

患者満足度評価のための2次元フェイススケールの 考案と有用性の検討

南雲陽子^{*1}, 後藤恵子², 堤 俊也³, 山田英俊⁴, 宇野可奈子¹, 高中絃一郎¹

新潟薬科大学毒物学教室¹

東京理科大学薬学部²

東原町はるかぜ薬局³

手稲溪仁会病院薬剤部⁴

Creation of Two-dimensional Face Scale to Estimate Patient Satisfaction and its Evaluation

Yoko Nagumo^{*1}, Keiko Goto², Tosiya Tutumi³, Hidetosi Yamada⁴,

Kanako Uno¹ and Koichiro Takanaka¹

Department of toxicology, Niigata College of Pharmacy¹

Tokyo University of Science Faculty of Pharmaceutical Science²

Higashiharamati Harukaze Pharmacy³

Department of Pharmacy, Teine Keijinkai Hospital⁴

{ Received February 7, 2006 }
{ Accepted July 14, 2006 }

To better estimate patient satisfaction, we developed a two-dimensional face scale to improve on the one-dimensional face scale. A major reason for doing this was to evaluate negative feelings which are often underestimated since Japanese patients are reluctant to express such feelings.

Using more than 300 responders, we conducted a comparison of our original one-dimensional written scale (Scale A), a one-dimensional face scale (Scale B) and a two-dimensional face scale (Scale C). The results showed feelings of dissatisfaction with Scale C were significantly less than for Scale A and B and there was no significant difference between Scale A and B in this respect. In addition, over 80% of the responders favored Scale C from an accuracy point of view but for simplicity Scale B was preferable, and this was so for responders of all ages.

Key words — patient satisfaction, face scale, two-dimensional face scale, communications skills, self-repression

緒 言

今日病院経営には顧客満足(CS: Customer Satisfaction)の概念が導入されており, 薬剤師の患者対応にもそれが求められる時代となった¹⁾. 医療の質を高め顧客を獲得するために多くの医療施設で患者満足度(PS: Patient Satisfaction)調査が行われている²⁾が, 既存の質問票による満足度調査³⁾では回答や集計, 解析に時間がかかり, 実際の患者対応場面で頻繁に行うことは難しい.

また, 日本薬学会が薬学6年制教育のモデル・コア・カリキュラムにコミュニケーションの到達目標を位置づ

けた⁴⁾ことからその教育法や評価法に多くの検討がなされている⁵⁻⁷⁾. それに伴いすでに実際の患者対応業務を行っている医療現場においてもコミュニケーションへの関心が高まっている⁸⁻¹⁰⁾が, 客観的評価者のいない現場でそのスキルを評価することは難しく, 患者自身によるフィードバックを得る機会もない.

満足度は期待度に対する実施度により決定する¹¹⁾. 宗像の感情の定義では感情は喜び, 不安, 悲しさ, 怒りの四つに大別される. 喜びは期待が満たされた時の感情であり, 他の3つは期待が満たされない時に生じる感情である¹²⁾. このことから, 患者の感情を知ることによりその満足度を測定することが可能であり, 薬剤師の対応に

* 新潟市東島265-1 ; 265-1, Higashizima, Niigata-shi, 956-8603 Japan

ついで満足度を測定することでコミュニケーション・スキルの評価とすることができると考えられる。

実際の対応場面で頻繁に測定するために、患者の年齢や疾患にかかわらず、誰にでも即答可能でかつより正確な評価が得られる二次元フェイス・スケールを考案し、その有用性を検討した。

方 法

1. 二次元フェイス・スケールの考案

筆者らの考案した二次元フェイス・スケールは既存の満足度評価法に比して回答者の不満側側の評価をより正確に測定できると期待される。

既存の回答方式としては多段階方式や線状アナログ・スケール方式が用いられている。従来主観的な痛みを客観的に表現させる方法として考案されたフェイス・スケール(以下、一次元フェイス・スケールと略す)は現在では痛み以外の自覚症状やQOLの評価にも用いられるようになっており^{13,14)}、これを満足度に適用することも可能である³⁾。

これら既存の回答方式は、日本人のコミュニケーション特性を考慮すると必ずしも正確でなく、特に不満側側において回答者の実際の評価よりも満足側にずれた結果を示すと考えられる。

