

医療消費者と医師とのコミュニケーション —意識調査からみた患者満足度に関する分析—

山内 一信
(名古屋大学大学院医学系研究科
医療管理情報学 教授)

真野 俊樹
(多摩大学
医療リスクマネジメント研究所 教授)

塚原 康博
(明治大学情報コミュニケーション学部教授)

藤澤弘美子
(明治大学情報システム事務部)

野林 晴彦
(医薬産業政策研究所 主任研究員)

藤原 尚也
(医薬産業政策研究所 主任研究員)

医薬産業政策研究所
リサーチペーパー・シリーズ
No. 29
(2005年7月)

本リサーチペーパーは研究上の討論のために配布するものであり、著者の承諾なしに引用、複写することを禁ずる。

本リサーチペーパーに記された意見や考えは著者の個人的なものであり、日本製薬工業協会及び医薬産業政策研究所の公式な見解ではない。

内容照会先:

野林晴彦、藤原尚也

日本製薬工業協会 医薬産業政策研究所

〒103-0023 東京都中央区日本橋本町 3-4-1 トライ日本橋ビル 5F

TEL : 03-5200-2681 FAX : 03-5200-2684

E-mail : nobayashi-opir@jpma.or.jp (野林)、fujihara-opir@jpma.or.jp (藤原)

URL : <http://www.jpma.or.jp/opir/>

医療消費者と医師とのコミュニケーション

—意識調査からみた患者満足度に関する分析—

【目次】

第1章	はじめに（研究の背景・目的）	3
第2章	研究の構成・調査概要	5
1.	研究の構成	5
2.	調査概要	8
第3章	アンケート調査結果	10
1.	医療消費者と医師との比較（単純集計）	10
2.	医療消費者の年齢・病気の有無による比較（クロス集計）	22
(1)	医療消費者の年齢（年代）によるクロス集計	22
(2)	医療消費者の病気の有無によるクロス集計	32
3.	医師の年齢・診療科（内科・外科）による比較（クロス集計）	37
(1)	医師の年齢（年代）によるクロス集計	37
(2)	医師の診療科（内科・外科）によるクロス集計	50
第4章	実証研究	56
1.	患者中心の医療の要因と、それを実現するための要因	56
(1)	問題意識	56
(2)	患者中心の医療を構成する要因とその関係	58
(3)	患者中心の医療の実現に影響を与える要因	62
2.	患者満足度を高める要因—医療消費者と医師との比較—	68
(1)	回帰分析による分析	68
(2)	自由回答文からのキーワード抽出による分析	75
3.	患者満足度と信頼関係構築	86
(1)	患者と医師とのコミュニケーションが患者満足度と信頼関係に与える効果	86
(2)	理想と現実のギャップが患者満足度に与える効果	96
4.	医療消費者のヘルスリテラシーに関する分析	102
(1)	医師と医療消費者の知識差を生む要因	102
(2)	患者と医師とのコミュニケーションが医師の説明に対する患者理解に与える効果	108
5.	治療方法と薬剤選択の意思決定における医師と医療消費者の意識の違い	114
(1)	単純集計による分析	115
(2)	クロス集計による分析	118

第5章 医師の行動と患者の病院志向	126
1. 薬の処方時における各種項目の重視度と新薬の情報収集	126
2. 患者は医療機関を適切に選択しているかー病院志向の実態とその関連要因ー	134
第6章 まとめ	143
調査票（医療消費者用、医師用）	

【担 当】

第1章	真野 俊樹
第2章	藤原 尚也・野林 晴彦
第3章	野林 晴彦・藤原 尚也
第4章	
1.	野林 晴彦・藤原 尚也
2.	藤澤弘美子
3. (1)	塚原 康博
(2)	塚原 康博
4. (1)	藤澤弘美子
(2)	塚原 康博
5. (1)	野林 晴彦・藤原 尚也
(2)	藤澤弘美子
第5章	
1.	塚原 康博
2.	塚原 康博
第6章	山内 一信

第1章 はじめに（研究の背景・目的）

近年、患者中心の医療や患者本位の医療という言葉が、医療に関わる様々な場所で幅広く耳にするようになった。2003年8月の厚生労働省「医療提供体制の改革ビジョン」、2003年4月日本医学会総会福岡宣言はじめ、患者中心の医療を枕言葉にしたシンポジウム、セミナー等は数多く開催されている。またそのようなタイトルの書籍や雑誌記事も多く目にするようになった。

一方、患者満足という言葉もマスコミをはじめよく使われるようになってきている¹。一般の企業におけるマーケティングにおいて顧客満足という言葉は常識として用いられているが、医療においても“消費者”である患者の満足度を上げることが重要だという考え方がようやく浸透してきたように思われる。また、厚生労働省においても、2003年5月から、患者の苦情や相談等に対応するシステムとして、特定機能病院と臨床研修病院に「患者相談窓口」の設置を義務づけている。

このような患者の視点の尊重は、患者中心の医療体制を整備する上で重要となる。したがって、患者中心の医療に対するひとつの回答は患者満足度の向上と行うことができるであろう。しかしながら、患者満足度の追求をすることが単純に患者中心の医療であると言えるであろうか。医療の現場では、医師は患者の治療効果を第一に考え、患者が一時的・短期的には満足度を下げようとする意思決定を行うことも多い²。医療というサービスが持っている特性が、一般のサービスとは異なっていることを理解する必要がある。顧客満足度に比べ、患者満足度がこれまで明確な定義がなされていないことも、この理由からであろう。日本では医療制度の評価が高い³のにもかかわらず、患者満足度の国際比較をしてみると、あまり高くないことも知られている^{4 5}。

医薬産業政策研究所では、昨年度、医療消費者への意識調査⁶を実施し、医療消費者が患者中心の医療をどう考えているのか、また実際にどのように医療や薬に関わり、どう行動しているかを調査している。その結果、医療消費者は患者中心の医療を望み、医療に積極的に関わりたいと考えており、患者中心の医療の患者側における素地は出来ていることが示唆された。しかし一方で、「知識不足」「医師への依存」といった患者自身の問題と、「診察時間が短い」「医師に聞きづらい雰囲気がある」「医師がきちんと答えてくれない」

¹患者満足度研究は、1960年代のマーケティングリサーチにおける消費者満足度（consumer satisfaction）の研究を端緒として、保健医療の分野で1980年代以降盛んに研究展開がみられるようになったものである（深井穂博「ザ・クインテッセンス」Vol. 22, No5, 36-45, 2003年）

²真野俊樹「CSと病院」『治療 臨時増刊』（2005年87巻2月号）

³World Health Report 2000

⁴「医療・福祉ビジネスの将来像」第10回 2002年10月2日内閣府「未来生活懇談会」マッキンゼー・アンド・カンパニー 5カ国比較

⁵日医総研 江口成美・沼田直子（日医総研ワーキングペーパーNo. 105）「医療に関する意識の国際比較-4 カ国の地方都市において-」（2004年10月）

⁶医薬産業政策研究所（リサーチペーパーNo. 17）「意識調査に基づく医療消費者のエンパワーメントのあり方」（2004年5月）

といった「医師の対応への不満」、言い換えれば、医師とのコミュニケーションの障害が明らかになり、これが患者中心の医療実現のための今後の課題であることが示されている。

それでは、医療提供者である医師は、患者中心の医療についていったいどのように考えているのであろうか。また、医療消費者と医師のコミュニケーションは、患者満足度を高めるためにどのように寄与しているのであろうか。医療消費者と医師の認識は、どの点が共通であり、どの点では違いがあるのか、違いがある場合、その違いはどの程度なのであろうか。このような認識ギャップ調査は、これまで真野ら⁷、日本医師会⁸などによって行われているが、現況の把握にとどまっている。

今回、われわれは、両者の医療や薬剤についての認識ギャップを明らかにすることにより、両者のコミュニケーションや患者満足度を高め、患者中心の医療を実現するための要因を考察することを目的とし、医療消費者と医師の双方にアンケート調査を実施した。

⁷ 真野俊樹 吉田秀雄記念財団 (2002年6月)

⁸ 日本医師会「医療に関する国民意識調査」(2003年1月21日)

第2章 研究の構成・調査概要

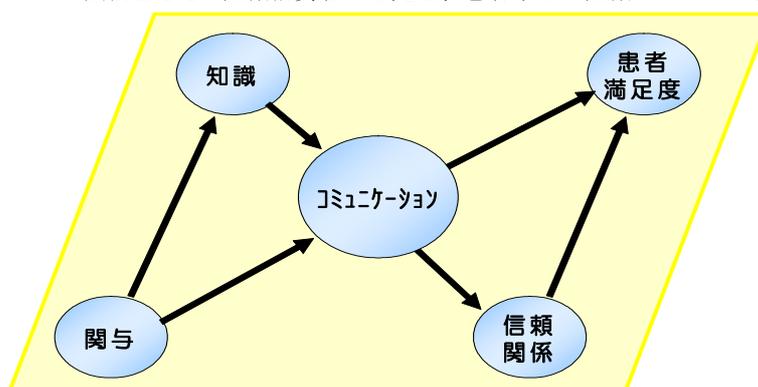
1. 研究の構成

患者中心の医療とは一体どのようなものであろうか。医療消費者にとって、何が患者中心の医療を構成する要素になるであろうか。われわれはリサーチペーパーNo. 17⁹において、患者中心の医療を実現するためには、医療消費者のエンパワーメント¹⁰が必要であり、そのための取り組みとして、次の3つを提案した。

- ① 医療消費者の自立¹¹
- ② 医療消費者のヘルスリテラシー(医療を理解する能力)の向上
- ③ 医療消費者と医療従事者(医師など)との情報共有と相互理解をベースにした信頼関係の構築

この仮説をもとに、患者中心の医療のプロセスモデルを構築した(図表2-1-1)。

図表2-1-1 医療消費者から見た、患者中心の医療プロセスモデル



このモデルは2つの部分から構成される。

- 1) 医療消費者自身の医療への関与が高まると、医療に関する知識も高まり、医師との対話(コミュニケーション)に結びつくとともに、医療消費者の関与は対話にも直接影響を与える。
- 2) 医療消費者と医師との対話(コミュニケーション)が、両者の信頼関係構築につながり、患者満足度につながるとともに、対話は患者満足度にも直接影響を与える。

すなわち、プロセス1)では、両者のコミュニケーションを促すために、まずは医療消費者自身の自立とヘルスリテラシーの向上が必要であり、その上で、プロセス2)の信頼関係の構築、そして患者満足度の向上につながるというものである。

⁹医薬産業政策研究所(リサーチペーパーNo.17)「意識調査に基づく医療消費者のエンパワーメントのあり方」(2004年5月)

¹⁰医療消費者がより力を持ち、自主的に行動することにより、自身の医療に影響を与え、自らの健康をコントロールすること(リサーチペーパーNo.17 p41)

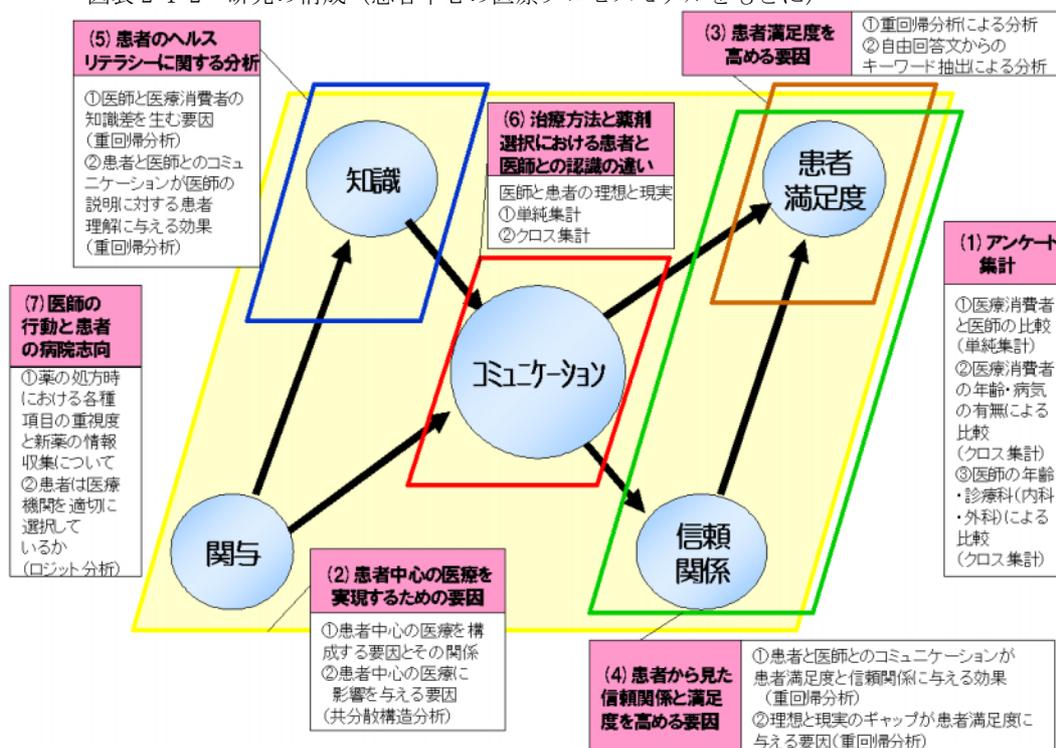
¹¹医療消費者自らが意識改革を行い、医療従事者への依存心を取り除き、自ら医療の主人公として積極的に医療に関与すること(リサーチペーパーNo.17 p43)

このモデルをもとに、以下のような視点で分析を行うこととする（図表 2-1-2）。

- (1) 単純集計（医療消費者と医師との比較）、クロス集計（医療消費者の年齢・病気の有無による比較／医師の年齢・診療科〔内科・外科〕別による比較）
- (2) 患者中心の医療を実現するための要因
- (3) 患者満足度を高める要因
- (4) 患者から見た信頼関係と満足度を高める要因
- (5) 患者のヘルスリテラシーに関する分析
- (6) 治療方法と薬剤選択における患者と医師との認識の違い

さらに、医師へのアンケート調査から、患者中心の医療の実践に間接的に影響を与えると考えられる要因として、(7) 医師の行動と患者の病院志向についても分析を行うこととする。

図表 2-1-2 研究の構成（患者中心の医療プロセスモデルをもとに）



上記のモデルをもとに、下記のような多面的なアプローチにより全体像を明らかにする（かっこ内は分析担当者）。

[分析 1] アンケート集計 [第 3 章]

(医薬産業政策研究所)

- (1) 医療消費者と医師との比較（単純集計）
- (2) 医療消費者の年齢・病気の有無による比較（クロス集計）
- (3) 医師の年齢・診療科（内科・外科）による比較（クロス集計）

[分析 2] 患者中心の医療を実現するための要因 [第 4 章-1] (医薬産業政策研究所)

患者中心の医療を、「医療消費者と医師との対話」「両者の信頼関係構築」「患者満足度」と捉え、(1) これらの要因間の関係を明らかにするとともに、(2) 医療消費者および医師は、患者中心の医療を実現する要因をどう考えているかを明らかにする。医療消費者アンケートおよび医師アンケートに対し、共分散構造分析によって解析する。

[分析 3] 患者満足度を高める要因－医療消費者と医師の比較－ [第 4 章-2]

(藤澤弘美子)

患者満足度を高める要因について、医療消費者および医師はどのように考えているかを明らかにする。医療消費者アンケートおよび医師アンケートに対し、(1) 重回帰分析および(2) 自由回答文からのキーワード抽出による分析によって解析する。

[分析 4] 患者満足度と信頼関係構築 [第 4 章-3] (塚原 康博)

(1) 患者と医師とのコミュニケーションが患者満足度と信頼関係に与える効果

医療消費者の視点から、患者満足度を高める要因と、信頼関係を構築する要因を比較し、両者の違いを明らかにする。医療消費者アンケートを重回帰分析により解析する。

(2) 理想と現実のギャップが患者満足度に与える効果

医療消費者の視点から、情報伝達や意思決定に関する理想と現実のギャップの程度と患者満足度の関係を明らかにする。医療消費者アンケートを重回帰分析により解析する。

[分析 5] 医療消費者のヘルスリテラシーに関する分析 [第 4 章-4]

(1) 医師と医療消費者との知識差を生む要因

(藤澤弘美子)

医師と医療消費者との知識差をもたらす要因が何かを、医療消費者アンケートおよび医師アンケートの重回帰分析により明らかにする。

(2) 患者と医師とのコミュニケーションが、医師の説明に対する患者理解度に

与える要因

(塚原 康博)

医療消費者の視点から、医師の説明に対する患者理解度に影響を与える要因を重回帰分析により明らかにする。

[分析 6] 治療方法と薬剤選択の意思決定における医師と医療消費者との意識の違い

[第 4 章-5]

1) 単純集計による分析

(医薬産業政策研究所)

2) クロス集計による分析

(藤澤弘美子)

治療方法と薬剤選択の意思決定について、医師および医療消費者の理想と現実を比較することにより、両者の意識の違いを明らかにする。

1) 薬の処方時における各種項目の重視度と新薬の情報収集について

2) 患者は医療機関を適切に選択しているか

－医師の個票データを用いた病院志向の実態とその関連要因－

医師アンケートデータをもとに、薬の処方時や新薬の情報収集時における医師の行動を探る。また、患者の病院志向の実態やその関連要因を明らかにする。

2. 調査概要

2004 年 9 月から 12 月にかけて、医療消費者および医師に対しアンケート調査を実施した。調査対象者は、医療消費者（一般生活者）と医師である。

1) 医療消費者アンケート

㈱日経リサーチによる FAX モニター調査を利用し、関東・中部・近畿の FAX モニターから 1,131 部回収した。ここでは、①過去 5 年間に病院・開業医で診察を受けたことのない人、②医師・薬剤師・看護師など医療関係者や、製薬企業の勤務者は対象から除いている。

2) 医師アンケート

名古屋大学大学院医療管理情報学教室より、関東・中部・近畿の病院あてに調査票を郵送し、臨床の第一線の医師各 2 名（できれば、内科、外科 1 名ずつと要望）から回答後、個別に返送してもらった。

アンケート送付先は、市販の病院情報¹²をもとに名簿を作成し、一部の専門病院を除き、関東・中部・近畿のうち 17 都道府県¹³の病院すべてに送付を行った。なお、今回の調査の趣旨から考え、歯科専門病院、眼科専門病院、産婦人科病院、精神病院については送付先リストから外した¹⁴。送付先は 3,701 病院であり、調査票送付数 7,402 部（病院各 2 部送付）のうち、回収数は 1,101 部、回収率は 14.9%となった。

¹²関東病院情報 2004 年版、中部病院情報 2003 年版、近畿病院情報 2004 年版（㈱医事日報）

¹³東京、神奈川、千葉、埼玉、茨城、栃木、群馬、愛知、静岡、岐阜、三重、大阪、兵庫、京都、滋賀、奈良、和歌山

¹⁴産婦人科病院の表示でも内科等の診療科目があった場合は対象病院とした。また、内科等の診療科目があっても、精神病床のみ（あるいは大多数）の場合は精神病院とし、対象外とした。

第3章 アンケート調査結果

(医薬産業政策研究所)

ここではまず、単純集計による医療消費者と医師との比較を行い、次に医療消費者の年齢および病気の有無による比較、医師の年齢および診療科（内科・外科）による比較のクロス集計を実施した結果を示す。

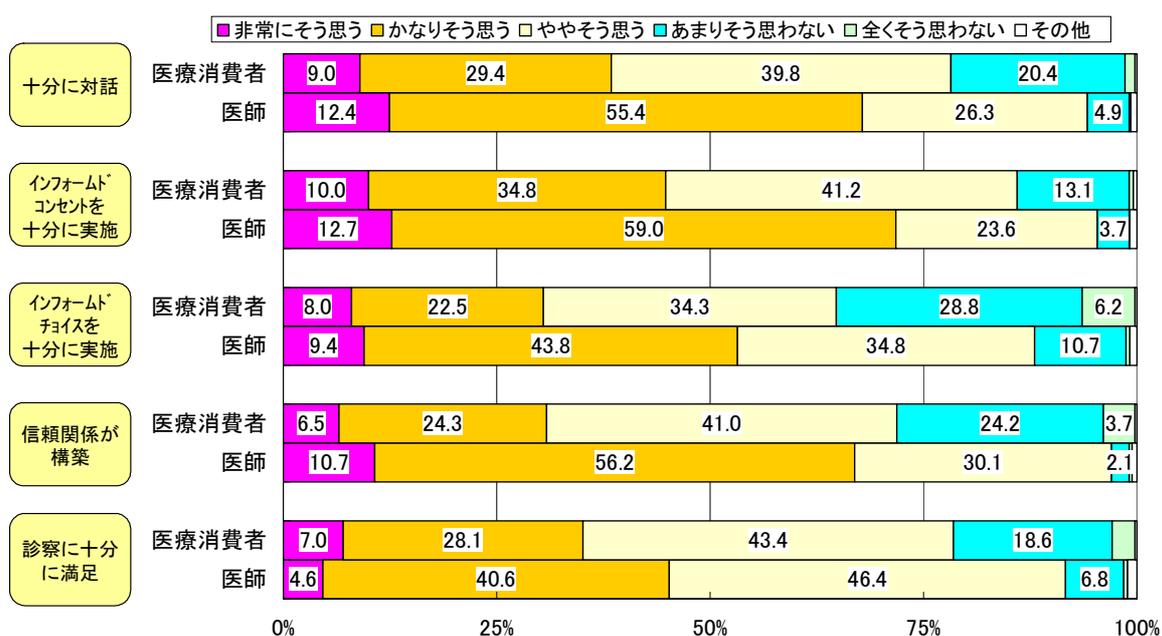
1. 医療消費者と医師との比較(単純集計)

医療消費者 1,131 名と、医師 1,101 名について比較を行う。

医療消費者と医師で大きく異なる患者中心の医療実現度の認識

患者中心の医療を、医療消費者と医師との関係に焦点を当て、両者の「対話」「インフォームド・コンセントの実施」「インフォームド・チョイスの実施」「信頼関係の構築」「患者満足度」と捉え、両者の認識を見たのが、図表 3-1-1 である。

図表 3-1-1 患者中心の医療実現度の認識



「非常にそう思う」「かなりそう思う」に注目してみると、「十分に対話している」と認識しているのは医師が 67.8%であるのに対し、医療消費者は 38.4%と低い。また「インフォームド・コンセントを十分に実施している」「インフォームド・チョイスを十分に実施している」と答えたのは、医師が 71.7%、53.2%であるのに対し、医療消費者は 44.8%、30.5%といずれも大きな差が生じている。さらに、「信頼関係が築けている」と認識している医師が 66.9%と高かったのに対し、医療消費者では 30.8%とその半分以下の水準で

あった。加えて患者満足度を見てみると、「(患者は) 診察に十分に満足している」と答えたのは、医師が 45.2%であったのに対し、医療消費者は 35.1%とこちらも差が生じていた。

医師は患者と十分に対話し、インフォームド・コンセントやインフォームド・チョイスがほぼなされ、両者の信頼関係が構築できていると感じているが、医療消費者はそのようには認識はしていないようである。また、患者満足度は、医師が考えているよりも医療消費者自身が考えているほうが低いことも明らかになった。

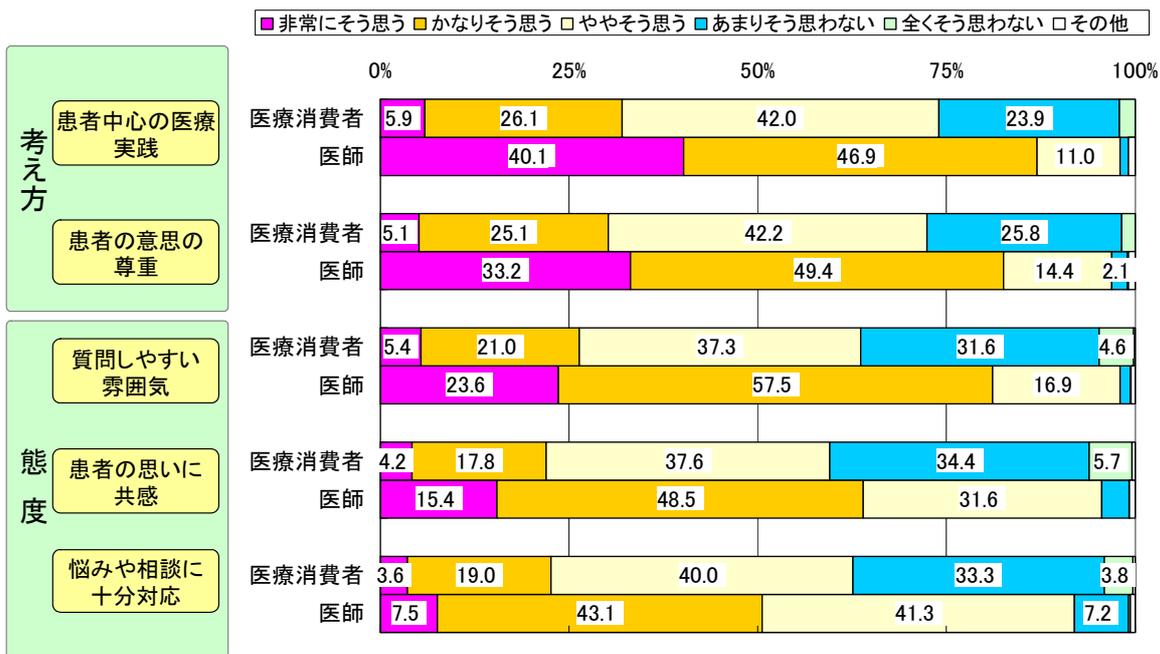
以上のように、患者中心の医療の実現度について、医療消費者と医師との認識の違いが大きいことが明らかになった。医師は、患者中心の医療がある程度はなされていると考えているのに対し、医療消費者は患者中心の医療の実現がまだまだ十分でないと感じているようである。

それでは次に患者中心の医療を実現するために必要と考えられる「医師側の要因」と「患者側の要因」について、医療消費者および医師がどのように考えているかを見てみよう。

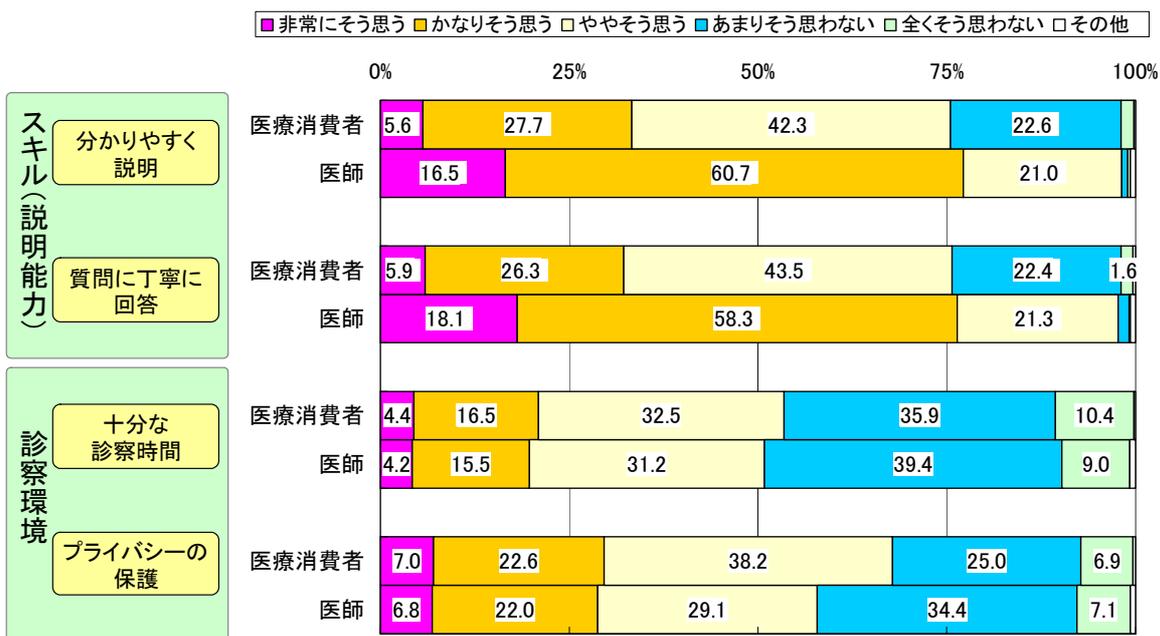
医師側の要因—医療消費者の認識と医師自身の認識

まず「医師側の要因」について、医師自身がどう思っているか、あるいは医療消費者がどう思っているかを比較してみたい。医師側の要因を、「考え方」「態度」「スキル（説明能力）」「診察環境」と分け、それぞれの質問についての両者の回答を図表 3-1-2 に示す。

図表 3-1-2(1) 医師側の要因(1) (医療消費者と医師の認識)



図表 3-1-2(2) 医師側の要因(2) (医療消費者と医師の認識)



ここでは最初に「医師の考え方」について見てみよう。患者中心の医療に関して、「患者中心の医療を実践すべき」と考えている医師は「非常にそう思う」「かなりそう思う」合計で 87.0%なのに対し、「(医師は) 患者中心の医療を実践しようとしている」と答えた医療消費者は 32.0%に過ぎず、大きな違いが生じていた。また、「患者の意思を尊重すべき」と答えた医師は 82.6%であったのに対し、「(医師は) 患者の意思を尊重しようとしている」と答えた医療消費者は、30.2%にとどまった。医師の考え方について、医療消費者と医師では認識に大きな違いがあることが明らかとなった。

次に、医師の「態度」について見てみることにしよう。「質問しやすい雰囲気心がけている」と答えた医師は、81.1%であるのに対し、「医師は質問しやすい雰囲気を心がけている」とした医療消費者はわずか 26.4%あった。同様に「患者の思いに共感している」については、医師 63.9%、医療消費者 22.0%、「悩みや相談に十分に対応している」については、医師 50.6%、医療消費者 22.6%であった。医師の態度についても、両者の認識には大きな差が生じている。

また、医師の「スキル(説明能力)」に注目すると、「治療方法を分かりやすく説明している」と答えたのは、医師が 77.2%であるのに対し、医療消費者 33.3%にとどまっている。また、「質問に丁寧に回答している」と答えたのは、医師 76.4%、医療消費者 32.2%であった。ここでも両者の違いが生じている。

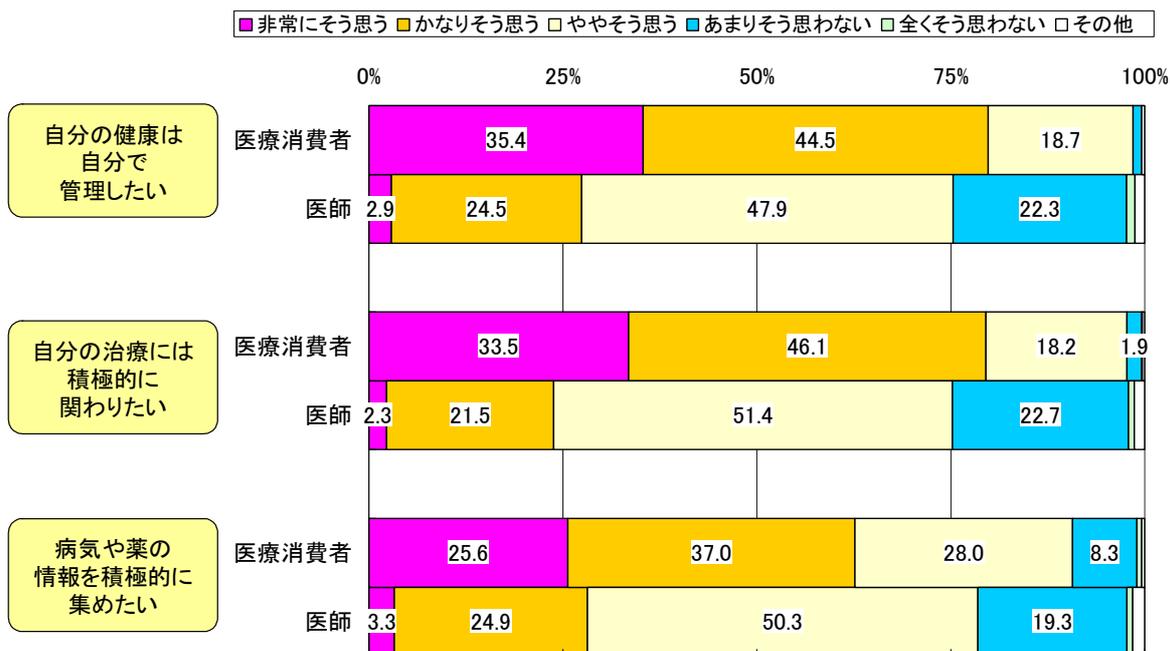
最後に、「診察環境」を見てみよう。「診察時間は十分である」と答えたのは、医師 19.7%、医療消費者 20.9%と両者とも非常に低く、かつ両者の差はほとんどなかった。また、「診察室で患者のプライバシーは守られている」としたのは医師 28.8%、医療消費者 29.6%と低く、両者間に差は見られなかった。診察時間の不足、診察室での患者のプライバシーといった「診察環境」については、医師・医療消費者とも問題があると認識しているようである。

医師は、患者を尊重し、患者のことを考えた態度で接し、患者対応に関しても高いスキルを持っていると考えているが、医療消費者はそのようには認識していない。すなわち、医師の自己像と、医療消費者の医師像には大きな認識の違いが存在する。一方、診察時間や診察室のプライバシーについては両者とも問題であると認識していることが明らかになった。

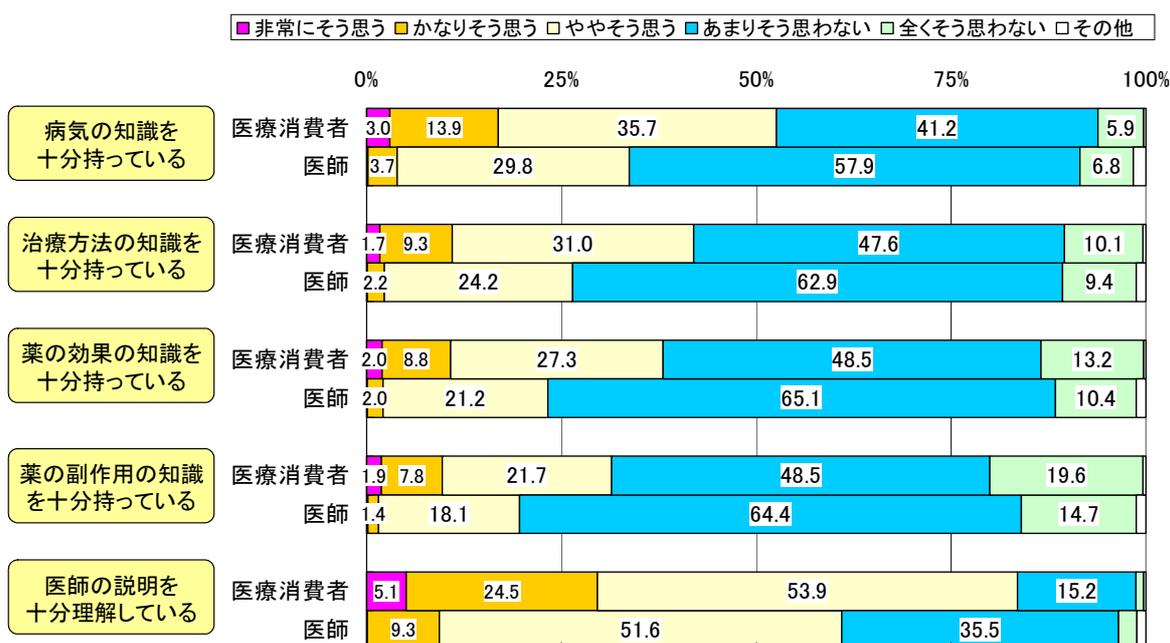
患者側の要因—医療消費者の認識と医師の認識

今度は、患者側の要因について、医療消費者自身はどう思っているか、また医師はどのように思っているかを見てみよう。ここでは患者の要因について、患者の医療への「関与」と「知識」に分けて、それぞれの質問についての両者の回答を図表 3-1-3 に示す。

図表 3-1-3(1) 患者側の要因 (1) 「関与」 (医療消費者と医師の認識)



図表 3-1-3(2) 患者側の要因 (2) 「知識」 (医療消費者と医師の認識)



まず、患者の医療への「関与」¹⁵について見てみよう。これまでと同じように、「非常にそう思う」「かなりそう思う」に注目することとする。「自分の健康は自分で管理したい」と考えている医療消費者は79.9%なのに対し、「患者は自分の健康は自分で管理したいと考えている」と捉えている医師はわずか27.4%にとどまった。同様に、「治療に積極的に関わりたい」「病気や薬の情報を積極的に集めたい」とする医療消費者はそれぞれ、79.6%、62.6%なのに対し、医師は23.8%、28.2%となっている。これらから、医療消費者自身は医療に関与したいと強く思っているが、医師はそのようには感じていないことがわかり、両者の認識の差がここでも明らかになった。

次に医療消費者の「知識」について見てみよう。「病気の知識を十分持っている」と感じている医療消費者は16.9%に対し、医師は3.7%であった。両者とも低いものの、その差は明らかである。同様に「治療方法」「薬の効果」「副作用」の知識についても、医療消費者は11.0%、10.8%、9.7%であったのに対し、医師は2.2%、2.0%、1.4%であった。医療消費者も、医療や薬の知識はそれほど多くないと感じているが、医師はもっと知識量が少ないと感じており、ここでも認識の差が生じている。さらに「医師の説明を十分理解している」という医療消費者は、29.6%であったのに対し、医師は9.3%にとどまっている。

医療消費者は、医療に関与したいと強く考えているのに対し、医師にはそのように伝わっていない。また、両者とも患者の知識は少ないと認識しているものの、医師は医療消費者の考える以上に患者の知識量が少ないと思っていることが明らかになった。

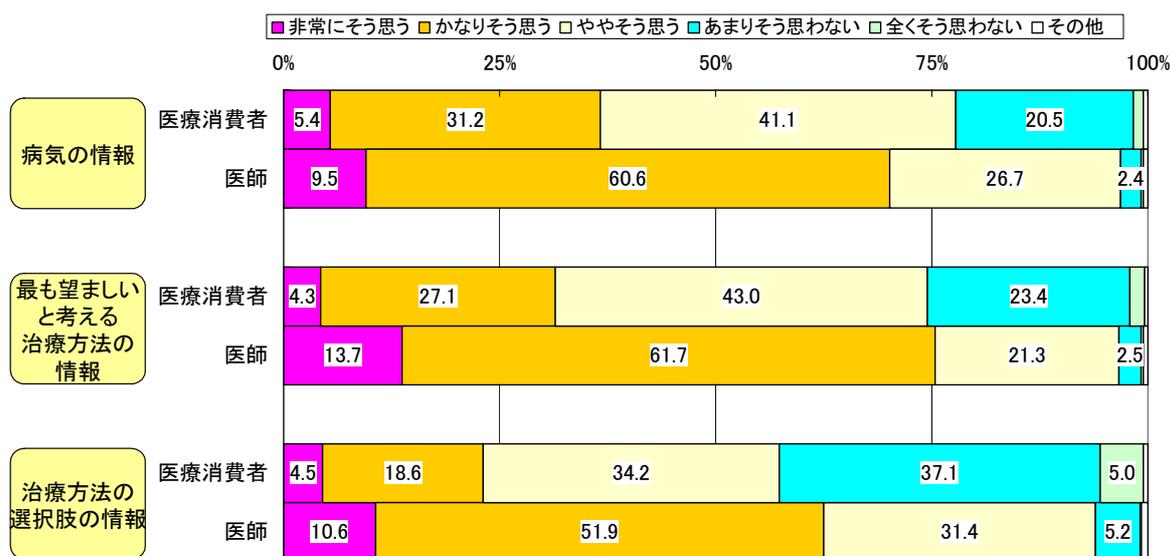
¹⁵ 医療に対して消費者が感じる心配や関心

情報提供—伝えているという医師と伝えられていないという医療消費者

医師から患者への情報提供について、医師と医療消費者はそれぞれどのような姿を望んでいるのだろうか、また、実際はどのように認識しているのだろうか。双方に情報提供の理想と現実を聞いた結果を示す。

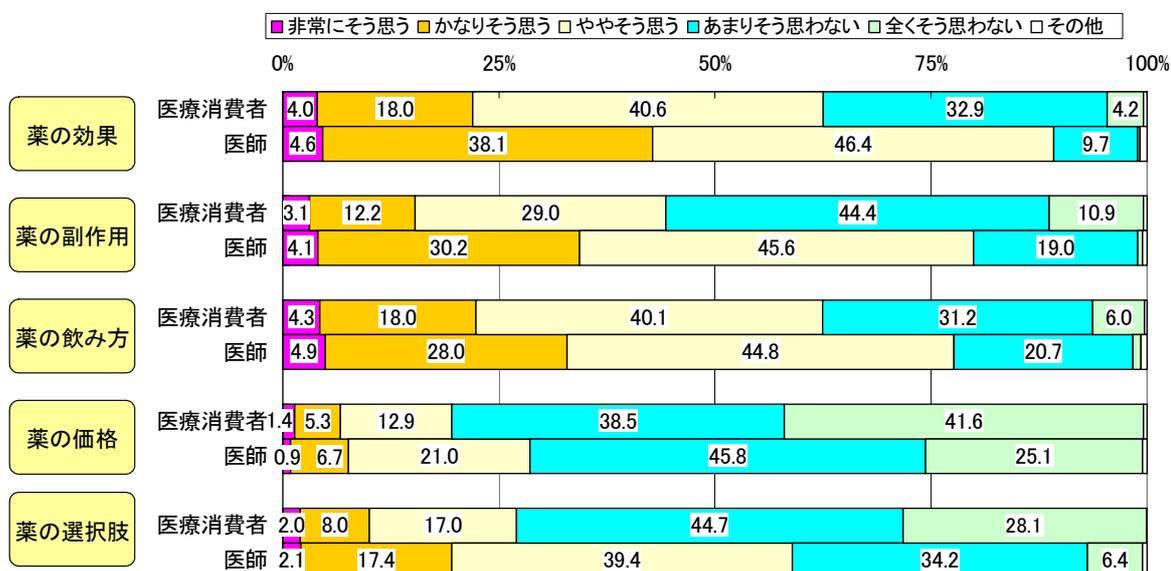
まず、医師から患者への情報提供の「現実」について聞いた結果が図表 3-1-4 である。

図表 3-1-4(1) 情報提供の現実「病気・治療方法」—医師と医療消費者の認識—



「患者に病気の情報を十分に提供している」との問いに、「非常にそう思う」「かなりそう思う」と答えた医師は 70.1% であるのに対し、「医師から病気の情報を十分に提供されている」と答えた医療消費者は約半数の 36.6% にとどまっている。同様に「最も望ましい治療方法の情報を十分に提供している」と答えた医師は 75.4%、「提供されている」と答えた医療消費者は 31.4% である。さらに「治療方法の選択肢の情報を十分に提供している」と答えた医師は 62.5%、「提供されている」と答えた医療消費者は 23.1% であった。病気や治療方法についての情報に関して、医師は十分提供していると感じているが、医療消費者は十分に提供されているとは捉えていないようである。

図表 3-1-4(2) 情報提供の現実「薬」－医師と医療消費者の認識－



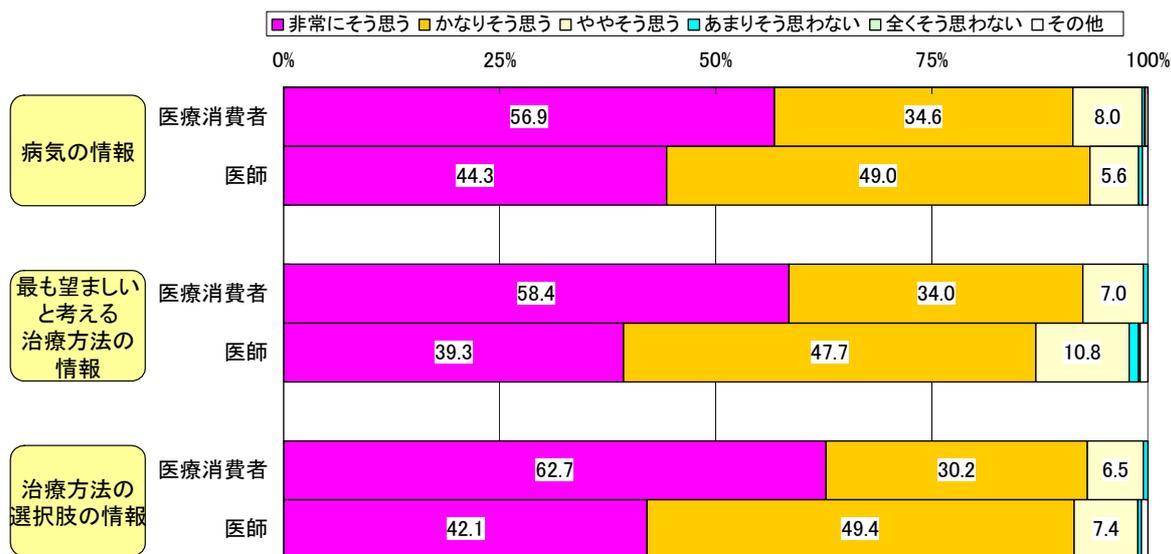
次に薬に関する情報について見てみよう。薬の効果・副作用・飲み方・薬の選択肢についての情報を、十分に提供している（非常にそう思う、かなりそう思う）と答えた医師は、それぞれ 42.7%、34.3%、32.9%、19.5%であったのに対し、十分に提供されていると答えた医療消費者は、22.0%、15.4%、22.3%、10.0%であり、両者に認識の差が生じている。また、薬の情報については、病気や治療方法の情報に比べ、医師は提供しているという認識が少ないことがわかる。医師からそのような情報を提供されているという医療消費者の認識は、さらにそれより少ない。特に、薬の副作用・価格・選択肢に関する情報については、2割を下回り、非常に低いことが特徴的である。また、薬の価格の情報については、十分提供している（提供されている）と答えた医師、医療消費者は 7.6%、6.7%と差はほとんどなく、その割合も非常に低かった。

