

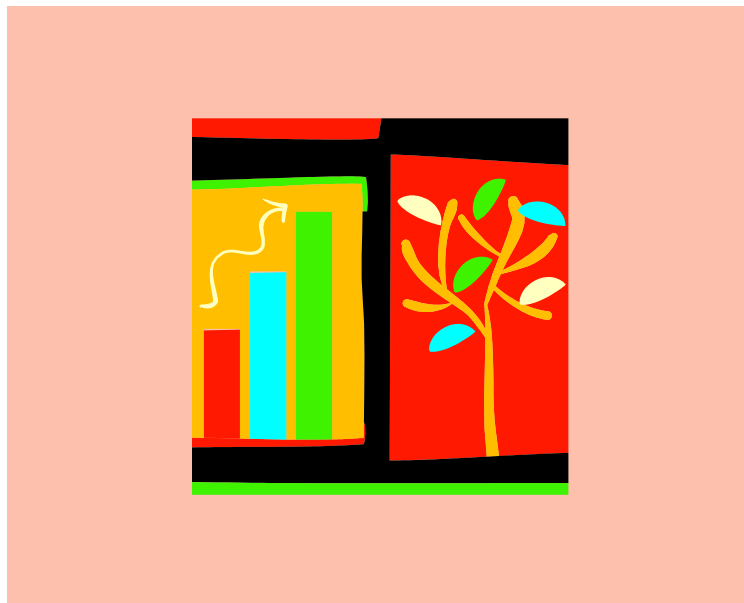
経済産業省サービス産業人材育成事業

平成 18 年度事業者公募資料

医療経営人材育成テキスト[Ver. 1.0]（中間案）

- 4 -

マーケティング



医療経営人材育成事業ワーキンググループ作成

テキスト全体構成



目次

序文.....	9
1. 効果的なマーケティング・コミュニケーションとは	9
2. 顧客志向の醸成はいかにして図るべきか.....	10
第1章 マーケティングの基本理解.....	12
第1項 医療機関経営におけるマーケティングの重要性.....	12
1. 患者に基軸をおいた医療機関を取り巻く環境変化.....	12
1) 患者の権利意識の顕在化がパターンリズムを否定している.....	12
2) 医療従事者と患者の情報格差はまだ埋まってはいない.....	13
3) 患者による医療機関選別の進行と経営への影響.....	13
2. 医療機関におけるマーケティングの重要性.....	15
1) 広報・広告とマーケティングとの違い.....	15
2) 医療機関にとって、なぜマーケティングが重要になってきたのか.....	17
第2項 マーケティングの一般的フレームワーク.....	18
1. マーケティングの考え方.....	18
1) 事業活動における位置づけ.....	18
2) マーケティング用語の定義.....	19
顧客.....	19
ニーズ.....	19
ウォンツ.....	20
ロイヤルティ.....	20
価格.....	20
3) マーケティングの役割の変化.....	20
2. マーケティング・マネジメント.....	21
1) マーケティング・プロセス.....	21
環境分析と市場機会の発見.....	22
マーケティング目標の確認.....	23
市場細分化.....	23
ターゲット市場の選定.....	24
ポジショニング.....	25
マーケティング・ミックスの策定.....	26
マーケティング施策の実行.....	26
第2章 マーケティングの理論.....	28
第1項 サービス・マーケティングの基本的理解.....	28

1. サービスの考え方	28
1) サービスの特性	28
無形性	28
同時性	29
異質性	29
消滅性	29
2) サービスの分類	30
サービス特性による基本的な分類	30
3) サービス・コンセプト	32
2. サービスにおける顧客と従業員の関係	34
第2項 消費者行動の理解	36
1. 顧客によるサービスの認識	36
1) 消費者行動モデルからわかること	36
2) サービスの評価	37
サービスの評価も顧客しだい	37
サービス評価の手法	38
経営の評価	40
3) 消費者アンケート調査の方法	40
4) 顧客満足度調査の実際	41
2. 顧客ロイヤルティの構築	42
1) 顧客との関係の構築と維持	42
2) 適切な顧客選定	43
3. 苦情への対応	44
1) 顧客の苦情の意義	44
サービス・エンカウンター	44
「真実の瞬間」	45
サービスの失敗に対する顧客対応	46
苦情を申し立てる顧客の特性	47
苦情申し立てに影響する要因	47
2) サービスの修復	47
困惑と犠牲	48
効果的なサービスの修復	48
3) サービス保証制度	49
第3項 マーケティング・ミックスの理解	51
1. サービスの設計	51
1) サービス計画の手順	51

2) サービス供給拠点の設計.....	52
3) サービスの中心的要素と補足的要素	52
アンケートに見る患者の評価要素	53
4) ブランド・マネジメント.....	54
2. サービスの価格とコスト	55
1) 患者から見た医療機関の価値	55
2) 総顧客価値と純顧客価値.....	56
3) 需要の価格弾力性	57
4) 価格設定手法.....	58
価格設定戦略	59
3. マーケティング・コミュニケーション	60
1) マーケティング・コミュニケーションの定義.....	60
2) マーケティング・コミュニケーションの役割.....	61
象徴による倶視化.....	61
顧客教育	62
需要と供給の管理.....	62
職員行動の方向付け	62
3) 内部コミュニケーションの役割.....	62
内部コミュニケーションの定義	62
内部コミュニケーションの目的	63
4) コミュニケーションの倫理性	63
5) メッセージの選択	63
コミュニケーションの目標設定	63
コミュニケーション計画の内容.....	64
6) マーケティング・コミュニケーション・ミックス	64
人的コミュニケーション	65
非人的コミュニケーション	65
7) メディアの選択と統合的コミュニケーション.....	66
第3章 医療機関経営におけるマーケティング戦略の実際.....	68
第1項 医療サービスにおけるマーケティング環境と事業のあり方.....	68
1. 成長と競争をめぐる考え方	68
1) マーケティング視点からの医療の特性（医療経済を規定する要因）	68
患者・医療従事者間における情報の非対称性	68
疾病の発生と経過に関する不確実性.....	68
外部性（外部経済）と福祉的役割	69
2) 成長と競争をめぐる議論.....	70

成長に関する議論.....	70
競争に関する議論.....	70
2. 医療サービス市場の理解.....	71
1) 顧客としての患者理解.....	71
患者ニーズを理解する.....	71
患者満足と顧客ロイヤルティ.....	72
第2項 医療サービスにおけるマーケティング・マネジメント.....	74
1. 医療サービスにおけるマーケティング・ミックスの特性.....	74
1) 患者と医療機関をつなぐマーケティング.....	74
2) サービスの設計.....	74
3) サービス供給拠点.....	75
サービスと立地.....	75
診療圏分析の方法.....	75
4) サービス価格.....	76
自費診療領域における価格設定.....	76
特定療養費(健康保険法第86条).....	77
5) 医療サービスにおけるマーケティング・コミュニケーション.....	77
パブリック・リレーションズの重要性.....	78
ウェブマーケティングの活用.....	79
パブリシティの活用.....	79
2. 医療サービスにおけるマーケティング・コミュニケーションの実際.....	80
1) 患者・家族に対するコミュニケーション.....	80
カルテ開示について.....	81
2) 職員に対するコミュニケーション.....	81
3) 保険者に対するコミュニケーション.....	81
4) 地域社会に対するコミュニケーション.....	82
5) 医療従事者の患者コミュニケーション力の向上.....	83
6) コミュニケーションに関わる組織のあり方.....	84
第4章 医療機関経営におけるマーケティングの今日的課題.....	86
第1項 地域医療連携におけるマーケティング.....	86
1. 地域連携のマーケティング戦略.....	86
1) 地域医療連携のステークホルダー.....	86
前方連携のステークホルダー.....	87
後方連携のステークホルダー.....	87
2) 地域連携のマーケティング戦略.....	87
外部環境分析.....	87

内部資源分析	88
市場の細分化、ターゲティング、ポジショニング	88
2. 地域連携のマーケティングの実践	89
前方連携 - 紹介患者の受け入れ -	89
後方連携 - 患者送り出し -	90
地域医療連携室の役割	90
第2項 予防医療におけるマーケティング	92
1. 社会環境の変化と医療機関の役割	92
1) 治療ニーズの変化	92
生活習慣病の増加	92
個人支払いの拡大	92
ヘルスリテラシーの格差	94
2) ヘルスプロモーションにおける医療機関の役割	94
健康増進活動の拠点としての医療機関	94
2. 患者を中心としたコミュニケーションの確立	95
1) 医療機関における効果的なヘルスコミュニケーション	96
健康教育	96
プッシュ・マーケティングとプル・マーケティング	96
アクセシビリティ	96
患者コミュニティの活用	97
第5章 事例	98
第1項 けいじゅヘルスケアシステムの患者・利用者志向経営	98
特別医療法人財団董仙会 恵寿総合病院	98
1. 要約	98
2. けいじゅヘルスケアシステムの概要	98
3. 事業環境とマーケティング戦略	99
4. けいじゅヘルスケアシステムの取り組み	100
5. 患者・利用者との関係構築・維持における取り組み ~コールセンターの創設~	100
6. 地域医療機関との連携強化における取り組み ~インターネットを經由したカルテ情報の共有~	102
7. マーケティング戦略を具現化するための内部体制の整備	102
8. 患者・利用者志向経営の更なる発展	103
第2項 地域医療連携を軸にしたマーケティング戦略	105
社会福祉法人恩賜財団 済生会熊本病院	105
1. 要約	105
2. 病院概要	105

3. 連携強化の初段階	107
4. 競争と協働	108
5. 機能分化と個としての魅力の発揮	108
6. 地域医療連携の発展の可能性	109
参考文献	110

序文

1. 効果的なマーケティング・コミュニケーションとは

当院は地方都市に位置し、約 50 床を有する医療法人立の専門病院である。専門性の高さを誇り、集患力は近隣の競合病院と比較して相対的に高いが、ここ数年患者数が伸び悩んでいるため広報を見直すことを考えている。医療機関においても宣伝が重要だということはわかっているが、実際にできる広告は限られている。当院では駅看板、タウン誌、時刻表、地元のラジオ番組、国道沿いの立看板、タウンページへの広告出稿を毎年継続しており、ときには患者向けの雑誌にも広告を掲載している。ところが、初診者にどうやって当院を知ったかについて聞くと、これらの広告を挙げる人は少なく、他院からの紹介か知人からの情報が大半を占めている。3 年前からホームページも作っているが、ホームページを見たという人はたいてい他の情報源にも丸をつけている。

そうした中で最近、新規患者が減っているような気がする。中でも遠方からの来院患者が減っているのではないかと思える。きちんと分析したいのだが、患者情報として住所を入れているレセコンは、2 カ月来院していない患者を新患扱いにしているので、実際に新規の患者なのか久しぶりに通院した患者なのかが区別できない。また、その患者がどうして当院を知ったかはカルテを見ないとわからないので、とてもそんな分析をしている時間はない。

紹介してくれた医療機関に対しては、必ず患者のその後の経過などを伝えているし、可能な限り逆紹介もしている。盆暮れの付け届けもしているし、診療所等との関係は、特に問題ないと考えている。

専門病院ということで診療圏は広くとらえているが、前述の広告はほとんど地元向けのものである。とはいえ広域の広告は費用も高く、効果が見えない状況ではなかなか思い切って支出する気にはなれない。

ホームページは地元の業者に頼んで作ってもらったが、その後更新できていない。職員に得意な者がいないので、何か変更しようと思ったら毎回業者に頼むことになる。

広告料金だけで年間 1,500 万円かかっているのも、もしあまり効果がないなら広告をやめて、他の用途に予算を回したほうがいいのではないかと考えている。しかし、ずっと継続しているものをやめると、他院や業者から経営が悪化したのではないかとと思われるという危惧もある。

マーケティング活動が重要という話はよく聞くが、だからと言って何をどうすればいいのかわからない。

2. 顧客志向の醸成はいかにして図るべきか

当院は地方中核都市に位置する 500 床台の市立病院である。外来棟は 5 年前に建替えたので比較的新しいが、入院病棟が古く評判が悪い。旧棟にある食堂は古臭く、また売店も品揃えが少ないので、職員は病院を出て 5 分ほどのコンビニまで弁当を買いに行っている。市街地にあり敷地が狭いため、駐車場は周辺相場で料金を取っているが、外来時間は常に列が出来てしまう。

近隣の民間病院は患者サービスに力を入れていて、新聞のランキングにも名前が挙がっている。最近は大学病院も患者対応を改善してきており、当院としても何か対策を取らなければならないだろうと考え、今年はじめに外来と入院の患者アンケートを実施した。建物が古いとか駐車場が狭いなどという不満が出るのがわかっているので、意図的に質問項目に入れなかった。すると多かった不満は、外来の待ち時間が長くて予約通りの時間に受診できないことと、看護師や事務職員の対応が悪いというもので、なかにはそうした職員を名指しする回答もあった。一方で看護師や医師の対応については「非常に良い」という意見も結構あるので、患者との相性や患者の理解不足があるのだと思う。ほかには、食事の時間を遅くしてほしいとか、院内でくつろげる場所がほしいなどの意見もいくつか見られた。

アンケート結果についてはグラフでわかりやすく表示して院内報に載せた。院内報は外来にも置いているので、患者にも伝わっているはずである。自由記入欄に書かれた意見は似たような内容をまとめて掲載したが、職員名は伏字にした。また、対応についてはすぐに回答できないものも多いので掲載せず、結果のみを掲載した。

アンケートを実施して思ったが、患者本位、患者満足の向上といっても、患者が必ずしも事情を理解しているわけではないので、希望をそのまま受け入れることはできない。患者の意見を聞くといってもそれぞれ事情が異なり、誰の意見をどのように取り入れればよいかの判断が難しい。

2005 年の民間の調査¹によると 71.8%の医療機関が、事業の再構築のために「必要であるが不足している知識・ノウハウ」としてマーケティング・スキルを挙げている。マーケティング・スキルにかかる期待は高く、収支改善のため(68.5%)にも、質管理のため(63.2%)にも必要であるが不足していると考えている。

その反面、マーケティングとは何のためのもので、何を行うことなのか具体的にイメージできていない方も多いのではないだろうか。マーケティングとは、最初の例で見るように単に広告宣伝を意味することではない。患者満足度調査は重要なマーケティング活動のひとつであるが、それを行って院内報に掲載しても、何の解決にもならない。顧客は贅沢

¹ 三菱総合研究所が 2005 年 3 月から 5 月にかけてウェブ及び調査票形式で実施。回答施設数 508

を言うものだ。わがままなニーズを持っている。そのニーズにいかに応えられるか、さらに、顧客が意識していないニーズを掘り起こし、それに応えられるかで、マーケティング戦略の善し悪しは計られるものである。マーケティングの主体は顧客である。顧客価値を高めるために、どのような戦略を実行できるのか。そこで実行すべき戦略こそが、マーケティングであるといえる。

ここでは、特にサービス業におけるマーケティングの考え方を学び、医療機関においてどのように適用できるかを考える。

第 1 章 マーケティングの基本理解

第 1 項 医療機関経営におけるマーケティングの重要性

1. 患者に基軸をおいた医療機関を取り巻く環境変化

1) 患者の権利意識の顕在化がパターンリズムを否定している

物的に充足した成熟社会において、「生活の質」の向上が求められるようになってきた。急速に生活者意識が高まってきたことで、生活者と企業などとの情報格差も急速に縮まっている。こうした傾向は医療現場においても例外ではなく、従来とは比較にならないぐらい患者の権利意識が高まっている。

その顕著な例を医療訴訟の件数の増加にみることができる。1993年には442件だった医療関連訴訟の新受件数は、2003年には987件と2倍以上に増加した²。その理由として、医師は「患者意識の変化」や「患者と医師との信頼関係の低下」を挙げている一方、国民は「患者と医師との信頼関係の低下」は同じだが、「医師や医療機関の対応の悪さ」を第一に挙げている³。医師および医療機関と、患者を含む国民との関係に生じているこうした大きな変化に医療機関は的確に対応していかなければ、長い目で見て患者から手痛いしっぺ返しに医療機関に跳ね返ってくることになるであろう。医師および医療機関には、従来のパターンリズムにのっとりた医師 患者関係とは異なる患者との関係構築が求められているのである。

パターンリズムとは、「行為させる者」と、「行為させられる者」が同一ではなく、ただその行為が善意によって裏づけされていることを言う。元々の意味からすれば、親が子供に注ぐ愛情に裏づけされたケアがイメージされる。医療現場に照らせば、患者の意思と医療行為者の意思は同一であるとみなされ、患者の医師に対する全幅の信頼、つまり善意を基礎に医療行為が行われることを指す。このパターンリズムは近年、大きな批判の的になっている。それは、医療現場においても患者主体の個人主義が台頭してきたからだ。そこで問われているのは、患者が自分の意志を医療者に代理させることを認めないという「患者自身の意思の尊重」である。患者側が考える「医療者の善意」が、医療者が考える「善意」と必ずしも一致しなくなってきたことが、パターンリズム批判の背景として考えられる。

患者と医師や医療機関の信頼関係をつなぐものは、第一に医療サービスの質であること

² 最高裁判所事務総局民事局調べ

³ 厚生労働白書（平成16年版）

は間違いがないが、ここで重要なことは、たとえ医療サービスの質が高くとも、患者との接し方を間違えれば、必ずしも患者満足は高くないという点である。

本テキストでは、患者はどのように医療サービスの質を判断し、医療機関を選択しているのか、医療機関としては、選ばれる医療機関になるために、いかなることに留意すべきなのかについて、サービス・マーケティングのコンセプトを参考に解説する。

2) 医療従事者と患者の情報格差はまだ埋まってはいない

情報化が進んだ現在、世の中にはありとあらゆる情報があふれている。なかでも健康に対する国民の関心は高く、健康をテーマにしたテレビ番組で取り上げた健康食品などは、翌日には店頭からなくなるというほどである。広告が規制されている医療においても例外ではない。病院ランキング本や闘病記などが書店に並び、雑誌では疾患別の全国の名医リストが特集され、インターネットでは掲示板をにぎわしている。また、がんに効くと評判のさまざまな代替医療を追い求める患者や家族は引けを切らない。患者と国民は望むと望まざるに関わらず、医療に関わる正誤を問わない膨大な情報に取り囲まれており、関心のある情報を得るためには、取捨選択せざるをえない状況にある。

そのため、生活者、特に医療関連の情報に対して関心が高い患者の多くは、たくさんの情報を得ており、医療従事者との情報格差はかなりの程度埋まっていると解されている。しかし、果たしてそうであろうか。確かに患者は多くの知識を得ているが、それが皆、正しい認識であり、間違いのない評価に基づくものとは限らない。間違った知識、中途半端な認識も少なくない。医療機関、また医師をはじめとする医療従事者には、そうした状況を改善する責任がある。そうした意味では、知識がないよりもかえってやっかいな場面も少なくないだろう。説明責任の遂行は、決して簡単ではない。

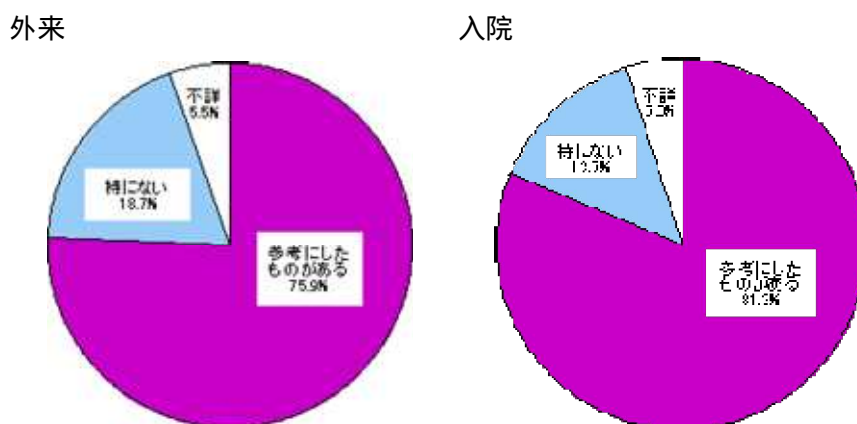
医療従事者と患者のコミュニケーションが発生する主たる現場は、診察室や病棟、各種検査室、コンファレンスルームなどの医療現場である。しかし、医療機関にはそれだけにとどまらず、たとえばホームページを充実させる、相談会や公開セミナーなどを開催する、医療相談室の門戸を開放する、会報の配布方法を検討するなど、さまざまな方法によって、患者、あるいは地域の生活者とのコミュニケーションを深め、彼らを啓発し、正しい医療知識を普及することが求められる。

これらは自院を宣伝する広告活動とは違うが、結果としてこうした活動が大きな宣伝効果を持つというのも、医療機関の特性といえる。

3) 患者による医療機関選別の進行と経営への影響

厚生労働省で3年ごとに行っている「受療行動調査」によると、2002年度調査では、外来、入院患者とも「病院を選ぶに当たって参考にした情報がある」が大半を占めるように

図表 1 病院を選ぶ際の情報



出展 厚生労働省 平成 14 年版「受療行動調査」

なった（図表 1 参照）。1999 年度調査と比較すると倍増している。

また、図表 2 を見ると、医療機関を受診する際に患者は、診療時間の案内から医師の専門までさまざまな情報を欲している。一方で図表 3 からは、患者が病院を選ぶ際に参考にした情報源は医師や家族・知人がほとんどで、書籍やホームページなどからは患者が欲している情報を入手できていないことが見て取れる。

これらから、患者はさまざまな情報をもとに、受診する医療機関を選びたいと考えているものの、十分な情報が得られておらず、家族や知人からのクチコミ情報に頼っているという現状が浮かび上がる。

このようななか、2006 年の医療制度改革では、患者・地域住民にわかりやすい保健医療提供体制の構築が、基本的な考えとして挙げられている。今後は、自院の役割を明確にして、自院の得意分野の質の向上を図り、都道府県の医療計画に記載されるように、医療機関としては努力する必要がある。医療機関の機能が明示されることで、患者・住民にも積

図表 2 病院の種類別にみたほしいと思った情報 - 外来 -

平成 14 年
(単位: %)

	総数 ¹⁾	ほしいと思った情報があった								特にない	
		総数	ほしいと思った情報								
			予約制の有無	夜間・休日診療の実施の有無	往診・在宅医療の実施の有無	連携先の医療機関の名称	第三者機関による評価	医師の経歴	医師の専門分野		その他の情報
総数	100	69.4(100.0)	(39.2)	(38.5)	(11.0)	(13.1)	(20.1)	(24.4)	(46.8)	(5.4)	23.5
特定機能病院	100	74.9(100.0)	(39.1)	(26.6)	(6.2)	(15.8)	(27.8)	(27.6)	(58.1)	(6.8)	19.5
療養病床のみ	100	57.5(100.0)	(22.8)	(34.9)	(19.1)	(13.0)	(14.3)	(19.2)	(46.1)	(6.4)	33.1
小病院	100	63.8(100.0)	(29.7)	(39.3)	(12.9)	(11.9)	(16.4)	(22.3)	(44.7)	(5.4)	28.4
中病院	100	70.1(100.0)	(40.6)	(40.6)	(11.0)	(13.2)	(19.2)	(23.9)	(45.1)	(5.2)	22.8
大病院	100	73.1(100.0)	(45.7)	(36.9)	(9.8)	(12.8)	(24.0)	(27.4)	(49.5)	(5.5)	20

注: 「1」,印の箇所には不詳を含

出展 厚生労働省 平成 14 年「受療行動調査」

図表3 病院の種類別にみた病院を選ぶ際に参考にした情報の種類

平成14年
(単位:%)

