

# 患者満足度の構成要素としての本質的要素と 表層的要素に関する実証分析

学生番号：201483

氏名：宋 潔

指導教官：伊藤 一

プラート・カロラス

平成 28 年度提出

# 目次

<b>第1章 研究背景及び研究目的</b> .....	<b>1</b>
1.1 研究背景.....	1
1.2 研究目的.....	4
1.3 論文の構成.....	5
<b>第2章 先行研究に関するレビュー</b> .....	<b>9</b>
2.1 サービス及び医療サービスについて.....	10
2.1.1 マーケティングにおけるサービスの定義.....	10
2.1.2 サービスの特性.....	11
2.1.3 サービスの分類について.....	12
2.1.4 医療サービスの特性.....	15
2.2 サービス品質と顧客満足について.....	17
2.2.1 サービスの品質.....	17
2.2.2 顧客満足の概念.....	23
2.2.3 サービス品質と顧客満足との関係.....	27
2.3 顧客満足の重要性について.....	31
2.3.1 顧客満足度の重要性.....	31
2.3.2 顧客満足度の構成要素.....	32
2.4 医療サービスの品質及び患者満足について.....	43
2.4.1 医療サービスの品質とは.....	43
2.4.2 医療サービスの品質の構成モデルについて.....	44
2.4.3 患者満足について.....	47
2.4.4 医療経営分野における患者満足度研究について.....	49
<b>第3章 分析手法</b> .....	<b>53</b>
3.1 患者満足度の構成要素の抽出.....	53
3.2 リサーチクエスチョン.....	55
3.3 定量的分析及び定性的分析.....	56
3.3.1 調査票設計.....	56
3.3.2 定性的分析.....	83
3.4 単一事例による因果関係の探索.....	84

3.5	定量的分析の際の統計手法.....	87
3.6	仮説の設定.....	90
<b>第4章</b>	<b>業績好転に関する過程追跡.....</b>	<b>95</b>
4.1	とりまく消費市場.....	95
4.2	関連する生産要素市場.....	96
4.3	財務状況.....	103
4.4	病院の経営業績.....	105
4.5	過程追跡による新築効果.....	110
4.6	ヒアリング調査.....	112
4.6.1	医療サービスにおける経営的視点.....	113
4.6.2	患者重視の医療サービス.....	114
4.6.3	患者満足度調査の活用体制.....	115
4.6.4	新築効果.....	116
<b>第5章</b>	<b>外来患者満足度の構成要素に関する実証研究.....</b>	<b>118</b>
5.1	外来患者満足度調査の概要.....	118
5.2	外来患者満足度の構成要素の抽出.....	119
5.2.1	外来患者満足度の構成要素に関する経年比較.....	119
5.2.2	外来患者満足度の構成要素に関する経年比較の結果について.....	123
5.3	サービスの属性に基づく新旧施設の比較分析.....	124
5.3.1	サービスの属性に基づく外来患者満足度の構成要素に関する分析.....	127
5.3.2	サービスの属性に基づく新旧施設の比較分析について.....	133
5.4	新旧施設における外来患者満足度の平均値の差のt検定.....	134
<b>第6章</b>	<b>入院患者満足度の構成要素に関する実証研究.....</b>	<b>137</b>
6.1	入院患者満足度調査の概要.....	137
6.2	入院患者満足度の構成要素の抽出.....	137
6.3	『スクリプト』、『衡平性』、『ノルム』に基づくクロス集計.....	141
6.4	入院患者満足度に関する共分散構造分析.....	143
6.4.1	潜在変数の信頼性について.....	143
6.4.2	共分散構造分析によるパス図.....	143
6.5	入院患者満足度調査の分析結果に関する考察.....	146

第7章 結論及び今後の課題.....	148
7.1 実証分析の結果について.....	148
7.1.1 分析結果について.....	148
7.1.2 調査結果に関する考察.....	149
7.2 本研究の学術的意義.....	151
7.3 本研究の限界.....	152
7.4 今後の課題.....	153
引用・参考文献.....	155
謝辞.....	169
付録資料 1 ヒアリング調査.....	170
付録資料 2 入院調査に関するクロス集計の結果.....	180
付録資料 3 外来・入院患者満足度調査票.....	193

## 目次

図 1-1	医療機関倒産件数の推移.....	1
図 1-2	公立病院の総病院数の推移.....	2
図 1-3	実証分析の構成.....	5
図 1-4	構文の構成.....	8
図 2-1	サービス品質の2つの側面.....	19
図 2-2	サービス品質の構成モデル(3つの構成品質).....	20
図 2-3	全体的な知覚品質.....	22
図 2-4	期待/不一致モデルの概念図.....	26
図 2-5	サービス品質と顧客満足に関する研究の動向.....	28
図 2-6	サービス・プロフィット・チェーン構成図.....	28
図 2-7	JCSI 顧客満足の因果モデル.....	30
図 2-8	狩野モデル.....	33
図 2-9	サービスの充実性と顧客満足度との関係.....	35
図 2-10	経験ベースのノルムと顧客満足との関係図.....	42
図 2-11	医療サービスの品質の3つの側面.....	45
図 2-12	Dagger et al.による医療サービスの品質次元モデル.....	46
図 2-13	藤村による医療サービスの品質次元モデル.....	47
図 3-1	外来患者満足度の構成要素.....	54
図 3-2	入院患者満足度の構成要素.....	54
図 3-3	事業活動の円環過程.....	85
図 3-4	過程追跡の分析枠組み.....	86
図 3-5	概念モデル I.....	91
図 3-6	概念モデル II.....	92
図 3-7	概念モデル III.....	93
図 4-1	小樽市の人口動態.....	95
図 4-2	医師・看護師数の推移.....	100
図 4-3	薬剤師・検査技師・事務職員・他職員数の推移.....	100
図 4-4	入院・外来収益状況の推移.....	105
図 4-5	一日平均患者数の推移.....	106

図 4-6	病床利用率の推移.....	106
図 4-7	手術件数の推移.....	107
図 4-8	入院・外来単価の推移.....	107
図 4-9	平均在院日数の推移.....	108
図 4-10	救急の受入人数の推移.....	109
図 4-11	過程追跡による新築効果.....	110
図 5-1	外来患者満足度の構成要素(2013年).....	121
図 5-2	外来患者満足度の構成要素(2014年).....	121
図 5-3	外来患者満足度の構成要素(2015年).....	122
図 5-4	外来患者満足度の構成要素(2016年).....	123
図 6-1	入院患者満足度の構成要素(2015年).....	139
図 6-2	入院患者満足度の構成要素(2016年).....	140
図 6-3	共分散構造分析によるパス図(2015年).....	144
図 6-4	共分散構造分析によるパス図(2016年).....	145

## 表目次

表 2-1	本章(第2章)における主な文献研究の一覧表.....	9
表 2-2	サービスの特性における Kotler et al.(2002)と Grönroos(2007)の比較.....	12
表 2-3	『プロセス型サービス』と『プロフェッショナル・サービス』.....	13
表 2-4	『サービスが提供される前後の顧客の状態』によるサービスの分類.....	14
表 2-5	品質要素の分類.....	33
表 2-6	本質サービスと表層サービスの分類.....	34
表 2-7	本質サービス及び表層サービスの具体例.....	36
表 3-1	定量的分析のプロセス.....	57
表 3-2	医療サービス品質の代表的構成要素と各研究者の視点.....	59
表 3-3	医師の接遇に関する調査項目(外来).....	60
表 3-4	看護師の接遇に関する調査項目(外来).....	63
表 3-5	他の職員の接遇に関する調査項目(外来).....	65
表 3-6	待ち時間に関する調査項目(外来).....	66
表 3-7	施設・設備に関する調査項目(外来).....	67
表 3-8	院内の清潔感に関する調査項目(外来).....	68
表 3-9	病院全体への評価に関する調査項目(外来).....	69
表 3-10	交通アクセスに関する調査項目(外来).....	70
表 3-11	『スクリプト』に関する調査項目(入院).....	71
表 3-12	『衡平性』に関する調査項目(入院).....	74
表 3-13	『ノルム』に関する調査項目(入院).....	75
表 3-14	不安や不快な経験に関する調査項目(入院).....	76
表 3-15	医師の接遇に関する調査項目(入院).....	77
表 3-16	看護師の接遇に関する調査項目(入院).....	79
表 3-17	他の職員の接遇に関する調査項目(入院).....	80
表 3-18	入院中の生活環境に関する調査項目(入院).....	81
表 3-19	病院全般に関する調査項目(入院).....	82
表 4-1	小樽市人口の年齢別構成.....	96
表 4-2	統合前後の小樽市立病院の規模.....	97
表 4-3	小樽市立病院の各年度末病床数の推移.....	97
表 4-4	小樽市立病院職員数の推移.....	98

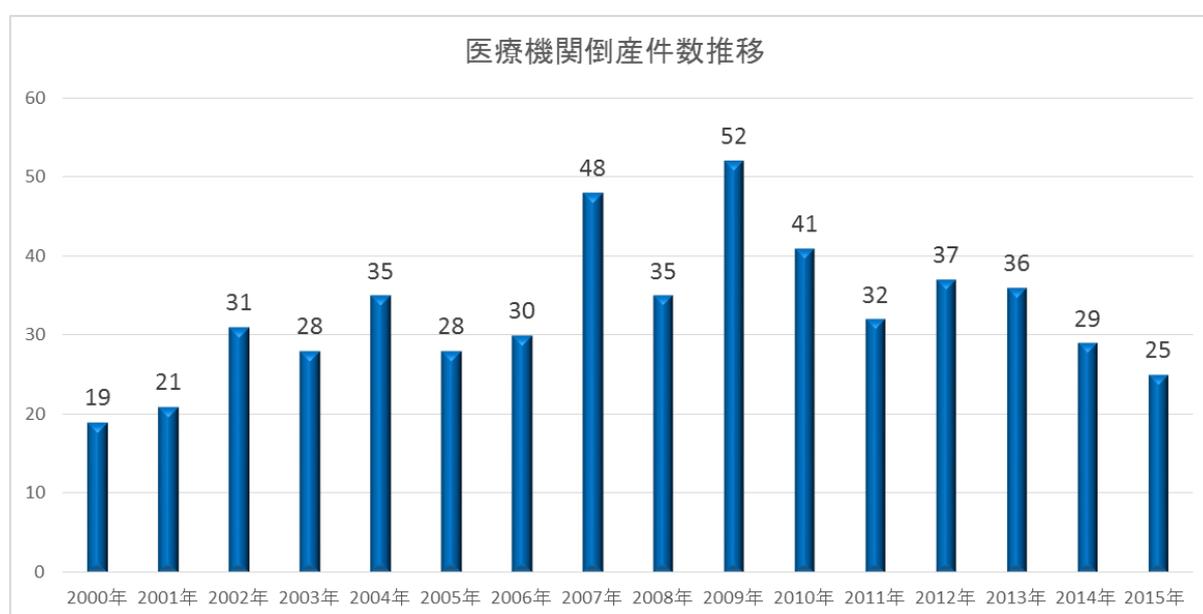
表 4-5	旧小樽病院職員数の推移.....	99
表 4-6	旧医療センター職員数の推移.....	99
表 4-7	旧小樽市立病院の医師数の推移.....	102
表 4-8	小樽市立病院の医師数の推移.....	103
表 4-9	小樽市立病院統合前後の業績比較.....	105
表 4-10	救急の受入状況.....	109
表 4-11	ヒアリング調査の実施概要.....	113
表 5-1	アンケート調査の有効回答率一覧表(外来).....	118
表 5-2	外来患者満足度調査の経年比較結果.....	120
表 5-3	本調査に使用した調査項目(外来).....	125
表 5-4	厚生労働省(2001)による調査項目の分類.....	126
表 5-5	病院への全体的満足度に関する重回帰分析の結果(外来).....	128
表 5-6	構成要素の標準化偏回帰係数の比較一覧表(外来).....	130
表 5-7	サービスの属性に基づく構成要素の構造.....	131
表 5-8	患者の意見内容の推移.....	133
表 5-9	新旧施設における外来患者満足度の平均値、標準偏差.....	135
表 5-10	新旧施設における患者満足度に関する t 検定の結果.....	135
表 6-1	入院患者満足度調査の実施概要.....	137
表 6-2	病院全般への満足度に関する重回帰分析の結果.....	138
表 6-3	調査項目の分類.....	141
表 6-4	潜在変数の信頼性.....	143
表 7-1	仮説検定の結果.....	149

## 第1章 研究背景及び研究目的

### 1.1 研究背景

従来、「病院は潰れない」と言われていた。しかし、ここ10数年、図1-1に示す通り、医療機関の倒産件数は2009年において、過去最高の年間52件を記録し、医療機関の倒産が散見され、2001年から毎年20軒以上の医療機関が倒産している（帝国データバンク 2016）。つまり、病院は競争激化の中にあり、医療機関の経営がますます深刻化してきている。これは、主に、相次ぐ診療報酬制度のマイナス改定によるものである。

図1-1 医療機関倒産件数の推移



出所：帝国データバンクプレスリリース 2016年1月13日の資料をもとに筆者作成

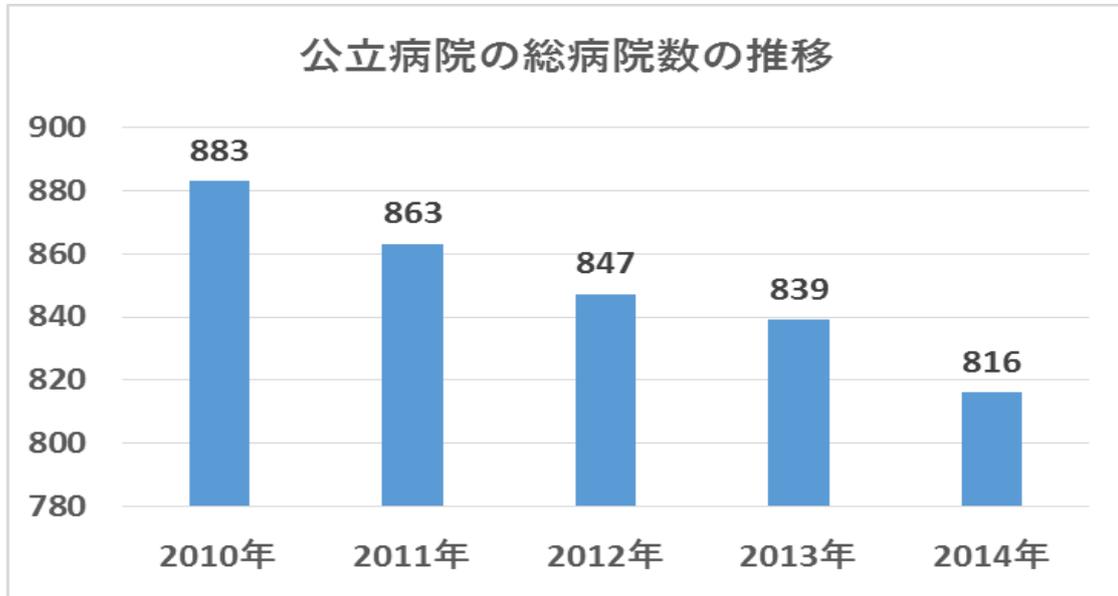
その中で、本研究の対象病院がおかれている地域医療の現場では、安心な暮らしをするうえで地域医療機関は生活基盤を支える重要な部門であり、その存続が最低条件である。特に、自治体立病院は地域医療の担い手として重要な役割を果たし、地域に不足している医療に積極的に取り組み、医療機関、行政機関、介護施設などとの連携を図りながら、地域に必要とされる医療サービスを提供し、地域住民の健康の維持・増進を図り、地域の健全な発展に貢献している（全国自治体病院協議会 2013）。

自治体立病院は地域の基幹病院として、小児医療、救急医療などの不採算部門やがん治療等の高度な医療、医療過疎地である山間へき地・離島における地域医療を担うなど、民間では採算性の確保の上で困難な医療を担っている。自治体立病院は「地域住民の生命と健康を守る」ことを最大の目的に昭和30年代以降、各地域で整備され

てきた（金川 2008）。

しかし、近年、医師不足と赤字経営により、自治体立病院を中心とした地域医療崩壊の事例が生じ、公立病院の数も減少する傾向にある（図 1 - 2）。

図 1 - 2 公立病院の総病院数の推移



出所：総務省（2015）「公立病院の損益収支の状況（平成 22 年度～平成 26 年度）」により作成

公的な病院の中でも、自治体立病院における赤字経営が顕著となり、他の開設主体の病院（民間、国立、大学病院等）に比べ、経営改善が遅れ、医療収益が悪化する傾向にある。（あずさ監査法人 2010）。

当該対象の自治体立病院の赤字経営の原因として、①DPC<sup>1</sup>の導入などの医療費抑制政策による診療報酬の引き下げ、②医療費患者負担増とそれに伴う受診抑制、③地方自治体の財政悪化による地方交付税の減額といった点があげられる（北海道保健福祉部 2008）。

一方、医師と看護師をはじめ、職員の人材確保も自治体立病院にとっての重要な課題となる。医師の大都市圏在住等の『地域偏在』と、過酷な勤務体制等による『業務量増大』により、医師確保はもともと厳しかった。加え、2004 年度に導入された医師の新臨床研修制度があげられる。研修医が所属大学の医局に残るこれまでの状況で、多くの医師派遣を大学医学部の医局に依存していた自治体立病院において、新しい制度で派遣する医師が減少し、医師不足が一層深刻化した。さらに、2006 年の診療報酬改定で 7 対 1 の看護配置基準が導入され、看護師の需要も全国的に高まったため、看

<sup>1</sup> DPC（Diagnosis Procedure Combination；診断群分類）に基づき定額支払い制度

看護師不足も深刻な状況となってきた。

このように、民間病院と比べ、地方自治体立病院は公共の福祉と経済性の対立の中で、病院を存続させ、赤字経営により、市の財政を逼迫させている。特に中小規模の病院においては、診療報酬制度の改定が大病院に有利となり、医師・看護師をはじめスタッフの人材確保が困難であることから、厳しい経営を強いられている。

そこで、効率的な病院経営のあり方が問われ、いかに自治体立病院を存続させ、地域医療を活性化していくかが1つの大きな課題となっている。

### (1) 医療機関を取り巻く環境の変化

医療機関を取り巻く環境の変化において、医療をサービスとして捉え、その手法を重視する研究が増えてきた。背景として、①消費生活の質の向上に伴って、消費者優位あるいは消費者の意見が反映される仕組みが整ってきたという『国民の消費生活の変化』、②急性疾患による結果重視から慢性疾患に起因する過程重視へという『疾病構造の変化』、③私的医療機関を中心に量的に整備拡大するという『供給促進型』から医療費抑制のための『供給抑制型』への転換（中島 2001）という『医療政策の変化』のような側面が挙げられる（島津 2005）。

一方、医療をサービスとして捉えるようになるとともに、医師と患者の関係も従来のように、医師が患者に診療方針を提示し、患者がそれに従うという一方的な関係ではなく、医師と患者が相互に関わりながら、患者の納得する医療を提供することが必要となってきている。つまり、医療提供者からの提示型治療法の選択が主流であった。今後は、患者からの意見を取り入れたアプローチも重視される。特に、患者の態度について、従来のパターンリズム医療（お任せ医療）から『患者参加型の医療』への転換が重要な課題となってきている（一戸 2012）。上記の患者参加型医療サービスを提供しようという考えは近年、医療における世界的潮流となっている。

### (2) 医療紛争の多発

本研究の中心的な課題である患者満足度の測定はなぜ重要なのか、測定するにはどのような調査項目を中心に設定すべきか。これらの課題は主に、近年の医療紛争やドクターハラスメントによるケースの多発及びその原因と深く関係している。

医療関係訴訟の原因は主に、①医師や医療機関の対応の悪さ（日本医師会総合政策研究機構 2002）、②患者と医師の信頼関係の低下（日本医師会総合政策研究機構 2002、Levinson, W.1994、石原 1995）、及び③コミュニケーション・スキルの未熟さ（福井ら 2000）ということにある。

前田ら（2003）は「患者満足度が高いほど医療訴訟リスクが低くなる。<sup>2</sup>」と主張

---

<sup>2</sup> 前田ら（2003）、p15

し、患者満足度の重要性を強調している。また、医療訴訟の原因の中身より、患者は医療サービスを評価する際に、医療の中心となる技術品質や成果品質だけでなく、接遇や医師との関係構築などといった付随的な品質も重視し求めていると分かった。つまり、患者満足度を測定するには、患者への適切な情報提供や医師側の傾聴姿勢といった患者と医師（看護師）との信頼関係の基本をなすコミュニケーションの実態を明確にすることが重要である。

## 1.2 研究の目的

各医療機関はより多くの患者を獲得するために、患者への対応を改善させ、当該機関が提供する医療サービスの品質を向上させる必要がある。

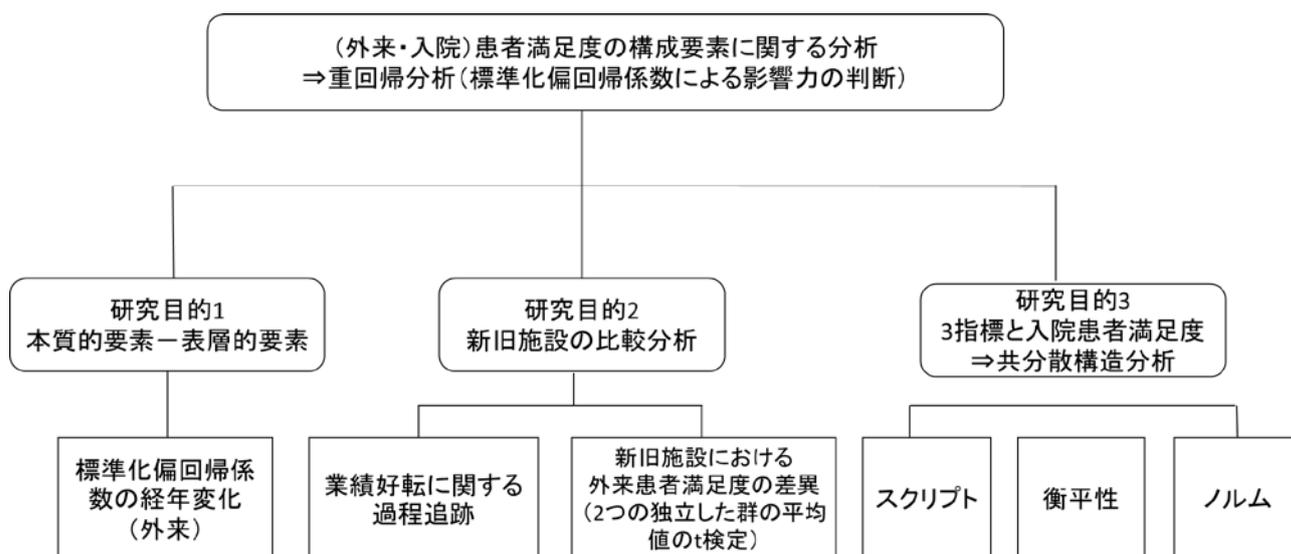
市の財政が逼迫していることに加え、自治体立病院は赤字経営の補填が得られず、一層厳しい経営状況に陥ってしまう傾向にある。本研究は地域医療の担い手として役割を果たしてきた老朽化した自治体立病院である小樽市立病院を対象に、新病院の開設に伴う新築効果に焦点を当て、病院が利用者を拡大するための患者対応の改善活動に関する試みに注目し、一施設の活動について過程追跡を行った。また、医療サービスを評価する際に、患者の視点からのアプローチを取り入れ、2013年から病院で行われている『患者満足度調査（外来・入院）』をとりあげ、統計的手法によって、患者満足度の構成要素を明確にした。

本研究の目的は、以下の通りである。

- ① 外来調査では理論的、概念的記述で終始している嶋口理論の本質的要素と表層的要素について実証的な測定を実施し、それらの要素と満足度との関連について考察する。
- ② 当該対象病院が調査期間中に新築という特殊要因を得たことによる患者満足度への効果について、病院の統合前後の満足度指標での差が生じているかを考察する。
- ③ 入院調査を対象に、満足度の構成要素として『スクリプト』、『衡平性』及び『ノルム』に関連する要素が満足度に如何に影響するかについて探索的研究方法を取り、その構造について分析する。

本研究は、上記に提示した3つの研究目的に従い、それぞれ関連する実証研究を行った。下記の図1-3は本論文における実証分析の構成を示している。

図 1-3 実証分析の構成



上記の図 1-3 によると、本研究の実証分析として、最初に外来・入院患者満足度に関する重回帰分析によって、患者満足度の構成要素を抽出し、さらに説明変数の標準化偏回帰係数を算出し、各構成要素の患者満足度への影響力の度合を解明する。本研究の研究目的 1 は、「本質的要素と表層的要素がいかに患者満足度に関連するか」を解明することにある。2013 年から 2016 年の間、実施した 4 回の外来患者満足度調査のデータを利用し、当該諸説の提唱者である嶋口の提示するサービスの属性に基づき、『本質的要素』及び『表層的要素』の視点から患者満足度の構成要素を抽出し、異なる属性の要素の影響力を標準化偏回帰係数で比較検討する。研究目的 2 では、施設の新築化による病院の業績及び患者満足度の変化を探るために、①『過程追跡』の手法を導入し、財務情報などの 2 次データ及び経営者層向けのヒアリング調査によって、業績好転に関する過程追跡を行い、新築効果を考察し、②2 つの独立した群の平均値の t 検定の手法によって、新旧施設における外来患者満足度の差異を見出す。最後に、研究目的 3 では、2015 年と 2016 年で実施した入院患者満足度調査のデータを用いて、クロス集計と共分散構造分析によって、『スクリプト』、『衡平性』及び『ノルム』の 3 指標と入院患者満足度との関係を解明し、構造的モデルを抽出する。

### 1.3 論文の構成

本論文は、以下の通り 7 章にて構成されている (図 1-4)。

第 1 章において、本研究の研究背景、研究目的に関して述べた。

第 2 章において、サーベイ研究を行い、『医療サービスの特性』、『医療サービス品質の構成モデル』及び『顧客 (患者) 満足度の重要性』などについての研究論文を中

心に、サービス・マーケティングの研究系譜と医療を対象としたサービス研究の系譜の流れを明確にした。

第1節において、医療をサービスとして捉える視点から、まず、従来のマーケティングにおけるサービスの定義及び特性に関する先行研究を調べた。次に、本論文の中心課題となるプロフェッショナル・サービスとしての医療の定義、特性を確認した。

第2節において、サービス品質の一般的理論、サービス品質の構成及び評価方法に関して考察した。次に、サービス品質の中心概念である『知覚品質』についてレビューした。最後に、顧客満足の定義及び両者の因果関係に関する先行研究について考察した。

第3節において、まず、『顧客満足の重要性』に関して考察した。次に、顧客満足の構成要素に関して検討し、外来調査に応用する嶋口による『本質サービス』及び『表層サービス』の概念を提示し、入院調査に応用する『スクリプト』、『衡平性』及び『ノルム』の3指標に関連する既存理論をまとめた。

第4節において、『医療サービスの品質』の定義を明確にした上で、医療サービスの品質の構成モデルを確認した。次に、医療サービスの品質を評価する際の患者視点の重要性を整理した。最後に、医療経営分野における患者満足度研究を考察し、患者満足度の影響要因について検討した。

第3章において、本研究におけるリサーチクエスチョンを提起し、単一事例を対象とした本研究の分析方法及びアンケート調査票の設計について述べた。まず、関連する先行研究を踏まえ、3つのリサーチクエスチョンを提示した。次に、本研究において、利用する定量的分析と定性的分析の2つの分析方法について検討した。定量的分析では、4回の外来患者満足度調査と2回の入院患者満足度調査を実施した。実際の調査票を設計する際に、過去、医療経営分野で行われてきた研究の背景にある既存理論をより精査し、これら医療経営の既存研究と照合させアンケート調査票項目の内容を整理した。一方、定性的分析では、本研究は単一事例の因果関係推論の技法として、『過程追跡』手法を導入し、『過程追跡』の分析枠組に従い、小樽市立病院の業績好転に関する過程追跡を行った。さらに、病院の経営者層に対するヒアリング調査を実施し、より全面的に本研究の課題に関する情報を収集した。最後に、提起したリサーチクエスチョンに従い、分析のための概念モデルを提示し、それぞれに関連する仮説を立てた。

第4章では、研究目的2に関わり、当該対象である小樽市立病院へ過程追跡の手法を利用し、経営者層へのヒアリング調査および関連経営指標の分析により、経営状況の把握を行った。その際、医療経営に関する、消費市場(患者となる医療人口の動態)、生産要素市場(病院規模、医療スタッフの補充状況等)、および財務状況(医療制度、経営財務指標の評価等)の各視点から経営状況の分析を実施した。これにより病院新

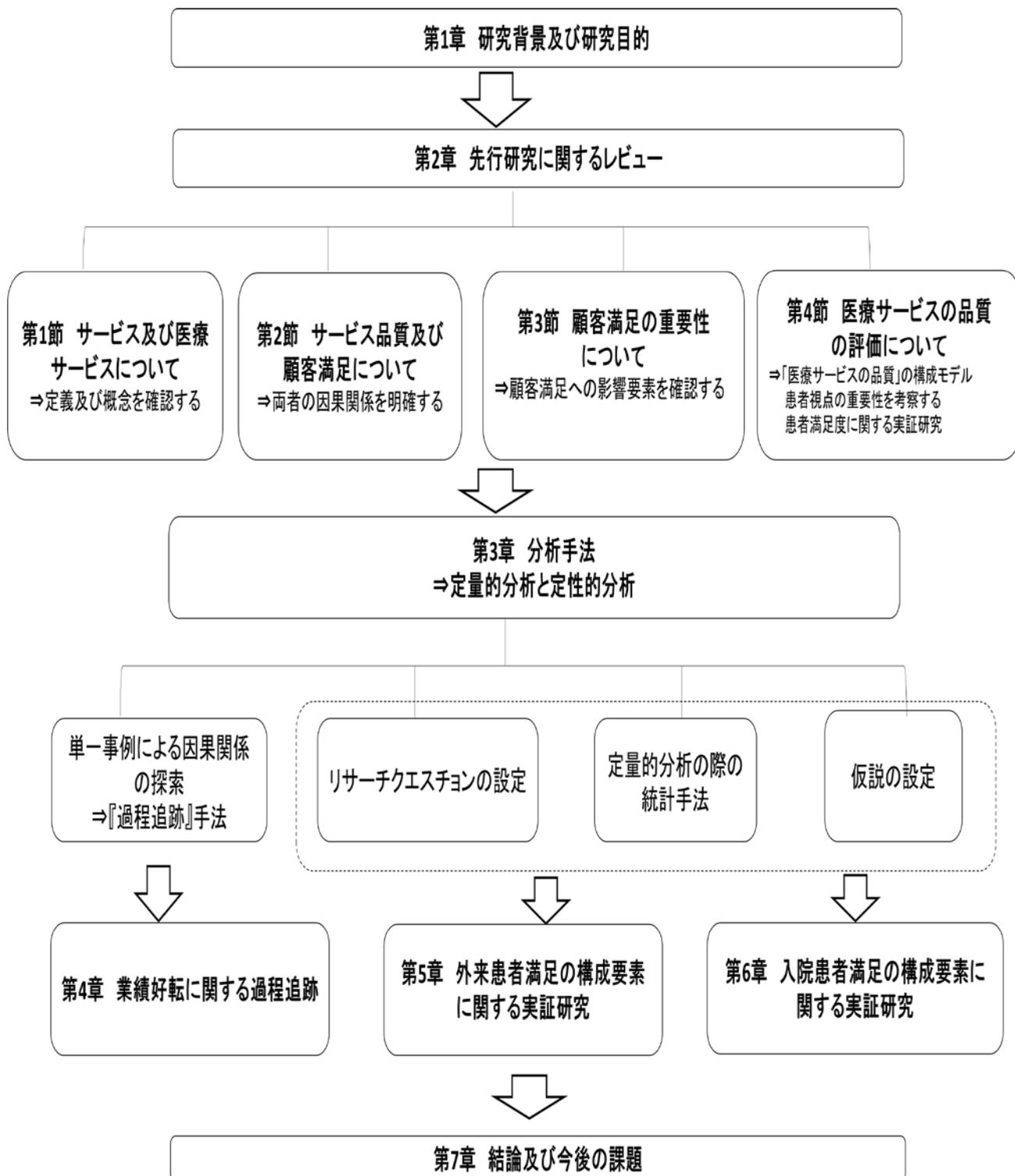
築というイベントが経営状況を改善している点を明確にした。

第5章において、実証研究として、2013年から2016年にかけて、小樽市立病院の外来・入院患者を対象に、計6回（外来4回、入院2回）の患者満足度に関するアンケート調査の実施とその分析を記している。研究目的1に関して、外来調査では、サービスの属性に基づき、重回帰分析によって、患者満足度の構成要素を抽出し、異なる属性の要素の影響力の度合を比較検討した。一方、研究目的2に関する実証研究として、平均値の差のt検定によって、新旧施設における患者満足度の有意な差異の存在を検証した。

第6章において、研究目的3に関連し、入院調査での回帰分析によって、入院患者満足度の構成要素を抽出した。さらに、クロス集計及び共分散構造分析によって、『スクリプト』、『衡平性』及び『ノルム』に関係する変数（調査項目）と患者満足度との関係を解明し、構造的モデルを提示した。

第7章では、本論文の結論として、研究目的1について、①2016年の調査を除き、患者満足度に最も強く影響を与えるのが表層的要素であり、②統計的に有意となった患者満足度の構成要素では、本質的要素より表層的要素に属する項目が明らかに多かった、及び③表層的要素は患者満足度に正の影響を与え、満足度の向上を導くといったことが判明した。研究目的2に関して、外来患者満足度について、新旧施設における差異が存在する。一方、研究目的3について、『スクリプト』、『衡平性』及び『ノルム』の3指標はすべて患者満足度に正の影響を与えていると示した。最後に、本研究の学術的意義、本研究の限界及び今後の課題を記述した。

図 1—4 論文の構成



## 第2章 先行研究に関するレビュー

本章において、主に研究対象であるサービスの一般理論、医療サービスの品質及び患者満足度に関する先行研究を調べた。下記の表2-1は主な文献研究の論説をまとめたものである。各節において詳細に論述する。

表2-1 本章における主な文献研究の一覧表

一般分野への適応	医療分野への応用	特徴
サービスの定義 AMA <sup>3</sup> (1960、1995) 山本(2010) Kotler and Keller(2006) 2.1.1 参照	今枝(2006) 2.1.3 参照 提供仕組みによる『プロセス型サービス』、『プロフェショナル・サービス』の2分類 藤村(2009) 2.1.3 参照 医療サービスを『常態回復型サービス』に分類 島津(1995) 2.1.4 参照 医療サービスを『プロフェショナル・サービス』と捉え	①医療サービスは専門家に依存し、典型的な『プロフェショナル・サービス』の業種である。 ②患者は不安などのネガティブな情緒をもつ傾向にある。
サービスの特性 Kotler and Keller(2002)とGrönroos(2007)の比較 2.1.2 参照	島津(1995) 2.1.4 参照 医療サービスの独自の特性として、①評価の二面性、②変容性、③期待の不明確性、④連続性を提示 藤村(2009) 2.1.4 参照 医療サービスの特質として、①医療従事者優位のデリバリー体制、②プレステージ追求による非効率の発生、③複合組織がもたらす利害調整の必要性の3つを提示	医療サービスは、 ①一般的なサービスの特性を有する。 ②サービスの提供過程、医療従事者、患者及び医療機関の特殊性に起因する独自の特性を有する。
サービス品質の次元 Monroe and Krishnan(1985) Zeithaml(1987、1988) Grönroos(2007)等 2.2.1 参照	医療サービス品質の構成モデルを提示 Donabedian(1980) Dagger et al.(2007) 藤村(2009) 2.4.2 参照	①医療サービスの品質の多次元性。 ②患者による医療サービス品質評価の困難性 ③物理的環境による強い影響力
知覚品質 サービス品質は知覚品質に依存する。 山本(2010) Myers and Shocker(1981) Young and Feigin(1975) Grönroos(2007)等 2.2.1 参照	医療サービスの品質の定義 Donabedian(1980) 2.4.1 参照	サービスの無形性及び医療サービス品質評価の困難性より、医療サービスの品質は患者による知覚品質に大きく依存する。
サービス品質と顧客満足と	医療サービスの品質の構造	医療サービス品質の一構

<sup>3</sup> American Marketing Association (以下 AMA と略記する)

<p>の関係 南(2012) 等 2.2.3 参照</p>	<p>Donabedian(1980) 2.4.2 参照</p>	<p>成要素としての患者満足</p>
<p>顧客満足の概念  小野(2000) 等 2.2.2 参照  顧客満足の重要性  嶋口(1997) Heskett et al.(1994) 2.3.1 参照</p>	<p>患者満足の概念及び重要性 Donabedian(1980) 伊藤(2003) 藤村(2009) 等 2.4.4 参照  医療経営における患者満足度研究 長谷川ら(1993) 今中ら(1993) 前田ら(2003)等 2.4.5 参照</p>	<p>①患者満足は医療サービスの品質モデルに含まれ、患者の視点が不可欠である。 ②患者参加型医療への転換が必要となる。 ③環境の快適性が患者満足度に強く影響を与える。 ④患者と医師とのコミュニケーションは両者間の信頼構築を促す。</p>
<p>顧客満足の構成要素 Oliver(1980) 『期待／不一致モデル』  5つの品質要素の分類 狩野ら(1984)  サービスの属性による分類 嶋口(1994) 2.3.2 参照</p>	<p>厚生労働省(2001) 2.3.2 参照 患者満足度調査の際に、嶋口のサービス属性による分類法を検討  藤村(2009) 2.3.2 参照 患者満足度の構成要素としての『スクリプト』、『衡平性』及び『ノルム』</p>	<p>①サービスの属性から、患者満足の向上に導く要素を明確にする必要がある。 ②医療サービスの期待不明確性や入院患者の特性から、補足的な患者満足度の構成要素の提示が必要である。</p>

## 2.1 サービス及び医療サービスについて

本研究は医療をサービスとして捉えるため、本節では、基本的な概念である『サービス』及び『医療サービス』を中心に、それぞれの定義ならびに特性についてレビューした。

### 2.1.1 マーケティングにおけるサービスの定義

マーケティングから見たサービスの定義の変遷について、AMA による定義をみると、協会としての定義の改定はなく、一般に注目される AMA (1960) は、サービスを「販売に供されるか、財貨の販売に関連して提供される行為、便益、満足」と定義し、その後、『AMA Dictionary of Marketing Terms 2nd』 (1995) の用語説明として、サービスは「銀行ローンやホーム・セキュリティのように無形化もしくは実質的にそうである製品<sup>4</sup>」と定義されている。1960年代の定義では、サービスの特性等を示そうとしたが、サービスの分類基準などには一切触れなかった。一方、1995年代の用語による定義では、交換客体としての把握と無形性というモノとの違いを示した。ここで、山本(2010)は、AMAの定義の変遷について、1995年までの先行研究にある

<sup>4</sup> Peter D. Bennett (1995)、p261

消費と生産の同時性や所有権の転移の有無などについての論説が採用されなかったと指摘し、同時性と所有権の移転の重要性を説いている<sup>5</sup>。

一方、Kotler et al. (2006) の定義によると、「サービスは、一方が他方に対して提供する行為や行動で、本質的に無形で何の所有権ももたらさないものである。ただし、サービスの生産には有形製品が関わる場合もあれば、関わらない場合もある。<sup>6</sup>」と述べ、『無形性』と『所有権』によるサービスの特性を示している。さらに、藤村(2009)はサービス消費による便益とサービス消費前後の状態の変化に焦点を当て、「サービスは消費によって享受することが期待されている便益としての変化を導く生産活動の集合体である<sup>7</sup>」と定義している。

### 2.1.2 サービスの特性

一般的に、サービスの特性として、Kotler et al. (2002) は、①『無形性』、②『同時性 (不可分性)』、③『変動性』、④『消滅性 (在庫不可能性)』、⑤『満足の基準の違い』、及び⑥『顧客参加』といった典型的な特徴を挙げている<sup>8</sup>。一方、Grönroos (2007) は、サービスの基本的な特徴として、①『プロセス性』、②『不可分性』、③『顧客による共同生産』の3点を挙げ、『無形性』は「サービスを特徴づけるものではない<sup>9</sup>」と指摘している。また、同氏はサービスの重要な様相として、『在庫不可能性』、『主観的認識に依存する品質評価』及び『結果として所有権にならない』といった点を示している。

下記の表 2-2 によると、サービスの特性について、研究者によって異なる議論が展開されているが、マーケティング分野では、一般的に、『無形性』、『同時性』、『変動性』及び『消滅性』の4つがサービスの典型的な特性として捉えられている。

---

<sup>5</sup> 山本 (2010)、p36

<sup>6</sup> Kotler et al. (2006)、p498

<sup>7</sup> 藤村 (2009)、p2

<sup>8</sup> Kotler et al. (2002)、pp.10~11

<sup>9</sup> Grönroos (2013)、p47

表 2-2 サービスの特性における Kotler et al. (2002) と Grönroos (2007) の比較

サービスの特性 (様相)	Kotler et al. (2002)	Grönroos (2007)
無形性	顧客はサービスが提供される場所、人、施設・設備などの要素でサービスの品質を判断する傾向がある。	サービスの本質は、その現象自体の無形性である。しかし、多くのサービスは有形性の高い要素も含んでいるため、『無形性』は製品とサービスを区別するための特徴ではない。
同時性 (不可分性)	サービスは一般的に提供と消費が同時に行われる。①サービス提供者と顧客のインタラクションがサービス・マーケティングの固有の特徴となる <sup>10</sup> 。 ②サービスの質は、顧客の主観的な判断に依存する傾向がある。	サービスの『プロセス性』に起因する。そのため、品質管理やマーケティングのマネジメントをするのが難しい。
変動性	サービスは、誰が、いつ、どこで提供するかに大きく依存するため、変動性が高い。	提供者と顧客がサービスの生産や提供プロセスに影響を与えるため、プロセスの一貫性を保つことは難しい。
消滅性 (在庫不可能性)	サービスの消滅性は需要の変動と深くかかわっていることから、サービス業において需要と供給を上手く均衡させることが大切である。	サービスは在庫不可能であるが、顧客をストックすることは可能である。
プロセス性	—	サービスは一連の活動を含むプロセスである。人だけでなく、多様な資源が含まれている。他の特徴はこの特性から派生する。
顧客による共同生産	顧客もサービス提供プロセスに参加する	顧客は単なるサービスの受け手でなく、共同生産者であり、サービスのプロセスにある程度参加する。
主観的認識に依存する品質評価	サービスの同時性に起因する。(製品と満足の基準が異なる <sup>11</sup> )	サービスの無形性と関係する。
結果として所有権にならない	サービスの定義の中で言及した。	一般的に、これは事実である <sup>12</sup> 。サービスの種類によって、有形商品の所有権の移転に伴う場合もある。

### 2.1.3 サービスの分類について

ここでは、先行研究を調べた上で、サービスを提供する仕組みから本研究の対象である医療サービスの類型を検討した。

#### 1) サービス提供の仕組みによる分類

<sup>10</sup> Kotler et al. (2006)、p503

<sup>11</sup> Kotler et al. (2002)、p11

<sup>12</sup> Grönroos (2013)、p47

本研究は医療をサービスとして捉え、さらに、サービス提供の仕組みによって細分化し、医療を『プロフェショナル・サービス<sup>13</sup>』として規定する。一般的に、サービス提供の仕組みとしては、『プロセス型サービス』と『プロフェショナル・サービス』の2つの異なるアプローチがある<sup>14</sup>（今枝 2006）。それぞれのアプローチの特徴は下記の表2-3で示している。

表2-3 『プロセス型サービス』と『プロフェショナル・サービス』

アプローチ		プロセス型サービス	プロフェショナル・サービス
最も重要な経営的グリップ		プロセス	タレント
訴求する価値		低価格・品質の安定結果の提供	個別問題解決・付加価値過程の支援
人事	採用	低廉なリソース派遣・パート・下請けも可	若手を採用して育成派遣・パート・下請け不可
	教育	集中的トレーニングプロセス遵守教育	師弟関係による養成プロ意識の植えつけ
	代謝	教育費削減のための慰留	不向きな人員の排出
組織	構造	本部と現場の分離指揮命令のためのライン組織マネジメントとサービス提供要員の明確な分離	師弟関係ベースの重畳的コミュニティマネジメントとサービス提供要員のオーバーラップ
	役割分担	分業によるスペシャリスト化	緩やかな役割分担事案・顧客ごとの統括者の配置
リスクマネジメント		定義されたプロセスからの逸脱の厳格な禁止	顧客期待管理同僚による提案レビュー
セールス		サービス提供組織と切り離されたセールス結果の訴求	サービス提供要員自身によるセールス要員自身の能力の訴求
知的資産管理		本部によるコントロール	サービス提供要員間でのナレッジマネジメント
プライシング		固定価格	固定価格、作業時間課金、成功報酬
例		ファストフードチェーンレストラン	コンサルティング会社 医療事業

出所：今枝昌宏（2006）、p46.表1より一部加筆

プロセス型サービスとは、サービス提供の内容や結果をあらかじめ定義できるサービスで、サービス提供が個人の特性に依存しない。重視すべき点は品質の安定したサ

<sup>13</sup> Kotler et al. (2002)：プロフェショナル・サービスの起源は、中世、具体的には法律化の誕生まで遡ることができ、その後、16世紀になるとプロフェショナル・サービスの幅がさらに広がり、医師や会計士といった専門職が新たに生まれ、専門家は労働者との差別化が図っていった。

<sup>14</sup> 今枝昌宏（2006）、p40

ービスをより低価格で提供することである<sup>15</sup>。一般的に、チェーンレストランなどがそれにあてはまる。

一方、プロフェッショナル・サービスは、提供されるサービスの内容や結果が成約時点では不確定であり、サービス提供者にその設計と実施が委ねられ、提供中に判明した事実に基づき柔軟に設計されることから、顧客とのコミュニケーション才能が必要となり、顧客とサービス提供者間の信頼関係が重要である<sup>16</sup>。また、サービスの提供は、プロフェッショナルである個々のサービス提供者に依存している。その典型的な業種が医療サービスである。

## 2) サービスが提供される前後の顧客の状態による分類

一方、藤村（2009）はサービスが提供される前後の顧客の状態という視点から、下記の表 2-4 のようにサービスを『常態の維持型サービス』、『常態の回復型サービス』及び『常態の向上型サービス』に分類した。

表 2-4 『サービスが提供される前後の顧客の状態』によるサービスの分類

提供後の状態 提供前の状態	常態	常態を上回る ポジティブな状態
常態	『常態の維持型サービス』 定期健康診断 保険	『常態の向上型サービス』 観光 エンターテイメント 教育 高級レストラン
常態を下回る ネガティブな状態	『常態の回復型サービス』 医療 日常的な飲食店 修理 * サービス結果である変化自体（結果品質）が満足できた場合においてのみ、サービス・デリバリー・プロセスに関わる要因（過程品質）が顧客満足の向上に貢献する。 * 顧客は不安や恐れなどのようなネガティブな情動を喚起する傾向があるため、それらのネガティブな情動をサービス・デリバリー・プロセスにおいて解消しようとする取り組みも顧客満足の向上に貢献する。	* サービス結果よりサービス・デリバリー・プロセスにおける経験が顧客満足／不満足形成において大きな役割を果たす。 * 顧客はポジティブな情動の喚起を求める傾向があるので、積極的にポジティブな情動を喚起するような活動がより効果的である。

出所：藤村 和宏（2009）『医療サービスと顧客満足』 p7 図 2 より一部加筆

上記の表 2-4 のサービスの分類から見ると、医療サービスは『常態の回復型サー

<sup>15</sup> 今枝昌宏（2006）、p41

<sup>16</sup> 同上

ビス』に属し、顧客満足を向上させるには、治療成果が最も大きな役割を果たす。したがって、①医療サービスにとって診療・治療の技術的向上が必要とされる。②患者が医療サービスの提供過程に積極的かつ適切に参加し、患者に期待される活動を実行することを促すようなハード面及びソフト面を構築することが求められる。③医療従事者が自らの態度や行動を通じて、患者のもつ不安などのネガティブな情緒を軽減または解消させることが重要である。(藤村 2009) <sup>17</sup>。

さらに、医療サービスが提供される前後の患者の状態に基づき、藤村 (2009) は「医療サービスは患者が享受することを期待する肉体的変化 (治癒) と情動の変化 (不安や恐れ) の解消) を導く生産活動の集合体である。」と定義した <sup>18</sup>。

#### 2.1.4 医療サービスの特性

医療サービスは前述のサービスの一般的な特性のほかに、独自の特性を有している。ただし、その独自の特性に関しては研究者によって様々な論説が展開されている (島津 2005、藤村 2009 等)。

##### 1) 島津による医療サービスの特性

医療はプロフェッショナル・サービスであり、一般的なサービスの特性以外に、主に、4つの独自の特性を有している <sup>19</sup> (島津 2005)。

まず、サービス評価の『二面性』があげられる。一般的に、サービスの品質評価は顧客の知覚品質によって測定される。しかし、医療サービスを代表とするプロフェッショナル・サービスは医師・看護師のような専門職によって提供されるため、サービスの品質について、専門職にしか評価できない側面もある。したがって、プロフェッショナル・サービスの品質を評価する際には、その専門職による質の評価と、顧客による知覚品質という2つの次元が存在する。特に、顧客は医療従事者の技能を正確に判断あるいは評価することが難しいにも関わらず、購買に関する意思決定を行う。そのために、サービス提供者は、顧客のニーズや課題等を正確に把握すると共に強い信頼関係を構築する必要がある。

次に、『変容性』である。いわゆる、同じ提供者がサービスを提供しても顧客の状況が単一でないので、提供するサービスが常に異なるということである。顧客の状態がほとんど変わらないという一般的なサービスと違い、医療サービスのようなプロフェッショナル・サービスの場合、同じ患者は治療期間を通じて、その状態が日々変化している。したがって、サービスの提供者は、状況に対応したサービスの変容を余儀なくされる。

---

<sup>17</sup> 藤村 (2009)、pp.7~8

<sup>18</sup> 藤村 (2009)、p8

<sup>19</sup> 島津 (2005)、p20~23

また、『期待の不明確性』、つまり利用者にも提供者にもサービス提供の内容に対する期待が明確に把握されないということである。一般的なサービスの場合、顧客は明確な期待をもってサービスを購入する。これに対して、医療の場合、患者は確かにその疾病の症状の軽減や完治という期待を持つが、具体的に提供される医療サービスに対する期待を明確に持っていない場合が多い。患者は、診療などを受ける過程において、医師・看護師との関わりから、はじめてサービスの具体的な内容について理解していくのである。一方、このような顧客の期待が不明確であるということは、サービスの提供者に対しても、どのようなサービスを提供すべきか、という見通しを立てることが困難である。

最後は、『連続性』である。サービスの利用期間が長期にわたることと、あるサービス提供者から他のサービス提供者が引き継いでサービスを提供することがあげられる。プロフェッショナル・サービスの固有の特性として、顧客の変容性があげられた。この特性から、サービスの利用期間が長期にわたる可能性が生まれる。さらに、この連続性は、一般的なサービスのように一つのサービスで完結することと異なって、あるサービス提供者から他のサービス提供者が引き継いでサービスを提供することもある。プロフェッショナル・サービスは一つのサービスからほかのサービスへと、連続的、包括的に提供されるという特性を有している<sup>20</sup>。たとえば、同じ患者に提供される医療といっても、患者の状態の変化によって、急性期医療から慢性期医療へと、あるいは、入院医療から外来や在宅医療へとサービスの形態や内容が変化し、一つのサービスだけで完結することが少ない。したがって、サービスを提供する際に、このような連続性を考慮することも一つのポイントである。

## 2) 藤村による医療サービスの特性

藤村（2009）は『医療従事者優位のデリバリー体制』、『プレステージ追求による非効率の発生』及び『複合組織がもたらす利害調整の必要性』といった医療サービスの固有の特質をあげている<sup>21</sup>。

まず、医療サービスのデリバリーにおいて、医療従事者（特に医師）が優位に立ち、患者は受動的な態度で診療過程に参加する場合が多い。その理由として、①需要の予測困難性があげられる。いわゆる疾病などの発生や、治療に必要となる時間などを事前に予測することは困難なためである。②医療従事者と患者間の情報非対称性である。これは、医療従事者と患者との大きな情報格差と患者が精神的な不安定による判断能力の不足という2つの側面から捉えられる。③デリバリー緊急性、いわゆる医療サービスは命や健康にかかわるため、他の行為に優先して迅速にデリバリーされる必要が

---

<sup>20</sup> 島津（2005）、p23~24

<sup>21</sup> 藤村（2009）、pp.30~33

ある。特に、緊急の場合、サービスの内容などを患者に説明する余裕がなく、完全に医療従事者の判断によって提供されることもある。

次に、医療サービス組織の経営者のプレステージは、診療行為の範囲、高額な医療機器の導入、病床数、医師等を含む関連する医療サービスの生産要素の充実度などによって高まる。医療機関の経営者は費用削減を求めるより、プレステージ最大化を追求する恐れがある。結果、非効率な資源配分が行われ、設備生産性や労働生産性の低下に繋がることもある。プレステージの最大化は患者の獲得に役立つというメリットも有しているが、いかに費用対効果の最大化を実現させるかが課題となっている。

最後に、医療サービス組織は、複数の機能別組織から構成されている。医療サービスは、複数の機能別組織（診療科や検査部門等）の従業員が順次あるいは同時に患者に対応することによって提供される。したがって、①機能別組織間に属する職員間の協働姿勢の重要性、②職員の職務満足度の重要性、及び③機能別組織間の利害対立の存在といった特性があげられる。

## 2.2 サービス品質と顧客満足について

本研究の中心課題は患者満足度であり、患者満足度を医療サービスの品質の構成要素として捉えるため、本節では、一般的なサービスの品質及び顧客満足に関する先行研究を行った。

### 2.2.1 サービスの品質

サービスは一般的に生産と消費が同時に行われるため、サービス品質は、サービス提供者と顧客の関係によって知覚されるものとして捉えられる。

#### 1) サービス品質の分類

サービス品質の構成についての研究は多数行われている。一般的に、『1 構成品質』、『2 構成品質』、『3 構成品質』、及び『4 構成品質』といった分類があげられる。

##### (1) 1 構成品質

『1 構成品質』の視点から、Monroe and Krishnan (1985) は、サービス品質を『知覚品質』と捉え、知覚品質をある特定の製品が満足を提供することに関して知覚された能力であると定義している。特徴は、知覚品質を利用可能な代替案と比較して論じている点にある。

##### (2) 2 構成品質

最も普遍的な視点である『2 構成品質』では、サービス品質は2つの品質から構成されている。具体的な分類について、①『客観的品質』と『知覚品質』(Zeithaml 1987 1988、Holbrllk and Corfman1985、藤村 2009)、②『技術的品質』と『機能的品質』(Grönroos2007、Mels G., Boshoff C, and Nel D.1997)、及び③『本質的品質』と『表層的品質』(嶋口 1994)といった既存研究が展開されている。

①『客観的品質』と『知覚品質』の分類について、Zeithaml (1987、1988)は、サービス品質を『客観的品質』と『知覚品質』に分類している。具体的に、『客観的品質』は製品(モノとサービス)における実際の技術的卓越性あるいは優秀性を指す。また、同氏は、『知覚品質』について、①製品を構成する特定の属性ではなく、高度に抽象されたもの、②全体的な評価という点では、態度と類似し、③顧客の想起集合の範囲で判断が行われるといった特徴も提示している。

藤村(2009)も同様に、サービス品質を『客観的品質』と『知覚品質』に分類している。同研究によると、「客観的品質はあらかじめ設定された理想的な基準で測定された製品の技術的優秀さである。あるいは、欠陥の発生率や製品仕様との適合といった客観的指標で測定された品質である。<sup>22)</sup>と定義し、「知覚品質は顧客の知覚に基づく製品の全体的評価、あるいは製品に対する態度のような意味で使われている。<sup>23)</sup>と定義している。

また、上記の両者と似た視点で、Holbrllk and Corfman (1985)は、『機械論的品質(客観的品質)』と『人本主義的品質(主観的品質)』という用語を使用した。『機械論的品質』はものあるいは出来事の客観的性状あるいは特徴を意味する。一方、『人本主義的品質』はあるものに対する人々の主観的反応を指し、知覚品質と類似している。

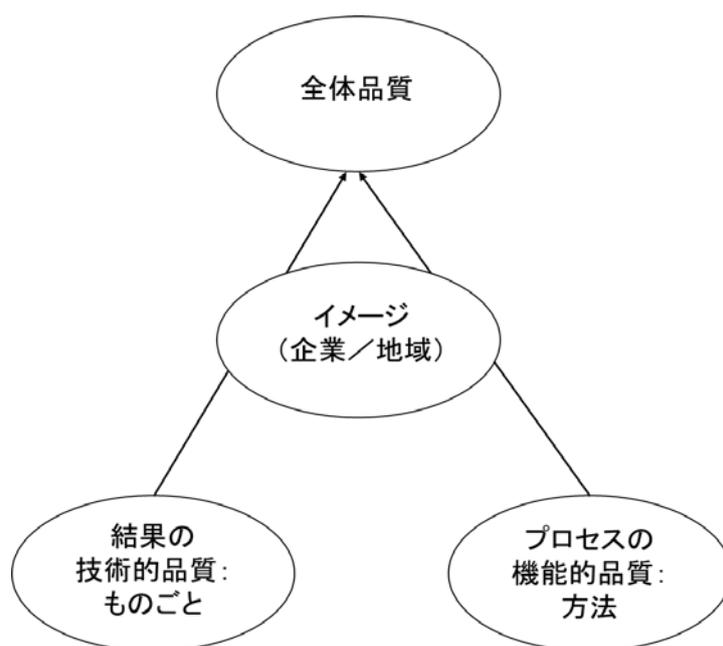
②『技術的品質』と『機能的品質』の分類法において、Grönroosは、1982年にサービスの知覚品質の概念ならびに全体的なサービスの知覚品質のモデルを持って、品質の議論にサービス志向的アプローチを導入した。Grönroos (2007)は、基本的に、顧客に認識されるサービスの品質には2つの側面(図2-1)、すなわち、『技術的、すなわち結果の面』と『機能、すなわちプロセスに関連する面』があると主張している。上記の二つの側面は、『結果の技術的品質』と『プロセスの機能的品質』と呼ばれる。

---

<sup>22)</sup> 藤村(2009)、p.64

<sup>23)</sup> 藤村(2009)、p.64

図 2-1 サービス品質の 2 つの側面



出所：Grönroos（2007） p62 図 4-1

一般的に、『結果の技術的品質』は問題に対する技術的ソリューションとしての特徴から、顧客によって客観的に測定されることが多い。それに対して、『プロセスの機能的品質』は『プロセス・クオリティ』とも呼ばれる。すなわち、顧客が受け取る『ものごと』とそれを受け取るための『方法』を指している<sup>24</sup>。サービス提供者と顧客の間には様々な相互作用が存在するため、顧客が総合的品質を認識するには、技術的品質だけでなく、機能的品質からも影響を受ける。つまり、顧客はどのようにサービスを受けるか、そしてどのように生産と消費のプロセスの同時性を経験するかによって影響を受ける<sup>25</sup>。

さらに、Mels G., Boshoff C, and Nel D. (1997) も類似の分類を提示した。同氏は、サービス品質は本質的サービス品質（機能的サービス）、外因的サービス品質（技術的品質）によって構成されると述べている。

③『本質的品質』と『表層的品質』の分類法について、嶋口（1994）はサービスの属性に関する新たな概念、いわゆる『本質サービス』と『表層サービス』という分類を主張し、国際的に認められている。嶋口（1994）の定義によると、「本質サービスとは、顧客が支払う代価に対して当然受けうると期待しているサービス属性である<sup>26</sup>」。一方、同士の定義によると、「表層サービスとは代価に対して必ずしも当然と思わないが、あればあるに越したことがない期待サービスのことである<sup>27</sup>」。嶋口に

<sup>24</sup> Grönroos (2013)、p61

<sup>25</sup> Grönroos (2013)、pp.60~62

<sup>26</sup> 嶋口（1994）、p.66

<sup>27</sup> 嶋口（1994）、p.66

よるサービスの属性に関して、2.3.2において詳細に論述する。

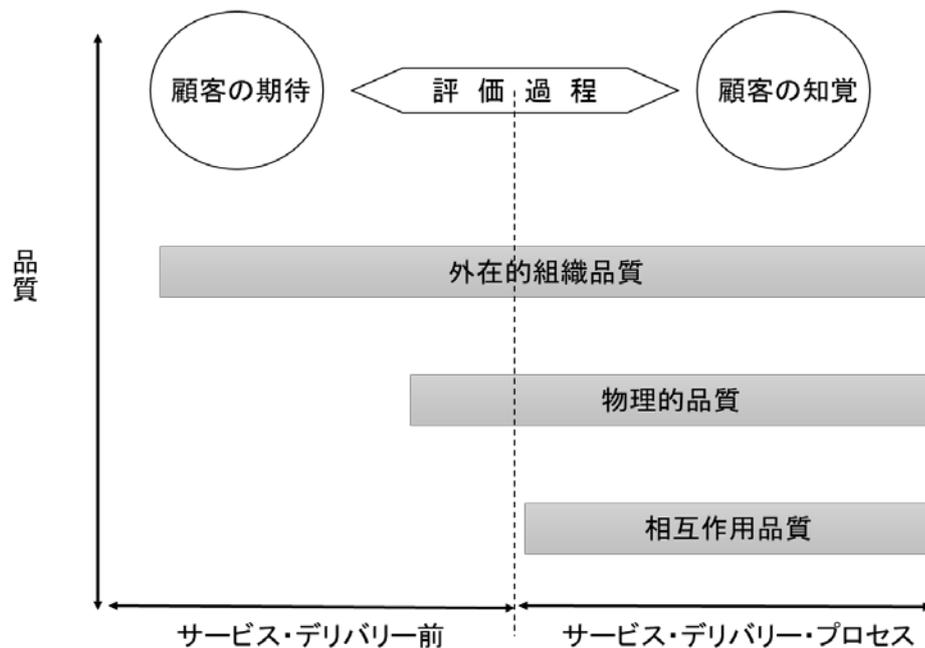
### (3) 3 構成品質

3 構成品質の視点では、以下の既存研究があげられる。Rust & Oliver (1994) は、サービス品質を構成する第三の側面としてサービス・エンカウンターにおける物的環境を明確に認識することの必要性を指摘している。さらに、同氏は、前述の Grönroos (2007) が提示した『ものごと』と『方法』に、サービス品質を認識する『場所』を付け加えた。

他に、Lehtinen and Laitamaki (1989) はサービス品質のモデルを提示し、以下の図 2-2 のようにサービスを 3 つの構成品質に分けた。

図 2-2 サービス品質の構成モデル (3 つの構成品質)

Lehtinen and Laitamaki (1989) のサービス品質構造と顧客の評価過程



出所：Lehtinen and Laitamaki(1989)、p45 図 1

上記のモデルにおいて、『外在的組織品質』は主に、組織のイメージを指している。そして、『物理的品質』はサービス提供システムに関わる物理的な特徴があげられる。具体的には、①内装などの物理的環境の品質、②設備や機器などのような物的設備の品質、③食事やドリンクなどのようなサービス提供過程またはサービス提供後に消費される物の品質、及び④疾病の治癒などのような成果品質といった点があげられる。最後に、『相互作用品質』とは、サービス提供者と顧客の相互作用によって生み出される品質のことを指す。

上記のモデルの特徴として、藤村（2009）は、①サービスが提供される前に顧客が行う選択行動も含まれ、②顧客は物理的環境等のような付属的要素によってサービス品質を間接的に評価し、③各部分品質間の関係も考察し、外在的組織品質は相互作用品質と物理的品質に大きな影響を及ぼすという点を挙げている。

#### (4) 4 構成品質

『4 構成品質』の視点では、Gummesson(1993)は、サービス品質の構成に関して、①デザイン品質、いわゆるモノやサービスの開発とそれらの組み合わせの仕方に関わる品質、②デリバリー品質、いわゆるサービスデザインに正確に従う能力に関わる品質、③関係性品質、デリバリー・プロセスにおける従業員と顧客との関係に関わる品質、及び④結果品質、いわゆる将来の効用あるいはサービスの最終品質という4構成を提示した。

以上より、サービス品質の構成に関して、多数の研究者が異なる視点から研究を行っている点が確認できた。本論文は、嶋口の主張した『本質サービス』と『表層サービス』の視点を実証分析に応用した。

## 2) 知覚品質

### (1) 知覚品質の定義について

2.1.2 で述べたサービスの特性より、顧客がサービスを評価する際に主観的な認識に依存する傾向にあると確認した。つまり、サービス品質は、有形の製品の品質と異なって、客観的で固定された品質基準が持っていない。サービス品質を客観的に測定することが困難であり、顧客は主観的に捉えた知覚品質に依存する（Parasuraman et al. 1985、山本 2010）。主に3つの視点から『知覚品質』の定義に関する先行研究が行われている。

まず、顧客が品質評価を行うための『目的—手段連鎖<sup>28</sup>』という視点から、Myers and Shocker（1981）は『物理的特性』、『準物理的特性』、『イメージあるいは便益』の3ステップから構成される過程モデルを提唱している。彼らは『物理的特性』を変換した『準物理的特性』が、知覚品質に相当するものとしている。

次に、顧客が製品特性から品質を知覚し、製品レベルの価値を構成するという視点で、Young and Feigin（1975）は、知覚品質を目的と手段連鎖の中間的な生成物として捉え、製品が持つ特徴を総合的に判断するために知覚品質が形成されると主張している。

