみたいと思う行動を選ぶように勧めています。

「良い方法」を評価するのではなく、場面を共有した感覚を相手に伝えています。

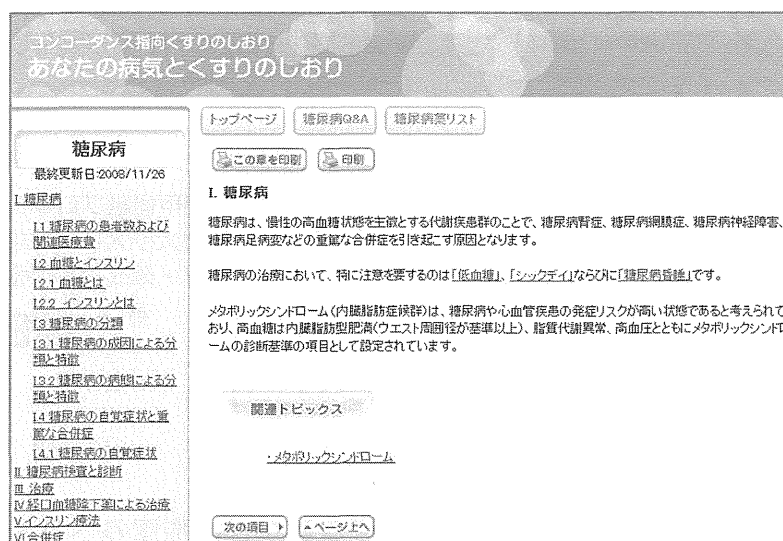


図2 コンコーダンス指向くすりのしおり (RAD-AR)

### ●おわりに

コンコーダンスは、“シェアード・ディシジョン・メイキング”に近い考えであり、英国では医療の中でサブセットとして用いられることも多くあります。コンコーダンスでは、患者・医療者の合意とされますが、話し合いの結果、患者が医療専門家に決定を委ねたいと考える場合、それもコンコーダンスと捉えることもできるでしょう。

コンコーダンスモデルを実践するには、さまざまな知識はもちろんのこと、コミュニケーションスキルも重要になってきます。コンコーダンスの本質は患者の考えや気持ちを理解し尊重するためのアプローチであり、これからの薬物治療のあり方全体に対する考え方を示すものと言えるのではないのでしょうか。

### 主な参考文献

1) Makoul G. et al. Soc. Sci. Med., 41(9), 1241-1254. 1995

2) Haynes RB. et al. Compliance in health-care. Baltimore, MD : John Hopkins University Press, 1979

3) Horne R. et al. Compliance, Adherence, and Concordance Implications for Asthma Treatment CHEST 130(1) suppl 65S-72S. 2006

4) Annie C. Optimizing medicines management : From compliance to concordance. Ther Clin Risk Manag. 3(6) : 1047-1058. 2007

5) 山本 美智子 et al. “Shared Decision Making” に向けての医薬品情報, 薬学図書館 50(3), 196-206. 2005

6) 山本 美智子 et al. Shared Decision Making における医薬品情報” - 英国 Medicines Information Project (MIP) の試み, 医薬品研究, 37(7), 427-437. 2006

7) 安保 寛明 et al. コンコーダンス 医学書院 東京2011

8) 岩堀 禎廣 et al. 翻訳 なぜ、患者は薬を飲まないのか? 薬事日報社 東京2010 (Concordance a partnership in medicine - taking Bond C Pharmaceutical Press, London, 2004)

# 医薬品情報に関するアンケート調査 —インターネット上の医薬品情報の利用者の ヘルスリテラシーについて

1) 東京慈恵会医科大学環境保健医学講座准教授 2) 日本赤十字社関東甲信越ブロック血液センター  
3) NTT 東日本関東病院薬剤部長 4) 神戸薬科大学非常勤講師 5) 京都大学大学院医学研究科健康情報学教授 6) 鈴鹿医療科学大学薬学部教授 7) 大東文化大学スポーツ・健康科学部教授

