

に「自信と知識を得た患者は医療サービスへの依存が軽減する」というものである (Bury et al. 2005)。特に、第三の点は、医療費の削減という課題を持つ国々における期待が大きく、セルフマネジメント・プログラムの世界的な拡大の一大要因となっている。

CDSMP では、10 名弱程度の少人数の参加者から成るグループによって、1 週間に 2.5 時間のセッションが 7 回にわたって実施される。そこで実施される内容・トピックは、

- エクササイズ・プログラム
- 認知症状管理テクニック (cognitive symptom management techniques)
- 栄養管理の見直し
- 疲労と睡眠マネジメント
- 医薬品および地域リソースの適切な活用
- 不安・憤り・うつ症状の対処
- 医療者とのコミュニケーションの仕方
- 健康関連の問題解決と意思決定

これら内容は、慢性疾患の治療とは間接的に関連するものであり、主に医療外の社会生活・生活環境に関わることとして認識されている。

CDSMP がどのような背景と、どのような問題意識からはじまり、このような世界的拡大に至ったのかという点について、既に別稿 (松繁 2010) において整理をしているが、本稿では、主要な点だけを押さえて以下に記すこととする。

CDSMP を構成する要素として大きく 2 つのものが挙げられる。一点目は心理学者 A. Bandura (1977 [=1980]) の自己効力 (self-efficacy) 理論であり、二点目は、社会学者 A. Strauss の指摘した「慢性疾患と共に生きることの複合的問題 (1973)」という視点である。

一点目の自己効力理論は、もともとは学習理論という分野において提唱されたもので、端的に言えば、人間が何らかの課題に取り組む際に、自らの課題達成の可能性についての自信 (= 自己効力感) の大きさが実際の達成度に影響する、という理論である。さらに言えば、達成可能性について大きな自信を持つ者は、その課題を「乗り越えるもの」として認識する一方で、自己効力感の低い者は「脅威」と捉え、回避の方向に進むという。

慢性疾患患者は、身体症状と社会生活の両方に対処することを余儀なくされており、また、その身体症状は絶え間なく変容するものであるという点において、その「対処」は学習行為という側面を伴いながら進められる。CDSMP が自己効力理論を取り入れた背景には、学習プロセスと慢性疾患患者の生活との間における、このような共通点が存在する。実際に、CDSMP における実践の多くは自己効力感を高めることをねらった内容となっている。

Lorig らが説明によれば、

- 適切な行動様式を熟知すること (performance mastery)
- 模範像の確立 (modelling)
- 身体的症状の再解釈 (reinterpretation of physiological symptoms)

■ 自己効力の説得 (social persuasion)

の4項目についてトレーニングを進めることが、自己効力感の向上につながるという (Lorig and Holman 2000:15)。

CDSMPには、基本的には医療者による介入が無く、慢性疾患を持つ者で構成するグループワークによって進められる。ただし、参加者の多くが日常的に医療機関を利用している人々であり、プログラム参加が受療行動に及ぼす影響については無視できない。(この点については、次節にて述べることとする。)

次に、二点目の Strauss の研究が CDSMP に与えた影響について見ていく。Strauss が、慢性疾患患者の日常生活、患者およびそのケアを担う人々に着目した研究を通じて指摘したことの一つは、慢性疾患を持つ者が辿る社会生活のプロセスである。具体的には、以下の3つの取り組みが患者本人によっておこなわれているとしている。第一に 'illness work' と呼ばれる疾患由来の事象 (症状への対処、予防策など)、第二に 'everyday life work' と称される疾患の有無にかかわらずの日常の作業 (家事、育児)、第三に 'biographical work' という、病気が自身の社会生活・自意識に及ぼした影響と折り合いをつけていく作業が挙げられている (Strauss 1973; Corbin and Strauss 1985, 1988)。

ここで重要な点は、単に上記三点が並立している、ということではなく、三点を満たす要求が同時進行的に発生しているという点である。したがって、本人にとって、これらの作業は不可分のものであり、「三つの要件」というよりも「一つの複合体」として取り組まれているわけである。本稿冒頭で医療機関における経験に限定した「患者経験」についての議論の余地について言及したが、そのようなスコープ設定が患者経験を断片化する可能性がこの意味においても理解される。

この点について、Lorig 自身も既存のセルフケア実践のあり方に対して批判的な捉え方を示している。Lorig と Holman (2000:6) は、既存の多くのセルフケア・プログラムでは、Strauss の指摘した「複合的作業」が分断されたかたちとなっていて、実質的には、その中の疾患由来の事象 (医学的コントロール) の部分だけが取り扱われていることを指摘している。そこでは、医学的コントロールと密接に関連し、これを大きく左右するはずの 'biographical work' 'everyday life work' が度外視されており、このことへの反省が CDSMP 誕生の大きな要因となった。

ここまで述べてきたように、慢性疾患のある患者にとって、意識的にせよ無意識的にせよ、自らをケアする作業が取り組まれてきているわけである。そして、ここで重要な点は、患者らにとってこのような作業は、医療機関から受ける治療や指示等と不可分のもの (相互に大きな影響を及ぼし合っているもの) となっていることである。したがって、患者の日々の生活経験を考えた時に、上記のうちいずれか一つだけを取り出して検討する作業がうみだすものは、限定された視野となるわけである。

ここで再び冒頭で言及したイギリス保健省のNHS改革における「患者経験」に立ち返り、この概念を検討する。既に述べたように、そこでは「思いやりや尊厳配慮なども含めた、

患者に対する医療者のケアのあり方が形成するもの」として患者経験が位置付けられている。他方で、慢性疾患患者が、自ら長期にわたり経験してきた身体症状について、その兆候・傾向・対処法などに関するきわめて高いレベルの知識を保有していることは、これまでにもしばしば指摘 (Tuckett et al. 1985, 松繁 2007) されてきたことである。このことは、急性期患者とは異なり慢性期患者の場合、自らのセルフケア行為が身体コンディションに大きく影響することを示唆するものである。筆者が実施したセルフマネジメント・プログラムの参加者を対象としたインタビュー調査^②の中で、このことを象徴する以下の発言が見られた。

糖尿病を持つ我々の仲間の一人は、1年 8,760 時間 (24 時間×365 日) のうち、8,757 時間自分自身のケアをしています。その一年に専門医のケアを受けた 3 時間以外の。

(保健省関係者の談話)

患者経験 (Patient Experience) を重層的・多面的構造を持つものとして理解するのであれば、医療機関内の「経験」と、それ以外の大部分を占める医療機関外の「経験」との連続性を視野に入れることは不可欠である。言い換えれば、保健省の定義のように「医療者のケアのあり方が形成するもの」であると同時に、「患者自身のセルフケアが形成するもの」でもあり、その連続性の中に成立しているのが字義通りの患者経験と考えられる。

それでは、そのような連続性をどのようにして把握することが可能となるのか。次節において、近年のセルフケア研究をレビューし、課題を整理する。

4. セルフケア研究の課題

CDSMP をはじめ、セルフケア/セルフマネジメントのプログラムについては、既に複数のアセスメント調査が実施されている。例えば、米国の CDSMP の受講者を 1 年間フォローアップした調査 (Lorig et al. 1999) がある。これは、プログラムの参加が、その後の受療行動にどのような効果をもたらしているかという観点から実施されたものである。これによると、受診回数については変化を認められなかったものの、入院率および在院日数については減少された、と報告されている。