最後に、銘柄間の比較検討による知覚品質の形成という視点では、従来は単一銘柄の品質評価を考慮したが、Maynes（1975）は、顧客は想起集合もしくは実際に情報収

---

<sup>28</sup> 消費者がある製品の属性を自身の知覚した価値へ変換する過程を記述する連鎖構造である。

集した銘柄間での比較検討によって品質を決定すると主張している。

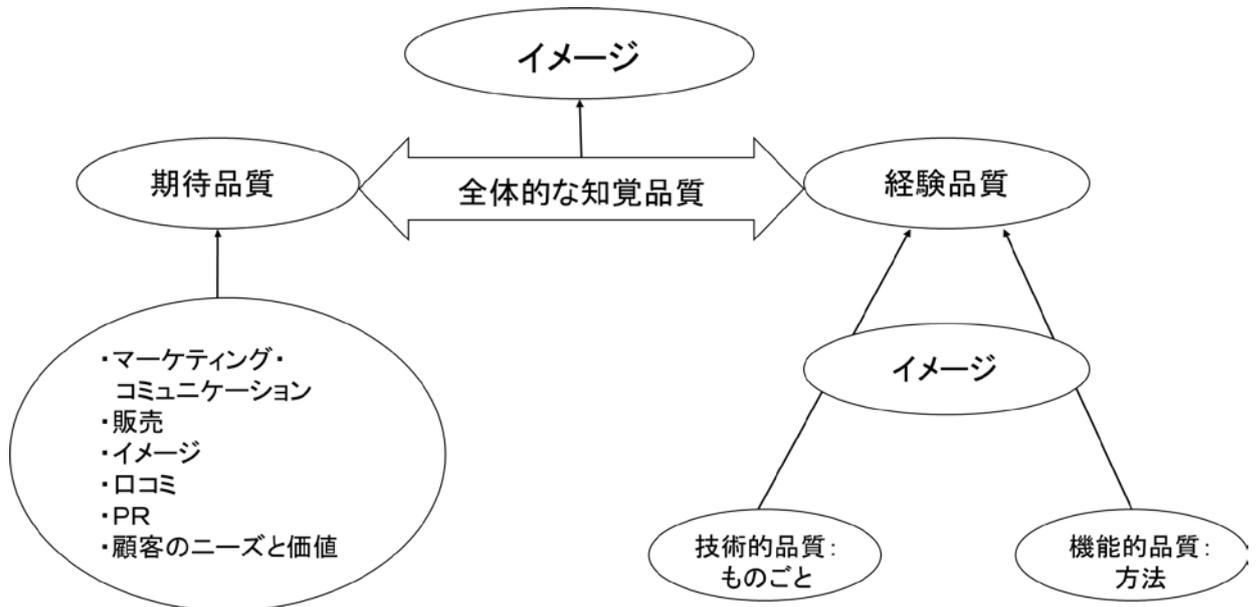
上記の文献研究から見ると、『知覚品質』の定義について、様々な視点から多数の研究が展開されている。藤村（2009）は、知覚品質を顧客の知覚に基づく製品の全体的評価あるいは製品に対する態度のようなものとして捉え、企業や製品の全体的な優秀さ、卓越度に対する顧客の判断であると定義している。さらに、同氏によると、「知覚品質は顧客の企業に対する全体的な態度と類似した概念であり、より総合的で比較的永続性のある概念である。<sup>29)</sup>」と述べている。本研究において、このような顧客の主観的に知覚したサービス品質のことを『顧客による知覚品質』と捉えた。

## (2) 知覚品質モデル

知覚品質の構成について、ここでは、代表的な研究者である Grönroos（2007）が提示したモデルを中心に考察した。

Grönroos（2007）は、下記の図 2-3 の知覚品質のモデルを提示し、『期待品質』と『経験品質』がどのように従来のマーケティング活動に繋がり、その結果として『サービスの知覚品質』をもたらすかを表した。

図 2-3 全体的な知覚品質



出所：Grönroos（2007）p66 図 4 - 2

上記の図 2-3 によると、『経験品質』と『期待品質』とが合致する時、優良な知覚品質が得られることが分かった。さらに、サービスの知覚品質モデルが示す通り、顧客の期待は品質の認識に決定的に重要な影響を与えている。つまり、総合的な知覚品

<sup>29)</sup> 藤村（2009）、p64 p135

質のレベルは、単純に技術及び機能の品質の側面によって決定されるのではなく、期待品質と経験品質とのギャップによって決定される<sup>30</sup>。

### 3) サービス品質を測定するには

サービス品質を測定する尺度の開発において、最も影響力を持つ研究者として Parasuraman et al. があげられる。

Parasuraman et al. (1985) は、顧客の知覚品質に影響する4つのギャップとして、①顧客と提供者との期待、②提唱者の期待とサービス品質仕様、③サービス品質仕様とサービスデリバリー、④サービスデリバリーと外部メディアコミュニケーションを提示した。

更に、Parasuraman et al. (1988) は、サービス品質を測定する手法として、サービスの属性に基づき<sup>31</sup>、SERVQUAL モデルを提唱し、サービス品質を評価する際の5つの指標を提示した。

SERVQUAL モデルは、Parasuraman et al. によって開発された複数項目からなるサービス品質の測定尺度である (Parasuraman et al. 1988)。サービス品質固有の抽象性が考慮され、尺度条件としてサービス品質を、①顧客の主観的に知覚した品質で評価し、②顧客が商品の購買前に抱いた期待値と購買後に知覚された経験値との比較により決定するといった内容が含まれている。

一方、彼らはサービス品質の決定要素を以下の5つに規定した<sup>32</sup>。第一に、信頼性である。約束通りのサービスを信頼に足るレベルで正確に提供する技能のことを指す。第二に、反応性、いわゆる対応の良さである。顧客に対して、素早くサービスを提供しようとする姿勢のことである。第三に、確実性、いわゆる安心感である。従業員の行動が顧客にその企業に対する信頼を与えること、そして企業が顧客を安心させることである。第四に、共感性である。サービス提供者は顧客のニーズや問題などをよく理解し、その顧客にとって最も有利になるように対応する。最後は、有形物である。いわゆる建物や設備、従業員、カタログなどの印刷物といった物理的環境のことである。

SERVQUAL モデルは、以上の視点を提唱し、より多様な要素を提示した点で、広く分析に利用されている。

#### 2.2.2 顧客満足概念

これまでサービス品質と知覚品質に関して、先行研究を整理した。ここでは、本研究の中心課題と関連する概念である『顧客満足』について、先行研究を行った。マー

---

<sup>30</sup> Grönroos (2013)、p65

<sup>31</sup> Grönroos (2013)、p72

<sup>32</sup> Grönroos (2013)、p73

ケティング分野において、顧客満足概念については多様な捉えられ方をされている（井上 2002、小野 2000）。本研究では、二つの視点から顧客満足概念に関して先行研究を行った。第 1 の視点は、小野（2000）の研究に基づいた 4 分類の概念である。第 2 の視点は、期待／不一致あるいは確認／不確認というパラダイムが採用されている研究である。

### 1) 小野（2000）に基づく顧客満足の 4 分類

小野(2000)をもとに、①ニーズ充足度としての満足、②代替ブランドとの比較に基づく満足、③理想ブランドとの比較に基づく満足、④当該ブランドの購買前評価との比較に基づく満足といったブランド選択モデルに準拠した 4 種類の顧客満足の概念に関してレビューを行った。

第一に、ニーズ充足度としての満足である。古典的な顧客満足概念としてあげられる。顧客は市場取引を通じて自己のニーズを満たすために製品・サービスを需要し、それに対して、売手は自分の目標を達成するために、買い手のニーズを満たす満足度の高い製品・サービスを提供しなければならない。したがって、「当該製品が顧客のニーズをどれだけ満たしているか」という意味での顧客満足は、顧客満足概念の最も古典的なイメージを形成してきた。小野（2000）はこの種の顧客満足を「ニーズ充足度としての満足」と定義している<sup>33</sup>。

第二に、代替ブランドとの比較に基づく満足である。こちらの概念も顧客満足研究における最も古典的な概念の一つである。一般的に、顧客満足と再利用意志の間に正の関係があると言われている。具体的には、購買したブランドが高水準の満足をもたらした場合、顧客は再びその製品カテゴリーにおいてブランド選択を行う際に、別のブランドではなく当該ブランドを購買しようとする。逆に、購買したブランドが不満をもたらした場合、顧客は別のブランドへスイッチするということである。ここでの顧客満足は、購買ブランドの効用水準とは一致せず、購買ブランドと代替ブランドの効用差異によって規定されることが分かる<sup>34</sup>。この種類の顧客満足概念に関して、小野（2000）では、「代替ブランドとの比較に基づく満足」と定義している<sup>35</sup>。

第三に、理想ブランドとの比較に基づく満足である。こちらは 1990 年代以降マーケティング戦略論で取り扱われる顧客満足概念の一つである。近年における顧客満足研究では、市場シェアを拡大しようとする攻めの戦略から、顧客満足を向上しようとする守りの戦略への重点移行という戦略理念の転換が注目されている。これらの戦略理念によると、新規顧客の獲得よりも既存顧客の維持の方が容易であり、それゆえ、企業は既存顧客を重視すべきである。さらに、市場シェアを目標とする従来のマーケ

<sup>33</sup> 小野（2000）、pp.3~4

<sup>34</sup> 小野（2000）、p7

<sup>35</sup> 小野（2000）、pp.6~8

ティング活動と、顧客満足を目標とする新たなマーケティング活動は両立不可能な活動と主張され、市場シェアと顧客満足の間には負の関係があると仮説化されている<sup>36</sup>。このような種類の顧客満足概念は、実際に購入した製品の価格・品質が、消費者自身も思っている理想の価格・品質にどれだけ近似しているかによって規定される概念である<sup>37</sup>。小野（2000）は、この種の顧客満足概念を「理想ブランドとの比較に基づく満足」と定義している。

最後に、当該ブランドの购买前評価との比較に基づく満足である。こちらの概念は、顧客行動論において最も支持されている『期待／不一致モデル』の下で取り扱われてきた顧客満足概念である。この種の顧客満足概念は、期待水準と成果水準の差異である期待不一致によって規定される。小野（2000）は、「当該ブランドの购买前評価との比較に基づく満足」と呼ぶことが出来るとしている<sup>38</sup>。

## 2) 期待／不一致モデルに基づく顧客満足

顧客の購入に導く満足度形成モデルについて数多くの先行研究が行われている。主に、『比較の結果を強調した定義』、『比較の過程を強調した定義』及び『情動（感情）を取り入れた定義』と分けることができる（藤村 2009）。

### (1) 比較の結果を強調した定義

最も支配的な理論とされたのが Oliver（1980）によって提唱され、『期待／不一致モデル』とも呼ばれる理論である。一般的に、商品やサービスに対する顧客の満足・不満足は、顧客がその商品・サービスから得られると事前に期待した水準（期待水準）と、実際に商品・サービスを体験した後の知覚水準、そして、この二つの水準が一致している度合によって決まる（図 2-4）。さらに、Oliver（1981）は、顧客満足を「期待が満たされなかったことにまつわる情動が顧客の消費経験に関する事前の情動と結びついた時に生じる、凝縮された心理状態<sup>39</sup>」と捉えている。

また、Kotler et al.（2006）は、期待不一致理論を基に、満足の概念を「買い手の期待に対して製品の知覚パフォーマンス（または結果）がどれほどであったかによって得られる、個人の喜びまたは失望の感情のことである<sup>40</sup>」と定義している。

---

<sup>36</sup> 小野（2000）、pp.9~12

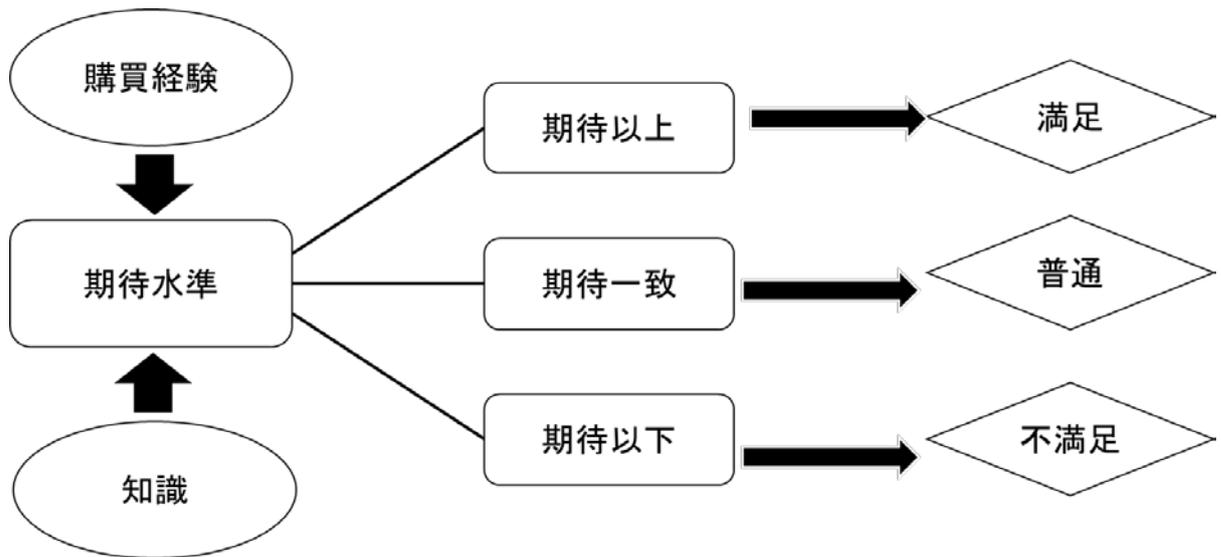
<sup>37</sup> 小野（2000）、p9

<sup>38</sup> 小野（2000）、pp.17~19

<sup>39</sup> Oliver(1981)、p27

<sup>40</sup> Kotler et al. (2006)、p177

図 2-4 期待／不一致モデルの概念図



出所：Oliver（1977、1980）により筆者作成

図 2-4 から見ると、期待水準と知覚水準が一致もしくは後者が前者を上回れば（プラスの不一致）満足の状態に繋がり、逆に下回れば（マイナスの不一致）不満足の状態にいたるとするのがこの理論モデルの基本的な考え方である。

## (2) 比較の過程を強調した定義

この視点では、Hunt（1977）は、顧客満足を顧客が自分の過去に経験したこととの比較によって形成するものであるとしている。Tse and Wilton（1988）は、顧客満足を「事前の期待（または他の何らかの基準）と消費後に知覚されたパフォーマンスとの間の認識不一致に関する評価に対する消費者の反応<sup>41</sup>」と定義している。他に、Miller（1977）は『期待』のタイプとして、『理想的期待（can be）』、『予期的期待（will be）』、『最小許容期待（must be）』及び『正当的期待（should be）』の4つを持って、期待とパフォーマンスと満足度の形成との関係について論述した。

## (3) 『情動（感情）』を取り入れた定義

藤村（2009）は、Oliverの主張している『期待／不一致』に基づいた顧客満足の定義に対して、「評価基準が期待に限定しているため、不十分であり、評価基準として、期待、衡平性、ノルム及びスクリプトなどが提案できる<sup>42</sup>」と指摘している。

そこで、藤村（2009）は、①顧客満足の形成過程は、経験や感情等が伴う認知過程

<sup>41</sup> Tse and Wilton（1988）、p204

<sup>42</sup> 藤村（2009）、p134

であり、②顧客の情動（感情）はサービスの品質評価過程に大きな影響を及ぼすといった理由をあげ<sup>43</sup>、顧客満足の定義に『情動（感情）』を取り入れた。同氏は、顧客満足を「事前に保有していた評価基準が満たされた、あるいは満たされなかったことに基づいた情動（感情）が、顧客の消費経験に関する事前の情動（感情）と結びついた時に生じる凝縮された心理状態である<sup>44</sup>」と定義している。

### 2.2.3 サービス品質と顧客満足との関係

サービス品質及び顧客満足について、それぞれに関連する先行研究を行った。ここでは、両者の関係について検討した。サービスの固有の『無形性』や『不可分性』によって、サービス品質は物的品質と異なり、顧客の知覚に依存する部分が非常に大きい。つまり、サービス品質と顧客満足とは密接に関連することを意味している。

サービス品質と顧客満足の関係に関する研究について、消費者行動分野において、サービスに対する顧客の知覚品質と満足との因果関係を解明することが研究の焦点となっている。一方、サービス・マーケティング分野においては、顧客満足が顧客の再利用意志（ロイヤルティ）に焦点を置かれ、サービスの知覚品質と顧客満足および再利用意志との因果関係を明確することが研究の中心となっている<sup>45</sup>。

サービス品質、顧客満足、ロイヤルティという連鎖構造に関して、医療分野を含む複数のサービスにおける比較研究が行われている（Cronin et al. 2000、Olsen 2002、Chiou and Droge 2006、小野 2010）。その多くが支持するところは、知覚品質が顧客満足に影響し、顧客満足がサービスの再利用意志（ロイヤルティ）に結びつくという連鎖構造である（Cronin et al. 2000、小野 2010）。

#### 1) サービス品質と顧客満足との関係に関する研究の動向

1980年代から1990年代にかけて、サービス品質の測定尺度として開発されたSERVQUALと『サービス・プロフィット・チェーン』との2つのモデルの登場がサービス・マーケティング研究上における大きな進歩である。2000年代に入ってから、『顧客満足』の指数化や顧客満足度と経済指標との関係に関する研究が主流となっている（図2-5）。

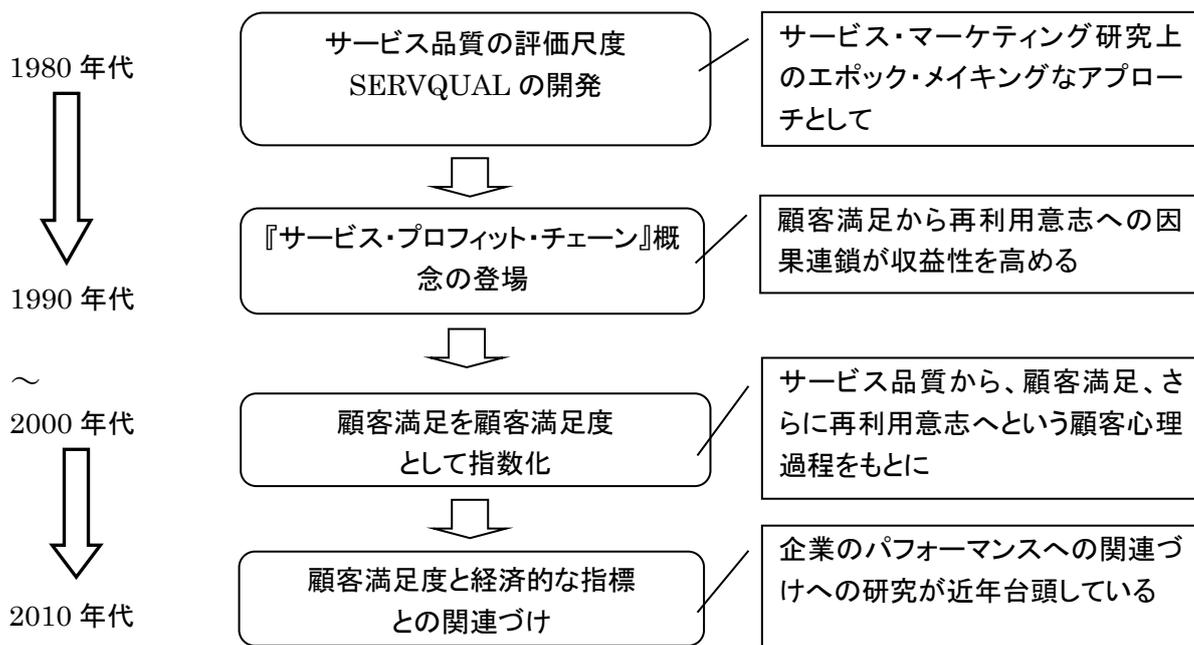
---

<sup>43</sup> 藤村（2009）、p134

<sup>44</sup> 藤村（2009）、p134~135

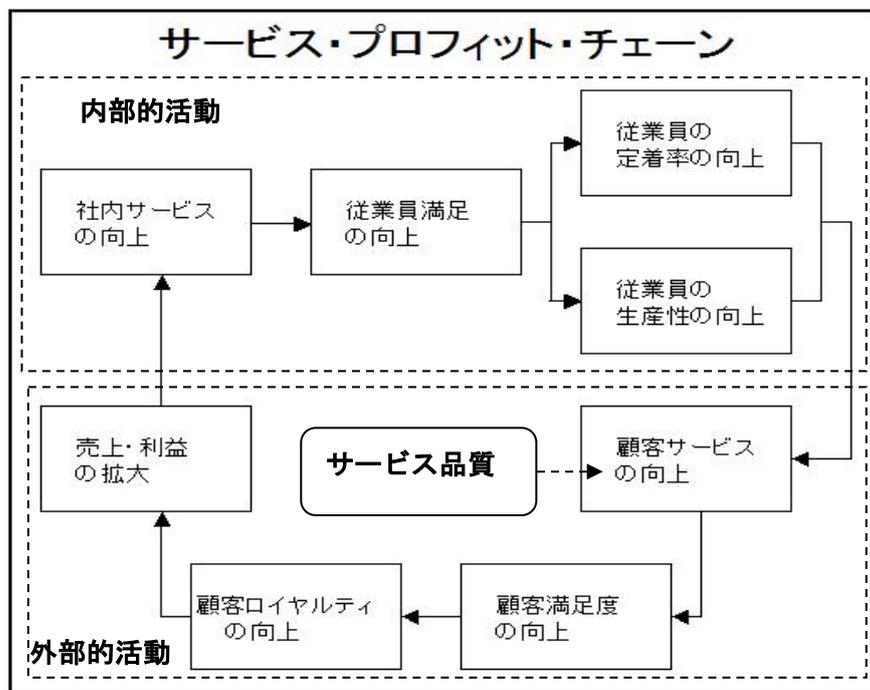
<sup>45</sup> 南（2012）、p1

図 2-5 サービス品質と顧客満足に関する研究の動向



一方、Heskett et al. (1994) は『サービス・プロフィット・チェーン』を提唱し、サービス提供に関わる活動を主にサービス組織における従業員側に関わる内部的活動と外部市場の顧客行動に関わる外部的活動に分類した。

図 2-6 サービス・プロフィット・チェーン構成図



出所：藤川佳則他（2006）p.11 の図 1 より一部加筆

上記の図 2-6 で示された外部的活動より、顧客ロイヤルティの先行要因として顧客満足が捉えられ、顧客満足の先行要因として顧客サービスが位置づけられている。そして、この顧客サービスを構成する要素がサービス品質である。つまり、サービス品質は顧客満足の先行要因として捉えられている。両者の因果関係の詳細については後述する。

## 2) サービス品質と顧客満足との因果関係について

サービス品質と顧客満足との因果関係に関する先行研究は、主に、下記の3つの視点によって論議されている。①サービスの知覚品質が顧客満足につながるか。②顧客満足がサービスの知覚品質に影響を与えているか。③サービスの知覚品質は顧客満足と別々で論議できるか。

第一に、「サービスの知覚品質が顧客満足に繋がるか」という視点では、Oliver (1980) は『期待／不一致モデル』を提示し、知覚品質は顧客満足の先行要因として捉えている。Parasuraman et al. (1985) は、サービス品質を顧客の知覚に依存するのものと捉え、顧客満足を顧客の知覚品質としている。さらに、Dagger et al. (2007) は、自ら提起したサービス品質に関する完全な概念モデルで、サービス品質が顧客満足に大きな影響を与えていると示している<sup>46</sup>。

第二に、「顧客満足がサービスの知覚品質に影響を与えているか」という視点では、Bitner (1990) はサービス・エンカウンターへの事前期待が顧客満足に影響を与え、顧客満足がサービスの知覚品質に影響を与えるという因果モデルを提示している。彼の研究では、顧客満足は特定経験により形成されるものとされ、知覚品質は特定のサービスに対する評価より、全般的な企業のサービスに対する態度として捉えられている。そのため、知覚品質は顧客満足の結果である。一方、Dabholkar (1995) は、サービス品質と顧客満足との因果関係を顧客によるコンティンジェントものとして捉えている。

最後に、「サービスの知覚品質は顧客満足と別々で論議できるのか」という視点では、知覚品質と顧客満足の因果関係の捉え方の相違の背景として、Spreng, Shi, Page (2009) は、顧客満足を一回のサービス経験への評価と定義し、知覚品質を複数回の経験の累積結果と定義する場合、その因果関係の捉え方に相違が生じると述べている。

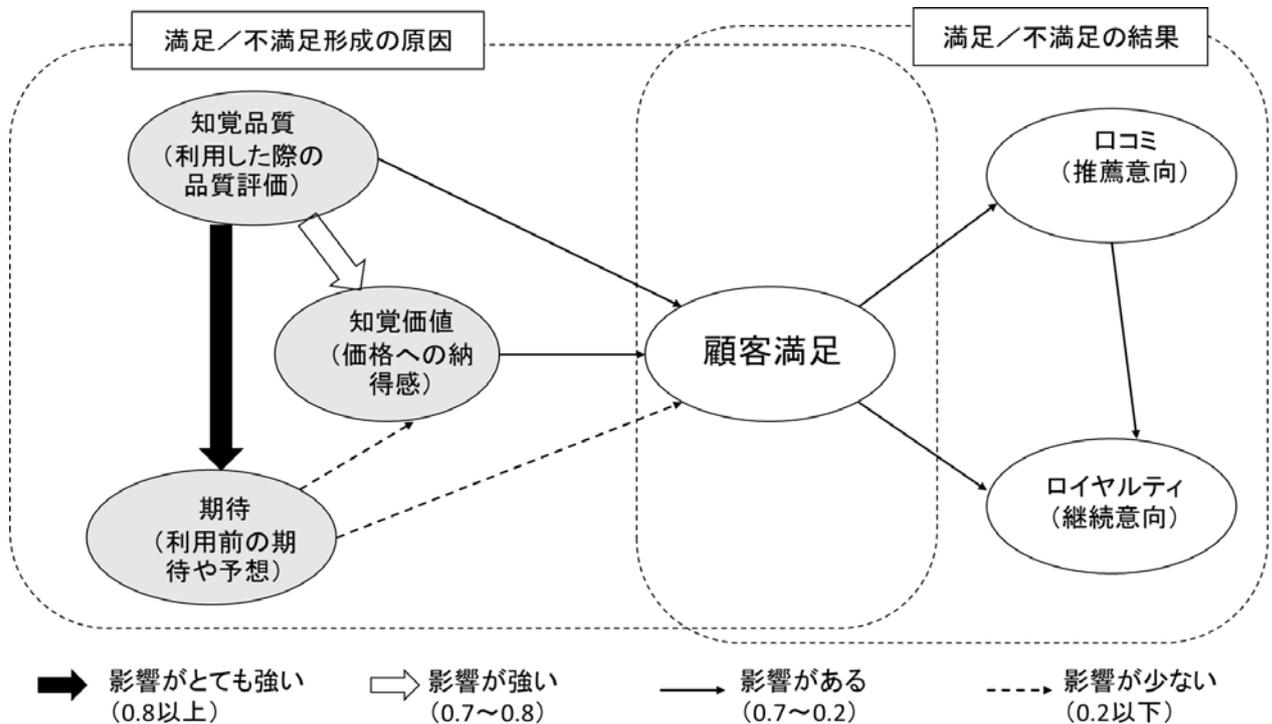
上述のように、知覚品質と顧客満足との因果関係に関する先行研究は主に3つの視点に集約されている。ただし、前述の『サービス・プロフィット・チェーン』からも示されたように、『サービス品質』を『顧客満足』の先行要因とする捉え方が主流となっている。一方、顧客満足に関する既存研究では、主流となっている『期待／不一致モデル』の考え方を基に、さまざまな拡張モデルも提案されている。ここでは、そ

---

<sup>46</sup> Dagger et al. (2007)、p131

の典型的なモデルとして、JCSI<sup>47</sup>因果モデルを取り上げる。(図2-7)。

図2-7 JCSI 顧客満足度の因果モデル



出所：南知恵子他（2010）p7 図表2より一部修正

注：矢印は、『心理的な動き』を示す。数字は『パス係数』という影響指標であり、因果関係の強さを示す。

上記図2-7の顧客満足度の因果関係モデルでは、顧客満足に対して、顧客期待、知覚品質及び知覚価値がそれぞれの程度強く影響を与えているかを、矢印で示している。JCSIの因果モデルでは、顧客期待、知覚品質と知覚価値は、顧客満足度の水準を規定する要因と捉えられている。ここでは、『知覚品質』は顧客の期待の観測変数を購買後の知覚として測定するものであり、全体的評価、個別ニーズへの対応、信頼性及びバラツキの度合といった項目によって測定された<sup>48</sup>。また、『知覚価値』は、知覚された金銭的犠牲についての質問項目で測定された。すなわち、①品質に対する価格の妥当性（品質に見合った支払金額か）、②価格に対する品質（支払金額に見合った品質か）の妥当性、及び③他社との比較による割安感の側面から図られている。最後に、顧客満足の結果要因に関わる構成概念は、クチコミとロイヤルティにかかわる多項目の質問によって測定され<sup>49</sup>、つまり、顧客満足が口コミとロイヤルティを促す源泉になっていることが示されている。

<sup>47</sup> Japanese Customer Satisfaction Index（日本版顧客満足度指数）

<sup>48</sup> 小野（2010）、p26

<sup>49</sup> 小野（2010）、p26

## 2.3 顧客満足の重要性について

本節では、患者満足度と関連する顧客満足度の重要性及び顧客満足度の構成要素に関する先行研究を行った。

### 2.3.1 顧客満足度の重要性

顧客満足度の重要性は、近年、社会的に注目され、研究面でも実務面においても幅広く取り上げられている。顧客満足度を向上させれば、顧客ロイヤルティも連鎖的に向上させることができるという前提が、顧客満足研究や企業における顧客満足度向上のための戦略展開において受け入れられている。嶋口（1997）では、顧客満足は事業理念として位置付けされており、顧客の創造と維持は事業目的として重要であるとされている。さらに、嶋口（2004）は、現代の競争時代において、企業の活力は長期継続的な顧客ロイヤルティの獲得・維持に向けて、全エネルギーを注ぐことによって示されると主張している<sup>50</sup>。

一般的に、顧客満足度の向上は収益等の業績向上を導くと主張されている（Heskett et al.1994、Oliver1999 等）。ここでは、2.2.3 で述べた Heskett et al.(1994)によるサービス・プロフィット・チェーン（図 2-6 参照）が挙げられる。Heskett et al.(1994)は、サービス・プロフィット・チェーンの概念を提示し、顧客満足と収益との関係を示している。そこでは、従業員の満足度がサービスの価値を高め、サービスの価値を高めることにより顧客満足が得られるという連鎖は示されている。さらに、彼らは、顧客満足を継続率の先行要因として捉え、高い顧客満足度が高い継続率に繋がり、高収益に導くと主張している。つまり、企業の長期にわたる高収益を確保するには、顧客の維持・継続が必要となる。顧客の維持と継続を実現するためには、顧客満足度を向上させることが必要であると読み取れる。

同様に、Gomez et al.（2004）は、小売業に関する研究において、CSSP（顧客満足、販売成果）のフレームワークを提示し、顧客満足の向上によって販売成果が得られるとしている。

また、Kotler et al.（2006）は、マーケティングの視点から、顧客満足は既存顧客維持を握るカギであり、顧客のロコミや購買頻度に繋がると述べている。

一方、経営学の視点から、南（2010）は、「顧客満足度を測定し、顧客の目線から見た企業への評価は、企業のマーケティング戦略や業務改善へ導く<sup>51</sup>」と述べ、顧客満足度の測定による経営改善の重要性を主張している。

---

<sup>50</sup> 嶋口（2004）、p3

<sup>51</sup> 南（2010）、p3

### 2.3.2 顧客満足度の構成要素

既存の顧客満足度に関する研究では、『期待／不一致モデル』が一般的に採用され、つまり、消費したサービスやモノの知覚成果（パフォーマンス）が顧客の保有する評価基準を上回る場合には満足が形成され、下回る場合には不満足が形成される（Oliver 1980、1981）。

また、品質要素の分類や、品質要素の充実度と顧客満足度との関係に関する研究も数多く行われている。Dagger（2006）は、技術的品質が満足度に大きく影響することに対し、機能的品質の影響力がやや弱めであると主張している。Cronin, J., M. K. Brady, and G. T. M. Hult（2000）は、品質、価値、顧客満足は顧客の行動意図から直接に影響を受けると同時に、品質、価値も間接的に顧客の行動意図に影響していると論じている。

一方、「全ての品質要素が同じではなく、要素ごとに異なる顧客満足をもたらす」という視点が国際的に支持されている（狩野ら 1984、嶋口 1994、厚生労働省 2001）。さらに、藤村（2009）は顧客満足の構成要素として、『期待』、『スクリプト』、『衡平性』、『ノルム』の4つを提唱している。

本研究は、主に狩野らの研究を引き継ぎ新たなモデルを提唱した嶋口による『本質サービス』と『表層サービス』の概念、『狩野モデル』に関する理論ならびに、藤村が医療分野に応用した『期待』『スクリプト』『衡平性』及び『ノルム』を本論文の実証分析における分析フレームワークとして利用した。

#### 1) 狩野らによる品質要素の分類（狩野ら 1984）

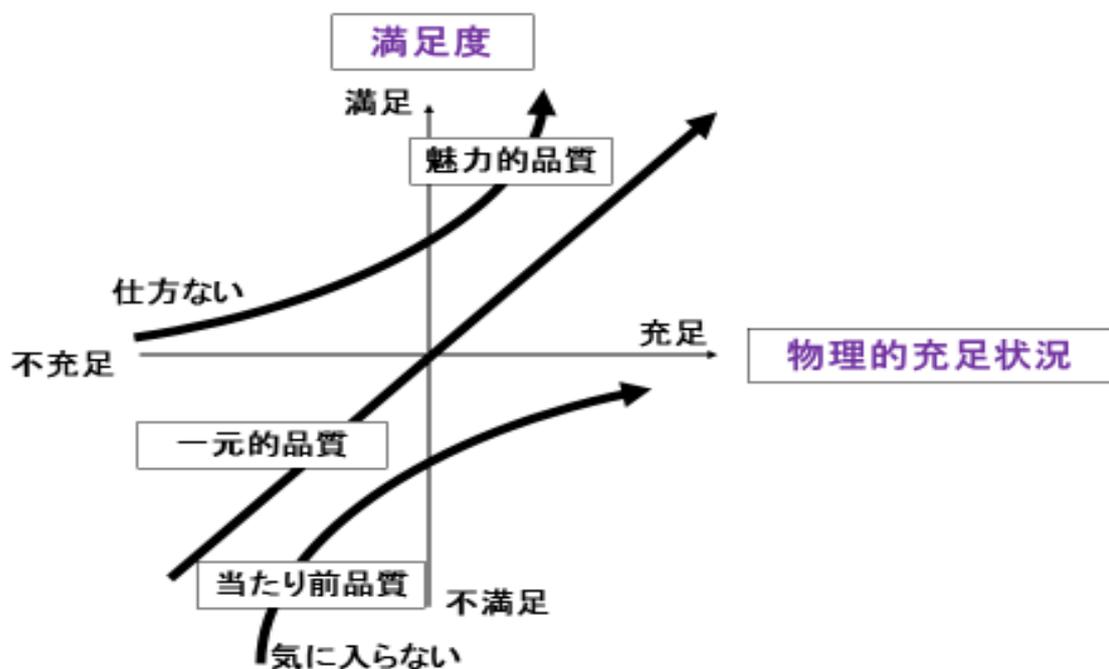
狩野ら（1984）は顧客満足度に影響を与える品質要素の分類に焦点を当て、品質要素を5つに分けた（表 2-5）。さらに、5つの要素の中の『魅力的品質』、『一元的品質』及び『当たり前品質』の3つの主要要素によって、『狩野モデル（図 2-8）』を提唱した。

表 2-5 品質要素の分類

品質要素	定義
魅力的品質	それが充足されれば満足を与えるが、不充足であっても仕方がないと受けとられる品質要素
一元的品質	それが充足されれば満足、不充足であれば不満を引き起こす品質要素
当たり前品質	それが充足されれば当たり前と受けとられるが、不充足であれば不満を引き起こす品質要素
無関心品質	充足でも不充足でも、満足も与えず不満も起こさない品質要素
逆品質	充足されているのに不満を引き起こしたり、不充足であるのに満足を与えたりする品質要素

出所：狩野ら（1984）より筆者作成

図 2-8 狩野モデル



出所：狩野ら（1984）p41 図・1の（b）を参照

上記の図2-8のモデルによると、あらゆる品質要素が同じく重要なわけではなく、要素ごとに、その充足程度によって異なる顧客満足をもたらす。したがって、顧客満足を高めるには、品質要素の分類あるいは属性を明確にし、それぞれの特性に応じて改善策を立てることが重要である。

## 2) 嶋口による『本質サービス』及び『表層サービス』

一般的に、提供されるサービスを構成する要素は多様であるため、顧客満足度を高めるためには、提供しているサービスの属性や特徴などを把握する必要がある<sup>52</sup>。サービスの属性に関して、嶋口（1994）はサービス主体が提供しているサービスを『本質サービス』と『表層サービス』に分類している（表2-6）。また、厚生労働省（2001）も「CS向上にあたっての留意点として、提供しているモノ・サービスの内容を本質サービス（機能）と表層サービス（機能）に分類することができる<sup>53</sup>」と述べている。

嶋口（1994）の定義によると、「本質サービスとは、顧客が支払う代価に対して当然受けうると期待しているサービス属性である<sup>54</sup>」。例えば、銀行預金の本質サービスについて、嶋口（1994）は「顧客の秘密を守って預金を守る『安全性』、計算ミスなどのない『確実性』、顧客の貧富や身なり状況で顧客を差別しない『公平性』等がそれに当たる」と述べている<sup>55</sup>。それに基づいて、厚生労働省（2001）は、医療における本質サービスとして、病状説明や治療技術などを取り上げている<sup>56</sup>。

一方、同氏の定義によると、「表層サービスとは代価に対して必ずしも当然と思わないが、あればあるに越したことがない期待サービスのことである<sup>57</sup>」。例えば、銀行の場合は、ロビーの雰囲気や、窓口職員の対応などがあてはまる。病院の場合は、院内の施設・設備や職員の親切さ、清潔度等が対応する。

表2-6 本質サービスと表層サービスの分類

事例	本質サービス	表層サービス
銀行	<ul style="list-style-type: none"> <li>・安全性</li> <li>・確実性</li> <li>・公平性</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・雰囲気</li> <li>・親切</li> <li>・ユニフォーム・イメージ</li> <li>・美人</li> </ul> <p style="text-align: right;">等々</p>
乗用車	<ul style="list-style-type: none"> <li>・基本性能</li> <li>・安全性</li> <li>・耐久性</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・デザイン</li> <li>・色合い</li> <li>・各種アクセサリや装備</li> <li>・ブランドイメージ</li> <li>・保証サービス</li> </ul> <p style="text-align: right;">等々</p>
タクシー	<ul style="list-style-type: none"> <li>・安全</li> <li>・適正料金</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・あいさつ</li> <li>・クリーンな車</li> <li>・周辺知識</li> <li>・おしぼりサービス</li> </ul> <p style="text-align: right;">等々</p>

出所：嶋口（1994）p67表5

<sup>52</sup> 嶋口（2004）、p80

<sup>53</sup> 厚生労働省（2001）、p105

<sup>54</sup> 嶋口（1994）、p66

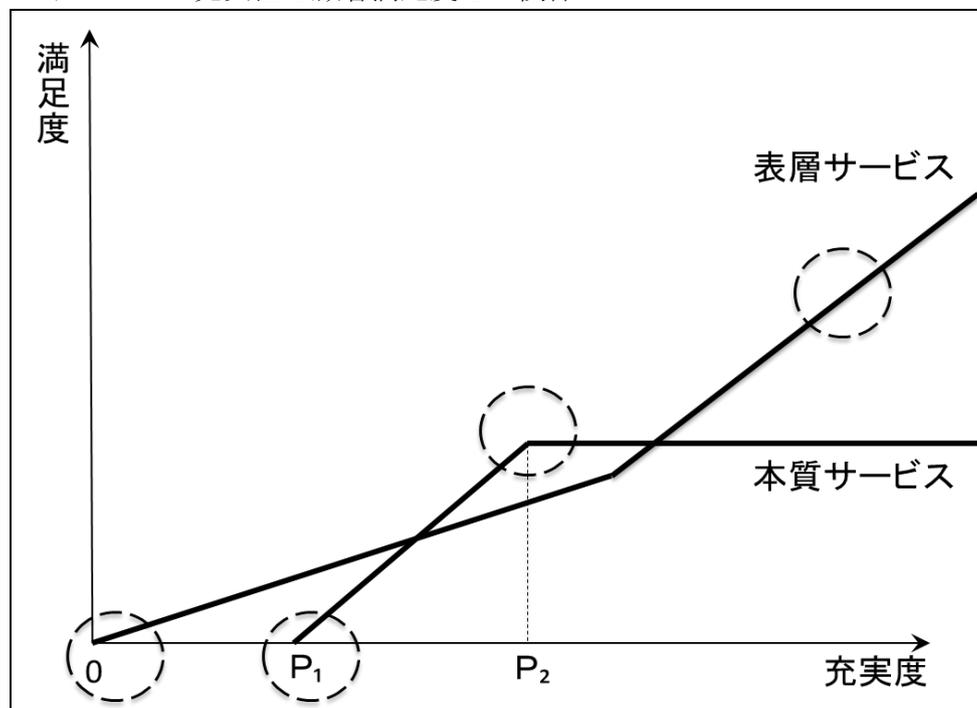
<sup>55</sup> 嶋口（1994）、p66

<sup>56</sup> 厚生労働省（2001）、p105

<sup>57</sup> 嶋口（1994）、p66

さらに、嶋口（1994）は提供するサービスの属性に基づき、本質サービスは主に顧客の不満足形成に、表層サービスは主に満足形成に影響を及ぼすと仮定している（図2-9）。

図2-9 サービスの充実性と顧客満足度との関係



出所：嶋口（1994）p68 図4 より一部加筆

上記の図2-9によると、本質サービスは、最低許容水準（ $P_1$ ）以下のレベルになると、満足度の水準がマイナスになってしまい、つまり、不満足につながる。しかし、その最低許容水準以上にサービス充実度を上げて、ある程度（ $P_2$ ）まではそれに応じて上昇するが、その充実点を超えてからは水平状態となり、上昇しなくなるということである。通常、提供されるサービスが本質的に持つ属性、本質的機能について、ある水準を下回ると人は不満を感じる。つまり、本質サービスは、顧客の不満を形成する重要な要素であり、顧客満足度水準の限界値形成に繋がる。

一方、表層サービスの場合、サービスの充実度がゼロであっても、満足度の水準がマイナスにはならないので、満足でも不満足でもない状態となる。しかし、そのサービスを充実させていくほど、満足度も上昇していくということが分かった。本来備わっている必要のない属性なため、多少低い水準であっても、不満には結び付きにくい。つまり、表層サービスは、顧客満足度の水準を直接的に向上させるための重要なサービスである。

### 3) 本質サービス及び表層サービスの具体例

医療サービスは、診察や検査等のような患者にとって本質的なものから、職員の接遇、待合室でのアメニティや病院へのアクセス、各種情報提供など様々なものが含まれる（嶋口 2004）。

本研究は嶋口による『本質サービス』及び『表層サービス』の概念に基づき、厚生労働省で考える医療サービスを評価する際の視点を踏まえ、それぞれにあてはまる具体例を提示した。特に、医療機関の場合は“治療技術”や“病状説明”が『本質サービス』としてあげられ、一方、“医師・看護師の接遇”、“病院・病室の雰囲気”、“待ち時間”などが『表層サービス』としてあげられる（表 2-7）。

表 2-7 本質サービス及び表層サービスの具体例

事例	本質サービス	表層サービス
銀行	<ul style="list-style-type: none"> <li>・安全性</li> <li>・確実性</li> <li>・衡平性</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・雰囲気</li> <li>・親切</li> <li>・ユニフォーム・イメージ</li> <li>・美人</li> </ul> <p style="text-align: right;">等々</p>
タクシー	<ul style="list-style-type: none"> <li>・安全</li> <li>・適正料金</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・あいさつ</li> <li>・クリーンな車</li> <li>・周辺知識</li> <li>・おしぼりサービス</li> </ul> <p style="text-align: right;">等々</p>
医療機関	<ul style="list-style-type: none"> <li>・治療技術</li> <li>・病状説明</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医師・看護師の接遇</li> <li>・病院・病室の雰囲気</li> <li>・食事のメニュー、味</li> <li>・待ち時間</li> <li>・診察予約</li> </ul> <p style="text-align: right;">等々</p>

出所：厚生労働省（2001）p105 図表 2-2-3 参照

#### 4) 『期待』、『スクリプト』、『平衡性』及び『ノルム』

顧客満足に関する先行研究では、『期待／不一致モデル』に基づくものが典型的である（Oliver1980、小野 2010 等）。一方、藤村（2009）は、『期待／不一致』に基づいた顧客満足の評価基準の不十分を指摘し、顧客満足の構成要素として、『期待』『スクリプト』『平衡性』及び『ノルム』をあげている。

##### (1) 期待

期待は主に当該ブランドに対する顧客の購買経験に基づいて形成される。一般的に、顧客の満足／不満足は期待とパフォーマンスのギャップによって形成される。ただし、期待や知覚成果の水準自体も顧客の満足／不満足に影響を与えるのである（Oliver 1980、Churchill and Surprenant 1982）。つまり、期待水準が同じで、正の不確認であっても、知覚成果が高いほど満足が高くなる。一方、知覚成果が同じで正の不確認であ

っても、期待水準が高いほど満足が高くなる。また、正の不確認の程度が同じでも、期待水準が高い方が満足も高くなる（藤村 2009）。それについて、上原（2009）はホテルを対象とした実証分析を通じて、「経験値—期待値間のギャップがある程度プラスで、サービス利用前に抱く期待値が中水準であることが顧客満足度を高める。」と主張している。したがって、顧客満足度を向上させるには、顧客が事前に抱かせる期待値を一定水準まで高めることも重要である。

以上より、顧客満足は期待と知覚成果との比較によるものだけでなく、期待と知覚成果の水準にも影響を受けている。したがって、藤村（2009）はより正確的に顧客満足を把握するには、定期的に調査を実施することが必要であると主張している。

## (2) スクリプト

医療サービスを含め、サービスのデリバリーにおいては、顧客（患者）参加が不可欠である（Donabedian 1980、Grönroos 2013）。中でも、Gallan et al.（2013）はポジティブな情緒と高い参加度が高い知覚品質と患者満足度につながると主張している。そこで、顧客の参加と協働を適切に導くものにかかわる重要な概念として、『スクリプト（台本）』があげられている（Schank and Abelson 1977、Abbott and Black 1980、Smith and Houston 1983、Bateson 1991）。『スクリプト』とは、認知心理学の分野でよく知られている記憶構造のことであり、1980年代から消費者の意思決定の研究分野において、関連する研究が増えてきている（Erasmus et al. 2002）。

### a. 『スクリプト』の定義

『スクリプト』の定義について、Schank and Abelson（1977）によると、「スクリプトは特定の状況において、適応する一連のイベントを記述する構造をもっている。スクリプトは、複数のスロット（計画上の位置や場所）で形成され、また、それらのスロットを満たすことが出来るもの（イベント）に関する条件によって形成される。さらに、一つのスロットの中にある事（イベント）が他のスロットにあることに影響するという相互関連的な構造となっている。したがって、スクリプトは行動のあらかじめ定められた型にはまった順序であり、よく知られている状況を明確にするものである。<sup>58</sup>」と述べている。上述の定義によると、『スクリプト』には時間的・因果的順序において関連する一連の出来事が含まれ、さらに、それらの出来事は事前に定められた形に従っているため、将来の出来事を容易に予測できる機能もあると推察できる。

また、Abbott and Black（1980）は上記の定義を拡張し、「日常的なスクリプトは、日々反復的に発生されているため、行動がある既定の形に定められた出来事に関する

---

<sup>58</sup> Schank and Abelson（1977）、p41

知識を表し、意図された出来事に関する標準的行動、特性及び対象から構成される<sup>59)</sup>と定義している。

Smith and Houston (1983) は、『スクリプト』を「イベント・スキーマ<sup>60)</sup>あるいは知識の精神的な表現であり、日々反復的な出来事において、通常発生する順序を構成する一連の行動を規定する一般的な知識である<sup>61)</sup>」と定義している。

また、Humphrey et al. (1994) によると、「スクリプトとは、サービスの取引を導くと同時に、サービスの提供者に利用できる代替案を指定する認知的な構造である。<sup>62)</sup>」と説いている。さらに、同氏は、高度に開発された『スクリプト』によって、サービス提供者は顧客のニーズに迅速に対応することを実現できると主張している。一方、彼らは『スクリプト』の繰り返しの頻度が高いと、顧客のニーズが無視される可能性もあると指摘している。

以上の既存研究から、『スクリプト』について、①時間的、②因果的、及び③予測機能の3つの特質を確認した。『スクリプト』によって、行動を評価する際に、実際のサービス(行動)がスクリプトで定義された期待値と一致する場合はプラスの評価に繋がり、不一致の場合はマイナスの評価を導くため、不一致パラダイムによるモデルと近似している<sup>63)</sup>。

## b. 『スクリプト』の医療分野における応用

藤村(2009)は入院部門で導入されている『クリニカルパス<sup>64)</sup>』について、『スクリプト』を医療サービスの分野における典型的な応用例として捉え、患者満足度の向上に貢献していると述べている。

病院における『クリニカルパス』の活用に関する既存研究では、荒木(1999)は、1999年6月~11月に、整形外科手術を受けた患者53人を対象に、『クリニカルパス』の導入が患者満足度の向上に有効であるかについて比較検討した。結果、『クリニカルパス』の導入によって、患者の不安が解消され、医師・看護師による説明の内容も視覚的にわかるようになり、理解しやすくなり、さらに、統一した説明が行えるようになったと判明し、『クリニカルパス』の効果が確認された。一方、『クリニカルパス』の作成によって、疾患に対する看護師の知識の向上が図られたという効果も明らかになった。

鈴木ら(2001)は、鈴鹿中央総合病院において、冠動脈造影(CAG)の『クリニカル

<sup>59)</sup> Abbott and Black (1980)、p5

<sup>60)</sup> スキーマ (schema) は、記憶に所属されている特定の資源ドメインに関する一般的なものの単位であり、そのドメインの特定のインスタンスに関する情報の処理を導く (Smith and Houston 1983)。

<sup>61)</sup> Smith and Houston (1983)、p60

<sup>62)</sup> Humphrey et al. (1994)、p175

<sup>63)</sup> Smith and Houston (1983)、p60

<sup>64)</sup> クリニカルパスとは、治療や検査の手順及び流れを説明するため、入院中の予定をスケジュール表のようにまとめた入院診療計画書である。

パス』を使用した患者を対象にアンケート調査を行い、患者の視点から『クリニカルパス』の活用によって、患者満足度の向上にどのように効果があったのかを検証した。結果、前述の荒木（1999）とほぼ同様な結果が得られた。つまり、入院前の説明で98%の患者が内容を理解していたと判明し、『クリニカルパス』の活用は患者の不安解消や病院への信頼性にもつながることが分かった。

また、原ら（2001）は患者・家族の満足度を高める患者用『クリティカルパス』の活用とその効果を測定するために、入院患者を対象に、アンケート調査を行った。結果、①入院や手術に対する不安を軽減、②検査や治療が安心して受けられ、またどういふ経過を辿るかという不安を軽減、③患者の自立を助け、治療に積極的に参加可能、④家族の協力の獲得、及び⑤医療スタッフが患者の回復に参画している喜びを感じることが可能といったことが確認され、『クリニカルパス』の患者満足度の向上に対する正の影響力が検証された。

以上の既存研究より、医療サービスのようなプロフェッショナル・サービスでは、医療従事者と患者との間で情報の非対称性が生じる可能性がある。そのため医療従事者側は患者に将来的に起り得る可能性のある出来事についての情報を積極的に提供することが重要となる。これら情報の提供は、患者にとって今後受ける医療サービスの時間的・因果的な一連の出来事、及びその最終治療結果を予測し得る可能性が増す。

したがって、本論文の実証分析において、『スクリプト』は患者参加型医療の視点から、患者が、一般的に入院期間中において発生すると予測できる一連の活動から構成される『台本』と捉えた。入院期間中において、患者が参加できる場面（出来事）を順序的に想定し、入院に関する事前説明、医師・看護師の対応への予測、治療方針の策定においての患者の参加、治療以外においての患者の自由な行動への参画、予定外の状況の発生への認識と対応などの側面について、『スクリプト』と患者満足度の関係を検討する。

### (3) 衡平性

社会学者である Homans（1958）は、社会的交換の視点より、比較する行為から感じる公正感の問題に着目した。いわゆる、人は他人に与えたモノと、他人から得たモノとの均衡を維持しながら、取引におけるバランスを保つ傾向がある<sup>65</sup>。Adams（1963、1965）は、上記の論点をさらに拡張し、賃金格差の下での社会的交換における衡平理論（equity theory）を提示し、不衡平感が発生する条件及びそれを低減または解消する手段を示している。彼は以下のような式を提示し、衡平理論を述べている。ここで、 $p$ （person:1個人）と  $a$ （another:他者）の二者において取引があった場合に、 $O$ は取引から得る産出物、いわゆるアウトカムを指し、 $I$ は投入物、インプットを指している。

---

<sup>65</sup> Homans（1958）、p606

そこで、

$\frac{O_p}{I_p} > \frac{O_a}{I_a}$  あるいは  $\frac{O_p}{I_p} < \frac{O_a}{I_a}$  の場合は不衡平な状態となる。

一方、 $\frac{O_p}{I_p} = \frac{O_a}{I_a}$  の場合は衡平性が保たれた状態である<sup>66</sup>。つまり、人は一個人の産出物（得たもの）と投入物（与えたもの）の比率で自分の分を他者の比率との比較で大きいあるいは小さい場合、不衡平を感じ、不満な状態を導く。一方、両者の産出物と投入物の比率が同じ場合、人は衡平を感じる。

さらに、衡平理論は社会的交換に関する研究分野だけでなく、マーケティング分野の顧客満足に関する研究でも多数の研究が行われている（Huppertz et al.1978、Fisk et al.1985、Oliver and Swan 1989）。

Huppertz et al.（1978）は、小売業の取引を対象に、『高価格』と『低サービス』の2つの要因を取り上げ、買物の頻度と商品コストを導入しながら、それによる『不衡平』を16の仮定状況によって検証を行った。結果、価格による不衡平が低い場合、価格またはサービスが高ければ、顧客はより不衡平を感じると判明している。一方、価格による不衡平が高い場合、買物の頻度が高ければ顧客はより不衡平を感じると述べている。

また、Fisk et al.（1985）は『待ち時間』と『価格』を取り上げ、航空会社を対象に、衡平性と顧客満足間の合成概念を探索した。結果、衡平性は顧客サービスに不可欠な概念となり、不衡平は不満につながり、顧客の維持にも負の影響を与えると判明した。

中でも、特に、Oliver and Swan（1989）は、自動車購入者を対象に、衡平による知覚を取り上げ、フィールド研究を行った。研究結果から、①投入物と産出物の比較によって、衡平あるいは不衡平が形成される。②高い成果は正の不衡平（自分の産出物／投入物の比は比較対象より大きい）に深く関連している。③一般的に正の不衡平が満足につながる<sup>67</sup>といったことが検証された。こちらの結果は、前述のAdams（1965）による衡平理論と異なり、すべての不衡平が不満に導くのではなく、負の不衡平（自分の産出物／投入物の比が比較対象より小さい）は不満に繋がり、一方、正の不衡平は満足を導くと示している。

以上の既存研究から、商品の取引あるいはサービスの提供プロセスにおいて、顧客は何らかの評価基準を持って、自分の産出物と投入物の比率と他人との比較によって、満足または不満を形成している。一般的に、その比率が均衡あるいは正の不衡平の場合は満足が形成され、負の不衡平は不満を導く。しかし、医療サービスの場合、医療サービスのコア品質である専門的知識・技能品質の評価には専門的知識を必要と

<sup>66</sup> Adams（1965）、pp.280～281

<sup>67</sup> Oliver and Swan（1989）、p34

し、患者には評価が困難である。そのため、一般的に外来患者は診察の時間や待ち時間、入院患者は医師の診療頻度や診療に費やした時間を産出物の評価指標として用いて、同室の患者と比較することで満足または不満足の形成を行うことが多い（藤村 2009）。

#### (4) ノルム

藤村 (2009) は、選択あるいは使用後の知覚成果を評価するための構成要素として、前述の『期待／不一致モデル』の『期待』以外に、『ノルム』という『理想的期待』を提案している。前述の『期待』は一般的に、顧客自身の過去のサービス（製品）利用経験に基づいて形成され、態度形成の基礎となる（佐藤 2010）。

Miller (1977) は、消費者が性能評価の比較基準として使用する期待の種類を明示し、『期待』のタイプとして、『理想的期待 (can be)』、『予期的期待 (will be)』、『最小許容期待 (must be)』及び『正当的期待 (should be)』<sup>68</sup>を取り上げている。『理想的期待』は、消費者が望んでいる水準 (wished for) であり、過去の経験、学習、情報、広告、クチコミ及び販売約束などに関わり、顧客のニーズを満たすために製品・サービスが達成すべき (can be) 成果水準<sup>69</sup>である。また、『規範的期待』、『希望的期待』、『理想的成果』などを提唱している研究者もいるが、これらは Miller の『理想的期待』とほぼ同義である<sup>70</sup>。

そこで、Woodruff et al. (1983、1987) は、『期待／不一致モデル』の『期待』と区別するために、『理想的期待』を『ノルム』または『経験ベースのノルム』と呼んでいる。彼らは、レストラン（ファミリーレストランや喫茶店等）での食事を事例として取り上げ、『製品ベースのノルム』、『ブランドベースのノルム』及び『ブランド期待』の3つの評価基準と顧客満足との関係を検討し、下記の図 2-10 の関係図を提示している。

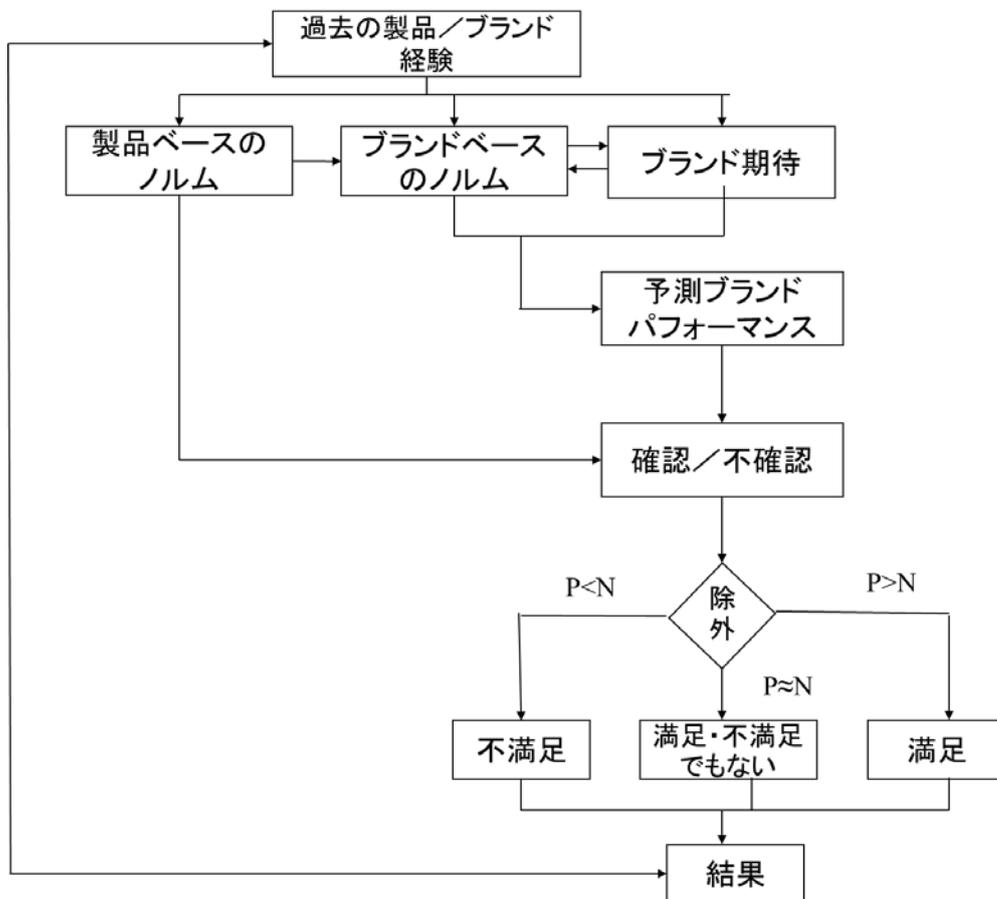
---

<sup>68</sup> Miller (1977)、p72

<sup>69</sup> Miller (1977)、pp.76~77.

