

患者満足から導き出される 医師に期待される行動要件 ——医師への本質的期待行動の検証——

村田 小百合 リクルートワークス研究所・客員研究員

医療業界を取り巻く環境変化とともに、医療消費者（患者）の意識や期待する医療サービスも同様に進化してきた。患者満足を形成する様々な要因の中から、特に医療サービスの中核を担う医師との医療面接時におけるコミュニケーションから、患者満占到影響を与える行動要件を明らかにした上で、その現状と変化を検証し、そこから医師に求められる能力特性との関連を整理していく。

キーワード： 患者満足, 患者中心, 医療サービス, 医療面接, コミュニケーション

目次

- I. はじめに——背景と本研究の目的
- II. 先行研究
- III. 調査概要
 - III-1. 対象医療機関
 - III-2. 調査方法
 - ① 患者満足測定質問調査票（独立変数）
 - ② 患者満足度評価指標（従属変数）
- IV. 分析
 - IV-1. 調査対象者属性
 - IV-2. 患者満足度評価結果の全体的傾向
 - IV-3. 医師に期待される「態度・価値観」とは
 - IV-4. 因子分析による患者満足度の下位尺度の構成
 - IV-5. 医師に期待される能力特性
- V. まとめ

I. はじめに——背景と本研究の目的

2006年(平成18)年4月から診療報酬改定¹により現行比で過去最高のマイナス3.16%となることが決定し、各医療機関においては経営効率の向上をはじめ、地域への安定した医療提供のあり方、本来の医療サービスのあり方などがさらに厳しく

問われてきている。このような外的要因を確実に読みきれない厳しい時代においては、一般企業、非営利組織を問わず、経営戦略の羅針盤を「適正利益を提供してくれる唯一の存在である顧客（患者）」へとベクトルを合わせ、サービスの質の向上に注力し、それによって顧客（患者）に支持される組織づくりをしていくことが必要不可欠であり、医療業界においても内外からサービス業として認知されて久しいことから、この「患者満足」という観点から「医療の質を向上させていく方向性」を見出さねばならないことは例外ではなくなった。

前田・徳田(2003)による全国規模の患者調査の結果²では、患者の「総合満足度」に強く影響するのは「医師の診療行為や治療行為に対する満足度」であり、特に「医師の説明のわかりやすさ」「医師が訴えを聞いてくれた」という医師のコミュニケーションに関する項目が満足度に影響する最重要因子として抽出されており、「医師との良好なコミュニケーション」は医療の質的向上だけではなく、医療経営上の経済価値まで生み出されることが提言されている。したがって、長谷川他(1993)、佐伯(2004)など先行研究より、医療サービスの質に大きな影響を与える最重要な要因として導き出された「医

師との医療面接」に焦点を当て、そこに本来、患者が期待する「医師とのコミュニケーション」とはどのようなものを明確にした上で満足度調査を進め、その満足に応えるために必要な医師の行動要件と能力特性とはどのようなものを考察してゆくことを本論の目的とする。

II. 先行研究

患者満足の研究の必要性は医療マーケティングの観点からも聞かれることが多くなってきた。佐藤(2005)によればある店舗において本日から、新しい顧客が1人も来なくなった場合、5年でそのお店は倒産してしまうという結果が報告されている。これまでの患者満足の指標として「病気が治ったかどうか」という治療結果が本質的評価ではないのか」といわれることにも異論はないが、しかしながら、病気が治ったことに感謝しながらも、なんらかの不満が残ってしまった場合や、または将来的にさらなる広告規制緩和によって、手術の症例数や治癒率などを公表している病院を知ることにより、治癒への担保・信頼性にさほど差がないと感じたなら、同じ疾病が再発した際や、または同じ疾病で苦しんでいる友人などに、自分が不満を感じた病院を患者は選び、さらに推薦をすることは少なくなるとされる。現在、来院している患者の継続受診という確保だけに留まらず、好意的な口コミによって潜在的な患者を呼び込むための努力無くしては病院の存続にも影響を与えることが掟(2005)によっても指摘されている。

そして、現代の「患者はなにを期待しているのか」という点について、国民の医療に対する意識調査から江口(2005)や、坂本(2005)によって、現代の疾病構造の変化や情報化を背景に、患者は治ることだけを求めているわけではなく、治して欲しいと願うと同時に「きちんと向き合ってくれたい＝コミュニケーションの充実」と「患者と医療者ともに協働医療であることを認識する必要性＝積極的関与の引き出し」などを望む声が聞かれ、医師との良好なコミュニケーションから導き出される確固たる信頼関係への願望が明らかになってきている。ダニエル・ピンク(2005)によれば、

手術や稀な病気の診断には、これからも経験豊富な医師の技術や判断が必要であることを前提に、近年、患者がコンピュータ画面の問いに答えていくだけで、医師がいなくても予備診断を下せるというソフトウェアやオンラインプログラムの登場による脅威を示し、医療健康関連のデータベースが飛躍的に増え、患者自身が、医師が利用するのと同じ蓄積情報を活用して自己診断を下せるようになると、これまで全知全能の治療法提供者であった医師の役割は、患者の身になって選択肢をアドバイスする存在へと変わっていく可能性を示唆している。

そこで、これまで「患者満足」に関してどのような取り組みがなされてきているのかを見てみると、現在、自組織が提供している医療サービスが患者に受け入れられているのか、また充足していないとすれば改善すべき点はなにかという「患者の満足と期待」を探る関心は高まってきているといえる。医療業界における医療の質の評価は日本医療機能評価機構³による第三者評価が知られているが、ここ11年間に全国9014病院のうち、2316病院(約26%)が現在では認定を受けている。ハード面、ソフト面両面において患者が快適な環境で受療ができるような様々な評価項目の中に「患者満足」への取り組み状況が確認され、患者の意向を汲み取った経営理念や行動指針が実現されているかが評価されるものである。

阿部(2003)によれば、米国における医療の質の評価指標に「患者の満足度」が主流となっていることを紹介し、小泉他(2004)によって、「患者の目で見えた医療評価」として米国で開発されたプログラムをわが国の実情に改良したものにより「医療の質の評価」の有用性を実証研究として報告されている。しかしながら、このプログラムの開発の背景には、これまでの「患者満足度」調査が、患者の主観的な印象であるため、その結果を数量化して集計、比較指標とすることも、そこから改善すべき問題点を抽出することも難しいことがあったことを述べている。

このような中、組織理念を「患者中心」、「患者主体」に置き、その組織を存続・発展させてゆく取り組みを従来から行ってきた病院は多く存在する。そして第3者評価認定を受け、患者が満足する適切な医

療提供を目指す病院は年々増えてきているにもかかわらず、今なお、「患者不在の医療サービス」と嘆く声が聞かれることも少なくない。1990年より「賢い患者になりましょう」を合言葉に、患者側からの主体的な医療への参加を呼びかける活動を続けているNPO 法人コムル⁴では、2005年には、患者からの様々な医療相談に答える電話相談で相談総数 3715 件の中で「ドクターへの苦情」が 23.8%となり、これまで相談件数がかつても多かった「医療不信」を超え、相談内容の 1 位となったことを報告している。昨年 2006 年においても総数 3582 件中、「ドクターへの苦情」が 24.1%とさらに割合が上昇し、次いで「ドクターの説明不足」21.7%が 2 位にあがってきたとしている。

患者が最も求める医師との医療面接についての能力開発や評価は、各医療機関の機能やトップの考え方などにより、これまで確たる理論は存在していないのが現状であったが、3年前、2004年に創設された新医師臨床研修制度⁵により行政による『医師に期待される能力』が明確化され、さらに 2005年から全国共通の試験⁶(CBT:コンピューターによる知識試験と OSCE (オスキー):基本的臨床技能)に合格していなければ、病棟での患者に接する参加型臨床実習に参加できないこととなった。特に臨床実技は、頭の中でいくら知っていても体が動かなければどうにもならないという行動レベルの評価と再学習を目的としているので、今後、輩出されてくる医師たちは患者満足に対して一定水準が約束されていることが期待できると思われる。

