中央大学大学院研究年報（戦略経営研究科篇）
第 5 号(2017)p.91-111

【査読論文】

外来診療における患者満足に関する先行研究レビュー

A Review of Research on the Patient Satisfaction in Outpatient Clinical Care

中央大学大学院戦略経営研究科
ビジネス科学専攻（博士後期課程）
杉本ゆかり

Abstract

Patient satisfaction is a part of the quality of health care. Improvement of the patient satisfaction is important for health care organizations to perform a medical marketing effectively. The purpose of this paper is to review the research of the patient satisfaction on outpatient clinical care and discuss the future researches.

This review focused on mainly the literatures of the patients' satisfaction in UK, USA and Japan so that we could understand the current global patient satisfaction and discuss the future research.

The features of this paper is to explore the relationship between an expectation concept and the patient satisfaction. First of all, we discussed the classification of expectation and the expectation disconfirmation theory. Then, this paper reviewed the factors, such as the technics of medical doctors, nurses, facilities and etc., which are affecting the patient satisfaction. Finally, this paper examined the future studies of research of patient satisfaction.

Keywords: Patient Satisfaction, Outpatient Clinical Care, Medical Marketing, Quality in Healthcare, Expectation Disconfirmation Theory

目　次

Ⅰ．はじめに
Ⅱ．患者満足の先行研究レビュー
　1．医療の質評価における患者満足の位置づけ
　2．患者満足研究の背景
　3．患者満足の測定の目的と意義
　4．期待概念（Expectation Concepts）を用いた患者満足の記述モデル
　5．患者満足に影響を及ぼす要因
　6．患者満足と患者属性の関係
Ⅲ．おわりに
　1．今後の課題
　2．おわりに
引用文献

Ⅰ．はじめに

厚生労働省による平成 28 年の報告によると，全国の医療施設は 178,911 施設が設置されており，前年に比べ 699 施設増加している．その内，病院は 8,442 施設であり，前年に比べ 38 施設減少しているものの，一般診療所は 101,529 施設で，534 施設増加している．

患者の受診状況に目を向けると，年間の患者数は，在院患者延べ数で約 4 億 5800 万人である．一方，外来患者は延べ数で約 4 億 9700 万人，毎日約 140 万人が国内いずれかの医療機関を訪れ治療を受けている[1)]．この年間約 5 億人もの外来患者に対する日常の医療管理は医療費を増加させており，厚生労働省は，外来患者への効果的な医療の提供を踏まえ，医療機能の分化・強化，連携に関する充実等を掲げて対策に取組んでいる．一例としては，かかりつけ医が患者の状態や価値観を踏まえて医療をサポートする，ゲートオープナー機能の向上に取組んでいる．

ゲートオープナー機能とは，かかりつけ医が患者の病状に応じて，どこの施設・医師であれば適切な治療が受けられるかを舵取りする機能である．例えば，外来診療において初期診療や日常的な医療管理は，患者がアクセスしやすい中小病院，診療所が対応する．そして，専門的な診療を提供する大病院への受診は，病状や治療に応じてかかりつけ医の紹介により受診するものである[2)]．

いまや，外来診療は，より効率的で効果的なマネジメントが求められており，医療分野においてもマーケティングの活用が必要である．真野（2010）は，医療はサービスであり，マーケティングが応用できることを指摘している[3)]．また，Pascoe（1983）は，医療システムの機能を理解する上で患者満足は重要であることを主張しており[4)]，外来診療に特化した患者満足の理解と向上のためには，マーケティング活動の充実が求められる．

欧米では，プライマリ・ケア[1] 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，我が国では診療所を対象とした患者満足研究はいまだ僅かであり不十分といえる．

本稿は，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．特に，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はかるとともに，患者満足研究の今後の課題を検討する．

Ⅱ．患者満足の先行研究レビュー

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，

[1] 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[65)]．

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，医療およびその結果に対する患者や家族の満足を意味している[5]．

つまり，患者満足は，医療の質評価の一部であり[5]，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，および，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[6]．

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[7]．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[8]．

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患者が受療者としての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[9]．

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．

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[10]．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[11]．

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[12]，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[13]，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 [14]．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，中村, 真野（2017）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 [15]．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，患者満足の向上が結果として新規患者の獲得に繋がることが推測される．

患者満足の向上は，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 [10]. 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，患者満足の向上が，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 [16]．

