

医療サービスにおけるサービス品質と 患者視点の顧客満足度向上に関する初期的考察

坂野弘幸^{†1} 湯田恵美^{†2}

概要: 医療サービスとは、我が国においてなにかば無意識に日常的に使用されている言葉であるが、医療行為自体をいわゆるサービス活動の一形態として捉え、さらにそれをサービス品質と顧客（患者）満足度の向上に関連づけて正面から議論することは、何故かほとんど行われてこなかった。例えば医療事故は主に医療体制の問題であり、医療費負担については特に国民皆保険制度と絡めて社会保障制度の一部として議論されてきた。そこに患者や被保険者はいても、サービスの享受者としての顧客はおらず、当然ながら顧客主体のサービス品質評価の視点もなかった。そこで本稿では、改めて医療行為のサービスとしての位置付けを再確認し、次に医療特有のサービス品質とは何かを考察し、その品質を向上させることによって、いかに医療サービスの顧客である患者の顧客満足度を向上させ得るのかについて、ごく初期的な考察と提言を行う。

キーワード: 医療サービス, サービス品質, 顧客満足, サービス・ドミナント・ロジック, 情報の粘性

Service Quality in Medical Services towards Patient-centric Customer Satisfaction

Hiroyuki Sakano^{†1} Emi Yuda^{†2}

Abstract: Though medical service is a very common word in Japan, it has not been regarded as a part of service activities for years. The service quality in medical services has been rarely discussed. In this paper, therefore, we firstly define medical service as a part of service activities. Then, we primary consider the specifications in the medical service quality especially from the view point of patients. For, through the improvement of medical service quality, the customer (i.e. patient) satisfaction could be improved significantly.

Keywords: Medical Service, Service Quality, Customer Satisfaction, Service Dominant Logic, Sticky Information

1. はじめに

医療サービスという言葉自体は、日常的に頻繁に使用されているものの、果たして医療関係者は、医療行為・医療活動を、サービス行為・サービス活動の一形態と見做しているのだろうか。例えば医学部入学生が最初に学ぶであろう「医学概論」のテキストには、医療サービスの定義はおろか、その表記自体が皆無のようだ（e.g. 『医学教育概論』（1）現代社，2006）[1]。一方で、患者側も医療サービスは一般的なサービスとは別物であると解釈していることが多い。これは、（特に日本においては）場合によっては命に係わる医療という言葉と、得てして無料とか、おまけという意味で誤用されるサービスという言葉との組み合わせが相応しいとは一般に考えられていないからだ。そこで本稿では、サービスを「人や組織がその目的を達成するために必要な活動をプロの技術で支援し、目的達成によって顧客に価値をもたらして満足いただき、それによって対価をいた

だく行為」と定義する（小坂，2012）[2]。この定義を当てはめると、「医療サービスはサービスそのもの」であることが明らかである。例えば図1がサービス研究における代表的な研究者である Lovelock が展開したサービス分類[3]である。医療は、交通機関や宿泊と同様に人に対する有形の働きかけによるサービスに分類されている。

	人	所有物
有形の働きかけ	[人の身体へのサービス] 交通機関 医療 宿泊 飲食 エステティッククラブ・スポーツクラブ 理容室 葬祭 等	[所有物へのサービス] モノの輸送 修理・保全 倉庫・貯蔵 清掃 衣服のクリーニング 給油 廃棄物処理 等
無形の働きかけ	[人の心に向けられたサービス] 広告・宣伝 エンターテインメント 放送 コンサルティング 教育 宗教 等	[無形資産へのサービス] 会計 銀行業務 保険業務法律サービス プログラミング 調査 投資顧問 等

図1 Lovelockによるサービス分類（1996）

†1 名古屋市立大学大学院医学研究科
Nagoya City University Graduate School of Medical Science
†2 名古屋市立大学大学院医学研究科
Nagoya City University Graduate School of Medical Science

