

# 医療サービスの「便益遅延性」とマネジメント に関する一考察（前編）

## — 医師インタビュー調査をもとに —

A Study on the Management and “Delayed Benefit” in Medical Services  
: Based on Interview Research of Doctors (1)

高室 裕史\*

Hiroshi Takamuro

本稿の目的は、「便益遅延型サービス」における価値形成とマネジメントに関して、医療サービスを対象に探索的な考察を行うことである。医師へのインタビュー調査を通して、医師が捉える医療の特殊性、医療活動における留意点、病院組織内での医師の位置付け等を確認していく。この結果、患者を主体としたストーリー形成と現実化という視点を中心に、そのマネジメントの可能性が示唆されることになる。なお、本稿はその前編である。

キーワード：便益遅延性、患者参加、医療サービス、ストーリー形成、質的データ分析

### I. 問題意識

本稿が着目するのは、「便益遅延型サービス」における価値形成とそのマネジメントに関する問題である。「便益遅延型サービス」とは、教育サービスや医療サービスを典型とするサービスで、「目的とする便益（価値）が遅れて発現するタイプのサービス」のことである。

従来のサービス・マーケティングあるいはサービス・マネジメントの議論においては、サービス・デリバリーの基本特性の1つとして「生産と消費の同時性」が位置付けられてきた。但し、この特性では捉えきれないサービス・デリバリーの便益形成パターンがみとめられる。この点に焦点をあてたのが、藤村（2008）である。

藤村（2008）が着目した点は、確かに、「多くのサービス消費では、サービス・デリバリーの開始直後の時点あるいは途中の時点において即時に便益としての変化（結果・効果）が現れ、終了時点までにそれらが最大になる」、しかし、その一方で、「サービス・デリバリー・プロセスが展開される時間とサービスの便益としての変化（結果・効果）の終了時点との間に時間的なズレが生じるサービスもある」ということであった<sup>1)</sup>。前者の例として挙げられたのが修理サービスやレ

ストラン・サービス、後者の例として挙げられたのが医療サービスや教育サービスである。そして、この後者、すなわち、「デリバリー・プロセスが終了してからもデリバリーされたサービスが作用し、変化が継続して続くようなサービス」を「便益遅延型サービス」として位置付けたのである<sup>2)</sup>。

このように、医療サービスや教育サービスを典型とするサービスを「便益遅延型サービス」としてあらためて識別することで、従来のサービス・マーケティングの議論では、必ずしも明確に取り上げられてこなかった論点に焦点があてられることとなる。高室（2014a）（2014b）及び高室（2015a）並びに高室（2015b）（以下、この一連の論考を一括して示す場合は、高室（2014a）等という）においても分析と考察を行ったところであるが、そこで確認された特徴及び課題は次のようなものであった。

第1が、サービス・デリバリーの成立と便益の形成との関係に関する課題である。「便益遅延型サービス」では、便益の発現が遅延する。このため、サービスの受け手側からすれば、そのサービス・デリバリーの結果として目的とする便益が本当に享受できるのかどうかは不明なままに、また、サービスの提供側からすれば、少なくともそのサービス・デリバリー段階においては、自身のサービス・デリバリーの結果として目指すべき便益が実現するのかどうかを直接確認することはできないままに、サービス・デリバリーが行われることになる。このように、「便益遅延型サービス」では、直接的な便益を根拠とするのではなく、あくまでも期待と見込みを前提とした不定さの中で、サービス・デリバリーを成立させていかなければならないことになる。まずは、この点が特徴となる。

第2が、これまで、サービス商品の形成やサービス品質の向上の要素と位置付けられてきた「顧客参加」に関する課題である。特に顧客と直接に接するタイプのサービスの価値形成では、サービス提供プロセスへの「顧客参加」を前提とした「顧客との協働」や「価値の共創」が強調されてきた<sup>3)</sup>。しかし、「便益遅延型サービス」では、先にみたように、享受される便益は不定なままであり、また、便益は同時的には発現しない。このため、便益の実感に基づく顧客参加意欲の向上は前提にしないことになる。この条件下で、いかに顧客参加を促進しうるのかが課題となる。

第3が、評価指標としての「顧客満足度」の妥当性に関する課題である。「便益遅延型サービス」において、その評価をサービス提供プロセス内で求めようとした場合、目的とする便益がまだ発現していない段階で評価を求めることになる。このため、目的とする便益が発現しない段階にあることを考慮した評価尺度をいかに開発しうるのかが課題となる。

以上のような課題の認識のもと、高室（2014a）（2014b）では、 $\alpha$ 病院の乳がん患者を対象としたインタビュー・データの分析を通して、患者側（医療サービスの受け手側—以下、同じ）の視点から「便益遅延性」を捉える枠組みに関する考察を行った。また、高室（2015a）及び高室（2015b）では、 $\alpha$ 病院の看護師を対象としたインタビュー・データの分析を通して、医療者側（医療サー

ビスの提供側（以下、同じ）の視点から「便益遅延性」のマネジメントの可能性に関する考察を行った。本稿は、これらの考察を引き継ぎつつ、 $\alpha$ 病院の医師を対象としたインタビュー・データをもとに、医療者側の視点から、「便益遅延型サービス」に関する課題認識や実践の状況を確認するとともに、そのマネジメントの可能性を考察しようとするものである。

以下、第2章において本稿の調査問題を設定し、第3章で調査概要と分析方法を提示する。第4章では分析結果として事例記述を行い、第5章で考察を行う。そして、第6章では、小結として、インプリケーションと今後の課題を提示する。

## II. 調査問題の設定

本章では、前章で整理した問題意識のもと、本稿における調査問題の設定を行う。まず、第1節において、本稿における考察の前提として、高室（2014a）等で分析された「便益遅延型サービス」における価値形成の特徴を確認する。そして、第2節において、本稿の調査問題を提示する。

### 1. 「便益遅延型サービス」における価値形成の特徴と論点

高室（2014a）（2014b）では、5病院の患者54人のインタビュー・データから $\alpha$ 病院における乳がん患者5人のケースを選定し、分析と考察を行った。この考察によって仮説として提示された「便益遅延型サービス」における価値形成の特徴は、下記の3点であった。

第1に、 $\alpha$ 病院の乳がん患者の事例分析によれば、医療サービスにおける便益の形成においては、「機能的便益」（疾病の身体的回復あるいは改善に関わる便益）や「感情的便益」（不安や恐れなどネガティブな情動の解消に関わる便益）による同時的な便益形成の経験と患者自身による現状の受容努力の積み重ねのもとで、「価値観的便益」（生きることの意義や生き甲斐に対するポジティブな態度の形成にかかわる便益）が形成（あるいは向上—以下、同じ）されるというプロセスを想定しようということである<sup>4)</sup>。すなわち、ここでは、手術の成功や感情の起伏を中心とした短期的な便益とは別の次元に位置付けられる価値観的便益の形成が、医療サービスにおける価値を生み出す基礎となりうるということが想定されることになる。

第2に、この価値観的便益の形成を実現していくにあたっては、患者の参加行動が鍵となるということである。ここで強調される点は、患者は、サービスの受け手として「参加」というよりも、むしろ便益形成の主体として捉えられるべき存在となることである。すなわち、ここでは、「患者参加」は価値形成の前提であり必須の要素として取り扱われるものになっている。

第3に、上記のように、医療サービスによって形成される便益を価値観的便益を中心に捉えたとすれば、2重の意味で、医療サービスにおける便益は必ず遅れて現れるという性質を持つものとして捉えられるものになるということである。1つは、医療サービスの提供プロセスにおける同時的な便益形成の積み重ねの結果として「遅れて現れる」ということ、もう1つは、便益形成の主体た

る患者自身の取り組みの結果として「遅れて現れる」ということである。この観点からすれば、医療サービスにおける「便益遅延性」の特質は、「所与の便益が遅れて発現する」という理解ではなく、「医療プロセスにおいて、便益形成の主体たる患者と医療者との間で形成されていく便益が、それとして認識されることで発現する」という理解によって捉えられるものとなる。