従って，患者満足の向上は，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，患者満足の向上は欠かせない．

4．期待概念（Expectation Concepts）を用いた患者満足の記述モデル

米国の研究者 Pascoe(1983), 英国の研究者 Williams（1994）, Andrew and Rosa（1995），Sitzia and Wood（1997），Newsome（1999）など，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 [4] [10] [17] [18] [19]．

（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挙げられる．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差の不一致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 [4]．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 [20]．

Larsen and Rootman（1976），Lochman（1983），Like and Zyzanski（1987），Taylor and Joseph（1994）など，多くの文献において患者の事前期待とパフォーマンスとの不一致が患者満足に影響を及ぼす仮説の検証を行い，医療提供者の行動や治療の結果が患者の

期待に一致することが患者満足の上昇に繋がることを明らかにしている[21) 22) 23) 25)].

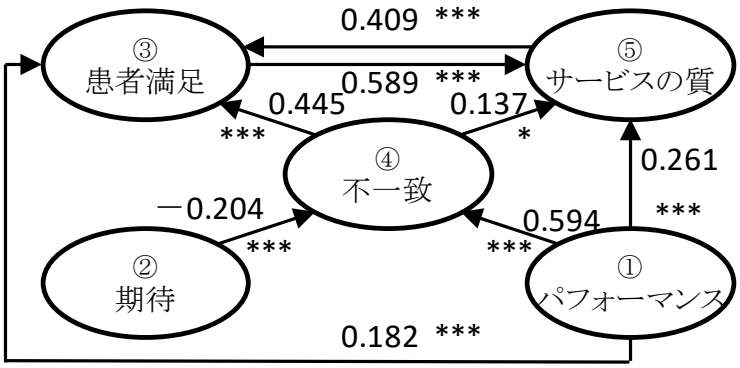
例えば，Larsen and Rootman（1976）は，プライマリ・ケア医による医療サービスのパフォーマンスが患者の期待に適合すればするほど，患者はその医師のサービスに満足するという期待不一致理論を活用した仮説を，カナダの 907 人に対するアンケート調査により実証している．質問は，プライマリ・ケア医に対する期待と知覚に関するもので，回答者の個人および家族の特徴，健康状態，病気，健康関連の知識，医師の職務に対する期待，職務の成果についての知覚に焦点をあてた．その結果，医師による職務の成果が期待に合致するほど，患者は医師のサービスに満足していることを明らかにした．従って，患者満足で重視すべき点は，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[23)].

Linder Pelz（1982）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[24)]．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[24)].

Taylor and Joseph（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 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リサーチモデルを用いて仮説検証を行った．

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[25)].



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 Joseph（1994）の研究結果に基づき筆者作成

図 1　Taylor and Joseph リサーチモデル

我が国において，余田（2001）は，事前期待と期待不一致モデルおよ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[26]．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，および，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[27]．

（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[28]．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[28]．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[20]．従って，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[29]．また，Andrew and Rosa（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[19]．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，Douglas 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[30]．

Jeffrey 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[11]．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．

（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[31]．

Larsen and Rootman（1976）によると，期待は患者満足の一面であると捉えられており[23]，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り，どのような期待を回答の基礎として使用するのかを研究の際には記述するべきであると指摘している[4]．また，Andrew and Rosa（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[19]．

表 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）	Andrew&Rosa（1995）	島津（2005）	小野（2010）
	理想の期待	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),Andrew&Rosa(1995),島津(2005),小野(2010)を参考に筆者作成．

患者満足の期待水準（表 1）について，例えば，Stimson and Webb（1975）は，①Background（背景），②Interaction（相互作用），③Action（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[32]．

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[33]．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 Andrew and Rosa（1995）である．彼らは，患者の期待について，①Ideal 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．②Predicted 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ろうと予測するものである．③Normative 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．④Unformed 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り，これら 4 種類を主張している[19]．

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[34]．

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は）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[20]．

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[32]．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あた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．

我が国では,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[34]．第一に，情報の非対称性とは，患者と医療者のも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，期待をもったとしても，その期待は明確ではないことが多い．従って，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[34]．

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[17]，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発見している．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，患者のも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[33]．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従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[10]，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．患者満足に影響を及ぼす要因

患者満足に影響を及ぼす要因は様々な要素があげられている（表 2）.