<sup>70</sup> 佐藤 (2010)、p49

図 2-10 経験ベースのノルムと顧客満足との関係図



出所： Woodruff et al. (1983) p297、図 1

『製品ベースのノルム』は、ある製品カテゴリーに属する類似した複数のブランドが有している平均的な成果水準を意味し、消費者の多数のブランド経験から導かれる<sup>71</sup>。『ブランドベースのノルム』は、ブランド全体にわたる経験の蓄積から生じるものであり、特定の製品カテゴリーに属するブランドの典型的な成果水準（例えば、最も好きなブランド、流行のブランド、最後に購入したブランドなどがあげられる）<sup>72</sup>を指している。『ブランド期待』は、『期待/不一致モデル』における『期待』とほぼ同じ意味であり、当該ブランドに対する期待のことを意味している。

Woodruff et al.の分析結果から、『ノルム』は当該ブランドだけでなく、他の類似のブランドや同一ニーズを満たすことで競合関係にある製品クラス全体などにも影響されていると分かった。

したがって、医療サービスの場合、『ノルム』は当該医療サービス組織の利用経験や関連情報だけでなく、同じ医療サービス・カテゴリーにある他の医療サービス組織

<sup>71</sup> Woodruff et al. (1987)、p306

<sup>72</sup> 同上

の利用経験や関連情報、ホスピタリティ・サービスに属する他のサービス組織の利用経験などにも影響される（藤村 2009）。例えば、「市立病院である以上は、地域医療の中核病院としての医療水準を有するべきである」とのような期待が『ノルム』に当てはまると想定する。一般的に、『期待』よりも、『ノルム』の方が顧客の要求の水準は高く、それが充足されることを望む程度も強い<sup>73</sup>。

以上より、一般的に、顧客満足構成要素について、『期待／不一致モデル』が最も支持され、比較基準として『期待』を採用することが多い。しかし、以上の既存研究より、顧客（患者）満足度の視点から、製品・サービスを評価する際に、従来の『期待』以外に、『スクリプト』、『衡平性』及び『ノルム』も重要な構成要素であると推察できる。そこで、本論文では、第 6 章の実証分析において、入院患者満足度調査の結果を用いて、『スクリプト』、『衡平性』及び『ノルム』と患者満足度との関係を数理的により精緻な視点から検証する。

## 2.4 医療サービスの品質および患者満足について

### 2.4.1 医療サービスの品質とは

本研究において論じる医療サービスの品質は患者による知覚品質を意味している。理由として、①サービス品質のコア部分は医療のパフォーマンスなどの無形なものであり、サービスの選択意思決定過程においては、顧客はその品質の本質的要素を評価するのが困難なため、表層的要素（接遇や施設・設備等）によって、間接的にサービス品質を推測することが多く、②品質はそれを消費する顧客の立場から評価されるべきであるといった側面があげられる。

医療サービスの品質の定義について、今日においても有力である定義としては 1980 年の Donabedian による、「質の高い医療とは、治療の全過程で期待しうる効果と、予期しうる損失とのバランスの上でもたらされる患者の福祉を、最大化できる医療である<sup>74</sup>」という定義があげられる。また、アメリカ医師会は 1984 年に、質の高い医療を「生活の質の改善及び生命の長さの管理に確実に貢献する医療」と定義している。さらに、最近よく引用される定義は、1990 年にアメリカ医学研究所によるものである。その定義によると、医療サービスの品質は、「個人及び集団を対象とした利用サービスにより、健康に望ましい結果を導く可能性を高める度合であり、かつそれが最新の専門的知識と矛盾しない程度のももの<sup>75</sup>」と捉えられている。

そこで、本論文では、一般的に広く知られている Donabedian の医療サービスの品質の概念を踏まえ、『医療サービスの品質』を定義する。Donabedian は医療サービス

<sup>73</sup> 藤村（2009）、p146

<sup>74</sup> Donabedian(1980)

<sup>75</sup> 岩崎（1998）、pp.8~9

の品質を『構造』、『過程』および『アウトカム』という3つの構成部分に分けた<sup>76</sup>。『構造』とは、どのような外的環境で、どのような患者層に、いかなる物的資源（設備）を整えるかのことである。『過程』は医療をどのように提供するかのことを指す。『アウトカム』とは提供される医療に起因する個人や集団における変化のことである<sup>77</sup>。それらの詳細については、後述する。

上記の Donabedian による医療サービスの品質の3つの側面から、本論文は「良質なアウトカムに導く医療サービスの提供過程<sup>78</sup>」という医療サービスの品質の定義を用いる。

#### 2.4.2 医療サービスの品質の構成モデルについて

医療サービスの品質の構成モデルに関しての先行研究が多数行われている（Donabedian 1980、Dagger et al.2007、藤村 2009 等）。医療サービスの品質を構成または測定するためのモデルの次元についての既存研究は、主に3次元、4次元と5次元といった視点によって展開されている。

##### 1) Donabedian (1980) による医療サービスの品質のモデル

前述のように、Donabedian (1980) によると、医療サービスの品質は、『構造』、『過程』および『アウトカム』といった3つの側面から構成されている。

『構造』とは、医療が提供される条件を構成する要素のことである。『構造』には、①施設や設備などの物的資源、②医師や看護師などの専門職の数、資格などの人的資源、および③医師や・看護師の組織、医療費の支払い方法などの組織的な特性などが含まれている。

『過程』とは、医療を構成する活動のことで、医療内容やその流れを意味する。ここでは、①診断、治療、リハビリテーションなど、通常は専門職によって提供される医療活動、②患者や家族などの医療への参加や、医療者と患者の関わり方といった2つの要素があげられる。つまり、医療サービスの提供過程は『技術的要素』と『人間関係的要素』から構成されている。したがって、過程品質を評価する際に、技術的ケアの質が高くても、患者への接遇が悪いといった人間関係上のケアの質の低下によって、医師への評価が低くなる可能性もある。つまり、医療サービスの品質を評価する場合、この『人間関係的要素』は不可欠である。

『アウトカム』とは、『構造』及び『過程』によって患者にもたらされた結果のことである。この結果には、①患者の健康状態の変化、②患者または家族が医療サービスを通じて得た将来の健康に影響を及ぼしうる知識の変化、③将来の健康に影響を及

<sup>76</sup> Donabedian(1966)、pp.166~206

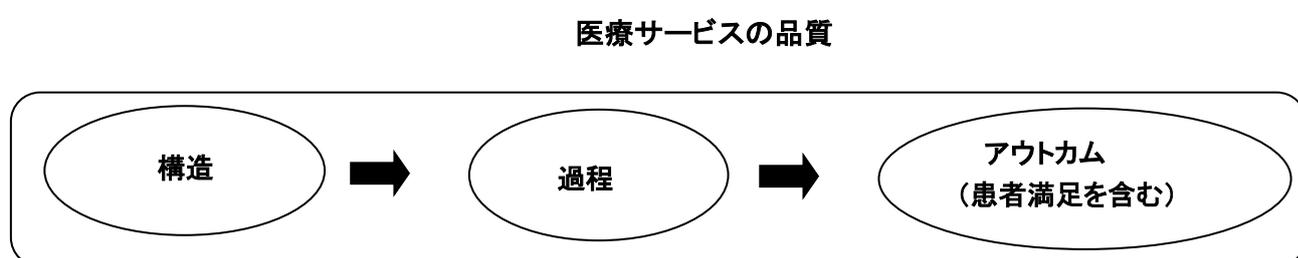
<sup>77</sup> 島津 (2005)、p41

<sup>78</sup> 伊藤 (2003)、p25

ぼしうる患者や家族の行動の変化、④医療及びその結果に対する患者や家族の満足度などのような要素があげられる<sup>79</sup>。特に、患者満足度は結果品質の一つとして捉えられている。

上記で述べた医療サービス品質の3側面における関係を図2-11のように、良い構造は良い過程の先行要因とされ、良い過程は良いアウトカムに導く可能性があると示されている。つまり、Donabedianによる医療サービスの品質の定義から、医療提供の構造と過程の質が高ければ、その結果としてのアウトカムも高くなるということが仮定できる。これによって、医療サービスの品質における患者満足度の位置付けを確認することができた。

図2-11 医療サービスの品質の3つの側面



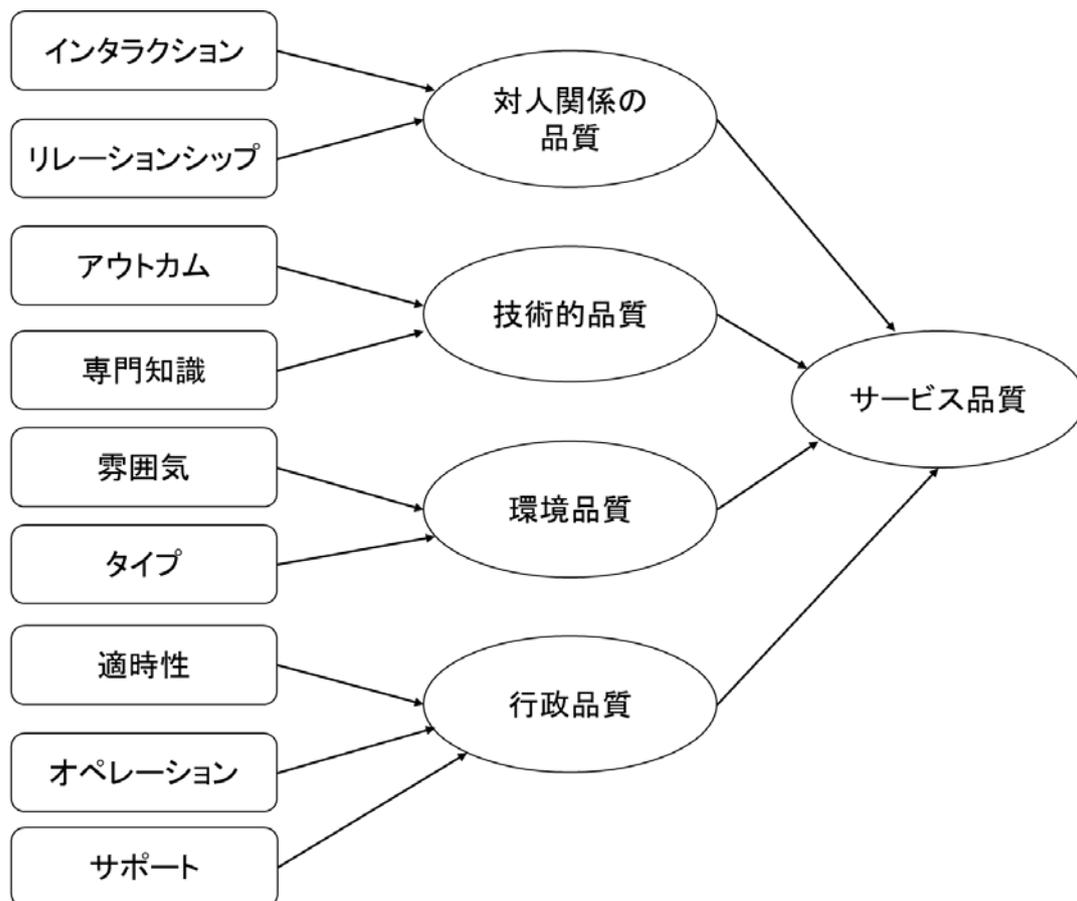
出所：島津(2005)、p43の図2.6より一部修正

## 2) Dagger et al. (2007) による医療サービスの品質の多次元モデル

Dagger et al. (2007) は、定性的研究、腫瘍診療所及び医療従事者に対するフィールド調査によって、医療サービスの品質を測定する多次元階層スケールを開発し、医療サービスの品質の構成モデルを提示した(図2-12)。下記の図2-12から、Dagger et al. (2007) の調査では、『対人関係の品質』、『技術品質』、『環境品質』及び『行政(管理)品質』が医療サービスを構成する主要な次元であると確認された。さらに、4つの主要な次元を駆動する指標として、『インタラクション』、『リレーションシップ』、『アウトカム』、『専門知識』、『雰囲気』、『タイプ』、『適時性』、『オペレーション』及び『サポート』といった9つの項目も規定された。

<sup>79</sup> 島津 (2005)、pp.42~43

図 2-12 Dagger et al.による医療サービスの品質次元モデル

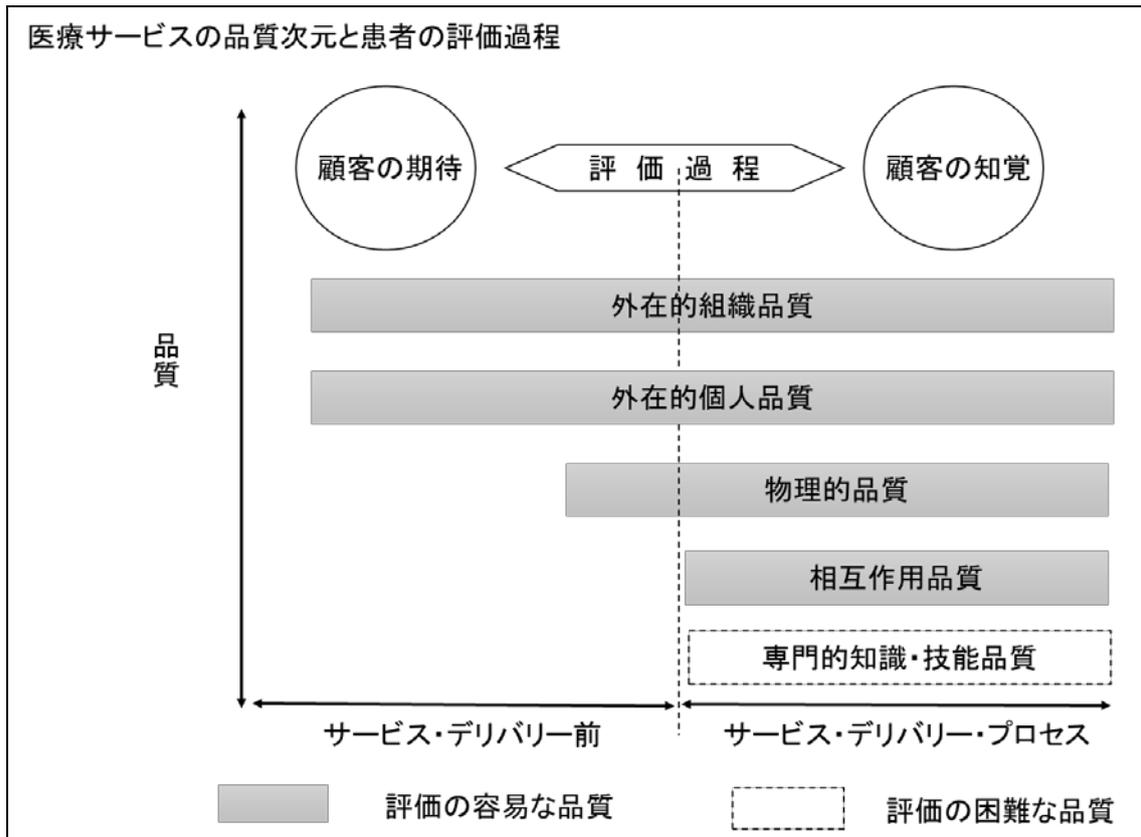


出所：Dagger et al. (2007)、p131 図 1 一部より作成

### 3) 藤村 (2009) による医療サービスの品質の構成モデル

藤村 (2009) は、医療サービスの特徴として、①患者は医療サービスの品質を評価する際に、医療サービス組織のイメージを多く利用し、②医療に関する専門的知識や技能は医療従事者に属しているため、患者の品質評価において組織イメージよりも医師などの医療従事者個人の名声や評判がより重視され、及び③専門的知識・技能品質は患者にとって評価することが困難であるという点を挙げている。それらの特徴に基づき、同氏は、Lehtinen and Laitamaki が提唱したモデルに『外来的個人品質』を加え、以下図 2-13 のような医療サービスの品質の次元モデルを構築した。ただし、患者にとって評価しにくい部分である『専門的知識・技能品質』を破線で示している。

図 2-13 藤村による医療サービスの品質次元モデル



出所：藤村（2009）p68 図 16

上記の図 2-13 のモデルでは、各部分品質は個々に独立しているのではなく、相互に関連しながら全体品質を構成している。特に、①ポジティブな外在的組織品質と外在的個人品質は他の部分品質の評価に対して正の影響を与え、②情報の非対称性から、患者は医療サービスを評価する際に、物理的品質を重視する傾向があるため、専門家からの評価も不可欠であるといった 2 点に注意すべきである<sup>80</sup>。

上記の先行研究を踏まえ、一般的に、医療サービスの品質の構成要素として、『技術的要素』、『人間関係的要素』及び『物理的要素』が挙げられる<sup>81</sup>。さらに、患者満足度は医療サービスの品質の重要な構成要素であると確認された<sup>82</sup>。実際の小樽市立病院の経営において、並木氏も医療サービスの品質を高めることが重要であると主張し、そのためには、①医師の診療技術の質を高めること、②患者サービスの質を上げること、③経営の質を高めることといった 3 つをあげている<sup>83</sup>。

### 2.4.3 患者満足について

<sup>80</sup> 藤村（2009）、pp.67~69.

<sup>81</sup> 伊藤ら（2009）、p391

<sup>82</sup> 伊藤（2003）、はじめに

<sup>83</sup> 付録資料 1 ヒアリング調査 1)

## 1) 患者満足の内容

患者満足とは、提供された医療サービスに対する患者の認識及び評価である。つまり、患者が自分に対して提供された医療サービス（治療行為だけでなく、医師・看護師および職員の対応、病院の施設面、情報提供、病院間の連携機能などのあらゆる側面を含む）に対して、どのように感じているかということの意味する。患者満足度は、顧客満足度と同様に、患者の医療に対する期待から影響を受け、それ以外に患者の生活に対する態度、疾病の特性や受療歴などにも影響される。

2.2.2 で述べた顧客満足の概念に基づき、藤村（2009）は、患者満足を「事前に保有していた評価基準が満たされた、あるいは満たされなかったことにまつわる情動（感情）が、患者の通院あるいは入院経験に関する事前の情動（感情）と結びついた時に生じる凝縮された心理状態<sup>84</sup>」と定義している。

## 2) 患者満足の重要性

第一に、医療の場合は、Donabedian（1980）が主張したように（図2-11）、『構造』としての品質が患者満足を含む『アウトカム』としての品質を生み出すが、その媒介として『過程』の品質が関わることになる。図2-11の医療サービスの品質の関係図において、過程品質は患者満足の先行要因と捉えられ、患者満足の達成は究極の医療サービスの品質を実現させるという関係が示されている。患者満足度は医療の質の評価として根本的な重要性を持つ<sup>85</sup>。つまり、「医療サービスは患者のためのものである<sup>86</sup>」という医療の原点からも、医療サービスの品質を評価する際に、患者の視点が求められている。

第二に、患者の視点は医療サービス品質の評価において本質的に重要である。医療サービスの品質を評価するための主な要因である『人間関係的要素』から、患者からの評価が欠如している医療サービスの品質への評価は十分ではない。受けたサービスを評価するのは患者本人であり、その際の評価は患者の主観的判断に依存する。その理由として、伊藤（2003）は以下の4点を挙げている。

- ① ほとんどの患者は受けた医療サービスを評価している。患者は、提供された医療サービスに対する感想を持ち、日々何らかの評価をしている。それによって、次回も同じ病院を受療するかどうか判断する。患者は自分の疾病や治療について専門的な知識が限られているため、医師や看護師などの対応だけでなく、医療機関の設備なども評価している<sup>87</sup>。
- ② 患者の主観的判断が病院の選択に影響する。病院を選択する際には、患者は何ら

---

<sup>84</sup> 藤村（2009）、pp.134~135

<sup>85</sup> Donabedian（1980）、p27

<sup>86</sup> 付録資料1 ヒアリング調査2)

<sup>87</sup> 伊藤（2003）、p.80

かの情報を、自らの視点で判断している。一般的に、患者は名医・専門医や医療設備などについて正確な情報を持っていない場合が多い。また、広告の制限により、患者にとって、医療機関に関する十分な情報を得ることも難しい。これらのことによって、患者が病院を選ぶ際に、専門的な知識を集めて判断するのではなく、主に患者や家族などの主観的判断に基づく可能性が高まる<sup>88</sup>。

- ③ 患者の権利意識の高まりと説明責任があげられる<sup>89</sup>。第1章で言及したように、近年、医療訴訟が多発している。これは患者の権利意識の高まりや医学的知識の増大と深くかかわっている。しかし、その根本的な要因は医師と患者との信頼関係の崩壊にある。それゆえ、医療ミスや事故軽減の取り組みと患者の満足度向上への努力は、患者の満足と安心感を高める共通の目的を持っている。
- ④ 医療従事者が患者の視点を重視する姿勢は、医療サービスの提供過程において至る所に反映される<sup>90</sup>。したがって、医療機関が患者重視のサービスを提供しているか否かを知るためにも、患者からの評価が必要である。

第三に、治療過程において、いわゆる従来のお任せ医療から医師と患者の対話による治療方法の選択が広範に行われており、患者の医療への評価は治療過程においても重要な要因となりつつある。

以上より、近年は、患者の視点を取り入れた医療サービスへの評価が医療現場でも学術的研究でも重要視されてきた。従来のパターンリズム医療いわゆるお任せ医療から、『患者参加型の医療』への転換が重要な視点となってきた（一戸 2012）。また、ヒアリング調査では、並木氏は患者サービスの質を医療サービスの品質の重要な構成部分として捉え、患者サービスの質を高めるには、外部によるアンケート調査を実施し、患者の意見を聞くことが必要であると述べ<sup>91</sup>、改めて患者満足の重要性が伺われる。

#### 2.4.4 医療経営分野における患者満足度研究について

患者満足度に関する実証研究は医療経営分野を中心に数多く行われている。ここでは、患者満足度調査を中心とした研究を調べた。

長谷川ら（1993）は、東京都内の私立大学病院の外来患者を対象に患者満足度に関する無記名自記式調査票による調査を実施した。分析の結果は、①“医師の技術と能力の高さ”が総合満足度に強く影響した。さらに、この変数は“医師の説明の明瞭度”や“十分に話を聞く医師の態度”といった変数と強く相関していることが判明し、②“医師による患者の精神的苦痛の軽減”も影響力が強く、③“建物の雰囲気・快適性”

---

<sup>88</sup> 伊藤（2003）、pp.80~81.

<sup>89</sup> 伊藤（2003）、p.81

<sup>90</sup> 伊藤（2003）、p.82

<sup>91</sup> 付録資料1 ヒアリング調査1)

や“待ち時間の利便性”の影響はやや弱めであるとの点を示した。特に、研究において、「医療提供者と患者の信頼関係は医療の基本であり、質の高い医療や患者のサービスの根底には、患者への思いやりや人間性に富むコミュニケーションが必須の前提条件としている<sup>92)</sup>」と述べている。

今中ら(1993)は、東京都内のある総合病院の外来患者を対象に患者満足度に関する無記名自記式調査票による調査を行った。彼らは、36の質問項目から“医療効果の自覚”“医師の技能と説明”“医師の専心と思いやり”“巷間の評判”“看護師・一般職員の対応”“事務の対応”“費用”“建物内の快適性”“アクセス”といった9個の因子を主成分分析で抽出し、重回帰分析を行った。結果、①“医療効果の自覚”と“巷間の評判”が医師に対する満足度・病院に対する満足度と医師に対する継続受診意志・病院に対する継続受診意志に対し正の効果を与えた。②“医師の技能と説明”と“医師の専心と思いやり”は医師に対する満足度・病院に対する満足度と医師に対する継続受診意志に対し正の効果を与えた。③医師に対する満足度において、“医師の専心と思いやり”は“医師の説明と技能”より標準化偏回帰係数が非常に高い数値を示したため、医師との人間関係が“医師の説明や技能”よりも患者満足度に強く影響していることが判明した。

今井ら(2000)は、順天堂大学病院の外来・入院患者の満足度に関する無記名自記式調査票による5段階のリカードスケールを採用した調査を行った。質問項目は、主に“医師”、“看護師”、“待ち時間”、“環境・設備”であり、結果、外来患者において、①“環境と設備”、“医師”、“待ち時間”、“看護師”、“売店・レストラン”の順で満足度に影響する要因として有意な結果が出た。②“医師”に関する項目は、病気や検査、薬などについての説明といったようなコミュニケーションに関する変数なので、医師と患者間のコミュニケーションが外来患者満足度に強く影響していることが判明した。一方、入院患者において、“環境と設備”、“看護師”の順で、有意に認められ、入院患者の満足度に対するアメニティと看護師(温かい対応)の優先度が示唆された。

永井ら(2001)は、愛知県の27の病院と27の診療所の外来患者を対象に、患者満足度に関する無記名自記式調査票による調査を行った。分析結果によると、①病院において、“雰囲気・快適性”と“満足できるサービス”が総合的満足度に強く影響を与えた。②診療所において、“施設内の清潔さ”と“満足できるサービス”が総合的満足度に強く影響した。③サービス品質の向上が患者満足度の向上を実現する重要な要因であった。一方、④“薬・診療の説明”や“医師の話聞く態度”といったようなコミュニケーションに関する変数は総合的満足度への説明変数として有意でなかった。最後に、「サービス品質と満足度は表裏一体の関係にあり、サービス提供者が

---

<sup>92)</sup> 長谷川ら(1993)、p36

保証する良好なサービスの質が、利用者の満足度を向上させることになる<sup>93)</sup>と主張している。

前田ら(2003)は、2001年9月から11月にかけてプライマリーケアを担う開業の内科医を対象に全国規模の外来患者満足度調査を実施した。分析の結果から、①総合満足度に強く影響したのは“医師の診療行為や治療態度に対する満足度”であった。②“医師の説明の分かりやすさ”や“医師が訴えを聞いてくれた”などのような医師のコミュニケーション変数が満足度に影響する重要な要素であった。③“受付の態度”、“看護師の態度”、“待ち時間”も満足度に有意に影響した。

山内ら(2005)は、“医師とは十分に対話している”、“医師とは信頼関係が築けている”及び“医師の診察に満足している”といった3つの質問項目を使用し、『医療顧客用アンケート』を対象として調査検証を実施した。結果は、①医療顧客は“患者と医師との対話が両者の信頼関係構築を促し、患者満足度につながる”と述べ、②医療顧客のエンパワーメント(Empowerment)促進策として、“医療顧客と医療従事者の情報供給と相互理解をベースにした信頼関係の構築”をあげ、両者のコミュニケーション(対話)の積み重ねが重要であると提言している。

藤澤(2005)は、“対話”や“インフォームド・チョイス”、“雰囲気づくり”などの質問項目を使用し、医師と患者それぞれアンケート調査を実施し、患者満足度を高める要因を考察した。結果、“対話”や“信頼関係”が患者満足度に対して重要な影響を及ぼすことが明らかになった。そして、“インフォームド・チョイス”や“医師による情報提供”も患者満足度に影響を与えていると分かった<sup>94)</sup>。

塚原(2005)は、『患者さんの医療への参加に関する意識調査』を行い、そのデータを使用し、重回帰分析によってそれぞれ患者満足度と信頼構築の要因を抽出した。これらの分析で用いた説明変数は全く同じで、“患者と医師の対話の十分さ”、“医師から患者への情報提供の十分さ”、“医師の患者への接し方”となる。具体的に、“医師から患者への情報提供の十分さ”は8つの項目に、“医師の患者への接し方”は9つの項目に細分化される。結果、患者満足と信頼構築いずれにおいても最も重要なのは、患者と医師の十分な対話であるということが明らかになった。また、対話の中身や医師の態度も非常に重要である<sup>95)</sup>と指摘されている。

大学病院の医療に関する委員会(2004)は、2003年1月から3月にかけて、日本の7割に及ぶ56の大学病院を対象に、同委員会のワーキンググループによって策定された208に及ぶ臨床指標によって、医療サービスの品質を評価・解析した。結果、大学病院に対する患者満足度の高いことが明らかにされた。一方、患者からの具体的な要望は、医療情報の提供のみならず、待ち時間や病院のアメニティといった項目に集中

<sup>93)</sup> 永井ら(2001)、p35

<sup>94)</sup> 藤澤(2005)、pp.69~74

<sup>95)</sup> 塚原(2005)、pp.88~93

していると分かった。

NTT データ・システム科学研究所 (2004) は、2004 年 1 月 14~26 日に、3 大都市圏の市域及び人口 30 万人以上の都市に住む 20 歳以上 70 歳未満の男女で 2001 年 1 月 1 日以降に入院または 6 ヶ月以上の通院を経験した方を対象に、郵送自記入法によって、『患者の主体性と医療への満足度に関する調査』を行った。結果、医療への満足度に影響をあたえる医療のサービス要素として、①医師の技術・態度、②医師の説明・コミュニケーション力、③看護師の技術・姿勢、④院内の環境、⑤窓口業務、⑥（入院者のみ）入院生活及び、⑦（通院者のみ）通院の利便性といった要素が抽出された。7 つの要素のうち、医療への満足度に対する影響が最も強かったのは、入院・通院ともに“医師の技術・態度”であり、次に“医師の説明・コミュニケーション力”であった。影響力が弱いのは、入院では、“窓口業務”と“看護師の技術・姿勢”であり、通院では“通院の利便性”と“看護師の技術・態度”であった。

日総研グループ (2001) は、病院で実施した満足度に関する意識調査の自由記載の内容を 4 種類に分けた。結果は、①外来において、医師と患者との関係や職員の接遇対応が患者の満足あるいは不満足を決定し、②入院では、外来と異なり、同じ環境で生活する患者にとって、その診療環境が満足あるいは不満足を左右する大きな要素であるということを示した。

以上の既存研究により、患者と医師や看護師との信頼関係は患者満足度の重要な構成要素として確認された。また、医師と看護師の技術や能力、及び患者に対する説明の分かりやすさや態度、診療環境の雰囲気・快適性などの変数も患者満足度に正の効果を与えていると明らかになった。このような関連する理論研究及び学術成果を踏まえ、本研究における患者満足度調査の調査票の質問文を設計した。詳細については第 3 章で述べる。

### 第3章 分析手法

本章では第2章に引き続き、医療経営分野での研究内容をより周到にサーベイし、医療経営分野で行われてきた既存理論及び先行研究の理論的背景を確認し、実証分析のためのアンケート調査項目を策定する。次に、本研究の実証分析のためのリサーチクエスチョンを設定し、本研究が利用した定量的分析ならびに定性的分析の2つの研究方法について述べた。特に、当該研究対象が一施設であるため、単一事例の因果関係を探る上で、『過程追跡』という推論技法の適応することからその分析手法を当該対象に適応できるかを検討した。

#### 3.1 患者満足度の構成要素の抽出

第2章における先行研究により、医師と看護師の技術、能力及び接遇が患者満足度に影響を与えており（今中ら1993、長谷川ら1993、永井ら2001、横田ら2001等）、特に、医師と看護師への信頼感が患者満足度の重要な構成要素として取り上げられている（前田ら2003、藤澤2005等）。また、医療スタッフに関わる項目以外で、診療環境の雰囲気・快適性などの変数も患者満足度に正の影響を与えている（長谷川ら1993、田久1994、永井ら2001等）。本研究は患者が医療機関を利用した際の評価、いわゆる知覚品質をサービス品質として捉え、患者の主観的な評価によって患者満足度を測定する。2013年から2016年にかけて、小樽市立病院で実施した外来・入院患者満足度調査のデータを用いて、諸要素と患者満足度との関係をさぐり、患者満足度の構成要素の年次的推移を比較検討した。

諸要素と満足度の関連は、下記の図3-1と図3-2で概略的に示している。主に、病院への全体的満足度を被説明変数とし、それに関連する諸要素を説明変数として、重回帰分析によって、外来・入院患者満足度の構成要素を年次別に、それぞれ抽出した。各構成要素が患者満足度への影響力の度合は、重回帰分析の結果から得た標準化偏回帰係数によって表す。

図 3-1 外来患者満足度の構成要素

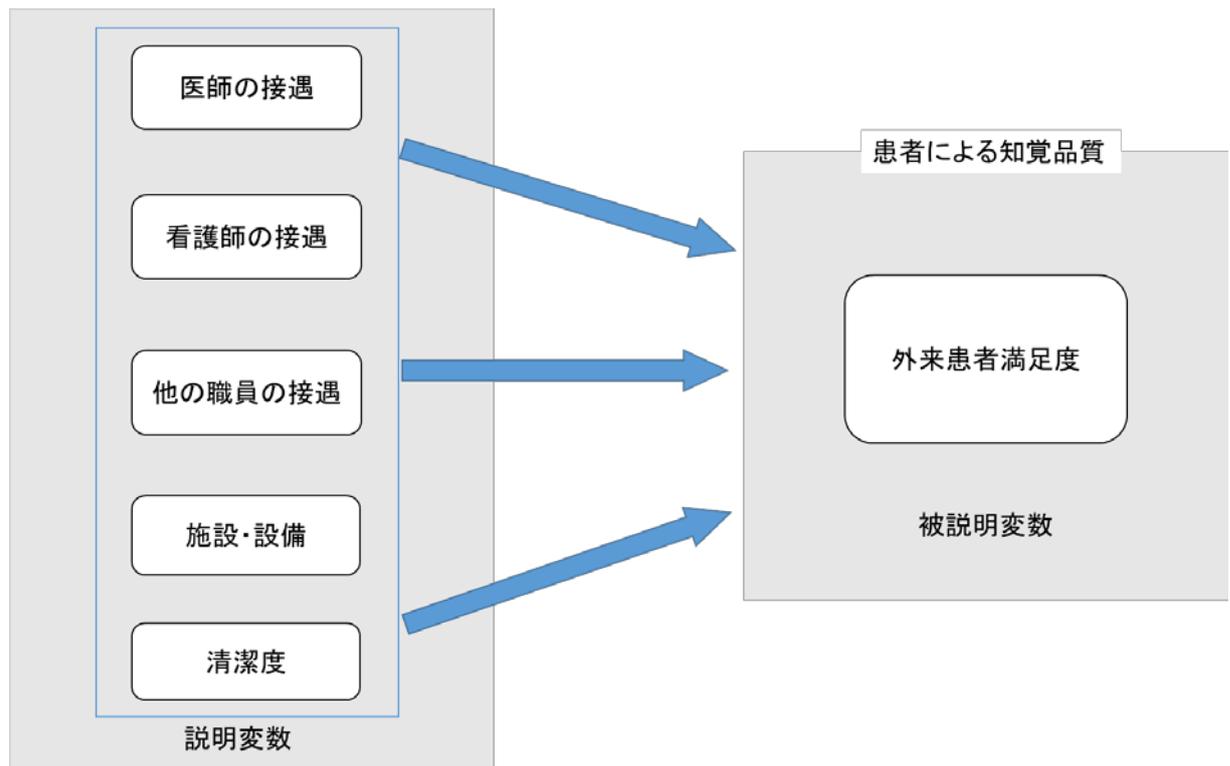
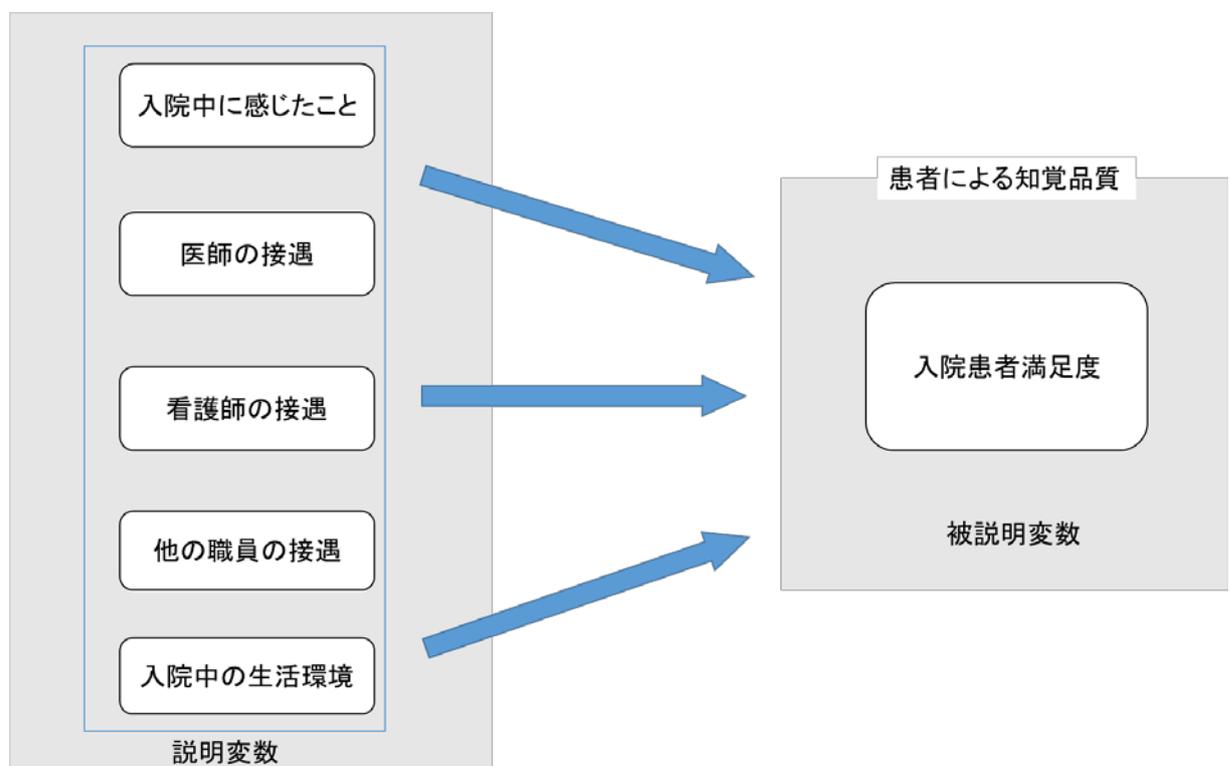


図 3-2 入院患者満足度の構成要素



### 3.2 リサーチクエスチョン

前述のように、満足度の構成要素を抽出した後、患者満足度の構成要素の属性などを解明するために、第2章で述べた関連する先行研究を踏まえ、実証的分析をするうえで、以下のリサーチクエスチョン（RQ）を設定した。

第1のリサーチクエスチョンは、「医療サービスの本質的要素より表層的要素の方が患者満足度に影響しているか」である。サービスの属性と顧客満足度との関係についての先行研究は数多く展開されてきた（狩野ら 1984、嶋口 1994）。その中で、顧客満足への影響力が『本質サービス』と『表層サービス』で異なると主張している（狩野ら 1984、嶋口 1994、厚生労働省 2001）。具体的に、狩野ら（1984）は、品質要素を『当たり前品質』、『魅力的品質』及び『一元的品質』に分類し、『当たり前品質』は主に満足の閾値形成に繋がり、『魅力的品質』は満足の形成に繋がり、『一元的品質』は満足／不満足ともに繋がると論じている。一方、嶋口（1994）は『本質サービス』と『表層サービス』との2つのサービスの属性を提唱し、『本質サービス』は満足水準の限界値を形成させ、『表層サービス』は満足水準を加速的に上昇すると主張している。ただし、両研究とも概念の提示に終わっている。さらに、医療分野を対象にしたそれらのサービス属性に関する実証分析は行われてこなかった。

第2のリサーチクエスチョンは、「外来患者満足度について、新旧施設における満足度における差異が存在するか否か」である。本研究の調査対象の特殊要因は、2014年12月1日に従来の2つの旧施設を統合し、新病院を開院したところにある。一般的に、医療サービスの場合、情報の非対称性等により、患者が有している専門知識が限られているため、患者は医療サービスまたは医療機関を評価する際に、施設・設備等の診療環境に関わる要素に強く影響される傾向がある（Donabedian 1980、Dagger et al. 2007、藤村 2009）。『診療環境の快適性』が患者満足度の重要な影響要因として抽出された（長谷川ら 1993、今井ら 2000、永井ら 2001、Dagger et al. 2007）。そこで、外来患者満足度について、新旧施設における患者満足度の差異を解明することは研究上意義深い。さらに、新築前後の比較データを活用できる機会は稀である。

第3のリサーチクエスチョンは、「『スクリプト』、『衡平性』及び『ノルム』は入院患者満足度を評価する際の基準となり、患者満足度を形成する重要な構成要素であるか」である。『スクリプト』は顧客参加を促進する際の重要な概念である（Donabedian 1980、Smith and Houston 1983）。顧客の高い参加度は顧客満足にポジティブな影響を与える（藤村 2009、Gallan A. S. et al. 2013）。特に、医療現場で活用されている『クリニカルパス』は『スクリプト』の考え方を応用している。『クリニカルパス』の導入による患者満足度の向上は多数の実証研究によって明らかになっている（NTT データ・システム科学研究所 2004、荒木 1999、鈴木ら 2001、原ら 2001）。次に、『衡平性』は本質サービスの一つとして取り上げられている（嶋口 1994、厚生

労働省 2001)。一般的に、『衡平性』は顧客サービスに不可欠な概念であり、正の不  
衡平は満足につながり、負の不衡平は不満足につながる (Oliver and Swan 1989)。  
病院患者満足度調査においても、『衡平性』に基づいた調査項目が利用されている (今  
井ら 2000)。また、『ノルム』とは一種の理想的期待として捉えられている (Miller 1977、  
Woodruff et 1983)。『ノルム』について、藤村 (2009) は患者が医療サービス組織を  
評価する際に、同じカテゴリーだけでなく、ホスピタリティ・サービスに属する他の  
サービス組織の利用経験からも影響を受けると述べている。以上のように、『スクリ  
プト』、『衡平性』及び『ノルム』の概念は非医療分野では多数利用されてきたが、  
本研究では、これらの概念を患者満足度の構成要素として取り上げる。上記の3つの  
概念は、外来と違い、医療サービスに接する時間が比較的長く、医師と看護師との接  
触も比較的多い入院患者を対象とした調査に利用することが適切であると判断した。  
そのため、本研究は上記の3つの指標を入院調査において分析した。既存の実証研究  
では、患者満足度は“医師の接遇”、“看護師の接遇”、“他の職員の接遇”及び“診  
療環境”などといった直接的主体要因によって構成されることが多い (今中ら 1993、  
前田ら 2003、日総研グループ 2001 等)。上記3つの潜在変数に基づき、入院患者満  
足の構造に関する実証分析は意義深いと言える。

以上より、本研究の実証分析における上記3つのリサーチクエスチョンを設定し、  
後述の3.6では、上記の3つのリサーチクエスチョンに従い、統計分析を行う際の仮  
説を設定した。

### 3.3 定量的分析及び定性的分析

#### 3.3.1 調査票設計

##### 1) 定量的分析のプロセスの適用

定量的分析のプロセスについて、田村 (2006) が以下5つのステップ<sup>96</sup>を主張した。  
ステップ①研究課題を多くの観察数が利用できるような形で設定する。ステップ②概  
念モデルあるいは構成概念に基づき、関連変数を設定する。ステップ③各変数につい  
てのデータを多数の分析単位で収集する。ステップ④多数の分析単位にわたる変数間  
の関連パターンを統計的に検討する。ステップ⑤変数間の関連パターンの意味を解釈  
する。特に、統計手法に関して、田村 (2015) は、統計解析の手法を利用する際の  
大前提として、「統計分析を可能にするに十分な数の標本 (多数の分析単位) データが  
確保できること、理想的には加減乗除ができる数値データであること、そしてこれら  
の標本データを抽出した母集団が明確である。」<sup>97</sup>と主張している。

<sup>96</sup> 田村 (2006)、p46

<sup>97</sup> 田村 (2015)、p4

田村（2006）が提示した定量的分析のプロセスに沿って、本研究はまず、新病院の開院に伴い、新旧施設の比較ができる小樽市立病院を研究対象とした。病院側の協力を得て、長期間にわたるデータ集計と十分な標本数を確保することができた。研究目的は、①本質的要素と表層的要素が患者満足度への影響力の度合を解明する、②新旧施設における患者満足度の差異を探る、及び③『スクリプト』、『衡平性』及び『ノルム』の3指標と入院患者満足度との関係を検討するという3つである。下記の表3-1は定量的分析の5つのステップに従った本研究における実証研究の分析過程を示した。

表3-1 定量的分析のプロセス

研究目的	概念モデルの提示	調査項目	データ集計	統計解析	分析結果に関する解釈
研究目的①	嶋口（1994）による『本質サービス』及び『表層サービス』（嶋口1994）	第5章 表5-4	外来調査 2013年:560票 2014年:573票 2015年:443票 2016年:471票	重回帰分析（標準偏回帰係数）	①外来患者満足度に対して、本質的要素と表層的要素の影響力が異なる。 ②表層的要素は満足度に正の影響。
研究目的②	患者満足度は施設・設備等の診療環境に関わる要素に強く影響される傾向がある（Lehtinen et al.1989、今中ら1993）、Oliver 1994、藤村2009）	外来調査における調査項目 第5章 表5-3	外来調査 旧施設（2013年、2014年）： 1133票 新施設（2015年、2016年）： 914票	①重回帰分析（標準偏回帰係数）による各要素の影響力測定 ②2つの独立した群の平均値のt検定	①患者満足度の構成要素の抽出。 ②t検定の結果に基づき、新旧施設における患者満足度の差異分析。
研究目的③	『スクリプト』、『衡平性』及び『ノルム』と患者満足度の関係（藤村2009）	入院調査における調査項目 第6章 表6-3	入院調査 2015年:710票 2016年:618票	クロス集計による関係性の検討 共分散構造分析による構成パス図の構築	『スクリプト』、『衡平性』及び『ノルム』は患者満足度と関係していると判明した。さらに、それぞれの影響力の度合について論述した。

上記の表3-1で示しているように、本研究は3つの研究目的に沿って、それぞれの研究課題を解明するために、関連する実証分析を行った。

まず、本質的要素と表層的要素が患者満足度への影響力の度合を解明するために、

2013年から2016年までの4回の外来調査のデータを利用した。サービス属性の概念（嶋口 1994、厚生労働省 2001）に基づき、調査項目を分類し、“病院への全体的満足度”を被説明変数とし、それに関連する調査項目を説明変数とし、重回帰分析によって、『本質的要素』と『表層的要素』が患者満足度に対する影響力の度合を検討した。さらに、標準偏回帰係数によって、属性の異なるサービスの患者満足度への影響力の強弱を比較した。

そして、新旧施設における患者満足度の構成要素の差異を探るために、4回の外来調査のデータを利用した。“病院への全体的満足度”を被説明変数とし、それに関連する『医師の接遇』『看護師の接遇』『他の職員の接遇』『施設・設備』及び『清潔度』（図3-1）などの大項目に属する調査項目を説明変数とし、重回帰分析によって、外来患者満足度の有意な構成要素を抽出し、さらに標準偏回帰係数の値によって構成要素の影響力を判断した。さらに、患者満足度の経年変化を検討した。さらに、2013年と2014年を合わせたデータを旧施設、2015年と2016年を合わせたデータを新施設とし、“病院への全体的満足度”に関して、新旧施設における患者満足度の平均値の差に関するt検定を行い、新築による患者満足度への正の効果を解明した。

最後に、『スクリプト』、『衡平性』及び『ノルム』の3指標と入院患者満足度との関係を解明するために、2015年と2016年の入院患者満足度調査のデータを利用し、上記の3指標に属する調査項目ごとに、クロス集計によって病院全般への満足度との相関関係を検討した。さらに、上記の3指標を潜在変数とし、共分散構造分析によって、3指標と入院患者満足度との関係を考察し、有意な構造モデルを抽出した。

総じて、本研究の対象の選定は田村（2006）が言及した統計手法の前提条件を満たし、加え、本研究における外来・入院患者満足度に関する実証分析は、田村（2006）が提示した①研究対象の選定、②研究課題の設定、③概念モデルの提示、④データ収集、及び⑤推論といった定量的分析の流れ<sup>98</sup>に従い、行われた。

## 2) 調査票設計

代表的な研究として、第2章で述べた Donabedian（1980）による医療サービスの品質モデル（図2-10）より、医療サービスを評価する際に、医療サービスが提供される『構造（物理的環境）』、医療サービスを構成する活動である『過程』に関わる要素及び患者の状態の変化と関わる『アウトカム』の3側面を評価することが必要である。同様に、Dagger et al.（2007）は、医療サービスの品質を構成する大きな要素として、①対人関係の品質、②技術品質、③環境品質、及び④行政品質をあげている。さらに、藤村（2009）も、医療サービスの品質次元モデルを提示し、主な構成要素として、①外在的組織品質、②外在的個人品質、③物理的品質、④相互作用品質、及び⑤

---

<sup>98</sup> 田村（2006）、pp.47~48.

専門的知識・技能品質を取り上げている。以下の表 3-2 は医療サービスの品質を評価する際の代表的な構成要素を示している。

表 3-2 医療サービス品質の代表的構成要素と各研究者の視点

代表的な研究者の視点			医療サービス品質の 代表的構成要素
Donabedian(1980)	Dagger et al.(2007)	藤村(2009)	
『過程』に属する医療活動	技術品質	専門的知識・ 技能品質	技術的要素
『過程』に含まれる医療従事者と患者の関わり方	対人関係の品質	相互作用品質	人間関係的要素
『構造』に含まれる施設・設備などの物的資源	環境品質	物理的品質	物理的要素

上記の表 3-2 で示したように、Donabedian (1980) は医療サービスの品質を構成する代表的な要素として、『過程』に含まれる医療活動や、医療従事者と患者とのかかわり方、及び『構造』に属する施設・設備などの物的資源の 3 つの要素を取り上げている。Dagger et al. (2007) は技術品質、対人関係の品質と環境品質を提示している。一方、藤村 (2009) は専門的知識・技能品質、相互作用品質及び物理的品質を医療サービスの品質を評価する代表的な要素として捉えている。つまり、これらの研究者の視点より、医療サービスの品質を構成する代表的な要素として、①技術的要素、②人間関係的要素、及び③物理的要素があげられる。

したがって、本研究における外来及び入院のアンケート調査票を設計するにあたり、既存研究の論点及び医療経営分野において実施された患者満足度調査の調査項目（長谷川ら 1993、今井ら 2000、永井ら 2001、前田ら 2003、嶋口 1994 等）を参照し、本研究の外来患者アンケート調査の調査項目（表 3-3～表 3-10）及び入院患者アンケート調査の調査項目（表 3-11～表 3-19）を作成した。さらに、外来患者満足度調査の項目に関して、本質サービスと表層サービスの嶋口及び厚生労働省の研究をもとに、それぞれの調査項目のサービス属性（表 5-3 と表 5-4 参照）を規定した（嶋口 1994、厚生労働省 2001）。一方、入院患者満足度調査の項目に関して、『スクリプト』、『衡平性』及び『ノルム』に関連する調査項目では、それらの概念に関する既存研究に基づき、本研究の入院調査票の調査項目を設計した。下記の表で示している調査項目の順番はすべてアンケート調査票の質問の順序に従う。

表 3-3 医師の接遇に関する調査項目（外来）

本調査の質問文	関連する既存理論及び学術成果	既存研究での調査票用語例	出所
①医師の接遇 「言葉遣いや態度」	医療従事者の態度や言葉遣いは患者満足度の向上と深く関わっている。 Bertakis et al.(1998) Bikker et al.(2006)	「医師はやさしく温かい」	今中ら (1993)
		「医師の態度や言葉使い」	長谷川ら (1993)
		「言葉づかい、態度、身だしなみはいかがですか？」	今井ら (2000)
②医師からの情報提供 「診察や検査結果の説明」 「治療方針やお薬などの説明」	医療従事者の患者に対するより多くの情報提供は患者満足度の向上に相関する。 Hall et al.(1988) Roter et al.(2007)	「治療法を決めるとき、納得のいく説明がない」	今中ら (1993)
		「これからどうすればよいかの説明不足で、困ることがある」	
		「薬、診察について十分な説明を聞くことができましたか」	永井ら (2001)
		「医師の説明の明瞭度」	長谷川ら (1993)
		「病気や検査についての説明はいかがですか？」	今井ら (2000)
		「治療やお薬についての説明はいかがですか？」	
		「医師の説明の解りやすさ」	田久(1994)
		「医師の説明のわかりやすさ」	前田ら (2003)
③医師の傾聴姿勢 「医師への質問や相談のしやすさ」	よいコミュニケーション・スキル、共感、思いやりのような、医師・患者の対人的な側面が満足度に最も影響している。 Cleary et al.(1988) Roter et al.(2007)	「医師はあなたの質問に答えてくれますか？」	今中ら (1993)
		「医師は質問しやすい雰囲気心がけている」	今井ら (2000)
		「医師は患者さんの質問に丁寧に答えている」	医薬産業政策研究所 (2005)
		「質問をしようとして、いやな顔をされることがある」	
④プライバシーへの医師の対応 「プライバシーへの配慮」	患者及びその家族の秘密を守り、医師の義務や医療倫理を遵守することが医師としての基本的資質である。 文	「プライバシーの配慮はなされていると思いませんか」	永井ら (2001)
		「医師によるプライバシーの尊重」	長谷川ら (1993)
		「秘密やプライバシーの保持」	前田ら (2003)

	部科学省(2010)	「診察室において患者さんのプライバシーは守られている」	医薬産業政策研究所(2005)
⑤医師への信頼感 「医師への信頼感」	患者の信頼は医療サービスにおいて不可欠であり、患者満足度を促す。 Roter et al.(2007)	「医師の医学的水準に、完全には信頼がおけない」	今中ら(1993)

上記の表 3-3 では、医師の接遇に関する患者の評価を測定する調査項目を設計する際に、外来患者の受診過程に基づき、主に『医師の接遇』、『医師からの情報提供』、『医師の傾聴姿勢』、『プライバシーへの医師の対応』及び『医師への信頼感』といった側面から調査項目を設定した。

医師と患者間の良好なコミュニケーションがより高い患者満足度に繋がり、医療の質を高めるには重要である (Roter et al.2007、一戸 2012)。特に Roter et al. (2007) は、コミュニケーションの重要性として、①良好なコミュニケーションによって、医師と患者はお互いの理解や期待を深め、よりスムーズに治療的効果を達成することができる、②医師と患者との積極的なコミュニケーションを通して、より正確な診断及び効果的な治療効果に導くといった点をあげている。医師の接遇に関する調査項目は主に、医師と患者とのコミュニケーションに関係する項目として取り上げ、アンケート質問項目を設計した。

①『言葉遣いと態度』について、対人へのケアおよびサービスでの改善が患者満足度の向上に対して正の影響をしめる多数の研究がある (Cleary et al. 1998、Bikker et al. 2006 等)。また、真野 (2003) は、医療従事者の丁寧な言葉遣いは患者に満足してもらおうための重要な要素であると述べている。清水 (1978) は、接客員の表情を態度的サービスの一要素として捉えている。前田ら (2003) は、これまでの既存研究で、『職員の接遇』が患者満足度の構成要素であると述べている。以上により、先行研究において実施された患者満足度調査の調査項目でも医師の接遇に関連する項目が多数採用されている (今中ら 1993、長谷川ら 1993、今井ら 2000)。本研究はこれらの先行研究を踏まえ、“言葉遣いや態度”という質問文を利用した。

②『医師からの情報提供』について、医療従事者の患者に対する情報 (全般、薬、治療等) 提供は、患者満足度の向上に正の相関を示している (Hall et al.1988、Roter et al.2007)。また、医師の説明の分かりやすさは医師としての基本的資質であり、患者満足度の重要な構成要因である (文部科学省 2010、塚原 2010)。具体的な質問内容について、先行研究では、提供する情報として、主に、『治療法』 (今中ら 1993、今井ら 2000、医薬産業政策研究所 2005)、『薬』 (今井ら 2000、永井ら 2001) 及び『検査や診察』 (今井ら 2000、永井ら 2001) の 3 つをあげている。そこで、本研究は“診

察や検査結果の説明”と“治療方針やお薬などの説明”によって、患者による満足度を測定した。

③『医師の傾聴姿勢』について、医師の傾聴姿勢は的確な診断や病気をより理解するためには不可欠であり、患者満足度の向上を導く（Roter et al.2007、塚原 2010、一戸 2012）。特に、先行研究では、患者の質問に対する医師の態度（今中ら 1993、今井ら 2000 等）や質問する際の雰囲気（医薬産業政策研究所 2005）に関連する調査項目が多く利用されている。したがって、本研究は“医師への質問や相談のしやすさ”という質問文を採用した。

④『プライバシーへの医師の対応』について、患者及びその家族の秘密を守り、医師の義務や医療倫理を遵守するとともに、患者の安全を最優先し、常に患者中心の立場に立つことは医師としての基本的な資質である（文部科学省 2010）。また、外来患者の場合、とりわけ、初診患者は病気や病歴、身の回り等の情報を初めて提供するので、プライバシーに関する意識が高いという特性を有している<sup>99</sup>。したがって、本研究は、『プライバシー』を患者が医師の対応を評価する際の1つの要因として捉え、“プライバシーへの配慮”という質問文を加えた。

⑤『医師への信頼感』について、医療サービスにおける信頼構築は医療サービスの品質と患者満足度と深く関係していることも数多くの既存研究によって支持されている（Roter et al.2007、真野 2003,2005、一戸 2012）。一方、マーケティング分野において、Kotler et al.（2002）は、顧客が必要なプロフェッショナル・サービスを提供してくれる組織と信頼関係を築くことで、サービスを利用する際の負担が軽減され、顧客維持に繋がると述べている<sup>100</sup>。さらに、医療経営分野における患者満足度研究では、今中ら（1993）は“医師の技術（医学的水準）への信頼感”の質問文を利用し、医薬産業研究所（2005）は“患者と医師との信頼構築”という質問文を利用している。ただし、“患者と医師との信頼関係を構築すること”を測定するのは非常に難しいので、本研究は“医師への信頼感”という包括的な質問文を作成した。

---

<sup>99</sup> 前田ら（2003）、p76

<sup>100</sup> Kotler et al.（2002）、p322

表 3-4 看護師の接遇に関する調査項目（外来）

本調査の質問文	関連する既存理論 及び学術成果	既存研究での調査票用語例	出所
①看護師の接遇 「言葉遣いと態度」	医療従事者の態度や言葉遣いは患者満足度の向上と深く関わっている。 Bertakis et al.(1998) Bikker et al.(2006)	「看護師の言葉遣いは丁寧でしたか。」	永井ら (2001)
		「看護婦の態度」	長谷川ら (1993)
		「言葉づかい、態度、身だしなみはいかがですか？」	今井ら (2000)
		「看護師の態度」	前田ら (2003)
②看護師からの情報提供 「待ち時間などの説明」 「次回受診日程やお薬などの説明」	医療従事者の患者に対するより多くの情報提供は患者満足度の向上に相関する。 Hall et al.(1988) Roter et al.(2007)	「看護婦の説明は、とても助けになる。」	今中ら (1993)
		「病気や検査についての説明はいかがですか？」	今井ら (2000)
③看護師の対応 「訴えに対する対応の素早さ」	提供者の技術と能力が患者満足度の影響要因である。 Kurata et al.(1994)	「看護婦は、すぐに対応してくれる」	今中ら (1993)
		「看護婦はあなたの気持ちを察してくれますか？」	今井ら (2000)
		「看護婦はあなたの質問に答えてくれますか？」	
「看護婦の応対」	田久 (1994)		
④プライバシーへの看護師の対応 「プライバシーへの配慮」	患者及びその家族の秘密を守り、医師の義務や医療倫理を遵守することが医師としての基本的資質である。 文部科学省(2010)	「秘密やプライバシーの保持」	前田ら (2003)
⑤看護師への信頼感 「看護師への信頼感」	患者の信頼は医療サービスにおいて不可欠であり、患者満足度を促す。 Roter et al.(2007)	「医師の医学的水準に、完全には信頼がおけない」	今中ら (1993)

上記の表 3-4 から、看護師の接遇に関する調査項目を設定する際に、外来受診過程における看護師と患者との接触から、前述の医師の接遇に関する調査項目の設計依拠を参照し、『看護師の接遇』、『看護師からの情報提供』、『看護師の対応』、『プライバシーへの看護師の対応』及び『看護師への信頼感』といった側面によって、質問文を設定した。

①『看護師の接遇』について、医療従事者の言葉遣いと態度が患者満足度の向上に正の影響を与えているという先行研究による視点を踏まえ、本研究は医師と同様に、“言葉遣いや態度”という質問文を利用した。

②『看護師からの情報提供』について、こちらも『医師の情報提供』に関連する既存研究を踏まえ、本研究は外来受診過程において、一般的に看護師が患者に提供している情報の中身より、“待ち時間などの説明”及び“次回受診日程やお薬などの説明”を中心に質問文を設計した。

③『看護師の対応』について、Kurata et al.(1994) は提供者の技術と能力が患者満足度の影響要因であると述べている。具体的な質問内容について、今中ら (1993) は看護師の対応の素早さに注目し、“看護師は、すぐに対応してくれる”という質問文を利用している。今井ら (2000) は、患者の質問と気持ちへの対応といった2つの側面によって看護師の対応を測定している。本研究は上記の先行研究の調査項目を踏まえ、“(患者の) 訴えに対する対応の素早さ”を看護師の技術と能力を測定する尺度として捉え、質問文を設計した。

④『プライバシーへの看護師の対応』と⑤『看護師への信頼感』については、既存研究によって、それぞれと患者満足度との相関関係が確認された (Roter et al.2007、真野 2003 2005、一戸 2012)。そこで、外来の医師と同様に、“プライバシーへの配慮”と“看護師への信頼感”の2つの質問文を作成した。

表 3-5 他の職員の接遇に関する調査項目 (外来)

本調査の質問文	関連する既存理論 及び学術成果	既存研究での調査票用語例	出所
【窓口・総合案内職員】	受付の親切さと配慮が患者満足度の影響要因である。 Kurata et al.(1994)	「事務員の態度は良い」	今中ら (1993)
「言葉遣いと態度」		「受付の言葉遣いは丁寧でしたか。」	永井ら (2001)
「説明がわかりやすい」		【臨床検査技師】	今井ら (2000)
【検査技師】		「検査時の説明はいかがですか？」	
「言葉遣いと態度」		「言葉遣い、態度、身だしなみはいかがですか？」	
「説明がわかりやすい」		【薬剤師】	
【放射線技師】		「お薬についての説明はいかがですか？」	
「言葉遣いと態度」		「薬剤師はあなたの質問に答えてくれますか？」	
「説明がわかりやすい」		「言葉遣い、態度、身だしなみはいかがですか？」	
【リハビリ療法士】		【放射線技師】	
「言葉遣いと態度」		検査時の説明はいかがですか？」	
「説明がわかりやすい」		「言葉遣い、態度、身だしなみはいかがですか？」	

他の職員の接遇について、Kurata et al. (1994) は、受付の親切さと配慮を患者満足度の影響要因として捉えている。また、医療従事者による情報提供が患者満足度に対する正の影響力を有することも既存研究によって支持されている (Hall et al.1988)。

つまり、職員の接遇が患者満足度の重要な構成要素である (前田ら 2003)。一方、医療経営分野における患者満足度研究では、他の職員に関する調査項目は主に『接遇』と『説明』の2つの側面から構成されている (今中ら 1993、今井ら 2000、永井ら 2001)。そのため、本研究は、“言葉遣いと態度”及び“説明がわかりやすい”という質問文を設け、患者の接した事務系職員及び各技師に対する評価を測定した。

表 3-6 待ち時間に関する調査項目（外来）

本調査の質問文	関連する既存理論及び学術成果	既存研究での調査票用語例	出所
<p>待ち時間 「予約患者の待ち時間」 「新規・予約外患者の待ち時間」 「投薬の待ち時間」 「駐車場の待ち時間」</p>	<p>日本における患者満足度の改善のために、待ち時間の改善が重要である。 Kurata et al.(1994)</p>	「待ち時間は長くてつらい。」	今中ら(1993)
		「診療の受付時間が不便である。」	
		「病院内の待ち時間はよかったですか。」	永井ら(2001)
		「各待ち時間の長さ」	長谷川ら(1993)
		「初診受付の待ち時間はいかがですか？」	今井ら(2000)
		「診察の待ち時間はいかがですか？」	
		「検査の待ち時間はいかがですか？」	
		「お薬の待ち時間はいかがですか？」	
		「会計の待ち時間はいかがですか？」	
		「各待ち時間の長さ」	田久(1994)
		「待ち時間の長さ」	前田ら(2003)
		「診察時間の長さ」	

Kurata et al. (1994) は日米の比較分析によって、日本における患者満足度を改善させるために、待ち時間の改善が重要であると主張している。『待ち時間』は患者満足度の構成要素として注目されてきた（前田ら 2003）。一方、具体的な質問内容について、今井ら（2000）は『初診受付』『診察』『検査』『お薬』及び『会計』といった非常に詳細な項目によって『待ち時間』に対する患者満足度を測定した。そこで、本研究は上記の表 3-6 で示したように、外来患者を予約患者と新規患者に分け、それぞれの待ち時間を測定した。他に、“投薬の待ち時間”と“駐車場の待ち時間”という質問文も設定した。

表 3-7 施設・設備に関する調査項目（外来）

本調査の質問文	関連する既存理論及び学術成果	既存研究での調査票用語例	出所
①案内の表示 「院内の案内板や掲示板などの見易さ」	物理的環境の要素が医療サービスを構成する大きな要素である。  Donabedian (1980) Dagger et al. (2007)	「病院内の案内表示は明快で、分かりやすかったですか。」	永井ら (2001)
		「病院内の案内表示の明快さ」	長谷川ら (1993)
		「院内の案内表示はいかがですか？」	今井ら (2000)
		「病院内の表示の解り易さ」	田久 (1994)
②建物の快適性 「待合室やロビーの温度」 「待合室やロビーの照明」		「待合室はやすらぐ。」	今中ら (1993)
		「建物内は適温で換気もよい。」	永井ら (2001)
		「病院内の雰囲気や快適性はよいですか。」	長谷川ら (1993)
		「建物の雰囲気や快適性」	今井ら (2000)
		「自動再診受付機はいかがですか？」	
		「各外来の待合室はいかがですか？」	
「院内の明るさや配色はいかがですか？」	田久 (1994)		
③トイレ 「トイレの数やスペース」	「建物の雰囲気と快適性」	田久 (1994)	
	「トイレはきれいで十分な数がある。」	今中ら (1993)	

Donabedian (1980) は、医療サービスの品質を『構造』、『過程』及び『アウトカム』に分類し、施設・設備等の物的資源が『構造』の概念に含まれている。したがって、物理的環境に関わる要素は医療サービスを構成する重要な要素であり、医療サービスの品質を評価する際に不可欠である (Donabedian 1980、Dagger et al.2007、藤村 2009)。

施設・設備に関する項目について、上記の表 3-7 で示された既存理論研究及び学術成果に基づき、『案内の表示』、『建物の快適性』及び『トイレ』の 3 大項目より調査項目を設計した。

①『案内の表示』について、先行研究では、案内表示の明快さ (長谷川ら 1993、永井ら 2001) と分かりやすさ (田久 1994、今井ら 2000、永井ら 2001) に関連する調査項目が利用されている。そこで、本論文では、高齢者が比較的多いという小樽市立病

院の特性を考慮し、院内に設置された案内板や掲示板に注目し、“院内の案内板や掲示板などの見易さ”という質問文を設計した。

②『建物の快適性』について、包括的に院内の雰囲気や快適性に関する項目を利用する先行研究は多数ある（長谷川ら 1993、田久 1994、永井ら 2001）。それ以外に、待合室に関する調査質問も利用されている（今中ら 1993、今井ら 2000）。さらに、今中ら（1993）は建物の温度と換気に関する項目を利用している。一方、今井ら（2000）は院内の明るさ（照明など）と配色に注目している。そこで、本研究は、外来患者が利用頻度の高いかつ利用時間の長い待合室とロビーに注目し、“待合室やロビーの温度”と“待合室やロビーの照明”の2つの質問文を使用し、『建物の快適性』に対する患者の評価を測定した。

③『トイレ』について、今中ら（1993）はトイレの清潔感と数に関する質問文を設計している。本研究は『院内の清潔感』に関する項目を別に設けたため、ここではトイレの数とスペースを評価基準として捉え、“トイレの数やスペース”という質問文を作成した。

表 3-8 院内の清潔感に関する調査項目（外来）

本調査の質問文	関連する既存理論及び学術成果	既存研究での調査票用語例	出所
院内の清潔感 「廊下、ロビー、外来待合」「診察室内、検査室内」 「トイレ」	物理的環境の要素が医療サービスを構成する大きな要素である。 Donabedian (1980) Dagger et al. (2007)	「病院内は清潔である。」	今中ら (1993)
		「病院内(トイレ・待合室等)は清潔に感じられましたか。」	永井ら (2001)
		「院内の清潔さはいかがですか？」	今井ら (2000)
		「院内のトイレはいかがですか？」	
		「待合室の清潔さ」	前田ら (2003)

上記表 3-8 で示されたように、『院内の清潔感』について、前述の物理的環境と患者満足度との関係についての既存研究より、サービス品質の構成要素としての物理的環境の重要性が確認されている（Donabedian 1980、Dagger et al. 2007）。具体的な質問内容について、先行研究では、主に病院全体の清潔（今中ら 1993、今井ら 2003）、待合室の清潔（永井ら 2001、前田ら 2003）及びトイレの清潔（今井ら 2000、永井ら 2001）に関する項目が利用されている。本研究は、外来患者の受診過程においてよく利用される院内の施設・設備を中心に、“廊下、ロビー、外来待合”、“診察室内、検査室内”及び“トイレ”の3つの項目を取り上げ、清潔感に対する外来患者の評価を測定した。

