

博士論文

継続受診行動の意思決定メカニズムに関する実証研究
－慢性疾患別アプローチ－

令和元年（2019年）9月

中央大学大学院戦略経営研究科ビジネス科学専攻博士課程後期課程
杉本ゆかり

<目次>

序章 問題意識と研究目的、背景および要旨 —なぜ継続受診行動に注目すべきか—	10
0.1. はじめに	10
0.2. わが国の医療マーケティングにおける課題	11
0.3. 診療所に注目すべき背景	16
0.4. 診療所における医療マーケティング理論の必要性	19
0.5. 本論文の構成	20
0.6. 実証研究の要旨（第3章、第4章、第6章）	23
0.6.1. 継続受診先選択に関する患者の意思決定プロセス	23
0.6.2. ドクターショッピング行動の解明	24
0.6.3. 医療専門職のスキルが患者満足におよぼす影響	24
0.7. 本論文の理論的貢献	25
第1章 日本における疾病、医療制度と医療機関の現状	26
1.1. 医療に関わる言葉の定義	26
1.1.1. 診療所	26
1.1.2. 外来診療	27
1.1.3. 生活習慣病を含めた慢性疾患	27
1.2. 日本の疾病状況	28
1.2.1. 外来診療における生活習慣病を含めた慢性疾患患者の増加	28
1.2.2. 慢性疾患対策	29
1.3. 日本の医療政策と医療制度	29
1.3.1. 医療保障制度における国民皆保険とフリーアクセス	29
1.3.2. 医療法	30
1.3.3. 広告規制	30
1.3.4. 診療報酬点数制度	31
1.3.5. 医療機能の分化とかかりつけ医	33
1.3.6. 医療機能を評価する取り組み	33
1.3.7. 医療法改定と医療機関の勤務環境改善の好循環サイクル	34
1.4. 医療機関と医療費の現状	35

1.4.1.	診療所の増加	35
1.4.2.	日本の国民医療費の構造と診療種別国民医療費	37
1.4.3.	ドクターショッピングの現状	38
1.4.4.	医療機関経営の安定	39
1.5.	まとめ	41
第2章	継続受診行動と医療での意思決定理論に関する先行研究	42
2.1.	医療に関する意思決定理論の先行研究	42
2.1.1.	患者の医療機関選択に関する先行研究	42
2.1.2.	患者の治療選択に関する意思決定の先行研究	43
2.1.3.	医療に関する意思決定理論の先行研究のまとめと課題	44
2.2.	ドクターショッピング行動に関する先行研究	45
2.2.1.	ドクターショッピング行動の定義と特徴	45
2.2.2.	ドクターショッピング行動の先行研究	46
2.2.3.	ドクターショッピング行動の先行研究のまとめと課題	47
第3章	継続受診先選択に関する患者の意思決定プロセス	48
3.1.	はじめに	48
3.2.	医療機関選択に関する先行研究の課題	48
3.3.	研究方法	48
3.3.1.	リサーチクエスション	48
3.3.2.	分析方法	49
3.4.	分析結果	51
3.4.1.	対象者の概要	51
3.4.2.	調査方法	51
3.4.3.	分析結果	52
3.4.3.1.	GTAによるラベルとカテゴリーの抽出	52
3.4.3.2.	初回受診先選択のカテゴリーと意思決定プロセス	52
3.4.3.3.	継続受診先選択のカテゴリーと意思決定プロセス	52
3.4.4.	継続的な受診先の決定	54
3.5.	考察	54
3.5.1.	診療所選択の意思決定プロセスに関する構造図	54
3.5.1.1.	フェイズ1 受診の検討から診療所の選択まで	56

3.5.1.2. フェイズ 2.3 私の理解者であるこの医師なら信頼できる	57
3.5.1.3. フェイズ 4 ここが私の場所、遠くても待ってもこの医師	58
3.6. 結論と課題	59
3.6.1. 結論	59
3.6.2. 今後の課題	60
第 4 章 ドクターショッピング行動の解明	62
4.1. はじめに	62
4.2. ドクターショッピングに関する先行研究の課題	62
4.3. 研究方法	63
4.3.1. リサーチクエスション	63
4.3.2. 調査方法	64
4.3.2.1. 対象者の概要	64
4.3.2.2. 調査期間、調査内容、分析方法	64
4.4. 分析モデルおよび分析結果	64
4.4.1. 対象者の概要	64
4.4.2. 継続受診の要因に関する因子の抽出	65
4.4.2.1. 初回受診先選択 (Q1) の因子抽出	66
4.4.2.2. 継続受診先選択 (Q2) の因子抽出	66
4.4.3. ロジスティック回帰モデル	67
4.4.4. 継続受診に関するロジスティック回帰分析結果	68
4.4.4.1. 継続受診に関するロジスティック回帰分析結果 (全体)	68
4.4.4.2. 継続受診に関するロジスティック回帰分析結果 (疾患比較)	69
4.4.5. 患者の思考スタイルに関する因子抽出	69
4.4.6. 継続受診に関するロジスティック回帰分析結果 (思考スタイル)	71
4.4.7. χ^2 検定による差の確認	72
4.5. 考察	72
4.5.1. 継続受診行動の要因	72
4.5.2. 思考スタイル別での継続受診の要因	74
4.6. 結論と課題	75
4.6.1. 継続受診行動を導くためのマーケティング・コミュニケーション	75
4.6.2. 今後の課題	76

4.6.3. おわりに.....	77
第5章 外来患者における患者満足の研究.....	78
5.1. はじめに.....	78
5.2. 患者満足の研究レビュー.....	78
5.2.1. 医療の質評価における患者満足の位置づけ.....	78
5.2.2. 患者満足研究の背景.....	79
5.2.3. 患者満足の測定の目的と意義.....	79
5.2.4. 期待概念 (Expectation Concepts) を用いた患者満足の記述モデル.....	80
5.2.4.1. 期待不一致モデル (Expectation - Disconfirmation Models).....	80
5.2.4.2. パフォーマンスモデル (Performance Models).....	82
5.2.4.3. 期待の水準と期待形成の困難性.....	83
5.3. 患者満足に影響を及ぼす要因.....	85
5.3.1. ケアの対人的な側面.....	86
5.3.2. ケアの技術的な側面.....	87
5.3.3. アクセスと物理的環境.....	88
5.3.4. その他の要因.....	88
5.4. 患者満足と患者属性の関係.....	89
5.4.1. 患者満足と年齢.....	89
5.4.2. 患者満足と学歴.....	90
5.4.3. 患者満足と性別.....	90
5.5. おわりに.....	90
5.5.1. 今後の課題.....	90
5.5.1.1. 期待形成の有効性について.....	90
5.5.1.2. 他者推奨意向と患者の意思決定について.....	92
5.5.1.3. 診療所を対象とした患者満足研究の充実.....	92
5.5.2. おわりに.....	93
第6章 医療専門職のスキルが患者満足におよぼす影響.....	94
6.1. はじめに.....	94
6.2. 方法.....	94
6.2.1. 診療所の患者満足モデルの設定.....	94
6.2.2. 医療専門職のスキルに注目した医療サービスの設定.....	95

6.3. 患者満足と継続受診意向、他者推奨意向の設定	96
6.4. 疾患別分析のための疾患選定	96
6.5. 調査期間、調査内容	97
6.6. 倫理面への配慮	97
6.7. 結果	97
6.7.1. 調査対象者	97
6.7.2. 医療専門職スキル変数の因子分析結果	98
6.7.3. 診療所の患者満足モデル	101
6.7.4. 慢性疾患別での患者満足に関する分析結果	102
6.7.4.1. 循環器疾患	104
6.7.4.2. 内分泌代謝疾患、脳血管疾患	104
6.7.4.3. 整形外科疾患	104
6.8. 考察	105
6.8.1. 疾患別にみた医師スキルの患者満足への影響	105
6.8.2. 疾患別にみた医療スタッフスキルの患者満足への影響	105
6.8.3. 疾患別にみた看護師スキルの患者満足への影響	106
6.8.4. 患者満足、継続受診意向、他者推奨意向の疾患別の特徴	106
6.9. 今後の課題	107
第7章 継続受診行動のための患者インサイト研究—まとめと今後の課題—	108
7.1. まとめとインプリケーション	108
7.1.1. 本論文でのリサーチクエスションの整理	109
7.1.2. 継続受診行動を導く要因	110
7.1.2.1. 医師との良好な関係	110
7.1.2.2. 身近な人の評判	111
7.1.2.3. 患者満足	112
7.1.2.4. 医師や設備への期待	112
7.1.2.5. 熟考的思考から直観的思考へ	113
7.1.3. 疾患別での継続受診行動	113
7.1.3.1. 循環器疾患	113
7.1.3.2. 内分泌代謝疾患	113
7.1.3.3. 脳血管疾患	114

7.1.3.4. 整形外科疾患	114
7.1.4. 思考スタイルと継続受診	114
7.2. 本論文の理論的貢献	115
7.3. 本論文の限界と今後の課題	116
7.4. おわりに	117
謝辞	118
参考文献	120
添付資料	135
添付資料 1：第 4 章第 2 研究のインターネット調査における質問紙画面	135
添付資料 2：第 6 章第 3 研究のインターネット調査における予備調査の質問紙画面	142
添付資料 3：第 6 章第 3 研究のインターネット調査における本調査の質問紙画面	146

<図のリスト>

図 0-1	本論文の問題意識と研究目的	10
図 0-2	ドクターショッピング行動と継続受診行動の関係	13
図 0-3	診療所に注目すべき背景の概念図	16
図 0-4	本論文の構成	21
図 0-5	本論文の継続受診行動に関する理論構造図	23
図 1-1	医療施設類型	26
図 1-2	糖尿病等の生活習慣病の発症予防と重症化予防の流れ	27
図 1-3	2018 年度診療報酬改定の概要（外来医療の今後の方向性）	32
図 1-4	医療機関の勤務環境改善の好循環サイクル	35
図 1-5	医療施設数の年次推移	36
図 1-6	国民医療費の構造（2016 年）	37
図 1-7	病院の種類別にみた外来患者の最初の受診場所	39
図 1-8	医業収入の区分	39
図 1-9	医療機関の倒産件数推移	40
図 3-1	グラウンデッド・セオリー・アプローチ分析プロセス	50
図 3-2	オープン・コーディングの具体例	50
図 3-3	診療所選択の意思決定に関する構造図	55
図 3-4	熟考的・直観的思考スタイルの分類	55
図 3-5	継続受診先選択の情報処理バランス	59
図 4-1	継続受診に関するロジスティック回帰モデル	68
図 4-2	思考スタイルによる個人特性の分類（因子得点）	71
図 5-1	Taylor and Cronin リサーチモデル	81
図 6-1	診療所の患者満足モデル	95
図 6-2	診療所の患者満足モデル（全体）	102
図 6-3	診療所の患者満足モデル（慢性疾患別比較）	103
図 7-1	継続受診行動に関する構造と関連図	108

<表のリスト>

表 0-1	医療機関種類別の概算（医療費の推移）	14
表 0-2	医療機関種類別の概算（入院外医療費の推移）	18
表 1-1	生活習慣病を含めた慢性疾患の増加（外来患者数）	28
表 1-2	日本機能評価機構による評価項目一覧（一般病院 1）	34
表 1-3	施設の種類別にみた施設数の年次推移	35
表 1-4	診療種類別国民医療費（2016 年）	37
表 3-1	カテゴリーとラベルならびにデータの例示	53
表 4-1	外来－入院別にみた医療機関にかかる時の情報の入手先	63
表 4-2	記述統計（年代、疾患、継続受診）	65
表 4-3	初回受診先選択変数（Q1）の因子分析結果	66
表 4-4	継続受診先選択変数（Q2）の因子分析結果	67
表 4-5	継続受診に関する二項ロジスティック回帰分析結果（全体）	68
表 4-6	継続受診に関する二項ロジスティック回帰分析結果（疾患比較 1）	69
表 4-7	継続受診に関する二項ロジスティック回帰分析結果（疾患比較 2）	69
表 4-8	思考スタイル変数（Q3）の因子分析結果（1）	70
表 4-8	思考スタイル変数（Q3）の因子分析結果（2）	71
表 4-9	継続受診に関する二項ロジスティック回帰分析結果（思考スタイル）	71
表 5-1	患者満足の期待水準	83
表 5-2	患者満足に影響をおよぼす要因	86
表 6-1	医療専門職のスキル変数の因子分析（1）	99
表 6-2	医療専門職のスキル変数の因子分析（2）	100
表 6-3	患者満足と継続受診意向、他者推奨意向変数の因子分析	101
表 7-1	実証研究のリサーチクエスションと結果まとめ（1）	109
表 7-1	実証研究のリサーチクエスションと結果まとめ（2）	110

0.1. はじめに

本論文の主題は、ドクターショッピング行動の解決策である継続受診行動のメカニズムを解明することである。特に診療所に通院する定期的医療管理が必要な慢性疾患患者に焦点を当て、継続受診行動を高めるための患者インサイトを実証的に分析し、診療所の医療マーケティングにおける適切なコミュニケーションを検討することを目的とする。

本論文におけるドクターショッピング行動の定義は、「同一の病気の治療において医師の紹介なしに患者の自己都合により医師を複数交代し、転院による継続受診の中断や重複診療をする行為」と定める。Sansone and Sansone (2012)によると、ドクターショッピングに関する文献の明示的な定義はかなり異なることが指摘されているが、Lo et al. (1994)は、同じ病気のエピソード中に専門医による紹介なしに医師を交代することを定義づけている。また、経済同友会 (2015) では、患者が医療機関を渡り歩く行為として問題視している。このドクターショッピング行動は様々な問題を引き起こすが、特に、患者の定着による経営の安定を図るために、継続受診行動を探ることは重要な課題である。

本章では、「なぜ継続受診行動に注目すべきか」について説明するため、図 0-1 に問題意識と研究目的を示し、以下にその概要を述べる。内容は、まず、わが国の医療マーケティングにおける課題について記す。次に、診療所に注目すべき背景、診療所における医療マーケティング理論の必要性を概説し、続いて、本論文の構成を示し、各章の流れを説明する。最後に、本論文の継続受診行動に関する理論構造図と実証研究の要旨 (第 3 章、第 4 章、第 5 章)、本論文の貢献を提示する。

問題意識

医療における近年の傾向として、第1に慢性疾患患者の増加があげられる。慢性疾患は定期的な医療管理が必要であり、外来診療への継続受診は欠かせない。第2に多くの慢性疾患患者の受診先である診療所が増えており、患者はより良い受診先の選択が可能となっている。一方、これらの現象は、日本の医療制度の影響が加わり、患者のドクターショッピング行動を誘発している。その結果、医療費の増加や診療所の経営不振を招いている。さらに、患者に対しては、繰り返される検査や治療による無駄、重複検査・治療による経済的負担、複数治療と重複投薬による副作用など、不利益を与えることから、解決は急務である。対応策は、患者の継続受診行動を高めることであり、効果的な施策が求められる。しかしながら、外来診療の多くを占める診療所の受診行動研究は僅かであり、有効な手立てを打てないのが実情である。

研究目的

本論文の目的は、ドクターショッピング行動の解決策である継続受診行動のメカニズムの解明である。特に診療所に焦点を当て、継続受診行動を高めるための患者インサイトを実証的に分析し、診療所の医療マーケティングにおける適切なコミュニケーションを検討することを目的とする。これは、患者の定着を図り、経営の安定性を高めるために重要である。本論文では、昨今増加している生活習慣病を含めた慢性疾患患者に着目し、継続受診行動の要因や構造、意思決定プロセスを明らかにする。特徴は、疾患別で患者の特性を捉えた点である。また、患者の情報処理を理解するために、実証研究1.2では二系統の思考スタイル理論を援用する。さらに、実証研究3では患者満足の視点で継続受診を検討する。そのうえで、継続受診行動に関する示唆を提示する。

図 0-1 本論文の問題意識と研究目的

0.2. わが国の医療マーケティングにおける課題

Kotler (1982, 1982/1991) は、1975年に『Marketing for Nonprofit Organizations』を出版し、「マーケティングとは、分析、計画、実行及び管理を含む経営管理のプロセスである。」と定義を示した上で、病院をはじめとする非営利団体でのマーケティングの性質、役割や分析、計画などの重要性を指摘している。例えば、病院が直面する主要なマーケティング課題について、以下のような問題を報告している。①患者に対して退院時に調査したところ、看護が不十分で食事がまずく、病院は暑すぎて、見た目にもがっかりするような様子である。②近郊に新しい病院がふたつできて、何人かの医師とともに、以前この病院を利用していた患者たちが、新しい病院へ移ってしまった。③全体的な患者来訪数が減少してきている。これらの問題は、①医療サービスの低下、②競合の登場と、競争力の低下による患者の他院へのスイッチ、③患者のロイヤルティが低下し、患者数が減少していることを示していることから、本論文が解決すべき継続受診行動に関わる医療マーケティングの問題と類似しており、現在でも変わらない課題である。

昨今、医療マーケティングは、医療機関におけるマネジメント上の課題解決の手段のひとつとして活用されている（医療経営人材育成事業ワーキンググループ，2006）。わが国においては、医療法をはじめとする医療関連法規により宣伝広告や価格（診療報酬制度）などの規制があるため、医療マーケティング活動の実施にあたっては限りがある。しかしながら、患者への情報提供などのコミュニケーションや患者教育、患者満足の上昇、医療サービスの提供などにおいてはマーケティング理論が取り入れられている。

医療マーケティングの実例として、全米主要 80 医療施設に選ばれているメイヨークリニック¹は、マーケティング活動の一環として、2016年にソーシャル・メディア・ネットワーク・ミーティングを開催している。ここでは、デジタル・マーケティングを進化させ、手術前患者教育の進化、院内コミュニケーションの推進、理念の浸透、コミュニティの充実など、様々な取り組みが報告されている（日本医療ソリューションズ株式会社，2016）。日本においても、病院にはマーケティング課が設置され、看護部門でもマーケティング研究が行われるなど、医療現場での活動が普及しはじめている。特に、医療機関におけるマーケティング・コミュニケーションは、わかりにくい医学的な情報を患者に対して適切に発信し、信頼を得るための重要な役割を担っている。

一般的にマーケティング・コミュニケーションは、消費者との関係性を構築し、持続させることを目的としており、その手段には、広告、プロモーション（販売促進）、広報（パブリック・リレーションズ）、人的販売、ダイレクト・コミュニケーション、クチコミ等がある（田中洋，2008）。消費者とのより良いコミュニケーションを実現するためには、欲求や行動、意思決定を探るインサイト研究が欠かせない。このインサイトとは、消費者心理の中に隠れたニーズや思考を探り当てることであり、消費者心理の深部まで分け入り、購買動機や消費動機を考察することである（田中洋，2014）。これは診療所においても重要であり、患者との持続可能な関係性の構築を目指して患者インサイトを探り、効果的なコ

¹ Mayo Clinic（アメリカ合衆国ミネソタ州ロチェスター市）は、全米医療機関の主要 5 ランキングにランクインしている。1889年に設立され、医師数は 3,950 人を数える。年間入院数は 5 万 4,010 人、年間救急来院数は 7 万 9,542 人であり、ベッド数は 1,243 床の総合病院である（JETRO 日本貿易振興機構，2017）。

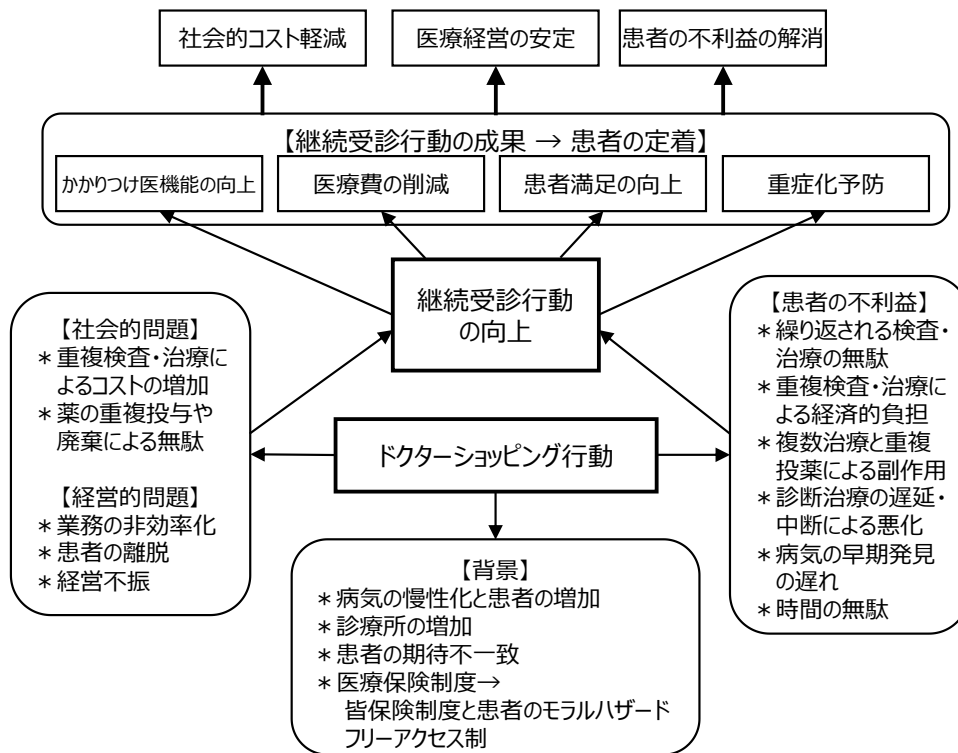
コミュニケーションを検討することは医療経営にとって不可欠である。経済産業省が示す医療経営人材育成のテキストによると、従来、医療機関は非営利であり公共性の高い組織であったため、競争という概念はあまり重視されなかった。しかし、現在では医療機関数が大幅に増え、患者の受診先選択の幅が広がっており、医療機関は厳しい競争条件下に入っていることが報告されている。さらに、高い顧客満足を得るために、医師をはじめとする医療専門職は患者や地域社会とのコミュニケーション力を向上させる必要があり、医療機関は医療マーケティングに関わる努力が求められている（医療経営人材育成事業ワーキンググループ，2006）。

わが国の医療マーケティングにおける重要な課題のひとつには、患者が医師や医療機関を自己都合でスイッチする、ドクターショッピング行動があげられる。この解決策である継続受診行動を高めることは、患者の定着率を高め、経営の安定化を図ることにつながる。継続受診行動を促す方法を探るためには、ドクターショッピング行動の理解が重要である。

患者の転院について、厚生労働省の受療行動調査によると、病院の外来患者を対象とした受診場所の調査では、他の病院や診療所を受診していた患者は42.7%にのぼることが報告されている（厚生労働省政策統括官付参事官付保健統計室，2019b）。この調査は、理由が明記されていないため、全てがドクターショッピング行動とは言えないものの、転院者は多く、病院経営の安定性を考えると効果的な対策が必要である。なお、この調査は病院が対象であり、診療所を対象とした調査は行われていない。医療機関のスイッチは、基本的に外来診療でおこる行為である。病院に比べ多くの診療所は外来診療患者を抱えており、ドクターショッピング行動の比率はさらに高まることが推測されることから、診療所の調査が求められる。

ドクターショッピング行動と継続受診行動の関係を図0-2に示す。ドクターショッピング行動の背景は複雑であり、第1に慢性疾患患者の増加、第2に診療所の増加による競争の激化、第3に患者の期待不一致、第4に医療保険制度での皆保険制度による患者のモラルハザードとフリーアクセス制が指摘される。

第1の慢性疾患患者の増加について、生活習慣病を含めた慢性疾患はいまや多くの国民が経験する身近な病気であり、死亡数割合は約6割を占めている。慢性疾患は定期的な医療管理が必要であるため、患者は継続受診が必要なものの、病状の改善が認識できない場合、治療法が変われば症状の改善が見込めるのではないかと期待して医師をスイッチする。このような慢性疾患患者は増加しており、患者の多くは診療所で治療を受けていることが報告されている。



出所) 筆者作成

図 0-2 ドクターショッピング行動と継続受診行動の関係

第2の診療所の増加と第3の患者の期待不一致について、診療所の増加は患者の受診先選択肢の幅を広げ、利便性を高めることにつながるが、一方、競争も激化している。以前は診療所に対して不満があった場合でも、そのまま受診するケースが多かった。しかし、現在では、地域差はあるものの、診療所の治療、治療方法や結果、対応等に納得がいかない場合は診療所（医師）をスイッチする。例えば、不妊治療患者の調査では転院経験者は61.3%を占めており（松本亜樹子，2014）、季節性アレルギー性鼻炎患者の調査では56.4%が転院経験者であった（株式会社QLife，2017）。不妊治療や季節性アレルギー性鼻炎の場合は期待通りの治療や投薬、治療結果が得られないケースが多く、患者は情報の非対称性による情報不足もあり、患者は過度な期待による不一致を起こし、結果として医師をスイッチすることが推測できる。この情報の非対称性とは、患者と医療者の持つ情報の格差を指しており、医学的な専門知識の場合は両者に大きな格差があることから、治療や意思決定、結果に対する認識が異なることを示す（島津望，2005）。

第4に日本においては医療保険制度もドクターショッピング行動に影響していることが報告されており、①皆保険制度による患者のモラルハザードと②フリーアクセス制が背景として考えられる。①皆保険制度による患者のモラルハザードについて、大森（2003）は、患者は病気になった場合に保険が利くことから、費用の低い医療サービスを選ぶインセンティブを失う。同じ疾病で複数の医療機関を受診する、または、医師をスイッチして再検査や治療を行うなどのドクターショッピング行動はその一例であることを指摘している。②どこにでも受診が可能なフリーアクセス制については、わが国では国民の社会保障の充

実という観点から、「誰でもいつでもどこでも一定水準の医療サービスを受けられる仕組み」を目指し、国民には医療へのフリーアクセスの権利が確保された。患者の立場で考えると、医療へのフリーアクセスは利便性が高い。しかし、これによる弊害は大きく、同一の病気で複数の医療機関を受診したり、治療を中断して他の医療機関を受診したりするドクターショッピング行動がおき、非効率を生み出している。さらに、患者の大規模病院志向による高度な医療機関への一極集中を引き起こす（図 0-2 参照）（医療経営人材育成事業ワーキンググループ，2006）。

なお、ドクターショッピング行動の背景に、患者のモラルハザードが指摘されているが、モラルハザードは患者だけではなく、医師にも存在する。これは、医療サービスにおけるプリンシパル・エージェント問題として指摘される。クライアントである患者（プリンシパル）と医師（エージェント）の関係は、医師がクライアントに対してエージェントとして機能しない関係を指す（吉田初恵，2004）。例えば、医師が診療報酬を増やし収入を多く得るため、検査や投薬を必要以上に行うことはその 1 例である。患者は、治療法に対して、自分のためではなく医師の利益のために検査を多くし、薬を多くしているのではないかと疑問を持ち、医師への信頼をなくし、転院するケースが報告されている。

ドクターショッピング行動は、患者にとり一部ではメリットをもたらす。例えば、患者により医療提供者が選択されるため、患者と医師とのより良い関係を促進することが可能となる。結果として、患者は満足や信頼を高め、服薬順守や治療への協力に影響を与えることが指摘されている（Andylin et al., 2018）。当然、担当医師に問題があり、より良い医療の提供がなされず、対応も適切ではなく、信頼関係が築けない場合は、患者自身が不利益から身を守るために医師（医療機関）を変えることは必要である。しかしながら、ドクターショッピング行動は、多くのデメリットを抱えており、【社会的問題】【経営的問題】【患者の不利益】などの問題を引き起こしている（図 0-2 参照）。

【社会的問題】では、重複検査や治療によるコストの増加、薬の重複投与や廃棄の無駄による医療費の増加を招いている。医療費の増加について、表 0-1 に医療機関種類別の医療費推移を示す。

表 0-1 医療機関種類別の概算（医療費の推移）

（単位：兆円）

	総計	医科							歯科			保険 薬局
		合計	病院					一般 診療所	合計	病院	診療所	
			合計	大学	公的	法人	個人					
平成25年度	39.3	29.4	21.0	2.59	7.61	10.52	0.23	8.4	2.72	0.14	2.58	7.04
平成26年度	40.0	29.8	21.3	2.65	7.72	10.74	0.22	8.5	2.80	0.15	2.65	7.20
平成27年度	41.5	30.6	22.0	2.76	7.98	11.02	0.21	8.6	2.83	0.15	2.68	7.87
平成28年度①	41.3	30.7	22.2	2.83	8.03	11.12	0.18	8.6	2.87	0.15	2.72	7.50
平成29年度②	42.2	31.4	22.7	2.91	8.25	11.40	0.16	8.7	2.92	0.16	2.76	7.71
（構成割合）	（100%）	（74.3%）	（53.8%）	（6.9%）	（19.5%）	（27.0%）	（0.4%）	（20.5%）	（6.9%）	（0.4%）	（6.5%）	（18.3%）
②-①	0.95	0.66	0.56	0.09	0.22	0.28	▲0.02	0.10	0.04	0.00	0.04	0.22

出所）厚生労働省保険局調査課平成 29 年度医療費の動向より抜粋

平成 29 年度の医療費は 総額 42.2 兆円であり、前年度に比べて 0.95 兆円増加している。その内、診療所も連続して増加しており、平成 29 年一般診療所²医療費は 8.7 兆円にのぼる（厚生労働省保険局調査課，2018）。

厚生労働省（2018）、経済産業省の医療経営人材育成テキスト（2006）、経済同友会（2015）をはじめ、Andylin et al.,（2018）は、ドクターショッピング行動が重複検査や治療、投薬による無駄が原因で医療費に影響を与えていることを問題視しており、これは社会的な課題となっている。厚生労働省医政局の『医療資源の有効活用に向けた取組の推進』に関する資料では、重複受診・重複検査等の状況について、重複受診率は全体で 2～3%程度であり、診療所間の重複受診は 2.15%、病院・診療所間では 3.37%であることを報告している。これは、健康保険組合連合会による調査研究を基に作成している（厚生労働省医政局医薬食品局保険局，2014）。この調査はドクターショッピング行動が医療費にどの程度影響を与えているのかに関するものではなく、あくまでも重複診療・投薬の調査である。しかしながら、問題点は同じであり、例えば、表 0-1 での平成 29 年度医療費 42.2 兆円のうち 3%が重複受診・重複検査だとした場合、1 兆 2,660 億円が無駄な支出だと考えられるため、対策は急務である。なお、ドクターショッピング行動に関する実態調査は見当たらない。

【経営的問題】では（図 0-2 参照）、ドクターショッピング行動は業務の非効率化や患者の受診中止による通院の離脱を招き、その結果、医療機関が経営不振に陥ることが指摘されている（Andylin et al., 2018）。【患者の不利益】では、他院にスイッチすることで繰り返し行われる検査や治療の無駄、重複検査・治療による経済的負担、複数治療と重複投薬による副作用、診断治療の遅延・中断による病状の悪化、病気の早期発見の遅れ、そして時間の無駄があげられる（Andylin et al., 2018）。

患者のドクターショッピング行動の解決策は、継続受診行動を向上させることであり、成果は、患者が定着し、①国が推進するかかりつけ医制度の向上、②医療費のコスト削減、③患者満足の向上、④患者の重症化を予防することにつながる。その結果、社会的コストが軽減され、医療経営を安定化させ、患者の不利益を解消することが可能となる。

治療中に他医師・医療機関を受診する点で類似する行動として、セカンドオピニオン（主治医以外の医師による助言）が挙げられる。セカンドオピニオンは制度である。その目的は、患者がほかの医師に助言を求めて、受ける医療の判断材料にすることであり、主治医から受けた診断や治療について妥当性を確認するために行う。平成 18 年の診療報酬改定では、セカンドオピニオンを目的とした診療情報の提供に係る評価として「診療情報提供料（Ⅱ）」が新設された（厚生労働省，2008）。

セカンドオピニオンを求める場合は、まず主治医に事前に相談し、これまでの検査結果などの情報をすべて持って別の医者であるセカンドドクターに相談に行くことになる（プレジデントオンライン,2010）。セカンドオピニオン外来への受診の場合、元の通院先の医師は診療情報提供書を作成し、過去の検査等データをセカンドドクターに提出する。患者はそのデータを持参し、セカンドドクターはそのデータをみて意見を述べる。基本的にこ

² 厚生労働省の統計資料では、診療所は医科の一般診療所と歯科の歯科診療所に分類される。本論文で扱う診療所は、一般診療所を指す。

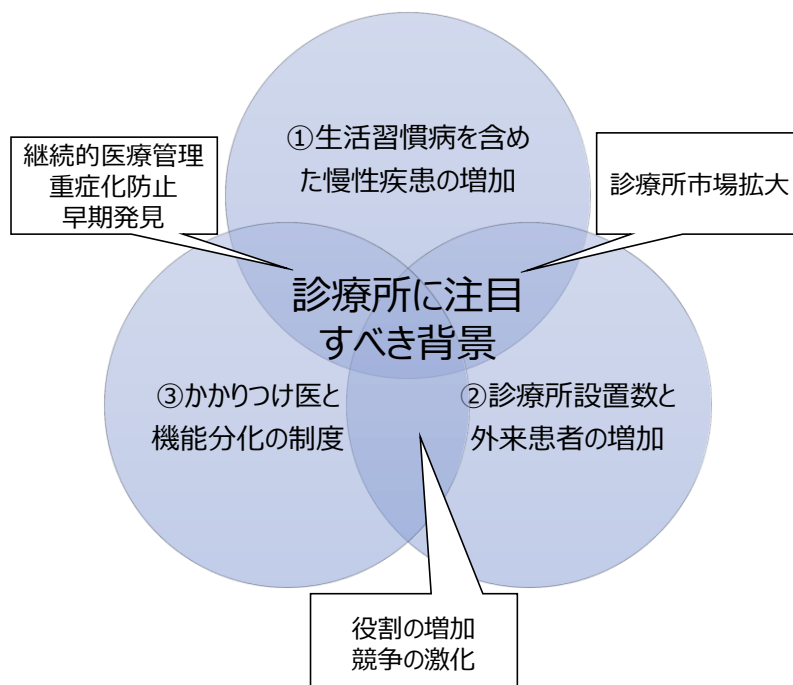
の段階で診療行為は行なわない。厚生労働省の調査では、多くの医師が問診と持参画像(資料)、場合により触診を行い、意見を述べていることが報告されている。また、セカンドオピニオン外来は、保険適用外で自由診療扱いのため、費用は全額自己負担である(厚生労働省, 2008)。仮にその後、転院を希望する場合でも、セカンドオピニオン制度においては、一旦、元の担当医の外来を受診する必要がある、転院は病病・病診連携により行われる。したがって、セカンドオピニオンでは、重複診療、重複検査、重複投薬は行われない。

一方、ドクターショッピング行動は、過去の診察の情報は何も持たずに自己都合により受診先をスイッチ、もしくは重複受診する行為である。そのため、スイッチ先では最初から問診を受け同じ検査をやり直す可能性が高く、重複検査や診療、投薬が発生し、結果として無駄や患者の不利益が発生する。

以上により、セカンドオピニオンは、ドクターショッピングとは異なる行為である。但し、厚生労働省の調査において、セカンドオピニオン外来を推進する上での課題として、主治医・かかりつけ医への気兼ねのため、希望しにくいケースが多いことが報告されている(厚生労働省 2008)。

0.3. 診療所に注目すべき背景

診療所は市場の拡大と機能分化による役割の増加に伴い、新しいニーズに対応した患者とのコミュニケーションが求められている。そのため、診療所に焦点を置いた医療マーケティング・コミュニケーションの理解は急務である。診療所に注目すべき背景の概念図を図 0-3 に示す。



出所) 筆者作成

図 0-3 診療所に注目すべき背景の概念図

診療所に注目すべき背景は、第 1 に生活習慣病を含めた慢性疾患の増加、第 2 に診療所の設置数と外来患者の増加、第 3 にかかりつけ医と機能分化の制度の推進があげられる。これらにより、診療所は継続的な医療管理やそれによる重症化の防止、早期発見の役割を担い、診療所の市場規模も拡大している。そして、この役割の増加とともに競争が激化しはじめている。

第 1 の生活習慣病を含めた慢性疾患患者の増加については世界的な傾向であり、近年では日本においても疾患構造が変わり、多くの国民が慢性疾患を経験する身近な病気となっている。生活習慣病を含めた慢性疾患は、狭義では、がん・糖尿病・循環器疾患・呼吸器疾患が含まれる。NCDs (Non-Communicable Disease (s))、慢性疾患、生活習慣病などと呼ばれることもある。生活習慣病は、高血圧症、糖尿病、高脂血症などが挙げられ、これらは重症化すると心疾患や脳卒中を引き起こす。世界的にみると、心血管系疾患、がん、慢性呼吸器疾患、糖尿病など非感染性疾患 (NCDs) による死亡割合は、2008 年で約 60% を占めている。その後 10 年間でさらに 77% 程度まで増加することが予測されていたため、世界保健機関 (WHO) は世界行動計画 (2008 年～2013 年) を策定し、全世界的に NCDs の予防と管理を実施した (厚生労働省健康局総務課生活習慣病対策室, 2009)。日本では、慢性疾患の中でも、糖尿病、高血圧、がん、心疾患、脳血管疾患などの生活習慣病が国民医療費の約 3 割を占めており、死亡数割合は約 6 割におよんでいることから (厚生労働省健康局総務課生活習慣病対策室, 2009)、対策が求められている。厚生労働省の患者調査における傷病の総患者数³に関する報告によると、平成 20 年には高血圧性疾患は 7,967 千人、糖尿病は 2,371 千人、脳血管疾患は 1,339 千人であったが、平成 29 年には高血圧性疾患は 9,937 千人、糖尿病は 3,289 千人、脳血管疾患は 1,115 千人であり、高血圧性疾患は 1,970 千人、糖尿病は 918 千人が増加している。一方、脳血管疾患は 224 千人が減少している (厚生労働省政策統括官付参事官付保健統計室, 2019a)。簡易な感染症は長期治療が不必要であり、重症化しないようにコントロールすれば数回の治療で終了となる。しかしながら、生活習慣病を含めた慢性疾患の治療は長期的であり、定期的な検査や治療、服薬などの医療管理が必要となる。そのため、慢性疾患患者に対しては継続受診行動を促す必要があり、国民の健康を守るためには不可欠である。この慢性疾患に対する医療管理の多くは診療所が担っている。

第 2 に一般診療所の設置数増加と外来患者の増加による市場の拡大について、平成 20 年の施設総数⁴は 175,656 施設であり、内病院は 8,794 施設、一般診療所は 99,083 施設 (内無床診療所は 87,583 施設) であったが、平成 29 年には施設総数は 178,492 施設であり、内病院は 8,412 施設、一般診療所は 101,471 施設 (内無床診療所は 94,269 施設) であった (厚生労働省政策統括官付参事官付保健統計室, 2018)。総施設数は 2,836 施設が増加し、内病院は 382 施設が減少しているものの、一般診療所は 2,388 施設が増加 (内無床診療所は 6,686 施設増加) しており、特に無床診療所の増加が顕著であった。

³ 総患者数とは、調査日現在において、継続的に医療を受けている者の数であり、総患者数 = 入院患者数 + 初診外来患者数 + (再来外来患者数 × 平均診療間隔 × 調整係数 (6/7)) の算式により推計したもの (厚生労働省政策統括官付参事官付保健統計室, 2019b)。

⁴ 施設総数は、病院、一般診療所、歯科診療所が含まれる (厚生労働省政策統括官付参事官付保健統計室, 2018)。

外来患者の増加について、外来に通院する高血圧症患者は、平成20年には外来総数601.3千人、内病院外来は123.9千人、一般診療所外来は477.5千人であったが、平成29年には外来総数646.9千人、内病院外来は99.2千人、一般診療所外来は547.7千人であった。外来総数は45.6千人が増加しており、病院外来は24.7千人が減少したが、一方、一般診療所の外来は70.2千人が増加した。外来に通院する糖尿病患者は、平成20年には外来総数188.0千人、内病院外来は82.2千人、一般診療所外来は105.8千人であったが、平成29年には糖尿病の外来総数は224.0千人にのぼり、内病院外来は75.9千人、一般診療所外来は148.1千人であった。外来総数は36.0千人が増加し、その内病院外来は6.3千人が減少しているものの、一般診療所の外来は42.3千人が増加した（厚生労働省政策統括官付参事官付保健統計室，2019b）。高血圧症、糖尿病の外来患者総数は増加しており、特に一般診療所の外来患者は急増していた。

表0-2に示す医療機関種類別の概算（入院外⁵医療費の推移）の医療費をみると、外来診療における一般診療所の利用割合の高さと患者の増加が推測できる。平成29年度の入院外医科医療費全体は14.4兆円であり、外来患者の増加は入院外診療（外来診療・往診）の医療費の増加に直結しており、前年度より0.23兆円増加していた。一般診療所はその内8.3兆円であり入院外医科医療費全体の57.6%を占めていることから、外来診療の多くは診療所がその役割を担っていることが伺える。

第3に医療機能の分化とかかりつけ医制度の推進について、社会保障制度改革国民会議では、大病院の外来は紹介患者を中心とし、一般的な外来診療は「かかりつけ医」に相談することを基本とする医療体制が望ましいことを指摘している（首相官邸，2013）。このかかりつけ医機能は、機能分化により地域の診療所や小規模の病院が担う方針が示されており、かかりつけ医は定期的継続的な医療管理や早期発見、適切な治療を受けるための医療機関の紹介などの役割を担う。

表 0-2 医療機関種類別の概算（入院外医療費の推移）

（単位：兆円）

	医科									歯科			保険 薬局
	合計	病 院							一般 診療所	合計	病院	診療所	
		合計	大学	公的	法人	個人	200床 未満	200床 以上					
平成25年度	13.6	5.5	0.78	2.18	2.51	0.06	1.8	3.8	8.1	2.67	0.09	2.58	7.04
平成26年度	13.8	5.6	0.81	2.23	2.55	0.06	1.8	3.9	8.1	2.74	0.09	2.65	7.20
平成27年度	14.2	5.9	0.87	2.38	2.64	0.06	1.8	4.1	8.3	2.78	0.10	2.68	7.87
平成28年度①	14.2	6.0	0.90	2.38	2.63	0.05	1.8	4.2	8.2	2.82	0.10	2.72	7.50
平成29年度②	14.4	6.1	0.94	2.44	2.66	0.04	1.8	4.3	8.3	2.86	0.10	2.76	7.71
②-①	0.23	0.13	0.04	0.06	0.03	▲0.00	0.01	0.12	0.10	0.04	0.00	0.04	0.22

出所）厚生労働省保険局調査課平成29年度医療費の動向より抜粋

⁵ 入院外とは、当月中の外来、往診等で医師の診療を受けた日数をいう。

0.4. 診療所における医療マーケティング理論の必要性

本論文での診療所における医療マーケティングの理論構築の目的は、第1に診療所に関するコミュニケーションの評価基準の提示、第2に良質な医療サービスの提供、第3に診療所経営の安定化があげられる。

中村ほか（2009）は、一般的なマーケティング手法について、今日では多様化した市場のニーズを的確に捉え、それらのニーズの異質性を認識することなしに企業は商品やサービスを生産し販売することはできない。消費者の一人一人がどんな消費を志向しているのかを見極め、製品化を考え、販売戦略を立てていくことが重要であることを指摘している。医療機関においても患者のニーズは多様化しており、病院と診療所、各慢性疾患によるニーズの違いを認識する必要がある。したがって、診療所や疾患の特性に応じた医療マーケティング理論の構築は課題である。

先に挙げたマーケティング理論構築の目的について概略を説明する。第1に、診療所の指標となる規定や評価基準は少ない現状にある。医療機関の設立に関する規定は、設置基準や規則を記した医療法をはじめとする医療関連法規に示されている。医療機関の運営は、これらの法令により規模や種類に応じた設置人数や職種、設備、運営の規定が定められている。病院の場合は、日本医療機能評価機構など第三者評価機関による評価基準が設けられており、治療プロセス、治療成果の公表、患者満足の上昇を踏まえた測定や医療従事者の教育、患者管理など、様々な視点が設定され、基準下でのマネジメントが可能である。一方、診療所の場合は、医療関連法規による設置基準はあるが、目安となる第三者評価などの規定はなく、病院の基準を援用するか経営者である医師の経験による運営が主流である。厚生労働省による患者の満足度や医療に対する認識や行動を調査した受療行動調査も、全国の一般病院を利用する患者を対象としている（厚生労働省政策統括官付参事官付保健統計室，2019b）。診療所の運営において、病院の規定や調査を活用することは、一部では可能である。しかしながら、病院と診療所では、対象となる疾患や患者、外来診療と入院診療など求められる診療、診療報酬、機能など、異なる点が多く、病院の基準を単純に用いることには限界がある。したがって、診療所に特化した医療マーケティング理論の構築は、診療所における患者との安定したコミュニケーション活動に貢献できることから、早急に解決すべき問題である。

第2の良質な医療サービスの提供については、医療保健 2035 の提言⁶が示す通り、我が国の医療においては、安心、満足、納得を得ることができる持続可能な保健医療システムの構築が必要であり、保健医療サービスと患者の価値を適合させ、質の高いより良い医療サービスの提供が求められている（厚生労働省，2015）。Pascoe（1983）は、医療システムの機能を理解する上で患者満足が重要であることを主張している。また、医療の質評価の先駆者である Donabedian（1980）は、患者満足は医療の質評価の一部であり、患者やその家族による治療に関する技術的な質の評価に加えて、患者、及び、その家族が判断し

⁶ 急激な少子高齢化や医療技術の進歩など医療を取り巻く環境が大きく変化する中で、2035年を見据えた保健医療政策のビジョンとその道筋を示すため、国民の健康増進、保健医療システムの持続可能性の確保、保健医療分野における国際的な貢献、地域づくりなどの分野における戦略的な取組に関する検討を行うことを目的として、「保健医療 2035」策定懇談会が開催されて提言が出された（厚生労働省，2015）。

た主観的な医療の良さや質であると主張している。医療の評価は、長い間、医療関係者の医学知識が優先されがちであった。しかし、いまや患者中心の医療に変わり、患者の権利を第一に考えることが医療行為の原則になっている（Committee on Quality of Health Care in America, 2001）。欧米では、プライマリ・ケア⁷制度が確立されており、外来診療に関する患者満足は古くから研究されている。患者満足の視点で診療所の医療マーケティングを検討することは、医療の質を向上させるためにも重要である。

第3に、診療所経営の安定化について、経営の安定による診療所の存続は患者の医療管理にとり重要である。日本の医療では、医療機関が取得した患者データは所持する施設が保有するため、仮に患者が自己都合で転院する、または、医療機関が閉鎖する場合、そのデータは患者が開示を求める、もしくは、他の医療機関との連携によるデータ請求がない限り無駄になる。患者データの蓄積は、患者の病気の早期発見につながり、長期的な医学管理には不可欠である。つまり、患者の安定的な治療や管理の実現のためには経営の安定が欠かせない。診療所経営の安定化のためには、患者の継続受診による定着と新しい患者の獲得が最重要課題である。一般的には、トライアル率は新製品の販売力の代理指標であり、リピート購買率は新製品の商品力の代理指標であることが指摘されている（中村博, 2003）。医療機関においても同様に、新規患者の来院は医療機関を認知して受診してみようと思わせる訴求力の指標であり、継続受診率は医療行為や医療サービスの品質力の代理指標であり、患者の継続受診行動は医療サービスの真価につながる。患者の獲得や定着を図るためには、診療所の特性を捉えたコミュニケーションや継続受診の意思決定を明らかにする必要がある。

以上により、診療所の医療マーケティング理論を検討することは、極めて重要な経営課題である。しかしながら、日本では診療所の慢性疾患患者を対象とした受診行動や受診選択に関わるメカニズム、患者満足の研究はいまだ僅かであり、診療所の医療マーケティングに関しては未成熟であり課題を残す。

本論文では、診療所の生活習慣病を含めた慢性疾患患者に着目し、継続受診行動の要因や構造、意思決定プロセスを明らかにし、診療所と患者のコミュニケーションを検討する。特徴としては、疾患別に患者を把握する点、ならびに、直観的思考と熟考的思考による二系統の思考スタイルを援用して、患者の情報処理を把握し、患者の特性を捉えることである。さらに、患者満足の視点で継続受診行動への影響を理解する。そのうえで、継続受診行動に関する診療所の医療マーケティング理論を検討することを目的とする。

なお、本論文では、患者への情報提供や診療所と患者との対人コミュニケーションとクチコミ等を中心に探ることとする。

0.5. 本論文の構成

図0-4に本論文の構成を示し、次に各章の概略を説明する。

⁷ プライマリ・ケアとは、病気を患った際、最初に地域の人々が接するケア、近接的ケアを指しており、包括的ケアを提供する。患者の抱える問題の大部分に対処でき、かつ継続的なパートナーシップを築き、家族および地域という枠組みの中で責任を持って診療する臨床医によって提供されるヘルスケアサービスである（日本プライマリ・ケア連合学会, 2012）。

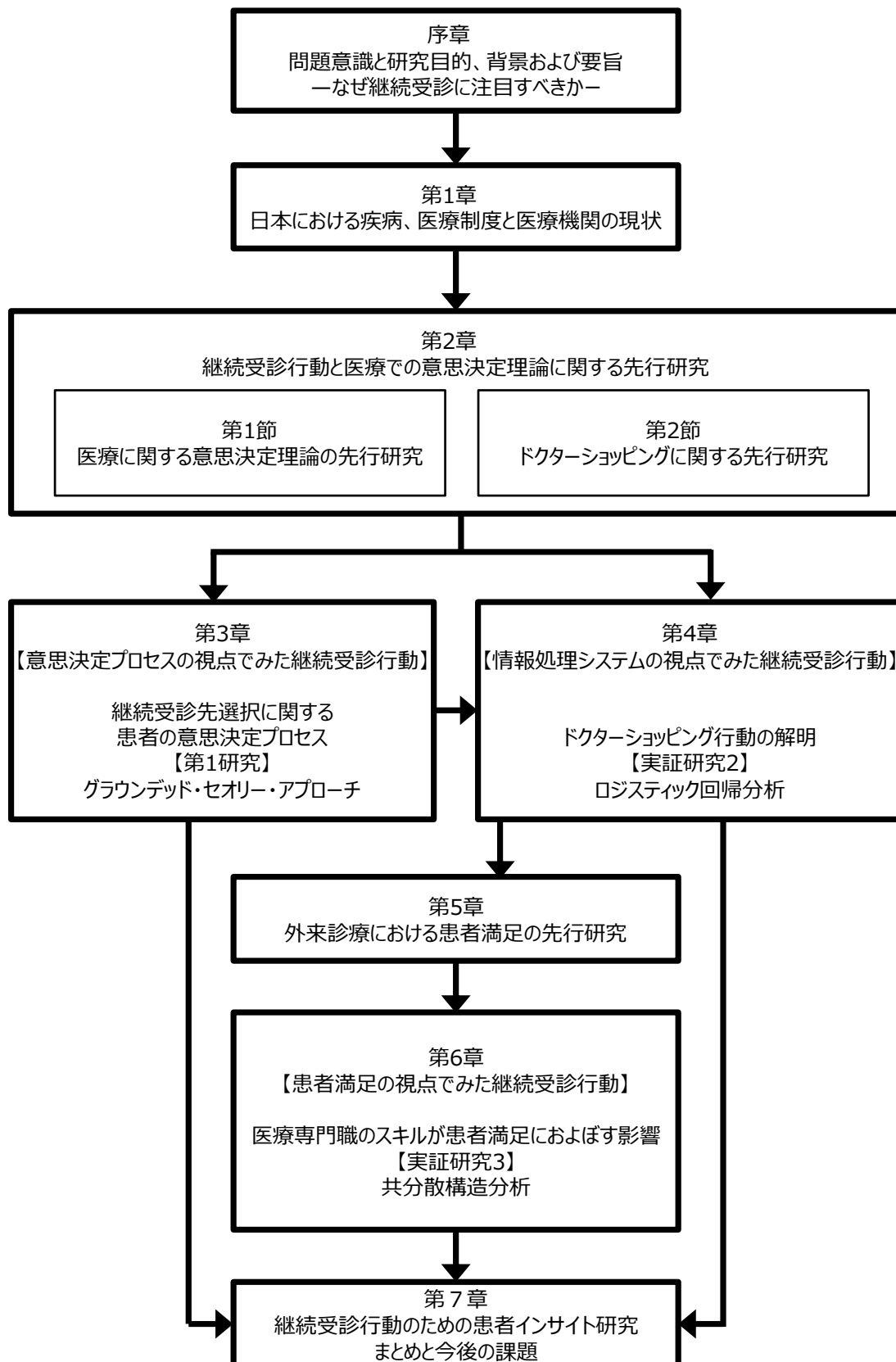


図 0-4 本論文の構成

第1章では、研究の背景や問題意識を明確にするために、日本における疾病状況、医療政策と医療制度、医療機関の現状について示し、医療に関する概況を整理する。

第2章では、先行研究のレビューを行う。本論文の目的は、診療所の生活習慣病を含めた慢性疾患患者を対象とし、継続受診行動の要因を明らかにして診療所のコミュニケーションに関する医療マーケティング理論を検討することである。そのため、第1節では、患者による継続受診の選択と決定に関する意思決定を確認するため、医療に関わる意思決定について先行研究を整理する。第2節では、継続受診行動研究の基礎となるドクターショッピング行動の先行研究をレビューする。

