

マーケティング理論の医療サービスへの適用に関する一研究

A study on the application of the medical services of marketing theory

濱本 幸宏 Yukihiro Hamamoto

(現代マネジメント学部)

抄 録

医療は誰もが必要とする不可欠なサービスである。しかし、医療の概念は広くまた深く高度に専門的である。わが国の医療に関連する法律は医療とは何であるかを定義していない。広義における医療は健康をも含む極めて広くしかも深い意味を持つサービスであり、狭義では病気や怪我などの治療を中心とした人の身体や精神に直接与えられるサービスなどこれらに関わる医療情報の提供など極めて高度に専門的なサービスである。このような医療という専門的なサービスをあえてビジネスの観点からアプローチしマーケティングの手法の適用を試みる。医療もサービスと言う商品の一つと考えれば、サービスを提供するのは医療機関であり、サービスを購入し消費するのは患者である。本研究では患者を医療消費者として捉える。疾病の治療に対する医療消費者の期待と満足についてマーケティングの理論、特にサービスマーケティングにおけるコトラーとラブロックそしてパラシュラマン、ツァイトハルム、ベリーの顧客の期待と満足の理論の医療サービスへ適用し、医療消費者の医療サービスに対する期待と医療消費者が医療サービスを受けた後の満足と不満について検討する。マーケティング理論の医療サービスへの適用を論証する。

キーワード

マーケティング理論	Marketing theory
専門サービス	Professional service
医療サービス	Medical services
期待と満足	Expectation and satisfaction
医療消費者	Medical consumer

目 次

- 1 はじめに
- 2 医療の概念
- 3 サービスとしての医療
- 4 医療サービスを消費する者
- 5 医療消費者の期待と満足と不満
- 6 おわりに

1 はじめに

元来、マーケティングは企業を含めたあらゆる組織の目的を達成するために顧客の満足を得るための活動である。

本研究は、医療というサービスをマーケティング

の観点から考察を加え、患者(以下、医療消費者と称する)の満足度を向上させるために、医療も一般的なサービスと同様に、マーケティングの手法を適用する事について考察するものである。

無論、医療は高度で専門的なサービスであり、旅行やホテルやレストランのような一般的サービスと

異なる医療サービス固有の要素が存在するため、只単に一般的サービスに対するマーケティングとはやや異なるマーケティングになるであろう事は想像に難くない。医療消費者の期待はどのように形成され、医療消費者は医療サービスの質をどのように評価し、判断しているのでしょうか。今回は医療消費者の医療に対する期待と満足の理論を中心に述べるものとする。

2 医療の概念⁽¹⁾

2.1 医療とは何か

医療とは狭義には診療(Medical Care)であり、広義には健康に関わるお世話のすべて(Health Care)である。反対に、Health Care を和訳すれば、療養となり、保健、医療、福祉を含む広い意味になる。療養というと、長期療養を想像しがちであるが、法律上(医療法、健康保険法、療養担当規則など)も、療養は、急性期と慢性期、短期と長期、介護の一部を含んでおり、まさに Health Care と同じ意味で用いられている(飯田修平 編、2003、16 頁)。

医療は医学の社会的適用であるといわれている。医療は社会性、すなわち、他の分野との関係を持つということである。医療界が問われているのは、“社会の中の医療”、すなわち、医療も一般産業と同様に、経済活動の中にあるという認識である。

医療とは何かは、法律(医療法)には定義されていない。医療は日進月歩の科学技術の影響と経済情勢の影響を強く受け、変化が著しいからである。また、国民の価値観の変化や、生活の質向上に応じて、あるいは、その水準以上に、医療に求める質が常に上がるからである(飯田修平・田村誠・丸木一成 編、2005 年、13 頁)。

このように、医療はきわめて文化性が高く国や地域によって、時代によって、大きく異なる。したがって、医療制度は常に大きく変化し続けているのである。

2.2 医療の特性

医療の特性として、①科学性・②個別性・③緊急性・④地域性・⑤不確実性・⑥侵襲性がある。

①科学性

医療は古来伝承や経験に基づくものであった。民間療法や医療類似行為でのすべてが間違いで、治療

効果がないということではないが、安全性や有効性は明らかではない。科学技術の進歩した現在は、安全性、有効性などを科学的に説明できなければならない。

②個別性

工業製品と異なり、サービス業では、サービスの提供と利用が同時に行われる。また、利用者の要望や状況は一律ではなく、個別の対応が求められる。医療においてはその傾向が顕著であり、一般産業における、特に大量生産と異なる部分である。

③緊急性

健康診断や慢性疾患であれば、予定を立てること(待機)ができるが、急性疾患や慢性疾患の急性増悪の場合には、緊急の対応が必要である。しかし、緊急の必要性があったか否かは、診察の結果が出なければわからない。例えば、発熱と咳がでる場合には、普通の感冒かインフルエンザか、あるいは、肺炎かは、診察および経過観察の結果、判明することである。つまり、医学的な必要性、緊急性と患者の要望、不安との落差が生ずる。

④地域性

病院は、大学病院や一部の専門病院を除いて、一般的には周辺の地域の住民を対象にして運営されている。一部の例外を除いて、患者が外国から来院することはなく、病院が外国に出かけていくこともない。医療は地域性が極めて高いものである。

⑤不確実性

医療の対象(患者)は、元来、苦痛や障害などの不具合を持っている。また、加齢と終局的な死からは逃れられない。さらに、生体の反応は個体ごとに異なるという特徴がある。不確実性こそ、医療の最大の特徴である。

⑥侵襲性

医療行為とは、生体に侵襲を与えることである。侵襲とは、物理的、化学的、心理的刺激のことである。一般的にストレスともいう。医療は安全ではなく、元来、不安全行為である。しかも、医療は、元々不具合を持つ者を対象としている。不具合とは、疾患、老化、障害、欠陥、不安、苦痛等である。不具合を持つ者に対して侵襲を与えるのであるから、細心の注意を払わねばならない(飯田修平 編、2003、16~18 頁)。

2.3 医療の質

単なる「質」に関しては、様々な定義があるが、

Juran の “Quality is fitness for use.” 「質とは効用への適合である」、役に立たなければ意味がないということである。つまり、「質」とは、利用者満足・顧客満足と考えることができる。

「質」の要素は、「製品の質」と「価格」、「提供の仕方」である。換言すれば、「質」は、「製品やサービス本来の質」、価格、提供体制によって決定されるものあり、この順番が重要となる。しかし、顧客はTPOに応じて、重視する要素を変えるのであり、製品やサービスの提供側は、状況に適した対応をせねばならない。

そして、これらの3要素のバランスが重要である。それを「総合的質」という。「総合的質」と「製品やサービス本来の質」と区別せず、質が定義されてしまう場合がある。ISO では、質を、「本来備わっている特性の集まりが要求事項を満たす程度」と定義している。しかし、この定義は、「製品やサービス本来の質」を定義しているだけである。価格や提供の仕方、さらには、職員の質、組織の質という「製品やサービス本来の質」以外の質を対象から除外してしまっている（飯田修平・田村誠・丸木一成 編、2005年、12頁）。

医療の社会的役割は時代や国の制度によって異なる。理想的で絶対的な医療というものはない。医療の質とは絶対的なものではなく、相対的なものであるという認識を持つ必要がある。そして、時代や地域や財政の限られた条件の中で、病院などの医療機関がどのような医療サービスを提供するかが重要である。

(1) 医療の質

医療の質とは、職員の質そのものである。医療を適切かつ円滑に行うためには、組織的運営が必要である。組織(チーム)医療とは、診療・診療技術・看護・事務部門を含めた、すべての部門横断的な連携をいう。よって、「医療の質」とは、診療の質、業務の質、社会的質および経営効率等も含めた組織活動全体をいう。つまり、「製品やサービス本来の質」だけではなく、「総合的質」と捉える必要がある。

平成7年の厚生白書において厚生労働省(当時厚生省)は、医療はサービスであると位置づけている。このサービスは、治療、介護、快適性・利便性等多岐に及んでいるため、患者と医療従事者及びその他の病院従業者との人間関係を中心に医療を取り巻く環境全体を考える必要がある。

1986年にアメリカ医師会は、良質の医療とは、「生

命の延長と質に確実に寄与するケア」と定義している(AMA,1986, pp.1032-1034)。

一般に医療の質は、アクセスが良く利用しやすい、的確で現在の医療水準に照らし合わせて正しい、継続性、効果的、潜在的な効能、効率的でコスト・パフォーマンスが高い、タイミング良く対応が迅速である、公平・公正、倫理観・価値観・規範・法律・制度に則していること、患者の視点・患者満足、医療機関の安全性等が挙げられる(Donabedian, A.1980)。

わが国の医療制度は、国民皆保険により医療機関へのアクセスという点が優れており、またほとんどが保険診療の出来高払い制度により社会保険診療報酬支払い基金による査定という構造で評価されてきた。即ち、医療サービスの質と価格の上限は過剰医療と評価されるが、下限はなく質の保証はされていない。保険診療では診療に質を確保するために、結核治療で汎用された保険診療指針にのっとり行われることが奨励されてきた。最近、厚生労働省(当時厚生省)は血液製剤の使用法のガイドラインを策定したが、評価はしていない。また、厚生労働省(当時厚生省)による医療監視等の構造的評価が行われてきた。しかし、日本の医療制度の優れた特徴である自由アクセスのために、患者の大病院志向が進み、患者の間に待ち時間などの不満が拡大し、アクセス以外の医療の質を国民が求めるようになってきた(高柳和江、1998、19～21頁)。

つまり、医療の質は病気や怪我を治すという医学専門技術的サービスの質のみならず医療を提供する医療現場での利便性や快適性等のサービスをも含み、医学専門技術的サービスの結果と患者が判断する結果が医療の質として評価される時代となってきたのである。

