

## 慢性疾患患者の通院コンプライアンス研究：方法と課題

長谷川万希子\* 藤崎和彦\*\* 近藤正英\*\*\*

### Follow-up compliance in chronic patient care : A pilot study and review of methodology and related factors in Japan

Makiko Hasegawa : Tokyo Metropolitan Institute of Gerontology

Kazuhiko Fujisaki : Department of Hygiene, Nara Medical University

Masahide Kondo : Faculty of Medicine, The University of Tokyo

We overviewed the methodology of and related factors involved in follow-up compliance of medical care, and conducted a pilot study of the follow-up compliance of chronic patients in Japan.

The design of the pilot study was as follows. The objectives were to look at the follow-up compliance of chronic patients and related factors. The hospital used had about 250 beds and 600 outpatients on average per day. The subjects were all patients who had attended a certain physician's clinic over a five-year period (March, 1988 to June, 1993), which amounted to 3,387 patients and 11,108 visits. The proportion of patients requiring regular outpatient treatment due to chronic disease was 10.5% (354) of all patients. Of these 354 patients, 68 patients (19.2%) continued to receive regular outpatient treatment at the same physician's clinic. Of these 68 patients, 4 patients were not able to complete the self-administrated questionnaire for health reasons. The remaining 64 patients were studied. Follow-up compliance to the same physician was 37.6%. The follow-up compliance including patients who were referred by the certain physician was 68.1%. The subjective evaluation of follow-up compliance by patients was higher than the objective one using medical records. Patients who subjectively evaluated high follow-up compliance, were found to have higher relative satisfaction with their medical care. But, the

---

\* 東京都老人総合研究所社会学部門 \*\* 奈良県立医科大学衛生学教室 \*\*\* 東京大学医学部保健社会学教室

same tendency isn't founded related to the objective evaluation on follow-up compliance. Only factors concerning to convenience of affairs are significantly related to the subjective evaluation on follow-up compliance. The patients who subjectively evaluated good follow-up compliance in spite of low objective evaluation by medical record, tended to feel high satisfaction. This subjective high satisfaction is seemed to let patients fail to continue to see a physician regularly. In the patients who had high subjective follow-up compliance, the following tendencies were found. The rate who understand the potential negative outcomes associated with noncompliance and perception of continuity is significantly high. There was an experience of hospitalization more than once during the year prior to this study. The subjective evaluation of pharmaceutical compliance was high.

#### キーワード

通院コンプライアンス follow-up compliance

レビュー review

研究方法 methodology

関連要因 related factors

医師と患者による双方向評価 evaluation by physician and patient

## I はじめに

わが国における高齢化は、他の国に類をみない速さで進んできており、これに伴い保健・医療サービス利用者の疾病構造も、その中心が慢性疾患に移行し始めてからかなりたったが、今後もますます慢性疾患患者の数は増加するとされている。このような状況において、慢性疾患の管理では、患者自身のセルフ・ケアと保健・医療サービスの側からの管理の、両側面の重要性が増している。今や、患者自身のセルフ・ケアなしには慢性疾患管理は達成できないといわれているが、しかし保健・医療サービスとの協力は不可欠のものである。

セルフ・ケアが中心になる場合でも、検査による身体状態のチェックや薬の処方は、保健・医療サービスの役割である。処方薬の服用は、患者の責任に負

うところが大きいが、定期的に医療機関に通院しなければ、処方薬を得ることもできない。このように、慢性疾患の管理においては、定期的に長期にわたって受療を継続することが大きな鍵になっている。この鍵となっている患者の通院（継続）状況をとらえるには、通院コンプライアンスという概念が有効だと考えられる。

国内における通院継続状況調査や、通院コンプライアンス研究の蓄積は、きわめて乏しい。しかし、慢性疾患管理の鍵ともなる通院コンプライアンスについて、系統的な研究がなされることが、現在強く求められている。

このような観点に基づき本論文では、第1に国外における通院コンプライアンス研究のレビューをし、第2にわが国での通院コンプライアンス研究の試みについて報告する。

第1のレビューでは、過去20年間にわたる国外での通院コンプライアンス研究をレビューして、研究の動向と、関連要因を整理し、今後の研究課題を明らかにする。レビューでは、特に慢性に限らず、通院コンプライアンス研究を包括的に調べることにした。レビューしたほとんどすべての研究は、外来受療が予約に基づいて行われる保健・医療システムの国においてなされたものである。そこで通院コンプライアンスの定義は、受療予約がどの程度の割合で守られたかというものである。それは、患者個人に注目する方法ではなく、1日限りまたは一定期間の延べ予約件数についてコンプライアンスを評価するものである。受療予約が守られない場合は、ノンコンプライアンス<sup>1)</sup>と定義されている。

第2の、わが国での通院コンプライアンス研究の試みでは、予約診療が定着していない全国的な状況をかんがみ、独自の通院コンプライアンスの概念を定義して、調査を行った。ここで定義する通院コンプライアンスとは、慢性疾患により原則として月1回以上の継続通院、または長期的継続投薬が必要な患者が、最低でもほぼ月1回のペースで受療を続けていることである。

## II 通院コンプライアンス研究の動向

### 1. 研究対象者

過去の通院コンプライアンス研究の対象者の年齢は、小児から成人まで多岐にわたっている<sup>2,3,4,5)</sup>。しかし、相対的に慢性疾患の割合が高く、受療継続の必要性も高いと考えられる高齢者に注目して、分析を行った研究<sup>6)</sup>は少ない。

過去20年間の研究動向をみると、主に1970年代から80年代前半にかけては、慢性疾患患者、とりわけ高血圧患者の通院コンプライアンスを調べた研究が多い<sup>7,8,9,10,11)</sup>、それ以降は、アルコール依存症患者<sup>12,13)</sup>や、10代女性の避妊教育プログラム<sup>3)</sup>、乳癌検診<sup>14)</sup>といった、患者や住民に対する保健行動教育や、公衆衛生対策における継続コンプライアンスを取り扱う研究が多くなっている。

### 2. 研究方法

通院コンプライアンスに関する研究には、大きく分けて、プロスペクティブ<sup>4,15,16)</sup>と、レトロスペクティブ<sup>14,17)</sup>の2つの方法がある。

プロスペクティブ研究の利点は、任意の時点で断面調査を行い、患者の身体的・精神的状態、受療満足度、通院継続に関する意識などを調べ、その結果がその後の通院継続にどのように関連するかを検証できる点にある。この方法は、介入研究にも適している<sup>15,18)</sup>。

レトロスペクティブ研究では、任意の時点ですでに受療継続を中断した患者の群と、継続している患者の群に分け、各々の群の行動の背景を診療録や患者に対する調査によって明らかにするような場合に有効である<sup>19)</sup>。しかし、思い出し法で患者の態度を調査することには限界があり、可能であればプロスペクティブに患者の行動と関連要因の生起を調べて、外的変数として通院継続をとらえる方法が望ましいと思われる。

