

---

# 病気対処過程における セルフメディケーションと受診の意味

## — 都内一般企業従業員及びその家族における 風邪への対処行動調査からの考察 —

景山 晶子  
KAGEYAMA Akiko

---

### 1. はじめに

高齢化に伴い、生活習慣病のような慢性疾患が増え、在宅患者も増加が見込まれている。このような中、自ら健康管理や症状への対処を行なうこと、すなわちセルフケアの重要性は、個人にとっても社会的においても高まっている。しかし、医療の専門家ではない生活者にとって、「セルフ」で行うことは簡単なことではない。専門家には何でもない判断一つに迷い、戸惑うこともある。例えば、近年、軽度な症状で安易に救急車を利用してしまう生活者への批判があるが、この問題は、単に生活者の医学的知識やモラルを批判するだけで解決できるものではないだろう。生活者が安全に、効果的に、安心してセルフケアを行なうためには何が重要なのか。この問いに答えるには、生活者が、今、どのように身体の不調への対処行動を意思決定しているのか、理解することが必要である。

筆者は、上記のような問題意識から、生活者が自ら体の不調に対処する行動であるセルフメディケーション<sup>(1)</sup> (以下、S-Med) に着目した。修士論文においては、一般生活者への質問紙調査および医療従事者ら専門家へのインタビューを実施し、S-Med の選択プロセスを示した。そして、保健医療モデルの動機づけ概念<sup>(2)</sup> を批判的に用い、そのプロセスの背景にある意識を明らかにすることを試みた。

本稿は、一般生活者への質問紙調査結果の一部を抜粋し、風邪に対する対処行動の実態や意思決定から、生活者の対処行動過程における S-Med と受診の意味をまとめ、加えて、医療・介護と同様にセルフケアを地域で支えることへの考察を述べたものである。

### 2. セルフメディケーションの現状と問題点

まず、簡単に、S-Med の現状と問題点について述べる。S-Med は、国が進める医療

費削減策の一つであり、そこで用いられる道具の一般用医薬品（いわゆる市販薬）については、インターネット販売の是非や、スイッチ OTC（医療用の薬を一般用医薬品に転用すること）の推進の問題など、近年、政策と絡めた議論が盛んである。

2010 年の国民生活基礎調査によると、最も気になる症状に、売薬つまり一般用医薬品を使用して S-Med を行っているケースは約 20% で、約半数は受診を選択していた。症状の内訳は、重篤度は不明であるものの、腰痛、肩こり、手足の関節の痛みの他、だるさやせき・たんなどの風邪様症状が多く、傾向はこの 10 年間変化がない。S-Med という言葉の認知率については、2011 年に業界団体が行った調査によれば、まだ 15.2% と低かった。その内容についても、バランスの良い食事や規則正しい生活といった体調管理や予防のイメージが強く、WHO や国が求める、軽度な症状への対処まで意識していた人は少なかった。また、7 割の人は、自ら対処を行うことへの自信のなさを訴えているという結果であった（日本 OTC 医薬品協会、株式会社インテージ、2011）。

元来、S-Med の実態や意識についての研究は、受診をしている患者を対象にしたものに比べて少なく、研究内容も、断片的に S-Med の場面を切り取ったものが主流である。だが、S-Med だけを切り取った調査は、生活者の意識を十分反映しているといえるのだろうか。生活者の立場に立てば、その症状を治すことが目的であり、S-Med が目的ではない。治るまでの連続した物語の中に、S-Med や受診などの手段があり、そこで選択が行われる際には、なんらかの意識や背景、戦略があるはずである。

このように、S-Med は、生活者と医療との接点という興味深い場であるにもかかわらず、生活者の立場に立った連続的視点がなく、医学的・経済的立場からの議論が多い。これが、S-Med や受診に関する問題の解決を難しくしている一因ではないかと思われる。

### 3. セルフメディケーションの実態調査

#### (1) 方法

##### ①目的

健康な一般生活者が、日常生活の中で経験する身体の不調を解決するまでの対処行動とその意思決定過程を明らかにする。

##### ②対象者

都内の企業 A 社の勤務者およびその家族を対象とした。年齢は、自ら対処行動を決定していると考えられる 20 歳以上 69 歳以下とし、持病などで S-Med に制限がかかる可能性の高い 70 歳以上は除外した。風邪に比べて発症頻度の低い皮膚トラブルを年に数回程度以上発症している人を必須条件としてスクリーニングを行ない、202 名を抽出した。本稿は、紙面の都合上、日本人の平均罹患頻度である 1 年に数回程度の罹患者（平均的罹患者）148 名の、風邪に対する結果を中心に記載する（図表 1）。