また、高室（2015a）では、高室（2014a）（2014b）で分析の対象とした $\alpha$ 病院の看護師3名を対象としたインタビュー調査を行い、医療者側の視点から、「便益遅延型サービス」に関する課題認識や実践の状況を確認するとともに、そのマネジメントの可能性を考察することを目的に分析と考察を行った。先に行った高室（2014a）（2014b）において対象とした同病院の患者のインタビュー・データでは、多くの事例においてポジティブな価値形成を実現していることがみてとれたが、高室（2015a）は、そうした価値形成の担い手の認識や行動を確認する作業となるものである。この考察によって得られた結果は、下記の3点であった。

第1に、便益が遅延する中にあるにもかかわらず、患者の医療プロセスへの参加意欲が引き出されている背景としては、患者を主体とした目標の設定と短期目標の活用、患者参画型の看護計画の導入がみとめられたということである。「結果がすぐには現れない」という中で治療への参加意欲を保ち続けていくため、短期的な目標を設定し、その達成の実感を1つ1つ積み重ねていく取り組みがなされていること、そして、そうした目標を患者とともに設定し、その達成を共有していく取り組みがなされていることが確認された。

第2に、特に、高室（2014a）（2014b）において強調された価値観的便益の形成につながる看護師の取り組みとしては、長期的視点に基づく目標設定と看護実践、患者の背景の把握と共有に基づく看護、患者の背景を共有するコミュニケーションの実践がその背景にあることがみとめられたということである。患者への看護実践を、現在の治療という「点」で捉えるのではなく、患者の生活や人生という「線」で捉えようという視点のもと、いわゆる全人的な観点から看護実践を捉え、それを実現していこうという取り組みが確認された。

第3に、こうした $\alpha$ 病院の看護師の活動が、属人的ではなく、組織として実現している背景としては、部門横断的かつ組織的な情報共有と患者対応、マネジメントにおける組織方針の明確さと一貫性があることがみとめられたということである。看護チームによる協働プロセスの整備はもとより、医療チームによる部門を超えた協働の実施、あるいは、そうした公式的な活動を基礎とした部署間のインフォーマルな連携が実現していることが確認された。また、組織方針の一貫性については、看護部における組織方針の展開にみられるようなマネジメント体制が整備されていることが確認された<sup>5)</sup>。

## 2. 調査問題の設定

以上のような検討を念頭に置きつつ、本稿では、 $\alpha$ 病院の医師へのインタビュー・データの分

析を通して、医師の視点からみた「便益遅延型サービス」に関する課題認識や実践の状況を確認するとともに、そのマネジメントの可能性を見出すことを目的に考察を進めていく。この考察にあたり、設定する調査問題は、次の3点である。

第1が、「医師は、医療に特有の特性と課題をどのように認識しているのか」ということの確認である。高室（2014a）等では、藤村（2008）による問題提起を契機に、医療サービスを「便益遅延型サービス」の典型の1つとして捉え、主として「患者参加」の問題を中心におきつつ、一連の分析・考察を行ってきた。その分析・考察から、患者及び看護師の実践の場面においても、本稿が課題としてきた「便益遅延性」という特性や「患者参加」にまつわる課題が、1つの論点となっていることを確認してきたが、医師においては、どのような認識がもたれているのか、これがここでの確認点となる。

第2が、「医師は、どのような点に留意しながら、医療活動を進めているのか」ということの確認である。ここまでの一連の考察では、α病院において比較的多くの事例においてポジティブな価値形成が実現している背景には、「機能的便益の獲得というよりも、むしろ価値観的便益の形成が鍵となっていること」、「医療サービスへの参加というよりも、むしろ医療サービスにおける価値形成の主体としての患者という位置づけがみられること」、「全人的な観点からの看護実践が進められていること」などが想定される内容となっているが、こうした点について、医師が留意している事項との関わりはみられるのか、みられるとすれば、それはどのような認識や活動なのか、ここでの確認点となる。

第3が、「組織内や部門間などの連携の中で、医師はどのような位置づけにあるのか」ということの確認である。高室（2015a）（2015b）では、α病院の1つの特徴として、医師も含めて、部門間あるいは職種間の壁が低く、相互の連携が比較的うまく進んでいることがみてとれた。このように捉えられている中で、医師はどのような認識を持っているのか、また、その認識のもと、どのような位置づけにおいて取り組みを進めているのかがここでの確認点となる。

### Ⅲ. 調査概要と分析方法<sup>6)</sup>

前章に設定された調査問題について、α病院の医師を対象としたインタビュー調査をもとに考察を行っていくことが以下の課題である。以下、本章では、調査概要と分析方法について整理しておく。第1節において調査概要を、第2節において分析方法を整理する。

#### 1. 調査概要

##### 実施概要

今回、分析の対象とするインタビュー・データは、α病院の5名の医師を対象としたインタビュー調査により収集されたものである。α病院は、一般病床数が約570床、標榜科は35科を有

する、地域での基幹的な役割と機能を持つ病院である<sup>7)</sup>。インタビュー調査は、この $\alpha$ 病院において、2016年9月に行われた。実施概要は表1のとおりである<sup>8)</sup>。

表 1. 医師インタビュー調査の実施概要

調査対象者	担当科/役職	調査実施日	調査場所	調査実施者
A 医師	内科/医長	2016年9月8日	$\alpha$ 病院	2名
B 医師	スポーツ医学科・救急部/部長	2016年9月9日	$\alpha$ 病院	3名
C 医師	乳腺・内分泌外科/医長	2016年9月12日	$\alpha$ 病院	4名
D 医師	乳腺・内分泌外科/医長	2016年9月12日	$\alpha$ 病院	4名
E 医師	乳腺・内分泌外科/主任部長	2016年9月13日	$\alpha$ 病院	2名

### 調査対象の選定

調査対象の選定について、 $\alpha$ 病院の医師を対象として選定した理由は、高室（2014a）等における分析対象が、それぞれ $\alpha$ 病院の患者と看護師であったことによる。

高室（2014a）等の一連の分析・考察では、 $\alpha$ 病院の乳がん患者の事例それぞれが便益遅延型サービスの特徴を示すとともに、価値観的便益の形成を中心としたポジティブな価値形成を実現するに至っていることがうかがえた。そして、その背景には、看護師による患者参画型看護や全人的看護の実践の取り組みがあることがみてとれた。

今回の調査では、これに加えて、当該事例に係る医療者側のもう1つの主体である医師を対象とした調査を実施しようとするものである。これにより、 $\alpha$ 病院の事例に関わる主要な主体それぞれの視点から、本稿が目的とする「便益遅延型サービス」に関する課題認識や実践の状況を確認するとともに、そのマネジメントの可能性に関する示唆の導出をこころみていく。

### 調査内容

インタビューは、1名の調査対象者と2~4名のインタビュアーが同席する中で、大まかな質問項目を整理したインタビュー・ガイドに基づきつつ行われた。質問項目は、調査問題に設定した課題を明らかにするべく、便益遅延性や患者参加に関する認識、医療実践を進める中での留意点、職種間・部門間での連携の状況や認識等を中心とする内容とされた。インタビュー・ガイドは、図1のとおりである。

また、この質問項目は、調査対象者にも事前に手渡されている。インタビューにあたっては、このインタビュー・ガイドに添いつつ、現場の実態や調査対象者の認識等を可能な限り共有していくべく、その場の状況に応じて、比較的オープンで自由度の高い対話のもとで進められた。

なお、インタビューは、調査対象者1名ずつ別々に実施された。このため、調査対象者の5名

のインタビュー・データはそれぞれ相互の発話の影響を受けることなく、個々の観点から発話されたものとなっている。また、調査対象者は、高室（2014a）等の内容は確認していない。すなわち、インタビューは、患者及び看護師のインタビュー調査の結果の影響を受けることのない状況の中で、実施されている。

