

戦略的創造研究推進事業
(社会技術研究開発)
平成24年度研究開発実施報告書

研究開発プログラム「問題解決型サービス科学研究開発」

研究開発プロジェクト

「医療サービスの『便益遅延性』を考慮した

患者満足に関する研究」

研究代表者氏名 藤村 和宏
(所属、役職) 香川大学経済学部 教授

目次

1. 研究開発プロジェクト名	1
2. 研究開発実施の要約	1
① 研究開発目標	1
② 実施項目・内容	1
③ 主な結果	2
3. 研究開発実施の具体的内容.....	2
(1) 研究開発目標	2
(2) 実施方法・実施内容.....	5
(3) 研究開発結果・成果.....	12
(4) 会議等の活動	34
4. 研究開発成果の活用・展開に向けた状況	34
5. 研究開発実施体制.....	34
6. 研究開発実施者	35
7. 研究開発成果の発表・発信状況、アウトリーチ活動など.....	36

1. 研究開発プロジェクト名

医療サービスの「便益遅延性」を考慮した患者満足に関する研究

2. 研究開発実施の要約

① 研究開発目標

本研究開発プロジェクトは、医療サービス組織との協働によって、「便益遅延性」を考慮した患者満足の測定尺度を開発するとともに、「便益遅延性」が患者参加・サービス品質・患者満足の間の関連性に及ぼすネガティブな影響、およびそれらを克服する方策を明らかにするものである。なお、便益遅延性とは、藤村(2008, 2009)によれば、サービスを「消費によって享受することが期待される便益としての変化を導く、生産活動の集合体」と定義した場合の、サービス・デリバリーの時点と便益としての変化が現れる（あるいは便益としての変化を知覚できる）時点との時間的ズレを表す概念である。医療サービスは、このような時間的ズレが生じるサービスの典型である。

医療サービスの品質と患者満足の向上を図るには、医療サービス組織におけるそれらの水準を適切に評価する必要があるが、「便益遅延性」のために、測定において歪みが生じ、実体としての医療サービスの品質が適切に反映されない可能性が高い。このようなことから、医療サービス組織の潜在的な品質能力を適切に評価するには、「便益遅延性」という特質を考慮した患者満足の測定尺度を開発する必要がある。

また、サービスはサービス組織と顧客との協働によって生成されることから、サービスの品質や顧客満足、生産性などの向上を効果的かつ効率的に図るには、サービス組織側の生産資源の質および量の向上やそれらの生産資源を活用する組織能力の向上だけでなく、顧客側のサービス・デリバリー・プロセスへの参加（役割遂行）の積極化と適切化を図ることも必要不可欠である。しながら、医療サービスの場合、その「便益遅延性」という特質のために、この好循環は阻害される、あるいは影響力が弱められると考えられる。このようなことから、「患者満足」、「実体としてのサービスの品質」、および「患者参加」の間にこのような好循環関係が存在するのかを明らかにするとともに、好循環を阻害している、あるいは影響力を弱めている原因を解消あるいは低減する方策を構築し、実証的にその効果を検証する必要がある。

② 実施項目・内容

上記の目標を達成するために、平成24年度は以下のような内容を実施した。

- ・前年度に予備調査として実施したWeb（インターネット）調査の結果を詳細に分析することで、医療サービスにおける「便益遅延性」概念、および時間経過による患者満足度の変化に影響を及ぼす要因について検討した。
- ・疾病タイプや診療段階、患者の参加の仕方によって知覚品質や満足度の構造がどのように異なるのか、さらに時間経過によって患者満足の構造がどのように変化するのかを明らかにするために、患者を対象として質的調査（ヒアリング調査）を実施した。
- ・文献レビューを行うとともに、Web（インターネット）調査と質的調査（ヒアリング調査）の

結果を総合的に考察することで、「便益遅延性」を考慮した患者満足形成モデルを構築するとともに、このモデルに基づいて「便益遅延性」の影響を考慮した患者満足度や医療サービス組織の潜在的な品質形成能力を適切に測定するための尺度（調査票）を作成し、3つの医療サービス組織において患者を対象とした量的調査を実施した（現在も継続中）。現在、この量的調査結果を分析することで、「便益遅延性」を考慮した患者満足形成モデルと測定尺度の適切性を検証している。

③ 主な結果

平成24年度における主な成果は以下のとおりである。

- ・倫理委員会において患者調査の実施が許可された医療サービス組織において質的調査（ヒアリング調査）を実施し、前年度に実施したWeb調査（インターネット調査）の結果と合わせて検討することで、「便益遅延性」概念および医療サービスの便益の明確化、それらを考慮した患者満足形成モデルを構築した。
- ・構築した患者満足形成モデルに基づいて、「便益遅延性」を考慮した患者満足の測定およびモデル検証のための尺度（調査票）を作成した。なお、作成した調査票は2種類あり、一つは単発調査用であり、もう一つは継続調査用である。
- ・この2種類の調査票を用いて、3つの医療サービス組織の患者を対象として量的調査を実施した。平成24年度末時点で、単発調査と継続調査を合わせて約1700サンプル程度の有効回収数を得た。
- ・前年度に予備調査として実施したWeb調査（インターネット調査）の結果を詳細に分析することによって、診療段階によって評価の有無や満足度、評価における重視要因などが異なることが明らかになった。また、患者は評価パターンによってセグメント化できることも明らかになった。
- ・質的調査（ヒアリング調査）の結果を「事例－コードマトリクス」法で分析することで、便益遅延性の存在や影響、便益形成の主体としての患者の役割などが明らかになった。

3. 研究開発実施の具体的内容

（1）研究開発目標

本研究開発プロジェクトは医療サービスにおける患者満足にかかわる問題を対象として、以下の2つの問題を設定する。

①医療サービスの特質である「便益遅延性」を考慮した患者満足の測定尺度を開発する。

医療サービスの品質と患者満足の向上を図るには、医療サービス組織におけるそれらの水準を適切に評価する必要があるが、「便益遅延性」のために、患者満足の測定において歪みが生じ、実体としての医療サービスの品質が適切に反映されない可能性が高い。

サービスを「消費によって享受することが期待される便益としての変化を導く、生産活動の集合体」と定義すると、サービスのデリバリーにおいては「変化」と「活動」が鍵概念となり、「変化」については、「変化の対象」、「変化の内容」、「変化の方向性」だけでなく、「変化の発現様式」

の観点からも考察を行う必要がある。「変化の発現様式」とは、サービス・デリバリー・プロセスが開始されてからの「変化の発現時点」と「変化の終了時点」によって規定されるものである。図1は、サービスの便益としての変化はサービス・デリバリー・プロセスが開始してからどの時点で出現し始め、どの時点で終了するのか、によって様式を分類したものがある。

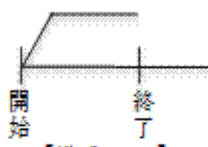
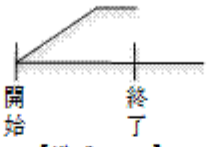
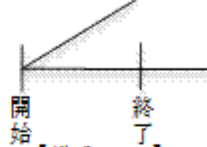
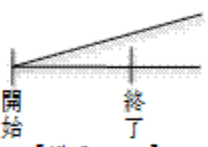
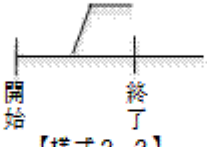
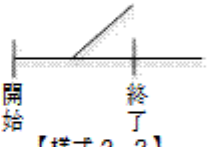
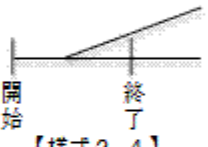
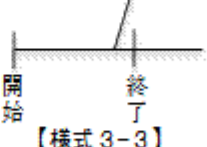
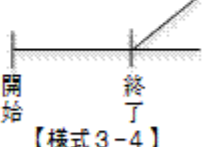
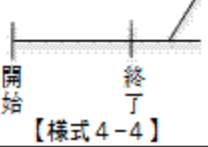
変化の終了時点 ↓ 変化の発現時点	開始直後の時点	途中で時点	終了直前の時点	終了後から ある時間経過後
開始直後の時点	 【様式1-1】	 【様式1-2】	 【様式1-3】	 【様式1-4】
途中の時点		 【様式2-2】	 【様式2-3】	 【様式2-4】
終了直前の時点			 【様式3-3】	 【様式3-4】
終了後から ある時間経過後				 【様式4-4】

図1: 変化の発現時点と終了時点を基準にした分類した「変化の実現様式」

出所：藤村和宏(2008)、「便益遅延型専門サービスの消費における顧客満足問題 ～医療サービスをケースとして考察～」、『香川大学経済論叢』、第81巻 第1号、10頁

多くのサービス消費では、サービス・デリバリーの開始直後の時点あるいは途中の時点において即時に便益としての変化が現れ、終了時点までにそれらは最大になるので、変化の発現様式は様式〔1-1〕〔1-2〕〔1-3〕〔2-2〕〔2-3〕〔3-3〕のようになる。一方、様式〔1-4〕〔2-4〕〔3-4〕〔4-4〕のように、サービス・デリバリー・プロセスが展開される時間と便益としての変化の終了時点との間に時間的ズレが生じるサービスもある。時間的ズレが生じるサービス、すなわちサービス・デリバリー・プロセスが終了してからもデリバリーされたサービスが作用し、変化が継続して続くようなサービスが本研究開発プロジェクトでの「便益遅延性」を有するサービスである。

医療サービスは、このような時間的ズレが生じるサービスの典型であると考えられ、便益としての変化がまだ十分に現れていないサービス・デリバリー・プロセスの終了時点において、品質や患者満足を評価するための調査が実施された場合、その評価は主にサービス・デリバリー・プロセスに基づいて行われることから、サービス・デリバリー・プロセスに参加した医師や看護師、その他

の従業員の態度や行動、物理的環境などによって大きく影響される。この影響により、品質や患者満足の評価は医師や看護師、医療サービス組織などの潜在的な品質形成能力を適切に反映していないものになる（すなわち評価が歪められている）危険性がある。このようなことから、医療サービス組織の潜在的な品質能力を適切に評価するには、「便益遅延性」という特質を考慮した患者満足の測定尺度を開発する必要がある。

本研究開発プロジェクトでは、「便益遅延性」の影響を考慮した患者満足形成モデルおよび知覚品質モデルを構築し、これらに基づいて測定尺度（調査票）を構築することを目標とする。

②「便益遅延性」のために、「患者満足」、「実体としてのサービスの品質」、および「患者参加」の間の関連性に歪みが生じやすいので、理想的な関連性を導く方策について考察する。

サービスはサービス組織と顧客との協働によって生成されることから、サービスの品質や顧客満足、生産性などの向上を効果的かつ効率的に図るには、サービス組織側の生産資源の質および量の向上やそれらの生産資源を活用する組織能力の向上だけでなく、顧客側のサービス・デリバリー・プロセスへの参加（役割遂行）の積極化と適切化を図ることも必要不可欠であると考えられる。

医療サービスにもこのことは当てはまり、図2のように、実体としての医療サービスやそれに基づいて形成される知覚品質や患者満足は、医療サービス組織側の要因だけでなく、患者の参加の仕方によっても影響される。理論的には図3のように、患者の積極的かつ適切な参加は実体としてのサービスの品質を向上させ、その結果として知覚品質や患者満足も向上すると考えられる。また、患者満足の向上は患者の医療サービス組織に対するコミットメントを高め、そのことは患者の積極的かつ適切な参加をさらに促すことから、3つの要素間で好循環が形成されると考えられる。しかしながら、医療サービスの場合、その「便益遅延性」という特質のために、この好循環は阻害される、あるいは影響力が弱められると考えられる。

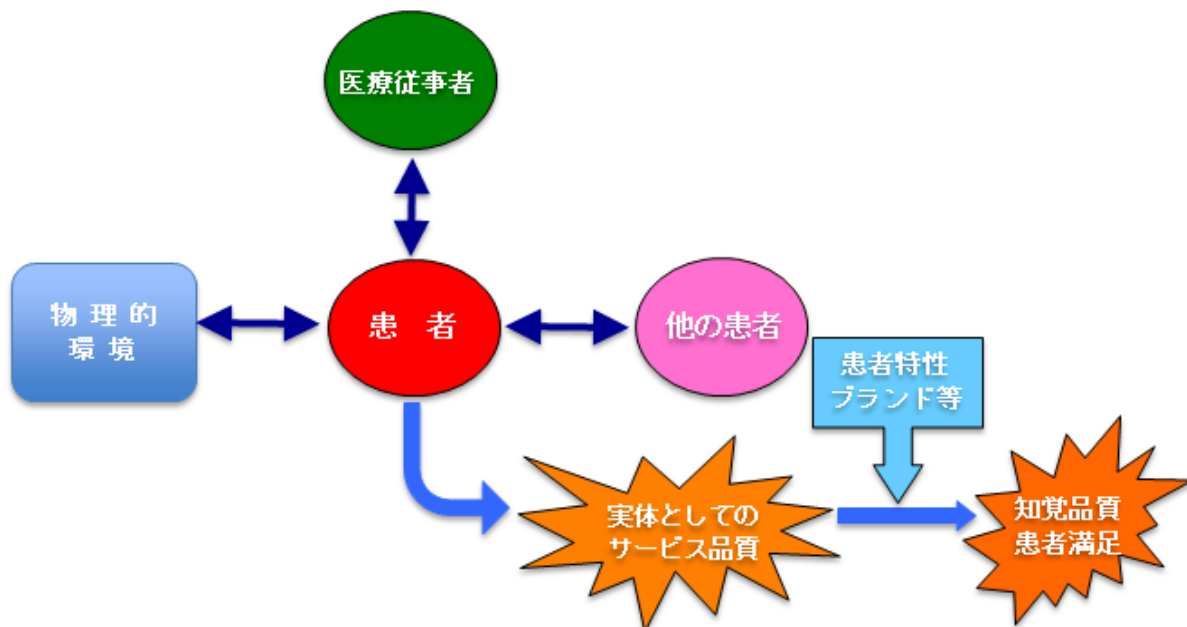


図2：患者の参加によるサービスの生成・評価モデル

このようなことから、「患者満足」、「実体としてのサービスの品質」、および「患者参加」の

間にこのような好循環関係が存在するのかを明らかにするとともに、好循環を阻害している、あるいは影響力を弱めている原因を解消あるいは低減する方策を構築し、実証的にその効果を検証する必要がある。

本研究開発プロジェクトでは、「便益遅延性」がもたらす患者参加・サービス品質・患者満足間の関連性の歪みを解明するとともに、「便益遅延性」という特質を克服して、患者参加・サービス品質・患者満足間に理想的な関連性を導く方策を構築することを目標とする。なお、この方策については、患者の参加を促す仕組みを中心に考察する。

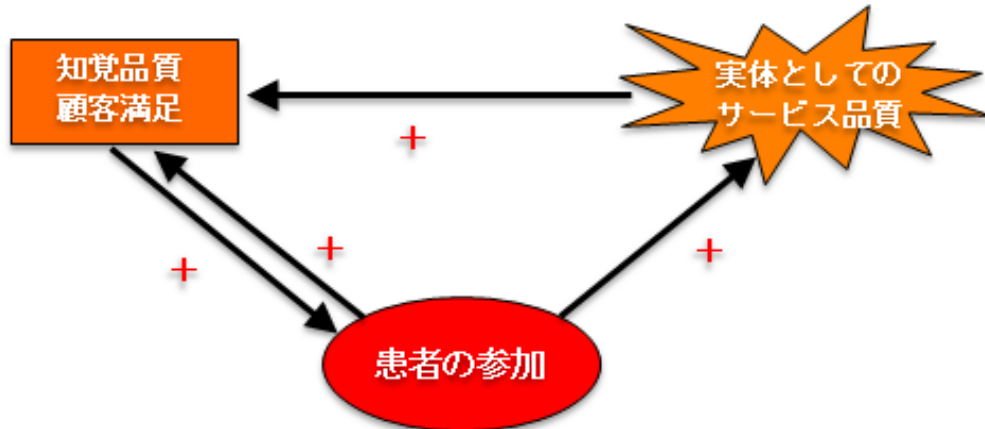


図3：患者参加・品質・患者満足間の好循環

(2) 実施方法・実施内容

上記の2つの目標を達成するために、平成24年は「平成23年度に実施したWeb調査（インターネット調査）の結果分析」、「患者を対象とした質的調査（ヒアリング調査）の実施と分析」、「『便益遅延性』を考慮した患者満足・知覚品質の形成モデルの構築」、「モデル検証のための測定尺度（調査票）の開発、および調査の実施と分析」を実施したが、これらの関係は図4のように描くことができる。