宗像は日本人の自己行動抑制性(通称イコ度)が総体的に高いことを指摘している。自己行動抑制性とは「相手から自分を受け入れてもらうために自分を抑えて相手に合わせる」という行動特性であり、それは「相手が気分を害するであろうことは表現しにくい」というコミュニケーション特性となって現れる¹⁵⁾。「満足」「不満」という文字や点数によって表現される回答方式は、大脳の言語野や前頭前野を介して「考える」作業を行うことになるため、よりこの特性が強化されることになり「あまり悪い評価はしない」という結果となって現れやすいと考えられる。

一次元フェイス・スケールでは感情を捉え、「考える」作業を必要としない点では自己行動抑制性の影響を受けにくい、不満側側に悲しさを表す表情しかなく、不安や怒りを感じている回答者のつける「目盛」が存在しない。この点で正確な評価が得られにくいと考える。

二次元フェイス・スケールは、意味のある文字や数字を排することで極力自己行動抑制性の影響を避け、不満側側に3つの感情を表す表情を配置することでどの感情にも対応できるよう考慮してある。

2. 対象および調査方法

2005.6月～9月に筆者らが行ったコミュニケーション・スキル講演会の受講者を対象に、講演中に行う「沈

黙のゲーム」¹⁶⁾においてアンケート調査(Fig. 1)を行って、同じ感情に対して回答方式によりどのような評価の違いが生じるかを測定した。

沈黙のゲームは聞き手の気持ちによって話し手の気持ちに変化することを体験するために作られている。受講者は2人組で一方が話し手、他方が聞き手となる。話し手は与えられたテーマで2分間話をする。聞き手はそれを沈黙して聞くが、ゲーム開始直後の1分間は一所懸命に相手の話を聞くように、後半の1分間は聞きたくないと思いつながる聞くように指示される。聞き手の気持ちの変化は表情や態度といった非言語コミュニケーションの変化として表れ、話し手に伝わる。これによって前半が好ましい聞き方(G時点)、後半が好ましくない聞き方(B時点)となり、話し手の大半はG時点では喜び、B時点ではそれ以外の感情を持つ。

ゲーム開始前(N時点)、G時点、B時点の3点における話し手の気持ちを、多段階方式の順序尺度(スケールA)、一次元フェイス・スケール(スケールB)、二次元フェイス・スケール(スケールC)のすべてに回答してもらい、比較検討した。

同時に回答のしやすさ、気持ちの表しやすさについてもアンケートを行った。

3. 解析方法

スケールA、Bでは $1=+2$, $2=+1$, $3=0$, $4=-1$, $5=-2$ 、スケールCでは $J2=+2$, $J1=+1$, $N=0$, $U1S1A1=-1$, $U2S2A2=-2$ として採点し、N、G、Bそれぞれの時点でFriedman検定を行い、群間に差があるとされたものについてScheffé's F検定による多重比較を行った。

結 果

1. 回答者

薬学生、薬剤師、看護師、介護士等の医療福祉関係者を主とする20代から50代の339人から有効回答を得た。年代内訳は20代211人(62.2%)、30代23人(6.8%)、40代64人(18.9%)、50代33人(9.7%)、不明8人(2.4%)、性別は女性228人(67.7%)、男性99人(29.2%)、不明8人(3.5%)であった。

2. 解析結果

全体ではN時点でスケールAに対しスケールCの値が有意に低く(危険率5%)、B時点でスケールAスケールBのいずれに対してもスケールCの値が有意に低かった(危険率1%)。