以上のように、医療の質は医学専門技術的サービスの結果と患者が判断する結果により判断されるとするのであるが、ここに一つの問題が存在する。それは、医療の専門化である医師の考える医療の質と医療の素人である患者の考える医療の質と必ずしも一致するとは限らず、この場合、何れが真の医療の質であるかという問題である。答えは無論後者の患者の考える医療の質(但し、治療などが関係法律や倫理に違反しないことを前提とする)である。それは、“患者本位”という考え方が正しいのは、あらゆる取引、関係において、提供側の価値観ではなく、受け取り手によってその質が判断されるからである。

誰か(受け取り手)が認めなければただの自己満足にすぎず、“外的基準”(顧客要求)が与えられてそれを満たすような活動を行い、受け入れられてはじめて意味をなすという考えこそが質マネジメントの基本なのである。質概念とは、“目的指向(目的志向)”にはかならない。外的基準として与えられる顧客要求を満たすことが目的であり、そのためのマネジメントが質マネジメントである。医療における質マネジメントを患者の視点で考える理由は、ここにある。価値の受け取り手の認知がなければ意味をなさないため、患者を中心に据えるのである。

しかし、医療提供の価値基準を規定する外的基準であるはずの患者が自身の要求を表明しないまたはできない場合がある。特に専門性の高い医療分野では、患者よりも専門家である医療スタッフの方が医療技術やその価値をよく知っているのは当然であるが、医療提供側が自身の理解力を過信し、顧客要求を早計に判断するのは危険である。提供側の価値観に基づく思い違いによって、患者の真の要求を見逃すおそれがある。患者の要求はその病状などにより何度も変わることがある。患者の真の要求を把握することは容易ではないが、患者がその要求を表明すると否と関わらず、その奥に秘められた真の要求を見抜かなければならない。専門家である医師は、患者以上に患者の真の要求を理解できるだけの知識や経験を持ち、自分の価値観ではなく患者の価値観で(場合によっては家族等の関係者の価値観も考慮し)それを斟酌して医療サービスを提供すべきである。患者の視点で自己の専門性に基づき行動することが、圧倒的な情報格差のある患者と医師の関係において、専門性を持つ側がとるべき思考様式・行動形態である。その際、公序良俗、法規制の遵守などの社会的側面も当然の患者要求として捉え、総合的に判断しながら患者要求を押し量る必要がある。これを実現していく一つの方法が、患者に対して積極的に診療等の専門的な説明を分かりやすく行うことである。この過程を通じて、患者が長期的に、また深いところで何を望んでいるのかが理解し、また、そのことを患者にも気づかせながら、患者要求の合意を形成していく必要がある(飯塚悦功・棟近雅彦・上原鳴夫監修、2006、18~19頁)。

(2) 医療の質の要素

医療の質の要素は、i 診療の質(技術・能力・成果)、ii 付帯サービスの質(設備・接遇・その他)、iii 提供体制の質(制度・組織・運営)、iv 経済性(費

用対効果・効率性・支払制度)である。

(3) 医療経営の質

医療経営の質とは、医療機関における組織活動すべての質である。すなわち、i 診療(経過・結果)、ii 組織管理(人事労務・労働安全衛生・施設設備・安全・環境)、iii 経営指標(財務)、iv 職員(能力・態度・成果)、v 患者満足(苦痛軽減、診療成績、時間、経済性)である(飯田修平・田村誠・丸木一成 編、2005、14~15頁)。

3 サービスとしての医療⁽²⁾

3.1 医療という専門的サービス

前章で述べたように、医療は高度で専門的なサービスであり、旅行やホテルやレストランのような一般的サービスとは異なる。専門的サービスについてシュメンナーは以下のように述べている。

サービス産業を分類する基準として、まずサービスの生産および提供が労働集約度の度合いを基準にサービス産業を分類し、それが高い労働集約的なサービス産業と、それが低い資本集約的なサービス産業にわけた。

次にサービス提供の際にサービス提供者が顧客に対応する度合いを基準にサービス産業を分類し、顧客対応度の高いサービス産業とその低いサービス産業に分類した。この二つの基準をマトリックスにして、顧客対応度が低く労働集約度の低い資本集約的なサービス産業分野をサービス・ファクトリとし、顧客対応度が低く労働集約度の高い労働集約的なサービス産業分野をマス・サービスとした。また、顧客対応度が高く労働集約度の低い資本集約的なサービス産業分野をサービス・ショップとし、顧客対応度が高く労働集約度の高い労働集約的なサービス産業分野をプロフェッショナル・サービスとした(Schmenner, R.W. 1986, p.25)。

この分類で医療サービスを考えた場合、病院という施設は顧客対応度が高いが、労働集約度が低く莫大な資金がかかるため資本集約的でありサービス・ショップの分野にはいる(羽田昇史 編著、2002、42頁)。

医師は高い医学専門的な知識と技術を持ち顧客である患者に対応する度合いが非常に高いのであり、まさに専門的サービスである。

3.2 医療という専門的サービスの特徴

医療という専門的サービスの特徴をコトラー、ヘイズ、ブルームの「Marketing Professional Services」を基にして、医療サービスの場合を考えてみよう(Kotler, P. Hays, T. and Bloom, P.N. 2002, pp.12～14)。

専門的サービスには、まずサービス一般の特性である無形性、不可分性、変動性、消滅性という4大特性があることである。さらに、顧客満足の基準も異なり、何と言ってもプロフェッショナル・サービスの場合、その提供プロセスに顧客も参加することである。

無形性とは、顧客はそのサービスを購入するまで、そのサービスの質を知ることができないということである。そこで顧客は、サービス提供者の設備や従業員そしてカタログなどから購入予定サービスの情報を得ようとするのである。よって、サービスの提供者はそのプロセスと結果に関する正確な情報を顧客に提供せねばならない。

医療サービスの場合、まさに治療を受けてみるまで質はわからない。そこで患者である医療消費者は事前に情報を集めようと努力する。しかし、患者である医療消費者が入手できる情報は限られている。例えばある程度以上の情報が入手できたとしても、その情報を理解するために、患者である医療消費者が努力と負担を要する場合がある。これは医療という高度に専門的分野のサービス固有の問題であり、専門的サービス共通の問題であるのかもしれない。よって、医師をはじめとする医療関係スタッフによる説明が極めて重要であるため、近年インフォームド・コンセントが重視されているのである。

不可分性とは、サービスとその提供者とは切り離せないということである。よって、サービス提供者個人のプロ意識や専門的知識、外見そして態度などの特性すべてがプロフェッショナル・サービスの質の判断材料となってしまう。このような不可分性は、サービス提供者本人のみならず、顧客に接する従業員全員にまで及ぶのである。潜在的顧客に対しては、第一印象を植え付けるのは従業員であることが多いので、従業員の役割も大きい。

医療消費者は、担当医師の態度や医学専門的知識そして外見などから担当医師の力量を測るばかりでなく、担当医師に面会する前の段階、つまりその病院の受付や応対した看護師の印象も医療サービスの質を測る重要な要素なのである。

変動性とは、サービスと人とを切り離せないため、顧客に提供するサービスに差が生じてしまうということである。サービスを提供するのが人である以上、体調や精神状態により提供されるサービスに若干の変動が発生してしまうのは止むを得ない。そこで、このようなサービスの変動性に対して対策を講ずる必要がある。第1は間違いを最小限に食い止める措置を講ずることである。そして、第2は間違いの起きやすい所を予測して予防策を講ずるとともに、間違いが起きてしまったときに顧客の信頼を回復する手段も用意しておくことである。

医療サービスの場合、これはあってはならないことである。なぜならこのような差違は生命に関わる場合があるからである。いわゆる医療過誤となってしまうからである。しかし現実には発生している問題である。医療機関はまずミスの防止とミスの最小限化への努力をせねばならない。そしてこの問題が発生した場合を考え、十分な保証などの備えをする必要がある。

消滅性とは、サービスは保管できないため、置き置いておいて後で販売したり、使用したりできないということである。サービスの価値は消費されるそのときだけに存在し、その時間に消費されなければ消滅してしまうのである。

サービス提供者が提供しているのは、サービスを提供する1回1回の行為そのものである。また、サービスに対する需要は一定でなく不安定であるため、サービスの提供も不安定にならざるを得ない。

通常ケガや疾病が発生したとき医療サービスの需要が生まれ、そのときに医療消費者は医師をはじめ医療関係者から医療サービスを提供され同時に消費されるものであるから、医療サービスは保管し事後に販売もできない。また、医療サービスは医師をはじめ医療関係者が医療消費者に提供する一回一回の医療行為そのものである。

満足の基準の違いとは、製品の場合有形であるので顧客は購入前にその製品を見たり手で触ったり、さらに試用したりできるが、しかし、サービスはそれらを行うことが不可能である。なぜならば、サービスは購入後に生産と消費が同時に為される無形の商品だからである。さらに、時として顧客は提供されたサービスが優れたものであったか否かを判断することが困難な場合もある。ということである。

医療サービスも無形の商品の一つであり、医療消費者は医療サービスの購入前に自分の治療を見るこ

とはできない、ましてや試用することなど不可能である。医療サービスは高度に専門的でありまたケガや疾病の状況のみならず医療消費者の体調などにより、提供される医療サービスが微妙に異なるため、医療消費者は受け取った医療サービスが適切であったか否か判断することが困難な場合がある。

顧客もサービス提供プロセスに参加するとは、顧客はサービスの提供者がサービスを提供しているプロセスを同時進行的に体験しながらサービスを受け取るということである。顧客が体験するプロセスの一コマが、サービスに対する印象を左右する「真実の瞬間」であるといえる。よって、サービスの提供者は顧客に対して、常に注意深くサービスの質を伝える一貫したメッセージを送り続けねばならない。

