

医療サービスの「便益遅延性」を捉える枠組みに関する 一考察（前編）

— 患者ヒアリング調査をもとに —

A Study on the Research Framework for “Delayed Benefit Characteristic”
of Medical Services : Through the Interview Research at Patients (1)

高室 裕史*

Hiroshi Takamuro

本稿の目的は、「便益遅延性」を捉える枠組みの構築に向けた基礎的な確認を行うことである。「便益遅延型サービス」の典型例の一つと想定される医療サービスの受け手である患者を対象としたヒアリング調査データを通して、探索的に、サービス提供プロセスにおける患者認識のありようや影響要因、知覚される便益（価値）の存在や性質、そしてその中での参加意識や行動のありようを確認していく。なお、以下はその前編である。

キーワード：便益遅延性、医療サービス、顧客(患者)満足、顧客(患者)参加、質的データ分析

I. 問題意識¹⁾

1. 背景

サービス組織における「顧客満足」の追求は、経営上あるいはマーケティング活動上の大きな課題として認識されてきた。また、もともとは営利組織の課題から契機したその課題も、現代では広く非営利組織も含めた組織全般の課題として拡張されてきている。例えば、医療組織における「患者満足度調査」や教育組織における「授業満足度評価」などへの取り組みがそれである。「顧客満足」概念は、本質的には経営・マーケティングの目的として、また、技術的には経営・マーケティングの成果を測るツールとして、よりその重要性和有用性が認識され、実践面・理論面の双方から多大な研究を蓄積してきている。

しかしながら、その一方で、サービスの現場では、新たな課題も認識されてきている。その一つが、「便益遅延型サービス」すなわち「便益が遅れて発現するタイプのサービス」における「顧客満足」問題である²⁾。例えば、教育サービスや医療サービスがそれである。これらのサービスでは、目的とする便益（価値）はそのプロセスの終了後に「遅れて」認識される点で共通している³⁾。サービス提供プロセスのその場その時には目的とする便益（価値）は現れない。それどこ

ろか、例えば、教育サービスにおいては、1つの知見を修得するために意に反して不得手な勉強をしなければならないかもしれない。また、医療サービスにおいては、病気を治すために苦い薬を飲まなければならないかもしれない。サービス提供プロセスはあくまでも目的とする便益(価値)の形成過程として捉えられることになる。

こうした「便益遅延型サービス」の特徴は、サービス提供の現場において、受け手側と提供側の双方に特有の課題を生じさせている。まず、顧客(サービスの受け手)の側からみれば、先にみたように、その都度のサービス提供時には、目的とする便益(価値)を知覚するどころか、意に反した負担や苦痛を伴うものともなる。あるいは、目的とする便益(価値)が何であったかですら見失いそうになったり、目標までの遠さに絶望を感じたりすることすらあるかもしれない。あくまでも、「一連のサービスの提供後には、きっとその便益をつかむことができるはずだ」という期待のもとに、その都度のサービス提供を受けることになる⁴⁾。

一方、提供者の側からみれば、当座の「顧客満足」の実現はひとまず保留しても、将来の便益(価値)の実現を目指した行動をとることが求められる。例えば、教育サービスにおける苦手な勉強の推奨や医療サービスにおける苦い薬の投与などはそれであろう。さらには、サービス提供プロセスの中で、場合によっては、顧客の反発を覚悟しつつも厳しい口調で叱咤しなくてはならないような事態なども生じるかもしれない。

以上のように、便益遅延型サービスでは、単に提供者が当座の満足の提供を追求し、それを受け手が享受するというのみではなく、サービス提供者と顧客とが、言わば将来の便益(価値)を見越した一種の緊張関係の中で、相互の了解とそれに応じた行動を通して、将来得るであろう便益(価値)の最大化に向けて協働することが求められるのである。

2. 問題の所在

こうして、サービスの1つの類型として「便益遅延型サービス」を識別し、そのサービスにおける「顧客満足」の追求を考えると、「便益遅延型サービス」に特有の課題が認識されることになる。大きく次の2つの課題が挙げられる⁵⁾。

1つは、評価指標としての「顧客満足度」の妥当性に関する課題である。例えば、他のサービス組織と同様に、便益遅延型サービスを提供する組織においても、サービス提供プロセス内や終了直後の時点において「顧客満足度調査」を行っている例は多くみられる。但し、「便益遅延性」という特性からみると、それは、目的とする便益(価値)がまだ発現していない段階での評価を求めていることになる。つまり、受け手側と提供側の双方にとって、最終的に目的としている便益(価値)とは異なる便益(価値)に対する評価を求めることになっている。このことは、特に、当座の顧客満足は保留しつつ最終的な目的の達成を目指すという取り組みを行っているサービスの現場にとって、深刻なジレンマを生じさせることになる。ここに、課題として、例え

ば、便益（価値）が発現するプロセスの途中にあることを考慮した評価尺度など、「便益遅延性」を適切に反映できる評価枠組みの開発が求められることになる。

もう1つは、顧客が満足しうる成果に至ることそれ自体に関する問題である。従来より、特に顧客と直接に接するタイプのサービス財に一般の特徴として、サービス組織や従業員と顧客との協働による便益（価値）の形成が強調されてきた⁶⁾。その視点から強調されることの1つは、「サービス提供プロセスへの顧客の参加」である。その特徴は、便益遅延型サービスにおいても同様か、あるいはそれ以上に強調されるものであろう。しかし一方で、便益遅延型サービスでは、サービス提供プロセスにある段階では、目的とする便益（価値）を知覚できないという特徴を持つ。このことから、参加への最も大きな誘因の1つとなるはずであった便益（価値）の享受は動機付けの要因にはなり得ず、サービス提供への顧客の参加や協力を引き出しきれないことが想定される。顧客の参加や協力を得られなければ、サービスの便益（価値）は低下するであろう。つまり、目的とする便益（価値）が知覚できないことによる顧客の参加意欲の低下がサービス品質の低下を招き、それがさらなる参加意欲の低下を引き起こすという負の連鎖が生じることが想定されるのである。ここに、課題として、目的とする便益（価値）の発現が遅延するとしてもサービス提供プロセスへの参加意欲を引き出すような方策はないか、あるいは、もしそれにも関わらず参加意欲が引き出されている事象があるのだとすればそれはどのようなメカニズムによるものなのかを明らかにすることが求められることになる。