また、CDSMP のイギリス版である Expert Patients Programme^③については、保健省 (Department of Health 2006b) が、2003 年から 2006 年までの間にコースを修了した約

^② 調査の詳細は、松繁 (2010) を参照。

^③ CDSMP の教則を導入し、イギリス保健省・NHS によって 2000 年より開始されたプログラムである。参加資格は、慢性疾患がある者・その家族・介護者であり、NHS のサービスの一環とされているため、無料で参加である。‘lay led (非専門家による主導)’であることが強調されており、事務に至るまで慢性疾患患者が取り仕切っており、医療者の介入は基本的に無い。

1,000 人の人々を対象に調査をおこない、「プログラムが参加者の健康改善に効果あり」「医療サービスの依存度・費用が減少」との報告をしている。

一方、Gately ら (2007) は、参加した患者の多くは、プログラムについて高い満足度を示すとともに、日常生活への応用可能性を認めている一方で、そこで獲得した知識・技術について自分の主治医に話すことは無いと報告している。つまり、多くの参加者が、プログラムの内容の有用性は認めながらも、現在自分が受けている治療に関わってくる内容であるということに自信が持てずに、そのことについて主治医に話すことを躊躇するという。ここで重要な点は、セルフマネジメント教育が、病院から受ける治療とは切り離されて（つまり、プログラムで得た経験・知識が、医療実践と十分に連動させられることなく）別個に進められている側面である。しかしながら、上記の保健省のアセスメントが象徴するように、既存の「評価」の取り組みにおける主たる関心事は「医療費抑制効果」「症状の改善効果」にあり、セルフマネジメントとフォーマルケアとの連動については軽視されてきている。

さらに、患者の受療行動パターンのうち、「通院頻度」「通院日の間隔」などは、医療機関側の指示内容によって左右される部分が少なくなく、セルフケア・プログラムの受講前・受講後の患者の受療行動の単純比較（および、そこにプログラムの効果を見出そうとする取り組み）は必ずしも成り立たないとの指摘がなされている (Gately et al. 2007)。

このような指摘は、受講前・受講後の比較において「個々の患者の症状の変化」や「受講以前の受療経験の詳細」などの影響が考察に組み入れられることなく、したがって、受療行動が単純化されたモデルの中で分析されていることを示している点においてきわめて重要である。

また、先述したイギリス保健省による「プログラムが参加者の健康改善に効果あり」「医療サービスの依存度・費用が減少」との報告にも再検討の余地が残されている。すなわち、Bury (2005) が指摘するように、一連のレビュー調査の対象者は基本的に、プログラムに自発的に参加し、かつ、途中離脱をせずコースを修了した人々である。言い換えれば、コース内容に適合することのできた者が調査に回答しているわけであり、「自発的に参加」という点を考え合わせても、健康管理行動の改善に意欲的な傾向のある集団である可能性を指摘しうるわけである。このような調査対象者の特性バイアスは軽視できず、この点においてプログラムの「評価」における報告内容の判断については慎重を期する必要がある。

また、セルフマネジメント・プログラムが、フォーマルケアの受療行動に及ぼす効果を検討する上で、その患者の疾患にも十分な目配りがなされているとは言い難い状況がある。例えば、治療法があまり確立されていない「稀少疾患」の場合、医療機関で受けることのできる指示・治療などは（メジャーな疾患と比較して）きわめて限られており、そのような場合、セルフマネジメント・プログラムに参加して様々な示唆を受けることは、参加者にとって非常に大きな満足感をもたらしていると報告されている (Gately et al. 2007)。換言すれば、稀少疾患の患者は、その身体的・精神的ニーズを満たすことのできる機関に限

られているために、治療法や生活上の留意事項などに比較的容易にアクセスできる疾患の患者よりも、プログラムを高く評価するわけである。

さらに、医療サービス提供の内容がその後のセルフマネジメントに影響するという点についても指摘がなされている。Lawton ら (2005) は、二次医療から一次医療の機関へと移行してきた糖尿病患者らは、そのことを自ら「転換点」と強く認識し (つまり、症状が「深刻ではなくなった」と認識し)、セルフマネジメントへの取り組みの意識・内容に低下が見られるという。

このように、個々の患者の置かれた生活コンテキストがセルフマネジメント・プログラムの評価および効果に大きく作用しており、反対に、フォーマルケアのあり方がセルフケアの取り組み方に影響することが徐々に指摘されてきている。

5. 今後の課題： まとめにかえて

患者の受療経験がセルフケアに影響し、セルフケア経験が受療経験に影響し、両者は不可分の関係にある。この点において、医療機関での経験に限定した「患者経験」は、慢性疾患患者の経験の多層性を明らかにするものとはならない。

一方で、これまでのセルフケア・プログラムに関する研究も、患者の経験する内容を分析しきれていない。セルフケア教育が、その後の受療行動に影響を及ぼす可能性は大いに考えられるところであるが、そこには「身体状態の変化」「過去の受療体験」「疾病観」「医療への期待感の変容」などが関わっている可能性が考えられる。したがって、受講後に「在院日数の減少」「受診回数の減少」があったとしても、単純に教育的介入の効果を説明することはできない。

CDSMP のイギリス版である Expert Patients Programme (EPP) では、その教育的介入が医療費抑制の期待のもとに展開された。しかしながら、その効果は必ずしも十分には分らないままに今日に至っている。‘lay-led’ (非専門家主導) を強調した EPP は、「素人知 (lay expertise)」に注目を集めた点において意義を認められるが、先述したように、医療の専門実践との連続性が確立されておらず、「非専門家の取り組み」として、なかば閉じられた場の中で続けられている。

過去の受療経験から、セルフケアの取り組みを経て、その後の受療行動に至るまでに、様々な要素が複雑に絡み合っているわけであるが、現状では、単純な変数モデルの分析にとどまり、患者経験の具体像が把握されずにいる。

また、「患者のセルフケア実践がフォーマルケアの代替になっているのか」「あるいは補完をする存在なのか」という問いが設定されてかなかつたために (Gately t al. 2007)、セルフケアが患者経験に大きく関わってくるということについて大よその見当がつけられていながらも、その機序は不明のままとなっている。

既に医療者の多くが ‘patient involvement’ (医療への患者の参画) の重要性を認識している。しかしながら今後は、その「参画」を現実のものとするための具体策の策定を行う

必要がある。本稿が述べてきたように、患者は多種多様なセルフケア実践^④をしているにもかかわらず、そのことを医療者とシェアすることはなされておらず、セルフケアとフォーマルケアとは断絶したままとなっている。

医療実践に資するために「患者経験」を明らかにするのであれば、患者が日々実際に経験するプロセスを詳らかにすることが妥当であると考えられる。脱施設化が今後ますます進展していくのであれば、‘biographical work’ ‘everyday life work’ を医療者が把握していることによって、より効果・満足度の高い治療をおこなうことができるのではないだろうか。

