

戦略的創造研究推進事業（社会技術研究開発）
問題解決型サービス科学研究開発プログラム
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」

研究開発実施終了報告書

研究開発期間 平成23年10月～平成26年9月

藤村 和宏
香川大学経済学部 教授

目次

1. 研究開発プロジェクト.....	2
2. 研究開発実施の要約.....	2
2-1. 研究開発目標	2
2-2. 実施項目・内容	4
2-3. 主な結果・成果	5
2-4. 研究開発実施体制	8
3. 研究開発実施の具体的内容.....	8
3-1. 研究開発目標	8
3-2. 実施項目	10
3-3. 研究開発結果・成果	17
3-3-1. WEB 調査（平成 24 年 2 月実施）から得られた成果	17
(1) 「便益遅延性」のために評価に代用物が用いられる。	17
(2) 患者が参加することによってポジティブな評価がもたらされる。	25
(3) ネガティブな情動（感情）は満足度の形成を阻害する。	27
(4) 医療サービスの便益は 3 つ次元、すなわち「機能的便益」「感情的便益」および「価値観的便益」から構成されると仮定できる。	27
3-3-2. 質的調査（ヒアリング調査）（平成 24 年 3 月～10 月実施）から得られた成果	28
3-3-3. 患者を対象とした単発の量的調査（アンケート調査）（平成 24 年 12 月～平成 26 年 8 月）から得られた成果.....	37
3-3-4. 患者を対象とした継続調査から得られた成果	51
3-3-5. デジタル端末を用いた調査システムの開発の成果	55
3-4. 今後の成果の活用・展開に向けた状況	58
3-5. プロジェクトを終了して	58
4. 研究開発実施体制.....	59
4-1. 体制	59
4-2. 研究開発実施者	59
4-3. 研究開発の協力者・関与者	61
5. 成果の発信やアウトリーチ活動など.....	62
5-1. 社会に向けた情報発信状況、アウトリーチ活動など	62
5-2. 論文発表	62
5-3. 口頭発表	63
5-4. 新聞報道・投稿、受賞等	63
5-5. 特許出願	64

1. 研究開発プロジェクト

- (1) 研究開発プログラム：問題解決型サービス科学研究開発プログラム
- (2) プログラム総括：土居 範久
- (3) 研究代表者：藤村 和宏
- (4) 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」
- (5) 研究開発期間：平成 23 年 10 月～平成 26 年 9 月

2. 研究開発実施の要約

2-1. 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つを開発目標として調査・研究を行った。

①便益遅延型サービスにおける「便益測定尺度」の開発

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である。

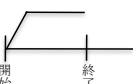
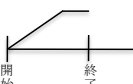
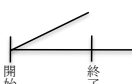
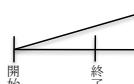
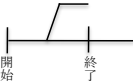
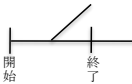


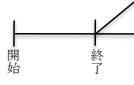

変化の終了時点 変化の発現時点	開始直後の時点	途中に時点	終了直前の時点	終了後からある時間経過後
開始直後の時点	 【様式 1-1】	 【様式 1-2】	 【様式 1-3】	 【様式 1-4】
途中に時点		 【様式 2-2】	 【様式 2-3】	 【様式 2-4】
終了直前の時点			 【様式 3-3】	 【様式 3-4】
終了後からある時間経過後				 【様式 4-4】

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」

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「便益測定尺度」を開発する必要がある。

②「便益遅延性」が患者参加・サービス品質・患者満足の間に関連性に及ぼすネガティブな影響、およびそれらの克服にかかわる心理的要因の解明

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。

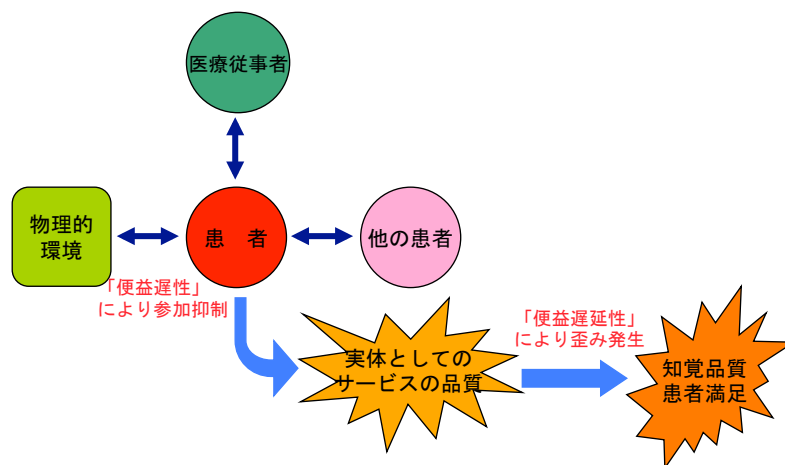


図 2：患者の参加によるサービスの生成・評価モデル

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ことが考えられる。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。

このようなことから、「便益遅延性」が「患者満足」、「実体としてのサービスの品質」、および「患者参加」の間の関連性に及ぼすネガティブな影響を明らかにするとともに、このネガティブな影響の解消には患者の参加が重要な役割を果たすことから、患者の参加を促すことにかかわる心理的要因を明らかにする。

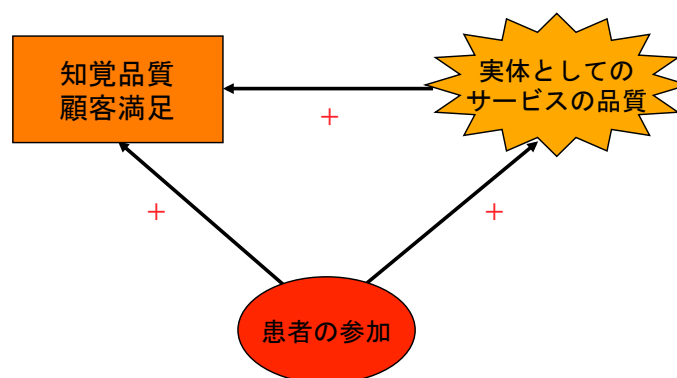


図3：患者参加・品質・患者満足のための好循環

2-2. 実施項目・内容

上記の二つの開発目標を達成するために、患者を対象とする調査、医療サービス組織を対象とする調査、および医療従事者を対象とする調査を実施するとともに、デジタル端末を用いた調査システムの開発を行った。その具体的内容は以下のとおりである。

<患者を対象とする調査>

医療サービスにおける「便益」概念および「便益遅延性」概念の明確化をおこなうとともに、患者満足モデルの構築や「便益測定尺度」の開発を行うために、以下のような質的調査と量的調査を実施した。

- ・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）を対象としたWeb調査（平成24年2月）の実施。
- ・患者を対象とした質的調査（ヒアリング調査）の実施（平成24年3月～10月）。
- ・患者を対象とした単発の量的調査（アンケート調査）の実施（平成24年2月～3月、平成26年2月～3月、平成26年8月）。なお、単発調査とは、調査協力病院の調査期間中に外来で訪れた患者に1回のみアンケート調査を行うものである。
- ・患者を対象とした継続的量的調査（アンケート調査）の実施（平成25年1月～平成26年9月）。調査協力病院の同じ患者に継続的に調査を行うものである。

<医療サービス組織を対象とする調査>

医療サービス組織は「便益遅延性」を認識しているのかを明らかにするため、あるいは本研究開発プロジェクトが開発する「便益測定尺度」の医療サービス組織での利用を促すことを目的として、医療サービス組織における患者満足調査の実施状況、実施している場合の調査方法および調査項目、調査結果の活用や問題点などを明らかにするために、以下のような質的調査

と量的調査を実施した。

- ・医療サービス組織を対象とする質的調査（ヒアリング調査）の実施（平成23年10月～平成26年8月）。
- ・医療サービス組織を対象とした量的調査（アンケート調査）の実施（平成25年12月）。

<医療従事者を対象とする調査>

医療従事者は「便益遅延性」を認識しているのかを明らかにするとともに、医療従事者の職務満足も彼らの行動や態度を通じて知覚品質や患者満足に影響を及ぼすことから、患者満足と職務満足を同時に向上させるような方策を明らかにするために、以下のような質的調査と量的調査を実施した。

- ・医療従事者を対象とする質的調査（ヒアリング調査）の実施（平成26年5月）。
- ・医療従事者を対象とした量的調査（アンケート調査）の実施（平成26年6月）。

<デジタル端末を用いた調査システムの開発>

本研究開発プロジェクトで開発する「便益遅延性尺度」を利用する医療サービス組織が効率的に患者調査を実施できるとともに、そのデータを迅速に処理できるようにするために、デジタル端末で調査項目を表示するとともに、意見や問題点を音声で入力できる調査システムを開発した。

2-3. 主な結果・成果

本研究開発プロジェクトでは、患者を対象として質的調査（ヒアリング調査）や量的調査（アンケート調査やWEB調査）を実施することにより、便益遅延型サービスの典型である医療サービスに対する患者の評価に対して多くの知見を得ることができた。主な成果は以下のとおりである。

- ①医療サービスの便益は「機能的便益」、「感情的便益」、および「価値観的便益」という3つから構成されると捉えることができる。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。
- ②「便益遅延性」は、顧客の望む便益を生み出すためにサービス・デリバリー・プロセスにおいて必要な活動（行為）が遂行される時点とその目標とする結果（便益）が出現する時点と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る、時間的ズレのタイプとして4つものが考えられる。
 - a)サービス・デリバリー・プロセスにおいて遂行された諸活動が状態変化につながるまでに時間を必要とする場合（ムダの存在）：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り、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。
 - b)サービス・デリバリー・プロセスにおいて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）：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。

- c) サービス・デリバリー・プロセスにおいて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）：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。
- d) サービス・デリバリー・プロセスにおいて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）：これは医療サービスと教育サービスの違いにかかわるものである。医療サービスでは、遅延する便益を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。
- ③ 「便益遅延性」を伴うサービスの場合、顧客が期待する状態変化（便益）を享受できるかどうかは確率的であり、さらに顧客のサービス・デリバリー・プロセスへの参加には肉体的および／あるいは精神的苦痛を伴うことから、顧客の参加は抑制される。サービスはサービス提供者と顧客との協働によって生成されるために、顧客の参加が抑制されることによって、顧客の望む便益の生成も抑制され、顧客がそれを享受できる確率はさらに小さくなる。
- ④ 医療サービスの便益は機能的便益、感情的便益、および価値観的便益という3つから構成されるが、「便益遅延性」はこれらすべての便益において同じように生じることではなく、調査結果では、遅延性の程度は機能的便益において最も大きく、次いで感情的便益、価値観的便益の順に大きくなっていった。また、価値観的便益は感情的便益や機能的便益に先行して享受・知覚され、さらに、感情的便益や機能的便益の享受・知覚を促す働きがあることが明らかになった。
- ⑤ 患者全体で分析すると、医療サービスの3つの便益を享受・知覚する患者の割合は治療段階が進むほど高くなるが、満足を感じる患者の割合も治療段階が進むほど高くなっており、便益を享受・知覚するほど患者満足度も高くなる傾向が見られた。
- ⑥ 患者全体で分析すると、「退院後の通院」段階に位置する患者においては、機能的便益を享受・知覚した人の割合だけでなく、満足した人の割合も大きく低下する傾向が見られた。この結果については、入院生活から日常生活に戻って、まだ日常生活を快適に過ごせるほどには回復していないことを知覚したことによると考えられる。さらに、入院中は医師や看護師が患者に注意を払ってくれるので、患者はある意味注目される存在であるが、自宅に帰るとそのような注意が十分に払われなくなることも影響していると考えられる。しかし、退院して時間が過ぎ、機能的便益の享受・知覚が進むにつれて、日常生活に伴う苦痛や不便が解消され、再び満足が形成されるようである。
- ⑦ 患者自身の治療への取り組み度と患者満足度の間には強い関連性が見られた。このことから患者の参加を促すことは重要な課題であるが、「便益遅延性」のために患者の参加は抑制される。しかしながら、医師との関係性、すなわち医師による患者との相互作用や対応の仕方の良さは患者の参加を促す傾向があることが明になった。また、医師との関係性は価値観的便益の享受・知覚も促すことから、医師による患者との相互作用や対応の仕方は患者満足度の重要な源泉であると言える。
- ⑧ 従来の顧客満足モデルは知覚品質あるいはサービスの構成要素を顧客満足の直接の決定要因としているが、「便益遅延性」を鍵概念とすることで、便益を媒介するモデルを構築した。しかしながら調査結果では、患者自身の状態変化（便益の享受・知覚）に対する評価と医療サ

ービス組織に対する評価が独立して患者満足に影響を及ぼしていたことから、成果品質と過程品質が直接的に顧客満足に影響を及ぼすという従来型のモデルが支持された。この結果については、サービス・デリバリー・プロセスにおいて便益を生み出すための活動が行われる時点とその活動の成果としての便益が発現し知覚される時点との間には時間的にズレが存在するために、デリバリー・プロセスに対する評価は便益とは独立して行われていると解釈することができる。あるいは「便益遅延性」のために、デリバリー・プロセスにおいて便益を生み出すために行われた特定の活動と実際に享受・知覚した便益との間の因果関係、すなわち過程品質が成果品質を生みだしているという関係を描き難いために、独立して評価が行われていると解釈することができる。

- ⑨上記の⑧の結果から、医療サービス組織の評価において従来から用いられている調査体系（患者満足尺度）と本研究開発プロジェクトで開発している調査体系（「便益測定尺度」）の位置づけの違いが明らかになった。すなわち、従来の患者満足調査は医療サービス組織における物理的環境や医療従事者・事務職員の接遇の改善を目的としていることから、医療サービスのデリバリー・プロセスにかかわる要因に対する評価を主に聴取しているのに対して、本研究開発プロジェクトの「便益測定尺度」は患者自身の状態変化をもたらしている便益を主に測定しているという違いがあることが明確になった。したがって、開発中の便益遅延型サービスにおける「便益測定尺度」を利用することによって、患者満足を過程品質と成果品質の両面から測定でき、患者満足の水準をより適切に把握することができると考えられる。
- ⑩従来の顧客満足理論では、顧客満足は期待と成果のギャップの程度によって決定されると仮定されているが、この仮定に基づくならば、「便益遅延性」のために期待>成果というギャップが生じやすく、不満が形成されやすいと考えられる。しかしながら調査結果では、いずれの病院における調査においても、患者満足度は高くなっている。このことから、医療サービスのデリバリー・プロセスにおける価値観的便益の享受・知覚によって、期待の水準や質的内容が変容していることが推測された。
- ⑪時間経過（診療段階が進むこと）によって3つの便益を享受・知覚できるようになるにつれて、満足度も徐々に向上することを仮定していたが、継続調査の結果を用いて患者を個人ごとに分析すると、治療開始前から満足度が高かったり、時間結果とともに不安定に満足度が変化したりすることが明らかになった。患者満足度のこの不安定な変動は些細な出来事や情報によって生じているが、これは「便益遅延性」の影響と考えられる。「便益遅延性」のためにデリバリー・プロセスにおいて、それを知覚・評価することができないことから、ちょっとした出来事によって不安や不信感が喚起され、その結果として満足度が低下していると推測される。あるいは「便益遅延性」のために、患者はデリバリー・プロセスにおいて便益を生み出すために行われた特定の活動と実際に生成された特定の便益との間の因果関係を適正に推測することが困難であり、ネガティブな出来事や情報が発生した場合に、それが望む便益の生成にネガティブな影響を及ぼすのではないかといった不適切な因果推論が行われていることが考えられる。
- ⑫継続調査の結果を用いて、個々の患者の評価を時系列で分析すると、初期段階（便益を享受・知覚できる段階以前の段階）でも評価が高いことから、患者は減点法で評価していることが推測される。すなわち、評価の最高点（5段階評価では「5」）を基準として、望ましくない出来事や物理的環境に接した場合やネガティブな情動を喚起した場合に減点し、それが改善されれば再び評価を戻すということが行われていることが推測される。このような評価が行われる背景としては、医療サービスのデリバリーには高度に専門的な知識・技能が必要とされるために、医療サービスは消費するというよりは、提供してもらっているという意識が患者にあることが考えられる。さらに、そのような意識は医療サービスを受ける対価としての

費用を患者は一部しか負担していないことによって強化されていると推測される。

- ⑬「便益遅延性」のために、便益を享受・知覚できるようになるまでは、患者は代替物を用いて評価を行うことが明らかになった。特に、医師や看護師の患者に対する態度・対応の仕方、医師や看護師との関係性、スタッフの対応、環境・設備などは患者の評価に於いて重要な役割を果たしている。
- ⑭不安、緊張、甘受などのネガティブな情動（感情）の喚起は満足形成を阻害することも明らかになった。

2-4. 研究開発実施体制

グループ1

（藤村和宏 香川大学経済学部 教授）

「便益遅延性」を考慮した「患者満足形成モデル」の構築と「便益測定尺度」の開発

グループ2

（清水裕子 香川大学医学部 教授）

「便益遅延性」が及ぼすネガティブな影響と患者の参加を促す心理的要因の解明

3. 研究開発実施の具体的内容

3-1. 研究開発目標

本研究開発プロジェクトは問題解決型サービス科学研究開発プログラムの下で行われたが、当プログラムの目的は以下の4つとされている。

- ①社会における様々なサービスを対象に、その質・効率の向上と新しい価値の創出・拡大のために、問題解決に有効な技術・方法論等を開発する。抽出した知見を積み上げていくことで、「サービス科学」の概念・理論・技術・方法論を創出して、将来的に様々な分野のサービスで応用可能な研究基盤を構築する。
- ②「サービス科学」の横断的要素（本プログラムでは、「研究エレメント」）を科学的に検証し、一般化・体系化することで、「サービス科学」の研究基盤を構築する。
- ③新しい技術・方法論等の研究成果を様々なサービスに活用し、個々の問題を解決することで、社会に貢献する。
- ④「サービス科学」の研究者・実践者の連携・協働を促し、コミュニティ形成に貢献する。

一方で、本研究開発プロジェクトの開発目標は、前述のように「便益遅延型サービスにおける『便益測定尺度』の開発」と「『便益遅延性』が患者参加・サービス品質・患者満足の間に関連性に及ぼすネガティブな影響、およびそれらを克服にかかわる心理的要因の解明」を目標としている。この目標を達成するために、それぞれの目標について下位目標を設定した。

「便益遅延型サービスにおける『便益測定尺度』の開発」については、以下の3つの下位目標を設定した。

1-1 「便益遅延性」概念と医療サービスの便益の明確化

1-2 「便益遅延性」と時間を考慮した「患者満足モデル」および「知覚品質モデル」の構築

1-3 患者の参加の仕方が患者満足および知覚品質に及ぼす影響の解明

また、「『便益遅延性』が患者参加・サービス品質・患者満足の間に関連性に及ぼすネガティブな影響、およびそれらを克服にかかわる心理的要因の解明」については、以下の2つの下位目標を設定した。

2-1 「便益遅延性」がもたらす、患者参加・サービス品質・患者満足の間に関連性の歪みの解明

2-2 「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・患者満足の間に関連性を導くことにかかわる要因、および患者の積極的且つ適切な参加にかかわる要因の解明

下位目標の 1-1 と 1-2 はプログラムの目的①にかかわるものである。特に、「便益遅延性」概念の明確化とそれを考慮した「患者満足モデル」の構築は、以下の 4 つの理由により、将来的に様々な分野のサービスで応用可能な研究基盤を提供することができると考えられる。

- ① 「便益遅延性」という概念によって、サービスの新たな分類軸を提示できるとともに、便益の遅延性や即時性によって生じる問題の解決が新たな研究テーマになる。
- ② 従来の顧客満足理論では選択意思決定過程で形成された期待が消費後の満足／不満足形成にも用いられると考えられており、サービスの評価基準である期待は変化しない（一定である）という前提が置かれている。しかし、価値観的便益によって期待は質的に変化する可能性があり、時間経過による期待の質的变化とそれともなう満足構造の動的変化についての研究が新たなテーマになることが期待される。
- ③ 消費過程において顧客が喚起した情動や感情状態が知覚品質や満足の形成に及ぼす影響に関する研究にも発展することが期待される。
- ④ サービスの「便益遅延性」は、医療サービスだけでなく、「教育サービス」「健康関連サービス」「法務サービス」など幅広いサービス分野において起こり得る現象であり、これらのサービスの研究や実践の発展に貢献することが期待できる。特に教育サービスは国や経済、企業の発展に重要な役割を果たすために、「便益遅延性」が引き起こす問題の研究や遅延性の程度を小さくする方策の研究は重要であると考えられる。

また、下位目標の 1-3、2-1、および 2-2 はプログラムの目的の③にかかっており、医療サービス分野の抱える問題の解決に貢献できると考えられる。具体的には、以下のような貢献ができるであろう。

- ① 医療サービスの効果的なデリバリー・システムやデリバリー・プロセスを提案できるようになり、その結果として患者満足の向上を実現できる。
- ② 医療サービスは不満でもスイッチングすることが困難なサービスであることから、選択したサービスを満足できるものにする必要がある。つまり、平均的な満足水準を向上させるとともに、不満な患者を減らす（全体の底上げする）ことが必要なサービスであるので、適切な患者満足尺度（「便益測定尺度」）によって患者の不満を把握することにより、社会の医療サービスに対する不満や不安を解消することができる。
- ③ 医療従事者は自分たちの活動が適切に評価されていると感じるようになり、職務満足（やり甲斐）の向上も実現できる。その結果として、さらなる品質の向上と患者満足の向上が期待できるだけでなく、生産性の向上と離職率の低下により、長期的には医療経営や医療行政の改善が期待できる。
- ④ 「便益遅延性」のために、患者が便益を最大限に享受するには、医療サービス組織でのサービス提供が終わった後における家庭や地域での患者支援が必要とされることを明らかにすることにより、新たな医療サービス・モデル（地域全体での患者支援モデル）を構築することができる。

さらに、従来のサービス研究は、医療サービス、教育サービス、保険サービスなどのように産業としてのサービス・カテゴリーごとに行われており、横の連携は存在しなかった。しかし、「便益遅延性」概念の明確化により、全く異なると考えられていたサービスが同じカテゴリーに属する（重要な特性を共有している）ことを認識できるようになり、産業カテゴリーを超えた研究者の交流が可能になる。横の交流が可能になれば、異なる視点や専門的知識を持つ研究者が集まる

ことによって「便益遅延性」がもたらす問題について議論することが可能になるだけでなく、それぞれのサービス分野においても従来とは異なった視点で考察できるようになる。このことによって、多くのサービス分野においてイノベーションが起こることを期待できるであろう。

さらに、本研究開発プロジェクトで作成した「便益遅延性」尺度が医療サービス分野以外でも活用されることにより、顧客の常態（状態）変化の観点からサービスやそのデリバリー・プロセスを改善することができ、顧客満足と生産性を同時に達成することも可能になると考えられる。

3-2. 実施項目

上記の二つの開発目標を達成するために、患者を対象とする質的および量的調査を中心に実施するとともに、それを補完するかたちで医療サービス組織および医療従事者を対象とする調査も実施した。各調査の実施時期、調査実施場所（対象）、および有効回収数は表1のとおりである。

表1：調査実施状況（平成26年8月31日現在）

調査のタイプ		調査実施時期	調査実施場所（対象）	有効回収数
質的調査	患者対象	平成24年 3月	香川大学医学部付属病院	2s
		平成24年 3月	清水病院	2s
		平成24年 4月～ 7月	坂出市立病院	38s
		平成24年 7月～10月	大阪厚生年金病院	10s
		平成24年 8月	聖マルチン病院	2s
	医療サービス組織対象	平成23年10月～平成26年 8月	川越胃腸病院／長崎リハビリテーション病院／亀田総合病院	4s
医療従事者対象	平成26年 5月	大阪回生病院	3s	
量的調査	患者対象（単発調査）	平成24年 2月10日～ 2月16日（7日間）	JMRサイエンスWEBモニター	350s
		平成24年12月12日～12月14日（3日間）	坂出市立病院	199s
		平成24年12月18日～12月25日（5日間）	大阪厚生年金病院	1,453s
		平成25年 4月 9日～ 4月23日（15日間）	香川大学医学部付属病院（皮膚科患者）	188s
		平成26年 2月17日～ 2月21日（5日間）	大阪厚生年金病院	1,102s
		平成26年 3月 3日～ 3月 7日（5日間）	大阪回生病院	818s
		平成26年 3月12日～ 3月14日（3日間）	坂出市立病院	308s
	平成26年 8月11日～ 8月16日（6日間）	亀田総合病院	1,496s	
	患者対象（継続調査）	平成25年 1月～平成26年9月	坂出市立病院（入院患者）	43s
			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）	1s 42s
医療従事者対象	平成26年 6月16日～6月25日（10日間）	大阪回生病院	472s	