どの程度の期間フォローして通院コンプライアンスを確認するかは、研究に

よってかなり異なる<sup>7,20,21)</sup>。多くの研究において、数週間から数か月間の調査期間を設定し、その間の延べ予約件数について、予約が守られたか否かで確認する方法をとっている。つまり、同一の患者の長期にわたる通院コンプライアンスを調べる設定の研究は少なく、設定された調査期間内に、同一患者が数回の受療予約をしても、それを延べ数としてとらえてコンプライアンスを率で表すという方法<sup>22)</sup>が、主になっている。

通院コンプライアンスの高さと、治療の効果の関係については、糖尿病患者の通院コンプライアンスが向上しても身体状態の良好な変化はもたらさないという報告と<sup>23)</sup>、一方で体重と血圧のコントロールも良好になったという報告がある<sup>21,24,25)</sup>。これらの結果から通院コンプライアンス研究においては、通院コンプライアンスが高まるということと、治療の効果が上がるということを、次元を分けてしっかりと評価することが重要と思われる。

### 3. 通院コンプライアンスの関連要因

以下に示す通院コンプライアンスの関連要因は、将来的な通院コンプライアンスの予測因子とも考えられ、予測因子としての可能性を検討する研究もある<sup>26,27)</sup>。

#### (1) 保健・医療サービス提供者側の要因

保健・医療サービス提供者側の要因としては、以下の要因が通院コンプライアンスに関連すると考えられる。

受療予約システムでは、患者が受療希望を示してから実際に受療できるまでのラグ・タイム (lag time) が大きく受療コンプライアンスに影響している。ラグ・タイムが長いと通院コンプライアンスが低下することが、明らかになっている<sup>28,29,30)</sup>。2週間以内のラグ・タイムではコンプライアンスの低下は少なく<sup>31)</sup>、14~27日では有意にコンプライアンスが低下する<sup>14)</sup>。

診療予約曜日<sup>32)</sup>、診療待ち時間<sup>33,34)</sup>、医師の交替<sup>35)</sup>、紹介制度<sup>36)</sup>も通院コンプライアンスに関連する。紹介制度では、救急外来の初診患者に対し同救急外来で継続医療を行う場合には97%のコンプライアンスがみられるが、同病院の通

常外来に紹介すると89%，同病院の振り分け外来(受療診療科を決定する外来)では74%，他の医療機関に紹介すると62%に低下する<sup>30)</sup>。

医療システムではなく，治療方針の本質にかかる要因としては，患者に処方される薬が変化すると，その後の通院コンプライアンスが低下することもある<sup>5)</sup>。

これら保健・医療サービス提供者側の要因による通院コンプライアンスの低下が考えられる場合には，サービス提供者側の努力によってコンプライアンスを向上させることができよう。

## (2) 保健・医療専門家と利用者の相互関係の要因

保健・医療専門家と利用者の間の相互関係により，通院コンプライアンスは影響される。

たとえば医師と患者の関係では，非言語的コミュニケーションにおいて，より細やかな配慮がみられる医師の患者は，通院コンプライアンスが高い<sup>37)</sup>。

医師と患者の関係についての古典的なモデルとして，スザンス-ホランダーの3種類のモデルがあるが<sup>38)</sup>，このうちの1つは，患者が重篤状態におかれて意識を喪失している場合を想定し，親一幼児関係をモデルとしたもので，医師一患者関係を能動一受動関係としてとらえているものである。ところがこのモデルとは異なり，患者が判断能力と意志表出能力をもつにもかかわらず，患者を子供扱いする態度が医師にみられる場合には，通院コンプライアンスが低下する<sup>39)</sup>。

保健・医療専門家と利用者の間での相互関係を示す指標の1つとして，患者の受療満足度をあげることができる。一般的に，患者の受療満足度が高いと，通院コンプライアンスも高くなるといわれている<sup>40,41)</sup>。個別の項目に関する患者の受療満足度と，通院コンプライアンスとの関係は，医療の質に対する満足度が低いと通院コンプライアンスが低下し<sup>39,42)</sup>，医師の共感的態度や治療への真剣な態度に対する満足度が高いと，コンプライアンスが向上する<sup>42)</sup>。

保健・医療専門家と利用者の間での相互関係が，通院コンプライアンスに与える影響の強さを，他の要因と比較して調べる研究はいまだ少ない。複数の関

連要因について、要因間の構造と説明力の強さを明らかにする研究が今後要求されるであろう。

### (3) 保健・医療サービス利用者側の要因

保健・医療サービス利用者側の要因としては、利用者の精神的状態、身体的状態、受療動機（それに対する診断）、保健・疾病に対する態度、属性などに関する要因がある。

精神的状態では、将来の希望がもてない者<sup>43)</sup>、うつ傾向がある者<sup>29)</sup>、心理的問題がある者<sup>44)</sup>、自分自身が精神疾患であると強く考えている者<sup>45)</sup>など、一般に精神的健康度が低い者において通院コンプライアンスが低いことが明らかになっている。

身体的状態では、疾病の種類により差がみられる。癌患者や<sup>44)</sup>、退院後の患者のフォローアップ外来<sup>31)</sup>でのコンプライアンスは高く、疾病の重篤さについての患者の認識が関与している可能性が示唆される。

慢性疾患と急性疾患で比較してみると、慢性疾患患者のほうがコンプライアンスが高いという結果がある<sup>46)</sup>。その一方で、感染症患者ではコンプライアンスが高いという研究もある<sup>31)</sup>。慢性か急性かという疾病的種類だけでなく、疾病に伴う症状や、疾病と受療に対する患者の態度による影響の強さを確認できる研究方法が必要であろう。

身体症状では、痛みがあつたり<sup>31,47)</sup>、障害の程度が大きい者で<sup>48)</sup>コンプライアンスが高い。また、治療に伴う副作用が、コンプライアンスを低下させるという研究もあり<sup>5)</sup>、副作用も含めた身体症状とコンプライアンスの関連を検証する必要があろう。

健康・疾病に対する患者の態度は、多くの通院コンプライアンス研究において、高い関心をもって扱われてきた。健康度については、主観的健康度が低い者はコンプライアンスが低いとされている<sup>41,43)</sup>。また、ケアの有効性を認識していない者<sup>5,49)</sup>、受療継続の必要性を認識していない者<sup>49)</sup>、疾病の重症度を認識していない者<sup>31,49)</sup>では、通院コンプライアンスが低いとの報告がある。このような患者の態度に焦点を絞って、これらの認識を高めるため、H・ベッカーらのい