表 2　患者満足に影響を及ぼす要因

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	・スタッフとの対話（相互作用）
・ケアの技術の質	・ケアの質	・待合室の環境	・サービス提供
・アクセスの良さ	・ケアの連続性	・待ち時間	・ケアの結果
・財務状況	・建物		・物理的施設（構造物）
・ケアの有効性	・診療時間の利用のしやすさ		
・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八次元に分類している[35]. 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[36]．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[37]．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[38].

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.

（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した友好性，感情的な面へのサポートに重点を置いている[10]．Ong et al.，（1995）は，患者の不満について，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[39]．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[10].

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・中村・真野（2017）は，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[15]．今中ら（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[40]．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[41]. 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[42].

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[43]．今中ら（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あたえていた[40]．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[44]．また，Fitzpatrick（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[45]．杉本ら（2017）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[15]．山本ら（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あたえていないことが指摘されている[46]．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が見え難く, 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[47], 診療所で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[40][44]．杉本ら（2017）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[15].

（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[48]．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[49].

我が国においては，長谷川ら（1993），今中ら（1993），杉本ら（2017）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[15][40][44]. 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[10]．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が患者満足に影響を与えていることが報告されている[15]．

（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．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，雰囲気の良さがアクセスに含まれる[48]．Fitzpatrick（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，すべて患者の不満に影響すると主張している[45]．

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[44]．施設等の物理的環境について，永井ら（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[50]．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[51]．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[44]．

（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，患者からの苦情の多さを示し，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[52]．

Elena 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およ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る．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ことが明らかになった[53]．

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[54]．

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，待合室が総合的な患者満足に影

響を与え，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[38]．

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る．

6．患者満足と患者属性の関係

（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[55]．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[56]．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もっているため，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[57]．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，謙虚な期待をもつことから，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[10]．

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[56]．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[58]．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[59]．

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[41]．永井ら（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[50]．

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[51]．

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．

（2）患者満足と学歴

学歴は，患者満足に影響をあたえており，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[10]．

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[55]．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[10]．

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．

（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[55] [57]．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[10]．Bikker and Thompson（2006）も女性の患者満足は男性より高いことを明らかにしている[59]．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[10]．

今井ら（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[60]，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．

Ⅲ．おわりに

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．

（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[34]．欧米では期待概念を取り入れた患者満足の測定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もたないため，期待概念が適用しにくいことが指摘されている[61]．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管理は難しいとされている[62]．

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える．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人が同じ条件の情報を取得できるもの，個々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，具体的で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々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．

従って，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な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○○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[19]．

しかしながら，どの期待水準を測定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．どの期待水準を測定するかにより，患者満足への影響が変化する可能性が考えらえる．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，Gerald 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[63]．

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[64]．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．

（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[14]，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[6]，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．

（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が大半である．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．従って，診療所の研究の場合，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といえる．

2．おわりに

本稿は，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について理論的に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．継続的な患者の医療管理のためには，医療機関が永続的に存続する必要があり，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，長寿化，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．患者満足の研究は 2000 年頃をピークとして減少傾向にある．しかしながら，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．

引用文献

1) 厚生労働省政策統括官付参事官付保健統計室「平成 28 年（2016）医療施設（動態）調査・病院報告の概況．厚生労働統計一覧」(引用日：2017 年 9 月 30 日.) http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/16/.
2) 厚生労働省保健局医療課「平成 28 年度診療報酬改定について（資料）」(2016)
3) 真野俊樹『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，（2010）pp35
4) Pascoe, Gregory C. "Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis." *Evaluation and program planning*, Vol.6.No.3-4(1983), pp185-210.
5) Donabedian, Avedis. *The Definition of quality and approaches to its assessment. Explorations in quality assessment and monitoring*, Michigan, Health Administration Press Ann Arbor,（1980).
6) Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine, *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*, Washington, D.C. , The National Academies Press,（2001).
7) 馬場園明「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,（2007).
8) Linder-Pelz, Susie. "Toward a theory of patient satisfaction." *Social science & medicine*, Vol.16.No.5(1982), pp577-582.
9) 深井穫博「患者満足度研究の意義.」『ザ･クインテッセンス』Vol.22.No.5(2003), pp36-45.
10) Sitzia, John, and Neil Wood. "Patient satisfaction: a review of issues and concepts." *Social science & medicine*, Vol.45.No.12(1997), pp1829-1843.
11) Jackson, Jeffrey L., Judith Chamberlin, and Kurt Kroenke. "Predictors of patient satisfaction." *Social science & medicine*, Vol.52.No.4(2001), pp 609-620.

