

【論文】

医療サービス研究の検討項目についての新たな考察

保田宗良

要旨

本稿では、従来の医療サービス研究である顧客満足と業務改善、医療の質と患者満足、医療サービスと顧客満足に医療供給施設の医療サービス、ヘルスケアサービスという斬新な項目を加えて、先行研究から得られる知見と自らの考察を加え、論点を明確にすることを試みた。現在研究が進められている、地域包括ケアシステムの多職種連携のあり方についても言及した。

キーワード

業務改善、医療供給施設、地域包括ケアシステム、ヘルスケア、多職種連携

I はじめに

医療サービスの研究は、サービスマーケティングの視点からは「顧客満足と業務改善」「医療の質と患者満足」「医療サービスと顧客満足」といったテーマで研究が進展してきた。医療の場合、顧客満足は患者満足となるが患者のみならずその家族も対象となる。疾病の治療は長期間に及びがちであり、入院期間の評価、退院後の在宅治療を視野に入れた不安の解消が評価される。インターネット、文献、マスコミの報道で医学の知識は啓蒙されているが、まだ医療従事者と患者の情報は非対称性があり、多くの患者、家族は医師の説明を不十分な理解で受け入れてきた。

本来であれば、医療は臨床の技術力が中心となって評価されるべきであるが、素人には判断ができないので、一言カードを活用している。一言カードは医療機関に限らず流通業では多く活用されている。投稿者は不可能と不実行の判断ができない。求められているのは不可能の分かり易い説明であり、不実行の改善のあり方である。医療機関の場合は、投稿者は臨床の素人であるのが常であるので、回答内容は流通業とは異なる。

サービスには、本質サービスと表層サービスがある。本質サービスは必ず要されるサービスであり、表層サービスはあるに越したことがないサービスである。時代の変化により、本質サービスの範囲は拡大する。現在は、疾病の予防や退院後の在宅医療の支援といった項目がコアのサービスとなりつつある。

現在の医療サービスは、高齢社会を見据えたものとなっている。団塊の世代が後期高齢者になると現在の医療システムでは対応できなくなる。中核の医療機関を軸に中学校の学区を包括して考える地域包括ケアシステムの検証が進められているが、そこにあるのは地域で医療を考えるという姿勢である。医療サービスは他の関連するサービスとセットで考案する性格を有し、医療サービス、福祉サービス、介護サービスを組み合わせて融合する研究が進展している。

2013年成立の医療介護総合確保推進法第1条に「地域包括ケアシステム」の定義が盛り込まれ、地域包括ケアシステムの構築は医療・介護の国の政策となった。その構築は単純に介護保険制度の見直しだけでなく、「病院完結医療」から「地域完結医療」の転換を目指している¹⁾。

本稿では、医療サービス研究の検討項目の先行研究から得られる知見を明確にし、新たな考察を加える。医療サービスの研究は、究極的には生活者の健康作りに寄与するものでなければならない。

厚生労働省の「健康意識に関する調査」から多くのことが学習できる。回答数5,000人の調査において現在の幸福感を10点満点で点数化したところ平均は6.38点であるが、その幸福感を判断する際に重視した事項としては「健康状態」54.6%が最も多くなっていた。つまり幸福であると判断する際に、健康を基準に考える回答者が多く存在することを示している²⁾。

健康を保ちたいのは生活者の常であるが、どうすれば健康が保てるのか曖昧な知識を有している場合が少なくない。自分の体調を良く知っている主治医への信頼が高いが他にも信頼できる情報源が必要であり「かかりつけ薬剤師」の確保が望まれる。薬剤師は医薬品の調剤を行うのみならず疾病の予防にも貢献すべきであるが、現実には十分寄与していない。軽度の疾病は一般用医薬品で対応するセルフメディケーションを進めることが求められている。国民医療費を抑制するためには疾病の予防と、一般用医薬品を活用することが有効な手段であるが、専門の指導者が必要であり、薬剤師の指導力が問われている。

