

200501274A

平成17年度

厚生労働科学研究報告書

臨床指標を用いた医療の質向上に関する
国際共同研究

主任研究者

長谷川敏彦

平成18年3月31日

目次

はじめに	長谷川敏彦	1
------	-------	---

A 総論

I 患者満足度 (Customer Satisfaction: CS) 調査

1 満足度調査の考え方とその開発過程	長谷川敏彦	3
2 顧客満足と顧客ロイヤルティの関連性についての理論的考察 ——サービス消費を中心として	藤村和宏	17

II 職員満足度 (Employee Satisfaction: ES) 調査

1 職員満足度調査とその意義	畠山洋輔、奥村泰之、長谷川敏彦	49
----------------	-----------------	----

III 安全文化 (Patient Safety: PS) 測定

1 安全文化の醸成	種田憲一郎	51
-----------	-------	----

IV 医療の質 (Clinical Indicator: CI) 測定

1 臨床指標の概念・意義・応用事例・発展の可能性	長谷川友紀	57
2 医療の質測定方法と病院医療の質改善	長谷川敏彦	71
3 医療の質測定のための臨床指標選択と収集	清水佐知子	79

B 結果

I 患者満足度調査

1 患者満足度調査の概要	長谷川敏彦	87
2 患者満足度調査の結果	畠山洋輔、清水佐知子、長谷川敏彦	97
3 ベストプラクティス事例	各病院報告	127
4 外来患者さんの不満と待ち時間の関係	小高弘子	135
5 患者満足の改善	小高弘子、永田雅章	155
6 患者満足向上ワークショップ	小高弘子	159
7 病院顧客満足度調査のリスク調整有無についての ベンチマーク手法の比較研究	長谷川敏彦	165

II 職員満足度調査

1 職員満足度調査の研究成果	奥村泰之、長谷川敏彦	169
----------------	------------	-----

III 安全文化測定

1 患者安全文化尺度日本語版の作成と分析	奥村泰之、種田憲一郎	175
2 患者満足度と職員満足度とヒヤリ・ハット報告数の関連分析	関山真美子、種田憲一郎、長谷川敏彦	191

C 概要

I 患者満足度調査

1 調査マニュアル	207
2 調査票（入院／外来）	225
3 報告書の読み方	229
4 報告書サンプル	233

II 職員満足度調査

1 調査マニュアル	267
2 調査票	269
3 報告書サンプル	273

III 安全文化測定

1 調査票	281
2 報告書サンプル	285

IV 医療の質測定

1 調査マニュアル	303
2 調査票	319
3 報告書サンプル	325

はじめに

2005年度は、2004年度の研究成果を踏まえて医療の質の評価の三側面「満足」「安全」「質(狭義)」についてそれぞれ継続発展させ、2006年度に向けての準備研究を行なった。

「満足度」の測定と改善も、最終顧客である「患者」、内部顧客である「職員」と、外部の紹介元である「病院や診療所」の3つに分けられる。「患者満足」については、前年の調査票をその調査結果に基づいて部分改定し、改良したものをを用いた。前年度が6グループ227施設であったものが、今年度は新たに3グループの参加を得て339施設、回答も退院患者調査で64,732。外来患者調査で、144,802と前年度のそれぞれ52,662、121,654から大きく増加した。これらの施設は、医療の質向上を追及する急性期型独立病院VFJをも含んで、日本を代表する病院のほとんどと言っても過言ではない。

「職員満足度」調査については、前年度からの研究開発や議論を踏まえて、パイロット用の調査票を作成し、8施設で試行し、4240の回答を得た。この職員対象の調査は、職員の職務満足のみならず患者満足の側面について職員がどう考えているかを把握する事ができ、施設の幹部の意識と合わせて立体的に改善すべき課題を、分析する事ができるように設定されている。

「紹介元」の満足度調査については、今年度は幾度にもわたる研究班会議を重ね、種々の問題点や、課題が明らかとなったので来年度にそのパイロット調査を行なうこととした。

第二の側面、「安全」については米国の厚生省直属の質研究所グループによって開発された安全部会質問票を2004年度から8施設でパイロット試行してきたが、今年度は7施設で実施し6,847の回答を得た。その他、医療安全に関する種々の質的な研究も合わせて行い、また職員満足度と、安全分科の相関に関する研究も行なった。

最後の側面、「医療の質」(狭義)については、データ収集が今年度にまたがったので、今回は紙にて結果提出をいただいた、3グループ70施設のみに限ってベンチマーク分析し比較評価した。

2年目にしてようやく医療の諸側面をめぐる指標が姿を現し、総合的な評価と改善に向けて動き出し始めたとの実感を強くしている。特に数百にも及ぶ病院の参加を得たこのようなプロジェクトはこれまで日本の病院経営史上未だなく、国際的にみても、稀かつ先進的と自負している。今年度は特に患者満足や臨床指標についてその結果を詳細に分析し、ベンチマーキングの手法や意義について検討し、さらに改善の方法についても模索を始めた。来年度は、今年度パイロット試行を終えた手法の本格実施、及び未開発の指標について開発を試みて参りたい。

