

医療サービスにおける医師患者関係の分析

——患者満足とサービス品質——

森 藤 ちひろ

要 旨

本研究では、既存の医師—患者関係モデルが医療現場でどのように適用可能かを検討するために患者135名と主治医12名に対し非構造式インタビューを行った。その結果、医師は患者の言葉や態度から患者の価値観を読み取り、患者ニーズに合わせて関係を構築していた。また、医師は1回の診療の中で患者の選好や状況によって複数のモデルを使い分けていた。また、患者の医師に対する評価は、客観的評価（利便性、設備、評判）、技術的信頼（説明、診断、信用）、表層的態度（親しみ、優しさ、丁寧、個性）、人格的信頼（傾聴、親身、人脈）に分類され、モデル選択と関係があることが示唆された。モデル選択は医師への信頼と満足に影響すると推測される。

I はじめに

サービス・マーケティング研究では、提供者と顧客の間の信頼がサービス品質の評価や形成プロセスに大きな役割を果たすことが知られており、提供者と顧客の関係が満足に影響を与えると考えられてきた。山本（1999）によれば、評価の手がかりには内在の手がかりと外在の手がかりがあり、サービス製品においては内在の手がかりが品質に直接結びつくという。医療サービスでは、病院の清潔さやサービス提供者の技術などがこれにあたるが、医師と患者の関係も品質に影響を与える内在の手がかりの一つと言える。

提供者と顧客の関係は、サービスにおいて戦略上重要な役割を果たす。Fornell（1992）らは、顧客に対する戦略を市場拡大と市場シェア獲得の攻撃的戦略、スイッチングバリア構築と顧客満足向上の防御的戦略に分類している。医療サービスでは、攻撃的戦略の例として、治療ガイドラインの変更や診療報酬の改定など業界全体の戦略と、診療科目の新設や検査の追加など医療機関ごとの戦略が考えられるだろう。しかし、価格競争の制限、法制約の多い医療サービスでは、攻撃的戦略は限定されるため、防御的戦略を強化する必要がある。

顧客のサービス提供者に対する信頼が顧客満足を向上させることは多くの先行研究によってわかっているが、医療の品質評価においては最も信頼が重要とされている (Walbridge et al. 1993)。山本ら (2008) も効用 (結果) の不確実性と情報の非対称性という特徴を有する医療において、信頼は特に重要であると述べている。本研究では、医療サービスの内在的手がかりであり、かつ防御的戦略になり得ると考えられる医師患者関係に着目する。良好な関係によって医師と患者の間に信頼が生まれれば、スイッチングバリア構築と顧客満足の向上に有効であろう。

II 先行研究のレビュー

1 医師患者間の相互作用

山岸 (1998) によれば、信頼は、能力に対する期待としての信頼と意図に対する期待としての信頼に分類される。能力に対する信頼は相手が役割を遂行する能力を持っていると期待することを指し、医師においては専門技術に対する信頼などが挙げられる。意図に対する信頼とは、相手が託された責任を果たし、時には自分の利益より他者の利益を尊重する責務を果たすと期待することを指し、医師に人格者であることを期待するのは後者の信頼にあたる。

Goffman (1974) は、人の外面から得られる刺激は、伝達する情報の機能に応じて「見せかけ・外見 appearance」と「態度 manner」に分類できるとしている。「見せかけ」とは社会的地位を伝える刺激のことであり、医師の場合は、治療行為、白衣などから「医師」の見せかけ上の情報を患者に伝える。一方、「態度」は将来に予期される役割を予告する機能を持つ。表情、振る舞いなどは態度にあたり、患者は医師の見せかけと態度から医師に対する信頼を形成すると考えられる。Goffman は、人は見せかけと態度の間に整合性を期待すると述べているが、患者の医師に対する期待も同様であり、患者は医師の見せかけと態度に矛盾がないことを期待しているであろう。

社会システム論者である Parsons (2002) は、医師は患者の治りたいという動機づけを強めるために、患者の感情転移を許し患者に感情的反応を示すと説明している。また、Schutz (1980) は、共通のコミュニケーション環境は両者の理解によって成り立ち、互いに相手を動機づけるとしている。医師と患者はコミュニケーションによって互いに動機づけ合いながら、関係を構築していると考えられる。Bandura (1974) は、将来を表象することができれば、実際の結果と同じように予測は動機づけの力を持つと述べている。医師が患者との関わりの中で患者の不安を取り除き、治療の道筋を提示することが出来れば、患者は治療に意欲的になるだろう。

以上社会学に基づき医師患者間の相互作用について整理したが、患者の回復力についても触れておきたい。Hall et al. (2001) は、患者の医師への信頼が患者の精神力や回復力に影響を与え、モチベーションを高めると述べている。Bundura (1977) は、望む結果のために必要な行動を実行する能力に関する信念を自己効力感と呼んでいるが、患者の医師に対する信頼が自己効力感を高めるかもしれない。