III. 調査概要

III-1. 対象医療機関

調査は大阪市内にある特定機能病院 171 床、医師数 21 名において調査協力を得て、外来患者に対しては 2006 (平成 18) 年 9 月 7 日～8 日の 2 日間、入院患者に対しては、同月 7 日～30 日までに退院時の患者へ配布し、10 月 14 日を回収期限として実施した。配布方法は外来、入院とも病院職員による手渡しとし、その後、郵送での回収と

した。配布枚数は 388 部、回収 214 部となり回収率は 55%となった。

III-2. 調査方法

① 患者満足測定質問調査票 (独立変数)

本研究では、従来のアンケートを使った総花的な医療機関における改善点を見出すのではなく、もっとも患者が望んでいる“現代”の医師との医療面接を通じて「してほしい医療面接」の現状を明らかにし、「満足できる医療面接」への方策を考察することを目的としている。そのため医療面接時における患者満足を測定する質問調査票(アンケート)の独立変数には、「医療面接時に経験した医師への満足行動、もしくは将来にわたる期待行動」と定義し、抽出を図かった。抽出方法として、年齢構成 20 歳から 75 歳の男性 4 名、女性 7 名によって構成される患者ワーキンググループ⁷にインタビュー形式で聞き取り調査を行った。そのインタビューの手順は、ナラティブアプローチにより患者経験を自由に話してもらいようにし、その際、「医師の誠実さに満足した」という抽象的印象を含む回答には「誠実と感じられた具体的な行動はどのようなものだったか」と確認し、「病名を告知され、動揺しながら治療方法の選択を迫られた時、答えられずにいたら、身体の向きを私の方に向き変えて、今は不安ですぐに決定することは出来ないでしょう。これから一緒に考えて行きましょう。と言われたことです」と満足要因を行動レベルに分解していった。この誠実さの場合では、状況に応じて患者の方へ「身体の向きを変える行動」、不安で治療方法を決定できないという患者の「心情を察知し、共感を表した言動」、さらに一緒に考えて行きましょうと「協働医療の姿勢を表出した行動」というこれらの客観的行動が患者によって認知されたことにより誠実さを感じさせ、満足度につながったことがわかった。

さらにモレや重複をチェックするために、患者が診療室へ入ってから退出までの医療面接行動を時系列に聞き取ることにした。この時系列をわかりやすくするために、一般的医療面接を(1)から(6)

のステップとしてまとめ、そのステップごとに「特に満足(不満足)を感じた」「記憶に残る」行動を補完する形としていった。

一般的医療面接ステップとは(1)患者との対面 (2)問診と患者情報収集 (3)病因究明(触診など) (4)診療方針・検査の説明 (5)診療方針の整理と患者との合意形成 (6)次回診療へのフォローアップの6つの行動ステップである。この医療面接ステップは、村田(2003)⁸⁾により現職医師約15名によるヒヤリングで調査済みのものであり、臨床経験の長いベテラン医師であろうと、キャリア1年目の若手医師であっても、医療面接中にいずれかのステップが欠落することは少ないことが検証された。従来、待ち時間の長さを嘆く患者意識を揶揄した「3時間待ち、3分診療」のたった3分間であっても、患者満足度が高い医師というのはこの医療面接ステップ内で、患者に好感を与え、信頼感を感じさせる行動を実現していることを表している。ただし、患者の病態や検査結果との兼ね合いにより、ステップ(5)の「診療方針の整理と患者との合意形」は、後日改められる場合があることに留意しなくてはならないが、一般的医療面接という前提に基づき今回のインタビューではすべてのステップを通して「期待する医療面接行動」を抽出していった。インタビューの結果、患者が医師に期待する医療面接行動が74項目挙げられ、その後、共通項を中心に45項目に絞込んだ上で質問項目としてまとめあげた(図表1)。

これらの質問項目に対する評価にはリッカート尺度を用いて、「患者経験」としての事実を「非常にあてはまる」「ややあてはまる」「どちらともいえない」「ややあてはまらない」「まったくあてはまらない」という5段階評定で構成した。

この患者満足を表す45項目の質問行動と、後述する「求められる能力特性(コンピテンシー)」との関連を簡単に述べる。医師に求められるコンピテンシーの定義やコンピテンシー行動リストに言及した先行文献は多くはなく、本論文では、ライル・M・スペンサー(2001)による「コンピテンシーとは、ある職務または状況に対して効果的、

図表1 患者満足度測定質問調査票
(医師に期待する医療面接行動)

NO.	質問項目	能力特性
Q1	身だしなみは清潔感があった	対面影響力
Q2	最初に自然な挨拶をしてくれた	
Q3	緊張が和らぐような、温和な表情または笑顔で対面した	
Q4	問診表(カルテ)には事前に目を通し、患者の状況を確認するような言動があった	情報収集力
Q5	病気以外のあなたを取り巻く情報(仕事や生活環境)についてたずねてくれた	関心の幅
Q6	あなたからの質問や意見に強い関心を示し、多面的に質問を重ねてくれた	受容力
Q7	あなたが話しやすいように身体の向きに配慮してくれた	
Q8	視線を合わせて話をしてくれた	
Q9	話を途中で遮ることはなく、話をよく聞いてくれた	感受能力
Q10	あなたが話している時、うなずき、あいづちなどをよく行ってくれた	
Q11	あなたの気持(病気によるつらさや不安)に対する共感的な理解を言葉で示してくれた	
Q12	あなたの言いたかったことの真意を汲み取ってくれた	柔軟性
Q13	検査方法や投薬など色々な角度から検討し、複数の案があれば提示してくれた	
Q14	一方的に淡々と説明することではなく、適宜あなたの考えを確認してくれた	
Q15	あなたの状況や希望を確認し、その希望に応じるよう対処してくれた	説明力
Q16	診断結果の説明には筋道が通っていた	
Q17	診療方針にああなたの同意や受容を得ようと熱意をもって話してくれた	
Q18	あなたの疑問には納得を行くまで説明を行ってくれた	リーダーシップ
Q19	治療に際し、共にかかわっていき姿勢を言葉や態度で表してくれた	
Q20	診療方針の全体像を示してくれた	
Q21	あなたの主体性を引き出すような励ましなどの言葉がけをしてくれた	要約能力
Q22	あなたの話したことを、要約しながら正確に理解していることを示してくれた	
Q23	レントゲンや検査結果からの情報の読み取りがはやく、簡潔に説明してくれた	
Q24	カルテへの記入に集中せず、適宜、視線をあわせながら、要領よく書き込みを行っていた	口頭表現力
Q25	聞き取りやすい適度なテンポ、メリハリのある話し方をしてくれた	
Q26	専門用語はできるだけ使わず、わかりやすい説明してくれた	
Q27	わかりにくい場合には、身振り、絵や図を描くなど工夫してくれた	創造力
Q28	病名、病因について先入観や固定観念による断定的な言い方はしなかった	
Q29	あなたの意見を否定するような発言はしなかった	
Q30	診療に役立つ生活指導など具体的に指導してくれた	判断力
Q31	長期・短期的な両面における診療方針を説明してくれた	
Q32	検査、投薬による影響を考慮し、事後対策やフォロー手段の提案してくれた	
Q33	診療方針について重要性、緊急性など優先順位をまとめて話してくれた	患者志向
Q34	待たせたことへのお詫び、「失礼します」など身体接触への謝いや感謝などの言葉を言ってくれた	
Q35	診療に直接関係のない事とおもえることでも質問したこと丁寧に答えてくれた	
Q36	あなたの名前や記憶したあなたの情報を必要に応じて会話の中に折り込んでくれた	分析力
Q37	問診や触診を通じて、理由を明確に話しながら病名や診療方針を説明してくれた	
Q38	あなたの考えを広く、深く掘り下げるような「なぜ」「他には」などの質問をしてくれた	
Q39	検査、レントゲンなどの結果と、診療方針との関連をわかりやすく説明してくれた	計画力
Q40	診療行為がスムーズに運ばれ、手順よかった	
Q41	患者の待ち時間に配慮し、検査など無駄なく時間配分してくれた	
Q42	必要ある他診療科の受診手順や、検査手順を混乱のないように具体的に説明してくれた	コントロール
Q43	次回診療までの期間や、日程など具体的に確認してくれた	
Q44	何か困ったことが起こったときの対処の仕方や連絡方法を伝えてくれた	
Q45	聞き忘れや、質問はないかと促してくれた	