引用文献

- Bandura A (1977) *Social learning theory*. Englewood Cliffs, N.J., Prentice-Hall. (= 1980) 原野広太郎監訳『社会的学習理論—人間理解と教育の基礎—』東京, 金子書房.
- Bury M (1982) Chronic illness as biographical disruption. *Sociology of Health and Illness*. 4 (2):167–82.
- Bury M (1991) The sociology of chronic illness: a review of research and prospects. *Sociology of Health and Illness*. 13(4):451–68.
- Bury M (2005) *Science - The Expert Patient* - [Radio] BBC RADIO 4 Thursday 11 August 2005, 8.00-8.30pm, TRANSCRIPTS available from <http://www.bbc.co.uk/radio4/science/expertpatient_tr2.shtml>
- Bury M, Newbould J, Taylor D (2005) *A rapid review of the current state of knowledge regarding lay-led self-management of chronic illness: Evidence review*. National Institute Health and Clinical Excellence.
- Charmaz K (2000) Experiencing chronic illness. In: Albrecht GL, Fitzpatrick R, Scrimshaw SC, editors. *The Handbook of Social Studies in Health and Medicine*. London: Sage.
- Corbin J, Strauss A (1985) Managing chronic illness at home: three lines of work. *Qualitative Sociology* 8:224–47.
- Corbin J, Strauss A (1988) *Unending work and care: Managing chronic illness at home*. San Francisco, Jossey-Bass Publishers.
- Department of Health (2005) *Self care – A real choice: Self care support – A practical option*. London: Department of Health.
- Department of Health (2006a) *Our health, our care, our say: a new direction for community services*. London: Department of Health.
- Department of Health (2006b) *The Expert Patients Programme* [Internet] Available

^④ ここには、CDSMP などの体系化されたプログラムから、個人的な実践まで含む。

from

<http://www.dh.gov.uk/en/Aboutus/MinistersandDepartmentLeaders/ChiefMedicalOfficer/ProgressOnPolicy/ProgressBrowsableDocument/DH_4102757>

Department of Health (2008) *High Quality Care For All: NHS Next Stage Review Final Report*. The Stationery Office, Norwich.

Gately, C., Rogers, A.E., Sanders, C.M. (2007). Re-thinking the relationship between long-term condition self-management education and the utilisation of health services. *Social Science & Medicine*. 2007 Sep;65(5):934-45. Epub 2007 May 22.

Last JM (1963) The iceberg: "completing the clinical picture" in general practice. *The Lancet*. 1963; 28-31.

Lord J (2003) Future of primary healthcare education: current problems and potential solutions. *Postgrad Med J*. 2003 Oct; 79(936):553-60.

Lorig K, Holman H (2000) *Self-management education: context, definition and outcomes and mechanism*. Paper presented at: Chronic Disease Management Conference Contribution; Sydney, Australia.

Lorig K R, Sobel D, Stewart ALP, Brown BW Jr, Bandura A, Ritter PL, et al. (1999) Evidence suggesting that a chronic disease self-management program can improve health status while reducing hospitalization: A randomized trial. *Medical Care*, 37(1), 5-14.

松繁卓哉 (2007) 「Lay Expert (素人専門家) の制度化をめぐる — 英国 Expert Patient Programme に見るジレンマ —」『年報社会学論集』第 20 号, 関東社会学会, p.108-18.

松繁卓哉 (2010) 『「患者中心の医療」という言説—患者の「知」の社会学—』東京, 立教大学出版会/有斐閣 (近刊)

Strauss A (1973) 'America: In sickness and in health' *Society* 19:33-9.

Tuckett D, Boulton M, Olson C, Williams A (1985) *Meetings between Experts: an approach to sharing ideas in medical consultations*. London & New York: Tavistock.

Publications.

Wadsworth MEJ, Butterfield W, Blaney R (1971) Perception of illness and use of services in an urban community. *Health and sickness: the choice of treatment*. London: Tavistock.

World Health Organization (1983) *Health Education in Self-care: Possibilities and Limitations*. World Health Organization, Geneva.

Williams SJ (2000) Chronic illness as biographical disruption or biographical disruption as chronic illness? Reflections on a core concept. *Sociology of Health and Illness*.

22 (1):40-67.

Wyke, S. (2006) *An Introduction to Self-Care*. Paper presented at the conference 'Enhancing Self Care - The Evidence Base' at West Park Conference Centre, Dundee (3 - 5 May).

富田奈穂子、児玉知子、種田憲一郎

医療に関する市民の意識を自治体が独自に調査することも少なくないが、どの自治体がどのような調査を実施しているか、その実態は明らかにされていない。その一因として、意識調査は我が国では統計法の適用を受けないため、「統計法令に基づく統計調査の承認及び届出の状況」に掲載される指定統計、届出統計の一覧を用いても自治体を実施している調査を捕捉できないことがあげられる。

自治体による保健医療に関する市民の意識調査

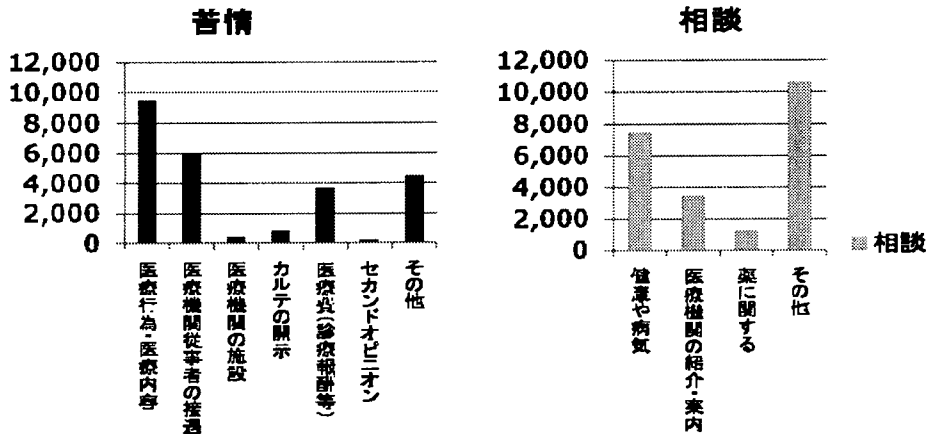
今回、自治体実施による医療に対する市民意識の調査実施状況について調査した。その結果、岩手県、山形県、福島県、新潟県、茨城県、群馬県、東京都、千葉県、神奈川県、長野県、山梨県、静岡県、岐阜県、福井県、三重県、徳島県、熊本県、鹿児島県、沖縄県の合計 19 都県が何らかの調査を実施していることが示唆された。そのうちインターネット上でその概要を公開していたのは下表に示す 10 都県であり、詳細な報告書を公開していたのは福島県、群馬県、東京都、沖縄県の 4 都県であった。

<表 1. 自治体による保健医療に関する市民の意識調査>

自治体名	調査名
山形県	新世紀やまがた課題調査（平成 21 年）
福島県	保健医療に関する県民意識調査（平成 19 年）
茨城県	健康と保健・医療に関する意識（平成 18 年）
群馬県	保健医療に関する意識調査（平成 21 年）
東京都	保健医療に関する世論調査（平成 18 年）
長野県	県民医療意識調査
岐阜県	岐阜県民健康・医療意識調査（平成 18 年）
三重県	三重県民医療意識調査
徳島県	医療県民意識調査（平成 14 年）
沖縄県	沖縄県保健医療県民意識調査（平成 19 年）