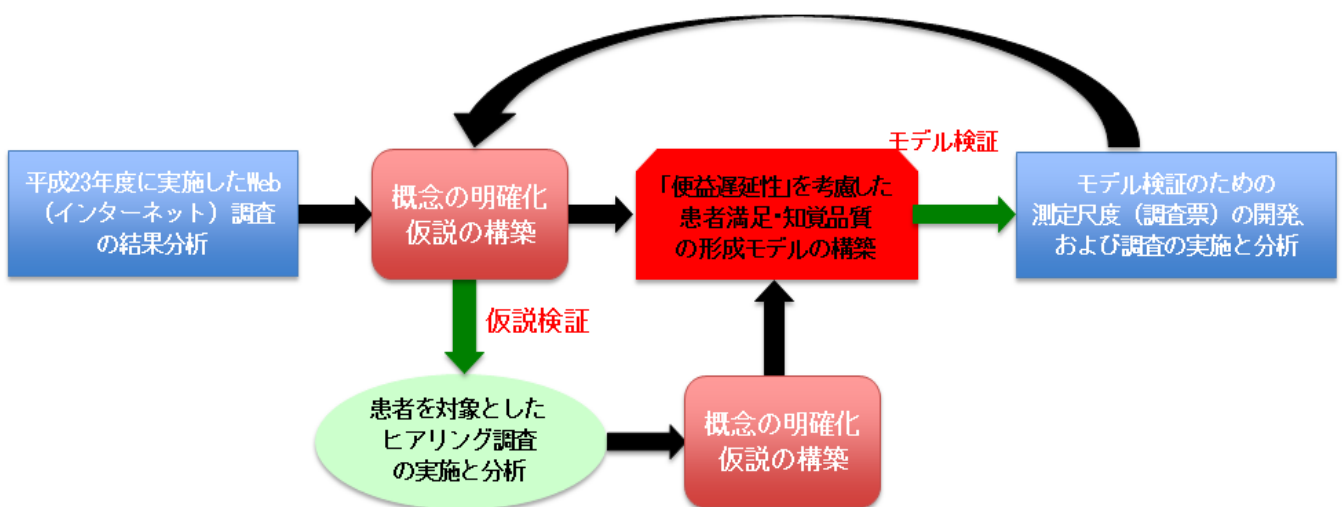


図4：各種調査の実施・分析による仮説・モデルの構築と検証

① 平成23年度に実施したWeb（インターネット）調査の結果分析

「便益遅延性」およびその影響を考慮したモデルや仮説を構築するための予備調査として、平成23年度に一般の消費者（医療サービスを消費したことのある本人あるいはその家族）を対象として実施したWeb調査（インターネット調査）の結果を分析した。なお、この調査は平成24年2月10日～2月16日の期間に、(株)JMRサイエンスのWebモニターの中から、この3年以内に入院経験のある方（本人および家族）をスクリーニングして対象とすることで実施した。回収数は全体で350サンプルであり、本人回答が187サンプル、家族回答が163サンプルという構成であった（表1参照）。Webモニターという特性上、一般の年齢構成よりも高年齢層の割合が少なくなっているが、その分、病院の評価について、はっきりと意見をもった人々の回答結果であると考えられる。

また、調査項目と調査フレームは図5のとおりである。

この調査結果を検討することで、医療サービスにおける「便益遅延性」概念、および時間経過による患者満足度の変化に影響を及ぼす要因について検討した。

表1：回収サンプルの構成

	合計	男性	女性	39歳以下	40代	50代	60代以上
家族	163	76	87	36	73	39	15
	46.6%	21.7%	24.9%	22.1%	44.8%	23.9%	9.2%
本人	187	128	59	28	51	67	41
	53.4%	36.6%	16.9%	15.0%	27.3%	35.8%	21.9%
合計	350	204	146	64	124	106	56
	100%	58.3%	41.7%	18.3%	35.4%	30.3%	16.0%

	合計	手術なし	手術あり	分からない	答えたくない	内科系	外科系	その他	分からない	答えたくない	慢性疾患	急性患者	わからない	答えたくない
家族	163	69	93	1	0	83	53	23	4	0	69	72	20	2
	46.6%	19.7%	26.6%	0.3%	0.0%	23.7%	15.1%	6.6%	1.1%	0.0%	42.3%	44.2%	12.3%	1.2%
本人	187	68	119	0	0	68	119	0	0	0	74	86	26	1
	53.4%	19.4%	34.0%	0.0%	0.0%	19.4%	34.0%	0.0%	0.0%	0.0%	39.6%	46.0%	13.9%	0.5%
合計	350	137	212	1	0	151	172	23	4	0	143	158	46	3
	100%	39.1%	60.6%	0.3%	0%	43.1%	49.1%	6.6%	1.1%	0%	40.9%	45.1%	13.1%	0.9%

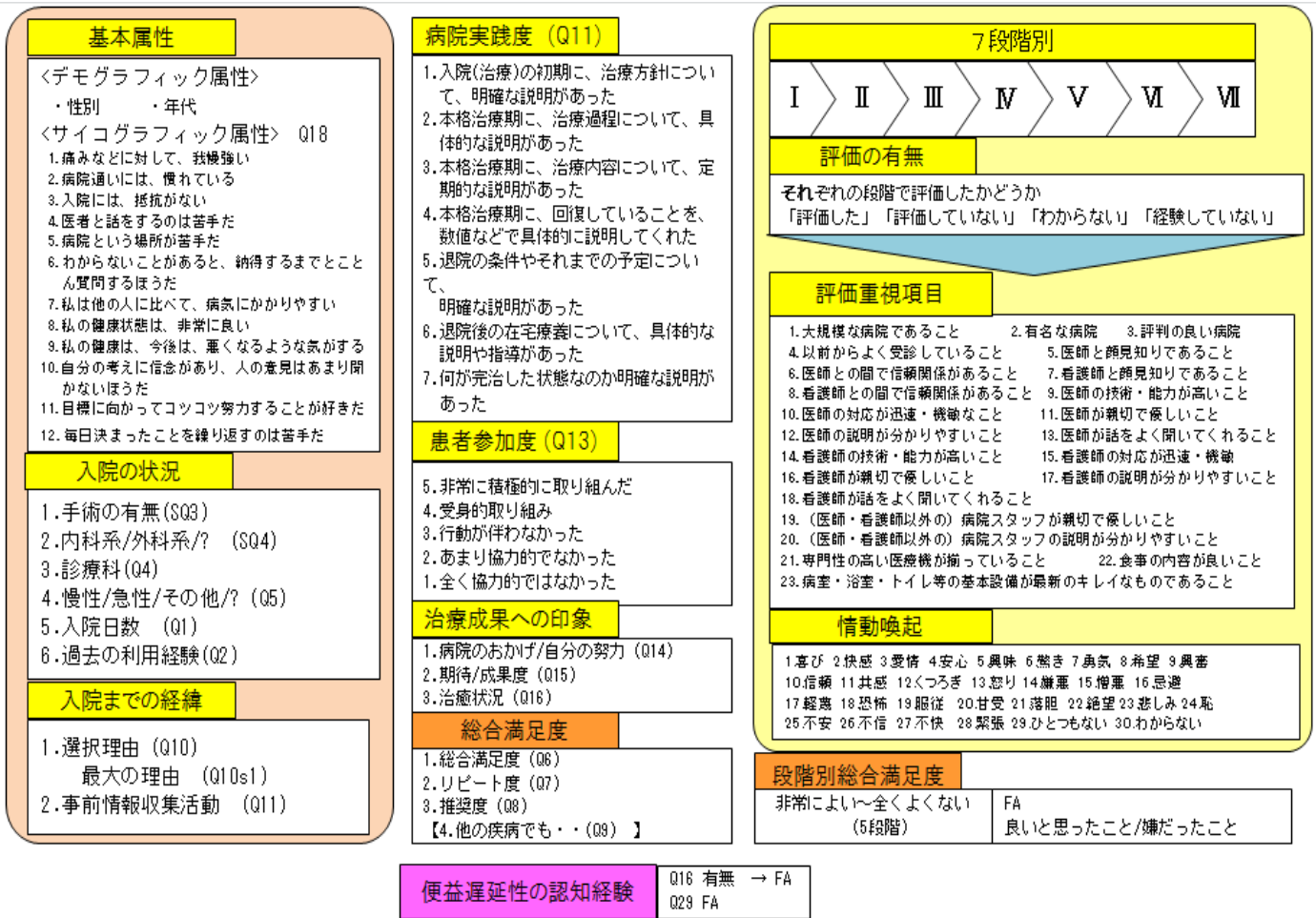


図5：調査項目と調査フレーム

② 患者を対象とする質的調査（ヒアリング調査）の実施

疾病タイプや治療段階、患者の参加の仕方によって知覚品質や満足度の構造がどのように異なるのか、さらに時間経過によって患者満足度の構造がどのように変化するかを明らかにするために、患者を対象として質的調査（ヒアリング調査）を実施した。具体的には、以下の6つの課題を設定した。

第1は、「便益遅延性」はいかに現れるのか、という課題である。この概念は、本研究開発プロジェクトの核となる特性を表した概念であるが、この特性が検証対象としている医療サービスにおいていかに現れているのか、を質的データにより確認することが課題である。

第2は、「医療サービスのプロセス」として、どのような段階が強調されるのか、という課題である。本研究開発プロジェクトにおける検証枠組みの1つの視点は「認識の経時的変化」にある。この経時的変化を捉える枠組みとして、このヒアリング調査に先行して行われたWeb調査（インターネット調査）では、医療サービスの開始から完了までのプロセスを7つの段階で整理している（図6参照）。この7段階の区分の妥当性や認識形成への影響の強弱がいかに捉えられるのか、を確認することが課題である。

- 第1段階：「治療（入院）のため、はじめて病院を訪れたとき」
- 第2段階：「治療準備段階（治療方針決定のための検査段階）」
- 第3段階：「本格治療段階（手術や薬剤投与による治療）」
- 第4段階：「回復期・リハビリ段階（本格治療終了～退院まで）」
- 第5段階：「退院時」
- 第6段階：「退院後の通院時」
- 第7段階：「完治したとき」

図6：Web調査により「医療サービスのプロセス」として想定された段階区分

第3は、「認識の転換」はいかに現れるのか、という課題である。本研究開発プロジェクトでは認識の経時的な変化を前提としているが、その変化の様相としては、大きく次の2つを想定することができる。それは連続的な変化と不連続的な変化である。認識プロセス（あるいは主体）を安定的なシステムとみなす立場からすれば、連続的な変化のみを想定することになるであろう。一方、認識プロセス（あるいは主体）におけるシステムそのものの変容可能性を前提とする立場においては、不連続あるいは断絶的な変化をも射程に入れた考察枠組みの設定が不可欠となる（図7参照）。医療サービスにおいて、現実にはどのような変化や転換が識別しうるのか、を確認することが課題である。

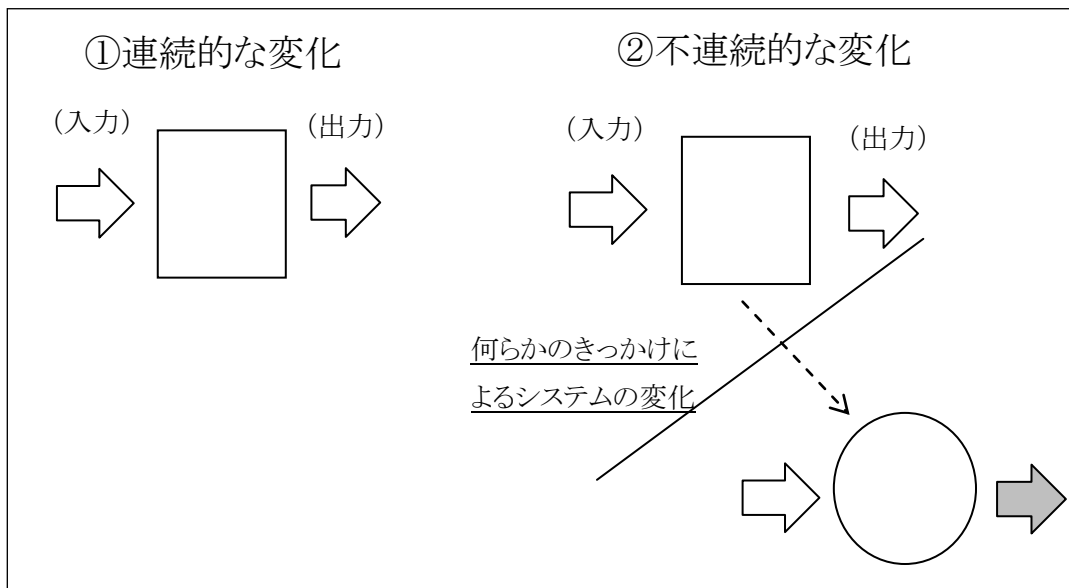


図7：認識の転換における2つの様相

第4は、「サービス品質要素」の影響はいかに現れるのか、という課題である。本研究開発プロジェクトでは、患者のサービス品質認識に影響を与える要素として、「外在的組織品質（医療サービス組織のブランド）」、「外在的個人品質（医師のブランド）」、「物理的品質」、「相互作用品質」、「関係性品質」、「成果品質」の6つを想定している。これらのサービス品質要素が実際にはどのように認識されているのか、また、医療サービスのデリバリー・プロセスにおいて各サービス品質要素の影響の度合い等に変化はあるのか、を確認することが課題である。

第6は、「患者満足への影響要因」の影響はいかに現れるのか、という課題である。本研究開発プロジェクトでは、Web調査（インターネット調査）の結果から、患者満足に影響を与える要因として「医師」、「看護師」、「スタッフ」、「設備・環境」、「治療実感」、「関係性」の6つを想定している。患者の満足／不満足認識形成に対して、これらの満足影響要因が実際にはどのように影響しているのか、を確認することが課題である。

第7は、「医療サービスの便益」はいかに現れるのか、という課題である。本研究開発プロジェクトでは、医療サービスが生み出す便益として「機能的便益」、「感情的便益」、「価値観的便益」の3つを想定している。これらの便益が実際の医療サービスのプロセスにおいてどのように認識されているのか、を確認することが課題である。

このような課題を明らかにするための質的調査（ヒアリング調査）は、次頁のヒアリング調査ガイドを基にした半構造化インタビュー形式で行った。ヒアリングの実施にあたっては、このガイドに基づきつつ、話し手との自然な会話の流れを尊重したヒアリングとすることを試みた。なお、ヒアリング調査の実施にあたっては、主として、本研究開発プロジェクトのメンバーが分担して担当した。

ヒアリング調査ガイド

これは、あなたやご家族が医療サービスを受けたときのことを思い出して、どのような気持ちであったかをうかがうものです。良い回答悪い回答はありませんから、ありのままのお気持ちを思い出してご回答ください。できればもっとも印象深いエピソードを思い出してご回答ください。時間制限としますので、長引いても30分前後で終わらせて頂きます。

