

厚生労働科学研究費補助金

医療技術評価総合研究事業

医療サービスに対する患者の「納得」評価
に関する研究

平成14年度 総括研究報告書

主任研究者 大野 高裕

平成15(2003)年4月

目次

I. 総括研究報告

医療サービスに対する患者の「納得」評価に関する研究 ----- 1

主任研究者 大野 高裕

分担研究者 田畑 智章

A	研究目的	2
A.1	研究背景	3
A.1.1	わが国と医療機関の関係	3
A.1.2	医療機関の経営状況	5
A.1.3	病院の倒産	6
A.1.4	医療サービスに対する意識 行政機関の視点	7
A.1.5	医療機関の視点	11
A.1.6	患者の視点	13
A.2	研究目的	15
B	研究方法	17
B.1	従来研究	18
B.1.1	一般サービスの従来研究	18
B.1.2	医療サービスの定義と構成要素	20
B.1.3	医療サービスの特徴	23
B.1.4	医療サービス評価と患者満足感と再来意向の関係	27
B.2	本研究の概要	33
B.2.1	本研究の概要	33
B.2.2	納得感	34
B.2.3	患者満足感と納得の関係	38
B.2.4	再来意向と患者満足感の関係 (分担研究者)	41
B.2.5	口コミの影響	43
B.2.6	設備の影響	44
B.3	分析ステップ	45
B.3.1	Step1 アンケート作成と調査	45
B.3.2	Step2 サービス評価の探索的因子分析	45
B.3.3	Step3 納得感構造仮説の検証	45
B.3.4	Step4 患者満足感構造仮説の検証	47

B.3.5	Step5 再来意向構造仮説の検証（分担研究者）	48
B.3.6	Step6 口コミ影響仮説の検証	49
B.3.7	Step7 設備の影響仮説の検証	50
B.3.8	Step8 クロス集計表分析	51
B.4	倫理面への影響	160
C	研究結果	161
C.1	アンケートの作成結果	162
C.2	アンケートの実施方法と実施結果	168
C.3	探索的因子分析結果	172
C.4	共分散構造分析図の作成	175
C.5	納得感構造仮説の検証結果	177
C.6	患者満足感構造仮説の検証結果	179
C.7	再来意向構造仮説の検証結果（分担研究者）	186
C.8	口コミ影響仮説の検証結果	190
C.9	設備影響仮説の検証結果	192
D	考察	195
E	結論	212
E.1	結論	212
E.2	今後の課題	216
F	健康危険情報	217
G	研究発表	218
H	知的財産権の出願・登録状況	219

参考文献

Appendix

II. 研究成果の刊行に関する一覧表

別添 4 厚生労働科学研究費補助金総括研究報告書

厚生労働科学研究費補助金(医療技術評価総合研究事業)

総括研究報告書

医療サービスに対する患者の「納得」評価に関する研究

主任研究者 大野 高裕

研究要旨

近年、医療機関は増加傾向にあるが来院患者数は横這いになっている。また、平成 14 年から医療保険制度改正がなされ患者負担が増加することで、患者は対価に見合うサービスを医療機関に求めるようになってきた。それにより、今後は医療サービス市場での競争がより激しくなると予想される。

このため患者によるサービス評価と再来意向の関係を明らかにすることで患者の再来意向を高めようという研究が一般サービス評価の研究を元に多くなされてきた。

しかし、医療サービスは一般サービスと異なり、患者は「病気に対して強い不安」を持っているが、患者が診療行為を理解する為には高度な専門知識を要する(診療行為評価の困難性)という特徴を持つ。その診療行為評価の困難性ゆえに患者が医師により診療行為について説明されることで「医療サービスについて納得すること」が医療サービス評価においては重要であると言える。また、診療行為評価の困難性という特徴から患者は「口コミや設備から診療行為評価の類推」を行うことも指摘されている。しかし、それらの「患者満足感」「再来意向」への影響は従来研究において十分に明らかにされていない。

そのため、従来研究による医療サービスの改善では特に診療行為評価の困難性の影響を受けると考えられる「評価対象医療機関での診療経験が少ない患者」の再来意向を高めることができないという問題点が挙げられる。

そこで、本研究では医療サービスにおいて「納得」と「評価の手がかりとしての口コミや設備」の患者満足感と再来意向の影響を明らかにする。それにより特に初診患者といった「評価対象医療機関での診療経験が少ない患者」の再来意向を高めるサービスとは何かを明らかにすることを目的とする