医療サービス研究で問われるのが、医療サービスの研究範囲である。医療機関における医師と看護師の医療サービスが中心となることは誰も異論がないが、医療供給施設の薬剤師の健康指導は範疇であり、配置販売業も広義の範囲となる。そうしたことを考慮するとヘルスケアサービスまで言及しなければ、医療サービスの研究は展開できない。

そうした諸論点を包括して検討項目を深く考察することが、本稿を執筆する目的である。

本稿では、

- 1 顧客満足と業務改善
- 2 医療の質と患者満足
- 3 医療サービスと顧客満足
- 4 医療供給施設の医療サービス
- 5 ヘルスケアサービスの検討

の各項目の先行研究を検証し、そこから得られる知見を明確にし、自らの考察を加える。

II 先行研究の検証と考察

1 顧客満足と業務改善

業務改善に言及した先行研究として山崎英樹・祖慶実・荒田弘司「医療現場の顧客満足と業務改善」日本リスク・マネジメント協会編があげられる。この著書では業務改善とリスクマネジメントに言及しており、改善が進まない医療現場が医療ミスをもたらししていることを論じている。情報の開示と説明責任については、サービスに伴う情報が開示されなければ、顧客に本質的な医療サービスが提供されたとは言い難く、マイナスの情報であっても情報を開示する姿勢を示すことを指摘している³⁾。

業務改善の先行研究に共通して示されるものに、5Sがあげられる。品質管理の手法であるが様々な分野に応用され、医療機関の業務改善にも用いられている。医療はミスがあることが許されないが、人間の行動は完璧ではないのでミスが起こりうる。ミス、事故を無くするためには業務のやり方を変える必要があるが、そのための手段として5Sの導入が有効であるとされる。

患者の不満を整理すると業務改善で対応できることが少なくない。多職種が連携する医療機関においてはデータの共有がなされないことがあり、同じ質問を何度もされることがある。医師が変わるとカルテの治療内容を参照するが、確認のための質問が続く。体調不良の患者にとっては診察時間が短いことを強く要望している。

先行研究から明確になったことは、業務改善の客観的な資料として顧客満足度調査を有効に活用しなければならないことである。業務改善のためのミーティングは重要であるが何を改善すれば良いのかは事実関係を明らかにした資料が必要であり、患者から提示された問題点が議論のテーマとなる。

例えば、医師の説明が長すぎて時間が気になるという苦情や、同じことを繰り返し聞かれるといった苛立ち、予約の問い合わせに時間が掛かりすぎるという受付への不満、午前中に予約を取りたいが常に不可能であるという諦めの苛立ちは、一言カードの自由記述によって明確になる。

医師は丁寧に説明しようと試みるとどうしても説明時間が長くなる。患者は体調不良のうえに理解力が乏しいので無駄な時間を費やしていると考ええる。予約のシステムが厳密であると希望の時間の予約は取りにくく、同じ時間に何人も入れると待ち時間を要し時間の予定が立たないという二律背反が生じる。問い合わせの際こうした説明が無いと混乱が生じる。患者の都合で午前中の予約希望が多ければ、午後の診察が可能な患者には時間の移動を促すという措置や、午前中の診察時間を延長し夕方の終了時間を早くするという方策が考えられる。

こうした業務の改善はアンケートの調査から見たことがベースとなる。ミーティングで客観的な分析を行い、患者の不満に対して改善可能なことと、不可能なことを院内に掲示すると患者の認識が異なる。

歯科医院の患者満足度の研究は進みつつある。公表された論文数は必ずしも多いとはいえないが、

歯科の患者は自由診療の負担に直面する。治療費が高くなるとその分高い期待を求めがちとなる。

アンケート形式を取らなくても満足度は確認できる。無断キャンセル率と紹介患者数の推移で判断が可能である。無断キャンセルには「待ち時間が長い。治療時間が長い。治療費が高い。」という不満が含まれる。抜歯の後の痛みに対するフォローも失念できず、他の歯科医院に移るきっかけとなる。予約時間を忘れていたという状況が考えられるが、予約を取り直さずキャンセルすることは不満の現れである。

