

# 慢性疾患患者における病気認知 およびアドヒアランスの研究動向

橋 本 空\*

## 要 約

20 世紀における疾病構造の変化を経て主要な死因となった慢性疾患の予防および治療においては、患者自身の日々の生活上の行動の管理、すなわちセルフケアが非常に重要なものとして注目されている。そうした中、患者が自身の病気に対して一貫して抱く信念である病気認知を正確に把握し、それを患者の予防や治療に対するアドヒアランスを高めるために活かすことの意義は大きい。そこで、本論文では慢性疾患患者における病気認知およびアドヒアランスの日本における研究の現状と今後の課題について論じた。

キーワード：慢性疾患，病気認知，アドヒアランス，コンプライアンス

## 疾病構造の変化

現在、我々の生活環境は大きな変化を続けている。携帯電話などの情報端末で遠隔地にいる他者とも容易に大量の情報をやりとりができ、夜中でもコンビニエンスストアに行けば希望の食べ物を手に入れることができる。町は衛生的で、特に都市部では公共交通機関で効率的な移動が可能である。こうした状況は大変便利なものであり、例えば 100 年前を生きた人々にとっては夢のようなものかもしれない。確かに、その頃には想像もできなかったであろう様々な事柄が実現可能となった。

こうした近代化の流れの中で生じた変化は健康に関してもみることができる。1900 年前半、つまり戦前戦中の日本では、肺炎や気管支炎、結核など、細菌、バクテリア、ウイルスなどに起因する感染症などが主な死因であった。しかしながら、戦後、こうした疾患は病原菌の発見に伴うワクチン

ンによる治療や予防が急速に進み、現代の先進国において、こうした感染症などの脅威は一部のものを除けばほとんどなくなりつつある。こうした医療技術の進歩や衛生状態および食生活の改善などによって、日本人の平均寿命は 50 歳前後であった戦前に比べ戦後には 70 歳程度まで伸びている。さらに平成 23 年度に厚生労働省より発表された簡易生命表によると、現在の日本人の平均寿命は男性で 79.44 年、女性で 85.90 年となっており、国としては依然として世界第 1 位の長寿国であることがわかる（厚生労働省、2012）。

しかしその一方で、20 世紀半ば以降、慢性疾患と呼ばれる疾患が、国民の主な死因として注目されるようになった。慢性疾患の中には、長年の好ましくないライフスタイルが、罹患および予後に大きな影響を与える疾患が多く含まれ、それらは特に生活習慣病と呼ばれる。厚生労働省が健康日本 21（21 世紀における国民健康づくり運動）の一環としてまとめている資料「生活習慣病を知ろう！」では、糖尿病、脳卒中、心臓病、脂質異常症、高血圧、肥満を主な生活習慣病として取り

2012 年 11 月 30 日受付

\* 江戸川大学 人間心理学科専任講師 健康心理学

上げて説明している。現在の人々にとって、生活習慣病をどのように予防するか、あるいは罹患後に、どのようにそれと折り合いをつけていくかといったことは健康を考える上での主要な課題となっている。

このような変化は、日本を含めた先進諸国における様々な生活環境の変化に伴ってみられる疾病構造の変化としてとらえることができるのである。急速に進んだ近代化は、我々に利便性ととも、新たな疾患へのリスクをもたらしたと言えよう。

### 慢性疾患の心理社会的要因

こうした疾病構造の変化により、慢性疾患、生活習慣病は広く国民から認識されるものとなっている。かつては三大成人病と呼ばれていたガン、心筋梗塞、脳卒中などが、三大生活習慣病と呼ばれるように変わってきた背景として、望ましくない生活習慣の積み重ねが、疾患の要因として注目されるようになってきたことが挙げられる。

こうした状況は、疾患の背後にある要因として従来から重視されてきた生物・生理学的な要因、物理的・環境的要因だけでなく、心理社会的要因にも注目が集まっていることと関連している（鈴木，2007）。これら三者は独立したものではなく相互に作用しあって、疾患の発症や経過に影響を与えると考えられる（図1）。このうち、心理社会的要因としては、患者のパーソナリティ、心理社会的ストレス、生活習慣（ライフスタイル）などの問題が具体例として挙げられるが、これらが身体疾患への罹患や予後に関与している可能性が、

