

研究ノート

候補性からみた医療アクセス分析——その潜在的可能性

松田 亮三ⁱ

本稿は、医療アクセスの不平等を分析する枠組みとして、Dixon-Woods らが提唱した候補性（candidacy）の枠組みについて、その理論的構成と応用可能性を検討するものである。候補性とは、医療的介入の適格性が、患者と医療提供者との相互作用の中で動的に交渉される過程を指す。本稿では、候補性枠組みに含まれる七つの構成要素（同定、手ほどき、利用しやすさ、受診、裁定、提案と抵抗、運営条件と地域の影響）を説明し、既存の医療アクセス理論との比較を通じてその特徴を明らかにする。さらに、研究事例を通じて、社会的に不利な立場にある人々の医療アクセスの課題に対する分析ツールとしての有効性を展望する。候補性枠組みは、医療制度の構造的要因だけでなく、地域的・文化的文脈を含む多層的な要因を捉えることが可能であり、福祉サービスへの応用可能性も含め、今後の研究において重要な基盤となりうる。

キーワード：医療アクセス、候補性、健康格差、ケアの利用、分析枠組み

はじめに

普遍的な医療制度の実現を追求する上で、医療アクセスの状況は系統的に把握すべき重要な事項の一つであるが、その把握方法はもとより概念そのものについても、多様に提案されており、単一のものとして整理されていない（Gulliford & Morgan, 2003; Levesque et al., 2013; Souliotis et al., 2016）。

このような背景には、医療アクセスをめぐる多様な関心があると考えられる。例えば、その管轄地域内における医療アクセスの概況を把握し、医療制度の全般的な改革に結び付けることに用いるという関心から医療アクセスを把握しようとする場合と、現実に医療を利用する上で困難を感じている状況や専門家からみれば医療を利用した方がよいのに利用が進まない状況があるときに、それを医療アクセスと

いう観点から検討しようとする場合では、自ずから問題の捉え方が変わってこよう。

本稿では、後者の場面、つまり、社会・経済・文化・言語などさまざまな事柄を背景として、医療の利用に障壁がある人々に関わる医療アクセスの課題を分析することに向けて、そのための有力な枠組みとして、Dixon-Woods et al. (2006) が創出した候補性枠組み（the Candidacy Framework）の内容を述べ、今後の潜在的可能性について考察する。まず、候補性枠組みについて、候補性の概念とそれに関わって考案された七つの構成要素を説明する。次に、医療アクセスに関わる既存の接近法、また近年用いられている Levesque et al. (2013) の枠組みなどと対比しつつ、候補性枠組みの特徴を位置づける。そして、幅広く行われている実際の研究例を簡単に紹介した上で、今後の活用の可能性を考えたい。

i 立命館大学産業社会学部教授

1. 候補性の概念とそれを用いた 医療アクセス分析の枠組み

候補性概念を用いた医療アクセスに関わる研究は、Dixon-Woods et al. (2006) が行った医療アクセスに関わる批判的解釈による文献総合 (critical interpretive synthesis) によって得られたものである。本稿では、まず、この論文において Dixon-Woods らにより用いられた概念構成について、説明する。

Dixon-Woods らは、医療アクセスのような膨大で多様な研究領域においては、過度に抽象的でなく、しかも適用される範囲が狭すぎないような、「中範囲」の理論構成がよいとしたうえで、医療分野、特に臨床医療において用いられてきた系統的レビュー (systematic review) ではない接近を試みた。系統的レビューとは、レビューしようとする事項についての一次情報の収集、選択、抽出、評価を、明確かつ系統的に行うレビュー方式であり、研究者が扱える程度に検討事項の設定がなされなければならない (喜屋武, 2024)。そこでは、既存の研究が用いているデータをまとめてその信頼性を検証することが主眼とされる。