- 1) この病院の医者、看護師、病院のスタッフ、医療施設、医療技術など印象深く感じたことはどのようなことでしたか。
- 2) 初めてこの病院に来る前と、来てから、また治療を受けている間に、この病院の医療サービスについての「評価（満足、不満足）」や「特に注意してみるようになった点」は変化しましたか。
- 3) 医療サービスについての評価の変化はいつ頃でしたか。そのきっかけ（エピソード）は何でしたか。
- 4) 医療サービスと他のサービス（たとえば、レストラン、ホテル）とでは、サービスについて違いがあると考えますか。
- 5) この病院にかかって、良かったと思っていることは何ですか。またあなた自身がどのように変わりましたか。
- 6) あなたは病気を治すために積極的に関わりましたか。具体的にどのようなことをしましたか。
- 7) この病院にかかっていて、自分自身が今どれくらい治ったと感じていますか。

以上

質的調査（ヒアリング調査）は平成24年3月～10月の期間に5つの医療サービス組織で実施し、54サンプルの有効回収数を得ることができた。病院ごとの調査時期および有効回収数は表2のとおりであり、これらの結果を分析することで、疾病タイプや治療段階、患者の参加の仕方によって知覚品質や満足の構造がどのように異なるのか、さらに時間経過によって患者満足の構造がどのように変化するのか、などについて検討した。

表2：質的調査（ヒアリング調査）の実施概要

病院名	実施件数	内訳	調査期間
香川大学医学部付属病院	2件	がん（腎、膀胱）：2件	2012年3月
坂出市立病院	38件	がん・腫瘍：17件、循環器（心臓・血管・肺）：6件、高血圧：5件、糖尿病：9件、その他：1件 （※調査時点での主な疾患のみ記載）	2012年4～7月
聖マルチン病院	2件	鍵盤断裂：1件、その他：2件	2012年8月
清水病院	2件	アトピー：1件、痛風等：1件	2012年3月
大阪厚生年金病院	10件	がん（乳）：5件、リウマチ：3件、 心筋梗塞・心筋症：2件	2012年7～10月

③ 「便益遅延性」を考慮した患者満足形成モデルの構築と測定尺度（調査票）の作成、患者を対象とする量的調査の実施

文献レビューを行うとともに、Web調査（インターネット調査）と質的調査（ヒアリング調査）の結果を総合的に考察することで、「便益遅延性」を考慮した患者満足形成モデルを構築するとともに、このモデルに基づいて「便益遅延性」の影響を考慮した患者満足度や医療サービス組織の潜在的な品質形成能力を適切に測定するための尺度（調査票）を作成し、3つの医療サービス組織において患者を対象として量的調査を実施した。なお、この量的調査は、2つの方法で実施した。一つは単発調査であり、期間を限定して、その期間内に当該医療サービス組織を訪問してきたすべての患者（風邪やインフルエンザなどの1回程度の治療で完治する疾病の患者は除く）に調査協力を依頼し、承諾を得られた患者に調査票を配布・回収する方法である。もう一つは継続調査であり、特定の患者に継続的に調査に協力してもらうことを依頼し、予約等で病院を訪問する際、あるいは治療段階（病院を初めて訪れた段階～完治段階までの7段階を想定）が移行するごとに調査票を配布・回収し、評価の変化を把握する方法である。

平成24年度末時点の有効回収数は表3のとおりであり、現在、この量的調査の結果を分析することで、「便益遅延性」を考慮した患者満足形成モデルと測定尺度の適切性を検証している。

表3：平成24年度の調査実施状況

調査のタイプ	調査実施時期	調査実施場所	有効回収数
質的調査	2012年3月	香川大学医学部付属病院	2s
	2012年3月	清水病院	2s
	2012年4月～7月	坂出市立病院	38s
	2012年7月～10月	大阪厚生年金病院	10s
	2012年8月	聖マルチン病院	2s
医療従事者対象	未実施		
量的調査	2012年12月12日～14日（3日間）	坂出市立病院	199s
	2012年12月18日～25日（5日間）	大阪厚生年金病院	1,453s
	2013年1月～継続中	坂出市立病院（入院患者） 大阪厚生年金病院（乳がん患者） 香川大学医学部付属病院（前立腺ガン他）	

(3) 研究開発結果・成果

平成23年度は、上記のような研究目標を達成するための研究基盤の形成を行うとともに、平成24年度以降の実証研究のための準備を行った。研究基盤の形成としては、概念の明確化やモデル・仮説の構築を行うとともに、研究開発に積極的に協力してもらえる医療従事者や医療サービス組織との関係構築を行った。なお、医療サービス組織との関係構築では、患者を対象とする調査の実施に関して当該組織における倫理委員会から承認を得た。実証研究のための準備としては、概念の明確化やモデル・仮説の構築を行うためのWeb調査（インターネット調査）を実施した。

平成24年度は、倫理委員会において患者調査の実施が許可された医療サービス組織において質的調査（ヒアリング調査）を実施し、前年度に実施したWeb調査（インターネット調査）の結果と合わせて検討することで、「便益遅延性」概念および医療サービスの便益の明確化、それらを考慮した患者満足形成モデルの構築とその測定尺度（調査票）の作成、さらにその調査票を用いての量的調査を実施した。このことが平成24年度における最大の成果であるが、Web調査（インターネット調査）や質的調査（インターネット調査）の分析でもいくつかの新たな知見を得ることができたので、以下ではこれらについて記述していきたい。

① 「便益遅延性」概念および医療サービスの便益の明確化、それらを考慮した患者満足形成モデルの構築とその測定尺度（調査票）の作成

<医療サービスの定義と医療サービスの便益>

医療サービスの便益および「便益遅延性」概念を明確にするには、まず医療サービスを定義する必要があることから、この定義を行った。

一般的にサービスは「顧客が消費によって享受することを望む便益としての状態変化を引き起こすために行う生産活動の集合」と定義することができることから、医療サービスを「患者が享受することを望む便益としての状態変化を引き起こすために行う生産活動の集合」と定義した。なお、生産活動の主体と生産活動自体については、以下のように考えている。

- (1)生産活動を行う主体には、医療サービス組織の従業員（医療従事者や事務職員）や設備・機器だけでなく、患者も含まれる。
- (2)生産活動には、サービス・デリバリー時点においてフロントルームおよびバックルームにいる多数の参加者によって遂行される行為や設備・機器が生み出す機能だけでなく、サービス・デリバリー前に行われる活動も含まれる。具体的には、患者が医療サービス組織を訪れる前に行う活動、たとえば疾病や医療サービス組織に関する情報収集、治療に向けた身体的および感情的準備なども含まれる。また、医療サービスにおけるデリバリー・システムや設備・機器などの物理的環境の構築、および医療従事者や事務職員などの育成も含まれる。

このように医療サービスを定義するならば、医療サービスの基本的な便益は「疾病によって生じる健康度の低下を患者が望む元の状態に戻すことである（健康度の回復）」と定義できる。本研究では、これを「機能的便益」と定義した。なお、健康度は図8のように加齢とともに低下すると考えている。

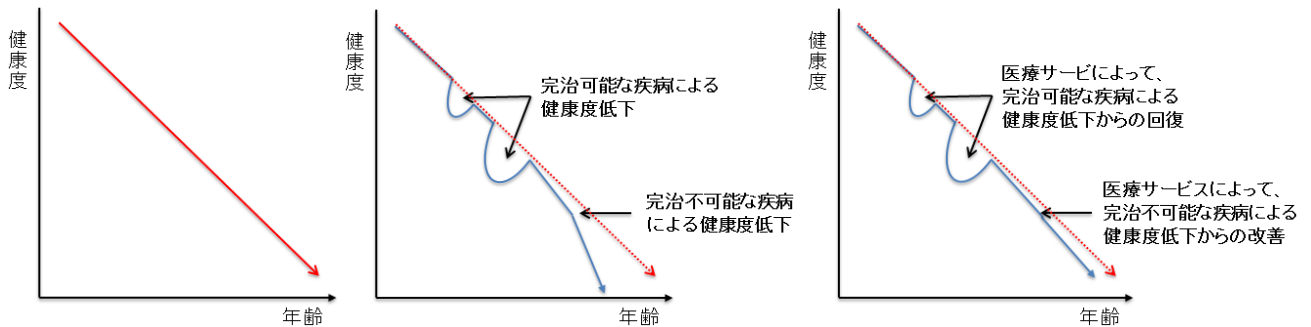


図8：医療サービスに基本的便益（機能的便益）

医療サービスの基本的な便益は「機能的便益」であるが、疾病は身体的な健康度の低下に伴って心理的な健康度の低下ももたらし、患者はこの心理的健康度の維持／回復も望むことから、これを「感情的便益」と定義した。さらに、医療サービスは必ずしもすべての身体的な健康度の低下を回復できるわけではなく、回復が不可能な疾病、部分的にしか回復できない疾病、あるいは後遺症や手術痕が残る疾病もあることから、それらに対応できるように人生観や価値観の転換も必要とされる。このような人生観や価値観の変化を、本研究では「価値観的便益」と定義した。

この3つの便益（機能的便益、感情的便益、価値観的便益）の詳細は以下のとおりである。

(1)機能的便益：疾病がもたらす身体的健康度の低下からの回復とともに、その回復過程で生じる後遺症や手術痕などがもたらす社会生活を営む上での問題の改善も含まれることから、図9のように機能的便益は「身体的健康度の回復／維持」と「社会生活的健康度の維持／改善」の2つから構成される。なお、「身体的健康度の回復・改善」は疾病の回復・改善であり、「社会的生活健康度の維持・改善」は後遺症や手術痕などによってもたらされる社会生活上の問題の改善である。

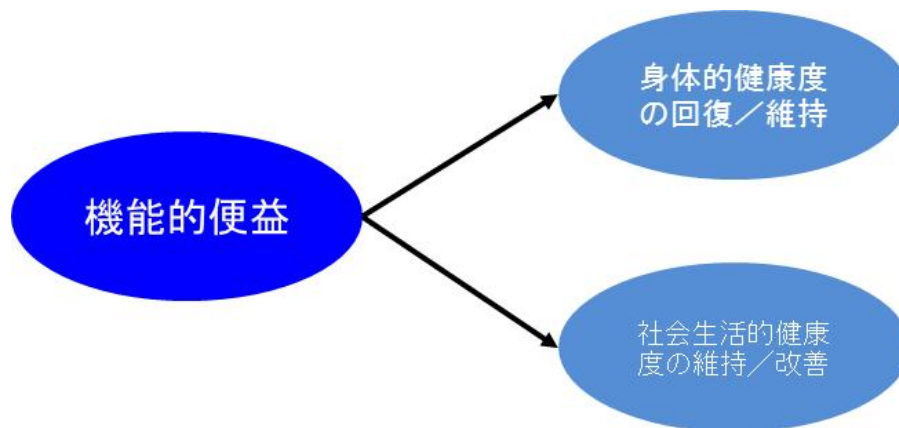


図9：機能的便益の構成要素

(2)感情的便益：心理的健康度の回復・維持であり、疾病に伴う「不安の低減／解消」と医療サービスのデリバリー・プロセスでの「感情的快適性（安定性）の維持」の2つによって構成される（図10参照）。なお、「不安の低減・解消」は身体的健康度の低下（疾病）に伴う生命、日常生活、および職業・社会活動に関わる不安の低減・解消から構成され、「感情的快適性（安定性）の維持」は医療サービスのデリバリー・プロセスにお

けるポジティブ情動の喚起促進、およびネガティブ情動の喚起抑制から構成される。

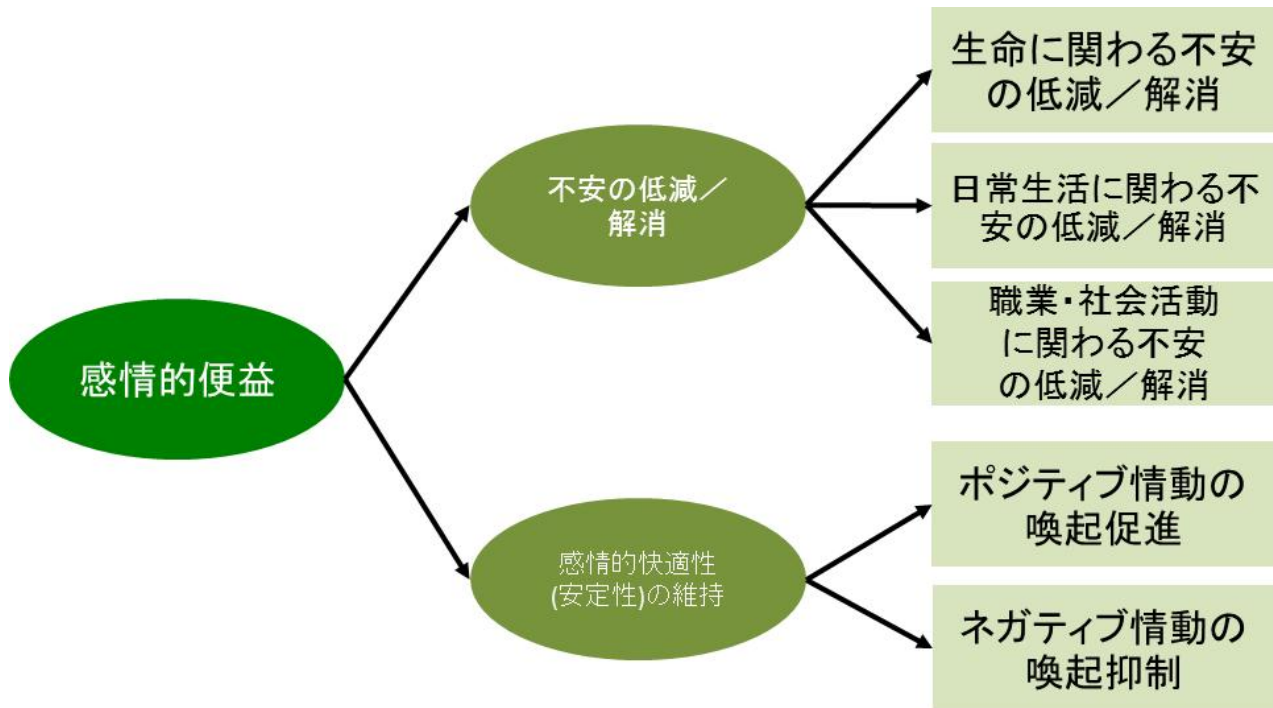


図10：感情的便益の構成要素

(3)価値観的便益：疾病や治療に対する認識・姿勢のポジティブな変化を導く便益である。つまり、患者が治療の目的（ゴール）を理解・受容し、さらにそれを達成するための手段（治療法）を理解することで（目的-手段のリンケージの形成）、そのゴールに向かっていく姿勢（疾病に対する取り組み方）のポジティブな変化を導く便益である。人生観や価値観の転換ももたらすために、長期的な（医療サービスのデリバリーが終了した後も）生き甲斐や幸福感の獲得にもつながる可能性がある。

