

医療サービスに関する検討

— 手術療法を受けた体験者の認識調査 —

石野 レイ子^{*1}

はじめに

超高齢社会を目前に控え、良質で効率的な保健医療システムを目指した医療制度改革として、医療費の適正化が推進され、平均在院日数はより一層短縮される傾向にある。手術療法においても、鏡視下手術や日帰り手術の普及などにより、平均在院日数が短縮している。手術療法は、正常な皮膚あるいは体表構造に人為的にメスを加え、病巣の切除、臓器の修復や摘出などを行うことから、生体への侵襲が大きく、手術後に身体の形態的变化や機能上の障害を伴う場合がある。なかでも外形の変化をきたす手術や、生活習慣や生活様式に影響を及ぼすような機能障害を伴う手術では、患者のボディイメージの変化や自尊心に影響を及ぼすことがあり^{1,2)}、障害受容への支援や、身体的・心理的ケアの継続が必要である³⁾。しかし、平均在院日数の短縮により、手術侵襲からの身体的回復や障害受容の途上で退院を迎えるなど、患者のニーズに対応した医療サービスとかけ離れている状況にある⁴⁾。

医療を受ける患者自身にとっては、このような医療サービスにおいて起きつつある変化に対応し、疾病や障害と折り合いをつけて、生活者として自分らしく生きていくための、セルフマネジメントの能力が重要になっている。セルフマネジメントとは、慢性的に経過する疾病や、生活に及ぼす手術後の機能障害をもったときに、疾病や障害などについての知識と技術をもって、意思決定を行い、その人なりの健康的な生活ができるように対処していくことをいう。虚血性心疾患患者の看護においては、患者自身が考えて管理できるようなスキルを身につける上で有効な概念であると報告されている⁵⁾。またセルフマネジメントの能力は、医療者による適切な情報提供と、対等なパートナーシップに基づく共同作業によって向上するとして、慢性疾患の対象者のセルフ

マネジメントの能力の向上を図るための実践や研究が行われている⁶⁾。したがって、手術療法を受ける対象においても、手術後の治療法や生活上の障害などを含め、適切な情報提供を行い、対象が治療を受けることを納得して意思決定ができるような医療サービスの提供が必要と考える。しかし、医療施設における取り組みでは、リスクマネジメント対策や⁷⁾、患者の満足度調査を実施し^{8,9)}、医療の質を向上するための検討が行われているが、手術療法を受けた対象の視点から医療サービスの検討を行った先行研究はみあたらない。

本研究では、医療サービスにおいて起こりつつある変化に対応し、患者のセルフマネジメントの能力が重要になりつつあるという認識のもと、医療サービスの受け手サイドの認識を調査し検討することを目的とした。調査は、手術療法を受けたことのある体験者の認識について、医療施設との利害関係を伴わないインターネットによるアンケートを行った。

研究方法

1. 調査の対象と内容

調査は、中国地方に所在するインターネット調査会社に委託して、その全国モニター登録会員を対象に行った。対象の属性は、居住地、性別、年齢、手術後年数、手術を受けた疾患、手術の体験者は本人または家族であるか、の項目とした。医療サービスの実際についての調査内容は、手術を受けた時に医療者から受けた説明の内容、診療時の医療者の対応、退院後の外来での相談状況、および医療の受け手としての意思決定に関して、文献を参考に作成した^{10,11)}。

医療者の説明についての設問は、手術前の医師の説明を11項目、手術後の説明を14項目、看護師の説明については15項目を設定し、各設問の該当する項目から複数回答をすることにした。退院後の相談相

*1 太成学院大学 看護学部 看護学科

(連絡先) 石野レイ子 〒587-8555 大阪府堺市美原区平尾1060-1 太成学院大学

E-Mail: r-ishino@tgu.ac.jp

手,手術の決定,退院日の決定についての設問では,多肢選択法とし,相談状況と診療時の尊厳されている感覚については,4段階の評点尺度にした.医療の受け手としての自己責任・自己決定についての設問では,6項目から複数回答とした.調査期間は,2004年11月18日から2週間行った.