医師は患者に対し、情報がある程度は提供しているとは感じているが、医療消費者は十分に情報を提供されているとは認識していないことが明らかとなった。また病気や治療方法の情報に比べると薬の情報については提供量が少ないことも確認された。特に薬の副作用・価格・選択肢の情報については、医療消費者・医師ともに提供量が少ないと認識しており、その中でも薬の価格や選択肢については、多くの医師が、あまり積極的には情報提供していないことが明らかになった。

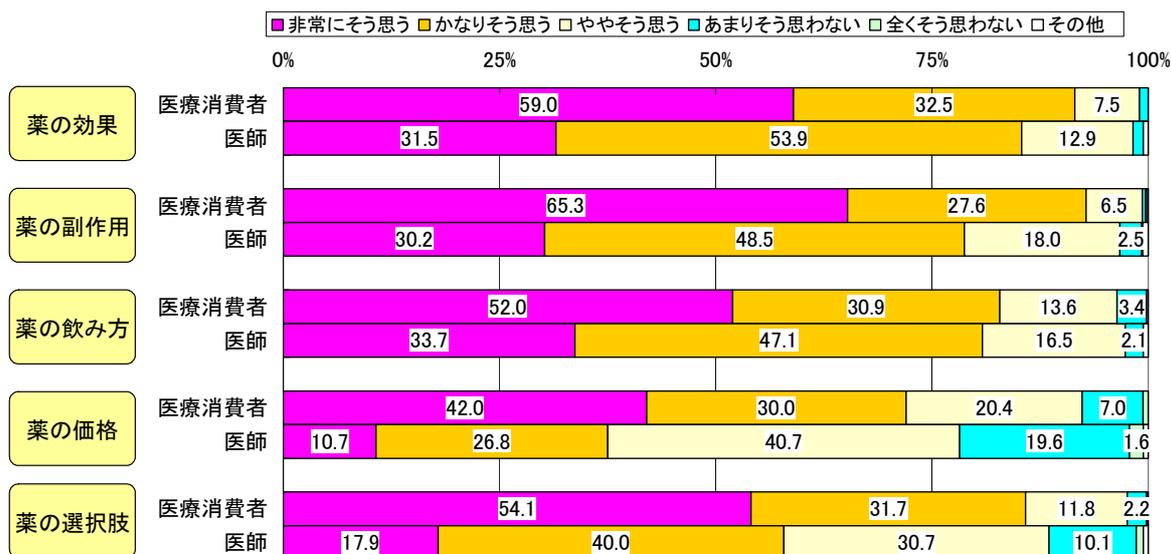
情報を提供したい医師、情報を提供してほしい医療消費者

それでは、医師と医療消費者の情報提供についての理想の考え方はどうであろうか。両者の理想を比較したのが図表 3-1-5 である。

図表 3-1-5(1) 情報提供の理想「病気・治療方法」－医師と医療消費者の認識－



図表 3-1-5(2) 情報提供の理想「薬」－医師と医療消費者の認識－

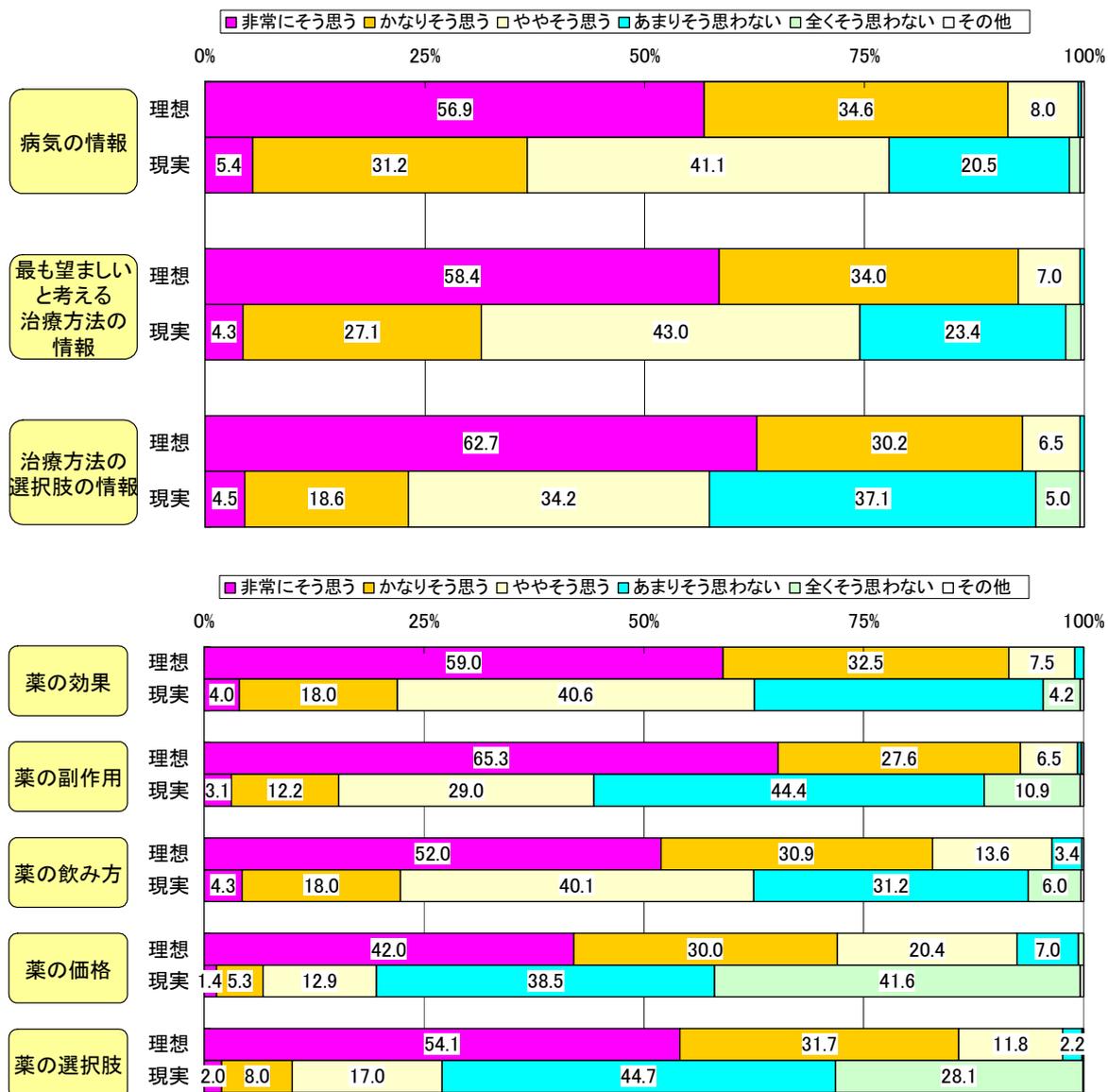


病気、最も望ましい治療方法、治療方法の選択肢、薬の効果、薬の飲み方の情報については両者とも十分に提供すべきとの考え方であり、大きな差は見受けられない。一方、薬の副作用、薬の選択肢、薬の価格の情報については、医療消費者の方が情報提供を望む声が高い。特に薬の価格・選択肢については、医師が提供すべきだと考えているのは4割弱、6割弱と相対的に低く、医療消費者との違いが顕著になっている。医療消費者が望んでいるほど、医師は薬の選択肢や価格の情報提供をするべきだとは思っていないようである。

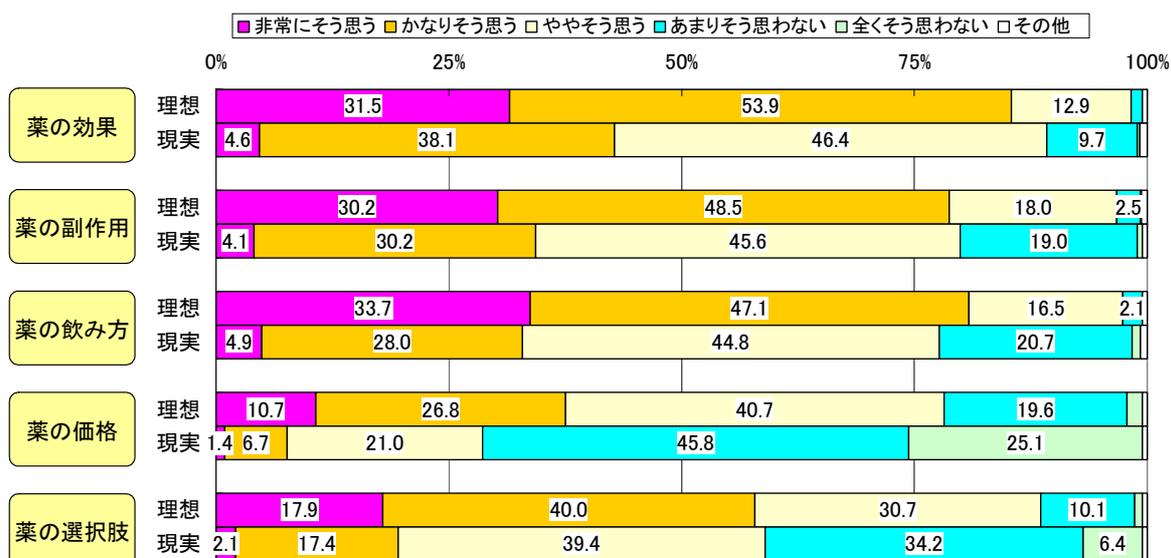
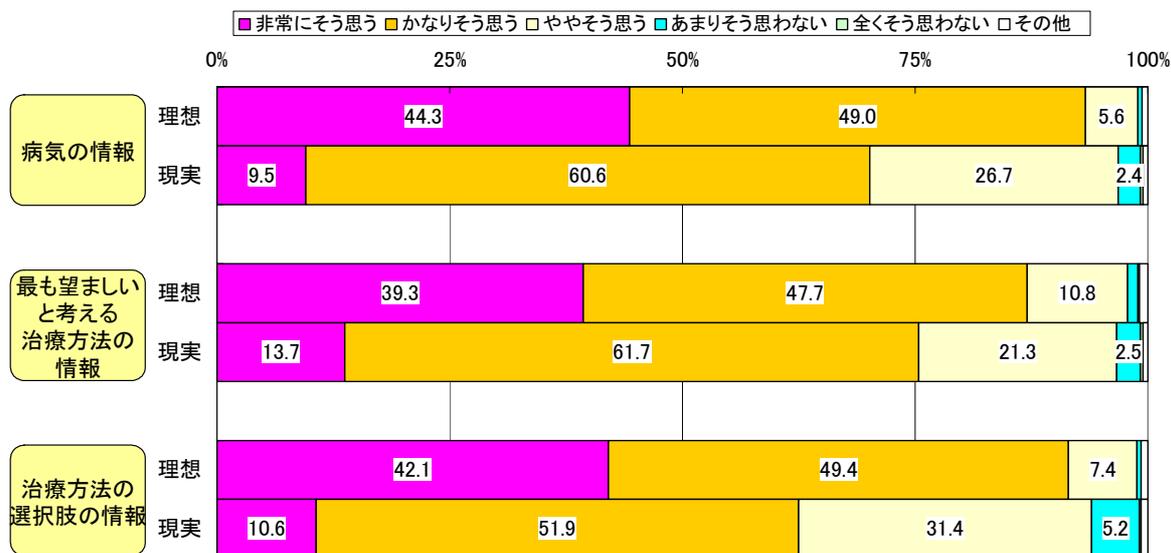
情報を提供したいができていない医師と、提供してほしいがされていない医療消費者

それでは、情報提供の理想と現実のギャップを医師と医療消費者双方で見てみることにしよう（図表 3-1-6、図表 3-1-7）。

図表 3-1-6 情報提供の理想と現実－医療消費者－



図表 3-1-7 情報提供の理想と現実－医師の認識－



それぞれを比較してみると、情報を提供したいが提供できていない医師と、情報を提供してほしいが提供されていない医療消費者の実態が明らかになっている。

それでは何故、医師は情報提供する側にありながら、理想と現実に差が生じているのであろうか。情報提供したいができない理由のひとつとして考えられるのは、診察時間の不足である。医師側の要因の質問で、「診察時間は十分である」と答えた（非常にそう思う、かなりそう思う）医師は、わずかに 19.7%であった。「3 時間待ちの 3 分診療」と言われるが、多くの患者を診なければならず、一人あたりの診察時間が不足しているために、十分な情報提供ができていない可能性が考えられる。

2. 医療消費者の年齢・病気の有無による比較(クロス集計)

(1) 医療消費者の年齢(年代)によるクロス集計

医療消費者の年齢(年代)と質問結果のクロス集計を実施してみよう。回答者の年代別構成は下記の図表3-2-1のようになる。40代が28.4%と最も多く、50代と30代が20.9%、20.3%という構成になっている。また70代以上はサンプル数が少ないので除いて考えることとする。

図表 3-2-1 [医療消費者アンケート] 回答者の年代構成

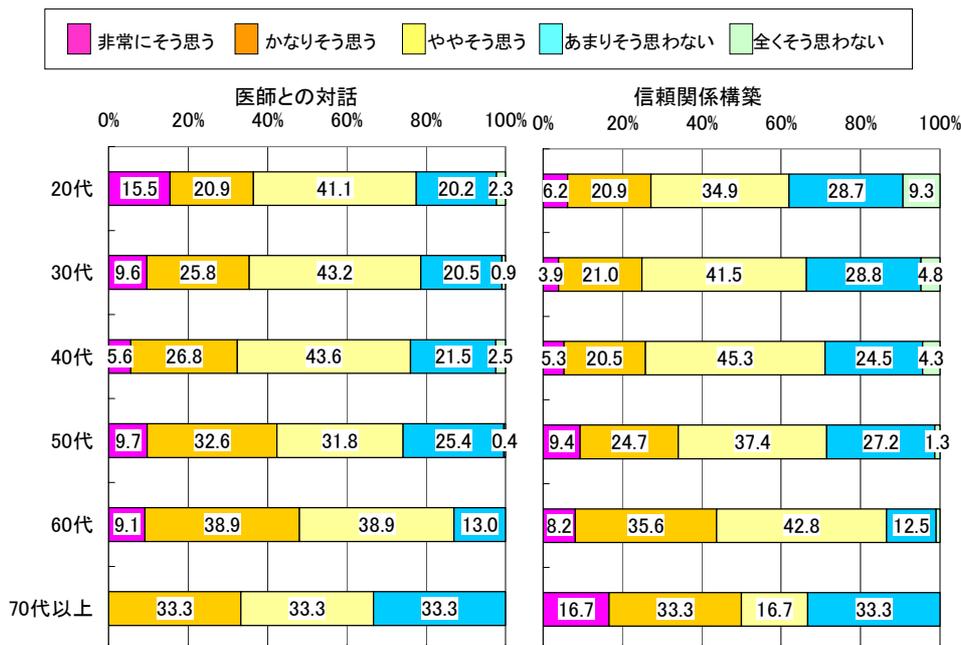
	20代	30代	40代	50代	60代	70代以上	計
医療消費者	129	229	321	236	208	6	1,129
	11.4%	20.3%	28.4%	20.9%	18.4%	0.5%	100.0%

年齢が高いほど患者中心の医療実現度が高いと認識

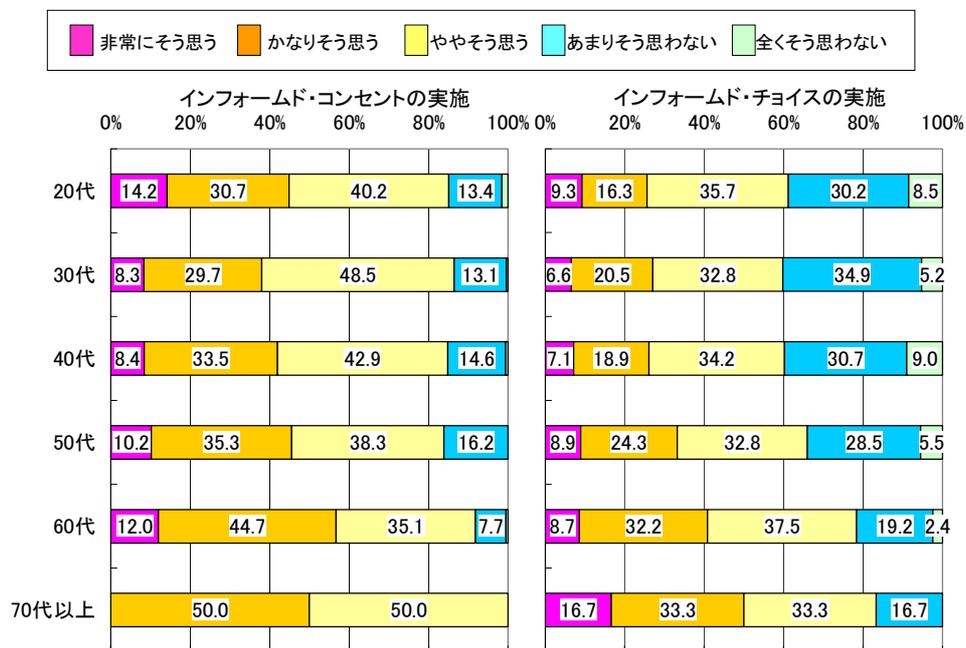
患者中心の医療を、医療消費者と医師の関係に焦点を当て、両者の「対話」「インフォームド・コンセントの実施」「インフォームド・チョイスの実施」「信頼関係の構築」「患者満足度」と捉え、年代別に見たのが、図表3-2-2~4である。

年代別に見ると、いずれも50代、60代になるほど、「非常にそう思う」「かなりそう思う」の割合が高くなっていることがわかる。すなわち、年齢が高いほど、患者中心の医療の実践度が高いと感じているようである。

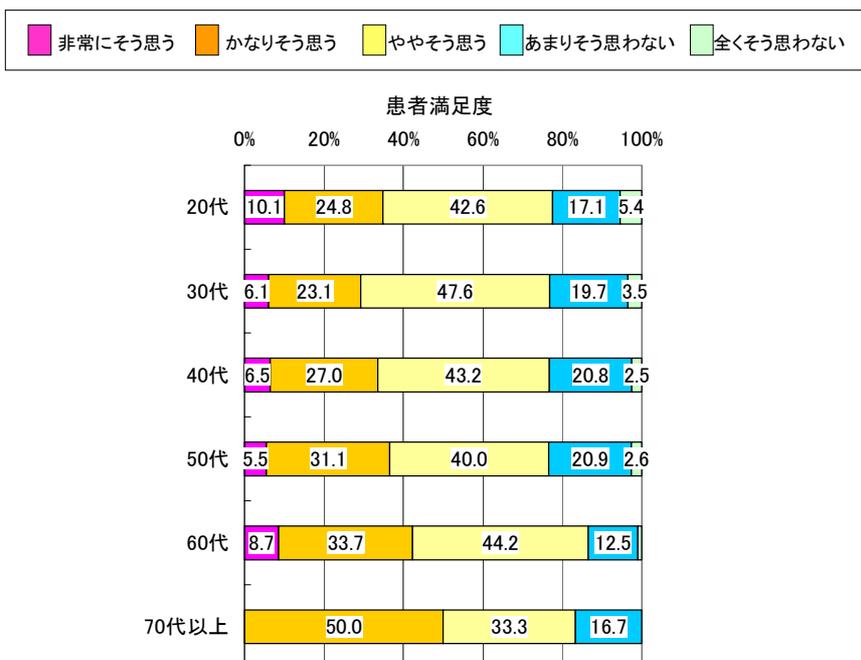
図表 3-2-2 [医療消費者] 医師との対話・信頼関係の構築(年代別)



図表 3-2-3 [医療消費者] インフォームド・コンセント、インフォームド・チョイスの実施（年代別）



図表 3-2-4 [医療消費者] 患者満足度（年代別）



年代にかかわらず高い「関与」

次に医療消費者の医療への関与について見てみることにしよう。「自分の健康は自分で管理したい」「自分の治療には積極的に関わりたい」「病気や薬の情報を積極的に集めたい」という質問に対しては、年代にかかわらず、「非常にそう思う」「かなりそう思う」割合が8割程度と高い。医療への関与は、年代にかかわらず高いことがわかる（図3-2-5, 6）。

図3-2-5 [医療消費者]

自分の健康は自分で管理したい・自分の治療には積極的に関わりたい（年代別）

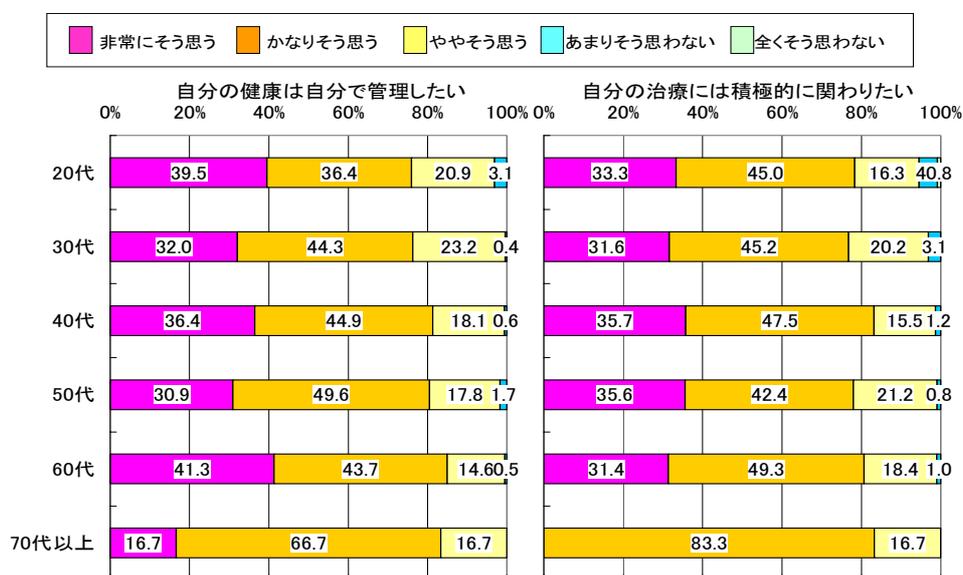
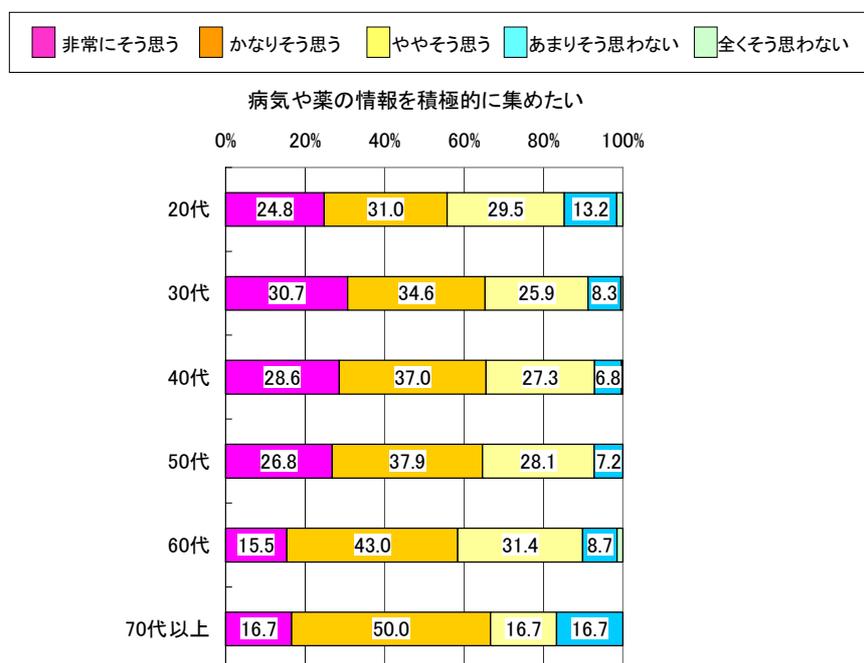


図 3-2-6 [医療消費者] 病気や薬の情報を積極的に集めたい (年代別)

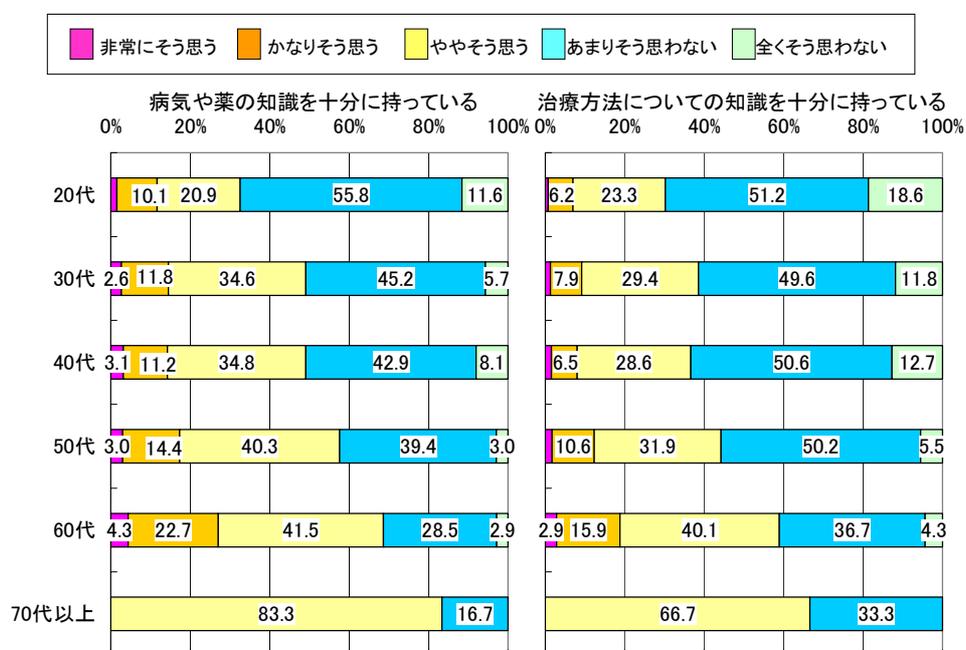


年齢が高いほど、「知識」が多いと認識している医療消費者

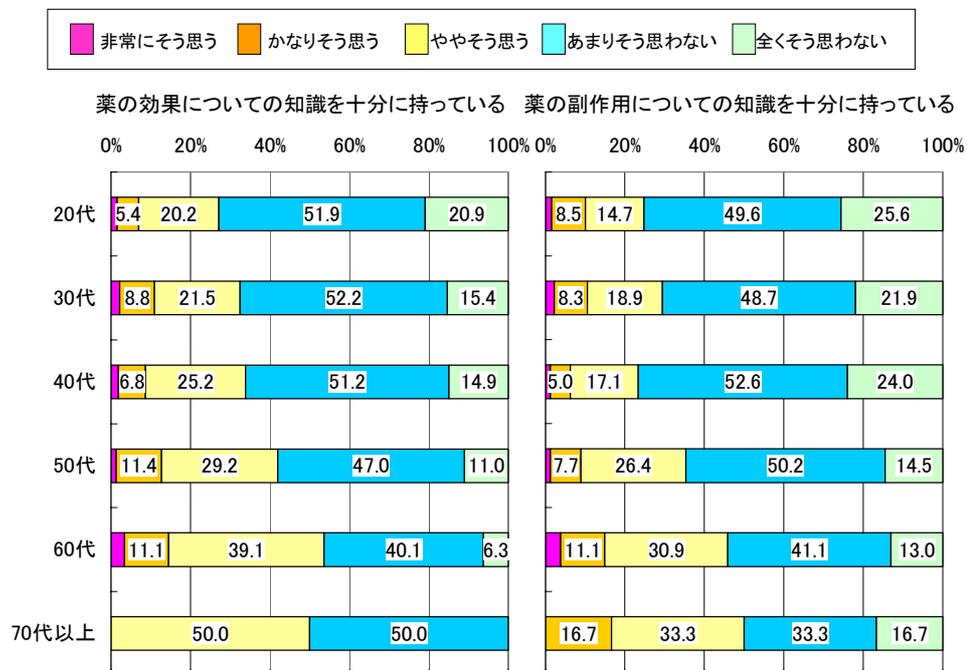
今度は患者の医療・薬に関する知識についての認識を見てみよう。「病気の知識を十分にもっている」「治療方法についての知識を十分にもっている」「薬の効果についての知識を十分にもっている」「薬の副作用についての知識を十分にもっている」「医師の説明を十分に理解している」のいずれの質問についても、50代・60代になると知識量が多いと考えている傾向が読み取れる（図表3-2-7～9）。

図表 3-2-7 [医療消費者]

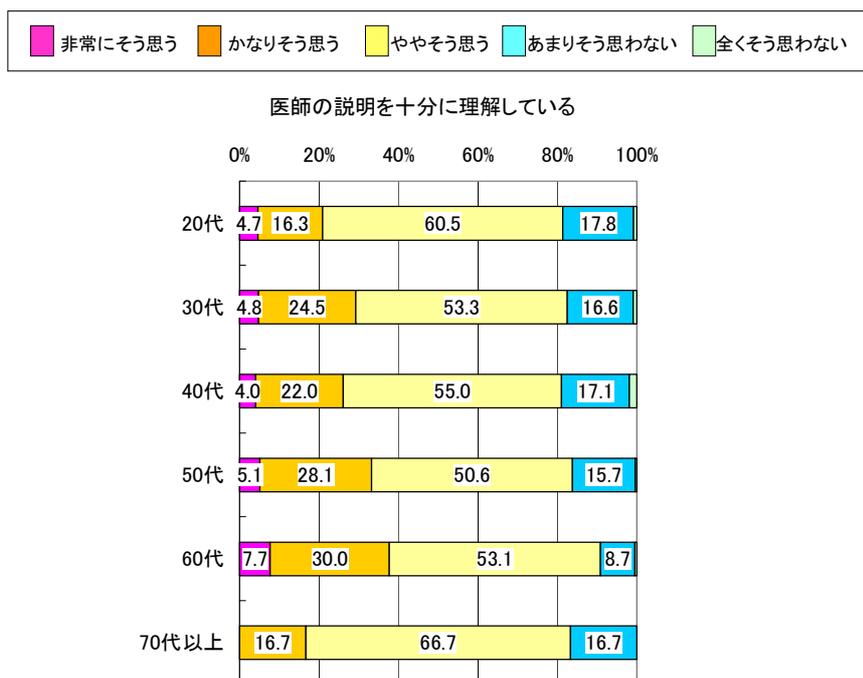
病気の知識を十分に持っている・治療方法についての知識を十分に持っている(年代別)



図表 3-2-8 [医療消費者] 薬の効果についての知識を十分に持っている・薬の副作用の知識を十分に持っている (年代別)



図表 3-2-9 [医療消費者] 医師の説明を十分に理解している (年代別)



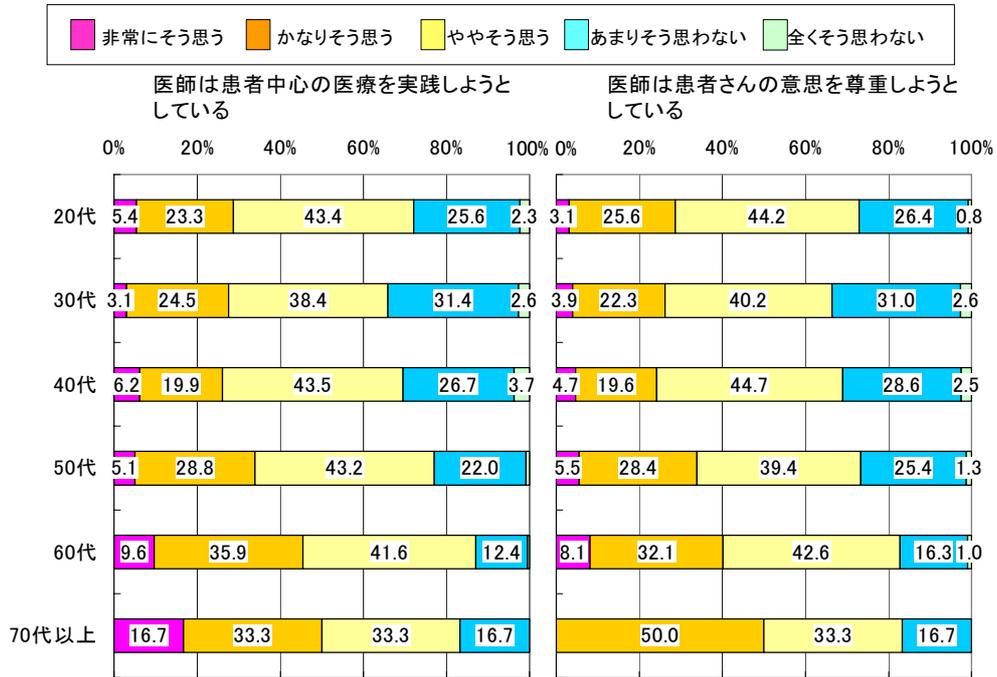
「医師の考え方」・「態度」・「スキル（説明能力）」をより理解している 50代・60代

これまでは患者の「関与」「知識」についての結果を年代別に見てきたが、こんどは医師側の要因について考えてみることにしよう。ここでは、前節のように、医師側の要因を、「医師の考え方」「態度」「スキル（説明能力）」「診察環境」の4つに分けて考える。「医師の考え方」を示す質問は、「医師は患者中心の医療を実践しようとしている」「医師は患者さんの意思を尊重しようとしている」であり、また「態度」を示す質問は、「医師は質問しやすい雰囲気をはかっている」「医師は患者さんの思いに共感を示している」「医師は患者さんの悩みや相談に十分に対応している」である。さらにスキル（説明能力）は「医師は治療方法について患者さんに分かりやすく説明している」「医師は患者さんの質問に丁寧に答えている」、「診察環境」は、「診察時間は十分である」「診察室において患者さんのプライバシーは守られている」としている。

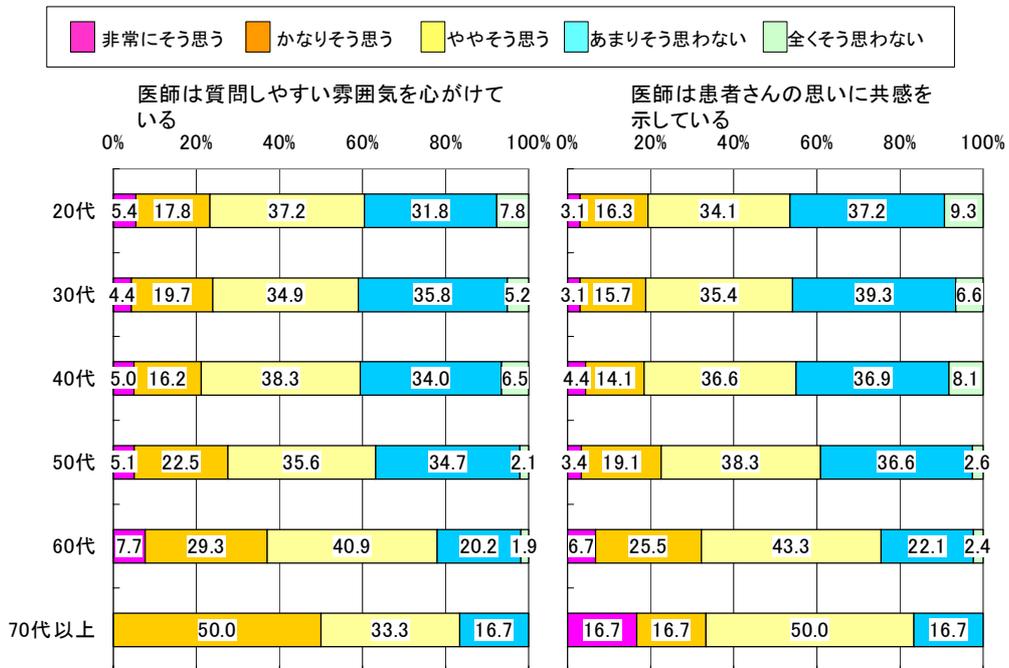
いずれの項目においても、50代・60代になるほど「非常にそう思う」「かなりそう思う」の割合が高い（図表 3-2-10～14）。すなわち、年齢が高いほど、医師の「考え方」、「態度」、「スキル（説明能力）」や「診察環境」といった医師側の要因について、理解度が高いと考えることができる。

これまでの結果から、50代・60代と年齢が高くなるにつれて、自分自身の医療・健康に関する知識が多いと認識しており、また患者中心の医療に対する医師の考え方や態度、スキルなどいわゆる医師の要因についても理解度が高く、患者中心の医療の進展度も高いと認識しているようである。50代・60代がこのような考え方を持つ背景には、医療や健康の関心の高まりにより知識が多いこと、医療に関わってきた年数が、20代・30代に比べ長いことから、その変化をより感じていること、などが考えられる。

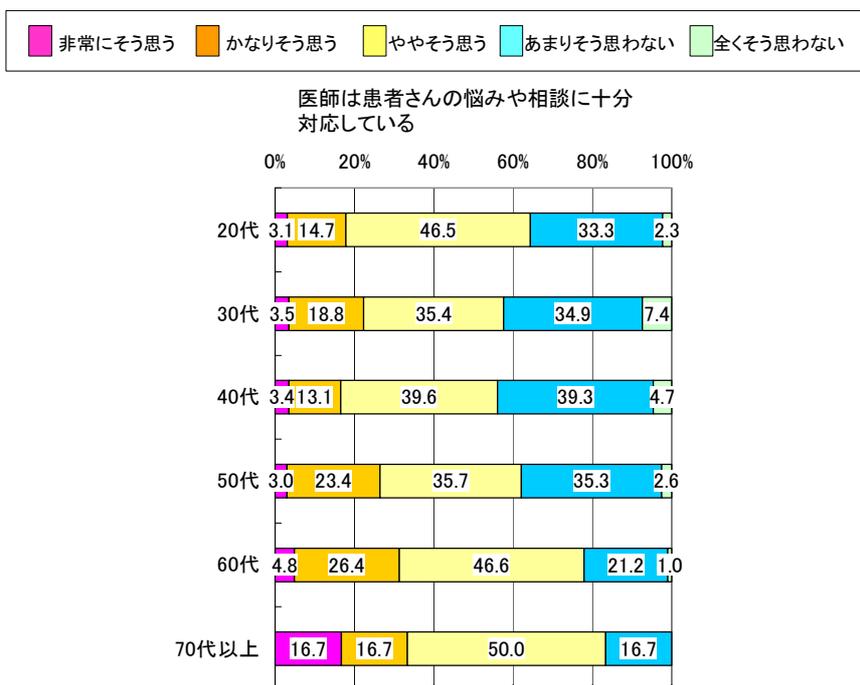
図表 3-2-10 [医療消費者] 医師の考え方（年代別）



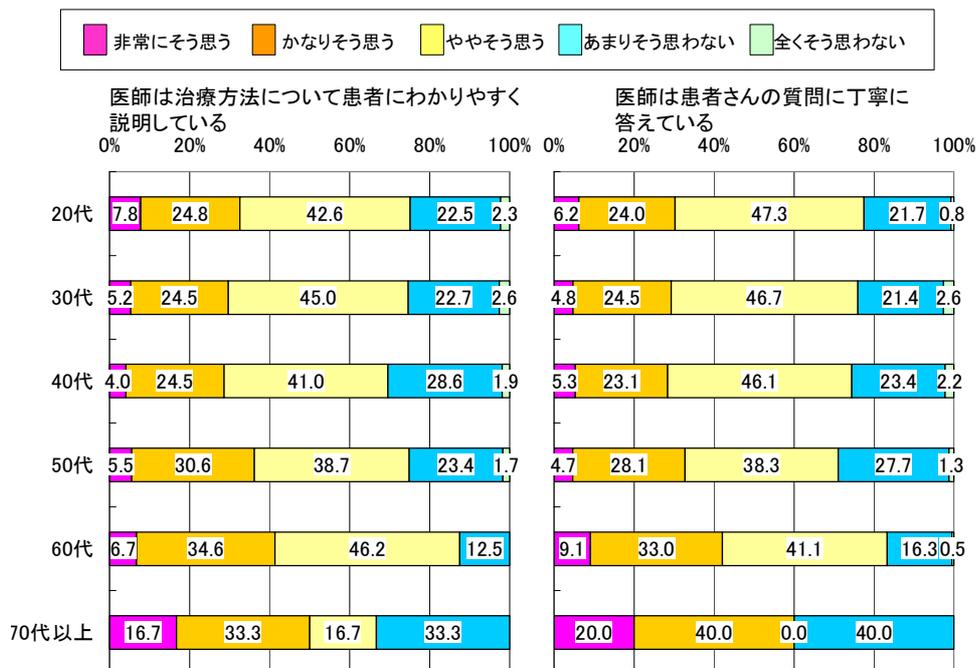
図表 3-2-11 [医療消費者] 医師の態度（1）（年代別）



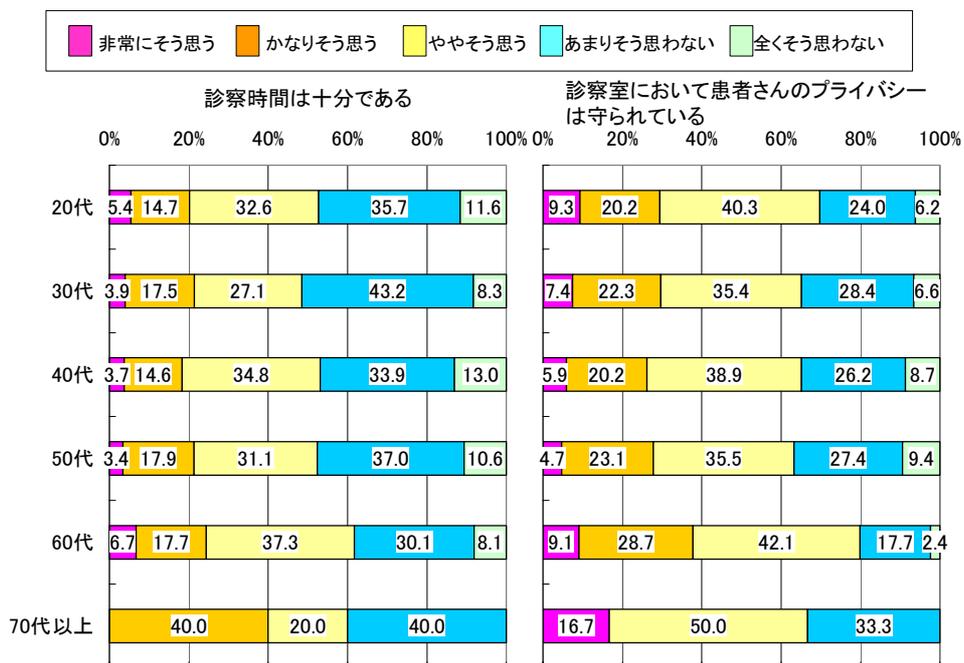
図表 3-2-12 [医療消費者] 医師の態度 (2) (年代別)



図表 3-2-13 [医療消費者] 医師のスキル (説明能力) (年代別)



図表 3-2-14 [医療消費者] 診察環境（年代別）



(2) 医療消費者の病気の有無によるクロス集計

医療消費者のうち、病気を持っている人は約3割であった（図表3-2-15）。各質問について、病気の有無による違いをクロス集計の結果で明らかにする。

図表 3-2-15 [医療消費者] 回答者の病気の有無

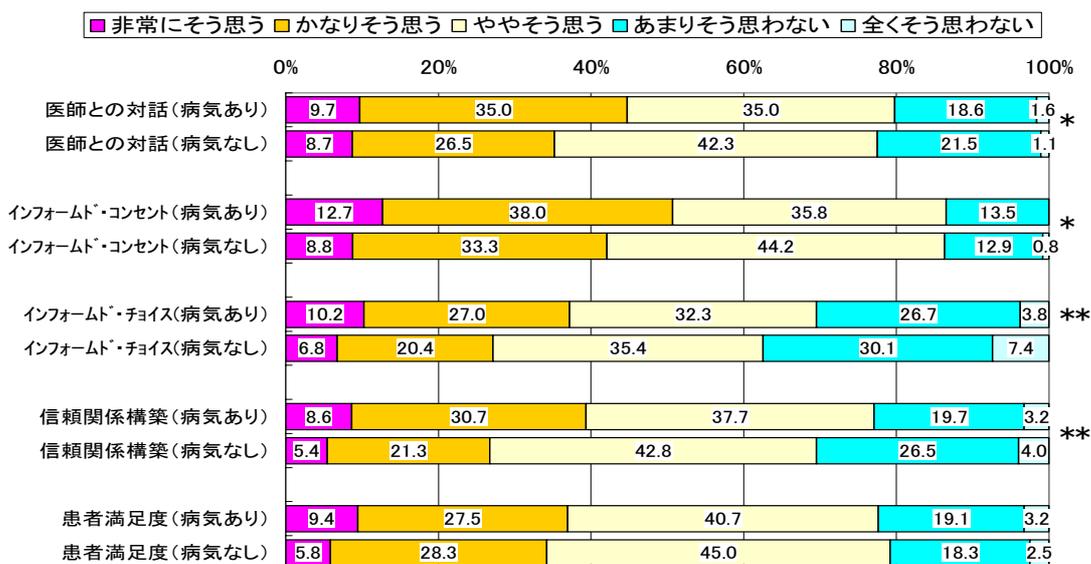
	病気あり	病気なし	計
医療消費者	371	755	1,126
	33%	67%	100%

病気の人ほど、患者中心の医療の実践度が高いと認識

これまでのように、患者中心の医療を、医療消費者と医師の関係に焦点を当て、両者の「対話」「インフォームド・コンセントの実施」「インフォームド・チョイスの実施」「信頼関係の構築」「患者満足度」と捉え、病気の有無によって比較したのが、図表3-2-16である。

患者満足度以外については、 χ^2 乗検定によって有意差があることが明らかとなった。病気でない人よりも、病気の人の方が、インフォームド・コンセントやインフォームド・チョイスの実施度合いが高く、また、医師と医療消費者との信頼関係が築けているとする人が多い。すなわち、患者満足度以外については、病気の人の方が、患者中心の医療の実践度が高いと認識している。現在病気の人ほど医師と接触する機会が多く、患者中心の医療が日々進展していることにより、その実践度が高いと感じているからかもしれない。

