
学術論文

医師・患者関係における 理想と現実のギャップが患者満足度に与える効果 －医療消費者を対象とした共分散構造分析－

The Effects of the Gap between Ideal and Actual Provision of Information,
Informed Consent and Informed Choice from Doctors on Patients' Satisfaction
－ An Analysis of Covariance Structures －

キーワード：

理想と現実のギャップ、患者満足度、共分散構造分析、情報提供、インフォームド・コンセント、イン
フォームド・チョイス

Keyword：

Ideal and Actual gap, Patients' Satisfaction, Analysis of Covariance Structures, Provision of Information,
Informed Consent, Informed Choice

明治大学 塚原 康博

Meiji University Yasuhiro TSUKAHARA

要 約

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から、患者中心の医療への転換が求められている。そのためには、医師からの情報提供が十分になされ、インフォームド・コンセントやインフォームド・チョイスが患者に対し十分に保障される必要がある。そこで、本研究では、医師・患者関係に焦点を当て、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および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の拡大が患者満足度を低下させるという仮説を立て、医療消費者を対象としたデータを用い、この仮説の検証を行った。本研究では、共分散構造分析を用い、潜在変数として「情報提供ギャップ」と「意思決定ギャップ」の2つを設定し、患者満足度に与える効果はどちらが大きいのかの検証も行った。分析の結果、「情報提供ギャップ」から「患者満足度」へのパス係数と「意思決定ギャップ」から「患者満足度」へのパス係数はいずれも有意に負であった。それゆえ、情報提供における理想と現実のギャップが開く場合と意思決定における理想と現実のギャップが開く場合のいずれにおいても患者満足度は低下するといえる。

2008年1月28日受付 2008年11月4日受理

患者満足度に与える効果の情報提供ギャップと意思決定ギャップの相対比較では、前者のほうが効果は大きいという結果が得られた。ギャップの原因は、患者が医師からの情報提供が不十分であると感じていることおよびインフォームド・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が患者主導でないことにあるため、ギャップを縮小し、患者満足度を高めるためには、医師がより十分な情報提供をおこなうことおよびインフォームド・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をより患者主導にする必要がある。

Abstract

In this study, we focused on the relationship between patients and doctors. We hypothesized that increasing the gap between ideal and actual provision of information, informed consent and informed choice from doctors decreases patients' satisfaction and we examined this hypothesis using an analysis of covariance structures. In this analysis, two potential variables, the provision of information gap and the decision making gap were set up and we examined the effects of these variables on patients' satisfaction.

From our analysis, both of these variables had statistically significant negative effect on patients' satisfaction. By relative comparison, the provision of information gap had a greater effect than the decision making gap.

1. 序論

本研究では、治療方法や薬などに関する医師から患者への情報提供、治療方法や薬の選択に関するインフォームド・コンセントやインフォームド・チョイスにおける意思決定、それぞれにおける患者からみた理想と現実のギャップが患者満足度に与える効果を検証する。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から、患者中心の医療への転換が求められている⁽¹⁾。先行研究から、患者中心の医療が患者満足や健康状態などにプラスの効果をもつことが示されている(Henbest and Stewart, 1990; Stewart, 1984)。

患者中心の医療のためには、医師からの情報提供が十分になされ、インフォームド・コンセントやインフォームド・チョイスが患者に対し十分に保障される必要がある。そこで、本研究では、医師・患者関係に焦点を当て、治療方法や薬の選択に関するインフォームド・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および治療方法や薬などに関する医師から患者への情報提供、それぞれにおける患者からみた理想と現実のギャップの拡大が患者満足度を低下させるという仮説を立て、医療消費者を対象としたデータを用い、この仮説の検証を行う。本研究では、共分散構造分析を用い、潜在変数として情報提供ギャップ変数と意思決定ギャップ変数の2つを設定し、患者満足度に与えるルートとして、どちらの変数を経由した効果が大きいのかの検証も行う。

なお、これまでになされた先行研究によると、医師の技術や能力、患者に対する医師の態度やコミュニケーションが患者満足に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焦点を当て、それらのギャップが患者満足度に与える影響をみていく⁽²⁾。