2 医師患者関係の分類

患者満足を高めるためには、医師は患者のニーズを正しく理解し、実現可能な範囲内で患者の期待に最大限応えることが大切である。そのためには、医師と患者が一体的に治療に取り組む体制、つまり、提供者である医師と消費者である患者が協働するモデルが必要である。患者満足に影響を与える信頼は医師患者関係において形成されると考えられることから、患者満足向上の戦略として医師患者関係の理解は不可欠である。医学教育、生命倫理の分野で代表的な先行研究を以下に示す。

(1) Szasz と Hollander の「患者の自律性」に着目した古典的モデル (今井ら 1992)

(a) 能動性—受動性モデル Model of Activity-Passivity

患者は受動的で主体性を欠いており、医師が絶対的立場に立つ。このモデルでは、病気は望ましくない異常の存在、構造または機能の欠如と考えられる。この関係は親と幼児に擬せられ、治療には医師の行うことすべてが含まれる。

(b) 指導—協力モデル Model of Guidance-Cooperation

医師は患者に指示および勧告を行い、患者は指示に従うことを期待される。患者は適切な判断はできないが、医師の説明を理解することができ、積極的に努力することも可能である。この関係は、親と青年期の子供に擬せられ、治療には通常の医師の行為のほか、指示、勧告も含まれる。

(c) 相互参加モデル Model of Mutual Participation

この関係では、患者は自立し、自己管理することを求められ、医師は患者の自立を助け、その専門的能力による援助を行うことが期待される。病気や健康という概念は一義的ではなく、目的に関する有効な行動様式、適応、整合性が判断基準になる。患者の応答によって最良の医療がその都度決定される。医師と患者は相互に独立し、その関係は成人間の関係として捉えられる。

(2) Veatch の「医師の専門性」に着目したモデル (今井ら 1992)

(a) 技術者モデル

医師はさまざまな検査を通じて患者の膨大なデータを収集し、診断を行う。医師は科学者として振る舞い、道徳的な判断を放棄する。人間関係の欠落した医療空間が広がる。

(b) 聖職者モデル

医療技術の専門家としてではなく、その権限を価値判断の領域にまで一般化し、聖職者のように振る舞う。医師による善意の押しつけが行われ、患者は道徳判断の放棄を強いられる。

(c) 仲間モデル

医師と患者は共通の目的を持った仲間として規定される。医師への信頼は権威に対してではなく、相互信頼の表れとして生まれ、患者の主体性が重視される。

(d) 契約モデル

医師と患者は信頼に基づく契約の関係にあると規定される。患者からの診療の申し出に医師が承諾することで契約は成立する。

(3) Emanuel の「患者の価値観」に着目したモデル (Emanuel, E. J. et al. 1992)

(a) 父権主義モデル The Paternalistic Model

父権主義モデルは、患者に健康と幸福を促進する介入を保証することを目的としている。医師は専門技術によって病状や状況を特定し、検査や処置を決定する。医師が最良と考える介入に対する同意を強調する情報提供が行われる。このモデルは、共有の基準が医師患者間に存在すると想定されている。ゆえに、限られた患者の参画の中で、医師は患者の関心を見分ける。このモデルでは、医師は患者の保護者として行動し、患者に適切な治療を提示し実施する。このモデルの患者の自律性は、医師の決定に対し患者が同意することを意味している。

(b) 情報提供モデル The Informative Model

情報提供モデルは、医師が患者に情報をすべて提供し、患者が自ら医学的介入を選択し、医師がその介入を実施することを目的としている。医師は患者に病気の進行度、可能な診断、治療の性質、リスクとその可能性、介入による便益、その他の知識を伝える。医師は事実を提供し、患者の価値観は判断しない。情報提供モデルでは、医師は技術的な高度専門知識の提供者であり、患者に統制する手段を提供する。このモデルの患者の自律性は、医療的な意思決定を患者が統制することである。

(c) 解釈モデル The Interpretive Model

解釈モデルは、患者の価値観に合った医療的な介入を選択する手助けを目的としている。

医師は、情報提供モデルのように患者に病状、リスク、可能な介入の便益に関する情報提供を行い、かつ患者の価値観を明確にし、医療的に最高の介入が患者の価値観と一致するよう支える。医師は、患者と一緒に患者の人生を理解し、患者の価値観や優先順位を明確にする。このモデルの患者の自律性は、自己理解である。

(d) 対話モデル The Deliberative Model

対話モデルは、患者が医療で具現化したい価値を選択できるように助けることを目的としている。医師は患者の置かれている状況を明らかにし、可能な選択肢の具体的なタイプを解明する。医師と患者は患者の健康に関連する価値観を議論する。対話モデルでは、医師は教師もしくは友人として振る舞い、望ましい行動を患者と対話で考えていく。医師は患者を理解し、患者の治療決定を明確にする。このモデルの患者の自律性は、道徳的な自己開発である。

