

B.1 従来研究

B.1.1 一般サービスの従来研究

B.1.1.1 消費者情報処理論

Bettman[7]は認知科学の研究成果や社会心理学の態度研究の成果を応用した消費者の意思決定過程モデルを提唱した。このモデルでは人間の情報処理能力には限界があるために情報処理能力の限界で可能な処理方式を選択して人間は情報処理をするのであるという基本的な立場を取っている。このような立場にたつとき消費者が意思決定過程において行っている情報処理とは図 B.1.1.1-1 に示すように外部から入ってくる、あるいは個人内に保持している様々な情報を意思決定のための一つの情報、即ち購入すべきかどうかという情報に統合する処理である。

そして、全体的な情報処理過程は図 B.1.1.1-2 のとおりである。つまり、消費者に対して「環境情報(1)」が外部から入力される。これは例えば、TVの広告を目にすることや店頭で商品に触れたり見たりすることなどである。このような情報の入力「感覚レジスター(2)」を経由して行わ

れる。これは、視覚、聴覚、嗅覚などあらゆる感覚器官によってなされることを意味している。そしてその情報が一旦「短期記憶 (STM: Short Term Memory) (3)」といわれるところに蓄えられる。そこでは集められた多くの他の情報との比較や評価が統合的なプロセスとして行われる。そして、そうした評価によって最終的な意思決定が行われ、最終的にその決定に基づいて「行動(4)」が取られることになる。また、短期記憶だけでなく、短期記憶の中に向けて「長期記憶 (LTM: Long Term Memory) (5)」といわれる部分からも情報が提供される。そして、もうひとつこうした全体の流れを動かすエネルギーを与える重要な部分が「問題認識プロセス(6)」である。これは、自分自身のもつ問題を認識し、その解決のための情報探索や収集を動機づけ、その問題の重要度に応じて問題解決に要する労力の配分を決める部分である。

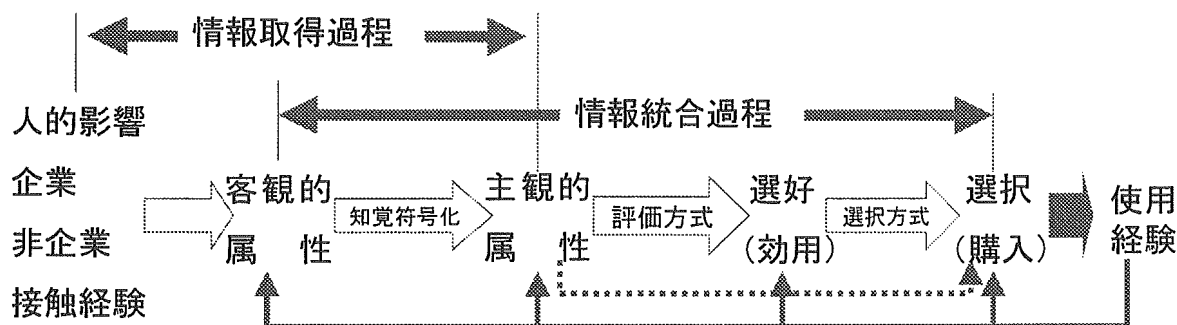


図 B.1.1.1-1 情報取得過程と情報統合過程

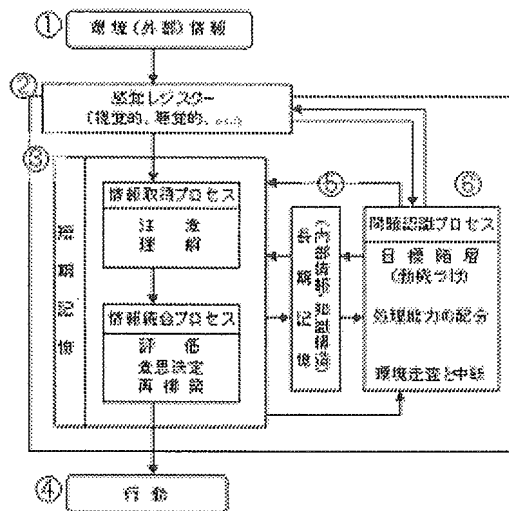


図 B. 1. 1. 1-2 情報処理プロセス

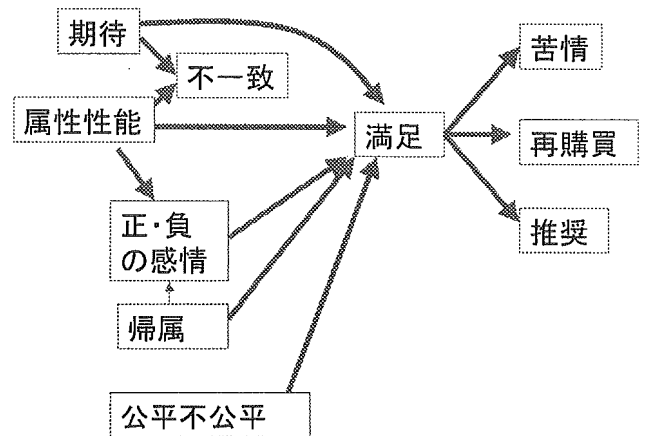


図 B. 1. 1. 2 従来研究における認知・感情の複合顧客満足／不満足モデル

B. 1. 1. 2 従来研究における認知・感情の複合顧客満足／不満足モデル

山本[30]は顧客満足を購買後に当該銘柄に対して形成される態度に影響する要因を解明した Oliver(1980)や Bearden and Teel(1983)の研究や、満足概念を使わずに SERVQUAL と再購買意図との関係进行分析した Headley and Miller(1993)や再購買意図への影響をサービス品質と満足をあわせた実証研究をおこなった Taylor and Baker(1994)を踏まえて認知・感情の複合顧客満足／不満足モデルを図 2. 1. 2 のような物であるとしている。