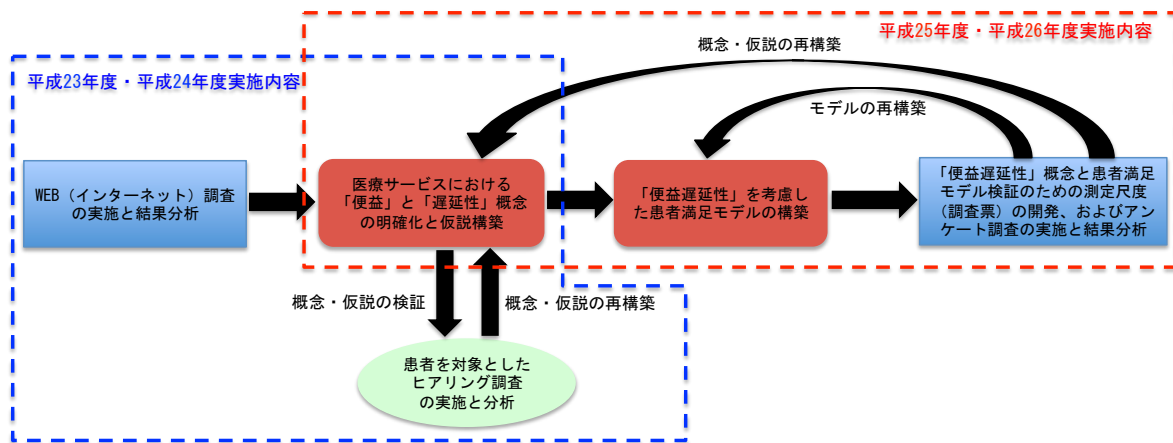


図4：各種調査の実施・分析による仮説・モデルの構築と検証

患者を対象とする質的調査（ヒアリング調査）および量的調査（WEB調査とアンケート調査）を実施したのは、医療サービスにおける「便益」概念および「遅延性」概念の明確化を行うとともに、便益遅延型サービスにおける患者満足モデルの構築、「便益測定尺度」の開発、患者参加・サービス品質・患者満足の間に関連性に及ぼすネガティブな影響の解明、およびそれらを克服することにかかわる患者参加を促す心理的要因の解明などを行うためである。各調査の位置づけは図4のとおりであり、各調査内容は以下のとおりである。

（1）元患者あるいはその家族を対象としたWEB（インターネット）調査の実施（平成24年2月）

医療サービスにおける「便益」と「遅延性」概念の明確化と仮説構築を行うために、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WEB（インターネット）調査を平成24年2月に実施した。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。WEBモニターという特性上、一般の年齢構成よりも高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。

このWEB調査では、医療サービスのデリバリー・プロセスを7段階（「治療（入院）のため、初めて病院を訪れたとき」「治療準備段階」「本格的治療段階」「回復期・リハビリ段階」「退院時」「退院後の通院時」および「完治したとき」）に区分し、以下のようなことを明らかにするための質問項目を設定した。具体的な調査項目と調査フレームは図5のとおりである。

- ①各段階において、病院に対する評価は行われているか。
- ②評価が行われている場合、どのような品質要素が重視されることで評価が行われているのか。
- ③各段階において、どのような情動が喚起あるいは解消されているのか。

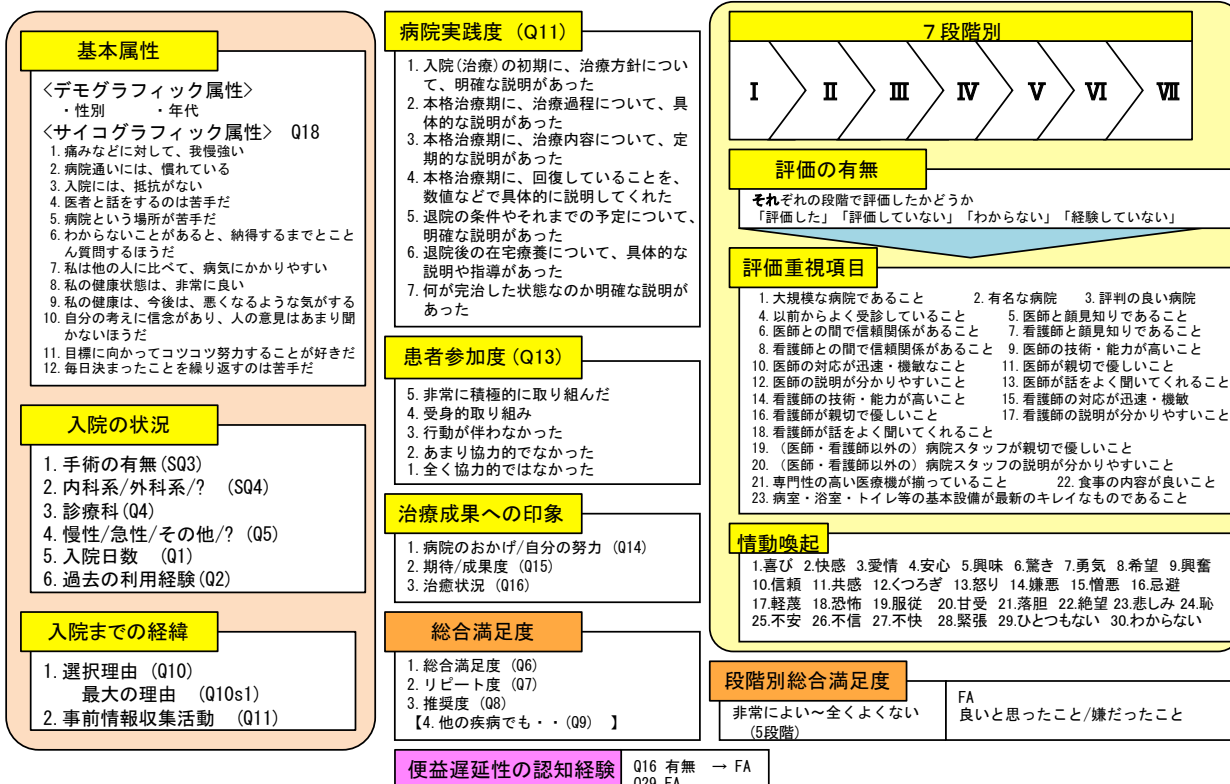


図5：WEB調査項目と調査フレーム

この結果から、時間経過（診療段階が進むこと）によって患者が評価する品質要素や満足度は変化することが示唆されたが、WEB調査では、長期的に医療サービスを受けた経験のある本人あるいはその家族を調査対象とし、過去を振り返って回答してもらっていることから、回答に歪みが生じている可能性もあった。したがって、本研究開発プロジェクトでは、このWEB調査は医療サービスにおける「便益」や「遅延性」を考察するための探索調査として位置づけ、次年度以降に特定の病院の患者を対象として本格的調査を行った。

(2) 患者を対象とした質的（ヒアリング）調査の実施（平成24年3月～平成24年10月）

前述のWEB調査の結果を補完し、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（診療段階が進むこと）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つの調査課題を設定した。

①医療サービスのデリバリー・プロセスの把握の枠組みとして、どのような段階での区分が妥当であるのか。

この調査課題は、医療サービスのデリバリー・プロセスの把握の枠組みとして、どのような段階での区分が妥当か、ということの確認である。前述のWEB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、(1)初診の段階（最初に病院に来た段階）、(2)治療準備段階（治療方針決定のための検査段階）、(3)本格的な治療段階（薬の投与や手術などによる治療の段階）、(4)本格的なリハビリテーション段階（リハビリテーションを中心に行っている段階）、(5)回復期段階（本格治療・本格リハビリもほぼ終了し、日常生活への復帰を図る段階）、(6)定期的に病院を訪問し検査をしている段階、(7)完治に近い段階（ほぼ100%日常生活

活に戻っている段階) という 7 つの段階に区分した。本調査では、質的データにより、患者認識やその変化をよりの確に捉えうる段階区分についての確認を行った。

②医療サービスのデリバリー・プロセスの中で、患者の知覚や認識はどのように変化するのか。

この調査課題は、医療サービスのデリバリー・プロセスの中で患者の知覚や認識はどのように変化するのか、ということの確認である。特に、ここで確認しておきたい課題は、知覚・認識の変化が生じるパターンのありようである。既存の議論では、サービス・デリバリー・プロセスにおける知覚や認識の形成と変容を捉えるに際して、次の 2 つの視点が見受けられる。1 つが、知覚や認識の形成プロセスを安定的なシステムとみなす視点、もう 1 つが、知覚や認識の形成プロセスは必ずしも安定したものではなく、途中で転換することもありうるシステムであるとみなす視点である (図 6 参照)。本調査では、質的データをもとに、こうした知覚や認識の変化のありようを確認した。

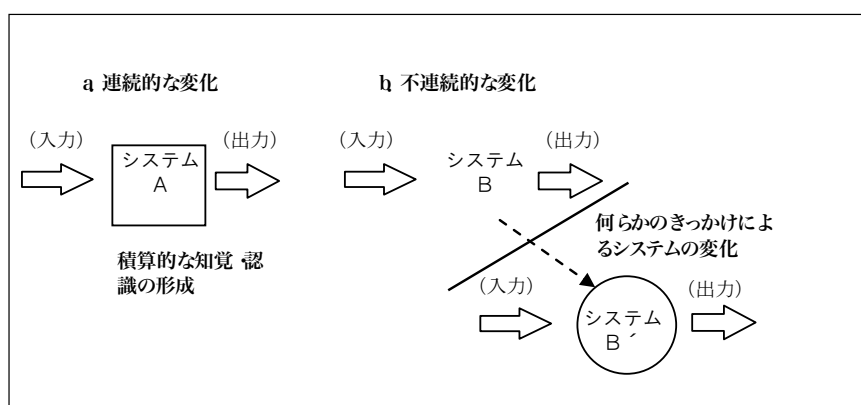


図 6 : 連続的な変化と不連続的な変化のイメージ

③医療サービスのデリバリー・プロセスにおいて、患者の知覚に影響を与える要素は何か。

この調査課題は、医療サービスのデリバリー・プロセスにおいて、患者の知覚の形成やその変化に影響を与える要素は何か、ということの確認である。この点について、サービス・エンカウンター構成要素という視点からみれば、「医師」、「看護師」、「スタッフ」、「設備・環境」、「他の患者」を想定することができた。

もう 1 つの影響要因として考えられるのが「サービス品質要素」である。本研究開発プロジェクトでは、患者における便益の享受・知覚に影響を与えるサービス品質要素を「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 つに整理したうえで、この 6 つの品質要素の影響度がサービス・デリバリー・プロセスの段階に応じて変わることを見込まれた。ここに想定されるようなサービス品質要素の影響がいかによりみられるのか、また、その影響度がサービス提供プロセスの段階でどのように変化するかという点について、確認を行った。

④医療サービスのデリバリー・プロセスにおいて、認識される便益とは。また、いかに遅延するのか。

この調査課題は、医療サービスのデリバリー・プロセスにおいて、認識される便益とそれが発現するタイミングの確認である。まず、医療サービスが生み出す便益について、前述の WEB 調査の結果と文献レビューに基づいて、「機能的便益」、「感情的便益」、「価値観的便益」の 3 つを想定した。実際の医療サービスのプロセスの中で、これらの便益がどのように認識されるに至っているのかを確認することを課題とした。

もう1つの確認点は、こうした便益の発現が「遅延」するのかどうかである。「便益遅延型サービス」については「便益が遅れて発現するタイプのサービス」として位置付けているが、デリバリー・プロセスにおいて、何らかの便益が同時的に発現する場面もあることが想定される。こうした中で、実際に便益は「遅延」して発現するのか、また、「遅延」しているとするばどのような意味で遅延していると捉えられるのか、こうした確認を行った。

⑤医療サービスのデリバリー・プロセスにおける患者参加とは。また、参加意欲への影響要因とは。

この調査課題は、医療サービスのデリバリー・プロセスにおける患者参加のありようと参加意欲への影響要因の確認である。本研究開発プロジェクトでは、「便益遅延性」のために、目的とする便益（価値）が知覚できないことが患者の参加意欲を低下させるという仮説を想定しているが、この実態を確認することを課題とした。

具体的な確認点は次の2点である。1つは、目的とする便益（価値）が知覚できないことによって、参加意欲が低下しているのかどうかである。もう1つは、便益が遅延するにもかかわらず、仮に、参加意欲が確保される、あるいは向上することがあるとすればそれはどういふ場合かということである。

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（香川大学医学部付属病院、坂出市立病院、大阪厚生年金病院（現・JCHO 大阪病院、以下同じ）、聖マルチン病院、および清水病院）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構造がどのように異なるのか、さらに時間経過（診療段階が進むこと）によって患者満足の構造がどのように変化するか、などについて検討した。

また、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。質的（ヒアリング）調査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、質的調査（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。

表2：質的（ヒアリング）調査の実施状況

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	3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

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

（3）患者を対象とした単発の量的（アンケート）調査の実施（平成 24 年 12 月～平成 26 年 8 月）

前述の WEB 調査の結果および質的調査（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」概念および医療サービスの便益の明確化や、「便益遅延性」を考慮した患者満足モデルと便益生成モデルの構築を行ったが、それらの概念やモデルに基づいて、「便益遅延性」の存在を明らかにするとともに、それが患者の満足形成に及ぼす影響を明らかにできるような「便益測定尺度」（調査票）を作成した。なお、調査票は単発調査用と継続調査用の 2 種類を作成したが、前者の調査票は 1 回のみ回答を依頼する単発調査において用いるとともに、継続調査を依頼した患者の 1 回目の調査に用いるものである。

この単発調査用の調査票を用いて、概念化した「便益遅延性」や医療サービスの便益、患者満足モデルを検証および再構築するための調査を実施した。この単発調査は、調査協力が得られた医療サービス組織において 3 日～15 日間の調査期間を設定し、その期間に外来で診療を受けた患者を対象に調査協力依頼を行い、同意が得られた患者に 1 回のみ調査を実施するものである。

この単発調査は平成 24 年度～平成 26 年度の各年度において実施したが、それは前年度に実施した調査結果を分析することにより、概念化した「便益遅延性」や医療サービスの便益、患者満足モデルなどの検証を行い、必要であれば概念やモデル、「便益測定尺度」の改善を行うこ

とで、再度それらの適切性について検証を行うためである。このような概念・モデルの構築→検証→改善→検証…といったループを回すために（図4参照）、単発調査は表1にまとめているように、平成24年度は坂出市立病院（平成24年12月12日～14日）と大阪厚生年金病院（平成24年12月18日～25日）において、平成25年度は香川大学医学部附属病院（皮膚科：平成25年4月9日～23日）、大阪厚生年金病院（平成26年2月17日～21日）、大阪回生病院（平成26年3月3日～7日）、および坂出市立病院（平成26年3月12日～14日）において、平成26年度は亀田総合病院（平成26年8月11日～16日）において実施した。なお、調査票への回答は基本的に自記入で行ったが、高齢や体調不良などのために調査票を自分で読むことが困難な患者に対しては調査員が質問項目を読み上げ、回答を伺う形式を採用した。調査員には主に学生アルバイトを利用したが、どの病院の患者も大学生に対して寛容であり、また、学生に接することにより、元気をもらえるといった感覚も働くようで、患者側から積極的に「協力しましょうか」と声をかけてくることも多かった。

（4）患者を対象とした継続的な量的（アンケート）調査の実施（平成25年1月～平成26年9月）

「便益遅延性」概念は時間を含んでいるために、この概念の考察と患者満足モデルの構築においては、デリバリー・プロセス（診療段階）の進行（時間経過）とともに個々の患者の便益の享受・知覚や満足がどのような変化するかを明らかにする必要がある。このことから同じ患者に継続的に調査に協力してもらうかたちの継続調査を、香川大学医学部附属病院の泌尿器科および坂出市立病院の外科（入院・手術経験あり）の患者を対象として実施した。

この調査は同じ患者に継続的に調査を依頼するものであり、担当医師から紹介された患者に調査協力を依頼し、協力の同意が得られた患者に調査を実施している。なお、調査は、調査協力の同意が得られた患者の氏名を診療科の担当看護師等に連絡し、その担当看護師等から患者の次回受診日時に関する情報を提供してもらい、その日時に調査員が診療科を訪問し、調査票を渡すというかたちで実施した。なお、香川大学医学部附属病院の泌尿器科の患者は前立腺ガンの患者が中心であり、退院後は2回ぐらいの通院でほぼ治療は終わるということから、入院前の治療開始前、退院時、および退院後の2回の通院時に調査を実施し、計4回の調査に協力をいただいた。なお、体調などにより継続して回答できない場合がある患者や、途中で中断を求める患者がいたことから、分析に十分なほどの有効回収数の確保は困難であった。

（5）医療サービス組織を対象とする調査（平成23年10月～平成26年8月）と医療従事者を対象とする調査の実施（平成26年5月）

「便益遅延性」概念やサービスの便益の明確化、「便益遅延性」を考慮した患者満足モデルの構築においては、医療サービスの現場の視点や意見を反映させる必要があることから、医療サービス組織および医療従事者を対象に質的調査（ヒアリング調査）を実施した。具体的には、医療サービスの現場の方々には「便益遅延性」を認識しているのか、また患者満足を向上させることにおいて何を重要であると考えているのか、などについてヒアリング調査を行うとともに、各医療サービス組織における患者満足向上のための取り組みについてヒアリング調査を行った。

また、日本病院協会に所属する200床以上の病院（1,195リスト）を対象として、平成25年12月1日～12月27日の期間に量的調査（アンケート調査）を実施した。この調査を実施したのは、便益遅延型サービスにおける「便益測定尺度」（調査票）を本研究開発プロジェクトにおいて作成したとしても、医療サービス組織において利用されなかったり、あるいは利用して調査が実施されたとしても、その結果を適切に分析することでサービスの改善が行われなければ意味がないためである。国内の医療サービス組織での患者満足にかかわる調査の実施状況、分析・活用の実態、および調査に関して抱えている問題等を把握することで、本研究開発プロジ

ェクトで構築する「便益測定尺度」(調査票)や患者満足モデルの活用を図るための方策を検討するために実施した。調査方法は調査票の郵送配布・郵送回収法を採用し、有効回収票は218票であった。

さらに、医療従事者を対象とする量的(アンケート)調査も大阪回生病院において実施し、472票の有効回収数を得ることができた。医療従事者を対象とする量的(アンケート)調査を実施したのは、医療従事者の職務満足も彼らの行動や態度を通じて知覚品質や患者満足に影響を及ぼすことから、患者満足と職務満足を同時に向上させるような方策の構築が必要とされるからである。さらに、医療従事者は「便益遅延性」やそれがもたらす諸問題を認識し、解決策等を講じているのかを把握するためである。

(6) デジタル端末を用いた調査システムの開発

デジタル端末を用いた調査システムの開発を行ったが、それは以下の3つの理由による。第1の理由は、データの取得と処理の効率化を図る必要性である。現在、紙ベースで調査を実施しているが、「便益遅延性」の観点から継続的、持続的なデータの取得が必要であり、そのデータ処理まで踏まえると、その都度、調査や集計に人員を増員することは得策ではない。患者調査に伴う医療サービス組織側の負担と患者側の負担の両方を低減できるような仕組みを構築しておくことで、開発した便益遅延型サービスにおける「便益測定尺度」を将来的に多くの医療サービス組織で活用できると考えられるからである。

第2の理由は、不満足を経験している患者の声を調査で把握できたとしても、即座に病院にフィードバックすることができていないことにある。たとえば、患者が「不満足である」と回答し、その理由が入力された場合には即座に担当者が、その回答内容を把握できるようにしておくことで、医療サービス組織は迅速に問題解決に取り組める。それによって、患者も早い段階で不満原因が解決あるいは低減されるという恩恵を受けることができる。また、継続的調査の分析結果から、些細な出来事や情報によってでも患者の満足度は大きく変動することが明らかになっているが、これは医療サービスの「便益遅延性」のために主な成果である機能的便益をタイムリーに知覚・評価できないことが原因となっていると考えられる。そうであるならば、些細な出来事や情報によって満足度の低下あるいは不満足が生じた場合に即時に解決し、医療サービス組織の潜在的な品質形成能力に対する評価が歪んだものにならないようにする必要がある。

第3の理由は、調査対象が高齢者や身体の調子の悪い方々であるため、紙ベースの調査票を読んだり、自筆で回答したりすることが困難であるということである。調査にデジタル端末を用いることでデータの収集・入力迅速化を図るとともに、質問項目を音声で読み上げることや、記述すべき回答を音声で入力できるようにすることで調査協力者の負担を軽減できる。それにより、調査協力者を増やすことができると考えられる。

このような理由からデジタル端末を用いた調査システムの開発を行った。

3-3. 研究開発結果・成果

3-3-1. WEB調査(平成24年2月実施)から得られた成果

(1) 「便益遅延性」のために評価に代用物が用いられる。

「便益遅延性」が患者の評価に及ぼす影響に関して、便益を知覚できるようになるまで評価は延期されるという仮説と便益が知覚できるようになるまで代替物を用いて評価が行われるという仮説を立てることができる。WEB調査の結果では、後者の仮説が支持された。

Lehtinen and Laitamaki(1989)は、デリバリー・プロセスの開始前の顧客のサービス選択意思決定過程と、デリバリー・プロセスの展開中におけるサービスの消費過程では、評価において重要な役割を果たす品質要素が異なり、組織イメージも品質要素として機能するというモデ

ルを構築している。すなわちサービスの成果を評価できるようになるまでは、顧客は組織イメージや物理的品質を用いて評価を行うことを仮定している。このモデルは時間経過を含んでいることから、便益遅延型サービスにも適用可能であると考えられる。「便益遅延性」を考慮して、このモデルにデリバリー・プロセス終了後における評価過程を加えるとともに、医療サービスに独特な品質要素を付加したものが図7である。

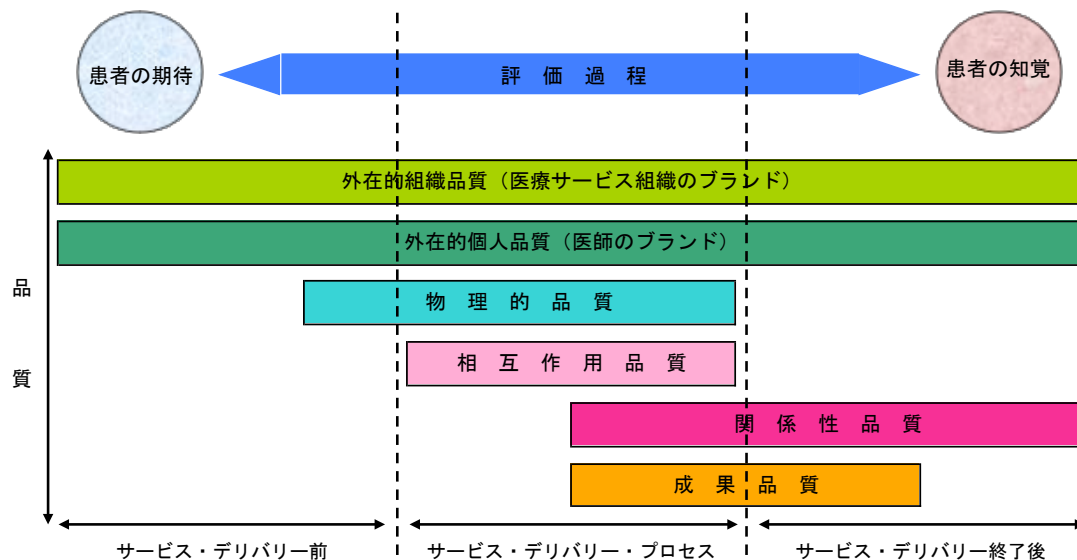


図7：患者の評価過程において知覚される医療サービスの品質要素

図7は時間経過、すなわち医療サービスのデリバリー・プロセスが進むにつれて、患者の医療サービスに対する知覚品質や満足の形成に影響を及ぼす品質要素が変化することを表している。つまり、機能的便益である治療成果は医療サービスのデリバリー開始と同時に出現することがないため、デリバリー開始の時点では外在的組織品質（医療サービス組織のブランド）や外在的個人品質（医師のブランド）、設備や機器などの物理的品質を重視して評価が行われる。デリバリー・プロセスが開始されると、医師や看護師などの医療従事者との間で人的相互作用が展開されはじめ、彼らとの相互作用が評価されるようになる。さらにデリバリー・プロセスが進行すると、人的相互作用が頻繁に行われることで患者と医療従事者との間に関係性が形成されたり、機能的便益が知覚・評価できるようになったりする。このプロセスによって、患者と医療従事者の関係性も知覚品質や患者満足の形成にかかわる重要な品質要素となることを表している。

また図8は、図7のようにデリバリー・プロセスの進展とともに患者が知覚品質の形成に用いる品質要素が変化すると仮定した上で、時間経過とともに各品質要素の患者満足に対する影響度がどのように変化するかに関する仮説を図示したものである。デリバリー・プロセスの初期段階における患者満足においては、物理的品質や外在的組織品質、外在的個人品質が重要な役割を果たす。デリバリー・プロセスが進展するとともに相互作用品質や関係性品質が重要な役割を果たし、さらに、機能的便益の知覚・評価が可能になるにつれて成果品質が特に重要な役割を果たすようになることを表している。

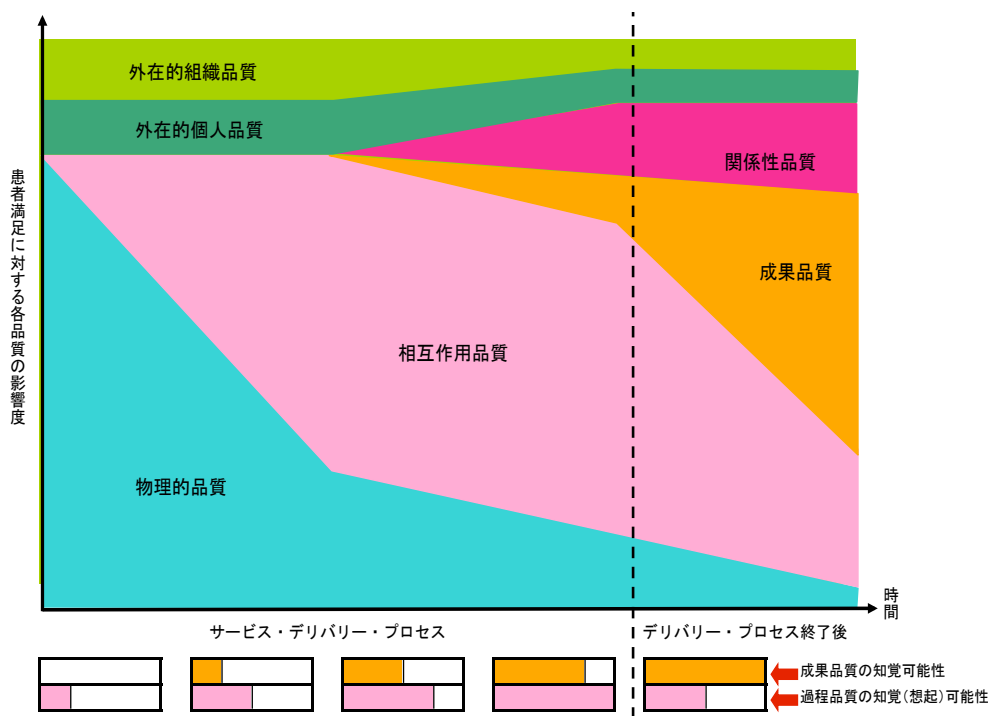


図 8：時間経過による知覚品質要素の患者満足に対する影響度の変化

WEB 調査の結果を用いて図 7 および図 8 のモデルの可能性について検討した結果、両モデルが示すように、患者が医療サービスを評価する際に用いる品質要素とその重要性はデリバリー・プロセスの進行とともに変化することが支持された。