このような素晴らしい成果を生んだ今年度の研究は、ひとえに各施設のご協力の賜物であり、ここに深い感謝の意を表したい。またこの結果が明らかになるためには、保健医療科学院のスタッフや、外部のスタッフの努力に負っており、重ねてその血のにじむ努力に深い感謝の意を捧げたい。

研究者を代表して

長谷川敏彦

A 総論

I 患者満足度調査

1 満足度調査の考え方と開発過程

長谷川敏彦 (国立保健医療科学院)

2 顧客満足と顧客ロイヤルティの関連性についての理論的考察

——サービス消費を中心として

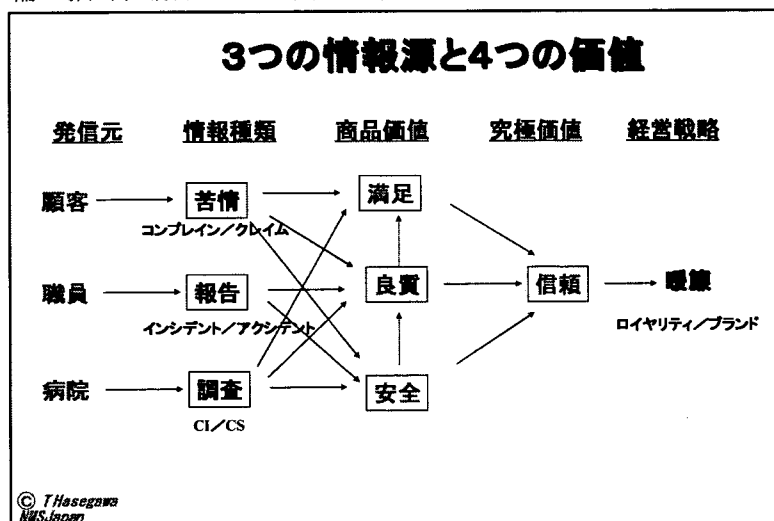
藤村和宏 (香川大学)

満足度調査の考え方と開発過程

1. 本調査における基本的な考え方

(1) 医療サービスにおける3つの指標

医療サービスの評価の指標は、「質」「安全」「満足」の3つが考えられる。病院は、患者さんに「安全」で「良質」な医療サービスを提供し、患者さん「満足」を創造することで、円滑な経営を図り、組織として発展し、地域に貢献することができる。民間の優良企業などは、このような経営サイクルを描き、社会的な存在価値を高めている。この調査は、3つの指標のなかの「満足」を測定するものである。医療サービスにおける「質」「安全」は、その評価に専門家的視点と考察が不可欠である。これと比較すると「満足」は患者さんの思いや視点がもっとも反映されやすく、患者さんの意外な満足感や不満足の指摘に、専門家が驚くことも多い。このような観点からいえば、患者さんは「満足/不満足」の表明によって、3つの輪が描く医療サービス向上に参加しているのである。



(2) フィリップ・コトラーと10の医療サービスクオリティ

本調査では、患者さんの満足度を測るための項目の設定について、WHOが提唱している医療サービスに必要な8側面、国内の受領行動調査の項目、そして、マーケティングの国際的な権威である※コトラーのサービス・クオリティを決定付ける10の要因を参考に、次の医療における10のサービス・クオリティを導き出した。10の要因は、「人の要因」と「人以外の要因」に分けられる。

WHO 医療サービスに 必要な8側面	受領行動調査	コトラーのサー ビス・クオリティ を決定付ける10 の要因
▼ 10の医療サービスクオリティ		
【主に人の要因】		【主に人以外の要因】
①職員能力 ②ていねいさ ③コミュニケーション ④反応の早さ ⑤患者理解	⑥アクセス ⑦安全性 ⑧アメニティ ⑨信頼性 ⑩プライバシー保護	

※Philip Kotler

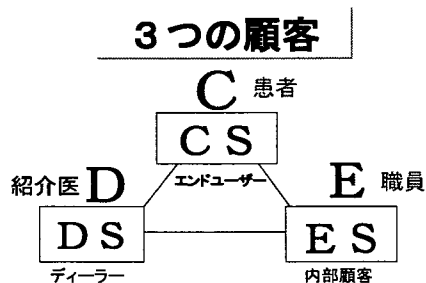
世界的な正統的なマーケティングの第一人者。伊利ノイ州エバンストンのノースウェスタン大学ケロッグ経営大学院で、インターナショナル・マーケティングのS・C・ジョンソン&サン・ディスティンギッシュド・プロフェッサーを務める。シカゴ大学修士号、マサチューセッツ工科大学博士号を取得。著書にMarketing Management (10th edition) (邦訳『コトラーのマーケティング・マネジメント ミレニアム版』、ピアソン・エデュケーション、2001年)他、20冊余り。主要学術誌にも100を超える論文を発表している。国内外の有名大学9校より、名誉博士号を授与されている。

(3) 病院の3つの顧客

一般的に民間企業では、消費者だけでなく、株主、従業員、販売代理店にも顧客の概念を用いる経営が行われている。IR (株主広報)、ES (従業員満足)、ディーラーマーケティングなどの用語も頻繁につかわれ、それぞれの満足度を高めるための施策が行われている。