20代ではB時点でスケールAスケールBのいずれに対してもスケールCの値が有意に低かった(危険率

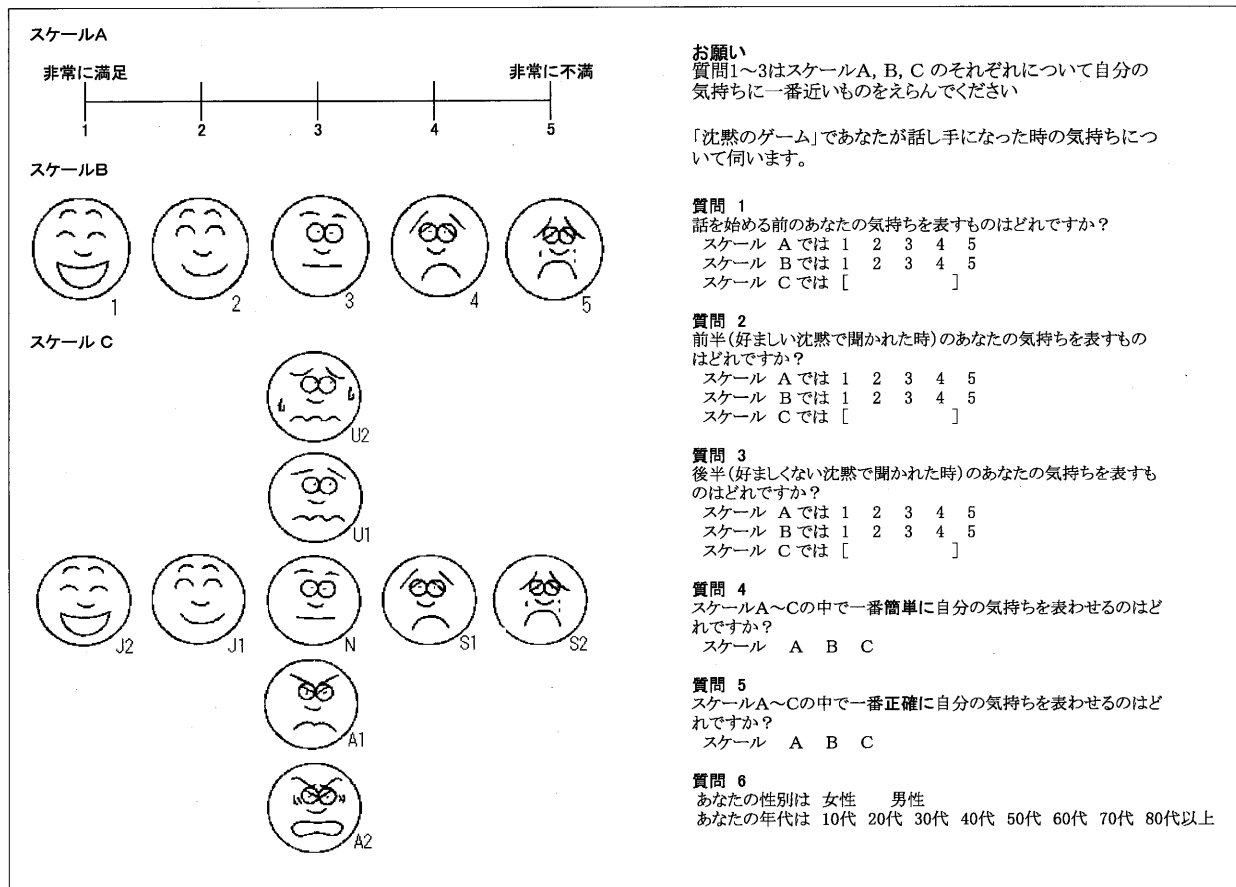


Fig. 1. アンケート

1%)。いずれもスケールAとスケールBの間に有意差はなかった。

他の世代ではいずれの時点でも各スケール間に有意差はなかった(Table 1)。

3. 回答のしやすさ

一番簡単に自分の気持ちを表すことができるスケールとしてスケールBを選んだものがいずれの年代でも一番多く、全体ではスケールA 13.0%スケールB 64.7%スケールC 21.1%であった。40代までは年代による傾向の違いはなかったが、50代ではスケールAとスケールCは同数であった(Fig. 2)。