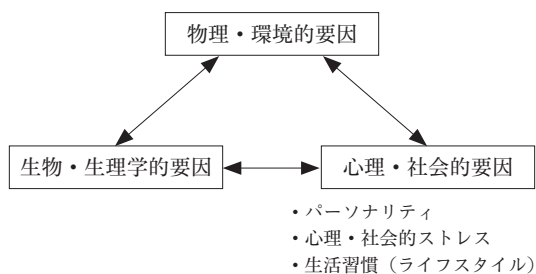


図1 疾患の背後にある要因の相互作用モデル

疫学、公衆衛生学、健康心理学といった関連諸分野における研究によって明らかにされつつある。これは患者個人が日常生活の中で自身の行動を管理するなどのセルフケア行動が疾患の予防や治療のためにより一層求められるようになったことを意味するものである。そして、心理社会的要因から身体疾患へと至る過程を説明するために、多くのモデルが提出されている。例えば個人人のパーソナリティから将来の疾患を予測することは、多くの健康心理学および関連領域の研究者の関心事であった。Wiede, Drew, & Croom (2010)によると、パーソナリティと疾患の関係を説明するモデルとして、相互作用的ストレス仲介モデル (Transactional stress-moderation model)、健康行動モデル (Health behaviour model)、病気行動モデル (Illness behavior model) などが挙げられる。

相互作用的ストレス仲介モデルは、パーソナリティがストレスの影響を緩和することに注目したモデルである。ストレスは中枢神経系から、自律神経系、内分泌系、免疫系へと影響を与え、最終的に病気につながる生理的反応を引き起こすと考えられるが、このモデルではパーソナリティが最終的にこうした生理的な反応の頻度や強度に変化をもたらすことを仮定している。その際、パーソナリティと生理的反応を仲介するものとして、ストレスに対する認知的評価およびコーピング方略の両方の存在が仮定されている。

例えば、自尊心 (self-esteem) が高い個人は自身の罹患した身体疾患に対して、対処可能な問題であると評価し、医師、家族、友人などに協力や支援を仰ぐことによって対処方法を模索しようとするかもしれないし、誠実性 (conscientiousness) の高い個人は、医師などの専門家による健康指導に従い、望ましい生活習慣を維持するというコーピングが実践できる可能性が高いであろう。しかしその一方で神経症傾向 (neuroticism) の高い個人は自分の能力を過小評価し対処不可能であると考え、積極的に医療行動を行わず、現実逃避的なコーピングを行うかもしれない。このように同じストレスに直面しても、パーソナリ

ティおよびそれに基づくストレスへの認知的評価とコーピングによって、健康へのストレスの影響である生理的反応は大きく変わっていくことをこのモデルでは説明することができる。

健康行動モデルは、患者の健康行動に注目したモデルである。健康行動が病気の有力な影響要因であることは、多くの縦断研究などによって明らかにされてきた (e.g., Friedman, Tucker, Schwartz, Martin, Tomlinson-Keasey, Wingard, & Criqui, 1995)。そうした健康行動をとるか、それとも健康を損なうリスク行動をとるかを決定する上でもパーソナリティは大きな影響を与えることが考えられる。このモデルの基本的な考えに従えば、パーソナリティはリスクに対する認知、セルフ・エフィカシーの程度、ローカス・オブ・コントロールといった健康に関連する信念や動機づけにおける個人差を規定し、結果的に、健康行動の頻度に影響を及ぼすと考えられる。

ただし、発現する行動は同じであっても、パーソナリティの違いから、媒介している信念は異なっていることもある。例えば、Cooper, Agocha, & Sheldon (2000) によると神経症傾向と外向性はともに (アルコールや性行動などに関連した) 健康リスク行動をもたらすとされるが、前者はネガティブな気分を緩和するためにリスク行動を行い、後者はポジティブな気分をより高めるためにリスク行動をとるといったように、何を求めて行動を起こすかはパーソナリティによって、そして信念や動機づけによって異なることが示唆されている。したがって、結果としての行動だけではなくどのような信念や動機づけが、さらにはどのようなパーソナリティがその背後にあるのかが、このモデルに従うことで検討することができる。ここで得られた知見は行動の変容を心理学的に支援していく上で有効であると考えられる。