<図1. 都道府県および保健所設置市区医療安全支援センターにおける苦情・相談>

都道府県/保健所設置市区 医療安全支援センター(平成19年度)



(平成19年4月～平成20年3月: 都道府県医療安全センター集計)

上図においては、苦情の中では「医療行為・医療内容」に関するものがトップとなっている。受療行動調査では、医師との対話や治療方針の決定者などに関する調査項目が設けられているが、医療行為や医療内容について十分理解が得られているかについては、詳細に「病名・病状」「治療の方法・期間」「病気についての今後の見通し」「薬の効能・副作用」「その他(食事指導・運動指導)」などについて聞かれている。しかし、苦情内容は個別性・特殊性の高いものと考えられるため、今後は医療行為・内容について不安があったとき(満足いかないとき)の対応がどうであったか、について調査されるとよいと考えられる。

また医療安全支援センターではそれ以外にも健康や病気に関する相談事項も受け付けており、今後はこれらの諸機関から得られる患者の希望している情報や対応など、有機的に地域医療に結びつける努力が必要である。さらには、地域住民の保健医療に関する意識調査や満足度などのデータを本諸機関が協力して実施することが期待される。

補足資料：平成19年度の相談件数について(平成19年4月～平成20年3月)

1) 都道府県医療安全支援センター

		相談件数合計 I+II	I 苦情 ①～⑦	内 訳							II 相談 ①～④	内 訳			
				① 医療行為・医療内容	② 医療機関従事者の接遇	③ 医療機関の施設	④ カルテの開示	⑤ 医療費(診療報酬等)	⑥ セカンドオピニオン	⑦ その他		① 健康や病気に関すること	② 医療機関の紹介、案内	③ 薬(品)に関する事	④ その他
1	北海道	248	183	47	26	2	10	2	0	96	65	0	7	0	58
2	青森県	274	184	75	29	2	3	23	0	52	90	40	16	6	28
3	岩手県	1,031		168	166	32	38	96		0		283	96	43	109
4	宮城県	728	368	173	140	2	4	106	2	38	360	70	99	10	84
5	秋田県	501	192	75	72	0	3	14	0	28	309	153	27	12	117
6	山形県	236	164	70	22	0	0	37	0	35	72	37	13	6	16
7	福島県	1,896	993	336	261		143	185		68	903	434	179	180	110
8	茨城県	1,113	607	229	149	101	14	101	3	89	509	204	139	20	146
9	栃木県	1,085	415	161	94	4	15	87	2	52	670	373	61	42	194
10	群馬県	1,064	578	284	51	4	9	123	4	103	486	296	108	24	58
11	埼玉県	4,176	1,150	347	292	48	19	71	3	370	3,026	876	456	46	1,648
12	千葉県	2,959	1,716	595	397	17	35	478	18	176	1,243	615	193	99	336
13	東京都	9,806	3,897	1,194	736	31	160	485	25	1,266	5,389	1,277	427	81	3,604
14	神奈川県	2,236	1,249	586	335	20	30	159	0	119	987	237	164	43	543
15	新潟県	609	218	348	113	1	19	33	1		391	100	41	34	193
16	富山県	298	202	111	33	1	13	33		11	96	12	4	4	76
17	石川県	92	76	22	29	4	8	5	3	5	16	4	6	3	3
18	福井県	259	259	84	55	5	18	34	0	63					
19	山梨県	274	211	94	52	2	5	36	3	19	63	8	15	2	38
20	長野県	221	163	87	26	2	4	18	1	25	58	10	14	4	30
21	岐阜県	372	276	112	44	13	10	52	2	43	96	33	35	6	22
22	静岡県	948	680	326	125	0	7	141	10	71	268	46	99	13	110
23	愛知県	1,609	1,130	570	238	0	24	211	12	75	479	50	83	70	276
24	三重県	634	307	38	70	2	8	7	0	182	327	64	35	9	219
25	滋賀県	390	346	130	55	0	2	54	2	103	44	0	11	4	29
26	京都府	856	640	297	98	1	20	95	5	124	216	74	51	9	82
27	大阪府	3,954	1,895	706	559	67	36	157	27	343	2,059	960	416	247	436
28	兵庫県	1,467	1,103	360	486	19	8	151	1	78	364	118	113	17	116
29	奈良県	1,066	478	101	180	0	18	143	7	29	588	83	63	40	402
30	和歌山県	552	288	105	68	2	7	69	0	37	264	30	67	6	161
31	鳥取県	123	79	34	58		5	16		25	44				
32	島根県	250	200	92	42	5	9	17	0	35	50	13	11	2	24
33	岡山県	408		102	123	6	20	41	0	84	408	0	32	0	0
34	広島県	487	339	131	71	2	16	53	3	63	148	66	10	13	59
35	山口県	259	149	56	52	2	2	27	3	7	110	32	19	9	50
36	徳島県	204	136	61	28	0	5	8	0	34	68	23	9	5	31
37	香川県	283	144	50	40	2	3	18	0	31	139	9	27	1	102
38	愛媛県	202	147	44	30	2	2	13	0	56	55	8	0	5	42
39	高知県	1,005	257	152	46	0	7	15	2	35	748	227	58	16	447
40	福岡県	1,406	715	403	78	13	6	78	17	120	691	347	117	31	196
41	佐賀県	163	96	33	33	0	1	4	0	25	67	3	4	2	58
42	長崎県	223	201	73	81	0	2	7	0	38	22	18	0	0	4
43	熊本県	456	205	3	92	0	2	25	1	82	251	93	65	10	83
44	大分県	417	316	145	56	7	16	62	1	29	101	32	21	6	42
45	宮崎県	106	98	26	17	0	5	6	2	42	8	1	1	0	6
46	鹿児島県	407	312	86	137	7	7	30	7	38	95	40	5	10	40
47	沖縄県	447	246	91	67	1	7	33	6	41	201	18	23	6	154
	合計	47,800	23,608	9,413	6,052	429	805	3,659	173	4,485	22,644	7,417	3,440	1,196	10,582