	総数 ¹⁾	参考にしたものがある								特にない
		総数	参考にした情報							
			家族・友人・知人からの情報	広告	刊行物や番組	インターネット上のホームページ	保健所など行政機関での情報	医師の紹介・意見等	その他の情報	
外来										
総数	100	75.9(100.0)	(58.3)	(3.2)	(1.0)	(0.9)	(4.0)	(33.6)	(10.9)	18.7
特定機能病院	100	90.0(100.0)	(34.6)	(1.8)	(2.7)	(2.1)	(2.4)	(64.1)	(7.0)	7.2
療養病床のみ	100	72.3(100.0)	(67.9)	(5.3)	(0.8)	(0.4)	(3.0)	(18.0)	(14.0)	21.2
小病院	100	75.3(100.0)	(69.9)	(5.4)	(0.7)	(0.7)	(3.6)	(17.5)	(11.1)	19.0
中病院	100	74.0(100.0)	(59.3)	(3.0)	(0.8)	(0.8)	(4.4)	(32.4)	(11.4)	20.2
大病院	100	77.7(100.0)	(52.4)	(2.0)	(1.2)	(1.0)	(4.3)	(42.9)	(10.7)	17.3
入院										
総数	100	81.3(100.0)	(42.8)	(1.6)	(0.8)	(0.9)	(3.8)	(53.4)	(9.5)	13.7
特定機能病院	100	91.9(100.0)	(23.7)	(1.0)	(1.4)	(2.3)	(1.8)	(79.8)	(5.3)	5.9
療養病床のみ	100	85.7(100.0)	(48.4)	(1.5)	(0.8)	(0.5)	(5.8)	(47.0)	(8.9)	9.7
小病院	100	80.6(100.0)	(53.7)	(2.3)	(0.6)	(0.6)	(3.8)	(40.1)	(9.8)	13.9
中病院	100	79.4(100.0)	(42.9)	(1.5)	(0.7)	(1.0)	(3.3)	(52.6)	(10.3)	15.1
大病院	100	81.2(100.0)	(38.1)	(1.7)	(0.9)	(1.0)	(4.5)	(60.1)	(8.7)	14.4

注: 「1」,印の箇所には不詳を含む。

出展 厚生労働省 平成14年「受療行動調査」

極的にそれらの情報が提供され、その結果、患者による医療機関の選別が進むといえよう。

また、これは患者が直接受診する場合だけではなく、他の医療機関からの紹介にも影響する。紹介元の医療機関には、患者が満足する医療機関を紹介するようなインセンティブが働く。そのため、患者にとって魅力的に映らない医療機関は、紹介患者を受ける機会も減っていきと考えられる。今後は、自院の役割を明確にすることは当然とした上で、その役割・機能を、どのように患者や住民、地域の医療機関や介護施設等に伝えるかが、医療機関の経営にとってカギとなる。

2. 医療機関におけるマーケティングの重要性

1) 広報・広告とマーケティングとの違い

ここまで、どちらかという医療機関にとっての広報活動の必要性についてみてきたが、これらはマーケティングの部分的要素にすぎない。マーケティングの機能を大別すれば、一方は、市場主義や顧客基点に立った上で、どのような製品やサービスを産み出すべきかを考えることであり、もう一方が、そうして産み出された商品をいかにして市場や顧客に知らしめ、購入してもらうかを考え、実行することである。広報と広告は異なるが、いずれも総じて後者の機能に位置する。

製品やサービスを、対象とする顧客層に購入してもらうために、さまざまなマーケティ

ング活動が実行される。このマーケティング活動の目的は、自分たちの商品をより多くの消費者に認知してもらい、最終的に購入へと結びつけることだが、単に大々的な広告宣伝をすればよいというものではない。さまざまな要素の組み合わせによって、マーケティング活動は成り立つ。対象とする顧客層や市場の競争状況などによって、さまざまな要素をどう組み合わせていくかを考えるのがマーケティング・ミックスである。Product(製品)、Price(価格)、Place(流通経路)、Promotion(広告など)という4Pによる分類が有名だが、これはメーカーを対象としたモデルであるとともに、企業など事業者の立場から見たマーケティング要素であるため、最近では顧客あるいは市場志向に立つ考え方として4C⁴が注目されている。

4C	4P
Customer value (顧客価値)	Product
Customer cost (顧客コスト)	Price
Convenience (利便性)	Place
Communication (コミュニケーション)	Promotion

またコトラーは、サービスの特性を考慮したマーケティング・ミックス要素として、4Pに3P(Physical evidence、Process、People)を加えた7Pを提唱している⁵。

- ・プロダクト(Products) サービスの質、特性、サブ・サービス、パッケージ、ブランド、保証など
- ・価格(Price) 価格水準、割引など
- ・場所・流通チャネル(Place) サービスの提供拠点、交通、中継点など
- ・プロモーション(Promotion) 広報、広告などによる販売促進、人的コミュニケーション、インセンティブ(誘因)など
- ・人材(People) サービス・マーケティングにおいて、人材が重要な要素であることは言うまでもないだろう。
- ・物的環境(Physical evidence) サービスの提供は、顧客にとっては「体験」である。提供される場の施設や設備、雰囲気などの物理的な環境は「良い体験」にとって重要な要素である。
- ・提供プロセス(Process) サービスの同時性は、生産と同時に消費が進行することを意味しているが、そのプロセスの管理では、提供する側の従業員と顧客の双方を意識することが必要になる。

⁴ ロバート・ラウターボーン

⁵ 『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

医療機関がマーケティング戦略を展開する場合にも、市場、あるいは競争環境における自院のポジショニングを明確にし、地域経済や人口構成、地域社会のニーズ調査・分析を行うなどして、いかなるマーケティング・ミックスを選択すべきかを考えることが必要になっている。この際、ことさら重要になっているのが4C、すなわち、顧客にとっての価値、顧客のコスト、利便性、そして、顧客とのコミュニケーションなのだ。

2) 医療機関にとって、なぜマーケティングが重要になってきたのか

マーケティング活動が重要になる要素は2つある。ひとつは競合との間の競争環境の激化、もうひとつは顧客との関係の変化である。

たとえばデパート戦争を考えた場合、あるターミナル駅にいくつものデパートがあれば、デパート間の競争が激化し、差別化戦略をとるためにマーケティング活動が重要になる。しかし、時代の変化はデパートの存在価値事態をも揺らがせる。そもそも消費者の多くがデパートに魅力を感じなくなったら、他のデパートに勝利したとしても、顧客を獲得することができないことになる。そうなれば、顧客にとってのデパートの価値を定義しなおし、より魅力的な場にしていかなければならなくなる。そこでもマーケティング活動というものが重要になる。

医療機関の場合は、たとえば県庁所在地などでは県立病院、市立病院、大学病院、その他公的病院が林立しているため、急性期の総合的な病院同士の競争が激化し、それぞれが採算を維持するためには、マーケティング戦略が重要になってきている。また総合的な中小病院の各診療科は、病院間の競争とは別に診療所との競争にもさらされている。特に産科などは、診療所が提供する顧客価値に対抗するためのマーケティング施策が欠かせないのである。

マーケティング活動を駆使して、顧客にとって魅力的な場になること、より品質の高い医療サービスを提供すること、そして、その事実を潜在顧客に知らしめることは、今後ますます重要になってきている。

待っているだけでは客はこない。これは、商店も医療機関も同じであるという理解が必要になっている。

第2項 マーケティングの一般的フレームワーク

1. マーケティングの考え方

日本の産業界においてマーケティングという用語が一般的になったのは、それほど古いことではない。1955年～1974年の高度経済成長時代、市場の急速な拡大や市場競争が激化していくなかで、米国からその理論が導入されたといわれている。単に広告・宣伝という狭い活動を指すのではなく、事業者によって生産された商品が消費者に渡るまでの過程において必要となる、総合的な活動として理解することができる。

1) 事業活動における位置づけ

マーケティングの概念や定義は、時代の変化、社会の変化とともに変遷してきた。たとえばアメリカ・マーケティング協会（American Marketing Association：AMA）の定義を見ると、社会環境の変化とともにマーケティングの概念も変わっていることがわかる。

1960年代、マーケティングは、「生産者から消費者あるいは使用者（ユーザー）に至るまで、財（製品）サービスの流れを管理する事業活動の遂行である」と考えられていた。1985年には、「アイデア・製品（財）とサービスの流れを生産者から消費者または使用者に方向付けるビジネス諸活動の遂行である」と定義され、さらに2004年には、「顧客にとっての価値の創造・伝達・引渡し」と「顧客関係管理」を軸とする新しい定義を発表している。

日本では、日本マーケティング協会が「マーケティングとは、企業および他の組織⁶がグローバルな視野⁷に立ち、顧客⁸との相互理解を得ながら、公正な競争を通じて行う市場創造のための総合活動⁹である」という定義を1990年に行っている。

このように事業活動におけるマーケティングの位置づけは、製造・製品に注目した概念から、市場の創造・維持、さらには顧客志向・顧客満足を基軸とする概念へと変わってきた。また最近では、環境問題などへの事業者の社会的責任（CSR）といった公共的、あるいは公益的な視点から、ソーシャル・マーケティングの概念も重要視されている。

なお、ソーシャル・マーケティングには、従来の営利組織におけるマーケティング概念を、営利組織のみならず医療機関や教育機関、行政機関などの非営利組織にも適用し、効

⁶ 教育・医療・行政などの機関、団体を含む。

⁷ 国内外の社会、文化、自然環境の重視。

⁸ 一般消費者、取引先、関係する機関・個人、および地域住民を含む。

⁹ 組織の内外に向けて総合・調整されたリサーチ・製品・価格・プロモーション・流通、および顧客・環境関係などに関わる諸行動をいう。

率的な組織運営を目指す『非営利組織のマーケティング』という意味も含まれる¹⁰（図表4参照）。

図表4 非営利組織のマーケティングの特徴

	非営利組織のマーケティング	営利企業のマーケティング
消費者情報 ・ 一次データ ・ 二次データ	信頼できるデータ収集困難 ほとんどなし	多様な収集法 豊富
消費者ニーズ	ゼロ需要・負の需要など	ある程度の需要
製品・サービス	固定的 パフォーマンスの評価困難	可変的 パフォーマンスの評価容易
価格	不適切な高価格など	適正価格
プロモーション	無形サービスの訴求困難 広告費用小	多様な展開
流通チャネル	手紙・電話など	多様な展開

出典 和田充夫、恩蔵直人、三浦俊彦著『マーケティング戦略』有斐閣アルマ

2) マーケティング用語の定義

マーケティングを理解する前提となる基本的な用語と概念を確認しておこう。

顧客

直接的には、対価を払って自分たちの商品やサービスを購入する人や組織ということになる。顧客志向とは、経営管理の目標を、顧客価値や顧客満足の達成とする概念といえる。

一方、「顧客志向」は、あくまでも顧客という塊に自らを相対するものとして位置づける言葉だという反省に立ち、もっと、顧客の立場に立つことが重要だという考え方から、「顧客基点」という概念も生まれている。

ニーズ

ニーズとは、不足の充足を求めることをいう。そのため、ニーズのない商品は売れない。消費者は、自分のニーズに合わない商品は買わない。そのため、事業者は、顧客のニーズを把握して市場主導型事業者になるか、顧客ニーズを創造する市場先導型事業者になるこ

¹⁰ フィリップ・コトラーの定義がよく知られている。『非営利組織のマーケティング』（第一法規）が参考になる。

とが必要とされる。前者は、御用聞き型のスタンスである。後者は市場創造型のスタンスといえるが、これが成り立つのは、顧客に聞くことは重要であるが、必ずしも消費者自身が自らのニーズを明確に把握しているとは限らないからだ。

また、ニーズには潜在的ニーズと顕在ニーズがある。顕在ニーズは消費者が自ら意識しているニーズであり、潜在的ニーズとは、消費者が自ら認識していない隠れたニーズを意味する。市場先導型事業者はこの潜在的ニーズに訴える商品やサービスを提供しようとする。

ウォンツ

ニーズが、「何か物が食べたい」とか「眠りたい」という漠然とした願望を指すのに対して、より明確な希求をウォンツという。「家を持ちたい」というニーズに対して「和風の家を建てたい」というのがウォンツといえる。つまり「特定の製品やサービスで自分の願望を満たしたい」という欲求がウォンツというわけで、マーケティングを展開する上で大きな違いとして捉えられていた。ただし、最近ではこの言葉はあまり使われず、ニーズに吸収されたと考えることができる。

ロイヤルティ

特定の事業者や商品、サービスに対して、他のものには変えられないという気持ちを顧客ロイヤルティという。「上位 20%の顧客が 80%のビジネスをもたらす」という「パレートの法則」がよく知られているが、ロイヤルティの高い優良顧客の育成と獲得は、重要なマーケティング課題のひとつである。多くの消費者、顧客のロイヤルティを勝ち取ったとき、その事業者や商品、サービスはブランド化する。

価格

価格をどのように設定するかは、製品をどうポジショニングするかを決定する重要な要素である。一般的には、コスト計算に基づき利益額を加算して決定されるが、そのコストは顧客が認める価値とは無関係である。そのため、マーケティング戦略の展開においては、需要の状況や競合製品との相対的な関係などから、戦略的に価格を決定する必要がある。

3) マーケティングの役割の変化

マーケティングの概念は、営利目的を持つ企業が、自らの商品をより多くの消費者へ販売することを目的に、19 世紀末の米国で生まれ、発展してきた。つまり、いかにして高い利益を得て成長し、競争に打ち勝つかを目的としてきたといえる。しかし、少品種大量生産が主要な戦略だった時代は終わり、選択権が消費者に移るにつれて、売上を上げ、利益を確保し、存続していくためには、提供する財やサービスが、どれだけ消費者に必要とさ

れ、顧客満足を達成できるかが前提になってきている。つまり、多種多様かつ変化し続ける顧客ニーズを探り続け、それに応えることが求められているのである。

しかもそれは短期的な取り組みではなく、長期的な視点に立ったものでなくてはならない。事業者にとっての市場とは、現在の顧客と将来の顧客とを合わせたものとして考えることが必要なのである。そしてその市場において、どのような役割や使命を果たしていくのかというビジョンを明確にすることが求められる。そのビジョンを基に、どのような製品やサービスを開発し提供するのか、その製品やサービスは、いかなる顧客価値を達成するのか、価格設定はどうするのか、どういう宣伝や広告を展開するのか、どういう売り方をするのかなど、具体的な組み立てをするのが次の段階である。それがマーケティングに求められている具体的な役割といえる。

医療においては、供給側である医療機関（あるいは医師）と患者の側で知識や理解に大きな格差があること、代替品が得られにくいこと、広告の対象が規制されていることなどから、患者（顧客）による選択の自由度は相対的に低い。

しかし、インターネットの普及などと相まって、以前と比べ患者の知識は格段に増えてきた。疾患の種類にもよるが、距離も厭わず、よいと思えば遠くの病院まで出向くことも当たり前になっている。また、代替医療も徐々にではあるが進展しており、今後、その存在感を増すと考えられる。

医療機関においても、顧客（患者）の幅広いニーズ（あるいは不満）を知り、それらニーズを自院のビジョンと照らし合わせて、解決策をどのように提供すべきかを考える姿勢が必要になっている。

そして、それらの改善策や行為、あるいは自院のビジョンというものを、いかに顧客にアナウンスするかというコミュニケーション力が、ますます重要になっているのである。

2. マーケティング・マネジメント

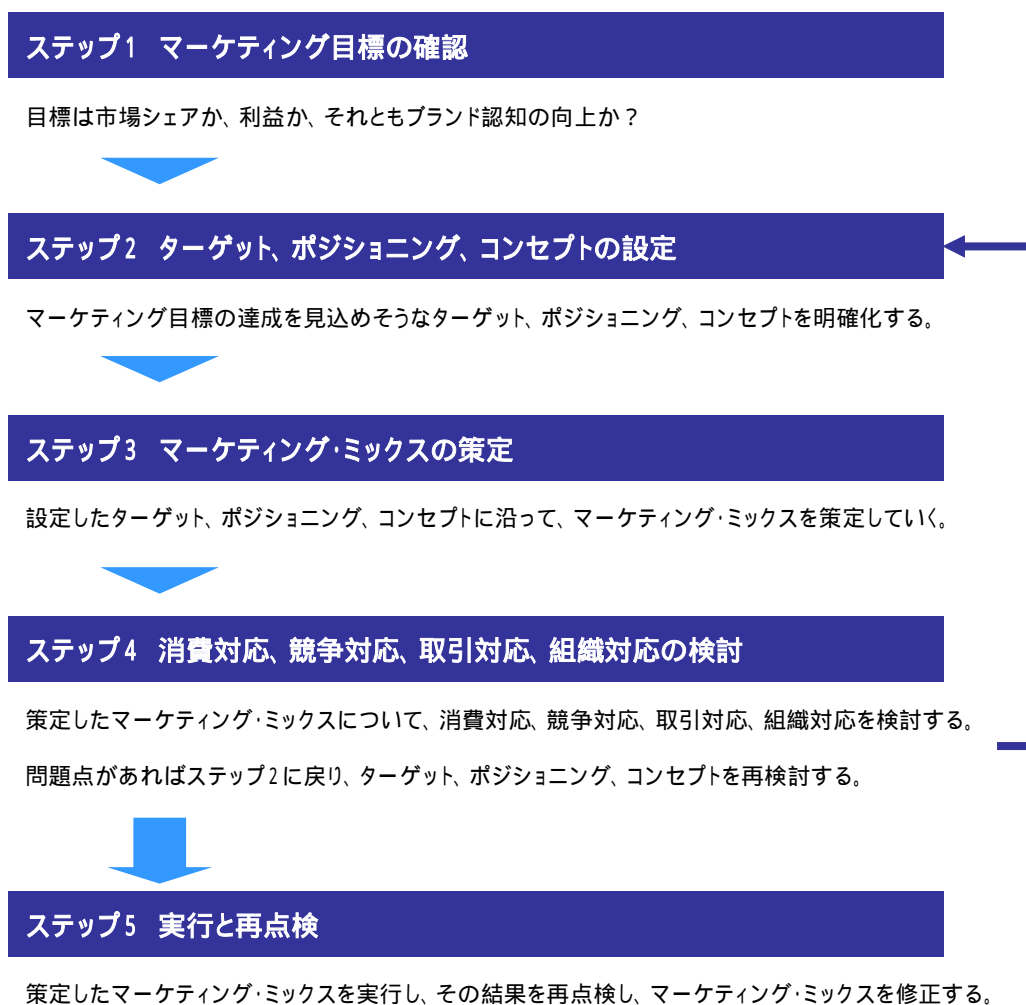
マーケティング・マネジメントとは「ターゲット市場を選び出し、優れた顧客価値を作り出し、分配し、コミュニケーションをすることによって、顧客を獲得し、維持し、増やすための技術と知識である」と定義される¹¹。またアメリカ・マーケティング協会は、「企業または企業の部門の全てのマーケティング活動を、計画、組織、統制することで、マーケティングの目的、政策、プログラム、戦略を含む」と定義している。

1) マーケティング・プロセス

¹¹ フィリップ・コトラー（2002）『コトラーのマーケティング・マネジメント ミレニアム版』ピアソン・エデュケーション

こうしたマーケティング・マネジメントを推進するためには、まず、マーケティングのプロセスを理解する必要がある。実際にマーケティング活動を展開していくにあたっては、市場の発見から始まって段階的な組み立てが行われる。この段階的な一連の流れをマーケティング・プロセスという。市場機会の発見からスタートし、ターゲット市場の調査と選択、マーケティング戦略の構築、マーケティング・プログラムの立案、組織・体制の整備、実行、コントロールといったプロセスが考えられる（図表5参照）。

図表5 マーケティング・マネジメントのフロー



出典 『マーケティング入門』日本経済新聞社

環境分析と市場機会の発見

マーケティング・プロセスの最初の段階は、市場機会を発見することであり、それにはまず市場を知る必要がある。環境分析とは、市場分析と競合分析を主とするが、この際に

用いられる分析手法などについては、『経営戦略』を参照してもらいたい。

なお、市場機会の発見には、仮説を立て、その仮説を検証していくというプロセスが重要になる。仮説の検証には、グループインタビューなど、仮説をもとにした徹底した市場調査を行う、実験的に小さな規模や期間限定などで試みて、その反応によって判断するなどの方法がある。

マーケティング目標の確認

事業の目標とそれを達成するための事業戦略に基づいたマーケティング目標の設定を、まず行わなければならない。マーケティングの目標には、売上げや利益の増加のほか、市場シェアの獲得や、ブランドの浸透などがある。目標に応じて、採用すべきマーケティング戦略も異なってくる。

市場細分化

事業を行う場合、市場にいるすべての顧客を対象とすることは現実的ではない。顧客のニーズが多様化していることはもちろんだが、経営資源には限度があり、全市場を対象に事業を展開するのではなく、意識的に市場、あるいは顧客を絞り込み、集中的に経営資源を投入することによって効果を上げることが必要だからである。

このように、ある市場をいくつかの顧客グループごとに細分化することを市場の細分化（セグメンテーション）といい、細分化された市場あるいは顧客グループをセグメントという。セグメントした結果によって、セグメントごとに商品のラインアップを企画したり、マーケティング・ミックスを展開していくことによって、よりの確に顧客にアプローチを図ることができる。

市場細分化は、統計や市場調査などの客観的な基準を用いて行う。一般的に用いられている市場細分化の基準としては、地理的変数、人口統計学的変数、社会経済的変数、心理的変数、行動変数などがある。

地理的変数（ジオグラフィック変数）

市場を国や地域、都市、町村のように異なる地理的単位で区分する方法であり、市場細分化の基本となる基準である。

人口統計的変数（人口動態変数、デモグラフィック変数）

市場を年齢や性別、家族構成、世代、ライフステージなどで細分化するものである。

社会経済的変数

所得水準、資産状況、職業、教育水準などで細分化するものである。

心理的変数（サイコグラフィック変数）

生活環境や生活体験、あるいは準拠集団などによって規定される要因で、パーソナリティや価値観、ライフスタイルなどがある。

行動変数

製品に対する知識や反応、使用状況、使用経験などの消費者の行動を表すものである。たとえばその製品の非使用者、旧使用者、潜在使用者、初回使用者、定期的使用者など、製品の使用状態に応じて市場を細分化することができる。

これらの分析によって細分化された市場に対して、ターゲットとなる市場の選択を行う。よく用いられるのは、年代や性別、地域、生活水準などだが、市場細分化は、固定的なものではない。社会環境の変化や消費者行動の変化によって、逐次変化していくものと考えなければならない。特に新製品のプランニングなどにおいては、新たなセグメンテーション軸を積極的に工夫することが必要である。たとえば、年代や性別による区分では10代から30代の男女というように大枠で括られる層も、「オタク」「スポーツファン」「ヒップホップ」などのセグメントに分けることで、よりの確にその特性を捉えることができる。

医療機関の場合は、診療圏のように市場がある程度限定されているので、上記のような変数分析（特に人口統計学的変数以下）を行うことで、診療圏の特徴を把握・検討することは有意義だ。一般的に疾患別、診療科別などのセグメンテーションが考えられるが、年齢層別やライフスタイル別など、新たなセグメンテーションの軸を考え出すことも不可能ではないはずだ。

ただ、用いる軸によって、いくらでも異なるセグメンテーションが得られるが、必ずしもマーケティングにおいて有用なセグメンテーションとなるとは限らない。得られたセグメンテーションについて、次の3つのポイントでその妥当性を検証することが必要である。

- ・独自性 得られたセグメンテーションの結果が、異なる製品やサービス、マーケティング努力を必要とするものかどうか。たとえば性別によるセグメンテーションを行った結果、男女の間に特徴的な差が認められないなら、そのセグメンテーション軸を採用する必要はないだろう。
- ・十分な規模 そのセグメントは、事業者にとって十分な利益が確保できるだけの規模になっているかどうか。あまりに細かく細分化した結果、かえって効率の悪い市場になっているかもしれない。
- ・確実性 セグメントに対して、確実なマーケティング・ミックスが展開できるかどうか。市場の規模や特性に対応したマーケティング計画かどうか。また、コスト的に問題はないか、といった視点からそのセグメンテーションの確実性を検討することが必要である。