#### ■お伺いしたい事項

1. 差支えない範囲で結構ですので、現在のご担当、及び現在のご担当に至るご経歴について、お教えてください。
2. 私たちは、医療は、「便益がすぐには現れない」という性質（便益遅延性）を持つことで、例えば、「患者が自身の治療に積極的に参加しない」などの課題が生じるのではないかと想定しているのですが、いかがでしょうか。実際に、こうした性質やそれに伴う課題を感じられるようなことはあるでしょうか。もしあれば、具体的なエピソードなども含めて、お教えてください。
3. 私たちは、治療の経過に応じて、患者との接し方や留意点などが変化するのではないかと考えています。この点に関して、医療実践の区分として、実際にはどのような段階を意識されているのか、そして、それぞれの段階において、どのようなことに留意されているのか、などについて、具体的なエピソードなども含めて、お教えてください。
4. 私たちは、患者参加は、治療をうまく進めていくための1つの鍵となる要素となるのではないかと考えていますが、いかがでしょうか。  
あわせて、求められるべき患者参加、あるいは逆に、避けられるべき患者参加というようなものがございましたら、お教えてください。
5. 治療をうまく進めていく（ひいては医療サービスの品質を高める）ための鍵となる要素に関して、下記の内容について、お考えをお聞かせください。
  - (1) 治療をうまく進めていくために、鍵となる要素はどのようなことだとお考えですか。
  - (2) 上記に挙げられたような要素を充実させるために、先生個人として取り組んでおられることや、気をつけておられることがあればお教えてください。
  - (3) 上記に挙げられたような要素を充実させるために、組織として取り組んでおられることや、気をつけておられることがあればお教えてください。
6. 貴院は、医師と看護師との連携、あるいは部署間での連携など、病院全体としての取り組みが進んでおられるように感じっていますが、いかがでしょうか。お感じになっておられることがございましたら、お教えてください。また、職種間や部署間での連携を進めるための具体的な取り組みや事例等がございましたら、お教えてください。
7. 他の病院と比べて、貴院の特徴はどのような点にあると思われますか。上記のような点も含めてということで結構ですので、お感じになっておられることがございましたら、お教えてください。

図1. 「インタビュー・ガイド」の内容

## 2. 分析方法

### 分析方法の選定

インタビュー・データの分析については、主として、佐藤（2008）に示された「質的データ分析」の手法を採用しつつ進められた。佐藤（2008）は、調査現場で得た質的データの分析にあたり、その文脈を損なわずに研究課題上の意味への翻訳と記述を可能とする手法として、「事例ーコード・マトリクス」を用いた「脱文脈化」と「再文脈化」による記述手法を提示している。

質的データ分析の最初の手続きは「定性的コーディング」、すなわち、収集された文字テキストデータに対して、それぞれの部分が含まれる内容を示す「コード（定性的コードー以下、同じ）」を付

与していく作業である。コードが付与されたひとかたまりの文書（部分）は「文書セグメント」と呼ばれる。すなわち、文字資料が、コードを割り当てられることによって、そこに埋め込まれていた文脈から切り離され、その後の分析にとっての基本的な素材ないし部品のようなものになる。この手続きが、佐藤（2008）がいう「脱文脈化」（あるいは「セグメント化」）である。

次に、脱文脈化された文書セグメントを研究課題や理論に応じた報告・分析資料へと組み上げていく作業が「再文脈化」である。再文脈化には、文書セグメントを分類・配列していく「データベース化」の段階（第1段階の再文脈化）と、データベース化された部品を報告書の文章という新たな文脈の中に組み込んでいく「ストーリー化」の段階（第2段階の再文脈化）がある。質的データ分析の結果は、最終的にはこのストーリー化による記述において提示されることになる。

そして、このストーリー化において、事例の特殊性にとらわれて一般的なパターンを見失ったり、少数の事例に基づいて過度の一般化を行ってしまったりというような罠に陥ることを避けるものとして提示されている手法が「事例－コード・マトリクス」である。「事例－コード・マトリクス」とは、「事例」と「コード」を2軸としたマトリクスに文書セグメントを位置付けていく枠組みである。この作業により、「一方では、文書セグメントに含まれる意味内容をその文脈的な位置づけを見失わないようにしながら的確に把握し、他方では、コードないし概念的カテゴリー間の関係を中心とした、より一般的で抽象的な概念モデルを構築していく作業にもつながっていく」<sup>9)</sup>ものとされている。

本稿は、複数の医師を対象としたインタビュー・データを通して、医師が捉える医療の特殊性や医療活動における留意点、あるいは病院組織内での医師の位置付け等を確認していこうとするものである。この分析と考察を行っていくにあたり、佐藤（2008）に示された「質的データ分析」を用いることで、各医師から語られる様々な発言を過不足なく把握しつつ、各調査問題の鍵となる概念を全体として取り出していくことが期待される。このため、本稿では、この手法を採用し、分析と考察を進めていくこととするものである。

### 本稿における分析手続き

以上の検討から、本稿では、主として、佐藤（2008）に示された「質的データ分析」の手法を採用しつつ分析を進めた。具体的な手続きは以下のとおりである。

まず、医師5名のインタビューを録音した音声データを全て文字に起こし、文字テキストデータを作成する。次に、この文字テキストデータを読み込み、定性的コードを付与し、文書セグメントを作成していく。

この脱文脈化の作業を行った後、まず第1の再文脈化として、データベース化を行う。このデータベース化において、データ整理の枠組みとするのが「事例－コード・マトリクス」である。事例（文書）としての各インタビュー・データとコードの2軸によるマトリクスに、文書セグメン



ト位置付けていくという考え方を用いつつ、インタビュー・データの整理を進めた<sup>10)</sup>。

こうしてデータベース化を行った後に行われる作業が第2の再文脈化であるストーリー化である。このストーリー化の作業の結果は、本稿の分析結果となる「事例記述（ストーリー化）」として、次章において提示される。

なお、次章において提示される事例記述（ストーリー化）に留意される点として、次の3点を補足しておく。第1に、今回の事例記述の単位は「 $\alpha$ 病院」である。すなわち、今回の分析では、各医師のインタビュー・データのそれぞれを「文書」としつつ、「事例」としては「 $\alpha$ 病院」を1つの単位とした事例記述（ストーリー化）を行う<sup>11)</sup>。

第2に、ストーリー化に際して提示する文書セグメントは、「要約（あるいは縮約—以下、同じ）」を行ったものとする。特に、今回の分析は、発話形態ではなく、発話内容が重視される。このため、可能な限り元のテキストを使用しつつも、それぞれの文書セグメントの内容が1つの記述として理解できるよう、前後の文脈やインタビュー時の会話の流れなどを勘案しながら要約を行うものとする<sup>12)</sup>。

第3に、事例記述にあたっては、各コードに該当する文書セグメントを抜粋していくが、そのコードに含まれる全ての文書セグメントを事例記述内に抜粋するものではない。「事例—コード・マトリクス」の枠組みに従いつつ、代表的な文書セグメントを抜粋することにより記述を進めていく<sup>13)</sup>。

#### IV. 事例記述（ストーリー化）

以上に整理された調査問題及び分析方法に基づき、本章では、 $\alpha$ 病院の医師へのインタビュー調査において収集されたインタビュー・データの分析結果を、事例記述として提示していく。

第2章で設定した調査問題は、第1に、「医師は、医療に特有の特性と課題をどのように認識しているのか」、第2に「医師は、どのような点に留意しながら、医療活動を進めているのか」、第3に「組織内や部門間などの連携の中で、医師はどのような位置づけにあるのか」であった。これらに関わる医師の認識や実践の状況を確認していくべく、今回のインタビュー・データの分析として再文脈化した結果を以下にみていく。

##### 1. 医師が捉える医療の特殊性

本稿が考察の焦点とする「便益遅延性」を念頭におきつつ、まず、医師は「医療に特有の特性と課題をどのように認識しているのか」という点の確認からはじめていくこととしよう。

調査対象とされた $\alpha$ 病院の医師（以下、医師という）のインタビュー・データにみられた、「便益遅延性」に直接関連する発話として、まず、C医師に語られた抗がん剤治療の受診に関する発話からみていく。抗がん剤治療は、特に負担の大きい治療であるというイメージが広がっている

ことに加えて、5年や10年経たないとその効果が分からないため、受診を躊躇する患者も多い。しかし、受診後5年を迎えた患者の中には、「頑張ってよかった」という思いを、少なからず感じている患者もいるのではないかとC医師は語る。