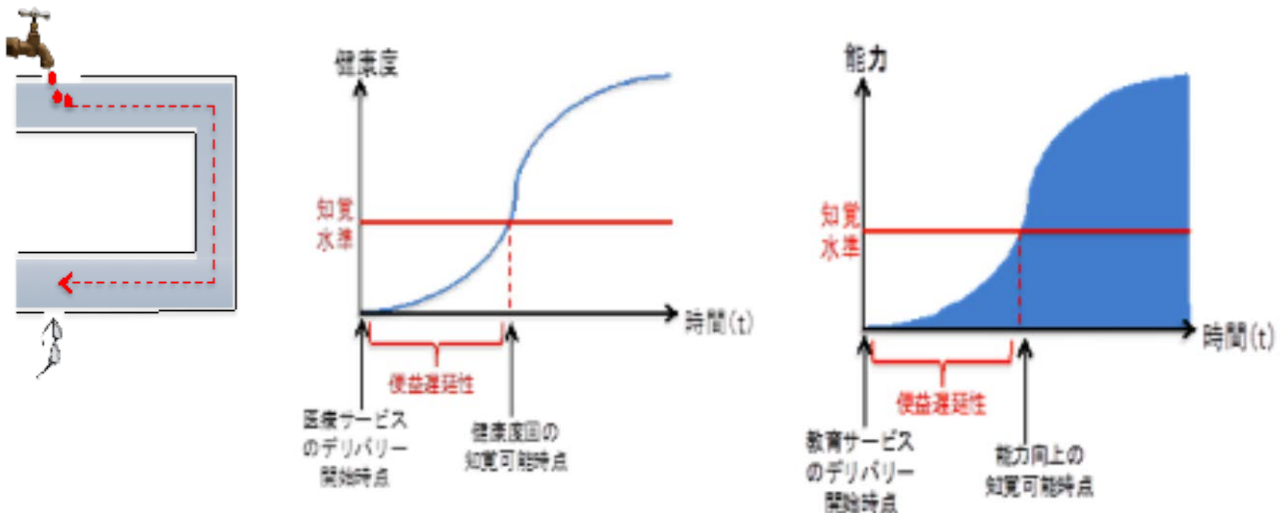
価値観的便益は疾病や治療に対する患者の“価値転換（価値変化）”をもたらし、期待の質的变化を導くことにおいて重要な役割を果たすと考えられる。患者満足は期待と成果との比較によって決定されるという仮説に基づくならば、患者満足の向上の方向性としては成果を上げる、あるいは期待を下げる方向性が考えられるが、期待を下げることは患者満足の向上にはつながらないと考えられる。なぜならば、期待水準自体も満足／不満足形成に影響を及ぼすので、期待水準がある水準よりも低いとそれ自体が満足度を高めないだけでなく、それを少し上回る程度の成果も満足度の向上には貢献しないからである。しかしながら、価値観的便益によってポジティブな方向に“価値転換（価値変化）”が行われ、患者の期待が適切な方向に質的に変容するならば、高い期待水準を維持しながら患者満足度を高めることが可能になると考えられる。

＜「便益遅延性」概念の明確化＞

「便益遅延性」は図1にあるように、活動（行為）の遂行時点とその目標とする結果（便益）の出現時点の時間的ズレを表す概念であるが、単なる時間的ズレだけを表す概念ではない。時間的ズレを生じさせる要因も考慮する必要があり、時間的ズレのタイプとして以下の4つが考えられる。

- (1) サービス・デリバリー・プロセスで遂行された諸活動が状態変化につながるまでに時間がかかる場合（ムダの存在）
- (2) サービス・デリバリー・プロセスで遂行された諸活動は状態変化につながるが、その変化の現れ方がゆっくりとしているために、知覚されるまでに長い時間を要する場合（低速での変化出現）
- (3) サービス・デリバリー・プロセスで遂行された諸活動は状態変化につながるが、変化が蓄積され、ある一定の水準量になるまで知覚することが困難である場合（変化の累積待ち）
- (4) サービス・デリバリー・プロセスで遂行された諸活動は状態変化につながるが、顧客自身がその状態変化を能動的に活用しなければ、それを知覚できない場合（能動的活用の必要性）

(1)のムダ時間の存在は図11のタイプ1のようなものであり、水道管にインクを流し、別の場所でそれが見えるようになるまでに時間かかるような場合である。郵便サービスや宅配サービスなどは、この遅延性に該当するであろう。(2)の低速での変化出現は図11のタイプ2のようなものであり、医療サービスに典型的に見られる形態である。医療サービスの機能的便益は健康度の回復であるが、健康度の回復はゆっくりとしか生じず、しかも回復された健康度が知覚（可能）水準を超えるには時間を要することから、時間的ズレが生じることになる。(3)の変化の累積待ちは図11のタイプ3のようなものであり、教育サービスに典型的に見られる形態である。教育サービスの機能的便益は知識や経験の蓄積による学力（思考力）の向上であり、その蓄積が知覚（可能）水準を超えることで初めて知覚されることから、時間的ズレが生じることになる。前述の医療サービスとの違いは、第1に、医療サービスの便益は水準概念であるのに対して、教育サービスの便益は加算的（積分）概念である、という点にある。第2に、医療サービスの遅延する便益については、患者は受動的に知覚することが可能であるのに対して、教育サービスの遅延する便益については、学生自身が能動的に蓄積された機能的便益（学力）を問題解決に利用しなければ知覚することができない、という違いがある。教育サービスの遅延する便益については学生自身が積極的にそれを活用し、問題を解決できたときにのみ知覚可能であるために、学生自身が能動的に活用しなければ、さらに遅延性が大きくなる、と考えられる。したがって、(4)の能動的活用の必要性にかかわっており、遅延性の程度は顧客の側に大きく依存していることになる。



【タイプ1：ムダ時間の発生】

【タイプ2：低速での変化出現】

【タイプ3：変化の累積待ち】

図11：便益遅延性の発生タイプ

また、このように「便益遅延性」を捉えると、それは必ずしも上記の3つの便益において同じように生じることはなく、図12のように便益によって異なると考えられる。

つまり、機能的便益では遅延性が起こりやすく、感情的便益では比較的起こりにくいと考えられる。その結果、感情的便益は評価が容易であるために、満足／不満足形成に重大な影響を及ぼすと考えられる。なお、短期的（単発的）とは、1つの医療サービス組織を利用することで享受できる便益を意味し、長期的（継続的）とは、1つの医療サービス組織のデリバリー期間を超えて享受され、デリバリー終了後の人生においても継続的に影響を及ぼす便益を意味している。つまり、感情的便益は即時かつ短期的（単発的）な便益であり、価値観的便益は比較的即時的ではあるが、長期的（継続的）な便益であると仮定することができる。

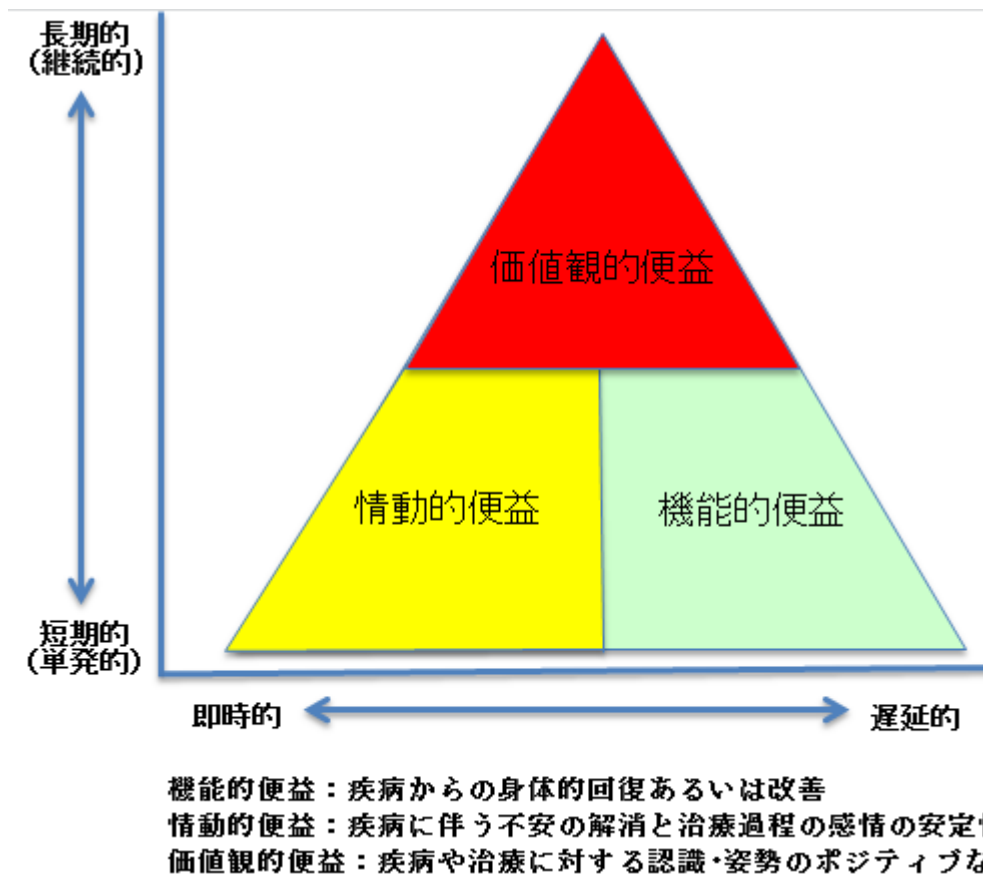


図12：3つの便益と遅延性の関係

< 「便益遅延性」が患者満足に及ぼす影響 >

便益遅延性は、患者満足の形成過程において期待と成果の間にギャップを生じさせる大きな要因となるが、図13のように、時間経過とともに便益遅延性がもたらすギャップは縮小すると考えられる。

機能的便益が知覚されるまでは感情的便益の享受とともにギャップは縮小するが、機能的便益が知覚され始めることでギャップは急速に縮小すると考えられる。なお、図13では、機能的便益の遅延性のために、医療サービスの提供が終了した時点では機能的便益はまだ十分に出現しておらず、成果は期待以下になりやすい、と仮定している。また、図13では期待は変化しないと仮定しているが、後遺症や手術痕などが残ることで社会生活的健康度の維持／改善に対する期待が時間経過とともに

高まるならば、成果と期待とギャップは拡大していく、と考えられる。一方で、価値観的便益によって期待の内容がポジティブな方向に変容するならば、成果の評価基準（各便益や各品質に対する重視度）も変化し、同じ成果でも知覚成果は高くなるために、早い段階で成果が期待を上回ることも考えられる。

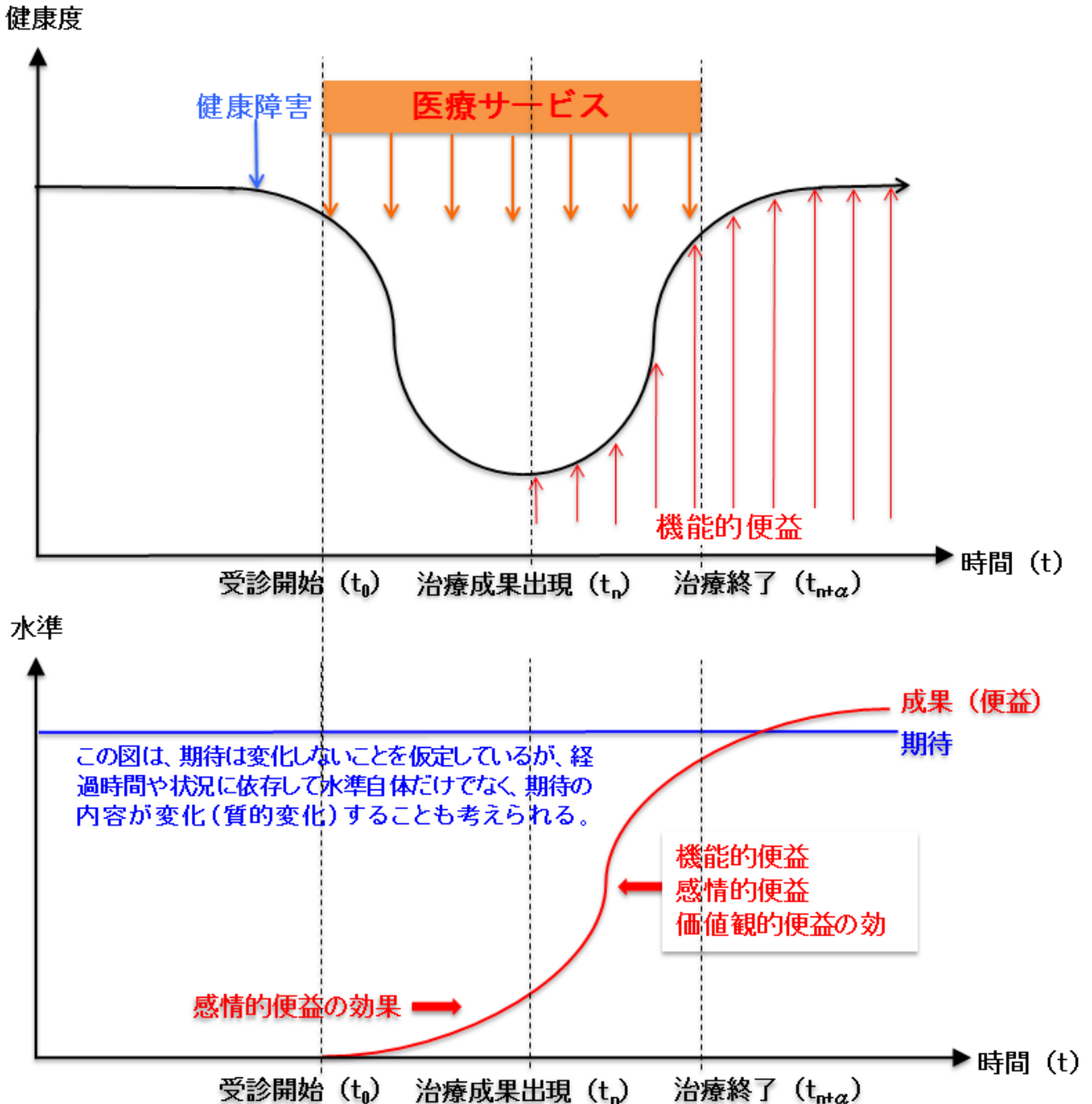


図13：「便益遅延」が患者満足形成（期待と成果の比較）に及ぼす影響

＜「便益遅延性」を考慮した患者満足形成モデル＞

前述のように医療サービスの便益および便益遅延性を捉えることで、図14の【モデル1】のような患者満足形成モデルを構築した。前述の3つの便益がt期の入力となり、処理系で処理されることでt期の出力としての満足度が決定される。さらに、その決定されたt期の満足度がt+1期に引き継がれ、それにt+1期の便益が付加されて処理されることでt+1期の満足度が決定されるという循環が、便益が変化していると患者が知覚する限り繰り返されることになる（機能的便益の遅延性のために、治療終了後もこの処理は繰り返されることになる）。