病院も同様に、次の3つを顧客と考えるべきである。

顧客満足度向上のための本格的な活動には、患者以外の2つの顧客への「満足度調査」



が不可欠である。その方法としては、職員満足度調査は、本調査のような調査票によって匿名性が保たれる方法が望ましい。またディーラーと位置づけられる紹介医への調査は、面接やグループインタビューの方法が効果的とされる。これは、紹介医と病院側の担当(地域連携室)などが顔をあわせ、信頼関係構築の機会としても位置づけることが効果的だからである。

2. 病院経営における顧客満足

(1) 経営における顧客満足の位置づけ

病院経営における顧客満足で最初の課題は、患者満足をどう考え、経営のなかでどのように位置づけるか、である。これは、病院ごとに、また同じ病院内でも職員ごとに差がある。もっとも低いレベルでの認識は「患者満足=接客向上と苦情処理」で、患者満足は現場で看護師などが行えばよい、という考えである。逆に、もっとも高いレベルでの位置づけは経営戦略としての顧客満足である。

民間では、顧客満足を「=接客向上と苦情処理」だけと考える企業は、ほとんどない。企業では、顧客が企業活動の大半を左右すると考えている。では、なぜ一部の病院では、患者満足を経営の中枢に位置づけなくても経営ができるのか、といえ、医療における情報の非対称性(患者は医療がよくわからない)がひとつの原因であろう。民間では、このような情報の非対称を放置している産業は衰退する。消費者がよくわからないものは「売れ行き」が悪いからである。例えばパソコンが技術者にしかわからないものであったら、

高度情報化社会や IT 社会はやってこなかったのである。

このように考えるなら、医療全体を高度化していくためには「患者によくわかる医療」を提供していかなければならないのである。そして、「患者によくわかる医療」こそが、患者満足を創造していくと考えられる。

(2) 逆さのピラミッド

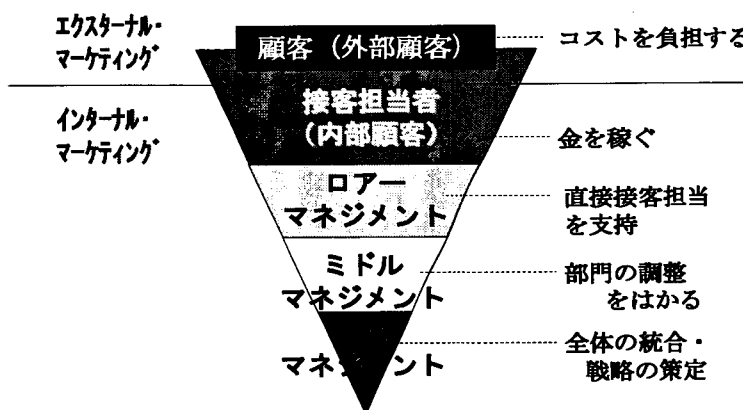
『サービスアメリカ』『逆さまのピラミッド』などの著者であるコンサルタントの Karl Albrecht は市場が企業主導型から顧客主導型へと 180 度転換を遂げたありさまを「ゲームのルールが変わった」と表現した。従来の企業活動は、企業が決めたルールの範疇で展開していればよかったが、顧客主導型の現在では、顧客のルールに企業が従わなければならなくなった、と定義している。

ここで定義されたのが、逆さのピラミッドである。

従来は、ピラミッドの頂点にいた経営者やマネジメントなどは底辺に位置するようになる。逆にピラミッドの下に位置していて顧客が頂点にくる。逆さのピラミッドで最も着目しなければならないのは、顧客の次に上位に位置するのが民間では「接客担当者」である点だ。民間のサービス業では次のように語られる。「もし、あなたがカスタマーに仕えていないのなら、カスタマーに仕えている誰かに仕えることがあなたの仕事である」という言葉がある。

現場で医療サービスを提供しない経営者や事務長、管理者は、現場の医療スタッフに仕えることではじめて顧客満足活動に参画していることになる。“仕える”とは身分の上下を指しているのではなく、経営者や事務長、管理者は現場の医療スタッフがより良い医療サービスを患者に提供できるようにすることが、最も重要な任務であると理解していただきたい。

組織図—逆さピラミッド

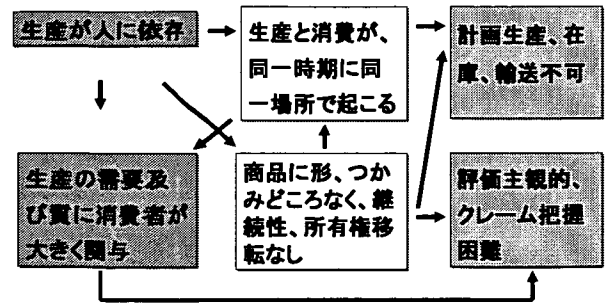


3. CS 改革と実践

(1) サービスの特徴と医療

患者さん満足向上を目指す上で、重要なことは「サービス」とは何かを良く知ることである。なぜなら、最近では医療サービスという言葉が抵抗なく使われるようになったが、多くの病院経営者や管理者は、医療が「サービスではなかった」時代を生きてきたからだ。