2. 分析方法

設問別に単純集計を行い,その後,医療の受け手としての自己責任・自己決定の項目については,項目別に性差の χ^2 検定を行った.分析はSPSS ver.15を使用し,有意水準は5%未満を採用した.

3. 倫理的配慮

倫理的配慮として,調査元,研究目的,および結果については研究目的以外に使用しないことを明記し,回答をもって了承されたことにした.

結 果

1. 対象者の概要

調査委託先の全国モニター登録会員31,796名に対して発信され,本人または家族が手術を受けた体験者である会員で,2週間以内に回答した688名について分析を行った.表1にその概要を示した.回答者をエリア別で見ると,南関東が29.9%で最も多く,沖縄が0.7%と最少であった.性別は男性54.0%,女性46.0%,年齢別では30代が最も多く全体の42.9%を占めた.手術を受けた疾患別では,消化器疾患が24.4%で最も多く,次いで運動器疾患,女性生殖器疾患と続き,血液・造血管器疾患が最も少なかった.その中で回答者本人が手術を経験したのは51.3%,回答者の家族が手術を経験したのは48.7%であった.本研究では,手術の体験者が本人およびその家族である場合の回答をすべて患者サイドの意見として扱った.

2. 医療サービスの認識について

手術前と手術後の医師による説明については,表2と表3にその概要を示した.手術前の医師の説明では,「説明内容が理解できたので手術を受けることを自己決定できた」は31.4%,「説明内容が理解できたので患者として必要な準備ができた」は30.4%など,患者が自己決定や,手術に必要な準備ができるような説明を受けたという認識は3割であった.また,「手術後の合併症について説明されたので患者として手術前から気をつけることが理解できた」は14.8%であった.手術後の医師の説明においては,「手術後の機能障害について説明されたので納得した」は13.1%,「手術後の合併症について説明され自ら合併症予防に努めた」は7.8%で,術後の機能障害や合併症などを説明されたという認識は,手術前と

表1 回答者の属性

	回答数(%)	
エリア		
南関東	206	(29.9)
近畿	140	(20.3)
東海	86	(12.5)
中国	64	(9.3)
北関東・甲信	41	(6.0)
東北	38	(5.5)
北海道	35	(5.1)
九州	35	(5.1)
北陸	26	(3.8)
四国	12	(1.7)
沖縄	5	(0.7)
性別		
男性	370	(54.0)
女性	318	(46.0)
年代		
10代	29	(4.2)
20代	168	(24.4)
30代	295	(42.9)
40代	152	(22.1)
50代	37	(5.4)
60代以上	7	(1.0)
手術の体験者		
本人	353	(51.3)
家族	335	(48.7)
手術後年数		
1年以内	88	(12.8)
3年以内	164	(23.8)
5年以内	89	(12.9)
10年以内	157	(22.8)
20年以上	190	(27.6)
手術を受けた疾患		
消化器疾患	168	(24.4)
運動器疾患	115	(16.7)
女性生殖器疾患	88	(12.8)
感覚器疾患	87	(12.6)
脳・神経疾患	35	(5.1)
循環器疾患	34	(4.9)
腎・泌尿器疾患	32	(4.7)
内分泌・代謝疾患	11	(1.6)
呼吸器疾患	11	(1.6)
血液・造血管器	9	(1.3)
その他	98	(13.0)

n=688

同様に低かった.また,「知りたいことを自ら質問して分からないことを解決するようにした」については,手術前は19.1%,手術後では25.9%で,分からないことを患者自ら解決できるような説明を受けたという認識は2割程度であった.

