

チーム医療を通じた アドヒアランスの向上（小児科）

Medical team approach for better patient's adherence (pediatric field)

亀田 誠

Makoto Kameda

大阪府立呼吸器・アレルギー医療センター小児科部長

Summary

小児気管支喘息の治療は格段に向上したが、患者・家族の生活の質(QOL)は必ずしも十分には保障されていない。これは、病態の理解と疾患の治療目標の認識が不十分であることが一因である。これらを丁寧に情報提供し、治療に関わる疑問や不安に丁寧に答えるためには、医師、看護師、薬剤師などが役割を分担しつつ連携を図る「チーム医療」が必須となる。理解が進めば、患者・家族のアドヒアランスは向上が期待される。アドヒアランスとは患者の治療への能動的参加を示す概念であり、単に服薬率を示すものではない。チーム医療によって、アドヒアランスの向上を支援するために必要な内容について解説した。

Key words

アドヒアランス, quality of life (QOL), チーム医療, 患者-医療者関係, 医療者間連携

I 小児気管支喘息治療の現状

本邦における小児気管支喘息(以下、喘息)の有症率は、呼吸困難を中心に調査されたものではおおむね5%前後、咳・喘鳴を中心に調査されたものでは6~7歳で13~14%、13~14歳で9%前後であり、ほぼ頭打ちの状況である¹⁾。一方、小児における喘息死は1990年代後半から急速に減少し、2008年以降の0~19歳の喘息死亡数は年間10例程度となった²⁾。当然喘息発作による入院患者数も減少しているが、このように喘息治療が向上したのは、吸入ステロイド薬(inhaled corticosteroid; ICS)をはじめとする抗炎症薬の普及の結果であろう。しかし、患者・家族の生活の質(quality of life; QOL)が十分に改善したとはいえない。西牟田ら³⁾のインターネットを用いた保護者アンケート調査によると、児の喘息のコントロールの程度についての回答では、「完全にコントロールできた」が38%、「ほぼ良好に」が30%であったにもかかわらず、過去1年間の喘息症状では夜間睡眠障害を41%で、運動後の喘鳴を31%で認めていた。驚くべきはその頻度であり、夜間