第3章では、意思決定プロセスの視点でみた継続受診行動を明らかにする。本研究では、第1研究として小規模サンプルでのインタビュー調査により継続受診の意思決定要因とプロセスについて明らかにし構造化を図った。分析手法は、グラウンデッド・セオリー・アプローチを活用し仮説生成を試みた。分析では、継続受診の要因について、直観的思考と熟考的思考の二系統による思考スタイルを考慮しながら意思決定を検討した。

第4章は、情報処理システムの視点により継続受診行動を捉えた。本研究の第2研究では、第3章の第1研究で明らかになった継続受診行動の要因とドクターショッピング行動の先行研究により仮説を設定し、大規模調査により継続受診の要因を探った。分析手法はロジスティック回帰分析を行った。分析にあたり、疾患による患者特性を理解するために疾患別で検討した。また、患者の個人特性を明らかにし情報処理の視点で情報伝達や訴求方法を検討するため、患者を直観型思考と熟考型思考に分類して特徴を検討した。

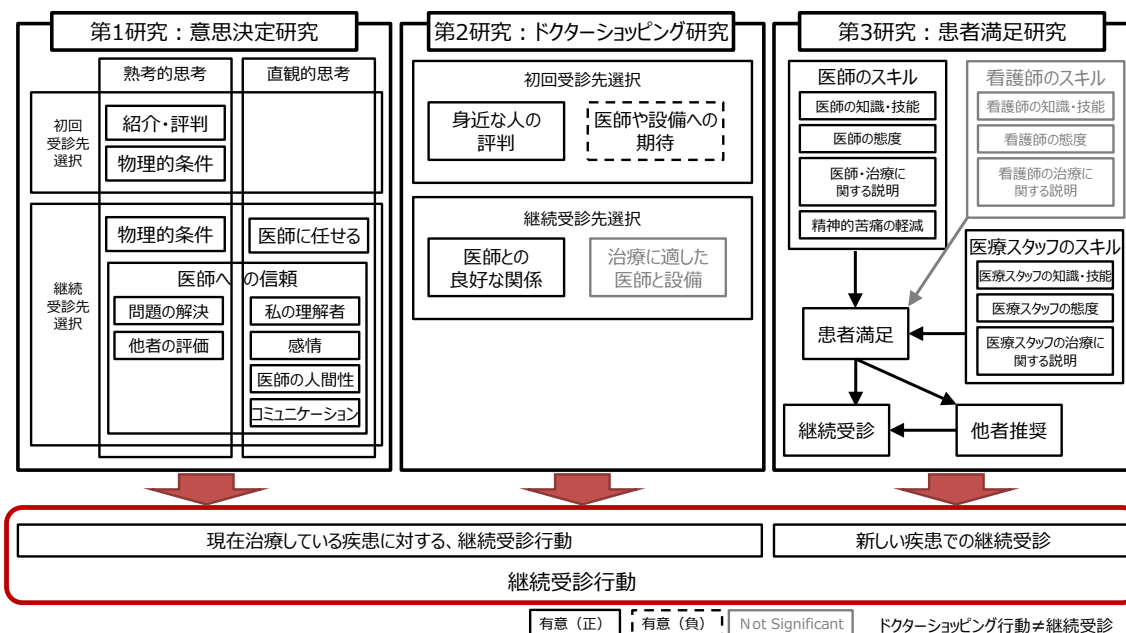
第5章では、患者満足の視点で継続受診行動を捉えるため、外来診療における患者満足の先行研究を整理した。嶋口(1994)は、企業が安定的な存続と成長を維持するには、常にマーケティングの思想と方法をもって顧客満足を追求する必要があることを指摘している。診療所の経営の安定性を高めるためには、患者満足と継続受診行動の関係を確認することは不可欠である。医療システムの機能を理解する上でも、患者満足は重要であることが指摘されている(Pascoe G. C., 1983)。なお、病院の場合、毎年患者満足度調査が行われているが、診療所では調査を実施していない施設もあり、個別の判断にゆだねられている。診療所の医療マーケティングの構築にあたり、患者満足について整理することは不可欠である。

第6章では、患者満足の視点で継続受診行動を検討するため実証研究を行った。本研究での継続受診は、新しい病気になったときも、いま慢性疾患で通っている診療所に通うかどうかに関する継続受診行動を確認した。ここでは、医療専門職のスキル、患者満足、継続受診行動の因果関係を確認した。分析では、共分散構造分析を活用した。昨今では、診療所の形態が変化している。例えば、以前は医師と看護師のみで診療を行うケースが大半であった。しかし、昨今では、複数診療科を標榜し、複数の医師による診療や、リハビリテーションのための理学療法士や作業療法士、薬剤師、検査技師など、複数の専門職が勤務する診療所も増えている。そのため、本研究では、医師、看護師に加え、理学療法士や作業療法士、検査技師などの医療スタッフについても影響を明らかにした。

最後に、第7章では、診療所の医療マーケティングの総括として、診療所の継続受診行動に関するコミュニケーションについて理論をまとめ、今後の課題を述べる。

0.6. 実証研究の要旨（第3章、第4章、第6章）

図0-5では、本論文の継続受診行動に関する理論構造図を示し、3つの実証研究に関する要旨を記述する。なお、第1研究、第2研究では、現在治療している慢性疾患に関する診療所への継続受診を確認しており、第3研究では、現在治療している慢性疾患とは異なる新しい病気になった際の継続受診行動を確認した。これは過去にない試みであり、継続受診行動を詳細に確認することが可能となる。



出所) 筆者作成

図 0-5 本論文の継続受診行動に関する理論構造図

0.6.1. 継続受診先選択に関する患者の意思決定プロセス

第3章の第1研究では、生活習慣病を含む慢性疾患患者を対象として、継続受診の受診先選択の意思決定プロセスの構造と意思決定に及ぼす影響要因を明らかにした。ここでは、仮説生成のため、小規模調査として診療所に通院する患者10名を対象とし、半構造化面接によるインタビュー調査を実施した。分析手法は、グラウンデッド・セオリー・アプローチを使用し、構造化を試みた。また、意思決定プロセスの構造の説明では直観的思考と熟考的思考による二系統の思考スタイルを援用した。

分析の結果、初回受診時、患者は距離や設備等の【物理的条件】と身近な人の【紹介・評判】によって診療所を選択していた。また、継続受診時では病気や治療の【問題の解決】と【私の理解者】【医師への感情】【他者の評価】【医師の人間性】【コミュニケーション】が【医師への信頼】に影響を及ぼし、その後【医師に任せる】の感情が形成されていた。

初回受診時では、物理的条件やクチコミなどの熟考的思考により診療所が選択されたが、継続受診時では直観的思考である【私の理解者】がトリガーとなり、【医師への信頼】によって継続受診を行っていた。

診療所は、患者による初回受診時の診療所選択と継続受診時の意思決定では要因が異なることを認識してマネジメントを行っていくべきである。

0.6.2. ドクターショッピング行動の解明

第4章の第2研究では、第3章の第1研究で明らかになった要因と課題及びドクターショッピングの先行研究を基礎とし、生活習慣病を含めた慢性疾患の患者を対象として、継続受診の意思決定要因を明らかにすることを目的とした大規模サンプルのアンケート調査を行った。本研究の特徴は、患者を疾患別に捉えており、また、思考スタイルにおける熟考型思考と直観型思考の二系統群に分類し、患者の情報処理による個人特性を検討する点にある。これは、患者と疾患の関係を情報処理の視点で理解し、情報提供や訴求方法を検討する新しい試みである。

実証研究の方法は、診療所に通院する生活習慣病を含めた慢性疾患患者 650 名を対象とし、継続受診に関するアンケート調査を実施した。対象疾患は、①循環器疾患（高血圧症、心疾患）②内分泌代謝疾患（糖尿病、高脂血症）③脳血管疾患（脳梗塞、脳出血、くも膜下出血）④整形外科疾患（関節リウマチ、慢性腰痛）であった。分析手法は、因子分析、ロジスティック回帰分析及び χ^2 検定を行った。

分析の結果、生活習慣病を含めた慢性疾患患者による継続受診の要因は、初回受診先選択での【身近な人の評判】、継続受診先選択の【医師との良好な関係】であった。一方、受診前の初回受診先選択において【医師や設備への期待】で選んだ場合、継続受診が行われない傾向があることが明らかになった。また、継続受診は、疾患により要因が異なっていた。例えば、循環器疾患、内分泌代謝疾患、整形外科疾患は【医師との良好な関係】が要因であった。脳血管疾患は初回受診先選択の【身近な人の評判】が継続受診の要因であった。さらに、男性患者は熟考型思考の傾向が高く、一方、女性患者は直観型思考が多い傾向にあった。

0.6.3. 医療専門職のスキルが患者満足におよぼす影響

第6章では、患者満足の視点で継続受診行動を理解するため第3研究を行い、【スキル】【患者満足】【他者推奨意向】【継続受診】の因果関係を確認した。この研究は、患者満足の影響を考え、患者から選ばれる施設（＝継続受診行動）の要因を探るものである。

第6章の研究の特徴は、第1に、診療所の医療専門職について、医師だけでなく看護師と医療スタッフのスキルについて影響を分析したことである。第2に、継続受診については、新しい病気になっても、今通院している診療所に受診するのかに関する継続受診行動を確認している点である。第1のスキルの観測変数では【知識・技術】【治療に関する説明】【態度】とし、医師のスキルのみ【精神的苦痛の軽減】を含めた。慢性疾患は循環器、内分泌代謝、脳血管、整形外科を選定し共分散構造分析により因果関係を確認した。調査は慢性疾患で診療所に通院する男女一般生活者を対象とし、インターネットを利用したWeb質問紙により実施した。有効回答は541名であった。

分析の結果、全疾患で医師のスキルは患者満足に影響を与え、患者満足は他者推奨意向を媒介して継続受診意向に影響を与えていた。しかし、看護師のスキルは患者満足に対して有意に影響しなかった。また、医療スタッフのスキルは疾患により患者満足への影響が異なっていた。疾患別にみると整形外科疾患は患者満足が継続受診意向に対して有意な影響はなく、循環器疾患は医療スタッフのスキルが患者満足に対して有意な影響ではなかった。患者満足に影響を与える医師のスキルは、循環器疾患は【医師の態度】、その他疾患は

【精神的苦痛の軽減】が最も重視される要因であった。一方、医療スタッフのスキルは全疾患で【医療スタッフの態度】が最も重要な要因となった。

次章では、これらの実証研究に至った問題意識と背景に関する現状を示し、日本における医療の状況を確認する。

0.7. 本論文の理論的貢献

本論文では、患者の継続受診行動に焦点をあて、そのメカニズムを実証研究により明らかにしており、以下の5点について、既存の研究に対する理論的貢献の概要を示す。

第1に、本論文は、診療所の患者を対象とした受診行動に関する医療マーケティング・コミュニケーションについて実証的に分析している。診療所を対象とした患者行動の研究は未成熟な領域であり、本論文は、診療所の受診行動に関する研究において寄与できる。

第2に、本論文では慢性疾患を対象とし、特に疾患を比較してインプリケーションを導いている。慢性疾患は定期的継続的受診が必要であることから、継続的な受診行動を確認することが可能である。また、複数の疾患を分類し、診療所の形態（医師の専門性）に合わせて疾患別で比較し、患者の特徴に注目した点は他に見当たらず、医療マーケティングの発展に貢献できる。

第3は、継続受診行動を①現在罹患している慢性疾患に関する継続受診と②慢性疾患患者が新しく別の病気になった際の継続受診の2つに捉えている点である。これは、医療におけるマネジメントに示唆を与える新しい取組である。

第4は、継続受診行動に関する患者の受診先選択について意思決定プロセスを構造化している点であり、過去の研究にはない視点である。

第5に、患者の個人特性を直観型思考と熟考型思考で捉えて分析し、思考スタイル別で患者の情報処理を捉えて受診行動を検討した点は新しく、医療マーケティング・コミュニケーションに関する有効な示唆が提供できる。

第1章 日本における疾病、医療制度と医療機関の現状

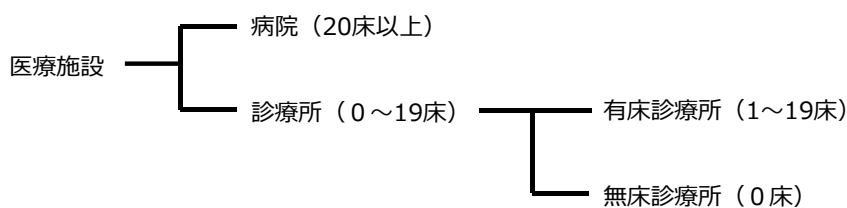
本論文では、診療所の慢性疾患患者に焦点をあて、継続受診行動の要因を探り、医療における適切なコミュニケーションを明らかにし、診療所の医療マーケティングについて検討する。なお、序章において記述した通り、医療マーケティングにおいては、規制により介入が不可能な領域があり、マーケティング活動には限界がある。例えば、医療機関の場合、医療法による広告規制や診療報酬制度による価格統制等の医療政策が大きく、マーケティング機能の有効性が他の業界に比べて相対的に弱いことが挙げられている(川上智子, 木村憲洋, 2013)。したがって、本論文においては、コントロールが可能なマーケティングに関して取り扱うものとし、患者への情報提供や診療所と患者との対人コミュニケーションとクチコミなど患者への心理的要因を中心に探ることとする。しかしながら、医療マーケティングにおけるコミュニケーションを検討するにあたり、医療法を含めた医療関連法規、医療制度や医療政策の理解は必要である。

本章では、ドクターショッピング行動の背景にある、医療制度や生活習慣病含めた慢性疾患の増加、診療所における外来診療の状況を示し、現在の医療政策や医療機関の現状を整理する。第1に本論文で使用する医療に関わる言葉を定義し、第2に日本の疾病状況について示す。第3に日本の医療政策と医療制度を記述し、第4に医療機関の現状を概説する。

1.1. 医療に関わる言葉の定義

1.1.1. 診療所

医療施設の種類・機能は、医療法において定義されている。医療施設の種類を図1-1に示す。医療法第1条の5第2項では、「診療所とは、医師又は歯科医師が、公衆又は特定多数人のため医業又は歯科医業を行う場所であって、患者を入院させるための施設を有しないもの又は19人以下の患者を入院させるための施設を有するもの。」と記している。医療法では、医業を行うための場所は病院と診療所に限定している。その区分は、病院は20床以上の病床を有するものとしている。病床とは、入院できるベッド数を示し、都道府県への申請を要する。診療所には有床診療所と無床診療所があり、無床診療所は外来診療のみとする(厚生労働省, 1948)。なお、本論文では、無床有床を含めた医業の診療所における外来診療を研究対象とする。



出所) 平成 22 年版厚生労働白書

図 1-1 医療施設類型

1.1.2. 外来診療

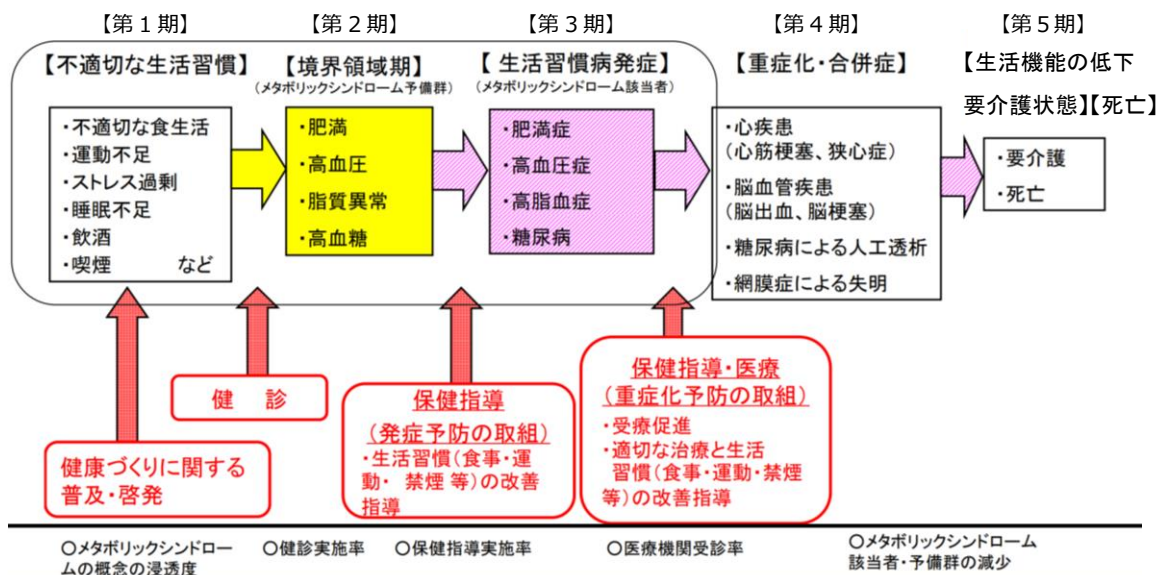
外来診療とは、通院する患者に対して診療を行う事を示し、初回受診の初診患者と再受診の再来患者に分けられる。診療は、病院や有床診療所の場合は外来診療と入院診療に区分されており、無床診療所は外来、往診（訪問）により診療を行っている。

外来診療については、地域での包括ケアが推進されており、高齢化社会により医療が単なる治療だけではなく生活のサポートの要素を増やしてきているために、外来診療の役割が非常に重要になっていることが指摘されている（真野俊樹，2017）。

1.1.3. 生活習慣病を含めた慢性疾患

生活習慣病を含めた慢性疾患患者の増加は世界的な傾向であり、日本においても多くの国民が慢性疾患を経験する身近な病気となっている。WHO（World Health Organization：世界保健機関）によると、慢性疾患は非感染症 Non-Communicable Disease (s) (NCD) と呼ばれ、不健康な食事や運動不足、喫煙、過度の飲酒などの原因が共通しており、生活習慣の改善により予防可能な疾患をまとめて「非感染性疾患 (NCD)」と位置付けている。狭義では、がん・糖尿病・循環器疾患・呼吸器疾患が含まれる。NCDs、慢性疾患、生活習慣病などと呼ばれることもある。生活習慣病は、高血圧症、糖尿病、高脂血症などが挙げられ、これらが重症化すると、心疾患や脳卒中を引き起こす。

厚生労働省は、図 1-2 に示す糖尿病等の生活習慣病の発症予防と重症化予防の流れを示している。



出所) 厚生労働省生活習慣病対策室 (2013) 新たな健診・保健指導と生活習慣病対策より抜粋
 図 1-2 糖尿病等の生活習慣病の発症予防と重症化予防の流れ

第1期に不適切な食生活や運動不足、ストレス過剰、睡眠不足、飲酒、喫煙など不適切な生活習慣が原因となり、第2期にメタボリックシンドローム予備軍である境界領域期に移行する。ここでは、肥満、高血圧、脂質異常、高血糖の身体変化が起こる。この段階で改善が行われない場合、第3期では生活習慣病が発症し、肥満症、高血圧症、高脂血症、

糖尿病などがメタボリックシンドロームに該当する。さらに、保健指導や医療による改善が行われない場合、第4期では重症化や合併症が起り、心筋梗塞や狭心症、脳出血や脳梗塞、糖尿病による人工透析や網膜症による失明が予測される。第5期では生活機能の低下や要介護状態に陥り、場合によっては死亡につながる（厚生労働省生活習慣病対策室，2013）。生活習慣病を含めた慢性疾患を予防するためには、早期の健診や適切な保健指導、生活習慣病発症時での定期的な受診の促進が重度化を防ぐことになる。したがって、継続的な受診による医療管理と指導が、これらの疾患の重症化を防ぐために有効な手立てとなる。その結果、透析による莫大な医療費などのコスト削減につながる。

1.2. 日本の疾病状況

1.2.1. 外来診療における生活習慣病を含めた慢性疾患患者の増加

表 1-1 に示す通り、慢性疾患の外来患者の増加は近年著しく、厚生労働省では慢性疾患増加に歯止めをかけるため、慢性疾患対策の更なる充実に向けた検討会が実施されている。慢性疾患への適切で定期的な対応は、国民の生活を支えることにつながる。

表 1-1 生活習慣病を含めた慢性疾患の増加（外来患者数）

（単位：千人）

	平成29年調査			平成20年調査			9年間の増減		
	総数	病院	一般診療所	総数	病院	一般診療所	総数	病院	一般診療所
総数	7191.0	1630.0	4213.3	6865.0	1727.5	3828.0	326.0	▲97.5	385.3
内分泌、栄養及び代謝疾患	442.9	120.8	322.1	360.3	132.1	228.1	82.6	▲11.3	94.0
糖尿病(再掲)	224.0	75.9	148.1	188.0	82.2	105.8	36.0	▲6.3	42.3
脂質異常症(再掲)	148.0	21.0	127.0	-	-	-	-	-	-
高血圧性疾患	646.9	99.2	547.7	601.3	123.9	477.5	45.6	▲24.7	70.2
心疾患（高血圧性除く）	134.2	67.5	66.7	130.3	73.6	56.7	3.9	▲6.1	10.0
脳血管疾患	85.9	41.2	44.7	119.9	57.4	62.5	▲34.0	▲16.2	▲17.8
筋骨格系、結合組織の疾患	877.2	183.4	693.8	945.3	197.8	747.5	▲68.1	▲14.4	▲53.7

* 調査日当日の受療した患者推計数

* 総数は、病院＋一般診療所＋歯科診療所（記述なし）の外来患者数を示す。

出所）厚生労働省平成20年、平成29年患者調査より抜粋

例えば、平成20年と平成29年を比較した場合、増加が顕著な疾患として、第1に、高血圧症疾患は45.6千人増加しており、第2に、糖尿病は36.0千人増加している。一方、減少している疾患は、第1に、筋骨格系及び結合組織の疾患は68.1千人減少し、第2に、脳血管疾患は34.0千人減少している。これらは、生活習慣の変化と医学の発展、知識の普及活動、制度による取組により増減している。特に、増加が著しい高血圧症疾患と糖尿病は、早期に適切な指導を受け治療を開始することで重症化を防ぐことができる。これらの対策は国民の健康促進には欠かせない。なお、表1-1から伺える通り、生活習慣病を含めた慢性疾患患者の受診状況は、病院の外来患者数より一般診療所の外来受診患者数が多く、

患者数も増加しており、これは診療所の役割の移行など医療政策による受診行動の変化であると考えられる。

1.2.2. 慢性疾患対策

厚生労働省は、慢性疾患の増加に伴い、慢性疾患対策の更なる充実にむけての検討会を設置し、協議を進めている。厚生労働省健康局総務課生活習慣病対策室の報道発表資料によると、慢性疾患は、その発症予防から合併症対策に至るまでの一連の過程において、総合的な視点に立ち慢性疾患の予防に資する必要がある。そのため、知識の一層の普及啓発や提供される保健医療サービスの質を高める努力を行うとともに、慢性疾患と向き合う患者を家族、医療機関、企業など、多種多様な関係者、関係機関が地域において主体的に関与することにより社会全体で支えていくことが求められている。国としても、それぞれの関係者の役割が明確になるような体系づくりなど、基盤となる環境の整備を強力に推進していくことが重要であることを示している。また、糖尿病など既存の施策の対象となっている慢性疾患は、その重症化や合併症により QOL（生活の質：Quality of Life）の低下や死亡につながることが多い。そのため、これらの疾患に対する効率的・効果的な啓発・普及活動を一層推進し、健診の受診率の向上に努めるとともに、関係医療機関等の連携をより一層促進させていくことが必要であると指摘されている。

慢性疾患の治療は、自己による努力と医療機関による医療管理及び指導が必要であり、それは、継続的、定期的、長期的に行われなければならない。

1.3. 日本の医療政策と医療制度

1.3.1. 医療保障制度における国民皆保険とフリーアクセス

日本では、1961年に国民皆保険制度が実施されており、全国民がいずれかの医療保険制度に強制加入することを原則としている。この制度は、一国の経済的自立と国民生活の安定を目指して策定された医療保障制度である。日本における医療保障制度には、傷病のリスクが生じたときに費用を保障する「保険制度（財源）」と医療を提供する施設や医療従事者の確保といった「医療サービスの供給体制」により構成される。わが国の制度では、前者は①国民皆保険、後者は①フリーアクセス⁸、②現物給付方式⁹として特徴づけられる（医療経営人材育成事業ワーキンググループ、2006）。

医療保障制度は大きく2種類に分かれており、ドイツ・フランス・オランダ、日本などにみられる社会保険方式と英国のNHS（National Health Service）にみられるような税方式がある（医療経営人材育成事業ワーキンググループ、2006）。アメリカはメディケア、メディケイドの公的制度があり、公的制度でカバーされない無保険者は、承認された民間の医療保険に加入する。このメディケアは、高齢者及び障害者向け公的医療保険制度であり、連邦政府が管轄している社会保障プログラムである。一方、メディケイドは民間の医療保険に加入できない低所得者・身体障害者に用意された公的医療制度である。

⁸ 基本的には、患者は受診する医療機関を自由に選ぶことができる。

⁹ 社会保険や公的扶助の給付のうち、医療の給付や施設の利用、対人サービスの提供など、金銭以外の方法で提供されるもの。

日本の患者は国民皆保険のもとであまり受診先や治療について選択をしてこなかった。そして、国民皆保険制度の充実など医療が優れていると評価されている日本のほうが、客観的には劣っている米国よりも患者満足度が低いといったことが起きている。これは、患者側が選択に関与しているのか否かという視点で考えられていることが指摘されている（真野俊樹，2017）。

1.3.2. 医療法

医療法は、昭和23年7月30日に法律第205号として制定され、病院、診療所、助産所の開設や管理、整備の方法などが定められている。第一章総則によると、第一条この法律は、医療を受ける者による医療に関する適切な選択を支援するために必要な事項、医療の安全を確保するために必要な事項、病院、診療所及び助産所の開設及び管理に関し必要な事項並びにこれらの施設の整備並びに医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携を推進するために必要な事項を定めること等により、医療を受ける者の利益の保護及び良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を図り、もって国民の健康の保持に寄与することを目的としている。第一条の二では、医療は、生命の尊重と個人の尊厳の保持を旨とし、医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療の担い手と医療を受ける者との信頼関係に基づき、及び医療を受ける者の心身の状況に応じて行われるとともに、その内容は、単に治療のみならず、疾病の予防のための措置及びリハビリテーションを含む良質かつ適切なものでなければならない。また、医療は国民自らの健康の保持増進のための努力を基礎として、医療を受ける者の意向を十分に尊重し、病院、診療所、介護老人保健施設、介護医療院、調剤を実施する薬局その他の医療を提供する施設（以下「医療提供施設」という）、医療を受ける者の居宅等（居宅その他厚生労働省令で定める場所をいう。以下同じ）において、医療提供施設の機能に応じ効率的に、かつ、福祉サービスその他の関連するサービスとの有機的な連携を図りつつ提供しなければならない（厚生労働省，1948）。と定められている。

保健医療サービスは、医師や看護師をはじめとする医療専門職（有資格者）を中心として提供される。医療保険制度における医療専門職の適正な量と質の確保は、社会保障制度維持の観点からも非常に重要である（医療経営人材育成事業ワーキンググループ，2006）。

以上に記された通り、医療は、生活や疾患の状況により、提供されるべき内容が変化する。この変化に柔軟に対応し、国民の生活を守るために、適切な医療サービスの提供が行われなければならない。

1.3.3. 広告規制

医業若しくは歯科医業又は病院若しくは診療所に関する広告については、患者等の利用者保護の観点から、医療法、その他の規定により制限されてきた。医療に関する広告は、①医療は人の生命・身体に関わるサービスであり、不当な広告により受け手側が誘引され、不適当なサービスを受けた場合の被害は、他の分野に比べ著しい。②医療は極めて専門性の高いサービスであり、広告の受け手はその文言から提供される実際のサービスの質について事前に判断することが非常に困難であること。などの患者等の利用者保護の観点から、限定的に認められた事項以外は、原則として広告が禁止されている（厚生労働省医政局総

務課，2018a)。

厚生労働省医政局は、医業若しくは歯科医業又は病院若しくは診療所に関する広告等に関する指針（医療広告ガイドライン）を公表し、具体例を含めて詳細を記している。この広告の定義とは、医療法第二章第二節「医業、歯科医業又は助産師の業務等の広告」の規定による規制の対象となる医療に関する広告の該当性について、次の①及び②のいずれの要件も満たす場合に、広告に該当するものと判断される。①患者の受診等を誘引する意図があること（誘引性）②医業若しくは歯科医業を提供する者の氏名若しくは名称又は病院若しくは診療所の名称が特定可能であること（特定性）。なお、①でいう「誘引性」は、広告に該当するか否かを判断する情報物の客体の利益を期待して誘引しているか否かにより判断することとし、例えば新聞記事は、特定の病院等を推薦している内容であったとしても、①でいう「誘引性」の要件を満たさないものとして取り扱うこと。ただし、当該病院等が自らのウェブサイト等に掲載する治療等の内容又は効果に関する体験談については広告に該当すること（その上で省令第一条の九第一号の規定に基づき禁止されること）。また、②でいう「特定性」については、複数の提供者又は医療機関を対象としている場合も該当するものであることが示されている（厚生労働省医政局総務課，2018a）。

近年、美容医療サービスに関する情報提供を契機として、消費者トラブルが発生していること等を踏まえ、広告規制の見直しを含む医療法等改正法が成立し、平成30年6月1日に施行された。この医療法改正により、広告規制の対象範囲が単なる「広告」から「広告その他の医療を受ける者を誘引するための手段としての表示」へと変更され、ウェブサイトによる情報提供も規制の対象となった。ただし、医療を受けるものによる適切な医療の選択が阻害されるおそれが少ない場合には、広告可能事項の限定を解除できることとされている（厚生労働省医政局総務課，2018b）。

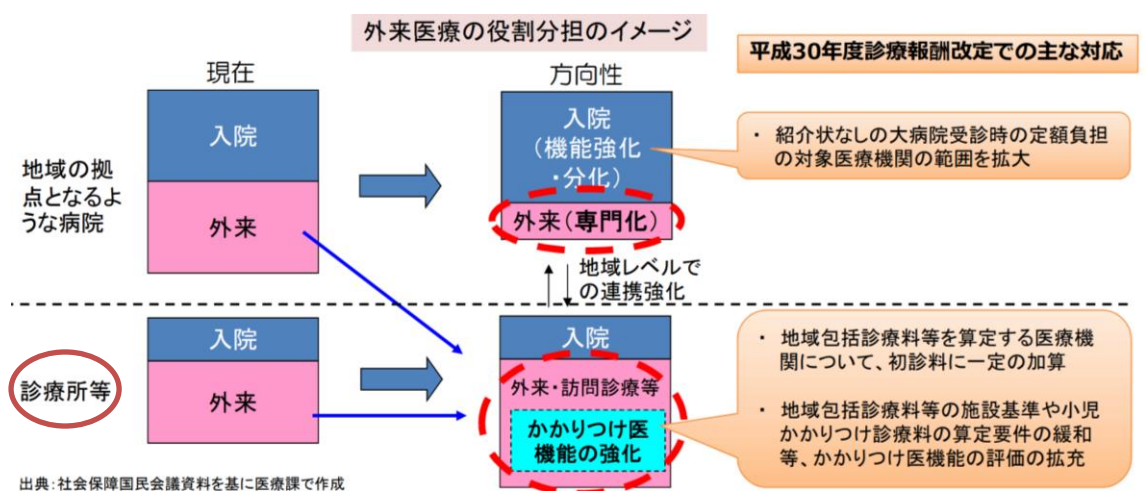
1.3.4. 診療報酬点数制度

日本は皆保険制度が適応されており、国民全てが公的保険制度により医療を提供されている。診療報酬制度においては、あらかじめ「保険医」の登録を行った医師が、「保険医療機関」の指定を受けた医療機関において、保険適用の診療行為をした場合、提供された診療行為ごとに定められた点数を積み上げた合計点数で計算された報酬が支払われる。各行為の診療報酬点数は、健康保険法上の告示である「診療報酬点数表」に基づいて計算されるため、医師または医療機関は、患者に対して提供した医療行為の点数の合計を1点=10円にて換算し、審査支払機関（社会保険診療報酬支払基金、または国民健康保険団体連合会）に請求書（レセプト）を提出し請求する（医療経営人材育成事業ワーキンググループ，2006）。患者は、算定された医療行為により計算された点数（金額）を各自の自己負担率により医療機関の窓口で支払いを行う。例えば、診療報酬は1,000点（10,000円）、自己負担率が3割の場合、患者は受診先の窓口で3,000円を支払う。残り7割は公的医療保険制度により保険者（健康保険事業の運営主体）に請求の上、医療機関に支払われる。保険調剤薬局も同様である。

診療報酬の点数は、2年に1度、時代に応じた点数改定が行われる。厚生労働省は、2018年に行われた診療報酬改定の背景として、急激な社会環境の変化とそれに伴うケアニーズの変化を挙げており、その1つは、感染症から生活習慣病を含めた慢性疾患の増加を示し

ている。改定では、地域包括ケアシステムの構築と医療機能分化、かかりつけ医の機能の評価について策定されている。

厚生労働省は、外来医療の今後の方向性について、第1に、新しい提供体制は、利用者である患者が大病院、重装備病院への選好を今の形で続けたままでは機能しない。第2に、フリーアクセスの基本は守りつつ、限りある医療資源を効率的に活用するという医療提供体制改革に即した観点からは、医療機関間の適切な役割分担を図るため、「緩やかなゲートキーパー機能¹⁰」の導入は必要である。第3に、大病院の外来は紹介患者を中心とし、一般的な外来受診は「かかりつけ医」に相談することを基本とするシステムの普及、定着は必須である。第4に、医療の提供を受ける患者の側に、大病院にすぐに行かなくとも、気軽に相談できるという安心感を与える医療体制の方が望ましい。この4点を指摘しており、図1-3に示す外来医療の役割分担をイメージし、制度改革をすすめている（厚生労働省保険局医療課，2018）。



出所) 厚生労働省保険局医療課

図 1-3 2018 年度診療報酬改定の概要（外来医療の今後の方向性）

2018年度の診療報酬改定では、医学管理等（主に診療上の指導や医学的管理を評価したもの）において、特定疾患療養管理料（月2回加算が可能）が設置されており、診療所は225点、許可病床100床未満病院は147点、許可病床200床未満病院は87点の加算が認められた（田辺三菱製薬，2018）。この加算は、生活習慣病等の慢性疾患について、プライマリ・ケア機能を担う、かかりつけ医師による計画的な療養上の管理を評価したものである。対象は診療所と許可病床200床未満の病院となっており、医療機関の規模が小さくなるほど高い点数が設定されている。算定対象は厚生労働大臣が定める疾患を主病とし、ここには、がん（悪性新生物）、糖尿病、高血圧性疾患、虚血性心疾患、脳血管疾患、などが

¹⁰ ゲートキーパー機能とは、サービスの入り口に立つ GP（General Practitioner）を指し、過度の医療化から患者を守る役目をさす。また、ゲートオープナー機能は、GPの業務である、適切な専門家を紹介する役割を示す（医学書院，2014）。通常は、かかりつけ医が患者の病状に応じて、施設・医師を紹介し適切な治療が受けられよう舵を取る機能を表す。

含まれている。

これらの改定を鑑みると、医療機関の役割分担はより明確になり、入院診療は病院が中心となり、外来診療における初期診療と慢性疾患などの医療管理は、診療所等により診療する方針が示されている。診療所はこれらの適切な対応を考え、体制を整える必要がある。

1.3.5. 医療機能の分化とかかりつけ医

医療機能の分化とは、医療の機能に見合った資源の効果的かつ効率的な配置を促し、急性期から回復期、慢性期まで患者が状態に見合った病床で、状態にふさわしい、より良質な医療サービスを受けられる体制を作ること示しており、上述した通り、厚生労働省は明確に役割が分化できるような医療政策を実施している。それに伴い、診療所などはかかりつけ医として、地域住民の日常的な医療管理の実施が求められている。

日本医師会による「医療提供体制のあり方」に関する四病院団体協議会合同提言によると、かかりつけ医とは、なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要なときには専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師であると定義している。そして、かかりつけ医は、患者のもっとも身近で頼りになる医師として、自ら積極的にその機能を果たしていく必要があることを示唆している。

かかりつけ医機能については、第1にかかりつけ医は日常行う診療において、患者の生活背景を把握し、適切な診療及び保健指導を行い、自己性を超えて診療や指導をおこなえない場合には地域の医師、医療機関等と協力して解決策を提供する。第2にかかりつけ医は自己の診療時間外も患者にとって最善の医療が継続されるよう、地域の医師、医療機関等と必要な情報を共有し、お互いに協力して休日や夜間も患者に対応できる体制を構築する。第3にかかりつけ医は、日常行う診療の他に、地域住民との信頼関係を構築し、健康相談、健診・がん検診、母子保健、学校保健、産業保健、地域保健等の地域における医療を取り巻く社会的活動、行政活動に積極的に参加するとともに、保健・介護・福祉関係者との連携を行う。また、地域の高齢者が少しでも長く地域で生活できるよう在宅医療を推進する。第4に患者や家族に対して、医療に関する適切かつわかりやすい情報の提供を行う事が示されている。かかりつけ制度は医療機関での医師だけではなく、いまや保険調剤薬局の薬剤師にも適用されており、地域の住民の健康を守るため、制度化が進んでいる。

1.3.6. 医療機能を評価する取り組み

医療機関が適切に運営を行い、医療の質の向上を保つためには、第三者機関による評価が必要であることが指摘されている。近年では、厚生労働省による医療の質の評価・公表等推進事業が実施されており、国民の関心の高い特定の医療分野について、医療の質の評価・公表等を実施し、その結果を踏まえた、分析・改善策の検討を行うことで、医療の質の向上及び質の情報の公表を推進することを目的として、事業を行っている。公益財団法人日本医療機能評価機構は、国民の健康と福祉の向上に寄与することを目的とし、中立的・科学的な第三者機関として医療の質の向上と信頼できる医療の確保に関する事業を行う公益財団法人として1995年より活動している(公益財団法人日本医療機能評価機構, 2017)。

表 1-2 に示す日本機能評価機構による評価項目一覧（一般病院 1）では、国民が安全で安心な医療が受けられるよう、4 つの評価対象領域から構成される評価項目を用いて、病院組織全体の運営管理及び提供される医療について評価している。

表 1-2 日本機能評価機構による評価項目一覧（一般病院 1）

1 領域 患者中心の医療の推進	2 領域 良質な医療の実践 1
①患者の意思を尊重した医療 ②地域への情報発信と連携 ③患者の安全確保に向けた取組 ④医療関連感染制御に向けた取組 ⑤継続的質改善のための取組 ⑥療養環境の整備と利便性	①診療・ケアにおける質と安全の確保 ②チーム医療による診療・ケアの実践
3 領域 良質な医療の実践 2	4 領域 理念達成に向けた組織運営
①良質な医療を構成する機能1 ②良質な医療を構成する機能2	①病院組織の運営と管理者・幹部のリーダーシップ ②人事・労務管理 ③教育・研修 ④経営管理 ⑤施設・設備管理 ⑥病院の危機管理

一般病院1 <3rdG:Ver.2.0>

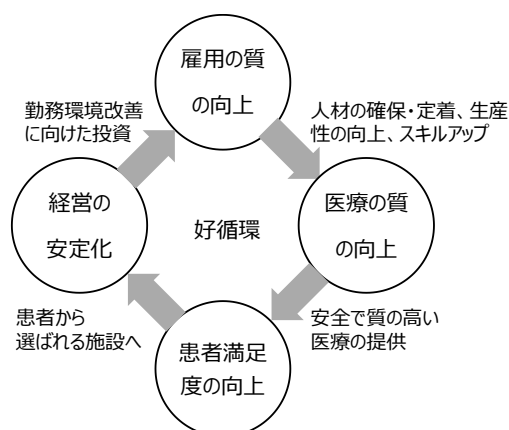
出所) 日本医療機能機構病院機能評価機構（2017）機能種別版評価項目

日本の医療政策と医療制度に示した通り、現在の医療においては、医療法を考慮した適切な医療サービスの提供が重要である。この医療サービスは、生活や疾患の状況により、提供されるべき内容が変化する必要がある。この変化に柔軟に対応し、国民の生活を守るためには、疾患による患者の特性を理解することが不可欠である。また、診療報酬改定から伺えるが、外来医療の役割分担が示され、診療所の外来診療では、かかりつけ医機能を強化するため、患者の医療管理を適切に行うことが求められている。つまり、患者の継続受診行動を適切に行い、重症化することを防ぐことが、医療サービスの 1 つといえる。患者への医療サービス提供では、医療機関自体を評価し、特に第三者による客観的な評価が必要であるものの、機能評価は病院を対象としており、診療所独自の評価基準の提示や症例による検証が急務である。

1.3.7. 医療法改定と医療機関の勤務環境改善の好循環サイクル

厚生労働省では、平成 26 年 10 月の医療法改正により、医療法第三十条の十四の規定に基づき、医療勤務環境改善マネジメントシステムに関する指針を定めて適用している。この医療法改正では、病院又は診療所の管理者は、当該病院又は診療所に勤務する医療従事者の勤務環境の改善その他の医療従事者の確保に資する措置を努力するよう講じなければならないことが記述されている。医療勤務環境マネジメントシステムでは、図 1-4 の医療機関の勤務環境改善の好循環サイクルに示す通り、雇用の質向上により、人材の確保・定

着、生産性の向上、スキルアップがおこなわれ、医療の質が向上する。安全で質の高い医療の提供により、患者満足度が向上する。満足度向上により、患者から選ばれる施設に変換でき、その結果、経営の安定化が図れるとし、好循環サイクルが期待できることを示唆している。具体的な勤務環境改善のシステムは、ツールを使い、現状分析を行い、対策立案の上、アクションプランシートをつくり、PDCAをまわしていく取組みである（厚生労働省医政局医療経営支援課，2014）。



出所) 厚生労働省医政局医療経営支援課（2014）医療勤務環境改善の意義
 図 1-4 医療機関の勤務環境改善の好循環サイクル

したがって、医療機関は、病院・診療所に関わらず、業務の改善と人材のスキルアップに取り組む、患者に安全で質の高い医療を提供する。その結果、患者の満足度は向上し、患者から選ばれ続ける施設になり、最終的には、経営の安定化が図れることになる。実現には、患者の視点で考えたコミュニケーションや医療マーケティングの理解が必要であり、これらの検討は、日本の保健医療を支えるための重要な課題である。

1.4. 医療機関と医療費の現状

1.4.1. 診療所の増加

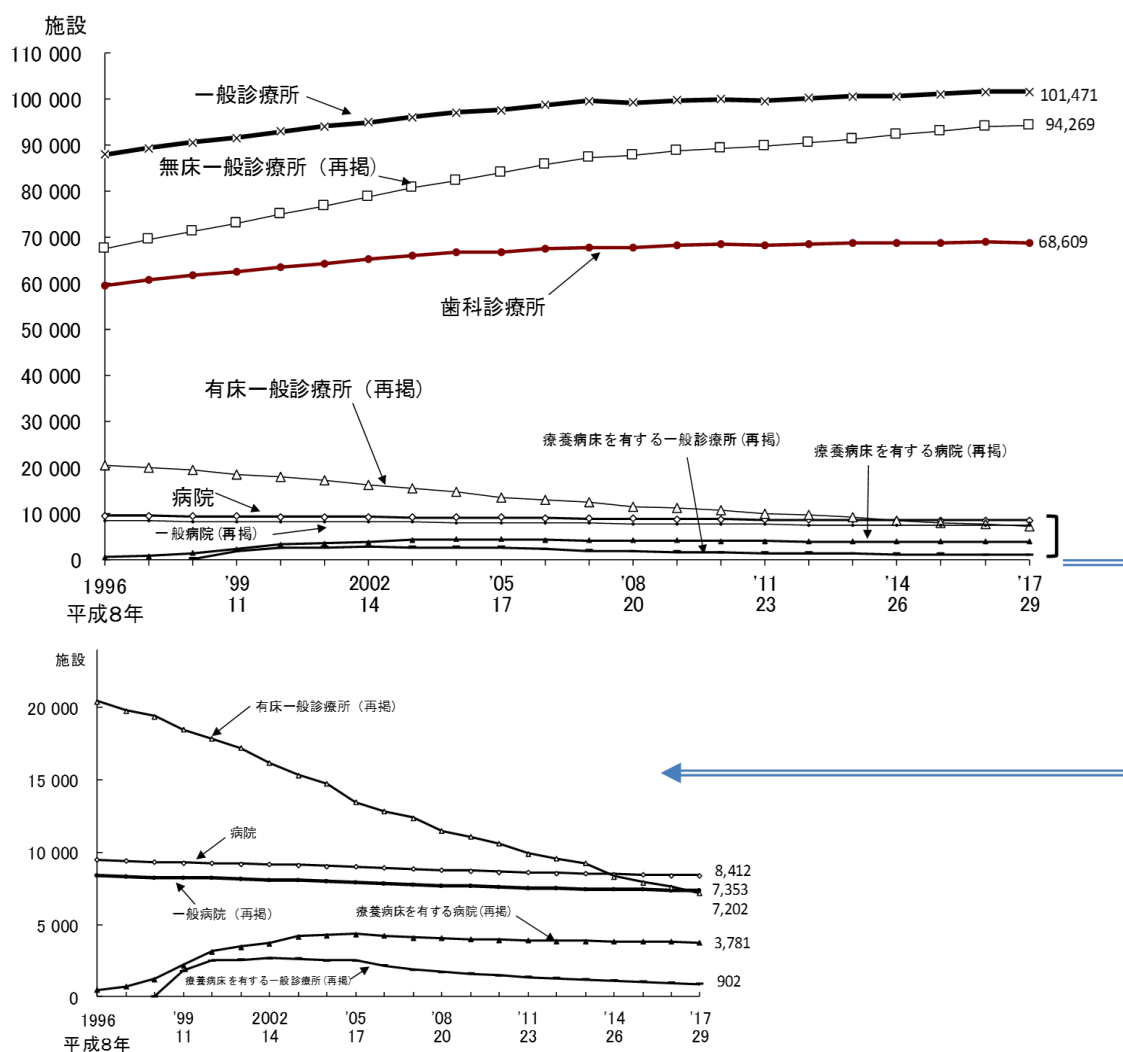
先に、表 1-3 に施設の種別別にみた施設数の年次推移と図 1-5 に医療施設数の年次推移をグラフで示す。

表 1-3 施設の種別別にみた施設数の年次推移

	各年10月1日現在								
	平成8年 (1996)	11年 (’99)	14年 (2002)	17年 (’05)	20年 (’08)	23年 (’11)	26年 (’14)	28年 (’16)	29年 (’17)
総数	156 756	163 270	169 079	173 200	175 656	176 308	177 546	178 911	178 492
病院	9 490	9 286	9 187	9 026	8 794	8 605	8 493	8 442	8 412
一般病院(再掲)	8 421	8 222	8 116	7 952	7 714	7 528	7 426	7 380	7 353
一般診療所	87 909	91 500	94 819	97 442	99 083	99 547	100 461	101 529	101 471
有床(再掲)	20 452	18 487	16 178	13 477	11 500	9 934	8 355	7 629	7 202
無床(再掲)	67 457	73 013	78 641	83 965	87 583	89 613	92 106	93 900	94 269

出所) 厚生労働省政策統括官付参事官付保健統計室（2018a）
 平成 29 年医療施設（静態・動態）調査・病院報告

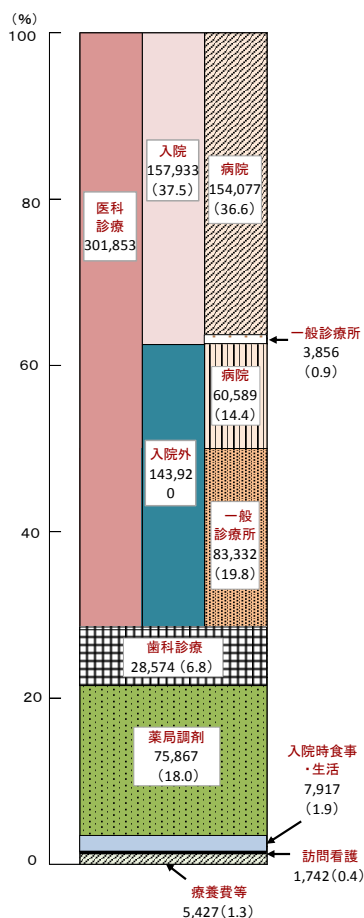
日本の医療施設は、平成 29 年度において 17 万 8,492 施設あり、対前年比 419 施設が減少している。その内、病院は 8,412 施設で、前年に比べ 27 施設減少している。一般診療所も全体では、対前年比で 58 施設が減少している。しかしながら、無床診療所は増加し続けており、単年度で 369 施設が増加し、20 年から比べると 6,686 施設が増加しており、入院施設を持たない、外来診療のみの無床診療所の市場が成長している。これは、前述した通り、慢性疾患患者の増加と国の政策によるかかりつけ医の推進を受けて、増加していることが伺える。



出所) 厚生労働省政策統括官付参事官付保健統計室 (2018a)
平成 29 年医療施設 (静態・動態) 調査・病院報告
図 1-5 医療施設数の年次推移

1.4.2. 日本の国民医療費の構造と診療種別国民医療費

まずは、図 1-6 に国民医療費の構造、表 1-4 に診療種別国民医療費を示す。



- * 国民医療費総額 42 兆 1,381 億円
- * 人口一人当たり国民医療費 332,000 円
- * 括弧なし数値は推計額 (単位: 億円)
- * 括弧内の数値は構成割合 (単位: %)

出所) 厚生労働省政策統括官付
参事官付保健統計室(2018b)
平成 28 年度国民医療費概況

図 1-6 国民医療費の構造 (2016年)

表 1-4 診療種別国民医療費 (2016年)

診療種類	国民医療費 (億円)	構成割合 (%)
総	421 381	100.0
医科診療医療費	301 853	71.6
入院医療費	157 933	37.5
病院	154 077	36.6
一般診療所	3 856	0.9
入院外医療費	143 920	34.2
病院	60 589	14.4
一般診療所	83 332	19.8
歯科診療医療費	28 574	6.8
薬局調剤医療費	75 867	18.0
入院時食事・生活医療費	7 917	1.9
訪問看護医療費	1 742	0.4
療養費等	5 427	1.3

出所) 厚生労働省政策統括官付参事官付保健統計室 (2018b)
平成 28 年度国民医療費概況

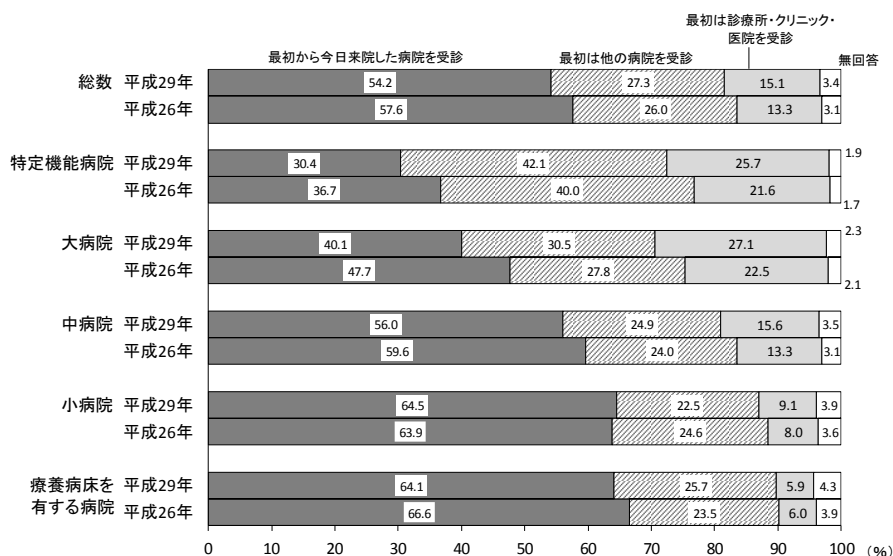
国民の医療費総額は、2016年において42兆1,381億円であり、外来診療を含める入院外医療費は14兆3,920億円であった。その内一般診療所は8兆3,332億円であり、入院外医療費の57.9%と高い比率を占めている。

なお、医療費の42兆円に加え介護費は10兆円を超えており、公的保険による医療・介護費は併せて52兆円を上回る。経済産業省の調べによる自動車製造業の製品出荷額は53兆3,101億円であり、公的保険だけを比較しても規模は近づいており、ヘルスケア全体で考えるとその市場規模の大きさが伺える。