図表 1 対象者内訳 (人)

	20代	30代	40代	50代	60代	合計
男性	14	19	20	20	12	85
女性	6	21	20	14	2	63
合計	20	40	40	34	14	148

### ③実施方法、主な質問内容、分析

2012年1月に、質問紙郵送による留置法で実施した。主な質問項目は、最近1年間の症状の発症状況とその対処、日頃の体調不良時の対処行動の選択傾向（早めに対処する、なるべく薬は使わない等）等である。症状は、日常経験することが多く、かつ、医学的に生活者自ら対処可能な症状として認められたものという観点から、一般用医薬品の効能にある症状を参考に選択した。具体的には、風邪、頭痛、胃腸、肩こり・腰痛・背中痛み、皮膚の湿疹・かゆみ等の6症状で、精神的な不調は、効能がないため除外した。なお、分析は、人数も少なく、質問票の尺度検定も未実施のため、主に基本統計量の算出にとどめた。

### ④倫理的配慮

対象者には、所属機関への説明および了解を得た他、各人にヘルシンキ条約にもとづく説明（個人のプライバシー保護、不利益なし）を書面にて実施し、了解を得た人に質問紙を送付した。

## (2) 結果

以下、S-Medを、医療機関にかからずに薬（質問紙上は「薬」として調査したが、使用した薬の内訳は一般用医薬品86%、家庭内保管の処方薬6%、その両方6%、無回答2%であった）を使用したことと定義して、結果をまとめた。症状によっては、様子を見る行動もS-Medの一つとも考えられるが、意思を持って様子を見ているか否かの区別が調査上困難であったため、ここでは薬の使用に限定して定義した。

### ①風邪の際の対処パターン

20-69歳の平均的罹患者148名のうち、過去半年の間に風邪に罹った143名の対処行動を調査した結果を、図表2に示した。症状を感じた場合、すぐに薬を使用する人は54%、そのうち8割はその後何もすることなく完治していた。一方、まずは様子を見る人は39.6%、うち、ほぼ6割はその後、薬を使用し、さらに2割が受診していた。言い換えれば、すぐにS-Medを行った人が約6割、風邪が完治するまでにS-Medを行った人は約8割という結果であった。

また、最初の行動から二番目の行動の移るまでの時間は2日間と答える人が多く、様子を見てから次の行動までには41%、すぐに薬を使用してから受診までには55%の人がそのように回答していた。日本呼吸器学会のガイドライン（日本呼吸器学会、2003）や日本医師会の患者向け広報資料<sup>(3)</sup>によれば、受診の目安は39℃以上の熱、4日以上症状の継続などとされている。今回の調査では、熱があると感じる体温は、

37～37.4度と答えた人が最も多く（52.6%）、受診するまでの期間は上述のように2日程度の人が多い。本調査では、各人の受診時の状態は不明だが、これらの結果から医学的基準と生活者の行動のずれが示唆された。

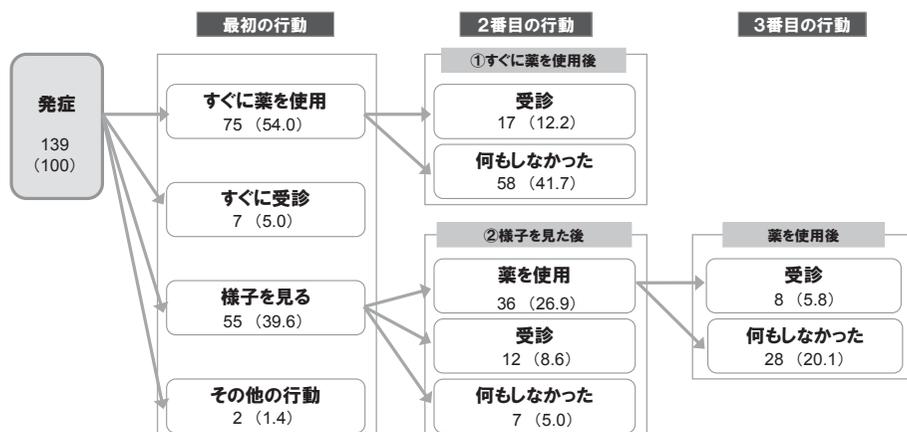
②早めに対処することを心がけている人の風邪に対する対処行動

①のパターンは、人によって違いがあるのだろうか。ここでは日頃の対処行動について、「身体の具合の悪いときは早めに対処する」という項目に、あてはまる、ややあてはまる人を「早め対処群」、どちらともいえない、あまりあてはまらない、あてはまらない人を「非早め対処群」とし（図表3）、風邪に対する行動を比較した。結果を図表4に示す。