2. サービス品質と顧客満足に関する先行研究

サービスを学問として研究することに関しては、欧米では1970年代から議論が活発化してきていたが、日本での本格的なサービス研究は、やや遅れて90年代まで待たねばならなかった。それでも限られてはいたものの日本でも一部の研究者は、サービス品質、特に医療サービスの品質について1990年代から論じ始めていた。例えば近藤(1999)は、サービス品質の評価について、モノに比べてサービス品質が分かりにくいこと、にもかかわらずサービス品質の内容によって消費者は満足したり不満を感じたりすることを指摘していた[4]。

一般に、サービス(無形財)はモノ(有形財)と異なり次のような特徴があると言われてきた。諸説あるが代表的なものは、無形性(目に見えない)、非均一性(ヒトに依存・属人的)、不可分性(生産と消費が同時に切り離せない)、消滅性(在庫が持てない非貯蔵性)である。

特に医療サービスについて近藤(2000)は、上記の特徴を前提に病院の建物や施設、また大学病院であるといった情報については事前に判断できるが、実際に良い治療が受けられ病気が回復するかどうかは、その医療サービスを体験消費して一定期間が過ぎるまでわからないことを指摘した。その上で、SERVQUAL[5]等を参考に、医療サービスの品質を下記のような四つの品質カテゴリーにまとめた[6]。

- a. 結果品質 病気が完治したか。症状が軽減したか。健康状態が改善されたか等
- b. 過程品質 医師、看護師、その他職員の知識・技能の水準は十分か。各々の人数は十分か等
- c. 道具品質 病院の医療機器、設備等は定期的に更新されているか。建物、部屋のスペースは十分か。患者が利用する部屋、設備等の使い勝手は良いか。患者にとって快適な環境を提供しているか。安全衛生管理は十分か等
- d. 費用 初診料、再診料、検査料金の適切さ、追加的費用(差額ベッド等)の価格は適切か費用の内訳について十分な説明ができていないか等

本稿では、現在のところ患者視点の標準的な医療サービス品質分類がないことから、上記四分類に沿って考える。

なお医療品質研究については、東京大学大学院医学研究科で医療品質評価学講座が開設され、「医療における質同定と評価。手術手技・医療機器・薬剤などの有効性や安全性の評価を行う臨床研究およびその方法論の研究。政策分析・政策評価。社会科学方法論。臨床データベースにおける科学的質の担保」を研究しているが、そこでは「医療における質は Structure (医療提供体制)、Process (臨床過程)、Outcome (治療結果) によって捉えることが一般的」と主張しており、あくまでも提供者視点の研究である。本稿で議

論する(顧客としての)患者視点での医療サービスの品質評価とは視点が異なるものであると考える。また、医療行為の包括的評価という意味では、DPC (Diagnosis Procedure Combination) があるが、これはあくまでも急性期入院医療を対象とした診断群分類包括評価を用いた診療報酬の包括評価制度であり、包括支払い制度と論じるべきものである。

さらに、国際規格としてISO9001と、(ISO9001をベースに医療機器の安全性や品質を確保するのに必要な要求事項が追加された)ISO13485があるが、これらは、サービス品質と言うより、モノとしての医療関連機器等の品質と安全性を担保しようとするものである。

また海外では医療品質を評価する基準にドナベディアン・モデル[7]と言うものがあり広く使用されている。前述の東京大学の医療品質評価学講座も基本的にその方法論で運営されている。その他第三者評価機関として日本医療機能評価機構が、日本の医療機関の第三者評価を行うべく1995年に設立され、国内病院の機能評価を行っているが、International Healthcare Accreditationの下部組織であるInternational Society for Quality in Health Care (ISQua)のメンバーとなっており、表だって表明していないもののやはりドナベディアン・モデルをベースとした認証を行っている。したがって、患者の顧客満足については、あくまでも前述のOutcomeの中の一項目として評価しており、いわゆる提供者側視点による評価が行われているに過ぎない。

医療をサービスとして見て、顧客満足度に注目している例としては、順天堂大学病院の活動が著名である。しかし、(顧客としての)患者に対し、病院側関係者が直接医療サービスの品質についてアンケートを実施し意見を求めても、第三者による評価ではないため、患者側もなかなか本音で(特に否定的な回答は)できないのではないかと。