図表 3-2-16 [医療消費者] 病気の有無による「患者中心の医療実践度」の認識の違い

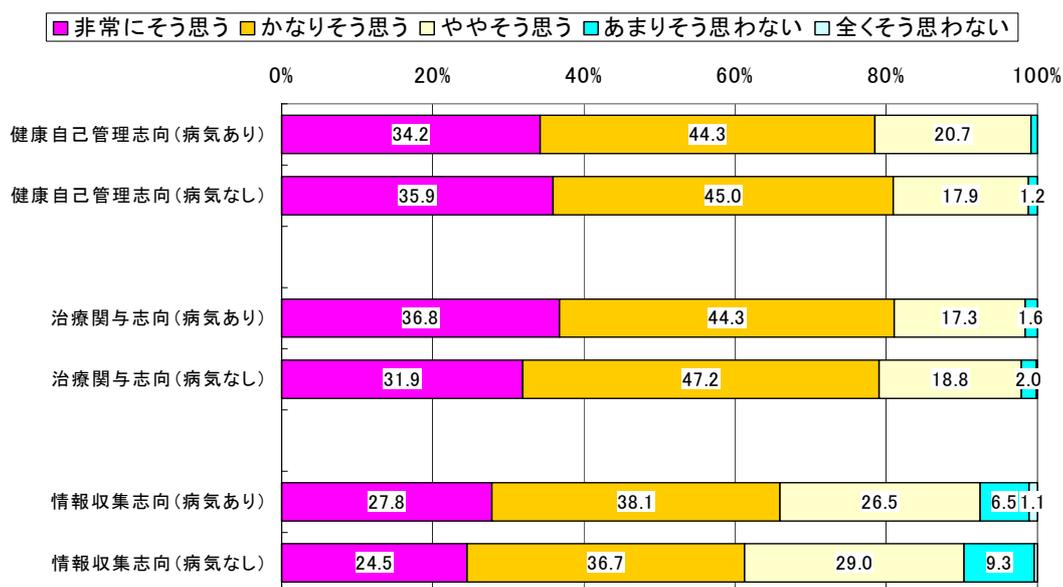


(**、*はそれぞれ1%有意、5%有意であることを示す)

病気の有無は「関与」に差を生じず

次に、医療への関与について、病気の有無による違いを見たのが図表 3-2-17 である。「自分の健康は自分で管理したい」（健康自己管理志向）、「自分の治療には積極的に関わりたい」（治療関与志向）「病気や薬の情報を積極的に集めたい」（情報収集志向）の質問について、 χ^2 乗検定を実施しても有意差はみられなかった。すなわち、病気の有無によって病気の関与には違いがないことが明らかになった。

図表 3-2-17 [医療消費者] 病気の有無による「関与」の違い

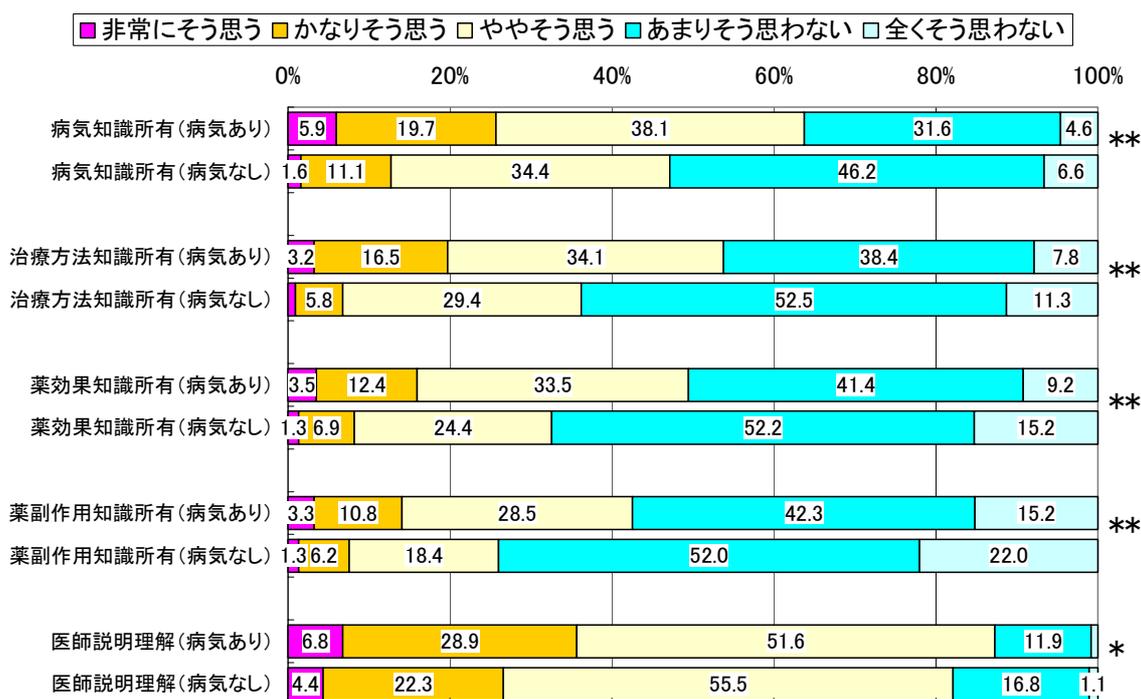


病気の人が、医療・薬の知識は多いと認識

今度は、医療・薬の知識について、病気の有無による違いを見てみよう（図表 3-2-18）。「病気の知識を十分にもっている」（病気知識所有）、「治療方法についての知識を十分にもっている」（治療方法知識所有）、「薬の効果についての知識を十分にもっている」（薬効果知識所有）、「薬の副作用についての知識を十分にもっている」（薬副作用知識所有）、「医師の説明を十分に理解している」（医師説明理解）のいずれの質問に対しても、全体の知識量は少ないながらも、現在病気であると答えた人の方が、病気でないと答えた人よりも知識が高いと考えている（ χ^2 乗検定によってすべての設問の有意差が証明された）。やはり、病気を罹っている人は実際に知識を有していると考えているようである。

病気の人と、病気でない人を比べると、関与は差がないが知識では違いが生じていた。これは、病気でない人も健康や医療に積極的に関わりたいと思っているが、病気の人には実際に情報を集め、知識を得ているためと考えられる。

図表 3-2-18 [医療消費者] 病気の有無による「知識」の違い



(**、*はそれぞれ1%有意、5%有意であることを示す)

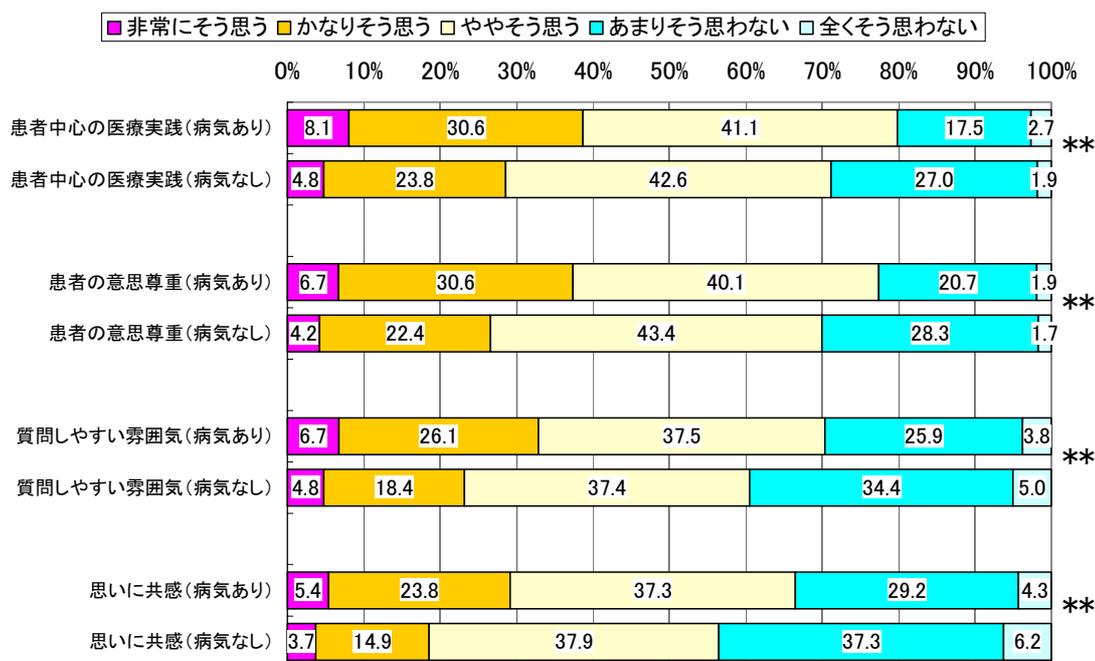
病気の方が、医師の考え方・スキル（説明能力）・態度などをより理解している

今度は、医師についてどう考えているか（医師についての認識度）を見てみよう。ここで、医師の認識度は4つに分類できる。ひとつは、「医師は患者中心の医療を実践しようとしている」「医師は患者さんの意思を尊重しようとしている」といった「医師の考え方」である。2つ目は、「医師は質問しやすい雰囲気を心がけている」「医師は患者さんの思いに共感を示している」「医師は患者さんの悩みや相談に十分に対応している」といった医師の「態度」である。3つ目は、「医師は治療方法について患者さんに分かりやすく説明している」「医師は患者さんの質問に丁寧に答えている」といった医師の「スキル（説明能力）」である。最後のひとつは、「診察時間は十分である」「診察室において患者さんのプライバシーは守られている」といった「診察環境」である。

患者中心の医療に対する医師の考え方、態度およびスキル（説明能力）については、 χ^2 乗検定で有意差が存在するが、診察環境については有意差が見られなかった。すなわち、病気の方が病気でない人よりも医師の考え方、態度、スキル（説明能力）が高いと考えているようである。一方、十分な診察時間や診察室のプライバシーといった診察環境についての評価は、病気の有無に関係がないことも明らかになった。

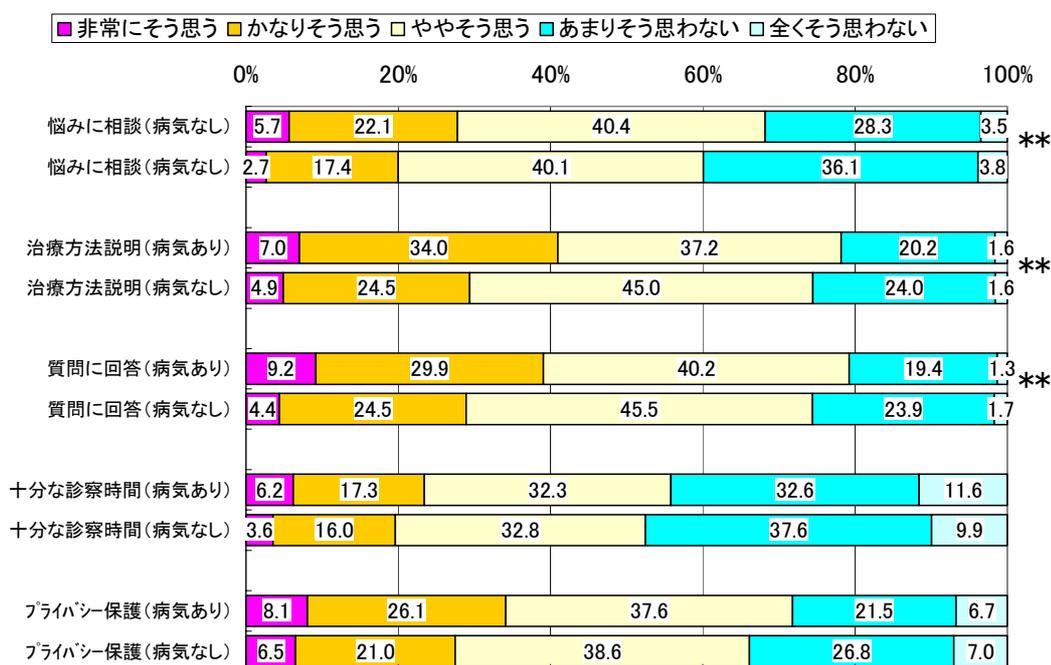
これらは、病気の人ほど医師と接触する機会が多いため、医師の考え方をより理解し、医師の態度やスキル（説明能力）をより感じているためであると推測できる（図表 3-2-19、20）。

図表 3-2-19 [医療消費者] 病気の有無による「医師についての認識度」の違い(1)



(**、*はそれぞれ 1%有意、5%有意を示す)

図表 3-2-20 「医療消費者」病気の有無による「医師についての認識度」の違い(2)



(**、*はそれぞれ 1%有意、5%有意を示す)

3. 医師の年齢・診療科(内科・外科)による比較(クロス集計)

(1) 医師の年齢(年代)によるクロス集計

今度は、医師の年齢(年代)と質問結果のクロス集計を実施してみよう。回答者の年代別構成は下記の図表 3-3-1 のようになる。40代が 35.6%と最も多く、50代が 32.7%と続いている。また 20代、70代以上はサンプル数が少ないので除いて考えることとする。

図表 3-3-1 [医師] 回答者の年代構成

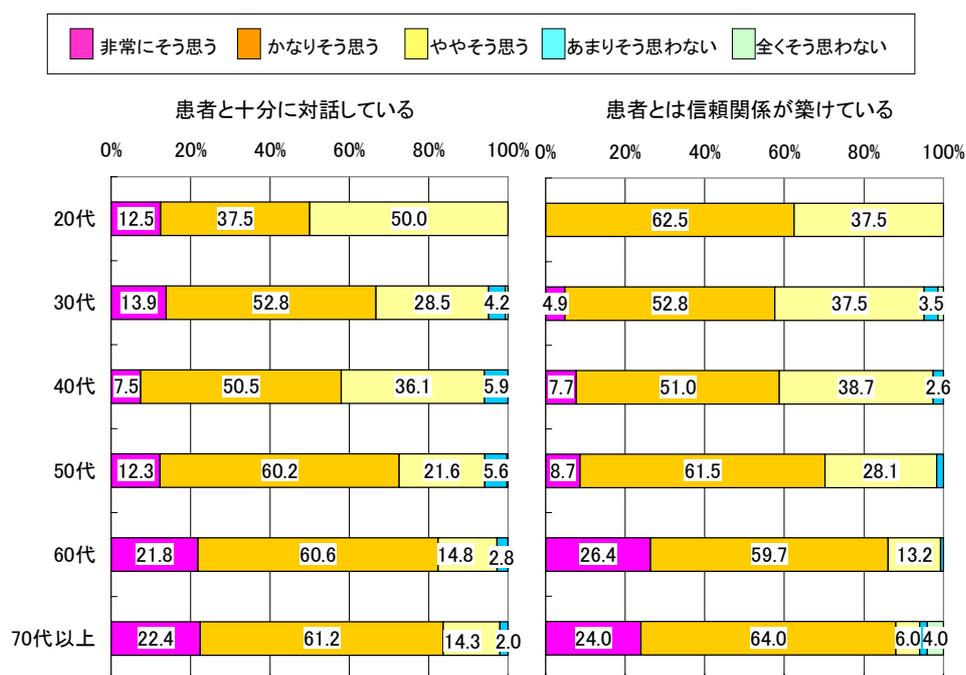
	20代	30代	40代	50代	60代	70代以上	計
医師	8	144	388	357	144	50	1,091
	0.7%	13.2%	35.6%	32.7%	13.2%	4.6%	100.0%

40代は患者中心の医療実現に課題を認識

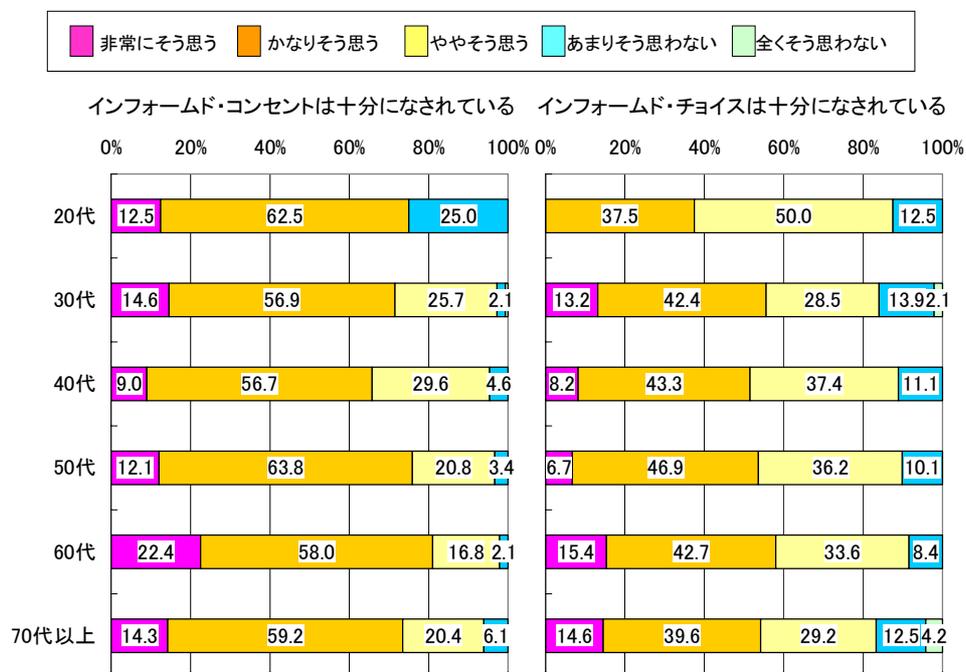
患者中心の医療を、医療消費者と医師の関係に焦点を当て、両者の「対話」「インフォームド・コンセントの実施」「インフォームド・チョイスの実施」「信頼関係の構築」「患者満足度」と捉え、年代別に見たのが、図表 3-3-2~4 である。

年代別の比率を見ると、いずれも40代が「非常にそう思う」「かなりそう思う」の割合が低くなっていることがわかる。反対に60代が「非常にそう思う」「かなりそう思う」の割合が最も高くなっている。すなわち、他の年代に比べ40代の医師が、患者との対話やインフォームド・コンセントおよびインフォームド・チョイスの実施、患者との信頼関係構築、患者の満足ともに最も実現できていないと考えているようである。また、40代を除けば、30代・50代・60代と年代が高くなるにつれて、患者中心の医療の実践度は高いと認識している。

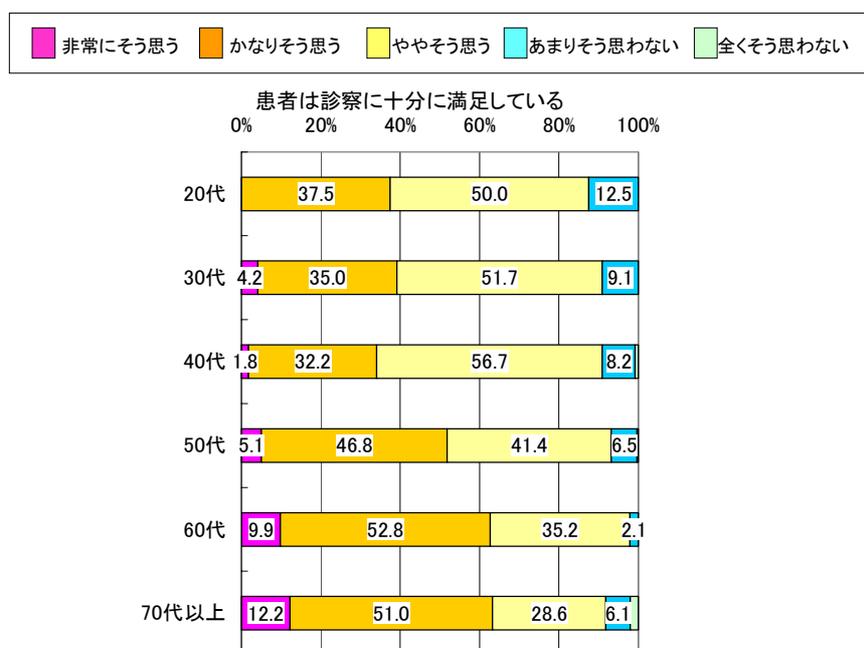
図表 3-3-2 [医師] 患者との対話・患者との信頼関係構築（年代別）



図表 3-3-3 [医師] インフォームド・コンセントの実施・
インフォームド・チョイスの実施（年代別）



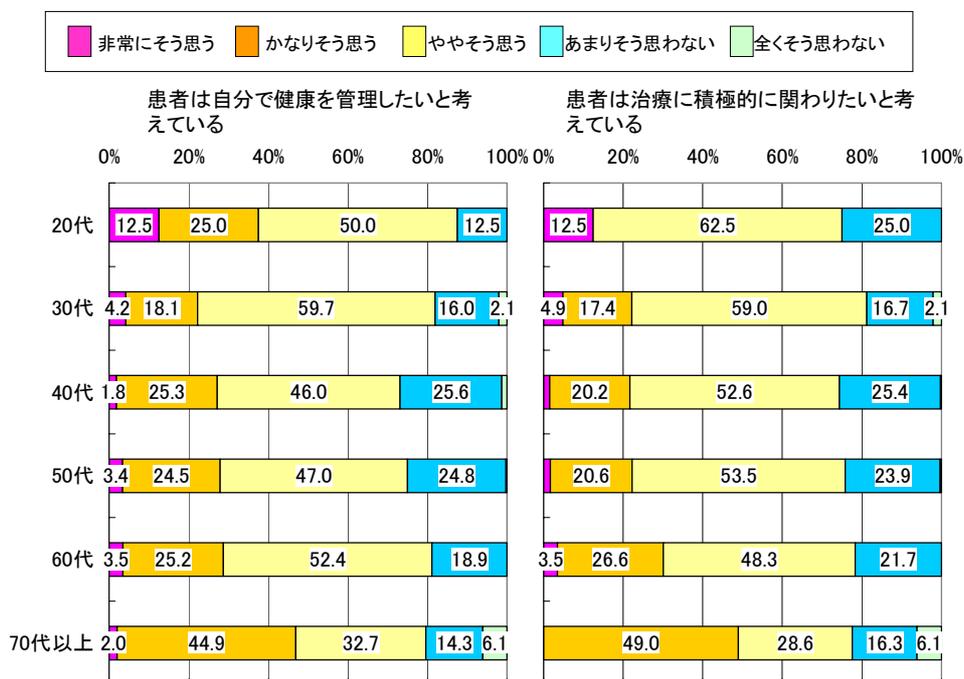
図表 3-3-4 [医師] 患者満足度（年代別）



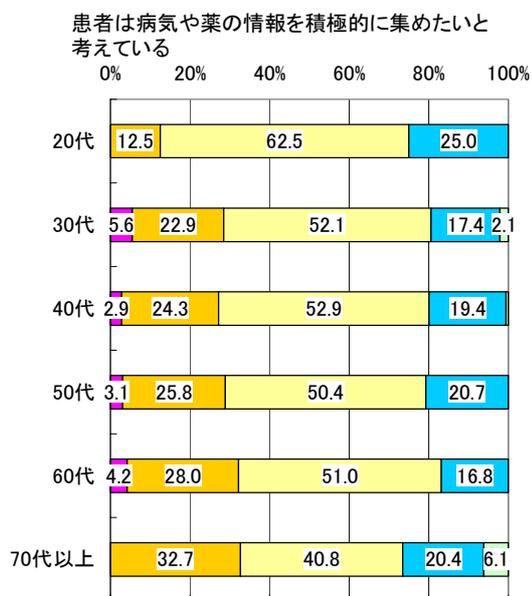
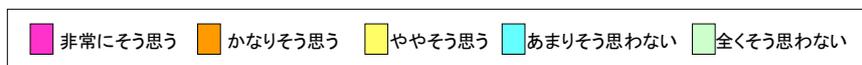
医師の年代による、患者の「関与」の認識に違いはない

次に患者の医療への関与について、医師がどう考えているかを見てみよう。質問は、「患者は自分で健康を管理したいと考えている」「患者は治療に積極的に関わりたいと考えている」「患者は病気や薬の情報を積極的に集めたいと考えている」の3つである。これらの患者の「関与」についての認識は、医師の年代による差がないことがわかる(図3-3-5, 6)。

図3-3-5 [医師] 患者は自分で健康を管理したいと考えている・
患者は治療に積極的に関わりたいと考えている (年代別)



図表 3-3-6 [医師] 患者は病気や薬の情報を積極的に集めたいと考えている（年代別）

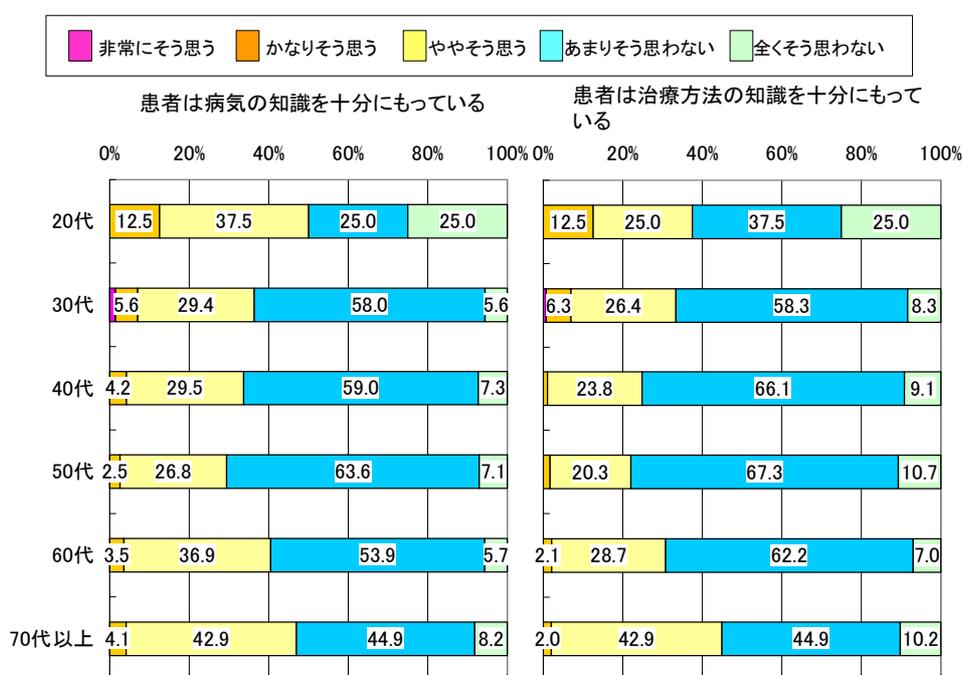


患者の「知識」の認識について、医師の年代による違いはない

今度は患者の医療・薬に関する知識についての認識を見てみよう。「患者は病気の知識を十分にもっている」「患者は治療方法についての知識を十分にもっている」「患者は薬の効果についての知識を十分にもっている」「患者は薬の副作用についての知識を十分にもっている」「患者は医師の説明を十分に理解している」のいずれの質問についても、各年代とも知識は少ないと認識しており、年代間の大きな差はみられない。しかしながら「非常にそう思う」「かなりそう思う」「ややそう思う」を見ると、いずれの質問も50代が最も低い傾向が読み取れる（図表 3-3-7～9）。

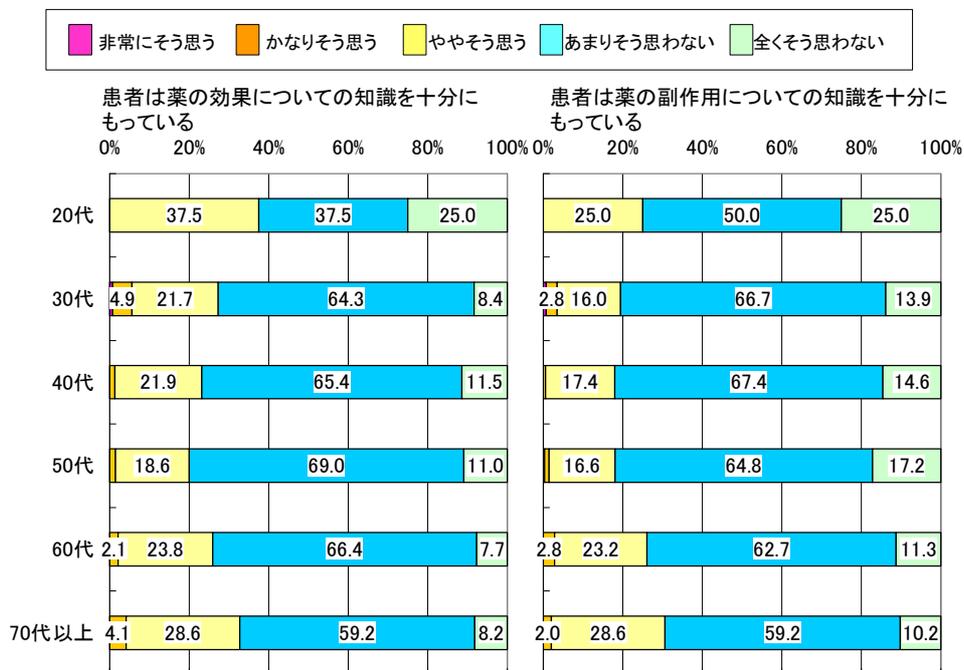
図表 3-3-7 [医師] 患者は病気の知識を十分に持っている

・患者は治療方法の知識を十分に持っている(年代別)

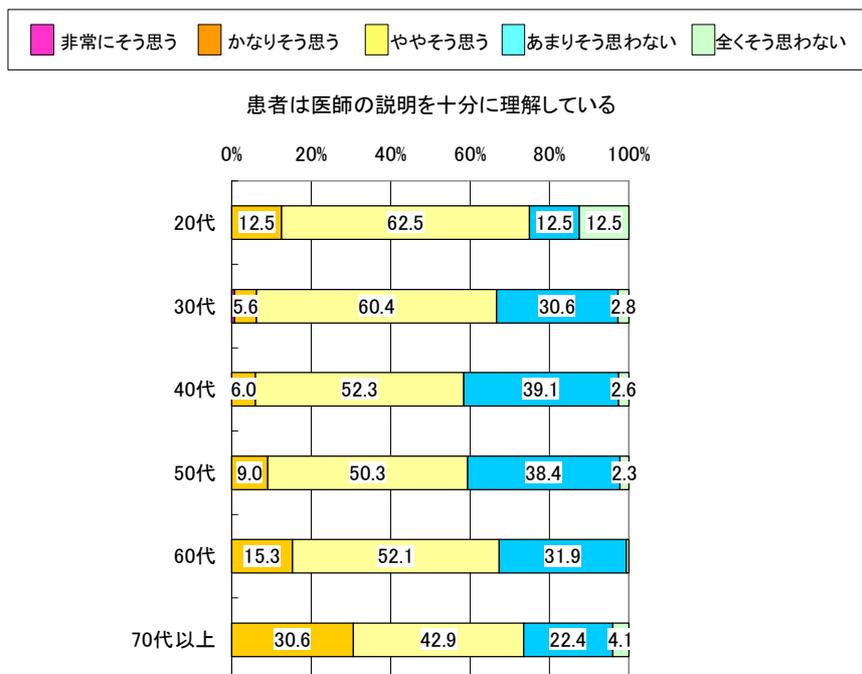


図表 3-3-8 [医師] 患者は薬の効果の知識を十分に持っている

・患者は薬の副作用の知識を十分に持っている(年代別)



図表 3-3-9 [医師] 患者は医師の説明を十分に理解している(年代別)

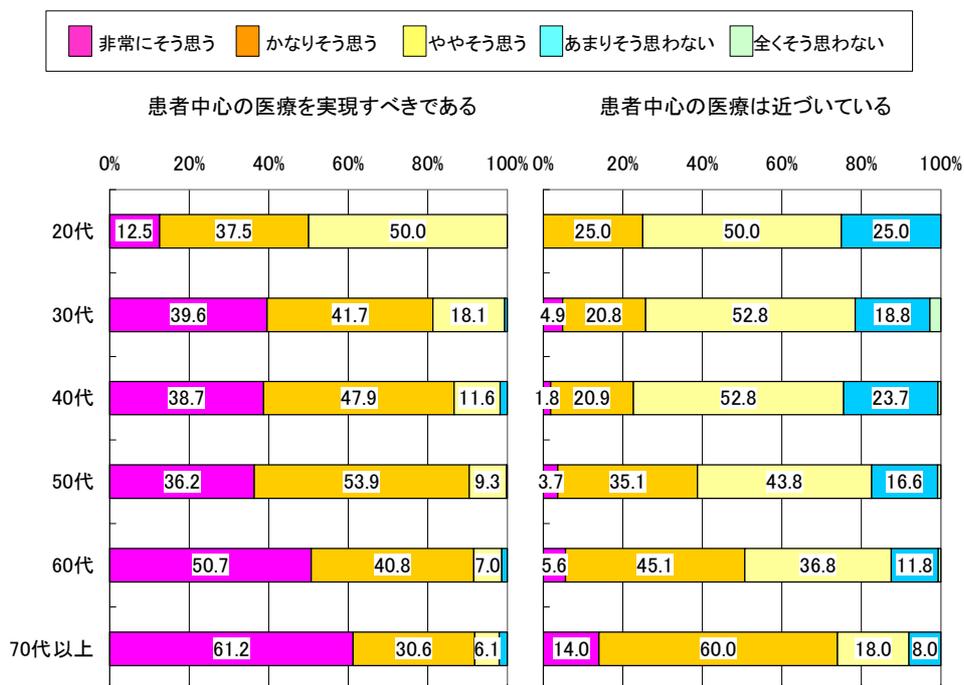


医師の考え方の年代差

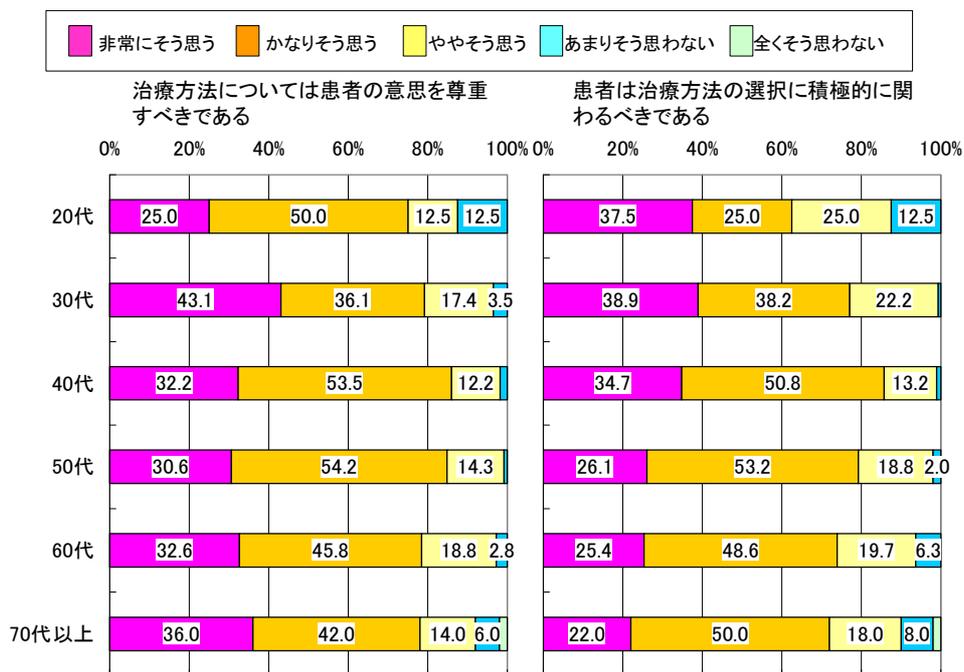
患者中心の医療に関する「医師の考え方」について見てみよう。いずれの質問も年代別には大きな差はない。しかし、「患者中心の医療を実現すべきである」「患者中心の医療は近づいている」では、50代・60代と年代が上がるにつれて、「非常にそう思う」「ややそう思う」と考える医師の割合が高い傾向が見られる。また、「治療方法については患者の意思を尊重すべきである」「患者は治療方法の選択に積極的に関わるべきである」では、30代の医師が「非常にそう思う」の割合が最も高く、逆に年齢が高いほどその割合は低くなるようである（図表 3-3-10, 11）。

「患者中心の医療を実現すべきである」「患者中心の医療は近づいている」と、「治療方法については患者の意思を尊重すべきである」「患者は治療方法の選択に積極的に関わるべきである」との年代による傾向は逆になっている。すなわち、医師は年齢が高いほど、患者中心の医療を実現すべきであると感じている一方で、治療方法について、患者の意思を尊重すべき、患者は治療方法の選択に積極的に関わるべきと思っている医師は相対的に少なくなる。患者中心の医療に対する考え方は、年代によって異なっていることが読み取れる。

図表 3-3-10 [医師] 医師の考え方（1）（年代別）



図表 3-3-11 [医師] 医師の考え方（2）（年代別）

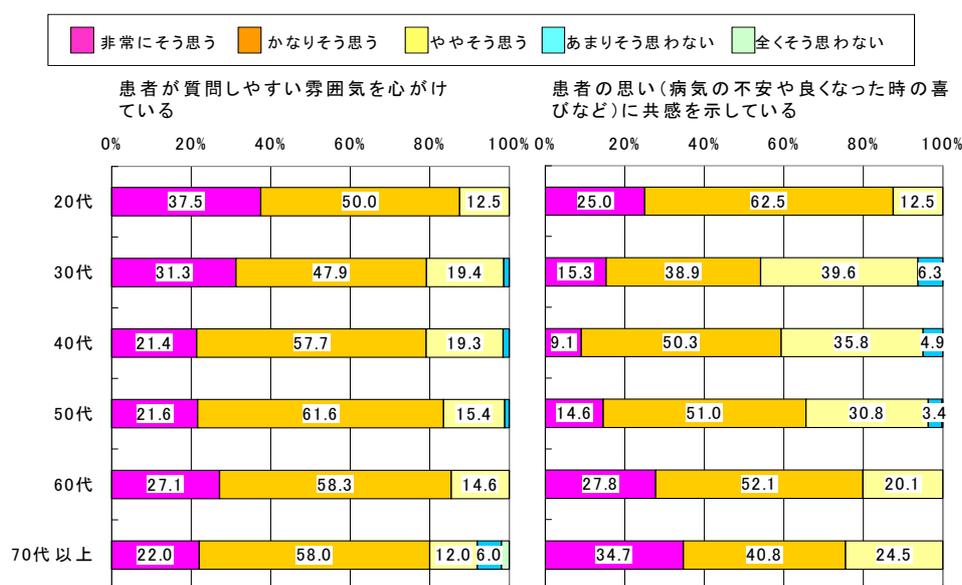


医師は年代が高いほど、患者へ配慮した態度をとっていると考えている

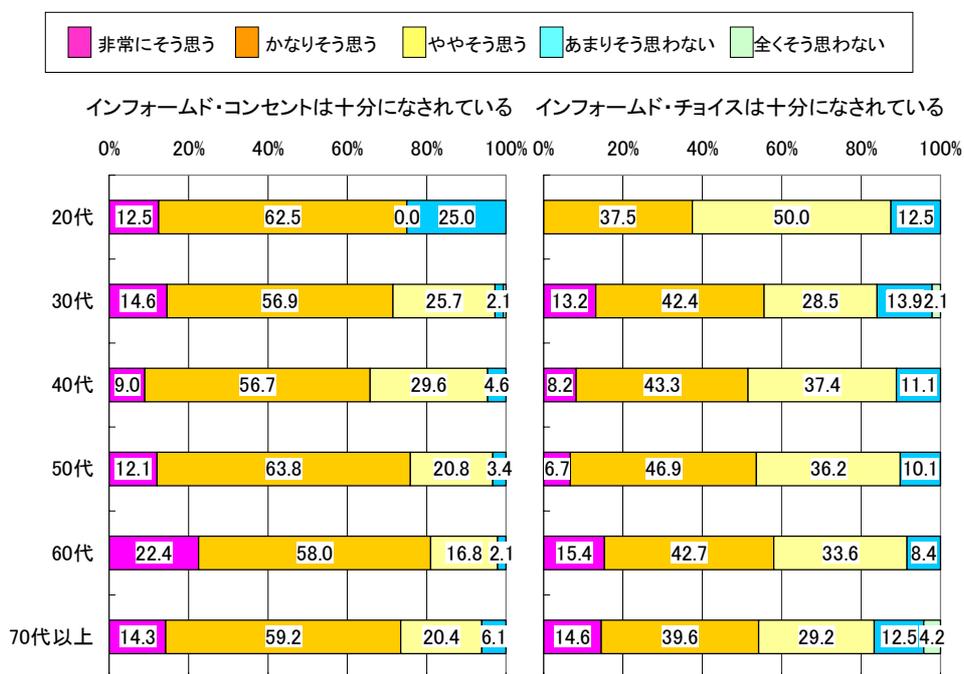
患者への医師自身の態度がどうかについて聞いた結果を示す。「質問しやすい雰囲気心がけている」「患者の思いに共感を示している」「患者の悩みや相談に十分に対応している」のいずれの質問についても、50代・60代と年齢が高いほど「非常にそう思う」「かなりそう思う」の割合が高くなっている（図表 3-3-12、13）。

医師は経験年数が高くなればなるほど、患者へ配慮した態度をとっていると考えているようである。

図表 3-3-12 [医師] 医師の態度（1）（年代別）



図表 3-3-13 [医師] 医師の態度（2）（年代別）

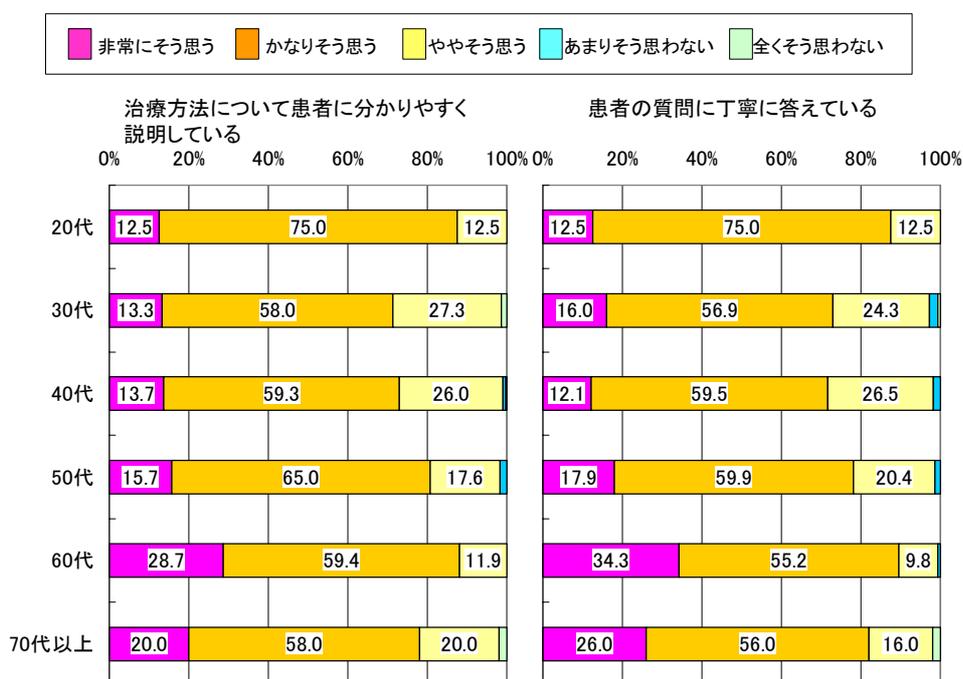


年齢が高いほど医師自身のスキル(説明能力)も高いと認識している

医師のスキル(説明能力)について、年代別の結果を見てみよう(図表 3-3-14)。「治療方法について患者に分かりやすく説明している」「患者の質問に丁寧に答えている」のいずれも、「非常にそう思う」「かなりそう思う」と答えている割合は、30代あるいは40代が少なく、逆に60代が高いことがわかる。

患者への態度と同様に、スキル(説明能力)も経験年数が長くなるほど高いと認識しているようである。

図表 3-3-14 [医師] 医師のスキル(説明能力) (年代別)

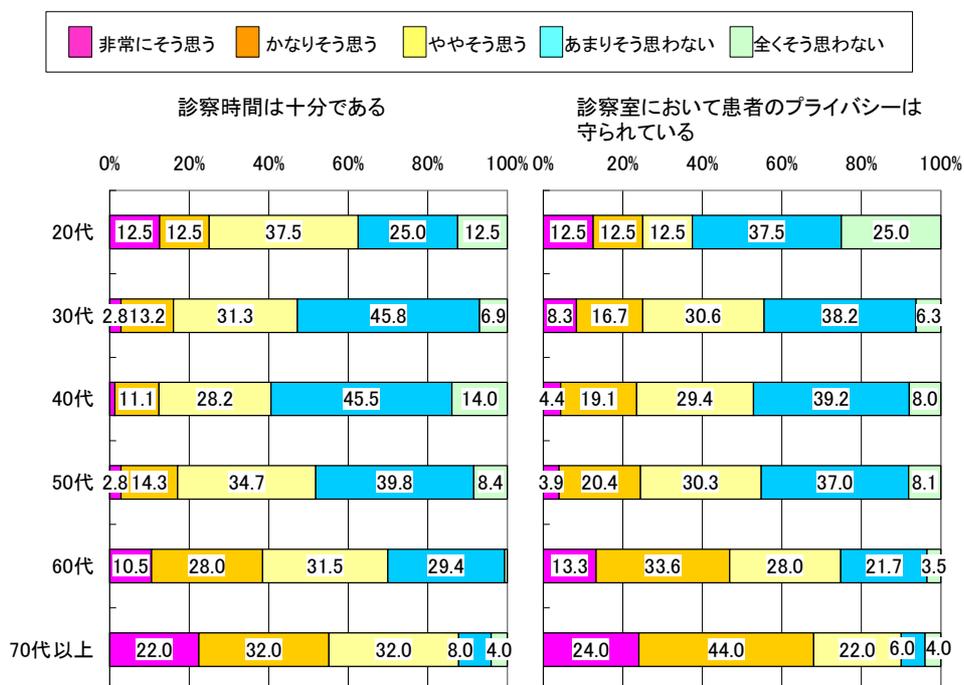


30代・40代・50代医師が課題を感じている診察環境

今度は診察環境（「診察時間は十分である」「診察室において、患者のプライバシーは守られている」）について見てみよう（図表 3-3-15）。考え方や態度、スキル（説明能力）に比べ、全体に「非常にそう思う」「かなりそう思う」の割合は低い。特に、30代・40代・50代が低いことがわかる。