B. 1. 1. 3 サービス評価方法

B. 1. 1. 3. 1 Parasuraman, A., Leonard L. Berry, and Valarie Zeithaml の研究[1]

彼らはサービス品質が、無形性、異質性、不可分性からくる抽象的で捕らえどころのない性格

を持っていると主張し、サービス品質の次元は有形部分、信頼性、対応、確実性、共感性の5つから成ることを検証している。

また、上記の5つの次元を測定尺度としサービス品質を以下に定義する SERVQUAL を提唱した。

$$Q=P-E$$

Q: サービス品質 (SERVQUAL) E: 期待する基準

P: 知覚したパフォーマンス

しかし、SERVQUAL と満足概念との違いを明確に打ち出せていないという問題点が挙げられる。

B. 1. 1. 3. 2 Cronin, J. Josef, Jr. and Steven A Taylor の研究[2]

彼らは SERVQUAL の「今までに SERVQUAL が主張するような期待値と実現知の差にウェイトをかけたものをそのままサービス品質であるとしている研究は殆ど無い」という事実から新たに、品質の実現値だけを使ったサービス品質の測定尺

度 SERVPERF を提唱と共分散構造分析による検証を行っている。また、彼らはサービス品質が顧客満足の原因であり、顧客満足は以前に購買した時点でのサービス品質（知覚品質）からの影響を受けることを検証している。

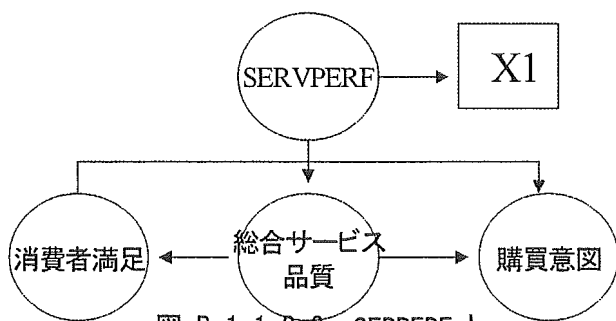


図 B. 1. 1. 3. 2 SERVPERF と
消費者満足購買意図の関係

B. 1. 2 医療サービスの定義と構成要素

B. 1. 2. 1 医療サービスの定義

Kotler[31]によるとサービスとは、

“ある人または組織が他の人または組織に対して与える本質的に目に見えないものであり、所有権を伴わない活動あるいはベネフィットである。”

とされている。つまり、サービスとはサービス提供者の行う行為や物質だけでなく消費者の感じるベネフィットもサービスの要素であると定義している。

また、医療サービスとしての定義は従来において明確に定義されたものはないが、羽田昇史[12]によれば医療サービスとは

“医師と医師以外の医療従事者を含めた医療機関自体が提供する「サービス」の事”

と論文中で述べている。つまり、医療サービスとは単なる治療行為のみならず、医療従事者すべてが提供するサービスに加え、施設などが与えるサービスもその範疇であると考えている。

そこで本研究ではそれを基に医療サービスの定義を

“医師と医師以外の医療従事者を含めた医療機関自体が患者に対し提供する所有権を伴わない活動あるいはベネフィットである。”

と定義する。

B. 1. 2. 2 医療サービスの構成要素

B. 1. 2. 2. 1 財分類からの医療サービスの構成要素に関する従来研究

財とは“市場で交換当事者にとって効用のある交換客体の構成物”であり、従来のマーケティングによれば狭義のサービス財とは図 B. 1. 2. 2. 1-1 のように無体財の“効用を発生する源の所有権の移転がなく、かつ、効用を発生する源が非物質財”（表 B. 1. 2. 2. 1）で分類される一要素である。つまり、狭義のサービス財定義における医療サービスのサービス財とは医師による診察中に行われる「治療行為」などである。

しかし、広義のサービスでは Kotler[31]がいうように組織全体が提供する行為やベネフィットである。そして、サービスとは多くの異なる財から構成されるとされてきた。このような財分類という観点から医療サービスの構成を定義したのは Shostack[1]の分子モデルである。

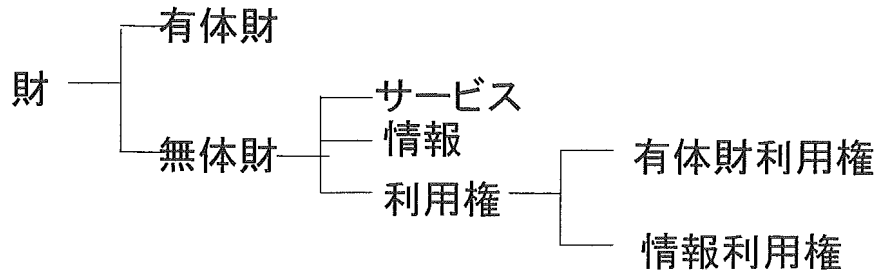


図 B. 1. 2. 2. 1-1 財の構成

表 B. 1. 2. 2. 1 財分

	効用を発生する源が 物質材	効用を発生する源が 非物質財
効用を発生する源の 所有権の移転あり	有体財	情報
効用を発生する源の 所有権の移転なし	有体財利用権	サービス 情報利用権

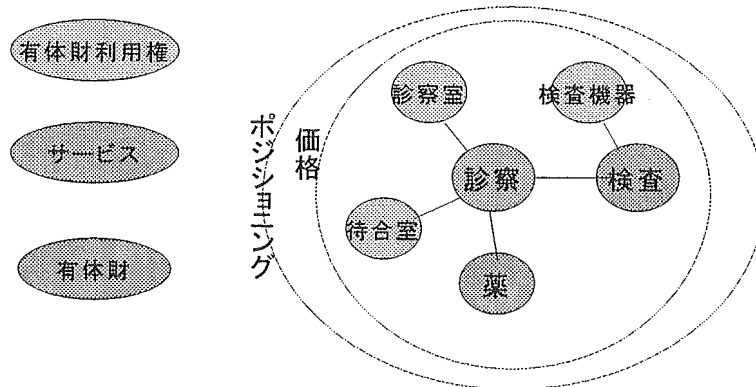


図 B. 1. 2. 2. 1-2 Shostack の分子モデル

B.1.2.2.2 医療サービスの内容からみたサービスの構成

中島[13]では医療サービスの内容を分析している。そこでは、医療サービスを本質的サービスと表層的サービスに分類し、本質的サービスをその中核部分と付帯部分とに分類（図 B.1.2.2.2）して考えて、内容についても考察をしている。

- ・ 本質的サービスの中核部分（コアサービス）・・・医療技術+情報

コアサービスは医師をはじめとする医療専門職が提供する医療技術と医療専門職が提供する「医学・医療に関する知識やデータ」といった情報である。従来研究において情報は表層的サービスと考えられてきたが、いまや本質的サービスとしての認識が高まっている。