WEB 調査では医療サービスのデリバリー・プロセスを以下の 7 段階に区分し、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 9 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

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。この結果から、患者は機能的便益が知覚・評価できるようになる以前から、周辺的手掛かり (特にデリバリー・プロセスに関わる医療従事者や設備・機器など) を代替尺度として医療サービスの評価を行っていることが推測された。

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かということを、改めて認識させられる結果である。

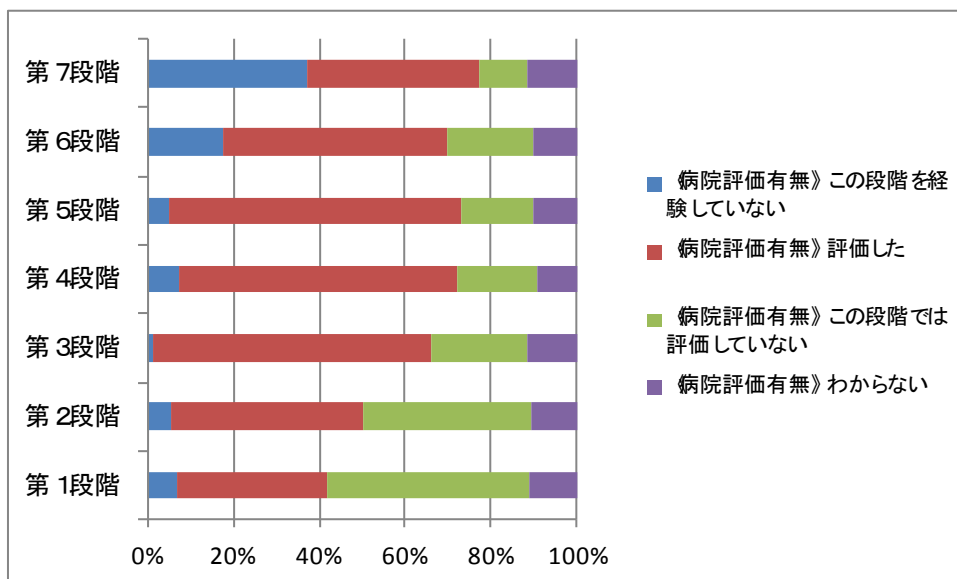


図 9 : 診療段階別の評価の有無

次に、各診療段階で病院に対して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 10 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。

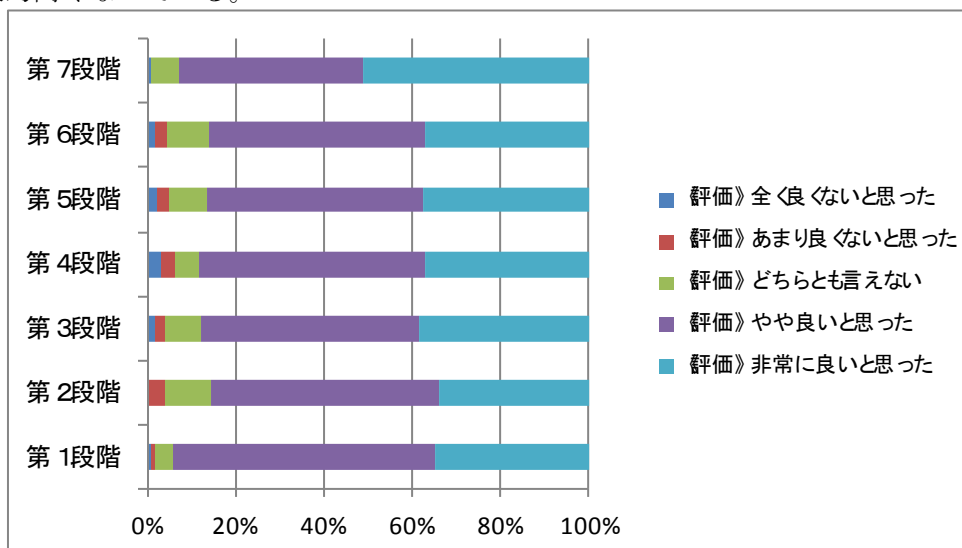


図 10 : 診療段階別の評価水準

次に、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、その結果は表 3 および図 11 のとおりである。表 3 は、第 1 段階～第 7 段階の各段階において医療サービスにかかわる諸要因をどの程度重視したのかを表しており、数値は当該要因を重視した人の割合である。なお、「医師」、「看護師」、「スタッフ」、「関係性」、「安心・信頼・実感」、「環境・設備」というグループ化は、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行っている。また、図 11 は表 3 の結果を俯瞰するために、グラフ化したものである。

表3：診察段階別の重視する評価要因の違い

	医師					看護師				スタッフ			関係性	
	医師の対応が迅速・機敏なこと	医師が親切で優しいこと	医師の技術・能力が高いこと	医師の説明が分かりやすいこと	医師が話をよく聞けること	看護師の説明が分かりやすいこと	看護師が親切で優しいこと	看護師の対応が迅速・機敏なこと	看護師の技術・能力が高いこと	(医師・看護師以外の)病院スタッフの説明が分かりやすいこと	(医師・看護師以外の)病院スタッフの対応が優しいこと	(医師・看護師以外の)病院スタッフの対応が迅速なこと	医師との関係が良好なこと	看護師との関係が良好なこと
第1段階	40.7%	46.3%	46.3%	63.4%	37.4%	23.6%	34.1%	24.4%	13.8%	16.3%	19.5%	19.5%	17.9%	13.8%
第2段階	43.9%	33.1%	46.5%	66.9%	34.4%	22.3%	35.7%	29.9%	19.1%	12.1%	12.1%	15.3%	15.3%	12.7%
第3段階	47.8%	39.8%	64.2%	58.4%	32.7%	28.8%	47.8%	43.4%	30.5%	9.7%	11.9%	12.4%	19.5%	16.8%
第4段階	35.0%	36.3%	34.1%	55.3%	31.9%	37.6%	53.5%	39.4%	23.9%	13.7%	19.0%	14.6%	19.0%	18.1%
第5段階	23.5%	23.9%	25.6%	46.2%	22.3%	28.2%	33.6%	17.2%	11.8%	16.8%	19.3%	16.0%	16.4%	11.3%
第6段階	27.3%	38.3%	33.3%	63.9%	36.6%	15.3%	23.0%	17.5%	12.0%	6.0%	9.8%	9.8%	20.2%	8.7%
第7段階	24.1%	26.2%	49.6%	44.0%	22.7%	17.7%	21.3%	16.3%	13.5%	4.3%	7.8%	7.8%	15.6%	9.9%

	安心・信頼・実感					環境・設備					
	苦しさや痛みが解消(緩和)したこと	症状が改善していることが実感できること	医師が信頼できること	看護師が信頼できること	病名や治療方法などが明らかになり、不安が解消したこと	患者の立場にたって親身に治療してもらえなこと	売店やカフェ・共有スペース・中庭など院内の快適性が備わっていること	家族や見舞い客が気兼ねせずに居られるスペースが確保されていること	エレベーター・ロープなど病人にストレスのない設備が充実していること	病室・浴室・トイレ等の基本設備が最新のキレイなものであること	清掃など設備管理が行き届いていること
第1段階	12.2%	10.6%	35.8%	22.8%	26.0%	15.4%	16.3%	17.1%	13.0%	17.1%	21.1%
第2段階	5.1%	3.8%	22.9%	13.4%	15.3%	13.4%	6.4%	5.1%	4.5%	8.3%	8.3%
第3段階	12.8%	13.3%	27.4%	16.4%	17.7%	14.6%	9.7%	9.7%	5.8%	14.6%	11.1%
第4段階	21.2%	26.1%	25.2%	20.8%	15.9%	13.7%	12.8%	16.4%	8.4%	19.5%	15.5%
第5段階	15.5%	23.5%	23.5%	14.3%	13.4%	7.1%	2.9%	4.2%	2.1%	4.2%	5.0%
第6段階	9.8%	21.3%	23.5%	11.5%	10.9%	11.5%	4.9%	0.5%	3.8%	1.6%	5.5%
第7段階	14.2%	17.0%	17.7%	12.8%	10.6%	5.7%	2.1%	2.1%	1.4%	3.5%	5.7%

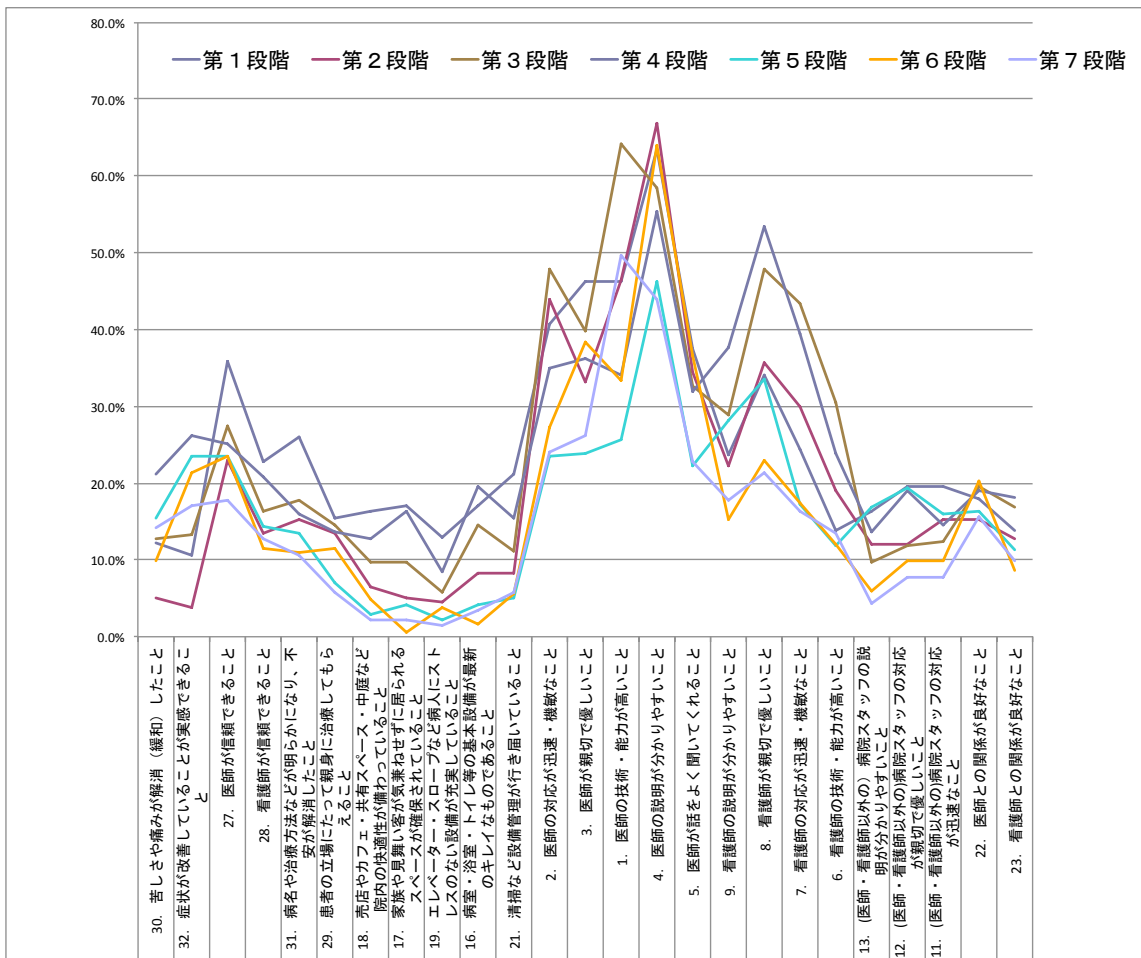


図11：診療段階別の重視する評価要因の違い

グループごとに見ると、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。

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、グルーピング（因子）ごとに合成変数を作成し、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

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

診療段階別に合成変数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。

- ① 「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く。
- ② 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。
- ③ 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。
- ④ 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。
- ⑤ 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。
- ⑥ 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

このように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12のような樹形図が得られた。

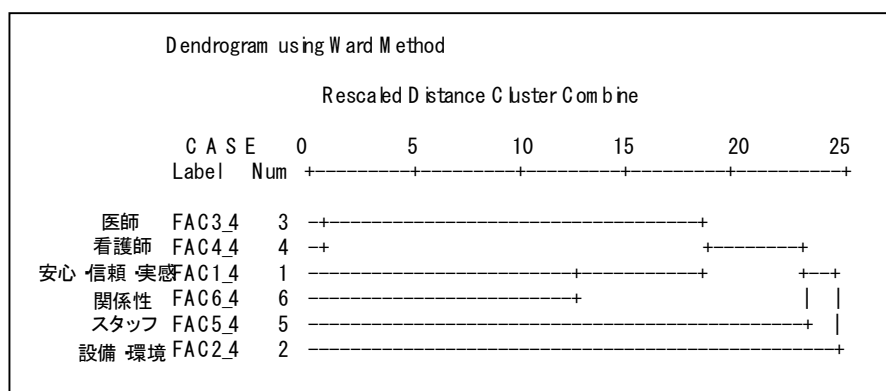


図12：評価要因（因子）間のクラスター分析結果

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13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・接遇）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. 便益評価（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	【機能的要素】 III. 円滑運営の要素
病院のハードの評価	6. 設備・環境	【機能的評価】

図13：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。

その結果が表5であり、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セグメントは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・治癒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。

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

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)。

- ①「一流サービス追及派」はすべての項目を重視するが、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。
- ②「治療実感重視派」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。
- ③「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。
- ④「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。
- ⑤「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。

⑥「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	33	68	25	43	68	25	43	68
		51.5%	48.5%	100.0%	36.8%	63.2%	100.0%	36.8%	63.2%	100.0%
	2_治療実感信頼重視派	15	23	38	12	26	38	12	26	38
		39.5%	60.5%	100.0%	31.6%	68.4%	100.0%	31.6%	68.4%	100.0%
	3_お任医療派	573	252	825	342	483	825	342	483	825
		69.5%	30.5%	100.0%	41.5%	58.5%	100.0%	41.5%	58.5%	100.0%
4_医療スキル重視派	188	69	257	67	190	257	67	190	257	
	73.2%	26.8%	100.0%	26.1%	73.9%	100.0%	26.1%	73.9%	100.0%	
5_医療サービス重視派	45	23	68	15	53	68	15	53	68	
	66.2%	33.8%	100.0%	22.1%	77.9%	100.0%	22.1%	77.9%	100.0%	
6_関係性重視派	40	13	53	15	38	53	15	38	53	
	75.5%	24.5%	100.0%	28.3%	71.7%	100.0%	28.3%	71.7%	100.0%	
合計		896	413	1309	476	833	1309	476	833	1309
		68.4%	31.6%	100.0%	36.4%	63.6%	100.0%	36.4%	63.6%	100.0%

		年代×自身/家族					Q3.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	19	17	68	28	14	3	23	68
		19.1%	27.9%	27.9%	25.0%	100.0%	41.2%	20.6%	4.4%	33.8%	100.0%
	2_治療実感信頼重視派	4	12	13	9	38	11	15	7	5	38
		10.5%	31.6%	34.2%	23.7%	100.0%	28.9%	39.5%	18.4%	13.2%	100.0%
	3_お任医療派	138	221	293	173	825	394	150	67	214	825
		16.7%	26.8%	35.5%	21.0%	100.0%	47.8%	18.2%	8.1%	25.9%	100.0%
4_医療スキル重視派	31	63	102	61	257	108	53	26	70	257	
	12.1%	24.5%	39.7%	23.7%	100.0%	42.0%	20.6%	10.1%	27.2%	100.0%	
5_医療サービス重視派	8	23	25	12	68	26	17	7	18	68	
	11.8%	33.8%	36.8%	17.6%	100.0%	38.2%	25.0%	10.3%	26.5%	100.0%	
6_関係性重視派	2	19	17	15	53	28	3	9	13	53	
	3.8%	35.8%	32.1%	28.3%	100.0%	52.8%	5.7%	17.0%	24.5%	100.0%	
合計		196	357	469	287	1309	595	252	119	343	1309
		15.0%	27.3%	35.8%	21.9%	100.0%	45.5%	19.3%	9.1%	26.2%	100.0%

		Q5.疾患タイプ					Q6.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	32	4	1	68	0	3	6	28	31	68
		45.6%	47.1%	5.9%	1.5%	100.0%	.0%	4.4%	8.8%	41.2%	45.6%	100.0%
	2_治療実感信頼重視派	11	25	2	0	38	0	0	3	16	19	38
		28.9%	65.8%	5.3%	.0%	100.0%	.0%	.0%	7.9%	42.1%	50.0%	100.0%
	3_お任医療派	317	376	130	2	825	13	25	208	439	140	825
		38.4%	45.6%	15.8%	.2%	100.0%	1.6%	3.0%	25.2%	53.2%	17.0%	100.0%
4_医療スキル重視派	113	105	35	4	257	1	5	29	152	70	257	
	44.0%	40.9%	13.6%	1.6%	100.0%	.4%	1.9%	11.3%	59.1%	27.2%	100.0%	
5_医療サービス重視派	29	35	4	0	68	0	1	8	25	34	68	
	42.6%	51.5%	5.9%	.0%	100.0%	.0%	1.5%	11.8%	36.8%	50.0%	100.0%	
6_関係性重視派	17	29	7	0	53	0	1	5	33	14	53	
	32.1%	54.7%	13.2%	.0%	100.0%	.0%	1.9%	9.4%	62.3%	26.4%	100.0%	
合計		518	602	182	7	1309	14	35	259	693	308	1309
		39.6%	46.0%	13.9%	.5%	100.0%	1.1%	2.7%	19.8%	52.9%	23.5%	100.0%

(2) 患者が参加することによってポジティブな評価がもたらされる。

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7のとおりである。

医療サービスのデリバリー・プロセスに積極的に参加したと回答した患者ほど、患者満足度が高い傾向が見られた。しかし一方で、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。

表7：患者の治療への取り組み度と満足度の関係

		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%
	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%

また、医療サービスのデリバリー・プロセスは医療従事者と患者（さらにはその家族）との協働過程である。効果的かつ効率的なデリバリーを行うには、医療従事者だけでなく、患者の積極的かつ適切な参加も必要とされる。患者の参加とは、疾病から身体的に回復するために、医療従事者が患者に期待する行動（たとえば、指示通りに服薬する、リハビリに励むなど）であったり、患者の側からも医療従事者との関係性を構築（情報交換の円滑化や信頼形成を行うのに必要とされる）するためにとる行動などである。

しかしながら、「便益遅延性」のために、治療成果は、患者の参加を促す要因とはなり難いと考えられる。治療成果である機能的便益には遅延性があり、デリバリー・プロセスがある程度進展しなければ知覚・評価できないためである。そのため、治療成果は動機づけとはならず、参加が抑制されることになると考えられる。しかし一方で、感情的便益は即時的であるために、不安の解消や希望の喚起を通じて患者の参加を促すことに貢献すると考えられる（図14参照）。

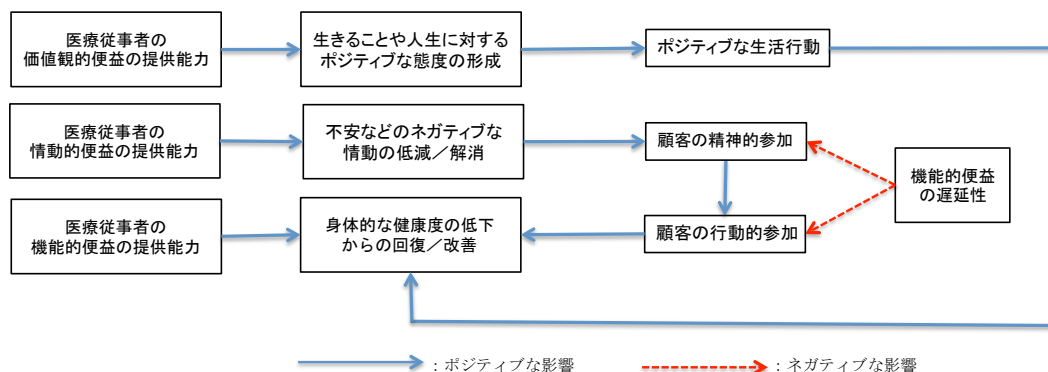


図14：3つの便益と患者の参加に関するモデル

また、価値観的便益は生き甲斐や人生に対するポジティブな態度形成を通じて、ポジティブな生活行動を促し、機能的便益の生成速度とその程度に影響を及ぼすと考えられる。機能的便

益の遅延性がもたらす患者の参加抑制により、機能的便益の生成速度とその程度が抑制される。さらにそのことがまた患者の参加を抑制するという悪循環を生み出す。その悪循環を断ち切るものとして、感情情動的便益と価値観的便益が働くことが期待される。マネジメントの視点では、この感情的便益と価値観的便益の2つの便益の生成・活用を促すとともに、医療従事者からの情報の提供を通じて機能的便益を見える化することが必要であると考えられる。そのような機能的便益の知覚・評価の促進を図ることで、患者の積極的かつ適切な参加を促すような方策を構築できるようになると考えられる。

(3) ネガティブな情動（感情）は満足度の形成を阻害する。

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15は、ネガティブな情動（感情）である「不安」、「緊張」、および「甘受（黙って受け入れる）」について比較した結果である。「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。

また、患者は不安が解消するとともに、評価する対象の範囲が拡大し、評価対象の範囲が細部にまで及ぶ傾向が見られた。医療サービスのデリバリー・プロセスの初期段階では不安を喚起している人が多い。デリバリー・プロセスが進展すると、その不安は解消する。不安が解消するにつれて、評価において重視する品質要素の数も多くなる傾向が見られた。

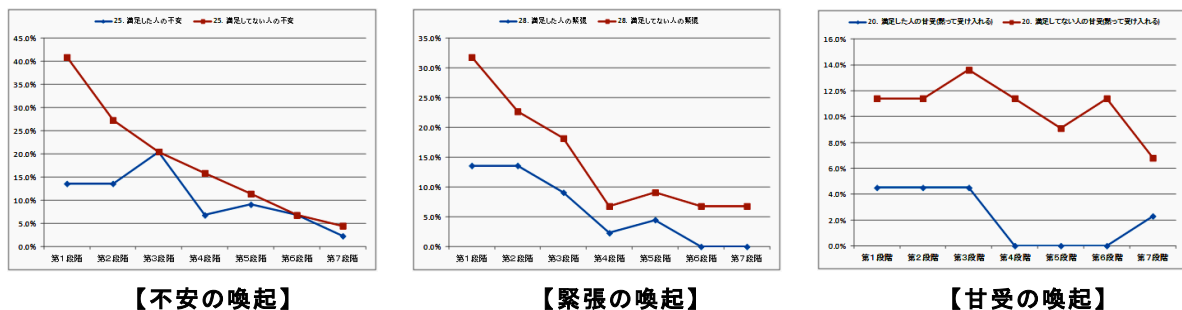


図15：満足度別および診療段階別におけるネガティブな情動喚起の割合

(4) 医療サービスの便益は3つの次元、すなわち「機能的便益」「感情的便益」および「価値観的便益」から構成されると仮定できる。

WEB調査の結果および文献レビューから、医療サービスの「便益」については以下のように仮定することができた。

健康度は、年齢とともに低下していくが、その自然の低下傾向から隔たりのない状態に維持することが医療サービスの便益であると捉えることができる。図16において、赤線は通常の状態において年齢とともに低下する健康度を表しており、青線は実際の健康度を表している。左側の図のように、医療サービスが提供されない場合は二つの線の乖離が大きくなると考えられる。一方、医療サービスの便益が適切に享受されることで、乖離は小さくなると考えられる。二つの線の乖離が小さい場合年齢に見合った健康な生活を過ごせると考えることができることを表している。