あるいは卓越した業績を生む原因として関わっている個人の根源的特性」というコンピテンシー定義を参考とする。そして大沢（2000）によれば、このコンピテンシーの抽出方法とは、高業績遂行者と平均的業績遂行者との行動面での決定的な差異を面接インタビューなどを通じて見つけ出し、そしてその測定はそのクリティカルな行動を評定する行動観察評定尺度によってなされるとしている。今回の質問項目はすべて患者によって期待される医療面接行動であることから、これら行動群はすべて高業績遂行者が実践しうるものであり、さらに第3者である患者が行動認知していることから、行動観察評価尺度として引用が可能であると考えた。次に、コンピテンシーを分類するにあたっては、これらの医療面接行動を包含しているコンピテンシー行動リストを調査した結果、アメリカ DDI 社 ブレイ博士⁹にて開発され、現在マネジメント・サービス・センター汎用ディメンションリスト¹⁰とアメリカ ニューヨーク州の市民課雇用推進課（NYS Department of Civil Service.）が求職者向けに提示している「リーダーシップ・マネジメントに関する能力特性リスト」がもっとも近いものと判断し、適応した。その結果、図表1の右列に示すように患者満足度測定質問調査票にある各質問項目に対応する能力特性に分類された。

② 患者満足度評価指標（従属変数）

現実に患者満足を勝ち得ることのできる面接行動を質問項目（独立変数）にしたことは先に述べたとおりである。これらひとつひとつの患者満足面接行動と患者満足度との相関関係をさらに詳しく見るためとその背後に潜在する要因を導き出し、その因果関係を統計的に検証するために、従属変数には5種類の尺度を用いた。(1)「あなたは医師による診察・治療についてどの程度満足していますか（以下、患者総合満足度）」という総合的な患者満足度を従属変数の第1におき、第2には、先行文献でも明らかになっているコミュニケ

ーション、つまり医療面接を通じて患者が望む医師との信頼関係の現状を確認するために(2)「あなたは担当医師との間に信頼関係が確立していると感じましたか」（以下、信頼関係構築）とした。第3の従属変数として、同じく先行文献によって提言されている協働医療の実現に必要な患者の積極的関与を導き出す行動要因を探るため(3)「あなたはご自身の治療方針を決定していくことに対して関与できましたか」（以下、積極的関与）を用いた。さらに医療経営上、これまで以上に重要となってくる現在通院している患者の継続確保と、新規の患者の獲得のために必要不可欠な好意的な口コミに対する満足度を見るために(4)「これからも当院を利用したいと思うか」（以下、再利用意向）と、最後に(5)「ご家族や友人にも当院をすすめようと思うか」（以下、紹介・推薦意識）を第4と第5の従属変数に加えた。

これら5つに対する回答には、(1)患者総合満足度は「非常に満足」「やや満足」「どちらともいえない」「やや不満足」「非常に不満足」と5段階評定を用い、(2)～(5)にはこの評定尺度に準じながら回答表現¹¹をそれぞれに対応させた。

IV. 分析

IV-1. 調査対象者属性

患者調査対象者の属性は男性 71%、女性 29%であった。年齢構成は、20歳代 0.5%、30歳代 0.5%、40歳代 3.4%、50歳代 17.2%、60歳代 32%、70歳代 34.5%、80歳代 11.8%となり、50歳以上の回答者が95%となった。次いで、通院歴では、初めてが5%、1年未満が10%、1年～3年が22%、3年以上が64%と継続受診している患者は95%となった。予約の有無については、予約ありが96%、予約なし4%となった。実際の診察時間については、5分以内29%、5分～10分46%となっており、75%の患者は10分以内の診療時間であった。これは平成17年厚生労働省の受療行動調査全国平均外来患者の診察時間における「10分未満」が66.8%となっていることから、

全国ベースの 10 分以内診療としては若干上回っている。しかしながら、その診療時間に関して印象を聞いたところ、「短すぎた+やや短い」と 33%、「長すぎた+やや長すぎた」3% となり、63%は「適当であった」という診療時間に関しては受容傾向結果が見られた。

IV-2. 患者満足度評価結果の全体的傾向

5 つの患者満足度評価の結果に関して全体的（肯定・否定）な評価傾向を見てみる。肯定的評価とは「非常に満足」「やや満足」を集計したものであり、否定的評価とは「やや不満足」「非常に不満足」の合計とした(図表 2)。

図表 2 評価結果の全体傾向集計

	(1)患者総合満足度	(2)信頼関係構築	(3)積極的関与	(4)再利用意向	(5)紹介・推薦意識
肯定的	82%	76%	73%	93%	84%
否定的	8%	9%	6%	1%	3%

*「どちらともいえない」は総数に含めた

患者総合満足度は「非常に満足」36%「やや満足」46%と 82%が肯定的に答えている。反面「やや不満足」5%「非常に不満足」3%と 8%が否定的に答えた。(2)「信頼関係構築」では 76%の患者が信頼関係は確立していると肯定的に感じているが、5 つの評価結果のなかで最も否定的評価が高かったのはこの信頼関係構築であり、9%となった。(3)「積極的関与」は、「十分に関与できた」28%、「ある程度関与できた」46%と合計 73%が自己の積極的関与度合いを肯定的に認めている、反面、6%が治療に関与が出来なかったと否定的回答であった。(4)「再利用意向」に関しては肯定的評価がほかのものに比べてもっとも高く、93%が継続受診の意向を表している。「おそらく利用しないと思う」0%、「絶対に利用したくない」1%と病院から離反してゆく可能性を示唆する否定的な回答が 1%あった。佐藤 (1997) によると、一般企業においては年に 30%づつ顧客の離反が明らかにされている事実や、患者満足を考える

と同時に、離反患者を 5% 減らすと利益が倍になるという報告からも、この 2 日間における調査対象者の中に 1%という数字があることを見過ごすことは出来ない。(5)「紹介・推薦意識」には 84%が好意的な口コミを肯定しているが、「あまりすすめられない」2%「絶対にすすめられない」1%と合計 3%は好意的な口コミに対しては否定を示している。これらすべての評価結果から、医師との医療面接行動から受けた全体的傾向においては 73%から 93%までの高水準で肯定的に受け入れられていることがわかる反面、1%～9%の患者は医師の医療面接行動に基づいて否定的な回答となった。特に口コミに関しては、佐藤 (1997) の、悪い評判は 9 人から 10 人に、良い評判はその半分の 4 人から 5 人に話すという調査結果をもとに、現在では病院利益の計量化がマーケティングの方面で可能になったことから、否定的傾向への対策は早急の課題となりうる。

IV-3. 医師に期待される「態度・価値観」とは

45 項目にわたり期待される医師の医療面接行動と 5 つの評価結果の相関関係を図表 3 を通して検証する。すべての評価結果に対し相関係数.50 以上があるものを「かなり相関がある」という基準にして抽出した結果、11 項目の医師の医療面接行動が挙げられた。ここでスペンサー (2001) による「意図を伴わない行動はコンピテンシーとは認められない」という定義を適応すると、この 11 項目の医療面接行動には必ず「意図」が含まれることが考えられ、人間の内面に存在する「態度・動因・価値観」などが必ず含まれているということである。そこで、これらの行動から大きく 3 つのカテゴリーに分けられる根源的特性を考察していく。Q9「話をさえぎらない」という行動は、無言ながら、相手から発せられる言葉そのものを患者自身と同等に大切にし、受容しようとする強い意図が感じられる。話をさえぎらないという行為は、それ程簡単なことではなく、少なくとも一定時間、自分自身の感情(忙しいのに、もっと簡潔に