3. 本稿の課題

但し、以上に示されたような現実や課題の理解は、現時点では、仮説的な段階に止まっている。既存のサービス・マーケティング（あるいはサービス・マネジメント）研究においては、サービスと顧客満足の課題についても多くの研究を蓄積してきてはいるが、ここにいう「便益遅延性」を軸にサービスを区別しつつその課題を捉える枠組みは必ずしも明確に提示されてきたわけではない。その意味では、上記の「便益遅延型サービス」に関する問題提起は、その問題の所在から、確認と検討が必要とされる段階にある。「便益遅延型サービス」に想定される問題への対処の検討はもとより、まずは、その前提となるサービス提供プロセスにおける認識の変化のありようやその中での「便益遅延性」の発現様式そのものを捉えておく必要がある。

本稿の目的は、以上のような課題認識のもとに、「便益遅延性」を捉える枠組みの構築に向けた基礎的な確認を行うことにある。具体的には、「便益遅延型サービス」の典型例の一つと想定される医療サービスの受け手である患者を対象としたヒアリング調査によるインタビュー・データを通して、探索的に、サービス提供プロセスにおける患者認識のありようや影響要因、知覚される便益（価値）の存在や性質、そしてその中での参加意欲や行動のありようを確認していく。こうした作業を行うことで、「便益遅延性」を軸とした分析枠組みの検討に際しての基礎となる確認を

行っていくことが目的である。

以下、第2章において本稿の調査問題を整理し、第3章において今回の分析対象とする患者ヒアリング調査の実施概要と質的データの分析方法を確認する。その課題及び方法の設定のもとに、第4章では事例分析の記述、第5章ではコード分析の記述を行う。そして、第6章では、小結として、本稿の記述から得られたインプリケーションと今後の課題を提示する。なお、本稿は、紙幅の都合上、前編と後編に区分される。第4章以降は後編として、次号に掲載予定である。

II. 調査問題の設定

本稿では、医療サービスの受け手である患者を対象としたヒアリング調査によるインタビュー・データをもとに、「便益遅延性」を捉える枠組みを構築していくための基礎となる分析と考察を探索的に進めていく。この分析と考察にあたり、本稿で設定する調査問題は、次の5点である。

①医療サービスの提供プロセスの把握の枠組みとして、どのような段階での区分が妥当か。

第1が、医療サービスの提供プロセスの把握の枠組みとして、どのような段階での区分が妥当か、ということの確認である。

本研究が想定する前提の1つは、「遅延性」という課題設定にみられるように、提供されるサービスの便益に関する知覚や認識が経時的に変化するということである。この変化を捉えるにあたり、まずは、サービス提供プロセスを捉える段階を識別しておく必要がある。

調査枠組みと言えば、医療サービスの開始から完了までのプロセスについて、例えば、図2-1のような7つの段階を識別できる⁷⁾。但し、こうした区分も、あくまでも仮説的な整理に止まるものである。より効果的な調査枠組みの構築とともに、実践的課題としても、患者認識の変化を捉えるタイミングや患者認識の中で特に強調されうる段階を把握しておくことは有用であろう。本稿では、質的データにより、患者認識やその変化をよりの確に捉えうる段階区分についての確認を行っていくこととする。

- | |
|---|
| 第1段階：初診の段階（最初に病院に来た段階） |
| 第2段階：治療準備段階（治療方針決定のための検査段階） |
| 第3段階：本格的な治療段階（薬の投与や手術などによる治療の段階） |
| 第4段階：本格的なりハビリテーション段階（リハビリテーションを中心に行っている段階） |
| 第5段階：回復期段階（本格治療・本格リハビリもほぼ終了し、日常生活への復帰を図る段階） |
| 第6段階：定期的に病院を訪問し、検査をしている段階 |
| 第7段階：完治に近い段階（ほぼ100%日常生活に戻っている段階） |

図2-1. 「医療サービスのプロセス」の段階区分

（出所：『医療サービスにおける満足度調査』（質問票・2012年12月実施）より抜粋）

②医療サービスの提供プロセスの中で、患者の知覚や認識はどのように変化するのか。

第2が、医療サービスの提供プロセスの中で患者の知覚や認識はどのように変化するのか、ということの確認である。本研究では、先にもみたように、患者の知覚や認識の経時的な変化を前提とした課題設定を行っている。但し、実際のサービス提供プロセスの中で、サービスがどのように知覚・認識され、その知覚・認識がどのように変化しているのかについては、必ずしも明確に把握されているわけではない。まずは、この経時的な知覚や認識の内容それ自体を質的データにより確認することが前提としての課題となる。

そのうえで、ここで確認しておきたい課題が、知覚・認識の変化が生じるパターンのありようである。既存の議論を振り返ると、サービス提供プロセスにおける知覚や認識の形成と変容を捉えるに際して、次の2つの視点が見受けられる。1つが、知覚や認識の形成プロセスを安定的なシステムとみなす視点である（図 2-2 a）⁸⁾。この視点からすれば、最終的な便益の形成は、連続的な認識の変化が積算された結果であるという理解になる。

もう1つが、知覚や認識の形成プロセスは必ずしも安定したものではなく、途中で転換することもありうるシステムであるとみなす視点である（図 2-2 b）⁹⁾。この視点からすれば、最終的な便益の認識は、安定的なシステムによる連続的な変化に加えて、システムの転換そのものによる不連続な変化をも反映した結果であるという理解になる。