#### 【要約・抜粋1】(C医師)

抗がん剤については、皆さん、昔のテレビや映画の、白血病でずっと洗面器に吐いているようなイメージが強いですし、女性だったら髪の毛が抜けることになんか抵抗があったりして、やはりイメージは悪いので、受けたくないという方もいます。ただ、再発の危険性などを話していくと、やはり受ける方が多いことは多いです。(中略)乳がんの手術後の場合は、再発予防の抗がん剤は6カ月間と決まっています。また、インターネットのドクターが登録するサイトにより、「抗がん剤を使うことで再発の危険性が3分の1に減る」といったデータをお示しする。再発したかしないかは、最終的には5年や10年たないと分からないのですが、5年を迎えたときなどに、「あのとき頑張って受けてよかった」と言う方もいたりします。

(中略)最近再発する方が昔よりは少ないかなと思います。「受けてよかった」と思ってくれるかどうかは分かりませんが、こちらが治療経過を見たときに、リンパ節転移などが結構あって、再発の危険性が高そうだと心配していた方が5年後も大丈夫な状態だと、あのときの抗がん剤が効いていたのかなと思って、5年後を迎えたときなどに、「リンパ節転移が多かったのをそれを心配していたけれど、5年間再発がなくてよかったですね、抗がん剤を頑張ったからですね」といったようなことを伝えたりしています。

このように、「便益遅延性」の特性に直接関係する認識もみとめられる一方で、より強く医師から示されたのは、いわゆる一般的なサービス商品の満足概念の適用の困難性であった。

その一つが、患者による成果の受け止め方の多様性による一律的な満足度評価の適用の困難性である。E医師は、便益遅延性に起因すると捉えられる課題認識を示しつつ、例えば、「再発をしなかった」という同じ成果が得られたとしても、患者の理解の内容等により、その受け止め方は全く異なってくることを強調する。

#### 【要約・抜粋2】(E医師)

医学の場合は(一般のサービスとは一筆者注<sup>14)</sup>)違うと思う。いろいろな面がありますからね。僕が診る人は、乳がんの人ですので、まずは手術をするわけですよ。最終的には再発するかしないか。患者さんによっては、例えばその時点では、当然手術した段階では自分にメリットがあったかどうか分からない。将来的なことを言っても、例えば5年たった後、自分が再発しなかったからよかったと思う人もいるし、再発しないことに関してそれが当たり前だと思う人もいるし、逆に再発してすごく不満を持つ人もいるし、いろいろなパターンがある。はっきり言って、僕は、医療というのは本当にそういう意味で、便益というか、満足度を評価するのは非常に難しいという気がします。

また、「便益」として、いわゆる「治る」といった意味での成果（機能的便益）を保証できるものではないことも強調される。B 医師は、確かに、「便益が後から生じる」という意味では「便益遅延型サービス」といえるが、そもそも、「後から生じる便益」の発現を保証するような性質のものではないという点を強調する。そして、このため、医療サービスの評価は、結果においてではなく、その過程において行うような枠組みに落とし込む必要があると語る。

#### 【要約・抜粋3】(B 医師)

何というのかな、契約とは違う。必ずしも結果を僕らは保証しないのですよ。結果とリンクするということになったら、結果的にうまくいかなかった人は契約不履行ということになってしまいますが、(中略)それでは、僕らの仕事は成り立たないと思うのです。だから、患者満足度をそこに持っていかれると、頭から違うなというのがある。

もちろん、だからといって、決していい加減にやるというわけではない。できるだけ正確にしようと、「何パーセントの人が回復していますよ」というようなデータをできるだけ僕らも勉強して、あるいは、「これだけの人を社会復帰させましたよ、スポーツに復帰させましたよ」というように自分の経験を蓄積して行って、できるだけそのデータの蓄積のもとにお話する。但し、それを保証するものではないですね。その辺がいわゆるサービス業とは違うところなのです。反対に、そこに満足を得てもらうのではなくて、その過程で、たとえうまくいなくてもそれに対して理解して頑張って、頑張ったけれど駄目だったという人は割と満足してくれる。

(中略)だから、確かに結果が後から出てくるという意味では遅延型サービスなのかもしれないけども、結果にリンクするサービスではないというところはあるのですよね。

## 2. コミュニケーションの重視

以上のような、医療の成果に対する認識の多義性や多様性の中で、医師は何に留意をしながら医療を進めているのであろうか。この点に関して、今回の調査対象とされた全ての医師に強調された認識がコミュニケーションの重視である。例えば、E 医師は、患者とのコミュニケーションをうまく進めることによって、生じるリスクを患者に理解してもらうこと、そして、これが最終的な満足度を左右するものであることを強調する。

#### 【要約・抜粋4】(E 医師)

結局一番はコミュニケーションだと思いますけどね。説明が十分どれだけ伝わっているかということだと思います。トラブルも大概そこだと思います。

(例えば、手術の5年後に再発したというような場合でも)前もって、しっかりとそういう再発のリスクとかを説明しているかどうかでだいぶ違ってくると思う。

また、B 医師は、医療におけるコミュニケーションの大事さの強調とあわせて、結果ではなく、

プロセスにおける評価を基準とする視点の方が妥当ではないかという認識を示す。

【要約・抜粋5】(B 医師)

圧倒的にこの仕事はコミュニケーションが大事です。(中略)(例えば、手術等の結果が)ちょっと厳しいかなというようなこともあるのですよね。でも、必ずしも、それと患者さんの満足度とか、あるいはその後の頑張り具合とかは違うものですから。(医療における満足度の評価とは)、結果ではなく、その過程、プロセスの満足度というところでしょうかね。

### 3. 患者を主体としたストーリーの形成

では、なぜ、医師はコミュニケーションの重要性を強調するのであろうか。この点について、確認しておくべきは、インタビューにおいてコミュニケーションの重要性が強調された理由が、単に「医師から患者への情報伝達のため」という意味においてではなく、そのコミュニケーションによって「患者を主体としつつ今後の治療方針や目標を設定していくため」という意味において強調されていると捉えられることである。

換言すれば、ここで医師が重視しているのは、患者を主体としたその後の治療に関するストーリーの形成(以下、患者を主体としたストーリー形成という)である。確かに、こうしたストーリーがうまく形成されれば、客観的に測定できるような治療成果の成否とはまた別に、個々の患者にとっての医療プロセスの成否を判断する基盤となりうる。そして、そのストーリーの現実化に患者自身が主体として関わっていくこともできるようになる。

医師によるコミュニケーションの重視は、このような患者を主体としたストーリー形成において、強調されるものとなっていると捉えられる。ここにおいて、医師のコミュニケーションは、単に医師の診断や治療方針を伝えたり、リスクの説明を行ったりというだけではなく、患者を主体としたストーリー形成とその現実化をサポートしていく行為として、その重要性を捉えられるものとなる。

【要約・抜粋6】(B 医師)

(がんの場合は)がんが見つかってしまうと、患者が嫌がっていくような、とにかく「治療しましょう」、「抗がん剤を入れましょう」、「手術しましょう」ということにもなるのだけど、僕ら(整形外科)の治療は、「こうすればこんなふうに良くなりますよ」ということを、具体的に提示して、それを患者さんが試されるかどうか。だから、できるだけ正しいデータあるいは知識を患者さんに説明して、「それなら、私やってみます」というふうに、それを分かってもらえると、満足度は高いみたい(です)。

### 4. 患者の特性の確認と背景の把握

以上、患者を主体としたストーリーの形成という視点から医療の実践を捉えようとする認識が確認された。では、医師によるコミュニケーションを重視した取り組みのもとで、患者を主体と

したストーリー形成は、どのように進められているのだろうか。

まず、治療プロセスの初期段階で必要となるのが、受診の受容、すなわち、「治療を受けるかどうか」に関する意思決定である。それは、患者を主体とするストーリーを形成していくにあたり、まずは、主体たる患者がそのストーリーへ参加するかどうかを決定するプロセスとなる。

医師は、患者の受診の受容を実現していくにあたり、患者への病状の説明や治療方針を提示していくことになる。この段階での患者とのコミュニケーションにあたり留意されている要素の1つとして、D 医師が強調するのが、患者の「キャラクター」の確認である。