Table 1. 各時点のスケール別評価点

年代		N時点			G時点			B時点		
		スケールA	スケールB	スケールC	スケールA	スケールB	スケールC	スケールA	スケールB	スケールC
全体	平均	0.12	0.06	-0.03	1.08	1.17	1.08	-0.91	-0.89	-1.09
	SD	0.66	0.67	0.75	0.85	0.78	0.85	0.74	0.69	0.70
20代	平均	0.15	0.06	0.00	1.09	1.17	1.06	-0.87	-0.82	-1.10
	SD	0.67	0.64	0.75	0.79	0.81	0.91	0.74	0.71	0.72
30代	平均	0.17	0.26	0.17	1.30	1.30	1.09	-0.57	-0.61	-0.78
	SD	0.98	1.10	1.11	0.76	0.76	1.00	1.53	1.56	1.65
40代	平均	0.03	-0.02	-0.16	1.05	1.09	1.13	-1.13	-1.11	-1.11
	SD	0.56	0.65	0.70	0.93	0.79	0.60	0.63	0.54	0.51
50代	平均	0.06	0.24	0.00	0.91	1.30	1.21	-0.61	-0.76	-0.82
	SD	0.61	0.71	0.71	1.07	0.59	0.70	0.86	0.79	0.77

* 危険率5%で有意差あり
** 危険率1%で有意差あり

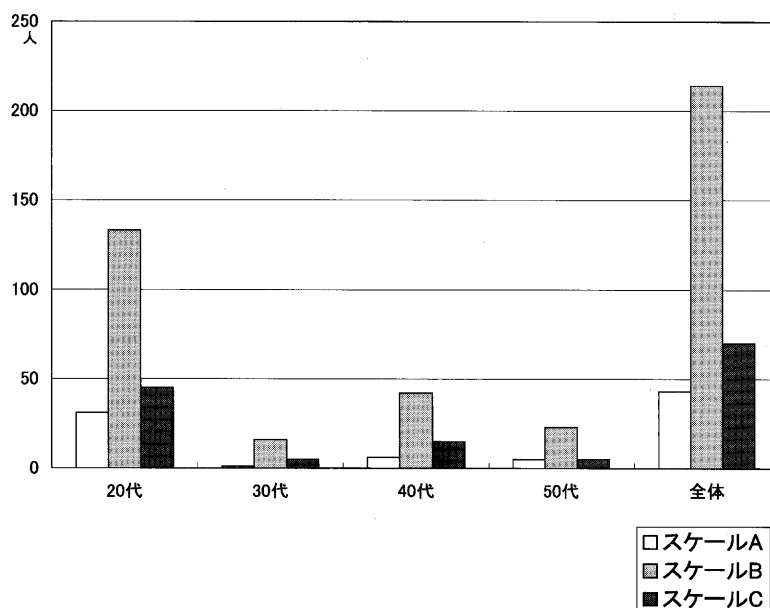


Fig. 2. 質問4：スケールA～Cの中で一番簡単に自分の気持ちを表わせるのはどれですか？

4. 気持ちの表しやすさ

一番正確に自分の気持ちを表すことができるスケールとしてスケールCを選んだものがいずれの年代でも一番多く、全体ではスケールA 1.5%，スケールB 13.9%，スケールC 83.4%であった。若い世代ほどスケールCと他のスケールの差が大きく、20代ではスケールBが4.3%，スケールCが93.8%であった。年代が上がるにしたがってスケールBを選ぶ割合が増えてスケールCとの差が小さくなっており、50代ではスケールBが39.4%，スケールCが54.5%であった(Fig. 3)。

考 察

二次元フェイススケールは有意差のなかった世代、および満足側の評価については既存の回答方式と同等の評価精度を有し、世代によっては不満足側でより高い精度を有する評価スケールであることが示された。すなわちいずれの世代に対しても既存の回答方式に替えて二次元フェイススケールを用いることが可能と判断される。低い評価を検出しやすいことから、これまでの回答方式では「普通」や「まあまあ」等と表現されていたものについても正確な評価が得られ、反省や改善のきっかけにできるという点で有用性があると考えられる。

被験者の62.2%が20代であることから全体の結果は20代の結果に影響されている。

20代を中心とした若者世代のコミュニケーション様式は「やさしさ志向」「マサツ回避」といった指摘が示すように相手を傷つける、相手から傷つけられることを避け

るために否定的な言語表現を避ける、という特徴を持つ¹⁷⁾。一方でメール等の文字通信において、自分の気持ちを表す絵文字はコミュニケーションツールとして多用されている。このことから、若者世代は不満足感を感じていてもそれを言語で表現するスケールAには抵抗がある一方で、慣れ親しんでいる絵文字ではより自分の気持ちに合致した表現を求めると考える。このため選択肢の多い絵文字のスケールCで、もっとも率直な反応がみられた結果が有意差となって現れたとみることができる。