新患が来ると最初に問診のカードを記入することが少なくないが、紹介者を記入する欄がある。現在通院している患者からの紹介であれば満足度が高く、知人に紹介をしたということが理解できる。紹介者は満足度が高いわけであるから、業務改善の良き情報を入手することが可能となる⁴⁾。

2 医療の質と患者満足

医療や健康に関する情報は、様々なメディアを通じて日々発信されており、インターネットを通じて大量の情報にアクセスできる。そのような環境は市民に対して情報過多という問題を引き起こし、医療従事者とのコミュニケーションの障害となっている⁵⁾。

治療の結果、完治という最良の結果に至れば良いが、急性期を経過し自宅治療に変えれば良いと判断する患者がいれば、有給休暇が消化できる範囲で通院治療ができれば良いという理解もある。取り敢えず痛みを抑え、仕事に集中できれば良いという理解もありうる。地域の医療の質的向上を考える際には到達目標が必要であり、議論を進める際には、構成要素と概念の明示が求められる。

先行研究として注目されるものとして、島津望氏の「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 —」千倉書房があげられる。

島津氏は、ドナペディアン論じている医療の質に関する、構成要素と概念について以下のよう

にまとめている。

構成要素については、

- 医療専門職によって達成される医療分野における科学技術
- その技術が、医療専門職によって適用される程度

つまり、ドナペディアンは技術とそれを適応することという、2つの次元によって医療の質は構成されると考え、

医療の質の概念は、

- 構造
- 過程
- 結果

の3種類があるとし、結果は、提供された医療に起因する個人や集団における変化を示すが、この結果に、医療およびその結果に対する患者や家族の満足度が含まれるとした⁶⁾。

ドナペディアン論の整理方法は医療の質を的確に示している。患者満足は構造（物的資源、人的資

源、組織的資源)によってまず印象が決定する。物的資源である施設が優れており見た目が立派であることや、多くの専門職が勤務しており、それぞれの任務は良く理解できないが総合的に治療ができるといった印象が重要となる。医師、看護スタッフのチームが効率的に組織化されていればより印象は良くなる。こうした構造を経て、過程(医療の提供のあり方)が加わる。平素からの健康教育や家族の治療への協力といった医療の提供のあり方を経て結果が決定する。こうした医療の質は医療従事者でなければ評価が困難であり、患者満足度を決定するためにはプロセスの理解が問われるが、他のサービスと異なり途中のプロセスが分かりにくい。

プロセスは学習をしなければ把握できない。「地域医療を考える会」がプロセスを理解するために有効な組織である。全国各地に地域医療を考える会が活動を続けているが、医師を招いて勉強会を開催し、まちづくりの中に医療をどのように組み込むかという検討会を開催している。医師の説明の仕方を住民が評価し改善を提案するというのが存在した。このような形式は地域住民が医療について高い意識を有することになり、治療の経過を理解するのに有益なので、補助的な医療の提供のあり方と見なされる。

多くの医療機関が組織している患者会もプロセスの理解に有効な組織である。自分の疾病を自主的に学習することは大きな意義がある。患者会のメンバーは医療機関に所属する多職種のスタッフの助言が得られるので医療の知識が深化する。そこで得た知識を地域社会に波及することが少なくない。

飯塚病院で実施している地域医療サポーター制度が興味深い。地域医療サポーター制度は、

- 1 自分の健康は自分で守る
- 2 医療機関と上手につき合う

という視点で周囲にその知識を伝える人を「地域医療サポーター」として病院が独自に認定する制度である。

レギュラー、ゴールド、プラチナの3種類があり、認定種類をレベルアップするシステムになっている⁷⁾。民間の資格制度と異なり、医療機関が独自に設定している認定制度である。