表 3-9 病院全体への評価に関する調査項目（外来）

本調査の質問文	関連する既存理論 及び学術成果	既存研究での調査票用語例	出所
①総合的満足度 「当院の総合的な満足度」	顧客満足度の向上は顧客ロイヤルティとクチコミに繋がる。	「この病院で受ける医療には、完全に満足がいく。」	今中ら (1993)
		「満足できるサービスを受けられましたか。」	永井ら (2001)
		「あなたは総合的にみて、この病院に満足していますか。」	長谷川ら (1993)
		「この病院に通院して良かった。」	今井ら (2000)
		「外来全体を通しての感じはいかがですか？」	
②再利用意志 「万が一、患者さんご自身がお病気になられたとき、再び当院を受診したいと思いますか。」	Heskett et al. (1994) Kotler et al.(2006) 嶋口(1994)	「ぜひ、この病院につづけてかかりたい。」	今中ら (1993)
		「ぜひ、この医師につづけてかかりたい。」	
		「将来、他の病気の時もこの病院に来たい。」	長谷川ら (1993)
③推薦意志 「万が一、患者さんの近親の方などがご病気になられたとき、当院を紹介したいと思いますか。」		「この病院なら安心して家族や友人に紹介できる。」	長谷川ら (1993)
		「本院への受診を友人知人に薦めるか」	田久 (1994)

病院全体への評価について、上記の表 3-9 のように、『全体的満足』、『再利用意志』及び『推薦意志』の 3 項目によって質問文を設計した。

マーケティング分野では、顧客満足度の向上は顧客ロイヤルティとクチコミに繋がると多くの研究によって支持されている（Heskett et al.1994、Kotler et al.2006、嶋口 1994）。一方、医療分野において、藤村（2009）は実証分析によって、患者満足度は患者の再利用意志と推薦意志に正の影響を及ぼすと検証した。

具体的な質問内容では、①『全体的満足』について、先行研究では総合的な質問が多く利用されている（長谷川ら 1993、今井ら 2000、永井ら 2001）。したがって、本研究は“当院の総合的な満足度”という質問文で、外来患者の病院全体に対する満足度を測定した。

次に、②『再利用意志』について、病院への再利用意志に関する項目が多くの先行研究で利用されている（長谷川ら 1993、今中ら 1993）。本研究は、“万が一、患者さんご自身がお病気になられたとき、再び当院を受診したいと思いますか。”という質問文を作成した。

最後に、③患者の『推薦意志』について、家族や友人への紹介に関する調査項目が多く利用されている（長谷川ら 1993、田久 1993）。本論文では、“万が一、患者さんの近親の方などがご病気になられたとき、当院を紹介したいと思いますか。”という質問文を使用した。

表 3-10 交通アクセスに関する調査項目（外来）

本調査の質問文	関連する既存理論及び学術成果	既存研究での調査票用語例	出所
交通アクセス 「自宅から病院までの 主な交通手段を伺い ます。」	アクセスは外来患者満足 度の影響要因である。 Bikker et al.(2006)	「通院上、交通の便が悪い。」	今中ら (1993)
		「病院までの交通の便は良いで すか。」	永井ら (2001)
		「来院のための交通の便」	長谷川ら (1993)

Bikker et al. (2006) はアクセスを外来患者満足度の影響要因として捉えている。また、伊藤ら (2009) も『地理的要因（家からの距離、交通の便）』を医療サービスの構成要素としている。したがって、医療サービスを評価する際に、交通アクセスも一構成要素として考慮すべきである。そこで、本論文では、既存研究で使用された調査項目（長谷川ら 1993、永井ら 2001 等）に基づき、“自宅から病院までの主な交通手段を伺います。”という質問文を設計した。

表 3-11 『スクリプト』に関する調査項目（入院）

本調査の質問文	概念の設定	既存研究での調査票用語例	出所
『スクリプト』項目	スクリプトによって、行動を評価する際に、実際のサービス(行動)がスクリプトで設定された流れと一致する場合はプラスの評価に繋がり、不一致の場合はマイナスの評価に導く。 Smith and Houston(1983)	—	—
	スクリプトとは、行動のあらかじめ定められた型にはまった順序であり、よく知られている状況を明確にするものである。特定の状況において、適応する一連のイベントを記述する構造をもっている。 Schank and Abelson(1977)		
	スクリプトは①時間的、②因果的、③予測機能の3つの特性を有している。 Schank and Abelson(1977) Abbott and Black(1980) Smith and Houston(1983)		
①事前説明 「今回の入院治療と処置は、事前の説明があり、予定通りに行われましたか」	—	「治療や処置は事前の説明通りに行われた」	藤村(2009)
②医師の治療への予想 「今回の入院期間中、医師がどのような治療を行うのかを自分としては予想できましたか」	—	「入院期間中のそれぞれの日において、医師がどのような治療を行うのが予測できた」	
③看護師の処置へ予想 「入院中に、看護師がどのような処置を行うのかを自分としては予想できましたか」	—	「入院期間中のそれぞれの日において、看護師がどのような処置を行うのが予測できた」	

<p>④患者自身が行うべきことへの理解 「治療のために患者自身が行うべきことを理解できていましたか」</p>	<p>患者は治療上の指示を理解し、その価値を認め、それに従う能力を有する必要がある。患者がすべきことを理解していなかったり、医師の指示の効用を疑っている場合、その指示を無視する恐れがある。 Roter et al.(2007)</p>	<p>「治療成果を上げるために患者として行うべきことが理解出来ていた」</p>	<p>藤村 (2009)</p>
<p>⑤治療や処置以外のことへの参加度 「入院中、治療や処置以外のことは自分で計画を立てて行うことができましたか」</p>	<p>—</p>	<p>「入院生活については、治療や処置以外のことは自分で計画を立てて行うことができた」</p>	<p>藤村 (2009)</p>
<p>⑥治療方針の策定への参加度 「入院中の治療方針は医療スタッフにおまかせしているか」</p>	<p>医師への患者の意見表現が許されると、患者満足度は上昇することを示した。 Eisenthal et al.(1976)</p>	<p>「医師が治療決定前に患者の意見を聞く」</p>	<p>横田ら (2001)</p>
<p>⑥予定外の状況の発生 「入院期間中、予定外の状況が生じるようなことがありましたか」</p>	<p>—</p>	<p>「入院期間中、予測していなかった状況が生じるようなことはなかった」</p>	<p>藤村 (2009)</p>

第2章で述べた既存研究では、Smith and Houston (1983) は、「スクリプトによって、行動を評価する際に、実際のサービス（行動）がスクリプトで設定された流れと一致する場合はプラスの評価に繋がり、不一致の場合はマイナスの評価に導く。」と『スクリプト』の重要性を主張している。また、顧客参加はサービス提供に不可欠であり、高い顧客参加度は顧客満足の向上に導くと支持されている (Donabedian 1980、Grönroos 2013)。したがって、サービス組織は顧客のサービス提供プロセスへの積極的かつ適切な参加を導くようなソフト及びハードの誘導システムを構築する必要がある。適切な『スクリプト』の構築と共有がその一つである<sup>101</sup>。一方、Roter et al. (2007) は、患者の意見を取り入れるような参加型の診療や、積極的なパートナーシップの形成や表現に寄与している診療は、よりよいアウトカムが得られ、患者満足度の向上につながることを述べている。つまり、『スクリプト』を活用することによって、医療従事者と患者は共に適切にサービス提供プロセスに参加し協働することが可能となり、サービスがより効率的かつ効果的に提供される。それによって、患者満足の向上に正の影響を与える。

<sup>101</sup> 藤村 (2009)、p197

『スクリプト』の定義について、Schank and Abelson (1977) によると、「スクリプトとは行動のあらかじめ定められた型にはまった順序であり、よく知られている状況を明確にするものであり、特定の状況において、適応する一連のイベントを記述する構造をもっている。<sup>102)</sup>」と述べている。また、『スクリプト』の特性として、①時間的、②因果的、③予測機能の3つが挙げられる (Schank and Abelson 1977、Abbott and Black 1980、Smith and Houston 1983)。

上記の定義により、本研究では、『スクリプト』を一般的に入院期間中に発生すると予測できる一連の活動から構成される『台本』と捉えた。入院期間中に、患者が参加できる場面 (出来事) を時間的・因果的順序によって想定し、入院に関する事前説明、医師・看護師の対応への予測、治療方針の策定における患者の参加、治療以外における患者の自由な行動への参画、予定外の状況の発生への認識と対応などの側面から、調査項目を設計した。

具体的な質問内容について、Roter et al. (2007) は、患者が自分のすべきことを理解することが必要であると主張している。一方、医師への意見表現や治療方針を定める際の患者の意志への尊重も患者満足度の向上と深く関わっている (Eisenthal et al. 1976)。上記の既存研究の視点を踏まえ、本研究は、主に藤村 (2009) が実証研究で利用している質問文を参考し、『入院した際の事前説明』、『医師の治療への予想』、『看護師の処置への予想』、『患者自身が行うべきことへの理解』、『治療と処置以外のことへの参加度』、『治療方針の策定への参加度』、及び『予定外の状況の発生』といった側面から質問文を作成した。

---

<sup>102)</sup> Schank and Abelson (1977)、p41

表 3-12 『衡平性』に関する調査項目（入院）

本調査の質問文	概念の設定	既存研究での調査票用語例	出所
『衡平性』項目	人は何らかの評価基準を持って、自分の産出物と投入物の比率で他者との比較によって、満足または不満足を形成している。 Adams (1963, 1965) Oliver and Swan (1989)	—	—
	入院患者は医師の診療頻度や診療に費やした時間を産出物の評価指標として用いて、同室の患者と比較することで満足または不満足を形成を行うことが多い。 藤村 (2009)		
①医師の対応に対する比較 「同室の他の患者と同じくらいの診察時間、診療頻度で治療してもらったと感じましたか」	—	「他の患者さんとあなたに公平に接してくれますか？」	今井ら (2000)
②看護師の対応に対する比較 「同室の他の患者と同じように対応してもらいました」	—	「看護師の平等な態度」	横田ら (2001)
③看護師の対応の統一性 「看護師が代わっても、かわらぬ看護をうけられましたか」	—	—	—

上記の表 3-12 で示された『衡平性』の項目は、入院生活において、患者が医師・看護師の対応から感じた衡平性を測定するために、設計された。Adams (1963, 1965) の定義では、「人は自分の産出物／投入物の比を、関係のある他者と比較することによって衡平性を判断する」としている。Oliver and Swan (1989) は、一般的に正の不衡平が満足につながると述べている。藤村 (2007) は、「入院患者は医師の診療頻度や診療に費やした時間を産出物の評価指標として用いて、同室の患者と比較することで満足または不満足を形成を行っている<sup>103)</sup>」といった視点を提示した。

<sup>103)</sup> 藤村 (2009)、p145

また、これらの視点について、今井ら（2000）の調査では、『衡平性』の理論的研究の提示はないが、医師が患者に対する公平な対応に関する質問文を設けている。横田ら（2001）も同様に、理論の提示なしに、“看護師の平等な態度”という質問文によって、入院期間中における患者の衡平性を測定した。したがって、本論文は、既存研究による『衡平性』の定義及び関連する視点に基づき、医師と看護師に分け、それぞれの対応に関する衡平性を測定した。医師では、“同室の他の患者と同じくらいの診察時間、診療頻度で治療してもらったと感じましたか”という質問文を設けた。一方、看護師では、“同室の他の患者と同じように対応してもらいました”と“看護師が代わっても、かわらぬ看護をうけられましたか”の2つの調査項目を設計した。

表 3-13 『ノルム』に関する調査項目（入院）

本調査の質問文	概念の設定	既存研究での調査票用語例	出所
①地域医療の担い手への期待 「当院の医療に関して、地域医療を担う公立病院として期待していますか」	『ノルム』は一種の理想的期待である。『ノルム』は当該ブランドだけでなく、他の類似のブランドや同一ニーズを満たすことで競合関係にある製品クラス全体などにも影響されている。 Miller（1977） Woodruff et .al（1983、1987）	—	—
②高度な医療サービスへの期待 「他の病院と比べ、当院に高度な医療サービスを期待していますか」	『ノルム』は当該医療サービス組織の利用経験や関連情報だけでなく、同じ医療サービス・カテゴリーにある他の医療サービス組織の利用経験や関連情報、ホスピタリティ・サービスに属する他のサービス組織の利用経験などにも影響される。 藤村（2009）	—	—

先行研究で述べたように、Miller（1977）によると、「『ノルム』は一種の理想的期待であり、顧客のニーズを満たすために製品・サービスが達成すべき（can be）成果水準である。<sup>104</sup>」と定義している（Miller 1977）。『ノルム』は当該医療サービス組織の利用経験や関連情報だけでなく、同じ医療サービス・カテゴリーにある他の医療サービス組織の利用経験や関連情報などにも影響される（Woodruff et .al 1983、藤村 2009）。例えば、「市立病院である以上は、地域医療の中核病院としての医療水準を有するべきである」という期待が『ノルム』に当てはまると想定できる。そこで、本研究は、『ノルム』に関する概念及び理論に基づき、調査対象である小樽市立病院が地域医療における位置付けと役割、及び病院側が提供している医療サービスの水準

<sup>104</sup> Miller（1977）、pp.76~77.

を考慮し、『地域医療を担う公立病院』と『高度な医療サービス』の2つの側面を取り上げ、調査項目を設定した。

表3-14 不安や不快な経験に関する調査項目（入院）

本調査の質問文	関連する既存理論 及び学術成果	既存研究での調査票 用語例	出所
入院中の不安や不快の経験	医療を利用する顧客は通常、病気にかかっているか怪我をしており、かなりのストレスを感じている。入院患者は不安や不快などのネガティブな情緒を持つ傾向にある。 Berry et al.(2009) 藤村(2009)	—	—
	入院患者は不慣れな環境や行動制限に起因するストレスをもつ。 横田ら(2001)		
	患者満足度を向上させるには、患者に対する医療従事者の態度や、疾病に伴う不安や心配といった患者の精神面に対する配慮といったような医療従事者の人間性の改善も重要である。 長谷川ら(1993)		
「今回の入院中に、医療を受けていて不安を感じることがありましたか」	—	「医師との会話による不安の減少」	田久(1994)
		「精神的に安心してサービスを受けることができましたか」	永井ら(2001)
		「入院期間中に不安を感じることはなかった」	藤村(2009)
「今回の入院治療において不快な経験をすることがありましたか」	—	「医師によって精神的苦痛が軽減」	長谷川ら(1993)

患者は通常、病気にかかっているため、不安やストレスなどのようなネガティブな情緒をもつ傾向がある（Berry et al.2009、藤村 2009）。特に、入院患者は不慣れな環境や行動制限に起因するストレスをもつ（横田ら 2001）。したがって、患者満足度を向上させるには、疾病に伴う不安や心配といった患者の精神面に対する配慮に関わる医療従事者の人間性の改善が重要である（長谷川ら 1993、藤村 2009）。

一方、具体的な調査項目の内容に関して、藤村(2009)はアンケート調査において、“入院期間中に不安を感じることはなかった”という質問文を利用している。他に、田久(1994)は医師の会話による不安の減少に注目している。長谷川ら(1993)は医師による精神的な苦痛の軽減に関する項目を採用している。したがって、本研究は入院中の患者の不安や不快な経験と患者満足度との関係を測定するために、“今回の入院中に、医療を受けていて不安を感じることはありませんでしたか”と“今回の入院治療において不快な経験をすることがありましたか”の2つの質問文を作成した。

表3-15 医師の接遇に関する調査項目(入院)

本調査の質問文	関連する既存理論及び学術成果	既存研究での調査票用語例	出所
①医師の接遇 「言葉遣いや態度」	医療従事者の態度や言葉遣いは患者満足度の向上と深く関わっている。 Bertakis et al.(1998) Bikker et al.(2006)	「医師はやさしく暖かい」	今中ら(1993)
		「医師の態度や言葉使い」	長谷川ら(1993)
		「言葉づかい、態度、身だしなみはいかがですか?」	今井ら(2000)
②医師の情報提供 「医師の説明は、分かりやすかったですか」	医療従事者の患者に対するより多くの情報提供は患者満足度の向上に相関する。 Hall et al.(1988) Roter et al.(2007)	「医師の説明の明瞭度」	長谷川ら(1993)
		「病気や検査についての説明はいかがですか?」	今井ら(2000)
		「医師の説明の解りやすさ」	田久(1994)
		「医師の説明のわかりやすさ」	前田ら(2003)
③治療にあたってのアドバイス 「治療にあたってのアドバイスや励ましをしてくれましたか」	医療を利用する顧客は通常、病気にかかっているか怪我をしており、かなりのストレスを感じている。入院患者は不安や不快などのネガティブな情緒を持つ傾向にある。 Berry et al.(2009) 藤村(2009)	「医師との会話による不安の減少」	田久(1994)
		「医師によって精神的苦痛が軽減」	長谷川ら(1993)
		入院患者は不安や不快などのネガティブな情緒を持つ傾向にある。	藤村(2009)
④医師の治療や医療技術 「医師の治療や医療技術は、満足いく」	医療従事者の技術と能力が患者満足度の重要な影響要因である。 Kurata et al.(1994)	—	—

ものでしたか	Dagger et al.(2007) 藤村(2009)		
⑤医師の傾聴姿勢 「医師への質問や 相談はしやすかつ たですか」	よいコミュニケーション・スキル、 共感、思いやりのような、医師・ 患者の対人的な側面が満足度 に最も影響している。 Cleary et al.(1988) Roter et al.(2007)	「質問をしようとして、いやな 顔をされることがある」	今中ら (1993)
		「医師はあなたの質問に答 えてくれますか？」	今井ら (2000)
		「医師は質問しやすい雰囲気 を心がけている」	医薬産 業政策 研究所 (2005)
		「医師は患者さんの質問に 丁寧に答えている」	
⑥診察時間の適切 さ「診察に必要な時 間をかけていたとか んじられましたか」	診察時間が患者満足度の重要 な影響要因である。 Kurata et al.(1994) Bertakis et al.(1998) 今中ら(1993)	「医師は、十分な時間をとつ て私を診察してくれる」	今中ら (1993)
		「診察時間は十分である」	医薬産 業政策 研究所 (2005)
⑦医師への信頼感 「医師を信頼してい ますか」	患者の信頼は医療サービスにお いて不可欠であり、患者満足度 を促す。 Roter et al.(2007)	「医師の医学的水準に、完 全には信頼がおけない」	今中ら (1993)
		「医師とは信頼関係が築け ている」	医薬産 業政策 研究所 (2005)

入院中における医師の接遇に関する項目について、①『医師の言葉遣いや態度』、②『医師の情報提供』、⑤『医師の傾聴姿勢』及び⑦『医師への信頼感』に関連する調査項目は、前述の外来調査の関連する既存研究の視点及び調査項目の内容を参考して作成した。

一方、③『治療にあたってのアドバイス』について、前述の既存研究で確認したように、入院患者は疾病以外に、不慣れな環境や行動制限に起因するストレスをもつ恐れがある（横田ら 2001）。そのため、医師の接遇に関する項目において、入院中の患者の不安や不快な経験を軽減させる精神面に対する配慮を測る項目として、“治療にあたってのアドバイスや励ましをしてくれましたか”という質問文を加えた。

④『医師の治療や医療技術』について、医療従事者の技術と能力に関係する技術的要素は医療サービスの重要な構成要素であり、患者満足度の影響要因となる（Kurata et al.1994、Dagger et al.2007、藤村 2009）。一般的に、入院患者は外来患者より受けている医療サービス（手術等）で医師の治療や医療技術と関わる要素が多くを占めているため、入院調査では、“医師の治療や医療技術は、満足いくものでしたか”という質問文を設計した。

⑥『診察時間の適切さ』について、既存研究では、診察時間も患者満足度の重要な影響要因として捉えられている（Kurata et al.1994、 Bertakis et al. 1998、今中ら 1993）。それに基づき、医師の接遇を評価する一つの要素として、“診察に必要な時間をかけていたとかんじられましたか”を取り上げ、質問文を設定した。

表 3-16 看護師の接遇に関する調査項目（入院）

本調査の質問文	関連する既存理論及び学術成果	既存研究での調査票用語例	出所
①看護師の接遇 「言葉遣いと態度」	医療従事者の態度や言葉遣いは患者満足度の向上と深く関わっている。 Bertakis et al.(1998) Bikker et al.(2006)	「看護婦はやさしく暖かい。」	今中ら (1993)
		「看護師の言葉遣いは丁寧でしたか。」	長谷川ら (1993)
		「看護婦の態度」	今井ら (2000)
		「言葉づかい、態度、身だしなみはいかがですか？」	今中ら (1993)
		「看護師の態度」	永井ら (2001)
②看護師の説明 「看護師の説明は、分かりやすかったですか」	医療従事者の患者に対するより多くの情報提供は患者満足度の向上に相関する。 Hall et al.(1988) Roter et al.(2007)	「看護婦の説明は、とても助けになる。」	今中ら (1993)
③看護師の技術と能力 「看護師のお世話の内容や技術は、満足いくものでしたか」 「あなたへ必要な看護ケアを提供してくれましたか」	医療従事者の技術と能力が患者満足度の重要な影響要因である。 Kurata et al.(1994) Dagger et al.(2007) 藤村(2009)	—	

上記の表 3-16 で示されたように、①『看護師の接遇』、②『看護師の説明』に関する項目は前述の外来調査及び入院調査の医師の接遇に対応する項目の設計依拠に基づき、質問文を作成した。

一方、③『看護師の技術と能力』について、医療従事者の技術と能力に関わる技術的要素は医療サービスの重要な構成要素であり、患者満足度の向上に深く関係している（Kurata et al.1994、 Dagger et al.2007、藤村 2009）。本研究は、入院における看護師の業務内容に基づき、『看護師のお世話の内容や技術』と『必要な看護ケアの提供』の2つの項目を技術的要素に属する項目として取り上げ、“看護師のお世話の内容や技術は、満足いくものでしたか”と“あなたへ必要な看護ケアを提供してくれましたか”

か”の2つの質問文を作成した。

表 3-17 他の職員の接遇に関する調査項目（入院）

本調査の質問文	関連する既存理論及び学術成果	既存研究での調査票用語例	出所
<p><b>他の職員の接遇</b>  「薬剤師の言葉遣いや態度は、いかがでしたか」  「放射線室職員の言葉遣いや態度は、いかがでしたか」  「生理検査職員の言葉遣いや態度は、いかがでしたか」  「リハビリテーション科職員の言葉遣いや態度は、いかがでしたか」  「会計や受付事務職員の言葉遣いや態度は、いかがでしたか」  「清掃員の対応は、いかがでしたか」</p>	<p>受付の親切さと配慮が患者満足度の影響要因である。  Kurata et al.(1994)</p>	「事務員の態度は良い」	今中ら (1993)
		「事務処理の効率が良い。」	
		「受付の言葉遣いは丁寧でしたか。」	永井ら (2001)
		【臨床検査技師】	今井ら (2000)
		「検査時の説明はいかがですか？」	
		「言葉遣い、態度、身だしなみはいかがですか？」	
		【薬剤師】	
		「お薬についての説明はいかがですか？」	
		「薬剤師はあなたの質問に答えてくれますか？」	
		「言葉遣い、態度、身だしなみはいかがですか？」	
		【放射線技師】	
		検査時の説明はいかがですか？」	
		「言葉遣い、態度、身だしなみはいかがですか？」	
		【放射線技師】	
検査時の説明はいかがですか？」			
「言葉遣い、態度、身だしなみはいかがですか？」			

Kurata et al. (1994) は実証研究によって、受付の親切さと配慮が患者満足度の影響要因であるとしている。また、一戸 (2012) は医療従事者と患者との良好なコミュニケーションが医療の質を高めるために重要であると主張している。したがって、医師・看護師以外に、入院患者が接した他の職員の接遇を評価することも入院患者満足度の構成要素を解明するために不可欠である。

そこで、具体的な質問内容について、医療経営分野における既存研究は主に、『接遇』と『説明』を中心に調査項目を設定している（今中ら 1993、永井ら 2001）。一方、今井ら (2000) は、事務職員の態度と事務処理の効率に注目している。本論文は、小樽市立病院の職員配置に基づき、入院患者がよく接触する『薬剤師』、『放射線室

職員』、『生理検査職員』、『リハビリテーション科職員』、『会計や受付事務職員』及び『清掃員』を取り上げ、それぞれの職員の言葉遣いや態度に関する調査項目を加えた。

表 3-18 入院中の生活環境に関する調査項目（入院）

本調査の質問文	関連する既存理論 及び学術成果	既存研究での調査票用語例	出所
① <b>食事</b> 「食事の内容は、満足いくものでしたか」	食事の質が入院患者満足度の影響要因である。 Bikker et al. (2006)	「病院の食事についてはいかがですか？」	今井ら (2000)
② <b>施設・設備</b> 「テレビや冷蔵庫の設備は、満足いくものでしたか」 「エレベーターの効率は、満足いくものでしたか」	物理的環境の要素が医療サービスを構成する大きな要素である。 Donabedian (1980) Dagger et al. (2007)	—	—
③ <b>清潔感・快適性</b> 「病棟のトイレや洗面所の清潔感、満足いくものでしたか」 「病室の清潔感や快適性は、満足いくものでしたか」 「浴室の清潔感や快適性は、満足いくものでしたか」 「病室の温度は、適切で満足いくものでしたか」	物理的環境の要素が医療サービスを構成する大きな要素である。 Donabedian (1980) Dagger et al. (2007)	「病院室の温度や湿度は適当に調節されていますか？」	今井ら (2000)
		「病院内の雰囲気や快適性はよいですか。」	永井ら (2001)
		「建物の雰囲気や快適性」	長谷川ら (1993)
④ <b>プライバシーへの配慮</b> 「プライバシーへの配慮は、満足いくものでしたか」	患者及びその家族の秘密を守り、医師の義務や医療倫理を遵守することが医師としての基本的資質である。 文部科学省(2010)	「患者へのプライバシーの配慮」	田久 (1994)
		「プライバシーの配慮はなされていると思いませんか。」	永井ら (2001)
		「秘密やプライバシーの保持」	前田ら (2003)

入院中の生活環境に関する調査項目について、上記の表 3-18 で示されたように、①『食事』、②『施設・設備』、③『清潔感・快適性』、及び④『プライバシーへの配慮』といった4つの側面から質問文を設計した。③『清潔感・快適性』及び④『プライバシーへの配慮』は主に、外来調査に使用した調査項目を参考し、病棟の現状に基づき、質問文を作成した。

一方、①『入院中の食事』について、食事の質が入院患者満足度の影響要因として捉えられている (Bikker et al.2006) 。また、ヒアリング調査では、近藤氏も入院中の

食事の重要性を主張している<sup>105</sup>。したがって、入院中の食事も患者満足度の重要な影響要素と捉え、“食事の内容は、満足いくものでしたか”という質問文を設けた。

②『施設・設備』について、前述の外来調査の質問文の設計依拠を参照し、医療サービスの品質における物理的環境の重要性（Donabedian1980、Dagger et al.2007、藤村2009）より、入院患者または家族がよく利用する施設・設備として、『テレビや冷蔵庫』と『エレベーター』を取り上げ、質問文を設計した。

表 3-19 病院全般に関する調査項目（入院）

本調査の質問文	関連する既存理論及び学術成果	既存研究での調査票用語例	出所
①治療成果 「今回の入院治療の治療成果に対して満足していますか」	治療の成果は医療サービスを評価する際の一要因である。 伊藤ら(2009)	「治療成果に対する満足度」	藤村(2009)
	治療成果は患者満足度の形成と深く関わっている。長期の通院や入院を必要とする患者の場合、治療成果が患者満足の向上により重要になる。 藤村(2009)		
②総合的満足度 「病院全般に対して満足していますか」	顧客満足度の向上は顧客ロイヤルティとクチコミに繋がる。 Heskett et al.(1994) Kotler et al.(2006) 嶋口(1994)	「この病院で受ける医療には、完全に満足がいく。」	今中ら(1993)
		「満足できるサービスを受けられましたか。」	永井ら(2001)
		「あなたは総合的にみて、この病院に満足していますか。」	
		「入院全体を通しての感じはいかがですか？」	今井ら(2000)

病院全般に関する項目の設定について、①『治療成果』と②『総合的満足度』によって、質問の内容を検討した。

既存研究では、治療の成果は医療サービスを評価する際の一要因として捉えられている（今井ら 2000、伊藤ら 2009）。特に、藤村（2009）は、長期の入院を必要とする患者の場合には、疾病の治癒や改善といった治療成果に関わる要素が患者満足の向上にとって重要であると説いている<sup>106</sup>。したがって、治療成果は入院患者満足度に強く影響を与えると推察し、“今回の入院治療の治療成果に対して満足していますか”という質問文を利用した。

<sup>105</sup> 付録資料 1 ヒアリング調査 2)

<sup>106</sup> 藤村（2009）、p163

一方、今井ら(2000)が使用している病院全般に関する質問の内容を取り入れ、“病院全般に対して満足していますか”と、病院への総合的満足度を測定するための質問文を設けた。

以上より、本研究は、上記の表3-3～表3-19に示された外来・入院患者満足度のアンケート調査項目を用いて、2013年から2016年にかけて、小樽市立病院の外来患者を対象に計4回の患者満足度に関するアンケート調査を実施し、さらに、2015年と2016年に計2回の入院患者満足度に関するアンケート調査を実施した。それぞれの調査結果を集計し、回帰分析、2つの独立した群の平均値の差のt検定、クロス集計及び共分散構造分析等の統計的な手法によって、データを分析した。

最後に、これらの統計解析の結果を利用し、外来の場合、①患者満足度の構成要素を抽出し、②抽出された各構成要素のサービス属性及び影響力の度合を明確にし、③新旧施設における患者満足度の差異を確認した。一方、入院の場合、①患者満足度の構成要素を抽出し、②『スクリプト(Schank and Abelson 1977、Abbott and Black 1980等)』『衡平性(Adams 1963 1965、Oliver et al. 1989等)』及び『ノルム(Miller 1977、Woodruff et al. 1983、藤村 2009)』の概念に基づき、それぞれの概念に関連する調査項目と患者満足度との関係をクロス集計及び共分散構造分析によって、検討した。

### 3.3.2 定性的分析

経営学や社会学等の分野での研究は、定量的分析と定性的分析に分けられ、問題の重要性に応じて、定量的分析と定性的分析を併用するのが有効的である(田村 2006)。特に、定性的分析は、対象を1つあるいは少数の事例に絞り分析する。

3.3.1で考察したように、定量的分析は、主に、統計分析の手法を利用し、独立変数と従属変数との関係や、変数間の因果関係を見出す手法である。それに対して、田村(2006、2015)は、定性的分析の一種として、理論事例研究を提起し、「理論事例とは、一般的な理論概念を実例で捉え直したものを指している。<sup>107)</sup>としている。具体的に、事例研究は、事例の各変数を相互に連結しながら、ある結果に導く1つのパッケージとして捉え、各説明変数間の因果関係やネットワークを分析し、事例から目的や手段などを示す因果関係を得ることである。

事例研究の分析プロセスの特徴は、研究課題、概念モデル(理論概念)、データ集計、推論技法といったような一方向的な流れではなく、同時並行的なプロセスであるという点にある<sup>108)</sup>。具体的に、田村(2015)は以下のように述べている<sup>109)</sup>。

第一に、分析の焦点を定めることである。一般的な理論概念の実例として、理論事例を分析する焦点を絞る必要がある。そこで、事例の研究課題を設定し、さらにその

<sup>107)</sup> 田村(2015)、p12

<sup>108)</sup> 田村(2006)、pp.45~48

<sup>109)</sup> 田村(2015)、pp.12~14

課題を反映して事例研究で説明すべき『結果』を明確に定義し設定しておくことがポイントとなる<sup>110</sup>。

第二に、結果やその原因条件は、固有名詞だけでなく、それを事例として含む普通名詞の理論概念として設定される。例えば、ある企業の成功を導いた経営者の事例をリーダーシップ（経営者のタイプ）に関する理論概念として語ることがそれにあたる<sup>111</sup>。

第三に、結果と原因条件の関連についていくつかの関連仮説（因果図式ないし因果モデル）を想定し、それをベースに事例記述を行う<sup>112</sup>。つまり、『結果』に対応する原因条件になる要因もある範囲に絞り、さらに、それらの要因になるものも一般的な理論概念の実例として捉える必要がある。

第四に、事例研究では、母集団と考えられる集団の中で位置付けがはっきりしている事例を選ぶ<sup>113</sup>。位置付けから見た理論事例のタイプは、代表事例（総合量販店の代表としてのイオン）、先端事例（ネット通販の先端としての楽天）、逸脱事例（垂直統合型衣服専門店の例外としてのしまむら）、原型事例（SPAの創造者としてのGAP<sup>114</sup>）などがあげられる。中でも、先端事例や逸脱事例が最も注目されている。なぜなら、それらのタイプの事例は未来への予兆を含み、また『結果』への従来と異なる途を示すことが多いからである<sup>115</sup>。さらに、理論事例を研究する全過程において、母集団は何かを問い続けることが重要である。この問いは、事例研究の分析結果を適用できる範囲をより明確にしていく作業でもある。

### 3.4 単一事例による因果関係の探索

3.3 で述べたように、本研究は単一病院を対象に、長年にわたって、旧施設の統合による新築効果を観察してきた。単一事例の分析を通して、顧客行動や競争環境の急速の変化に対応していくことも可能である。特に、その1つの事例が、経営にとって重要な意味をもつ場合が良くある。このようなただ1つの観察事例を分析する際に、単一事例を観察する代表的な技法として、『過程追跡』があげられる（田村 2006）。過程追跡では、原因条件が『結果』を生み出すメカニズムを明らかにする必要がある。そこで必要となるのが経時的な詳細データである。いわゆる、同一対象に対する長期にわたる測定または観察が必要条件である<sup>116</sup>。

過程追跡の定義に関して、田村（2006）は、「特定の単一事例の従属変数の結果を

---

<sup>110</sup> 田村（2015）、pp.12~13

<sup>111</sup> 田村（2015）、p.13

<sup>112</sup> 田村（2015）、p.12

<sup>113</sup> 田村（2015）、p.12

<sup>114</sup> 深見（2013）、p84

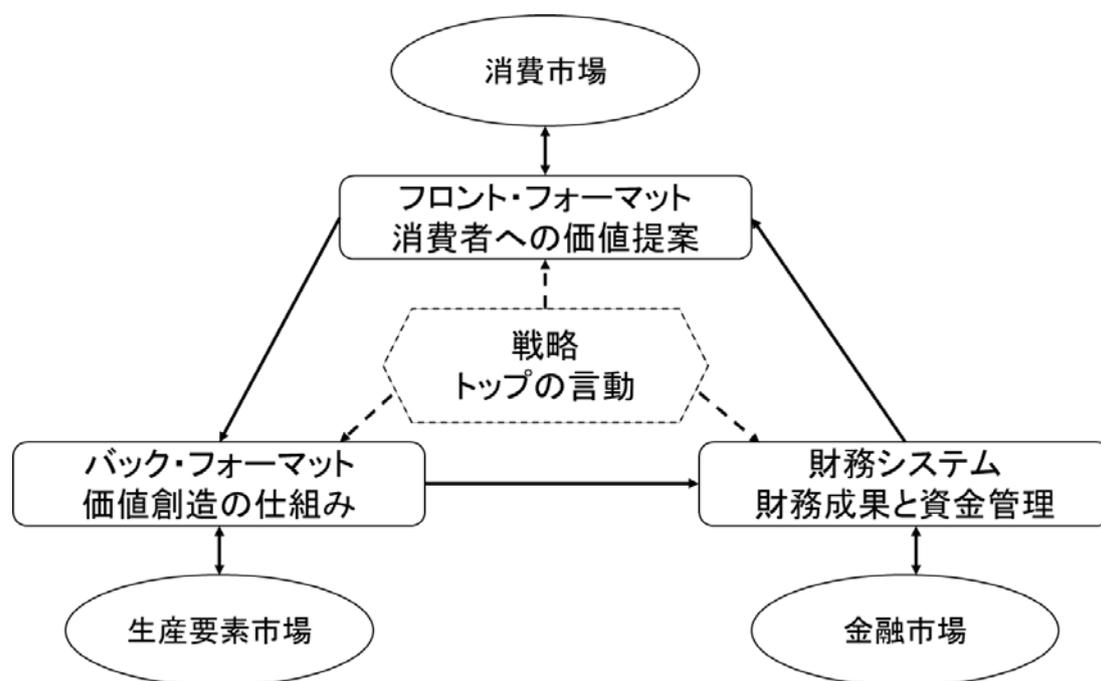
<sup>115</sup> 田村（2015）、p.14

<sup>116</sup> 田村（2015）、p15

生み出す因果過程の諸段階を、歴史的なコンテキストにおいて識別する手順である。<sup>117</sup>と述べている。また、その『過程』を「原因を結果に結び付けるメカニズムのこと」と解釈し、『追跡』を「メカニズムが何であるかを究明することである」と主張している<sup>118</sup>。

過程追跡の際に、田村（2014）は、「企業の事業活動は企業目的を追求するために営まれる活動である<sup>119</sup>」と定義している。さらに、田村（2014）は、下記の図 3-3 で示しているように、事業活動の構成要素である消費市場、生産要素市場、及び金融市場によって、形成される円環過程を提示した。フォーマットとは、特定流通企業の戦略を反映した基本的な活動パターンを指す（田村 2008）。フロント・フォーマットである『消費市場』とバック・フォーマットである『生産要素市場』から構成される（田村 2014）。フロント・フォーマットである『消費市場』は、当該企業がおかれる環境や事業活動の特徴を指す（田村 2014）。バック・フォーマットである『生産要素市場』は、フロント・フォーマットを背後で支える事業活動、いわゆる価値創造の仕組みと捉えられている（田村 2014）。最後に、『金融市場』については財務システムを中心に考察し、企業の財務成果と資金管理からなる（田村 2014）。

図 3-3 事業活動の円環過程



出所：田村（2014）、p26 図 1-4

したがって、本研究は上記の図 3-3 の『過程追跡』の概念に基づき、小樽市立病

<sup>117</sup> 田村（2006）、p172

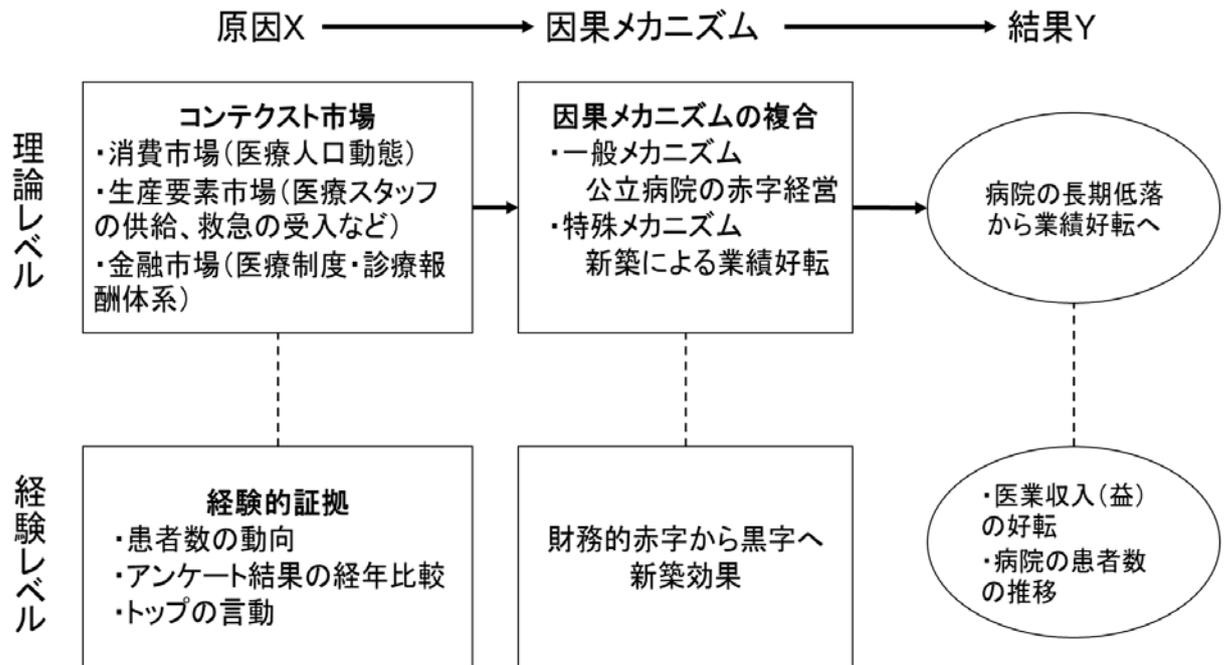
<sup>118</sup> 田村（2014）、p34

<sup>119</sup> 田村（2014）、p27

院を対象に、病院の業績好転という結果に導いた因果メカニズムを探究するために、『過程追跡』手法を利用した。定量的分析（アンケート調査）と定性的分析（事例記述及びヒアリング調査）を併用し、病院の業績好転に導く要因の指標として『患者数の動向』『アンケート調査結果の時系列推移』及び『トップの言動』を利用し、特殊な因果メカニズムである『新築効果』に焦点を当て、検討した。

本研究において、使用した過程追跡の枠組みの概要は下記の図3-4で示している。過程追跡の基本的な枠組みとして、小樽市立病院の患者の消費構造、つまり、患者の価値形成及び提案が重要である。さらに生産要素市場では医療の価値創造の仕組みが重視される。そして病院経営に関係する財務状況などの3要素で構成されるコンテキスト市場の下で、公立病院の経営を分析し、特殊な要因としての『新病院の開院』による新築効果といった2つの視点を考察した。

図 3-4 過程追跡の分析枠組み



出所：田村（2014）p34 図 1-5 より筆者作成

ここでは、上記の分析枠組みに含まれているいくつかの要素の指標基準を明確にする。『業績』の指標基準として、『患者数の推移』、『入院・外来収入の推移』、『患者単価の推移』、『病床占有率の推移』、及び『手術件数の推移』等の経営業績に関連する2次データを利用した。さらに、特殊メカニズムである『新築効果』の指標基準として『医業収入の増加』『医師（研修医含み）の増加』『患者数の増加』『手術件数の増加』及び『救急受入の状況』などのデータを利用した。

### 3.5 定量的分析の際の統計手法について

本研究における実証分析<sup>120)</sup>は主に『回帰分析』、『2つの独立した群の平均値の差のt検定』、及び『共分散構造分析』を利用した。

#### 1) 回帰分析及び標準化偏回帰係数

後述の外来及び入院における患者満足度の構成要素の抽出、並びに後述の仮説 1 (H1)を検証するための属性の異なる要素が患者満足度に対する影響力の度合に関する分析に利用する。

##### (1) 回帰分析

回帰分析では、因果分析を表現するモデル式として、次のような合成変量を出発点とする。

$$f = a_0 + a_1x_1 + a_2x_2 + \dots + a_px_p$$

ここで、 $x_1, x_2, \dots, x_p$ はそれぞれの説明変量で、説明要因が  $p$  個あることを示す。また  $a_1, a_2, \dots, a_p$ はそれぞれ説明変量にかける重みであり、これを偏回帰係数と言う ( $a_0$ は、平均値を調整するための定数項である)。

この合成変量  $f$  を使って、予測の対象となる変量  $y$  は次式で与えられる。

$$y = f + e = a_0 + a_1x_1 + a_2x_2 + \dots + a_px_p + e$$

ここで、 $e$ は誤差項(または残差)といい偶然的攪乱要素を示す。結局、回帰分析とは、説明変量からの合成変量  $f$  ができるだけ被説明変量  $y$  に近似するように(言いかえれば、 $f$  と  $y$  との相関係数を最大にするように)、合成変量の重み  $a_0, a_1, a_2, \dots, a_p$  を示すモデルであると言える。

$f$  と  $y$  との相関係数は、次式で求められる。

$$r = \frac{\frac{1}{n} \sum_{i=1}^n (y_i - \bar{y})(f - \bar{f})}{S_y \cdot S_f}$$

ただし  $\bar{y}$  :  $y$  の平均値

$S_y$  :  $y$  の標準偏差

$\bar{f}$  :  $f$  の平均値

$S_f$  :  $f$  の標準偏差

##### (2) 標準化偏回帰係数

回帰分析の方程式では、例えば、説明変量として  $x_1, x_2, x_3$  の三つをとりあげるこ

<sup>120)</sup> 本論文における統計分析はすべて、Excel、IBM 社の SPSS 及び同社による Amos を使用した。

とが  $y$  の推定にかなり有効であると想定する。これらの三つの説明変量のうち、 $y$  を最も大きく左右するのはどれだろう。

$y$  への影響を調べるには、理論式の偏回帰係数は適当ではない。影響を表わす値を  $b_1, b_2, b_3$  とおくと、これらは次式によって計算される。

$$b_1 = \frac{S_1}{S_y} \cdot a_1 \quad S_y : y \text{ の標準偏差}$$

$$b_2 = \frac{S_2}{S_y} \cdot a_2 \quad S_1 : x_1 \text{ の標準偏差}$$

$$b_3 = \frac{S_3}{S_y} \cdot a_3 \quad S_2 : x_2 \text{ の標準偏差}$$

$$S_3 : x_3 \text{ の標準偏差}$$

上記の式の  $b_1, b_2, b_3$  を標準化偏回帰係数と呼ぶ。つまり、標準化偏回帰係数はそれぞれの説明変数が  $y$  に対する影響力の度合を示している。

## 2) 2つの独立した群の平均値の差の t 検定

次に、2つの独立した群の平均値の差の t 検定は、後述の仮説 2 (H2) に基づく『新旧施設における患者満足度の差異』に関する分析に利用される。

t 検定とは、帰無仮説が正しいと仮定した場合に、統計量が t 分布に従うことを利用する統計学的検定法の総称であり、統計的仮説検定の 1 つであり、標本の母集団が正規分布に従うと仮定するパラメトリック検定法である。主に、2組の標本について平均に有意差があるかどうかの検定などによく使用される。一般的に、t 検定は『独立した群の検定』と『対応有りの検定』との 2 種類がある。独立した群の検定では、異なる性質をもった調査対象者に同じ条件を与えグループ間を比較する方法と、同じ性質をもった 2 群に異なる条件を振り分ける方法の 2 種類がある。本研究における新旧施設の患者満足度の差に関する t 検定は『独立した群の検定』の中の前者に当たる。

独立した群の平均値の差の t 検定は、一つ目の母集団の平均値  $\mu_1$  が二つ目の母集団の平均値  $\mu_2$  と等しいかどうかの帰無仮説を検定する際によく利用される。言い換えると  $\mu_1 - \mu_2 = 0$  かどうかの帰無仮説を検定する。

t 検定を使用する際には、①データの種類、いわゆる連続性のある間隔尺度、または比率尺度の量的データであること、②ランダム・サンプリング、いわゆるサンプル母集団からランダム・サンプリングされ、母集団を十分代表していること、③正規性、すなわち、標本平均の分布が正規分布に従うことといった前提のもとで分析が行われる。さらに、独立した群の平均値の差の t 検定で加わる前提として、④等分散性 (homogeneity of variance)、いわゆる 比較する 2 群のデータ分散が等しいことが挙げられる。SPSS によって t 検定を行われる際に、2つの母集団が等しいことを帰無

仮説としたルビーン (Levene) の検定が行われ、この検定で有意でなければ前提を満たしているといえる。一方、有意だった場合、『等分散性を仮定しない』と表示されるウェルチの方法による結果を参照する。具体的に、t 検定では、t 検定の設定と t 値の算出を下記の数式によって行われる。

$$t = \frac{\text{観測された標本分散の差 } (\bar{x}_1 - \bar{x}_2)}{\text{標本平均の差の標準誤差}}$$

これは何らかのある効果あるいは原因による標本平均の差がその標準誤差のいくつ分ゼロから離れているかを計算することにより、偶然おこる誤差よりどの程度大きいか調べる。t 値は『A の標本数+B の標本数-2』で求めた自由度の t 分布に従うので、そこから t 値の偶然に起こる確率を求める。独立した群の平均値の t 検定は 2 群のサンプルサイズによって以下の 2 種類がある。

#### ① 2 群のサンプルサイズが同じ場合

条件によって、被験者が異なる対応なし t 検定の場合、2 群は集団として受けた条件による違いに加えて、個人の性質の違いも誤差として含める。

$$t = \frac{\bar{x}_1 - \bar{x}_2}{\sqrt{\frac{S_1^2}{n_1} + \frac{S_2^2}{n_2}}}$$

#### ② 2 群のサンプルサイズが異なる場合

異なる人数の 2 群間を比較する場合には、各群のサンプルサイズの違いを考慮するために、サンプルサイズから 1 を引いた自由度をそれぞれの分散にかけることで、サンプルサイズの大きいほうの値がより大きくなるように重みづけした式を求め、別式に代入し、t 値を求める。

$$\textcircled{1} \quad S_p^2 = \frac{(n_1 - 1)s_1^2 + (n_2 - 1)s_2^2}{n_1 + n_2 - 2}$$

$$\textcircled{2} \quad t = \frac{\bar{x}_1 - \bar{x}_2}{\sqrt{\frac{S_p^2}{n_1} + \frac{S_p^2}{n_2}}}$$

### 3.6 仮説の設定

本論文の実証研究は、外来と入院に分け、それぞれの患者満足度の構成要素に関する統計分析を行った。①最初に、外来患者満足度の構成要素を抽出した。②次に、本質的要素と表層的要素が外来患者満足度に対する影響力の度合に関する経年変化を比較し、それによって統合前後の差異を見出し、新築効果を確認した。③最後に、旧施設（2013年~2014年）と新施設（2015年~2016年）に分け、新旧施設における患者満足度の平均値の差が統計的に有意かどうか検証した。一方、④入院患者満足度調査では、患者満足度の構成要素を抽出した上で、『ノルム』、『衡平性』及び『スク립ト』に基づき、クロス分析及び共分散構造分析を行った。本節では、実証分析に利用される概念モデルを下記の図3-5~3-7のように提示し、それぞれの概念モデルに従い、前述のリサーチクエスチョンより具体的な仮説を立てた。

#### 1) 患者満足度に対する『本質的要素』と『表層的要素』の影響力

本研究は、医療機関が提供しているサービスを『本質サービス』と『表層サービス』に分類した。外来患者満足度調査に使用された項目について、医療従事者の『治療技術』及び『病状説明』に関わる要素を『本質的要素』と規定し、『接遇』、『施設・設備及び清潔感』及び『待ち時間』などの項目を『表層的要素』と規定した。それぞれの調査項目の属性を明確にした上、下記の概念モデル（図3-5）に従い、分析し検討した。下記の図3-5に基づき、関連するリサーチクエスチョンより、仮説は以下のように設定した。

**RQ<sup>121</sup>1:** 医療サービスの本質的要素より表層的要素の方が患者満足度に影響しているか。

サービスの属性によって、顧客満足に対する影響力が異なると先行研究で支持されている（狩野ら1984、嶋口1994、厚生労働省2001）。特に、『表層的要素』は顧客満足度の向上に直接的に正の影響を与えている（嶋口1994）。したがって、医療サービスの場合も、患者満足度の構成要素は属性によって、影響力の度合が異なる。本論文は、外来患者満足度調査の結果を用いて、嶋口（1994）が提唱した『本質サービス』と『表層サービス』の概念に基づき、アンケート調査の調査項目を分類し、統計分析を行った。そこで、外来患者満足度の構成要素を抽出し、抽出された要素のサービス属性を明確にし、影響力の度合を比較検討した。そのために、下記の仮説を立て、検定した。詳細は第5章に述べる。

<sup>121</sup> RQ：リサーチクエスチョンの略称とする。

### 仮説 I-1 : H1-1

“外来の場合、患者満足度に最も影響を与えるのは表層的要素である。”

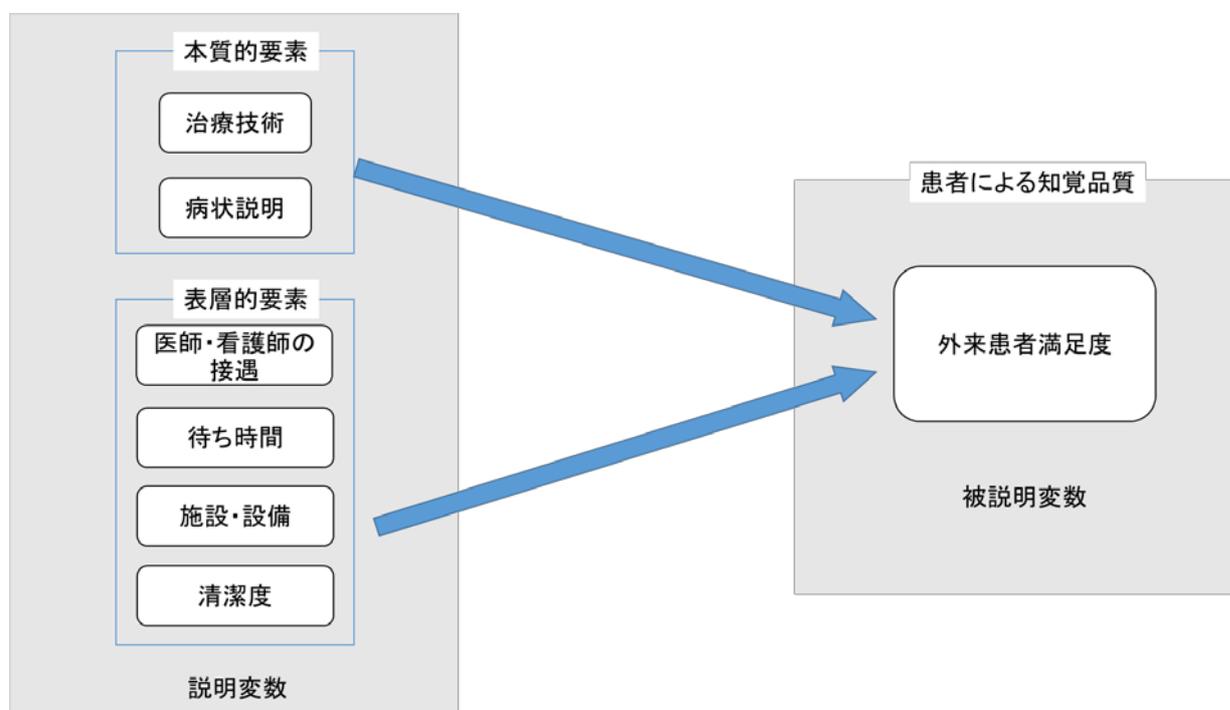
### 仮説 I-2 : H1-2

“外来の場合、患者満足度の構成要素において、本質的要素より表層的要素に属する項目の割合が高い。”

### 仮説 I-3 : H1-3

“外来の場合、表層的要素が患者満足度に正の影響を与える。”

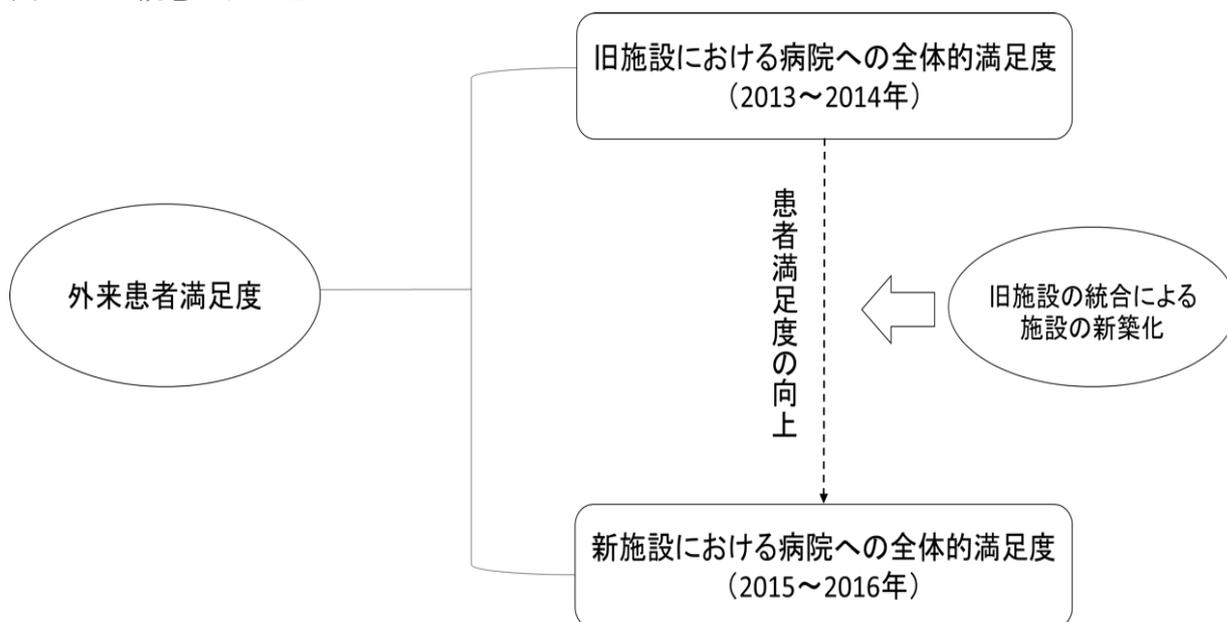
図 3-5 概念モデル I



## 2) 外来患者満足度における新旧施設の差異

本研究は 2013 年から 4 年間をかけて外来患者満足度調査を実施してきた。特に小樽市立病院は 2014 年 12 月に、旧施設を統合し新病院を開院したため、新旧施設における患者満足度の差異を見出すことが意義深い。そのために、“病院への全体的満足度”を取り上げ、下記の図 3-6 の概念モデルを提示した。それに関連するリサーチクエスチョンに基づき、仮説を立てた。

図 3-6 概念モデルⅡ



**RQ2：**外来患者満足度について、新旧施設における満足度の差異が存在するか否か。

本論文の実証研究は 2013 年から 2016 年にかけて、小樽市立病院の統合前後の外来患者満足度を測定してきた。新旧施設の差異を探求することは本研究の中心的な課題の一つである。また、『診療環境の快適性』が患者満足度の向上を導くという視点から（長谷川ら 1993、今井ら 2000、永井ら 2001）、新施設は旧施設より患者満足度が高いと推測できる。その為に、実際の分析において、新旧施設における“病院への全体的満足度”の平均値を取り上げ、下記の仮説に従って、検証した。詳細は第 5 章に述べる。

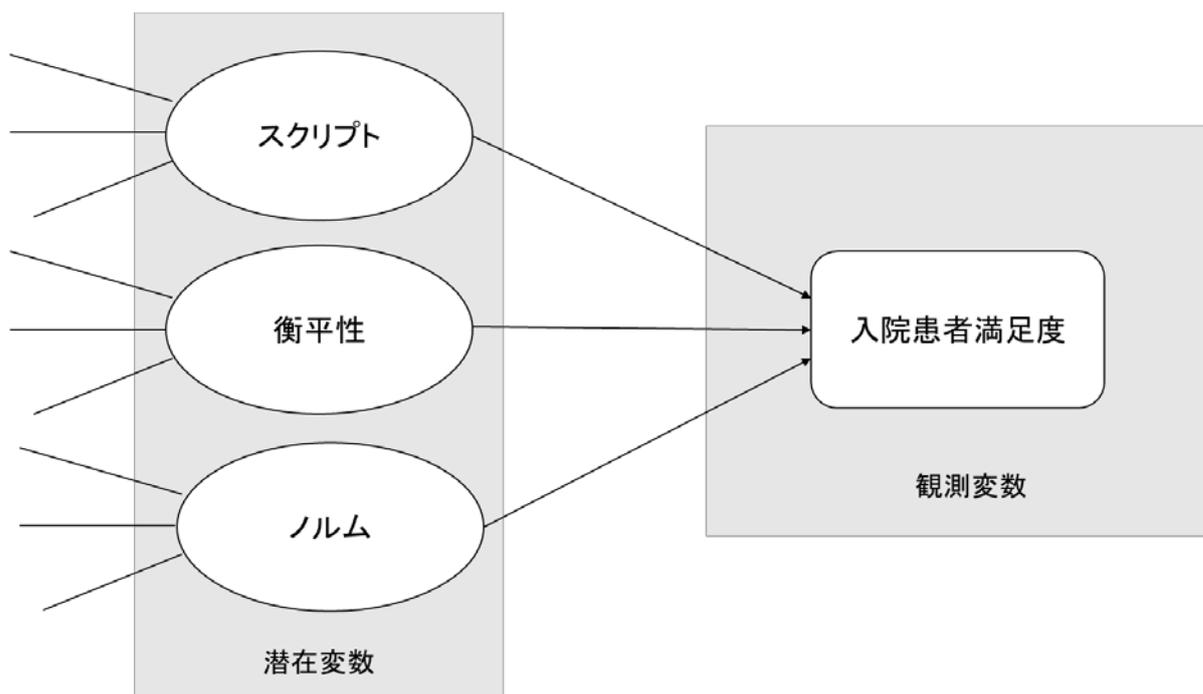
#### 仮説Ⅱ：H2

“外来の場合、病院への全体的満足度では、新施設は旧施設より高い。”

#### 3) 『スクリプト』、『衡平性』及び『ノルム』と患者満足度

下記の図 3-7 は、入院患者満足度と『スクリプト』、『衡平性』及び『ノルム』の 3 指標との関係を分析する際の概念モデルである。

図 3-7 概念モデルⅢ



上記の概念モデルⅢに従い、関連する仮説を以下通りに提示した。

**RQ 3:** 『スクリプト』、『衡平性』及び『ノルム』は入院患者満足度を評価する際の基準となり、満足度を形成する重要な構成要素であるか。

藤村(2009)は『スクリプト』、『衡平性』及び『ノルム』の概念を患者満足度の構成要素として取り上げている。『スクリプト』について、患者の入院期間中に発生すると予測できる一連の出来事があてはまる。次に、『衡平性』によって、入院患者は医師・看護師の対応で同じ病室の患者と比較する傾向がある。さらに、入院患者は多数の看護師と接触することから、異なる看護師の対応に関する比較も行っている。最後に、『ノルム』について、入院患者は長い入院経験から小樽市立病院の位置付けや役割、及び提供される医療サービスの水準といった側面に対して、理想的な期待を明確に有している人が多いと考えられる。

したがって、『スクリプト』として、患者が入院中に受ける治療及び処置などへの参加度を上げ、『衡平性』として、入院患者が同じ病室の患者との比較に関わる項目を利用し、一方、『ノルム』として、入院患者が小樽市立病院への理想的期待を取り上げた。そして、入院調査のデータを使って共分散構造分析にて仮説を検証し、構造的モデルを抽出した。詳細は第6章に述べる。

### 仮説Ⅲ：H3

“『スクリプト』、『衡平性』及び『ノルム』は入院患者満足度の構成要素で、正の

影響を与える。”

以上より、本章では、第2章において行われた文献レビューに引き続き、医療経営分野で多数行われてきた患者満足度に関する既存研究を精査し、関連する理論研究及び学術成果と照らし合わせ、実際の調査のためのアンケート調査票の質問文を設計した。さらに、実証分析として、患者満足度の構成要素を解明するために、研究目的1、嶋口が主張した『本質サービス』と『表層サービス』によるサービスの属性、研究目的2に関して『物理的要素』が患者満足度に及ぼす正の影響力、及び目的3について、患者満足度の構成要素として、医療分野に適応した『スクリプト』、『衡平性』、『ノルム』の3指標といった既存研究の視点から、前述の仮説1（1-1～1-3）から仮説3を設定した。第5章において、外来患者満足度調査の結果を用いて、仮説1（1-1～1-3）と仮説2を検定し、第6章において、入院患者満足度調査の結果によって、仮説3を検定する。

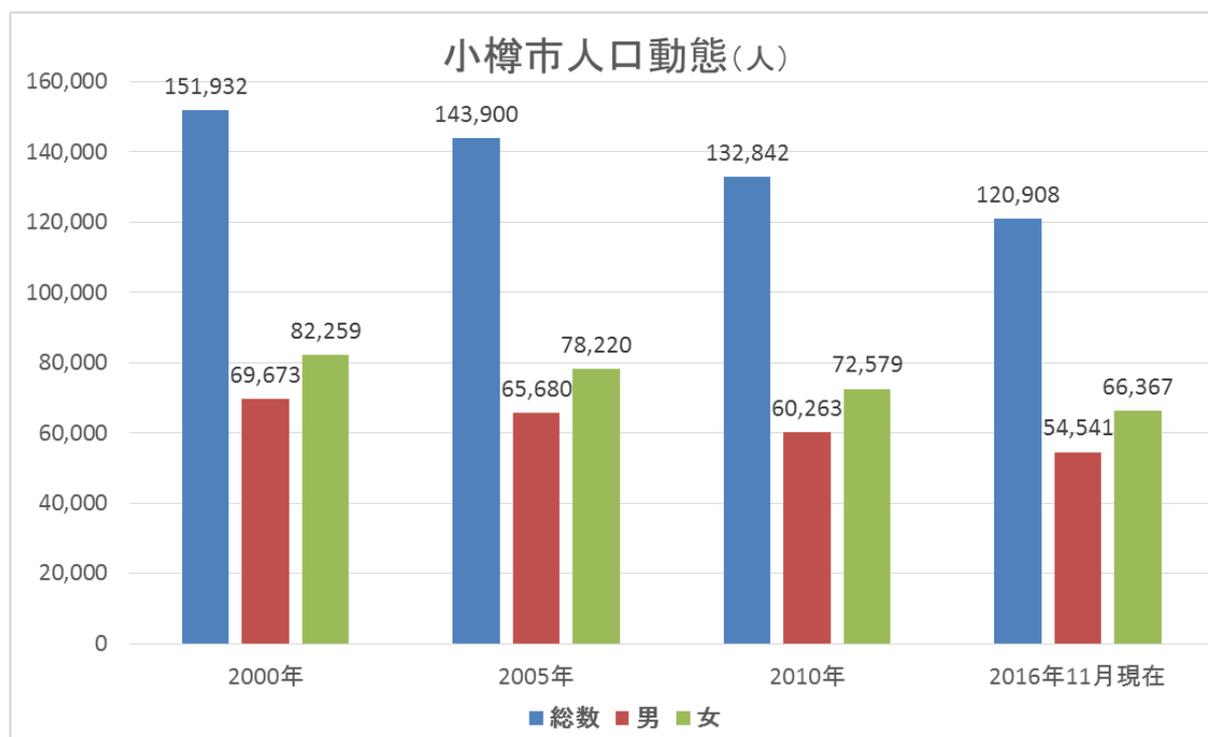
## 第4章 業績好転に関する過程追跡

本章において、第3章の図3-4で提示した過程追跡の分析枠組みの諸構成要素について具体的に考察した。本研究の対象である小樽市立病院を取り巻くコンテキスト市場は、主に、小樽市の消費市場（患者となる医療人口の変化）、医療サービスを提供する病院側の関連する生産要素市場（病院規模等、救急の受入体制、医療スタッフの提供）及び財務状況の3つの側面から構成される。