#### 【要約・抜粋7】(D 医師)

キャラクターが乳がんの患者さんは結構さまざまなので、最初にどういうキャラクターの方かなというのをできるだけ見るようにしています。年齢でも、やはり特徴上、乳房を取るかもしれないという手術なので、そういうことを考えると、若い方は基本的にちょっと神経質な方も多ですし、逆に、年齢の高い方はあつけらかんとされている方もいるので、その辺はみんな一緒というわけではなくて、最初の段階で、できるだけ早くその人のキャラクターをつかむように努力しています。

また、E 医師も、患者の背景の把握をできる限り行うべきであること、少なくとも家庭環境や家族のサポートの状況などの把握には努めるべきであることを強調する。

#### 【要約・抜粋8】(E 医師)

（「患者中心」や「病を診るのではなく患者を見る」という捉え方について）理想はそうです。やはり病気だけではなくて、患者の背景といったものはちゃんと理解しながら進めた方がいいとは思いますが。

（中略）それにどこまで細かく対応できるかというのはまた別の話です。だけど、そういう背景はある程度理解した上で進めた方がいいと思う。（中略）乳がんの人はやはり家庭環境とかが結構大きいのですよ。例えば、未婚か既婚か、子どもがいるかいないかなどでもものすごく変わってくるのです。乳房温存手術（で進められる場合）でも、結婚して子どももいる方だったら乳房を全部取ってくださいという人も結構います。それが独身となるとなかなか躊躇があったり。そういうのは、僕はまず絶対ちゃんとチェックする。そういうのも一つだと思う。（中略）また、細かいことを言うと、経済的なこともあります。薬物の治療なんかだと結構高い薬を使わないといけなかったりするので。あるいは、例えば重症になったときに誰かがサポートしてくれるのかとか。そういうことは少なくとも理解しておく方がいいと思う。

## 5. 患者の要望と医師の方針のすり合わせ

こうした患者のキャラクターの確認や把握が行われつつ、受診の受容に向けて、患者とのコミュニケーションが進められることとなる。そして、この段階では、患者に何らかの特有の強い信念などがある場合を除き、通常は、医師が提示した内容にそって治療が開始されることが多いと C

医師はいう。

【要約・抜粋9】(C 医師)

それぞれにいろいろな考え方があります。宗教的なこと、あるいは食事でもベジタリアンなど、中には宗教的なことや食事のことなどで、体に悪いものは入れたくないの、薬や抗がん剤も全く受け入れたくないという方もいます。体にメスを入れたり、手術するときの輸血は宗教上の理由でしないというようなこともあったりします。ごく一部ですが、治療に関して限られたものしか受け入れないとか、今の医学の治療ではなくて民間療法とかそういうものを使う方もいらっしゃいますね。

ただ、多くの方は「先生にお任せします」とおっしゃいます。すごく勉強される方もいるけれども、半分以上の(多くの)方は、「先生にお任せします」とおっしゃいます。

但し、そうした特有の信念等がある場合ではなくても、なかなか受診の受容に向かわない例もある。例えば、医師が思うほどには病状を真剣に捉えていなかったり、あるいは病状は理解していたとしても仕事をはじめとした現在の生活のスケジュールを優先したりというような場合である。あるいは、これまでの治療経験等から同じ思いをしたくないという理由での逡巡もみられるという。D 医師は、そうした状況への対応に、やはり難しさを感じると語る。

【要約・抜粋10】(D 医師)

もちろん、患者さんのキャラクターによっては、こちらが思っているほど真剣に捉えていないということがありますね。特に転移・再発の方などは、こちらとしては治療していないとやはり命に関わるから、できるだけ早く治療してほしいということがあるのですが、患者さんは、おそらく、最初は実感がないということもあって、「まずは仕事が落ち着いてから治療したい」と言われたりとか、「すぐ抗がん剤はできないとか」、「髪を切るのが嫌」とか、そういうことも言われたりします。

こちらとしてはもちろんそれもすごく分かるのですが、できるだけ患者さんの今の生活を考えながらも、命に関わるというところに重点を置く。仕事に関してはもう少し融通を利かせてほしいなとか、こちらとしては髪の毛が抜けても治療してほしいなと思うのですが、やはり女性なので、「髪が抜けるのだったら死んだ方がまし」とおっしゃる方もいます。「そこまでして生きていたくない」などと言われると、そこをどう説明していくのか、難しいと思うときはあります。

では、このように患者の意向と医師の意向、すなわち、医師が妥当と判断する治療方針が合わない場合、医師はどのように対応するのであろうか。この点について、D 医師は、できる限り患者の意向に応じられるような代替案を提示することで、双方のすり合せをはかるといふ。この結果、概ねは、「何の治療も受けない」というような事態とはならず、何らかの形での受診が行われる状況となっている。

【要約・抜粋11】(D 医師)

例えば、「抗がん剤をするかしないか」という場合でいえば、どういう理由で嫌かということを知り、そこで「スケジュールが理由」と言われるのであれば、抗がん剤もいろいろとあるので、本当は「点滴の抗がん剤の方が効くかな」と思っても、取りあえず「内服の抗がん剤から始めますか」、ということで患者さんの方に歩み寄ってやってみるとか、「脱毛が嫌」という人に対しては、脱毛しない抗がん剤の提示ですね。このように、「必ずこの薬でないと駄目」という言い方は、私はしていないつもりです。あるいは、「抗がん剤自体も嫌」という方に関しては、ホルモン剤が効くのであれば、もちろんそちらでということと、効果がちょっと薄くてもホルモン剤を投与するなど（ということもあります）。

ただ、「何も絶対したくない」という方はすごく少ないです。そういう方は、例えば緩和病棟があるような病院に転院されたりしますが、やはり最終的には治療をするということで来られているので、「絶対何もしない」という方はあまりいません。

但し、こうした調整の過程では、なかなか理解や納得が得られないような場合がある。そのような場合の対応として、C 医師によって挙げられたのは「時間をかける」ということである。

例えば、一度の説明だけでは理解が得られていないと判断されるような場合には、次の外来の時間も用いてその説明を行う、というような対応がとられる。このように、時間をかけたコミュニケーションを行うことで、「それ以上は仕方がない」と納得してもらえる場合も多いという。

#### 【要約・抜粋 12】（C 医師）

（分かってももらえない場合は）なるべく時間をかけて話すのです。次に来たときにまた同じ話になったりすることもあります。（例えば、患者が自身で調べてきた保険診療外の治療法や研究段階の治療を受けたいというような場合には）「この病院（での治療）は保険診療に限られるので、ここではできない」というようなことを説明して、（それでも）「どうしても受けたい」（と患者がいう）場合は自費でしてくれるところを紹介したり、研究段階だとできないものもあるのでそれは「できない」と言う。そうすると、結構、素直に「それ以上は仕方がないですね」という方は多いのです。（中略）。（但し）10人に1人ぐらいは分かってくれない。こちらの持っていきようもあるかとは思いますが、どれだけ言っても頑なな方はいます。

しかし、外来では、医師が診察に使用できる時間は限られている。こうした中で、それでも患者の理解や納得が得られないような場合はどのように対応するのであろうか。

この対応として挙げられるのが、看護師によるサポートである。C 医師からは、患者が納得していなかったり、理解が不十分であると考えられるような場合にとる方法の1つとして、認定看護師に依頼する例が語られた。医師がカバーしきれない部分について、認定看護師に患者とコミュニケーションをとってもらい、そのフィードバックを受けたり、必要に応じてその後にあらかじめ面談をしたりすることで、患者とのコミュニケーションが進められている。

**【要約・抜粋 13】(C 医師)**

自分と治療の話などをして、「うまく進められないかな」という要素がある方には、認定看護師さんに入ってもらえることが多いですね。医者には話しにくいことや、こっそり2つの病院に通っている方もいたりするので、今回話ただけではすっきりしていないなという印象を持った人には、その日か次の診療のときに、認定看護師に入ってもらって、ちょっとカバーしきれないものをカバーしてもらったり。自分と患者さんと一緒に話をした後、認定看護師だけが患者さんや患者さん家族と話す時間を持って、それをフィードバックしてもらったり。それで、ゆっくり話した方がよさそうなことについては、また別のときに、その患者さんと患者さんの家族と、あとは認定看護師で個別に面談をしたりしていますね。