A 研究目的

A.1. 研究背景

A.1.1 医療保険財政の現状と医療保険制度の改定

A.1.2 医療機関の経営状況

A.1.3 医療機関の倒産

A.1.4 医療サービスに対する意識 行政の視点

A.1.5 医療機関の視点

A.1.6 患者の視点

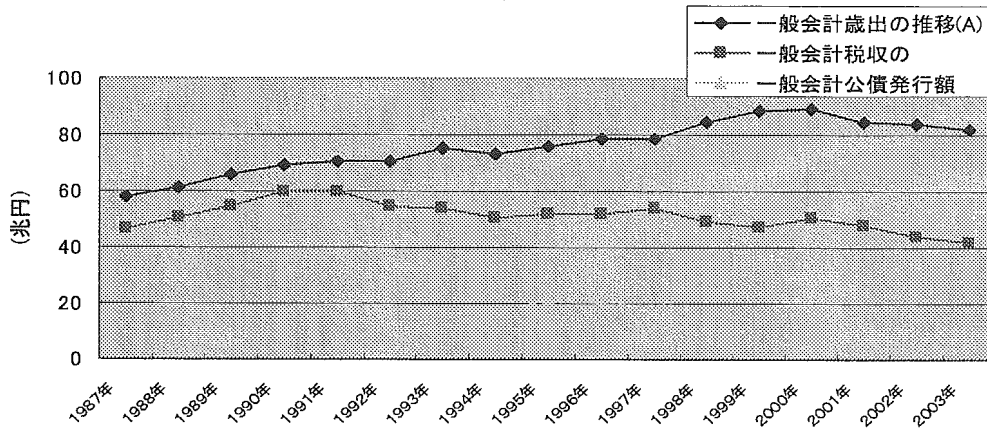
A.2 研究目的

A.1.1 医療保険財政の現状と医療保険制度の改定

の財政は、近年続いている社会不景気に煽られ、決して良い状態にあるとは言い難い。

医療保険財政、つまりその出所である国

表 A.1.1-1 国家財政の推移



2001年までは決算額、2002年は補正後予算額、2003年は予算額

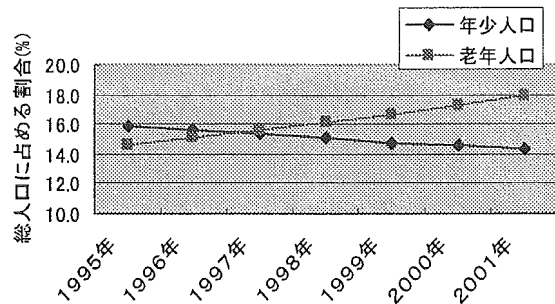
実現は難しかったが、公債発行額を30兆円枠に留めたいという政府の方針の下、特に医療費への国庫負担金に論議が当てられる機会が多くなった。それというのも、現在の日本は65歳以上である老年人口の増加、0～14歳である年少人口、15～64歳で

ある生産年齢人口の減少が明らかであり、結果として高齢社会に突入しているという事実が存在するからである。1997年を境に総人口に占める年少人口と老年人口の割合が逆転している。

表 A.1.1-2 世代別人口数(千人)

	年少人口	生産年齢人口	老年人口
1995年	20,014	87,165	18,261
1996年	19,686	87,161	19,017
1997年	19,366	87,042	19,758
1998年	19,059	86,920	20,508
1999年	18,742	86,758	21,186
2000年	18,472	86,219	22,005
2001年	18,283	86,139	22,869

表 A.1.1-3 年少人口と老年人口の割合推移比較

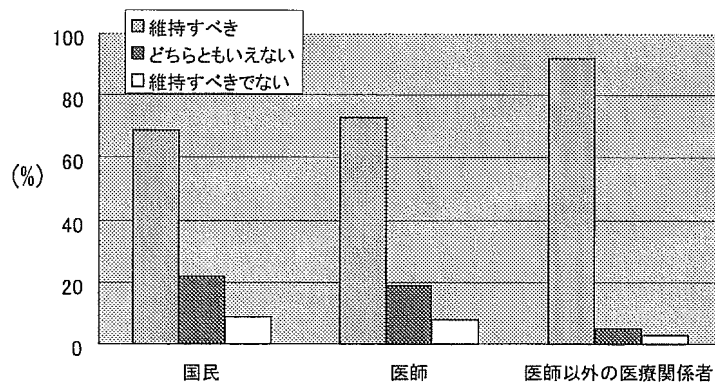


食、医療の充実により長寿大国として知られるようになった日本だが、老年人口の爆発的増加という皮肉な現実に対し、十分な対策を練る時間がなかったのは否めない。しかし、手を拱いたまま医療機関にかかる機会の多くなる老年人口が増加し、医療保険制度の未来を担う年少人口が減少してし

まっては、日本の財政、医療保険制度は悪化の一途をたどるばかりである。

このような流れの中においても、国民皆保険制度に対する評価は表 A.1.1-4 を見ての通り、国民・医師・医師を除く医療関係者、いずれのグループにおいても「維持すべき」で一致している。

表 A.1.1-4 国民皆保険制度の今後について



国民 260 人、医師 50 人、医師を除く医療関係者 40 人からの回答[ばんぶう]

人口年齢分布の構造が変化してきているため維持が困難である制度であるが、変わらずに支持されている。そこで政府は医療制度改革に取り掛かり、現在診療報酬の改定、患者負担割合と月額負担上限の見直しが行われている。

この中でも現在メディアで大きく報道されているのが、医療費の患者負担割合の増加である。現行の制度では、70歳以上が原則1割、69歳以下の健康保険加入者(サラリーマンなど)本人が2割、その家族は外来時