- ・ 本質的サービスの付帯部分・・・施設・設備・機器+物

病院経営にとっては最新の設備や診断・治療機器を導入する事は患者の獲得競争の上でも、また

医療専門職のリクルートの対策としても欠かせない。また、患者の大病院志向と言われるように最新鋭の機器が導入されていない病院にはこなくなっている。そのため、「施設・設備・機器+物」は医療サービスにおいて重要な物となっている。

- ・ 表層的サービス・・・本質的サービスを提供する為の仕組みやソフト

表層的サービスの要素は人とシステムである、医師や医療事務の対応や医療情報システムサービスなどである。本当は医療の本質的サービスに惹かれて患者は来院するのであって、本質的サービスが満足された上での表層的サービスの不満があげられるため、患者はサービスが悪い病院でも「良い医者がいるから」などの理由をあげて来院する。

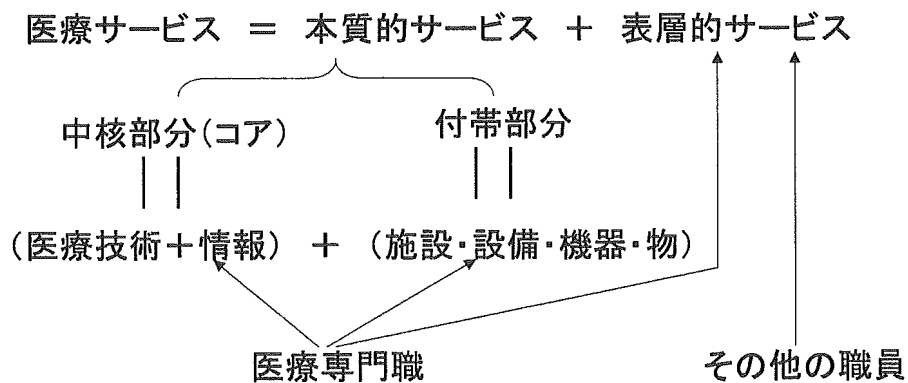


図 B.1.2.2.2 中島[13]による医療サービスの構成要

B. 1. 3 医療サービスの特徴

B. 1. 3. 1 Fuchs による医療サービスの特徴

医療サービスとサービス一般と比べた特性として Fuchs は次の 3 点を挙げている。

一つは消費者の無知 (consumer ignorance)、消費者は自らが購入しているものの中身を知らないということである。物質的財貨や他のサービスの場合も供給者側の知識のほうが多いが、医療の場合は、患者は医療の質に対して余り知識がなく、生産者である医師に依存している。このような消費者である患者の無知—供給者である意思への依存の原因として、

- (1) 個々の患者に対する医療サービスの効果の不確実性
 - (2) 多くの医療サービスはたまにしか購入されないこと
 - (3) 患者は医療サービス購入時に冷静で合理的な判断をしにくい状況にあること
 - (4) 専門職である医師は患者にほとんど情報を伝えないこと
- を挙げている。

二つめに、競争制限が挙げられる。つまり、消費者自信の知識の欠如の為に医師にある程度のモラルが求められる為、自由競争で提供するのではなくて、競争の制限—参入制限、広告禁止、価格競争の禁止まで—が行われる。3 番目に、一般の商品・サービスではその売買を決めるものは「需要」であるのに対して、医療の場合は「ニード」

が重視される。「需要」 (demand) が消費者の支払能力に裏打ちされたものであるのに対して、「ニード」はそれに裏打ちされていない「必要」である。そして医療は、理念的には「需要」ではなくて「ニード」(必要) に応じて提供されなければならないといわれてきている。

B. 1. 3. 2 Arrow による医療サービスの特徴

Arrow は医療サービスの特性について以下の 5 点を挙げている。

- (1) 需要の性質：医療サービスに対する個人の需要は、食品や衣料に対する需要のように安定したものではなく、不安定で予見できない。
- (2) 医師に期待される行動：医療は生産物と生産活動が一体化している商品であり、顧客はその生産物の内容を吟味してから消費することができないので、そこに信頼関係という要素が生じる。医療の売り手である医師は、一般の企業人と異なり、利潤動機を強く持たないことが期待される。
- (3) 生産物の不確実性：医療の生産物(治療効果)を前もって知ることは本質的に困難であって、しかも重病の場合には経験することができないということから生ずる不確実性も加わる。また医学的な知識は大変複雑である為、治療効果や回復可能性について医師がもっている情報は患者のそれより圧倒的に多い。それに対して、一般的な商品の場合には、その効用について、顧客は生産

者と同じくらいよく知っている。

(4) 供給条件：医療の供給は、競争理論とかなり異なっている。第1に、医療分野への参入が、医療の最低限の質を保証する目的で、免許制度によって制限されている。第2に、医学教育にかかる費用は高いが、補助金が巨額なために、医学生はその費用の半分以下を負担しているに過ぎない。医学教育に対して補助金を出すということは、原理的には医療サービスの価格の下落につながるはずであるが、免許制度の持つ参入阻止効果によって、価格の低下はもたらされない。

(5) 価格決定の方法：一般的なサービスと異なり、医療における価格競争では「倫理」的に敬遠され、価格の固定が生じやすい。

B.1.3.3. 羽田[12]による医療サービスの特徴

羽田[12]の研究によれば医療サービスの特徴とは以下の10項目である事が言われている。

- ①疾病の背後にある患者個人の状況を把握する必要性
- ②医師と患者が互いに協力する必要性
- ③サービス行為の継続性
- ④医師と患者の情報の非対称性
- ⑤心理面で供給者が需要者よりも優位にたつ
- ⑥生命に関わる
- ⑦人的および知識集約的
- ⑧医療需要の不確実性
- ⑨治療効果の不確実性
- ⑩応紹の義務

さらに、医療の法的な特徴として

⑪医療広告の規制

⑫診療報酬制度

等が挙げられる。

B.1.3.4. 医療サービスにおける消費者顧客概念

従来の一般サービスの延長線上で考えられてきた医療サービスにおける消費者顧客概念とは

「消費者＝地域住民」

「顧客＝受診患者」

というものであった。しかし、中島昭彦[13]では、従来の概念だと医療機関（病院）の目的は

「患者を病院に来させる事」となってしまうと

し。さらに、医療サービスの特徴である「情報の非対称性」から「患者や需要を作り出す」事が可能であるとしている。そのため従来の消費者顧客概念では「病院の社会的存在意義と一致しない」という問題点から以下の新しい消費者概念を提唱している。