これに対して、Dixon-Woods らが提案した批判的・解釈的総合では、むしろ多数の研究が用いている概念とその研究結果にもとづき、それらを解釈する概念と理論とを作り出すことが主眼とされる (Dixon-Woods et al., 2006)。そこでは、検討する課題をア・プリオリに精密に設定することは不可能であり、暫定的で大まかな問いを立てた上で、その検討が行われる。さらに、課題についての現状の主流の枠組みを批判的に検討することが志向される。なお、文献の収集、総合への組み込みに際しての取捨選択、内容の総合など批判的解釈による文献総合そのものについての詳細は興味深いものであるが本稿の趣旨から外れるため、原著およびそのもととなっている報告書を参照されたい (Dixon-Woods et al., 2005)。

さて、Dixon-Woods など12人からなる研究チーム

は、英国の医療制度 (National Health Services) における医療アクセス、特に貧困な人々など社会経済的に恵まれない状況にある人々の医療アクセスという課題につき、上記の総合を行い、最終的に119の論文を検討し、候補性という医療アクセスに関わる新たな概念を創出した。

候補性 (candidacy) とは、人々の医療的配慮・介入を受ける適格性が、当事者と医療供給機関との間で共同して交渉されるさまをあらわす概念である¹⁾。それは、動的で偶発的な過程であり、ある人が「症例」として扱われるかどうかなど、患者と専門職との相互作用を通じて絶えず再構成される。

この概念は、次のような枠組みにより、医療アクセスと関わり用いられる。まず、医療アクセスが実現されるためには、利用者側に多大な努力が求められる、その労力の量や複雑さが受療の障壁となりうる。そして、健康や医療サービスに対する認識の社会的様相と、医療提供の構造と利用者の優先事項・能力との不一致とが重なり合い、脆弱性を生み出すこととなる。候補性は、さまざまな運用上の諸条件により調整・管理されており、その条件に影響を与えるものとしては、当事者、ケアが行われる場と環境、行為やアイデンティティ——つまり、状況に応じた活動、対面活動でのやり取り、ジェンダーなどの自我の諸側面——、人々と疾患とを区分するのにスタッフが用いる類型化の状況、経済資源および時間などの他の資源の利用可能性、地域の圧力、政策的要請があげられる。

このような新たな概念の創出に Dixon-Woods らが向かった背景には、医療の利用をアクセスとみなすこと——それは、既存の多くの論文に採用されていたアプローチだが——への批判があった。つまり、人々の医療に対する必要の概念的整理ならびにその測定が難しいなかで、利用の違いにより医療サービスへのアクセスに関する衡平を判定しようとすることは、むしろ事態の誤った理解にもつながりかねないし、そのような量的違いを比べたところで実際の含意を引き出すことが難しいという批判である。

Dixon-Woods らは、この候補性の概念を用いて医療アクセスに関わる諸事項を整理し、七つの構成概念を提示した（表1）。この構成概念を含めて、それらは候補性枠組みと呼ばれるようになった（Koehn, 2009）。以下では、彼女らの論文およびそれに関連した報告書をもとにし、筆者による日本の読者に理解しやすいような具体的な問題状況の説明を少し加え、その内容を紹介しておく（Dixon-Woods et al., 2006; Dixon-Woods et al., 2005）。なお、同論文では、議論の根拠を引きながら記述しているのだが、ここでは、結果として提出された枠組みの紹介を目的としているために、それらについての記述は割愛する。

まず、医療利用の候補としての同定（identification）つまり、人々が自身の症状を医療的配慮・介入の対象と認識する過程が、出発点となる。社会経済的に困難な状況にある人々は、医療を利用ようになる——候補となる——のは、危機的状況の場合に限る傾向がある。つまり、困難な状況にある人々は、日常的な「警告サイン」に注目する余裕がなく、何か

問題が生じたときに初めて、医療を受けるべき——医療利用の候補となる——と判断するかもしれない。健康をつくるというような考え方が乏しいことや、ある程度の症状があることは当たり前のものとされるようなコミュニティがあること、人によっては問題が出てから受診すると医療専門職によって非難されるのではないか、という恐れをもっている、など、こうした同定の様相の背景に何があるかを考えることも重要である。