症状が出た時点で、早め対処群はS-Medとして薬を使用する人が64.6%、受診をする人も8.5%存在したのに対し、非早め対処群では、様子を見る人が61.4%であった。発症時に何らかの行動をとった人は、早め対処群では82人中62人、非早め対処群では57人中22人で、両群の間に有意な差が認められた（ $p = 1.13E-05$ ）。行動の詳細をみると、早め対処群の方が、非早め対処群に比べ、のどの痛みをやや感じたとき

図表2 風邪に対する対処行動

n (%)



図表3 早めに対処群および非早め対処群の内訳

a) 早め対処群

(人)

	20代	30代	40代	50代	60代	合計
男性	9	10	12	11	9	51
女性	4	13	11	8	1	37
合計	13	23	23	19	10	88

b) 非早め対処群

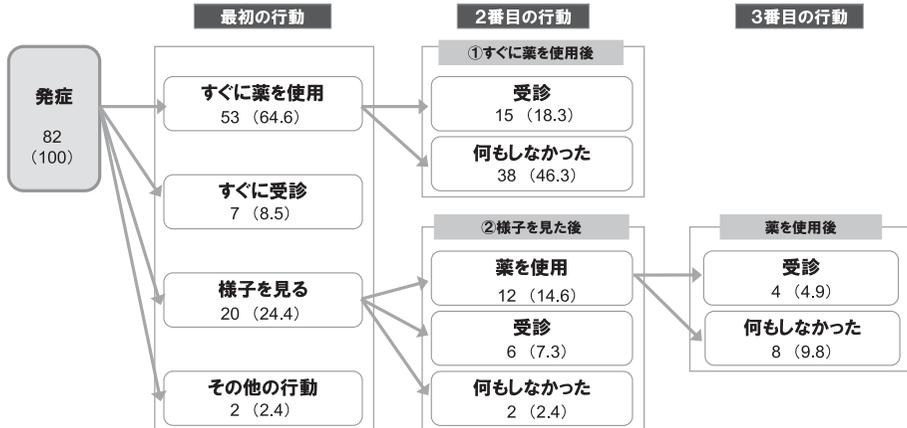
(人)

	20代	30代	40代	50代	60代	合計
男性	5	9	8	9	3	34
女性	2	8	9	6	1	26
合計	7	17	17	15	4	60

図表 4 早め対処群および非早め対処群の風邪に対する対処行動

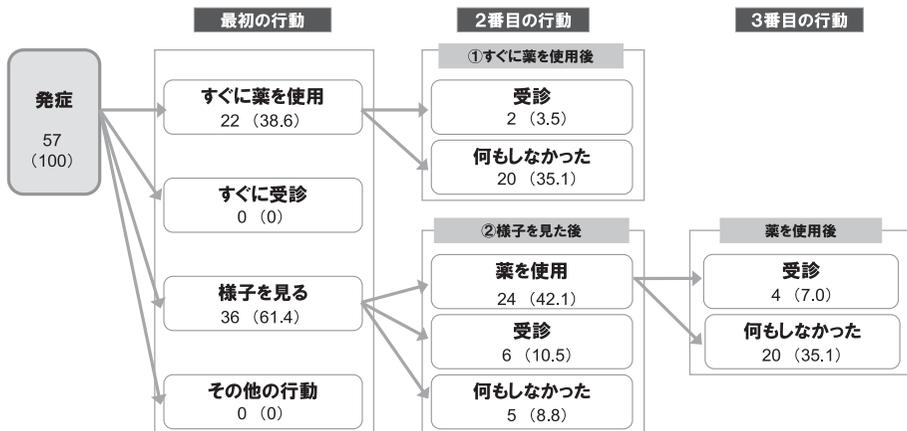
a) 早め対処群

n (%)



b) 非早め対処群

n (%)



c) 風邪に対する最初の行動と治るまでの行動の比較

〈最初の行動〉

( ) 内: %

	薬を使用	受診	様子を見る	その他の行動
全体 (n=139)	75 (54.0)	7 (5.0)	55 (39.6)	2 (1.4)
早め受診群 (n=82)	53 (64.6)	7 (8.5)	20 (24.4)	2 (2.4)
非早め受診群 (n=57)	22 (38.6)	0 (0)	35 (61.4)	0 (0)