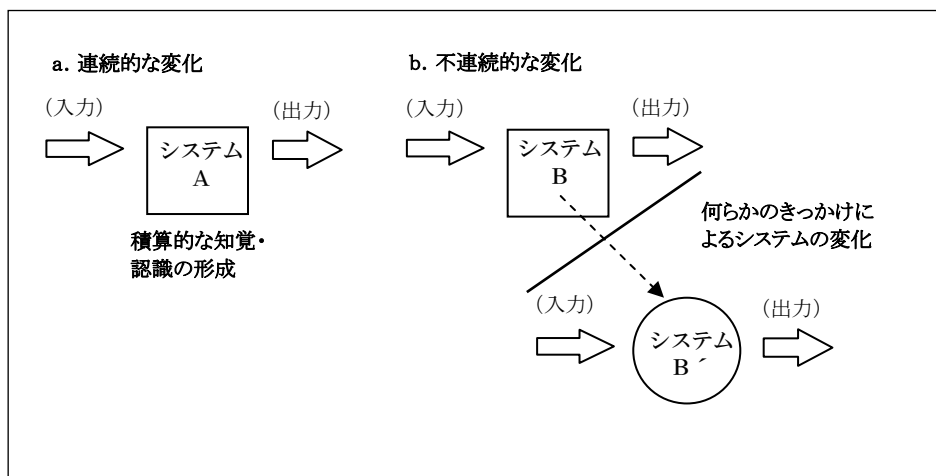


図 2-2. 連続的な変化と不連続的な変化のイメージ

2つの視点のいずれを前提とするかに応じて、分析枠組みの設計や解釈の方向は大きく変わることになるであろう。また、何より、実態を反映した前提による仮説や分析枠組みを設定していかねばならない。こうした観点からも、本稿では、質的データをもとに、知覚や認識の変化のありよう確認していく。

なお、この確認にあたっての「知覚や認識の変化」を捉えるコードとしては、本研究で仮説的に整理されている「情動（感情）」を捉える項目を使用していくこととする。本研究では、「情動（感情）」を大きく、次の2つの区分から捉えている¹⁰⁾。1つが、ポジティブな情動（感情）である。例えば、「共感」、「希望」、「喜び」、「愛情」がそれにあたる。もう1つが、ネガティブな情動（感情）である。例えば、「不快」、「不安」、「不信」、「緊張」、「落胆」、「恐怖」、「嫌悪」、「忌避（嫌って避けたい）」、「甘受（黙って受け入れる）」がそれに位置付けられている。本稿においても、ひとまず、これらの項目を「知覚や認識の変化」を捉えるコードとして想定しつつ、分析を進めていくこととする。

③医療サービスの提供プロセスにおいて、患者の知覚に影響を与える要素は何か。

第3が、医療サービス提供プロセスにおいて、患者の知覚の形成やその変化に影響を与える要素は何か、ということの確認である。

この点について、サービス・エンカウンター構成要素という視点からみれば、「医師」、「看護師」、「スタッフ」、「設備・環境」、「他の患者」を想定しうる¹¹⁾。患者の知覚や認識の形成に対し、これらの要因が実際にはどのように影響しているのか、この確認を行うことが1つの課題である。

もう1つの影響要因として考えられるのが「サービス品質要素」である。藤村（2011）では、患者における便益の知覚・認識に影響を与えるサービス品質要素を「外在的組織品質」、「外在的個人品質」、「物理的品質」、「相互作用品質」、「関係性品質」、「成果品質」の6つに整理したうえで（図2-3参照）¹²⁾、この6つの品質の影響度がサービス提供プロセスの段階に応じて変わること想定している。ここに想定されるようなサービス品質要素の影響がいかにみられるのか、また、その影響度がサービス提供プロセスの段階でどのように変化するかという検証は本研究の主要課題の1つとなるものである。本稿では、質的データにより、この仮説に関する検討を加えることとする。

| |
|--|
| <p>外在的組織品質：サービス組織のイメージ</p> <p>外在的個人品質：サービス組織に所属する個々のフルプロフェッションのイメージ</p> <p>物理的品質：サービス・デリバリー・システムの物理的特徴</p> <p>相互作用品質：従業員と顧客の相互作用過程で生み出される品質</p> <p>関係性品質：サービス・デリバリー・プロセスにおける従業員と顧客との関係に関わる品質</p> <p>成果品質：健康の回復、不快感や痛みからの解放など</p> |
|--|

図 2-3. 6つのサービス品質要素

（出所：藤村（2008）に基づき、筆者作成）

④医療サービスの提供プロセスにおいて、認識される便益とは。また、いかに遅延するのか。

第4が、医療サービスの提供プロセスにおいて、認識される便益とそれが発現するタイミングの確認である。まず、医療サービスが生み出す便益について、藤村（2013）は、「機能的便益」、「感情的便益」、「価値観的便益」の3つを挙げている。「機能的便益」とは疾病の身体的回復あるいは改善に関わる便益、「感情的便益」とは不安や恐れなどネガティブな情動の解消に関わる便益、「価値観的便益」とは生きることの意義や生き甲斐に対するポジティブな態度の形成にかかわる便益である¹³⁾。実際の医療サービスのプロセスの中で、これらの便益がどのように認識されるに至っているのかを確認することがここでの1つの課題となる。

もう1つの確認点は、こうした便益の発現が「遅延」するのかどうかである。「便益遅延型サービス」については、先に「便益が遅れて発現するタイプのサービス」として位置付けたところであるが、プロセス内においては、何らかの便益が同時に発現する場面もあることが想定される。こうした中で、実際に便益は「遅延」して発現するのか、また、「遅延」しているとすればどのような意味で遅延していると捉えられるのか、こうした確認を質的データにより行うことがここでの課題となる。

⑤医療サービスの提供プロセスにおける患者参加とは。また、参加意欲への影響要因とは。

第5が、医療サービスの提供プロセスにおける患者参加のありようと参加意欲への影響要因の確認である。本研究では、「便益遅延性」のために、目的とする便益（価値）が知覚できないことが患者の参加意欲を低下させるという仮説を想定しているが、この実態を確認することがここでの課題である。