1) 須賀万智 2) 小田嶋 剛 3) 折井孝男 4) 土居由有子  
5) 中山健夫 6) 山本美智子 7) 杉森裕樹

## summary

インターネット上の医薬品情報にアクセスする者がどの程度のヘルスリテラシー (HL) を備えているかを検討するため、人間ドック受診者にアンケート調査を実施した。医薬品情報の収集にインターネットを利用しない「ネット非利用群」(567名)、インターネットを利用し、医師や薬剤師を情報源としない「単独群」(199名)、インターネットを利用し、かつ医師や薬剤師を情報源とする「併用群」(419名)を比較した結果、単独群と併用群はネット非利用群に比べ優れたHLを備えていたが、批判的HLで「情報の信頼性に疑問を持った」者が4人に1人にとどまるなど、必ずしも十分とは言えない項目が見られた。単独群は併用群に比べ伝達的HLが劣っていた。インターネット上の医薬品情報にアクセスする者は比較的優れたHLを備えているが、伝達的HLと批判的HLに改善の余地があると考えられた。

## key words

医薬品情報, ヘルスリテラシー, インターネット, アンケート調査

## 緒言

厚生労働科学研究費補助金「国民および医療関係者との副作用情報にかかるリスクコミュニケーション方策に関する調査研究」では、一般市民に対する医薬品情報提供のあり方を検討するため、人間ドック受診者にアンケート調査を行い、医薬品情報収集の実態を調べた<sup>1)</sup>。

その結果によれば、医薬品情報の入手先(複数回答)は医師(63%)、薬剤師(51%)、イ

ンターネット(43%)の順で、年齢が低い層においてはインターネットが医師や薬剤師と同等ないしは上回った。インターネットは身近な情報源と認識され、一般市民に対する医薬品情報の提供を考える上で重要な媒体であることが示された。

文献レビューからも、病気や治療に関する情報を得るためや、処方時の指導説明の不足分を補うためにインターネットが利用されていることが明らかにされている<sup>2)</sup>。その一方、インターネットは情報を自由にやりとりできるという性質上、情報の質の制御が難しいと



いう問題を孕んでいる<sup>3)</sup>。

インターネットを利用する場合には、質の高い情報を見極める能力と、情報を正確に理解して最適な行動を判断できる能力が要求される。このようなスキルを持たずにインターネットのみを情報源とした場合、正しい知識を得られないばかりか、誤った情報に振り回され健康に悪影響を及ぼすことが危惧される。

健康に必要な情報を収集・理解・活用する個人の能力。社会生活上のスキルはヘルスリテラシー (health literacy ; HL) と言われ<sup>4)</sup>、機能的 (functional) HL、伝達的 (communicative) HL、批判的 (critical) HL に分類される<sup>5)</sup>。前述した「医薬品情報に関するアンケート調査」では医薬品情報収集の実態として HL にも注目しており、情報の入手先とともに、3種類の HL を尋ねた。

本研究では、インターネット上の医薬品情報にアクセスする者がどの程度の HL を備えているか検討するため、医薬品情報の収集にインターネットを利用しない「ネット非利用群」、インターネットを利用し、医師や薬剤師を情報源としない「単独群」、インターネットを利用し、かつ医師や薬剤師を情報源とする「併用群」に分けて、HL の違いを分析した。

## 方法

### (1) 医薬品情報に関するアンケート調査

2010年9～12月に日本赤十字社熊本健康管理センター (熊本市) の人間ドックを受診した者を対象に「医薬品情報に関するアンケート調査」を実施した<sup>1)</sup>。調査は自記式、無記名、留置法で行い、調査票を回収できたのは1978名であった。調査実施に当たり、調査実施施設の倫理委員会の承認を受けた。