ターゲット市場の選定

対象の市場や顧客をいくつかの軸を用いて細分化したセグメントを評価し、ターゲットとするかどうかを決定しなければならない。セグメントごとに異なる製品やサービスを投入し、異なるマーケティング・ミックスを展開することによって全体市場をターゲットと

することもあるだろうし、いくつかのセグメントを選択して、集中的な展開を図るケースもあるだろう。

どのセグメントを選択するかを決定するのがターゲティングである。選択の基準としては、以下のようなポイントが考えられる。

- ・市場の規模 市場規模が大きいことは一見魅力的だが、市場規模が大きいということは、競争が多いということにつながる。小さい市場で独占的なシェアを獲得できるほうが、価格競争にさらされることもなく、売上は安定する。
- ・強み 競争相手と、技術力、生産力、販売力など経営資源の差を比較し、優位に立てるものがあるかどうか。
- ・製品ライフサイクルの段階 導入期、成長期の前期にある市場のほうが、チャンスは大きい。成熟期ではシェアの逆転は非常に難しいし、新規参入もその市場に革新を提供できる場合を除き、簡単ではない。
- ・参入障壁の有無 参入を拒む要因があるか。あるとしたらその障壁を越えることができるか。
- ・競争状況 その市場の競争構造はどうなっているか。独占、あるいは寡占状況にある市場への参入は難しい。
- ・環境要因 政策、あるいは制度的な規制や、業界団体による規制はあるか。

ターゲット市場の競争状態に応じて、3つの異なる基本的なマーケティング戦略が考えられる。

非差別型マーケティング

マス・マーケティングともいわれる。市場をほとんど同質の顧客層の塊として考え、少品種大量販売を軸にするもの(サービスの場合も同様で、均一型のサービスを展開する)。

差別型マーケティング

市場を顧客層の所得差や嗜好の違いによって細分化し、その細分化された層ごとに複数の製品やサービスを展開するもの。

集中型マーケティング

経営資源が少ないときなどに用いる方法で、自分たちが優位に立てる市場に絞り込んで経営資源を集中投入するもの。

ポジショニング

ポジショニングとはターゲットとする市場において、差別化などによる優位性を確立するために、想定する顧客から見た自院やサービスの位置づけを明確化することをいう。

ポジショニングでは、まず、ポジショニング軸を選定し、次にその軸に従ってマーケティング・ミックスとの連動を図るというプロセスになる。

よく利用されるポジショニング軸としては、たとえば「製品特性や仕様」「消費者のメリ

ット」「価格と品質の相関」などが挙げられる。いずれにおいても、顧客が明確にイメージできるようなポジショニング戦略が必要になる。

たとえば、トヨタのハイラックス・サーフや三菱パジェロなどの SVU (Sports Utility Vehicle) のポジショニングは、非舗装路を走るクロスカントリー車の一種としての位置付けから、オフを楽しむライフスタイルから連想されるある種のステータス・シンボルとしての高級車としての位置付けに変わったことで、購入者層を拡大した。

適切なポジショニングは、類似品や競合との競争を回避し、利益を確保するための重要なコンセプトである。医療機関の場合、自院の主たる機能をどこに位置づけるのか、競合関係のなかで、自院の競争優位をどのように発揮するのか、たとえば診療領域の専門特化は有益か、医療から介護まで含めてサービス提供をしたほうが有益か、などを判断する必要がある。

マーケティング・ミックスの策定

ターゲット市場の選択やポジショニングにより想定された顧客層に対して、さまざまなマーケティング活動を組み合わせ展開するのがマーケティング・ミックスの考え方である。医療機関においてマーケティング・ミックスを考える場合は、ベースとして 4C を考えると効果的だ。

顧客価値には、たとえば専門的な診療や、治療方法・検査の選択肢の幅などが挙げられる。あるいはじっくり時間をかけた診察、療養施設の充実、接遇のよさなども重要な価値を創造する。

顧客コストで最も一般的なものは、保険診療であれば、受診回数や待ち時間など、受診にかかる時間ではないだろうか。保険適用がないものに関しては、実質的な出費の多寡が重大な影響を持つし、民間の生命保険や損害保険の支払い対象となるかどうかも重要といえる。

利便性は、たとえば交通の便がよいか、駐車場には止めやすいか、クレジットカードによる支払いができるか、子供を持つ母親であれば保育室が備えられているか、勤め人であれば勤務後に受診できるか、などが挙げられる。

コミュニケーションについては、診療に関する情報提供に限らず、疾患や治療法に関する知識の提供や、地域住民を対象にした各種講座・教室の開催、ボランティア活動の場の提供、さらには医療機関の経営状況の公開など、さまざまなコミュニケーションの機会があるといえる。

マーケティング施策の実行

策定されたマーケティング計画は、次に具体的なマーケティング活動へ転換しなければならない。マーケティング活動は、単に広報担当、あるいは経営企画室が携わればよいというものではなく、組織全体としての協力体制の構築が前提となる。組織としてのミッシ

ョンやビジョン、組織文化などとマッチしたマーケティング戦略かどうか、全体的なマーケティング活動となるかどうかのカギを握るといえよう。また、マーケティング施策を実行するにあたっては、PDCA サイクルを意識し、検証とフィードバックの仕組みを組み込んでおくことが重要だ。

第 2 章 マーケティングの理論

第 1 項 サービス・マーケティングの基本的理解

1. サービスの考え方

1) サービスの特性

医療機関におけるマーケティングの組み立てにおいては、医療の特性のほかに、物財とは異なるサービスの特性をまず理解しなければならない。物財と比較した場合のサービスの特性は、次のようにまとめられる。

- ・ 無形性
- ・ 同時性
- ・ 異質性
- ・ 消滅性

無形性

商品としての物財とサービスを比較した場合の最大の違いは、物財が原則として有形の物であるのに対して、サービスは無形のモノとして提供されるという点である。そのためサービスの提供において品質を管理するには、物財における品質基準とは異なる基準が必要になる。

ここで、そもそも品質には、以下のような 3 つの要素がある。

探索的品質

顧客がある商品を購入しようとする場合は通常、その品物の機能やデザイン、価格などについて、他の商品と比較しながらその商品の品質を判断する。このように購入前に評価できる品質のことを探索的品質という。

経験的品質

実際に購入した商品を使用して初めて得られる品質のことである。たとえばコンビニで初めて購入した飲料が、自分が期待する品質を満足しているかどうかを知るためには、それを実際に飲用してみるしかない。

信用的品質

たとえば、医師の診断が正しいものかどうか、多くの患者には評価することはできない。このように、商品の購入後、あるいは消費後においても正しく評価できるとは限らないのが信用的品質である。

これら 3 つの品質のなかで、経験的品質と信用的品質はその評価について、より個人差が大きくなるのが普通だ。サービスの場合、無形性という特性から、顧客にとってはこの 2 つの品質が重要になる。一方、有形の商品を選択する場合にはまず探索的品質、次に経験的品質が影響する。医療サービスの場合は、信用的品質がもっとも大きく影響し、これに経験的品質が加わると解される。

同時性

生産と消費が同時になされることをいう。物財の場合は、生産される場所や時間と、消費される場所や時間が異なるのが普通だが、サービスの場合、たとえば美容院では顧客と美容師とが同時に同じ場所にいてサービスが提供され、消費される。クリーニングのようにサービスが提供される場所と時間が異なる場合もあるが、これは、サービスの提供において、顧客との接触の度合いが高いものと低いものという差があることによるものだ。

同時性という特性から、従業員教育の内容や考え方、サービスの設備、さらには顧客の教育という観点においても、物財とサービスでは異なったアプローチが必要となる。

医療サービスの場合には、生産と消費は同時に行われるが、その結果が明らかになるには時間を要する場合が少なくないという特殊性がある。

異質性

さまざまな条件によって、サービスの品質に差異が生まれることを指す。そもそも顧客のニーズはそれぞれ異なっているし、サービスを提供する従業員の技量も人それぞれといえる。また、サービスが提供される場所やタイミングによっても品質に差異が生まれる。たとえばピーク時とオフ時とでは、提供されるサービスの品質が異なってしまう可能性が高いだろう。野外アトラクションなどのように、天候によって大きくサービス品質が異なるケースもある。

以上のようにサービスの異質性が生まれる要因としては、サービス提供者、顧客、環境の 3 つを考えることが必要になる。

すべての顧客に対してサービスの品質を一定にするためには、この異質性をできる限り少なくすることが求められるが、サービスが提供されるプロセスは複雑なため、極めて困難な課題となっている。

医療サービスの場合は、サービス提供者である主に医師の技量と、顧客である患者の身体的・精神的状態や診療への協力度合いが、異質性を生むとされる。クリニカル・パスはこの異質性を少しでも均質化しようとの考えに基づいている。クリニカル・パスについては『オペレーション管理』で詳説する。

消滅性

物財と違ってサービスは在庫ができない。オフ・ピーク時には有り余っているサービス提供能力を、ピーク時のために在庫しておくことはできない。たとえば飛行機の空席は、飛行機が飛び立ってしまえばその価値が消滅する。翌日にその在庫を引き出して提供することは不可能だ。

消滅性の高いサービスの提供をコントロールするには、供給能力のコントロールと需要のコントロールという2つのアプローチが考えられる。

供給能力のコントロールにおいては、需要に応じた適切な設備や人員の配置が必要であると同時に、需要の変動に対してフレキシブルな運用が可能となるようにしなければならない。また、需要のコントロールについては、スムーズなサービス供給を妨げているボトルネックを発見し、需要パターンの分析を行って対処すると同時に、顧客に対して適切な情報提供を行い誘導することなどが必要だ。

医療サービスは労働集約性が高く、また、医療機関は診療を希望する患者を断ってはならないため、過剰な需要に対しては、医師や看護師等の医療従事者に労働負荷を要求することとなりがちである。需要と供給の適切なコントロールについては『オペレーション管理』で詳説する。

2) サービスの分類

一言でサービスといっても、実際には業種・業態によってさまざまな違いがある。適切なサービスを提供するためには、その分類に応じたマネジメント方法を構築することが必要になる。

サービス特性による基本的な分類¹²

無形性の度合い

無形性が高いサービスとそうではないものがある。無形性が高くなるほど顧客はサービスの品質を評価することが難しくなる。また、サービスの標準化も難しく品質を保つことも難しい。無形性が高いサービスとは人的サービスを指し、無形性が低いサービスとは、物質的な製品のサービスを指す。

たとえばレンタカービジネスは、車がそこにあり、料金を教えてもらうことで、無形性は低くなる。運転という行為は顧客自らが行なうからだ。これがハイヤーになると、運転技術は乗ってみないとわからないということで、無形性は高くなる。

顧客との接触の度合い

¹² 『サービス・マネジメントサービスマネジメント 上』バート・ヴァン・ローイ、ポール・ゲンメル、ローランド・ヴァン・ディードンク著、平林祥訳、ピアソン・エデュケーション

顧客と接触の度合いが高いサービスは、従業員と顧客との間に相互作用が生まれる。このため、サービスの提供システムで発生するさまざまな欠陥が、顧客に直接悪影響を及ぼす。

同時性の度合い

多くのサービスにおいて共通する同時性は、必ずしも顧客との接触度合いの大きさとは連動しない。たとえば技術の進化によって生まれたインターネットでのショッピングやオンラインバンキングなどのサービスにおいては、顧客とサービス提供者が直接接する機会はほとんどない。

異質性の度合い

異質性はサービスの提供者の技量の差によっても生じるが、物財と大きく異なるのは、顧客も異質性を生む原因になることだ。たとえばスーパーのレジにおいて、一人の顧客のクレームや緩慢な行動は、他の顧客に大きな影響を与えてしまうだろう。

消滅性の度合い

サービスの生産プロセスと消費の同時性が高くなればなるほど、消滅性の度合いは大きくなる。供給のコントロール、需要のコントロールが重要になる。

需要変動性の度合い

サービスの需要はさまざまな要因から変動する。季節によって、曜日や時間帯によって、あるいはピーク時とオフ・ピーク時とで生まれる需要変動に対して、無駄なく一定の品質のサービスを実現するようにしなければならない。

サービスのカスタム化の度合い

顧客によってニーズはさまざまであり、提供されるサービスは顧客一人ひとりに合わせてカスタマイズされることが多い。そのために提供されるサービス品質に差異が生まれることになる。

人材重視の度合い

サービスを提供するために必要とされる設備の機能や品質以上に、提供する者にプロフェッショナルな技術や専門性の高い知識が要求されるようなサービスでは、人材重視の度合いが高くなる。このようなサービスにおいては、人材の確保や研修制度などの充実がことさら必要になる。

では、上記の分類に照らした場合、医療サービスにはどのような特性があると考えられるだろうか。

医療サービスは、人的サービスであるため、無形性の高いサービスといえる。確かに、治療の結果、熱が下がったり痛みがなくなったり、体調がよくなったりするなどという結果を得られることが多いわけで、その点、経験的品質が伴うが、必ずしもすぐによくなるとは限らず、また他の医師よりも早くよくなったかどうかはわからないために、信賴的品質が重要される。そこで、説明や判断の明確さや自信のある態度、また注射が痛くないなど

といったわかりやすい技能も重要な要素となる。

顧客である患者との接触度合いは非常に高い。ただ、診療の結果が明らかになるまでに時間を要する場合も多いので、必ずしも同時性が高いとはいえない。また、技量の差、あるいはコミュニケーション力の差などからくる異質性が高く、人材が重視される度合いはことさら高いといえる。消滅性は高く、需要変動性の度合いも高い。患者によって提供される医療の内容は異なるため、カスタム化の度合いは大きいといえる。

こうした医療サービスの特性は、医療機関におけるマーケティング活動を促進してこなかった大きな要素のひとつといえる。しかし、わかりやすい機能を実現する製品であれば、あまり多くの説明は要しない。わかりにくい製品あるいは、体験してみるまではその良さがわからないサービスこそ、説明の妙が必要になる。ただ診療の現場においては、多くの患者を限られた時間で診るために、説明に要する時間をできるだけ効率化するというオペレーション上の制約もある。しかし、医療行為にとっては信頼的品質が重要であり、口コミによる宣伝効果が高い以上、説明の仕方や接する態度によって、いかに患者やその家族の納得感や安心感を高めるかは重要だ。

さらに、そうした日々の診療現場におけるサービスのほかに、広告や広報活動などを通して、いかに効果的に自院の姿勢、魅力を地域住民などにアピールするのが問われている。

3) サービス・コンセプト

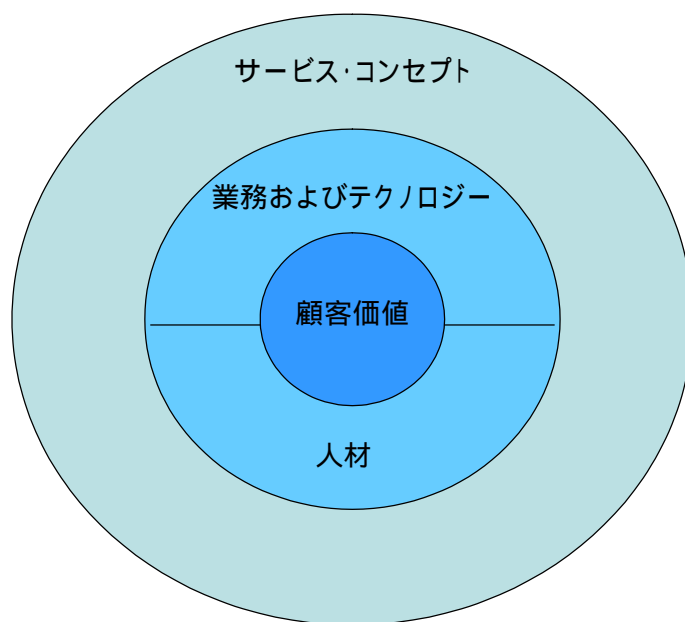
サービスの特性のうち異質性は、サービスが顧客のニーズに応じて適宜カスタマイズされることから生まれてくるものだ。そのために、サービス品質をコントロールするには、有形の物財以上にサービスのコンセプト（本質）を明確にすることが重要になる。サービス・コンセプトが曖昧であれば、サービスを提供する者の勝手な解釈が可能になり、その結果、ニーズに対する対応がまちまちになってしまい、サービスの品質が損なわれることにつながるからである。

サービス提供システムの要素は図表 6 に示すように、顧客価値を中心にしたものと考えられ、顧客、業務（技術を含む）、サービスの提供に携わる者の3つの構成要素から成り立っている。この3つの要素のそれぞれについて、明確なサービス・コンセプトに基づく首尾一貫したサービス提供プロセスを考えていかなければならない。

3つの構成要素は、それぞれさらに細かな要素に分解することができる。図表 7 にその一例を示す。

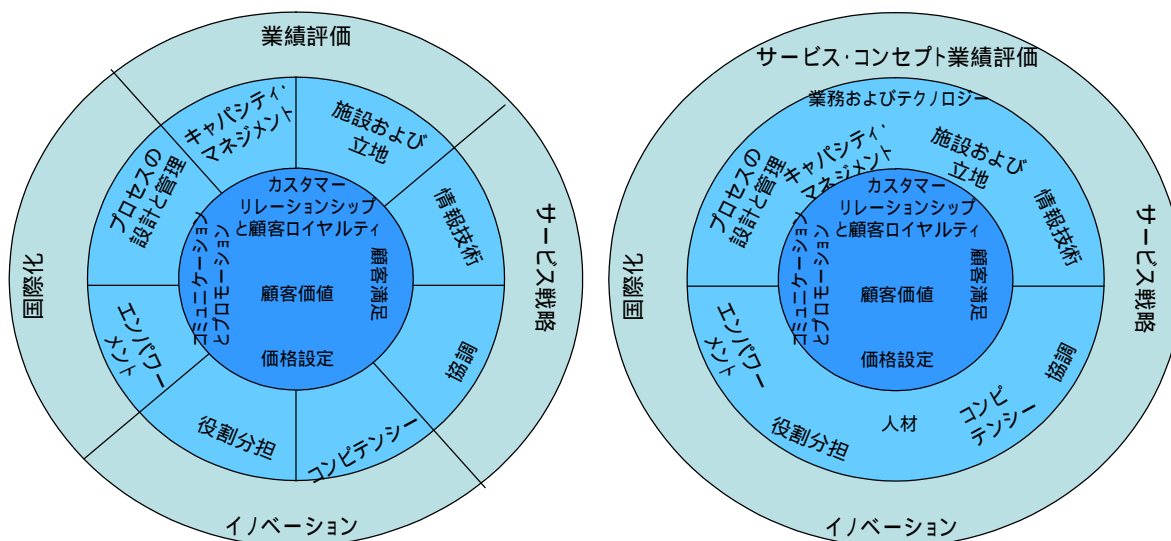
医療サービスの場合、サービスのコンセプトは他の業種に比べて医療機関ごとの違いはそれほど明確ではない。ただし、今後は差別化戦略をとる必要が増すため、画期的なコンセプトが必要とされるケースも少なくない。たとえば、東京都青梅市にある高齢者専門病院、青梅慶友病院は「病院はサービス業である」というふうに事業を定義し直し、患者を患者

図表 6 指針としてのサービス・コンセプト



出典 バート・ヴァン・ローイ、ポール・ゲンメル、ローランド・ヴァン・ディードンク著、平林祥訳（2004）『サービス・マネジメントー統合的アプローチ（上）』ピアソン・エデュケーション

図表 7 サービス・コンセプトの主な構成要素



出典 バート・ヴァン・ローイ、ポール・ゲンメル、ローランド・ヴァン・ディードンク著、平林祥訳（2004）『サービス・マネジメントー統合的アプローチ（上）』ピアソン・エデュケーション

様と呼び、また一人の行為によって 99 人の努力が無駄になるというふうに位置づけ、さまざまな革新的な顧客基点のサービス向上策を講じて成功した。

あるいは、どのような疾患や治療方法に専門性を有するのか、など、医療機関においても、先に示した 4C に照らして、自院のサービス・コンセプトを再度見直し、必要に応じて定義をなおし、それをアピールすることが肝要になっているといえる。

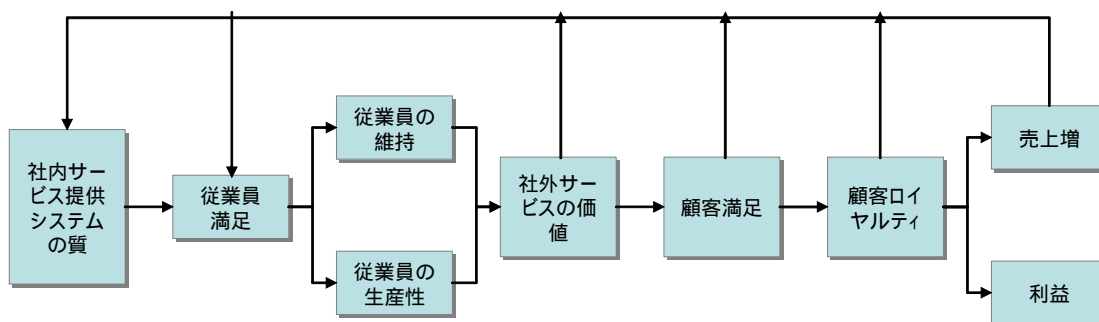
2. サービスにおける顧客と従業員の関係

売上高増加・利益率向上は、顧客満足の結果として得られる顧客ロイヤルティによって得られる。顧客満足は提供されるサービスの価値によって決まるが、これは従業員の定着率や生産性にも左右される。定着率がよく生産性が高くなるためには従業員満足度が高いことが必要になる。つまり、利益が上がり、その利益が的確に再投資されることが必要になる。ポイントは顧客満足と従業員満足が連鎖するという部分だ。この連鎖、つまり顧客、従業員、サービスがどのような関係を構築すれば事業者の利益・成長につながるのかを示したモデルは、サービス・プロフィット・チェーン¹³とよばれている（図表 8 参照）。

生産と消費が同時に行われるサービス業においては、従業員の質が顧客満足度を高めるために重要であると指摘したが、従業員の対応の質を高めるためには、なにより、従業員の仕事に対する満足度が高くなければならない。仕事に対する満足度の高い従業員によって、提供されるサービスの質は必然的に高くなり、その結果として顧客満足は向上するというわけである。

