

関西学院大学審査博士学位申請論文

(題目) サービスの選好と自己効力感

—提供者と消費者の相互作用—

指導教員：山本昭二教授

2011年6月

経営戦略研究科博士課程後期課程

D8904 森藤 ちひろ

論文要旨

サービス・マーケティング研究では、提供者と顧客の関係性がサービス品質の評価や形成プロセスに大きな役割を果たすことが知られており、提供者と顧客の関係が満足に影響を与えると考えられてきた。しかし、サービスにはもう1つ重要な課題がある。顧客がサービスに積極的に参加するよう動機づけることである。なぜならば、顧客の参加がサービス品質や結果に大きく影響するからである。提供者には、顧客を動機づけ、満足させる関係構築が求められる。

医療サービスにおいても、提供者と患者の良好な関係が患者満足を高めることがわかっており、患者満足は重要な戦略課題とされている。筆者は、医療サービスの課題は、提供者が提供可能な範囲内に患者のサービスへの期待をコントロールした上で、患者がサービスに積極的に参加するよう動機づけることであると考えている。本研究では、医療サービスの代表的なエンカウンターである診療に焦点をあて、提供者である医師と消費者である患者の関係性を考察する。これまでのサービス・マーケティングの満足研究に依拠し、医療サービスにおいて期待と満足をどのように取り扱うべきなのかを議論したい。

本研究では、満足を研究する上で2つの概念に着目した。1つは自己効力感である。自己効力感は、動機づけに重要な概念であり、医療社会学において患者の行動変容の研究で良く用いられる。自己効力感はある結果を生み出すために必要な行動をどの程度うまくできるかという予期であると解釈されている。自己効力感、支援者の関わりによって強まることが先行研究で明らかになっている。

一方、マーケティング領域では、満足研究と共に満足の前件条件として期待の研究が盛んである。期待は満足形成に重要な役割をしており、かつ自己効力感との関連もあると考えられた。よって、もう1つは期待に着目した。筆者は、マーケティングで取り扱われる期待と自己効力感の関連に関心を持ち、専門性の高い人的サービスにおける期待と自己効力感の関係を明らかにすることで満足研究を展開させたいと考えた。そこで、満足構造における自己効力感の役割と期待の影響を解明することを試みた。

まず、探索的研究として135名の患者インタビューによる質的調査を行い、患者の医師に対する評価を調査した。その結果、患者の評価に影響するのは、医師の技術的側面よりも対人的側面の方が影響していることが分かった。また、患者の医師選択に

は患者の価値観や選好が影響していることをことが示唆された。そして、患者満足の中核になる満足は医師に対する満足であることが明らかになった。また、再診意図には、総合満足ではなく、医師に対する満足が直接的に影響することが示唆された。

医師にもインタビュー調査を行った。診療態度と診療理念について調査した。医師患者関係については複数のモデルが提唱されているが、医師らは短い診療時間の中で、患者の反応に合わせ様々なモデルを使い分けていた。医師自身が患者とどのような関係を築きたいかではなく、患者がどんな関係を期待しているかという視点が医師らに共通して見られた。医師らは、診療の際、特定の医師患者関係モデルを用いるのではなく、患者の選好や病状に合わせモデルを使い分けていた。1回の診療の中でも状況によってモデルを変化させていた。医師の高いコミュニケーション能力を背景に良好な医師患者関係が構築され、患者満足が高まっていると推測された。

患者へのインタビュー調査をコーディングし、患者が重要と考えている医師の評価項目を抽出し、医師患者関係モデルとの関連を検討した。医師患者関係モデルに特徴的な医師のサービス品質を特定しようとしたが、医師患者関係は動的であり、サービス品質を特定できるものではないことがわかった。また、評価と患者の選好についても考察した。患者の選好の軸として「手早さ」と「手厚さ」が浮かび上がった。この2つは、対立概念ではなく共存することが可能であり、共通して関連する要素として「不安除去」が存在した。「手早さ」と「手厚さ」は患者がどのような形で不安を除去してほしいかに対する選好と考えられる。

その後、医師のコミュニケーションに関する先行研究のレビューとインタビュー調査をもとに仮説導出を行い、本調査を行った。調査は、患者 1111 名を対象とする質問票調査で、医師のサービス品質に対する患者の評価、医師に対する満足、総合満足である患者満足の関係を調査した。そして、患者の治療への参加を動機づけ、医師と患者間の相互作用を促進する概念として自己効力感、主観的な人生の満足として医療現場で重視されているQOLも調査に含めた。また、患者は医師の関わりによって治療意欲、健康意識がどのように変わったと感じているかについても調査した。この2つを医師と患者の相互作用の指標とした。

本調査の結果から、自己効力感は、医療サービスの満足構造に重要な役割を果たしていることが実証された。自己効力感は、医師に対する満足を患者満足につなぐ媒介変数になっていた。そして、自己効力感が媒介変数として機能するか否かは、患者の

期待の高低の影響を受けることが示唆された。また、医師のサービス品質が医師に対する満足を形成し、再診意図につながることも実証することができた。

自己効力感には、特性的自己効力感と特定の自己効力感があり、両者がQOLに関係していた。そして、2つの自己効力感には、医師と患者の相互作用が影響していると考えられた。また、医師に対する満足が患者満足の中核の満足であることがわかった。

提供者と顧客の相互作用と再購買意図についても新たな発見があった。提供者と顧客の相互作用は、再購買意図に影響を与えていた。5年以上継続受診している患者では、70%以上において高い相互作用が生じており、相互作用が非常に重要な要素となっていると考えられた。医療サービスの満足、再診意図を高めるためには、相互作用に生じさせる提供者のコミュニケーションスキルが不可欠である。

相互作用が生じる前提には、医師と患者間に価値観の一致があり、価値観には選好が影響していた。つまり、患者の選好にあう医師患者関係の構築が患者を動機づけ、相互作用を活発にし、患者満足を向上すると考えられる。価値観の多様化が進む現代において、医療サービス提供者には、患者の価値観や選好の理解がますます重要になってくると考えられる。

本研究の貢献は、以下の3点である。1つめは、中核的な満足である医師に対する満足が、患者満足、再診意図に重要であることを明らかにしたことである。このことは、医師のコミュニケーション能力開発の必要性を示唆している。

2つめは、医師と患者の相互作用を促進することによって、患者満足と自己効力感が高まることを実証したことである。患者の医師に対する満足を高めるオペレーションを他の医療従事者の業務を含めて構築することで、医師の負担を増やさず、高相互作用の関係を作り、満足と自己効力感を高めることができる。

3つめは、サービスにおける提供者と消費者の相互作用にQOLと自己効力感の概念を取り入れることの意義を提示できたことである。提供者に対する満足を高め、QOLと自己効力感に影響を与える本研究のモデルは、顧客の参加が重要なサービスにも適用できる。

目次

第1章	問題の所在	1
第1節	はじめに	1
第2節	問題意識と研究課題	3
第3節	本研究の構成	7
第2章	医療サービスの現状と課題	9
第1節	医療サービスとマーケティング	9
第2節	医療サービスの特性と特有の課題	12
第3節	医療サービスの市場環境	16
第4節	医療サービスに対する社会及び消費者の変化	21
第5節	医療サービスが抱える経営課題	24
第3章	期待と満足の研究	28
第1節	期待と満足の位置づけ	28
第2節	期待の役割	31
第3節	期待の分類	35
第4節	サービス品質、満足と収益性の関係	37
第5節	患者満足の戦略的意義	39
第4章	医療サービスにおける関係性管理	44
第1節	医師と患者の相互作用	44
第2節	医師患者関係の分類	48
第3節	医療の質としての医師患者関係	53
第4節	自己効力感とQOLの重要性	57
第5章	医師患者関係に関する定性研究	63
第1節	質的調査の目的と方法	63
第2節	インタビューからの推論	67
第1項	患者へのインタビュー	67

第2項	医師へのインタビュー.....	68
第3節	分析1.....	70
第1項	患者の選好の多様性.....	70
第2項	全体満足の予測因子.....	75
第3項	分析1の考察.....	76
第4節	分析2.....	77
第1項	患者の分類.....	78
第2項	医師の分類.....	82
第3項	分析2の考察.....	83
第5節	分析3.....	85
第1項	医師の評価の中核因子.....	85
第2項	分析3の考察.....	87
第6節	まとめ.....	88
第6章	医療サービスにおける期待満足モデル.....	90
第1節	仮説導出.....	90
第1項	消費者の初診時の情報探索と再診意図.....	90
第2項	満足、期待、自己効力感、QOLの関係.....	93
第3項	仮説設定.....	99
第2節	本調査の概要.....	103
第1項	定量調査の目的と方法.....	103
第2項	対象者の属性.....	104
第3項	概念の妥当性の確認.....	106
第3節	患者の満足構造.....	107
第1項	健康自己効力感、健康QOLと満足の関係.....	107
第2項	施設種別による満足構造の違い.....	111
第3項	満足水準による比較.....	113
第4項	期待の不一致による比較.....	116
第5項	相互作用の影響.....	121
第7章	患者分類.....	131
第1節	関与による患者特性.....	131

第1項	施設規模による高評価と低評価の比較.....	131
第2項	患者の動機づけと期待、満足、再診意図の関係.....	133
第2節	患者の選好による満足の経時的推移.....	134
第3節	相互作用の強度と受診期間、満足との関係.....	138
第8章	結論.....	143
第1節	本研究の要約.....	143
第2節	本研究の限界と課題.....	146
第3節	おわりに.....	147
謝辞	149
参考文献	150
参考資料	164

第1章 問題の所在

第1節 はじめに

私達は日常生活において多くのサービスを消費¹している。例えば、ホテルやテーマパーク、飲食店、銀行、運送、交通、通信、メンテナンスなどがその一例である。サービス部門は、先進国、新興国を問わず全世界で成長を続けている²。日本のサービス産業の月間売上高は21兆円で従事者は2500万人に上る³。今後ますます伸びると考えられる。

サービスには、医療や教育など専門性の高いサービスも存在する。マーケティング課題は、分野が異なっても多くの共通点があるが、これらのサービスは、プロフェッショナル・サービスと呼ばれ、特有の課題が研究されている。

また、サービスは、営利サービスと非営利サービスで分類されることがある。営利サービスも非営利サービスも価値創造活動である点で共通しているが、非営利サービスは金銭的制約の下で社会的利益を追求している点が特徴と言える。本研究は、専門性が高く非営利サービスである医療を事例とし、考究したい。

日本における医療サービスの質に関する文書を過去に遡ると、厚生白書で最初に詳細に言及されたのは平成7年(1995)版であった。白書に紹介された一般市民男女に対する国民の意識調査(n=1,412)では、「医療はサービス業だが、普通のサービス業と同じようにはいかない」と回答した割合が33.0%、「医療はサービス業であり、患者を客として扱うべきである」と回答した割合が29.4%であった。すなわち、全体の約6割が「医療はサービス業である」との認識を持っていたことがわかる⁴。この調査から15年経過した現在、消費者の意識はどのように変化しているだろうか。また、提供者は、サービスをどのように認識しているだろうか。

井部⁵は、医療はサービス業であるということにアレルギー反応を示す提供者は少なくなってきたが、全くいないわけではないと述べている。たしかに、医療サービスでは、電子カ

¹ 消費 (consumption) とは、サービス・情報を含む商品について、人間が購入 (交換)・使用 (経験)・所有 (剥奪)・廃棄 (リサイクル) を行う過程で、消費者あるいは消費者と商品の関係に心理的・物理的・情動的変容が生じることである (田中, 2008, p. 8)。

² Lovelock et al. (2011), p. 27-28

³ 総務省統計局サービス産業動向調査 no. 8 p. 2 (2011) より引用。

⁴ 厚生白書 (平成7年版) 第1部第1章第2節5(2) 医療サービスとその消費者より引用。

⁵ 井部 (2007), p. 69

ルテやインターネット予約など IT 化が飛躍的に進み、設備の改善、接遇の強化、HP の充実などサービス品質向上に対する様々な取り組みがされてきた。しかし、医療に対して「サービス」という認識を持ちながら、サービスの特有の課題を理解しマネジメントできているかと言えば、十分とは言えない。

医療サービスの提供者が「医療はサービス業である」という点を受け入れにくい理由は 2 つ考えられる。1 つは、提供サービスが非営利事業であることである。提供者の中には、営利事業と非営利事業を対極にとらえている場合があるかもしれない。しかし、井関⁶は企業が社会的要素を取り入れ、非営利組織が効率的・生産的なマネジメントの側面を取り入れており、運営形態は非常に似てきたと指摘している。非営利組織と営利組織は多くの課題を共有しており、互いのマネジメント手法から得られることは数多くあると思われる。

もう 1 つの理由として、サービスもしくはサービス業という言葉が、医療サービスの提供者に誤解され解釈されていることが考えられる。医療サービスの国家資格者は、法律に定められた各資格の職業倫理に則り、公共性や社会貢献を使命として働いているが、それがサービス業という言葉のニュアンスと一致しないのかもしれない。しかし、これは医療サービスに限らず、例えば、教育や法律など他のプロフェッショナル・サービスにおいても同様である。医療サービスの提供者は、医療サービスをプロフェッショナル・サービスの 1 つとして捉え、サービス特有の性質やプロフェッショナル・サービスのマネジメント手法を理解し、活用する必要があるだろう。

本研究では、医療サービスにマーケティング理論を活用することの意義を伝えたい。プロフェッショナル・サービスの 1 つである医療サービスがマーケティングをどのように活用すればよいかについて、道筋を提供し、議論を広げていきたい。

また、本研究では、医療サービスに消費者行動研究の成果を大いに役に立てたい。効果的なマーケティング戦略を開発するために調査すべき要素は、消費者の感情と認知、消費者行動、消費者環境の 3 つである⁷。消費者は情報を獲得すると、その情報を処理し態度⁸を形成し、その態度が行動の前兆になる⁹。消費者行動研究では、消費者が商品を購入する前にどのような情報処理を行い、その結果としてどのような選択行動をとり、購買後の

⁶ 井関 (2005), p. 34

⁷ Peter et al. (2005), p. 28

⁸ 態度とは、経験や学習を通して、選択対象に対して「好き・嫌い」「良い・悪い」といった全体的評価 (感情をベースにした心理的な心構え) のことである。特定の行動の準備状態、ないしは占有傾向となり、意図の形成に広がり、行動を規定すると考えられる (青木, 2010, p. 68-69)。

⁹ 清水 (1999), p. 122

行動はどのようなものであるかなどが分析対象となっている¹⁰。本研究では、診療という医療サービスが提供される空間から、医療サービスの消費者である患者がどのように情報を処理し、選択行動をとるのか、また、態度形成と行動意図にどのような選好があるのかを調査している。

サービスは提供者と消費者の協働によって成立するため、消費者の参加がサービスの結果と満足に大きく影響する。医療サービスでは、患者に積極的に治療に参加してもらうことが重要な課題である。筆者は、患者の参加にはサービスの選好が関係していると考えている。患者の選好を理解することによって、患者の治療行動を動機づけ、満足を高める方策が見つかると思われる。

患者満足研究の成果から満足向上に向けた取り組みが行われて久しいが、患者のサービス品質の選好に関する研究は少ない。本研究では、患者満足に影響するサービス品質として、医師のサービス品質に着目し、患者の選好を考察する。

第2節 問題意識と研究課題

サービス・マーケティングに関連する研究領域は4つの分野に分類される。分類軸は2つあり、図表1-1の上下は顧客からの研究とサービスを提供するオペレーションからの研究に分かれることを示しており、左右は購買前の選択に関わる研究と購買後の消費に関する研究である¹¹。

サービス・マーケティングでは、サービス・オペレーションをサービス・エンカウンター¹²とフロント¹³、バックヤード¹⁴の3つに分類する。サービスが生成され提供されるエンカウンターは、すべてのサービスの基礎となるプロセスであり、マーケティングと人的資源管理の主要な課題¹⁵に関係する部分である。サービス活動は、エンカウンターにおけ

¹⁰ 杉本 (1997), p. 25

¹¹ 山本 (1999), p. 4

¹² サービス・エンカウンターとは、顧客が提供する具体的なサービスに直接接する空間、顧客とサービスの接点のことである。

¹³ フロントとは、サービス提供者やシステムは顧客と接触するが、一方的で相互作用が発生しない空間のことである。

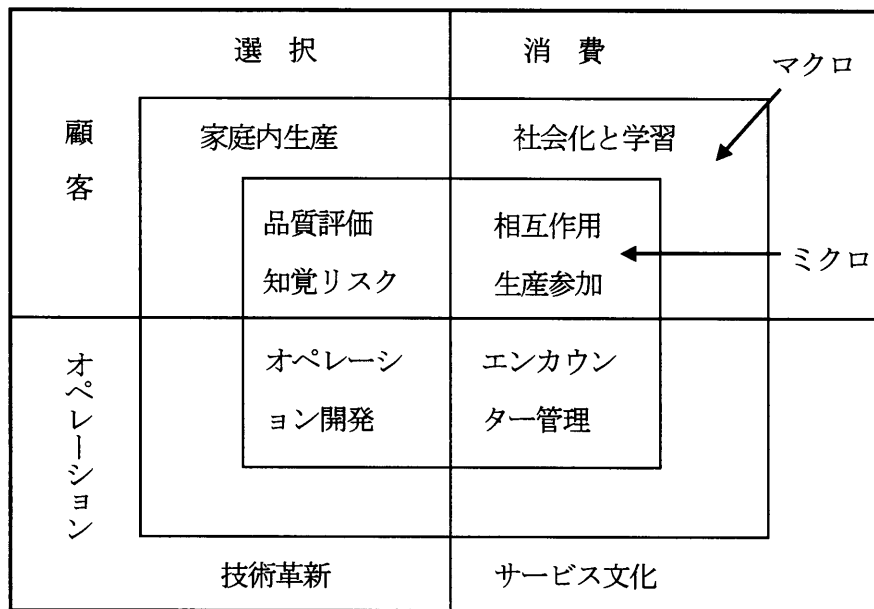
¹⁴ バックヤードとはサービス提供者と顧客が接触しない空間であり、サービス・エンカウンターを支援する。

¹⁵ Lovelock et al. (2001), p. 46

る提供者と顧客の相互作用によって成立する。

筆者の関心は、この相互作用が医療サービスの中でどのように生じているかという点である。診療というエンカウンターにおいて、医師と患者の相互作用はどのように生じているのかを研究する。図表 1-1 の研究分野では、ミクロの消費の部分に含まれる。

図表 1-1 サービスに関連する研究分野の関係



(出所) 山本 (1999, p.5) より引用

井部¹⁶は、医療サービスの消費者の認識は急速に変化しており、消費者と提供者の認識のずれによって、医療現場で様々な問題が生じていると述べている。例えば、塚原¹⁷は、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先行研究をもとに、ギャップの患者満足に与える影響を調査している。その結果では、医師の情報提供や治療方法、薬の選択に関するインフォームド・コンセント¹⁸とインフォームド・チョイス¹⁹が、患者の理想とギャップがあるとき、患者満足が低下することを実証した。そして、情報提供ギャップと意思決定ギャップの患者満足への影響を相対比

¹⁶ 井部 (2007), p.69-70

¹⁷ 塚原 (2009), 33, p.39-40

¹⁸ インフォームド・コンセントとは、説明と同意のことである。

¹⁹ インフォームド・チョイスとは、説明と選択のことである。

較した結果では、情報提供ギャップの方が大きいと報告している。患者は、情報提供を求めており、意思決定を望んでいるのである。意思決定することは難しいと感じているため、情報提供の方が患者満足に影響したと考えられる。医療サービスでは、提供者の患者に対するコミュニケーションが患者満足に密接に関係していると思われる。

筆者は、このようなギャップが生じるのは、提供者のコミュニケーションスキルに加え、患者の期待が関係していると考えている。サービス提供者は、消費者がどんな期待を抱き、期待の程度はどのくらいなのかを把握しなければ、消費者を満足させることはできない。本研究では、コミュニケーションを中心とした患者の医師に対する評価を調査し、患者は医師のサービス品質のどこを重視して評価しているのか、医師のサービス品質をどのように評価するのか、また、その評価は満足にどのように影響しているのかについて考察する。消費者行動研究では、動機は、ある目標がニーズの充足にとって有効であったという経験、有効であろうという期待を通して形成される²⁰と考えられている。筆者は、消費者行動研究の成果を援用し、患者に医療サービスへの参加を動機づけるのは、患者が医師と意思の疎通をはかれたと感じる経験を提供することと、次回もそうであろうと患者に期待を抱かせることだと考えた。本研究では、医師との関わりによる患者の治療意欲や健康意識の変化と期待、満足の関係も検討したい。また、本研究では、医療サービスで重要な概念として扱われている自己効力感²¹と、QOL²²についても取り扱う。

自己効力感とは、ある行動を起こす前にその個人が感じる遂行達成感、自分自身がやりたいと思っていることの実現可能性に対する知識、あるいは、自分にはこのようなことがここまでできるのだという信念のことである²³。効力の信念は、人の考え方、感じ方、動機づけ、行為に影響を与える²⁴。筆者は、動機に関わる自己効力感とマーケティングにおいて議論されている期待、満足との関係を整理したいと考えている。

QOLという概念は、当初がんの疼痛ケア治療などに導入された。何らかの疾患にかかった患者や障害者にとっての幸福感、あるいは満足感といった主観的な要素を重視し、多面的に人間の生命及び生活の質を検証しようとするものである。WHOでは、QOLを「一

²⁰ 青木 (2010), p. 83

²¹ 自己効力感 (Self-efficacy) は、1977年にBanduraがPsychological Review誌に発表した概念で、行動変容プロセスにefficacy expectationという認知的変数を導入し、行動変容をより合理的に説明しようとするものである。それまでBanduraが提唱していた認知的制御理論を行動変容という観点からまとめたものである(坂野他, 2002, p. 3)。

²² QOLとは、Quality of Lifeの略である。

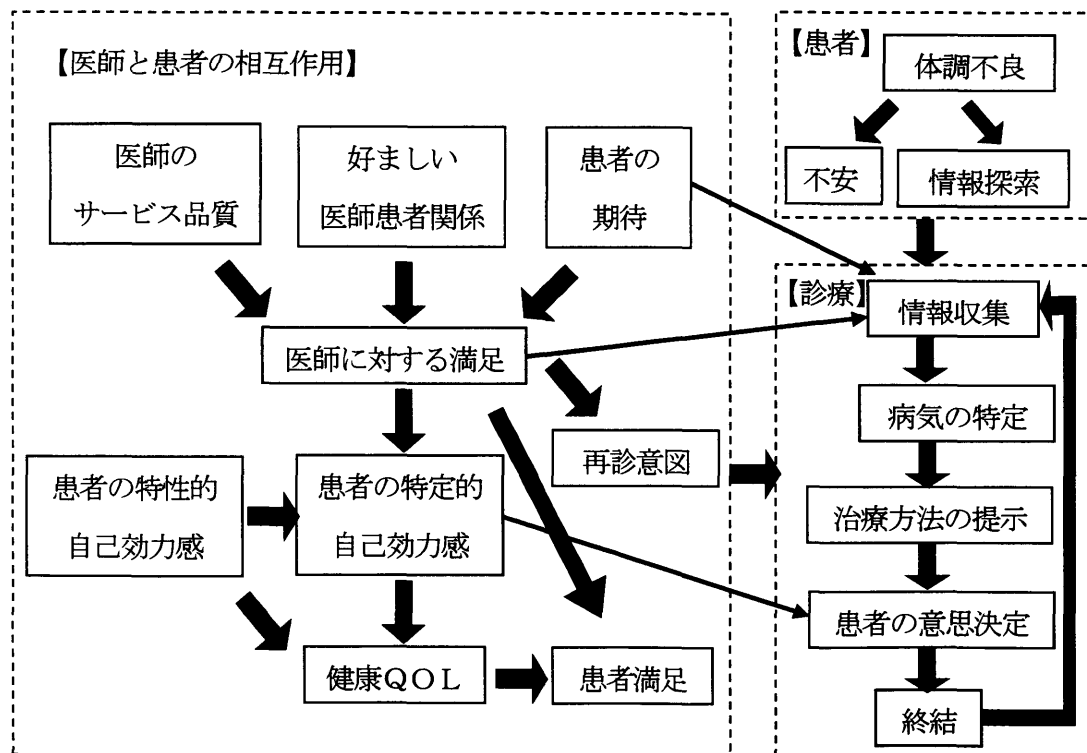
²³ Bandura (1977), p. 193-194

²⁴ Bandura (1995), p. 2

個人が生活する文化や価値観の中で、目標や期待、基準、関心に関連した自分自身の人生の状況に対する認識」と定義した。これは、各個人の身体的、心理的、自立のレベル、社会関係、信念、生活環境といった重要な側面のかかわりあいという複雑な在り方を前提にした広範囲な概念である。特に、文化、社会、また環境における良い面、悪い面の両側面を含んだ主観的な評価に重点を置いている²⁵。日本では生きる質、生活の質と訳され、医療現場ではQOLの調査が盛んに行われている。筆者は、患者満足 of 構造においてQOLはどう位置づけられているのかを明らかにしたいと考えている。

本研究では、期待、満足、自己効力感、QOLの概念を扱って研究を進めるが、それらの概念はどのような関係になっているだろうか。筆者が考える概念図を図表1-2に示す。本研究は、左側の【医師と患者の相互作用】の仮説モデルを検証することを目的としている。

図表 1-2 本研究の概念図



(出所) 筆者作成

²⁵ 田崎他 (1997), p. 1-4

第3節 本研究の構成

筆者は、医療サービスの課題は、提供者が提供可能な範囲内に患者の期待をコントロールした上で、患者がサービスに積極的に参加するよう動機づけることであると考えている。本研究では、医療サービスの代表的なエンカウンターである診療に焦点をあて、提供者である医師と患者の関係性を考察する。これまでのサービス・マーケティングの満足研究に依拠し、医療サービスにおいて期待と満足をどのように取り扱うべきなのかを議論したい。

本研究は8章で構成される。第1章では、本研究の問題意識と目的を述べた。本研究では、プロフェッショナル・サービスであり非営利サービスである医療サービスを事例に取り上げ、提供者と顧客の相互作用を探究する。特に、相互作用に関連が深いと考えられる選好に着目する。また、自己効力感と期待、満足の関係も解明したい。

第2章では、医療サービスとマーケティングの接点に触れた後、医療サービスの特性と特有の問題を整理する。マーケティング・ミックス²⁶に沿って医療サービスの市場環境を述べ、医療サービスの経営課題を提起する。

第3章では、本研究の骨子となる期待と満足の理論に関する先行研究を概観する。特に、期待に焦点をあてる。サービス品質と期待、満足の関係、満足と再購買意図の関係から期待と満足がなぜ経営上重要なのかについて言及する。そして、医療サービスにおける患者満足の戦略的重要性を示す。

第4章は第3章をうけ、医療サービスの期待と満足に影響する医療サービスの提供者と患者の関係性に議論を移す。本研究では、提供者の中でも患者との関係性が最も重視される医師と患者の関係性に絞る。第4章では、医師患者関係を中心に医療サービスの関係性管理の研究を概観し、本研究との関わりを述べる。また、関係構築プロセスにおいて関わってくると考えられる自己効力感と、その結果として得られるQOLについても本研究での位置づけを明確にする。

第5章では、医師患者間の関係性を理解するために探索的研究として実施した質的研究の結果を報告する。定性研究として、医師と患者にインタビュー調査を行った。医師には診療理念、診療態度について、患者には、医療のサービス品質、満足について個別インタ

²⁶ マーケティング・ミックスとは、マーケティング変数を特定するもので、一般的なものは4Pとして知られている。製品(Product)、価格(Price)、プロモーション(Promotion)、流通(Place)の役割をとらえるものである。

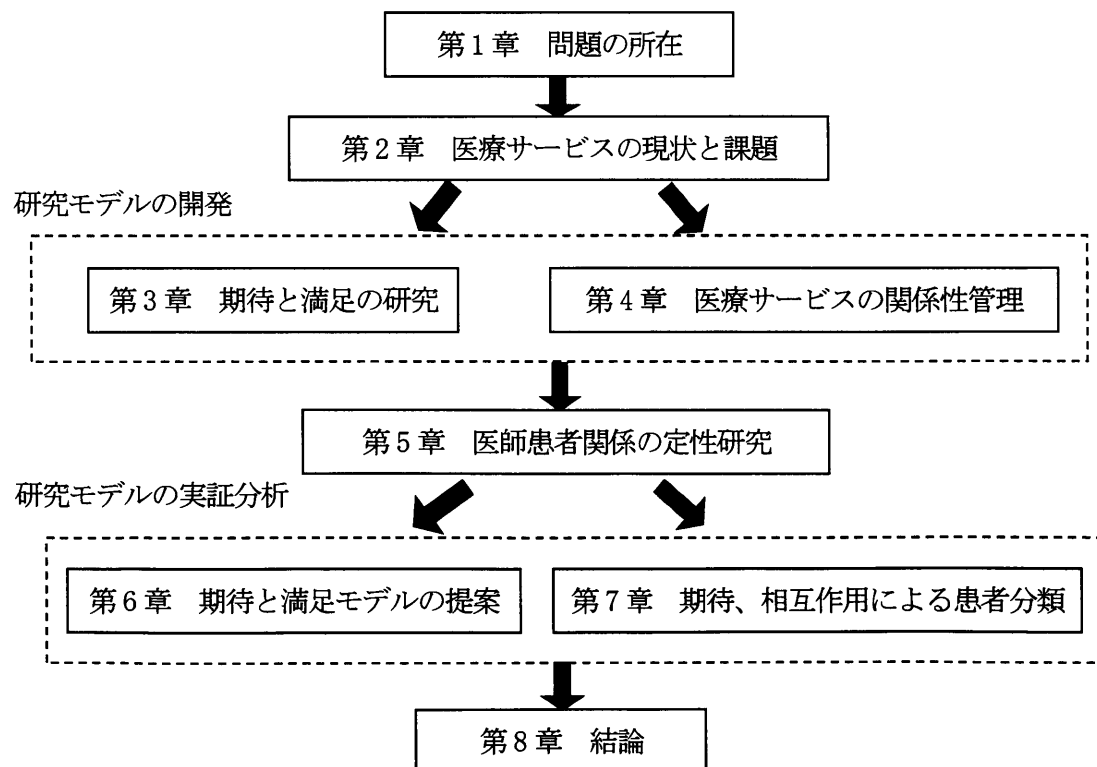
ビューを行った。患者インタビューの結果をコーディングによって定量化し、医師の評価項目を抽出した。統計分析から患者の価値観による選好の多様性について推論する。

第6章では、第5章の結果から得られた仮説をもとに実施した定量研究を報告する。まず、仮説を導出し、満足、自己効力感、QOLの仮説モデルと医師のサービス品質モデルを提示する。そのあと、検証のための質問票調査の設計プロセスを説明し、分析結果を示す。分析では、期待の程度、満足の程度で患者を分類し、モデル比較を行う。また、相互作用の強さで医師のサービス品質モデルの比較を行う。

第7章では、第6章で得られた定量研究の結果からさらに深掘りし、患者の特性を探る。まず、患者の医師のサービス品質に対する評価を施設規模で比較する。また、施設規模で期待、満足は違いがみられるのかを確認している。期待と満足の一致が重要であると考え、筆者の仮説をもとに、患者満足と受診年齢の関係を期待の高低で比較する。また、相互作用の強度と受診期間の関係を考察する。

第8章では、定性・定量調査から得られた結論を要約する。また、本研究の課題と限界、今後の展開について振り返りを行う。第1章から第8章の全体像を図1-3に示す。

図表 1-3 本論文の構成



第2章 医療サービスの現状と課題

第1節 医療サービスとマーケティング

医療サービスとはどのように提供されどのように消費されているだろうか。医療サービスは、これまで、経営学、経済学、社会学、心理学など多くの分野で研究がなされてきた。マーケティング分野では、サービス・マーケティングの領域で数多くの医療サービス研究が存在する。

サービス・マーケティングの研究は1970年代にアメリカで始まり、研究対象には、航空産業や輸送産業、金融産業のように規制緩和によって新たに提供されたサービスが目覚ましい発展を遂げた産業や、教育や医療といった従来マーケティングが扱ってこなかった非営利部門の多く含まれる産業、あるいは、情報産業のように激しい競争によってその形態が急速にかわっていく産業などが多く含まれていた²⁷。近年、サービス・ドミナント・ロジックという考え方が注目を集め、サービスという概念を拡張することにより、マーケティングの理論的枠組みを捉え直そうという議論がある²⁸。モノとサービスを組み合わせた製品が増える中で、ますますサービス・マーケティング研究の発展が期待される。

Andreasen²⁹は、21世紀において非営利組織が直面する最大の課題は競争となり、マーケティング及びマーケティング技法がより重要な役割を果たすと述べている。また、Porter et al.³⁰は、他の経済分野では適切な競争によって驚くほどの価値の向上がもたられされており、これは医療分野でも同じであろうと述べている。医療分野で安定した経営をしていくためには、競争に耐えうる戦略が必要であり、マーケティングは医療サービスが抱える様々な課題を解決する可能性を持っている。

Drucker³¹は、非営利組織は簡潔で明瞭な使命を持つことが重要であり、使命達成に必要な3つの要点として、機会、能力、信念を挙げている。例えば、病院の使命を「健康を守る」よりも「患者を安心させる」より行動に近い内容にすることで、例えば、「どの患者も1分以内にしかるべき対応をする。」など具体的な目標がたつという。使命を明確にする

²⁷ 山本 (2007), p. 31

²⁸ 池尾他, (2010), p. 587

²⁹ Andreasen et al. (2003), p. 11

³⁰ Porter et al. (2005), p. 382

³¹ Drucker (1990), p. 5-8

ためには、医療サービスを提供する地域において、どんな機会やニーズがあるのか、その機会やニーズに合う強みは自組織にあるかを同時に検討する必要がある。

また、Porter et al.³²は、病院・診療所にははっきりとした目標と提供する医療サービスを明確化するための基本となる戦略がなければ、優れた組織になる方向性が見えず、業務の効率化すら難しいと述べている。非営利組織である医療機関においても、戦略は不可欠である。

戦略策定には、マーケティングの基本戦略であるセグメンテーション³³、ターゲティング³⁴、ポジショニング³⁵が有効である。この3つは、自組織の強みを見極め、医療サービス市場の中で、どの患者層に対しどのようなサービスを提供するのかという方針を決定していくことである。Kotler et al.³⁶は、様々な研究の結果、うまく運営されているサービス企業の共通点は、戦略的なコンセプト、トップ・マネジメントが品質に積極的に関わる伝統、高い水準、セルフ・サービスの技術、サービス・パフォーマンスと顧客の苦情を監視するシステム、従業員満足の重視であると述べている。日本の医療サービスも、戦略的なコンセプトを持ち、サービス品質を高め、患者と提供者の管理ができる組織になることが、経営上重要である。

マーケティング戦略には、消費者理解が欠かせない。購買行動の多様性を説明する仕組みとして、動機づけ、能力、機会があるが、中でも動機づけ要因である消費者の関与水準は、購買意思決定に投じるエネルギーや情報処理の程度と規定する変数として、特に注目されてきた³⁷。関与は動機づけられた状態のことであり、動機づけの代理変数としてよく用いられる³⁸。

消費者行動における関与研究には、自我関与、購買関与、製品関与がある。青木³⁹は、

³² Porter et al. (2005), p. 151

³³ マーケット・セグメンテーションとは、異質な顧客の集合である市場を一つの集合としてとらえるのではなく、いくつかの同質と考えられる集団(セグメント)に市場を細分化することである(和田, 2005, p. 96)。

³⁴ ターゲット・マーケティングとは、市場を構成するさまざまなセグメントを明らかにし、その中からターゲットとするセグメントを選び、ターゲット市場のニーズに合わせたサービスを提供することである(Kotler, 2002, p. 177)。

³⁵ ポジショニングとは、自社の商品を他社の製品と差別化することを目的とし、自社の商品を競合商品との関連の中で、どのように競争上位置づけるかを明確にしようとすることである(和田, 2005, p. 205)。

³⁶ Kotler et al. (2009), p. 362

³⁷ 青木 (2010), p. 192

³⁸ 清水 (1999), p. 103

³⁹ 青木(2010), p. 196

自我関与とは、態度を形成する対象や事象が個人の自我領域（自分と結び付いた中心的な価値領域）と関わりあっている程度を表した概念である。購買関与は、選択課題（所与の購買目標を達成するために複数の代替案の中からどれを選ぶか）や、選択結果（選択した代替案は所与の購買目標を達成する上で適切であるか）について、消費者が「気にかけている程度」を反映した概念であると述べている。そして、池尾ら⁴⁰は、製品関与について、当該製品を消費、使用、所有することが、消費者個人の価値体系に強く結びついているために喚起される関与であると説明している。医療サービスが取り扱う健康は、自分自身の価値と密接に関係するため、自我関与、購買関与、製品関与すべてから生じる動機づけが関係していると言ってよいだろう。

清水⁴¹によれば、情報獲得・処理のプロセスでは、関与の「強さ」と関与の「タイプ」が重要な役割を果たすという。関与の強さは、「高関与」「低関与」と表現され、目的に対する関心の度合いのことである。関与のタイプは、「認知的関与」と「感情的関与」に分類される。認知的関与の場合、その知識カテゴリーは当該商品の持つ属性や特徴からなる分析的カテゴリーになるが、感情的関与の場合、イメージにより導かれる非分析的な知識カテゴリーが形成される⁴²。医療サービスは専門性が高いため、患者の認知的関与は患者の医療情報の理解度に左右されると思われる。感情的関与は、過去の医療経験が影響すると考えられる。

医療サービスは本来望まない財であり、ネガティブな消費である。しかし、命に直結するリスクの高いサービスであるため、患者の関与は全般的に高いと考えられる。受診先を決定する際には、自我関与、購買関与、製品関与だけでなく、認知的関与と感情的関与も大きく関わっている。

医療サービスへの関与は、年齢や性別、体質などの影響を受けるであろうし、知識や体験によっても変化するであろう。関与の違いにより、医療サービスに対する探索行動や態度は多様である。アクセシビリティ、設備、専門技術、接遇、評判、口コミなど様々な要素の評価が絡み合って、患者の選択行動が行われる。

⁴⁰ 池尾他（2010），p. 191

⁴¹ 清水（1999），p. 106

⁴² 清水（2006），p. 179

第2節 医療サービスの特性と特有の課題

サービスとは何かについては、研究者の関心によって様々な定義がされているが、本研究では、Lovelock et al.⁴³の「サービスとは、特定の時・場所において価値を創造し顧客にベネフィットを与え、結果としてサービスの受け手の望む変化や受け手の利益をもたらす経済活動」という定義を採用したい。

サービスに共通する特徴として、以下の4つがある。1つめは、無形性である。サービスは活動であるため、物理的な形を持たない⁴⁴。そのため、モノに比べ多くの制約条件を抱える。一過性（同一の繰り返しができない）、不可逆性（起こったことを元に戻せない）、認識の困難性（認識し難い）、バラつき（品質を一定に保ちにくい）は、無形性の特徴に起因する。医療機関の待ち時間や品質の管理が難しいのも、この無形性によるものである。

2つめは生産と消費の同時性である。対人サービスの場合には、顧客は活動が行われるその場に同時に存在していなければならない。サービスは、顧客に何らかの効果を与えて初めてサービスとなる。例えば、医療サービスの提供には、患者に医療機関に出向いてもらわなければならない。たとえ訪問診療や遠隔診断の場合でも、サービスに共有するという点では同時性が必要である。生産と消費の同時性から派生する特徴は、顧客がサービス提供者の活動を直に観察し、サービスを利用しながら評価することである。医療サービスでは、提供者も先におこる事態のすべてを予測できているわけではないので、同時性の特徴は提供者が細心の注意を払う特徴である。

3つめは、結果と過程の等価的重要性である。対人サービスでは、活動の経過を顧客が直接体験し、評価する。例を挙げると、医療サービスにおいて痛みを伴う治療を体験して治癒という結果が得られる場合があるとしよう。その際、痛みを最小限にするプロセスが入っていれば、患者から結果に対する高い評価が得られるかもしれないが、対応が丁寧でなかったなど容認できないプロセスが含まれていれば、結果が良かったとしても低い評価になることもある。つまり、顧客はサービス品質を過程と結果の両方で評価するのである。医療サービスの最終的な目標は治療効果を高めることであるが、結果だけを追い求めると、患者から低い評価を受けるだろう。結果と同じくらいプロセスも重要なのである。

4つめは、顧客との共同生産である。実際のサービス活動は、顧客とサービス提供者の相互作用の形をとる。提供者は、顧客のサービス生産への参加を促さなければならない。

⁴³ Lovelock et al. (2001), p. 6

⁴⁴ 近藤 (2010), p. 63

医療サービスでは、いろんな場面で患者の参加が必要である。例えば、予約を取り、予約の時間に医療機関に訪れ、指示通り施設内を移動し、検査を受け、会計で精算し、薬を持ち帰り、毎日忘れずに飲むなど、患者は様々な役割を担う。特に、医療サービスの場合は、治療の主体は患者自身であるため、患者の参加の度合いが医療サービスの質と結果の両方に大きく影響する。

サービスは、サービス行為の性質によって「人に作用するサービス」「物に作用するサービス」「人の心に作用するサービス」「情報に作用するサービス」の4つに分類することができる⁴⁵。例えば、人に作用するサービスでは、宿泊や食事、医療などのサービスが挙げられる。車の修理や服のクリーニング、貨物輸送などは「物に作用するサービス」に含まれる。「人の心に作用するサービス」は教育、エンターテイメントなどである。「人に作用するサービス」は顧客自身が提供される場所にいないといけないが、「人の心に作用するサービス」は提供されるサービスに接することができればよい。会計やリサーチ、保険などは「情報に作用するサービス」に分類される。

医療サービスは、人の心や情報に作用するサービスが一部存在するが、主として顧客自身に提供される「人に作用するサービス」である。顧客自身がサービスの対象となるため、顧客はサービスシステムの中に参加しなければならない。そして、患者には医療サービスのデリバリー・プロセス⁴⁶に積極的かつ適切に参加することが求められる。そのため、彼らに期待される活動の遂行を促すハードおよびソフトのシステム構築が必要とされる⁴⁷。提供者は、例えば、ハード面で例を挙げると、患者が予約時間通りに受診するよう予約管理システムを導入したり、ソフト面であれば、指示通りに服薬するよう動機づけるための病気の啓蒙教育を行ったりするなどシステムを構築している。

医療サービスにはいくつかの特性があり、その特性から生じる特有の課題を持っている。大別すると、以下の5つにまとめることができる。

1つめは、専門サービスであり提供者と消費者の間に情報の非対称性があることである。医療サービスは、専門性が高く、消費者自身が必要なサービスを判断し選択することは困難である。そのため、提供者の誘導が患者の消費に影響を与える傾向がある。そのような

⁴⁵ Lovelock et al. (2011), p. 40-42

⁴⁶ サービス・デリバリープロセスとは、サービス消費の動機となった基本的ニーズを充足するために、サービス組織の従業員、設備機器、および顧客自身が関与し、それぞれが必要とされる活動を提供しながら協働することで、サービスがデリバリーされ、同時に消費される過程をいう（藤村，2009，p. 2）。

⁴⁷ 藤村（2009），p. 8

状況の中で、患者の意思を尊重した選択行動が行われる環境を提供しなければならない。

2 つめは、患者の医療サービスに対する過度な期待である。近年の医療技術の発展や新薬開発により、患者の医療サービスへの期待は高まっている。実際は、提供サービスのみですべての疾患に対応できるわけではない。原因不明の難病や治療方法が見つかっていない疾患が多数存在する。もし、病状に対し適した医療を提供したとしても、患者の期待と異なれば、患者は不満足に感じる。このことは情報の非対称性とも関係しており、本研究が議論しようとする重要な課題である。

3 つめは、年齢や体質、既往歴、合併症など患者の個々の状況によって提供されるサービスが異なることである。たとえ、同じ病名であっても、選択されるサービスが同じとは限らない。また、医療保険制度の中で様々な制約を受けながら提供される。患者が希望したとしても、保険制度の中で必要と認められていなければ、健康保険を使って提供することはできない。しかし、患者はこれらを理解して消費していない。このことは、過度の期待を持つ原因とも言える。

4 つめは、サービス品質は患者の参加の影響力が大きく受けることである。医療サービスは、本来必要でないことが好ましい消費であるが、必要となった際は、患者の積極的な参加が望まれるサービスである。しかし、患者の中には、「治してもらおう」という受け身で依存的な態度をとる患者もいる。提供者の介入に限界があることを患者に理解させる必要がある。

5 つめは、公益性を含むことである。感染症などの疾病の場合には、医療サービスのニーズは消費者個人のためのためだけでなく、他者への伝播を防ぐ社会的な目的のために必要となる。公益という観点から、医療サービスは市場原理で価格を決定することができない仕組みになっている。提供者は、病気という予測不可能な原因から生じるニーズに対し、様々な法的制約の中でサービスを提供している。

ただし、これらすべては必ずしも医療サービスに限ったことというわけではない。例えば、教育や法律など他のプロフェッショナル・サービスにおいても類似したことは存在する。医療サービスは「命に関わる」という重大かつ特異的な性質はあるが、特性のみを強調しない方が現実的に即しているだろう。

Kotler et al.⁴⁸⁾は、プロフェッショナル・サービスの特徴を以下の 4 つにまとめている。1 つめは、資格をもっており、助言という形でサービスを提供し、顧客の問題解決に

⁴⁸⁾ Kotler et al. (2002), p. 34

焦点をあてている。2 つめは、慣習やルール、倫理によって規定された共通の特質を備えている。3 つめは、カスタマイズの幅が広い。4 つめは、顧客との対面の交流という強い部分を持つ。これら4つの特徴に加え、筆者は医療サービスには地域医療を担うという点で、ある程度限られた地域を対象とする特徴があると考えている。

プロフェッショナル・サービスは、品質評価に関係する財の性質においても共通点がある。財の種類は3つに分類される。3つとは、情報収集することにより事前に品質の想像がつく探索財、消費後に経験して理解できる経験財、経験後も品質がわからない信頼財である。専門サービスは、経験財もしくは信頼財に含まれる。

医療サービスは、患者自身が治療内容の善し悪しの判断をするのは難しいため、品質評価の難しい信頼財にあたる。医療サービスによって実現された質は、生命やQOLに直結する重大なものである一方で、経験後に消費者自身が質を評価することが困難なため、患者がどう感じたかという患者の態度に依存する。

事前に品質を評価できない場合、事後に確定される品質は大変重要になってくる。サービス・マーケティングでは、事後評価と事前評価の間の関係を管理していくことが欠かせない問題である。事前評価と事後評価の差が重要であり、顧客満足は最も密接に関係している⁴⁹。顧客満足は、実現された品質と期待された品質の差で表され、この差が大きくなるほど顧客満足が高まると言われている。

サービスにおいて評価に影響を与える要素として、物理的環境と場面設定も外せない。患者のサービスへの参加は、サービスを提供する物理的環境や場面設定で促進される。Bitner⁵⁰は、サービスが提供される風景は、従業員と顧客のそれぞれの活動の遂行能力と両者間の社会的相互作用に影響を与えると説明している。特に、行動に影響を与え、イメージを膨らませる物理的環境の力は、専門職のサービス業で顕著であるという。医療サービスの相互作用は、対人関係性だけでなく、サービス空間のデザインとも関係している。

医療サービスは、情報の非対称性があり、保険制度の制約を受けるという大きな2つの特性を持ち、顧客の参加と提供者と顧客の相互作用がサービス品質を決定づけるプロフェッショナル・サービスである。

⁴⁹ 山本 (2007), p. 87

⁵⁰ Bitner (1992), p. 67

第3節 医療サービスの市場環境

医療サービスの市場環境は、どのようになっているだろうか。ここでは、マーケティング・ミックスに沿って医療サービスを取りまく市場環境について整理する。

製品 (Product) として医療サービスを説明する場合、医療サービスは、費用の負担先の違いで、保険診療、混合診療、自由診療の3つに分類されている。1つめの保険診療とは、健康保険が適用される診療のことである。患者は各保険者が定めた一部自己負担金を支払う。国民皆保険を導入している日本の医療サービスは、大半がこの保険診療である。2つめの混合診療とは、保険診療と自由診療を併用する診療のことである。日本では混合診療は原則として認められておらず、差額ベッド代や先進医療にのみ限定的に適用が認められている。3つめの自由診療とは保険外診療とも言われ、患者が診療費用を全額負担する診療のことである。厚生労働省の報酬点数がついていない診療であり、例えば一部の歯科診療や美容整形などはこの自由診療に含まれる。近年、予防医学や代替医療の分野で広がりを見せているものの、未だ占める割合は非常に少ない。つまり、医療機関の経営は、保険診療の中でいかに戦略的にマネジメントできるかにかかっている。

提供サービスの変化として、糖尿病外来、肥満外来、女性外来、男性外来等専門外来の創設がある。これは、提供サービスの細分化及び名称改変である。外来名称の変化は、医療の進歩に伴う専門分化の影響が考えられるが、情報の非対称性を緩和する消費者目線に立った身近でわかりやすい名称への改良とも解釈できる。

近年、セカンドオピニオン外来⁵¹を開設している医療機関、セカンドオピニオンに対する情報提供に積極的な医療機関が増えてきた。セカンドオピニオン外来では、検査や治療は行わず、患者が主治医ではない別の医師に診断内容や治療法について相談し、意見を求めることができる。これは、患者が医療をサービスとして認識し、医師を選ぶ、医療サービスを評価するという消費行動に変化してきたことに対する対応とも言える。

つづいて医療サービスの価格 (Price) について説明する。医療機関では、主として保険診療の範囲内でサービスが提供されているが、その単価は厚生労働省が定める報酬点数に基づいて決定される。算定には、施設基準、人員基準、機器の設置等の条件がつく場合がある。原則として全国一律であり、提供者は価格を決定できない。この報酬単価は2年に一度改定される。報酬単価はまず医療サービスの消費総額が決定され、その後政策に基づ

⁵¹ セカンドオピニオン外来とは、他院に通院している患者を対象に、専門医が患者の主治医からの情報をもとに、診断内容や治療法等に関し助言を行うことを目的とした外来である。

いた配分が決定される。よって、新設された報酬点数が2年後に廃止されることもしばしばある。

点数で表現される診療報酬は、医療行為の価格表にあたる。1点10円で換算され、1ヵ月単位で集計後、被保険者の確認と診療内容の審査を受け、適正な医療と判断された内容に対し、各保険者から支払われる。不正請求の場合は返戻となり、診療報酬は支払われない。診療報酬の構造は、基本診療料と特掲診療料に分かれ、その合算が医療費として一部を患者が負担し(公費負担の場合あり)、残りは保険者へ請求される。

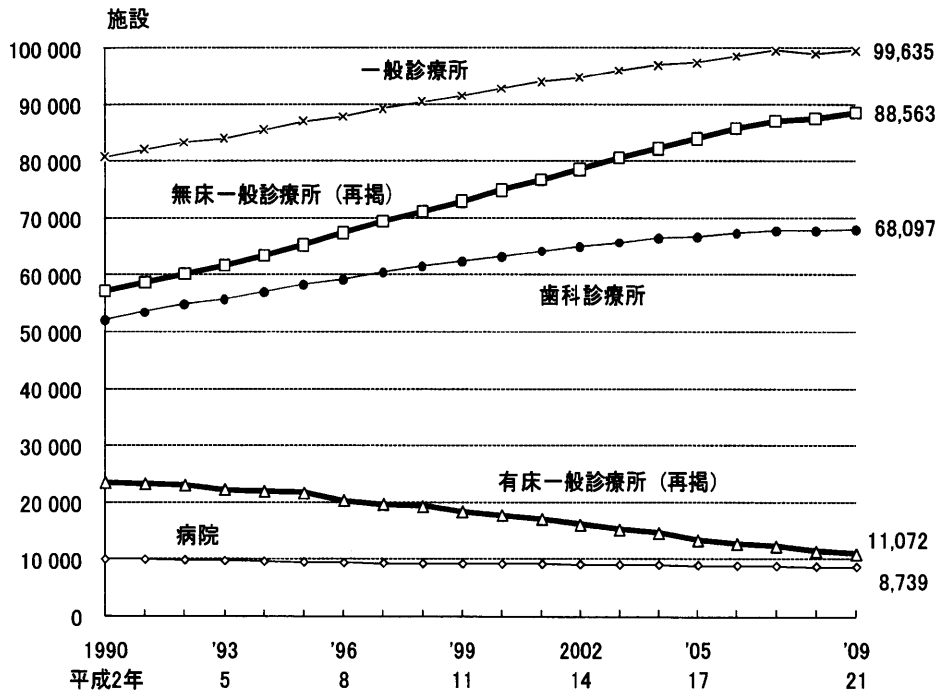
医療サービス全体の市場規模は、戦後以降拡大を続けている。厚生労働省の医療費年次推移によれば、1954年に2152億円だった国民医療費は1965年に1兆円を突破し、1999年以降は30兆円を推移、2007年には34兆円まで達した。高齢化社会となる日本では、今後もさらに増大すると予想される。このうち、約26兆円が病院・診療所で提供されるサービスに支払われ、その内訳は入院費用と外来費用が同程度でそれぞれ約13兆円である。

次は、流通経路(Place)について示す。医療サービスが提供される場所は大きく2つに分類される。20人以上の入院施設を有する病院と19人以下の入院施設を有するもしくは入院施設を有しない一般診療所である。一般診療所のうち、入院施設をもつ診療所を有床診療所、入院施設を有しない診療所を無床診療所と呼んでいる。