サービス財の特徴



一般的に、サービスの特徴は図のように考えられる。

サービス業と他の産業の違いは、大きく3つある。

- ・サービスには「かたちがない」...無形成
- ・サービスは「生産と消費が同時に行われる」...生産と消費の同時性
- ・サービスの品質は「お客様との関係で決まる」...顧客との協業性

ここから、サービスの課題として、次のものがあげられる。

【サービスの課題】

在庫ができない→患者さんが多いなど仕事が忙しい時ほど患者満足への意識が重要

コスト管理が難しい→時間コストの認識と効率化

品質管理が難しい→患者さんと接するところが大切

標準化が難しい→個別対応が必要

一方的に提供できない→顧客（患者さん）とのパートナーシップが重要

(2) 職員満足

民間のサービス業では、顧客へのマーケティング以上に、従業員へのマーケティングが重要だといわれ、エクスターナルマーケティングに対してインターナルマーケティングと位置づけられている。消費者に自社製品の良さや魅力を訴求し、スペックを説明するように、従業員に仕事の意義ややりがいを訴求し、そのための手法を説明するのである。病院において患者満足を実現させるためには、まず職員に「医療サービスという職務」をマーケティングしなければならない。

多くの病院は「顧客＝患者（だけ）」という定義で患者さん満足創造に取り組んでいる。これは第一段階としては間違っていない。しかし、患者満足を追求する結果、職員が疲弊し離職率が高い、取引先に無理な仕事ばかりをさせミスが多い、患者満足のためにと無理な設備投資を行い赤字経営に陥るといった事では、病院経営は成り立たない。このような無理が多いゆがんだ取り組みは、最終的には患者に迷惑をかけることになり、満足とはほど遠い結果となってしまふ。病院経営を長期的に俯瞰的に見渡し、病院経営に関係するすべての人と組織が満足できるような取り組みを行わなければ、真の患者さん満足は実現しない。

4. 経営概念の転換

これまで病院の院長、事務長、看護部長などの最終意思決定者（トップディビジョンメーカー）の間では、「経営とは収支を改善すること」と考えられることが多かった。さらに一部では、「経営とは金もうけである」との考えが存在した。確かに営利団体（PO）は儲け、すなわち営利を極大化することを目的としている。また現在、多くの病院は赤字のため存亡の危機に瀕しており、その解消が大きな経営課題となっていることも事実である。

しかし病院にとっては金銭的な改善が経営の改善なのだろうか？

経営とは本来、営利組織も含めて「限られた資源を有効に利用し、最大の結果を得る」ことに他ならない。特に、病院の場合、経営の焦点が「投入される資源」から、「産出される結果」に移行しつつある。言い換えると、「Value（結果） For Money（資源）」が追求されつつあるといえよう（図1）。

その理由としては、「必要とする要因」と「可能とする要因」の二つが考えられる。前者として、まず病院の経営形態が挙げられよう。病院は会社立と個人立をのぞいて、基本的には非営利団体（NPO）である。近年、多くの個人立病院が医療法人へと変化しつつあり、また医療法人も持ち分のない特定医療法人に転換しつつある。NPOの経営の基本方針はミッション・マネジメントであり、構成員の情熱・技術をいかにうまく引き出し、需要に適合していくかにある。組織維持に再投入される資源は通常、直接の利益者から市場で価格として回収されるのではなく、スポンサーが提供し、病院の場合も保険者が政府となる。病院の職員、特に技術職は、自らの使命を営利の追求とは考えておらず、患者の健康の改善に貢献することという意識が強い。確かに個別の患者の臨床マネジメントにおいては尊重される第1原理といえよう。

第2番目には経営環境の変化で、医療施設間の競争はますます厳しいものとなっており、患者にとってはいいサービス、すなわち安全で良質で満足できる医療行為が期待されている。収支を改善すること、すなわち収入を最大化し、支出を最小化する発想では受け身で、競争に勝ち得ない（図2）。

焦点の移行を可能にしつつある要因としては、結果の測定が近年容易になったことが挙げられる。以前、理屈で value for money の重要性を理解していても、それを測定し極大化する情報と技法が未発達であった。健康という状態は曖昧で捉えられにくく、従って測定が難しかった。しかし、医療の標準化により、EBMやクリティカルパス、臨床ガイドライン等の医療の成果を測定する標準的な尺度が開発されつつあり、またITの発達により、これらの情報が比較的容易、大量で安価に収集可能となった。

病院が提供する商品価値は安全で良質で、満足しうるものであり、これらによって顧客からの信頼が高まり、続けて商品を購入してくれること、つまりロイヤリティが形成され、それが病院ののれん（ブランド）となるといえよう（図2）。

この商品価値の3要素を顧客からの苦情や職員からの報告、病院が行う調査によって把握測定することなしに経営は始まらない。

5. 収支バランスからバランススコアカードへ

財務的側面のみならず、他の側面、特に顧客に関連する側面を経営の目的として捉えようとする考えは、一般企業でも広がりつつあり、ハーバード大学ビジネススクールのカプラン教授は、それを企業の評価のためのバランススコアカードとして表すことを提案した。バランススコアカードは企業の戦略の全体像、ビジョンの解説、マッピングを表すものであり、また職員とのコミュニケーションツール、そして組織内の学習、そしてそれらを統