調査項目は、医薬品に対する意識と服用の状況、医薬品情報に対する意識と収集の状況、

HL、医療用語の知識、ならびに性、年齢、健康状態などの属性情報である。HL については、Ishikawa ら<sup>6)</sup>が開発した評価票に基づき、機能的 HL5項目、伝達的 HL5項目、批判的 HL4項目の計14項目を尋ねた。回答は5段階評価で、「強くそう思う」「まあそう思う」「どちらでもない」「あまりそう思わない」「全くそう思わない」から選択させた。

医療用語の知識については、病院を受診した際や薬を処方された際に分からない医療用語を聞いたことがあるか、さらに検査や症状や医薬品に関連する用語のリストを提示して、各用語の認知度を尋ねた。回答は5段階評価で、「聞いたことがあり、意味もよく知っている」「聞いたことがあり、意味も知っている」「聞いたことがあり、意味も何となくわかる」「聞いたことはあるが、意味は知らない」「聞いたことがないし、意味も知らない」から選択させた。

### (2) 分析

調査票を回収できた1978名から性・年齢不明者と医療・医薬品関係者を除いた有効回答者は1707名であった<sup>1)</sup>。本研究ではインターネット上の医薬品情報利用者の HL について検討するため、インターネット利用率<sup>7)</sup>が未だ低水準とされる60歳以上を除外して、HLの14項目にもれなく回答した30～59歳の男女1185名を対象とした。

医薬品情報の入手先 (複数回答) で「インターネット」を選択した者は1185名中618名であった。そのうち、「医師」「薬剤師」を選択しなかった者は199名であった。医薬品情報の収集にインターネットを利用しない「ネット非利用群」(567名)、インターネットを利用し、医師や薬剤師を情報源としない「単独群」(199名)、インターネットを利用し、かつ医師や薬剤師を情報源とする「併用群」(419名)に分けて、HL、医療用語の知識、な

表1 基本属性

	ネット非利用群 (n=567)	単独群 (n=199)	併用群 (n=419)	P
・性				
男性	334 (58.9%)	146 (73.4%)	267 (63.7%)	0.001
女性	233 (41.1%)	53 (26.6%)	152 (36.3%)	
・年齢				
30～39歳	92 (16.2%)	34 (17.1%)	69 (16.5%)	<0.001
40～49歳	181 (31.9%)	84 (42.2%)	194 (46.3%)	
50～59歳	294 (51.9%)	81 (40.7%)	156 (37.2%)	
・服薬*				
あり	139 (24.5%)	42 (21.1%)	124 (29.6%)	0.051
なし	428 (75.5%)	157 (78.9%)	295 (70.4%)	

数値：人数

\*処方薬を1カ月以上継続して服用している。

らびに医薬品に対する意識と服用の状況にかかわる質問への回答を比較した。

HLの14項目は、機能的HLでは否定した場合に、伝達的HLと批判的HLでは肯定した場合に、優れていると判断される。該当項目が多いほどHLが優れていることを表すように、機能的HLでは「全くそう思わない」「あまりそう思わない」を該当、伝達的HLと批判的HLでは「強くそう思う」「まあそう思う」を該当とみなし、全体およびカテゴリー別の該当項目数の平均と項目別の該当者の割合を求めた。医療用語の認知度は「聞いたことがあり、意味もよく知っている」「聞いたことがあり、意味も知っている」「聞いたことがあり、意味も何となくわかる」を言葉の意味が分かるとみなし、その割合を求めた。

統計学的解析にはSAS version 9.2 (SAS Institute Inc, Cary, NC, USA)を用いた。平均の比較は年齢を調整した二元配置分散分析を行い、3群間に有意差を認められた場合は、さらにTukey-Kramer法による多重比較を行った。割合の比較は年齢を調整したCochran-Mantel-Haenszel検定を行った。有意水準は5%にて評価した。

## 結果

表1に基本属性を示した。ネット非利用群は他の群に比べ、女性が多く、50～59歳の割合が高かった。単独群は男性が多かった。服薬の割合は3群間に有意差を認めなかった。