1.4.3. ドクターショッピングの現状

治療の結果が患者の期待に添えない、医師の対応に不満があるなどの場合、ドクターショッピング行動をとる傾向が伺える。不妊治療の患者560人を対象とした調査では、転院経験者は343人で61.3%をしめる。検討したことがある患者は34人(6.1%)、現在検討中の56人(10.0%)を含めると、77.4%である433人が転院した(したい)ことになる。転院の具体的な理由は、第1位に妊娠しなかったから、第2位に医師の対応がよくなかったから、第3位にやっていない治療を受けたかったからであった(松本亜樹子, 2014)。季節性アレルギー性鼻炎の症状の患者2,702名へのドクターショッピング行動に関する調査では、別の耳鼻科からの受診先変更者は41.3%、別の内科から受診先変更者は15.2%であり、56.4%が転院を経験している結果であった(株式会社QLife, 2017)。不妊治療では、妊娠しない=期待通りの結果が得られない、季節性アレルギー性鼻炎では、特に花粉症シーズンの困難さが改善されず処方薬に不満がある=期待通りの結果が得られないなど、患者の期待不一致が転院の最大の理由であり、いずれも多くの患者がドクターショッピング行動をおこなっている。厚生労働省の平成29年受療行動調査によると、図1-7に示す通り、病院の外来患者の最初の受診場所の報告では、42.7%が最初は他の病院や診療所を受診しており、現在は転院先で治療を受けていることが報告されている(厚生労働省政策統括官付参事官付保健統計室, 2019b)。なお、通常、例えば特定機能病院や大病院の場合、以前通院した経験があっても、新しい病気にかかり受診する時は、まず医療機関からの紹介が必要となる。この調査では、なぜ最初から特定機能病院に通院していたのか、どのようなプロセスで他病院から転院したのか特定はできず、自己都合での転院か紹介による転院かが不明である。しかし、いずれも多くの患者が病院をスイッチしている現状が伺える。

ドクターショッピング行動は、患者にとり一部ではメリットをもたらす(Andylin et al., 2018)。しかしながら、前述した通り、社会的問題や経営的問題、患者の不利益などのデメリットは大きく、医療提供者と患者に大きな損失をもたらす。この損失を回避するためには、患者への継続受診の推進が不可欠である。

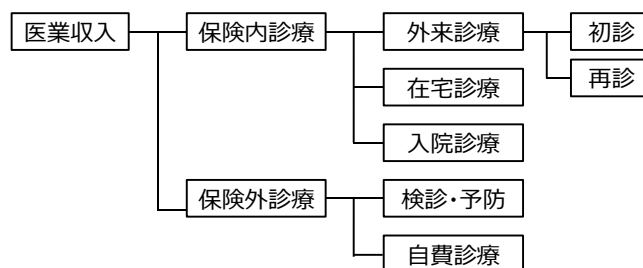


出所) 厚生労働省政策統括官付参事官付保健統計室 (2019b) 平成 29 年受療行動調査
 図 1-7 病院の種類別にみた外来患者の最初の受診場所

1.4.4. 医療機関経営の安定

医療機関における経営の安定は、患者への適切な医療サービス提供に欠かせない。図 1-8 に示す通り、医業収入は、保険内診療では外来診療と入院診療があり、保険外診療では検診・予防と自費診療に区分される。

保険内診療において、規模により異なるが、病院は入院診療に重きが置かれており、診療所の場合は、外来診療が中心となる。外来診療では、初回受診である初診と継続受診である再診にわかれており、患者数を増やす場合、新しい患者である新患を増やすことが重要であるが、継続的に通院してくれる再診の患者が重要であり、いかに多くの患者に定着してもらうかは、医療収入に直結する。



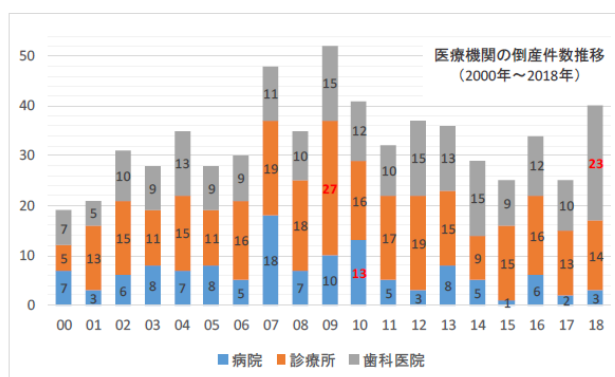
出所) 筆者作成

図 1-8 医業収入の区分

医療経営において、病院と診療所では、設置基準の内容が異なる。より良い医療サービスの提供を講じる場合、病院運営では、前述した病院機能評価機構による第三者評価の内容などを基準として検討することが可能である。また、病院にとっては、厚生労働省による調査や研究が多くあり、マネジメントの参考になるものの、診療所に関する研究や調査は少なく、課題が残る。

厚生労働省は医療経済実態調査として、病院、一般診療所、歯科診療所及び保険薬局における医業経営等の実態を明らかにし、社会保険診療報酬に関する基礎資料を整備することを目的として調査を行っている。ここでは、一般診療所も対象となっており、全体の医療収益や給与、医薬品費等が報告された。最近では診療所のあり方が変化している。例えば、以前は医師1人と看護師で診療所を運営しているケースが多かった。しかし、最近では複数の医師が勤務していたり、複数科を標榜したりしている。また、リハビリテーションを提供するために理学療法士や作業療法士などの専門職や薬剤師、検査技師を採用するなど、大規模な診療所が多く設置されている。形態が変化する中でのマネジメントは、医師の経験や過去の理論では通用しない。したがって、最近の形態を踏まえ、疾患を分類した調査研究により、診療所のマーケティング・コミュニケーションを明確にする必要がある。

	倒産件数	2009年	52
2000年	19	2010年	41
2001年	21	2011年	32
2002年	31	2012年	37
2003年	28	2013年	36
2004年	35	2014年	29
2005年	28	2015年	25
2006年	30	2016年	34
2007年	48	2017年	25
2008年	35	2018年	40



出所) 帝国データバンク (2019) 医療機関の倒産動向調査 (2018年) より抜粋
 図 1-9 医療機関の倒産件数推移

帝国データバンクによる医療機関の倒産件数推移を図 1-9 に示す。医療機関の倒産動向調査 (2018年) によると、医療機関の倒産は前年比 60%増を記録している。歯科医院の倒産は、2000年以降最多を記録している。調査結果によると、2018年の医療機関 (病院・診療所・歯科医院) の倒産 (負債 1000万円以上、法的整理) は 40件 (病院 3件、診療所 14件、歯科医院 23件) であり、前年 (25件) 比で 15件増 (60.0%増) となった。2000年以降では、2009年 (52件)、2007年 (48件)、2010年 (41件) に次ぐ水準となり、40件に達したのは 2010年以降、8年ぶりであった。倒産した 40件の負債総額は 140億 3000万円 (病院 94億 8900万円、診療所 33億 9000万円、歯科医院 11億 5100万円) であった。倒産態様の内訳は、「破産」が 34件 (構成比 85.0%)、「民事再生法」が 6件であった (帝国データバンク, 2019)。

医療機関の倒産により一早く被害を受けるのは、通院する地域住民である。地方の病院が経営難により廃業を余儀なくされ、患者が行き場を失うケースは現実におこっている。患者に不利益を与えないためにも、医療機関の健全な経営が必要である。そのため、ドクターショッピング行動を減らし、継続受診 (再診) の維持率を高めることは重要なテーマの一つである。

1.5. まとめ

本論文の主題は、ドクターショッピング行動の解決策である継続受診行動のメカニズムを解明することである。診療所は市場の拡大と機能分化による役割の増加に伴い、新しいニーズに対応した患者とのコミュニケーションが求められている。そのため、特に診療所の慢性疾患患者に焦点を当て、継続受診行動を高めるための患者インサイトを実証的に分析し、診療所の医療マーケティングにおける適切なコミュニケーションを検討することを目的とする。

ドクターショッピング行動は、わが国の医療マーケティングにおける重要な課題のひとつである。解決策の継続受診行動の検討は、患者の定着を図り、経営の安定化につながる。このドクターショッピング行動の背景にある医療保険制度をはじめ、社会的問題、かかりつけ医機能の向上、医療費の削減や重症化予防などは、医療政策や医療関連法規、医学的問題に関連し、介入やコントロールが困難である。したがって、本論文では、患者の離脱を防ぎ、患者の定着を図り、医療経営の安定化を図ると同時に、患者の不利益をなくすことに焦点を置き、患者の意思決定メカニズムや患者満足の視点で継続受診行動を検討する。

本論文で取り扱う医療マーケティングについては、患者への情報提供や診療所と患者との対人コミュニケーションとクチコミ等など患者への心理的要因を中心に探ることとする。

次章では、本論文の目的である継続受診行動の要因とメカニズムを明らかにするために、医療における意思決定理論に関する研究とドクターショッピング行動に注目し、患者のインサイトを探るための先行研究をレビューする。

本章では、継続受診行動の要因とメカニズムを明らかにするために、第1節では、医療における意思決定理論についてレビューする。続いて、第2節では、非継続受診行動である、ドクターショッピング行動研究について整理する。

2.1. 医療に関する意思決定理論の先行研究

医療においては、医師だけではなく、患者も治療方針を選択する必要があると、多くの意思決定がおこなわれている。例えば、患者や患者の代理人は、医師の治療案を受け入れるかを決定しなければならない(菊池学, 都築誉史, 2013)。また、受診先についてどこで治療を受けるのかなど選択は多い。これらの先行研究を概観し課題を述べる。

2.1.1. 患者の医療機関選択に関する先行研究

医療機関選択の研究は、病院選択を対象としたものが多くを占める。その理由は、医療制度に関係する。日本では、自由に医療機関を選択し受診できるフリーアクセス制が採用されている。そのため、患者は、軽度の病気でも高度な検査や治療を求めて病院の受診を望むケースが多く、病院本来の機能が阻害される一因となっている。そのひとつには、病院外来での待ち時間の増加があり、外来患者への心身の負担に影響を与えていることから、厚生労働省は問題解決を模索している(杉澤秀博, 西三郎, 1995)。一方、海外は医療システムが異なっており、例えば、英国のNHS (National Health Service) では、「かかりつけ医」であるGP (General Practitioner) の紹介なしで病院を受診することはできない。したがって、日本と海外では患者の受診行動に違いがあり(山本克也, 2002)、研究の単純な引用には課題を残す。

杉澤, 西(1995)は、医療機関選択を探るため被験者1,326名によるアンケート調査を行っている。慢性疾患の患者を対象に、初診時と治療時の医療機関選択行動を把握した。その結果、慢性疾患の治療では、自宅近くに診療所と病院がある場合と診療所のみがある場合では、診療所を選択する傾向がみられた。一方、健康度の自己評価が低い者、診療所が近くにない者、非就労者は、病院を選択する割合が高かった。これは、病気が重いと自己判断をした患者は、万が一のことを考えて病院を選択していることが推測された。また、初診の場合、最新の治療技術に関心があることが病院選択と有意な関係が指摘された。

高齢者が大病院を選択する要因解明の研究では、2,447名を対象とした調査が行われた。その結果、多くの病気を持つ場合、高齢者はどんな病気やケガでも大病院を選択する傾向が有意に示された。これは、受診の利便性を考えて、病気ごとに医療機関を変更するリスクを軽減することが目的だと考えられる。また、急激に症状が悪化することへの不安から、高齢者は高度な診断機能が整った大病院を選択することが推測された。さらに、かかりつけ医がいない場合、及び、徒歩圏に大病院はあるが診療所がない場合では、高齢者はどんな病気やケガの時でも大病院を選択することが明らかになった(杉澤秀博ほか, 2000)。

中島(1998)は、患者が長い待ち時間にもかかわらず、大病院へ行く行動について、不確実な状況における患者の病院選択行動としてゲーム理論を用いて説明した。その結果、患者は、重症化する可能性の大小がわからないことと、小規模医療機関が必ずしも患者に

とって最適な行動をとらない可能性があるため、長時間待たなければならない大病院へ行くことを選択する。また、待ち時間の機会費用が大きくなる時は、小規模医療機関を選択するようになることを報告している。

現在、厚生労働省は、病院集中の抑制策として、病院と診療所の機能分化を図っている。例えば、500床以上の大病院の場合、紹介状のない初診患者には、多額の定額負担金を義務付けるなど、様々な対策が推進されている。この政策は徐々に浸透しており、大病院への偏重は軽減されている。長期的定期的受診が必要な慢性疾患患者の増加、医療政策の両面から考えても、受診先選択の傾向は変化しており、診療所はますます重要視されている。しかしながら、医療機関選択に関する研究対象の多くは病院であり、診療所研究は僅かである。最新の制度下における現状を捉えた診療所研究が求められる。

2.1.2. 患者の治療選択に関する意思決定の先行研究

生活習慣病とは、不健康な生活習慣によりおこる病気とされており、セルフコントロールが影響している事は周知されている。このセルフコントロールには注意と努力が必要であり、思考や行動のコントロールは熟考的思考の任務であることが指摘されている (Kahneman D, 2011/2014)。つまり、セルフコントロールができないことが原因で病気になる人は、直観的思考が強いことが推測される。この直観的思考では予測的判断が行われるが、この予測には二通りある。第一は、長年の経験で培われたスキルや専門知識に基づく直観である。第二の直観は、解くべき難しい質問を簡単な質問で置き換えるヒューリスティクスの働きによる。ヒューリスティクスに頼ると答えには予測可能なバイアス (系統的なエラー) がかかる (Kahneman D, 2011/2014)。そのため、例えば、糖分を控える必要がある場合でも食べてしまうなどの誤った意思決定がおり、それが原因で病気が悪化する場合がある。実際に、患者は性急性や選好の逆転などの認知バイアスの影響を受けながら治療を受けていることが明らかになっている。それを裏付ける実証研究を以下に示す。なお、性急性とは、我慢ができずに現在の利益を性急に求める性質を持つことであり、選好の逆転とは、例えば、肥満者は将来の健康よりも現在の嗜好を優先してしまうなど時間選好率が高いことを指す (辻ほか, 2016)。

辻ほか (2016) は、2型糖尿病患者 147名を対象に食行動特性及び認知バイアスの指標を用いたアンケート調査を実施し、生活習慣や臨床的管理指標と認知バイアスの関係を検討した。その結果、性急性が高い患者は、我慢できずにせっかちであり、現在の利益を性急に求める性格であり、将来の不利益を大きく割り引いて考えた。すなわち、目前の食欲の方を将来の健康より優先させる傾向があることが主張された。また、選好の逆転の傾向が強い患者は目移りしやすく、食事制限方法なども1つの方法を根気強くせず、目新しい方法に変更してしまうことから食事療法が十分にできずに BMI (肥満度) の増加につながることが明らかになった。

平原, 山岸 (2011) は、乳がん患者の治療に関わるリスク認知 (治療の成否や副作用の発生などへの見込み意識) への楽観性を構造的・定量的に記述し、それが初発・再発という闘病ステージでどのような差異を生じているのかについて100名の乳がん患者に対して調査票により確認し検討した。その結果、再発乳がん患者全体の治療リスク楽観度は下がりなかった。考察によると、Iyenger and Lepper (2000) が提唱する「Choice overload

(選択肢の過多が選択の質及び満足度の低下に繋がる現象)」を想起させている。再発体験は大きなショックではあるが、「まだ私には奥の手がある」という強い期待感が「心の支え」となり、強い副作用の可能性を示唆されてもなお、総合的な治療リスクへの楽観度が高く維持されていた。このプラス面のみ注目した期待の1つとして、日進月歩で進化する乳がん治療の朗報は、「将来の切り札」としての漠然とした患者認知に作用し、全体として再発乳がん患者の治療リスク楽観度を維持していることが指摘されている。

尾沼ほか(2004)は、乳がん患者10名を対象としてインタビューを実施した。治療の意思決定プロセスの全容とそのプロセスに影響する要因を明らかにし、治療に関する意思決定を構造化した。その結果、意思決定プロセスでは、患者は病状の認知を確立した後に、治療の不確実性を認知し、その後治療の決定を行うプロセスを踏んでいた。治療の決定は、術式を選択肢がない場合、生命を最優先にするために乳房切除術を受けることを了承した。一方、選択肢がある場合は、乳房温存術のリスクと乳房切除術に伴う結果を比較していた。したがって、温存術のリスクが大きいと認知すれば切除術を選択し、温存術のリスクが小さいと認知すれば乳房温存術を選択し、患者は葛藤を解消の上、治療を決定していた。また、情報を集めるほど不安が高まり、不安を低下させることができないことが指摘された。こうした悪循環を絶ち、患者が納得できる意思決定を可能にするためには、患者の感情や考えを聴き、患者の不安を緩和し、患者の不安を高める要因を突き止めることが重要であり、効果があることが示唆された。なお、昨今では、大多数の患者は治療の選択に積極的に関与することを好み、患者自身による選択は、治療効果を向上させることが明らかになっている(Shay and Lafata, 2015)。

以上、性急性や選好の逆転などの認知バイアスは、糖尿病患者のセルフコントロールに影響をおよぼす結果となった。再発乳がん患者全体の治療リスクの研究では、強い期待感、強い副作用の影響など総合的な治療リスクに対して楽観度を高く維持する要因となっていた。また、治療の不確実性の認知はその後の治療の決定に影響し、乳房切除については、温存術のリスクへの認知により術式を選択していた。

2.1.3. 医療に関する意思決定理論の先行研究のまとめと課題

第1に、医療機関選択に関する先行研究では、大病院思考に関する選択理由について、どのような状況下でも適切な治療を受けることを期待して、受診していることが明らかになった。病気が重いと自己判断をした患者は、万が一のことを考えて病院を選択していた。また、初診の場合、最新の治療技術に関心があることが病院選択と有意な関係が指摘された。高齢者を対象とした研究でも、多くの病気を持つ場合の受診の利便性を考えて、病気ごとに医療機関を変更するリスクを軽減したり、受診の利便性を考えて病院を選択したりしていた。また、急激に症状が悪化することへの不安から、高齢者は高度な診断機能が整った大病院を選択することが推察された。

これらは、患者の病気の認識や複数の病気を持っているかを確認し、病院選択との関係を探っており、高齢者の実状を考慮した調査だといえる。また、病気への認識と待ち時間と病院選択との関係を確認している。いずれも患者の病気への認識が病院選択に影響していることについて検討しており、医師や医療機関に対する患者の心理的な要因ではなく、患者自身の認識を検討している点は興味深い視点である。しかしながら、これらの調査は、

疾患が限定されていないため、治療プロセスがわからず患者の背景は不明である。したがって、患者の行動を理解するためには、疾患を特定し、病気による違いを明らかにした上での調査が望ましい。

第2に、患者の治療の意思決定に関する先行研究では、生活習慣や臨床的管理指標と急性や選好の逆転など、認知バイアスの関係が示された。また、強いプラス面にのみ注目した期待感「心の支え」となり、強い副作用の可能性を示唆されてもなお、総合的な治療リスクへの楽観度が高く維持されていた。治療の選択では、情報を集めるほど不安が高まり、不安を低下させることができないことが指摘された。

先行研究の対象疾患について、がんは治療の選択について患者が判断するケースが多く、また、糖尿病は患者のセルフコントロールが疾患に影響することからか、糖尿病やがんが大半を占める。患者のセルフコントロールや認知バイアスなど、心理的側面と治療選択を検討している点は、治療選択に関する意思決定の詳細を理解するために有効な手立てであると考えられる。しかし、患者の多くを占める生活習慣病を含む慢性疾患を網羅した研究は少なく、また、患者の特性を疾患や思考スタイルの視点で捉え、情報処理を考慮した研究は見当たらない。診療所の最大の顧客は、生活習慣病を含む慢性疾患を有する患者である。この患者の行動を把握することは、患者とのコミュニケーションを理解し、医療サービスを提供するために、有効な手立てといえる。特に、思考スタイルの視点で患者個人の特性を捉えることは、意思決定における情報処理を理解することにつながり、訴求方法や情報提供の検討に有益である。そのため、今後のマーケットを考慮すると課題を残す。

田中（2008）は意思決定プロセスについて、消費者の意思決定は「問題解決」の行為であるとみなしている。つまり、消費者の意思決定は目標に導かれ、問題を解決する過程であると考えられることができることを主張している。患者は、症状の改善や完治が最短で達成でき、抱える問題を解決するために意思決定をおこなっているが、場合によっては、認知バイアスにより合理的な意思決定ができないことも報告されている。受診先選択や継続受診行動においても、合理的な意思決定ができないことが考えられることから、継続受診行動と情報処理の関係を探る必要がある。

2.2. ドクターショッピング行動に関する先行研究

2.2.1. ドクターショッピング行動の定義と特徴

本論文におけるドクターショッピング行動の定義は、「同一の病気の治療において医師の紹介なしに患者の自己都合により医師を複数交代し、転院による継続受診の中断や重複診療をする行為」と定めるが、ドクターショッピング行動の定義は様々である。

例えば、Lo et al. (1994) は、同じ病気のエピソードで専門医による紹介なしに医師を交代することを定義づけている。kasteler et al. (1976)、Sato et al. (1995) は、ドクターショッピングとは、紹介なしで同じ病気のエピソードにおける同じ苦情に対して事前に2つ以上の医療施設を訪れている患者と定義し、Andylim et al. (2018) は3か所以上の医療提供者に相談していることを定義している。また、Ohira et al. (2012) は、大学病院を受診する前に、2人以上の医師に同じ主訴を訴え、その後紹介なしで受診する患者と定義づけている。Worley and Hall (2012) は、ドクターショッピングについて、複数の医療提供者から薬を受け取っている患者を説明するために使用される用語であり、医師を訪

問する患者だけではなく、薬を処方する複数の医療専門家にも適用されることを指摘している。さらに、精神疾患等との関連性を指摘する文献も多々ある。

ドクターショッピングのメリットは、患者により医療提供者が選択されるため、患者と医師とのより良い関係を促進することが可能となる。結果として、患者は満足や信頼を高め、服薬順守や治療への協力を与えることが指摘されている。デメリットは、診断や治療の遅延、健康資源の無駄、経済的負担の増加、繰り返される検査、医療機関を変えることによる薬の未使用があげられる。複数の治療と投薬による副作用も潜在的な問題である。さらに、治療の中断は、患者にとって病気の悪化をもたらし、結果的に多くの無駄な時間を費やす。同時に、医療機関では業務の非効率化が進み (Andylin et al., 2018)、患者の通院離脱による経営不振も考えられる。

2.2.2. ドクターショッピング行動の先行研究

Sato et al. (1955) は、大学病院の一般外来 1,088 名を対象にドクターショッピング行動のアンケート調査を行った。その結果、23%がドクターショッピングの基準を満していた。ドクターショッピング行動の顕著な特徴は、「病気の慢性」「医師の説明を理解できない」「医師の診断と治療への不信」であった。結論では、医師がケアを提供するにあたり、「正確な説明」「ドクターと患者の良好な関係の維持」が重要であることを指摘している。

Kasteler et al. (1976) は、ユタ州ソルトレイクシティの 576 家族 1897 人から、ドクターショッピングの要因に関する実証分析を行った。その結果、ドクターショッピングをしている家族は 43%であり、ドクターショッピング行動の要因は、「医師の能力に対する信頼の欠如」「医師の患者との嫌々ながらの話し」「医者に対する嫌悪感」「サービスの高コスト」「不便な場所」「医師の個人的な資質による不適切な態度」であった。結論として、ドクターショッピング行動は、第 1 に「医者と患者の不十分な関係」によりおこっていた。第 2 に、「構造的な問題 (長い待ち時間、高い手数料、医療施設の距離)」は、医療施設を利用する上での障壁となっていた。また、コストと利便性、医師による患者への好意的な態度がドクターショッピング行動を減少させていた。

Dimatteo et al. (1979) は、ニューヨーク市のコミュニティ教育病院の外来患者 164 名、入院患者 178 名へのドクターショッピングに関するインタビュー調査を実施した。ドクターショッピングの理由としては、「不十分な治療」「患者が医者に嫌われたと感じた場合」があげられた。「治療に費やされた時間の多さに不満がある場合」「患者に対して医師が興味を示していないと感じた場合」も、ドクターショッピング行動をおこしていた。患者に継続受診をしてもらうための重要な要素は、「患者を気に掛ける医師の気持ち」「医師が患者と関わった時間」「説明と傾聴」「必要な時にアクセスできること」であり、「医師が患者の病状に関する情報を提供する」ことも重要な要素であることが示された。

Andylin et al. (2018) は、マレーシアのケバンサン大学医療センターの皮膚科において、58 名女性と 46 名男性 (合計 104 名) の患者サンプルでドクターショッピングの実証研究を行った。その結果、40.4%がドクターショッピング経験者であった。要因として、「治癒、改善の欠如」「病気の悪化」「治療に対する不満」「患者が治療の選択肢を探るための医師による診断に関するカウンセリングの不足」が明らかになった。

2.2.3. ドクターショッピング行動の先行研究のまとめと課題

ドクターショッピング行動の要因は、第1に治療結果への不満が影響を与えていた、第2に「医者と患者の不十分な人間関係」が大きく、「医師の説明を理解できない」「診断に関するカウンセリングの不足」などが指摘された。物理的な問題としては、「長い待ち時間」「治療に費やされた時間」「医療施設の距離」があげられた。本質的な問題は、「治癒、改善の欠如や悪化」「診断や治療に対する不満」「病気の慢性」であった。

継続受診への要素は、「良好なドクターと患者の関係の維持」「医師による好意的な態度」「患者を気に掛ける医師の気持ち」「説明と傾聴」「医師が患者と関わった時間」「病状に関する情報を提供」であった。

これらは大学病院を対象としたものであり、診療所とは異なる可能性が高いものの、治療結果などの本質的な問題、医師との関係性や医師の患者に対する態度、わかりやすい説明、病状に関する情報提供など、医師と患者との関係や本質的な問題は診療所においても同様な要因であることが推測できる。また、診療所の場合は、自宅からの近さなどの利便性も重要視されることが考えられる。

先行研究の課題としては、調査の多くは大規模な病院が対象であり、調査対象者の該当疾患は、単科疾患もしくは一般外来患者など、疾患が限定されていないため、患者の背景や受診状況がわからず行動を推測することができない。また、慢性疾患を複数で捉えて比較した研究はなく、疾患に応じたドクターショッピング行動や継続受診の特徴が不明である。調査ではどの時点の意思決定について確認しているのか、継続受診の意思決定がどの時点で行われているのか不明であり、さらなる研究が求められる。

なお、今回、日本、米国、マレーシアの先行研究を報告しているが、各国の医療保険制度について参考までに概略を示す。英国の場合、国民保健サービス（NHS）によって、全ての住民に疾病予防やリハビリテーションを含めた包括的な医療サービスが、主として税財源により原則無料で提供されている。国民は、救急医療の場合を除き、あらかじめ登録した一般家庭医（GP：General Practitioner）の診察を受けた上で、必要に応じ、GPの紹介により病院の専門医を受診する仕組みとなっている（厚生労働省，2013）。そのため、基本的には、ドクターショッピング行動は行われない。マレーシアの場合、医療については、公的医療保険はないものの、政府予算の支出によりわずかな自己負担で公立病院・診療所を受診することが可能となっている（厚生労働省，2013）。米国の場合は、私的な保険に加入しているものの、医療費は高額であり、全ての治療が保険でカバーできるわけではない。高額な治療や薬は保険適用にならないことも多々ある。そのためか Kasteler et al. (1976)の研究では、コストが要因に含まれている。なお、各国により保険制度が異なるものの、ドクターショッピングの変数については、大きな差が見受けられないため、医療環境とドクターショッピング行動の要因など国別比較は行わなかった。しかし、コストはマーケティングにおいて重要な視点であることから、今後の課題としたい。

次章では、前述した問題意識と先行研究の課題を踏まえ、継続受診行動を明らかにするための実証研究を示す。

3.1. はじめに

いまや、毎日約140万人が国内の医療機関で外来診療を受けているが、外来診療の多くは、生活習慣病を含む慢性疾患患者が占めている。この患者に対する継続的な医療管理は、主に診療所が担っており、有効な医療サービスの提供が欠かせない(杉本ゆかり, 2018)。患者の継続受診行動は、医療機関の経営の安定を実現し、社会的コストの軽減、患者の不利益の減少のためにも不可欠である。継続受診行動を導くためには、患者の特徴にあわせたコミュニケーションが重要である。診療所にとって生活習慣病を含めた慢性疾患患者の患者のインサイトを探り、受診者の獲得や定着、継続受診に関する意思決定のメカニズムを明らかにすることは極めて重要な経営課題である。

本研究では、診療所に通院する生活習慣病を含めた慢性疾患患者の初回受診、ならびに継続受診における受診先選択の意思決定に影響をおよぼす要因とプロセスを明らかにする。そして、診療所選択の意思決定プロセスを構造化することを目的とする。研究にあたり、まずは小規模でのインタビュー調査を行い、仮説生成を行った。また、本研究では、グラウンデッド・セオリー・アプローチにより、意思決定プロセスの構造化を図った。

3.2. 医療機関選択に関する先行研究の課題

第2章で示した通り、日本における医療機関選択の研究は、病院選択を対象としたものが多くを占め、診療所の医療機関選択に関する理論は未開発である。海外ではプライマリ・ケア制度が確立されており、プライマリ・ケア医がゲートオープナーの役割を果たし、適切な医療機関を紹介している。しかし、日本ではフリーアクセス制により、患者自身が医療機関を選択できる。そのため、日本と海外では患者の受診行動に違いがあり(山本克也, 2002)、研究での単純な引用には課題を残す。日本における病院と診療所でも、対象疾患や診療の相違から意思決定が異なる可能性が考えられる。例えば、短期的で完治する疾患と長期的で定期的な受診が必要な生活習慣病を含む慢性疾患患者では意思決定が異なることが推測できる。したがって、状況を明確にした上での実証研究が必要である。

患者の意思決定研究では、認知バイアスは患者のセルフコントロールに影響を与えていたことが示された。しかしながら、対象疾患は糖尿病やがんであり、多くの患者が対象となる生活習慣病を含めた慢性疾患を対象にした研究はない。今後のマーケットの成長を踏まえると、慢性疾患を網羅した診療所の研究が求められる。

3.3. 研究方法

3.3.1. リサーチクエスション

本研究では、生活習慣病を含む慢性疾患患者の初回受診、ならびに継続受診における受診先選択の意思決定に影響をおよぼす要因と構造を明らかにするため、まずは、受診プロセスを検討する。患者は、体調変化により病気を疑った時、医療機関への受診を考える。その際、患者は症状を基に情報を集めて病気を想定し、熟考して受診先選択を行う。但し、患者の意思決定においては、専門性の高いサービスに生じる、情報の非対称性と期待の不確か性の影響が推測できる。情報の非対称性とは、例えば、患者と医師の持つ情報の格差

を示す。医学のように専門性が高い場合は、医師と患者の間に大きな知識の格差が生まれ、医師と患者では治療や結果に対する認識が異なる。また、期待の不明確性も発生することが考えられる。例えば、患者には病気の治癒や症状の軽減という期待がある。しかし、期待が明確なのは、良くなりたい、楽になりたいと思うところまでであり、具体的な治療プロセスや細かい内容は、専門性が高くてわからない。結果として、自分の身体状況や適切な治療を正しく理解することは困難である（島津望，2005）。一般的に自己の病気を症状で特定するのは難しい。その上、受診経験のない医療機関を正しく評価して選択することは困難である。そのため、患者は、家族や知人などの病気の経験者から病気を探り、同時に医療機関の情報を得る。もしくは、体調不良に気づいた家族が、経験による判断で受診をすすめる事がある。したがって、受診先選択では、身近な人の評判や推薦、紹介等が、患者の意思決定に影響を与えることが考えられる。

受診先選択の意思決定は、初回受診時だけとは限らない。生活習慣病を含む慢性疾患の場合は、長期的継続的に治療を続ける必要がある。継続的な通院においては、この医師で大丈夫なのか、もっと効果を期待して他の診療所に変えるべきかなど、患者は受診毎に選択を行っている。また、受診先選択において、初回時と継続時では情報処理が異なる。理由としては、受診前の病気が不明な状態と、病名が確定し治療が進む状況とでは、患者の求めるものが変化するためである。例えば、受診前の初回受診先選択において、患者は、病名は何か、治る病気なのかなど、病気に気持ちが集中する。一方、継続受診では、患者は、医師は私の体調や治療方法を把握しているのか、医師は信頼できるのかなど、医師との関係性などを考える。

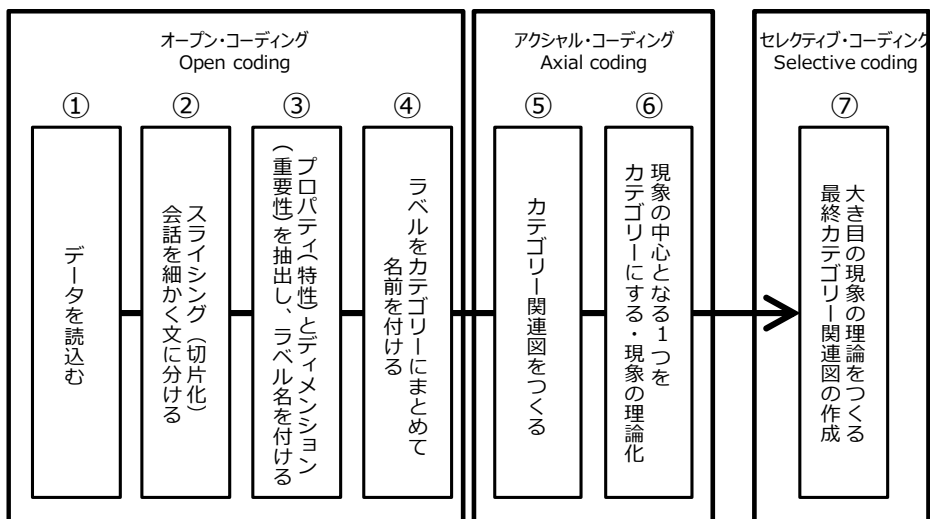
以上により、【リサーチクエスチョン 1】は、「初回受診先選択において、患者は、適切な診断と治療を考えて情報を収集し、条件を確認の上、身近な人の評価を判断材料として、合理的で熟考的な思考により意思決定を行う。【リサーチクエスチョン 2】は、「継続受診先選択において、患者は、医師への信頼や好き嫌いの感情、医師との関係性などの非合理的で直観的な思考により意思決定を行うと考え、初回受診時と継続時の意思決定について調査を行った。

なお、これら意思決定プロセスの構造の説明は、二系統の思考スタイルを援用する。Kahneman and Frederick (2002) は、意思決定プロセスの代表的理論である二系統の認知オペレーションについて、非合理的なシステム 1 は直観的 (Intuitive) であり、合理的なシステム 2 は熟考的 (Reflective) であることを示している。この直観的思考は、経験則的であり、感情的な情報処理が行われる。一方、熟考的思考は、分析的、規範的であり、論理的な情報処理が行われる。

3.3.2. 分析方法

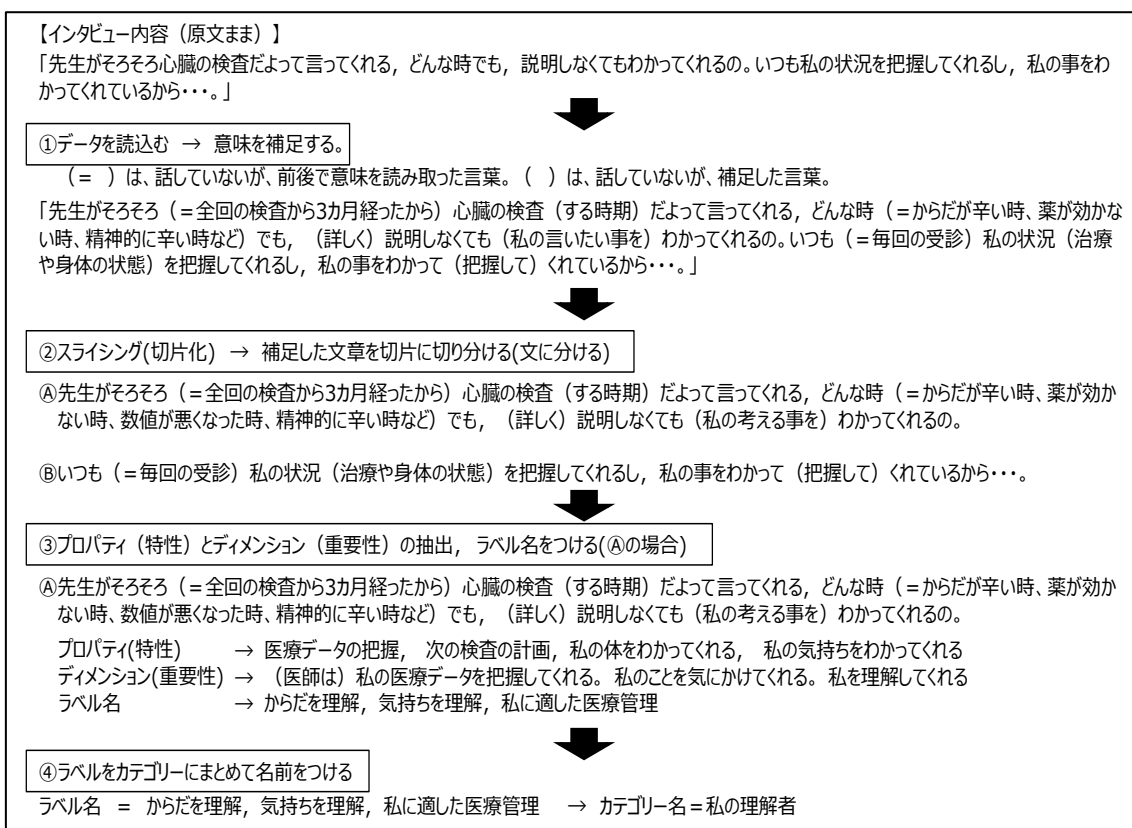
本研究の分析手法は、グラウンデッド・セオリー・アプローチ (Grounded Theory Approach、以下 GTA) を採用した。理由は、第一に、GTA を活用した研究は、人の内面調査に適しており、患者の視点から理論構築が可能であるため、患者を対象としたものが多い (Creswell & Poth, 2017)。第二に、分析プロセスは明確化されているため、質的研究にありがちな内容の漏れ、データの読み違いなどを防ぎ、分析者の力量による分析の差を回避できる (戈木クレイグヒル滋子, 2008)。以上により、患者の意思決定を探るのにあ

たり最適であると考えた。GTAは1967年 Glaser and Strauss が提唱し、社会学、心理学、看護学など各分野において、多くの研究者が採用している (Cutcliffe, 2000)。データ収集法は個人面接があげられる (Creswell & Poth, 2017)。図 3-1 に GTA の分析プロセスを示し、図 3-2 にオープン・コーディングの具体例を示す。



戈木 (2008) を参考に筆者作成

図 3-1 グラウンデッド・セオリー・アプローチ分析プロセス



出所：筆者作成

図 3-2 オープン・コーディングの具体例

『オープン・コーディング』(図 3-1、図 3-2 参照)は、まず、①データを読み込み、インタビューで表現された接続詞や副詞、代名詞や指示語が何を示すのかを補足する。次に、②スライシング(切片化)では文に切り分ける。③切り分けた文からプロパティ(Property: 特性)とディメンション(Dimension: 重要性)を抽出し、データに適したラベル名をつけ、④ラベルをまとめてカテゴリー名をつける。次に『アクシャル・コーディング』では、⑤カテゴリー同士を関連付け、カテゴリー関連図をつくり、⑥現象の理論をつくる。最後に『セレクトティブ・コーディング』では、⑦小さい現象をさらにカテゴリー同士で関連付け、変化の方向や影響の方向を確認し、最終カテゴリーの関連図をつくり構造化を行う。

GTA の活用事例として、がん患者による治療の意思決定に関する看護研究では、半構造化面接により 10 名のデータが取得され、GTA を活用して意思決定プロセスを捉えており、構造化を行っている(尾沼奈緒美ほか, 2004)。

3.4. 分析結果

3.4.1. 対象者の概要

対象の生活習慣病を含む慢性疾患は、高血圧症、糖尿病、高脂血症、心疾患、脳梗塞、リウマチ、慢性腰痛とする。これは、厚生労働省患者調査の上位疾患である。悪性新生物は疾患と治療の特殊性から対象外とした。また、一般診療所の外来患者数で上位の筋骨格系(リウマチ、慢性腰痛など)を含めた。

対象者の選定は、診療所に勤務する内科専門医、循環器内科専門医、神経内科専門医に調査協力を要請し、各専門医が担当する患者から選定した。患者の健康状態、認知状態を確認の上、調査期間の 2 週間前に外来受診した患者の中から医師が依頼し、承諾を得られた患者を対象とした。各専門医を通して依頼をした患者 10 名のうち、承諾した対象者は 9 名であった。面接は各 1 回実施し面接時間は平均 50 分であった。属性は、30 代から 80 代までの男女 9 名(内男性 2 名)であり、疾患は、高血圧症 2 名、心疾患 1 名、リウマチ 1 名、慢性腰痛 1 名、脳梗塞 2 名、高脂血症 1 名、糖尿病 1 名であった。患者は発症後、半年から 20 年が経過していた。

3.4.2. 調査方法

患者の視点から理論を構築することを目的とし、質的研究を試みた。データの収集は、患者の生活や経験を含めて話を聞き、反応により質問を発展させるために、非構造化面接とした(高木亜希子, 2011)。

調査は、2018 年 5 月 14 日から 26 日に実施した。面接は、患者の外来診療日以外でプライバシーの保てる落ち着いた状況の下で行い、了解を得た上で録音した。面接内容は、「現在治療している病気の治療のために、今の診療所を最初に選択した時の状況と理由」「現在、今の診療所に受診を続けている状況と理由」を確認した。対象者には、文書にて研究目的、研究方法、調査内容、プライバシー保護について説明し、研究参加の同意を得て実施した。

3.4.3. 分析結果

3.4.3.1. GTA によるラベルとカテゴリーの抽出

GTA を参考に、導き出したラベルとカテゴリー抽出の結果を表 3-1 に示す。「初回受診先選択」は、【①紹介・評判】【②物理的条件 1】のカテゴリー2 分類（ラベル 9 種）が抽出された。「継続受診先選択」は、【③私の理解者】【④感情】【⑤他者の評価】【⑥医師の人間性】【⑦コミュニケーション】【⑧問題の解決】【⑨物理的条件 2】【⑩医師への信頼】【⑪医師に任せる】のカテゴリー9 分類（ラベル 27 種）により構成された。

3.4.3.2. 初回受診先選択のカテゴリーと意思決定プロセス

初回受診先選択の意思決定では、全患者が症状から病気を明確にできず、不安を抱えながら受診先を探っていた（表 3-1 参照）。インタビューでは、病気を疑った時の状況や診療所選択の記憶は明確であった。初回受診先選択の意思決定プロセスは、2 種のカテゴリーに分類された。

第 1 カテゴリーの【①紹介・評判】は 3 つのラベルで構成された。親や知人からその症状ならこの医師に診てもらおうと良いと紹介されるなどの『家族・知人の紹介』、母親から設備が良いと聞いたなどの『家族・知人の評判』、祖母が通院していたなどの『家族の経験』が抽出された。知らない診療所には行けない、紹介が唯一の信頼材料など患者は身近な人の紹介を重視しており、初回受診先選択の意思決定では【①紹介・評判】が影響していた。

第 2 カテゴリーの【②物理的条件 1】は、6 つのラベルから構成された。複数診療科を持つ『規模』、CT、MRI などの検査が可能な『設備』、各領域の専門性の高い医師がいるなどの『専門性』、自宅や駅への『近さ』、祝祭日に診てもらえる『休日診療』、遅くまで診療している『遅い診療時間』が抽出された。

3.4.3.3. 継続受診先選択のカテゴリーと意思決定プロセス

表 3-1 にカテゴリーとラベルならびにデータの例示を示す。継続受診先選択は第 3 カテゴリーから第 11 カテゴリーの 9 種類に分類された。第 3 カテゴリーは、【③私の理解者】であり、5 つのラベルから構成された。全患者がコメントしていることから、重要な要素であることが伺えた。私のからだをわかってくれているなどの『からだを理解』、私の内情を知っている『気持ちを理解』、先生がそろそろ心臓の検査だよと言ってくれる、薬の調整をしてくれるなどの『私に適した医療管理』、『コントロールしてくれる』、『説明しなくてもわかってくれる』が抽出された。

第 4 カテゴリーは、【④感情】で、4 つのラベルで構成されていた。先生とは相性が合うなどの『相性の良さ』、安心して受診できる『安心感』、すごく心強いなどの『心強い』、先生はホッとするなどの『ホッとする』が抽出された。

第 5 カテゴリーは、【⑤他者の評価】であり、3 種ラベルから構成された。娘が近くの他の診療所に行ったけれどやっぱり他は違ったなどの『家族の評価』、偶然知人が勤めていて、通院中にその医師は良いと言われたなどの受診後の『知人の評価』、また、診察室から出てくる他の患者の顔をよく観察しており、みんないい顔をして診察室からでてくる。泣く子供はひとりもないなど『他の患者の反応を見た評価』が抽出された。

第 6 カテゴリーは、【⑥医師の人間性】で、3 ラベルから構成された。医師は患者と向き

合い、治そうという姿勢が感じられるなどの『姿勢』、病気や症状を決めつけないなどの『患者目線』、いつも自分を治療に向けてくれるなどの『患者を治療に導く』が抽出された。

表 3-1 カテゴリーとラベルならびにデータの例示

	カテゴリー	ラベル	データの例示部分
初回受診先選択	①紹介・評判	家族・知人の紹介 家族・知人の評判 家族の経験	親に〇〇で診てもらったらとすすめられた。紹介が信頼材料治療ならこと友人に言われた。 母から設備の良さを聞いた。親から先生の人柄を聞いた。 祖母が通っていた。娘が小さい頃お世話になった。
	②物理的条件 1	規模 設備 専門性 近さ 休日診療 遅い診療時間	他の科がある。色々な診療科がある。医師が複数いる。 CT, MRI があるから。なんでも検査ができるから。 内科って言っても専門がある。脳の専門の先生がいる。 自宅に近い。駅から近いから。通いやすい。 土日にやっている。 遅くまでやってくれるところがいい。
継続受診先選択	③私の理解者	からだを理解 気持ちを理解 私に適した医療管理 コントロールしてくれる 説明しなくてもわかってくれる	私の体をわかってきている。私の状況を把握している。 私のことを理解している。私の内情を知っている。 先生がそろそろ心臓の検査だよと言ってくれる。薬の調整。 全て先生が色々コントロールしてくれている。 説明しなくても私をわかっている。
	④感情	相性の良さ 安心感 心強い ホッとする	相性がある。相性が合う。 安心して受診できる。先生とはいい関係。人間ができていて、 いつも私を前向きにしてくれる。すごく心強い。 先生はホッとする。先生に診てもらおうとホッとする。
	⑤他者の評価	家族の評価 知人の評価 他の患者の反応を見た評価	娘が他に行っただけ違うかな。やっぱりこの先生がいい。 偶然知人が勤めていて、この先生が良いと言われた。 皆いい顔して診察室から出てくる。 泣く子供は 1 人もいない。診察室からいい会話が聞こえる
	⑥医師の人間性	姿勢 患者目線 患者を治療に導く	患者と向き合い何とか治そうという姿勢が肌で感じられる。 天狗じゃない。お高くない。 支援してもらっている。いつも自分を治療に向けてくれる。
	⑦コミュニケーション	話しやすさ	医師は話やすい。何でも聞ける。気さくに接してくれる。
	⑧問題の解決	病状の改善 納得の治療 医師の技量 病気の発見	同年代の人と同じ生活をさせてもらっている。先生のおかげ 説明はよくわかる。疑問を解決してくれる。病名を明確に教えてくれる。データでわかりやすく説明してくれる。 先生にかかったら治った。だまって座ればピタリと治る。 あれだけの腕がある先生ならいい。 脳梗塞を早期に見つけてくれた。 副作用をすぐ見つけてくれた。
	⑨物理的条件 2	近さ 規模 設備 利便性	自宅に近い。 他の診療科がある。診療所だけ大きい。 CT, MRI とか設備がある。リハビリやマッサージがある。 診察の帰りに隣のスーパーによれて便利。通いやすい。
	⑩医師への信頼	医師への信頼	先生を信頼している。信用したら離れない。 信頼できる人に出会えたからそれでいい。
	⑪医師に任せる	指示に従う 他の医師ではダメ	みんなお任せ。言われた通りにする。自分の判断はしない。 何時間でも待つ。遠くて待つのを差っ引いてもこの先生。

第7カテゴリーは、【⑦コミュニケーション】でラベルは1つであり、話しやすい、なんでも聞ける、気さくに話してくれるなど『話しやすさ』が抽出された。

第8カテゴリーは、【⑧問題の解決】であり、4つのラベルがまとめられた。これは全患者のコメントから、根本解決の重要性が伺えた。重篤な病気だが普通の年代の人と同じ生活をさせてもらっているなどの『病状の改善』、先生の説明はよくわかり納得できる、疑問を解決、病名を明確に説明、データによるわかりやすい説明などの『納得の治療』、先生にかかったら治ったなどの『医師の技量』、重篤な病気を早期に発見してくれたなどの『病気の発見』から構成された。

第9カテゴリーは、【⑨物理的条件2】であり、4つのラベルから構成された。自宅や駅までの『近さ』、複数診療科がある『規模』『設備』の3ラベルは、初回診療での【②物理的条件1】と同様であった。新たに継続的な受診によって形成されたのは、診療帰りにスーパーに寄れて便利などの『利便性』が含まれた。これは経験後でないといけない内容である。また、『設備』については、初回受診選択では、適切な検査を望みCTやMRIを求めていたが、継続受診先選択では、リハビリやマッサージなど治療に視点が移っていた。

第10カテゴリーは、【⑩医師への信頼】で、先生を信頼している、信用したら離れない、信頼できる人に会えたからそれでいいなどから形成された。

第11カテゴリーは、【⑪医師に任せる】であり、2ラベルから形成された。医師の言った通りにするなどの『指示に従う』、他人ではダメ、遠くて待ち時間が長いのを差し引いてもこの先生などの『他の医師ではダメ』が抽出された。この第11カテゴリーは継続受診の意思決定プロセスにおいて最終的な情報処理であった。

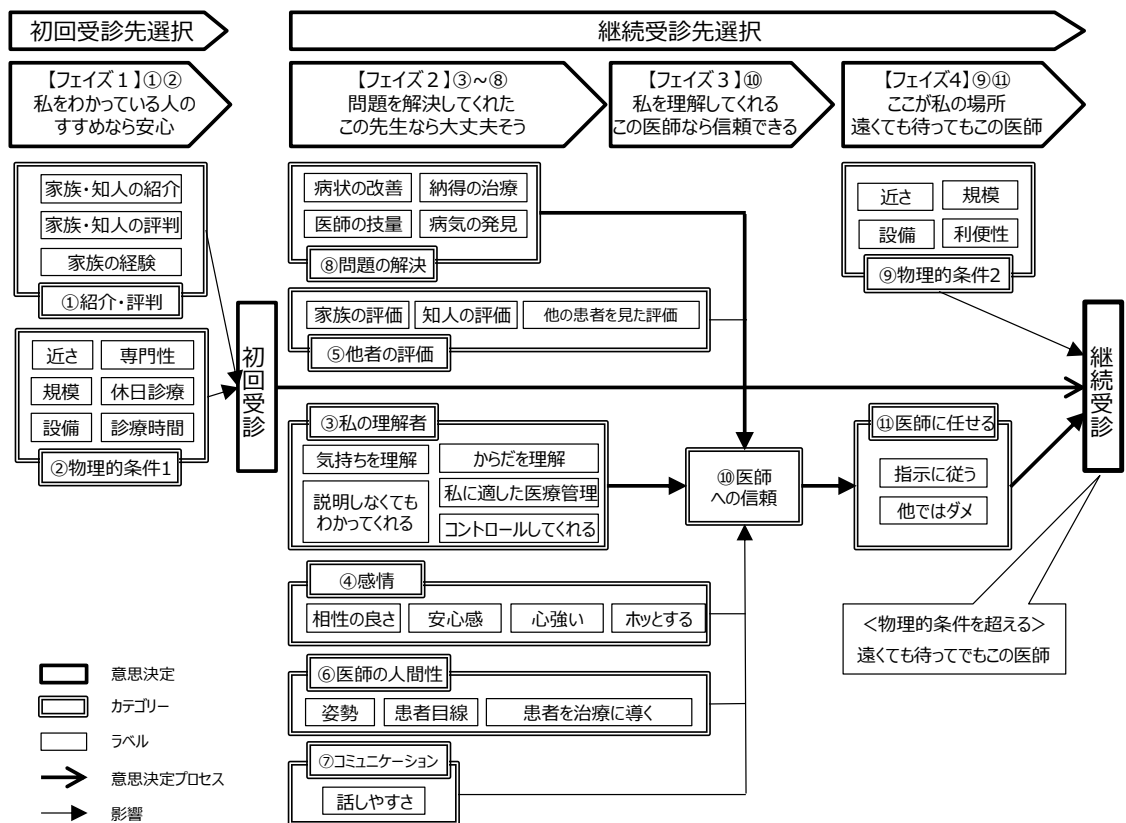
3.4.4. 継続的な受診先の決定

インタビューでは、診療所に継続受診しようとしたのはいつ頃だったのかを確認した。記憶を辿っているものの、全員が明確に答えていた。継続受診への意思決定は、初回受診時点、2回目、3回目の受診で判断していた。継続受診に対する思いは、「ここが私の（診てもらおう）場所」との発言があり、当該診療所の医師が最終到着地である気持ちの強さが伺えた。また「遠くても、待ってもこの医師」と答えており、受診先において、受付から「担当の医師は混んでいるため2時間待ちだから他の医師に変えますか？」と言われても、「医師を変更しないで待つ」と回答していた。