【モデル1】

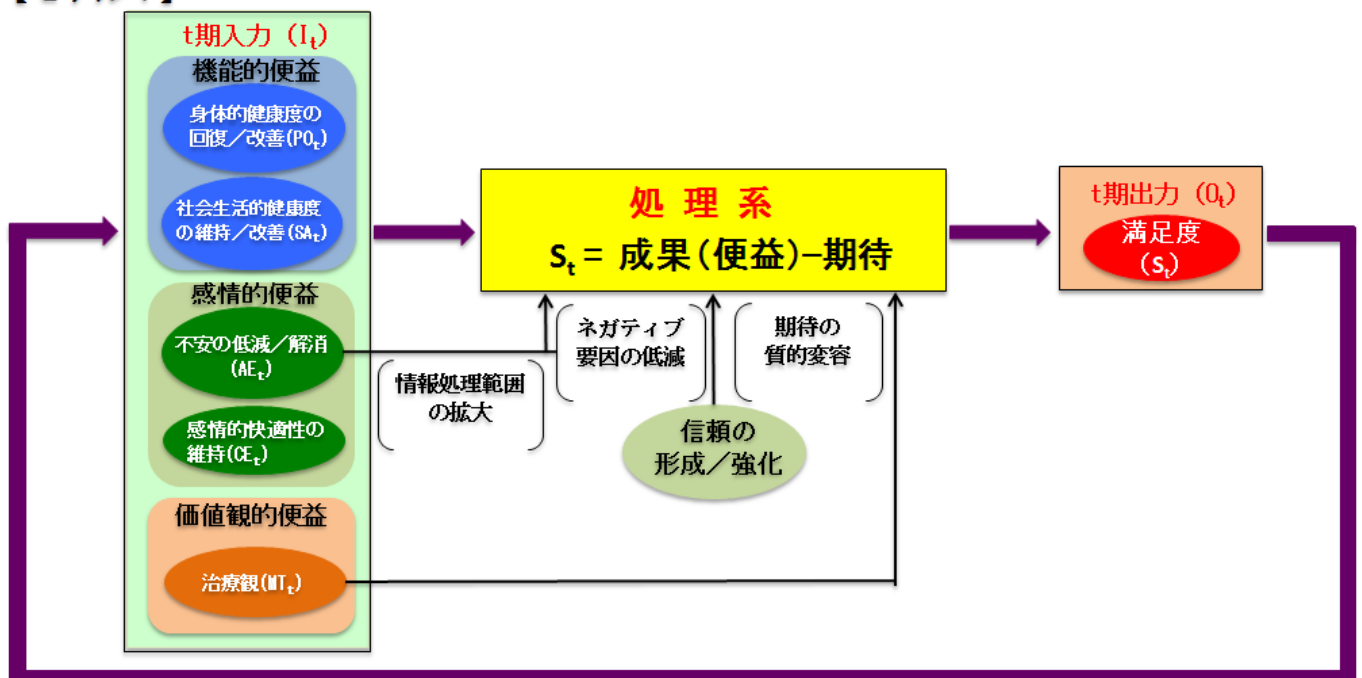
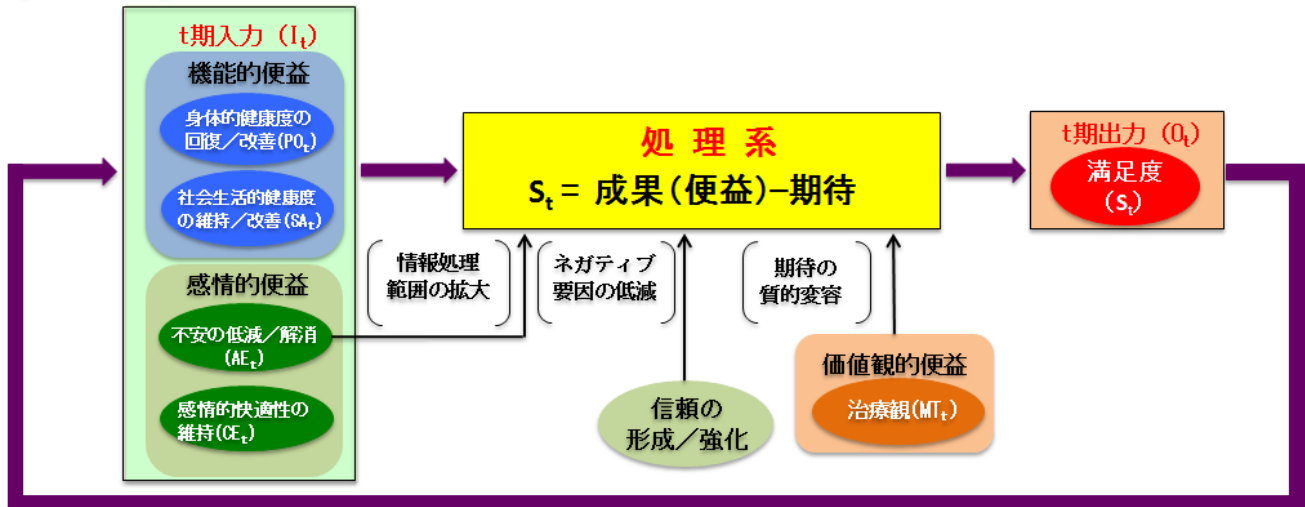


図14:患者満足形成モデル

なお、感情的便益の構成要素である「不安の低減/解消」は処理系へのt期の入力であると同時に、処理系に影響を及ぼす要因であるとも考えられる。不安という感情（情動）の喚起によって情報処理はその原因となった要因に集中するために、患者満足形成において評価される要因の範囲は狭くなる。しかし、喚起された不安が低減/解消されることで情報処理の範囲は広がり、患者満足の形成にかかわる要因も広がることで、患者満足の構造は変化する、と考えられる。たとえば、疾病から生じる不安が強い状態では、情報処理能力はその疾病にかかわる情報の収集・処理に集中するために、社会生活的健康度の維持/改善や感情的快適性の維持（さらに、それに影響を及ぼす物理的環境品質や相互作用品質）などの入力は処理系において処理されない、あるいはあまり重視されない、と考えられる。また、価値観的便益（治療観）も期待の質的変容を導くことで、処理系に影響を及ぼすと考えられる。

【モデル2】



【モデル3】

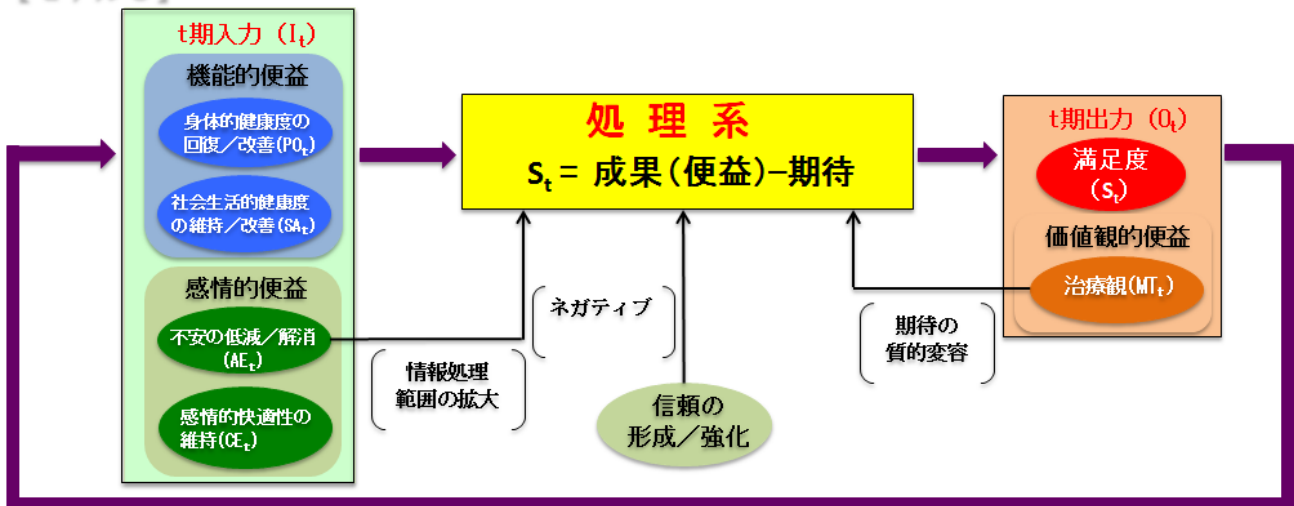


図15: 価値観的便益の位置づけを変えた患者満足形成モデル

さらに、患者が医療サービス組織や医療従事者に対して信頼を形成し、それが強化された場合には、その信頼も処理系に影響を及ぼす、と考えられる。すなわち、信頼は期待外れの結果や問題が生じた場合に、その原因帰属に影響を及ぼし、満足度の低下を抑制する、と考えられる。たとえば、問題が生じた場合、その原因は医療サービス組織や医療従事者ではなくそれ以外のところにあると考えたり、あるいはたまたま起こってしまった稀なケースと考えたりすることで、不満足を形成しないかもしれない。

ところで、価値観的便益については、図14の【モデル1】のように機能的便益や感情的便益と同様に入力であると考えられるのか、それとも図15の【モデル2】のように、処理系に影響を及ぼす要因（期待の質的変容などを導く要因）と考えるのか、あるいは図15の【モデル3】のように、処理された結果としての出力されるものとするのか、によってモデルは異なったものになる。どのモデル

が適切であるのかは調査結果に基づいて検討する予定である。

< 3つの便益に影響を及ぼす要因 >

従来の顧客（患者）満足形成モデルでは、品質要素が直接的に満足に影響を及ぼすことが仮定されているが、本研究開発プロジェクトでは、品質要素は便益に影響を及ぼし、便益が満足形成に直接的に影響を及ぼすと仮定して、モデルを構築した。具体的には、図16のようなモデルを構築した。なお、医療サービスは医療従事者と患者の協働によって生成されることから、品質要因も医療サービス組織側の要因と患者側の要因から構成されると考えている。

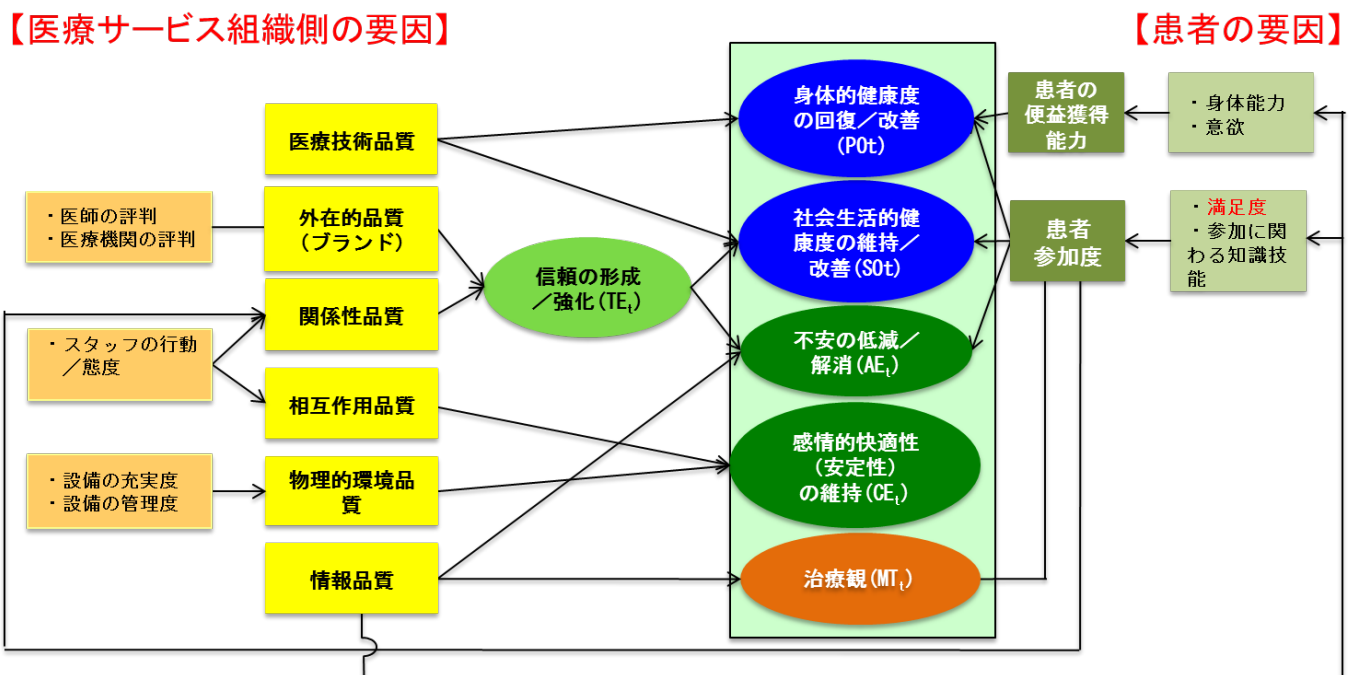


図16:便益生成モデル

< 測定尺度（調査票）の作成と調査の実施 >

以上のような「便益遅延性」概念および医療サービスの便益の明確化、それらを考慮した患者満足形成モデルと便益生成モデルの構築に基づいて、「便益遅延性」を考慮した患者満足の測定尺度（調査票）を作成した。なお、調査票は別紙のように2種類あり、一つは単発調査用あるいは継続調査の1回目用のものであり、A4用紙で12頁から構成されている。もう一つは継続調査の2回目以降用であり、A4用紙で8頁から構成されている。どちらの調査票も質問項目が多くなっているが、これは二つの理由による。一つは、患者満足形成モデルや便益生成モデルで示したように、患者満足の形成には多くの要因がかかわっており、それらの測定がモデルの検証に必要とされるためである。もう一つは、尺度開発手法に基づいて最終的な尺度を開発するためには、概念や要因を多面的に測定する必要があるためである。

現在もこれらの測定尺度（調査票）を用いて患者調査を実施しているが、一方で、平成24年度末までの有効回収票を用いてモデルおよび測定尺度の検証・開発を行っている。

②Web調査（インターネット調査）の結果分析で得られた新たな知見

「便益遅延性」概念および医療サービスの便益の明確化、それらを考慮した患者満足形成モデルの構築とその測定尺度（調査票）の作成のための準備としてWeb調査（インターネット調査）を実施したが、分析の過程で多くの新たな知見を得ることができた。その主な知見は以下のとおりである。

< 診療段階別の評価の有無と評価水準の違い >

医療サービスのプロセスである診療段階を以下の7つに分け、各段階において、病院に対する評価が行われたかどうかを分析した。その結果は図17のとおりである。

- 第1段階：治療(入院)のため、初めて病院を訪れたとき
- 第2段階：治療準備段階(治療方針決定のための検査段階)
- 第3段階：本格治療段階(手術や薬剤投与による治療)
- 第4段階：回復期・リハビリ段階(本格治療終了後～退院まで)
- 第5段階：退院時
- 第6段階：退院後の通院時
- 第7段階：完治したとき

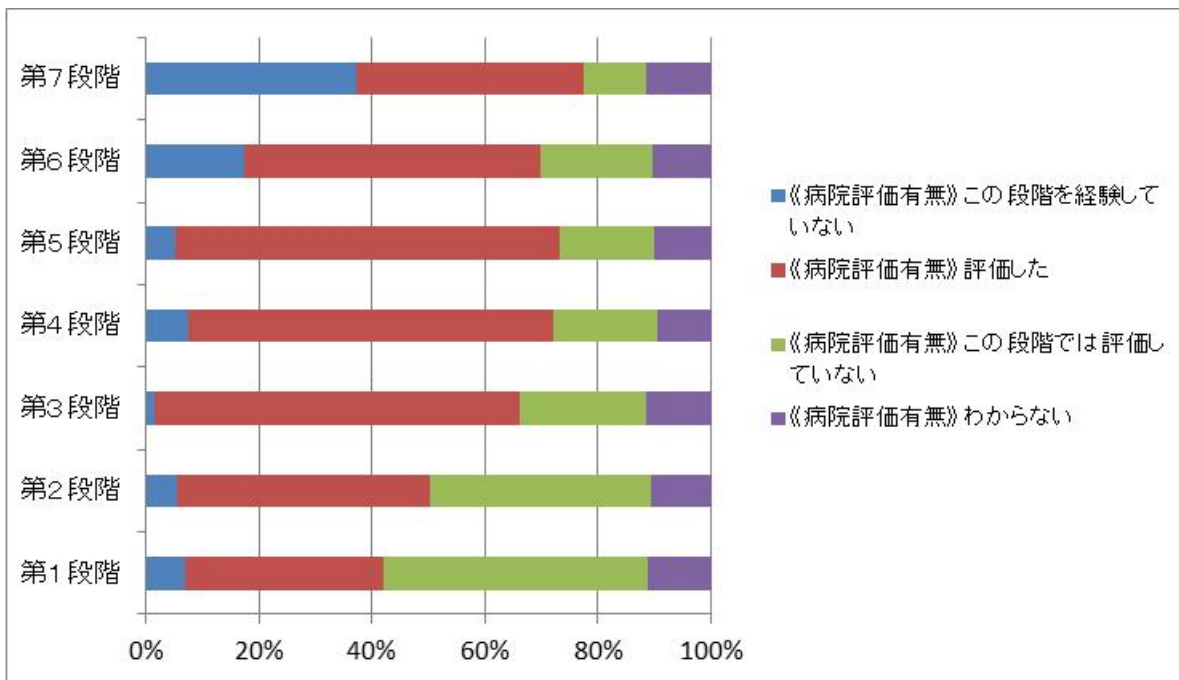


図17：診療段階別の評価の有無

診療段階別に病院評価の有無を見ると、「この段階では評価していない」という回答は、第1段階では39%、第2段階では23%、第3段階では19%、第4段階では17%、第5段階では20%、第6段階では10%、第7段階では11%を占めており、段階によって評価の有無が異なっている。逆に、評価が比較的行われているのは、第3段階（65%）、第4段階（68%）、および第5段階（52%）であった。