本研究の特徴は、患者への情報提供と患者による意思決定に焦点を当て、治療と薬の両面にわたり数多くの質問を実施している点にある。筆者の

知る限り、情報提供と意思決定に関して、これほど細かく個別の項目を質問している研究はこれまでなされていない。患者満足度の一部とみなされている情報提供とコミュニケーションのプロセスに焦点を当て、数多くの個別項目の質問を用いて、その構造を明らかにした点に本研究の新規性がある。

2. 仮説

ここで用いるのは、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。すなわち、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。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⁽³⁾。

余田(2001)は、総体的満足、再利用意図、他者への推奨意図の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への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、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。

期待を取り入れた仮説に対する批判として、期待(expectations)のもつ意味のあいまいさがPeck et al.(2001)やSitzia and Wood(1997)によって指摘されている。その批判は、期待が希望を意味

するのか、必要性を意味するのか、予想を意味するのか不明だという点にある。そこで、本研究では、質問文の中に「すべき」という表現を用いて、望ましい状態を尋ねることにした。本研究では、望ましい状態を理想と呼ぶことにする。望ましさのとらえ方は人によって違うため、言葉のあいまいさは依然として残ってしまうが、期待を用いる場合と比べれば、予想状態を尋ねているのではなく、望ましい状態を尋ねているというニュアンスは回答者に伝わると思われる。

本研究では、期待と現実のギャップではなく、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、ここで取り上げるがギャップ変数は、治療方法や薬の選択に関するインフォームド・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、治療方法や薬などに関する医師から患者への情報提供である。

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（一般生活者）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。この調査は、2004年の10月の末から11月のはじめにかけて、日経リサーチを調査主体として、関東、中部、近畿の各地方の医療消費者（一般生活者）を対象に実施された⁽⁴⁾。調査方法は、FAXモニター調査である。日経リサーチは、官公庁の委託調査や民間企業の顧客満足度調査を数多く手がけている日本経済新聞グループの総合調査会社である。われわれの調査の主な目的が患者満足度を尋ねることにあるため、顧客満足度調査で実績と定評のある日経リサーチに調査を委託した。

ここでいう医療消費者とは、5年以内に医療機関で診察を受けている人で、医師、看護師、薬剤師などの医療関係者や製薬企業の勤務者を除いている。

この調査は、次のような手順で行われた。まず、予備調査として、今回の調査に回答可能なサンプル・サイズを知るために、日経リサーチが保有している関東、中部、近畿の3地方のマスターサンプルから2881サンプルを無作為に抽出した。これらのサンプルに今回の調査に回答可能かを尋ねたところ、1606サンプルが回答可能という結果を得た。そして、1606サンプルから医療消費者に該当しない36サンプルを除いた1570サンプルに本調査を行った。本調査における実際のサンプルの回収数は1131であり、本調査における回収率は72%であった。

なお、マスターサンプルは、複数年にわたり住民基本台帳からサンプルを無作為抽出して集めたモニターからなり、毎年、新しいモニターを補充しているサンプルである。無作為抽出をしているものの、モニターに協力的なサンプルを集めているというバイアスがあるという点に留意されたい。

調査対象者の属性として、性別、年齢、学歴を尋ねているので、それらの度数分布を示しておこう。それを示したのが表1である。

表1 調査対象者の属性

性別

	人数	パーセント
男性	493	43.6
女性	638	56.4
合計	1131	100.0

年齢

	人数	パーセント
20代	129	11.4
30代	229	20.2
40代	322	28.5
50代	236	20.9
60代	209	18.5
70代以上	6	0.5
合計	1131	100.0

学歴

	人数	パーセント
中学校	31	2.7
高等学校	328	29.0
専門学校	114	10.1
短大	172	15.2
大学	440	38.9
大学院	29	2.6
その他	17	1.5
合計	1131	100.0

われわれの行った調査では、医師との対話の十分さ、インフォームド・コンセントとインフォームド・チョイスの実施度、患者満足度、治療や薬に対する患者の知識の十分さ、患者の医師への接し方、医師の患者への接し方、病気・治療・薬に関する医師の情報提供の理想と現実、治療方法における意思決定の患者（医師）主導度の理想と現実、薬の選択における意思決定の患者（医師）主導度の理想と現実などの質問がなされた。なお、この調査は、日本製薬工業協会の医薬産業政策研究所（高橋由人所長）による患者と医師のコミュニケーションに関する研究プロジェクトの一環としてなされたものであり、プロジェクトのメンバーは、山内一信、真野俊樹、野林晴彦、藤原尚也、藤澤弘美子および筆者である。