3.5. 考察

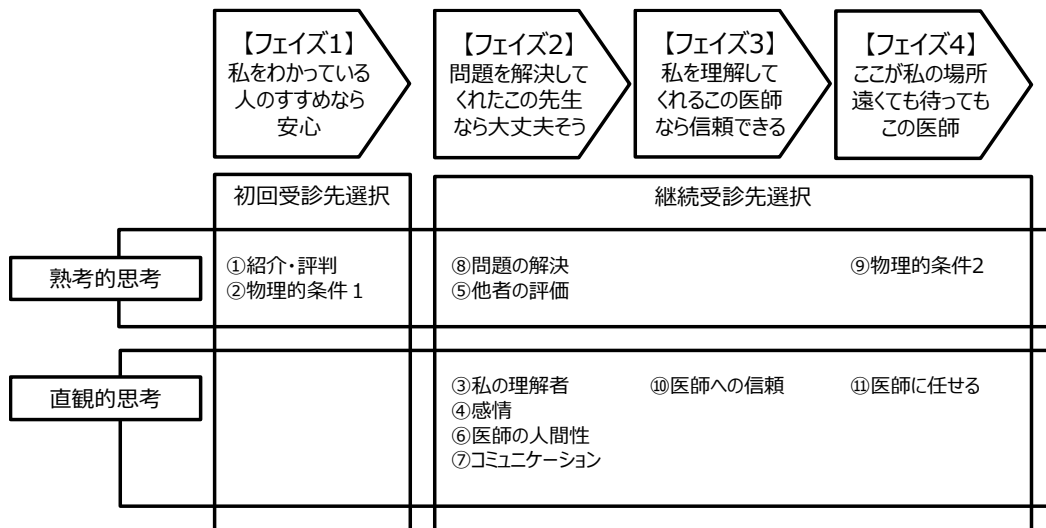
3.5.1. 診療所選択の意思決定プロセスに関する構造図

図3-3に生活習慣病患者における診療所選択の意思決定プロセスの構造図、図3-4に熟考的・直観的思考スタイルの分類を示す。本研究では、意思決定プロセスをフェイズ1から4までのステップで捉えた。また、診療所選択の要因と共に、意思決定プロセスの構造を説明するため、情報処理システムに関する直観的(Intuitive)と熟考的(Reflective)での二系統の思考スタイルを援用して考察する。情報処理システムと生活習慣病に関わる患者の受診先選択の関係を検討することは、患者の情報処理を理解した上で、認知を考慮した訴求方法や情報伝達を思案できる。これは、新しい視点であり、過去にない知見が得られる。



出所：筆者作成

図 3-3 診療所選択の意思決定に関する構造図



出所：筆者作成

図 3-4 熟考的・直観的思考スタイルの分類

患者には、意思決定を迫られる場面が常に存在し、受診する・しないを含めて、複数の選択肢から選択している。その結果として、リスクや不確実性を伴っており、人が意思決

定を行う時、必ずしも合理的な判断に基づいているとは限らない(尾沼奈緒美ほか,2004)。人は物事を選択するにあたり、非合理的で直観的な思考と合理的で熟考的な思考の二系統の思考スタイルを、状況に応じて使い分けている(Croskerry, 2009)。Kahneman(2011,2011/2014)によると、直観的な思考は、自動的に高速で働く。一方、熟考的な思考は、困難な知的活動に注意を割り当てる。通常は、直観的な思考により情報処理が行われるが、困難に遭遇すると熟考的な思考により適確な処理が行われる。複雑な認知操作は、最終的には、熟練とスキルが習得されるにつれて、熟考的思考から直観的思考に移行する。判断問題が発生した時には、直ちに直観的な回答を提示し、熟考的思考はこれらの提案の質を監視することが指摘されている。

3.5.1.1. フェイズ1 受診の検討から診療所の選択まで

図3-3, 図3-4に示す通り、フェイズ1は、受診を検討するところから、診療所選択までのプロセスを示す。この段階では、患者は受診先を検討中であり、まだ受診していない。

初回受診の診療所選択では、【①紹介・評判】【②物理的条件1】が抽出された。山本(2002)は、医療機関の規模が同じ場合、近隣で『評判』が最も良いものを選択する。また、物理的な距離の『近さ』は、具体的な通院費用に加えて機会費用を低下させることができ、かつ、医療機関に関する情報の収集も容易となることを報告している。この『評判』と『近さ』は、初回受診先選択に含まれており、一部は類似した結果となった。

初回の受診先を選択する場合、患者は症状から病気を想像し、身近な人に確認相談しながら、まずは治療に適した診療科を検討する。ただし、医療のような専門性の高いサービスに生じる、情報の非対称性と期待の不明確性の影響により、患者は、病名、治療法を正確に判断できない。自己の選んだ診療科が選択間違いであるリスクを排除するため、担保として医師が複数いる、または、複数の診療科を標榜するなどの『規模』を選択していた。自分の選んだ診療科が間違っている、他の医師が代替する事を考慮した選択である。

一般的に意思決定では、通常、特に問題の無い場合、直観的な思考により情報処理が行われている。困難に遭遇した場合、合理的で熟考的な思考が始動し、問題解決に役立つ緻密で的確な処理が行われる。熟考的な思考が動員されるのは、直観的思考では答えが出せない問題が発生した時である(Kahneman D, 2011/2014)。本研究でも、フェイズ1での初回受診先選択においては、第1に、熟考的な情報処理により情報探索を行い、【②物理的条件1】が選択されていた。ただし、情報の非対称性と期待の不明確性により、専門的な内容を判断することは困難である。そのため、自分が評価できる範囲内の合理的な情報を探る。その結果、【②物理的条件1】では、探索や判断が安易な『設備』『専門性』『近さ』『休日診療』『診療時間』を判断材料として意思決定が行われていた。したがって、熟考的な思考は、本来分析的で複雑な論旨の妥当性を確認できると言われているが、専門的な内容が判断できないため、初回受診先選択では、熟考的思考でありながらも、自分が評価できるレベルの内容を収集し情報処理を行ったことが推測できる。

第2に、初回受診先選択では、【①紹介・評判】の情報により意思決定を行っていた。この【①紹介・評判】は、他者の評価や経験を意思決定に活用している。他者とは、情報の信頼性を高めるため、自分を理解している身近な人からの直接的な情報に限られている。

ネットワーク理論では、家族や親友などの強いつながり（強い紐帯）によるクチコミは、購買の意思決定において影響力を持つことが指摘されている（Brown & Reingen, 1987）（杉谷陽子, 2009）。同様に、診療所選択での意思決定においても、家族や身近な人による紹介・評判は信頼性が高く説得力のある情報源であり、意思決定の重要な要因となっていた。

Simonson and Rosen (2014,2014/2016) は、意思決定に重要なことは、探索により利用体験をつかむことであり、今や少し調べれば消費者の体験する製品やサービスの質である絶対価値に近づける。この絶対価値に頼ることで消費者は平均的よりの確かな判断が下せることを指摘している。また、人間は意図的に情報を探すと、その情報を尊重し有効活用したくなることを主張している。本研究でも、信頼性の高い家族や身近な人から自主的に利用体験を含めた絶対価値の情報を収集し、熟考的に検討した結果、その情報を尊重して意思決定を行っていることが推測できる。

尾沼ほか (2004) は、乳がん患者の調査において、病院受診の決めるには、癌の専門病院であることと、信頼のおける他者からの薦めであることを報告している。生活習慣病を含む慢性疾患患者の診療所選択でも、患者の視点は類似しており、専門性を含めた物理的条件と、信頼のおける身近な人の薦めが決めてとなっていた。

なお、特徴的な結果として、インターネット探索は、場所や概要の確認のためであり、選択のための情報収集ではないことが確認された。近隣の情報を知る、信頼できる身近な人からの利用体験を含めた絶対価値に関する情報収集と選択は、地域の診療所選択ならではと言える。

3.5.1.2. フェイズ 2.3 私の理解者であるこの医師なら信頼できる

フェイズ 2.3 は、初回受診から継続受診を意識しながら受診を繰り返しており、継続受診に適した診療所かどうかを選択する意思決定プロセスである。受診状況は、初回受診以降、検査が行われ、検査結果が出て、診断が確定し治療が開始されている。中村 (2001) は、一般的に、顧客はリピート購買を繰り返しながら次第に固定客になっていくことを指摘している。診療所においては、患者が「この医師（診療所）に継続的に受診しよう」と判断したのは、1回目から3回目の早期受診時であり、その後、繰り返し受診する中で継続の意思を強めていった。

フェイズ 2 では、【③私の理解者】【④感情】【⑤他者の評価】【⑥医師の人間性】【⑦コミュニケーション】【⑧問題の解決】の6つが抽出され、これらがフェイズ 3 の【⑩医師への信頼】に影響を与えていた。

この中で、重要なキーが2つ見て取れる。1つ目は、【③私の理解者】である。これは、『説明しなくてもわかってくれる』『気持ちを理解』『からだを理解』『私に適した医療管理』『コントロールしてくれる』を示している。患者は、「担当の医師は私を理解してくれる。こちらが何も言わなくても検査を指示してくれて、説明しなくても、どうしたいのか、痛みや状況をわかってくれる。」と答えている。医師は確かに、患者を理解しているからこそ、検査の指示や説明を受けなくても状況の把握ができる。しかしながら、一般的に医師は、記憶だけではなく、カルテを見て患者の病気と状況、背景を確認し、医師の経験値とを併せて治療をすすめている。つまり、批判的にみれば、医師は、その患者だけを特別に理解

しているわけではない。患者が医師に対して抱く【③私の理解者】の強い思いは、患者のポジティブで直観的な情報処理によるものだと考えられる。岩澤（2015）は、人間の評価について、まずは「敵か味方か」の判断があり、これは人間の情動機能「直観的思考」が関与していることを記している。患者にとり、「私の理解者」である医師は、信頼できる「味方」なのだと推測できる。

2 つ目の重要なキーは【⑧問題の解決】である。これは、『病気の改善』『納得の治療』『医師の技量』『病気の発見』を示す。患者は、「今の生活があるのは先生のお陰、治してもらえた」という強い思いを持っていた。【⑧問題の解決】は、患者の本来の受診目的であり、根底に存在していた。これは患者による事実の認知であり、熟考的な情報処理だといえる。例えば、『病気の改善』は、生活習慣病を含む慢性疾患のため完治したことではなく、病状が良くなっている自覚である。病気の事実を受け入れ、理論的に身体的状況を理解し、病気は継続しているものの、治療を受けながらより良く生活できているという状況判断が行われている。『納得の治療』では、疑問の解決であり、他の医療機関では病名が曖昧だったが、今の医師は明確に教えてくれる、データでわかりやすく説明してくれるとの話があり、自分なりではあるものの、病気を理解しており、納得していることが伺える。したがって、これも熟考的に情報処理した結果であると考えられる。ただし、この熟考的思考は、フェイズ1での【②物理的条件1】と同様に、情報の非対称性と期待の不明確性により、専門的に治療や医師の技量を判断することは困難であるため、自分が評価できる範囲内で熟考的に情報を探り、問題の解決を判断していることが推測できる。

結果として、継続受診先選択の意思決定では、フェイズ2の【③私の理解者】と【⑧問題の解決】がトリガーとなり、フェイズ3の【⑩医師への信頼】に影響を与えていた。この2カテゴリーは、継続受診先選択の意思決定にとって重要なファクターであった。

なお、【⑤他者の評価】について、患者は、他の患者の反応を通して医師を判断しており、患者の判断材料になっていた。他者が担当医師を承認している様子は、リコメンド機能と同様の効果を生み、「この医師で間違いがない」と受診の継続を確定する材料となっていた。また、人を信頼するかどうかは、非合理的な思考であることが示唆されており（内藤まゆみほか、2004）、フェイズ3の【⑩医師への信頼】は、直観的思考による情報処理だと言える。

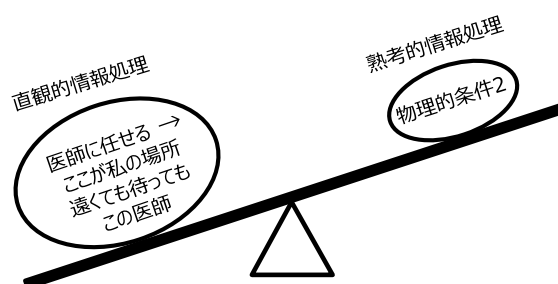
3.5.1.3. フェイズ4 ここが私の場所、遠くても待ってもこの医師

最終フェイズである。患者は、【⑩医師への信頼】を持つと、全幅の信頼を寄せて直観的思考による【⑩医師に任せる】を形成する。この段階になると、患者から「医師から言われる事はどんな指示でも従う、他の医師ではダメ」との思いが発言されていた。

熟考的思考である【⑨物理的条件2】は、初回受診先選択での【②物理的条件1】とは一部異なっていた。『規模』『近さ』は、初回時と継続時のいずれも抽出されたが、継続受診先選択の【⑨物理的条件2】では、通院しているからこそ形成される『利便性』が新たに加えられていた。また、『設備』は、初回受診先選択では検査ができる施設という基準により抽出されたが、継続受診先選択では、リハビリなど治療に関わる内容が含まれていた。なお、すでに病気が確定して治療が行われているためか、『専門性』は抽出されなかった。

最終フェイズにおいて興味深いことは、患者は、「家から遠くても長時間待ってでも、こ

の医師がいい」とコメントしていた。つまり、熟考的思考による【⑨物理的条件2】より、直観的思考が優先されていた(図3-5参照)。これは医師に対する感情的な情報処理であり強い思いを感じた。直観的思考は、感情的な印象で全てを評価しようとする傾向にあり、現状維持を好み、一旦信じた事を裏付けるバイアスがかかることが指摘されている(Kahneman D, 2011/2014)。継続受診先選択ではそれらの影響も推測できる。さらに、Kahneman and Frederick (2002) は、人間は印象を生み出す直観的な思考を信頼しており、熟考的な情報処理は直観的な情報処理を必ずしも覆すことができないことを指摘している。患者のコメントはその理論を物語っていた。



出所：筆者作成

図 3-5 継続受診先選択の情報処理バランス

3.6. 結論と課題

3.6.1. 結論

まずは、リサーチクエスチョンを確認する。【リサーチクエスチョン1】は、初回受診先選択において、患者は、適切な診断と治療を考えて情報を収集し、条件を確認し、身近な人の評価を判断材料として、合理的で熟考的思考により意思決定を行う。【リサーチクエスチョン2】は、継続受診先選択において、患者は、医師への信頼や好き嫌いの感情、医師との関係性などの非合理的で直観的な思考により意思決定を行うと考え、調査をおこなった。その結果、いずれも採択された。

診療所を対象とした初回受診先選択では、第1に、家族や知人の情報が重要視されていた。インターネットによる情報は場所や概要の確認のためであり、患者を理解している身近な人からの情報が意思決定において優先されていた。杉本ほか(2018)の診療所研究では、患者満足の向上が他者推奨意向に影響を与えることを指摘している。したがって、家族や知人に診療所を推奨してもらうためには、まず、医師は、現在通院する患者の満足を第一に考える必要がある。それが、結果的に紹介や評判を高める策となる。

第2に、専門性は、患者にとり良い治療をしてもらうための熟考的な判断ツールの1つであった。新しい患者の獲得手段として、専門性に関する情報の提供は重要である。例えば、診療所内の掲示や案内、診療所が独自に情報ツールを作成し、過去の勤務経験、専門性を示す治療実績や、専門医資格などについて、患者が合理的で熟考的に理解できるように情報提供する必要がある。また、患者に対し医師会での勉強会や学会参加を報告することも、新しい知識を保有している判断材料になる。

第3に、初回受診の対応は、その後の継続受診を左右する。また、患者は早期に継続の意思を判断していた。したがって、医師は新しい患者に対して、初回から患者の情報を把握し、早期に様々な治療を提案し患者に寄り添う必要があり、これらが継続的な受診につながる。そのため、初回来院時に受付や看護師が患者に関する情報収集を行い、医師は初回診察から患者に対して積極的に関わる事が重要である。

第4に、複数の医師・診療科により、治療対象の疾患を広くカバーし、患者に安心感を提供する必要がある。例えば、複数の医師（非常勤医師含め）、診療科が設置できない場合でも、近隣の医師とのサポート体制を組むなど、連携を患者に認識してもらう手立てをとることが信頼性を高めることになる。

継続受診先選択では、第1に、患者の問題を解決することが最重要である。本質機能を考え、早期に診断を行い、適切な治療を施すことは継続受診の意思決定には不可欠である。また、患者の訴えに対してはポジティブに反応し、病状の改善ではQOLの向上も考慮すべきである。同時に、データをわかりやすく活用し、回答を曖昧にせず、疾患名も明確に伝えることが求められる。これらは結果的に信頼につながる。

第2に、患者の理解者になることは信頼への第一歩である。患者の特徴や反応を考え、新しい治療法の提案や薬の把握を行い、日常的な医療管理を積極的に行うことで、患者は医師を理解者であり味方であることを認め、直観的に思いを強めていく。医師は、患者のデータや状況を適正に把握し、カルテには医学的情報だけではなく、患者の日常的な情報を記録するなど、患者にポジティブな興味を持つことは、継続的な受診先選択の鍵となる。これらが【医師への信頼】を経由して【医師に任せる】思いにつながる。その結果、患者は、「遠くても待ってでも、この医師に診てもらいたい」との思いを抱くことになる。

リサーチクエスションで示した通り、本研究において、初回受診先選択では熟考的思考で情報処理が行われていた（図3-4参照）。また、継続受診先選択では、多くが直観的思考による情報処理により意思決定が行われていた。Kahneman（2011/2014）は、直観的思考が困難に遭遇すると、熟考的思考が応援に駆り出され、問題解決に役立つ緻密で的確な処理を行うことを指摘している。初回受診先選択では病気がわからない中、直観的思考では適切な判断できず、熟考的思考により、身近な人からの評判や推薦、物理的条件などを探索し、意思決定を行っていた。一方、継続受診先選択では、熟考的思考で情報処理しながらも、多くは直観的な意思決定を下していた。往々にして、初回時、継続時に関わらず、同じアプローチで患者に情報提供を行うケースが多い。診療所における継続受診先選択の意思決定では、直観的な情報処理を考慮して、患者の直観に訴求できる対応と情報提供が必要である。機能だけを合理的に訴え続けても、患者の心には響かない。

3.6.2. 今後の課題

今後の課題は2点あげられる。第1は、今回ロイヤルティの高い患者のサンプルである可能性が高い。患者は信頼する医師からの依頼により、研究への参加を承諾している。研究に対する積極的な協力意識は、ポジティブな結果を生み、バイアスが発生している可能性がある。今後は、診療所をスイッチした患者を併せた調査が必要である。また、今回は仮説生成を目的としているため、小規模調査であった。サンプル規模から考えても限界があり、一般化には慎重でなければならない。

第2は、熟考的、直観的な情報処理スタイルを援用して検討したが、さらに意思決定の性質をより具体的に理解するためには、具体的なバイアスとヒューリスティックの確認が必要である。例えば、初回受診の【物理的条件 1】では、入手し易くて注意をひきやすい情報が重視される「利用可能性バイアス」の影響が推測できる（中澤幸壽，2012）。このバイアスは、直観的な行動や様々な系統的エラーを示す。このバイアスを発生させる思考パターンが、ヒューリスティクスである（山根一郎，2016）。また、医師への強い信頼行動は、信じた事を裏付けるための「確証バイアス」が考えられる。はじめに与えられた情報をもとに調整しながら推定し、最初にどのような情報が与えられるかによって結果が異なる「係留と調整ヒューリスティクス」などの影響も想定できる。Tversky and Kahneman (1974) は、ヒューリスティクスについて、人は典型的な特徴に注目しやすく、思いつきやすい情報を重視し、勘や経験を頼りに試行錯誤しながら答えを探ることを説明している。Sladek et al. (2008) による医師の臨床診断に関する認知バイアスの研究では、Inventory of Cognitive Bias in Medicine (CBM) により認知バイアスの測定を行い、スコアが高いほど合理的な思考スタイルであることが確認されている。この尺度を基に、治療におけるバイアスを軽減させる教育に活用している (Sladek et al., 2008) (Saposnik et al., 2016)。Epstein et al. (1996) は、二系統の情報処理における個体差の特性を測定する尺度として、Rational-Experiential-Inventory (REI) を開発した。これら情報処理に関する尺度を患者に使うことにより、意思決定構造を解明することが可能である。より明確な患者の情報処理を理解し、情報提供や訴求方法を思考するためには、さらなる実証研究が必要である。

昨今では、経済学が想定してきた合理的経済人モデルが、人々の実際の経済行動を説明できずにいる。非合理的な行動や意思決定のエラーであるバイアス、バイアスを発生させる簡易な思考パターンのヒューリスティックスの実証的な検討は（山根一郎，2016）、何より患者のインサイトを探る重要な鍵となる。患者の欲求や行動、心情を理解し、適切なマーケティング・コミュニケーションを行うため、今後も患者インサイト研究が重要である。

最後に、患者が医師に任せる思いに至った時、熟考的な情報処理を覆し、直観的な情報処理が行われていた。遠くても待ってでもこの医師に診てもらいたいと思い、継続的な受診につながる。「ここが私の場所である」と直観的思考で認識した患者は、その医師から離れることは決してない。

4.1. はじめに

本研究では、第3章で明らかになった継続受診行動の要因を仮説とし、第2章でのドクターショッピングの先行研究を踏まえて変数を検討した。また、第3章での実証研究の課題であった、小規模サンプルによる限界や意思決定についての情報処理を明らかにし、情報提供と訴求方法について検討する。そのため、本研究では、アンケートによる大規模調査を実施した。また、Epstein, Pacini, Denes-Raj and Heier (1996) が開発した、二系統の情報処理における個体差の特性を測定する尺度である Rational-Experiential-Inventory (REI) を参考とし、患者個人の情報処理に関する特性を確認した。分析手法は、ロジスティック回帰分析を行った。

本研究の目的は、生活習慣病を含めた慢性疾患患者を対象として、第1研究で得た継続受診の要因を大規模調査で確認し、継続受診の意思決定要因を明らかにすることである。本研究の特徴は、疾患別で患者の継続受診要因を捉え、疾患による患者の特徴を確認した点である。また、患者を思考スタイルにおける熟考型思考と直観型思考の二系統群に分類し、患者の情報処理の個人特性を検討した点にある。これは患者と疾患の関係を情報処理の視点で理解し、情報提供や訴求方法を検討する新しい試みである。

4.2. ドクターショッピングに関する先行研究の課題

ドクターショッピング行動の要因は、第1に「治療結果への不満」が影響を与えており、第2に「医師と患者の不十分な人間関係」が大きく、「医師の説明を理解できない」「診断に関するカウンセリングの不足」などが指摘された。物理的な問題としては、「長い待ち時間」「治療に費やされた時間」「医療施設の距離」があげられた。本質的な問題は、「治療、改善の欠如や悪化」「診断や治療に対する不満」「病気の慢性」であった。一方、継続受診への要素は、「良好なドクターと患者の関係の維持」「医師による好意的な態度」「患者を気に掛ける医師の気持ち」「説明と傾聴」「医師が患者と関わった時間」「病状に関する情報を提供」であった。

先行研究の課題は、第1に、対象疾患について生活習慣病を含めた慢性疾患を網羅した研究がない点である。疾患により患者の受診状況は変わるため、把握する必要があるものの、疾患に応じたドクターショッピング行動や継続受診の特徴は不明である。第2に、継続受診の意思決定は、通院前の初回受診先選択時での意思決定が影響しているのか、通院時の継続受診先選択時の判断が影響しているのか、どの時点での判断が影響しているのかは不明である。

本論文での第1研究における継続受診の要因を整理すると、初回受診先選択では「紹介・評判」「物理的条件」により診療所を選択し、その後、継続受診先選択での「私の理解者」「感情」「他者の評価」「医師の人間性」「コミュニケーション」「問題の解決」により医師への信頼が形成され、医師に任せる思いから、継続受診が行われた。第1研究では、小規模サンプルによる質的研究であるため、本研究では、これらを前提に大規模調査を行う。

なお、表4-1に示す通り、厚生労働省の受療行動調査では、外来一入院別にみた医療機関にかかる時の情報の入手先が報告されている。

表 4-1 外来－入院別にみた医療機関にかかる時の情報の入手先

(単位：%)														平成29年	
	総数	情報の入手先 (複数回答)												特に情報は入手していない	無回答
		医療機関の相談窓口	医療機関が発信するインターネットの情報	医療機関の看板やパンフレットなどの広告	行政機関の相談窓口	(医療機能情報提供制度など)インターネットの情報	行政機関が発信する広報誌やパンフレット	行政機関が発信するSNS、電子掲示板、ブログ含む)	医療機関・行政機関以外が発信するインターネットの情報	新聞・雑誌・本の記事やテレビ・ラジオの番組	家族・知人・友人の口コミ	その他			
外来	100.0	77.7	(100.0)	(16.3)	(21.1)	(5.0)	(2.3)	(3.4)	(3.3)	(12.0)	(5.3)	(70.6)	(10.5)	17.2	5.1
入院	100.0	82.6	(100.0)	(23.9)	(15.8)	(6.5)	(5.6)	(3.1)	(3.7)	(9.8)	(6.1)	(71.9)	(12.1)	14.1	3.3

出所) 厚生労働省平成 29 年度受療行動調査

外来診療を確認すると、家族・知人・友人のクチコミが一番多く、情報収集の 70.6% を占めている。次に、医療機関が発信するインターネットの情報が 21.1%、医療機関の相談窓口が 16.3%と続く。但し、この調査は全国の一般病院を利用する患者を対象としている。また、調査では、対象者の年齢、性別、対象疾患の記載はなく、背景は不明である。

本論文の第 1 研究での特徴的な結果として、診療所の患者は、インターネット探索は場所や概要の確認のためであり、選択のための情報収集ではないことが確認されている。診療所の場合、いまだにネット環境が整っていないケースもある。例えば、簡易なホームページしかないケースや、医療機関検索サイトで住所と診療科、診察時間だけが記載されており、公式ホームページを持たない診療所も見受けられる。そのため、ネットによる情報探索は、情報が少ないことが一因となり行われていない事が推測できる。また、診療所の場合、患者は 70 歳以上の高齢者が多く、情報収集の方法は年齢により差がでることが考えられる。これらの現状を考慮し、本研究での継続受診の要因を検討する。なお、診療所の環境については他にも課題があり、日本経済新聞の記事によると、全国の診療所における電子カルテ普及率は 2017 年時点で 42%にとどまっている (佐藤史佳, 2019)。

4.3. 研究方法

4.3.1. リサーチクエスション

生活習慣病を含めた慢性疾患は完治が難しく、定期的で継続的な受診を必要とする。しかしながら、ドクターショッピング行動による患者の転院は多く、医療提供者、患者の双方に不利益を生む。そのため、継続的な受診の対策は、不利益な状況を回避するために必要である。対策の検討にあたり、先行研究の課題と第 1 研究での結果、現状を踏まえ、問いを述べる。

【第 1】に、生活習慣病を含めた慢性疾患患者が継続受診する要因は何であろうか。【第 2】に、継続受診の要因は疾患により異なるのではないだろうか。次に、受診先選択は受診

前の初回受診選択時にだけ行っているわけではない。通院時においても「この治療でいいのか、この医師でいいのか」など、その都度意思決定を繰り返している。Kahneman (2011, 2011/2014) によると、証拠が徐々に積み重なっていくようなケースでは、第一印象で抱いた感情で解釈が左右されやすく、直観的思考は第一印象を重視するバイアスがあることを示している。そのため、【第3】に、初回受診先選択時の意思決定は、その後の継続受診に影響するのではないか。最後に、先行研究では、糖尿病患者など自己管理が必要な患者の特徴が報告されている。また、セルフコントロールには注意と努力が必要であり、思考や行動のコントロールは熟考的思考の任務であることが指摘されている (Kahneman D, 2011, 2011/2014)。したがって、思考スタイルとセルフコントロールや疾患は密接に関係していることが伺える。そこで、【第4】は、思考スタイルの個人特性は、慢性疾患患者の継続受診行動に影響しているのではないか。

以上、4つのリサーチクエスチョンを検討する。そして、本研究の目的である、生活習慣病を含めた慢性疾患の患者を対象とした継続的な受診先選択の意思決定要因を明らかにし、疾患別にその特徴を捉えることを試みる。その上で、思考スタイルによる個人特性に合った、情報提供について検討する。

4.3.2. 調査方法

4.3.2.1. 対象者の概要

対象者の疾患選定は、厚生労働省患者調査の「主な疾病の総患者数」の上位疾患とした。その結果、生活習慣病を含む慢性疾患である高血圧性、糖尿病、高脂血症、高血圧性を除く心疾患、脳血管疾患、筋骨格系疾患を選定した。なお、悪性新生物は疾患と治療の特殊性から対象外とした。疾患は、行動の特徴を確認するため、①循環器疾患（高血圧症、心疾患）②内分泌代謝疾患（糖尿病、高脂血症）③脳血管疾患（脳梗塞、脳出血、くも膜下出血）④整形外科疾患（関節リウマチ、慢性腰痛）の4種類に分類した。また、厚生労働省による傷病分類別にみた施設の種類の推計の外来診療患者数によると、上記疾患に該当する患者の58.5%は診療所を受診しているため（厚生労働省政策統括官付参事官付保健統計室、2015）、診療所に通院する患者を対象とした。

4.3.2.2. 調査期間、調査内容、分析方法

調査実施期間は2018年10月10日から15日までの5日間とし、サンプルは調査を依頼した（株）日本リサーチセンターが保有する全国約281,000人の疾患別パネルから抽出した。調査エリアは全国を対象とし、調査手法は非公開型インターネット調査によるWeb質問紙により実施した（巻末添付資料参照）。調査内容は、対象の属性（年齢、性別、疾患）及び「受診前及び通院時の診療所選択」「二系統の思考スタイルによる個人特性」について質問した。分析方法は、SPSS statistics 25を使用し、因子分析、ロジスティック回帰分析、 χ^2 検定を行った。

4.4. 分析モデルおよび分析結果

4.4.1. 対象者の概要

調査対象者は、生活習慣病を含めた慢性疾患に罹患した男女一般生活者で、全国の診療

所（クリニック、医院含む）を受診している患者とした。診療所への受診確認は、診察券等による確認を求めた。複数疾患を保有している場合は受診に関する記憶の残存を考え、最も治療期間が長い疾患を選択の上、回答を依頼した。対象年齢は脳梗塞など疾患の罹患率を考慮し、40歳以上70歳代までとした。

表 4-2 記述統計（年代、疾患、継続受診）

年代	人数 (人)	率 (%)	疾患	人数 (人)	率 (%)	継続受診	人数 (人)	率 (%)
40代	157	24.2%	循環器疾患	183	28.2%	する	390	60.0%
50代	166	25.5%	内分泌代謝疾患	185	28.5%	しない	260	40.0%
60代	168	25.8%	脳血管疾患	99	15.2%	合計	650	100.0%
70代	159	24.5%	整形外科疾患	183	28.2%			
合計	650	100.0%	合計	650	100.0%			

リサーチセンターが保有する疾患パネルに対して、疾患別で無作為抽出を行い、事前に年齢、疾患、診療所への通院を確認した。その結果、該当者は846人であった。対象者は、「今通院している診療所（クリニック・医院を含む）で病気がわかり、その後ずっと同じ診療所に受診している患者」を継続受診患者とみなした。一方、継続受診しない患者は、「以前、他の医療機関で治療していたが、自己都合により医療機関を変更し、今通院している診療所に移った患者」とし、変更前の受診先について意見を求めた。それ以外の診療所に通院している患者は除外した。有効回答は650人（76.8%）、性別は、男性490人（75.4%）、女性160人（24.6%）。疾患は、循環器疾患183人（28.2%）、内分泌代謝疾患185人（28.4%）、脳血管疾患99人（15.2%）、整形外科疾患183人（28.2%）であった。また、継続受診患者は390人（60.0%）、継続受診しない患者は260人（40.0%）であった（表4-2参照）。

4.4.2. 継続受診の要因に関する因子の抽出

まずは、第1研究の結果を基本として、ドクターショッピングの先行研究を参考に変数を検討した。リサーチクエスチョンに示した通り、患者は受診前の初回受診先選択時だけでなく、通院時にも意思決定をおこなっている。また、受診前と通院中では状況が異なり、意思決定の要素が異っている。そのため、初回選択と継続時選択の両方が継続受診に影響を与える可能性を踏まえて変数を検討した。変数は、第1研究での調査結果を基準とし、ドクターショッピングに関する先行研究を参考に作成した（Sato et al., 1955）（Kasteler et al., 1976）（Dimatteo et al., 1979）（Andylin et al., 2018）。

初回受診先選択の項目については、4.2に記述した通り、①第1研究の結果、②厚生労働省受療調査の結果、③診療所のホームページの開設状況が一律ではないことを考慮して、本研究ではクチコミによる情報探索に限定する。本来、ネットによる情報探索は、マーケティング研究において考慮すべき事項であるが、今後の課題とする。

第1研究での調査結果を踏まえて、①初回受診先選択項目（Q1）（表4-3参照）と、②継続受診先選択項目（Q2）（表4-4参照）に分類した。①初回受診先選択項目は7問、②継続受診先選択項目は21問とし、回答法は5段階リッカート尺度で得点化した。

集計されたデータは、探索的因子分析を行った。抽出法は主因子法を選択、プロマック

ス回転で実施した。因子の決定は、先行研究を参考にして3つの条件を設定した。第1条件は、度数分布表の統計量により、天井効果とフロア効果を確認した。第2条件は、共通性を確認し、因子抽出後の因子負荷量が0.16以上を基準とした（小塩真司，2011）。第3条件として、パターン行列の因子負荷量は0.3以上とした。上記3条件の全てに該当した項目は削除することとした。

その結果、①初回受診先選択の項目のうち、「Q1-1（自宅や職場などから近い、または診療時間や診療所など受診が便利だった）」は、天井効果5.22、共通性0.017、因子負荷量は0.104であり、3つの条件全てが外れたため、立地と時間に関する項目を削除した。因子分析の固有値は1以上を条件とし、因子数を確定した（朝野熙彦，2018）。

4.4.2.1. 初回受診先選択（Q1）の因子抽出

継続受診の要因に関する初回受診先選択（Q1）の変数と因子分析の結果を表4-3に示す。

分析の結果、①初回受診先選択（Q1）（表4-3参照）は2因子に分類した。初回受診先選択（Q1）の累積寄与率は、第1因子46.311%、第2因子18.976%、計65.287%であった。第1因子の因子負荷量は0.752~0.794であり、「身近な人の評判」とした。第2因子の因子負荷量は0.315~0.746であり、「医師や設備への期待」とした。

表 4-3 初回受診先選択変数（Q1）の因子分析結果

	第1因子	第2因子
Q1. 4 __家族や知人にすすめられた	0.794	0.051
Q1. 6 __家族や知人が通院した経験がある	0.785	-0.170
Q1. 5 __家族や知人から良い評判を聞いた	0.752	0.176
Q1. 3 __自分の治療に適した医師がいる	-0.156	0.746
Q1. 2 __設備や規模がよかった	0.093	0.591
Q1. 7 __病院等の医師からの紹介で選んだ	0.139	0.315
因子間相関	第1因子	1.000
	第2因子	0.537
		1.000

【Q1】		説明された分散の合計						
因子	因子名	初期の固有値			抽出後の負荷量平方和			回転後の負荷量平方和 ^a
		合計	分散の %	累積 %	合計	分散の %	累積 %	
第1因子	身近な人の評判	2.779	46.311	46.311	2.353	39.224	39.224	2.195
第2因子	医師や設備への期待	1.139	18.976	65.287	0.602	10.037	49.260	1.628

4.4.2.2. 継続受診先選択（Q2）の因子抽出

継続受診の要因に関する継続受診先選択（Q2）の変数と因子分析の結果を表4-4に示す。分析の結果、継続受診先選択（Q2）は2因子に分類した。継続受診先選択の累積寄与率は、第1因子60.505%、第2因子6.025%、計66.530%であった。第1因子の因子負荷量は0.327~0.910であり、「医師との良好な関係」とした。第2因子の因子負荷量は0.844~0.866であり「治療に適した医師と設備」とした。

表 4-4 継続受診先選択変数 (Q2) の因子分析結果

	第1因子	第2因子	
Q2. 10__その医師なら安心できる	0.910	-0.023	
Q2. 19__医師を信頼している	0.902	-0.061	
Q2. 8__自分の気持ちを理解してくれる	0.887	-0.019	
Q2. 11__医師と相性が合う	0.883	-0.057	
Q2. 3__納得できる治療を受けている	0.877	0.003	
Q2. 17__医師は患者の目線で考えてくれる	0.861	0.011	
Q2. 13__医師には何でも話しやすい	0.856	-0.019	
Q2. 12__医師はいつもすごく心強い	0.852	0.052	
Q2. 7__治療データ等から把握してくれる	0.836	-0.014	
Q2. 16__医師から治そうという姿勢を感じる	0.829	0.082	
Q2. 18__医師は治療を支援してくれる	0.805	0.069	
Q2. 9__検査の指示や薬の調整してくれる	0.776	-0.010	
Q2. 2__医師の腕が良い	0.725	0.183	
Q2. 1__治療の結果がよい	0.698	0.126	
Q2. 15__他の患者との対応で良さがわかる	0.680	0.139	
Q2. 20__医師におまかせする	0.606	-0.026	
Q2. 14__家族・知人が医師をすすめる	0.515	0.096	
Q2. 21__いつもの医師に診てもらいたい	0.443	0.252	
Q2. 4__近所にあるまたは診療時間等便利	0.327	-0.184	
Q2. 5__設備が整っている	-0.189	0.866	
Q2. 6__自分の治療に適した医師がいる	0.012	0.844	
因子間相関	第1因子	1.000	
	第2因子	0.658	1.000

【Q2】		説明された分散の合計						
因子	因子名	初期の固有値			抽出後の負荷量平方和			回転後の負荷量平方和 ^a
		合計	分散の %	累積 %	合計	分散の %	累積 %	合計
第1因子	医師との良好な関係	12.706	60.505	60.505	12.395	59.024	59.024	12.306
第2因子	治療に適した医師と設備	1.265	6.024	66.530	0.854	4.065	63.089	6.860

4.4.3. ロジスティック回帰モデル

図 4-1 に本研究における継続受診に関するロジスティック回帰モデルを示す。継続受診の要因分析では、二項ロジスティック回帰分析を行い、疾患の特性を確認するため疾患別に比較した。継続受診の有無 (1,0) を被説明変数とし、説明変数は「性別 (男性, 女性)」「年代」「身近な人の評判 (Q1 初回受診先選択: 第 1 因子の因子得点)」「医師や設備への期待 (Q1 初回受診先選択: 第 2 因子の因子得点)」「医師との良好な関係性 (Q2 継続受診先選択: 第 1 因子の因子得点)」「治療に適した医師 (Q2 継続受診先選択: 第 2 因子の因子得点)」とした。

$$P = \frac{1}{1 + \exp(-\ell)} = \frac{1}{1 + \exp(-b_0 - b_1X_1 - b_2X_2 - b_3X_3 - b_4X_4 - b_5X_5 - b_6X_6)}$$

P=継続受診をする確率

b0=定数

b1~b6=偏回帰係数

X1=性別（男性=1、女性=0）

X2=年代

X3=「身近な人の評判」（Q1初回受診先選択：第1因子の因子得点）

X4=「医師や設備への期待」（Q1初回受診先選択：第2因子の因子得点）

X5=「医師との良好な関係性」（Q2継続受診先選択：第1因子の因子得点）

X6=「治療に適した医師」（Q2継続受診先選択：第2因子の因子得点）

図 4-1 継続受診に関するロジスティック回帰モデル

なお、説明変数間に多重共線性があるかを確認した。その結果、各相関係数は全て 0.7 を下回っており、共線性の統計量の VIF (Variance Inflation Factor) は全て 10 以下であった (福井正康研究室, 不明)。多重共線性の目安は、各説明変数の相関係数が 0.7 以上、VIF の値が 10 以上と指摘されていることから、問題がないことが確認された。

4.4.4. 継続受診に関するロジスティック回帰分析結果

4.4.4.1. 継続受診に関するロジスティック回帰分析結果 (全体)

目的変数を「継続受診する (しない)」とし、対象者全体、疾患別、思考スタイル別で二項ロジスティック回帰分析を行った。その結果、説明変数間の相関を確認したところ、全ての項目が 0.7 以下であった。また、推定されるパラメータで、モデルの実測値を予測した結果、判別率的中率は 65% であった。対象者全体 (n=650) の継続受診に関する二項ロジスティック回帰分析の結果を表 4-5 に示す。

継続受診に影響をおよぼす要因として、継続受診先選択の「医師との良好な関係」で受診を決めた人、初回受診先選択の「身近な人の評判」で受診を決めた人は、継続受診をする傾向にあった。一方、初回受診先選択の「医師や設備への期待」で受診を決めた人は、継続受診しない傾向にあることが明らかになった。なお、性別、年代、及び、継続受診先選択での「治療に適した医師と設備」は、有意な結果が得られなかった。

表 4-5 継続受診に関する二項ロジスティック回帰分析結果 (全体 n=650)

	【全体】		
	偏回帰係数	有意確率	オッズ比
性別 男性=1, 女性=0	-0.232	0.237	0.793
年代	-0.064	0.398	0.938
Q1身近な人の評判 (初回受診先選択)	0.365	0.003	** 1.440
Q1医師や設備への期待 (初回受診先選択)	-0.490	0.003	** 0.612
Q2医師との良好な関係 (継続受診先選択)	0.614	0.000	*** 1.848
Q2治療に適した医師と設備 (継続受診先選択)	-0.188	0.223	0.829
定数	0.801	0.009	*** 2.228

***p<0.001 **p<0.01 *p<0.05 †p<0.1

4.4.4.2. 継続受診に関するロジスティック回帰分析結果（疾患比較）

次に、疾患別で比較した結果を表 4-6、表 4-7 に示す。循環器疾患（n=183）では、継続受診先選択の「医師との良好な関係」で受診を決めた人は、その後も継続受診をする傾向にあった。内分泌代謝疾患（n=185）では、継続受診先選択の「医師との良好な関係」で受診を決めた人、初回受診先選択の「身近な人の評判」で受診を決めた人は、継続受診をする傾向にあった。一方、初回受診先選択の「医師や設備への期待」で受診を決めた人は、継続受診しない傾向にあることが明らかになった（表 4-6 参照）。

表 4-6 継続受診に関する二項ロジスティック回帰分析結果（疾患比較 1）

	【循環器疾患】			【内分泌代謝疾患】		
	偏回帰 係数	有意確率	オッズ比	偏回帰 係数	有意確率	オッズ比
性別 男性=1, 女性=0	0.086	0.834	1.090	-0.222	0.625	0.801
年代	-0.151	0.304	0.860	-0.043	0.772	0.958
Q1身近な人の評判（初回受診先選択）	0.080	0.746	1.083	0.672	0.005	** 1.958
Q1医師や設備への期待（初回受診先選択）	-0.058	0.865	0.943	-0.626	0.043	* 0.535
Q2医師との良好な関係（継続受診先選択）	0.512	0.040	* 1.668	0.854	0.002	** 2.349
Q2治療に適した医師と設備（継続受診先選択）	-0.406	0.197	0.666	-0.500	0.144	0.607
定数	0.930	0.130	2.533	0.846	0.168	2.329

***p<0.001 **p<0.01 *p<0.05 †p<0.1

脳血管疾患（n=99）では、「男性」は継続受診しない傾向であり「女性」は継続受診する傾向にあった。また、初回受診先選択の「身近な人の評判」で受診を決めた人は、継続受診をする傾向にあった。整形外科疾患（n=183）では、継続受診先選択の「医師との良好な関係」で受診を決めた人は、継続受診する傾向にあることが明らかになった（表 4-7 参照）。なお、いずれの疾患も、「年代」と「治療に適した医師と設備」は有意な結果が得られなかった。

表 4-7 継続受診に関する二項ロジスティック回帰分析結果（疾患比較 2）

	【脳血管疾患】			【整形外科疾患】		
	偏回帰 係数	有意確率	オッズ比	偏回帰 係数	有意確率	オッズ比
性別 男性=1, 女性=0	-2.040	0.008	** 0.130	0.228	0.480	1.255
年代	0.159	0.489	1.172	0.012	0.932	1.012
Q1身近な人の評判（初回受診先選択）	0.976	0.014	* 2.654	0.124	0.595	1.132
Q1医師や設備への期待（初回受診先選択）	-0.477	0.286	0.620	-0.476	0.149	0.622
Q2医師との良好な関係（継続受診先選択）	0.366	0.260	1.442	0.528	0.040	* 1.696
Q2治療に適した医師と設備（継続受診先選択）	-0.040	0.903	0.961	0.111	0.722	1.118
定数	0.797	0.389	2.220	0.500	0.363	1.649

***p<0.001 **p<0.01 *p<0.05 †p<0.1

4.4.5. 患者の思考スタイルに関する因子抽出

本研究では、熟考型、直観型の思考スタイルによる個人特性を測定し患者を 2 分類した。そのうえで、情報処理システムと生活習慣病を含めた慢性疾患患者の受診先選択の関係を検討した。思考スタイルによる患者の個人特性と情報提供の模索は新しい取り組みである。

表 4-8 に思考スタイル変数と因子分析の結果を示し、図 4-2 に思考スタイルによる個人特性の分類（因子得点）を示す。

Epstein et al. (1996) は、Rational-Experiential Inventory (REI) を開発し、合理的システムと非合理的システムの活性レベルを得点化し、個人特性を 2 分類することを試みた。これは、合理性の高い人は合理解を選択しやすい一方、非合理性の高い人は直観解を選択しやすいことを予測している（豊沢純子, 唐沢かおり, 2004）。本研究でも、情報処理システムにおける二系統の思考スタイルである、直観型思考 (Intuitive) と熟考型思考 (Reflective) の二群に患者を分類した¹¹。変数は、Epstein et al. (1996) による Rational-Experiential Inventory (REI)¹²、内藤ほか (2004) が開発した日本版 REI である合理性-直観性尺度¹³、Marks et al. (2008) による REI の青年向け改良版である Rational-Experiential Inventory for Adolescents (REI-A) を活用し、各思考スタイル 7 問、合計 14 問で構成し、変数を作成した (Q3) (表 4-8 参照)。回答法は、5 段階リッカート尺度で得点化した。なお、熟考的思考とは、合理的で理論的かつ分析的な思考であり、直観的思考とは、感情や直観を使う事への認識と喜び、直観的な印象や感情に対する知覚された能力を指す (McLaughlin et al., 2014)。

集計されたデータは、Q1、Q2 と同様に分析を行った。抽出法は主因子法を選択し、プロマックス回転で実施した。因子分析の結果、累積寄与率は、第 1 因子 30.313%、第 2 因子 21.782%、計 52.095%であった。第 1 因子の因子負荷量は 0.586~0.744 であり、「熟考型思考」とした。第 2 因子の因子負荷量は 0.406~0.805 であり、「直観型思考」とした。

表 4-8 思考スタイル変数 (Q3) の因子分析結果 (1)

	第1因子	第2因子
Q 3. 1 __色々考えるのは好きである	0.744	-0.104
Q 3. 2 __難しいと思う挑戦を楽しむことができる	0.642	0.132
Q 3. 3 __難しい問題を解決することを楽しめる	0.688	0.101
Q 3. 4 __深く考えなければならない状況を避けようとしな	0.703	-0.089
Q 3. 5 __慎重に考える問題の解決は得意である	0.697	-0.103
Q 3. 6 __簡単な問題より複雑な問題が好き	0.586	0.096
Q 3. 7 __考えることを楽しむことができる	0.635	0.008
Q 3. 8 __直観を使うと人生の問題を解決する上でうまく	0.070	0.656
Q 3. 9 __自身の直観を信じている	0.098	0.720
Q 3. 1 0 __直観に頼る状況は好きである	0.207	0.406
Q 3. 1 1 __決定を下す時に直観に頼る	-0.076	0.518
Q 3. 1 2 __強い直観力を持っている	0.234	0.478
Q 3. 1 3 __直観に従って行動を決める傾向がある	-0.152	0.749
Q 3. 1 4 __行動を決める時しばしば自分の直観に従う	-0.155	0.805
因子間相関	第1因子	1.000
	第2因子	0.162 1.000

¹¹ Kahneman and Frederick (2002) は、2 系統の認知システムについて、System1 を「Intuitive (直観的思考)」、System2 を「Reflective (熟考的思考)」と示している。

¹² 原文での REI Scales では、Intuitive を「Experiential (経験的)」、Reflective を「Rational (合理的)」と記述している (Epstein et al.1994)。

¹³ 内藤ほか (2004) は、2 系統の思考スタイルを「合理性」「直観性」と示している。

表 4-8 思考スタイル変数 (Q3) の因子分析結果 (2)

【Q3】		説明された分散の合計						
因子	因子名	初期の固有値			抽出後の負荷量平方和			回転後の負荷量平方和 ^a
		合計	分散の %	累積 %	合計	分散の %	累積 %	
第1因子	熟考型思考	4.244	30.313	30.313	3.682	26.301	26.301	3.416
第2因子	直観型思考	3.050	21.783	52.095	2.546	18.183	44.484	2.983

次に、図 4-2 に示す通り、対象者を直観型群と熟考型群の個人特性に二分類した。

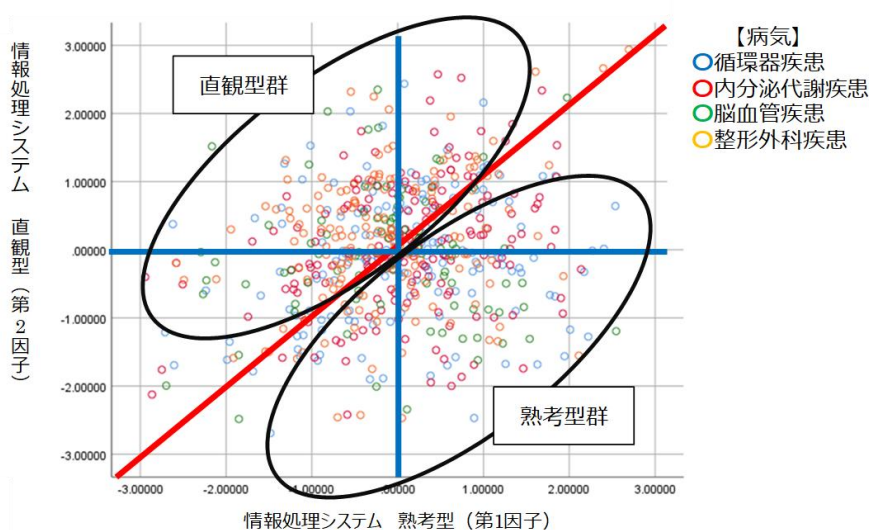


図 4-2 思考スタイルによる個人特性の分類 (因子得点)

4.4.6. 継続受診に関するロジスティック回帰分析結果 (思考スタイル)

続いて、表 4-9 に継続受診に関する二項ロジスティック回帰分析 (思考スタイル) の結果を示す。

表 4-9 継続受診に関する二項ロジスティック回帰分析結果 (思考スタイル)

	【直観型思考】			【熟考型思考】				
	偏回帰係数	有意確率	オッズ比	偏回帰係数	有意確率	オッズ比		
性別 男性=1, 女性=0	-0.503	0.078	†	0.605	0.012	0.966	1.012	
年代	0.040	0.719		1.041	-0.147	0.166	0.864	
Q1身近な人の評判 (初回受診先選択)	0.457	0.013	*	1.580	0.336	0.054	†	1.399
Q1医師や設備への期待 (初回受診先選択)	-0.665	0.009	**	0.515	-0.418	0.063	†	0.659
Q2医師との良好な関係 (継続受診先選択)	0.636	0.001	**	1.889	0.616	0.000	***	1.851
Q2治療に適した医師と設備 (継続受診先選択)	-0.120	0.605		0.887	-0.230	0.275		0.795
定数	0.580	0.191		1.785	1.008	0.020	*	2.739

***p<0.001 **p<0.01 *p<0.05 †p<0.1

直観型思考 (n=303) は、継続受診先選択の「医師との良好な関係」で受診を決めた人、初回受診先選択の「身近な人の評判」で受診を決めた人は、継続受診をする傾向にあった。