30代・40代・50代の医師は、診察時間の不足や診察室のプライバシー保護などについての問題を強く認識しているようである。

図表 3-3-15 [医師] 診察環境（年代別）



(2) 医師の診療科（内科・外科）によるクロス集計

医師の診療科を内科系と外科系に大別したところ、下記のような結果となった（図表 3-3-16）。各質問について、医師の診療科別（内科・外科）による違いをクロス集計の結果で明らかにする。

図表 3-3-16 [医師] 回答者の診療科別分類

	内科	外科	計
医 師	541	511	1,052
	51.4%	48.6%	100.0%

内科：一般内科、呼吸器内科、消化器内科、循環器内科、神経内科、その他内科、
小児科、精神科など

外科：一般外科、呼吸器外科、消化器外科、心臓血管外科、整形外科、脳外科、その他外科、
泌尿器科、産婦人科、耳鼻咽喉科、眼科など

なお、リハビリテーション科などや、診療科の未記入・判別のできないものは除いて分析を行った。

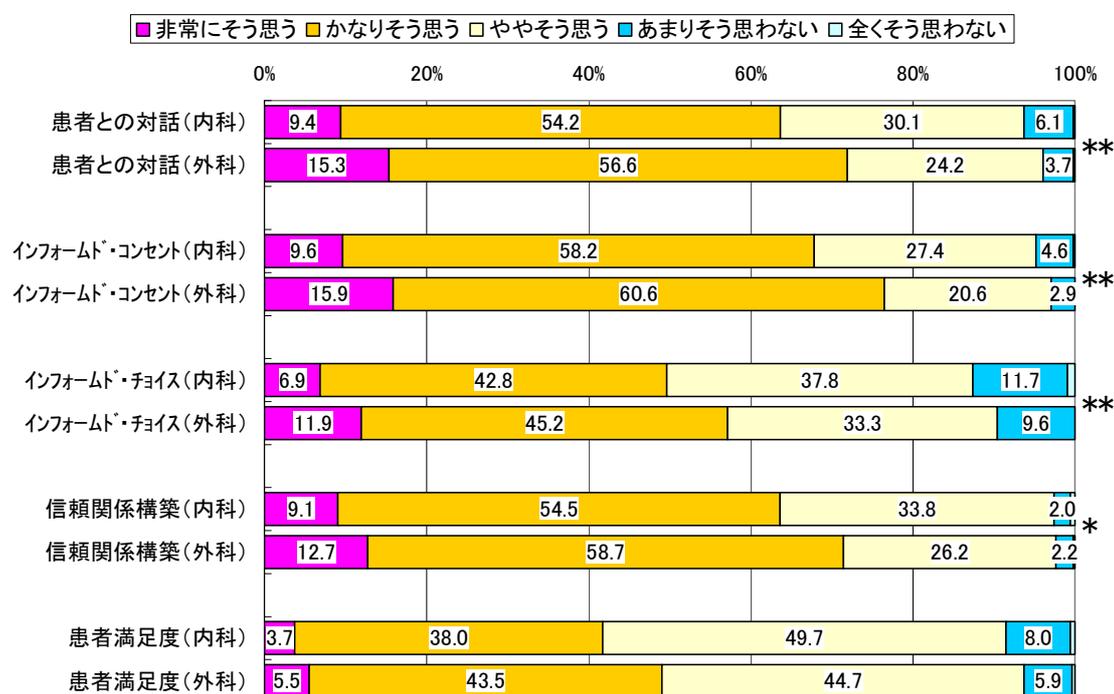
外科の医師の方が、患者中心の医療を実践していると考えている

患者中心の医療を、医療消費者と医師の関係に焦点を当て、これまでと同じように両者の「対話」「インフォームド・コンセントの実施」「インフォームド・チョイスの実施」「信頼関係の構築」「患者満足度」と捉え、診療科（内科・外科）別に見たのが、図表 3-3-17 ある。

χ^2 乗検定を行うと、「患者満足度」を除き、有意差が見られた。すなわち、「患者との対話」「インフォームド・コンセントの実施」「インフォームド・チョイスの実施」「信頼関係の構築」においては、内科と外科による違いがあることが統計的に証明された。いずれも外科の医師の方が、内科の医師よりも「非常にそう思う」「かなりそう思う」の割合が高くなっていることがわかる。外科の医師の方が、患者と対話を行い、インフォームド・コンセントやインフォームド・チョイスを実践し、信頼関係が構築できていると考えているようである。

外科においては、手術を実施する前に、医師と患者が話し合いを行うが、これが上記の対話やインフォームド・コンセントやインフォームド・チョイス、信頼関係が構築できているという認識につながっていると推測できる。

図表 3-3-17 [医師] 患者中心の医療の実践（内科・外科別）



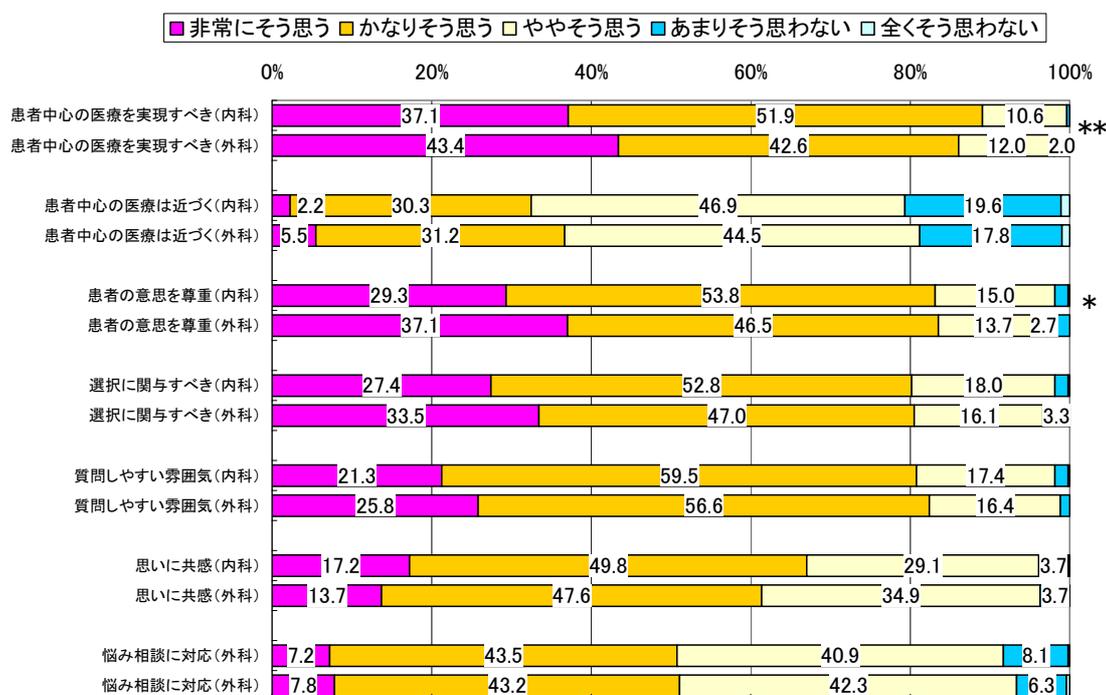
(**、*はそれぞれ1%有意、5%有意を示す)

外科の医師の方が、患者とのコミュニケーションがとれていると認識している

それでは今度は、医師に対し、患者中心の医療に対する考え方や、患者とのコミュニケーションについてどう考え、どう実践しているかを聞いた結果を、内科・外科別に示す(図3-3-18、19)。

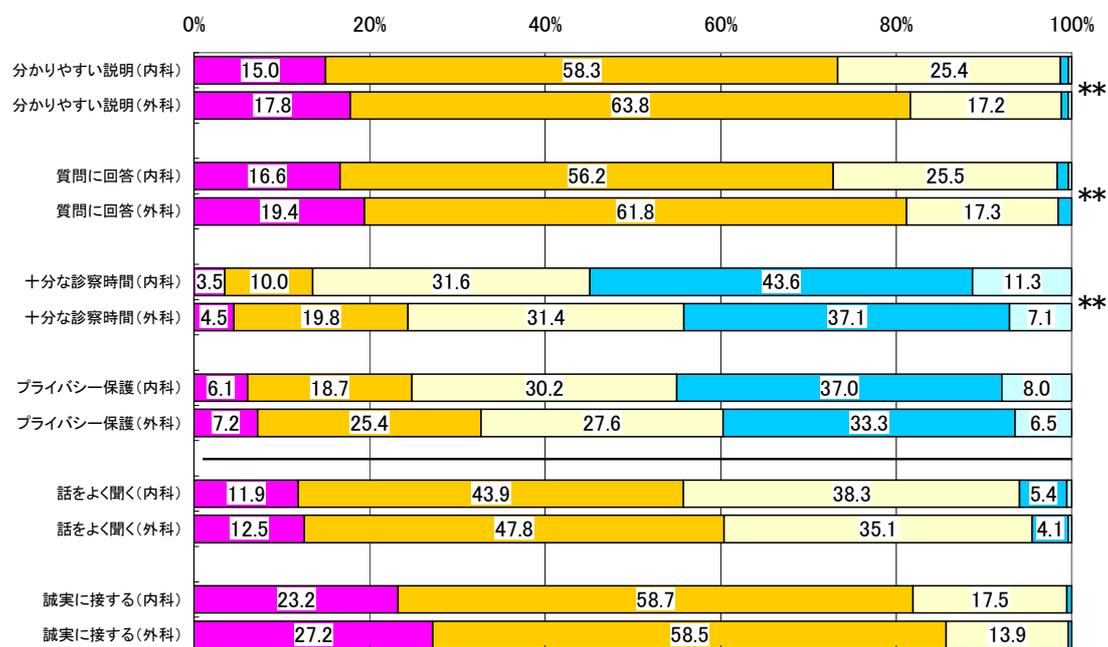
χ^2 乗検定を行うと、「患者中心の医療を実現すべきである」「患者の意思を尊重すべきである」「治療方法について患者に分かりやすく説明している」「患者の質問に丁寧に答えている」「診察時間は十分である」では両者に有意差が見られた。いずれも外科の医師の方が、そのように考えている割合が高い。すなわち、外科の医師の方が、患者とのコミュニケーションがとれていると認識しているようである。

図表 3-3-18 [医師] 医師側の要因 (1) (内科・外科別)



(**、*はそれぞれ 1%有意、5%有意を示す)

図表 3-3-19 [医師] 医師側の要因（2）（内科・外科別）



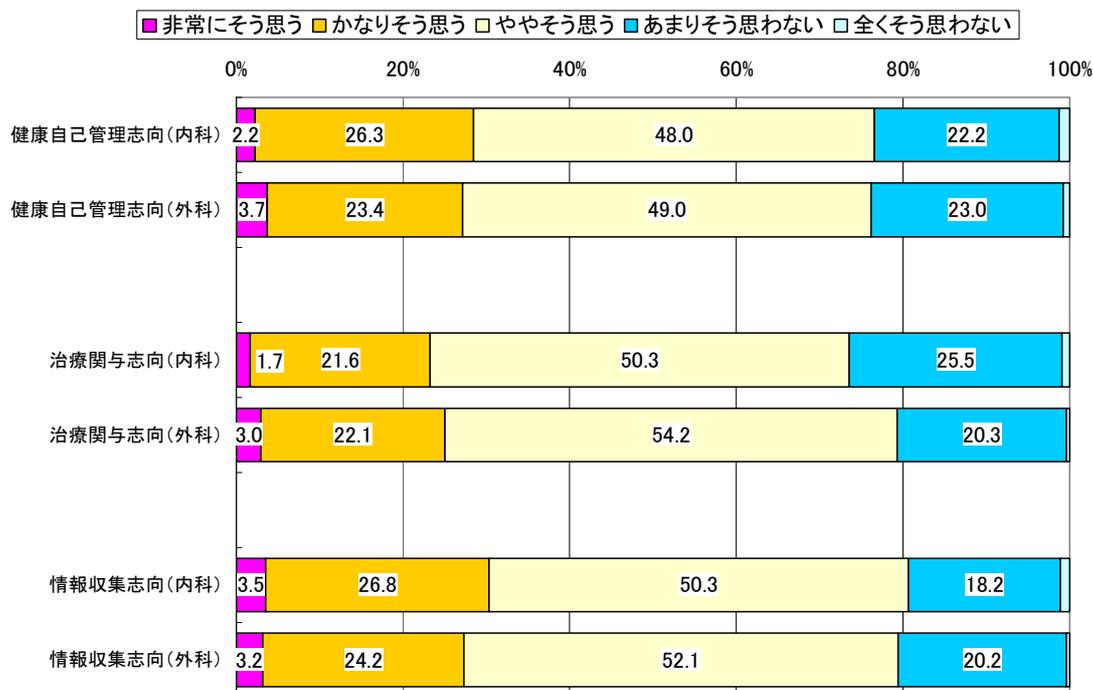
(**、*はそれぞれ 1%有意、5%有意を示す)

内科・外科によって、患者の関与の認識に違いは少ない

次に患者の関与について、すなわち患者が積極的に自己の健康管理や治療に関わりたいと思っているのか、あるいは情報を積極的に集めたいと思っているかを医師に聞いた結果を図 3-3-20 に示す。

χ^2 乗検定を行うと、すべて有意差はなく、外科と内科で違いは見られない。したがって、患者の「関与」については、内科と外科で違いがないことがわかった。しかしグラフで見ると「自分の治療には積極的に関わりたい」（治療関与志向）という質問については、内科より外科の医師の方が「非常にそう思う」「かなりそう思う」「ややそう思う」割合がわずかに高い。統計的には有意ではないが、手術を受ける外科の患者は、自らの治療に関わりたいと思っていると、外科の医師は認識しているのかもしれない。

図表 3-3-20 [医師] 患者の関与（内科・外科別）

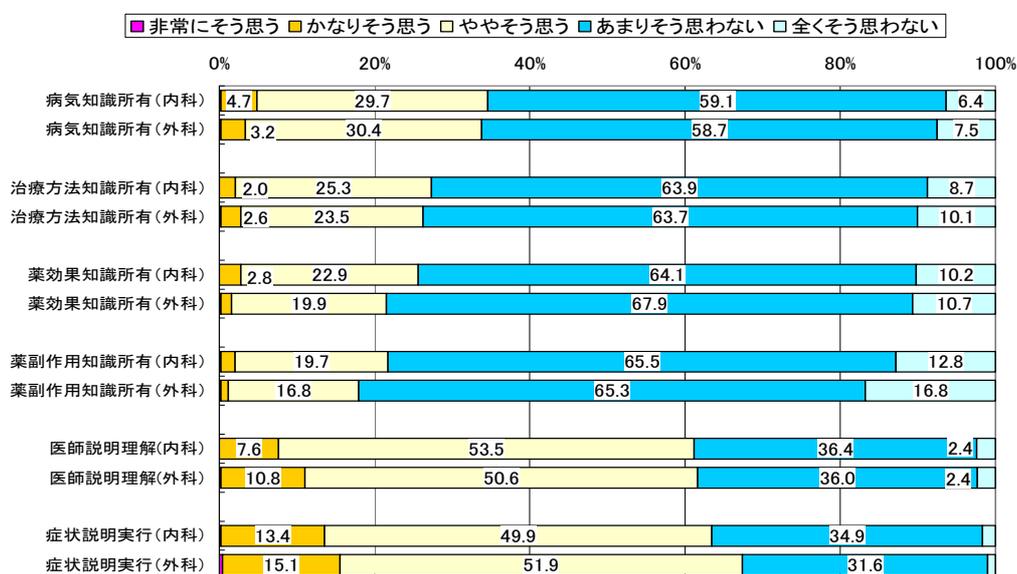


患者の知識についても内科・外科による認識の違いは少ない

次に患者の知識度について、内科および外科の医師がどのように思っているか、比較した結果を図 3-3-21 に示す。

知識度については内科・外科の医師ともに低いと考えていることがわかる。また、 χ^2 乗検定を行うと、いずれも有意差がなく、内科と外科の違いは少ないことがわかる。しかしグラフを見ると、薬の知識については、内科の医師の方がわずかに高く認識している傾向が読み取れる。内科の患者の方が、外科の患者よりも薬での治療が多く、より効果や副作用に対する知識が多いためと考えられる。

図表 3-3-21 [医師] 患者の知識 (内科・外科別)



第4章 実証研究

1. 患者中心の医療の要因と、それを実現するための要因 (医薬産業政策研究所)

(1) 問題意識

患者中心の医療の考え方は、1980年代後半の米国から急速に広まったと言われている。米国ではそのころ既にインフォームド・コンセント、セカンドオピニオンが定着してきていたが、さらに近年のマネジドケアの行き詰まりから、あらためて患者の視点からの医療が見直されてきた経緯がある¹⁶。

日本においても、ようやく近年、患者中心の医療という言葉が市民権を得てきているように考えられる。2003年8月の厚生労働省「医療提供体制の改革ビジョン」、2003年4月日本医学会総会福岡宣言をはじめ、患者中心の医療と銘打ったシンポジウムや著書・雑誌新聞記事を数多く目にするようになっていく。

患者中心の医療とはいったい何であろうか。患者中心の医療についてこれまで明確な定義はなされていないが、今回われわれは、「患者と医師とのコミュニケーション」「両者の信頼関係構築」「患者満足度」の3つを患者中心の医療のキーファクターと考えた。その理由は、われわれが昨年行った医療消費者への意識調査¹⁷から、患者と医師とのコミュニケーションや、両者の信頼関係構築の重要性が浮かび上がってきたからである。

先行研究においても、これらは患者中心の医療の重要な要因と考えられている。前田・徳田(2003)¹⁸は、「患者中心の医療の実践とは、患者—医師間の良好なコミュニケーションを土台にして信頼関係を作ること」と述べ、また「患者中心の医療を実践するにあたって、患者満足度を“医療の質”と“経営の質”の双方の媒介項となるアウトカム指標としてきわめて有効である」としている。また、ジェニファー・デイリー(1993)¹⁹は、患者中心の医療におけるコミュニケーションの重要性を述べ、特に患者と医師・看護師間のコミュニケーションの問題を患者の視点から論じている。

それでは、この3つ要因、「患者と医師のコミュニケーション」「両者の信頼関係構築」および「患者満足度」の関係はいったいどのようなものなのであろうか。

また、患者中心の医療に影響を与える要因についても、これまで明確に述べられているものはそれほど多くはない。昨年度われわれが実施した調査においても、医療消費者は患

¹⁶ 木村祐介「患者中心の医療を視野にいたした医療改革の方向性」(医療保障政策研究会議 講演 2005年4月28日)

¹⁷ 医薬産業政策研究所(リサーチペーパーNo.17)「意識調査に基づく医療消費者のエンパワーメントのあり方」(2004年5月)

¹⁸ 前田泉・徳田茂二「患者満足度」日本評論社(2003年9月)

¹⁹ ジェニファー・デイリー「言葉の壁を乗り越える」マーガレット・ガーティス他著(1993年)(邦訳 信友信一監訳『ペイシェンツ・アイズ』日経BP社、2001年11月)

者中心の医療に共鳴し、その実現を望んでいることは明らかになったが、何が患者中心の医療実現のための重要な要因であると考えているかについては解明することはできなかった。一方、医療の提供者である医師が、患者中心の医療が何であるか、および患者中心の医療実現のためにどのような要因を重要と認識しているかについても、これまで調査されたものは多くはない。前述の「患者と医師とのコミュニケーション」「両者の信頼関係構築」「患者満足度」を患者中心の医療の指標と考えた場合、患者中心の医療を実現する要因として、医療消費者および医師は、いったい何が重要だと考えているのであろうか。また、両者が重要だと考える要因に、何か違いは存在するのであろうか。

今回、われわれは、医療消費者および医師にアンケート調査を実施し、その結果を統計的手法により解析することにより、①患者中心の医療を構成する要因の関係を明らかにするとともに、②医療消費者および医師の考える「患者中心の医療実現のために必要な要因」を検証し、その違いを明らかにする。

(2) 患者中心の医療を構成する要因とその関係

[仮説 1] 患者と医師との対話（コミュニケーション）が、両者の信頼関係構築を促し、患者の満足度につながる

① フレームワーク

患者中心の医療を構成する要因として、(1)患者と医師との対話（コミュニケーション）、(2)患者と医師との信頼関係の構築、(3)患者満足度、の3つを取り上げた。これらの3者がいかなる関係であるかを考える。

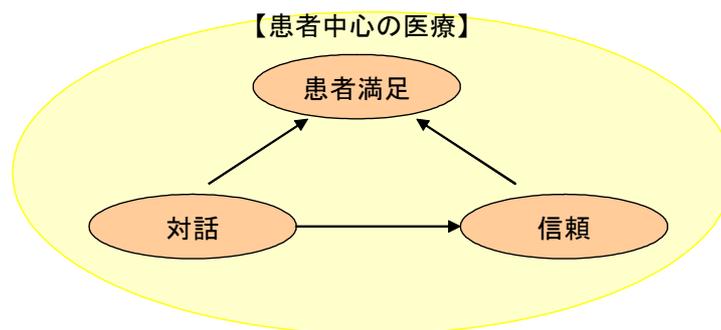
医薬産業政策研究所「意識調査に基づく医療消費者のエンパワーメントのあり方」¹⁷の考察では、医療消費者のエンパワーメント促進策として、「医療消費者と医療従事者の情報供給と相互理解をベースにした信頼関係の構築」をあげ、両者の「コミュニケーション（対話）の積み重ね」が重要と提言している。すなわち、患者と医師との対話が、両者の信頼関係を構築すると考えられる。また、患者満足度は両者の信頼関係から導かれることは容易に想像できる。

なお、今回の分析はその趣旨から、「医療消費者用アンケート」を対象とした。なお、対応する質問項目は、「医師とは十分に対話している」（医師との対話）、「医師とは信頼関係が築けている」（信頼関係構築）、「医師の診察に満足している」（患者満足度）である。

② 方法論

AMOS²⁰を用いて検証した。

図表 4-1-1 患者中心の医療を構成する要因とその関係



③ 結果と考察

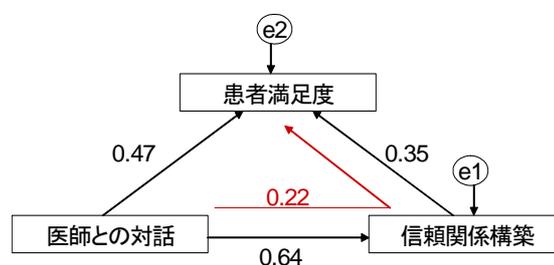
患者中心の医療を構成する要因(1)患者と医師の対話（コミュニケーション）、(2)患者と医師の信頼関係の構築、(3)患者満足度 に相当する質問項目の関係を検証した。その

²⁰Analysis of Moment Structures

結果を図表 4-1-2 に示す。

図表 4-1-2 患者中心の医療を構成する要因とその関係(結果)

医師との対話が信頼関係構築に影響を与え(標準化係数 0.64)、信頼関係構築が患者満足度に影響を与えている(0.35)。同時に、医師との対話が、患者満足度にもつながっている(0.47)。



また、医師との対話から、信頼関係構築を通じて、患者満足度につながる、いわゆる間接効果(標準化係数)を見ると、0.22 となった。医師との対話が、直接に患者満足度につながる、いわゆる直接効果(標準化係数)の 0.47 と合わせると、0.69 となる。医療消費者は、医師との対話が直接患者満足度につながるとともに、信頼関係を通じて患者満足度につながると捉えている。

患者中心の医療を構成する要因を、「患者と医師の対話(コミュニケーション)」「患者と医師の信頼関係構築」「患者満足度」とすると、医療消費者は、「患者と医師の対話が両者の信頼関係構築を促し、患者満足度につながる」と考えていることがわかる。すなわち、[仮説 1] は支持された。

先行研究でも、患者と医師とのコミュニケーションが患者満足度につながる結果が示されている。長谷川らは、東京都内の私立大学病院での 1 日の成人再診外来患者 1,136 人を対象に無記名の自記式調査を実施し解析した結果、「医師の技術と能力の高さ」が患者満足度に強く影響し、その変数は「医師の説明の明瞭度」「十分に話を聞く医師の態度」のコミュニケーション変数と相関が高いことを明らかにした²¹。

また、患者と医師との人間関係が患者満足度に影響を及ぼすという研究もある。今中ら(1993)は、東京都内のある総合病院の全外来患者を対象に自記式の調査を行い、「医療効果の自覚」「巷間の評判」が医師と病院それぞれに対する満足度と継続診断意思へ有意に正の効果を持ち、「医師の技能と説明」「医師の専心と思いやり」は医師と病院それぞれに対する満足度と医師の継続診断意思に有意に正の効果をもつことを明らかにした。また、医師に対する満足度に対し、「医師の説明と技能」より「医師の専心と思いやり」がはるかに大きい標準化偏回帰係数を示すから、医師との人間関係が医師の技能の主観的な評価よりも患者満足度に影響を及ぼすことを報告している²²。

²¹長谷川万希子・杉田聡(1993)「患者満足度による医療の評価—大学病院外来における調査から—」『病院管理』、第 30 巻、第 3 号、31-40

²²今中雄一・荒記俊一・村田勝敬・信友浩一(1993)「医師および病院に対する外来患者の満足度と継続受診意思におよぼす要因—総合病院における解析—」『日本公衆衛生雑誌』、第 40 巻、第 8 号、624-635

今回の研究結果は、これらの先行研究に近い結果を示している。さらに、患者と医師とのコミュニケーションが、両者の信頼関係を築き、患者満足度につながるとともに、コミュニケーションが直接患者満足度につながっていることも明らかになった。

(3) 患者中心の医療の実現に影響を与える要因

[仮説 2-1] 患者側の要因および医師側の要因が、患者中心の医療実現に影響を与える

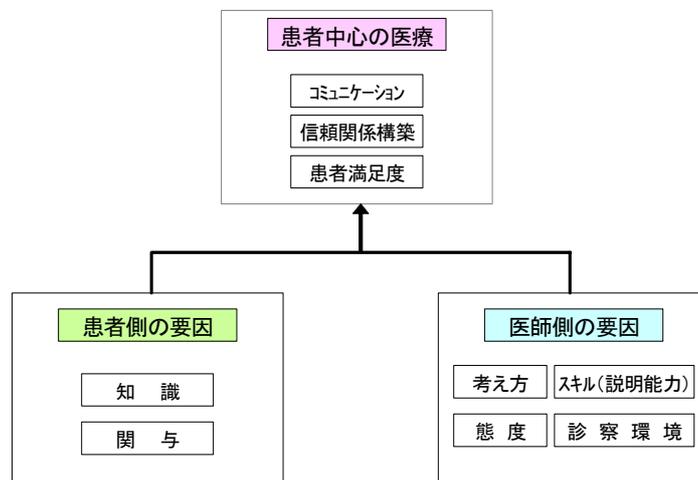
[仮説 2-2] 医療消費者が考える「患者中心の医療に与える要因」と、医師の考える「患者中心の医療に与える要因」は異なる

①フレームワーク

前節のように、患者中心の医療を示す要因は、(1)患者と医師との対話（コミュニケーション）、(2)患者と医師との信頼関係の構築、(3)患者満足度の3つを考える。また、患者中心の医療に影響を与える要因については、医療消費者と医師との関係に焦点をあてて考えると、＜患者（側）の要因＞および＜医師（側）の要因＞の2つに分けることができる。

「意識調査に基づく医療消費者のエンパワーメントのあり方」において、医療消費者の関与と知識が、医師との対話を促進することが明らかになっている。したがって、患者側の要因として、医療への「関与」と、医療・薬の「知識」をあげることとする。一方、医師側の要因としては、医療に対する「考え方」、医師の「態度」、「スキル（説明能力）」および「診察環境」が挙げられる。これら患者および医師の要因が、患者中心の医療実現に影響を与えるとしてモデルを作成し、その検証を行った。

図表 4-1-3 患者中心の医療を構成する要因とその関係



また、医療消費者が考える上記モデルと、医師が考える上記モデルは異なる可能性が考えられる。すなわち、医療消費者が考える「患者中心の医療に与える要因」と、医師の考える「患者中心の医療に与える要因」は異なる可能性がある。

それぞれの要因に相当する質問項目を以下に述べる。

図表 4-1-4 アンケート質問項目

		医療消費者	医師
患者中心の医療		医師と十分に対話している	患者と十分に対話している
		医師とは信頼関係が築けている	患者とは信頼関係が築けている
		医師の診察に満足している	患者は診察に十分に満足している
患者(側) の要因	関与	自分の健康は自分で管理したい	患者は自分で健康を管理したいと考えている
		自分の治療には積極的に関わりたい	患者は治療に積極的に関わりたいと考えている
		病気や薬の情報を積極的に集めたい	患者は病気や薬の情報を積極的に集めたいと考えている
	知識	病気の知識を十分にもっている	患者は病気の知識を十分にもっている
		治療方法についての知識を十分にもっている	患者は治療方法の知識を十分にもっている
		薬の効果についての知識を十分にもっている	患者は薬の効果の知識を十分にもっている
		薬の副作用についての知識を十分にもっている	患者は薬の副作用の知識を十分にもっている
		医師の説明を十分に理解している	患者は医師の説明を十分に理解している
	医師(側) の要因	考え方	医師は患者中心の医療を実践しようとしている
医師は患者さんの意思を尊重しようとしている			治療方法については患者の意思を尊重すべきである
—			患者は治療方法の選択に積極的に関わらべきである
態度		医師は質問しやすい雰囲気心がけている	患者が質問しやすい雰囲気心がけている
		医師は患者さんの思い(病気の不安や良くなった時の喜びなど)に共感を示している	患者の思い(病気の不安や良くなった時の喜びなど)に共感を示している
		医師は患者さんの悩みや相談に十分に対応している	患者の悩みや相談に十分に対応している
スキル (説明能力)		医師は治療方法について患者さんに分かりやすく説明している	治療方法について患者に分かりやすく説明している
		医師は患者さんの質問に丁寧に答えている	患者の質問に丁寧に答えている
診察環境		診察時間は十分である	診察時間は十分である
		診察室において患者さんのプライバシーは守られている	診察室において患者のプライバシーは守られている

(各々の質問に対し、5. 非常にあてはまる～1. 全くあてはまらないの5段階で回答)

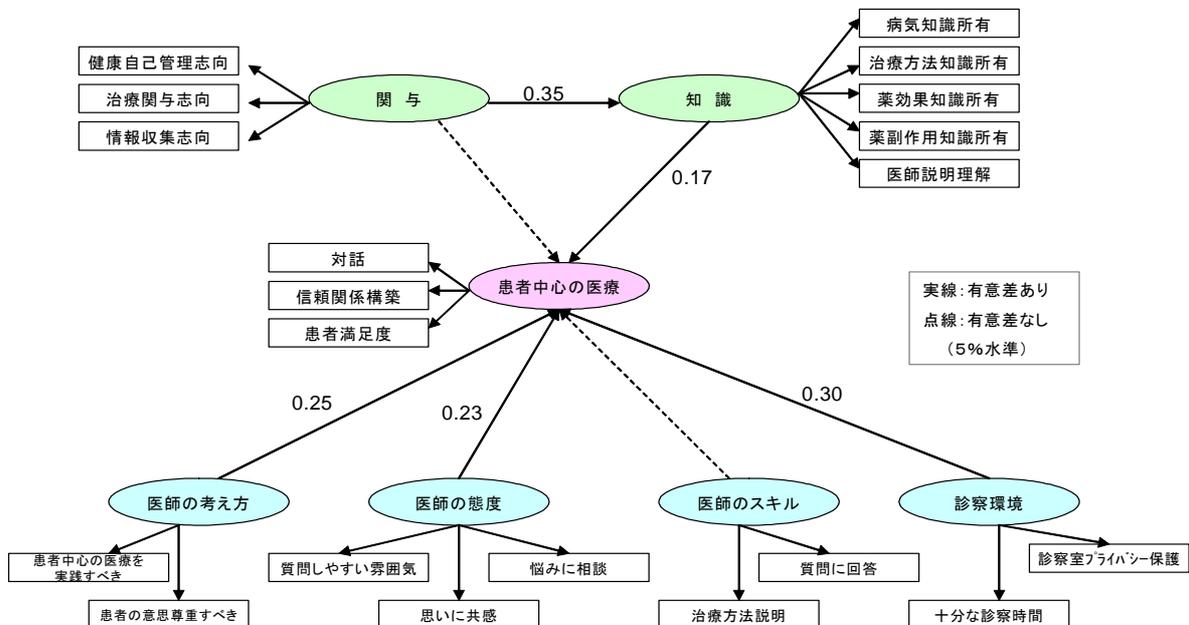
②方法論

AMOSによる共分散構造分析を用いて検証した。

③結果と考察

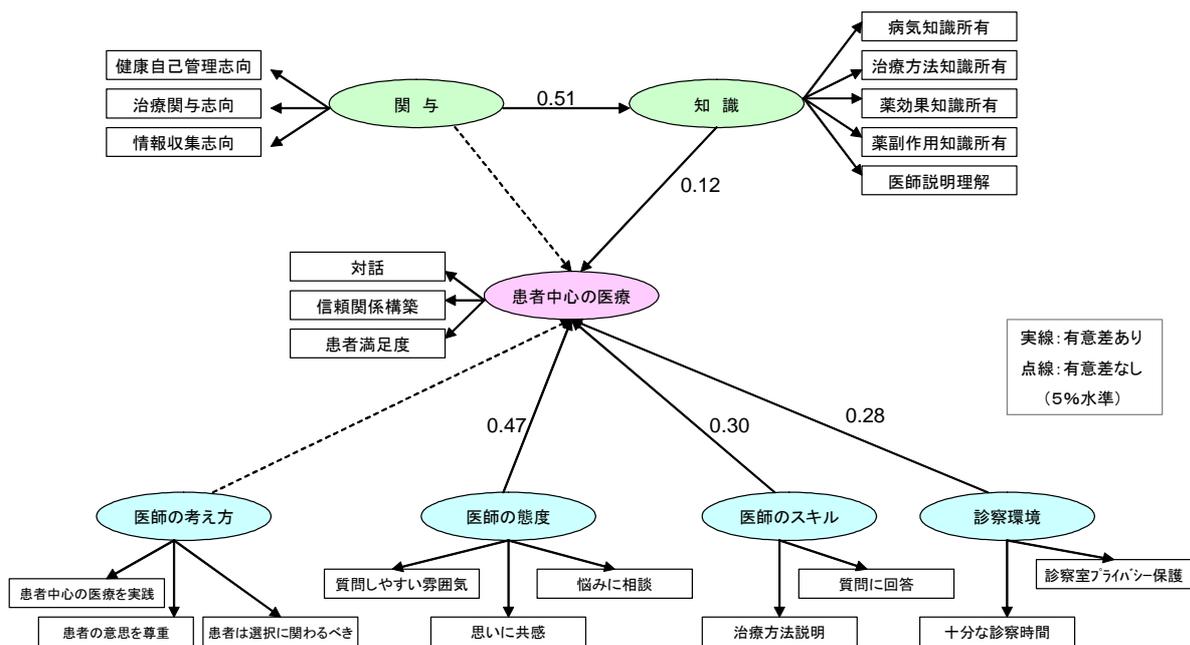
AMOSにより共分散構造分析を行い、モデルの検討を行った。
 まず医療消費者の結果の概略図を示す（医療消費者モデル）（図表 4-1-5）。

図表 4-1-5 医療消費者が考える、患者中心の医療実現に影響を与える要因



次に、医師のモデルについて解析結果を示す（図表 4-1-6）。

図表 4-1-6 医師が考える、患者中心の医療実現に影響を与える要因



それぞれのモデルの適合度指標を見てみよう（図表 4-1-7）。

図表 4-1-7 モデルの適合度

	χ ² 乗検定			GFI	AGFI	RMSEA	AIC
	χ ² 乗値	自由度	確率				
医療消費者モデル	1215.921	157	0.000	0.904	0.872	0.078	1321.921
医師モデル	1045.395	176	0.000	0.914	0.887	0.069	1155.395
適合度	0.05以上			0.9以上		0.08以下	小さいほどよい

医療消費者モデル、医師モデルともχ²乗検定においては確率 0.05 以下であるが、サンプル数は 500 以上のときはχ²乗検定の結果では棄却すべきではないと言われている。他の指標を見てみると、どちらのモデルも GFI は 0.9 以上であり、RMSEA も 0.08 以下であり、採用してよいといえよう。

医療消費者モデル、医師モデルとも、独立変数としての「患者の要因」や「医師の要因」が、従属変数患者中心の医療と回帰関係にあることがわかる。したがって、[仮説 2-1]「患者の要因および医師の要因が、患者中心の医療実現に影響を与える」は支持される。

次に両者のモデルの比較を行ってみよう。

2つのモデルの標準偏回帰係数βについて比較を行うと図表 4-1-8 のようになる。

図表 4-1-8 医療消費者モデル、医師モデルの標準偏回帰係数β比較

	患者の要因		医師の要因			
	関与	知識	考え方	態度	スキル	診察環境
医療消費者	—	0.17	0.25	0.23	—	0.30
医師	—	0.12	—	0.47	0.30	0.28

(—：有意差なし)

これらから、以下のことが言える。

医療消費者は、「医師の考え方、態度、診察環境」、および「患者の知識」が、患者中心の医療実現の要因になると考えている。

一方、医師は、「医師の態度、スキル（説明能力）、診察環境」、および「患者の知識」が患者中心の医療実現の要因になると考えている。

医療消費者は、患者中心の医療の実現には、「診察環境」が最も重要であると考えてお

り、続いて、「医師の考え方」や「態度」、患者の「知識」が重要と考えている。一方、患者の「関与」や医師の「スキル」はあまり重要と考えていないようである。それに対して、医師は、自身の「態度」が最も重要と考えており、医師の「スキル（説明能力）」「診察環境」、患者の「知識」が続いている。患者の「関与」や医師の「考え方」は、患者中心の医療において、あまり重要と考えていない。

両者の違いに着目すると、医療消費者は、「医師が患者中心の医療を実践しようとしているか」、また、「患者の意思を尊重しようとしているか」といった医師の「考え方」が重要と考えているのに対し、医師は、「わかりやすい説明」や「質問に丁寧に答える」などのスキルが重要と考えていることがわかる。

以上により、[仮説 2-2]「医療消費者が考える、患者中心の医療に与える要因と、医師の考える、患者中心の医療に与える要因は異なる」は支持されたと言ってよいであろう。

患者側の要因について見てみると、医療消費者・医師ともに患者の「関与」が「知識」につながり、それが患者中心の医療実現に重要だとしている。自分で健康管理したい、治療に積極的に関与したいという気持ちが、病気や治療・薬の知識を増やし、そしてそれが両者のコミュニケーションや信頼関係の構築、患者満足度といった患者中心の医療につながると考えられる。一方、「関与」は直接患者中心の医療に影響を与えないことも明らかになった。すなわち、積極的に関わりたいという気持ちだけで、知識を獲得することがなければ患者中心の医療には結びつかないと、医療消費者・医師ともに感じているようである。

次に医師側の要因について見てみよう。医療消費者は、十分な診察時間や診察室のプライバシー保護といった「診察環境」が最も重要だと考えており、医師も大切だと感じている。ノートハウスら（1998）は、医療現場における「ヘルス・コミュニケーション・モデル」を提唱したが、その中では医療現場の人間関係・対人交流とともに、コミュニケーションが行われる環境を要素とし、重要視している²³。この環境とは、コミュニケーションが行われる状況を指し、病室なのか診察室なのか、プライバシーが保たれる個室なのかによってコミュニケーションに違いが生じるとしている。今回の結果からも、医療消費者は、医師と十分なコミュニケーションがとれる診察時間、あるいはプライバシーが守られた診察室を重要視していることがわかる。

また、医療消費者は、医師の「スキル（説明能力）」よりも医師の「考え方」「態度」を重要と考えている。すなわち、患者へのわかりやすい説明や、質問への丁寧な回答といったコミュニケーションスキルではなく、医師が実際に患者中心の医療を実現しようとして

²³ Northouse. P. G., & Northouse L. L. Health Communication: Strategies for Health Professionals (2nd) Stanford, CT: Appleton & Lange, 1992（信友浩一・萩原明人訳『ヘルス・コミュニケーション』九州大学出版会）

いるか、患者の意思を尊重しているか、といった医師自身の価値観を重視し、また共感や思いやりを重要と考えているのである。今中ら(1993)は、患者に対する調査から、「医師の説明と技能」よりも「医師の専心と思いやり」が患者満足度に影響を及ぼすことを報告しており²⁴、今回の我々の調査結果と一致していると言える。一方で医師は、医師の「考え方」よりも「態度」「スキル(説明能力)」を重要視しており、ここで医療消費者と医師に認識の違いが生じている。

患者中心の医療の実現のために、患者自身は医療に積極的に関与し、医療や薬に関する知識を増やしていくことが求められる。また、医師は患者の意思を尊重し、共感や思いやりといった態度で接するとともに、コミュニケーションの場である診察環境について、十分な診察時間やプライバシーの保護を配慮することが望まれよう。これらの要因が改善されることが、両者のコミュニケーションを促し、信頼関係を構築し、患者の満足度向上につながると思われる。

²⁴ 今中雄一・荒記俊一・村田勝敬・信友浩一(1993)「医師および病院に対する外来患者の満足度と継続受診意志におよぼす要因——総合病院における解析——」『日本公衆衛生雑誌』、第40巻、第8号、624-635

2. 患者満足度を高める要因－医療消費者と医師との比較－

(藤澤弘美子)

(1) 回帰分析による分析

①問題意識

近年、様々な病院や調査機関等で患者の満足度に対する調査が数多く行われている。この理由の一つとしては、人口構造の高齢化や疾病構造の変化（慢性期疾患患者の増加）に伴い、医療消費者人口や継続的な医療機関との関わりが増加することが予測される中で、医療消費者をいかに満足させ、治療効果の増進につなげるかが医療機関にとって急務の課題になってきたことが挙げられるだろう。

また高度経済成長期に見られた過剰な労働・生産体制、そして売り手市場の状態から転じて、労働時間の削減によるサービス享受人口の増加、消費者によるサービス選択とそれに伴う生産体制の変化が起こる中で、いかにサービス提供者側が消費者のニーズを把握し、求められるサービスを提供できるかが事業者としての生き残りを左右する重要事項となってきた。消費者中心主義やその思想に根ざした消費者満足への追求は、このような社会情勢や経済状況を大きく反映した形で発展してきたと考えられる。そして医療サービスの分野においても、同様に医療消費者を中心に据えたサービスの提供や医療消費者の満足度の追求が行われてきた。

なお満足度の調査においては、ある特定の状況下にある特定の属性を持つ消費者の意見を抽出することを目的としたものと、より幅広く一般消費者の意見を集約することにより特定のサービス提供者に求められる要因を把握することを目的としたものの2つの流れに分けられると考えられる。医療サービスにおいては、前者は特定の病院について、特定の疾病や通院形態（外来や入院等）を持つ患者に提示したいくつかの評価項目からその充足度合いを問うことで、現状提示されているサービスや情報内容等で不足のある点を明確にするような調査であり、後者は医療消費者という形で広く一般の消費者に対して、どのような視点で医療機関を選択するかなど、全般的な判断基準について問うことで満足できる医療サービスを定義しようとするものである。

一般に、ある特定の事業者において満足度調査を行う場合には、その目的が当該事業者自身の売り上げ向上を目指すための具体的な経営改善指標を得るためであることが多い。そのため、前者の形態による満足度調査が望ましいとされる。その一方で、後者は言うなれば満足という人間の内的状態をモデル化することを目指すものである。しかし困難なことに、個人の満足とは主観的評価に基づくものであり、変動が大きく、人によってその評価基準が一定していない。また、様々な満足度調査のメタ解析により、統計的手法の適用不備や回答母集団の偏りなどから、調査で使用されてきた項目の妥当性の低さが指摘されている。つまり、いまだ満足度とはどのような概念なのか、何によって高められるものなのか、そのメカニズムは明らかとなっていないのである。

このようなメカニズムを明らかにすることは、一見前者の調査よりも具体的な改善に役

立たないように思われるかもしれない。しかし、消費者の満足度を高めることがそもそもの目的であることを考えれば、各機関における特定状況下の不備を具体的に明らかにするための前提として、満足度調査における共通項目であり質問において網羅すべき構成概念を明らかにすることは重要であろう。そして様々な概念を含む項目から取捨選択を行う際には、統計理論に基づき結果の分析を行うことで、客観的な評価としての正当性を固めることが必要である。

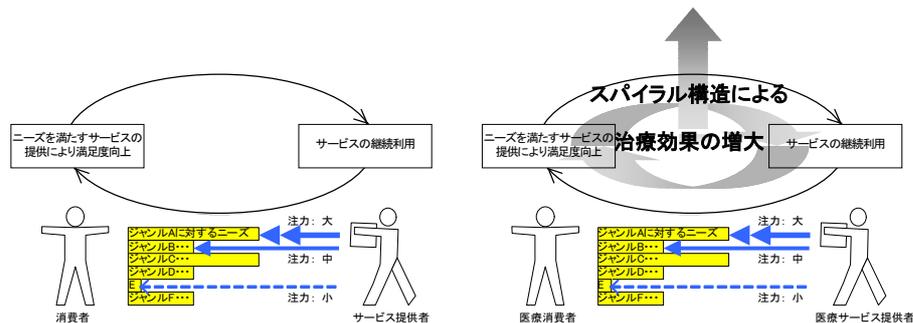
②フレームワーク・仮説

満足度を構成する概念を明らかにすることは、提供者側に適切なサービスかどうかを判断させるための重要な評価項目を与えることにつながると考えられる。したがって、どれだけ消費者の満足度に貢献する要素を網羅できるかが重要である。

消費者が満足感を得られるようにするためには、消費者のニーズにサービスがどれだけ合致しているかを考えることが必要である。そのためにはこのニーズの存在する分野は何か、医療消費者という立場からどのようなサービス内容を必要としているのかをまず明らかにする必要があるだろう。そして明らかになった項目ごとに、需要の強度を測り、その強度や不足度合いに応じてサービス提供者から注力の程度を制御すればよい。

さらに、医療において満足度を追求することは、他の分野における消費者満足の追求とはやや異なるかもしれない。何故なら、他のサービスにおいては満足度を充たすようなものを作り出し、継続的な購買行動を促すことが目的であるのに対し、医療においては医療消費者である患者の満足度を高めて継続的に医療機関への利用を促すことは過程に過ぎず、最終的な目標としては治療効果を高めることにあるためである。