他方,医師の説明姿勢については,「丁寧に時間をかけて説明されたので理解できた」は,手術前は37.8%,手術後では38.1%で,術前後の差はなかった.また,質問や疑問に対する医師の姿勢について,

表2 手術前の医師からの説明

	複数回答 (%)
1.丁寧に時間をかけて説明されたので理解できた	260 (37.8)
2.質問したことや疑問に答えてくれた	231 (33.6)
3.説明内容が理解できたので手術を受けることを自己決定できた	216 (31.4)
4.説明内容が理解できたので患者として必要な準備ができた	209 (30.4)
5.知りたいことを自ら質問して分からないことを解決するようにした	131 (19.0)
6.手術後の合併症について説明されたので、患者として手術前から気をつけることが理解できた	102 (14.8)
7.簡単すぎる説明で分からなかった	36 (5.2)
8.説明内容が分からなくて質問することができなかった	26 (3.8)
9.専門的すぎて理解できなかった	24 (3.5)
10.威圧的な態度だったので質問することができなかった	14 (2.0)
11.その他	129 (18.8)

n=688

表3 医師による手術後の説明

	複数回答 (%)
1.丁寧に時間をかけて説明されたので理解できた	262 (38.1)
2.質問したことや疑問に答えてくれた	211 (30.7)
3.知りたいことを自ら質問して分からないことを解決するようにした	178 (25.9)
4.手術後の機能障害について説明された	122 (17.7)
5.手術後の合併症について説明された	99 (14.4)
6.手術後の機能障害について説明されたので納得した	94 (13.7)
7.手術後の合併症について説明され自ら合併症予防に努めた	54 (7.8)
8.医師による説明はなかった	38 (5.5)
9.一般的なありきたりの説明で理解できなかった	33 (4.8)
10.簡単すぎる説明で分からなかった	28 (4.1)
11.専門的すぎて理解できなかった	18 (2.6)
12.説明内容が分からなくて質問することもできなかった	12 (1.7)
13.威圧的な態度だったので質問することができなかった	7 (1.0)
14.その他	87 (12.6)

n=688

「質問したことや疑問に答えてくれた」は、手術前は33.6%で、手術後は30.7%であった。しかし、手術前後の説明において「簡単すぎる説明で分からなかった」「説明内容が分からなくて質問することができなかった」「専門的すぎて理解できなかった」「一般的なありきたりの説明で理解できなかった」「威圧的な態度だったので質問することができなかった」など、医師主導の説明を受けたという認識が各々数%あった。

退院後の生活や健康管理についての看護師の説明については、「分かりやすい言葉で説明してくれた」は37.6%、「質問したことや疑問に答えてくれた」は28.2%、「退院後の生活で注意することがイメージできた」は22.7%であった(表4)。他方、「手術後の生活で手術創部が悪くならないようにすることを説明してくれた」は17.0%、「入浴や仕事始めの時期などを書いた退院療養計画書や説明内容を書いたものを渡して説明してくれた」は8.1%、「健康管理や健

康増進について説明してくれた」は8.3%など、手術が生活に及ぼす影響や、生活の仕方などの具体的な説明を受けたという認識は低かった。

退院後の外来通院診療場面における、手術後障害や生活上の悩みや困難についての相談相手は、「主治医」58.3%が最も多く、次いで「通院している病院の外来看護師」11.6%であった(図1)。相談相手である医療者と患者の関係性については、「だいたい相談できる」49.3%が最も多いが、「全く相談できない」が5.2%であった(図2)。また、診察や治療の場面における医療者からの尊厳の感覚についての認識では、「やや尊厳されていると感じた」が43.4%であったが、「あまり尊厳を感じる対応ではなかった」19.2%、「全く尊厳を感じる対応ではなかった」が3.2%であった(図3)。

3. 医療サービスを受ける主体者としての認識について

医療を受ける患者の認識についての設問で、手術

表4 退院後の生活や健康管理についての看護師の説明

	複数回答 (%)	
1.分かりやすい言葉で説明してくれた	259	(37.6)
2.質問したことや疑問に答えてくれた	194	(28.2)
3.退院後の生活で注意することがイメージできた	156	(22.7)
4.手術後の生活で手術創部が悪くならないようにすることを説明してくれた	117	(17.0)
5.丁寧に時間をかけた説明で満足した	115	(16.7)
6.退院後の不安や疑問に答えてくれた	112	(16.3)
7.退院後の生活について看護師からの説明がなかった	63	(9.2)
8.健康管理や健康増進について説明してくれた(健康診査や人間ドックについて)	57	(8.3)
9.入浴や仕事始めの時期などを書いた退院療養計画書や説明内容を書いたものを渡して説明してくれた	56	(8.1)
10.一般的なありきたりの説明で退院後の生活をイメージすることができなかった	35	(5.1)
11.簡単な説明で理解できなかった	11	(1.6)
12.説明内容が分からなくて質問することもできなかった	10	(1.5)
13.地域の保健活動や施設を紹介してくれた	7	(1.0)
14.専門的すぎて理解できなかった	5	(0.7)
15.その他	96	(14.0)