一方、「男性」と、初回受診先選択の「医師や設備への期待」で受診を決めた人は、継続受診しない傾向にあった。続いて、熟考型思考（n=347）は、継続受診先選択の「医師との良好な関係」で受診を決めた人、初回受診先選択の「身近な人の評判」で受診を決めた人は、継続受診をする傾向にあった。一方、初回受診先選択の「医師や設備への期待」で受診を選択した人は、継続受診しない傾向にあることが明らかになった。なお、直観型思考と熟考型思考のいずれも、「年代」と継続受診先選択での「治療に適した医師と設備」は、有意な結果が得られなかった。

4.4.7. χ^2 検定による差の確認

性別と思考スタイル、性別と疾患との差について、詳細を把握するために、 χ^2 検定を行った。

性別と思考スタイルの差を確認したところ、有意であった（ $\chi^2=4.341$ 、 $df=1$ 、 $p<0.05$ ）。この結果と残差によると、女性患者は直観型思考の人が多く傾向にあり、男性患者は熟考型思考の人が多く傾向にあった。続いて、性別と慢性疾患の差を確認したところ、有意であった（ $\chi^2=59.442$ 、 $df=3$ 、 $p<0.01$ ）。この結果と残差によると、循環器疾患、内分泌代謝疾患、脳血管疾患の患者は、男性が多い傾向にあった。また、整形外科疾患の患者は、女性に多い傾向が認められた。

4.5. 考察

4.5.1. 継続受診行動の要因

リサーチクエスションに従い考察を行う。【リサーチクエスション1】の「生活習慣病を含めた慢性疾患患者の継続受診する要因は何であろうか」について、分析の結果、継続受診先選択の「医師との良好な関係」、ならびに、初回受診先選択の「身近な人の評判」は、継続受診に正の影響があった。一方、初回受診先選択の「医師や設備への期待」は、継続受診に負の影響があることが明らかになった。以下に考察を示す。

第1に、継続受診先選択の「医師との良好な関係」について、病院外来の先行研究では、ドクターショッピング行動を抑止し継続受診を促す要因は、「良好なドクターと患者の関係の維持」「医師による好意的な態度」「病状に関する情報の提供」であることが明らかになっており、本研究と類似した結果であった（Sato et al., 1955）（Dimatteo et al., 1979）。

患者による医師への思いは、感情的で認知的なレベルでおこなわれることが指摘されており（Dimatteo et al., 1979）、患者は医師との良好な関係性について、直観的な思考により認知していることが考えられる。結果として、患者は「医師との良好な関係」を直観的に評価し、継続受診の意思決定をおこなっていた。治療中の慢性疾患患者にとり、医師こそが患者の拠り所であることが伺える。

第2に、初回受診先選択において、家族や知人による「身近な人の評判」で受診を決めた場合は、継続受診をする傾向にあることが明らかになった。「身近な人の評判」は、受診前の診療所選択において、他者の評価や他者の経験を代用して診療所を評価しており、意思決定に活用していた。ここでの他者とは、情報の信頼性を高めるため、自分を理解している家族や知人など身近な人の情報に限られていた。尾沼ほか（2004）は、乳がん患者の調査において、病院受診の決め手は、信頼のおける他者からの薦めであることを

報告しており、今回の結果と類似して、信頼のおける身近な人の薦めは継続受診に大きく影響していた。

ネットワーク理論では、家族や親友などの強いつながり（強い紐帯）によるクチコミは、購買の意思決定において影響力を持つことが指摘されている（Brown & Reingen, 1987）（杉谷陽子, 2009）。同様に、本研究においても、家族や身近な人による紹介・評判は信頼性が高く説得力のある情報源であり、意思決定の重要な要因となっていた。

Simonson and Rosen（2014/2016）は、意思決定に重要なことは、探索により利用体験をつかむことであり、今や少し調べれば消費者の体験する製品やサービスの質である絶対価値に近づける。この絶対価値に頼ることで消費者は平均よりの確な判断が下せることを指摘している。また、人間は意図的に情報を探すと、その情報を尊重し有効活用したくなることを主張している。本研究でも、信頼性の高い家族や身近な人から、自主的に利用体験を含めた絶対価値の情報を収集し、熟考的に検討した結果、その情報を尊重して意思決定を行っていることが推測できる。

第3に、初回受診先選択での専門医の取得や設備の「医師や設備への期待」で受診を決めた場合は、継続受診しない傾向にあることが明らかになった。これは、初めて受診する時には、自分の病気が何かわからず、症状の改善を期待して、設備が良く専門性の高い医師からの治療を望み、受診先を選択していた。しかし、慢性疾患のため期待通りに完治せず、継続受診をしないことが考えられる。類似した結果として、Sato et al.（1995）による大学病院での一般外来の調査では、高等教育病院に対する高い期待がドクターショッピングの要因になっていた。慢性疾患は、完治することが困難であり、治療は長期化する特性を持つ。そのため、本研究においても、専門医に診てもらい、完治したい患者の期待に反して、完治しない現実とのギャップにより、患者は「他に良い医療機関があるかもしれない」と考え、ドクターショッピングを起こすことが考えられる。この期待と現実とのギャップについては、医療のような専門性の高いサービスに生じる期待の不明確性の影響が推測できる。期待の不明確性とは、例えば、患者には病気の治癒や症状の軽減という期待がある。しかし、期待が明確なのは、良くなりたい、楽になりたいと思うところまでであり、具体的な治療プロセスや細かい内容は、専門性が高くてわからない（島津望, 2005）。Thompson and Sunol（1995）は、患者の期待を4種類に分類している。①理想的な期待（Ideal）は、サービスや結果についての理想的な状態であり、こうあってくれたら良いと思う期待である。例えば、最先端の治療の提供や最新の薬を処方してもらいたいなどである。②予測する期待（Predicted）は、過去の個人的な経験や他者からの情報、メディアなどの知識を源泉とした、こうであろうと予測する期待である。③規範的な期待（Normative）は、こうあるべきという規範的な期待を示す。④曖昧な期待（Unformed）は、言葉では表現できない曖昧な期待であり、患者は正しく期待の認識ができない。例えば、からだはだるいが、良くわからない。きっと治療すればよくなるだろうなど、自分の状態が認識できず、何にどのような期待をしたら良いかわからないが、医師がどうにかしてくれるであろうと思う曖昧な期待である（杉本ゆかり, 2017）。今回のケースでは、患者は初回受診先選択において、理想的な期待（Ideal）や曖昧な期待（Unformed）により、設備が良く専門性が高い医師から治療を受ければ完治するであろうと、過度に高い期待を形成していた。期待にそぐわない場合、ドクターショッピング行動が起こっていると解釈できる。なお、

この期待不一致による患者のスイッチング行動は、専門性が不要ないということではない。いかに期待に副えるか、不一致を緩和できるかが重要である。

続いて、【リサーチクエスション 2】の「継続受診の要因は、疾患により異なるのではないだろうか」については、分析の結果、疾患により継続受診行動の要因は異っており、採択された。まず、循環器疾患では、「医師との良好な関係」は、継続受診に影響があった。内分泌代謝疾患では、「身近な人の評判」、ならびに、「医師との良好な関係」は、継続受診に影響があった。また、「医師や設備への期待」は、継続受診に負の影響が認められた。脳血管疾患では、「身近な人の評判」は、継続受診に影響があった。また、「女性」は「男性」に比べ、継続受診する傾向にあった。整形外科疾患では、「医師との良好な関係」は、継続受診に影響があった。以下に考察を述べる。

循環器疾患、内分泌代謝疾患、整形外科疾患では、継続受診先選択の「医師との良好な関係」で受診を決めた人は、継続受診をする傾向にあった。一方、脳血管疾患では、初回受診先選択の「身近な人の評判」で受診を決めた人は、継続受診をする傾向にあり、疾患により継続受診の要因が異なることが明らかになった。

脳血管疾患の場合、「医師との良好な関係」は有意ではなかった。脳梗塞の場合、再発の確率が高く、麻痺などの後遺症も残る事から、患者の恐怖感や重篤観は強い。仮に「医師との良好な関係」を形成できた場合でも、それにより完治することは難しく、患者の恐怖感や重篤観を補うことは難しい。そのため、脳血管疾患の患者にとり、継続受診を導く決め手は、自分をよく知る「身近な人の評判」であった。この情報は信頼性が高く、自分を知る身近な人が推薦するこの医師ならば、継続して治療を受けたいと思える、重要な要素であることが推測できる。なお、脳血管疾患の場合、女性は男性と比べ、継続受診する傾向にあった。

【リサーチクエスション 3】の、「初回受診先選択時の意思決定は、その後の継続受診に影響するのであろうか」については、分析の結果、採択された。内分泌代謝疾患では、初回受診先選択での「身近な人の評判」は、継続受診に影響を与えており、初回受診先選択での「医師や設備への期待」は、継続受診に負の影響を与えていた。脳血管疾患では、初回受診先選択での「身近な人の評判」は、継続受診に影響を与えていた。したがって、内分泌代謝疾患と脳血管疾患では、初回受診先選択の意思決定が、その後の継続受診行動に影響を与えていた。一方、循環器疾患と整形外科疾患では、初回受診先選択は継続受診に有意な影響は認められなかった。直観的思考は、第一印象を重視するバイアスがあり、最初の印象の重みが増し、あとの情報はほとんど無視されるため、第一印象はその後の判断に影響を与えることが指摘されている (Kahneman D, 2011/2014)。内分泌代謝疾患と脳血管疾患は、初回の受診先選択がその後の継続受診に影響を与えていたことから、第一印象がその後の行動に影響を与えていたことが推測できる。

4.5.2. 思考スタイル別での継続受診の要因

【リサーチクエスション 4】の、「思考スタイルの個人特性は、慢性疾患患者の継続受診行動に影響しているのではないか」については、分析の結果、直観型思考の患者と熟考型思考の患者では、継続受診行動に違いが認められず、棄却された。

直観型思考の患者も熟考型思考の患者も同様に、初回受診先選択の「身近な人の評判」、

ならびに、継続受診先選択の「医師との良好な関係」が、継続受診に影響を与えていた。また、初回受診先選択の「医師や設備への期待」は、継続受診に負の影響を示していた。「年代」と「治療に適した医師と設備」は、直観型思考、熟考型思考のいずれも、有意な結果が得られなかった。なお、直観型思考の男性は女性より継続受診をしない傾向が示されており、唯一熟考型思考と異なる結果であった。以下に考察を述べる。

患者には意思決定を迫られる場面が常に存在する。例えば、この診療所に継続的に受診するのか、他の診療所に移るのかを受診毎に選択している。その結果として、リスクや不確実性を伴っており、人は意思決定を行う時、必ずしも合理的な判断に基づいているとは限らないことが指摘されている（尾沼奈緒美ほか，2004）。本研究では、熟考的思考と直観的思考をパーソナリティ理論に発展させた Epstein et al. (1996) の「Rational Experiential Inventory : REI」を参考に、患者を熟考型と直観型に 2 分類し、個人特性と継続受診行動の関係を確認した。

まずは、熟考型思考の患者と直観型思考の患者に関する分析について、いずれも、継続受診先選択の「医師との良好な関係」、ならびに、初回受診先選択の「身近な人の評判」が継続受診行動の重要な要素であった。また、直観型思考の患者については、男性は女性より継続受診をしない傾向にあった。なお、性別に関しては、脳血管疾患の男性は女性より継続受診をしない傾向が示された。先行研究では、性別はドクターショッピング行動に影響していないことが指摘されていたが（Sato et al., 1955）（Andylin et al., 2018）、本研究の継続受診行動では、性別が継続受診行動に影響しており、異なる結果となった。Minton and Schneider (1980) によると、男性はタスク指向（課題達成型）にあることが指摘されている（加藤祥子，2009）。また、直観的思考は、自動的かつ高速に機能する（Kahneman D, 2011/2014）。つまり、直観型思考の男性は、自動的に早く、自己の課題である「病気の完治」や「症状の安定」を達成しようとする。しかし、慢性疾患は完治せず治療に時間を要すことから、直観型思考の男性患者は、より良い治療結果を求めて、スイッチする可能性が考えられる。また、脳血管疾患の男性も継続受診しない傾向にある。脳血管疾患は後遺症などにより生活の質（QOL）が低下することが多い。しかし、これを改善し自己の身体的課題を達成するために、より良い治療を求めて、継続受診をせずにスイッチすることが推測できる。

なお、本研究では、男性患者は、熟考型思考の傾向が高く、女性患者は、直観型思考の傾向が高いことが示された。Epstein et al. (1996) の研究でも、男性は合理的で論理的な考え方をもち、女性は直観的で感情に基づく考え方に関連していることが指摘されており、同様の結果となった。情報提供においては、思考スタイルの違いを考慮する必要がある。

4.6. 結論と課題

4.6.1. 継続受診行動を導くためのマーケティング・コミュニケーション

第 1 に、【リサーチクエスト 1】の結果として、継続受診を導くためには、継続受診先選択の「医師との良好な関係」が最重要であった。岩澤（2015）は、人間の評価について、まずは「敵か味方か」の判断があり、これは人間の「直観的思考」が関与していることを記している。患者は、医師による自分との関わり方を評価し、自分の味方であると直観的に判断した場合、医師と良好な関係が築けたこと実感し、継続受診を行うことが推測

できる。そのため、医師は直観的な情報処理に訴求できるような情報提供や感性に訴える対応の仕方が重要である。例えば、親切、誠実で適切なコミュニケーションや視覚を使った丁寧でわかりやすい治療の説明など患者に寄り添った行動が不可欠である。また、初回受診先選択の「身近な人の評判」は重要な要素であった。杉本ほか（2018）の診療所研究では、患者満足の上昇がクチコミである他者推奨意向に影響を与えることが指摘されている。したがって、患者の家族や知人に推薦・推奨してもらうためには、まずは現在通院する患者の満足を第一に考える必要がある。それが、結果的に家族や知人への紹介行動や評判を高める策となる。一方、受診前の段階で、専門性の高さや設備の良さを評価し、「医師や設備への期待」で受診先を選択した場合、患者は過度な期待を抱く事により、現実とのギャップから継続受診を行わない傾向にある事が明らかになった。対策として、医師は患者に対して現実的で明確な病状の説明を行い、患者の曖昧な期待を緩和させるような早期の情報提供が重要である。

第2に、【リサーチクエスト2】の結果として、継続受診の要因は疾患により異なっていた。高血圧症などの循環器疾患、糖尿病などの内分泌代謝疾患、慢性腰痛などの整形外科疾患では、継続受診先選択の「医師との良好な関係」が継続受診をするための要因であった。一方、脳梗塞などの脳血管疾患では、初回受診先選択の「身近な人の評判」が継続受診に大きく影響をおよぼす要因となっていた。疾患の特徴や違いを理解し、各々に応じた対策が欠かせない。

第3に、【リサーチクエスト3】の結果として、受診前の初回受診先選択は、その後の継続受診に影響を与えていた。受診前に判断した「身近な人の評価」は、継続受診を導くために重要であった。一方、同じく受診前に判断した「医師や設備への期待」は、継続受診をしない要因であり、いずれも、受診前の意思決定がその後の継続受診に影響を及ぼしていた。対策としては、初期選択の印象がその後の継続受診に影響していることを理解し、現在通院している患者に、より良い利用経験をクチコミしてもらえようように患者満足の上昇につとめる。また、医療における理想的な期待や曖昧な期待を初期段階でコントロールする必要がある。

第4に、【リサーチクエスト4】の結果として、直観型思考の患者と熟考型思考の患者では、継続受診行動の違いが認められず、棄却された。しかし、患者の情報処理を探ることで、情報の理解や提供方法が確立できる可能性が考えられる。質問紙の検討や分類法など、さらなる研究が必要である。

4.6.2. 今後の課題

生活習慣病を含めた慢性疾患患者のインサイトを探るため、患者を熟考型思考スタイルと直観型思考スタイルの二系統群に分類し、患者の個人特性を捉えることを検討した。これは、過去にない試みであり、患者の本質的な情報処理システムを知るために一定の貢献ができると考える。しかしながら、さらなる課題の検討が必要であり、以下に記す。

第1に、地域や商圈を考慮した継続受診行動を検討する必要がある。ドクターショッピングの先行研究では、地域は影響がない事が指摘されているが、人口規模やそれに伴う医療機関の設置数などにより、結果が異なる可能性が考えられる。本研究では、自宅や職場からの近さは、因子決定において変数として有意ではなかった。条件を詳細に検討して、

地域や商圈の特性を踏まえた情報提供や訴求方法の違いを検討する必要がある。

第2に、ヘルスケアビジネスについて、応用研究の可能性を検討する。今後ますます市場が拡大するヘルスケア産業において、生活習慣病を含めた慢性疾患患者の予備軍を取り込むことは、どの業界にとっても市場の成長につながる。本研究の患者を対象とした二系統の思考スタイルによる個人特性を、特定機能食品やOTC、サプリメントや医療保険などヘルスケア関連商品のマーケティング活動に応用し、生活習慣病を含めた慢性疾患患者の予備軍に対する情報提供や訴求方法を探ることは、プロモーション活動の検討に効果的であると考える。

4.6.3. おわりに

本論文では、患者の定着率を高め経営の安定化を図るため、患者の継続受診行動の意思決定メカニズムに関して、情報処理における思考スタイルを踏まえて明らかにした。嶋口(1994)によると、いかなる環境変化のなかでも企業が安定的な存続と成長を維持するには、常にマーケティング思考と方法をもって顧客満足を追求するしかないことを指摘している。また、医療法の改正により、医療勤務者の環境改善に関する指針が策定され、そこでは、雇用の質、医療の質、患者満足の向上が経営の安定化につながる好循環サイクルを導くことが報告されている。第1.2研究では身近な人の評判・紹介が継続受診に影響を与えていたが、顧客満足度理論では、満足度の向上が他者推奨意向に影響している事が示されている。したがって、継続受診行動を患者満足の視点で確認することは、医療機関の安定的な存続を維持し、患者の欲求、行動や心情を理解するための患者インサイトに重要な示唆をもたらす可能性があることから検討が必要である。

第5章では、外来診療に焦点をおいた患者満足理論について整理し、第6章では、患者満足と継続受診行動について実証研究により検討を行う。

5.1. はじめに

医療マーケティングにおける患者インサイト研究において、継続受診行動を理解するためには、患者による評価は重要な要素であり、患者の主観的感情である患者満足の検討は重要課題である。医療システムの機能を理解する上では、患者満足は重要であることが指摘されており (Pascoe, 1983)、医療マーケティング理論を構築する上で、医療システムの機能を考え、患者満足を捉えることは有効である。

厚生労働省は、医療法の改正により「医療勤務環境改善マネジメントシステムに関する指針」を策定した。指針によると、医療機関による勤務環境の改善は、雇用の質を向上させ、それにより医療の質が向上し、質の高い医療の提供は患者の満足度に影響を与える。その結果、経営の安定化につながる好循環サイクルが実現できると指摘している (厚生労働省医政局医療経営支援課, 2014)。

患者満足の測定は、病院機能評価の評価項目に含まれており、医療の質を評価する指標として位置づけられている。そのため、病院は毎年患者満足度の調査が行なわれている。一方、診療所においては、個別の判断にゆだねられている。診療所を対象とした患者満足研究は僅かであり、病院1施設を対象とした調査が多くを占める。欧米では、プライマリ・ケア制度が確立されており、外来診療を網羅した患者満足は古くから研究されている。しかしながら、海外とは医療制度が異なることから、検討が必要である。

本章では、昨今外来診療での受診者が増加しており、特に診療所は外来に重点が置かれていることから、外来診療に関する患者満足研究に焦点を当ててレビューを行う。この領域においては、英国、米国の文献が先駆的、代表的といえることから、英国、米国と日本の3か国の文献を中心にレビューし、外来診療の患者について理解を図るとともに、患者満足研究の今後の課題を検討する。

5.2. 患者満足の先行研究レビュー

5.2.1. 医療の質評価における患者満足の位置づけ

医療に関する総合的な評価である医療の質評価の代表的理論を構築した Donabedian (1980)によると、医療の質評価には、構造 (Structure)、過程 (Process)、結果 (Outcome) の3つのアプローチが存在する。構造とは、①物理的な構造、施設、設備、②運営母体、臨床研修指定の状況などの総合的な組織特性、③理事会の構成や活動などの管理組織、④医療者の資格や仕事量に対する人数、⑤職員への教育的機能など活動を規定する考え方、⑥財政状況、⑦地理的な要素：距離、周辺の状況などを示す。過程とは、①疾病発見活動、②診断活動、③定期受診や薬剤使用、手術などの治療、④患者の紹介と依頼、⑤医療の整合性と治療の継続性 (患者の様々なステージに関わること)、⑥地域の他機関や資源の利用などを示す。結果とは、提供された医療に起因する個人や集団の変化を表し、①疾病率や死亡率、障害率、合併症、身体機能の回復など健康上の結果、②患者満足を示す。この患者満足とは、医療及びその結果に対する患者や家族の満足を意味している。つまり、患者満足は、医療の質評価の一部であり (Donabedian, 1980)、そこには患者やその家族による治療に関する技術的な質の評価に加えて、患者及びその家族が判断した主観的な医療の

良さや質といえる。医療の評価は、長い間、医療関係者の医学知識が優先されがちであった。しかしながら、いまや患者中心の医療に変わり、患者の権利を第一に考えることが医療行為の原則になろうとしている（Committee on Quality of Health Care in America, 2001）。

5.2.2. 患者満足研究の背景

1900年初期、米国の外科医師 Ernest Codman は、「自分が行う手術が適切かどうかを自身で判断してはいけない。他の外科医が第三者的な立場から評価する仕組みをつくらなければならない」と医療評価の客観性について訴えている。その後、1918年米国外科学会では「すべての病院は患者に対し説明する責任があり、それにより病院の成功の度合いが左右される」と声明を出している（馬場園明, 2007）。1950年代後半には英国、米国で消費者運動が活発化し、医療の質評価にも患者を参加させる流れがはじまった（Linder-Pelz, 1982a）。一方、我が国において患者満足研究が盛んになった背景として、深井（2003）は、①患者が知識やサービス受給者としての権利意識を高め、より質の高い医療と納得できる説明を求めるようになったこと、②医療の高度化と医療費の増加の中で医療の質を保証し改善するための医療評価が求められていることを挙げている。

以上のように、医療に対する第三者の客観的な評価と患者への説明の必要性が患者満足研究を盛んにしている背景である。

5.2.3. 患者満足の測定の目的と意義

患者満足の測定の目的について、Sitzia and Wood（1997）は、①医療に関する患者の経験を理解する、②治療に対する患者の協力を促進させる、③医療における患者からみた問題を認識する、④医療の質評価、の4点をまとめている。Jackson et al.（2001）は、①医療プログラムやシステムの確認、②医療の質評価、③患者満足を改善するためにサービスに関するどの側面を変更する必要があるのかを特定する、④受診をやめる可能性のある患者の特定、の4点を示している。

これらの指摘にあるように、医療の質評価、医療機関の運営に関わる問題点を探ることが患者満足測定の目的の中心となっている。患者満足の向上は、結果としてより良い医療経営に繋がる。医療機関の経営にとって患者の獲得は不可欠であり、患者を固定客にし、継続的に受診させる施策を講じることは安定的な経営のための最重要課題である。一般的には、顧客はリピート購買を繰り返しながら次第にそのブランドの固定客になっていくことが指摘されているが（中村博, 2001）、医療においても同様のことが推測できる。外来診療を中心とする診療所では、受診患者のうちリピーターを意味する再来受診の患者が80%を越しており（山田隆司, 2015）、患者に繰返して継続受診をしてもらうことが、長期的な患者の獲得を可能とする。一方、新規患者の獲得も医療経営にとって不可欠である。診療所設置数が増加する中、患者の獲得のためには新しい患者に医療機関を認識して選択してもらう必要がある。患者は、医療機関を選択する際の情報源として、家族、知人からの意見・紹介、インターネットの情報を挙げている（鈴木久敏, 2011）。この家族、知人の情報はどのように入手するのかについて、杉本ほか（2018）は、診療所を対象とした研究において、患者満足の向上が家族や知人への推奨意向を高めることを明らかにしている。つま

り、患者に満足してもらい、家族や知人に対して当該医療機関を推奨してもらう。その家族や知人は、患者からの情報によって医療機関を選択することが考えられ、患者満足の上昇が結果として新規患者の獲得に繋がるということが推測される。

患者満足の上昇は、患者の治療にとっても重要視される。Sitzia and Wood (1997) によると、患者満足は患者の治療に対する協力の促進に繋がり、アドヒアランス（患者の忠実な行動）が向上する。例えば、満足している患者は、医師の指示に従い、診療予約スケジュールを守ることが主張されている。定期的な服薬を怠らず正確に実施することも報告されており、患者満足の上昇が、患者の治療に対する前向きな行動変容につながり、治療結果にも影響を及ぼす。特に、慢性疾患の治療では継続した治療が必要であり、それは往々にして何年も治療に通う必要がある。そのため、患者満足度が高いほど治療を継続しやすく、治療成績にも好影響を及ぼすと考えられている（真野俊樹, 2010）。

したがって、患者満足の上昇は、継続受診の患者を増やし、新規患者の獲得に必要な他者推奨意向を高め、医療経営に効果を発揮する。さらに、患者の治療に対するポジティブな行動に貢献する。患者、医療機関の両者にとって良好な結果を導くためには、患者満足の上昇は欠かせない。

5.2.4. 期待概念 (Expectation Concepts) を用いた患者満足の記事モデル

米国の研究者 Pascoe (1983)、英国の研究者 Williams (1994)、Thompson and Sunol (1995)、Sitzia and Wood (1997)、Newsome (1999) などによる多くの文献レビューでは、患者満足の中心的理論として期待概念に着目し整理している。

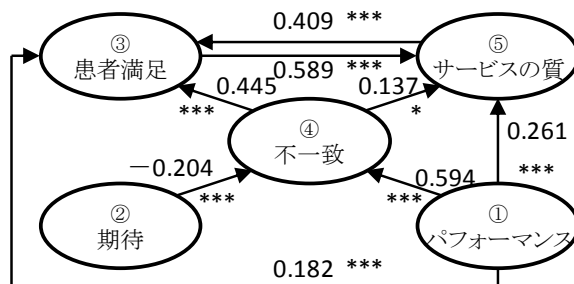
5.2.4.1. 期待不一致モデル (Expectation - Disconfirmation Models)

患者満足における期待概念の代表的理論としては、期待不一致モデルがあげられる。これは、患者が抱く受診前の医療サービスに対する期待水準と、受診後の実際に受けた医療の成果に対する評価との相違により起こり、不一致の差によって満足が決定されると考えられている。

Pascoe (1983) によると、患者満足は医療サービスに対する患者の事前期待と実際に受けた医療の認識との不一致の差により決定しており、ほとんどの患者満足調査では、暗黙のうちに不一致理論のアプローチが用いられていることを指摘している。この理論は Oliver によって構築され、一般的には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事前に期待した水準（期待水準）と、実際に体験を通して感じた知覚水準、そして、顧客満足は期待水準と知覚水準が一致している度合いによって決まると考えられており、満足モデルの最も支配的な理論とされている（小野譲司, 2010）。

Larsen and Rootman (1976)、Lochman (1983)、Like and Zyzanski (1987)、Taylor and Cronin (1976) は、プライマリ・ケア医による医療サービスのパフォーマンスが患者の期待に適合すればするほど、患者はその医師のサービスに満足するという期待不一致理論を活用した仮説を、カナダの 907 人に対するアンケート調査により実証している。質問は、プライマリ・ケア医に対する期待と知覚に関するもので、回答者の個人及び家族の特徴、健康状態、病気、健康関連の知識、医師の職務に対する期待、職務の成果についての

知覚に焦点をあてた。その結果、医師による職務の成果が期待に合致するほど、患者は医師のサービスに満足していることを明らかにした。したがって、患者満足で重視すべき点は、医師が患者の期待を満たすことであり、患者の期待と医師による職務の成果とのギャップをいかに減らすかが重要であることが示唆された。また、満足が高い患者は、医師への批判が少ないことが明らかになった。Linder-Pelz (1982b) は、マンハッタンのプライマリ・ケア・クリニックにて、初診患者を含む 125 人に対して、期待概念を用いた仮説を検証した。この調査は、医師の診察直前にデータ収集し、患者の医療への期待と価値、知覚を確認したものである。対象者の年齢は 19 歳から 95 歳であった。その結果、医師に対する事前の期待と知覚された医師の行動に対する不一致理論を用いた仮説は支持され、期待と知覚が患者満足に貢献していることを結論づけた。Taylor and Cronin (1994) は、全米南東部の中規模都市の保健医療サービスを利用している患者 227 名を対象に図 5-1 に示す「(医療の) パフォーマンス」「(患者の医療サービスに対する) 期待」「患者満足」「不一致」「サービスの質」の 5 つの因果関係について図 5-1 に示すリサーチモデルを用いて仮説検証を行った。



1) 矢印には回帰係数を記載。
 2) 有意水準：***=0.1%未満、*=5%未満
 出所) Taylor and Cronin (1994) の研究結果に基づき筆者作成

図 5-1 Taylor and Cronin リサーチモデル

その結果、医療のパフォーマンスの向上は直接的に患者満足に影響を与えるのと同時に患者の期待を現実が上回り（正の不一致）、患者満足を高める。医療のパフォーマンスの向上は、医療サービスの質を高める。また、患者の期待が高まると期待を現実が下回り（負の不一致）、患者満足は低下し、サービスの質も低下する。最後に、サービスの質と患者満足は正の相関関係があることを検証している。彼らは、期待が現実との不一致を経由して患者満足に間接的に影響を与えることを実証したが、これら要因の因果関係についてさらなる研究が必要であることを指摘している。

我が国において、余田 (2001) は、事前期待と期待不一致モデル及びパフォーマンスに注目し、事前期待とパフォーマンスとの不一致が患者の満足に及ぼす影響について仮説検証を行った。調査は 2 病院での内科外来の初診患者に対して行われ、受診前に事前期待を回答してもらい、パフォーマンスと満足に関しては帰宅後に回答をもとめた。回帰分析の被説明変数は総体的満足度、再利用意図、他者推奨意図の 3 つとした。その結果、事前期待とパフォーマンスの不一致と患者満足の間には有意な相関が認められた。また、パフォーマンス変数については、症状の改善、看護師の技能・対応は、総体的満足、再利用意図

と他者推奨意図へ有意な影響を及ぼしていた。不一致変数については、快適性の不一致が総体的満足へ影響を及ぼし、待ち時間の不一致は再利用意図へ影響を及ぼし、医療機器・設備の不一致が他者推奨意図に有意な影響を及ぼしていた。この調査は、病院外来の初診患者に限定しているが、初診においてどの程度期待が形成できるのか不明である。また、サンプル数が 49 人と極めて少なく、大規模調査に先行するプリテストとして位置づけており、一般化するのは難しい。しかしながら、我が国では極めて少ない期待理論を活用した患者満足研究といえる。

滝川 (1997) は、総合病院の精神神経科外来において初診患者 230 人を対象としてサービス評価と施設や選択要因に関する看護研究を行った。ここでは事前期待の増減とともに満足が増減すれば不満は生じないが、事前期待が増加し満足が低下すれば不満の原因となると考えた。事前期待については、17 項目の中から外来受診時に期待を寄せていた項目を 3 つ選ばせ事前期待を確認した。その結果、他からの紹介による初診患者、及び、個人の判断による初診患者は医師への事前期待が高く、満足が高いことが明らかになった。

5.2.4.2. パフォーマンスモデル (Performance Models)

期待と知覚されたパフォーマンスの過去からの経験の積み重ねにより患者満足が形成されると考えるモデルがパフォーマンスモデルである (Johnson&Fornell, 1991)。Johnson and Fornell (1991) は、経験が増え続け、過去の実績情報が蓄積されるにつれ、期待とパフォーマンスへの認識に対する正確性と信頼性の両方が向上する。豊富な経験を持つ顧客にとり、期待は協力で安定したパフォーマンスの認識と概ね一致し、ある時点では期待とパフォーマンスの認識が区別できなくなり、最終的には一致する可能性がある。その結果、満足が得られることを指摘している。これは累積的満足モデルと考えられる。この累積的満足とは、一般的には、顧客満足は一回ごとの購買と消費経験についてだけでなく、何回かの経験を踏まえたうえでの感情的状態として捉えることを示す (小野謙司, 2010)。したがって、製品、サービスの過去の購買経験すべてを対象として評価することを示している。Locker and Dunt (1978) は、患者の期待は蓄積された経験に照らして絶えず変化していることを明らかにしている。また、Thompson and Sunol (1995) は、初診患者は、期待を持つための経験や知識を持っていないため期待形成が困難であり、期待は経験が広がるにつれて変化していることを指摘している。いずれも経験の積み重ねが結果として患者満足の評価に影響することを示している。

患者の経験に注目したパフォーマンスモデルの類似型として、Amyx et al. (2000) は、米国南西部の州立大学の 18 歳から 25 歳までの学生 152 名を対象として仮説検証を行った。その結果、良好な治療の成果を経験した患者は、悪い治療の成果を経験した患者よりも満足しており、患者の経験が患者満足に影響を及ぼしていた。この患者の経験は、ポジティブ、ネガティブなど経験の種類により、満足への影響が異なっていた。

Jackson et al. (2001) は、①患者または医師の特性が患者の満足と相関するものは何か、②これらの相関は時間の経過とともに一定か、について仮説検証を行った。対象は、米国の一般的なウォークインクリニック (予約なしで受診できる診療所) に通う 500 人の成人で、94%が軍の退役者であった。事前調査として医師の診察前に患者の症状の重症度等をアンケートにより調査し、診療所で診察後に患者満足の調査を行った。さらに、2 週間後、

3 カ月後に未達成の期待についてアンケート調査を郵送にて行った。その結果、身体的症状を伴う 65 歳以上の患者の 52%が訪問直後の診察で十分満足し、2 週間後では 59%、3 カ月で 63%と時間の経過とともに増加していた。訪問直後の満足は未達成の期待の少なさ、症状原因の説明、医師と患者のコミュニケーションと強く相関していた。しかしながら、2 週間後、3 カ月後の満足は、患者の根底にある症状の経過に影響しており、症状が改善していない患者は満足する可能性が低い結果となった。また、患者の満足は、症状の重症度、機能的状態の変化・改善ではなく、絶対的な障害のレベルと相関していたことが明らかになった。結果として、時間経過により、達成されていなかった期待が達成されて患者満足が増加し、様々な経験による複合的な判断が満足に影響を及ぼしていた。

5.2.4.3. 期待の水準と期待形成の困難性

一般的には、消費者は望ましい結果を得られることを期待して行動することが指摘されており、もともと持っていた期待に沿って刺激を知覚し受容することが示唆される（田中洋，2008）。

Larsen and Rootman（1976）によると、期待は患者満足的一面であると捉えられており、欧米の多くの患者満足研究において期待が重要視されてきた。この期待には様々な水準が考えられ、Pascoe（1983）は、期待について用語の意味が広いため、様々なタイプの期待を区別する必要があると指摘している。また、Thompson and Sunol（1975）は医療における期待レベルを具体的に測定する質問票の開発を進めるべきだと主張している。表 5-1 に患者満足の期待水準のまとめを示す。例えば、Stimson and Webb（1975）は、① Background（背景）、② Interaction（相互作用）、③ Action（行動）の 3 種類の期待カテゴリーを識別している。①背景の期待とは、相談や治療プロセスにおいて蓄積された学習から生じる明らかな期待である。②相互作用の期待とは、医師の対話などに関わる患者の期待であり、質問の仕方や技術、医師により与えられる情報の水準などに対する期待を示す。③行動の期待とは、薬の処方や紹介、アドバイスといった医師が行うであろう行動に関する期待である。この 3 種類のうち、相互作用の期待が最も重要であると主張している。

表 5-1 患者満足の期待水準

患者満足の期待水準				一般的期待水準
Stimson&Webb (1975)	Fitton&Acheson (1979)	Thompson&Sunol (1995)	島津 (2005)	小野 (2010)
		Ideal (理想的な期待)	明確な期待 暗黙の期待	理想の期待
Background (背景)	実際の期待	Predicted (予測する期待)		Will (予測の期待)
Interaction (相互作用)		Normative (規範的な期待)		Should (規範の期待)
Action (行動)		Unformed (曖昧な期待)	曖昧な期待	最低許容期待

出所) Stimson&webb（1975）, Fitton&Acheson（1979）, Thompson&Sunol（1995）
島津（2005）, 小野（2010）を参考に筆者作成

Fitton and Acheson (1979) は、医師の行動に対する期待を、①理想の期待と②実際の期待の2種類に分けている。①理想の期待とは、患者が医師に行ってほしいと思う行動であり、②実際の期待とは、実際に起こるであろうと患者が考える行動を示す。この理論に2種類の期待を追加させ、期待を4種類に分類したのは Thompson and Sunol (1995) である。彼らは、患者の期待について、①理想的な期待 (Ideal) は、サービスや結果についての理想的な状態であり、こうあってくれたら良いと思う期待である。例えば、最先端の治療の提供や最新の薬を処方してもらいたいなどである。②予測する期待 (Predicted) は、過去の個人的な経験や他者からの情報、メディアなどの知識を源泉とした、こうであろうと予測する期待である。例えば、いつも血圧測定があり血圧の薬が処方されるから、今回も血圧測定があり血圧の薬が処方されるだろう、テレビの健康番組では、しびれが伴う頭痛の場合は MRI 検査をしてが、今回は自分も同じ症状だから MRI 検査を受けるのであらうと予測するものである。③規範的な期待 (Normative) は、こうあるべきという規範的な期待であり、例えば、痛みがあるから医師は鎮痛剤を出すべきである、薬が効いているか体調について医療者は患者に聞くべきであるなどの、あるべき期待である。④曖昧な期待 (Unformed) は、言葉では表現できない曖昧な期待であり、患者は正しく期待の認識ができない。例えば、からだがだるいが、良くわからない。きっと治療すればよくなるだろうなど、自分の状態が認識できず、何にどのような期待を持てば良いかわからないが、医師がどうにかしてくれるであらうと思う曖昧な期待であり、これら4種類を主張している。また、島津 (2005) は、医療をはじめとするプロフェッショナル・ヒューマンサービスの固有な特性として期待の不明確性を指摘しながらも、期待を分類している。患者が抱く期待には明確なものもあるが、不明確な期待もあり、①曖昧な期待、②明確な期待、③暗黙の期待の3種類の期待概念について説明している。①曖昧な期待とは、期待が明確に形成できず何をどのようにしてもらいたいのか期待がわからないものを示す。島津は医療における期待は、この曖昧な期待が基本であると考えている。②明確な期待とは、曖昧な期待がサービスの授受を通して明確に形成され、徐々に現実的で明確になってくるものである。③暗黙の期待とは、利用者が明確に意識していないけれど、当然だと思っている期待である。

なお、一般的な期待水準について小野 (2010) は、消費者が商品・サービスの購入を検討している際に抱く期待には、①理想 (こうあってもらいたい)、②予測 (こうだろう)、③規範 (こうあるべき)、④最低許容 (少なくともこれくらい) があり、代表的な期待としては、予測的期待 (Will Expectation) と規範的期待 (Should Expectation) がある。こうした期待水準は顧客の経験量が高いか低いかにより異なる。予測的期待は、顧客のその商品・サービスに関する経験量が少ないとばらつく可能性がある。しかし、顧客が経験を重ねると、予測自体がより確かなものになり、期待が安定してくると考えられる。一方、Stimson and Webb (1975) は、そもそも期待はそれ自身を分析的に確かめるのが難しい概念であり、満足において期待がどのような意味を持ちどのように分類されるのか明らかにする試みは無いことを主張している。過去の研究では、患者満足研究において、どの期待の水準を検証したのか質問紙での表現で推測するにとどまり、明確に記述された患者満足の文献は見当たらない。

以上のように、欧米を中心として期待概念が患者満足に影響を与えている事が指摘されているが、期待形成の困難性も主張されており、特に我が国においてはこのような主張をする研究者は多い。

医療のような専門性の高いプロフェッショナル・ヒューマンサービスでは、情報の非対称性と期待の不明確性により、期待形成が困難であるとの議論がある（島津望， 2005）。第一に、情報の非対称性とは、患者と医療者の持つ情報の格差を示しており、医学的な専門知識の場合は両者に大きな格差があることから、治療や意思決定、結果に対する認識が異なる。第二に、患者による期待の不明確性とは、患者には疾病の治癒や症状の軽減という期待がある。しかし、患者の期待が明確なのは、良くなりたい、楽になりたいと思うところまでであり、具体的にどのような治療をどのようなプロセスで提供されることを期待するのか、詳細は不明である。例えば、ある疾患に罹患した場合、患者の体質などにより疾患の状況は異なり、結果として治療方法も変わってくる。仮に、患者が検査データを見ることができたとしても、医師と比べて患者がその疾患と状況を的確に把握し最善の治療法を探るのは極めて難しい。自分の身体状況を正しく理解すること自体が困難であり、結果的に患者はどこまで何を期待してよいか不明であり、期待を持ったとしても、その期待は明確ではないことが多い。したがって、患者の期待は不明確であり、具体的に期待を形成できないことが指摘されている（島津望， 2005）。

Williams (1994) は、多くの患者は、治療の本質がより技術的に難解だと知覚されるにつれて、自分自身が期待を持つ事や、期待についての正当性を信じられなくなる傾向にあることを示しており、期待形成が困難であることを主張している。一方、Fitton and Acheson (1979) は、患者の医学的状況の深刻さに対する知識と認識について、医師と患者の評価に一致した関係を見出している。ほんのわずかの患者は、問題の深刻さについて判断を間違えたものの、患者の持つ高度な技術的知識は医師よりも多いことを示している。Sitzia and Wood (1997) も、医師と患者の能力の差は絶対ではないことを主張し、情報の非対称性について否定している。その理由として、第一に、医学についての知識の量と質は医師によって異なる。第二に、患者の病気の成り行きと治療の効果にしたがって医学は機能するため、医師であっても結果を確信できない。第三に、患者は多くの情報源から知識を得ることが可能であり、駆け出しの医師と同程度の知識を持つ患者がいる。第四に、病気に関連する患者が持つ固有の情報を医師は常に持っていないことを指摘し、情報の非対称性に対する否定論を提示している。

結論として、先行研究において事前期待が活用されているが、具体的にどの期待水準を想定して実証しているのか明らかになっていない。医療研究における期待の明確化とともに、そもそも期待形成が可能か否かについてさらなる議論が必要であろう。

5.3. 患者満足に影響を及ぼす要因

表 5-2 の患者満足に影響をおよぼす要因に示す通り、患者満足は様々な要素が指摘されている。

表 5-2 患者満足に影響をおよぼす要因

Ware et al. (1983)	Baker (1991)	Mciver (1991)	Mittal (2016)
・医療職との 対人関係の方法	・医師の利用の しやすさ	・スタッフの態度 ・待合室の環境	・スタッフとの対話 (相互作用)
・ケアの技術の質	・ケアの質	・待ち時間	・サービス提供
・アクセスの良さ	・ケアの連続性		・ケアの結果
・財務状況	・建物		・物理的施設
・ケアの有効性	・診療時間の 利用のしやすさ		(構造物)
・ケアの連続性			
・物理的環境			
・医療機関の 利用のしやすさ			

出所) Ware et al. (1983) , Baker (1991) , Mciver (1991) , Mittal (2016)
を参考に筆者作成

例えば、Ware et al. (1983) による米国の文献レビューでは患者満足に影響を及ぼす要因として、①医療職との対人関係の方法、②ケアの技術的な質、③アクセスの良さ、④財務状況、⑤ケアの有効性、⑥ケアの連続性（患者の様々なステージに関わること）、⑦物理的環境、⑧医療機関に対する利用のしやすさの8次元に分類している。Baker (1991) は、英国でのプライマリ・ケアの環境における患者満足の5つの要素として、①医師の利用のしやすさ、②治療の質、③ケアの連続性、④建物、⑤診療時間の利用のしやすさを挙げている。Mciver (1991) は、外来診療に関する患者満足について、①スタッフの態度、②待合室の環境、③待ち時間を要素として取り上げている。Mittal (2016) は、プライマリ・ケアに関する患者満足は、①スタッフの対話（相互作用）、②サービス提供、③ケアの結果、④物理的施設（構造物）などで構成されていることを示している。

これらの先行研究を考慮して、患者満足に影響を与える要因について、(1) ケアの対人的な側面、(2) ケアの技術的な側面、(3) アクセスと物理的環境、(4) その他の4つに分類して整理する。

5.3.1. ケアの対人的な側面

多くの文献において、患者満足に影響を及ぼす要因として、コミュニケーションを中心としたケアの対人的側面が重要視されている。Tishelman (1994) によると、患者は技術的なケアよりも、親切さ、コミュニケーションを通じた友好性、感情的な面へのサポートに重点を置いている (Sitzi & Wood, 1997)。Ong et al. (1995) によると、患者の不満は、自分の病状などの医療に関する情報の不安から引き起こされており、医療職による情報提供の重要性を指摘している。医師と患者のコミュニケーションでの非言語的メッセージの重要性も報告されており、LaCrosse (1975) は、医師の少しの前傾やうなずきといった非言語的な態度は、患者に医師をより暖かく魅力的に見せることを明らかにしている。

また、Larsen and Smith (1981) も、医師の前傾や位置・姿勢は、患者のより高い満足に関連していることを報告している (Sitzia & Wood, 1997)。

我が国においても同様に、医師の対応や話しを聞く態度、説明のわかりやすさが患者満足度の向上に影響を与えていることが挙げられている。例えば、杉本ほか (2018) によると、コミュニケーションや傾聴能力を含む医師の態度、治療に関する説明を含む医師のスキルが患者満足に影響を及ぼしていた。今中 (1993) による大学病院の外来患者調査では、医師の態度や言葉遣いが満足度に有意な結果を示していた。田久 (1994) によると、医師の対応、医師の説明のわかりやすさが満足度に影響を及ぼしている。前田、徳田 (2003) は、プライマリ・ケアでの外来患者の満足調査において、満足度に強く影響するのは医師の説明のわかりやすさ、医師が訴えを聞いてくれた、などのような医師とのコミュニケーションが重要であることを指摘している。

看護師や医療スタッフの患者満足への影響について、Pascoe and Attkisson (1983) によると、最も患者満足に重要な要素は、看護師の態度であり、続いて治療の結果、助手スタッフの態度であることを示しており、看護師や助手スタッフの影響を指摘している。今中 (1993) の病院調査では、看護師、一般事務の対応は、患者満足、継続受診意向に正の影響を与えていた。長谷川、杉田 (1993) の病院調査では、看護師の態度が患者満足に影響を及ぼしていた。しかしながら、事務系職員の態度は満足に影響を与えていなかった (Pascoe G. C, 1983)。また、Fitzpatrick et al. (1992) の看護師に関する文献レビューでは、医師よりも低い社会的地位にいる看護師のコミュニケーションは、患者の満足を得られていない結果が報告されている。杉本ほか (2018) の診療所の調査では、看護師の態度を含めたスキルは患者満足に影響を与えていない結果となっている。山本ほか (2004) による診療所の外来患者による患者満足調査でも、看護師全般は患者満足に影響を与えていないことが指摘されている。整形外科診療所の看護職に関する報告では、患者にとり看護師の関わりの成果は見え難く、患者が評価し難い事による看護上の困難さが報告されており (堀之内若名ほか, 2016)、診療所の看護師については患者満足に影響していない一致した結果が報告されている。

医師による精神的苦痛の軽減や、医師の専心と思いやり、プライバシーへの配慮なども患者満足の重要な要因として多くの文献で示されている (今中雄一, 1993) (長谷川万希子, 杉田聡, 1993)。杉本ほか (2018) は、自覚症状や不安などが強く QOL の低下が推測できる脳血管疾患やリウマチなどの整形外科疾患、自己管理が困難な糖尿病などの内分泌代謝疾患では、医師による精神的苦痛の軽減が医師スキルの中で最も重要視され、患者満足に影響を及ぼしていることを明らかにしている。

5.3.2. ケアの技術的な側面

Ware et al. (1977) によるレビューでは、ケアの技術的な質が患者満足の構成要素のひとつとして挙げられており、医療技術提供者の能力と高いレベルの診断、治療の重要性を示している。また、ケアの効果、結果、提供されたサービスの結果が重要であることも指摘している。Marquis (1983) は、技術的な介入の水準が高いほど、患者の満足が大きいことを指摘している。

我が国においては、長谷川、杉田（1993）、今中（1993）、杉本ほか（2018）によると、医師の技術と知識、能力の高さが患者満足に影響を与えていた。Abramowitz et al. (1987) は、看護ケアと看護師による援助、処置と治療に関するスタッフの説明について重要性を示している（Sitzia & Wood, 1997）。また、診療所における理学療法士、検査技師などの医療スタッフの知識と技能は患者満足に影響を与えていることが報告されている（杉本ゆかりほか、2018）。

5.3.3. アクセスと物理的環境

Ware et al. (1977) は、アクセスについて広義に捉えている。アクセスとは、第一に治療を受けるための調整に関する要素であり、例えば、待ち時間、提供者との連絡の容易さを示す。第二に、物理的環境が挙げられ、治療が提供される環境の特徴を示す。例えば、院内外での看板や表示などの合図や指示の明確性、整然とした器具や備品、雰囲気の良いアクセスに含まれる。Fitzpatrick et al. (1992) によれば、アクセスのしやすさに関する広義は、病院への物理的なアクセスだけではなく、一般診療の手術時間、予約システム、窓口係、医師の変更、往診、予約の待ちリスト、医師との連絡の取れやすさなどを含んでいる。これらの要因が不十分な場合は、すべて患者の不満に影響すると主張している。

一方、我が国での先行研究におけるアクセスは、医療機関への交通の便や自宅からの距離、待ち時間として捉えており、欧米とは捉え方に大きな差がある。長谷川、杉田（1993）は、「待ち時間の短さ」の影響は小さかったことを指摘した。施設等の物理的環境について、永井ほか（2001）は、病院では「雰囲気・快適性」、診療所では「施設内の清潔さ」が総合満足度に強く影響していることを報告している。しかしながら、池上、河北（1987）は、病院での調査において、病院の公的・私的などの経営主体、病床数などの病院の規模、立地条件、開設時期などの外的な固定要因は患者満足と有意な関係はみられないことを指摘している。長谷川、杉田（1993）は、病院での「建物の快適性」の影響は小さいことを明らかにしている。

5.3.4. その他の要因

Stelfox et al. (2005) は、米国の大規模な教育研究病院において 353 名の医師を対象として医師に対する苦情、医療過誤訴訟と患者満足の関係を調査した。また、医師に対する患者満足を高中低に分割して比較した。その結果、最も満足が低いカテゴリーと最も高いカテゴリーを比較した場合、低い患者のカテゴリーを治療した医師は、患者からの苦情が多く、110%高い医療過誤訴訟率が示された。結論として、医師の業績評価、患者からの苦情、医療過誤訴訟は全て患者満足の指標であり、相互に関連していることを明らかにしている。

Platonova et al. (2008) は、プライマリ・ケア医と患者との信頼、良好な対人関係が、医師に対する患者の満足及びロイヤルティの主要な要因であることを明らかにしている。調査は、米国の主要な大学の一部である 2 つの内科外来診療所の患者 554 名を対象として仮説検証が行われた。その結果、患者の医師に対する信頼が満足とロイヤルティの両方に影響していた。また、忠節な患者が新しい患者をプライマリ・ケア医に引きつけ、満足している患者は新しい患者を連れてくるということが明らかになった。

Kennedy et al. (2014) の米国の 171 病院を対象とした、患者満足と治療の良好な結果との因果関係に関する研究では、外科的手術を受けている患者の患者満足の高さと低い死亡率において因果関係が確認された。

Mittal (2016) は、Patient Satisfaction Strategy Map (PSSM) を活用し、プライマリ・ケア医に受診している 939 名に対してオンライン調査を行った。その結果、医療の質、医師との相互作用 (交流)、スタッフ、治療を受ける機会、待合室は総合的な患者満足に影響を与えていた。総合的患者満足の高さは、患者による推薦、健康状態、生活の質に対する満足度に正の影響を与え、他医療機関へのスイッチ、オフィスマネジャーへの不平、家族や友人への不満に負の影響を与えていたことを指摘している。

患者満足の向上は、苦情、医療過誤訴訟を軽減させ、低い死亡率に影響を及ぼしていた。また、ロイヤルティを形成し新しい患者を連れてくる効果を発揮するなど多くの結果を導く重要な指標となっていた。