図表 4-2-1 消費者のニーズと満足度の関係



これらの概念イメージは、上図に示すとおりである。医療消費者としてのニーズは、その目的の違いから、他のサービスに対する消費者のニーズとは異なる構造や要素を必要としている可能性がある。

今回の調査においては、対話やインフォームド・チョイス、雰囲気作りなど、満足度に影響を与えると考えられる質問項目を幅広く想定し、どの項目が実際の満足度を高めるために有効であったかを分析することで満足度を構成する概念と医療消費者のニーズにつ

いて検討する。さらに、サービス提供者側である医師の認識と、消費者である患者側の認識に差異が認められるか比較を行う。

③方法論

診察に対する患者の満足度を被説明変数とし、各質問項目に対する回答をステップワイズ法により投入して有意な結果が得られたものを説明変数として抽出した。

医師に対する質問項目で分析に用いられたものは以下のとおりである。

- (1) 患者と十分に対話している
- (2) インフォームド・チョイスは十分になされている
- (3) 患者が質問しやすい雰囲気を感じている
- (4) 患者の思い（病気の不安や良くなった時の喜びなど）に共感を示している
- (5) 患者の悩みや相談に十分に対応している
- (6) 治療方法について患者に分かりやすく説明している
- (7) 患者の質問に丁寧に答えている
- (8) 診察時間は十分である
- (9) 診察室において患者のプライバシーは守られている
- (10) 患者の話をよく聞いている
- (11) 患者とは信頼関係が築けている
- (12) 患者は治療方法の知識を十分にもっている
- (13) 患者は薬の効果の知識を十分にもっている
- (14) 患者は薬の副作用の知識を十分にもっている
- (15) 患者は医師の説明を十分に理解している
- (16) 病気の情報を十分に提供している
- (17) あなたが最も望ましいと考える治療方法の情報を、十分に提供している
- (18) 薬の効果の情報を十分に提供している
- (19) 薬の副作用の情報を十分に提供している
- (20) 薬の飲み方の情報を十分に提供している
- (21) 薬の価格の情報を十分に提供している
- (22) 薬の選択肢の情報を十分に提供している

実際に医師に提示された質問には上記以外に、「インフォームド・コンセントは十分になされている」、「患者には誠実に接している」、「患者は病気の知識を十分にもっている」、「治療方法の選択肢の情報を十分に提供している」、という項目が含まれていたが、満足度との単純相関においては正の値を持つにもかかわらず分析の過程において負の偏

回帰係数が得られた。したがって、共線性の診断において有意な結果は示されなかったが、他の変数との相関や抑圧変数としての可能性を考慮して今回の投入変数からは除外した。

医療消費者に対して提示された質問で、分析に投入された変数は以下のとおりである。

- (1) 医師と十分に対話している
- (2) 医師の説明に納得し、治療を受けている
- (3) 医師と相談しながら、治療方法を選択している
- (4) 医師は質問しやすい雰囲気を心がけている
- (5) 医師は患者さんの思い(病気の不安やよくなったときの喜びなど)に共感を示している
- (6) 医師は患者さんの悩みや相談に十分に対応している
- (7) 医師は治療方法について患者さんに分かりやすく説明している
- (8) 医師は患者さんの質問に対して丁寧に答えている
- (9) 診察時間は十分である
- (10) 診察室において患者さんのプライバシーは守られている
- (11) 医師とは信頼関係が築けている
- (12) 医師には誠実に接している
- (13) 医師の説明を十分に理解している
- (14) 医師から病気の情報を十分に提供されている
- (15) 医師が最も望ましいと考える治療方法の情報を十分に提供されている
- (16) 医師から治療方法の選択肢の情報を十分に提供されている
- (17) 医師から薬の効果の情報を十分に提供されている
- (18) 医師から薬の副作用の情報を十分に提供されている
- (19) 医師から薬の飲み方の情報を十分に提供されている
- (20) 医師から薬の価格の情報を十分に提供されている
- (21) 医師から薬の選択肢の情報を十分に提供されている。

医師に対する質問の場合と同様に、実際に医療消費者に提示された質問には上記以外に、「病気の知識を十分にもっている」、「治療方法についての知識を十分にもっている」、「薬の効果についての知識を十分にもっている」、「薬の副作用についての知識を十分にもっている」、という項目が含まれていたが、こちらも満足度との単純相関においては正の値を持つにもかかわらず分析の過程において負の偏回帰係数が得られた。したがって、共線性の診断において有意な結果は示されなかったが、他の変数との相関の強さや抑圧変数としての可能性を考慮して今回の投入変数からは除外した。

なお、分析においては多くの説明変数から説明力の高い変数を選択するためにステップワイズ法を採用したが、変数投入の基準はF値の確率が0.05%以下、変数削除の基準はF

値の確率が0.1以下とした。

④結果および考察

回帰分析の結果、医師のデータに関して図表4-2-2の結果が得られた。

図表4-2-2 診察に対する患者の満足度を従属変数とした場合の回帰分析の推定結果（医師）

説明変数	回帰係数	標準誤差
・患者と十分に対話している	0.258**	0.026
・患者とは信頼関係が築けている	0.261**	0.028
・インフォームド・チョイスは十分になされている	0.143**	0.023
・患者は医師の説明を十分に理解している	0.089**	0.026
・病気の情報を十分に提供している	0.074*	0.029
・患者の悩みや相談に十分に対応している	0.066*	0.026
・患者は薬の効果の知識を十分にもっている	0.071**	0.027
・治療方法について患者に分かりやすく説明している	0.067*	0.030
自由度修正済み決定係数	0.528	

注) **、*はそれぞれ1%水準、5%水準で有意であることを示す。

抽出された項目より、医師は患者との対話や信頼関係が、より患者の満足度に重要な役割を果たすことが分かった。

さらに医療消費者のデータに対する回帰分析の結果、以下の結果が得られた。

図表4-2-3 診察に対する患者の満足度を従属変数とした場合の回帰分析の推定結果（患者）

説明変数	回帰係数	標準誤差
・医師の説明に納得し、治療を受けている	0.464**	0.029
・医師は患者さんの悩みや相談に十分に対応している	0.117**	0.026
・医師と相談しながら、治療方法を選択している	0.136**	0.022
・医師とは信頼関係が築けている	0.122**	0.023
・診察時間は十分である	0.073**	0.021
・医師から病気の情報を十分に提供されている	0.075**	0.024
自由度修正済み決定係数	0.687	

注) **、*はそれぞれ1%水準、5%水準で有意であることを示す。

同様に抽出された項目より、医療消費者は自身がどれだけ説明に納得して治療を受けているかが満足度に重要な役割を果たすと考えていることが分かる。

さらに、医師と患者で抽出された項目を比較したのが下表（図表 4-2-4）である。

図表 4-2-4 ステップワイズにより抽出された医師と患者の説明変数

医師	患者
・患者と信頼関係が築けている	・医師とは信頼関係が築けている
・患者の悩みや相談に十分に対応している	・医師は患者さんの悩みや相談に十分に対応している
・インフォームド・チョイスが十分になされている	・医師と相談しながら、治療方法を選択している
・病気の情報を十分に提供している	・医師から病気の情報を十分に提供されている
・患者と十分に対話している	・医師の説明に納得し、治療を受けている
・患者が医師の説明を十分に理解している	・診察時間は十分である
・患者が薬の効果の知識を十分にもっている	
・治療方法について患者に分かりやすく説明している	

※上記の結果は、回帰係数の大小を問わず、医師と医療消費者で質問項目の内容が一致するものを上に、それ以外の個別に抽出されたものを下に示している。

これらの結果より、医師・医療消費者ともに、信頼関係と医師の患者に対する対応、そしてインフォームド・チョイスと情報提供が患者の満足度を高める要因だと考えていることが明らかとなった。このほか、医師側は対話や説明、説明に対する患者の理解度、そして患者の知識をあげており、医師側の患者に対応するスキルと、これに対応する患者側のポテンシャルの重要性を認識している。一方で、医療消費者は自身の納得度合いや診察時間が重要だと考えている。

対話や信頼関係が満足度に対して重要な影響を及ぼすことは、過去の研究においても明らかになっており、今回の調査においてもその結果が支持されたと考えられる。そしてインフォームド・チョイスや情報提供が満足度に影響を及ぼす結果が得られたことは、患者中心の医療の実践が患者満足の上昇に貢献していることを実証する結果が得られたと考

えられる。さらに、医療消費者が自身の満足度を高めると考える要因と医師が患者に対して抱く要因に一致する項目が見られたことにより、サービス消費者と提供者で認識が一致している部分が示された。

また、医師の側では患者が知識を持ち、説明を十分に理解することの重要性が示されている。これら患者の知識向上や説明に対する理解は、患者自身の満足度を高める要因であると同時に、結果として診察に対する積極性や知識獲得につながることを考えられる。したがって、医師は、患者自身の満足度を高めていくことによる治療効果が増大することを期待しているのではないだろうか。そうであれば、これが医療消費者の結果ではなく医師の結果のみに示されたことについて理解できる。

さらに、医療消費者においては内容に関すること以外にも治療時間の長さを挙げているが、これは単なる形式的な時間の長さを問題としているのではなく、自身の治療に対する熱心さや対応の十分さをあらわす意味を含んでいる可能性がある。

これらの結果より、医療消費者の満足に影響を与える項目を抽出することができたが、今後はさらに項目に含まれる概念を増やして分析を行うことによって、医療消費者のニーズの網羅と、治療効果増大につながるキーポイントを抽出することが期待される。

(2) 自由回答文からのキーワード抽出による分析

①問題意識

前項までの分析においては、予め設定された質問に対する当てはまりの度合いを数値化して分析するという形で満足度を高める要因について考察を行ってきた。調査においてこのような定量的分析を行うことのメリットとしては、数値の形で結果を得ることができるため、客観性があり比較可能な結論を導き出せるということにある。しかし、実際の満足度調査においては自由回答から非常に豊富な情報が得られることが多く、定量的分析に加えて定性的分析を行うことの重要性が指摘されてきた。

近年マーケティング調査などの分野で、テキストマイニングにより顧客の好みを探る調査が盛んに行われている。テキストマイニングは、時代の流れや個人の趣向によって多様化する顧客のニーズを即座に把握し、そのニーズを満たす製品の開発などに反映するための手法としてその有用性が注目されている。質を重視するサービスに対するニーズが高まる時代の流れとともに、顧客の求める質とは何かを探る調査研究が盛んとなってきたのである。

医療においても、顧客である医療消費者に対し、治療行為や医療現場の充実度合いなどを調査分析によって明らかにしようとする研究が数多く行われている。しかし、医療の質を高め、より患者中心の医療を実現することに対する熱意が盛んな現在においては、患者のニーズが提供される医療行為への重要な決定要因となるであろう。したがって、そのニーズをいかに正確に把握できるかが、今後の病院経営において重要視されることが予想される。

このような状況において、医療の分野においても他のサービス分野においてすでに用いられているテキストマイニングの手法を適用することにより、提示された質問には網羅されていないが重要な意味を持つ内容を拾い上げることができるのではないだろうか。

②フレームワーク・仮説

今回の分析においては、医療消費者の診察に関する自由回答を分析し、満足度を表す表現に隠れた医療消費者の声を見つけだすことを目的とする。さらに、診察を行う側の医師に対しても、患者としての立場で診察についてどのような考えを持っているのかを表す自由回答を得る。これにより、医師と医療消費者という立場の違いが、満足度を構成する要因に違いを及ぼすかどうかを検討する。さらに、両者からそれぞれ得られた結果を対比することにより、立場の違いによる満足度の価値観の違いを明らかにする。

そして、キーワード抽出による出現度数とキーワードから生成した結合文の内容を比較することにより、テキストマイニングの分析手法についても検討する。

③方法論

今回の分析においては、特に医師と対面する場である診察をテーマに、以下の項目を設定し、これらに対する自由回答を3つまで、医者と医療消費者それぞれから患者の視点で記述してもらった。

- ・あなた自身が受ける診察で、満足できる診察とはどのようなものですか。
- ・あなた自身が受ける診察で、満足できない診察とはどのようなものですか。

この自由回答の結果を、形態素解析システム茶筌 chasen-2.3.3 (松本ら; 2003) により品詞情報とともに形態素に分解し、その品詞情報をもとに基本形を生成したものについて、以下の品詞を抽出してキーワードを作成した。

(1)形容詞、(2)名詞(意味の解釈を容易にするため、名詞-サ変接続、名詞-一般、名詞-形容動詞語幹、名詞-固有名詞-組織のみ抽出)、(3)動詞、(4)副詞、(5)接頭詞、(6)連体詞、(7)助動詞

キーワードの数と出現頻度合計は下表 (図表 4-2-5) に示すとおりである。

図表 4-2-5 回答データとキーワード、キーワード結合文の内訳

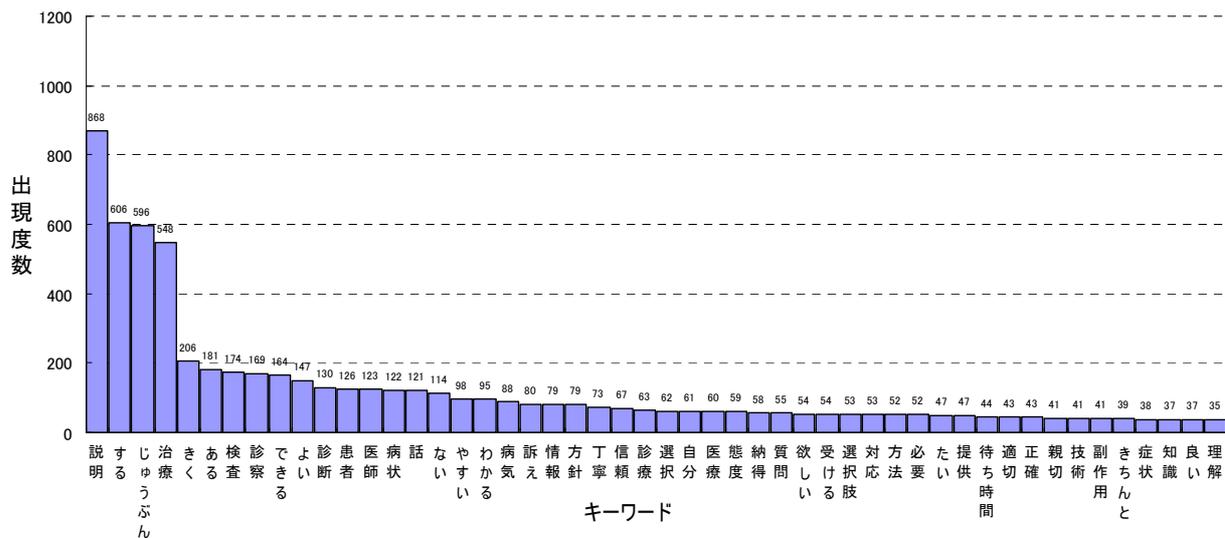
		回答 人数	回答 文数	平均 回答数 (1人あたり)	キー ワード 数	キー ワード 出現度数	結合 文数	結合文 出現度数
満足 できる	医師	986	2757	2.800	1156	10082	2120	2747
	医療 消費者	871	2449	2.812	1081	11005	2064	2444
満足 できない	医師	957	2488	2.600	1176	8204	1764	2471
	医療 消費者	863	2378	2.756	1229	10335	1922	2374

④結果および考察

医師・医療消費者それぞれの回答におけるキーワードの出現頻度をエントリー数 50 まで表示したものが下図（図表 4-2-6, 7, 8, 9）である。

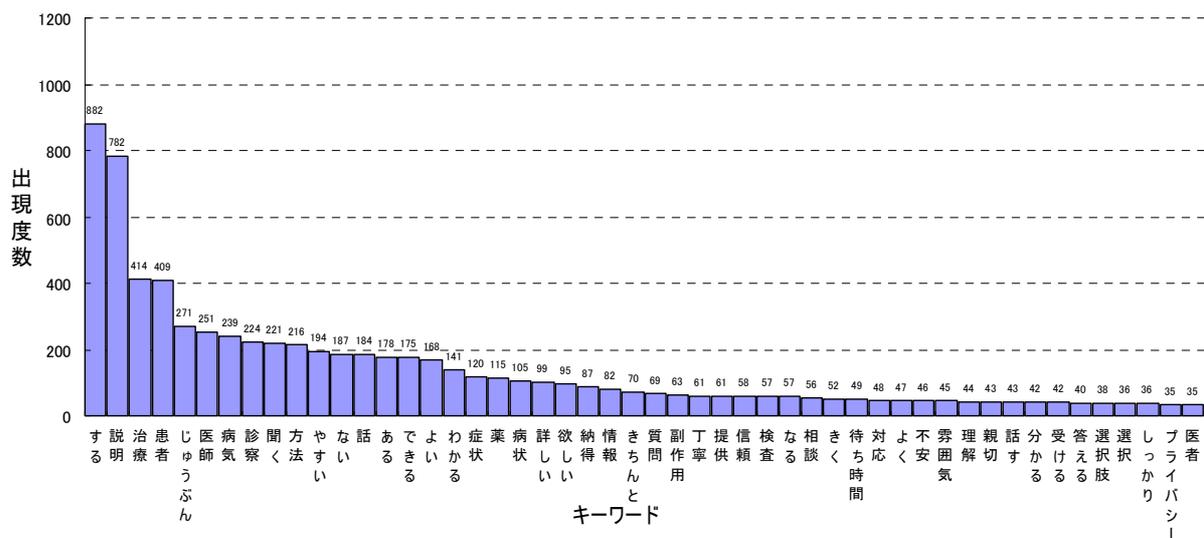
図表 4-2-6 診察に対する満足を表すキーワードの出現度数分布表（医師）

※ 上位 50 語の合計出現度数：6, 323（全度数に対する 63%）



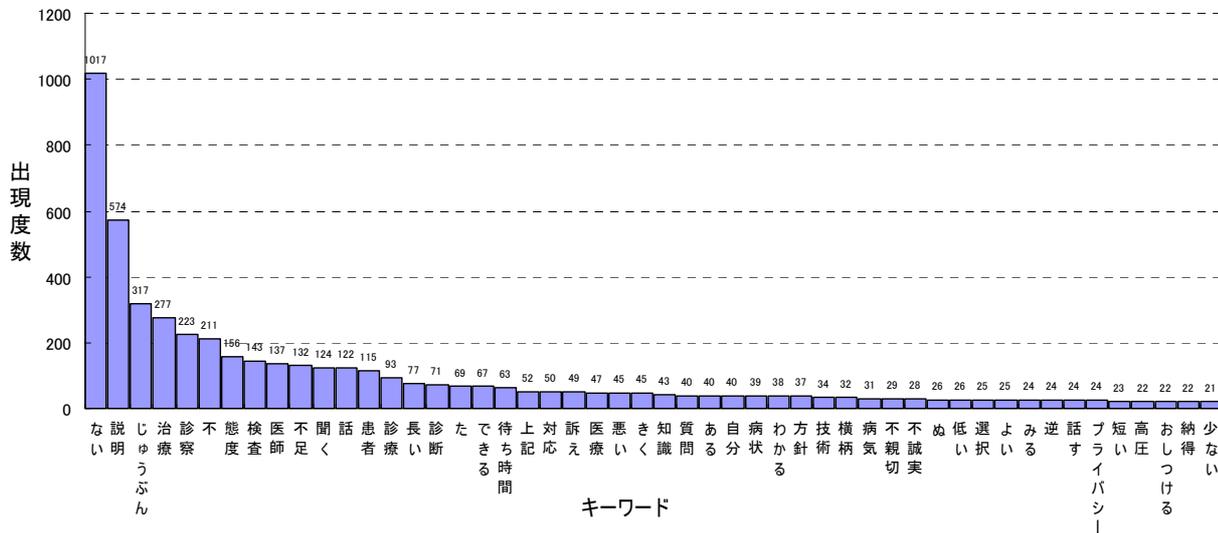
図表 4-2-7 診察に対する満足を表すキーワードの出現度数分布表（医療消費者）

※ 上位 50 語の合計出現度数：7, 112（全度数に対する 65%）



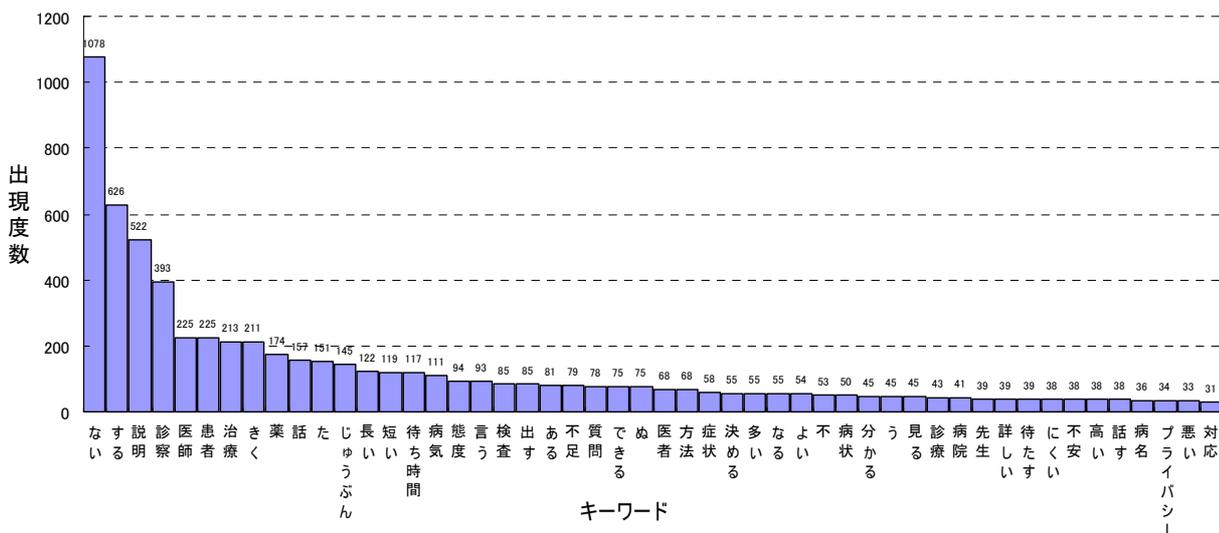
図表 4-2-8 診察に対する不満足を表すキーワードの出現度数分布表（医師）

※ 上位 50 語の合計出現度数：5,015（全度数に対する 61%）



図表 4-2-9 診察に対する不満足を表すキーワードの出現度数分布表（医療消費者）

※ 上位 50 語の合計出現度数：6,472（全度数に対する 63%）

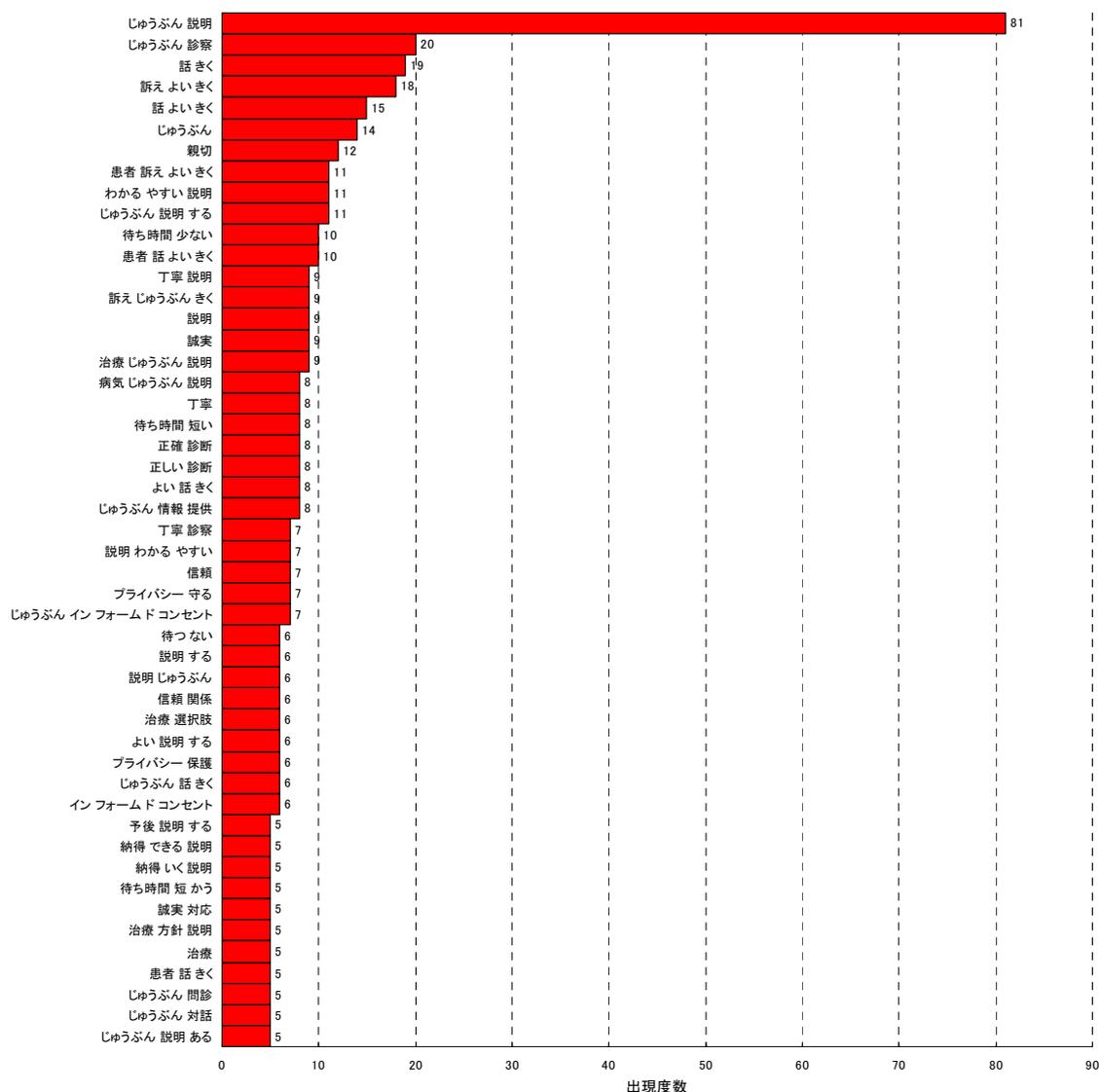


キーワードの出現度数分布より、「する」や「ない」など単体では意味を把握することが難しい語を除くと、医師と医療消費者のデータ両方において、「説明」というキーワードが最も多く出現している。また、その次に満足を説明する表現として「治療」や「診察」というキーワードが多く出現していることがわかる。

さらに、基本形として抽出された上記のキーワードを元の文章の構成通りに配置して結合文を作成し、出現度数が5以上のものを示したのが以下の図である（図表4-2-10, 11, 12, 13）。

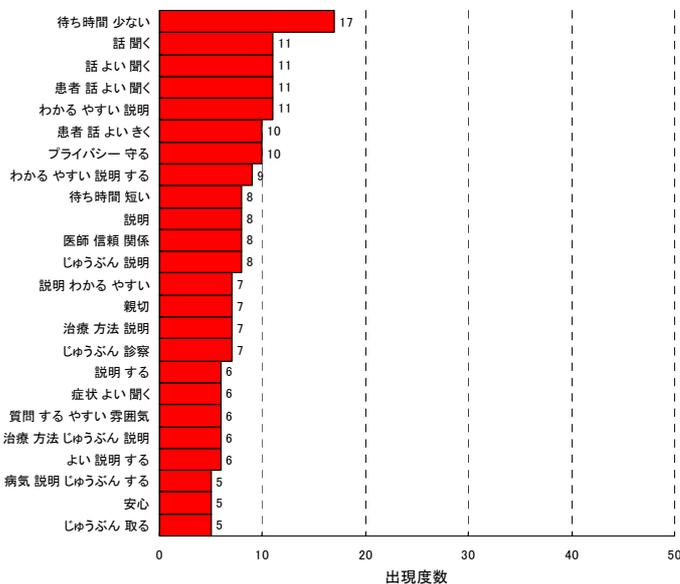
図表 4-2-10 診察に対する満足を表すキーワード結合文の出現度数分布表（医師）

※ 度数5以上の合計出現度数：473（全度数に対する17%）



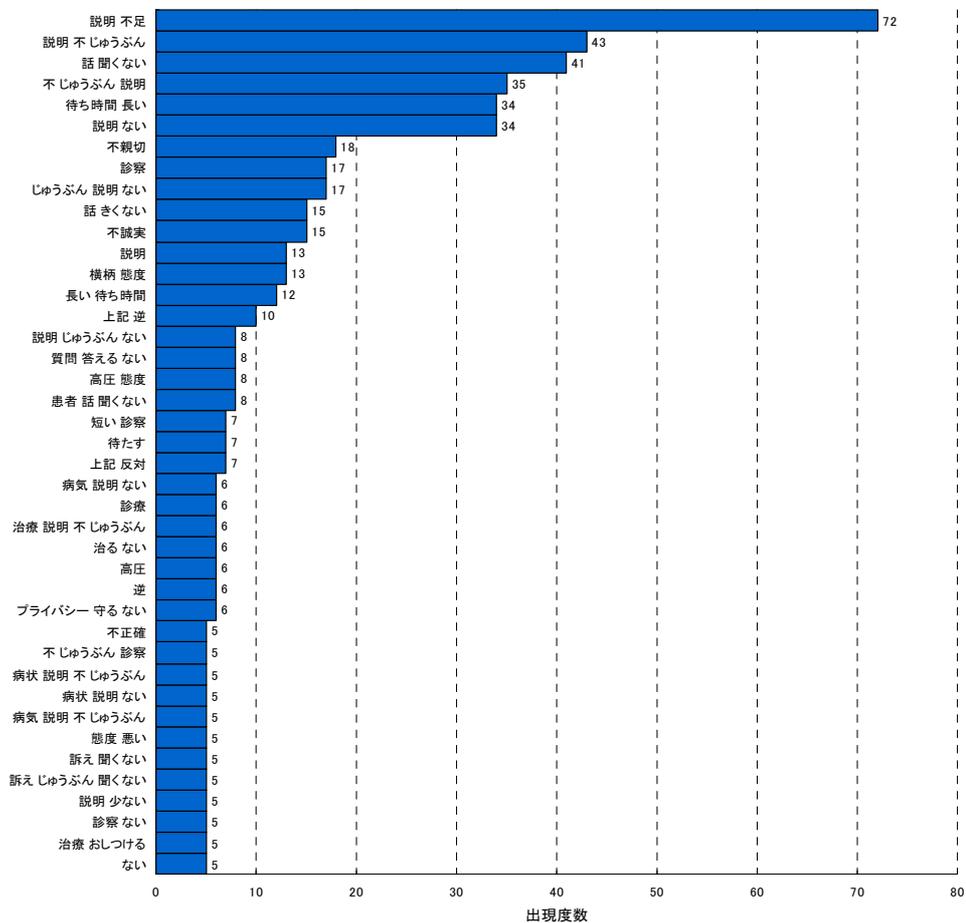
図表 4-2-11 診察に対する満足を表すキーワード結合文の出現度数分布表（医療消費者）

※ 度数 5 以上の合計出現度数：195（全度数に対する 8%）



図表 4-2-12 診察に対する不満足を表すキーワード結合文の出現度数分布表（医師）

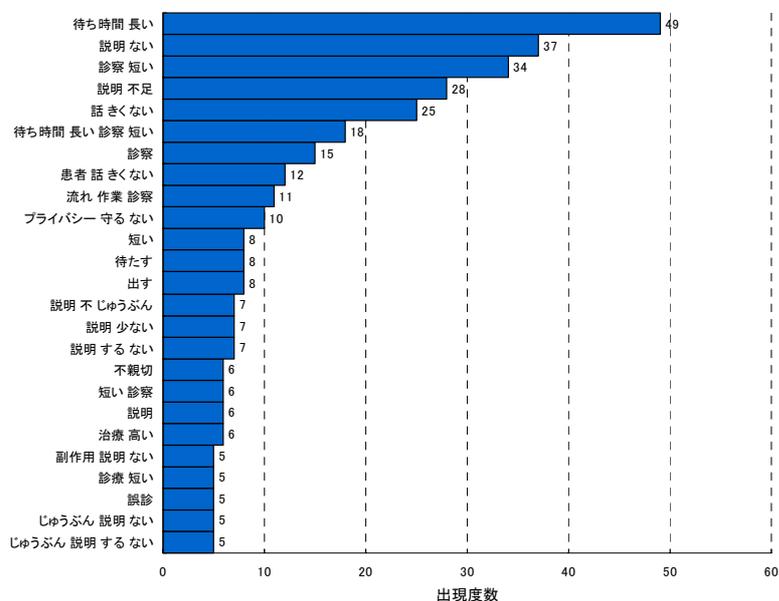
※ 度数 5 以上の合計出現度数：544（全度数に対する 22%）



図表 4-2-13 診察に対する不満足を表すキーワード結合文の出現度数分布表

(医療消費者)

※ 度数 5 以上の合計出現度数 : 333 (全数に対する 14%)



これにより、先ほどのキーワードのみの分析では抽出されていなかった「じゅうぶん(な)説明」「じゅうぶん(な)診察」という項目が医師について、医療消費者については「待ち時間(が)少ない」「わかる(り)やすい説明」という内容が満足のいく診察について抽出された。

同様に満足できない診察についてみると、医師は「説明不足」「説明(が)不じゅうぶん」という内容が、医療消費者については「待ち時間(が)長い」「説明(が)ない」という内容が抽出される結果となった。

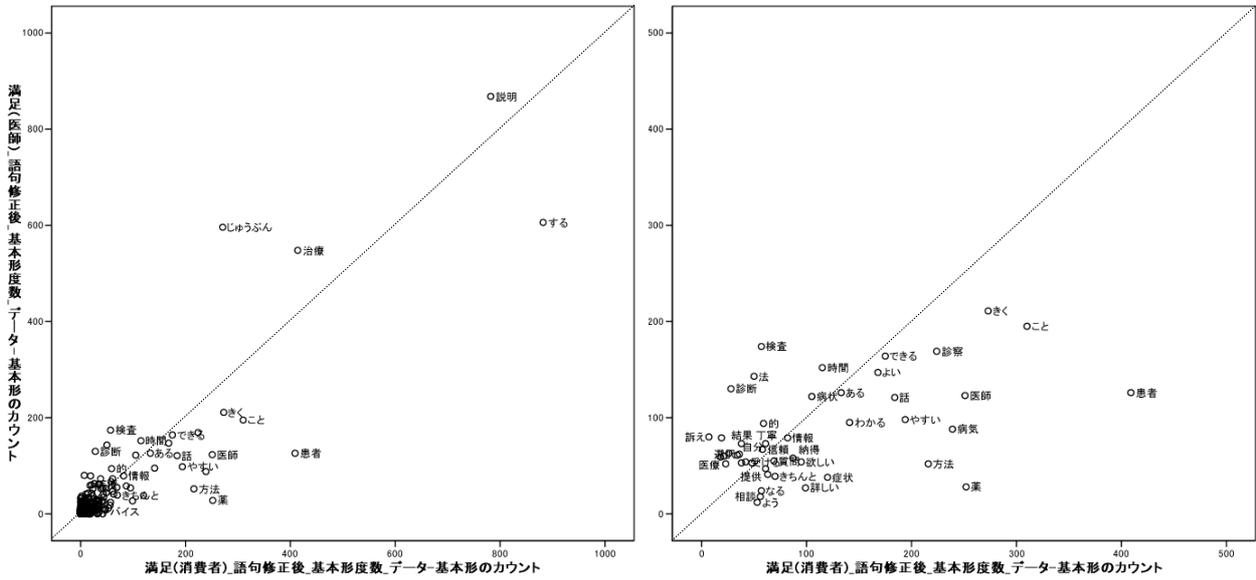
さらに、医師と医療消費者を比較するために、上記により抽出されたキーワードで共通するものを抽出し、それぞれの出現頻度を散布図として表したのが以下の図（図表 4-2-14, 15）である。

なお、上に示したキーワードにおいては解釈のため名詞の一部を抽出したが、以下の散布図においては名詞全てを用いた。そのため、同じキーワードにおいても異なる種類の名詞として識別されていたものが追加されており、度数は先のキーワードのものと統一されていない。

図表 4-2-14 満足できる診察についての医師と医療消費者の共通キーワード散布図

※ 左図：医師・医療消費者どちらかの度数が 50 以下のものを除く

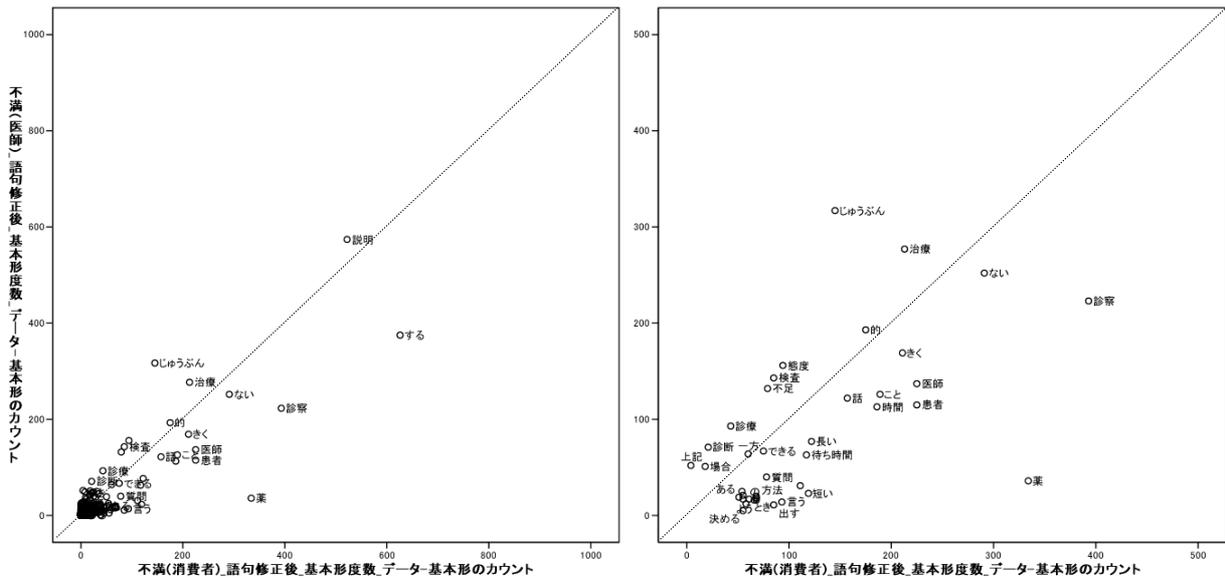
右図：医師・医療消費者どちらかの度数が 50 以下、もしくは、500 以上のものを除く



図表 4-2-15 満足できない診察についての医師と医療消費者の共通キーワード散布図

※ 左図：医師・医療消費者どちらかの度数が 50 以下のものを除く

右図：医師・医療消費者どちらかの度数が 50 以下、もしくは、500 以上のものを除く



この散布図により、同じキーワードに対する医師と医療消費者の出現頻度の違いが表されている。

満足できる診察について図表 4-2-14 を見ると、医師・医療消費者ともに「説明」というキーワードが他を抜いて出現頻度が高いことがわかる。これは、度数の差こそあるが満足できない医療においても同じであった。

さらに、医師と医療消費者を比較すると、満足できる診察について医療消費者は自分自身を表す「医療消費者」、相手を表す「医師」の他に、「薬」というキーワードをより多く挙げている。この「薬」というキーワードの出現頻度は、医療消費者では 200 を超えるのに対し、医師では 50 未満となっている。また、医師では「検査」や「診断」というキーワードが医療消費者よりも多く出現している。

満足のできない診察についても同様に比較すると、医療消費者では「薬」というキーワードが医師よりも非常に多く出現しているのに対し、医師では「態度」や「検査」、「不足」というキーワードが多く出現している。また、「診察」というキーワードは医療消費者により多く、「治療」というキーワードはより医師に多かった。

単純なキーワードの分析、さらに医師と医療消費者を対比させたキーワードの分析により、医師と医療消費者はともに「説明」というキーワードが、満足できる診察・満足できない診察のそれぞれに関する記述中に非常に高い頻度で出現していることが分かった。さらにキーワード結合文の分析により、「説明」というキーワードは「じゅうぶんな説明」「わかりやすい説明」というような文章で満足を表す記述に多く出現しているということが明らかとなった。そして一方で、不満足を表す記述においては「説明不足」や「説明が不十分」もしくは「説明がない」という文章で表される記述に多く出現していることが分かった。

これより医療消費者、医師ともに、診察においては説明がどれだけ十分にされているかを非常に重要視していることが示唆されている。これは先行研究の結果とも一致しており、満足度を左右するものとして説明の果たす役割の重要性が現れていると考えられる。

また、キーワード結合文を生成することにより、待ち時間の長さが医療消費者においては重要視されていることが分かった。これは、自由回答を分析する際に、単純なキーワードのみでなく、様々な方法で内容を抽出することにより、そこから得られる結果についても幅広い意味を拾うことができたために得られた結果である。

さらに、医師と医療消費者の結果を対比することにより、医療消費者は「薬」というキーワードが、医師は「検査」というキーワードがそれぞれより多く出現していることが分かった。これは医療消費者が診察の場においても薬に関することをより重要視していること、医師は自身の診察の場においてはより検査を重要視していることを表していると考えられる。今後の分析においては、上記のキーワードを含む文章を抽出するなどして、よりその内容に含まれる意味を精査する必要があるであろう。

方法論的には、キーワードを抽出して度数をカウントすることで、回答文において大きなポイントになっている言葉を把握することができた。さらに、結合文を分析することで、キーワード同士をより意味のある言葉にし、その言葉を用いて高頻度で出現するより具体的な内容を抽出することができた。しかし一方で、同じ薬という言葉でも文脈によって別の名詞として扱われることがあり、自動判別された品詞情報による抽出方法はさらに検討をする必要が示された。

実際のところ、キーワードのみではそれらを含む文章がどのような意味を持っているのかを掴みづらく、また結合文でも全く同じキーワードからなる文章が、その出現の順序が異なるだけで別のものとしてカウントされてしまうという問題がある。結果として、キーワードでは高頻度で現れていた「説明」に関する結合文ではなく、「待ち時間」に関する結合文がもっとも高頻度で出現した医療消費者の結果は、「説明」を含む文章の内容が多岐にわたるため、定型文としては抽出されなかったためであろう。それぞれ抽出されたキーワードを含む記述は、結合文には表れないが、とても幅広く有用性の高い意味を含んでいる可能性を秘めており、さらに内容を分析するための別の手法を検討する必要があると考えられる。なお、「待ち時間が少ない」や「待ち時間が長い」という結合文が高頻度で現れた結果は、これらが比較的一般性の高い表現であり、同じ形で多くの回答文中に出現したと推測される。

今回の質問においては、医師と医療消費者のそれぞれの属性を持つ回答者に対し、同じ患者としての立場で回答することを求めた。そしてその回答の対比からは、立場の違いによって診察に対する満足・不満足を表す内容の違いがあることが示された。もし、医師が患者に対する最善の方法として自分自身がしてほしい診察を行うと考えると、それが立場の違いから、患者が満足のいくものではない可能性がある。

また、医療現場の多くにおいては、薬は診察の後に受け取り、その服用方法について説明を受けるようになってきている。しかし、医療消費者の自由回答から「薬」というキーワードがより多く見られた今回の結果は、診察の場においても薬に関する何らかの情報提示もしくは説明をしてほしいと感じている医療消費者の声を表したのではないだろうか。この詳細については、内容を含めて更なる分析が必要であろう。

さらに医師においては、「検査」を非常に重要視する傾向が示されている。これは、自身が受ける治療として評価できるものを聞いて改めて分かった実態であり、検査を推奨する医師がいた場合、その行動を理解する際に非常に重要な意味をもつと思われる。なぜならば、医師は自身が満足のいく診察という観点から実際の行為を行っている可能性が高く、この医師自身の満足するところが医療消費者のものと異なる場合は、医師がいくら相手を思っていたとしても相手に理解をされていない可能性があるためである。医療消費者側としても、医師自身がその立場に立ったときどのようなことを考えているのか、非常に

興味深い点ではないだろうか。医療消費者の求めるものに合わせる必要があるかどうかは治療効果や病状など場合に依りて変化するであろうが、少なくとも医師の考えを説明する必要がありそうである。

最後に、今回の調査においては先行研究における満足度の定量的分析の結果を支持するようなものに加えて、これまで抽出することができなかった点についても拾い出すことができたと考えられる。非常に高い回答率から得られたこれらのデータは、今後の更なる分析において豊かな内容を提供するであろう。

参考文献

- 小松利行, 鈴木義規, 後藤裕子 (2004) 「アンケートにおける自由回答データの解析手法 MAE テクニカルレポート」 **14**, 14-17.
- 櫻井茂明, 市村由美, 酢山明弘, 折原良平 (2001) 「テキストマイニングに適した帰納学習法」, 『人工知能学会全国大会論文集』 vol. **JSAI01**, 137-140.
- 妹尾一志 (2003). 「患者満足度から見たコミュニケーションの課題と方向性 患者満足の見点に立つ医療経営の現状と課題に関する調査研究」 67-84.
- 高柳和江 (1995) 「医療の質と患者満足度調査」 日総研.
- 長谷彰 (2003) 「アンケート調査結果 患者満足の見点に立つ医療経営の現状と課題に関する調査研究」 30-40.
- 前田泉, 徳田茂一 (2003) 「患者満足度—コミュニケーションと受療行動のダイナミズム」 日本評論社.
- Donabedian, A. (1966). Evaluating the Quality of Medical Care. *Mibank Memorial Func Quarterly: Health and Society*, **44**, 166-206.
- Feldman R., Dagan I., Hirsh H. (1998). Mining Text Using Keyword Distributions. *Journal of Intelligent Information Systems*, **10(3)**, 281-300.
- Hall, J., Roter, D. and Katz, N. (1988). Meta-analysis for Correlates of Provider Behavior in Medical Encounters, *Medical Care*, Vol.26, **7**, 657-672.
- Ross, C.K., Steward, C.A. and Sinacorre, J.M. (1993). The importance of patient preferences in the measurement of health care satisfaction. *Medical Care*, **31**, 1138-1149.
- Ware, J.E. Jr., Davies-Avery, A., & Stewart, A. (1978). The measurement and meaning of patient satisfaction. *Health & Medical Care Service Review*, **1**, 1-15.
- Williams B. (1994). Patient satisfaction: a valid concept? *Social Science & Medicine*. **38(4)**:509-16.
- Kahleen M. Mazor, Brian E. Clauser, Terry Field, Robert A. Yood, Jerry H. Gurwitz (2002). A demonstration of the impact of response bias on the results of patient satisfaction surveys. *Health Services Research*.