3割・入院時2割、国民健康保険加入者(自営業者など)3割負担となっているが、2003年4月からはこの2つの保険の区別なく、0～3歳未満が2割、3歳以上70歳未満が一律3割負担となる。このため、メディアの報道ではサラリーマンの負担が増えるというように伝えられている。また、2002年10月に70歳以上の高所得者(夫婦2人世帯で年金を含む年収約630万円以上)の2割負担が実施された。

表 A.1.1-5 医療費患者負担割合の見直し

現行				改革案	
70歳以上	原則割			70歳以上(A)	高所得者2割
70歳未満	健康保険	本人	2割	3歳以上70歳未満(B)	その他1割
		家族	外来 3割 入院 2割		
	国民健康保険	3割	0~3歳未満(C)	2割	

(A):2002年10月に実施済み (B)及び(C):2003年4月に実施予定

以上のような医療保険財政の悪循環と医療保険制度の改定による患者負担の増加が、現在日本医療が直面している問題である。

A.1.2 医療機関の経営状況

病医院の経営状況は、表 A-2.1 により把握することができる。

表 A.1.2-1 病医院の経営状況把握資料

厚生労働省	病院経営収支調査	病院経営指標
中央社会保健医療協議会	社会医療診療行為別調査	医療機関医療費の動向
人事院	医療経済実態調査報告	
総務庁	職種別民間給与実態調査	
全国公私病院連盟	地方公営企業年鑑(病院)	
全日本病院協会	病院経営実態調査	病院経営分析調査
社会福祉・医療事業団	病院経営調査	
社会保険診療報酬支払基金	病院経営分析	
	医療機関別診療状況調べ	

平成 13 年医療経済実態調査速報値によれば、国公立病院の収支は悪化傾向、医療法人立病院の収支は横ばい、個人立病院、一般診療所、歯科診療所の収支は改善傾向にある。

国公立病院 1 施設当たりの医業収入は 3 億 8,557 円、医業費用は 4 億 2,346 円で、医業収支差額は約 3,789 万円の赤字、医業収支率は 91.1%、収支差額比率（医業収入に占める医業収支差額の割合）は△9.8%で、前回調査（平成 11 年 6 月△8.7%）よりも赤字幅がやや増加している。

医療法人立一般病院の医業収支差額は約 429 万円、医業収支率は 103.8%収支差額比率は 3.7%（前回 3.8%）で、前回調査とほ

とんど変わっていない。一方、個人立一般病院は、前回調査に比べて医業収入の伸び（13.5%）が医業費用の伸び（11.7%）を上回り、医業収支率 107.8%、収支差額比率 7.2%（前回 5.7%）で、改善傾向にある。総収支差額比率（医業収支に占める総収支差額の割合）で見ると、医療法人は 3.8%で、2 年前の調査（3.5%）より金額では 8.4%の増加、同じく個人は 6.5%（前回 5.0%）で、前回より同 49.1%の増益となっている。

一般診療所は、医業収入約 929 万円、医業費用 695 万円、収支差額 234 万円で、収支差額比率は 25.2%（前回 20.8%）で、医業収入、医業費用とも減少しているものの、黒字幅は増加（12.7%増）している。

収支差額比率を有床、無床別にみると、有床が 20.8%で前回 (16.0%) よりも金額で 20.9%増、無床が 23.7%で前回 (24.5%) よりも金額で 20.9%増、無床が 27.3%で前回 (24.5%) よりも同 11.2%増となっている。医業収入の減少をコスト削減などの経営努力でカバーし、結果的に黒字幅が増加した状況がうかがえる。

厚生労働省の「医療機関別医療費の動向 (医療メディアス)」から、医科診療所の医療費の動向をみると、平成 12 年度の医療費総額は 7 兆 3,600 億円で、診療科別内訳は内科 48.9%、整形外科 8.8%、外科 8.5%、眼科 7.9%などの順である。診療所 1 施設当たりの医療費は、全体で 9,300 万円 (平成 10 年度 9,100 万円、平成 11 年度 9,300 万円)、診療科別では、人工透析を含む泌尿器科、脳外科、循環器科

などが多くなっている。1 施設当たりの医療費の伸びは全体で 0.6% (平成 11 年度 1.5%) にとどまるが、診療科別では、産婦人科、眼科、泌尿器科で高くなっている。

実調による医療機関の経営状況は、これまで国公立を含めた場合と国公立を除いた場合とに分けて検討されることが多かったが、最近では、国公立だけの場合と国公立を除いた場合とに分け、特に後者の民間医療機関に焦点を当てた検討が行われるようになってきている。国公立病院は赤字幅が大きく、民間医療機関と合わせて集計すると収支動向の全体像が捉えにくくなるためである。過去 3 回の実調で病院経営収支の動向をみると、収支差は、国公立で赤字基調が続く一方、民間医療機関 (病院、診療所とも) で黒字幅が拡大する傾向が見られる (表 A.1.2-2)。