病院にはいくつかの分類がある。医療法では、公的医療機関、特定機能病院、地域医療支援病院、救急指定病院、災害拠点病院などに分類し、役割を明確化している。例えば、特定機能病院は、高度医療の提供と教育・研究を目的とする医療機関として、人員、設備、病床数、診療科等に条件を設け、厚生労働大臣の認可を必要とし、受診は一般病院からの紹介を原則としている。地域支援病院は、医療の効率化に伴う病院の機能分化を意図しており、承認の条件の1つに地域の医療機関からの紹介率80%以上というのが設けられている。紹介や情報提供に診療報酬の加算が盛り込まれており、地域医療連携を推進している。

また、開設者による分類(国、公的医療機関、社会保険関連団体、医療法人、個人、その他)のほか、病床規模別で100床未満を小規模病院、100~300床未満を中規模病院、300床以上を大規模病院と分類することもある。病床の種類によって、精神病床のみを有する精神科病院、結核病床のみを有する結核療養所、それ以外の一般病院という分類もある。

図表 2-1 医療機関数の年次推移



(出所) 厚生労働省平成 21 年医療施設(動態)調査・病院報告の概況より引用

医療サービスを提供する医療機関数は、図表 2-1 のように 1990 年以降は有床一般診療所が減少し、無床一般診療所が増え、病院は緩やかに減少している。療養型の病院は 2000 年に施行された介護保険によって介護施設への転換を求められた。厚生労働省が推奨する医療サービスは、早期離床と在宅治療の方向に向かっている。そのため、今後も病床を持つ診療所や病院は増えないという傾向が続くと推測される。

図表 2-2 は、2008 年 10 月から 2009 年 9 月まで 1 年間の病床規模の変更状況を病床数で示したものである。例えば、左上の 20~49 床の 12、減 9 増 3 が示しているのは、変更前 20~49 床であった病院は 15 施設で変更後は 12 になったことを示している。20~49 床の範囲内で病床数を増減させた施設が 12 施設あり、3 施設が増加、9 施設が減少したことを意味している。残りの 3 施設は、20~49 床の規模から 50~99 床の規模に移動したため、右の枠に 3 が示されている。つまり、同じ行で左(病床数が小さい方)に数字が移動していると、病床規模を縮小したという意味であり、右(病床数が多い方)に数字が移動していると、病床規模を拡大したということになる。

図表 2-1 で示したように、約 20 年間で診療所では有床から無床への転換が見られたが、

図表 2-2 が示すように、同列で施設数が左側に移動しているものが多く、有床病院でも病床数減少の動きがみられる。この背景には、医師・看護師等の人員不足、入院患者の確保の難しさ等病院経営の様々な課題があると考えられる。入院施設の経営管理の難しさが伺える。

図表 2-2 病院の病床規模の変更状況

平成20(2008)年10月～平成21(2009)年9月

		病床数変更後の病床規模											病床数 変更前 施設総数		
		20～ 49床	50～ 99	100～ 149	150～ 199	200～ 299	300～ 399	400～ 499	500～ 599	600～ 699	700～ 799	800～ 899		900床 以上	
病 床 数 変 更 前 の 病 床 規 模	20～ 49床	12 減 9	3 増 3											15	
	50～ 99	6	42 減 30	9 増 12	1									58	
	100～ 149		21	31 減 20	5 増 11									57	
	150～ 199			16	38 減 29	2 増 9								56	
	200～ 299		1	2	13	43 減 30	4 増 13							63	
	300～ 399		1	1	1	12	29 減 25	4 増 4	3					47	
	400～ 499						6	20 減 15	5 増 5					26	
	500～ 599					1		5	17 減 15	2 増 2				23	
	600～ 699								2	14 減 11	3 増 3			16	
	700～ 799								1	2	2 減 2	0 増 0		5	
	800～ 899											1 減 1	0 増 0	1	
	900床 以上											1	14 減 11	3 増 3	15
病床数 変更後 施設総数		18	68	59	58	58	39	28	20	16	2	2	14	382 減 290	92 増 92

注: は、同規模内における変更(増減)施設数である。

(出所) 厚生労働省平成 21 年医療施設 (動態) 調査・病院報告の概況より引用

最後にプロモーション (Promotion) について触れたい。医療サービスにおけるプロモーションには、病気や健康行動の啓蒙、治療や病気の予防を目的とするヘルス・プロモーションと医療機関のプロモーションがある。

ヘルス・プロモーションは、ソーシャル・マーケティングと関係が深い。ソーシャル・

マーケティングは、マーケティングの原理と手法を使って、個人やグループ、社会全体のベネフィットのために、ターゲット・オーディエンスに影響を及ぼして、ある「行動」を自発的にとらせたり、拒否させたり、修正させたり、放棄させることである⁵²。その目的は生活の質の向上であり、まさに医療の目的と同じである。

ソーシャル・マーケティングは、「ターゲット顧客と社会一般の便益のため」に「社会活動」に影響を及ぼそうとするものである⁵³。調査が困難な問題や便益が目に見えない、あるいは便益が不明確で長期的な変化を施す問題に対処する。健康分野では、例えば、喫煙者の削減、習慣的な運動の増進、栄養の改善、脳梗塞の削減、心臓発作の防止、HIV／エイズの感染防止、肥満症の阻止、感染症の防止などがある⁵⁴。日本では、喫煙者行動、福祉教育などの研究報告がある。厚生労働省や製薬メーカーが啓蒙や受診を促す場合や医療機関あるいは患者と直接接する医師や看護師等の医療従事者が関わる場合もある。

医療機関のプロモーションは、法的な制約の中で行われている。医療広告は、利用者保護の観点から限定的に認められた事項以外は原則として禁止されてきた。医療広告は医療法その他の規定によって制限され、違反には罰則が課される。近年、規制緩和の流れが見られ、2002年の改正では、患者の選択を通じて我が国の医療を一層質の高い効率的なものとしていくことが重要な柱として位置づけられ、広告できる事項が拡大された。2007年の第五次医療法改正においては、良質で安心・信頼できる医療サービスの実現を目指し、客観性・正確性を確保し得る事項については広告事項としてできる限り幅広く認めるという方針に転換された。

厚生労働省は、医療広告を、誘因性（患者の受診を誘引すること）、特定性（病院名が特定可能なこと）、認知性（一般人が閲覧可能なこと）の三要件を満たすものと定義している。医療広告ガイドラインでは、広告に該当する媒体例として、チラシ、パンフレット、ポスター、看板等を、みなされないものとして、院内掲示、職員募集の広告、新聞、雑誌の記事、学術論文、インターネット上のホームページを挙げている。

碓⁵⁵は、医療機関に対する広告規制に関する「抜け道」であり、自由に情報提供できる媒体であるホームページは、2000～2002年の間に全般的に質・量ともに充実が進んでいると報告している。現状では、医療機関ホームページは「広告規制の対象外である」とい

⁵² Kotler et al. (2007), p. 191

⁵³ Andreasen, (2003), p. 329

⁵⁴ Kotler et al. (2007), p. 191

⁵⁵ 碓 (2003), p. 40

う扱いになっているが、実際はインターネットの普及に伴い、ホームページが医療機関の広報、広告手段の中心的な役割を果たしつつある。これからの課題は、Web Site のアクセシビリティであろう。中山ら⁵⁶は、健常人でさえアクセスしづらい Web Site は眼や手に障害を持つ人たちにとっては情報の入手が困難となる場合があると指摘している。医療サービスには、消費者のアクセシビリティに配慮したプロモーションが重要である。

2008年には、患者らが自分の病状に合った適切な医療機関の選択を行うことを支援する観点から、「主たる診療科名の広告に関し、勤務する医師又は歯科医師一人に対して主たる診療科名を原則2つ以内とし、診療科名の広告に当たっては、主たる診療科名を大きく表示するなど、他の診療科名と区別して表記することが望ましいものとする。」という改正がされた。また、2008年4月1日以降、広告することが認められない診療科名が定められた。根拠のない名称と診療科名を組み合わせた場合であっても、その広告は認められない。医療機関のプロモーションにおいては、患者等利用者保護の観点が最優先される。

ここまでは、日本市場における医療サービスについて整理したが、グローバルな視点での医療サービスについても触れておきたい。近年、世界的な医療の国際化の流れがあるが、日本においても2009年1月経済産業省にサービスツーリズム（高度健診医療分野）研究会が設置され、ビジネスモデルの確立に向けて動きが始まっている。現在、50か国で医療ツーリズム⁵⁷が実施されており、2004年400万億ドルであった市場規模が2012年には1000億ドルに拡大すると予測されている⁵⁸。渡航目的は、最先端の医療技術40%、より良い医療サービス品質32%、待ち時間の解消16%、低コストの医療9%であり⁵⁹、マーケティング・ミックスすべてに関係している。

第4節 医療サービスに対する社会及び消費者の変化

医療サービスに対する社会及び消費者の認識変化の例として、患者満足度調査がある。現在、多数の医療機関において患者満足度調査が実施され、医療サービスの提供者と患者の両者にサービスとしての認識が浸透してきた。患者は、病院ランキングの書籍や医療機

⁵⁶ 中山他 (2007), p. 390

⁵⁷ 医療ツーリズムとは、医療を受ける目的で他の国へ渡航することである。

⁵⁸ Herrick (2007), p. 1

⁵⁹ Ehrbeck et al. (2008), p. 4

関検索のための口コミサイトをはじめ様々な情報を収集し、探索行動、消費活動を行うようになってきている。

日本全体の受診行動については、厚生労働省が1996年から3年おきに受療行動調査を実施している。2008年の外来患者の病院に対する全体的な満足度は、満足48.1%、ふつう32.0%、不満5.5%、その他0.8%、無回答13.5%⁶⁰であった。満足の比率は、調査が開始された1996年に比べ10ポイント、直近の調査2005年に比べ4.2ポイント上昇しており、全体満足は改善傾向にある。

満足度調査は、「待ち時間」「医師の診療・治療内容」「医師との対話」「医師に診てもらっている時間」「診療時のプライバシー保護の対応」「診療・治療に要した費用」の項目別でも実施されている。各項目で満足と回答した外来患者の比率は、「待ち時間」では2005年が24.7%で2008年が24.4%、「医師の診療・治療内容」では2005年が50.2%で2008年が55.7%、「医師との対話」では2005年が55.4%で2008年が57.0%、「医師に診てもらっている時間」では2005年が45.9%で2008年が48.0%、「診療時のプライバシー保護の対応」では2005年が45.0%で2008年が44.5%、「診療・治療に要した費用」では2005年が15.4%で2008年が14.4%であった。

2005年から2008年で評価が下がっている項目は、「待ち時間 (-0.3ポイント)」「診療時のプライバシー保護の対応 (-0.5ポイント)」「診療・治療に要した費用 (1.0ポイント)」であった。「待ち時間」と「診療・治療に要した費用」は、満足と回答している割合が待ち時間24.4%、費用14.4%と他の項目に比べ、かなり低い。患者は、医療のサービスの利便性とコストについては、評価が厳しいようである。

2005年から2008年で評価が上がっている項目は、「医師の診療・治療内容 (5.5ポイント)」「医師との対話 (1.6ポイント)」「医師に診てもらっている時間 (2.1ポイント)」であった。前述したように全体の満足は改善していることから、医師との関わりに対する満足の増加が全体の満足の改善に影響していることが示唆される。

受療行動調査の結果を踏まえ医療サービスの消費者の認識に触れたが、サービスの提供者にはどのような認識の変化がみられるだろうか。提供者である医療機関にも変化が見られる。その1つとして、第三者評価の取り組みがある。1995年に厚生労働省や日本医師会、健康保険組合連合会等医療サービスに関わる団体によって財団法人日本医療機能評価機構が発足された。この組織は、医療機関が質の高い医療サービスを提供していくための支援を

⁶⁰ 厚生労働省平成20年受療行動調査より引用。全国の一般病院の利用患者を外来と入院にわけて、層化無作為抽出した一般病院500施設を利用する患者を調査の客体とした調査である。

行うことを目的に主に病院評価と認定を行っている、

この機構が実施する第三者評価は、病院機能評価と呼ばれ、書類審査と訪問調査の2つを合格する必要がある、5年ごとに更新しなければならない。調査項目は「患者本位の医療」を審査する8分野約530項目で構成され、組織運営や管理体制、患者の権利と医療の質と安全、患者サービス、人事労務管理など多岐にわたる。

審査には、膨大な資料の提出と病院全体の管理体制の整備が必要である。病床数によって費用が異なるが、120～250万円の費用がかかる。受審は任意だが、認定病院は年々増加し、2010年9月現在で全病院数8708のうち2558病院が認定を受けている。受審を決めた病院の中には、そのために専門の人員を新たに雇用する場合もあるようである。組織全体のプロジェクトである。

消費者自身がサービス品質を判断することが難しいプロフェッショナル・サービスでは、消費者は第三者の評価や認定などを品質把握の情報として用いる。認定病院の増加は、提供者のサービス品質への関心の高まりだけでなく、消費者へのサービス品質に関する情報提供の意味もあると考えられる。

サービスのクレームとリカバリーにおいても変化が見られる。医療サービスが抱えるサービス・リカバリーに関する課題として、医療訴訟とモンスター・ペイシエント⁶¹の2つがある。これらは、従事者のモチベーションを下げ、疲弊させている。

最高裁判所によれば、医療関係訴訟の発生は2004年の1110件以後徐々に下降し、2010年は794件であった⁶²。訴訟数は減少しているが、事態が好転しているという意味ではない。件数は少ないが刑事事件に発展するケースがあることや過激なメディアの報道に対する恐怖心が高まり、リスクを伴う治療を拒否する医師が存在している。このことは、治療を受けたい患者の機会損失を生む深刻な問題と言える。

また、多くの医療機関を悩ませている問題としてモンスター・ペイシエントへの対応がある。院内暴力等院内リスク管理体制に関する医療機関実態調査⁶³では、回答した病院の52.1%が過去1年間に院内暴力（身体的・精神的暴力、セクハラ）を経験し、60.7%が職員に対する院内暴力・暴言に不安があると回答している。患者との関係性に関する課題は

⁶¹ モンスター・ペイシエント (Monster Patient) とは、医療従事者や医療機関に対して自己中心的で理不尽な要求、暴言・暴力を繰り返す患者やその保護者等を意味する和製英語である。治療費を支払わない、診療を妨げるなど内容は様々で医療機関は対応に頭を悩ませている。

⁶² 最高裁判所ホームページより引用。

http://www.courts.go.jp/saikosai/about/iinkai/izikankei/toukei_01.html

⁶³ 全日本病院協会のワーキンググループが2008年に実施した報告書p.5より引用。

医療全体を揺るがす大きな問題になりつつある。

第5節 医療サービスが抱える経営課題

医療機関は、診療所など外来で対応する一次医療、一次医療で対応できない入院や手術を必要とする疾病に対応する二次医療、二次医療では対応できない重篤な患者に対応する三次医療に分類され、提供されるサービスに違いがある。

日本の医療政策は、まずクリニックを受診し、重篤な疾患やクリニックでは不可能な検査の必要性が出た段階で大学病院や他の先進医療を行う施設へ紹介する仕組みを推奨している。そのため、最初から一般病床200床以上の病院を受診した場合には、病院が個別に価格設定できる「選定療養費」を別途患者に請求することができる⁶⁴。この機能分化の流れは診療報酬にも反映され、病診連携⁶⁵による加算が設けられている。

選定療養費の算定が認められたことにより、大病院志向⁶⁶の抑制には、一定の効果があった。また、病診連携に対する加算により、病院は患者を抱え込まず必要な治療が終わったら地域のかかりつけ医⁶⁷へ患者を返すという体制が確立された。

しかし、この方針と消費者ニーズとは必ずしも合致はしていないようである。厚生労働省は、受療行動調査で入院患者の今後の治療・療養の希望を調査している。「完治するまでこの病院に入院していきたい」と回答した患者は、2005年54.8%、2008年45.9%であった。2005年と2008年を比較すると、継続して同一医療機関での治療を望む患者は減少しているものの、未だ約半数のニーズとして存在する。政策と患者の認識にはギャップがあるため、この点からも患者が受診に対し抱く期待と提供される医療サービスには乖離がある可能性があると考えられる。そのことを理解しなければ、提供者の気づかないところで不満が生じることがあるかもしれない。

ただ、「自宅から病院や診療所に通院しながら治療、療養したい。」と回答した地域での治療を望む患者は、2005年16.5%から2008年23.8%と増加した。厚生労働省は終末期医

⁶⁴ 木村他 (2010), p. 9

⁶⁵ 地域において病院と診療所が行う連携のことである。診療所が必要に応じ患者を専門医や医療設備の充実した病院に紹介し、患者は紹介先で高度な検査や治療を受ける。終了後は、紹介元の診療所で戻り、診療を継続する。

⁶⁶ 大病院志向とは、大病院の方が安心と考え、軽症の場合でも大病院の受診を希望することである。

⁶⁷ 日頃から患者自身やご家族のことをよく知っており、何かあった場合に相談できる医者のことである。患者の自由選択であるが、近隣の開業医である場合が多い。

療を含め在宅診療の強化を打ち出しており、ターミナルケアに対する報酬体制も手厚くなっている。この結果は制度上の方針と一致しているが、介護保険によって訪問看護による看護師の活躍の場が広がったものの、往診する医師、訪問看護師の不足という問題を抱えており、医療現場の体制が万全というわけではない。

在宅診療だけでなく、医療サービスでは人材不足、人材の偏在化が大きな問題となっている。地方病院における産科・小児科など診療科の閉鎖、病棟の閉鎖は、医師不足によるものである。この原因の1つとして、2004年の臨床研修制度の必修化の影響がある。必修化前の医師は、医師免許取得後、大学の医局に入職し医局の人事に従って関連病院に派遣されていた。しかし、新臨床研修制度では、プライマリーケア⁶⁸を重視したスーパーローテート方式（総合診療方式）⁶⁹を採用し、医師が全国の病院に公募するシステムに変わった。その結果、大学医局への入局が激減し、大学は派遣する医師の確保が困難になった。

臨床研修制度は早期から専門教育に進むのではなく、医師の基礎的な診療スキルの向上に一定に効果を出していること、医師に研修先を選択する自由を提供したこと、2年間の研修で現場経験をさせた後に診療科を選択するため、医師がより適した進路を決定できる利点があるが、医師の偏在化と研修制度による病院間の研修医の争奪が生じたこと、結果として医師の偏在化に拍車をかけてしまった部分が否めない。

人材不足の深刻さは、看護師も同様である。病院は施設基準に看護師配置の定員が義務づけられているため、看護師を確保できなければ、病棟を閉鎖しなければならない。看護学校が減少する代わりに看護学部が新設されており、准看護師数は1996年から38万人台を横ばい、看護師数は1996年の約54万人から2006年約81万人増加している⁷⁰。よって、資格取得者の急激な減少がおこっているのではない。むしろ、人員不足の原因は、需要の増加である。

2000年に施行された介護保険によって、訪問看護師や通所施設の看護師等の就業先が増えたことや2006年の診療報酬改定で実施された看護体制の変更⁷¹の影響で、病院間で看

⁶⁸ プライマリーケアとは、初期の診療のことを指す。プライマリーケアを行う医師は、専門的な診療科を担当する医師と区別して総合医と呼ばれる。患者を全体的に診る医師の育成の必要性からスーパーローテート方式が導入された。

⁶⁹ スーパーローテート方式は、内科、外科、救急部門を基本研修科目とし、産婦人科、小児科、精神科、地域保健・医療が必修とされている。全国の病院が公募を行い希望者が応募してコンピュータによる組み合わせ、マッチングが行われる（橋本信也，2005，p.147）。

⁷⁰ 厚生労働省が2年おきに調査している就業看護師数の調査結果を参考にした。2006年の就労看護師は811,972人（2006年より51,751人増）、就労准看護師は382,149人（2006年より3,811人減）である。<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/eisei/06/kekka1.html>

⁷¹ 看護職員1人が受け持つ病棟患者数によって診療報酬は異なる。2006年に7対1の看護がで新設

看護師の争奪が生じ、慢性的に看護師が不足している医療機関は多い。人口千人当たりの看護師数で比較すると、地域差は大きく、地方では医師と同様に看護師不足は医療サービスの存続に関わる重要な問題になっている。また、仕事の厳しさから離職や新卒看護師の定着の悪さが課題と言われている。

経営の難しさは、人材確保だけに留まらない。近年、医療機関の経営状態は厳しさを増し、厚生労働省の平成20年度病院経営管理指標の報告によると、黒字病院比率は医療法人立病院の76.7%、自治体病院、社会保険関係団体病院及びその他公的病院は50%以下であった。医療法人における黒字病院比率の過去5年間の推移は、すべての病院種別において減少傾向にある。

経営改善の秘策になりえる意思決定として、病院は診療報酬体系を選択できるようになっている。その体系とは、従来の実施された診療行為に応じて計算する出来高払い⁷²とDPC⁷³の2つである。DPCとは、各診断群分類によって定められた1日あたりの包括点数に手術などの有無による出来高評価部分を合算したものである。厚生労働省は、平成15年からDPC制度を導入した。年々参加病院は増加している。19年医療機関調査による全一般病床数は913,234、平成21年度DPC対象病院のDPC算定病床数は434,231であり、全体の約半数に近い。DPC導入の背景は、安定した収益力と考えられている。

ただし、DPC＝経営改善とはいかないようである。平成20年度病院経営管理指標の報告では、平均在院日数、病床利用率及び患者1人当たり入院収益（室料差額を除く）は、確かにDPC対象病院の方がその他病院より良い結果になっていた。しかし、社団法人全日本病院協会平成20年度病院経営調査報告結果では、DPC対象病院の収支率の方が非対象病院よりも悪かった。DPC対象病院の収益力は高いものの、材料費や医師や看護師の人件費等費用によって収益の増加分が相殺されることがある。そのため、DPC導入によって必ず経営が好転するわけではなく、コスト削減と共に進めていかななくてはならない。

DPCを例として、医療機関は保険診療を主体に実施していく場合、診療報酬の流れを読み、自組織の生き残りをどう見つけていくかが重要になる。診療報酬点数には、医師の経験年数や治療実績など医師のスキルは反映されないため、経営管理は質もさることなが

され、経営面から利点がある7対1体制を確保するために、病院間で看護職員の奪い合いが激しくなった。

⁷² 出来高払いとは、細分化された医療行為毎に点数を設定しそれらを合算する算定方法である。

⁷³ DPC (Diagnosis Procedure Combination) とは、定額・包括払いのことである。例えば、投薬・検査・注射をまとめて1月毎に何点とするようにいくつかの治療行為をまとめて点数化した算定する。

ら数に傾きがちである。

売り上げを上げるためには効率的に数をこなすことが求められるわけだが、医療機関は、提供するサービスの社会的役割や非営利サービスとしての使命も果たさなければならない。例えば、非採算部門だからといって閉鎖することはできないし、利益の高い治療を推奨するということはあってはならない。

また、新たなサービスを提供する場合、認可には有資格者の人員配置、施設基準の条件を満たす必要がある。つまり、先に人員を確保しなければならない。しかし、需要が見込めるとは限らない。少数の難病や使用が限定される検査などニッチな市場に対しても、地域医療を支える上で不可欠という理由で行う場合もあるからである。命を支えるサービスとして、経営的側面のみで意思決定はできないのである。

人的資源管理の面でも課題は多い。産科医・小児科医の減少や医師・看護師数の地域格差については前述したが、当直や救急体制のための人員不足など、問題は山積している。また、薬剤師の6年生制導入、看護学部、リハビリテーション学部の新設などコ・メディカルの高学歴化が進む一方で現場の具体的な人材活用や待遇の整備などは十分ではない。

今後問題が大きくなるであろう課題としては、高齢化社会に対応できる医療体制である。医療に関連した生活支援サービス全般の需要が増え、様々な周辺産業との連携が必要になってくると考えられる。また、グローバルな視点では、医療ツーリズムを強化するためにサービス提供者の語学力やその他の環境整備が必要である。医師や看護師不足を海外からの人材調達で解決しようという試みも始まっているが、日本の国家資格を取得しなければ、人材として活躍することはできず、言語の壁は大きいようである。医療サービスには、規制緩和、商品開発、プロモーションなどマーケティングと関わりの深い課題が今後ますます増加すると推測される。

第3章 期待と満足の研究

第1節 期待と満足の位置づけ

サービス・マーケティング研究では、品質向上や差別化戦略に不可欠なものとして顧客満足が注目されてきた。山本⁷⁴は「満足は購買後に顧客がもつ交換客体に対する態度、期待は購買後の態度形成に影響するもの」と定義している。満足は、購買前の期待と実際に得た結果の比較により発生する購買後の態度であり、知覚品質としてのサービス品質とは異なる概念である。研究領域は、購買後の満足測定や再購買意図への影響など満足形成後に焦点をあてたものとその前段階の満足形成過程がある。

期待は、過去の経験から得られた最終的な結果の解釈として理解されている。Oliver⁷⁵は「期待は過去の経験、現在の状況あるいは他の情報に基づいた将来の結果の予測である」と定義した。期待は希望、願いなどを含みニーズと重複することが多く、予測の期待と満足に類似した期待の両側面を持っていると述べている。消費者は、予測と得られた結果の差によって満足・不満足を感じ、次の期待を形成していく。

期待と満足に関する研究の1つにOliver⁷⁶の提唱した期待-不一致モデルがある。このモデルでは、満足は先験条件となる期待と実際に得たものとの一致・不一致の結果であるという解釈をしている。

Churchill et al.⁷⁷は、耐久消費財と非耐久財では期待、結果、結果の不一致が異なることを示した。また、Shostack⁷⁸では、有形性、無形性の比較を行い、サービスに関する知識は動的かつ主観的であり、これまでの経験やプロセス、環境に左右されると説明している。例えば、飛行機では顧客は搭乗手続き、空港設備、機内サービスなどを総合評価する。消費経験は、製品特性と各属性に対する統合された判断であり、消費者の主観的な期待の影響を受けるため、満足は個人差がある。医療サービスにおいて、プロセスと結果の両方が満足に影響するため、どちらも重要であることを前述したが、これは、無形性の性質によるものである。

Oliverは、満足の前件条件である期待と態度、意図の関係について、図表3-1のモデル

⁷⁴ 山本 (1999) p. 96

⁷⁵ Oliver (2010), p. 63

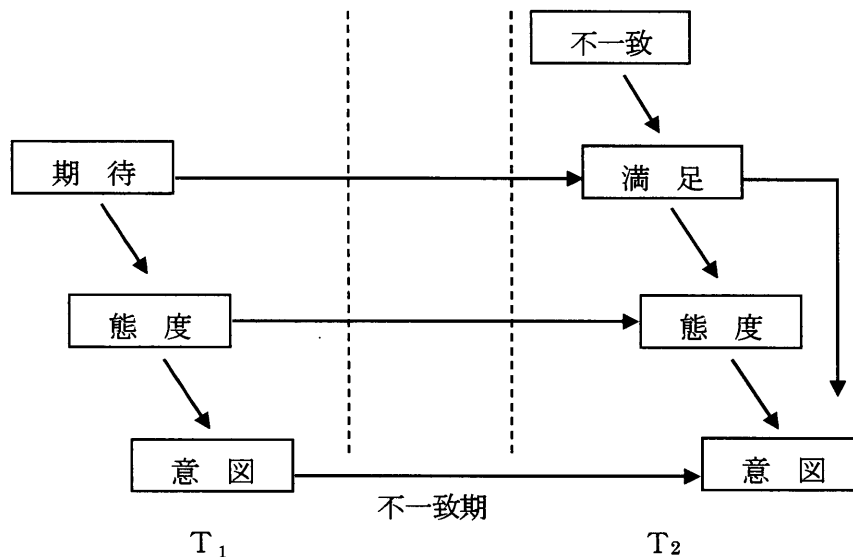
⁷⁶ Oliver (1980), p. 462

⁷⁷ Churchill et al. (1982), p. 503

⁷⁸ Shostack (1977), p. 75-76

を提唱した。左側が購入前の時期 T_1 、右が購入後の時期 T_2 を示している。期待は満足の前件条件であり、態度に影響を与え、満足は期待との不一致によって生じるという考え方である。

図表 3-1 満足の前件条件と結果の認知モデル



(出所) Oliver, (1980), p. 462

期待は、消費者がニーズを満足させるために商品を購入しようとする動機を発生させる。その際、欲求、ニーズ、価値は先験条件となる。消費者は期待と欲求を別々に持ち、それぞれに満足と不満足を同時に感じる。Weaver et al.⁷⁹⁾は、期待が高く結果が悪いときは、負の不一致と失望が生じ、期待が低く結果がよいときは、正の不一致と喜びが生じると述べている。不一致には、期待を上回る状態と下回る状態が存在するのである。結果と不一致の関係は、図表 3-2 の 2 つの曲線で示される。

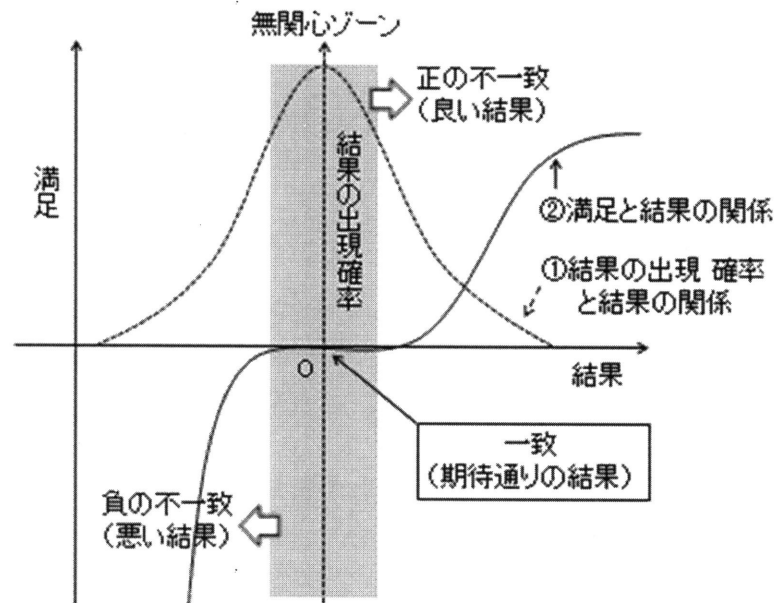
図表 3-2 の中央にあるゼロ点は、期待と結果が一致している状態である。点線で示した曲線①の縦軸は結果の出現確率、横軸は結果である。中央付近の期待通りの可能性が最も高い。一致の周辺にあたるグレーの部分は無関心（無差別）ゾーンと呼ばれ、消費者が受け入れることのできる期待レベルを示している。無関心ゾーン外になると、正の不一致と負の不一致の乖離が急増する。無関心ゾーンが広い場合、期待を上回るのは難しい。

曲線②は縦軸に満足、横軸に結果を示している。負の不一致から一致の状態を通過して期

⁷⁹⁾ Weaver et al. (1974), p. 425-426

待以上の結果を示す。満足がゼロの部分が一貫しており、曲線①と同様に一定の範囲（グレーの部分）があることを示している。この部分では、グラフは平らで満足は一定になる。

図表 3-2 満足と結果の関係



(出所) 筆者作成⁸⁰

無関心ゾーンの右側は、良い結果ほど満足が高いことを表す右上がりのグラフになるが、右端の良い結果の所では上昇率が穏やかになり満足の変化が少なくなる。これは、満足の頭打ちを示しており、満足は高くなると、結果を良くしてもあまり変わらなくなる。つまり、満足管理は、無関心ゾーンの左側（不満足）の部分に入らないようにすることと、満足が右上がりになる無関心の右ゾーンの所で維持できる結果を提供することが重要である。

満足管理には、サービス・リカバリーに対する満足も含まれる。リカバリーに対する満足研究をいくつか紹介する。Fornell et al.⁸¹は、防衛的マーケティングの目的は顧客の退出を最小限にすることであると述べている。その研究として、Fornell et al.⁸²は、顧客の苦情を促進することによって苦情管理が進み、離反顧客を取り戻すチャンスが得られ

⁸⁰ Oliver (2010) p.108, Woodruff et al. (1983) p.300, Anderson et al. (2000) p.116 をもとに筆者作成

⁸¹ Fornell et al. (1987), p.344

⁸² Fornell et al. (1988), p.297

ることが実証した。サービス・リカバリーは、顧客満足の向上、顧客との関係構築、顧客離反の防止に重要である。

高橋⁸³は、サービス・リカバリーの満足は、失敗後のリカバリーに対する期待にどれだけ実際のリカバリー評価が一致したかによって決まると説明している。サービス・リカバリーの場合でも、満足形成は、期待-不一致モデルに基づくと考えられる。

Smith et al.⁸⁴は、サービス・エンカウンターでの失敗とリカバリーを含めた顧客満足モデルを提唱した。サービスの失敗状況（種類と強度）と回復の属性（補償・迅速さ・謝罪・主導権）が顧客の公平性（相互作用的正義・手続き的正義・分配的公正）⁸⁵の認知を媒介して、サービス・エンカウンターに対する満足に影響することを実証した。また、回復プロセスの中で期待との不一致にも配慮が必要であることを指摘した。期待は、サービス品質に対する満足だけでなくリカバリーの満足にも密接に関係しており、満足という概念を考える上で、非常に重要な役割を果たしていることがわかる。

Tax et al.⁸⁶は、3つの公平性（相互作用的正義・手続き的正義・分配的公正）から苦情処理の満足が発生し、苦情処理の満足は、信頼とコミットメントの両方に強く関係していることを実証した。この結果は、結果に対する満足だけでなく、苦情処理に対する満足でも顧客と信頼関係を築くことができることを示している。サービスは、提供者と顧客の協働であると共に、無形という性質が満足管理を難しくしていると言えるだろう。顧客との関係性の中心に提供者への信頼があり、信頼が満足を形作ると考えられる。

第2節 期待の役割

期待は、満足を理解する上で重要な概念であることがわかったが、期待はどんな役割をしているのであろうか。

Cardozo⁸⁷では、顧客の行動、期待、評価の関係を考える基礎として、対比理論を挙げている。対比理論には対で同化理論がある。対比理論とは、伝達者と受け手に相違が知覚

⁸³ 高橋 (2007), p. 22

⁸⁴ Smith et al. (1999), p. 358, 369

⁸⁵ 社会的交換理論では、知覚公平性を3つに分類している。①分配的公正：資源割当と知覚された結果 ②手続き的正義：意思決定と和解 ③相互作用的正義：情報交換と結果の共有 (Smith et al., 1999, p. 357)

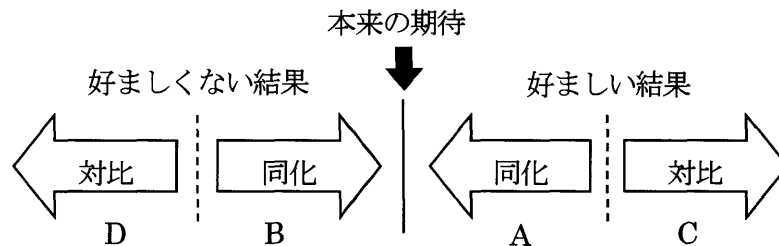
⁸⁶ Tax et al. (1998), p. 71-72

⁸⁷ Cardozo (1965), p. 244

されたときに対比がおこり、逆に類似性が知覚されたとき同化が起こる。

受け手は、同化によって共感する伝達者に対しては、表出した不一致を認識しにくくなる傾向がある。逆に、対比によって相違を知覚した伝達者に対しては、実際の不一致よりも誇張して知覚する。その現象を示したのが、図表 3-3 である。中央が本来の期待であるが、同化と対比によって移動している。

図表 3-3 不一致における同化と対比



(出所) Oliver(1997) p.102 より引用

同化では知覚された結果がAとBのように受け手の期待に近づいていくが、対比では好ましい結果はCのようにより好ましく、好ましくない結果はDのようにそれ以下に見える。AとC、BとDは、同様の結果から全く異なる態度を形成する。

これらの理論を消費の場に応用すると、低い結果は実際よりも低く、良い結果は実際よりも良く感じることになる。これは、期待が変化することを意味する。Anderson⁸⁸やOlshavsky et al.⁸⁹は、結果が期待と近いと認識されたとき同化が起こり、結果が実質的には期待から逸脱するとき、対比が発生すると述べている。

過去に形成された期待によって同化が促進され、対比は結果と期待の不一致を強調する。期待よりも結果が上回れば、満足は高まり、結果が期待を下回れば、不満足と認識される⁹⁰。結果の評価は、期待の影響を大きく受けるのである。

法外に高い期待は、常に負の不一致（不満足）を生み、逆に低い期待は、容易に正の不一致（満足）を生じる。この両端では、結果が期待以上もしくは以下になる可能性は低い。期待が高いほど極限の期待レベルの結果と一致する可能性は低いので、負の不一致の可能性が高くなり、期待が低いほど結果は床に到達する可能性は低いので、正の不一致の可能

⁸⁸ Anderson (1973), p. 38-40

⁸⁹ Olshavsky et al. (1972), p. 21

⁹⁰ Swan et al. (1981), p. 61

性が高くなる。

Oliver⁹¹は、期待と不一致の関係を以下のように言及している。期待のレベルと主観的な不一致に必然的な関係はなく、期待と不一致は互いに影響を受されず独立的に作用するが、満足レベルには共に影響し合う。また、期待が低い状態でその期待よりも低い結果であったとき、消費者は最も失望する。

つまり、ある一定上の満足を得るためには、期待は低すぎず高すぎない適度な範囲でコントロールされる必要がある。特に、低すぎる期待は避けなければならない。なぜなら、期待が低ければ容易に満足が得られる反面、容易にスイッチングをおこすかもしれないし、低い期待の状態で結果がそれを下回ったときの不満足は致命的だからである。

なぜ致命的であるかを理解するには、期待効用理論が有効である。期待と結果の不一致は、不確実性やリスクを考える際に効用の期待値を基準として評価する期待効用理論と関係している。Kahneman et al.⁹²は、不確実性に対する非合理的な人々の行動を説明したプロスペクト理論が提唱した。プロスペクト理論は、評価の基準となる参照点を境界に0以上が利得、以下が損失を示し、損失回避性と感応度逓減の性質を持つ非対称なグラフで描かれる。

プロスペクト理論は「人は利得よりも損失を重く感じる」ということを明らかにした。この理論を用いて、Anderson et al.⁹³は、満足が正の不一致よりも負の不一致の影響を受けることを説明した。同様に、Mittal et al.⁹⁴も、ネガティブな結果はポジティブな結果よりも満足と再購買意図に強く影響することを実証した。人は、不満足の方が強く感じられるのである。

Anderson et al.⁹⁵は、満足がもたらす利益の価値連鎖、すなわち満足と顧客維持の関係も、非線形で非対称になることを実証した。何かに不満足を抱いた顧客は非常に強い不満足を抱いた顧客と同じくらい離反の危険があることを指摘した。

先行研究より、期待と満足を管理することによって、顧客のコミットメントや信頼、再購買意図に影響を与えられることが明らかになった。特に、不満足の場合は、満足の小さな変化でも経営に大きなダメージを与える結果をもたらすことがわかっている。

期待が影響するのは満足だけではない。人の行動変容にも重要な役割を担っている。

⁹¹ Oliver (1997), p. 111

⁹² Kahneman et al. (1979), p. 279

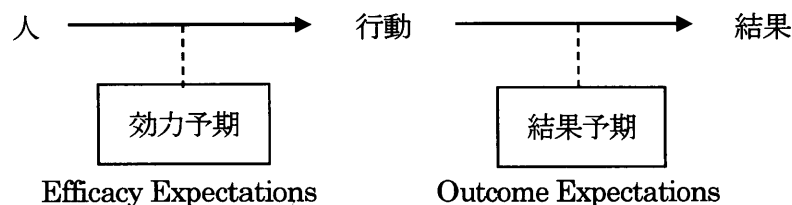
⁹³ Anderson et al. (1993), p. 129

⁹⁴ Mittal et al. (1998), p. 34

⁹⁵ Anderson et al. (2000), 114-116

Bandura⁹⁶は、行動変容の先験条件として、効力予期と結果予期があることを示した(図表 3-4)。

図表 3-4 効力予期と結果予期の関係



(出所) Bandura (1977), p. 193

Bandura は、結果を生み出すために必要とされる行動を実行することに対する信念を「効力予期」、ある行動のもたらす結果への期待を「結果予期」と定義した。ある結果を生み出す行動を考えることと、その行動をできるかどうかは異なるため、効力予期と結果予期は区別されている。前者の効力予期を認知したとき、自己効力感があると言われる。言い換えると、ある行動を起こす前にその個人が感じる「遂行可能感」である⁹⁷。

人間の動機のレベル、感情の状態、行為は、その人が何を信じるかに基づいており、自己効力はその人が自分に対して抱く信念であると言える。Bandura によれば、この自己効力感は自然発生的に生じてくるのではなく、4つの情報源を通じて、個人が作り出していくものであるという。

- ① 自分で実際に行い、成功体験を持つこと (遂行行動の達成)
- ② うまくやっている他人の行動を観察すること (代理的体験)
- ③ 自己強化や他者からの説得的な暗示を受けること (言語的説得)
- ④ 生理的な反応の変化を体験してみること (情動的喚起)

医療サービスの現場で例を挙げると、①では患者自らが食事制限をして体重を落とすことに成功する、②では他人の治癒例を観察して参考にする、③では医師や薬剤師などから服薬の重要性の説明を受ける、④では治療による身体変化を実際に体験するなどである。このように様々な医療サービスに関係する状況において、4つの情報源から自己効力感は生成されていると考えられる。

⁹⁶ Bandura, (1977), p. 198

⁹⁷ 坂野 (1995), p52

また、自己効力感は、大きさ、強さ、一般性の3つの次元で理解できると考えられている。大きさは水準とも呼ばれ、難易度順に並べたときにどの程度までできるかという見通しのことである。強さは、どのくらい確実に遂行できるかという確信の強さ（主観的確率）のことを指す。一般性は、その自己効力感が場面や状況、行動を越えてどの程度まで一般化するかという次元である⁹⁸。自己効力感の大きさ、強さが、困難な状況に立ち向かおうとするかどうかを決定する。

医療や教育など自分自身の変化がサービスの結果として重要なサービスにおいては、提供されるサービスに対する期待以外に自分自身の変化に対する期待にあたる自己効力感を併せ持ち、その大きさ、強さがサービスに影響すると推測される。

第3節 期待の分類

期待は2つに大別することができる⁹⁹。1つは、未来の予測としての期待で満足研究に依拠している¹⁰⁰。もう1つは、願望としての期待であり、サービス品質研究において扱われる¹⁰¹。多くの研究者が消費者経験による期待を階層的に分類しようと調査してきたが、Miller¹⁰²は、欲求のレベルとは異なる4つの期待のタイプを下記のように提言した。

理想・願望のレベル (can be)、予測・予想のレベル (will be)、受けて当然の耐えられるレベル (should be)、最低限我慢できる許容レベル (must be) である (図表 3-5)。一般に、will be レベルは、can be レベルと should be レベルの間にあり、消費者の多くは must be レベルに許容範囲の期待レベルをもつことはない。あるとすれば、公共サービス等独占の状況下であろう。

⁹⁸ 坂野 (1995), p53

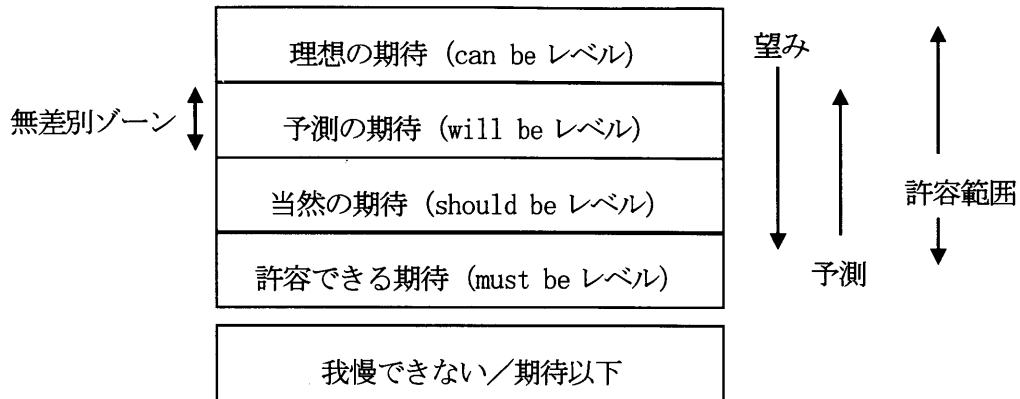
⁹⁹ Boulding et al. (1993), p. 8

¹⁰⁰ Prakash (1984), p. 71

¹⁰¹ Parasuraman et al. (1991), p. 41

¹⁰² Miller (1977), p. 72

図表 3-5 望ましきレベルによる期待の分類



(出所) Oliver (1990) p. 72 より引用

Parasuraman et al.¹⁰³では、期待の must be レベル以上を許容範囲として捉えられている。Anderson¹⁰⁴は、消費者はこの許容範囲内の結果を受容すると主張した。その際、消費者は事前情報に依存する傾向があるため、提供される製品に対する情報の提供が重要という。例えば、医療サービスの場合、たとえ待ち時間が約 30 分と知らされても、急患や自分より前の患者に予期せぬ事態が起これば遅れ、自分より前の予約患者が時間通りに来なければ順番が早まって早く呼ばれることもある。そのことを患者が事前情報として知っていれば、待ち時間の許容範囲は情報がない場合に比べ、広がるかもしれない。Woodruff et al.¹⁰⁵は、この範囲を無関心（無差別）ゾーン (zone of indifference) と呼び、過去の経験によって許容範囲が定義されると説明した。

Woodruff らが提言した無関心ゾーンは、Parasuraman らの主張する許容範囲の中に内包されると考えられているが、許容と無関心（無差別）の意味は元来異なるものであることから、これら 2 つは区別されている。消費者は、願望として優れた製品やサービスの最高レベルにも期待を持ち、許容できるかどうかという点で最低レベルにも期待を持っている。

Boulding et al.¹⁰⁶では、will be レベルの期待と should be レベルの期待の影響を調べ、should be の期待レベルの方が will be の期待よりも満足が低いという結果を得た。この結果は、高い期待は満足を阻害することを意味している。満足を高めるためには、期

¹⁰³ Parasuraman et al. (1991), p. 42

¹⁰⁴ Anderson (1973), p. 42-43

¹⁰⁵ Woodruff et al. (1983), p. 300

¹⁰⁶ Boulding et al. (1993), p. 16

待が高くなりすぎないようにコントロールする必要があることを示唆している。

Oliver et al.¹⁰⁷は、能動的な期待と受動的な期待を提唱した。能動的な期待とは、消費者の予測の範疇であれば、たとえ可能性を知らなくても結果を受容できる期待のことである。受動的な期待とは製品の成果は確立しているが、消費者が認知していない内容の期待のことである。

能動的な期待はさらに分類され、結果の理解度によって知り得る結果と知り得ない結果にわけられる。知り得る結果とは、過去の購買経験から得た価格・品質などの見込みである。これが、一般的に消費者が抱く予測の期待である。もう1つの知り得ない結果とは、製品の未知の部分や結果のバラつき等のことである。消費者は製品についての情報をすべて把握しているわけではないため、例えば、誤作動や期待と異なる状況に遭遇するかもしれないが、能動的な期待の知りうる結果と知りえない結果の場合には、消費者は受け入れることができる。

しかし、受動的な期待は受け入れることができない。例えば、冷蔵庫の保冷効果を食品が腐敗して初めて気づくなどである。冷蔵庫が故障していない状態で、冷蔵庫に保管していた食品が腐敗した場合、人はがっかりするだろう。これは、冷蔵庫に対する消費者が認識していない期待があり、事態が起こって認識し受け入れざるを得ない受動的な期待である。この場合、たとえ想定できたとしても、消費者が現実になるまで認識しない。

医療サービスには、提供者にとって知りうる結果に対する能動的な期待であっても、患者にとっては知りえない結果による能動的な期待や受け入れられない受動的な期待であることが考えられる。つまり、同じ結果に対する期待の種類が提供者と患者の間で異なるのである。なぜなら、提供者と患者の間に情報と経験の乖離があるからである。この提供者と患者の乖離が医療サービスの満足管理を難しくしているのではないかと推測される。この点からも、患者の期待を理解することが重要と考えられる。

第4節 サービス品質、満足と収益性の関係

これまで、期待と満足がどのように生まれ、消費者は評価を行う際にどのように活用しているのかについて先行研究を概観してきたが、期待と満足は収益性にどのような影響を

¹⁰⁷ Oliver et al. (1987), p. 488

あたえるのであろうか。サービス品質との関係もあわせて整理したい。

まず、サービス品質について考えてみよう。サービス品質には、どのような収益性への影響があるだろうか。Zeithaml et al.¹⁰⁸は、顧客の行動意図はサービス品質の影響を強く受けると述べている。サービス品質が高いほどロイヤルティは高まり、スイッチングを減らすことができるという。Zeithaml¹⁰⁹は、サービス品質は顧客維持に有効であり、低コストでの高価格帯の購入意図を高め、ポジティブな口コミを促進し、利益を高めるとも述べている。また、Rust et al.¹¹⁰は、サービス品質の改善による収益性への効果が示された。サービス品質は、収益性にとって重要な要素と言える。

Oliver et al.¹¹¹は、期待との不一致は、製品に対する顧客の評価に重要な影響を与えると述べている。これまでは主に期待と満足の関係を見てきたが、期待は満足だけでなく、サービス品質とも密接に関係していることがわかった。

では、サービス品質と期待の関係はどのようになっているだろうか。Gardial et al.¹¹²は、消費者は製品を評価する際、複合的な比較基準を使って評価すると述べている。Zeithaml¹¹³は、消費者の知覚品質は情報の追加や競合の増加の結果として経時的に変化するが、その際に期待も変化すると説明している。一方、Cadotte et al.¹¹⁴は、状況により結果の基準は変わりやすく、消費者は期待を基準としてのみ使用しているわけではないと指摘した。期待は製品、人、状況、内的・外的基準によって形成され、結果を判断する基準として使われるが、確立された基準ではなく、期待は変化するのである。期待を基準として使うため、知覚品質には影響を与えるが、期待のみでサービス品質が決定するわけではないと考えられる。

次に、満足と収益性について考えてみたい。顧客満足はどのように収益性と関係しているだろうか。顧客満足と収益性の関係を実証している Anderson et al.¹¹⁵の研究では、125社の顧客満足とROIの関係を比較し、顧客満足1%の低下は平均的に満足向上による利益の約2倍の損失を生むという結果を示した。また、Anderson et al.¹¹⁶は、満足は再購

¹⁰⁸ Zeithaml et al. (1996), p. 42

¹⁰⁹ Zeithaml (2000), p. 82-83

¹¹⁰ Rust et al. (1995), p. 67

¹¹¹ Oliver et al. (1985), p. 235

¹¹² Gardial et al. (1993), p. 69

¹¹³ Zeithaml (1988), p. 18

¹¹⁴ Cadotte et al. (1987), p. 313

¹¹⁵ Anderson et al. (2000), 117-118

¹¹⁶ Anderson et al. (1993), p. 141

買意図に正の影響を与えることを実証した。再購買は収益性につながることから、顧客満足もサービス品質と同様に収益性に重要な要素と言える。

先行研究からサービス品質、満足は共に収益性に影響を与える重要な要素であることがわかった。満足はサービス品質の影響を受けるが、満足とサービス品質は異なる概念であると考えられる。なぜなら、消費者は、最高レベルのサービス品質を購入しなくても、利便性や価格、有効性などから満足を得ることができるからである。サービス品質を確保できなければ満足は得られないが、満足は期待をコントロールすることによって高めることが可能である。

Anderson et al.¹¹⁷は、期待は順応性があるため、実際の品質と期待の差を小さくすることが重要であると述べている。本研究では、期待の理解を深めることによって満足管理の方策を考察したい。

第5節 患者満足 of 戦略的意義

患者満足は、医療サービスにおいて戦略上どのような位置づけされているだろうか。Fornell¹¹⁸は、顧客に対する戦略を市場拡大と市場シェア獲得の攻撃的戦略、スイッチングバリア構築と顧客満足向上の防御的戦略に分類した。このマーケティング戦略分類に医療サービスを当てはめると、図表3-6のように示すことができると考える。

医療サービスでは、防御的戦略の例として、治療ガイドラインの変更や診療報酬の改定など業界全体の戦略と、診療科目の新設や検査の追加など医療機関ごとの戦略が考えられる。しかし、実際には、価格競争に制限があり、法制約があるため、攻撃的戦略は限定的となる。そのため、戦略は、防御的戦略に重きを置かれることになる。

防御的戦略には、スイッチングバリア構築として提供者と患者間の信頼構築があるが、その信頼は患者満足を高める効果もある。患者満足向上には、提供者と患者の良好な関係性を挙げたが、関係性も同様にスイッチングバリア構築に繋がると考えられる。