次に、医療を利用するための具体的な手ほどき（navigation）が問題となる。医療サービスを利用するには、人々の側にかかなりの努力が求められる。人々は利用可能なサービスの存在を知っていなければならないが、社会的に不利な立場にある人々は、具体的なサービスをあまり知らされていないという懸念がある。また、医療サービスを利用するには、さまざまな資源を動員する必要があるが、資源は人々の間で不均等になっているかもしれない。たとえば、受療能力に影響を与える重要な資源の一つに交通手段があり、労働時間が硬直的で診療を受けにくいかも

表1 候補性の内容

候補性の構成要素	注目する事項の例
候補としての同定 (identification)	ある心身の症状がある場合に、それを医療サービスに向いていると考えるかどうか。医療を利用するのは、どの程度の健康の問題に直面した場合なのか。
サービスを利用するための具体的手ほどき (navigation)	具体的にサービスを利用するために、どのような手続きがいるのか。まずどのように連絡をとればいいのか。予約は必要か。
制度的なサービスの利用のしやすさ (permeability)	電話連絡をするときに、すみやかに接続されるか。インターネットで情報がわかりやすく提示されているか。
医療機関の受診 (appearance)	受診をする際に、何か気にする事項はあるか。プライバシー確保のために特別な配慮はあるか。受診したときにどう考えたか。
医療専門職による利用適格性の裁定 (adjudication)	医療専門職から望んでいたケアを受けられたか。また、自己の状況に対する評価をどのように受け止めたか。
サービスの提供と利用者の抵抗 (offers/resistance)	医療専門職の言うことをどうとらえたか。言われた言葉は理解できるものであったか。反発をしたり、無視したりすることはあったか。
運用条件と地域独自の影響 (operating conditions and the local production of candidacy)	医療専門職の行為と地域の状況が関わっていると感じたことはあるか。紹介を受ける場合などに、困ったことはあったか。

出典：Dixon-Woods et al. (2005) にもとづき引用者が作成。注目する事項の例については、一部を上記論文から、また一部を日本の読者を想定して筆者が作成したもの。

しれない。また、金銭的負担は、健康増進や予防を利用する場合障壁となりうる。

医療利用の候補性に関わり注目される三つ目の事項としては、制度的なサービスの利用のしやすさ(permeability)があげられる。医療サービスの利用パターンは、単に人々の行動上の傾向だけでなく、サービスの構造や設計にも大きく影響される。特別な条件や資源をあまり必要としないサービスは利用しやすいサービスといえ、英国では、救急医療は無料で利用できるためこれに該当する。一方で、一般医からの紹介を必要とする病院での専門医の診察などは、利用しにくいサービスといえる。また、一般的にあって、予約制度は、利用しやすさを下げるといえる。社会経済的に不利な人々は、制度的に利用しにくいサービスについて、実際に利用が低下するかもしれない。これには、医療サービスがもつ文化的価値観に対して持つ疎外感や、低いサービスへの満足なども、同時に影響しうる。

四つ目の論点は、医療機関への受診(appearance)である。この行為は、当事者自身が医療を受けるに値するつまり候補性がある—という主張を伴う行為とみることができる。受診では、問題を明確に説明し、信頼できる形で伝える能力など、当事者の側に一定の技能や努力が想定されている。社会経済状態は、これらの能力に影響を与えるとともに、医療専門職との関係の解釈を通じて、診療場面でのコミュニケーションに作用する可能性もある。つまり、受診には、医療サービスの制度上のかかりやすさだけではなく、コミュニケーション能力や権力関係の理解なども関与しうる。

受診がなされた場合に問題となるのが、医療専門職による医療利用の適格性の裁定(adjudication)である。裁定とは一般的には公式の場面でなされる決定のことであるが、Dixon-Woodsらは、医療アクセス適格性の継続的進展を許可ないし阻害する専門職による判断と決定、という意味用いている。医師の判断は、患者の提示する問題と、それに対して通常用いられる解決手段に基づく類型化によるが、こ

うした判断は、地域の状況や医療資源の制約など、医療専門職が働く環境により強く影響されるかもしれない。また医療専門職が成果(健康状態の改善)を見込める患者を優遇し、そうした成果にいたるには困難のある社会的弱者が結果的に不利になる可能性もある。さらに、ある人の医療利用が社会的にふさわしいかどうかということに関わる認識も判断に影響を与える可能性がある。専門職がもし経済的に活発な人々により高いふさわしさがあると考えていれば、結果的に社会経済的に恵まれない人々は不利に扱われるおそれがある。