I 苦情とII 相談の合計が相談件数合計と一致していないセンターがあります。

2) 保健所設置市区医療安全支援センター

		相談 件数 合計 I+II	I 苦情 ①~⑦	内 訳							II 相談 ①~④	内 訳			
				① 医療 行為 ・ 医療 内容	② 医療 機 関 従 事 者 の 接 遇	③ 医 療 機 関 の 施 設	④ カ ル テ の 開 示	⑤ 医 療 費 （ 診 療 報 酬 等 ）	⑥ セ カ ン ド オ ピ オ ン	⑦ そ の 他		① 健 康 や 病 気 に 関 す る こ と	② 医 療 機 関 の 紹 介 、 案 内	③ 薬 （ 品 ） に 関 す る こ と	④ そ の 他
1	札幌市	954	779	246	90	76	31	77	10	249	175	35	51	41	48
2	仙台市	1,096	441	233	27	2	6	137	6	30	655	224	223	17	191
3	さいたま市	1,846	387	104	171	2	15	69	0	26	1,459	378	944	23	114
4	千葉市	660	267	94	42	10	7	54	7	53	393	128	137	25	103
5	横浜市	4,827	1,227	737	626	296	174	532	168	246	3,600	583	971	155	681
6	川崎市	539	417	204	30	6	9	96	15	57	122	33	23	14	52
7	新潟市	243	88	12	33	3	2	8	2	28	155	13	77	18	47
8	静岡市	594	358	130	105	13	0	53	18	39	308	141	128	34	5
9	浜松市	1,585	500	248	24	15	20	184	2	7	1,085	679	228	11	167
10	名古屋市	1,296	521	138	145	16	12	146	4	60	775	231	156	67	321
11	京都市	484	335	178	79	0	9	26	12	31	149	77	18	12	42
12	大阪市	1,902	1,370	555	325	88	43	158	19	182	532	222	121	34	155
13	堺市	760	483	175	61	21	5	41	4	176	396	100	102	10	184
14	神戸市	1,331	710	291	233	7	11	103	7	58	621	169	90	19	348
15	広島市	870	451	223	14	0	7	62	4	141	419	204	113	12	90
16	福岡市	2,924	425	111	152	1	40	79	7	35	2,499	920	1,289	40	250
17	北九州市	1,278	632	354	84	0	2	178	7	7	646	446	111	31	58
18	函館市	131	109	32	34	0	1	11	0	31	22	9	7	0	6
19	旭川市	463	123	32	47	11	4	6	0	23	340	8	68	32	232
20	郡山市	465	208	71	79	3	2	23	2	28	257	46	51	10	150
21	いわき市	330	114	49	20	19	1	10	1	14	216	17	80	13	106
22	宇都宮市	418	67	20	26	2	6	6	0	7	351	139	103	6	103
23	川越市	180	122	42	28	2	11	12	2	25	58	10	30	8	10
24	船橋市	391	77	42	15	0	1	5	1	13	314	81	58	4	171
25	横須賀市	577	178	49	52	8	4	16	2	47	399	103	221	19	56
26	相模原市	853	379	202	64	3	11	63	8	28	474	237	121	24	92
27	富山市	30	13	9	1	0	0	1	0	2	17	2	6	3	6
28	金沢市	107		24	9	0	1	4	1	12		30	16	3	7
29	長野市	633	337	170	69	5	0	46	12	35	296	93	117	25	61
30	岐阜市	96	40	22	4	0	0	5	0	9	56	36	7	1	12
31	東大阪市	474	287	103	65	9	3	65	3	39	261	114	111	3	33
32	姫路市	152	89	37	24	1	3	10	0	14	63	7	18	13	25
33	西宮市	334	157	67	26	20	4	16	1	23	177	33	67	22	55
34	奈良市	184	110	37	21	0	7	16	0	29	74	36	23	14	1
35	岡山市	336	183	63	53	12	8	20	1	26	153	16	44	12	81
36	倉敷市	42	33	13	5	0	2	6	0	7	9	1	3	4	1
37	福山市	105	83	15	43	4	1	8	0	12	22	2	3	3	14
38	下関市	642	254	103	38	6	6	75	4	22	388	82	194	4	108
39	高松市	118	96	34	36	16	0	7	2	1	22	7	2	12	1
40	松山市	641	266	72	61	5	24	56	5	43	375	121	105	41	108
41	長崎市	117	85	22	22			3		38	32	2	27		3
42	熊本市	1,108	336	131	71	9	6	110	9	0	772	301	396	35	40
43	宮崎市	461	98	34	17		2	14		31	363	128	23		212
44	鹿児島市	64	33	8	5	8	0	0	0	12	31	0	21	0	10
45	藤沢市	198	114	49	26	5	2	14	3	15	84	32	17	3	32
46	尼崎市	541	250	176	75	24	24	39	4	75	291	94	318	12	43
47	呉市	51	34	10	9	2	0	3	0	10	17	2	8	1	6
48	佐世保市	280	56	50	20	0	3	19	5	53	224	41	88	1	
49	杉並区	565	200	68	26	2	0	55	0	49	365	87	134	14	130
	合計	34,276	13,922	5,889	3,332	732	530	2,747	358	2,198	20,512	6,500	7,269	905	4,771

I 苦情とII 相談の合計が相談件数合計と一致していないセンターがあります。

受療行動調査 経年変化資料

1) 外来

- 【1】 診療および治療内容への満足度
- 【2】 医師の診察時間への満足度
- 【3】 行われた検査の満足度
- 【4】 薬の効能・副作用に対する説明の満足度
- 【5】 医師への質問や相談のしやすさの満足度
- 【6】 看護師等への質問や相談のしやすさの満足度
- 【7】 診察までの待ち時間の満足度
- 【8】 プライバシー保護への満足度
- 【9】 施設の清潔さへの満足度
- 【10】 診察日・診察時間帯への満足度
- 【11】 交通の便への満足度
- 【12】 診察および治療費用への満足度
- 【13】 病院の全体的な満足度
- 【14】 欲しいと思う医療機関の情報
- 【15】 診察までの待ち時間
- 【16】 診察にかかった時間

2) 入院

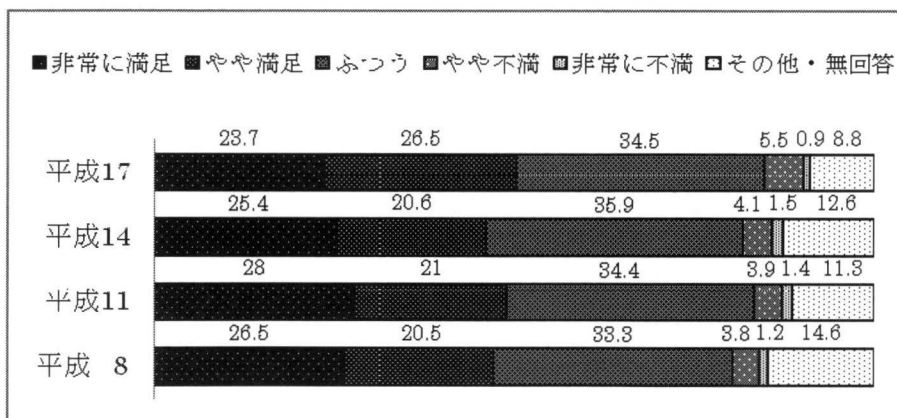
- 【1】 診療および治療内容への満足度
- 【2】 医師の診察時間への満足度
- 【3】 行われた検査への満足度
- 【4】 薬の効能・副作用に対する説明への満足度
- 【5】 医師への質問や相談のしやすさの満足度
- 【6】 看護師等への質問や相談のしやすさの満足度
- 【7】 看護師等の介助の満足度
- 【8】 プライバシー保護の満足度
- 【9】 病室・浴室・トイレへの満足度
- 【10】 病室・ろうかの広さへの満足度
- 【11】 食堂や談話室の快適さへの満足度
- 【12】 食事内容の満足度
- 【13】 病院の全体的な満足度
- 【14】 今後の治療・療養（在宅療養の可否）
- 【15】 今後の治療・療養（在宅療養を可能にする条件）