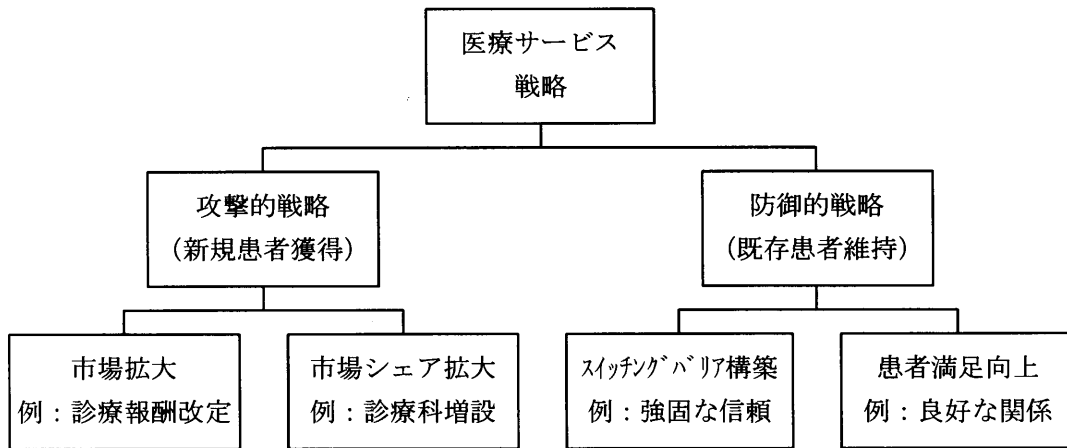
患者が医療サービスのスイッチングを行う場合、次の医師に病歴や治療経過、現状の説明をしなければならない。金銭的成本をはじめ様々なコストが発生するだろうが、患者にとって新たな医師と関係構築することは大きな心理的コストになるだろう。医療サービ

¹¹⁷ Anderson et al. (1994), p. 57

¹¹⁸ Fornell (1992), p8

スにおいては、提供者と患者の関係性が強いスイッチングバリア構築と顧客満足向上につながると思われる。提供者の中でも、特に、医師との関係性が鍵を握ると考えられる。

図表 3-6 医療サービスの戦略分類



(出所) Fornell, C (1992)より修正して引用

これまでマーケティング研究を中心にサービス品質、満足研究について概観してきた。ヘルスケア領域では、どのような研究がされているだろうか。

患者満足は医療の質の指標として広く認知されており¹¹⁹、1970～80年頃から患者満足に関する研究は急激に増加している¹²⁰。患者満足の測定は、医療の質のモニタリングとマーケティングの2つの目的がある¹²¹。

ドナペディアン¹²²は、患者満足は医療の目的や成果であるばかりでなく、患者が判断した良さや質と考えることもできると述べている。患者の質の評価は、医療の場、アメニティ、技術的な診療、対人関係的な側面、医療の生理的、身体的、社会的な結果など様々なことに関連し、その詳細な判断の主観的なバランスが、全体的な満足になるという。

Bendall-Lyon et al.¹²³は、医療サービスの構造属性と過程属性の満足が共に全体の満足に影響することを示した。医療サービスにおいては、設備などの構造特性と医師との関

¹¹⁹ Ross et al. (1995), p393

¹²⁰ Cleary et al. (1988), p. 25

¹²¹ Cleary et al. (1988), p. 30

¹²² ドナペディアン (2007), p. 26

¹²³ Bendall-Lyon et al. (2004), p. 118

係性のような過程品質が共に重要であることを意味している。ただし、構造属性と過程属性の満足への影響度は人によって異なると考えられる。

Ross et al.¹²⁴は、患者満足を測定することによってセグメンテーションが可能であると主張し、患者満足から患者の選好を4つ導き出した。人間関係、技術の質、アクセス、コミュニケーション、サービスの受けやすさ、コストの6次元と全体満足を測定し、対人関係を求めるグループ、利便性と質の両方を求めるグループ、アクセスのみを求めるグループ、質のみを求めるグループに分類した。患者の選好を把握することができれば、患者満足の向上に幅広く活用することができるだろう。

Rahmqvist et al.¹²⁵は、患者の属性で患者満足の比較を行い、高齢患者は満足が高い傾向にあること、高学歴の方がサービスに対する満足が低いこと、全体満足における性差はないことを報告した。筆者は、その理由として、高齢者は質を評価する以前に医師に診てもらったこと自体に感謝をする傾向にあるため、満足の閾値が若年層よりも低いと解釈した。また、学歴については、情報リテラシーの差と推測している。学歴の高い人の方が病気や医療に関する情報を持っているため、評価が厳しくなると考えられる。性差については、女性の方が質の分類の中で情緒面に重きを置く傾向があるが、全体満足は有意差がないようである。

手術患者を国際比較した Larsson et al.¹²⁶では、文化的な違いが知覚品質に反映されるという結果を報告している。この結果は、医療サービスの評価に文化的背景が影響することを示唆している。例えば、Ueltschy et al.¹²⁷は、日本人の特性として調和を重んじ感情表出が少ないことが挙げている。また、Vinagre et al.¹²⁸では、患者の感情と患者満足の関係が調査され、知覚品質と期待、感情がすべて満足に影響していることを示した。医療サービスの評価は、主観的な側面が強く影響すると考えられる。

患者満足には、提供者と患者の対一の関係性以外に、提供組織と患者の関係性という捉え方がある。Deeter-Schmelz et al.¹²⁹は、患者と医療チームの関係を調査し、集団の規範レベルが従事者の情報収集プロセスと患者満足に影響を与えることを明らかにした。提供者の勤務期間やチームの規模が影響するのではなく、チーム内で患者に対する情報の

¹²⁴ Ross et al. (1993), p. 1144

¹²⁵ Rahmqvist et al. (2010), p. 86

¹²⁶ Larsson et al. (2005), p. 70

¹²⁷ Ueltschy et al. (2007), p. 418

¹²⁸ Vinagre et al. (2008), p. 98-99

¹²⁹ Deeter-Schmelz et al. (2003), p. 420

交換がうまく行われるかどうかは患者満足に影響するという。このチーム内での情報共有は、チーム医療を意味する。チーム医療とは、各医療職が専門性を最大限に発揮し、連携・協働して提供する医療のことである。チーム医療は、医師の指示を待つのではなく、各医療職が対等に専門性を発揮するため、専門職全体の職務満足を高めることができる。つまり、チーム医療は、サービス提供者の満足と患者満足をもたらすのである。

これは、Heskett et al. が提唱したサービス・プロフィット・チェーンの具体的事例と考えられる。サービス・プロフィット・チェーンとは、慎重に選抜された、有能で関与の高い従業員と顧客が関わり合いながら競合他社よりもはるかに優れた顧客価値をうみだすような職場環境を開発することである¹³⁰。医療サービスで生じるサービス・プロフィット・チェーンは、一対一の患者と提供者の関係性とチーム医療がもたらす組織と患者の関係性という2つの効果によるものと考えられる。

島津¹³¹は、医療の質や患者満足は、一般的なサービスにおける品質や顧客満足とはやや異なった性質があり、患者満足は患者の要望すべてに応えるという視点ではなく、提供者と患者の相互の関わりによって患者の意向が医療サービスに組み込まれていくという使い方が望ましいと提言している。治療は患者が苦痛と感じる内容も含まれるため、患者満足を常に優先できるわけでない。そのため、提供者は患者とどのような関係を築き、どのような相互作用が生じさせるのかが満足形成に重要な意味を持つと考えられる。

Laing¹³²は、患者のサービス・エンカウンターに対する評価の中心は、提供者と患者の相互作用であると述べている。So¹³³は、医療サービスの提供者と患者が協力し合うことが重要であり、それによって患者の自発的な健康行動が促進されると述べている。相互作用は、患者の行動を変える駆動因になるようである。また、Crosby et al.¹³⁴は、関係性の質が顧客の提供者との相互作用の予測に重要な影響を与えることを示した。つまり、関係性の質が患者の行動を変えると解釈できる。

また、長谷川ら¹³⁵は、患者満足の意義について、医療サービスを医療者からの一方的な評価ではなく、患者の主観的な評価という視点を入れることによって、多面的に評価を行うことにあるとしている。患者満足が高まると、患者自身の判断による転院や治療中断の

¹³⁰ Heskett et al. (2008), p. 4

¹³¹ 島津 (2005), p. 51

¹³² Laing (2002), p. 170

¹³³ So (2002), p. 1666

¹³⁴ Crosby et al. (1990), p. 75

¹³⁵ 長谷川他 (1992a), p. 58

率が下がり、コンプライアンスが高まる等の診療後の受療行動のような客観的事実と一定の関連を持つことが指摘されている¹³⁶。患者満足は、サービス品質の評価に深く関わっているだけでなく、患者の行動にも影響を与え、治療の結果にも直接的に影響する。

¹³⁶ 長谷川他 (1992b), p. 151-152

第4章 医療サービスにおける関係性管理

第1節 医師と患者の相互作用

山本¹³⁷によれば、評価の手がかりには内在手がかりと外在手がかりがあり、品質に直接結びつく品質を内在手がかりと呼んでいる。医療サービスでは、病院の清潔さやサービス提供者の技術などがこれにあたるが、提供者と患者の関係も品質に影響を与える内在手がかりの1つになると考えられる。

Schutz¹³⁸は、共通のコミュニケーション環境は両者の理解によって成り立ち、互いに相手を動機づけるとしている。相互理解と合意の関係、それとともに共通のコミュニケーション環境が成立し、双方向のコミュニケーション作用によって社会性が構成される。診療という共通のコミュニケーション環境において、医療サービスの提供者と患者は互いを理解し、動機づけ合いながら、関係を構築していると考えられる。

医療サービスは、医師や看護師をはじめ他の医療専門職や医療事務など多数の人間が患者と協働しているが、医療サービスの中核であり患者満足に最も影響すると推測されるのは、診療における医師と患者間の関係性である。

Hausman¹³⁹は、医師と患者の相互作用が患者満足をもたらし、再診と推奨に影響を与えることを示した。医師との相互関係は他職種とは異なり、特質すべき違いは(1)1対1の相互関係(2)同一医師との頻繁な関わり(3)親密な交換(4)提供者による可変性(5)健康回復への患者協力の獲得であると述べている。医師と患者の関係性の質は、患者の態度に大きな影響力を持ち、患者満足、患者のサービスへの参加に寄与すると推測される。本研究では、医療サービスにおいて戦略上重要な役割を果たすと考えられる医師と患者の相互作用(医師患者関係)について焦点をあてる。

医師患者関係については、古くから研究が盛んである。医療社会学では、Parsons¹⁴⁰が医師役割概念を提唱した。Parsonsは、医師の限定的な役割関係と感情中立的態度について以下のように整理した。医師と患者との関係は、患者の健康にかかわる限定的な関係で

¹³⁷ 山本(1999), p. 198

¹³⁸ Schutz(1970), p. 165

¹³⁹ Hausman(2004), p. 403

¹⁴⁰ タルコット・パーソンズは、社会システム論(Parsons, 2007, p. 17-25)の研究者である。医療社会学の研究では、多数の医師に対する面接調査を続けるなど、医療現場の人間関係の分析を参与観察によって長期間調査を続けたことで知られる。

なければならず、医師は患者に対して個人的な好き嫌いの感情を表出してはならない¹⁴¹。感情中立的態度によって、医師患者関係が限定的な役割関係であることを示し、医師は患者に依存させないよう防衛することができる。しかし、感情を転移させている患者には、信頼を失わないように患者の感情転移を許容する場合がある。医師が患者の治りたいという動機づけを強めるために患者に感情的反応を示すのは、感情中立的態度を原則としながら感情性の価値を部分的に併存させる適応構造によるものである。

森岡¹⁴²は、医療をコミュニケーション行為としてとらえる視点が、医師患者関係を解きほぐす鍵となるとしている。治療を目的とした目的指向性をもって形成され、かつ、治療終了後には解消されることがあらかじめ前提にされているという点で、きわめて人工的な他者関係であり、コミュニケーションとしての治療が行われ、その結果、患者の自己治療能力が高まり、患者は快方へと向かうという。

医師と患者の相互作用を促進するために、医師は患者とどのように関係構築をしていけばよいだろうか。また、患者の感情をどのように取り扱えばよいだろうか。この問題は、共感 (Empathy) と共鳴 (Sympathy) という概念を整理するとわかりやすい。共感と共鳴は共に対人関係の構成要素として重要な概念である。

共感の研究ではしばしば誤って同様の用語とみなし、共鳴は共感に関係する反応と捉えられていたが、2つの概念は異なるものである¹⁴³。共感は、共鳴に関わる感情的心的プロセスと異なり、認知的情報が優位である特性を持つ¹⁴⁴。

Hojat¹⁴⁵は、認知と感情の軸を用い、共感と共鳴を図表 4-1 のように表した。共感は、感情よりも認知の方が強く、逆に共鳴は認知よりも感情が強くなっている。Hojat は、共感と共鳴は完全に分離することはできず、認知と感情が中程度の場所に重なる部分が存在し、その部分は同情 (Compassion) にあたると説明している。

共感と共鳴の違いは、医師患者関係において重要な意味をもつ。Decety et al.¹⁴⁶は、共感の最も重要な側面は、自己と他者の間を明確に分離した状態で自分のことのように他人を認識することであると説明している。医師が患者に対し共感することによって、患者は医師に対し信頼を高め、治療に対し動機づけられる。一方、共鳴は、患者の利己主義的

¹⁴¹ 高城 (2002), p. 85

¹⁴² 森岡 (1988), p. 181

¹⁴³ Black (2004), p. 579-580

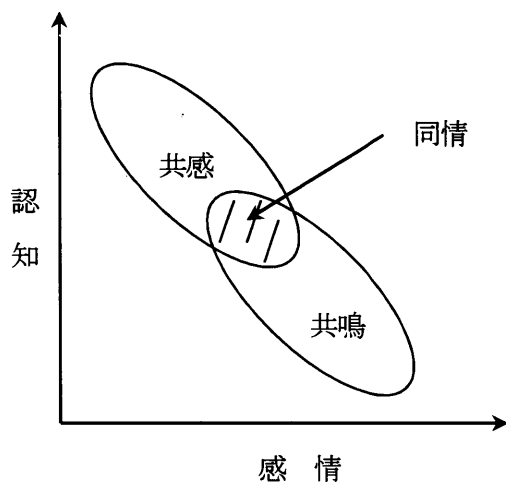
¹⁴⁴ Brock et al., (1993), p. 245

¹⁴⁵ Hojat et al. (2010), p. 11

¹⁴⁶ Decety et al. (2004), p. 73-74

な側面を助長し、治療効果を減じると考えられている。

図表 4-1 認知と感情に関する共感と同情の関係



(出所) Hojat (2010) p. 11 より引用

Hojat は、医師は専門的な判断を妨げずに患者の理解を改善する範囲でのみ患者の気持ちを感じ取るべきであると述べている。Hojat は、患者の経験の種類と性質を理解することは共感であり、患者の不安の大きさや量を感じ取ることは共鳴にあたるが、認知より感情が強く働く共鳴は、医師にとって治療の妨げになることがあると主張している。医師が感情的中立性を原則とし患者に共感することは診療上重要であるが、共鳴は治療に支障のない範囲に限定するべきであるということの意味していると考えられる。感情的な部分を医師に共鳴されることを望む患者もいるだろうが、医師は表層態度でそのニーズを受け止めつつ、内面では共感の姿勢を貫くことができないなければならない。

次に、関係構築において不可欠な信頼という概念について理解を深めたい。サービス提供者に対する信頼が、顧客満足を向上させることは多くの先行研究によって明らかにされているが、特に医療の品質評価においては、信頼が最も重要である¹⁴⁷とされている。山本ら¹⁴⁸も効用(結果)の不確実性と情報の非対称性という特徴を有する医療において、信頼は特に重要であると述べている。

医療サービスにおける「信頼」とはどのように理解すればよいだろうか。山岸¹⁴⁹によれ

¹⁴⁷ Walbridge et al. (1993), p. 14

¹⁴⁸ 山本他 (2008), p. 37

¹⁴⁹ 山岸 (1998), p. 35-38

ば、信頼は、「能力に対する期待としての信頼」と「意図に対する期待としての信頼」に分類されるという。「能力に対する期待としての信頼」は、相手が役割を遂行する能力を持っていると期待することを指す。例えば、医療サービスでは、医師が専門技術や知識によって治療を行う能力を持っていると期待することを前者の信頼にあたる。

もう一方の「意図に対する期待としての信頼」は、質的に異なる2つに分類される。1つは、相手が良心を持つ人間と判断できた場合、すなわち相手の行動傾向についての知識に基づいた場合である。相手の人間性の評価によるものであり、相手が託された責任を果たし、時には自分の利益より他者の利益を尊重する責務を果たすと期待することである。患者らが、医師は人格者であることを期待するのはこの種の信頼にあたると思われる。

もう1つは、相手にとって搾取的に行動することが相手自身の利益を損なうことが分かっている場合である。その場合、少なくとも意図的には約束を破らないと確信できる。相手の人格の高潔さや相手が自分自身にもっている感情ではなく、相手の自己利益に基づいている。医師が医師免許に剥奪されるような行為はしないという信頼は、2つめの信頼に当たる。しかし、医師と患者の信頼関係はこの信頼だけでは成立しないだろう。

意図に対する期待には、相手の人間性や行動特性の評価にもとづく期待としての信頼と相手にとっての損得勘定に基づく期待としての信頼の2つがあることがわかった。この2つの側面を区別するために、山岸¹⁵⁰は安心の概念を用いることを提案している。安心とは、相手が自分を搾取する意図を持っていないという期待の中で相手の自己利益の評価に根差した部分である。医療サービスにおいて議論される信頼とは、相手が自分を搾取しようとする意図を持っていないという期待の中で、すなわち、安心のある状態で、相手の人格や相手が自分に対して持つ感情についての評価と考えられる。

Hall et al.¹⁵¹は、患者の医師への信頼が患者の精神力や回復力に影響を与え、モチベーションを高めると述べている。また、対人的な信頼は、信頼される側のモチベーションが慈悲深さと思いやりと認識されたとき、客観的評価による期待を超えて感情的な質になり、この感情的な信頼が特に医療において顕著にみられるという。医療サービスにおいては、患者の感情的側面をどのように管理するかが非常に重要であると考えられる。

提供者と患者の関係性は、サービスを提供する物理的環境や場面設定の影響も受ける。Bitner¹⁵²によれば、サービスが提供される風景は、従業員と顧客のそれぞれの活動の遂行

¹⁵⁰ 山岸 (1998), p38-39

¹⁵¹ Hall et al. (2001), p615-619

¹⁵² Bitner (1992), p. 57-58

能力と両者間の社会的相互作用に影響を与え、特に、行動に影響を与えイメージを膨らませる物理的環境の力は、専門職のサービス業で顕著であるという。医療サービスの相互作用は、サービス空間のデザインも重要な役割を果たしている。

環境や場面設定による刺激の効果については、Goffman¹⁵³の主張が理解を助けると思われる。Goffman は、人の外面から得られる刺激は、伝達する情報の機能に応じて「見せかけ・外見 appearance」と「態度 manner」に分類できるとしている。「見せかけ」とは社会的地位を伝える刺激になり、「態度」は将来に予期される役割を予告する。医師の場合は、例えば、治療行為や白衣などから医師の「見せかけ」の情報を患者に伝える。医師の表情、振る舞いなどは「態度」にあたる。患者は医師の「見せかけ」と「態度」から医師に対する信頼を形成すると考えられる。Goffman は、人は「見せかけ」と「態度」の間に整合性を期待すると述べている。患者は医師に対して見せかけと態度に矛盾がないことを期待し、関係を築くと考えられる。

このように、医師と患者は市場の取引関係とは異なり、共通の環境におかれた同じ主体として存在しているようである。二者間には相互作用が生じ、患者は信頼という形で医師に期待を抱き、動機づけられると同時に、医師も自分の介入によって患者の行動に変化が見られるなど患者の反応をキャッチし動機づけられると考えられる。

第2節 医師患者関係の分類

医師と患者は、医療というシーンの中で互いに社会的役割を担う。Parsons は、患者の「病人役割」として、①病気に対する責任の免除 ②通常の役割遂行からの一時的免除 ③望ましくないものとして病気を受け入れ回復する努力する責務 ④専門家の援助を求め、それに協力する責務の4つを挙げ、①②の2つの権利、③④の2つの義務と位置づけた¹⁵⁴。

しかし、この概念は症状が長期にわたる慢性疾患には適応できない点、医師が指導し患者が従うという上下関係を前提としている点、文化差、民族差に基づく病気の兆候に対する反応を考慮していない点であらゆる病者の現象をカバーできていないという指摘があり、新たなフレームを必要とした。

医療サービスの研究では、医師患者関係に対する関心は医療活動と同じぐらい古く、治

¹⁵³ Goffman(1959), p. 24

¹⁵⁴ 進藤他(1999), p. 30

癒と効果的な医療に不可欠であることが明らかにされてきた¹⁵⁵。医師患者関係モデルは、Parsons の病人役割の限界に対する解の1つとなった。

Szasz と Hollander の医師患者関係モデルは、パターンナリストティックな医療から対等な医師と患者という発想の転換がもたらした。

Szasz と Hollander の「患者の主体性」に着目したモデル¹⁵⁶

(a) 能動性—受動性モデル Model of Activity-Passivity

患者は受動的で主体性を欠いており、医師が絶対的立場に立つ。患者は与えられるまま提供される医療を受け取るというものである。この関係は親と幼児の関係に似ており、例えば、心筋梗塞や交通事故、麻酔中や意識のない状態などがこのモデルである。

(b) 指導—協力モデル Model of Guidance-Cooperation

医師は患者に指示および勧告を行い、患者は指示に従うことを期待される。患者は適切な判断はできないが、医師の説明を理解することができ、積極的に努力することも可能である。この関係は、親と青年期の子供の関係に似ており、かぜや感染症などの場合がこのモデルである。

(c) 相互参加モデル Model of Mutual Participation

この関係では、患者は自立し、自己管理することを求められ、医師は患者の自立を助け、その専門的能力による援助を行うことが期待される。医師も患者も対等に責任をもって医療に参加するもので、医師と患者は相互に独立している。患者の応答によって最良の医療がその都度決定される。その関係は成人間の関係として捉えられる。糖尿病や高血圧など慢性疾患は、このモデルに含まれる。

このモデルは、同じ患者であっても病状によって役割が変化することを明らかにした。Szasz と Hollander の後、Veatch は医療倫理の観点からの分類が提案した。このモデルは、患者との関係形成の中心を医療における意思決定に置いている。

(2) Veatch¹⁵⁷の「医師の専門性」に着目したモデル

(a) 技術者モデル

¹⁵⁵ Larson et al. (2005), p. 1100

¹⁵⁶ 今井他 (1992), p. 166-169

¹⁵⁷ 今井他 (1992), p. 169

医師はさまざまな検査を通じて患者の膨大なデータを収集し、診断を行う。医師は科学者として振る舞い、道徳的な判断を放棄する。人間関係の欠落した医療空間が広がる。

(b) 聖職者モデル

医療技術の専門家としてではなく、その権限を価値判断の領域にまで一般化し、聖職者のように振る舞う。医師による善意の押しつけが行われ、患者は道徳判断を医師にゆだねる形になる。

(c) 仲間モデル

医師と患者は共通の目的を持った仲間として規定される。医師への信頼は権威に対してではなく、相互信頼の表れとして生まれ、患者の主体性が重視される。

(d) 契約モデル

医師と患者は信頼に基づく契約の関係にあると規定される。患者からの診療の申し出に医師が承諾することで契約は成立する。

医療におけるプロバイダー・オリエンテッドからコンシューマー・オリエンテッドへの転換は、近年の日本でも促進している¹⁵⁸。例えば、インフォームド・コンセントやインフォームド・チョイスの提案、患者の自己決定権や自律性の尊重、意思決定過程における患者の参加とカルテ開示をはじめとする患者への情報開示などがその例である。医療をサービスと認識する社会の流れと共に、今後もより消費者視点でのマネジメントが重要になってくるだろう。それは、消費者である患者が医学研究で用いられてきた年齢や性別、疾患、病態などの属性変数によって分類されるのではなく、消費者の価値観やライフスタイル、選好によって分類される必要性を示唆するものである。

医療行為は、患者の人生行路に深くかかわるものとして、患者が抱く個人的価値観と関連するだけでなく、医療者側の価値観とも深くかかわっている¹⁵⁹。患者のライフスタイルの影響を受ける慢性疾患が増大し、予防的観点からの医療も必要になってくる現代では、患者の価値観を考慮した医師患者関係が重要になってくる。患者の価値観に着目したモデルとして、Emanuel et al.¹⁶⁰と Veatch¹⁶¹が新たな分類を提言した。

¹⁵⁸ 山崎 (2001), p. 40

¹⁵⁹ 進藤他 (1999), p. 56

¹⁶⁰ Emanuel et al. (1992), p2222-2226

¹⁶¹ Veatch (1995), p. 11

(3) Emanuel et al. らの「患者の価値観」に着目したモデル

(a) 父権主義モデル The Paternalistic Model

父権主義モデルは、患者に健康と幸福を促進する介入を保証することを目的としている。医師は専門技術によって病状や状況を特定し、検査や処置を決定する。患者には医師が最良と考える介入に対する同意を強調する情報提供が行われる。このモデルは、共有の基準が医師患者間に存在すると想定されている。このモデルでは、医師は患者の保護者として行動し、患者に適切な治療を提示し実施する。このモデルの患者の自律性は、医師の決定に対し患者が同意することを意味している。

(b) 情報提供モデル The Informative Model

情報提供モデルは、医師が患者に情報をすべて提供し、患者が自ら医学的介入を選択し、医師がその介入を実施することを目的としている。医師は患者に病気の進行度、可能な診断、治療の性質、リスクとその可能性、介入による便益、その他の知識を伝える。医師は事実のみを提供し、患者の価値観は判断しない。このモデルの患者の自律性は、医療的な意思決定を患者が統制することである。

(c) 解釈モデル The Interpretive Model

解釈モデルは、患者の価値観に合った医療的な介入を選択する手助けを目的としている。医師は情報提供モデルのように患者に病状、リスク、可能な介入の便益に関する情報提供を行い、かつ患者の価値観を明確にし、医療的に最高の介入が患者の価値観と一致するよう支える。医師は、患者と一緒に患者の人生を理解し、患者の価値観や優先順位を明確にする。このモデルの患者の自律性は、自己理解である。

(d) 対話モデル The Deliberative Model

対話モデルは、患者が医療で具現化したい価値を選択できるよう助けることを目的としている。医師は患者の状況を明らかにし、具体的な可能な選択肢を説明する。医師と患者は患者の健康に関する価値観を議論する。対話モデルでは、医師は教師もしくは友人として振る舞い、望ましい行動を患者と対話で考えていく。このモデルの患者の自律性は、道徳的な自己開発である。

Emanuel らは、理想的な医師患者関係は対話モデルであると主張し、その理由として、対話モデルに不可欠な対話プロセスは患者の自律性を明確にするのに重要であることを挙げた。医師の役割は、患者の意思を支配するのではなく、患者の価値観に治療を合わせ患

者の望みに合う行動の道筋を説得し、健康に関係する価値を推進することであると述べている。医師の役割は、患者の置かれている医療的な状況と健康に関係する価値観を統合していくことであるという考えに基づいている。

(4) Veatch の深層価値ペアリングモデル

Veatch は Deep-Value を基盤とする以下のシステムを Deep-Value-System と規定した。

- ① 医師が自分の内面に深く根ざす持続的な世界観を患者に向けて情報公開する。
- ② その世界観に共感する患者が特定の医師のところに集まる。
- ③ 医師と患者の Deep-Value-Paring に基づく組み合わせが成立する。

Deep-Value-Pairing モデルは、医師の専門性を基盤とするのではなく、患者が自分と同様の価値観、世界観をもつ医師を選ぶという点に特徴がある¹⁶²。Veatch の深層価値ペアリングモデルの斬新な点は、「自己決定医療」を徹底させた点と、医療行為自体が人間の価値判断に依拠してなされる道徳的・宗教的行為であることを明確にした点、医療者もまた固有の価値観に基づいた判断を下す点において患者と同質の存在であることを明確にした点である¹⁶³。

Veatch は、明確な価値ペアリングに基づいて医療を提供されることによって、医師と患者は価値観が医療の意思決定に不可欠かつ重要であることを気づくと主張した。これは、医療という情報の非対称性の高い専門サービスにおいて、専門領域以外の部分が選好に影響することを示唆している。医療サービスにおいても、患者の価値観や関与が購買前の消費者行動（医療機関や医師の選択行動）と購買後の消費者の態度形成（患者満足、再診意図）に影響を与え、選好を生んでいると考えられる。

第4節では、「患者の主体性」「医師の専門性」「患者の価値観」「医師と患者に共通する世界観」で分類された先行研究のモデルを概観した。モデル間で重複する部分もあった。近年の研究の共通した傾向として、医師患者関係の構築には、患者の価値観や選好が重要であるという考え方が見られた。患者の積極的な参加を促進する医師患者関係を考えるあるいは患者満足を考える上で、患者の態度の理解は、重要と考えられる。

¹⁶² 小松他 (1997), p. 40-42

¹⁶³ 進藤他 (1999), p. 57

第3節 医療の質としての医師患者関係

医師患者関係は医療サービスの質を左右する重要な品質であることが明らかになったが、質を決定する要素は、医師患者関係以外にも存在する。どんな構成要素が存在するであろうか。Donabedian¹⁶⁴は、医療の質の評価には、構造、過程、結果の3つのアプローチがあると主張した。Donabedianは、構造、過程、結果は質の属性ではなく、獲得可能な質の推定情報であると説明し、3つの関係の仮説モデルを示した(図表4-2)。モデルでは、構造は過程に影響し、過程は結果に影響する関係が示された。医療サービスの品質は、構造品質と過程品質と結果品質のどれが欠けても不満足になるため、そのバランスが重要であると考えられる。

また、Donabedianは3者間の関係が事前に決定しなければ、質を推定することは不可能であると述べている。期待は質の推定によって形成され、期待は満足に影響する。よって、患者が質の推定を適切に行えるような3者の質に関する情報提供が満足を管理する上で重要であると言える。

本研究で議論している医師患者関係の質は、共感的な参加と関連する形で共に過程品質に位置づけられている。医師患者関係は治療技術と影響しあい、満足患者を生み出す要因になる質として考えられている。本研究は、どのような医師患者関係が患者の共感的な参加を促し、患者満足を高めるのかを検討しようとしている。

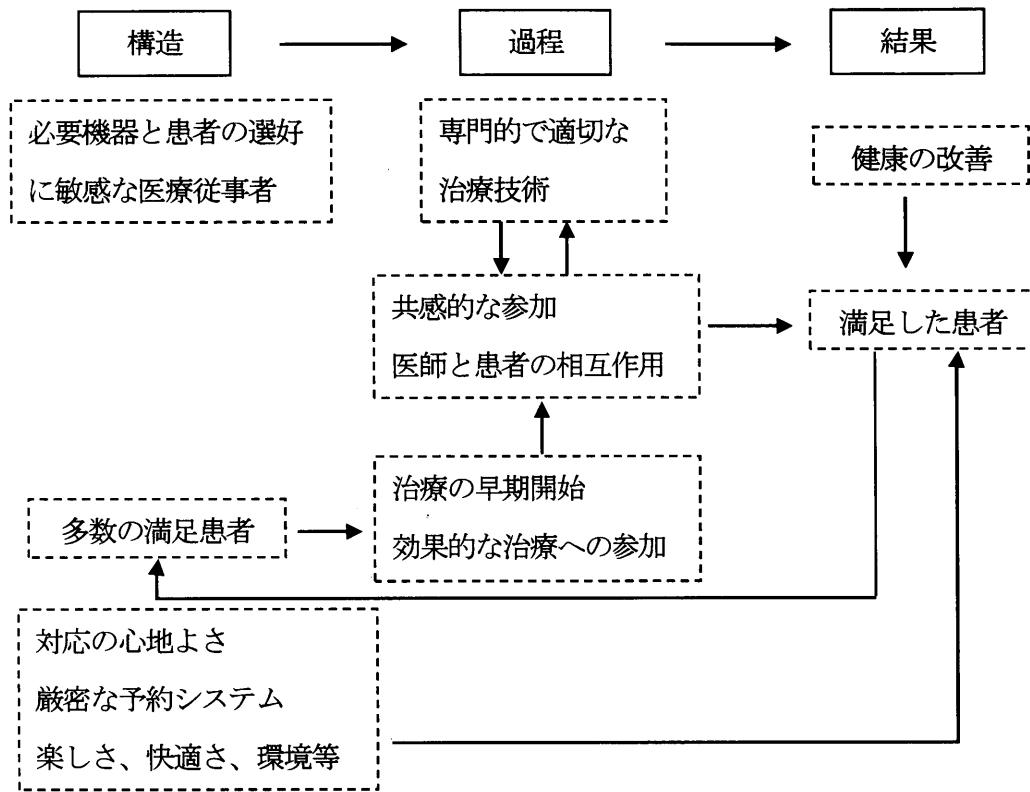
Stile et al.¹⁶⁵によると、相互作用には、感情的側面と認知的側面があるという。感情的な満足は、医師から温かさや理解が患者に感じられた時に生じる。患者が自分自身について自分の言葉で語る「説明・解説 exposition」の交換と関係している。一方、認知的な満足は、医師が客観的な情報を伝え、患者が病気と治療について理解した際に生じる。結論の中での「反応 feedback」の交換と関係している。また、Comstock et al.¹⁶⁶は、患者満足と医師の礼儀正しい対応の相関を見つけた。この礼儀正しい対応の中には情報提供の仕方と傾聴が含まれていると説明している。患者満足には、医師のコミュニケーションスキルが強く影響すると考えられる。

¹⁶⁴ Donabedian (2003), p. 50

¹⁶⁵ Stiles et al. (1979), p. 677-678

¹⁶⁶ Comstock et al. (1982), p. 111

図表 4-2 医療の質の構成要素



(出所) Donabedian (2003) p. 50 より引用

医師のコミュニケーションスキルとは、具体的にどのような要素が含まれているだろうか。医師には、患者が必要な情報を提示するもしくはスムーズな意思決定を促すなど治療に積極的に参加するよう動機づけるためのスキルが求められる。このスキルは、訓練によって一定レベルまで習得が可能であると言われている。Cole et al.¹⁶⁷は、基本的技法として、非言語的技法、共感、パートナーシップ、支援、尊重を挙げている。ここでは、5つの技法とその効果を整理する。

1 つめの非言語的技法は、医師関係の全体に大きな影響を与える。適切な姿勢、顔の表情、声の調子、話すスピード、患者との距離などから、患者は医師の自分への関心を受け止める。姿勢は体を前かがみにして、笑顔でじろじろ見るのではなくアイコンタクトをとり、温かくゆったりとした心地よいトーンでは話すのが患者の満足が高める¹⁶⁸。経験豊かな医師は、患者の感情面を理解する上で患者の示す非言語的行動に注意を払っており、コ

¹⁶⁷ Cole et al. (2000), p. 14-20

¹⁶⁸ Hall et al. (1995), p. 25-32

コミュニケーションの全過程において非言語的行動が重要であることを認識している。

2つめの共感とは、相手の感情の状態を理解し受容することであり、共感を伝えることは、最も助けになる働きかけの1つである。医師患者関係構築の中で最も重要なことは、患者の苦境に対する共感的理解を相手に伝えることである。非言語的行動では、思いやりに満ちた表情を示す、傾聴の姿勢を表す、肩などに手を置くなどによって伝えることができる。言語を用いた実践的な方法では、「反映」と「妥当化」がある。反映は、患者が抱えている感情を医師の言葉で表現することであり、妥当化は、患者の感情が医師にとっても理解可能で受容できることを患者に伝えることである。このような働きかけによって、医師と患者間のラポールは良くなり、面接効率も全体的に向上する。

2つめの共感とは、3つめのパートナーシップの構築につながり、患者の治療への参加と満足を高めていく。

4つめの支援は、医師が個人としても支援したい気持ち、役に立ちたいと思っている気持ちを患者に伝えることが信頼関係をさらに高まる要因になることを指している。支援の結果、ラポールがさらに良くなり、意思患者関係が強固なものになる。

5つめの尊重は、患者及び患者が抱えている問題を尊重していることをメッセージとして伝えることである。メッセージは、傾聴、視線の合わせ方、真摯な関わりなど医師の態度で伝えることができる。相手に敬意を表す言葉も信頼関係を強め、満足が高まる。患者の行動で称賛できる点を見つけ出し、肯定的評価を伝えることが良好な関係を育む。

医師は、短い診察時間の中で、この5つのスキルを用いて患者が医師に共感し良好な関係構築をするよう促すことを求められる。それに加え、患者は医師に対して、知識が豊富であることと、技術面で優れていることを期待する。また、患者を励まし、支え、心理面でもつながりが持てる医師を探している¹⁶⁹。医師は専門技術に対する患者の期待に応え、かつ患者の心理的問題にも対応できなければならない。

良好な医師患者関係が構築できるかどうかは医師の質を決定する重要要因であり、医師患者関係の質が患者満足、患者の行動に影響することが先行研究から明らかになった。医師患者関係のどのような質が、患者のどんな行動をもたらすのであろうか。さらに、患者の行動への影響を探ってみたい。

Smith¹⁷⁰によれば、関係がうまくいっているときは、患者も医師も同様に尊敬し合い、信頼し合い、効果的に情報交換し、両者とも心地よく感じ、ラポール、満足感、応諾、信

¹⁶⁹ Cole et al. (2000), p.14

¹⁷⁰ Smith (2002), p.182

頼、素直に交渉する態度が現れるという。良好な医師患者関係は、患者満足を高める以外の効果として、医師が診断をする際に必要とされる情報収集を促進し、提示した治療方針に対する患者の同意を得やすい環境を作る。

良好な医師患者関係は患者の関与を高めることも可能なようである。Greenfield et al.¹⁷¹は、診療での対話を通じて患者の治療への関与を高めると、患者満足と結果が改善することを示した。具体的には、治療への関与を高めるとは、患者中心の医療もしくは患者が主体的に意思決定をする医療を意味する。

患者中心の医療の具体的な実践として、治療の意思決定に患者が積極的に参加できるようにすることがある。患者の意思決定の参加は当然のことに感じられるが、情報の非対称性があり専門性の高い医療サービスでは、患者が判断することは難しく、医師主導で決定されることが少なくない。Cooper-Patrick et al.¹⁷²は、患者参加型の意思決定スタイル (PDM : participatory decision-making) に関して患者の人種による比較を行っている。その結果、患者は民族的背景が一致する医師により参加的になることが実証された。ただし、医師と患者間に共有される文化的な経験と価値観が重要であり、人種が違っても患者が医師に対して健康に関する価値観が一致するとみなせば、参加的になるという。患者の参加と医師との価値観の一致に関連性が認められた。参加型の診療には、良好な医師患者関係が前提にあり、価値観の一致によって患者はより共感的に参加すると考えられる。

Street et al.¹⁷³は、患者が知覚する医師に対する個人的類似性は、患者の治療に対する満足、医師への信頼、推奨される治療を遂行する意図と強い関係があることを実証した。医師が支援的に有益な情報提供を行い、患者中心のコミュニケーションを進めると、患者はより積極的に治療に参加し、結果の予測も出来ることを示した。また、患者が自分と近いと感じる医師には、社会的な距離をあまり認識せず、医師が医療に対して同じような信念、価値観を持つとみなし、その医師に対してより信頼をもつという。価値観の一致は、医師への信頼形成にも影響していると考えられる

患者満足は患者の価値観の影響を受け、医師患者関係に選好があることが示唆された。良好な医師患者関係には医師と患者の価値観の一致が重要であり、患者の選好を理解することは、関係性の質を高め、患者満足を向上させる上で意義があると考えられる。

¹⁷¹ Greenfield et al. (1985), p. 523-526

¹⁷² Cooper-Patrick et al. (1999), p. 587-588

¹⁷³ Street et al. (2008), p. 199-202

第4節 自己効力感とQOLの重要性

医療サービスのような自分の能力や努力によって結果が異なるサービスでは、自己変化に対する期待コントロールが満足に大きく影響すると考えられる。Bandura¹⁷⁴は、自己に対する期待のコントロール手段として、自己効力感の強化が有効であると主張した。

Bandura は、目標設定は自己効力感の強度¹⁷⁵に影響を与えると述べている。「目標を設定しない」「近い目標を持つ」「遠い目標を持つ」の3つの目標による比較では、近い目標を持つことが最も自己効力感を強める結果となったと報告している。

他の研究でも自己効力感の強化によって意欲が増し、行動が促進されることが明らかになっている。この結果は、医療サービスの提供者が患者の自己効力感を高める関わりによって自己効力感は強化できれば、消費者の行動、すなわち患者のサービスへの積極的な参加を促進し、満足を高めることができることを示唆している。

心理学分野においては、竹中ら¹⁷⁶を例として、身体活動や医療における自己効力感の重要性が国内外の多数の研究で明らかになっている。例えば、Netz et al.¹⁷⁷の身体活動に対する動機づけの研究では、自己効力感を高めることは身体活動を刺激することが示されている。

また、金ら¹⁷⁸は、健康運動に対する自己効力感上昇が心理的ストレス反応の表出を抑制し、慢性疾患患者の経過や予後、治療に対する動機づけを良好にすることを実証した。また、平井ら¹⁷⁹は、末期がん患者を対象とした調査で、身体的状況に関わらず自己効力感の高い患者は心理的適応を持つことが可能であることを示した。

これまでの研究成果から、自己効力感の結果への期待を高め、健康行動の動機づけとなり、自己効力感は意思決定、行動の開始、保持の過程で重要な役割を果たすと整理できる。そして、自己効力感を介して期待をコントロールすることによって患者行動が促進され、患者満足が高まると考えることができる。満足向上のためには、自己変化に対する期待を重視した支援型の関係構築が重要である。

¹⁷⁴ Bandura (1982), p. 134-135

¹⁷⁵ 自己効力感の強度とは、「その行為をどのくらい強く行うことができるか」である。

¹⁷⁶ 竹中他 (2002), p. 212

¹⁷⁷ Netz et al. (2004), p. 40-44

¹⁷⁸ 金他 (1996), p. 322

¹⁷⁹ 平井他 (2002), p. 117

Larson et al.¹⁸⁰は、医師患者間の相互作用を「医療的共感のプロセスモデル」として提言している（図表 4-3）。彼らは、共感を態度ではなく、感情的、認知的、行動的活動を含むプロセスと位置づけ、医師にはスキルとして共感できることが期待されていると述べている。Larson et al. のモデルの核となるのは、共感プロセス、個人プロセス、対人プロセスである。共感的プロセスは、医師患者間に認知的、感情的、行動的変化をもたらすと考えられている。このモデルは、本研究のフレームとなるモデルの基盤となっている。図表 4-3 の各要素について説明する。

共感プロセスは、認知的な複雑性によって3つのグループに分けられる。最も基本的なレベルでは、例えば、精神的に落ち込んだ患者が医師から意気消沈した感情を引き出すなど機械的模倣のように認知のないプロセスである。共感プロセスの次のレベルは、基本的な認知を含んだプロセスである。例えば、患者は医師に過去に経験した類似の感情を思い出して顔の表情で伝えるような対象から見つけた手がかりで過去に経験した感情を再生するプロセスである。進んだ共感プロセスでは、言語を媒介とした関係、役割取得、精緻化されたネットワークを含む。最初の2つのステップは、バーバルな手がかりから推論されるが、3つめのステップは、考え、動機、意図について積極的に推測する。例えば、医師が患者の状況や気持ちを想像するような共感プロセスである。感情的な役割取得では、感情について予測することも含まれる。共感プロセスは、医師の考え、感情、患者への対応に影響を及ぼす。

個人プロセスでは、感情的なものも無感情のものも生じる。感情の産物は、患者の感情の復元であることが多い。同時に反応した相手の感情も含む。無感情の産物は他人に対する判断、評価、信念であり、医療現場では、通常、患者の行動や意思決定だけでなく、患者の考え、思い、個性に対する医師の判断を表している。

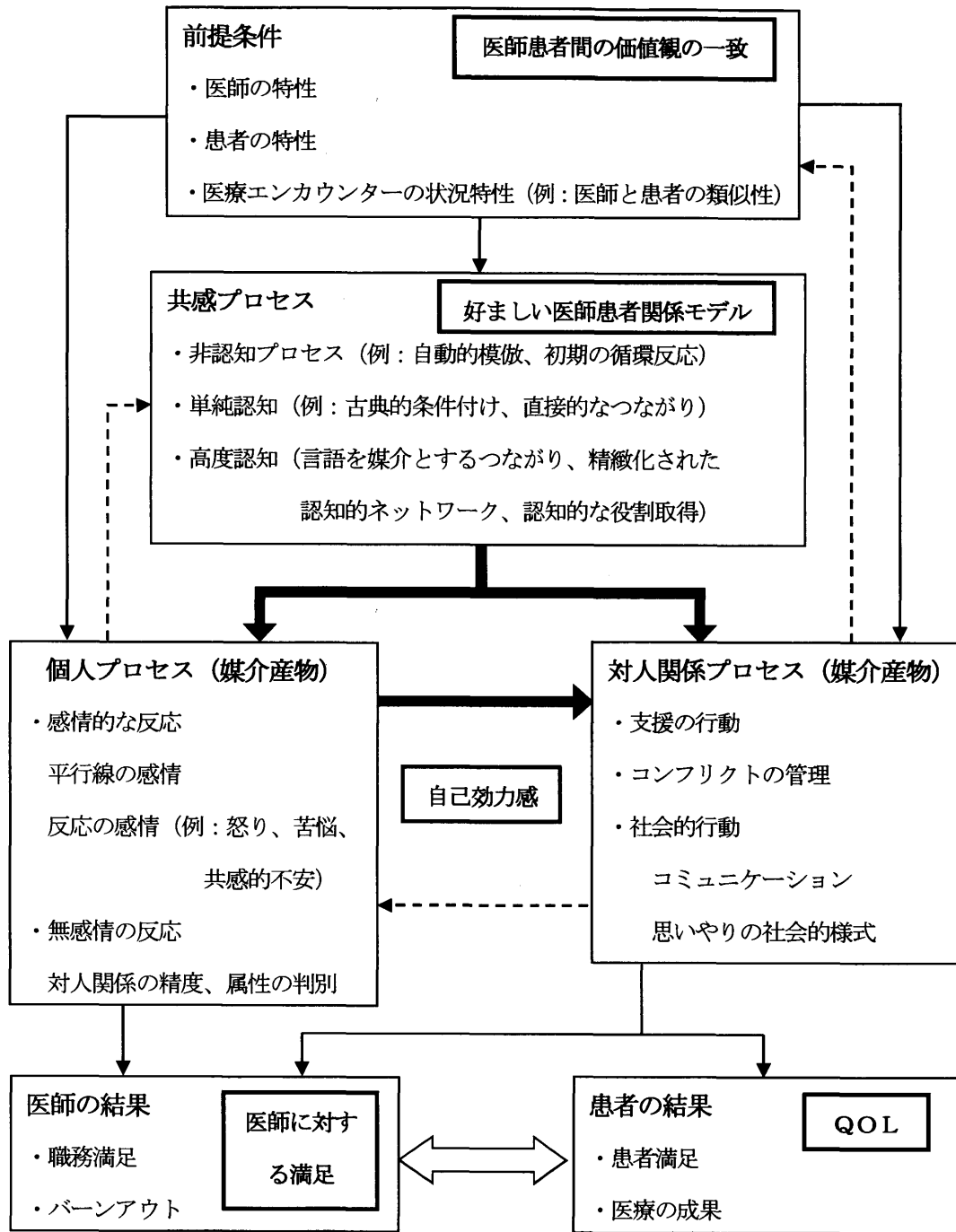
対人関係プロセスは、援助行動、攻撃性、社会行動を含む共感の行動的側面を示している。医師患者関係では、コミュニケーションや思いやりのある社会的表現（暖かさ、感受性、前向きな態度、機嫌など）が主な関心事となる。共感的プロセスと対人関係プロセスは、援助行動を高め、攻撃的行動を減らし、衝突を回避させ、良好なコミュニケーション、思いやりのある社会様式を促進させる。また、共感プロセスは、習慣的援助行動に結びつく患者の状況理解のような対人関係のプロセスに影響を与える。そして、共感プロセスと個人プロセス、対人関係プロセスは、ループになって循環すると考えられている。

¹⁸⁰ Larson et al. (2005), p. 1101

Larson et al. は、医師のコミュニケーションスキルと社会様式は患者満足と健康に直接的に影響し、医師も患者との関係から便益を得ていることを指摘している。なぜなら、医師も他の人と同じく人生の意味や目的を追求し、患者と精神的な繋がりを作ることで、生死の感情的な重責をから解かれるからである。共感的社会行動が医師の満足にポジティブに影響することを明確だが、共感プロセスには危険もあり、感情的反応、とくに個人的な苦悩についてはコミュニケーションに費やす労力と同様にバーンアウトの要因となると述べている。

筆者が本研究で議論しようとしている医師患者間の価値観の一致、好ましい医師患者関係、医師に対する満足、自己効力感をモデルの中に当てはめてみた。このモデルでは、医師と患者の個人プロセスと対人関係プロセスは重複すると考えられている。人間関係プロセスは、前提条件と共感プロセス、個人プロセスの影響を受け、個人プロセスと前提条件にフィードバックされる。筆者は、Larson et al. のモデルでは対人関係プロセスと個人プロセスの間で相互作用が起こり、自己効力感が発生すると考えた。また、医師の結果と患者の結果に価値連鎖をもたらしていると考えた。そこで、医師の満足と患者の満足は価値連鎖を起こすという考えのもとに、医師の結果と患者の結果は影響を与えあうパスを追加した。

図表 4-3 医療的共感のプロセスモデル

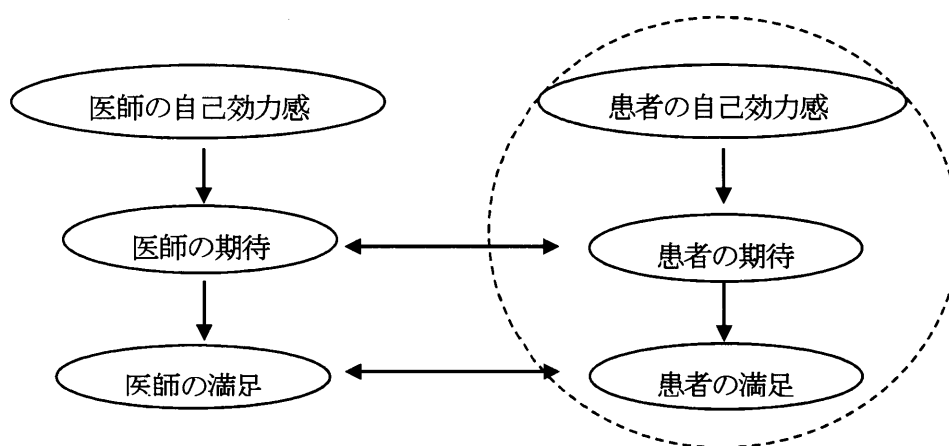


➡ 深層行動に重要なプロセスとパス - - - ➡ フィードバック ⇔ 筆者追記

(出所) Larson et al., (2005), p. 1101 を加筆修正し引用 (□ は筆者の追記)

3章と4章では、患者の期待と満足、医師患者関係に関する先行研究のレビューを通して、患者の参加、自己効力感の関わりを検討してきた。また、医師と患者の相互作用については、図表4-3のようなモデルを示した。そこで、筆者は、本研究のフレームとして、図表4-4のモデルを提示する。本研究では、患者側から見たサービスの評価を調査し、点線で囲んだ右側の部分について研究を進める。

図表 4-4 医師患者間の相互作用



(出所) 筆者作成

医療サービスでは、治療効果、患者満足と同様にQOLをサービスの目標に掲げている。QOLは、日本では「人生に対する個人的満足度」「全体的満足度」と解釈されている。医療サービスにおけるアウトカム研究の新しい流れでは、QOLを医療評価の患者立脚型の結果として明確に位置づけ、従来の客観的な評価指標にはない画期的な特徴を持つ指標として重要視するようになった¹⁸¹。それには、大きく2つの背景がある。

1 つめは、慢性疾患の増加である。慢性疾患は急性疾患と違い、治癒が難しい場合もある。その場合、治療は、症状をコントロールすることによって生活の質を安定もしくは向上させることが目的となる。

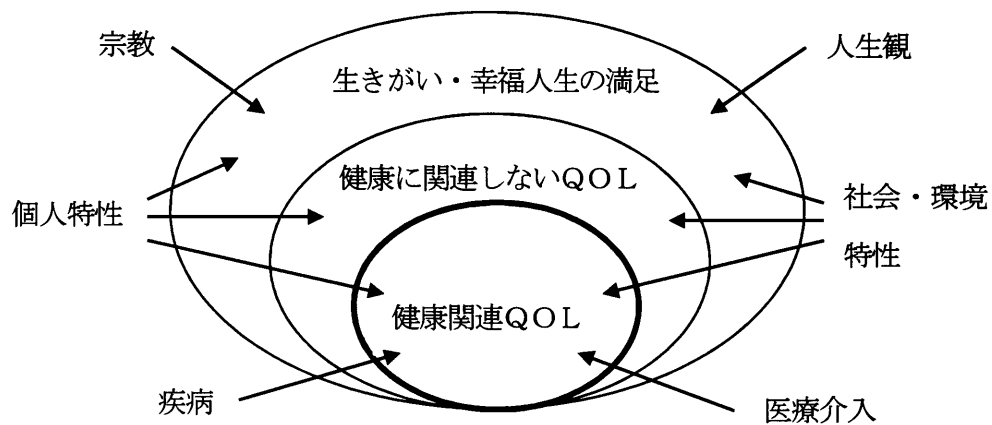
2 つめは患者中心の医療への転換である。医療サービスでは、情報の開示や患者の自己選択による医療の提供が推奨されており、患者自身が納得して医療を受けたかどうかという患者側の視点が重要になっている。そのため、医療の結果は、患者の人生に対する満足であるQOLまで広がった。