表2にHLを示した。3群に共通する傾向として、カテゴリー内の該当項目の割合(該当項目数/全項目数)は機能的HL>伝達的HL>批判的HLの順に低かった。項目別の該当者の割合は、「誰かに代わりに読んでもらうことがある(否定)」が最も高く88.0%に達した一方、「情報の信頼性に疑問を持った」が最も低く23.8%にとどまり、カテゴリー内でも項目ごとにバラつきがあった。全14項目中の該当項目数は、ネット非利用群が他の群に比べ有意に少なかった。

カテゴリー別に見ると、機能的HLの該当項目数は3群間に有意差を認めなかったが、伝達的HLの該当項目数は併用群>単独群>ネット非利用群の順に多く、各群間に有意差を認め、批判的HLの該当項目数はネット非利用群が他の群に比べ有意に少なかった。

表2 ヘルスリテラシー(HL)

	ネット非利用群 (n=567)	単独群 (n=199)	併用群 (n=419)	P
・全体 該当項目数：平均±標準偏差	7.8 ± 3.5	8.8 ± 3.3	9.2 ± 2.9	<0.001 (a, b)
・機能的HL 該当項目数：平均±標準偏差	3.3 ± 1.8	3.6 ± 1.6	3.6 ± 1.6	0.049
・字が細かくて読みにくい(否定)	402 (70.9%)	149 (74.9%)	332 (79.2%)	0.006
・読めない漢字がある(否定)	357 (63.0%)	146 (73.4%)	302 (72.1%)	0.013
・内容が難しくて分かりにくい(否定)	322 (56.8%)	115 (57.8%)	246 (58.7%)	0.519
・読むのに時間がかかる(否定)	335 (59.1%)	124 (62.3%)	256 (61.1%)	0.484
・誰かに代わりに読んでもらうことがある(否定)	481 (84.8%)	182 (91.5%)	380 (90.7%)	0.005
・伝達のHL 該当項目数：平均±標準偏差	2.7 ± 1.8	3.0 ± 1.6	3.4 ± 1.6	<0.001 (a, b, c)
・いろいろなところから情報を集めた	393 (69.3%)	170 (85.4%)	361 (86.2%)	<0.001
・たくさんある情報から三分が求めるものを選び出した	287 (50.6%)	129 (64.8%)	297 (70.9%)	<0.001
・見聞きした情報を理解できた	291 (51.3%)	127 (63.8%)	296 (70.6%)	<0.001
・自分の意見を医師や身近な人に伝えた	280 (49.4%)	82 (41.2%)	234 (55.8%)	0.052
・見聞きした情報をもとに実際に生活を変えてみた	265 (46.7%)	96 (48.2%)	239 (57.0%)	0.001
・批判的HL 該当項目数：平均±標準偏差	1.8 ± 1.4	2.1 ± 1.3	2.2 ± 1.2	<0.001 (a, b)
・情報が自分にも当てはまるかどうか考えた	416 (73.4%)	155 (77.9%)	363 (86.6%)	<0.001
・情報の信頼性に疑問を持った	139 (24.5%)	50 (25.1%)	94 (22.4%)	0.345
・情報が正しいかどうか聞いたり調べたりした	260 (45.9%)	123 (61.8%)	263 (62.8%)	<0.001
・病院や治療法などを自分で決めるために調べた	212 (37.4%)	96 (48.2%)	207 (49.4%)	<0.001

数値：該当者の人数

統計学的検定は年齢を調整した二元配置分散分析または Cochran-Mantel-Haenszel 検定による。

Tukey-Kramer 法による多重比較  $P < 0.05$  (a: ネット非利用群 vs. 併用群, b: ネット非利用群 vs. 単独群, c: 単独群 vs. 併用群)。

表3に医療用語の認知度を示した。「メタボリック症候群」「座薬」「吐血」で認知度が9割を超える一方、「グルコース」「日内変動」のように認知度が3割に満たない用語も見られた。病院受診や薬を処方された際に分からない医療用語を聞いたことがある者は、ネット非利用群312名(57.6%)、単独群108名(55.1