ところで、退院後のWebモニターにもかかわらず、第7段階の「完治したとき」をまだ経験していない人が37%を占めていることから、現代の疾病がいかに慢性的で長く付き合っていかなければな

らないものとなっていることを、改めて認識させられる結果である。

次に、各診療段階で病院に対する評価した人たちにその段階における評価を聴取したが、その結果は図18のとおりである。各段階とも満足度は全体的に高くなっているが、第1段階と第7段階では他段階とはやや異なる傾向が見られた。すなわち、第1段階では、「やや良いと思った」という回答の割合が比較的高くなっており、「非常に良いと思った」と回答できるまでの評価がなされていないことが窺われた。逆に、第7段階では、「非常に良いと思った」という回答の割合が比較的高くなっている。

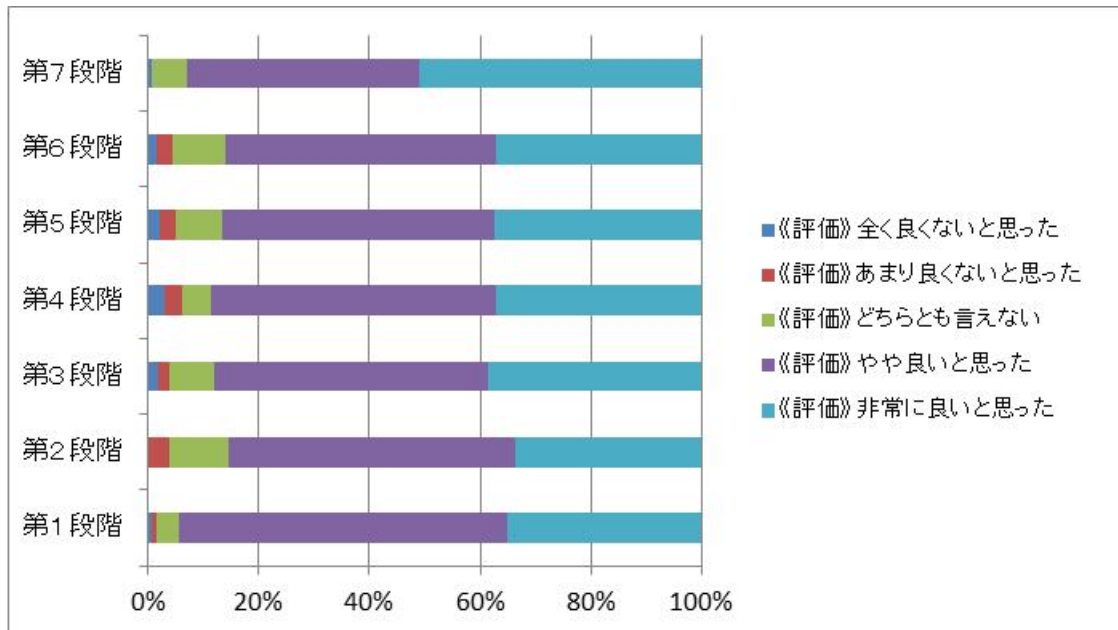


図18：診療段階別の評価水準

<診療段階別の重視ポイントの違い>

各診療段階によって、患者が重視する要因が異なるのか、を分析したが、その結果は図19のとおりである。なお、表8では評価要因をグルーピングしているが、これはすべての段階の評価要因を因子分析で分析することで得られた因子に基づいている。

評価要因のグルーピング(因子)に基づいて、表8を俯瞰的に見ると、一番重視されているのは「医師」であり、その次が「看護師」、次いで「安心・信頼・治療実感」、「医師や看護師との関係性」、「スタッフの対応」、「環境・設備」となっている。

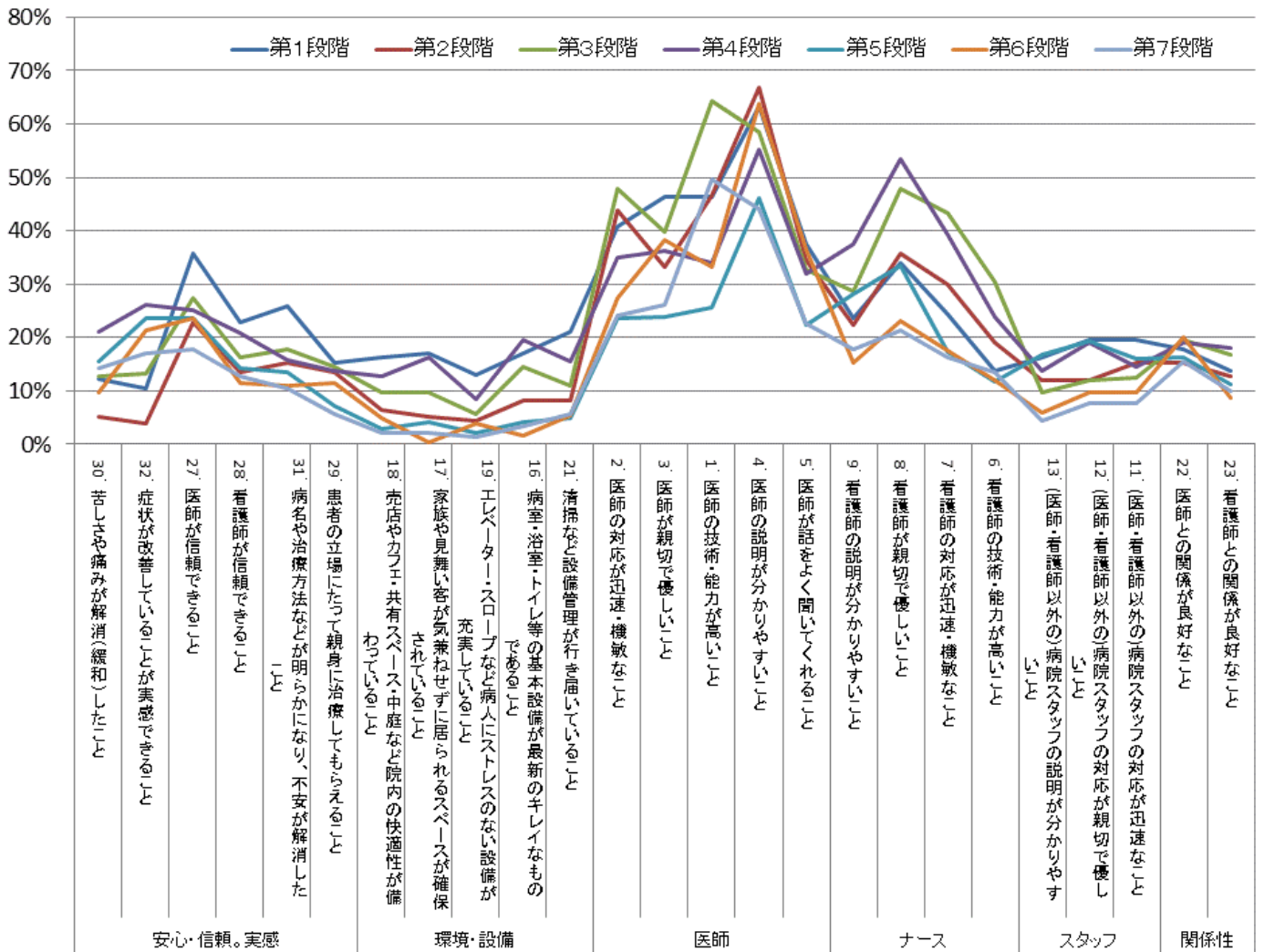


図 19 : 診療段階別の重視する評価要因の違い

次に、診療段階によって重視ポイントがどのように異なるのかを詳細に検討するために、グループ（因子）ごとに合成変量を作成し、その得点を用いて分析することにした。得点化の方法は以下のとおりであるが、加算には各質問項目の因子負荷量を用いている。

例えば、医師の得点は、以下のように算出した。

医師の得点

$$= (2.対応が迅速 + 3.親切でやさしい + 1.技術・能力が高い + 4.説明がわかりやすい + 5.話をよく聞いてくれる) / 5 (\text{項目数})$$

診療段階別に合成変量の平均点を比較したものが表 4 であり、診療段階が進むにつれて（時間経過とともに）、重視する評価要因が変化することが窺われた。具体的には、以下のような特徴が見られた。

- ・「医師」と「看護師」のスキルの重視ポイントはすべての診療段階で高くなっており、次いで「安心・信頼・実感」、「関係性」、「スタッフ」、「設備・環境」の順で高くなっている。
- ・第1段階～第2段階では、「安心・信頼・実感」のグルーピングの中の「医師・看護師が信頼できること」と「病名や治療方法が明らかになり、不安が解消すること」、および「環境・設備」の重視ポイントが比較的高くなっている。
- ・第3段階では、医師の「技能」および看護師の「親切・迅速対応」の重視ポイントが比較的高くなっている。
- ・第4段階では、「看護師」、「安心・信頼・実感」、および「環境設備」の重視ポイントが比較的高くなっている。
- ・第5段階では、「安心・信頼・実感」と「スタッフ対応」の重視ポイントが比較的高くなっている。
- ・第6段階～第7段階では、「医師」の重視ポイントが再び比較的高くなっている。

表4：診療段階別の重視ポイントの違い

	1	2	3	4	5	6	7	
尺度平均点	治療(入院のため)、初めて病院を訪れたとき	治療準備段階(治療方針決定のための検査段階)	本格治療段階(手術や薬剤投与による治療)	回復期・リハビリ段階(本格治療終了～退院まで)	退院時	退院後の通院	完治した時	全体ケース
F1_安心・信頼・実感重視ポイント	.072	.055	.110	.132	.110	.077	.052	.087
F2_設備・環境重視ポイント	.059	.029	.066	.094	.025	.017	.012	.043
F3_医師重視ポイント	.165	.202	.314	.249	.193	.209	.134	.209
F4_看護師重視ポイント	.078	.108	.218	.225	.140	.078	.062	.130
F5_スタッフ重視ポイント	.065	.059	.073	.102	.118	.045	.027	.070
F6_関係性重視ポイント	.056	.063	.117	.120	.094	.076	.051	.082

<評価要因間の構造と患者のセグメント>

各診療段階によって重視ポイントに差異が見られたことから、グルーピング（因子）間に何らかの関連性があるのではないかと考え、因子分析の結果を用いてクラスター分析を行った。その結果、図20のような樹形図が得られた。

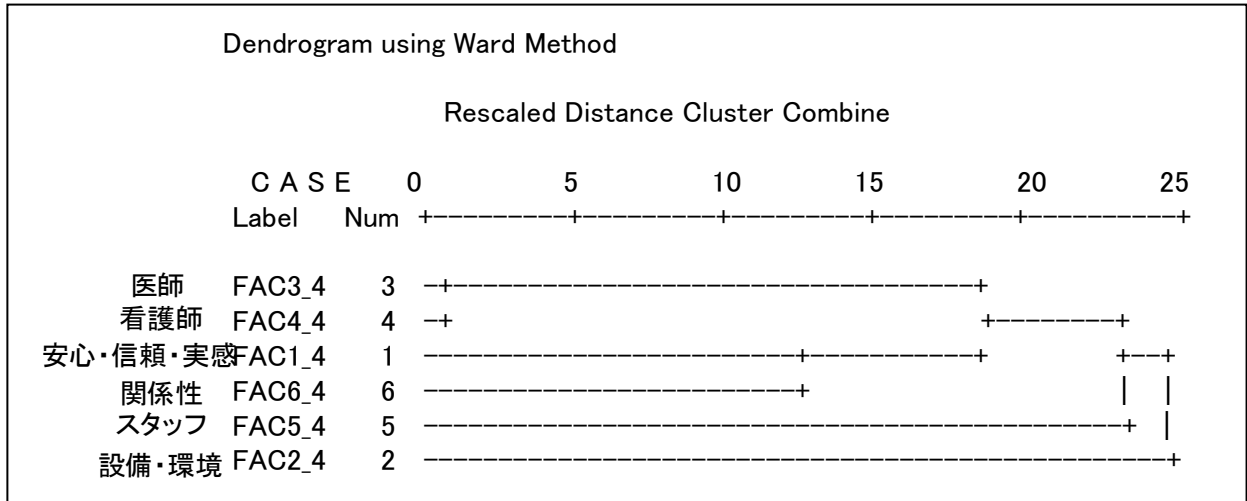


図20：評価要因（因子）間のクラスター分析結果

この分析結果から、評価要因は次のような構造になっていると解釈した。すなわち、「医師」と「看護師」のグルーピング（因子）が一番目に結合したことから、これが患者にとっての「中核サービス」である、と考えられる。この中核サービスに次に結合したのは「安心・信頼・実感」と「関係性」のグルーピング（因子）であり、これらは医療における「基本サービス」と考えられる。そして、この「基本サービス」に「スタッフ」の評価が結合し、最後に「病院の設備・環境」の評価が結合してくる。これらをまとめると、図21になる。

	抽出された因子	
医療の基本サービスの評価	1. 医師評価	【機能的評価】 I サービスの中心=医療技術(スキル・接客)に対する評価
	2. 看護師評価	
	3. 安心・信頼・回復実感	【情緒的評価】 II ベネフィット評価(実感・安心・信頼) 人間的要素
	4. 医師や看護師との関係性	
組織的運営サービスの評価	5. スタッフ	【機能的評価】 III 円滑運営の要素
病院ハードの評価	6. 設備・環境	【機能的評価】

図21：評価要因（因子）間の構造

評価要因（因子）間の構造が明らかになったことから、次に、同じ因子分析の結果を用いて、重視ポイントによって患者のセグメント化を行った。上記のグルーピング（因子）を変数としてクラスター分析を行うことで、6つのセグメントを算出した（表5）。

表5：重視ポイントによる患者のセグメント化

Ward Method		F1_安心・信頼・実感	F2_設備・環境	F3_医師	F4_看護師	F5_スタッフ	F6_関係性
1 一流サービス追求派	平均値	.6013973	3.8812259	.4779337	.3188238	.5953065	.5401325
	度数	97	97	97	97	97	97
	標準偏差	1.48231227	1.16869328	.88951640	1.07585008	1.80808015	1.76289320
2 治療実感重視派	平均値	2.9440905	.0641257	.5177681	-.2622581	-.2708739	-1.0082353
	度数	61	61	61	61	61	61
	標準偏差	.91390296	1.20722402	1.08703459	1.05797351	.85203322	.52355226
3 何でもお任せ派	平均値	-.1466197	-.1046907	-.3614914	-.2941327	-.1100010	-.0681945
	度数	1609	1609	1609	1609	1609	1609
	標準偏差	.31730332	.20370775	.31866370	.19600313	.21654743	.26426084
4 医療スキル重視派	平均値	-.2381175	-.2356336	.8386629	.5553394	-.3849513	-.3737618
	度数	468	468	468	468	468	468
	標準偏差	.64416152	.32015308	.98594123	1.13105330	.29185627	.37517355
5 医療サービス重視派	平均値	.3022141	-.5425494	.5409974	.8802047	3.0147089	.2356878
	度数	126	126	126	126	126	126
	標準偏差	1.41517312	.53254242	1.17829189	1.22390807	.91025739	1.63848985
6 関係性重視派	平均値	.8016404	-.3742191	.4835549	.9834466	-.7182680	2.9669477
	度数	89	89	89	89	89	89
	標準偏差	1.49031082	.59899856	.99217111	1.31486322	.61997666	.73417308
合計	平均値	.0000000	.0000000	.0000000	.0000000	.0000000	.0000000
	度数	2450	2450	2450	2450	2450	2450
	標準偏差	.84681099	.89342355	.82327957	.82284247	.88744025	.86430260