うヘルス・ビリーフ・モデル<sup>50)</sup>による介入が多く行われている<sup>4,46,47,51)</sup>。

属性などに関する要因では、以下のような結果が得られている。年齢では、高齢者において通院コンプライアンスが高く<sup>14,32,41,52,53)</sup>、年齢が低い者ではコンプライアンスが低い<sup>54)</sup>、という傾向が一般にみられる。ライフサイクルで、手がかかる年齢の子供がいる母親では、コンプライアンスが低い<sup>39,47)</sup>。

性別では、女性のほうが通院コンプライアンスが高く<sup>41)</sup>、たとえば淋病治療で、女性の通院コンプライアンスが54%に対し、男性では33%という数値が報告されている<sup>55)</sup>。

学歴と収入では、高学歴の者<sup>51,52)</sup>、高収入の者<sup>31,54)</sup>、有職者<sup>53)</sup>、住居形態が持ち家の者<sup>56)</sup>でコンプライアンスが高いといわれている。学歴が低い者、収入が低いか安定していない者での通院コンプライアンスが問題とされている。

医療保険では、加入者においてコンプライアンスが高いという研究結果が多く示されている<sup>14,32,36,57)</sup>。低収入の者や無職の者では、任意加入の保険に登録することは難しく、わが国のように国民皆保険制度を採用していないほとんどの国においては、医療保険の加入状況が、保健・医療サービスへのアクセスを大きく左右している。

#### (4) 保健・医療サービスへのアクセス要因

保健・医療サービスへのアクセス要因では、通院所要時間や<sup>32)</sup>、かかりつけ医の有無<sup>54,56)</sup>が通院コンプライアンスに影響している。

### 4. 通院コンプライアンス：主な研究結果から

受療予約が守られたことを示すコンプライアンスの率は、58%<sup>58)</sup>、60%<sup>56,59)</sup>、61%<sup>29)</sup>、66%<sup>60)</sup>、82%<sup>22)</sup>と報告されている。

延べ診療予約に対するコンプライアンスではなく、長期的な受療継続状況を調べる研究も数は少ないが行われている<sup>61)</sup>。たとえば、結核患者の大学病院外来における受療中断率は、6か月間のフォロースタディで40%，12か月間で60%，18か月間で65%と、期間が増すと受療中断率が上昇することが明らかになっていいる<sup>17)</sup>。

逆に、受療予約が守られなかつたことを示すノンコンプライアンスの率は、8.8%<sup>62)</sup>、18%<sup>22)</sup>、23%<sup>14)</sup>、15%以下<sup>5)</sup>、29.5%<sup>52)</sup>、30.2%<sup>63)</sup>というように、おおむね10%から30%とされている。これらのノンコンプライアンスが、すべて受療中断に至るわけではなく、その後再度受療予約をして受療継続する患者もいる。たとえば、20%のノンコンプライアンス患者がいたが、そのうち30%は日を遅らせて受療したという結果や<sup>64)</sup>、8.8%のノンコンプライアンス患者のうち73.3%は、2週間以内に患者によって受療日時の再調整がなされた<sup>62)</sup>という報告がある。

ノンコンプライアンスの理由の多くは、単なる失念<sup>52,62)</sup>や、予約した日時を誤った<sup>52,56,66)</sup>、予約日時に都合が悪くなつたというものである<sup>59,62)</sup>。

身体状態に関しては、調子がよくなつたからという理由で受療しない場合と<sup>19,65)</sup>、逆に調子が悪すぎて通院できない<sup>65)</sup>、という報告があった。

### III 通院コンプライアンスと関連要因：わが国における研究の試み

慢性疾患患者の通院コンプライアンスと、関連要因を明らかにするために、わが国において調査研究を試みた。以下では、その結果を報告する。

#### 1. 対象と方法

##### ＜調査1. 診療録調査＞

病床数250床規模の一般病院（1日平均外来患者数約600名：内科約300名、外科約150名、その他約150名）の内科外来において、5年間の患者の受療状況について診療録を用いた調査を行つた。1988年3月から1993年6月までの5年3か月間に、調査協力者であるA医師の外来診療に訪れた全患者（3387名、延べ数にして11108名）を対象として、疾病構造を調べた。疾病構造を調べるにあたり、慢性疾患のため継続的受療が必要な患者を、継続的投薬・治療を必要、および定期検査によるチェックを必要とする者という基準で、主治医の医学的判断により抽出した。継続的受療が必要な患者は、実数にして患者全数の10.5%

(354名)で、延べ人数では52.7% (5850名)であった。

継続的受療が必要な患者に対し、全調査期間のうち各年の5月1日から6月30日までの2か月間と、11月1日から12月31日までの2か月間を受療継続状況確認ポイントと定め、①～⑪までの約6か月ごとの11のポイント各々における受療患者について、その後の受療継続状況を調べた。継続的受療が必要な患者354名のうち、他の医療機関に紹介した患者は28名(7.9%)、同病院内の他の医師に紹介した患者は145名(41.0%)、A医師への受療継続患者は68名(19.2%)であった。その他の残りの患者113名(31.9%)に対し電話調査によって確認した結果、紹介なしに他の医療機関に受療した者は24名(6.8%)、紹介なしに同病院の他の医師に受療した者は21名(5.9%)、受療中断後他の医療機関にも受療していない患者24名(6.8%)、その他(不明・転居・死亡)44名(12.4%)であった。

調査1の結果についてはすでに報告しているので<sup>67)</sup>詳細は省略し、本論文では以下に示す調査2の結果を中心に報告する。

#### <調査2. 郵送調査>

A医師に継続して受療している患者68名のうち、健康状態などを理由に調査不可能と判断された4名を除く64名を対象として自記式調査を行った。調査票は、外来受療時にA医師から患者に直接手渡され、調査票記入後に筆者に対して郵送された。調査項目は、受療に関する意識として以下の3項目、すなわち①自己申告による通院コンプライアンス、②受療継続の必要性についての認識、③自己申告による服薬コンプライアンス、および受療満足度と過去の受療経験である。通院コンプライアンスについては、診療録に基づく実際の受療状況の評価も行い、患者自身による評価と比較した。患者満足度については筆者が開発した、患者満足度尺度と総合的満足度尺度の2つの尺度<sup>68)</sup>を用い、既存研究<sup>69)</sup>に基づいて6つの要因に分類して結果を整理した。満足度は1～5点の5段階で、点数が高いほうが満足度が高い。回収率は68.8%(44名)で、分析可能であった43名に関して、通院コンプライアンスとの関連について調べた結果を示す。

## 2. 結 果

調査1の結果によると、継続的受療が必要な患者354名から、他の医療機関もしくは同医療機関の他の医師に紹介した173名を除いた患者数は、181名であった。この181名に対して、A医師への受療継続患者は68名で、37.6%であった。これは、紹介患者を除く全患者に占める、A医師への通院コンプライアンスを示す。

ちなみに、他の医療機関または同病院の他の医師に紹介した患者173名と、A医師への受療継続患者68名を合わせた患者は241名で、継続的受療が必要な患者354名に対する割合は68.1%であった。これは、A医師による調整も含む通院コンプライアンスといえる。