n=688

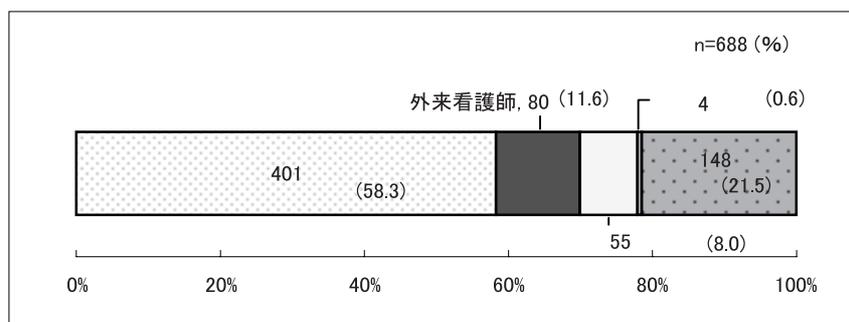


図1 手術後障害や困ったことの相談相手

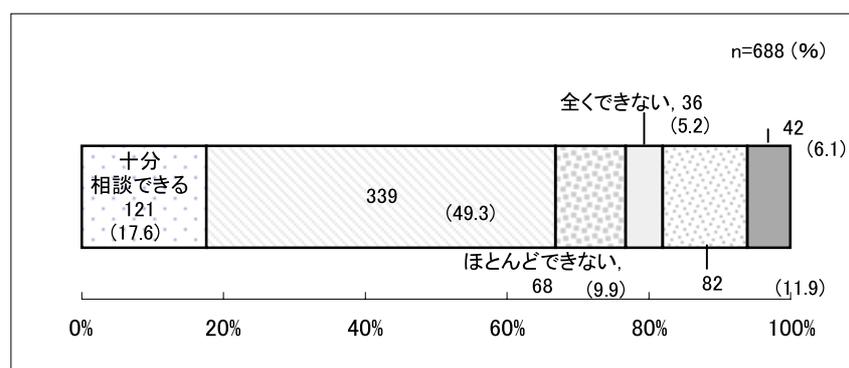


図2 外来での相談状況

療法を受けることを決定したのは、「医師の勧めに従った」60.6%が最も多かったが、「セカンドオピニオンの診察を受けて決定した」が0.9%であった(図4)。退院日を決定したことについては、「医師の指示で決めた」69.2%が最も多く、手術の決定と同様であった(図5)。

自分自身の健康管理や疾病の治療について自己責

任・自己決定をすることの認識については、「治療について納得するまで説明を求めることが必要である」は75.8%で、次いで、「自分なりに知人・家庭医学書などを活用してできるだけ調べる必要がある」は46.3%であった(表5)。健康管理や疾病の治療について自己責任・自己決定をすることの認識について年代別に分析した結果、「治療について納得するま