合した経営計画に有効としている。戦略マップの構造は財務・顧客・内部過程・成長と学習の4領域からなるとされ、これらによってサービスの開発を、顧客サービスの業務の達成を、そしてよき市民としての役割を推し進めるとしている（図4）。

デューク大学の小児病院ではこれを用いて、ミッションから設定し、4つの領域に応用、それぞれ病院全体の指標を設定し、経営に使っている（図5）。またジョンズホプキンス大学ではこの概念を応用して、主として産出と投入、すなわち安全や質などの臨床結果、そして患者満足や職場の環境などのサービス及び投入、すなわち財政や病院運営の基盤などの項目を取り上げ、それらの領域の中で複数の目標を設定している（図6）。これらの財務のみならず、他の目標も含めた多次元の目標の設定によって、戦略的に資源を配分し、活動を推進し、目標管理を行っている（図7）。

更に、これらを院内で種々のコミュニケーションの媒体を用いて伝えることにより、職員の意識と病院の理念と病院の方向性を一致させることが可能となるといえよう（図8）。

6. コーポレートガバナンスからクリニカルガバナンスへ

イギリスでは1990年代の半ば以降、労働党への政権の移行に伴い、それまでの保守党の「効率」を重んじる医療政策から「安全や質」を重んじる医療政策に転換した。その政策の核となる考え方の一つがクリニカルガバナンスである。これは企業におけるコーポレートガバナンスの考えを医療に応用したものである。保守党政権下では国営医療（NHS）の病院経営が財務的課題に関する改善と説明責任（accountability）を目指し、所有と経営の分離、支払いと執行の分離を大きな政策課題としたのに対して、新政権では病院の経営者は、経営効率のみならず、提供される医療サービスの安全ならびに質にも医療の質に責任を持つものとした。

財務を企業会計に切り替え、透明性を増したのと同様に医療の安全や質についても病院内外のシステムによって評価し、透明性を拡大し、そして改善を目指すものである。全国レベルでは、国立医療改善研究所（NICE）でガイドライン等明確な医療行為の標準を設定し、国立医療改善委員会（CHI）が実際の結果を追跡するシステムとなっている（図9）。さらに安全については国立医療改善研究所に加えて、国立患者安全庁（patient safety agency）を設立し、力を入れている。院内では以下の10項目により臨床監査（clinical audit）や診療指標の導入により質の改善と、医療安全が推進されている。

クリニカルガバナンスの10項目

- | | |
|-----------------------|------------------------|
| 1. EBM | 7. 苦情からの学習 |
| 2. 臨床ガイドライン | 8. 能力の強化 |
| 3. 臨床審査（クリニカル・オーディット） | 9. クリニカルガバナンスの全職員による理解 |
| 4. 臨床指標 | 10. リーダーシップとチーム医療 |
| 5. 安全計画 | |
| 6. 事故からの学習 | |

イギリスの場合は、設立主体が国で、財源も税金であることから、サービスが市場で評価され、医療施設が競争にさらされる機会が少なく、その質の改善にはこのような機構を設立することが必須と考えられる。

7. マクロマネジメントとミクロマネジメント

これまで述べてきた変化のとりえ方の背後には、実は専門家集団による同時多発的な診療の進行と、病院としての大きな組織的なマネジメントの二つのレベルの違いが潜んでいる。企業においても近年、プログラムマネジメント、プロジェクトマネジメントという二つのマネジメントの一致を目指して、P2Mという考えが進行している。個々のプロジェクトの目指す方向性と、全体のプログラムと一致をみないことがしばしば問題であり、その問題の解決方法として導入されている。

特に病院の場合は、患者の生死を目の前に1人1人の臨床家は救命・延命を最大の目的に使える限りのあらゆる資源を投下する傾向にあり、一方、病院全体は一定の限られた資源の枠の中で経営せざるをえない状況にある。その目的の方向性と資源の方向の落差がしばしば非効率や医療の安全・質の低下を招いている(図10)。別の言葉で置き換えると、ミクロマネジメントにおける最適化が、マクロマネジメントにおける全体の最適化とは必ずしも一致しないことによっている。

臨床家にとって目の前の1人の患者が重要で、結果もオールオアナッシングである。しかしマネジャーにとっては、その全体の傾向と平均が重要である。この落差を解決するには、ミクロマネジメントに置いてはその方向性を統一する「戦略的な理念」と、「権限の委譲」と「結果の測定」が必要で、その客観的な結果測定のエビデンスに基づいて資源配分を行うことにより、データを共通し、互いに理解し合うことが可能となり、志気を損なわずに結果を達成しうるといえよう。上述してきた経営の転換はこのようなマクロとミクロマネジメントの結合が結果の測定やITの発達や標準化により、可能となったことを意味している。測定が容易であった収支のみならず、逆に、安全や質が管理可能になったことがミクロとマクロの統合を可能とした。