¹⁸¹ 池上他 (2001), p. 4

QOLは分類すると、図表 4-5 になる。QOLは大きな概念のため、扱う範囲によって3つに分かれている。提供された医療サービスによって大きく人生観が変わったということはあるかもしれないが、医療サービスが直接影響をあたえることができるのは、健康関連QOLであると考えられる。

医療サービスでは、期待はサービス品質に対する期待と自分に対する期待の2つから成り立ち、満足は患者満足と健康関連QOLを形成すると推測される。図表 4-4 の各要素と健康関連QOLがどのように関わるかについても満足を考察する上で重要と思われる。そこで、本研究では、期待と満足、自己効力感と健康関連QOLについて調査を行うこととした。

図表 4-5 健康関連QOLの概念図



(出所) 池上他 (2001), p. 5 より引用

第5章 医師患者関係に関する定性研究

第1節 質的調査の目的と方法

近年、診療における会話の重要性が認識され、医師患者間のコミュニケーション分析は増加している。Waitzkin et al.¹⁸²によれば、医療サービスの会話は、医療のエンカウンター¹⁸²の心理学的、社会的、文化的環境の影響を受けるため、良好な医師患者関係の構築には、患者の個人的背景の理解が不可欠であるという。医師患者関係モデルは、疾患を中心とした分類から患者の価値観に焦点を当てた分類へと変化が見られるが、価値観に関する評価項目とは具体的にどんなものであろうか。

池崎¹⁸³は、医師と患者が共同して行う相互参加型医療¹⁸⁴はお互いが影響し合うため、患者とのやり取りによってもたらされる医師の感情や行動も患者のものと同様に重要であり、明らかにしていく必要があるという。本研究では、医師と患者の両者にインタビューを行い、医師患者間の会話の中で生じる相互作用を探っていく。

医師が患者の個性を理解できれば、患者のスタイルにあてはめて対応し関係を良くすることができる。個性は、人が病気を含む人生の様々なストレスに対してどのように反応するのかを部分的に決定する。患者が自分の病気をどのように認識し表現するのか、どのように医師や看護師と関係をもつのか、治療や手技にどのように反応するのか、不快や障害をどのように扱うのか、どのようにして、健康状態や日常活動に戻るのかについても決定する¹⁸⁵。第5章では、医師、患者はどのような価値観をもち、それらは患者満足にどのように影響しているのかについての調査結果を示す。

Kenny et al.¹⁸⁶は、慢性疾患の診療において医師のコミュニケーションスキルに対する医師自身の認識と患者の認識は一致しないことを実証した。また、同一の医師に受診している患者間で医師に対する評価を比較した場合、一致しなかったという。また、McKinstry et al.¹⁸⁷は、医師による患者満足度の予測と実際の患者満足を比較し、医師は患者の満足

¹⁸² Waitzkin et al. (1993), p. 1122

¹⁸³ 池崎 (2003), p. 227

¹⁸⁴ パターナリスティックな医療では、疾患のみをとらえその専門家として医師一人が医療を実践するのに対し、相互参加型医療では、患者を心理的、社会的な問題も抱える個人として捉え、医師と患者はパートナーとして共に医療を実践する (池崎, 2003, p. 224)

¹⁸⁵ Smith (2002), p. 189

¹⁸⁶ Kenny et al. (2010), p. 765-766

¹⁸⁷ McKinstry et al. (2006), p. 244-245

を正しく予測できていないことを実証した。これらの結果から、医師が患者にとって好ましいと考えているコミュニケーションは患者にとって好ましいとは限らないこと、患者によって選好があることが推測される。コミュニケーションスキルが医師にとって核となる能力であることは医師も患者も一致しているが、患者の評価基準や選好について共通認識はないと考えられる。

患者満足、治療効果、患者の参加を高める良好な医師患者関係の構築には、患者の評価基準と選好の把握が必要と考え、調査を行うこととした。

調査は、30歳～90歳の男女135名（男性61名女性74名）の外来再診患者とその主治医12名に対して、個別の半構造化面接¹⁸⁸を行った。各医師の協力患者数は3～16名である。医師と関係構築が既にある患者に絞るため、生活習慣病を中心とする慢性疾患もしくは慢性疾患はないが定期受診している患者とした。

調査日の来院患者にランダムに協力を依頼し、承諾を得られた患者に対し実施した。調査は2009年7月22日～9月17日に大阪府・兵庫県にある大学病院1施設と内科クリニック7施設にて行われた。協力医療機関のうち1施設は筆者の勤務先、7施設は調査者である筆者と利害関係のない施設である。

患者には、主治医の評価と理想の医師像、自発的な治療行動、満足について尋ねた。主治医の評価と理想の医師像については「あなたの主治医はどんな方ですか。あなたにとって理想の医師とはどんな方ですか。」、治療行動については「何か治療のためにご自身でされていることはありますか。」、満足については「あなたは今受けている医療に満足していますか。」と質問をした。

医師に対しては、診療態度、診療理念、職務満足、医師という職業の特異性について尋ねた。診療理念については「診療される際、常に大切にされていることはどんなことですか。」、診療態度については「患者さんとの関わりにおいて意識されていることはどんなことですか。」、職務満足については「医師という仕事においてどんな時にやりがいを感じますか。」、職業の特異性については「医師という職業と類似している職業はありますか。特異性は何とお感じですか。」と質問をした。

患者面接は、研究協力医療機関内のプライバシーが保護された一室で約10～15分間、筆

¹⁸⁸質的調査は医療患者関係の調査で多用されている。半構造的面接は、一般的な見解や詳細な意見を探究するために、型にはまらないフレームの中で、焦点をあてた会話を主とする双方向コミュニケーションで実施する。すべての質問が用意されているのではなく、大まかに決められた質問が修正され、追加の説明が加えながら行われる。(Kobori et al., 2008, p.9-10)

者によって行われた。録音に対し同意を得た対象者（125名/135名）にはレコーダーを使用し、使用しない場合はすべての内容を筆記した。本調査は、各研究協力機関倫理委員会での承認を得て、対象者に面接開始前に参加や中止が自由な意思であることを保障し、研究への理解と同意を得た上で実施した。患者へのインタビュー内容はすべて書き起こされ、逐語録はA4で397ページとなった。

患者満足調査において、多次元であるという認識は一致しているが、共通した構成概念は確立されていない。例えば、Marshall et al.¹⁸⁹は、全体満足、技術的な質、対人的側面、コスト、利便性の5つの構成概念で測定している。また、Hagedoorn et al.¹⁹⁰は、技術的能力、対人マナー、コミュニケーション、医師との時間、利便性を採用し、Priporas et al.¹⁹¹は、有形性、信頼性、対人コミュニケーション、敏感さを採用している。

医師患者関係についても同様であり、研究者によって様々である。例えば、Beach et al.¹⁹²は、知識、考え方・態度、行動、結果に分類している。医師と患者の信頼の研究では、Thom et al.¹⁹³が問題に対する全体的な評価、患者の個人的経験に対する理解、治療の提示、適切で効率的な治療の提供、明確で十分な情報提供、パートナーシップの構築・協力、誠実な説明・患者の尊重の7つの構成概念を使用している。

医療サービスの評価は文化的背景の影響を受けることから、日本で実施された先行研究¹⁹⁴を参考に評価項目を検討した。最も本研究と関連が深いものは、西垣ら¹⁹⁵の研究である。西垣らは、グランデッドセオリーアプローチの手法を用いて、①医師の医学的能力に関する要因 ②医師の態度・言動に関する要因 ③医師－患者の感情、コミュニケーションに関する要因の3つのカテゴリーを見出した。さらに、サブカテゴリーとして、①-1. 医師についての評判・伝聞、①-2. 医師の個人的・社会的特性、①-3. 適切な処置と治療の結末、②-1. 医師の診察態度・接遇、②-2. 十分な説明と納得、②-3. 患者利益の優先、②-4. 背景要因となる限界性、③-1. 医師の配慮・共感、③-2. 医師のコミュニケーションの能力と疎通性、③-3. 患者の感情の10つに分類している。

¹⁸⁹ Marshall et al. (1993), p. 483

¹⁹⁰ Hagedoorn et al. (2003), p. 259

¹⁹¹ Priporas et al. (2008), p. 333

¹⁹² Beach et al. (2006), p. S5

¹⁹³ Thom et al. (1997), p. 172

¹⁹⁴ 医師患者間の会話の定量的分析手法としてアメリカで開発されたRIAS (Roter Interaction Analysis System)があるが、本研究が着目する患者の価値観と選好をより抽出するために半構造化面接を用い、先行研究は評価項目抽出の参考とした(石川他, 2007, p. 202)

¹⁹⁵ 西垣他 (2004), p. 16-18

本研究では、3名の評定者¹⁹⁶が逐語録から医師の評価と解釈される表現を抽出したところ、26項目¹⁹⁷が抽出された。その後、類似項目を西垣らの分類に沿うよう項目を統合した。本研究では、①-1. 評判、①-2. 個性、①-3. 診断、②-1. 丁寧、②-2. 説明、②-3. 親身、②-4. 人脈、③-1. 傾聴、③-2. 優しさ、③-3. 親しみ と命名した。西垣らの分類に含まれないものとして、信頼と利便性、設備があった。

信頼は、各項目を総合して判断される考え、そのまま項目とした。また、利便性と設備は、医師の世界観として評価される場合があることやインタビューから医療機関選択には大きく影響していたため、項目として採用し全部で13項目となった。図表5-1にコーディング例を示す。

図表 5-1 コーディング例

1	説明	わかりやすい説明、指導、詳しい説明、アドバイスしてくれる、色々教えてくれる
2	診断	的確な診断、迅速な対応、適切な検査、処置、薬が効く
3	個性	ユニーク、個性的、こだわりがある、元気がある、おもしろい
4	人脈	家族も受診している、顔が広い、良い所を紹介してくれる、医療機関の連携がある
5	親しみ	ずっとお世話になりたい、親近感、きさく、話しやすい、緊張しない
6	親身	患者思い、有り難い、お世話になっている、患者の立場になって考えてくれる
7	信頼	信頼できる、任せられる、託せる、しっかりしている、事実を明確にしてくれる
8	優しさ	不安を除去してくれる、安心できる、温厚、気遣ってくれる、ほっとする、穏やか
9	傾聴	相談しやすい、話を聞いてくれる、一緒に考えてくれる、受け止めてくれる
10	利便性	親切、近い、駐車場がある、診察時間が自分の都合に合う、待ち時間が短い
11	丁寧	低姿勢である、長時間診察してくれる、丁寧に診てくれる、手厚い
12	設備	設備が整っている、綺麗、機器が充実している、新しいシステムを導入している
13	評判	口コミ、知人からの紹介、医師からの紹介

¹⁹⁶ 本調査は筆者（薬剤師・社会福祉士・介護支援専門員の実務経験を持つ大学院生）と経験年数5年の医療事務職員2名が評定した。

¹⁹⁷ 26項目は、説明、診断、指導、迅速さ、専門知識、紹介先、継続受診願望、有難い、信頼、不安除去、傾聴、親切、親近感、丁寧、優しさ、相談相手、親身、端的、明るさ、個性、若さ、距離、設備、家族受診、評判、待ち時間であった。

第2節 インタビューからの推論

第1項 患者へのインタビュー

本調査は同意の上のインタビューであるため、医師と患者には一定の関係性が構築されていると推測された。満足と答えた患者は135名中130名であった。長期的な関係性が前提となる医療サービスにおいては、不満足での継続は少ないようである。満足と答えた患者は家族や知人に推奨する患者としない患者にわかれた。推奨しない理由として、複数の患者が個人の選好によって医師の評価は異なるという認識を持っていると回答した。

医療機関で比較すると、大学病院の患者はクリニックの患者よりも医師以外の従事者について話題にした。クリニックの患者は医師については多く語るが、医師以外の職員については質問を投げかけても「特にない。」と回答する患者もあり、全体としてあまり語らない傾向が見られた。医師については技術的に関する内容も人柄に関する内容が多かった。

クリニックでは、医師に対する評価が医療機関全体の評価に強く影響し、満足の高い患者の多くは「最期までお世話になりたい。」と回答した。一方、大学病院では医師個人に対する評価よりも大学病院に所属する1人の医師としての評価の傾向が見られ、主治医変更があってもやむを得ないと考えて受診していた。インタビュー内容は、人格的側面よりも技術的側面に関する言葉が多く、「人格的なことはわからない。」と答える患者もいた。

インタビューでは多くのエピソードが語られた。初診の際の丁寧な挨拶と受診に対するお礼を述べる医師、患者の汚れている眼鏡を取り拭く医師、PCにチャレンジする高齢患者にメールで検査結果を知らせる医師、独居の不安を払拭できない患者から鍵を預かる医師、末期がんを宣告された患者に自らが移動して背中に聴診器をあてる医師、心疾患患者の社会復帰のために外出支援をする医師など、感動と評されるエピソードが多数存在し、涙を流し語る患者もいた。

一方、主治医に対する満足に対比して語られた過去の不満足な体験においては、精神的な苦痛を受け数年が経過していても回想して涙を流す患者が複数見られた。不満要因は、診断や技術に対してよりも医師の態度に対する怒りが多かった。患者の医療サービスに対する評価は繊細かつ複雑であり、満足も不満足も根深い記憶となって鮮明に残っているようである。

「好き」や「信頼している」というような医師に対するポジティブな感情を持つ患者の

中に治療行動の異なる2グループが存在した。「先生に指導されたことは必ず守る。」という集団と「なかなか指導されたことが守れない。」と答える集団である。両者は共に満足が高かったが、治療行動は異なっていた。患者は満足が高いからと言って必ずしも自発的な治療行動を起こすわけではないようである。

第2項 医師へのインタビュー

開業医では地域の健康を支える立場で幅広い疾患を対象としているため、来院のきっかけは知人からの紹介、自己選択など様々であったが、大学病院のインタビュー対象患者は、他の医療機関からの紹介、救急搬送が大半であった。

クリニックでは、医師は話しやすい環境を作るために意図的に冗談や世間話を診察に交え、患者が無関係と考える些細なことにも注意を払い、診断に反映させていた。大学病院でも患者への心理的な配慮はされていたが、先端技術を生かした迅速な診断、処置を段取り良く行うことに主眼を置き、治療中心のコミュニケーションが行われていた。

開業医は患者の訴えが改善されるまで関係が継続する傾向にあるのに対し、大学病院では目的が達成されれば紹介元に戻ることを前提にしている場合が多い。そのため、関係の継続は医師の判断に委ねられる傾向が強かった。伴¹⁹⁸は、診療時のコミュニケーションにおいて事実の交流、感情の交流、理解の交流、関係の交流が行われているとしているが、クリニックでは感情の交流、病院では事実の交流が重点的に行われていると推測される。クリニックの医師らは皆「病院勤務時と開業時では自分の診療スタイルは異なる」と回答した。医師と経営者の2つの側面を持ち、患者満足には強い関心が見られた。

医師らは、共通して職業の特異性について「命に関わる」と言う点を指摘した。また、診断や治療効果に納得できた時にやりがいを感じ、患者が回復して喜ぶ、あるいは患者らに「ありがとう。」と言われると嬉しいと回答した。医師らは、患者との良好な関係構築には医師患者の両者に歩み寄る姿勢が必要であると認識しており、医師側の努力として、患者ニーズのくみ取りを意識して行っていた。

診療理念については、病識の啓蒙やガイドラインに沿った診断など技術的側面を重視する医師、ホスピタリティや共感など患者の感情を重視する医師など価値観によって異なっ

¹⁹⁸ 伴 (2009), p. 84

ていた。また、診療態度についても、専門家として見通しをはっきり提示することを重視する医師、傾聴や個別対応を重視する医師など、違いが見られた。

類似する職業については、聖職者、警察官、消防士、料理人、探偵、占い師などが挙げられた。この職業は筆者の予想と大きく異なった。ただ、医師らが例えた職業と医師業の類似点はそれぞれ理解できるものであった。この回答は何を意味しているだろうか。

Schein¹⁹⁹は、医師としての役割がどの程度成功するかは、以下の5つにかかっていると述べている。1つめは患者が正確な情報を明かす気があるか、2つめは患者が診断や処方を受け入れ信じるか、3つめは診断による結果が正確に理解され受け入れられるか、4つめは勧められた変化を患者が実行に移せるか、5つめは患者が依存心を強めた結果が最終的な助けとなるのか妨げになるのかである。医師らは効果的な支援関係を築くために、この5つの課題があることを経験によって認識していると考えられる。その課題の対応のメタファーが類似する職業であり、対応の仕方にそれぞれの医師の価値観が表れていると解釈した。また、医師という職業の多様性を示唆しているとも考えた。改めて医師患者関係は極めて感情的な側面で動いていることがわかった。

医師患者関係モデルを連想させる内容としていくつか紹介する。例えば、類似職業に聖職者を挙げた医師は「なぜ治療しなければならないかと言う所からじっくりと説明する。患者の気持ちを出来るだけくみ取りながらじっくりと話をする。」と述べた。患者との関係は情報提供モデルや解釈モデル、対話モデルなどがインタビューから浮かび上がった。

また、料理人を挙げた医師は「患者によってお任せしたい人もいれば、自分で決めたい人もいる。旬の食材を独自のアレンジで美しくおいしく提供するかというところが似ている。いかに対応するかが大事。」と述べ、父権主義モデルや情報提供モデル、対話モデルなど多数のモデルがインタビューから考えられた。医療現場では、同一医師が様々なモデルが提供されており、医師患者関係モデルの選択は医師の選好で決定するのではなく、患者の選好に左右されると推測される。

¹⁹⁹ Schein, (2009), p. 61

第3節 分析1

第1項 患者の選好の多様性

Hausman²⁰⁰は、患者サンプルの違いが重要であり、医師は患者分類によって対応を修正しなければならないと指摘している。患者分類は、患者自身の属性と患者が選択している医師の属性によって分類できると考え、以下のノンパラメトリック検定を行った。2変量の場合はMann-Whitneyの検定、3変量以上の場合には、Kruskal Wallis 検定を用いた。本調査は、定量調査前の探索型の質的調査であり、3変量の順位は参考程度に留める。

機関種別（クリニックN=95、病院N=40）、継承形態（開業N=29、開業医継承N=66、大学病院N=40）、医師年齢（30代N=23、40代N=29、50代N=83）、専門領域（循環器内科N=96、循環器内科以外N=39）、出身大学（国立N=40、私立N=95）、医師数（単独医師N=41、代診ありもしくは二診制N=54、大学病院N=40）、診察時の服装（白衣着用N=91、白衣着用せずN=44）、医師別（N=3, 5, 10, 10, 11, 11, 13, 13, 13, 15, 15, 16）、患者性別（男性N=61、女性N=74）、患者年齢（40歳以下N=12、41～50歳N=7、51～60歳N=17、61～70歳N=32、71～80歳N=51、81歳以上N=16）、命の危険性（軽度N=90、重度N=45）の11変数を調査した。関連性があると考えられる変数を組み合わせ、結果を示す。各表の有意水準は「**1%水準で有意 *5%水準で有意」で記す。

(1) 医療機関種別（図表5-2）、継承形態（図表5-3）

図表5-2、5-3の比較から「治療行動」「説明」「診断」「信頼」「傾聴」は継承形態の影響が高いと考えられる。「人脈」「親しみ」「利便性」「診断」は開業医継承が最も高く、クリニックは家業として認識されていることが伺える。また、継承について患者の評価に影響している可能性がある。

²⁰⁰ Hausman (2004), p. 411

図表 5-2 検定統計量 (医療機関種別)

	個性**	人脈**	親しみ**	利便性**
Mann-Whitney の U	1392.0	1085.0	1028.0	913.5
クリニック 平均 (n=95)	73.35	76.58	77.18	78.38
大学病院 平均 (n=40)	55.30	47.63	46.20	43.34

図表 5-3 検定統計量 Kruskal Wallis 検定 (継承形態別)

	治療行動**	説明*	診断*	個性*	人脈**	親しみ	信頼*	傾聴*	利便性
カイ 2 乗	10.8	7.44	7.02	8.80	19.4	22.0	8.7	9.0	25.8
開業 平均 (n=29)	47.0	51.2	57.4	73.6	69.7	70.3	50.2	86.3	70.7
継承 平均 (n=66)	73.6	72.1	76.4	73.2	79.6	80.2	71.6	65.2	81.8
大学 平均 (n=40)	73.9	73.3	61.8	55.3	47.6	46.2	75.0	59.4	43.3

(2) 医師年齢別 (図表 5-4)

医師年齢は、有意差のあった項目によって順位がバラバラであった。患者は医師の年齢によって関心を持つ部分、評価する項目が異なる可能性があると考えられる。

図表 5-4 検定統計量 Kruskal Wallis 検定 (医師年齢別)

	全体満足*	説明**	親しみ*	親身**	設備**
カイ 2 乗	6.20	9.34	8.88	12.87	10.13
30代 平均 (n=23)	50.00	73.85	57.46	48.87	87.20
40代 平均 (n=29)	73.52	84.43	55.31	85.57	68.43
50代 平均 (n=83)	71.06	60.64	75.36	67.16	62.53

(3) 専門領域 (図表 5-5)、出身大学別 (図表 5-6)

専門領域では「治療行動」「説明」「診断」「信頼」「評判」は循環器医師の方が評価が高く、「傾聴」は循環器以外の医師の方が評価が高かった。出身大学ではすべて国立よりも私立の方が高かった。患者への関わり方は医学教育と関係があるかもしれない。

図表 5-5 検定統計量 (専門領域別)

	治療行動**	説明*	診断*	信頼*	傾聴*	評判*
Mann-Whitney の U	1072.5	1374.0	1392.0	1471.5	1441.5	1412.0
循環器内科 平均 (n=96)	76.33	73.19	73.00	72.17	63.52	72.79
その他内科 平均 (n=39)	47.50	55.23	55.69	57.73	79.04	56.21

図表 5-6 検定統計量 (出身大学別)

	治療行動*	説明**	信頼*	傾聴**
Mann-Whitney の U	1473.5	1348.5	1491.5	1320.0
国立大学出身 平均 (n=40)	57.34	54.21	57.79	82.50
私立大学出身 平均 (n=95)	72.49	73.81	72.30	61.89

(4) 医師数別 (図表 5-7)

「個性」「人脈」「親しみ」「利便性」「評判」では大学病院が最も低かった。大学病院の患者は主治医変更を予測して受診していたので、開業医に比べ医師との距離感があるかもしれない。単独医師クリニックは、複数医師クリニックに比べ患者が医師との関係をより密接に感じ、「個性」「親しみ」「利便性」の評価を高めている可能性が考えられる。

図表 5-7 検定統計量 Kruskal Wallis 検定 (医師数別)

	個性**	人脈**	親しみ**	利便性**	評判*
カイ 2 乗	9.19	40.82	21.55	24.23	6.73
単独医師 平均 (n=41)	75.72	56.10	81.62	80.23	55.43
複数医師 平均 (n=54)	71.55	92.13	73.81	76.98	74.34
大学病院 平均 (n=40)	55.30	47.63	46.20	43.34	72.33

(5) 診察時の服装 (図表 5-8)、医師別 (図表 5-9)

白衣以外の方が「診断」「個性」「親しみ」の評価が高く、「説明」「人脈」では着用の方が評価が高かった。また、医師別では9項目に有意差があったが、満足には差が見られな

かった。患者の価値観によって医師の評価の重視する点が異なると推測される。

図表 5-8 検定統計量 (診察時の服装別)

	説明*	診断*	個性*	人脈*	親しみ**
Mann-Whitney の U	1547.0	1595.5	1615.5	1611.0	1376.5
白衣着用 平均 (n=91)	73.00	63.53	63.75	72.30	61.13
白衣以外 平均 (n=44)	57.66	77.24	76.78	59.11	82.22

図表 5-9 検定統計量 Kruskal Wallis 検定 (医師別)

	治療行動**	説明**	診断*	個性*	人脈**	親しみ**	親身**	利便性**	評判*
カイ 2 乗	26.57	25.76	23.97	23.40	54.03	29.32	26.53	28.76	20.06
Dr1, n=13	82.23	94.46	93.42	89.69	102.62	69.04	94.62	82.04	72.54
Dr2, n=15	78.57	71.03	60.97	61.67	81.70	70.97	76.50	83.43	62.93
Dr3, n=15	81.07	83.97	91.73	64.67	60.67	98.07	78.70	83.27	74.50
Dr4, n=16	51.25	46.13	61.88	86.59	40.56	67.53	55.16	72.09	48.13
Dr5, n=13	41.81	57.46	51.92	57.65	105.65	73.65	81.54	68.92	79.77
Dr6, n=10	48.90	66.90	50.70	74.90	74.10	79.50	59.60	88.70	38.50
Dr7, n=13	69.81	41.50	79.42	78.69	80.15	82.00	46.73	72.54	83.88
Dr8, n=11	77.00	83.27	53.59	56.32	39.05	43.05	77.77	38.77	66.09
Dr9, n=5	40.70	60.90	85.20	57.30	35.00	46.60	79.20	52.10	74.10
Dr10, n=10	61.75	80.30	57.20	65.50	54.35	42.15	36.80	38.65	57.70
Dr11, n=11	84.55	62.14	67.32	46.50	55.23	55.91	63.32	41.73	84.68
Dr12, n=3	119.50	75.50	47.50	46.50	49.83	35.00	53.33	67.00	95.67

(6) 患者性別 (図表 5-10)、患者年齢 (図表 5-11)、命の危険性 (図表 5-12)

男性よりも女性の患者の方が「人脈」「親しみ」「優しさ」「傾聴」において高値となった。女性の方が態度や感情に対する評価を重視していると推測される。「人脈」「親身」は患者年齢によって有意差は見られたが、順序性はなかった。重度よりも軽度の患者の方が、「特質」「人脈」「親しみ」「利便性」において高かった。

図表 5-10 検定統計量 (患者性別)

	人脈**	親しみ*	優しさ*	傾聴*
Mann-Whitney の U	1734.0	1752.0	1499.0	1795.0
男性 平均 (n=61)	59.43	59.72	55.57	60.43
女性 平均 (n=74)	75.07	74.82	78.24	74.24

図表 5-11 検定統計量 Kruskal Wallis 検定 (患者年齢別)

	人脈*	親身*
カイ 2 乗	11.48	12.62
40 歳以下 平均 (n=12)	94.46	89.88
41~50 歳 平均 (n=7)	90.79	56.14
51~60 歳 平均 (n=17)	70.85	86.38
61~70 歳 平均 (n=32)	60.92	61.94
71~80 歳 平均 (n=51)	63.18	60.40
81 歳以上 平均 (n=16)	64.69	73.59

図表 5-12 検定統計量 (命の危険性別)

	特質**	人脈**	親しみ**	利便性**
Mann-Whitney の U	1507.0	1487.5	1202.5	1303.5
軽度 平均 (n=90)	73.76	73.97	77.14	76.02
重度 平均 (n=45)	56.49	56.06	49.72	51.97

(7) ノンパラメトリック検定結果の比較 (図表 5-13)

ノンパラメトリック検定を図表 5-13 にまとめた。有意差の特徴から医師の評価は、客観的評価 (利便性、設備、評判)、技術的信頼 (説明、診断、信頼)、表層的態度 (親しみ、優しさ、丁寧、個性)、人格的信頼 (傾聴、親身、人脈) の 4 つに分類できると考えた。

図表 5-13 ノンパラメトリック検定一覧

	全体満足	治療行動	客観的評価			技術的信頼			表層的態度				人格的信頼		
			利便性	設備	評判	説明	診断	信頼	親しみ	優しさ	丁寧	個性	傾聴	親身	人脈
機関種別			**						**			**			**
継承形態		**	**			*	*	*	**			*	*		**
医師数			**		*				**			**			**
医師年齢	*			**		**			*					**	
専門領域		**			*	*	*	*					*		
出身大学		*				**		*					**		
服装						*	*		**			*			*
医師別		**	**		*	**	*		**			*		**	**
患者性別									*	**			*		*
患者年齢														*	*
命危険性			**						**			**			**

(**1%水準で有意 *5%水準で有意)

患者は様々な側面の評価を総合的に考慮し医師の評価をしており、重視する点は患者によって異なることが伺える。患者の選好は評価項目の優先順位として現れると考えられる。11変数で有意差のある項目が異なることから、医療サービスにおいてもセグメンテーションが可能であることが示唆される。医師別では、4つのカテゴリーすべてに有意差が見られた。患者は価値観の合う医師を選び、選ばれた医師は患者の望む関係モデルによって deep-value-pairing に基づく医療を提供し、両者の間で相互作用を促進させていると推測される。

第2項 全体満足の予測因子

医師年齢、医業年数、外来年数（大学病院外来年数もしくはクリニック開業年数）、受療年数（主治医の初診日から期間）、患者年齢、治療行動、医師の評価13項目（説明、診断、

個性、人脈、親しみ、親身、信頼、優しさ、傾聴、利便性、丁寧、設備、評判) と患者満足
の関係重回帰分析で確認したところ、予測精度は低い以下の重回帰式が得られた。

$$y=4.155^{**}+0.417x_{1^{**}}+0.239x_{2^{*}}+0.247x_{3^{**}}+0.403x_{4^{**}}+0.360x_{5^{*}}+0.394x_{6^{**}}+0.072x_{7^{**}}$$

$$R^2=0.394 \quad **p<0.01, *p<0.05$$

y=全体満足 x_1 =親身 x_2 =傾聴 x_3 =人脈 x_4 =優しさ x_5 =親しみ x_6 =信頼

x_7 =外来年数

x_1, x_2, x_3 …人格的信頼 x_4, x_5 …表層的態度 x_6 …技術的信頼

回帰式には、治療の評価に関連する説明、診断が含まれておらず、 x_6, x_7 以外は感情に関
わる評価項目であった。西垣ら²⁰¹は医師患者関係において患者の感情の重要性を述べてい
るが、患者は治療プロセスにおける医師の評価に関し、客観的評価よりも主観的評価を重
視することが示唆される。

第3項 分析1の考察

本研究では、サービス品質として医師患者関係を捉え、既存の医師患者関係モデルの現
実との関係を調査した。医師、患者へのインタビューから1回の診察フローの中で内容に
よって複数のモデルが使用され、医師は柔軟に関係モデルを変更していることが推測され
た。患者によって医師の評価のどの部分に共感するかは異なる。医師患者関係は1つのモ
デルで完結せず、医師はモデル間移動を行い、患者から技術的な信頼と人格的な信頼を獲
得していると考えられる。医師は患者の選好、状況によって様々なモデルを使い分けてお
り、患者満足と治療効果を高める医師患者関係モデルの選択は、医師のスキルと考えるこ
とができる。診断に必要な情報収集も重要であり、医師には高いコミュニケーション能力
が求められる。

医師へのインタビューから患者の満足が医師の満足やモチベーションに影響を与えるこ
とが確認できた。医師患者間で治療プロセスに有益な相互作用を起きていると考えられ

²⁰¹ 西垣他 (2004), p. 16-18

る。従業員の価値が顧客の価値や満足、信頼のもととなる生産性を作り出し、満足や信頼の高い顧客が組織の成長の駆動因となるというサービス・プロフィット・チェーンの考え方が医療においても適用できる。

医師年齢、医業年数、外来年数、受療年数のうち、外来年数のみ全体満足への影響が認められた。外来年数のみ影響が認められた理由については、外来診療のスキルや経験など、より詳細に検討していく必要がある。

医療のサービス品質は、診察技術、コミュニケーション能力、接遇、設備等多種の要素から患者の選好によって評価されるが、そのすべてにおいて医師患者関係は関係しており、サービス品質として、医師患者関係が重要であることがわかった。

これまでに医師患者関係についてさまざまなモデルが提唱され、先行研究の中には特定モデルを推奨するものもある。しかし、選好が多様化する現代において1つのモデルによるサービス提供では、治療効果、満足を高めることは出来なくなってきている。むしろ、状況によって各モデルを使い分けることのできる医師が患者の信頼を獲得し、患者満足を高め、患者の自発的な関わりを促進させると考えられる。患者によってどんな医師に共感するかは異なる。年齢、病状、境遇の異なる患者を診療する医師には、柔軟な対応力、患者ニーズにふさわしい関係モデルの選択、高いコミュニケーション能力が求められる。

第4節 分析2

分析1では大学病院とクリニック患者を混合で分析した。しかし、提供しているサービスや疾患が異なるため、患者の医療サービスへの期待、評価は異なると考えられる。第1章で説明したように日本は施設分類で比較すると、無床診療所が最も多い。厚生労働省平成17年10月の受療種別・施設種別調査によれば、受診人数の内訳は、無床一般診療所の再診患者が一番多く240万人に上る。診療所再診患者が日本の受療行動の典型と言える。

よって、分析2ではクリニックの患者のみを対象に、分析1とは異なる分析をした。大学病院の場合は、複数の診療科を受診している場合があるが、クリニックは一人の医師を主治医と認識している。そして、無床診療所で提供するサービスは病院ほど複雑でないことから、クリニックの患者のみで分析することは、医師患者関係を理解する上で有効と考えた。

第1項 患者の分類

調査対象者は、30～90歳 95名とその主治医 7名である。患者の平均年齢は66.5歳 (SD=15.1)、男性30名 (31.6%)、女性65名 (68.4%)である。受療年数は、1年未満が5名 (5.3%)、1年以上3年未満17名 (17.9%)、3年以上5年未満18名 (18.9%)、5年以上7年未満18名 (18.9%)、7年以上33名 (34.7%)、無回答4名 (4.2%)である。

医師は医師歴13～30年、開業5～13年の内科標榜の男性医師である。医師らの専門分野は循環器科4名、消化器科2名、脳神経外科1名であるが、7名全員が地域のかかりつけ医として広く内科全般の治療を行っていた。

分析2では、詳細に個人の特性をコーディングに反映させるために、評定者が抽出した26項目(説明、診断、指導、迅速さ、専門知識、紹介先、継続受診願望、有難い、信頼、不安除去、傾聴、親切、親近感、丁寧、優しさ、相談相手、親身、端的、明るさ、個性、若さ、距離、設備、家族受診、評判、待ち時間)で分析を行った。分析には、総合満足と自発的な治療行動を項目に追加した。

コーディング3名の評価の差異は、28項目95名のコーディング2660件に対し、3名一致の項目が1886件 (70.9%)、2名一致の項目が716件 (26.9%)、3名不一致の項目が58件 (2.2%)であった。本調査では、3名コーディング値の合計を用いて分析を行った。

医師の評価26項目を用いて患者の階層的クラスター分析(Ward法・平方ユークリッド距離)を行ったところ、患者は3クラスターにわかれた。クラスター1は23名(男性6名女性17名)で平均年齢は64.0歳 (SD=17.2)、クラスター2は24名(男性9名女性15名)で平均年齢は59.0歳 (SD=16.5)、クラスター3は48名(男性15名女性33名)で平均年齢71.5歳 (SD=11.2)であった。分散分析では、クラスター間で男女および年齢における有意差は見られなかった。

主治医別でクラスター内の患者数を比較すると、クラスター1には全医師の患者が同程度分布しているが、クラスター2には医師A・B・Eの患者が、クラスター3にはC・D・Gの患者が多い傾向が見られた(図表5-14)。

図表 5-14 医師A～Gクラスター別患者数

	A	B	C	D	E	F	G	計
1	4	5	4	3	3	2	2	23
2	7	6	0	0	6	4	1	24
3	2	4	11	13	4	4	10	48
計	13	15	15	16	13	10	13	95

26項目をバリマックス回転で主成分分析を行い、回転後の成分行列から、信頼（有難さ、信頼、診断、親身、親近感）、説明（説明）、継続願望（継続受診願望、若さ）、医師の特性（個性、専門知識）、不安除去（明るさ、不安除去）、手厚さ（紹介先、丁寧）、相談相手（相談相手、端的）、機能性（待ち時間、設備）、迅速さ（迅速さ）、傾聴（傾聴、評判）、利便性（距離、親切）の11因子に分類した。優しさ、家族受診、指導はどの因子にも属さないため削除した。

3クラスターにおける11因子の差異を検討するために各因子得点で分散分析を行った（図表5-15）。分散分析（自由度2, 92）の結果、説明（F値=5.59）、継続願望（F値=8.07）、不安除去（F値=17.46）、手厚さ（F値=5.97）、迅速さ（F値=14.93）で1%水準の有意差が認められた。多重比較（Bonferroni）では、説明、継続願望、不安除去、手厚さ、迅速さに有意差が見られた。その結果を図表5-16に示す。

図表 5-15 クラスタ間における11因子の分散分析

		度数	平均値	標準偏差	平均値95%信頼区間		最小値	最大値
					下限	上限		
信頼	1	23	-0.08	1	-0.51	0.35	-1.22	2.98
	2	24	0.17	0.91	-0.21	0.55	-1.39	2.70
	3	48	-0.05	1.06	-0.35	0.26	-1.25	3.36
	合計	95	0	1	-0.20	0.20	-1.39	3.36
説明	1	23	0.58	0.82	0.22	0.93	-0.74	2.67
	2	24	-0.14	1.2	-0.64	0.37	-2.61	1.73
	3	48	-0.21	0.87	-0.46	0.05	-2.66	1.76
	合計	95	0	1	-0.20	0.20	-2.66	2.67
継続願望	1	23	-0.46	0.53	-0.69	-0.23	-1.60	0.49
	2	24	-0.32	0.81	-0.66	0.03	-1.36	2.03
	3	48	0.38	1.12	0.05	0.70	-1.34	2.95
	合計	95	0	1	-0.20	0.20	-1.60	2.95
医師特性	1	23	-0.28	0.95	-0.69	0.13	-1.45	2.81
	2	24	0.13	0.84	-0.22	0.49	-0.95	2.53
	3	48	0.07	1.09	-0.25	0.38	-1.34	4.40
	合計	95	0	1	-0.20	0.20	-1.45	4.40
不安除去	1	23	0.92	1.38	0.33	1.52	-0.46	4.62
	2	24	-0.27	0.64	-0.54	0.00	-1.48	0.85
	3	48	-0.31	0.6	-0.48	-0.13	-1.31	2.15
	合計	95	0	1	-0.20	0.20	-1.48	4.62
手厚さ	1	23	-0.13	0.86	-0.51	0.24	-1.63	2.11
	2	24	0.58	1.17	0.08	1.07	-0.90	3.10
	3	48	-0.22	0.87	-0.48	0.03	-1.58	2.07
	合計	95	0	1	-0.20	0.20	-1.63	3.10
相談相手	1	23	-0.24	0.79	-0.58	0.10	-1.25	1.67
	2	24	-0.22	0.74	-0.53	0.09	-1.52	1.31
	3	48	0.227	1.16	-0.11	0.56	-1.19	4.70
	合計	95	0	1	-0.20	0.20	-1.52	4.70
機能性	1	23	0.269	1.44	-0.35	0.89	-0.93	6.42
	2	24	-0.103	0.66	-0.38	0.18	-0.94	1.96
	3	48	-0.08	0.88	-0.33	0.18	-1.23	3.12
	合計	95	0	1	-0.20	0.20	-1.23	6.42
迅速さ	1	23	0.28	1.09	-0.19	0.75	-1.49	2.57
	2	24	-0.85	1.01	-1.30	-0.42	-2.73	1.30
	3	48	0.29	0.68	0.09	0.49	-0.88	2.35
	合計	95	0	1	-0.20	0.20	-2.73	2.57
傾聴	1	23	0.22	1.33	-0.35	0.80	-2.60	3.56
	2	24	-0.063	0.86	-0.43	0.30	-1.60	1.77
	3	48	-0.07	0.88	-0.33	0.18	-2.28	1.84
	合計	95	0	1	-0.20	0.20	-2.60	3.56
利便性	1	23	0.13	0.913	-0.26	0.53	-1.33	1.71
	2	24	-0.16	0.93	-0.55	0.23	-1.43	1.69
	3	48	0.02	1.08	-0.30	0.33	-1.98	2.30
	合計	95	0	1	-0.20	0.20	-1.98	2.30

図表 5-16 クラスタ間の多重比較 (Bonferroni)

従属変数	クラスター	平均値の差	標準誤差
説明	1>2	.7141 *	0.279
	1>3	.7847 **	0.242
継続願望	1<3	.8341 **	0.236
	2<3	.6934 *	0.233
不安除去	1>2	1.195 **	0.251
	1>3	1.229 **	0.218
手厚さ	1>2	.709 *	0.277
	2>3	.801 **	0.238
迅速さ	1>2	1.124 **	0.256
	2<3	1.137 **	0.219

** p < .01, * p < .05

図表5-16より、クラスター1は説明、不安除去と迅速さ重視で継続願望低く、クラスター2は手厚さ重視、クラスター3は迅速さ重視で継続願望が高いという特徴がみられた。

また、クラスターごとに11因子と満足の関係重回帰分析(ステップワイズ法)で調べたところ、予測精度は低い、以下の重回帰式が得られた。

$$\text{クラスター1: } y = 6.49 + 0.51 x_1^* \quad (R^2 = 0.24)$$

$$\text{クラスター2: } y = 6.63 + 0.78 x_2^{**} - 0.52 x_3^* \quad (R^2 = 0.46)$$

$$\text{クラスター3: } y = 6.56 + 0.96 x_1^* + 0.70 x_2^{**} \quad (R^2 = 0.24)$$

$$y = \text{満足} \quad x_1 = \text{不安除去} \quad x_2 = \text{信頼} \quad x_3 = \text{迅速さ} \quad ** p < .01, * p < .05$$

これらの分析から、クラスターの特性をクラスター1は不安除去を最優先と考える高要求の患者、クラスター2は丁寧な対応で信頼を高めることが重要な手厚さ重視の患者、クラスター3は不安除去と信頼が満足につながる手早さ重視の患者と解釈した。

満足、患者行動のクラスター間で差異を確認するために分散分析を行った(図表5-17)。満足は、モデル全体ではF値3.88(自由度2、92)が5%水準で有意であることが確認された。多重比較(Bonferroni)では、クラスター2と3の平均値の差0.98が5%水準で有意差があり、クラスター2の満足の平均値が最も高かった。治療行動に有意差は認められなかった。

図表 5-17 クラスター間の満足の差異

	度数	平均値	標準偏差	平均値の 95% 信頼区間		最小値	最大値
				下限	上限		
1	23	6.96	1.43	6.34	7.57	5	9
2	24	7.21	1.35	6.64	7.78	5	9
3	48	6.23	1.65	5.75	6.71	1	9
合計	95	6.65	1.57	6.33	6.97	1	9

第2項 医師の分類

医師へのインタビューでは、医師A～Gから医療技術について、患者とのかかわりに関する考えが語られた。すべての医師が医師患者関係を構築する上で技術的部分と対人関係的部分の両者が不可欠であると考えていた。

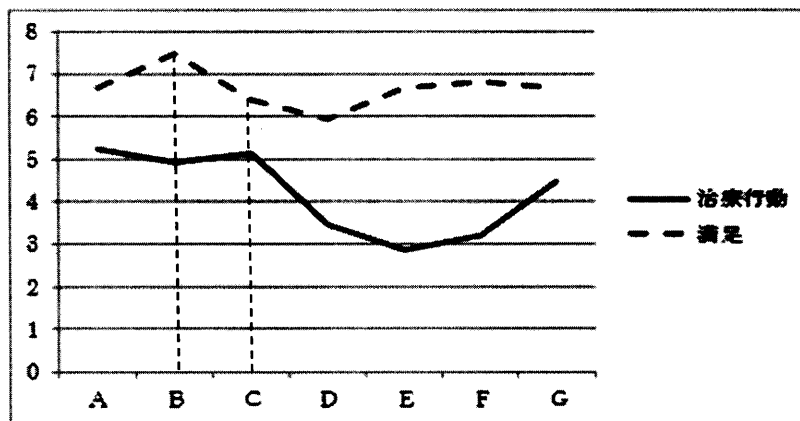
図表 5-18 は医師A～Gの診療理念と診療態度の特徴を一覧にしたものである。医師の診療スタイルは、医師A・B・Eは会話、対話、くみ取りなど手厚さにつながるプロセスに重点を置いている一方で、医師C・D・Gは手早い中での瞬間的な感動を提供している傾向が見られた。

図表 5-18 医師7名の診療理念と診療態度

	診療理念	診療態度
A	病識の啓蒙	患者ニーズに合う会話
B	手厚さと温かさ	傾聴、対話を大切にする
C	共感、個別対応	笑顔、心に響く接遇
D	決定は患者	信頼に応える
E	ホスピタリティー	患者ニーズのくみ取り
F	皆の幸せ	訴えに対する結果を出す
G	良好な関係性	前向き、明るさ、楽しさ

図表 5-19 は、各医師の患者満足と患者の自発的な治療行動の平均値をグラフ化したものである。分析で得られた医師 A・B・E のグループと医師 C・D・G のグループの両者に、満足と治療行動が相対的に高い医師（B・C）が存在する。満足と治療行動に対する評価は、B・C 間で有意差は見られなかった。つまり、医師の特徴が手厚さであっても手早さであっても、患者満足と患者の自発的な治療行動を得る医師患者関係の構築が可能であると考えられる。患者の選好には手厚さと手早さの評価軸が存在し、患者満足と自己効力感を高める条件に「患者が心地よいと感じる対応リズム」があるのかもしれない。

図表 5-19 各医師の患者満足と患者の自発的な治療行動の平均値



第3項 分析2の考察

ドナベディアン²⁰²は、医療の質とは、ある一定の単位の医療の性質及びそれに対する判断であり、医療は技術的部分と対人関係的部分という最低2つの部分に分けられると述べている。患者が医療サービスを受ける主目的は健康の獲得であるため、病状改善に直接的に関係する説明、診断、知識などの技術的側面が医師の評価に影響することは予測された。しかし、本調査では技術的側面よりも対人関係の側面の方が多種抽出される結果となった。

各クラスターの満足は、不安除去、信頼のいずれかが影響していた。患者は、インタビューの中で不安除去を治療の見通しや安心感に関連して話し、信頼を的確な判断、親身な対応の意味を含めて使用していた。医師の質も医療の質と同様に2つの部分が存在し、不

²⁰² ドナベディアン (2007), p3

安除去、信頼は技術的部分と対人関係的部分が複合しているようである。また、医療サービスでも、他サービスと同様に感情に訴えかける主観的な質への配慮が重要と考えられる。

分析2では、患者の医師に対する評価を用いて患者の分類を行った。患者のクラスター分析では、継続願望、手厚さ、迅速さに有意差が見られた。患者は、高要求の患者、手厚さ重視の患者、手早さ重視の患者の3つに分類できる可能性が示唆された。

高要求の患者はどの医師にも通院していたが、他の2つは医師に偏りが見られた。前述したように、医師A・B・Eの患者が多いクラスター2は手厚さ、医師C・D・Gの患者が多いクラスター3は手早さが評価されている傾向が見られた。患者の評価の傾向によって医師を分類することができると考えられる。

満足はクラスター2が最も高かった。多重比較の継続願望の有意差がC（クラスター3の患者が多い）とE（クラスター2の患者が多い）において認められていることから、患者満足には手厚さが有効で、再診には手早さが有効である可能性が考えられる。

患者の3クラスター間において満足には有意差が認められたが、医師ごとでは満足に有意差が認められなかった。このことから、クラスターによって期待が異なる可能性があると考えられる。また、診療スタイルは医師によって異なるが、患者が価値観に合う医師を選んで通院することによって同等の満足を得ていると推測された。本調査の結果は、Veatchの提唱したDeep-Value-Pairingモデルの主張と一致する結果と解釈できる。

患者の医師に対する評価の中で手厚さと手早さと言う概念において患者の選好に違いが推測された。医師のインタビューから、手厚さは医師患者関係構築プロセスで形成されるものであり、手早さは瞬間的な感情の変化がもたらすものを意味していると考えられる。この2つの概念は必ずしも対極に位置づけられるものではなく、両者を兼ね備えることは可能と考えられる。よって、質の管理、患者満足向上には両方の方策が求められる。

手厚さは紹介先や丁寧さ、手早さは迅速さや的確さを意味しており、時間の長短のみを表す概念ではなかった。クリニックでは設備や人員等の事情により実施できる治療は限られるため、患者の不安を迅速に取り除き、見通しや次のステップを提示することが重要な使命となる。そのため、対応の手早さと手厚さに関心が高まった可能性が考えられる。

マーケティング領域では、満足は、顧客維持や再購買意図に正の影響を及ぼすことが多くの研究によって明らかになっている。例えば、Bitner²⁰³は、満足はサービス品質の前提であり前回のサービス品質から影響を受けるとし、満足と購買意図の関連を実証した。ま

²⁰³ Bitner (1990)

た、Cronin et al. ²⁰⁴は、期待値と実現値の差を用いる SERVQUAL ²⁰⁵と実現値だけ用いた SERVPERF ²⁰⁶を用いて、サービス品質、消費者満足、購買意図の関係を調査し、サービス品質が消費者満足に影響し、消費者満足が購買意図に影響するという結果を報告した。

本調査の結果では、医師の手厚さが患者満足に影響するが、継続願望には影響しないという傾向が見られた。つまり、医療サービスでは、患者満足が再購買意図をもたらすとは必ずしも言えない可能性が示唆された。本調査のみで言及することはできないが、医療サービスにおいては、累積的な満足による関係性持続効果は他サービスと異なる経路や構造をもっている可能性が考えられる。手厚さによって患者満足を高まったとしてもリピートに直結するとは限らないとすれば、医療サービスの特異性はこの部分にあるかもしれない。

第5節 分析3

第1項 医師の評価の中核因子

分析2では探索的調査として3名のコーディングの合計値を用いることによって、患者の分類仮説を導出することができた。本節では、分析2で用いたクリニック患者95名のコーディング結果の中で、3名のうち2名以上判断した値が一致したサンプルのみを用いて、分析を試みた。コーディングの精度を高めることによって医師の評価の中核となる要素を特定しようとするものである。

医師の特性と解釈した25項目（説明、診断、指導、迅速さ、専門知識、紹介先、有難い、信頼、不安除去、傾聴、親切、親近感、丁寧、優しい、相談相手、評判、親身、家族受診、端的、明るい、個性的、若い、近い、設備、待ち時間）のうち、被験者の90%以上が0（なし）とコーディングされた5項目（診断、有難い、端的、設備、待ち時間）は分析から除外した。

各変数の2名以上判断が一致したサンプル数は、説明 n=95、指導 n=93、迅速さ n=93、専門知識 n=93、紹介先 n=94、信頼 n=89、不安除去 n=87、傾聴 n=91、親切 n=95、親近感

²⁰⁴ Cronin et al. (1992)

²⁰⁵ SERVQUAL は Parasuraman, Berry, Zeithaml が開発したサービス品質の評価尺度である。信頼性、対応性、確実性、共感性、有形性の5つに分かれ、事前と事後の差をとる方法が用いられている。

²⁰⁶ SERVPERF は、実現値のみでサービス品質を評価する方法である。

n=92、丁寧 n=94、優しい n=93、相談相手 n=93、評判 n=94、親身 n=94、家族受診 n=92、明るい n=95、個性的 n=95、若い n=95、近い n=94、全体満足 n=94、治療行動 n=91 であり、平均一致率は、97.8%であった。

図表 5-20 は、分析に用いた医師の評価 20 項目と総合満足、自発的な治療行動の 22 変数の相関分析の結果をまとめたものである。有意差があった項目のみ一覧にした。相関係数が 0.2~0.4 のやや相関がある組み合わせが複数存在する。患者の医師に対する評価は、非常に複合的であり、弁別が難しいことがわかる。

また、全体満足には、専門知識、不安除去、親近感、家族受診、明るいに影響していることが推測される。また、全体満足と治療行動にも何らかの関係があることが示唆された。

図表 5-20 医師の評価の相関分析

	全体満足	治療行動	説明	指導	専門知識	紹介先	信頼	不安除去	親切	親近感	優しい
治療行動	.329**										
指導		.288**	.255*								
専門知識	.231*										
紹介先				.261*							
不安除去	.243*										
親近感	.235*					.241*					
丁寧						.338**				.210*	
評判							.232*				
親身											.219*
家族受診	.255*			.255*		.269**					
明るい	.262*							.301**			
個性的					.369**			.377**			
若い			.213*								
近い									.227*		

**p<.01, *p<.05

Vinagre et al.²⁰⁷ は、サービス品質と患者の感情の両方が患者満足に影響を与えているという。本研究の結果からも、全体満足は、専門知識など医学的な側面だけでなく、不安除去や親近感、家族受診、明るいなどの医師の評価と関連性が認められ、患者の感情的側面が全体満足に影響を及ぼすと考えられる。

前述の相関分析では、2 名以上の評定者の判断が一致したサンプルのみを使用し、そのコーディング値 0~3 を用いたが、次にコーディング値「0」と「1~3」の 2 値データにして、分析を行った。この結果は、インタビューの中で触れた（評価した）患者割合を示

²⁰⁷ Vinagre et al. (2008), p. 98

しており、比率が高いほど多くの患者が重視している項目であることを意味する。つまり、どのクリニックでも不可欠な要素であると推測される項目である。

95名のうち各項目の評価した患者数は、説明 n=43、指導 n=27、迅速さ n=34、専門知識 n=21、紹介先 n=29、信頼 n=52、不安除去 n=51、傾聴 n=59、親切 n=32、親近感 n=40、丁寧 n=30、優しい n=45、相談相手 n=39、評判 n=51、親身 n=45、家族受診 n=45、明るい n=20、個性的 n=18、若い n=17、近い n=68 であった。