患者による通院コンプライアンスの自己評価に回答したのは39名で、「ほとんど医師との約束どおりに通院している」25名(64.1%)、「なるべく、医師との約束どおりに通院しているが、時々約束の日に通院できないことがある」8名(20.5%)、「あまり医師との約束どおりに通院できない」6名(15.4%)であった。これらの患者に対して、診療録に基づく実際の評価では、「2か月以上の中断が1回以下」28名(71.8%)、「2か月以上中断が2回以上あり」11名(28.2%

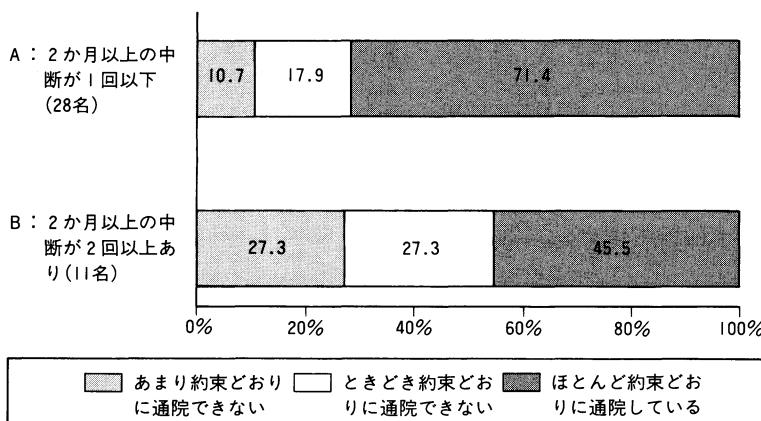


図1 通院コンプライアンスの評価(実際と患者の自己評価の一一致度)

%) であった。患者の自己評価と、診療録による客観的評価とを比較してみると、「2か月以上の中断が2回以上ある」群では、実際には4か月以上の中断があった患者が7割強を占めていたにもかかわらず、患者の自己申告では、「ほとんど約束どおりに通院している」が45.5%、「ときどき約束どおりに通院できない」が27.3%で、診療録による評価との差が目立った。すなわち、診療録による客観的評価が低い群では、自分自身では実際より高めの自己評価をしている

表1 患者満足度尺度の各項目と通院コンプライアンスの関連

(人)

|             |                | 診療録による評価 |       |         |         | 診療録による評価<br>が低い患者 |        |
|-------------|----------------|----------|-------|---------|---------|-------------------|--------|
|             |                | 高        |       | 低       |         | 患者による評価           |        |
|             |                | (28)     | (11)  | (25)    | (14)    | 高(5)              | 低(6)   |
| 医師に関する要因    | 医師の技術と能力の高さ    | 3.60     | 3.46  | 3.62    | 3.43    | 3.33              | 3.50   |
|             | 医師によるプライバシーの尊重 | 3.77     | 3.85  | 3.85    | 3.71    | 4.00              | 3.67   |
|             | 担当医の交替による不便    | 4.07     | 4.00  | 4.00    | 4.14    | 4.00              | 4.00   |
|             | 医師の態度や言葉使い     | 3.87     | 3.77  | 3.96    | 3.64    | 4.00              | 3.50   |
|             | 医師によるはげまし      | 3.57     | 3.62  | 3.65    | 3.36    | 3.50              | 3.67   |
|             | 十分に話を聞く医師の態度   | 4.07     | 3.92  | 4.08    | 3.93    | 3.83              | 4.00   |
|             | 医師の説明の明瞭度      | 3.90     | 4.00  | 3.96    | 3.86    | 4.00              | 4.00   |
| 小計          |                | 26.83    | 26.83 | 27.24   | 26.07   | 27.20             | 26.33  |
| 建物と事務に関する要因 | 病院内の案内表示の明快さ   | 3.77*    | 4.31* | 4.12    | 3.64    | 4.50              | 4.17   |
|             | 建物の雰囲気や快適性     | 3.27     | 3.62  | 3.42    | 3.36    | 3.67              | 3.67   |
|             | 事務系職員の仕事の効率    | 3.27     | 3.08  | 3.54**  | 2.64**  | 3.50              | 2.67   |
|             | 事務系職員の態度       | 3.63     | 3.54  | 3.77*   | 3.29*   | 3.67              | 3.33   |
| 小計          |                | 13.93    | 14.54 | 14.85** | 12.93** | 15.33             | 13.83  |
| 看護婦に関する要因   | 看護婦の技術と能力の高さ   | 3.33     | 3.15  | 3.35    | 3.21    | 3.17              | 3.17   |
|             | 看護婦の態度         | 3.87     | 3.77  | 3.96    | 3.64    | 3.67              | 3.83   |
| 小計          |                | 7.20     | 6.92  | 7.31    | 6.86    | 6.83              | 7.00   |
| 治療結果に関する要因  | 医師によって精神的苦痛が軽減 | 3.53     | 3.92  | 3.69    | 3.50    | 4.00              | 3.83   |
|             | 症状の軽快          | 3.50     | 3.69  | 3.69    | 3.14    | 3.83              | 3.50   |
| 小計          |                | 7.03     | 7.62  | 7.39    | 6.64    | 7.83              | 7.33   |
| 時間に関する要因    | 医師の多忙性         | 3.43     | 3.92  | 3.50    | 3.71    | 4.00              | 3.83   |
|             | 看護婦の多忙性        | 2.87     | 3.15  | 3.04    | 2.79    | 3.50              | 2.83   |
|             | 各待ち時間の長さ       | 2.07     | 2.46* | 2.46*   | 1.71*   | 3.50**            | 1.50** |
| 小計          |                | 8.37     | 9.54  | 9.00    | 8.21    | 11.00*            | 8.17*  |
| その他の要因      | 来院のための交通の便     | 3.17*    | 3.77* | 3.46    | 3.21    | 3.83              | 3.83   |
| 19項目の合計得点   |                | 66.53    | 69.50 | 69.36** | 63.93** | 73.20             | 66.50  |

\*p<.05 \*\*p<.01, t検定による

患者が多かった（図1）。

患者満足度と通院コンプライアンスの関連については、有意な関連は少ないが、全体として以下の傾向がみられた。診療録に基づく実際の評価では、評価が低い群において病院の案内表示の明快さと、来院のための交通の便に対する満足度が有意に高かった。患者自身による通院コンプライアンスの評価では、評価の高い群において満足度尺度の19項目中17項目の満足度が高く、逆に患者自身による通院コンプライアンスが低い群では、各項目の満足度が低かった。特に、事務系職員の仕事の効率、事務系職員の態度、各待ち時間の長さでは、有意差がみられた。数項目ずつまとめて要因ごとに整理してみると、建物と事務に関する要因の小計得点で有意差がみられ、コンプライアンス評価が高い群で満足度得点の小計も高かった。患者満足度尺度19項目の合計得点は、患者自身による通院コンプライアンスの高い群と低い群で、得点に有意な差がみられた。すなわち通院コンプライアンスが高いと主観的に判断している群では、患者満足度尺度の合計得点も高かった（表1）。