あるいは、認定看護師だけではなく、一般の看護師によるサポートも行われている。D 医師からは、外来において、担当の看護師が、その場での診察の対応等を行うだけでなく、医師と患者の診察内容等から状況を察し、適宜、必要なサポートを行っている例が語られた。

**【要約・抜粋 14】(D 医師)**

(患者とのコミュニケーションの確保について)あとは看護師さん。外来でも、ちょっと時間がないから聞いてほしいと思うときは外来の看護師さんをお願いします。(中略)外来の看護師さんは、カーテンは閉まっていますが、一緒に後ろで診察内容を聞いておられるので、「こう言っていたな」というのは大体分かっておられる。なので、私が終わってから、「ああ、困ったな」というようなことを言っていたら、「ちょっとどんな感じか聞きに行きます」とか言ってくれたりします。

また、D 医師は、患者が受診を受容するに際して、患者の家族も重要な役割を果たすという印象をもっている。それは、家族の納得感が患者に伝わるからである。逆にいえば、家族が医師の説明に納得していない場合や治療方針を否定している場合には、それが患者に伝わることで、患者の納得を得にくくなったり、治療を行い難くなったりすることもあるという。

このように、単に、患者の近親者あるいは関係者としての必要性から説明を行うというだけでなく、家族の納得感を通して患者の納得感を高めるという観点からも、家族とのコミュニケーションの意義がみとめられている。

**【要約・抜粋 15】(D 医師)**

あとは、本人だけではなくて、家族も大事だなと思っています。患者さんが納得していたとしても、やはり家族が納得していないと、私たちよりも家族の人と一緒にいる時間の方が長いので、家族にいろいろと言われると、患者さんもそういう気持ちになってしまう。逆に、家族がすごく「よかったんじゃない」と言ってくれると、患者さんもよかったと思ってくれることが多いので、患者さんと同じぐらい家族にも最初の段階で納得してもらうことが大事だと思っています。



また、より直接的なコミュニケーションのための時間の確保の工夫についても、いくつかの例が語られた。その1つが、外来における完全予約制の採用である。完全予約制とすることができれば、その予約時間の設定のもと、事前に診察にかける時間を調整しておくことが可能となる。そして、これに、紹介制を組み合わせることができれば、さらに、時間を必要とする患者に絞り込んだ調整が可能となる。α病院では、こうした理由から、一部の診療科では、完全予約制及び紹介制を採用し、「きちんと分かり合える」コミュニケーションの確保をはかっている。

**【要約・抜粋 16】(B 医師)**

待ってでも、ゆっくりできる人はいいのだけでも、病気とかけがによつては待たせられない人もいる。そうすると、非常に困った事態が起こる。それで完全予約制にしたのです。(中略)それも、患者さんが勝手に電話で予約できるのではなくて、一回、医者目の通してもらって、医療機関からの紹介状を持ってというようにハードルを上げたのです。(中略)不便さをつくったのです。それによって時間をある程度確保した。(中略)僕らのところだったら、朝9時から1時ぐらいの4時間で8~10人ぐらいですね。(中略)それぐらい時間をかけないと、きちんと分かり合えない。

時間を確保する方法として、もう一つ挙げられたのが、入院である。外来においては、上記の完全予約制のような工夫はあるものの、時間の制約は大きい。これに対して、入院であれば、病棟で時間をとれるため、時間の調整の範囲が広がる。このため、入院をすすめる患者については、病棟でとれる時間を含めてコミュニケーションの時間配分を検討することで、時間の問題への対応がはかられている。

**【要約・抜粋 17】(D 医師)**

外来でコミュニケーションを取ろうと思うと本当に時間が限られる。30分枠に2人は絶対入っているので、10分、15分話しだすと、次の待ち時間もどんどん長くなる。このため、特に抗がん剤治療を行う方などは、病棟に一回入院してもらうことで、その入院のときにできるだけ時間を取るようになっている。入院だと、自分の時間に合わせて行けるので、時間も取れるし、あと家族も呼びやすいので、できるだけ入院したタイミングで話を長くできるようにしています。

## 6. 患者による情報収集・要望行為とその評価

以上、医師からの働きかけを中心としたコミュニケーションを想定しつつ、患者による受診の決定段階における医師と患者とのコミュニケーションのありようを確認してきた。

ここでもう1つ、この過程でみられる患者参加行動として確認しておきたいのが、「患者が自分自身で病気のことを調べ、内容に応じて医師に意見や要望を行う」という行為（以下、患者による情報収集・要望行為という）である。医師からの説明等を中心とした受診行動を受動的な患者参加行動と捉えたとすれば、患者による情報収集・要望行為は、患者が自ら能動的な働きかけを

行うという意味で、より積極的な患者参加行動として位置付けられる。

D 医師からは、こうした患者参加行動が、インターネットの普及を背景にひろがりを見せるとともに、その行動に応じた調整等が生じている状況が語られた。

**【要約・抜粋 18】(D 医師)**

まずは、治療を決断してもらって、そして、治療が始まるのですが、乳がんは 40 代、50 代の割と働いている女性の方で、あと、インターネットも今はすごく普及しており自分たちで情報も得られるので、自分たちで情報をつかんで、まだ承認が通っていない薬などを使ってほしいと言われてたりすることもあります。(中略)あるいは、参加されるという意味で治験レベルとしてやってもらえるのかを聞かれたり。あとは、副作用なども結構調べられていて、「この薬はやめたい」とか言われる。そういう場合には、できるだけ治療をやめることがないように、本当にその副作用が出ているかということを説明して、休業してからもう一度やってみるというようなことを提案していくという感じですかね。

このような情報収集・要望行為に対して、医師はどのような認識を持っているのであろうか。この点について、C 医師は、まずは、「患者が自身の病気と向き合う」という観点から、こうした患者参加行動を意義あるものとして評価する。

**【要約・抜粋 19】(C 医師)**

調べてきてもらうのはいいかと思えますけれども、たまに保険診療ではないものもあつたりします。それについてはこちらが、「今の治療の中には、これは取り込めない」、「この治療とは一緒にできない」などというように修正します。そういうことを調べてきてもらっても、素直に分かってもらえたら、自分の病気なので、調べて、病気と向き合ってもらうのはすごくいいかなと思います。

一方で、こうした患者参加行動については、留意すべき点にもあわせて言及される。その 1 つが、医師と患者とのディスカッションの可能性の確保である。C 医師は、患者が自身で調べてきた情報をもとに、医師と患者がディスカッションできることが、情報収集・要望行為において大事な点になるという認識を示す。

**【要約・抜粋 20】(C 医師)**

調べてきたことが、ここではできないとか、まだ保険診療ではないとか、研究段階のものなどはちょっと発表されていませんからということ、あまり分かってくれない方もいる感じもするのですが、一方で、調べてきたことに対して、素直にディスカッション、あるいはお話しができるなら、全然、調べてきてもらっても、いいことだと思います。

もう一つが、患者がいかに「正しい情報」を収集あるいは判別できるかということである。インターネット上には、信頼度の高さや考え方の相違なども含めて、様々な情報が混在している。

このため、それらの情報の質を患者がいかに理解し、自身の判断材料としていくかが問われることとなる。

E 医師は、こうした観点から、患者の情報収集・要望行為について、まずは、患者がいかに「正しい情報」を選択できるかということ、そしてそれに加えて、医師の役割という観点からすれば、患者が参考にできる資料や材料をいかに揃えるのかということが医師の1つの役割となることを指摘する。

【要約・抜粋 21】(E 医師)

(患者参加という言葉からイメージすることとして)、ある程度患者さんが自分で積極的に情報を集めて、それで治療を自分なりにもある程度理解してというのが大事だと思います。ただ、例えばその情報が正しいかという(問題があります)。例えば、ネットで調べただけの話(などがそうです)。そういう意味で患者参加をということであれば、患者さんが参考にできる資料、あるいは理解できるような材料をしっかりとそろえてあげるといのは(医師の仕事になってくると思う)。ただ、特に日本人はそうだと思いますが、自分から積極的に関わって、治療方針の決定にも関わりたいと思う人よりは、どちらかというとお任せという人の方が多いですね。