具体的な確認点は次の2点である。1つは、目的とする便益（価値）が知覚できないことによって、参加意欲が低下しているのかどうかである。もう1つは、便益が遅延するにも関わらず、仮に、参加意欲が確保される、あるいは向上することがあるとすればそれはどういう場合かということである。

なお、「患者参加」として捉えられる具体的な行動形式については、いくつかのパターンが考えられる。本稿では、次の3つに区分してみていくこととする。第1は、医師や看護師から指示された範囲での「受身的な参加」である。例えば、「指示どおり薬をきちんと飲む」、「医師のいうことには、嫌なことでも黙って応じている」などである。第2が医師・看護師から指示されたことはきちんと守るとともに、自分からも積極的にコミュニケーションをとろうとする「積極的な参加」である。例えば、「自分の症状について自分から詳しく相談していく」、「治療の方針（方法）・薬の内容も納得のうえ、治療を受けている」などである。第3は積極的にコミュニケーションをとることはもちろん、それに加えて症状を改善させるための自主的な行動をとるような「非常に積極的な参加」である。例えば、「リハビリテーションのメニューを追加してもらってそれに取り

組む」、あるいは「病院の改善点について意見する」などである。

Ⅲ. 患者ヒアリング調査の実施概要とデータ分析方法

前章までに整理された問題意識と調査問題を検討していくにあたり、本稿では、2012年3～10月にわたって行われた患者ヒアリング調査によって収集されたインタビュー・データを分析していく。

以下、本章では、まず、今回行われた患者ヒアリング調査の実施概要を確認し、次に、本稿で採用する分析方法を提示する。そして、分析内容の記述に先立ち、本稿の分析に際して行った具体的な分析手続きや方法を整理しておく。

1. 患者ヒアリング調査の実施概要

調査目的と調査対象

本稿が今回分析の対象とするヒアリング調査は、本研究が課題とする「患者満足の測定尺度開発」及び「患者参加・サービス品質・患者満足の関連性」に関する検討にあたり、調査枠組みや仮説構築に向けた基礎資料を得ることを目的に実施されたものである。2012年3～10月にわたり、大阪厚生年金病院、香川大学医学部付属病院、坂出市立病院、清水病院、聖マルチン病院の5つの病院における入院患者及び外来通院患者を対象に実施された。

調査対象となった病院は、本研究プロジェクトへの調査依頼に対して、協力が得られた病院である¹⁴⁾。また、調査対象者については、各病院の医師及び看護師の協力のもとに、調査協力を得られる対象者の紹介を受けることにより選定された。

調査実施件数は合計で54件である（表3-1参照）。癌や怪我をはじめとした急性疾患、リウマチや糖尿病などの慢性疾患など、多様な症例の患者を対象にインタビューによる質的データの収集が行われた。

表3-1. 患者ヒアリング調査の実施概要

| 病院名 | 調査実施件数 | 調査期間 |
|-------------|--------|------------|
| 大阪厚生年金病院 | 10件 | 2012年7～10月 |
| 香川大学医学部付属病院 | 2件 | 2012年3月 |
| 坂出市立病院 | 38件 | 2012年4～7月 |
| 清水病院 | 2件 | 2012年3月 |
| 聖マルチン病院 | 2件 | 2012年8月 |

調査内容

ヒアリング調査は、インタビュー・ガイドを基にした半構造化インタビューの形式により行われた。インタビュアーは複数である¹⁵⁾。インタビュー・ガイドには、医療サービスに関する認識の変化や医療プロセスへの参加意識等を中心に大まかな質問が整理された（表 3-2）。ヒアリング調査は、このインタビュー・ガイドに基づきつつ、対象者が経験した医療サービス提供プロセスの内容や行動の状況、その中で感じた便益や感情の変化、そしてそれへの影響要因等を、インタビュアーとの自然な会話の流れの中で共有していくことを目標に進められた。

表 3-2. 「インタビュー・ガイド」の内容

これは、あなたやご家族が医療サービスを受けたときのことを思い出して、どのような気持ちであったかをうかがうものです。良い回答悪い回答はありませんから、ありのままのお気持ちを思い出してご回答ください。できればもっとも印象深いエピソードを思い出してご回答ください。時間制限としますので、長引いても 30 分前後で終わらせて頂きます。

- (1) この病院の医者、看護師、病院のスタッフ、医療施設、医療技術など印象深く感じたことはどのようなことでしたか。
- (2) 初めてこの病院に来る前と、来てから、また治療を受けている間に、この病院の医療サービスについての「評価（満足、不満足）」や「特に注意してみるようになった点」は変化しましたか。
- (3) 医療サービスについての評価の変化はいつ頃でしたか。そのきっかけ（エピソード）は何でしたか。
- (4) 医療サービスと他のサービス（たとえば、レストラン、ホテル）とでは、サービスについて違いがあると考えますか。
- (5) この病院にかかって、良かったと思っていることは何ですか。またあなた自身がどのように変わりましたか。
- (6) あなたは病気を治すために積極的に関わりましたか。具体的にどのようなことをしましたか。
- (7) この病院にかかっていて、自分自身が今どれくらい治ったと感じていますか。

2. 分析方法

以上のように収集されたインタビュー・データの分析を通して、前章に設定された調査問題を明らかにしていくことが以下での課題となる。この分析に際して、今回、基礎とする方法は、テキストデータ分析手法の 1 つとして、佐藤（2008）により「質的データ分析」として整理された分析手法である。

佐藤（2008）は、テキストデータの分析に際して、「定性的コーディング」及び「脱文脈化」と「再文脈化」を中心とした具体的な分析手法を提示している。「定性的コーディング」とは、「収

集された文字テキストデータに対して『コード』、つまりそれぞれの部分が示す一種の小見出しのようなものをつけていくこと¹⁶⁾である。また、「脱文脈化」とは、「特定のコードを割り当てた文書の部分を元の文脈から切り離した上で、データ分析を行うための素材ないし部品（セグメント）を作っていく作業」（セグメント化）¹⁷⁾である。そして、「再文脈化」とは、「いったん元の文書から切り離されたセグメントを何らかの基準に基づいて整理」し（データベース化、第1段階の再文脈化）、「それらのセグメントを新しい文脈の中に組み込んでストーリーを組み上げていく」（ストーリー化、第2段階の再文脈化）という作業となる¹⁸⁾。