(4) 深層価値ペアリング

Veatch (Veatch 1995, 小松ら 1997) は Deep-Value を基盤とする以下のシステムを Deep-Value-System と規定した。

- ① 医師が自分の内面に深く根ざす持続的な世界観を患者に向けて情報公開する。
- ② その世界観に共鳴する患者が特定の医師のところに集まる。
- ③ こうした deep-value-pairing に基づいて医療行為がなされる。

この Deep-Value-Pairing モデルは、患者が自分と同様の価値観、世界観をもつ医師を選ぶという点に特徴がある。医師の専門性を基盤とするのではなく、別の方法で推測するモデルである。明確な価値ペアリングに基づいて医療を提供されることによって、医師と患者に価値観が医療の意思決定に不可欠かつ重要であることを気づかせることができる。

医師患者関係モデルは、上記のように「患者の自律性」「医師の専門性」「患者の価値観」「医師と患者に共通する世界観」に着目して分類されているが、モデル間で重複する部分もある。(3)の Emanuel が提唱する関わり方のモデルは最も全体を包括しているのではないと思われる。そのため、このモデルの適用可能性について、医師、患者ヘインタビューを行い、実際の医師患者関係の状況を調査した。

III 方 法

1 調査概要

30歳～90歳の男女135名（男性61名女性74名）の外来慢性疾患患者及び慢性疾患はない

が継続的に受診している外来患者とその主治医12名に対して、個別に非構造化インタビューを行った。患者に対しては、主治医の評価と理想の医師像、自発的な治療行動について尋ねた。医師に対しては、診療態度、診療理念、やりがい、医師という職業の特異性について尋ねた。調査は2009年7～9月に大学病院1施設と内科クリニック7施設にて実施した。患者面接は、研究協力医療機関内のプライバシーが保護された一室で約10～15分間、筆者によって行われた。録音に対し同意を得た対象者（125名/135名）にはレコーダーを使用し、使用しない場合はすべての内容を筆記した。本調査は、各研究協力機関倫理委員会での承認を得て、対象者に面接開始前に参加や中止が自由な意思であることを保障し、研究への理解と同意を得た上で実施している。患者へのインタビュー内容はすべて書き起こされ、逐語録はA4で397ページとなった。プライバシーを保護したのち、筆者を含む3名のコーダーがすべてに目を通し、医師の評価と解釈される表現を抽出し、3名に共通して抽出された表現を評価項目とした（図表1）。

本調査では、患者の医師に対する評価項目として13項目（説明、診断、個性、人脈、親しみ、親身、信用、優しさ、傾聴、利便性、丁寧、設備、評判）を用い、全体満足、自己効力感を加え計15項目を分析対象とした。再度3名が個別に上記の13項目に対して会話で触れられなかったものは0、会話に1回出現したら1、2回なら2、3回以上を3とコーディングした。また、全体満足については、不満足の場合は0、満足でも不満足でもない場合を1、満足しているが理想の医師像と一致していない場合は2、主治医の評価と理想の医師像が一致している場合は3とした。自己効力感については、自発的な治療行動がない場合は0、会話に1種類出現すれば1、2種類なら2、3種類以上なら3とした。コー

図表1 コーディング詳細

1	説明	わかりやすい説明、指導、詳しい説明、アドバイスしてくれる、色々教えてくれる
2	診断	的確な診断、迅速な対応、適切な検査、処置、薬が効く
3	個性	ユニーク、個性的、こだわりがある、元気がある、おもしろい
4	人脈	家族も受診している、顔が広い、良い所を紹介してくれる、医療機関の連携がある
5	親しみ	ずっとお世話になりたい、親近感、きさく、話しやすい、緊張しない、偉そうでない
6	親身	患者思い、有り難い、お世話になっている、患者の立場になって考えてくれる
7	信用	信頼できる、任せられる、託せる、しっかりしている、事実をはっきり知らせてくれる
8	優しさ	不安を除去してくれる、安心できる、温厚、気遣いをしてくれる、ほっとする、穏やか
9	傾聴	相談しやすい、話を聞いてくれる、一緒に考えてくれる、受け止めてくれる
10	利便性	親切、近い、駐車場がある、診察時間が自分の都合に合う、待ち時間が短い
11	丁寧	低姿勢である、長時間診察してくれる、丁寧に診てくれる、手厚い
12	設備	設備が整っている、綺麗、機器が充実している、新しいシステムを導入している
13	評判	口コミ、知人からの紹介、医師からの紹介

ディングは3名の主観的判断により行われ、3名の合計点を用いて分析した。インタビューにおいて、患者らは「親切」を「便利」という意味で使用していたため、「利便性」に含めコーディングしている。また、患者は「説明」と「指導」を組み合わせることで評価したため、「指導」には「説明」を包括している。