医療機関における顧客満足を軸としたプロフィット・チェーンの例を、図表 9 に示す。

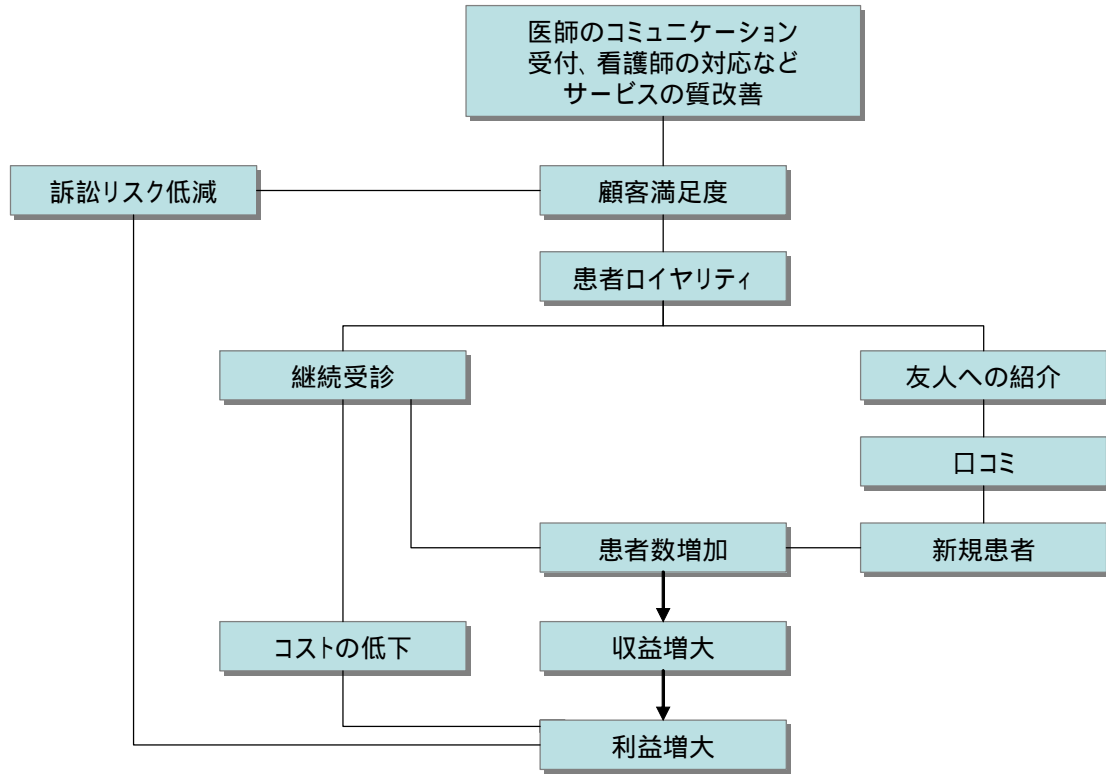
図表 8 サービス・プロフィット・チェーン



出典 『サービス・プロフィット・チェーンの実践法』ハーバード・ビジネス・レビュー ダイアモンド社 1994年7月号

13 ヘスケット、サッサー

図表 9 患者満足度による医療経営のプロフィット・チェーン



出典 前田泉、徳田茂二『顧客満足度』日本評論社

第2項 消費者行動の理解

1. 顧客によるサービスの認識

1) 消費者行動モデルからわかること

消費者が商品を購入するかどうかを決定する差はどこで生まれるのであろうか。そのベースとして、消費者行動モデルの研究がさまざまになされている。マーケティング戦略を決定するための基礎的情報となる知識である。

たとえば、消費者が商品の存在を知ってから購入するまでの心理的な反応を以下のようになぞることができる。

Attention（注意） Interest（関心） Desire（欲求） Memory（記憶） Action（行動）である*13¹⁴。

このプロセスは大きく「認知段階」「感情段階」「行動段階」の3つに分けられる。消費者が、まず商品やサービスを知り注意をはらうようになる「認知段階」、興味や関心を抱き、欲求し記憶する「感情段階」、そして購買行動を起こす「行動段階」の3つである。さらに感情段階は「興味・関心」「欲求」「記憶」の三段階に分けられ、以下のような構造となる。

認知段階

A: Attention（注意） 消費者がある商品やサービスの情報に接した時の注目状態、感情段階。医療機関の視点では、自院の存在を患者に知ってもらう段階。新聞の折込チラシや駅の看板等で、最低限の情報を伝える。

I: Interest（興味・関心） 得られた情報によって刺激を受け興味、関心を持つ段階。医療機関の視点では、患者に自院の特徴を知ってもらう段階。診療機能や診療方針のほか、自院の特徴を理解してもらう。

D: Desire（欲求） ある評価のもとに購入意欲を感じる段階。医療機関の視点では、自院の患者からみた価値（経営理念や診療内容、保有設備等）を理解してもらう段階。患者が自院の詳細を知りたいときに必要な情報を伝えられるように、自院のホームページを準備するなどする。

M: Memory（記憶） その商品を他と区別して記憶する段階。医療機関の視点では、自院の患者からみた価値（経営理念や診療内容、保有設備等）の他院との違いを記憶してもらう段階。他の医療機関との違いについて、記憶に残るようにわかりやすく伝えるなどの工夫をする。

行動段階

¹⁴ アイドマ（AIDMA）の法則。ローランド・ホール

A: Action (行動) 購入行動を起こす段階。医療機関の視点では、患者にとって必要な時に来院してもらえようとする段階。行動をサポートするために、診療スケジュールや交通アクセスなどの必要な情報を提供する。

この考え方では、消費者の行動心理と購買プロセスを1対1に対応させることにより、どのような行動心理において、どのような購買行動を行っているかを把握することができる。消費者が、購買行動プロセスにおけるどの段階にいるかを把握することにより、次のプロセスへ移行させるためのマーケティング活動を決定することが必要なのである。

また、消費者が購買意思を決定する際には、次の2つの局面が組み合わされるという考え方も参考になる*13。

購買の必要と欲求を確立する局面

特定の製品・サービスに対する必要や欲求を確立する。

最適な製品・サービスを知覚し、評価する局面

何かを購入しようとする場合、消費者は購買可能な製品・サービスの中から最適なものを選ぼうとする。そこで、さまざまな選択代案を知覚して、それら进行评估する。

ここで大事なことは、**1**は、その商品カテゴリーそのものを喚起する段階であり、**2**になって初めて製品やサービスの差別化が生きてくるということである。自院の置かれている状況によって、どちらをより強く喚起すべき段階かを知ることは重要だ。たとえば自院のホームページにおいて、**1**の局面では、症状や治療方法等の病気に関する情報を提供することで、医療機関に罹る必要があるのかどうかを患者自身に判断させる。**2**の局面では、対象となる病気に関する自院における治療法や治療実績、経営理念、所属する医師の経歴や施設基準、財団法人日本医療機能評価機構の認定の有無など、患者が医療機関を選択するときに考慮する可能性の高い情報を開示しておくような工夫をするのである。

2) サービスの評価

サービスの評価も顧客しだい

提供されるサービスの質を高めていくためには、まずサービスの質を評価することが必要になるが、サービスの評価は顧客にとっての価値をもって行われる必要がある。先に4Cについて紹介したが、4Pから4Cへの転換も、供給側の価値から需要側、すなわち顧客の価値を優先するという発想がベースになっている。大事なのは、商品価値ではなく、それが顧客によって使用されて初めて生まれる顧客価値、顧客にとっての便益なのである。商品価値がどんなに高くても、顧客がその価値を認めなければ、その商品価値は結局達成されないということになる。

顧客価値というのは、簡単ではない。たとえば掃除機の音を考えてみよう。この騒音を

従来の 2 分の 1 にすることは、技術的な難易度が高く、それを達成した商品価値は高いともくろまれたとしても、多分、ユーザーには、その差はそれほど大きなものとはならない。騒音はゼロに近くなって、初めてユーザーにはその差が知覚できるのである。たとえば食器洗い乾燥機にしても、少量の水で洗えるという特性は商品価値が高いが、これが行き過ぎると、消費者は本当に汚れが落ちるのか、洗剤が落ちるのかと心配になり、たとえ結果を見せられても顧客価値は高くなれないといった現象もある。どんなに技術が優れていて、そこで得られた結果が画期的であったとしても、それが顧客に知覚され、評価されなければ、何の意味もない。むしろ、技術レベルは決して高くないが、使用用途をとらえてアイデアを生かした新商品が、画期的と評され、大ヒットしたケースは枚挙に暇がない。ウォークマンなどはその典型だ。

こうした傾向は、サービスについてもいえる。たとえば美容師などには、パフォーマンスの重要性がある。たとえ仕上がりは見事でも、地味な切り方は見栄えが悪い。大げさなのがいいとは言わないが、ショーとしての演出が必要とされる。プロフェッショナル・サービスとは、結果だけを問われるものではない。その過程の快適さ、ショースピリッツ、あるいは安心感の醸成なども重要な評価項目となる。そうした違いが、結果の確かさよりも評価されて、人気のバロメーターとなることはよくある話だ。

しかも、再び美容師を例にすれば、たとえ素晴らしいカット技術を駆使して、プロの目から見れば最適の選択を行った結果であっても、顧客の趣味と合うかどうかはわからない。顧客が自分に似合っていないと思えば、そのサービスは評価されないどころか、クレームの対象にすらなってしまう。

だからこそ、顧客のニーズを知り、顧客価値を優先したサービスを行うことが重要になる。プロにとって重要なのは、あくまでも顧客の評価なのである。

サービス評価の手法

では、サービスの質を評価するための測定手法には、どのようなものがあるであろうか。代表的なものとして、SERVQUAL (Service Quality の略) が挙げられる。

これは、図表 10 に示すように、有形性(施設や職員、設備などの外観や体裁)、信頼性(サービスの品質の一貫性、約束の履行)、反応性(サービスの積極性と迅速さ)、確実性(職員のプロ意識と知識、礼儀)、共感性(顧客一人一人に対する気配り)という 5 つの尺度で、合計 21 項目(運用にあたっては、いくつでもいい)のサービス評価に関する質問項目で構成されている。

SERVQUAL では、サービス後の「パフォーマンス」とサービス前の「期待」との差を導き出すことによって、サービスの質を測定する。

それぞれ 1 から 7 までの答えの平均を取り(小数点 2 桁)、さらに標準偏差を見る。

図表の事例は銀行の例であるが、このモデルは、医療機関においても、数多く用いられている。

図表 10 SERVQUAL

SERVQUAL尺度には、5つのクオリティ次元(有形性、信頼性、反応性、確実性、共感性)が含まれる。各次元には、いくつかの項目がある。それぞれ「全くそう思う」から「全くそう思わない」にいたる7点尺度で計測される。項目は合計で21項目ある。

SERVQUALの内容(期待の測定)

注:実際の調査対象者には、インストラクション文が示される。個々の項目には「全くそう思う」=7から「全くそう思わない」=1に至る7点尺度が付けられる。尺度の両端(1と7)だけに「全く…」の説明文がある。他の2から6については何も説明は付かない。

有形性(TANGIBLES)

優れた銀行(この部分にはケーブル・テレビ会社、病院、その他のサービス・ビジネスを入れることもできる。以下同じ)ならば、最新の設備を備えている。

優れた銀行ならば、物理的な施設は、外見上も魅力的である。

優れた銀行ならば、従業員は身なりや態度も洗練されている。

優れた銀行ならば、サービスに関連する各種用具(パンフレットや説明書など)は、良く工夫され見栄えが良い。

信頼性(RELIABILITY)

優れた銀行ならば、特定の期日・時間までに行くと約束したことは、必ずその通りに遂行する。

優れた銀行ならば、顧客が何か問題を抱えたときは、心からの関心を持って解決を手助けしてくれる。

優れた銀行ならば、最初からサービスをきちんと遂行できる。

優れた銀行ならば、約束した時間通りにサービスを供給できる。

優れた銀行ならば、これまで記録上の間違いは1度もないことを表明できる。

反応性(RESPONSIVENESS)

優れた銀行ならば、従業員はいつサービスが行われるか顧客に正確に表明できる。

優れた銀行ならば、従業員は顧客に適時のサービスを提供できる。

優れた銀行ならば、従業員はいつでも進んで顧客の手助けを行うことができる。

優れた銀行ならば、従業員は忙しさにまかせて顧客の要望に応えられないということとはあり得ない。

確実性(ASSURANCE)

優れた銀行ならば、従業員の行動は顧客に信頼感を与えるものである。

優れた銀行ならば、利用顧客は取引に安心感を持つものである。

優れた銀行ならば、従業員は顧客に対しどんなときでも礼儀正しく接する。

優れた銀行ならば、従業員は顧客からの質問に答えることのできる十分な知識を持っている。

共感性(EMPATHY)

優れた銀行ならば、顧客にそれぞれ個別の目配りをするものである。

優れた銀行ならば、すべての顧客にとって便利な営業時間を採用している。

優れた銀行ならば、従業員は顧客に直接の人的な目配りを行うことができる。

優れた銀行ならば、従業員は顧客毎のさまざまなニーズを理解することができる。

A.Parasuraman, Valarie A. Zeithamal, and Leonard Berry, "SERVQUAL : A Multiple Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality," *Journal of Retailing* 64 (1998) ; 12-40. より掲載。

出典 パート・ヴァン・ローイ、ポール・ゲンメル、ローランド・ヴァン・ディードンク著、平林祥訳『サービスマネジメント』ピアソン・エデュケーション、p.189

医療サービスのパフォーマンスは、サービスの質と、医療技術の質としての2つの側面を持つ。

サービスの質の評価については、サービス業である医療機関は、上述の SERVQUAL で評価できる。

医療技術の質の評価についても、さまざまな考え方があるが、ここでは一般的な考え方を紹介する。

医療の質は、構造 (structure)、過程 (process)、結果 (outcome) の3点から評価することができると考えられる¹⁵。構造とは、施設や設備、専門職の種類や数など。過程とは、診断や治療の方法、医療従事者と患者との関わり方など。結果とは、治療成績、患者や家族の健康状態、知識、満足度の変化などを指す。

これまでのところ、医療の質について明確に、測定・評価する手法は確立していない。

経営の評価

一方、医療サービスのみのパフォーマンスではなく、経営体としての医療機関のパフォーマンスも、評価の対象となりうる。経営の質を客観的に評価する基準として、米国マルコム・ボルドリッジ賞や、日本経営品質賞などが誕生し、また、ISO9000 を初めとする経営品質規格の取得に取り組む企業が増えている。一般の企業においても、その社会的存在意義が問い直され、社会に対する責任や貢献という観点から「経営の質」が問われるようになってきた。逆に言えば、反社会的な企業は、いずれ姿を消さざるを得ない時代になったのである。

医療機関のパフォーマンス評価のシステムとしては、日本医療機能評価機構がある。評価結果を広告に記載することも、認められるようになっている。組織としてこうした規格の取得に取り組むことも、経営の質、医療の質の向上につながる活動となるだろう。

3) 消費者アンケート調査の方法

マーケティング活動において、消費者調査は重要な位置を占めている。しかし、落とし穴もある。現状に満足している顧客は、供給側以上に保守的であり、冒険を好まず、画期的なアイデアを持っていない。一般の消費者は、不満はあるものの、やはり画期的なアイデアを持っているわけではなく、自らのニーズを正しく表明することができないというものである。

画期的な差別化を図るためには、顧客が明示したニーズではなく、意識下に隠された潜在的なニーズを探る必要がある。そのため、通り一遍のアンケート調査では真実は見えて

¹⁵ ドナベディアンによる

こない。それを忘れてしまうと、膨大なアンケート調査の結果、当たり前の結果を確認しただけで終わり失望したり、消費者や顧客の無理難題がわかっただけで終わるということも少なくない。「あなたの不満は何か」「あなたは今、何がほしいのか」「こういうアイデアがあるが、どう思うか」といった直接的な質問には意味がない。もっと深く、消費者の生活のパターンやスタイル、病気になったと思われた場合の対処方法、病院に通って平日頃何を思っているか、など、懇切丁寧に聞き込み、ニーズを解き明かしていく努力が必要となる。

また、アンケート調査には仮説が必要である。漠然と投網をかけても、分析できない。ある仮説をもとに、アンケートの調査項目を作り込んでいく。その仮説は、グループインタビューなどから掘り起こすのが一般的だ。

アンケート調査の結果、ずばりという答えはそうざらに出てこない。だからこそ仮説が必要なのだが、たとえばこの製品で欲しい機能、このサービスでさらに欲しいサービスなどを聞いても、1位になった答えが正解とは限らない。それは無理難題であったり、思いつきであったり、あるいは競合を含め、誰もが追求している当たり前の答えである場合が多いからだ。むしろ、控えめに提示された(たとえば5位ぐらい)の答えに注目すべきときが多い。そこを達成できれば、真の差別化になるという場合も少なくないからだ。なぜ、その答えをピックアップするのか。その理由は先に示した深い調査結果から導き出されるはずだ。

4) 顧客満足度調査の実際

顧客満足度調査には、まずベンチマークが必要になる。比較対象とする基準である。それは一般に、過去の測定結果、競合他社や産業全体の調査結果などが充当される。ただし、ベンチマークがなければ必ずしも顧客満足度調査が無意味になるというわけではない。自分たちが望む基準が明らかな場合はそれでいいので、相対評価ではなく、絶対評価を考えるとという方法もある。

また、顧客満足度調査は、詳細に行う必要がある。極端な話、「当院で診察・治療を受けて、満足でしたか？」という聞き方はあり得ない。入院患者に対して行うのか、外来患者に対して行うのか。初診の患者に対して行うのか、再診以降の患者に行うのかを決める。それも、年齢階層別や性別などでデータを取るようにする。また、診療科別のデータも必要だ。さらに、サービス・エンカウンターごとに質問をし、たとえば診察時に限っても、さまざまな場面を想定した質問を行い、答えてもらう。根掘り葉掘り聞いて、初めて意味のあるデータになる。

なお、顧客満足度測定は、通常、自らの満足度、顧客ロイヤルティ、知り合いへの紹介という3つの側面で行うものである。ただし、このうち顧客ロイヤルティは医療機関の場合には計りにくい。通常顧客ロイヤルティは同じ状況で同一店舗を選ぶかどうかとか、財布

のシェア、あるいは来店頻度、最近の来店日などで計るものだからだ。しかし、紹介の意図があるかどうかは、医療機関でも設問できることだろう。

なお、顧客満足度調査には、先に示した SERVQUAL モデルがよく使われる。

2. 顧客ロイヤルティの構築

1) 顧客との関係の構築と維持

一般的に、新規顧客の開拓にかかるコストは、既存顧客を維持するコストよりも大きい。そのため、既存顧客を維持し、そのロイヤルティを高めることによって、より総合的な効果を高めることを主眼とするリレーションシップ・マーケティングの考え方が広がっている¹⁶。

「リレーションシップ・マーケティングとは、マーケティング環境として位置づけられる顧客、流通業者、供給業者あるいはその他の当事者との間に、長期的な関係と信頼関係、あるいはそのいずれか一方を意識的に開発し、管理しようとするマーケティングである」¹⁷と定義されるが、一般的には顧客との間の関係性を指す。事業者と顧客との間に、継続的な相互信頼関係や交流・協働関係を形成することを重視する考え方だ。一過性の取引（購入）ではなく、顧客との良好な関係を築くことによって、長期的、安定的な取引を実現することを目指すものだが、そのためには、双方に関係性の維持によるメリットがなくてはならない（WIN-WIN の関係）また、継続的なコミュニケーション努力が不可欠である。

関係性を重視するということは、お得意様を大事にし、また一般客をお得意様にする努力を重視することになる。新規顧客を開拓することも大事だが、そこにかかるコストよりも、既存の顧客、お得意様をさらに活性化して客単価や頻度を上げてもらったほうが、利益貢献が高いという理由があるからだ。一般的な企業における経験則では、およそ 25%のお得意様が、粗利益率の 75%をもたらせているという。パレートの法則とほぼ一致する。

加えて、既存顧客との関係性を強化しその価値を高めようとの考えから、「ライフタイム・バリュー」（生涯価値）という観点が用いられることが多い。つまり、現時点において顧客がどれだけの利益をもたらしてくれるかではなく、将来にわたる長期的なスパンで顧客の利益貢献を期待するのである。

そこで、限られた資源を上位 20%あるいは 25%の顧客に対して集中的に投下することにより、上位顧客のシェアを拡大し、顧客の生涯価値を最大化することが、顧客との関係維持を重視するマーケティングの基本的な考え方ということになる。

¹⁶ レジス・マッケンナ（マッケンナ・グループ会長）が 1991 年に同名の著作を発表したことによって注目されるようになった。

¹⁷ アメリカ・マーケティング協会

具体的な展開としては、データベースマーケティングが挙げられる。顧客の購買履歴を記録、分析することによって顧客ニーズを把握し、一人ひとりの顧客ごとに最適なアプローチを展開することを目的としている。

顧客との関係維持の重要性は、以下のような点からも検証できる。

たとえばスーパーマーケットなどの小売業において、キャンペーンなどを頻繁に打って、目玉商品を並べ、価格を下げて、その期間の売上は上がるかもしれないが、利益は低くなる。そこで訪れた新規客がリピーターになってくれなければ、そのキャンペーンの元は取れない。しかし、残念ながら新規客のほとんどは二度と帰っては来ないものだ。

顧客の4分割というものがある。それは、以下のように分類される。

チェリー・ピッカー：値引率が高いときに渡り鳥のように現れて、目玉商品のみを買っていく層。

値引愛好者：同じく値引率が高いときに現れて、目玉商品のほか、まとめ買いをしていく層。

ライト・ユーザー：いわば一般客で、値引きがなくとも現れる層。

お得意様：値引きには左右されず、来店頻度も多く、売上に最も貢献する層。

チラシや目玉商品は、実は、チェリー・ピッカーや値引愛好者だけを引き付けるものなのである。

そのために、マイレージなどのポイント獲得に代表されるFSP(フリークエンス・ショッパーズ・プログラム)が重要視されるようになった。値下げよりも、「ポイント何倍」というキャンペーンが多くなっている。

これらは、お得意様になってもらえれば利益を還元するというシステムであるわけだ。

このままの論議を、医療機関にそのまま導入することはできない。しかし、医療機関においても、お得意様という言葉が使いにくい、顧客ロイヤルティの高い患者を増やすことのメリットは大きい。

サービスに満足しない患者は別の医療機関、あるいは医師を探す。こうした状況は、医療機関にとっても患者にとっても非効率な点が多い。

またサービスに満足しない患者は、再びその医療機関を訪れないだけでなく、よくない評判を周囲に伝えることが多い。逆に、サービスに満足した患者は、家族が病気になったときには患者を連れて戻ってくるばかりか、自分の周囲にも良い評判を流してくれる。クチコミが医療機関選定のための最大の情報源である現状から、患者がサービスに満足するか不満足を感じるかの違いは甚大なものといえよう。

2) 適切な顧客選定

サービスの場合、同時に他の顧客がサービスを受けているケースがある。そのことによって、サービスに対してさまざまな不満を持つ顧客の言動が、他の顧客の気分を害するなどサービス品質の低下をもたらす危険性が生まれる。

たとえば静かな雰囲気売り物のレストランに、騒々しい若者の一団が来店すれば、他の顧客に対するサービスの質を低下させることになるだろう。それとは異なるものの、たとえば不妊治療に訪れている患者にとって、妊婦と一緒に待合室は苦痛と感じられるだろう。サービスを提供する際には、サービス・コンセプトにあった顧客が快適さや利便性を得られるような仕掛けを用意することが必要となる。つまり、サービスの質を管理するためには、時として需要のコントロールも必要になる。

需要のコントロールには、たとえば外来診療における専門診療枠や予約枠設定がある。

3. 苦情への対応

1) 顧客の苦情の意義

サービス・エンカウンター

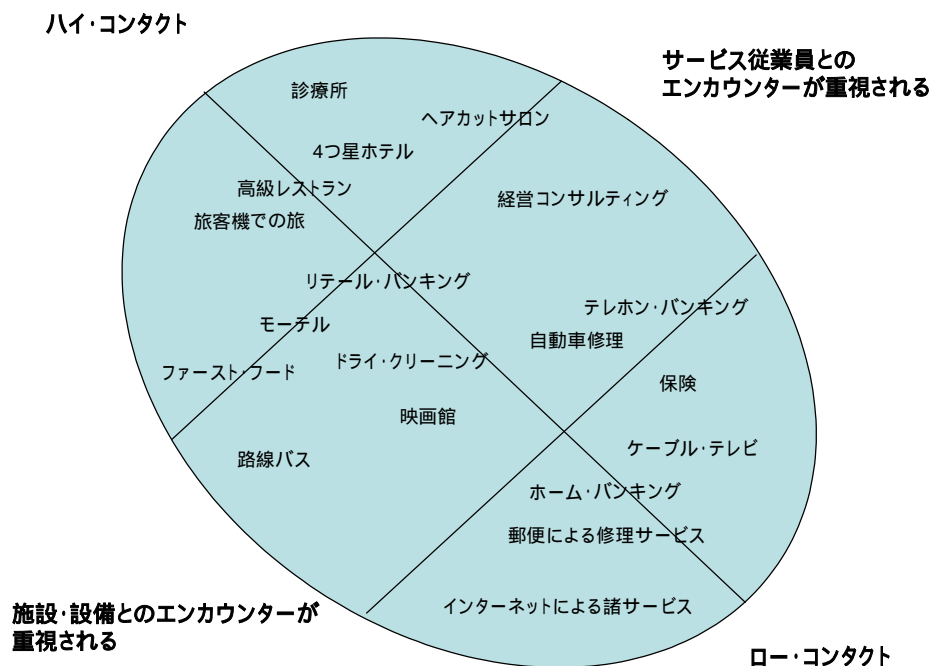
外来患者に対する診察や治療を考えてみよう。外来窓口の受付から始まり、採血や画像撮影などの検査や治療、そして会計、薬の受け取りに至るプロセスで、一人の患者に対するサービスは複数のステージで進行していく。この全体のプロセスのなかで医療従事者（その他職員を含む）が患者と直接接触する時間帯（サービス提供場面）のひとつひとつを、サービス・エンカウンターという。