この分析手法の特徴は、例えば、他の分析技法¹⁹⁾にみられるように、文書データ（質的データ）を分節や単語に切り分けて数値化するなどして一方向的に縮約する方法をとるのではなく、定性的コーディングによってデータの縮約を行うとともに、新たにストーリー化することで、オリジナルの文脈にも立ち返りつつ、行為や語りの意味を明らかにしていこうとする点にある²⁰⁾。

そして、佐藤（2008）は、この分析を実際に進めていく手法の1つとして「事例－コードマトリクス」という枠組みを提示している。「事例－コードマトリクス」とは、個別事例を横軸に、コードを縦軸にとることで構成されたマトリクスに、定性的にコーディングされた文書セグメントを位置付けていくことにより、全体のストーリーの構築を進めていこうとするものである（図 3-1 参照）。この考え方により、例えば次のような2つの傾向を避けることができるとされる。1つは、質的研究に陥りがちな、事例の特殊性に囚われて一般的なパターンを見逃してしまう傾向、もう1つは、少数の事例に基づく過度の一般化に陥る傾向である²¹⁾。

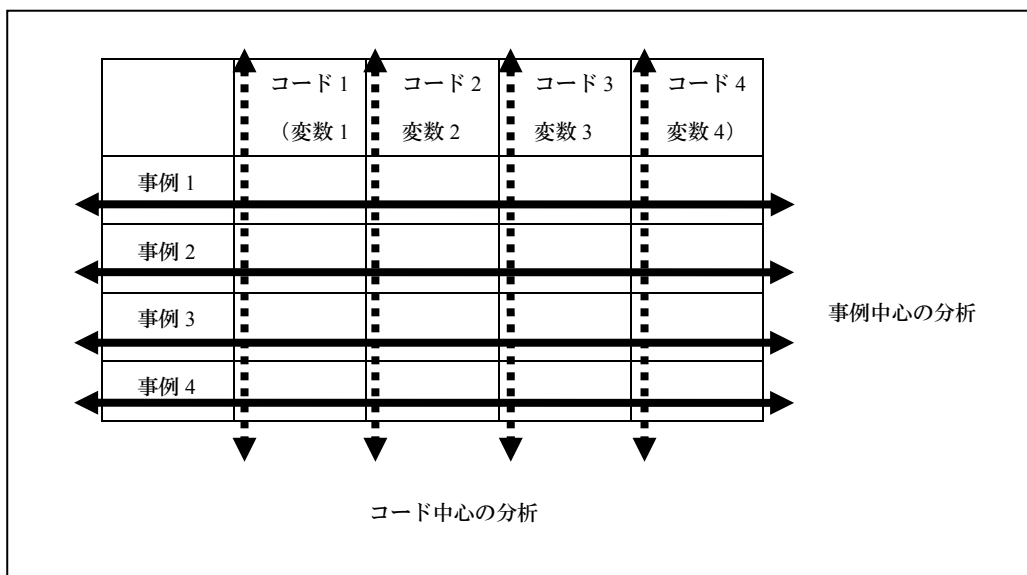


図 3-1. 事例とコードの両方に目配りした分析

（佐藤（2008）、71 頁をもとに筆者作成）

本稿の分析では、先に設定した1つひとつの調査問題の視点から、複数の、かつ個別性の高い質的データを読み解いていく作業が求められる。事例の特殊性に囚われる傾向や過度の一般化に陥る傾向を可能な限り排除しつつ、多くのデータを「縮約」と「文脈」の双方に目配りしながらの分析を試みるこの方法は、本稿の課題に対して親和性が高いものと捉えられる。

こうした検討を踏まえ、本稿におけるインタビュー・データの分析については、この「質的データ分析」の方法を採用し、検討を進めていくこととする。以下、節を変えて、本稿の分析において行われた具体的な分析手順等について整理しておく。

3. 本稿における分析手続きと方法

分析の基礎的な作業と方法

「質的データ分析」の枠組みに準じた分析を行っていくにあたり、まずは基礎的な作業が進められた。録音されたインタビューの音声データをテープ起こししたトランスクリプトの作成、そのテキストデータをもとにした定性的コーディング作業と文書セグメント化、そして、横軸に事例、縦軸にコードをとったマトリクスへの文書セグメントの位置付けの検討がそれである。また、それと同時に、テープ起こしされたトランスクリプトをあらためて確認することで、今回の分析の対象として妥当なサンプルを選定していくことが必要となる。

そして、こうした基礎的な作業のもとに、「事例－コードマトリクス」の枠組みにおいて分析を進め、再文脈化していくことがこの方法の目指すところとなる。この分析として、本稿では、2つの側面から、再文脈化あるいはストーリー化としての記述を行っていく。1つがマトリクスの横軸に位置付けられた個別事例の記述、もう1つは、マトリクスの縦軸として位置付けられたコード別の記述である。

以下、それぞれの記述に先立ち、分析対象とするサンプルの選定の方法、定性的コーディングと文書セグメント化の方法、そして、事例記述とコード分析の記述に際してとられた手続きや方法を確認しておく。

分析対象とするサンプルの選定

前節で確認したとおり、今回のヒアリング調査は、半構造化インタビュー形式で行われた。この形式の特徴は「比較的オープンに組み立てられた、回答の自由度の高いインタビュー」²²⁾ という点にある。この特徴が生かされたインタビューが実現していれば、単にインタビュー・ガイドに設定された設問に対する一問一答型の回答を得るというだけでなく、会話としての対象者の自発的な発話において、思いやものの見方を共有したうえでのデータを得ることが期待される²³⁾。一方で、今回の考察にあたっては、対象者の発話において、定性的コーディングや文書セグメント化、そして、脱文脈化と再文脈化に耐えうるデータとなっていることが求められる。すなわち、