20項目のうち1番評価した患者が多かった項目は、自宅から近い(71.6%)であった。大学病院のような高度な医療の提供と研究・教育が目的である特定機能病院とは異なり、クリニックを受診する場合は、自宅から近い範囲内で選択されることがわかった。2番目は、傾聴(62.1%)、3番目が信頼(54.7%)、4番目が不安除去と評判(53.7%)であった。それ以外は、評価した患者は50%以下であり、患者の価値化や選好によって重要度が異なると考えられる。

第2項 分析3の考察

各評価項目と全体満足および治療行動の相関では、複数の項目において弱い相関が見られた。各項目は、互いに関連し合いながら患者に評価されていると考えられ、医療サービスの評価の複雑性が示唆される。

分析2では患者満足と治療行動に関連は認められなかったが、分析3では弱い相関が見られた。非構造化インタビューであったためうまく抽出できなかった点が否めないが、この結果には、2つの解釈があると考えられる。

1つは、患者満足と治療行動に何らかの関係があり、医師の影響を受けている可能性がある。Bandura²⁰⁸は、特定の行為や事象が引き起こす結果についての情報は、環境刺激によって伝えられる。場所、人、物などの顕著な特徴とか、他の人の言葉やしぐさとか、行為が含んでいる社会的信号などによって、予期すべき内容についての情報を得ることができると述べている。診察室という空間の中で、医師は専門的な機器、言葉、態度などを用いて患者に環境的刺激を送り、患者はそれを受け取って結果を予測する。反応情報を得る

²⁰⁸ Bandura (1977), p58

と、それによって必要な行動を遂行しようとする意図やそのための自己教示が起こる²⁰⁹。医師が患者との関わりの中で患者の不安を取り除き、治療の道筋や見通しを提示する。患者はその提示から先を予測し、治療に対する行動を動機づけられると考えられる。

もう1つは、自発的な治療行動がない場合でも患者満足は高い場合があり、満足が高いからと言って必ずしも患者は積極的な参加をするとは限らないことということである。これは、そもそもの患者の自己効力感によって、満足と治療行動の相関は異なるかもしれない。もし、自己効力感の高低によって治療行動と患者満足の相関が変わるならば、自己効力感を高める医師の関わりを明らかにすることは意味がでてくる。

クリニックにおける患者の受診選択には、自宅からの距離が大きな選択理由になっていた。かかりつけ医としての役割を担っている開業医が地域に根付いて診療を行っていることが結果から確認できた。

一般的に患者が重視すると推測される項目として、医療では最も重要とされている「信頼」、良好な医師患者関係構築に重要な共感や支援を示す「傾聴」「不安除去」が上位に含まれていた。また、「評判」も高く、他者の評価も重要と考えていることが推測された。

第6節 まとめ

分析1, 2, 3では、医師患者関係の質と患者満足の関係を考察した。患者満足には、患者の価値観や選好が影響していることが示唆された。医師の患者への関わりは、技術的な側面に加え、患者の感情に配慮が重要であることがわかった。

また、主治医選択にも患者の価値観と選好が影響しており、患者が共感する医師を受診していると示唆された。医師は自分の理想を押し付けず、患者の価値観や選好に合わせた医師患者関係を提供し、患者ニーズに歩み寄ることが患者満足につながると考えられる。

分析から、治療意欲を高めることによって患者満足が高まることも可能性として考えられた。医療サービスの目的は、患者満足を高めると同時に治療効果を高めることである。患者の積極的なサービスへの参加は治療上重要であり、治療行動を動機づける自己効力感について満足と共に引き続き調査を進める必要があると考える。

年齢、病状、境遇の異なる患者を診療する医師には、柔軟な対応力、患者ニーズにふさ

²⁰⁹ バンデューラ (1974), p15

わしい関係モデルの選択、高いコミュニケーション能力が求められる。患者が医師とどのような関係を患者と築きたいと考えているのか、また関係構築プロセスで何を感じるかは、患者の医師患者関係の質に対する選好に依存すると考えられる。

第5章では、3つの方法でインタビュー調査を分析したが、結果を解釈する際、以下の4点の限界について考慮する必要がある。

第1に、研究施設が大学病院、内科クリニックの再診患者に限定されている点である。施設規模、初診等対象が異なれば異なる結果になるかもしれないため、一般化は出来ないと考えている。

第2に、インタビューのためサンプル数に限界があったことである。対象患者が同意を得た協力者であったため、結果にバイアスがかかっている可能性がある。また、ボイスレコーダーへの録音を意識している患者が若干いたようにも感じられた。

第3に、患者インタビューの内容が一定に保てなかった点である。半構造化インタビューであり、コーディングに用いた評価項目すべてを網羅できたとは言えない。話題に出なかったからと言って、重視していないあるいは関心がないとは言えない。

第4に、コーディングが評価者の主観的評価に基づき実施されている点である。コーディングに習熟していたわけではないので、全変数全サンプルにおいて完全に一致させることができなかった。

よって、限定的な解釈をする必要があると考えている。第6章で、この分析から得られた仮説をもとに行った実証研究を報告する。

第6章 医療サービスにおける期待満足モデル

第1節 仮説導出

第1項 消費者の初診時の情報探索と再診意図

厚生労働省が実施した2008年受療行動調査²¹⁰によると、外来患者が病院を選択する際に「必要であった」と回答した情報（複数回答）は、「医師などの専門性や経歴」が48.5%と最も多く、「受けることができる検査や治療方法の詳細」47.7%、「安全のための取り組み」34.7%となっていた。病院と特定した場合、上記の結果となっている。

本研究では、クリニック・病院を特定しない「医療機関」という表現で質的調査から得られた情報をもとにオムニバス調査²¹¹を行った。回答者は、15～19歳5.7%（男性21名女性22名）、20代20.2%（男性80名女性72名）、30代25.6%（男性95名女性98名）、40代18.8%（男性75名女性67名）、50代19.2%（男性75名女性70名）、60～65歳10.5%（男性40名女性39名）の754名である。

医療機関を受診する際に知りたい情報を複数回答で聞いたところ、図表6-1の結果になった。「医師の評判」が最も高く、その次に受診しやすさ（予約・診療時間・待ち時間など）、「専門性」と続いた。厚生労働省の受療行動調査と同様に患者は医師に関する情報に関心が強かった。

「あなたが、病気になって医療機関を受診したと仮定してください。次の1～11は、受診後のあなたの医療機関に対する満足にどの程度影響しますか。影響が大きいと思われるものを3つまで選んでください。」という設問で1～11（1 受付の対応 2 医師の態度 3 他の医療従事者の態度 4 院内の居心地 5 プライバシーへの配慮 6 医療機器の充実 7 医療費 8 待ち時間 9 治療技術 10 アクセス 11 その他）を用意した。年代別の結果を図表6-2に示す。

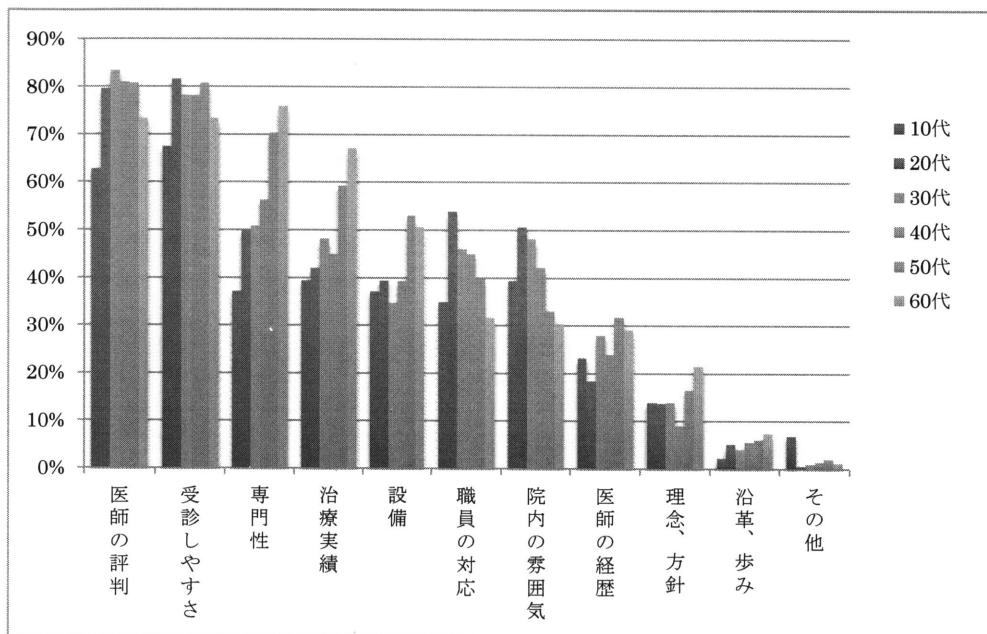
受診後の満足に最も影響するのは医師の態度で84%であり、2番目の治療技術は46%であった。男女別で比較すると、医師の態度と回答した人は、男性79%、女性88%であった。

²¹⁰ 厚生労働省 平成20年受療行動調査

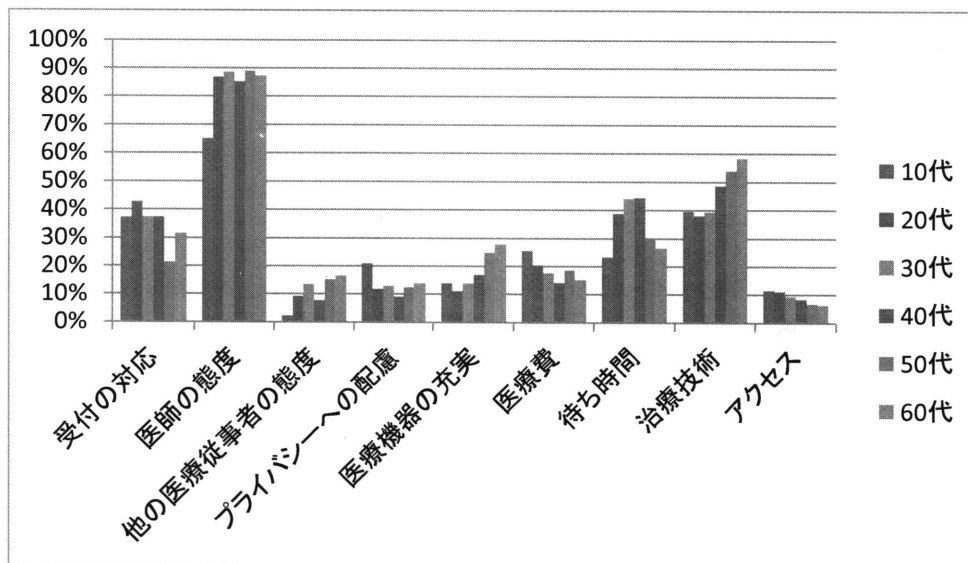
²¹¹ 吉田秀雄記念事業財団の助成事業で実施させて頂いた消費者調査である。2010年6月11日～6月24日ランダムサンプリングによる首都圏30km圏内満15～65歳の一般男女789名を対象に調査員の訪問による質問紙の留め置き・回収調査で実施された。

特に20代～65代の女性は90～93%と非常に高値であった。医師の態度のみ全世代を通して同程度の満足への影響が見られた(図表6-2)。この結果からも、質的調査の結果と同様に、医師の評価、特に医師の態度が全体満足に深く関わっていることがわかった。

図表 6-1 医療機関受診の際に知りたい情報



図表 6-2 受診後の満足に影響する要因

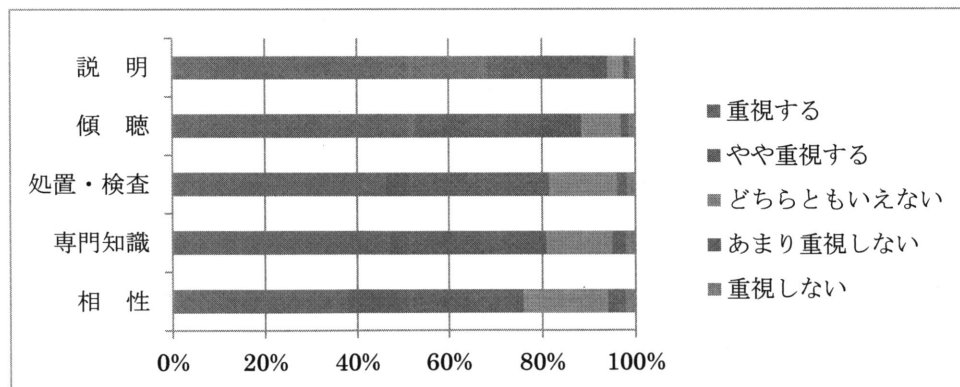


また、年齢別で比較すると、他の医療従事者の態度、医療機器の充実、治療技術は年齢が高まるに従って影響が強くなるが、逆に、医療費、アクセスは年齢と共に影響が弱くなる傾向が見られた。年齢と共に疾病の罹患率が高まり、健康に対する不安や健康上の問題が増えることから、利便性やコスト以上に治療への期待が高まることが結果に表れたと解釈できる。

初診の際に医師の評判と並んで知りたい情報として上位にあった受診しやすさ（予約・診療時間・待ち時間など）は、受診後の満足には大きく影響していない。よって、受診前と受診後では、患者の重視する項目は異なると考えられ、受診後には医師の態度に焦点が絞られていることが示唆される。

再診意図については「再診したいと思うのはどのような医師ですか？」という質問を行った。第4章で整理した医師患者関係から浮かび上がる医師の特性と質的調査から抽出された医師の評価項目から①～⑤の項目を医師の特性として調査した。①説明や指導がわかりやすい（説明）②専門知識が豊富である（専門知識）③あなたの話をじっくり聴いてくれる（傾聴）④話しやすい、もしくは気が合うと感じる（相性）⑤すぐに検査や処置を手配してくれる（処置・検査）の5つである。オムニバス調査では、重視する程度を5段階で質問した。

図表 6-3 再診する際に重視する医師の要素



図表6-3は全回答者をまとめて示したものである。「重視する」と「やや重視する」を合わせると、「説明」「傾聴」は90%前後の人が重視すると答えている。この結果から、医療技術以上に医師のコミュニケーション能力に消費者が注目していることが伺える。特に、「説明」は「重視する」を選択した消費者のみで約70%であり、他の設問に比べ強く重視

されていることがわかる。日常的なコミュニケーションとは異なり、治療のための教育やコンサルテーションも含め医師に求められるスキルとして重視されていると考えられる。診療技術として「説明」「傾聴」が求められている。

第2項 満足、期待、自己効力感、QOLの関係

インタビュー調査とオムニバス調査から、受診後の患者満足には医師の評価が強く影響していることが明らかになった。Elleuch²¹²は、日本人の医療サービスの品質評価には、医師の知識やスキル、新技術の利用はあまり影響せず、提供プロセスの特性（提供者と患者の相互作用）と物理的な属性（状況や外観）が評価に用いられると報告している。医師の評価は技術的側面と対人的側面があると言われているが、本研究で実施した質的調査においても、患者が重視するのは、技術的側面よりも医師の患者への関わり方、医師の態度などの対人的側面であった。

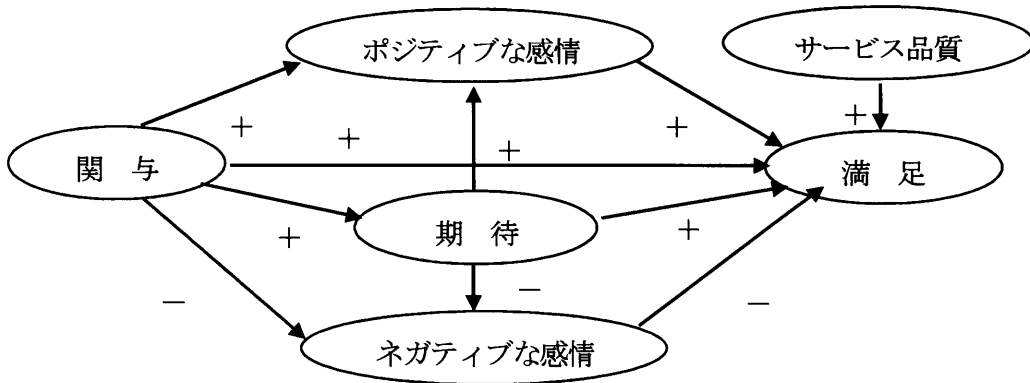
Leventhal²¹³では、インタビュー調査から、医療サービスの質は、顧客とサービス提供者間の専門的な一対一の対人関係に加え、患者の期待と一致するという複雑さが加わることを導き出した。また、Vinagre et al.²¹⁴は、患者満足における関係性と感情の重要性を主張し、患者の関与によって患者満足は変化すると述べている。関与が高ければ高いほど、サービス提供者に対する満足は高くなり、関与は感情に対する直接的で重要な影響を及ぼすという。期待は直接的に感情に働き、期待が大きいほどポジティブな感情が高まり、ネガティブな感情が減少し、その両者が満足に影響することを実証した。つまり、期待は満足に直接的間接的に影響するのである（図表6-4）。これまで、患者満足に関わりのあるサービス品質、期待、自己効力感の概念の患者満足への影響を検討してきたが、さらに関与と感情の影響も考慮に入れなくてはならない。Vinagre et al.の結果から、関与が期待に影響を与えることが明らかになった。

²¹² Elleuch (2008), p. 697-699

²¹³ Leventhal (2008), p. 58

²¹⁴ Vinagre et al. (2008), p. 98-99

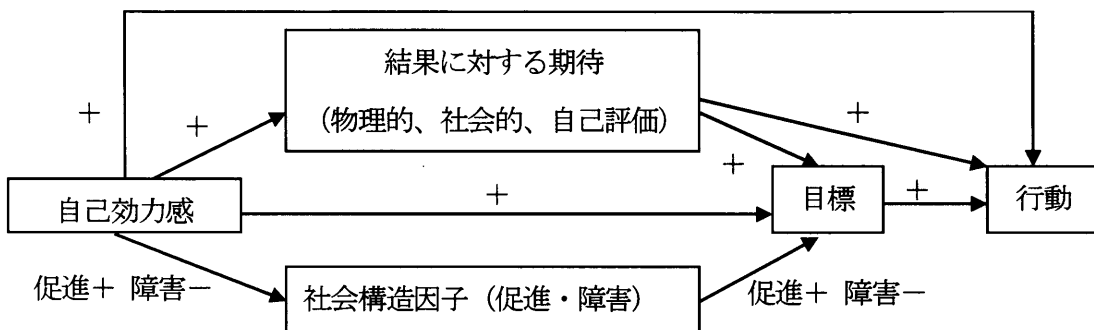
図表 6-4 関与、期待、感情と満足の関係



(出所) Vinagre et al. (2008) p.92 より引用

Bandura²¹⁵ は、自己効力感と期待、行動を図6-5のように整理した。自己効力感は、変化の際に中心的な役割を果たし、人の動機と行動の基盤であると位置づけている。Bandura は、健康行動は結果への期待と目標設定の影響を受け、自己効力感が高いほど高い目標を設定し、行動に対して積極的で粘り強いと述べている。自己効力感は、結果への期待や目標、促進・障害因子に影響することによって健康行動に影響するが、直接的にも健康行動に影響する。

図表 6-5 社会認知モデル



(出所) Bandura, A (2004) p.143 より引用

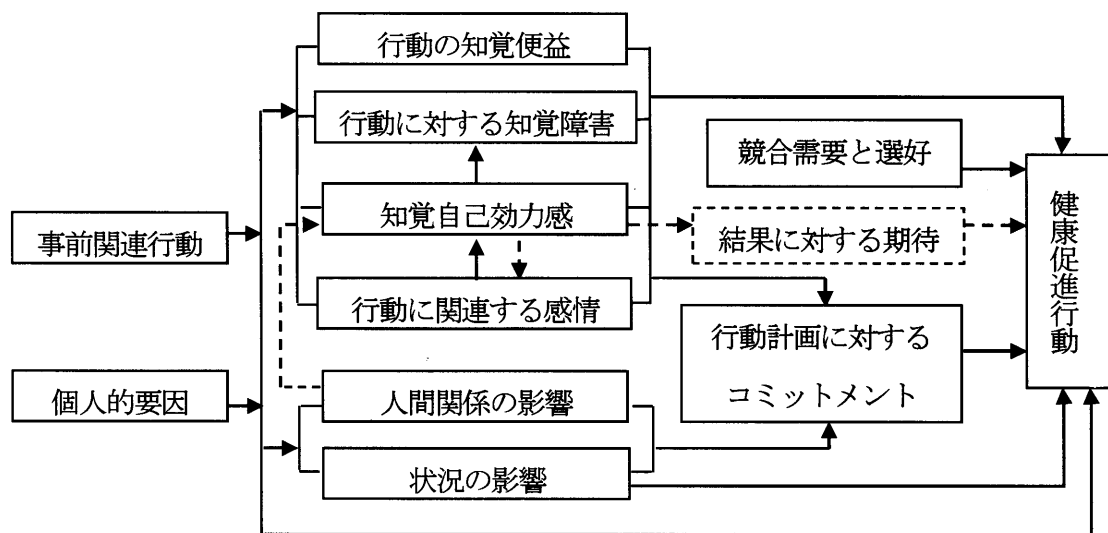
図表 6-4 と 6-5 と見比べると、自己効力感と関与は共に期待の前提条件となっている。

²¹⁵ Bandura (2004),

両者は密接に影響し合っていると推測される。

Pender et al.²¹⁶は、自己効力感と感情の関係を含めた健康促進モデル²¹⁷を提示している(図表6-6)。図表6-4と6-5の統合型とみることもできる。このモデルは、個人の特性と経験、行動特異的認知と情動、行動の結果の3段階に分かれている。1990年に最初のモデルが提言され、のちに行動に関する感情、行動計画に対するコミットメント、接近した競合需要と選好の3つの変数が加わり、図表6-6のモデルになった。モデルの各変数について紹介する。

図表 6-6 健康促進モデル (HPM)



(出所) Pender et al. (2011) p.45 を修正して引用 (点線部分は筆者が追記)

事前関連行動は、直接的かつ間接的に健康行動を促進すると言われている。過去の同一あるいは類似行動の頻度が行動予測に最も有効と指摘する研究者もいる。事前関連行動は、行動特異的な認知と情動を形成する。

個人的要因は、生物学的、心理学的、社会文化的要因に分類される。生物学的要因は、例えば、年齢、BMI、思春期や更年期、有酸素容量、体力、敏捷性、バランスなどである。心理学的要因とは、自尊心、自発性、認識している健康状態などである。社会文化的要因とは、人種、民族性、文化的対応、教育、社会経済的状況などである。ただし、Pender et al. は、個人的要因を理論的に行動の説明や予測に関連させるのは、限定的であるべき

²¹⁶ Pender et al. (2011), p45

²¹⁷ 看護と行動科学を統合したモデルでHealth Promotion Model (HPM) と呼ばれている。

という見解をしている。

行動特異的認知と情動の部分（行動の知覚便益、行動に対する知覚障害、知覚自己効力感、行動に関連する情動、人間関係の影響、状況の影響）は、重要な動機づけの要素を示している。

行動の知覚便益は、ポジティブあるいは強化された行動の結果の表れである。特定の行動に対する期待は、予測される便益に依存する。HPMでは、知覚便益は直接的もしくは行動計画に対するコミットメントを通して間接的に行動にプラスに影響すると提案している。

障害には、不便さ、高額、困難さ、要する時間など特定の行動に対する認識をいう。障害は通常、行動を避ける動機に働く。例えば、喫煙や高カロリー食を断念することによる満足の低下は障害に含まれる。HPMでは、知覚障害は直接的もしくは行動計画に対するコミットメントを通して間接的に健康促進行動に減少させると考えている。

自己効力感とは、スキルのことではなく、人がどんなスキルであろうと、自分自身で出来ると判断することである。結果に対する期待は、行動によってもたらされる便益やコストのような結果の判断であるのに対し、HPMは、知覚される自己効力感は行動に関係する情動に影響されると提言している。

実際には、情動がポジティブであれば知覚自己効力感は高くなり、自己効力感が高まれば情動がポジティブになるという相互関係にあると主張している。また、自己効力感は、直接には期待によって健康促進行動を動機づけ、間接的には知覚障害と行動計画に対するコミットメントに影響を与えると述べている。よって、図表6-6では、行動に関連する情動と知覚自己効力感の間に相互関係の矢印を加えた。さらに、知覚自己効力感はあるレベルの結果に達成する個人の能力に対する判断であるため、そこから結果に対する期待が発生すると考え、知覚自己効力感から結果に対する期待を追記した。

HPMでは、行動に関連する情動の3つの構成要素として、行動そのものや行動に関連した感情的喚起、自主的な自我に関連した感情的喚起、内容に関連した行動が起こる環境を挙げている。結果として生じる気分は、行動を反復するあるいは長期間行動を維持するかどうかに影響する傾向にある。ポジティブな情動に関連した行動は反復され、ネガティブな情動に関連した行動は回避させる。両者の情動が何らかの行動を誘導するため、そのバランスが見極めることが重要であると述べている。

HPMでは、人間関係の影響は、他人の行動、信念、態度などに対する認知ととらえて

いる。健康促進行動に対する人間関係の影響は、家族、友人、医療サービスの提供者が主であるが、規範（他者の期待など）や社会的なサポート（助けになる感情に訴える励ましなど）、モデル化（特定の行動をとる他人の観察による代理学習など）も含まれ、この3つはその人の健康促進行動の素因を決定すると述べている。

状況の影響は、行動を促進するもしくは妨げるあらゆる状況や背景に関する認知を指す。可能な行動の選択肢、行動がどのように評価されるかを推測する手がかりである要求特性²¹⁸、行動を取り巻く環境の美的な側面が行動を起こさせるよう仕向けるという。人は、快適に感じ安心できる状況や環境に惹かれ、より良い行動をするので、HPMでは状況の影響を健康促進行動の効果的な戦略と考えている。

行動計画に対するコミットメントは、行動事象を起こさせるもので、競合する需要や競合する選好がなければ、コミットメントは行動を促進するという。HPMでは、行動計画に対するコミットメントは2つの認知プロセスがあると解釈している。1つは、時間、場所、特定の人もしくは一人である行動を遂行する態度表明、もう1つは、行動を誘発、実行、強化する最も確実な戦略の確認である。

目の前に存在する競合する需要と競合する選好は、計画された健康促進行動の意図の前段階として、意識に侵入する他の行動を参照する。競合する需要は、ここでは調整が難しい偶発的な環境要因であり、競合する需要に反応しなければ、自己や重要な他者に望ましくない影響を及ぼすかもしれないようなものを指している。何らかの目標を達成しようと行動するという事は、別のことをしないように行動を制御することでもある²¹⁹。競合する選好はレベルの調整が非常にしやすい強力な強化となり、自分を制御することによって目指す行動がとれるになる。Pender et al. は、競合する選好に抵抗する範囲は自己制御²²⁰の能力に依存していると説明している。

このように、HPMモデルは健康促進行動が10変数の影響を受けることを説明している。健康促進行動は、医療サービスでは、医療サービスがもたらす結果の指標の1つになる。健康促進行動は、病状や身体能力の回復だけでなく、健康観やライフスタイルに変化をもたらし、QOLを向上するなど幅広く影響力を持つと考えられている。

筆者は、このモデルからも本研究の仮説を導出した。HPMモデルでは、健康促進行動

²¹⁸ 要求特性とは、実験の場面での実験者と実験参加者との関係から生じ、実験参加者が実験の真の目的を推測・判断する手がかりとするものである。

²¹⁹ 池田, 唐沢, 工藤, 村本 (2010), 『社会心理学』, 有斐閣, p. 106.

²²⁰ 自己制御とは、自分を制御、あるいはコントロールすることによって目指す行動がとれる。

は、人間関係の影響、選好の影響が健康促進行動に直接的に作用するモデルになっている。健康促進行動は、医師患者関係と患者の選好の影響を受けるというインタビュー調査で推測された内容と一致している。ただし、HPMモデルは、医師患者関係が患者の自己効力感にも影響するという仮説は持っていない。筆者は、人間関係の影響が知覚自己効力感を高めると考えている。そのため、点線を追記し、図表 6-5 をもとに結果に対する期待を追加した。

これまでの先行研究をもとに、期待と満足の分離モデルを提言したい(図表 6-7)。Oliver²²¹のモデルは期待からスタートしているが、社会認知モデル(図表 6-6)には、期待に影響する自己効力感が含まれている。筆者は、自己効力感が結果への期待を高まらせるモデルを考えた。つまり、期待を効力予期と結果予期に分離したモデルである。

先行研究から、援助者の関わりによって自己効力感は強化されることが分かっているが、インタビュー調査では、患者の治療に対する自己効力感は、医師によって強化されることが示唆された。筆者は、全般的な自己効力感、すなわち日常的な生活における自己効力感とサービスにおける提供者との相互作用により生じる自己効力感とは、別次元で考える必要があると考えている。よって、この自己効力感を「特定の自己効力感」と命名し、医師のサービス品質、医師に対する満足の影響を受けるモデルとした。

医療サービスにおいては、一般的な個人の性質を反映する特性的自己効力感と治療及び健康に関する特定の自己効力感が存在すると考えられる。本研究では、特定の自己効力感を「健康関連自己効力感」と名付けた。以後、「健康自己効力感」と表記する。良好な医師患者関係によって医師への満足が高まると、健康自己効力感が強化され、患者の治療行動に影響を及ぼすと推測した。

Sherer et al. が作成した自己効力感尺度の邦訳版として特性的自己効力感尺度があり、日本では一般的な自己効力感の測定に使用されている。原尺度は、①行動を起こす意志 ②行動を完了しようと努力する意志 ③逆境における忍耐 などから構成されている²²²。本研究では、この特性的自己効力感尺度を基に筆者が健康自己効力感尺度を作成した。調査では、一般的な自己効力感である特性的自己効力感と特定の自己効力感を測定し、両者の関係について検討する。

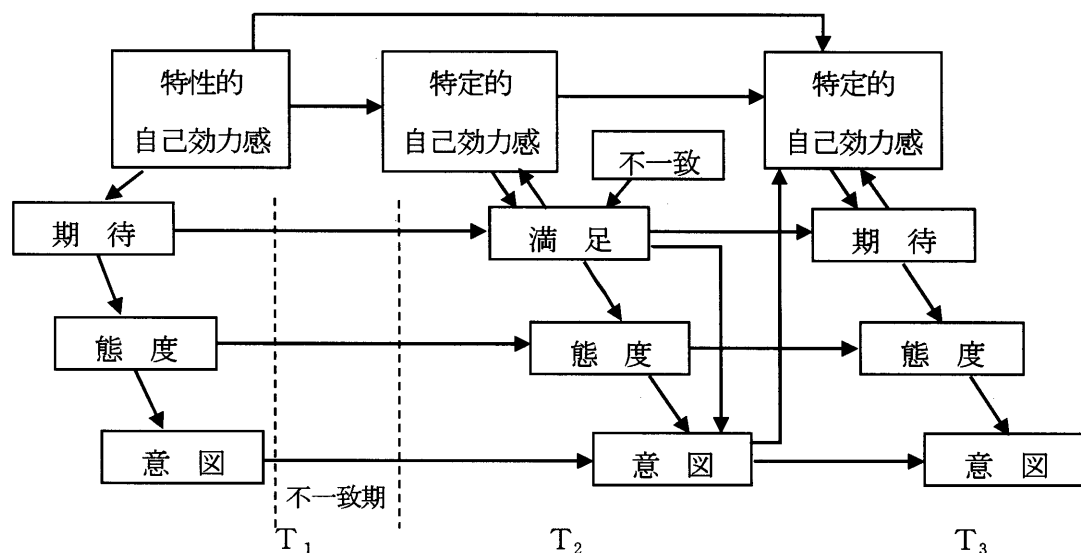
図表 6-7 では、Oliver の提示した T_1 と T_2 に加え T_3 も追加した。慢性疾患などを例として経過がサービスにとって重要な要素であり長期的に反復購買するサービスでは、2 つ

²²¹ Oliver, (1980), p. 462

²²² 堀他, (2001), 『心理測定尺度集 I』, サイエンス社, p. 37.

の時点だけではなく、連続的に起こる事象についての説明が必要を考えた。特性的自己効力感は個人特質的な要素のため、サービスの消費によって大きな変化はないと考えられるが、特定の自己効力感提供者との相互作用によって高低すると推測している。そのため、反復購買の場合は、2回目以降の満足に影響するのは主として特定の自己効力感の影響を受けると考えた。特性的自己効力感は、変化する自己効力感の基盤として影響を与えると推測される。

図表 6-7 期待と満足の分離モデル



(出所) 筆者作成

第3項 仮説設定

第4章で分析したインタビュー調査とオムニバス調査、先行研究からいくつかの仮説が得られた。本研究では、継続的な医師患者関係を前提に、再診患者に対し、受診後の満足、再診意図の実証分析を行う。

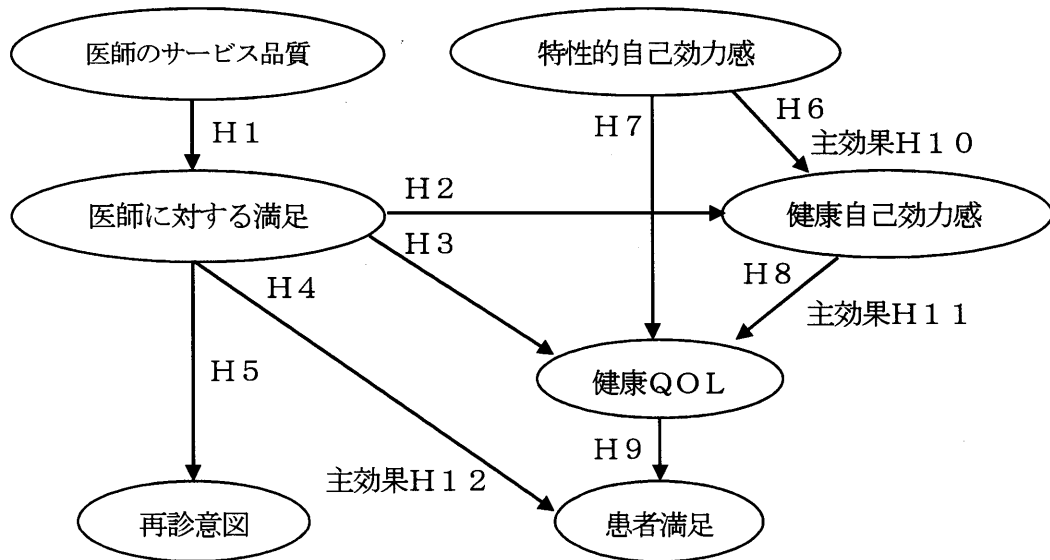
医療サービスの期待と満足は、サービスに対する期待と自分に対する期待にあたる自己効力感、品質に対する満足と自分の状態に対する満足であるQOLに分離でき、その4要素が関係していると考えられる。特に、提供者と患者に治癒という共通の目標がある医療サービスの期待では、自らの行動に対する期待である自己効力感が重要な概念と考えられ

る。患者満足は、中核となる満足である医師の満足と主観的な人生の満足度であるQOLの影響を受けると考えた。また、特定の健康自己効力感は医師との相互作用で強化され、態度へつながり、かつ直接的にも再診意図に影響すると考えた。

サービス品質に対する期待、自分に対する期待、QOL、患者満足の関係を明らかにし、満足向上のための期待コントロールの方策を探っていく。QOLは、健康関連QOLに限定して測定を行う。以下、健康関連QOLを健康QOLと表記する。

医療サービスでは、医師のサービス品質が全体に影響を与える重要な質であることから、医師のサービス品質を起点とする図表6-8を仮説モデルとし、H1～H15を設定した。

図表 6-8 患者満足と自己効力感、健康QOLの仮説モデル



(出所) 筆者作成

H1：医師のサービス品質が高まると、医師に対する満足が高まる。

H2：医師に対する満足が高まると、健康自己効力感が高まる。

H3：医師に対する満足が高まると、健康QOLが改善する。

H4：医師に対する満足が高まると、患者満足が高まる。

H5：医師に対する満足が高まると、再診意図が高まる。

H6：特性的自己効力感が高まると、健康自己効力感が高まる。

H7：特性的自己効力感が高まると、健康QOLが改善する。

H 8 : 健康自己効力感が高まると、健康QOLが改善する。

H 9 : 健康QOLが改善すると、患者満足が高まる。

H 1 0 : H 2 とH 6 のうち、H 6 が主効果である。

H 1 1 : H 3 とH 7 とH 8 のうち、H 8 が主効果である。

H 1 2 : H 4 とH 9 のうち、H 4 が主効果である。

H 1 は、3 章で概観したサービス・マーケティングの先行研究に依拠している。H 2 は、4 章で取り扱った健康行動に対する支援者の効果の実証研究とインタビュー調査から仮説を導出した。

患者満足の部分満足として、医師に対する満足と健康QOLがあると考えられる。インタビュー調査から医師に対する満足が中核となる満足であると推測されたため、H 4 の仮説を設定した。また、治療効果、医師の関わりによって健康のとらえ方が変化し、健康QOLが高まると考えられることから、医師の満足から影響を受けるようH 3 を設定し、患者満足に影響を与えるようH 9 を設定した。

H 5 はインタビューから医師に対する満足は直接再診意図に結びつくとも推測されたため患者満足からの間接的パスではなく、直接的なパスにした。サービス・マーケティングでは、満足は再診意図に影響することが実証されているため、確認は行うが仮説とはしない。

特性的自己効力感とは、本来その人がもつ性質のようなものであり、特定の自己効力感の基盤となっていると考えられることから、H 6 を設定した。また、自己効力感とは期待の前段階に生じることがわかっているため、期待、満足構造から考えると、QOLも満足の一部であり、H 7、H 8 が必要と考えた。この2つのパスがどのような強さの関係があるのかは、関心の高い部分である。

医師に対する満足から健康自己効力感のパスは、医師患者間の相互作用に影響されるものであり、強度は不安定である。健康自己効力感とは部分的な自己効力感と解釈できるので、特性的自己効力感の影響を強く受けると考えられる。よって、H 1 0 を設定した。

健康QOLは、サービスに対する評価と異なり、患者を自己のこととしてとらえる概念である。そのため、医師に対する満足の影響も受けるが、自己の中の概念の方がより強く影響を受けると考えた。特性的自己効力感と健康自己効力感の健康QOLに対する影響度の比較では、健康に着目している点で健康QOLがより近いと考え、H 1 1 を設定した。

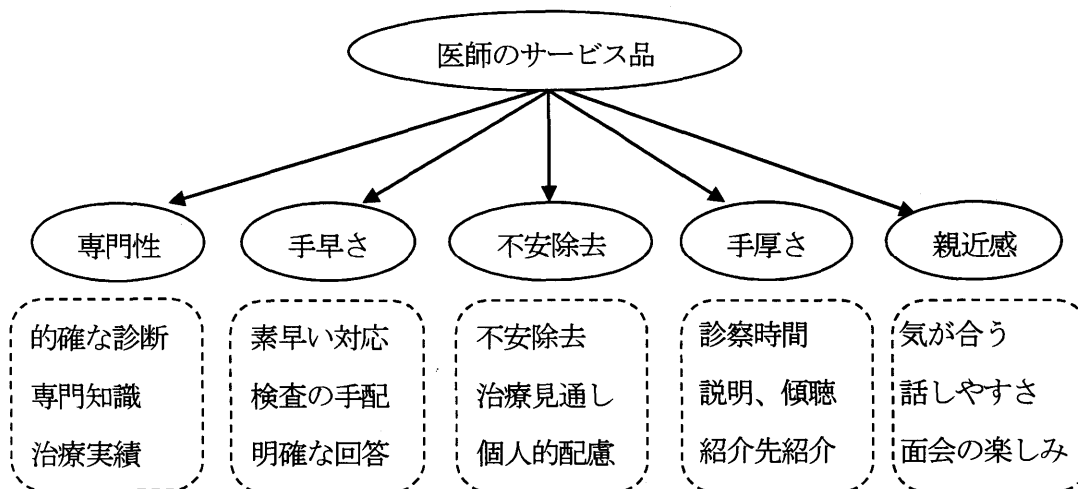
医師に対する満足と健康QOLの患者満足に対する影響度の比較では、インタビュー調

査から患者満足の中核が医師に対する満足であることがわかったため、H12を設定した。

インタビュー結果から、医師のサービス品質と患者満足は、図表6-9、6-10の構成概念を考えた。医師のサービス品質は、複雑で各要素の関連性が深い弁別が難しいと推測されるが、患者の選好を探るために5つの構成概念を仮定した。質問項目を概念の下に記す。

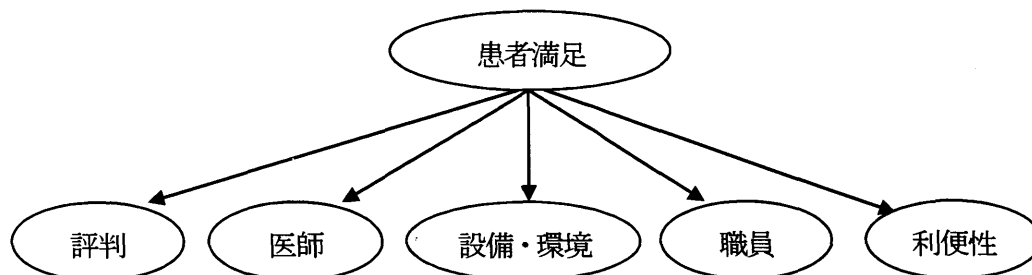
質問項目は、例えば、「説明」という項目は、質問の仕方によっては「専門性」とも位置づけられるし、「不安除去」や「手厚さ」とも解釈できる。本研究では、インタビューの情報をもとに「説明」を評価する場合には「わかりやすく丁寧に説明してくれる」という表現が多かったため、「主治医の先生は、あなたにわかりやすく説明してくれますか。」という質問を用い、「手厚さ」に分類した。

図表 6-9 医師のサービス品質



(出所) 筆者作成

図表 6-10 患者満足の質問項目



(出所) 筆者作成

本研究では、医師の関係性と患者の自己効力感を重視しているため、質問数の都合上、医師以外の患者満足の要素に関する部分は少なくなった。質問項目²²³は以下の50問で作成した。

医師の専門性（診断、専門知識、治療実績）、手早さ（素早い対応、検査の手配、明確な回答）、不安除去（不安除去、治療の見通し、個人的配慮）、手厚さ（紹介先紹介、傾聴、診察時間、説明）、医師に対する親近感（気が合う、話しやすさ、面会の楽しみ）、医療への期待（予測の期待、理想の期待、予想外のことへの対応）、医師の満足（態度、技術、治療方針、治療効果、有り難さ）、評判（評判、推奨）、設備・環境（設備、室内の明るさ、清潔感）、職員（職員への信頼、職員の対応）、利便性（自宅からの距離、アクセス、待ち時間、受診し易さ）、治療行動への影響（コンプライアンス、治療意欲、健康意識）、特性的自己効力感（行動力、忍耐力、粘り強さ）、健康自己効力感（治療への前向きさ、健康状態への期待、活力、達成感）、健康QOL（健康状態に対する満足、生活の楽しさ、QOL改善度）、患者満足（総合満足）、購買意図（継続受診願望）を調査項目にした。

第2節 本調査の概要

第1項 定量調査の目的と方法

仮説検証のため、質問票調査にて実証研究を行った。質問票は、医師、医療サービスについての設問50問の5点尺度で行った。項目の妥当性確認を目的にプリテストを行った。クリニック1施設（大阪府大阪市）にて、2010年4月12日～15日の4日間、再診の成人患者100名を対象に行った。再診受診患者にランダムに依頼し、待合室にて待ち時間に記入後して頂き、封をして回収する形をとった。設問、調査形式に特に問題は見つからなかったため、本調査を実施した。

本調査の対象者は、大学病院1施設、一般病院1施設、クリニック8施設の再診の成人外来患者1111名である。2010年4月16日から2010年7月17日に各医療機関の待合室にて実施した。本調査は、各研究協力機関倫理委員会での承認を得て、対象者に調査開始前

²²³ 文末の参考資料に質問項目を記載する。

に研究目的、調査内容を説明し、参加や中止が自由な意思であることを保障した上で研究への理解と同意を得て実施した。回収結果は以下のとおりである。

1111名の対象者の内訳は、クリニック585名（男性198名、女性357名、性別無回答30名）、一般病院351名（男性143名、女性176名、性別無回答32名）、大学病院175名（男性99名、女性66名、性別無回答10名）であった。全体では、男性440名、女性599名、性別無回答72名であった。

データクリーニングとして、1111ケースのうち、質問50に記入漏れのあるケースと全評価を5と回答しているケースを削除した。その結果、有効回答サンプルは839名となった。839名の内訳は、クリニック426名（50.8%）、一般病院270（32.2%）、大学病院143名（17.0%）である。性別は、男性353名（42.1%）、女性447名（53.3%）、性別無回答39名（4.6%）である。年齢は、40歳未満91名（10.8%）、40歳以上60歳未満211名（25.1%）、60歳以上508名（60.5%）年齢区分無回答29名（3.5%）である。

第2項 対象者の属性

クリニック426名のうち、男性は149名（35.0%）、女性は259名（60.8%）、性別無回答18名（4.2%）である。年齢は、40歳未満65名（15.3%）、40歳以上60歳未満118名（27.7%）、60歳以上228名（53.5%）、年齢区分無回答15名（3.5%）である。

一般病院270名のうち、男性は122名（45.2%）、女性は134名（49.6%）、性別無回答14名（5.2%）である。年齢は、40歳未満22名（8.1%）、40歳以上60歳未満75名（27.8%）、60歳以上164名（60.7%）、年齢区分無回答9名（3.3%）である。

大学病院143名のうち、男性は82名（57.3%）、女性は54名（37.8%）、性別無回答7名（4.9%）である。年齢は、40歳未満4名（2.8%）、40歳以上60歳未満18名（12.6%）、60歳以上116名（81.1%）、年齢区分無回答5名（3.5%）である。

各施設で最も多い年代は、クリニックと一般病院は60～69歳、大学病院は70～79歳であった。クリニックと一般病院は類似した年代分布をしており、共に40～49歳は13%、50～59歳が15%であった。大学病院の高齢者受診は多かった。ランダムに調査を実施したので、受診患者の母集団は、大学病院、一般病院、クリニックの順で平均年齢が高いと推測される。

就労形態は、全体ではフルタイム 252 名 (30.0%)、パートタイマー 90 名 (10.7%)、無職 459 名 (54.7%)、就労形態無回答 38 名 (3.3%) である。無職の約 50% が 60 歳以上の患者であった。フルタイムの患者は、クリニックを選択している傾向が見られた。若年層は高齢者に比べ重篤な疾患に罹患している率が少ないこと、利便性が理由として考えられる。

クリニック 426 名のうち、フルタイムは 151 名 (35.4%)、パートタイマーは 43 名 (10.1%)、無職は 216 名 (50.7%)、就労形態無回答は 16 名 (3.8%) である。一般病院 270 名のうち、フルタイムは 65 名 (24.1%)、パートタイマーは 33 名 (12.2%)、無職は 157 名 (58.1%)、就労形態無回答は 15 名 (5.6%) である。大学病院 143 名のうち、フルタイムは 36 名 (25.2%)、パートタイマーは 14 名 (9.8%)、無職は 86 名 (60.1%)、就労形態無回答は 7 名 (4.9%) である。

通院時間は、全体では 10 分以内が 351 名 (41.8%)、11-30 分が 297 名 (35.4%)、31-60 分が 124 名 (14.8%)、61-90 分が 31 名 (3.7%)、90 分以上が 8 名 (1.0%)、通院時間無回答が 28 名 (3.3%) であった。通院時間において、クリニックと一般病院の傾向は類似していた。共に 10 分以内が約 50%、0~30 分以内が 80% 以上であった。クリニックと地域の一般病院は競合している可能性が示唆された。

クリニック 426 名のうち、10 分以内は 211 名 (49.5%)、11-30 分は 134 名 (31.5%)、31-60 分は 54 名 (12.7%)、61-90 分は 12 名 (2.8%)、91 分以上は 2 名 (0.5%)、通院時間無回答は 13 名 (3.1%) である。

一般病院 270 名のうち、10 分以内は 124 名 (45.9%)、11-30 分は 101 名 (37.4%)、31-60 分は 28 名 (10.4%)、61-90 分は 6 名 (2.2%)、91 分以上は 1 名 (0.4%)、通院時間無回答は 10 名 (3.7%) である。

大学病院 143 名のうち、10 分以内は 16 名 (11.2%)、11-30 分は 62 名 (43.4%)、31-60 分は 42 名 (29.4%)、61-90 分は 13 名 (9.1%)、91 分以上は 5 名 (3.5%)、通院時間無回答は 5 名 (3.5%) である。

通院期間は、全体では、3 か月未満が 117 名 (13.9%)、3 か月以上 1 年未満が 85 名 (10.1%)、1 年以上 3 年未満が 141 名 (16.8%)、3 年以上 5 年未満が 119 名 (14.2%)、5 年以上 7 年未満が 93 名 (11.1%)、7 年以上が 241 名 (28.7%)、通院期間無回答が 43 名 (5.1%) であった。本調査は、慢性疾患を中心に再診患者を対象に実施したため、通院期間は各施設 7 年以上の患者が最も多かった。特に大学病院では割合が高かった。大学病院でしか治療

できない場合があるためと考えられる。

クリニック 426 名のうち、3 か月未満は 65 名 (15.3%)、3 か月以上 1 年未満は 49 名 (11.5%)、1 年以上 3 年未満は 82 名 (19.2%)、3 年以上 5 年未満は 53 名 (12.4%)、5 年以上 7 年未満は 47 名 (11.0%)、7 年以上は 108 名 (25.4%)、通院期間無回答は 22 名 (5.2%) である。

一般病院 270 名のうち、3 か月未満は 44 名 (16.3%)、3 か月以上 1 年未満は 23 名 (8.5%)、1 年以上 3 年未満は 39 名 (14.4%)、3 年以上 5 年未満は 48 名 (17.8%)、5 年以上 7 年未満は 29 名 (10.7%)、7 年以上は 72 名 (26.7%)、通院期間無回答は 15 名 (5.6%) である。

大学病院 143 名のうち、3 か月未満は 8 名 (5.6%)、3 か月以上 1 年未満は 13 名 (9.1%)、1 年以上 3 年未満は 20 名 (14.0%)、3 年以上 5 年未満は 18 名 (12.6%)、5 年以上 7 年未満は 17 名 (11.9%)、7 年以上は 61 名 (42.7%)、通院時間無回答は 6 名 (4.2%) である。

3 施設とも通院時間と通院期間に相関は見られず、一度通院し始めると通院時間で離脱ということは少ないようである。患者は、初診の際にアクセスや利便性について評価を行い、医療機関選択をしていると考えられる。また、治療経過が長くなると、スイッチングに対し心理的コストを感じ、スイッチングしにくくなると推測される。疾患の重篤度が高いとその傾向は強くなると考えられる。

第 3 項 概念の妥当性の確認

構成概念について最適尺度法による妥当性の確認²²⁴を行った。医師のサービス品質は、仮説で提示した 5 つの構成概念（専門性、手早さ、不安除去、手厚さ、親近感）では弁別できなかった。因子分析を行うと、1 因子になった。また、特性的自己効力感は線形性が得られなかった。

医師のサービス品質を 1 つの構成概念として確認すると、15 項目（的確な診断、医師の専門知識、医師の治療実績、説明、治療見通し、不安除去、明確な回答、検査の手配、紹介先紹介、傾聴、診察時間、相性、話しやすさ、面会の楽しみ）では $\alpha = 0.95$ となった。

妥当性が確認できた構成概念は、医師に対する満足（医師の態度に対する満足、医師の

²²⁴ 妥当性は、最適尺度法を用い、収束妥当性をクロンバックの α 係数で確認し、受診座標の等間隔性、線形性の確認を確認した。

技術に対する満足、治療方針に対する満足、治療効果に対する満足)、健康自己効力感(治療への前向きさ、健康状態に対する期待、活力、達成感) $\alpha = 0.81$ 、健康QOL(健康状態に対する満足、生活の楽しさ、QOL改善度) $\alpha = 0.80$ であった。

各項目の相関係数はを図表 6-11 に示す。構成概念間の相関が認められ、医師のサービス品質と医師に対する満足には強い相関が見られた。この結果は、共分散構造分析のモデルの探索に使用する。

図表 6-11 構成概念の相関

	医師のサービス品質	医師に対する満足	健康自己効力感	健康QOL
医師のサービス品質				
医師に対する満足	.90**			
健康自己効力感	.50**	.45**		
健康QOL	.53**	.51**	.78**	

**. 相関係数は 1% 水準で有意 (両側)

第3節 患者の満足構造

第1項 健康自己効力感、健康QOLと満足の関係

図表 6-8 の仮説モデルについて共分散構造分析²²⁵にて検証した。本研究の定量調査では、質問数を考慮し、患者満足、再診意図については1問ずつとした。そのため、患者満足と再診意図は、観測変数で分析を行う。

医師のサービス品質は、妥当性の確認で仮説の5つの構成概念では弁別できなかったため、先行研究の分類にある技術的側面と対人的側面で分類することとした。また、分析の結果、潜在変数に対し影響力が少ない項目を削除した。その結果、医療のサービス品質は、説明、的確な診断、専門知識で構成される技術的側面と明確な回答、治療見通し、不安除去で構成される対人的側面を潜在変数で表すことができた。健康自己効力感の構成概念の妥当性確認の際、健康に対する期待は含まれていたが、分析の結果、影響力が少なかったため削除した。