医療サービスの利用に関する研究の多くは、サービスの提供(offers)がなされないことと、利用されないことを同一視しているが、この見方では、提供された医療を患者が自発的に拒否する可能性を見落とすこととなる。医療サービスの提供は一方的なものではなく、患者側の判断や選択が介在する相互的な過程であって、そこでは患者は医療の提供に対して抵抗(resistance)を示す場合がある。かかりつけ医が専門医の受診をすすめて紹介状を交付したとしても、患者はそれをもって実際に受診するとは限らないし、処方された薬剤を医師の指示通りに服用するとは限らない。このため、医療アクセスの分析においては、単に制度的・構造的な提供の状況だけでなく、患者の主体的な応答や抵抗の可能性を含めることが重要となる。

医療アクセスにおける候補性は、制度的・構造的要因だけでなく、その医療現場が所在する地域独自の影響(local production)も重要であり、その意味では候補性は地域によって左右される。地域の医療資源の状況や医療者自身の業務環境などの運用条件(operating conditions)が、医療専門職が候補性に対処する際に問題となる。例えば、日中と夜間のように、時間帯によって用いる資源が異なる場合である。

2. 候補性枠組みの特徴

候補性枠組みは、さまざまな経済的、社会的、文

化的条件のもとで医療アクセス上の問題に直面している人々の状況を、質的な調査を含めて分析する上で、有用であることが示されている。医療のアクセスとは、医療サービスが利用できる状況におかれていることを意味し、実際に医療を利用していることとは区別される。このことを、医療サービスを利用する自由があること、と表現する論者もいる（Thiede & McIntyre, 2008）。この自由を尊重するならば、医療サービスにおける衡平を論じる際には、利用そのものではなくアクセスに注目することが重視されている。

しかしながら、利用できる状況におかれていることを実際に測定し、評価することは簡単ではない。原則無料でサービスを受けられる制度を整備してきた英国では、医療サービスの供給のあり方が重視されてきたし、無保険が続いていた米国では保険の加入が医療アクセスの問題として注目されてきた（Goddard & Smith, 2001）。そのため、医療サービス利用に関わる具体的な障壁に注目する接近法、医療サービスの利用状況をアクセスの代理として扱いそれにより主に数理的な手法を用いて人口全体のアクセス状況や集団間のアクセスの違いを推測する接近法、医療利用には近接性が重要であることから、人員、施設等の医療資源の配置をアクセスの代理指標として用いるという接近法などが用いられてきた（松田, 2009）。なお、関連して、アクセスがない状況の反映として、経済、時間的余裕、移動距離など、さまざまな理由による医療への必要の不充足（unmet healthcare needs）に注目する検討も行われている（松田, 2023）。アクセスの代理変数として用いられる医療利用については、個人と地域についてそれぞれ前提要因、実現要因、必要要因に注目し、保健行動の一つとして医療利用を分析するアンダーセンのモデルが著名であるが（Andersen et al., 2014）、ここでは説明を割愛する。

上で説明した、Dixon-Woods らが創出した候補性概念を中核とした医療アクセスに関わる分析枠組みは、上記の接近法の中で、医療サービス利用に関わ

る具体的な障壁に注目する接近法の流れで理解できるものである。そこで見いだされるのは、何らかの代理変数による大まかな状況ではなく、個別具体的にに取り組むべき課題である。この枠組みは、提示した七つの構成要素をもとに、そうした障壁が出現しうる場面についてのデータを慎重に収集検討することを可能とするものであり、様々な場面で用いることが可能である。供給の問題に限定せず、医療のアクセスに関わる幅広い問題と、住民、専門職、さらにそれに関わる多様な関係者の関与を視野にいたした調査研究をすすめる上で、この枠組みは重要な基盤を与えているといえる（Fisher et al., 2024）。要するに、さまざまな生活困難に直面している人々のアクセス上の具体的課題について、焦点を保ちながら検討することを可能としている点が、この枠組みの特徴といえる。