分析の対象とするデータの性質としては、できる限り、上記にみたような会話や発話が実現しているデータであることが望まれることになる。

また、データの内容としては、本稿の調査問題、すなわち、医療サービスの提供プロセスにおける経験と其中で知覚された便益や生じた感情、そしてそれへの影響要因等、本稿の調査問題に関連したコーディングが一定程度は実現し、脱文脈化から再文脈化への作業が見込めるデータであることが求められる。

本稿では、この2つの狙いが可能な限り実現しているサンプル、すなわち、第1に、対象者の自発的な発話を軸とした語りが実現していること、第2に、1つの経験を中心に時間経過における患者の認識の形成や変化におけるコーディングが可能となっていること、以上を基準に、トランスクリプトの内容を確認することで、分析対象とするサンプルを選定した。この結果、今回は、全54件中、6件の事例を対象として選定することとした。

定性的コーディングと文書セグメント化

次に、事例分析やコード分析の前提となる定性的コーディングとセグメント化についてであるが、定性的コーディングには2種類のアプローチがある。1つが、文章テキストそれ自体のなかからコードを立ち上げて徐々に研究者コミュニティの言語に翻訳していく「帰納的アプローチ」、もう1つが、何らかの理論的前提をもとにしてコードを作成してそれを資料に当てはめていく「演繹的アプローチ」である²⁴⁾。

本稿の場合、前章の調査問題の設定において、いくつかの仮説枠組みが示されている。このため、定性的コーディングにあたっては、ひとまずは、演繹的アプローチを採用することとする。すなわち、調査問題の検討において仮説枠組みとして提示された諸概念をコードとして使用しつつ、脱文脈化と再文脈化を試みていく。

なお、調査問題の検討過程において整理したコードはあくまでも仮説枠組みである。演繹的アプローチを取るにおいても、例えば、「ただ、機械的にコードを当てはめていく」ものではない。仮説枠組みとして提示された諸概念をコードとして使用しつつも、例えば、より妥当性が高いと思われるコードへの変更や新たなコードの付与の可能性、あるいは、該当する事象がない場合には、その「欠損」自体を意味あるものとして捉えたうえでの枠組みの再検討など、帰納的な発想を織り込みながら分析を試みていく²⁵⁾。

事例分析としての記述の手続き・方法

以上の基礎的な作業のもとに、分析として、事例記述とコード記述を行っていくこととなる。まず、事例分析としての記述においては、インタビュー・データを経時的なプロセスによって再文脈化することを試みる。インタビューでは、様々な事項が様々な順序で語られるが、この語り

をひとまず時系列のプロセスでセグメント化し、それを段階順に再文脈化することで、基礎とするストーリー化を行うことを試みる²⁶⁾。

そして、この経時的なプロセスによって再文脈化されたストーリーをもとに、調査問題として整理した仮説と諸概念をコードとした解釈を加えていく（あるいは再文脈化していく）ことで、個別事例の特徴の分析を試みる。このような手順により、横軸となる個別事例の視点から、調査問題に関する確認を行っていくこととする。

コード分析としての記述の手続き・方法

次に、コード分析としての記述においては、事例記述を基礎としつつ、5つの調査問題に設定された仮説あるいは諸概念をコードとした記述を試みる。各事例の構成要素を縦軸となるコードの視点から統合的にみとめることで、本稿に設定した5つの調査問題に対する確認を行っていくことが、ここでの目的となる。

以上の整理に基づき、以下、第4章では事例分析の記述、第5章においてコード分析の記述を行う。そして、第6章では本稿の結びとして、インプリケーションと今後の課題を提示する（以下、次号に掲載予定）。

【追記】（※後編と共通）

本稿の作成にあたり、大阪厚生年金病院、香川大学医学部付属病院、坂出市立病院、清水病院、聖マルチン病院の関係者の方々には、インタビューをはじめ貴重なご協力を頂きました。ここに記して感謝申し上げます。なお、本稿にありうべき誤謬はすべて筆者に帰すべきものである。

また、本稿は、独立行政法人科学技術振興機構「問題解決型サービス科学研究開発プログラム」（平成23年度採択事業）による助成を受けて作成されたものである。

注釈

- 1) 本稿は、独立行政法人科学技術振興機構社会技術開発センター「問題解決型サービス科学研究開発プログラム」平成23年度採択事業（平成23年10月～平成26年9月）による研究プロジェクト「医療サービスの便益遅延性を考慮した患者満足に関する研究」（研究代表：香川大学経済学部藤村和宏教授。以下、「本研究」という）の一部である。以下の本稿の議論は、本研究プロジェクトにおいてなされてきた議論やその中で得られた知見に依拠しつつ、本稿の課題からの整理・検討を試みるものである。
- 2) 「便益遅延型サービス」について、より詳細には、「サービス・デリバリー・プロセスが展開される時間とサービスの便益としての変化（結果・効果）の終了時点との間に時間的ずれが生じるサービス。すなわち、デリバリー・プロセスが終了してからもデリバリーされたサービスが作用し、変化が継続して続くようなサービス」というように説明されている（藤村（2008）、12頁）。

なお、ここで「サービス」とは、「消費によって享受することが期待されている便益としての変化を導く、生産活動の集合体」と定義されている（藤村（2008）、4頁）。この定義は、モノとの違いを「便益の実現の仕方」の違い、すなわち「サービス消費では便益としての変化を導く活動自体が提供されるのに対して、モノ消費では便益としての変化を導く活動が物理的特性に内蔵されて提供されるという点に違いがある」という視点から理解しようとする定義である。このため、この視点においては、サービスの特徴として、特に「デリバリー（生産・提供）と消費が同時に行われ」、「変化という便益はサービス組織と顧客との協働によって生み出される」という点が強調されることになる（同上）。