3) インフォームド・コンセント

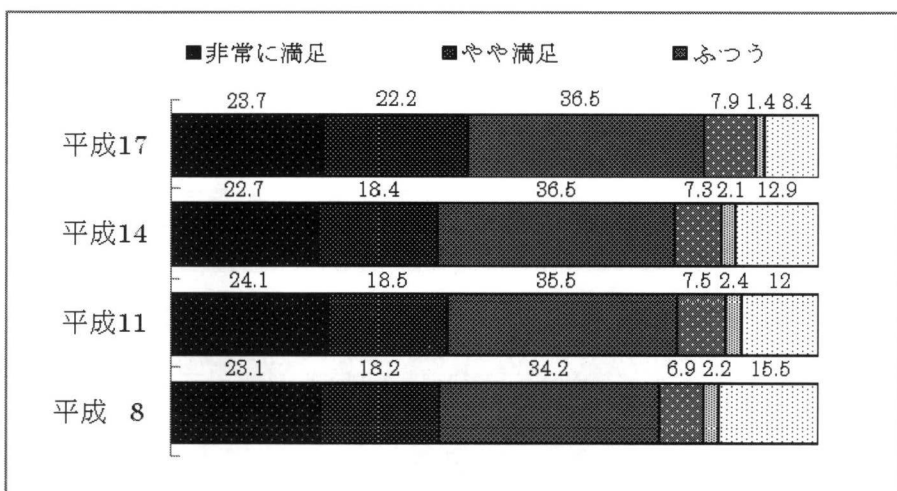
- 【1】 医師からの説明の有無
- 【2】 治療方法の説明の有無
- 【3】 治療期間の説明の有無
- 【4】 病名・病状についての説明の有無
- 【5】 病気についての今後の見通しの説明の有無
- 【6】 薬の効能および薬の副作用についての説明の有無
- 【7】 説明書の有無
- 【8】 説明内容の理解度
- 【9】 不明な点等あった場合の対応について
- 【10】 カルテ開示要望の有無
- 【11】 カルテ内容を知りたい理由
- 【12】 今後の治療・療養形態
- 【13】 病院を選ぶ際の情報源の種類（平成 8 年度）
- 【14】 病院を選ぶ際の情報源の種類（平成 11 年度）
- 【15】 病院を選ぶ際の情報源の種類（平成 14 年度）