総合的満足度尺度では、患者による評価の高い群において、有意に「将来、他の病気のときもこの病院に来たい」という項目の得点が高かった（表2）。

これら通院コンプライアンス評価と満足度との関連をまとめると、患者自身による主観的な通院コンプライアンス評価は、診療録に基づく客観的評価と必ずしも一致していなかった。満足度との関係で、通院コンプライアンスについ

表2 総合的満足度尺度の各項目と通院コンプライアンスの関連  
(人)

|                       | 診療録による評価  |           |           |           | 診療録による評価<br>が低い患者<br>患者による評価 |       |
|-----------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------------------------|-------|
|                       | 高<br>(28) | 低<br>(11) | 高<br>(25) | 低<br>(14) | 高(5)                         | 低(6)  |
| この病院に通院してよかったです       | 3.80      | 3.92      | 3.92      | 3.64      | 4.17                         | 3.67  |
| 将来、ほかの病気のときもこの病院に来たい  | 3.73      | 3.62      | 3.89*     | 3.29*     | 3.67                         | 3.50  |
| この病院なら安心して家族や友人に紹介できる | 3.80      | 3.54      | 3.81      | 3.50      | 3.50                         | 3.50  |
| 3項目の合計得点              | 11.33     | 11.08     | 11.62     | 10.43     | 11.33                        | 10.67 |

\*p < .05 \*\*p < .01, t検定による

て主観的な評価が高い群では、相対的に受療満足度も高い傾向が認められたが、診療録による実際の評価では、満足度との間に同様の傾向は認められなかった。また、主観的評価との関連で満足度に有意差がみられた項目は、主に事務的な利用しやすさを反映した項目に限られていた。

次に、慢性疾患管理で臨床上最も問題になると考えられる患者、すなわち客観的コンプライアンスが低い（実際には理想的な受療継続がなされていない）

表3 患者自身による通院コンプライアンス評価と治療継続の必要性についての意識

| 人(%)   |   |                                     |           |
|--------|---|-------------------------------------|-----------|
|        |   | 体調が悪いときのみ治療が必要、<br>体調が良ければ今後治療の必要なし | 計         |
| 評<br>価 | 高 | 5(20.8)                             | 24 (61.5) |
|        | 低 | 9(60.0)                             | 15 (38.5) |
|        | 計 | 14(35.9)                            | 39(100.0) |

$p < .05$ ,  $\chi^2$ 検定による

表4 患者自身による通院コンプライアンス評価と過去1年間の入院経験

| 人(%)       |   |          |          |
|------------|---|----------|----------|
| 過去1年間の入院経験 |   | あり       | なし       |
| 評<br>価     | 高 | 20(87.0) | 3(13.0)  |
|            | 低 | 7(50.0)  | 7(50.0)  |
|            | 計 | 10(27.0) | 27(73.0) |

$p < .05$ ,  $\chi^2$ 検定による

表5 患者自身による通院コンプライアンス評価と服薬コンプライアンス評価

| 人(%)      |   |          |         |
|-----------|---|----------|---------|
| 服薬の評価     |   | 高        | 低       |
| 通院の<br>評価 | 高 | 14(82.4) | 3(17.6) |
|           | 低 | 3(33.3)  | 6(66.7) |
|           | 計 | 17(65.4) | 9(34.6) |

$p < .05$ ,  $\chi^2$ 検定による

にもかかわらず、主観的コンプライアンスの評価が高い患者の傾向を調べた。客観的コンプライアンスが低い患者の中で、主観的コンプライアンスの高低による満足度との関連を調べたところ、上記の問題になると考えられる群において、相対的に受療満足度が高いことが明らかになった、満足度に有意差がみられた項目は、各待ち時間の長さと、時間に関する要因の小計得点のみであった（表2）。

受療満足度以外の項目で、患者自身による通院コンプライアンスと有意な関連性がみられたのは、以下の3項目であった。

通院コンプライアンスと治療継続の必要性についての認識の間には有意な関連性がみられ、通院コンプライアンス評価の高い群で、体調の良し悪しにかかわらず治療継続の必要性があると認識している者の割合が高い傾向がみられた（表3）。

通院コンプライアンスと過去1年間の入院経験との間にも有意な関連性がみられ、通院コンプライアンス評価が高い群で過去1年間の入院経験がある者の割合が高い傾向がみられた（表4）。

患者自身による服薬コンプライアンスの評価については、通院コンプライアンス評価の高低と、患者自身による服薬コンプライアンスの評価の高低の間に有意な関連性がみられ、通院コンプライアンス評価が高い群で、患者自身による服薬コンプライアンスの評価も高い傾向があった（表5）。

なお、診療録による通院コンプライアンス評価では、満足度以外のすべての項目と有意な関連がみられなかった。

### 3. 考 察

調査1の結果から、受療継続が必要な患者のうち、他の医療機関もしくは同病院内の他の医師に紹介した者を除いた全患者に占める、同一医師への受療継続患者の割合は、37.6%であった。この割合を、A医師への通院コンプライアンスとすると、国外における既存研究の結果と比較して、きわめて低い値であることがわかる。一方、継続的受療が必要な患者354名に対する、他の医療機関

または同病院の他の医師に紹介した患者と、A医師への受療継続患者を合わせた患者の割合は、68.1%であった。これは、A医師による調整も含む通院コンプライアンスといえる。5年3か月間の調査対象期間中、A医師の診療担当曜日や時間が数回変更になり、そのつど患者の都合に合わせて他の医師に積極的に患者を紹介してきたという背景がある。A医師の診療形態の変化が、通院コンプライアンスの低下に影響する可能性をコントロールする意味を含めて、ここで示すA医師による調整も含む通院コンプライアンスを採用すると、その値は国外における既存研究の結果<sup>29,65,68,69)</sup>と、ほぼ一致していることがわかる。

通院コンプライアンスを調べる際に、その定義をどのように設定するかで値は異なってくる。しかし、継続的受療が必要とされる患者が、医療機関のシステムや診療形態の変化による悪影響を受けずに、理想的な受療継続を実現できることが、通院コンプライアンス研究の目的の1つと考えると、診療形態の変化に伴い積極的に紹介を行った患者も合わせた、A医師による調整も含む通院コンプライアンスの値を、実質的な通院コンプライアンスとしてとらえてよいのではないだろうか。