話して欲しいなどという本音などをコントロールしなくてはならないことから、つよく意識しないとなかなか表出できない行動といっても過言ではない。ダニエル・ピンク (2005) によると 20 年前のある研究グループの結果から、診療室での医師と患者のやり取りをビデオテープに収録し調査を行った結果、医師は患者が話し始めてから平均して 21 秒後に患者の言葉をさえぎっていることがわかり、近年では少し状況が改善され、患者の話の邪魔をするまで平均 23 秒待つことが報告されている。この数値は医師のセルフコントロールの限界を示しているが、この秒数にかかわらず、「話をさえぎらない」という行為には、医師はその患者の話の中から、全人的な医療サービスの方向を見出すために真摯に向き合うという意味が含まれていると考えられる。さらに、Q24「カルテ記入に集中しない」行動は、まさしく患者の存在認知を意識していることであり、Q34「敬意や感謝の表出」とは「失礼します」など触診時に患者の身体へ触れる際に、相手の身体への畏敬の念がなければ、表出することは容易ではないと考える。そこで、この3つQ9、Q24、Q34の行動から『基本姿勢Ⅰ』として、「相手(患者)の存在を尊重する姿勢」としたい。

次にQ14「一方的に淡々と説明することはなく適宜あなたの考えを確認してくれた」、Q22「あなたの話したことを、要約しながら正確に理解していることを示してくれた」、Q23「検査結果からの情報の読み取りがはやく、簡潔に説明してくれた」、Q25「聞き取りやすい適度なテンポ、メリハリのある話し方をしてくれた」とは、話すとは医師による能動的な行動ではあるが、その前には必ず「あなたの」というように相手が主体に置かれており、その理解を確認し、歩調を合わせていくという患者中心の行動が目立っている。Q16[筋道が通った説明]でも相手によって筋道が通っていると認知できる説明をしている点では同様であり、これら5つの行動の背後に、『基本姿勢Ⅱ』として「相手中心の説明と理解促進を重視する姿勢」がうかがえる。

図表3 患者満足度測定質問項目と

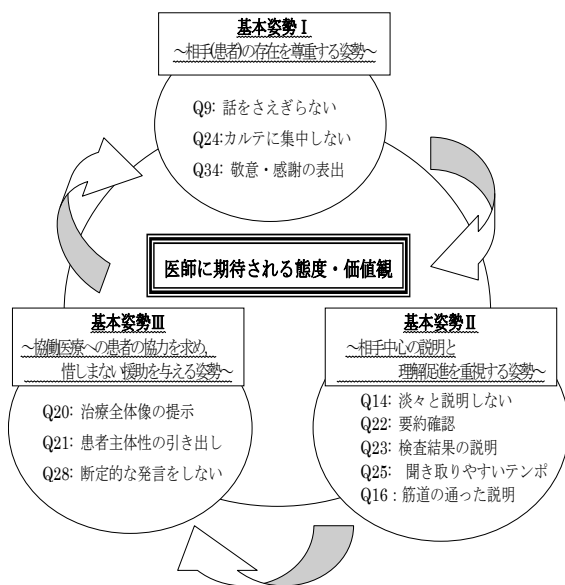
評価結果の相関関係

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	患者総合満足度	信頼関係構築	積極的関与	再利用意向	紹介・推薦意識
Q1 身だしなみ、清潔感	.388(**)	.329(**)	.346(**)	.278(**)	.355(**)
Q2 自然な挨拶	.463(**)	.431(**)	.422(**)	.431(**)	.460(**)
Q3 温和な表情、笑顔	.489(**)	.448(**)	.417(**)	.477(**)	.495(**)
Q4 カルテの事前確認	.610(**)	.560(**)	.553(**)	.443(**)	.494(**)
Q5 周辺情報収集	.523(**)	.454(**)	.428(**)	.302(**)	.365(**)
Q6 関心と多面的質問	.561(**)	.584(**)	.514(**)	.424(**)	.507(**)
Q7 身体の向き	.558(**)	.514(**)	.500(**)	.456(**)	.542(**)
Q8 視線を合わせる	.577(**)	.506(**)	.480(**)	.520(**)	.585(**)
Q9 話を遮らない、傾聴	.582(**)	.554(**)	.517(**)	.508(**)	.533(**)
Q10 うなずき、あいずち	.580(**)	.530(**)	.477(**)	.438(**)	.553(**)
Q11 共感的理解の表出	.628(**)	.563(**)	.496(**)	.479(**)	.578(**)
Q12 真意の汲み取り	.632(**)	.632(**)	.567(**)	.429(**)	.557(**)
Q13 複数案の提示	.705(**)	.597(**)	.554(**)	.485(**)	.603(**)
Q14 淡々と説明しない	.705(**)	.615(**)	.588(**)	.513(**)	.613(**)
Q15 希望への対処	.678(**)	.569(**)	.548(**)	.471(**)	.562(**)
Q16 筋道がとおった説明	.662(**)	.583(**)	.595(**)	.503(**)	.551(**)
Q17 同意、受容への熱意	.644(**)	.583(**)	.584(**)	.493(**)	.593(**)
Q18 納得するまでの説明	.652(**)	.594(**)	.547(**)	.440(**)	.536(**)
Q19 協働治療への表出	.666(**)	.622(**)	.571(**)	.498(**)	.567(**)
Q20 全体像の提示	.655(**)	.609(**)	.546(**)	.506(**)	.528(**)
Q21 主体性引出の言葉がけ	.684(**)	.604(**)	.556(**)	.523(**)	.581(**)
Q22 要約と確認	.662(**)	.666(**)	.631(**)	.572(**)	.673(**)
Q23 情報読み取り早確性	.634(**)	.607(**)	.559(**)	.516(**)	.543(**)
Q24 カルテ記中に集中しない	.652(**)	.601(**)	.583(**)	.502(**)	.612(**)
Q25 聞き取りやすいテンポ	.646(**)	.612(**)	.605(**)	.544(**)	.609(**)
Q26 専門用語を使わない	.668(**)	.608(**)	.614(**)	.487(**)	.587(**)
Q27 身振り、絵、図の活用	.585(**)	.480(**)	.516(**)	.435(**)	.472(**)
Q28 断定的な言い方しない	.629(**)	.646(**)	.608(**)	.508(**)	.608(**)
Q29 否定をするような発言しない	.556(**)	.552(**)	.522(**)	.485(**)	.557(**)
Q30 具体的生活指導	.645(**)	.560(**)	.526(**)	.461(**)	.578(**)
Q31 長期、短期的説明	.683(**)	.572(**)	.531(**)	.478(**)	.559(**)
Q32 事後対策、フォロー提案	.618(**)	.587(**)	.622(**)	.499(**)	.545(**)
Q33 重要性、緊急性、優先順位	.588(**)	.543(**)	.555(**)	.471(**)	.495(**)
Q34 敬意や感謝の表出	.579(**)	.551(**)	.504(**)	.539(**)	.586(**)
Q35 非直接的な質問への対処	.546(**)	.541(**)	.510(**)	.468(**)	.547(**)
Q36 履情履歴の活用	.608(**)	.630(**)	.554(**)	.484(**)	.563(**)
Q37 明確な病名と診療方針	.606(**)	.560(**)	.548(**)	.463(**)	.545(**)
Q38 「なぜ」「他には」と掘り下げ	.657(**)	.597(**)	.538(**)	.435(**)	.599(**)
Q39 関連事項との説明	.641(**)	.583(**)	.596(**)	.482(**)	.546(**)
Q40 スムーズ、手順の良さ	.595(**)	.556(**)	.534(**)	.446(**)	.550(**)
Q41 待ち時間への配慮	.563(**)	.473(**)	.431(**)	.477(**)	.527(**)
Q42 受診手順、検査手順の説明	.616(**)	.504(**)	.499(**)	.486(**)	.531(**)
Q43 次回までの期間、日程説明	.578(**)	.540(**)	.496(**)	.426(**)	.462(**)
Q44 不測事態への対処説明	.493(**)	.491(**)	.483(**)	.416(**)	.472(**)
Q45 聞き忘れ防止、質問促進	.575(**)	.490(**)	.442(**)	.377(**)	.491(**)