表 A.1.2-2 過去 3 回の医療経済実態調査に見る医業収支差額の動向

		医業収支差額 (万円)			医業収入に占める割合 (%)		
		平成9年	11年	13年	平成9年	11年	13年
一般病院	国公立	-3,442	-2,970	-3,789	-12.5	-8.7	-9.8
	医療法人	241	437	429	2.3	3.8	3.7
	個人	466	316	454	7.9	5.7	7.2
一般診療所	全体	186	207	234	19.2	20.8	25.2
	有床	215	222	268	15.7	16.0	20.8
	無床	172	201	223	22.0	24.5	27.3

A.1.3 医療機関の倒産

1990 年代以降、年間 20 件から 40 件以上の幅で医療機関の倒産が発生している。

なお、2002 年において過去最高件数であり、47 件であった。内訳は病院が 8 件、診療所が 20 件、歯科が 19 件であった。負債総額は 317 億 9100 万円であった。

倒産の理由も最近 10 年間でも変化して

いる。

過去：高度医療設備投資の失敗、経営方針のあいまいさ

現在：販売不振となっている。

販売不振を引き起こす原因として、診療報酬引き下げが医療機関同士の競争激化につながり、患者を獲得できない医療機関が発生すると考えられる。

今後、競争の激化に対し、医療機関側も医療設備、技術の充実はもとより、患者の求める医療の質とは何かを見つめなおし、それに応えていくことが不可避な時代であるといえる。

A.1.4 医療サービスに対する意識 行政機関の視点

A.1.4.1 医療法等の一部改正

医療技術の進歩、高齢化の進展、国民生活の水準の向上や意識の変化など、医療を取り巻く環境が大きく変化している中、これらの変化に適切に対応した医療提供体制を構築していく必要がある。わが国の医療提供体制は、国民に広く遍く医療の提供を行うという理念の下、医療機関の整備や医療関係者の充実を行ってきており、医療資源の地域的偏在を是正する必要は尚あるものの、量的な面での整備は十分整ってきたといえる。しかしながら、世界の標準と比較した場合、平均在院日数が長く、病床数が多いことなどにより、病床あたりの医療従事者が少ないなどといった課題が指摘されており、医療の質や効率性を高めていく必要がある。

このような状況を踏まえ、良質な医療を効率的に提供する体制を確立するため、「医

療法等の一部を改正する法律」が2000（平成12）年11月に成立し、2001（平成13）年3月より施行された（一部2004（平成16）年4月、2006（平成18）年4月施行）。今回の改正は入院医療を提供する体制の整備、医療における情報提供の推進および医療従事者の資質の向上を図ることを三つの柱として行われたものである。

（1）入院医療を提供する体制の整備

患者の病態にふさわしい医療を提供する観点から、病床区分の見直しを行い、従来の「その他の病床」（結核病床、精神病床、感染症病床をのぞいた病床）を主として長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるための「療養病床」と、それ以外の「一般病床」に区分し、それぞれの療養環境にふさわしい人員配置、構造設備の基準を定めた。このうち、一般病床における看護職員の人員配置基準については、より手厚い看護を提供するため、従来の「その他の病床」における入院患者4人に対し看護職員1人から、入院患者3人に対し看護職員1人に引き上げられた。

（2）医療における情報提供の推進

患者の医療に関する情報を求めるニーズの高まりにこたえと共に、患者による医療機関の選択を進めるため、医療に関する情報提供の推進は極めて重要であることから、医療期間に関する広告に関する規制の緩和を行った。これにより、「診療録その他診療に関する諸記録（カルテ等）に係わる情報を提供することができる旨」「財団法人日本医療機能評価機構が行う医療機能評価の結果」等が、新たに広告できる事項として追加された。

（3）医療従事者の資質の向上

高度化、専門化する医療技術に対応し医師等の専門分野が進展していく一方で、高齢化などによる慢性疾患患者の増大などから、患者を全人的に診られる医師等の養成が求められている。このため、医師等の資質の一層の向上を図り、特に臨床能力を高めるとの観点から、現在努力義務として行われている医師・歯科医師の卒後臨床研修を、医師については2004（平成16）年4月から、歯科医師については2006（平成18）年から、診療に従事しようとするすべての医師・歯科医師に必修化することとし、現在、研修内容・環境の改善・充実に向けた検討を行っているところである。

A.1.4.2 医療安全政策の推進

近年、多くの医療事故が報じられており、医療の安全に対する国民の関心は高まっている。医療の安全を確保することは極めて重要な課題であり、厚生労働省としてもこれを積極的に推進していくこととしている。

医療事故を防止する観点からは、研修等を通じ医療従事者の意識向上を図るのみならず、個々の職員が誤りを犯してしまったとしても事故に発展しないような考え方に立ち、医療機関において医療安全に対する組織的な取り組みが行われることも必要である。また、医療事故の多くは投薬段階で起こるというデータもあり、投与する薬剤を間違えるといったミス防止の観点からは、使用するもの自体の改善により人為的なミスを減らすための取り組みが必要である。このように、現在、全医療関係者が医療事故の防止にむけた積極的な取り組みを行っており、行政としてもこれを積極的に支援するための各般の施策を行っている。