また、この「正しい情報」の捉え方については、医師の認識の確認を自らに促すような視点も意識されている。それは、ここでいう「正しさ」とは、必ずしも、医師からみた「正しさ」をそのまま押し付けようとするものではないということである。むしろ、ここで強調されている「正しい情報」の提供とは、医師と患者のコミュニケーションの中で、互いが持つそれぞれの情報の「正しさ」を確認していく作業として理解されるような性質のものである。E 医師は、最終的に、どの情報を信じるのかは、あくまでも、患者に任されることになるものであることを強調する。

【要約・抜粋 22】(E 医師)

(間違った材料も結構多いので)信頼に足る材料や資料を(紹介するようにしている)。「しっかりと出版されている本などの情報は確かだけど、ネットはもう内容の保証がないですから、そういうのはあまり参考にしない方がいいですよ」と。(中略)ただ、そのように、こちらも説得するけれど、最終的に決めるのは患者さんなので、(もし、医師からみれば保証がないと思うような情報を信じたとしても)それはしょうがないでしょう。患者さんに治療に関して選択肢を提示してあげるのは必要だけど、最終的に決めるのは患者さんだから、それに関してあまり無理やりというか、あまり強く言うことはしない。特に最近はそのですね。

## 7. 患者を主体としたストーリー形成における留意点

以上、 $\alpha$ 病院の医師へのインタビュー・データを通したここまでの確認において、医師は、便益遅延性とあわせて、治療プロセスの多様性や結果の多義性を医療の特殊性として意識している

こと、その特性の認識のもと、医師の実践においては患者とのコミュニケーションの重要性が意識されていること、また、そのコミュニケーションの重視は、患者への情報伝達というよりも、患者を主体としたストーリーの形成をいかに行うかという課題認識に基づくものであること、そして、そのストーリーの形成のために、医師と患者との間で互いの認識の擦り合わせが様々に行われていること、こうした医師の認識や実践の状況を確認してきた。

以下では、こうした患者を主体とした治療に関するストーリー形成の視点から、特に、そのストーリー形成全般に関わる留意点として語られた医師の認識を確認しておくこととしよう。

1つが、事前のリスクの説明に関する留意点である。先にも強調されたように、患者とのコミュニケーション及びストーリー形成において、今後生じうるリスクに関する理解を共有しておくことは重要な課題である。但し、ここで確認しておくべきは、リスクの事前説明については、あくまでも、患者を主体としたストーリー形成に必要な範囲において行われるべきであることが強調されたということである。換言すれば、このリスクの説明によって、単に医療者の責任の軽減をはかったり、あるいは、事前期待を押し下げることで患者の満足感の向上をはかろうとするようなものではないということである。

E 医師は、こうした観点から、リスクを過度に強調することの危うさを指摘する。リスクの事前説明は、患者を怖がらせたり、心配を増やしたりするために行われるものではないことが強調される。但し、同時に、どの程度の説明が「過度」と捉えられるのかは、患者の受け止め方に依存するものであり、簡単な課題ではないことも示される。E 医師は、患者のキャラクターの見極めを一つの判断基準としながら、この課題に向き合っていると語る。

**【要約・抜粋 23】(E 医師)**

コミュニケーションや説明をどれだけしっかりとしているか。ただ単に長々といろいろな話をするだけではなくて、ポイントとなるところをしっかりと行って、患者さんに理解してもらっているかどうかということだと思いますね。

ただし、難しいところで、再発に関してあまりきつく言うとか脅かすだけなのです。そうしたら、逆にまた患者さんを怖がらせるだけだし。僕はそういうのは嫌なので、本当に難しいところなのです。

おおざっぱに言えば、大部分の人は再発しないのですよ。そういう中で、大多数の人に不要な心配（をかけるようなこと）を言って、必要以上の心配を与えるのかどうかということですよ。そこはドクターのスタンスが実際すごくあると思う。全部厳しく言う人もいるが、僕はなるべくあまり（言わないようにしている）。できたら、あまり心配を（かけないようにしている）。そうしたら（心配を与えられてしまえば）日常生活で毎日こわごわ生きていかなければいけないわけでしょう。それもかわいそうだと思う。そこはすごく難しい。それは、また患者がどういう人かというキャラクターもあるのですよね。患者さんがどういうキャラクターの人で、同じことを言ってもどれだけ受け止めるのか。そこも本当は把握しておかないといけないと思う。

そして、もう1つ、患者を主体としたストーリー形成において、特に留意すべき点として挙げられるのが、「患者主体」の捉え方である。この「患者主体」を誤って捉えた場合、逆に、そのもとで形成されたストーリーが、大きな不満を生むことにつながったり、便益を損なう原因となってしまうことになる。

ここでいう「患者主体を誤って捉えた状況」とは、医師とのコミュニケーションやディスカッションの過程を経ないままに、患者が、自分自身の持つ知識や自分の思いのみでストーリーを形成してしまっているような状況である。B氏はこの状況について、次のように指摘する。

**【要約・抜粋 24】(B 医師)**

その過程（医師からのデータや知識の説明と患者の理解の過程）がないままに、患者さんの方が自分でストーリーをつくって、「こうやったら良くなるはずだったのに、ならない」というような場合には、すごく不満が起こる。

すなわち、相互の理解の共有がなされないままであったり、患者が自らの思いのみで「自分は治療を受けた後にはこうなっているはずだ」という結果を想定したりしている場合には、結果として、大きな不満が生じうるといのである。

では、どうすればよいのであろうか。この点について、B医師が強調するのが、「患者主体」といっても、それは「患者を完全に主体にする」ということではないということである。そうではなく、あくまでも、ストーリー形成のイニシアチブは医師がとるということである。その中で、患者の決定を主体として尊重しつつ、医師のサポートのもとでストーリーを形成していく、こうしたコミュニケーションの重要性が強調される。

**【要約・抜粋 25】(B 医師)**

（患者主体を重視する視点について）一つはそれだと思いますね。ただ、患者さんを完全に主体にしまうと、それはまた畏にはまってしまう。患者さんが「自分がやりたい。こうなりたい」というところをどんどん言うてくる。医療というのは、それだと間違うことがあるのです。だから、イニシアチブはあくまでも医者が取らないといけない。

この点について、E医師も、「患者主体」と言う一方で、ストーリーの決定過程に医者がうまく介入することの必要性を指摘する。この視点からすれば、医師の役割の1つは、こうした患者主体のストーリー形成への適切な介入に求められることになる。

**【要約・抜粋 26】(E 医師)**

（患者中心及び患者主体という視点について）あまり僕は（強調しすぎないようにしています）。今はいろいろな方がおられるので、その辺もありますよね。あまり何でも患者の希望を聞いていたら、逆に

話がまとまらないみたいなのもありますでしょう。(中略)最終的には患者さんが決められたらいいのだけど、そこに持っていく過程には医者がうまく介入するべきだと思います。

では、実際のストーリー形成への介入は、どのように行われているのだろうか。この点について、B 医師は、「医師が実行可能であり、かつ、患者にとってそれが最良であると思う方向があれば、その方向に向けて患者とのコミュニケーションを進めていく」、あるいは、「医師が最良と考える方法に対して患者に受診への躊躇がある場合には、患者が今抱えている問題を明確に示すうえで、その問題の解消には提案している方法が最適であることをあらためて説明する」と語る。

【要約・抜粋 27】(B 医師)

(イニシアチブ) 僕らが持つ。しかも、特に整形外科であれば、自分の得意な方法で、「この人だったら自信を持ってこうしてあげられる」と高い確率で成功に持っていけるような方法があれば、やはり多少そちらに誘導する。(中略)

例えば、「手術はもう嫌だ」と言っているような患者さんには、今のその人の痛みであるとか、顔に手が届かないといったような、本人も何となく思っているマイナスポイントをはっきりさせてあげて、そのうち、「手術をすればこれとこれは良くなりますよ」ということをもう一回説明してあげる。

あるいは、D 医師も、患者の状況にあわせていくつかの選択肢の提示したうえで、「患者が自分で選んだ」と思えるようなコミュニケーションを進めていくことにより、医師がイニシアチブをとりつつ、患者を主体とするストーリー形成をサポートしていくことの重要性を指摘する。