²²⁵ SPSS Amos19.0にて共分散構造分析を行った。結果はすべて標準化係数で示している。詳細の結果は、文末の参考資料に記す。

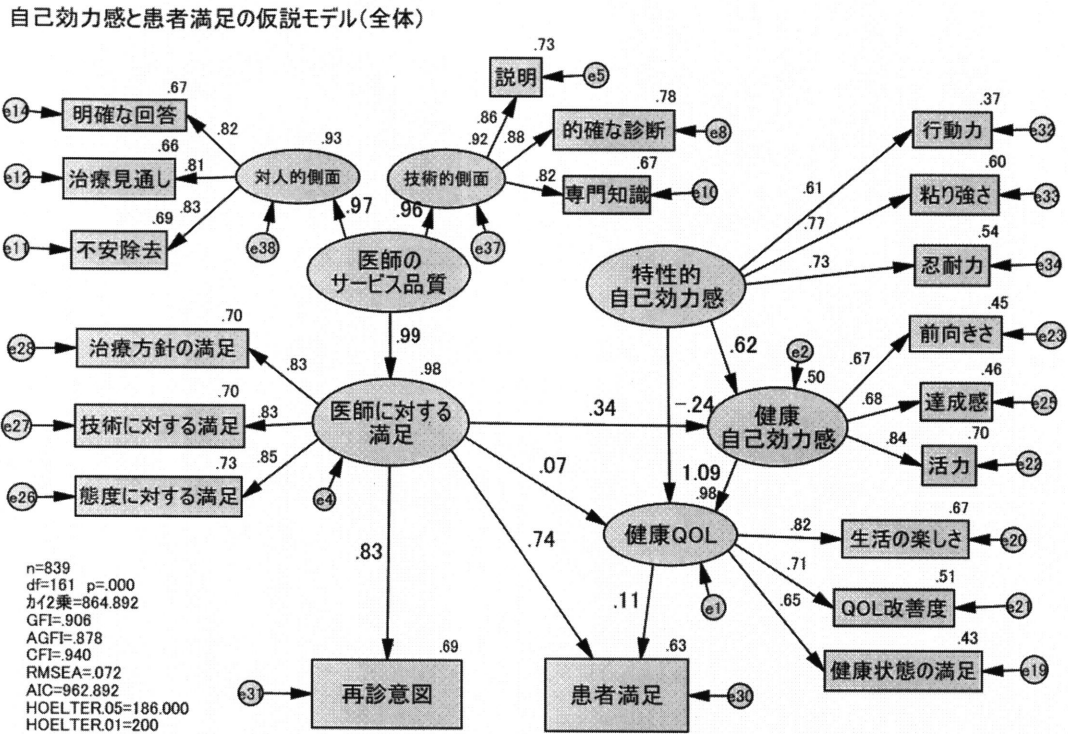
健康QOLの観測変数は、生活の楽しさ、QOL質改善度、健康状態に対する満足である。健康自己効力感の観測変数は、治療への前向きさ、活力、達成感である。医師に対する満足の観測変数は、医師の態度に対する満足、医師の技術に対する満足、治療方針に対する満足である。特性的自己効力感の観測変数は、行動力、粘り強さ、忍耐力である。

主な適合度指標には一般的なGFI、AGFI、CFI、RESEAを用いた。GFIは0.9以上であれば説明力のあるパス図であると判断され、AGFI、CFIは1に近いほどデータの当てはまりが良いと判断される。RMSEAは0.05以下が当てはまりが良く、0.1以上であればよくないと判断し、その間の値の場合は、パス図が妥当であるという説明が必要²²⁶とされている。

図表 6-12 は全施設の有効患者 (n=839) で分析した結果である。検証の結果、カイ二乗検定 (df=161, CMIN=864.890) の p 値は 0.000 で有意にならなかったが、GFI が 0.906、AGFI が 0.878、CFI が 0.94、RNSEA が 0.072 であった。各パスの有意確率は、医師に対する満足から健康QOLへのパスのみ 5%水準で有意であったが、それ以外のパスはすべて 1%水準で有意になった。モデルの適合は良いとは言えないが、このモデルを採用し、グループ間の比較と解釈を行う。

²²⁶ 豊田編 (2007) , p. 18

図表 6-12 自己効力感と患者満足の仮説モデル (標準化係数)



H1～H12の仮説はすべて支持された。図表6-12の結果の解釈を行う。このモデルは、左側がサービス品質に関係する概念、右側が患者に関する概念であり、最終的な目標は共に一番下の患者満足であるというモデルである。左右の橋渡しは医師と患者の相互作用であり、パス図では医師に対する満足から健康自己効力感へのパスである。医師との関係性によって患者の健康自己効力感が強さ、大きさを増していくと考えられるが、一方で本来患者が持つ特性的自己効力感のサポートを受けているということも同時に示している。

このモデルの興味深い点は、患者の本来持つ特性的自己効力感は、直接的に健康QOLに作用すると、ネガティブな効果になってしまうが、健康自己効力感を介在することによって、健康QOLに間接的にプラスに働くことである。この現象は、医師の介入によって、患者が健康に対し態度や行動を変化している表れである。また、特性的自己効力感の高い患者は、QOLに対する期待が高いため、現状のQOLに容易に満足しないため、直接的なパスはマイナスになる理由もあると考えられる。

長期的にみると、この患者の自己効力感への影響は患者の行動を変化させ、それを認識

する医師を動機づけ、医師はよりよい介入を行うという相互作用を背景に持っていると考えられる。このモデルは、医療サービスに関わらず、自己効力感がかかわる他のサービスにもあてはまると考えられ、特に、消費者の行動変革が成果の指標になりえるプロフェッショナル・サービスにおいては、類似の現象が起こっていると推測される。

医師と患者の相互作用には「支援」という共通認識があると考えられる。医師が、一方的に医療技術を患者に提供するのではなく、患者は医師が適切な治療をスムーズに行うように問診にてこれまでの状況を説明し、服薬など治療に好ましい行動を約束し、守り、互いに対等の立場で支援していく関係である。これまで議論してきた価値観の一致が支援関係を成立させる基盤を作る。そして、支援という共通認識の中で信頼を形成されると考えられる。また、相互作用の成果物として両者の目標である患者満足、QOLを生み出していると解釈した。

では、それぞれのパスについてみてみよう。医師のサービス品質を分解した対人的側面と技術的側面のパス係数は、0.96と0.97であり、どちらも同程度であった。インタビューによる推論と同じく、2つの側面を重視しバランスも含めて評価していると考えられる。

医師のサービス品質と医師に対する満足は、非常につながりが深く、患者の中では、弁別されず非常に近い認識でとらえている可能性が示唆された。

再診意図については、医師のサービス品質が医師に対する満足を高め、再診意図に影響を与えるという直線的な経路が強いパスとして存在した。医師に対する評価が再診意図に直接的に影響するというインタビューからの仮説が実証された。医師の満足から再診意図へのパスは、0.83と非常に高かった。

Crosby et al.²²⁷は総合満足には中核となる品質に対する満足を重要であることを主張しているが、医療サービスでも確認されたといえる。医師に対する満足から患者満足へのパスは、0.74と高かった。患者満足のパスの方が低いということは、患者が患者満足は医師以外の満足も含めた総合満足であることを認識していることを示しており、総合満足の中にある部分満足のうち、医師に対する満足を中核であることを示していると考えられる。

インタビュー結果により、医療サービスでは、総合満足から再購買意図へのパス、すなわち仮説モデルでは患者満足から再診意図へのパスは有意にならないと仮説を立て、モデルにはパスを含めなかった。パスありの場合を確認すると、パスは有意にならず、仮説通り再診意図は患者満足ではなく、医師への満足によってもたらされることが明らかになっ

²²⁷ Crosby et al. (1987), p. 409-410

た。医療における医師のサービス品質の重要性が顕著に結果に表れた。

医師に対する満足から健康QOLへのパスは、5%水準で有意であり、パス係数が 0.07 と非常に小さい。このパスについては本調査のみで判断せず、検討が必要と考えられる。

また、健康QOLから患者満足へのパスは、弱い有意になった。医療の主要なアウトカムとして考えられているので、患者満足へのパスが弱い点は質問の仕方等調査に問題があったかもしれない。QOLは測定が難しい概念であり、本研究のみの結果では言及できないと考えている。ただ、健康QOLは医師に対する満足、患者満足との関連性があり、特性的自己効力感からマイナスの影響を受けることが確認できたことは、意義があると思われる。

本研究の仮説モデルの貢献は、医療サービスの満足構造において、医師に対する満足が中核的な役割をしていること、自己効力感が満足構造の中で医師と患者の相互作用を促進する重要な変数であることが明らかにできたことだと考える。さらに、仮説モデルを対照群で比較検討していく。

第2項 施設種別による満足構造の違い

本研究では、施設種別の違う施設で調査を実施した。種別が異なるということは、提供されるサービス内容が異なることを意味する。施設種別は満足構造に影響を与えるのだろうか。筆者は、医師と患者間の相互作用は患者満足に不可欠な要素であり、仮説モデルで提示した満足構造は、施設種別に関わらず共通であると考えている。H13の仮説を設定し、分析を行った。

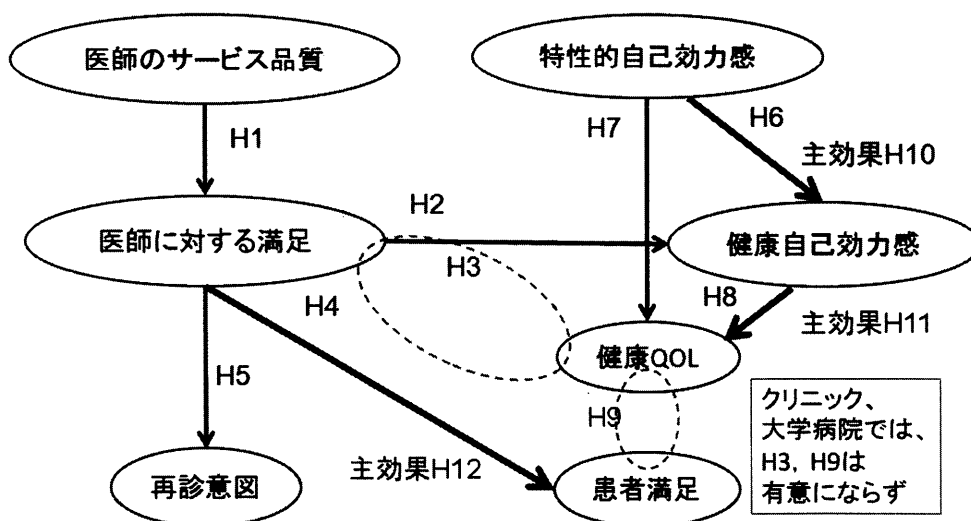
H13：施設規模に関わらず、同じ満足構造である。→【結果】支持されず

図表 6-13 施設別推定パラメータ値の比較

パラメータ			クリニック	一般病院	大学病院
	医師のサービス品質	→ 対人的側面	0.96***	0.98***	0.86***
	医師のサービス品質	→ 技術的側面	0.96***	0.96***	0.89***
H1	医師のサービス品質	→ 医師に対する満足	0.99***	0.97***	1.06***
H2	医師に対する満足	→ 健康自己効力感	0.37***	0.31***	0.32***
H3	医師に対する満足	→ 健康QOL	n. s.	0.10*	n. s.
H4	医師に対する満足	→ 患者満足	0.80***	0.67***	0.69***
H5	医師に対する満足	→ 再診意図	0.79***	0.85***	0.71***
H6	特性的自己効力感	→ 健康自己効力感	0.61***	0.64***	0.62***
H7	特性的自己効力感	→ 健康QOL	-0.24***	-0.24***	-0.41***
H8	健康自己効力感	→ 健康QOL	1.10***	1.10***	1.21***
H9	健康QOL	→ 患者満足	n. s.	0.18***	n. s.

*** $p < 0.001$, ** $p < 0.01$, * $p < 0.05$, n. s. : 有意にならず

患者満足と自己効力感、健康QOLの仮説モデル



クリニック、一般病院、大学病院の3施設の患者群で仮説モデルを分析した結果を図表6-13に示した²²⁸。クリニックと大学病院では、医師に対する満足→健康QOL、健康QOL→患者満足へのパスが有意にならなかった。この2つのパスは、一般病院でもパス係数が小さく不安定であった。また、大学病院では医師に対する満足の誤差変数が負になった。大学病院は、医師のサービス品質→医師に対する満足が1.06になってしまったが、参考として掲載した。主効果に関する仮説(H10-12)は、全施設で支持された。

第3項 満足水準による比較

先行研究から良好な医師患者関係が構築できない場合、不満足になることが明らかになっているが、満足構造にはどのような違いが見られるのだろうか。筆者は、医師と患者の相互作用が生じないと考えられるため、医師に対する満足から特定の自己効力感である健康自己効力感へのパスが有意にならないと推測した。H14の仮説を設定し分析を行った。

H14：高満足の患者は医師に対する満足が特定の自己効力感に影響するが、低満足の患者の特定の自己効力感には影響しない。→【結果】支持された

高満足と低満足に分離は、患者満足²²⁹の回答で行った。質問票調査は各設問に対し、1(全くそう思わない)、2(あまりそう思わない)、3(どちらとも言えない)、4(ややそう思う)、5(非常にそう思う)5点尺度を用いている。患者満足について1, 2, 3を選択した群を低満足群、4, 5を選択した群を高満足(安定した満足)群とした。その結果、低満足群はn=97、高満足群はn=742となった。

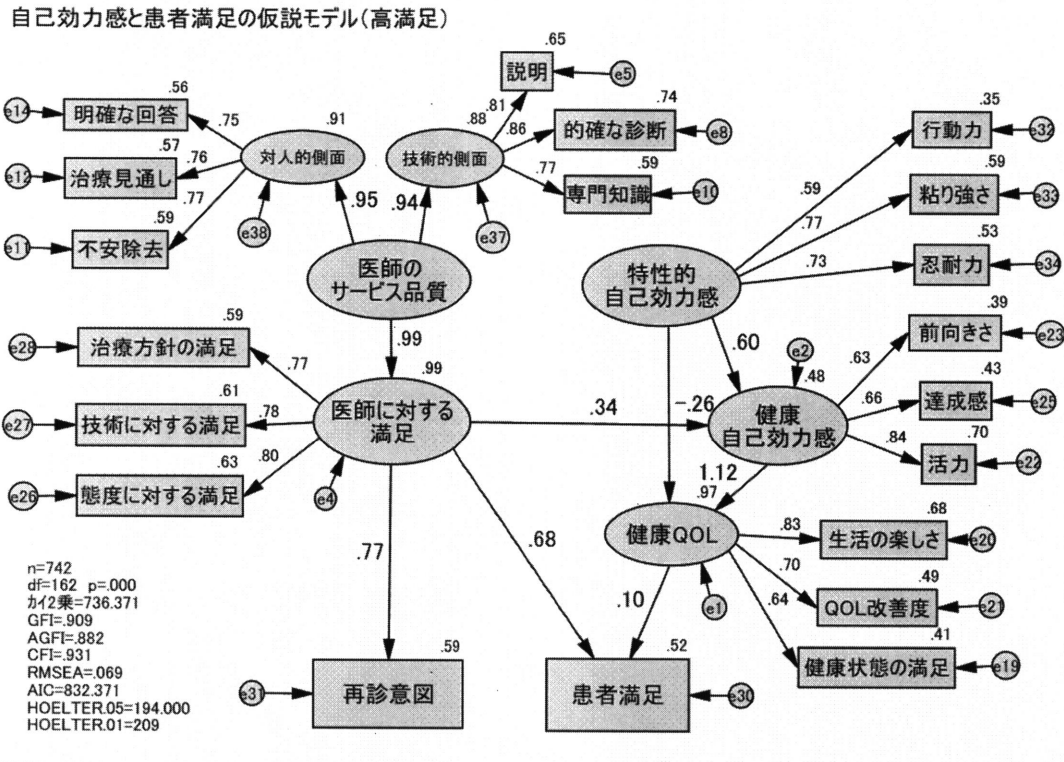
この2つの群のうち、高満足群の分析結果を図表6-14に示す。その結果、高満足群は、医師に対する満足から健康QOLのパスが有意にならなかった。このパスが有意にならないのは施設別分析と同様の結果である。高満足群で有意にならないならば、医師の満足から健康QOLのパスの妥当性を検討する必要があると考えられる。それ以外は、パスは有意になった。医師に対する満足が自己効力感に好影響を与え、すなわち、医師患者間に相互作用が生じ、患者の健康自己効力感を高め、QOLの改善と患者満足向上につながって

²²⁸ モデルの詳細は、参考資料に掲載する。

²²⁹ 質問は「総合的にみてかかりつけ医療機関の提供する医療に満足していますか。」である。

いると考えられる。

図表 6-14 高満足群の自己効力感と患者満足モデル (標準化係数)

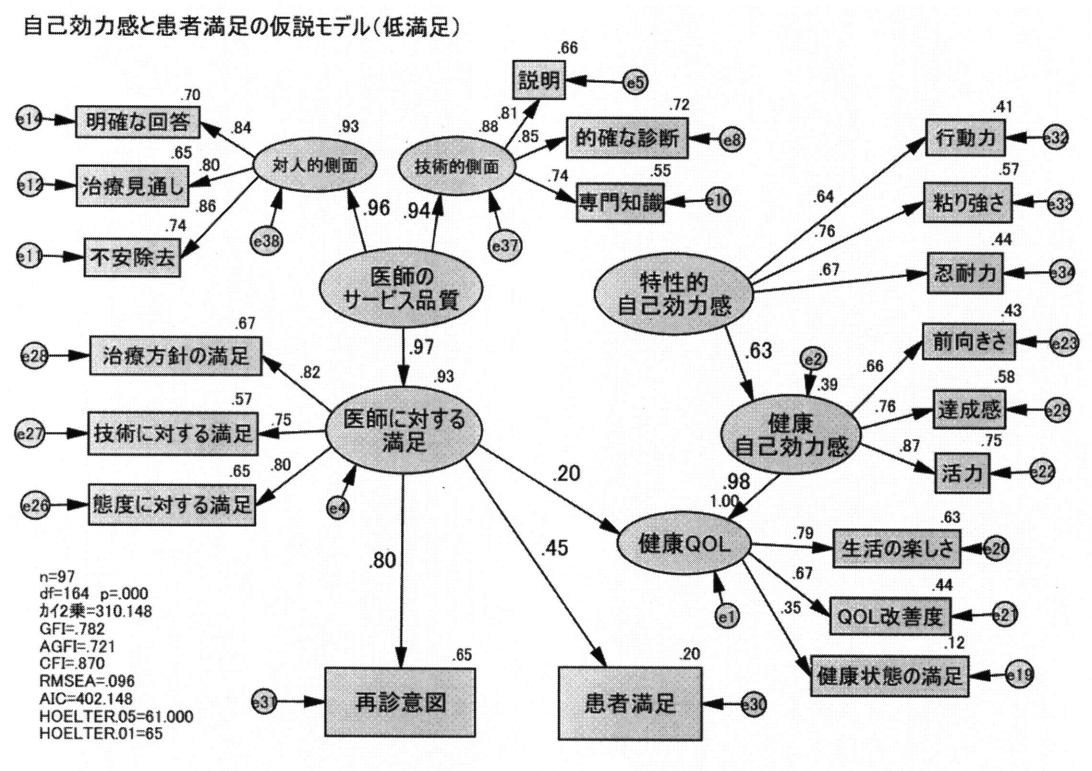


低満足群 (図表 6-15) は、医師に対する満足から健康自己効力感へのパスと特性的自己効力感から健康QOLのパスが有意にならなかった。低満足群は、満足と自己効力感が連結しない構造になった。逆に、他のモデルでは、安定性が低く弱かった医師に対する満足から健康QOLのパス係数が 0.20 と高い値を示した。しかし、健康QOLから患者満足へのパスは有意にならなかった。

この解釈として、医師に対する満足から総合満足へのパスが高満足群 0.68 に比べ低満足群 0.45 と低いことから、医師には満足をしたが他の要素で不満足だったことが考えられる。また、医師に対する満足から特定自己効力感へのパスが有意とならなかったのも、良好な医師患者関係が構築されず医師が患者を動機づけられなかったと考えられる。客観的な健康状態の満足は得られたとしても、相互作用によってもたらされる主観的な感情に関わる部分での満足が得られていないことが原因とも考えられる。あまり満足はしていないが、再診はするという状態である。

また、低満足群は、特性的自己効力感から健康QOLのパスも有意にならなかった。n=97であったため、サンプル数の影響が否めないが、仮に低満足群に特徴的な傾向であるとするならば、低満足群に分類される患者は関与が低く、特性的自己効力感が反応しないのかもしれない。たとえ医師の関わりがあったとしても、受け入れないもしくは敏感でないため、健康自己効力感へのパスが有効にならなかった可能性はある。この解釈には、期待が関係していると考えられるため、期待の高低で再度検討する。低満足群の有意にならなかったパスを削除した推定結果（標準化係数）を図表6-15に示す。

図表 6-15 低満足群の自己効力感と患者満足モデル（標準化係数）



図表6-16では、高満足群と低満足群のパラメータ値を比較している。両者において有意であったパス係数のうち、医師に対する満足から患者満足へのパスと健康自己効力感から健康QOLへのパスの差が大きかった。医師に対する満足が患者満足に大きく影響すること、また、患者は医師に対し満足している場合は、その満足によって動機づけられ、QOLの改善を経由して患者満足へつながることが分かった。

図表 6-16 満足群、低満足群のパラメータ推定値比較

		パラメータ		高満足群	低満足群
	医師のサービス品質	→	対人的側面	0.95***	0.96***
	医師のサービス品質	→	技術的側面	0.94***	0.94***
H1	医師のサービス品質	→	医師に対する満足	0.99***	0.97***
H2	医師に対する満足	→	健康自己効力感	0.34***	n. s.
H3	医師に対する満足	→	健康QOL	n. s.	0.20*
H4	医師に対する満足	→	患者満足	0.68***	0.45***
H5	医師に対する満足	→	再診意図	0.77***	0.80***
H6	特性的自己効力感	→	健康自己効力感	0.60***	0.63***
H7	特性的自己効力感	→	健康QOL	-0.26***	n. s.
H8	健康自己効力感	→	健康QOL	1.12***	0.98***
H9	健康QOL	→	患者満足	0.10**	n. s.

***p<0.001, **p<0.01, *p<0.05, n. s. : 有意にならず

第4項 期待の不一致による比較

高満足と低満足を比較した結果、満足構造に違いが見られたが、さらに期待の概念を加え、期待の一致群、正の不一致、負の不一致群と分類すると、満足構造にどのような違いが見られるだろうか。満足には期待が影響することから、筆者は、正の不一致群の方が患者満足、再診意図へのパスが強くなると思った。期待の一致不一致は、高満足と低満足の両方で起こることから、総合満足（患者満足）²³⁰と期待²³¹の2つの質問を用いて分析する。H15の仮説を設定し分析を行った。

H15：医師に対する満足から患者満足へのパス、医師に対する満足から再診意図へのパスは、正の不一致群と負の不一致群と比較すると、正の不一致群が高くなる。

²³⁰ 総合満足の質問は、「総合的に見て、かかりつけ医療機関の提供する医療に満足していますか。」である。

²³¹ 期待の質問は、「かかりつけ医療機関の医療は予測していたものと近いですか。」である。

→【結果】患者満足は支持されたが、再診意図は支持されなかった。

期待の一致・不一致は、高満足群と低満足群、高期待と低期待の2変数を用いて分類した。高満足群のうち、期待の評価において1, 2, 3を選択した群を正の不一致群 (n=114)、4, 5を選択した群を期待一致群 (n=628)とした。低満足群のうち、期待の評価において1, 2, 3を選択した群を負の不一致(高期待)群(n=74)、4, 5を選択した群を低期待群 (n=23)とした。各サンプル数を図表6-17に示す。

図表 6-17 期待と満足による患者分類

	低満足	高満足	計
期待不一致	74 (8.8%) 高期待・低満足 (負の不一致)	114 (13.6%) 低期待・高満足 (正の不一致)	188
期待一致	23 (2.7%) 低期待・低満足 (低関与)	628 (74.9%) 安定した期待・満足 (高関与)	651
計	97	742	839

図表6-17で明らかなように多くの場合は期待と満足が一致する。全体モデル(図表6-12)の結果は、この安定した期待・満足群の回答を反映した結果と考えられる。右上の期待不一致・満足群は、期待が曖昧な場合と考えられる。例えば、初診は評判などで高い期待を抱いて受診する場合もあるが、どのようなサービスが提供されるかがわからず、期待を明確でないまま受診している場合がある。そのような時は評価を高める体験が少しあれば、満足が得られる。一般には、経験によって期待が修正されていくので、期待不一致・満足群(図表6-17 右上)は、連続購買すると、安定した期待・満足群(図表6-17 右下)に移行していくと考えられる。

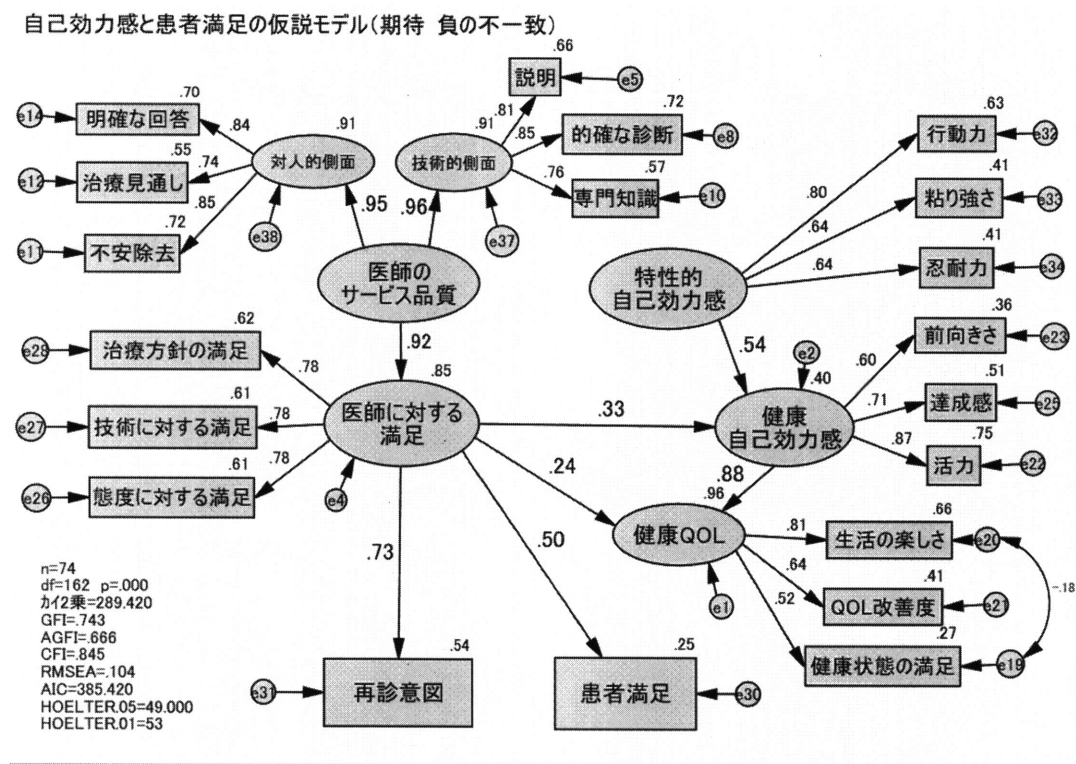
サービス・マーケティングには、関係性をもとにした顧客分類²³²がある。顧客は、忠誠度と満足度の違いで、人質(4%)、敵対者(4%)、傭兵(72%)、忠誠者(12%)、伝播的忠誠者(5%)、使徒・所有者(3%)に分類される。低期待・低満足群は、サービスに対し関心が薄い場合があり、顧客分類の人質群であらると考えられる。人質は、満足度は非常

²³² Heskett et al. (2003), p. 58-59,

に低く、積極的な関わりを持たないため、収益性の少ない顧客²³³とされている。例えば、スイッチングが不可能な場合やサービス品質でなくアクセスや他要因で医療機関を選択している場合、この群に含まれるだろう。積極的なアプローチをしたとしてもあまり収益性が望めないため、経営上は特に対策を講じないという選択をするかもしれない。そうすると、改善を試みる価値があり、満足管理が必要なのは、負の不一致（高期待）群となる。

負の不一致群のモデルを図表6-18に示す。仮説モデルではe1の分散が負になったため、修正係数から共分散を検討し、生活の楽しさと健康状態の満足に共分散を追加した。

図表 6-18 負の不一致群 自己効力感と患者満足モデル（標準化係数）



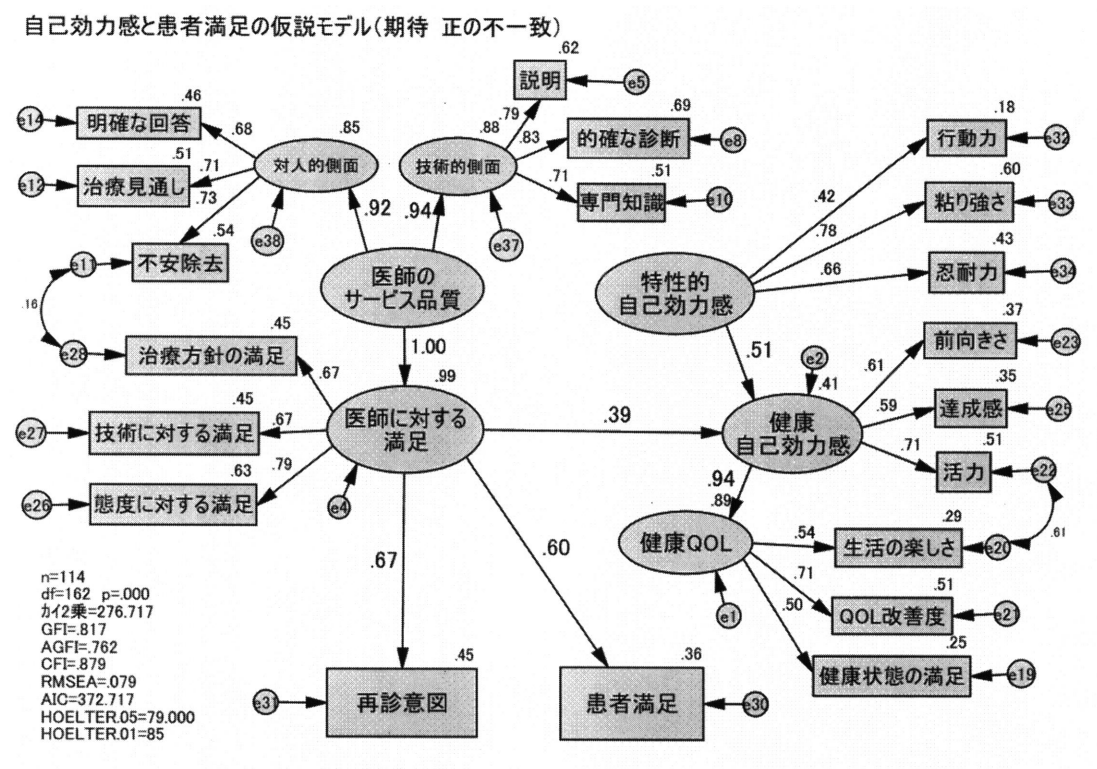
負の不一致群では、特性的自己効力感から健康QOLのパスと健康QOLから患者満足のパスが有意にならなかった。ただし、医師に対する満足から健康自己効力感へのパスは有意になった。この群は、医師と患者の相互作用により健康自己効力感が高まったとしても、患者満足にはつながらないことになる。負の不一致群は、医師に対する満足から健康自己効力感へのパスが有意になっているので、医師患者間に相互作用が生じていると推測

²³³ 山本 (2007), p. 186.

される一方で、特性的自己効力感から健康QOLへのパスが有効にならないのは、期待が高すぎることに原因があると考えられる。

次に、正の不一致群（低期待・満足）群を図表 6-19 に示す。正の不一致群は、健康QOLから患者満足が有意にならなかった。仮説モデルでは e1, e4 の分散が負になったため、修正係数で検討し、不安除去と治療方針の満足、活力と生活の楽しさに共分散を追加した。

図表 6-19 正の不一致群 自己効力感と患者満足モデル（標準化係数）



正の不一致群では、医師に対する満足から健康QOL、特性的自己効力感から健康QOL、健康QOLから患者満足のパスが有意にならなかった。また、サービス品質と満足、自己効力感とQOLの弁別性が低い。正の不一致群は、自己効力感が高まっても患者満足につながらない構造になっており、医師患者関係の相互作用が有効に働かない。つまり、正の不一致という状態も負の不一致と同様に患者満足を高めないモデルであった。

さらに、負の不一致群（図表 6-18）と正の不一致群（図表 6-19）の医師に対する満足から再診意図へのパス、医師に対する満足から患者満足へのパス係数を比較する。医師に対する満足から再診意図へのパスは、負の不一致群（0.73）の方が正の不一致群（0.67）よ

りも高いが、医師に対する満足から患者満足へのパスは、正の不一致群 (0.60) よりも負の不一致群 (0.50) の方が低かった。この結果の解釈には、医師以外のサービス品質の影響も考慮する必要があるが、期待の不一致が負から正になったとしても、再診意図と患者満足が高まるとは限らないようである。高すぎる期待も低すぎる期待もコントロールする必要性があることが示唆された。

図表 6-20 では、期待水準によるパラメータ推定値の比較を示した。期待・満足一致群²³⁴ は一般的な消費者の形であり、不一致群と比べ健康自己効力感から健康QOLのパスが強く、健康QOLから患者満足へのパスが有意になっている。

この3つの比較から、医療サービスにおいては期待は高すぎず低すぎない程度でコントロールすることが患者満足を高めると共に、患者の治療への参加を促進すると考えられる。

図表 6-20 期待水準によるパラメータ推定値の比較

	パラメータ		負の不一致	一致	正の不一致
	医師のサービス品質	→ 対人的側面	0.95***	0.95***	0.92***
	医師のサービス品質	→ 技術的側面	0.96***	0.93***	0.94***
H1	医師のサービス品質	→ 医師に対する満足	0.92***	0.99***	1.00***
H2	医師に対する満足	→ 健康自己効力感	0.33**	0.26***	0.39***
H3	医師に対する満足	→ 健康QOL	0.24*	0.08*	n. s.
H4	医師に対する満足	→ 患者満足	0.50***	0.68***	0.60***
H5	医師に対する満足	→ 再診意図	0.73***	0.77***	0.67***
H6	特性的自己効力感	→ 健康自己効力感	0.54***	0.61***	0.51***
H7	特性的自己効力感	→ 健康QOL	n. s.	-0.20***	n. s.
H8	健康自己効力感	→ 健康QOL	0.88***	1.03***	0.94***
H9	健康QOL	→ 患者満足	n. s.	0.10**	n. s.

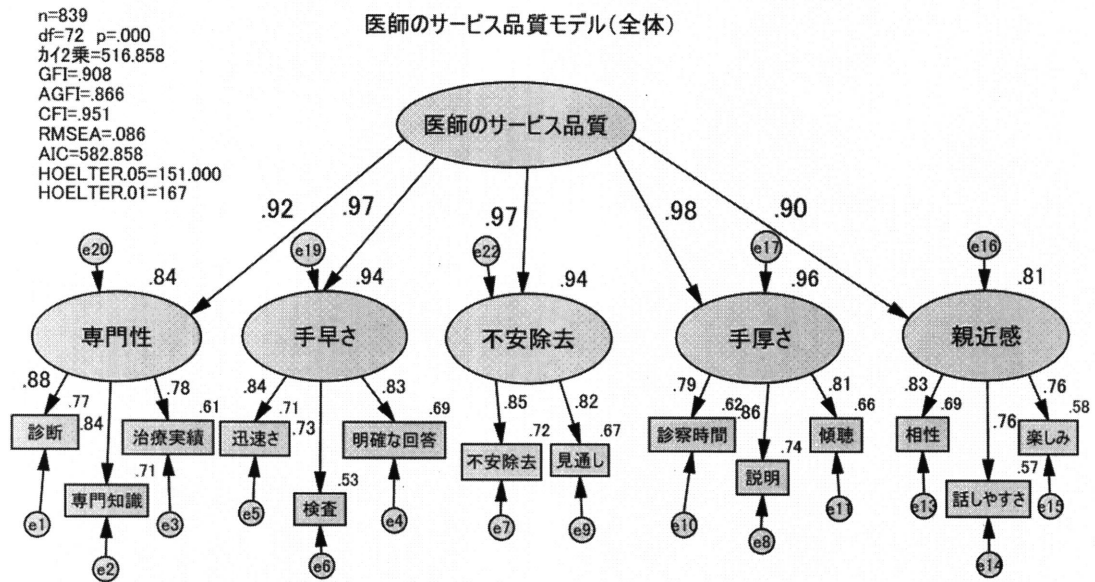
*** $p < 0.001$, ** $p < 0.01$, * $p < 0.05$, n. s. : 有意にならず

²³⁴ 全体モデルに近いモデルであるため、参考資料に掲載する。

第5項 相互作用の影響

医師のサービス品質モデルの5つの構成概念の弁別性が低かったが、仮説の確認のため、共分散構造分析を行ったところ、図表 6-21 の結果が得られた²³⁵。すべてのパスは0.1%水準で有意になった。結果からどのパスも同程度に強く、患者は筆者が提示した概念を弁別して評価していないことが示唆された。患者は、医師のサービス品質をそれぞれ区別して評価するのではなく、様々な要素を包括的に評価しているようである。そのため、構成概念のいずれかが低い評価になると、他も影響を受けて低い評価になると可能性があると考えられる。

図表 6-21 医師のサービス品質の全体モデル (標準化係数)



これまでの分析から、医師のサービス品質は医師に対する満足に影響し、患者の健康自己効力感を高め、患者満足を高めることがわかった。筆者は、この一連のプロセスを医師と患者の相互作用と考えている。この相互作用に重要な医師のサービス品質を特定できないだろうか。

第5章の分析2において、選好に関係する要素として、手早さ、手厚さ、不安除去があるという結果を提示した。筆者はこの2つの評価軸が、相互作用の程度と関係している

²³⁵ 施設種別のモデルの詳細は、参考資料に掲載する。

考えた。仮説H16を設定し、分析を行った。

H16：高相互作用群は低相互作用群に比べ、手早さ、手厚さ、不安除去のパスが強くなる。→【結果】支持された

H16の仮説設定には、医師患者関係の相互作用の指標として測定した治療意欲²³⁶と健康意識²³⁷を用いた。治療意欲と健康意識について共に4, 5を選択した患者を高相互作用群(n=589)とした。治療意欲、健康意識について共に1, 2, 3を選択した患者を低相互作用群(n=113)とした。治療意欲について4, 5を選択し健康意識について1, 2, 3を選択した患者を医師主導型とし、治療意欲について1, 2, 3を選択し健康意識について4, 5を選択した患者を患者主導型とした。各サンプル数を図表6-22に示す。

図表 6-22 相互作用（治療意欲・健康意識）による患者分類

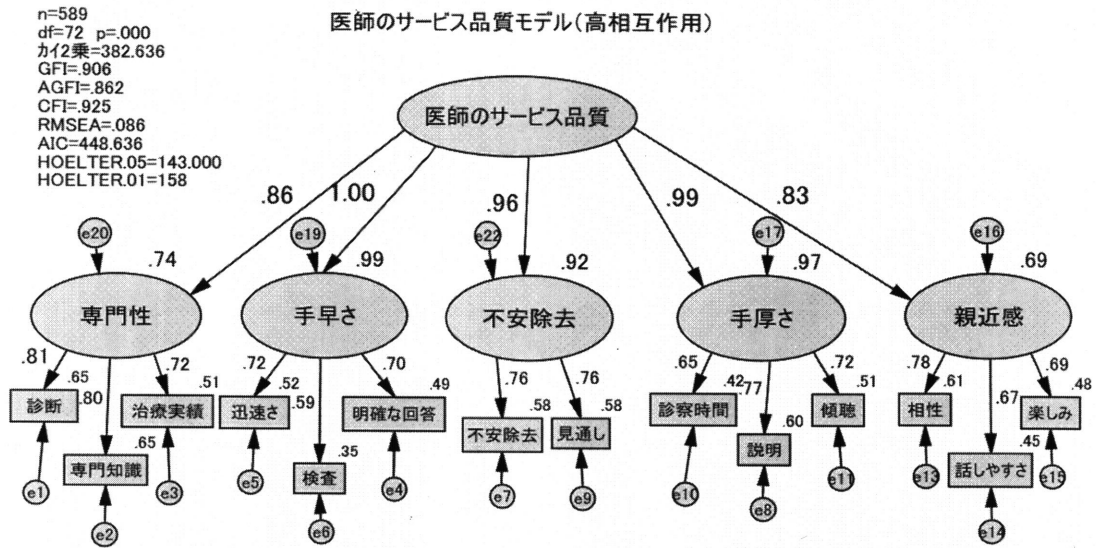
	健康意識高まらず	健康意識向上	計
治療意欲高まらず	113 (13.5%) 低相互作用	87 (10.4%) 患者主導型	200
治療意欲向上	50 (5.9%) 医師主導型	589 (70.2%) 高相互作用	639
計	163	676	839

ここでは、医師との関わりが顕著に患者の態度に影響している高相互作用と低相互作用2群で比較を行う。高相互作用群を図表6-23に低相互作用群を図表6-24に示す。すべてのパスが0.1%水準で有意になった。

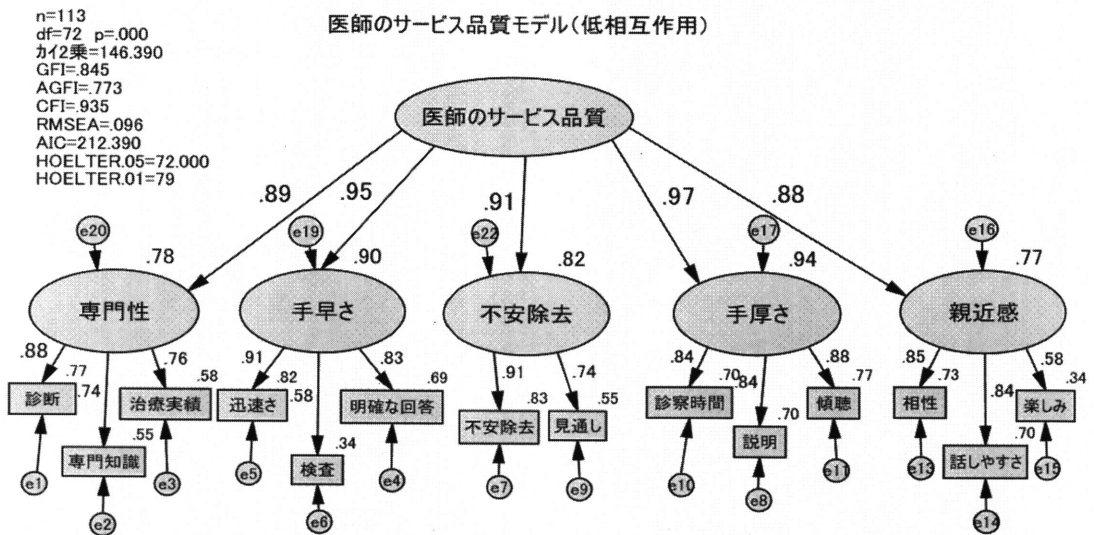
²³⁶ 治療意欲の設問は「あなたは主治医の先生に会うと治療意欲が高まりますか。」である。

²³⁷ 健康意識の設問は「あなたは主治医の先生に会うと健康に対して意識が高まりますか。」である。

図表 6-23 高相互作用群の医師のサービス品質モデル (標準化係数)



図表 6-24 低相互作用群の医師のサービス品質モデル (標準化係数)



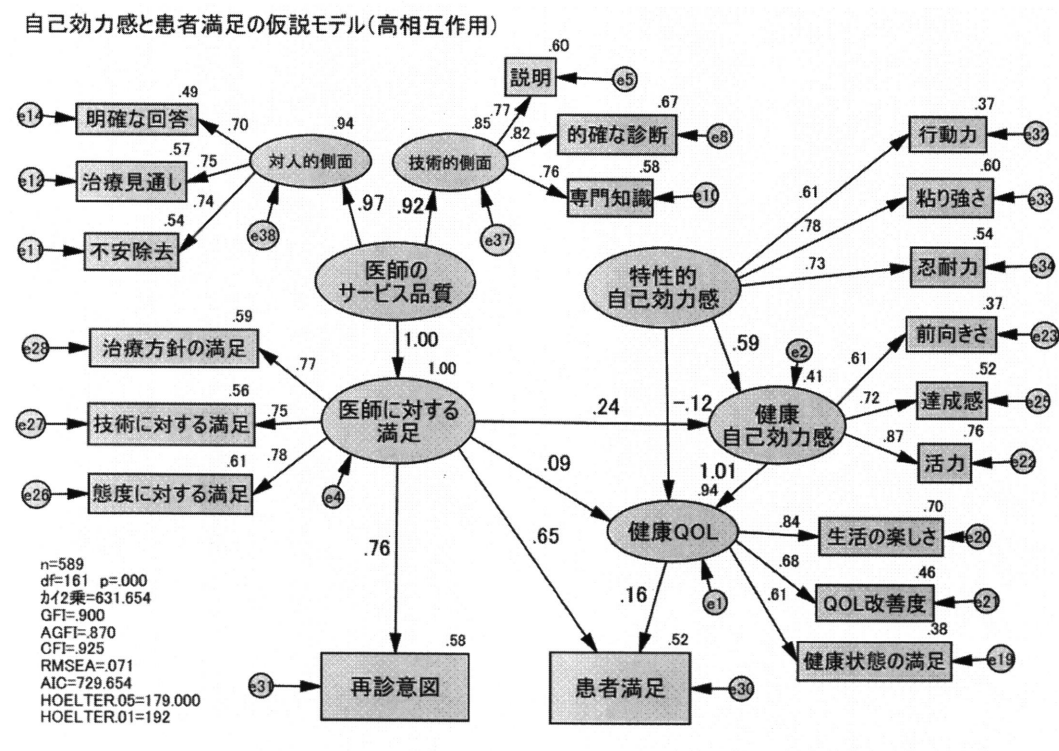
図表 6-23 と図表 6-24 を比較すると、専門性と親近感のパス係数は、低相互作用群よりも高相互作用群の方が低くなり、手早さ、不安除去、手厚さのパス係数は、高相互作用群よりも低相互作用群の方が高くなっている。質的調査の考察では、選好に関わると推測さ

れる評価軸として「手早さ」と「手厚さ」を挙げ、この2つの概念は対立軸ではなく補完し合うと仮説を立てた。弁別性が低いためこの結果では言及できないが、患者の選好に影響する概念として、「手早さ」と「手厚さ」をさらに研究を進める必要があると思われる。この2つの概念が対立しない理由として、両者は不安除去に影響を与えることが考えられる。専門性が低相互作用の方が強く出ていることから、患者に動機づけるのは、医療技術よりもむしろ手早さや手厚さのような医師の態度であることがわかった。

相互作用によってサービス品質の評価が異なることが示唆されたが、満足構造にはどのような影響を与えるだろうか。筆者は、高相互作用によって自己効力感が高められるため、相互作用の程度によって自己効力感に関わるパスの強さが異なると考えた。仮説H17を設定し、分析を行った。図表6-25は高相互作用群、図表6-26は低相互作用群を示し、図表6-27に高相互作用群と低相互作用群のパラメータ値を示す。

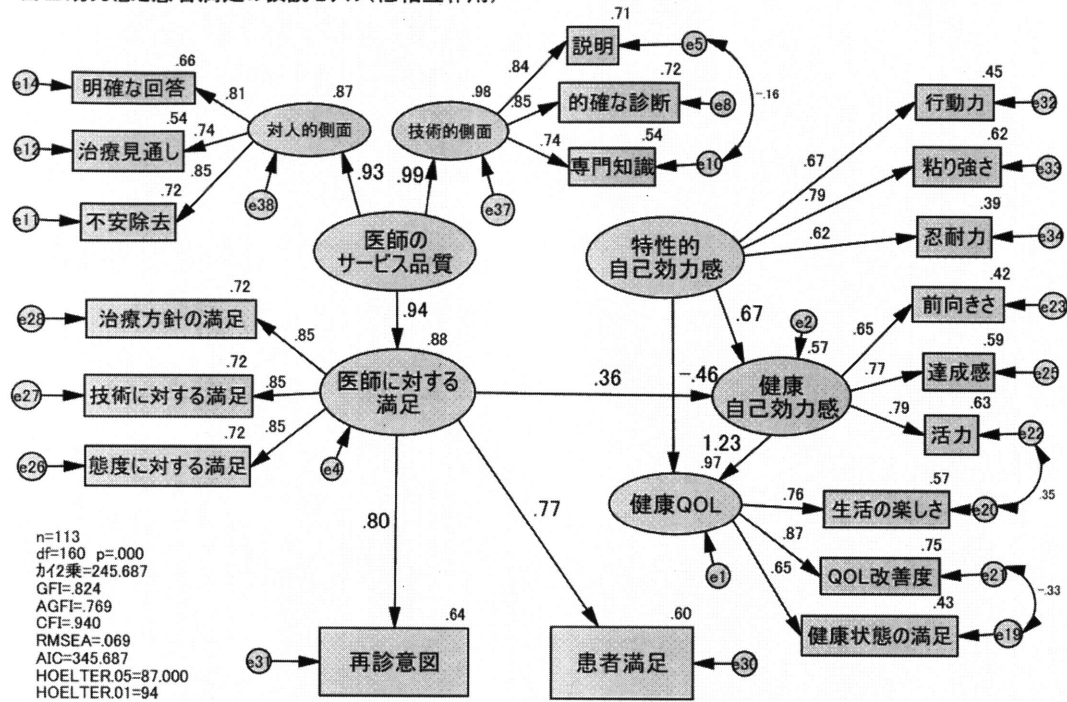
H17：高相互作用群の方が低相互作用群よりも特性的自己効力感のパスのマイナスが弱い→【結果】支持された

図表 6-25 高相互作用群の自己効力感と患者満足モデル (標準化係数)



図表 6-26 低相互作用群の自己効力感と患者満足モデル (標準化係数)

自己効力感と患者満足の仮説モデル(低相互作用)



図表 6-27 高相互作用群と低相互作用群のパラメータ値

パラメータ	高相互作用	低相互作用
医師のサービス品質 → 対人的側面	0.97***	0.93***
医師のサービス品質 → 技術的側面	0.92***	0.99***
H1 医師のサービス品質 → 医師に対する満足	1.00***	0.94***
H2 医師に対する満足 → 健康自己効力感	0.24***	0.36***
H3 医師に対する満足 → 健康QOL	0.09**	n. s.
H4 医師に対する満足 → 患者満足	0.65***	0.77***
H5 医師に対する満足 → 再診意図	0.76***	0.80***
H6 特性的自己効力感 → 健康自己効力感	0.59***	0.67***
H7 特性的自己効力感 → 健康QOL	-0.12*	-0.46***
H8 健康自己効力感 → 健康QOL	1.01***	1.23**
H9 健康QOL → 患者満足	0.16**	n. s.

***p<0.001, **p<0.01, *p<0.05, n. s. : 有意にならず

2つの群の最も大きな違いは、特性的自己効力感から健康QOLのパスの強さであった。高相互作用群は医師との相互作用によってマイナスを最小限に抑えているが、低相互作用群は、マイナスが大きく、健康自己効力感から健康QOLへのパスで補う形になっている。また、高相互作用群は、医師に対する満足から健康QOLのパス、医師に対する満足から患者満足へのパス、健康QOLから患者満足へのパスがすべて有意になっており、治療効果と患者満足を両方実現しているモデルになっている。この形が最も望ましい医師患者関係によって生じる満足モデルと考えられる。

相互作用の程度が満足構造に影響を与えていることが明らかになったので、具体的にはサービス品質の評価にどのように差が見られるかを検討する。相互作用分類の医師主導型と患者主導型は分散分析を行うにはサンプル数が少ないため、中相互作用として1つにまとめ、分析を行う。

医師のサービス品質 16 変数（的確な診断、医師の専門知識、医師の治療実績、治療見通し、不安除去、素早い対応、検査の手配、明確な回答、説明、紹介先紹介、傾聴、診察時間、個人的配慮、相性、話しやすさ、面会の楽しみ）と医師に対する満足 4 変数（医師の態度に対する満足、医師の技術に対する満足、治療方針に対する満足、治療効果に対する満足）を高相互作用群、中相互作用群、低相互作用群で分散分析を行い、Tukey と Games-Howell による多重比較を行った²³⁸。

等分散している変数は、医師の治療実績、治療見通し、紹介先紹介、個人的配慮、相性、面会の楽しみであった。等分散していない変数は、的確な診断、医師の専門知識、不安除去、素早い対応、検査の手配、明確な回答、説明、傾聴、診察時間、話しやすさ、医師の態度に対する満足、医師の技術に対する満足、治療方針に対する満足、治療効果に対する満足であった。

等分散している変数は分散分析表にて、等分散していない変数は平均値同等性の耐久検定にて確認したところ、医師のサービス品質 16 変数と医師に対する満足 4 変数すべてにおいて 0.1%水準で有意差がみられた。

多重比較は等分散している変数は Tukey にて、等分散していない変数は Games-Howell を用いた。その結果、医師のサービス品質 16 変数と医師に対する満足 4 変数において、高相互作用、中相互作用、低相互作用の 3 群それぞれが他の 2 つの群と 0.1%水準で有意差が認められた。20 変数は共通して、平均値は高相互作用群が最も高く、次に中相互作用群、

²³⁸ 対馬 (2007), p. 140.