消費者＝地域住民

顧客＝病院のシンパ

受診患者＝顧客のモニター

→広報協力者

B.1.3.5 医療の質

B.1.3.5.1 医療の質とは

米国医学研究所は、医療の「質」を「個人と集団に対する医療サービスが健康に望ましい結果をもたらしうる可能性を高める度合いと、医療提供者の専門的知識に合致している程度」と定義し

てきた。

よい質とは、

- (1) 患者に十分適した方法
- (2) 十分なコミュニケーション
- (3) 意思決定の共有
- (4) 文化的感受性を備えた保健医療サービスの提供がなされること

を意味する。

B.1.3.5.2. 医療の質の評価

医療の質は 1) 構造 2) プロセス 3) アウトカムから評価できる[5]。

「構造的な質」は、医療システムがもつ能力を評価するものであり、「医療プロセスの質」は、臨床担当者と患者の間の相互作用を評価するものであり、「アウトカム」は、患者の健康状態に与えた変化に関するエビデンスによるものである。

これら 3 つの評価尺度は全て質を測るうえで貴重な情報を提供しうるが、医療サービスの質を研究した文献のほとんどは、医療プロセスを評価することに関心が向けられており、患者満足度の評価によって質評価を行っている。

質評価は、

- (1) 医療サービスの適切性を評価すること
- (2) 医療サービスが各医療の専門的標準に合致している、もしくは従ったものになっているかどうかで判定

すること

である。

B.1.3.5.3 医療の質に関する問題が生じてきた経緯

現在の医療供給について主に 4 つの面から考えてみる。

(1) 医科学とその技術の複雑化

医療の質の問題は、必ずしも医療職能者の知識、教育訓練、努力の不足から生じているのではなく、適正な根拠に基づいた医療をするのに十分な情報を一人の臨床医が全て持つことが困難になってきている。

医療サービスの供給のあり方を根本的に変えなければ、医科学知識や技術の複雑化から生ずる問題が軽減するとは考えがたい。例えば、疫学的知識やデータベースを大規模な患者層に適用することで、健常と疾病との関係に対する理解を深められるようになるだろう。

(2) 慢性の疾病・症状の増大

慢性の疾病・症状とは、3ヶ月以上症状が続き、自然に治らないものをさし、これらは、すべての年齢層に起きうるものである。

慢性疾病・症状の有効な医療ケアを効果的に行うには患者と医療提供者双方が臨床上の問題を確認しあい、医療の最終目標、当面の目標、治療計画を共同で立て、自己

管理のための教育と支援サービスを提供するという随時対応と継続的なフォローアップ体制といった協力のプロセスが必要である。

慢性患者が望ましい結果を得るには、協力関係のもとで疾病を管理することが不可欠であるが、自分の状態について知りたいと望む情報の量や治療上の決定に参加したいと望む度合いは患者によって様々である。

慢性患者と医療提供者との協力関係のもとで行う医療には、こうした問題を抱える人口層が増大しつつあるという意味で、医療供給に更に複雑な要因を持ち込んでくる。

(3) 医療提供体制の組織的未整備

医療サービス提供プロセスは、ときとして不必要に複雑で、ケア提供を遅らせる手順や引継ぎがなされるため、安全性を高めるよりも低下させてしまう。これらのプロセスは資源の無駄を生み、サービスに無責任な時間的隙間を与え、情報を分散させて、タイムリーに安全かつ適切なケアを提供することに医療提供者全員の能力を集結させるのを妨げているのが現状である。

(4) 情報技術の導入における制約

医療プロセスの設計に工学的概念を応用することは、患者の安全性を高めるため

に欠くことのできないステップであるといえる。しかし、傷害発生率を著しく低下させてきたほかのハイリスク産業の経験に学んでいる医療機関はほとんどないのが現状である。他産業の教訓には、組織的にエラー情報を収集して原因を解析することや人間の記憶に依存することを最小限にとどめる、あるいは医療プロセスのルーティンを標準化するといった取りくみがある。

それらのステップの中にはすぐにでも組み入れられるものがあるにもかかわらず、導入されていない理由に、おそらく患者の安全に関しての実質的な罰則がなく、有効な改善に対する報酬もないためである。

このような制約を考慮したうえで、わが国では2005年をめぐりにカルテを電子化してデータベースを作り、参加機関が共通のカルテに基づいて診療できるようにすることが事業化されることが決まった。これにより、医療機関は患者のデータを共有することで、得意分野ごとに役割を分担できるようになる。また、患者は病状に応じた治療を受け易くなるほか、専門の病院で手術した後、地域のかかりつけ医でも同じデータに基づいて治療を受けることが可能となる。