医療サービスの提供はまさに医療消費者の参加、否協力なくしては成立しないサービスである。どんな名医であっても患者が治療に非協力的な場合は治療効果が上がらない。つまり、患者が医師の指示に従って養生してくれなければ治る病気も治らないのである。よって、医療消費者は医療サービスを受け取るために体験する一瞬が極めて重要であるため、医師をはじめとする医療関係者は医療消費者に対して十分な説明をせねばならない。

3.3 医療と専門的サービスの提供者の特徴

コトラー、ヘイズ、ブルームは専門的サービスを提供するプロフェッショナルたちの特徴として、次の4つが挙げている。

①高度な資格や免許を持っており、助言という形でサービスを提供し、顧客の問題解決を目標としている。

②慣習や法律や道徳に規定された共通の特質を持っている。

③顧客一人一人のニーズに応じて、その顧客のためだけのサービスを作る。

④顧客との直接交流という大きな強みを持っている(Kotler, P. Hays, T. and Bloom, P.N. 2002, pp.12～14)。

医師は、助言することは勿論のこと、実際に医学専門技術的行為を付さねばならないが、これらはまさに医師という職業にも大きく当てはまる特徴である。

3.4 医療サービスの構成要素

医療サービスとは、病気や怪我を治療し患者の健康を回復させ、患者の身体的苦痛及び精神的苦痛をも軽減・除去し、そして患者の経済社会活動への復帰を援助すること目的として行われる総合的活動である。

医療サービスは、患者の疾病やケガを治療する「治療サービス」と患者が医療施設から提供される「利便性・快適性に関するサービス」によって構成される。治療サービスは「医学専門知識・技術サービス」と「治療関連サービス」により構成される。

さらに医学専門知識・技術サービスは「診療サービス」と「診療情報サービス」により構成される。この医学専門知識・技術サービスの提供者は医師(歯科医師を含む)でなければならない。

治療関連サービスは医学専門知識・技術サービスの周辺サービスであり、医学専門知識・技術サービスと関係するサービスである。治療関連サービスとしては、薬事、検査、療法、栄養、看護などがあるが、このサービスの提供者は提供するサービスの専門性に応じた資格を必要とする。

ところで、「栄養」に関しては管理栄養士、栄養士がそれぞれの患者の病状に適し必要な栄養を計算し食物を構成することは治療に大きく関連するサービスであるが、患者が栄養を摂取するために院内で提供される「食事」の提供というサービスは、患者に如何に美味しく食べてもらうかということに着目して、利便性・快適性に関するサービスとして取り扱う。

そして、患者がこれらのサービスを利用した時に支払わねばならない経済的負担、つまり医療サービスの料金に関する情報を提供も重要なサービスである。特に「診療サービス」の料金に関する情報提供はであり、これを「診療報酬情報サービス」と呼ぶこととする。

利便性・快適性に関するサービスは、治療とは直接関係はないが、患者が疾病やケガを治すために必要なサービスである。このサービスは病院や診療所といった医療施設の中(いわゆる院内環境サービス)はもちろんのこと、患者が治療を受けるために自宅を出発してから帰宅するまでも含めて提供されるサービス(院外便宜サービス)である。

一般的に治療サービスは病院や診療所といった医療施設の中で医療消費者に対して提供されるサービスつまり院内サービスであるが、治療サービス全てが院内で提供されとは限らない。治療サービスは、

治療に大がかりな設備や機械が必要な場合は別として、在宅で治療が可能な場合は医師の方から患者の方へ出向きサービスが提供される。また、治療サービスのうち、医学専門知識・技術サービスは院内で提供され、治療関連サービスは医療施設の外で提供される院外サービスの場合もある。院外処方箋により投薬される場合などがこれに当たる。

利便性・快適性に関するサービスについてもこのサービスが提供されるのは一般的には院内においてである。快適な院内施設や空間そして便利で使いやすい院内施設・設備の提供である。また、院外におけるこのサービスとしては、患者や患者の関係者の医療施設までの送迎などが挙げられる。

医療サービス全体を通して不可欠なサービスは、医師をはじめとする医療スタッフのみならず事務員などの非医療スタッフをも含めた全員の患者や患者の関係者に対する対応などの対人サービスも非常に重要な事項である。

4 医療サービスを消費する者⁽³⁾

4.1 患者と消費者

わが国において、単に医師から医療行為を施されるだけの受動的患者から、自ら主体的に医療を受けようとする能動的患者への変化が現れ始めたのは、2000年頃からであろうか。

それは医療事故の多発により患者被害が増加し、医療機関や医療行為の安全性が強く問われ、医療機関の社会的責任が大きくクローズアップされ始めたためである。患者も消費者が「消費者の権利」を主張したのと同じように「患者の権利」を主張するようになり、患者も良質で安全な医療を求めることを主張するようになったのである。

患者を消費者という観点から捉えた文献を求めた田村久美氏・水谷節子氏の二人の調査では次の文献を挙げ、関連箇所を抽出している(田村久美・水谷節子稿、2008、43頁)。

① 辻本好子 稿「医療と消費者—患者の主体的医療参加を目指して」の論文中「自己負担増を悲観的にとらえるよりも、むしろ支払った分に見合うだけの「医療の質とサービス」を見極める消費者の感覚を研ぎ澄ます第一歩を踏み出すとき(略)。21世紀の医療改革のキーワードは「競争原理の導入」と「医療消費者のエンパワーメント」(辻本好子 稿、1998

年、22～27頁)。」

② Hogg : Patients Power & Politics の文中「サービスの一形態である医療も消費の対象、つまり「商品」となり、この商品を「購入」する個人は「医療消費者」となり、消費者は医療にも「ベスト・バイ」を求めてくるようになった(Hogg, C. 1999)。」

③ 児玉安司 稿「医療における『消費者』の意味」の論文中「消費者としての患者さんという捉え方をする時には、自分でお金を払って自分で選択をするという意味で、自己負担、自己責任が大前提になります(望月智行・児玉安司・朝日健二・広井良典 稿、2000、558～565頁)。」

④ 鈴木久雄 稿「保険者は消費者の代理人たりうるか」の論文中「医療サービスを受ける当事者は患者であり、最近多発している医療ミス、医療過誤などの被害を被るのも患者であり、消費者として保護されなければならない(鈴木久雄 稿、2000、575～579頁)。」

⑤ 広井良典「消費者(患者)の声/ニーズの吸収」の論文中「医療を一つの『サービス』にとらえ、できるだけ他の分野ないしサービス業と同様のシステムを導入し、そのことを通じて医療の質の向上を図るという発想がある(広井良典 稿、2000、557頁)。」

⑥ 望月智行 稿「医療における『消費者』の意味」論文中「医療の主権者であり、サービスの受け手でもある患者様を消費者(医療の分野では「顧客」という言い方があります)と捉える視点は必要(略)(望月智行・児玉安司・朝日健二・広井良典 稿、2000、558～565頁)。」

⑦ 埴岡健一 稿「医療情報の収集と活用—医療消費者の立場から—」の論文中「情報技術(IT)の飛躍的発展が、医療消費者たる患者の行動、思考、態度を一変させようとしている。病院側が医療情報開示、患者教育、医師教育などの課題を解決する体制を固める前に、目覚めた患者が情報開示と医師啓蒙になだれをうって押し寄せている(埴岡健一 稿、2001、35～39頁)。」

⑧ 望月智行 稿「病院経営における消費者志向」の論文中「医療をサービス業のひとつにとらえれば、病院経営に消費者志向努力が不可欠であることには異論がないだろう。これからの医療には患者を消費者にとらえ、その権利の保護と情報の提供、さらには患者ニーズの把握と的確なる対応などが求められてくるであろう(望月智行 稿、2001、10～12頁)。」

⑨ 佐藤典久 稿「医療消費者の視点をもたない・も

てない医療機関は淘汰される…」の論文中「今までの医療が、提供者側の論理が中心となる一方で、消費者(メディカルコンシューマー)側からの視点が欠けている(佐藤典久稿、2002、2～5頁)。」

⑩井伊雅子 稿「消費者の需要行動と医療の質から」の論文中「医療の質の評価が根付かなかった理由がいくつか考えられるが、近年は消費者意識の高まりや産業界の要請などから日本でも医療の質の評価は避けられなくなっている(井伊雅子 稿、2003、733～738頁)。」

⑪和田 努 稿「医療の世界が変わりはじめた」の論文中「医療を受ける患者は消費者である。医療消費者は、『医療の質』を求めるようになった(略)(和田 努 稿、2003、59～61頁)。」

⑫島田多住子 稿「医療消費者としての患者」の論文中「人が体調の不良や病などで『財貨』を使用して、薬剤を購人することや、病院へ受診し医療『サービス』を受ける(使う)ことは『消費』として考えることができる(島田多住子 稿、2004、52～54頁)。」

⑬中山健夫 稿「厚生労働科学研究『根拠に基づく診療ガイドラインの適切な作成・利用・普及に向けた基盤整備に関する研究：患者・医療消費者の参加推進に向けて』のご紹介」の論文中「患者は当然医療消費者に含まれます。医療消費者は、患者本人に加え、患者家族、今後、患者になる可能性のある人々を含む広い用語です(中山健夫 稿、2004、13～16頁)。」

⑭日経B P 杜 編「『医療消費者』の誕生」の論文中「患者は今や『医療消費者』として、納得できるまで説明を求め、ベストの結果を期待するようになっている。(略)きめ細かく、行き届いたサービスを求める。つまり、消費者としての権利を主張し始めた(日経B P 杜 編、2006、58～60頁)。」