結局、日本においては顧客視点の客観的な医療サービス品質の評価基準はまだ存在せず、そこから先の顧客満足に関しての議論自体が盛り上がり欠いている。日本版顧客満足指数を標榜する日本生産性本部サービス産業生産性協議会(JCSI-SPRING)による年度ごとの顧客満足度優秀企業・団体の発表が2009年度より継続しているが、当初は入っていた医療関連グループの表彰もここ数年途絶えている。

3. 事例による考察

上記のような日本における医療サービスに関しての現状認識をベースに、主に日本と英国の医療サービスの実態とその品質評価さらに顧客満足に関してごく初期的な調査を実施し考察した。まず欧米と日本の医療システムの比較を試みようとしたが、米国に関しては無保険者も多く、また元来国民皆保険を標榜する日本とは状況が余りに異なっており、さらに現在いわゆるObama Careの見直しをTrump政権が行っていることもあって、極めて不確定要因が多い。

そこで本稿では米国との直接の比較は行わず、制度の基本的な比較だけに留め、同じ国民皆保険を標榜する英国（正確には国営医療サービス事業）との比較を主に行った。具体的には、日英の似たような症状の患者或いは家族へのインタビューを行い、自国の医療サービスに関する意見、特に顧客満足度に関する意見聴取を行い、その後その裏付けのため制度や既存の公的統計の収集並びに考察を行った。

3.1 日本での医療サービス事例

(1) 事例 1.

40代後半の男性会社員。永年頸部と背中の不調に悩んでいたが、我慢し切れなくなり、意を決し勤務先近くの病院で受診。診断結果は、かなり重度の椎間板ヘルニアであり、早急な手術を受けるように診断され受諾。術後、1週間ほど入院して退院。その後症状はかなり改善されたが、まだ痛みと違和感が残り現在も定期的に通院中である。

医療サービスに関しての評価は、結果品質は全快とは言えないのでやや不満、過程品質も全体でやや不満という評価。理由は医師とのコミュニケーションが難しかったからである。言葉の問題ではない。実際、米国出張中に毒グモに刺されて入院した時の方が言葉の問題は別にしても快適だった。それ以外、過去ほとんど入院したことがないので比較が難しいが、米国では（医療費が高額なこともあり）医療サービスを購入した感覚があり、日本では逆に治療を施してもらった感覚で、入院中も妙な話だが、肩身が狭い感じがした。ただ道具品質（施設等）は満足である。費用は、会社の健康保険を利用し3割の自己負担だったが、別契約の民間の保険で自己負担分もほぼカバーできたので満足である。全体評価としての顧客満足度は、5段階の3との評価。患者を様付けで呼ぶより、通院時の待ち時間や会計処理時間の短縮をして欲しいとの追加コメントがあった。

(2) 事例 2

手術時50代半ばの男性会社員。それまで極めて健康で通院経験すらなかったが、社内の定期健康診断で悪性腫瘍が発見され、入院。その後入院5回を経て5年経過しほぼ寛解。現在年二回の通院のみ。医療サービスとしての評価は、結果品質は特に大きな後遺症もなく満足。過程品質についても入院時ほぼ満足であった。さらに道具品質についても、最先端の医療機器が備えられ、満足である。また費用も健康保険で7割カバーされ、自己負担の3割も高額療養費制度を利用したため、家計の負担になるほどではなかった。しかし、現在1年に二回程度の通院時の待ち時間の異常な長さや、実際の診察時間が反対に（患部の確認もせず検査結果をPC上のモニターで見て）約5分で終わること、検査の予約手順（複数の検査を同日のほぼ同じ時刻に予約してしまうことを繰り返す等）など、医療を個々の患者（顧客）に対する医療サービスとして見ていない事実に

不満がある。結果品質の高さが即総合的なサービス品質の高さ、ひいては顧客満足度の向上に繋がらない例である。

3.2 英国での医療サービス事例

(1) 事例

60代前半の女性。インタビューは、この女性の配偶者に行った。ここ3年ほど頸部の不調が続き最近退職した。英国は、NHS (National Health Service) が充実しているので、それほど大きな不安はなかった。以前から自宅近くの同じ General Practitioner (GP: 家庭医/一般医/総合診療医) に見てもらっており、退職を機に手術を薦められロンドン市内の Consultant (専門医) を紹介され、手術を受けた。しかし頸部の神経に関わる症状は余り改善されず、結果的に手術は失敗と GP が評価。同じ GP から別の Consultant と病院を紹介され再度手術を受けた。現在経過観察中である。