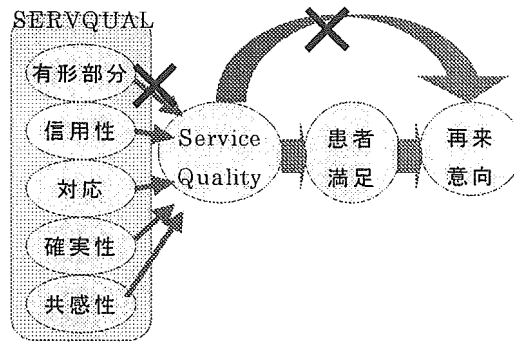


図 B. 1. 4. 1 O' Conner と Shewchuk による医療サービス評価と患者満足感と再来意向の関係

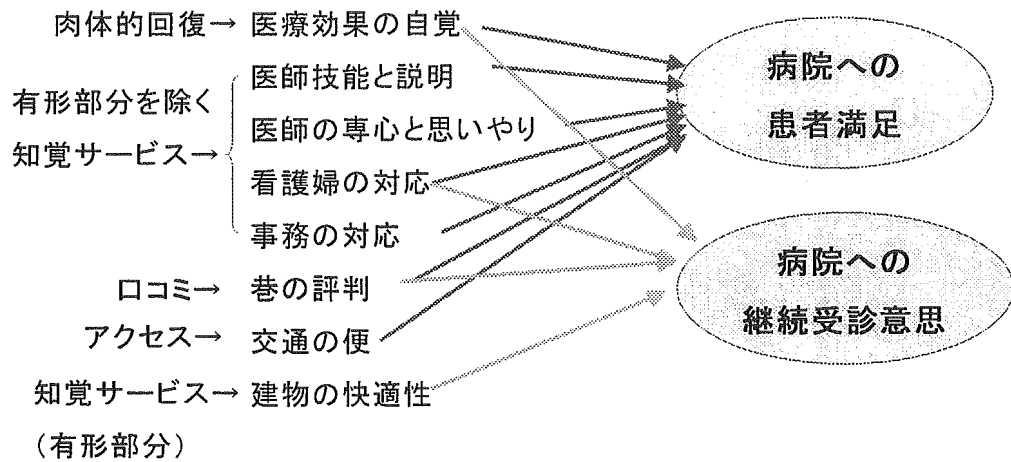


図 B. 1. 4. 2 今中雄一、荒記俊一、村田勝敬、信友浩一による患者満足感と再来意向の影響要因分析

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

B. 1. 4. 1 O' Conner と Shewchuk の研究[2]

O' Conner と Shewchuk では医療サービスを SERVQUAL[3]で測定し、そのサービス品質と患者満足感と再来意向の関係を分析している。そこでは、SERVQUAL による 5 つのサービス属性のうち有形部分を除いた属性から医療サービス品質が患者満足を通して再来意向に影響を与える (図

B. 1. 4. 1) ことを証明している。

B. 1. 4. 2 今中雄一、荒記俊一、村田勝敬、信友浩一による研究[13]

今中雄一、荒記俊一、村田勝敬、信友浩一によれば、図 B. 1. 4. 2 にあるように患者満足に対しては“有形部分を除くサービス品質”と“肉体的回復”“口コミ”“アクセス”などが影響を与えている。一方、継続受診意思においては主に“肉体的回復”と“口コミ”“サービス品質 (有形部分)”と“有形部分を除くサービス品質の一部”が影響

を与えている事を証明している。

表 B. 1. 4. 2 今中らの研究 回帰分析の標準偏回帰係数

説明変数	満足度		継続受信意思	
	医師	病院	医師	病院
(病院医療の評価スケール)				
医療効果の自覚	0.078***	0.375***	0.209***	0.254***
医師の技能と説明	0.110***	0.133***	0.191***	0.048
医師の専心と思いやり	0.617***	0.095***	0.144***	0.047
巷間の評判	0.080***	0.168***	0.154***	0.163***
看護婦・一般職員の対応	0.008	0.056*	0.035	0.104***
事務の対応	0.009	0.060*	-0.037	0.003
費用	0.027	0.032	0.004	0.015
建物内の快適性	0.021	0.024	0.014	0.106***
アクセス				
待ち時間	-0.006	0.020	0.037	-0.007
受付時間帯	-0.012	0.018	-0.003	-0.019
必要時受診可	0.003	0.044*	-0.003	0.031
交通の便	-0.033	-0.045*	-0.080***	0.007
(潜在的交錯因子)				
性	-0.005	-0.024	-0.000	0.028
年齢	0.028	0.038	0.074*	0.056
教育	-0.025	0.028	-0.014	0.019
収入	-0.012	-0.018	0.005	0.009
診療科				
内科	-0.001	-0.006	0.014	-0.017
小児科	0.012	-0.002	0.039	0.015
産婦人科	0.040*	-0.038	0.074**	0.009
外科系	0.038	-0.031	0.046	-0.003
かかりつけの程度	0.042	0.020	0.221***	0.253***
重症度の自覚	0.015	0.025	-0.028	-0.026
受診必要性の自覚	0.011	0.022	0.090*	0.082***

* : p<0.05 ** : p<0.01 *** : p<0.001

B.1.4.3 今井らの研究[14]

同一病院における外来患者満足度アンケート調査から、外来患者の不満は「待ち時間」に集中していたが、全般満足度に与える影響は、満足度の高い「環境と設備」と「医師」より弱い。また、満足度の性差は否定的であるが、年齢差の存在を示唆している。

各々の従来研究において、満足度に与える影響の強さが異なる結果となっている。

長谷川ら[16]において、「医師の技術と能力の高さ」が最も満足度に影響があるとしている。今中ら[14]において、「医療効果の自覚」が最も満足度に影響があるとしている。今井ら[20]において、「環境と設備」が最も満足度に影響があるとしている。

表 B.1.4.3 外来患者の全般的満足度に及ぼす各評価対象の影響度

説明変数	標準偏回帰係数
医事科職員	0.036
医師	0.149***
看護婦	0.107***
薬剤師	-0.026
臨床検査技師	-0.084
放射線技師	0.103
待ち時間	0.110***
環境と設備	0.254***
売店・レストラン	0.083***

* : p<0.05 ** : p<0.01 *** : p<0.001

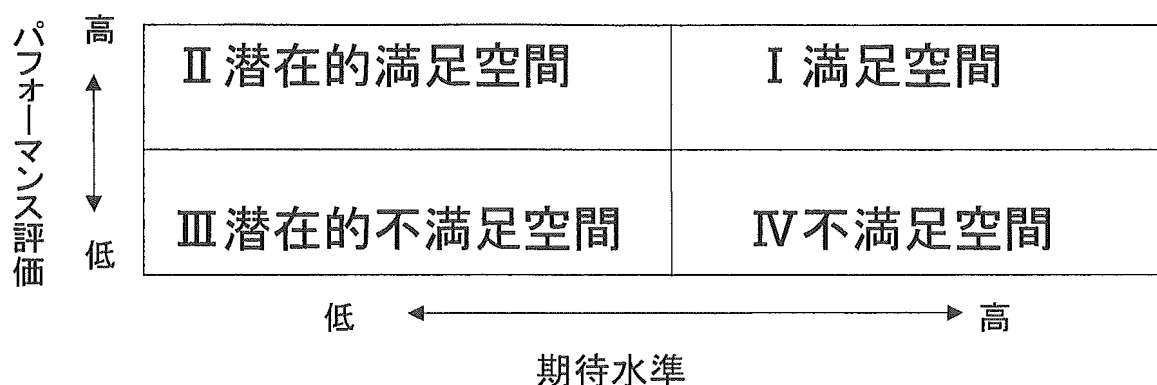


図 B. 1. 4. 4. 1 患者満足的空間モデル

B. 1. 4. 4 説明、精神的回復についての従来研究

B. 1. 4. 4. 1 島津望、高井恒夫、青山ヒフミの研究 [15]

嶋口の消費者満足空間モデル（図 B. 1. 4. 4. 1）に従って「検査や治療内容の説明」を細分化した各評価項目がどの満足空間に属するかを明確にすることで、それぞれの評価項目についての医療機関としてとるべき戦略を考察している。その結果、