最後に病気行動モデルであるが、これは患者の病気行動に焦点を当てたものである。我々は心身の不調を感じたとき、痛みやかゆみのような身体的な知覚などとともに、不安や恐怖、脅威を感じる。そしてそうしたネガティブな状態を軽減し、健康を回復するため医療機関に受診する、薬を服

用するなど、何らかに対処行動をとる。こうした対処行動は病気行動の一種であるが、どのような病気行動をとるかは、病気の経過に大きな影響を与える重要な要因である。一般に、重篤な病気を患った人ほど速やかに適切な対処行動をとると思われがちであるが、適切な病気行動を導くような病気認知、すなわち病気の重大さや自分の対処能力を高く見積もるといった認知は、必ずしも病気の重篤さによって規定されるわけではなく、当事者のパーソナリティによって決まる部分が大きいのと言われている (Watson & Pennebaker, 1989)。つまり、パーソナリティによって病気認知および病気行動の内容が変わり、最終的に病気の経過に異なった影響を及ぼすのである。病気行動モデルは、例えば腎不全患者の透析療法や糖尿病患者の食事療法のように、本人の日常的で継続的な努力がその後の健康状態を左右するような慢性疾患の患者の治療過程を予測する上で特に有効なモデルである。

これらのモデルはいずれもパーソナリティという個人差の変数を出発点としながらも、疾患やストレスに対する認知や行動パターンを、疾患へ至るプロセスの中に組み込んでいる。そういった点から、これらのモデルはただパーソナリティ要因が疾患に与える影響プロセスを説明するものというよりは、むしろ心理社会的ストレスや生活習慣も含めた、心理社会的要因全体の影響プロセスを説明するモデルと解釈することができる。そして患者の病気に対する認知、すなわち病気認知が疾病の背後にある要因として、重要であることを示唆するものでもあると言える。

### 病気認知の研究とその応用可能性

Leventhal, Meyer, & Nerenz (1980) は、人々が自身の症状や病気に対して一貫した常識に基づく信念を抱くことを、病気常識モデル (The common sense model of illness) として説明した。そして、このような「病者 (患者) が共通して抱く病気に対する暗黙の一貫した信念」を、病気認知 (illness cognition) と言う概念としてまと

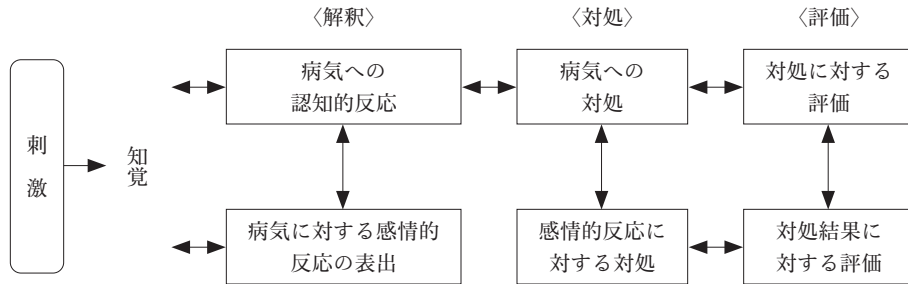


図2 病者（患者）の自己調節モデル（Leventhal, et al. (1980) を一部改変）

められるとした。なお、Leventhalらは、“illness representation”, “illness cognition”, “illness perception”といった言葉を論文の中でほぼ同義で用いている。また“illness”という言葉は「疾病，病気」などと訳され，類義語である“disease”「疾患」よりも患者の主観的な受け取り方を重視した言葉であると考えられる。そういった点をふまえ，これらの類似した概念を，片山(2009)では「病気認知 (illness cognition)」に統一し，「患者が病気について一般的に考えている事柄や内容」という意味で用いている。本論文でもこれに従い，類似概念は病気認知という言葉に統一して扱う。