以上の文献から田村・水谷両氏は患者を医療消費者と捉える観点は二つである、と述べている。その第1は医療と消費の関わりの観点から患者が医療を受けることを消費者が医療というサービスを消費することと考えるものであり、医療市場における「医療を消費する」という観点である。この観点から捉えた論文は、例えば②、③、④、⑤、⑫などである。第2は「医療サービスを消費する」という意識変化の必要性を医療機関に促すことに焦点を当てた観点である。これは医療サービスの提供側と住民とを生産と消費の観点で捉え、生産者は消費者志向に基づ

く工夫や調整を行う状況を作り出すために患者を消費者と考える視点である。この観点から捉えた論文は、例えば⑧、⑨、⑩などである(田村久美・水谷節子 稿、2008、43～44頁)。田村・水谷両氏が調査し列挙された文献は消費者問題専門誌や医療関係専門誌そして経済専門誌から収集され、それぞれの分野の研究者の論文をレビューされている。これらの文献以外のものをもう少し求めてみる。

実際に医療に日々従事しサービスを提供している立場にある深川雅彦氏は自らが開設しているホームページにおいて論文や研究発表を掲載している。この中で深川氏が2003年に掲載した「サービスとしての医療」において、「患者の医療消費者化とインフォームド・コンセント」の中で「患者さんは医師に対等な立場を要求する消費者となってきました。このように、患者さんの視点は従属的な視点から対等の消費者の視点に変わってきています。消費社会においては、医療行為を行う医師・医院は医療サービスの供給者であり、患者さんはサービスの消費者となります(深川雅彦、2003)。」と述べており、また、同ホームページで深川氏は、論文「歯科医療のマクドナルド化と歯科医師—効率性と合理性を考える—(深川雅彦、2003)」を掲載し、本文中において足立忠夫 著:『患者対医師関係論』と、S. Nettleton: *The Sociology of Health & Illness* を引用して、「消費社会においては医療もまた商品であり消費の対象であるので、医療行為を行う医師は医療サービスの供給者であり、患者はサービスの消費者となる(足立忠夫、1994、77頁)。」消費社会では、患者は単なる医療の受容者ではなくあらゆる医療サービスから気に入るものを意図的に選択する医療消費者へと変容した(Nettleton, S. 1995, p.154)。」と述べている。

また、深川氏は2004年に専門誌「神歯歯界 月報」に「21世紀の歯科医療を考えるプロジェクト委員会提言—医療の消費化に対応するために—」に発表し、本文中において「消費社会においては医師と患者は対等であり、医療行為を行う医師は医療サービスの供給者で、患者はサービスの消費者つまり医療消費者へと変容しつつある(深川雅彦 稿、2004)。」と述べている。

2006年に専門誌「神奈川歯学」の「消費社会における医師患者関係論—医療消費者としての患者—」において「医師不信の背景には、医療が『サービス』業へと変貌し、患者が医療消費者と化したことが背景にある(深川雅彦 稿、2006、63～66頁)。」と述

べている。

そして、2005年に野林晴彦氏が製薬協メディアフォーラムにおいて「医療消費者と医師とのコミュニケーション—意識調査からみた患者満足度に関する分析—」を発表している。この中で、「医療消費者のアンケート結果を統計分析することにより・・・中略・・・両者の信頼関係の構築につながり、さらに患者満足度につながっていることも明らかとなりました(野林晴彦 稿、2005)。」と述べられている。

さらに2008年に三宅啓氏は、TOBYOU 開発ブログに「改革ドライビングフォースとしての医療消費者」を掲載し、その中で「患者は医療消費者としての「選択権」を行使して、「High Value」な医療機関を選択しようとするだろう。これら「選択」は「淘汰」を生み出し、やがて Value の高度化をめぐる競争が国民医療全体の価値を高めるだろう(三宅 啓稿、2008)。」と述べている。

これら6点の医療消費者に関する文献を、田村・水谷両氏の患者を医療消費者と捉える二つの観点から分類すれば、第2の「医療サービスを消費する」という意識変化の必要性を医療機関に促すことに焦点を当てた観点に分類されるが、これらの文献からは、医療サービスの提供側である医師たちの強い危機感のようなものが伝わってくる。彼らが患者を医療消費者と呼ぶ事の裏側には、患者を単に一般の商品を購入する消費者という意味だけでなく、重要な顧客、つまり、患者は高い消費者意識を持つだけでなく、医療に対して自分(患者)にとって最も価値ある適切なサービスを求める存在である、と捉えねばこれからの医療機関は生き残れないことを医師たちに示唆していると考えられる。

以上、患者を消費者と捉えた文献を見てきた。これを基にして次節4.2において医療消費者の定義について考察を加え、医療消費者とは何かについて述べることとする。

4.2 医療消費者の定義

医療消費者とは何であるのか、患者とどう違うのか、医療消費者の概念について田村久美氏・水谷節子氏の二人の研究によれば次のような見解を示している。「医療消費者は、病気や怪我によって治療を受ける対象になった人という意味の患者に包含される。だが、医療消費者が患者と異なる点は、消費者意識をもつかどうかである。つまり、医療機関や医療従事者に対して分かりやすい医療情報や質の高い医療

サービスなどを求め、また医療サービスに対して(一部負担にしても)医療費を払っている以上、“消費者意識”をもった“消費行動”の取れる患者をさす。したがって、医療消費者は、消費者意識をもった情報収集、医師や治療方法を選択・受療する人と表現することができる(田村久美・水谷節子 稿、2008、47頁)。」と述べている。

つまり、医療消費者とは、病気や怪我を負い治療を受ける患者ではあるが、単なる患者ではなく消費者意識を持った患者であるということである。患者と医療消費者を区別し、その違いは消費者としての意識を持つか否かであるとしている。両氏は患者が消費者として意識を持つ根拠は受領する医療サービスに対して例え一部であっても対価を支払っていることとしている。よって、消費者がサービスの提供者を選択したり、商品であるサービスの種類やサービスの受取方を選択したりできるのと同じように医療消費者は医療サービスの提供者である医師や治療方法を選択できる。そして医療消費者は医師と治療方法を正しく選択するために情報を収集するというのである。

この見解に対して筆者は概ね賛同するものであるが、あえて微細な違いを示すならば、患者が消費者としての意識を持つ根拠である。田村・水谷両氏は「(一部負担にしても)医療費を払っている以上」とあるように、サービスに対する対価を支払っている事を患者が消費者としての意識を持つ根拠に挙げておられる。では、患者がサービスの提供者側から全く対価を求められない場合、つまり、治療を受けても全く医療費を負担しなくてもよい場合、自分の病気や怪我に対する治療方法や担当医に対して、消費者意識を持たないのであろうかという疑問を抱く。この場合患者は自分が受ける治療方法や担当医に対して全く関心を示さず、情報収集もせず医師や治療方法も選択しないのであろうか。例え医療費が完全無料であっても患者は、自分が受ける治療の内容や方法そして担当医師に対して極めて高い関心を示し、それらに関わる情報を収集し、そして選択するであろう。なぜなら、患者が受領する医療サービスが自分の生命に直接関わるからである。このとき患者がとった行動の基となっている意識は、消費者意識と同じような意識を持つであろう。それは、医療費が有料無料という対価の負担のみによって消費者意識の有無を論ずることは出来ないのでは無かろうか。現実に制度上医療費が免ぜられる立場の患者が消費

者意識を持たずに情報収集や治療選択をするのであろうか。患者は対価の有無にかかわらず消費者意識を持つのは当然であると筆者は考える。消費者意識においても、ここに医療サービスと一般の製品やサービスと全く同様に扱えない部分があるのではなかろうか。それは医療という固有のサービスの所以であろう。強いて医療消費者の定義をするとすれば、「医療消費者とは、医療サービスの受領に当たり、消費者意識をもって情報収集し、医師や治療方法を選択するものであるが、医療サービスの受領に際してその対価の支払いを制度上免ぜられる者も含む。」と定義したい。

田村・水谷両氏は医療消費者の意識と行動について、「医療消費者は、病院側が消費者志向を重視した対応になりつつある環境に依存しない。また、医療消費者は、医療提供者と同様の知識をもつことは不可能とはいえ、自分の病気に関心を示し、知識やその治療法、薬剤、予防法、リハビリなどについて医師や看護婦、理学療法士など医療従事者から得ようとする意識と行動を認識することは必要である(田村久美・水谷節子 稿、2008、48 頁)。」と述べており、医療消費者の自主的な意識と行動の認識を重視している。また、田村・水谷両氏は、わが国において医療消費者の言葉が用いられ始めたのは 1990 年からであり、「わが国の患者の人権確立をめざした医療に関する運動の展開により、患者や労働者のみならず国民すべてに人間として自らの生活防衛を強く意識させ、消費者が人間としての権利形成を求める理念を訴える結果となった(田村久美・水谷節子 稿、2009、506 頁)。」と述べ、その結果「医療に対して消極的で受動的な依存者(dependant)であった患者は、患者運動を通して医療へ主体的なかかわりを持ち主張する患者、すなわち医療サービスを自らの意思で受ける顧客(client)へと移行した。さらに、患者の権利行使と自己責任の意識を持った消費者(consumer)、すなわち医療について自身で判断、意思決定しようとする消費者へと変化しつつある(田村久美・水谷節子 稿、2009、506 頁)。」さらに、「『医療消費者』の言葉を用いる意味には、医療関係者や現代を生きる国民に対し、患者運動の根本思想を持つコンシューマリズムを強く意識づけることに狙いがある、従って、『医療消費者』と表現するのは、すべての生活者へ、一人ひとりがコンシューマリズムの意識で医療について真剣に考える重要性和必要性を促すことを喫緊の課題として警鐘を鳴らし

ているのである(田村久美・水谷節子 稿、2009、507 頁)。」と述べており、患者のみならず一般消費者も含めた国民全ての医療サービスに対する意識の向上を強調している。