具体的には、国立病院等において医療事故防止手順書を作成するための「リスクマネジメントマニュアル策定指針」の策定（2000（平成12）年9月）、国公立大学病院等の高度な医療を提供する特定機能病院における安全管理の確保のための体制の義務化（2000年4月施行）、医療事故を起こした特定機能病院に対する改善指導等の措置、インシデント事例（ヒヤリとしたりハッとしたりした事例）の収集分析などによる医療安全管理体制の確保に関する調査研究、医療関係団体の代表者による医療安全対策連絡会議の開催（厚生労働大臣からの医療事故防止に向けた取り組みを要請）、医薬品・医療用具等関連医療事故防止システムの確立などを行ってきたところである。

また、2001（平成13）年を「患者安全推進年」として位置付け、「患者の安全を守るための医療関係者の共同行動（Patient Safety Action; PSA）」を推進することとしている。

さらに、2001年4月に医療関係者のみならず、産業工学などの幅広い専門家からなる「医療安全対策検討会議」を開催、すると共に、インシデント事例の収集分析や、医療従事者に対する教育、研修の充実など、総合的な医療安全対策の確立に向け、取り組んでいるところである。

A.1.4.3 医療における情報化

医療の高度化・専門分化等が進む中、より質の高い医療提供のための環境整備が課題となっており、その方策として医療の情報化の必要性が指摘されてきている。一般に情報化は、情報のネットワーク化が実現されることにより、科学的、客観的データが大量に且つ容易に蓄積されると共に、大

量の最新医療情報がリアルタイムに伝送、共有されることが可能となることであり、医療分野においては、診療情報の電子化・高速電動・同時共有がなされ、最新医療情報への多方向アクセスが可能となることを意味している。その結果、医学研究の活性化と発展が促進されると共に、医療の質の向上と医療の効率的提供が期待される。

このように、医療の在り方を大きく変化させる手段として今後医療分野における情報化が進められる事とされており、医療の情報化を進める上で重要な診療記録等の電子化に関しては、1999年（平成11）年4月に関係局長通知により、これまで紙やフィルム等の形でしか保存を認められていなかった医療の情報について、電子媒体による保存も可能とした。

また、医療情報の電子化と患者情報を相互に伝送する場合に必要な基盤整備として、診療情報の用語・コードの標準化（病名、手術・処置、医薬品、検査、医療材料）を整備し、2000（平成12）年11月から提供を開始している。

医療の情報化を進めるに当たって、明確な目標を設定するとともに、今後の保健医療情報のあり方を明らかにするため、2001（平成13）年3月より「保健医療情報システム検討会」を開催し保険医療分野における情報の戦略的グランドデザインを作成することとしている。

A.1.4.4 EBMの推進

EBM(Evidence-based Medicine)とは「根拠に基づく医療」のことであり、「臨床の現場において医師が診ている患者に対する臨床上の疑問点に関して、最新の医学情報を検

索し、その治療法が患者に適応できるかどうかを十分吟味し、さらに患者の価値観や意向を加味した上で臨床判断を下し、専門技能や経験を活用して医療を行うこと」とされる。

EBMを実践することにより、いしは最新の医学情報や治療法を容易に取得することが可能となり、患者に対して、患者の抱えている健康上の問題点や疾病の状態に適した治療法を提供する際の支援となる。

また、EBMに基づいた情報提供を進めることにより国民が医学情報や最新の治療方法などを入手しやすくなることで、自分の病気をより理解し、納得して治療を受けることも可能になると考えられる。

このことから、厚生労働省としてもEBMを積極的に推進することとしており、そのための取組みとして、学会が最新の治療法を集積した診療ガイドラインを作成することを支援しているほか、それらをいち早く臨床の現場で利用できるよう、医学情報の提供体制整備として最新の医学情報や専門家が評価した医学文献および診療ガイドラインに関するデータベースの整備について、関係者による検討を進めているところである。

A.1.4.5 病院機能の評価の推進

国民の医療に対する要望の高度化・多様化や医療の質に対する認識の高まりなどを背景として、病院の機能に対する評価への関心が高まりつつある。

このことから、(財)日本医療機能評価機構において、病院の診療・看護体制、運営管理状況等に関して第三者の立場で評価を行う「第三者病院機能評価事業」が1997(平成

9)年から本格実施されている。評価・認定を受けている病院は 499(2001(平成 13)年 6 月 18 日現在)であり、これらの病院名については同機構のホームページなどを通じて公表されている。また、2002(平成 14)年度には、評価項目の見直し・充実を図る予定であり、現在、国民の最も関心の高い医療安全の確保についての取組み状況の評価するため、患者の安全確保の視点等を新たに評価項目に盛り込むなど、最新の医療をとりまく環境の変化を踏まえた審査項目に改定するための取組みが進められている。