〈治るまでの行動〉

すべて%

	薬を使用	受診	何もしなかった
全体 (n=139)	79.9	31.7	2.9
早め受診群 (n=82)	79.3	39.0	2.4
非早め受診群 (n=57)	80.7	21.1	3.5

や発熱を非常に感じたときに何らかの対処行動を起こす人が有意に多く ( $p = 0.03567$ ,  $p = 0.01877$ )、また、悪寒を非常に感じたときやせき・たんの症状をやや感じたときに、OTCを使用する人が有意に多かった ( $p = 0.04562$ ,  $p = 0.04884$ )。しかし、風邪の症状が治るまでのすべての行動を比較すると、S-Medとして薬を使用する人は両群とも8割と変わらず、一方で受診する人は、早め対処群の方が2倍多い結果となった。

医学的基準から見れば、この結果は、早め対処群は軽度な症状であるのに医学的に不必要な受診をしている、と捉えることもできる。しかし、早めに対処しようという生活者の意識や行動は、自ら身体に気を配り、健康維持に努力している姿であり、家事や仕事に支障をきたさないようにという社会的責任感の表れでもある。意識の背景には、病歴や体質、過去の失敗経験などもあるかもしれない。そのような生活者の思いは基準には反映されないため、医学的基準に基づく医療者とのずれの要因となっている可能性がある。

### ③対処行動の選択理由

図表5に、対処行動とその理由について症状ごとにまとめた。「すぐに薬を使用した」、つまりすぐにS-Medを行った人の理由として多かったのは、時間をかけずに治したかったから(62.1%)、使い慣れた薬が手元にあったから(60.3%)であった。「すぐに薬を使用したけど、回復しなかったので医者に行った」人の理由も、同様にこれらが挙がっていた。

なぜ、時間をかけずに治したいのだろうか。同時に答えた理由の中に、症状が重かったからという答えがなかったことから、症状そのものがつらいからというよりも、症状により、何らかの影響を及ぼしている状態を改善したいからではないかと推察される。もう一つの、使い慣れた薬が手元にあったからという理由については、実は、「すぐに医者に行く」人の理由としても、よく行く医療機関があったからという答えが上位に挙がっていた(対象人数が7人と少ないため、参考)。これらのことから、生活者の意思決定においては、身近さが大きな理由となっている可能性がある。また、最初に選択した行動では回復せず、次の行動に移る場合、次の行動の選択理由は、家族のすすめがあったからという理由が多かった。

以上の結果から、生活者にとって、風邪への対処は、もちろん症状を治すための行動であるが、医学的な治療の意味だけでなく、実は、症状に伴う生活への影響をなくすことを主目的にしている側面もあることが示唆された。さらに、その行動は、過去の成功経験に基づき、身近なものを道具として習慣的・反射的に行われ、身近な人の助言やサポートの影響も大きいことがうかがえた。

### ④一般用医薬品への意識

S-Medの道具である一般用医薬品への意識についても調査を行った。

風邪薬の常備状況は、81.1%で、これは2009年に行われた15～64歳の男女を対象とした全国調査(和田、2011:48)の67.4%と比較するとやや多い結果であった。胃腸薬は52.7%と全国の55.7%とあまり変わらないが、目薬(64.2%、全国54.4%)、湿布薬(62.2%、全国54.2%)と他は若干高く、本対象者は平均よりも一般用医薬品が