8. 質安全は経営の戦略的課題

今日病院はその大きくある経営環境の中で経営戦略を必須のものとする必要が生じている(図11)。戦略とは一般に、

1. 捨てる：優先順位づけを意味し、限られた資源を重点的に投入することを意味する。
2. 革える：変革を旨とし、環境に適応するかを意味する。
3. まとめる：組織運営の構造的統合化を意味し、部分の最適化を全体の最適化に統合することを目的とする。
4. 備える：経営環境の急変に対し、対応する緊急(コンテンジェンシー)プランを複数持つことを意味している。

安全の課題を捉えると、安全を推進するには人・モノ・金等の資源を必要とする。しかし、投入できる資源には限りがあり、優先順位付けが必要である。また院内の意識や組織を新しい目的、安全や質に向けて革えていく必要があり、職種間を越えて病院全体としてまとめていく必要があるといえよう。

このように考えると、院内の安全対策はまさしく、経営の戦略的課題である（図12）。最終意思決定者としては、安全や質に使う資源をどのように意志決定するか。放置により失われるもの、社会的な評判、院内の志気、そして事故等によって生じる時間や無駄、さらには保証金等と安全において得られるものとの得失（トレードオフ）を総合判断する必要がある。

安全によって得られるものは患者の評判のみならず、院内の意識や文化、そしてそのような過程を通してムダムリムラをなくし、病院の経営効率も向上することが可能なのではなかろうか（図13）。

患者安全対策はこのような得失（トレードオフ）を踏まえて、優先順位を付け明確な方針を設定し、段階的にシステムを発展させ、そして院内の統合的な対策を執行するという意味から戦略的課題といえよう。

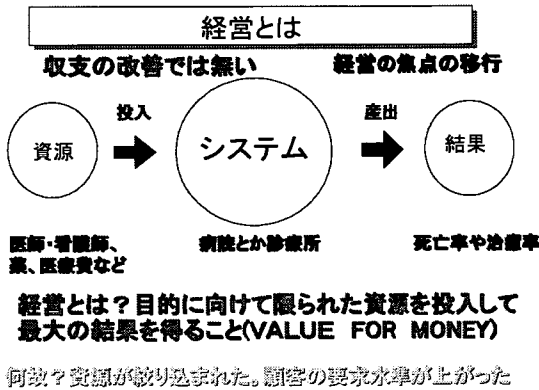


図1

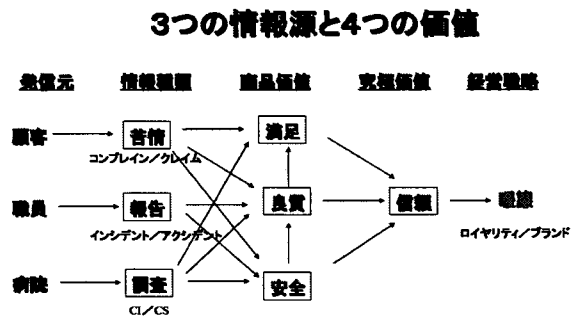


図2

戦略的マネジメント・システムへ
—より長期の戦略的視点中心の設計—

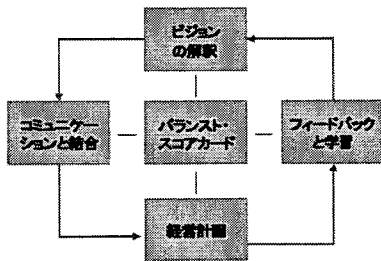
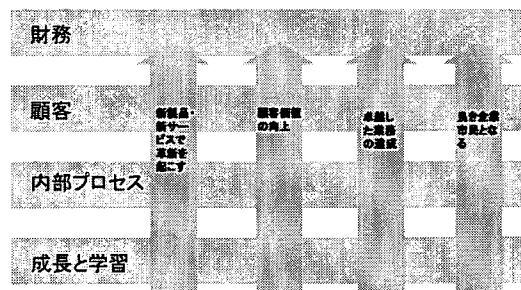