1. 外来

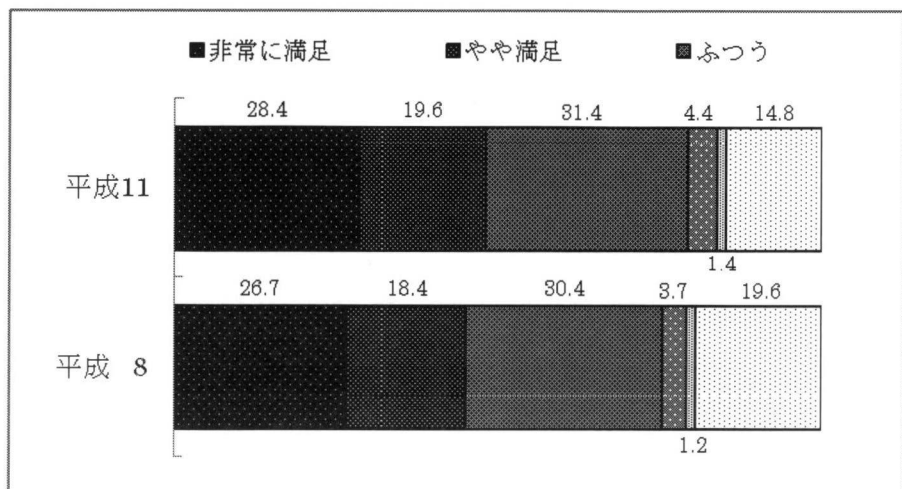
【1】 診察・治療内容への満足度



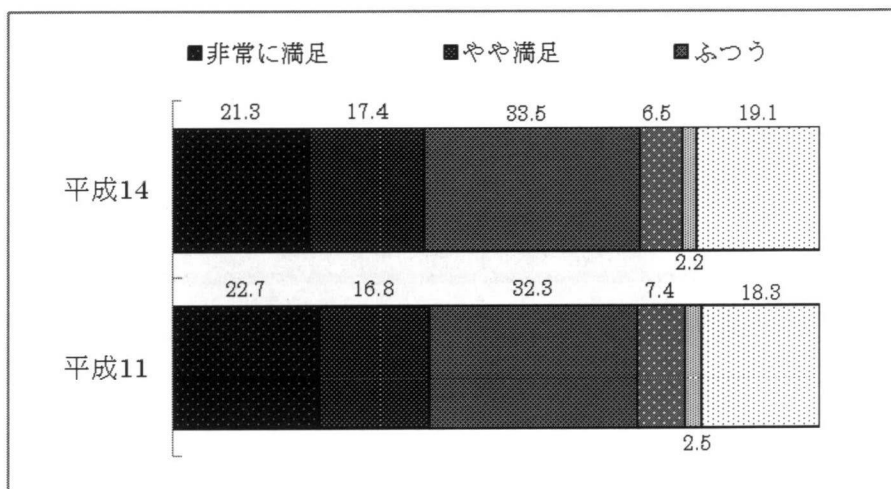
【2】 診察時間への満足度



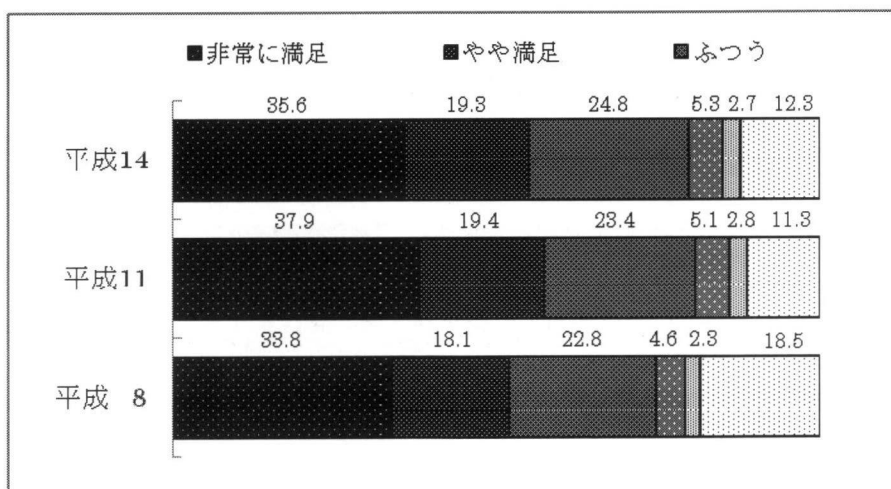
【3】 行われた検査への満足度



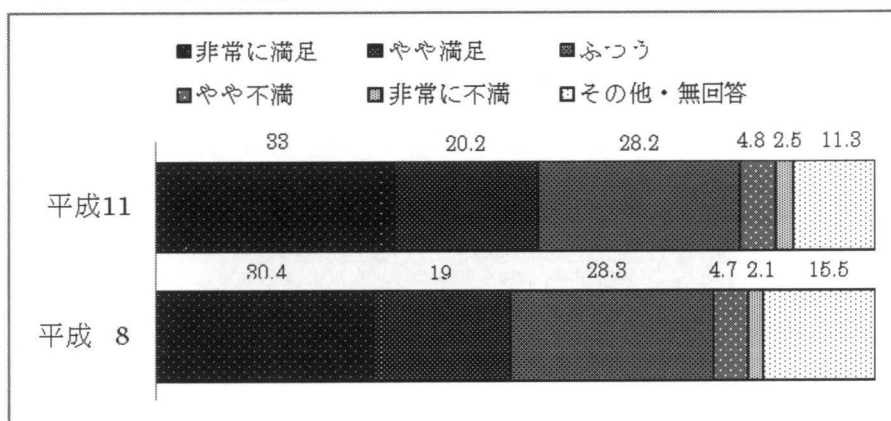
【4】薬の効能・副作用に対する説明への満足度



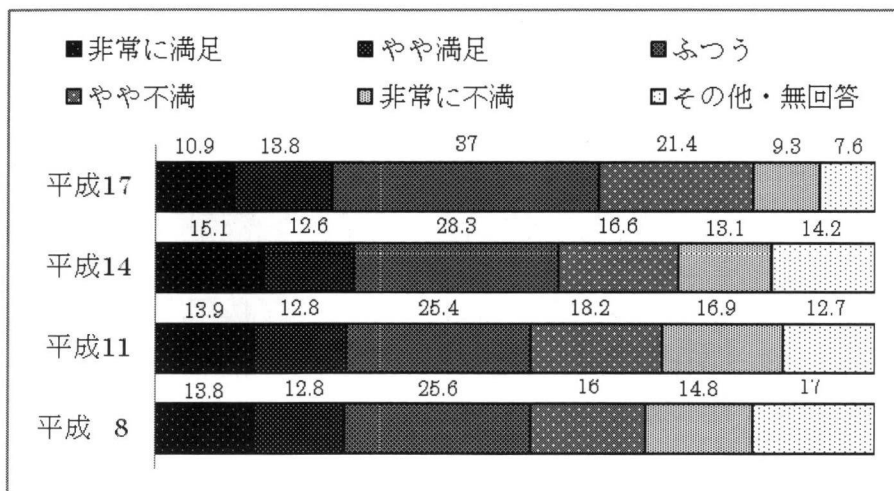
【5】医師へ質問のしやすさの満足度



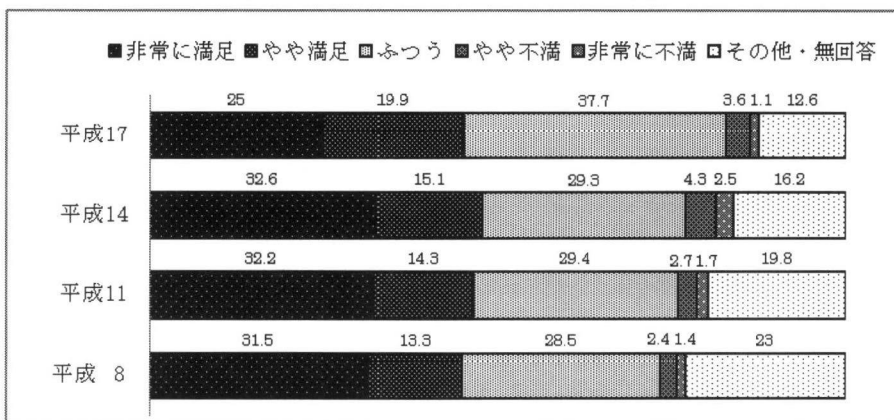
【6】看護師等への質問のしやすさへの満足度



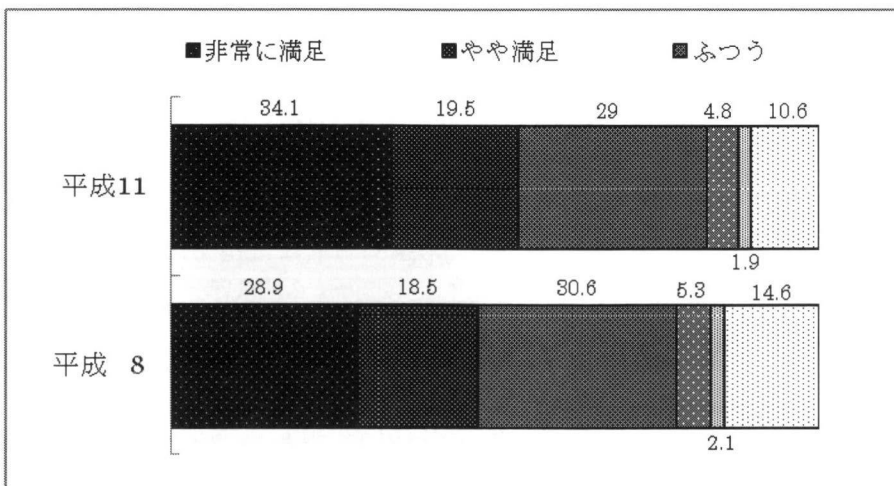
【7】 待ち時間への満足度



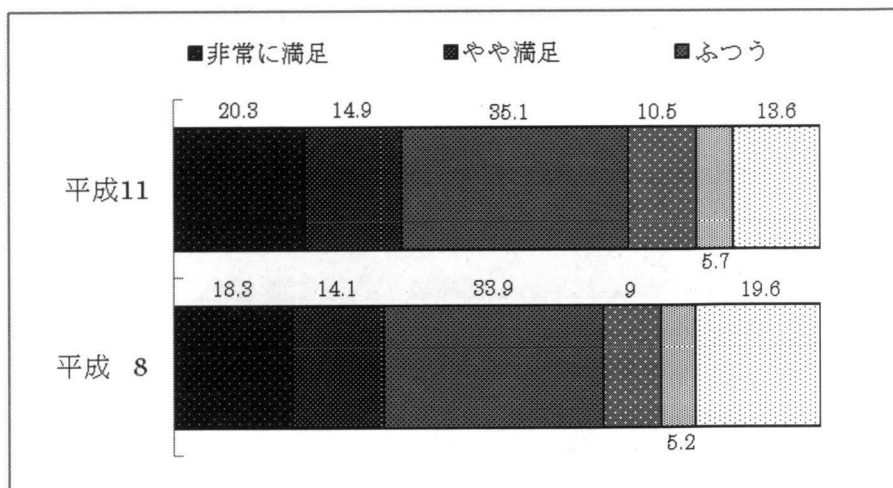