- 3) 教育サービスや医療サービスの便益の認識問題を、本稿では一貫して、「遅れて認識される」という視点から捉えようとしているが、これらのサービスの特徴となる評価の難易度については、従来より、経験属性あるいは信頼属性の高さという観点からも説明されてきたものである（Zeithaml (1981)、等）。特に、後者（信頼属性）においては、選択後あるいは消費後においてすら評価が困難であることが強調される。こうした属性による説明と「遅延性」による説明との異同や概念間の関連については、あらためて整理が必要であろう。

また、「遅延」という語を使用しているが、この前提として「実体としての便益」を想定しているものではない。これらの点も含めて、「遅延性」概念の整理については、別途あらためて行うこととしたい。

- 4) もちろん、こうしたサービス提供の特質や課題は、古くから意識されてきたものといえよう。例えば、「若い時には苦勞を買ってでもせよ」や「良薬は口に苦し」など類する多くの格言や諺がある。それは「苦勞や努力」や「苦い薬」こそが将来の便益につながることを示すものである。それと同時に、本稿の視点からすれば、逆に、古くから、先の便益を見越して苦勞や努力をすることや苦い薬を飲むことへの動機付けがいかに困難な課題として認識されてきたのかが窺い知れるのもであるとも言えよう。
- 5) 藤村（2008）、12-15頁を参照。藤村（2008）では、「便益遅延性」に起因してもたらされる課題として「便益遅延性をもたらす品質評価と顧客満足の歪み」、「顧客の参加抑制がもたらす品質評価と顧客満足度の歪み」というように捉えている。なお、藤村（2008）がその枠組みに明確に取り入れているように、医療サービスには、「専門サービス」としての特質が併存する。但し、本研究では、ひとまず、「便益遅延性」に焦点を絞り、検討を進めていくこととする。
- 6) 特に、経験属性や信頼属性の高いサービスにおいて、そのクオリティ・コントロールを困難にさせる要因の一つとして、「顧客関与」が挙げられてきたところである（例えば、Lovelock et al.(2002)、など参照）。なお、この視点からすれば、「顧客関与」は、経験属性や信頼属性の高いサービスの特徴として現れるこの特質をいかにコントロールするのかという直接的なマネジメント課題になると同時に、そもそもこの議論の前提となっていたはずの「サービスの経験属性や信頼属性の高低」そのものを形成する要因としても立ち現われることになる。本稿では、ひとまず、前者の観点を中心とした課題設定を行うが、課題の整理にあたっては、後者の視点も交えた検討が求められると言えよう。この点については、別途、検討することとしたい。
- 7) 7段階の区分については、本研究プロジェクトにおける議論で検討し、『医療サービスにおける満足度調査』（質問票・2012年12月実施）において使用されたものである。
- 8) こうした視点は、本研究プロジェクトにおける議論の中で、主に工学分野の研究視点から提示されたものである。
- 9) 例えば、サービス・マネジメントの領域において、従来からその重要性が強調されてきた「真実の瞬間」という捉え方は、この視点に立つものであろう（Normann (1984) 等、参照）。また、サービス・マーケティング

ング研究においては、サービスに対する満足／不満足を決定的に決定づけた「重要な出来事（Critical Incident）」を想起することで、その原因や発生プロセスを明らかにしようとする方法として、CIT（Critical Incident Technique）を用いた調査研究も進められてきている（藤村（2008）、15-16頁）。

- 10) 以下に例示している情動（感情）項目については、本研究の議論で整理され、『医療サービスにおける満足度調査』（質問票・2012年12月実施）において使用されたものである。これらの情動（感情）項目の捉え方については、藤村（2009）での調査分析でもそうであるように、本研究プロジェクトにおける議論の中では、大きくポジティブな情動（感情）とネガティブな情動（感情）の2つに区分して捉える視点が基本とされている。なお、この内の「甘受」について、「受容・許容」という観点から、ポジティブとネガティブの中間に位置付けられるような性質を示す可能性も想定しうる。（こうした捉え方については、Oliver and Swan (1989) 参照。そこでは、甘受（contentment）は満足モードの1つとされている）。本稿では、こうした想定も踏まえつつ、分析を進めていくこととしたい。

また、ここで、「知覚」を捉えるコードとして、本稿では、情動（感情）項目を用いるが、この理由は、「満足／不満足」の代替指標に近いものとして使用しうるとの理解による。情動（感情）項目はプロセス中のその場で直接的に示され得るものであり、プロセス内の「知覚」のありようとその変化を確認するにあたっては、より妥当な指標であると考えられる。このことから、本稿では、この項目を使用することとしたものである。但し、本稿においても、「ポジティブな情動（感情）が満足につながり、ネガティブな情動（感情）が不満足につながる」といった単線的な理解を前提にしているものではない。例えば、藤村（2009）は「病院の場合には、ネガティブな情動（感情）のみが患者満足に影響を及ぼす傾向がみられる」という分析結果や（同、167頁）、またあわせて、「認知的満足の形成過程と情動（感情）的満足の形成過程にはどのような関係があるのかについてはまだ明らかにされていない」（同、171頁）という点を課題として提示しているが、本稿においても、この課題認識を共有するものである。

- 11) サービス・マーケティング研究の領域では、サービス・エンカウンターにおける構造を視覚的に示す枠組みの1つとして、サーバクション（Servuction: Service Production）・フレームワークが提示されている（Langeard et al (1981)）。本稿では、この枠組みを参照し、サービス・エンカウンターでの可視的要素として示される「顧客接点の従業員」、「物的な環境」、「他の顧客」を医療サービスに適用することで、本文にある5つの要素を想定することとしたものである。
- 12) 藤村（2008）では、既存のサービス・マーケティング研究のサーバイにより、専門サービスの品質構造に関して既存研究が提示しているモデルの整理を行っている。その中で、サービス品質を部分品質に分解し、サービス提供プロセスとサービス提供終了後の品質評価を考慮に入れるとともに、サービス代替案の選択行動も考慮している点で Lehtinen and Laitamaki (1989) のモデルを評価している。本研究で使用されているモデルは、主として彼らのモデルをベースとしつつ、便益遅延性に焦点を当てることで検討されたものであると捉えられる。
- 13) 藤村（2013）では、より具体的に、次のように整理されている。「機能的便益」とは、疾病によって生じる健康度の低下を患者が望む元の状態に戻すこと（健康度の回復）である。「感情的便益」とは、疾病は身体的な健康度の低下に伴って心理的な健康度の低下ももたらすが、この心理的健康度の維持・回復のことである。そして、「価値観的便益」とは、医療サービスは必ずしもすべての身体的な健康度の低下を回復できるわけではなく回復が不可能な疾病、部分的にしか回復できない疾病、あるいは後遺症や手術痕が残る疾病もあることから、それらに対応できるように疾病や治療に対する認識・姿勢のポジティブな変化をもたらすような便益のことである。