この病気認知は，Leventhalら(1980)が提唱した病者（患者）の自己調節モデル (self-regulatory model) を構成する一要因として説明することもできる。彼らが自身の心身の状態を病的であると「解釈」し，健康な状態へと戻そうと動機づけられ「対処」を行い，その結果に関する「評価」を行うことを，病者（患者）の自己調節過程として説明した(図2)。このモデルにおける第一段階である「解釈」において病気認知(病気への認知的反応)が取り上げられている。さらに，Ogden(1996)は病気認知を「症状の同定 (identity)」，「病気の原因 (cause)」，「病気の時間的な流れ (time line)」，「病気をもたらす結果 (consequence)」，「治癒・統制可能性 (cure and control)」という5つの次元で構成されるものとして説明している。つまり，病気認知は患者が自身の病気をどのように認識し，その原因をどのようにとらえ，それが慢性的なものか一過性のもの

かを判断し，病気によって自身の生活にどのような影響が及ぶかについて考え，その病気が快方へ向かう上で自身にできることがあるかを考えると一連の認知的な流れを意味していると言える。したがって病気認知は，上述したパーソナリティと疾患の関係を説明する諸モデルの中でも重視されている当事者の信念，ストレスへの認知的評価，セルフ・エフィカシー，ローカス・オブ・コントロールなどといった認知的変数に強く関連するものであり，患者の状態を理解する上で有用性が高いことが示唆される。

1980年代以降欧米を中心に，Leventhalら(1980)による自己調節モデルを基本的枠組みとして採用した病気認知の研究が多く行われるようになった。病気認知についての定量的な研究が増加する契機となったのは，Weinman, Petrie, Moss-Morris, & Horne(1996)による病気認知質問紙 illness Perception Questionnaire (IPQ)の開発である。さらに，2002年にはMoss-Morris, Weinman, Petrie, Horne, Cameron, & Buick(2002)のRevised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R)の開発が行われ，より高い妥当性をもって病気認知を量的に評価できるようになり，近年これを用いた研究の件数が増えつつある。また，2006年にはIPQ-Rの短縮版であるBrief IPQ (B-IPQ)が開発され，より簡便に病気認知を評価することができるようになった(Broadbent, Petrie, Main, & Weinman, 2006)。これはIPQ-Rでも測定している9次元について9項目で尋ねる質問紙であり，1,057名もの慢性疾患患者を対象に，信頼性および妥当性の検討を

行って開発された質問紙である。B-IPQ は簡便に実施することが可能であり、質問形式の異なる73問より構成されているIPQ-Rに比べ、回答者となる患者の負担を軽減することが期待でき、有用性が高いと考えられる。

一方、日本でもIPQ-Rを基礎として、病気認知を評価する尺度が発表され(片山・小玉・長田, 2009), 病気認知の研究基盤が整備されつつある。しかしながら、病気認知を中心的テーマとしてとらえた科学的方法論に基づく研究は日本ではまだほとんど行われていない。そのため、関連する諸分野において、病気認知に関する基礎的な研究およびそれを応用した実践活動が活発に行われることが期待される。そのためにはB-IPQのように簡便な実施が可能であり、同時に妥当性と信頼性を備えた質問紙の開発が必要であろう。さらに、慢性疾患患者には高齢者も多いことを考慮すると、質問紙だけではなく、面接法や観察法など様々な方法を、対象者の状況に応じて使い分けられることが理想的であろう。

### 医療場面におけるアドヒアランスの研究

慢性疾患は前述の通り現在中高年以降多くの人々にとって身近なものとなりつつある。そして多くの者にとって慢性疾患は死因ともなり得るものである。そうした慢性疾患の治療経過には、ライフスタイル、すなわち患者の生活習慣全般が関わってくることから、医師からの一方的な働きかけや処置ではなく、患者一人一人の自身の病気に対する正確な理解と、それに基づく自主的なセルフケア行動の維持が不可欠である。そうした患者の適応的な病気行動に対する姿勢を評価する指標として有効なものにアドヒアランス(Adherence)がある。アドヒアランスとは医療指示に対する患者の受け入れと遵守を指す言葉である。そこには、患者が積極的に治療方針の決定に参加し、その決定に従って責任を持って治療法を守るといった意味が含まれている。これは類似する概念であるコンプライアンスよりも患者の主体性を重視する考え方として、WHOにおいてもその使用を推奨