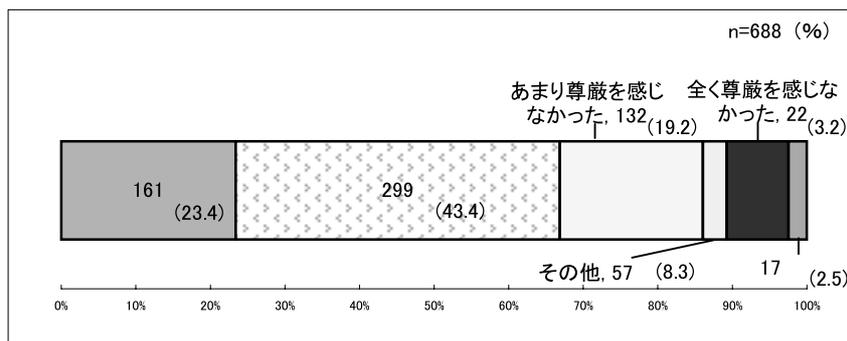


図3 診療時の医療者からの尊敬の感覚

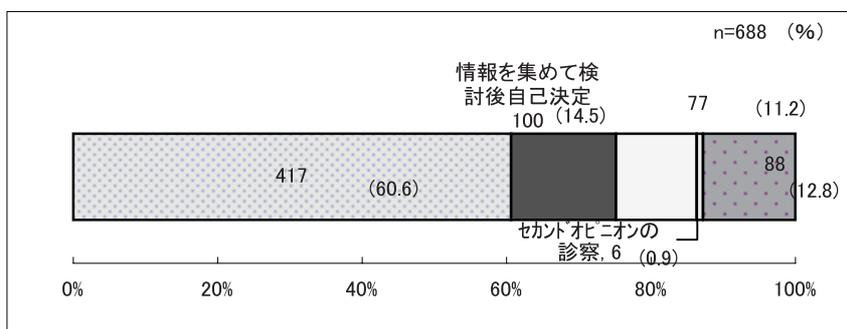


図4 手術を受ける決定について

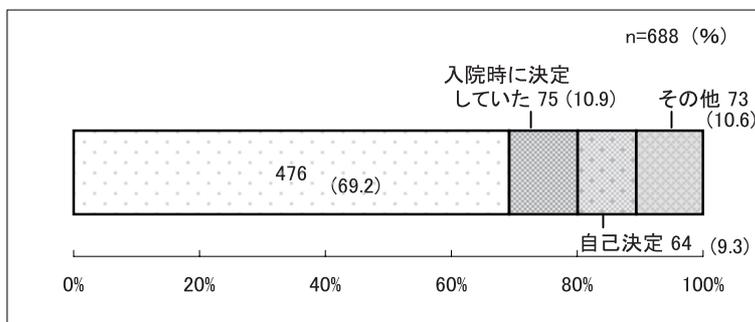


図5 退院日の決定について

表5 健康や疾病の治療について自己責任・自己決定することの認識

	複数回答 (%)			
	男性	女性	合計	%
1.治療について納得するまで説明を求めることが必要である	255	242	497	(75.8)
2.自分なりに知人・家庭医学書などを活用してできるだけ調べる必要がある	153	151	304	(46.3)
3.病院外来などで気軽に尋ねることができる相談窓口や相談コーナーなどが必要である	126	*146	272	(41.5)
4.不安や疑問などに対する心理的支援を希望する	97	**120	217	(33.1)
5.個別にプライバシーが保護される場所での相談・指導を希望する	82	**107	189	(28.8)
6.社会資源や医療施設の紹介を希望する	45	40	85	(13.0)

n=688

*p<0.05 **p<0.01

で説明を求めることが必要である」は、60代が100%、次いで50代が82.4%、40代から10代では70%台で、青壮年に比較して中高年の認識が高い傾向にあった。また、「病院外来などで気軽に尋ねる相談窓口や相談コーナーが必要である」についても、60代が71.4%、次いで30代が44.6%と、中高年の認識が高い傾向にあった。健康管理や疾病の治療について自己責任・自己決定をすることの認識について性差の χ^2 検定をした結果、男性より女性の方が有意に多かったのは「病院外来などで気軽に尋ねることができる相談窓口や相談コーナーが必要である」、「不安や疑問などに対する心理的支援を希望する」、「個別にプライバシーが保護される場所での相談・指導を希望する」の3項目であった。