図表 5 対処行動の選択理由

対処行動 (n)	選択理由 (%)													
	症状が重かったから	使い慣れた薬が、手元にあったから	お金をかけずに治したから	時間をかけずに治したから	医療機関への受診はなるべく避けたから	よく行く医療機関があったから	市販薬は効かないと思って買ったから	家族にそうするように勧められたから	友人・知人にそうするように勧められたから	薬局にいる薬剤師にそうするように勧められたから	面倒だったから	忙しかったから	その他	
すぐに薬を使用した	58	0.0	60.3	10.3	62.1	17.2	0.0	0.0	6.9	0.0	0.0	5.2	8.6	6.9
すぐに医者に行った	7	14.3	0.0	0.0	57.1	0.0	42.9	14.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	14.3
すぐに薬を使用した が、回復しなかった ので医者に行った	17	17.6	58.8	0.0	58.8	23.5	5.9	0.0	11.8	0.0	0.0	5.9	0.0	17.6
とりあえずは様子 を見たが、回復しな かったので薬を使 用した	28	7.1	28.6	14.3	25.0	46.4	0.0	0.0	21.4	0.0	0.0	14.3	14.3	14.3
とりあえずは様子 を見たが、回復しな かったので医者に 行った	12	25.0	0.0	8.3	33.3	25.0	16.7	16.7	25.0	0.0	0.0	8.3	16.7	8.3
とりあえずは様子 を見たが、回復しな かったので薬を使 用し、それでも回 復しなかったので 医者に行った	8	25.0	12.5	12.5	50.0	50.0	0.0	0.0	25.0	0.0	0.0	25.0	37.5	0.0
薬も使わず、医者 にもかからなかつた	7	0.0	0.0	28.6	0.0	14.3	0.0	14.3	0.0	0.0	0.0	14.3	42.9	71.4
その他の対処をした	2	0.0	0.0	50.0	0.0	0.0	0.0	0.0	50.0	0.0	0.0	0.0	50.0	50.0
ここ半年で、風邪 ひかなかった	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	143													

やや身近に存在していた。

一般用医薬品の購入に際しては、化粧品、衣料用洗剤、家電製品などと同様、「品質」、「価格」、「ブランド」などが重視されていた。品質が最重視されてはいるものの、専門家の意見よりも価格が優先されるなど、一般消費財に近いことが示唆された（図表6）。

#### 4. 考 察

風邪のように日常的に経験することの多い症状の場合、生活者は、習慣的・反射的に行動しており、症状を治すというよりも、むしろその症状に伴う生活上の不具合に意識が向いている可能性がうかがえた。このようなとき、S-Med や受診は、生活者にとってどのように意味づけられているのか、以下に考察する。

図表6 一般用医薬品の購入時重視点

複数回答、数値は%、( )内は順位を示す

	一般用 医薬品	食料品	化粧品	衣料品	衣料用 洗剤	家電製品
品質(機能・効果・使用感など)	85.1 (1)	70.3 (2)	75.0 (1)	78.4 (3)	74.3 (1)	91.2 (1)
価格	68.2 (2)	81.8 (1)	60.8 (2)	80.4 (2)	63.5 (3)	81.8 (2)
信頼するブランド、メーカー	64.9 (3)	27.7 (6)	58.1 (3)	58.8 (5)	65.5 (2)	79.7 (3)
使用経験	53.4 (4)	32.4 (5)	39.2 (5)	21.6 (7)	32.4 (4)	16.2 (12)
自分に合っている	48.6 (5)	20.9 (8)	54.7 (4)	66.2 (4)	18.9 (7)	20.9 (8)
専門家の勧め	27.0 (6)	4.7 (12)	13.5 (11)	10.8 (11)	2.7 (13)	37.8 (6)
家族・友人の勧め	23.6 (7)	18.9 (9)	18.2 (9)	20.9 (8)	12.8 (9)	20.9 (9)
販売店への行きやすさ	16.2 (8)	44.6 (4)	14.9 (10)	29.1 (6)	21.6 (6)	20.3 (10)
評判(口コミ、評価サイト情報など)	15.5 (9)	23.6 (7)	31.1 (6)	16.2 (9)	10.8 (11)	50.0 (5)
TVCMなどの広告	15.5 (10)	16.9 (10)	18.9 (8)	11.5 (10)	23.6 (5)	25.0 (7)
外観・見た目	12.2 (11)	59.5 (3)	29.7 (7)	89.9 (1)	14.9 (8)	65.5 (4)
新製品であること	2.0 (12)	7.4 (11)	6.8 (13)	4.1 (12)	9.5 (12)	17.6 (11)
自分では購入しない	1.4 (13)	4.7 (13)	12.2 (12)	0.0 (14)	12.8 (10)	4.1 (13)
その他	0.7 (14)	2.0 (14)	1.4 (14)	0.7 (13)	1.4 (14)	1.4 (14)
回答なし	0.7	0.0	0.0	0.0	0.7	0.0