注1: 全従属変数に対して相関係数が0.50以上あるものを網掛けにした。

根拠的特性の3つ目には、Q20「治療方針の全体像を示してくれた」、Q21「あなたの主体性を引き出すような励ましなどの言葉がけをしてくれた」とは、患者自身がまぎれもなく誰に取って代わることができない、治療に対する主体者であり、医師はその逃げることの出来ない問題解決者のよき協力者であろうとする姿勢が考えられる。Q28「病名、病因について先入観や固定観念による断定的な言い方はしなかった」という行動には、たとえ医学的専門知識で優位な立場の医師であろうとも、問題解決、意思決定者としての患者の立場を支えようとする姿勢によって、断定的という拒絶的な表現は控えるということから、以上3つの行動からは治療への問題解決のよき協力者としての意図を感じさせるものであり、「協働医療への患者の協力を求め、惜しまない援助を与える姿勢」を『基本姿勢Ⅲ』とした。この3つの基本姿勢をまとめたものが図表4である。

図表4 医師に期待される態度・価値観



IV-4. 因子分析による患者満足度要因の下位尺度の構成

「患者の視点で捉えた医師へ期待する医療面接行動」測定項目の内部構造を明らかにすることを目的として、測定項目として挙げられた45の

医療面接行動を使用して因子分析(主成分法, バリマックス回転)を行った。その結果, 4つの因子が抽出された(図表5)。

第1因子では, 患者の立場に立つことを前提とした「治療方針に同意や受容を得ようと熱意をもって話す」「納得するまでの説明」「聞き取りやすいテンポで話す」「専門用語を使わない」など専門的医学知識をわかりやすく, かつ納得性を高める説明行動と「診療方針の全体像を示す」「重要性, 緊急性など優先順位をまとめて話す」「検査, 投薬による影響を考慮し, 事後対策やフォローの手段を提案する」「複数案を提示する」「状況や希望を確認し, その希望に応じるように対処した」など患者自身の主体的意思決定をフォローすることによってさらに納得性を向上させる項目の因子負荷量が高いことから, 「患者主体の納得説明行動群」と名づけた。

図表5 患者満足度測定項目の因子分析

第1因子		第2因子			
患者主体の納得説明行動群		受容・共感行動群			
Q17	同意、受容への熱意	0.699	Q7	身体の向き	0.729
Q29	否定をするような発言しない	0.663	Q10	うなずき、あいづち	0.687
Q20	全体像の提示	0.635	Q12	真意の汲み取り	0.677
Q33	重要性、緊急性、優先順位	0.633	Q3	温和な表情、笑顔	0.656
Q18	納得するまでの説明	0.621	Q8	視線を合わせる	0.655
Q28	断定的な言い方しない	0.618	Q6	関心と多面的質問	0.644
Q19	聞き取りやすいテンポ	0.609	Q9	話を遮らない、傾聴	0.636
Q25	協働治療への表出	0.609	Q4	カルテの事前確認	0.607
Q32	事後対策、フォロー提案	0.575	Q22	要約と確認	0.592
Q26	専門用語を使わない	0.567	Q24	カルテ記中に集中しない	0.577
Q16	筋道がとおった説明	0.559	Q11	共感的理解の表出	0.571
Q37	明確な病名と診療方針	0.540	Q2	自然な挨拶	0.558
Q39	関連事項との説明	0.531	Q1	身だしなみ、清潔感	0.504
Q15	希望への対処	0.529			
Q14	淡々と説明しない	0.522			
Q23	情報読み取り早確性	0.480			
Q13	複数案の提示	0.469			

また, 第2因子は「話しやすいように身体の向きに配慮した」「温和な表情, 笑顔」「視線を合わ

せる」「身だしなみ、清潔感」という、言葉を発する以前に患者を受け入れようとする受容的行動と、「うなづき、あいづちをよく行った」「話を途中でさえぎることなく聴いてくれた」「あなたの気持ち(病気によるつらさや不安)に対する共感的な理解を言葉で示した」など患者の話当真に傾聴したうえで、さらにそれに対する共感的理解を表出していくという感情表現の豊かさを求める項目の因子負荷量が高いことから「受容・共感行動群」と名づけた。

図表 5 患者満足度測定項目の因子分析(つづき)

第3因子		第4因子			
高付加価値行動群		診療マネジメント行動群			
Q45	聞き忘れ防止、質問促進	0.689	Q41	待ち時間への配慮	0.737
Q44	不測事態への対処説明	0.635	Q43	次回までの期間、日程説明	0.578
Q38	「なぜ」「他には」と掘り下げ	0.629	Q42	受診手順、検査手順の説明	0.534
Q30	具体的生活指導	0.583	Q40	スムーズ、手順の良さ	0.524
Q31	長期、短期的説明	0.573			
Q36	履歴情報の活用	0.571			
Q21	主体性引出の言葉かけ	0.536			
Q5	周辺情報収集	0.518			
Q35	非直接的な質問への対処	0.501			
Q27	身振り、絵、図の活用	0.500			
Q34	敬意や感謝の表出	0.469			

第3因子はドアノブ質問と言われる「聞き忘れや、質問はないかと促してくれた」「困ったことが起こったときの対処の仕方や連絡方法を伝えてくれた」や「患者の考えを広く、深く掘り下げよう『なぜ』『他には』などの質問をした」、「待たせたことへのお詫び、『失礼します』など身体的接触への敬意や感謝の言葉を言う」などは医師が通常の医療面接では、時間的制約や気が付きにくいということから、一般的に患者もそれ程に期待していないことが多い行動であるが、頻繁に聞くことがないことへの驚きや、診療の後に「あれも聞けばよかった。こうなった場合はどうしたらよい

のだろう」という心理的不安をカバーでき、これらの行動を表出することにより、一般サービス業に準ずる心配りサービスと表現できるという高付加価値のある因子負荷量が高いので「高付加価値行動群」と名づけた。

最後の第4因子は、「待ち時間を配慮し、検査など無駄なく時間配分した」「次回診察までの期間や、日程など具体的な確認」「必要ある他診療科の受診手順や、検査手順を混乱のないように具体的に説明した」など診療行為自体を効率的に導き、患者の混乱を減少させる項目の因子負荷量が高いことから「受診マネジメント行動群」と名づけた。

次に、患者満足度要因(医師に期待される医療面接行動群)と評価指標との関係を見るために、導き出された4つの因子と従属変数を重回帰分析したところ以下の結果が得られた(図表6)。

図表 6 因子分析結果と従属変数との相関

従属変数	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	患者総合満足度	信頼関係構築	積極的関与	再利用意向	紹介・推薦意識
患者主体の納得説明行動群	0.485(***)	0.472(***)	0.411(***)	0.296(***)	0.387(***)
受容・共感行動群	0.474(***)	0.502(***)	0.456(***)	0.383(***)	0.476(***)
高付加価値行動群	0.414(***)	0.369(***)	0.333(***)	0.295(***)	0.366(***)
診療マネジメント行動群	0.324(***)	0.216(***)	0.171(***)	0.262(***)	0.233(***)