「医療消費者」という言葉は、医療問題や消費者問題の専門家たちによって扱われてきたが、今後患者は、例え医療機関や医師が消費者志向を強化したとしても、それに依存することなく、自立した消費者として自らの疾病とその治療方法などに関する知識や情報を医療スタッフから入手しようとする高い意識と行動を認識する必要がある。そして、患者を「医療消費者」と捉える考え方は、医療サービスの提供者側のみならず医療サービスの受領側、そして一般消費者、強いては広く社会に定着していく方向にあると考えられる。

5 医療消費者の期待と満足と不満⁽⁴⁾

5.1 サービスマーケティングにおける期待と満足の理論

顧客の満足とは何であるかについて、コトラーは次のように述べている。「購入後に買い手が満足を覚えるかどうかは、売り手がどれだけ買い手の期待に応えるかによる。一般に、満足とは、買い手の期待に対して製品の知覚パフォーマンス(または結果)がどれほどであったかによって得られる、個人の喜びまたは失望の感情のことである。パフォーマンスが期待を下回れば、顧客は不満を覚える。パフォーマンスが期待どおりであれば、顧客は満足する。パフォーマンスが期待を上回れば、顧客の満足度と喜びは大きくなる(Kotler, P. Keller, K.L. 2009 p.164)。」と述べている。

つまり、顧客の満足とは、製品購入後に感ずる顧客の感情であり、満足であれば喜びであり、不満であれば失望である。顧客の喜びや失望という感情の生ずる原因は、顧客の期待である。顧客の抱く期待とは、製品購入前に顧客が持つその製品に対する嬉しい予想や希望である。顧客が製品購入前に持つ予想や希望に対して、購入した製品の品質・性能・デザインや使い心地などを含めたその製品から得られる効用が、顧客の期待を裏切るような場合は、顧客は不満を持つ。しかし、顧客が製品購入前に持つ予想や希望と製品購入後の結果が一致しておれば、顧客はその製品に対して抱いていた期待通りの結果を得るわけであるから満足を覚える。さらに、購入し

た製品が予想や希望を上回り期待を超える結果を得た場合、顧客の満足は非常に大きなものとなるのである。

人は期待以上の結果が得られたとき満足を覚える。では、人はどのようにして期待を膨らませるのであろうか。コトラーは、「買い手はどのようにして期待を形成するのだろうか。過去の購入経験、友人や同僚の意見、マーケッターや競合他社から得た情報や保証が基になる。マーケッターが大きすぎる期待を抱かせれば、買い手が失望する可能性は高くなる。しかし、期待が小さすぎれば、十分な数の買い手を引き付けられない(実際に買った者は満足するだろうが) (Kotler, P. Keller, K.L. 2009, p.165)。」と述べている。

顧客の抱く期待の根本は、僅かな自らの経験と狭い人間関係及び企業側からの情報である。即ち、顧客が購入しようとする製品に対する情報に関して、自ら有しているのはごく僅かであり、ほとんど他人から得た情報である。つまり、製品の提供側の情報の提供により、顧客の期待は大きく左右されるということである。企業がより多くの顧客を獲得するためには、多数の消費者に対して購入意欲をそそる程度の期待を持たせつつも過度な期待を持たせず、購入者には期待を裏切らない程度の満足を与えねばならないのである。

C.ラブロックは、「顧客は個々のサービス・エクスペリエンスについて、さまざまなレベルの満足ないし不満足を経験する。満足・不満足のレベルは、サービス・エクスペリエンスが顧客自身の期待にどの程度合致したかあるいは期待を超えるものであったかに応じる。満足は情緒に関わる状態であるが故に、顧客の購買後のリアクションは、怒り、不満足、苛立ち、どちらでもない、喜びなどさまざまなものとなり得る (Lovelock, C. L, Wright. 1999, p.97)、と述べている。

つまり、満足は人間の感情に依存するものであるから、顧客の満足あるいは不満足の程度は、体験したサービスが顧客の期待にどの程度答えているかによって決まる、ということである。

また、顧客の満足の前提となる期待について、C.ラブロックは次のように述べている。「顧客の期待はサービス毎に多様なものであり、サービス組織は、自身の提供サービスに対する顧客の期待を良く理解する必要がある (Lovelock, C. L, Wright. 1999, p.88)。」と述べており、顧客が提供されたサービス

に対してどんな期待を抱いているかは、そのサービスによって異なるので、全てのサービスに当てはまる解答はないということである。よって、サービスを提供する企業は、提供した各々のサービスに対する顧客の期待をよく知ることが不可欠だということである。では、顧客の期待は如何にして形成されるのであろうか、C.ラブロックは「顧客は、サービス・エクスペリエンスに先立つ何らかの内的基準を持っている。顧客はこの内的基準に照らしてサービス・クオリティを判断する。サービス・クオリティの判断に用いられる内的基準が顧客の期待を主に構成する。サービスへの期待は、顧客としてこれまで受けてきたサービス・エクスペリエンスによって大きく影響を受ける。サービス・エクスペリエンスとは、特定のサービス組織、同じ種類のサービスを提供する競合サービス組織、関連する他のサービスを提供するサービス組織について、サービスを受けた経験である。もし、全く初めてのサービスであれば、期待は広告や口コミといった要因に基づいて形成されることになる (Lovelock, C. L, Wright. 1999, p.88)。」と述べている。

つまり、期待は顧客が体験したサービスの質を評価する心の中に持っている尺度や基準である。そして、これから受けようとするサービスへの期待は、過去に体験したサービスに大きく左右される。また、過去に経験が全くないサービスに対する期待の場合は、顧客が事前に自己の周辺の人間や企業から入手した口コミや広告により形成されるということである。

ところで、顧客が抱く期待といってもその大きさは様ではない。C.ラブロックは顧客の抱く期待を次の異なる三つのレベルに分けている。

まず、顧客が抱く最も強い期待のサービスは、顧客が受けるべきあるいは受けることが可能であろうと期待しているレベルのサービスであり、これを希望サービス(desired service)、としている。また、これとは対極にある顧客が抱く最も弱い期待のサービスは、提供されたサービスに対して受容できる最低レベルのサービスであり、これを下限サービス(adequate service)としている。そして、顧客が実際に特定の企業が提供するであろうと考えるサービスの質が予測サービス(predicted service)である。予測サービスは下限サービスに大きな影響を及ぼす。予測サービスが高い場合、下限サービスは高くなり、予測サービスがひくければ、そのときの下限サービ

スはより低くなる。

そして、希望サービスと下限サービスの間にある範囲を容認範囲(zone of tolerance)としている。企業が提供するサービスは、同一企業であっても、また同一の従業員であっても厳密には一定ではない。なぜなら、同じプログラムのサービスであっても直接担当する従業員によって、若干の違いがあり、同じ従業員であってもそのときの体調や精神状態によって若干の誤差が生じるからである。これはサービスという製品の特徴である。容認範囲は顧客が提供された変動するサービスを許容する範囲である(Lovelock, C. L, Wright. 1999, p.89~91)。

つまり、顧客はこれから提供されるサービスに対して、事前に心の中で「ここまでのことはしてもらえだろうという期待(逆にここまでしてもらわないと許せない)=希望サービス」と「ここまでのことをしてもらうのは無理かもしれないという期待(ここまでしてもらえなくても仕方がない、まあ許せる)=下限サービス」を考える。このときに実際に特定の企業が提供するサービスを予想する。この予想が高いと許せる下限が高くなり、低いと許せる下限も低くなる。そして、ある程度許せる範囲を持っているということである。例えば、顧客が良いサービスを予測しているときは、下限サービスも高いわけであるから、顧客のサービスに対する期待は大きい。実際にサービスを提供する特定の企業のサービスの程度の予想を高くすると許せる下限がより高くなり、許せる範囲が狭くなる。実際提供されるサービスはこのときの下限サービスよりも高くなければ、顧客の期待を裏切ることとなり、顧客は大きな不満を覚えることになる。

顧客が満足や不満を覚えるのは、期待を抱くからである。では、顧客が抱く期待の中身は何であろうか、つまり、顧客は企業から提供されたサービスの何に満足したり不満を覚えたりするのであろうか。それは顧客が企業から提供されたサービスの「質」である。

顧客は企業から提供され経験し終わったサービスの質と提供される前に期待し予測した質とを比較し、提供され経験し終わったサービスの質が提供される前に期待し予測した以上の質の場合は満足し、逆の場合は不満を持つのである。これについて C.ラブロックは、「顧客はサービス・デリバリーとアウトカムについてどの程度満足の行くものであったかを考え、サービス・クオリティについての判断を下している

(Lovelock, C. L, Wright. 1999, p.92)。」と述べている。

また、「サービス・クオリティと顧客満足とは、相互に関連する概念であるが、両者は同じものではない。多くの研究者が、クオリティについての顧客の知覚は、企業のサービス・デリバリーの長期的な認識による評価に基づいており、顧客満足は特定のサービス・パフォーマンスに対する短期的かつ情緒的な反応と考えている(Lovelock, C. L, Wright. 1999, p.92)。」と述べ、サービスの質は、企業が提供するサービスに対する顧客の長期的認識によるものであり、顧客の満足は、顧客が経験したサービスに対する短期的感覚によるものであるとしている。そして、「顧客は個々のエンカウンター後に満足ないし不満足のレベルの評価を行い、この情報を用いてサービス・クオリティについての知覚を新たなものとする。しかし、クオリティに対する態度は、必ずしもサービス・エクスペリエンスに基づくものではない。顧客は、経験したことのないサービスであっても、そのクオリティ評価を知り合いからの口コミやサービス組織の広告キャンペーンに基づいてしばしば行う。しかしながら、特定のサービスのアウトカムについて満足か不満足かは、顧客は実際の経験をした上ではないと判断することはできない(Lovelock, C. L, Wright. 1999, p.92)。」と述べている。