第1セグメントはすべての品質要因を重視するので「一流サービス追求派」（4.0%）、第2セグメントは安心・信頼・実感と医師を重視するので「治療実感重視派」（2.5%）、第3セグメントはすべての項目がマイナスであるので「何でもお任せ派」（65.7%）、第4セグメントは医師・看護師のみを重視するので「医療スキル重視派」（19.1%）、第5セグメントスタッフを最も重視し、次いで医師・看護師を重視するので「医療サービス全般重視派」（5.1%）、第6セグメントは医師・看護師との関係性および安心・信頼・治療実感を重視するので「関係性重視派」（3.6%）と呼ぶことができる。

これらのセグメントの特徴を詳細に検討すると、以下のような特徴が見られた（表6参照）。

まず、「一流サービス追及派」はすべて項目を重視するが、中でも病院の設備を重視する層で、性別や年齢では際だった特徴は見られなかった。「過去にも入院経験がある」人が33.8%を占めており、他のセグメントよりも多くなっている。疾病タイプでは「慢性」が45.6%を占めており、病院の利用頻度が比較的高い層であると解釈できる。また、このセグメントの満足度は概ね高くなっている。

「治癒実感重視派」では女性比率が比較的高く、約6割を占めている。病院利用経験において「今回の利用が初めて」の人が約6割を占めており、疾病タイプでも「急性」の人が66%を占めていることから、比較的緊急に入院したセグメントであると解釈できる。この層の満足度も概ね高くなっている。

「何でもお任せ派」は一番のボリュームの大きい層である。全体の特徴を引きずるために傾向が見えにくくなっているが、「内科系の疾病」の人が比較的多くなっている。満足度については「どちらともいえない」が比較的多くなっており、最も満足度の低い層である。

「医療スキル重視派」は男性が73%を占め、さらに手術をした人が74%を占めている。年齢などの特徴はなく、満足度については「やや満足」といった程度となっている。

「医療サービス全般重視派」は医療以外のスタッフサービスを重視する層で、年齢的には40代が若干多くなっている。また、手術をした人が約8割を占めており、疾病タイプは「急性」が比較的多くなっている。満足度については高い層である。

「関係性重視派」は男性が比較的多く、75.5%を占めている。また、手術をした人が72%を占め、疾病タイプは「急性」が多く、病院利用では初めて利用する人の割合が高くなっている。満足度は「やや満足」といった程度である。

表6：各セグメントの特徴

		性別×自身/家族			自身/家族×手術有無			自身/家族×内科/外科		
		本人・男性	本人・女性	合計	本人・手術なし	本人・手術あり	合計	本人・内科系	本人・外科系	合計
評価パターン・セグメント	1_一流サービス追求派	35 51.5%	33 48.5%	68 100.0%	25 36.8%	43 63.2%	68 100.0%	25 36.8%	43 63.2%	68 100.0%
	2_治療実感信頼重視派	15 39.5%	23 60.5%	38 100.0%	12 31.6%	26 68.4%	38 100.0%	12 31.6%	26 68.4%	38 100.0%
	3_お任医療派	573 69.5%	252 30.5%	825 100.0%	342 41.5%	483 58.5%	825 100.0%	342 41.5%	483 58.5%	825 100.0%
	4_医療スキル重視派	188 73.2%	69 26.8%	257 100.0%	67 26.1%	190 73.9%	257 100.0%	67 26.1%	190 73.9%	257 100.0%
	5_医療サービス重視派	45 66.2%	23 33.8%	68 100.0%	15 22.1%	53 77.9%	68 100.0%	15 22.1%	53 77.9%	68 100.0%
	6_関係性重視派	40 75.5%	13 24.5%	53 100.0%	15 28.3%	38 71.7%	53 100.0%	15 28.3%	38 71.7%	53 100.0%
合計		896 68.4%	413 31.6%	1309 100.0%	476 36.4%	833 63.6%	1309 100.0%	476 36.4%	833 63.6%	1309 100.0%

		年代×自身/家族					03.入院した病院の利用経験				
		本人・39歳以下	本人・40代	本人・50代	本人・60代以上	合計	今回初めて利用した	入院は初めてだが、何度か通院したことがある	入院は初めてだが、継続的に通院していた	過去にも、入院したことがある	合計
評価パターン・セグメント	1_一流サービス追求派	13 19.1%	19 27.9%	19 27.9%	17 25.0%	68 100.0%	28 41.2%	14 20.6%	3 4.4%	23 33.8%	68 100.0%
	2_治療実感信頼重視派	4 10.5%	12 31.6%	13 34.2%	9 23.7%	38 100.0%	11 28.9%	15 39.5%	7 18.4%	5 13.2%	38 100.0%
	3_お任医療派	138 16.7%	221 26.8%	293 35.5%	173 21.0%	825 100.0%	394 47.8%	150 18.2%	67 8.1%	214 25.9%	825 100.0%
	4_医療スキル重視派	31 12.1%	63 24.5%	102 39.7%	61 23.7%	257 100.0%	108 42.0%	53 20.6%	26 10.1%	70 27.2%	257 100.0%
	5_医療サービス重視派	8 11.8%	23 33.8%	25 36.8%	12 17.6%	68 100.0%	26 38.2%	17 25.0%	7 10.3%	18 26.5%	68 100.0%
	6_関係性重視派	2 3.8%	19 35.8%	17 32.1%	15 28.3%	53 100.0%	28 52.8%	3 5.7%	9 17.0%	13 24.5%	53 100.0%
合計		196 15.0%	357 27.3%	469 35.8%	287 21.9%	1309 100.0%	595 45.5%	252 19.3%	119 9.1%	343 26.2%	1309 100.0%

		05.疾患タイプ					06.満足度					
		慢性疾患(いわゆる長く付きあっていくタイプの疾患)	急性疾患(急激に発症するタイプの疾患、骨折などの外傷も含む)	わからない	答えたくない	合計	全く満足していない	あまり満足していない	どちらともいえない	やや満足している	非常に満足している	合計
評価パターン・セグメント	1_一流サービス追求派	31 45.6%	32 47.1%	4 5.9%	1 1.5%	68 100.0%	0 .0%	3 4.4%	6 8.8%	28 41.2%	31 45.6%	68 100.0%
	2_治療実感信頼重視派	11 28.9%	25 65.8%	2 5.3%	0 .0%	38 100.0%	0 .0%	0 .0%	3 7.9%	16 42.1%	19 50.0%	38 100.0%
	3_お任医療派	317 38.4%	376 45.6%	130 15.8%	2 .2%	825 100.0%	13 1.6%	25 3.0%	208 25.2%	439 53.2%	140 17.0%	825 100.0%
	4_医療スキル重視派	113 44.0%	105 40.9%	35 13.6%	4 1.6%	257 100.0%	1 .4%	5 1.9%	29 11.3%	152 59.1%	70 27.2%	257 100.0%
	5_医療サービス重視派	29 42.6%	35 51.5%	4 5.9%	0 .0%	68 100.0%	0 .0%	1 1.5%	8 11.8%	25 36.8%	34 50.0%	68 100.0%
	6_関係性重視派	17 32.1%	29 54.7%	7 13.2%	0 .0%	53 100.0%	0 .0%	1 1.9%	5 9.4%	33 62.3%	14 26.4%	53 100.0%
合計		518 39.6%	602 46.0%	182 13.9%	7 .5%	1309 100.0%	14 1.1%	35 2.7%	259 19.8%	693 52.9%	308 23.5%	1309 100.0%

<診療段階と重視ポイントの関係>

診療段階別に重視ポイント进行分析すると表7のようになる。第1段階の来院当初や第2段階の本格治療のための準備段階においては、「何でもお任せ派」が7割程度を占めている。これ以降の各段階でも「何でもお任せ派」が最も多くなっているが、第3段階～第5段階では「医療スキル重視派」も比較的多くなっている。病院全体のサービスをすべて評価している患者は少ない（診療段階にもよるが、10%～20%程度である）。このことから、患者の医療サービスを評価する「評価眼」はそれほど高くないと言えるであろう。

表7：診療段階と重視ポイント（患者セグメント）の関係

	1	2	3	4	5	6	7	
	治療(入院のため)初めて病院を訪れたとき	治療準備段階(治療方針決定のための検査段階)	本格治療段階(手術や薬剤投与による治療)	回復期・リハビリ段階(本格治療終了～退院まで)	退院時	退院後の通院	完治した時	全体ケース
1.一流サービス追求派	6.3%	2.9%	6.0%	8.3%	1.7%	1.7%	0.9%	4.0%
2.治療実感重視派	1.7%	0.3%	3.4%	3.1%	2.9%	3.4%	2.6%	2.5%
3.何でもお任せ派	76.9%	69.1%	51.1%	51.4%	57.7%	71.7%	81.7%	65.7%
4.医療スキル重視派	9.7%	20.9%	28.6%	24.6%	22.6%	16.3%	11.1%	19.1%
5.医療サービス重視派	4.0%	4.9%	5.7%	6.3%	10.6%	2.9%	1.7%	5.1%
6.関係性重視派	1.4%	2.0%	5.1%	6.3%	4.6%	4.0%	2.0%	3.6%
全体	350	350	350	350	350	350	350	2,450
評価した割合	35.1%	44.9%	64.6%	64.6%	68.0%	52.3%	40.3%	52.5%

<患者の治療取り組み度と満足度の関係>

看護師に対するヒアリング調査においてしばしば耳にすることに、「患者が自ら治そうと取り組んでいる方の回復力は早いですよ、そしてそのモチベーションを持っていただくことが大切なのです」といったことがある。このことから患者の治療取り組み度と満足度の関係を分析したが、その結果は表8のとおりである。

表8：患者の治療への取り組み度と満足度の関係

Q13 患者自身の取り組み積極度		Q6満足度					合計
		全く満足していない	あまり満足していない	どちらともいえない	やや満足している	非常に満足している	
Q13 患者自身の取り組み積極度	全く協力的ではなかった	0 0%	0 0%	1 100.0%	0 0%	0 0%	1 100.0%
	あまり協力的ではなかった	0 0%	0 0%	0 0%	1 100.0%	0 0%	1 100.0%
	受身的取り組み	1 11.1%	1 11.1%	4 44.4%	2 22.2%	1 11.1%	9 100.0%
Q13 患者自身の取り組み積極度	まあ積極的に取り組んだ	0 0%	2 5.3%	9 23.7%	22 57.9%	5 13.2%	38 100.0%
	積極的に取り組んだ	0 0%	0 0%	11 18.0%	39 63.9%	11 18.0%	61 100.0%
	非常に積極的に取り組んだ	1 1.3%	2 2.6%	12 15.6%	35 45.5%	27 35.1%	77 100.0%
合計		2 1.1%	5 2.7%	37 19.8%	99 52.9%	44 23.5%	187 100.0%

満足度が高い患者はその取り組み度も高いとも言えるが、一方で、患者自身は取り組んでいるのに「満足していない」というセグメントも存在することが明らかになった。実際のマネジメントにおいては、この層の満足度を上げることが最優先事項になることから、両者を関連づける方策の構築が検討課題となった。

<満足度と情動（感情）喚起との関係>

ネガティブな情動（感情）を喚起した人の割合を、満足度評価において「5. 非常に満足である」と回答した層（本人N=44）と「1. 全く満足でない」～「3. どちらでもない」と回答した層（N=44）とで比較した。図22は、ネガティブな情動（感情）である「不安」、図23は「緊張」、そして図24は「甘受（黙って受け入れる）」について比較した結果を示している。「1. 全く満足でない」～「3. どちらでもない」と回答した層では、初期段階において「不安」や「緊張」の割合が高くなっている。また、黙って受け入れるという「甘受」はすべての段階において比較的高くなっていることから、あまり何も言わず素直に対応している患者には、注意を払う必要があることが窺われた。

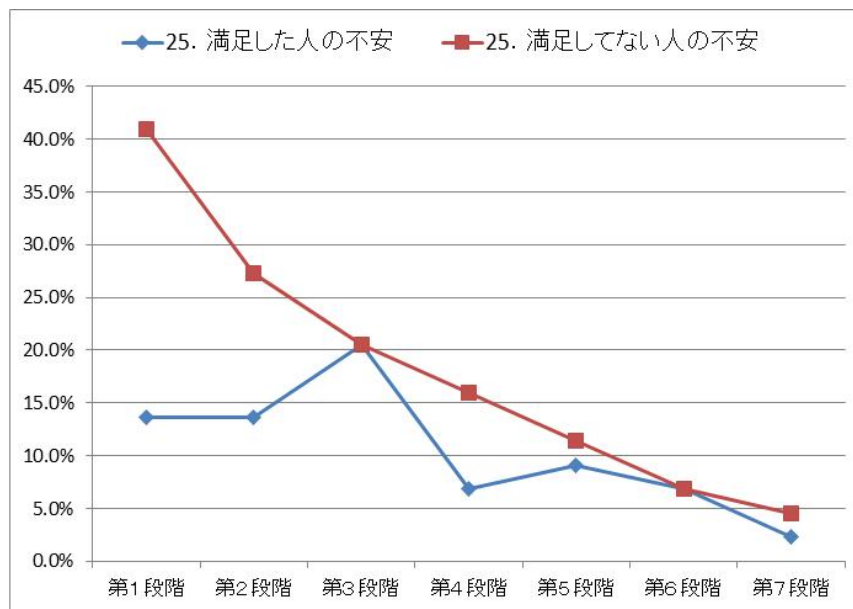


図22：満足度別および診療段階別におけるネガティブな情動喚起（不安）の割合

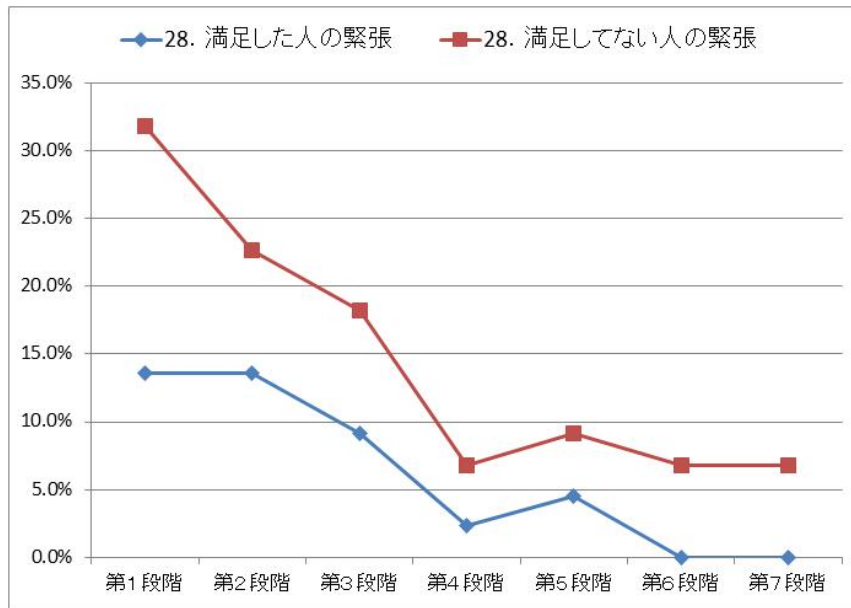


図23：満足度別および診療段階別におけるネガティブな情動喚起（緊張）の割合

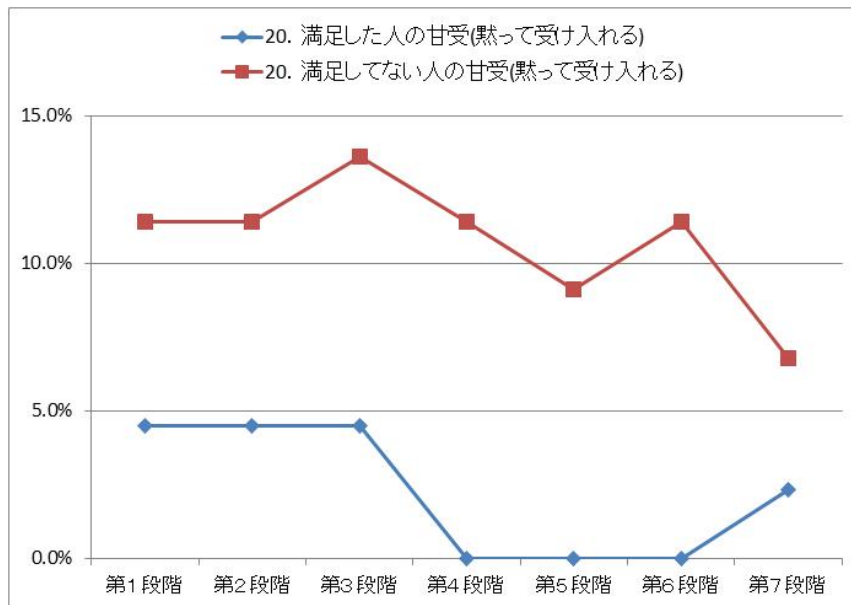


図24：満足度別および診療段階別におけるネガティブな情動喚起（甘受）の割合

③質的調査（ヒアリング調査）の結果分析で得られた新たな知見

「便益遅延性」概念および医療サービスの便益の明確化、それらを考慮した患者満足形成モデルの構築とその測定尺度（調査票）の作成のための基礎資料の収集を目的として、質的調査（ヒアリング調査）を実施した。