また、この枠組みは、アクセスに関わるさまざまな事項を柔軟に組み込む余地を残している。それぞれの構成要素は概念として示されるが、それらの解釈において重視されるのは、専門職と患者との間での交渉などの相互作用といった過程であって、特定の測定法が導かれるわけではない。この点は、近年医療アクセス研究でよく用いられている Levesque et al. (2013) の概念化とは、異なる特徴である。

Levesque らは、医療アクセスを、医療の必要が認められた場合に、適切な医療サービスに到達・獲得する機会として定義している。そこには、医療の必要を特定すること、医療サービスを求めること、サービスに到達し利用すること、実際にケアの必要に応じたサービスが提供される、といった一連の過程が含まれる。さらに、彼らは、医療サービス供給の状況に関わるアクセス性と人々の能力が相互作用してアクセスは生まれるとし、上記の一連の流れに対応させて、それぞれの側で検討すべき側面を措定する。医療サービスのアクセス性については、接近可能性、受容可能性、利用可能性と適応性、支払可能性、適切性という側面があり、それに対応する人々の能力としては、必要を認知する能力、医療サービ

スを探す能力、医療サービスに到達する能力、サービスの対価を支払う能力、ケアに取り組む能力があるとする。この概念化は、医療アクセスに関わる供給者側と利用者側の要因を総合的に把握するものであり、また両者に関わる諸側面が明確にされているため、それぞれの検討を深めていきやすい。そのため実証研究のデザインを行う場面においても、収集したデータの分析を行う場面においても用いられてきている (Cu et al., 2021)。

Levesque らの枠組みと対比するならば、候補性の枠組みが関心を寄せるのは、医療を利用することが簡単ではない状況におかれている人々が、医療制度や専門職とどのように交渉やコミュニケーションを医療制度や専門職と行っていくか、その過程をより浮き彫りにすることであり、このため、Levesque らの枠組みのような医療機関側のアクセス性についての機能的な意味での詳細な区分はなされていない。別の視点からいえば、候補性の枠組みでは、まったく医療機関が存在しない状況ではなく、一般には利用されうる医療機関が一定存在するという状況において、何らかの意味で社会経済的に恵まれない人々がどのようにして医療を利用する機会をもつあるいは失うかに関心がおかれる。それゆえ、コミュニケーションや交渉、また利用のための具体的手ほどきや、当該の人々からみたサービスの利用しやすさなどの経験が検討されるべき課題として浮上するのである。こうした関心により、候補性の枠組みを用いた研究では、ある特定の状況にある人々が、医療サービスの利用を用いようとする際に経験する各種の障壁、アクセス上の問題を示し、それらの人々が経験している構造的な不平等や制度文化がどうその問題に投影されるかを浮き彫りにすることが見込まれる。

3. さまざまな領域での活用と柔軟性

ここまで候補性の枠組みの概要を説明してきたが、以下ではその枠組みを用いた具体的な研究を引きつ

つ、この枠組みの特徴をさらに示しておきたい。なお、各論文からの引用は、候補性枠組みの特徴を示すために恣意的に行われているものであり、それぞれの論文全体の内容を示すものではないことをお断りしておく。

候補性枠組みは、さまざまな場面で用いられている。ここでは、網羅的なレビューはまたの機会に譲り、用いられている文脈をいくつかあげておきたい。認知症、糖尿病、冠動脈疾患、メンタルヘルス、多発性硬化症といった限定された疾患に患う人々について用いられるとともに (Garrett et al., 2012; Koehn et al., 2016; Methley et al., 2017)、社会的養護を受けていた若者、収容されている刑務所と地域との間を行き来する女性、民族的マイノリティの高齢者の医療へのアクセスといった社会・経済・文化的状態に注目した検討にも用いられてきた (Abbott et al., 2017; Herlitz et al., 2024; Koehn, 2009)。さらに、一般医へのアクセス、乳幼児メンタルヘルスサービスや遠隔技術を用いた出産前ケアの開発といった文脈でも活用されてきた (Hinton et al., 2023; Phang et al., 2023; Sinnott et al., 2024)。