それぞれのエンカウンターの品質が相乗効果を生んだときに、はじめて顧客満足の最大化が図れる。つまり、顧客満足を得るためには、すべてのエンカウンターがある意味では等しく重要だといえる。サービスにおける人材管理が難しい点は、エンカウンターを担うのは、常に現場の最前線の職員であるということだ。サービス組織においては、全ての職員が顧客満足を高めるために最善の方法を理解している必要がある。

これが、先に示した $100 - 1 = 0$ の法則である。サービス業の場合、たとえ 99 人までが努力して成果を挙げていても、たった一人の人間の怠慢や不見識によって、99 人の努力は水泡に帰してしまう。極端な話、最後の会計や薬の受け取りの時点で、もし不愉快な思いをしたとすれば、それまでの経験はぼんやりとしてしまい、最後の不愉快だけが強烈に残る。サービスには、そうした怖さがある。

なお、サービスは「ハイ・コンタクト・サービス」「ミディアム・コンタクト・サービス」「ロー・コンタクト・サービス」に分けることができる（図表 11 参照）。医師や看護師などはハイ・コンタクト・サービスに相当する。コンタクトレベルが高いサービスほど、サ

図表 11 顧客コンタクトのレベル



出典 クリストファー・ラブロック、ローレン・ライト著、小宮路雅博監訳『サービス・マーケティング原理』白桃書房

サービスの提供に従事する従業員の資質が問われることは当然だが、落とし穴になるのはむしろ、ロー・コンタクト・サービスなのである。たとえば、採決した血液やレントゲン写真などを運搬する係の者、清掃の係の者、警備員なども重要なサービス・エンカウンターであるという自覚が必要になる。

「真実の瞬間」

サービスの重要な特性のひとつが、同時性にあることはすでに述べた。この特性を考えると、サービスの利用者と提供者が接する瞬間が、サービスの品質を左右する重要な要素となるだろう。その瞬間に、利用者は受けたサービスやそれを提供した組織に対して、何らかの印象 肯定的なものであれ、否定的なものであれ を抱くことになる。この場面が「真実の瞬間」と呼ばれるもので、サービスマネジメントにおける重要なコンセプトのひとつとなっている。

スカンジナビア航空社長のヤン・カールソンが、「顧客と直接接する最前線の従業員の最初の 15 秒の接客態度がその航空会社の印象を決める」として、サービスの改革を行い、成功を収めたことがよく知られている。

また、「真実の瞬間」という概念を作ったとされるリチャード・ノーマンは、「企業にお

けるサービス活動の分析は、顧客が品質を認知する、顧客と企業との接触場面、つまり真実の瞬間から始めなければならない」¹⁸とその重要性を述べている。

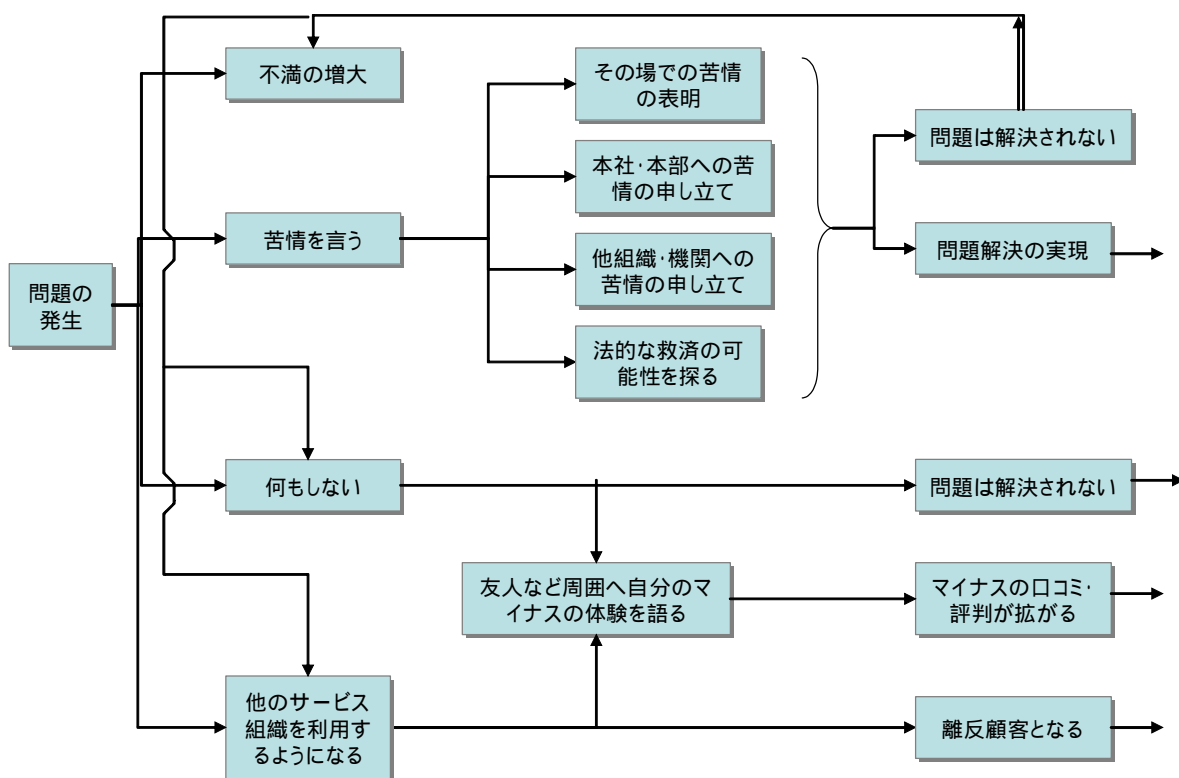
「良質な行動が次の良質な行動を生む」という循環が生まれ、顧客満足と従業員満足がそれぞれに高め合う効果をもたらし、その結果、組織全体にその循環が広がっていくのだ。サービスとは、それほど真剣勝負であるという意味になる。

サービスの失敗に対する顧客対応

サービスが人により提供される限り、サービス提供の失敗を完全になくすことはできない。サービスの失敗を経験した顧客は、どのような反応を示すか、その反応によってサービスの修復を講じることが必要である。

基本的な反応は次の4つだ¹⁹（図表12参照）。

図表12 不満足顧客のアクションフロー



出典 クリストファー・ラブロック、ローレン・ライト著、小宮路雅博監訳『サービス・マーケティング原理』白桃書房 p.164

¹⁸ 『サービスマネジメント』NTT出版

¹⁹ クリストファー・ラブロック、ローレン・ライト著、小宮路雅博監訳『サービス・マーケティング原理』白桃書房

- ・ 何もしない
- ・ 苦情を言う
- ・ 第三者（消費者保護機関など）に訴える
- ・ 他のサービス提供者を利用する

サービスの失敗に対する顧客の反応は、サービスを提供する側にさまざまな影響を与える。それぞれの基本的な反応にしたがって、サービスの修復方法を考える必要がある。

苦情を申し立てる顧客の特性

サービスの失敗に対して、すべての顧客が苦情を言うわけではない。また、サービスの種類や対価の高低によっても、苦情を申し立てる顧客の割合は異なる傾向にある。

苦情を申し立てる顧客の特性を見ると、一般に、高所得者の方が低所得者よりも苦情を申し立てる率が高い。年代的には、高齢層のほうが我慢をする傾向が強い。また、そのサービスや商品に対して知識を持っている顧客ほど、苦情を申し立てると考えられている²⁰。

苦情申し立てに影響する要因

苦情を申し立てる、申し立てないという顧客の行動は、いくつかの要因によって左右される。米国の調査機関 TARP によれば、

- ・ 苦情を言う時間や手間に見合う価値があるかどうか。
- ・ サービス提供者（企業）に真剣に対応してもらえるかどうか。
- ・ 苦情を申し立てる先（担当者や担当部署など）がわかるかどうか。

また、日本では苦情を申し立てることを「恥ずかしい」とか「きまり悪い」と考える土壌があるという指摘もある。

苦情を申し立てる顧客は、サービスに満足しておらず、しかも、その不満足が顧客にとって影響の大きなものであるといえる。前述したように、サービスに不満足な顧客が経営に与える影響は大きい。苦情を申し立てる顧客を放置するか、ここでサービスに対する信頼を回復するかは、医療機関に対する評判に大きな違いを生む。

2) サービスの修復

サービスの失敗に対して、その修復がうまくいけば、かえって顧客ロイヤルティが高まる傾向が強いことはよく知られている。申し立てられた苦情に対してきちんと受け答えを

²⁰ クリストファー・ラブロック、ローレン・ライト著、小宮路雅博監訳『サービス・マーケティング原理』白桃書房

ただで、たとえ根本の問題が解決しなかった場合でも、顧客がその事業者やサービスを見限ることを防ぐことができる。そのため、「クレームは宝物」という考え方すら成り立つ。

効果的なサービスの修復を行うには、まず、そのサービスの失敗によって顧客がどのような感じを持ったのかを把握することが必要になる。

困惑と犠牲

サービスの失敗に対して顧客がどう感じたかは、「困惑」と「犠牲」とに分けて説明される²¹。

- ・フライトが1時間遅れたら困惑する。その結果、乗り継ぎ便に遅れてしまい、空港で一夜を過ごさなくなったら、犠牲になったと感じる。
- ・2台ある電話のうち、1台が故障したら困惑する。1台しかない電話が故障したら、救急車を呼ばなければならないような疾患を抱えている人は犠牲になったと感じる。

同じサービスの失敗を経験しても、顧客の感じ方はその人の性格や事情によってそれぞれに異なってくるわけである。困惑と感じたか、それとも犠牲と感じたかによってその修復方法は異なる。

効果的なサービスの修復

なお、サービスの修復のためのポイントとしては、次の5つが挙げられる。

- ・謝罪 速やかにサービスの失敗を認め、謝罪することは基本的なサービスの修復行動だ。
- ・速やかな原状回復 顧客は、苦情を申し立てることによって、サービス提供者が速やかに対応し、誠意をもってもう一度きちんとしたサービスを提供してくれることを期待している。

困惑を感じた顧客は、この2つのポイントを実行することによって、サービスの修復が図れるだろう。

- ・共感 顧客の置かれている状況に共感し、顧客に対する理解をきちんと伝える。謝罪が、サービスの提供過程で失敗があったことを伝えるだけなのに対して、顧客がそのことによって傷ついたことを認める。
- ・償いの証 償いの気持ちを具体的に示すための行動をとること。たとえば料金を取らない、次回利用できるクーポンを渡すなど、上記の3つのポイントに合わせて実行することによって、「犠牲」になったと感じている顧客へのサービス修復を行う。

²¹ カール・アルプレヒト&ロン・ゼンケ『サービス・マーケティング』

- ・フォローアップ 以上に上げた修復のプロセスを締めくくるだけでなく、より確実なものにしたり、フィードバックの手段を提供するように努める。

3) サービス保証制度

提供するサービスについて、その内容や品質をあらかじめ保証することは、サービスの無形性からくる顧客の不安を軽減し、提供する事業者に対する信頼感を高める効果がある。

サービスの品質保証は、「顧客との約束」「約束を履行できなかったときの何らかの補償」「補償手続き」で構成される。

また、一歩進んで、顧客にとって許容しうる最低限のサービス水準を、数値によって示し契約する「サービス・レベル契約」も用いられている（図表 13 参照）

医療機関の場合は、診療サービスなどの本質サービスについての保証は困難であるが、た

図表 13 サービス・レベル契約と品質保証

	サービス品質保証	サービス・レベル契約
顧客のニーズ	マネジャーが特定	顧客とのコミュニケーションを通じて特定
約束	無条件	交渉によって決定
内容	標準化される	カスタム化される
責任の所在	サービス提供者	サービス提供者と顧客
保証またはけいやくの数	全顧客に対してひとつの保証	ひとりの顧客にひとつの保証
変更	稀	サービス提供者と顧客の合意があれば可能
取引形態	BtoB または BtoC	BtoB
約束伝達方法	暗黙のサービス品質保証の場合 はなし	交渉中に伝達
補償・報奨の提供	企業が提供を申し出る、もしくは 顧客から請求があった場合	基準との不一致があった場合
補償の種類	ペナルティーの意味合いを持つ	ペナルティーまたは報奨の意味合いを持つ
知覚品質に関するフィードバック	一方向	双方向
フィードバックの情報源	顧客からの補償請求	報告もしくは話し合い

出典 バート・ヴァン・ローイ、ポール・ゲンメル、ローランド・ヴァン・ディードンク著、平林祥訳『サービスマネジメント（上）』ピアソン・エデュケーション p242

例えば予約患者に待ち時間を保証したり、紹介元医療機関に紹介患者の翌日もしくは当日の受診を保証したりするなどの、表層サービスでの保証は検討の余地はある。

第3項 マーケティング・ミックスの理解

1. サービスの設計

サービスは、在庫がきかない。そのため、供給能力をどう設計するかは、在庫による調整が可能な物財と比べて、はるかに重要である。需要量の季節的な変動や時間的な変動への対応、あるいは、顧客の絞り込みによる需要コントロールなどを考慮する必要がある。また、異質性が高いことから、サービス品質の標準化が難しい。

これら、サービスの需要や品質の管理については、『オペレーション管理』においても解説する。

1) サービス計画の手順

サービス計画は、通常、以下のようなステップで進められる。

サービス・アイデア

複数アイデアのなかから、いくつかの基準によってアイデアを絞り込む。

コンセプトの明確化

ターゲットやポジショニングの分析を行い、顧客の受け入れやすいコンセプトを明確にする。

技術・収益性の検討

コアとなるサービスの基本的な構造や、補足的な要素を検討し、技術など、その実現のために必要となる資源を明確にする。さらに価格やコストなど、収益性を検討する。

サービスの設計

コンセプトに合致したサービスを実際に生み出すために、設計を行い、マニュアルを作成する。

技術の開発とスキルの習得

必要となる技術が社内でカバーできるかどうかを判断し、その開発を進める。不足している場合には、外部からの導入を検討する。必要なスキルも同様。

準備

サービスを提供するための設備やノウハウの構築、従業員の訓練計画を実施する。

市場導入

マーケティング・ミックスを展開し、市場に参入する。

見直し

市場（顧客）の反応を見ながら、見直しを行う。

2) サービス供給拠点の設計

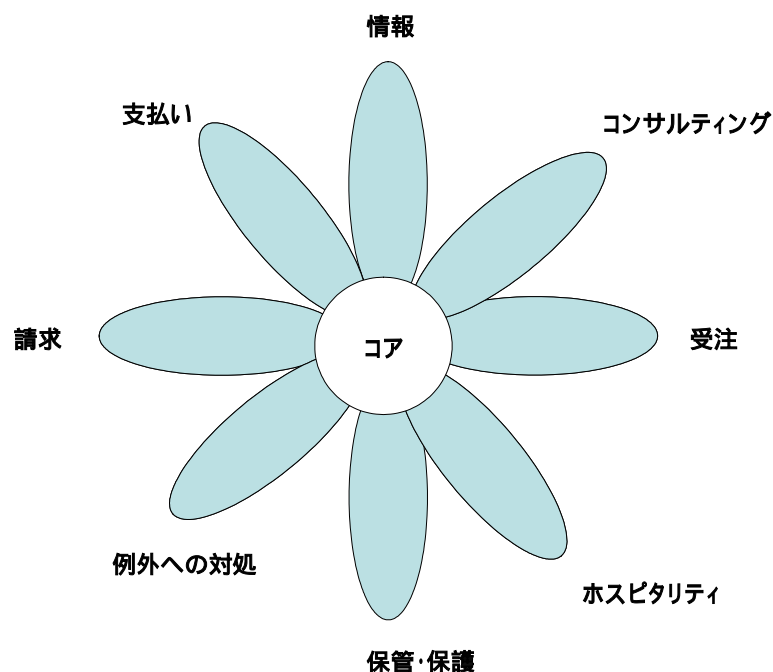
製造業におけるサービス拠点は、アフターフォローやメンテナンス拠点を意味するが、サービス業におけるサービス供給拠点は、本業そのものの場所ということになる。病院の場合は病院施設そのものがサービス供給拠点であり、診療所の場合は、診療所のほか、往診を考えれば、患者宅もサービス供給拠点となる。あるいは集団検診などの場所もそうだろう。

医療のみならず、保健・医療・福祉サービスへの総合化を考える場合は、サービス供給拠点の整備がことさら重要になる。病院以外に、各種施設が必要になるとともに、在宅医療や訪問介護がますます重要な社会インフラとなる傾向にある。それらの拠点を自前で整備するには限界があるため、各種センターや診療所との連携が重視される。

3) サービスの中心的要素と補足的要素

サービス要素は中心的要素と補足的要素から構成される。補足的サービスの要素は次の8

図表 14 補足的サービス要素に囲まれるコア・プロダクト



出典 クリストファー・ラブロック、ローレン・ライト著、小宮路雅博監訳 『サービス・マーケティング原理』白桃書房

つに分類される²²（図表 14 参照）。

これらの補足的要素を強化することは、中心的サービスの販促や品質の強化に役立つ。

促進型の補足的サービス

- 情報の提供に関するサービス
- 受注のプロセスに関わるサービス
- 請求のプロセスに関わるサービス
- 支払いのプロセスに関わるサービス

強化型の補足的サービス

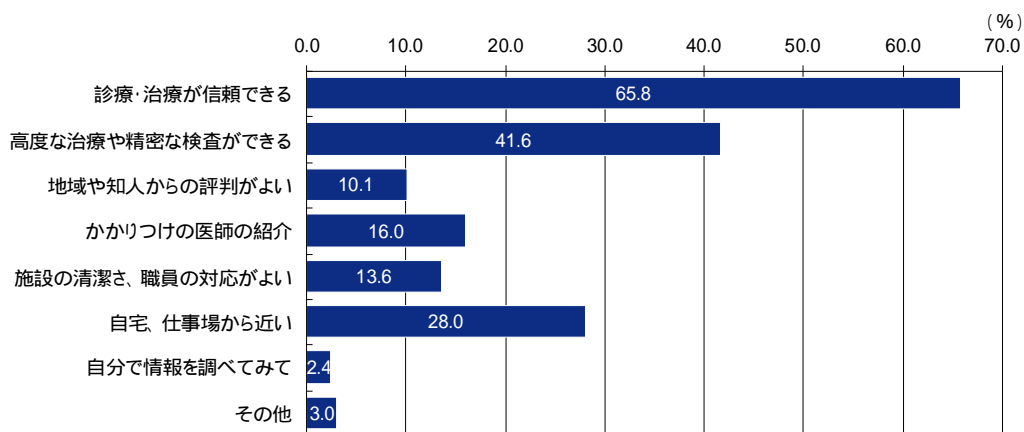
- コンサルティング（顧客ニーズの解決）
- ホスピタリティ（接客態度やサービス提供環境の整備など）
- 保管・保護（顧客の手荷物や修理対象品の管理など）
- 例外への対処（通常のルールから外れた顧客要望への対処など）

アンケート結果から、患者は医療サービスの中心的要素と補足的要素をどの程度評価しているかみてみよう。

アンケートに見る患者の評価要素

保健、医療・福祉に関して伊勢崎市民を対象に行われたアンケートの結果を見ると（図表 15 参照）医療機関を選ぶ理由としては、「診療・治療が信頼できる」が6割台半ばを占

図表 15 医療機関を選ぶ理由



出典「全国都市再生モデル調査」 健康医療都市いせさき構想・既存の保健・医療・福祉関連の地域資源を徹底活用した医療・健康のまちづくり調査（平成 17 年 3 月）

²² カール・アルプレヒト&ロン・ゼンケ 『サービスマネジメントサービスマネジメント』ダイヤモンド

め最も多く、次いで「高度な医療や精密な検査ができる」、「自宅、仕事場から近い」の順となっている。また、「診療・治療が信頼できる」は、特に女性と子育て世代に多く、ひとり暮らしの世帯では「自宅、仕事場に近い」が最も多くなっている。

医療技術が高く信頼性があるという、医療の中心的サービスの質が、患者が医療機関を選択する際に最も注目する要素となっている一方、通院の利便性という補足的要素も重視されていることがわかる。

4) ブランド・マネジメント

マーケティングを成功させる上で、ブランド戦略は重要な要素である。顧客に対して信頼感のあるブランドは、新製品の導入においても他より優位に立つことができる。そもそもブランドとはどのようなものなのであろうか。

ブランドには階層がある。コーポレートブランド、事業ブランド、ファミリーないしカテゴリーブランド、そしてプロダクトブランドだ。

事業ブランドは、たとえば松下電器産業のナショナルとパナソニックの例がわかりやすい。ナショナルは総じて白物家電を、またパナソニックはAV機器をイメージさせるが、そうした事業の大きなくくりによるブランドである。またファミリーないしカテゴリーブランドは、たとえば植物物語（ライオン）のように、そのブランド名で各種の商品を揃えている場合という。あるいは、たとえばホンダにはプリモ、ベルノ、クリオといった販社があり、それぞれ扱う車種が違う。カーメーカーに多いが、こうした系列販社の違いも、ある意味ではファミリーないしカテゴリーブランドとして見ることができる。

ブランドは、端的には上記のような名称で表される。しかし、名称があり、その名称が表す実体が確かに存在しているからといって、それをもってブランドだとは言い難い。つまり、それらの名称が明らかな価値や信頼を保証する場合に、はじめてブランドとなる。近年では農水産物についてもブランド化が進んでいる。たとえば「松坂牛」や「関さば」などを地域ブランドというが、これを安易に真似して、ただ統一の名称をつければよいということにはならない。なぜならば、ブランドは生産者がつくるものではなく、顧客がつくるものだからだ。

ブランドは、顧客がその商品に価値を感じ、イメージされる世界観を好み、自ら好んでファンとなる行為を象徴している。そのため顧客は、広告宣伝などのコミュニケーション手段を通じてブランドと認めたものを、購入・あるいは体験したいと思うとは限らない。確かに、コミュニケーションは重要なブランドの展開手法だが、それだけでは足りない。顧客が購入した商品に期待した価値を感じ、商品と事業者に信頼を寄せることができ初めて、ブランドとなりうるのだ。事業者にできることは、ブランドが一人歩きしやすいような工夫をこらすことだけだとすらいえる。そのためには、顧客基点の姿勢がどうしても

必要になる。常に顧客とともにあり、顧客の側から事業者・サービス・事業・ブランドを振り返ってみることが重要である。

ひとたびブランドが形成されれば、事業者はさまざまな恩恵を被ることができる。ブランドの持つ信頼（保証）機能、識別機能はマーケティング上、さまざまな効果をもたらしてくれるからだ。ブランドの本質は消費者の認識を高めることであり、医療サービスについて考えれば、患者が認識する医療従事者の「サービス行動のパターン」といえるだろう。優れたサービスを繰り返し受けることによって、患者のなかにそのサービスのパターンが「ブランド化されて」認識されるようになる。