されている概念である。患者のアドヒアランスを高めるためには従来のパターンリズムに基づく医師との関係性ではなく、患者自身が当事者意識を高め、主体的に治療に関わっていくことが求められる。

アドヒアランスを高めるためには、医師をはじめとした医療従事者側のコミュニケーションスキルを高めることも重要である。しかしそれだけではなく、患者側も自身の直面している問題に前向きに取り組み、必要な支援を医療従事者や家族に求めるなど、適切なソーシャルサポートを希求するスキルを獲得すること、自身の行動が治療の中で重要な役割を担っていることを認識してコントロール感を高めることが重要である。患者のこうした心理的適応を促進するためには、病気認知を把握し、そこで得られた知見に基づいて必要な支援を行うことが有効であると考えられる。実際、欧米では様々な疾患の患者を対象にして、病気認知の違いが、アドヒアランスに、ひいては病気の経過にどのような影響を与えるのかを検討する調査や、心理的介入を試みた研究が複数報告されている(e.g., Cooper, Gellaitry, Hankins, Fisher, & Horne, 2009; Karamanidou, Weinman, & Horne, 2008; French, James, Horne, & Weinman, 2005)。

しかしながら、現在の日本においては医療に関わる領域では特にアドヒアランスを評価し、それを医療場面での実践に活かすような実証的な研究がほとんど行われていない。特に日常的な服薬や通院に際して現れてくるような慢性疾患患者のアドヒアランスと、それに関わる病気認知やセルフ・エフィカシーのような心理的変数を客観的な方法によって測定し、それを治療に活かすことを目指した研究は、その必要性に比して極めて不十分な状況にある。

CiNii(国利情報学研究所論文情報ナビゲータ)によって「アドヒアランス」というキーワードで論文検索を行ったところ(2012年10月20日)、447件がヒットした。1990年に発表された論文が最も古く、その後徐々に増加傾向にあるが、半数以上が運動アドヒアランスなど、医療場面以外で

の行動を対象としたアドヒアランスの研究であった。そのため「アドヒアランス」に「医療」をキーワードして追加すると111件まで減少することが確認された。一方 American Psychological Association の PsycArticles において、同様に“Adherence”をKeywordとして検索をすると6,003件の論文がヒットした。このことから日本におけるアドヒアランス研究の相対的な少なさが示唆される。特に欧州では医療場面のアドヒアランスに関する研究がとりわけ盛んに行われており、European Society for Patient Adherence, Compliance and Persistence (ESPACOMP) という設立15年目の専門の国際学会も存在し、毎年学術大会が開かれ、研究の蓄積が続けられている。

欧州と日本におけるこのような状況の違いには、医療の実践および研究を取り巻く環境や制度の違いや、文化的な違いなども大いに関連すると考えられるが、それだけではなく、客観的かつ簡便にアドヒアランスを測定する方法が日本では確立していないことも大きな要因として挙げられる。これは病気認知の研究と同様に、日本でのアドヒアランスの研究における今後の発展を考える上で緊急に取り組むべき課題であると考えられる。

## まとめ

本論文ではまず、疾病構造の変化により慢性疾患が我々にとって身近な問題となっていることを述べた。そして慢性疾患の要因として従来から注目されてきた生物・生理学的要因や物理・環境的要因だけではなく、心理・社会的要因がとりわけ重要視されることが議論された。つまり、当事者となる患者一人一人のパーソナリティ、ストレス対処行動、ライフスタイルを正確に把握し、そこから得られた知見を、より効果的な医療の実現に役立てることが期待されていることが論じられた。

そうした患者の心理・社会的要因を把握するために、相互的ストレス仲介モデル、健康行動モデル、病気行動モデルなどを応用することができるが、こうしたモデルをふまえても、パーソナリティ