例えば、イングランドでの一般医へのアクセスについての文献レビューを候補性枠組みで検討した研究では、一般医の数や分布といった政策論で注目される事項だけではなく、症状があっても相談しない住民が多いこと、予約システムの導入は患者にそれを使う手間をもたらすこと、といったこれまで現場では知られていた知見を総合し、一般医へのアクセスに関する複雑な状況を理解し示すことができたという (Sinnott et al., 2024)。

また、刑務所から出所する女性に行ったインタビュー調査では、その考察の一部で候補性枠組みを用い、収容中の女性—その多くは薬物依存を経験していた—は、薬物使用をやめて生活を変えようという思いがある一方で、刑務所の医療体制がそれに応えるものとはなっていないことや、医療提供者から受ける否定的な裁定にどう対応するかに苦労していることなどを記述している (Abbott et al., 2017)。

イングランドでは、社会的養護を受けていた若者は一般の若者より健康状態が悪いことが知られており、健康格差縮小に向けてそうした若者にどう関わるかが問題とされている。この流れで、一般医へのアクセスについて候補性枠組みを用いて若者を対象として行われた質的調査では、メンタルヘルスを気にかけているにもかかわらず、一般医のいる診療所はその話題を話し合う場とは見なされていなかったこと、一般医等の専門職との関係はたいいていの若者にとって疎遠なものであること、専門家に打ち明けることには何か好ましくない結果につながるリスクがあると捉えられていること、診察時間の不足や繋がりやの欠如に加えて、裁かれているような経験、軽視されているような経験、誤解された経験が、メンタルヘルスや人間関係上の問題を打ち明けにくくしていたこと、などが示された（Herlitz et al., 2024）。

このような文献レビューや質的研究の結果は、候補性枠組みがなかったとしても得られた可能性はあるものの、その枠組みを用いることにより見通しをもって研究をすすめる、得られた結果を医療アクセスとの関りで明確に位置づけることが可能となったと考えられる。その意味で、この枠組みは機能しうる枠組みとなっている。

なお、候補性枠組みであげられている七つの構成要素は、理論的な検討を含みつつも、実証研究から批判的に引き出されたものであり、取り組んでいる課題により、適宜修正して用いることがふさわしいと考えられる。実際、慢性リウマチ・ケアへのアクセスに関する批判的解釈による文献総合では、身体に刻まれ関係づけられた自我という要素を追加した八つの要素が析出され、喪失の経験や自己決定を取り崩すような人間関係、好ましくない精神状態や孤独が、候補性を引き下げることが示された（Koehn et al., 2024）。

むすび

本稿では、人々の医療的配慮・介入を受ける適格

性が、当事者と医療供給機関との間で共同して交渉されるさまに注目する候補性の観点から医療アクセスを検討する枠組みを説明し、実際の研究例を示してきた。候補性は、当事者と医療専門職・医療機関等とがともに交渉にあたる過程の中で出現する動的で偶発的な過程であり、患者と専門職との相互作用を通じて絶えず再構成される。

こうした候補性枠組みを用いた研究は、特定の疾患に関する医療アクセスの課題、社会的に恵まれない人々、周縁化されている人々、などの特定の集団に注目した医療アクセスの課題、新たなサービスの開発や普及の上での医療アクセスの課題、など多様な医療アクセスの課題に関わり実施されてきた。こうした多様な研究の展開からも、候補性枠組みは、多様化する社会の中で、また技術革新がたえず追求されている現代の医療において、具体的な医療アクセスの諸課題を分析する基盤の一つとして重要なものといえることができる。

さらに、今日における福祉サービスは、何らかの利用者の選択をその利用手続きに含むことが増えており（松田, 2021）、この枠組みは福祉サービスへのアクセスにおいても活用することができるかもしれない。もちろん、多くの場合福祉サービスは、利用前に給付資格の確認という手続きがあるため、当然ながら相当の修正を加える必要があろう。