注)相関関係がもっとも見られたところを網掛けとした。

患者総合満足度に最も相関がみられる因子は、第1因子である「患者主体の納得説明行動群」.485となり、僅かな差として0.011ポイントではあるが次いで第2因子である「受容・共感行動群」0.474となっている。ついで第3因子「高付加価値行動群」.414、第4因子「診療マネジメント行動群」.324と続いた。その以外4つの「信頼関係構築」「積極的関与」「再利用意向」「紹介・推薦意識」の従属変数においては、相関の傾向が同様であり、最も相関がみられたのが第2因子である「受容・共感行動群」であった。ついで第1因子の「患者関与・納得説明行動群」となっていることから、患者総合満足度にとって相関の強い第1位と第2位が入れ替わる結果となった。

その後、第3因子「高付加価値行動群」、第4因子「診療マネジメント行動群」と続くことはすべての因子において共通である。このことから、患者が信頼をおける納得性のある医師からの説明行動に満足を感じる背後には、自分自身を受け入れてもらえている、理解しようとしてくれているという受容・共感的を期待していることがわかる。そしてこの受容・共感行動には特に信頼関係構築や積極的関与に関する満足を高め、再利用意向や紹介・推薦意識には必要不可欠な患者満足度の規定要因といえる。

この結果より、1990年以降、市民権を得てきたインフォームド・コンセントによって、医師による患者主体の納得説明行動は確実に患者満足を充足させることのできる要因となり、またはそれ以上に受容・共感行動というものが、現代の患者満足度において重要な因子だということが明確となった。

IV-5. 医療面接における医師に期待する能力特性

患者満足度測定質問表(独立変数)を作成するに至って説明した「医師に期待される医療面接行動」と「能力特性」の関係をさらに検証し、医師に期待する医療面接行動を押し出しているその行動の背景にある能力特性を明確にしていく。

まず、これら医療面接行動は医師が患者より実際に満足を得た客観的行動であるという観点から、つまり常に患者満足度を獲得することのできる医師とはこれらの行動を如何なるときも、一貫性をもって患者に示していることと解釈したことは先に述べた。その高業績達成者として認められる医師が有している能力とは何かということ进行分类する方法として、汎用ディメンションリストから対応するものに分類した。

例えば、医師に期待する医療面接行動質問Q1「緊張が和らぐような、温和な表情または笑顔で対面した」、Q2「最初に、自然な挨拶をしてくれた」、Q3「身だしなみは清潔感があつた」という行動は、ディメンションリストの中から、「笑

顔・柔和な物腰」「包容や受容的雰囲気を感じさせるポーズ」「安定感がある」など類似するものに対応させ、最終的に「対面影響力」の定義である「良い第一印象を与え、注目を引き、自信ある態度を示し、自己を認識させる能力」に整合性を確認していった。能力特性に対して患者満足度測定質問行動は図表7の左列に記しているように、各能力特性に対し、それぞれ3つの質問項目が相当している。

図表7 医師に求められる能力特性と従属変数間における相関

対応質問No.	従属能力要件	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	クロンバック α の係数
		患者総合満足	信頼関係構築	積極的関与	再利用意向	紹介・推薦意識	
Q1~3	対面影響力	0.57	0.52	0.45	0.47	0.51	0.809
Q4~6	情報収集・関心の幅	0.68	0.67	0.60	0.45	0.58	0.788
Q7~9	受容力	0.65	0.61	0.56	0.54	0.61	0.872
Q10~12	感受共感能力	0.69	0.68	0.59	0.50	0.66	0.897
Q13~15	柔軟性	0.74	0.65	0.61	0.48	0.63	0.913
Q16~18	説得力	0.73	0.66	0.62	0.45	0.59	0.918
Q19~21	リーダーシップ	0.75	0.70	0.60	0.48	0.58	0.918
Q22~24	要点把握力	0.75	0.73	0.66	0.55	0.67	0.874
Q25~27	口頭表現力	0.74	0.65	0.62	0.44	0.58	0.861
Q28~30	創造力	0.74	0.65	0.62	0.44	0.58	0.875
Q31~33	判断力	0.70	0.63	0.61	0.48	0.58	0.929
Q34~36	患者志向	0.64	0.65	0.57	0.52	0.63	0.888
Q37~39	分析力	0.70	0.65	0.59	0.45	0.60	0.882
Q40~42	計画力	0.68	0.60	0.53	0.52	0.59	0.870
Q43~45	コントロール	0.63	0.59	0.51	0.45	0.56	0.796

分析にあたり、能力特性得点としては、3つの質問項目の合計したものをを用いることとした。そこで念のため、クロンバックの α の係数によって信頼性分析したところ、「情報収集力・関心の幅」(0.788)と「コントロール」において(0.796)と僅かに0.8を下回ったが、それ以外の13能力に関しては信頼性あるものとなった。これらの能力特性と5つの評価結果による重回帰分析を試み、その相関関係を見てみたものが図表7である。

分析の結果、すべての従属変数に共通してかなり相関が見られる能力特性が多数見られたが、ここでは患者満足度を高めるために必要だと考えられる、医師との「信頼性構築」と患者自身の「積極的関与」に焦点をあて、この2つの患者満足度を獲得するには、どのような能力が求められかを分析するためにかなり相関があると見られる上位6つの能力特性を抽出したところ、上位6位までに「要点把握力」「口頭表現力」「創造力」「柔軟性」「リーダーシップ」と5つの共通した能力が求められていることがわかった(図表8)。これは、患者総合満足度において上位能力特性を6つ抽出した結果と同様であった。

また全部の評価結果に共通して、もっとも相関が強い能力は「要点把握力」であり、これを示す質問行動Q22「あなたの話したことを、要約しながら正確に理解していることを示してくれた」、Q23「レントゲンや検査結果からの情報の読み取りがはやく、簡潔に説明してくれた」、Q24 カルテへの記入に集中せず、適宜、視線をあわせながら、要領よく書き込みを行っていた。という行動に患者が最も強く感知、反応しているということがわかった。

図表8 「信頼関係構築」「積極的関与」に求められる上位能力特性

(2)		(3)	
信頼関係構築		積極的関与	
要点把握力	0.728	要点把握力	0.657
リーダーシップ	0.700	口頭表現力	0.623
感受共感能力	0.683	創造力	0.623
情報収集・関心の幅	0.670	説得力	0.615
説得力	0.661	判断力	0.610
口頭表現力	0.651	柔軟性	0.607
創造力	0.651	リーダーシップ	0.597
柔軟性	0.651		

これは、平均10分以内という限られた診療時間内で、患者、医師ともに医療面接を効果的に、かつ満足度を充足するに足りる行動であると言える。医師が患者の話したことを要約しながら、正確に

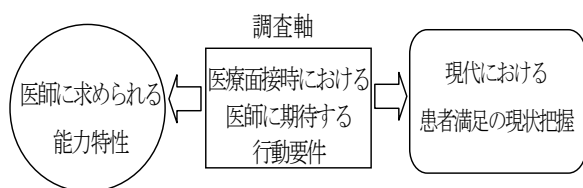
認識してくれることで、重要な事項はもちろん、些細な感情の面でのボタンの掛け違えが少なくなることが理解できる。レントゲンや検査結果の読み取りの速さは信頼性を増し、たとえ異常がない場合でも「問題ありませんね」とすぐカルテに挟み込むというより、患者自身の情報を「この数値が正常範囲であるので安心してください」と指し示され、簡潔な説明が患者の満足度を高めることは当然であろう。また、カルテの記入は医師側にとっても大変な負担を強いられる作業であるが、患者の目の前で書き込むことが不満要因になるのではなく、目線をあわせなくなることが問題と患者は感じているのではないだろうか。新聞記者やインタビューアのように書き込みながら、聴くという手法は、記録をとられていることによる安心感と備忘という点でさらなる信頼を得ることが可能な行動である。この分析を通じて、「患者総合満足度」と「信頼関係構築」と「積極的関与」を引き出すために求められる能力は「要点把握力」「リーダーシップ」「口頭表現力」「創造力」「説得力」「柔軟性」が上位として上げられた。