患者自身による通院コンプライアンスの評価では、評価の高い群のほうが低い群よりも、満足度尺度のほとんどの項目の得点が高かった。しかし、診療録に基づく実際の評価においては、同様の傾向はみられなかった。受療満足度が高まると、通院コンプライアンスも高まるという見方が一般的であり<sup>40,41,70,71)</sup>、本調査結果においても、特に患者自身の評価では、類似の傾向がみられたと考えられる。しかし、実際の評価が高い群で受療満足度が必ずしも高くなかったことについては、今後より詳細な調査・分析を行い、さらに深い考察を加えていかなければならないだろう。通院コンプライアンス評価を行う際には、安易に主観的評価で代用しないようにする必要があるといえる。

臨床的に問題になる、受療中断しがちであるにもかかわらず、主観的には受療継続できていると考えている患者群では、受療満足度でも高い得点を示していた。これらの患者では、主観的には現状に満足しているために受療中断しがちであるにもかかわらず、本人はそのことを問題だと強く感じていないことが

推察された。今後は、この群の患者のプロフィールをもっと明らかにしたうえで、通院コンプライアンス向上のための介入方法についても検討していくことが重要となろう。このことは、以下に示す他の関連要因についても同様に、今後の大きな課題として残されている。

患者自身による通院コンプライアンス評価が高い群で、体調の良し悪しにかかわらず、治療継続の必要性があると認識している者の割合が高かった。他の研究においても治療継続の必要性についての認識が高まると、通院コンプライアンスが向上することが示されており<sup>49,57,58)</sup>、ヘルス・ビリーフ・モデルによる介入でも、しばしばこの効果に注目した研究がなされている<sup>4,51)</sup>。わが国においても、ヘルス・ビリーフ・モデルに基づいた、体系だった通院コンプライアンスの研究が積み重ねられることにより、増加し続けている慢性疾患患者の治療とセルフ・ケアに対する具体的対策を打ち出していくことができるであろう。

患者自身による通院コンプライアンス評価が高い群で、過去1年間の入院経験がある者の割合が高かった。これについては、退院後の身体状態の維持や疾病の重篤性についての意識が高く、それが通院継続に反映されている可能性が考えられる<sup>31,49)</sup>。これらの患者については、入院理由と現在の通院の対象となっている疾病の関係、現在の身体状態や障害の程度を調べて、さらに通院コンプライアンスとの関連について検討を加える必要が残されている。

患者自身による通院コンプライアンス評価が高い群で、患者自身による服薬コンプライアンスの評価が高い者の割合が高かった。服薬コンプライアンスは、服薬状況が血中濃度で確認できる場合以外は、客観的で正確な評価を行うことが難しい。しかし、通院コンプライアンスと服薬コンプライアンスの関連をさらに深く調べることにより、受療行動における患者の特性をより詳細に把握することが可能になるであろう。

以上、本研究結果について考察を行ったが、次に、本研究の方法論について、他の通院コンプライアンス研究との比較をしながら検討を加える。

本研究では、国外でのほとんどの通院コンプライアンス研究で用いられてきた、延べ予約に対するコンプライアンスを確認する方法をとらなかつた。これ

は、救急外来以外のすべての外来診療が、基本的に予約に基づいて行われている国外の状況と比べ、受療受付曜日の受付時間内であれば、かなり自由に患者の都合で受療することができるわが国の状況を考慮したためである。むしろ、本研究の方法においては、長期にわたって患者個人の通院継続の状況を明らかにできる点が独特で、わが国での通院コンプライアンス研究では、このような方法がきわめて有効であると考えられる。

また、患者による評価と診療録による実際の評価の差を明らかにしたことによって、多面的な評価の有用性と意義を確認することができた。

本研究では、5年3か月にわたる慢性疾患患者の患者1人ごとの通院継続状況と、通院コンプライアンス評価を行ったことにより、ほかにはない長期的かつ基本的なデータを提示することができた。しかし、長期に同一の医師に受療継続する患者は、フォローの年数を重ねるごとに減少してしまうため、最終的な分析対象者がきわめて少ない人数に限定されてしまった。より信頼性の高い、一般化につながる研究を実現するためには、サンプル数を多くして、医療機関や医師による影響をコントロールして検証することが重要である。また、患者の態度と通院コンプライアンスの関連を厳密にとらえるには、任意の時点で患者の態度を調べ、その後の通院コンプライアンスをプロスペクティブに研究する必要がある。これらの点については今後の研究課題とし、さらに詳細な研究を進めていくつもりである。

本研究では、保健・医療専門家の指導や指示にどの程度患者が従ったかという、もっぱら専門家を中心とらえて用いられてきたコンプライアンスの概念<sup>72)</sup>を使って通院コンプライアンスをとらえ、先行研究のレビューとわが国における調査の試みを行った。ところが患者が主体的に行動しなければ、慢性疾患管理は効果を得られないことが明らかになった現在、保健・医療サービス提供者側からの一方的な評価としてコンプライアンスをとらえることには限界がある。本研究では患者自身による通院状況の評価を行い、これを患者自身による通院コンプライアンス評価として示すことを試みた。このように保健・医療サービスの主体であるサービス利用者（患者）によるサービスに対する評価や、

自分自身の行動に対する評価が今後より多く採用されていくことにより、利用者の求めるサービスをサービス提供者との協同で実現していくことが可能になると考えられる。

#### 4. まとめ

- 1) 本研究における通院コンプライアンスは、以下のとおりであった。継続的受療が必要な患者から、他の医療機関もしくは同医療機関の他の医師に紹介した患者を除いた全患者に占める、A医師への通院コンプライアンスは、37.6%であった。継続的受療が必要な患者に対する、A医師による調整（他の医療機関または同病院の他の医師に紹介した患者）も含む通院コンプライアンスは、68.1%であった。
- 2) 患者自身による主観的な通院コンプライアンス評価は、診療録に基づく客観的評価と必ずしも一致していなかった。
- 3) 主観的評価が高い群では、相対的に受療満足度が高い傾向がみられたが、客観的評価においては同様の傾向はみられなかった。
- 4) 主観的評価との関連で満足度に有意差がみられた項目は、事務的な利用しやすさを反映した項目に限られていた。
- 5) 診療録による客観的評価が低いにもかかわらず、通院コンプライアンスの主観的評価が高い群では、受療満足度も高い傾向があった。この満足度の高さが、結果的に中断しがちな受療状況に問題を感じない姿勢を生み出していると考えられた。
- 6) 患者自身による通院コンプライアンス評価が高い群では、体調の良し悪しにかかわらず治療継続の必要性があると認識している者の割合が、有意に高い傾向がみられた。
- 7) 患者自身による通院コンプライアンス評価が高い群では、過去1年間の入院経験がある者の割合が有意に高い傾向がみられた。
- 8) 患者自身による通院コンプライアンス評価が高い群では、患者自身による服薬コンプライアンスの評価も高い傾向がみられた。