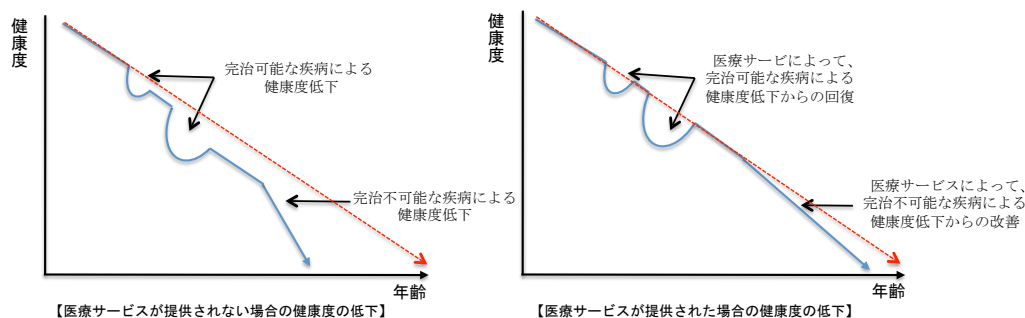


図 16：医療サービスの便益

医療サービスの「便益」を通常健康度線と実際の健康度線の乖離を小さくする方向に作用するものとして捉えると、それは3つの次元、すなわち「機能的便益」、「感情的便益」、および「価値観的便益」から構成されていると仮定できる。機能的便益は疾病の身体的回復あるいは改善、感情的便益は不安や恐れなどのネガティブな情動の解消、あるいは希望や信頼などのポジティブな情動の喚起、価値観的便益は生きることの意義や生き甲斐に対するポジティブな態度の形成にかかわる概念である。通常健康度線と実際の健康度線の乖離を小さくすることに直接的にかかわるのは機能的便益であり、感情的便益と価値観的便益は治療成果を高めるために患者側に求められる行動（医療サービスのデリバリー・プロセスへの参加の仕方）に影響を及ぼすことで、間接的に乖離を小さくすることにかかわっていると仮定している。

3-3-2. 質的調査（ヒアリング調査）（平成24年3月～10月実施）から得られた成果

(1) 調査課題に関する分析・考察結果

質的調査（ヒアリング調査）データの分析にあたり、今回、基礎とした方法は、質的データ分析手法の1つとして佐藤(2008)等に整理された「事例-コードマトリクス」による分析である。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-コードマトリクス」による分析方法を整理している。

また、今回、分析の対象とすべく収集を試みた個別事例データは、半構造的なインタビューによって収集しうるデータである。この特徴は、インタビューとインタビュ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すことにある（桜井 2002 等参照）。このことから、個別事例分析の対象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サンプルであることとあわせて、患者の自発的な発話を軸とした語りを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、最終的な考察にあたっては、全54件中5件の事例に絞り込みを行い、選定した対象に対して、事例分析とコード分析を行った。

この分析と考察の結果、先に設定した調査課題に対して、以下のような考察結果を得ることができた。

- ① 「医療サービスのデリバリー・プロセスの把握の枠組みとして、どのような段階での区分が妥当か」という調査課題については、「本格的な治療段階」を中心とした3段階の枠組みで捉えうることが示唆された。
- ② 「医療サービスのデリバリー・プロセスの中で、患者の知覚や認識はどのように変化するか」という調査課題については、患者の知覚・認識の形成については、不連続な変化を十分に想定しうることが示唆された。
- ③ 「医療サービスのデリバリー・プロセスにおいて、患者の知覚に影響を与える要素は何か」という調査課題については、その形成や変化の大きな要因として、医師および看護師によ

る「相互作用品質」要素や「関係性品質」要素の影響を想定しうることが示唆された。

- ④「医療サービスのデリバリー・プロセスにおいて、認識される便益とは。また、いかに遅延するのか」という調査課題については、便益の形成については、同時的な便益（「感情的便益」「機能的便益」）の積み重ねと患者の現状の受容努力のもとで「価値観的便益」が「遅延」して形成されるという関係を想定しうることが示唆された。
- ⑤「医療サービスのデリバリー・プロセスにおける患者参加とは。また、参加意欲への影響要因とは」という調査課題については、便益遅延型サービスにおける患者参加の問題は、医療サービスの便益形成の主体としての患者の捉え直しとともに、価値観的便益と参加行動との好循環の形成にその解決の可能性を求めうることが示唆された。

調査課題に対する分析結果と直接的な示唆は以上のとおりであるが、実践的示唆としうる点として、次の3点を挙げるができる。

- ①「医療サービスの便益形成の主体」としての患者の捉え直しの必要性（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つに参加概念が挙げられているが、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ある。
- ②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、例えば、「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。
- ③上記の実現のためのマネジメント・デザインの考察である。上記の可能性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。

(2) WEB 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得られた成果

前年度に実施した WEB 調査の結果と質的調査（ヒアリング調査）の結果を総合的に検討することによって、「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を行うとともに、「便益測定尺度」を作成することができた。個々の成果は以下のとおりである。

①医療サービスの定義と医療サービスの便益の明確化

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。

- a) 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。
- b) 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。本研究開発プロジェクトでは、これを「機能的便益」と定義した。なお、健康度は前掲の図16のように加齢とともに低下すると考えている。

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。

- a) 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17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。
- b) 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18参照）。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。
- c) 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にも）生き甲斐や幸福感の獲得にもつながる可能性がある。

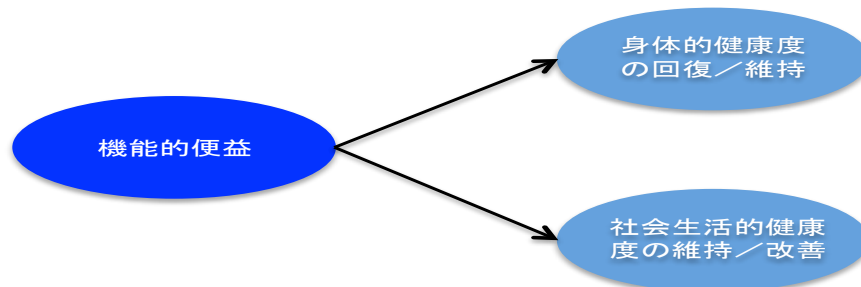


図17：機能的便益の構成要素

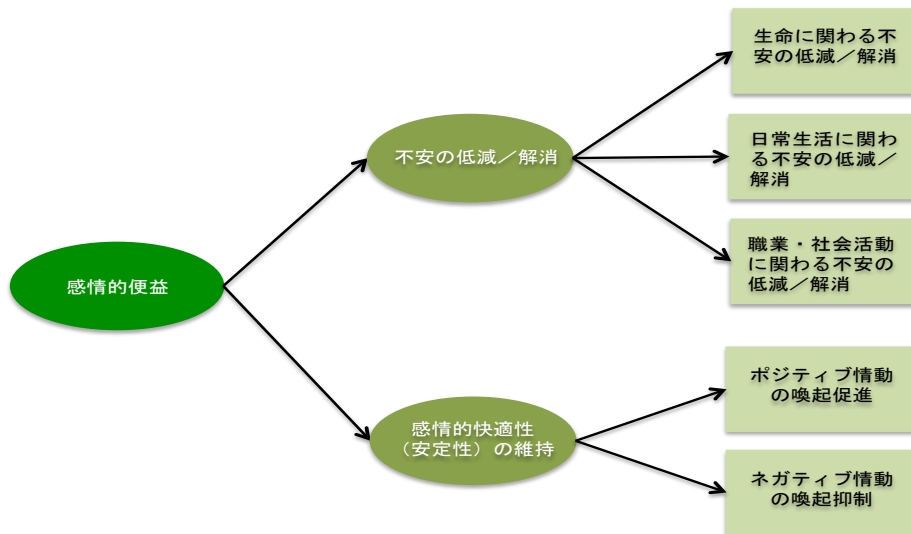


図 18 : 感情的便益の構成要素

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ことから、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を高めることが可能になると考えられる。

② 「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。

- a) サービス・デリバリー・プロセスにおいて遂行された諸活動が状態変化につながるまでに時間を必要とする場合（ムダの存在）
- b) サービス・デリバリー・プロセスにおいて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）
- c) サービス・デリバリー・プロセスにおいて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）
- d) サービス・デリバリー・プロセスにおいて遂行された諸活動は状態変化につながるが、顧客自身は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）

a) のムダ時間の存在は図 19 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。

b)の低速での変化出現は図19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。

c)の変化の累積待ちは図19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、d)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。

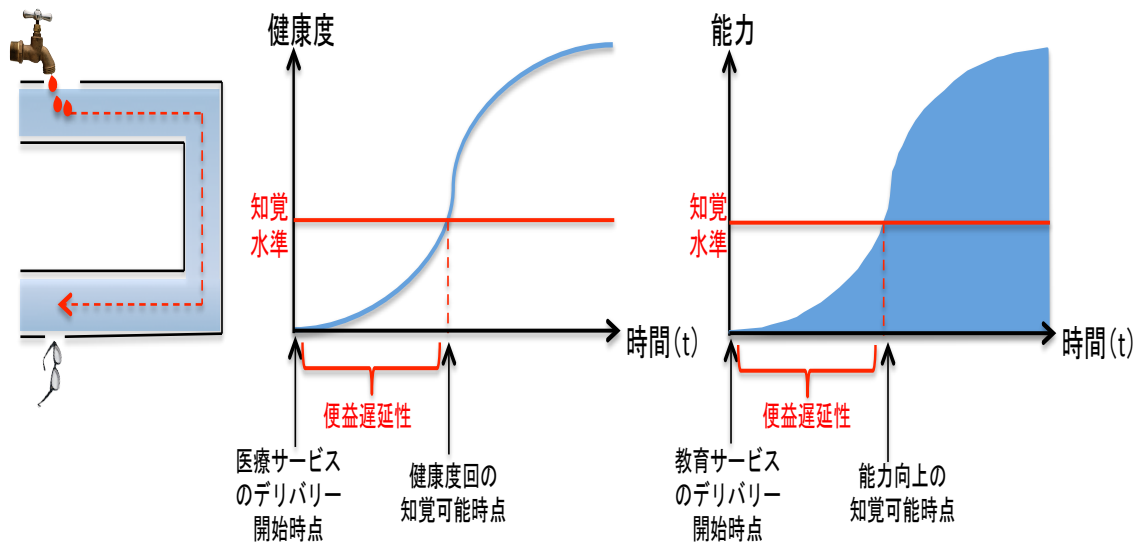


図19：便益遅延性の発生タイプ

また、「便益遅延性」にかかわる重大な問題として、サービス・デリバリー・プロセスで遂行された諸活動が顧客の期待する状態変化につながるかどうかは確率的であるという問題である。タイプ1のようなムダ時間は発生するが、期待する状態変化が必ず得られるようなサービスの場合には、サービス組織はそのムダ時間を短縮する、あるいは顧客がムダ時間を感じないようにすることで、顧客の満足度を向上させることが可能である。また、顧客の参加度（顧客が望む便益を享受するために、顧客自身に遂行が求められる活動の遂行度）も成果に連動することから、顧客を積極的且つ適切に参加するように導くことも比較的容易であり、その結果として顧客はより高い便益を享受できることになる。しかし、タイプ2やタイプ3のような便益遅延型サービスの場合、顧客が期待する状態変化を得られるかどうか確率的であり、さらに状態変化が生じるまでの期間に多くの錯乱要因が影響を及ぼすことから、不確実性が高い。こ

のように顧客が期待する状態変化を得られるかどうか確率的である場合、顧客の参加のモチベーションを高める、あるいは高い水準に維持することは困難であるために、顧客の参加は抑制され、その結果として期待する便益を享受できる確率はさらに小さくなると考えられる。

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20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。

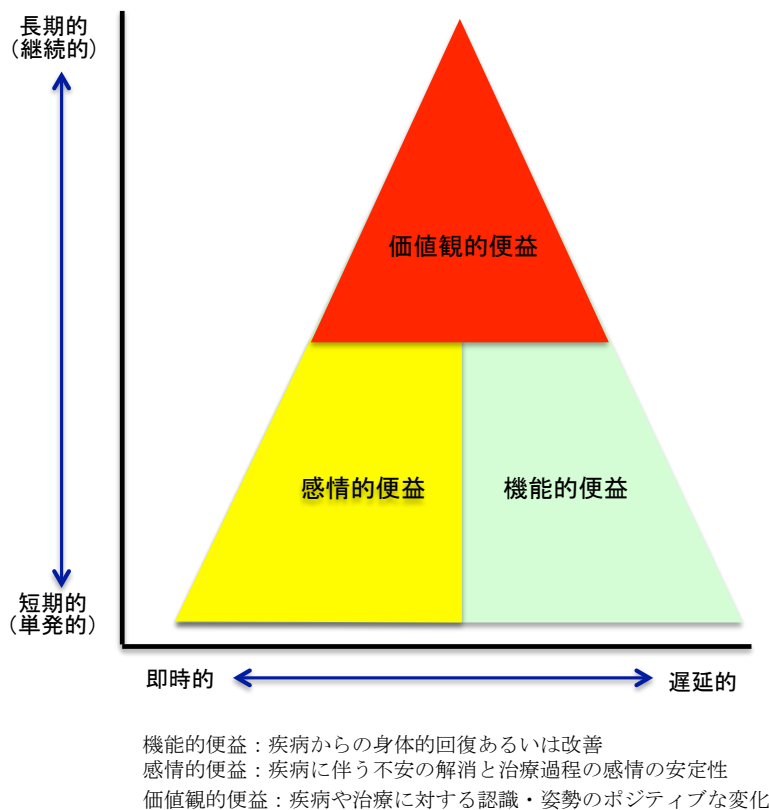


図20：3つの便益と遅延性の関係

③「便益遅延性」を考慮した患者満足モデルの構築

「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21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21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21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。

さらに、図20と図21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22の【モデル1】のような患者満足モデルを構築した。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、便益が向上あるいは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）。

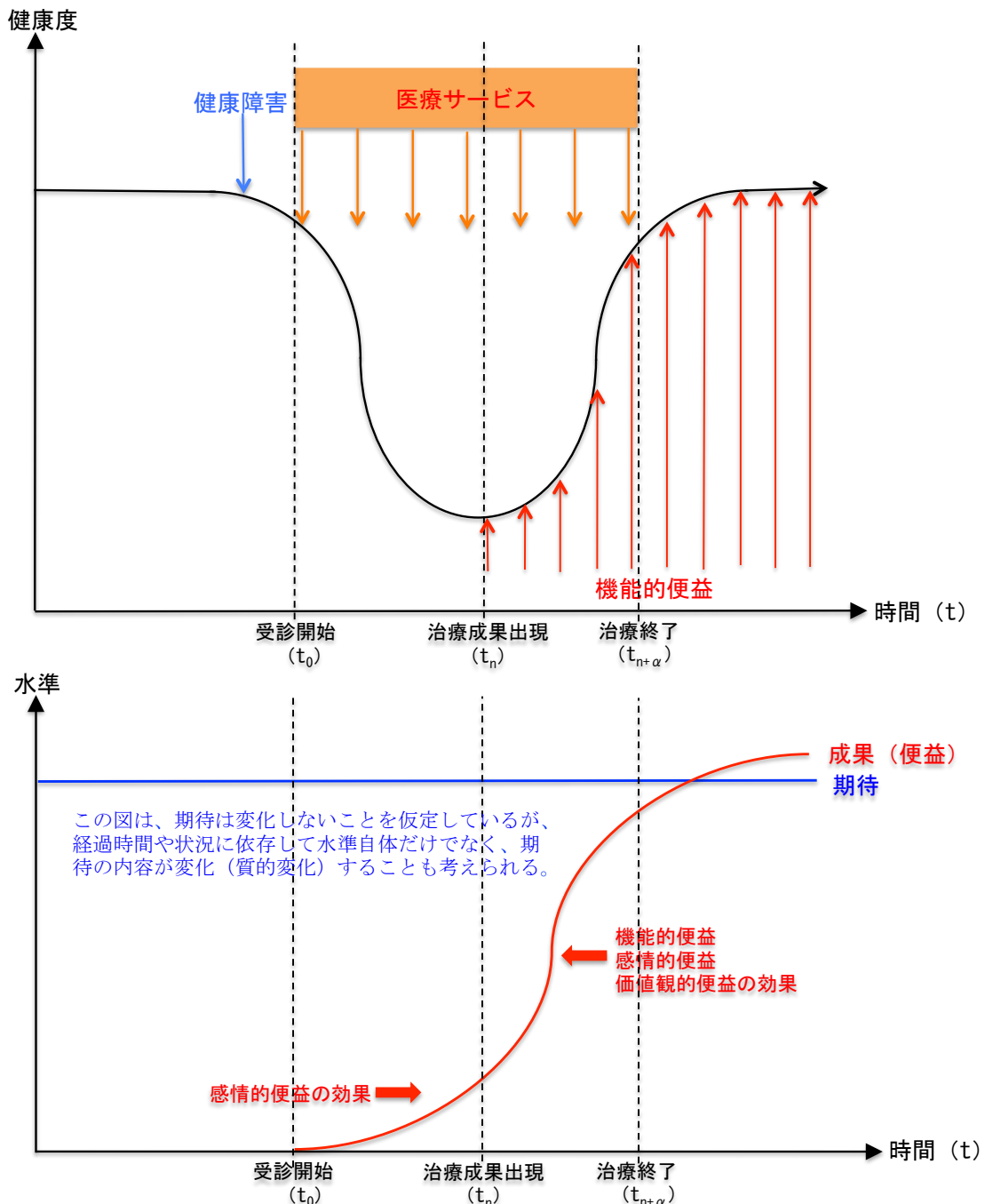


図21：「便益遅延」が患者満足形成（期待と成果の比較）に及ぼす影響

【モデル1】

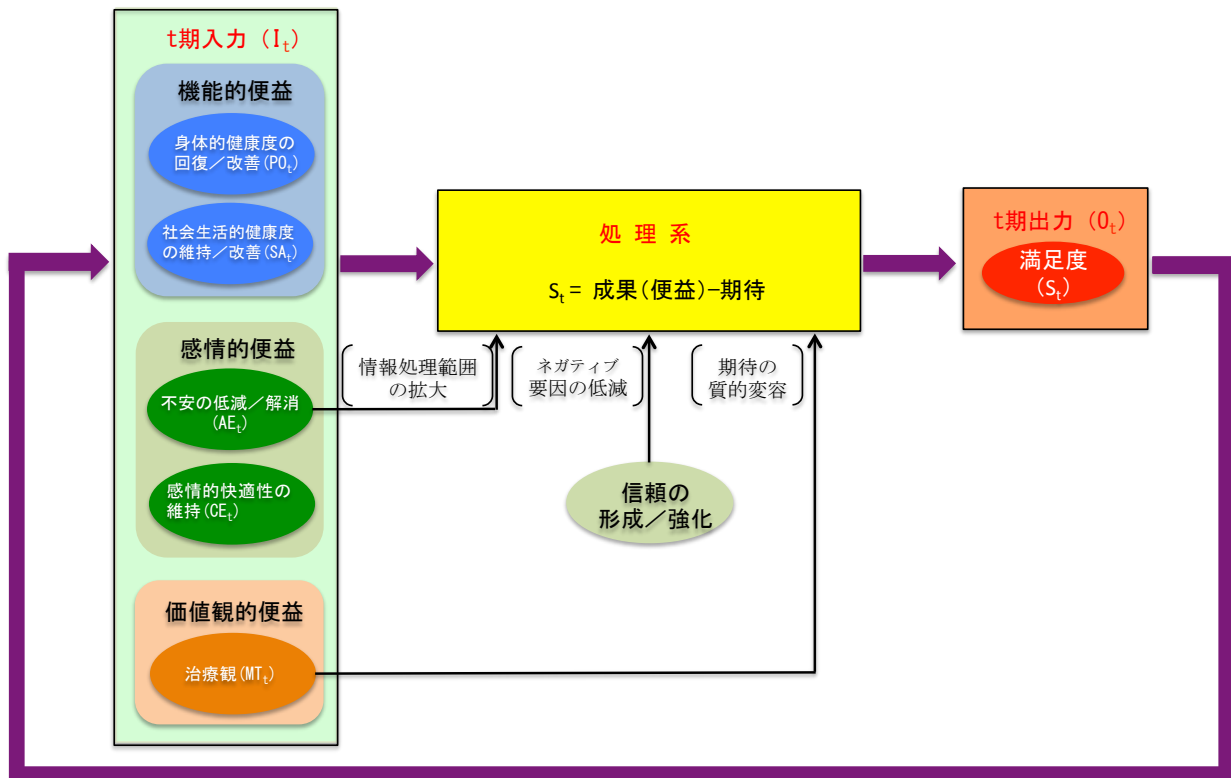


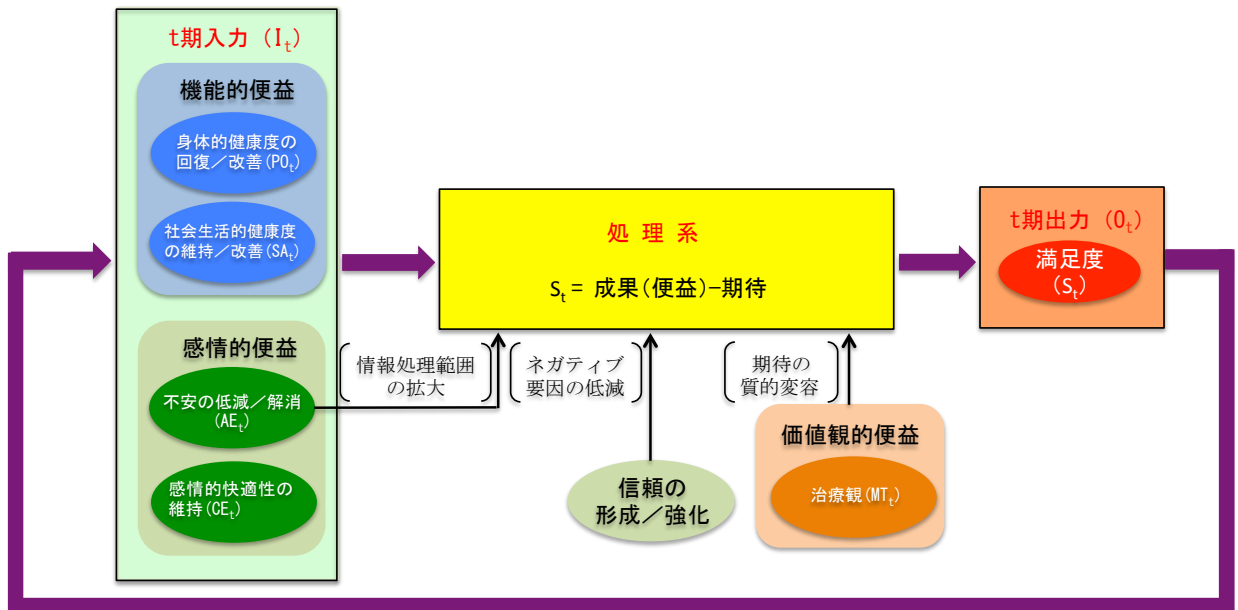
図 2 2 : 患者満足モデル

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。

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 2 2 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 2 3 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 2 3 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継続調査の結果に基づいて検討しているが、継続調査の有効回収数が少ないために、現時点ではまだ検証されていないので、今後の検討課題である。

【モデル2】



【モデル3】

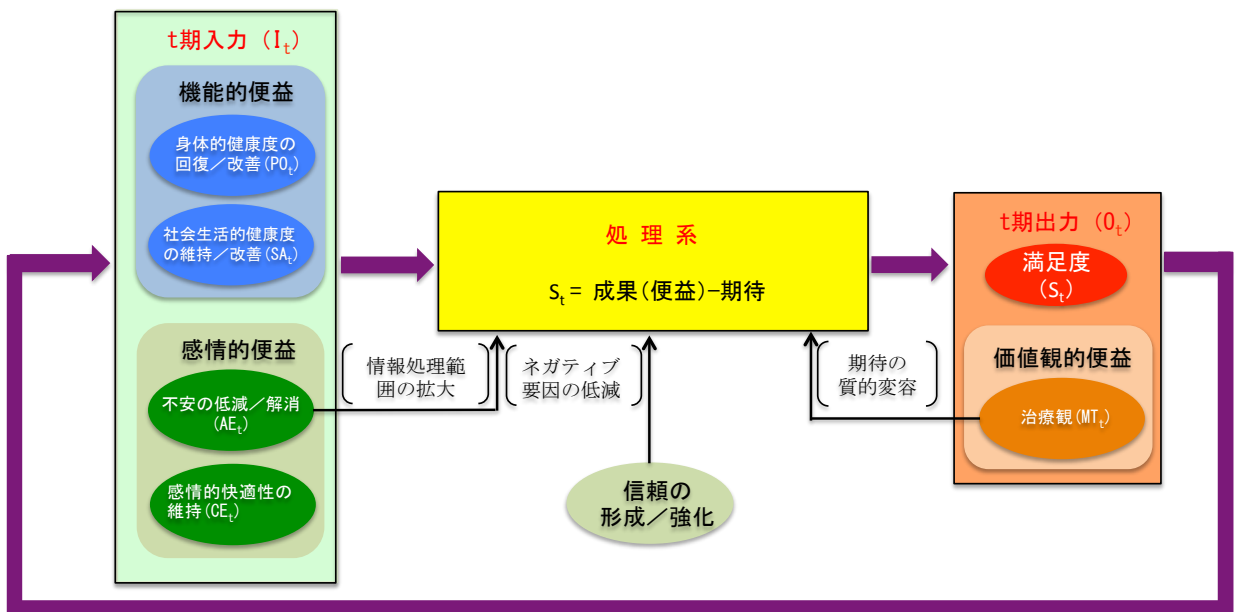


図 2 3 : 価値観的便益の位置づけを変えた患者満足モデル

また、従来の顧客（患者）満足モデルでは、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 2 4 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。