では、顧客は如何にしてサービスの質を評価しているのであろうか。顧客はサービスを購入しようとする場合、まず購入前にそのサービスに対してある一定の期待を抱く。その期待は友人や企業からの情報を基に構築される。そして顧客はそのサービスの購入後、つまり経験後に期待した質と経験後の質とを比較し、結果が期待を上回る質であれば満足であるが、例え結果が期待を上回るものでなくとも容認範囲であるならば、満足ではないが不満を持つこともなく、そのサービスの質は許容できるものと判断される。しかし、下限サービスを下回った場合は、企業が提供するサービスと顧客の期待の間に質に対する食い違い=クオリティ・ギャップ(quality gap)が発生する。このクオリティ・ギャップは、顧客がサービスを経験するプロセスのいろんな場面において発生する。顧客は期待したサービスと実際に経験したサービスを比較してサービスの質を総合的に判断するので、クオリティ・ギャップが発生すれば、顧客は不満を持つ。よって、サービス提供企業にとって、クオリティ・ギャップは重大な問題である

(Lovelock, C. L, Wright. 1999, p.92)。

サービス提供企業はサービスの質を上げ、顧客に満足をしてもらうためにクオリティ・ギャップを限りなく小さくする努力をするのだが、C.ラブロックはサービスの質に関して発生するギャップとして、次の a ～g の 7 項目を挙げている。

a 知識ギャップ：顧客が実際に抱いているニーズ・期待とサービス組織が考える顧客のニーズ・期待とのギャップ。

b スタンダード・ギャップ：サービス組織が考える顧客のニーズ・期待とデリバリーされるべくデザインされたサービス内容とのギャップ。

c デリバリー・ギャップ：デリバリーされるべくデザインされたサービス内容とサービス組織が実際にデリバリーできるサービス内容とのギャップ。

d インターナル・コミュニケーション・ギャップ：サービス組織が広告や販売員を通じ伝えるサービス・プロダクトの特徴、パフォーマンス、クオリティと、サービス組織が実際にデリバリーできるサービス内容とのギャップ。

e 知覚ギャップ：実際にデリバリーされたサービス内容と顧客が受けたと知覚するサービス内容とのギャップ（顧客は、必ずしもサービス・クオリティを正確に評価することはできない）。

f 解釈ギャップ：サービス組織の行うコミュニケーションが約束するサービス内容と顧客がこれらのコミュニケーションを受け取り解釈するサービス内容とのギャップ。

g サービス・ギャップ：顧客が期待するサービス内容と実際にデリバリーされ顧客によって知覚されるサービス内容とのギャップ。

以上の 7 項目である(Lovelock, C. L, Wright. 1999, p.93)。

これら 7 項目のギャップは、どれでもサービスを提供する企業と関係を険悪にするので、サービスを提供する企業は、顧客がサービスを経験するプロセスの各場面において、a～g のギャップの発生を防止せねばならない。

さらに C.ラブロックは、顧客がサービスの質を判断する場合に、これら 7 項目のギャップだけで判断しているのではなく、次の 5 大質次元を判断の基準としているというのである。以下、5 大質次元を列挙する。

■信頼性：約束したサービスをいつでも同じように供給することについてこのサービス組織は当てに

できるだろうか。

■有形要素：サービス組織の物理的な施設・設備、従業員、パンフレットなどのコミュニケーション用具は、サービスに相応しいものだろうか。

■反応性：サービス従業員は、良く気が付き、適時のサービスを提供することができるだろうか。

■確実性：サービス従業員は、知識豊富で礼儀正しく、信頼に足る存在であるだろうか。

■共感性：サービス組織は顧客への気遣いや顧客毎の注意を払っているだろうか (Lovelock, C. L, Wright. 1999, p.94)。

上記の顧客がサービスの質を判断する 5 大質次元のうち最重要次元が信頼性である。サービスを提供する企業にとって、提供するサービスの質を常に一定以上の水準以上に保つことは、最重要課題である。なぜなら、提供するサービスによっては、サービス提供のプロセスにおいて顧客が大きく参加し協力せねばならない場合がある。この場合、サービスを提供する側の問題としては、サービス提供を直接担当する者の能力や性格さらには担当者のそのときの体調や精神状態までが提供するサービスの質に影響する。またサービスを受ける顧客側の問題としては、顧客が協力的でなかったり、例えそうでなくとも、顧客の能力や性格、そのときの体調や精神状態によって、受けたサービスに対する顧客の感覚が異なることである。サービスを提供する企業はこれらの要因を統制できないからである。

顧客はサービスを経験した後にそのサービスの信頼性を判断するため、信頼性はサービスの結果の判断基準である。信頼性を除いた後の四つの質次元(有形要素、反応性、確実性、共感性)は、サービス提供のプロセスに関わる質次元である。顧客は契約したサービスが約束通りに提供されているか否かを確認することが出来る。それはサービス提供中、つまり顧客がサービスを経験中において、これら四つの次元について評価が可能だからある (Lovelock, C. L, Wright. 1999, p.94) 。 よって、サービスを提供する企業は、この 5 大質次元を良く理解し、顧客の期待を超えるサービスを提供する努力により、顧客の満足を勝ち得るのである。

また、パラスラマン・ツァイトハムル・ベリーの研究によれば、サービスの品質を評価するのは顧客であり、顧客が自分たちに提供されたサービスの品質を判断する基準は、次の 10 の基準であると考えた。

a 信頼性(Reliability):これは、サービス提供者が約束したサービスを信頼できて、正確に遂行できる能力に関連するものである。

b アクセス(Access):サービスはアクセス可能か、ほとんど待たないでデリバリーされるのか。

c 安全性(Security):サービスは危険あるいは疑念から免れているか。

d 信用性(Credibility):サービス提供者がどれほど誠実で、信頼できるように見えるか。

e 顧客理解(Understanding the customer):組織が顧客を知って彼らのニーズを理解しようとするのに、どれほど多くの努力をするか。

f 対応(Responsiveness):サービス従業員がどれほど進んで顧客を助けて、彼らの具体的な問題に対処するか。

g 能力(Competence):サービスを遂行するために必要な技能と知識を、スタッフがどの程度持っているか。

h ていねいさ(Courtesy):スタッフは顧客に対してていねいで、思慮深いか。

i 有形的要素(Tangibles):物的施設、設備、人間および通信機器などの様子からどんな評価がなされるか。

j コミュニケーション(Communication):サービスにおいて何が提供されて、顧客はどのような役割を演じることを期待されているのかについて、その組織がどれほどうまく効果的に伝えることができるか。とくに、デリバリー・システムでの起こりうる支障の理由について顧客は情報を提供されているか。これら 10 の基準のうち a~e は、最終的な結果(アウトプット)の品質に関係するが、f~j はサービス・デリバリーのプロセスの品質に主に関係しているものである。

パラスラマン・ツァイトハイム・ベリーは、これら 10 の基準は各々単独のものではなく相互に密接に関係しており、種々のサービスの品質を評価するのに適応できると考えたのである(Parasuraman, A. Zeithaml, V.A and Berry, L.L.1985, pp.41-50)。

また、パラスラマン・ツァイトハイム・ベリーは、これら 10 の基準はサービスの品質の次の 5 つの次元に集約できると考えたのである。

a 有形的要素(Tangibles):サービスについての物的要素。

b 信頼性(Reliability):サービス提供者の頼り甲斐とパフォーマンスの正確性。

c 対応(Responsiveness):迅速性と有用性。

d 確実性(Assurance):従業員の知識と礼儀および信頼と確信を喚起する能力。

e 共感性(Empathy):企業が顧客に与える心配り、すなわち個々の顧客に合わせた注意。

有形的要素、信頼性および対応の次元は変わっていない。「確実性」は能力、礼儀、信用性、安全性を含んでおり、そして「共感性」にはアクセス、コミュニケーションおよび顧客を理解することが含まれている。

パラスラマン・ツァイトハイム・ベリーは、顧客が提供されることを期待していたサービスと、実際に受け取ったサービスを 5 つの品質次元に沿って比較することによって、サービスの品質を判断することを発見した。これは、顧客の期待と知覚との間のギャップとして、彼らがどのようにサービスを評価したかである。もし知覚されたサービスの品質が期待を上回るものであれば、顧客はそのサービスに対して満足するであろうが、しかしパフォーマンスが期待より低いものであれば、顧客は不満を抱くであろうと考えたのである。

それでは、顧客の期待に影響を及ぼすものは何であろうか。パラスラマンとツァイトハイムとベリーは、次の 4 つの要素が顧客の期待に影響するものであると考えた。

a 口コミ。

b 個人的なニーズと選好。

c 過去の経験。

d 外部とのコミュニケーション。

パラスラマン・ツァイトハイム・ベリーは、顧客がサービスを受ける前に期待するもの、つまり、顧客はどのようにサービス提供物に対する期待を形成するか、についてより詳細な分析を行っている。パラスラマン・ツァイトハイム・ベリーは、顧客が提供されたサービスの品質に不満を持つ潜在的な原因が顧客の期待と知覚のギャップにあると考え、このギャップの原因を次の 4 つであると述べた。

第 1 に、どんなサービス属性が顧客に重視され、その属性の優先順位はどうかを管理者が正確に評価することをサービス提供者は確実にしなければならない。

第 2 に、管理者が顧客によって重視される属性を十分に評価したとしても、問題を解決するために資源を投入するのに十分な注意をしようとしないし、できないし、単にしないことが多い。

第3に、品質標準が顧客の期待に関する正確な判断と一致して調和して正確に設定されたとしても、コンタクト・パーソネルの態度とマナーの欠落のために、サービス品質は標準以下になりうる。