## 文 献

- 1) 医療人類学研究会編：文化現象としての医療，コンプライアンス，260-3，メディカ出版，1992。
- 2) Grover, G., Berkowitz, CD., et al., Parental recall after a visit to the emergency department., *Clin-Pediatr-Phila.* 1994 ; 33(4) : 194-201.
- 3) Smith, PB., Weinman, ML., et al., Incentives and their influence on appointment compliance in a teenage family-planning clinic, *J-Adolesc-Health-Care.* 1990 ; 11(5) : 445-8.
- 4) Irwin, CE Jr., Millstein, SB., et al., Appointment-keeping behavior in adolescents : factors associated with follow-up appointment-keeping, *Pediatrics.* 1993 ; 92(1) : 20-3.
- 5) Landers, R., Riccobene, A., et al., Predictors of long-term compliance in attending a worksite hypertension programme, *J-Hum-hypertens.* 1993 ; 7(6) : 577-9.
- 6) Reifler, BV., Eisdorfer, CA, A clinic for the impaired elderly and their families. *Am-J-Psychiatry.* 1980 ; 137(11) : 1399-403.
- 7) Morisky, DE., Levine, DM., et al., Health education program effects on the management of hypertension in the elderly, *Arch-Intern-Med.* 1982 ; 142(10) : 1835-8.
- 8) Zismer, DK., Gillum, RF., et al., Improving hypertension control in a private medical practice, *Arch-Intern-Med.* 1982 ; 142(2) : 297-9.
- 9) Webb, PA., Effectiveness of patient education and psychosocial counseling in promoting compliance and control among hypertensive patients, *J-Fam-Pract.* 1980 ; 10(6) : 1047-55.
- 10) Levine, DM., Green, LW., et al., Health education for hypertensive patients, *JAMA.* 1979 Apr 20 ; 241(16) : 1700-3.
- 11) Gillum, RF., Solomon, HS., et al., Improving hypertension detection and referral in an ambulatory setting, *Arch-Intern-Med.* 1978 ; 138(5) : 700-3.
- 12) Gilbert, FS., The effect of type of aftercare follow-up on treatment outcome among alcoholics, *J-Stud-Alcohol.* 1988 ; 49(2) : 149-59.
- 13) Ossip, Klein, DJ., Vanlandingham, W., et al., Increasing attendance at alcohol aftercare using calendar prompts and home based contracting, *Addict-Behav.* 1984

- ; 9(1) : 85-9.
- 14) Margolis, KL., Lurie, N., et al., Predictors of failure to attend scheduled mammography appointments at a public teaching hospital, *J-Geriatr-Intern-Med.* 1993 ; 8(11) : 602-5.
- 15) Jones, PK., Jones, SL., et al., Improving follow-up among hypertensive patients using a health belief model intervention, *Arch-Intern-Med.* 1987 ; 147(9) : 1557-60.
- 16) Logan, M., O'Driscoll, K., et al., The utility of nasal bone radiographs in nasal trauma, *Clin-Radiol.* 1994 ; 49(3) : 192-4.
- 17) Reed, JB., McCausland, R., et al., Default in the outpatient treatment of tuberculosis in two hospitals in Northern India, *J-Epidemiol-Community-Health.* 1990 ; 44(1) : 20-3.
- 18) Jones, PK., Jones, SL., et al., Improving compliance for asthmatic patients visiting the emergency department using a health belief model intervention, *J-Asthma.* 1987 ; 24(4) : 199-206.
- 19) Bigby-JA., Pappius, E., et al., Medical consequences of missed appointments, *Arch-Intern-Med.* 1984 ; 144(6) : 1163-6.
- 20) Jay, MS., DuRant, RH., et al., Effect of peer counselors on adolescent compliance in use of oral contraceptives. *Pediatrics.* 1984 ; 73(2) : 126-31.
- 21) Morisky, DE., Levine, DM., et al., Five-year blood pressure control and mortality following health education for hypertensive patients, *Am-J-Public-Health.* 1983 ; 73(2) : 153-62.
- 22) Goldman, L., Freidin, R., et al., A multivariate approach to the prediction of no-show behavior in a primary care center, *Arch-Intern-Med.* 1982 ; 142(3) : 563-7.
- 23) Smith, DM., Weinberger, M., et al., A controlled trial to increase office visits and reduce hospitalizations of diabetic patients, *J-Geriatr-Intern-Med.* 1987 ; 2(4) : 232-8.
- 24) Commings, KM., Frisof, KB., et al., An appointment reminder system's effect on reducing the number of hypertension patients who drop out from care, *Am-J-Prev-Med.* 1985 ; 1(5) : 54-60.
- 25) Morisky, DE., DeMuth, NM., et al., Evaluation of family health education to build social support for long-term control of high blood pressure, *Health-Educ-Q.*

1985 ; 12(1) : 35-50.

- 26) Beck, NC., Parker, JC., et al., Patients with rheumatoid arthritis at high risk for noncompliance with salicylate treatment regimens, *J-Rheumatol.* 1988 ; 15(7) : 1081-4.
- 27) Dove, HG., Schneider, KC., The usefulness of patients' individual characteristics in predicting no-shows in outpatient clinics, *Med-Care.* 1981 ; 19(7) : 734-40.
- 28) Ross, LV., Friman, PC., et al., An appointment-keeping improvement package for outpatient pediatrics : systematic replication and component analysis, *J-Appl-Behav-Anal.* 1993 ; 26(4) : 461-7.
- 29) Ray, R., Beig, MA., et al., Walk-in clinic drop-outs, *Int-J-Soc-Psychiatry.* 1982 ; 28(3) : 179-84.
- 30) Rivara, FP., Wall, HP., et al., Pediatric nurse triage. Its efficacy, safety, and implications for care, *Am-J-Dis-Child.* 1986 ; 140(3) : 205-10.
- 31) Ide, BA., Curry, MA., et al., Factors related to the keeping of appointments by indigent clients, *J-Health-Care-Poor-Underserved.* 1993 ; 41(1) : 21-39.
- 32) Smith, CM., Yawn, BP., Factors associated with appointment keeping in a family practice residency clinic, *J-Fam-Pract.* 1994 Jan ; 38(1) : 25-9.
- 33) Gerson, LW., McCord, G., et al., A strategy to increase appointment keeping in a pediatric clinic, *J-Community-Health.* 1986 ; 11(2) : 111-21.
- 34) Dans, PE., Johnson, TR., et al., Improving a university hospital obstetric clinic : better but not best, *Obstet-Gynecol.* 1989 ; 74(2) : 262-6.
- 35) Lanska, MJ., Sigmann, P., et al., Effect of resident turnover on patients' appointment-keeping behavior in a primary care medical clinic, *J-Gen-Intern-Med.* 1986 ; 1(2) : 101-3.
- 36) Fosarelli, P ; DeAngelis, C., et al., Compliance with follow-up appointments generated in a pediatric emergency room, *Am-J-Prev-Med.* 1985 ; 1(3) : 23-9.
- 37) DiMatteo, MR., Hays, RD., et al., Relationship of physicians' nonverbal communication skill to patient satisfaction, Appointment noncompliance, and physician workload, *Health-Psychol.* 1986 ; 5(6) : 581-94.
- 38) Szasz, T. S. & Hollender, M. H., et al., A Contribution to the Philosophy of Medicine, *A. M. A. Arch. Internal Med.* 1956 ; 97 : 585-592.
- 39) Thorbecke, R., Patients with epilepsy who discontinue treatment, *Epilepsy-Res-Suppl.* 1988., 1 : 119-24.