考 察

手術後の回復過程では、手術侵襲が生体に及ぼす影響を最小限にして、順調に回復して日常生活ができるようにするために、医療的管理は当然ながら、患者の生命力や自己努力の影響が少なくない。したがって、医療サービスにおいては、手術療法を要する患者がそのことを理解できるように、医師や看護師の適切な説明が必要である。しかし、手術前から合併症予防に努めるような説明を受けたという認識は、手術前および手術後のいずれにおいても1割程度と少なかった。手術直後のような急性状況では、医療専門家が医療的管理の積極的役割を担い、患者の役割は一般に受け身である¹²⁾、とはいえ医療消費者が十分な情報をもつことで、より正しい判断が可能になる。これまでに、医療が他の対人サービスと大きく異なる点として、医師と患者間の情報の非対称性が指摘されている¹³⁾。こうしたことから、患者が主体的に治療を選択できるような医療情報を提供する患者図書室や¹⁴⁾、患者情報室などを開設している医療施設が散見されるようになった¹⁵⁾。また、市中の公的図書館や電子情報などにおいても、医療に関する情報収集が比較的可能になっている。

その一方で、専門用語の解釈ができずに情報過多に陥りやすく、適切な理解の障害となるだろうという指摘がある¹⁶⁾。健康や疾病治療に関する自己責任・自己決定をすることについての結果においても、気軽に尋ねることができる相談窓口や、プライバシーが保護される場所での相談を必要としており、特に女性の方が多かった。このことは、情報収集ができる患者情報室や図書室などの設備・環境はもとより、対人サービスによる相談や支援のニーズが高いことが推測される。こうしたニーズに対し、毎月一定の曜日にボランティアによるサービスが提供さ

れ¹⁷⁾、必要な場合は病院の各種専門チームによるサポートが受けられるようなシステムが機能している施設がある¹⁸⁾。したがって、医師や看護師などの医療者は、このような対人サービスによる相談や支援についてのニーズが高いことを認識し、治療方針や治療に伴う合併症や機能障害、退院後の日常生活などについて、専門的知識や技術を、本人や家族双方が理解できるように、分かりやすく丁寧に説明する姿勢が必要である。加えて、説明された内容を患者自身が補完し、セルフマネジメントができるような患者のための情報室や相談室などを整備して、システムとして機能する医療サービスを提供する必要があると考える。

一方、情報を活用する医療消費者として、自己責任・自己決定をすることについて、75.8%が「治療について納得するまで説明を求める必要がある」と認識しており、とりわけ中高年の認識が高い傾向にあった。この結果と同様に、慢性病に罹患している日本人中高年者の調査結果においても、情報希求度が高いことが明らかにされている¹⁹⁾。昨今、医療を受けることにおいて患者自身は主体的な受療行動をとり、責務を果たすという意識改革の必要性が提言されており²⁰⁾、医療を受ける主体者としての患者の意識改革が進んできていることは否めない事実である。

他方、医療提供者と患者間の関係性については、退院後では医師を相談相手とあげているが、「全く相談できない」「ほとんど相談できない」が1割程度あった。医師や看護師の対応についても、説明内容が簡単すぎる、専門的すぎる、一般的でありきたり、威圧的な態度だったなど、極わずかではあるが患者のパートナーシップを形成しているというより、医師や看護師の立場が優先されていた。また、診察や治療の場面における医療者からの尊厳の感覚についても、割合としては少ないが、「あまり尊厳を感じる対応ではなかった」「全く尊厳を感じる対応ではなかった」など、対等な関係とはいえない状況が示されていた。政策として医療制度改革が進行しており、医療現場の病院では、医療の質向上、業務の効率化、患者満足、組織活性化などの経営戦略を模索しており、日本医療機能評価事業についても受審率が高くなっている。その一方で、患者は医療を受ける主体者としての意識改革が進みつつある。このような状況に対応するための患者支援体制を整備し、システムとして機能する医療サービスについて検討する必要があると考える。

本研究の限界と今後の課題

医療サービスについて、対象者本人または家族が手術療法を受けたことについて調査を行い、検討を加えた。医療消費者としての意識は変化しており、医療提供においてもシステマティックなサービスが提供されつつある。また、医療改革が政策誘導で進められ、医療に関する情報が錯綜している昨今、健康問題や医療に関する人々の認識が高くなってきていることから、タイムリーな調査であったといえるであろう。