- 14) 今回の調査では、調査実施時点において、本研究プロジェクトへの調査依頼に対し、協力が得られた5つの病院を対象としたものである。調査の実施に際しては、各病院における倫理委員会で調査実施の承認を受けた後に、ヒアリングの対象者の仲介や紹介等、それぞれの病院の医師や看護師の協力を得る手続きがとられている。
- 15) インタビューは、本研究プロジェクトの研究開発実施者（研究組織メンバー及び調査委託関係者）によって行われた。病院内の会議室等において、1名から2名のインタビュアーが1人の調査対象者（患者）に対して、直接に聞き取りを行うという形式で実施された。
- 16) 佐藤（2008）、34頁。
- 17) 佐藤（2008）、46頁。
- 18) 佐藤（2008）、48-53頁。
- 19) 佐藤（2008）は、ここに言う他のタイプの方法として、「質的コウディング」、「内容分析」、「テキストマイニング」「KJ法」を挙げている（同 53-56頁参照）。
- 20) 佐藤（2008）、56-57頁。
- 21) 佐藤（2008）、59頁。
- 22) Flick (2007), pp.180-181 等を参照。
- 23) 換言すれば、「相互行為を通してうまく構築されている」データということになる。インタビューで行われた「語り」について、例えば、「かならずしも語り手があらかじめ保持していたものとしてインタビューの場に持ち出されたものではなく、語り手とインタビュアーとの相互行為を通して構築されるものである」（桜井（2002）、28頁）といった見方がある。本稿においても、基本的はこうした性質のものであるとして、インタビューの内容を理解している。その他、Holstein and Gubrium (2004)など参照。
- 24) 佐藤（2008）、96頁。
- 25) 佐藤（2008）、106-107頁。
- 26) なお、「7つの段階」については、医療サービスのプロセス全体を捉えようとしたものである。このため、インタビューにおいては、これら全ての段階が反映されていることを前提とするものではない。このため、語られなかった段階は、それとして意味を持つ欠損として扱われることになるのは、上述のとおりである。この観点からすれば、医療サービスのプロセスを振り返った語りの中で、どの段階が強調されるのかがここでの確認の一つの焦点となる。

引用文献（※後編と共通）

- 桜井厚（2002）『インタビューの社会学－ライフストーリーの聞き方』、せりか書房。
- 佐藤郁哉（2008）『質的データ分析法 原理・方法・実践』、新曜社。
- 藤村和宏（2008）「便益遅延型専門サービスの消費における顧客満足問題～医療サービスをケースとして考察～」、『香川大学経済論叢』第81巻第1号、1-62頁。
- 藤村和宏（2009）『医療サービスと顧客満足』、医療文化社。
- Flick, U. (2007), *Qualitative Sozialforschung*, (ウヴェ・フリック『新版 質的研究入門－〈人間の科学〉のための方法論』、小田博志監訳、小田博志・山本則子・春日常・宮地尚子訳、春秋社、2011年)。
- Holstein, J.A. and J.F.Gubrium (2004), *The Active Interview*, (ジェイムズ・ホルスタイン、ジェイバー・グブリアム『アクティブ・インタビュー－相互行為としての社会調査』、山田富秋・兼子一・倉石一郎・矢原隆行訳、せりか書房、2004年)。

- Langeard, E., J.E. Bateson, C.H. Lovelock and P. Eiglier (1981), *Service Marketing: New Insights from Consumer and Managers*, Cambridge, MA: Marketing Science Institute.
- Lehtinen, U. and J.R. Laitamaki (1989), "Application of Service Quality and Service Marketing in Health Care Organizations," D.T. Paul (ed.), *Building Marketing Effectiveness in Healthcare*, Proceedings Series, American Marketing Association, pp.45-48.
- Lovelock, C.H. and Wright, L. (1999), *Principles of Service Marketing and Management*, (クリストファー・ラブロック、ローレン・ライト 『サービス・マーケティング原理』、小宮路雅博監訳、高畑泰・藤井大抽訳、白桃書房、2002年)。
- Normann, R. (1984), *Service Management: Strategy and Leadership in Service Businesses*, (リチャード・ノーマン 『サービス・マネジメント』、近藤隆雄訳、NTT出版、1993年)。
- Oliver, R.L. and J.E. Swan (1989), "Consumer Perceptions of Interpersonal Equity and Satisfaction in Transactions: A Field Survey Approach," *Journal of Marketing*, Vol.53, pp.21-35.
- Zeithaml, V.A. (1981), "How Consumer Evaluation Process Differ between Goods and Services," Donnelly, J.H. and W.R. George (eds.), *Marketing of Services*, Proceedings Series, American Marketing Association.

引用資料（※後編と共通）

- 藤村和宏 (2011) 「医療サービスの便益遅延性を考慮した患者満足に関する研究—全体研究開発計画書」(2011年9月27日、社会技術振興機構・社会技術研究開発センター提出資料)。
- 藤村和宏 (2013) 「進捗報告 医療サービスの便益遅延性を考慮した患者満足に関する研究」(2013年7月29日、社会技術振興機構・社会技術研究開発センター報告資料)。
- 質問票『医療サービスにおける満足度調査』(2012年12月実施)