### 4.1 とりまく消費市場

小樽市の人口はこの50年間で80,000人を超える人口が減少している（小樽市役所2016）。近年は市外転出による社会減少のみならず、死亡数の増加と出生数の減少による自然減少がさらに拡大している<sup>122</sup>。下記の図4-1は2000年からの小樽市の人口動態を示している。小樽市の人口動態より、患者となる医療人口の変化を考察した。

図4-1 小樽市の人口動態



出所：小樽市住民基本台帳より作成

上記の図4-1の住民基本台帳人口から見ると、近年の小樽市の人口は、国勢調査実施時の約5年ごとに1万人近い減少が続き、2016年11月末現在の人口は120,908となり、10年前の2005年と比較すると、約16%の減少と人口減少がかなり進んでい

<sup>122</sup> 小樽市役所（2016）、p3

る。また、人口の性別構成から見ると、2016年11月現在、男性人口は54,541人、女性人口は66,367人で、女性の比率が非常に高い人口構成となっている。

さらに、下記の表4-1は国勢調査による小樽市人口の年齢別推移を示している。

表4-1 小樽市人口の年齢別構成

区分	1990年		1995年		2000年		2005年		2010年		2015年	
	実数(人)	増減率(%)										
総数	163,211	△ 5.4	157,022	△ 3.8	150,687	△ 4.0	142,161	△ 5.7	131,928	△ 7.2	121,924	△ 7.6
0～14歳	25,242	△ 22.7	20,352	△ 19.4	17,398	△ 14.5	15,082	△ 13.3	13,105	△ 13.1	11,171	△ 10.1
15歳～64歳	112,165	△ 4.8	106,146	△ 5.4	98,035	△ 7.6	88,088	△ 10.1	77,215	△ 12.3	65,317	△ 15.4
内15歳～29歳(a)	31,965	△ 2.3	30,605	△ 4.3	27,101	△ 11.4	21,209	△ 21.7	16,652	△ 21.5	14,663	△ 11.9
65歳以上(b)	25,804	17.4	30,524	18.3	35,253	15.5	38,984	10.6	41,607	6.7	45,240	8.7
(a)/総数 若年者比率(%)	19.6		19.5		18.0		14.9		12.6		12.0	
(b)/総数 高齢者比率(%)	15.8		19.4		23.4		27.4		31.5		37.1	

出所：各年度の国勢調査のデータより作成

上記の表4-1によると、1990年から総人口が減少し、2015年の対5年度比の減少率が最も高く7.6%であった。さらに、高齢者比率は対5年度比が毎年5%の比率で増加し、2015年が実数4割近く(37.1%)を占め、高齢化が深刻化してきていると判明した。一方、若年者層比率も1990年の19.6%から2015年では12%に減少し、少子化が進行している。

小樽市の総人口及び年齢別人口数の推移から、小樽市立病院を取り巻く消費市場の市場規模が年々縮小する傾向にあり、市内の総患者数が減少していると判明した。特に、高齢者の割合が非常に高いということから、慢性期疾病あるいは複数の疾患を抱える患者の割合が高くなる。

## 4.2 関連する生産要素市場（病院規模等、救急の受入体制、医療スタッフの提供）

### 1) 病院規模等（診療科の設置、病床数）

小樽市内の主な医療機関は、『済生会小樽病院』、『小樽掖済会病院』、『小樽協会病院』及び『小樽市立病院』の4病院施設がある。少子高齢化が進み、過疎地である小樽の現状を踏まえつつ、地域医療の担い手としての小樽市立病院は老朽化していた『市立小樽病院（小樽病院と略称する）』と『小樽市立脳・循環器・こころの医療センター（医療センターと略称する）』を統合し、2014年12月1日に『小樽市立病院』として新築開院した。

統合前後の小樽市立病院の規模の変化は、病床数及び診療科の設置を中心に下記の表4-2に示した。診療科の設置から見ると、小樽市立病院は、新病院の開院に伴い、呼吸器内科、神経内科、産婦人科、放射線診断科、放射線治療科及び病理診

断科の6つの診療科が新設された。さらに、消化器病センター、心臓血管センター、脳卒中センター及び認知症疾患医療センターといった4つの専門センターも新たに設置された。また、新病院の開設と共に、約30億の医療機器も導入され<sup>123</sup>、道内、最新のPET-CTなどの高額医療機器も含まれている。

表4-2 統合前後の小樽市立病院の規模

病院		病床数	診療科目	専門センター
小樽市立病院 (統合前)	市立小樽病院	223床(一般208床、結核15床)	内科、消化器内科、外科、整形外科、形成外科、小児科、婦人科、皮膚科、泌尿器科、耳鼻咽喉科、眼科、放射線科、麻酔科、脳神経外科	—
	小樽市立脳・循環器・こころの医療センター	222床(一般120床、精神100床、感染2床)	循環器内科、心臓血管外科、外科、脳神経外科、精神科、麻酔科、放射線科	
小樽市立病院(新病院)		388床 (一般302床、精神80床、結核4床、感染2床)	内科、呼吸器内科、消化器内科、循環器内科、神経内科、外科、心臓血管外科、脳神経外科、整形外科、形成外科、精神科、小児科、皮膚科、泌尿器科、産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、放射線診断科、放射線治療科、病理診断科、麻酔科	消化器病センター 心臓血管センター 脳卒中センター 認知症疾患医療センター

注：下線の診療科は新設した診療科となる。

一方、下記の表4-3は病院規模を表す指標として、統合前後の病床数及び実稼働の推移を提示した。

表4-3 小樽市立病院の各年度末病床数の推移 (単位：床)

区分	2010年		2011年		2012年		2013年		2014年		2015年	
	許可	実稼働										
一般病床	328	328	328	328	328	300	328	300	302	302	302	302
療養病床	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
結核病床	15	15	15	15	15	0	15	0	4	4	4	4
精神病床	100	100	100	100	100	100	100	100	80	80	80	80
感染症病床	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
計	445	445	445	445	445	402	445	402	388	388	388	388

出所：平成24年度～平成27年度小樽市病院事業会計決算の概況より作成

上記の病床数の推移から、2014年12月1日に新病院を開設した際に、施設の統合により、一般病床、結核病床及び精神病床の各許可病床が減少した。

総じて、診療科の増設、専門医療センターの新設及び先進的な高額医療機器の導入

<sup>123</sup> 付録資料1ヒアリング調査4)

によって、小樽市立病院の医療水準は旧施設より向上し、高度専門医療を担う市の基幹病院として進展している。

## 2) 救急の受入体制

救急の受入体制は、医療の価値を創出するために重要な仕組みであり、患者サービスを高めるためにも、非常に重要である<sup>124</sup>（並木氏）。急性期医療において、地域の中核病院として、小樽市立病院は統合前から救急患者を受入れ、地域医療を担う最も重要な救急の受入機関であった。統合前の小樽病院と医療センターを合わせた救急の受入状況は、老朽化した施設でありながら、また、呼吸器内科医が補充されない現状でありながら、市全体の約2割（表4-10参照）を占めていた。現状については後述する。

## 3) 病院職員数及び医師数の推移

医療サービスの提供は医師・看護師といった専門家に依存する部分が極めて大きい（今枝 2006）、診療科の増設や病床、医療機器等を整備するほかに、医師、看護師、技術職及び事務職といったスタッフの配置も医療サービスを提供する際の重要な生産要素である。下記の表4-4～表4-6、図4-2～図4-3は統合前後の職員数<sup>125</sup>の推移を示している。

表4-4 小樽市立病院職員数の推移

（単位：人）

区分	2008年	2009年	2010年	2011年	2012年	2013年	2014年	2015年
医師数	42.7	41.7	43.4	46.8	45.5	51.5	57.2	60.5
看護師数	350.4	352.2	348.5	356.8	371.5	366.7	359.9	346.8
準看護師数	18.9	19.3	22.3	19.4	16.7	15.3	12.7	9.0
看護助手数	55.3	56.0	69.5	58.1	59.5	55.3	54.6	51.8
薬剤部門	32.5	31.1	26.7	31.5	30.2	30.2	19.0	19.0
事務部門	46.2	53.8	56.0	55.7	60.8	59.1	57.7	64.4
給食部門	5.0	4.0	4.0	4.0	4.0	4.0	4.0	3.0
放射線部門	23.6	23.6	23.9	22.9	21.9	21.9	17.7	18.7
臨床検査部門	30.9	28.9	24.5	25.5	27.5	28.5	22.0	22.1
その他職員数	23.7	28.8	23.4	25.2	22.2	25.9	27.4	31.4
計	629.2	639.4	642.2	645.9	659.8	658.4	632.2	626.7

出所：平成24年度～平成27年度小樽市病院事業会計決算の概況より作成

<sup>124</sup> 付録資料1ヒアリング調査1)

<sup>125</sup> 企業管理者を含む。常時雇用の臨時職員や嘱託職員を含む（基本的には、勤務時間から、嘱託職員数を0.7倍にして常勤換算をしている。）

表 4-5 旧小樽病院職員数の推移

(単位：人)

区分	2008年	2009年	2010年	2011年	2012年	2013年
医師数	27.0	25.0	28.0	31.4	31.1	34.1
看護師数	200.2	194.0	189.0	193.3	202.4	200.5
準看護師数	9.5	14.2	16.9	14.6	11.9	11.2
看護助手数	30.1	30.1	42.2	31.5	34.3	29.4
薬剤部門	20.7	19.3	13.9	19.7	18.4	18.4
事務部門	28.0	34.6	39.6	37.3	42.4	51.5
給食部門	3.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
放射線部門	14.5	13.5	13.8	12.8	11.8	12.8
臨床検査部門	20.2	18.2	15.8	15.8	16.8	15.8
その他職員数	6.9	11.7	10.0	11.0	8.0	13.2
計	360.1	362.6	371.2	369.4	379.1	388.9

出所：平成 24 年度～平成 27 年度小樽市病院事業会計決算の概況より作成

表 4-6 旧医療センター職員数の推移

(単位：人)

区分	2008年	2009年	2010年	2011年	2012年	2013年
医師数	15.7	16.7	15.4	15.4	14.4	17.4
看護師数	150.2	158.2	159.5	163.5	169.1	166.2
準看護師数	9.4	5.1	5.4	4.8	4.8	4.1
看護助手数	25.2	25.9	27.3	26.6	25.2	25.9
薬剤部門	11.8	11.8	12.8	11.8	11.8	11.8
事務部門	18.2	19.2	16.4	18.4	18.4	7.6
給食部門	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
放射線部門	9.1	10.1	10.1	10.1	10.1	9.1
臨床検査部門	10.7	10.7	8.7	9.7	10.7	12.7
その他職員数	16.8	17.1	13.4	14.2	14.2	12.7
計	269.1	276.8	271.0	276.5	280.7	269.5

出所：平成 24 年度～平成 27 年度小樽市病院事業会計決算の概況より作成

図 4-2 医師・看護師数の推移

(単位：人)

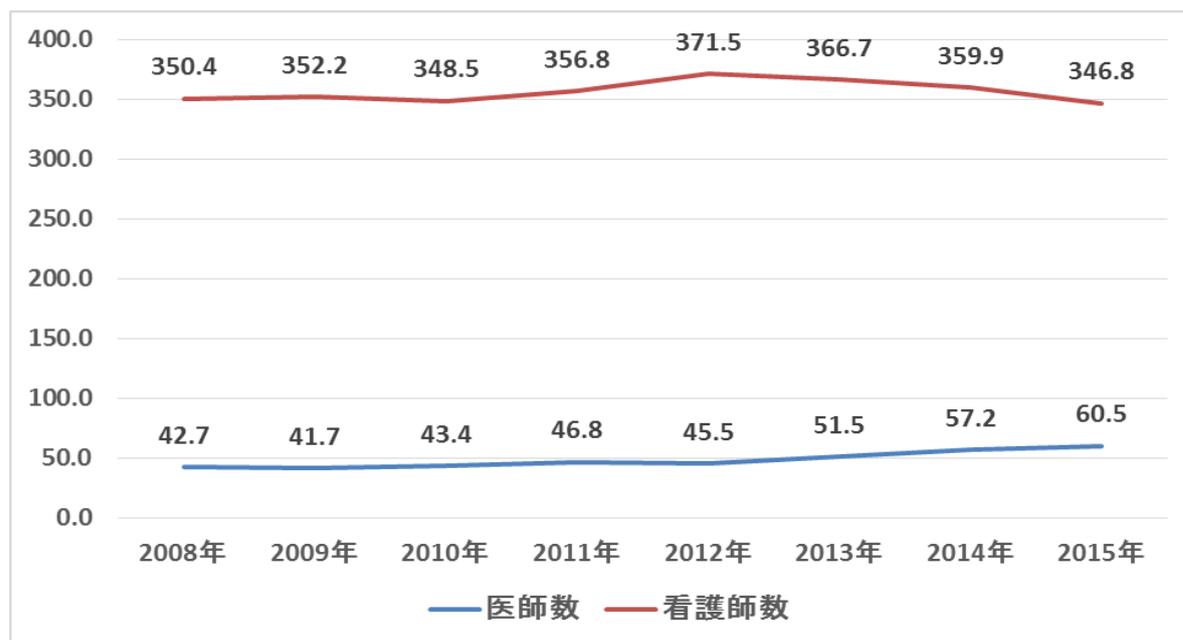
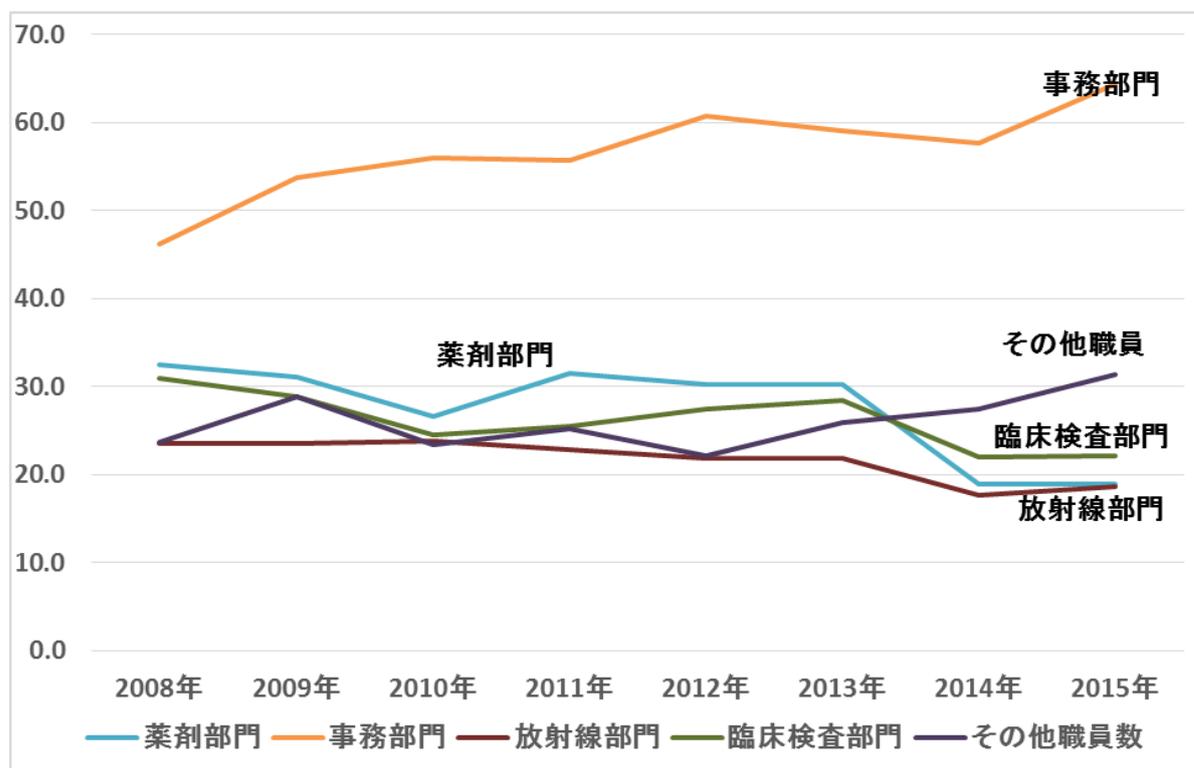


図 4-3 薬剤師・検査技師・事務職員・他職員数の推移

(単位：人)



上記の表 4-4～表 4-6 及び図 4-2～図 4-3 で示された 2008 年から 2015 年の病院の職員数の推移によると、医師と事務職員、その他の職員の数が明らかに増加した。特に、医師は新病院が開設した 2014 年に大幅な増員があつて、2015 年も増員が続いている。理由は、大学医局からの支援（医師・研修医の派遣）によるもの

である。

次に、医師数の推移を診療科別にみた表が下記の表 4-7 と表 4-8 である。新病院になってから、医師の数は統合前の 2013 年度の 46 人から 2016 年 12 月現在の 62 人まではるかに増えた。うち、研修医の人数も 2014 年度の 6 人から、12 人まで増加した。このように、短時間で医師が増加した理由として、①大学医局からの連携・支援、②新医療機器の導入、③診療科の増設、及び④教育研修病院を目指す経営方針といった 4 つの側面があげられる。

つまり、小樽市立病院は新築の開設に伴い、ハード面が整備されたと同時に、診療科の増設、救急の受入体制の充実、医師・研修医の増員、チーム医療の強化といったソフト面も改善され、より充実した医療サービスを提供できるような体制が整えられてきた。

表4-7 旧小樽市立病院の医師数の推移

( ) は研修医

病院	診療科	2007年度	2008年度	2009年度	2010年度	2011年度	2012年度	2013年度	2014年度	2015年度	
		5/1現在	12/1現在	5/1現在	12/1現在						
市立小樽病院	内科	1	2	3	2	1			2	3	2
				検診1含む			(1)	(1)	(1)	(1)	(1)
	消化器内科	4	4	4	4	5	5	5	6	6	6
							(1)	(1)	(1)		(1)
	呼吸器内科	2	2						2	2	2
	外科	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4
							(1)	(1)	(1)	(1)	(1)
	整形外科	4	2	2	1	1	2	1		1	
						(2)					
	形成外科				1	1	1	2	2	2	2
	小児科	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	皮膚科	1	1								
	泌尿器科	4	4	3	4	3	3	3	3	3	3
	産婦人科	1	1	1	1	1	1	1		1	
									(1)	(1)	(1)
	耳鼻咽喉科	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1
	眼科	2	2	1	1	1	1	1	2	2	2
	麻酔科	3	3	3	3	3	3	3	4	4	3
	検査科(病理、健診)				2	2	2	2	2	2	2
	放射線科(診断、治療)	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2
計	29	29	24	26	25	24	25	31	34	30	
					(2)	(3)	(3)	(4)	(3)	(4)	
研修医		1	2	3	5	5	7	6	10	6	
合計	29	30	26	29	30	29	32	37	44	36	
					(2)	(3)	(3)	(4)	(3)	(4)	
小樽市立脳・循環器センター こころの	心臓血管外科	3	3	3	3	2	2	2	3	3	3
						(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)
	脳神経外科	5	5	5	4	5	5	4	5	5	5
	循環器内科	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
		(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)
	精神科	6	5	5	4	4	4	5	4	4	4
	神経内科								2	2	2
麻酔科	1	1	1	1	1	1	1	1		1	
合計	17	16	16	14	14	14	14	17	16	17	
	(1)	(1)	(1)	(1)	(2)	(2)	(2)	(2)	(2)	(2)	
研修医を除く 合計	46	45	40	40	39	38	39	47	50	47	
	(1)	(1)	(1)	(1)	(4)	(5)	(5)	(6)	(5)	(6)	
研修医を含む 合計	46	46	42	43	44	43	46	53	60	53	
	(1)	(1)	(1)	(1)	(4)	(5)	(5)	(6)	(5)	(6)	

表4-8 小樽市立病院の医師数の推移

( )は研修医

診療科	2014年度	2015年度		2016年度	
	12/1現在	5/1現在	12/1現在	5/1現在	12/1現在
内科	2	3	3	4	5
	(1)	(1)	(1)	(1)	
呼吸器内科	2	2	2	3	3
消化器内科	6	6	5	5	5
	(1)			(1)	(1)
循環器内科	2	2	2	2	2
	(1)				
神経内科	2	2	1	1	1
外科	4	4	4	4	4
	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)
心臓血管外科	3	3	3	3	3
	(1)	(1)	(1)		
脳神経外科	5	3	3	4	4
		(1)	(1)	(1)	(1)
整形外科		1	1	1	1
形成外科	2	2	2	2	2
精神科	4	4	4	4	4
小児科	1	1	1	1	1
皮膚科					
泌尿器科	3	3	3	3	3
産婦人科		1	1	1	1
	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)
眼科	2	2	2	2	2
耳鼻咽喉科	1	1	1	1	1
放射線診断科	1	2	2	1	1
				(1)	(1)
放射線治療科	1	0	0	0	0
病理診断科	1	1	1	1	1
麻酔科	4	4	4	5	5
けんしんセンター	1	1	1	1	1
計	47	48	46	49	50
	(6)	(5)	(5)	(6)	(5)
研修医	6	10	10	12	12
合計	53	58	56	61	62
	(6)	(5)	(5)	(6)	(5)

## 4.3 財務状況

## 1) 日本の医療制度の現状について

日本の医療制度の特色について、長坂（2007）は、①国民皆保険、いわゆる全ての国民が対象である。②フリー・アクセス、原則として誰でも希望する医療機関に通うことができる。③保険料の労使折半負担、医療費の費用は原則として社会全体で負担する。④現物支給、受給者に対して医療という現物で支払う制度、⑤高保障低負担、いわゆる世界一流の高水準医療に対し、社会全体で医療費を負担する。及び⑥強固な統制、国家統制色が強かったといった点を挙げている<sup>126</sup>。

一方、現行の医療制度について、厚生労働白書（2016）によると、日本の医療保障制度は自立と連帯という理念に即した仕組みである社会保険方式を採用している。日本の医療保険制度は職域保険と地域保険の2本建てで構成され、75歳以上は後期高齢者医療制度という構成による国民皆保険制度を採用している。国民皆保険制度によって、すべての人々のリスクを分かち合うため、法律ですべての人々に加入を義務付けており、保険料は各自のリスク、例えば病気であるかどうかなどにかかわらず、賃金などの拠出能力に応じたものとなっている<sup>127</sup>。それによって、患者が支払う医療費の自己負担額が軽減され、国民に対して良質かつ高度な医療を受ける機会を平等に保障し、世界最長の平均寿命と高い保健医療水準に達成している<sup>128</sup>。以上より、近年、国民の医療費は増加傾向が続いている。そのため、医療保険制度改革では診療報酬体系の改定により、医療支出を抑制する方針を示した<sup>129</sup>。

## 2) 診療報酬体系について

診療報酬の定義について、厚生労働白書（2016）は「公的医療保険において、保険医療機関等が実施した医療サービスの対価として支払われるものであり、保険医療の範囲・内容を定める品目表としての性格と、個々の診療行為の価格を定める価格表としての性格を有する。<sup>130</sup>」と述べている。特に、診療報酬は急性期医療と慢性期医療を機能で区分し、各々の報酬基準が定められた。具体的な診療報酬は、原則として実施した医療行為ごとに、それぞれの項目に応じた点数が加えられ、1点の単価を10円として計算される。例えば、外科の手術で入院した場合、初診料、入院日数に応じた入院料、手術代、検査料、薬剤料と加算され、保険医療機関は、その合計額から患者の一部負担金を差し引いた額を審査支払機関から受け取ることになる。中では、急性期入院医療については、一般病床の約55%において、診断群分類に基づく1日当たり包括支払い制度（DPC制度）が導入されている<sup>131</sup>。

<sup>126</sup> 長坂（2007）、pp.268~272

<sup>127</sup> 厚生労働白書（2016）、p81

<sup>128</sup> 厚生労働白書（2016）、p84

<sup>129</sup> 厚生労働白書（2016）、p87

<sup>130</sup> 厚生労働白書（2016）、p86

<sup>131</sup> 厚生労働白書（2016）、p86~87

#### 4.4 病院の経營業績

第3章に提起した業績好転に関する過程追跡の分析枠組みでは、本研究は病院の業績が好転した状況を過程追跡の『結果』の項目として捉えた。業績好転に関わる経営指標は、収益に関する指標と救急の受入状況の2つの側面を取り上げる。

##### 1) 収益について

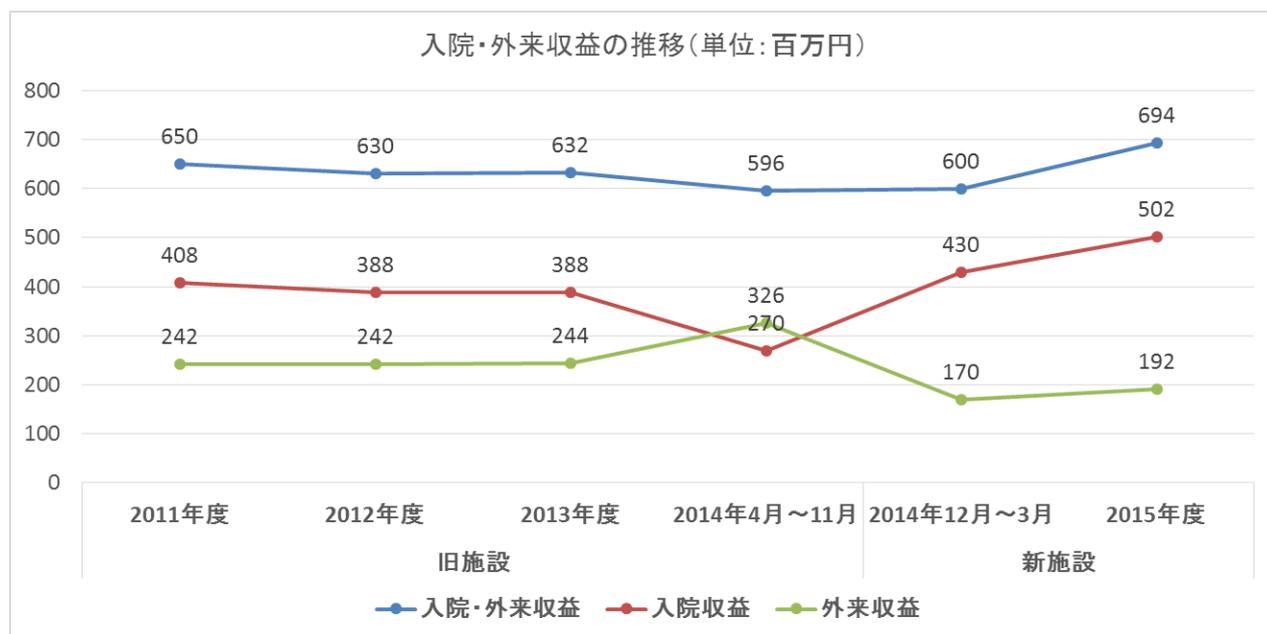
公立病院の厳しい経営状況の中で、医療収益や患者数などといった主要な業績について、月平均で業績を下記の表4-9にまとめ、各数値の推移を図4-4～図4-8で示した。

表4-9 小樽市立病院統合前後の業績比較表

	区分	旧施設				新施設	
		2011年度	2012年度	2013年度	2014年4月～11月	2014年12月～3月	2015年度
医療収益 (百万円)	入院・外来収益	650	630(△3.0%)	632(0.2%)	596(△4.8%)	600(△6.6%)	694(16.4%)
	入院収益	408	388(△4.8%)	388(0.0%)	270(△23.3%)	430(△21.4%)	502(85.9%)
	外来収益	242	242(△0.03%)	244(0.8%)	326(4.7%)	170(△0.3%)	192(△41.1%)
入院	一日平均患者数(人)	333	307(△7.8%)	296(△3.6%)	304(5.0%)	316(1.7%)	343(12.8%)
	病床利用率	74.8%	69.1%(△7.6%)	66.5%(△3.8%)	75.9%(3.6%)	81.8%(4.2%)	88.5%(16.6%)
	入院単価(円)	40204	41542(3.3%)	43028(3.6%)	43702(1.7%)	44970(4.1%)	47912(9.6%)
	平均在院日数(日)	15.5	15.0(△3.2%)	14.1(△6.0%)	14.6(12.3%)	15.9(6.0%)	14.4(△1.4%)
外来	一日平均患者数(人)	764	714(△6.5%)	689(△3.5%)	690(△0.4%)	779(14.1%)	883(28.0%)
	外来単価(円)	15577	16602(6.6%)	17413(4.9%)	13456(△22.5%)	11075(△36.9%)	10775(△19.9%)
手術	手術(件)	218	217(△0.5%)	266(22.6%)	228(17.1%)	236(15.6%)	339(48.7%)

注：( )内の数字は前年同月比である。ただし、2015年度の( )内の数字は統合前の2014年4月～11月比である。

図4-4 入院・外来収益状況の推移(月平均)



上記の表4-9及び図4-4の収益状況において、新病院になってから、外来収益を除き、入院・外来の総収益及び入院収益は明らかに上昇した。2014年12月から2015

年3月までは、新病院の開設により、旧施設の業務を統合する過渡期であり、混乱もあったため、新病院の業績を評価するには、2015年度の収益状況を基準とした方が妥当である。2015年度の入院・外来収益は、統合前より（2014年4月～11月）より16.4%も増加し、明らかに上昇した。特に、入院収益の増加率が85.9%となり、ほぼ統合前の倍近く増加したことが分かった。一方、外来収益は統合前の2014年より41.1%減少したが、これは院内調剤から院外調剤に変更したことに起因する。院内では、その変更が有効であったかの議論が未だにあり、院内調剤に戻す可能性も検討している。

図4-5 一日平均患者数の推移（月平均）

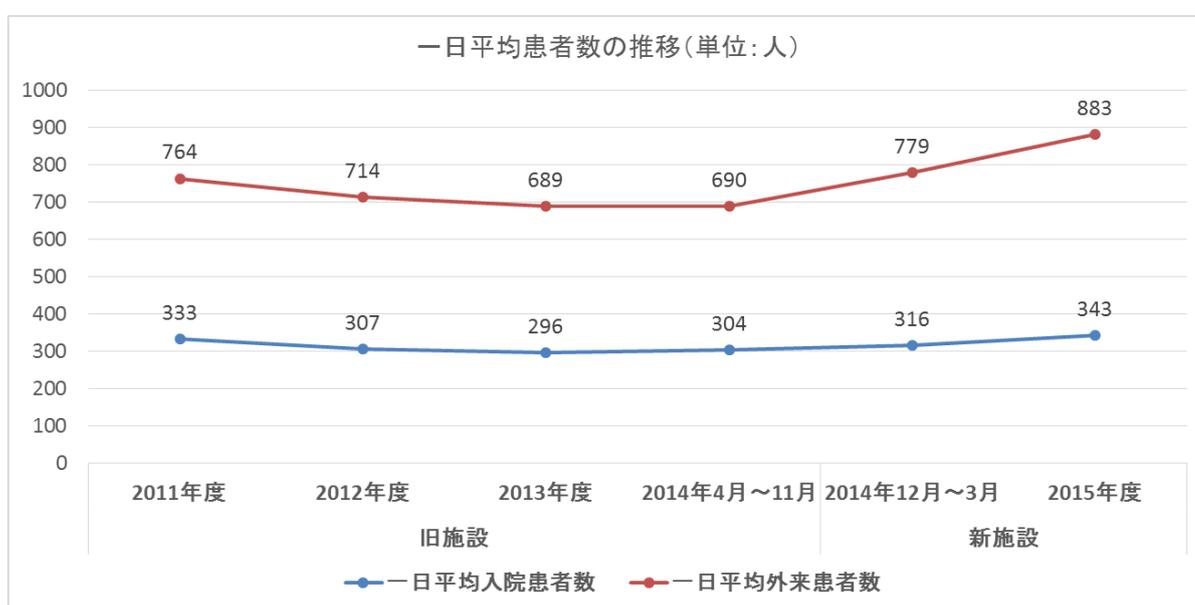
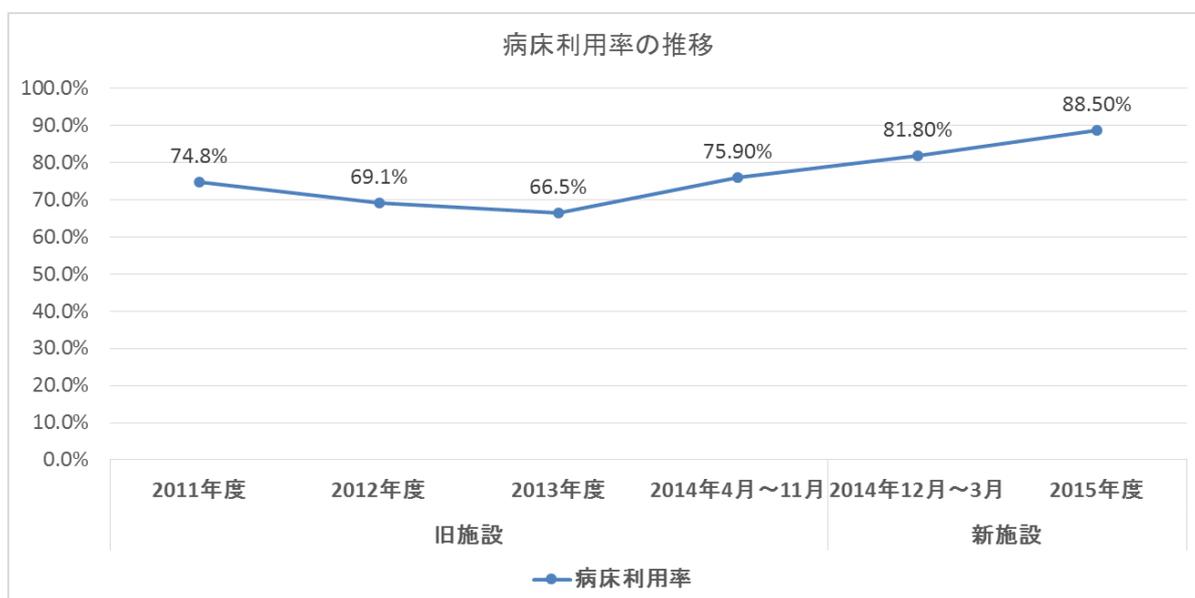
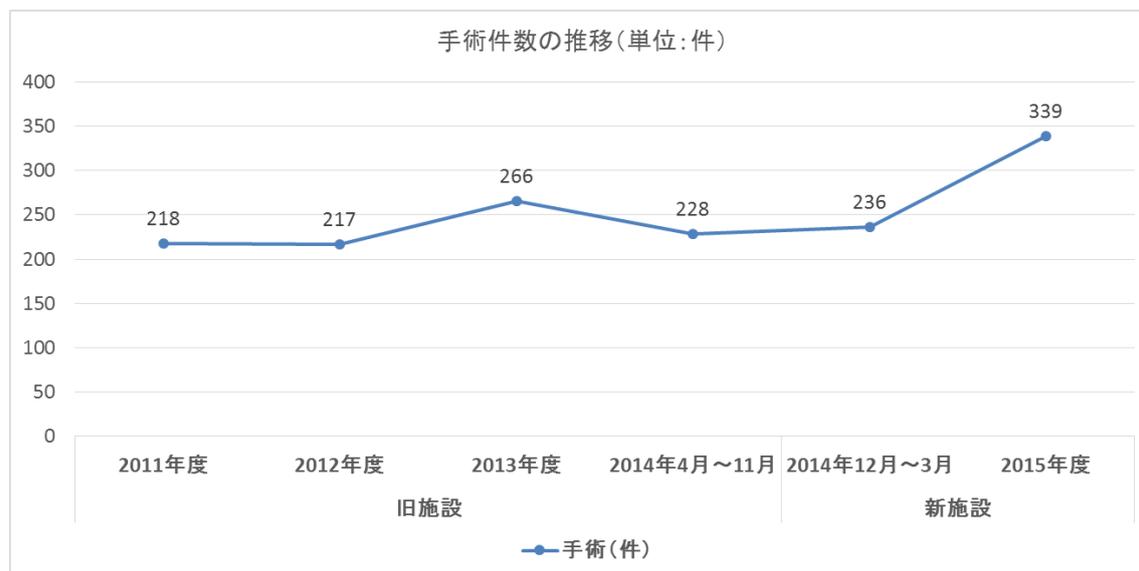


図4-6 病床利用率の推移（月平均）



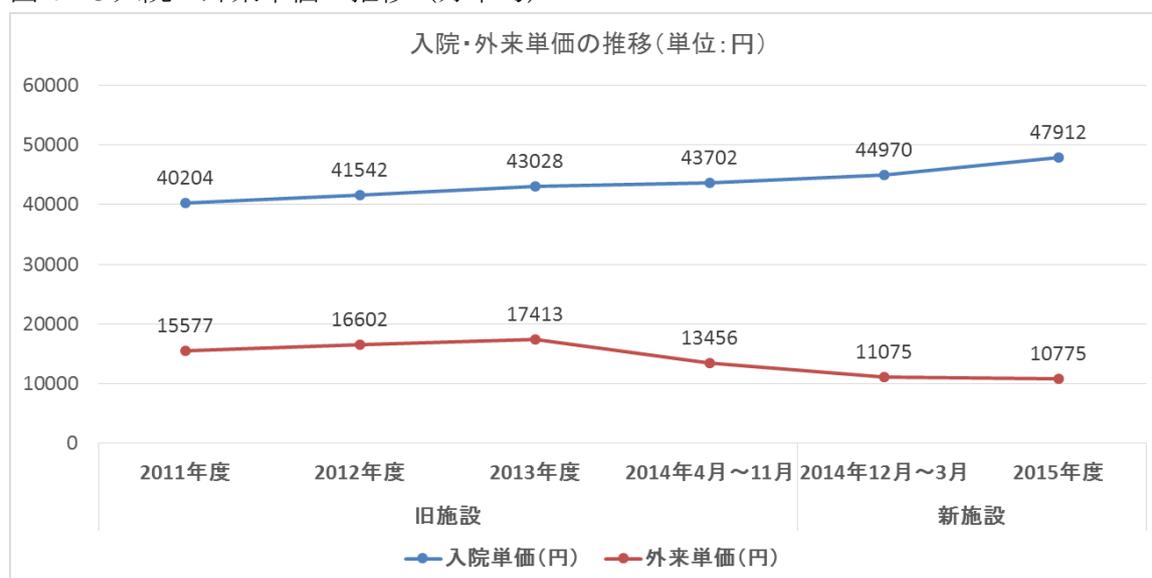
一方、2015年度の一日の平均患者数から見ても、入院患者数は、病床数の減少にも関わらず、統合前の2014年度（4月～11月）より約12.8%増加し、外来患者は28.0%も増加した（図4-5）。さらに、患者数の増加とともに、病床利用率も従来の60～70%台から約90%台まで上昇した（図4-6）。

図4-7 手術件数の推移（月平均）



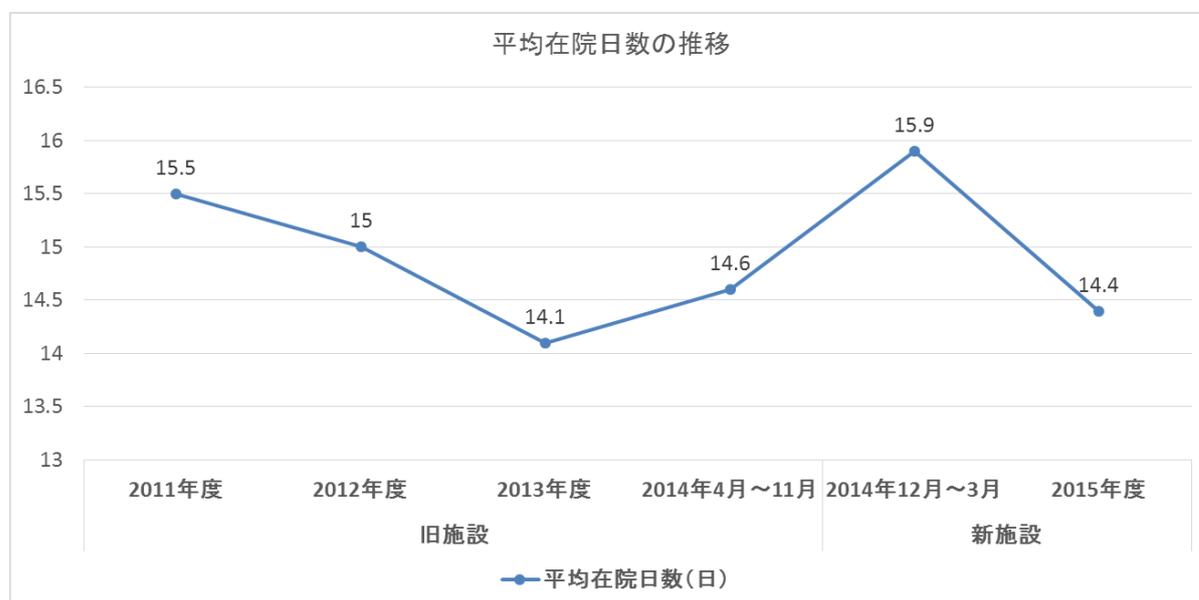
また、上記の図4-7によると、新病院になってから、診療科の増設や施設・設備の最新化によって、医局派遣の常勤医師及び研修医の増加による医師の充実が図られ、手術件数も2015年度が統合前より48.7%も増加し、月平均で100件以上の手術実績が増えた。

図4-8 入院・外来単価の推移（月平均）



更に、入院・外来単価から、入院単価は統合前より 9.6%増加した一方、従来の院内調剤から院外調剤に変更することによって、外来単価が下落した（図 4-8）。

図 4-9 平均在院日数の推移（月平均）



上記の図 4-9 で示されたように、DPC 対象病院<sup>132</sup>として平均在院日数も短縮した。

総じて、上記の 2011 年度～2015 年度の小樽市立病院の業績の比較より、2014 年 12 月 1 日に新病院が開設してから、経営業績の好転が見られた。特に、2015 年度の収益（入院・外来）、患者数及び手術件数といった経営業績は明らかに好転した。

さらに、今後の収益の向上について、並木氏は「今後、黒字経営のために、医業収入だけでなく、医業収益を上げることが重要である。また、人件費の削減と医療機器を導入する際の費用対効果の考慮も非常に大切である。特に、医療機器などを導入する際には、必ず診療報酬の下での加算を確保することが必要である。<sup>133</sup>」と語っていた。このように、小樽市立病院は今後も、医業収益の上昇を見込む。

## 2) 救急の受入状況

下記の表 4-10 及び図 4-10 で示した小樽市立病院統合前後の救急の受入状況によると、救急の受入人数は 2013 年が最も低く、その後、明らかに上昇する傾向にある。小樽市全体の救急の受入に占める構成は、市立病院統合前の約 20%から 2015 年の 22.8%まで上昇した。特に、新病院になってからの救急受入の状況について、統括理

<sup>132</sup> DPC 対象病院は、DPC（Diagnosis Procedure Combination；診断群分類）に基づき定額支払い制度を導入している病院を指す。

<sup>133</sup> 付録資料 1 ヒアリング調査 1)

事の馬淵氏は「『管理当直』『脳神経外科当直』及び『循環器内科、外科、ICU等当直』の3人当直体制を取り、従来よりも積極的に救急対応を充実させた。救急対応は市民からの要望と期待に応えられ、評判もよくなった。<sup>134)</sup>」と述べている。小樽市立病院の救急の受入は旧病院時と比べ充実し、より高い医療価値を創造できる仕組みを形成しつつある。

表 4-10 救急の受入状況 (小樽市消防本部)

医療機関名	搬送人数(人)							
	2012年	構成率	2013年	構成率	2014年	構成率	2015年	構成率
夜間急病センター	1,057	19.0%	1,093	18.8%	940	16.3%	960	16.4%
小樽市立病院					142	2.5%	1,334	22.8%
医療センター	598	10.8%	554	9.5%	545	9.4%		
旧市立小樽病院	583	10.5%	559	9.6%	544	9.4%		
市内 A	445	8.0%	620	10.7%	634	10.9%	580	9.9%
市内 B	471	8.5%	464	8.0%	593	10.2%	703	12.0%
市内 C	451	8.1%	451	7.7%	411	7.1%	319	5.4%
市内 D	271	4.9%	324	5.6%	328	5.7%	271	4.6%
市内その他	1,174	21.1%	1,236	21.2%	1,119	19.3%	1,195	20.4%
市外	507	9.1%	520	8.9%	534	9.2%	497	8.5%
計	5,557	100.0%	5,821	100.0%	5,790	100.0%	5,859	100.0%

図 4-10 救急の受入人数の推移

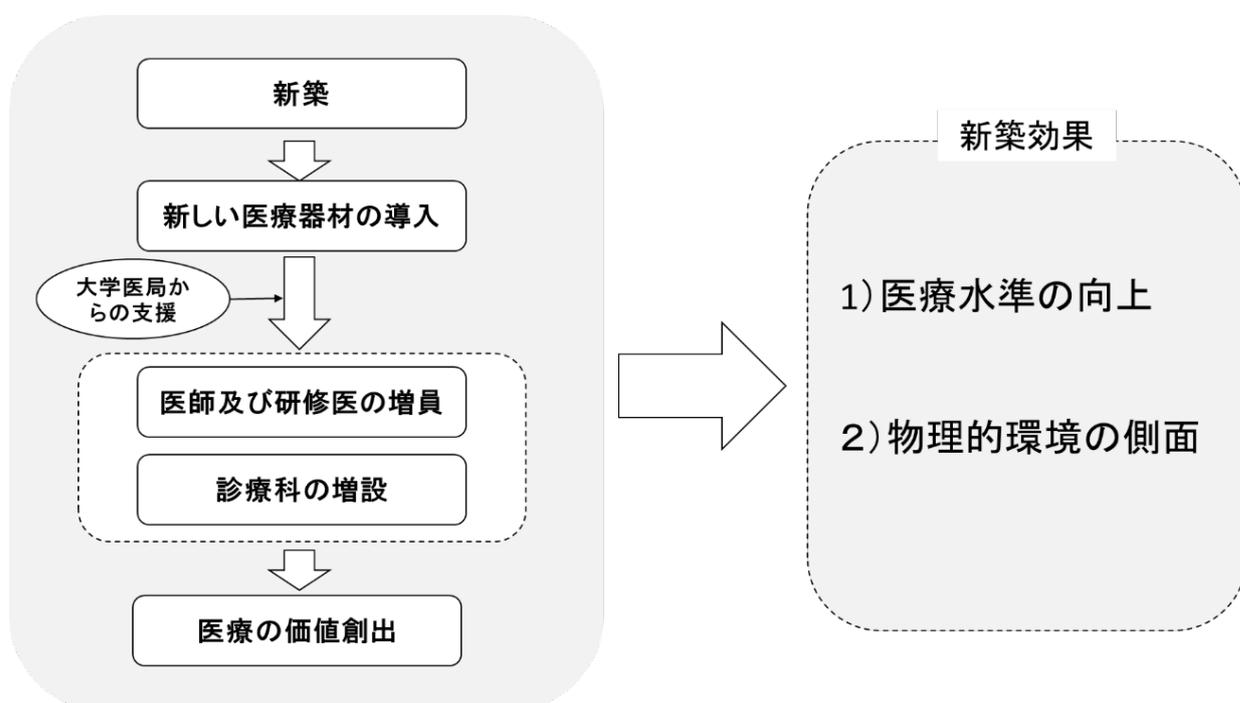


<sup>134)</sup> 付録資料 1 ヒアリング調査 3)

#### 4.5 過程追跡による新築効果

本研究は、前述の過程追跡の枠組みにおいて、『公立病院の赤字経営』を一般的な因果メカニズムとして、『新築効果』を小樽市立病院の業績好転に導く特殊なメカニズムとして捉えた。4.4 における業績好転に関する過程追跡によって、小樽市立病院は新病院を開設してから、業績が長期低落から好転してきたという『結果』にたどり着き、業績好転の過程を明確にした。したがって、本研究の過程追跡の枠組みで示されたように、小樽市立病院における経營業績の好転の背後には、新築による効果という特殊なメカニズムが存在していると判明した。下記の図 4-11 は過程追跡によって、施設の新築がいかに新たな医療の価値創出に導くかを提示した。

図 4-11 過程追跡による新築効果



小樽市立病院は新病院になってから、業績が統合前より好転したということは前述の業績比較によって明らかになった。ここでは、業績好転の背後に存在する新築効果について考察してみた。一般的に医療機関の新築効果は 2 つの側面から構成される。すなわち、①新たな医療機器の導入、診療科の増設や医師の増員に伴う医療水準の向上、②病院の施設・設備の更新及び清潔度等の病院の物理的環境に関わる側面、といった点があげられる。

第一に、医療水準の向上に関して、前述の関連する生産要素市場で言及し、関連データを提示したように、小樽市立病院は、新病院の開院に伴い、新たに 6 つの診療科を増設し、4 つの専門センターが新設された。また、道内、最新の PET-CT などの

高額医療機器も導入された。さらに、現在、インターネットを活用し、倶知安や岩内などの病院と連携しながら、地域連携を強化し、より多くの患者を引き受けるようになってきている<sup>135</sup>。一方、新病院が開設してから、医師の数が明らかに増加し、研修医も増え、医療水準が向上した。その要因は、施設の新築及び新しい医療機器の導入により、大学医局からの支援が増えたことにある。つまり、今後、小樽市立病院はがん拠点病院として、さらに、がん、脳・神経疾患、心・血管疾患の診療を三つの柱として、高度医療を担う地域の中核病院という経営戦略を構築する計画である。同時に、教育研修病院としての役割を果たし、学術面も含めて、医療技術の向上を図っていく<sup>136</sup>。

第二に、病院の物理的環境は、日常、患者と直接に相互作用を行う空間ともいわれ、患者への医療サービスを提供する過程における重要な構成要素でもある。医療サービスの場合、医療機関の建物の外観や内装、医療機器、受付の設備や備品、病室内の設備、待合室の照明や温度、控え室におかれている雑誌、駐車場の整備など、患者が知覚できるものすべてが含まれる<sup>137</sup>。

その物理的環境の役割として、藤村（2009）は、「サービスを構成する諸属性に占める経験属性や信頼属性の割合が高いほど、サービスを評価する手がかりとして物理的環境がより求められる<sup>138</sup>」と主張している。医療サービスの場合、医療サービスの無形性及び専門知識の制限によって、患者はサービスを評価する際に、その手がかりとして『表層的要素』、いわゆる病院の施設や環境の快適性等といった物理的環境の要素に依存することがある（Lehtinen et al.1989、Oliver 1994、藤村 2009）。先行研究においても、『診療環境の快適性』が患者満足度に対する正の影響力が確認されている（長谷川ら 1993、今井ら 2000、永井ら 2001、Dagger et al.2007）。

また、物理的環境は、顧客及び従業員の適切な行動を導く役割を持つ（藤村 2009）。一般的に、従業員は、物理的環境を用いてサービスを提供し、同時に顧客はその空間を利用しながらサービスを消費し便益を享受するのである。さらに、物理的環境のデザインは、顧客及び従業員のデリバリー・プロセスへの参加の仕方や、そこでの協働のあり方を方向づけることで、サービスを効果的かつ効率的にデリバリーできるような状況を作り出す<sup>139</sup>。先行研究において、顧客の高い参加度は高い満足度に繋がると支持されている（Gartner and Reissma 1974、Donabedian 1980、Grönroos 2013）。物理的環境は、デザインによって顧客及び職員のポジティブな参加行動に導くことが推測される。例えば、入院の場合、『クリニカルパス』を導入する病院が多数ある（荒木 1999、鈴木ら 2001、原ら 2001）。医療従事者と患者はともに『クリニカルパス』に沿

<sup>135</sup> 付録資料1 ヒアリング調査1)

<sup>136</sup> 付録資料1 ヒアリング調査1)

<sup>137</sup> 藤村（2009）、p37

<sup>138</sup> 藤村（2009）、p37

<sup>139</sup> 藤村（2009）、p38

って、適切かつ効率的な行動をとることができる。それ以外に、病院に設置されている案内板や掲示板の表示なども患者をよりスムーズに医療サービスの提供過程に参加させるのに役割を果たしている。

さらに、物理的環境は、顧客の期待を管理する役割を持つ（藤村 2009）。前述のように、物理的環境は顧客がサービス品質を評価する際の手がかりとしてよく利用されるため、顧客の期待形成に大きく関わっている。一般的に、満足または不満足は顧客の事前の期待と実際に受けたサービスのギャップによって形成される（Oliver 1994）。つまり、物理的環境の充実が医療サービスと患者の期待を一致させる必要がある。

ヒアリング調査によると、並木氏は「病院が新しく明るくなって、きれいになったことが何よりも一番変わったところである。職員も同時に生き生きと働くようになってきている。さらに、今まであまりなかったが、患者から褒められることもよくあった。」と語っている<sup>140</sup>。近藤氏は、「新病院になってから、若年の医師も増えると同時に、若い患者も増えてきた。」<sup>141</sup>と述べている。物理的環境の変化は、患者の事前期待と満足度と一致させる効果があると考えられる。

#### 4.6 ヒアリング調査

ここでは、『過程追跡』の一環としてトップの言動を把握し解析する。本節は、患者満足度に関する実証分析の補完として、経営者層に対するヒアリング調査（表 4-11）を実施し、①医療サービスにおける経営的視点、②患者重視の医療サービス、③患者満足度調査への院内の活用とその対応、及び④新築効果という大項目に関してトップの言動を解析した。

---

<sup>140</sup> 付録資料 1 ヒアリング調査 1)

<sup>141</sup> 付録資料 1 ヒアリング調査 2)

表 4-11 ヒアリング調査の実施概要

実施日	調査対象	役職	主な調査項目
2016年12月19日	並木昭義氏	病院事業局長	・経営意識 ・医師の増加 ・患者満足度の活用 ・新築効果 等
2016年12月21日	近藤吉宏氏	院長	・患者満足度改善の活動 ・接遇の向上 ・研修医の教育 ・新築効果 等
2016年12月26日	馬淵正二氏	統括理事	・患者満足度改善の活動 ・救急対応の改善 ・接遇の改善 等
2016年12月27日	金子文夫氏	事務部次長	・財務状況 ・サービス向上委員会の活動 ・新築効果 等

#### 4.6.1 医療サービスにおける経営的視点

実際の医療経営現場において、医師が病院の医療経営を担う例がほとんどである。そのため、しっかりとした経営意識の有無が問われる。本研究では、経営者層に対するヒアリング調査を通じ、当該病院の経営者層は効率的な病院経営を意識しているか否かを考察した。

並木氏は、「病院経営では、医療サービスの品質を高めることも非常に重要である。」で述べ、具体的には、①医師の診療の質を高めること、②経営の質を高めること、③患者サービスの質を上げることといった点を指摘した。同氏は、「経営の質を高めることについて、近年、医療がサービス業として捉えられ、医療経営が非常に重要視されてきた。当該病院の経営において、それらの視点を取り入れ、病院と外部の専門家との連携を強化している。具体的な取り組みとして、第一に、外部の専門家と連携しながら、改革プランを立てることである。第二に、地方大学の専門家と提携しながら、外部による患者満足度調査や、機能評価及びメディカルツーリズムといった活動に取り組んでいる。最後に、当該病院は地域医療の中核病院として、医療技術や学術的な面（学会発表や論文の掲載等）も含めてしっかり評価してもらい、ブランドを構築していくことが重要である。<sup>142)</sup>」と述べた。リーダーとして、医療技能を向上させることを基礎とした経営理念及び経営方針が示されている。

近藤氏は、「病院経営の視点より、地域における当該病院の位置付けや役割を明確にすることが、非常に大事である。当該病院は、がん拠点病院として、さらに、がん、

<sup>142)</sup> 付録資料1 ヒアリング調査1)

脳・神経疾患、心・血管疾患の診療を三つの柱として、今後は高度医療を担う地域の中核病院というイメージを固定する必要がある。」と述べた。さらに、同氏は、「病院経営において、財務的なデータ等を明示することが活動の実行や現場の理解に繋がる有効な手段である。それによって、職員のモチベーションも上がる。そのためには、管理システムの充実が非常に重要である。一方、医業収益等の財務的な情報だけでなく、管理者にとって、できるだけ、評価すべきところを評価するという目線も大事である。病院において、様々な診療科や部署が存在し、各診療科も各自の特性を有しているため、医療という全体的な目線で見えていくことが重要である。<sup>143)</sup>」と主張している。以上のように、診療科別の活動を積極的に評価し、多面的な目標設定による評価を実践する姿勢が読み取れる。

馬淵氏によると、「病院として求められる機能について、医師と患者との乖離が存在している。医師は、当該病院を急性期医療の基幹病院として、重点的に急性期の患者を診たい。それに対して、患者は、全ての診療を一つの病院で済ませたい。しかし、病院経営（収益面）の視点より、外来では、利幅の低い患者（慢性期）の割合が高く、さらに、複合の疾病を抱えている患者が多いため、課題となっている。」と指摘した。対策として、外来の負担を軽減し、急性期患者を中心とした診療体制を組むために、慢性期患者は近隣クリニックにて診療してもらおう形のすみわけをすることで、高度医療施設として、効率のよい医療サービスの提供を目指している。

以上より、小樽市立病院の経営者層の経営意識を考察したところ、局長をはじめ、院長と統括理事を含め、当該病院の経営者層は自らの病院経営における位置付けや担当する業務内容に基づき、トップからの経営理念や経営方針に従い、具体的な医療現場における管理システム及び収益面の改善などにおいて、しっかりした経営意識を持っていることが確認できた。医療職が経営トップを兼ねる形にはなっているが、病院の収益を確保する視点では、一般的な企業の経営者と同様の意思決定や経営判断を求められていることが分かった。

#### 4.6.2 患者重視の医療サービス

並木氏は、「医療もサービスなので、サービス精神を患者に理解してもらい、サービスの提供により、患者に満足してもらうことが医療従事者の仕事である。患者サービスの質を高めるには、当該病院では、外部によるアンケート調査を実施し、患者の意見を聴取し、患者対応を改善している。<sup>144)</sup>」と語った。以上のように、医療はサービスの一つという認識を持っており、患者満足調査を一つ的手段として間接的に医療サービスの質の評価を確認している。

---

<sup>143)</sup> 付録資料1ヒアリング調査2)

<sup>144)</sup> 付録資料1ヒアリング調査1)

近藤氏は、「マスコミによる宣伝の力も大きいですが、それより患者の口コミが重要である。実際に来ていただいて、診療を受けて、どう思われるかが病院の支えである。そのために、日々の診察において、患者に対して丁寧に対応するという共通な組織文化を構築することが非常に重要である。<sup>145)</sup>」と述べた。患者への対応を改善させることによって、患者満足度を向上させ、さらに、患者の推薦意志に正の影響を与えるという視点が読み取れる。

馬淵氏は、「患者に満足してもらうには、救急対応の充実と接遇改善が非常に重要である。」と述べている。具体的に、救急体制について、3人当直体制を取ることによって、市民からの要望と期待に応えている。一方、接遇の改善については、研修医の教育を中心に、今後は、医療技術だけではなく、接遇の勉強、特に精神面に対する配慮の研修も必要である。<sup>146)</sup>」と主張している。以上から、患者に対するサービスについて、接遇対応のほかに、医療の質の向上を重視している。特に、救急体制の充実が急性期医療において中核を成し、当該医療機関の存続を支える視点として重視している。

以上の考察より、小樽市立病院の経営者層は、医療技術に関わる本質的サービスの向上を重視すると同時に、患者を満足させるために、接遇の改善や業務体制の充実及び医療の質の向上を目指している。

#### 4.6.3 患者満足度調査の活用体制

ヒアリング調査から、病院側が行っている患者満足度に関する活動及び病院経営者層の言動をまとめた。本研究において実施した2013年から2016年にわたる6回の患者満足度調査の結果について、全てが院内掲示資料及び調査報告書を作成し、病院に提供した。各年度の患者満足度調査の結果は、院内に掲示され、病院側が改善策を立てる際の参考資料として活用した。

近藤氏は、「調査することが非常に大事だと思って、調査結果の開示によって、外部による客観的な評価を現場の職員に認識してもらう事が重要である。調査結果はすべて経営戦略会議で開示し、コメントしている。」<sup>147)</sup>と述べた。提供する医療サービスの品質を維持するための一手段として当該満足度調査を位置付けている。

新病院の開設と同時に、小樽市立病院は患者サービスの向上及び院内設備の改善を図ることを目的として、医師、看護師、検査技師、事務職員及び地域連携室職員が構成する『サービス向上委員会』を立ち上げ、月例で会議が開かれる。さらに、業務内容に応じて、『院内設備改善WG』、『院内イベントWG』、『患者満足度調査WG』及び『ボランティアWG』といったワーキンググループも設置された。

<sup>145)</sup> 付録資料1ヒアリング調査2)

<sup>146)</sup> 付録資料1ヒアリング調査3)

<sup>147)</sup> 付録資料1ヒアリング調査2)

サービス向上委員会の活動は主に以下のようなものである。患者満足度調査等の調査結果は、病院のHPや院内の掲示板に掲載するとともに病棟ダイルーム等8か所に冊子を配備する。一方、院内に設置されたご意見箱に寄せられたご意見や苦情などもすべて担当の部署に振り分け(例えば、看護師の接遇に関する意見は看護部に振り分けなど)担当部署によって回答を作ってもらって、改善策などを明示し、病棟ダイルーム掲示板等に掲示している<sup>148</sup>。職員向けには、経営運営会議でご意見の一部を報告するとともに、院内LANと医局掲示板に掲載している。特に、2015年1月頃から、患者から寄せられたご意見及び改善策に関して、院内ラウンドも実施している。

このように、小樽市立病院は、新病院の開設に伴い、様々な側面から患者満足を向上させるように工夫している。

#### 4.6.4 新築効果

並木氏は、「新病院の開設による新築効果は、主に、①施設の新築化による快適な診療環境の実現、②職員のモチベーションの向上、③患者からのプラスの評価の3つがあげられる。ただし、新病院の開設に伴い、職員の業務量も増え、今後は接遇における細かい点に気を付ける必要がある。<sup>149</sup>」と述べた。

近藤氏は、「統合前の当該病院は、優秀な医師がいるにも関わらず、施設の老朽化により、外部からは「医療レベルも低い」と負のイメージが強かった。その負のイメージを解消できたのは、新病院の開院と並木局長のリーダーシップにほかならない。特に、新病院になってから、外来の場合、若い患者が増え、普通の病院として認めてもらえるようになってきている。<sup>150</sup>」と語った。

金子氏は、「新病院の効果として、短期間での医師の増員と大学の医局における病院の評価の上昇の2つが挙げられる。<sup>151</sup>」と言った。

つまり、ヒアリング調査を通じて、小樽市立病院は新築によって、診療環境の改善は勿論、新病院の開設に伴い、医師や研修医の増員、職員のモチベーションの向上及び患者による評価の上昇などの効果が確認できた。

総じて、本研究における過程追跡を通じ、小樽市立病院は新病院を開設してから、医業収入、患者数、手術件数等を含めた経營業績は概ね向上した。小樽市立病院は、新病院の開設に伴い、診療科の増設、医師の増員及び医療機器の導入により、医療水準が明らかに向上し、さらに、医局との連携により教育研修病院として、また、高度医療を担う地域の中核病院として発展してきた。本章では、研究目的2に関わり、過程追跡の手法を利用し、経営者層へのヒアリング調査および関連経営指標の分析によ

<sup>148</sup> 付録資料1ヒアリング調査4)

<sup>149</sup> 付録資料1ヒアリング調査1)

<sup>150</sup> 付録資料1ヒアリング調査2)

<sup>151</sup> 付録資料1ヒアリング調査4)

り、病院を取り巻く消費市場、内部の生産要素市場及び財務状況を考察し、小樽市立病院の業績好転に導く特殊的なメカニズムとしての『新築効果』の存在について明確にし、新築による患者満足度への効果の傍証を示した。

## 第5章 外来患者満足度の構成要素に関する実証研究

本研究は、2013年から2016年にかけて、統合前後の小樽市立病院の外来患者を対象に患者満足度調査を実施した。本章では、4回のアンケート調査の結果を用いて、外来患者満足度の構成要素を解明し、さらに、サービスの属性（嶋口 1994）に基づき、新旧施設における外来患者満足度の構成要素を比較検討した。

### 5.1 外来患者満足度調査の概要

本研究は、2013年から2016年にかけて、計4回の外来患者満足度に関するアンケート調査を実施した。うち、合併以前の旧小樽市立病院では、『小樽病院』と『医療センター』にて、2回の調査（2013年、2014年）を実施し、合併した小樽市立病院（新病院）にて、同様に2回の調査（2015年、2016年）を実施した。アンケート調査は無記名自記式調査票による自己完結型対面式調査<sup>152</sup>（一部聞き取り調査）であった。アンケート調査の実施日及び有効回答率は以下の表5-1通りである。