12) 中村博『新製品のマーケティング』東京，中央経済社，(2001)
13) 山田隆司「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」』第 3 号通巻 123 号，(2015) pp100－126.
14) 鈴木久敏「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』(2011)
15) 杉本ゆかり，中村博，真野俊樹「診療所スタッフのスキルが患者満足におよぼす影響－慢性疾患患者別アプローチ－」『日本医療マネジメント学会(査読中)』(2017)
16) 真野俊樹『患者さんの満足度 UP 患者満足度追求のわな』東京，南山堂，(2010)
17) Williams，Brian. "Patient satisfaction: a valid concept?" *Social science & medicine*，Vol.38.No.4(1994)，pp509-516.
18) Newsome, P. R. H., and Gillian H. Wright. "Patient Management: A review of patient satisfaction: 1. Concepts of satisfaction." *British dental journal* ，Vol.186.No.4(1999)，pp161-165.
19) Thompson, Andrew GH, and Rosa Sunol. "Expectations as determinants of patient satisfaction: concepts, theory and evidence." *International journal for quality in health care*，Vol.7.No.2(1995)，pp127-141.
20) 小野譲司『顧客満足「CS」の知識』東京，日本経済新聞社，(2010)
21) Lochman, John E. "Factors related to patients' satisfaction with their medical care." *Journal of community health*，Vol.9.No.2(1983)，pp91-109.
22) Like, Robert, and Stephen J. Zyzanski. "Patient satisfaction with the clinical encounter: social psychological determinants." *Social Science & Medicine* ，Vol.24.No.4(1987)，pp351-357.
23) Larsen, Donald E., and Irving Rootman. "Physician role performance and patient satisfaction." *Social Science & Medicine*，Vol.10.No.1(1976)，pp29-32.
24) Linder-Pelz, Susie. "Social psychological determinants of patient satisfaction: a test of five hypotheses." *Social Science & Medicine*，Vol.16.No.5 (1982)，pp583-589.
25) Taylor, Steven A., and J. Joseph Cronin Jr. "Modeling patient satisfaction and service quality." *Marketing Health Services*，Vol.14.No.1 (1994)，pp34-44.
26) 余田拓郎「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の分析と考察—」『オイコノミカ』第 37 巻第 3.4 号，(2001)pp41-53.
27) 瀧川薫.「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』第 3 号，(1997)pp11-18.
28) Johnson, Michael D., and Claes Fornell. "A framework for comparing customer satisfaction across individuals and product categories." *Journal of economic psychology*，Vol.12.No.2 (1991)，pp267-286.
29) Locker, David, and David Dunt. "Theoretical and methodological issues in sociological studies of consumer satisfaction with medical care." *Social Science & Medicine. Part A: Medical Psychology & Medical Sociology*，Vol.12 (1978),

pp283-292.
30) Amyx, Douglas, John C. Mowen, and Robert Hamm. "Patient satisfaction: a matter of choice." *Journal of Services Marketing*, Vol.14.No.7 (2000), pp557-572.
31) 田中洋『消費者行動論体系』東京，中央経済社，(2008)
32) Stimson, Gerry, and Barbara Webb. *"Going to see the doctor." the consultation process in general practice* Routledge and Kegan Paul，London，(1975),
33) Fitton, Freda, and Harold William Kennedy Acheson. "The doctor/patient relationship: a study in general practice." (1979).
34) 島津望『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，(2005)
35) Ware, John E., et al. "Defining and measuring patient satisfaction with medical care." *Evaluation and program planning*, Vol.6.No.3-4 (1983), pp 247-263.
36) Baker, Richard. "The reliability and criterion validity of a measure of patients' satisfaction with their general practice." *Family Practice*, Vol.8.No.2 (1991), pp171-177.
37) Mciver, S. *"An introduction to obtaining the views of users of health service"* King's Fund，London，(1991).
38) Mittal, Vikas. "Measuring & Managing Patient Satisfaction: Implementing Customer-Focused Strategy in Healthcare Using Patient Satisfaction Strategy Maps (PSSM)." (2016).
39) Ong, Lucille ML, et al. "Doctor-patient communication: a review of the literature." *Social science & medicine*, Vol.40.No.7 (1995)，pp903-918.
40) 今中雄一「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及ぼす要因一総合病院における解析」『日本公衆衛生雑誌』Vol.40.No.8，(1993)pp624-635.
41) 田久浩志「満足度と重視度による外来患者サービスの評価」『病院管理』Vol.31. No.3，(1994)pp221-229.
42) 前田泉, 徳田茂二.『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，(2003)
43) Pascoe, Gregory C, and C. Clifford Attkisson. "The evaluation ranking scale: a new methodology for assessing satisfaction." *Evaluation and program planning*, Vol.6.No.3-4 (1983)，pp335-347.
44) 長谷川万希子，杉田聡「患者満足度による医療の評価―大学病院外来における調査から―」『病院管理』Vol.30.No.3，(1993)pp31-40.
45) Fitzpatrick, Joanne M., Alison E. While, and Julia D. Roberts. "The role of the nurse in high - quality patient care: a review of the literature." *Journal of Advanced Nursing*, Vol.17.No.10 (1992)，pp1210-1219.
46) 山本武志，伊藤弘人，中野夕香里，小澤恵美「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』Vol.24.No.2,(2004)pp297-304.