5.4. 患者満足と患者属性の関係

5.4.1. 患者満足と年齢

Hall and Dornan (1990) は、米国における患者の社会人口統計の変数を活用し、患者の特徴と満足について調査した。その結果、年齢の上昇は患者満足に有意に影響を及ぼしていた。この理由について、医師は高齢の患者に対して若い患者よりも丁寧で配慮のある態度をとり、若い患者に対しては否定的な態度をとる傾向にあることを指摘している。Williams and Calnan (1991) は、英国カンタベリーの病院において、18 歳以上の 735 名に対して調査を行った。有効回答は 454 名であった。調査は、医師と患者との関係における治療技術、治療に関するアドバイス、待ち時間などを含めた病院のケアについて確認した。その結果、60 歳以上の患者は、18 歳から 39 歳までの若い人や、40 歳から 59 歳までの中年の患者よりも、ケアに満足していることを報告している。Cohen (1996) は、スコットランド開業医に登録されている外来患者を対象とした調査において、年齢が若いほど患者満足は低いことを明らかにしている。その理由として、患者よりもはるかに若いスタッフは、高齢の患者に対し、尊敬と配慮をもって対応する傾向にあり、また、高齢の患者は健康管理に関してより低い期待を持っているため、満足を得やすいことが指摘されている。さらに、ケアと治療の選択肢に関して、高齢の患者は細部にあまり関心がなく、若い患者よりも何を言われているのかを疑問視する傾向が少ないことを指摘している。特に虚弱な高齢患者は、自分について家族や社会の負担だと感じており、不満を表さないことも理由として挙げている。Sitzia and Wood (1997) は、高齢者は医師からの情報をあまり期待しないことを報告しており、年齢が高いと医師に対してあまり批判をせず、謙虚な期待を持つことから、年齢が高い方が若い患者よりもより満足しやすいことを示唆している。

若い患者に関する調査について、Williams and Calnan (1991) は、若い患者は、指示や医学的なアドバイスにあまり従わない傾向があることを指摘している。Khayat and Salter (1994) は、若い患者はプライマリ・ケアにおける診察について満足をしていないことを明らかにしている。また、Bikker and Thompson (2006) は電話インタビューでの調査で、外来患者について年齢は患者満足に有意に影響していないことを報告している。

我が国では、田久（1994）による大学病院の外来患者の調査では、54歳までの患者と比べ55歳以上は全体的に満足が高かった。永井ほか（2001）は、病院、診療所の外来患者の調査で、年齢の上昇により満足度が増加する傾向がみられたことを主張している。一方、池上、河北（1987）は、病院119施設による調査において、満足度は年齢に影響されていない事を報告している。

多くの研究で、患者満足と患者の年齢との関係について、高齢者は若い人に比べ満足が高く、若い人は満足をしないことを結論づけている。

5.4.2. 患者満足と学歴

学歴は、患者満足に影響を与えており、教育レベルが低い患者ほど、患者満足が大きい傾向があることが報告されている（Sitzia & Wood, 1997）。

Hall and Dornan（1990）は、患者の教育水準が低いほど、満足度が高い傾向にあることを確認している。Anderson and Zimmerman（1993）による2カ所のミシガンの診療所における調査の結果では、教育水準は診察への患者満足に有意に関連する変数であり、教育水準が低い患者は最も満足していたことを明らかにした（Sitzia & Wood, 1997）。

いずれも、教育水準が低い場合、患者は満足を得やすいことを指摘している。

5.4.3. 患者満足と性別

患者の性別は、満足に影響を与えない事が一般化されており、Hall and Dornan（1990）、Cohen（1996）は、性差は患者満足に有意な影響を与えていないことを明らかにしている。しかしながら、Khayat and Salter（1994）は、男性より女性の患者が全般的に総合診療医に対して満足していることを報告している（Sitzia & Wood, 1997）。Bikker and Thompson（2006）も女性は男性より患者満足が高いことを明らかにしている。また、Hall et al.（1994）は、若い女性の医師によって診察された男性患者の満足は最も低い事を報告している（Sitzia & Wood, 1997）。

今井ほか（2000）は、大学病院において性別と年齢を加味した調査を行っており、女性は年齢が高まるほど満足が上昇する傾向があるが、男性は40代を満足度の底部とするV字型を呈していた。また、患者満足の性差は年齢階層別に逆転がみられ、20代、30代、70代では男性が高く、40代から60代では女性が高い結果が報告されているが、これまでの実証研究では、女性の方が男性より満足を得ていることが明らかになっている。

5.5. おわりに

5.5.1. 今後の課題

今後の課題については、①期待形成の有効性について、②他者推奨意向と患者の意思決定について、③診療所を対象とした患者満足研究の充実の3点で捉えることができる。

5.5.1.1. 期待形成の有効性について

ここでの問題は、①我が国での医療における期待形成の困難性と有効性について、②期待水準に関する記述の必要性について、検討が必要であろう。

まず、①我が国での医療における期待形成の困難性と有効性について、医療のような専門性の高い領域では、情報の非対称性と期待の不明確性により、期待形成は困難であるとの議論がある（島津望，2005）。欧米では期待概念を取り入れた患者満足の実測が研究されているが、我が国においては、期待に着目した患者満足研究は僅かである。その理由として、一般的には、日本人は米国人のように明確な期待を持たないため、期待概念が適用しにくいことが指摘されている（堀啓造，2005）。また、医療サービスなどの信用財、経験財は探索財などに比べて期待形成が不安定であり、期待の影響を受ける満足の実測は難しいとされている（森藤ちひろ，2009）。

推測すると、医療における内容と状況では、具体的に期待できる場合と期待できない場合が考えられる。例えば、期待形成が可能なケースとして、施設環境やホームページなどで取得できる情報などの多くの方が同じ条件の情報を実得できるもの、個人が長い間経験している治療に関するもの、標準的な治療に関しては、具体的に明確な期待形成が可能かもしれない。一方で、期待形成が困難なケースとしては、例えば、正確な病状、効果的な手術内容や治療の方法、複雑な治療結果やはじめて使用する薬など、特に治療に関わり個人の状況により異なる内容の場合は自分自身でも理解しにくいことから、期待が形成できないケースが考えられる。したがって、患者の期待水準について、例えば、横軸に理想的な期待、予測する期待、規範的な期待、曖昧な期待の4水準を設定し、縦軸には誰でも情報の取得が可能な内容や誰にでも一律変わりが無い情報などのカテゴリー1と、人や状況により情報が異なったり、内容が時間の経過とともに変化したりする内容などのカテゴリー2を設定し、これらを交差させた条件のもとで期待水準を設定するなど、より複雑に期待水準を分類することでより明確になることが推測できる。

次に、②期待水準に関する記述の必要性について、欧米の研究では、期待を分類し質問の語尾表現において期待水準を分けている。例えば、予測する期待では、「あなたは〇〇を期待していますか」、規範的な期待では、「病院の職員は患者に注意を払うべき」など、「Ought to（～するべきだ、～ねばならない）」「Should（～したほうがよい）」を使い、理想的な期待では、「あなたはどの様な治療を期待したいか」などと定式化できることが指摘されている（Thompson & Sunol, 1995）。しかしながら、どの期待水準を実測したのかを記述した文献は見当たらず、推測の域を越えない。どの期待水準を実測するかにより、患者満足への影響が変化する可能性が考えられる。このため、期待水準を明確に記す必要がある。

なお、情報の非対称性については近年、様々な見解が見受けられる。例えば、Bloom et al. (2008) は、特にヘルスケアにおいて情報の非対称性は特徴的なものであり、例えば患者は症状を説明することができるかもしれないが、患者の状態を明確に分類し、投薬について具体的に把握することは困難である。これは情報の不十分さによるものであり、そのため、医師と患者の間に不自然な力関係が生まれることを指摘している（Bloom et al., 2008）。

一方、医療提供者と患者の情報の非対称性は縮小しているとの指摘もある。遠藤(2005)は、情報の非対象性は、厚生労働省による多くの医療に関する規制が一因であり、規制緩和に伴い情報提供が促進され、情報の非対称性が緩和していることを指摘している。つまり、過去に制限されていた病院サイトや看板などに掲載できる情報公開や表現が緩和され

た点や、また、カルテ開示、第三者評価の公開などが可能となり、患者自身が情報を取得できる内容が多くなったため、医療提供者と患者の間の情報の非対称性が縮小緩和していると指摘しているのである。また、ICT の普及により、患者は病気の事や治療や薬の事、医療機関に関する内容や評判など、様々な情報を取得しやすくなっているため、医師と患者との情報の格差が小さくなり、情報の非対称性が緩和されている可能性が考えられる。しかしながら、これらの指摘は実証されておらず、今後の研究が待たれる。

5.5.1.2. 他者推奨意向と患者の意思決定について

患者満足は他者推奨意向に影響を及ぼしていることが明らかになっているものの、他者推奨意向に関わる詳細は不明確であり検討が必要である。例えば、欧米、日本ともに質問では、家族・友人に医療機関を推奨するか否かを問うケースが多く見受けられる。その際、家族なのか、友人なのか、患者同士なのか、同疾患患者なのか、誰にどのように推奨するのか詳細は明らかになっていない。また、推奨方法についても議論が足りない。例えば、クチコミは、待合室での患者同士の会話なのか、家族や友人に相談された際に直接伝えるのか、SNS への投稿なのか、SNS の場合具体的にどこに投稿するのかなど、他者推奨意向の詳細は不明である。

患者の意思決定については、①医療機関選択についての意思決定、②治療法選択についての意思決定の 2 種類が考えられる。医療機関を選択する際の情報源として、家族、知人からの意見・紹介、インターネットの情報が挙げられているが[鈴木久敏,2011]、どの情報を使い、どの様に意思決定を下すのか、詳細は明らかになっていない。治療法の選択については、米国医療の質委員会の報告によると、患者の多くが治療の決定に参加したいと考え、代替可能な治療法について知りたいと考えていることを明らかにしており (Committee on Quality of Health care in America, 2001)、治療法の情報を求める声が高まっている。

意思決定に関わる患者の情報は幅広い。最近では、患者による医療機関の評判を掲載したサイト、患者会や同治療法に取り組む患者の SNS を活用した情報サイトなど、同じ立場である患者からの情報が信頼性を増して治療法選択の一助となっている。また、例えば通院する医療機関の待合室において隣に座った患者からの情報、知人や家族の受診・治療経験による情報など、医療の情報は幅広い。主治医による推奨や紹介、書籍、テレビ等メディアでの専門医による情報を含め、患者はどこからどのように情報を収集し、情報を流すのか、これらを明確にすることで、医療機関はどう情報を発信すべきか対策をとることが可能となり、患者の利便性も向上する。患者による意思決定や情報発信に関する満足との関係性を含めた研究が欠かせない。

5.5.1.3. 診療所を対象とした患者満足研究の充実

英国、米国での研究では、調査対象施設がプライマリ・ケア診療所、教育病院、病院など、バランスよく調査されている。また、複数施設での大規模サンプルによる実証が主流であるといえる。

一方、我が国での研究の多くは、大学病院もしくは大規模病院での単一医療施設において調査したものである。大規模病院でのデータの取得は管理・調査しやすい点で分析に適

しているといえる。診療所の場合、単一施設でのサンプル取得には限界がある。そのためか診療所の研究は僅かであり、患者満足研究において外来診療を網羅しているとは言い難い。また、診療所の場合、有床か無床か、診療科は単数か複数かなどにより、患者の受診行動が変化する可能性が考えられる。例えば、診療所では、流行性感冒などの比較的軽い急性疾患の患者と整形外科疾患と脳血管疾患、循環器疾患などの慢性疾患患者が受診患者として想定できる。これらの受診行動では、リハビリテーションの実施、血圧、血糖値など自己管理の問題や、自覚症状について患者により差があることから、満足評価が異なる可能性が推測できる。したがって、診療所の研究の場合は、調査対象施設の分類について検討が必要だと考える。特に慢性疾患が増えてきた現代社会では、診療所の疾患別による患者行動の理解は課題である。

5.5.2. おわりに

本章では、英国、米国、そして日本の文献を中心として外来診療における患者満足研究について整理し、今後の課題を検討した。医療分野における適切なマーケティングのためには、制度や施設設置状況を踏まえ、患者が何を求めているのかを理解する必要がある。

患者満足は患者の主観であり医学に関する適切な評価は困難であるとの見解はいまだにあるものの、患者満足の向上は、患者、医療者の両者に有効な結果を導くことが明らかになっている。継続的に患者の医療管理を行うためには、医療機関が永続的に存続する必要がある、患者に信頼される確かな経営が求められる。そして、患者に選択してもらうためには、患者中心の意見を重視することが不可欠である。

患者の高齢化、新薬の開発、治療の進歩など時代の変化にともない疾病構造が変わり、医療政策が変更するなか、外来診療のあり方も形を変えている。制度が変化し続ける時代においては、変化に応じた有意義で継続的な患者満足の研究が求められる。

第6章 医療専門職のスキルが患者満足におよぼす影響

6.1. はじめに

本章の特徴は、第1に医師に加え、診療所の医療専門職を考慮し、看護師、医療スタッフについて、そのスキルと継続受診行動の因果関係を検討する点にある。第2に継続受診行動を患者満足の視点で検討している、第3に新しい病気に罹患した際の継続受診行動に関する要因を探ることである。

これらの特徴に注目した理由は、第1に近年での診療所形態の変化があげられる。診療所の開設にあたっては、以前は医師ひとりと看護師で運営される診療所が基本であった。しかし、最近ではニーズの多様化により、診療所であっても多機能化や専門特化した診療を行うなど、特徴のある新たな形態での運営がおこなわれ始めている。また、複数診療科をもち、複数の医師や専門職がいる診療所も増えてきており、これからの診療所研究では、多職種専門職に関する研究が必要である。本章では、医師に加え、看護師と医療スタッフの各スキルと患者満足、他者推奨意向、継続受診について因果関係を明らかにする。なお、本研究での医療スタッフとは、薬剤師や理学療法士、作業療法士、臨床検査技師などを示す。

第2に医療法の改正により策定された「医療勤務環境改善マネジメントシステムに関する指針」の好循環サイクルでは、雇用の質の向上が医療の質を高め、それにより患者満足も向上する。その結果、患者から選ばれる施設になり、経営の安定化が図れる仕組みを指摘している（厚生労働省医政局医療経営支援課，2014）。診療所を対象とした患者満足の研究は僅かであり、継続受診と患者満足の因果関係を確認することは、診療所の好循環サイクルを導き、医療マーケティングを理解する上で重要である。

第3に本論文の背景のひとつである、医療機関の機能分化とかかりつけ医機能の推進があげられる。かかりつけ医機能では、①日常的な医療管理と重症化予防、②専門医療機関等との連携、③在宅療養支援、介護との連携、の3点が求められている（厚生労働省，2017）。この日常的な医療管理と重症化予防のためには、継続受診が必要である。慢性疾患の治療に関する継続受診は2種類に分類される。1つは、同じ医療機関で治療を継続的に続けることである。もう1つは、別の新しい病気を患った場合でも、慢性疾患で通院している医療機関に受診することである。つまり、診療所の医療マーケティングを検討する場合、両方のケースを考慮し、継続受診行動の要因を探る必要がある。

本論文においては、第3章の第1研究、第4章の第2研究では慢性疾患で通院する患者の継続受診行動を探った。本章の第3研究では、慢性疾患患者が別の新しい病気を患った場合の継続受診行動について明らかにする。

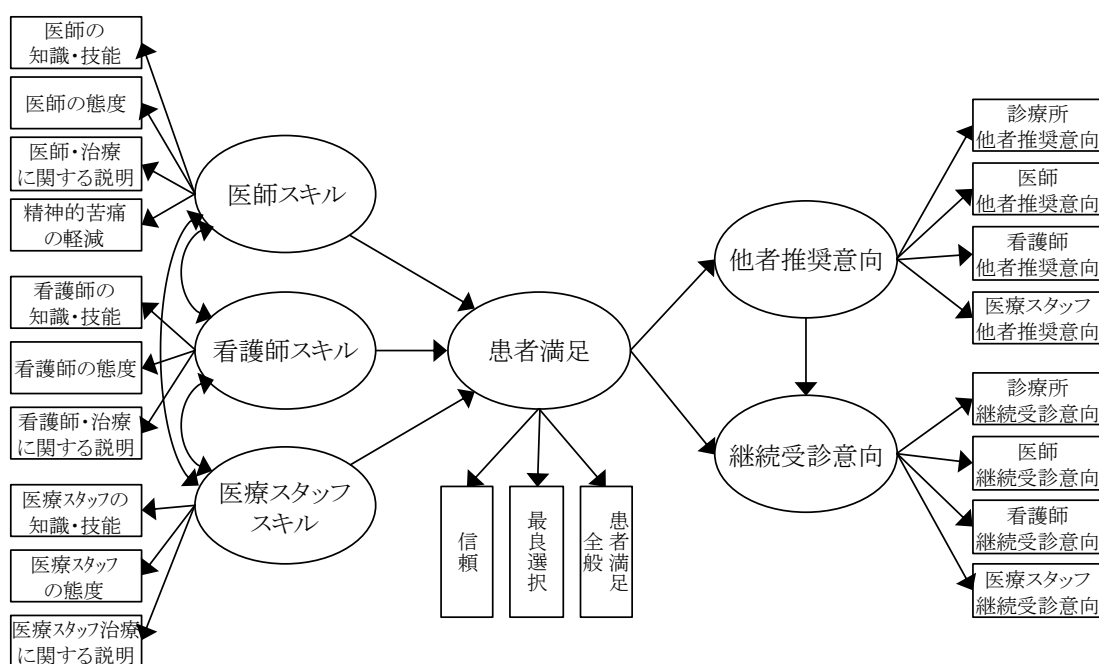
6.2. 方法

6.2.1. 診療所の患者満足モデルの設定

まず、患者満足、継続受診意向、他者推奨意向に及ぼす影響について因果関係を確認するため、患者満足の構造モデルを検討した。内科開業医を対象とした患者満足の先行研究では、患者満足は継続受診に影響を及ぼし、継続受診は知人への紹介につながる事が指摘されている（前田泉，徳田茂二，2003）。一方、多くの業種を対象とした一般的な顧客

満足の JCSI 因果モデル (JCSI : 日本版顧客満足度指数) では、顧客満足は、継続購買意向に影響を及ぼしており、同時に、顧客満足は他者推奨意向を媒介して、継続購買意向に間接効果を与えることが明らかになっている (公益財団法人日本生産性本部, 2017)。

本研究では、患者満足、継続受診意向、他者推奨意向に及ぼす影響について因果関係を確認するため、診療所の患者満足モデルを検討した先行研究と JCSI 因果モデルを参考にし、図 6-1 に示す通り、医療サービスを提供する医療専門職の高いスキルは患者満足を形成し、患者満足の向上は継続受診意向に影響を与え、さらに、患者満足は他者推奨意向を媒介し、継続受診意向に間接効果を与えるというモデルを設定した。



1) 四角は観測変数、楕円は潜在変数とし、誤差変数は省略する。

図 6-1 診療所の患者満足モデル

6.2.2. 医療専門職のスキルに注目した医療サービスの設定

医療専門職について、昨今では、診療所に理学療法士や臨床検査技師などが勤務する実態が報告されている (厚生労働省, 2014)。実際、厚生労働省の受療行動調査による外来患者の来院目的調べでは、症状を診てもらっただけの患者は 34%にとどまり、定期的な薬の処方を受ける患者は多く、高血圧症疾患では 51%と半数を超えている。また、リウマチや他整形外科疾患、脳梗塞後遺症では、リハビリテーションの訓練・物理療法による痛みの緩和、高血圧症や糖尿病では、定期的な検査・点滴などが受診動機となる (厚生労働省, 2016)。本研究では、診察・治療に関わる医師、看護師、医療スタッフを対象として検証を試みた。

看護師については、准看護師を含めた。医療スタッフは、患者にリハビリテーション、検査、服薬指導などを提供する、もしくは支援する人材とした。医療スタッフの設定は、実際の診療所での勤務状況を参考にした (厚生労働省, 2014)。なお、診療所のリハビリテーション業務の場合、理学療法士、作業療法士だけではなく助手が支援するケースがある

ためこれを含めた。また、最近では診療所であっても検査業務は臨床検査技師が担い、薬剤師が服薬指導を行うケースが僅かながら報告されておりこれらを含めた。

3 職域の医療サービスの観測変数は、先行研究を参考に基本的な診療能力である「知識・技能」「態度」「治療に関する説明」とした（今中雄一，1993）（厚生労働省医政局医事課医師臨床研修推進室，2017）（図 6-1 参照）。第 1 に「知識・技能」とは、診察・治療、患者の身体状況の把握、処置、検査、機能訓練、服薬などに関する知識・技術の高さ、丁寧さを示す。第 2 に「態度」は、傾聴能力、言葉遣い、身だしなみ、コミュニケーション、優しさや励まし、プライバシーの尊重、対応のはやさを示す。第 3 に「診察・治療に関する説明」は、治療法決定時の納得がいく説明、診察・治療、処置、検査、機能訓練、服薬などの説明能力の高さを示す。そして、「医師スキル」の観測変数には、病院の先行研究を参考に「医師による精神的苦痛の軽減」を加えた（長谷川万希子，杉田聡，1993）。これらの観測変数から、医師、看護師、医療スタッフの 3 つの潜在変数を構成した。

なお、この各医療専門職のスキルは、客観的に測定できるものではないことから、各医療専門職の知覚スキルといえる。この知覚（Perception）とは、消費者にとって外部からの情報を受け取り、それをカテゴリー化し、さらにその意味を解釈するという消費行動の重要な起点をなしている。また、知覚品質は「ある商品が他の代替商品と比較して、満足を提供するかどうかの知覚された商品の能力（Ability）」であることを指摘している（田中洋，2008）。

6.3. 患者満足と継続受診意向、他者推奨意向の設定

病院に関する先行研究では、患者満足、継続受診意向、他者推奨意向を混在させ、総合的満足度として測定している（長谷川万希子，杉田聡，1993）。しかし、一般的な JCSI 因果モデルでは、これらは異なる機能とされていることから、本研究では、「患者満足」「継続受診意向」「他者推奨意向」を各々潜在変数として測定した（公益財団法人日本生産性本部，2017）（図 6-1 参照）。「患者満足」の観測変数には「信頼」「最良選択」「患者満足全般」を設定した。「継続受診意向」については、診療所が慢性疾患患者の日常的な医療管理を行うためには、慢性疾患治療の受診だけではなく、その患者が他の病気、けがの時にも当該診療所を受診してもらい、継続的な医療管理を行う必要がある。そのため、本研究の継続受診意向は、「将来、他の病気やケガの時もこの診療所で受診するか」について質問した（長谷川万希子，杉田聡，1993）。「他者推奨意向」は、「家族や友人へ推奨する意向」について確認した。継続受診意向、及び、他者推奨意向の観測変数は、「診療所」「医師」「看護師」「医療スタッフ」各々に対する継続受診意向・他者推奨意向について確認した。

6.4. 疾患別分析のための疾患選定

疾患別アプローチを試みるにあたり、慢性疾患の選定は、厚生労働省患者調査の報告に基づき、「主な疾病の総患者数」の上位疾患とした（厚生労働省，2015）。疾患の区分については、診療所に勤務する各領域の専門医を保有する医師計 7 名に疾患分類と受診する診療科の適格性を確認の上、①循環器疾患（高血圧症、心疾患）②内分泌代謝疾患（糖尿病、高脂血症）③脳血管疾患（脳梗塞、脳出血、くも膜下出血）④整形外科疾患（関節リウマチ、腰痛、骨粗鬆症、椎間板ヘルニア、変形性関節症）の 4 種類に分類した。

6.5. 調査期間、調査内容

調査実施期間は2013年6月15日から17日までの3日間とし、サンプルは調査を依頼した(株)日本リサーチセンターが保有する全国約281,000人の疾患別パネルから抽出した。調査エリアは全国を対象とし、調査手法は、非公開型インターネット調査によるWeb質問紙により実施した(巻末添付資料参照)。調査内容は、対象の属性(年齢、性別、疾患)及び「該当疾患の診察・治療のために、診療所に行った時の意識」について質問した。質問紙は今中、長谷川ほかの報告を参考に設定し(今中雄一, 1993)(長谷川万希子, 杉田聡, 1993)、5段階リッカート尺度による回答方式をとった。

6.6. 倫理面への配慮

調査運営は疾患別パネルを有する日本リサーチセンターに依頼した。対象者には研究の目的・方法、個人情報保護、匿名性保持、研究の実施と成果の公表などを説明し、同意の上で実施した。また、個人の意思により提出できるよう配慮し、調査票返信をもって同意を得たものとした。調査票回収は日本リサーチセンターが行い、連結不可能な匿名化された情報として提供された。

6.7. 結果

6.7.1. 調査対象者

調査対象者は、慢性疾患に罹患した男女一般生活者で、全国の診療所(有床もしくは無床の診療所、クリニック、医院)を受診している患者とした。他の疾患に罹患した際の記憶が混在する可能性を考慮し6か月以内の受診に限定した。診療所への受診確認は診察券等による確認を求めた。複数疾患を保有している場合は受診に関する記憶の残存を考え、最も治療期間が長い疾患を選択の上、回答を依頼した。

対象年齢は保険制度を参考に決定した。日本の皆保険制度では70歳以上は自己負担率が下がる。そのため、この年代の患者に対して、医療者は患者の懐具合をあまり気にせずに医療サービスを増やす事が報告されており(井伊雅子, 関本美穂, 2015)、69歳以下との医療サービス提供が異なる可能性が考えられる。支払額に対する品質の評価である知覚価値は顧客満足に影響を及ぼすことから(小野譲司, 2010)、同自己負担率による患者の主観的評価を測定するため、対象者は、20歳以上70歳未満とした。

リサーチセンターが保有する疾患パネルに対して、事前に年齢、疾患、診療所の通院を確認した上で、疾患別での無作為抽出を行った。調査依頼サンプルは1,461人であった。この中から、医師、看護師のみが勤務する診療所に通院する患者は除外した。また、医師、看護師以外の医療スタッフから医療サービスの提供を受けたケースを確認するため、リハビリテーション業務、検査業務、薬の説明業務を担当する人材が勤務することを確認し、不在の診療所に通院する患者は除外した。その結果、有効回答は541人(37.0%)、性別の内訳は男性407人(75.2%)、女性134人(24.8%)。対象疾患は、循環器疾患154人(28.5%)、内分泌代謝疾患189人(34.9%)、脳血管疾患70人(12.9%)、整形外科疾患128人(23.7%)であった。

6.7.2 医療専門職スキル変数の因子分析結果

まず、表 6-1、表 6-2、表 6-3 に医療専門職のスキル変数の因子分析結果を示す。

医師、看護師、医療スタッフのスキルの潜在変数を確認するために、質問 49 項目で構成した観測変数の尺度の探索的因子分析を行った（表 6-1、表 6-2 参照）。因子抽出法は主因子法を選択し、回転法はプロマックス法により実施した。その結果、3 つの因子が抽出された。第 1 因子は医師スキルに関する因子、第 2 因子は医療スタッフスキルに関する因子、第 3 因子は看護師スキルに関する因子とした。

患者満足と継続受診意向、他者推奨意向の潜在変数を確認するため、質問 13 項目で構成した尺度の探索的因子分析についてスキルと同様の方法で行った（表 6-3 参照）。その結果、3 つの因子が抽出された。第 1 因子は患者満足に関する因子、第 2 因子は継続受診意向に関する因子、第 3 因子は他者推奨意向に関する因子とした。なお、第 3 因子では、1 つの項目が複数の因子にまたがり因子負荷量が高い項目があるが、因子の意味を考慮して、第 3 因子にまとめた。

表 6-1 医療専門職のスキル変数の因子分析 (1)

因子の構成尺度と測定変数		第1因子	第2因子	第3因子
		医師	医療スタッフ	看護師
		スキル	スキル	スキル
因子のクロンバック α		0.974	0.970	0.966
分類1：医師による精神的苦痛の軽減（全5項目）				
Q1-1	医師は私の意志を尊重し、話しを聞いてくれる。	0.854	-0.015	0.044
Q1-2	医師は私の身体的・精神的苦痛を理解し、共感を示してくれる。	0.766	0.058	-0.026
Q1-3	医師は私の相談に対応してくれる。	0.792	0.028	0.057
Q1-4	医師は検査や治療方針について、要望に応じてくれる。	0.769	0.021	0.094
Q1-5	病気についての心配・悩み・不安が減って、気持ちが楽になった。	0.747	0.014	0.056
分類2：医師の知識・技能（全4項目）				
Q1-6	医師の医学的水準は高く、信頼ができる。	0.723	0.109	-0.030
Q1-7	医師は私の体の状態を把握している。	0.707	0.061	0.047
Q1-8	医師の検査や処置等の治療技術は良い。	0.693	0.207	-0.084
Q1-9	医師の診察は丁寧で注意深い。	0.860	-0.048	-0.006
分類3：医師の態度（全9項目）				
Q1-10	話をしても、嫌な顔をしないで聞いてくれる。	0.811	0.021	-0.023
Q1-11	医師は私を見ながら話しをしてくれる。	0.744	0.080	-0.110
Q1-12	医師の言葉遣いや態度で安心できる。	0.885	-0.062	-0.006
Q1-13	医師の身だしなみは良い。	0.534	0.163	0.007
Q1-14	医師は優しく温かく接してくれる。	0.846	-0.040	0.019
Q1-15	医師は私を励まして元気づけてくれる。	0.743	0.048	0.054
Q1-16	医師から受けた説明に対し、疑問や意見を話すことができる	0.728	-0.152	0.208
Q1-17	医師は私のプライバシーを尊重してくれている。	0.577	0.027	0.193
Q1-18	要望や苦情に対して、医師の対応ははやすい。	0.779	0.078	0.004
分類4：医師による治療に関する説明（全3項目）				
Q1-19	治療法を決める時、納得がいく説明がある。	0.899	-0.079	0.020
Q1-20	診療の流れや治療等これからどうすれば良いか説明してくれる。	0.824	0.021	0.004
Q1-21	病状や治療等の説明がわかりやすい。	0.821	0.004	0.001
分類5：医療スタッフの知識・技能（全3項目）				
Q3-1	検査や歩行訓練、温熱治療等のリハビリ、服薬の知識・技術は良い。	-0.016	0.920	-0.087
Q3-2	検査、歩行訓練、温熱治療等のリハビリ、服薬指導は丁寧である。	0.010	0.903	-0.092
Q3-3	医療スタッフは効率良く業務をこなしている。	0.030	0.737	0.073
分類6：医療スタッフの態度（全9項目）				
Q3-4	医療スタッフから受けた説明に質問や意見を話すことができる。	0.047	0.699	0.149
Q3-5	医療スタッフは私を見ながら話しをしてくれる。	0.007	0.734	0.149
Q3-6	話をした時、笑顔で嫌な顔をされたことがない。	0.030	0.798	0.005
Q3-7	医療スタッフの身だしなみは良い。	-0.015	0.714	0.091
Q3-8	要望や苦情に対して、医療スタッフの対応ははやすい。	-0.037	0.816	0.089
Q3-9	医療スタッフは優しく温かく接してくれる。	0.001	0.776	0.108
Q3-10	医療スタッフは私のプライバシーを尊重してくれている。	0.060	0.690	0.129
Q3-11	医療スタッフの言葉遣いや態度は安心できる。	0.089	0.771	0.058
Q3-12	医療スタッフは私を励まして元気づけてくれる。	0.035	0.794	0.016
分類7：医療スタッフによる治療に関する説明（全2項目）				
Q3-13	これからどうすればよいか、わかりやすく説明をしてくれる。	0.073	0.670	0.125
Q3-14	検査や歩行訓練、温熱治療等リハビリ、服薬の説明がわかりやすい	0.043	0.758	0.009

表 6-2 医療専門職のスキル変数の因子分析 (2)

因子の構成尺度と測定変数		第1因子	第2因子	第3因子
		医師 スキル	医療スタッフ スキル	看護師 スキル
	因子のクロンバック α	0.974	0.970	0.966
分類8：看護師の知識・技能（全3項目）				
Q2-1	看護師の採血や注射・処置等の技術は良い。	-0.057	0.082	0.725
Q2-2	看護師によるケアは丁寧で注意深い。	-0.032	0.052	0.859
Q2-3	看護師は効率良く業務をこなしている。	0.008	0.128	0.652
分類9：看護師の態度（全9項目）				
Q2-4	話をしても、嫌な顔をしないで聞いてくれる。	0.099	-0.055	0.816
Q2-5	看護師は私を見ながら話しをしてくれる。	0.009	0.098	0.716
Q2-6	看護師の言葉遣いや態度は安心できる。	0.078	0.088	0.726
Q2-7	看護師の身だしなみは良い。	0.035	0.170	0.581
Q2-8	看護師は優しく温かく接してくれる。	0.050	-0.071	0.889
Q2-9	看護師は私を励まして元気づけてくれる。	0.111	0.062	0.673
Q2-10	看護師から受けた説明に対し、疑問や意見を話すことができる。	0.021	-0.001	0.835
Q2-11	看護師は私のプライバシーを尊重してくれている。	0.038	0.113	0.709
Q2-12	要望や苦情に対して、看護師の対応ははやい。	0.025	0.121	0.747
分類10：看護師による治療に関する説明（全2項目）				
Q2-13	診療の流れ等これからどうすればよいのか説明をしてくれる。	0.025	0.025	0.802
Q2-14	採血や注射、処置等の説明がわかりやすい。	0.021	0.070	0.759
	固有値	57.484	7.663	4.061
	因子間相関	第1因子	1	
		第2因子	0.678	1
		第3因子	0.715	0.765
				1

表 6-3 患者満足と継続受診意向、他者推奨意向変数の因子分析

因子の構成尺度と測定変数		第1因子	第2因子	第3因子	
		患者満足	継続受診意向	他者推奨意向	
因子のクロンバック α		0.966	0.950	0.959	
分類1：患者満足（信頼）					
Q4-1	この診療所の治療や提供されたサービス全般について信頼している。	0.820	0.064	0.080	
分類2：患者満足（最良選択）					
Q4-2	この医師による治療や診療所の受診は自分にとり良い選択であった。	0.815	0.119	0.013	
分類3：患者満足（全般）					
Q4-3	満足できる医療サービスを受けられた。	0.735	0.094	0.109	
Q4-4	この診療所で受ける医療には満足がいく。	0.730	0.123	0.097	
Q4-5	この診療所に通院して良かったと思う。	0.778	0.123	0.040	
分類4：診療所継続受診意向					
Q4-6	将来、他の病気やけがの時もこの診療所に来ようと思う。	0.087	0.857	-0.007	
分類5：医師継続受診意向					
Q4-7	将来、他の病気やけがの時もこの医師から治療を受けたいと思う。	0.264	0.746	-0.049	
分類6：看護師継続受診意向					
Q4-8	将来、他の病気やけがの時もこの診療所の看護師なら信頼して任せられる。	0.029	0.528	0.378	
分類7：医療スタッフ継続受診意向					
Q4-9	将来、他の病気やけがの時もこの診療所の医療スタッフなら信頼して任せられる。	0.060	0.735	0.166	
分類8：診療所他者推奨意向					
Q4-10	この診療所ならば家族や友人にも安心して紹介できる。	0.474	0.093	0.404	
分類9：医師他者推奨意向					
Q4-11	この医師ならば家族や友人にも安心して紹介できる。	0.528	0.169	0.272	
分類10：看護師他者推奨意向					
Q4-12	この看護師ならば家族や友人にも安心して紹介できる。	0.087	0.044	0.841	
分類11：医療スタッフ他者推奨意向					
Q4-13	この医療スタッフならば家族や友人にも安心して紹介できる。	0.327	0.097	0.558	
固有値		81.749	3.863	2.743	
因子間相関					
		第1因子	1		
		第2因子	0.818	1	
		第3因子	0.826	0.790	1

6.7.3. 診療所の患者満足モデル

本研究では、全体及び各疾患別に分析し比較することを目的として、共通して適用されるモデルを確立し、多母集団同時分析を行った。図 6-2 に診療所の患者満足モデル（全体）を示す。

豊田（2007）は、共分散構造分析のモデル適合度について、GFI（Goodness of Fit Index）は、データ件数の影響を受けない指標であり、一般的に 0.9 以上であれば説明力のある（＝データと当てはまっている）パス図であると判断できることを指摘している。また、AGFI（Adjusted GFI）や、CFI（Comparative Fit index）は、どちらも値が 1 に近いほどデータへの当てはまりが良いと判断される。CFI は 0.95 以上が良いとも言われている。RMSEA

(Root Mean Square Error of Approximation) は、0.05 以下であれば当てはまりが良く、0.1 以上であれば当てはまりが良くないと判断すると説明している。以上により、本モデルの適合度を確認したところ、適合度指数は GFI=0.853、AGFI=0.804、CFI=0.966 であった。GFI、AGFI は 0.9 を下回るものの僅かであり、CFI は 0.95 を超えており、当てはまりが良い結果となった。RMSEA=0.037 であり、0.10 以下であるため、当該モデルの妥当性が確認された。

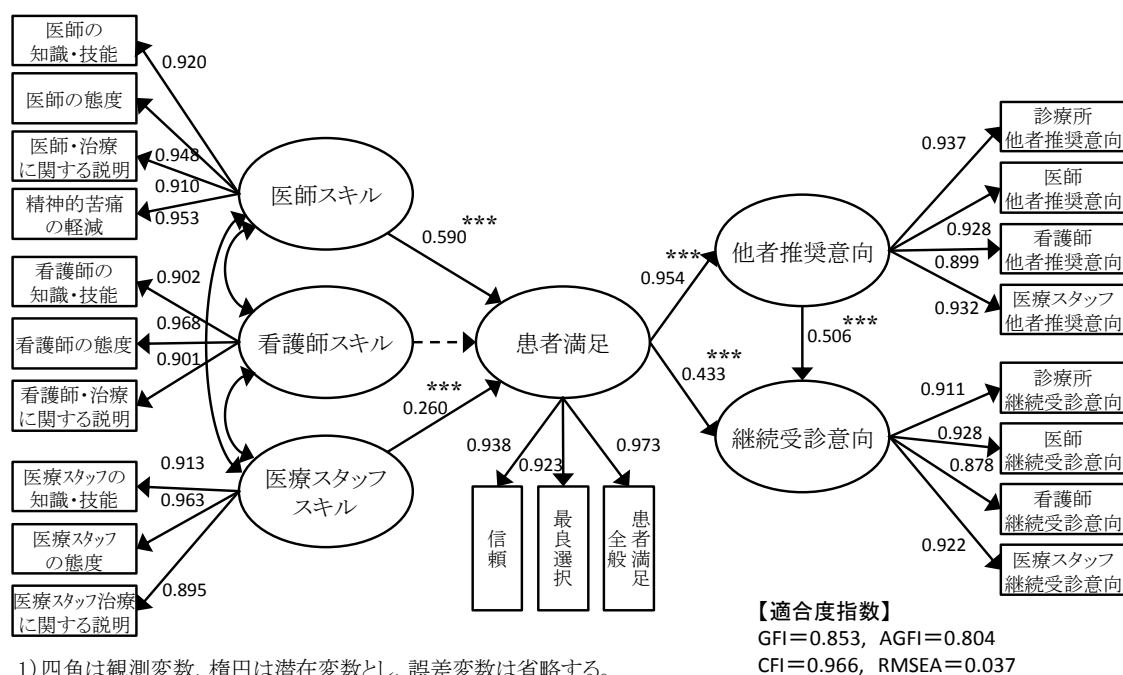


図 6-2 診療所の患者満足モデル (全体) n=541

診療所の患者満足モデル (全体) の結果は、医師スキルから患者満足へのパス係数が 0.590、医療スタッフスキルから患者満足へのパス係数は 0.260、患者満足から継続受診意向へのパス係数は 0.433、患者満足から他者推奨意向へのパス係数は 0.954、他者推奨意向から継続受診意向へのパス係数は 0.506 であった。いずれも有意確率 0.1%水準で有意であり正の影響を与えていた。しかしながら、看護師スキルから患者満足に対するパス係数は有意ではなかった。したがって、医師スキル、医療スタッフスキルが患者満足に影響を与えている結果となった。さらに、患者満足は他者推奨意向を媒介し継続受診意向に間接効果を与えることが明らかになった。医師スキルを構成する要因は、医師による精神的苦痛の軽減が 0.953 であり「医師の態度」よりも僅かながら上回り、医師による精神的苦痛の軽減が医師スキルに最も影響を及ぼす結果となった。医療スタッフのスキルでは「医療スタッフの態度」が 0.963 であり最も影響を与えていた。

6.7.4. 慢性疾患別での患者満足に関する分析結果

慢性疾患 4 種類を比較した患者満足に関する分析結果を図 6-3 に示す。

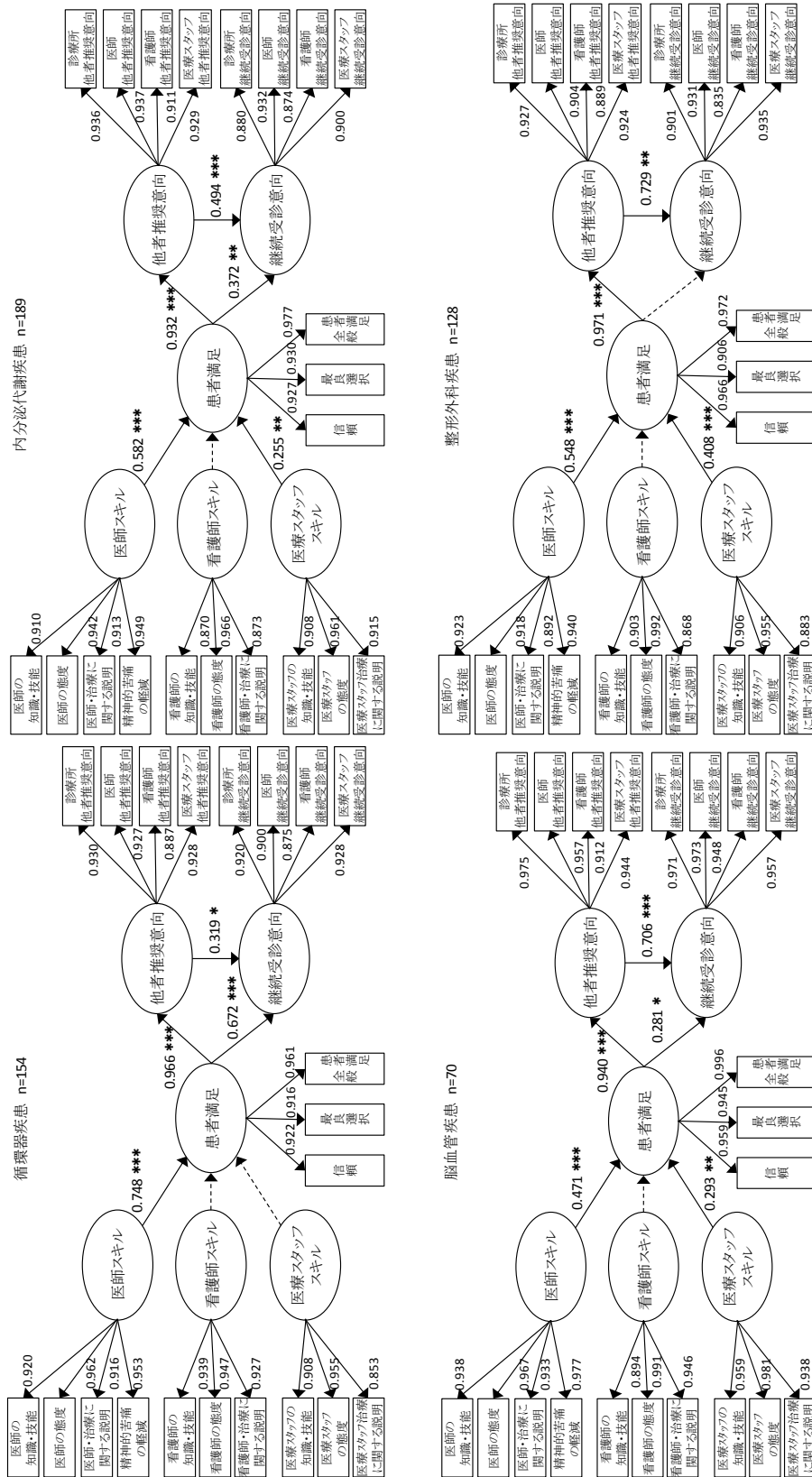


図 6-3 診療所の患者満足モデル (慢性疾患別比較)

- 1) 四角は観測変数、楕円は潜在変数とし、観測変数、潜在変数の誤差変数、相関は省略する。
- 2) 実線は有意水準5%未満で有意、点線は有意水準5%以上を示す。
- 3) 矢印に記載してあるパス係数の値は、標準化係数。
- 4) 有意水準: ***=0.1%未満, **=1%未満, *=5%未満

6.7.4.1. 循環器疾患

医師スキルから患者満足へのパス係数は 0.748、患者満足から継続受診意向へのパス係数は 0.672 であった。いずれも有意確率 0.1%水準で有意であり、正の影響を与えていた。しかしながら、看護師及び医療スタッフのスキルから患者満足に対するパス係数は有意ではなかった。したがって、医師スキルのみが患者満足に影響を与えており、他の疾患と異なる結果となった。さらに、患者満足は他者推奨意向を媒介し継続受診意向に間接効果を与えることが明らかになった。医師スキルを構成する要因は他の疾患と異なり、「医師の態度」がパス係数 0.962 で最も高く、「医師による精神的苦痛の軽減」の 0.953 を僅かながら上回り、医師の態度が医師スキルに最も影響を及ぼす結果となった。

6.7.4.2. 内分泌代謝疾患、脳血管疾患

内分泌代謝疾患、及び、脳血管疾患は、ともに同様の結果となった。医師スキルから患者満足へのパス係数は、内分泌代謝疾患では 0.582、脳血管疾患は 0.471 であり、いずれも有意確率 0.1%水準で有意であった。医療スタッフスキルから患者満足へのパス係数は、内分泌代謝疾患では 0.255、脳血管疾患は 0.293 であった。いずれも有意確率 1%水準で有意であり、全て正の影響を与えていた。したがって、医師スキル及び医療スタッフのスキルの高さが患者満足を形成していた。しかしながら、両疾患ともに看護師スキルから患者満足に対するパス係数は有意ではなかった。また、患者満足は継続受診意向ならびに他者推奨意向を高め、かつ、患者満足は他者推奨意向を媒介し継続受診意向に間接効果を与えることが明らかになった。医師スキルを構成する要因は「医師による精神的苦痛の軽減」のパス係数が内分泌代謝疾患では 0.949、脳血管疾患は 0.977 であり、両疾患ともに最も高い結果となった。医療スタッフスキルを構成する要因は「医療スタッフの態度」のパス係数が内分泌代謝疾患は 0.961、脳血管疾患は 0.981 であり、要因の中で最も高い結果となった。医師スキルは、医師による精神的苦痛の軽減が重要であり、医療スタッフスキルでは態度が重視され、これらが患者満足に影響を及ぼしていた。

6.7.4.3. 整形外科疾患

医師スキルから患者満足へのパス係数は 0.548 であった。医療スタッフスキルから患者満足へのパス係数は 0.408 であり、パス係数が 0.4 を超え高い数値であった。いずれも有意確率 0.1%水準で有意であり正の影響を与えていた。他疾患と比べ、医療スタッフスキルが患者満足に大きく影響を及ぼしていた。一方、看護師スキルから患者満足に対するパス係数は有意ではなかった。したがって、医師スキル、医療スタッフスキルはいずれも患者満足に影響を及ぼしていた。患者満足は、他の疾患と異なり、継続受診意向に対して有意な結果が得られなかった。しかし、患者満足は他者推奨意向を媒介し、継続受診意向に対して間接的に有意な影響を与えていた。医師スキルを構成する要因は、「医師による精神的苦痛の軽減」が 0.940 で最も高かった。医療スタッフスキルを構成する要因は、「医療スタッフの態度」が 0.955 で、他の疾患と同様に最も高い要因となった。

6.8. 考察

6.8.1. 疾患別にみた医師スキルの患者満足への影響

全ての疾患において、患者満足に対して医師のスキルが最も重要視されていた（図 6-3 参照）。外来での患者にとって、医師による診察や治療、定期的な薬の処方最大の受診目的である（厚生労働省，2016）。また、診療所では医師が患者とじっくり関わる人が多いことが報告されている（堀之内若名ほか，2016）。内科開業医を対象とした患者満足度調査では、医師の診療行為や治療態度が総合満足に影響を与えていることが指摘されており（前田泉，徳田茂二，2003）、先行研究の結果と一致した。

循環器疾患は、医師のスキルだけが患者満足に影響を与えていた。また、疾患で比較した場合、循環器疾患での医師のスキルが患者満足に最も強い影響を与えていた。これは、例えば、循環器疾患の代表疾患である高血圧症患者の場合、医師に症状を診てもらい、処方による服薬と血圧測定が診断・治療の中心となり、医師との関わりが主となる（厚生労働省，2016）。そのため、医師のスキルに評価が集中する結果となったことが考えられる。医師のスキルを構成する要因については、内分泌代謝疾患、脳血管疾患、整形外科疾患では「医師による精神的苦痛の軽減」が最も重要視されていたが、循環器疾患のみ「医師の態度」が最も重要な要因となった（図 6-3 参照）。高血圧症患者と内分泌代謝疾患である糖尿病患者を比較した意識調査では、高血圧症患者の場合、脳卒中や心筋梗塞になるのが怖いなど、重篤化への恐怖を持っている人は糖尿病患者より多いものの、痛み等が伴わず自覚症状に乏しいためか、治療は気楽にやればよいと考えている人が多い。また、疾患に関する認識について、重症だと感じたり深刻だと感じたりする高血圧症患者は糖尿病患者より少ない事が報告されている（塩野義製薬，2014）。そのため、循環器疾患では、苦痛への共感、意思の尊重や相談への対応を含めた「医師による精神的苦痛の軽減」よりも、安心できる態度や優しさ、励ましなどを含む「医師の態度」が重要視されたことが推測される。一方、内分泌代謝疾患、脳血管疾患、整形外科疾患では、医師のスキルを構成する要因として、いずれも「医師による精神的苦痛の軽減」が最も重要視されていた。内分泌代謝疾患で最も多い糖尿病では、自己管理を継続するつらさ、生活の中で感じる困難さ、自覚症状が強いことや（村上美華ほか，2009）、脳血管疾患では、再発への恐怖などから、不安と混乱に陥りやすいことが報告されている（梶谷みゆき，森山美知子，2010）。関節リウマチや慢性腰痛などで整形外科を受診する患者は、日常生活に何らかの不都合を感じたり、疼痛や苦痛を自覚したりしている（塚原節子ほか，2001）。そのため、これらの軽減や症状により感じる不安の消失を期待して受診していることが示されており（塚原節子ほか，2001）、医師による苦痛への共感、身体的・精神的苦痛の理解を含む「医師による精神的苦痛の軽減」が、医師スキルに強く影響したことが推測できる。

6.8.2. 疾患別にみた医療スタッフスキルの患者満足への影響

自覚症状や生活の困難さが認められる内分泌代謝疾患、脳血管疾患、整形外科疾患では、医療スタッフのスキルが患者満足に影響を与えていた（図 6-3 参照）。特に、整形外科疾患での医療スタッフのスキルは、他の疾患に比べて患者満足に高い結果を与えていた。整形外科疾患に多い関節リウマチや慢性腰痛などでは、日常的な痛み、身体の不自由による QOL の低下など自覚症状がみられる（塩野義製薬，日本イーライリリー，2016）。改善には

リハビリテーションによる身体機能の向上や物理療法での痛みの緩和が不可欠となるため（三浦雅史ほか，2011）、これらが起因して整形外科疾患では医療スタッフのスキルが患者満足に大きく影響を与えたことが推察できる。代表的な内分泌代謝疾患である糖尿病の患者は食事療法の継続や決まった時間でのインスリン注射など、生活の中で感じる困難さが強い（村上美華ほか，2009）。また、脳血管疾患では、運動機能障害や言語障害などの重大な機能障害を後遺症として残すことが多く、QOLの低下や再発への恐怖を持つことが報告されており（梶谷みゆき，森山美知子，2010）、QOLの向上に意識が高まる可能性がある。したがって、リハビリや検査などで関わる医療スタッフのスキルが評価されたことが考えられる。医療スタッフのスキルを構成する要因は、全疾患において「医療スタッフの態度」が重要視されていた。慢性疾患患者に対する医療の成果を判断する材料は、その結果ではなく、治療の過程において、QOLをどれだけ向上させられたかになることが指摘されている（真野俊樹，2003）。患者にとって厳しい自己管理や自覚症状、QOLが低下する中、医療スタッフの優しく温かい態度や励まし精神が精神的な側面でのQOLを向上させ、態度が重要視されたことが推測できる。

6.8.3. 疾患別にみた看護師スキルの患者満足への影響

全疾患において、看護師のスキルから患者満足に対するパス係数は有意ではなかった。内科開業医を対象とした先行研究では、看護師の態度が患者満足に影響を与えていたが、本研究では態度だけではなく、看護師の知識と技能、治療に関する説明を含めており、先行研究と異なる結果になった（前田泉，徳田茂二，2003）。一方、医療機関規模別外来患者の満足度調査では、診療所の看護師は患者の総合満足に影響を与えていないことが指摘されており、これと一致した結果となった（山本武志ほか，2004）。整形外科診療所の看護職に関する報告では、看護師は業務において、診療がスムーズに進行して待ち時間が少なくなるような取り組みに注視している事が指摘されている。そのため、看護師は患者との関わりが短時間となり、患者にとって看護師の成果は見えにくく、結果的に評価をしにくい事が報告されている（堀之内若名ほか，2016）。これは、整形外科だけではなく、他の診療科においても同じである可能性が考えられる。診療所の看護師は、スムーズな診療のため、医師のサポートに集中し、その結果、看護師のスキルが患者満足に影響しないことが推測される。患者のために看護師がどのような情報提供やサポートができるのか検討が必要である。