3. 患者満足度と信頼関係構築

(塚原 康博)

(1) 患者と医師とのコミュニケーションが患者満足度と信頼関係に与える効果

①序論

今日、コミュニケーションの分野で、健康コミュニケーション（ヘルス・コミュニケーション）が注目されている。抱井(2004)によると、健康コミュニケーションは、病気や健康を人間の身体的な変化としてのみとらえるのではなく、身体的、心理的、社会的な相互作用としてとらえる。アメリカでは、医療において 1960 年代から患者の心理的な側面が注目されており、Donabedian(1966)は医療の質を決める要素として、患者の健康改善に加えて患者の満足もあげている。次節で取り上げる先行研究のサーベイからもわかるように、患者と医師のコミュニケーションの改善は、患者の満足を上昇させ、患者満足の上昇は、治療効果の改善をもたらす。そして、治療効果の改善は、医療機関の経営にもプラスの効果をもたらす。このように、患者と医師のコミュニケーションの改善は、患者にとっても医師にとってもよいことであると考えられる。

一戸(1998)も指摘しているように、とりわけ現代は患者・医師関係の変革のときであり、「診てあげるから、黙って従いなさい」式のパターンリスティックな対応から患者中心の医療への転換が求められている。医療は人と人が向き合う場であり、患者中心の医療を実現するためには、治療以外にも患者と医師の良好な関係づくりが重要である。そのためには、医療、とりわけ医療の場における患者と医師のコミュニケーションに対する患者の評価が不可欠であり、医師は患者の評価を高めるためのコミュニケーション技法を身につける必要がある。

そこで、本研究では、われわれが独自に行った患者への調査から得られたデータを使用して、患者からみた「診察の満足度」と「医師との信頼関係の構築度」の向上のために、医師がどのような情報提供をすればよいか、どのようなコミュニケーションの取り方をすればよいかを考察する。

②コミュニケーションが患者満足に与える効果のサーベイ

患者と医師のコミュニケーションが患者満足に与える効果については、欧米と日本でいくつか研究がなされているので、ここで紹介したい。まず、欧米の研究成果から報告する。

Hall, Roter, and Katz(1988)は、医療提供者の患者に対する情報提供（全般、薬、治療など）やコミュニケーション量（時間や言葉の数）の増加は、有意に患者満足を上昇させることを見つけ、Cleary and McNeil(1988)は、よいコミュニケーションスキル、共感、思いやりといった医師・患者のパーソナルな側面が患者満足度に最も影響していることを見つけた。

上記2つの研究は、患者と医師のコミュニケーションのよさが患者満足の増加に寄与することを示すものであるが、患者と医師のコミュニケーションのよさや患者満足の増加が、

患者のコンプライアンスや患者の自発的な健康行動の向上、診療の中断防止に貢献するという研究成果もいくつか報告されている。Heszen-Klemens and Lapinska(1984)は、医師の指示の多さは、医師の指示へのコンプライアンスに有意に負に影響し、医師の患者に対する好意的な態度と患者と医師のパートナーシップの強さは、医師の指示についての患者の記憶と患者の自発的な健康行動に有意に正の効果をもつことを見つけ、Marquis and Ware(1983)は、患者満足度の減少が、医療提供者の変更と有意に関連していることを発見した。

以上の研究成果から、欧米において、患者と医師のコミュニケーションの改善は、概して患者の満足と治療効果の改善をもたらすとみなすことができる。

次に、日本の研究成果を報告する。長谷川・杉田(1993)は、外来患者の満足度に対して医師の接し方、コミュニケーションのあり方が重要であることを見つけ、今中・荒記・村田・信友(1993)は、医師に対する外来患者の満足度に対し、「医師の説明と技能」より「医師の専心と思いやり」がはるかに大きい影響を及ぼすことを見つけた。恩田・小林・黒田・全田(2004)の研究からは、薬の説明に対する患者の満足度を高めるためには、説明者の傾聴態度の改善が重要であるという結論が得られた。今井・楊・小島・櫻井・武藤(2001)は、医師とのコミュニケーションが外来患者の満足度に大きく影響することを見つけ、田久(1994)は、患者満足度と重要度の関係を分析し、コミュニケーション項目の「医師の対応」「医師の説明のわかりやすさ」は重視度、満足度とも高いという結論を得た。また、前田・徳田(2003)の研究によると、「医師の説明のわかりやすさ」、「医師が訴えを聞いてくれた」といった医師のコミュニケーション変数が満足度に影響する最重要因子であった。さらに、前田・徳田(2003)は、患者と医師のコミュニケーションのよさが患者満足度を高め、これが顧客ロイヤリティ（「継続受診意向」、「家族・知人への紹介意向」、「増額負担受容意向」）を高め、顧客ロイヤリティの上昇は、患者の維持と紹介を通じて医療機関の収益を高めると主張している。

一方、永井・山本・横山(2001)の研究によると、サービスの質の向上は患者満足度の上昇に有意な効果をもったが、「薬、診療の説明」、「医師の話聞く態度」のコミュニケーション変数は有意な効果をもたなかった。すなわち、一部の研究では、コミュニケーションが顧客満足度には影響を与えないとするものもある。

しかしながら、日本においても概して、患者と医師のコミュニケーションの改善は、患者の満足をもたらすとみなすことができるだろう²⁵。

²⁵患者満足度を媒介変数に含むものではないが、藤原・野林(2004)は医療消費者に対するアンケート調査から得られたデータについて共分散構造分析を用いて解析し、健康管理や治療などへの関与希望の高まりと病気や薬などの知識の高まりがコミュニケーションを高め、コミュニケーションの高まりがコンプライアンス（薬を指示どおりに飲む）を高めるという結果を得ている。

③患者満足と信頼構築の要因分析

前節における先行研究のサーベイから、患者と医師のコミュニケーション変数は、患者満足の大きな決定要因であると考えられる。そこで、われわれは、分析の焦点を患者と医師のコミュニケーションと患者満足との関係に絞り、前者が後者に与える影響を詳細に分析した。それゆえ、本研究の特徴の1つは、患者と医師のコミュニケーション変数として、多様な項目を設けていることである。これによりどのような内容のコミュニケーションが患者満足に影響しているかをより詳しくみることができる。

さらに、本研究のもう1つの特徴は、患者からみた「医師との信頼関係の構築度」の規定要因に関する分析も行っていることである。患者満足と信頼構築は、互いに深い関連があると考えられるが、信頼がなくても患者満足が高い場合も考えられ、コミュニケーションの直接的な目標変数として信頼構築を設定することも可能なので、信頼構築の要因分析も行うことにした²⁶。患者満足と信頼構築に与えるコミュニケーション変数の効果の違いをみるために、患者満足と信頼構築を被説明変数にした回帰分析では、説明変数に同じ変数を使用した。本節で、まず、患者満足度の規定要因の分析結果を紹介し、続いて、信頼構築度の規定要因の分析結果を紹介する²⁷。

これらの分析では、われわれが行った『患者さんの「医療への参加」に関する意識調査』から得られたデータを使用している。患者満足度の規定要因の分析で使用する変数は、被説明変数が「診察に対する患者満足度」であり、説明変数は「患者と医師の対話の十分さ」、「医師から患者への情報提供の十分さ」、「医師の患者への接し方」であり、さらに「医師から患者への情報提供の十分さ」は8つの項目に、「医師の患者への接し方」は9つの項目に細分化される。「医師から患者への情報提供の十分さ」の内容は、「病気」、「望ましい治療方法」、「治療方法の選択肢」、「薬の効果」、「薬の副作用」、「薬の飲み方」、「薬の価格」、「薬の選択肢」の8つの項目であり、「医師の患者への接し方」の内容は、「患者中心の医療の実践」、「患者の意思尊重」、「質問しやすい雰囲気」、「患者への共感」、「患者の悩みや相談への対応」、「治療方法のわかりやすい説明」、「患者の質問への丁寧な回答」、「診察時間の十分さ」、「患者のプライバシーの遵守」の9つの項目である。1つの被説明変数、18の説明変数とも「非常にそう思う」から「まったくそう思わない」までの5段階評価であり、「非常にそう思う」に1、「かなりそう思う」に2、「ややそう思う」に3、「あまりそう思わない」に4、「まったくそう思わない」に5の値が割り振られている。

患者満足と信頼構築の分析で使用するサンプル・サイズは、いずれも1,111であり、分析で使用する変数の記述統計量は図表3-4-1のとおりである。

²⁶ちなみに、本研究で用いた調査データによると、5段階評価の患者満足度と信頼構築度との相関係数は0.649である。

²⁷患者満足度を規定する要因として患者の期待に注目し、医療提供者の行動が患者の期待に一致しているならば、患者の満足は上昇することを示す研究もある。これについては、Lochman(1983)、Like and Zyzanski(1987)、余田(2001)を参照されたい。

図表 4-3-1 分析で使用する変数の記述統計量

変数	平均値	標準偏差
被説明変数		
(1)医師の診察に満足している	2.82	0.911
(2)医師と信頼関係が築けている	2.95	0.945
説明変数		
(1)医師と十分に対話している	2.76	0.924
(2)医師から患者への情報提供の十分さ		
医師から病気の情報を 十分に提供されている	2.81	0.868
医師が最も望ましいと考える 治療方法の情報を医師から 十分に提供されている	2.91	0.864
医師から治療方法の選択肢の 情報を十分に提供されている	3.20	0.954
医師から薬の効果の情報を 十分に提供されている	3.15	0.903
医師から薬の副作用の情報を 十分に提供されている	3.48	0.948
医師から薬の飲み方の情報を 十分に提供されている	3.17	0.939
医師から薬の価格の情報を 十分に提供されている	4.14	0.930
医師から薬の選択肢の情報を 十分に提供されている	3.89	0.972
(3)医師の患者への接し方		
医師は患者中心の医療を実践 しようとしている	2.90	0.900
医師は患者の意思を尊重しよ うとしている	2.94	0.883

医師は質問しやすい雰囲気を心がけている	3.09	0.958
医師は患者の思いに共感を示している	3.20	0.939
医師は患者の悩みや相談に十分に対応している	3.15	0.897
医師は治療方法について患者にわかりやすく説明している	2.87	0.883
医師は患者の質問に丁寧に答えている	2.87	0.879
診察時間は十分である	3.32	1.014
診察室で患者のプライバシーは守られている	3.02	1.019

患者満足度の規定要因の分析は、ステップワイズ法の重回帰分析を用いて行った。ステップワイズ法は、多くの説明変数の中から説明力のある変数を選択するために採用されたが、変数投入の基準はF値の確率が0.05以下、変数削除の基準はF値の確率が0.1以下とした。この基準は、使用した統計パッケージSPSSのデフォルト値であるが、残った変数の数と変数の回帰係数の符号条件から適当であると判断されるため、この基準をそのまま採用した。推定結果は図表4-3-2に示されている。

図表 4-3-2 患者満足度の規定要因の推定結果

説明変数	回帰係数	標準誤差
医師と十分に対話している	0.373**	0.026
医師は患者中心の医療を実践 しようとしている	0.179**	0.029
医師は患者の悩みや相談に 十分に対応している	0.083*	0.036
医師から病気の情報を 十分に提供されている	0.085**	0.029
医師は治療方法について患者に わかりやすく説明している	0.085**	0.032
診察時間は十分である	0.059*	0.024
医師は患者の思いに共感を 示している	0.072*	0.031
定数	0.101	0.072
自由度修正済み決定係数	0.600	

注) **, *はそれぞれ 1%水準、5%水準で有意であることを示す。

図表 4-3-2 より、「患者と医師の対話の十分さ」が有意性においても、量的な大きさにおいても「診察に対する患者満足度」に対して最も強い影響を与えている。「医師の患者への接し方」に関する変数では、9つの変数のうち「患者中心の医療の実践」、「患者の悩みや相談への対応」、「治療方法のわかりやすい説明」、「診察時間の十分さ」、「患者への共感」の 5 つが有意であり、「医師から患者への情報提供の十分さ」に関する変数では、8つの変数のうち「病気」のみが有意である。

以上の推定結果から、医師が患者満足度を高めるためにとるべきコミュニケーションのあり方は以下のとおりである。まず第 1 に、医師は患者と十分な対話を行うことである。十分な対話は、コミュニケーションの基本前提であり、患者満足度を高める効果も大きい。医師から患者への十分な情報提供に関しては、患者満足度を高める要因としてはあまり効いていない。患者が最も聞きたい情報と考えられる病気についての情報のみが有意である。情報提供の変数とは対照的に、医師の接し方の変数は有意な変数が多い。これは、患者満足度を高めるためには、情報提供よりも医師の接し方が有効であることを示唆している。有意な変数から医師がとるべき有効なコミュニケーションのあり方をまとめてみると、診

察時間を十分にとり、患者の悩みや相談に耳を傾け、患者に共感し、患者にわかりやすい説明の仕方、患者の立場に立った治療を行うことである。

患者と医師との間には、医療の知識に関するギャップがあるため、患者がいくら医療に関する情報を十分に提供されても、それを使って完全に正しい判断を下すことは困難であろう。それゆえ、医師による情報提供よりも医師の患者に対する親身な対応が患者満足度の増大に直結すると考えられる。

続いて、信頼構築度の規定要因の分析であるが、この分析で用いた説明変数は、患者満足度のそれと全く同じであり、分析方法も患者満足度のそれと同じステップワイズ法の重回帰分析を用いて行った。推定結果は図表 4-3-3 に示されている。

図表 4-3-3 信頼構築度の規定要因の推定結果

説明変数	回帰係数	標準誤差
医師と十分に対話している	0.338**	0.028
医師は患者の思いに共感を示している	0.184**	0.030
医師は治療方法について患者にわかりやすく説明している	0.160**	0.032
医師から薬の副作用の情報を十分に提供されている	0.115**	0.024
医師は患者中心の医療を実践しようとしている	0.136**	0.032
定数	0.174*	0.085
自由度修正済み決定係数	0.537	

注) **, *はそれぞれ 1%水準、5%水準で有意であることを示す。

図表 4-3-3 より、「患者と医師の対話の十分さ」が患者からみた「医師との信頼関係の構築度」に対し、有意性においても、量的な大きさにおいても最も強い影響を与えている。

「医師の患者への接し方」に関する変数では、9つの変数のうち「患者への共感」、「治療方法のわかりやすい説明」、「患者中心の医療の実践」の4つが有意であり、「医師から患者への情報提供の十分さ」に関する変数では、8つの変数のうち「薬に副作用の情報」のみが有意である。

患者満足度の分析と類似の変数が有意になっているが、有意性の大きさや有意な変数に若干違いがある。患者満足度の分析と比較すると、信頼構築度の分析では、「患者の悩みや相談への対応」、「診察時間の十分さ」が有意でなくなっている。さらに、信頼構築度の分析では、有意性の大きさで「患者中心の医療の実践」が低下し、「患者への共感」が上昇している。「医師から患者への情報提供の十分さ」に関する変数では、「病気の情報」が有意でなくなり、「薬の副作用の情報」が有意になっている。

以上の推定結果から、医師が患者との信頼関係を構築するには、第1に、患者満足度の増加のときと同様に患者との十分な対話が重要である²⁸。そして、対話を通じて信頼を高めるためには、患者の悩みや相談へ対応するために診察時間を長くするよりも、患者に共感を示し、薬の副作用の情報を含めたわかりやすい説明を行うべきである²⁹。

④結論

本研究では、われわれが独自に行った患者への調査から得られたデータを使用して、視察に対する「患者満足度」と患者からみた「医師との信頼関係の構築度」の向上のために、医師がどのような情報提供をすればよいか、どのようなコミュニケーションの取り方をすればよいかを考察した。

本研究の分析によると、患者満足と信頼構築いずれにおいても最も重要なのは、患者と医師の十分な対話である。十分な対話なしには、患者満足や信頼の構築を行うことは困難であろう³⁰。次に重要なのは、対話の中身や医師の態度である。患者満足を高めるためには、医師が患者中心の立場に立つことが求められる。十分な診察時間を確保し、患者の立場に立って患者の悩みや相談に耳を傾け、患者に共感し、患者にわかりやすい説明を行うことが、患者の満足度を高めることにつながる。他方で、信頼の構築のためには、患者の悩みや相談へ対応するために診察時間を長くするよりも、患者に共感を示し、薬の副作用の情報を含めたわかりやすい説明を行うことが有効であり、患者満足と信頼構築で有

²⁸ Northouse and Northouse(1992)によると、信頼を増す協調的コミュニケーションは、説明、問題志向（ともに解決）、自発性、共感、対等、暫定主義（相手の意見も聞く）の6つの特徴を持つ。

²⁹ ただし、薬の副作用の情報の解釈については注意が必要である。患者と医師との信頼関係が構築されたので、医師が薬の副作用の情報を十分に提供したという逆の因果の可能性もありうる。

³⁰ 桜山(2004)によると、東京都民の医療に関する相談や苦情を受けつける「患者の声相談窓口」（東京都が設置）における2002年度の全相談件数10,261件のうち21%の2,174件がインフォームド・コンセントに関するものであった。そのうち、61%が「説明不足」、26%が「不信感がある」であった。

効なコミュニケーションのあり方に少し違いがある。

一戸(1998)も指摘しているように、医療の質を評価するには、医師による診療の評価と患者の視点を取り入れた評価の2つが必要である。後者の評価のためには、患者満足度は重要な視座を提供するであろう。ただし、患者の思いは複雑なので、満足で患者の思いを表現できず、満足は患者の思いを間違っって表現するという Williams(1994)の指摘や患者満足度は主観的な尺度であり、客観的な尺度になりえないという意見もある。患者と医師のコミュニケーション、それが患者満足度に与える効果、医療の質の評価における患者満足度の利用においては、今後さらなる研究の蓄積が必要であろう。

参考文献

- Cleary, P. and McNeil, B. (1988) "Patient Satisfaction as an Indicator of Quality Care" *Inquiry*, Vol. 25, No. 25, pp. 25-36.
- Donabedian, A. (1966) "Evaluating the Quality of Medical Care", *Mibank Memorial Fund Quarterly: Health and Society*, Vol. 44, pp. 166-206.
- Hall, J., Roter, D. and Katz, N. (1988) "Meta-analysis of Correlates of Provider Behavior in Medical Encounters", *Medical Care*, Vol. 26, No. 7, pp. 657-672.
- Heszen-Klemens, I. and Lapinska, E. (1984) "Doctor-patient Interaction, Patients' Health Behavior and Effects of Treatment", *Social Science and Medicine*, Vol. 19, No. 1, pp. 9-18.
- Lochman, J. (1983) "Factors Related to Patients' Satisfaction with Their Medical Care" *Journal of Community Health*, Vol. 9, pp. 91-109.
- Like, R. and Zyzanski, S. (1987) "Patient Satisfaction with the Clinical Encounter: Social Psychological Determinants" *Social Science and Medicine*, Vol. 24, pp. 351-357.
- Marquis, S., Davies, A. and Ware, J. (1983) "Patient Satisfaction and Change in Medical Care Provider: A longitudinal Study", *Medical Care*, Vol. 21, No. 8, pp. 821-829.
- Northouse, P. and Northouse, L. (1992) *Health Communication: Strategies for Health Professionals*: Appleton and Lange (信友浩一・萩原明人訳『ヘルス・コミュニケーション: これからの医療者の必須技術』九州大学出版会、1988年).
- Williams, B. (1994) "Patient Satisfaction: A Valid Concept?" *Social Science and Medicine*, Vol. 38, Vol. 4, pp. 351-357.
- 一戸真子(1998)「医療における医療評価システムについて—質の評価の観点から—」『大原社会問題研究所雑誌』第477号、19-40.

- 今井壽正・楊学坤・小島茂・櫻井美鈴・武藤孝司(2001)「大学病院の患者満足度調査－外来・入院患者の満足度に及ぼす要因の解析－」『病院管理』、第37巻、第3号、63-74.
- 今中雄一・荒記俊一・村田勝敬・信友浩一(1993)「医師および病院に対する外来患者の満足度と継続受診意志におよぼす要因－総合病院における解析－」『日本公衆衛生雑誌』、第40巻、第8号、624-635.
- 恩田光子・小林暁峯・黒田和夫・全田浩(2004)「病院における薬の説明に対する患者満足度に影響を与える要因に関する研究」『病院管理』、第41巻、第1号、7-14.
- 抱井尚子(2004)「健康コミュニケーション」岡野雅雄編著『わかりやすいコミュニケーション学』、三和書籍、173-210.
- 桜山豊夫(2004)「患者の視点から見た医療の問題点－患者の声相談窓口での対応を通して－」『病院』第63巻、第1号、24-28.
- 田久浩志(1994)「満足度と重視度による外来患者サービスの評価」『病院管理』、第31巻、第3号、15-24.
- 永井昌寛・山本勝・横山淳一(2001)「病院および診療所におけるサービスの分析と評価」『病院管理』、第38巻、第3号、25-37.
- 長谷川万希子・杉田聡(1993)「患者満足度による医療の評価－大学病院外来における調査から－」『病院管理』、第30巻、第3号、31-40.
- 藤原尚也・野林晴彦(2004)「意識調査に基づく医療消費者のエンパワーメントのあり方」医療産業政策研究所リサーチペーパー・シリーズ、Mo. 17.
- 前田泉・徳田茂二(2003)『患者満足度－コミュニケーションと受療行動のダイナミズム－』、日本評論社.
- 余田拓郎(2001)「患者による医療機関の評価メカニズム－事前期待に基づく患者満足の分析と考察－」『オイコノミカ』第37巻、第3・4号、41-53.

(2) 理想と現実のギャップが患者満足度に与える効果

(塚原 康博)

①序論

本研究では、インフォームド・コンセントとインフォームド・チョイスに関わる意思決定、そしてその前提である医師からの情報提供に焦点を当て、これらにおける患者からみた理想と現実のギャップが、診察に対する患者満足度に与える効果を検証する。一戸(1998)も指摘しているように、現代は医師・患者関係の変革のときであり、従来のパターンリスティックな対応(診てあげるから、黙って従いなさい)から、患者中心の医療への転換が求められている。患者中心の医療のためには、インフォームド・コンセントやインフォームド・チョイス、そして医師からの情報提供が十分になされる必要がある。そこで、本研究では、インフォームド・コンセントとインフォームド・チョイスにおける意思決定、医師からの情報提供における患者からみた理想と現実のギャップの拡大が、患者満足度を低下させるという仮説を立て、この仮説の検証を行う。なお、これまでの先行研究によると、医師の患者への接し方が患者満足に大きく影響するという結果が得られているが、本研究では、患者への情報提供と患者による意思決定に分析対象を限定して、それらのギャップが患者満足度に与える影響をみる³¹。

②仮説

ここで用いる仮説は、ある事柄について、現実の状態が望ましい状態に近づくほど、その状態から得られる満足の水準が上昇し、現実の状態が望ましい状態から離れるほど、その状態から得られる満足の水準が低下するというものである。理想と現実のギャップが満足の水準に影響するという仮説である。この仮説に類似した仮説として、Oliver(1997)の期待不一致モデルがある。このモデルでは、満足評価の参照点として、理想ではなく事前期待が用いられ、事前期待と現実のパフォーマンスとの乖離が満足に影響を及ぼすと想定する。このモデルを日本の患者満足度に適用したのが、余田(2001)である。

余田(2001)は、総体的満足、再利用意図、他者推奨意図の3つを被説明変数とする回帰分析を行い、期待と現実の不一致変数では、快適性の不一致が総体的満足へ、待ち時間の不一致が再利用意図へ、医療機器・設備の不一致が他者推奨意図へ有意に影響するという結果を得ている。なお、欧米においても、期待不一致モデルを患者満足に適用した研究はなされており、Lochman(1983)と Like and Zyzanski(1987)の研究から医療提供者の行動が患者の期待に一致しているならば、患者の満足は上昇するという結果が得られている。

本研究では、理想と現実のギャップが満足水準に影響するというモデルを採用し、それを患者満足度に適用する。ただし、ここで取り上げるギャップ変数は、インフォームド・

³¹医師の患者への接し方が患者満足度に影響したという研究として、以下の2つがあげられる。今中・荒記・村田・信友(1993)は、医師に対する満足度に対し、「医師の説明と技能」より「医師の専心と思いやり」がはるかに大きい効果をもつことを見つけた。田久(1994)は、「医師の説明のわかりやすさ」とともに「医師の対応」も患者満足度を高めるという分析結果を得ている。

コンセントとインフォームド・チョイスにおける意思決定、医師からの情報提供である。

③方法

上記の仮説を検証するために、われわれが医療消費者に対して行った調査『患者さんの「医療への参加」に関する意識調査』から得られたデータを使用した。本研究の分析は、被説明変数として患者満足度を用い、説明変数としてインフォームド・コンセントとインフォームド・チョイスにおける意思決定、医師からの情報提供、それぞれにおける患者からみた理想と現実のギャップ変数を使用した。分析方法は、ステップワイズ法の重回帰分析である。ステップワイズ法は、多くの説明変数の中から説明力のある変数を選択するために採用されたが、変数投入の基準はF値の確率が0.05以下、変数削除の基準はF値の確率が0.1以下とした。この基準は、使用した統計パッケージSPSSのデフォルト値であるが、後でみるように残った変数の数と変数の回帰係数の符号条件から適当であると判断されるため、この基準をそのまま採用した。

被説明変数の患者満足度は、診察に対する5段階評価の患者の満足度であり、診察に満足しているかという質問に対し、「非常にそう思う」という回答に1、「かなりそう思う」という回答に2、「ややそう思う」という回答に3、「あまりそう思わない」という回答に4、「全くそう思わない」という回答に5を割り当てた。したがって、不満足なほど大きな数値になっている。説明変数のうち、インフォームド・コンセントとインフォームド・チョイスに関する意思決定における理想と現実のギャップ変数は、治療方法の意思決定と薬の選択の意思決定の2つからなる。治療方法の意思決定における理想に関しては、5つの選択肢のうち、「治療方法については、すべて医師に任せるべき」の回答に1、「医師から最良だと思ふ治療方法について説明を受け、患者さんが同意すべき」の回答に2、「医師から複数の治療方法について説明を受けた上で、医師が最良だと思ふ治療方法を説明され、患者さんが同意すべき」の回答に3、「医師から複数の治療方法について説明を受けた上で、患者さんが医師と相談して決めるべき」の回答に4、「医師から複数の治療方法について説明を受けた上で、判断は患者さんに任せるべき」の回答に5の数値が割り振られた。治療方法の意思決定における現実に関しては、5つの選択肢のうち、「医師がすべて治療方法を決めている」の回答に1、「医師から最良だと思ふ治療方法について説明を受け、同意している」の回答に2、「医師から複数の治療方法について説明を受けた上で、医師が最良だと思ふ治療方法を説明され、同意している」の回答に3、「医師から複数の治療方法について説明を受けた上で、医師と相談して決めている」の回答に4、「医師から複数の治療方法について説明を受けた上で、自分で判断している」の回答に5の数値が割り振られた。そして、治療方法の意思決定の理想に関する回答から治療方法の意思決定の現実に関する回答を引いて治療方法のギャップ変数を作成した。

理想と現実それぞれにおける5段階の尺度は、厳密には間隔尺度とはいえないが、概ね数値が上昇するほど、患者寄りの意思決定を表しているので、ここでは間隔尺度として扱

っている。患者中心の意思決定ほど、理想と現実とも数値が上昇するので、患者中心の意思決定が理想である場合に、そこから現実が乖離するほど、ギャップ変数の数値は大きくなる。薬の選択の意思決定における理想と現実のギャップ変数については、同様の方法により「治療方法」を「薬」に変えた質問から得られた回答を使用して作成した。

説明変数のうち、医師からの情報提供に関する理想と現実のギャップ変数については、以下のように作成した。まず、理想を尋ねた質問、すなわち「病気」、「望ましい治療方法」、「治療方法の選択肢」、「薬の効果」、「薬の副作用」、「薬の飲み方」、「薬の価格」、「薬の選択肢」の8つの項目それぞれについて十分に情報を提供すべきかという質問に対して、「非常にそう思う」という回答に1、「かなりそう思う」という回答に2、「ややそう思う」という回答に3、「あまりそう思わない」という回答に4、「全くそう思わない」という回答に5を割り当てた。次に、現実を尋ねた質問、すなわち、上記の8つの項目それぞれについて十分に情報を提供されているかという質問に対して、「非常にそう思う」という回答に1、「かなりそう思う」という回答に2、「ややそう思う」という回答に3、「あまりそう思わない」という回答に4、「全くそう思わない」という回答に5を割り当てた。そして、情報提供の理想に関する回答から情報提供の現実に関する回答を引いて情報提供のギャップ変数を作成した。情報提供のギャップ変数は、通常の場合にマイナスの値をとる。情報提供の理想と現実のギャップが拡大するほど、絶対値の数値は増加するが、マイナスの符号がつくため、数値の大きさは小さくなる。

④推定結果と考察

分析で使用するサンプル・サイズは1,107であり、変数の記述統計量を示したのが図表4-3-4である。図表4-3-4より、治療方法の意思決定におけるギャップと薬の選択の意思決定におけるギャップはいずれも平均値がプラスの値であり、患者は現状と比べてより患者主導の意思決定が望ましいと考えている。また、情報提供に関する8つのギャップはいずれも平均値がマイナスの値であり、患者は望ましい状態と比べ、現状の医師による情報提供は不十分であると考えている。図表4-3-4には、説明変数の被説明変数との相関係数も示してあるが、いずれの説明変数も現実が理想から乖離するほど、満足度が下がるという結果を示している。

図表 4-3-4 分析で使用する変数の記述統計量

変数	平均値	標準偏差	被説明変数との相関係数
被説明変数			
診療に対する患者満足度	2.820	0.909	
説明変数			
治療方法の意思決定におけるギャップ	1.443	1.052	0.268
薬の選択の意思決定におけるギャップ	1.645	1.120	0.272
病気の情報提供におけるギャップ	-1.289	1.050	-0.464
望ましい治療方法の情報提供におけるギャップ	-1.412	1.018	-0.407
治療方法の選択肢の情報提供におけるギャップ	-1.748	1.133	-0.445
薬の効果の情報提供におけるギャップ	-1.654	1.106	-0.406
薬の副作用の情報提供におけるギャップ	-2.065	1.134	-0.346
薬の飲み方の情報提供におけるギャップ	-1.490	1.152	-0.303
薬の価格の情報提供におけるギャップ	-2.195	1.300	-0.209
薬の選択肢の情報提供におけるギャップ	-2.270	1.237	-0.298

図表 4-3-5 回帰分析の推定結果

説明変数	回帰係数	標準誤差
病気の情報提供におけるギャップ	-0.235**	0.031
治療方法の選択肢の情報提供におけるギャップ	-0.138**	0.034
薬の効果の情報提供におけるギャップ	-0.084*	0.033
薬の価格の情報提供におけるギャップ	0.052*	0.022
治療方法の意思決定におけるギャップ	0.074**	0.028
薬の選択の意思決定におけるギャップ	0.053*	0.027
定数	2.055**	0.054
自由度修正済み決定係数	0.266	

注) **, *はそれぞれ1%水準、5%水準で有意であることを示す。

被説明変数として患者満足度を用い、説明変数として 10 個のギャップ変数を用いたステップワイズ法の重回帰分析の結果は図表 4-3-5 に示されている。残った説明変数の数は 6 つである。残った説明変数のうち、5 つは予想どおりであるが、薬の価格の情報提供におけるギャップの回帰係数の符号は予想に反してプラスである。図表 4-3-4 で示されるように、薬の価格の情報提供におけるギャップの患者満足度との相関係数の符号は予想どおりマイナスであったが、回帰係数の符号はプラスに変わっている。そこで、薬の価格の情報提供におけるギャップを説明変数から外して再推定した結果が図表 4-3-6 である。

図表 4-3-6 回帰分析の再推定結果

説明変数	回帰係数	標準誤差
病気の情報提供におけるギャップ	-0.236**	0.031
治療方法の選択肢の情報提供におけるギャップ	-0.130**	0.033
薬の効果の情報提供におけるギャップ	-0.071*	0.032
治療方法の意思決定におけるギャップ	0.097**	0.024
定数	2.030**	0.049
自由度修正済み決定係数	0.261	

注) **, *はそれぞれ 1%水準、5%水準で有意であることを示す。

図表 4-3-6 より、残った 4 つの説明変数はいずれも予想どおりである。病気や治療方法の選択肢に関する実際の情報提供が理想と比べて不十分であるほど、患者満足度は低下する。治療に関する実際の意思決定が患者中心の理想から乖離するほど、患者満足度は低下する。

有意な変数として残ったものをみると、意思決定に関しては治療方法であり、情報提供に関しては病気、治療の選択肢、薬の効果である。いずれも患者にとって重要度の高いものと考えられる。

本研究では、インフォームド・コンセントとインフォームド・チョイスに関わる治療方法と薬の選択における意思決定、医師からの情報提供に焦点を当て、理想と現実のギャップ・モデルを患者満足度の分析に適用した。分析結果から、理想と現実のギャップ・モデルも一定の説明力をもつと結論できるだろう。

参考文献

- Like, R. and Zyzanski, S. (1987) "Patient Satisfaction with the Clinical Encounter: Social Psychological Determinants" *Social Science and Medicine*, Vol. 24, pp. 351-357.
- Lochman, J. (1983) "Factors Related to Patients' Satisfaction with Their Medical Care" *Journal of Community Health*, Vol. 9, pp. 91-109.
- Oliver, R. (1997) *Satisfaction: A Behavioral Perspective on the Consumer*, McGraw-hill Companies Inc.
- 一戸真子(1998)「医療における医療評価システムについて—質の評価の観点から—」『大原社会問題研究所雑誌』第 477 号、19-40.
- 今中雄一・荒記俊一・村田勝敬・信友浩一(1993)「医師および病院に対する外来患者の満足度と継続受診意志におよぼす要因—総合病院における解析—」『日本公衆衛生雑誌』、第 40 巻、第 8 号、624-63.
- 田久浩志(1994)「満足度と重視度による外来患者サービスの評価」『病院管理』、第 31 巻、第 3 号、15-24.
- 余田拓郎(2001)「患者による医療機関の評価メカニズム—事前期待に基づく患者満足の分析と考察—」『オイコノミカ』第 37 巻、第 3・4 号、41-53.

4. 医療消費者のヘルスリテラシーに関する分析

(1) 医師と医療消費者の知識差を生む要因

(藤澤弘美子)

①問題意識

経済学において情報の非対称性という概念があるが、これは何らかの関係性がある二者の間で、片方がもう一方よりも多く情報をもつことをいう。医療現場においても、医師が医療消費者よりも治療や薬について圧倒的に多い情報を持つことで、情報の非対称性が生まれる。もちろん、医学部を卒業し、国家試験に合格し、その後のトレーニングを受け、実際に診療を行ってきた医師と、そういった専門教育を受けていない医療消費者とでは、知識や情報量（知識と情報の関連は後述）に差があるのは当然であろう。しかし、医療行為を提供する側と受ける側という観点からすると、情報量に差があり、それによって医療行為を提供する側である医師の優位性が確固たるものとなると、受ける側の医療消費者は医師の提供するものに追従せざるを得ない状態となってしまう。

また、この情報の非対称性により、提供するサービスが正当に評価されないことも考えられる。つまり、医師が最適と考えて提供する治療方法や薬の処方に対して、医療消費者のもつ情報が不足しているためにその適切さが評価されず、医師の行為に対する不満とされてしまうような場合である。このようなことを防ぐためにも、医療消費者側に必要な情報をもってもらい、医師が提供する治療行為を正当に評価してもらうことが必要であろう。

医療現場におけるコミュニケーションという観点から考えると、医師は、医療の考え方・方針を患者に十分伝達し、理解を得るとともに、両者で分かち合うことにより治療計画に対する患者の満足度が増すとされており、医師から伝達された内容を十分に理解するためには患者が医療に関するある程度の知識を持つことの必要性が示されている。つまり、患者と医師とのコミュニケーションは、相互に情報の伝達（患者から医師へは症状についての説明、医師から患者へはそれに対する診断や治療についての説明など）を行うことによって成り立つものであり、これには例えばお互いが共通の言語で話すというように、何らかの共通知識を持ち、それを使ってやり取りをすることが必要であることを意味している。したがって、患者の知識が不足している場合には、医師とのコミュニケーションが成立しなくなるとも考えられる。

しかし今度は、このように治療に関する理解度を上げるために必要な知識の中身が問題となってくる。医療サービスに含まれる内容は幅広く、かつ患者が治療を受ける上で必要なものはその立場上得られるものという条件も含めて、限られたものであろう。

また情報を得た結果として蓄積されたものを知識とし、両者の情報量の差が知識差に反映されると考えると、知識差を広げる要因を分析することによって、情報の非対称性を生み出す要因について検討することができるであろう。

②フレームワーク・仮説

今回の調査の結果、医師と医療消費者の間に知識差が存在することは、両者ともに認識していることが明らかとなった。この知識差に影響を及ぼす要因として、どのような考えや知識の不足が影響しているのかを分析する。

さらに、治療に関する情報を収集するために医療消費者側に必要とされる要因として、治療やその情報収集に対する積極性が非常に重要な役割を持つことが過去の研究において示されている。そのため、知識差に対する意識と医療消費者の治療行為への積極性との関連についても検討する。

③方法論

治療もしくは薬についての、医師と患者の知識差の度合いを被説明変数とし、以下の変数をステップワイズ法により投入し、説明変数を抽出した。

※ 括弧内は医師に提示した質問項目に追加されていた内容である。

- ・(患者は) 自分で健康を管理したい (と考えている)
- ・(患者は) 治療に積極的に関わりたい (と考えている)
- ・(患者は) 病気や薬の情報を積極的に集めたい (と考えている)
- ・(患者は) 病気の知識を十分にもっている
- ・(患者は) 治療方法についての知識を十分に持っている
- ・(患者は) 薬の効果についての知識を十分に持っている
- ・(患者は) 薬の副作用の知識を十分に持っている
- ・(患者は) 医師の説明を十分に理解している
- ・(患者は) 自分の症状を医師にきちんと説明している

なお、ステップワイズ法は、多くの説明変数から説明力の高い変数を選択するために採用したが、変数投入の基準はF値の確率が0.05%以下、変数削除の基準はF値の確率が0.1以下とした。

④結果および考察

回帰分析の結果、医師のデータに関して図表 4-4-1、4-4-2 の結果が得られた。

図表 4-4-1 治療についての知識差を従属変数とした場合の回帰分析の推定結果（医師）

説明変数	回帰係数	標準誤差
・患者は治療方法の知識を十分にもっている	-0.244***	0.036
・患者は薬の副作用の知識を十分にもっている	-0.098***	0.035
自由度修正済み決定係数	0.100	

注) **、*はそれぞれ1%水準、5%水準で有意であることを示す。

図表 4-4-2 薬についての知識差を従属変数とした場合の回帰分析の推定結果（医師）

説明変数	回帰係数	標準誤差
・患者は薬の副作用の知識を十分にもっている	-0.188***	0.037
・患者は治療方法の知識を十分にもっている	-0.151***	0.037
自由度修正済み決定係数	0.087	

注) **、*はそれぞれ1%水準、5%水準で有意であることを示す。

この結果、医師は治療に関する知識差、薬に関する知識差ともに、係数の大小関係には違いが見られたが、「患者は治療方法に関する知識を十分に持っている」と「患者は薬の副作用の知識を十分に持っている」という2項目が負の係数の説明変数として抽出された。つまり、医師は患者が薬の副作用と治療方法の知識を十分持っていないと感じている度合いが強いほど、医師と患者のあいだの知識差が大きいと感じている。そして、この薬の副作用と治療方法という2項目が抽出された結果は、治療と薬に関する知識差それぞれについて共通していた。

ただし上記の推定結果を見ると、決定係数が共に1%程度にとどまっている。これは、知識差を生み出している要因として上記の2項目のみでは説明力が低く、これら以外の要因も強く影響している可能性を示唆している。

同様に、医療消費者から得られた結果を図表 4-4-3 と図表 4-4-4 に示す。

図表 4-4-3 治療についての知識差を従属変数とした場合の回帰分析の推定結果 (医療消費者)

説明変数	回帰係数	標準誤差
・薬の副作用についての知識を十分にもっている	-0.179 ^{**}	0.038
・治療方法についての知識を十分にもっている	-0.125 [*]	0.055
・自分の治療には積極的に関わりたい	0.115 ^{**}	0.039
・病気の知識を十分にもっている	-0.119 [*]	0.048
・自分の健康は自分で管理したい	0.089 [*]	0.040
自由度修正済み決定係数	0.139	

注) **, *はそれぞれ1%水準、5%水準で有意であることを示す。

図表 4-4-4 薬についての知識差を従属変数とした場合の回帰分析の推定結果 (医療消費者)

説明変数	回帰係数	標準誤差
・薬の効果についての知識を十分にもっている	-0.159 ^{**}	0.052
・自分の健康は自分で管理したい	0.121 ^{**}	0.034
・薬の副作用についての知識を十分にもっている	-0.151 ^{**}	0.045
・病気の知識を十分にもっている	-0.095 [*]	0.039
・医師に症状をきちんと説明している	0.078 [*]	0.034
自由度修正済み決定係数	0.138	

注) **, *はそれぞれ1%水準、5%水準で有意であることを示す。

上記より医療消費者は、薬の副作用と治療方法の知識を十分持っていないと感じている度合いが強いほど、治療に関する医師と自身の知識差が大きいと感じており、これは医師の結果から得られたものと同一である。さらに薬に関しては、薬の副作用と効果に関する知識が十分でないと感じているほど、医師と自身の知識差を大きく感じている。

また、医療消費者においては、自身の健康管理に対する積極性を示す項目が抽出されている。これは医師とは異なり、医療行為に対する積極的な関与の度合いが強いほど知識差の度合いを強く感じており、知識差に対する意識と医療に対する積極性の関係性を示唆した結果となった。

そして医師から得られた結果と共通する点であるが、回帰による決定係数が1%程度にとどまっている。このことより、知識差を生み出している要因として上記の項目のみではやはり説明力が低く、これら以外の要因も強く影響している可能性が示されている。

上記の分析より、医師と医療消費者に共通して、患者の治療に関する知識と薬の副作用に関する知識不足の認識度合いが強いほど、医師と医療消費者の間に知識差があると感じていることがわかった。この結果を踏まえると、治療と薬の副作用に関する情報を提供し、患者の知識不足の度合いを解消することで、医師と患者の知識差を埋めることができる可能性がある。

以前と比較して、インターネット等の普及により医療に関する情報が幅広くかつ簡単に検索できる環境が整備されてきているが、その内容はまだ制限されており、また医療消費者が正確に理解することが困難な内容も多く含まれているため、情報の伝達のためには医師等の医療従事者による媒介が必要であろう。情報の種類としては治療と薬の副作用という2つの項目が抽出されたが、今度はこれらの内容をいかに網羅して伝えるか、医師側の認識と伝達のスキルが問われることになるだろう。

また、これ以外にも医療消費者自身は薬に関してはその効果についての知識不足も感じているなど、医師が思う以上に医療消費者がより幅広い情報を必要としている可能性が示されている。

さらに、今回抽出された項目による説明力の低さによって、知識差に影響を及ぼすと考えられる要因についての更なる検討の必要性が明らかとなった。提示した質問項目には、自分の健康管理や治療に対する積極性、薬・病気・治療などに関する知識、そして医師への態度が含まれているが、今後の分析においてはこれら以外にも知識差に影響を及ぼすと考えられる項目を含めた調査を行い、より説明力の高い分析結果を得ることで、さらに十分な要因を明らかにすることができるだろう。

参考文献

Hall, J., Roter, D. and Katz, N. (1988). Meta-analysis of Correlates of Provider Behavior in Medical Encounters, *Medical Care*, **26**(7), 657-572.

妹尾一志(2003)「患者満足度から見たコミュニケーションの課題と方向性 患者満足の視点に立つ医療経営の現状と課題に関する調査研究」67-84.