IV 結 果

1 インタビューからの推論

(1) 患者へのインタビュー

本調査は同意の上のインタビューであるため、医師と患者には一定の関係性が構築されていると推測された。満足と答えた患者は135名中130名であった。長期的な関係性が前提となる医療サービスにおいては、不満足での継続は少ないようである。満足と答えた患者は家族や知人に推奨する患者としない患者にわかれた。推奨しない理由として、複数の患者が個人の選好によって医師の評価は異なるという認識を持っていると回答した。

医療機関で比較すると、大学病院の患者はクリニックの患者よりも医師以外の従事者について話題にした。クリニックの患者は医師については多く語るが、他の職員については質問を投げかけても「特にない。」などあまり語らない傾向が見られ、医師に関しては技術的な言葉よりも人柄を形容する言葉が多かった。クリニックでは、医師に対する評価が医療機関全体の評価に強く影響し、満足の高い患者の多くは「最期までお世話になりたい。」と回答した。一方、大学病院では医師個人に対する評価よりも大学病院に所属する1医師としての評価の傾向が強く、主治医変更があってもやむを得ないと考えて受診していた。インタビュー内容は技術的側面に関する言葉が多く、「人格的なことはわからない。」と答える患者もいた。

インタビューでは多くのエピソードが語られた。初診の際の丁寧な挨拶と受診に対するお礼を述べる医師、患者の汚れている眼鏡を取り拭く医師、PCにチャレンジする高齢患者にメールで検査結果を知らせる医師、独居の不安を払拭できない患者から鍵を預かる医師、末期がんを宣告された患者に自らが移動して背中に聴診器をあてる医師、心疾患患者の社会復帰のために外出支援をする医師など、感動と評されるエピソードが多数存在し、涙を流し語る患者もいた。一方、主治医に対する満足に対比して語られた過去の不満足な体験においては、精神的な苦痛を受け数年が経過していても回想して涙を流す患者が複数見られた。不満要因は、診断や技術に対してよりも医師の態度に対する怒りが多かった。患者の医療サービスに対する評価は繊細かつ複雑であり、満足も不満足も根深い記憶となって鮮明に残っているようである。

「好き」「信頼している」を例とする医師に対するポジティブな感情を持つ患者の中には、「先生に指導されたことは必ず守る。」など治療に意欲的な姿勢を見られた。一方、「先生にお任せしている。」と述べた患者でも「なかなか指導されたことが守れない。」と答える患者もいた。両者は共に満足が高かったが、治療行動は異なっている。患者は満足が高いからと言って必ずしも自己効力感が高まるわけではないようである。

(2) 医師へのインタビュー

医師らは、病院の勤務医と開業医では診療スタイルは異なる、もしくは変えていると回答した。開業医は幅広い疾患を対象とするのに対し、大学病院は他の医療機関からの紹介、救急搬送が大半である。クリニックでは、医師は話しやすい環境を作るために意図的に冗談や世間話を診察に交え、患者が無関係と考える些細なことにも注意を払い、診断に反映させていた。大学病院でも患者への心理的な配慮はされていたが、先端技術を生かした迅速な診断、処置を段取り良く行うことに主眼を置き、治療中心のコミュニケーションが行われていた。開業医は患者の訴えが改善されるまで関係が継続する傾向にあるのに対し、大学病院では目的が達成されれば紹介元に戻ることを前提にしている場合が多いため、関係の継続は医師の判断に委ねられる傾向が強かった。伴（2009）は、診療時のコミュニケーションにおいて事実の交流、感情の交流、理解の交流、関係の交流が行われているとしているが、クリニックでは感情の交流、病院では事実の交流が重点的に行われていると推測される。

医師らは、共通して職業の特異性について「命に関わる」という点を指摘し、正しい診断や治療効果が確認できた時にやりがいを感じ、患者が回復して喜ぶ、あるいは患者らに「ありがとう。」と言われると嬉しいと回答した。医師らは、患者との良好な関係構築には医師患者の両者に歩み寄る姿勢が必要であると認識しており、医師側の努力として、患者ニーズのくみ取りを意識して行っていた。

診療理念については、病識の啓蒙やガイドラインに沿った診断など技術的側面を重視する医師、ホスピタリティや共感など患者の感情を重視する医師など価値観によって異なっていた。また、診療態度についても、専門家として見通しをはっきり提示することを重視する医師、傾聴や個別対応を重視する医師など、違いが見られた。類似する職業については、聖職者、警察官、料理人、占い師などが挙げられた。それぞれ医師の業務の側面を例示したと推測され、医師という職業の多様性が示唆される。例えば、類似職業に聖職者を挙げた医師は「なぜ治療しなければならないかと言う所から時間をかけて説明する。患者の気持ちを出来るだけくみ取りながらじっくりと話をする。」と述べ、患者との関係は情報提供モデルや解釈モデル、対話モデルなどがインタビューから浮かび上がった。また、

料理人を挙げた医師は「患者によってお任せしたい人もいれば、自分で決めたい人もいる。いかに対応するかが大事。」と述べ、父権主義モデルや情報提供モデル、対話モデルなどが話から考えられた。医療現場では、同一医師によって様々なモデルが提供されているようである。医師患者関係モデルの選択は医師の選好で決定するのではなく、患者の選好に左右されると推測される。