消費者にとって評判のよい、あるいは好感の持てるブランドは、その品質を保証し事業者のイメージを強化する。このような強いブランドは、顧客がそのブランドと接するたびに商品や事業者を想起させ、事業者が行うマーケティング活動に対して、積極的な反応を引き出す効果が高い。さらに、顧客だけではなく、他の取引業者や関係者にとっても、強いブランドは良好な関係性をもたらす。

2. サービスの価格とコスト

1) 患者から見た医療機関の価値

一般に、事業者が自らが提供している製品やサービスについて考える品質と、それを購入し使用している消費者が感じる品質とは異なっている。消費者は、製品やサービスを競合他社のものと比較したり、自分の経験に照らし合わせたり、また、購入前の期待との差などから、独自の品質を感じ取る。このように顧客がその商品について相対的に感じる品質を知覚品質という。

知覚品質は、製品やサービスの物理的な品質ではなく、使用感などを元に、顧客が主観的に感じる総合的な品質といえるだろう。サービスの品質や価値の決定について、この知覚品質を重要な要素とする「顧客価値」の考え方が用いられている。

知覚品質を高めるためには、顧客が何を望んでおり、何を評価の基準にしているかを明確に理解する努力が必要になる。

製品やサービスの購入者が、その商品を実際に消費することによって得られるものが「便益」(ベネフィット)である。事業者が意図した便益がそのまま消費者に受け取られるのではなく、往々にして、消費者が実際に利用する過程で新しい用途を発見したり、事業者が重視していない効用が高く評価されたりするなど、消費者は独自に便益を作り出し、判断している。

また、その製品やサービスを手に入れるために支払われた費用(コスト)を考慮すると、価値と便益の間には次のような関係が生まれる。

顧客にとっての価値 = 顧客が受け取ったと感じた便益 - 入手するために支払った費用

この式は、最終的に顧客満足につながる価値を高めるためには、便益を上げることを考えると同時に、その費用を下げるのが重要であることを示している。

もっとも、この便益は、医療の場合はおおよそ決まっていて、「楽になった」「治った」「これからどうすべきかがよくわかった」などということになる。公的医療保険制度の下において、リーズナブルな価格で、明らかにそうなれば、顧客志向は医療においてはそれほどいらぬということになる。「命を助けられた」と思えば、患者は金額に対しても無頓着になるし、治療内容はブラックボックスですらいいと思うだろう。問題は、治癒には時間がかかる、そうそう楽にはならない、完全には治らない、あるいは非常に高額の出費を伴うといった場合である。その際、どこに顧客価値を求めるべきか、ということになる。急性期医療よりも、長期療養を伴う慢性期医療になればなるほど、この点は重要になる。

いずれにしても、目に見える製品の提供ではなく、サービスとして位置づけられる医療においては、こうした顧客価値、顧客便益をことさら意識することが求められる。

2) 総顧客価値と純顧客価値

対価を支払ったサービスに対して、顧客がどのような価値を感じているのかを分析することは、マーケティングを展開する上で重要な要素となる。

特定の製品やサービスに顧客が期待する価値は、以下のように分けて考えられる。

- ・製品価値
- ・サービス価値
- ・従業員価値
- ・イメージ価値

また、これらの価値を総合して総顧客価値ということもある。

総顧客価値から、顧客がその商品やサービスを手に入れるためにかけた顧客コストを引くことによって、「純顧客価値」が得られる。

顧客コストは、

- ・金銭的成本
- ・時間的成本
- ・エネルギー・コスト
- ・心理的成本

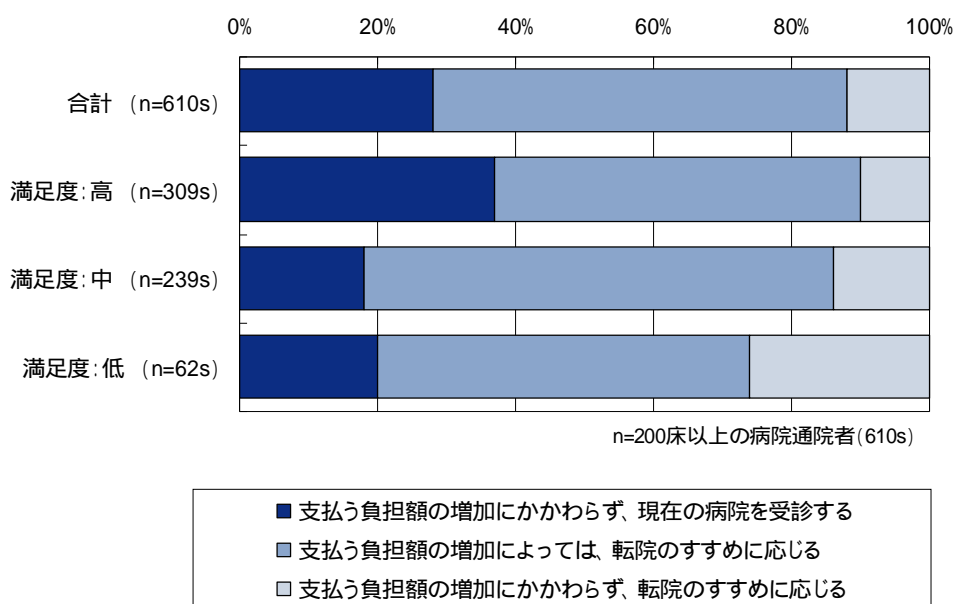
の4つで構成され、この4つを合計したものが「総顧客コスト」である。

購入する製品やサービスを選択するときに、顧客は、候補となる複数の製品やサービスを比較し、純顧客価値が最大だと感じるものを購入すると考えられる。供給側は、純顧客

価値を高くするために、総顧客価値を大きくする、総顧客コストを小さくするという、2つの課題を同時に追求することが重要になる。

一般に、同一価格の製品やサービスに対して、ロイヤルティの高い顧客ほどその価格に対する受容性が高く、そうでない顧客はその価格を「高い」と感じることが多い。医療サービスにおいても、満足度の高い患者ほど価格に対する受容度が高いといえる（図表 16 参照）。

図表 16 支払い負担の増加による転院の意向



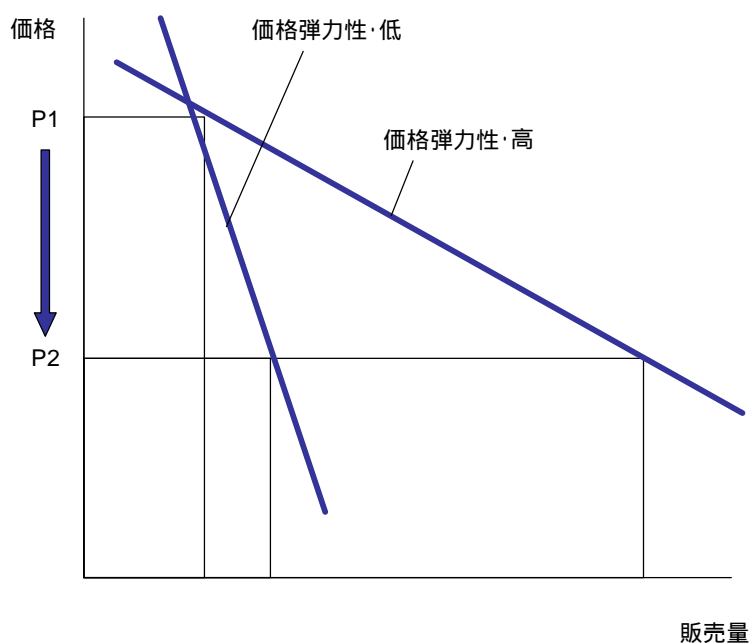
出典 前田泉、徳田茂二（2003）『患者満足度』日本評論者 p.92

3) 需要の価格弾力性

一般的に、価格が下がると需要は増え、逆に価格が上がれば需要は減る関係にある。しかし、製品やサービスの特質によってその変動の幅は異なっており、需要曲線にはさまざまな形がある。たとえば、価格を 1/2 にした場合に、販売量がほとんど変化しない商品もあれば、2 倍以上に増えるものもある。この価格の変動に対して需要が変化する程度を需要の価格弾力性という（図表 17 参照）。

たとえば、日用品は価格弾力性が高く、ブランド品などのぜいたく財や専門的な必需品は価格弾力性が低い。代替品があれば価格弾力性が高く、ほかに選択肢がなければ価格弾力性は低いなど、商品特性によっても異なる。また所得が増えたときに、増える需要の変化率を、需要の所得弾力性という。一般的に必需品は所得に関係なく需要があり、需要の

図表 17 需要の価格弾力性



出典 石井淳蔵、栗木契、嶋口充輝、余田拓郎著『ゼミナール マーケティング入門』日本経済新聞社

所得弾力性が小さい。

医療サービスについては、必需的なサービスであり一般的には価格弾力性が低いと考えられている。実際に過去から段階的に保険診療における患者の自己負担割合が増加し、患者にとっての診療時の支払い価格は上昇したが、受診抑制効果は大きくなかった。一方で、代替品がある場合は価格弾力性が高くなり、より価格の低いものが選ばれることになりやすい。たとえば、紹介状をもたない患者の初診にかかる特定療養費の金額によっては、別の医療機関に変更する患者も多いとみられる。

また保険診療は、需要の所得弾力性も低い。所得が余程減少しない限り、保険診療を受ける人の割合は低くはならないだろう。一方で、自費診療による先端医療の受診や、高額の人間ドック等については、高所得者ほど受診する可能性は高く、所得の需要弾力性は高いと考えられる。

4) 価格設定手法

一般的なサービスの価格設定のポイントは、物財の場合と基本的に同じだ。考慮しなければならない要素は次の3つである。

- ・サービス提供者にとってのコスト

- ・競争状況
- ・顧客にとっての価値

それぞれの要素を重視した価格設定手法は以下のとおりだ。

コスト志向型

サービスの生産やマーケティング展開に必要なコストを合計し、さらに期待する利潤を加えて決定する。損益分岐点に着目して設定する方法がある。

競争志向型

競争相手との比較で価格を決める方法。同じ市場において、各競争者が提供している製品やサービスに大きな違いがない場合には、消費者は安価に設定された製品やサービスを選択することになるだろう。

需要志向型

供給者側のコストではなく、消費者が感じている価値や所得（支払い能力）をもとにして価格を決める方法。特にサービスにおいては、そのサービスを受けるためにかかるコスト、交通費などの金銭的成本以外に、時間的成本や、サービスの満足度などから生じる心理的成本などの、非金銭的成本にも留意することが必要である。顧客が事前にそのサービスの質を評価することが難しい場合には、設定された価格から顧客がサービスの質を推察することになる。

価格設定戦略

多くの医療機関にとって価格設定は、不慣れな領域とみられるが、医療サービスにおいても、特定療養費の再編・拡大や予防医療の進展などにより、今後、価格設定が重要な課題となるとみられる。ここでは、マーケティング・ミックスと連動した基本的な価格設定のアプローチを紹介する。

補完的価格設定(Product との連動)

本体製品とは別に定期的な購入が必要な消耗品等の商品がある場合には、本体は利幅を削ってでも低価格で販売し、消耗品の利幅を厚く設定することで、全体で収益を確保するというものである。たとえば、臨床検査業務の受託会社が医療機関に検査機器を安く提供する代わりに、委託検査費用を高めに設定して契約するような例がある。

定額制・従量制価格設定(Product との連動)

顧客の製品・サービスの使用頻度に応じた料金プランである。使用頻度の高い顧客には定額制を、低い顧客には従量制を提示することで、より多くの顧客を獲得することができ

る。たとえば、フィットネスクラブなどは、月額費用は固定で使用回数は制限なしという定額制を採用することで、固定収入の確保と割安感を出すことによる顧客の獲得に結び付けている。

ゾーン価格設定(Place との連動)

異なる条件の場所に、製品・サービスを流通させる際に、異なる価格を適用するものである。たとえば同じ果物でも、スーパーで日用品として販売するものと、百貨店でお見舞い等の贈答で販売するもので、驚くほど違う価格がつけられている。

イメージ価格設定(Promotion との連動)

類似した製品・サービスに対して、プロモーションや販売店舗や付加的なサービスなどの違いで異なるイメージを確立し、異なる価格で販売するものである。たとえば、アパレルメーカーが、類似したデザインの商品を百貨店とスーパーにて別ブランドで販売しているような例がある。

3. マーケティング・コミュニケーション

マーケティングの展開において、事業者と顧客の間では、マーケティング活動に伴うさまざまなやり取りが発生する。マーケティング・コミュニケーションは、狭義には、マーケティング要素(4P)のうちのひとつであるプロモーション(販売促進)に関わるものといえるが、事業者の意図的な情報発信に基づくものばかりではなく、顧客がその事業者と接するさまざまな機会(商品、ブランド、デザイン、職員、制服、医療現場・待合室など)に持つ評価や感想など、より広義にとらえることが必要になってきている。

1) マーケティング・コミュニケーションの定義

マーケティング・コミュニケーションには2つの側面がある。ひとつは、プロモーション活動のなかで行われるパブリシティや広告、広報など、製品やサービスを消費者にアピールし、購買へと結びつける活動である。

もうひとつは、顧客と事業者とのあらゆる接点において何らかのコミュニケーションが発生するととらえ、長期的、継続的なコミュニケーション展開を図るという側面である。特定の製品やサービスに限らず、事業者そのものについてのイメージや信頼性を高め、評判を醸成することがその目的だ。こうした側面での努力が、ブランド力を高めることにつながる。

コミュニケーションは、本来、双方向 事業者と消費者との間での繰り返しのやり取

りであり、一方通行的な伝達を指すものではない。したがって、事業者の側がそれを一方的にコントロールすることはできない。特に、インターネットの普及が消費者に自由な情報発信の機会を提供したことにより、事業者にはこれまで以上に、真剣なコミュニケーション活動が求められるようになってきている。

2) マーケティング・コミュニケーションの役割

マーケティング・コミュニケーションには、一般的に次のような役割が求められている。

- ・ 潜在顧客への情報提供と啓発

インターネットや広告によって、自院の存在を知らしめ、また予防医学や病気の早期発見に役立つような知識を提供する

- ・ ターゲット顧客への動機付け

医療機関の場合、ターゲット顧客の判断は難しいが、生活習慣病を実際に危惧している人、あるいは診療科別の潜在顧客、力を入れている専門分野の他潜在顧客などをターゲット顧客と位置づけ、具体的な情報を提供し、早期発見のための検診などを動機付ける方法を考える。やはりインターネットが有効だが、その他パンフレットなどを配布できる機会を探す

- ・ 既存顧客との関係性の維持と特別な情報提供

退院した患者のうち、継続観察が必要な対象者には、たとえば半年に1度の次回受診の前に受診確認のはがきを送付する。相談会などの参加者などに、その人たちが必要とする健康情報を配布する、メールマガジンなどで定期的に情報を発送するなどの方策も検討する

マーケティング・コミュニケーションの展開は、先に述べた消費者行動の各プロセスに対応させながら、計画することが基本的な考え方である。製品やサービスの認知を促し、次に他の製品やサービスとの差別化などによって明確なイメージを喚起し、購買行動を促すというプロセスである。

無形性や同時性という特性を持つサービスにおいては、マーケティング・コミュニケーションの役割はことさら重要だ。顧客は、そのサービスが自分にとって価値があるものかどうか、競合よりも高い価値を提供してくれるかどうかを事前に評価することが難しいからだ。そのため、それまでのコミュニケーション機会で得られた、その事業者のブランドに対するイメージや評判などによって、価値を推察することが多くなる。

象徴による倶視化

製品やサービスを顧客のなかに明確に位置づけるためには、ロゴ・マークやコミュニケーション・マークを活用することも重要である。無形のサービスにおいては、それを象徴

するロゴ・マークなど有形のものによって、明確なイメージの形成を促すことは有意義といえる。たとえば、医療従事者が白いユニフォームを着ることは、清潔感と医療専門家としてのイメージを与えるといえるが、そこにロゴ・マークなどの一工夫を加えることで、ブランド化も促進される可能性が生まれる。

顧客教育

前述したように、サービスの品質を決めるものとして、参加している顧客が果たす役割も大きい。したがって、サービスの品質を損なわないようにするには、多かれ少なかれ、顧客にある種の教育を施すことが必要になる。こうした顧客教育も、マーケティング・コミュニケーションの役割のひとつとなる。

医療サービスにおける顧客教育とは、事前には予防医療および早期発見と応急措置の側面において行われるのが一般的であろう。また、サービス後、つまり治療後の説明や注意点の伝達なども重要であることは言うまでもない。

医療サービスの場合、当然、その患者にすぐにもまた受診してもらうことは目的ではない。もちろん、病院に来る頻度が少ない(必要がない)ほうが、人生は豊かだといえる。ある意味、医療機関における顧客教育は、顧客を遠ざけることにもつながる。ただし、万が一再度医療行為が必要になった際に、教育を受けた経験、その教育効果も再来院を促進する大きな要素となる。

需要と供給の管理

サービスの供給能力には限界がある。サービスを提供するための施設や設備、あるいは医師やその他の職員の数などによって、最大供給力が決定される。しかも物財と違って在庫をすることができない。供給能力を超える需要が発生した場合、それは、ビジネスチャンスを逸するというだけでなく、サービスの品質を低下させることにつながる。これを防ぐために、たとえば混雑状況や予約状況を顧客に伝達するとか、正確な待ち時間を知らせるなどのコミュニケーションが必要になる。

職員行動の方向付け

サービスの質を高め顧客満足を得るうえで、直接顧客と接する職員が果たすべき役割は大きい。そのためマーケティング・コミュニケーションでは、顧客とのコミュニケーションだけでなく、職員との内部コミュニケーションも重要な要素である。

3) 内部コミュニケーションの役割

内部コミュニケーションの定義

ここでいう内部コミュニケーションは、その組織において、経営者・管理者が職員に対

して行うすべてのコミュニケーションを指す。社内広報は、このうち、全職員に向けて行う伝達・説得・啓発活動を指すが、内部コミュニケーションには、その他に、個別の語り込みなども含まれる。

内部コミュニケーションの目的

内部コミュニケーションは、その組織のサービスに対する考え方や風土、あるいは顧客満足の追求に対する姿勢など、組織全体の意識を形成するうえで重要な役割を果たす。また、単一の事業体ではなく、全国各地、あるいは世界各地に事業所が広がっているような場合は特に、組織全体の統一的なサービスを展開していくために極めて重要となる。

効率的で満足の得られるサービスデリバリーの確保、生産的で協調的な従業員リレーションシップの確立、従業員の信頼感・敬意・ロイヤルティの構築といった目標を達成するためには、管理者と従業員がビジョンを共有していることが求められる。ビジョンを共有するための明瞭かつスムーズなコミュニケーションとして、社内報やニュースレター、社内ビデオ、表彰などが考えられる。しかしそれ以上に、日々の会話や、ことあるごとの話し合いが重要であることはいうまでもない。

4) コミュニケーションの倫理性

広告や広報などのコミュニケーションでは情報の非対称性から、誤った情報により、情報の受け手が損害をこうむる危険性を否定できない。また、広告を大量に投下して消費者の嗜好性を無制限に喚起することは、倫理的に好ましくないと考えられている。そのため、製品やサービスの広告には倫理的な面から、さまざまな制約が課せられている。たとえば国によっては、たばこ企業は広告を打つことができない。

5) メッセージの選択

コミュニケーションの目標設定

マーケティング・コミュニケーションを実行するにあたっては、まず、目標を明確にすることが必要である。複数の目標が挙げられる場合には、優先順位を明確にしておくことも重要だ²³。

サービス・マーケティングにおけるコミュニケーション目標の例を以下に示す。

- ・ サービス組織およびブランドについて、具体的で覚えやすいイメージを創り上げる。
- ・ サービスを認知させ、興味を持たせることで、試用を刺激する。
- ・ 顧客にサービスの（顧客タイプごとの）最も良い利用方法を教える。

²³ 『サービス・マーケティング原理』クリストファー・ラブロック、ローレン・ライト白桃書房

- ・ 特定サービス・ブランドの強みと便益を伝える。
- ・ オフ・ピーク時には需要を刺激し、ピーク時には需要を抑制する（混雑を回避できるサービス利用時間を告知することも含む）。
- ・ 競争者の行う主張や競合キャンペーンに反駁・対抗する。
- ・ 有益な情報とアドバイスを提供し、不確実性やリスク感を減らす。
- ・ 安心感を提供する（たとえば、サービス保証の提示）。
- ・ 有益な意見・賛辞を寄せてくれる顧客や模範的な従業員に感謝し、功績を紹介し、正當に評価する。
- ・ 利用頻度を高めるように促し、それに報いることでロイヤルティを高める。

コミュニケーション計画の内容

次のステップは、その目標を達成するための、適切なメッセージとツールを選択することだ。ターゲットの違いなどによっても、メッセージは異なってくるだろう。

さらに、それらのメッセージを効果的に伝えることができるコミュニケーション・ミックスを選択する。マス・メディアを使った広告がふさわしいこともあれば、インターネットの利用が効果的な場合もある。

コミュニケーションの計画では、メッセージの内容や構造、様式などについて検討するが、その場合、以下のような「5W1H」を検討項目として利用するとよい。

- ・ who ターゲットとするのはどのような顧客か。
- ・ what 何を伝えるのか。その結果、どのような成果を達成するのか。
- ・ how メッセージを伝える手段は何か。
- ・ where どこで伝えるのか。
- ・ when いつ伝えるのか。

6) マーケティング・コミュニケーション・ミックス

さまざまな手段やツールがコミュニケーションに用いられる。有料なものばかりではなく、PR やクチコミなど、無料だが影響力の大きなものもある。コミュニケーションの目的によって、利用するツールの組み合わせを考えるのがコミュニケーション・ミックスである。

コミュニケーション・ミックスは、大きくは人的コミュニケーションと非人的コミュニケーションとに分けて考えられる。対面販売や受付、診察など、顧客と従業員が直接接することによって生まれるのが人的コミュニケーションであり、広告やダイレクト・メール（DM）などのように、事業者から一方的に届けられるものが非人的コミュニケーションである。

人的コミュニケーション

対面（あるいは電話）でのコミュニケーションには、医療現場や販売現場だけではなく、顧客サービスの各種窓口やクチコミも含まれる。人的コミュニケーションでは、伝えられるべきメッセージのカスタマイズが行われるのが一般的であり、サービス品質という観点に立てば、適切な訓練プログラムやマニュアルの準備が必要だ。ただ、医療の場合のように専門度の高いサービスにおいては、特別なコミュニケーション訓練が行われることはほとんどなく、専門家に任されているとよい。

非人的コミュニケーション

広告

非人的コミュニケーションの代表的な例は広告だろう。多くの場合、見込み顧客とその事業者や商品が最初に接する機会であり、サービスの内容や機能、便益を伝える重要なツールである。特に無形のサービスの場合、消費者はその情報を広告に依存することが多くなりがちである。ターゲットとする顧客層や市場によって、適切なメディアを選択することが必要になる。

ダイレクト・メール（DM）

より効果的に顧客にアプローチする方法として利用されるダイレクト・マーケティングでは、ダイレクト・メールが重要なツールとなっている。ダイレクト・メールは通常郵便物によるが、昨今ではインターネット配信も多い。ダイレクト・メールは広告だけに限らず、重要なお知らせや情報提供にも使われている。

セールス・プロモーション

企業ではプロモーションの一環として、インセンティブを伴うコミュニケーションを行うことも多い。インセンティブの例としては、見本の配布や、クーポン（直接値引き、友人紹介やグループ利用による割引、追加サービス）、期間限定値引きセール、入会・登録の無料・値引きキャンペーン、ギフト、懸賞などがある。