表5-1 アンケート調査の有効回答率一覧表

アンケート調査	施設	配布票数	有効回答票数	有効回答率
1回目（2013. 9.24～27）	小樽病院	269票	236票	87.70%
	医療センター	340票	324票	95.30%
	旧小樽市立病院	合計:609票	合計:560票	91.95%
2回目（2014. 1.20～23）	小樽病院	301票	298票	99.00%
	医療センター	276票	275票	99.64%
	旧小樽市立病院	合計:577票	合計:573票	99.31%
3回目（2015. 10.19～21）	小樽市立病院	443票	443票	100.00%
4回目（2016. 10.17～19）	小樽市立病院	471票	471票	100.00%

アンケート調査票の調査項目は全部で10題目、44の質問となり、5段階リカードスケールと記述形式を採用した。本アンケートに使用した調査項目の内容に関して、患者満足度に関連する既存研究の理論や使用されている調査項目などに基づき、第3

<sup>152</sup> アンケート調査に参加するかどうかの意向を調査票の配布前に確認し、アンケート調査票を配布せず、調査員が被験者の回答を記載する形式でアンケート調査を実施した。

章に詳細に示し、質問文を設計した<sup>153</sup>。

## 5.2 外来患者満足度の構成要素の抽出

本節では、2013年から2016年の外来患者満足度調査の結果を利用し、“病院への全体的満足度”に関する因果関係を重回帰分析によって分析し、外来患者満足度の構成要素を抽出した。

### 5.2.1 外来患者満足度の構成要素に関する経年比較

『小樽病院』と『医療センター』の両施設統合前後の2013年から2016年のアンケート調査の結果に基づき、外来患者満足度の構成要素に関する経年比較を行った。“病院への全体的満足度”を被説明変数とし、“医師・看護師への全体的満足度”を除き、他の関連する項目を説明変数とし、重回帰分析を行った。統計分析によって、有意水準1%で抽出された構成要素の標準化偏回帰係数を下記の表5-2にまとめた。標準偏回帰係数は各項目が“病院への全体的満足度”に対する影響の度合を示している<sup>154</sup>。

---

<sup>153</sup> 付録資料3（外来患者アンケート調査票）

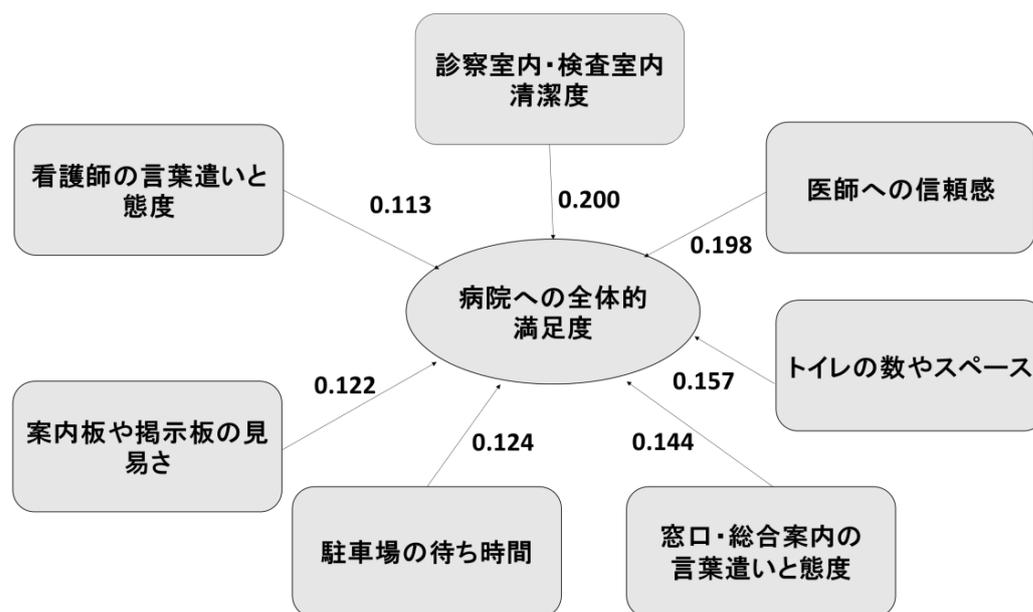
<sup>154</sup> 標準化偏回帰係数の解釈は3.5参照のこと

表 5-2 外来患者満足度調査の経年比較結果 (2013 年～2016 年)

年次	説明変数	標準偏回帰係数
2013 年	診察室内・検査室内清潔度	0.200
	医師への信頼感	0.198
	トイレの数やスペース	0.157
	窓口総合案内の言葉遣いと態度	0.144
	駐車場の待ち時間	0.124
	案内板や掲示板の見易さ	0.122
	看護師の言葉遣いと態度	0.113
	R2 乗	0.490
	調整済み R2 乗	0.484
	F 値	75.695
2014 年	廊下・ロビー・外来待合清潔度	0.217
	医師への信頼感	0.192
	案内板や掲示板の見易さ	0.188
	待合室やロビーの照明	0.134
	看護師への信頼感	0.123
	窓口総合案内の言葉遣いと態度	0.101
	駐車場の待ち時間	0.087
	R2 乗	0.540
	調整済み R2 乗	0.534
	F 値	93.783
2015 年	看護師への信頼感	0.307
	案内板や掲示板の見やすさ	0.302
	診察室内・検査室内清潔度	0.184
	医師の診察や検査結果の説明	0.184
	R2 乗	0.560
	調整済み R2 乗	0.556
	F 値	138.446
2016 年	看護師への信頼感	0.219
	医師の診察や検査結果の説明	0.208
	案内板や掲示板の見やすさ	0.178
	診察室内・検査室内清潔度	0.152
	待合室やロビーの温度	0.133
	窓口総合案内の言葉遣いと態度	0.123
	R2 乗	0.583
	調整済み R2 乗	0.577
	F 値	107.930

(有意水準：1%)

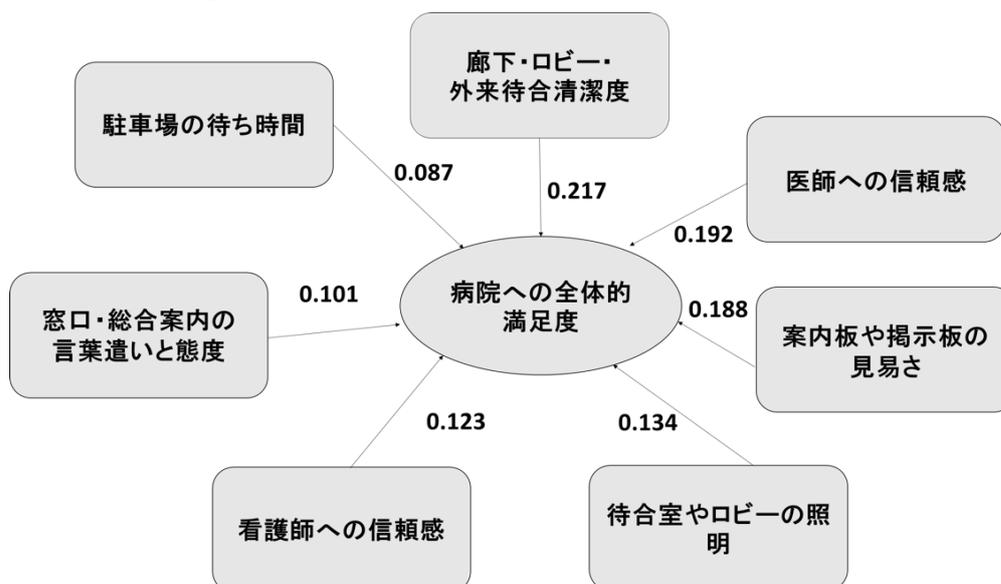
図 5-1 外来患者満足度の構成要素 (2013 年)



注：数値は標準化偏回帰係数である。

2013 年の分析結果から、“診察室内・検査室内清潔度” (標準化偏回帰係数：0.200) が“病院への全体的満足度”に影響する重要な要素として抽出され、“医師への信頼感” (同係数：0.198) も影響力が強かった。医師以外には、“看護師の言葉遣いと態度”や“窓口・総合案内の言葉遣いと態度”も外来患者満足度に影響を与えた。それ以外に“トイレの数やスペース”、“駐車場の待ち時間”及び“案内板や掲示板の見やすさ”といった施設・設備に関する要素も強い影響力を示した。

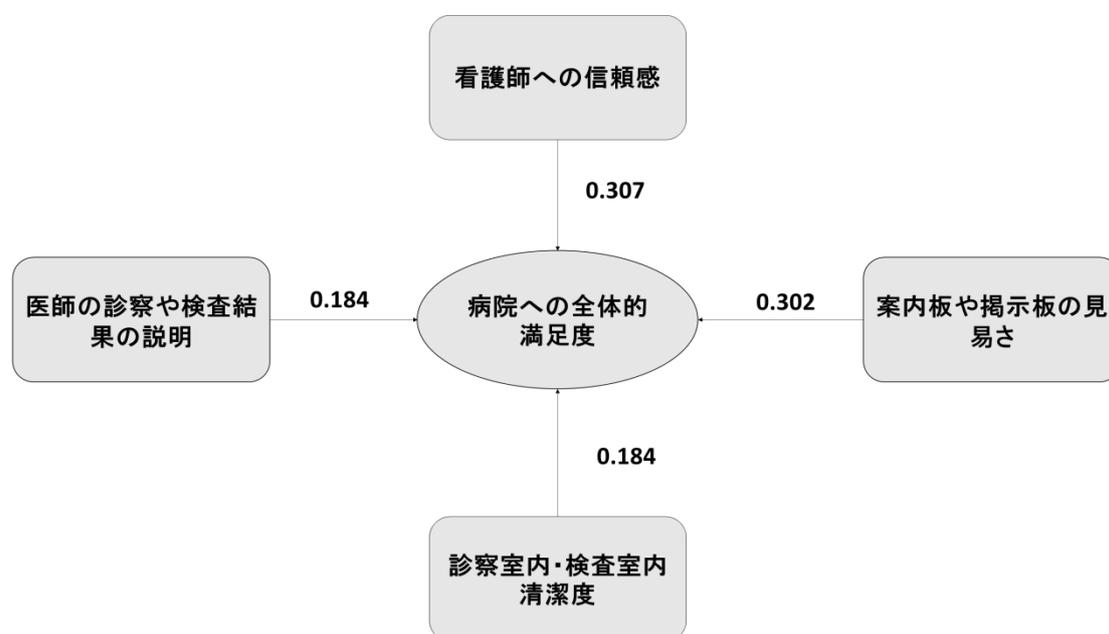
図 5-2 外来患者満足度の構成要素 (2014 年)



注：数値は標準化偏回帰係数である。

2014年の調査では、老朽化した病院でありながらも、廊下・ロビー・外来待合は清潔に保たれ清掃がなされているため、統計結果での評価が最も高く0.217という標準化偏回帰係数を示した。また、“医師への信頼感（同係数：0.192）”や“看護師への信頼感（同係数：0.123）”というソフト面の要因が満足度に強く影響した。一方、2013年の調査と同様に、“案内板や掲示板の見やすさ（同係数：0.188）”及び“駐車場の待ち時間（同係数：0.087）”といった施設・設備に関する要素も満足度の構成要素として抽出された。医師と看護師以外に、窓口・総合案内の接遇も患者満足度に影響を与えていると分かった。

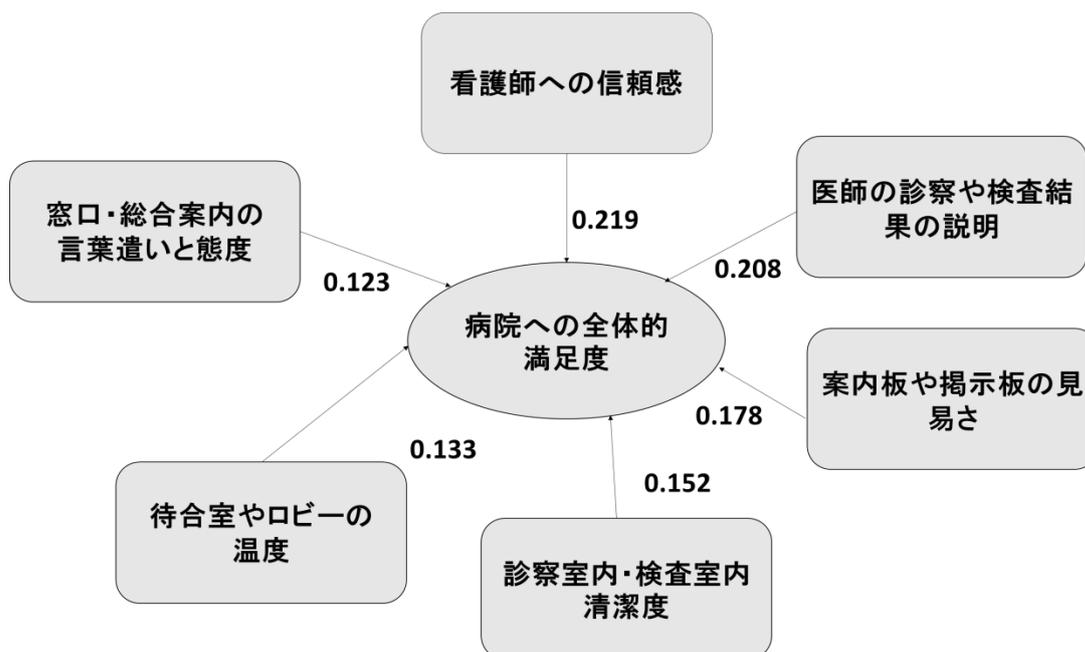
図5-3 外来患者満足度の構成要素（2015年）



注：数値は標準化偏回帰係数である。

2015年の調査において、“看護師への信頼感”（同係数：0.307）が最も強く“病院への全体的満足度”に影響した。加えて、“案内板や掲示板の見易さ”（同係数：0.302）、“診察室内、検査室内清潔度”（同係数：0.184）、“医師の診察や検査結果の説明”（同係数：0.184）も影響力が強かった。調査結果から、外来患者は病院を評価する際に、医療職員の対応だけでなく、病院の施設や清潔度も重要視していることが分かった。

図 5-4 外来患者満足度の構成要素（2016 年）



注：数値は標準化偏回帰係数である。

2016 年の調査結果から、2015 年の調査と同様に、“看護師への信頼感”（同係数：0.219）が“病院への全体的満足度”の重要な構成要素として抽出された。その他、影響の強い順で並べると、“医師の診察と検査結果の説明（同係数：0.208）”、“案内板や掲示板の見易さ（同係数：0.178）”、“診察室内、検査室内清潔度（同係数：0.152）”、“待合室やロビーの温度（同係数：0.133）”、“窓口総合案内の言葉遣いと態度（同係数：0.123）”であった。病院の施設・設備及び清潔度に関する項目は外来患者満足度の比較的重要な構成要素であると判明した。

## 5.2.2 外来患者満足度の構成要素に関する経年比較の結果について

5.2.1 の重回帰分析では、患者満足度の視点から、外来患者満足度の構成要素を抽出した。2013 年から 2016 年の外来患者満足度調査の結果によると、医師・看護師に関する項目だけでなく、診療環境の快適性に関する項目も外来患者満足度に強く影響していることが分かった。つまり、対面的医療サービスと共に施設の新築と充実も患者満足度の向上に重要な要素であると確認された。一方、重回帰分析の結果によって抽出された構成要素に、案内板や掲示板の見易さ、院内の清潔度や照明・温度等のような施設の快適性に関する項目が多数含まれていることも明らかになった。つまり、患者が病院の提供している医療サービスを評価する際に、医師・看護師だけでなく、診療環境の快適性も重要な要素として重視している。

第一に、“案内板や掲示板の見易さ”は4回の調査においてすべて有意な結果が得られた。その影響力の度合に関して、新病院開院当初の2015年の調査では、最も高い数値（同係数：0.302）を示した。施設の最新化によって、それに関連する要素が患者満足度に対する影響も一層強まった。

第二に、“看護師への信頼感”、“窓口・総合案内の言葉遣いと態度”及び“診察室内・検査室内清潔度”の3つの要素は4回の調査の内3回の調査で外来患者満足度の構成要素として抽出された。中でも、“看護師への信頼感”は新施設の調査（2015年と2016年）において、外来患者満足度に影響を与える最も重要な要素として抽出され、新病院開設後の2015年の調査で影響力が最も高かった（同係数：0.307）。

最後に、4回の調査の内2回の調査で有意な結果を得たのは“医師への信頼感”、“医師の診察や検査結果の説明”及び“駐車場の待ち時間”であった。中でも、“医師の診察や検査結果の説明”は新築になってからの2回の調査（2015年と2016年）で外来患者満足度の構成要素として抽出され、その影響力の度合を表している標準化偏回帰係数から見ても、上昇する傾向にある。つまり、外来患者は新施設になってから、医師による病状説明を従来よりも強く求めていると判明した。一方、“医師への信頼感”は旧施設の調査においてのみ患者満足度の影響要素として抽出されたが、これは新病院の開院に伴う研修医の増員に起因すると推測できる。

### 5.3 サービスの属性に基づく新旧施設の比較分析

本節において、嶋口（1994）が提唱した『本質サービス』及び『表層サービス』の概念に基づき、2013年から2016年にかけて実施した4回の外来患者満足度調査の結果をもとに、アンケート調査の調査項目をサービスの属性によって、分類した。さらに、下記の仮説を検証するために、重回帰分析を通じて、有意水準1%で外来患者満足度の構成要素を抽出し、有意となった諸要素の影響力の度合を比較検討した。

#### 仮説 I-1 : H1-1

“外来の場合、患者満足度に最も影響を与えるのは表層的要素である。”

#### 仮説 I-2 : H1-2

“外来の場合、患者満足度の構成要素において、本質的要素より表層的要素に属する項目の割合が高い。”

#### 仮説 I-3 : H1-3

“外来の場合、表層的要素が患者満足度に正の影響を与える。”

まず、本研究に実施した外来患者満足度調査の調査項目を第2章で示した表2-7に基づき、『本質的要素』と『表層的要素』に分類した(表5-3、5-4)。

表5-3 本調査に使用した調査項目

番号	調査項目	番号	調査項目
問1	受診した診療科。		⑦リハビリ療法士の言葉遣いと態度 ▲
問2	当院の受診理由。		⑧リハビリ療法士の説明がわかりやすい ○
問3	医師への満足度		⑨窓口・総合案内職員の言葉遣いと態度 ▲
	①言葉遣いや態度 ▲	問6	外来での待ち時間。
	②診察や検査結果の説明 ○	注2	①予約患者の待ち時間 ▲
	③治療方針やお薬などの説明 ○		②新規・予約外患者の待ち時間 ▲
	④医師への質問や相談のしやすさ ▲		③投薬の待ち時間 ▲
	⑤プライバシーへの配慮	問7	院内の清潔感。
	⑥医師への信頼感		①廊下・ロビー・外来待合 ▲
	⑦医師への総合的満足度		②診察室内・検査室内 ▲
問4	看護師への満足度		③トイレ ▲
	①言葉遣いや態度 ▲	問8	院内の施設・設備面。
	②待ち時間などの説明 ▲		①院内の案内板や掲示板の見易さ ▲
	③次回受診日程やお薬などの説明 ○		②待合室やロビーの温度 ▲
	④訴えに対する対応の素早さ ○		③待合室やロビーの照明 ▲
	⑤プライバシーへの配慮		④トイレの数やスペース ▲
	⑥看護師への信頼感		⑤身障者用トイレの数 ▲
	⑦看護師の総合的満足度		⑥駐車場の待ち時間 ▲
問5	他の職員への満足度。		⑦身障者用駐車場の数 ▲
	①薬剤師の言葉遣いと態度 ▲	問9	病院全体の評価。
	②薬剤師の説明がわかりやすい ○		①当院の総合的な満足度 *
	③検査技師の言葉遣いと態度 ▲		②再来
	④検査技師の説明がわかりやすい ○		③近親の方への推薦
	⑤放射線技師の言葉遣いと態度 ▲	問10	患者の性別、記入者、年齢
	⑥放射線技師の説明がわかりやすい ○		自由回答欄

注1：○印は本質的要素 ▲印は表層的要素 \*満足度指標

注2：問6に関しては、回答形式が5段階尺度ではないため、以下の重回帰分析では利用していない。

表 5-4 厚生労働省（2001）による調査項目の分類

サービスの属性	厚生労働省(2001)	本研究に使用した調査項目
本質的要素	治療技術	(看護師) 訴えに対する対応の素早さ
	病状説明	(医師) 診察や検査結果の説明
		(医師) 治療方針やお薬などの説明
		(看護師) 次回受診日程やお薬などの説明
		(薬剤師) 説明がわかりやすい
		(薬剤師) 説明がわかりやすい
		(放射線技師) 説明がわかりやすい
(リハビリ療法士) 説明がわかりやすい		
表層的要素	医師・看護師・他職員の接遇	(医師) 言葉遣いや態度
		(医師) 質問や相談のしやすさ
		(看護師) 言葉遣いや態度
		(看護師) 待ち時間などの説明
		(薬剤師) 言葉遣いや態度
		(検査技師) 言葉遣いや態度
		(放射線技師) 言葉遣いや態度
		(リハビリ療法士) 言葉遣いや態度
		(窓口・総合案内) 言葉遣いと態度
	病院・病室の雰囲気	廊下・ロビー・外来待合清潔度
		診察室内・検査室内清潔度
		トイレの清潔度
		院内の案内板や掲示板の見易さ
		待合室やロビーの温度
		待合室やロビーの照明
		トイレの数やスペース
		身障者用トイレの数
		身障者用駐車場の数
	待ち時間	駐車場の待ち時間
		予約患者の待ち時間
		新規・予約外患者の待ち時間
		投薬の待ち時間

### 5.3.1 サービスの属性に基づく外来患者満足度の構成要素に関する分析

#### 1) サービスの属性に基づく重回帰分析の結果

サービスの属性に基づき、外来患者満足度の構成要素を抽出するために、“病院への全体的満足度”を被説明変数とし、“医師”、“看護師”、“他の職員”、“待ち時間”、“清潔感”及び“施設・設備”に関する27つの調査項目を説明変数にし、ステップワイズ法によって、有意水準1%で重回帰分析を行い、結果は以下の表5-5となる。

表 5-5 病院への全体的満足度に関する重回帰分析の結果（2013 年~2016 年）<sup>155</sup>

2013 年		病院施設	
説明変数	標準偏回帰係数		
診察室内・検査室内清潔度 ▲	0.205	旧施設	
医師の診察や検査結果の説明 ○	0.166		
窓口総合案内の言葉遣いと態度 ▲	0.152		
トイレの数やスペース ▲	0.143		
案内板や掲示板の見易さ ▲	0.129		
駐車場の待ち時間 ▲	0.126		
患者の訴えに対する看護師の対応の素早さ ○	0.119		
R2 乗	0.485		
調整済み R2 乗	0.478		
F 値	73.983		
2014 年			旧施設
廊下・ロビー・外来待合清潔度 ▲	0.226		
案内板や掲示板の見易さ ▲	0.189		
医師の診察や検査結果の説明 ○	0.182		
待合室やロビーの照明 ▲	0.139		
窓口総合案内の言葉遣いと態度 ▲	0.117		
駐車場の待ち時間 ▲	0.086		
R2 乗	0.529		
調整済み R2 乗	0.523		
F 値	89.920		
2015 年		新施設	
案内板や掲示板の見やすさ ▲	0.308		
看護師の次回受診日程やお薬などの説明 ○	0.184		
診察室内・検査室内清潔度 ▲	0.164		
看護師の言葉遣いと態度 ▲	0.162		
医師の診察や検査結果の説明 ○	0.145		
R2 乗	0.552		
調整済み R2 乗	0.547		
F 値	106.916		
2016 年			新施設
医師の診察や検査結果の説明 ○	0.212		
看護師の言葉遣いと態度 ▲	0.191		
案内板や掲示板の見やすさ ▲	0.166		
待合室やロビーの温度 ▲	0.151		
窓口総合案内の言葉遣いと態度 ▲	0.151		
診察室内・検査室内清潔度 ▲	0.146		
R2 乗	0.579		
調整済み R2 乗	0.573		
F 値	106.204		

注：有意水準 1% ○印は本質的要素 ▲印は表層的要素

<sup>155</sup> 標準偏回帰係数は各項目が病院への全体的満足度に対する影響力の度合を示している。

上記の表 5-5 の結果によると、2013 年の分析結果において、本質的要素の諸項目の中では、“医師の診察や検査結果の説明（標準偏回帰係数：0.166）”及び“患者の訴えに対する看護師の対応の素早さ（同係数：0.119）”が構成要素として抽出された。一方、表層的要素に属する項目では、影響力の強さで、“診察室内・検査室内清潔度（同係数：0.205）”、“窓口総合案内の言葉遣いと態度（同係数：0.152）”、“トイレの数やスペース（同係数：0.143）”、“案内板や掲示板の見易さ（同係数：0.129）”及び“駐車場の待ち時間（同係数：0.126）”と並んだ。つまり、患者は病院全体を評価する際に、医師と看護師に関わる要素よりも受診環境の清潔度や施設・設備などの表層的要素を重視していることが分かった。

次に、2014 年の分析結果から、本質的要素に属する項目では、“医師の診察や検査結果の説明（同係数：0.182）”のみが抽出され、その影響力の度合もやや強めであった。一方、表層的要素の諸項目について、影響力の強さで並べると、“廊下・ロビー・外来待合清潔度（標準偏回帰係数：0.226）”、“案内板や掲示板の見易さ（同係数：0.189）”、“待合室やロビー照明（同係数：0.139）”、“窓口総合案内の言葉遣いと態度（同係数：0.117）”及び“駐車場の待ち時間（同係数：0.086）”であった。ただし、影響力が最も強い要素は 2013 年の分析結果と同様に院内の清潔度に関する項目であることが判明した。

新病院が開院して 10 ヶ月が経過し、各業務もある程度安定した 2015 年の調査結果によると、病院への全体的満足度に対する影響力の強い順で抽出された表層的要素を並べると、“案内板や掲示板の見易さ（同係数：0.308）”、“診察室内・検査室内清潔度（同係数：0.164）”、“看護師の言葉遣いと態度（同係数：0.162）”であった。特に、“案内板や掲示板の見易さ”が非常に強い影響力を示した。新築効果が最も示された分析結果であると読み取れた。抽出された表層的要素に属する項目も例年と同様に、病院の診療環境（施設・清潔感）に関わる項目が多かった。一方、本質的要素の諸項目の中では、“看護師の次回受診日程やお薬などの説明（同係数：0.184）”及び“医師の診察や検査結果の説明（同係数：0.145）”が抽出され、影響力もやや強かった。

最後に、2016 年の調査では、過去の調査と異なり、本質的要素である“医師の診察や検査結果の説明（同係数：0.212）”が表層的要素にあたる諸項目を上回って、外来患者満足度の最も重要な構成要素として抽出された。外来患者は医師による病状説明を強く求めていることが明らかになった。一方、表層的要素の諸項目では、職員の接遇に関わる“看護師の言葉遣いと態度（同係数：0.191）”と“窓口・総合案内の言葉遣いと態度（同係数：0.151）”、施設・設備に関連する“案内板や掲示板の見易さ（同係数：0.166）”、“待合室やロビーの温度（同係数：0.151）”、及び“診察室内・検査室内の清潔度（同係数：0.146）”も外来患者満足度の構成要素として抽出された。

## 2) 各年次の分析結果に関する比較

下記の表 5-6 は各年次の分析において有意に抽出された外来患者満足度の構成要素を時系列の比較表で示している。これによって、新旧施設における特徴を考察してみた。

表 5-6 構成要素の標準化偏回帰係数の比較一覧表

構成要素		年次			
		2013 年	2014 年	2015 年	2016 年
本質的 要素	医師の診察や検査結果の説明	0.166	0.182	0.145	0.212
	患者の訴えに対する看護師の対応の素早さ	0.119	—	—	—
	看護師の次回受診日程やお薬などの説明	—	—	0.184	—
表層的 要素	案内板や掲示板の見易さ	0.129	0.189	0.308	0.166
	診察室内・検査室内清潔度	0.205	—	0.164	0.146
	窓口総合案内の言葉遣いと態度	0.152	0.117	—	0.151
	看護師の言葉遣いと態度	—	—	0.162	0.191
	駐車場の待ち時間	0.126	0.086	—	—
	待合室やロビーの照明	—	0.139	—	—
	廊下・ロビー・外来待合清潔度	—	0.226	—	—
	トイレの数やスペース	0.143	—	—	—
	待合室やロビーの温度	—	—	—	0.151

有意水準：1%

注：枠内の数字は有意水準 1% で抽出された各構成要素が病院への全体的満足に対する影響力の度合を示している標準化偏回帰係数である。網掛けの部分は当該年次の最も高い標準化偏回帰係数を示している。

表 5-7 サービスの属性に基づく構成要素の構造

調査項目		年次			
		2013 年	2014 年	2015 年	2016 年
本質的 要素	医師・看護師からの情報提供に関わる項目	1	1	2	1
	看護師の対応に関わる項目	1	—	—	—
	合計	2	1	2	1
表層的 要素	診療環境の快適性に関わる項目 (施設・設備及び清潔度)	4	4	2	3
	職員の接遇に関わる項目	1	1	1	2
	合計	5	5	3	5

注：枠内の数字は有意水準 1% で抽出された調査項目の数を示している。

第一に、上記の表 5-6 より、年次ごとに抽出された外来患者満足度の最も重要な構成要素は、“診察室内・検査室内清潔度”、“廊下・ロビー・外来待合清潔度”、“案内板や掲示板の見易さ”、“医師の診察や検査結果の説明”であった。2016 年を除き、2013 年から 2015 年の調査では、患者満足度に最も影響を与えるのは表層的要素であることが判明した。従って、仮説 1-1 (H1-1) 「外来の場合、患者満足度に最も影響を与えるのは表層的要素である。」は 2016 年の調査を除き、成立した。

第二に、上記の表 5-7 で示された構成要素は、すべての調査において、患者満足度の構成要素として有意に抽出された項目の中では、本質的要素より表層的要素に属する項目の数が明らかに多かった。また、抽出された表層的要素に関連する項目の標準化偏回帰係数(表 5-6) から見ると、すべてが患者満足度に対して正の影響を及ぼすと判明した。以上より、仮説 1-2 (H1-2) 「外来の場合、患者満足度の構成要素において、本質的要素より表層的要素に属する項目の割合が高い。」及び仮説 1-3 (H1-3) 「外来の場合、表層的要素が患者満足度に正の影響を与える。」は 4 回の外来調査の結果によって検証し、成立した。理由としては、第 2 章で述べた『狩野モデル』によって解釈することができる。つまり、外来患者にとって、医師と看護師による治療に関する情報提供といった医療サービスの本質にかかわる側面は『当たり前品質』に当たり、満足水準の向上よりも満足水準の閾値に導く要素として捉えられる。それに対して、接した職員の接遇及び診療環境の快適性等といった表層的要素は、むしろ『魅力的品質』であり、充実されるほど患者満足度が向上する。したがって、病院側にとって、患者満足水準の限界値を形成する本質的要素を重視すると同時に、患者満足度の向上を直接的に正の影響を与える表層的要素を改善させる必要がある。

第三に、本質的要素に属する項目では、医師の病状説明に関連する項目である“医師の診察や検査結果の説明”は全 4 回の調査において外来患者満足度の構成要素とし

て有意に抽出され、影響力もやや強めであった。一方、看護師の場合、“患者の訴えに対する看護師の対応の素早さ”は2013年の調査において抽出され、“看護師の次回受診日程やお薬などの説明”は2015年の調査で抽出された。つまり、外来の場合、『治療技術』及び『病状説明』といった本質的要素は外来満足度に影響を与えていないわけではなく、むしろ、患者は医師の治療技術より、情報提供を強く求めていると判明した。

第四に、表層的要素に関連する項目について、“案内板や掲示板の見易さ”は全4回の調査においてすべて有意であり、特に新施設になった初年度の2015年の調査では、非常に高い標準化偏回帰係数を示し、外来患者満足度に強く影響を与えた。また、“診察室・検査室内清潔度”は2014年度を除き、3回の調査で抽出され、影響力もやや強めとなった。“窓口総合案内の言葉遣いと態度”も2015年の調査を除き、3回の調査において有意な結果を得た。さらに、新施設の2015年と2016年の調査において、“看護師の言葉遣いと態度”も外来患者満足度の構成要素として抽出され、その影響力(2015年:0.162、2016年:0.191)も強くなっている傾向にある。一方、当該病院の現場では、職員の接遇について、並木氏は「新病院の開設に伴い、職員の業務量も増え、今後は接遇における細かい点に気を付ける必要がある。<sup>156)</sup>」と述べている。近藤氏は、「患者に満足してもらうために、接遇が非常に大事で、むしろ、当病院を維持できたのはそこだと思う。<sup>157)</sup>」と語った。馬淵氏は「旧病院では、外部の専門家(ホテルマンやJALの関係者)を招聘し、講演を開いたことがある。新病院になってからも、引き続き職員の接遇を改善する必要がある。<sup>158)</sup>」と主張している。つまり、職員の接遇も外来患者満足度の形成を導く重要な表層的要素であると明らかになった。

最後に、小樽市立病院のサービス向上委員会による意見収集の結果(表5-8)によると、本質的要素に属する診療関連の意見が約2割となり、表層的要素に属する項目である施設・設備関連が約4割で、清掃・警備が1割未満で、接遇が約15%であった。中でも、『水飲み場の設置』、『生理検査待合室等の時計の設置』、『デイルームや内視鏡室待合の設置』、『トイレのフック』及び『誘導看板や誘導表示等の改善』といった多数の施設・設備に関連する要望が多く寄せられた。

---

<sup>156)</sup> 付録資料1ヒアリング調査1)

<sup>157)</sup> 付録資料1ヒアリング調査2)

<sup>158)</sup> 付録資料1ヒアリング調査3)

表 5-8 患者の意見内容の推移（割合）

意見の内容	2014年 (12～3月)	2015年 (4～3月)	2016年 (4～11月)	累計 (2014年～2015年)
施設設備関連	47%	41%	40%	43%
清掃・警備	2%	8%	5%	5%
診療関連	15%	18%	21%	18%
接遇	13%	15%	23%	16%
食堂	9%	2%	0%	4%
入院時の食事	4%	8%	6%	6%
その他	10%	8%	5%	8%

以上のように、本研究におけるサービスの属性に基づく実証分析の結果からも病院に寄せられた患者の意見からも、病院の診療環境に関する施設・設備及び清潔度の要素は外来患者の満足形成に強く影響を与えていることが分かった。一方、外来患者は、満足度の視点から病院を評価する際に、受診過程において自分が多く接触する看護師と窓口・総合案内職員の接遇も非常に重視していると明らかになった。

### 5.3.2 サービスの属性に基づく新旧施設の比較分析について

嶋口（1994）によるサービス属性の概念に基づく重回帰分析の結果から、表層的要素は患者満足度に対して強く正の影響を与えると判明した。さらに、有意に抽出された外来患者満足度の構成要素の中身を見ると、本質的要素よりも表層的要素に属する項目が多かった。特に、職員の接遇や診療環境に関連する表層的要素が外来患者満足度に対して強く影響を与えた。具体的に、下記の3点があげられる。

第一に、2013年から2016年の4回の外来患者満足度調査では、統計的に有意であった構成要素の標準化偏回帰係数の値より、2016年の調査を除き、外来の場合、患者満足度に最も影響を与えるのは表層的要素であると明らかになった。仮説 1-1 (H1-1)「外来の場合、患者満足度に最も影響を与えるのは表層的要素である。」は2016年の調査を除き、成立した。

第二に、有意に抽出された構成要素の中身から、本質的要素より表層的要素に関連する項目の数が多かった。さらに、抽出された各調査項目の標準化偏回帰係数より、表層的要素は外来患者満足度に正の影響を及ぼし、患者満足度の向上を導くと分かった。仮説 1-2 (H1-2)「外来の場合、患者満足度の構成要素において、本質的要素より表層的要素に属する項目の割合が高い。」及び仮説 1-3 (H1-3)「外来の場合、表層的要素が患者満足度に正の影響を与える。」はすべての4回の外来調査によって、検証された。

第三に、本質的要素を形成する項目では、外来患者は治療技術よりも医師による病状説明を強く求めていると判明した。医師と看護師による治療に関する情報提供等の

本質的要素は不要ではなく、『当たり前品質』（狩野 1984）として捉えられ、患者満足水準の限界値の形成に繋がる。実際の医療現場では、近藤氏も「本質的な所はある程度ちゃんとやっていることは当たり前である。<sup>159</sup>」と主張している。一方、表層的要素を形成する項目では、診療環境（診察室内・検査室内等）の清潔度や施設・設備（案内板や掲示板等）に関する項目が外来患者満足度に正の影響を与えると明らかになった。また、医療職の看護師と窓口・総合案内といった医療職の性格の低い職種の接遇が重視されていることも判明した。『狩野モデル』（狩野 1984）の視点から、接遇や施設等のような表層的要素は『魅力的品質』として捉えられ、充実されるほど患者満足度が向上すると分かった。つまり、表層的要素は患者満足度の向上に導くと確認できた。

以上より、本研究における外来患者満足度に関する実証分析の結果は、今後、医療機関が医療サービスの品質及び患者満足度を向上させる際に、満足度の構成要素の属性に基づいて、自院の有している資源を効率的に配分することに役立つ。

#### 5.4 新旧施設における外来患者満足度の平均値の差の t 検定

医療機関の施設の雰囲気や快適性が患者満足度に正の影響を与えることは多数の先行研究によって確認されている（長谷川ら 1993、今中ら 1993、永井ら 2001）。また、医療サービスの特性から、患者は有している専門知識の限界によって、医療サービスの品質を直接に認識・評価することが困難なため、表層的要素（施設の規模、設備、清潔度等）によって間接的にサービス品質を推測・評価する傾向がある（藤村 2009）。そのため、診療環境の快適性も患者満足度の一構成要素として捉えることができる。したがって、新施設における患者満足度は旧施設より高いと推察できる。

そこで、外来患者満足度について、新施設が旧施設より高いという推察が統計的に有意であるか否かについて、下記の仮説 2（H2）を 2 つの独立した群の平均値の差の t 検定によって検証した。2013 年と 2014 年の合わせたデータを『旧施設』とし、2015 年と 2016 の合わせたデータを『新施設』とし、“病院への全体的満足度”の平均値<sup>160</sup>を算出した（表 5-9）。

#### 仮説Ⅱ：H2

“外来の場合、病院への全体的満足度では、新施設は旧施設より高い。”

<sup>159</sup> 付録資料 1 ヒアリング調査 2)

<sup>160</sup> アンケート調査票には 5 段階評価を使用され、統計分析のために、「大変良い」を 5 点、「良い」を 4 点、「普通」を 3 点、「悪い」を 2 点と「大変悪い」を 1 点のように点数を付け直した。

表 5-9 新旧施設における外来患者満足度の平均値、標準偏差

	グループ	度数	平均値	標準偏差	平均値の標準誤差
病院への全体的満足度	旧施設	957	3.80	0.777	.025
	新施設	795	4.08	0.689	.024

有意水準：1%

上記の表 5-9 によると、“病院への全体的満足度”について、新施設の平均値が旧施設より上回り、患者の病院への評価は高くなった。

そのために、 $\mu_{old}$  を旧施設のもとの満足度の期待値、 $\mu_{new}$  を新施設のもとの満足度の期待値とし、下記の帰無仮説を立て、Excel によって『不等分散<sup>161</sup>の2つの独立群の平均値の差の t 検定（片側）』を行った（表 5-10）。加えて、第 3 章において言及した t 検定を使用する際の標本分布の正規性に関して、分析に使用した標本の大きさ（旧施設：957 票、新施設：795 票）が十分に大きいので、検定統計量は正規分布で近似できる。

帰無仮説： $\mu_{old} \geq \mu_{new}$

（新施設のもとの患者満足度の期待値は旧施設より高くない）

対立仮説： $\mu_{old} < \mu_{new}$

（新施設のもとの患者満足度の期待値は旧施設より高い）

表 5-10 新旧施設における患者満足度に関する t 検定の結果（片側検定）

	旧施設	新施設
平均	3.805	4.081
分散	0.603	0.475
観測数	957	795
仮説平均との差異	0.000	
自由度	1742	
t	-7.876	
P(T<=t) 片側	0.000	
t 境界値 片側	2.328	

上記の 5-10 の分析結果より、P（片側）が 0.000 となり、有意水準 1% で有意となり、帰無仮説「 $\mu_{old} \geq \mu_{new}$ （新施設のもとの患者満足度の期待値は旧施設より高くない）」は棄却され、対立仮説「 $\mu_{old} < \mu_{new}$ （新施設のもとの患者満足度の期待値は旧施設より高い）」が採択された。

以上結論として、分析結果から、外来の場合、新施設は旧施設より患者満足度が高

<sup>161</sup> SPSS による『2つの独立した群の平均値の t 検定』では、両側検定で「母平均が等しい」という帰無仮説は有意水準 1% で棄却されたため、母平均が不等分散であると判明した。

いということが明らかになった。前記の仮説 2 (H2)「外来の場合、病院への全体的満足度では、新施設は旧施設より高い。」は成立した。それによって、施設の新築は外来患者満足度の向上に資する活動であったと評価する。新旧施設における患者満足度の差が存在する理由については、第4章の過程追跡の分析手法により示した。主に、新病院の開設に伴う医療サービスの水準と価値創出を支える小樽市立病院の生産要素市場の変化に起因する。具体的には、①新病院の開院に伴う新しい医療機器の導入<sup>162</sup>、②大学医局の支援による医師、研修医の増員及び診療科の増設、③新築化による診療環境の改善といった要因があげられる。それらの理由によって、小樽市立病院は財務成績が上がると同時に、患者からの評価も向上した。

---

<sup>162</sup> 付録資料 1 ヒアリング調査 4)

## 第6章 入院患者満足度に関する実証研究

### 6.1 入院患者満足度調査の概要

前章において、外来患者満足度の構成要素に関する実証分析を行った。病院に対する患者満足度を測定するには、外来と入院を両方把握することが必要である。本章では、2015年から2016年にかけて、小樽市立病院の入院患者を対象に、2回の患者満足度調査（表6-1）を実施し、分析を行った。

表6-1 入院患者満足度調査の実施概要

アンケート調査	施設	配布票数	有効回答票数	有効回答率
1回目（2015.10.1～12.31）	小樽市立病院	1773票	710票	40.05%
2回目（2016.10.1～12.31）	小樽市立病院	1769票	618票	34.93%

アンケート調査票は全部で8題目、50の質問となり、5段階リカードスケールと記述形式を採用した。詳しくは付録資料参照のこと<sup>163</sup>。調査項目は“入院中に感じたこと”、“医師の接遇”、“看護師の接遇”、“他の職員の接遇”、“入院中の生活環境”、“病院への期待”、及び“病院全般への満足度”に関する7つの大項目から構成される。

### 6.2 入院患者満足度の構成要素の抽出

入院患者満足度の構成要素を解明するために、“病院全般への満足度”を被説明変数にし、“入院中に感じたこと”“医師の接遇”“看護師の接遇”“他の職員の接遇”及び“入院中の生活環境”に関係する調査項目を説明変数として、ステップワイズ法によって重回帰分析を行った。結果は下記の表6-2及び図6-1～図6-2に示している。

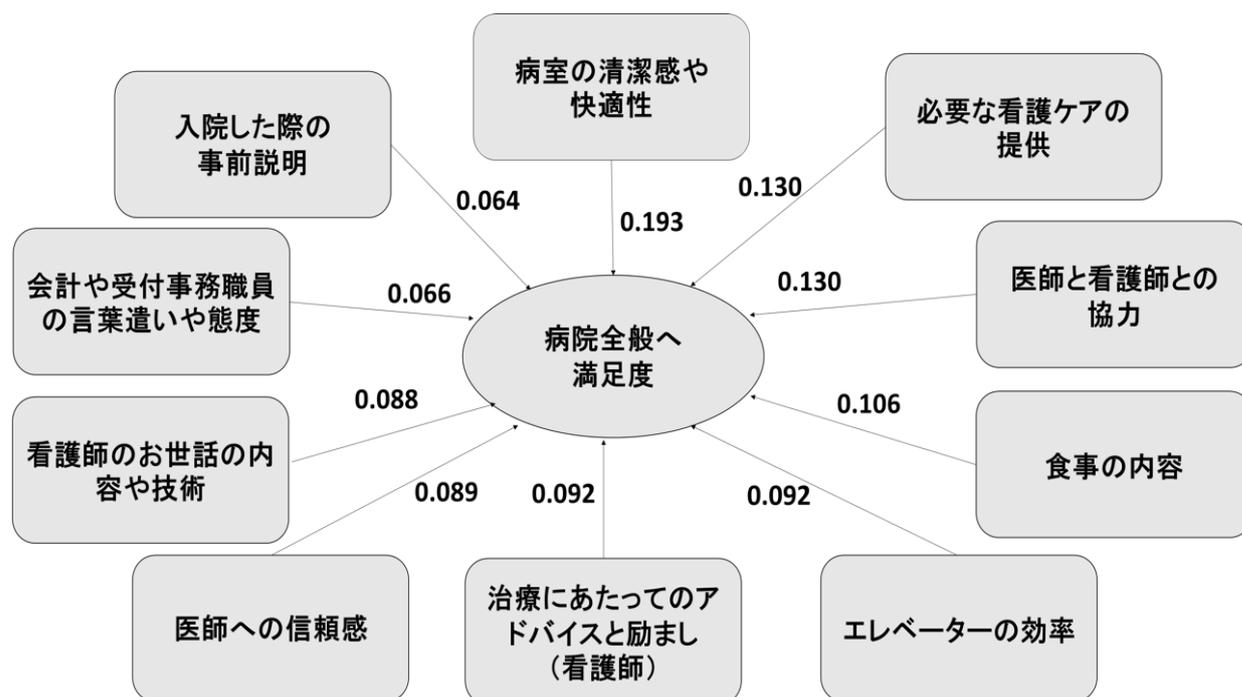
<sup>163</sup> 付録資料3（入院患者アンケート調査票）

表 6-2 病院全般への満足度に関する重回帰分析の結果

年次	説明変数	標準偏回帰係数
2015 年	病室の清潔感や快適性は、満足いくものでしたか	0.193
	あなたへ必要な看護ケアを提供してくれましたか。	0.130
	治療のために医師と看護師は協力していましたか	0.130
	食事の内容は、満足いくものでしたか	0.106
	エレベーターの効率は、満足いくものでしたか。	0.092
	治療にあたってのアドバイスや励ましをしてくださいましたか(看護師)	0.092
	医師を信頼していますか	0.089
	看護師のお世話の内容や技術は、満足いくものでしたか	0.088
	会計や受付事務職員の言葉づかいや態度は、いかがでしたか	0.066
	今回の入院治療と処置は、事前の説明があり、予定通りに行われましたか	0.064
	R2 乗	0.535
	調整済み R2 乗	0.528
	F 値	79.890
2016 年	プライバシーへの配慮は、満足いくものでしたか	0.210
	看護師の言葉づかいや態度は、満足いくものでしたか	0.195
	医師を信頼していますか	0.166
	入院中に、看護師がどのような処置を行うのかを自分としては予想できませんでしたか	0.142
	診察に必要な時間をかけていたとかんじられましたか	0.111
	会計や受付事務職員の言葉づかいや態度は、いかがでしたか	0.098
	今回の入院治療において不快な経験をすることがありましたか	-0.135
	R2 乗	0.438
	調整済み R2 乗	0.431
	F 値	67.413

有意水準 1%

図 6-1 入院患者満足度の構成要素 (2015 年)



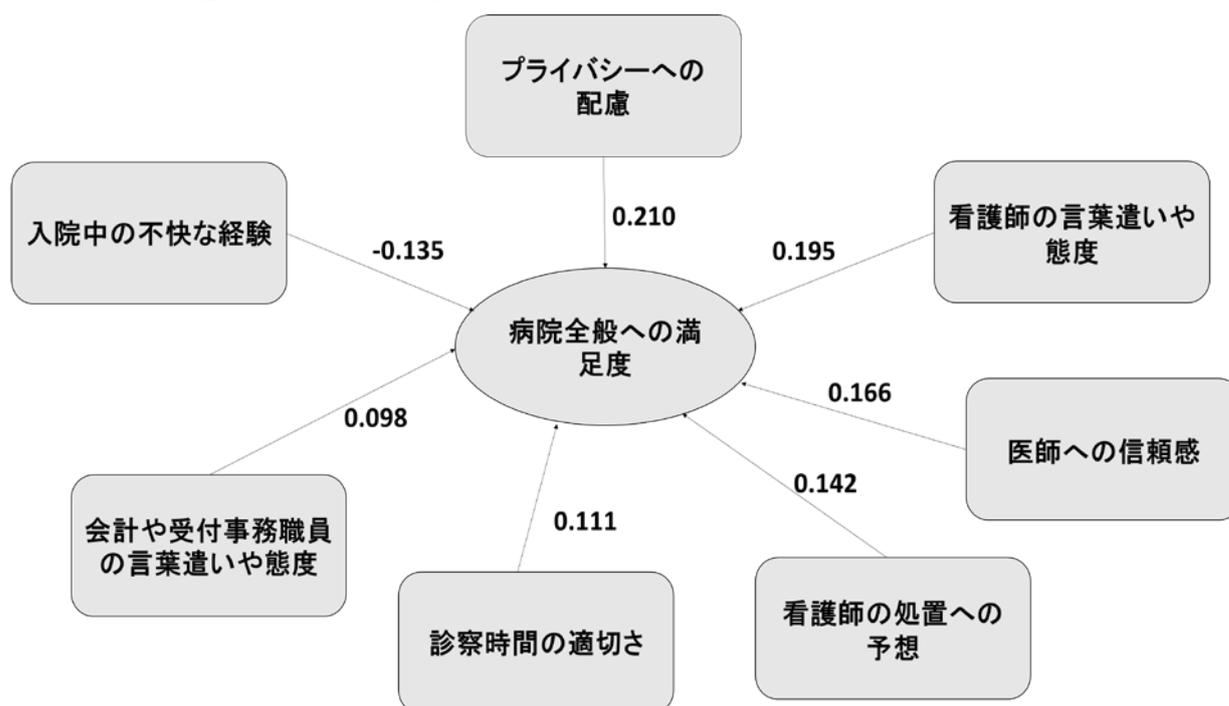
注：数値は標準化偏回帰係数である。

2015年の入院調査では、上記表 6-2 及び図 6-1 の重回帰分析の結果によると、有意水準 1%で“病室の清潔感や快適性（標準化偏回帰係数：0.193）”が病院全般への満足度に正の影響を与える最も重要な構成要素として抽出された。それ以外に、“必要な看護ケアの提供（同係数：0.130）”、“医師と看護師との協力（同係数：0.130）”及び“食事の内容（同係数：0.106）”などの変数もやや強く患者満足度に正の影響を与えていると示された。

また、入院患者は満足度の視点から病院を評価する場合、前章で述べた外来患者満足度調査の結果と同様に、職員の接遇を評価するだけでなく、病室の環境や食事の内容及び院内移動手段（エレベーター）の効率性も重視していると判明した。近藤氏は入院について、食事や空調等を含めた診療環境は非常に大切であると述べている<sup>164</sup>。また、院内のサービス向上委員会による患者の意見の集計結果（第5章 表5-8）からも、2014年12月の新病院開院後から2016年11月現在まで、入院時の食事に関する意見は毎年寄せられていると分かった。

<sup>164</sup> 付録資料1ヒアリング調査2)

図 6-2 入院患者満足度の構成要素 (2016 年)



注：数値は標準化偏回帰係数である。

一方、2016 年の調査では、図 6-2 の重回帰分析の結果によると、有意水準が 1% で“プライバシーへの配慮 (標準化偏回帰係数：0.210)”が病院全般への満足度に最も強く正の影響を与えた。それ以外に、“看護師の言葉遣いや態度 (同係数：0.195)”、“医師への信頼感 (同係数：0.166)”、“看護師の処置への予想 (同係数：0.142)”及び“診察時間の適切さ (同係数：0.111)”などの変数もやや強く患者満足度に正の影響を与えていると判明した。また、会計や受付事務職員の接遇も構成要素として抽出された。さらに、“入院中の不快な経験 (同係数：-0.135)”の入院患者満足度に対する負の影響力が確認された。

総じて、2015 年と 2016 年の入院患者満足度調査の結果から、第一に、患者が医師に対する信頼感は 2 回の調査において、患者満足度に正の影響力を与える構成要素として抽出された。しかし、看護師への信頼感には有意な結果が得られなかった。

第二に、看護師と会計や受付事務職員の接遇に関する要素は入院患者の満足形成に関わっていると判明した。特に、入院患者は医師よりも看護師との接触が多いため、今回の調査結果より、看護師の接遇に関する項目が病院全般への満足度に強く正の影響を与えることが確認できた。

第三に、2016 年度の調査では、“患者のプライバシーへの配慮”と“入院中の不快な経験”が患者満足度の構成要素として抽出された。入院患者は、個室を除き、他の患者 (家族) と病室を共有する場合はほとんどなため、病院側にとっていかに患者のプライバシーを守りながら、医療サービスを提供するかが患者満足度の向上に重要で

ある。一方、入院患者は不安や不快などのネガティブな情緒を有する傾向にあるため（藤村 2009）、患者の不安や不快を解消させることも患者満足度の向上に導く有効な手段である。

最後に、入院中の診療環境に関わる要素は 2015 年の単年度の調査でのみ抽出されたが、患者満足度に対して、一定の正の影響力を持つと推測できる。

### 6.3 『スクリプト』、『衡平性』、『ノルム』に基づくクロス集計

既存研究を踏まえ、『スクリプト』、『衡平性』及び『ノルム』の 3 指標を患者満足度の構成要素と捉え、それらの理論概念に基づき、実施した 2 回の入院患者満足度調査の関連項目を用いて、クロス集計によって、上記の 3 指標に属するそれぞれの調査項目と患者満足度との関係を検討した。

下記の表 6-3 は『スクリプト』、『衡平性』及び『ノルム』に関する理論に基づき、本研究が利用した入院調査の調査項目を分類したものである。

表 6-3 調査項目の分類

分類	観測変数
スクリプト (患者の参加度)	今回の入院治療と処置は、事前の説明があり、予定通りに行われましたか
	今回の入院期間中、医師がどのような治療を行うのかを自分としては予想できましたか
	入院中に、看護師がどのような処置を行うのかを自分としては予想できましたか
	治療ために患者自身が行うべきことを理解できていましたか
	入院中、治療や処置以外のことは自分で計画を当てて行うことができましたか
	入院中の治療方針は医療スタッフにおまかせしているか
	入院期間中、予定外の状況が生じるようなことがありましたか
衡平性	同室の他の患者と同じくらいの診察時間、診察頻度で治療してもらったと感じましたか。
	同室の他の患者と同じように対応してもらいました（看護師）
	看護師が代わっても、かわらぬ看護をうけられましたか
ノルム	当院の医療に関して、地域医療を担う公立病院として期待していますか
	他の病院と比べ、当院に高度な医療サービスを期待していますか

上記の表 6-3 から、『スクリプト』を測定するために、患者の入院期間中に参加できる一連の場面を想定し、“入院した際の事前説明”、“医師の治療への予想”、“看護師の処置への予想”、“患者自身が行うべきことへの理解”、“治療や処置以外のことへの参加度”、“治療方針の策定への参加度”及び“入院中の予定外の状況の発生”といった項目を設定した。

次に、『衡平性』を測定するために、医師と看護師に分け、“医師の診療に関する比較”、“看護師の対応に対する比較”及び“異なる看護師の対応の一致”の3つの観測変数を利用した。

最後に、『ノルム』を測定する観測変数として、小樽市立病院の役割や地域医療における位置付けを考慮し、“地域医療を担う公立病院への期待”と“高度な医療サービスへの期待”の2つを取り上げた。

そこで、上記の12の観測変数を使用し、それぞれと患者満足度の関係について、クロス集計によって検討し、詳細のクロス集計表は付録資料参照のこと<sup>165</sup>。さらに、クロス集計によって、すべて有意水準1%でそれぞれの項目間の相関関係の有無を検討した。

結果として、以下の3点があげられる。

第一に、『スクリプト』に属する項目と入院患者満足度の関係について、2015年の調査では、“医師の治療への予想”と“入院中の予定外の状況の発生”といった2つの項目を除き、他の5つの調査項目と入院患者満足度との相関関係が統計的に有意であった。一方、2016の調査では、『スクリプト』に関する7つの調査項目はすべて入院患者満足度と関係していると判明した。患者の参加度が高いほど患者満足度も高くなる傾向が見られた。つまり、入院患者の場合、入院した際の患者に対する事前説明や予定される治療・処置などを患者にしっかり理解してもらうことが重要であるといえよう。さらに、『スクリプト』の典型的な手法として『クリニカルパス』が多数の病院に導入されている。既存研究では、クリニカルパスの活用によって、治療計画の標準化、業務の効率化及び患者満足度の向上が図られる（鈴木ら2001、荒木2001、原ら2001、藤村2009）。一方、ヒアリング調査において、近藤氏はクリニカルパス導入のメリットとして、①医療の均霑化、②作業量の削減、③標準化、及び④DPC効果という点をあげている<sup>166</sup>。

第二に、『衡平性』に属する項目と入院患者満足度の関係について、2回の入院調査において、3つの調査項目はすべて入院患者満足度と相関関係を有していると判明した。特に、患者が医師・看護師に平等に対応されるほど病院（または医療サービス）を高く評価するという傾向が見られた。さらに、異なる看護師の対応が一致するほど入院患者満足度も高くなると明らかになった。

最後に、『ノルム』に属する項目と入院患者満足度の関係について、『ノルム』に属する項目である“地域医療の担い手としての公立病院への期待”及び“高度な医療サービスへの期待”と入院患者満足度との正の相関が確認された。特に、分析結果によって、満足度の高い患者層ほど病院に大きな期待を抱いていると分かった。

---

<sup>165</sup> 付録資料2

<sup>166</sup> 付録資料1ヒアリング調査2)

## 6.4 入院患者満足度に関する共分散構造分析

『スクリプト』、『衡平性』及び『ノルム』の3指標と入院患者満足度との関係を考察するために、2015年と2016年の入院患者満足度調査のデータを用いて、下記の仮説3を検証した。前述の表6-3の調査項目の分類に基づき、共分散構造分析を行った。

### 仮説Ⅲ：H3

“『スクリプト』、『衡平性』及び『ノルム』は入院患者満足度の構成要素で、正の影響を与える。”

#### 6.4.1 潜在変数の信頼性について

共分散構造分析を行うために、前述の表6-3で示されたように、『スクリプト』、『衡平性』及び『ノルム』という3つの潜在変数を設定し、それぞれの潜在変数を構成する観測変数を規定した。『スクリプト』は7つの観測変数によって構成され、『衡平性』は3つの観測変数によって構成され、『ノルム』は2つの観測変数によって構成される。そこで、潜在変数の内的整合性を信頼性検定によって測定した。下記の表6-4は潜在変数の内的一貫性を信頼性係数の $\alpha$ 係数によって示した。

表6-4 潜在変数の信頼性

潜在変数	標準化された $\alpha$ 係数		構成する観測変数の数
	2015年	2016年	
スプリント項目	0.712	0.705	7
衡平性項目	0.799	0.732	3
ノルム項目	0.803	0.858	2

N=710 (2015年)、N=618 (2016年)

有意水準：1%

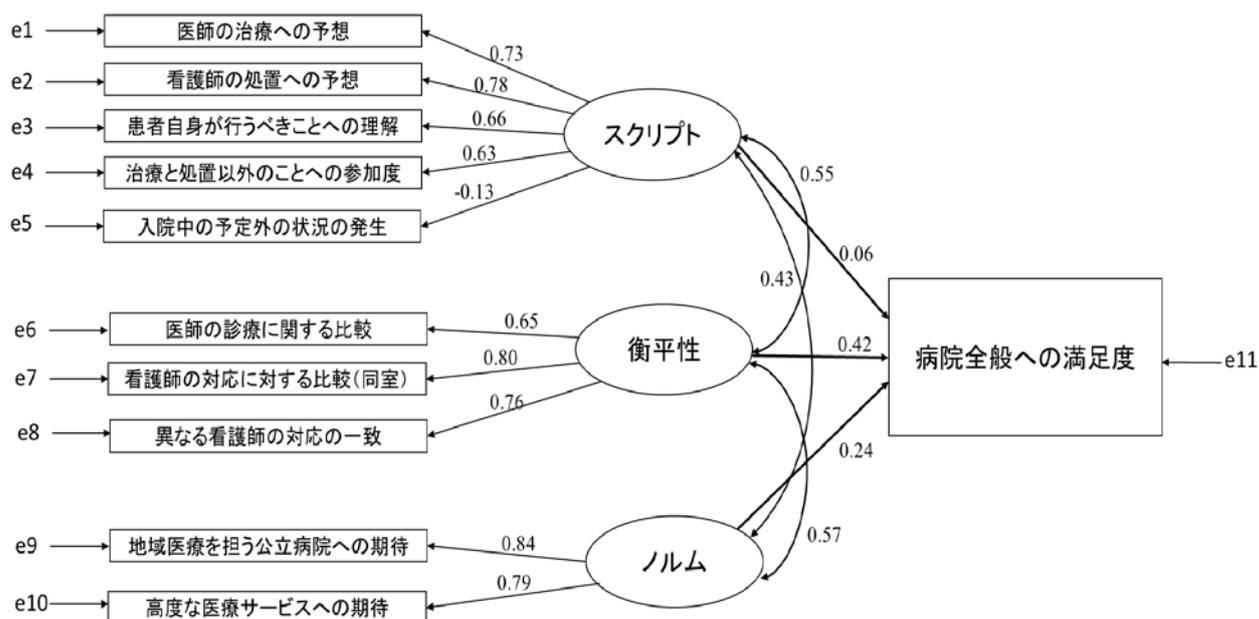
上記の表6-4の $\alpha$ 係数は最も代表的な信頼性係数の一つである。一般的に、信頼性係数が高ければ、合成に用いる変数間で内的整合性があると判断され、個人を単位とした社会調査データでは、 $\alpha$ 係数が0.7以上であれば十分よく、0.6以上ならば許容できる水準である<sup>167</sup>。したがって、上記の表6-4の信頼係数である $\alpha$ 係数の数値はすべてにおいて0.7~0.9を示し、十分な内的整合性が確認できた。

#### 6.4.2 共分散構造分析によるパス図

<sup>167</sup> 村瀬ら (2007)、p232

『スクリプト』、『衡平性』及び『ノルム』と入院患者満足度に関する共分散構造分析の結果を下記の図 6-1 と図 6-2 のパス図に示した。『スクリプト』、『衡平性』及び『ノルム』は潜在変数とし、他の変数は観測変数とした。図で示された一方向の矢印は因果関係を表現し、双方向の矢印は変数間の共変関係(相関関係)を表している。パス係数は変数間の影響力の度合を表している。

図 6-3 共分散構造分析によるパス図 (2015 年)



注：上記のパス係数はすべて標準解である。N=710

カイ 2 乗：162.2 有意水準：1%

適合度指数：GFI<sup>168</sup>=0.959 AGFI<sup>169</sup>=0.931 RMSEA<sup>170</sup>=0.067

上記の図 6-3 のパス係数によると、パス係数はすべて有意水準 1% で有意であった。さらに、モデルの適合度指数から見ると、モデルのあてはまりは『良』と判明した。

第一に、潜在変数である『スクリプト(パス係数:0.06)』、『衡平性(パス係数:0.42)』及び『ノルム(パス係数:0.24)』が共に入院患者満足度に正の影響を与えていると分かった。つまり、入院患者満足度を向上させるために、①医師・看護師が平等に患者に対応すること、②患者を積極的に入院診療に参加させること、及び③病院の役目や位置付けを明確にすることが有効的である。

<sup>168</sup> GFI (Goodness of Fit Index:適合度指標) :1 に近いほど、説明力のあるモデルといえ、0.9 以上というのが 1 つの正しいモデルの基準になっている。

<sup>169</sup> AGFI (Adjusted Goodness of Fit Index:修正適合度指標) :『GFI ≥ AGFI であり、GFI に比べて AGFI が著しく低下するモデルはあまり好ましくない。1 に近いほど、モデルのあてはまりが良いといえる。

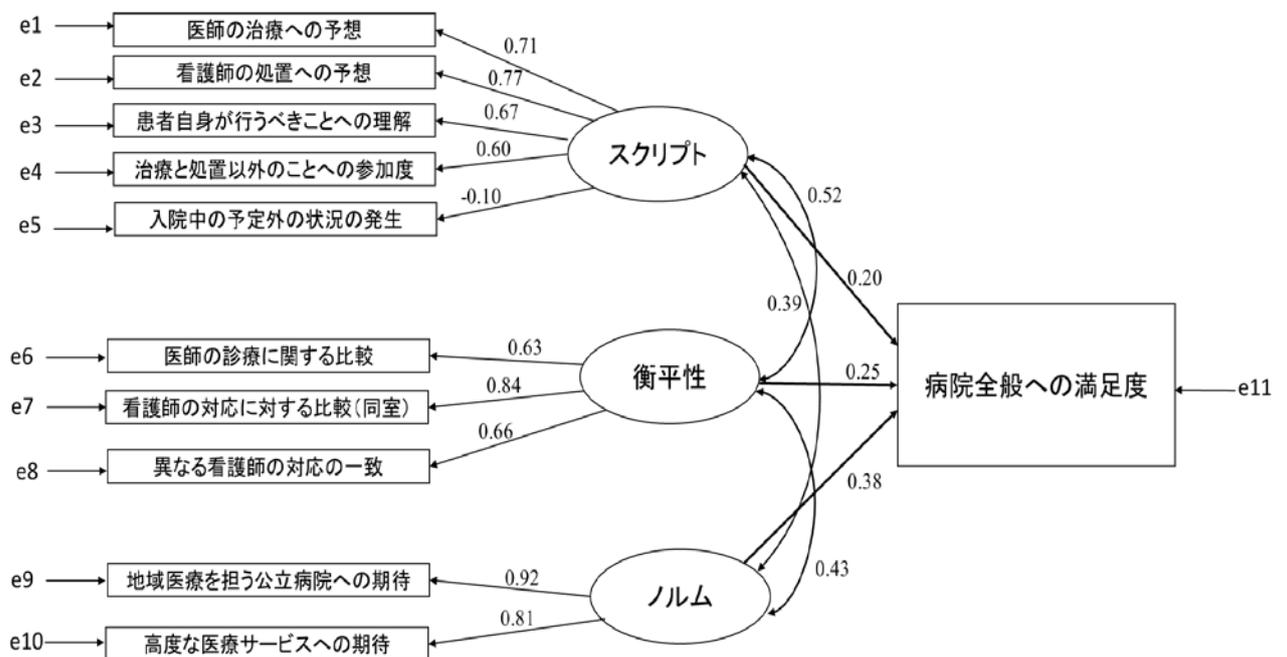
<sup>170</sup> RMSEA (The Steiger-Lind Root Mean Square Error of Approximation :ラムジー) :0 に近いほど、モデルのあてはまりが良いといえる。一般的に 0~0.05 が『良好』となり、0.05~0.08 が『良』である。