政策形成との関りにおいては、具体的な課題群が示された場合に、そこに含まれる一つ一つの課題により政府の関りがなっていくことが予想される。このような点について、果たしてこの枠組みがどのように活用されてきているか、そして活用しうるかについては、今回検討できなかった。今後の課題としたい。

謝辞

本論文は、立命館大学人間科学研究所インクルーシブ医療社会サービスプロジェクトおよび同地域健康社会学研究センターの活動として行われた研究成果の一部である。

注

- 1) Candidacy の訳語としては、意味を重視した「適格性」なども考えられるが、本稿では原語の意味合いを尊重し、暫定的に「候補性」の訳語をあてている。

参考文献

< 英語文献 >

- Abbott, P., Magin, P., Davison, J., & Hu, W. (2017). Medical homelessness and candidacy: women transiting between prison and community health care. *International Journal of Equity in Health*, 16(1), 130. <https://doi.org/10.1186/s12939-017-0627-6>
- Andersen, R. M., Davidson, P. L., & Baumeister, S. E. (2014). Improving access to care in America: individual and contextual indicators. In G. F. Kominski (Ed.), *Changing the US Health Care System: Key Issues in Health Services Policy and Management*, 4th ed. Jossey-Bass, 33-69.
- Cu, A., Meister, S., Lefebvre, B., & Ridde, V. (2021). Assessing healthcare access using the Levesque's conceptual framework- a scoping review. *International Journal for Equity in Health*, 20(1), 116. <https://doi.org/10.1186/s12939-021-01416-3>
- Dixon-Woods, M., Cavers, D., Agarwal, S., Annandale, E., Arthur, A., Harvey, J., Hsu, R., Katbamna, S., Olsen, R., Smith, L., Riley, R., & Sutton, A. J. (2006). Conducting a critical interpretive synthesis of the literature on access to healthcare by vulnerable groups. *BMC Medical Research Methodology*, 6, 35. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-6-35>
- Dixon-Woods, M., Kirk, D., Agarwal, S., Annandale, E., Arthur, T., Harvey, J., Hsu, R., Katbamna, S., Olsen, R., & Smith, L. (2005). Vulnerable groups and access to health care: a critical interpretive review. London: National Co-ordinating Centre NHS Service Delivery Organization R & D (NCCSDO).
- Fisher, R., Beech, J., Alderwick, H., Price, E., Ansari, A., Dixon-Woods, M., & Sinnott, C. (2024). Rethinking access to general practice: it's not all about supply. <https://www.health.org.uk/reports-and-analysis/briefings/rethinking-access-to-general-practice-it-s-not-all-about-supply> (retrieved on August 30, 2025).
- Garrett, C. R., Gask, L. L., Hays, R., Cherrington, A., Bundy, C., Dickens, C., Waheed, W., & Coventry, P. A. (2012). Accessing primary health care: a meta-ethnography of the experiences of British South Asian patients with diabetes, coronary heart disease or a mental health problem. *Chronic Illness*, 8(2), 135-155. <https://doi.org/10.1177/1742395312441631>
- Goddard, M., & Smith, P. (2001). Equity of access to health care services: theory and evidence from the UK. *Social Science & Medicine*, 53(9), 1149-1162. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(00\)00415-9](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(00)00415-9)
- Gulliford, M., & Morgan, M. (2003). *Access to Health Care*. New York: Routledge.
- Herlitz, L., Ashford, E., Baldwin, J., Powell, C., & Woodman, J. (2024). Care-experienced young people's views and experiences of accessing general practice and dental services and attending health reviews in England: a qualitative study. *BMC Primary Care*, 25(1), 318. <https://doi.org/10.1186/s12875-024-02569-0>
- Hinton, L., Kuberska, K., Dakin, F., Boydell, N., Martin, G., Draycott, T., Winter, C., McManus, R. J., Chappell, L., Chakrabarti, S., Howland, E., Willars, J., & Dixon-Woods, M. (2023). A qualitative study of the dynamics of access to remote antenatal care through the lens of candidacy. *Journal of Health Services Research & Policy*, 28(4), 222-232. <https://doi.org/10.1177/13558196231165361>
- Koehn, S. (2009). Negotiating candidacy: ethnic minority seniors' access to care. *Ageing and Society*, 29(4), 585-608. <https://doi.org/10.1017/S014686X08007952>
- Koehn, S., Badger, M., Cohen, C., McCleary, L., & Drummond, N. (2016). Negotiating access to a