<分析手法の選定>

このヒアリングデータの分析にあたり基礎とした分析手法は、質的データの分析手法の1つとして佐藤(2008)等によって整理されている「事例ーコードマトリクス」である。佐藤(2008)は、質的データの分析に際して、定性的コーディングと脱文脈化と再文脈化、そして、事例とコードの双方に目配りしつつ個別事例分析と事例横断的な分析をあわせて行う手法として「事例ーコードマトリクス」による分析手法を整理している。今回の分析の目的は多数の質的データを統合的に分析することにあることから、この「事例ーコードマトリクス」法は分析目的に適合すると判断し、採用した。

また、平成24年度は54サンプルのヒアリングデータを得ることができたが、「事例ーコードマトリクス」法の対象となる適切な個別事例データは、半構造的なインタビューによって収集されるデータであることが必要とされる。この特徴は、インタビューとインタビュアーとの相互行為も含めて、可能な限り、インタビューの場で形成される患者の発話を、自然な会話の流れの中から取り出されたものであるということである(桜井(2002)等参照)。このことから、分析の対象とするサンプルの選定にあたっては、ある1つの経験を中心に時間経過における患者の認識の形成や変化の確認が可能となっているものであるとともに、患者の自発的な発話を軸とした語りが実現しているサンプルであることを主たる選定基準とした。この結果、全54サンプル中、今回は8サンプルを分析対象として選定し、分析を行った。

<分析結果から得られた知見>

事例ーコードマトリクスによる分析を行った結果、前述の各課題について得られた示唆は以下のとおりである。

第1の「便益遅延性」はいかに現れるのか、という課題については、その内実について「便益は患者の現状の受容努力のもとで形成されていく」という性質を持つものとしても捉えうることが示唆された。

第2の「医療サービスのプロセス」としてどのような段階が強調されるのか、という課題については、想定された7つの段階が確認されたが、中でも特に、本格治療期をはさんだ認識形成の流れを確認しうることが示唆された。

第3の「認識の転換」はいかに現れるのか、という課題については、連続的／不連続的の双方の認識の変化を確認しうること、そして、認識の転換を捉える枠組みとして、医師・看護師と患者間のコミュニケーションを中心とした構造を想定しうることが示唆された。

第4の「サービス品質要素」の影響はいかに現れるのか、という課題については、6つサービス品質要素の中でも、特に相互作用品質を中心に患者認識が形成されていくメカニズム(プロセス)がありうることが示唆された。

第5の「患者満足への影響要因」の影響はいかに現れるのか、という課題については、特に医師・看護師と患者との接点を中心とした認識の形成プロセスを想定しうること、また、医師は本格治療期まで、看護師は本格治療期以降において、より高い影響を持って記憶されうることが示唆された。

第6の「医療サービスの便益」はいかに現れるのか、という課題については、3つの便益の中でも、特に「感情的便益」を中心に患者認識が形成されていくメカニズム(プロセス)がありうること、また、「便益」は感情的便益を中心とした経験・認識の積み重ねにおいて形成される可能性があることが示唆された。

以上の分析結果とそこから得られる直接的な示唆に加えて、特に、本研究開発プロジェクトに求められている実践面への示唆に関する検討内容として挙げられた点は、次の3点である。

第1は、「医療サービスの便益形成の主体」としての患者を捉え直す必要性(あるいは有効性)

である。本研究開発プロジェクトの主要課題の1つに患者の参加促進を挙げているが、便益形成に着目する視点からすれば、「便益形成への参加者」というよりも、「便益形成の主体それ自身」として患者を捉えた方が妥当である可能性が窺えた。

第2は、コミュニケーションの意味と機能の捉え直しである。患者と医師あるいは看護師を中心としたコミュニケーションは決して一様ではなく、プロセスや段階、あるいはそこで生じている事態に応じて、たとえば、「理解－納得」、「指導－説明」、「支援－相談」、「共感－共有」というように、求められる意味や機能、あるいは関係が変更される可能性があることが窺えた。

第3は、上記のことを実現するためのマネジメント・デザインの考察である。上記の課題を明らかにしたうえで、その解決を図れるマネジメント・デザインを検討していくことができれば、それは有効な方策となりうる。例えば、チーム型のマネジメント、支援型のマネジメント、教育型のマネジメント等が考えられる、今後の確認・検討課題となった。

<参考文献>

- 藤村和宏(2008)、「便益遅延型専門サービスの消費における顧客満足問題 ～医療サービスをケースとして考察～」、『香川大学経済論叢』、第81巻 第1号、1-62頁。
- 藤村和宏(2009)、『医療サービスと顧客満足』、医療文化社。
- 藤村和宏(2013)、「コンテクスト共有装置としてのサービス・ブランドに関する考察 ～顧客のサービス・デリバリー・プロセスへの参加の適切化の視点から～」、『香川大学経済論叢』、第85巻 第4号、31-69頁。
- Leebov, W. and G. Scott (1994), *Service Quality Improvement: The Customer Satisfaction Strategy for Health Care*. 神尾友和訳『医療の質とサービス革命』、日本医療企画、1996年。
- 中川輝彦・黒田浩一郎編著(2010)、『よくわかる医療社会学』、ミネルヴァ書房。
- 桜井厚(2002)、『インタビューの社会学－ライフストーリーの聞き方』、せりか書房。
- 佐藤郁哉(2008)、『質的データ分析法 原理・方法・実践』、新曜社。
- 清水裕子(2010)、「老年者への対話志向性尺度の妥当性と信頼性の検討」、『日本老年看護学会誌』、Vol.14 No.2、34-41頁。
- 高柳和江(1995)、『医療の質と顧客満足度調査』、日総研出版。

(4) 会議等の活動

・実施体制内での主なミーティング等の開催状況

年月日	名称	場所	概要
平成24年 4月20日	平成24年度 第1回 プロジェクト会議	JMRサイエンス 会議室	・Web調査の結果検討と今後の研究開発 計画について検討
平成24年 6 月21日	平成24年度 第2回 プロジェクト会議	JMRサイエンス 会議室	・進捗報告会でのコメントや質問事項の 確認と検討 ・「便益遅延性」を考慮した患者満足モ デルの検討
平成24年 8 月8日	平成24年度 第3回 プロジェクト会議	JMRサイエンス 会議室	・「便益遅延性」を考慮した患者満足モ デルの検討 ・患者対象のヒアリング調査の結果検討
平成24年 9 月28日	平成24年度 第4回 プロジェクト会議	JMRサイエンス 会議室	・患者満足調査の質問項目および測定尺 度の検討 ・第3回フォーラムのパネルディスカッシ ョン内容の検討

4. 研究開発成果の活用・展開に向けた状況

平成24年度は、「便益遅延性」概念を明確にするとともに、「便益遅延性」を考慮した患者満足モデルを構築し、さらに、それらに基づいて測定尺度を開発した。現在、3つの医療サービス組織において、開発した測定尺度（調査票）を用いて継続的に調査を実施中であり、調査結果を用いての患者満足モデルや測定尺度の検証は平成25年度に行う予定である。したがって、まだモデルや測定尺度（調査票）を他の医療現場で利用する段階にまでは至っていない。しかし、モデルや調査項目は適時、研究開発プロジェクトのホームページ（<http://service-project.ec.kagawa-u.ac.jp/pages/top.php>）で公開し、意見を聴取している。

5. 研究開発実施体制

(1) グループ1

- ① リーダー名（所属、役職）：藤村和宏（香川大学経済学部 教授）
- ② 実施項目：
 - ・前年度に実施したWeb調査（インターネット調査）の結果分析
 - ・「便益遅延性」を考慮した「患者満足モデル」と時間を考慮した「知覚品質モデル」の構築するための質的調査（ヒアリング調査）の実施とモデルの構築
 - ・構築したモデルに基づいて測定尺度（調査票）を作成し、調査を実施

(2) グループ2

- ① リーダー名（所属、役職）：清水裕子（香川大学医学部 教授）
- ③ 実施項目：前年度に実施したWeb調査インターネット調査）の結果分析

- ・「便益遅延性」という特質を克服して、患者参加・サービス品質・患者満足の間
理想的な関連性を導く方策を検討するための質的調査（ヒアリング調査）の実施

6. 研究開発実施者

「○」印は代表者・グループリーダー

研究グループ名：グループ1

	氏名	フリガナ	所属	役職 (身分)	担当する 研究開発実施項目
○	藤村 和宏	フジムラ カズヒロ	香川大学 経済学部	教授	モデル構築、調査実施、 尺度開発
	川島 隆志	カワシマ タカシ	香川大学経済学部	特命教授	モデルと尺度の構築、調 査結果の分析
	王 維	ワン ウ エイ	香川大学 経済学部	教授	モデル構築と尺度開発 補助、調査実施
	名越 民江	ナゴシ タミエ	香川大学 医学部	教授	モデル構築、調査実施、 尺度開発
	清水 裕子	シミズ ヒロコ	香川大学 医学部	教授	モデル構築、調査実施、 尺度開発
	笥 善行	カケヒ ヨシユキ	香川大学 医学部	教授	モデル構築および尺度 開発
	阪井 真理子	サカイ マリコ	香川大学医学部附属 病院	副院長 兼 看護部長	調査実施の助言および 協力
	砂川 正彦	スナガワ マサヒコ	坂出市立病院	院長	モデル構築および尺度 開発、調査実施協力
	田岡 輝久	タ オ カ テルヒサ	坂出市立病院	副院長	モデル構築および尺度 開発、調査実施協力
	北川 展子	キタガワ ノブコ	香川大学経済学部	研究補助員	倫理委員会対応、資料の 収集・整理、調査の準 備・実施管理等
	飯野 美加	イ イ ノ ミカ	香川大学経済学部	研究補助員	資料の収集・整理、調査 の準備・実施管理、デー タ入力等

研究グループ名：グループ2

	氏名	フリガナ	所属	役職 (身分)	担当する 研究開発実施項目
○	清水 裕子	シミズ ヒロコ	香川大学 医学部	教授	患者参加・品質・満足の 関連性分析
	名越 民江	ナゴシ タミエ	香川大学 医学部	教授	患者参加・品質・満足の 関連性分析
	趙 命来	チョウ メイライ	香川大学 経済学部	准教授	方策の構築、調査実施、 効果の検証
○	藤村 和宏	フジムラ カズヒロ	香川大学 経済学部	教授	方策の構築
	高室 裕史	タカムロ ユウジ	流通科学大学 総合政策部	教授	方策の構築、調査実施、 効果の検証
	千田 彰一	センダ ショウイチ	香川大学 医学部	教授	関連性分析および方策 構築
	村尾 孝児	ムラオ コウジ	香川大学 医学部	教授	関連性分析および方策 構築
	森上 徹也	モリウエ テツヤ	香川大学 医学部	助教・外来 医長	関連性分析および方策 構築
	阪井 真理子	サカイ マリコ	香川大学医学部附属 病院	副院長 兼 看護部長	調査実施の助言および 協力
	高橋 弘枝	タカハシ ヒロエ	大阪厚生年金病院	副医長 兼 看護部長	調査実施の助言および 協力
	園 富実子	ソノト ミコ	香川大学 経済学 部	研究補助員	資料の収集・整理、調査 の準備・実施管理、デー タ入力等

7. 研究開発成果の発表・発信状況、アウトリーチ活動など

7-1. ワークショップ等

特になし

7-2. 社会に向けた情報発信状況、アウトリーチ活動など

①書籍、DVD（タイトル、著者、発行者、発行年月等）

特になし

②ウェブサイト構築（サイト名、URL、立ち上げ年月等）

- ・「問題解決型サービス・プロジェクト」 (<http://service-project.ec.kagawa-u.ac.jp/pages/top.php>)
平成24年2月から

③学会（7-4.参照）以外のシンポジウム等への招聘講演実施等
特になし

7-3. 論文発表（国内誌 0 件、国際誌 0 件）

特になし

7-4. 口頭発表（国際学会発表及び主要な国内学会発表）

- ①招待講演（国内会議 0 件、国際会議 0 件）
- ②口頭講演（国内会議 6 件、国際会議 0 件）
- ③ポスター発表（国内会議 0 件、国際会議 0 件）

（口頭発表）

- ・川島隆志（香川大学）・藤村和宏（香川大学）、「医療サービスにおける患者満足度測定の新たな視覚」、日本行動計量学会 第40回大会、新潟県立大学、平成24年9月14日。
- ・川島隆志（香川大学）・藤村和宏（香川大学）、「医療サービスにおける患者満足度測定の新たな視覚～便益遅延性を考慮したモデルを目指して～」、第45回消費者行動研究コンファレンス、慶応大学三田キャンパス、平成24年10月27日。
- ・藤村和宏（香川大学）、「医療サービスの『便益遅延性』を考慮した患者満足モデル」、日本商業学会関西部会 11月例会、大阪市立大学文化交流センター、平成24年11月17日。
- ・川島隆志（香川大学）、「患者満足度測定の新たな視覚～診療フレーズ別、患者重視別ポイント～」、日本商業学会関西部会 11月例会、大阪市立大学文化交流センター、平成24年11月17日。
- ・高室裕史（流通科学大学）、「医療サービスにおける患者認識の形成プロセス～患者ヒアリング調査をもとに」、日本商業学会関西部会 11月例会、大阪市立大学文化交流センター、平成24年11月17日。
- ・趙命来（香川大学）、「医療サービスにおける患者のサービス・デリバリー・プロセスへの参加度促進要因」、日本商業学会関西部会 11月例会、大阪市立大学文化交流センター、平成24年11月17日。

7-5. 新聞報道・投稿、受賞等

特になし