第4に、サービス提供組織が顧客と契約したサービスと異なるサービスを提供した場合、問題が発生する。これが「約束ギャップ」である。(Zeithaml, V.A and Berry, L.L. Parasuraman, A. 1993, pp.1-12)。

以上のように、F.コトラー、C.ラブロック、パラスラマン・ツァイトハムル・ベリー、何れも顧客の満足・不満は顧客の主観によるものが大きく、満足・不満という感情は顧客が抱く期待により決まるというのである。C.ラブロックとパラスラマン・ツァイトハムル・ベリーは、顧客の期待について詳細に言及している。C.ラブロックもパラスラマン・ツァイトハムル・ベリーも顧客のサービスの質に対する評価に関して、顧客が評価の基準を持つことや、その基準はサービスの質を判断する5次元に依拠していること、そして顧客が不満を抱く原因が、顧客がサービスを受け取る前の期待と実際にサービスを受けた後の結果とのギャップによるものである、としている。また、顧客の期待に大きく影響を及ぼす要素についても言及している。そしてパラスラマン・ツァイトハムル・ベリーは、さらにギャップの原因が何であるかを解明しようとした。また、C.ラブロックは、企業が顧客にサービスを提供する場合に問題を発生させないための防止策まで述べている。

実際に我々がサービスを購入する場合を考えてみよう。まず、我々はサービスを実際体験する前に、そのサービスを受けることにより得られる満足を予想する。その予想する満足のレベルは、過去経験や自分で収集可能なそのサービスに関する情報、または周囲の人たちからのそのサービスに対する噂や評判である。これらを総合してこれから受けるであろうサービスを体験することにより得られる満足に対してあるレベルの期待をするのである。そしてこの期待にはある一定の幅がある。つまり、期待以上のサービスを受けた場合は、最高の満足が得られ、最も低い期待のサービスを受けた場合は、ややがっかりすると同時に我慢を強いられるのである。この期待の幅は、自分の好みや過去の経験そして収集した情報によって上下するのである。よって、同じサービスであっても人によって期待の上限と下限のレベル及びその幅は微妙に異なるものとある。

また、我々はサービスの善し悪しを判断する場合、

まずサービスを提供する企業が契約したサービスを確実に履行する信頼できる組織であり、そのサービスを提供するのに十分な施設・設備・装備などを備えており、実際にそれらを使いサービスを提供するスタッフの能力が高く顧客を良く理解し誠実丁寧に対応できるか、しかもそのサービスはいつ何時でも迅速に受けることが出来るか、無論そのサービス自体が安全であること、これらを重要な条件とするであろう。

しかし、実際の我々がサービスを購入した場合、常に期待通りの十分な満足を得られるというわけではない。サービスを体験した後に残る不満の原因は、顧客が期待するサービスの内容と時差債に体験したサービスの内容とのあらゆるズレによって生ずる。それらは、サービスを提供する側に問題がある場合や顧客側に問題がある場合など双方に原因がありズレが発生するのである。

そして、提供者側のミスにより我々がそのサービスに著しい不満を持った場合、この不満を解消してくれるのは、当初期待した満足を大きく上回るサービスの再提供である。

以上のことは多くの人が感ずることかもしれないが、前述のC.ラブロックとパラスラマン・ツァイトハムル・ベリーは、これらを良く整理して論じているといえよう。よって、彼らの理論を基にして医療サービスに対する患者の満足と期待について考えてみよう。

5.2 医療消費者の期待と満足の理論

(1) 医療消費者の期待

医療サービスを受ける患者の満足はどのようなものであろうか。無論、医療消費者の満足は結果として病気や怪我が治り、健康を取り戻して社会復帰することである。つまり、医療消費者は病気や怪我がの完治を期待しているのである。

医療消費者の期待について考察してみよう。医療消費者は過去の疾病で治療を受けたことのある医療機関や担当医そして治療内容などの経験と、自分の友人や周囲の人間から得た自分の疾病に関する情報やこれから治療を受ける予定の医療機関やその医療機関に所属する医師に関する情報、また別の医療機関と医師に関する情報そして医療機関から入手できる情報を基にして、患者は実際に医療サービスを受ける前に自分の頭の中で、これから受ける医療サービスの内的基準を形成する(医療消費者は過去に経

験が無くとも収集した情報だけで内的基準を形成できる)。これが医療消費者の抱く期待である。医療消費者の抱く期待には範囲がある。社会復帰するまでに健康を取り戻し完治するという期待は、「希望サービス」である。そして患者が過去の経験と情報から考えて完治は望めないがある程度の治癒が望めるだろうという最低の期待が、「下限サービス」で、ある。医療消費者にとって、完治と最低の期待の範囲が、「容認範囲」である。

医療消費者が過去の経験と収集した情報を基に実際に医療サービスを受けたときに受けられるであろうと期待する治療のレベルが、「予測サービス」である。医療消費者の抱く最低の期待は、医療消費者が実際に医療サービスを受けたときに受けられるであろうと期待する治療のレベルによって大きく左右される。

(2) 医療消費者の医療サービスに対する評価

医療消費者は如何にして自分が受ける医療サービスを評価するのであろうか。

医療消費者にとって最も期待することは、提供された医療サービスによって病気や怪我が完治することである。しかし、医療消費者が期待する医療サービスと医療機関から提供される医療サービスとの間において生ずるズレの程度によって評価は上下する。では、医療消費者は如何なるズレを見てその医療機関の医療サービスを評価しているのであろうか。

まず、第1のズレは、医療消費者が提供されるであろうと期待している医療サービスと、医療機関が提供を予定している医療サービスとのズレ。

第2のズレは、医療機関が予想している医療消費者の期待と、医療機関が提供を予定している医療サービスとのズレ。

第3のズレは、本来医療消費者に提供されるべく予定された医療サービスと、医療消費者に対して実際に提供できる医療サービスのズレ。

第4のズレは、医療機関が広告等により提供を標榜している医療サービスの内容と、実際に医療機関が提供できる医療サービスの内容とのズレ。

第5のズレは、医療機関により実際に医療消費者に対して提供された医療サービスの内容と、患者が自分で受け取ったと知覚できる医療サービスの内容とのズレ。

第6のズレは、医療機関(医師)の説明により提供を約束された医療サービスの内容と、この説明を聞いて提供されると医療消費者が解釈した医療サービ

スの内容とのズレ。

第7のズレは、医療消費者が期待する医療サービスの内容と、実際に医療消費者に対して医療機関から提供された医療サービスの内容とのズレ、である。

無論、医療消費者はこれらのズレのみによって医療サービスを評価しているのではない。さらに次のような基準について評価をする。

まず、第1の基準で最も重要なことは、常にその医療機関が医療消費者の病状を誤り無く診断してそれに基づき適切な治療をすることが出来るか否かという信頼性である。

第2の基準は、その医療機関はいつ何時来院しても、あまり待ち時間をすることなく、速やかに受診できるか、というアクセスの良さである。

第3の基準は、その医療機関で行われる、検査や治療が安全であるか、という安全性である。

第4の基準は、その医療機関の医師をはじめとする医療スタッフのみならず、受付や事務などの非医療スタッフがどれだけ誠実であるか、という信用性である。

第5の基準は、医療機関がどれくらい患者を理解し、患者の求めている医療サービスを提供するために努力しているか、という医療消費者への理解である。

第6の基準は、その医療機関の医師をはじめとする医療スタッフのみならず、受付や事務などの非医療スタッフがどれだけ医療消費者を助け、医療消費者が抱えている悩みなどのあらゆる問題に積極的に対処するか、という対応である。

第7の基準は、その医療機関の医師をはじめとする医療スタッフが、医療消費者が求めている医学専門技術的知識をどれくらい持っているか、また、受付や事務などの非医療スタッフが、医療消費者が求めている医学専門技術的知識以外の知識をどれくらい持っているか、という全スタッフの能力である。

第8の基準は、その医療機関の全スタッフは、患者に対して親切丁寧で思慮深いか、という丁寧さである。

第9の基準は、その医療機関は、施設、設備、機器などが充実しているか、という物理的要素である。

第10の基準は、医療消費者に提供される医療サービスの目的、内容、提供方法、および患者がそのサービスを体験中に発生するかもしれないデメリットやその発生理由などについて、全ての情報を医療消費者に理解できるように正確に提供されているか、

というコミュニケーションである。

これら第1～第10の基準のうち、第1～第5は医療サービスを受けた結果の質に関係する基準であるが、第5～第10は患者が医療サービスを受けるプロセスの質に関係する基準である。これら医療サービスの評価に関する10の基準は、次の5大次元に集約される。

信頼性：常に正確な診断とそれに基づく適切な医療サービスを提供出来る医療機関であるか否か。

有形的要素：その医療機関の施設、設備機器、スタッフ、コミュニケーション手段は、その医療機関が提供するサービスにふさわしいものであるか否か。

反応性：その医療機関のスタッフは、思慮深く適切な時に適切な医療サービスを提供できるか否か。

確実性：その医療機関のスタッフは、各々の職務について高い専門的技術や知識を持っているのみならず、礼儀をわきまえ信用できるか否か。

共感性：その医療機関は患者への丁寧な気配りや個々の患者に対して適切な配慮をしているか否か。

医療サービスにおいても、この5つの次元のうち最も重要な次元は信頼性である。医療機関にとって、常に患者の病気や怪我を完治させることは最重要課題である。特に医療サービスは、サービスの提供つまり診察、検査、治療などの各段階において医療消費者の協力が不可欠である。医療サービスは人の生命に直接関わるため、サービスの提供に誤差があってはならないが、サービスを提供する側の問題としては、医師をはじめとする医療スタッフおよび非医療スタッフの能力や性格さらにはそのときの体調や精神状態によって提供される医療サービスの質は大きく左右される。また、サービスを受領する患者の問題としては、治療に協力的でなかったり、例えばそうでなくても医療消費者の性格やそのときの精神状態や体調によって、受けた治療に対する感覚は微妙に異なる。