6.8.4. 患者満足、継続受診意向、他者推奨意向の疾患別の特徴

一般的に、顧客はリピート購買を繰り返しながら次第に固定客になっていくことが指摘されている（中村博，2001）。医療においても、循環器疾患、内分泌代謝疾患、脳血管疾患では、患者満足の向上が継続受診意向に影響を与えており、慢性疾患の治療のため、診療所に繰り返し受診している患者が固定的な患者となり、他の病気やケガの際にも、当該診療所を選択する意向が確認された。これは、かかりつけ医本来の機能といえる。しかしながら、整形外科疾患では、患者満足は直接、継続受診意向に対して有意な結果が得られなかった。

現状において患者は、例えば高血圧症は内科医、腰痛は整形外科医をそれぞれ分けて受診していることが報告されており（池上直己，2007）、かかりつけ医の場合、整形外科において内科的な有害事象には対処困難な場合もあると考えられていることが指摘されている（大坪秀雄，松田剛正，2010）。このような専門性の特化による影響が、結果に反映されている可能性が推測できる。

一方、全疾患において、満足した患者は、家族や友人に診療所を推奨する意向を示しており、その結果、間接的に継続受診の意向が高まっていた。一般的な業種での先行研究では、他人に勧める意思が自らの再購買・利用への意思を強化するという指摘があり（小野譲司，2010）、医療においてもこれが反映された結果となった。したがって、整形外科疾患の場合、継続受診患者を増やすためには、患者満足が直接的に継続受診意向に影響を与えないものの、患者満足を高め、家族や友人に当該診療所を推奨してもらうための取組を行い、他者への推奨意向をより高めることで、患者自らの継続受診の意向が強化され、結果として患者を増やすことが可能となることが示唆された。

6.9. 今後の課題

今後の課題としては、第1に、他者推奨意向について詳細な調査が必要である。本研究では家族や友人への推奨意向について調査したが、いまや単純なクチコミだけではなくネットのクチコミサイト、SNSへの書き込みなど、推奨や紹介の方法が様々である。誰にどのような方法で推奨するのか、効果的な診療所の医療マーケティングのためには詳細な研究が必要である。

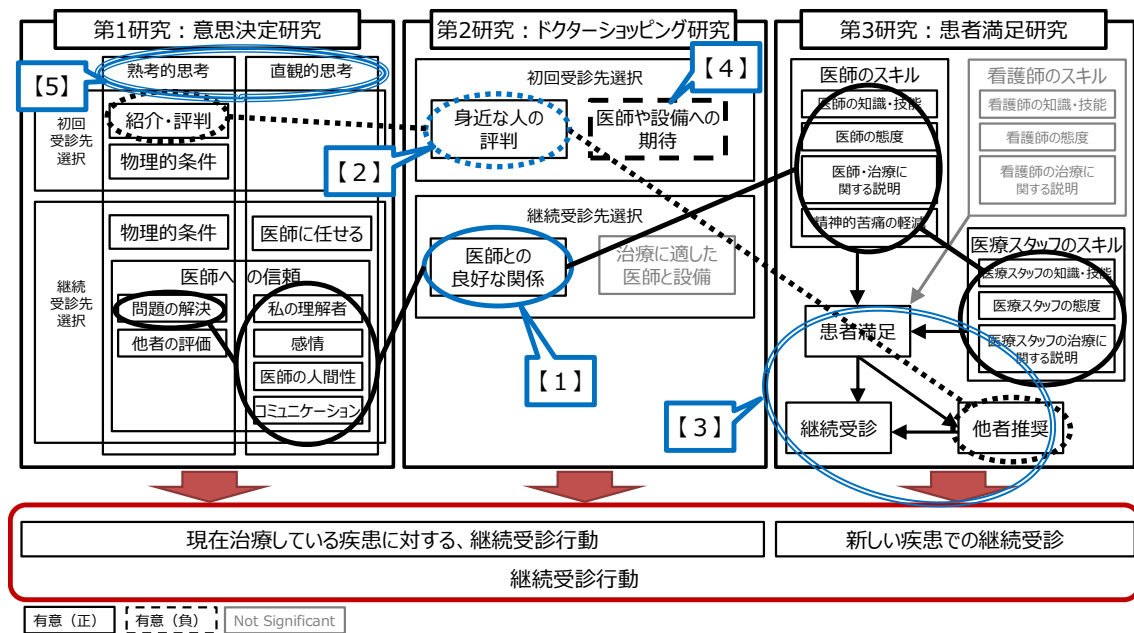
第2に、地域により、診療所の設置数や医師数が異なる。これらの差異は患者満足や継続受診意向に影響を与える可能性が考えられ、地域差を考慮した研究は課題といえる。また、病院の規模別患者満足研究は僅かながら行われているが、診療所を対象とした研究は見当たらない。診療所においても、無床か有床かなど規模を考慮した研究は課題である。

第3に、インターネット調査におけるバイアスについて検討する必要がある。今回の調査は、インターネットの利用者を対象としているが、インターネットの使用に抵抗を感じない層の場合、疾病管理についての関心が比較的高いことが示唆されている（康永秀生ほか，2006）。また、年齢層が若年、青年・壮年に偏る傾向も報告されている（康永秀生ほか，2006）。以上により、インターネットを使用していない人を含めた調査との関係についても検討する必要がある。

本論文は、生活習慣病を含めた慢性疾患患者を対象とした継続受診行動の要因を明らかにするために実証研究を行い、診療所の医療マーケティングにおけるコミュニケーションを検討した。本章では、これまでのまとめと示唆を検討し、今後の課題を述べる。

7.1. まとめとインプリケーション

まずは、本論文での各研究の結論に関する構造と関連図を図7-1に示す。



出所) 筆者作成

図 7-1 継続受診行動に関する構造と関連図

実証研究の結果、図7-1に示す通り、診療所における生活習慣病を含めた慢性疾患患者による継続受診行動の重要なポイントを記す。【1】は継続受診先選択での【医師との良好な関係】、【2】は初回受診先選択の【身近な人の評判】、【3】は【患者満足】であり、【4】は初回受診先選択の【医師や設備への期待】で意思決定を行った場合、過度の期待が形成され、ドクターショッピング行動を起こし継続受診行動にはつながらないことが明らかになった。また、【5】は【熟考的思考から直観的思考へ】、最後に図7-1の関連図に記述はないが、【疾患により継続受診行動や意思決定が異なる】結果となった。

なお、第1研究、第2研究では、現在治療している慢性疾患に関する通院先（診療所）への継続受診を示し、第3研究では、現在治療している慢性疾患とは異なる新しい病気になった際の継続受診行動を確認した。これらは慢性疾患患者を対象としているため調査が可能であり、新しい試みである。

7.1.1. 本論文でのリサーチクエスションの整理

まずは、第1研究から第3研究までのリサーチクエスションと結果のまとめについて、表7-1に示す。

表7-1 実証研究のリサーチクエスションと結果まとめ (1)

リサーチクエスション	結果	要因
【第1研究】		
RQ1	採択 ○	<p><熟考的思考による意思決定></p> <p>初回受診先選択は、家族や身近な人による【①紹介・評判】、専門性、設備、近さなど【②物理的条件1】が要因であった。これらは熟考的思考による情報処理だと考えられる。</p>
RQ2	採択 ○	<p><直観的思考による意思決定></p> <p>気持ち・からだを理解の【③私の理解者】、相性の良さ、安心感の【④感情】、患者を治療に導く【⑥医師の人間性】、話しやすさの【⑦コミュニケーション】、【⑩医師への信頼】他ではダメの【⑪医師に任せる】が重要である。これらは、直観的思考による情報処理だと考えられる。</p>
【第2研究】		
RQ1	—	<p>継続受診先選択の「医師との良好な関係」と、初回受診先選択の「身近な人の評判」は、継続受診に影響していた。一方、初回受診先選択の「医師や設備への期待」は、継続受診に負の影響があった。</p>
RQ2	採択 ○	<p>循環器疾患では、「医師との良好な関係」は、継続受診に影響していた。内分泌代謝疾患では、「身近な人の評判」、ならびに、「医師との良好な関係」は、継続受診に影響していた。また、「医師や設備への期待」は、継続受診に負の影響が認められた。脳血管疾患では、「身近な人の評判」は、継続受診に影響していた。また、「女性」は「男性」に比べ、継続受診する傾向にあった。整形外科疾患では、「医師との良好な関係」は継続受診に影響していた。</p>
RQ3	採択 ○	<p>内分泌代謝疾患では、初回受診先選択での「身近な人の評判」は、継続受診に影響を与えており、初回受診先選択での「医師や設備への期待」は、継続受診負の影響を与えていた。脳血管疾患は、初回受診先選択での「身近な人の評判」は、継続受診に影響を与えていた。したがって、内分泌代謝疾患と脳血管疾患は、初回受診先選択の意思決定が、その後の継続受診行動に影響を与えていた。循環器疾患、整形外科疾患では有意な結果が認められなかった。</p>
RQ4	棄却 ×	<p>直観型思考の患者と熟考型思考の患者では、継続受診行動に違いが認められず、棄却された。なお、直観型の女性患者は継続受診をする傾向が認められた。</p>

表 7-1 実証研究のリサーチクエスションと結果まとめ (2)

リサーチクエスション	結果	要因	
【第3研究】			
RQ1	医師のスキルは患者満足に影響を与えた	採択 ○	医師スキルは、「知識・技術」「態度」「治療に関する説明」「精神的苦痛の軽減」で形成され、全疾患で患者満足に影響を与えていた。
RQ2	看護師スキルは患者満足に影響を与えた	棄却 ×	看護師スキルは全疾患で患者満足に有意な結果は得られず、棄却された。
RQ3	医療スタッフのスキルは患者満足に影響を与えた	採択 ○	医療スタッフスキルは、「知識・技術」「態度」「治療に関する説明」で形成され、整形外科疾患、脳血管疾患、内分泌代謝疾患では、患者満足に影響を与えていた。
RQ4	患者満足は継続受診意向に影響を与え、同時に、他者推奨意向を経由して継続受診意向に影響を与えた。	採択 ○	患者満足は慢性疾患患者が新しい病気やケガになった時でも継続受診に影響を与えていた。また、患者満足は他者推奨意向を経由して、継続受診行動に影響を与えていた。
RQ5	疾患毎に影響が変わった	採択 ○	循環器疾患は医師スキルだけが患者満足に影響を与えていた。内分泌代謝疾患と脳血管疾患は、医師スキルと医療スタッフスキルが患者満足に影響を与えていた。整形外科疾患は、医師スキルと医療スタッフスキルが患者満足に影響を与えていたものの、患者満足は継続受診に影響を与えていなかった。但し、患者満足は他者推奨意向を経由して継続受診意向に影響を与えていた。

注) 第3研究は、構造モデルをリサーチクエスションとして当てはめた。

まず、第1研究では、リサーチクエスション2問中、いずれも採択された。第2研究では、リサーチクエスション4問中、3問が採択され、1問は棄却された。第3研究では、5問中4問が採択され、1問が棄却された(表7-1参照)。

7.1.2. 継続受診行動を導く要因

7.1.2.1. 医師との良好な関係

【1】に、継続受診を導くためには、通院時の【医師との良好な関係】が最重要であった。具体的には、【治療面】【コミュニケーション面】【精神面】の3点で捉えられる。

まず、【治療面】では、「問題の解決」が重要視された。これは、「病状の改善」「納得の治療」「医師の技量」「病気の発見」など治療の成果であり、熟考的な思考により意思決定が行われていると考えられる。「納得の治療」では、例えば、患者への情報提供について、わかりやすい説明や疑問の解決がポイントとなり、理解できる言語やデータ、図解を使った的確で丁寧な説明、回答は曖昧にせず、病名や症状、今後起こりうることなどを明確に伝えることが必要であった。また、「医師の技量」「病気の発見」は、治っている実感や良くなっている実感、病気の早期発見であり、患者の問題解決は患者が求める本質的な願いであるため、継続受診行動の意思決定には不可欠である。これは、変数の類似点を考慮すると、医師や医療スタッフのスキルである「知識と技術」や「治療の説明」と関連づけることができ、結果的に継続受診を導いていた。したがって、医師や医療スタッフの技術や知識の向上は不可欠であり、診療所であっても最新のスキルの習得は欠かせない。診療所

の場合、研修会の実施に規定はなく、技術向上は個人に委ねられるケースが多い。診療所独自の能力向上は患者の信頼を招き、診療所の差別化に有効である。

【コミュニケーション面】では、直観的思考により判断される「医師の人間性」「コミュニケーション」が重視されていた。「医師の人間性」では、患者は医師が親身になり、患者を治したい思いが伝わることで、この医師になら任せられると感じていた。「コミュニケーション」では、いつでも話しやすく、わからないことがあった場合でも聞きやすい対応を求めている。したがって、患者が話しやすい状況をつくることも大切である。患者と医師の良好な関係は、通院中の患者が継続的に受診行動をおこなうだけでなく、新しい病気になった場合でも継続受診行動を導くことになる。

【精神面】では、直観的な思考で情報処理がおこなわれる「私の理解者」になることが継続受診行動には不可欠であり、患者の精神的な支えになることは信頼への第一歩であった。具体的には、「からだや気持ちの理解」「説明されなくても患者を理解する」「患者に適した医療管理」を示す。したがって、早期から患者の特徴や反応を理解し、改善がない場合は、新しい治療法の提案や薬の効果について把握を行い、定期的な医療管理を積極的に行う。それにより、患者は医師を理解者であり味方であることを認め、直観的に思いを強めていく。そのため、医師は患者情報収集について、患者のデータや状況を適正に把握し、カルテには医学的情報だけではなく、患者の日常的な情報を記録するなど、患者にポジティブな興味を持ち、生活を含めた理解を示すことが継続受診の鍵となる。これらの思いは、言語化することも重要である。例えば、患者が体調の不良を訴える場合、身体的データに異常がないとしても、その苦痛や不安に耳を傾け尊重し、言葉を尽くすことが、医師をはじめとする医療職には重要である。その結果、患者は、「遠くても待ってでも、この医師に診てもらいたい」との思いを抱く。また、医師だけではなく、医療専門職全てにとり患者の理解者であることは重要であり、「態度」「知識と技術」に関連づけられ、患者満足を向上させる。その結果、新しい病気になった時でも、継続受診や他者推奨に影響を与えることが可能となる。真野（2017）は、医師にも医療知識や技術だけではなく、ノンテクニカルスキルという、コミュニケーション力やリーダーシップが求められる時代になってきたことを主張しており、実証結果と同様の見解を示している。医師教育では、早期からノンテクニカルスキルの向上に着目して取り組む必要があり、これは医学教育全体の課題である。

7.1.2.2. 身近な人の評判

【2】に、初回受診先選択での【身近な人の評判】は、継続受診行動の要因であった。診療所を対象とした受診先選択では、家族や知人の情報が重要視されていた。インターネットによる情報探索は場所や概要の確認のためであり、患者を理解している身近な人からの情報が信頼性の高い情報であり、継続受診行動を導いていた。また、受診前に意思決定された初回受診先選択がその後の継続受診に影響を与えていることが明らかになった。さらに、患者満足の向上は他者へのクチコミ行動がおこり、結果的に患者自身の継続受診行動にも影響を与えていた。そのクチコミにより家族や知人が受診先を選択した場合も、継続受診行動が起きる連鎖がおこることになる。したがって、患者の家族や知人に推奨してもらいクチコミの好循環サイクルを導くためには、まず現在通院する患者の満足を考え、スキルである技術や知識、態度を向上させる必要がある。

7.1.2.3. 患者満足

【3】に、患者満足の向上は、慢性疾患患者が別の新しい病気になった時の継続受診行動にとり不可欠であった。医師による精神的苦痛の軽減や、医師や医療スタッフの知識と技術、態度などのスキルは、患者満足を向上させ、慢性疾患患者が新しく別の病気になった場合でも継続受診行動を導くことが明らかになった。また、患者満足の向上は、クチコミに影響を与え継続受診行動を導いていた。慢性疾患患者が新たな病気を患った場合でも、継続的に受診してもらうためには、患者満足の向上が重要であった。

7.1.2.4. 医師や設備への期待

【4】に、医師の専門性の高さや設備の良さを評価し【医師や設備への期待】で初回受診先を選択した患者が過度な期待を抱いた場合、現実とのギャップからドクターショッピング行動をおこす事が明らかになった。これは医師の専門性や設備が不要であることではない。患者は医師の専門性の高さや設備の良さを評価し初回受診先選択において判断を行っている。重要なことは、その期待が過度であり、現実との差が大きい場合は、継続受診をしないことである。そのため、過度な期待へのコントロールが必要となる。

医療においては、情報の非対称性により、正確な状況把握が困難であるため、正しい期待の形成は難しいことが指摘されている。しかし、実際に患者は期待を形成しているため、早期に患者の期待を把握し、不一致を解消させる必要がある。

Thompson and Sunol (1995) は、期待を、理想的な期待 (Ideal)、予測する期待 (Predicted)、規範的な期待 (Normative)、曖昧な期待 (Unformed) の4種類に分類している。彼らは、患者の期待について、①理想的な期待 (Ideal) はサービスや結果についての理想的な状態であり、こうあってくれたら良いと思う期待である。例えば、最先端の治療の提供や最新の薬を処方してもらいたいなどである。②予測する期待 (Predicted) は過去の個人的な経験や他者からの情報、メディアなどの知識を源泉とした、こうであろうと予測する期待である。③規範的な期待 (Normative) はこうあるべきという規範的な期待であり、あるべき期待である。④曖昧な期待 (Unformed) は言葉では表現できない曖昧な期待であり、患者は正しく期待の認識ができない。自分の状態が認識できず、何にどのような期待をしたら良いかわからないが、医師がどうにかしてくれるであろうと思う曖昧な期待である。例えば、②の予測する期待 (Predicted) の場合は、過度な期待はおきず、不一致は形成されない可能性が大きい。しかし、①理想的な期待 (Ideal) や③規範的な期待 (Normative)、④曖昧な期待 (Unformed) の場合は、期待が大きくなり、ギャップを起こす可能性がある。したがって、期待不一致を軽減するためには、第1に、過度な期待ではなく、予測する期待 (Predicted) になるように、患者に正しい知識を理解してもらうことが不可欠である。そのためには早期に病気や治療に関する情報を発信することが重要である。例えば、病気の種類に応じた治療や症状、薬の情報含めるリーフレットを作成し、受診の際に配布するなどのコミュニケーションの検討が必要である。第2に、期待に見合う治療や設備の実感が必要である。例えば、医師の診断力は何よりも重要であり、早期に医師の専門性を実感してもらえよう適切な診断を行い治療する。また、設備を活用した診断や治療などにより効果を実感してもらう必要がある。病気や状況によっては、より専門性の高い医師や設備の整った病院へ早期に紹介することも重要である。過度な期待は、

自己の病気に対する認識の間違いや知識不足が原因のひとつと考えられる。これらを解消するための有効なマーケティング・コミュニケーションは、ドクターショッピング行動の対策に効果的である。

7.1.2.5. 熟考的思考から直観的思考へ

【5】の【熟考的思考から直観的思考へ】については、初回受診先選択では、熟考的思考により受診先を検討していた。しかし、通院中での継続受診先選択では、多くが直観的思考により意思決定をおこなっていた。初回受診先選択では病気がわからない中、熟考的に身近な人からの評判や物理的条件などを探索して意思決定を行っていた。一方、通院中の継続受診先選択では、熟考的思考で情報処理をしながらも、多くは直観的な意思決定を下していた。通院している患者に対しては、直観的な情報処理を考慮して、患者の情緒に訴求できる対応と情報提供が必要である。機能だけを合理的に訴え続けても、患者の心には響かない。

7.1.3. 疾患別での継続受診行動

【疾患により継続受診行動や意思決定が異なる】結果について、以下に疾患別に示す。

7.1.3.1. 循環器疾患

高血圧症などの循環器疾患では、継続受診先選択での「医師との良好な関係」のみが継続受診をするための要因であった。また、循環器疾患は、医師のスキルだけが患者満足に影響を与えていた。これは、例えば、循環器疾患の代表疾患である高血圧症患者の場合は、医師に症状を診てもらい、処方による服薬と血圧測定が治療の中心となり、医師との関わりが主となる（厚生労働省，2017）。そのため、医師のスキルに評価が集中する結果となったことが考えられる。また、安心できる態度や優しさ、励ましなどを含む「医師の態度」が重要視された。したがって、医師は患者に対する言葉がけや安心できる態度を心がける必要がある。

循環器疾患では、患者満足の向上は新しい病気に罹患した場合の継続受診とクチコミに影響を与えていた。医師は、現在通院している患者と良好な関係を築くことで、固定的な関係を築ける。さらに、新しい病気やケガの際にも継続的に受診することが確認された。これは、かかりつけ医本来の機能といえる。

7.1.3.2. 内分泌代謝疾患

糖尿病などの内分泌代謝疾患では、継続受診先選択の「医師との良好な関係」「身近な人の評判」が継続受診行動の要因であり、「医師や設備への期待」はドクターショッピング行動を導いていた。また、医師による「精神的な苦痛の軽減」は医師のスキルに強く影響し、且つ、医療スタッフの態度が医療スタッフのスキルに強く影響し、それらが患者満足に影響を与えていた。さらに、患者満足の向上は新しい病気に罹患した場合の継続受診とクチコミに影響を与えていた。糖尿病は重度化すると透析治療が必要になり、将来の不安感が大きいことが考えられるため、精神的な苦痛の軽減は重要である。また、医師や設備への

期待がドクターショッピング行動に影響していることから、過度な期待を軽減できるような情報提供が必要である。

7.1.3.3. 脳血管疾患

脳梗塞などの脳血管疾患では、初回受診先選択の「身近な人の評判」が継続受診に大きく影響を与えていた。また、医師による精神的苦痛の軽減は医師のスキルに重要であり、患者満足に影響を与えていた。

脳血管疾患のみ性別が継続受診に影響しており、脳血管疾患の男性は継続受診しない傾向にあり、女性は継続受診する傾向にあった。山岡（2005）によると、女性は男性に比べて健康不満足を訴える割合と自覚的健康度（自覚症状を訴える平均個数）が多く、同じストレスを受けても女性のほうが苦痛を訴えやすい傾向が現れている。死亡率や平均寿命を考えた場合、女性は他者に訴えるという自己開示でストレスを軽減しており、男性とは別の行動様式や特徴を持つことを報告している。また、久保（1993）による相互依存性の程度と関係の親密さに関する研究では、関係の強さについては、男性の方が女性よりも相手からの影響を受けにくいことが明らかになっている。脳梗塞は再発に対する不安感が強い疾患である。不安感を払拭するために女性は担当の医師に訴え、自己開示によりストレスを軽減するために継続し続けることが推測できる。また、男性は医師に依存せずに医師をスイッチし、より良い治療を探している可能性が考えられる。したがって、性別を考慮した患者への予後に対する適切で正確な情報提供は、継続受診行動にとり重要である。

7.1.3.4. 整形外科疾患

慢性腰痛などの整形外科疾患では、継続受診先選択の「医師との良好な関係」が継続受診をするための要因であった。また、医師による「精神的苦痛の軽減」が医師のスキルに影響し患者満足に影響を与えていた。関節リウマチや慢性腰痛などで整形外科を受診する患者は、日常生活に何らかの不都合を感じたり、疼痛や苦痛を自覚したりしている。そのため、これらの軽減や症状により感じる不安の消失を期待して受診していることが示されており（塚原ほか，2001）、医師による「精神的苦痛の軽減」は重要である。

なお、整形外科疾患の場合、患者満足は新しい病気になった場合の継続受診に対して有意ではなかった。現状において患者は、例えば高血圧症は内科医、腰痛は整形外科医をそれぞれ分けて受診していることが報告されており（池上直己，河北博文，1987）、整形外科において内科的な有害事象には対処困難な場合もあると考えられていることが指摘されている（大坪秀雄，松田剛正，2010）。このような専門性特化による影響が、新しい病気になった際に継続受診されない結果に反映されていることが推測できる。したがって、整形外科であっても、基本的な医療管理は可能であることや紹介制度により適切な医師へ取り次ぐことが可能であるなどの情報提供が重要である。

7.1.4. 思考スタイルと継続受診

本研究においては、思考スタイルと継続受診について検討した。Kahneman（2011,2011/2014）によると、通常は、直観的な思考により情報処理が行われるが、困難に遭遇すると熟考的な思考により適確な処理が行われる。複雑な認知操作は、最終的には、熟練とスキ

ルが習得されるにつれて、熟考的思考から直観的思考に移行する。判断問題が発生した時には、直ちに直観的な回答を提示し、熟考的思考はこれらの提案の質を監視することが指摘されている。第1研究では、通院前の初回受診先選択ならびに通院中の継続受診先選択と思考スタイルの変化について検討した。その結果、初回受診先選択では熟考的思考で意思決定を行い、継続受診先選択では多くの直観的思考により情報処理をおこなっていた。

第2研究では、熟考的思考と直観的思考をパーソナリティ理論に発展させた Epstein et al. (1996) による個人特性をはかる「Rational Experiential Inventory:REI」を参考として患者を2分類し、個人特性と継続受診や疾患との関係を確認した。例えば、直観的思考の人は、熟考的思考の人よりもエラーを起こしやすいことが指摘されている。

ロジスティック回帰分析の結果、熟考型思考と直観型思考による継続受診行動の要因はいずれも同じであり、「身近な人の評判」「医師との良好な関係」は継続受診行動を導き、「医師や設備への期待」はドクターショッピング行動につながった。また、異なる点として、直観型思考の男性患者は継続受診しない傾向にあり、女性患者は継続受診する傾向にあった。直観的思考では判断が速いことが指摘されている。特に男性の場合は早急な解決を求める傾向にあり、慢性疾患であっても早い完治をもとめ、改善が見込まれない場合、より良い治療を求めて転院することが推測される。

なお、男性患者は熟考型思考の傾向が高く、女性患者は直観型思考の傾向が高いことが示された。Epstein et al. (1996) の研究でも、男性は合理的で論理的な考え方をもち、女性は直観的で感情に基づく考え方に関連していることが指摘されており同様の結果となった。疾患の特性や情報処理に応じた情報提供は、継続受診行動の促進に有効である。

7.2. 本論文の理論的貢献

本論文は、患者の継続受診行動に焦点をあて、そのメカニズムを実証分析により明らかにしており、以下の5点について、既存の研究に対する理論的貢献を示す。

第1に、本論文は、診療所の患者を対象とした受診行動に関する医療マーケティング・コミュニケーションについて実証的に分析している。先行研究では、病院を対象とした受診行動分析が多くをしめているが、本研究は診療所に焦点をおいて受診前と受診後の意思決定について研究を組み立てている。診療所を対象とした受診行動の研究は未成熟な領域であるため、本論文は当該研究において寄与できる。特に、医療マーケティング・コミュニケーションに有用な示唆を提供することが可能であり貢献できると考える。

第2は、慢性疾患を対象とし、特に疾患を比較しインプリケーションを導いていることは貴重である。慢性疾患は定期的継続的受診が必要であることから、継続的な受診行動を確認することが可能である。また、増加している慢性疾患を単独疾患でとらえるのではなく、複数の疾患を分類し、診療所の形態（医師の専門性）に合わせて疾患別で比較し、患者の特徴に注目した点は他に見当たらず、医療マーケティングの発展に貢献できる。

第3は、本論文では、継続受診行動について、①現在罹患している慢性疾患に関する継続受診と②慢性疾患患者が新しく別の病気になった際の継続受診の2つに捉えている点である。先行研究では、疾患を限定していない調査があり、何のために継続しているのか不明なものが多い。したがって、本論文は、医療におけるマネジメントに示唆を与える新しい取組である。

第4は、継続受診行動に関する患者の受診先選択について意思決定プロセスを構造化している点である。本論文では、受診前の初回受診時と通院時の継続受診行動について意思決定を捉え、プロセスを構造化しており、先行研究にはない視点であるといえる。

第5に、患者の個人特性を直観型思考スタイルと熟考型思考スタイルで捉えて分析し、思考スタイル別で患者の情報処理を捉えて受診行動を検討した点は新しく、それにより患者への情報提供など医療マーケティング・コミュニケーションに関する有効な示唆が得られると考える。

7.3. 本論文の限界と今後の課題

医療に関わる研究においては、介入やコントロールが不可能な政策的な側面や医療関連法規による規制などを考慮する必要がある。患者の受診行動に関する医療マーケティング・コミュニケーションの検討において、以下に本論文における限界を整理する。

継続受診行動に関わるドクターショッピングの背景では、政策面である医療保険制度の問題が関わっている。例えば、序章にて記述した通り、皆保険制度による患者のモラルハザードやフリーアクセス制が影響していることが指摘されている。また、医療費については、診療報酬制度により価格が決まっている。プロモーションについては医療法の広告規制により制限されている。これらは、政策・制度面にに関わり、コントロールが不可能であることから、外的要因に関連する問題について明らかにすることには限界がある。これらを前提に、今後の課題を示す。

第1に、評判やクチコミの影響について、詳細を探る必要がある。本論文では家族や友人など身近な人の推薦や評判が継続受診行動に影響を与えていた。インタビュー調査では、診療所の場合、受診前の情報探索においてインターネットによる情報探索は、場所や診療科の確認のためであり、受診先選択として活用されていなかった。また、P63(表4-1)で取り上げた厚生労働省平成29年受療行動調査による医療機関選択時の情報入手先でも、「家族や知人のクチコミ」が外来患者70.6%、入院患者71.9%と一番多い結果となっていた。特に、診療所の場合、いまだに簡易なホームページしかないケースや、医療機関検索サイトで住所と診療科、診察時間だけが記載されて公式ホームページを持たない診療所が見受けられるため、情報が少ないことも一因することが考えられる。しかしながら、今後はSNSなどによる医療機関の利用体験の書き込みやレビュー・サイトなどが診療所の選択に影響を与える可能性がある。いまや、SNSは広範囲に渡り、固有の利用体験などの情報が安易に入手できる。例えば、最近では病院や診療所に関する専用のクチコミサイトはもとより、Google Mapでは、場所を検索すると星による評価とクチコミが掲載されている。Simonson and Rosen (2014,2014/2016)は、超情報化時代、情報過多により評価ができないのではなく、超情報化時代だからこそ、製品やサービスの体験の質(=絶対価値)をいままでよりもずっと的確に予測することができるとの見解を示している。一般的には、かつての消費者は、ブランド名、定価、その企業の過去の利用体験といった別のものと照らし合わせ、相対的に判断をくだしていた。しかし、現在では、他の消費者による利用体験を知ること、製品やサービスの絶対価値に基づいて判断することが増えている。多くの意思決定の研究者たちは、人間をもともと不合理でミスを繰り返す生き物として描いてきた。しかし、レビュー・サイトは効率的に情報の仕分けや集計ができるようになってお

り、スペックに基づく「合理的」な情報が豊富になったことで、製品やサービスに関する判断が「心 (heart)」ではなく「頭 (head)」で行われることが増えたことが指摘されている (Simonson and Rosen, 2014)。そのため、熟考的に他者の利用体験を判断し、意思決定を下すことが考えられる。医療分野においても、SNS やクチコミサイトなどへの利用体験やそれに基づく効果など、合理的な書き込みにより、患者の意思決定は異なる可能性がある。つまり、今後、SNS やレビュー・サイト等は受診先選択の大きな判断基準となり得る。したがって、医療に関する SNS やレビュー・サイト等による情報の収集と意思決定の影響を考慮した研究が求められる。

第 2 に、地域や商圈を考えた継続受診行動を検討する必要がある。本論文において、第 1 研究での少規模サンプルで抽出された「自宅や職場などからの近さ」に関する立地要因は、第 2 研究での調査において検討したものの、因子の決定において変数として有意な結果が得られなかった。しかし、診療所の場合、利便性は重要視されることが推測されるため、調査において質問項目を精査し、再検討する必要がある。ドクターショッピングの先行研究では、地域は影響がない事が指摘されている。しかし、人口規模やそれに伴う医療機関の設置数などにより、結果が異なる可能性が考えられる。例えば、地域に医療機関の設置数が少ない場合、スイッチしたくても物理的に難しいこともある。地域によって疾患ごとの患者数の動態が大きく異なることも指摘されている。また、平均所得が高い地域と低い地域では、受診行動が変わる可能性が考えられる。例えば、医師の公開プロフィールについては通常出身大学を公開しているが、高級住宅地であり平均所得が高い地域に開設している診療所の場合は出身高校の公開、私立の教育機関で就学していた場合には小学校から記入し、同窓の患者を引き込むケースが多い。地域や条件を詳細に分類して、地域特性を踏まえた情報提供や訴求方法の違いを検討する必要がある。

第 3 に、診療所の規模を考慮した研究が必要である。昨今では、診療所の形態が以前と変わってきている。複数診療科を保有し、複数の医師が診療を行うなどの多機能型診療所が多くなっている。また、診療内容も多様化し、以前のような医師と看護師だけではなく、複数の専門職から形成される診療所や専門特化した診療所が多くなっている。それにより、患者の受診行動が変わることが考えられる。診療所を無床と有床で区分するだけでなく、医師の数や診療科数などの規模に分け、分析する必要がある。

7.4. おわりに

10 万を超えるわが国の診療所の医師を含めた医療専門職、運営に携わる人は、治療面、コミュニケーション面、精神面を考え、診療所に適した良質な医療マーケティング・コミュニケーションに関する知識を理解し実践する必要がある。そして、医師を含めた医療専門職は常にスキルを向上させ、患者が適切な治療を受け、積極的に継続受診できるような医療サービスを提供しなければならない。患者は治療が長引けば長引くほど、さらには、重症化すれば重症化するほど辛く苦しい。患者や家族の深い思いを理解するための患者インサイト研究は、確実に患者に寄り添う手立てを導き、結果として診療所経営の安定化につながる。本論文が診療所の医師をはじめ医療専門職、診療所運営に関わる方々の参考となり、生活習慣病を含めた慢性疾患に苦しむ患者への適切なコミュニケーションに貢献できることを切に願う。

謝辞

本研究を遂行し、学位論文をまとめるにあたり、多くの方々にご指導ご支援を頂きました。この場をお借りして厚く御礼を申し上げます。

まずは、指導教官である中村博教授に心より感謝を申し上げます。中村教授は、多岐にわたり、丁寧に一から研究とは何かを教えてくださいました。また、中村教授の研究会や企業との関わりの場に私を加えて頂き、多くの学びの機会を与えてくださいました。私にとりましては、知的刺激に満ちた場であり、大変貴重な経験を得ることができました。今もって情熱を持ち、新しい研究に取り組まれている姿は、見習うべきものであります。中村教授は、博士課程3年半の間、毎週欠かさずご指導くださいました。進学時には、周りから修学年限の3年で学位を取得することは厳しい事であり、博士課程は苦難の道だと言われていました。しかし、毎回新しい学びがあり、楽しく充実した研究生活を送ることができました。今日、この日を迎えることができたのは、ひとえに中村教授のご支援ご指導のおかげです。心より御礼申し上げます。

田中洋教授には、私が CBS に入学する前、戦略アカデミーで初めてマーケティングをご教授頂いたことから始まり、授業をはじめ、日本マーケティング学会リサーチプロジェクトでも一緒させて頂き、マーケティング全般についてご指導を頂きました。CBS 入学時に、ビジネススクールは知識を得るためではなく、自己のキャパシティを広げる場なのだ教えて頂き、痛感したことを覚えています。医療マーケティングをはじめ医療分野への論文投稿について多くのご指導を頂き、リサーチプロジェクトメンバーに加えてくださいました真野俊樹教授には、医療分野に関する研究について温かくご支援を頂きました。朝野熙彦教授には、博士課程での授業だけではなく、分析について一から温かくご指導を頂きました。あの教えがなければ今はありません。博士學位論文の審査では、中村博教授、田中洋教授、真野俊樹教授をはじめ、丹沢安治教授にも多くのご助言を頂きました。最終試験において、今あなたは研究者としてスタートに立ったのだと言われた時、心が震える思いが致しました。同じく、ご多忙の中、審査をお引き受けくださいました、早稲田大学大学院経営管理研究科川上智子教授は CBS 入学時からマーケティングにおいて私の憧れであり、予備審査会、公聴会では多くの鋭いご助言を頂きました。予備審査会では緊張の中、先に温かい言葉をかけてくださったおかげで心が温かくなりました。先生方からは、教育者、研究者としての品格も学びました。ご厚情に深謝致します。

本研究の調査にあたっては、株式会社日本リサーチセンター様にきめの細かいご対応を頂きました。取締役営業本部長の鈴木文雄様には、修士時代から調査の運営についてご配慮頂きました。また、土田尚弘様には調査分析や論文執筆におきましても、専門家としての的確なご指導を頂きました。熱心にご協力を頂きましたことに深く感謝申し上げます。

博士課程は孤独だと聞いておりましたが、DBA 同期の科部元浩さんには、議論の相手となり、発表資料のアドバイスを頂きました。また、諸先輩方にも支えてもらいました。心強い仲間にも恵まれたからこそ、最後までやり切れたのだと思います。事務課の皆様にもご

支援ご配慮を頂きました。心より感謝致します。なお、研究助成を頂きました、日本プロモーション・マーケティング学会様、白門奨学会様にも御礼を申し上げます。

最大の支援者であり私の学位取得を楽しみにしていた父は、3か月の闘病生活を経て今年2月に永眠しました。病室で私が論文を書いていると、自分のことはさて置き、いつも気遣って応援してくれました。学位論文の完成を直接父に報告できなかったのは残念です。そして、父が亡くなった辛い中、応援してくれた母、そして兄、義姉に改めて感謝します。

最後に、修士課程2年、博士課程3年半の長きに渡り温かく見守り、全面協力をしてくれた、夫杉本秀芳に心から感謝と御礼を伝えたいと思います。医学博士として、博士課程の在り方を教えてくれたから進むことができました。また、医療法人の院長として、神経内科医として、医療に関するあらゆるアドバイスがあったからこそ執筆が完了しました。長い間ありがとうございました。

多くの皆様に、心より感謝申し上げます。

2019年9月吉日

杉本ゆかり

【序章】

- Andylin, N. F. A. Jamil, N. M. Nor. and M. A. Z. Abidin. (2018). Doctor Shopping Behaviour and its Predisposing Factors amongst Dermatology Patients. *Jurnal Sains Kesihatan Malaysia (Malaysian Journal of Health Sciences)*, 16(2).71-76.
- Committee on Quality of Health Care in America. (2001). *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*. Washington, D.C. , : National Academies Press.
- Donabedian, A. (1980). *The Definition of quality and approaches to its assessment. Explorations in quality assessment and monitoring*, Michigan : Health Administration Press Ann Arbor.
- JETRO 日本貿易振興機構(2017)「全米における主要病院等に関する調査」『(JETRO)日本貿易振興機構調査レポート』2018年9月14日アクセス
<<https://www.jetro.go.jp/world/reports/2017/02/99aaaec76f658ba0.html/>>
- Kotler, P. (1982). *Marketing for nonprofit organizations (Vol. 2)*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.
- Kotler, P. (1982). *Marketing for nonprofit organizations (Vol. 2)*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.井関利明(監訳)(1991). 『非営利組織のマーケティング戦略』東京：第一法規出版.
- Lo, A. Y. A. J. Hedley. G. K. Pei. S. G. Ong. L. M. Ho. R. Fielding. and L. Daniel .(1994). Doctor-shopping in Hong Kong: implications for quality of care. *International Journal for Quality in Health Care*, 6(4), 371-381.
- Pascoe, G. C. (1983). Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis. *Evaluation and program planning*, 6(3-4), 185-210.
- Sansone, R. A. and L. A. Sansone. (2012). Doctor shopping: A phenomenon of many themes. *Innovations in clinical neuroscience*, 9(11-12), 42.
- 医療経営人材育成事業ワーキンググループ(2006)「医療経営人材育成テキスト医療経営概論」『経済産業省サービス産業人材育成事業』2019年4月1日アクセス。
<<https://www.meti.go.jp/report/downloadfiles/g60828a02j.pdf>>
- 大森正博(2003)「今日の医療経済学と医療制度改革の考え方」『産業学会研究年報』18,53-63.
- 株式会社 QLife(2017)「医療機関に通院中のアレルギー性鼻炎患者対象治療に対するホネ調査結果報告書」『株式会社 Qlife』2019年4月1日アクセス。
<http://www.qlife.co.jp/news/171031qlife_research.pdf>
- 公益社団法人経済同友会(2015)「わが国の医療制度の持続可能性を高める—破綻による国民の痛みを回避するために—」『経済同友会ホームページ』2019年3月15日アクセス
<<https://www.doyukai.or.jp/policyproposals/articles/2015/pdf/150421a.pdf>>
- 厚生労働省(2008)「平成18年度診療報酬改定結果検証に係る調査セカンドオピニオン外

来実施医療機関の利用状況調査報告書」『厚生労働省ホームページ』2019年6月10日アクセス。 <<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/07/dl/s0709-7a.pdf>>

厚生労働省(2015)「保健医療 2035 提言書」『厚生労働省ホームページ』2019年3月27日アクセス。 <<https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hokabunya/shakaihoshou/hokeniryou2035/>>

厚生労働省(2018)「医療機関への受診にあたって」『厚生労働省ホームページ』2019年6月18日アクセス。 <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/jushin.html>

厚生労働省医政局医薬食品局保険局(2014)「健康づくり推進本部ワーキングチーム5『医療資源の有効活用に向けた取組の推進』のこれまでの検討状況まとめ」『厚生労働省ホームページ』2019年6月10日アクセス。
<https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/kenkoudukuri_sokusin/dl/kennkou02-08.pdf>

厚生労働省医政局総務課 (2018)「医業若しくは歯科医業又は病院若しくは診療所に関する広告等に関する指針(医療広告ガイドライン)」『厚生労働省：医療法における病院等の広告規制について』.2019年4月22日アクセス。
<<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000209841.pdf>>

厚生労働省政策統括官付参事官付保健統計室(2018)「平成29年医療施設調査・病院報告の概況」『厚生労働省ホームページ』2019年3月17日アクセス。
<<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/17/>>

厚生労働省健康局総務課生活習慣病対策室(2009)「慢性疾患対策の更なる充実に向けた検討会の概要」『厚生労働省健康局総務課生活習慣病対策室ホームページ』2019年4月3日アクセス。 <<https://www.mhlw.go.jp/houdou/2009/08/h0826-2a.html>>

厚生労働省政策統括官付参事官付保健統計室(2019a)「平成29年(2017)患者調査の概況」『厚生労働省ホームページ』2019年3月17日アクセス。
<<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/17/index.html>>

厚生労働省政策統括官付参事官付保健統計室(2019b)「平成29年受療行動調査(概数)の概況」『厚生労働省ホームページ』2017年4月27日アクセス。
<<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jyuryo/14/>>

厚生労働省保険局調査課(2018)「平成29年度 医療費の動向について～概算医療費の年度集計結果から～」『厚生労働省保険局調査課』2019年4月6日アクセス。 <<https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12401000-Hokenkyoku-Soumuka/0000177609.pdf>>

嶋口充輝(1994)『顧客満足型マーケティングの構図』東京：有斐閣。

島津望(2005)『医療の質と患者満足：サービス・マーケティング・アプローチ』東京：千倉書房。

首相官邸(2013)「社会保障制度改革国民会議報告書(H25年8月6日)」『政策会議ホームページ』2019年3月26日アクセス。
<<http://www.kantei.go.jp/jp/singi/kokuminkaigi/pdf/houkokusyo.pdf>>

- 田中洋(2008)『消費者行動論体系』東京：中央経済社。
- 田中洋(2014)『基本から最新までマーケティングキーワードベスト 50』東京：自由国民社。
- 中村博(2003)「新製品の普及とマーケティング」『オペレーションズ・リサーチ』 48, 307-312.
- 中村博, 矢野尚幸, 寺本高(2009)「顧客視点の商品マスター(商品 DNA)の可能性」『流通情報』 3,22-33.
- 日本プライマリ・ケア連合学会(2012)『日本プライマリ・ケア連合学会基本研修ハンドブック』東京：南山堂。
- 日本医療ソリューションズ株式会社(2016)「メイヨークリニックの病院経営」『病院経営とマーケティング』 2019年4月8日アクセス。
<<https://ahsj.jp/blog/archives/1104>>
- プレジデントオンライン(2010)「医者が患者を本気で治療したくなる話し方」『PRESIDENT2010年1月4日号』 2019年6月11日アクセス。
<<https://president.jp/articles/-/3279?page=2>>
- 松本亜樹子(2014)「納得の治療とは～患者が求める支援対話を考える」『支援対話研究』 2,61-73.
- 吉田初恵(2004)「医療サービスの経済的特性と情報の非対称性」：再考—その2」『関西福祉科学大学紀要』 8,65-75.

【第1章】

- Andylin, N. F. A. Jamil. N. M. Nor. and M. A. Z. Abidin. (2018). Doctor Shopping Behaviour and its Predisposing Factors amongst Dermatology Patients. *Jurnal Sains Kesihatan Malaysia (Malaysian Journal of Health Sciences)*, 16(2).71-76.
- World Health Organization (2018). Noncommunicable diseases. *World Health Organization*. Retrieved on March 21,2019,from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- 医学書院(2014)「週刊医学界新聞第 3094 号」『医学書院ホームページ』 2019年3月21日アクセス。 <http://www.igaku-shoin.co.jp/paperDetail.do?id=PA03094_01>
- 医療経営人材育成事業ワーキンググループ(2006)「医療経営人材育成テキスト医療経営概論」『経済産業省サービス産業人材育成事業』 2019年4月1日アクセス。
<<https://www.meti.go.jp/report/downloadfiles/g60828a02j.pdf>>
- 株式会社 QLife(2017)「医療機関に通院中のアレルギー性鼻炎患者対象治療に対するホネ調査結果報告書」『株式会社 Qlife』 2019年4月1日アクセス。
<http://www qlife.co.jp/news/171031qlife_research.pdf>
- 川上智子, 木村憲洋 (2013)「医療のマーケティング序論: 7P と患者志向の再考」『マーケティングジャーナル』 32(3), 4-15.
- 公益財団法人日本医療機能評価機構(2017)「次期病院機能評価(3rdG:Ver2.0)」『病院機能評価事業』 2019年3月21日アクセス<https://www.jq-hyouka.jcqhc.or.jp/wp-content/uploads/2017/07/20170701_A.pdf>

厚生労働省生活習慣病対策室(2013)「新たな健診・保健指導と生活習慣病」『厚生労働省ホームページ』2019年3月17日アクセス.

<<https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/seikatsu/pdf/ikk-a.pdf>>

厚生労働省人口動態・保健統計課 保健統計室(2008)「平成20年(2008)患者調査の概況」『厚生労働省ホームページ』2019年3月17日アクセス.

<<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/08/dl/01.pdf>>

厚生労働省政策統括官付参事官付保健統計室(2018a)「平成29年医療施設(静態・動態)調査・病院報告の概況」『厚生労働省ホームページ』2019年3月17日アクセス.

<<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/17/>>

厚生労働省政策統括官付参事官付保健統計室(2018b)「平成28年度国民医療費の概況」『厚生労働省ホームページ』2019年3月17日アクセス.

<<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-iryohi/16/dl/data.pdf>>

厚生労働省政策統括官付参事官付保健統計室(2019a)「平成29年(2017)患者調査の概況」『厚生労働省ホームページ』2019年3月17日アクセス.

<<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/17/index.html>>

厚生労働省政策統括官付参事官付保健統計室(2019b)「平成29年受療行動調査(確定数)の概況」『厚生労働省ホームページ』2019年3月17日アクセス.

<<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jyuryo/17/dl/kakutei-gaikyo-all.pdf>>

厚生労働省(1948)「医療法(昭和23年07月30日法律第205号)」『厚生労働省ホームページ』2019年4月2日アクセス.

<https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=80090000&dataType=0&pageNo=1>

厚生労働省医政局医療経営支援課(2014)「医療従事者の勤務環境の改善について」『厚生労働省ホームページ』2019年3月27日アクセス.

<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryohi/quality/>

厚生労働省医政局総務課(2018a)「医業若しくは歯科医業又は病院若しくは診療所に関する広告等に関する指針(医療広告ガイドライン)」『厚生労働省:医療法における病院等の広告規制について』2019年4月22日アクセス.

<<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000209841.pdf>>

厚生労働省医政局総務課(2018b)「「医業若しくは歯科医業又は病院若しくは診療所に関する広告等に関する指針(医療広告ガイドライン)に関するQ&Aについて」の改訂について」『厚生労働省ホームページ:医療法における病院等の広告規制について』2019年4月22日アクセス.

<<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000371826.pdf>>

厚生労働省保険局医療課(2018)「平成30年度診療報酬改定説明会(平成30年3月5日開催)資料等について」『厚生労働省ホームページ政策について』2019年4月2日アクセス.

<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000203227.pdf>

田辺三菱製薬(2018)「診療報酬はわかりマニュアル(2018年4月改定版)」『田辺三菱製薬ホームページ』2019年3月17日アクセス. <<https://medical.mt-pharma.co.jp/>>

support/sh-manual/pdf_2018/sh_all.pdf#search>
帝国データバンク(2019)「医療機関の倒産動向調査(2018年)」『帝国データバンク』2019年3月21日アクセス。
<<https://www.tdb.co.jp/report/watching/press/pdf/p190102.pdf>>
平成22年版厚生労働白書資料編PDF・バックデータ(2010)「厚生労働省ホームページ厚生労働白書p39」2019年3月17日アクセス。<<https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/10-2/kousei-data/PDF/22010206.pdf>>
松本亜樹子(2014)「納得の治療とは～患者が求める支援対話を考える」『支援対話研究』2,61-73。
真野俊樹(2017)『医療危機—高齢社会とイノベーション』東京:中央公論新社。

【第2章】

- Andylin, N. F. A. Jamil. N. M. Nor. and M. A. Z. Abidin. (2018). Doctor Shopping Behaviour and its Predisposing Factors amongst Dermatology Patients. *Jurnal Sains Kesihatan Malaysia (Malaysian Journal of Health Sciences)*, 16(2).71-76.
- DiMatteo, M. R. L. M. Prince. and A. Taranta. (1979). Patients' perceptions of physicians' behavior. *Journal of Community Health*, 4(4), 280-290.
- Kahneman, D. (2011). *Thinking, Fast and Slow*. New York: Farrar, Straus, and Giroux.,(村井章子邦訳『ファスト&スロー—あなたの意思はどのように決まるのか?上下巻』。(2014)東京:早川書房)
- Kasteler, J. R. L. Kane. D. M. Olsen. and C. Thetford. (1976). Issues underlying prevalence of" doctor-shopping" behavior. *Journal of health and social behavior*, 17(4),328-339.
- Lo, A. Y. A. J. Hedley. G. K. Pei. S. G. Ong. L. M.Ho. R. Fielding. and L. Daniel. (1994). Doctor-shopping in Hong Kong: implications for quality of care. *International Journal for Quality in Health Care*, 6(4), 371-381.
- Ohira, Y. M. Ikusaka. K. Noda. T. Tsukamoto. T. Takada. M Miyahara. and T. Uehara. (2012). Consultation behaviour of doctor - shopping patients and factors that reduce shopping. *Journal of evaluation in clinical practice*, 18(2), 433-440.
- Sato, T. M. Takeichi. M. Shirahama. T. Fukui. and J. K. Gude. (1995). Doctor-shopping patients and users of alternative medicine among Japanese primary care patients. *General Hospital Psychiatry*, 17(2), 115-125.
- Shay, L. A. and J. E. Lafata. (2015). Where is the evidence? A systematic review of shared decision making and patient outcomes. *Medical Decision Making*, 35(1), 114-131.
- Worley, J. and J. M. Hall. (2012). Doctor shopping: a concept analysis. *Research and theory for nursing practice*, 26(4), 262-278.
- 尾沼奈緒美, 鎌倉やよい, 長谷川美鶴, 金田久江(2004)「手術を受ける乳癌患者の治療に関する意思決定の構造」『日本看護研究学会雑誌』27(2), 45-57.