医療サービス全般に関する評価は、一回目の手術の不調にもかかわらず全体的に非常に高い。上記の医療品質評価基準に沿って四つともすべてに満足であると答えた。主な理由は、現代医学が疾病や障害を100%回復させることは不可能という認識を事前に持っており、完璧ではないので、失敗もありうるという程度予想していたこと。同時に NHS という医療サービスシステムに対しては信頼感が大きいことである。二回分の手術にかかわる自己負担額について聞いたところ、夫婦とも既に退職者であり60歳超であったのでゼロであった。もし勤労者かつ60歳以下であれば、GPを訪問するたびに8.80ポンド（約1,300円程度）を支払う必要がある。ただそれ以外、GPから Consultant 経由で公立病院での手術に至れば、自己負担額は同様にゼロである。また、一部富裕層は手術等の待ち日数の長さから（現在最長二か月を短縮すべく国民的な議論となっている）少数ながら存在する私立病院での保険外手術（日本でいう自由診療）を受けることもあるが、医療費が驚くほど高額になるにもかかわらず結果品質（この場合手術の成否）は殆ど変わらないと主張していた。

(2) 事例の背景分析

今回の事例は一例だけであるため、偶然 NHS に対する高評価する個人に意見を聞いたことになる可能性がある。そこで、客観的な資料はないか聞いたところ、一般的な英国人に取って NHS の悪口を言うこと（例：手術待ち日数の長さや居住地域による医療レベルのばらつき等）はある種の年中行事であるが、全体としての同制度に関する信頼度は極めて高いと主張すると同時に、その根拠として、海外から同制度を利用しようと移民する例が多いことや、英国における NHS に関する公的な評価の調査結果 Department of Health “Annual Assessment of the NHS”について教えてくれた[9]。これは、同じ政府内とは言え独立委員会による年次評価であるが、民間の評価レポートも複数存在する。

4. 日本と欧米の医療サービスの背景

ここで簡単に欧米と日本の医療サービスの仕組みの違いについて、確認する。下記表1は、英国、ドイツ、フランス、日本さらに米国の医療供給システムとその裏付けとなる医療財政システムの比較である。本稿で主として比較する日本と英国の主な違いは、日本では医療施設の8割が私立であるのに対して、英国はほとんどの病院(9割強)が公立であることと、医療費の財源はほぼ全額が税金から支払われていることが上げられる。一方日本の場合は、社会保険からだけではまかない切れず、税金の投与もかなり行われているのが現状である。その割合は、年度によって異なるが社会保険50%、税投入40%、自己負担額10%前後となっている。

なお、医療費全体に投じられる金額を各国のGDP総額と比較すると、日本と英国は各々10%前後となっており無保険者の多い米国の対GDP比18%程度と比べても低く[10]、同時に他の欧米先進国(平均9.3%、OECD Statistics 2015)と比べても際だって医療費の比率が高いとは言えない。

表1 医療の供給と財政の国際比較

	英国	ドイツ	フランス	日本	米国
医療供給システム	公立 90%超	公立 約90%	公立 約70%	私立 約80%	私立 約75%
医療財政システム	公立 税	公立 社会保険	公立 社会保険	公立 社会保険+税	私立 民間保険中心

(注) 供給の下欄は病床の総数に占める公立・私立病床数の割合

これを別の角度から整理してみると、下記表2のようになる。一般に日本の制度は、社会保険モデルであると考えられており、国民健康保険と被用者保険が併存している。

表2 医療システムモデルの国際比較

	例	特徴
A. NHSモデル	英国 北欧	・財源 税 ・病院は公立中心 ・患者自己負担小 (原則無料)
B. 社会保険モデル	ドイツ フランス 日本	・財源 社会保険料 ・病院は公立・民間 ・一部患者自己負担
C. 市場型モデル	米国	・民間保険中心 ・病院は民間非営利中心(一部営利) ・多くの無保険者