低相互作用群が最も低かった。医師と患者の相互作用の指標として、医師のサービス品質と医師に対する満足の評価が有効であることがわかった。

医師のサービス品質の基本統計量を図表 6-28 に、分散分析表を図表 6-29 に、Welch の平均値同等性の耐久検定結果を図表 6-30 に示す。

図表 6-28 医師のサービス品質 基本統計値

		度数	平均値	標準偏差	標準誤差	平均値の 95% 信頼区間		最小値	最大値
						下限	上限		
1 的確な診断	低相互作用	113	3.5	0.814	0.077	3.34	3.65	1	5
	中相互作用	137	4.02	0.771	0.066	3.89	4.15	2	5
	高相互作用	589	4.58	0.577	0.024	4.53	4.62	3	5
	合計	839	4.34	0.756	0.026	4.29	4.39	1	5
2 専門知識	低相互作用	113	3.46	0.78	0.073	3.31	3.61	1	5
	中相互作用	137	3.96	0.79	0.067	3.83	4.1	2	5
	高相互作用	589	4.55	0.641	0.026	4.5	4.6	1	5
	合計	839	4.31	0.793	0.027	4.25	4.36	1	5
3 治療実績	低相互作用	113	3.42	0.765	0.072	3.28	3.57	2	5
	中相互作用	137	3.88	0.818	0.07	3.74	4.01	2	5
	高相互作用	589	4.46	0.665	0.027	4.41	4.51	3	5
	合計	839	4.23	0.802	0.028	4.17	4.28	2	5
4 治療見通し	低相互作用	113	3.35	0.719	0.068	3.22	3.49	2	5
	中相互作用	137	3.82	0.803	0.069	3.69	3.96	1	5
	高相互作用	589	4.47	0.64	0.026	4.41	4.52	1	5
	合計	839	4.21	0.794	0.027	4.16	4.26	1	5
5 不安除去	低相互作用	113	3.52	0.846	0.08	3.36	3.68	1	5
	中相互作用	137	3.98	0.844	0.072	3.84	4.12	1	5
	高相互作用	589	4.6	0.564	0.023	4.56	4.65	2	5
	合計	839	4.36	0.771	0.027	4.3	4.41	1	5
6 素早い対応	低相互作用	113	3.8	0.825	0.078	3.64	3.95	2	5
	中相互作用	137	4.33	0.758	0.065	4.2	4.46	1	5
	高相互作用	589	4.76	0.457	0.019	4.73	4.8	3	5
	合計	839	4.56	0.669	0.023	4.52	4.61	1	5
7 検査の手配	低相互作用	113	3.76	0.794	0.075	3.61	3.91	2	5
	中相互作用	137	4.2	0.716	0.061	4.08	4.32	2	5
	高相互作用	589	4.73	0.518	0.021	4.69	4.77	3	5
	合計	839	4.51	0.694	0.024	4.47	4.56	2	5
8 明確な回答	低相互作用	113	3.69	0.835	0.079	3.53	3.85	1	5
	中相互作用	137	4.33	0.758	0.065	4.2	4.46	2	5
	高相互作用	589	4.75	0.469	0.019	4.71	4.78	1	5
	合計	839	4.54	0.69	0.024	4.49	4.58	1	5
9 説明	低相互作用	113	3.57	0.844	0.079	3.41	3.72	1	5
	中相互作用	137	4.12	0.742	0.063	4	4.25	2	5
	高相互作用	589	4.66	0.51	0.021	4.61	4.7	3	5
	合計	839	4.42	0.72	0.025	4.37	4.47	1	5
10 紹介先紹介	低相互作用	113	3.39	0.881	0.083	3.23	3.55	1	5
	中相互作用	137	3.71	0.824	0.07	3.57	3.85	1	5
	高相互作用	589	4.34	0.825	0.034	4.27	4.4	1	5
	合計	839	4.11	0.908	0.031	4.05	4.17	1	5
11 傾聴	低相互作用	113	3.73	0.964	0.091	3.55	3.91	1	5
	中相互作用	137	4.33	0.698	0.06	4.21	4.45	2	5
	高相互作用	589	4.76	0.473	0.02	4.72	4.8	2	5
	合計	839	4.55	0.699	0.024	4.5	4.6	1	5
12 診察時間	低相互作用	113	3.29	0.932	0.088	3.12	3.47	1	5
	中相互作用	137	3.8	0.884	0.076	3.65	3.94	1	5
	高相互作用	589	4.47	0.679	0.028	4.42	4.53	2	5
	合計	839	4.2	0.87	0.03	4.14	4.26	1	5
13 個人的配慮	低相互作用	113	3.22	0.799	0.075	3.07	3.37	1	5
	中相互作用	137	3.64	0.783	0.067	3.51	3.77	1	5
	高相互作用	589	4.41	0.706	0.029	4.36	4.47	1	5
	合計	839	4.13	0.861	0.03	4.07	4.19	1	5
14 相性	低相互作用	113	3.2	0.868	0.082	3.04	3.37	1	5
	中相互作用	137	3.66	0.732	0.063	3.53	3.78	2	5
	高相互作用	589	4.34	0.72	0.03	4.28	4.4	1	5
	合計	839	4.08	0.855	0.03	4.02	4.13	1	5
15 話しやすさ	低相互作用	113	3.59	0.883	0.083	3.43	3.76	1	5
	中相互作用	137	4.15	0.782	0.067	4.01	4.28	1	5
	高相互作用	589	4.56	0.627	0.026	4.51	4.61	1	5
	合計	839	4.36	0.771	0.027	4.31	4.42	1	5
16 面会の楽しみ	低相互作用	113	2.67	0.773	0.073	2.53	2.82	1	5
	中相互作用	137	3.26	0.748	0.064	3.13	3.38	1	5
	高相互作用	589	4.13	0.797	0.033	4.07	4.2	1	5
	合計	839	3.79	0.956	0.033	3.73	3.86	1	5

		度数	平均値	標準偏差	標準誤差	平均値の 95% 信頼区間		最小値	最大値
						下限	上限		
1 態度の満足	低相互作用	113	3.45	0.896	0.084	3.28	3.62	1	5
	中相互作用	137	4.07	0.724	0.062	3.95	4.2	2	5
	高相互作用	589	4.66	0.534	0.022	4.62	4.71	1	5
	合計	839	4.4	0.761	0.026	4.35	4.45	1	5
2 技術の満足	低相互作用	113	3.51	0.825	0.078	3.36	3.67	2	5
	中相互作用	137	4.02	0.762	0.065	3.89	4.15	2	5
	高相互作用	589	4.58	0.586	0.024	4.53	4.63	3	5
	合計	839	4.34	0.758	0.026	4.29	4.4	2	5
3 治療方針の満足	低相互作用	113	3.58	0.864	0.081	3.41	3.74	1	5
	中相互作用	137	4.19	0.67	0.057	4.08	4.3	3	5
	高相互作用	589	4.64	0.579	0.024	4.6	4.69	1	5
	合計	839	4.43	0.74	0.026	4.38	4.48	1	5
4 治療効果の満足	低相互作用	113	3.54	0.887	0.083	3.37	3.71	1	5
	中相互作用	137	4.05	0.789	0.067	3.92	4.18	2	5
	高相互作用	589	4.5	0.656	0.027	4.44	4.55	2	5
	合計	839	4.29	0.789	0.027	4.24	4.35	1	5

図表 6-29 医師のサービス品質 分散分析表

		平方和	自由度	平均平方	F 値	有意確率
1 的確な診断	グループ間	127.591	2	63.795	151.981	0
	グループ内	350.917	836	0.42		
	合計	478.508	838			
2 専門知識	グループ間	132.002	2	66.001	139.808	0
	グループ内	394.661	836	0.472		
	合計	526.663	838			
3 治療実績	グループ間	121.611	2	60.805	121.957	0
	グループ内	416.814	836	0.499		
	合計	538.424	838			
4 治療見通し	グループ間	141.486	2	70.743	153.147	0
	グループ内	386.173	836	0.462		
	合計	527.659	838			
5 不安除去	グループ間	133.99	2	66.995	153.798	0
	グループ内	364.165	836	0.436		
	合計	498.155	838			
6 素早い対応	グループ間	97.328	2	48.664	146.732	0
	グループ内	277.261	836	0.332		
	合計	374.589	838			
7 検査の手配	グループ間	105.313	2	52.656	147.57	0
	グループ内	298.306	836	0.357		
	合計	403.619	838			
8 明確な回答	グループ間	112.956	2	56.478	165.271	0
	グループ内	285.686	836	0.342		
	合計	398.641	838			
9 説明	グループ間	126.958	2	63.479	172.48	0
	グループ内	307.678	836	0.368		
	合計	434.636	838			
10 紹介先紹介	グループ間	111.392	2	55.696	80.424	0
	グループ内	578.954	836	0.693		
	合計	690.346	838			
11 傾聴	グループ間	107.577	2	53.789	148.888	0
	グループ内	302.02	836	0.361		
	合計	409.597	838			
12 診察時間	グループ間	159.126	2	79.563	140.2	0
	グループ内	474.428	836	0.567		
	合計	633.554	838			
13 個人的配慮	グループ間	173.49	2	86.745	161.922	0
	グループ内	447.864	836	0.536		
	合計	621.354	838			
14 相性	グループ間	151.516	2	75.758	137.204	0
	グループ内	461.602	836	0.552		
	合計	613.118	838			
15 話しやすさ	グループ間	96.781	2	48.391	100.798	0
	グループ内	401.343	836	0.48		
	合計	498.124	838			
16 面会の楽しみ	グループ間	249.3	2	124.65	201.712	0
	グループ内	516.614	836	0.618		
	合計	765.914	838			

			平方和	自由度	平均平方	F 値	有意確率
1	態度の満足	グループ間	156.815	2	78.408	199.225	0
		グループ内	329.018	836	0.394		
		合計	485.833	838			
2	技術の満足	グループ間	124.708	2	62.354	146.122	0
		グループ内	356.743	836	0.427		
		合計	481.452	838			
3	治療方針の満足	グループ間	117.291	2	58.645	143.437	0
		グループ内	341.804	836	0.409		
		合計	459.094	838			
4	治療効果の満足	グループ間	96.331	2	48.166	94.533	0
		グループ内	425.953	836	0.51		
		合計	522.284	838			

図表 6-30 Welch の平均値同等性の耐久検定結果

	統計漸近的 F 分布	自由度1	自由度2	有意確率
的確な診断	112.378	2	197.318	0
専門知識	117.946	2	205.177	0
治療実績	108.488	2	207.538	0
治療見通し	139.759	2	207.816	0
不安除去	110.076	2	192.364	0
素早い対応	88.686	2	185.596	0
検査の手配	102.875	2	194.054	0
明確な回答	99.015	2	186.457	0
説明	111.398	2	190.676	0
紹介先紹介	76.339	2	219.218	0
傾聴	79.652	2	186.38	0
診察時間	106.891	2	198.97	0
個人的配慮	145.585	2	212.04	0
相性	117.918	2	213.115	0
話しやすさ	72.621	2	199.647	0
面会の楽しみ	206.635	2	227.224	0
態度の満足	126.709	2	192.382	0
技術の満足	108.1	2	198.221	0
治療方針の満足	97.097	2	200.699	0
治療効果の満足	71.204	2	202.246	0

第7章 患者分類

第1節 関与による患者特性

第1項 施設規模による高評価と低評価の比較

クリニック、一般病院、大学病院の3施設において、医師のサービス品質と医師以外のサービス品質の評価26項目（診断、専門知識、治療実績、治療の見通し、不安除去、説明、迅速さ、検査の手配、回答の明確さ、紹介先紹介、傾聴、診察時間、個人的配慮、相性、話しやすさ、面会の楽しみ、自宅からの距離、アクセス、待ち時間、受診し易さ、設備、室内の明るさ、清潔感、職員への信頼、職員の対応、評判）の中で評価の最も高い項目と評価の最も低い項目の5つを比較した（図表7-1）。

図表 7-1 施設規模別 高評価5項目の比較

	クリニック	平均	一般病院	平均	大学病院	平均
1	清潔感	4.82	迅速さ	4.33	検査の手配	4.77
2	室内の明るさ	4.77	傾聴	4.33	迅速さ	4.73
3	回答の明確さ	4.68	検査の手配	4.27	傾聴	4.73
4	迅速さ	4.65	回答の明確さ	4.23	回答の明確さ	4.70
5	傾聴	4.63	話しやすさ	4.17	設備	4.68

医師のサービス品質の回答の明確さ、迅速さ、傾聴の3項目は共通して高い評価であった。回答の明確さ、迅速さ、傾聴は、施設規模に関わらず、医師のサービス品質として不可欠な要素と考えられる。

クリニックは、清潔感、室内の明るさが医師の評価以上に高い評価となった。本研究協力機関のクリニックは、代診医師を除き一人医師での運営であった。クリニックのみサービスを提供する環境の要素が高い評価であったという理由として、クリニックが家具や内装等室内にも配慮していたことが考えられる。サービス環境の環境的要因を有効に機能させている成果と解釈した。

一方、複数の医師や他の医療従事者がサービス提供に関わる病院では、一般病院と大学病院共に検査の手配が高い評価となった。可能な検査や治療が限られているクリニックと病院が最も違う点として、患者は検査の手配を最も認識しているようである。設備は、大学病院のみ高い評価となった。特定機能病院である大学病院では、医療設備に対する高い評価が受診に影響していると考えられる。

図表 7-2 施設規模別 低評価5項目の比較

	クリニック	平均	一般病院	平均	大学病院	平均
1	待ち時間	3.42	清潔感	3.49	待ち時間	2.92
2	自宅からの距離	3.76	面会の楽しみ	3.50	自宅からの距離	3.57
3	面会の楽しみ	3.86	医療機関の評判	3.51	受診し易さ	3.98
4	アクセス	3.92	設備	3.57	アクセス	4.03
5	予想外への対応	4.10	室内の明るさ	3.65	面会の楽しみ	4.11

図表7-2は各施設の低い評価5項目である。各施設に共通する項目は、面会の楽しみであった。クリニックと大学病院では、予想外のことへの対応と受診しやすさ以外は同項目でかつ平均値も近似であった。大学病院と同様にクリニックにおいても、待ち時間、自宅からの距離、アクセスが低い評価になったということは、必ずしもクリニックは利便性で選択されているわけではないことを意味する。近隣に競合がないからと言って、患者獲得が容易ではないようである。

また、一般病院で低い評価になっている清潔感、設備、室内の明るさは、クリニックもしくは大学病院のいずれかで高い評価となっている項目である。これらは、ハード面での課題であり、一般病院のみ下位に含まれた。また、一般病院のみ医療機関の評判も低評価に含まれていた。ハード面の評価と医療機関の評判に関連性があるかもしれない。一般病院に対する調査から、老朽化への対応として新築の構想があり、投資を控えているようであった。クリニック、大学病院に比べ、室内の照明は暗く、内装は古い印象を受けた。本研究では、医療サービスの対人関係の質を中心に分析してきたが、サービス環境に対する戦略の重要性を再認識される結果であった。

第2項 患者の動機づけと期待、満足、再診意図の関係

クリニック、一般病院、大学病院の3施設において、筆者が患者の動機づけ指標と考えている治療意欲と健康意識、期待（予測）²³⁹、患者満足、再診意図、医師の推奨について分散分析を行った。その結果、0.1%水準で6項目すべて有意になった。基本統計値を図表7-3に示す。

等分散している変数は治療意欲と健康意識、期待（予測）、患者満足であり、等分散していない変数は、再診意図、医師の推奨であった。等分散している変数はTukeyにて、等分散していない変数はGames-Howellにて多重比較を行った。その結果、6項目すべてにおいて一般病院とそれ以外（クリニック・大学病院）に0.1%水準で有意差が認められた。

図表 7-3 施設規模別 動機づけ、期待、満足、意図の比較

		度数	平均値	標準偏差	標準誤差	平均値の95%信頼区間		最小値	最大値
						下限	上限		
治療意欲	クリニック	426	4.09	0.77	0.037	4.01	4.16	1	5
	一般病院	270	3.85	0.86	0.052	3.75	3.95	1	5
	大学病院	143	4.26	0.785	0.066	4.13	4.39	1	5
	合計	839	4.04	0.814	0.028	3.98	4.09	1	5
健康意識	クリニック	426	4.25	0.787	0.038	4.17	4.32	1	5
	一般病院	270	3.89	0.888	0.054	3.79	4	1	5
	大学病院	143	4.42	0.716	0.06	4.3	4.54	1	5
	合計	839	4.16	0.832	0.029	4.11	4.22	1	5
期待(予測)	クリニック	426	4.25	0.704	0.034	4.19	4.32	2	5
	一般病院	270	3.76	0.821	0.05	3.66	3.86	1	5
	大学病院	143	4.27	0.762	0.064	4.15	4.4	2	5
	合計	839	4.1	0.788	0.027	4.04	4.15	1	5
患者満足 (総合満足)	クリニック	426	4.55	0.613	0.03	4.49	4.61	2	5
	一般病院	270	3.95	0.812	0.049	3.85	4.05	1	5
	大学病院	143	4.53	0.591	0.049	4.43	4.63	2	5
	合計	839	4.35	0.734	0.025	4.3	4.4	1	5
再診意図	クリニック	426	4.64	0.595	0.029	4.58	4.69	1	5
	一般病院	270	4.17	0.86	0.052	4.07	4.28	1	5
	大学病院	143	4.66	0.638	0.053	4.56	4.77	1	5
	合計	839	4.49	0.731	0.025	4.44	4.54	1	5
医師の推奨	クリニック	426	4.45	0.725	0.035	4.38	4.52	2	5
	一般病院	270	3.96	1.012	0.062	3.83	4.08	1	5
	大学病院	143	4.51	0.67	0.056	4.4	4.62	2	5
	合計	839	4.3	0.853	0.029	4.24	4.36	1	5

²³⁹ 分析には、期待は予測の期待を用いている。

図表 7-4 分散分析の結果

		平方和	自由度	平均平方	F 値	有意確率
治療意欲	グループ間	17.715	2	8.857	13.764	0
	グループ内	537.987	836	0.644		
	合計	555.702	838			
健康意識	グループ間	32.125	2	16.062	24.511	0
	グループ内	547.83	836	0.655		
	合計	579.955	838			
期待(予測)	グループ間	45.65	2	22.825	40.229	0
	グループ内	474.335	836	0.567		
	合計	519.986	838			
患者満足 (総合満足)	グループ間	64.832	2	32.416	70.126	0
	グループ内	386.443	836	0.462		
	合計	451.275	838			

図表 7-5 Welch の平均値同等性の耐久検定の結果

	統計漸近的 F 分布	自由度1	自由度2	有意確率
再診意図	32.496	2	357.152	0
医師の推奨	28.078	2	378.563	0

結果から、一般病院は低期待・低満足の傾向が見られた。言い換えると、医師と患者の相互作用が生じにくく、サービス・プロフィット・チェーンの現象が起こりにくい状況になっていると考えられる。

この結果について一般病院にインタビューを行った。一般病院には、クリニックを受診する患者層と大学病院を受診する患者層の両方が訪れるようである。そのため、クリニックのような個別対応を期待する患者もいれば、大学病院のような充実した設備による治療を期待する患者もいるのではないかという回答があった。一般病院は、異なるニーズに応えきれず満足を下げ、高い期待を持っていたとしても、受診を継続していくうちに、期待が修正され、低期待に陥っているのではないかと考えられる。

第2節 患者の選好による満足の経時的推移

慢性疾患を中心とする受診の場合、医療サービスの利用は長期間にわたる。期待と満足は再診によって修正されていくと考えられるが、受診期間によって満足はどのように変化するだろうか。低期待群と高期待群、低満足群と高満足群の4分類で満足の経時的変化を

見てみたい。

低期待群（期待一致・低満足）n=23、不安定な期待群（期待不一致・高満足）n=114、安定した期待群（期待一致・高満足）n=628、高期待群（期待不一致・低満足）n=74 の患者満足の平均値をグラフにした。縦軸に満足度（5点尺度）、横軸に受診期間を示している。

図表 7-6 は低満足群（期待一致・低満足）のグラフである。n 数が少ないため参考程度とするが、常に満足は低く、比較的早い段階（3 か月）から下降する。初期と同程度の満足への回復は7年以上かかっている。おそらく、多くの患者で満足が下がった時点でスイッチングが起こると考えられ、低満足のまま3年以上受診している率は少ないだろう。

図表 7-7 は不安定な期待群（期待不一致・高満足）のグラフである。常に満足は4以上を示しているが、受診が浅い時期に一時的に上がり、1～5年は停滞し、再度上がる不安定なグラフになった。情報の開示など、期待形成に役立つサービスの手がかかりとなる情報の提示が必要と考えられる。この群は、受診期間は長い、受診回数は少ない患者かもしれない。

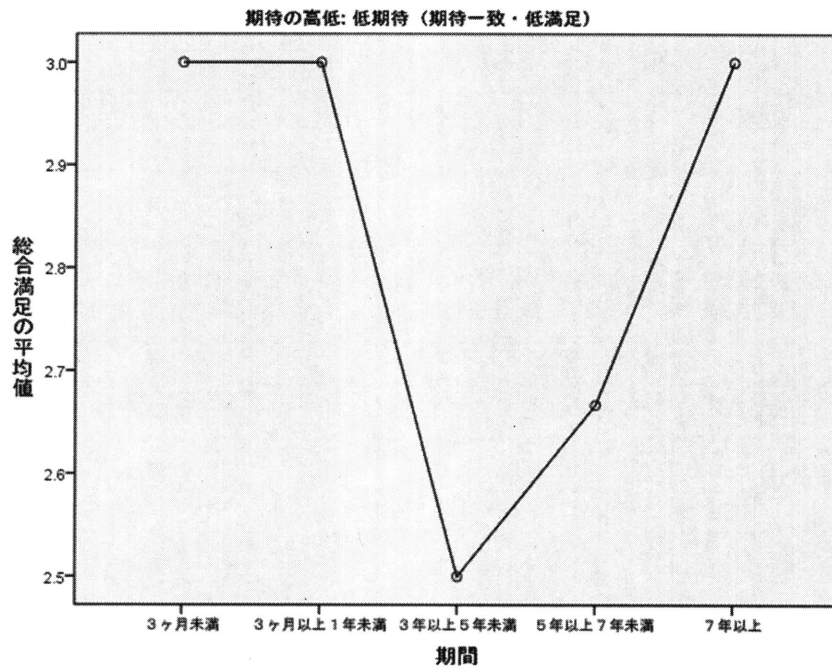
図表 7-8 は、安定した期待群（期待一致・高満足）のグラフである。受診年数の増加と共に満足が高まっている。再診を重ね、期待が収束し、安定した満足を得ていると考えられる。Bolton²⁴⁰は、累積的な満足は関係の持続時間に直接的、間接的に影響することを実証した。特に長期的な関係を続けている顧客は、累積的な満足に比重を置き、新たな情報はあまり重視しないという。どの時期でも満足の平均値は4.5以上を上回っているが、特に5年以降は高くなっている。この時期は、組織に強い共感を持ち他人に推奨するなどの行動を起こす使徒・所有者²⁴¹の顧客層になっていると考えられる。

図表 7-9 は、高期待群（期待不一致・低満足）のグラフである。満足はすべての時期で3を下回っている。特に、関係が構築されていると推測される3年以上5年未満の平均値が最も低い。その後、7年以降に元の満足に戻っているが、おそらく、3年以上5年未満にもともと高くない満度がさらに下がったとき、スイッチングが起こると考えられる。初診の際の手厚い対応とは異なる、あるいは説明不足など感じたら、この患者群は敏感に反応すると推測される。

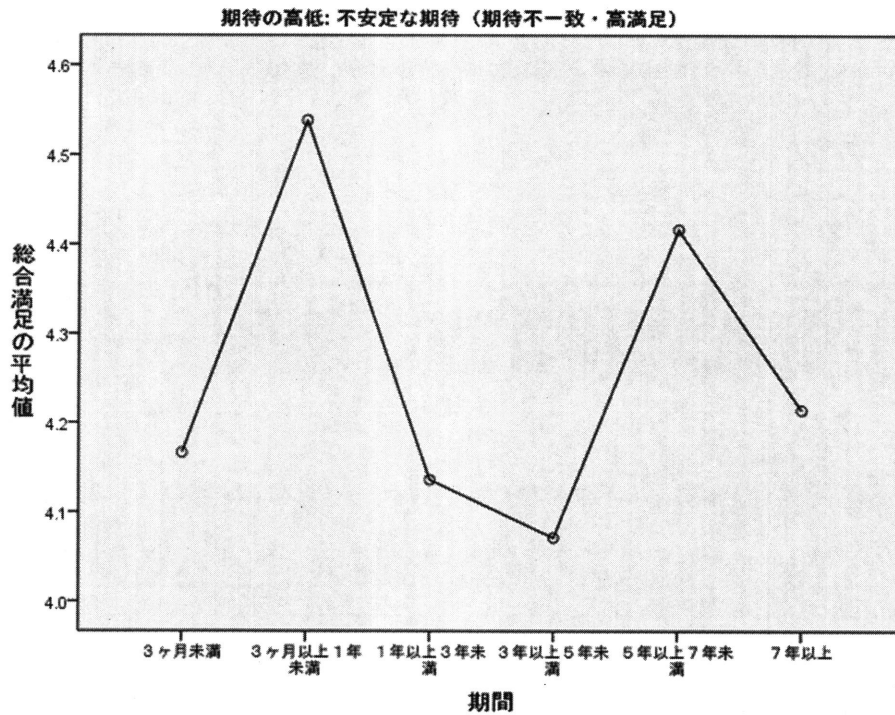
²⁴⁰ Bolton (1998), p. 61

²⁴¹ 山本 (2007), p. 185

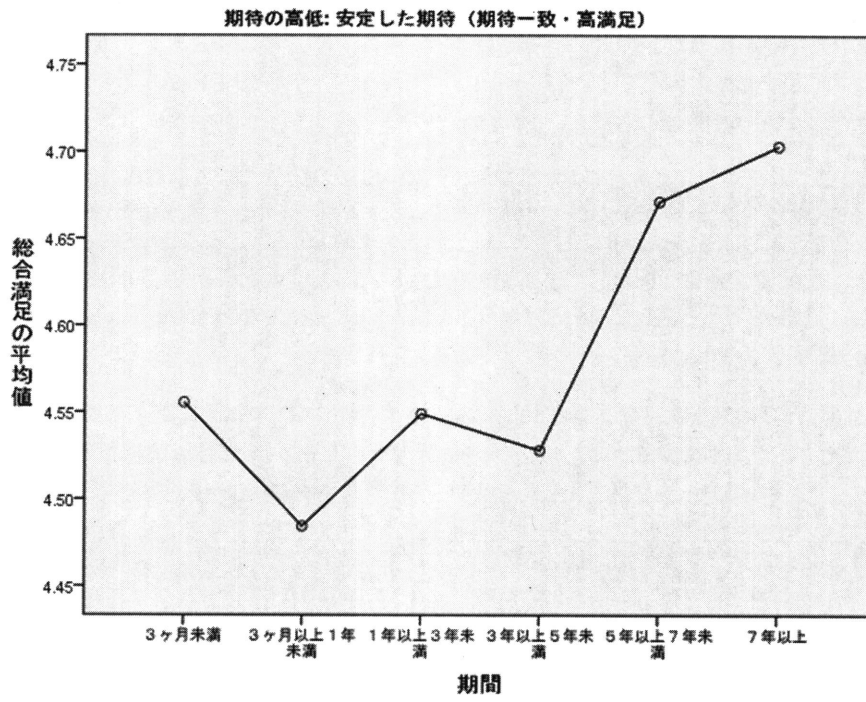
図表 7-6 低期待群の満足の推移



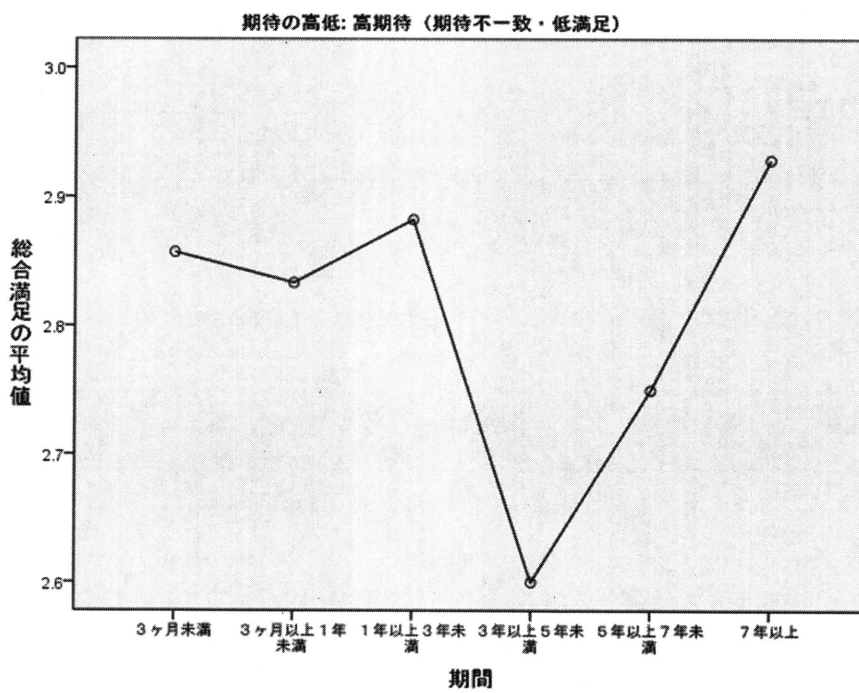
図表 7-7 不安定な期待群の満足の推移



図表 7-8 安定した期待群の満足の推移

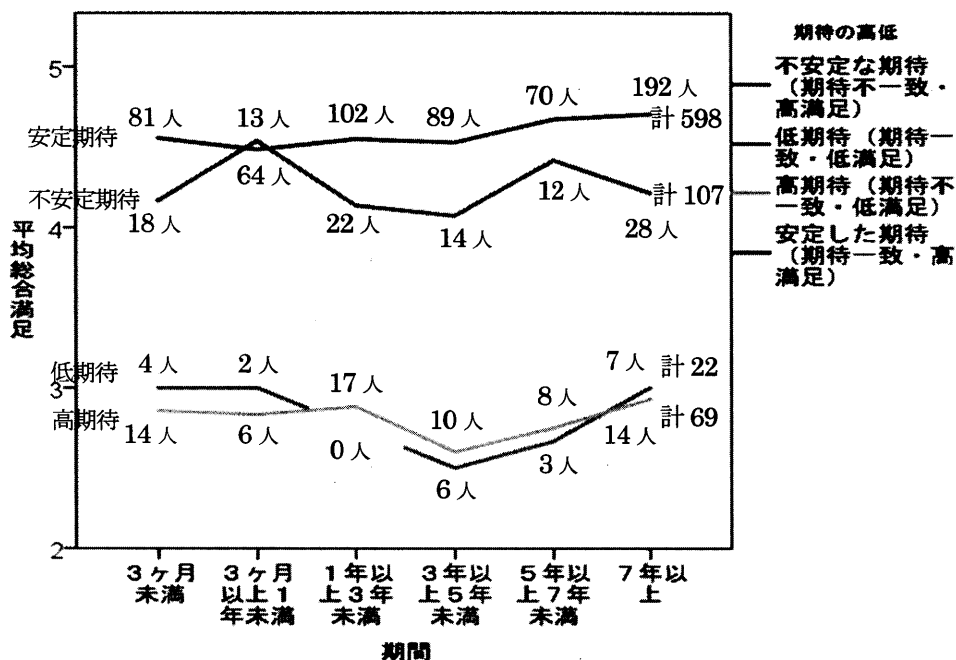


図表 7-9 高期待群の満足の推移



図表 7-6 から 7-9 を一つのグラフにすると、図表 7-10 になる。

図表 7-10 満足と受診年数の関係 期待による比較



第3節 相互作用の強度と受診期間、満足との関係

本研究では、医師患者間の相互作用の指標として治療意欲と健康意識を測定したが、受診期間とはどのように関係しているだろうか。また、満足にはどのように影響を与えているだろうか。低相互作用群、患者主導型、医師主導型、高相互作用群²⁴²の受診期間を比較した。図表 7-11 に患者数と相互作用群内の比率を示す。

期待の高低による4つの群で比較すると、高相互作用と医師主導型は、群内において7年以上の患者が最も比率が高く30%以上存在するが特徴である。一方、低相互作用と患者主導型は、年数の短い方が患者の比率が高いことがわかる。この結果から、相互作用は継

²⁴² 低相互作用群は医師の関わりによって治療意欲と健康意識の両方とも高まらない群、患者主導型は医師の関わりによって健康意識は高まるが治療意欲は高まらない群、医師主導型は医師の関わりによって治療意欲は高まるが健康意識は高まらない群、高相互作用群は医師の関わりによって治療意欲と健康意識が共に高まった群である。

続受診に影響を与えることが示唆される。患者主導型は、継続受診意図との関連の可能性は低い、医師主導型は高相互作用と類似した傾向が見られることから、患者の中には、医師にお任せしたいと考える群が存在することがわかる。継続受診意図は、良好な医師患者関係構築の中でいかに患者を動機づけるかにかかっており、医師と患者の相互作用の影響を受けていると考えられる。

図表 7-11 相互作用の強度と受診期間の関係

受診期間	低相互作用	患者主導型	医師主導型	高相互作用	期間計
治療意欲	低	低	高	高	
健康意識	低	高	低	低	
3ヶ月未満	27 (25.7%)	13 (16.2%)	8 (17.4%)	69 (12.2%)	117
3ヶ月以上1年未満	11 (10.5%)	12 (15.0%)	2 (4.3%)	60 (10.6%)	85
1年以上3年未満	21 (20.0%)	15 (18.8%)	11 (23.9%)	94 (16.7%)	141
3年以上5年未満	20 (19.1%)	12 (15.0%)	5 (11.0%)	82 (14.5%)	119
5年以上7年未満	8 (7.6%)	10 (12.5%)	6 (13.0%)	69 (12.2%)	93
7年以上	18 (17.1%)	18 (22.5%)	14 (30.4%)	191 (3.8%)	241
相互作用計	105	80	46	565	796

再診意図には患者の動機づけが重要な要因であることが分かったが、満足はどのように推移しているだろうか。低相互作用群、中相互作用群、高相互作用群で満足について分散分析を行った。基本統計値を図表 7-12 に示す。等分散でなかったため、Welch の平均値同等性の耐久検定を行い、Games-Howell にて多重比較を行った (図表 7-13)。その結果、0.1% 水準で3つの満足の平均値に有意差が見られた (図表 7-14)。

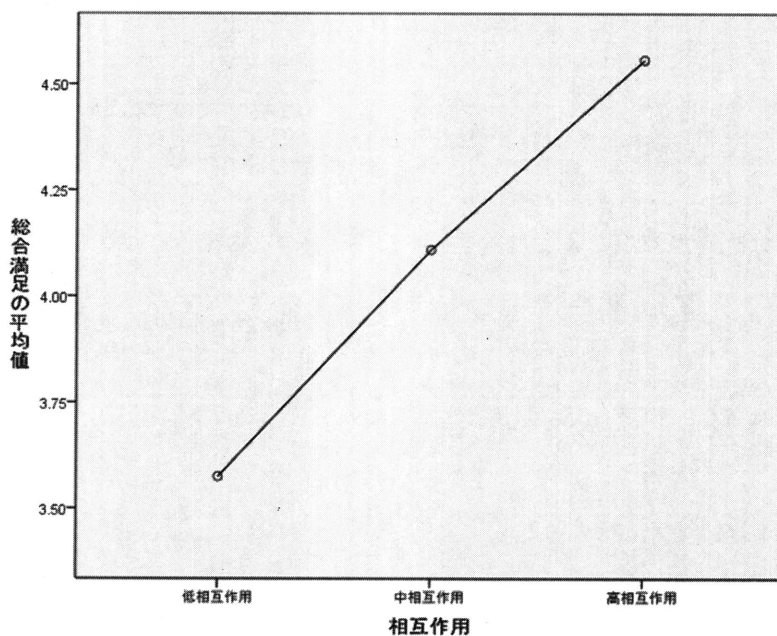
図表 7-12 相互作用の強度別 満足と比較 基本統計量

	度数	平均値	標準偏差	標準誤差	平均値の 95% 信頼区間		最小値	最大値
					下限	上限		
低相互作用	113	3.58	0.811	0.076	3.42	3.73	2	5
中相互作用	137	4.11	0.714	0.061	3.99	4.23	2	5
高相互作用	589	4.56	0.594	0.024	4.51	4.6	1	5
合計	839	4.35	0.734	0.025	4.3	4.4	1	5

図表 7-13 患者満足 平均値同等性の耐久検定

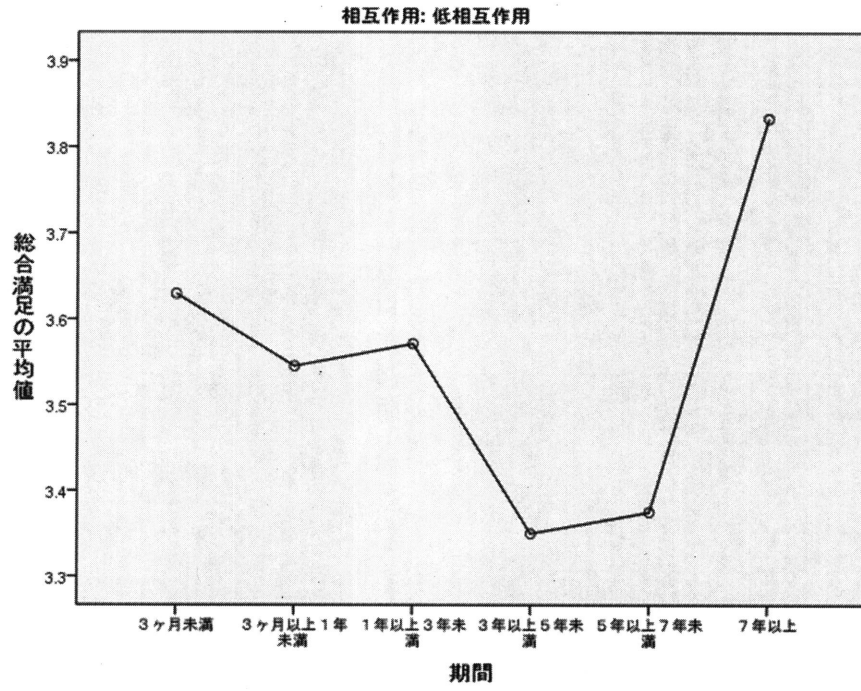
	統計漸近的 F 分布	自由度 1	自由度 2	有意確率
Welch	89.651	2	201.899	0

図表 7-14 相互作用の強さ別満足の平均値

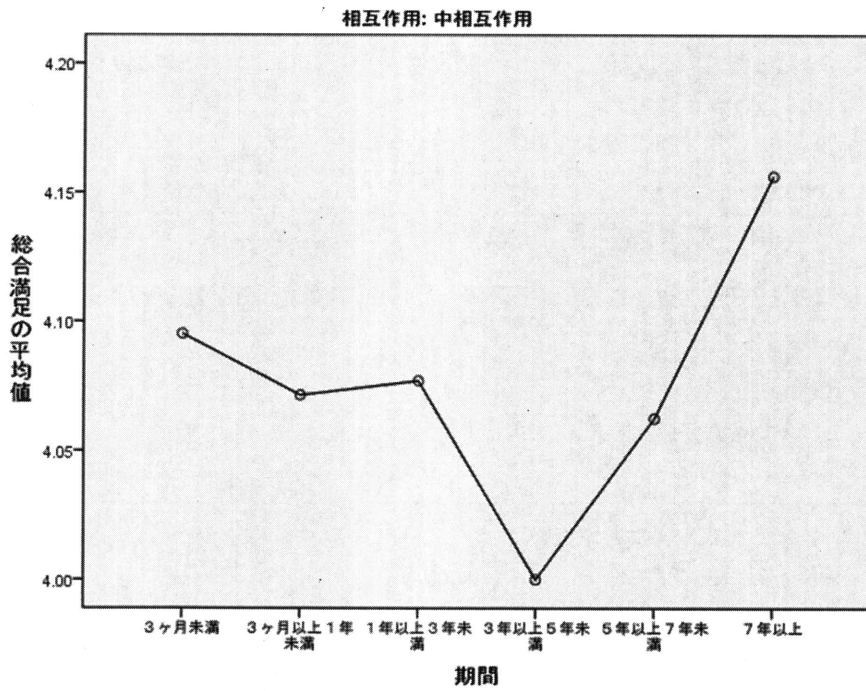


各群の受診期間での分散分析では、有意差は認められなかった。各群の満足の経時的変化を図表 7-15, 7-16, 7-17 に示す。

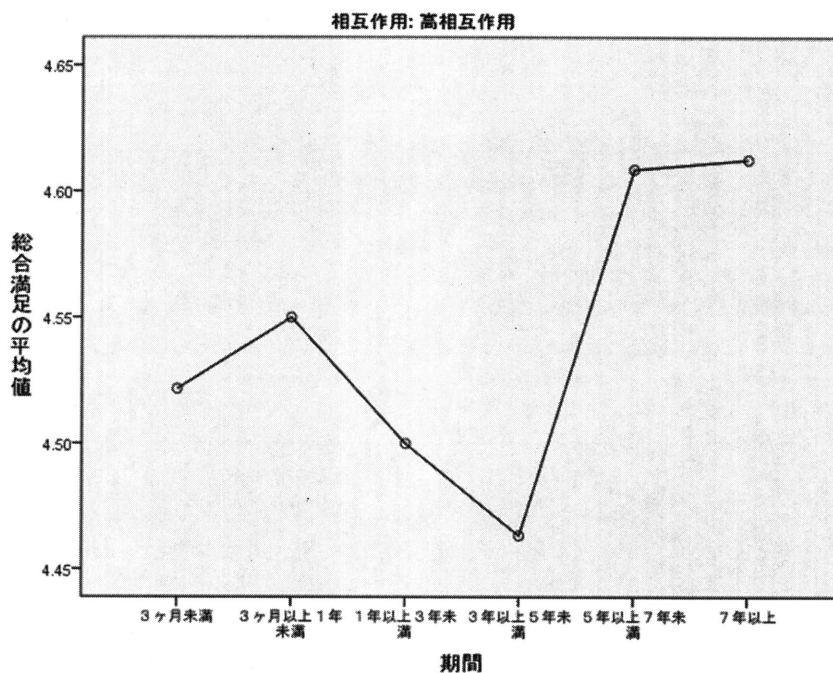
図表 7-15 低相互作用群の満足度の経時的変化



図表 7-16 中相互作用群の満足度の経時的変化



図表 7-17 低相互作用群の満足を経時的変化



満足の評価に違いはあるが、3群に共通の傾向が2つあった。1つは、3年以上5年未満に満足が下降していることである。もう1つは、7年以降では当初の満足を上回る満足になっている点である。

しかし、5年以降の低相互作用群は非常に人数が少ない。5年以降も低相互作用のまま受診している場合は、受診意図は医師のサービス品質や医師に対する満足ではなく、他の要因の影響を受けている可能性がある。そのため、相互作用について提供者が努力をしても相互作用が機能しない状態は変わらないかもしれない。

第8章 結論

第1節 本研究の要約

サービス・マーケティング研究では、提供者と顧客の関係性がサービス品質の評価や形成プロセスに大きな役割を果たすことが知られており、提供者と顧客の関係が満足に影響を与えると考えられてきた。医療サービスにおいても、提供者と患者の良好な関係が患者満足を高めることがわかっており、患者満足は重要な戦略課題とされている。

医療サービスはもう重要な課題がある。患者にサービスへの積極的に参加するよう動機づけることである。なぜならば、治療には患者の積極的な参加が不可欠であり、参加の程度がサービス品質や結果に大きく影響するからである。よって、提供者には、患者を動機づけ、満足させる関係構築が求められる。この課題は医療サービスに限らず、他の類似サービスにおいても共通と考えられる。そこで、本研究では、プロフェッショナル・サービスであり非営利サービスである医療サービスを事例に、顧客満足を向上する提供者と消費者の関係性とそこで生じる相互作用について、研究を行った。

医療サービスの代表的なエンカウンターである診療の医師と患者に焦点をあて、提供者と消費者の関係性を考究することとした。患者満足を高め、患者の参加を促進する医師と患者の相互作用を明らかにすることを本研究の狙いとした。

満足を研究する上で、2つの概念に着目した。1つは、自己効力感である。自己効力感とは、動機づけに重要な概念であり、医療社会学で患者の行動変容の研究が盛んである。自己効力感とは、ある結果を生み出すために必要な行動をどの程度うまくできるかという予期である²⁴³と解釈されている。自己効力感とは支援者の関わりによって、強まるのが先行研究で明らかになっていた。

一方、マーケティング領域では、満足研究と共に満足の前件条件として期待の研究が盛んであった。期待は満足形成に重要な役割をしており、かつ自己効力感との関連もあると考えられた。よって、もう1つは期待に着目することにした。筆者は、マーケティングで取り扱われる予期の期待と自己効力感の関連に関心を持ち、医療のような専門性の高い人的サービスにおける期待と自己効力感の関係を明らかにすることが満足管理に有効と考え

²⁴³ 坂野他 (2002), p. 4

た。そこで、満足構造における自己効力感の役割と期待の影響を解明することを試みた。

まず、探索的研究として135名の患者インタビューによる質的調査を行い、患者の医師に対する評価を調査した。その結果から、患者の評価に影響するのは技術的側面よりも対人的側面の方であることが分かった。また、患者の医師選択には患者の価値観や選好が影響していることをことが示唆された。そして、患者満足の中核になる満足は医師に対する満足であることが明らかになった。再診意図には、総合満足ではなく、医師に対する満足であると推測された。

医師にもインタビューを行い、診療態度と診療理念について調査した。医師患者関係については複数のモデルが提唱されているが、医師らは短い診療時間の中で、患者の反応に合わせ様々なモデルを使い分けていた。医師自身が患者とどのような関係を築きたいかではなく、患者がどんな関係を期待しているかという視点が医師らに共通して見られた。医師は、診療の際、特定の医師患者関係モデルを用いるのではなく、患者の選好や病状に合わせてモデルを使い分けていた。1回の診療の中でも状況によって変化させていた。医師の高いコミュニケーション能力を背景に良好な医師患者関係が構築され、患者満足が高まっていると推測された。

インタビュー調査のコーディング結果から患者が重要と考えている医師の評価項目を抽出し、医師患者関係モデルとの関連を検討した。医師患者関係モデルに特徴的な医師のサービス品質を特定しようとしたが、医師患者関係は動的であり、サービス品質を特定できるものではないという結論に達した。

また、評価と患者の選好についても考察した。患者の選好の軸として、「手早さ」と「手厚さ」が浮かび上がった。この2つは対立概念ではなく共存することが可能で、共通して関連する要素として「不安除去」があり、「手早さ」と「手厚さ」は患者がどのような形で不安を除去してほしいかに対する選好と考えられる。

医師のコミュニケーションに関する先行研究のレビューとインタビュー調査をもとに仮説導出を行い、1111名を対象に本調査を行った。調査内容は、医師のサービス品質に対する患者の評価と医師に対する満足、総合満足である患者満足の関係である。そして、患者の治療への参加を動機づけと医師患者間の相互作用を促進する概念として、自己効力感と主観的な人生の満足として医療現場で重視されているQOLも調査に含めた。また、患者は医師の関わりによって治療意欲、健康意識がどのように変わったと感じているかも調査した。この2つを医師と患者の相互作用の指標とした。

本調査の結果では、自己効力感は、医療サービスの満足構造に重要な役割を果たしていることがわかった。自己効力感は、医師に対する満足を患者満足につなぐ重要な媒介変数になっていた。そして、自己効力感が媒介変数として機能するか否かは、患者の期待の高低の影響を受けると示唆された。また、医師のサービス品質が医師に対する満足を形成し、再診意図につながることも実証した。

自己効力感には、特性的自己効力感と特定の自己効力感があり、両者がQOLに関係していた。2つの自己効力感の作用に影響するのは、医師と患者の相互作用であることが明らかになった。医師のサービス品質が患者満足の中核の満足であることもわかった。

提供者と消費者の相互作用は、再購買意図に影響を与えていた。5年以上継続受診している患者は、高相互作用と医師主導型が多数を占めていた。医療サービスの関係性管理においては、相互作用に着目することで患者満足、再診意図を改善することができると考えられる。

患者の選好と医師患者関係の質は密接に関係しており、患者の選好にあう医師患者関係の構築が患者を動機づけ、患者満足を向上する。患者の病状や治療の理解度が様々であるだけでなく、価値観の多様化が進む現代において、医師患者関係の質は医療のサービス品質において、ますます重要な役割を担う。

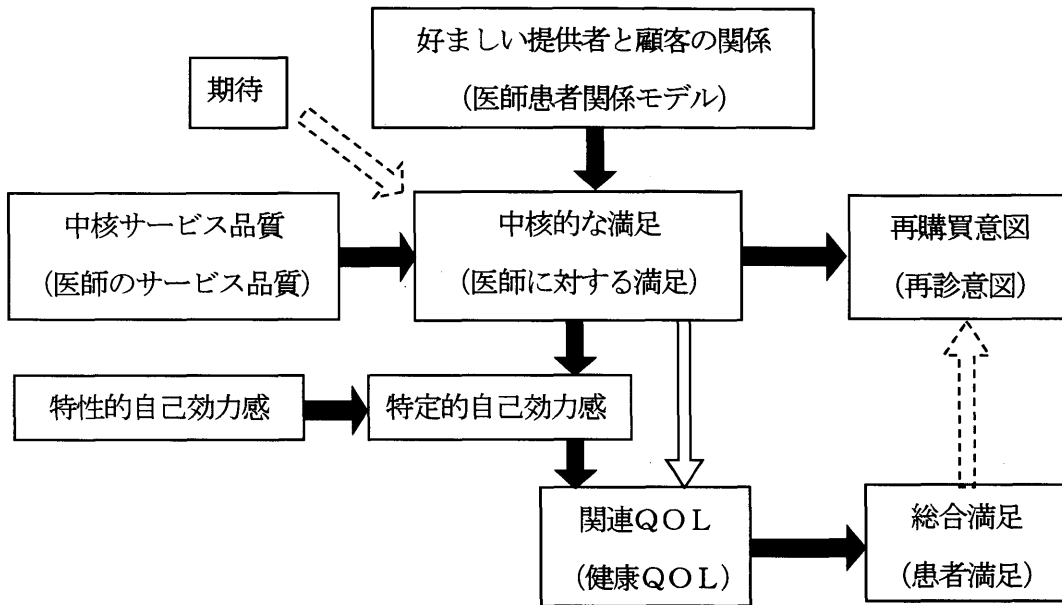
本研究の貢献は、以下の3点である。1つめは、中核的な満足である医師に対する満達が、患者満足、再診意図に重要であることを明らかにしたことである。このことは、医師のコミュニケーション能力開発の必要性を示唆している。

2つめは、医師と患者の相互作用を促進することによって、患者満足と自己効力感が高まることを実証したことである。患者の医師に対する満足を高めるオペレーションを他の医療従事者の業務を含めて構築することで、医師の負担を増やさず、高相互作用の関係を作り、満足と自己効力感を高めることができる。

3つめは、サービスにおける提供者と消費者の相互作用にQOLと自己効力感の概念を取り入れることの意義を提示できたことである。提供者に対する満足を高め、QOLと自己効力感に影響を与える本研究のモデルは、顧客の参加が重要なサービスにも適用できる。

本研究の結論を図表8-1に示す。本研究において実証できた部分を黒の矢印で示し、実証できたが引き続き検討が必要な部分を白抜き矢印で示した。また、今回は実証されなかったが、再度検討していきたい部分を点線の矢印で示した。

図表 8-1 本研究の結論



(出所) 筆者作成

第2節 本研究の限界と課題

本研究は、医療現場という特殊な環境の中で提供されるサービスを調査した。そのため、倫理上の問題、プライバシーへの配慮等多くの課題があった。幸運なことに複数の協力機関、多くの患者様の協力を得て実証研究を行うことができたが、施設数や地域が限定された調査となり、解釈は慎重にする必要があると考えている。

もう1つの課題として、期待、自己効力感の測定の難しさがあった。期待という概念は、調査対象者にとって理解されづらいものであった。おそらく、医療サービスは期待をいだけ情報量に個人差があり、明確な期待を持たずにサービスを受けている患者がいたと考えられる。また、自己効力感については測定に課題が残った。質問票は、妥当性が確認されている海外の先行研究を参考に作成したが、国民性等の文化的背景も加味しなければならぬと感じた。今回得られた改善点をもとに再度質問票を設計し、実証する必要があると考えている。

顧客満足を維持もしくは向上させるためには、期待の程度を把握することが重要であることが本研究で明らかになった。顧客の全体に対する期待に内包されている自己変化に対する期待、すなわち自己効力感が提供者との相互作用は総合満足に影響していることが確認できた。今後は、医療サービス以外でもこの理論が有効であるかを確認したい。

また、医療サービスのような信頼財では、患者がサービス品質と自己変化に対し適度な期待を抱くことができるよう、事前評価に有益な情報を提供し、信頼を構築していくことが重要であると示唆された。知覚リスク²⁴⁴に関する視点も加え、本研究からさらに広げていきたい。

第3節 おわりに

21世紀の医療サービスは、ますます長期にわたる症状管理を目的とするようになっていく。すなわち、人々が健康に関わる行動を変えることを主眼としなければならない時代と言える。よって、医療サービスの提供者には、患者の行動を変えるために動機づけることが求められている。提供者は、健康に関する価値観の取り扱い方によって、患者を動機づけ、患者の行動を変化させることができる。

医師と患者の関係性は、医療サービスの経営環境を好転させる戦略であり、医師のコミュニケーション能力が経営上非常に重要な意味を持っていることが本研究で明らかになった。医療サービスでは、医師だけでなく、多くの医療従事者が患者と関係を構築している。すべての医療サービス提供者に求められることは、患者の価値観や選好を理解し患者を動機づけるコミュニケーション技術を洗練することであると考えられる。医療サービスに限らず、消費者自身の参加が重要な専門サービス、例えば、教育や法律に関係するサービス、ITサービスなどでも同様であると考えられる。

本研究では、自己効力感と期待、満足の関係を考察し、期待の高さ、相互作用の強さを用いて患者を分類した。また、満足における自己効力感の役割を明らかにした。本研究は、サービス・マーケティング研究において自己効力感に着目することの重要性を提言できたと考えている。

²⁴⁴ 知覚リスクとは、製品を購買・使用する際に、消費者が回避したいと考える望ましくない結果である。知覚リスクには、物理的リスク、経済的リスク、機能的リスク、心理社会的リスクなどが含まれる(和田充夫, 2005, p147)

健康の考え方は疾病管理よりも健康増進にシフトしている。そのため、これからの医療サービスは、患者に対する効果的なプロモーションと行動変容が課題になってくると思われる。医療サービスにおいて、ますますマーケティングや消費者行動研究の理論の援用が必要になってくると思われる。今回の研究を発展させ、サービス・マーケティング、消費者行動研究に貢献したい。

謝辞

本論文は筆者が関西学院大学大学院経営戦略研究科先端マネジメント専攻博士後期課程に在籍中の研究成果をまとめたものである。

同研究科教授山本昭二先生には、指導教官として本研究の実施の機会を与えて戴き、その遂行にあたって手厚いご指導と暖かいご助言を戴いた。ここに深謝の意を表する。

同研究科教授佐藤善信先生には、副査として本論文の細部にわたるご指導とご助言を戴いた。ここに深謝の意を表する。

本研究の論文審査にあたり、同研究科名誉教授中西正雄先生、同研究科教授宮本又郎先生には示唆に富むご助言とご指導を戴いた。ここに深謝の意を表する。

調査御協力医療機関の皆様方と患者様には、本研究に対しご理解とご協力を戴いた。ここに感謝申し上げます。

参考文献

- Anderson, Eugene W., Claes Fornell, Donald R. Lehmann (1994), "Customer Satisfaction, Market Share, and Profitability: Findings from Sweden," *Journal of Marketing*, Jul, 58, 3, 53-66.
- Anderson, Eugene, W., Mary W. Sullivan, (1993), "The Antecedents and Consequences of Customer Satisfaction for Firms," *Marketing Science*, Spring, 12, 2, 125-143.
- Anderson, Eugene W., Vikas Mittal (2000), "Strengthening the Satisfaction-Profit Chain," *Journal of Service Research*, Nov, 3, 2, 107-120.
- Anderson, Rolph E. , (1973), "Consumer Dissatisfaction: The Effect of Disconfirmed Expectancy on Perceived Product Performance," *Journal of Marketing Research*, Feb, 10, 38-44.
- Andreasen, Alan R., Philip Kotler, (2003), *Strategic Marketing for Nonprofit Organizations*, (6th ed.), Prentice Hall. (アラン・R・アンドリーセン, フィリップ・コトラー (2005), 井関利明監訳, 新日本監査法人公会計本部翻訳, 『非営利組織のマーケティング戦略』, 第一法規)
- Bandura, Albert (1977), *Social Learning Theory*, Prentice Hall. (アルバート・バンデューラ (1974), 原野広太郎監訳, 『社会的学習理論 - 人間理解と教育の基礎』, 金子書房.)
- Bandura, Albert (1977), "Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change," *Psychological Review*, 84, 2, 191-215.
- Bandura, Albert (1982), "Self-Efficacy Mechanism in Human Agency," *American Psychologist*, 37, 2, 122-147.
- Bandura, Albert, ed. (1995), "Self-Efficacy in Changing Societies," (アルバート・バンデューラ (1997), 本明寛, 野口京子監訳, 本明寛, 野口京子, 春木豊, 山本多喜司訳, 『激動社会の中の自己効力』, 金子書房.)
- Bandura, Albert, (2004), "Health Promotion by Social Cognitive Means," *Health Education & Behavior*, 31, 2, 143-164.
- Bandura, Albert, (2005), "The Primacy of Self-Regulation in Health Promotion," *Applied Psychology*, 54, 2, 245-254.