- (1) 患者は検査や治療内容の説明を求めており、これに対しては医療者として十分に答える必要がある。
- (2) 検査や治療の良くない結果の告知についても患者の期待は高いが、医師はそれほど積極的には行っていない。
- (3) 患者の自己決定については現段階では、患者が積極的に期待しているとはいえない。しかし、現在起こっているインフォームドコンセントの議論は患者が自己決定を求めていると考えるより、医師が独善的に治療方針を決めていないことが

分かるように説明してほしいという願いである。

- (4) 患者のパフォーマンス評価と医療者のパフォーマンス自己評価では、医療者の過小評価の傾向が見られる。
- (5) 以上の点を解決するために、患者と医療者の対話が求められている。

ことを示唆している。

しかし、「医師による独善的に治療方針を決めていないことが分かるような説明」が患者満足感に与える影響は具体的には述べられていないという問題点が挙げられる。

B. 1. 4. 4. 2 長谷川万希子 杉田聡の研究 [16]

従来において主であった建物や待ち時間などの患者サービス面や高度医療機器の導入などの目に見える部分のサービス改善というよりも、患者に接する医療提供者の人間性の改善を目的として医療サービスに対する総合満足評価の影響要因を明らかにしている。この研究においては、患者満足感と再来意向と他者への推薦意向の平均点という目的変数を独自の医療サービス評価項目の説明変数によって説明する重回帰分析を行い、患者満足感と再来意向と他者への推薦意向の平均点への影響要因を分析している。その結果は表 2. 6. 4. 2 のとおりである。

その結果以下のような結論に至っている。

- (1) 建物の快適性や待ち時間などの利便性に関する満足度の影響は弱い
- (2) 医師以外の要因に関連する満足度の影響は比較的弱い
- (3) 医師の専門的技術のみでなく、患者の精神的苦痛（病気に関連する不安や悩みなど）を軽減させることも合わせた診療の結果に関する満足度の影響が高いこと

しかし、精神的苦痛がどのように軽減されるのかは明らかにされていないという問題点が挙げられる。

B. 1. 4. 5. 複合的手がかりとしての設備

山本 [17] ではサービスを消費しようとしている消費者が直面する問題のうちで、サービス品質

表 B. 1. 4. 4. 2 重回帰分析結果

項目	標準偏回帰係数
医師の技術と能力の高さ	0.55 ***
医師によって精神的苦痛を低減	0.38 ***
看護婦の技術と能力の高さ	0.17 **
医師によるプライバシーの尊重	0.13 **
医師の多忙性	0.11 **
医師の指示を守るかどうか	0.12 ***
A病院での入院経験の有無	-0.08 **
医師の態度や言葉遣い	0.07 **
建物の雰囲気や快適性	0.07 **
重相関係数	0.72 ***
*p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001	

の評価の困難性から引き起こされるリスクを如何に低下させるかという問題について検討が行われた。そこでは消費者が知覚品質を得る際に用いる手がかりの概念について述べられている。そして、従来は以下に定義されるような内在手がかり (intrinsic cue) と外在手がかり (extrinsic cue) の2分類であるとされてきた手がかりに加えて新たに「複合的手がかり」を提案している。

Olson(1977)による手がかりの定義

内在手がかり (intrinsic cue) : 製品の物理的側面から得られる品質に直接結びつく手がかり (例: ビールの味)

外在手がかり (extrinsic cue) : 製品の物理的側面ではないところから得られる手がかりの総称 (例: 価格、銘柄、イメージ)

山本による複合的手がかりの定義

複合的手がかり : 一つの製品を構成する財に関して、ある財の内的手がかりであり、同時に他の財の外在手がかりとなるような手がかり

そして、複合的手がかりはサービスのように内

在的手がかりが乏しく、システム財として提供されている製品の一部となっている場合には有効に利用することができるとしている。また、サービスそのものに対する外在的手がかり、例えば、価格や銘柄に比べると消費者にとっては製品の一部をなす財の内在的手がかりであり、容易に品質を評価でき、他の財の外在的手がかりとしても利用できる「複合的手がかり」は消費者にとって利用価値の高い手がかりであるとしている。

また、山本は複合的手がかりの例として、医療サービスの場合では病院の建物や医療設備などの清潔さ、新しさなどはそれだけで製品の一部を構成するこれらの財の内在的手がかりであり、同時に医者、看護婦のサービスの外在的手がかりであるとも述べている。

B.2 本研究の概要

B.2.1 本研究の概要

前述した通り、現在において医療保険財政は悪化の一途をたどっており、また、医療機関も厳しい経営環境にある。そして、従来は無条件で受け入れていた医療サービスに対して現在では患者も医療サービスに対して不信感を持ち始めている。そういった中で従来の患者満足を基準とした医療サービスの改善では3つの問題があることを指摘した。つまり、第一に

“医療技術の限界などにより必ずしも患者を満足させる事は出来ない。また、患者満足は個人の価値観に基づく主観的価値であるために医療機関にとって満足のコントロールは困難である”

第二に“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とても「満足」を得るといった概念とは程遠い。”

第三に“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。“である。

そのために現行の日本の制度や状況において「患者満足」の向上による医療サービスの改善は不適切である」と言えよう。そこで本研究では新たな概念として「納得」を提案する。

「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である為、より感情的、主観的な「患者満足」よりもコントロールが容易である。また、患者の納得感についても患者満足感とは異なり医師と患者とのコミュニケーションによりその把握が容易であると考えられる。更に、納得とは必ずしも自分のニーズが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といえる。そして、患者の納得を高める事には“患者の診療行為への理解”が不可欠であり、それにより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なると考える事が出来ると言った利点から現状のわが国における医療サービスにおいては患者満足の向上よりも“納得の向上による医療サービス改善”が望ましいと考える。