調査方法として、医療施設との利害関係を伴わ

ないインターネットによる調査の特性から、主に20~40代の認識ということ、10代から20代の回答者は小児期の手術体験であること、手術を受けた体験者が本人と家族の場合があること、手術後20年以上が27.6%であることなど、回答者の偏りが今後の課題である。設問内容や調査方法をさらに検討して、医療サービスの研究を継続していきたいと考える。

本調査にご協力いただいたモニター登録会員の皆様に感謝いたします。なお、本稿は日本健康心理学会第18回大会(2005.9)に発表した内容に加筆・修正をしたものである。

文 献

- 1) Pieper B, Mikols C and Grant D: Comparing Adjustment to an Ostomy for Three Groups. *Journal of WOCN*, **23**(4), 197-204, 1996.
- 2) Klopp AL: Body-image and self concept among individual with stoma. *Journal of ET*, **17**, 98-105, 1990.
- 3) Cohen A: Body-image in the person with a stoma. *Journal of ET*, **18**(2), 68-71, 1991.
- 4) 矢吹浩子: ストーマ造設患者の退院調整 —ストーマセルフケアの早期確立を阻む問題と看護—. *看護学雑誌*, **67**(9), 856-861, 2003.
- 5) 加賀谷聡子: 虚血性心疾患のセルフマネジメントに関する文献レビュー. *日本循環器看護学会誌*, **2**(1), 66-71, 2006.
- 6) Kate R. Lorig and Halsted R. Holman: Self-management education: History, definition, outcomes, and mechanisms, *Annals of Behavioral Medicine*, **26**(1), 1-7, 2003.
- 7) 祖慶実, 山崎英樹, 荒田弘司: 医療現場の顧客満足と業務改善. 同友館, 東京, 120-160, 2003.
- 8) 園田かおり: 分娩数増加を支える看護の力 —過去3年間の分娩数の推移と患者満足度調査から—, *看護実践の科学*, **10**, 58-64, 2004.
- 9) 曾田信子: 心臓カテーテル検査用クリティカルパスのアウトカム評価 —パスにエントリーした患者の満足度調査—. *東京女子医科大看護学部紀要*, **6**, 21-34, 2003.
- 10) 星野一正 編著: 生命倫理と医療 —健やかな生と安らかな死—. 丸善株式会社, 東京, 32-36, 1994.
- 11) <http://www.onh.go.jp/an-nai/manzokudo.html>. 退院患者満足度調査(平成13年8-9月).
- 12) Lorig. K/近本洋介: 慢性疾患の自己管理 第3次予防のためのモデル, *看護研究*, **31**(1), 23-29, 1998.
- 13) 21世紀の医療システムを考える研究会: 医療を変える. 日経BP社, 東京, 230-235, 1999.
- 14) 有田由美子: 患者図書室による医療情報の提供活動 —患者が主体的に医療を選択するために—. *看護展望*, **28**(5), 524-526, 2003.
- 15) COML: No **159**, 15-16, 2003. 11.
- 16) Beauchamp TL and Childress JF/永安幸正, 立木教夫 監訳: 生命医学倫理. 成文堂, 118-120, 1998.
- 17) 山陽新聞: 2004年1月9日.
- 18) 総合患者支援センターニュース: 平成16年7月号創刊号, 岡山大学医学部・歯学部付属病院総合患者支援センター.
- 19) 常盤文枝: 慢性病者の医療ケア上における自己決定に関する認識と行動および影響要因の検討. *日本看護科学会誌*, **25**(3), 22-30, 2005.
- 20) 21世紀の医療システムを考える研究会: 医療を変える. 日経BP社, 東京, 60-81, 1999.

(平成19年11月30日受理)

A Study of Patients' Perception of Medical Services
— A Questionnaire Survey Completed by Patients Receiving Surgical Treatment —

Reiko ISHINO

(Accepted Nov. 30, 2007)

Key words : medical service, surgical treatment, self management

Correspondence to : Reiko ISHINO

Faculty of Nursing, Taisei Gakuin University

Sakai, 587-8555, Japan

E-Mail: r-ishino@tgu.ac.jp

(Kawasaki Medical Welfare Journal Vol.17, No.2, 2008 455-462)