V. まとめ

わが国の膨れ上がる医療費に対する施策、少子高齢化による医療マーケットの変化、患者が容易に手に入れることができる医療情報の多様化、医療業界への参入障壁の緩和など市場がさらに成熟していく医療業界において、患者を満足させることこそ競争力への原動力となるということが共通認識になりつつある。

本研究では患者満足度を形成する様々な要因の中から、医師による医療面接がもっとも患者満足度に影響を与えるものとして取り上げた。そしてその医師に期待する医療面接行動要件を軸にして、まず患者満足度の現状を把握し、さらに患者満足行動を構成している能力特性について考察した、研究のための調査軸とその結果の関係は図表9のようになる。

図表9 調査軸と研究結果の関係



本研究の結果に対しては、以下の2点に留意しなければならない。第1は調査対象者数が214名中、性別、年齢、通院履歴などその属性にかたよりのあること、さらに他の患者満足を形成する要因として、施設環境や他の職員との関連などを今回は評価対象からはずしていることである。患者満足とは患者一人ひとりの個別性のものであり、サービスの特性からしても流動的なものであることから、この結果を現代の患者満足の現状として一般化することはできない。

第2に医師に求められる能力特性をはかる指標として適応したコンピテンシーを分類する行動リストは、一般企業の管理職に汎用されるものであり、医師のパフォーマンスとの関連についての妥当性として解釈することに対しては留意しなければならない。しかし、これらの課題を踏まえた上でも、患者満足から導き出された医師に求められる医療面接行動要件と、その満足を充足するために求められる能力特性について2点に関して述べる事が可能であろう。

第1に、患者満足を勝ち得ている行動を表出している医師たちに、共通した姿勢や価値観が考察できた。『基本姿勢Ⅰ』として「患者の存在を尊重する姿勢」。『基本姿勢Ⅱ』は「患者中心の説明と理解促進を重視する姿勢」。『基本姿勢Ⅲ』とは「協働医療への患者の協力を求め、惜しまない援助を与える姿勢」の3つである。これはコンピテンシーとは、根源的個人の特性であるということから、高い業績を達成できる行動には、必ずその行動をプッシュする意図や動因があるというスペンサーの定義から導き出されたものである。

これら基本姿勢は、これまで医師という職業に就く以前に、当然、身につけている心構えとして捉えられていたり、適性という言葉に置き換えら

れ、もしも「患者の存在を尊重する姿勢」を表す行動が患者から客観的に認知されなかった場合に、その医師は「病気を診るが、人は診ない医師」と烙印を押されてしまう可能性がこれまではあったと言えよう。今回の調査によって、これは「患者の存在を尊重する姿勢を表現する行動を知らなかったためにできなかった。もしくは気が付いていなかった」という余地が残され、さらには結果から抽出された「患者の存在を尊重する姿勢」を表す行動を意識しながら少しでも顕在化させることで、患者との信頼関係の構築もしく患者満足度が高まることがわかった。

第2に、患者総合満足以外の4つの患者満足度評価尺度「信頼性構築」「積極的関与」「再利用意向」「紹介・推薦意識」にもっとも影響を与えると考えられた「受容・共感的行動群」とその受容・共感的行動群を表出させている医師に求められる能力特性において関連性が低いことに着目する。因子分析の要因解釈と能力特性の構成など調査手法上の原因も考えられるが、これは患者が求めている「期待度」と、実際の医療面接現場における現実的「満足度」に差異が生じていると考えられるのではないだろうか。例としては、未婚の女性が結婚相手の男性に望むことが「高収入」「高学歴」「高身長」という期待はあるが、実際に結婚相手に選んだ人は「おもしろい人」であったというケースに類似する。

このたびの結果では、患者は「受容・共感力」を期待していると感じながらも、それらを表出するような「うなずき」「共感的理解の表出」「真意の汲み取り」といった行動に満足を感じるよりも、「要点把握力」という「話したことを要約し確認する」「検査情報からの読み取りが早く簡潔に説明してくれる」「カルテに集中せずに適宜視線を合わせながら書き込みを行った」という自分自身の「納得性」を高めるような行動に反応し、満足を感じていることが伺える。現在の段階では、患者は「優しい人」よりも「堅実な人」の方に傾倒しているようである。したがって、現在における患者の満足を実際的には得られているものではあるが、将

来的な患者の期待、先読みの戦略的観点からは、必ず到来するであろうと予測される患者の期待行動の理解と顕在化、もしくはそれを表出させる能力特性の開発が必要であることを示唆しているのではないだろうか。

今後に向けては、第1で述べたような医師として「基本的姿勢」と将来に向けて求められる「患者満足を得る行動の顕在化」についての方向性を見出す必要があると考える。そこで、基本的姿勢のような価値観や姿勢を身につけてもらおうと、「べき論」を強要しても、態度や価値観の変容が難しいことは誰もが認識していることであり、また、反面、この姿勢の表出行動だけを「形・型」としてだけ教え込んでも、心が伴わなければこれもまた片手落ちのものとなるだろう。

首藤(1981)によればこのような場合、「行動観察学習」が有効であることを提唱している。これは行動変容から入りながら、態度・価値観の変容に結び付けるという学習方法のひとつである。まずあるべき姿(モデル)を提示し、それを繰り返しまねる、その行動プロセスの中で成功体験を積み重ねることから、その行動を変えたことへのロイヤリティを生み出し、最も大切な根源的な価値観に気がつくというものである。このたびの調査に置き換えて言うならば、あるべき姿(モデル)とは(1)から(6)までの医療面接ステップごとに、ちりばめられた患者が期待する行動ということになる。実際に常に患者満足度の高い医師というのは、医療面接中にこれらの行動すべてとは言えないが、往々にして実践しているわけである。これらをまずはどのような異論があろうともまずは行っていくと、今までなにか距離を感じていた患者や苦手意識を持っていた患者側の変容に気がきます。もちろんこれは患者が望むとわかっていることをピンポイントで狙い撃ちしているといえる行動なので、患者が満足を感じないわけではないのである。そこから何度も患者との信頼関係構築や患者の関与を引きだせるという成功体験を積み重ね、最終目的である基本姿勢の有為を実感していくというプロセスを踏むこととなる。つまり先

に示した「図表4」にある11項目の行動を、適宜、表出することによって、最終的には医師に期待される態度・価値観としての基本姿勢Ⅰ～Ⅲに到達できる可能性を有しているといえる。このことは、今後は輩出されてくる医師が経験するOSCE(オスキー臨床能力を客観的に評価する方法)に近しいところがあるが、OSCEでは(1)から(4)までのステップまでを対象としている。

通常、医師と患者の関係は固定的なものではないため、明らかに正しい、または間違ったパターンだと判定しがたいが、模擬患者による主観的フィードバックを受ける有効性ととも、患者が満足すると考えられるもっとも近いモデル(基本的行動パターン)を繰り返し身体で感じ、日常の患者との対面時によって体得していくことも医療面接スキルの学習法として活用でき、効果性があるのではないかと考える。ここで、今一度述べておきたいことは、表面上のテクニックにばかり着目され「単なるロールプレイ・スキル訓練」という誤解は避けていただきたいことである。行動観察学習とは「行動(型)から入り、精神を学ぶ」という究極の目的は「対人関係」におけるマインドを醸成することにある。

患者—医師間のよりよい関係構築をさぐるために、患者満足に基づく新しい行動モデルをさらに精査研究を行い、医師の医療面接を通じたコミュニケーション・リーダーシップ能力の開発への指針を見出すことを今後の課題としたい。