A.1.4.6 地域における医療提供体制の整備

(1)救急医療対策

これまで、地域の救急患者を対象とした初期(主として外来医療)、2 次(入院が必要な重症患者に対応)および 3 次(救命救急センター)の救急医療機関と救急医療情報センターからなる救急医療体制の整備を進めてきているところであり、1999(平成 11)年度には救命救急センターの評価制度を導入し、2000(平成 12)年度より、個別センターの評価結果の公表を開始したところである。

また、「病院前救護体制の在り方に関する検討会」における検討結果等を踏まえ、救急救命士制度を含めた病院前救護体制の充実に引き続き取り組んでいくこととしている。

さらに、1999 年度から 2000 年度に試行的に実施したドクターヘリ(医師が同情する救急専用ヘリコプター)事業においては、救命救急医療上、顕著な成果が得られたところであり、この結果を踏まえ、2001(平成 13)年度より全国的な展開を図るため、都道府県事業として本格的に導入を進めること

としている。

(2)へき地医療対策

へき地における保健医療対策については、2001(平成 13)年度から第 9 次へき地保健医療計画を策定し、従来 2 次医療圏を単位として行われてきたへき地保健医療対策について、より広域的に行うための企画・調整ができるよう新たに「へき地医療支援機構」の設置を進めることとしている。また、「へき地中核病」および「へき地支援病院」については、「へき地医療拠点病院」として再編成するとともに、効率的なへき地医療支援の推進を図るために関係者間で各種の情報を共有化するための「へき地保健医療情報システム」の構築が進められている。

A.1.4.7 医療サービスを担う人材の確保と資質の向上

良質な医療サービスが安定的に提供されるためには、それを担う医療従事者の確保と資質の向上が重要であり、卒前教育から国家試験、生涯教育に至るまで一貫した養成が必要である。

医師国家試験については、2001(平成 13)年から、プライマリ・ケア、医の倫理、患者の人権に関することなど、医師として基本的な事項である問題を増やすなど、出題内容や実施方法の改善に取り組んだところである。

また、薬剤師養成に係る諸問題に関しては、1999(平成 11)年 5 月より、文部科学省、厚生労働省、日本薬剤師会、日本病院薬剤師会そして国公立および私立の大学薬学部・薬科大学の関係者からなる「薬剤師養成問題懇談会」において、病院等での実務実習の充実方策や 6 年生を含む修行年限の

あり方など、薬学教育の充実方策について具体的な検討が行われている。

看護職員の確保については、離職の防止、再就業の支援、養给力の確保及び資質の向上などの施策を総合的に講じており、看護職員就業者数は1989(平成元)年末の80.2万人から1999年末では113.4万人と順調に増加してきたところである。また、2000(平成12)年12月には新たな看護職員需給見通し(2001～2005(平成17)年)を策定したところであり、2005年末には130万人前後でおおむね需給が均衡するものと見込んでいる。

准看護婦の問題については、1999年4月の「准看護婦の移行教育に関する検討会」の報告を踏まえ、看護免許の取得を希望する職業経験の長い准看護婦を対象とした移行教育に実施について、関係者との調整を図っているところである。

また、2002(平成14)年4月から、准看護婦のカリキュラムの総時間数を1,890時間に引き上げ、資質の向上を図ることとしている。

A.1.5 医療機関の視点

医療業界は護送船団方式から、競争原理の働く厳しい経営環境化にある。

経営と言う概念が希薄でもつつがなく生きることのできる時代は終焉し、これからの時代は、一般企業同様、時代の変化に対応しつつ健全に成長するための経営理念とスタッフ、機能を具備する必要がある。

一般企業においては、経営にマーケティングは不可欠な部門あるいは機能として導

入されているが、日本の病医院において経営にマーケティングを取り入れているのは先駆的な事例を除いてまだまだ少ない。これに対して、マーケティング発祥の地であるアメリカにおいては、病院経営にマーケティングを活用しているケースは多く、それに加えて、経営担当副院長を置くなど、医療施設にも経営の専門家が必要であるという認識が浸透しており、その方向性はこれからの日本の病医院管理者が見習うべき点であるといえよう。

表 A.1.5-1 は医療環境の変化を過去と現在・将来に二分して比較したものである。医療行政、経営環境の変化に加え、これからは「医療は患者を中心としたサービス業である」という指針のもとにサービスを提供すべきことがわかる。特に、患者行動、提供者側の意識が大きく変わってきていることが注目される。そのため、病医院には情報提供活動や地域あるいは地域住民との交流活動の積極的展開により、患者や地域住民との係わり合いを深めて自院の特徴を知ってもらい、親近感、さらには信頼感を熟成することが求められてくる。それには顧客を中心に備えたマーケティングの考え方、手法がきわめて役立つ。こうした観点から、現在そして将来に向けて、マーケティング活動を重視して展開すべきであり、マーケティングは病医院においても必要な経営の一領域とみなすことができる。