図3

戦略マップの構造



出典：「キャプランとノートンの戦略的視点中心の設計」、2001年8月刊、東洋経済新報社、p112

図4

二つのマネジメント

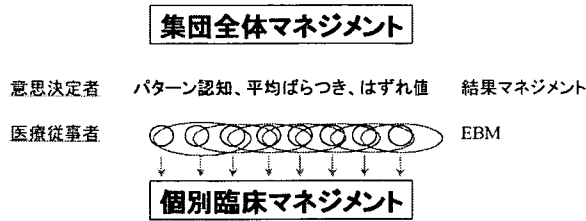


図11

安全への投資

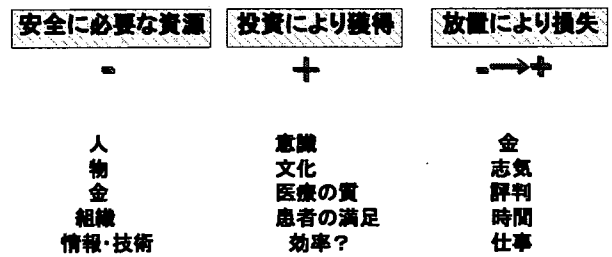


図12

マネジメント関連諸概念

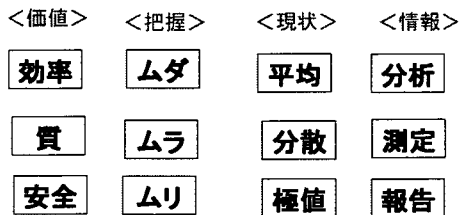


図13

9. 経営重点の移行と満足度調査の重要性

(1) 経営重点の移行

今日、経営の重点が「投入」から「産出」へ、すなわち「財務」や「収支」から「医療サービスの結果や医療の安全・質・満足」に大きく移行しつつある。元来、病院の顧客にとって最も重大な関心は、サービスの安全性と質、そして自らの満足であり、現場の専門家にとっても、これらの向上はプロとしての誇りとなるものである。経営とは限られた資源を有効に利用し、達成しうる最大限の良い結果を得ることにほかならない。そうであるとするならば、結果を測定し、改善することこそ経営の出発点といえる。そして、安全・質・満足の側面でのよい結果を得、信頼を得、そして顧客に継続利用してもらうことが、安定した経営の基盤といえよう。収支を改善するために経営するのでは、もはや受け身の経営である。より良いサービスを提供し、より多くの顧客を獲得することこそ、厳しい経営環境下で病院が生き残る戦略なのではなかろうか。

(2) 満足度調査の重要性

サービス産業では、顧客の満足が究極の目的だといわれている。医療においては、特に提供者

と顧客の間に情報の格差(情報の非対称性)が存在することから、提供者が自ら安全や質について測定・評価することが必要ではあるが、経営の課題としては、満足度の測定がより重要であるといえよう。

しかし、従来の満足度調査にはいくつかの限界が存在した。「満足感は主観的感情であるので患者の属性に影響される」等がその最たる例である。例えば、高齢患者が多い施設の満足度は高い結果となる。その他にも、「院内独自で調査を実施共通の調査結果がないので他の施設の比較分析ができない」、「具体的に何を改善するかが明確とならない」などの声をよく聞く。

国立医療病院管理研究所 医療政策研究部「顧客満足研究チーム」は、ほぼ 10 年にわたる研究活動の結果、これらの課題を解決する「全く新しい特徴をそなえた顧客満足度調査インストルメント」を開発した。それが、貴施設に提供した調査満足度調査票である。それを使ったこの比較分析評価報告書が、貴院の経営改善のために活用されることを願ってやまない。

なお、顧客理論によると、病院にとっての顧客は患者(最終利用者)のみならず、従業員(内部顧客)や紹介元病院・診療所(ディーラー)があり、それぞれ重要とされている。今回は、最終利用者に焦点をあわせて調査した結果を報告する。

10. 調査設計

本満足度調査は、従来の調査の限界を克服するために 10 の工夫がなされている。

①WHO「世界健康調査」や厚生省「受療行動調査」の質問と比較

WHO は 2000 年に世界健康報告の中で、医療システムを評価する新しい概念として、応需性(responsiveness)を提唱した。応需性には、権利に関連する「個人の尊厳」・「個人の自律」・「プライバシーの保護」の 3 項目と、満足に関連する「コミュニケーション」・「迅速な注意」・「社会支援ネットワーク」・「基本的アメニティ」・「診療施設の選択」の 5 項目の 8 つの側面からなっている。また、厚生労働省統計情報部では、1996 年から 3 年ごとに受療行動調査を行い、その中で、患者満足に関連して 8 項目が設問されている。

②年齢・性・学歴・収入等、「満足度影響要因を統計的に調整」したベンチマーク

先行研究からは、性・年齢・学歴・収入等の患者属性が満足度に影響を及ぼすことが分かっており、施設ごとの比較やベンチマーキングのためには、これらの特性の統計的な調整が必要とされてきた。この調査票では、患者属性 11 項目が設問され、統計的調査に使用可能となっている。

③「入院前」から「退院前の説明」、「外来受診時」から「会計」までのシーン別調査

本調査票の最も重要な特徴は、入院では、入院前から退院まで 18 項目、外来では、受診前から会計まで 16 項目をシーン別に設問していることにある。このことにより、患者の体験の順序にしたがって、患者の目線から評価できると共に、過去の体験を思い出しやすく設計されている。

④「事実確認」(イベントベース)と「主観判断」(総括質問1問)の2種類の質問の組み合わせ

本調査のもう一つ重要な特徴は、客観的出来事の実事関係(イベントベース)をきいているところにある。それによってできる限り、主観を排すると同時に、具体的なサービスの改善に結びつくよう設計されている。シーンごとに、1~5の項目を設定し、項目ごとに5つの設問をおくと同時にそれらを総括して、「総合的な主観的判断」をきいている。主観判断の質問は、「私は」から始めることにより、より主観的な意見を引き出すことができるように工夫されている。

⑤「医師」「看護師」等の職種別調査

シーン別に関連した職種の評価が、たとえば、外来、受付時の「事務員」や、診療での「医師」、「看護師」の態度や技術に関する設問が含まれている。

⑥「診察」「検査」「手術」「処置」等の職種別調査

診療行為については、診察、検査、手術、処置、注射、などの設問が含まれており、評価可能となっている。

⑦米国サービスマーケティングの権威コトラー教授の推奨するサービスの質の10要因の調査

Parasuraman によって開発され、米国サービスマーケティングの権威コトラー教授によって推奨されるサービスの質10要因が設問に組み込まれており、評価可能である。この10側面は「コミュニケーション」、「能力」、「丁寧さ」、「反応の速さ」、「顧客を理解していること」などの人の能力と直接関係する側面と、人、およびそれ以外の要因と関係する「入手可能性(アクセス)」、「信用性(プライバシーの遵守等)」、「信用性(一貫性)」、「安全性」、「目に見えること(アメニティ)」の2つの側面に分けることができ、それらを病院の環境と病院のシステムに関連するものへと分類することも可能である。