- diagnosis of dementia: implications for policies in health and social care. *Dementia*, 15(6), 1436-1456. <https://doi.org/10.1177/1471301214563551>
- Koehn, S., Jones, C. A., Barber, C., Jasper, L., Pham, A., Lindeman, C., & Drummond, N. (2024). Candidacy 2.0 (CC) - an enhanced theory of access to healthcare for chronic conditions: lessons from a critical interpretive synthesis on access to rheumatoid arthritis care. *BMC Health Service Research*, 24(1), 986. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-11438-6>
- Levesque, J.-F., Harris, M. F., & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, 12(1), 18. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18>
- Methley, A. M., Chew-Graham, C. A., Cheraghi-Sohi, S., & Campbell, S. M. (2017). A qualitative study of patient and professional perspectives of healthcare services for multiple sclerosis: implications for service development and policy. *Health & Social Care in the Community*, 25(3), 848-857. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/hsc.12369>
- Phang, F. T. H., Weaver, A., Blane, D. N., Murphy, F., Dawson, A., Hall, S., De Natale, A., Minnis, H., & McFadyen, A. (2023). Using the candidacy framework to conceptualize systems and gaps when developing infant mental health (IMH) services: A qualitative study. *Infant Mental Health Journal*, 44(4), 480-494. <https://doi.org/10.1002/imhj.22072>
- Sinnott, C., Ansari, A., Price, E., Fisher, R., Beech, J., Alderwick, H., & Dixon-Woods, M. (2024). Understanding access to general practice through the lens of candidacy: a critical review of the literature. *British Journal of General Practice*, 74(747), e683-e694. <https://doi.org/10.3399/bjgp.2024.0033>
- Souliotis, K., Hasardzhiev, S., & Agapidaki, E. (2016). A conceptual framework of mapping access to health care across EU countries: the Patient Access Initiative. *Public Health Genomics*, 19(3), 153-159. <https://doi.org/10.1159/000446533>
- Thiede, M., & McIntyre, D. (2008). Information, communication and equitable access to health care: a conceptual note. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(5), 1168-1173. <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2008000500025>
- <日本語文献>
- 喜屋武享（2024）「システマティックレビューの基礎」『日本健康教育学会誌』32(2), 118-124.
- 松田亮三（2009）「政策課題としての医療格差」松田亮三編『健康と医療の公平に挑む：国際的展開と英米の比較政策分析』勁草書房，pp.39-51.
- 松田亮三（2021）「社会保障・社会福祉におけるサービス提供—必要と給付の間で」丹波史紀・石田賀奈子・黒田学・長谷川千春編著『たのしく学ぶ社会福祉 誰もが人間らしく生きる社会をつくる』ミネルヴァ書房，pp.120-133.
- 松田亮三（2023）「医療の必要の不充足の社会的可視化：普遍医療給付の徹底に向けて」『貧困研究』30, 5-13.

Research Note

The Potential of the Candidacy Framework for the Analysis of Access to Healthcare

MATSUDA Ryozaⁱ

Abstract : This study explores the Dixon-Woods et al. Candidacy Framework for analyzing healthcare access. Candidacy refers to the dynamic process through which individuals negotiate their eligibility for medical intervention in interactions with healthcare providers and relevant actors. This paper outlines seven key components of the candidacy framework (identification, navigation, permeability, appearance, adjudication, offers and resistance, and operational conditions and local influences) and compares them with existing models of healthcare access. Drawing on research examples, this study demonstrates the framework's analytical utility in addressing access barriers faced by socially disadvantaged populations. By capturing not only structural factors but also local and cultural contexts, the candidacy framework offers a multilayered approach to healthcare access and holds potential for application in welfare services.

Keywords : access to health care, candidacy, health inequity, utilization of care, analytical framework

i Professor, College of Social Sciences, Ritsumeikan University