第二、3つの潜在変数では、『衡平性』が他の2変数より入院患者満足度に対して、強く正の影響を与えていると判明した。したがって、患者満足度を向上させるには、いかに入院患者に対して平等な対応をとるかが重要である。

第三に、3つの潜在変数とそれぞれの観測変数との相関関係を見ると、結果、①“看護師の処置への予想（パス係数：0.78）”が最も『スクリプト』と関係し、②“同室患者との看護師の対応に対する比較（パス係数：0.80）”が『衡平性』と強い相関を有し、③“地域医療を担う公立病院への期待（パス係数：0.84）”は『ノルム』と最も相関しているということが示された。特に、入院患者は入院期間中に、多数の看護師と接触するため、医療機関にとって、いかに看護師の対応を改善するかが検討すべきであろう。

最後に、『スクリプト』、『衡平性』、『ノルム』それぞれの間に共変関係が見られた。これは、患者が医療サービス及び医療機関を評価する際に、これらの3指標を共に満足度の構成要素として利用していることに起因すると推測できる。

図6-4 共分散構造分析によるパス図（2016年）



注：上記のパス係数はすべて標準解である。N=618

カイ2乗：143.6 有意水準：1%

GFI=0.960 AGFI=0.933 RMSEA=0.066

上記の図6-4の2016年の調査結果から、モデルの適合度が良く、すべて有意水準1%でパス係数が示された。

第一に、2015年の分析結果と同様に、3つの潜在変数は共に、病院全般への満足度

に正の影響を与えていると分かった。影響力の強い順に並べると、『ノルム（パス係数：0.38）』、『衡平性（パス係数：0.25）』及び『スクリプト（パス係数：0.20）』であった。2016年では、『ノルム』による正の影響力が最も強かった。つまり、入院患者満足度を向上させるために、病院の役割と病院の位置付けを明確にすることが有効的な手段である。

第二に、3つの潜在変数とそれぞれに属する観測変数との相関関係について、こちらでは2015年と同じ結果が得られた。パス図によると、①“看護師の処置への予想（パス係数：0.77）”が最も『スクリプト』と相関し、②“同室患者との看護師の対応に対する比較（パス係数：0.84）”は『衡平性』と強い相関を持ち、及び③“地域医療を担う公立病院への期待（パス係数：0.92）”は『ノルム』と強く関係していると判明した。

最後に、2015年の分析結果と同様に、『スクリプト』、『衡平性』、『ノルム』それぞれの間に関係が見られた。

総じて、2015年と2016年の共分散構造分析の結果から、『スクリプト』、『衡平性』及び『ノルム』は入院患者満足度の重要な構成要素であり、入院患者満足度に正の影響を与えていると明確になった。2回の分析結果から、観測変数と潜在変数によるモデルの構造も安定していると分かった。さらに、各潜在変数と最も強く関係している観測変数も2回の分析で同じ結果が得られ、モデルの安定性を示唆している。以上の分析結果により、前述の仮説3（H3）『スクリプト』、『衡平性』及び『ノルム』は入院患者満足度の構成要素で、正の影響を与える」は成立した。

## 6.5 入院患者満足度調査の分析結果に関する考察

入院患者満足度に関する分析結果は、具体的に、以下の点があげられる。

第一に、研究目的3に関わり、『スクリプト』、『衡平性』及び『ノルム』が入院患者満足度の構成要素であり、正の影響を与えていると判明した。したがって、入院中、医療従事者が医療サービスを提供する際に、いかに患者の積極的な参加行動を引き出すかが重要な課題となる。一方、入院患者に対する平等な対応も患者満足度を向上させるために重要である。さらに、『ノルム』について、新病院になってから、施設・設備の最新化とともに、医師の増員や研修医教育の充実及び救急対応の改善などによって、患者は高度な医療サービスを提供する地域の中核病院として、小樽市立病院に対してより一層高い期待を持つようになってきている。したがって、今後の小樽市立病院にとって、いかに地域に密着する公立病院として高度な医療サービスを提供するかが大きな課題となる。

第二に、医師の接遇では、前述の入院患者満足度に関する重回帰分析の結果から、医師への信頼感が2回の調査で有意であったため、いかに患者と医師との信頼関係を

促すかが今後の重要な課題である。

第三に、看護師の接遇において、入院患者は、看護師との接触が比較的多く、看護師に関する調査項目も患者満足度と深く関係しているため、看護師の処置や接遇等の点を考慮して対応することが検討されるべきであろう。

第四に、他の職員の接遇では、病院全般への満足度を向上させるには、医師や看護師以外に、会計や受付事務職員の対応も重要な役割を担っていることが明確になった。患者に接触する機会の多い事務職員の言葉遣いや態度が満足度の向上に強く影響している点を押さえ、より高い接遇技能の向上を期待したい。

最後に、患者が利用している病室環境などといった施設・設備に関わる項目について、2015年の調査では、病室の清潔感や快適性が患者満足度の重要な影響要素として抽出されたため、今後もこちらの要素を考慮しながら入院環境の清掃などを徹底することが大切である。さらに、2015年の調査では、入院中に良く利用するエレベーターの効率性も求められていると判明した。

## 第7章 結論及び今後の課題

### 7.1 実証分析の結果について

#### 7.1.1 分析結果について

本研究の既存の理論研究として、研究課題に関連する基本概念や医療経営分野における患者満足度研究に関する先行研究を調べ、『医療サービスの特性』、『医療サービス品質の構成モデル』及び『患者満足度の重要性』などについてまとめた。医療をプロフェッショナル・サービスと捉え、患者満足度の構造に焦点を当て、患者満足度の構成要素を抽出し、患者への対応を改善する際の要因を明確にした。

第3章にて設計した調査項目及び仮説に基づき、第4章、第5章及び第6章において、定性的分析及び定量的分析の手法によって、実証研究を行った。特に、施設の新築が患者満足度いかに影響を与えているかに注目し、2013年から病院で行われている『患者満足度調査（外来）』をとりあげ、患者満足度に関する経年比較を行った。本研究の結論として、研究目的1について、本研究は外来患者満足度調査から嶋口の主張する患者満足度の構成要素の『本質的要素』と『表層的要素』の2側面を取り上げ、それらの構造に関して経年的変化を4年間にわたり測定し、表層的要素が本質的要素より患者満足に強く影響している点を検証した。研究目的2に関して、同外来調査の結果を用い、新旧施設における病院への全体的満足度を取り上げ、平均値の差異が統計的有意であると判明し、新築による患者満足度への効果を検証した。さらに、その傍証として、『過程追跡』という因果推論技法を導入し、当該病院を取り巻く消費市場、内部の生産要素市場、財務状況及び当該病院の経営者層へのヒアリング調査を活用することによって、小樽市立病院の業績好転に導く特殊なメカニズムとしての『新築効果』の存在について明確にした。一方、研究目的3について、『スクリプト』、『公平性』及び『ノルム』を中心に文献の整理を行い、新病院設立後の入院調査（2015、2016年）を取り上げ、上記3指標の各視点が患者満足度に与える影響について構造的に考察を試み、3指標はすべて患者満足度に影響を与えているという結果が判明し、有意な構造的モデルを抽出した。

本研究における実証分析は、主に、第3章で提示した各仮説に基づき、それぞれの概念モデルを示したうえで、調査項目を設定し、統計分析によって仮説検証を行った。実証分析の結果を改めてまとめると、結果、全ての仮説は実証分析によって検証することができ、成立した（表7-1）。

表 7-1 仮説検定の結果

仮説	仮説の内容	検定結果
H1-1	外来の場合、患者満足度に最も影響を与えるのは表層的要素である。	○ (2016年を除き)
H1-2	外来の場合、患者満足度の構成要素において、本質的要素より表層的要素に属する項目の割合が高い。	○
H1-3	外来の場合、表層的要素が患者満足度に正の影響を与える。	○
H2	外来の場合、病院への全体的満足度では、新施設は旧施設より高い。	○
H3	『スクリプト』、『衡平性』及び『ノルム』は入院患者満足度の構成要素で、正の影響を与える。	○

注：○は仮説が成立したことを指す。

第5章において、文献レビューより『本質的サービス』と『表層的サービス』の概念(嶋口 1994)に注目し、『本質的要素』は満足水準の閾値形成に導き、『表層的要素』は満足水準の向上につながるという視点を中心に、外来患者満足度調査の結果を使用し、重回帰分析によって、研究目的1を解明するために、上記の仮説1-1(H1-1)～仮説1-3(H1-3)を検証した。そして、研究目的2について、第5章では、同様に外来調査の結果を利用し、新旧施設の患者満足度の平均値を取り上げ、平均値のt検定によって、上記の仮説2(H2)を検定した。さらに、傍証として、第4章において、『過程追跡』手法を活用し、対象病院の経営指標に関連するデータ及び経営者層へのヒアリング調査によって、新築による効果に関する検討を加えた。最後に、研究目的3に関して、第6章では、入院患者満足度調査の結果を使用し、第2章で述べた『スクリプト』、『衡平性』及び『ノルム』の理論に基づき、クロス集計及び共分散構造分析によって、上記の仮説3(H3)を検証し、構造的モデルを提示した。

### 7.1.2 調査結果に関する考察

定量的調査として、既存研究や学術成果などを調べた上で、アンケート調査票の質問文を設計し、2013年から2016年にかけて、小樽市立病院の外来・入院患者を対象に、計6回(外来4回、入院2回)の患者満足度に関するアンケート調査を実施した。一方、定性的分析として、『過程追跡』の手法を活用しながら、小樽市立病院の業績好転に関する追跡を行い、新築効果を探った。加え、小樽市立病院の経営者層に対するヒアリング調査を通じて、①医療サービスにおける経営的視点、②患者重視の医療サービス、③患者満足度調査への院内の活用とその対応、及び④新築効果という大項目に関して経営者層からの現状分析と戦略的視点を抽出した。

## 1) 定性的調査結果と含意

第3章で提示した『過程追跡の枠組み』によって、統合前後の小樽市立病院の事業活動に関して追跡した。結果、小樽市立病院は施設の新築化とともに、新たな医療機器を導入し、それによって、大学医局からの支援を得て、医師と研修医の増員と診療科の増設が実現でき、医業収益、患者数、救急の受入状況及び手術件数等を含めた経營業績はすべて向上し、医療水準も明らかに向上した点が判明した。一方、新病院の開設によって、職員のモチベーションも向上し、若い患者が増え、老朽化した旧施設の負のイメージも解消された<sup>171</sup>。つまり、新築によって、新たな医療の価値創出が実現した点を過程追跡考察、ヒアリング調査にて解明できた。小樽市立病院は医療体制の充実が図られ、高度医療を担う地域の中核病院と大学医局の教育研修病院としての役割を果たし、地域医療のモデルケースとしてなりつつある点を確認できた<sup>172</sup>。

## 2) 定量的調査結果

### (1) 患者満足度の構成要素としての『本質的要素』と『表層的要素』

2013年から2016年の4回の外来患者満足度調査の結果を用いて、嶋口によるサービス属性の概念に基づく重回帰分析を行った。結果は以下のようなものである。①2016年の調査を除き、患者満足度に最も強く影響を与えるのが表層的要素であった。②統計的に有意となった患者満足度の構成要素では、本質的要素より表層的要素に属する項目が明らかに多かった。③表層的要素は患者満足度に正の影響を与え、満足度の向上を導くと判明した。④表層的要素にあたる診療環境と職員（看護師、窓口・総合案内）の接遇に関する項目が満足度に影響している。⑤本質的要素を形成する項目では、外来患者は治療技術よりも医師による病状説明を強く求めている。

つまり、患者満足度の構成要素として、外来患者は本質的要素よりも表層的要素を重視していると判明した。ただし、本質的要素の中では、医師が患者に積極的に診察結果等に関する情報を提供することも患者満足度の向上に繋がると確認できた。

### (2) 新旧施設における患者満足度の差異

外来患者満足度調査の結果を利用し、新旧施設における病院への全体的満足度の平均値の差のt検定を行い、新施設は旧施設より患者満足度が高いことが明らかになった。環境要因の物理的要素（施設の充足等）が患者満足度に対して影響力を行使する点が検証された。つまり、患者満足度を向上させるために、患者のニーズに応じて、施設・設備を整え、院内の清掃を徹底させ、快適な診療環境を構築することが大切である点を提示できた。

<sup>171</sup> 付録資料3

<sup>172</sup> 「小樽市立病院は全国に成功している市立病院に近づいていく。」と馬淵氏は語った。

### (3) 『スクリプト』、『衡平性』、『ノルム』の3指標と患者満足度との関係

入院患者満足度の調査結果を利用し、クロス集計及び共分散構造分析によって、『スクリプト』、『衡平性』及び『ノルム』と入院患者満足度の関係に関する実証分析を行った。3指標はすべて患者満足度の構成要素で、正の影響を与えていると判明した。分析結果より、①入院中、医療従事者が医療サービスを提供する際に、いかに患者の積極的な診療参加行動を引き出すかが重要であり、②看護師の患者に対する平等な対応が患者満足度に強く影響しているため、その点を看護師に明示し、改善すべきであり、③患者の病院への期待も患者の満足形成に影響を与えていると確認されたため、当該病院にとって、自院の位置付けや役割を明確にすることも非常に重要な課題であるといった点が確認できた。

## 7.2 本研究の学術的意義

本研究の学術的意義は以下の4点を挙げるができる。

第一に、本研究は、サービスの属性に基づき、患者満足度に関する実証分析を行い、抽出された患者満足度の構成要素の属性を明確にし、満足度に対する影響力の度合を検討した。『本質的要素』と『表層的要素』の視点から、医療分野において実証的にそれらの要素の測定を行い、水準を示した点で、当該研究は学術的意義がある。一方、医療現場では、医療スタッフも上記の両要素の効果の違いを意識せず、患者に接していることから、満足度の改善に至らない実例が多く示されている。本研究は、実証分析を通じて、患者サービス向上のための努力の方向性を明確にし、限られた労働資源への適切な配分に資する成果を提示した。その点でも当該水準を提示できた当該研究は経営政策上の含意を有し、有益なものである。

第二に、入院調査での、『スクリプト』、『衡平性』及び『ノルム』に関連する研究も、藤村研究において個別に実証分析を行った程度の成果しかない中、本調査ではこれら3指標と満足度の関係について構造的モデルの抽出を試みた点で学術的意義を有する。先行研究において、藤村（2009）は患者満足度の構成要素として、『スクリプト』、『衡平性』及び『ノルム』をあげている。また、同氏は『クリニカルパス』の有無による調査を実施し、『スクリプト』に関する検証を行った。ただし、これらの既存研究は変数個別に調査結果を提示するレベルにとどまった。本論文において、3指標の概念に基づき、それぞれに対応する調査項目を設定し、入院患者満足度に関するアンケート調査を実施した。結果、共分散構造分析を通じて、上記の3指標は入院患者満足度の構成要素であり、患者満足度に正の影響を与えると判明した。

第三に、本研究は、同一自治体立病院を対象に、新旧施設において、4年間をかけて4回の外来患者満足度調査及び2回の入院患者満足度調査を行い、結果を考察した。

また、新旧施設の転換を含め、同一病院を対象に、『過程追跡』という技法を導入し、2013年から4年間にわたり、病院の経営指標を観察した。医療サービスでは患者による品質評価や満足あるいは不満足の形成に歪みが生じやすい(藤村 2009)。そのため、歪みを前提として、同じ調査票で定期的に調査を行うことによって、時系列的变化を分析することが重要であると言われている<sup>173</sup>。患者満足度に関する実証研究は単年度調査が多く、本調査では、定点調査の手法を導入し、一施設を時系列的に分析した研究として学術的意義がある。加えて、実証分析の補足として、病院の経営者層に対するヒアリング調査を実施し、トップの言動を把握した。定量的分析と定性的分析を併用したことでより正確な研究成果を導いた。

第四に、商学・マーケティング分野での顧客満足度研究において、医療分野を対象とした患者満足度調査に関する既存研究が少なく、当該研究はその点でも学術的意義がある。これまで、日本の医療機関には医療経営・マーケティングという分野はあまり馴染みがなかった。特に、診療報酬や各種の規制によって、経営やマーケティングのやり方が取られなくても利益が確保され、競争原理も働かない環境の下で、病院管理者は安泰に病院を運営できていた。しかしながら、近年の医療費抑制政策や安全な医療、高い医療サービスの品質、患者中心の医療サービスの提供などの訴求は、病院に競争や効果的な経営の必要性を強く与えた。その中で、病院が地域に存続していくためには、患者のニーズに沿った医療サービスを提供することが重要となってきた。本研究は、この点に着目し、マーケティングの視点から患者満足度の構成要素を解明し、患者対応を改善させるための方向性を明確にした。

### 7.3 本研究の限界

本研究の限界として、第一に、本調査は一医療機関を対象とした調査でその特性が強く出ている可能性があり、より正確的に患者満足度の構成要素を解明するために、今後は複数の医療機関についても分析を実施すべきである。

第二に、本研究のアンケート調査は総合的な評価として病院全体への満足度を使用した。しかし、利用者に医療機関の評価を問う形式では、情報の非対称性などによって利用者が評価しにくい部分が存在する<sup>174</sup>。その原因は、患者の有している専門的な知識や情報などが限られていることにある。例えば、大部分の患者は専門的知識が十分に有していないため、具体的な治療方法や治療方針及び治癒の程度などに関わる品質を適切に評価することが困難である。結果、患者は医療サービスを評価する際に、医療機関の診療環境等のような表層的要素に依存する傾向がある。したがって、患者

---

<sup>173</sup> 藤村 (2009)、p73

<sup>174</sup> 永井ら (2001)、p35

満足度は医療サービスの品質の一部分しか反映していない限界がある。それゆえ、患者は、医療サービス組織や医療従事者の潜在的な品質を適切に評価することが難しい。つまり、今回の医療サービスへの調査自体が、接遇などの医療スタッフと患者との患者の理解できる範囲での関係性についての評価でしかない。本来の医療成果に関する視点、一般にはアウトカム評価と呼ばれる分野へ調査範囲を広げることはできなかった。

#### 7.4 今後の課題

第一に、患者満足度の構成要素をより厳密に探るには、引き続き今後も長期にわたる定量的分析及び定性的分析が必要となる。さらに、経営者層に対するヒアリング調査だけでなく、長期にわたる病院の医療現場の職員や患者に対する観察で詳細な研究も必要である。特に、アウトカム評価といった医療の本質に関わる対象に焦点をあて、すでに実施した病院の経営者層向けのヒアリング調査や医療の提供主体（提供能力など）にも拡大することが必要である。

第二に、治療（消費）後における評価分析も必要となる。最近注目されている『便益遅延性』分析が挙げられる（藤村 2008 2015、川島ら 2012、高室 2014）。一般的に、飲食やレジャーなどは、サービスが提供された瞬間に受け手である顧客は便益を感じ、満足が形成する。しかし、医療サービスはこれらと異なり、成果が現れるまで時間がかかる場合もあるため、時間のズレが生じやすい（藤村 2009）。医療サービスは、時間的ズレが生じる『便益遅延性のサービス』の典型である（藤村 2008 2015）。現時点の顧客満足度調査は、サービス提供プロセス内や終了直後の時点で行われている例が多くみられる<sup>175</sup>。しかし、それは、目的とする便益がまだ知覚されていない段階における評価となる。現時点で実施している患者満足度調査も主に、医療サービスの提供過程に基づいて行われることから、医師や看護師、その他の従業員の態度、施設・設備や清潔度等と関わる診療環境によって大きく影響される可能性がある。したがって、どのような調査もバイアスや歪みを伴うことを常に、念頭に置きながら調査結果を考察することが重要である。また、歪みや時間的ズレを前提として、同じ調査票で定期的に調査を行うことによって、調査結果の時系列的変化を分析することも有効である<sup>176</sup>。

第三に、高額な医療機器の導入効用を測定し、費用対収益分析も今後の研究課題として検討すべきである。さらに、小樽市立病院の一施設の経営指標に関する情報を収集するだけでなく、小樽市にある他の医療機関、北海道内の他の公立病院の関連デー

---

<sup>175</sup> 高室（2014）、p146

<sup>176</sup> 藤村（2009）、p73

タを集計し、単一事例から類似の複数の事例を用いて、事例間の比較分析をしながら理論研究との適合をより精緻化していくことが望ましい。

最後に、サービス・プロフィット・チェーン (Heskett et al.1994) (第2章 図2-6)の視点より、顧客満足度を向上させるために、サービスの提供を支える企業の内部的活動として、『職員満足』を中心としたサイクルを実現しなければならない。つまり、職務満足度も患者満足度と深く関係しているため、職務満足度調査も今後の課題として検討すべきである。

## 引用・参考文献

### 和文献

- 浅井慶三郎『サービスとマーケティング（増補版）—パートナーシップマーケティングへの展望—』, 2000年, 同文館出版
- Adam Smith, ,An Inquiry into the Nature of Wealth of Nations, the fifth edition, London, 1789 (大河内一男監訳『国富論』, 1978年, 中央公論社)
- 荒木幹枝「クリティカルパスが患者満足度に与える効果」, 『患者満足』第3巻第2号, 1999年, pp.4-10.
- 一戸真子『ヘルスケア・サービスの質とマネジメント—患者中心の医療を求めて—』, 社会評論社, 2012年
- 石原寛編『医師と患者の法律相談』, 1995, 青林書院
- 伊藤珠子・長瀬啓介「顧客の医療機関選択に影響を与える要因の受診経験による差についての検証—新規顧客と既存顧客の医療機関に対する評価の差から—」, 『医療マネジメント学会雑誌』10(2), 2009年, pp.391-398.
- 伊藤弘人『医療評価』, 真興交易(株)医書出版部, 2003年
- 井上崇通「顧客満足の分析枠組み」『明大商学論叢』第84巻第1号, 2002年, pp.111-127.
- 今井壽正・楊学坤・小島茂・櫻井美鈴・武藤孝司「大学病院の患者満足度調査—外来・入院患者の満足度に及ぼす要因の解析—」, 『病院管理』第37巻第3号, 2000年, pp.63-74.
- 今枝昌宏「製造業のサービス化とサービスマネジメントへの2つのアプローチ」, 『一橋ビジネスレビュー』第54巻第2号, 東洋経済新報社, 2006年, pp.36-50.
- 今中雄一・荒記俊一・村田勝敬・信友浩一「医師及び病院に対する外来患者の満足度と継続受診意志に及ぼす要因—総合病院における解析—」, 『日本公衆衛生雑誌』, 第40巻第8号, 1993年, pp.624-635.
- 医療マネジメント学会『臨床指標の実際—医療サービスの品質を測るために—』, じほう, 2005年
- 医薬産業政策研究所「意識調査に基づく医療顧客のエンパワーメントのあり方」, 『リサーチペーパーNo.17』, 2004年
- 医薬産業政策研究所「患者中心の医療の要因と、それを実現するための要因」, 『医薬

産業研究所リサーチペーパーNo.29』, 2005年, pp.56-67.

- 岩崎栄『医を測る—医療サービスの品質管理とは何か—』, 厚生科学研究所, 1998年
- 上原聡「顧客満足に対するサービス品質の影響に関する考察」, 『研究論集』(嘉悦大学) 第52巻第1号, 2009年, pp.1-15.
- (株)NTT データ「「患者の主体性と医療への満足度についての調査」結果について」, 『2004年ニュースリリース』, 2004年
- 圓丸哲麻「リレーションシップ・マーケティングと関係性マーケティングの比較研究—信頼概念からの考察—」, 『麗澤経済研究』, 第22巻, 2015年, pp.1-14.
- OECD (岡本 悦司訳)『医療サービスの品質国際指標—OECD 医療サービスの品質指標プロジェクト報告書』, 明石書店, 2006年
- 奥田益美・安田晃・津本 周作「外来患者と入院患者の患者満足度への構成要素」, 『第13回日本医療情報学会看護学術大会論文集』, 2012年, p.144-146.
- 小樽市病院局「小樽市病院事業会計決算の概況 平成24年度」, 2013年
- 小樽市病院局「小樽市病院事業会計決算の概況 平成25年度」, 2014年
- 小樽市病院局「小樽市病院事業会計決算の概況 平成26年度」, 2015年
- 小樽市病院局「小樽市病院事業会計決算の概況 平成27年度」, 2016年
- 小樽市役所「小樽市過疎地域自立促進市町村計画平成28-32年度」, 2016年
- 小野譲司「JCSIによる顧客満足モデルの構築」, 『季刊マーケティングジャーナル』 第30巻第1号, 2010年, pp. 20-34.
- 小野晃典「顧客満足:ブランド選択モデルによる概念整序」『三田商学研究』 第42巻第6号, 2000年, pp.1-30.
- 恩田光子・小林暁峯・黒田和夫・全田浩「病院における薬の説明に対する患者満足度に影響を与える要因に関する研究」, 『病院管理』 第41巻第1号, 2004年, pp.7-14.
- 柏原浩志「患者満足とは? 患者の視点 居心地のよい雰囲気での満足度の高い入院生活に」, 『特集 「患者満足」に振り回されない病棟マネジメント』(メディカル出版) 第6巻第7号, 2012年, pp.576-578.
- 粕谷聡子・小林 薫・山名 敏子「K 地域中核病院の職務満足度の実態と向上に向けての課題」, 『日本看護学会論文集看護管理』 第34巻, 2003年, pp.315-317.
- 河口洋行『医療の効率性測定—その手法と問題点—』, 勁草書房, 2008年

- 河野英俊『患者を満足させる病院のサービス』, ばる出版, 2005年
- 川上武他『日本の「医療サービスの品質」を問い直す』, 医学書院, 2006年
- 狩野紀昭, 瀬楽信彦, 高橋文夫, 辻新一「魅力的品質と当たり前品質」, 『品質』第14巻第2号, 1984年, pp.39-48.
- 川島隆志・藤村和宏「医療サービスにおける患者満足度測定の新たな視覚-便益遅延を考慮したモデルを目指して-」『日本行動計量学会大会発表論文抄録集』第40巻, 2012年, pp.143-146.
- 木田裕子, 椎名道子, 加治江利子「入院患者満足度に対する人的因子と環境因子の影響力の変化」, 『日本看護学会論文集看護総合』第42巻, 2012年, pp.319-322.
- Grönroos, C., *Service Management and Marketing: Customer Management in Service Competition*, 3rd Edition, Wiley, 2007 (近藤宏一・蒲生智哉(監訳)『北欧型サービス志向のマネジメント—競争を生き抜くマーケティングの新潮流—』, ミネルヴァ書房, 2013年)
- G. King, R. O. Keohane and S. Verba, *Designing social Inquiry: Scientific Inference in Qualitative Research*, Princeton Univ. Press, 1994 (真淵勝監訳『社会科学のリサーチ・デザイン—定性的研究における科学的推論—』, 2004年)
- 厚生省健康政策局総務課『患者サービスガイドライン—患者サービスの在り方に関する懇談会報告書—』, 金原出版株式会社, 1988年
- 厚生労働省「患者満足度調査導入による病院の経営改善に係る調査研究報告書」, 『平成13年度医療施設経営安定化推進事業報告書』, 2001年
- 厚生労働省「厚生労働白書平成28年版」, 2016年, pp.81-104.
- 小塩真司『SPSSとAmosによる心理・調査データ解析—因子分析・共分散構造分析まで—第2版』, 東京図書, 2011年
- Philip Kotler, Kevin Lane Keller, *Marketing Management*, Twelfth Edition, Prentice Hall, 2006, (恩蔵直人監修、月谷真紀訳『コトラー&ケラーのマーケティング・マネジメント』ピアソン・エデュケーション, 2008年), pp.496-533.
- Philip Kotler, Thomas Hayes and Paul N. Bloom, *Marketing Professional Services*, Second Edition, Prentice Hall, 2002 (白井義男監修、平林祥訳『コトラーのプロフェッショナル・サービス・マーケティング』ピアソン・エデュケーション, 2002年)

- 坂本紗有見、石田恵子「患者満足度に関する考察：患者満足度調査から見えてきたもの：コーチングを生かしてさらなる向上を目指す」、『日本アンチエイジング歯科学会誌』第4巻，2011年，pp.90-99.
- 桜井茂男『内発的動機づけのメカニズム—自己評価的動機づけモデルの実証的研究』，風間書房，1990年
- 嶋口充輝『顧客満足型マーケティングの構図』，有斐閣，1994年
- 嶋口充輝・内田和成『顧客ロイヤルティの時代』，同文館出版，2004年
- 島津望『医療サービスの品質と患者満足：サービス・マーケティング・アプローチ』，千倉書房，2005年
- 清水滋『サービスの話』，日本経済新聞社，1978年
- 鈴木慶子「患者満足を目指した冠動脈造影のクリニカルパス活用法」、『患者満足』，第5巻第2号，2001年，pp.11-19.
- 鈴木秀男・宮田知明「サービス・クオリティとロイヤルティの構造に関する分析—ファーストフード業を事例にして」、『日本経営工学会論文誌』第53巻第1号，2002年，pp.71-79.
- 全国自治体病院協議会『自治体病院の倫理綱領』，2013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，2014年，pp.145-161.
- 田久浩志「満足度と重視度による外来患者サービスの評価」、『病院管理』第31巻第3号，1994年，pp.15-24.
- 田村正紀『リサーチ・デザイン—経営知識創造の基本技術—』，白桃書房，2006年
- 田村正紀『立地創造』，白桃書房，2008年
- 田村正紀『業態の盛衰—現代流通の激流』，千倉書房，2008年
- 田村正紀『セブーン—イレブソンの足跡—持続成長メカニズムを探る—』，千倉書房，2014年
- 田村正紀『経営事例の質的比較分析—スモールデータで因果を探る—』，白桃書房，2015年
- 塚原康弘「患者満足度と信頼関係構築」、『医薬産業研究所リサーチペーパーNo.29』，

2005 年, pp.86-95.

- 塚原康博『医師と患者の情報コミュニケーション—患者満足度の実証分析—』, 薬事日報社, 2010 年
- 帝国データバンクプレスリリース 2016 年 1 月 13 日
- Debra L. Roter and Judith A. Hall, Doctors talking with patients / Patients talking with doctors: Improving communications in medical visits Second Edition, Westport, Connecticut London, 2006 (石川ひろの・武田裕子監訳『患者と医師のコミュニケーション』, 篠原出版新社, 2007 年)
- 寺島和夫「中小食品スーパーにおけるサービス・クオリティと顧客満足度の因果関係に関する研究」『龍谷大学経営学論集』第 47 巻第 3 号, 2007 年, pp.41-52.
- 寺島和夫「中小食品スーパーにおけるサービス・クオリティと顧客満足度の因果関係に関する研究 (2) 因果関係の普遍性の検証」『龍谷大学経営学論集』第 48 巻第 3 号, 2008 年, pp.28-47.
- 寺島和夫「中小食品スーパーにおけるサービス・クオリティと顧客満足度の因果関係に関する研究 (3) 共分散構造分析による適合性の検証」『龍谷大学経営学論集』第 48 巻第 4 号, 2009 年, pp.38-53.
- Donabedian Avedis, Exploration in Quality Assessment and Monitoring, Vol.1, The Definition of Quality and Approaches to its Assessment, Ann Arbor, MI : Health Administration Press,1980 (東尚弘訳『医療サービスの品質の定義と評価方法』 NPO 法人健康医療評価研究機構, 2007 年)
- 永井昌寛・山本勝・横山淳一「病院及び診療所におけるサービスの分析と評価」, 『病院管理』第 38 巻第 3 号, 2001 年, pp.25-37.
- 長坂健二郎「わが国医療制度の現状と問題点 (その 1)」, 『大阪経大論集』第 58 巻第 1 号, 2007 年, pp.263-289.
- 長谷川万希子・杉田聡「患者満足度による医療の評価—大学病院外来における調査から—」, 『病院管理』第 30 巻第 3 号, 1993 年, pp.31-40.
- 原寿美子「患者・家族の満足度を高める患者用クリティカルパスの活用とその効果」, 『患者満足』, 第 5 巻第 2 号, 2001 年, pp.35-44.
- 福井次矢監修『メディカル・インタビュー・マニュアル』, 2000, インターメディカ

- 藤川佳則他「生活起点のサービスイノベーション」, 『一橋ビジネスレビュー』第 54 巻第 2 号, 東洋経済新報社, 2006 年, pp.6-35
- 藤澤弘美子「患者満足度を高める要因—医療顧客と医師との比較—」, 『医薬産業研究所リサーチペーパーNo.29』, 2005 年, pp.68-85.
- 藤村和宏「医療サービスにおける明示的スクリプトとしてのクリティカルパスが患者満足に及ぼす影響に関する実証分析」『香川大学経済論叢』第 74 巻第 1 号, 2001 年, pp.101-129.
- 藤村和宏「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, 2008 年, pp. 1-62.
- 藤村和宏『医療サービスと顧客満足』, 医療文化社, 2009 年
- 藤村和宏「便益遅延型サービスの顧客満足形成モデルに関する考察—医療サービスをケースとして顧客満足形成モデルの発展可能性について探る—」『香川大学経済論叢』第 88 巻第 3 号, 2015 年, pp.1-23.
- Heskett, J.L. and W.E. Sasser and Jr. and L.A. Schlesinger., The Service Profit Chain: How Leading Companies Link Profit and Growth to Loyalty, Satisfaction, and Value, New York, NY: The Free Press,1997 (島田陽介訳, 『カスタマー・ロイヤルティの経営』, 日本経済新聞社, 1998 年)
- Leonard L. Berry and Kent D. Seltman ., Management Lessons from Mayo Clinic: Inside One of the World's Most Admired Service Organizations , McGraw-Hill Education , 2008 (古川奈々子訳『すべてのサービスは患者のために—伝説の医療機関《メイヨー・クリニック》に学ぶサービスの核心』, マグロウヒル・エデュケーション, 2009 年)
- 北海道保健福祉部『自治体病院等広域化・連携構想』, 北海道保健福祉部, pp.1-2, 2008 年
- 本多正久・島田一明『経営のための多変量解析法』, 産業能率大学出版部, 1977 年
- 前田泉・徳田茂二『患者満足度—コミュニケーションと受診行動のダイナミズム—』, 日本評論社, 2003 年
- 真野俊樹『医療マーケティング』, 日本評論社, 2003 年
- 真野俊樹『信頼回復の病院経営』, 薬事日報社, 2005 年
- 三浦洋子・高畑正子「職務満足度向上のカギを握るキーエイジの実像と対策」, 『月刊

ナースマネージャー』第3巻第12号, 2001年, p.22

- 水町浩之『医療経営品質—世界的な経営革新の基準ボルドリッジ賞に学ぶ—』, 生産性出版, 2007年
- 南知恵子「リレーションシップ・マーケティングにおけるサービス・マーケティング・アプローチの理論的貢献」『国民経済雑誌』第197巻第5号, 2008年, pp.33-50.
- 南知恵子「日本版顧客満足度指数(JCSI)のモデル開発とその理論的な基礎」, 『マーケティングジャーナル』第30巻第1号, 2010年, pp.4-19
- 南知恵子「サービス品質と顧客満足」, 『流通研究』第14巻第2・3号, 日本商業学会, 2012年, pp.1-15.
- 村瀬洋一・高田洋・廣瀬毅士『SPSSによる多変量解析』, オーム社, 2007年
- 文部科学省「医学教育モデル・コア・カリキュラム—教育内容ガイドライン—平成22年度改定版」, 2011年, pp.1-17.
- 山岸俊男『信頼の構造』, 東京大学出版会, 1998年
- 山本昭二『新装版 サービス・クオリティ』, 千倉書房, 2010年
- 山本祐子・圓川隆夫「顧客満足度とロイヤルティの構造に関する研究」『日本経営工学会論文誌』第51巻第2号, 2000年, pp.143-152.
- 横田恵子、落合清子、八塚美樹、新谷恵子、高間静子「入院患者の満足度測定尺度の作成の試み」, 『富山医科薬科大学看護学会誌』, 第4号, 2001
- Lobelock, C. and L. Wight., *Principles of Service Marketing and Management*, Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall, 1999 (小宮路雅博監訳, 高畑泰・藤井大拙訳, 『サービス・マーケティング原理』, 白桃書房, 2002年
- 渡辺孝雄『医療福祉サービスの経営戦略—医療環境の変化とその対策—』, じほう, 2001年
- 渡邊直人「ES向上のための心理要因の効果—自己決定理論を中心として—」, 『医療バランスト・スコアカード研究』第6巻第1号, 2009年, pp. 48-53.
- 和田充夫『関係性マーケティングの構図』, 有斐閣, 1998年
- 和田充夫『関係性マーケティングと演劇消費』, ダイヤモンド社, 1999年

## 洋文献

- Abbott, V. and J.B. Black., The Representation of Scripts and Memory, Cognitive Science Technical Report 5, Yale University, Cognitive Science Program, 1980
- Adams, J., “Toward and Understanding of Inequity,” *Journal of Abnormal and Social Psychology*, Vol.67, No.5, 1963, pp.422-436.
- Adams, J., “Inequity in Social Exchange,” in L.Berkowitz(ed.), *Advances in Experimental Social Psychology*, Vol.2, Academic Press, 1965, pp.267-299.
- Albrecht, K. and R. Zemke., *Service America in the New Economy*, New York, NY: McGraw-Hill, 2002.
- Anderson, E. W., C. Fornell and D. R. Lehmann., “ Customer Satisfaction, Market Share, And Profitability: Findings from Sweden, ” *Journal of Marketing*, Vol.58, No.3, 1994, pp.53-66.
- Anderson, E. W., C. Fornell and S. K. Mazvancheryl., “Customer Satisfaction and Shareholder Value,” *Journal of Marketing*, Vol. 68, No.3, 2004, pp.172-185.
- Anderson, E. W. and V. Mittal., “Strengthening and Satisfaction-Profit Chain,” *Journal of Service Research*, Vol.3, No.2, 2000, pp.107-120.
- Bateson,J.E.G., “Understanding Services Consumer Behavior,” in C.A. Congram(ed.), *The AMA Handbook of Marketing for the Service Industries*, AMACOM, 1991, pp.135-149.
- Bertakis, K. D., Callahan, E. J., Helms, L. J., Azari, R., Robbins, J. A., & Miller, J., “Physician practice styles and patient outcomes: Differences between family practice and general internal medicine,” *Medical Care*, Vol.36, 1998, pp.879-891.
- Bikker, A. and Thompson, A., “Predicting and Comparing Patient Satisfaction in Four Different Modes of Health Care across a Nation”, *Social Science & Medicine*, Vol.63, No.6, 2006, pp.1671-1683.
- Bitner, Mary Jo, “Evaluating Service Encounters: The Effects of Physical Surroundings and Employee Responses,” *Journal of Marketing*, Vol.54, No.2, 1990, pp.69-82.
- Browning, Harley L. and Joachim Singelmann, “Transformation of the U.S. Labor Force: The Interaction of Industry and Occupation,” *Politics and Society*, Vol.8, No.3/4, 1978, pp.481-509.

- Chiou, J.S. and C. Droge, “Service Quality, Trust, Specific Asset Investment, and Expertise: Direct and Indirect Effects in a Satisfaction-Loyalty Framework,” *Journal of the Academy of Marketing Science*. Vol.34, No.4, 2006, pp.613-627.
- Churchill, G.A.Jr. and C.Surprenant , “An Investigation into the Determinants of Customer Satisfaction,” *Journal of Marketing Research*, Vol.19, No.4, 1982, pp.491-504.
- Clark Colin, *The Conditions of Economic Progress*, London: MaCmillan and CO, 1940
- Clark Colin, *The Conditions of Economic Progress*, London: MaCmillan and CO, 1957
- Cleary, P. and McNeil, B., “Patient Satisfaction as an Indicator of Quality Care”, *Inquiry*, Vol.25, No.25, 1988, pp.25-36.
- Committee on Definitions of the American Marketing Association, *Marketing Difinitions: Glossary of Marketing Terms*, Chicago, American Marketing Association,1960
- Committee on Definitions of the American Marketing Association, *Marketing Difinitions: Glossary of Marketing Terms*, Chicago, American Marketing Association,1995
- Cronin, J., M. K. Brady, and G. T. M. Hult, “Assessing the effects of quality, value, and customer satisfaction on consumer behavioral intentions in service environments,” *Journal of Retailing*, Vol.76, No.2, 2000, pp.193-218.
- Dabholkar, Pratibha A. “A Contingency Framework for Predicting Causality between Customer Satisfaction and Service Quality,” *Advances in Consumer Research*, Vol.22, No.1, 1995, pp.101-108.
- Dagger, T. and Sweeney J., “The Effect of Service Evaluations on Behavioral Intentions and Quality-of-Life,” *Journal of Service Research*, Vol.9, No.1, 2006, pp.2-19.
- Dagger, T., J. Sweeney and L. Johnson, “A Hierarchical Model of Health Service Quality: Scale Development and Investigation of an Integrated Model,” *Journal of Service Research*, Vol.10, No.2, 2007, pp.123-142.
- Dawes, R.M., D. Singer and F. Lemons, “An Experimental Analysis of the Contrast Effect and Its Implications for Intergroup Communication and the Indirect Assessment of Attitude,” *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol.21, No.3, 1972, pp.281-295.
- Delaunay, Jean-Claude and Jean Gardrey, *Services in Economic Thought*, Norwell, MA: Kluwer Academic Publisher, 1992

- Donabedian Avedis, "Evaluating the Quality of Medical Care," *Milbank Memorial Fund Quarterly*, Vol.44, 1966, pp.166-203.
- Donabedian, A., "The Quality of Care: How Can It Be Assessed?" *Journal of the American Medical Association*, Vol.260, No.12, 1988, pp.1743-1748.
- Eisenthal, S. and Lazarre, A., "Evaluation of the Initial Interview in a Walk-in Clinic: The Patient's Perspective on a Consumer Approach", *Journal of Nervous and Mental Disease*, Vol.162, No.3, 1976, pp.169-176.
- Erasmus, A.C., Elizabeth Boshoff and GG Rousseau, "The potential of using script theory in consumer behavior research," *Journal of Family Ecology and Consumer Sciences*, Vol.30, 2002, pp.1-9.
- Fisk, R.P. and C.E. Young, "Disconfirmation of Equity Expectations: Effects on Consumer Satisfaction with Services," *Advances in Consumer Research*, Vol.12, No.1,1985, pp.340-345.
- Fornell, C., "A National Customer Satisfaction Barometer: The Swedish Experience," *Journal of Marketing*, Vol.56, No.1, 1992, pp.6-21.
- Fouranstié, Jean, *Le Grand Espoire du Xxé Siéle :Progrés Technizue Progrés Économique Progré Social*, Paris, Presses Universitaires de France, 1949
- Fuchs, Victor R., *The Service Economy*, New York, National Bureau of Economic Research, 1968
- Gagne, M., and E. L. Deci., "Self-Determination Theory and Work Motivation," *Journal of Organizational Behavior*, Vol.26, No.4, 2005, pp.331-362.
- Gallan A. S., Jarvis C. B., Brown S. W., Bitner M. J. , "Customer positivity and participation in services: an empirical test in a health care context," *Journal of the Academy of Marketing Science*, Vol.41, No.3, 2013, pp.338-356.
- Gartner, W. and R. Reissman., *The Service Sector and the Consumer Vanguard*, Harper and Row, 1974.
- Gomez, Miguel I., Edward W. McLaughlin, and Dick R. Wittink., "Customer Satisfaction and Retail Sales Performance: An Empirical Investigation," *Journal of Retailing*, Vol.80, No.4, 2004, pp.265-278.

- Grönroos, C., "A Service Quality Model and its Marketing Implications," *European Journal of Marketing*, Vol.18, No. 4, 1984, pp.36-44.
- Guttman, Jonathan and Thomas J. Reynolds, "An Investigation of the Levels of Cognitive Abstraction Utilized by Consumers in Product Differentiation," in *Attitude Research under the Sun*, J. Eighemy ed., Chicago: American Marketing Association, 1979, pp.50-128.
- Hall, J., Roter, D. and Katz, N., "Meta-Analysis of Correlates of Provider Behavior in Medical Encounters", *Medical Care*, Vol.26, No.7, 1988, pp.657-672.
- Hawkins, Delbert I., David L. Mothersbaugh, and Roger J. Best., *Consumer Behavior*, McGraw Hill, 2007
- Henning Thureau, T. and A. Klee., "The Impact of Customer Satisfaction and Relationship Quality on Customer Retention: A Critical Reassessment and Model Development," *Psychology and Marketing*, Vol.14, No.8, 1997, pp.737-764.
- Heskett, James L., Thomas O. Jones, Gary W. Loveman, W. Earl Sasser, Jr. and Leonard A. Schlesinger, "Putting the Service Profit Chain to Work," *Harvard Business Review*, Vol.72, No. 2, 1994, pp.164-174.
- Holbrook, M.B. and K.P. Corfman., "Quality and Value in the Consumption Experience: Phaedrus Rides Again," in J. Jacoby and J.C. Olson (eds.), *Perceived Quality*, Lexington Books, 1985, pp.31-57.
- Homans, G., "Social Behavior as Exchange," *American Journal of Sociology*, Vol.63, No.6, 1958, pp.597-606.
- Humphrey, R.H. and B.E. Ashforth, "Cognitive Scripts and Prototypes in Service Encounters," *Advances in Service Marketing and Management*, Vol.3, 1994, pp.175-199.
- Hunt, H.K., "CS/D – Overview and Future Research Direction," in H.K. Hunt(ed.), *Conceptualization and Measurement of Consumer Satisfaction and Dissatisfaction*, Marketing Science Institute, 1977, pp.455-488.
- Huppertz, J.W. and S.J. Arenson and R.H. Evans, "An Application of Equity Theory to Buyer-Seller Exchange Situation," *Journal of Marketing Research*, Vol.15, No.2, 1978, pp.250-260
- Kurata, J., Watanabe, Y., McBride, C., Kawai, K. and Anderson, R., "A Comparative Study of

- Patient Satisfaction with Health Care in Japan and the United States”, *Social Science & Medicine*, Vol.24, No.4, 1994, pp.1069-1076.
- Kuznets Simon, *Economic Growth of Nations*, MA: Harvard University Press, 1971
  - Lehitinen, U. and J.R. Laitamaki., “Applications of Service Quality and Service Marketing in Health Care Organizations,” D.T. Paul (ed.), *Building Marketing Effectiveness in Healthcare*, Proceeding Series, American Marketing Association, 1989, pp.45-48.
  - Levinson, W., “Physician-patient communication: A key to malpractice prevention,” *JAMA*, Vol.272, No.20, 1994, pp.1619-1620.
  - Lu, H. and A.E. While and K.L. Barriball., “Job Satisfaction among Nurses: A Literature Review,” *International Journal of Nursing Studies*, Vol.42, No.2, 2005, pp.211-227.
  - Magi, A. W., “Share of wallet in retailing: the effects of customer satisfaction, loyalty cards and shopper characteristics,” *Journal of Retailing*, Vol.79, No.2, 2003, pp.97-106.
  - Maynes, E. Scott, “The Concept and Measurement of Product Quality,” in *Household Production and Consumption, Studies in Income and Wealth*, 1975, pp.529-560.
  - Mels G., Boshoff C, and Nel D., “The Dimensions of Service Quality: The Original European Perspective Revisited,” *Service Industries Journal*, Vol.17, No.1, 1997, pp.173-189.
  - Miller, J.A., “Studying Satisfaction, Modifying Models, Eliciting Expectations, Posing Problems and Making Meaningful Measurements,” in H.K. Hunt(ed.), *Conceptualization and Measurement of Consumer Satisfaction and Dissatisfaction*, Marketing Science Institute, 1977, pp.72-91.
  - Mill, John Stewart, *Principles of Political Economy, with some of their Application to Social Philosophy*, London, 1871
  - Mittal, V. and W. A. Kamakura., “Satisfaction, Repurchase Intent, and Repurchase Behavior: Investigating the Moderating Effect of Customer,” *Journal of Marketing Research*, Vol.38, No.1, 2001, pp.131-142.
  - Monroe, K.B. and R. Krishnan., “The Effect of Price on Subjective Product Evaluations,” in J. Jacoby and J.C.Olson(eds.), *Perceived Quality*, Lexinton Books, 1985, pp.209-232
  - Myers, James H. and Allan D. Shocker, “The Nature of Product Related Attributes,” *Research in Marketing*, Vol.5, 1981, pp.211 -236.

- Oliver, R.L. and Berger, P.K., “A Path Analysis of Preventive Health Care Decision Models,” *Journal of Consumer Research*, Vol.6, No.2, 1979, pp.113-122.
- Oliver Richard, “A Cognitive Model of the Antecedents and Consequences of Satisfaction Decisions,” *Journal of Marketing Research*, Vol.17, No.4, 1980, pp.460-469.
- Oliver, R.L. and Swan J.E., “Consumer Perceptions of Interpersonal Equity and Satisfaction in Transactions: A Field Survey Approach,” *Journal of Marketing*, Vol.53, No.2, 1989, pp.21-35.
- Oliver, R.L. and W.S. DeSarbo., “Response Determinants in Satisfaction Judgments,” *Journal of Consumer Research*, Vol.14, No.4, 1989, pp.495-507.
- Oliver, R.L., “Whence consumer loyalty?” *Journal of Marketing*, Vol.63, No.4, 1999, pp.33-44.
- Oliver, R.L., *Satisfaction: A Behavioral Perspective on the Consumer*, Irwin/McGrawHill, 2010
- Olsen, S.O., “Comparative Evaluation and the Relationship between Quality, Satisfaction, and Repurchase Loyalty,” *Journal of the Academy of Marketing Science*, Vol.30, No.3, 2002, pp.240-249.
- Parasuraman, A., Zeithaml V. A., Berry L. L., “A conceptual model of services quality and its implication for future research,” *Journal of Marketing*, Vol. 49, No. 4, 1985, pp. 41-50.
- Peter D. Bennett., *AMA Dictionary of Marketing Terms Second Edition*, AMA, 1995
- Reichheld, F. F. and W. E. Sasser., “Zero Defections: Quality Comes to Services,” *Harvard Business Review*, Vol.68, No.5, 1990, pp.105-111
- Schank, R.C. and R.P. Abelson., *Scripts, Plans, Goals and Understanding: An Inquiry to Human Knowledge Structures*, Lawrence Erlbaum Associates, 1977, pp.36-68.
- Seiders, K., G. B. Voss, D. Grewal, and A. L. Godfrey., “Do Satisfied Customers Buy More? Examining Moderating Influences in Retailing Context,” *Journal of Marketing*, Vol.69, No.4, 2005, pp.26-43.
- Sirdeshmukh D., Singh J. and Sabol B., “Consumer Trust, Value, and Loyalty in Relational Exchanges,” *Journal of Marketing*, Vol.66, No.1, 2002, pp.15-37.
- Smith, R. and M. Houston., “Script-Based Evaluation of Satisfaction with Service,” in L.L.

- Berry, G.L. Shostack, and G.D. Upah (eds.), *Emerging Perspectives in Services Marketing*, Proceedings Series: American Marketing Association, 1983, pp.59-62.
- Smith PC and Forgione DA., “Global outsourcing of healthcare: a medical tourism decision model,” *JITCAR*, Vol.9, No.3, 2007, pp.19-30.
  - Spreng, Richard A., Linda Hui Shi and Thomas J. Page, “Service Quality and Satisfaction in Business-to-Business Services,” *Journal of Business & Industrial Marketing*, Vol24, No.8, 2009, pp.537-548.
  - Tse, D.K. and P.C. Wilton., “Models of Consumer Satisfaction Formation: An Extension,” *Journal of Marketing Research* , Vol.25, No.2,1988, pp.201-212.
  - Woodruff, R.B., E.R. Cadotte and R.E. Jenkins., “Modeling Consumer Satisfaction Processes Using Experience-Based Norms,” *Journal of Marketing Research*, Vol.20, No.3, 1983, pp.296-304.
  - Young, Shirley and Barbara Feigin, “Using the Benefit Chain for Improved Strategy Formulation,” *Journal of Marketing*, Vol.39, No.3, 1975, pp.72-74.
  - Zangaro, G.A. and K.L. Soeken., “A Meta-Analysis of Studies of Nurses’ Job Satisfaction,” *Research in Nursing and Health*, Vol.30, No.4, 2007, pp.445-458.
  - Zeithaml, V.A., “Defining and Relating Price, Perceived Quality, and Perceived Value,” *Marketing Science Institute*, Reports, 1987, pp.87-101.
  - Zeithaml, V.A., “Consumer Perceptions of Price, Quality, and Value: A Means-End Modes and Synthesis of Evidence,” *Journal of Marketing*, Vol.52, No.3, 1988, pp.2-22.

#### インターネット

- American Marketing Association HP URL:[www.ama.org/](http://www.ama.org/)
- サービス産業生産性協議会 HP URL: [www.service-js.jp/](http://www.service-js.jp/)
- 病院情報局 HP URL: [hospia.jp/](http://hospia.jp/)
- 小樽市役所 HP (統計情報) URL: [www.city.otaru.lg.jp/sisei\\_tokei/reiki\\_tokei.../toukei/](http://www.city.otaru.lg.jp/sisei_tokei/reiki_tokei.../toukei/)

## 謝辞

本研究を遂行し学位論文をまとめるにあたり、多くの御支援と御指導を賜りました。ここに深く感謝の意を申し上げます。

学部から研究活動全般にわたり格別なる御指導と御高配を賜りました小樽商科大学商学科の伊藤一教授に甚大なる謝意を表します。長年にわたる先生の御指導を賜ることにより研究が進展し、学位論文を完成することができたことを心より感謝いたします。

また、本研究を進めるにあたり、貴重な御指摘及び御助言を賜りました同大学商学科のプラート・カロラス教授に心より感謝申し上げます。さらに、併せて御助言をいただきました論文の審査員である同大学商学科の穴沢眞教授及び同大学大学院商学研究科アントレプレナーシップ専攻の玉井健一教授に感謝しております。

本論文の策定に当たり、統計学上の御指摘を学習院大学経済学部教授福地純一郎氏と北海道薬科大学教授櫻井秀彦氏からのご厚情およびご指摘に関して深く感謝いたします。

本研究におきまして、データの御提供を頂きました小樽市立病院・病院事業局長並木昭義氏、院長近藤吉宏氏、統括理事馬淵正二氏、事務部次長金子文夫並びに、地域医療連携室次長阿部一博氏に感謝の意を表します。

データの処理で御協力頂きました伊藤ゼミの後輩の皆さんに感謝いたします。

最後に、長年にわたって、日本での留学生生活を温かく見守り、そして辛抱強く支えて下さった両親に対して深い謝意を表し、謝辞といたします。

## 付録資料1 ヒアリング調査1)

調査日：2006年12月19日

調査対象：並木昭義氏（小樽市病院事業局長）

### 1. 経営者層の「経営意識」（患者視点を含む）

病院経営では、医療サービスの品質を高めることも非常に重要である。具体的には、①医師の診療の質を高めること、②経営の質を高めること、③患者サービスの質を上げることといった3つがあげられる。

経営の質を高めることについて、近年、医療がサービス業として捉えられ、医療経営が非常に重要視されてきた。その中、当該病院の経営において、それらの視点を取り入れ、病院と外部の専門家との連携を強化している。具体的な取り組みとして、第一は、外部の専門家と連携しながら、改革プランを立てることである。特に、今年は経営コンサルタントと連携しながら、平成32年度までに経常収益を土ゼロにするための新改革プランを策定し始めている。第二は、地方大学の専門家と提携しながら、外部による患者満足度調査や、機能評価及びメディカルツーリズム（MT）といった活動に取り組んでいる。

一方、患者サービスの質も医療サービスの品質の重要な構成部分となり、非常に重要である。患者サービスの質を高めるには、当該病院では、外部によるアンケート調査を実施し、患者の意見を受け、患者対応を改善している。つまり、医療もサービスなので、サービス精神を患者に知ってもらい、サービスの提供によって、患者に満足してもらうことも医療従事者の仕事である。

最後に、病院のブランド構築の視点より、当該病院は地域医療の中核病院として、医療技術や学術的な面（学会発表や論文の掲載等）も含めてしっかり評価してもらい、ブランドを構築していくことが重要である。

### 2. 新病院における経営体制

#### 1) 医療スタッフの充実

現段階、新病院の人事は主に、トップダウン形成を採用している。具体的に、

##### ①医師の採用及び教育

新病院になってから、医師の業務量が増えたため、手術ができる時間帯も限られ、現時点の手術室の占有率は49%しかなかった。それを70%までにあげないと、赤字にならないため、朝から手術に入る必要があるため、現時点の医師の人数は不足している。現在、各病院でも医師不足が問題となり、いかに医師を集めるのかが課題となっている。そのために、当該病院では、常勤医師について、婦人科（2人）、放射線科（1人、治療）、整形（1人）、循環器内科（1人）、消化器内科も増やす予定である。それ

によって、内科は総合診療医を除き、全科がそろえることになる。常勤医師の増加とともに、改革プランと相まって、今までの経営も変わると期待している。

一方、医師だけでなく、コメディカルも含めて、才能のある人にその才能をいかに発揮させるかも重要である。今後は、いかに職員の才能を引き出すかが重要な課題となる。そのために、積極的にチーム医療を進めていくことも一つの有効な手段と考える。

## ②研修医の教育

医師が受けた初めての教育が非常に重要である。大学出身よりも初期研修や初期教育によって医師としての基本が決まるからである。したがって、当病院は教育研修病院としての役割をしっかりと果たさなければならない。今後は、医局の教育研修病院を目指し、研修医をより多く受け入れ、いわゆる専門性を強化していきたいと考えている。

当該病院において、現段階の研修医の採用枠が5人となり、特に、新病院になってから、研修体制の充実及び札幌に近い交通アクセスによって、第一志望の応募が多数あって、来年は枠をもう少し増やそうと思っている。研修医の教育は主に院長の近藤先生が担当し、勉強会の開催や発表会及び論文の投稿等によって、研究医の専門技能を強化している。一方、研修医からの要望（指導の仕方など）に関しては、アンケート調査等で把握している。まだまだ指導のほうが不足している部分もあって、今後は病理介護もできるような症例をもっと増えることが課題である。

## 2) 機材やシステムへの投資

黒字経営のために、医業収入だけでなく、医業収益を上げることが重要である。医師にはとにかく頑張ってもらって収入を上げてもらい、経営面ではとにかく質を上げる。それによって、医業収益が上がると思う。また、人件費の削減と医療機材を導入する際の費用対効果の確保も非常に大切である。特に、機材などを導入する際には、必ず診療報酬を確保することが必要である。さらに、医師及びコメディカルの増員によって、収益を上げていくと考えている。一方、医局の教育研修病院を目指すためにも、そのための設備を整えることが大事である。

## 3) 院内職員の意見への対応策及び情報公開

病院の経営者層にとって、常に職員の意見などを把握することが必要である。そのために、当該病院では、年2回に、各診療科の責任者を対象に、局長、院長、総括理事及び事務部長によるヒアリングを実施している。特に、毎年12月には、来年度に向けた人事や機材の予算等に関する意見をまとめ、優先順位を決める。機材に関し

ては、主に、①複数の診療科における利用が可能であることと、②診療報酬が取れることといった基準で導入の順位を決定する。特に、現段階は新設した診療科とシステムの整備を最優先している。

しかし、ヒアリング調査によって、問題点を把握し、まとめることよりも、改善策の実行や浸透が現段階の課題となっている。そのために、できるだけ情報を公開し、情報の活用によって、各診療科も全病院の視点から問題点などを確認してもらう形にしている。

正確な情報をできるだけ公開するためには、まず、理事会によって情報を判断し、それから戦略会を経由し、最後に運営会議といった流れで、把握した各情報を判断し、公開している。理事会は大きな問題の処理や職員からの意見（事務が窓口となっている）等を検討する役目である。現段階はまだトップダウン型である。個人的なことは理事会で検討し、個別対応となり、全病院に必要な情報だけを戦略会議に落とす形である。具体的な情報公開については、主に、新改革プランや、外部機能評価の結果、患者満足度調査の結果等を掲示板、職員用の HP、病院の HP 等によって公開している。さらに、病院誌も発刊している。

### 3. 患者サービスを上げるための取組

患者のロコミが、非常に影響力を持つため、日々の医療サービスの提供プロセスにおいて、一人ひとりの患者にしっかり対応することは大事である。また、患者の意見やニーズを把握することも、患者満足度の向上につながる。当該病院では、新病院の開設と同時に、サービス向上委員会を立ち上げ、そこで外部（地元の大学）による外来患者満足度に関するアンケート調査の調査結果から問題点や課題を取り上げ、対策を定めている。特に、現段階の一番の問題点は「外来の待ち時間」である。それを解決するには、外部の専門家による「外来の待ち時間」に関するアンケート調査を実施し、問題点を見出す。調査結果から判明した問題点や課題をいかに実行可能な改善策に導くことが重要であると考えている。その為、調査や局長のヒアリングから見出した問題点について、サービス向上委員会による院内ラウンドを行っている。

アンケート調査によって患者の意見を把握し、患者への対応を改善するほかに、患者サービスを高めるには、救急医療も非常に重要であり、さらに、障害患者を多く来てもらうことも大切である。これによって、新規患者の獲得も実現できる。現段階は、この二つの側面に力を入れていこうと思っている。

一方、当該病院は地域医療を担う中核病院であり、地域医療を強化させるために、現段階はインターネットを活用し、倶知安や岩内などの病院と連携しながら、患者を多く引き受けていこうとしている。それによって、地域連携を強化し、必要な患者を引き受けるようになってきている。

それ以外に、2014年から地方大学の専門家や、地元の旅行者と連携しながら、研究会を立ち上げ、小樽の観光資源と当病院の医療資源を融合したメディカルツーリズムも海外だけでなく、国内向けにも積極的に取り組んでいる。

#### 4. 新築効果

新病院の開設による新築効果は、主に、①施設の新築化による快適な診療環境の実現、②職員のモチベーションの向上、③患者からのプラスの評価の3つが挙げられる。

ただし、新病院の開設に伴い、職員の業務量も増え、今後は接遇における細かい点に気を付ける必要がある。

#### 5. 統合時の組織文化及び医療安全面での支障

統合前の両施設は全く診療科が異なるため、比較的スムーズに統合することができた。ただし、一番の問題は医師の待遇である。収入面（収入に対する還元率）の差異がかなり大きかったため、2年間をかけて統一していくことにした。待遇の統一にあたり、職員に対するしっかりした説明及びお互いの信頼が最も重要である。一方、全診療科の収入を提示できるようにするために、今後は新たなシステムを導入する予定である。それ以外に、診療科の収入だけでなく、医師の活動による社会貢献や学術的な面も含めて考慮必要がる。

また、両施設の職員のコミュニケーションを改善する手段として、①院内または小樽市内の行事に積極的に参加させる。②市民講座に参加させる。③飲み会などを活用するといったことによってできるだけ交流の場を提供している。

## 付録資料1 ヒアリング調査2)

調査日：2006年12月21日

調査対象：近藤吉宏氏（小樽市立病院院長）

病院経営の視点より、地域における当該病院の位置付けや役割を明確にすることが、非常に大事である。当該病院は、がん拠点病院として、がん、脳・神経疾患、心・血管疾患の診療を三つの柱として、4つの専門センターも含め、今後は高度医療を担う地域の中核病院というイメージを固定する必要がある。

### 1. 経営における患者視点

マスコミによる宣伝の力も大きいですが、それより患者の口コミである。実際に来ていただいて、診療を受けて、どう思われるかが病院の支えである。そのために、第一に、日々の診察において、患者に対して丁寧に対応するという共通な組織文化を構築することが非常に重要である。今の医療は、医師から押し付けるよりも一緒に相談しながら診療を進めていく、いわゆる患者参加型医療が主流となってきている。ただし、具体的なやり方として、選択肢をすべて患者に提示し、選んでもらうのではなく、選択肢の中から医師の立場で患者にアドバイスをすることが正しいと思う。そして、チーム医療も患者満足度を高めるための有効な手段として挙げられる。他職種とチームワークして、各科の医師や技師等がチームでつないで協働しながら診療を行うことが当該病院の強みでもある。それによって、職員間の信頼感が高まる同時に、より品質の高い医療サービスを患者に提供することもでき、患者満足度の向上にもつながる。最後に、患者の参加度を向上させるには、「クリニカルパス」の導入も有効な対策と考える。特に、パスの重要性として、①医療に均てん化、②業務量の削減、③業務内容の標準化、及び④DPC効果の4つが挙げられる。ただし、いかにパスを活用しながら、バリエーションの発生を防ぎ、インフォームドコンセントによって患者に納得してもらう事も重要である。