*フランスは公立、ドイツは公立・公益(赤十字や公益団体)、一方、日本は民間非営利(ないしは個人立)病院が多数を占める

しかし、前述のように主財源が社会保険料であるにもかかわらず毎年かなりの部分を税金の投入でまかなわれており、この点がドイツやフランスとやや異なる。

欧米の医療慣習上の違いは、一般に不調を感じ病気になったことを疑われる時にいきなり大病院に行き、診察を請うことは行われておらず、特に英国では近所のGPに向き診察が行われる。これをプライマリーケアと言う。もし病状が深刻でさらなる検査や手術を行う必要をGPが認めた時のみ、GPはConsultantと呼ばれる専門医宛に紹介状を書く。ここから先はセカンダリーケアとなる。いわば、GPはゲートキーパー役をこなしており、通常の患者が、大病院でいきなり診断を受けることはない。逆に言うと、日本と異なりどこの病院に行ってもよい訳ではなく、自ずと地域の限られたGPの中から掛かりつけ医を選択しなければならない。さらに、基本的にGPから紹介されたConsultantにしか診断や手術を依頼できないため、医療の選択の幅が極めて限られてくる可能性がある。また、緊急時を除いて手術や入院待ちの時間が長く、現行の最長2ヶ月を如何に短縮するかが、喫緊の課題となっている。

一般に医療制度や医療政策のパフォーマンスの目標は、①医療の質、②医療へのアクセス、③医療のコストの三つである。これまでの国際比較の議論から、わが国の医療制度は、①は先進国に比べ遜色はなく、②は優れており、③も先進国の中では比較的低い水準であると言える[11]。

もしこれが事実だとすると、日本の医療サービスに対する一般的な国民の相対的な満足度の低さや(数は限られているとは言え)それを裏付ける事例での患者の意見は何処から来るものであろうか。以下にごく初期的な考察を行う。

5. 初期的な考察と提案

日英両国とも国民皆保険制度を標榜しているが、歴史的にそのアプローチは異なっている。しかし、前述のように英国のNHSという国営医療システムも、日本の社会保険モデルも、患者の個人負担極小化を実現し、財源は税か社会保険料かの違いに過ぎず、さらに言えば日本の社会保険モデルも財源のおよそ4割を既に税に依存しており、享受者である国民にとって、財源自体は大きな関心事ではない。

問題は、医療サービスそのものに満足しているかどうかではないか。医療へのアクセスやその質、さらにはその費用は、(将来はともかく)世界的な水準に達しているにもかかわらず、日本国民が日本の医療システムにも医療サービスにも満足していないようだという事実が問題である[12]。

2010年4月「医療制度に関する満足度調査」の結果がロイター通信により報道されたが、それによると日本は医療の満足度15%で、22カ国で最低レベルというショッキングな結果を示した。調査は、世界の国内総生産(GDP)の75%を占める22カ国を対象にした医療制度に関する満足度調

査で、「あなたの家族が重篤な病気になったとき、手ごろで良質な医療を受けることはどれくらい難しいと思われますか」とインターネットで質問したものである。「やさしい」という回答は、スウェーデンの75%が最高で、以下、カナダ70%、英国55%、米国51%と続くが、日本は15%と22カ国のうち最低であった。これに対して、日本医師会は同年5月に反論し[13]、日本国民の医療に対する満足度は決して低くはないと過去の調査結果を取り上げて主張した。