【8】 プライバシーの保護への満足度



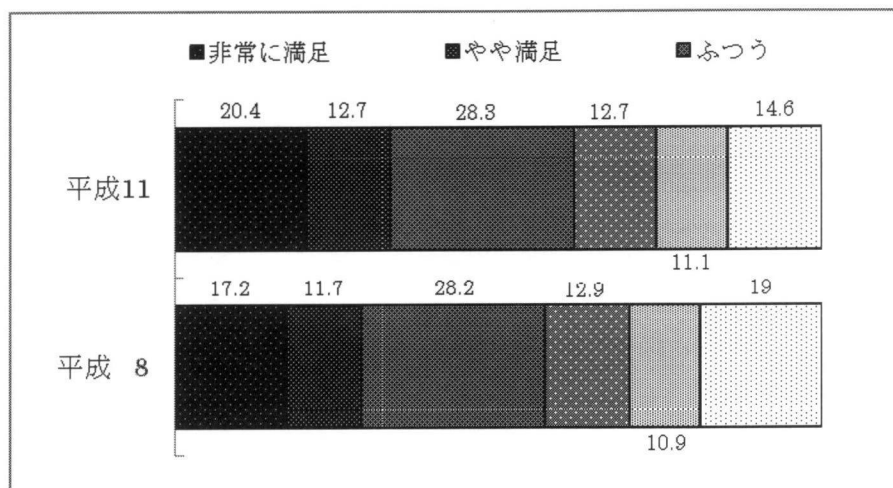
【9】 施設の清潔さへの満足度



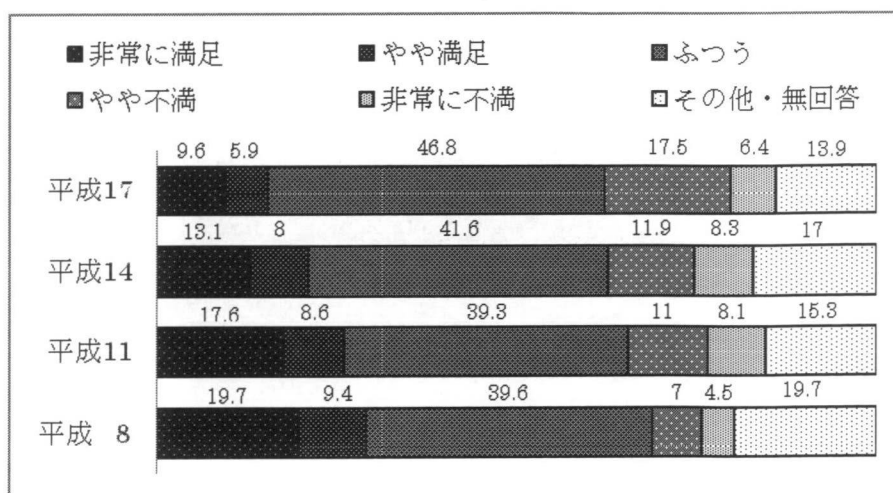
【10】 診察日・時間帯への満足度
～診察日、診察時間に満足していますか～



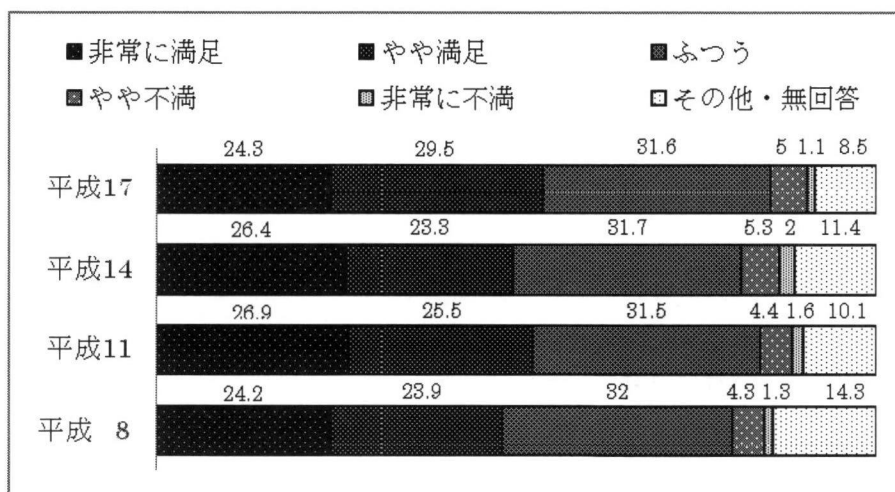
【11】 交通の便への満足度
～交通の便や駐車場の広さに満足していますか～



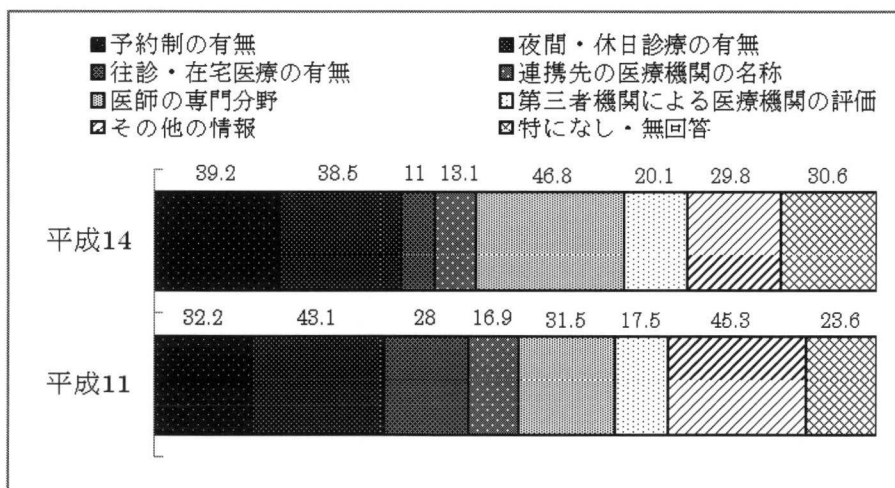
【12】 費用への満足度
～診察・治療に要した費用についてどう思いますか～



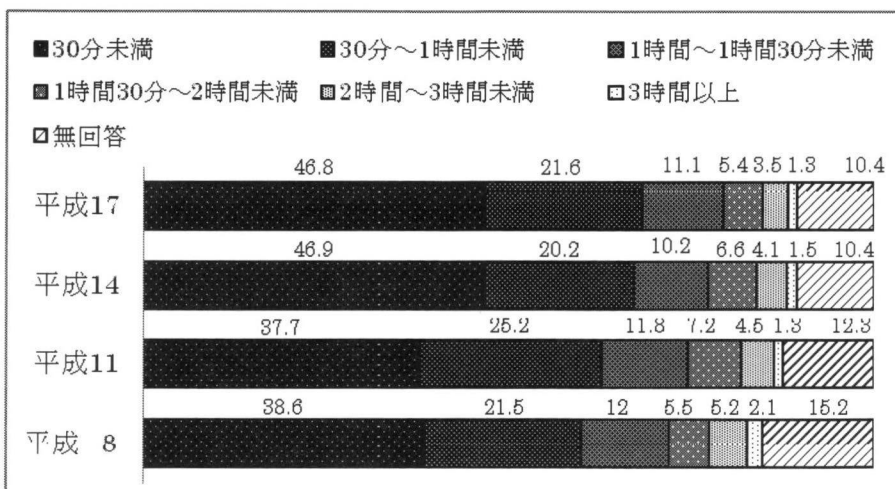
【13】 全体的な満足度



【14】 欲しいと思う医療機関の情報
(複数回答)



【15】 かかった時間
～診察前待ち時間～



【16】 かった時間
～診察時間～