- 菊地学, 都築誉史 (2013) 「医療に関わる意思決定研究の動向」『立教大学心理学研究』 55, 55-66.
- 厚生労働省(2013)「2013年海外情勢報告書」『厚生労働省ホームページ白書年次報告』2019年6月20日アクセス.
 < <https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kaigai/14/> >
- 杉澤秀博, 金恵京, 柴田博, 杉原陽子(2000)「高齢者における医療機関選択に関連する要因: なぜ大病院を選択するのか」『日本公衆衛生雑誌』 47(11),915-924.
- 杉澤秀博, 西三郎(1995)「住民の医療機関の選択傾向を規定する要因: 病院志向の背景」『日本公衆衛生雑誌』 42(7), 463-471.
- 田中洋(2008)『消費者行動論体系』東京: 中央経済社.
- 辻久美子, 福田正博, 倭英司(2016)「糖尿病患者の臨床指標に影響を与える食行動特性および心理学的特性の解析—行動経済学的アプローチ—」『糖尿病』 59(2),114-120.
- 中島孝子(1998)「不確実な状況における患者の病院選択行動の経済分析」『医療と社会』8(3), 39-51.
- 平原憲道, 山岸侯彦(2011)「乳がん患者の示す治療リスク認知の楽観性~ 闘病ステージによる変化」『認知科学』 18(3), 534-545..
- 山本克也(2002)「患者の診療機関選択と診療費」『季刊社会保障研究,』 38(1),25-3.

【第3章】

- Brown, J. J. and P. H. Reingen. (1987). Social ties and word-of-mouth referral behavior. *Journal of Consumer research*, 14(3), 350-362.
- Creswell, J. W. and C. N. Poth. (2017). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches*. Thousand Oaks, California : Sage publications.
- Croskerry, P. (2009). Clinical cognition and diagnostic error: applications of a dual process model of reasoning. *Advances in health sciences education*, 14(1), 27-35.
- Cutcliffe, J. R. (2000). Methodological issues in grounded theory. *Journal of advanced nursing*, 31(6), 1476-1484.
- Epstein, S. R. Pacini. V. Denes-Raj. and H. Heier. (1996). Individual differences in intuitive-experiential and analytical-rational thinking styles. *Journal of personality and social psychology*, 71(2), 390-405.
- Kahneman, D. (2011) .*Thinking, Fast and Slow*. New York : Farrar, Straus, and Giroux.,(村井章子邦訳『ファスト&スロー—あなたの意思はどのように決まるのか? 上下巻』. (2014)東京: 早川書房)
- Kahneman, D. (2011). *Thinking, fast and slow* . New York: Farrar, Straus and Giroux.
- Kahneman, D. and S. Frederick. (2002). Representativeness revisited: Attribute substitution in intuitive judgment. *Heuristics and biases: The psychology of intuitive judgment*. 49-81.
- Saposnik, G. D. Redelmeier. C. C. Ruff. and P. N. Tobler. (2016). Cognitive biases associated with medical decisions: a systematic review. *BMC medical informatics*

- and decision making*, 16(1), 138.1-14.
- Simonson, I. and E. Rosen. (2014). *Absolute value: What really influences customers in the age of (nearly) perfect information*. New York: HarperBusiness.
- Simonson, I. and E. Rosen. (2016). *Absolute value: What really influences customers in the age of (nearly) perfect information*. New York: HarperBusiness.(千葉敏生(訳)(2016).『ウソはバレる』東京：ダイヤモンド社)
- Sladek, R. M. P. A. Phillips. and M. J. Bond. (2008). Measurement properties of the Inventory of Cognitive Bias in Medicine (ICBM). *BMC medical informatics and decision making*, 8(1), 20.
- Tversky, A. and D. Kahneman. (1974). *Judgment under uncertainty: Heuristics and biases*. *science*, 185(4157), 1124-1131.
- 岩澤誠一郎(2015)「行動経済社会学研究の構想」『経済社会学会年報』 37, 62-7.
- 尾沼奈緒美, 鎌倉やよい, 長谷川美鶴, 金田久江(2004)「手術を受ける乳癌患者の治療に関する意思決定の構造」『日本看護研究学会雑誌』 27(2), 45-57.
- 厚生労働省政策統括官付参事官付保健統計室(2015)「平成 26 年(2014)患者調査の概況」『厚生労働省ホームページ』2016 年 11 月 3 日アクセス. <<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/14/index.html>>
- 戈木クレイグヒル滋子(2008)『実践グラウンデッド・セオリー・アプローチ現象をとらえる』東京：新曜社.
- 島津望(2005)『医療の質と患者満足：サービス・マーケティング・アプローチ』東京：千倉書房.
- 杉谷陽子(2009)「インターネット上の口コミの有効性：製品の評価における非言語的の手の効果」『上智経済論集（上智大学経済学会）』 54(1),47-58.
- 杉本ゆかり(2018)「外来診療における患者満足に関する先行研究レビュー」『戦略経営研究科 研究年報』 5,91-111.
- 杉本ゆかり, 中村博, 真野俊樹(2018)「診療所スタッフ（医師・看護師・医療スタッフ）のスキルが患者満足に及ぼす影響：慢性疾患患者別アプローチ」『日本医療マネジメント学会雑誌』 19(2), 49-58.
- 高木亜希子(2011)「質的研究デザインの方法」『第 41 回中部地区英語教育学会福井大会英語教育法セミナー』（福井大学,2011)
- 内藤まゆみ, 坂元章, 鈴木佳苗(2004)「情報処理スタイル（合理性・直観性）尺度の作成」『パーソナリティ研究』 13(1),67-78.
- 中澤幸壽(2012)「行動経済学的観点からの余剰分析」『西南学院大学学術研究所 経済学論集』 47(1.2),55-79.
- 中村博(2001)『新製品のマーケティング』東京：中央経済社.
- 山根一郎(2016)「システム 0 とシステム 3: 二重過程モデルを超えて」『椋山女学園大学研究論集 人文科学篇』 47, 63-80.
- 山本克也(2002)「患者の診療機関選択と診療費」『季刊社会保障研究,』 38(1),25-3.

【第4章】

- Andylin, N. F. A. Jamil. N. M. Nor. and M. A. Z. Abidin. (2018). Doctor Shopping Behaviour and its Predisposing Factors amongst Dermatology Patients. *Jurnal Sains Kesihatan Malaysia (Malaysian Journal of Health Sciences)*, 16(2).71-76.
- Brown, J. J. and P. H. Reingen. (1987). Social ties and word-of-mouth referral behavior. *Journal of Consumer research*, 14(3), 350-362.
- DiMatteo, M. R. L. M. Prince. and A. Taranta. (1979). Patients' perceptions of physicians' behavior. *Journal of Community Health*, 4(4), 280-290.
- Epstein, S. (1994). Integration of the cognitive and the psychodynamic unconscious. *American psychologist*, 49(8), 709-724.
- Epstein, S. R. Pacini. V. Denes-Raj. and H. Heier. (1996). Individual differences in intuitive-experiential and analytical-rational thinking styles. *Journal of personality and social psychology*, 71(2), 390-405.
- Kahneman, D. (2011) .*Thinking, Fast and Slow*. New York : Farrar, Straus, and Giroux.,(村井章子邦訳『ファスト&スロー—あなたの意思はどのように決まるのか? 上下巻』. (2014)東京 : 早川書房)
- Kahneman, D. (2011). *Thinking, fast and slow* . New York: Farrar, Straus and Giroux.
- Kahneman, D. and S. Frederick. (2002). Representativeness revisited: Attribute substitution in intuitive judgment. *Heuristics and biases: The psychology of intuitive judgment*. 49-81.
- Kasteler, J. R. L. Kane. D. M. Olsen. and C. Thetford. (1976). Issues underlying prevalence of" doctor-shopping" behavior. *Journal of health and social behavior*, 17(4),328-339.
- Marks, A. D., D. W. Hine. R. L. Blore. and W. J. Phillips. (2008). Assessing individual differences in adolescents' preference for rational and experiential cognition. *Personality and Individual Differences*, 44(1), 42-52.
- McLaughlin, J. E. W. C. Cox. C. R. Williams. and G. Shepherd. (2014). Rational and experiential decision-making preferences of third-year student pharmacists. *American journal of pharmaceutical education*, 78(6), 120.1-6.
- Sato, T. M. Takeichi. M. Shirahama. T. Fukui. and J. K. Gude. (1995). Doctor-shopping patients and users of alternative medicine among Japanese primary care patients. *General Hospital Psychiatry*, 17(2), 115-125.
- Simonson, I. and E. Rosen. (2016). *Absolute value: What really influences customers in the age of (nearly) perfect information*. New York: HarperBusiness.(千葉敏生(訳)(2016).『ウソはバレる』東京 : ダイヤモンド社)
- Thompson, A. G. and R. Sunol. (1995). Expectations as determinants of patient satisfaction: concepts, theory and evidence. *International journal for quality in health care*, 7(2), 127-141.
- 朝野熙彦(2018)『入門多変量解析の実際』東京 : 筑摩書房.
- 岩澤誠一郎(2015)「行動経済社会学研究の構想」『経済社会学会年報』 37, 62-7.

- 小塩真司(2011)「心理データ解析第9回(1)因子分析をつかいこなす」『早稲田大学パーソナリティ心理学研究室ホームページ』2019年4月27日アクセス
 <http://www.f.waseda.jp/oshio.at/edu/data_b/top.html>
- 尾沼奈緒美, 鎌倉やよい, 長谷川美鶴, 金田久江(2004)「手術を受ける乳癌患者の治療に関する意思決定の構造」『日本看護研究学会雑誌』27(2), 45-57.
- 加藤祥子(訳)(Kimand Forsythe, S.)J. (2009)「オンラインのアパレル通販におけるヴァーチャル試着の採用について」『早稲田大学産業経営研究所 産研シリーズ 海外ジャーナル抄訳集』5(44), 3-20.
- 菊池長徳, 高山孝光, 久保田浩也, 今井保次, 渡辺晴雄(1983)「JMI 健康調査票による軽症高血圧の心身医学的研究: 産業人男性についての検討」『心身医学』23(3), 231-238.
- 厚生労働省政策統括官付参事官付保健統計室(2015)「平成 26 年(2014)患者調査の概況」『厚生労働省ホームページ』2016年11月3日アクセス.
 <<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/14/index.html>>
- 厚生労働省政策統括官付参事官付保健統計室(2019)「平成 29 年受療行動調査(概数)の概況」『厚生労働省ホームページ』2017年4月27日アクセス.
 <<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jyuryo/14/>>
- 佐藤史佳(2019年5月27日)「診療所チェーン新興勢が伴走」『日本経済新聞』pp.7-7.
- 嶋口充輝(1994)『顧客満足型マーケティングの構図』東京:有斐閣.
- 島津望(2005)『医療の質と患者満足: サービス・マーケティング・アプローチ』東京:千倉書房.
- 杉谷陽子(2009)「インターネット上の口コミの有効性: 製品の評価における非言語的の手がかりの効果」『上智経済論集 (上智大学経済学会)』54(1), 47-58.
- 杉本ゆかり(2018)「外来診療における患者満足に関する先行研究レビュー」『戦略経営研究科研究年報』5, 91-111.
- 杉本ゆかり, 中村博, 真野俊樹(2018)「診療所スタッフ (医師・看護師・医療スタッフ) のスキルが患者満足に及ぼす影響: 慢性疾患患者別アプローチ」『日本医療マネジメント学会雑誌』19(2), 49-58.
- 豊沢純子, 唐沢かおり(2004)「比率バイアス課題とリンダ問題における判断の個人差: CEST の立場から日本語版 REI を用いて」『社会心理学研究』20(2), 85-92.
- 内藤まゆみ, 坂元章, 鈴木佳苗(2004)「情報処理スタイル (合理性・直観性) 尺度の作成」『パーソナリティ研究』13(1), 67-78.
- 福井正康研究室(不明)「多重共線性の意味について」『福井平成大学ホームページ』2019年6月10日アクセス. <<https://www.heisei.ac.jp/ba/fukui/tips/tip006.pdf>>

【第5章】

- Amyx, D. J. C. Mowen. and R. Hamm. (2000). Patient satisfaction: a matter of choice. *Journal of Services Marketing*, 14(7), 557-572.
- Baker, R. (1991). The reliability and criterion validity of a measure of patients' satisfaction with their general practice. *Family Practice*, 8(2), 171-177.

- Bikker, A. P. and A. G. Thompson. (2006). Predicting and comparing patient satisfaction in four different modes of health care across a nation. *Social Science and Medicine*, 63(6), 1671-1683.
- Bloom, G. H. Standing. and R. Lloyd. (2008). Markets, information asymmetry and health care: towards new social contracts. *Social science and medicine*, 66(10), 2076-2087.
- Cohen, G. (1996). Age and health status in a patient satisfaction survey. *Social science and medicine*, 42(7), 1085-1093.
- Committee on Quality of Health Care in America, and Institute of Medicine Staff. (2001). *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*. Washington, D.C. , : National Academies Press.
- Donabedian, A. (1980). *The Definition of quality and approaches to its assessment. Explorations in quality assessment and monitoring* . Michigan : Health Administration Press Ann Arbor.
- Fitton, F. and H. W. K. Acheson. (1979). *The doctor/patient relationship: a study in general practice*. London: Her Majesty's Stationery Office [HMSO].
- Fitzpatrick, J. M. A. E. While. and J. D. Roberts. (1992). The role of the nurse in high - quality patient care: a review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 17(10), 1210-1219.
- Hall, J. A. and M. C. Dornan. (1990). Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: a meta-analysis. *Social science and medicine*, 30(7), 811-818.
- Jackson, J. L. J. Chamberlin. and K. Kroenke. (2001). Predictors of patient satisfaction. *Social science and medicine*, 52(4), 609-620.
- Johnson, M. D. and C. Fornell. (1991). A framework for comparing customer satisfaction across individuals and product categories. *Journal of economic psychology*, 12(2), 267-286.
- Kennedy, G. D. S. E. Tevis. and K. C. Kent. (2014). Is there a relationship between patient satisfaction and favorable outcomes?. *Annals of surgery*, 260(4), 592-600.
- Khayat, K. and B. Salter. (1994). Patient satisfaction surveys as a market research tool for general practices. *Br J Gen Pract*, 44(382), 215-219.
- Larsen, D. E. and I. Rootman. (1976). Physician role performance and patient satisfaction. *Social Science and Medicine* , 10(1), 29-32.
- Like, R. and S. J. Zyzanski. (1987). Patient satisfaction with the clinical encounter: social psychological determinants. *Social Science and Medicine*, 24(4), 351-357.
- Linder-Pelz, S. (1982a). Toward a theory of patient satisfaction. *Social science and medicine*, 16(5), 577-582.
- Linder-Pelz, S. (1982b). Social psychological determinants of patient satisfaction: a test of five hypotheses. *Social Science and Medicine*, 16(5), 583-589.
- Lochman, J. E. (1983). Factors related to patients' satisfaction with their medical

- care. *Journal of community health*, 9(2), 91-109.
- Locker, D. and D. Dunt. (1978). Theoretical and methodological issues in sociological studies of consumer satisfaction with medical care. *Social Science and Medicine. Part A: Medical Psychology and Medical Sociology*, 12, 283-292.
- Marquis, M. S. A. R. Davies. and J. E. Ware Jr. (1983). Patient satisfaction and change in medical care provider: a longitudinal study. *Medical Care*, 21(8). 821-829.
- Mciver, S.(1991) .*An introduction to obtaining the views of users of health service* . London : King's Fund
- Mittal, V. (2016). Measuring and managing patient satisfaction: implementing customer-focused strategy in healthcare using patient satisfaction strategy maps (PSSM). Available at SSRN 2756196.1-29.
- Newsome, P. R. H., and G. H. Wright. (1999). Patient Management: A review of patient satisfaction: 1. Concepts of satisfaction. *British dental journal*, 186(4), 161-165.
- Ong, L. M. J. C. De Haes. A. M. Hoos. and F. B. Lammes. (1995). Doctor-patient communication: a review of the literature. *Social science and medicine*, 40(7), 903-918.
- Pascoe, G. C. (1983). Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis. *Evaluation and program planning*, 6(3-4), 185-210.
- Pascoe, G. C. and C. C. Attkisson. (1983). The evaluation ranking scale: a new methodology for assessing satisfaction. *Evaluation and program planning*, 6(3-4), 335-347.
- Platonova, E. A. K. N. Kennedy. and R. M. Shewchuk. (2008). Understanding patient satisfaction, trust, and loyalty to primary care physicians. *Medical Care Research and Review*, 65(6), 696-712.
- Sitzia, J. and N. Wood. (1997). Patient satisfaction: a review of issues and concepts. *Social science and medicine*, 45(12), 1829-1843.
- Stelfox, H. T. T. K. Gandhi. E. J. Orav. and M. L. Gustafson. (2005). The relation of patient satisfaction with complaints against physicians and malpractice lawsuits. *The American journal of medicine*, 118(10), 1126-1133.
- Stimson, G. and B. Webb. (1975). *Going to see the doctor: the consultation process in general practice*. Boston: Routledge and Kegan Paul.
- Taylor, S. A. and J. J. Cronin Jr. (1994). Modeling patient satisfaction and service quality. *Journal of health care marketing*, 14(1).34-44.
- Thompson, A. G. and R. Sunol. (1995). Expectations as determinants of patient satisfaction: concepts, theory and evidence. *International journal for quality in health care*, 7(2). 127-141.
- Ware Jr, J. E. M. K. Snyder. W. R. Wright. and A. R. Davies. (1983). Defining and measuring patient satisfaction with medical care. *Evaluation and program planning*, 6(3-4), 247-263.
- Ware, J.E. R.D. Allyson. and L. S. Anita. (1977). The measurement and meaning of

- patient satisfaction: a review of the literature. *Health and Medical Care Services Review*, 1(1).3-15.
- Williams, B. (1994). Patient satisfaction: a valid concept?. *Social science and medicine*, 38(4), 509-516.
- Williams, S. J. and M. Calnan. (1991). Convergence and divergence: assessing criteria of consumer satisfaction across general practice, dental and hospital care settings. *Social science and medicine*, 33(6), 707-716.
- 池上直己, 河北博文(1987)「患者満足度と病院の管理姿勢—日病の会員施設における実態調査—」『日本病院会雑誌』 34,13-19.
- 今井壽正, 楊学坤, 小島茂, 櫻井美鈴, 武藤孝司(2000)「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』 37(3),241-252.
- 今中雄一(1993)「医師および病院に対する外来患者の満足度と継続受診意志におよぼす要因—総合病院における解析—」『日本公衆衛生誌』 40(8),624-635.
- 遠藤久夫(2005)「医療制度ガバナンス—医療制度運営における計画原理と市場原理—」『季刊・社会保障研究』 41(3),224-237.
- 小野譲司(2010)『顧客満足「CS」の知識』東京:日本経済新聞.
- 厚生労働省医政局医療経営支援課(2014)「医療従事者の勤務環境の改善について」『厚生労働省ホームページ』 2019年3月27日アクセス.
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/quality/
- 島津望(2005)『医療の質と患者満足: サービス・マーケティング・アプローチ』東京:千倉書房.
- 杉本ゆかり, 中村博, 真野俊樹(2018)「診療所スタッフ(医師・看護師・医療スタッフ)のスキルが患者満足に及ぼす影響: 慢性疾患患者別アプローチ」『日本医療マネジメント学会雑誌』 19(2), 49-58.
- 鈴木久敏(2011)「患者の顧客満足と病院選択行動に基づく病院経営の最適化」『科学研究費補助金研究成果報告書(平成23年3月31日)』
- 滝川薫(1997)「満足度・事前期待度によるサービス評価と施設選択要因に関する研究—精神神経科外来の初診患者を対象に—」『東海大学健康科学部紀要』 3,11-18.
- 田久浩志(1994)「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』 31(3),221-229.
- 田中洋(2008)『消費者行動論体系』東京:中央経済社.
- 永井昌寛, 山本勝, 横山淳一(2001)「病院および診療所におけるサービスの分析と評価」『病院管理』 38(3)』,235-247.
- 中村博(2001)『新製品のマーケティング』東京:中央経済社.
- 長谷川万希子, 杉田聡(1993)「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』 30(3),31-40.
- 馬場園明(2007)「米国における医療の質改革に学ぶ」『九州大学大学院医学研究院』UIProject ppt 資料.
- 深井穫博(2003)「患者満足度研究の意義」『ザ・クインテッセンス』 22(5), 36-45.
- 堀啓造(2005)「消費者行動からみる患者満足」『日本消費者行動研究学会第31回消費者行

動研究コンフェレンス』1-7.

堀之内若名, 高柳千賀子, 鳥田美紀代(2016)「整形外科診療所の看護職がとらえる診療所の特性と看護」『帝京科学大学紀要』12,p99-105.

前田泉, 徳田茂二 (2003)『患者満足度コミュニケーションと受療行動のダイナミズム』東京: 日本評論社.

真野俊樹(2003)『新版医療マーケティング』東京: 日本評論社.

真野俊樹(2010)『経営学の視点から考える患者さんの満足度 UP 患者満足度追求のわな』東京: 南山堂.

森藤ちひろ(2009)「マーケティングにおける期待の重要性」『経営戦略研究 (関西学院大学)』3, 21-34.

山田隆司(2015)「地域で適切な外来診療機能について—ICPC(プライマリ・ケア国際分類)による分析と総合診療医の役割—」『財務省財務総合政策研究所フィナンシャル・レビュー』3(通巻第123号),100-126.

山本武志, 伊藤弘人, 中野夕香里, 小澤恵美(2004)「外来患者の患者満足度に関する研究—医療機関の規模・機能による差について「技術ノート」」『医療情報学』24(2),297-304.

余田拓郎(2001)「患者による医療機関の評価メカニズム—事前期待に基づく患者満足度の分析と考察—」『オイコノミカ』37(3.4),41-53.

【第6章】

井伊雅子, 関本美穂(2015)「日本のプライマリ・ケア制度の特徴と問題点」『財務省財務総合政策研究所フィナンシャル・レビュー』123, 6-63.

池上直己(2007)「わが国の地域プライマリケア体制の構築」『公衆衛生』71(11),924-927.

今中雄一(1993)「医師および病院に対する外来患者の満足度と継続受診意志におよぼす要因—総合病院における解析—」『日本公衆衛生誌』40(8),624-635.

大坪秀雄, 松田剛正(2010)「関節リウマチ診療における病診連携とかかりつけ医」『臨床リウマチ』22,6-16.

小野譲司(2010)「JCSIによる顧客満足モデルの構築」『マーケティングジャーナル』30(1), 20-34.

梶谷みゆき, 森山美知子(2010)「脳血管障害発症後3カ月における患者と家族の心理的ケアニーズ」『家族看護学研究』16(2),71-80.

公益財団法人日本生産性本部(2017)「日本版満足度指数因果モデル」『サービス産業生産性協議会(SPRING)』2017年4月27日アクセス. <https://www.service-js.jp/modules/contents/?ACTION=content&content_id=871>

厚生労働省(2017)「横断的事項かかりつけ医機能(その1)」『厚生労働省ホームページ』2017年4月27日アクセス<<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000152695.pdf>>

厚生労働省医政局医事課医師臨床研修推進室(2017)「医師臨床研修制度新制度の概要」2017年4月27日アクセス. <<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/rinsyo/shingaiyo/index.html>>

- 厚生労働省(2014)「平成 26 年(2014)医療施設(静態・動態)調査・病院報告の概況」『厚生労働省ホームページ』2017 年 4 月 27 日アクセス。
 <<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/14/>>
- 厚生労働省(2015)「平成 26 年(2014)患者調査の概況」『厚生労働省ホームページ』2017 年 4 月 27 日アクセス。
 <<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/14/index.html>>
- 厚生労働省(2016)「平成 26 年受療行動調査(概数)の概況」『厚生労働省ホームページ』2017 年 4 月 27 日アクセス。 <<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jyuryo/14/>>
- 厚生労働省(2017)「医療施設動態調査(平成 29 年 1 月末概数)」『厚生労働省ホームページ』2017 年 9 月 25 日アクセス。
 <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/m17/dl/is1701_01.pdf>
- 厚生労働省医政局医療経営支援課(2014)「医療従事者の勤務環境の改善について」『厚生労働省ホームページ』2019 年 3 月 27 日アクセス。 <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryoku/iryoku/quality/>
- 塩野義製薬(2014)「高血圧患者の意識・行動調査(T-CARE Survey Plus)」『塩野義製薬』2014 年 7 月 2 日アクセス<<https://www.shionogi.co.jp/company/news/2014/qdv9fu000000iu5a-att/140702.pdf>>
- 塩野義製薬, 日本イーライリリー(2016)「慢性腰痛に対する患者・医師の意識・実態調査」『塩野義製薬、日本イーライリリー』2019 年 4 月 1 日アクセス。 <
http://www.shionogi.co.jp/ir/news/2016/qdv9fu0000011lz1-att/161018_2.pdf>
- 田中洋(2008)『消費者行動論体系』東京: 中央経済社。
- 塚原節子, 本林愛, 高島佐知子, 岩城直子(2001)「整形疾患外来患者の保健態度と受療行動の意思決定規定要因に関する検討」『富山医科薬科大学看護学会誌』4,53-60.
- 豊田秀樹(2007)『共分散構造分析 [Amos 編]』東京: 東京書籍。
- 中村博(2001)『新製品のマーケティング』東京: 中央経済社。
- 長谷川万希子, 杉田聡(1993)「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』30(3),31-40.
- 堀之内若名, 高柳千賀子, 鳥田美紀代(2016)「整形外科診療所の看護職がとらえる診療所の特性と看護」『帝京科学大学紀要』12,p99-105.
- 前田泉, 徳田茂二 (2003)『患者満足度コミュニケーションと受療行動のダイナミズム』東京: 日本評論社。
- 真野俊樹(2003)『新版医療マーケティング』東京: 日本評論社。
- 三浦雅史, 川口徹, 渡部一郎(2011)「日常の疼痛を軽減する物理療法、下肢装具」『臨床リウマチ』23,228-232.
- 村上美華, 梅木彰子, 花田妙子(2009)「糖尿病患者の自己管理を促進および阻害する要因」『日本看護研究学会雑誌』32(4),29-38.
- 康永秀生, 井出博生, 今村知明, 大江和彦(2006)「インターネット・アンケートを利用した医学研究本邦における現状」『日本公衆衛生誌』53(1),40-50.
- 山本武志, 伊藤弘人, 中野夕香里, 小澤恵美(2004)「外来患者の患者満足度に関する研究-医療機関の規模・機能による差について「技術ノート」」『医療情報学』24(2),297-304.

【第7章】

- Epstein, S. R. Pacini. V. Denes-Raj. and H. Heier. (1996). Individual differences in intuitive–experiential and analytical–rational thinking styles. *Journal of personality and social psychology*, 71(2), 390-405.
- Kahneman, D. (2011) .*Thinking, Fast and Slow*. New York : Farrar, Straus, and Giroux.,(村井章子邦訳『ファスト &スロー—あなたの意思はどのように決まるのか? 上下巻』. (2014)東京 : 早川書房)
- Kahneman, D. (2011). *Thinking, Fast and Slow* . New York: Farrar, Straus and Giroux.
- Simonson, I. and E. Rosen. (2014). *Absolute value: What really influences customers in the age of (nearly) perfect information*. New York: HarperBusiness.
- Simonson, I. and E. Rosen. (2016). *Absolute value: What really influences customers in the age of (nearly) perfect information*. New York: HarperBusiness.(千葉敏生(訳)(2016).『ウソはバレる』東京 : ダイヤモンド社)
- Thompson, A. G. and R. Sunol. (1995). Expectations as determinants of patient satisfaction: concepts, theory and evidence. *International journal for quality in health care*, 7(2), 127-141.
- 池上直己, 河北博文(1987)「患者満足度と病院の管理姿勢—日病の会員施設における実態調査—」『日本病院会雑誌』34,13-19.
- 池上直己(2007)「わが国の地域プライマリケア体制の構築」『公衆衛生』71(11),924-927.
- 大坪秀雄, 松田剛正(2010)「関節リウマチ診療における病診連携とかかりつけ医」『臨床リウマチ』22,6-16.
- 久保真人 (1993)「行動特性からみた関係の親密さ」『実験社会心理学研究』33(1), 1-10.
- 厚生労働省政策統括官付参事官付保健統計室(2019)「平成29年受療行動調査(概数)の概況」『厚生労働省ホームページ』2017年4月27日アクセス. <<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jyuryo/14/>>
- 塚原節子, 本林愛, 高島佐知子, 岩城直子(2001)「整形疾患外来患者の保健態度と受療行動の意思決定規定要因に関する検討」『富山医科薬科大学看護学会誌』4,53-60.
- 真野俊樹(2017)『医療危機—高齢社会とイノベーション』東京: 中央公論新社.
- 山岡和枝 (2005)「東アジアの人々の「健康感」と関連する社会・文化要因」『行動計量学』32(2), 191-199.

添付資料 1：第 4 章第 2 研究のインターネット調査における質問紙画面



はじめに、あなたご自身についておうかがいします。

PQ1.

あなたの性別をお知らせください。

(ひとつだけ) **【必須】**

- 男性
- 女性

PQ2.

あなたの年代をお答えください。

(ひとつだけ) **【必須】**

- 30代以下
- 40代
- 50代
- 60代
- 70代
- 80代以上

戻る

次へ進む



PQ3.

現在、治療を受けている病気をお答えください。

複数ある場合は、もっとも治療期間が長いものをお答えください。

(ひとつだけ) **【必須】**

- 高血圧症
- 心疾患（高血圧以外の狭心症や心筋梗塞（しんきんこうそく）等）
- 糖尿病
- 高脂血症
- 脳血管疾患（脳梗塞（のうこうそく）、脳出血、くも膜下出血、それらの後遺症等）
- 関節リウマチ
- 慢性腰痛、骨粗しょう症などの慢性運動器疾患
- その他
- 現在、治療は受けていない

戻る

次へ進む

0% 25% 50% 75% 100%

PQ4.

現在、治療を受けている医療機関は次のどのタイプになりますか。

(ひとつだけ) **【必須】**

- 診療所
- 医院
- クリニック
- 病院
- その他

戻る

次へ進む

0% 25% 50% 75% 100%

PQ5.

診療所（医院・クリニックの名称も含みます）のご利用について、診療所名を具体的にお答えください。

* 現在受診している医療機関の名称に「〇〇診療所」「〇〇クリニック」「〇〇医院」のいずれかが記載されている施設の事についてお答えください。

例えば、「ひまわり医院」「医療法人さくらクリニック」「あおぞら診療所」などが対象です。診察券等で名称を確認してください。

* 医療機関の名称に、「〇〇病院」と記載されている施設での事については対象外となります。

例えば、「医療法人後樂園病院」「春日大学医学部付属病院」などは対象外となります。

現在も診療所（医院・クリニック含む）に継続して通院している方が対象となります。

【必須】

戻る

次へ進む

0% 25% 50% 75% 100%

PQ6.

PQ3でお答えになった病気【高血圧症】の治療について、一番最近診療所（医院・クリニック含む）に受診したのはどの位前ですか。

（ひとつだけ）【必須】

- 1週間前
- 1カ月未満
- 1～3カ月未満
- 3～6カ月未満
- 6カ月以上

PQ7.

PQ3でお答えになった病気【高血圧症】の治療のために、今通院している診療所（クリニック・医院含む）へは、どの位の期間受診していますか。

（ひとつだけ）【必須】

- まだ1回しか通っていない
- 1カ月未満
- 1～6カ月未満
- 6カ月～1年未満
- 1～3年未満
- 3～5年未満
- 5～10年未満
- 10年以上

戻る

次へ進む

0% 25% 50% 75% 100%

PQ8.

PQ3でお答えになった病気【高血圧症】になってから、受診する医療機関は継続して同じ機関ですか。

（ひとつだけ）【必須】

- 今の診療所（クリニック・医院含む）で病気がわかり、その後ずっと受診している。
- 今、通院している診療所（クリニック・医院含む）で病気がわかり、その後、治療（手術や検査、入院等）のために、他の医療機関（病院など）に移って治療をした。今では、治療が一段落した為、今の診療所に戻って受診している。
- 他の医療機関（病院など）で病気がわかり、治療（手術や検査、入院等）をしていた。その後、治療が一段落したため、制度上の問題など、あなたの都合（*）ではなく、医師から転院をすすめられた。その結果、今、通院している診療所（クリニック・医院）に移った。
- 以前、他の医療機関（病院や診療所・クリニック・医院いずれも可）で治療していたが、あなたの都合（*）により、医療機関を変更し、今通院している診療所に移った。

*あなたの都合とは、自分の意思・考えにより、前の医療機関から、今通院している診療所に変えた事を示します。例えば、他に良い診療所が見つかった、遠かった、今の診療所を推薦された、医師と合わなかった、治療がよくなかった、なんとなく、などが入ります。

戻る

次へ進む

この調査では、診療所に受診する時のことについてお聞きします。すべての質問にお答えください。

あなたに、事前回答いただきました【高血圧症】の病気のための初回受診について、うかがいます。

Q1.
初回到現在の診療所を選んだ理由をお答えください。



(それぞれひとつずつ) 【必須】

	非常にそう思う	まあそう思う	どちらでもない	あまりそう思わない	全くそう思わない
自宅や職場などから近い、または、診療時間や診療日など、受診が便利だった	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
家族や知人から、その診療所の良い評判（医師が良い、設備が良いなど）を聞いた	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
設備が整っていたり、検査ができたり、複数の医師がいるなど、設備や規模がよかった	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
家族や知人が通院した経験がある	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
家族や知人に、その診療所に行ったらどうかとすすめられた	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
病院や診療所の医師からの紹介で、今の診療所を選んだ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
自分の治療に適した専門の医師がいる	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

戻る

次へ進む

Q2.

現在の診療所に通い続ける理由をお答えください。



(それぞれひとつずつ) 【必須】

	非常にそう思う	まあそう思う	どちらでもない	あまりそう思うわない	全くそう思わない
医師は、患者の目線で考えてくれたり、患者の事を考えてくれる	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
医師は私の治療のデータや、からだの状態を理解し、把握してくれる	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
医師を信頼している	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
医師は腕が良いし、医師に診察してもらったら良くなった	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
私は、医師に言われた通りにして、おまかせする。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
医師は、患者と向き合い、何とか治そうという姿勢が感じられる	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
医師は、私の治療を支援してくれて、治療に向けてくれる	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
私は、他の医師ではダメで、いつもの医師に診てもらいたい。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
自分の治療に適した専門の医師がいたり、自分に適した治療や訓練（リハビリなど）ができたりする	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
設備が整っていて、検査や治療や訓練（リハビリなど）などができる、もしくは、複数の医師がいたり、診療科がある	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
自宅や職場などから近い、または、診療時間や診療日など、受診が便利だ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
家族・知人が、やっぱりその医師をいいと言っている	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
相性があうので、医師とはいい関係だ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
医師はいつもすごく心強い	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
治療の説明が良くわかり、疑問が解消され、納得できる治療を受けている	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
私の気持ちを理解したり、私の内情をわかってくれている	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
診察の時に他の患者を見たり、患者と医師のやりとりを見ると、医師の良さがわかる	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
そろそろ検査だよ、と指示をしてくれたり、病状に合わせて薬の調整をしてくれる	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
医師には何でも言えて話しやすいし、何でも聞ける	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
病状が良くなったり、安定している、または、病気を発見してくれたなど、治療の結果がよい	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
その医師なら安心して受診でき、ホッとする	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

戻る

次へ進む

Q3.
あなたの日頃の考え方についてお答えください。



(それぞれひとつずつ) 【必須】

	非常に 強い	まあ 強い	やや 強い	あまり 強い 思わない	全く 強い 思わない
私は、直観に頼らなければならない状況が好きではない	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
私は、難しいと思う挑戦を楽しむことができる	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
私は、自分の直観を信じている	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
私は、簡単な問題より、複雑な問題の方が好きだ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
私は、自分の直観に従って、自分の行動を決める傾向がある	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
私は、一般的に、何か決定をくだす時に、直観に頼ることはない	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
私は、直観を使うと、私の人生の問題を解決する上で、うまくいく	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
私は、慎重に考える必要がある問題を解決することは、あまり得意ではない	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
私は、いろいろ考えなければならないのは好きではない	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

私は、行動を決める時に、しばしば自分の直観に従います	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
私は、何かについて、深く考えなければならない状況を避けようとする	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
私は、考えることを楽しむことができない	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
私は、強い直観力を持っていない	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
私は、たくさん考えなければならない、難しい問題を解決することを楽しむことができる	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

戻る

次へ進む

Q4.
あなたの考え方についてお答えください。



(それぞれひとつずつ) 【必須】

	非常にそう思う	まあそう思う	どちらでもない	あまりそう思わない	全くそう思わない
今の家に満足しているわけではないが、引っ越しはしたくない	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
欲しいと思ったものは、ちょっと無理をしても買ってしまうことがある	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
目移りしやすく、次々に新しいことをしたくなる	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
最初にいいと思ったものと、実際に買う商品が違うことが多い	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
「ママなほうだ」とよく言われる	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
よく行く店で注文するメニューは、だいたいいつも同じだ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

戻る

次へ進む

0% 25% 50% 75% 100%

このページはテスト回答時のみ表示されます。

本調査回答完了 (テスト)

本番飛び先:

<https://infopanel.jp/lpark/enqInfoUpdate.do?status=1&monitorId=noMonitorId&enqId=noEnqId>

戻る

次へ進む

以上で、アンケートは終了です。

アンケートにご協力頂き、ありがとうございました。
今後ともよろしく願いいたします。

閉じる

添付資料 2：第 6 章第 3 研究のインターネット調査における予備調査の質問紙画面

はじめに、あなた自身についておうかがいします。

Q1.
性別をお答えください。

(ひとつだけ)【必須】

- 男性
- 女性

Q2.
年代をお答えください。

(ひとつだけ)【必須】

- 19歳以下
- 20代
- 30代
- 40代
- 50代
- 60代
- 70代
- 80歳以上

Q3.
職業をお答えください。

(ひとつだけ)【必須】

- 公務員
- 経営者・役員
- 会社員(事務系)
- 会社員(技術系)
- 会社員(その他)
- 自営業
- 自由業
- 専業主婦・主夫
- パート・アルバイト
- 学生
- 無職
- その他

診療所(医院・クリニックを含む)のご利用についてお聞かせいたします。

Q4.

現在、診療所（医院・クリニック含む）で治療を受けている病気（理由）、もしくは、過去に診療所で治療を受けた時の病気（理由）をお答えください。複数ある場合はもっとも治療期間が長いものをお答えください。

（ひとつだけ）【必須】

- かぜ
- インフルエンザ・はしか
- 胃腸炎等消化器系疾患（しゃっかん）
- 眼科疾患
- けが等外科疾患
- 尿路感染症（膀胱炎（ぼうこうえん）等）の泌尿器疾患
- 急性湿疹（じんましん）等皮膚疾患
- 急性腰痛症（ぎっくり腰）
- 高血圧
- 心疾患（高血圧以外の狭心症や心筋梗塞（しんきんこうそく）等）
- 糖尿病
- 高脂血症
- 悪性新生物（がん）
- 脳血管疾患（脳梗塞（のうこうそく）、脳出血やくも膜下出血等）
- 睡眠障害
- 関節リュウマチ、腰痛、椎間板（ついかんばん）ヘルニア、骨粗しょう症、変形性関節症等の慢性運動器疾患
- 肺炎
- うつ等気分障害
- その他

Q5.

Q4であなたがお答えになった病気【Q4】について、あなたの診療所（医院・クリニック含む）への受診状況をお答えください。

（ひとつだけ）【必須】

- 現在、診療所（医院・クリニック含む）に受診し、治療を受けている
- 過去に診療所（医院・クリニック含む）を受診し、治療を受けた経験があり、現在治癒したため受診していない
- 過去に診療所（医院・クリニック含む）を受診し、治療を受けた経験があり、現在治癒していないが受診していない
- 診療所（医院・クリニック含む）で治療を受けた経験はない

Q6.

あなたが、Q4でお答えになった【Q4】について、もっとも最近診療所（クリニック・医院含む）で受診したのはどの位前ですか。

（ひとつだけ）【必須】

- 1か月未満
- 1～3か月未満
- 3～6か月未満
- 6～9か月未満
- 9か月～1年未満
- 1年以上

Q7.

Q4であなたがお答えになった【Q4】について伺います。
その病気を診察してもらっている(いた)のは何科での受診ですか。

受診している診療科は 科です。

Q8.

あなたが、Q4でお答えになった【Q4】について、診療所(クリニック・医院含む)で、どの位の期間受診していますか(いましたか。)
また、すでに治療が終了している場合でもその時の事について思い出してお答えください。

(ひとつだけ)【必須】

- まだ1回しか通っていない
- 1か月未満で診察を終了(もしくは診察中)
- 1～3か月未満で診察を終了(もしくは診察中)
- 3か月～1年未満で診察を終了(もしくは診察中)
- 1～2年未満で診察を終了(もしくは診察中)
- 2～3年未満で診察を終了(もしくは診察中)
- 3～5年未満で診察を終了(もしくは診察中)
- 5～10年未満で診察を終了(もしくは診察中)
- 10年以上で診察を終了(もしくは診察中)

Q9.

Q4であなたがお答えになった【Q4】の治療で、歩行訓練や肩を動かす訓練、手や指を動かす訓練、話をする訓練、肩や腰を温める温熱治療などの、リハビリテーションを受けたことがありますか。

(ひとつだけ)【必須】

- 今、診療所(医院・クリニックを含む)でリハビリテーションを受けるために通っている
- 過去に、診療所でリハビリテーションを受けるために通ったことがある
- 今まで診療所でリハビリテーションを受けたことはない

Q10.

Q4であなたがお答えになった【Q4】について伺います。
ご自分の病気は重篤ですか？そうではありませんか？治療は長くかかりそうですか(かかりましたか。)
※「重篤(じゅうとく)」とは病状が非常に重いことです。本調査ではご自身のご判断でお答えください。

(ひとつだけ)【必須】

- 重篤であり、治療は3週間以上かかりそう(かかった)
- 重篤ではないが、治療は3週間以上かかりそう(かかった)
- 重篤だが治療は早く、3週間以内で終わりそう(終わった)
- 重篤ではなく、治療も3週間以内で終わりそう(終わった)

Q11.

Q4であなたがお答えになった【Q4】の治療で、医療スタッフ(医師・看護業務以外のスタッフ)と関わったことがありますか。

たとえば、検査をしてくれる人や薬をくれる人、訓練や温熱治療などのリハビリテーションをする人です。

(いくつでも)【必須】

- 検査をしてくれる人がいる(いた)
- 薬の説明をしてくれる人がいる(いた)
- 歩く訓練や温熱治療などのリハビリテーションをしてくれる人がいる(いた)
- 診療所(クリニック・医院含む)には医師か看護の人しかいない

Q12.

1か月以上診療所(クリニック・医院含む)で治療を受け通院している。もしくは、受けたことがあるとお答えになった方に伺います。

1か月以上治療を受け通院する理由は何ですか。

(いくつでも)【必須】

- 薬をもらうため
- 点滴や注射を継続的に受けるため
- 継続的・定期的な検査を受けるため
- 手や足、言葉の訓練や温熱治療などのリハビリテーションを受けるため
- 診察を受けるため
- その他

Q13.

その病気について、どの位の頻度で診療所(医院・クリニック含む)に通っていますか。もしくは、通っていましたか。

(ひとつだけ)【必須】

- 毎日
- 月4回以上
- 月2回から3回
- 月1回
- 2か月に1回
- 3か月以上に1回
- 半年以上に1回

Q14.

診療所(クリニック・医院含む)で治療を受け通院して1か月以内の方。もしくは、過去に通院して1か月以内で通院が終わった方にお聞きします。

通院する(していた)理由は何ですか。

(いくつでも)【必須】

- 薬をもらうため
- 点滴や注射を受けるため
- 検査を受けるため
- 手や足、言葉の訓練や温熱治療などのリハビリテーションを受けるため
- 診察を受けるため
- その他

添付資料3：第6章第3研究のインターネット調査における本調査の質問紙画面

この調査では、あなたが病気の治療のため診療所で受診された時のことについてお聞きます。

※診療所とは

* 受診経験のある医療機関の名称に「○○診療所」「○○クリニック」「○○医院」のいずれかが記載されている施設での事についてお答えください。

例えば、「わかば医院」「医療法人ひまわりクリニック」「あおぞら診療所」などが対象となります。

* 医療機関の名称に「○○病院」と記載されている施設での事については対象外となります。

例えば、「医療法人後楽園病院」「東都大学医学部付属病院」などは対象外となります。

あなたには、事前の調査でお答えの【S4】について、この病気の診察・治療のために、診療所に行かれたときのことをお聞きます。

(この治療のため、その診療所を複数回利用されている方は、その全体の印象としてお答えください。)

Q1.

あなたには、事前の調査でお答えの【S4】について、この病気の診察・治療のために、診療所に行かれたときのことをお聞きます。

(この治療のため、その診療所を複数回利用されている方は、その全体の印象としてお答えください。)

医師や自分の症状等に関してお聞きます。以下の質問ごとにあなたのお考えをお答えください。



(それぞれひとつずつ)【必須】

	非常にそう思う	まあそう思う	どちらでもない	あまりそう思わない	全くそう思わない
医師に診てもらい、自覚する病気の症状が軽くなった	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
医師に診てもらい、健康状態が改善された	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
治療を受けて、具合がよくなった	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
痛みなど身体的苦痛を和らげるための対応が良好である	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
医師は、私の意志を尊重し話を聞いてくれる	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
医師は私の身体的・精神的苦痛を理解し、共感を示してくれる	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
医師は私の相談に対応してくれる	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
医師は検査や治療方針について要望に応じてくれる	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
病気についての心配・悩み・不安が減って、気持ちが楽になった	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
医師の医学的水準が高く、信頼ができる	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
医師は私の体の状態を把握している	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
医師の検査や処置等の治療技術が良い	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
医師の診察は丁寧で注意深い	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	非常にそう思う	まあそう思う	どちらでもない	あまりそう思わない	全くそう思わない
治療法を決めるとき、納得がいく説明がある	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
診療の流れや治療など、これからどうすればよいのか説明してくれる	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
病状や治療等の説明がわかりやすい	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
話をしても、いやな顔をしないで聞いてくれる	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
医師は私を見ながら話をしてくれる	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
医師の言葉遣いや態度で安心できる	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
医師の身だしなみは良い	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
医師は優しく温かく接してくれる	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
医師は私を励まして元気づけてくれる	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
医師から受けた説明に対し、疑問や意見を話すことができる	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
医師は私のプライバシーを尊重してくれている	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
要望や苦情に対して、医師の対応は早い	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Q2.

あなたには、事前の調査でお答えの【S4】について、この病気の診察・治療のために、診療所に行かれたときのことをお聞きします。

(この治療のため、その診療所を複数回利用されている方は、その全体の印象としてお答えください。)

看護師に関してお聞きします。以下の質問ごとにあなたのお考えをお答えください。

注) 看護師とは、正看護師をはじめ、准看護師、看護助手など看護業務をする人すべてを指します。



(それぞれひとつずつ)【必須】

	非常にそう思う	まあそう思う	どちらでもない	あまりそう思わない	全くそう思わない
看護師の採血や注射、処置等の技術は良い	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
看護師によるケアは丁寧で注意深い	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
看護師は診療の流れなど、これからどうすればよいのか説明してくれる	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
採血や注射、処置等の説明がわかりやすい	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
看護師は効率良く業務をこなしている	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
話をしても嫌な顔をしないで聞いてくれる	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
看護師は私を見ながら話をしてくれる	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
看護師の言葉遣いや態度は安心する	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
看護師の身だしなみは良い	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
看護師は優しく温かく接してくれる	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
看護師は私を励まして元気づけてくれる	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
看護師から受けた説明に対し、疑問や意見を話すことができる	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
看護師は私のプライバシーを尊重してくれている	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
要望や苦情に対して、看護師の対応は早い	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Q3.

あなたには、事前の調査でお答えの【S4】について、この病気の診察・治療のために、診療所に行かれたときのことをお聞きます。

(この治療のため、その診療所を複数回利用されている方は、その全体の印象としてお答えください。)

医療スタッフに関してお聞きます。以下の質問ごとにあなたのお考えをお答えください。

注) 医療スタッフとは、医師、看護師以外の薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、臨床検査技師、臨床心理士等、医療専門職をはじめ、それに準じた仕事(助手)をしている人すべてを指します。



(それぞれひとつずつ)【必須】

	非常に そう思う	まあ そう思う	どちら でもない	あまり そう 思わない	全く そう 思わない
医療スタッフの検査や歩行訓練、温熱治療などのリハビリ等の技術は良い	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
医療スタッフによる検査や歩行訓練、温熱治療などのリハビリ等は丁寧である	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
これからどうすればよいのか、わかりやすく説明してくれる	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
検査や歩行訓練、温熱治療などのリハビリでの説明がわかりやすい	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
医療スタッフは効率良く業務をこなしている	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
医療スタッフから受けた説明に対し、質問や意見を話すことができる	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
医療スタッフは私を見ながら話してくれる	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
話をした時、笑顔で嫌な顔をされた事がない	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
医療スタッフの身だしなみは良い	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
要望や苦情に対して、医療スタッフの対応は早い	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
医療スタッフは優しく温かく接してくれる	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
医療スタッフは私のプライバシーを尊重してくれている	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
医療スタッフの言葉遣いや態度は安心できる	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
医療スタッフは私を励まして元気づけてくれる	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Q4.

あなたには、事前の調査でお答えの【S4】について、この病気の診察・治療のために、診療所に行かれたときのことをお聞きます。

(この治療のため、その診療所を複数回利用されている方は、その全体の印象としてお答えください。)

診療所や医師・看護師・医療スタッフ等に関してお聞きます。

以下の質問ごとにあなたのお考えをお答えください。



(それぞれひとつずつ)【必須】

	非常に そう思う	まあ そう思う	どちら でもない	あまり そう 思わない	全く そう 思わない
この診療所での治療や提供されたサービス全般について信頼している	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
この医師による治療やこの診療所での受診は、自分にとって良い選択であった	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
満足できる医療サービスを受けられた	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
この診療所で受ける医療には満足がいく	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
この診療所に通院してよかったと思う	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
将来、他の病気やけがの時も、この診療所に来ようと思う	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
将来、他の病気やけがの時も、この医師から治療を受けたいと思う	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
将来、他の病気やけがの時も、この診療所の看護師なら信頼できる	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
将来、他の病気やけがの時も、この診療所の医療スタッフなら信頼できる	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
この診療所ならば家族や友人にも安心して紹介できる	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
この医師ならば家族や友人にも安心して紹介できる	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
この看護師ならば家族や友人にも安心して紹介できる	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
この医療スタッフならば家族や友人にも安心して紹介できる	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Q5.

あなたには、事前の調査でお答えの【S4】について、この病気の診察・治療のために、診療所に行かれたときのことをお聞きます。

(この治療のため、その診療所を複数回利用されている方は、その全体の印象としてお答えください。)

診療所(クリニック・医院を含む)に関するお聞きます。
以下の質問ごとにあなたのお考えをお答えください。



(それぞれひとつずつ)【必須】

	非常にそう思う	まあそう思う	どちらでもない	あまりそう思わない	全くそう思わない
この診療所は他医療機関の医師が紹介・推薦してくれたので安心できる	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
この医師は他医療機関の医師が紹介・推薦してくれたので信頼できる	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
この診療所について、あなたの周りの評判は良く、受診している人々も満足しているようだ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
この医師について、あなたの周りの評判は良く、受診している人々も満足しているようだ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
この診療所は医療水準の高さについて評判が良い	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
この診療所の対応は評価されていると思う	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
この診療所は雰囲気良く、受診している人々もその通りだと思っている	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
この医師の治療により症状が改善されたという評判を聞いたことがある	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	非常にそう思う	まあそう思う	どちらでもない	あまりそう思わない	全くそう思わない
この医師はテレビやラジオ、雑誌等に出たり本を出版したりして、安心ができる	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
この診療所はネットでの口コミサイトで良い評価を受けている	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
この医師はネットでの口コミサイトで良い評価を受けている	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
この診療所は代々地元で開業していて、親や家族、知人が受診をしていて信頼ができる	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
この医師が以前に勤務していた病院や大学病院での経験があれば信頼ができる	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
この医師は専門医(もしくは認定医)を持っているので、安心して治療を任せられる	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
この医師の出ている「出身大学」ならば信頼ができる	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
この医師の過去の勤務先(大学病院や専門病院等)、勤務経験ならば信頼ができる	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Q6.

あなたご自身の年収をお答えください。

(ひとつだけ)【必須】

- 収入はない
- 100万円未満
- 100万円～200万円未満
- 200万円～300万円未満
- 300万円～400万円未満
- 400万円～500万円未満
- 500万円～700万円未満
- 700万円～1,000万円未満
- 1,000万円～1,500万円未満
- 1,500万円～2,000万円未満
- 2,000万円以上

Q7.

あなたの最終学歴をお答えください。

(ひとつだけ)【必須】

- 中学校
- 高等学校(旧制中学校)
- 専門学校
- 短大
- 大学
- 大学院
- その他

Q8.

診療所(医院・クリニック)を選ぶ理由は何ですか。

(いくつでも)【必須】

- 医師による紹介
- 家族・知人・友人からのすすめ
- 町の評判が良い
- 自宅や職場・学校に近い
- 交通機関の便が良い
- 以前に受診したことがある
- 以前受診した医療機関に満足できなかった
- 医師が親切
- 看護師が親切
- 医療スタッフが親切
- 技術の優れた医師がいる
- 受けたい治療や検査を行っている
- その他