2 分析

コーディングされたデータを用い、下記の方法で分析した。

(1) ノンパラメトリック検定

Hausman (2004) は、患者サンプルの違いが重要であり、医師は患者分類によって対応を修正しなければならないと指摘している。患者分類は、患者自身の属性と患者が選択している医師の属性によって分類できると考え、以下のノンパラメトリック検定を行った。2変量の場合は Mann-Whitney の検定、3変量以上の場合には、Kruskal Wallis 検定を用いた。本調査は、定量調査前の探索型の質的調査であり、3変量の順位は参考程度に留める。

機関種別 (クリニック N=95, 病院 N=40), 継承形態 (開業 N=29, 開業医継承 N=66, 大学病院 N=40), 医師年齢 (30代 N=23, 40代 N=29, 50代 N=83), 専門領域 (循環器内科 N=96, 循環器内科以外 N=39), 出身大学 (国立 N=40, 私立 N=95), 医師数 (単独医師 N=41, 代診ありもしくは二診制 N=54, 大学病院 N=40), 診察時の服装 (白衣着用 N=91, 白衣着用せず N=44), 医師別 (N=3, 5, 10, 10, 11, 11, 13, 13, 13, 15, 15, 16), 患者性別 (男性 N=61, 女性 N=74), 患者年齢 (40歳以下 N=12, 41~50歳 N=7, 51~60歳 N=17, 61~70歳 N=32, 71~80歳 N=51, 81歳以上 N=16), 命の危険性 (軽度 N=90, 重度 N=45) の11変数を調査した。関連性があると考えられる変数を組み合わせて以下に結果を示す。各表の有意水準は「**1%水準で有意 *5%水準で有意」で記す。

(a) 医療機関種別 (図表2), 継承形態別 (図表3)

図表2, 3の比較から「自己効力感」「説明」「診断」「信用」「傾聴」は継承形態の影響が高いと考えられる。「診断」「人脈」「親しみ」「利便性」は開業医継承が最も高く、クリニックは家業として認識され、継承が患者の評価に影響している可能性がある。

図表2 検定統計量 (医療機関種別)

	個性**	人脈**	親しみ**	利便性**
Mann-Whitney の U	1392.00	1085.00	1028.00	913.50
クリニック 平均値 (N=95)	73.35	76.58	77.18	78.38
大学病院 平均値 (N=40)	55.30	47.63	46.20	43.34

図表 3 検定統計量 Kruskal Wallis 検定 (継承形態別)

	自己効力感**	説明*	診断*	個性*	人脈**	親しみ**	信用*	傾聴*	利便性**
カイ 2 乗	10.817	7.441	7.020	8.802	19.366	21.979	8.671	9.041	25.783
新規開業 平均値 (N=29)	47.02	51.21	57.41	73.62	69.74	70.28	50.17	86.34	70.67
開業医継承 平均値 (N=66)	73.64	72.14	76.43	73.23	79.58	80.21	71.58	65.17	81.77
大学病院 平均値 (N=40)	73.91	73.34	61.76	55.30	47.63	46.20	75.01	59.36	43.34

(b) 医師年齢別 (図表 4)

医師年齢は、有意差のあった項目によって順位がバラバラであった。患者は医師の年齢によって関心を持つ部分、評価する項目が異なる可能性があると考えられる。

図表 4 検定統計量 Kruskal Wallis 検定 (医師年齢別)

	全体満足*	説明**	親しみ*	親身**	設備**
カイ 2 乗	6.201	9.337	8.880	12.870	10.125
30代 平均値 (N=23)	50.00	73.85	57.46	48.87	87.20
40代 平均値 (N=29)	73.52	84.43	55.31	85.57	68.43
50代 平均値 (N=83)	71.06	60.64	75.36	67.16	62.53

(c) 専門領域別 (図表 5), 出身大学別 (図表 6)

専門領域では「自己効力感」「説明」「診断」「信用」「評判」は循環器医師の方が評価が高く、「傾聴」は循環器以外の医師の方が評価が高かった。出身大学では、「自己効力感」「説明」「信用」において私立の方が高く、「傾聴」において国立の方が高い結果となった。患者への関わり方は医学教育と関係があるかもしれない。

図表 5 検定統計量 (専門領域別)

	自己効力感**	説明*	診断*	信用*	傾聴*	評判*
Mann-Whitney の U	1072.50	1374.00	1392.00	1471.50	1441.50	1412.00
循環器内科 平均値 (N=96)	76.33	73.19	73.00	72.17	63.52	72.79
その他内科 平均値 (N=39)	47.50	55.23	55.69	57.73	79.04	56.21

図表 6 検定統計量 (出身大学別)