N時点で有意差がみられたのは、実習前の「これから何をさせられるのか」というような不安や緊張感、授業や業務命令等積極的に受講したいわけではないのに参加せざるを得ないことへの不満といったような微妙な不満足感をスケールCが検出したものであり、その精度の高さを示すものと考えられる。

即答しやすさではどの年代もスケールBが勝ったが、気持ちの表現しやすさではどの年代もスケールCが一番高かった。これらの結果から二次元フェイススケールは簡便で正確な回答方式として患者に受け入れられるものと考えられる。20代ではもっとも正確に自分の気持ちを表せるものとしてスケールCを選ぶ割合が圧倒的に高かった。30代、40代も同様の傾向を示したが、年代が上がるにつれスケールBとの差が少なくなっている。これは年代があがるにつれ絵文字とのなじみが薄くなるため、その微妙な表情の違いにこだわるよりはむしろ選択肢が少ない方がじっくり選べる、という人が増えてくるためと考えられる。

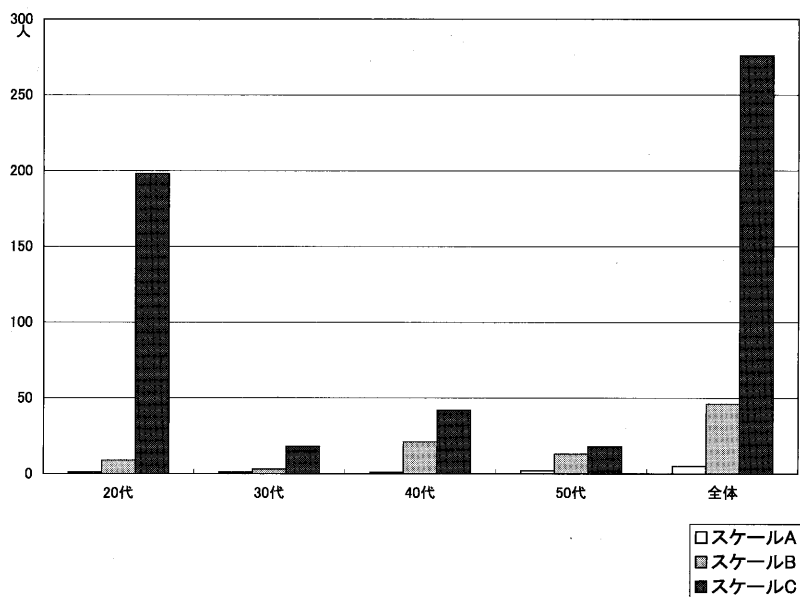


Fig. 3. 質問5：スケールA～Cの中で一番正確に自分の気持ちを表わせるのはどれですか？

現在の薬剤師の大半はこれまでコミュニケーション・スキルについて系統的に学ぶ機会はなく、実際の患者対応業務を行う中で経験的に会得したものや、それを先輩から学んだというものがほとんどである。これらについて客観的に評価していくことは客観的評価者のいない医療現場では難しいが、対応への患者の満足度を指標に反省、改善していくことは可能である。そのためには「普通」「まあまあ」といった回答ばかりが寄せられるアンケートでは意味がない。患者が低い評価を正直に表現できる回答方式が求められる。また、改善の結果を知るためには頻繁に調査を行う必要があるが、答えにくいアンケートが繰り返されるようではかえって患者の満足度は低下してしまう。「薬剤師の対応はいかがでしたか？今の気持ちに近いものに○をつけてください」というような一問だけの無記名アンケートであれば、毎回記入してもらってもそう患者の負担になることはないと考えられる。

同時に二次元フェイススケールは情報収集と患者満足度を高めるためのコミュニケーション・ツールという機能も併せ持つ。自己行動抑制性が高い患者は、要求や疑問があってもそれを敢えて薬剤師に伝えることはしない。そのために服薬指導が薬剤師から患者への一方通行のコミュニケーションに終わってしまう結果になる場合が多い。患者の要求が満たされたかどうかは二次元フェイススケールを用いることで簡単に判別できる。「この薬を飲むことを考えるとどんな気持ちになりますか？」等と尋ねて患者が喜びの表情を指していれば要求は満たされたと考えてよい。不満足側の表情を指差した場合は、「どんなことがなかったらこちら側(J1, J2)の顔