⑧経営改善のための否定型質問と他施設との比較のための是定型質問の組み合わせ

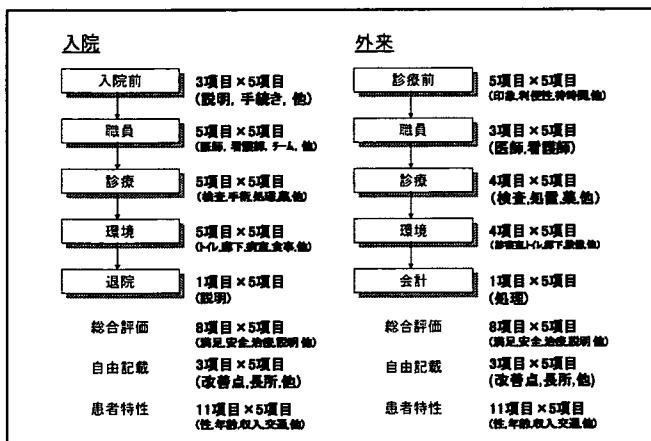
シーン別の出来事(イベントベース)については、設問の形態を否定的な形態にすることにより、一種の不満足度調査で、本音が出やすく工夫されている。特に、職種関連設問の場合、肯定的にきいた場合には漠然とするが、否定形の場合、一人でもそのような行動があった場合を同定することが可能で、より鋭敏な設問といえよう。一方、総合的評価については、肯定的な設問になっており、他で行われた調査との比較、整合が可能となっている。

⑨自由記載の「気づいた点」、「改善すべき点」、「よい点」の3分類

自由記載欄を設けているが、それを「改善点」、「良い点」、そして「その他気づいた点」の3つに分けることにより、患者から見た長所や短所を把握して、経営に結びつけることが可能となっている。

⑩患者属性でのマーケティング情報

患者属性は、13 項目の設問からあり、上述のベンチマークの統計的調整に、用いることが可能であると同時に、病院の顧客の全体像の把握、すなわち、マーケティングにも利用可能となっている。



顧客満足と顧客ロイヤルティの関連性についての理論的考察 ——サービス消費を中心として

1. はじめに

顧客満足¹⁾は過去数十年にわたって盛んに研究されている概念であるが、マーケティングにおける取引パラダイムが交換パラダイムから関係性パラダイムへシフトすることで、新たな注目を浴びるようになってきている。関係性マーケティングは、関係性の中で継続的な交換を確立・発展させ、さらに維持することにすべてのマーケティング活動を向けようとするものであるが(Morgan and Hunt, 1994)、この中で顧客満足は顧客維持にとって必要不可欠な前提条件として扱われているためである(Rust and Zahorik, 1993, Kotler, 1994)。また、顧客満足が他の重要な経営指標（たとえば、顧客維持率、生産性、職務満足、収益性など）との関係の中で取扱われなければならないことが指摘されるようになったことも(Kaplan and Norton, 1996; 藤村, 1997)、新たな注目を浴びる要因となっている。

このようなことを背景として顧客満足は新たな注目を集めているが、ここには、無批判に受け入れられてきた1つの暗黙の前提が存在している。それは、顧客満足を向上させれば他の重要な業績評価指標も連鎖的に向上させることができる、という前提である。この暗黙の前提は、顧客満足研究や企業における顧客満足向上のための戦略展開においても受け入れられてきた。しかし、本当にこのようなことを前提として、マーケティング理論構築や戦略展開を行うことが可能なのであろうか。80年代後半から90年代前半にかけて多くの企業が顧客満足の向上を標榜し、それを達成するための改善や戦略を積極的に展開したが、それが一時的なブームで終わってしまった背景には、顧客満足向上のための戦略はそれを高めることには貢献したが、顧客維持率や収益性の向上には結び付かなかったり、あるいはそれらを低下させてしまったということがあったのではないだろうか。この原因としては、顧客満足を過度に重視し、他の重要な業績評価指標を軽視してしまったことだけでなく、無批判に受け入れてきた前提そのものが存在しなかったということも考えられるであろう。あるいは前提とされている関係は存在しているが、顧客満足の測定方法が適切性を欠いているために、顧客満足向上のための戦略の方向性が適切性を欠いていたということや、顧客満足と他の業績指標の間に存在する他の重要な概念を把握し、それを高め

¹⁾ 顧客満足には、企業（あるいは組織）が提供する製品（モノあるいはサービス）の受容者である消費者（外部顧客）の満足と企業の活動に必要な知識や技能を提供している従業員（内部顧客）の職務満足が含まれるが(藤村, 1992)、本稿では外部顧客の満足のみ意味している。