藤原尚也,野林晴彦 (2004)「意識調査に基づく医療消費者のエンパワーメントのあり方」医薬産業政策研究所, リサーチペーパー, No. 17

(2) 患者と医師とのコミュニケーションが医師の説明に対する患者理解に与える効果

(塚原 康博)

①序論

現代は医師・患者関係の変革のときであり、従来のパターナリスティックな対応（診てあげるから、黙って従いなさい）から、患者中心の医療への転換が求められている³²。患者中心の医療のためには、インフォームド・コンセントやインフォームド・チョイスが十分になされる必要がある。十分なインフォームド・コンセントやインフォームド・チョイスがなされるためには、患者が医師の説明を十分に理解していることが前提となる。そこで、本研究ではこの問題に焦点を当て、患者と医師のコミュニケーションにおいて、いかなる要因が医師の説明に対する患者理解度に影響を与えるかを検証し、患者理解度を改善するための患者と医師のコミュニケーションのあり方を考察する。

②仮説

本研究では、医師の説明に対する患者理解度に患者側の要因と医師側の要因が影響すると想定する。患者側の要因としては

- (1) 治療や健康などに対する患者の関与希望
- (2) 患者の病気や治療方法などについての知識量
- (3) 患者の医師への接し方

の3つを取り上げ、医師側の要因としては

- (1) 患者と医師の対話の十分さ
- (2) 医師からの情報提供の十分さ
- (3) 医師の患者への接し方

の3つを取り上げた³³。

これらの要因が医師の説明に対する患者理解度に与える効果の予想は以下のとおりである。まず、患者側の要因に関しては、

- (1) 患者が治療や健康などに関与したいと思うほど、医師からの説明にも熱心に耳を傾けると考えられるので、患者理解度も高まるだろう。
- (2) 患者の病気や治療方法などについての知識量が増えるほど、患者理解度も高まるだろう。
- (3) 患者の医師への接し方が異なれば、患者理解度も異なるだろう。

医師側の要因に関しては、

- (1) 患者と医師の対話が十分であるほど、患者理解度も高まるだろう。
- (2) 医師からの情報提供が十分であるほど、患者理解度も高まるだろう。

³²患者中心の医療については、一戸(1998)と前田・徳田(2003)を参照されたい。

³³「患者と医師の対話の十分さ」は、医師側と患者側の双方の要因とも考えられるが、対話の主導権は医師にあると考えられるので、ここでは、医師側の要因に含めてある。

(3) 医師の患者への接し方が異なれば、患者理解度も異なるだろう。
以上の予想が実証されるかを次節で検証する。

③方法

第 2 節で言及した仮説を検証するために、われわれが医療消費者に対して行った調査『患者さんの「医療への参加」に関する意識調査』から得られたデータを使用した。本研究の分析において、被説明変数として医師の説明に対する患者理解度を用い、説明変数として

- (1) 治療や健康などに対する患者の関与希望
- (2) 患者の病気や治療方法などについての知識量
- (3) 患者の医師への接し方
- (4) 患者と医師の対話の十分さ
- (5) 医師からの情報提供の十分さ
- (6) 医師の患者への接し方

の 6 つを使用した。

被説明変数の患者理解度は 5 段階評価で測られ、「医師の説明を十分に理解している」という質問に対し、「非常にそう思う」という回答であれば 1、「かなりそう思う」という回答であれば 2、「ややそう思う」という回答であれば 3、「あまりそう思わない」という回答であれば 4、「全くそう思わない」という回答であれば 5 を割り当てた。したがって、理解度が低いほど、数値は大きくなる。

説明変数のうち、

(1) 治療や健康などに対する患者の関与希望は、「自分の健康は自分で管理したい」、「自分の治療には積極的に関わりたい」、「病気や薬の情報を積極的に集めたい」の 3 つの質問項目からなり、各質問に対し、「非常にそう思う」という回答であれば 1、「かなりそう思う」という回答であれば 2、「ややそう思う」という回答であれば 3、「あまりそう思わない」という回答であれば 4、「全くそう思わない」という回答であれば 5 を割り当てた。

(2) 患者の病気や治療方法などについての知識量は、「病気の知識を十分にもっている」、「治療方法の知識を十分にもっている」、「薬の効果についての知識を十分にもっている」、「薬の副作用についての知識を十分にもっている」の 4 つの質問項目からなり、回答は上記と同様に 1 から 5 までの 5 段階評価である。

(3) 患者の医師への接し方は、「医師の説明をよく聞いている」、「医師には誠実に接している」、「医師に症状をきちんと説明している」の 3 つの質問項目からなり、回答は上記と同様に 1 から 5 までの 5 段階評価である。

(4) 患者と医師の対話の十分さは、「医師と十分に対話している」の 1 つの質問項目からなり、回答は上記と同様に 1 から 5 までの 5 段階評価である。

(5) 医師からの情報提供の十分さは、「医師から病気の情報を十分に提供されている」、

「医師が最も望ましいと考える治療方法の情報を医師から十分に提供されている」、「医師から治療方法の選択肢の情報を十分に提供されている」、「医師から薬の効果の情報を十分に提供されている」、「医師から薬の副作用の情報を十分に提供されている」、「医師から薬の飲み方の情報を十分に提供されている」、「医師から薬の価格の情報を十分に提供されている」、「医師から薬の選択肢の情報を十分に提供されている」の8つの質問項目からなり、回答は上記と同様に1から5までの5段階評価である。

(6)医師の患者への接し方は、「医師は患者中心の医療を実践しようとしている」、「医師は患者さんの意思を尊重しようとしている」、「医師は質問しやすい雰囲気をは心がけている」、「医師は患者さんの思いに共感を示している」、「医師は患者さんの悩みや相談に十分に対応している」、「医師は治療方法について患者さんにわかりやすく説明している」、「医師は患者さんの質問に丁寧に答えている」、「診療時間は十分である」の8つの質問項目からなり、回答は上記と同様に1から5までの5段階評価である。

分析方法は、ステップワイズ法の重回帰分析である。ステップワイズ法は、多くの説明変数の中から説明力のある変数を選択するために採用されたが、変数投入の基準はF値の確率が0.05以下、変数削除の基準はF値の確率が0.1以下とした。この基準は、使用した統計パッケージSPSSのデフォルト値であるが、次節の推定結果が示すように残った変数の数と変数の回帰係数の符号条件から適当であると判断されるため、この基準をそのまま採用した。

④推定結果と考察

分析で使用するサンプル・サイズは1,105であり、変数の記述統計量を示したのが図表4-4-5であり、被説明変数として患者理解度を用い、説明変数として27個の変数を用いたステップワイズ法の重回帰分析の結果は図表4-4-6に示されている。

図表 4-4-5 分析で使用する変数の記述統計量

変数	平均値	標準偏差
被説明変数		
医師の説明を十分に理解している	2.82	0.786
説明変数		
(1)		
自分の健康は自分で管理したい	1.85	0.752
自分の治療には積極的に関わりたい	1.89	0.769
病気や薬の情報を積極的に集めたい	2.22	0.941

(2)		
病気の知識を十分にもっている	3.34	0.897
治療方法の知識を十分にもっている	3.56	0.862
薬の効果についての知識を十分にもっている	3.62	0.895
薬の副作用についての知識を十分にもっている	3.77	0.921
(3)		
医師の説明をよく聞いている	2.18	0.764
医師には誠実に接している	2.33	0.781
医師に症状をきちんと説明している	2.18	0.764
(4)		
医師と十分に対話している	2.75	0.925
(5)		
医師から病気の情報を十分に提供されている	2.80	0.869
医師が最も望ましいと考える治療方法の情報を 医師から十分に提供されている	2.91	0.865
医師から治療方法の選択肢の情報を十分に 提供されている	3.19	0.956
医師から薬の効果の情報を十分に提供されている	3.15	0.904
医師から薬の副作用の情報を十分に提供されている	3.48	0.948
医師から薬の飲み方の情報を十分に提供されている	3.17	0.940
医師から薬の価格の情報を十分に提供されている	4.14	0.931
医師から薬の選択肢の情報を十分に提供されている	3.89	0.973
(6)		
医師は患者中心の医療を実践しようとしている	2.90	0.900
医師は患者さんの意思を尊重しようとしている	2.94	0.882
医師は質問しやすい雰囲気をはたしている	3.09	0.957
医師は患者さんの思いに共感を示している	3.19	0.939
医師は患者さんの悩みや相談に十分に対応している	3.14	0.895
医師は治療方法について患者さんに わかりやすく説明している	2.87	0.884
医師は患者さんの質問に丁寧に答えている	2.87	0.881
診療時間は十分である	3.31	1.016

図表 4-4-6 回帰分析の推定結果

説明変数	回帰係数	標準誤差
医師は治療方法について患者さんに わかりやすく説明している	0.206**	0.027
治療方法の知識を十分にもっている	0.173**	0.028
医師の説明をよく聞いている	0.181**	0.028
薬の副作用についての知識を十分にもっている	0.181**	0.026
医師には誠実に接している	0.103**	0.028
医師から病気の情報を十分に提供されている	0.058*	0.027
医師と十分に対話している	0.052*	0.024
定数	-0.006	0.089
自由度修正済み決定係数	0.493	

注) **, *はそれぞれ 1%水準、5%水準で有意であることを示す。

図表 4-4-6 より、残った説明変数の数は 7 つである。いずれの回帰係数も予想どおりの符号であり、少なくとも 5%水準で有意である。7 つのうち、患者側の要因による変数が 3 つであり、医師側の要因による変数が 4 つである。したがって、患者理解度には、患者側と医師側の双方の要因が関わっていることがわかる。患者側の要因では、関与希望に関する変数は有意でなかったが、知識量に関する変数と医師への接し方に関する変数は有意であった。知識量に関する変数では、治療方法の知識と薬の副作用の知識が有意であり、治療方法と薬の副作用に関する知識があるほど、医師の説明に対する患者の理解度が高まる。医師への接し方に関する変数では、医師の説明への傾聴と医師への誠実な対応が有意であり、患者が医師へ誠実に接し、医師の説明をよく聞くほど、患者の理解度が高まる。

医師側の要因では、対話の十分さに関する変数、情報提供の十分さに関する変数、患者への接し方に関する変数のいずれも有意であった。情報提供の十分さに関する変数では、病気の情報が有意であり、病気の情報が十分に提供されるほど、患者の理解度が高まる。患者への接し方に関する変数では、治療方法のわかりやすい説明が有意であり、被説明変数への量的な効果も最も大きい。治療方法をわかりやすい説明するほど、患者の理解度が高まる。

患者中心の医療を行うためには、インフォームド・コンセントとインフォームド・チョイスがなされるべきがあるが、その前提として、医師の説明に対して患者の理解が十分に

なされている必要がある。そのためには、患者と医師の双方の努力が必要である。患者側には、医師の説明への真摯な傾聴態度と治療方法や薬の副作用に関する知識の修得が求められる。医師側には患者とのコミュニケーションの基本ともいべき病気に関する情報の十分な提示と治療方法についてのわかりやすい説明が求められる。

参考文献

一戸真子(1998)「医療における医療評価システムについて－質の評価の観点から－」『大原社会問題研究所雑誌』第 477 号、19-40.

前田泉・徳田茂二(2003)『患者満足度－コミュニケーションと受療行動のダイナミズム－』、日本評論社.

5. 治療方法と薬剤選択の意思決定における医師と医療消費者の意識の違い

[1] 問題意識

リサーチペーパーNo. 17において、医療消費者が患者中心の医療についてどのように考え、どのように医療や薬に関わり行動しているかの調査を行った。その結果、医療消費者は患者中心の医療を望み、治療の意思決定に主体的に関わりたいと考えていることが明らかとなった。また、米国で患者中心の医療が広まるきっかけとなったピッカー・コモンウェルス・プログラムの全国調査では、患者の98%が「病気の治療法が二つ以上ある場合には、その選択について患者と話し合うべきだ」という意見であったという³⁴。

それでは、医療の供給者である医師は、治療方法・薬剤選択の意思決定について一体どのように考えているのだろうか。その理想と現状について、医療消費者と医師の考え方に違いがあるかどうか分析を行った。

[2] フレームワーク

治療方法と薬剤選択の意思決定に関して、患者はどの程度関与したいと思っているのか（患者の理想）、患者は実際どの程度の関与と考えているか（患者の現実）、あるいは医師はどの程度患者が関与すればよいと思っているのか（医師の理想）、実際はどの程度だと考えているか（医師の現実）を質問し、その結果を比較する。患者の理想と現実、医師の理想と現実の比較を行うとともに、患者の理想と医師の理想、あるいは患者の現実と医師の現実の比較を行い、そのギャップの有無と程度について考察を行う。

[3] 方法論

治療方法における意思決定と薬の選択における意思決定について、理想とする決定方法と実際に直面している決定方法について、以下のような項目を設定し、当てはまるものを医師・患者それぞれに選択してもらった。選択肢は①に近いほど医師の意思決定度が高く、⑤に近いほど患者の意思決定度が高いといえる。

治療方法の選択について

- ①治療方法については全て医師に任せる
- ②医師が最良だと思う治療方法について患者に説明し、患者の同意を得る
- ③複数の治療方法について説明した上で、医師が最良だと思う治療方法を説明し、患者の同意を得る
- ④複数の治療方法について説明した上で、医師が患者と相談して決める
- ⑤複数の治療方法について説明した上で、判断は患者に任せる

³⁴ マーガレット・ガータイスら(1993)「ペイシェンツ・アイズ」(信友浩一監訳 日経BP社 2001)

薬の選択について

- ①薬については全て医師に任せる
- ②医師が最良だと思ふ薬について患者に説明し、患者の同意を得る
- ③複数の薬について説明した上で、医師が最良だと思ふ薬を説明し、患者の同意を得る
- ④複数の薬について説明した上で、医師が患者と相談して決める
- ⑤複数の薬について説明した上で、判断は患者に任せる

この選択結果を医師・患者ともに集計し、

(1) 単純集計を行うとともに、

(2) 理想と現実の一致度合いの計算と、各項目について理想と現実のクロス集計を行った。

[4] 結果と考察

(1) 単純集計による分析

(医薬産業政策研究所)

治療方法の意思決定における理想と現実

治療方法の意思決定の理想と現実について、医療消費者と医師に質問を行った。結果を図 4-5-1 に示す。

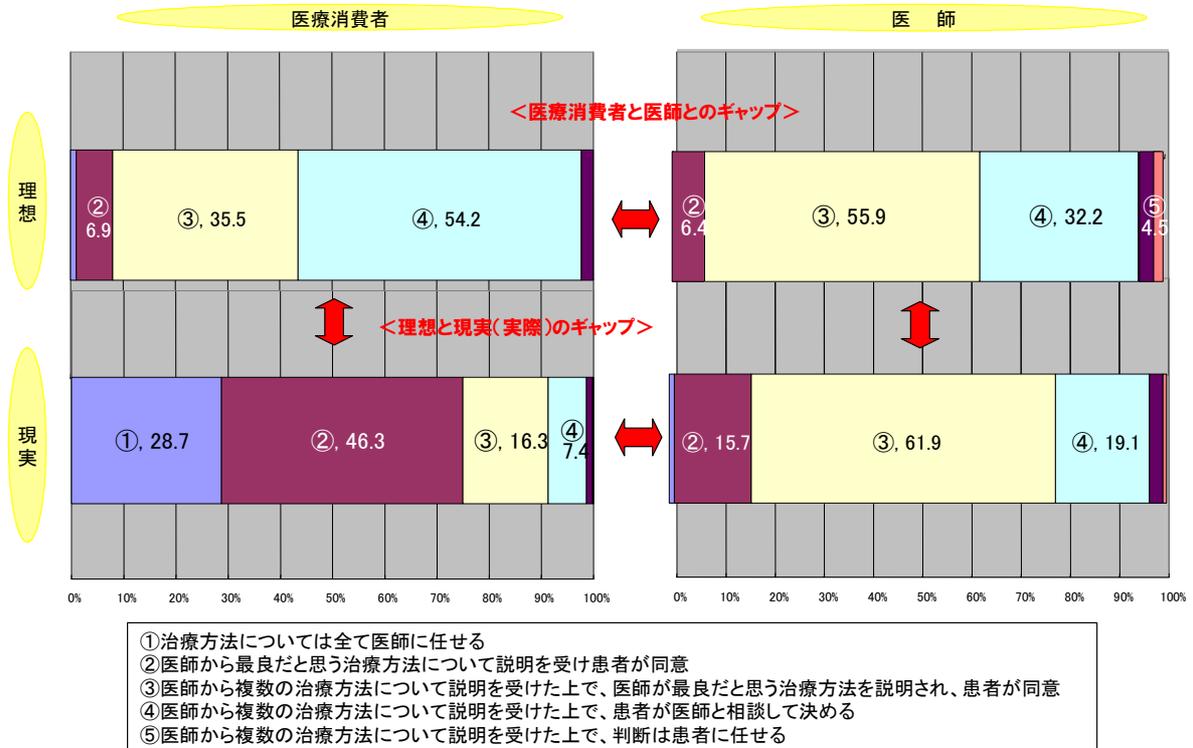
医療消費者の理想は、「④医師から複数の治療方法について説明を受けた上で、患者さんが医師と相談して決めるべき（インフォームド・チョイス）」(54.2%)、「③医師から複数の治療方法について説明を受けた上で、医師が最良だと思ふ治療方法を説明され、患者さんが同意すべき（インフォームド・コンセント）」(35.5%) の2つで、全体のほぼ9割を占めている。医療消費者は、複数の治療方法を説明されることを望み、より医療に関与することを理想としていることがわかる。

これに対し、医療消費者は現実の姿を「②医師から最良だと思ふ治療方法について説明を受け、同意している」(46.3%)、「①医師が全て治療方法を決めている」(28.7%)と見ており、この2つで7割を超えている。前述のように、医療消費者は、より治療の意思決定に関与することを理想と考えているが、実際には複数の治療方法の説明を受けておらず、医師が主導的に意思決定を行っていることを認識している。

一方、医師の理想は、「③インフォームド・コンセント」(55.9%)、「④インフォームド・チョイス」(32.2%)で9割を占めている。医師も患者が医療に主体的に関与することを望んでおり、医療消費者の理想と比較的近いことがわかる。

また、医師の現実の姿は、「③インフォームド・コンセント」(61.9%)、「④インフォームド・チョイス」(19.1%)と考えており、この2つで8割を占めている。治療方法の意思決定についての医師の実際は、医師自身が考える理想に比較的近いといえる。しかしながら、医療消費者の現状認識と比較すると大きく異なっていることがわかる。

図 4-5-1 治療方法の意思決定における理想と現実の違い—医療消費者と医師—



薬剤選択の意思決定における理想と現実

同様に、薬剤選択の意思決定における理想と現実について、医療消費者と医師に質問を行った結果を図 4-5-2 に示す。

医療消費者の理想は、「④医師から複数の薬について説明を受けた上で、患者さんが医師と相談して決めるべき（インフォームド・チョイス）」(42.5%)、「③医師から複数の治療方法について説明を受けた上で、医師が最良だと思う治療方法を説明され、患者さんが同意すべき（インフォームド・コンセント）」(37.6%) が 8 割を占めている。医療消費者は、複数の薬を説明されることを望み、より薬剤選択に関与することを理想としていることがわかる。

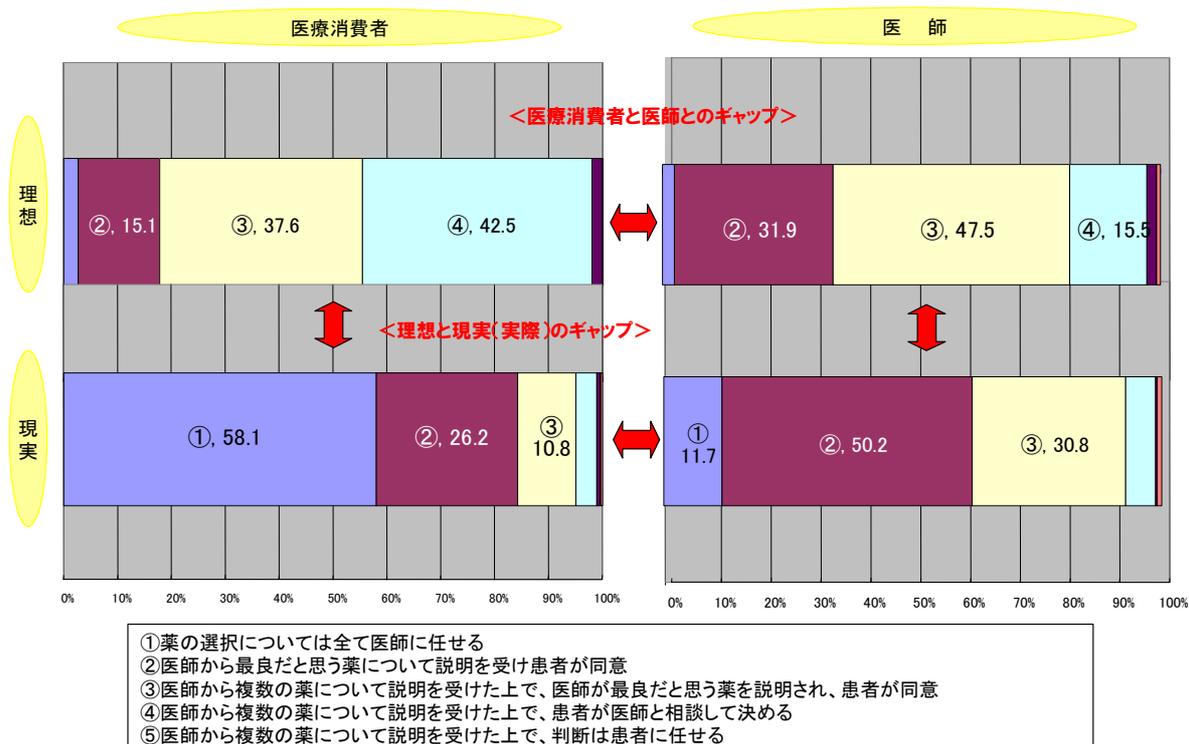
これに対し、医療消費者の現実の姿は、「①医師が全て薬の選択をしている」(58.1%) と「②医師から最良だと思う薬について説明を受け、同意している」(26.2%) と見ており、2 つで 8 割を超えている。前述のように、医療消費者は、より薬剤選択の意思決定に関与することを理想と考えているが、実際には医師の主導で薬剤選択を行っていると認識している。

一方、医師の理想は、「③インフォームド・コンセント」(47.5%)が多いものの、「②医師が最良だと思う薬について患者に説明し、患者の同意を得るべき」が 3 割を超えており、医療消費者 (15.1%) の 2 倍の割合になっている。医療消費者は薬の選択につ

いても、治療方法と同様に、より意思決定に関与することを理想と考えているが、医師では薬の選択について医師に任せるべきだと考える人の割合がより高い。

また、医師の現実の姿は、「②あなたが最良だと思う薬について患者に説明し、患者の同意を得ている」(50.2%)が半数を占めたが、「①医師が全て薬を決めている」は1割(11.7%)にとどまり、医療消費者の認識(58.1%)と大きな違いが見られた。薬剤選択の意思決定についての現状認識も、医療消費者と医師で異なっている。

図 4-5-2 薬剤選択の意思決定における理想と現実の違い—医療消費者と医師—



今回の調査から、治療方法の意思決定において、医療消費者、医師ともに、患者がより主体的に医療に関与することが望ましいと考えており、両者の理想はほぼ共通していることがわかった。しかし現実には、医師自身は患者の主体性を尊重していると認識しているが、医療消費者は理想と程遠く、医師主導で意思決定されていると捉えている。

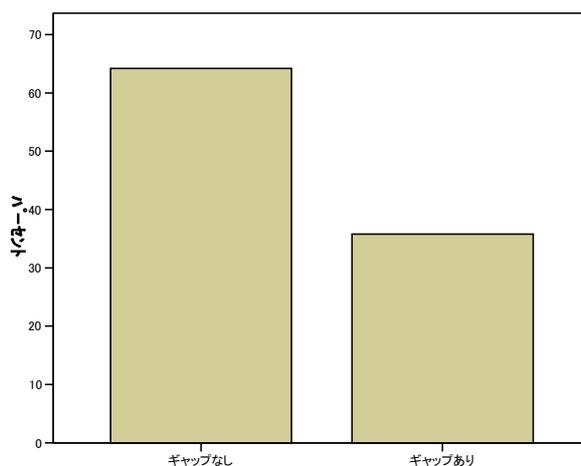
また、薬剤選択においても、医師はある程度、患者の主体性を尊重していると捉えているのに対し、医療消費者は医師主導で意思決定が行われていると感じており、現実の認識の違いが生じている。さらに加えて、その理想の姿についても、両者の認識に差がある。医療消費者は患者の主体性が尊重されることを望んでいるが、医師は医師自身に任せるべきと考えている人が医療消費者に比べて多いようである。

(2) クロス集計による分析

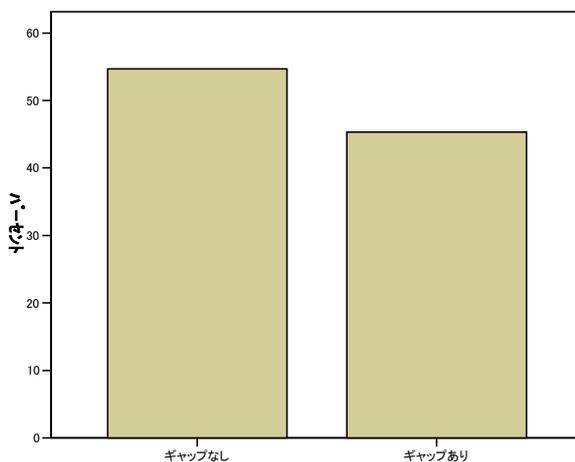
(藤澤弘美子)

医師の回答から得られた結果より、理想と実際で対応する項目が一致した場合を「ギャップなし」、一致しなかった場合を「ギャップあり」として、全体の回答に対するそれぞれの割合を求めたものが以下の図（図表 4-5-3, 4）である。

図表 4-5-3 治療方法の選択に関する理想と実際のギャップ有無（医師）



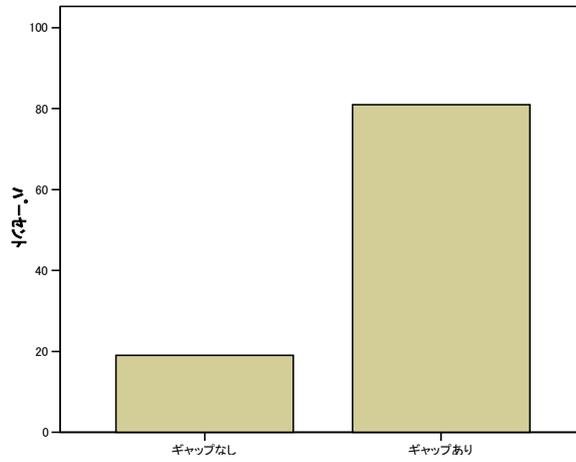
図表 4-5-4 薬の選択に関する理想と実際のギャップ有無（医師）



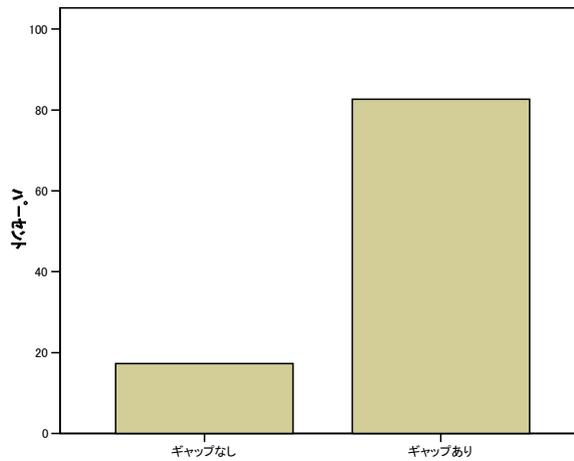
上図より、医師は治療方法の選択、薬の選択ともに、理想とする選択方法と実際行っていることの間には差がないとみなすのが回答数の過半数を占めている。

また同様の方法によって、医療消費者の回答をまとめたものが以下の図表 4-5-5, 6 である。

図表 4-5-5 治療方法の選択に関する理想と実際のギャップ有無（医療消費者）



図表 4-5-6 薬の選択に関する理想と実際のギャップ有無（医療消費者）



医師とは対照的に、医療消費者においては治療方法の選択、薬の選択ともに、理想とする選択と実際の選択が一致していると回答したものは、全体のわずか2割程度にとどまっている。

また、医師と医療消費者の選んだ選択内容は、それぞれ以下のクロス表にまとめた（図表 4-5-7, 8, 9, 10）。

図表 4-5-7 治療方法の選択における理想と実際（医師）

治療方法における意思決定(実際)

治療方法における意思決定(理想)	医師(あなた)が全て治療方法を決めている	あなたが最良だと思う治療方法について患者に説明し、患者の同意を得ている	複数の治療方法について説明した上で、あなたが最良だと思う治療方法を説明し、患者の同意を得ている	複数の治療方法について説明した上で、あなたが患者と相談して決めている	複数の治療方法について説明した上で、判断は患者に任せている	<合計>	
	治療方法については、全て医師に任せるべき	1	0	0	0	0	1
	医師が最良だと思う治療方法について患者に説明し、患者の同意を得るべき	6	55	7	1	0	69
	複数の治療方法について説明した上で、医師が最良だと思う治療方法を説明し、患者の同意を得るべき	4	104	474	33	0	615
	複数の治療方法について説明した上で、医師が患者と相談して決めるべき	0	11	190	152	1	354
	複数の治療方法について説明した上で、判断は患者に任せるべき	0	1	10	22	17	50
	<合計>	11	171	681	208	18	1089

※ ■：理想とする項目で合計が最も多い項目に対して、実際に行われている選択が最も多いもの

■：理想と実際が一致しているもの

数字：全セルの中で最も度数が多いもの

上表より、治療方法の選択において理想とする選択方法のうち、最も実現しているとして選択されたものは、理想・現実ともに「複数の治療方法について説明した上で、医師が最良だと思う治療方法を説明し、患者の同意を得る」であった。さらに、これは全セル度数のうちで最も値が多いものであった。

図表 4-5-8 薬の選択における理想と実際（医師）

薬の選択における意思決定（実際）

薬の選択における意思決定（理想）		医師（あなた）が全て薬を決めている	あなたが最良だと思う薬について患者に説明し、患者の同意を得ている	複数の薬について説明した上で、あなたが最良だと思う薬を説明し、患者の同意を得ている	複数の薬について説明した上で、あなたが患者と相談して決めている	複数の薬について説明した上で、判断は患者に任せている	< 合計 >
	薬については、全て医師に任せるべき	24	2	0	0	0	26
	医師が最良だと思う薬について患者に説明し、患者の同意を得るべき	67	269	12	2	0	350
	複数の薬について説明した上で、医師が最良だと思う薬を説明し、患者の同意を得るべき	28	228	255	11	1	523
	複数の薬について説明した上で、医師が患者と相談して決めるべき	6	50	68	46	0	170
	複数の薬について説明した上で、判断は患者に任せるべき	3	4	4	8	2	21
< 合計 >	128	553	339	67	3	1090	

※ ■：理想とする項目で合計が最も多い項目に対して、実際に行われている選択が最も多いもの

■：理想と実際が一致しているもの

数字：全セルの中で最も度数が多いもの

さらに薬の選択においても先の結果と同様に、理想とする選択として最も値が高いものうち実際の選択が行われている内容としては、理想・現実ともに「複数の薬について説明した上で、医師が最良だと思う治療方法を説明し、患者の同意を得る」であった。ただし、全セル度数の中で最も値が大きかったのは、理想・現実ともに「医師が最良だと思う薬について患者に説明し、患者の同意を得る」を選択したケースであった。

また医療消費者の回答によるクロス集計表は以下に示す。

図表 4-5-9 治療方法の選択における理想と実際（医療消費者）

治療方法における意思決定（実際）

治療方法における意思決定（理想）	医師が全て治療方法を 決めている	医師から最良だと思 う治療方法について説明 を受け、同意している	医師から複数の治療方 法について説明を受け た上で、医師が最良だ と思う治療方法を説明 され、同意している	医師から複数の治療方 法について説明を受け た上で、医師と相談して 決めている	医師から複数の治療方 法について説明を受け た上で、自分で判断し ている	<合計>	
	治療方法については、 全て医師に任せるべき	10	3	0	0	0	13
	医師から最良だと思 う治療方法について説明 を受け、患者さんが同 意をすべき	29	40	8	1	0	78
	医師から複数の治療方 法について説明を受け た上で、医師が最良だ と思う治療方法を説明 され、患者さんが同意 すべき	118	191	84	6	2	401
	医師から複数の治療方 法について説明を受け た上で、患者さんが医 師と相談して決めるべき	163	279	90	75	4	611
	医師から複数の治療方 法について説明を受け た上で、判断は患者さ んに任せるべき	5	11	2	2	6	26
<合計>	325	524	184	84	12	1129	

※ ■：理想とする項目で合計が最も多い項目に対して、実際に行われている選
 択が最も多いもの

■：理想と実際が一致しているもの

数字：全セルの中で最も度数が多いもの

治療方法における選択について、医療消費者が最も多く理想として選択したのは「医師
 から複数の治療方法について説明を受けた上で、患者さんが医師と相談して決める」であ
 るのに対し、実際は「医師から最良だと思いう治療方法について説明を受け、同意している」
 が最も多かった。そして、全セル度数の中で最も値が大きかったのもこの選択であった。

図表 4-5-10 薬の選択における理想と実際（医療消費者）

		薬の選択における意思決定(実際)					
		医師が全て薬の選択をしている	医師から最良だと思う薬について説明を受け、同意している	医師から複数の薬について説明を受けた上で、医師が最良だと思う薬を説明され、同意している	医師から複数の薬について説明を受けた上で、医師と相談して決めている	医師から複数の薬について説明を受けた上で、自分で判断している	< 合計 >
薬の選択における意思決定(理想)	薬の選択については、全て医師に任せるべき	23	5	2	1	0	31
	医師から最良だと思う薬について説明を受け、患者さんが同意すべき	100	62	5	2	0	169
	医師から複数の薬について説明を受けた上で、医師が最良だと思う薬について説明され、患者さんが同意すべき	262	93	67	2	1	425
	医師から複数の薬について説明を受けた上で、患者さんが医師と相談して決めるべき	260	133	47	39	2	481
	医師から複数の薬について説明を受けた上で、判断は患者さんに任せるべき	12	3	1	0	4	20
	< 合計 >	657	296	122	44	7	1126

※ ■：理想とする項目で合計が最も多い項目に対して、実際に行われている選択が最も多いもの
 ■：理想と実際が一致しているもの
 数字：全セルの中で最も度数が多いもの

また薬の選択については、医療消費者が最も多く理想として選択したのは「医師から複数の薬について説明を受けた上で、患者が医師と相談して決める」であるのに対し、実際は「医師が全てを決めている」であった。また、全セル度数のなかで最も値が大きかったのは、「医師から複数の薬について説明を受けた上で、医師が最良だと思う薬を説明し、患者の同意を得る」を理想としている一方で、現実には「医師が全て薬を決めている」であった。

結果として、回答を行った医療消費者のおよそ8割が理想と現実の間にギャップがあると感じていることが現れている。一方で医師は、およそ半数以上がギャップ無しと感じている。つまり、半数以上の医師が自分の理想とするところを実際に実施しているのである。

さらに、このギャップについて詳細を把握するため先のクロス表を参照すると、医療消費者は医師が理想とするよりも、より患者寄りの選択を理想としていることが分かる。理想とする項目で医療消費者が最も多く選択していたのは、「複数の治療方法(薬)について

説明を受けた上で、医師が患者と相談して決める」であったのに対し、医師では「患者が理想とする形態として最も多いのは「複数の治療方法(薬)について説明した上で医師が最良だと思ふ治療方法を説明し、患者の同意を得ている」であったためである。

また薬に関する実際においては、医療消費者は「全て医師が選択している」を選んだ度数が最も多いが、医師としては「医師が最良だと思ふ治療方法について患者に説明し、患者の同意を得る」とする度数が最も多かった。

医薬分業の進展により受療場面では、医師からの診察が終わった後、医師の示した処方箋を窓口で受け取り、さらにその処方箋をもって薬剤師のもとを尋ねるというケースが増えている。従って、その中で医師が患者に対して選択肢を与えられる場面は診察時間中に限られてしまう。もしその診察中に医師が示した薬の選択肢に気づいていないとすれば、それによって医療消費者は、薬に関してほとんど自身の選択に関わる余地がないと感じているかもしれない。

今回得られた結果は、医師については自身の理想とする選択方法を実施し、現実と理想にはギャップが少なく、患者にも選択肢を提示している可能性が示された。しかし一方で医療消費者は、より患者主体の選択を望んでいるのにも関わらず実際のところは医師寄りの選択が行われており、現実と理想には乖離が見られる。このような乖離状態は、医師の視察行動に納得して治療を受けるという患者中心医療の観点からは、あまり望ましくないであろう。今後の分析においては、このギャップを生み出す要因について、医療サービスの体制も含め検討する必要があるのではないだろうか。

1. 薬の処方時における各種項目の重視度と新薬の情報収集

(1) 序論

医師の行動動機については、医師のプロフェッショナルリズムを重視するもの、患者の利益を代弁するもの、医師の経済的利益を重視するものなど多様な仮説が提示されている。われわれが実施した医師調査では、医師が薬の処方時に各種の項目についてどれだけ重視しているのかを尋ねているので、医師がどのような動機に基づき行動しているかを明らかにすることができる。医師の行動モデルを使った理論分析では、医師の行動動機をどう想定するかが、理論分析の結論に大きく影響するので、医師の行動動機を実証的に明らかにしておくことは重要である。

また、医師が新薬の情報収集において積極的か否か、新薬の情報収集をどこから得るかは、医師の薬の処方行動に影響を及ぼすと考えられる。われわれが実施した医師調査では、新薬の情報収集における積極さや新薬の情報収集源に関しても尋ねているので、これらの調査結果も報告する。

(2) 方法

本研究では、われわれが医師に対して実施した『医療消費者と医師とのコミュニケーションに関する調査』から得られたデータを使用する。このデータから度数分布表の作成、平均値の算出、クロス集計表の作成を行う。

医師が薬の処方時に各種の項目に関してどれだけ重視しているのかを尋ねた質問では、薬の効果、薬の副作用、薬の情報量、薬の名称、薬のメーカー名、患者の負担、医療機関の経営（利益）の7つの項目について、「非常に重視する」から「全く重視しない」までの5段階で回答をしてもらっている。分析するデータでは、「非常に重視する」という回答に1、「かなり重視する」という回答に2、「やや重視する」という回答に3、「あまり重視しない」という回答に4、「全く重視しない」という回答に5が割り当てられている。

医師に新薬についての情報収集を積極的に行っているかを尋ねた質問では、「非常に行っている」から「全く行っていない」までの5段階で回答をもらっており、分析するデータでは、「非常に行っている」という回答に1、「かなり行っている」という回答に2、「やや行っている」という回答に3、「あまり行っていない」という回答に4、「全く行っていない」という回答に5が割り当てられている。

医師に新薬についての情報をどこから得ているかを尋ねた質問では、文献、医学雑誌（記事）、医学雑誌の広告、学会・研究会など、院外での薬剤説明会、医師の友人・知人、製薬会社のMR、その他の8つから主要なものを1つ選んでもらっている。

(3) 結果と考察

①薬の処方時における各種項目の重視度

薬の処方時における各種項目の重視度を尋ねた質問から得られたデータから記述統計量を算出したのが図表5-1-1であり、度数分布表を作成したのが図表5-1-2から図表5-1-8である。

図表 5-1-1 記述統計量

項目	平均値	中央値	最頻値	標準偏差
薬の効果	1.47	1.00	1.00	0.587
薬の副作用	1.96	2.00	2.00	0.747
薬の情報量	2.25	2.00	2.00	0.719
薬の名称	3.47	4.00	4.00	0.972
薬のメーカー名	3.95	4.00	4.00	0.889
患者の負担	3.23	3.00	3.00	0.775
医療機関の経営（利益）	3.55	4.00	3.00	0.866

図表 5-1-2 薬の効果における重視度の度数分布表

	回答数	全体に占める比率 (%)
非常に重視する	621	57.8
かなり重視する	409	38.0
やや重視する	42	3.9
あまり重視しない	3	0.3
全く重視しない	0	0.0

図表 5-1-3 薬の副作用における重視度の度数分布表

	回答数	全体に占める比率 (%)
非常に重視する	304	28.3
かなり重視する	528	49.1
やや重視する	225	20.9
あまり重視しない	18	1.7
全く重視しない	0	0.0

図表 5-1-4 薬の情報量における重視度の度数分布表

	回答数	全体に占める比率 (%)
非常に重視する	131	12.2
かなり重視する	585	54.6
やや重視する	315	29.4
あまり重視しない	39	3.6
全く重視しない	2	0.2

図表 5-1-5 薬の名称における重視度の度数分布表

	回答数	全体に占める比率 (%)
非常に重視する	22	2.0
かなり重視する	162	15.1
やや重視する	323	30.1
あまり重視しない	422	39.3
全く重視しない	145	13.5

図表 5-1-6 薬のメーカー名における重視度の度数分布表

	回答数	全体に占める比率 (%)
非常に重視する	11	1.0
かなり重視する	62	5.8
やや重視する	201	18.7
あまり重視しない	497	46.2
全く重視しない	304	28.3

図表 5-1-7 患者の負担における重視度の度数分布表

	回答数	全体に占める比率 (%)
非常に重視する	20	1.9
かなり重視する	132	12.3
やや重視する	543	50.5
あまり重視しない	345	32.1
全く重視しない	36	3.3

図表 5-1-8 医療機関の経営（利益）における重視度の度数分布表

	回答数	全体に占める比率 (%)
非常に重視する	13	1.2
かなり重視する	84	7.8
やや重視する	426	39.6
あまり重視しない	406	37.7
全く重視しない	147	13.7

図表より、薬の効果、薬の副作用はほとんどの医師が重視する。ただし、薬の効果は「非常に重視する」が6割弱で最も大きい比率であるのに対し、副作用は「非常に重視する」より「かなり重視する」の比率が大きい。医師は相対的に薬の副作用よりも効果をより重視するようである。薬の情報量については、「かなり重視する」の比率が最も大きく、

次いで、「やや重視する」の比率が大きい。薬の名称については、「あまり重視しない」の比率が4割弱で最も大きく、次いで「やや重視する」の比率が3割である。薬のメーカー名については、「あまり重視しない」の比率が最も高く、「全く重視しない」の比率が次に高い。この2つの比率を合わせると、74.5%であり、処方時にはメーカー名は重視されていないことがわかる。患者負担については、「やや重視する」の比率が5割で最も大きく、「あまり重視しない」の比率が3割強で次に大きい。医療機関の経営（利益）については、「やや重視する」と「あまり重視しない」の比率がいずれも4割弱である。

医師の行動動機の観点から注目されるのは、薬の効果、患者の負担、医療機関の経営（利益）の3つである。薬の効果の重視は、医師のプロフェッショナリズムとしての動機を充足させ、患者にとっても医療機関にとっても利益になる。医師は治療や薬に関する専門知識をもたない患者の代理人としての役割も求められるため、患者の負担も行動動機に入るのであろう。医療機関の経営（利益）については、医療機関といえども赤字を出し続けていけば、医療機関の存立が危ぶまれるため、医師の行動動機に入ると考えられる。薬の効果、患者の負担、医療機関の経営（利益）の3つを重視度の高い順に並べてみると、1位が薬の効果、2位が患者の負担、3位が医療機関の経営（利益）である。薬の効果を重視するのは、大部分が医師のプロフェッショナリズムとしての動機によると考えられるため、医師の主要な行動動機はプロフェッショナリズムである³⁵。これ以外の動機は重要度が下がり、患者の負担すなわち患者の利益、医療機関の経営（利益）と続く。

³⁵ Feldstein(1971)は、病院の目的関数を医療サービスの質の最大化と定式化したが、薬の質の重視は、医療サービスの質の向上に資するものである。二木(2004)は、営利が医療法人の目的の1つであるものの、営利のみを目的にしているのではないと論じた。Pauly and Redisch(1973)は、医者1人当たり所得の最大化を主張し、遠藤(1996)は、医者のプロフェッショナリズムが医療サービスの質の低下を抑制していると論じた。

②新薬についての情報収集の積極さと新薬についての情報源

新薬についての情報収集の積極さを尋ねた質問から得られたデータから度数分布表を作成したのが、図表 5-1-9 である。表より「やや行っている」、「かなり行っている」の比率がそれぞれ 4 割前後である。

図表 5-1-9 新薬に関する情報収集を積極的に行っているかの度数分布表

	回答数	全体に占める比率 (%)
非常に行っている	62	5.8
かなり行っている	427	39.7
やや行っている	451	41.9
あまり行っていない	131	12.2
全く行っていない	5	0.5

図表 5-1-10 は、新薬についての情報源の度数分布表である。新薬の情報源で一番多いのが製薬会社のMRであり、45%を占める。次いで、医学雑誌、学会・研究会などが続く。

図表 5-1-10 新薬についての情報源の度数分布表

	回答数	全体に占める比率 (%)
文献	70	7.2
医学雑誌 (記事)	185	19.0
医学雑誌の広告	37	3.8
学会・研究会など	163	16.7
院外での薬剤説明会	29	3.0
医師の友人・知人	32	3.3
製薬会社のMR	437	44.8
その他	23	2.4

新薬についての情報収集の積極さと新薬についての情報源のクロスをとったのが図表 5-1-11 である。表より、新薬の情報収集を積極的に行っている医師もそうでない医師も、新薬の情報源を主として製薬会社のMRから得ている。それゆえ、製薬会社のMRの影響力はかなりあると考えられる。新薬の情報収集にあまり積極的でない医師ほど、製薬会社

のMRから情報を得ている。新薬の情報収集に積極的な医師は、医学雑誌や学会・研究会などから情報を得ている比率が比較的高い。したがって、新薬の情報収集に積極的な医師ほど、自分から情報を集める傾向にある。

図表 5-1-11 新薬についての情報収集の積極さと新薬についての情報源のクロス表

	非常に行 っている	かなり行 っている	やや行っ ている	あまり行 っていない	全く行っ ていない
文献	4 7.3%	34 8.7%	27 6.7%	5 4.0%	0 0%
医学雑誌（記事）	14 25.5%	82 21.1%	74 18.4%	15 12.1%	0 0%
医学雑誌の広告	1 1.8%	12 3.1%	16 4.0%	7 5.6%	1 25.0%
学会・研究会など	12 21.8%	75 19.3%	58 14.4%	18 14.5%	0 0%
院外での薬剤説明会	3 5.5%	11 2.8%	13 3.2%	2 1.6%	0 0%
医師の友人・知人	0 0%	8 2.1%	14 3.5%	9 7.3%	1 25.0%
製薬会社のMR	19 34.5%	154 39.6%	198 49.1%	66 53.2%	0 0%
その他	2 3.6%	13 3.3%	3 0.7%	2 1.6%	2 50.0%
合計	55 100%	389 100%	403 100%	124 100%	4 100%

参考文献

Feldstein, M. (1971) “Hospital Cost Inflation: A Study of Nonprofit Price Dynamics, ”
American Economic Review, Vol. 61, No. 5, pp. 853- 872.

Pauly, M. and Redisch, M. (1973) “The Not-For-Profit Hospital as a Physician’s
Cooperative, ” *American Economic Review*, Vol. 63, No. 1, pp. 87-99.

遠藤久夫(1996)「営利法人の病院経営のパフォーマンスに関する一考察－米国の先行研究
のサーベイを中心に－」『医療経済研究』第3巻、57-73.

二木立(2004)『医療改革と病院－幻想の「抜本改革」から着実な部分改革へ－』勁草書房.