本研究では、分析ソフトとしてSPSSのAmosを用い、共分散構造分析を行った。使用するデータは、治療方法や薬の選択に関するインフォームド・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、治療方法や薬などに関する医師から患者への情報提供、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および患者満足度である。

本研究で使用するデータを得るために使用した質問は、表2のとおりである。

医師から患者へ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、「全くそう思わない」という回答に1、「あまりそう思わない」という回答に2、「ややそう思う」という回答に3、「かなりそう思う」という回答に4、「非常にそう思う」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「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されているかという質問に対して、「全くそう思わない」という回答に1、「あまりそう思わない」という回答に2、「ややそう思う」という回答に3、「かなりそう思う」という回答に4、「非常にそう思う」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、理想が現実を上回るので、理想と現実のギャップが拡大するほど、数値は大きくなる。

4. 推定結果

分析で使用するサンプル・サイズは1107であり、使用するデータの記述統計量を示したのが表3である。表3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つのギャップもいずれも平均値がプラスの値であり、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。診療に対する患者満足度の平均値は、5段階評価の中間値、3を若干上回る水準にある。平均値が2を超え、ギャップが大きいのは、「薬の選択肢」、「薬の価格」、

表2 使用した質問票

(1) 患者満足度に関する質問

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
医師の診察に 満足している	1	2	3	4	5

(注) データの入力は、1から5の回答を5から1へ逆転して入力してある。

(2) 治療方法の意思決定に関する質問 (理想)

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
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
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

(3) 治療方法の意思決定に関する質問 (現実)

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う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、医師が最良だと思う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

(4) 薬の意思決定に関する質問 (理想)

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う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、医師が最良だと思う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

学術論文－医師・患者関係における理想と現実のギャップが患者満足度に与える効果

(5) 薬の意思決定に関する質問 (現実)

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う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、医師が最良だと思う薬を説明され、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

(6) 医師からの情報提供に関する質問 (理想)

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

(注) データの入力は、1から5の回答を5から1へ逆転して入力してある。

(7) 医師からの情報提供に関する質問 (現実)

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

(注) データの入力は、1から5の回答を5から1へ逆転して入力してある。

「薬の副作用」、それぞれのギャップ変数である。病気や治療方法と比べ、薬において理想と現実のギャップが大きい傾向にある。

表3 分析で使用するデータの記述統計量

変 数	平均値	標準偏差
診療に対する患者満足度	3.1807	0.9090
治療方法の意思決定におけるギャップ	1.4435	1.0525
薬の選択の意思決定におけるギャップ	1.6450	1.1200
病気の情報提供におけるギャップ	1.2891	1.0500
望ましい治療方法の情報提供におけるギャップ	1.4128	1.0180
治療方法の選択肢の情報提供におけるギャップ	1.7480	1.1333
薬の効果の情報提供におけるギャップ	1.6540	1.1066
薬の副作用の情報提供におけるギャップ	2.0650	1.1344
薬の飲み方の情報提供におけるギャップ	1.4905	1.1523
薬の価格の情報提供におけるギャップ	2.1951	1.3009
薬の選択肢の情報提供におけるギャップ	2.2701	1.2376

本研究では、医師・患者関係に焦点を当て、医師から患者への情報提供、治療方法と薬の選択に関するインフォームド・コンセントやインフォームド・チョイスにおける意思決定、それぞれ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、共分散構造分析を用いて、この仮説の検証を行った。

散構造分析を用いて、この仮説の検証を行った。

図1は、共分散構造分析を用いた分析結果を表示したものである。分析結果は標準化解（標準化係数）で示してある。

このモデルでは、情報提供に関する「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つのギャップ変数の背後に潜在変数として「情報ギャップ」変数を想定し、そこから患者満足度へのルートを想定した。また、「治療方法」の意思決定と「薬の選択」の意思決定の2つのギャップ変数の背後に潜在変数として「意思決定ギャップ」変数を想定し、そこから患者満足度へのルートも想定した。われわれは、図1で示されるモデルを最尤法を用いて推定した。サンプルサイズは1107である。