%)、併用群242名(58.3%)と同程度( $P = 0.802$ )であったが、個別の用語の認知度は併用群>単独群>ネット非利用群の順に高く、大多数で3群間に有意差を認めた。

医薬品に対する意識と服用の状況に関わる質問への回答から、薬を処方する際に自分の意見を反映してほしい者は、ネット非利用群

表3 医療用語の認知度

	ネット非利用群 (n=567)	単独群 (n=199)	併用群 (n=419)	P
蛋白質	508 (91.4%)	184 (93.9%)	395 (95.6%)	0.029
中性脂肪	490 (88.4%)	186 (94.4%)	395 (95.4%)	<0.001
LDLコレステロール	352 (63.9%)	130 (66.3%)	294 (70.8%)	0.075
グルコース	90 (16.6%)	34 (17.7%)	96 (23.2%)	0.029
ヘモグロビン	424 (76.5%)	153 (78.1%)	347 (83.6%)	0.024
インスリン	448 (81.3%)	160 (82.1%)	373 (89.9%)	<0.001
メタボリック症候群	527 (95.1%)	192 (98.0%)	411 (99.3%)	<0.001
近医	168 (30.8%)	55 (28.1%)	147 (36.0%)	0.093
既往歴	372 (68.3%)	150 (77.3%)	327 (79.4%)	<0.001
頻度	391 (73.1%)	170 (88.1%)	347 (86.8%)	<0.001
日内変動	94 (17.4%)	39 (20.1%)	115 (28.1%)	<0.001
頓服	347 (63.4%)	143 (73.0%)	329 (79.9%)	<0.001
座薬	520 (94.4%)	189 (97.4%)	404 (98.3%)	0.004
吐血	514 (94.1%)	188 (97.4%)	399 (98.5%)	0.001
下血	460 (83.6%)	174 (88.8%)	367 (88.6%)	0.044
タール便	163 (29.6%)	69 (35.2%)	167 (40.6%)	0.002

数値：言葉の意味が分かる者の人数（不明を除く）。  
統計学的検定は $\chi^2$ 検定による。

309名(54.6%)，単独群109名(55.3%)，併用群287名(68.7%)で，併用群に多かった( $P < 0.001$ )。処方の変更を頼んだことがある者はネット非利用群111名(19.8%)，単独群39名(19.8%)，併用群106名(25.4%)で，併用群に多かった( $P = 0.026$ )。

さらに，3群ともほぼ全員が薬を指示通り服用すると答えたが，14日以上処方された薬を飲みきらずに自己判断でやめたことがある者は，ネット非利用群178名(42.8%)，単独群67名(50.4%)，併用群116名(38.7%)で，3群間に有意差を認めなかった( $P = 0.250$ )。また，処方薬で副作用を経験したことがある者は，ネット非利用群97名(17.5%)，単独群35名(17.8%)，併用群82名(19.8%)で，3群間に有意差を認めなかった( $P = 0.342$ )。

## 考 察

HLが健康状態に関係することは国際比較

などから明らかにされているが，非識字者がほとんどいない日本では，この問題はあまり意識されていなかった。WHOのHLの定義が発表され<sup>4)</sup>，HLが注目されるようになってから未だ日も浅く，日本人のHLに関する報告はわずかである<sup>6)8)~10)</sup>。また，インターネット利用者のHLの詳細は明らかにされていない。

日本のインターネットの人口普及率は78.2%(2010年末現在)であり<sup>7)</sup>，最近1年間に健康関連情報をインターネットから入手した者は15~79歳の23.8%であったと報告されている<sup>11)</sup>。本研究結果から，インターネット上の医薬品情報にアクセスする者がどの程度のHLを備えているか検討することは，今後のインターネットの発展を見据えた公衆衛生学的課題を検討する基礎資料になると期待される。

HLは，Ishikawaら<sup>6)</sup>が開発した評価票に基づき，機能的HL5項目，伝達的HL5項目，批判的HL4項目の計14項目から評価した。