- 40) Rubin, HR., Gandek, B., et al., Patients' ratings of outpatient visits in different practice settings. Results from the Medical Outcomes Study, JAMA. 1993 Aug 18 ; 270(7) : 835-40.
- 41) Litt, IF., Cuskey, WR., Satisfaction with health care. A predictor of adolescents' appointment keeping, J-Adolesc-Health-Care. 1984 ; 5(3) : 196-200.
- 42) Pearce, T., O'Shea, JS., et al., Correlations between appointment keeping and reorganization of hospital ambulatory pediatric services, Pediatrics. 1979 ; 64(1) : 81-7.
- 43) Durant, RH., Jay, MS., et al., Influence of psychosocial factors on adolescent compliance with oral contraceptives. J-Adolesc-Health-Care. 1984 ; 5(1) : 1-6.
- 44) Hoagland, AC., Morrow, GR., et al., Oncologists' views of cancer patient noncompliance, Am-J-Clin-Oncol. 1983 ; 6(2) : 239-44.
- 45) Hammond, D., Maw, RD., et al., Personality types of women attending an STD clinic : correlation with keeping first review appointments, Genitourin-Med. 1989 ; 65(3) : 163-5.
- 46) Jones, SL., Jones, PK., et al., Compliance in acute and chronic patients receiving a health belief model intervention in the emergency department, Soc-Sci-Med. 1991 ; 32(10) : 1183-9.
- 47) Jones, SL., Jones, PK., et al., Compliance for low-back pain patients in the emergency department. A randomized trial, Spine. 1988 ; 13(5) : 553-6.
- 48) Beazley, DL., Paris, DR., et al., Correlates of compliance among chiropractic patients treated for low back pain. J-Manipulative-Physiol-Ther. 1986 ; 9(2) : 125-9.
- 49) Blankson, ML., Goldenberg, RL., et al., Noncompliance of high-risk pregnant women in keeping appointments at an obstetric complications clinic, South-Med-J. 1994 ; 87(6) : 634-8.
- 50) Becker, M. H., Drachman, R. H., et al., A New Approach to Explaining Sick-role Behavior in Low-income Populations, American-J-Public-Hlth. 1974 ; 64(3) : 205-216.
- 51) Connelly, CE., Compliance with outpatient lithium therapy, Perspect-Psychiatr-Care. 1984 ; 22(2) : 44-50.
- 52) al, Shammary, SA., Failures to keep primary care appointments in Saudi Arabia, Fam-Pract-Res-J. 1992, 12(2) : 171-6.

- 53) Nelson, EC., Stason, WB., et al., Impact of patient perceptions on compliance with treatment for hypertension, *Med-Care.* 1978 ; 16(11) : 893-906.
- 54) Barron, WM., Failed appointments. Who misses them, why they are missed, and what can be done, *Prim-Care.* 1980 ; 7(4) : 563-74.
- 55) Chacko, MR., Wells, RD., et al., Test of cure for gonorrhea in teenagers. Who complies and does continuity of care help?, *J-Adolesc-Health-Care.* 1987 ; 8(3) : 261-5.
- 56) Kiefe, CI., Harrison, PL., Post-hospitalization follow-up appointment-keeping among the medically indigent, *J-Community-Health.* 1993 ; 18(5) : 271-82.
- 57) Magnusson, AR., Hedges, JR., et al., Follow-up compliance after emergency department evaluation, *Ann-Emerg-Med.* 1993 ; 22(3) : 560-7.
- 58) Macharia, WM., Leon, G., et al., An overview of interventions to improve compliance with appointment keeping for medical services, *JAMA.* 1992 APR 1 ; 267(13) : 1813-7.
- 59) Powers, MJ., Jalowiec, A., et al., Nurse practitioner and physician care compared for nonurgent emergency room patients, *Nurse-Pract.* 1984 ; 9(2) : 39, 42, 44-5 passim.
- 60) Blonna, R., Legos, P., et al., The effects of an STD deucational intervention on follow-up appointment keeping and medication-taking compliance, *Sex-Transm-Dis.* 1989 ; 16(4) : 198-200.
- 61) Hosoya, Y., Aritomi, K., et al., The state of the recall visit at the pediatric dentistry clinic of Nagasaki University Dental Hospital, *Shoni-Shikagaku-Zassi.* 1989 ; 27(1) : 229-41.
- 62) Sparr, LF., Moffitt, MC., et al., Missed psychiatric appointments : who returns and who stays away, *Am-J-Psychiatry.* 1993 ; 150(5) : 801-5.
- 63) Cohen, AJ., Weinstein, P., et al., The effects of patient-initiated phone confirmation strategies on appointment keeping at a hospital dental clinic, *J-Public-Health-Dent.* 1980 ; 40(1) : 64-8.
- 64) Weighill, VE., Hodge, J., et al., Keeping appointments with clinical psychologists, *Br-J-Clin-Psychol.* 1983 ; 22 (Pt 2) : 143-4.
- 65) Cosgrove, MP., Defaulters in general practice : reasons for default and patterns of attendance, *Br-J-Gen-Pract.* 1990 ; 40(331) : 50-2.
- 66) Grover-S., Gagnon-G., et al., Improving appointment-keeping by patients

- new to a hospital medical clinic with telephone or mailed reminders, Can-Med-Assoc-J. 1983 ; 129(10) : 1101-3.
- 67) 長谷川万希子・藤崎和彦・近藤正英：病院外来患者の構造と行動分析—5年間にわたるフォロースタディ，日本保健医療行動科学会年報，9，200-215，1994。
- 68) 長谷川万希子・杉田 聰：病院外来患者の受療満足度尺度の開発，日本保健医療行動科学会年報，7，150-165，1992。
- 69) 長谷川万希子・杉田 聰：大学病院外来患者による医療の評価，病院管理，30(3) : 231-240, 1993.
- 70) 長谷川万希子・杉田 聰：医療の評価におけるPatient Satisfactionの意義，保健医療社会学論集，3，52-63，1992。
- 71) 長谷川万希子：患者の受療行動の捉え方と研究方法に関する文献的考察，保健医療社会学論集，7，92-103，1994。
- 72) 村岡潔：コンプライアンスを越えて～患者一医師患者間の相互作用（駆け引き）を重視する観点から，『患者が薬を捨てるとき』「コンプライアンス」を考える，基調発言3，中川フォーラム・シンポジウム，東京，1990. 1.
-