- Beach, Mary Catherine, Thomas Inui, the Relationship-Centered Care Research Network (2006), "Relationship-centered Care," *Journal of General Internal Medicine*, 21, S3-8.
- Bendall-Lyon, Dawn, Thomas L. Powers, (2004), "The Impact of Structure and Process Attributes on Satisfaction and Behavioral Intentions," *Journal of Services Marketing*, Nov, 18, 2, 114-121.
- Bitner, Mary Jo (1990), "Evaluating Service Encounters: The Effects of Physical Surroundings and Employee Responses," *Journal of Marketing*, Apr, 54, 2 69-82.
- Bitner, Mary Jo (1992) "Servicescapes: The Impact of Physical Surrounding on Customers and Employees," *Journal of Marketing*, Apr, 56, 2, 57-71.
- Cardozo, Richard N., (1965), "An Experimental Study of Customer Effort, Expectation, and Satisfaction," *Journal of Marketing Research*, Aug, 2, 3, 244-249.
- Black, David M., (2004), "Sympathy reconfigured: Some Reflections on Sympathy, Empathy and the Discovery of Values," *International Journal of Psychoanalysis*, 85, 579-595.
- Bolton, Ruth N., (1998), "A Dynamic Model of the Duration of the Customer's Relationship with a Continuous Service Provider: The Role of Satisfaction," *Marketing Science*, 17, 1, 45-65.
- Boulding, William, Ajay Kalra, Richard Staelin, Valarie A. Zeithaml, (1993), "A Dynamic Process Model of Service Quality: From Expectations to Behavioral Intentions," *Journal of Marketing Research*, Feb, 30, 1, 7-27.
- Brock, Clive D., John V. Salinsky, (1993), "Empathy: An Essential Skill for Understanding the Physician-Patient Relationship in Clinical Practice," *Family Medicine*, 25, 4, 245-248.
- Cadotte, Ernest R., Robert B. Woodruff, Roger L. Jenkins, (1987), "Expectations and Norms in Models of Consumer Satisfaction," *Journal of Marketing Research*, Aug, 24, 3, 305-314.
- Cardozo, Richard N., (1965), "An Experimental Study of Customer Effort, Expectation, and Satisfaction," *Journal of Marketing Research*, Aug, 2, 3, 244-249.
- Churchill, Gilbert A. Jr., Carol Surprenant, (1982), "An Investigation into the

- Determinants of Customer Satisfaction,” *Journal of Marketing Research*, Nov, 19, 4, 491-504.
- Cleary, Paul D., Barbara J. McNeil (1988) “Patient Satisfaction an Indicator of Quality Care” , *Inquiry*, 25, 25-36.
- Cole, Steven A., Julian Bird (2000), *The Medical Interview: The Three-Function Approach*, Mosby (スティーブン A. コール, ジュリアン・バード (2003), 飯島克巳, 佐々木将人訳, 『メディカルインタビュー』, メディカル・サイエンス・インターナショナル.)
- Comstock, Loretto M. , James S. Goodwin (1982), “Physician Behavior That Correlate with Patient Satisfaction” , *Journal of Medical Education*, 57, 105-112.
- Cooper-Patrick, Lisa, Joseph J. Gallo, Junius J. Gonzales, Hong Thi Vu, Neil R. Powe, Christine Nelson, Daniel E. Ford, (1999), “Race, Gender, and Partnership in the Patient-Physician Relationship,” *Journal of American Medical Association*, 282(6), 583-589.
- Cope, Dennis W. , Lawrence S. Linn, Barbara D. Leake, Pamela A. Barrett (1986), “Modification of residents’ Behavior by preceptor feedback of patient satisfaction,” *Journal of General Internal Medicine*, 1, 394-398.
- Cronin, J. Joseph, Jr., Steven A. Taylor, (1992), “Measuring Service Quality: A Reexamination and Extension,” *Journal of Marketing*, Jul, 56, 3, 55-68.
- Crosby, Lawrence A., Kenneth R. Evans, Deborah Cowles, (1990), “Relationship Quality in Services Selling: An Interpersonal Influence Perspective,” *Journal of Marketing*, Jul, 54, 3, 68-81.
- Crosby, Lawrence A., Nancy Stephens, (1987), “Effects of Relationship Marketing on Satisfaction, Retention, and Prices in the Life Insurance Industry,” *Journal of Marketing Research*, Nov, 24, 4, 404-411.
- Deeter-Schmelz, Dawn R, Rosemary P. Ramsey, (2003) “An Investigation of Information Processing in Service Teams : Exploring the Link Between Teams and Customers,” *Journal of Academy of Marketing Science*, Fall, 31, 4, 409-424.
- Donabedian (2003), *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*, Oxford University Press.
- Decety, Jean, Philip L. Jackson (2004), “The Functional Architecture of Human

- Empathy,” *Behavioral and Cognitive Neuroscience Reviews*, 3, 2, 71-100.
- Drucker, Peter F. (1990), *Managing the Nonprofit Organization*, Harper. (P・F・ド
ラッカー (1991), 上田 惇生, 田代正美訳, 『非営利組織の経営 - 理論と実践』, ダイヤ
モンド社)
- Ehrbeck, Tilman, Ceani Guevara, Paul D. Mango (2008), “Mapping the Market for Medical
Travel ” *The McKinsey Quarterly*, May, 1-10.
- Elleuch, Amira, (2008), “Patient Satisfaction in Japan,” *International Journal of
Health Care Quality Assurance*, 21, 7, 692-705.
- Emanuel, J Ezekiel, Linda L. Emanuel, (1992), “Four Models of the Physician-Patient
Relationship,” *Journal of the American Medical Association*, 267, 16, 2221-2226.
- Fornell, Claes, Birger Wernerfelt, (1987), “Defensive Marketing Strategy by
Customer Complaint Management: A Theoretical Analysis,” *Journal of Marketing
Research*, Nov, 24, 4, 337-346.
- Fornell, Claes, Birger Wernerfelt, (1988), “A Model for Customer Complaint
Management,” *Marketing Science*, 7, 3, 287-298.
- Fornell, Claes, (1992), “A National Customer Satisfaction Barometer: The Swedish
Experience,” *Journal of Marketing*, 56, 2, 1992.
- Gardial, Sarah Fisher, Robert B. Woodruff, Mary Jane Burns, David W. Schumann, Scott
Clemons, (1993), “Comparison Standards: Exploring Their Variety and Circumstances
Surrounding Their Use,” *Journal of Consumer Satisfaction, Dissatisfaction and
Complaining Behavior*, 6, 63-73.
- Goffman, Erving, (1959), *The Presentation of Self in Everyday Life*, Anchorbooks.
(E・ゴッフマン, (1974), 石黒毅訳, 『行為と演技』, 誠信書房.)
- Greenfield, Sheldon, Sherrie Kaplan, John. Ware, Jr., (1985) “Expanding Patient
Involvement in Care,” *Annals of Internal Medicine*, 102(4), 520-528.
- Greenhalgh, Trisha, Brian Hurwitz (2001), *Narrative Based Medicine*, BMJ. (トリシ
ャ・グリーンハル, ブライアン・ハーウィッツ (2001), 斉藤清二, 山本和利, 岸本寛史監
訳, 『ナラティブ・ベイスト・メディスン』, 金剛出版.)
- Gundlach, Gregory T. , Lauren G. Block, William L. Wilkie, (2007), *Explorations of
Marketing in Society*, Thomson Higher education, Ohio.

- Hagedoorn, Mariet, Sabine G. Uijl, Eric Van Sonderen, Adelita V. Ranchor, Bright M. F. Grol, Renee Otter, Boudien Krol, Wim Van den Heuvel, Robbert Sanderman, (2003), "Structure and reliability of Ware's Patient Satisfaction Questionnaire III: patients' satisfaction with oncological care in the Netherlands," *Medical care*, 41, 254-263.
- Hall, Judith A., Junni A. Harrigan, Robert Rosenthal, (1995), "Nonverbal Behavior in Clinician-Patient Interaction," *Applied and Preventive Psychology*, 21-37.
- Hall, Mark A., Elizabeth Dugan, Beiyao Zheng, Aneil K. Mishra, (2001), "Trust in physicians and medical institutions: What is it, can it be measured, and does it matter?" *The Milbank Quarterly*, 79, 4, 613-639.
- Hartline, Michael D., O. C. Ferrell (1996), "The Management of Customer-Contact Service Employees: An Empirical Investigation" *Journal of Marketing*, 60, 4, 52-70.
- Hartline, Michael D., James G. Maxham III, Daryl O. Mckee (2000), "Corridors of Influence in the Dissemination of Customer-Oriented Strategy to Customer Contact Service Employees," *Journal of Marketing*, 64, 2, 35-50.
- Hausman, Angela, (2004), "Modeling the Patient-Physician Service Encounter: Improving Patient Outcomes" *Journal of the Academy of Marketing Science*, 32, 4, 403-417.
- Heskett, James L., W. Earl Sasser Jr., Leonard A. Schlesinger, (1997), *The Service Profit Chain*, Free Press. (ジェームス・L・ヘスケット, W・アール・サッサー, レオナード・A・シュレシンジャー (1998), 島田陽介訳, 『カスタマー・ロイヤルティの経営』, 日本経済新聞社.)
- Heskett, James, L., W. Earl Sasser, Jr., Leonard A. Schlesinger, (2003), *The Value Profit Chain*, Free Press. (ジェームス・L・ヘスケット, W・アール・サッサー, レオナード・A・シュレシンジャー, (2004), 山本昭二, 小野譲司訳, 『バリュー・プロフィット・チェーン』, 日本経済新聞社.)
- Heskett, James L., W. Earl Sasser, Joe Wheeler, (2008), *Ownership Quotient*, Harvard Business Press (ジェームス・L・ヘスケット, W・アール・サッサー, ジョー・ホイラー, (2010), 川又啓子, 諏澤吉彦, 福富言, 黒岩健一郎訳, 『OQ (オーナーシップ指数) - サービスプロフィットチェーンによる競争優位の構築』, 同友館.)

- Herrick, Devon M. (2007) “Medical Tourism: Global Competition in Health Care” *NCPA Policy Report*, 304, 1-35.
- Hojat, Mohammadreza, (2010), *Empathy in Patient Care*, Springer.
- Kahneman, Daniel, Amos Tversky, (1979), “Prospect Theory: An Analysis of Decision Under Risk,” *Econimetica*, 2, 47, 263-290.
- Kaplan, Sherrie H., Sheldon Greenfield, Barbara Gandek, William H. Rogers, John E. Ware Jr., (1996), “Characteristics of Physicians with Participatory Decision-Making Styles,” *Annals of Internal Medicine*, 124(5), 497-504.
- Kenny, David A., Wenke Veldhuijzen, Trudy van der Weijden, Annie, Leblanc, Jocelyn Lockyer, (2010), “Interpersonal Perception in the context of Doctor-patient relationships: A Dyadic Analysis of Doctor-patient Communication” , *Social Science & Medicine*, 70, 763-768.
- Kobori, Eiko, Yuko Maeda, Yoshie Kubota, Susumu Seki, Kaori Takada, Nobuo Kuramoto, Atushi Hiraide, Takeshi Morimoto (2008), “Major Qualitative Research Methods in Patient-doctor Communication Studies,” *General Medecine*, 9, 1, 5-12.
- Kotler, Philip, Thomas Hayes, Paul N. Bloom (2002) , *Marketing Professional services* (2th ed.) , Prentice Hall Press. (フィリップ・コトラー, トーマス・ヘイズ, ポール・ブルーム, (2002) , 白井義男監修, 平林祥訳, 『コトラーのプロフェッショナル・サービス・マーケティング』, ピアソン・エディケーション) .
- Kotler, Philip, Nancy Lee (2007), *Marketing in the Public Sector*, Pearson Education. (フィリップ・コトラー, ナンシー・リー (2007), スカイライトコンサルティング訳, 『社会が変わるマーケティング』, 英治出版)
- Kotler, Philip, Kevin Lane (2009), *Marketing Management* (13th ed.) , Prentice Hall.
- Laing, Angus, (2002), “Meeting Patient Expectations: Healthcare Professionals and Service Re-Engineering,” *Health Services Management Research*, Aug, 15, 3, 165-172.
- Larson, Eric B., Xin Yao, (2005), “Clinical Empathy as Emotional Labor in the Patient-Physician Relationship,” *Journal of the American Medical Association*, 293, 9, 1100-1106.
- Larsson, Bodil Wilde, Gerry Larsson, Marie Wickman Chantereau, Karin Staël von Holstein. (2005), “International Comparisons of Patients’ Views on Quality of Care,”

- International Journal of Health Care Quality Assurance*, 18, 1, 62-73.
- Leventhal, Leib, (2008), "The Role of Understanding Customer Expectations in Aged Care," *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 21, 1, 50-59.
- Lovelock, Christopher, Jochen Wirtz, (2011) *Services Marketing* (7th ed.), Pearson Education.
- Lovelock, Christopher, Lauren Wright (2001), *Principles of Service Marketing and Management* (2th ed.) , Prentice Hall.
- Marshall, Grant N., Ron D. Hays, Cathy D. Sherbourne, Kenneth B. Wells (1993), "The Structure of Patient Satisfaction With Outpatient Medical Care," *Psychological Assessment*, 5, 4, 477-483.
- McKinstry, Brian, Iain Colthart, Jeremy Walker (2006), "Can Doctors Predict Patients' Satisfaction and Enablement? A Cross-sectional Observational Study," *Family Practice*, 23, 240-245.
- Mechanic, David, Mark Schlesinger, (1996) "The Impact of Managed Care on Patients' Trust in Medical Care and Their Physicians" , *Journal of American Medical Association*, 275(21), 1693-1697.
- Miller, John A., (1977), "Studying Satisfaction, Modifying Models, Eliciting Expectations, Posing Problems, and Making Meaningful Measurement," *Conceptualization and Measurement of Consumer Satisfaction and Dissatisfaction*, Marketing Science Institute, Cambridge, 72-90.
- Mittal, Vikas, William T. Ross, Jr. , Patrick M. Baldasare, (1998), "The Asymmetric Impact of Negative and Positive Attribute-Level Performance on Overall Satisfaction and Repurchase Intentions," *Journal of Marketing*, Jan, 62, 1, 33-47.
- Netz, Yael , Shulamith Raviv, (2004), "Age Differences in Motivational Orientation Toward Physical Activity: An Application of Social-Cognitive Theory," *The Journal of Psychology*, Jan, 138, 1, 35-48.
- Olshavsky, Richard W., John A Miller (1972), "Consumer Expectations, Product Performance, and Perceived Product Quality," *Journal of Marketing Research*, Feb, 9, 1, 19-21.
- Oliver, Richard L., (1980), "A Cognitive Model of Antecedents and Consequences of

- Satisfaction Decisions,” *Journal of Marketing Research*, Nov, 17, 460-469.
- Oliver, Richard L., (1997) *Satisfaction*, McGraw-Hill, NY.
- Oliver, Richard L., (2010) *Satisfaction* (2th ed.), M. E. Sharpe.
- Oliver, Richard L., John E. Swan, (1989), “Consumer Perceptions of Interpersonal Equity and Satisfaction in Transactions: A Field Survey Approach,” *Journal of Marketing*, Apr, 53, 21-35.
- Oliver, Richard L., Russell S. Winer, (1987), “A Framework for the Formation and Structure of Consumer Expectations: Review and Propositions,” *Journal of Economic Psychology*, 8, 469-499.
- Oliver, Richard L., William O. Bearden, (1985), “Disconfirmation Processes and Consumer Evaluations in Product Usage,” *Journal of Business Research*, 13, 235-246.
- Olshavsky, Richard W., John A Miller (1972), “Consumer Expectations, Product Performance, and Perceived Product Quality,” *Journal of Marketing Research*, Feb, 9, 1, 19-21.
- Parasuraman, A. , Leonard L. Berry, Valarie A. Zeithaml, (1991), “Understanding Customer Expectations of Service,” *Sloan Management Review*, Spr, 32, 39-48.
- Parsons, Talcott, (2007), *Social Structure & Personality*, Free Press. (タルコット・パーソンズ (2011), 武田良三訳, 『社会構造とパーソナリティ』, 新泉社).
- Pender, Nola, Carolyn Murdaugh, Mary Ann Parsons, (2011), *Health Promotion in Nursing Practice* (6th ed.), Pearson Education.
- Prakash, Ved, (1984), “Validity and Reliability of the Confirmation of Expectations Paradigm as a Determinant of Consumer Satisfaction,” *Journal of the Academy of Marketing Science*, 12, 4, 63-76.
- Peter, J. Paul, Jerry C. Olson (2005), *Consumer behavior & Marketing Strategy*, (7th ed.), Irwin/McGraw-Hill.
- Porter, Michael E., Elizabeth Olmsted Teisberg (2005), *Redefining Health Care: Creating Value-based Competition on Results*, Harvard Business School Press (マイケル・E・ポーター, エリザベス・オルムステッド・ティスバーグ (2009), 山本雄士訳, 『医療戦略の本質』, 日経BP社) .
- Rahmqvist, Mikael, Ana-Claudia Bara, (2010), “Patient Characteristic and Quality

Dimensions Related to Patient Satisfaction,” *International Journal for Quality in Health Care*, 22, 2, 86-92.

Priporas, Constantinos-Vasilios, Christina Laspa, Irene Kamenidou (2008), “Patient Satisfaction Measurement for In-hospital Services: A Pilot Study in Greece,” *Journal of Medical Marketing*, 8, 4, 325-340.

Rollnick, Stephen, William R. Miller, Christopher C. Butler, (2008), *Motivational Interviewing in Health Care*, Guilford Press.

Ross, Caroline K. , Gayle Frommelt, Lisa Hazelwood, Rowland W. Chang, (1987), “The Role of Expectations in Patient Satisfaction with Medical Care,” *Journal of Health Care Marketing*, 7, 4, 16-26.

Ross, Caroline K., Colette A. Steward, James M. Sinacore, (1993), “The Importance of Patient Preference in the Measurement of Health Care Satisfaction,” *Medical Care*, 31, 12, 1138-1149.

Ross, Caroline K., Colette A. Steward, James M. Sinacore, (1995), “A comparative Study of Seven Measures of Patient Satisfaction,” *Medical Care*, 33, 4, 392-406.

Rust, Roland T, Anthony J. Zahorik, Timothy L. Keiningham, (1995), “Return on Quality (ROQ) : Making Service Quality Financially Accountable,” *Journal of Marketing*, Apr, 59, 2, 58-70.

Schein, Edgar H. (2009), *Helping*, Berrett-Koehler Publishers. (エドガー・H・シャイン (2009) , 金井壽宏監訳, 金井真弓訳, 『人を助けるとはどういうことか』, 英治出版.)

Sherer, M., Maddux, J. E., Mercandante, B., Printice-Dunn, S., Jacobs, B., Rogers, R. W., (1982), “Self-efficacy Scale: Construction and Validation,” *Psychological Reports*, 51, 663-671.

Schutz, Alfred (1970), *On Phenomenology and Social Relations*, The University of Chicago Press. (アルフレッド・シュッツ (1980), 森川眞規雄, 浜日出夫訳, 『現象学的社会学』, 紀伊国屋書店.)

Schwarzer, Ralf, (2008), “Modeling Health Behavior Change: How to Predict and Modify the Adoption and Maintenance of Health Behaviors” *Applied Psychology*, 57, 1, 1-29.

- Shostack, G. Lynn, (1977), "Breaking Free From Product Marketing," *Journal of Marketing*, Apr, 41, 2, 73-80.
- Smith, Amy K. , Ruth N. Bolton, Janet Wagner, (1999), "A Model of Customer Satisfaction with Service Encounters Involving Failure and Recovery," *Journal of Marketing Research*, Aug, 36, 3, 356-372.
- Smith, Robert C. (2002), *Patient-Centered Interviewing* (2th, ed.), Lippincott Williams & Wilkins. (ロバート C. スミス (2003), 山本和利訳, 『エビデンスに基づいた患者中心の医療面接』, 診断と治療社)
- So, Dominicus W., (2002), "Acupuncture Outcomes, Expectation, Patient-Provider Relationship, and the Placebo Effect: Implications for Health Promotion," *American Journal of Public Health*, Oct, 92, 1662-1667.
- Sparling, Philip B., Neville Owen, Estelle V. Lambert, William L. Haskell, (2000) "Promoting Physical Activity: The New Imperative for Public Health," *Health Education Research*, 15, 3, 367-376.
- Street, Richard L. Jr, Kimberly J. O' Malley, Lisa A. Cooper, Paul Haidet, (2008), "Understanding Concordance in Patient-Physician Relationships: Personal and Ethnic Dimensions of Shared Identity," *Annals of Family Medicine*, 6(3), 198-205.
- Stiles, William B., Samuel M. Putnam, Matthew H. Wolf, Sherman A. James (1979), "Interaction Exchange Structure and Patient Satisfaction with Medical Interviews," *Medical Care*, 17, 6, 667-679.
- Stukas, Arthur A. , Mark Snyder, E. Gil Clary, (2008) "The Social Marketing of Volunteerism," *Handbook of Consumer Psychology*, Haugtvedt, Curtis P., Paul M. Herr, Frank R. Kardes eds., NY, Lawrence Erlbaum Associates, 959-979.
- Surprenant, Carol F., Michael R. Solomon (1987), "Predictability and Personalization in the Service Encounter," *Journal of Marketing*, Apr, 51, 2, 86-96.
- Swan, John E., I. Frederick Trawick, (1981), "Disconfirmation of Expectations and Satisfaction with a Retail Service," *Journal of Retailing*, Fall, 57, 3, 49-67.
- Tax, Stephen S., Stephen W. Brown, Murali Chandrashekar (1998), "Customer Evaluations of Service Complaint Experiences: Implications for Relationship Marketing," *Journal of Marketing*, Apr, 62, 2, 60-76.

- Thom, David H., Bruce Campbell, Palo Alto (1997), "Patient -Physician Trust: An Exploratory Study," 44, 2, 169-176.
- Turner, Paul D, Louis G. Pol, (1995), "Beyond patient satisfaction," *Journal of Health Care Marketing*, 15, 3, 45-53.
- Ueltschy, Linda C., Michel Laroche, Axel Eggert, Uta Bindl, (2007), "Service Quality and Satisfaction: An International Comparison of Professional Services Perceptions," *The Journal of Services Marketing*, 21, 6, 410-423.
- Veatch, Robert M., (1995), "Abandoning Informed Consent," *Hastings Center Report*, 25, 2, 5-12.
- Vinagre, Maria Helena, Jose Neves, (2008), "The Influence of Service Quality and Patient's Emotions on Satisfaction," *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 21, 1, 87-103.
- Waitzkin, Howard, Theron Britt, (1993), "Processing narratives of Self-destructive behavior in routine medical encounters: Health promotion, Disease Prevention, and the discourse of Health Care," *Social Science and Medicine*, 36, 1121-1136.
- Walbridge, Stephanie W., Linda M. Delene, (1993) "Measuring Physician Attitudes of Service Quality," *Journal of Health Care Marketing*, 13, 1, 6-15.
- Weaver, Donald, Philip Brickman, (1974), "Expectancy, Feedback, and Disconfirmation as Independent Factors in Outcome Satisfaction," *Journal of Personality and Social Psychology*, 30, 3, 420-428.
- Westbrook, Robert A., (1987), "Product/Consumption-Based Affective Responses and Postpurchase Processes," *Journal of Marketing Research*, Aug, 24, 3, 258-270.
- Williams, Geoffrey C., Elizabeth M. Cox, Viking A. Hedberg, Edward L. Deci, (2000), "Extrinsic life goals and health-risk behaviors in adolescents," *Journal of Applied Social Psychology*, 30, 8, 1756-1771.
- Woodruff, Robert B., Ernest R. Cadotte, Roger L. Jenkins, (1983), "Modeling Consumer Satisfaction Processes Using Experience-Based Norms," *Journal of Marketing Research*, Aug, 20, 296-304.
- Zeithaml, Valarie A., (1988), "Consumer Perceptions of Price, Quality, and Value: A Means-End Model and Synthesis of Evidence," *Journal of Marketing*, July, 52, 3,

2-22.

Zeithaml, Valarie A., (2000), "Service Quality, Profitability, and the Economic Worth of Customers: What We Know and What We Need to Learn," *Journal of Academy of Marketing Science*, Win, 28, 1, 67-85.

Zeithaml, Valarie A., Leonard L. Berry, A. Parasuraman, (1996), "The Behavioral Consequences of Service Quality," *Journal of Marketing*, Apr, 60, 2, 31-46.

青木幸弘 (2010) 『消費者行動の知識』, 日本経済新聞出版社

アルバート・バンデューラ (1974), 原野広太郎, 福島脩美訳, 『人間行動の形成と自己制御』, 金子書房.

碓 朋子 (2003) 「2001・2002 年の広告規制緩和前後での病院の情報提供活動と消費者が参考にする情報源の変化」, 『経営と情報』, vol.16, 27-42.

池尾恭一, 青木幸弘, 南知恵子, 井上哲浩 (2010) 『マーケティング』, 有斐閣.

池上直己, 福原俊一, 下妻晃二郎, 池田俊也 (2001), 『臨床のためのQOL評価ハンドブック』, 医学書院.

池崎澄江 (2003) 「患者医師間コミュニケーションを重視する“相互参加型医療”の提唱」, 『医学教育』, 34, 4, 223-228.

池田謙一, 唐沢穰, 工藤恵理子, 村本由紀子 (2010), 『社会心理学』, 有斐閣.

石川ひろの, 中尾睦宏 (2007) 『患者-医師間コミュニケーションにおける EBM と NBM : Roter Interaction Analysis System を用いたアプローチ』, 心身医学, 47, 201-211.

井関利明 (2005) 『ソーシャル・マネジメントの時代』, 第一法規.

井部俊子 (2007) 「おくれてやってきた「サービスとしての医療」」『KEIO SFC JOURNAL』, Vol. 6, 1, p. 66-76.

今井道夫, 香川知晶 (1992) 『バイオエシックス入門』, 東信堂.

金外淑, 島田洋徳, 坂野雄二 (1996) 「慢性疾患患者の健康行動に対するセルフ・エフィカシーとストレス反応との関連」 『心身医学』, 第36巻 第6号, 499-505.

木村憲洋, 川越満 (2010) 『最新 医療費のしくみ』, 日本実業出版社.

小松楠緒子, 山崎喜比古 (1997) 「新しい医師-患者関係モデルとその可能性—R. M. ビーチの Deep-Value-Pairing モデルを中心に」 『保健医療社会学論集』 第8号, 40-48.

近藤隆雄 (2010) 『サービスマーケティング』 第2版, 生産性出版.

坂野雄二 (1995) 『認知行動療法』, 日本評論社.

- 坂野雄二, 前田基成 (2002) 『セルフ・エフィカシーの臨床心理学』, 北大路書房.
- 清水聰 (1999) 『新しい消費者行動』 千倉書房.
- 清水聰 (2006) 『戦略的消費者行動論』, 千倉書房.
- 島津望 (2005) 『医療の質と患者満足』, 千倉書房.
- 進藤雄三, 黒田浩一郎 (1999) 『医療社会学を学ぶ人のために』, 世界思想社.
- 杉本徹雄 (1997) 『消費者理解のための心理学』, 福村出版.
- 高城和義 (2002) 『パーソンズ 医療社会学の構想』, 岩波書店.
- 高橋郁夫 (2007) 「「サービスの失敗」とその後の消費者意思決定プロセス」 『三田商学研究』, 第50巻, 第2号, 19-33.
- 竹中晃二, 上地広昭 (2002) 「身体運動・運動関連研究におけるセルフエフィカシー測定尺度」 『体育学研究』, 47, 209-229.
- 塚原康博 (2009) 「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」 『日本社会情報学会学会誌』, 20, 2, 31-41.
- 田崎美弥子, 中根允文 (1997) 『WHO QOL-26 手引』, 金子書房.
- 田中洋 (2008) 『消費者行動論体系』, 中央経済社.
- 対馬栄輝 (2007), 『SPSS で学ぶ医療系データ解析』, 東京図書.
- ドナベディアン, アベディス (2007) 『医療の質の定義と評価方法』, NPO法人健康医療評価研究機構.
- 豊田秀樹 (2007) 『共分散構造分析Amos編』, 東京図書.
- 中西泰弘, 大本裕代 (2000) 「歩行訓練を受ける患者における個人背景と体験の自己効力感への影響」 『神大医保健紀要』, 第16巻, 51-57.
- 中山 八洲男, 林 央周, 遠藤 俊郎 (2007) 「国立大学病院ウェブサイトにおけるアクセシビリティ情報調査」 『医療情報学』, 26, 6, 389-394.
- 西垣悦代, 浅井篤, 大西基喜, 福井次矢 (2004) 「日本人の医療に対する信頼と不信の構造—医師患者関係を中心に」 『対人社会心理学研究』, 第4巻, 11-20.
- 橋本信也 (2005) 『知っておくべき新しい診療理念』, じほう.
- 長谷川万希子, 杉田聡 (1992a) 「医療の評価における Patient Satisfaction の意義」, 『保健医療社会学論集』, 3, 52-63.
- 長谷川万希子, 杉田聡 (1992b) 「病院外来患者の受療満足度尺度の開発」 『日本保健医療行動科学学会年報』, 7, 150-165.

- 濱井和子, 川村尚也 (2004), 「日本の病院における関係性マネジメントの課題」, 『経営研究』, 55, 2, 241-263.
- 伴信太郎 (2009) 『21世紀プライマリ・ケア序説 改訂版』, プリメド社
- 平井 啓, 鈴木 要子, 恒藤 暁, 池永 昌之, 柏木 哲夫, (2002) 「末期がん患者のセルフ・エフィカシーと心理的適応の時系列変化に関する研究」, 『心身医学』, 第 42 巻 第 2 号, 111-118.
- 藤崎和彦 (1993) 「新しい医師-患者関係」, 『治療』, 75(12), 61-65.
- 藤村和宏 (2009) 『医療サービスと顧客満足』, 医療文化社
- 堀洋道監修, 山本真理子編, (2001), 『心理測定尺度集 I』, サイエンス社
- 森岡正博(1988) 『生命学への招待』, 勁草書房.
- 森藤ちひろ(2009) 「マーケティングにおける期待の重要性」, 『経営戦略研究』, 3, 21-34.
- 森藤ちひろ(2010) 「医療サービスにおける医師患者関係の分析-患者満足とサービス品質-」, 『ビジネス&アカウンティングレビュー』, 5, 189-204.
- 山岸俊男 (1998) 『信頼の構造』, 東京大学出版会.
- 山崎喜比古(2001) 『健康と医療の社会学』, 東京大学出版会.
- 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」『マーケティング・ジャーナル』, 16(2). 4-17.
- 山本昭二(1999) 『サービス・クオリティ』, 千倉書房.
- 山本昭二 (2007) 『サービス・マーケティング入門』, 日本経済新聞出版社.
- 山本武志, 橋本廸生 (2008) 「日本語版 Trust in Physician Scale の作成および信頼性・妥当性の検証」『日本医療・病院管理学会誌』, Vol. 45, 3, 227-235.
- 和田充夫・マーケティング協会編 (2005) 『マーケティング用語辞典』, 日本経済新聞社
- 厚生労働省 ホームページ <http://www.mhlw.go.jp/topics>

参考資料

質問票調査 項目

医師の専門性

1. あなたは、主治医の先生の診断は的確だと思いますか。(診断の的確さ)
2. 主治医の先生は、専門的な知識が豊富だと思いますか。(医師の専門知識)
3. 主治医の先生は治療実績が豊富だと思いますか。(医師の治療実績)

手早さ

4. 主治医の先生は、すばやく対応してくれますか。(素早い対応)
5. 主治医の先生は、必要な検査をすぐに手配してくれますか。(検査の手配)
6. 主治医の先生は、あなたの質問にはっきり答えてくれますか。(明確な回答)

手厚さ

7. 主治医の先生は、必要時には紹介先を紹介してくれますか。(紹介先紹介)
8. 主治医の先生は、あなたの話をよく聞いてくれますか。(傾聴)
9. 主治医の先生は、あなたに十分な診察時間を取ってくれますか。(診察時間)
10. 主治医の先生は、あなたの個人的なことに配慮してくれますか。(個人的配慮)

医師に対する親近感

11. あなたは、主治医の先生と気が合うと感じますか。(気が合う)
12. あなたは、主治医の先生には思ったことを何でも話せますか。(話しやすさ)
13. あなたは、主治医の先生に会うのが楽しみですか。(面会の楽しみ)

不安除去

14. 主治医の先生は、あなたに治療の見通しをつけてくれますか。(治療の見通し)
15. 主治医の先生は、あなたの不安を取り除いてくれますか。(不安除去)
16. 主治医の先生は、あなたにわかりやすく説明してくれますか。(説明)

医療に対する期待

17. かかりつけ医療機関の医療は、予測していたものと近いですか。(予測の期待)
18. かかりつけ医療機関の医療は、あなたの理想の医療と近いですか。(理想の期待)
19. かかりつけ医療機関は予想外のことが起こっても対応してくれますか。(予想外のことへの対応)

医師に対する満足

- 20. あなたは、主治医の先生の態度に満足していますか。(医師の態度)
- 21. あなたは、主治医の先生の医師としての技術に満足していますか。(技術)
- 22. あなたは、主治医の先生の治療方針に満足していますか。(治療方針)
- 23. あなたは、今受けておられる治療の効果に満足していますか。(治療効果)
- 24. あなたは、主治医の先生に診てもらって有り難いと感じますか。(有り難さ)

職員の評価

- 25. かかりつけ医療機関の職員の行動は信頼感を与えていますか。(職員への信頼)
- 26. かかりつけ医療機関の職員は、感じのよい対応をしてくれますか。(職員の対応)

設備・環境

- 27. あなたは、かかりつけ医療機関は設備が整っていると思いますか。(設備)
- 28. かかりつけ医療機関は、室内が明るいと思いますか。(明るさ)
- 29. かかりつけ医療機関は、清潔感があると思いますか。(清潔感)

利便性

- 30. かかりつけ医療機関は、あなたの家から近いと思いますか。(自宅からの距離)
- 31. かかりつけ医療機関は、交通の便が良いと思いますか。(アクセス)
- 32. あなたは、かかりつけ医療機関の待ち時間は短い方だと思いますか。(待ち時間)
- 33. かかりつけ医療機関は受診したい時に受診しやすいと思いますか。(受診しやすさ)

評判

- 34. あなたは、かかりつけ医療機関の評判はよいと思いますか。(評判)
- 35. あなたは人に聞かれたら、主治医の先生をすすめたいと思いますか。(推奨)

患者満足

- 36. 総合的にみてかかりつけ医療機関の提供する医療に満足していますか。(総合満足)

購買意図

- 37. あなたは、主治医の先生にこれからもお世話になりたいですか。(継続受診願望)

治療行動への影響

- 38. あなたは、主治医の先生に言われたことを守るタイプですか。(コンプライアンス)
- 39. あなたは、主治医の先生に会うと、治療意欲が高まりますか。(治療意欲)
- 40. あなたは、主治医の先生に会うと、健康に対して意識が高まりますか。(健康意識)

特性的自己効力感（シェラーらのSE尺度の邦訳版を修正して作成）

- 4 1. あなたは、しなければならないことにすぐにとりかかるタイプですか。（行動力）
- 4 2. あなたは、うまくできないことでも出来るまでやり続けるタイプですか。（忍耐力）
- 4 3. あなたは、面白くないことでも終わるまで頑張るタイプですか。（粘り強さ）

特定の自己効力感（健康関連自己効力感）

- 4 4. あなたは、治療について前向きに考えられていると思いますか。（治療への前向きさ）
- 4 5. あなたの健康状態は、これからもっと良くなると思いますか。（健康状態への期待）
- 4 6. あなたは、毎日、生活を送る活力がわいていると感じますか。（活力）
- 4 7. あなたは、毎日ご自身のやるべき活動をやり遂げられますか。（達成感）

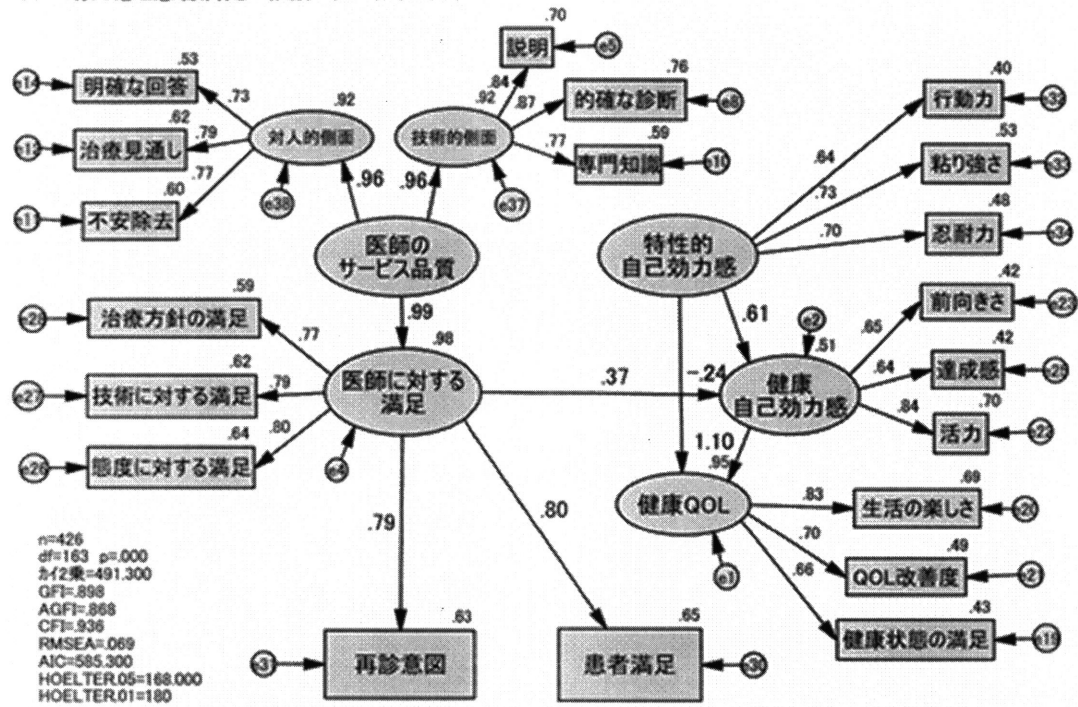
QOLの改善（QOL 26を修正して作成）

- 4 8. あなたは、以前よりも自分の健康状態について満足していますか。（健康状態に対する満足）
- 4 9. 最近、以前よりも毎日の生活を楽しく過ごせていると感じますか。（生活の楽しさ）
- 5 0. 以前に比べ、あなたの生活の質は良くなったと感じますか。（QOL改善度）

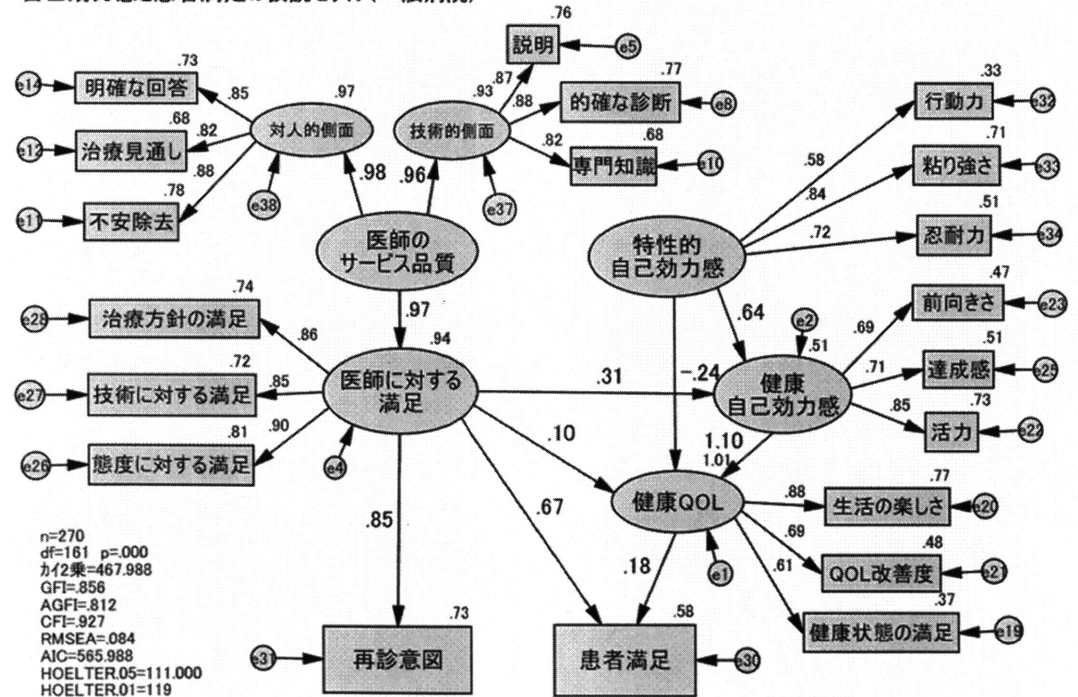
患者属性

性別、年齢区分、通院年数区分、通院手段区分、通院時間区分、就労区分、疾患区分

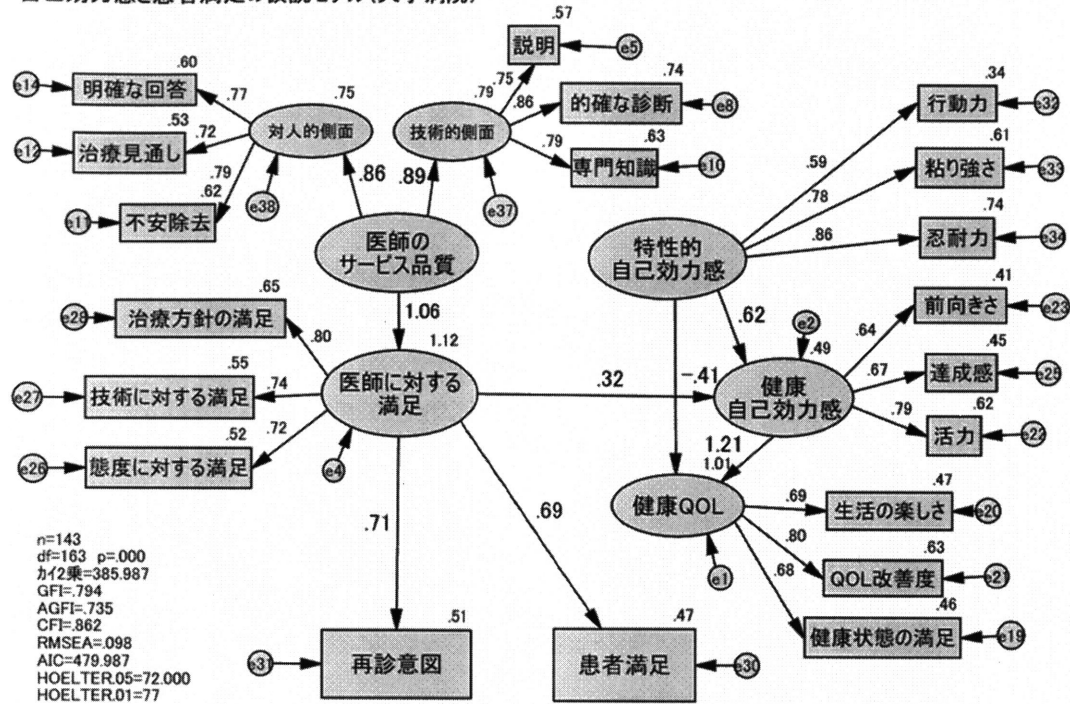
自己効力感と患者満足 of 仮説モデル(クリニック)



自己効力感と患者満足の仮説モデル(一般病院)

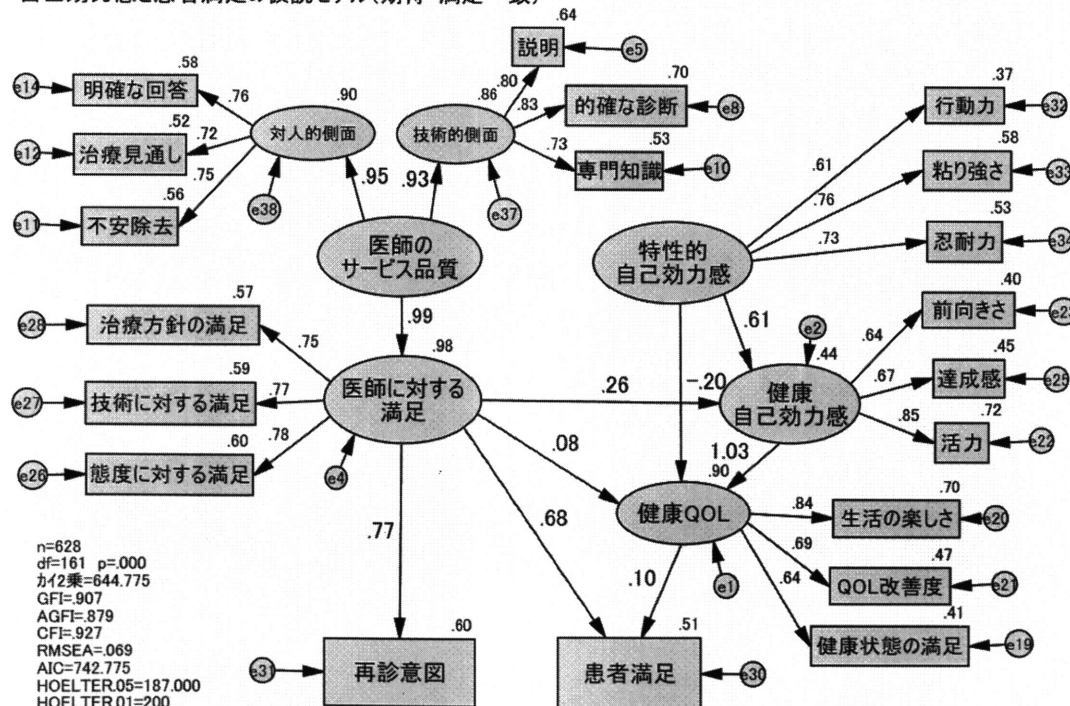


自己効力感と患者満足 of 仮説モデル(大学病院)

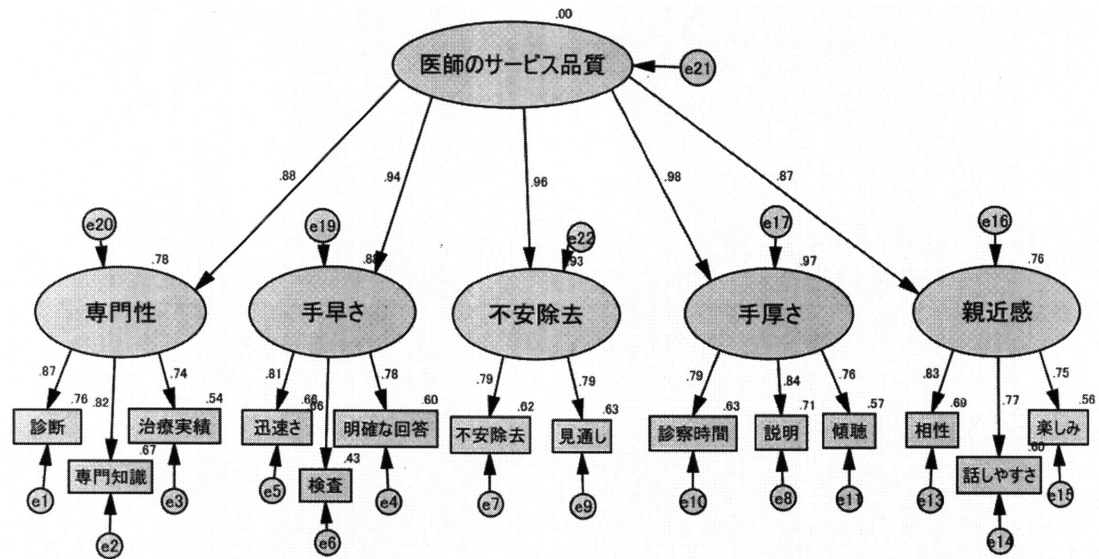


p. 120 脚注 233 モデル詳細

自己効力感と患者満足 of 仮説モデル(期待・満足一致)



クリニック (n=429)



一般病院