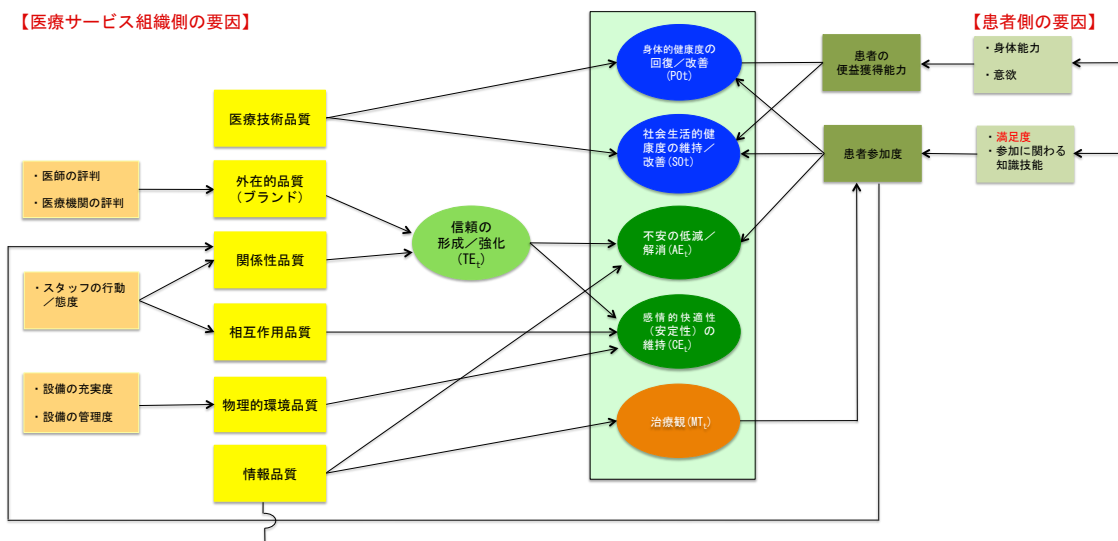


図 2 4 : 便益生成モデル

④ 「便益測定尺度」の作成

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や、「便益遅延性」を考慮した患者満足モデルと便益生成モデルの構築に基づいて、「便益遅延性」の存在を明らかにするとともに、それが患者の満足形成に及ぼす影響を明らかにできるような「便益測定尺度」(調査票)を作成した。なお、調査票は2種類作成した。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。

3-3-3. 患者を対象とした単発の量的調査(アンケート調査)(平成24年12月～平成26年8月)から得られた成果

(1) 「便益遅延性」の観測

本研究開発プロジェクトでは、医療サービスの便益は「機能的便益」、「感情的便益」、および「価値観的便益」の3つから構成されると捉えているが、「便益遅延性」は3つの便益において同じように生じることはなく、図20のように便益によって異なると考えられる。つまり、遅延性は機能的便益において起こりやすく、感情的便益において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。

平成24年度に大阪厚生年金病院で実施した単発調査の結果を用い、診療段階ごとに3つの便益がどの程度知覚されているのかを分析すると、図25のような結果となった。なお、折れ線グラフの数値は各質問に対してポジティブな評価(「5」あるいは「4」と回答)をした患者の割合である。いずれの便益についても、医療サービスのデリバリー・プロセスの段階が進むほど、知覚する患者の割合が高くなっている。

医療サービスを構成する3つの便益では、機能的便益(自覚症状の改善)、感情的便益(病気の不安の低減)、価値観的便益(病気とのつきあい方の変化)の順に遅延性の程度が高くなって

いる。この結果から、価値観的便益が先行して知覚され、次いで感情的便益が知覚され、さらに遅れて機能的便益が知覚されることが窺える。

また、この結果で興味深いのは、「退院後の通院」段階に位置する患者において、機能的便益を知覚した人の割合が大きく低下していることである。このような低下は、病院では患者の体調や動きを考慮して物理的環境が構築されているので、身体の調子が悪くても使い勝手に問題を感じないが、自宅に帰るとそのような配慮はされていないために日常生活に苦痛や不便を感じ、まだ症状が回復していないと感ずることによると考えられる。

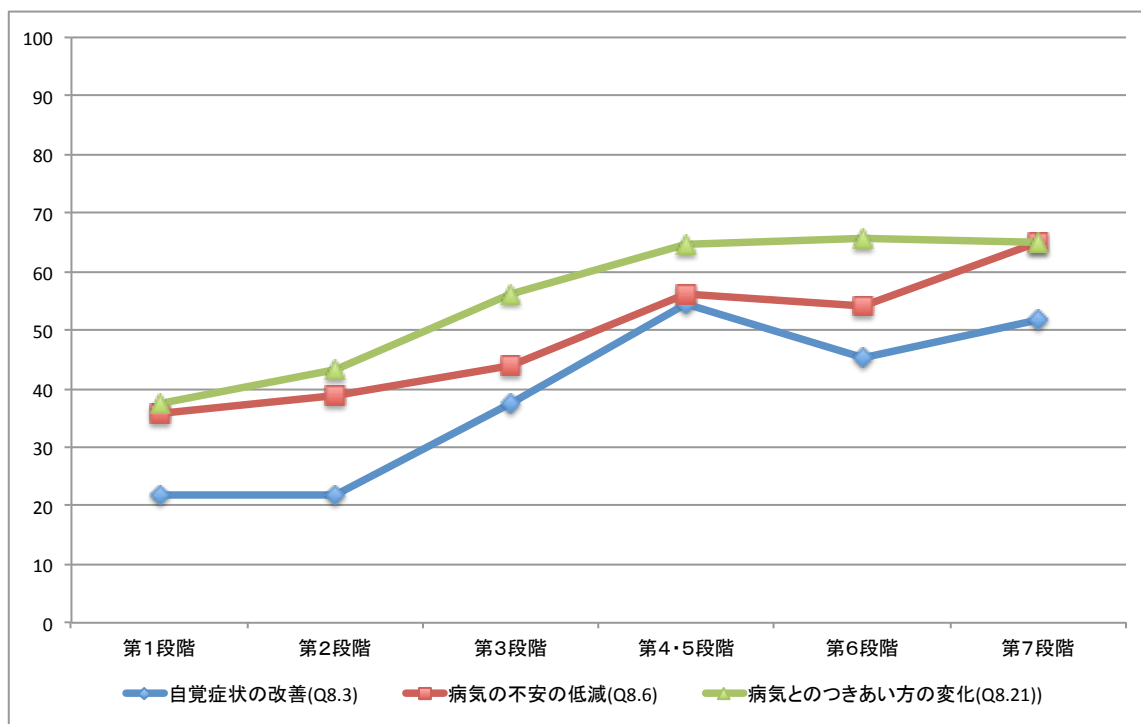
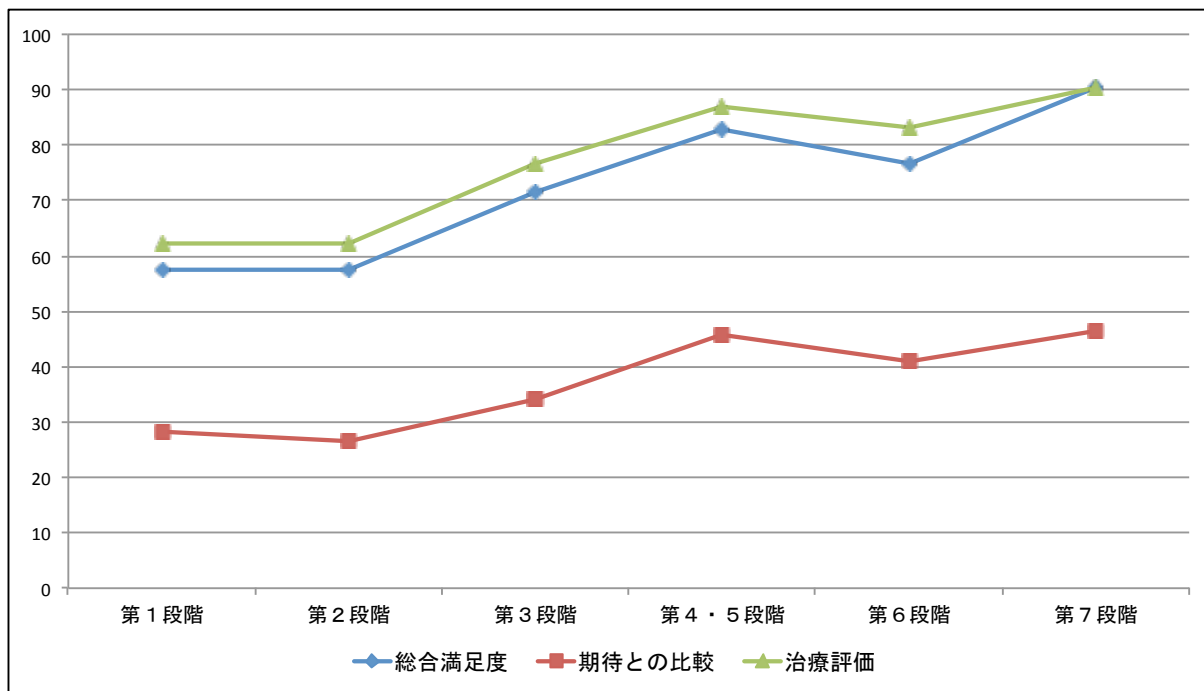


図 25 : デリバリー・プロセスの段階による 3 つの便益に対する評価の変化

同様な分析を患者満足度（総合満足度、期待との比較）についても行うと、図 26 のような結果となった。3 つの各便益を知覚する割合は診療段階が進むほど高くなっているが、患者満足度も治療段階が進むほど高くなっており、便益を享受するほど患者満足度が高くなることが窺われる。さらに、図 25 においてと同様に、「退院後の通院」段階に位置する患者においては、患者満足度は大きく低下している。この結果についても、入院生活から日常生活に戻って、まだ日常生活を快適に過ごせるほどには回復していないことを知覚したことによると考えられる。さらに、入院中は医師や看護師が患者に注意を払ってくれるので、患者はある意味注目される存在であるが、自宅に帰るとそのような注意が十分に払われなくなることも影響していると考えられる。しかし、退院して時間が過ぎ、機能的便益の享受が進むにつれて、日常生活に伴う苦痛や不便が解消されることで、再び満足が形成されるようである。

退院後にこのような患者満足度の低下が起こるならば、病院としては退院後のケアにも十分な注意をはらうとともに、家族や地域コミュニティとの連携も図ることも必要であると考えられる。したがって、「便益遅延性」の存在を前提に、ある一連のサービス提供後においても患者をケアする体制に関する研究も重要な課題であろう。



注) 縦軸の (%) は、5段階評価で「4」あるいは「5」と回答した人の合計の割合である。

図26：デリバリー・プロセスの段階による満足度の変化

(2) 3つの便益間の影響関係の明確化

図25の結果から、3つの便益間には影響関係があり、先行して知覚された価値観的便益が感情的便益の知覚に影響を及ぼし、それらの便益享受の影響を受けながら機能的便益の享受・知覚が促されることが推測される。このことから、平成25年度に坂出市立病院、大阪厚生年金病院、および大阪回生病院の3病院において実施した単発調査の結果を用いて、便益間の関係について共分散構造分析を行った。なお、20歳未満については、本人ではなく保護者が回答している場合が考えられることから、20歳以上の回答結果を分析対象とした。3つの便益の関係については、図27の8つのモデルが考えられることから、モデルの条件式を下記のように設定し、複数モデルの比較を行った。

モデル番号1 : $0=ab = bc = db = cd = dc$	モデル番号5 : $0=ac = bc = cb = db = cd$
モデル番号2 : $0=ab = bc = dc = bd = cb$	モデル番号6 : $0=ac = cb = dc = bd = db = bd$
モデル番号3 : $0=ab = bc = dc = db$	モデル番号7 : $0=ac = cb = cd = db$
モデル番号4 : $0=ab = bc = bd = dc$	モデル番号8 : $0=ac = cb = db = dc$

共分散構造分析を行った結果、モデルの適合度は表8の結果になり、モデル7とモデル8が最も適合が良く、同一の値となった。この結果から、便益の起点は価値観的便益であることが支持された。なお、モデル7とモデル8の適合度が同じ値になったことについては、分析対象のデータには慢性疾患の患者も含まれており、慢性疾患の患者の場合には、価値観的便益の変化に伴って得られる感情的便益と機能的便益の程度が小さい、あるいは両者が同時に生じていることが考えられる。

表 8 : 3つの便益の影響関係モデルの結果

モデル		GFI	AGFI	RMSEA	AIC
モデル番号 1	感情的→価値観的→機能的	0.941	0.913	0.072	564.127
モデル番号 2	感情的→機能的→価値観的	0.948	0.923	0.068	522.591
モデル番号 3	感情的→価値観的・機能的、価値観的→機能的	0.963	0.944	0.055	384.117
モデル番号 4	感情的→価値観的・機能的、機能的→価値観的	0.963	0.944	0.055	384.117
モデル番号 5	価値観的→機能的→感情的	0.958	0.937	0.059	425.676
モデル番号 6	価値観的→感情的→機能的	0.97	0.956	0.047	317.437
モデル番号 7	価値観的→感情的・機能的、感情的→感情的	0.972	0.957	0.046	308.496
モデル番号 8	価値観的→感情的・機能的、感情的→機能的	0.972	0.957	0.046	308.496

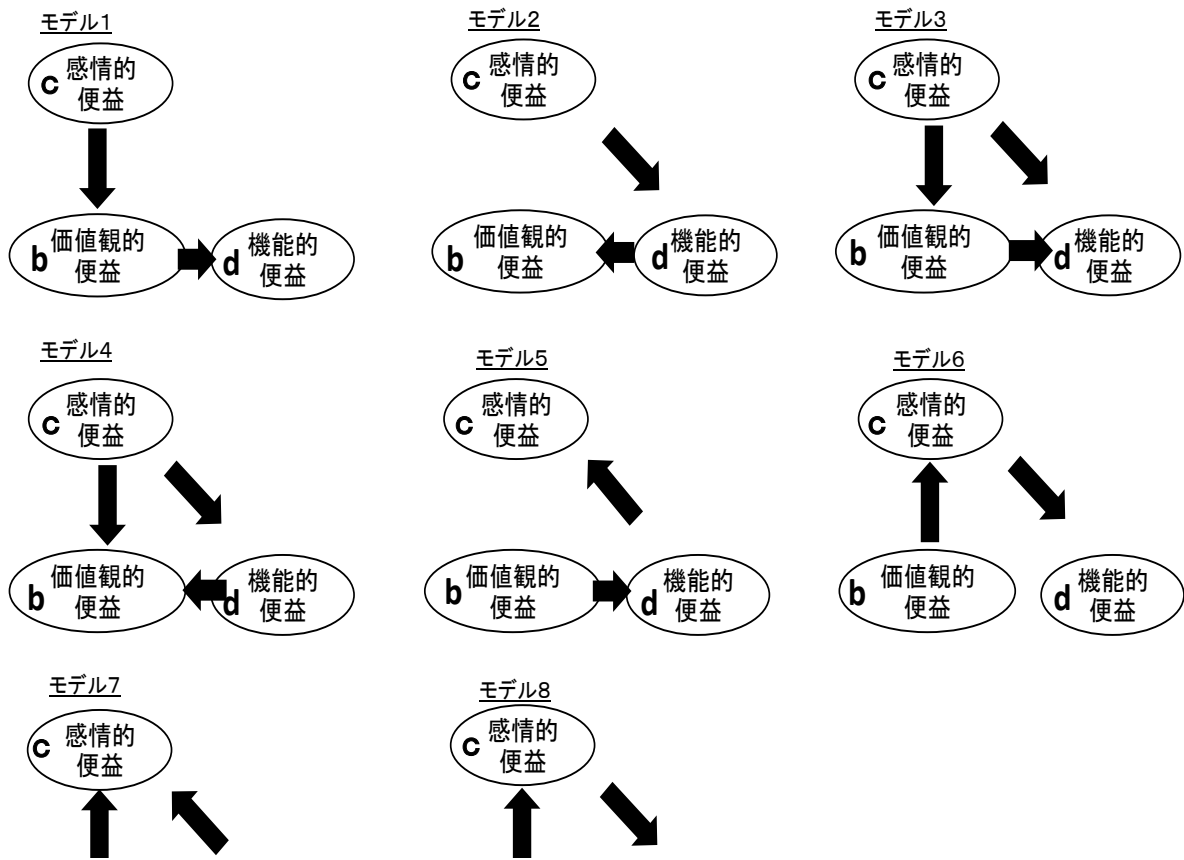


図 27 : 3つの便益の影響関係の仮説モデル

モデル7を図示すると図28のようになり、モデル8を図示すると図29のようになる。

また、モデル7とモデル8で、「医師との関係（信頼）」をモデルに組み込んでいるのは、医療従事者に対するヒアリング調査において、医療サービスのデリバリー・プロセスの開始においてはまず医師と患者が信頼関係を構築する必要があることが明らかになったからである。Hausman（2004）も医師と患者の相互作用は患者満足、再診意図、および推奨に影響を与えることを示している。そして、医師との相互関係は他職種とは異なっており、特筆すべき違いは①1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おり、医療従事者との関係性の中でも、特に医師と患者の関係性が顧客満足、顧客参加に寄与すると推測される。

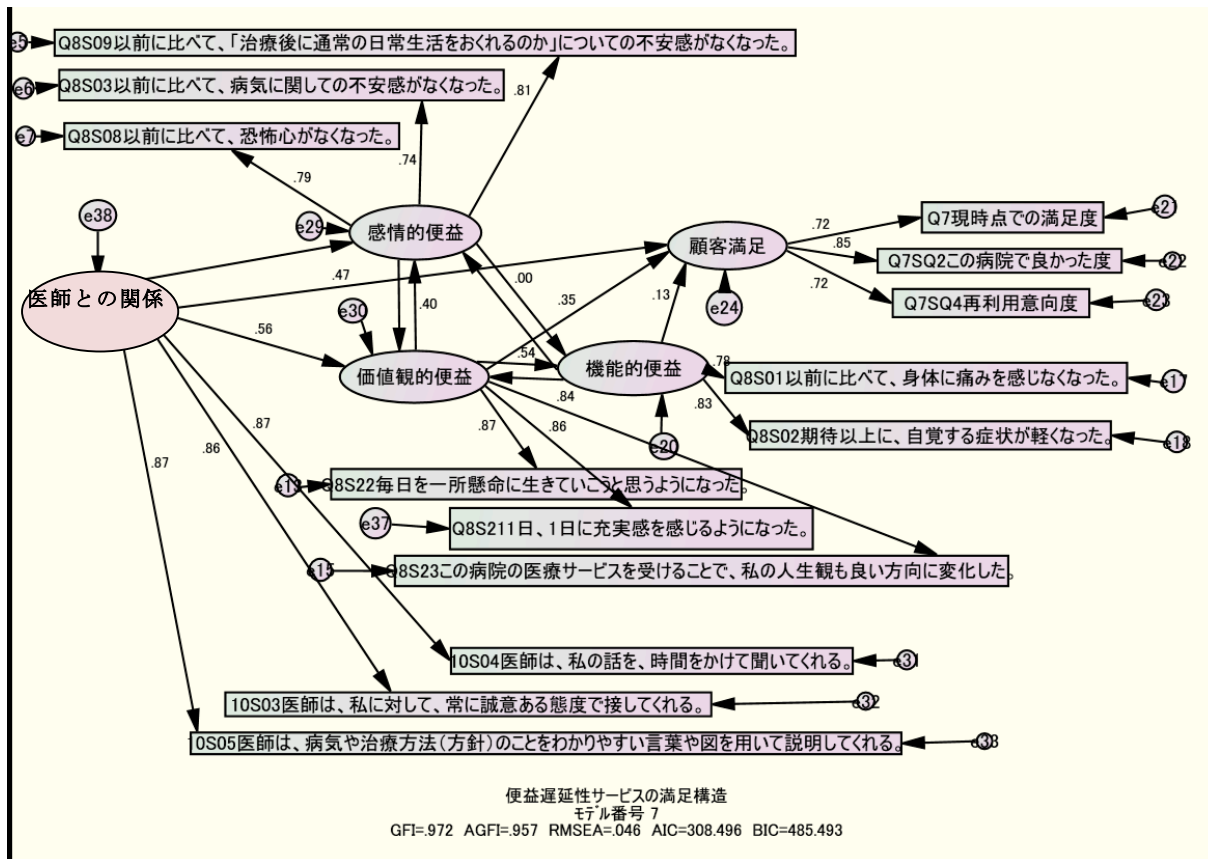


図 28 : モデル 7 における 3 つの便益の影響関係

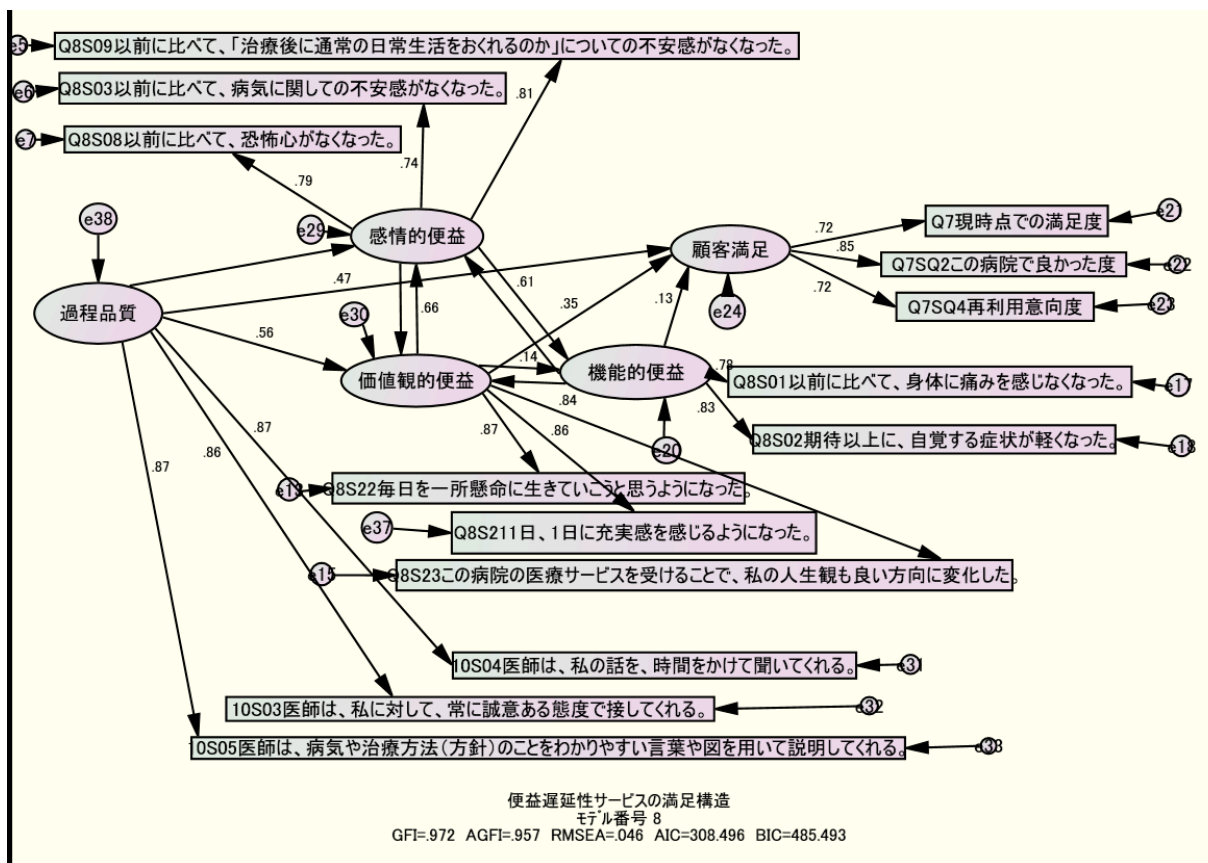


図 29 : モデル 8 における 3 つの便益の影響関係

次に、本研究開発プロジェクトでは、機能的便益において遅延性が高いと仮定していることから、前述のモデル8を基本モデルとし、診療段階ごとにどのようにモデルは変化するかを検討した。なお、先行研究では、患者満足が高まると患者の参加が高まること、医師との関係性品質、医師との相互作用品質が高まると患者参加が高まることが明らかになったことから、基本モデル8に顧客満足と密接に関係している顧客参加の因子を加えることにした。

3つの便益の影響関係の基本モデル8に顧客参加を組み込み、患者参加と3つの便益の影響関係を検討した結果、図30のモデルが最も適合度が高くなった。感情的便益と機能的便益においては直接的に患者参加に影響を与えるパスはなく、価値的便益のみ直接的に影響を与えるパスが有意になった。

この図30の基本モデルにおけるパスが診療段階によってどのように変化するかを明らかにするために、患者を診療段階別に分けて分析を行った。各パラメータと適合度の結果は表9のとおりである。診療段階別では、サンプル数にばらつきがあり、分析結果を単純に比較することはできないが、大まかな傾向をとらえると、診療プロセスの全段階において有意だったパスは、「医師との関係→価値観的便益」と「医師との関係→患者参加」であった。本格的治療に入る前の初期段階においては、便益に関係するパスが有意にならない傾向があり、便益の遅延の影響を受けていることが推測される。また、全体的に「機能的便益→患者満足」が有意にならない傾向があった。