2. 患者は医療機関を適切に選択しているかー病院志向の実態とその関連要因ー

(1) 序論

日本の医療制度では、患者が自由に医療機関を選べるフリー・アクセスが採用されている。医療サービスの需要者である患者が、医療サービスについてよく知っているならば、患者は、自らの選好に基づき費用と便益の観点から適切な医療機関を選択できる。患者の選好に合った医療機関が残り、患者の選好に合わない医療機関が淘汰されるため、医療機関の最適な供給が達成される。しかし、患者は通常の商品やサービスに比べ医療サービスについての知識量が劣り、医療機関を選択する際にも適切に判断するだけの知識や情報を持ち合わせていないと考えられる。欧米では、医療機関の機能分化がなされており、患者はまず診療所に行かなければならない場合が多い。そこでは診療所はゲートキーパーの役割を果たし、診療所で重症と判断されたときにのみ患者は病院に行くことができる³⁶。

そこで、本研究では、フリー・アクセス制を採る日本において患者が医療機関を適切に選択しているのかを医師調査を通じて明らかにする。診療所で診るのがふさわしいにもかかわらず、患者が病院を選択する「病院志向」がみられる場合には、その関連要因についても考察する³⁷

(2) 病院志向の実態

本研究では、われわれが2004年の9月後半から10月の後半にかけて関東地方、中部地方、近畿地方の病院に勤務する内科と外科の医師を対象に実施した『医療消費者と医師とのコミュニケーションに関する調査』から得られたデータを使用する。

この調査では、患者と医師のコミュニケーションに関する事柄や医療機関の属性などについて医師に回答してもらっているが、この調査の最もユニークな点は、医師に対し、担当する初診の外来患者を「より専門的な病院に行くのがふさわしい患者」、「当院で診るのがふさわしい患者」、「診療所で診るのがふさわしい患者」の3つに振り分けてもらい、合計の比率が100%になるように、患者の比率を回答してもらっていることである。この回答のサンプル・サイズは1,050であり、記述統計量は図表5-2-1に示されている。いずれの比率も有意にゼロと異なっており、95%信頼区間は図表5-2-2のとおりである。

³⁶詳しくは、大内(2005)を参照されたい。

³⁷病院志向および大病院志向に関する先行研究については、安西(1987)、島・仁田・岩崎・安達(1990)、杉澤・西(1995)、杉澤・杉原・金・柴田(2000)、関田・藤咲・太田・横山(1983)、知野(1994)、吉岡・鈴木・渡邊・岡崎(1996)、塚原(2004)を参照されたい。

図表 5-2-1 記述統計量

	平均値	中央値	最頻値	標準偏差
(1)より専門的な病院に行く のがふさわしい患者の比率	8.100	5	10	8.5620
(2)当院で診るのがふさわし い患者の比率	65.943	70	80	21.5971
(3)診療所で診るのがふさわし い患者の比率	25.956	20	20	20.8288

図表 5-2-2 95%信頼区間

	下限	上限
(1)より専門的な病院に行く のがふさわしい患者の比率	7.582	8.619
(2)当院で診るのがふさわし い患者の比率	64.635	67.251
(3)診療所で診るのがふさわし い患者の比率	24.695	27.218

平均値でみて、より専門的な病院に行くのがふさわしい患者の比率は約8%、当院で診るのがふさわしい患者の比率は約66%、診療所で診るのがふさわしい患者の比率は約26%である。95%信頼区間は平均値から数%ポイントの範囲におさまっており、平均値の数字は安定している。得られた数値から、患者が自分の判断で医療機関を選択する初診時において、医療機関の機能の点から適切に医療機関を選択している患者の比率は全体の約3分の2である。診療所がふさわしいにもかかわらず、病院を選択している「病院志向」の患者は約4分の1である。

(3) 病院志向の実態とその関連要因

ここでは、診療所がふさわしいにもかかわらず、病院を選択している病院志向の患者の比率に注目し、病院志向とその関連要因についてみていく。関連要因として取り上げるのは、病床規模、診療科、経営母体、地域である。まずはじめに、これらの要因が病院志向にどのように関連しているかを個別に検討し、次に、これらの要因を説明変数とし、病院志向の患者比率を被説明変数とするロジット分析を行う。

①病院志向と関連要因

図表 5-2-3 病院志向と病院規模 (サンプル・サイズ=1,018)

	平均値	標準偏差	中央値	病院数
20 床から 100 床	17.908	19.2125	10	294
101 床から 200 床	24.390	18.7850	20	264
201 床から 300 床	28.954	20.5089	20	131
301 床から 400 床	35.172	20.7810	30	128
401 床から 500 床	34.887	19.9023	30	71
501 床から 600 床	39.548	24.0330	40	40
601 床から 700 床	32.689	23.1874	30	37
701 床以上	25.792	18.6891	20	53

図表 5-2-3 は、病床規模別 (100 床ごと) に病院志向 (診療所がふさわしいにもかかわらず、病院を選択している病院志向の患者の比率) を示したものである。病床規模が拡大するにつれて、病院志向が高まる傾向にあり、501 床から 600 床の規模でピークの約 40% に達している。そして、それを超える病床規模では減少に転じている。なお、表によってサンプル・サイズが異なるが、これは欠損値の数が異なるためである。

図表 5-2-4 病院志向と診療科 (サンプル・サイズ=972)

	平均値	標準偏差	中央値	病院数
外科	23.106	18.5309	20	474
内科	30.225	22.3634	30	498

図表 5-2-4 は、外科と内科の診療科別に病院志向を示したものである。外科より内科のほうが、病院志向が高くなっている。

図表 5-2-5 病院志向と経営母体 (サンプル・サイズ=1,009)

	平均値	標準偏差	中央値	病院数
国立	29.863	20.4822	30	51
都道府縣市町村立	32.290	20.2680	30	233
日赤	39.474	21.2063	40	19
済生会	24.429	14.1335	30	21
厚生連	32.615	20.6039	30	26
社会保険団	32.593	19.0450	30	27
公益法人	31.533	23.3575	30	45
医療法人	20.884	19.8179	16	424
学校法人	28.645	22.1083	20	40
会社立	29.417	23.5371	20	24
財団法人	26.595	20.2806	20	37
個人	17.935	20.0482	10	62

図表 5-2-5 は、12 種類の経営母体別に病院志向を示したものである。日赤が平均値と中央値のいずれにおいても最も高い。最も比率の低いのが個人であり、次いで低いのが医療法人である。

図表 5-2-6 病院志向と地域 (サンプル・サイズ=1,013)

	平均値	標準偏差	中央値	病院数
関東地方	24.946	20.0764	20	411
中部地方	27.446	22.8570	20	271
近畿地方	25.944	19.9632	20	331

図表 5-2-6 は、関東、中部、近畿の地域別に病院志向を示したものである。病院志向が最も高いのは中部地方であり、次いで、近畿地方、関東地方の順になっている。

②病院志向のロジット分析

図表 5-2-3 から図表 5-2-6 において、関連要因と病院志向の関係を個別にみてきたが、ここでは、これらの関連要因を説明変数とし、病院志向の患者比率を被説明変数とするロジット分析を行う。すべての関連要因を同時に分析することで、他の要因をコントロールした上で、ある要因が病院志向に与える効果を推定することができる。推定する式は以下のとおりである。

$$\log (p / (1 - p)) = a + B X$$

ただし、 p は病院志向の患者比率（診療所がふさわしいにもかかわらず、病院を選択している病院志向の患者の比率）であり、 a は定数項、 B は回帰係数の行ベクトル、 X は説明変数の列ベクトルである。説明変数は病床規模、診療科、経営母体、地域の 4 変数であり、いずれもダミー変数である。病床規模は図表 5-2-3 で示されるように 100 床ごとに区分しており、20 床から 100 床を基準とする 0 と 1 のダミー変数である。診療科は外科を 0、内科を 1 とするダミー変数であり、経営母体は図表 5-2-5 で示されるように 12 種類の経営母体からなり、国立を基準とする 0 と 1 のダミー変数である。地域は関東、中部、近畿の 3 種からなり、関東地方を基準とする 0 と 1 のダミー変数である。なお、ロジット分析で使用するサンプルのサイズは 890 である。ロジット分析で使用する変数の記述統計量は図表 5-2-7 に示されている。

図表 5-2-7 ロジット分析で使用する変数の記述統計量

(1)連続変数

	平均値	標準偏差
病院志向の患者比率	27.026	20.9830

(2)質的変数

サンプルに占める比率

20 床から 100 床	0.2629
101 床から 200 床	0.2697
201 床から 300 床	0.1326
301 床から 400 床	0.1292
401 床から 500 床	0.0719
501 床から 600 床	0.0449
601 床から 700 床	0.0371
701 床以上	0.0517
外科	0.4787
内科	0.5213
国立	0.0494
都道府県市町村立	0.2371
日赤	0.0169
済生会	0.0202
厚生連	0.0270
社会保険団	0.0292
公益法人	0.0438
医療法人	0.4101
学校法人	0.0416
会社立	0.0247
財団法人	0.0404
個人	0.0584
関東地方	0.4079
中部地方	0.2629
近畿地方	0.3292

図表 5-2-8 病院志向のロジット分析

	回帰係数	標準誤差
101 床から 200 床	0.28885**	0.02290
201 床から 300 床	0.46365**	0.02796
301 床から 400 床	0.67965**	0.02908
401 床から 500 床	0.59826**	0.03338
501 床から 600 床	0.73369**	0.04017
601 床から 700 床	0.47212**	0.04371
701 床以上	0.16301**	0.04115
内科	0.40338**	0.01570
都道府縣市町村立	0.03741	0.03681
日赤	0.21201**	0.06355
済生会	-0.46256**	0.06498
厚生連	-0.04789	0.05664
社会保険団	-0.05648	0.05448
公益法人	0.04699	0.04832
医療法人	-0.36979**	0.03775
学校法人	0.02420	0.05060
会社立	-0.04139	0.05877
財団法人	-0.14170**	0.05097
個人	-0.37356**	0.05094
中部地方	0.13977**	0.02000
近畿地方	0.07371**	0.01878
定数	-1.45708**	0.04042

(注) **、*はそれぞれ 1%、5%水準で有意であることを示す。

図表 5-2-8 は、診療所がふさわしいにもかかわらず、病院を選択している病院志向の患者の比率、すなわち病院志向のロジット分析の推定結果を示している。第 1 に病床規模からみていくと、20 床から 100 床の病院と比べ、101 床から 200 床の病院は有意に病院志向の傾向があり、それ以上の病床規模の病院においても同様の傾向がみられる。最も有意性が高く、回帰係数が大きいのは、501 床から 600 床の病院であり、これは図表 5-2-3 の結果と整合的である。これまでの結果を総合すると、図表 5-2-2 の結果から診療所と病院の対比において、病院志向がみられ、さらに、図表 5-2-3 と図表 5-2-8 の結果から病院内に

においても 501 床から 600 床の病院をピークとして、大病院志向がみられる。

第 2 に、診療科については、外科と比べ内科のほうが有意に病院志向の傾向、すなわち、診療所で診るのがふさわしいにもかかわらず患者が病院を選択する傾向がみられる。これも図表 5-2-4 の結果と整合的である。この理由として、執刀をともなう外科の治療を受ける場合は、患者が最初から病院に行き、病院に行く選択が正しいと考えられること、適切に医療機関を選択する患者の比率が外科と内科で同じだとしても、患者の量が内科のほうが多いために、病院志向の患者比率が高まっていることなどが考えられる。

第 3 に、経営母体については、国立と比べ、日赤が病院志向に対し有意に正であり、済生会、医療法人、財団法人、個人が病院志向に対し有意に負である。これは図表 5-2-5 の結果と整合的である。日赤の患者比率が相対的に高くなっているが、日本赤十字社のブランド・イメージのよさが影響している可能性がある。医療法人と個人で病院志向の患者比率が相対的に小さくなっているのは、これらの医療機関が病院経営を重視し、患者ニーズに対応した結果であると推測される。

第 4 に、地域については、関東地方と比べ、中部地方と近畿地方のほうが有意に病院志向の傾向がみられる。これは図表 5-2-6 の結果と整合的である。この理由については、供給面と需要面と両方から詳しくみていく必要があるだろう。

(4) 結論

本研究では、関東地方、中部地方、近畿地方の病院に勤務する内科と外科の医師を対象に実施した調査から得られたデータを使用し、病院志向の実態とその関連要因との関係を分析してきた。得られた知見をまとめると以下のようになる。

(1) 初診の外来患者において、医療機関の機能の点から適切に医療機関を選択している患者の比率は全体の約 3 分の 2 である。

(2) 診療所がふさわしいにもかかわらず、病院を選択している患者の比率、すなわち病院志向の患者比率は約 4 分の 1 である。

(3) 病院志向は病床規模別に異なり、501 床から 600 床の病院をピークとして、病院志向が強くなる。

(4) 病院志向は診療科別に異なり、外科と比べ内科のほうが有意に病院志向の傾向がある。

(5) 病院志向は経営母体別に異なり、相対的に日赤において病院志向の傾向が強く、医療法人と個人において病院志向の傾向が弱い。

(6) 病院志向は地域別に異なり、関東地方と比べ、中部地方と近畿地方のほうが病院志向の傾向が強い。

参考文献

安西将也(1987)「最近10年間における病院・診療所別外来患者の受療行動に関する研究」
『病院管理』第24巻、第3号、27-33.

大内講一(2005)『やさしい医療経済学』勁草書房.

島正之・仁田善雄・岩崎明子・安達元明(1990)「大病院外来患者の受療行動に関する研究」
『公衆衛生』第54巻、第9号、66-70.

杉澤秀博・西三郎(1995)「住民の医療機関の選択傾向を規定する要因—病院志向の傾向—」
『日本公衆衛生雑誌』第42巻、第7号、463-471.

杉澤秀博・杉原陽子・金恵京・柴田博(2000)「高齢者における医療機関選択に関連する要因—なぜ大病院を選択するのか—」『日本公衆衛生雑誌』第47巻、第11号、915-923.

関田康慶・藤咲進・太田拓男・横山保(1983)「患者訪医行動の分析—大都市周辺都市のケース・スタディー—」『病院管理』第20巻、第2号、23-38.

知野哲朗(1994)「タイムコストと受診行動」『医療と社会』第4巻、第1号、1-25.

塚原康博(2004)「外来患者による大病院選択の規定要因 — 「国民生活基礎調査」の個票データを用いた実証分析 — 」『医療経済研究』、第14巻、5-16.

吉岡恵美子・鈴木荘太郎・渡邊一平・岡崎勲(1996)「医療提供システムの策定に関する研究—中小都市における特定機能病院を中心とした実証的分析—」『病院管理』第33巻、第1号、5-17.

第6章 まとめ

(山内 一信)

近年、医療や健康に対する社会的な関心は、これまでにない高まりを見せてきた。新聞・雑誌には頻繁に健康・医療関連の記事や特集が掲載され、テレビの健康番組も数多く放映されている最近の状況を見てもそれは明らかであろう。このように、以前に比べ、医療消費者の健康・医療についての意識や知識は確かに高まってきたと考えられる。また、患者中心の医療と題したシンポジウムや患者満足に関する書籍や記事なども最近はよく目にするようになった。

しかし、このように医療・健康への関心が高まり、患者中心の医療や患者満足が注目されているにもかかわらず、医療の現場においては、医療消費者と医師との間で必ずしも十分なコミュニケーションがとれているわけではないようである。社会の医療への関心や患者視点重視の考え方が広まったことによって、両者のコミュニケーションの問題がより顕在化してきたのかもしれない。医療消費者と医師とのコミュニケーションは、“古くて新しい”医療に関わる重要な課題である。

しかしこれまで、この両者のコミュニケーションに焦点をあて、医療消費者と医師の双方にアンケートを実施し比較を行った研究はそれほど多くはない。本研究では、医療消費者および医師それぞれ1,100名以上の協力を得て、両者に意識調査を実施し、その認識の違いを見たものである。さらに得られた結果について、患者中心の医療に関する両者の認識や、信頼関係の構築に影響を与える要因、患者満足度を高める要因、あるいはヘルスリテラシーに関する分析、また、医療での意思決定に関する両者の認識など多様な角度から分析し考察を行った。このような多面的なアプローチによる分析は、本研究の大きな特徴である。

本研究の成果としては、第一に、医療消費者と医師との認識が大きく異なっていることが明らかになったことである。患者中心の医療がある程度実現できているという医師と、まだ実現できていないという医療消費者、情報を伝えているという医師と伝えられていないという医療消費者など、両者の認識の違いが明確になった。また医療消費者の中でも年齢や病気の有無による違いがあり、医師においても年齢や診療科によって違いがあることも明らかとなった。

第二に、患者中心の医療を実現するための要因について、医療消費者と医師との認識の違いを見たことである。ここでは患者中心の医療を「医療消費者と医師とのコミュニケーション（対話）」、「両者の信頼関係構築」、「患者満足度」と定義している。この実現については、医療消費者が、「医師の考え方」・「態度」・「診察環境」および「患者の知識」が大切であると捉えているのに対し、医師は医師自身の「態度」・「スキル（説明能力）」・「診察環境」および「患者の知識」が大切であると考えていた。ここで注目すべきは、両者の

違いである。医師は自身の「スキル（説明能力）」が大切だと思っているのに対し、医療消費者は、医師の患者中心の医療に対する「考え方」が重要だと認識しているようである。

第三に、患者満足度に焦点をあて、それを高める要因について医療消費者と医師との間でかなりの認識の一致をみたことである。医療消費者・医師ともに、両者の信頼関係の構築や医師の患者に対する対応、あるいはインフォームド・チョイス、情報提供が、患者満足度を高める要因であると捉えた。また医師は、対話や説明、説明に対する患者の満足度、そして患者の知識をあげている一方で、医療消費者は自身の納得度合いや診察時間が重要であると考えていることも明らかになった。

さらに、「満足できる診察」、「満足できない診察」についての自由回答結果から、キーワードを抽出し分析を行った。両者の自由回答からは、ともに「説明」というキーワードが抽出され、診察においては説明がどれだけ十分になされているかが重要視されていることが示された。さらに、医療消費者は「薬」というキーワードが、医師は「検査」というキーワードが多く現れていることも明らかになった。すなわち、医療消費者が診察の場においても薬に関することを重要視していること、医師はより検査を重要視していることが読み取れた。

第四に、患者満足度と信頼関係構築に注目して分析を行ったことである。まず、医療消費者と医師とのコミュニケーションが患者満足度と両者の信頼関係構築に与える効果を分析したところ、第一に両者の十分な対話が必要であることが明らかになった。また次に重要なのは、対話の中身や医師の態度であることも示された。

意思決定や情報提供に関する理想と現実のギャップが、患者満足度に与える影響の分析も実施した。ここでは、病気・治療方法の選択肢・薬の効果に関する情報提供が理想と比べて不十分であればあるほど、あるいは治療方法についての意思決定が理想と比べて乖離が大きいほど、患者の満足度は低くなることが明らかになった。

第五に、医療消費者のヘルスリテラシーに関する分析を行ったことである。まず、医療消費者および医師ともに、患者の治療に関する知識と、薬の副作用に関する知識が、医療消費者と医師との知識差を生む要因であることが明らかになった。すなわち、治療と薬の副作用の知識不足を解消すれば、両者の知識差は埋められる可能性があることを示唆している。

また、医療消費者と医師とのコミュニケーションが、医師の説明に対する理解度に与える効果の分析を行ったところ、患者と医師と双方の努力が必要であることが明らかになった。すなわち、患者は、医師の説明に対する傾聴態度と治療方法や薬の副作用についての知識を修得することが必要であり、医師は、病気の情報を十分に患者に提供し、わかりやすい説明を実践することが求められている。

第六に、診察上の意思決定について、医療消費者と医師との意識の違いをみたことである。治療方法および薬剤選択の意思決定について、医師はある程度患者の主体性を尊重していると考えているが、医療消費者は必ずしもそのようには捉えてはおらず、医師が主導的に意思決定していると考えていて、両者の認識には違いがあった。医療消費者自身はより主体的に関わることを理想と考えており、約8割が理想と現実にギャップがあると答えている。また、治療方法と薬剤選択を比較すると、薬剤選択に関してより医師が主導的に意思決定を行っていることも示された。

最後に、医師に対する意識調査から、薬の処方時に重視される要因と医師の新薬情報源、および患者の病院志向を明らかにしたことである。まず薬に焦点をあて、処方時における各種項目の重視度と新薬の情報収集について分析を行った。医師の行動動機の観点から薬の処方時に重視されるのは、薬の効果、患者の負担、医療機関の経営の三点であることが明らかになった。また9割弱の医師は新薬に関する情報収集を行っており、情報源は、製薬企業のMRや医学雑誌、学会・研究会などが多いことが明らかになった。

また患者が医療機関を適切に選択しているかについても分析を行った。日本の医療制度は患者が自由に医療機関を選べるフリーアクセスであるが、本来は診療所で診るのがふさわしいにもかかわらず、患者が病院を選択する「病院志向」が、病院を受診している患者の約4分の1にも相当することは非常に興味深い結果であった。

本研究では、医療消費者と医師のコミュニケーションに焦点をあて、多様なアプローチにより様々な分析を行い、多くの知見を得ることができた。しかし医療は、医療消費者と医師だけで行われているわけではない。看護師や薬剤師など医師以外の医療従事者の存在は医療の現場にとってもちろん重要である。すなわち、医療現場におけるコミュニケーションの問題は、医療消費者と医師間だけではなく、医療消費者と薬剤師、看護師、あるいは医師と薬剤師、看護師にも存在し、それが患者中心の医療の実現に影響している可能性は高い。すでにさまざまな先行研究はなされているが、今後は医療消費者と薬剤師や看護師、医師と薬剤師や看護師とのコミュニケーションについて、総合的な調査を行う必要がある。さらには、病院と診療所との関係（病診連携）や調剤薬局などとの関係まで視野を広げ、その関係についてあるべき姿と実際についての調査も、今後の発展研究として考えられる。

もう一点、本研究で踏み込めなかった点として、患者満足の本質に関わる問題がある。すなわち、患者満足を追求することが、必ずしも患者中心の医療につながることは断言できないことである。医師はプロフェッショナルとして、診療効果を最優先させる意思決定を行うことがあるが、それは患者にとって（短期的には）満足度を下げることにつながることもありえるからである。患者満足についてはさらに深い調査と議論が今後ますます必要になることであろう。

患者中心の医療実現のためには、あるいは患者満足度の向上のためには、医療消費者と医師がこの考え方や認識の違いを理解し、お互いに歩み寄ることが大切であろう。すなわち、両者がコミュニケーションを積み重ね、情報共有を行い、相互理解を深めることによって信頼関係を構築することが、患者満足につながるのである。また、このような対話—コミュニケーションを通して、両者間で伝えられ共有される医療情報は、健康社会を築くための基盤となるであろう。患者中心の医療を確立することは、真の健康社会を実現するために必要不可欠なことである。そのために本研究が少しでも役に立てれば幸いである。

医療消費用アンケート

現在病気でない方は病気の経験をもとにお答えください
このアンケートにおける「薬」とは病院や診療所で処方される薬のことをさします

下記の質問について、あてはまる番号に○をつけてください。

Q1. あなたはこの5年間に、病院や開業医（医院、クリニック）で診察を受けたことがありますか。
ただし、健康診断や歯科医院、あるいは出産での受診・入院は除きます。（1つだけ○）

1. 病院、開業医のどちらも行った	2. 病院には行ったが、開業医には行かなかった	3. 開業医には行ったが、病院には行かなかった
-------------------	-------------------------	-------------------------

以下の質問は、病院での経験をもとにお答えください

以下の質問は、開業医での経験をもとにお答えください

※開業医とは、医院やクリニックのことを言います

Q2. 医師の診察についてお伺いします。（それぞれ1つずつ○）

	非常に そう思う	かなり そう思う	やや そう思う	あまり そう思わない	全く そう思わない
a. 医師と十分に対話している	1	2	3	4	5
b. 医師の説明に納得し、治療を受けている	1	2	3	4	5
c. 医師と相談しながら、治療方法を選択している	1	2	3	4	5
d. 医師の診察に満足している	1	2	3	4	5

Q3. あなた自身のことについてお伺いします。（それぞれ1つずつ○）

	非常に そう思う	かなり そう思う	やや そう思う	あまり そう思わない	全く そう思わない
a. 自分の健康は自分で管理したい	1	2	3	4	5
b. 自分の治療には積極的に関わりたい	1	2	3	4	5
c. 病気や薬の情報を積極的に集めたい	1	2	3	4	5
d. 病気の知識を十分にもっている	1	2	3	4	5
e. 治療方法についての知識を十分にもっている	1	2	3	4	5
f. 薬の効果についての知識を十分にもっている	1	2	3	4	5
g. 薬の副作用についての知識を十分にもっている	1	2	3	4	5
h. 医師の説明を十分に理解している	1	2	3	4	5
i. 医師の説明をよく聞いている	1	2	3	4	5
j. 医師とは信頼関係が築けている	1	2	3	4	5
k. 医師には誠実に接している	1	2	3	4	5
l. 医師に症状をきちんと説明している	1	2	3	4	5

医療消費用アンケート

現在病気でない方は病気の経験をもとにお答えください
このアンケートにおける「薬」とは病院や診療所で処方される薬のことをさします

Q4. 医師についてお伺いします。（それぞれ1つずつ○）

	非常に そう思う	かなり そう思う	やや そう思う	あまり そう思わない	全く そう思わない
a. 医師は患者中心の医療を実践しようとしている	1	2	3	4	5
b. 医師は患者さんの意思を尊重しようとしている	1	2	3	4	5
c. 医師は質問しやすい雰囲気心がけている	1	2	3	4	5
d. 医師は患者さんの思い（病気の不安や良くなった時の喜びなど）に共感を示している	1	2	3	4	5
e. 医師は患者さんの悩みや相談に十分に対応している	1	2	3	4	5
f. 医師は治療方法について患者さんに分かりやすく説明している	1	2	3	4	5
g. 医師は患者さんの質問に丁寧に答えている	1	2	3	4	5
h. 診察時間は十分である	1	2	3	4	5
i. 診察室において患者さんのプライバシーは守られている	1	2	3	4	5

Q5. あなたのご意見をお伺いします。次の項目について、「医師と患者さんの知識差」はどの程度あると思いますか。（それぞれ1つずつ○）

	非常に ある	かなり ある	やや ある	あまり ない	全く ない
a. 治療についての、医師と患者さんの知識差	1	2	3	4	5
b. 薬についての、医師と患者さんの知識差	1	2	3	4	5

Q6. 医師からの情報提供についてお伺いします。

(1) 次の項目について、あなたはどのように考えますか。（それぞれ1つずつ○）

	非常に そう思う	かなり そう思う	やや そう思う	あまり そう思わない	全く そう思わない
a. 医師は病気の情報を十分に提供すべき	1	2	3	4	5
b. 医師が最も望ましいと考える治療方法の情報を、医師は十分に提供すべき	1	2	3	4	5
c. 医師は治療方法の選択肢の情報を十分に提供すべき	1	2	3	4	5
d. 医師は薬の効果の情報を十分に提供すべき	1	2	3	4	5
e. 医師は薬の副作用の情報を十分に提供すべき	1	2	3	4	5
f. 医師は薬の飲み方の情報を十分に提供すべき	1	2	3	4	5
g. 医師は薬の価格の情報を十分に提供すべき	1	2	3	4	5
h. 医師は薬の選択肢の情報を十分に提供すべき	1	2	3	4	5

医療消費用アンケート

現在病気でない方は病気の経験をもとにお答えください
このアンケートにおける「薬」とは病院や診療所で処方される薬のことをさします

(2) 次の項目について、実際はどれに近いですか。(それぞれ1つずつ○)

	非常に そう思う	かなり そう思う	やや そう思う	あまり そう思わない	全く そう思わない
a. 医師から病気の情報を十分に提供されている	1	2	3	4	5
b. 医師が最も望ましいと考える治療方法の情報を、医師から十分に提供されている	1	2	3	4	5
c. 医師から治療方法の選択肢の情報を十分に提供されている	1	2	3	4	5
d. 医師から薬の効果の情報を十分に提供されている	1	2	3	4	5
e. 医師から薬の副作用の情報を十分に提供されている	1	2	3	4	5
f. 医師から薬の飲み方の情報を十分に提供されている	1	2	3	4	5
g. 医師から薬の価格の情報を十分に提供されている	1	2	3	4	5
h. 医師から薬の選択肢の情報を十分に提供されている	1	2	3	4	5

Q7. 治療方法における意思決定についてお伺いします。

(1) 次の選択肢のうち、どの考えが望ましいと思いますか。(1つだけ○)

1. 治療方法については、全て医師に任せるべき
2. 医師から最良だと思ふ治療方法について説明を受け、患者さんが同意をすべき
3. 医師から複数の治療方法について説明を受けた上で、医師が最良だと思ふ治療方法を説明され、患者さんが同意すべき
4. 医師から複数の治療方法について説明を受けた上で、患者さんが医師と相談して決めるべき
5. 医師から複数の治療方法について説明を受けた上で、判断は患者さんに任せるべき

(2) 次の選択肢のうち、実際はどれに近いですか。(1つだけ○)

1. 医師が全て治療方法を決めている
2. 医師から最良だと思ふ治療方法について説明を受け、同意している
3. 医師から複数の治療方法について説明を受けた上で、医師が最良だと思ふ治療方法を説明され、同意している
4. 医師から複数の治療方法について説明を受けた上で、医師と相談して決めている
5. 医師から複数の治療方法について説明を受けた上で、自分で判断している

Q8. 薬の選択における意思決定についてお伺いします。

(1) 次の選択肢のうち、どの考えが望ましいと思いますか。(1つだけ○)

1. 薬の選択については、全て医師に任せるべき
2. 医師から最良だと思ふ薬について説明を受け、患者さんが同意をすべき
3. 医師から複数の薬について説明を受けた上で、医師が最良だと思ふ薬について説明され、患者さんが同意すべき
4. 医師から複数の薬について説明を受けた上で、患者さんが医師と相談して決めるべき
5. 医師から複数の薬について説明を受けた上で、判断は患者さんに任せるべき

(2) 次の選択肢のうち、実際はどれに近いですか。(1つだけ○)

1. 医師が全て治療方法を決めている
2. 医師から最良だと思ふ薬について説明を受け、同意している
3. 医師から複数の薬について説明を受けた上で、医師が最良だと思ふ薬を説明され、同意している
4. 医師から複数の薬について説明を受けた上で、医師と相談して決めている
5. 医師から複数の薬について説明を受けた上で、自分で判断している

医療消費用アンケート

現在病気でない方は病気の経験をもとにお答えください
このアンケートにおける「薬」とは病院や診療所で処方される薬のことをさします

Q9. あなた自身が受ける診察で、満足できる診察とは、どのようなものですか？
(思いついたポイントを3つ記述してください。)

•
•
•

Q10. あなた自身が受ける診察で、満足できない診察とは、どのようなものですか？
(思いついたポイントを3つ記述してください。)

•
•
•

【最後にあなた自身のことについておうかがいします】

F1.

- 性別 1. 男性 2. 女性
年齢 1. 20代 2. 30代 3. 40代 4. 50代 5. 60代 6. 70代以上
学歴 1. 中学校 2. 高等学校 3. 専門学校 4. 短大 5. 大学 6. 大学院 7. その他

F2. あなたは医療関係のお仕事ですか。(医師・薬剤師・看護師など医療関係者や、あるいは製薬企業にお勤めの方など)

- | | |
|-------|--------|
| 1. はい | 2. いいえ |
|-------|--------|

F3. 現在、病気にかかっていますか。

- | | |
|-------|--------|
| 1. はい | 2. いいえ |
|-------|--------|

ご協力ありがとうございました

2004年 9月21日

院長先生殿

『医師と患者のコミュニケーションに関する調査』 アンケートご協力をお願い

名古屋大学大学院医学系研究科医療管理情報学

教授 山内一信（本調査責任者）

研究員 真野俊樹（調査企画実行担当者）

謹啓

時下益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。平素は格別のご高配を賜り、厚くお礼申し上げます。

昨今、患者中心の医療の実現が唱えられる中、医療情報の提供のあり方や医師・患者間のコミュニケーション、インフォームドコンセント等の問題は、社会からも大きく注目されております。

そこで今回、医師・患者のコミュニケーションに焦点をあて、臨床の第一線でご活躍の先生方に意識調査を実施させていただくことにいたしました。医師と患者の認識を比較することにより、医療情報提供・コミュニケーションのあり方について提言を行うことを目的としております。お手数でございますが、貴院で臨床の第一線でご活躍されている先生お二人（できれば内科、外科の先生お一人ずつ）にそれぞれ同封のファイルをお渡しいただき、回答をご依頼たまわりましたら幸いです（お答えいただいた先生より個別に同封の返信用封筒にて 10月20日までにご投函をお願いいたします）。

本調査の結果は、個々の医療機関名が特定されることのないように集計しますので、第三者に各医療機関の内容が開示されることは一切ございません。また、ご協力いただきましたご施設には、解析致しました結果を報告書としてお送りさせていただきます。本調査の趣旨をご理解の上、ご協力くださいますようよろしくお願いいたします。

なお、本調査につきましては、日本製薬工業協会 医薬産業政策研究所と共同研究で実施いたします。

敬具

実施機関

名古屋大学大学院医学系研究科医療管理情報学

お問合せ先

医療管理情報学 真野俊樹

医療管理情報学教室

2004年 9月 21日

『医師と患者のコミュニケーションに関する調査』

アンケートご協力のお願ひ

名古屋大学大学院医学系研究科医療管理情報学

教授 山内一信（本調査責任者）

研究員 真野俊樹（調査企画実行担当者）

謹啓

時下益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。平素は格別のご高配を賜り、厚くお礼申し上げます。

昨今、患者中心の医療の実現が唱えられる中、医療情報の提供のあり方や医師・患者間のコミュニケーション、インフォームドコンセント等の問題は、社会からも大きく注目されております。

そこで今回、**医師・患者のコミュニケーションに焦点をあて、臨床の第一線でご活躍されている先生方に意識調査を実施**させていただくこととなりました。医師と患者の認識を比較することにより、医療情報提供・コミュニケーションのあり方について提言を行うことを目的としております。本調査の趣旨をご理解の上、ご協力くださいますようよろしくお願いいたします。

本調査の結果は、**個々の医療機関名が特定されることのないように集計しますので、第三者に各医療機関の内容が開示されることは一切ございません。**また、ご協力いただきましたご施設には、解析致しました結果を報告書としてお送りさせていただきます。

なお、本調査につきましては、日本製薬工業協会 医薬産業政策研究所と共同研究で実施をいたします。

ご多忙のところ大変恐縮ですが、ご記入頂きました本調査票は、同封の返信用封筒にて、**平成 16年 10月 20日**までにご投函頂きますようお願い申し上げます。

敬具

ご回答方法

- ・該当する項目全てにお答えください。
- ・回答者ご本人のことについてお答えください。
- ・ご記入いただいたアンケートは、誠にお手数ですが、**同封の返信用封筒にて 10月 20日までに投函ください。**

実施機関

名古屋大学大学院医学系研究科医療管理情報学

お問合せ先

医療管理情報学 真野俊樹

医療管理情報学教室

医師用アンケート

下記の質問について、あてはまる番号に○をつけてください。

Q1. 診察についてお伺いします。（それぞれ1つずつ○）

	非常に そう思う	かなり そう思う	やや そう思う	あまり そう思わない	全く そう思わない
a. 患者と十分に対話している	1	2	3	4	5
b. インフォームド・コンセント* は十分になされている	1	2	3	4	5
c. インフォームド・チョイス** は十分になされている	1	2	3	4	5
d. 患者は診察に十分に満足して いる	1	2	3	4	5

*インフォームド・コンセント：医師から十分に説明を受け、患者が納得して治療を受けること

**インフォームド・チョイス：医師から十分な説明を受け、医師と相談しながら患者が治療方法を選択すること

Q2. あなた自身のことについてお伺いします。（それぞれ1つずつ○）

	非常に そう思う	かなり そう思う	やや そう思う	あまり そう思わない	全く そう思わない
a. 患者中心の医療を実現すべ きである	1	2	3	4	5
b. 患者中心の医療は実現に 近づいている	1	2	3	4	5
c. 治療方法については患者の 意思を尊重すべきである	1	2	3	4	5
d. 患者は治療方法の選択に 積極的に関わるべきである	1	2	3	4	5
e. 患者が質問しやすい雰囲気 を心がけている	1	2	3	4	5
f. 患者の思い（病気の不安や良 くなった時の喜びなど）に共 感を示している	1	2	3	4	5
g. 患者の悩みや相談に十分に 対応している	1	2	3	4	5
h. 治療方法について患者に 分かりやすく説明している	1	2	3	4	5
i. 患者の質問に丁寧に答えて いる	1	2	3	4	5
j. 診察時間は十分である	1	2	3	4	5
k. 診察室において患者のプラ イバシーは守られている	1	2	3	4	5
l. 患者の話をよく聞いている	1	2	3	4	5
m. 患者とは信頼関係が築けて いる	1	2	3	4	5
n. 患者には誠実に接している	1	2	3	4	5

医師用アンケート

Q3. 患者についてお伺いします。(それぞれ1つずつ○)

	非常に そう思う	かなり そう思う	やや そう思う	あまり そう思わない	全く そう思わない
a. 患者は自分で健康を管理したいと考えている	1	2	3	4	5
b. 患者は治療に積極的に関わりたいと考えている	1	2	3	4	5
c. 患者は病気や薬の情報を積極的に集めたいと考えている	1	2	3	4	5
d. 患者は病気の知識を十分にもっている	1	2	3	4	5
e. 患者は治療方法の知識を十分にもっている	1	2	3	4	5
f. 患者は薬の効果の知識を十分にもっている	1	2	3	4	5
g. 患者は薬の副作用の知識を十分にもっている	1	2	3	4	5
h. 患者は医師の説明を十分に理解している	1	2	3	4	5
i. 患者は自分の症状を医師にきちんと説明している	1	2	3	4	5

Q4. あなたのご意見をお伺いします。次の項目について、「医師と患者の知識差」はどの程度あると思いますか。(それぞれ1つずつ○)

	非常に ある	かなり ある	やや ある	あまり ない	全く ない
a. 治療についての、医師と患者の知識差	1	2	3	4	5
b. 薬についての、医師と患者の知識差	1	2	3	4	5

Q5. 患者への情報提供についてお伺いします。
次の項目について、あなたはどのように考えますか。(それぞれ1つずつ○)

	非常に そう思う	かなり そう思う	やや そう思う	あまり そう思わない	全く そう思わない
a. 病気の情報を十分に提供すべき	1	2	3	4	5
b. 医師が最も望ましいと考える治療方法の情報を、十分に提供すべき	1	2	3	4	5
c. 治療方法の選択肢の情報を十分に提供すべき	1	2	3	4	5
d. 薬の効果の情報を十分に提供すべき	1	2	3	4	5
e. 薬の副作用の情報を十分に提供すべき	1	2	3	4	5
f. 薬の飲み方の情報を十分に提供すべき	1	2	3	4	5
g. 薬の価格の情報を十分に提供すべき	1	2	3	4	5
h. 薬の選択肢の情報を十分に提供すべき	1	2	3	4	5

医師用アンケート

次の項目について、実際はどれに近いですか。（それぞれ1つずつ○）

	非常に そう思う	かなり そう思う	やや そう思う	あまり そう思わない	全く そう思わない
a. 病気の情報を十分に提供している	1	2	3	4	5
b. あなたが最も望ましいと考える治療方法の情報を、十分に提供している	1	2	3	4	5
c. 治療方法の選択肢の情報を十分に提供している	1	2	3	4	5
d. 薬の効果の情報を十分に提供している	1	2	3	4	5
e. 薬の副作用の情報を十分に提供している	1	2	3	4	5
f. 薬の飲み方の情報を十分に提供している	1	2	3	4	5
g. 薬の価格の情報を十分に提供している	1	2	3	4	5
h. 薬の選択肢の情報を十分に提供している	1	2	3	4	5

Q 6. 治療方法における意思決定についてお伺いします。

次の選択肢のうち、どの考えが望ましいと思いますか。（1つだけ○）

1. 治療方法については、全て医師に任せるべき
2. 医師が最良だと思ふ治療方法について患者に説明し、患者の同意を得るべき
3. 複数の治療方法について説明した上で、医師が最良だと思ふ治療方法を説明し、患者の同意を得るべき
4. 複数の治療方法について説明した上で、医師が患者と相談して決めるべき
5. 複数の治療方法について説明した上で、判断は患者に任せるべき

次の選択肢のうち、実際はどれに近いですか。（1つだけ○）

1. 医師（あなた）が全て治療方法を決めている
2. あなたが最良だと思ふ治療方法について患者に説明し、患者の同意を得ている
3. 複数の治療方法について説明した上で、あなたが最良だと思ふ治療方法を説明し、患者の同意を得ている
4. 複数の治療方法について説明した上で、あなたが患者と相談して決めている
5. 複数の治療方法について説明した上で、判断は患者に任せている

Q 7. 薬の選択における意思決定についてお伺いします。

次の選択肢のうち、どの考えが望ましいと思いますか。（1つだけ○）

1. 薬については、全て医師に任せるべき
2. 医師が最良だと思ふ薬について患者に説明し、患者の同意を得るべき
3. 複数の薬について説明した上で、医師が最良だと思ふ薬を説明し、患者の同意を得るべき
4. 複数の薬について説明した上で、医師が患者と相談して決めるべき
5. 複数の薬について説明した上で、判断は患者に任せるべき

次の選択肢のうち、実際はどれに近いですか。（1つだけ○）

1. 医師（あなた）が全て薬を決めている
2. あなたが最良だと思ふ薬について患者に説明し、患者の同意を得ている
3. 複数の薬について説明した上で、あなたが最良だと思ふ薬を説明し、患者の同意を得ている
4. 複数の薬について説明した上で、あなたが患者と相談して決めている
5. 複数の薬について説明した上で、判断は患者に任せている

医師用アンケート

Q 8. あなた自身が診察を受ける立場であった場合を想定してお考えください。
あなた自身が受ける治療で、**満足できる診察**とは、どのようなものですか。
(思いついたポイントを3つ記述してください。)

•
•
•

Q 9. あなた自身が受ける診察で、**満足できない診察**とは、どのようなものですか。
(思いついたポイントを3つ記述してください。)

•
•
•

医師用アンケート

Q10. 処方時の薬に選択に際し、次の項目をどの程度重視しますか。(それぞれ1つずつ○)

	非常に重視する	かなり重視する	やや重視する	あまり重視しない	全く重視しない
a. 薬の効果	1	2	3	4	5
b. 薬の副作用	1	2	3	4	5
c. 薬の情報量(どれだけ良く知っているか)	1	2	3	4	5
d. 薬の名称(覚えやすさなど)	1	2	3	4	5
e. 薬のメーカー名	1	2	3	4	5
f. 患者の負担(患者の薬代がかからないように配慮)	1	2	3	4	5
g. 医療機関の経営(利益)	1	2	3	4	5
h. その他 ()	1	2	3	4	5

Q11. 処方時の薬の選択に際し、薬の飲みやすさに関する患者の希望を、どの程度考慮しますか。(それぞれ1つずつ○)

	非常に考慮する	かなり考慮する	やや考慮する	あまり考慮しない	全く考慮しない
a. 処方量	1	2	3	4	5
b. 服用頻度	1	2	3	4	5
c. 剤型	1	2	3	4	5
d. その他 ()	1	2	3	4	5

Q12. 処方時の薬の選択に際し、新薬とジェネリックならば、どちらを主に使いますか。(1つだけ○)
またその理由について、最も当てはまるものを下記の中から選んで○をしてください。(1つだけ○)

	1:新薬	2:ジェネリック
その理由	1. 品質への安心感 2. 安定供給への安心感 3. 名前を覚えている 4. ブランドへの信頼感 5. メーカー名への信頼感 6. その他 ()	1. 患者の負担軽減のため 2. 医療機関の経営のため 3. 日本の医療費削減のため 4. その他 ()

Q13. 新薬についての情報収集を積極的に行っていますか。(1つだけ○)

非常に 行っている	かなり 行っている	やや 行っている	あまり 行っていない	全く 行っていない
1	2	3	4	5

Q14. 新薬についての情報をどこから得ていますか。下記の中から最も当てはまるものを選んで○をつけてください。(1つだけ○)

1. 文献 2. 医学雑誌(記事) 3. 医学雑誌の広告 4. 学会、研究会など 5. 院外での薬剤説明会 6. 医師の友人、知人 7. 製薬会社のMR 8. その他 ()
--

医師用アンケート

Q15. あなたが担当する外来患者についてお伺いいたします。初診の外来患者のうち、以下のカッコの合計が100%になるようにお答えください。

より専門的な病院に行くのがふさわしい患者の比率	() %
当院で診るのがふさわしい患者の比率	() %
診療所で診るのがふさわしい患者の比率	() %
	100 %

Q16. 貴院およびあなたの診察についてお伺いします。

	項 目			項 目	
1	許可病床数	(病院全体) 床	5	あなたの平均外来患者数(1日当り)	人
2	一般病床数 (急性期病床数)	(病院全体) 床	6	あなたの入院患者数 (1日当り)	人
3	平均在院日数	(病院平均) 日	7	あなたの外来担当日 での外来診察時間	・ 時間
4	病床利用率	(病院平均) %	8	あなたの 1日平均労働時間	・ 時間
9	病院の機能 (あてはまるものにチェックしてください)	<input type="checkbox"/> 特定医療法人である <input type="checkbox"/> 医師の臨床研修指定病院である <input type="checkbox"/> 特定機能病院である <input type="checkbox"/> 地域医療支援病院である <input type="checkbox"/> 精神病院である			
10	病院の母体 (あてはまるものにチェックしてください)	<input type="checkbox"/> 国立病院 <input type="checkbox"/> 公益法人 <input type="checkbox"/> 都道府県市町村立 <input type="checkbox"/> 医療法人 <input type="checkbox"/> 日赤 <input type="checkbox"/> 学校法人 <input type="checkbox"/> 済生会 <input type="checkbox"/> 会社立 <input type="checkbox"/> 厚生連 <input type="checkbox"/> 財団法人 <input type="checkbox"/> 社会保険団 <input type="checkbox"/> 個人			

Q17. 最後にあなたご自身についてお伺いします。(各々1つだけ○)

性別 1. 男性 2. 女性

年齢 1. 20代 2. 30代 3. 40代 4. 50代 5. 60代 6. 70代以上

医師の経験年数 1. 10年未満 2. 11～20年 3. 21～30年 4. 31～40年 5. 41～50年 6. 51年以上

診療科 () 科

役職 ()

病院名 ()

所在地(県名など) ()

ご協力ありがとうございました-