医療の質のあり方は、患者個人のみならず社会全体に影響を与える。医療の質と一般サービスの質は、以下のように相違が整理できる。

- 個人に対する責任

医療者は、患者に代わって最善を尽くす受託者になる。このことが現在批判されているパターンリズムをひきおこす可能性がある。

- 社会に対する責任

医療は、社会全体の医療費用や利益配分の公平性など、社会の福祉に対して責任がある。

- 費用と質の関連を管理する責任

医療においては質を充実させても価格には付加できない。効果が期待できなくても、倫理上、延命を図るというジレンマがある⁸⁾。

社会に対する責任の際話題となるのが、高額を要する治療を継続することへの疑義である。医療

費を費消しても天寿を全うすることは多数ある。延命を図るのは医師の勤めであり、他のサービスと異なり費用対効果がすべてではない。患者の家族が納得がいく治療が望まれている。

医療の質と社会に対する影響で問われるのは、医療的介入によりマイナス状態が生じることである。医療事故が後を絶たずマスコミで取り上げられることが少なくない。多忙な医療従事者が何らかの事由でミス犯すことは致し方ないという見方があるが、ニアミス、ミスが起きた時への対応の方法が決め手となる。

3 医療サービスと顧客満足

今までの2つの項目の先行研究の概観をふまえて、医療サービスと顧客満足を検討したい。医療サービスという用語は識者によって用い方が大きく異なる。医療機関における医師と看護師のサービスが研究の中核となるが、医療の範囲を拡大して考えると多くの理解が可能となるが議論は散漫になる。民間療法も医療機関の治療を補完するものと理解すれば医療サービスになり、メディカルツーリズムも医療サービスの一部となる。こうした広義の医療サービスは、各論であり今後研究を展開する分野である。

筆者は、医療機関における医師と看護師のサービスが医療サービスの中核となるが、他の職種のスタッフのサービスも研究の進展に不可欠と考える。特に注目したいサービスとして医療ソーシャルワーカー（MSW）のサービスがある。社会福祉士の資格を有する医療ソーシャルワーカーは、患者及び家族の多くの不安をやわらげるために、多くの業務に取り組む。医師の説明に補足を求めることがある。退院後の不安は看護師や事務職員の説明のみでは解消できず、在宅医療に変更したときの不安の解消は、MSWの指導が決め手となる。

現在、制度設計が進められている地域包括ケアシステムは、在宅医療を進めるシステムである。在宅で療養するためにはシームレスの仕組みが要される。患者・家族と医療機関の医療チームとの意思疎通の補助はMSWの大きな任務であり、他にも民生委員、行政の担当職員、ケアマネージャー、在宅介護支援センター職員との連絡の補助を積極的に担っている。家族は患者の介護に重きを置いているので、こうした連絡は負担となっている。

医療ソーシャルワーカーに関する先行研究として、杉浦貴子氏の「文献により探索する医療ソーシャルワーカーの「困難性」の実態」があげられる。杉浦氏は医療機関所属のソーシャルワーカーであるが、ソーシャルワーカーが対峙している困難を多角的に考察している。退院援助が大きな任務であるが、医療者側と患者家族のギャップ調整、介護保険制度の施行によりMSWとケアマネージャーの関係をどう整理するかという課題を指摘している⁹⁾。

杉浦氏の指摘は、現在でも整理すべき課題と考えられる。医療ソーシャルワークの重要性は日増しに高まっているが、組織内での位置付けや評価は必ずしも定まっていない。医師にカルテの開示を求めても拒まれて患者の実情が把握できないことがある。

また一般的に医療ソーシャルワーカーに対する認識、職場内での評価は定まっていない。多くの

場合社会福祉士の有資格者が職を全うしているが、資質を伸ばす職場教育は未定であり、試行錯誤の実態があることは否めない。MSWを効果的に活用した医療サービス研究は、これからの医療機関の大きな課題である。