医療消費者は治療を受けた後にその治療の信頼性を判断するため、信頼性はサービスの結果の判断基準である。

信頼性を除いた後の4つの質次元(有形的要素、反応性、確実性、共感性)は、サービス提供のプロセスに関わる質次元である。顧客は契約したサービスが約束通りに提供されているか否かを確認することが出来る。それは医療消費者が治療の進行の中において、有形的要素、反応性、共感性の次元について評価が可能だからある。但し、医療の場合確実性につ

いては、医療消費者が全てを評価することが出来るとはいえない。事務や受付などの非医療スタッフが患者に提供する利便性や快適性に関するサービスは評価することが出来るが、医師をはじめとする医療スタッフの提供する医学専門技術的サービスについては、医療消費者が容易に評価することが出来ない。それは医療サービスが高度に専門的な知識や技術を要する内容であり、医療消費者との間に著しい情報の非対称性が存在するからである。また、現実的に医療消費者自身が手術中に執刀医の腕の善し悪しを評価することは不可能である。ここに医療サービスの固有性がある。

6 おわりに

以上、検討してきたように医療をビジネスと考えた場合、マーケティングの理論を適用することが可能であることを論証した。無論、その適用は医療という極めて高度で専門的な固有性のために一般的なサービスと全く同じように適用できるわけではない。

医療消費者の医療サービスに対する期待と満足は、情報の非対称性が一般的なサービス商品より非常に大きいため、医療サービスの提供側の見解とそれを受け取る医療消費者とに大きなズレが存在すると思われる。このズレが医療消費者の不満の原因に成る。よって、このズレを如何に小さくし医療消費者の満足を得ていくかが医療マーケティングの大きな課題である。

注

- (1) 本章の内容の詳細については以下の論文を発表している。拙著（2010）「専門サービスと消費者－医療サービス提供の問題点－」『日本消費経済学会年報』第31集 日本消費経済学会。および、拙著（2014）「医療マーケティング」『サービスマーケティングの理論と実践』五紘舎を参照されたい。
- (2) 本章の内容の詳細については以下の論文を発表している。拙著（2008）「プロフェッショナルサービスにおけるマーケティング」『経営研究』第22巻 第1号（通巻52号）愛知学泉大学経営研究所を参照されたい。
- (3) 本章においては、田村久美・水野節子両氏の労作「医療消費者の変遷から見た消費者教育研究への展望」『消費者教育』第28冊、日本消費者教育学会、2008年。を大きく参考とさせて頂いた。

- (4) 本章においては、恩蔵直人 監修、月谷真紀 訳：「コトラー&ケラーのマーケティング・マネジメント」第12版、ピアソン・エデュケーション、2009年を大きく参考とさせて頂いた。

引用文献

- AMA, (1986) “care which consistently contributes to the improvement or maintenance of quality and/or duration of lif,” Council of Medical Service Quality of Care.JAMA, pp.1032-1034.
- Donabedian, A. (1980) “Explorations in Quality Assessment and Monitoring” Vol.1.The Definition of Quality and Approaches to its Assessment. Health Administration Press.
- Hogg, C. (1999) Patients,Power&Politics.,Sage Publications.
- Kotler, P. Hays, T. and Bloom, P.N. 2002, “Marketing Professional Services” second edition, Prentice Hall Press, pp.12~14, pp.20~21.翻訳として、白井義男 監修、平林 祥 訳 (2002)『コトラーのプロフェッショナル・サービス・マーケティング』、ピアソン・エデュケーション、9~11 頁、16 頁。
- Kotler,P. Keller,K.L. 2009, *Marketing management*,13th ed., Pearson Prentice Hall, p.164, p.165.
- なお、同書の第12版の翻訳としては、恩蔵直人 監修、月谷真紀 訳 (2009)「コトラー&ケラーのマーケティング・マネジメント」第12版、ピアソン・エデュケーション、177 頁、178 頁。がある。
- Lovelock ,C. L, Wright. *Principles of service marketing and Management*, Prentice Hall, 1999, p.97, p.88, pp.89~91, p.92, p.92, p.94.
- なお、同書の翻訳としては、小宮路雅博 監訳、高畑 泰・藤井大拙 訳 (2002)「サービス・マーケティング原理」、白桃書房、が出版されている。
- Nettleton, S. (1995) The Sociology of Health & Illness, Polity, p.154.
- Parasuraman, A. Zeithaml, V.A and Berry, L.L.1985, A Conceptual Model of Services Quality and its implications for Future Research. *Journal of Marketing*, vol.49. pp.41-50.
- Schmenner, R.W. (1986) “How can Service Businesses Survive and Prosper?,” Sloan Management Review, Vol.27, No3, Summer, p.25
- .Zeithaml, V.A and Berry, L.L. Parasuraman, A. 1993, The Nature and Determinants of Customer Expectation of Services, *Journal of Marketing of the Academy of Marketing Science*, vol.21, pp.1-12
- 足立忠夫 著 (1994)『患者対医師関係論』、東洋書店、77 頁。
- 井伊雅子 稿 (2003)「消費者の需要行動と医療の質から」『患者のための医療』1 巻4 号、篠原出版新社、733~738 頁。
- 飯塚悦功・棟近雅彦・上原鳴夫 監修 (2006)『医療の質マネジメントシステム 医療機関必携 質向上につながるISO 導入ガイド』日本規格協会、18~19 頁。
- 飯田修平 編 (2003)「病院早わかり読本 第2版 増補版」医学書院、16 頁、16~18 頁。
- 飯田修平・田村誠・丸木一成 編 (2005)「医療の質向上への革新 先進6 病院の事例研究から」日科技連出版社、12 頁、13 頁、14~15 頁。
- 島田多住子 稿 (2004)「医療消費者としての患者」、井部俊子 監修：『Nursing Today』19 巻8 号、日本看護協会出版会、52~54 頁。
- 鈴木久雄 稿 (2000)「保険者は消費者の代理人たりうるか」『病院』59 巻7 号、医学書院、575~579 頁。
- 佐藤典久 稿 (2002)「医療消費者の視点をもたない・もてない医療機関は淘汰される…」『Phase3』2 月号、日本医療企画、2~5 頁。
- 高柳和江 (1998)「医療の品質と品質管理」岩崎 榮 編『医を測る』厚生科学研究所、19~21 頁。
- 田村久美・水谷節子 稿 (2008)「医療消費者」の変遷からみた消費者教育研究への展望、『消費者教育』第28 冊、日本消費者教育学会、43 頁、43~44 頁、47 頁、48 頁。
- 田村久美・水谷節子 稿(2009)「医療消費者とは何か一患者運動の根本思想とコンシューマリズムの再興ー□」、『川崎医療福祉学会誌』VOL.18 No.2、川崎医療福祉学会、506 頁、507 頁。
- 辻本好子 稿 (1998)「医療と消費者一患者の主体的医療参加を目指して」、『国民生活』28 巻2 号、国民生活センター、22~27 頁。
- 中山健夫 稿 (2004)「厚生労働科学研究『根拠に基づく診療ガイドラインの適切な作成・利用・普及に向けた基盤整備に関する研究：患者・医療消費者の参加推進に向けて』のご紹介」『あいみつく』25 巻3・4 号、国際医学情報センター、13~16 頁。
- 日経BP 社 編 (2006)『『医療消費者』の誕生』『日経メディカル』35 巻6 号、日経BP 社、58~60 頁。
- 野林晴彦 稿 (2005)「医療消費者と医師とのコミュニケーションー意識調査からみた患者満足度に関する分析ー」、「医療消費者と医師とのコミュニケーション」の解説講演(要旨)、リサーチペーパー・シリーズNo.29、製薬協メディアフォーラム。
- http://www.jpma.or.jp/media/forum/repo_06.html

羽田昇史 編著(2002)『サービス産業経営論』、税務経理協会、42 頁。

埴岡健一 稿(2001)「医療情報の収集と活用ー医療消費者の立場からー」『病院』60 巻 1 号、医学書院、35～39 頁。

広井良典 稿 (2000)「消費者(患者)の声/ニーズの吸収」『病院』59 巻 7 号、医学書院、557 頁。

深川雅彦 著(2003)「サービスとしての医療」、深川歯科ホームページ。

<http://www.fukagawa.or.jp/research/century.html>

深川雅彦 著(2004)「歯科医療のマクドナルド化と歯科医師ー効率性と合理性を考えるー」、深川歯科ホームページ。

<http://www.fukagawa.or.jp/research/century.html>

深川雅彦 稿 (2004)「21 世紀の歯科医療を考えるプロジェクト委員会提言ー医療の消費化に対応するために」、神歯歯界月報 vol.620。

<http://www.fukagawa.or.jp/research/pdf.file/proposal.pdf>

深川雅彦 稿 (2006)「消費社会における医師患者関係論ー医療消費者としての患者ー」、神奈川歯学 41-1、63～66 頁。

望月智行・児玉安司・朝日健二・広井良典 稿 (2000)「医療における『消費者』の意味」『病院』59 巻 7 号、医学書院、558～565 頁。

望月皆行 稿(2001)「病院経営における消費者志向」経済産業省大臣官房広報室・経済産業調査会 編『経済産業ジャーナル』34 巻 6 号、経済産業省、10～12 頁。

三宅 啓 稿 (2008)「改革ドライビングフォースとしての医療消費者」、TOBYOU。

<http://www.toby.jp/tobyoblog/2008/1106.html>

和田 努 稿 (2003)「医療の世界が変わりはじめた」『先見経済』48 巻 1 号、清和会、59～61 頁。

(原稿受理年月日 2019 年 10 月 9 日)