	自己効力感*	説明**	信用*	傾聴**
Mann-Whitney の U	1473.50	1348.50	1491.50	1320.00
国立大学出身 平均値 (N=40)	57.34	54.21	57.79	82.50
私立大学出身 平均値 (N=95)	72.49	73.81	72.30	61.89

(d) 医師数別 (図表7)

「個性」「人脈」「親しみ」「利便性」では大学が最も低かった。大学病院の患者は主治医変更を予測して受診していたので、開業医に比べ医師との距離感があるかもしれない。単独医師クリニックは、複数医師クリニックに比べ患者が医師との関係をより密接に感じ、「個性」「親しみ」「利便性」の評価を高めている可能性が考えられる。

図表7 検定統計量 Kruskal Wallis 検定 (医師数別)

	個性**	人脈**	親しみ**	利便性**	評判*
カイ2乗	9.188	40.822	21.551	24.227	6.729
単独医師 平均値 (N=41)	75.72	56.10	81.62	80.23	55.43
複数医師 平均値 (N=54)	71.55	92.13	73.81	76.98	74.34
大学病院 平均値 (N=40)	55.30	47.63	46.20	43.34	72.33

(e) 診察時の服装別 (図表8), 医師別 (図表9)

白衣以外の方が「診断」「個性」「親しみ」の評価が高く、「説明」「人脈」では着用の方が評価が高かった。また、医師別では9項目に有意差があったが、満足には差が見られない。

図表8 検定統計量 (診察時の服装別)

	説明*	診断*	個性*	人脈*	親しみ**
Mann-Whitney の U	1547.00	1595.50	1615.50	1611.00	1376.50
白衣着用 平均値 (N=91)	73.00	63.53	63.75	72.30	61.13
白衣以外 平均値 (N=44)	57.66	77.24	76.78	59.11	82.22

図表9 検定統計量 Kruskal Wallis 検定 (医師別)

	自己効力感**	説明**	診断*	個性*	人脈**	親しみ**	親身**	利便性**	評判*
カイ2乗	26.566	25.762	23.974	23.396	54.033	29.322	26.526	28.759	20.064
医師1 平均値 (N=13)	82.23	94.46	93.42	89.69	102.62	69.04	94.62	82.04	72.54
医師2 平均値 (N=15)	78.57	71.03	60.97	61.67	81.70	70.97	76.50	83.43	62.93
医師3 平均値 (N=15)	81.07	83.97	91.73	64.67	60.67	98.07	78.70	83.27	74.50
医師4 平均値 (N=16)	51.25	46.13	61.88	86.59	40.56	67.53	55.16	72.09	48.13
医師5 平均値 (N=13)	41.81	57.46	51.92	57.65	105.65	73.65	81.54	68.92	79.77
医師6 平均値 (N=10)	48.90	66.90	50.70	74.90	74.10	79.50	59.60	88.70	38.50
医師7 平均値 (N=13)	69.81	41.50	79.42	78.69	80.15	82.00	46.73	72.54	83.88
医師8 平均値 (N=11)	77.00	83.27	53.59	56.32	39.05	43.05	77.77	38.77	66.09
医師9 平均値 (N=5)	40.70	60.90	85.20	57.30	35.00	46.60	79.20	52.10	74.10
医師10 平均値 (N=10)	61.75	80.30	57.20	65.50	54.35	42.15	36.80	38.65	57.70
医師11 平均値 (N=11)	84.55	62.14	67.32	46.50	55.23	55.91	63.32	41.73	84.68
医師12 平均値 (N=3)	119.50	75.50	47.50	46.50	49.83	35.00	53.33	67.00	95.67

かった。患者の価値観によって医師の評価の重視する点が異なると推測される。

(f) 患者性別 (図表10), 患者年齢別 (図表11), 命の危険性別 (図表12)

男性よりも女性の患者の方が「人脈」「親しみ」「優しさ」「傾聴」において高値となった。女性の方が態度や感情に対する評価を重視していると推測される。「人脈」「親身」は患者年齢によって有意差は見られたが、順序性はなかった。重度よりも軽度の患者の方が、「特質」「人脈」「親しみ」「利便性」において高かった。

図表10 検定統計量 (患者性別)

	人脈**	親しみ*	優しさ*	傾聴*
Mann-Whitney の U	1734.00	1752.00	1499.00	1795.00
男性 平均値 (N=61)	59.43	59.72	55.57	60.43
女性 平均値 (N=74)	75.07	74.82	78.24	74.24

図表11 検定統計量 Kruskal Wallis 検定 (患者年齢別)

	人脈*	親身*
カイ 2 乗	11.475	12.623
40歳以下 平均値 (N=12)	94.46	89.88
41~50歳 平均値 (N=7)	90.79	56.14
51~60歳 平均値 (N=17)	70.85	86.38
61~70歳 平均値 (N=32)	60.92	61.94
71~80歳 平均値 (N=51)	63.18	60.40
81歳以上 平均値 (N=16)	64.69	73.59

図表12 検定統計量 (命の危険性別)