しかし、この「納得」を利用するに当たって2つの事を明確にする必要がある。一つはどのように患者が納得するのかという“納得にいたるプロセス”である。“納得にいたるプロセス”正確に

理解する事で、患者が納得する医療サービスとは何かが明らかになる。もう一つは医療サービスの改善を行う主体である医療機関にとって納得の向上による医療サービスの改善が“患者の再来行動”へ繋がることである。

そのため、本研究においては第一に“納得にいたるプロセス”について仮説を立て共分散構造分析により検証を行う事で明らかにする。次に、“納得と患者の再来意向の関係”については始めに“納得と患者満足の関係”を明らかにした後に、納得を踏まえた“患者満足と再来意向の関係”について仮説を提案し共分散構造分析により検証していく。更に、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）という特徴を持つゆえに、患者は医療サービスを体験した後においても“口コミや医療機関設備によって医療サービス品質を類推する”という行動が見られる。それゆえ本研究においてはこの“口コミや医療機関設備による医療サービス品質の類推”と“納得”を考慮に入れた再来意向構造を明らかにする事でより医療サービスの特徴を踏まえた再来意向の形成過程を明らかにしていく。加えて、医療機関が“納得による医療サービスの改善”を行う際に重要となってくる“患者の診療行為に対する理解度”についてもそれらの形成要因

について数量化Ⅲ類を用いる事で明らかにすることで、“納得による医療サービスの改善”への具体的なアクションについての示唆を得る手がかりとする。

B. 2. 2 納得感

B. 2. 2. 1 納得の定義

本研究における医療サービスに対する「納得」とは「診療行為に対して患者の求める情報について診察を受けた医師が医学的判断を基に説明をすることで、患者が論理性を見出した（理解）上での診療内容に対する主観的評価」であると考えられる。そして、患者の求める情報とは「診療に対して患者が不安に感じ、そしてその不安を解消する為を求める情報」である。つまり「病状または病名」「治療の方法」「治療の期間」「治療の費用」「薬の効用・副作用」に集約されると考えられる。それゆえ、本研究において患者が納得するプロセスとは「5つの不安要素に対して医師からの説明を持って患者が理解を深める事で患者が主体的に診療自体の妥当性を判断する事につながり、患者にとって自らの病状と照らし合わせた時に妥当だと判断された時に患者は納得する」（図3.2.1）ことであると提案する。つまり、患者が「納得する」ということは、単に患者が診療行為に対し理解することで妥当性を判断するのみならず、同時に不安の解消も行う過程であると考えられる。

また、本研究における「妥当性」とは“提供される医療サービスがその状況で最善であると

いう評価”と定義する。

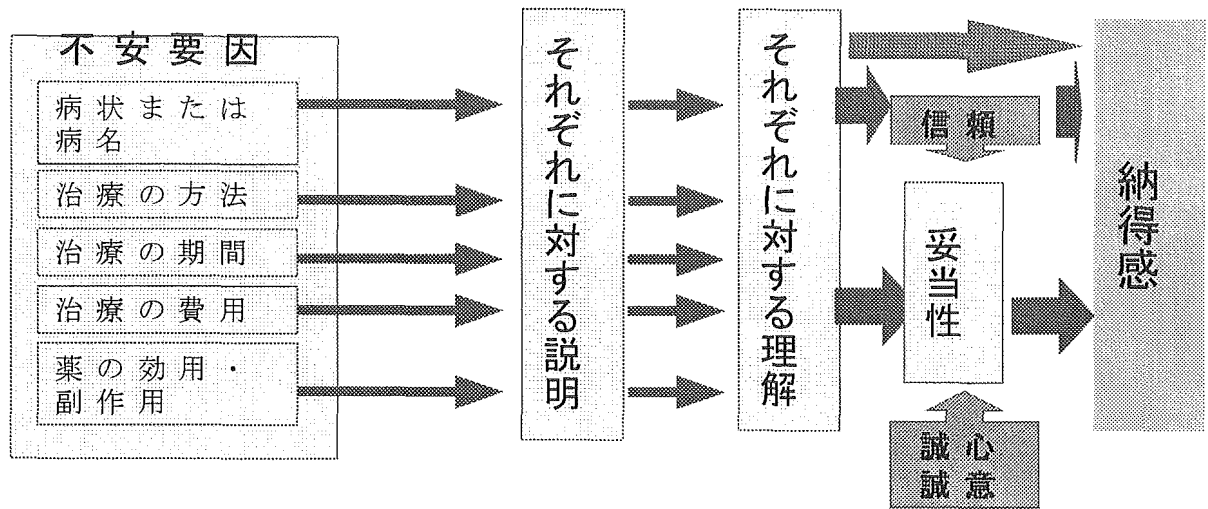


図 B.2.2.1 納得へ至るプロセス

B.2.2.2 不安の定義と恐怖の定義

疾病不安とは、非特異的にある重い病気にかかることと関係がある。あるいは、苦痛、治療、一時的ないしは永続的な能力喪失、経済的損失、家族との別離、パーソナリティの変化、死などをめぐる心配として現れると考えられている。

ジャニス（1958）によれば、手術前不安の高い人は「慢性の精神神経症的素質」があつて、過去にも様々の急性不安反応で悩んでいたものようである。高い手術後不安水準は、何か永久的損傷を加えられたのではないかと、何か外科的処置に失敗があつたのではないかという恐れに関係していると述べている。その道の権威といわれる大家でも、これらの患者を安心させるのは非常に難しいことを知っていると言及している。

ている。

ロビンスは歯の不安が教育水準や一般疾病不安とは無関係であることを示した。すなわち、十分に教育を受けた人でも、最小限の教育しか受けなかった人でも、病気一般について不安を感じているものでも、そうでないものでも、歯の不安は平等に見出されると述べている。

また、一般的な心理学においては不安とは“自己の将来に起こりそうな危険や苦痛の可能性を感じて生じる不快な情動現象”とされている。更に恐怖と不安の違いとは“恐怖には特定の対象があり、可能ならばそれに立ち向かうこともできれば回避もできるが、不安は漠然として、はっきりとした対象がなく浮遊しているため、これに対しては不明確な危機感・無力感などが生じる”とさ