1度の診療の場合、時間の順序は、医師による情報提供、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の順になると考えられる。本研究の調査では、特定の診察について尋ねているのではなく、これまで受けた診

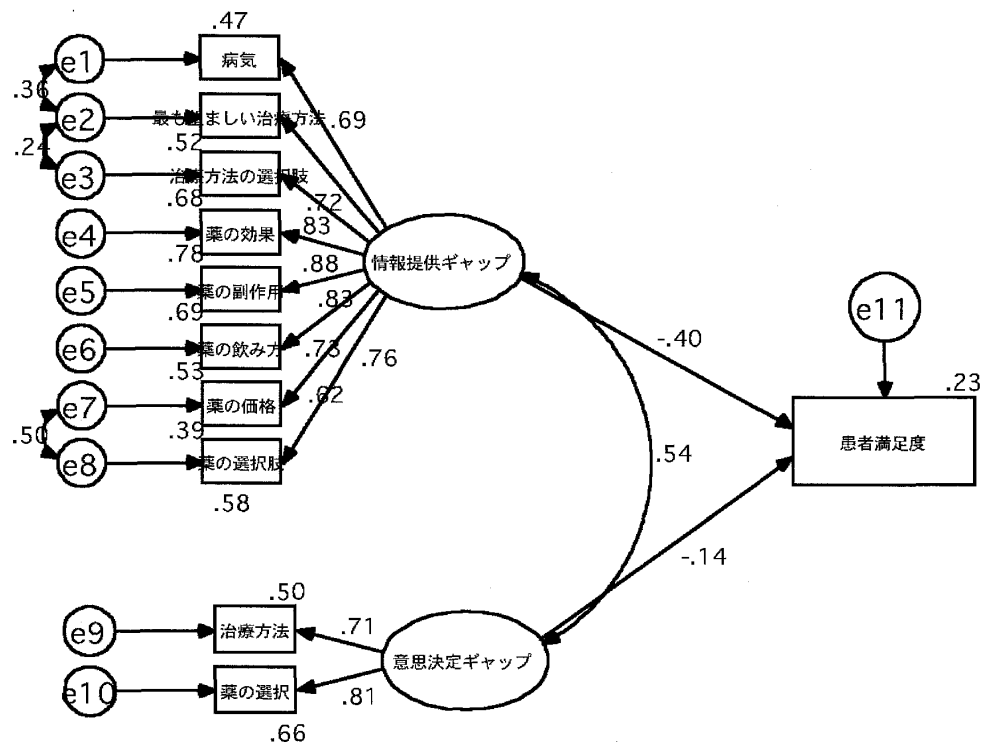


図1 標準化解による分析結果の表示

療の経験について尋ねている。それゆえ、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に対する考え方が医師による情報提供のあり方に影響するという方向もありうるので、図1のように潜在変数間に双方向の関係を設定した。

まず、モデルの適合度からみていこう。狩野・三浦(1997)によると、適合度指標として、サンプルサイズが数百程度であればカイ2乗検定を、サンプルサイズが500を超えるときはGFI, CFI, RMSEAを使用すべきであるという指摘がなされているので、GFI, CFI, RMSEAの指標を使うことにする。GFI, CFIは0から1の範囲の値をとり、1に近いほど、モデルの適合度が高いことを意味する。このモデルにおける数値は、GFI=0.933, CFI=0.951であった。豊田(1992)は、GFIが0.9以下のモデルは捨て去るべきであると主張しているが、このモデルのGFIは0.9を超えているので、このモデルは採用してもよいとみなされる。RMSEAはモデルの複雑さによる見かけ上の適合度の上昇を調整する指標であり、山本・小野寺(2002)は、これが0.10以上であれば、そのモデルは採用すべきでないと主張している。このモデルでは、RMSEA=0.090なので、このモデルは採用してもよいとみなされる。