### (1) 生活者にとってのS-Medとは

今回の調査対象者は、S-Medの言葉の認知度が76.4%と非常に高く<sup>(4)</sup>、身体の不調に早めに対処する人が多い集団であった。だが、それでも、S-Medで積極的に治そうという行動はあまりなかった。S-Medの道具である一般用医薬品も、手元にある身近な商品の一つという位置づけであった。一般用医薬品については、アイルランドと比較して、日本人は、副作用を気にせずに使用していることが指摘されており(Aoyama、2012)、薬としての特別感は乏しい。生活者にとって、S-Medとは、文字通りの自ら(セルフ)行う医療(メディケーション)ではなく、発症したことへの対処戦略としての日常の生活行動の一部なのだろう。そう考えれば、習慣的であるのは当然である。

S-Medの実施状況については、風邪を治すための薬の使用率は約80%と高く、多くの人がS-Medを実行していた。前述した国民生活基礎調査の結果や、生活者の意識調査で指摘されていたS-Medでの対処への不安の高さからみると、実施率は高い。これについては、今回、対象を風邪に絞ったことが影響していると考えられる。風邪は、ほとんどの人に何らかの経験があるため、次の状態が予測できたり、習慣として薬を選んだりすることができる。だからこそ、生活者は安心してS-Medを選ぶことができたのではないだろうか。とすれば、経験的知識の蓄積がないものは、S-Medは生活者の選択肢にのりにくいことが推察される。

経験的知識に関しては、症状そのものおよび自分で治すこと、これら二つの経験の蓄積が、現在の生活者において少なくなっていると考えられる。

社会学者の猪飼によると、現在の日本の医療システムは、20世紀に人々の治療への期待に応えるために適合的に再編成されたもので、ほぼ100年の歴史にすぎない(猪飼、2010:205-211)。1961年の国民皆保険成立によって、日本において、何かあった

ら医者に行くことができる環境が整ったのは、実はこの半世紀のことなのである。明治・大正時代、現在のような医療システムが確立する前は、必然性もあっただろうが、都市部の新中間層の女性たちは、軽度な症状に自ら対処するために、積極的に新たな西洋医学の知識を取り入れていたという（宝月、2010：35）。しかし、皆保険以降、受診は容易になり、子供の医療費が無料の自治体も増えた。世代は、少なくとも親子二代が過ぎ、核家族化や少子化が進んだ。調査では、家族の助言が行動決定に大きく影響することが示されていたものの、その家族自身、症状を見たり、医師にかからずに自分で治したりする経験が少なくなっている。医療や情報化社会の発達とともに、自分で対処することへの怖さが生じていてもおかしくはない。そのため、家族内でS-Medの助言をする範囲は狭くなっていることと考えられる。

つまり、生活者の対処戦略であるS-Medは、医療が専門家のものへと生活から分離されるにつれて選択されにくくなっており、戦略の比重は受診に傾いていると推察される。

## (2) 生活者にとっての受診の意味

受診については、発症後、S-Medを経て選択される場合と、直接選択される場合があった。いずれにしても、生活者が症状を解決するうえでは、最終手段であるが、皆保険以降、この最後のカードは切りやすいものとなり、調査においても身近な医療機関がある場合は、症状に関わらず比較的早い段階で受診しているケースもあった（参考データ）。選択理由を見る限り、医療を受ける切迫感や緊張感といった感はなく、S-Medとの違いはあまりない。風邪のような日常的な症状の場合は、受診であっても、医療というよりも、S-Medと同じく、症状への対処戦略としての生活行動の一つとして意識されているといえよう。

受診が身近にあること、これは、生活者の安心の観点からみれば決して悪いことではない。気にかかるのは、医療に対する生活者の意識である。

例えば、大きな病気にかかったとき、今や、治療方針を医師と患者が話し合っただけで決めることは珍しいことではない。そのための患者の意思決定支援の研究や実践もなされている（中山、2012：157-191）。また、生活習慣病のように、長期にわたり自己コントロールが求められる場合、医学的基準から多少外れながらも、状態の悪化を防ぎ、自分の生活を満足させている例も報告されている<sup>(5)</sup>。社会学者のイリイチは、専門家への過度な依存は一般人の自立性を損ない、無力化を生むと指摘したが（Illich、1967 = 1988：61、94）、現代の患者は、医療側からの基準が絶対ではないことを教えられ、医療者へ過度に依存せずに、自ら意思決定し行動することが、自身のために奨められているのである。