と行動の間には、患者の病気に対する認知、すなわち病気認知があり、それを把握することは患者の病気への適応を支援するために有用性が高いと考えられる。しかしながら、現段階では測定方法の整備が不十分であることなどもあり、わが国における病気認知の研究は少ない。今後は測定方法の開発とともに更なる研究の蓄積が期待される。

さらに、アドヒアランスの研究の意義と現状について述べられた。アドヒアランスは病気認知と合わせて、患者の心理状態を把握し、心理的介入の際などにも活かすことができる有用な指標である。とりわけ慢性疾患のように患者の継続的なセルフケア行動がその経過に大きな影響を与える疾患においては、病気認知とアドヒアランスを客観的な方法で測定、評価できるようにすることの意義が大きい。欧州に比較し研究の蓄積が遅れている医療場面のアドヒアランスに関する研究を促進していくことは、医学のみならず、健康心理学等の関連諸分野においても重要な課題であると考えられる。

## 引用文献

- Broadbent, E., Petrie, K. J., Main, J., & Weinman, J. (2006). The Brief Illness Perception Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 631-637.
- Cooper, M. L., Agocha, V. S. & Sheldon, M. S. (2000). A motivational perspective on risky behaviors: The role of personality and affect regulatory processes. *Journal of Personality*, 68, 1059-1088.
- Cooper, V., Gellaitry, G., Hankins, M., Fisher, M., & Horne, R. (2009). The influence of symptom experiences and attributions on adherence to highly active anti-retroviral therapy (HAART): a six-month prospective, follow-up study. *AIDS Care*, 21, 520-528.
- French, D. P., James, D., Horne, R., & Weinman, J. (2005). Causal beliefs and behaviour change post-myocardial infarction: How are they related?. *British Journal of Health Psychology*, 10, 167-182.
- Friedman, H. S., Tucker, J. S., Schwartz, J. E., Martin, L. R., Tomlinson-Keasey, C., Wingard, D. L., & Criqui, M. H. (1995). Childhood conscientiousness and longevity: Health behaviors and

- cause of death. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 696-703.
- Karamanidou, C., Weinman, J., & Horne, R. (2008). Improving haemodialysis patients' understanding of phosphate-binding medication: A pilot study of a psycho-educational intervention designed to change patients' perceptions of the problem and treatment. *British Journal of Health Psychology*, 13, 205-214.
- 片山富美代・小玉正博・長田久雄 (2009). 日本語版病気認知質問紙の作成と信頼性・妥当性の検討—血液透析患者による検証. *健康心理学研究* 22 (2), 28-39.
- 厚生労働省 (2012). 平成 23 年度簡易生命表の概況 <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/life/life11/index.html>
- Leventhal, H., Mayer, D., & Nerenz, D. (1980). The common sense representation of illness danger. In Rachman, S. (Ed.) *Contributions to medical psychology (Vol. 2)*, New York: Pergamon Press, pp. 17-30.
- Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K. J., Horne, R., Cameron, L. D. & Buick, D. (2002). The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health*, 17, 1-16.
- 鈴木 平 (2007). 疾患と健康心理学. 春木 豊・森和代・石川利江・鈴木 平 健康の心理学 心と身体の健康のために, サイエンス社, pp.169-189.
- Watson, D. & Pennebaker, J. (1989). Health complaints, stress and distress: Exploring the central role of negative affectivity. *Psychological Review*, 96, 234-254.
- Weinman, J., Petrie, K. J., Moss-Morris, R., & Horne, R. (1996). The Illness Perception Questionnaire: a new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychology and Health*, 11, 431-445.
- Wiede, D. L., Drew, L. M., & Croom A. (2010) Personality, Health and Illness. In Fernch, D., Kavita V., Kaptein, Ad A. and Weinman, J. (eds.) *Health Psychology Second Edition*, BPS Black Well., pp. 294-302.

※本研究は江戸川大学平成 24 年度学内共同研究「医療に対するアドヒアランスの改善を目的とした疾病認知に関する研究(2) (研究代表者：橋本 空 研究分担者：柴田良一)」による補助を受け実施された。(HASHIMOTO Sora)