藤村和宏氏は「医療サービスと顧客満足」医療文化社の中で、医療サービスの固有の特質を指摘している。固有の特質として需要の予測困難性、医療従事者と患者間の専門的知識ギャップ、デリバリーの緊急性といった問題が生じており、そのデリバリーは医療従事者が優位に立つとしている¹⁰⁾。

需要の予測困難性は他のサービス形態とは大きく異なる。疾病はいつ生じるか予測が不能であり、常に万全の準備をしていなければならない。医療サービス組織は、緊急に必要な医療サービスを即座にデリバリーできるだけの人的・物的能力を常に稼働可能な状態にしておく必要がある。このことは医療デリバリーに必要なコストを上昇させるだけでなく、生産性を低下させる¹¹⁾。

医薬品は疾病が稀有であっても必要なものは常備しなければならない。在庫管理はコストを有する。他のサービス業とはコスト管理が異なる。コスト管理を熟考する事務長は院内物流の仕組みを考案している。

4 医療供給施設の医療サービス

調剤薬局は医療供給施設と認定されている。調剤薬局の薬剤師の指導は医療サービスと捉えられる。医薬分業は医薬品の服薬の指導は薬剤師が行うものであり、処方薬は医師と薬剤師が二重に確認することを目的の一つとしている。お薬手帳は患者の貴重なデータベースであり、一般用医薬品との併用の指導には欠かせない。ジェネリック医薬品（後発薬）への変更の指導も任務の一部である。患者の経済状況を考慮すると同じ成分で価格が6掛け以下のジェネリック医薬品は、慢性疾患の場合負担の軽減が少なくない。新薬からジェネリック医薬品に切り替えるということは、国民医療費の軽減に寄与することになる。高騰する国民医療費をジェネリック医薬品に変更することは軽減の一助となり、薬剤師がその任の一端を担っている。

ジェネリック医薬品については調剤薬局が積極的に宣伝を進めている。宣伝のポスターが掲示され、患者に先発薬から切り替えることが可能であることを説明している。一般的な患者は先発薬とジェネリック医薬品の品質がほぼ同じであることを理解していない。後発品であるがゆえに飲みやすい形状の医薬品が存在する。

調剤薬局の医療サービスに関する先行研究として興味深い論考が2篇ある。1篇は陳柏延氏の「調剤薬局における患者満足度の要因分析に関する研究」である。陳氏は医療機関事務局統計グループに所属しながら患者満足度の論考を著しているが、薬局全体に対する患者満足度の影響度が高い順は

- スタッフの対応に対する満足度
- 処方薬の説明に対する満足度
- 処方薬を受け取るまでの待ち時間に対する満足度

- 薬局の雰囲気の高さに対する満足度
- スタッフの身嗜みに対する満足度
- スタッフの挨拶に対する満足度
- 患者年齢
- スタッフの言葉遣いに対する満足度

であることを明らかにした¹²⁾。説明や待ち時間が満足度の要素であることは想定できるが、他にも雰囲気といった表層サービスが示されたことは興味深い結論である。

他に櫻井秀彦氏らのグループが著した医療サービスの意識に関する論考「薬局における患者と薬剤師の医療サービスの意識に関する研究」が、この分野の研究者に多くの示唆を与えている。

この論考では、「お薬手帳に対する患者理解が低いことが明確になり、患者に関しては総合満足に影響を与えているのは薬の説明であり、次いで待ち時間、いたわりの順であった。薬剤師に対してはいたわり、薬の説明、待ち時間が影響を与えていた。」¹³⁾ ことを明確にした。

2篇の論考から、医薬品に対する説明と待ち時間が満足度に大きな影響を与えていることが把握できる。調剤薬局の薬剤師に関する検討課題は、薬剤師により指導の範囲が異なることである。健康指導までが任務であると考えている者と処方薬の服用の説明のみの者と様々である。薬剤師の個別の医療サービスの意識は一様では無い。