	個性**	人脈**	親しみ**	利便性**
Mann-Whitney の U	1507.00	1487.50	1202.50	1303.50
軽度 平均値 (N=90)	73.76	73.97	77.14	76.02
重度 平均値 (N=45)	56.49	56.06	49.72	51.97

ノンパラメトリック検定を一覧 (図表13) にまとめたところ、有意差の特徴から医師の評価は、客観的评价 (利便性, 設備, 評判), 技術的信頼 (説明, 診断, 信用), 表層的態度 (親しみ, 優しさ, 丁寧, 個性), 人格的信頼 (傾聴, 親身, 人脈) の4つのカテゴリーに分類された。

患者は様々な側面の評価を累計して医師の評価をしており、重視する点は患者によって異なることが伺える。患者の選好は評価項目の優先順位として現れると考えられる。11変

図表13 ノンパラメトリック検定一覧

(**1%水準で有意 *5%水準で有意)

	全体満足	自己効力感	客観的評価			技術的信頼			表層の態度				人格的信頼		
			利便性	設備	評判	説明	診断	信用	親しみ	優しさ	丁寧	個性	傾聴	親身	人脈
機関種別			**						**			**			**
継承形態		**	**			*	*	*	**			*	*		**
医師数			**		*				**			**			**
医師年齢	*			**		**			*					**	
専門領域		**			*	*	*	*					*		
出身大学		*				**		*					**		
服装						*	*		**			*			*
医師別		**	**		*	**	*		**			*		**	**
患者性別									*	*			*		**
患者年齢													*		*
命危険性			**						**			**			**

数で有意差のある項目が異なることから、医療サービスにおいてもセグメンテーションが可能であることが示唆される。医師別では、4カテゴリーすべてに有意差が見られた。患者は価値観の合う医師を選び、選ばれた医師は患者の望む関係モデルによって deep-value-paring に基づく医療を提供し、両者の間で相互作用を促進させていると推測される。

(2) 重回帰分析 (ステップワイズ法)

医師年齢、医業年数、外来年数 (大学病院外来年数もしくはクリニック開業年数)、受療年数 (主治医の初診日から期間)、患者年齢、自己効力感、医師の評価13項目 (説明、診断、個性、人脈、親しみ、親身、信用、優しさ、傾聴、利便性、丁寧、設備、評判) と患者満足の間を重回帰分析で確認したところ、予測精度は低いながらも以下の重回帰式が得られた。

$$y = 4.155 + 0.417x_1 + 0.239x_2 + 0.247x_3 + 0.403x_4 + 0.360x_5 + 0.394x_6 + 0.072x_7 \quad (R^2 = 0.394)$$

(**) (**) (*) (**) (**) (*) (**) (**)

**p<0.01, *p<0.05

上式で

y = 全体満足 x₁ = 親身 x₂ = 傾聴 x₃ = 人脈 x₄ = 優しさ x₅ = 親しみ x₆ = 信用

x₇ = 外来年数

x₁, x₂, x₃…人格的信頼 x₄, x₅…表層の態度 x₆…技術的信頼

回帰式には、治療の評価に関連する説明、診断が含まれておらず、 x_6 、 x_7 以外は感情に関わる評価項目であった。西垣ら（2004）らは医師—患者関係において患者の感情の重要性を述べているが、患者は治療プロセスにおける医師の評価に関し、客観的評価よりも主観的評価を重視することが示唆される。

V 考 察

本研究では、サービス品質として医師患者関係を捉え、既存の医師患者関係モデルの現実との関係を考察した。医師、患者へのインタビューから1回の診察フローの中で内容によって複数のモデルが使用され、医師は柔軟に関係モデルを変更していることが推測された。患者によって医師の評価のどの部分に共感するかは異なる。医師患者関係は一つのモデルで完結せず、医師はモデル間移動を行い、患者から技術的な信頼と人格的な信頼を獲得していると考えられる。医師は患者の選好、状況によって様々なモデルを使い分けており、患者満足と治療効果を高める医師患者関係モデルの選択は、医師のスキルと考えることができる。診断に必要な情報収集も重要であり、医師には高いコミュニケーション能力が求められる。

医師へのインタビューから患者の満足が医師の満足やモチベーションに影響を与えることが確認できた。医師患者間で治療プロセスに有益な相互作用を起きていると考えられる。従業員の価値が顧客の価値や満足、信頼のもととなる生産性を作り出し、満足や信頼の高い顧客が組織の成長の駆動因となるというバリュー・プロフィット・チェーン（Heskett et al. 2004）の考え方が医療においても適用できる。

今後の課題としては、2つが挙げられる。ひとつは、本調査では医師の評価ならびに患者満足と患者の自己効力感の関連は認められなかった。非構造化インタビューであったためうまく抽出できなかった点が否めないが、自己効力感が低い場合でも患者満足は高い場合があり、満足が高いからと言って必ずしも自己効力感が高いわけではないことが示唆された。患者の自己効力感を高めることは治療上重要であることから、満足と共に引き続き自己効力感への着目は必要であると考えられる。