【要約・抜粋 28】(D 医師)

乳がんは本当にたくさん研究も進んでいて、エビデンスもすごくあるのですが、それだけを押し付けるといえるのか、「絶対次はこれ」というように決めてしまうと、うまくいったとしても、副作用などで何か言われたり、ということもある。そうではなく、導入するときに、例えば、「一番効くものよりちょっと効きは劣るけれどもこういうところはメリットがある」というような選択肢を何個か用意しておいて、それを一緒に選んだという印象を患者さんに持ってもらうことですね。

(中略)一緒に選んだというのが結構大事だと思います。同じことが起こっても、自分で選んだと思ってくれていたら乗り越える、あるいは「まあしょうがないかな」と思ってくれる。しかし、やはり医者から言われたということだけだと、ちょっと(うまくいかない)。

そして、以上にみたようなコミュニケーションの実践を強調するとき、医師には、提示できる選択肢を豊富に持っていることが求められることになる。B 医師は、患者に提案できる選択肢をできる限り増やしていくためにも、知識や技術、経験の蓄積も含めて、医師には、データの更新や勉強が不可欠なることを指摘する。この点は、コミュニケーション重視、そして患者を主体

としたストーリー形成をベースとする医療実践を進めるにおいて、あらためて医師の技量が問われる課題となるものと認識されている。

#### 【要約・抜粋 29】（B 医師）

それなりの選択肢はできるだけあげたい。だから、やはりそのための勉強は必要なのですよね。一つの知識、一つの方法しか知らなかったら、この方法が駄目だったら駄目になってしまうけれども、その辺は僕は常に、データをどんどん更新して行って、少しでも、今までできなかった人には「でも、こういう方法もある」ということを提供してあげようと思ったら、その分知識が必要になってくる。

以上、α病院の医師へのインタビュー・データから、患者を主体としたストーリーの形成に関する内容を確認してきた。次に確認すべきは、形成されたストーリーの現実化である。受診決定後、治療プロセスが実際に展開されていく段階において、医師はどのような認識のもとに、どのような実践を行っているのだろうか、次節では、この確認を行っていく。（以下、後編）。

#### 【追記】

本稿の作成にあたり、インタビューをはじめ貴重なご協力を頂きました医師の方々、また、病院関係者の方々には、ここに記して感謝申し上げます。なお、本稿にありうべき誤謬はすべて筆者に帰すべきものです。

本報告は、文部科学省科学研究費助成事業（基盤研究 B）（課題番号 16H03672）「便益遅延型サービスの消費における便益享受と顧客満足・顧客参加に関する実証的研究」（研究代表者：香川大学経済学部教授藤村和宏）による助成を受けて作成されたものです。

#### 注

- 1) 藤村（2008）、11-12 頁。
- 2) 藤村（2008）、12 頁。
- 3) 例えば、藤村（1996）、山本（1996）、藤村（2009）等を参照。
- 4) 3 つの便益については、藤村・森藤（2015）、123-124 頁参照。「機能的便益」とは、疾病の身体的回復あるいは改善に関わる便益である。疾病によって生じる身体的健康度の低下を患者が望む元の状態に戻す（身体的健康度を回復させる）便益であるとされる。「感情的便益」とは、疾病による身体的健康度の低下は心理的健康度の低下をもたらすことから、患者にこの心理的健康度の回復・維持を提供する便益である。この心理的健康度の回復・維持は、疾病に伴う不安の低減／解消と診断プロセスでの感情的快適性（安定性）の維持の 2 つによって構成されるものとされる。「価値観的便益」とは、疾病や治療に対する認識・姿勢、生きることの意義や生き甲斐に対する態度にポジティブな変化を導く便益である。医療サービスは必ずしもすべての身体的健康度の低下を回復できるわけではなく、回復が不可能な疾病、部分的にしか回復でき

ない疾病、あるいは後遺症や手術痕が残る疾病もある。このことから、それらに対応できるように患者の人生観や価値観の転換を図ることも必要となるものとされる。

- 5) 高室 (2015b)、参照。
- 6) 本稿におけるデータ分析においては、高室 (2015a) で採用した方法を踏襲するものである。このため、本章の記述についても、基本的には、高室 (2015a) の第Ⅲ章の記述をそのまま用いて説明している。
- 7) 同病院の診療案内パンフレット (2016 年度版) より。
- 8) 高室 (2014a) 等の一連の論考に引き続き、今回も匿名での調査記述としている。このため、調査対象者のプロフィール等についても、最小限の記載に止めている。なお、インタビュアーは、2016 年 9 月 8 日と 2016 年 9 月 13 日は筆者と川島隆志氏 (株式会社 Biz パートナーズ調査時点以下、同じ)、2016 年 9 月 9 日は筆者と藤村和宏氏 (香川大学経済学部) と川島隆志氏、2016 年 9 月 12 日は筆者と藤村和宏氏と川島隆志氏と森藤ちひろ氏 (流通科学大学人間社会学部) である。
- 9) 佐藤 (2008)、73 頁。
- 10) なお、実際のデータベース化においては、文字テキストの分量が非常に大きくなるため、マトリクスの考え方を枠組みとしては用いつつ、各文書ごとにコードと文書セグメントを配置していくという形式により、データの整理を進めた。
- 11) 佐藤 (2008)、補章を参照。
- 12) 例えば、発話をそのまま起こした文字テキストのままでは文意の把握が困難となっていたり、記述の理解のためには前後の文脈を反映することが求められると判断されるセグメントにおいては、その問題の解消を目的とする範囲において、適宜、中略を行ったり、語句の言い換えを行うなどの操作を行っている。また、発話の途中に差し挟まれる質問等についても、適宜、中略処理等を行いつつ、テキスト化している。
- 13) 各文書セグメントは、必ずしも 1 つのコードに限定されるものではなく、複数のコードに関連するものも多くみられる。この点の処理について、Ⅳ章の事例記述 (ストーリー化) においては、それらの内、ストーリー化に関する典型的な発話を中心に抜粋する形で記述を行っている。
- 14) 以下、インタビュー・データの記載における ( ) 書きによる記載内容は、全て「筆者注」である。

#### 引用文献

- 佐藤郁哉 (2008) 『質的データ分析法 原理・方法・実践』、新曜社。
- 高室裕史 (2014a) 「医療サービスの『便益遅延性』を捉える枠組みに関する一考察 (前編) - 患者ヒアリング調査をもとに」、『流通科学大学論集-流通・経営編』第 26 巻第 2 号、145-161 頁。
- 高室裕史 (2014b) 「医療サービスの『便益遅延性』を捉える枠組みに関する一考察 (後編) - 患者ヒアリング調査をもとに」、『流通科学大学論集-流通・経営編』第 27 巻第 1 号、65-89 頁。
- 高室裕史 (2015a) 「医療サービスにおける『便益遅延性』のマネジメントに関する一考察 - 看護師インタビュー調査をもとに」、『流通科学大学論集-流通・経営編』第 27 巻第 2 号、117-141 頁。
- 高室裕史 (2015b) 「患者中心の看護のマネジメント -  $\alpha$  病院看護部のケース」、『流通科学大学論集-流通・経営編』第 28 巻第 1 号、87-111 頁。
- 藤村和宏 (1996) 「顧客のサービス・デリバリー・プロセスへの参加とサービス・エンカウンター」、『季刊マーケティングジャーナル』第 16 号 2 号、18-35 頁。
- 藤村和宏 (2008) 「便益遅延型専門サービスの消費における顧客満足問題 - 医療サービスをケースとして考察 -」、『香川大学経済論叢』第 81 巻第 1 号、1-62 頁。



藤村和宏・森藤ちひろ（2015）「便益遅延型サービスにおける便益・顧客参加・顧客満足の関係に関する考察－医療サービスをケースとして－」、『香川大学経済論叢』第87巻第3-4号、103-149頁。

山本昭二（1996）「顧客参加とサービス・オペレーション 顧客満足の2つの意味」、『季刊マーケティングジャーナル』第16号2号、4-17頁。

#### 引用資料

※α病院関連資料（本文中に記載。匿名での記述のため名称等詳細は割愛する）。