5 ヘルスケアサービスの検討

医療サービスはヘルスケア分野を包括して考えるサービスである。ヘルスケア分野は医療分野、介護分野、健康増進分野の3分野を包括しており、先行研究として興味深い著書に、松室孝明「ヘルスケアビジネス成長戦略研究」があげられる。松室氏は、ヘルスケア市場は今後10年で約2倍に拡大する有望マーケットであるとし、他業界のような大資本が存在せず、寡占化が進んでいない珍しい業界であると定義している¹⁴⁾。

医療、介護、健康増進の3分野はそれぞれ相互に関連し、医療機関のグループが介護事業に進出しているのは周知の事実である。介護サービスを利用する要介護者の医療ケアは、グループの医療機関が受け持つ。そうすることで、医療と介護の双方で顧客を囲い込むことが可能になる。一方、顧客である要介護者にとっても、医療と介護のサービスをワンストップで受けられるメリットがある¹⁵⁾。

こうしたマーケティング戦略の発想による医療機関の思考が、様々な複合サービスを展開させている。患者に対する利便性の高い医療サービスが差別化の決め手となり、その決め手は多くの範囲を網羅する複合サービスとなり結実する。複合サービスはヘルスケアの3分野に関わるものとなる。

Ⅲ おわりに

医療サービスの研究は、多くの学識を必要とする。社会科学の研究者は臨床には踏み込めないの

で、医療制度、医療マーケティング、医療機関経営といった分野から参入するが仕組みの変革が続くので伏魔殿の様相がある。国民医療費を抑制するために医療サービスの効率的な取り組みが求められるが、全体像を描くことは容易ではない。

2014年11月に薬事法は改正されて「医薬品、医療器機等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律」に名称変更した。薬機法と称される法律は医療機器について新たな章を設け、医薬品とは別個の扱いをしている。こうした法規制の変更の正確な理解が、医療マーケティングを研究する際の基本となっている。

筆者は、ドラッグストアの薬剤師の健康指導のあり方について関心を有し、聞き取り調査を進めてきた。薬剤師と共に主要なスタッフである登録販売者についての研究にも尽力してきたが、薬剤師が4年制から6年制に変わり資質の向上を確定したのに対して、登録販売者は実務経験を免除し、誰でも受験が可能な形式に変更した。規制強化と規制緩和という見方がなされるがこうした制度の変更は、その事由が分かりにくい。

登録販売者は、学歴不問とし誰でも受験可能とした。虚偽の実務経験の証明を発行し受験させる企業が現れ社会問題となったことと、異業種からの参入を容易にするために実務経験を免除したとされている。合格後、2年間の実務経験を有すると店舗管理者・管理代行者になれるという制度に変更し、登録販売者を2段階に分けるという主旨にした。

登録販売者は、ヘルスケアサービスにおける医療サービスを補助する実務者であり、ヘルスケア産業の担い手である。調剤薬局の薬剤師以外のサービスが医療サービスになるのかという疑義があり、薬剤師の医療サービスとは扱える範囲が異なるが、彼らの活用は国民医療費を抑制するためには不可欠である。一般用医薬品と医療用医薬品を併用する際には指導が必要であり、登録販売者にその旨の質疑がなされている。

本稿で示した医療サービスの検討項目に対する考察は限られたものであるが、限られた部分を明確にすることが全体像を明確にすることに直結する。地域医療の質を向上するためには、多くの要望を包括するサービスが求められている。

IV 今後の検討課題

医師、薬剤師は企業人と比較すれば移動が容易である。このことは企業人とは帰属意識が異なることを示唆している。ドラッグストアが薬剤師の育成に苦慮するところがあることを耳にするが、帰属意識が弱ければ指導範囲が確定できない。地域医療の質的向上を図るためには、医師、薬剤師、看護師の帰属意識、職務に対する満足度と患者満足度を包括した検討が望まれる。