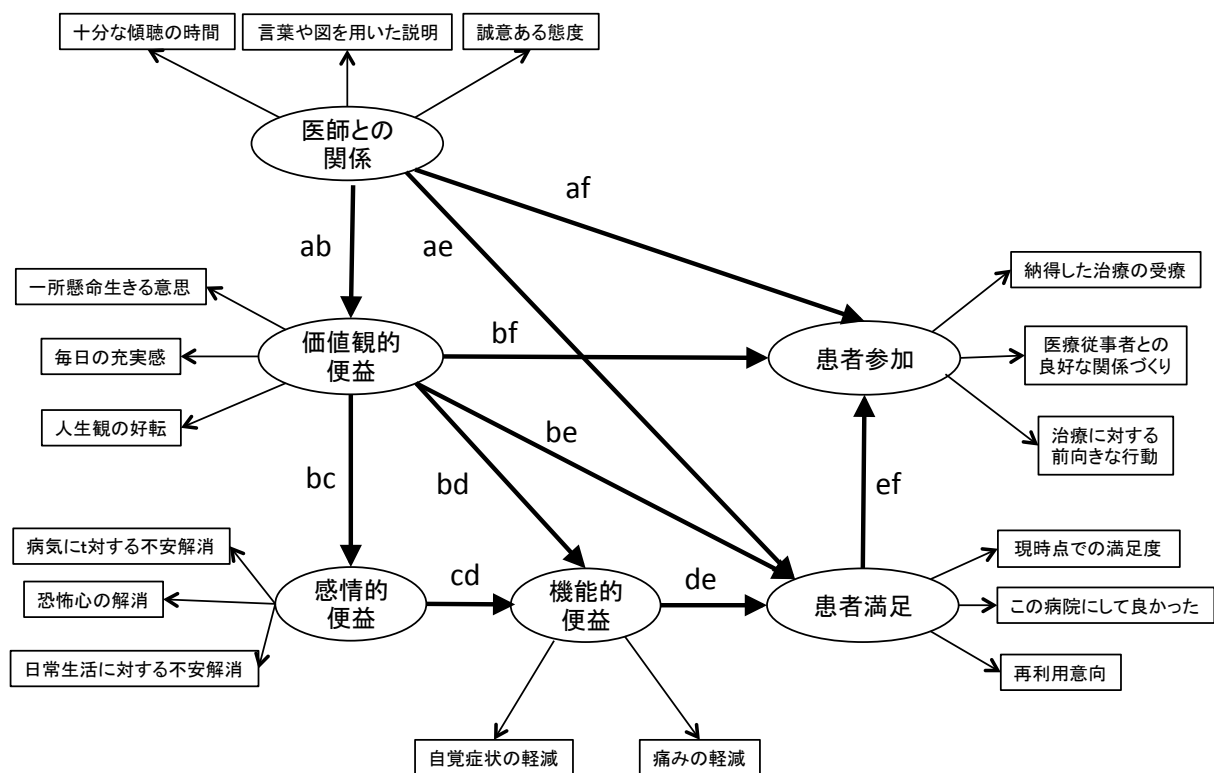


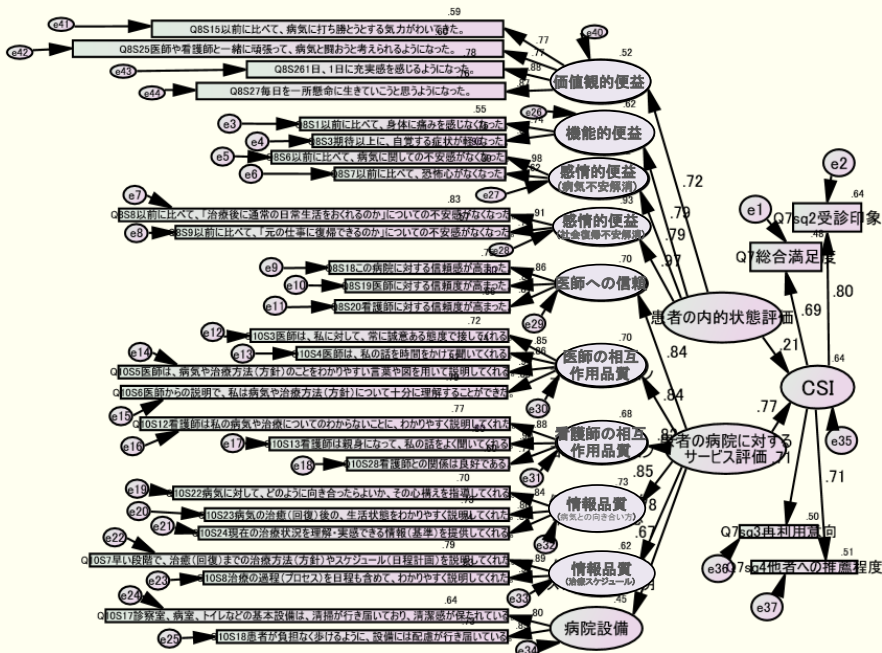
図30：便益遅延性サービスの便益と顧客満足の関係モデル

表 9 : 診療段階別の便益と顧客満足の関係モデルにおけるパラメータ

パラメータ	全サンプル	初診	治療準備	本格的治療	回復期	安定通院	完治間近
	1161名	65名	84名	397名	66名	507名	42名
医師との関係→価値観的便益	0.56	0.42	0.32	0.61	0.64	0.58	0.48
医師との関係→患者満足	0.47	0.43	0.52	0.48	0.41*	0.48	n.s.
医師との関係→患者参加	0.46	0.52	0.44*	0.45	0.46	0.44	0.46*
価値観的便益→感情的便益	0.66	0.62	0.28*	0.69	0.49	0.72	n.s.
価値観的便益→機能的便益	0.15	n.s.	n.s.	0.21	0.36	n.s.	0.26*
価値観的便益→患者満足	0.35	0.39	0.22*	0.37	n.s.	0.35	0.46*
価値観的便益→患者参加	0.31	0.31*	n.s.	0.25	0.51	0.37	n.s.
感情的便益→機能的便益	0.60	n.s.	0.45*	0.59	0.58	0.75	0.73*
機能的便益→患者満足	0.13	n.s.	n.s.	0.13*	n.s.	0.14	n.s.
患者満足→患者参加	0.15	n.s.	0.40*	0.24*	n.s.	n.s.	n.s.
GFI	0.961	0.796	0.814	0.925	0.832	0.943	0.732
AGFI	0.945	0.713	0.739	0.894	0.764	0.920	0.623
RMSEA	0.048	0.088	0.086	0.061	0.046	0.052	0.089

(3) 患者満足モデルの修正と「便益測定尺度」の位置づけの明確化

平成 24 年度に大阪厚生年金病院で実施した単発調査の結果を用いて、便益の享受・知覚と各品質要素の評価が患者満足に及ぼす影響を分析すると、図 3 1 のようなモデルを作ることができた。



CMIN=5017.238 CMIN/DF=11.861 CFI=0.887 RMSEA=0.077 AIC=5225.238

図 3 1 : 患者満足に対する便益と品質要素の影響度に関する分析

図3 1では、患者自身の状態変化（便益の享受）に対する評価と医療サービス組織に対する評価が独立して患者満足に影響を及ぼしている。診療段階別に分けて分析を行っても同様な結果となり、事前に構築したモデルとは異なる結果となった。なお、図3 1における顧客満足インデックス（CSI）は以下の5つの質問項目の合成変量である。

①現時点で、この病院での診察、治療、看護、入院生活などを思い浮かべた場合、全体としてどの程度「満足」なものだと思われますか。

「全く満足していない」～「非常に満足している」の5点尺度。

②今回のこの病院の利用経験を、来院前に抱いていた「期待」と比較すると、どのように思われますか。

「かなり期待以下である」～「かなり期待以上である」の5点尺度。

③今回、この病院を利用してみて、「この病院で診察・治療を受けて良かった」と思われますか。

「全くそう思わない」～「非常にそう思う」の5点尺度

④もし仮に将来、病院にかからなければならなくなった場合、この病院を「もう一度利用したい」と思われますか。

「全く 利用したくない」～「非常に利用したい」の5点尺度。

⑤もし、同じような病気で病院を探している人がいた場合、この病院を「推薦しよう」と思われますか。

「全く推薦したくない」～「非常に推薦したい」の5点尺度

WEB調査と質的（ヒアリング）調査の結果に基づいて構築したモデルは図2 4であり、それを簡略化して描くと図3 2のようになる。従来の顧客満足モデルは知覚品質あるいはサービスの構成要素を顧客満足の直接の決定要因としているが、「便益遅延性」を鍵概念とすることで、便益を媒介するモデルを構築した。しかしながら、分析結果は図3 3のような従来型のモデルとなり、成果質と過程品質が直接的に顧客満足に影響を及ぼすものとなった。この結果から、サービスの成果質は便益それ自体であると解釈することができる。また、サービス・デリバリー・プロセスにおいて便益を生み出すための活動が行われる時点とその活動の成果としての便益が発現し知覚される時点との間には時間的にズレが存在するために、デリバリー・プロセスに対する評価は便益とは独立して行われていると解釈することができる。あるいは「便益遅延性」のために、デリバリー・プロセスにおいて便益を生み出すために行われた特定の活動と実際に享受・知覚した便益との間の因果関係、すなわち過程品質が成果品質を生み出しているという関係を描き難いため、独立して評価が行われていると解釈することができる。以上のようなことから、患者満足モデルを修正し、図3 3のモデルを採用することになった。

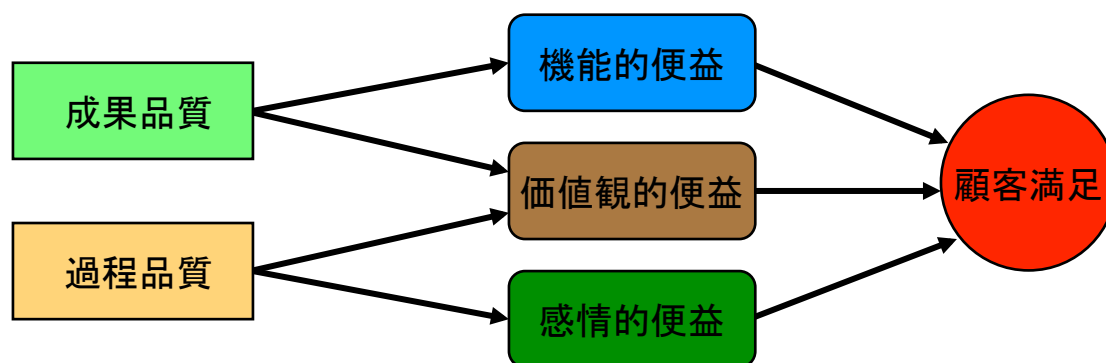


図3 2：便益を媒介とする顧客満足モデル

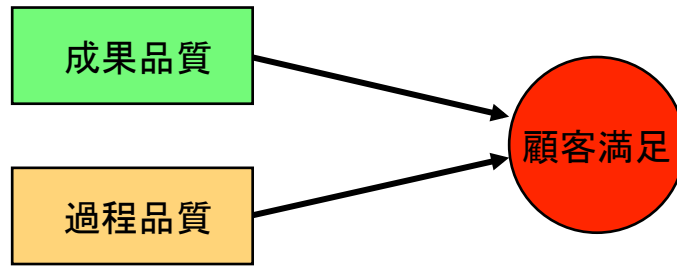


図 3 3 : 成果品質と過程品質による顧客満足モデル

さらに、図 3 3 の顧客満足モデルを医療サービスにおける患者満足モデルに置き換えるならば、図 3 4 のようになる。なお、図 3 4 では、前述の成果品質を構成する 3 つの便益（機能的便益、感情的便益、および価値観的便益）の間の影響関係については省略している。

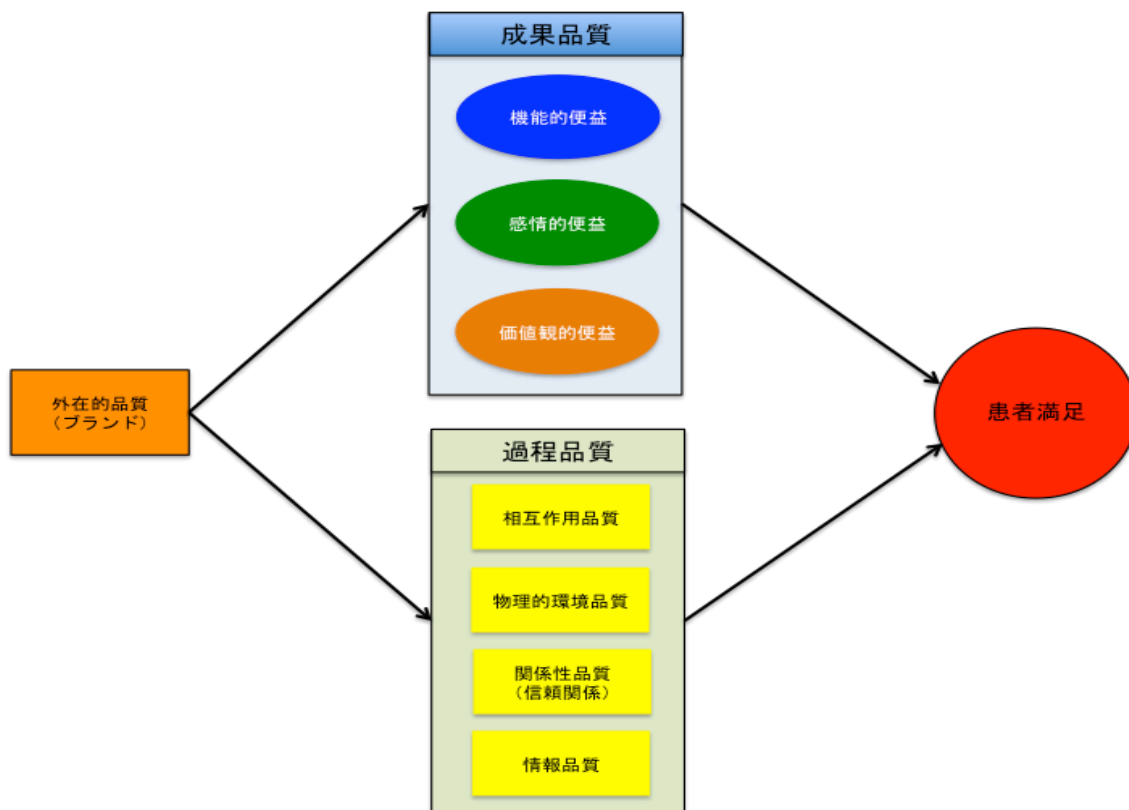


図 3 4 : 便益評価を含む患者満足モデル

また、この分析結果から、医療サービス組織の評価において従来から用いられている調査体系（患者満足尺度）と本研究開発プロジェクトで開発している調査体系（「便益測定尺度」）は図 3 5 のような関係にあると考えられる。すなわち、従来の患者満足調査は医療サービス組織における物理的環境や医療従事者・事務職員の接遇の改善を目的としていることから、医療サービスのデリバリー・プロセスにかかわる要因に対する評価を主に聴取しているのに対して、当研究開発プロジェクトの「便益測定尺度」は患者自身の状態変化をもたらしている便益を主に測定しているという違いがあることが明確になった。したがって、開発中の便益遅延型サービスにおける「便益測定尺度」を利用することによって、患者満足を過程品質と成果質の両面から測定でき、患者満足の水準をより適切に把握することができると考えられる。

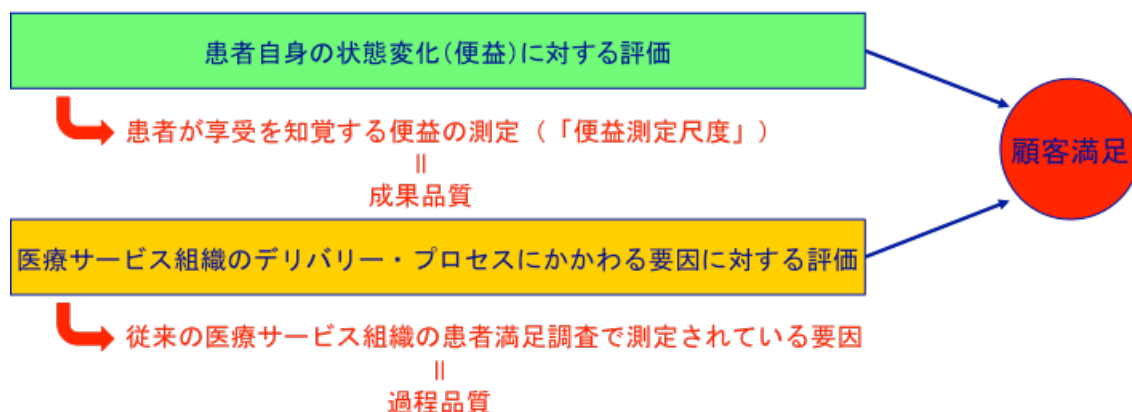


図 3 5 : 従来の「患者満足調査」と本研究開発プロジェクトの「便益測定尺度」の関連性

この開発した「便益測定尺度」自体やその基本的な考え方は、便益遅延型サービスだけでなく、多くの製品（モノやサービス）にも広く適用可能であると考えられる。本研究開発プロジェクトにおける患者満足モデルの分析結果から、モノの満足度調査においても、性能やデザイン等の製品そのものにかかわる評価だけでなく、そのモノの消費・使用によって顧客自身にもたらされた変化（行動や感情、ライフスタイルなど）も測定する必要があることが窺える。従来のモノの満足調査（あるいは知覚品質調査）における性能やデザイン等の製品そのものにかかわる評価はサービスのデリバリー・プロセスに対する評価に相当し、それだけではそのモノの使用・消費によって顧客にどのような変化（便益）がもたらされたのかを把握することはできない。顧客が購入しているのはモノそれ自体ではなく、そのモノがもたらしてくれる問題解決、すなわち便益であるので、そのモノの使用・評価によって、顧客自身の行動や感情、ライフスタイル、他者との関係等にどのような変化がもたらされたかを測定することの方がより重要であると考えられる。そして、顧客にポジティブで大きな変化を導いているものほど、イノベーティブな製品と考えられる。たとえば、アップルの iPhone や iPad は顧客の行動や生活様式を好ましい方向に変化させているから、受容性が高く、イノベーティブなものとして評価されている。

(4) 患者満足に対する成果品質と過程品質の影響関係

「便益遅延性」のため機能的便益を享受・知覚するのが難しいにもかかわらず、患者満足度は高いことから、患者満足度は成果品質である便益よりも、過程品質の方により強い影響を受けていることが窺われる。

患者満足度については、図 3 6 のように、平成 24 年度に単発調査を実施した坂出市立病院と大坂厚生年金病院においても、平成 25 年度に単発調査を実施した香川大学医学部附属病院（皮膚科のみ）においても、同じように高く、また、その分布も同様の傾向になっている。

このように患者満足度はどの病院においても高いが、この背景には、図 3 1 に見られるように、過程品質の方が成果品質（便益）よりも大きな影響を及ぼしていることがあると考えられる。

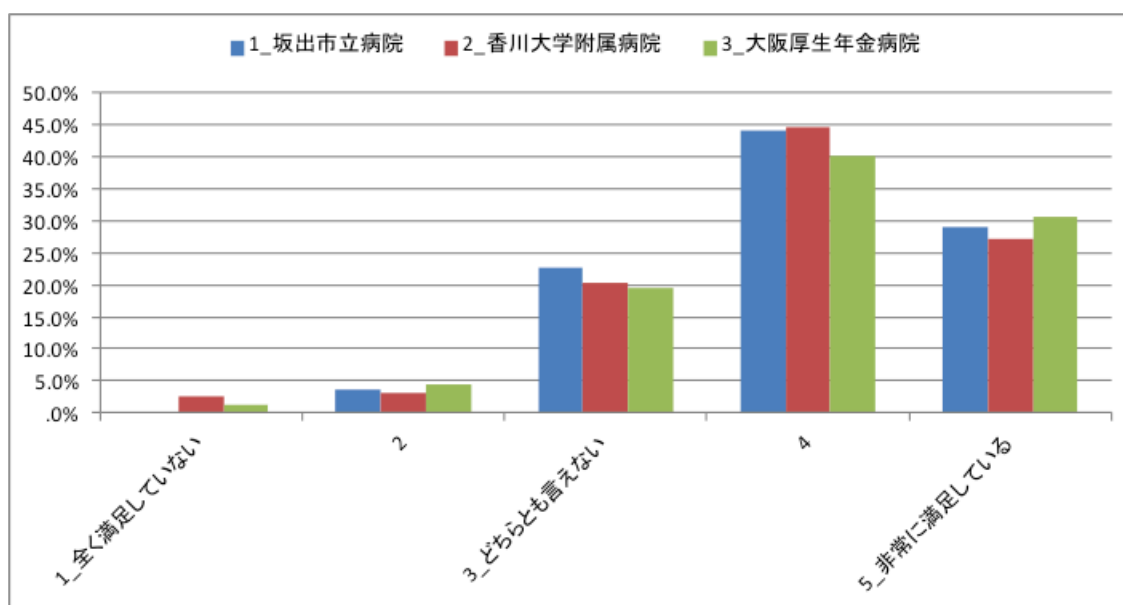
また、図 3 1 の「患者の内的状態評価」は成果品質評価であり、機能的便益、感情的便益（病気不安解消）、感情的便益（社会復帰不安解消）、および 価値観的便益の合成変量である。一方、「患者の病院に対するサービス評価」は過程品質評価であり、医師への信頼、医師の相互作用品質、看護師の相互作用品質、情報品質（病気との向き合い方）、情報品質（治療プロセス）、病院設備の合成変量である。

この「患者の内的状態評価」（成果品質評価）と「患者の病院に対するサービス評価」（過程

品質評価)が顧客満足インデックス(CSI)に及ぼす影響度を治療段階ごとに分析すると、表10のようになる。どの治療段階においても、顧客満足インデックス(CSI)に対する影響度は「患者の病院に対するサービス評価」(過程品質評価)の方が大きくなっている。「患者の内的状態評価」(成果品質評価)の顧客満足インデックス(CSI)に対する影響度が最も大きくなるのは本格的なリハビリテーション段階であるが、その段階でも、「患者の病院に対するサービス評価」(過程品質評価)の方が影響力は大きくなっている。

このように患者満足度に対して過程品質の影響力の方が大きくなっている理由としては、主に2つのことが考えられる。第1は、「便益遅延性」のために成果品質の評価が困難であることから、評価が容易な過程品質を主な指標として満足評価が行われているということである。

第2は、顧客満足インデックス(CSI)が不適切であるということである。CSIに用いた5項目は従来型の患者満足調査(過程品質測定型の調査)で用いられているものと同等なものを利用しており、このことが影響していることが考えられる。患者は過程品質の消費が目的ではないので、成果品質が過程品質と同等以上に影響を及ぼすような患者満足度インデックスを作成する必要がある。このことから平成25年度に修正を加えた便益測定尺度(調査票)ではCSIの作成に用いる項目を追加した。



		1_全く満足していない	2	3_どちらとも言えない	4	5_非常に満足している	無回答	合計
調査病院	1_坂出市立病院	0	7	45	88	58	1	199
		.0%	3.5%	22.6%	44.2%	29.1%	.5%	100.0%
	2_香川大学附属病院	5	6	38	84	51	4	188
	2.7%	3.2%	20.2%	44.7%	27.1%	2.1%	100.0%	
	3_大阪厚生年金病院	18	63	285	582	447	58	1453
		1.2%	4.3%	19.6%	40.1%	30.8%	4.0%	100.0%
合計		23	76	368	754	556	63	1840
		1.3%	4.1%	20.0%	41.0%	30.2%	3.4%	100.0%

図36：病院間の患者満足度の比較

治療段階	「患者の内的状況評価」のCSIに対する影響度	「患者の病院に対するサービス評価」のCSIに対する影響度
全 体	.21	.77
1. 初診の段階（最初に病院に来た段階）	.29	.69
2. 治療準備段階（治療方針決定のための検査段階）	.12	.78
3. 本格的な治療段階（薬の投与や手術などによる治療の段階）	.21	.73
4. 本格的なリハビリテーション段階（リハビリテーションを中心に行っている段階）	.54	.69
5. 回復期段階（本格治療・本格リハビリもほぼ終了し、日常生活への復帰を図る段階）	.09	.87
6. 定期的に病院を訪問し、検査をしている段階	.19	.81
7. 完治に近い段階（ほぼ100%日常生活に戻っている状態）	.19	.70

表 10：患者満足に対する成果品質（便益）と過程品質の影響度

5) デリバリー・プロセスにおける患者の期待の方向性と水準の変容

主にモノ消費に基づいて構築された従来の顧客満足理論では、満足／不満足は選択意思決定の段階において形成された期待と成果との比較によって形成されると仮定されており、さらに消費過程において期待は変容しないという前提が置かれている。この従来の顧客満足理論において仮定されているように選択時に形成された「期待」が満足評価にも用いられるとすると、医療サービスの機能的便益に関しては、期待と成果の間に常にギャップが生じ、不満足が形成されることになる。しかし、不満足を感じる患者は少数であることから、医療サービスのデリバリー・プロセスにおいては期待の方向性と水準において変容が起こっていることが推測される。

人間の健康度は年齢とともに徐々に低下していくが、重篤な疾病を被ることによって健康度の大きな低下が起こる。その低下の回復を目的として医療サービスを受けることになるが、医療サービスの成果として健康度の回復がどの程度達成されるのかについては不確実性が高い。図37の左図のように健康度の変化可能領域は広く、どの程度まで健康度が回復できるのかは患者の参加の仕方や属性を含む様々な要因に影響される。このような状況において、たとえば、図37の右図の t_0 時において罹患して医療サービスを受け、 t_1 時に退院し、赤線のような健康度の回復しか得られなかった場合、年齢とともに自然に低下する健康度と実際の健康度との間にギャップが生じることになる。これを「健康度ギャップ」と呼ぶならば、このギャップによって満足／不満足が形成されるのではなく、図中の「期待-成果ギャップ」によって満足／不満足が形成されると考えられる。なぜならば、患者は罹患したときの健康状態に回復することを期待すると考えられるからである。年齢による自然な健康度の低下は予測不可能であることから、 t_1 時における青線の健康度の水準を期待水準とすることも不可能である。その結果、罹患したときの健康度の回復が期待水準となり、その時点の健康状態と比較されることになるが、その場合、期待よりも成果の方が常に低くなるというネガティブなギャップが生じることになる。従来の顧客満足理論では、このようなネガティブなギャップは不満足を導くことになるが、実際の患者満足度調査の結果においては不満足な患者は少数しか存在しない。