になれますか？」等と尋ねてそのかなえられなかった期待を明らかにする¹²⁾。これにより、そこまでのやり取りでは得られなかった相手の要求を聞き出し、そこに対応することで患者満足度を高めることが可能になる。

また、今回の調査では公平を期すためスケールCに対する複数回答(ex.A1 & S2)は無効としたが、現実にはある場面において同時に複数の感情を持つことは当然あり得る。複数の感情があるということは、複数の要求が存在する可能性を示す。複数回答によりこれらを一度に捉えることができれば、患者対応の時間短縮というコスト削減効果をもたらす。これも二次元フェイススケールの有用な点である。

今後コミュニケーション・スキルの評価やスキルアップトレーニングの効果の検証、および患者満足度を高めるためのコミュニケーション・ツールとしてこのスケールが活用できるものと考えている。

引用文献

- 1) 南雲陽子, 病院薬剤師に求められるコミュニケーション技術, 医薬ジャーナル, **41**, 94-98 (2005).
- 2) 高柳和江, “医療の質と患者満足度調査” 第1版, 日総研, 名古屋, 1995, pp.23-36.
- 3) 高柳和江, “医療の質と患者満足度調査” 第1版, 日総研, 名古屋, 1995, pp.50-96.
- 4) 日本薬学会薬学教育カリキュラムを検討する協議会, 日本薬学会薬学教育モデル・コアカリキュラム, 社団法人日本薬学会, 8 (2002).
- 5) 堀部紗世, 大西憲明, 高良恒史, 横山照由, 京都薬科大学大学院におけるコミュニケーション教育: 臨

- 床薬学演習への模擬患者の参画とその有用性, 医療薬学, **30**, 529-535 (2004).
- 6) 松田裕子, 八木敬子, 平井みどり, 神戸薬科大学における模擬患者の養成と実習への導入, 医療薬学, **31**, 125-135 (2005).
 - 7) 半谷真七子, 松葉和久, 松井俊和, 薬学生の臨床コミュニケーション教育の評価としての客観的臨床能力試験(OSCE)の試みとその評価, 医療薬学, **31**, 606-619 (2005).
 - 8) 平井みどり, 楠元喬, “薬局におけるコミュニケーション能力の開発と実践”, じほう, 東京, 2002, pp.2-12.
 - 9) 井手口直子, 有田悦子, 小川芳子, 後藤恵子, 吉田賢士, 市川厚, 薬学教育におけるコミュニケーション教育の実施状況に関する全国調査, 医薬品情報学, **5**, 93-95 (2003).
 - 10) 中島幹朗, 佐々木均, 医療コミュニケーションとは, 医薬ジャーナル, **41**, 969-972 (2005).
 - 11) 高柳和江, “医療の質と患者満足度調査” 第1版, 日総研, 名古屋, 1995, pp.44-49.
 - 12) 宗像恒次, 小森まり子, 橋本佐由理, “ヘルスカウンセリングテキスト”, 第4刷, 1巻, ヘルスカウンセリングセンターインターナショナル, 東京, pp.71-76.
 - 13) 出原啓一, 森充広, 治療抵抗性耳鳴患者に対するパロチキセンの効果, *Pharma Medica*, **21**, 83-87 (2003).
 - 14) 岡野光博, 西崎和則, 花粉症(季節性アレルギー性鼻炎)のQOLの検討, *Pharma Medica*, **22**, 57-60 (2004).
 - 15) 宗像恒次, 小森まり子, 橋本佐由理, “ヘルスカウンセリングテキスト” 第4刷, 1巻, ヘルスカウンセリングセンターインターナショナル, 東京, pp.29-34.
 - 16) 宗像恒次, 小森まり子, 橋本佐由理, “ヘルスカウンセリングテキスト” 第4刷, 1巻, ヘルスカウンセリングセンターインターナショナル, 東京, pp.60-65.
 - 17) 辻大介, 若者におけるコミュニケーション様式変化, 東京大学社会情報研究所紀要, **51**, pp.42-61.