47) 堀之内若名，高柳千賀子，鳥田美紀代「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』Vol.12，(2016)pp99-105.
48) Ware, John E., Allyson Ross Davies, and Anita L. Stewart. "The measurement and meaning of patient satisfaction: a review of the literature." Health & Medical Care Services Review，Vol.1.No.1.(1977)，pp3-15
49) Marquis, M. Susan, Allyson Ross Davies, and John E. Ware Jr. "Patient satisfaction and change in medical care provider: a longitudinal study." *Medical Care* (1983)，pp821-829.
50) 永井昌寛，山本勝，横山淳一「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』Vol.38.No.3，(2001)pp235-247.
51) 池上直己，河北博文「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』(1987.7)pp13-19.
52) Stelfox, Henry Thomas, et al. "The relation of patient satisfaction with complaints against physicians and malpractice lawsuits." *The American journal of medicine*，Vol.118.No.10. (2005)pp1126-1133.
53) Platonova, Elena A., Karen Norman Kennedy, and Richard M. Shewchuk. "Understanding patient satisfaction, trust, and loyalty to primary care physicians." *Medical Care Research and Review*，Vol.65.No.6. (2008)，pp696-712.
54) Kennedy, Gregory D., Sarah E. Tevis, and K. Craig Kent. "Is there a relationship between patient satisfaction and favorable outcomes?" *Annals of surgery*，Vol.260.No.4.(2014)，pp592-600.
55) Hall, Judith A., and Michael C. Dornan. "Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: a meta-analysis." *Social science & medicine*，Vol.30.No.7.(1990)，pp811-818.
56) Williams, Simon J., and Michael Calnan. "Convergence and divergence: assessing criteria of consumer satisfaction across general practice, dental and hospital care settings." *Social science & medicine*，Vol.33.No.6 (1991)，pp707-716.
57) Cohen, Gary. "Age and health status in a patient satisfaction survey." *Social science & medicine*，Vol.42.No.7.(1996)，pp1085-1093.
58) Khayat, Kevin, and Brian Salter. "Patient satisfaction surveys as a market research tool for general practices." *Br J Gen Pract*，Vol.44.No.382 (1994)，pp215-219.
59) Bikker, Annemieke P., and Andrew GH Thompson. "Predicting and comparing patient satisfaction in four different modes of health care across a nation." *Social Science & Medicine*，Vol.63.No.6.(2006)，pp1671-1683.
60) 今井壽正，楊学坤，小島茂，櫻井美鈴，武藤孝司「大学病院の患者満足度調査: 外来・入院患者の満足度に及ぼす要因の解析」『病院管理』Vol.37.No.3，(2000) pp241-252.
61) 堀啓造「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』(2005)
62) 森藤ちひろ「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)』Vol.3，(2009)pp21-34.
63) Bloom, Gerald, Hilary Standing, and Robert Lloyd. "Markets, information asymmetry and health care: towards new social contracts." Social science & medicine 66.10 (2008): 2076-2087.
64) 遠藤久夫「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』Vol.41.No.3，(2005)pp224-237.
65) 日本プライマリ・ケア連合学会『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，(2012)

論文受領日：２０１７年１１月２７日
論文受理日：２０１８年　２月　９日