しかし良質な医療とは、必ずしも高度な医療技術（例：がんの日本における5年生存率の高さ）を意味しないのではないか。図2や図3のようなカナダ政府発表がある[14]。

図2 Health Indicator

Health Indicators	Life expectancy	Self-reported health status	Premature mortality	Mortality due to cancer	Mortality due to circulatory diseases	Mortality due to respiratory diseases	Mortality due to diabetes	Mortality due to musculo-skeletal system diseases	Mortality due to mental disorders	Infant mortality	Mortality due to medical misadventures
Australia	D	A	A	A	A	A	B	C	D	D	D
Austria	C	A	B	B	D	A	D	A	A	D	D
Belgium	C	A	B	B	C	D	A	D	C	A	n.a.
Canada	B	A	A	C	A	B	C	D	C	C	B
Denmark	D	A	B	D	C	C	A	D	D	A	A
Finland	C	B	B	B	D	A	D	A	D	A	A
France	D	B	B	B	A	A	A	C	D	B	C
Germany	C	D	A	B	D	A	D	A	D	C	C
Ireland	C	A	B	C	D	D	B	D	B	A	C
Italy	A	B	A	B	D	A	C	B	A	A	A
Japan	A	D	A	A	A	C	A	A	A	A	A
Netherlands	B	A	A	D	B	C	B	C	D	B	A
Norway	D	A	A	B	B	C	A	D	D	A	A
Sweden	D	A	A	A	C	A	D	D	C	A	C
Switzerland	A	A	A	A	D	A	A	C	C	C	n.a.
U.K.	C	A	B	C	D	D	A	D	C	C	B
U.S.	D	A	D	D	C	C	C	C	D	D	C

Note: Data for the most recent year available were used. For details on data sources, see the Methodology section of this website.
 Source: The Conference Board of Canada.

図3 Overall Health Performance

REPORT CARD		
Health		
1	Japan	A
2	Switzerland	A
3	Italy	A
4	Norway	B
5	Finland	B
6	Sweden	B
7	France	B
8	Australia	B
9	Germany	B
10	Canada	B
11	Netherlands	C
12	Belgium	C
13	Austria	C
14	U.K.	C
15	Ireland	D
16	Denmark	D
17	U.S.	D

Source: The Conference Board of Canada.

これによるとカナダでの日本医療の評価は高く、逆にロイター通信同様に日本人自身による自己評価は低い。一見矛盾したように見えるこれらの調査をみると、日本の医療技術レベルは高いものの、日本人の日本の医療全般に対する「満足度」は決して高いとは言えない。医療レベルや医療制度の充実からみる医療の評価と、患者の（顧客）満足度は、評価の基準が異なり必ずしも同期しないのである。

患者側は、より質の高い医療だけでなく、患者個人の尊厳や患者中心の医療をも求めるようになってきているが、こうした変化に医療提供側が対応できていないのではないかと[15]という声も当然出て来る。

つまり、単に病気を治せばいいということではなく、治し方や治らない場合の対応の仕方が評価に大きく影響する。これを突き詰めると、高度な医療制度や高いレベルの医療技術があっても、日本国民が満足できる「医療サービス」の提供が決定的に欠けているのではないかとと言う結論に達せざるを得ない。

上記のごく初期的な分析と考察をベースに、患者視点という新たな立場から、医療関係者に対してここで簡単な提言をしたい。

- ・全ての医療関係者はまず医療サービスとは何かを学び、「医療（こそ）はサービスである」ことを明確に認識する。
- ・特に医師志望者は患者とのコミュニケーションスキルを上げるため、早い段階で模擬診断を経験し、いかに患者に対して診断情報が伝わらないか[16]、逆に患者から症状を聞き出すための情報がいかに取り難いかを認識する（双方の頭の中にある情報の粘着性[17]の存在の認識）。
- ・医師を始めとする医療関係者と患者の関係性は、医療サービスを患者に対して一方的に与える提供者と受益者ではなく、患者の病状快復というサービス価値創造の「共創者」であることを認識する。
- ・高い医療技術（結果品質）のみが高い顧客満足を生み出すのではないことを再認識し、過程品質、道具品質、妥当な費用も含め、総合的な医療サービス品質を向上させることによるのみ高い顧客満足を得ることができることを医療関係者に徹底させる。
- ・これらの理解には、モノ（例えば医療機器）さえサービスを顧客に届ける乗り物・媒体（Vehicle）でしかなく、サービス提供者とその受益者の関係は共創関係である説明するSDL (Service-Dominant Logic)18という新しいサービス方法論が極めて有効であることを医療関係者に認識させる。