表 A.1.5-1 医療環境の変化

	過去	現在および近い将来
医療行政	医療施設保護	医療施設整理
医療マーケティング	マスマーケティング	One to one マーケティング
診療報酬支払方式	出来高払い	定額制
病床区分	渾然	一般病床・療養病床の区分
地域内での存在意義	施設間機能連携意識無し	機能・役割・規模の明確化
医療需要	-	少子・高齢・多様化
患者行動	病医院(医師)に依存	患者権利意識の高まり 患者も治療方法等選択に参加 患者が病医院を選ぶ・医師を選ぶ
提供者側(病医院)の認識	施しの医療	医療はサービス業
	-	医療の質の重視
	患者ニーズ軽視	患者ニーズ・意思の尊重
	十分な説明無し	インフォームドコンセントの重視
情報提供活動	必要性少ない	必要性の高まり
	機会が少ない	機会創出の必要性
	消極的	積極的
営利性	軽視	重要性認識

診断及び治療に対する患者・家族と医療提供者である医師との間の共通認識が不足している場合、病状が悪化すれば患者・家族には大きな不満が残る。例え、医療提供者による診断及び治療方法が医学的に適切であったとしても、共通認識のないところ、つまり“informed consent”(十分な説明による、患者の検査や治療に対する納得・同意)が不十分な場合は、不信感が生じてくる。

そのような理由も踏まえ、医療機関において“informed consent”の重要性が認識され始めている。

そこで、医師は患者にどのような情報を与えればよいのかということが問題となる。森岡によれば、大まかな情報内容の分類として、

- (1) 患者の病状や病名
- (2) 予想される検査や治療についての目的や内容
- (3) 特にそれにより予想される結果やそれに伴う危険性

(4) 予想される医療行為以外に方法があるのかどうか

(5) また検査や治療を受けないことにより予想される結果

としている。

実際には、患者・症状の個別性を考慮した上で、医師はどの程度の情報を患者に提供すれば良いのかということになると、必ずしもその範囲を示すことは容易ではない。

さらに、多くの患者の治療におわれている医師にとっては、患者に対して詳しく説明している時間がない。また、正確な情報を伝えるという意識に反し、患者の症状に対する詳細な見解は医学的にも不明確な場合も考えられ、医師としては患者にどう説明すべきか判断に困惑することもあると考えられる。

また患者への説明にあたり、患者の受ける心理的状況についても配慮する必要があり、医学的な判断を重視するあまり、患者にとって悲観的な病状を説明すれば患者は

不安になって、その後の治療に差し支えが生じるであろうし、また、余りにも不確かさを強調すれば患者は医師を信頼しなくなると考えられる。

A.1.6 患者の視点

病状や治療についての情報は、患者が意思決定する際の参考になりうるが、医師の提供する情報は専門的な判断を必要とするものが多く、しばしば医学的知識の乏しい患者にとっては難解である。なお医師が患者に正確な情報を提供するにあたり、患者にとってはより理解に困難な情報になると考えられる。患者にとっては医師にとって十分な情報が提供されたとしても、それを理解できなければ全く意味がなく、患者にとって十分な情報内容・量・手段を医師が適切に判断することが求められる。

例えば、患者あるいは家族の人に図や模型を用いる、レントゲンの写真を示すといった視覚的な情報提供をすることがある。また、様々な検査の数値を示して説明するといった情報提供方法を用いることにより、説得性が増し、患者や家族も納得する事が多い。

“informed consent” において問題となるのは、医師の説明によって促される患者の納得・同意である。とくに近年では、検査や治療方法も多様化し、複数の検査や治療法が考えられ、その選択がなされることが多くなってきた。実際には“informed consent” が尊重されるとしても、患者自ら検査や治療方法についての判断を下すことは難しく、全面的あるいはある程度、医師の判断に任せることもやむをえないことで、それも患者にとっては一つの良き選択であるといえる。

A.1.6.1 患者の“informed consent”に対する意識調査

1990年の毎日新聞社の世論調査によると、

表 A.1.6.1-1 “informed consent” について

「説明と同意」はよいことなのでぜひ実現して欲しい	70%
患者は医学のことはよくわからないので医師にまかせておけばよ	12%
わからない	16%

表 A.1.6.1-2 “informed consent” の実現について

「説明と同意」が医療の場ですぐに定着するであろう	5%
時間はかかるが定着するであろう	68%
定着は難しい	20%

となっており、“informed consent” の実現を望んでいるが今すぐには実現できそうにないと感じている人が多いといえる。

その約10年後の2000年11月日本看護協会による「診療情報提供に関する患者の意識調査」によると、

表 A.1.6.1-3 医師からの説明に対する感想

(N=2341)

	はい	いいえ	無回答
病気の状況や治療に関する説明がわかりやすかった	90.1%	5.3%	4.6%
医師の説明の仕方や態度は信頼を抱けるものだった	88.4%	5.4%	6.2%
知りたい内容が説明の中になかった	6.5%	71.2%	22.3%

表 A.1.6.1-4 病院からの説明に対する全体的な評価

(N=2341)