注

¹厚生労働省により2006年3月6日告示

²前田泉「全国規模の開業医の外来患者満足度調査」実施期間2001年9月～11月 回答患者数790票、協力開業医54名、回収

³財団法人日本医療機能評価機構1995(平成7年)設立。2007年2月19日現在、全国9014病院中、認定病院数は2316。25.6%が認定を受けている。

⁴COML(コムル)NPO法人ささえあい医療人権センター、所在大阪市北区にて1990年設立。

⁵平成16年に新医師臨床研修制度として、診療に従事しようとする医師は、2年以上の臨床研修を受けなければならないとされた。

⁶共用試験とは文部科学省により平成17年から主に4年生から5年生に進級する段階で、CBT(Computer Based Test)及びOSCE(Objective Structured Clinical Examination;客観的臨床能力試験)の2本立てで構成されるものである。

⁷患者ワーキンググループ11名属性。Aさん(女性・41歳・大学病院に

長年勤務)。Bさん(男性・46歳・入院経験長く、スポーツによる長期にわたる外来通院経験有)。Cさん(女性・患者支援組織活動に従事)。Dさん(男性・44歳・約10年にわたる介護経験から家族の立場から参加)。Eさん(女性・52歳・24年前の長男の治療経験に端を発し医師の対応について意識高く、各医療機関のサービスの相違を実感)。Fさん(男性・32歳・奥さんの出産を機に、病院と診療所の医師の違いと違和感を実感)。Gさん(女性・20歳・次世代の病院選びをする際の基準や期待を有す)。Hさん(男性・76歳・自身の若年期、壮年期を踏まえて医師との関係変化を感じて参加)。Iさん(女性・44歳・現看護師、病院の倒産、統合、合併の背景にある実情は多岐に渡る)。Jさん(女性・37歳・2児の母として、保護者の立場から医師への期待行動を語る)。Kさん(女性・44歳・医師の心ないことばと対応により転院経験有)。

8 2003年、大阪市内607床病院においてヒヤリング調査実施。

9 Douglas W. Bray, Ph.D.は1950年代、アメリカ電信電話会社(AT&T)の委嘱を受けて開発されたアセスメント・センター・プログラムの創始者である。その後、William C. Byham Ph.D.とともにDDI社(Development Dimensions International)を設立。

10 ディメンションとは、行動評価する際のインディケータの要素から、行動差異を生み出すような能力(コンピテンシー)を示す。

11 従属変数回答法(2)～(5)、以下のような表現を用いた。(2)「信頼関係構築に対しては」「十分に感じられた」「ある程度感じられた」「どちらともいえない」「あまり感じられなかった」「ほとんど感じられなかった」(3)「積極的関与には」「十分に関与できた」「ある程度関与できた」「どちらともいえない」「あまり関与できなかった」「ほとんど関与できなかった」(4)「再利用意向には」「ぜひ利用したい」「おそらく利用すると思う」「どちらともいえない」「おそらく利用しないと思う」「絶対に利用したくない」(5)「紹介・推薦意識」に対しては「ぜひすすめる」「ある程度すすめる」「どちらともいえない」「あまりすすめられない」「絶対にすすめられない」

参考文献

- 阿部俊子, 2003, 『「患者の満足度」は医療の質指標』週刊医学界新聞 第2550号: www.igaku-shoin.co.jp/nwsprr/n2003dir/n2550dir/n2550_03.htm, 2006.6.24)
- 荒川泰行編, 2005, 『国民は医療になにを求めているか——患者満足と医療サービスを考える』メディカルレビュー社。
- C.Knight Aldrich, M.D., 1999, *The Medical Interview: Gateway to Doctor-Patients Relationship*, New York and London: Parthenon Publishing Group.(=2000, 田口博國訳『医療面接法—よりよい医師-患者関係のために』医学書院)。
- Daniel Goleman, 1995, *EMOTIONAL INTELLIGENCE*, (=1996, 土屋京子訳『EQ——こころの知能指数』講談社)
- Daniel H. Pink, 2005, *A Whole New Mind*, Washington: (=2006, 大前研一訳『ハイ・コンセプト 新しいことを考え出す人の時代』三笠書房: 95-186)。
- 江口成美, 2005, 『国民は医療に何を求めているか—第1章 医療に関する意識調査から国民の医療に対する意識を探る』メディカルレビュー社 1829。
- 船橋昭, 2001, 『よい医者になりたい』日本評論社
- 長谷川万希子他(1993)「患者満足度による医療の評価」『病院管理』30(3): 31-41。
- 医療人類研究会<MAO>, 1992, 『文化現象としての医療——「医と時代」を読み解くキーワード集』メディカ出版。
- John Langone, HARVARD MED (=2000, 白根美保子訳, 『ハーバード医学部』三修社)
- 小泉俊三他, 2004, 「NDP 分担研究 医療の質改善における患者経験調査——有用性の実証」
<http://tqmh.jp/0406kanjakeikenchousahoukokusho.pdf>, 2006.10.1)
- 厚生労働省 受療行動調査 平成17年度
- 楠田丘・斉藤清一, 2000, 『コンピテンシーに基づく病院人事賃金の革新』経営書院
- NYS Department of Civil Service. Department of Civil Service and Governor's Office of Employee Relations Workforce. (<http://www.cs.state.ny.us/successionplanning/workgroups/competencies/competencylist.html#contents>, 2006.10.29)

マネジメント・サービス・センター編, 1989, 『ヒューマン・アセスメントはどこまですすんだか』ダイヤモンド社。

Lyle M. Spencer, Jr., PhD and Signe M. Spencer, 1993, *Competence at Work: Models for Superior Performance*, (=2001, 梅津祐良・成田攻・横山哲夫, 『コンピテンシー・マネジメントの展開』生産性出版: 11-15)。

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』, 88-94。

———2006, 『実践! 患者満足度アップ』日本評論社

掟朋子, 2005, 『国民は医療に何を求めているか—第13章 医療機関のマーケティングと患者満足度—コミュニケーションの重要性と変化』メディカルレビュー社 218-21。

太田隆次, 2002, 『コンピテンシー実務ハンドブック』日本法令。大沢武志・芝祐順・二村英幸, 2000 『人事アセスメントハンドブック』金子書房, 34。

Rita Charon, MD, PhD, 2001, “Narrative Medicine—A Model for Empathy, Reflection, Profession, and Trust” *Journal of the American Medical Association*, 286:1897-1902

佐伯晴子, 2005, 『国民は医療に何を求めているか—第10章 患者さんが求める医療』メディカルレビュー社 171-2。

———, 日下隼人, 2000, 『話せる医療者——シミュレイトッド・ペイシエントに聞く』医学書院

斉藤清二, 2000, 『はじめての医療面接—コミュニケーション技法とその学び方』医学書院。

坂本憲枝, 2005, 『国民は医療に何を求めているか—第14章 医療情報の公開と患者中心の医療の実現に向けて』メディカルレビュー社 240-5。

ささえあい医療人権センターCOML, 1996, 『語り合うインフォームド・コンセント』。

———, 1998, 『患者のこころに寄り添う医療』。

———, 2006-2005, 会員誌 No.186/198: 4

佐藤知恭, 1997, 『顧客満足ってどうやるの』日本経済研究社: 8。

———, 1992, 『顧客満足ってなあに?—CS 推進室勤務を命ず』日本経済研究社: 87-89。

首藤敬太郎・徳丸光夫, 1981, 『行動観察による能力開発—IM 学習入門』産業能率大学出版部。

鈴木厚, 2003, 『日本の医療に未来はあるか——間違いだらけの医療制度改革』三松堂印刷

祖慶実・山崎英樹・荒田弘司, 2003, 『医療現場の顧客満足と業務改善』同友館

Steven A. Cohen-Cole, M.D., 1991, *The Medical Interview: The Three-Function Approach*, Georgia: Mosby-Year Book, Inc.(=1994, 飯島克己・佐々木将人『メディカル インタビュー—三つの役割軸モデルによるアプローチ』メディカル・サイエンス・インターナショナル)。