第二に、医療技術以外に、接遇などを含めた表層的要素は非常に大事だと思う。本質的部分にあたる医療のコア品質のグレードアップと患者満足は両輪である。患者に満足してもらうために、接遇が非常に大事で、むしろ、当病院を維持できたのはそこだと思う。具体的に、現段階は研修医の教育において、模擬患者に対するテストなどによって、接遇に関する教育を徹底している。

第三に、患者満足度を向上させるために、いかに患者の意見やニーズを把握して、医療現場にフィードバックさせることも非常に大切である。そのために、新病院を立てる際は、施設・設備等の面において、できる限り患者のニーズを取り入れた。入院では、食事の内容や空調などを含めた診療環境の充実も非常に重要である。また、定期的に患者満足度調査を実施し、調査結果はすべて会議で開示し、対応部署にコメン

トしてもらったりしている。調査結果の開示によって、外部による客観的な評価を現場の職員に認識してもらう事が重要であり、それによって職員の意識も大分変わった。しかし、新病院の開設に伴い、業務量の増加の中、いかに接遇を向上させていくかが今後の課題となる。

## 2. 新病院における研修医への教育（初期研修の教育研修病院として）

常勤医にとって、研修医はある意味で、人手を賄ってくれる重要な存在で、「教える」というのもうれしいことである。結果として、研修医の受入によって、病院側としては大きな差が見られる。

研修システムとして、旧施設では、付添で教育するという未熟な教育システムであった。新施設になってから、教育研究管理委員会の委員長と各科の先生が研修医の評判などを中心に管理している。特に、研修医の員数も増え、研究管理の先生も非常に優秀で、いろいろなシステムを作って、システムの充実も図られた。以上より、研修医への教育も口コミで広がっている。

## 3. 新病院の経営体制

### 1) 情報開示

財務的なデータ等を明示することが各対策の実行や現場の納得に繋がる有効な手段である。それによって、職員のモチベーションも上がる。そのためには、管理システムの充実が非常に重要である。一方、医療収益等の財務的な情報だけでなく、管理者にとって、できるだけ、評価すべきところを評価するという目線も大事である。

### 2) 職員のコミュニケーションの改善

病院において、様々な診療科や部署が存在し、各診療科も各自の特性を有しているため、医療という全体的な目線で見えていくことが重要である。飲み会などの場を提供することによって、職員間のコミュニケーションを改善するのも一つの手法である。それ以外に、①日常の医療や医療連携の中で、人と人とが溶け合っていくこと、②チーム医療が広がっていくこと、③職員のローテーションなども有効な手法である。

## 4. 新築効果

統合前の当該病院は、かつては、栄光の小樽病院であったが、病院の構造的な古い部分もあって、沈滞して、優秀な医師がいるにも関わらず、外部からは「医療レベルも低い」と負のイメージが強かった。その負のイメージを解消できたのは、新病院の開院と並木局長のリーダーシップにほかならない。特に、新病院になってから、外来の場合、若い患者が増え、普通の病院に認めてもらえるようになってきている。

## 5. 統合時の支障

統合前の両施設は、他職種を含めて、全く違った組織文化を有していた。特に、職員間のコミュニケーションもあまりとれていなかった。そのために、日々の仕事や余暇時間の飲み会などによって、職員間の交流を促し、お互いの仕事の大変さなどについて理解し合って、徐々に相手の立場も分かって、溶け合ってきている。

一方、給与体系の格差について、院内では、医療収益だけで給与を判断するのは不公平だという意見も多数あるが、トップダウン形式を活用し、局長主導で2年間方針を強制的に行っている。

## 付録資料1 ヒアリング調査3)

調査日：2006年12月26日

調査対象：馬淵正二氏（小樽市立病院統括理事 旧医療センター院長）

### 1. 病院の経営課題

#### 1) 病院としての機能

病院として求められる機能について、医師と患者との乖離が存在している。いわゆる、医師は、当該病院を急性期医療の基幹病院として、重点的に急性期の患者を診たい。それに対して、患者は、全ての診療を一つの病院で済ませたい。しかし、病院経営（収益面）の視点より、外来では、利幅の低い患者（慢性期）の割合が高く、さらに、複合の疾病を抱えている患者が多いため、課題となっている。特に、国の施策も一つの病気にしか対応できない病院設定なので、患者が一カ所で全ての診療を済ませるような施設を選ぶことも当然である。そのために、外来の負担を軽減するために、「特定医療」といった制度を利用すべきである。

一方、救急の受入体制の充実について、新病院の開設と共に、「管理当直」「脳神経外科当直」及び「循環器内科、外科、ICU等当直」の3人当直体制を採用し、救急応対は市民からの要望と期待を応えられるようになり、評判が上がり、救急の受け入れは充実していく方向にある。今後は、当該病院の救急対応の充実を積極的に外部にPRし、将来的に、重大の病気や検査も対応できる救命センターも当病院におくようにしている。さらに、研修医や若い先生にも救急の現場で活躍してもらおう。

#### 2) 患者紹介率の向上

当該病院のような規模の地域基幹病院としての患者の紹介率は低い。原因として、①昔からの負のイメージが強かった、②（紹介状を書かないで）口頭での紹介が多かったといった点があげられる。今後はいかに患者の紹介率をあげるかが経営上の大きな課題の一つである。

### 2. 患者対応の改善

患者対応を改善するために、「待ち時間」の改善と接遇改善が非常に重要である。

第一に、「待ち時間」の問題は、患者満足度調査の結果を受けて、主に、「検査時間」と「ほったらかされ感（外来の受付を終えてから、診療が開始までの時間に、医師や看護師からの予定指示がなかった）」に集中していると判明した。しかし、採血や受付、会計等の検査の時間が問題となっているが、機材や人手及び受診時間帯（短時間に患者が集中する）により、改善しにくい部分もある。一方、「ほったらかされ感」について、新規患者向けの対策として、なるべく患者の症状に応える検査などを予測

しながら検査時間などを口頭で患者に明示するようにしている。一方、再診患者について、なるべく予約時間を守るようにしている。

第二に、「接遇」について、旧病院では、外部の専門家（ホテルマンや JAL の関係者）を招聘し、講演を開いたことがある。新病院になってからも、引き続き職員の接遇を改善する必要がある。その中で、研修医に対する教育が非常に重要である。なぜなら、患者はあまり研修医を信頼していなく、色眼鏡で見えてしまう部分があるからである。それは、医療技術ではなく、接遇の勉強不足に起因していると考える。したがって、研修医を教育する際に、医療技術は勿論、精神的なことも教えなければならない。2017 年 4 月から、模擬患者を活用して、インタビューの方法などを教育予定である。

### 3. 新築効果

小樽市立病院は全国に成功している市立病院に近づいていく。

## 付録資料1 ヒアリング調査4)

調査日：2006年12月27日

調査対象：金子文夫氏（小樽市立病院事務部次長）

### 1. 収支の黒字化ための経営

今後の病院の収支を黒字化させるために、現段階は、主に、改革プランの策定と費用の削減に工夫している。

改革プランについて、外部コンサルティングと提携しながら、新改革プランや経営運営システムを作り上げている。新病院開院時に、約30億円の医療機器を導入したため、2017年の3月に成案として32年度（当院は33年度）までの経営収支の黒字化のプランを作り上げる予定である。

一方、医業収益に対する材料費の比率をいかに下げるかが最も大きな問題である。そのために、手術室の材料費を削減するために、外部業者によって調査を実施し、2017年に削減のための提案をしてもらう予定である。

### 2. サービス向上委員会の役目（苦情処理）

患者満足度調査や患者からの苦情への処理を担当するのは、主に地域連携室のメンバーから構成されるサービス向上委員会である。サービス向上委員会の役目は、主にご利用者の声を集計することである。具体的には、寄せてきたご意見や苦情などをすべて担当の部署に振り分け、次に、担当部署によって回答を作ってもらって、改善策などを明示し、院内に掲示する。

### 3. 新築効果

新病院の効果として、短期間での医師の増員と医局における病院の評価の上昇の2つが挙げられる。新病院になってから、手術症例の実勢や新しい医療機材の導入、及び研修医の教育体制の充実によって、2年間で常勤医師及び研修医の大幅な増員は北海道内でもなかった状況である。当該病院は2017年度に向けて、さらに研修医の受入枠を増やす予定である。

付録資料2 入院調査に関するクロス集計の結果

1. 『スクリプト』項目と入院患者満足度

『スクリプト』に関連する各質問項目と病院全般への満足度とのクロス集計を行い、有意水準1%で抽出した結果は下記の表1-14に示している。

表1 入院した際の事前説明と病院全般<sup>177</sup> (2015年)

		病院全般に対して満足していますか					合計
		不満	やや不満	普通	やや満足	満足	
今回の入院治療と処置は、事前の説明があり、予定通りに行われましたか	そう感じない	0	0	0	1	1	2
		0.00%	0.00%	0.00%	50.00%	50.00%	100.00%
	あまりそう感じない	0	0	2	0	0	2
		0.00%	0.00%	100.00%	0.00%	0.00%	100.00%
	どちらとも言えない	0	1	2	1	0	4
		0.00%	25.00%	50.00%	25.00%	0.00%	100.00%
ややそう感じた	0	0	5	10	9	24	
	0.00%	0.00%	20.83%	41.67%	37.50%	100.00%	
そう感じた	0	0	4	24	81	109	
	0.00%	0.00%	3.67%	22.02%	74.31%	100.00%	
合計		0	1	13	36	91	141
		0.00%	0.71%	9.22%	25.53%	64.54%	100.00%

注：Pearson のカイ 2 乗：78.902（有意水準：1%）

表2 入院した際の事前説明と病院全般 (2016年)

		病院全般に対して満足していますか					合計
		不満	やや不満	普通	やや満足	満足	
今回の入院治療と処置は、事前の説明があり、予定通りに行われましたか	そう感じない	1	0	3	0	0	4
		25.00%	0.00%	75.00%	0.00%	0.00%	100.00%
	あまりそう感じない	0	0	0	1	1	2
		0.00%	0.00%	0.00%	50.00%	50.00%	100.00%
	どちらとも言えない	0	1	3	8	5	17
		0.00%	5.90%	17.60%	47.10%	29.40%	100.00%
ややそう感じた	0	1	8	33	30	72	
	0.00%	1.40%	11.10%	45.80%	41.70%	100.00%	
そう感じた	1	2	23	93	360	479	
	0.20%	0.40%	4.80%	19.40%	75.20%	100.00%	
合計		2	4	37	135	396	574
		0.30%	0.70%	6.40%	23.50%	69.00%	100.00%

注：Pearson のカイ 2 乗：156.394（有意水準：1%）

<sup>177</sup> 上の欄は回答者数を示し、下の欄は行の割合を示している。

上記の表1、表2から見ると、入院に関する事前説明に対して、「そう感じた」と回答した患者の7割超（2015年：74.31%、2016年：75.20%）が病院全般に対して満足していると判明した。

表3 医師の治療への予想と病院全般（2015年）

		病院全般に対して満足していますか					合計
		不満	やや不満	普通	やや満足	満足	
今回の入院期間中、医師がどのような治療を行うのかを自分としては予想できましたか	そう感じない	0	0	0	0	2	2
		0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	100.00%	100.00%
	あまりそう感じない	0	0	2	2	2	6
		0.00%	0.00%	33.33%	33.33%	33.33%	100.00%
	どちらとも言えない	0	1	4	4	7	16
		0.00%	6.25%	25.00%	25.00%	43.75%	100.00%
ややそう感じた	0	0	3	21	17	41	
	0.00%	0.00%	7.32%	51.22%	41.46%	100.00%	
そう感じた	0	0	4	10	64	78	
	0.00%	0.00%	5.13%	12.82%	82.05%	100.00%	
合計		0	1	13	37	92	143
		0.00%	0.70%	9.09%	25.87%	64.34%	100.00%

注：Pearson のカイ 2 乗：43.394（有意水準1%で有意でなかった）

表4 医師の治療への予想と病院全般（2016年）

		病院全般に対して満足していますか					合計
		不満	やや不満	普通	やや満足	満足	
今回の入院期間中、医師がどのような治療を行うのかを自分としては予想できましたか	そう感じない	1	0	3	1	3	8
		12.50%	0.00%	37.50%	12.50%	37.50%	100.00%
	あまりそう感じない	0	0	2	5	1	8
		0.00%	0.00%	25.00%	62.50%	12.50%	100.00%
	どちらとも言えない	0	0	11	22	29	62
		0.00%	0.00%	17.70%	35.50%	46.80%	100.00%
ややそう感じた	1	3	12	61	82	159	
	0.60%	1.90%	7.50%	38.40%	51.60%	100.00%	
そう感じた	0	1	10	47	275	333	
	0.00%	0.30%	3.00%	14.10%	82.60%	100.00%	
合計		2	4	38	136	390	570
		0.40%	0.70%	6.70%	23.90%	68.40%	100.00%

注：Pearson のカイ 2 乗：135.254（有意水準：1%）

上記の表3、表4のクロス集計の結果から、医師の治療への予想に対して、「そう感じた」と回答した患者の8割超（2015年：82.05%、2016年：82.60%）が病院全般に

対して満足していると判明した。ただし、2015年の調査では、両者間の相関関係は統計的に有意でなかった。

表5 看護師の処置への予想と病院全般（2015年）

		病院全般に対して満足していますか					合計
		不満	やや不満	普通	やや満足	満足	
入院中に、看護師がどのような処置を行うのかを自分としては予想できましたか	そう感じない	0	1	0	1	1	3
		0.00%	33.33%	0.00%	33.33%	33.33%	100.00%
	あまりそう感じない	0	0	4	0	2	6
		0.00%	0.00%	66.67%	0.00%	33.33%	100.00%
	どちらとも言えない	0	0	4	8	8	20
		0.00%	0.00%	20.00%	40.00%	40.00%	100.00%
ややそう感じた	0	0	5	20	24	49	
	0.00%	0.00%	10.20%	40.82%	48.98%	100.00%	
そう感じた	0	0	0	7	55	62	
	0.00%	0.00%	0.00%	11.29%	88.71%	100.00%	
合計		0	1	13	36	90	140
		0.00%	0.71%	9.29%	25.71%	64.29%	100.00%

注：Pearson のカイ 2 乗：98.770（有意水準：1%）

表6 看護師の処置への予想と病院全般（2016年）

		病院全般に対して満足していますか					合計
		不満	やや不満	普通	やや満足	満足	
入院中に、看護師がどのような処置を行うのかを自分としては予想できましたか	そう感じない	1	0	3	1	2	7
		14.30%	0.00%	42.90%	14.30%	28.60%	100.00%
	あまりそう感じない	0	1	1	4	0	6
		0.00%	16.70%	16.70%	66.70%	0.00%	100.00%
	どちらとも言えない	0	2	20	27	35	84
		0.00%	2.40%	23.80%	32.10%	41.70%	100.00%
ややそう感じた	1	0	9	67	119	196	
	0.50%	0.00%	4.60%	34.20%	60.70%	100.00%	
そう感じた	0	1	6	37	233	277	
	0.00%	0.40%	2.20%	13.40%	84.10%	100.00%	
合計		2	4	39	136	389	570
		0.40%	0.70%	6.80%	23.90%	68.20%	100.00%

注：Pearson のカイ 2 乗：182.091（有意水準：1%）

上記の表 5、表 6 のクロス集計の結果によると、看護師の処置への予想に対して、「そう感じた」と回答した患者の 8 割超（2015 年：88.71 %、2016 年：84.1%）が病

院全般に対して満足していると判明し、非常に高い割合を示した。

表7 患者自身が行うべきことへの理解と病院全般（2015年）

		病院全般に対して満足していますか					合計
		不満	やや不満	普通	やや満足	満足	
治療ために 患者自身が行うべきこと を理解できて いましたか	そう感じない	0	0	1	1	1	3
		0.00%	0.00%	33.30%	33.30%	33.30%	100.00%
	あまりそう感 じない	0	0	1	3	2	6
		0.00%	0.00%	16.70%	50.00%	33.30%	100.00%
	どちらとも言 えない	0	0	2	9	8	19
		0.00%	0.00%	10.50%	47.40%	42.10%	100.00%
ややそう感じ た	0	1	3	14	18	36	
	0.00%	2.80%	8.30%	38.90%	50.00%	100.00%	
そう感じた	0	0	4	8	60	72	
	0.00%	0.00%	5.60%	11.10%	83.30%	100.00%	
合計		0	1	11	35	89	136
		0.00%	0.70%	8.10%	25.70%	65.40%	100.00%

注：Pearson のカイ 2 乗：27.532（有意水準：1%）

表6-8 患者自身が行うべきことへの理解と病院全般（2016年）

		病院全般に対して満足していますか					合計
		不満	やや不満	普通	やや満足	満足	
治療ために 患者自身が行うべきこと を理解できて いましたか	そう感じない	1	0	2	3	1	7
		14.30%	0.00%	28.60%	42.90%	14.30%	100.00%
	あまりそう感 じない	0	0	2	3	6	11
		0.00%	0.00%	18.20%	27.30%	54.50%	100.00%
	どちらとも言 えない	0	1	15	22	41	79
		0.00%	1.30%	19.00%	27.80%	51.90%	100.00%
ややそう感じ た	1	2	6	62	98	169	
	0.60%	1.20%	3.60%	36.70%	58.00%	100.00%	
そう感じた	0	1	13	46	242	302	
	0.00%	0.30%	4.30%	15.20%	80.10%	100.00%	
合計		2	4	38	136	388	568
		0.40%	0.70%	6.70%	23.90%	68.30%	100.00%

注：Pearson のカイ 2 乗：109.837（有意水準：1%）

上記の表7、表8の分析結果から、患者自身が行うべきことへの理解に対して、「そう感じた」と回答した患者の約8割（2015年：83.30%、2016年：80.10%）が病院全般に対して満足していると判明した。

表 6-9 治療方針の策定への参加度と病院全般（2015 年）

		病院全般に対して満足していますか					合計
		不満	やや不満	普通	やや満足	満足	
入院中の治療方針は医療スタッフにおまかせしているか	そう感じない	0	0	0	0	0	0
		0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
	あまりそう感じない	0	0	0	0	0	0
		0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
	どちらとも言えない	0	1	2	2	0	5
		0.00%	20.00%	40.00%	40.00%	0.00%	100.00%
ややそう感じた	0	0	3	6	5	14	
	0.00%	0.00%	21.40%	42.90%	35.70%	100.00%	
そう感じた	0	0	8	28	88	124	
	0.00%	0.00%	6.50%	22.60%	71.00%	100.00%	
合計		0	1	13	36	93	143
		0.00%	0.70%	9.10%	25.20%	65.00%	100.00%

注：Pearson のカイ 2 乗：44.429（有意水準：1%）

表 10 治療方針の策定への参加度と病院全般（2016 年）

		病院全般に対して満足していますか					合計
		不満	やや不満	普通	やや満足	満足	
入院中の治療方針は医療スタッフにおまかせしているか	そう感じない	0	0	0	0	1	1
		0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	100.00%	100.00%
	あまりそう感じない	1	0	1	0	1	3
		33.30%	0.00%	33.30%	0.00%	33.30%	100.00%
	どちらとも言えない	0	0	7	5	3	15
		0.00%	0.00%	46.70%	33.30%	20.00%	100.00%
ややそう感じた	1	2	12	29	24	68	
	1.50%	2.90%	17.60%	42.60%	35.30%	100.00%	
そう感じた	0	2	18	99	361	480	
	0.00%	0.40%	3.80%	20.60%	75.20%	100.00%	
合計		2	4	38	133	390	567
		0.40%	0.70%	6.70%	23.50%	68.80%	100.00%

注：Pearson のカイ 2 乗：193.300（有意水準：1%）

上記の表 9、表 10 の分析結果によると、治療方針の策定への参加度に対して、「そう感じた」と回答した患者の約 7 割（2015 年：71.00%、2016 年：75.20%）が病院全般に対して満足していると分かった。

表 11 治療や処置以外のことへの参加度と病院全般（2015 年）

		病院全般に対して満足していますか					合計
		不満	やや不満	普通	やや満足	満足	
入院中、治療や処置以外のことは自分で計画を当てて行うことができましたか	そう感じない	0	0	1	1	4	6
		0.00%	0.00%	16.70%	16.70%	66.70%	100.00%
	あまりそう感じない	0	0	2	0	3	5
		0.00%	0.00%	40.00%	0.00%	60.00%	100.00%
	どちらとも言えない	0	1	4	13	16	34
		0.00%	2.90%	11.80%	38.20%	47.10%	100.00%
ややそう感じた	0	0	4	14	25	43	
	0.00%	0.00%	9.30%	32.60%	58.10%	100.00%	
そう感じた	0	0	2	7	41	50	
	0.00%	0.00%	4.00%	14.00%	82.00%	100.00%	
合計		0	1	13	35	89	138
		0.00%	0.70%	9.40%	25.40%	64.50%	100.00%

注：Pearson のカイ 2 乗：21.474（有意水準：1%）

表 12 治療や処置以外のことへの参加度と病院全般（2016 年）

		病院全般に対して満足していますか					合計
		不満	やや不満	普通	やや満足	満足	
入院中、治療や処置以外のことは自分で計画を当てて行うことができましたか	そう感じない	0	0	4	3	7	14
		0.00%	0.00%	28.60%	21.40%	50.00%	100.00%
	あまりそう感じない	1	0	5	7	11	24
		4.20%	0.00%	20.80%	29.20%	45.80%	100.00%
	どちらとも言えない	0	2	12	38	64	116
		0.00%	1.70%	10.30%	32.80%	55.20%	100.00%
ややそう感じた	0	1	11	58	107	177	
	0.00%	0.60%	6.20%	32.80%	60.50%	100.00%	
そう感じた	1	1	6	26	189	223	
	0.40%	0.40%	2.70%	11.70%	84.80%	100.00%	
合計		2	4	38	132	378	554
		0.40%	0.70%	6.90%	23.80%	68.20%	100.00%

注：Pearson のカイ 2 乗：77.067（有意水準：1%）

上記の表 11、表 12 の分析結果によると、治療や処置以外のことへの参加度に対して、「そう感じた」と回答した患者の 8 割超（2015 年：82.00 %、2016 年：84.80%）が病院全般に対して満足し、高い値を示した。

表 13 入院中の予定外状況の発生と病院全般（2015 年）

		病院全般に対して満足していますか					合計
		不満	やや不満	普通	やや満足	満足	
入院期間 中、予定外 の状況が 生じるよう なことがあ りましたか	そう感じない	0	0	4	13	48	65
		0.00%	0.00%	6.20%	20.00%	73.80%	100.00%
	あまりそう感 じない	0	1	2	10	16	29
		0.00%	3.40%	6.90%	34.50%	55.20%	100.00%
	どちらとも言 えない	0	0	2	5	4	11
		0.00%	0.00%	18.20%	45.50%	36.40%	100.00%
ややそう感 じた	0	0	1	4	8	13	
	0.00%	0.00%	7.70%	30.80%	61.50%	100.00%	
そう感じた	0	0	2	4	14	20	
	0.00%	0.00%	10.00%	20.00%	70.00%	100.00%	
合計		0	1	11	36	90	138
		0.00%	0.70%	8.00%	26.10%	65.20%	100.00%

注：Pearson のカイ 2 乗：11.987（有意水準 1% で有意でなかった）

表 14 入院中の予定外状況の発生と病院全般（2016 年）

		病院全般に対して満足していますか					合計
		不満	やや不満	普通	やや満足	満足	
入院期間 中、予定外 の状況が 生じるよう なことがあ りましたか	そう感じない	0	0	16	45	218	279
		0.00%	0.00%	5.70%	16.10%	78.10%	100.00%
	あまりそう感 じない	0	1	5	30	37	73
		0.00%	1.40%	6.80%	41.10%	50.70%	100.00%
	どちらとも言 えない	0	1	9	25	32	67
		0.00%	1.50%	13.40%	37.30%	47.80%	100.00%
ややそう感 じた	1	1	4	15	38	59	
	1.70%	1.70%	6.80%	25.40%	64.40%	100.00%	
そう感じた	1	1	6	16	50	74	
	1.40%	1.40%	8.10%	21.60%	67.60%	100.00%	
合計		2	4	40	131	375	552
		0.40%	0.70%	7.20%	23.70%	67.90%	100.00%

注：Pearson のカイ 2 乗：48.172（有意水準：1%）

上記の表 13、表 14 の分析結果によると、予定外状況の発生に対して、「そう感じない」と回答した患者の約 7 割（2015 年：73.80%、2016 年：78.10%）が病院全般に対して満足していると分かった。ただし、2015 年の調査結果において、両者の間は相関関係を有していなかった。

## 2. 『衡平性』項目と入院患者満足度

ここでは、入院患者満足度調査における『衡平性』に関する質問項目を取り上げ、

それらの項目と病院全般への満足度との関係について、クロス集計によって考察してみた。結果は下記の表 15～20 である。

表 15 医師の治療に関する比較と病院全般（2015 年）

		病院全般に対して満足していますか					合計
		不満	やや不満	普通	やや満足	満足	
同室の他の患者と同じくらいの診察時間、診察頻度で治療してもらったと感じましたか。	そう感じない	0	0	0	0	0	0
		0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
	あまりそう感じない	0	0	0	0	0	0
		0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
	どちらとも言えない	0	0	5	10	9	24
		0.00%	0.00%	20.80%	41.70%	37.50%	100.00%
ややそう感じた	0	1	3	12	14	30	
	0.00%	3.30%	10.00%	40.00%	46.70%	100.00%	
そう感じた	0	0	4	10	54	68	
	0.00%	0.00%	5.90%	14.70%	79.40%	100.00%	
合計		0	1	12	32	77	122
		0.00%	0.80%	9.80%	26.20%	63.10%	100.00%

注：Pearson のカイ 2 乗：21.534（有意水準：1%）

表 16 医師の治療に関する比較と病院全般（2016 年）

		病院全般に対して満足していますか					合計
		不満	やや不満	普通	やや満足	満足	
同室の他の患者と同じくらいの診察時間、診察頻度で治療してもらったと感じましたか。	そう感じない	0	0	2	0	4	6
		0.00%	0.00%	33.30%	0.00%	66.70%	100.00%
	あまりそう感じない	0	0	3	1	4	8
		0.00%	0.00%	37.50%	12.50%	50.00%	100.00%
	どちらとも言えない	1	3	7	17	26	54
		1.90%	5.60%	13.00%	31.50%	48.10%	100.00%
ややそう感じた	1	1	10	44	35	91	
	1.10%	1.10%	11.00%	48.40%	38.50%	100.00%	
そう感じた	0	0	8	54	270	332	
	0.00%	0.00%	2.40%	16.30%	81.30%	100.00%	
合計		2	4	30	116	339	491
		0.40%	0.80%	6.10%	23.60%	69.00%	100.00%

注：Pearson のカイ 2 乗：116.197（有意水準：1%）

上記の表 15、表 16 の分析結果によると、医師の治療に関する比較において、同室の患者と同じくらいの治療を受けたと感じた患者の約 8 割（2015 年：79.40%、2016 年：81.30%）が病院全般に対して満足した。

表 6-17 看護師の対応に対する比較（同室患者）と病院全般（2015 年）

		病院全般に対して満足していますか					合計
		不満	やや不満	普通	やや満足	満足	
同室の他の患者と同じように対応してもらいました（看護師）	そう感じない	0	0	0	0	0	0
		0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
	あまりそう感じない	0	0	0	0	0	0
		0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
	どちらとも言えない	0	0	6	3	3	12
		0.00%	0.00%	50.00%	25.00%	25.00%	100.00%
ややそう感じた	0	1	2	12	7	22	
	0.00%	4.50%	9.10%	54.50%	31.80%	100.00%	
そう感じた	0	0	4	17	70	91	
	0.00%	0.00%	4.40%	18.70%	76.90%	100.00%	
合計		0	1	12	32	80	125
		0.00%	0.80%	9.60%	25.60%	64.00%	100.00%

注：Pearson のカイ 2 乗：45.347（有意水準：1%）

表 18 看護師の対応に対する比較（同室患者）と病院全般（2016 年）

		病院全般に対して満足していますか					合計
		不満	やや不満	普通	やや満足	満足	
同室の他の患者と同じように対応してもらいました（看護師）	そう感じない	0	0	1	0	1	2
		0.00%	0.00%	50.00%	0.00%	50.00%	100.00%
	あまりそう感じない	0	0	0	3	0	3
		0.00%	0.00%	0.00%	100.00%	0.00%	100.00%
	どちらとも言えない	0	2	8	9	4	23
		0.00%	8.70%	34.80%	39.10%	17.40%	100.00%
ややそう感じた	2	1	10	40	25	78	
	2.60%	1.30%	12.80%	51.30%	32.10%	100.00%	
そう感じた	0	1	12	66	313	392	
	0.00%	0.30%	3.10%	16.80%	79.80%	100.00%	
合計		2	4	31	118	343	498
		0.40%	0.80%	6.20%	23.70%	68.90%	100.00%

注：Pearson のカイ 2 乗：154.787（有意水準：1%）

上記の表 17、表 18 のクロス集計の結果から、看護師の対応について、同室の他の患者と同じような対応をしてもらったと感じた患者の 7 割超（2015 年：76.90%、2016 年：79.80%）が病院に対して満足した。

表 19 看護師の対応に対する比較（看護師間）と病院全般（2015 年）

		病院全般に対して満足していますか					合計
		不満	やや不満	普通	やや満足	満足	
看護師が代わっても、かわらぬ看護をうけられましたか	そう感じない	0	1	1	0	3	5
		0.00%	20.00%	20.00%	0.00%	60.00%	100.00%
	あまりそう感じない	0	0	0	0	0	0
		0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
	どちらとも言えない	0	0	5	3	2	10
		0.00%	0.00%	50.00%	30.00%	20.00%	100.00%
ややそう感じた	0	0	2	14	9	25	
	0.00%	0.00%	8.00%	56.00%	36.00%	100.00%	
そう感じた	0	0	3	18	72	93	
	0.00%	0.00%	3.20%	19.40%	77.40%	100.00%	
合計		0	1	11	35	86	133
		0.00%	0.80%	8.30%	26.30%	64.70%	100.00%

注：Pearson のカイ 2 乗：70.419（有意水準：1%）

表 20 看護師の対応に対する比較（看護師間）と病院全般（2016 年）

		病院全般に対して満足していますか					合計
		不満	やや不満	普通	やや満足	満足	
看護師が代わっても、かわらぬ看護をうけられましたか	そう感じない	0	0	0	0	1	1
		0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	100.00%	100.00%
	あまりそう感じない	0	0	2	1	1	4
		0.00%	0.00%	50.00%	25.00%	25.00%	100.00%
	どちらとも言えない	1	1	10	7	3	22
		4.50%	4.50%	45.50%	31.80%	13.60%	100.00%
ややそう感じた	1	2	11	50	32	96	
	1.00%	2.10%	11.50%	52.10%	33.30%	100.00%	
そう感じた	0	1	12	70	337	420	
	0.00%	0.20%	2.90%	16.70%	80.20%	100.00%	
合計		2	4	35	128	374	543
		0.40%	0.70%	6.40%	23.60%	68.90%	100.00%

注：Pearson のカイ 2 乗：176.186（有意水準：1%）

上記の表 19、表 20 のクロス集計の結果から、看護師の対応について、看護師が代わっても同じくらいに対応をしてもらったと感じた患者の 7~8 割（2015 年：77.40%、2016 年：80.20%）が病院全般に対して満足した。

### 3) 『ノルム』項目と患者満足度

ここでは、地域医療の担い手及び高度医療といった 2 つの側面から、『ノルム』に関する質問項目と病院全般への満足度との関係について、統計分析によって考察して

みた。『ノルム』に関する項目と病院全般に関する回答例の具体的な分布をクロス集計表に示す（表 21～表 24）

表 21 地域医療を担う公立病院としての期待と病院全般（2015 年）

		当院の医療に関して、地域医療を担う公立病院として期待していますか					
		期待しない	あまり期待しない	どちらとも言えない	やや期待する	期待する	合計
病院全般に対して満足していますか	不満	1	0	0	1	1	3
		33.30%	0.00%	0.00%	33.30%	33.30%	100.00%
	やや不満	0	0	2	0	5	7
		0.00%	0.00%	28.60%	0.00%	71.40%	100.00%
	普通	0	2	10	14	29	55
		0.00%	3.60%	18.20%	25.50%	52.70%	100.00%
やや満足	0	0	1	29	132	162	
	0.00%	0.00%	0.60%	17.90%	81.50%	100.00%	
満足	0	0	4	9	428	441	
	0.00%	0.00%	0.90%	2.00%	97.10%	100.00%	
合計		1	2	17	53	595	668
		0.10%	0.30%	2.50%	7.90%	89.10%	100.00%

注：Pearson のカイ 2 乗：32.832（有意水準：1%）

表 22 地域医療を担う公立病院としての期待と病院全般（2016 年）

		当院の医療に関して、地域医療を担う公立病院として期待していますか					
		期待しない	あまり期待しない	どちらとも言えない	やや期待する	期待する	合計
病院全般に対して満足していますか	不満	1	0	0	1	0	2
		50.00%	0.00%	0.00%	50.00%	0.00%	100.00%
	やや不満	0	0	0	3	1	4
		0.00%	0.00%	0.00%	75.00%	25.00%	100.00%
	普通	0	0	13	13	14	40
		0.00%	0.00%	32.50%	32.50%	35.00%	100.00%
やや満足	0	0	3	31	103	137	
	0.00%	0.00%	2.20%	22.60%	75.20%	100.00%	
満足	1	0	2	8	385	396	
	0.30%	0.00%	0.50%	2.00%	97.20%	100.00%	
合計		2	0	18	56	503	579
		0.30%	0.00%	3.10%	9.70%	86.90%	100.00%

注：Pearson のカイ 2 乗：377.064（有意水準：1%）

上記の表 21 及び表 22 のクロス集計の行の割合から見ると、病院全般に対して「満足」と回答した患者の 9 割超（2015 年：97.1%、2016 年：97.2%）は地域医療を担う

公立病院として小樽市立病院に期待すると判明した。また、病院全般に対して「やや満足」と回答した患者の7~8割（2015年：81.5%、2016年：75.2%）は当該病院に対して、地域医療を担う公立病院として期待すると分かった。

表 23 高度医療サービスへの期待と病院全般（2015年）

		他の病院と比べ、当院に高度な医療サービスを期待していますか					
		期待しない	あまり期待しない	どちらとも言えない	やや期待する	期待する	合計
病院全般に対して満足していますか	不満	1	0	1	0	1	3
		33.30%	0.00%	33.30%	0.00%	33.30%	100.00%
	やや不満	0	0	2	0	5	7
		0.00%	0.00%	28.60%	0.00%	71.40%	100.00%
	普通	0	0	15	13	26	54
		0.00%	0.00%	27.80%	24.10%	48.10%	100.00%
やや満足	0	0	2	34	125	161	
	0.00%	0.00%	1.20%	21.10%	77.60%	100.00%	
満足	0	0	7	19	407	433	
	0.00%	0.00%	1.60%	4.40%	94.00%	100.00%	
合計		1	0	27	66	564	658
		0.20%	0.00%	4.10%	10.00%	85.70%	100.00%

注：Pearson のカイ 2 乗：9.990（1%で有意でなかった）

表 24 高度医療サービスへの期待と病院全般（2016年）

		他の病院と比べ、当院に高度な医療サービスを期待していますか					
		期待しない	あまり期待しない	どちらとも言えない	やや期待する	期待する	合計
病院全般に対して満足していますか	不満	1	0	0	1	0	2
		50.00%	0.00%	0.00%	50.00%	0.00%	100.00%
	やや不満	0	0	1	2	1	4
		0.00%	0.00%	25.00%	50.00%	25.00%	100.00%
	普通	0	2	10	13	14	39
		0.00%	5.10%	25.60%	33.30%	35.90%	100.00%
やや満足	0	0	4	26	107	137	
	0.00%	0.00%	2.90%	19.00%	78.10%	100.00%	
満足	0	0	6	20	361	387	
	0.00%	0.00%	1.60%	5.20%	93.30%	100.00%	
合計		1	2	21	62	483	569
		0.20%	0.40%	3.70%	10.90%	84.90%	100.00%

注：Pearson のカイ 2 乗：32.832（有意水準：1%）

一方、上記の表 23、表 24 のクロス集計の結果から、病院全般に対して満足してい

る患者の9割以上（2015年：94%、2016年：93.3%）が小樽市立病院に高度医療サービスへ期待していると判明した。また、病院全般にやや満足している患者の約8割（2015年：77.6%、2016年：78.1%）も高度医療サービスの提供に期待していると分かった。さらに、実際のヒアリング調査では、馬淵氏は「全ての診療を一カ所で、いわゆるワンストップ治療が市民に大きく期待され、さらに救急対応への要望も強かった。」と語った<sup>178</sup>。

---

<sup>178</sup> 付録資料1 ヒアリング調査3)

### アンケートご協力をお願い

当院では、患者の皆様がよりよい環境で良質かつ信頼の医療が受けられる病院を目指して、広くご意見を伺いたく、アンケートを実施することとしました。

お疲れのところ大変恐縮ですが、ご協力をお願い申し上げます。

\*あてはまる数字に○印をつけてご回答ください。一緒に来院された方の代筆でも結構です。

#### 【問1】本日受診される科を伺います（あてはまる項目すべてに○をつけてください）

- |        |          |         |           |           |
|--------|----------|---------|-----------|-----------|
| 1. 内科  | 2. 消化器内科 | 3. 外科   | 4. 整形外科   | 5. 形成外科   |
| 6. 小児科 | 7. 婦人科   | 8. 皮膚科  | 9. 泌尿器科   | 10. 耳鼻咽喉科 |
| 11. 眼科 | 12. 放射線科 | 13. 麻酔科 | 14. 脳神経外科 |           |

#### 【問2】当院を受診していただいた理由を伺います。（複数回答可）

- |               |              |               |
|---------------|--------------|---------------|
| 1. 他の病医院からの紹介 | 2. ご家族や知人の勧め | 3. 良い医師がいる    |
| 4. 入院施設がある    | 5. 交通の便が良い   | 6. 医療機器や設備が良い |
| 7. 救急車で搬送された  | 8. その他       |               |

#### 【問3】医師への満足度を伺います。

- |                       |         |       |       |       |         |
|-----------------------|---------|-------|-------|-------|---------|
| ● 言葉遣いや態度.....        | 1. 大変良い | 2. 良い | 3. 普通 | 4. 悪い | 5. 大変悪い |
| ● 診察や検査結果の説明.....     | 1. 大変良い | 2. 良い | 3. 普通 | 4. 悪い | 5. 大変悪い |
| ● 治療方針やお薬などの説明.....   | 1. 大変良い | 2. 良い | 3. 普通 | 4. 悪い | 5. 大変悪い |
| ● 医師への質問や相談のしやすさ..... | 1. 大変良い | 2. 良い | 3. 普通 | 4. 悪い | 5. 大変悪い |
| ● プライバシーへの配慮.....     | 1. 大変良い | 2. 良い | 3. 普通 | 4. 悪い | 5. 大変悪い |
| ● 医師への信頼感.....        | 1. 大変良い | 2. 良い | 3. 普通 | 4. 悪い | 5. 大変悪い |
| ● 医師への総合的満足度.....     | 1. 大変良い | 2. 良い | 3. 普通 | 4. 悪い | 5. 大変悪い |

#### 【問4】看護師への満足度を伺います。

- |                  |         |       |       |       |         |
|------------------|---------|-------|-------|-------|---------|
| ● 言葉遣いや態度.....   | 1. 大変良い | 2. 良い | 3. 普通 | 4. 悪い | 5. 大変悪い |
| ● 待ち時間などの説明..... | 1. 大変良い | 2. 良い | 3. 普通 | 4. 悪い | 5. 大変悪い |

- 次回受診日程やお薬などの説明..... 1. 大変良い 2. 良い 3. 普通 4. 悪い 5. 大変悪い
- 訴えに対する対応の素早さ..... 1. 大変良い 2. 良い 3. 普通 4. 悪い 5. 大変悪い
- プライバシーへの配慮..... 1. 大変良い 2. 良い 3. 普通 4. 悪い 5. 大変悪い
- 看護師への信頼感..... 1. 大変良い 2. 良い 3. 普通 4. 悪い 5. 大変悪い
- 看護師の総合的満足度..... 1. 大変良い 2. 良い 3. 普通 4. 悪い 5. 大変悪い

**【問5】他の職員への満足度を伺います。**

- **薬剤師**  
 言葉遣いと態度..... 1. 大変良い 2. 良い 3. 普通 4. 悪い 5. 大変悪い  
 説明がわかりやすい..... 1. 大変良い 2. 良い 3. 普通 4. 悪い 5. 大変悪い
- **検査技師**  
 言葉遣いと態度..... 1. 大変良い 2. 良い 3. 普通 4. 悪い 5. 大変悪い  
 説明がわかりやすい..... 1. 大変良い 2. 良い 3. 普通 4. 悪い 5. 大変悪い
- **放射線技師**  
 言葉遣いと態度..... 1. 大変良い 2. 良い 3. 普通 4. 悪い 5. 大変悪い  
 説明がわかりやすい..... 1. 大変良い 2. 良い 3. 普通 4. 悪い 5. 大変悪い
- **リハビリ療法士**  
 言葉遣いと態度..... 1. 大変良い 2. 良い 3. 普通 4. 悪い 5. 大変悪い  
 説明がわかりやすい..... 1. 大変良い 2. 良い 3. 普通 4. 悪い 5. 大変悪い
- **窓口・総合案内職員**  
 言葉遣いと態度..... 1. 大変良い 2. 良い 3. 普通 4. 悪い 5. 大変悪い

**【問6】外来での待ち時間について伺います。(複数の診察かを受診されている方は、待ち時間が一番長かった診療科について、伺います)**

◆ 予約患者さん

○予約時刻から実際の診察開始までの時間 時間 分

◆ 新規・予約外の患者さん

○外来待合に到着した時刻から実際の診察開始までの時間 時間 分

◆ お薬の待ち時間は、薬の引換書をもってから何分後ですか。 時間 分

**【問7】院内の清潔感(清掃の行き届き度)を伺います。**

- 廊下、ロビー、外来待合..... 1. 大変良い 2. 良い 3. 普通 4. 悪い 5. 大変悪い
- 診察室内、検査室内..... 1. 大変良い 2. 良い 3. 普通 4. 悪い 5. 大変悪い
- トイレ..... 1. 大変良い 2. 良い 3. 普通 4. 悪い 5. 大変悪い

**【問8】院内の施設、設備面について伺います。**

- 院内の案内板や掲示板などは見やすいですか。..... 1. 大変良い 2. 良い 3. 普通 4. 悪い 5. 大変悪い
- 待合室やロビーの温度..... 1. 大変良い 2. 良い 3. 普通 4. 悪い 5. 大変悪い
- 待合室やロビーの照明..... 1. 大変良い 2. 良い 3. 普通 4. 悪い 5. 大変悪い
- トイレの数やスペース..... 1. 大変良い 2. 良い 3. 普通 4. 悪い 5. 大変悪い
- 身障者用トイレの数..... 1. 大変良い 2. 良い 3. 普通 4. 悪い 5. 大変悪い
- 駐車場の待ち時間..... 1. 大変良い 2. 良い 3. 普通 4. 悪い 5. 大変悪い
- 身障者用駐車場の数..... 1. 大変良い 2. 良い 3. 普通 4. 悪い 5. 大変悪い

**【問9】 病院全体の評価について伺います。**

- 当院の総合的な満足度..... 1. 大変良い 2. 良い 3. 普通 4. 悪い 5. 大変悪い
- 万が一、患者さんご自身がお病気になられたとき、再び当院を受診したいと思いますか。  
1. 受診する 2. 受診すると思う 3. わからない 4. 受診しないと思う 5. 受診しない
- 万が一、患者さんの近親の方などがお病気になられたとき、当院を紹介したいと思いますか。  
1. 紹介する 2. 紹介すると思う 3. わからない 4. 紹介しないと思う 5. 紹介しない

**【問10】 最後に、患者さんの性別、年齢について伺います。**

- 性別 1. 男性 2. 女性 ● 記入者 1. 本人 2. 代理人
- 患者さんのご年齢を伺います  
10歳未満          10代          20代          30代          40代  
50代          60代          70代          80歳以上

★当院の施設・環境・設備・サービスについて、ご意見・ご要望などがありましたら、お書きください。

★その他、お気づきのことやご意見・ご要望などがありましたら、お書きください。

★新病院へのご要望をお聞かせください。

お疲れのところ、ご協力いただきありがとうございました。

### アンケートご協力をお願い

当院では、患者の皆様がよりよい環境で良質かつ信頼の医療が受けられる病院を目指して、広くご意見を伺いたく、アンケートを実施することとしました。

お疲れのところ大変恐縮ですが、ご協力をお願い申し上げます。

\*あてはまる数字に○印をつけてご回答ください。ご一緒に来院された方の代筆でも結構です。

#### 【問1】 本日受診される科を伺います（あてはまる項目すべてに○をつけてください）

- |          |           |          |
|----------|-----------|----------|
| 1. 循環器内科 | 2. 心臓血管外科 | 3. 脳神経外科 |
| 4. 精神科   | 5. 放射線科   | 6. 麻酔科   |

#### 【問2】 当院を受診していただいた理由を伺います。（複数回答可）

- |               |              |               |
|---------------|--------------|---------------|
| 1. 他の病医院からの紹介 | 2. ご家族や知人の勧め | 3. 良い医師がいる    |
| 4. 入院施設がある    | 5. 交通の便が良い   | 6. 医療機器や設備が良い |
| 7. 救急車で搬送された  | 8. その他       |               |

#### 【問3】 医師への満足度を伺います。

- |                       |         |       |       |       |         |
|-----------------------|---------|-------|-------|-------|---------|
| ● 言葉遣いや態度.....        | 1. 大変良い | 2. 良い | 3. 普通 | 4. 悪い | 5. 大変悪い |
| ● 診察や検査結果の説明.....     | 1. 大変良い | 2. 良い | 3. 普通 | 4. 悪い | 5. 大変悪い |
| ● 治療方針やお薬などの説明.....   | 1. 大変良い | 2. 良い | 3. 普通 | 4. 悪い | 5. 大変悪い |
| ● 医師への質問や相談のしやすさ..... | 1. 大変良い | 2. 良い | 3. 普通 | 4. 悪い | 5. 大変悪い |
| ● プライバシーへの配慮.....     | 1. 大変良い | 2. 良い | 3. 普通 | 4. 悪い | 5. 大変悪い |
| ● 医師への信頼感.....        | 1. 大変良い | 2. 良い | 3. 普通 | 4. 悪い | 5. 大変悪い |
| ● 医師への総合的満足度.....     | 1. 大変良い | 2. 良い | 3. 普通 | 4. 悪い | 5. 大変悪い |

#### 【問4】 看護師への満足度を伺います。

- |                  |         |       |       |       |         |
|------------------|---------|-------|-------|-------|---------|
| ● 言葉遣いや態度.....   | 1. 大変良い | 2. 良い | 3. 普通 | 4. 悪い | 5. 大変悪い |
| ● 待ち時間などの説明..... | 1. 大変良い | 2. 良い | 3. 普通 | 4. 悪い | 5. 大変悪い |

- 次回受診日程やお薬などの説明..... 1. 大変良い 2. 良い 3. 普通 4. 悪い 5. 大変悪い
- 訴えに対する対応の素早さ..... 1. 大変良い 2. 良い 3. 普通 4. 悪い 5. 大変悪い
- プライバシーへの配慮..... 1. 大変良い 2. 良い 3. 普通 4. 悪い 5. 大変悪い
- 看護師への信頼感..... 1. 大変良い 2. 良い 3. 普通 4. 悪い 5. 大変悪い
- 看護師への総合的満足度..... 1. 大変良い 2. 良い 3. 普通 4. 悪い 5. 大変悪い

**【問5】他の職員への満足度を伺います。**

- **薬剤師**  
 言葉遣いと態度..... 1. 大変良い 2. 良い 3. 普通 4. 悪い 5. 大変悪い  
 説明がわかりやすい..... 1. 大変良い 2. 良い 3. 普通 4. 悪い 5. 大変悪い
- **検査技師**  
 言葉遣いと態度..... 1. 大変良い 2. 良い 3. 普通 4. 悪い 5. 大変悪い  
 説明がわかりやすい..... 1. 大変良い 2. 良い 3. 普通 4. 悪い 5. 大変悪い
- **放射線技師**  
 言葉遣いと態度..... 1. 大変良い 2. 良い 3. 普通 4. 悪い 5. 大変悪い  
 説明がわかりやすい..... 1. 大変良い 2. 良い 3. 普通 4. 悪い 5. 大変悪い
- **窓口・総合案内職員**  
 言葉遣いと態度..... 1. 大変良い 2. 良い 3. 普通 4. 悪い 5. 大変悪い

**【問6】外来での待ち時間について伺います。(複数の診察かを受診されている方は、待ち時間が一番長かった診療科について、伺います)**

- ◆ 予約患者さん  
 ○予約時刻から実際の診察開始までの時間 時間 分
- ◆ 新規・予約外の患者さん  
 ○外来待合に到着した時刻から実際の診察開始までの時間 時間 分
- ◆ 投薬の待ち時間は受付をしてから何時間後ですか。 時間 分

**【問7】院内の清潔感(清掃の行き届き度)を伺います。**

- 廊下、ロビー、外来待合..... 1. 大変良い 2. 良い 3. 普通 4. 悪い 5. 大変悪い
- 診察室内、検査室内..... 1. 大変良い 2. 良い 3. 普通 4. 悪い 5. 大変悪い
- トイレ..... 1. 大変良い 2. 良い 3. 普通 4. 悪い 5. 大変悪い

**【問8】院内の施設、設備面について伺います。**

- 院内の案内板や掲示板などは

- 見やすいですか。..... 1. 大変良い 2. 良い 3. 普通 4. 悪い 5. 大変悪い
- 待合室やロビーの温度..... 1. 大変良い 2. 良い 3. 普通 4. 悪い 5. 大変悪い
  - 待合室やロビーの照明..... 1. 大変良い 2. 良い 3. 普通 4. 悪い 5. 大変悪い
  - トイレの数やスペース..... 1. 大変良い 2. 良い 3. 普通 4. 悪い 5. 大変悪い
  - 身障者用トイレの数..... 1. 大変良い 2. 良い 3. 普通 4. 悪い 5. 大変悪い
  - 駐車場の待ち時間..... 1. 大変良い 2. 良い 3. 普通 4. 悪い 5. 大変悪い
  - 身障者用駐車場の数..... 1. 大変良い 2. 良い 3. 普通 4. 悪い 5. 大変悪い

**【問9】病院全体の評価について伺います。**

- 当院の総合的な満足度..... 1. 大変良い 2. 良い 3. 普通 4. 悪い 5. 大変悪い
- 万が一、患者さんご自身がお病気になられたとき、再び当院を受診したいと思いませんか。  
1. 受診する 2. 受診すると思う 3. わからない 4. 受診しないと思う 5. 受診しない
- 万が一、患者さんの近親の方などがお病気になられたとき、当院を紹介したいと思いませんか。  
1. 紹介する 2. 紹介すると思う 3. わからない 4. 紹介しないと思う 5. 紹介しない

**【問10】最後に、患者さんの性別、年齢について伺います。**

- 性別 1. 男性 2. 女性 ● 記入者 1. 本人 2. 代理人
- 患者さんのご年齢を伺います  
10歳未満          10代          20代          30代          40代  
50代          60代          70代          80歳以上

★当院の施設・環境・設備・サービスについて、ご意見・ご要望などがありましたら、お書きください。

★その他、お気づきのことやご意見・ご要望などがありましたら、お書きください。

★新病院へのご要望をお聞かせください。

お疲れのところ、ご協力いただきありがとうございました。

### アンケートご協力をお願い

当院では、患者の皆様がよりよい環境で良質かつ信頼の医療が受けられる病院を目指して、広くご意見を伺いたく、アンケート調査を実施することとしました。つきましては、お疲れのところ大変恐縮ではございますが、ご協力をお願いいたします。

\*あてはまる数字に○印をつけてご回答ください。ご一緒に来院された方の代筆でも結構です。

**【問1】本日受診された診療科を伺います。(あてはまる項目すべてに○をつけてください)**

- 1. 内科            2. 呼吸器内科        3. 消化器内科        4. 循環器内科        5. 神経内科
- 6. 外科            7. 心臓血管外科      8. 脳神経外科        9. 整形外科          10. 形成外科
- 11. 精神科        12. 小児科            13. 皮膚科            14. 泌尿器科          15. 産婦人科
- 16. 眼科          17. 耳鼻咽喉科        18. 放射線診断科      19. 放射線治療科
- 20. 麻酔科

**【問2】当院を受診していただいた理由を伺います。(複数回答可)**

- 1. 他の病医院からの紹介      2. ご家族や知人の勧め      3. 良い医師がいる
- 4. 入院施設がある              5. 交通の便が良い          6. 医療機器や設備が良い
- 7. 救急車で搬送された        8. その他

**【問3】医師への満足度を伺います。**

- 言葉遣いや態度.....      1. 大変良い    2. 良い    3. 普通    4. 悪い    5. 大変悪い
- 診察や検査結果の説明.....    1. 大変良い    2. 良い    3. 普通    4. 悪い    5. 大変悪い
- 治療方針やお薬などの説明.....    1. 大変良い    2. 良い    3. 普通    4. 悪い    5. 大変悪い
- 医師への質問や相談のしやすさ.....    1. 大変良い    2. 良い    3. 普通    4. 悪い    5. 大変悪い
- プライバシーへの配慮.....    1. 大変良い    2. 良い    3. 普通    4. 悪い    5. 大変悪い
- 医師への信頼感.....    1. 大変良い    2. 良い    3. 普通    4. 悪い    5. 大変悪い
- 医師への総合的満足度.....    1. 大変良い    2. 良い    3. 普通    4. 悪い    5. 大変悪い

**【問4】看護師への満足度を伺います。**

- 言葉遣いや態度.....      1. 大変良い    2. 良い    3. 普通    4. 悪い    5. 大変悪い
- 待ち時間などの説明.....      1. 大変良い    2. 良い    3. 普通    4. 悪い    5. 大変悪い
- 次回受診日程やお薬などの説明.....    1. 大変良い    2. 良い    3. 普通    4. 悪い    5. 大変悪い

- 訴えに対する対応の素早さ..... 1. 大変良い 2. 良い 3. 普通 4. 悪い 5. 大変悪い
- プライバシーへの配慮..... 1. 大変良い 2. 良い 3. 普通 4. 悪い 5. 大変悪い
- 看護師への信頼感..... 1. 大変良い 2. 良い 3. 普通 4. 悪い 5. 大変悪い
- 看護師の総合的満足度..... 1. 大変良い 2. 良い 3. 普通 4. 悪い 5. 大変悪い

**【問5】他の職員への満足度を伺います。**

- **薬剤師**  
 言葉遣いと態度..... 1. 大変良い 2. 良い 3. 普通 4. 悪い 5. 大変悪い  
 説明がわかりやすい..... 1. 大変良い 2. 良い 3. 普通 4. 悪い 5. 大変悪い
- **検査技師**  
 言葉遣いと態度..... 1. 大変良い 2. 良い 3. 普通 4. 悪い 5. 大変悪い  
 説明がわかりやすい..... 1. 大変良い 2. 良い 3. 普通 4. 悪い 5. 大変悪い
- **放射線技師**  
 言葉遣いと態度..... 1. 大変良い 2. 良い 3. 普通 4. 悪い 5. 大変悪い  
 説明がわかりやすい..... 1. 大変良い 2. 良い 3. 普通 4. 悪い 5. 大変悪い
- **リハビリ療法士**  
 言葉遣いと態度..... 1. 大変良い 2. 良い 3. 普通 4. 悪い 5. 大変悪い  
 説明がわかりやすい..... 1. 大変良い 2. 良い 3. 普通 4. 悪い 5. 大変悪い
- **窓口・総合案内職員**  
 言葉遣いと態度..... 1. 大変良い 2. 良い 3. 普通 4. 悪い 5. 大変悪い

**【問6】外来での待ち時間について伺います。(複数の診察かを受診されている方は、待ち時間が一番長かった診療科について、伺います)**

- ◆ 予約患者さん  
 ○予約時刻から実際の診察開始までの時間 時間 分
- ◆ 新規・予約外の患者さん  
 ○外来待合に到着した時刻から実際の診察開始までの時間 時間 分
- ◆ お薬の待ち時間は、薬の引換書をもってから何分後ですか。 時間 分

**【問7】院内の清潔感(清掃の行き届き度)を伺います。**

- 廊下、ロビー、外来待合..... 1. 大変良い 2. 良い 3. 普通 4. 悪い 5. 大変悪い
- 診察室内、検査室内..... 1. 大変良い 2. 良い 3. 普通 4. 悪い 5. 大変悪い
- トイレ..... 1. 大変良い 2. 良い 3. 普通 4. 悪い 5. 大変悪い

**【問8】院内の施設、設備面について伺います。**

- 院内の案内板や掲示板などは見やすいですか。..... 1. 大変良い 2. 良い 3. 普通 4. 悪い 5. 大変悪い
- 待合室やロビーの温度..... 1. 大変良い 2. 良い 3. 普通 4. 悪い 5. 大変悪い
- 待合室やロビーの照明..... 1. 大変良い 2. 良い 3. 普通 4. 悪い 5. 大変悪い

- トイレの数やスペース..... 1. 大変良い 2. 良い 3. 普通 4. 悪い 5. 大変悪い
- 身障者用トイレの数..... 1. 大変良い 2. 良い 3. 普通 4. 悪い 5. 大変悪い
- 駐車場の待ち時間..... 1. 大変良い 2. 良い 3. 普通 4. 悪い 5. 大変悪い
- 身障者用駐車場の数..... 1. 大変良い 2. 良い 3. 普通 4. 悪い 5. 大変悪い

**【問9】 病院全体の評価について伺います。**

- 当院の総合的な満足度..... 1. 大変良い 2. 良い 3. 普通 4. 悪い 5. 大変悪い
- 万が一、患者さんご自身がお病気になられたとき、再び当院を受診したいと思いますか。  
1. 受診する 2. 受診すると思う 3. わからない 4. 受診しないと思う 5. 受診しない
- 万が一、患者さんの近親の方などがお病気になられたとき、当院を紹介したいと思いますか。  
1. 紹介する 2. 紹介すると思う 3. わからない 4. 紹介しないと思う 5. 紹介しない

**【問10】 最後に、患者さんの性別、年齢について伺います。**

- 性別 1. 男性 2. 女性 ● 記入者 1. 本人 2. 代理人
- 患者さんのご年齢を伺います  
10歳未満      10代      20代      30代      40代  
50代      60代      70代      80歳以上

★当院の施設・環境・設備・サービスについて、ご意見・ご要望などがありましたら、お書きください。

★その他、お気づきのことやご意見・ご要望などがありましたら、お書きください。

お疲れのところ、ご協力いただきありがとうございました。

《情報の取り扱いについて》

このアンケート調査は、小樽商科大学・伊藤ゼミのご協力により実施しており、ご記入いただきました情報は、同大学において集計及び分析のための使用をさせていただきますので、あらかじめご了承ください。

## アンケートご協力をお願い

当院では、質の高い医療を実践するため、皆様からの率直なご意見をお伺いし、患者サービスの充実等に努めてまいりたいと考え、入院患者さんへのアンケート調査を行っております。

大変お手数ではございますが、本アンケート調査にご協力をお願いいたします（ご家族又は付き添いの方が記入されても構いません。）。なお、この調査は、小樽商科大学のご協力により集計及び分析を行っておりますのでご了承願います。  
 <小樽市立病院職員一同>

次のそれぞれの質問に当てはまる番号を、一つ選んで○で囲んでください。

### 1. 入院中に感じたことについておたずねします

内 容	そう感じ た	ややそう 感じた	どちらとも 言えない	あまりそう 感じない	そう感じ ない
(1) 今回の入院治療と処置は、事前の説明があり、予定通りに行われましたか	5	4	3	2	1
(2) 今回の入院期間中、医師がどのような治療を行うのかを自分としては予想できましたか	5	4	3	2	1
(3) 入院中に、看護師がどのような処置を行うのかを自分としては予想できましたか	5	4	3	2	1
(4) 治療のために患者自身が行うべきことを理解できていましたか	5	4	3	2	1
(5) 治療のために医師と看護師は協力していましたか	5	4	3	2	1
(6) 入院中の治療方針は医療スタッフにおまかせしているか	5	4	3	2	1
(7) 入院中、治療や処置以外のことは自分で計画を当てて行うことができましたか	5	4	3	2	1
(8) 入院期間中、予定外の状況が生じるようなことがありましたか	5	4	3	2	1
(9) 今回の入院中に、治療を受けていて不安を感じることはありませんでしたか	5	4	3	2	1
(10) 今回の入院治療において不快な経験をすることがありましたか	5	4	3	2	1

### 2. 医師の対応についておたずねします

内 容	そう感 じた	ややそう 感じた	どちらとも 言えない	あまりそう 感じない	そう感 じない
(1) 医師の言葉づかいや態度は、満足いくものでしたか	5	4	3	2	1
(2) 医師の説明は、わかりやすかったですか	5	4	3	2	1
(3) 医師の治療や医療技術は、満足いくものでしたか	5	4	3	2	1

(4)医師への質問や相談はしやすかったですか	5	4	3	2	1
(5)診察に必要な時間をかけていたと感じられましたか	5	4	3	2	1
(6)治療にあたってのアドバイスや励ましをしてくれましたか。	5	4	3	2	1
(7)医師を信頼していますか	5	4	3	2	1
(8)同室の他の患者と同じくらいの診察時間、診察頻度で治療してもらったと感じましたか。	5	4	3	2	1
(9)医師の対応全般について満足されましたか	5	4	3	2	1

### 3.看護師の対応についておたずねします

内 容	そう感じた	ややそう感じた	どちらとも言えない	あまりそう感じない	そう感じない
(1)看護師の言葉づかいや態度は、満足いくものでしたか	5	4	3	2	1
(2)看護師の説明はわかりやすかったですか	5	4	3	2	1
(3)看護師のお世話の内容や技術は、満足いくものでしたか	5	4	3	2	1
(4)看護師はあなたの訴えに対しすぐに対応してくれましたか	5	4	3	2	1
(5)あなたへ必要な看護ケアを提供してくれましたか。	5	4	3	2	1
(6)治療にあたってのアドバイスや励ましをしてくれましたか	5	4	3	2	1
(7)看護師を信頼していますか	5	4	3	2	1
(8)同室の他の患者と同じように対応してもらいました	5	4	3	2	1
(9)看護師が代わっても、かわらぬ看護をうけられましたか	5	4	3	2	1
(10)看護師の対応全般について満足されましたか	5	4	3	2	1

### 4.入院中に接した他の職員の対応についておたずねします

内 容	満足	やや満足	普通	やや不満	不満
薬剤師の言葉づかいや態度は、いかがでしたか。	5	4	3	2	1
放射線室（レントゲン、MRI、CT、PET-CT、リニアック、マンモグラフィー）職員の言葉づかいや態度はいかがでしたか	5	4	3	2	1
生理検査（心電図、エコー（超音波）、脳波、肺活量、聴力）職員の言葉づかいや態度は、いかがでしたか	5	4	3	2	1
リハビリテーション科職員の言葉づかいや態度は、いかがでしたか	5	4	3	2	1
会計や受付事務職員の言葉づかいや態度は、いかがでしたか	5	4	3	2	1
清掃員の対応は、いかがでしたか	5	4	3	2	1

### 5.入院中の生活環境（施設や設備など）についておたずねします

内 容	満足	やや満足	普通	やや不満	不満
(1)食事の内容は、満足いくものでしたか	5	4	3	2	1
(2)病棟のトイレや洗面所の清潔感は、満足いくものでしたか	5	4	3	2	1
(3)病室の温度は、適切で満足いくものでしたか	5	4	3	2	1
(4)テレビや冷蔵庫の設備は、満足いくものでしたか	5	4	3	2	1
(5)病室の清潔感や快適性は、満足いくものでしたか	5	4	3	2	1
(6)浴室の清潔感は、満足いくものでしたか。	5	4	3	2	1
(7)エレベーターの効率は、満足いくものでしたか。	5	4	3	2	1
(8)プライバシーへの配慮は、満足いくものでしたか	5	4	3	2	1
(9)院内の施設・設備全般は、満足いくものでしたか。	5	4	3	2	1

### 6.病院全般への評価についておたずねします

内 容	期待する	やや期待する	どちらとも言えない	あまり期待しない	期待しない
(1)当院の医療に関して、地域医療を担う公立病院として期待していますか	5	4	3	2	1
(2)他の病院と比べ、当院に高度な医療サービスを期待していますか	5	4	3	2	1
内 容	満足	やや満足	普通	やや不満	不満
(3) 今回の入院治療の治療成果に対して満足していますか	5	4	3	2	1
(4) 病院全般に対して満足していますか	5	4	3	2	1

### 7. 患者さんの性別と年齢について、当てはまる番号を○で囲んでください。

記入者      1. 患者本人      2. 代理人

患者さん性別      1. 男性      2. 女性

患者さん年齢      1. 10歳未満      2. 10歳代      3. 20歳代      4. 30歳代      5. 40歳代  
6. 50歳代      7. 60歳代      8. 70歳代      9. 80歳以上

### 8. その他、お気づきのことやご意見・ご要望などがありましたら、お書きください。

ご協力ありがとうございました。

入院月：平成    年    月    病棟    ( 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6 ・ 7 ) 階    ( 西 ・ 東 )    (入院)