満足	やや満足	やや不満	不満	無回答
63.1%	29.5%	5.0%	0.6%	1.8%

医師については 10 年前の調査結果である「説明と同意を望む」事に割合としてはほぼ応えられている。

病院全体については 90%が満足と応えているので病院側の努力が結果として現れているといえる。

しかし、患者の意識は情報化社会において絶えず変化しており、医療機関側は患者

に適した情報提供を行うことを考えていく必要がある。

医療提供者は、疾病・傷害による健康状態の悪化や生命の危機を阻止し、患者が日常生活に復帰する為に必要な最適の処置を患者と共にを行う専門職であり、その自覚のもとで診断・治療を行うことが必要である。

A.2 研究目的

少子化・平均寿命の増長により高齢化社会を向かえているわが国において、国民の医療に対する意識の変化・疾病構造の変化により、一人あたりの医療費は増加する傾向にある。高齢化社会において、全体の医療費は著しい増加の傾向にあるといえる。公共事業としての医療に対する国家の財政は医療費の増加に対応しきれなくなっているのが現状である。

そこで国は各病院に効率的な医療経営をするよう要請するが、医療の質を求めるといふ患者のニーズを満たし、社会的責任を全うしつつ適正利潤を上げてゴーイングコンサーンを維持することは非常に困難であるといえる。現在、帝国データバンクの調査によると 2002 年 7 月までの医療機関の倒産数が過去最悪に迫る水準で推移していたことが明らかになっている。また、経営権が他に移ることで辛うじて倒産を免れている潜在倒産を含めると実数以上の医療機関の倒産数があると考えられ、公共サービスと言われつつも医療サービス市場は競争状態にある。また、平成 14 年から医療保険制度改正により患者負担が増加するにつれて患者は対価に見合うサービスを医療機関に求めるようになってきた。このように、今後は医療サービス市場での競争がより激しくなると予想される。そのため、医療サービスにおいても、患者＝消費者との観点から、企業経営で用いられる消費者行動の理論やマーケティングをベースとした、顧客満足概念が導入される医療サービス機関の経営スタイルや、これに関する研究の端緒が見え始めている。具体的には顧客満足

度や Well-Being の測定が行われ、これが病院経営管理の評価尺度として考えられ始めている。しかしながら、特に、人体・人命に関して技術的限界が存在する医療サービスにおいては、必ずしも患者が満足するとは限らず、更に満足とは個人の価値観に基づく主観評価であるために、医療機関にとって「満足度」をコントロールすることは困難であるといえる。更に、従来の「顧客満足概念による医療サービスの改善」は一般的なサービスの提供をそのまま医療サービスに置き換えているに過ぎない。そもそも患者と消費者とはサービスを受けようとするモチベーションが全く異なっている。消費者は正の効用を得るためにサービス提供を受けようとするのに対し、患者は健康の回復という負の効用を解消する為に、消極的な態度でサービス提供を受ける物でも「満足」を得るといふ概念とは程遠い。

その上、一般に効用は財・サービスの持つ品質や価格から決定される消費者の評価値であるので、その効用は品質の持つ正の効用と価格負担の負の効用がバランスして効用値が無限とはならず、ある上限値に収まるが、現在の日本における医療保険制度は、医療費負担が患者の負の効用値を大きく減少させるために、保険外受診や高額医療費負担などを除くと著しく患者の持つコスト意識を鈍感にさせている。そのため、現在の「満足」を評価値とした医療サービスの向上では“患者は診療行為を完全に医者に委ねてしまうために、過剰な診療が行われる結果”を招いてしまっている。

そこで、医療サービスに対する患者からの新たな評価値として「納得度」を提案す

る。今日、**informed consent** の重要性が叫ばれており、邦訳である「十分な説明による、患者の治療に対する納得」とはある事象、プロセスの理解に対する論理的な受け入れと考える事が出来る。そのため、「満足度」とは異なり「納得度」のコントロールは容易である。また「納得」とは必ずしも自分のニーズが十分に満たされなくとも、受けたサービスに対する理解に基づいて需要の態度を引き起こす物であるから、医療サービスのような負の効用の解消に適している。さらに、患者が納得をする結果として、医療サービスに対して論理に基づく理解を患者が持つことで、“患者が主体的に医療サービスを評価し、そのコスト意識が促進される事で、過剰な治療行為の患者サイドからの抑止力”とすることが可能である。本研究では、「満足」を比較対象としながら、

- ① 医療サービスに対する患者の納得概念をより精密に明らかにする。
- ② 納得にいたる患者の心理構造モデルを作成しこれを検証する。
- ③ 医療サービスが納得に与える因果関係をモデル化しこれを検証する。
- ④ 医療サービス機関への再来意向にどのように影響するのかを検証する。

ことを目的とする。

この研究により、医療サービスに対する新たな評価値として患者の個人的な主観・価値観に左右されない社会的に統一的な「納得尺度」が形成され、医療サービス機関の共通評価尺度として利用可能となる。また、医療サービス機関にとってどのようなサービス提供が患者に望まれ、その結果再来する意志にどのように繋がるのかが明らかとなり、各機関の経営施策の支援とな

ることが期待される。そして、医療サービスの「納得概念」による改善が行われることで現在問題になっている「過剰診療行為」が抑制される。

B 研究方法

B.1 従来研究

B.2 本研究の概要

B.3 分析ステップ