表4 パス係数の推定値

パスの方向		推定値	標準誤差	標準化係数
薬の選択肢の情報提供ギャップ	← 情報提供ギャップ	0.939	0.032	0.759
薬の価格の情報提供ギャップ	← 情報提供ギャップ	0.811	0.036	0.624
薬の飲み方の情報提供ギャップ	← 情報提供ギャップ	0.836	0.031	0.726
薬の副作用の情報提供ギャップ	← 情報提供ギャップ	0.944	0.028	0.832
薬の効果の情報提供ギャップ	← 情報提供ギャップ	0.978	0.027	0.884
治療方法の選択肢の情報提供ギャップ	← 情報提供ギャップ	0.935	0.028	0.825
望ましい治療方法の情報提供ギャップ	← 情報提供ギャップ	0.725	0.027	0.719
病気の情報提供ギャップ	← 情報提供ギャップ	0.720	0.028	0.686
薬の選択の意思決定ギャップ	← 意思決定ギャップ	0.908	0.040	0.811
治療方法の意思決定ギャップ	← 意思決定ギャップ	0.744	0.036	0.707
患者満足度	← 情報提供ギャップ	-0.360	0.033	-0.396
患者満足度	← 意思決定ギャップ	-0.124	0.036	-0.136

次に、モデルのパス係数をみてみよう。表4は、

パス係数の推定値を示しており、すべて1%水準で有意である。「情報提供ギャップ」から「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つのギャップ変数、それぞれへのパス係数はすべて0.6を超えており、潜在変数と観測変数との関係は適切に設定されたと考えられる。また、「意思決定ギャップ」から「治療方法」の意思決定と「薬の選択」の意思決定の2つのギャップ変数、それぞれへのパス係数も0.7を超えており、潜在変数と観測変数との関係は適切に設定されたと考えられる。

「情報提供ギャップ」から「患者満足度」へのパス係数は-0.360であり、値はやや小さいが有意である。符号は負であったので、情報提供における理想と現実のギャップが開くと、患者満足度は下がると解釈される。「意思決定ギャップ」から「患者満足度」へのパス係数は-0.124であり、値は小さいが負で有意である。これも情報提供ギャップの場合と同様に、意思決定における理想と現実のギャップが開くと、患者満足度は下がると解釈される。患者満足度に与える効果の情報提供ギャップと意思決定ギャップの相対比較では、情報提供ギャップのほうが効果は大きい⁽⁵⁾。患者満足度の決定係数は0.234であるので、患者満足度の全変動のうち、約23%を本研究で取り上げた理想と現実のギャップ変数で説明できると考えられる。

5. おわりに

患者中心の医療を実現させるためには、患者にとっての満足を上昇させる必要がある。医療サービスは対人サービスであるため、治療行為以外に医師・患者間のコミュニケーションも重要である。本研究では、コミュニケーションの中身を「医師による情報提供」と「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」に分け、それらが有意に患者満足度に影

響するかを理想と現実のギャップの観点から分析した。分析結果から、情報提供と意思決定の2つのギャップ変数は患者満足度に有意に負の効果をもった。

したがって、本研究で設定した仮説、すなわち医師から患者への情報提供、治療方法と薬の選択に関するインフォームド・コンセントやインフォームド・チョイスにおける意思決定、それぞれ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は統計学的に支持された。

ギャップの原因は、患者が医師からの情報提供が不十分であると感じていることおよびインフォームド・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が患者主導でないことにあるため、ギャップを縮小し、患者満足度を高めるためには、医師がより十分な情報提供をおこなうことおよびインフォームド・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をより患者主導にする必要がある。

これを実現するためには、医学部での教育、医師の研修や啓蒙活動などを行う必要があり、現状において医師が十分な診療時間を確保できない場合には、医師の偏在や不足を是正する政策を併せて実施する必要があるだろう。

本研究では、意思決定ギャップより情報提供ギャップのほうが効果が大きいという結果が得られたが、これについては、自分の意思を強く主張しないという日本人の国民性を反映している可能性がある。これについては、今後の課題としたい。