れている。

そこで本研究では、不安を「疾病に対する医学外来患者には恐怖が生じるとは考えにくい為、本研究では考慮しないものとする。また、医師の説明を理解することにより不安は解消されるものとする。

B.2.2.3 本研究における納得感形成過程モデル

本研究においては納得へ影響を与える下位概念として、「医師への信頼」「診療行為への理解」が挙げられ、本研究で前述したとおり定義した納得プロセスを基本にして、さらに、これらの下位概念が複雑に影響し合うことで患者の「納得感」が形成されることを提案する。そこで、まず、その下位概念について、厳密に定義と相互関係とその影響要因を明らかにする。

第一に、「医師への信頼」についてであるが、一般サービスにおける代表的な評価指標であるSERVQUALなどではサービス提供者への信頼とサービス提供者の技術力は別の評価であるとされている。しかし、医療サービスの特徴として“診療行為は高度な技術、知識を必要とする為に患者にとって理解が困難である”があげられるために医師への信頼と医師の技術は患者にとって同一の評価として扱われると本研究では考える。そこで、本研究においては「医師への信頼」評価とは“患者の持つ医師の技術や長期または短期にお

的知識の不足から生じる心理」とし、恐怖とは「不可避な自分の状態に対する心理」と定義する。

いての医師との関係や医師の対応評価から生じる医師個人が提供する診療行為への信頼感の評価”と定義する。そして、その影響要因は大きく分けて「医師の技術評価」「長期における医師と患者との関係」「短期（同一診療内）での医師の対応評価」と考えられる。本研究においては「長期における医師と患者の関係」は患者により形が異なり、測定が困難であると考え。また、「医師の技術評価」に関して、慢性的な疾患を有する患者が特定の疾患に関して知識を深めた結果として主観的に診療行為の技術評価が可能になる場合があるが、本研究では医療サービスの特徴として“診療行為は高度な技術、知識を必要とする為に患者にとって理解が困難である”ことを挙げ、基本的に患者は主観的に医師の技術評価が困難であるという前提に立つ。それゆえ、本研究においては「医師の信頼性」への影響要因は「医師の対応または外見評価」から主に影響を受けると考える。

第二に「診療行為への理解」であるが、患者が知りたいと考える項目は患者が診療行為に対して抱く不安を解消する情報である。従来研究においてはこの情報項目に対して多用な視点から考察がなされているが、本研究において“診療行為に対して抱く不安を解消する情報”とは「病状ま

たは病名」「治療の方法」「治療の期間」「治療の費用」「薬の効用・副作用」とであると定義する。それゆえ、「診療行為への理解」とは“「病状または病名」「治療の方法」「治療の期間」「治療の費用」「薬の効用・副作用」に対する総合理解度”であると定義する。

それを基に本研究においては基本的にはB.2.2.1で提案したように納得にいたるプロセスとは「説明→理解→妥当性→納得」というものであるとするが、患者の納得感に先ほど取り上げた下位概念が複雑に影響しあう関係も同時に提案し、検証する事で明らかにする。そこで、本研究において提案する納得への直接の影響プロセスは以下の4つであると考える。

まず、第一に“患者は不安要因に対して医師から説明を受ける事で診療に対する理解を得て、そ

パス①)

第二に“患者は十分な妥当性の検証を自らの知識のみで判断するのではなく、サービス提供者である医師への信頼からもその妥当性を推測する” (図 B.2.2.3 パス②)

第三に“診療行為への理解自体が患者にとって納得の重要な要因であり、診療行為への理解を高めることが納得を高める直接の原因となる。また、逆に診療行為への理解が低い事は患者の納得感を低める直接の原因となる” (図 B.2.2.3 パス③)

第四に“「医師対応評価」はいかに優れた診療を受けたかの主観的評価であり、納得感を形成する際に影響を与える” (図 B.2.2.3 パス④) というものである。そこで本研究の提案として納得形成構造は図 B.2.2.3 である事を仮説として提案し、分散構造分析により検証する。

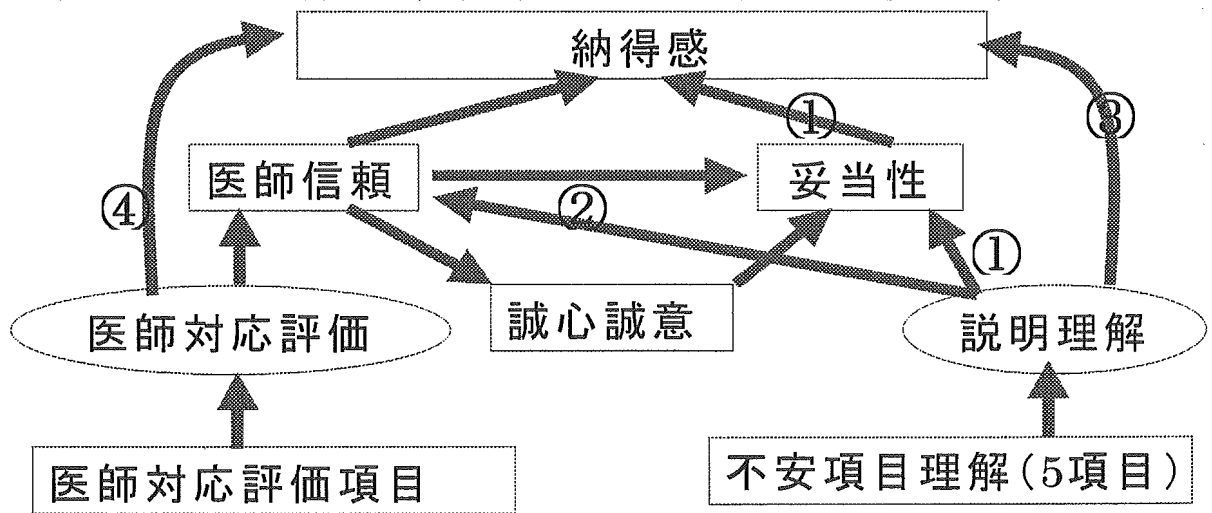


図 B.2.2.3 納得構造図

の理解により診療行為の妥当性を判断し、妥当であると判断した場合に納得に至る” (図 B.2.2.3

B. 2. 3 患者満足感と納得の関係

B. 2. 3. 1 患者満足感の定義