医療サービスの成果水準が患者の期待水準に達しないにもかかわらず、多くの患者は満足を形成しているということから、デリバリー・プロセスにおいて患者の期待の方向性や水準が変容していることが窺える。前述のように「便益遅延性」のために成果品質の知覚・評価が困難であることから、評価が容易なデリバリー・プロセスにおける医療従事者の接遇や物理的環境を中心に評価することにより満足形成が行われていることや、顧客満足インデックス（CSI）

自体が適切でないことなども考えられる。しかし、調査を実施したどの病院でも同じように患者満足度が高いことから、価値観的便益などによって期待が変容していると捉える方がより適切であるとも考えられる。

このようにデリバリー・プロセスにおいて患者の期待の方向性および水準が変化するのは、医療にかかわる専門的知識の非対称性のために、デリバリー開始時点において患者が期待する治療内容や成果と医療従事者が患者のために提供すべきであるとする治療内容との間にズレが生じるが、デリバリー・プロセスにおける医療従事者の対応のあり方によって信頼関係が形成され、患者が彼らの提供する情報を信頼して受け入れるようになることで徐々にズレが解消されていくことによると考えられる。さらに、同じ疾病の患者間で情報交換が行われることでも、ズレは解消されていくと考えられる。

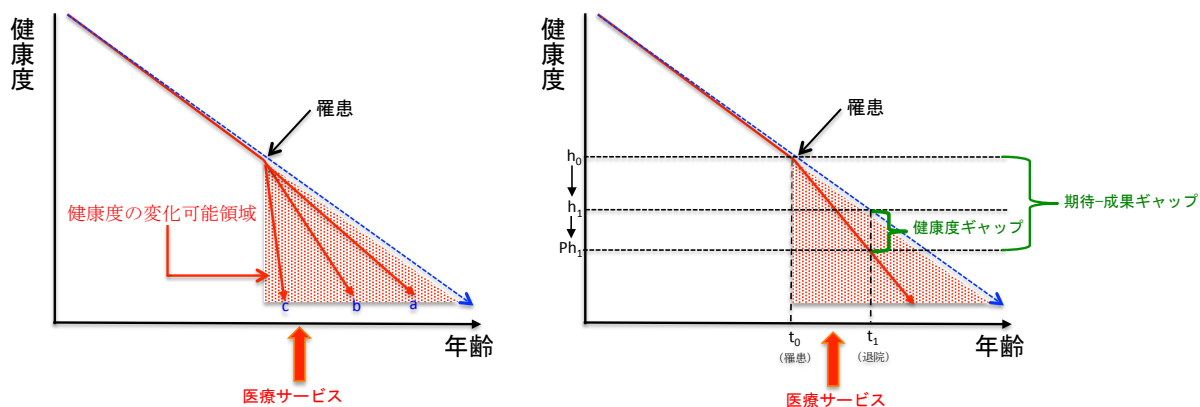


図 3 7 : 機能的便益における期待-成果ギャップの生成

便益即時型サービスや一般的なモノの場合には、サービスやモノにかかわる情報の非対称性の程度は低いために、図 3 8 の左図のように、顧客（市場）の求める便益（品質）と提供組織の提供する便益（品質）の間にはズレは生じ難いと考えられる。時間経過とともに顧客（市場）の求める便益（品質）水準が向上したとしても、提供組織はそれに対応して提供可能な便益（品質）水準を向上させていくことが可能であるためにズレは生じ難いであろう。もしズレが生じるとしても、図 3 8 の右図のように、過剰品質が生じる場合であろう。過剰品質は、顧客（市場）が望む便益（品質）と提供組織が提供すべきであるとする便益（品質）の方向性は一致しているが、その水準が異なるだけであるために、市場のメカニズムを通じて容易に解消されていくであろう。

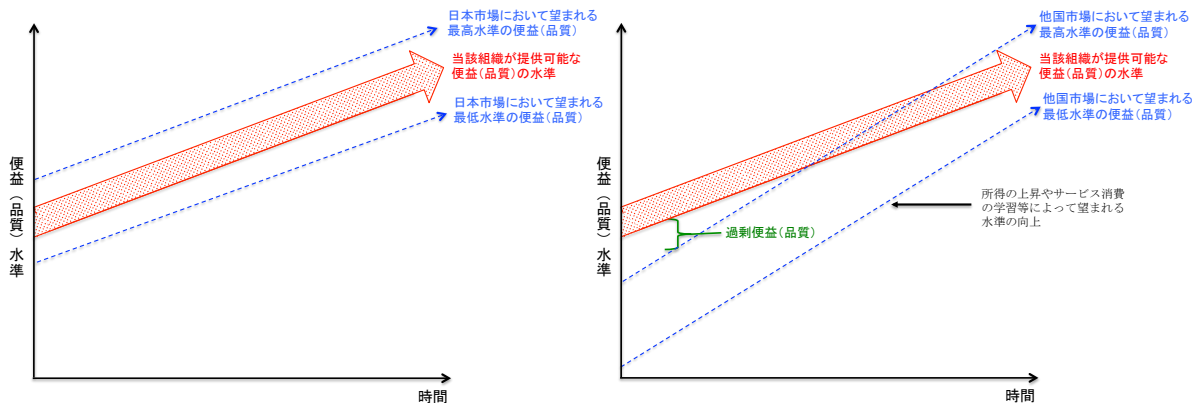


図 3 8 : 便益即時型サービスにおける顧客と提供者の便益に関するズレ

しかし、「便益遅延性」の程度が高いサービスの場合には、顧客の求める便益（品質）と提供組織の提供する便益（品質）の間にはその方向性と水準においてズレは生じ難いであろう。便益の享受には長期間を要するために、顧客は長期的な視点で望むべき便益を得るには彼ら自身の参加として提供者からどのようなことが期待されているのかを考える必要があるが、そのデリバリー・プロセスは必ずしも快適ではなく、さらに自身の活動の成果も見え難いために、短期的な快適性や利益を求め易くなるであろう。さらに、デリバリーに専門的知識が必要なサービスの場合には、顧客は専門的知識を保有しないために、どのようなことを期待して良いのかを適切に判断できないであろう。このような結果として、顧客と提供組織の間では便益（品質）の方向性と水準においてズレが生じるであろう。図39はそのようなズレとその解消を図示したものである。

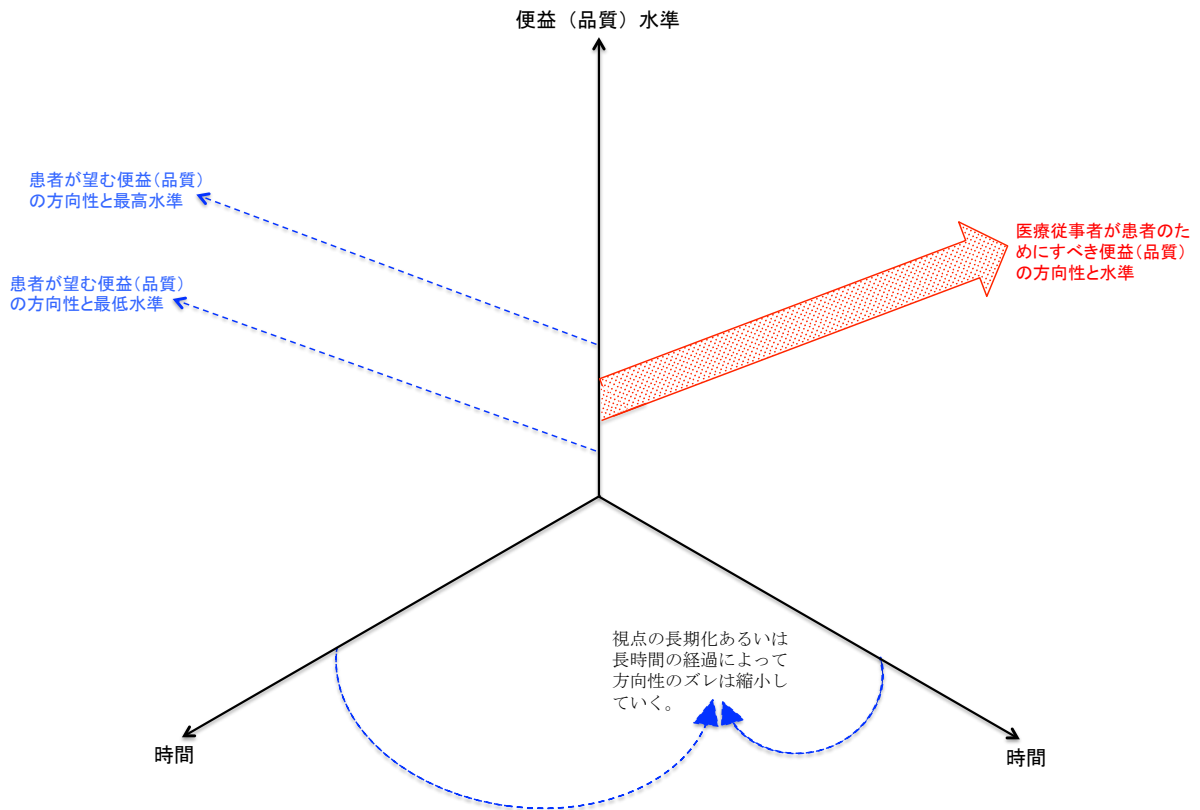


図39：便益遅延型サービスにおける顧客と提供者の便益に関するズレ

先の図38の過剰品質といったズレは顧客の集合としての市場レベルで発生することを表しているが、図39のズレは個々の顧客レベルで発生することを表している。したがって、時間は個々の顧客のサービス・デリバリーの開始からそれが終了までの経過時間を表している。また、3次元で描いているのは、サービス・デリバリーの開始時点においては顧客の期待する便益（品質）の方向性とその水準はサービス提供者が提供すべきであると考えそれらとは異なっていることを表している。しかし、時間経過とともに顧客とサービス提供者の間に信頼関係が形成され、顧客が提供者からの情報を信頼して受け入れるようになることで、顧客の期待する便益（品質）の方向性とその水準はサービス提供者が提供を考える方向性や水準に近づき（価値観的便益を享受し）、2次元になることを表している。なお、2次元に近づく過程においては、サービス提供者側でも顧客に関する理解が進み、顧客の状況や期待をより良く把握できるようになるために、サービス提供者が提供すべきであると考える便益（品質）の方向性と水準も顧

客の期待する方向に歩み寄ることもあるであろう。このような結果として、顧客とサービス提供者の間のズレが解消され、顧客も提供されたサービスに納得できるようになるために満足が形成されると考えられる。しかし、このようなズレの解消においては信頼関係の形成が重要であり、デリバリー・プロセスの早い段階で顧客とサービス提供者の間に信頼関係が形成されなければ、両者の溝が埋まらないままにデリバリーが行われ、両者とも不満足な結果に終わることになると考えられる。このような信頼関係の形成の重要性は前述の図28と図29の共分散構造分析の結果からも明らかであろう。

3-3-4. 患者を対象とした継続調査から得られた成果

(1) 患者満足モデルの修正

時間経過による便益の享受・知覚によって患者満足が変化するモデルとして、初期段階では図22のものを作成した。しかし、上記の分析結果から、患者満足の形成には過程品質も大きくかかわっており、さらに信頼形成（医師との関係）は価値的便益や感情的便益に影響を及ぼすことが明らかになったことから、修正版モデルとして図40を作成した。

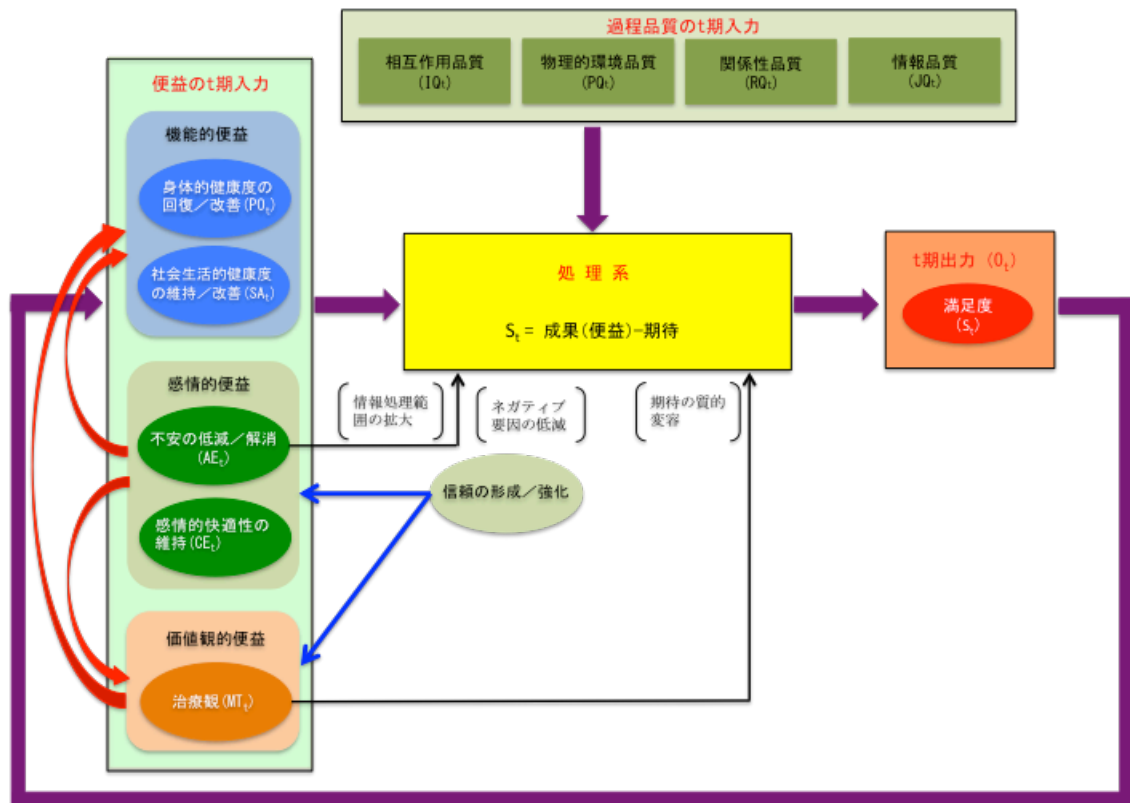


図40：「便益遅延性」を考慮した患者満足モデル（修正版）

図40の患者満足モデルを継続調査の結果を用いて検証しているが、患者ごとに満足度の変化を分析すると、必ずしもこのモデルは当てはまらないようである。このモデルでは、時間経過（診療段階が進むこと）によって3つの便益を享受・知覚できるようになるにつれて、満足度も徐々に向上することを仮定している。しかしながら、香川大学医学部附属病院の泌尿器科で実施している継続調査の結果では、図41のように治療開始前から満足度が高かったり、時間結果とともに不安定に満足度が変化したりしている。

患者満足度の不安定な変動は些細な出来事や情報によって生じているが、これは「便益遅延

性」の影響と考えられる。「便益遅延性」のためにデリバリー・プロセスにおいて、それを知覚・評価することができないことから、ちょっとした出来事によって不安や不信感が喚起され、その結果として満足度が低下していると推測される。あるいは「便益遅延性」のために、患者はデリバリー・プロセスにおいて便益を生み出すために行われた特定の活動と実際に生成された特定の便益との間の因果関係を適正に推測することが困難であり、ネガティブな出来事や情報が発生した場合に、それが望む便益の生成にネガティブな影響を及ぼすのではないかといった不適切な因果推論が行われていることが考えられる。

また、医療サービスに対する患者の評価を時系列で見ると、初期段階（便益を享受・知覚できる段階以前）でも評価が高いことから、患者は減点法で評価していることが推測される。すなわち、評価の最高点（5段階評価では「5」）を基準として、望ましくない出来事や物理的環境に接した場合やネガティブな情動を喚起した場合に減点し、それが改善されれば再び評価を戻すというが行われていることが推測される。このような評価が行われる背景としては、医療サービスのデリバリーには高度に専門的な知識・技能が必要とされるために、医療サービスは消費するというよりは、提供してもらっているという意識が患者にあることが考えられる。さらに、そのような意識は医療サービスを受ける対価としての費用を患者は一部しか負担しないことによって強化されていると推測される。

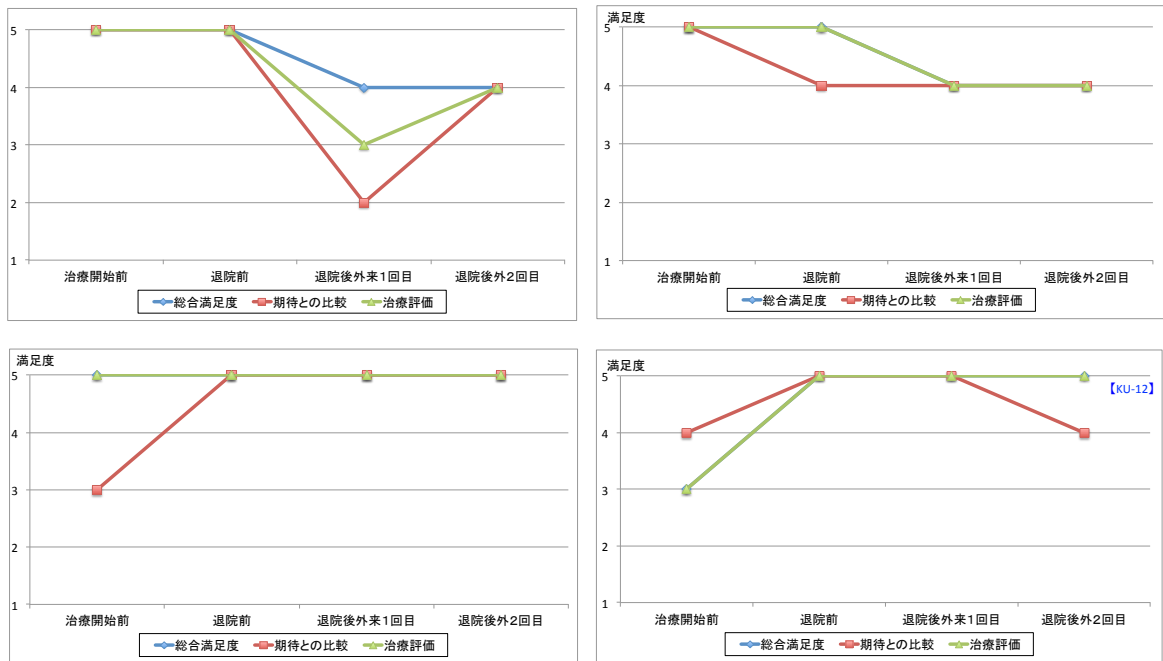


図 4 1 : 患者満足度の診療段階による変化（個人単位：泌尿器科）

表 1 1 は、香川大学医学部附属病院の泌尿器科の患者を対象として実施した継続調査の結果をまとめたものである。泌尿器科の患者は前立腺ガンの患者が中心であり、退院後は 2 回程度の通院でほぼ治療は終わるとのことなので、入院前の治療開始前、退院時、および退院後の 2 回の通院時に調査を実施し、計 4 回の調査に協力をいただいた。患者の体調等で調査を実施できないこともあり、4 回とも回答してもらえた患者は 24 人（平成 26 年 7 月 31 日時点）であった。表 1 1 はこの 24 人の満足度の変化をまとめたものであるが、1 回目の回答においては、すべての患者が 5 点尺度で「3」以上の評価をしている。この 1 回目の回答において、「5」あるいは「4」と回答した患者を「満足スタート型」、「3」と評価した患者を「中立スタート型」と分類すると、前者が 20 人（83.3%）を占めており、後者は 4 人（16.7%）にすぎない。また、

満足スタート型では、2回目～4回目も高い満足度を維持している「安定型」が10人（20%）を占めている。一方、中立スタート型では、2回目から4回目にかけて満足度は向上する「右上がり型」が3人（75.0%）を占めており、満足度評価が高い方向に偏っている。

図4-2は、表1-1の各セルから患者をそれぞれ一人ずつ抽出し、その患者の1回目の調査から4回目の調査における便益評価および満足度の変化を個別に描いたものである。なお、機能的便益①（青線）は図1-7の身体的健康度の回復／維持であり、数値はこの便益にかかわる4つの質問項目に対する回答の平均値である。同様に、感情的便益①（緑線）は図1-8の疾病に伴う不安の低減／解消であり、数値はこの便益にかかわる3つの質問項目に対する回答の平均値である。また、価値観的便益は紫線、満足度は赤線で描いている。なお、各質問に対する「6わからない／該当しない」という回答は「0」に変換して、平均値を計算している。

この図4-2から、満足スタート型の患者は3つの便益の評価が変化しても、満足度は比較的安定しており、便益以外の評価によって満足度が形成されていることが窺われる。一方、中立スタート型の患者においては、便益の評価が高まることによって満足度も向上しており、享受する便益に依存して満足度が形成されている。このことから、医療サービスに対する顧客満足の特性が窺われる。

「便益遅延性」のために医療サービス本来の便益の享受を知覚・評価できないにもかかわらず、このように患者は高い評価を行う傾向があることから、医療サービス組織間の比較において、単純に患者満足度や各種評価の平均値を比較することは誤った解釈を導くおそれがある。前述のように、適切な顧客満足インデックスを作成するとともに、患者満足の構造（患者満足に影響を及ぼす要因とその影響力の強さ）を比較することが必要であると考えられる。

また、患者の評価が些細な出来事や情報によって不安定に変動するならば、そのような状況を迅速に把握し、必要な改善や情報提供を行う必要があると考えられることから、以下で説明するデジタル端末を用いた調査システムの開発を行った。

表 1 1 : 継続調査における患者満足度の変化

		2回目以降の満足の变化					小 計
		安定型	右上がり型	右下がり型	U字型	逆U字型	
1 回 目 の 満 足 度	満足スタート型 (4あるいは5)	10 (50.0)	1 (5.0)	4 (20.0)	2 (10.0)	3 (15.0)	20 (100.0)
	中立スタート型 (3)	0 (-)	3 (75.0)	0 (-)	0 (-)	1 (25.0)	4 (100.0)
小 計		10 (41.7)	4 (16.7)	4 (16.7)	2 (8.3)	4 (16.7)	24 (100.0)

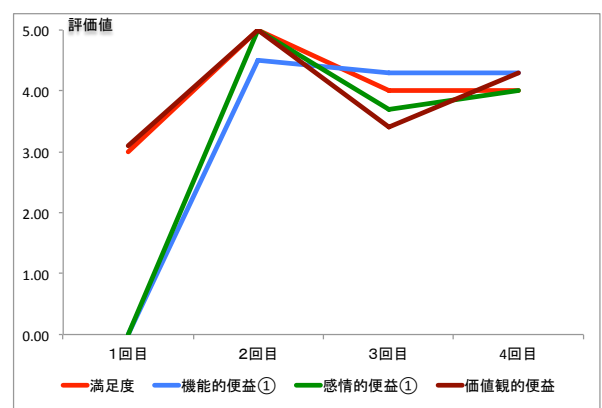
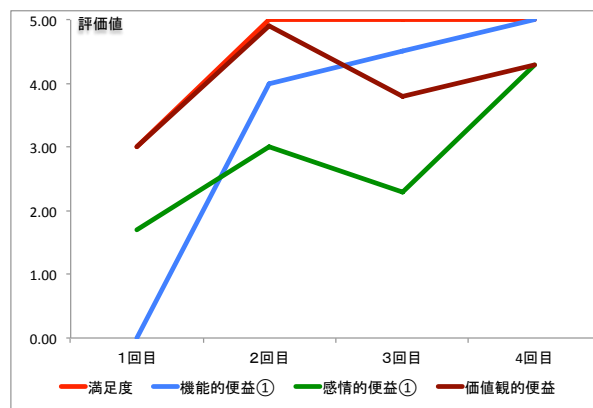
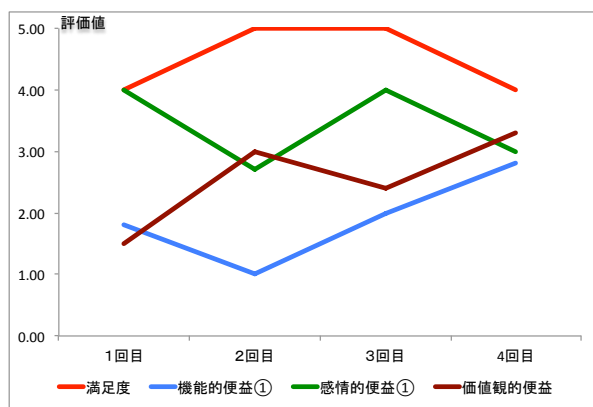
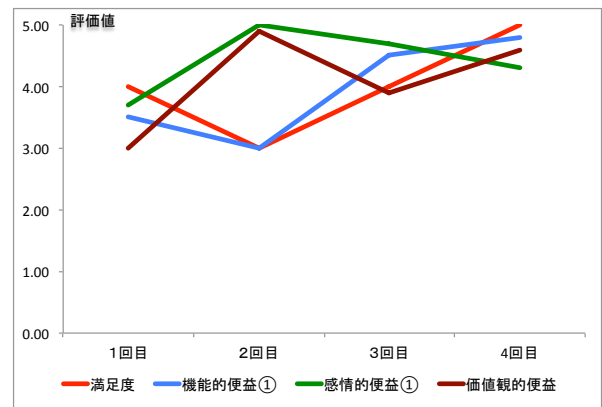
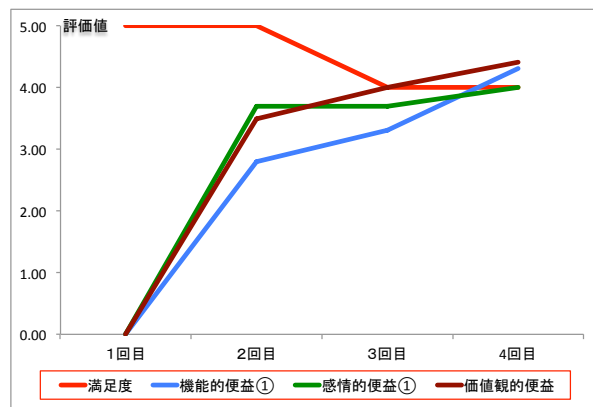
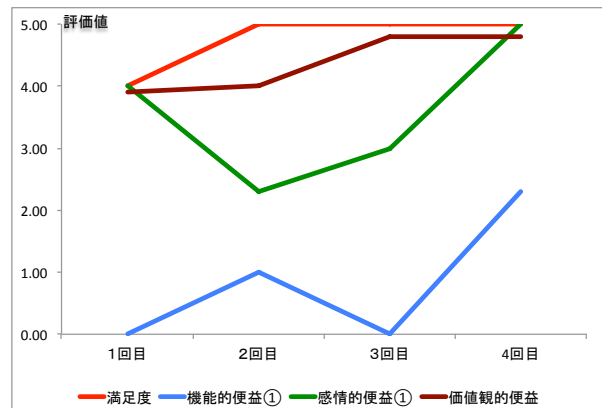
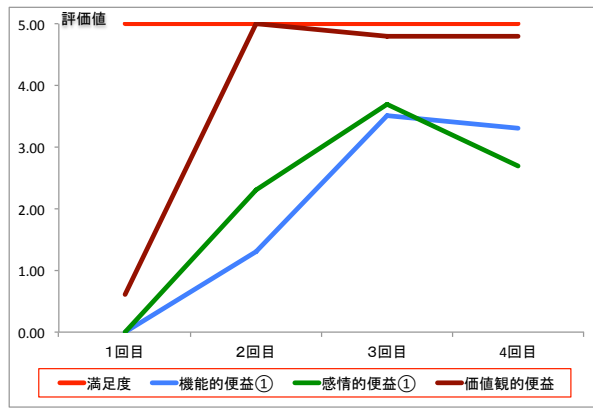