医療機関でも健診事業などにおいて、セールス・プロモーションを利用できる。健診は事業者向けが春に集中するため、季節による繁忙の差が大きい。閑散期に個人健診の受診経験者向けに、クーポン付の受診案内を送付するなどが考えられる。

パブリシティ / パブリック・リレーションズ（PR）

パブリシティとはメディアを利用した広報活動のことであり、一般に広告ではなく記事の形で情報が提供されることによって、客観的で信頼性があると受け止められる傾向にある。適切なパブリシティの展開は、医療機関に対する信頼性の向上、イメージの向上に効

果的である。健康関連情報に対する関心は高いので、メディアの協力も得やすいだろう。

パブリック・リレーションズ（PR）とは、地域住民や、関係諸機関（ステークホルダー）などと「良好な関係」を築くために行う活動である。最終的には、組織イメージの向上や知名度のアップなどを通じて販売促進を図ることができる。通常は新聞・雑誌やテレビなどのメディアを利用したPR活動が中心となる。ニュース・リリースなどによって、事業者や商品に関する情報をメディアに提供することで、広告とは異なる客観的な情報（記事や報道）として広められることを期待する方法である。

ほかにも、広報誌やニュースレターの発行、病院見学会、健康相談会、他の医療機関との共同研究会、地域活動やイベントへの参加、ボランティア活動への協力など、パブリック・リレーションズの方法はさまざまである。

説明用資料

マーケティング・コミュニケーションにおける顧客教育的側面を担うのが、利用法や効用などを伝える説明資料と、それを使ったレクチャーである。説明資料には商品パンフレットや利用マニュアル、手順説明書などがあり、最近では印刷物だけではなく、ビデオやCD、インターネットなどもツールとして使われている。

コーポレート・デザイン

形のないサービスはもちろん、有形の商品においても、顧客に明確なイメージを持ってもらうことが重要である。そのためには、事業者と顧客が接する接点のすべてにおいて、統一的なデザインを展開することが有用だ。建物の外観や看板などにとどまらず、従業員が使用する文房具類、制服、配布されるチラシ、車両のデザインなど、一貫性のあるデザインを用いることによって、消費者のイメージ形成を促すことができる。

サービス・スケープのデザイン

サービス・スケープとは、サービスが提供される場の外観やデザイン、雰囲気のことである。いわば舞台装置であり、舞台のデザインの優劣が、サービスの質や顧客満足の程度に影響を与えることになる。

これには、施設の外観や内装・インテリア、アメニティ、あるいは立地、設置場所などの物理的要素のほか、サービスを提供する従業員の人的な要素 服装や身だしなみ、言葉遣い なども含まれる。たとえばある大規模医療機関では、ホテルが顧客を迎えるようにタクシー等で到着すると、ドアマン（ドアウーマン）が出迎える。車椅子の患者の場合は、車椅子を自ら押したり、誘導したりする。ホスピタリティを感じさせ、患者や付き添い客、見舞い客に好印象を与えている。

7) メディアの選択と統合的コミュニケーション

最近増加しているのがペイドパブ (paid publicity) と呼ばれるパブリシティ広告である。ペイドパブとは、「対価を支払って正式な記事 (番組) 風のものを作成、掲載して (放送して) もらうこと」である。投資家が企業の価値を判断する際にも、雑誌などに登場した経営者の記事を大いに参考にする。そうした意味では、理事長や院長、あるいは医師などが記事に登場する場合は、直接的に自院の宣伝を行うのではなく、医療情報の提供や考え方、昨今の健康事情や疾病事情などを紹介する。経営者の場合は、自院のビジョンやポリシーを語る。そうして信頼感の醸成を目指すのがいい。

インターネットには、これまで以上に力を注ぐべきであろう。これも宣伝というよりは、バーチャルを含む地域貢献を目的として、さまざまな情報を提供し、質問の受付、メールマガジンの配信なども検討する。院長や各診療科の長などが、自身のブログを立ち上げ、徒然に健康や病気、治療について語るのも効果的だ。

また、地域で医療ボランティアやさまざまな勉強会、タウンミーティングを開催する、健康とは離れてボランティア活動に参加するなど、昨今では必要な行為といえる。

もちろん、人的コミュニケーションとしては、医療現場 (受付や会計も含む) における患者や患者の家族、見舞い客などとのコミュニケーションも重要であり、それについてはマニュアルを作成し、職員全員に徹底することが必要である。

第3章 医療機関経営におけるマーケティング戦略の実際

第1項 医療サービスにおけるマーケティング環境と事業のあり方

1. 成長と競争をめぐる考え方

1) マーケティング視点からの医療の特性（医療経済を規定する要因）

前章において、医療はサービスであるため、サービス・マーケティングについての基本を説明した。ここでは医療分野におけるマーケティングに関連する特性について理解をすすめる²⁴。

患者・医療従事者間における情報の非対称性

高度な医学的知識を必要とする医療サービスは、前述したように、サービスの供給者である医師と、顧客である患者との知識のレベルや量が、大幅に異なっている。サービスに関する情報が一方的に提供者に偏っているわけだが、このことを情報の非対称性という。

そのために、一般の患者には、仮に病気が治癒したとしても、その治療の内容や質を評価することは難しい。現状では患者は、医療の本質的サービスだけではない総合的な印象から、その医療従事者や医療機関のパフォーマンスを評価している。また、自分が体験していない医療機関・医療従事者については、家族や知人からのクチコミ情報をもとに推定していることがほとんどである。近年、病院ランキング本が出版されたり、いい病院・いいドクターが雑誌や新聞で特集されたりすることが増えた。これは、医療の品質に対して客観的な評価が求められていることの表れといえる。

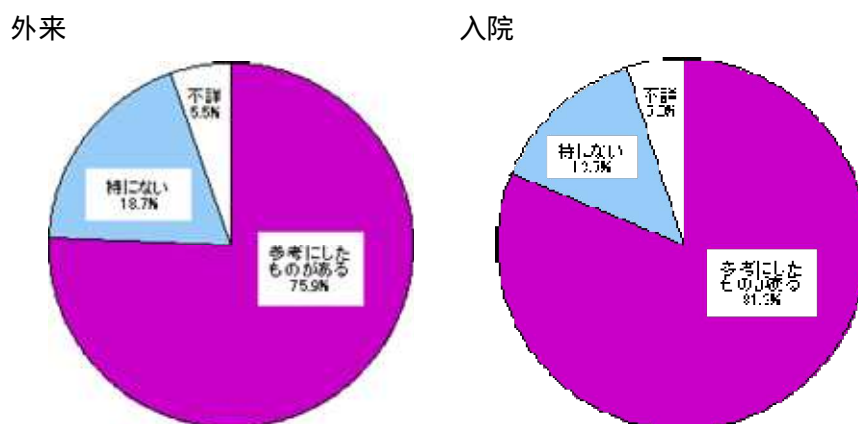
厚生労働省で3年ごとに行っている「受療行動調査」によると、2002年度調査では、外来、入院患者とも「病院を選ぶに当たって参考にした情報がある」が大半を占めるようになった（図表18参照）。1999年度調査と比較すると倍増しているが、参考情報の内容を見ると、外来の場合は家族・友人・知人からの情報が60%弱であり、判断するための間接的な情報でしかない。実際に、患者がほしい情報は、現状では十分に得られていないといえる。

疾病の発生と経過に関する不確実性

人は、病気になる時を予測することはできないし、その病気の重さを予測することもできない。また、病気になって受けた治療が、どの程度効果があるのか、完全に治癒するのか

²⁴ 『NEW 予防医学・公衆衛生学』岸玲子、古野純典、大前和幸、小泉昭夫著、南江堂

図表 18 病院を選ぶ際の情報



出典 平成 14 年版 厚生労働省「受療行動調査」

どうかを予測することも難しい。さらに、病気にかかったときの経済的損失（医療費の発生と同時に、仕事ができなくなることによる損失）についても予測することができない。つまり、いつ需要が発生するか、その需要がどの程度のものかを予測することは非常に難しい。

医療保険制度は、こうした不確実性をカバーする役割を担っているが、医療保険の導入は、消費者と医療サービス供給者、消費者と保険者、保険者と医療サービス供給者という 3 つの取引関係を生み、そのことによってそれぞれの取引関係の間にも、情報の非対称性が生まれることになる。

外部性（外部経済）と福祉的役割

外部性とは市場での取引ではなく、市場の外部で発生する影響をいう。医療の場合でみると、たとえば稀にしか発生しない感染症の疾患のために、専用病床や専門の人材を確保すると採算が合わない。そのため市場経済ではサービスの供給が寡少になってしまう。しかし社会的には、本人のため、また他の人への感染リスクを下げるために、市場を通さない形でサービスが提供されることが求められる。また、国民は「健康で文化的な最低限の生活を営む権利」を憲法で保障されており、医療サービスは福祉的役割を求められている。

このような外部性や福祉的役割を持つサービスについては、いわゆる「市場の失敗」がおこることで、供給が社会的に見て望ましい水準より過少になる。必要な供給量を確保するためには、何らかの公的介入が必要になるが、日本においては国民皆保険制度を中心とした医療制度全体で、そうした供給の確保を後押ししてきた。

これらのマーケット特性があるため、医療サービスの市場にはさまざまな規制があると同時に、医療サービスの提供者には倫理的な対応が求められている。

2) 成長と競争をめぐる議論

成長に関する議論

一般的な産業であれば成長することが望ましいと考えられるが、医療の場合、わが国ではほぼ完全な皆保険体制であるため、公費投入の割合が高い。また行政が保険者になっている部分が大きいため、いわゆる国民医療費の水準は国の制約を受けやすい。そのために医療保険の市場拡大に基づく成長は、適正な範囲であることが望まれている。しかし、それは産業全体についての話であって、個々の医療機関においては、高度化や効率化を伴った適度な成長は、経営の安定的な継続、さらなる顧客満足の追及のために、必要な目標といえる。

競争に関する議論

従来、公益性が求められる医療サービスにおいては、競争はふさわしくないと考えられてきたが、それは、過度な競争、利益追求型の競争について言えることであり、顧客価値をベースにした競争は大いに奨励されるべきものであろう。慶応義塾大学ビジネススクールの嶋口充輝教授が指摘するように、昨今の競争は、戦争型の競争から恋愛型の競争に、そのスタイルが変わってきている。これは、限られた顧客を競合同士で取り合う相対的な競争ではなく、顧客そのものを創造し、その顧客の価値を志向する絶対的な競争を意味する。つまり、顧客の絶対的価値の増大を追及するという競争原理への転換である。その意味においては、医療機関も今後ますます競争を重視していくことが求められているといえる。

なお、現在の医療制度について競争に関わる議論は、次のように整理できる。(詳細は『制度・政策』を参照のこと。)

競争を激化させる要因のひとつとして新規参入の脅威があるが、現状では病床過剰地域においては既存の医療機関の事業を承継する以外に参入が難しい。一般的には既存市場に新規参入してマーケットシェアを確保するためには、差別化やコストリーダーシップをとるなど、既存の医療機関よりも顧客価値の高いサービスを提供しなければならない。病床過剰地域の場合は、新規参入が少ないために、既存の医療機関にはサービスの向上や効率化に対するインセンティブは働きにくい。

公定価格である保険診療が中心であり、特定療養費や自由診療等を除けば価格競争は発生しない。一方で、民間主体の自由開業制の下で供給者の数が多いことから、非価格競争は一定程度存在する。

しかしながら、これまで競争を妨げるとわれてきたこれらの状況は変わりつつある。医療機関経営も市場における競争を意識した経営に転換していかなければならない時にあ

るといえる。

2. 医療サービス市場の理解

1) 顧客としての患者理解

患者ニーズに応える姿勢を奨励することは、医療に関する正しい知識のない患者を、口当たりの良い情報で攪乱することになるという懸念が、医療側にはあるとみられる。しかし、そもそも、医療従事者が考える患者ニーズと、実際に患者が感じているニーズは、必ずしも一致しない。そこに、さまざまな問題が生まれる。個人主義の台頭に応えるためにも、患者の真のニーズを理解する必要がある。

患者ニーズを理解する

患者が医療機関に望んでいることはどのようなことであろうか。不満を探ることで、端的にニーズを知ることができる。東京都が行った「医療機関選択のために必要な医療情報」に関する調査のなかに、患者は医療に対してどのような不満を持っているかが挙げられている。

- ・ 待ち時間が長い 86.0%
- ・ どの医療機関が良いかわからない 66.7%
- ・ 医療事故や医療過誤が発生しており不安がある 56.8%
- ・ 医療費が高い 55.4%
- ・ 診療時間が短い 47.7%
- ・ 医師の技術に不安がある 44.1%
- ・ 医師から症状や病状、薬について十分な説明が得られない 44.1%
- ・ セカンドオピニオン（他の医師の所見や意見）を受けにくい 40.5%
- ・ 医療機関や病気に関して相談をする機関がわからない 38.7%
- ・ 医師や看護師などの医療スタッフの言葉づかいや態度が悪い 21.6%
- ・ 検査等が充分でない 11.7%
- ・ その他 15.3%
- ・ なんとなく 0.0%

この調査を見れば、多くの不満が医療行為そのものではなく、患者に対する情報提供の不足、および待ち時間と診察時間の不均衡や職員が患者に接する態度などのサービス面の弱さによってもたらされていることがわかる。良質の医療を受けることが患者の最大のニ

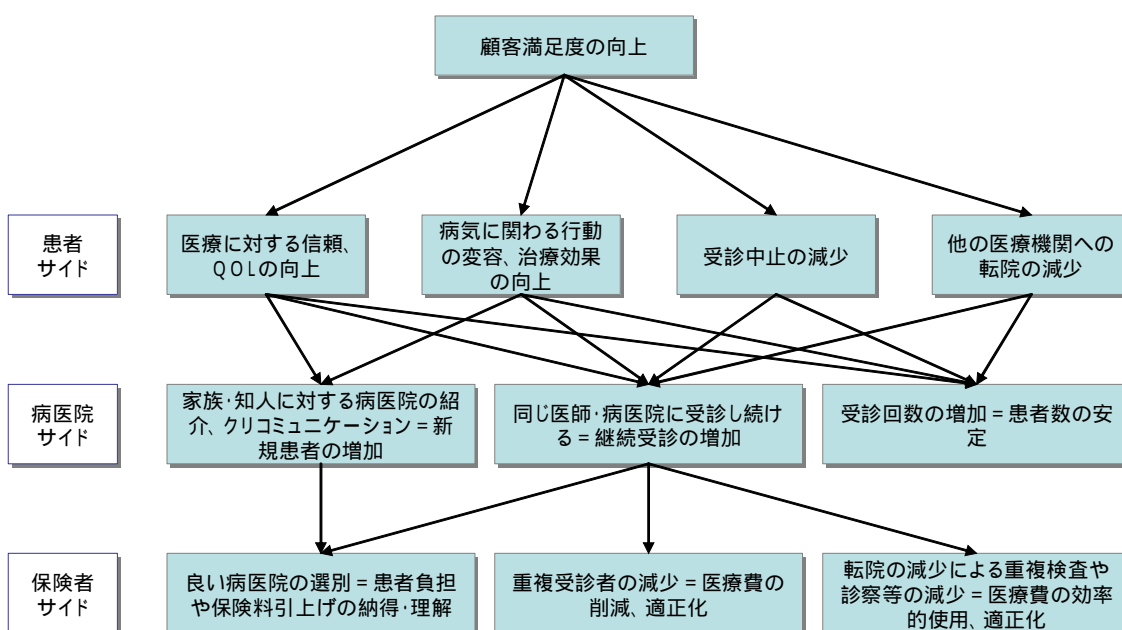
ーズであるとしても、自分が受ける治療についての情報や、あるいはそもそも病気にかからないための情報などの提供、そして、医療サービスを快適に受けられるサービス力の向上が強く求められているのである。

患者満足と顧客ロイヤルティ

医療では、患者とのコラボレーションの質がサービスの質を決定するという特性がある。「病は気から」といわれるが、治る気がない患者はやっかいであるし、薬の決まった服用方法、あるいは生活態度における注意を守らない患者は治りにくい。重病になればなるほど、医師と患者との信頼関係が患者の治癒に影響を及ぼす。そのため、患者ロイヤルティの獲得は、医療サービスの質を高めるために欠かせない要素といえる。

患者満足を高め、患者を自院や自分(医師)のファンにできれば、それだけ医療サービスの質を高めることができるわけで、その患者は、自身がその医療機関を利用し続けるだけではなく、友人や知人など、周囲の人々に良い評判を伝え、あたかも広告塔のように活動してくれるようになる。こうした患者のクチコミによる医療機関の評判の発信は、インターネットの普及によってますます影響力を高めつつある。逆に、ほんのささやかな患者対応のミスが、医療訴訟につながることもある。訴訟に至らないまでも、インターネットのホームページやブログで報告されただけで、従来考えられなかったほどの悪影響を被ってしまうこともある。

図表 19 患者満足度の向上と病医院・保険者のメリット



出典 T K C 全国会医業・会計システム研究会編『病医院の経営・会計・税務』T K C 出版

繰り返すが、ロイヤルティが高い患者は他の医療機関へ乗り換えることは少なく、家族や知人も呼び寄せってくれるため、医療機関の経営安定に大きく貢献することになる。

第2項 医療サービスにおけるマーケティング・マネジメント

1. 医療サービスにおけるマーケティング・ミックスの特性

1) 患者と医療機関をつなぐマーケティング

サービス・マーケティング・ミックス(7P)において、サービスの特性に基づき付け加えられた、Physical evidence(物的環境)、Process(提供プロセス)、People(人材)は、サービスの品質を向上させる上で、大きなカギを握っている。サービスでは、好感の持てる物理的な環境において、適切なスキルを持った従業員と顧客の協同作業によって、提供プロセスが進行していくからだ。一定の品質のサービスを提供するためには、サービス提供現場における従業員の訓練も重要であるが、スムーズなサービスの提供には、そのバックグラウンドとしての組織全体のサポートが必要になる。以下、医療機関のマーケティングについて、Products(サービスの設計)、Place(サービス供給拠点)、Price(サービス価格)、Promotion(マーケティング・コミュニケーション)の順で説明する。

2) サービスの設計

組織全体として良質のサービスを実現するためには、組織の全員に理解できる明確な形でサービスの設計を行うことが必要になる。ひとつひとつのサービスについて提供プロセスを分析し、誰(部署)がいつどのように、そのプロセスに関わるのかといった業務の内容を明確にし、設計図としてまとめることが求められる。

図表 20 医療サービスのフロー



医療は多くのサービスから成り立っており、前述しているように、患者は本質的なサービスだけではなく、表層的なサービスについても評価をしていることから、患者の視点からみたプロセス全体のサービス設計が必要である。

玄関から受付、待合室、病室においては、ハード・ソフトの両面でホテル的なホスピタリティのサービスが必要とされているであろうし、診察から検査、手術等については、顧客に安心感を与える、高水準の品質管理が行われているというようなプロフェッショナル

のサービスが必要とされているのである。

3) サービス供給拠点

サービスと立地

地域ニーズの変化に合わせた自院の役割によって、サービスに最適な立地が考えられる。医療施設の場合、いったん建設すると数十年は移転が難しいため、長期的な視点に立って検討することが重要だ。たとえば、高齢者医療を提供するならば、地域の高齢者人口や介護施設の数やその立地場所が関係する。小児医療を提供するならば、将来開発が見込まれ新たな人口集積が進む可能性の高いニュータウンなどが、立地として望ましい。

サービスの特性のひとつである同時性は、サービスが提供される場に顧客がいなければならないということを意味している。医療サービスの供給拠点としては、医療施設で医療サービスを提供し患者を呼び集める場合と、患者のいる場所に行って医療サービスを提供する場合が考えられる。

医療サービスのデリバリーという観点からは、ターゲットとする地域（患者・住民が多く存在する地域・診療圏）からの交通アクセスや時間距離は、重要な要素となる。距離は顧客コストとなり、求める製品の特性を最寄品²⁵とするか、専門品²⁶とするかに影響する。たとえば提供する医療サービスが、かかりつけ医的なサービスや人工透析等の継続性の高いサービスの場合は、距離は重要な要素になる。

患者を医療施設に呼び寄せる場合は、特に最寄品的な医療サービスを提供する場合には、自施設だけで存在するというだけでなく、他の医療施設と一緒に医療モールを形成する、スーパーやドラッグストアに隣接する、介護施設や教育施設と一体化した地域に立地するなど、集積（コンプレックス）形成という考えもある。

患者のいる場所に行って医療サービスを提供する場合は、サービス提供時間に占める移動時間を計算しておかなければならない。対象顧客の居住地分布とサービス拠点からの時間距離に基づいて、最適な立地を決めるのである。

診療圏分析の方法

診療圏の設定

自院の提供する医療サービスの性質や既存患者の来院状況などを基に、実際の距離や時間距離を考慮して診療圏の設定を行う。診療科別や疾病別に、自院の特徴や競合医療機関の立地状況によって、患者の来院範囲が異なるのが一般的である。次に、設定した診療圏に

²⁵ 日常的に高頻度で購入される商品。野菜・魚・肉・日用雑貨品など

²⁶ 消費者が商品を販売している店まで、時間をかけわざわざ買いに来てくれるような商品。高級ブランドの時計や財布など

ついで以下の分析を行う。

診療圏内人口構造の把握

過去の人口の推移や地域の将来の開発動向などから、診療圏の将来人口を予測する。また年齢別の人口構成や出生率の状況、昼夜の人口を把握しておく。

医療需要の把握

診療圏内の人口に患者の年齢構成別・性別の受療率²⁷を掛け合わせることで疾病別の患者数を推計する。また患者流入の状況や救急医療の状況を調べることで、診療圏において不足している機能や、相対的に優れている機能がわかる。

医療供給体制の分析

地域医療計画における必要病床数、医療施設数、病院病床数、診療圏内病医院の状況、医療従事者の状況を把握する。高機能の医療機関の場合は、高度医療機器、特殊診療設備の設置動向についても把握する²⁸。

介護施設・サービスの状況の把握

地域完結型の医療連携をするために、医療機関の状況だけでなく、介護施設や有料老人ホーム等の動向や、在宅介護を実施している事業所についても把握しておく。

(『中小病医院の診断・支援マニュアル』中小企業診断協会編、同友館)

4) サービス価格

医療機関においては、収入の約95%以上(第15回医療経済実態調査参照)を保険収入に依存しており、事業におけるほとんどのサービスの価格は診療報酬制度に基づく公定価格(診療報酬点数)により決められている。個別の医療機関における独自の価格設定はできない。

ただし、以下で説明する自由診療、特定療養費(健康保険法第86条)などについては、価格設定に関する特別な規定はなく、個別の医療機関の裁量により設定することができる。

29

自費診療領域における価格設定

検診、人間ドックや産婦人科の出産、不妊治療などは、保険医療ではなく自由診療であるため、患者が全額を自己負担し、価格は各医療機関が自由に設定することができる。

価格の設定にあたっては、必要なコストに期待する利潤を上乗せして決定するコスト志

²⁷ 厚生労働省が実施している患者調査に基づく。都道府県によっては、独自に患者調査の分析結果を公開している場合がある。

²⁸ 厚生労働省が実施している医療施設調査、医師・歯科医師・薬剤師調査が参考になる。

²⁹ 詳細は、制度政策の第1章 医療機関経営とわが国の法制度 第1項 経営技術別に見た法制度参照

向型、競合の医療機関の価格を比較して決める競争志向型、患者が感じる価値をもとにして決める需要志向型がある。

価格の設定にあたっては、一般的に患者は複数の医療機関の提供サービス内容を比較して決定する可能性があるため、自院の診療圏の競合医療機関の価格の調査は必要であろう。顧客が特別に価値を感じる差別化したサービス、たとえば不妊治療ならば実績数や成功率、特別なアメニティが提供できるのであれば、相対的に高めの価格設定することができる。地域に存在しない新規のサービスを提供する場合、たとえば最近では PET (Positron Emission Tomography) 検診などが該当するが、確実に投資金額を回収するために損益分岐点分析³⁰を行って価格設定をする必要がある。最終的に利用者に受け入れられる価格であるかどうか確認するために、ターゲットの顧客層にアンケートをするなど、情報収集および分析をした上で、価格を決定することが望ましい。