もうひとつは、医師年齢、医業年数、外来年数、受療年数のうち、外来年数のみ全体満足への影響が認められたことである。外来年数のみ影響が認められた理由については、外来診療のスキルや経験など、より詳細に検討していく必要があるだろう。

医療のサービス品質は、診察技術、コミュニケーション能力、接遇、設備等多種の要素から患者の選好によって評価されるが、そのすべてにおいて医師患者関係は関係しており、サービス品質として、関係は重要である。

VI 結 び

これまでに医師—患者関係についてさまざまなモデルが提唱され、先行研究の中には特定モデルを推奨するものもある。しかし、選好が多様化する現代において一つのモデルによるサービス提供では治療効果、満足度を高めることは出来なくなっている。むしろ、状況によって各モデルを使い分けることのできる医師が患者の信頼を獲得し、患者満足度を高め、患者の自発的な関わりを促進すると考えられる。患者によってどんな医師に共感するかは異なる。年齢、病状、境遇の異なる患者を診療する医師には、柔軟な対応力、患者ニーズにふさわしい関係モデルの選択、高いコミュニケーション能力が求められる。

本研究は、かかりつけ医としてのクリニックと高度医療を提供する大学病院のみでの調査であったが、両機関とも医師—患者関係には医師の臨床能力と対人技能が影響しており、規模や医療機関種別に関係なく一定の枠組みが存在すると示唆された。医師—患者関係モデルが患者ニーズと一致しているとき、患者満足が高まると考えられる。今回の定量調査では、幅広く役割の異なる医療機関を対象に調査を行い、実証していきたい。また、患者の自己効力感は満足とは別の次元で高まる条件が存在する可能性が示唆されたため、その条件についても引き続き研究を続けたい。

謝辞

本研究の調査にご協力を賜りました研究協力機関の先生方、患者様に厚くお礼申し上げます。また、研究を進めるにあたりご指導賜りました山本昭二教授に心より感謝申し上げます。また、本稿の投稿にあたりレビューアーの先生方から貴重なコメントを頂きました。この場をお借りして深くお礼申し上げます。

参 考 文 献

- Bandura, Albert, (1974) 『人間行動の形成と自己制御』, 金子書房.
- Bandura, Albert, (1977), "Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change," *Psychological Review*, 84, 2, 191-215.
- Emanuel, E. J., Emanuel, L. L. (1992) "Four Models of the Physician-Patient Relationship," *Journal of the American Medical Association*, 267, 16, 2221-2226.
- Fornell, Claes, (1992), "A National Customer Satisfaction Barometer: The Swedish Experience," *Journal of Marketing*, Jan, 56, 1, 6-21.
- Goffman, Erving, (1974) 『行為と演技』, 誠信書房.
- Hall, Mark A., Elizabeth Dugan, Beiyao Zheng, Anil K. Mishra, (2001) "Trust in Physicians and Medical Institutions: What Is It, Can It Be Measured, and Does It Matter?" *Milbank Quarterly*,

79, 4, 613-639.

Hausman, Angela, (2004) "Modeling the Patient-Physician Service Encounter: Improving Patient Outcomes" *Journal of the Academy of Marketing Science*, 32, 4, 403-417.

Heskett, James, L., W. Earl Sasser, Jr., Leonard A. Schlesinger, (2004) 『バリュー・プロフィット・チェーン』, 日本経済新聞社.

Parsons, (2002) 『パーソンズ 医療社会学の構造』, 岩波書店.

Schutz, Alfred, (1980) 『現象学的社会学』, 紀伊国屋書店.

Walbridge, Stephanie W., Linda M. Delene (1993) "Measuring Physician Attitudes of Service Quality," *Journal of Health Care Marketing*, 13, 1, 6-15.

Veatch, Robert M., (1995) "Abandoning Informed Consent," *Hastings Center Report*, 25, 2, 5-12.

今井道夫, 香川知晶 (1992) 『バイオエシックス入門』, 東信堂.

小松楠緒子, 山崎喜比古 (1997) 「新しい医師-患者関係モデルとその可能性—R.M. ビーチの Deep-Value-Pairing モデルを中心に—」『保健医療社会学論集』第8号, 40-48.

西垣悦代, 浅井篤, 大西基喜, 福井次矢 (2004) 「日本人の医療に対する信頼と不信の構造—医師患者関係を中心に」『対人社会心理学研究』, 第4巻, 11-20.

伴信太郎 (2009) 『21世紀プライマリ・ケア序説 改訂版』, プリメド社.

山岸俊男 (1998) 『信頼の構造』, 東京大学出版会.

山本昭二 (1999) 『サービス・クオリティ』, 千倉書房.

山本武志, 橋本廸生 (2008) 「日本語版 Trust in Physician Scale の作成および信頼性・妥当性の検証」『日本医療・病院管理学会誌』, Vol. 45, 3, 227-235.