図 4 2 : 時間経過による便益評価および満足度の変化 (個人単位 : 泌尿器科)

3-3-5. デジタル端末を用いた調査システムの開発の成果

(1) 音声での質問読み上げと自由回答が可能な調査システムの構築

前述のような理由から、以下のような3つの特徴を備えた調査システムを構築した。

- ① デジタル端末に質問を表示し、希望によって音声での質問の読み上げも可能であるという特徴
- ② 不満足な理由等を音声で録音できるという特徴
- ③ 入力された回答は即座にサーバーに送られるが、不満足な回答が入力された場合には、患者調査の責任者にも即時にその内容を送ることができるという特徴

このような特徴を備えた調査システムを試作し、様々な関係者の意見を聴取することにより、その改善を図った。現在、改善版は完成しており、大阪の医療サービス組織でそれを用いた調査の進め方について検討している。したがって、本研究開発プロジェクトで開発した「便益測定尺度」を、今後多くの医療サービス組織で活用してもらうための調査システムとしての位置づけにある。なお、この調査システムは、医療サービス以外の便益遅延型サービス、具体的には教育サービスにも活用できるように改善を行った。

現段階の調査システムは次のような構成となっている。まず第1面では、病院長等の挨拶文を表示し、調査の協力をお願いする。第2面は以下の画面のように、質問を自分で読んで回答するのか、それともデジタル端末（パソコン）に読み上げてもらって回答するのか、を選択できるようにしている。

The screenshot shows a survey interface titled "読上げ方" (Reading Method) under "仮アンケート" (Draft Survey). On the left is a vertical menu with options: "診察券番号" (Medical Card Number), "属性の質問" (Attribute Questions), "質問.01" (Question 01), "質問.02" (Question 02), "質問.03" (Question 03), "質問.04" (Question 04), and "終わり" (End). The main content area displays the instruction "読上 読止 質問の読上げ方を選んでください。" (Please select how you want to read the question). Below this are two radio button options: "質問を自分で読んで回答します。" (I will read the question myself and answer) and "質問をパソコンに読み上げてもらい回答します。" (I will have the question read to me by a PC and answer). A "次へ" (Next) button is at the bottom.

これ以後の画面では質問を表示するとともに、左側に、現段階の質問は全質問中のどの程度の位置にあるのかを表示するようにしている。

The screenshot shows a survey interface titled "読上げ方" (Reading Method) under "仮アンケート" (Draft Survey). The top right corner indicates "全4問中1問目" (Question 1 of 4). The left menu is the same as in the previous screenshot, with "質問.01" highlighted. The main content area displays the instruction "読上 読止 この病院を利用して、現時点で、以下のような点についてどのように思われますか。それぞれの質問について、あなたのお気持ちに最も近いものをお選び下さい。" (Using this hospital, how do you think about the following points at the current time? For each question, please select the one closest to your feelings). Below this is a Likert scale for question 1: "1. 十分な医療サービスを提供できるだけの設備や機器が備えられている。" (1. There are sufficient facilities and equipment to provide adequate medical services). The scale has five points labeled "とても悪い" (Very Bad), "普通" (Average), and "とても良い" (Very Good). The points are numbered 1 to 5 with radio buttons. A "次へ" (Next) and "戻る" (Back) button is at the bottom.

そして、5段階評価においてネガティブな回答（「1」あるいは「2」を選択）した場合には、その理由を質問する画面が現れ、音声でその理由を入力できるようになっている。

The screenshot shows a survey interface with a sidebar on the left containing navigation options: 読上げ方, 診察券番号, 属性の質問, 質問.01 (highlighted), 質問.02, 質問.03, 質問.04, and 終わり. The main content area displays a question in Japanese: 'この病院を利用して、現時点で、以下のような点についてどのように思われますか。それぞれの質問について、あなたのお気持ちに最も近いものをお選び下さい。' followed by the item '1. 十分な医療サービスを提供できるだけの設備や機器が備えられている。'. Below the text is a 5-point Likert scale with labels 'とても悪い' (1), '普通' (3), and 'とても良い' (5). The scale has five radio buttons, with the second button (2) selected. Below the scale is a green box for entering reasons, containing the text '理由をお聞かせください。', a '録音' (Recording) button, a '終了' (End) button, and the instruction '音声で答える場合、録音ボタンを押してください。'. At the bottom of the green box are '次へ' (Next) and '戻る' (Back) buttons.

当研究開発プロジェクトの推進によって、医療サービスを「便益遅延性」という視点で捉えることにより、患者満足構造について新たな結果や仮説を得ることができた。それと同時に、従来の患者満足尺度とは明確に差別化された「便益測定尺度」を構築することができた。従来の患者満足尺度は医療サービス組織における物理的環境や医療従事者・事務職員の接遇の改善を目的としていることから、医療サービスのデリバリー・プロセスにかかわる要因に対する評価を主に測定するものであるのに対して、当研究開発プロジェクトが開発した「便益測定尺度」は患者自身の状態変化をもたらしている便益を主に測定するものであり、患者視点で患者に恩恵のあるかたちで医療サービスのデリバリーのあり方を改善するものである。さらに、この開発した「便益測定尺度」を多くの医療サービス組織で広く利用してもらうために、デジタル端末を用いた調査システムを開発した。

当研究開発プロジェクトの最大の成果は「便益遅延性」概念を創出・明確化するとともに、この存在とこれがもたらす問題を明らかにしたことである。さらに、医療サービスの便益として「機能的便益」と「感情的便益」だけでなく、「価値観的便益」を提示し、患者満足の形成において重要な役割を果たすことを明らかにしたことも大きな成果であると思われる。また、サービスの便益生成における顧客の役割の重要性を明らかにしたことも大きな成果であると思われる。このように当研究開発プロジェクトはサービスを考察・分析する新たな視点を提供しており、サービス科学に対してパラダイム・シフトをもたらす可能性を秘めている。あるいはそれほど劇的な変化を導くものでなく、サービスの認識に対して小さな変化をもたらすものに過ぎないかもしれないが、時間経過によって小さな変化も蓄積されれば大きな変化となり、遅延性はあるがサービス科学に発展に長期的に貢献することができるであろう。

具体的には、サービス科学に対して、以下のような貢献をできると考えている。

- ① 「便益遅延性」概念を創出・明確化したことによって、サービスを分析するための新たな分類軸や分析視点を提示することができた。従来のサービス分類はサービス・デリバリーの観点（たとえば、労働集約的かどうか、サービスの受け手は誰か）から行われているが、「便益遅延性」概念は顧客の享受する便益の内容とその享受時期の観点からの分類や分析を可能にすることから、従来とは異なった新たな研究が生まれることが期待される。たと

えば、遅延の程度（時間的ズレ）を短縮するようなサービス・デリバリー方法に関する研究や、遅延性に前提に成果（便益の享受・知覚）の見える化を行う方法に関する研究、遅延性を前提に顧客が期待する便益を享受できる確率を向上させるためのデリバリー・システムに関する研究などが期待される。

- ②従来のマーケティングや顧客対応においては顧客志向が強調され、顧客のニーズに応えることが重視されてきたが、便益遅延型サービスの場合、顧客のニーズの適切性が必ずしも保証されないことから、顧客ニーズの適切化を図る必要があることが明らかになった。あるいは、これまでの顧客満足理論やその向上のための方策は短期的な視点で顧客満足を考察していたが、顧客の成長を促したり、以後の人生やライフスタイルをより好ましいものにしたという長期的な視点でニーズの充足や顧客満足を捉えることの重要性を提示した。このような新たな視点は価値観的便益にかかわるものであり、顧客の長期的な幸福や利益などの観点から、どのような価値観的便益をどのように提供していくのか、という研究に発展することが期待される。
- ③サービスは時間消費あるいはプロセス消費であるにもかかわらず、従来のサービスの知覚品質や顧客満足の研究では時間概念やプロセス概念が導入されていなかった。本研究プロジェクトでは時間概念を導入し、時間とともに顧客の享受・知覚する便益が変化する、あるいは積算されていくという視点で考察を行っており、サービスの知覚品質や顧客満足の研究に新たな視点を提供した。
- ④顧客（患者）の参加の仕方が彼ら自身の便益の享受や満足の形成に大きな影響を及ぼすことを明らかにしたことにより、サービス・デリバリー・システムやデリバリー・プロセスの改善を顧客の適切かつ積極的な参加を促すという視点や、顧客とサービス提供者の効果的かつ効率的協働を促すという視点で行うことの重要性を提示した。また、「便益遅延性」のために顧客の参加が抑制されるならば、その結果として顧客の望む便益を享受できないかもしれないことから、このような状況で顧客の適切な参加を導くための方策に関する研究の重要性も提示した。
- ⑤従来の顧客満足理論では選択意思決定過程で形成された期待が消費後の満足／不満足形成にも用いられると考えられており、評価基準である期待は変化しない（一定である）という仮定が置かれている。このような仮定が置かれているのは、従来の顧客満足研究がモノ、特に最寄品を中心として行われていることに基づいていると考えられる。しかし、時間消費としてのサービス（特に便益遅延型サービス）を研究対象とすることにより、期待が質的に変容する可能性があることを提示した。この結果から、期待の質的変化を含む動的な顧客満足モデルが構築されることが期待される。なお、この期待の質的変容には価値観的便益が大きくかかわっていることから、価値的便益と期待変容との関係に関する研究も重要になると考えられる。
- ⑥「便益遅延性」という概念は、サービスの便益を長期的な視点で捉える必要性を示しており、サービス消費の長期的な影響に関する研究の必要性を提示しているとも言える。たとえば、美術館のマーケティングは短期的な視点で来場者を増やすとか、来場者に驚きを提供することで満足度を高めるために行われているかもしれないが、そこで鑑賞した展示物や提供された情報に影響されて芸術に関心を持ち、芸術を志すような人が生まれることもあるであろう。これはその美術館サービスがもたらした長期的な便益であり、ある意味では「便益遅延性」が存在しているとも考えられる。このようなサービスの提供後にもその効果が残存し、顧客に長期的な影響を及ぼすということは、多くのサービス消費において見られるであろう。このようにサービス消費後にもその効果が残存する期間を「サービスの賞味期限」と定義するならば、その賞味期限を長くするという視点からのサービスやその

デリバリー・システムに関する研究も重要になると考えられる。

当研究開発プロジェクトの研究開発期間は終了したが、多種多様な調査を実施することで、貴重な多くのデータを収集・蓄積していることから、今後もこれらのデータを詳細に検討することにより、これらの6つの領域の研究を継続的に行っていきたい。さらに、開発した「便益測定尺度」やデジタル端末を用いた調査システムを医療サービス以外の便益遅延型サービスの研究にも活用することにより、サービスの顧客満足理論や便益遅延型サービスのマーケティング理論の構築を行い、サービス科学の発展に貢献していきたい。

3-4. 今後の成果の活用・展開に向けた状況

本研究開発プロジェクトでは、医療サービスを対象として多くの質的および量的調査を実施することができ、貴重な多くのデータを収集できたので、これらのデータをさらに深く考察することで、患者満足モデルの精緻化を図りたい。また、医療サービスの研究者や医療サービス組織の方々との関係性を構築できたので、作成した「便益測定尺度」とデジタル端末を用いた調査システムを活用してくれる医療サービスを今後も増やしていくことにより、患者の便益の享受・知覚の観点から医療サービス組織間の品質比較が行われ、さらにデリバリー・システムやデリバリー・プロセスの改善が行われることが期待される。

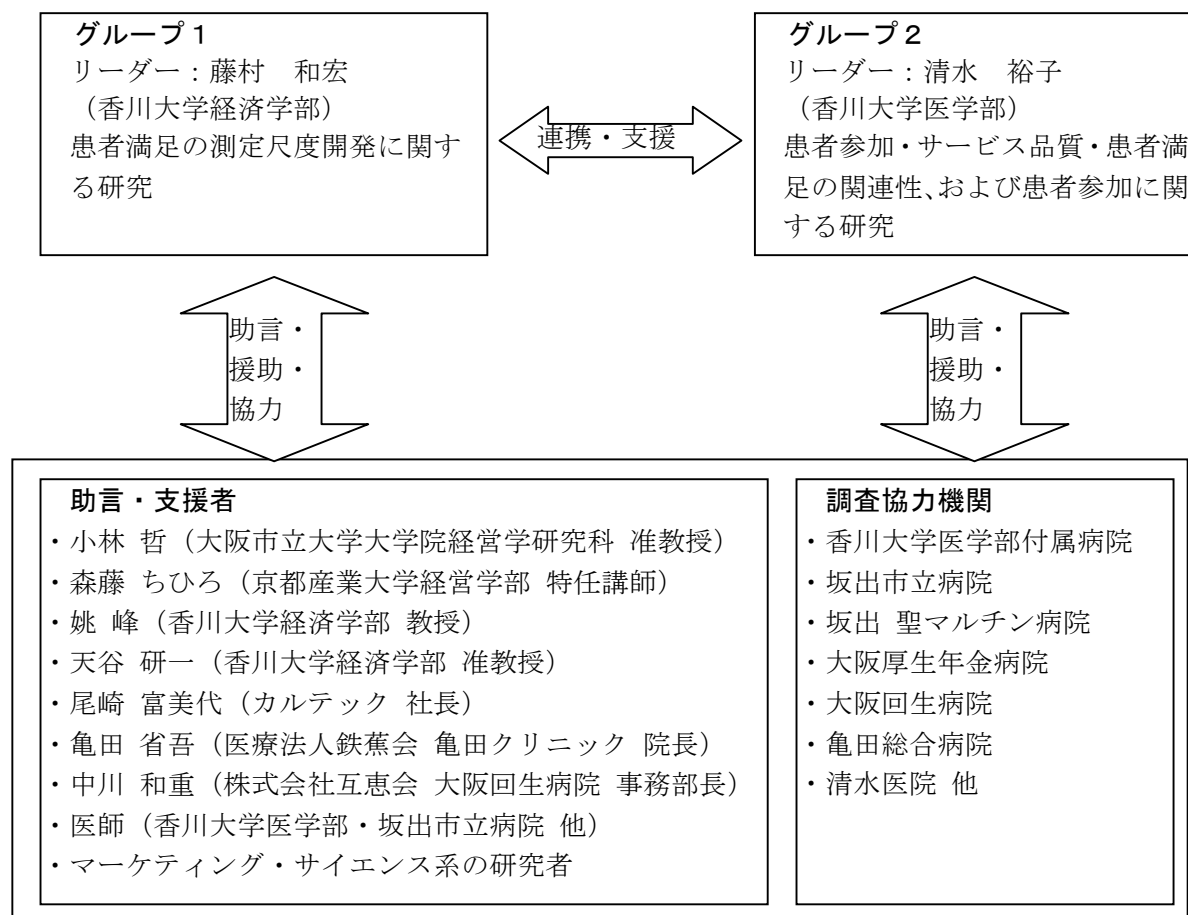
また、「便益遅延性」を特徴とするサービスは医療サービス以外にも多く存在するので、それらにも研究対象を拡大することにより、「便益遅延性」概念とそれを考慮した顧客満足モデルの一般化を図りたい。特に、教育サービスは今後の日本の経済全体や個々の企業の成長によって重要な役割を果たすサービスなので、今回開発した顧客満足モデルや「便益測定尺度」を適応・改善することで、学習者の能力向上の観点からサービス自体やデリバリー・プロセスの改革に貢献できると考えられる。

3-5. プロジェクトを終了して

プロジェクトの運営については、病院（特に付属病院）の倫理委員会への対応に苦労したが、倫理委員会で承認されればスムーズに調査を進めることができた。また、分野の異なる研究者が研究開発メンバーであったために、会議等の時間調整が難しく、なかなか議論の場を持つことができなかったことは残念であった。

4. 研究開発実施体制

4-1. 体制



4-2. 研究開発実施者

①研究グループ名：グループ1

氏名	所属	役職	担当する研究開発実施項目	参加時期
藤村 和宏	香川大学経済学部	教授	モデル構築、調査実施、尺度開発	平成23年10月～平成26年9月
王 維	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	平成23年10月～平成26年9月
名越 民江	香川大学医学部	教授	モデル構築、調査実施、尺度開発	平成23年10月～平成26年9月
清水 裕子	香川大学医学部	教授	モデル構築、調査実施、尺度開発	平成23年10月～平成26年9月
笥 善行	香川大学医学部	教授	モデル構築および尺度開発	平成23年11月～平成26年9月
阪井 真理子	香川大学医学部	副院長兼	調査実施の助言および協力	平成23年10月

	付属病院	看護部長		～平成 26 年 9 月
砂川 正彦	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	平成 23 年 11 月 ～平成 26 年 9 月
田岡 輝久	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	平成 23 年 11 月 ～平成 26 年 9 月
川島 隆志	香川大学経済学部	研究員	モデルと尺度の構築、調査結果の分析	平成 25 年 5 月 ～平成 26 年 9 月
北川 展子	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、香川大学医学部付属病院での患者調査の説明・配布等	平成 23 年 11 月 ～平成 25 年 11 月
飯野 美加	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、調査資料の収集・整理、調査の準備・実施管理、データ入力、香川大学医学部付属病院での患者調査の説明・配布等	平成 24 年 1 月 ～平成 26 年 9 月
大橋 加代子	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、坂出市立病院での患者調査の説明・配布等	平成 25 年 4 月 ～平成 26 年 9 月

②研究グループ名：グループ 2

氏名	所属	役職	担当する研究開発実施項目	参加時期
清水 裕子	香川大学医学部	教授	患者参加・品質・満足の関連性、および患者参加の分析	平成 23 年 10 月 ～平成 26 年 9 月
名越 民江	香川大学医学部	教授	患者参加・品質・満足の関連性、および患者参加の分析	平成 23 年 10 月 ～平成 26 年 9 月
川島 隆志	香川大学経済学部	研究員	患者参加・品質・満足の関連性、および患者参加の分析	平成 24 年 5 月 ～平成 26 年 9 月
小宮 一高	香川大学経済学部	教授	患者参加・品質・満足の関連性、および患者参加の分析	平成 25 年 4 月 ～平成 26 年 9 月
趙 命来	香川大学経済学部	准教授	患者参加・品質・満足の関連性、および患者参加の分析	平成 23 年 10 月 ～平成 26 年 9 月
藤村 和宏	香川大学経済学部	教授	患者参加・品質・満足の関連性、および患者参加の分析	平成 23 年 10 月 ～平成 26 年 9 月
高室 裕史	流通科学大学総合政策学部	教授	患者参加・品質・満足の関連性、および患者参加の分析	平成 23 年 10 月 ～平成 26 年 9 月
千田 彰一	香川大学医学部	教授	患者参加・品質・満足の関連性、および患者参加の分析の助言と調査協力	平成 23 年 11 月 ～平成 26 年 9 月
村尾 孝児	香川大学医学部	教授	患者参加・品質・満足の関連性、	平成 23 年 11 月

			および患者参加の分析の助言と調査協力	～平成26年9月
森上 徹也	香川大学医学部	助教・外来医長	患者参加・品質・満足に関連性、および患者参加の分析の助言と調査協力	平成23年11月～平成26年9月
阪井 真理子	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	平成23年10月～平成26年9月
高橋 弘枝	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	平成23年10月～平成26年9月
北川 展子	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、香川大学医学部附属病院での患者調査の説明・配布等	平成23年11月～平成25年11月
飯野 美加	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、データ入力、香川大学医学部附属病院での患者調査の説明・配布等	平成24年1月～平成26年9月
園 富実子	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、坂出市立病院での患者調査の説明・配布等	平成24年4月～平成25年3月
大橋 加代子	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、坂出市立病院での患者調査の説明・配布等	平成25年4月～平成26年9月

4-3. 研究開発の協力者・関与者

氏名・所属・役職（または組織名）	協力内容
小林 哲・大阪市立大学大学院経営学研究科・准教授	モデル構築のアドバイス、および患者満足に対するブランド効果の分析
森藤 ちひろ・京都産業大学経営学部・特任講師	モデル構築のアドバイス、および患者満足調査の分析
尾崎 富美代・カルテック・社長	デジタル端末を用いた調査システムの開発支援
姚 峰・香川大学経済学部・教授	時間を含むモデルの構築支援
天谷 研一・香川大学経済学部・准教授	時間を含むモデルの構築支援
亀田 省吾・医療法人鉄蕉会 亀田クリニック・院長	患者調査の同病院での実施支援と調査結果に対するアドバイス

中川 和重・株式会社互恵会 大阪回生病院・事務部長	患者調査および職員調査の同病院での実施支援
---------------------------	-----------------------

5. 成果の発信やアウトリーチ活動など

5-1. 社会に向けた情報発信状況、アウトリーチ活動など

年月日	名称	場所	参加人数	概要
平成 25 年 7 月 27 日	平成 25 年度認定看護管理者教育課程セカンドレベル「医療経済学（マーケティング）」	香川県看護協会	65	医療サービスにおける顧客（患者）満足の解説において、本研究開発プロジェクトの概要および研究成果を説明し、現役の看護師と質疑を行った。
平成 26 年 4 月 13 日	学習院大学経済学部田島義博ゼミ OB 会「博遊会」勉強会	学習院大学	60 人	本研究開発プロジェクトの概要および研究成果を報告するとともに、企業経営者および研究者とモデルや各業界への適応可能性について討議を行った。
平成 26 年 5 月 16 日	公益財団法人 えひめ東予産業創造センター「中堅社員リーダー養成スクール」	えひめ東予産業創造センター	15 人	本研究開発プロジェクトの概要および研究成果を報告するとともに、リーダー育成における「便益遅延性」について質疑を行った。

ウェブサイトの構築を行った。サイトは以下の通りである。

「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 月から開設

5-2. 論文発表

(国内誌 1 件、国際誌 0 件)

著者、発表論文名、掲載誌名、巻、号、発行年

- ・高室裕史、「医療サービスの『便益遅延性』を捉える枠組みに関する一考察（前編）－患者ヒアリング調査をもとに－」、『流通科学大学論集-流通・経営編-』、第 26 巻 第 2 号、145-161 頁、2014 年。
- ・高室裕史、「医療サービスの『便益遅延性』を捉える枠組みに関する一考察（後編）－患者

ヒアリング調査をもとにー』、『流通科学大学論集ー流通・経営編』、第 27 巻 第 1 号、65-89 頁、2014 年。

5-3. 口頭発表

①招待講演 (国内会議 0 件、国際会議 0 件)

発表者 (所属)、タイトル、学会名、場所、年月日 など

②口頭発表 (国内会議 7 件、国際会議 0 件) ※①以外

発表者 (所属)、タイトル、学会名、場所、年月日 など

- ・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)・藤村和宏 (香川大学)、「医療サービスにおける患者の満足構造」、第 48 回消費者行動研究コンファレンス、和歌山大学、平成 26 年 6 月 15 日。

③ポスター発表 (国内会議 0 件、国際会議 0 件)

なし

5-4. 新聞報道・投稿、受賞等

①新聞報道・投稿

なし

②受賞

なし

③その他

5-5. 特許出願

①国内出願 (0 件)

②海外出願 (0 件)

【引用文献】

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

Hausman, A. (2004), "Modeling the Patient-Physician Service Encounter: Improving Patient Outcomes," *Journal of the Academy of Marketing Science*, Vol. 32, No. 4, pp. 403-417.

Lehtinen, U. and J. R. Laitamaki (1989), "Applications of Service Quality and Services Marketing in Health Care Organizations," D. T. Paul (ed.), *Building Marketing Effectiveness in Healthcare*, Proceeding Series, American Marketing Association, pp. 45-48.

桜井厚(2002)『インタビューの社会学ー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