地域包括ケアシステムは、多職種連携のシステムである。医師、歯科医師、看護師、薬剤師、理学療法士、医療ソーシャルワーカー、社会福祉士、介護福祉士、ケアマネージャー、管理栄養士、歯科衛生士等のスタッフが参画する。その他に行政の担当者や民生委員が加わり、在宅医療の情報

の共有の仕組み作りは容易ではない。先端地域では堅実にミーティングを重ねており大変参考になるが¹⁶⁾、経営組織の諸アプローチを取り込めばより完成度が高まるはずである。

注

- 1) 太田貞司 (2015)「東京圏における地域包括ケアシステム構築の課題」『都市問題』Vol.106、後藤・安田記念東京都市研究所、p.23。
- 2) 厚生労働省 (2014)「健康意識に関する調査」p.4、この調査は、2014年2月21日から2月26日までに全国12ブロック、5,000人に行ったものであり、性別、年齢構成のバランスが取れており、この分野の実態を把握するには適切な資料である。
- 3) 祖慶実・山崎英樹・荒田弘司 (2003)『医療現場の顧客満足と業務改善』日本リスク・マネジメント協会編、pp.54-61。
- 4) 渡邊慈巳 (2014)『歯科診療所経営のマーケティング・リサーチ戦略』創英社/三省堂書店、pp.241-247。
- 5) 山本武志 (2013)「医療の質を評価する視点」『市民のための健康情報学入門』戸ヶ里泰典、中山和弘、一般財団法人放送大学教育振興会、p.90。
- 6) 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』千倉書房、pp.40-43。
- 7) 飯塚病院HP 地域医療サポーター制度概要を閲覧、(2016年5月21日)
- 8) 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』千倉書房、pp.49-50。
- 9) 杉浦貴子 (2007)「文献により探索する医療ソーシャルワーカーの「困難性」の実態」『ルーテル学院研究紀要』No.40、ルーテル学院大学、p.81。
- 10) 藤村和宏 (2009)『医療サービスと顧客満足』医療文化社、p.30。
- 11) 藤村和宏 (2009)『医療サービスと顧客満足』医療文化社、p.30。
- 12) 陳柏延 (2007)「調剤薬局における患者満足度の要因分析に関する研究」『信州医誌』55(6)、信州医学会、pp.327-332。
- 13) 櫻井秀彦、今野広崇、島森義光、杉山裕之、吉野晶子、河野弘之、後藤輝明、早瀬幸俊 (2009)「薬局における患者と薬剤師の医療サービスに対する意識に関する研究」『YAKUGAKU ZASSHI』129(5)、日本薬学会、pp.557-568。
- 14) 松室孝明 (2015)『ヘルスケアビジネス成長戦略研究』ダイヤモンド社、p.3。
- 15) 松室孝明 (2015)『ヘルスケアビジネス成長戦略研究』ダイヤモンド社、p.47。
- 16) 東埼玉総合病院で在宅医療連携拠点事業を展開している、中野智紀氏の学習会の取り組みは大変示唆に富むものであった。中野氏のご経験を伺えたことは幸甚であった。

参考文献

- 大杉直美 (2016)「在宅における介護・福祉サービスとの連携」『在宅医療0-100』第5号、へるす出版、pp.412-417。
- 楠本順子、川崎浩二、高山巖 (2006)「医療ソーシャルワーカーの職務に対する評価」『日本医療マネジメント学会雑誌』Vol 4、No.3、pp.433-437。
- George Knox & Rutgar van Oest (2014) Customer Complaints and Recovery Effectiveness: A Customer Base Approach, Journal of Marketing, Volume78, Number5, pp.42-57.

本稿を作成するにあたり多くの方との議論を参考にさせていただいた。論文の背景には議論によって得た現場の法則性の知見が多く含まれている。特に医療従事者との対話では筆者の知らない現場の変化を示唆していただいた。深く感謝を申し上げたい。

(謝辞): 本研究はJSPS科研費 JP26380561の助成を受けたものです。