しかし、風邪の場合、これまでみてきたように、生活者にとっての受診とは、手取り早く治すために医師に対処を委ねる選択で、自ら対処方法を考える場ではないように思われる。現場の医師にとっても、じっくりと対処方法を話し合う時間の余裕はないだろう。つまり、軽度な状態のときは気軽に医療の専門家に対処を委ねることができ、重度な場合には頼るだけでなく、積極的に対処に関わることを求められるという、ある種矛盾した要求がなされる中、生活者は医療と関わっているのである。

この状況は、先述した猪飼が指摘する、治療を重視した日本の医療システムの弊害といえるかもしれない。だが、このようなギャップがあると、生活者は患者となって初めて、自覚的に、積極的に対処することを求められることになる。もしも、日常的に医療への依存度が高い人ならば、患者となっていくなりそのような態度を求められても、戸惑ってしまい、結果として本人の意思を汲んだ医療が行われにくい状況を作ってしまうだろう。軽度な症状に対し、受診の比重が高まり、医療としての意識が低下している状況は、生活者にとって望ましい医療の実現に負の影響を及ぼす可能性もあるのではないだろうか。

### (3) セルフメディケーションを行うための課題と解決の可能性

日常的に経験する症状への対処方法について改めて考えると、S-Med は、必ず行わなければならないというものではない。例えば、常に専門家が体調をチェックし、アドバイスする環境を整えるほうがよいという考えもあろう。だが、現在の経済情勢や医師不足の状況を鑑みるとそれは難しく、むしろ、今後、医療者に頼ることが困難な生活者が増加する可能性もある。そのため、生活者の健康リスクの視点から、生活者がS-Medを安全に、効果的に、安心して行うための課題を考えることは意味があるだろう。また、S-Medにおいては、受診に比べ、自分の身体を観察し判断することが必要となる。そのため、たとえ最終的に受診したとしても、健康や病いの付き合い方を見直すきっかけとなり、ひいては生活者にとって望ましい、患者中心の医療の実現の助けとなることも期待できる。

調査結果から、S-Medを行なうための支援を考えると、生活者の経験不足を補うことと生活への影響の低減という、医学的および生活上、二つの側面からの支援が必要と考えられる。S-Medの場が生活であることから、地域での支援が重要度を増してくるだろう。以下、紙面の都合上、支援の参考となると考えられる興味深い取り組みを紹介し、考察を締めくくりたい。

医学的支援の一つとしては、生活者が気軽に相談する場を作ることが考えられる。現在、症状について聞いたり、一般用医薬品の使い方や止め方、受診の判断などを相談したりするための場が不足している。薬剤師会は、ドラッグストアの薬剤師がその役目を果たすことを目指しているが（日本薬剤師会、2009：15）、ドラッグストアは商品購入という消費の場であり、フラットな支援の場としては障害もある。その中で、Ask doctors<sup>(6)</sup>などのITを使った相談窓口や、暮らしの保健室<sup>(7)</sup>のような対面での相談の取り組みは、多くの示唆に富む。家庭医の充実を目指す動き<sup>(8)</sup>も注目される場所である。

生活支援については、かつては、家族がその役割を担っていた。しかし、単独世帯が30%を超えるなど、家族の形態が変わる中では、それに代わる仕組みが必要だろう。多忙でも活用しやすい相談窓口や医療機関の設置などの他、育児や家事などを支える仕組みやビジネスを作ること、結果としてS-Medの支援に繋がるのが考えられる。一見、さらなる社会負担の増加に見えるが、共助の仕組みが合ってこそ、初めて自助が行なえるのではないかと。育児支援などを行なっても、直接的なS-Medへのつながりが見えにくく、施策評価が難しいといった課題はある。だがS-Medが生活の場で行な

われている以上、生活を支えるための支援やネットワーク形成の設計は、不可欠な視点ではないだろうか。

## 5. まとめ

以上、調査結果を中心に、論点を拡大して述べてきた。本研究は、限られた場を対象とした一定条件下での調査という限界がある。得られた結果については、さらに広く確認し、一般化する必要がある。また具体的な実行策の検討もこれからである。