また、本研究から得られた結論の留意点としては、使用したデータにバイアスがかかっているという点である。本研究の調査では、FAXモニター調査を利用したが、モニターに協力的なサンプルであるというバイアスがかかっている。本研究では、たとえサンプルを無作為に抽出したとしても、調査に協力的なサンプルしか選んでいないことに留意する必要がある。このようなサンプル抽出のバイアスが分析結果に与える影響やバイアス

の除去については今後の課題としたい。

謝 辞

本研究の内容を改善するに当たり、3名の匿名査読者より有益なコメントを頂戴した。ここに深く感謝申し上げます。

注

- (1) 患者中心の医療については、McWhinney(1995)と Epstein et al.(2005)を参照されたい。
- (2) 今中・荒記・村田・信友(1993)は、「医師の説明と技能」および「医師の専心と思いやり」が医師と病院、それぞれに対する満足度に正の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「医師の対応」が患者満足度を高めるといふ分析結果を得ている。Ross, Steward and Sinacore (1993)は、医療に関する3つの側面、すなわち対人ケア、技術の質、医療へのアクセスの評価の注目し、医療満足全体に与える効果を分析した。その分析から、これら3つの側面が医療満足全体の変動の63%を説明するという結論を得ている。
- (3) Dana, Hoa and Bhawuk (2004)は、このモデルをベトナムのハノイにおける診療所の利用者に適用し、事前期待、事後のパフォーマンス、その不一致が、利用者の満足に影響していることを示した。
- (4) 調査対象の地域に含まれる都道府県は、東京都、神奈川県、千葉県、埼玉県、茨城県、栃木県、群馬県、愛知県、静岡県、岐阜県、三重県、大阪府、兵庫県、京都府、滋賀県、奈良県、和歌山県である。
- (5) 「情報ギャップ」と「意思決定ギャップ」との相関係数は0.54であった。

参考文献

- Dana, A. Hoa, D. M. and Bhawuk, D. (2004) "Client satisfaction with reproductive health-care quality: Integrating business approaches to modeling and measurement," *Social Science & Medicine*, Vol.59, pp.2219-2232.
- Epstein, R., Franks, P., Fiscella, K., Shields, C.,

- Meldrum, S., Kravitz, R. and Duberstein, P. (2005). "Measuring patient-centered communication in Patient-Physician consultations: Theoretical and practical issues," *Social Science & Medicine*, Vol. 61, pp.1516-1528.
- Henbest, R. and Stewart, M.(1990). Patient-centeredness in the consultation. 1: A Method for measurement. *Family Practice*, Vol.6, pp.249-253.
- 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ページ.
- 狩野裕・三浦麻子(1997)『AMOS, EQS, CALISによるグラフィカル多変量解析－目で見ると共分散構造分析－』現代数学社.
- Like, R. and Zyzanski, S.(1987) "Patient satisfaction with the clinical encounter: Social psychological determinants," *Social Science & 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.
- McWhinney,I.(1995). Why we need a new clinical method. In M. Stewart, J. Brown, W. Weston, I. McWhinney, C. McWilliam and T. Freeman(Eds), *Patient-centered medicine: Transforming the clinical method*, 1-18, Thousand Oaks, CA: Sage.
- Oliver, R. (1997)*Satisfaction: A behavioral perspective on the consumer*, McGraw-hill Companies Inc.
- Peck, M. et al.(2001). "Measuring patient expectations: Does the instrument affect satisfaction or expectations?," *Medical Care*, Vol. 39, pp. 100-108.
- Ross, C., Steward, C. and Sinacore, J.(1993) "The Importance of Preferences in the Measurement of Health Care Satisfaction" , *Medical Care*, Vol. 31, No. 12, pp. 1138－1149.
- Sitzia, J. and Wood, N. (1997). "Patient satisfaction: A review of issues and concepts," *Social Science & Medicine*, Vol. 45, pp. 1829-1843.
- Stewart, M. (1984). "What is a successful doctor-patient interview? A study of interactions and outcomes," *Social Science & Medicine*, Vol. 19, pp. 167-175.
- 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ページ.
- 豊田秀樹(1992)「SASによる共分散構造分析」東京大学出版会.
- 山本嘉一郎・小野寺孝義編著 (2002)「Amosによる共分散構造分析と解析事例 [第2版]」ナカニシヤ出版.
- 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ページ.