6. おわりに

医療関係者による献身や努力にもかかわらず、その成果が正当に評価され、顧客満足という価値として（医療サー

ビスにおける顧客である)患者サイドに効果的に伝わっていないことが判明した。反対に、患者側の不満や本音の意見も同様に医療関係者に十分に届いていないことも、ほぼ明らかになった。今後は、双方に存在する情報の粘着性に配慮し、医療関係者、特に医師を目指す学生には、早い時期からの模擬診察訓練等によって医療側からの医療情報の伝達スキルを磨かせ、さらには医療をサービス活動の一つとして正しく理解させることにより、単に結果品質である医療技術の成果を誇るだけでなく、総合的な医療サービスに対する患者の顧客価値を向上させ、顧客満足度を上昇させることを期待したい。一方、患者側も期待するような顧客満足度の高い医療サービスを楽しむには、医療関係者との共創が必須であることを自覚し、自身を患者として医療関係者に丸投げするのではなく、積極的な症状の情報提示や、治療法に対するはっきりとした自己の意思表示をすることにより、情報の粘着度を下げる努力をすべきである。

なお本稿では、本来考慮すべき少子高齢化等に伴う医療コスト・介護コストの上昇や、社会保障の一部としての医療サービスの公平な負担と配賦等の議論や考察をすることができなかった。今後の課題である。

謝辞

インタビューを通じ自らの医療体験、患者経験を語ってくれた日本並びに英国の Informant 達に感謝します。また病院関係の一部資料提供に応じてくれた千葉県内の某病院 Y 広報部長に感謝を表します。

参考文献

- [1] 瀬江 千史 他『医学教育概論』(1) 現代社, 2006
- [2] 小坂満隆編『サービス志向への変革-顧客価値創造を追求する情報ビジネスの新展開』社会評論社 2012
- [3] LOVELOCK, Christopher H.; YIP, George S. Developing global strategies for service businesses. *California management review*, 1996, 38.2: 64-86.
- [4] 近藤隆雄. "サービス・マネジメントとは." *日本看護管理学会誌* 3.2 1999, 14-20.
- [5] Parasuraman, A., Valarie A. Zeithaml and Leonard L. Berry, "SERVQUAL: A Multiple-Item Scale Consumer Perceptions of Service Quality", *Journal of Retailing*, Vol.64, No.1, 1988
- [6] 近藤隆雄. サービス品質の評価について. *経営・情報研究*, 2000, 4: 1-16.
- [7] DONABEDIAN, Avedis. The quality of care: how can it be assessed?. *Jama*, 1988, 260.12: 1743-1748.
- [8] 順天堂大学医学部付属順天堂医院 「患者さん満足度調査」 https://www.juntendo.ac.jp/hospital/patient/report/ps2016_01.html
- [9] Department of Health "Annual Assessment of the NHS" Commissioning Board (known as NHS England) 2016-17 <https://www.gov.uk/government/publications/nhs-england-assessment-of-performance-2016-to-2017>
- [10] Emma Hawe and Lesley Cockcroft, "OHE Guide to UK Health and Health Care Statistics" Second Edition 2013, p.41
- [11] 島崎謙治『医療政策を問い直す—国民皆保険の将来—』筑摩書房, 2015
- [12] Reuters "For Immediate Release" Wednesday, April 15, 2010 http://graphics.thomsonreuters.com/1-04/GLB_HEALTH0410.gif
- [13] 日本医師会 「日本の医療の満足度」に関するロイター通信の

報道について, May 26, 2010

- [14] The Conference Board of Canada as of February 2012 <http://www.conferenceboard.ca/hcp/details/health.aspx>
- [15] 医療情報センター「医療ニュース」No.172, 2011 <http://www.c-mei.jp/BackNum/172n.htm>
- [16] 山口育子『賢い患者』岩波書店, 2018
- [17] 小川進. イノベーション発生の論理: 情報の粘着性仮説について. *神戸大学経済経営学会, 国民経済雑誌*, 2000, p85-98
- [18] VARGO, Stephen L.; LUSCH, Robert F. Service-dominant logic. *The service-dominant logic of marketing: Dialog, debate, and directions*, 2006.