S-Medと受診、生活者にとってはどちらも症状を解決するための生活上の戦略であり、ことさらセルフケア、医療という意識はなかった。生活者がセルフで症状を解決するには、医学的視点だけではなく生活への支援がなければ、実行が難しい現状も示唆された。これらの知見は、介護を含め、生活の場で行われるセルフケア全般にも共通する問題である。国は医療・介護改革として地域包括ケアを進めているが、具体的施策の検討・実行においては、医学的支援だけではなく、生活の支援の充実も重要であろう。

### ■注

- (1) WHOは「自分自身の健康に責任を持ち、軽度な体の不調は自分で手当てすること」と定義している。
- (2) 知識や心理などの個人的要因と、周囲のサポートや社会環境など社会的要因があるとされている（山崎：2001：75-88）
- (3) 2014年1月5日閲覧 <http://dl.med.or.jp/dl-med/people/plaza/203.pdf>
- (4) 対象者の所属する化学メーカーが日用品の販売も行なっていることから、S-Medについて見聞きする機会が多かったためと推察される。
- (5) 例えば糖尿病患者の場合、各人の生活上の優先順位にそった独自の血糖値基準ができ、それが医学的にはアウトな基準でも、極端に悪化しないようコントロールができるようになった結果、「病気だけど病気ではない」、QOLの高い人生を獲得する姿が報告されている（浮ヶ谷、2004：95-99）。
- (6) Ask Doctors（2012年1月25日閲覧 <http://www.askdoctors.jp/>）は、24時間受付で医師が問合せに答える有料サービスで、2005年にサービスを開始した。2008年の段階で利用者約37万人と発表されており、内容も、救急的なものだけではなく、風邪やがん、心臓病、抜け毛など多岐にわたる。
- (7) 暮らしの保健室（2013年10月1日閲覧 <https://www.facebook.com/pages/%E6%9A%AE%E3%82%89%E3%81%97%E3%81%AE%E4%BF%9D%E5%81%A5%E5%AE%A4/485416198159717>）。高齢者の独居が多い地区に作られた“地域に開かれた保健室”で、介護や福祉も含めた様々な相談を、看護師やボランティアスタッフが聴く場となっている。イギリスのがん患者支援施設、マギーズ・キャンサー・ケアリング・センター（マギーズ・センター）をイメージして作られた。
- (8) 家庭医とは、内科、外科、皮膚科などのように専門家別ではなく、年齢や性別にも関係なく全人的に診る医師を指す。日本では、かかりつけ医、総合医などと呼ばれることも多いが、明確な規定はない。2013年に厚生労働省は総合診療専門医の養成・認定を決め、家庭医の役割を担う人材を育成しようとしている。

## ■参考文献

- Aoyama, I., Koyama, S., Hibino, H., 2012, "Self-medication behaviors among Japanese consumers: Sex, age, and SES differences and caregivers' attitudes toward their children's health management," *Asia Pacific Family Medicine*, 11:7-21.
- 猪飼周平、2010、『病院の世紀の理論』有斐閣
- 宝月理恵、2010、『近代日本における衛生の展開と受容』東信堂
- Illich, I., 1976, *Limits to Medicine: Medical Nemesis: The Expropriation of Health*, London: Calder&Boyars Ltd. (= 1998、金子嗣郎訳『脱病院化社会 医療の限界』晶文社)
- 日本呼吸器学会呼吸器感染症に関するガイドライン作成委員会編、2003、『日本呼吸器学会「呼吸器感染症に関するガイドライン」成人気道感染症診療の基本的考え方』日本呼吸器学会
- 日本 OTC 医薬品協会、株式会社インテージ、2011、『日本 OTC 医薬品協会、株式会社インテージ共同調査 第5回生活健康基礎調査』プレス発表資料
- 浮ヶ谷幸代、2004、『病気だけれども病気でない — 糖尿病とともに生きる生活世界 —』誠信書房
- 和田清、嶋根卓也、小堀栄子、2011、「飲酒・喫煙・くすりの使用についてのアンケート調査（2011年） 通称：薬物使用に関する全国住民調査（2011年）」『平成23年度厚生労働科学研究費補助金分担研究報告書』
- 山崎喜比古、2001、『健康と医療の社会学』東京大学出版会