自由診療の場合は価格を柔軟に決定できるため、需要を掘り起こすためにサービス導入当初にキャンペーン価格を設定したり、競合医療機関からシェアを獲得するために相対的に低い価格を設定したりすることなども可能である。

特定療養費(健康保険法第 86 条)

差額ベッドや高度先進医療といった特定療養費についても、自由診療と同様に価格を各医療機関が自由に設定することができる。

代表的な特定療養費である特別の療養環境(差額ベッドなど)の提供に関わる価格設定については、周辺の医療機関の価格との比較という競争指向型の視点で検討するとともに、患者が感じる価値、つまり価格に見合った設備やサービスを提供できているかどうかという需要指向型の視点での検討が必要である。患者がホテルの宿泊料金などと比較して差額ベッドのサービスの価値を評価しているためである。ハード中心のサービス内容であり、比較対象が多数あることから、価格について患者の納得感を得やすい。

一方で、1990年代になってから認められた医療機関の機能分担促進を企図した200床以上の病院の初診(1996年4月～)、200床以上の病院の再診(2002年4月～)の特定療養費については、患者にとってのメリットが明確ではなく、料金徴収の定義の理解も難しかった。初診の特定療養費の場合は、紹介状持参の患者の負担分(紹介患者加算分)と公平にするという根拠で設定されていた例が多かったが、2006年4月以降は紹介患者加算がなくなるというような大幅な診療報酬改定が実施された。200床以上の病院の初診の特定療養費を徴収していた病院は、今後自院の外来診療の地域における役割を再考し、価格設定の見直しも検討しなければならないであろう。

5) 医療サービスにおけるマーケティング・コミュニケーション

³⁰ 詳細は、『会計管理』参照

マーケティング・コミュニケーションのうち、ここでは狭義のマーケティング・コミュニケーションとしてのプロモーションについて説明し、広義のマーケティング・コミュニケーションは後述する。

パブリック・リレーションズの重要性

医療機関の広告は、医療機関が宣伝効果を得るためのみならず、患者に自ら適切な医療を選択し安心して受診してもらうための情報提供の観点からも重要な役割を担っている。

図表 22 広報の種類と目的

区分	媒体	目的・効果
広告	野立て看板、交通機関内掲示、電話帳、地域イベント協賛誌等	目的は院名や場所をフランクに覚えてもらうことだが、直接的な患者誘引効果は大きくない。 広告規制の対象となる。 費用は割高。
	ホームページ	広告規制を現状受けないため、内容は自由に掲載可能。 パソコンがないと見ることができない。 内部で作成すれば費用はほとんどかからない。 最新情報に随時更新可能。
広報紙、掲示板	院外報、院内掲示板、診療案内	広報対象は少数に限定される。 院内に置くものの場合、内容は自由。 公共の倍に置くと不特定多数が対象となり、広告規制の対象となる。
イベント	病院祭、音楽コンサート、地域イベント参加	医療機関名は地域に浸透し、イメージアップになる。 直接的な患者誘引にはならない。
医学講座	健康教室	直接的に患者になる可能性大。 特定少数が対象。
口コミ		医療機関にとって最大の広報効果がある。 バッドニュースの場合、悪影響。
職員		職員やその家族が自院を受診しなくなったら、地域の患者も受診することはない。医療機関の内情を最もよく知るのが職員。

出典 TKC 全国会医業・会計システム研究会編『病医院の経営・会計・税務』TKC 出版の一部改変

従来、医療機関においては、標榜できる診療科名からその他広告できる項目までが法令にて逐一具体的に定められていた。しかし、近年では「患者等が医療に関する情報を十分に得られ、適切な医療を選択できるようにする」との考えから大幅な緩和傾向にある。2007年4月1日を基本に施行を予定している改正医療法においては、現行の規定のような個別事項を細かく列挙する方式から、一定の性質を持った項目群ごとに包括的に規定する方式に改められることが予定されており、医療機関が外部に提供する情報内容も多様化するものと予想される。

医療機関において用いられるツールについては、図表 21 を参照してほしい。

ウェブマーケティングの活用

急速に普及したインターネットの特徴は、これまで情報発信の手段を持ち得なかった一般の人たちに社会的な情報発信の機会を提供したこと、消費者が受身ではなく情報を探索してアクセスすること、さらには、双方向、つまり一方的な情報の発信ではなくコミュニケーションの機会を提供するものであることといえる。新聞やテレビといった既成のメディアと比べて、はるかに低価格で有効なコミュニケーション・チャンスが得られる可能性があるわけだ。

インターネット上の告知行為については、「医療法上の広告」とはみなされない。医療機関がその業務内容をまとめて定期的に公表する年報や来院患者用のパンフレットなど、専ら医療機関の概要について客観的に情報提供を行うものと同様に「広報」として位置付けられている。

医療機関がインターネットを利用して公開している情報としては、「診療科名」「受付時間」「住所や地図、電話番号」が中心となっている。これらは、最小限の情報といえるが、患者が医療機関を選択する場合の基本的な情報としては物足りない。

今後、インターネット人口は今後ますます増えていくと予想されていくため、インターネットの活用はコミュニケーション戦略に欠かせない存在になっている。たとえば、医療機関によっては、コミュニケーション対象先別に、具体的には地域住民・患者、開業医ほかの地域医療機関、リクルート関係者（臨床研修医含む）、マスコミ等に分けて、コンテンツを表示させていたり、日本語のほかに英語等の他の言語の表示まで作っていたりする。そのほかにも、インターネットの即時性を利用して、外来の待ち状況や、病床の空き状況をタイムリーに伝えるなどの工夫も考えられる。

パブリシティの活用

パブリシティとは企業や団体が広報活動の一環として、ステークホルダーに対して自己の活動を周知させ好意的態度を作らせるよう積極的に報道関係者に情報提供し、メディアに話題として取り上げさせようとする活動である。費用がかからないというメリットがある。

報道関係者の取材を積極的に受けたり、ニュース性の高そうな話題、たとえば「県内で初めて」「医学的水準の高いもの」「社会貢献度の高いもの」をニュース・リリースとして報道関係者に送付したりするような方法がある。新聞等の場合、紙面掲載率は決して高くは無いかもしれないが、掲載された場合の波及効果は大きい。また新聞等に出された記事は客観性があるため、それを集めて印刷して、自院の紹介に活用するようなことを行っている医療機関もある。

社会貢献と広報を兼ねるといふ点では、健康講座や医学講座というような形式で、新聞等の連載記事やテレビ・ラジオの番組作りに協力したり、医療制度等の改定の際には患者の視点で制度を説明したりするなどの活動は推奨されるであろう。

2. 医療サービスにおけるマーケティング・コミュニケーションの実際

1) 患者・家族に対するコミュニケーション

患者が医療機関選択の際に最も知りたいことは、「適切な医療の提供」が受けられるかという点である。しかし、求める医療が受けられるかどうかを判断するための情報は、簡単には入手できないし、入手できても自分では的確に判断できないことが多い。一方で、前述のとおり、医療機関の雰囲気や職員の対応など、サービス提供面で満足が得られるかどうかますます重要な判断材料になってきている。患者とのコミュニケーションを充実させ、患者の立場に立った医療サービスを提供するとともに、患者自ら意思決定に参加させる働きかけが必要である。受付の対応に始まり、待ち時間への配慮、病状に関する説明、患者の不安、不満の解消……等々、これまでのような画一的な情報提供ではなく、患者に応じた相互コミュニケーションによる患者ニーズの把握が求められている。

入院治療に関して患者とコミュニケーションを図るツールとして、患者用クリニカル・パスがある。クリニカル・パスを使用して患者と診療に関する情報を共有することによって、医療の安全性を高めること、入院治療に伴う患者の不安（検査や痛みやなどについて）をできるだけ少なくすること、入院期間や社会復帰の時期、標準的な治療に要する医療費についての目安となる情報を提供することができる。

また、患者の家族に対するコミュニケーションが非常に重要だという点は、医療サービスの特性だろう。家族は、患者本人の病状やその経過、今後の可能性に非常に高い関心を持ち、憂慮している。時には、患者以上にその関心が高いこともある。また、患者に対して説明するのではなく、むしろ家族に対して病状などを説明する、あるいは両者同時に説明を行うというシーンは極めて多いだろう。患者本人のみならず、家族の理解、協力を得ることは大変重要だ。同意書へのサインを求めるケースや、死亡宣告などもある。患者への説得を要望したり、自宅療養や在宅医療の説明をする必要もある。

カルテ開示について

カルテ開示などいわゆる受診後の診療情報提供の手続きとしては、医療者側が自発的・積極的に提供・開示を進めていく「提供型（積極型）開示」と、患者側からの請求があつてはじめて提供・開示を行う「請求型開示」とがある。コミュニケーションの充実という観点からは前者が望まれるが、提供範囲や質問に対する問合せ対応等の運用体制を整備するなどの準備が必要である。2000年度に日本診療録管理学会が、厚生労働省の「カルテ等の診療情報の提供のための支援事業」として、開示経験事例のレポートをまとめている。診療録の作成・管理体制など開示するにあたって発生しうる問題等を、事例を中心に整理されているので確認されたい。

2) 職員に対するコミュニケーション

顧客満足は提供されるサービスの価値によって決まるが、これは関係する職員の満足度によって影響を受ける。したがって組織内部の職員とのコミュニケーションを円滑にすることも、マーケティング・コミュニケーションの重要な役割のひとつといえる。

医療機関のミッションやビジョンは、組織全体で共有される必要がある。それには、理事長や院長、事務長など経営陣による明確な方針の提示や、現場レベルでの語り込みが重要となる。これを伝えるコミュニケーションとしては、イントラネットや社内広報誌などのメディアにのせた文章、会議や研修などにおける挨拶や講演などがある。また、自院の目指す姿を示す手段として病院機能評価を利用する、組織のビジョンを体現する望ましい人材の在り方を伝えるものとしての、表彰制度を利用するなどの方法もある。

さらに、医療サービスの具体的なプロセスを共有するコミュニケーション・ツールとしては、クリニカル・パスが有用である。

3) 保険者に対するコミュニケーション

2002年度から医療機関と保険者との診療報酬に関わる個別の契約が可能になった。ただ、その契約の条件が厳しいために直接契約は進展していないが、保険者は医療情報収集等で以下のような有利な条件下³¹にある。医療機関の質の管理や効率化に大きな影響を及ぼす可能性があるため、その動向は注視しておく必要がある。

- ・被保険者と長期的・固定的な契約関係がある

³¹ [引用] 『保険者機能に求められるのは医療の質の向上と予防医療』遠藤久夫、学習院大学、2000

- ・ 被保険者の年齢や健康状態を把握できる
- ・ 付加給付などを用いて被保険者や医療機関に経済的な誘導を行える
- ・ 被保険者および医療機関双方の情報蓄積、検証が可能である。

医療機関は保険者からみて適切な医療サービスの提供を実施するとともに、適正な請求の実施は当然のこととして、予防のための情報提供や活動の支援を実施することで、コミュニケーションを積極的に図ることも有用である。

4) 地域社会に対するコミュニケーション

地域社会との関わりにおいて、医療機関に求められる役割が変わってきている。地域住民から自院はどのような役割が期待されているのかを、明確にした上で、たとえばホームページによる情報提供や、地域ボランティア活動への参加・協力など、地域住民との積極的なコミュニケーション戦略を展開していくことが求められる。

近年、営利企業においても、持続的な発展の核となる競争優位の源泉として、コーポレート・レピュテーション（企業の評判）が注目されている。これは企業を取り巻く多様なステークホルダーからの、信頼を勝ち取ることにほかならない。企業活動においてレピュテーションが高まると、企業は消費者や地域社会から賞賛を受ける。それが有能な人材をひきつけ、プレミアム（割り増し価格）を払ってでもその企業の商品を得ようとする顧客を増やす。その結果、売上が増加し、利益が従業員にも還元され、従業員と顧客双方の満足度が高まり、企業価値が高まるという好循環が生まれる³²。

同様の考えは、社会的資源として地域の医療ニーズに応える社会的責任を持つ医療機関にとっても有用だ。医療機関にとって、自院のレピュテーションを高めるための活動は、自らの存在価値を高めることにつながる。

高齢化社会では、地域コミュニティとの密接な関係が重要となる。地域に根ざした存在となるために、地域住民の声を汲み取り、また自院の考えも伝えるコミュニケーションが求められる。

また、地域との密接な関係構築は、今後、医療機関の資金調達においても重要なカギを握る。地域社会に貢献するというミッションに共感する住民や企業から寄付を受け、純然たる非営利組織としての存在意義を追求するという選択肢もあろう。また、医療機関債を公募するにあたって、地域社会のニーズに応えようとするミッションを、地域住民に理解してもらう必要がある。

寄付者に対するコミュニケーションにおいても、ターゲティングとマーケティング・コンセプトの選定が重要となる。コンセプトを特定すると、ターゲットに対する訴求力は高まるが、想定されるターゲットは狭くなる。ターゲットを幅広く想定すると、競合するライバルも増え、寄付額の単価も下がる。自院のミッションと整合させた戦略を立てる必

³² フォンブラン、ヴァン・リール 2004年

要がある。

5) 医療従事者の患者コミュニケーション力の向上

治療にあたる医師とのコミュニケーションは、医療機関に対する顧客満足に大きく影響する（図表 23 参照）。多くの患者が、「話がしやすい雰囲気がある」、「患者の症状をよく聴いてくれる」などをよい医師と感じている。患者満足度とコミュニケーションの関係をモデル化したのが図表 24 だ。

不安や恐怖、悲しみなどの感情を医師に話すことで患者の精神的緊張をほぐし精神の安定を得られることはよく見られることで、それが治療にも好影響をもたらすことが多い。

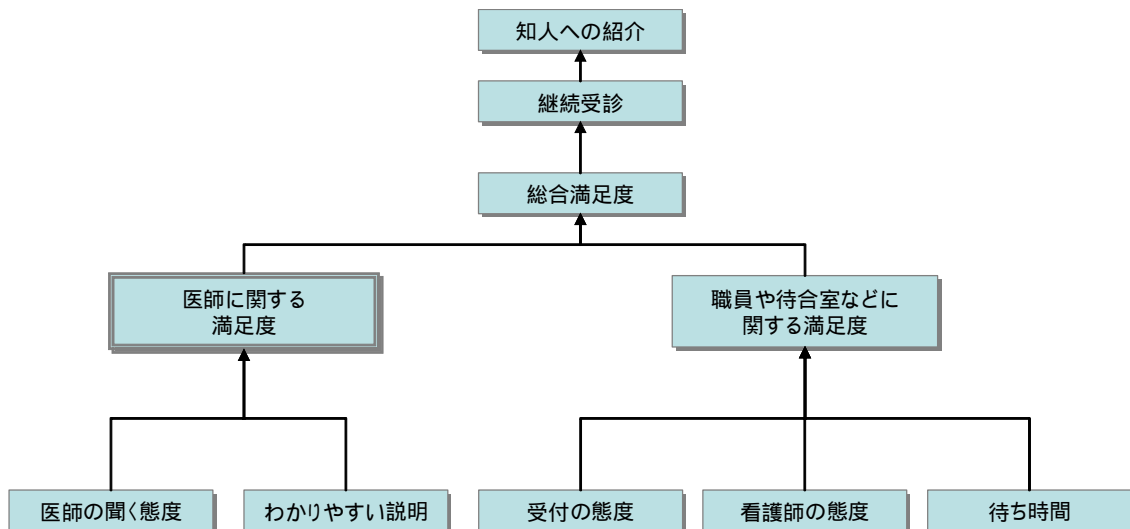
医療サービスに対する患者満足は、このようにコミュニケーション力によって大きく影響されるものである。

図表 23 よい医者イメージ



出典 前田泉、徳田茂二著『患者満足度』日本評論社刊

図表 24 患者満足度の統計的な構造モデル



出典 前田泉、徳田茂二著『患者満足度』日本評論社刊

コミュニケーションは言葉によるものと、言葉以外のものに分けられる。言葉以外のものとしては、患者との位置関係や姿勢、医師の表情や身振りなど、話し方の調子や声の大きさなどがあり、言葉によるコミュニケーションの信頼性を高めるものといえる。それらのスキルは、簡単に身につくものではないため、長期的な視点に立った育成が求められる。

こうしたコミュニケーションは医療サービス独自のものであり、医師や看護師などは、人間の心理に精通していることが求められる。共感する、傾聴するなど、さまざまなテクニックと情熱が必要になる。大学院で心理学を選考したいと願う看護師が少なくないことでもわかるように、経験を積むというだけではなく、本来、積極的な研修が必要になる領域だ。

6) コミュニケーションに関わる組織のあり方

マーケティング・コミュニケーションにおいては、常に倫理性が問われることになる。また、個人情報の管理や保護は、これからますます重要性を増すことが考えられる。地域住民や患者から高い信頼を得ていくためには、組織としての情報の取り扱いや、公開についての考え方をコミュニケーション・ポリシーとして条文化し、全員に周知徹底し、地域あるいは患者にアピールすることが必要である。

患者と医療従事者の良好なコミュニケーションは、医療訴訟を未然に防ぐことにつながる。その意味からも、患者とのコミュニケーションは医療従事者が個人で取り組むだけでなく、医療機関が組織としても取り組むべき重要な課題といえる。

患者とのコミュニケーションを改善するために、さまざまな組織的な支援が考えられる。業務マニュアルの整備、説明文書の作成、指示の記載方法の統一、患者用クリニカル・パス作成などの業務プロセスの改善、患者窓口の設置や、ホテルを参考にしたメディカル・コンシェルジュの配置といった組織体制の改善、患者接遇研修の実施や、人事評価基準の見直しといった人材管理面の改善などがある。

第4章 医療機関経営におけるマーケティングの今日的課題

第1項 地域医療連携におけるマーケティング

1. 地域連携のマーケティング戦略

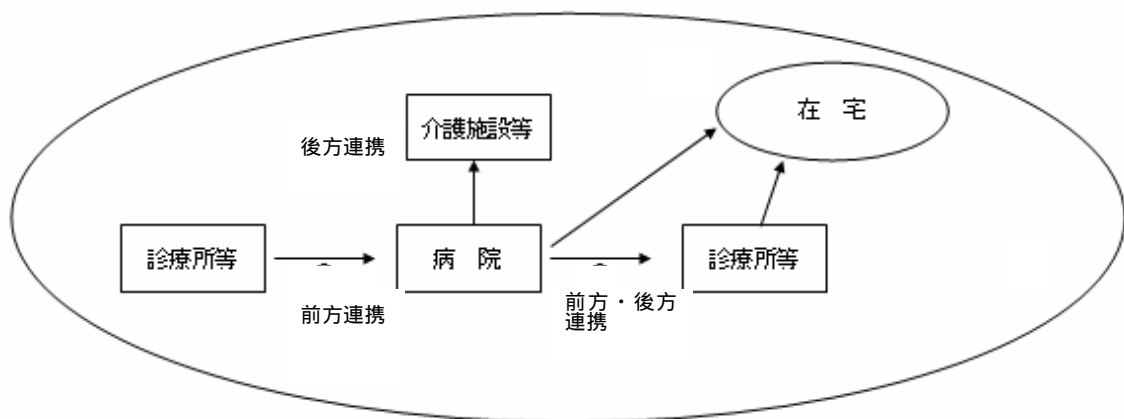
『経営戦略』において、地域社会における自院のポジションを明確にし、他の医療機関と機能分化、あるいは連携することの重要性について述べた。ここでは、自院の目指すポジションを確固としたものとするために、自院の優位性を確保し、他院と機能分化しながら連携をとるためには、何を考慮すべきかを考える。

1) 地域医療連携のステークホルダー

地域医療連携を、地域の急性期の入院患者を主に診ている急性期病院の視点で考えると、外来患者や入院患者の確保につながる前方連携と、退院する患者の在宅医療や在宅看護への移行や療養病床を有する医療機関や介護施設への転院・転所を図る後方連携とに分けることができる。また専門性の異なる医療機関間で紹介をする横の連携もある。

連携システムを構築するにあたっては、患者の利益を第一に考慮しなければならないが、同時に地域完結型の医療を展開するためには、前方連携と後方連携とを意識し、連携相手のメリットを考慮することが必要である。双方にメリットがないところに、連携は成立しない。

図表 25 地域医療連携のイメージ



前方連携のステークホルダー

診療所や病院で診療を受けている患者を、必要に応じてより高度な医療を提供する病院として受け入れることを前方連携という。

紹介元としては、診療所、中小病院、専門病院、介護施設、有料老人ホームなどがある。

医療連携が進むことで地域において効率的な医療が提供できるとともに、2006年4月の診療報酬の改定までは紹介率の向上が診療報酬に加算されるなど、病院側にとっても経営的メリットが大きかった。

後方連携のステークホルダー

急性期病院で治療を受け、回復途上にある患者はその後、回復期リハビリテーションや亜急性期、慢性期医療を提供する病院に転院する。急性期病院は診療報酬制度において、患者の在院日数が長引くと算定できる診療報酬が一定期間ごとに逓減するため、急性期を終えた患者の転院先を確保する必要がある。こうした急性期病院にとっての患者の転院・転所先との連携を後方連携という。

後方連携先としては、亜急性期・回復期・療養型の病院や、介護施設、在宅医療支援診療所、訪問看護ステーションなどがある。

2) 地域連携のマーケティング戦略

医療機関が地域完結型の医療に貢献するためには、まずは自院の果たす役割を明確にしておく必要がある。そのためには、まず地域の医療需給環境や制度環境を把握し、自院が目指す方向性や保有する経営資源を把握しておかなければならない。

外部環境分析

まず自院を取り巻く環境として、診療圏の医療需要、医療・介護サービスの供給状況、制度環境について調査・分析をする。

まず、現在及び将来の医療需要については、診療圏を医事システムなどに蓄積されているデータである程度正確に把握し、その診療圏の医療需要が将来どのようになるかを予測する。地元自治体の住民基本台帳の人口データや国立社会保障・人口問題研究所の将来人口予測、厚生労働省が都道府県を通じて調査している患者調査等の統計資料を活用して、ある程度の精度で疾病別患者数の予測をすることができる。患者の医療機関に対するニーズについては、厚生労働省の受療行動調査やマスコミ等による調査を参考にする。

次に競合先・連携先の医療・介護機関については、厚生労働省の医療施設調査や市販の名簿や自治体や地域の医師会、各病院のホームページ等である程度は情報収集をすることができる。必要に応じて現地調査などを行い、提供している診療機能等の各施設の特徴を把握しておく。

最後に規制環境については、特に将来の医療制度動向の理解が非常に重要になってくる。医療法の改正や診療報酬の改定によって、ハード、ソフト面での施設基準の変更は医療機関の経営にとって大きなリスク要因となる。ただ医療制度の変更等は唐突に出てくることはなく前もって方向性が示されるため、厚生労働省の検討動向を適宜把握しておくことが重要である。

内部資源分析

自院が患者に提供する医療機能や、病院が保有する内部経営資源について、評価分析をする。自院の特徴をみるためには、診療科別や主要疾病別の視点が重要である。他の医療機関との相対的な実力をみるために、各医療機関が開示している取得施設基準や検査件数、手術件数、専門医の数、保有する高度医療機器などを情報収集し、自院の現状と比較をする。

また既存の患者や関係する医療機関や介護施設にアンケートを実施するなどして、自院に対する評価を把握しておく。医師の確保という点では、関係している大学医局の臨床研修医の状況なども把握しておくことが望ましい。

市場の細分化、ターゲティング、ポジショニング

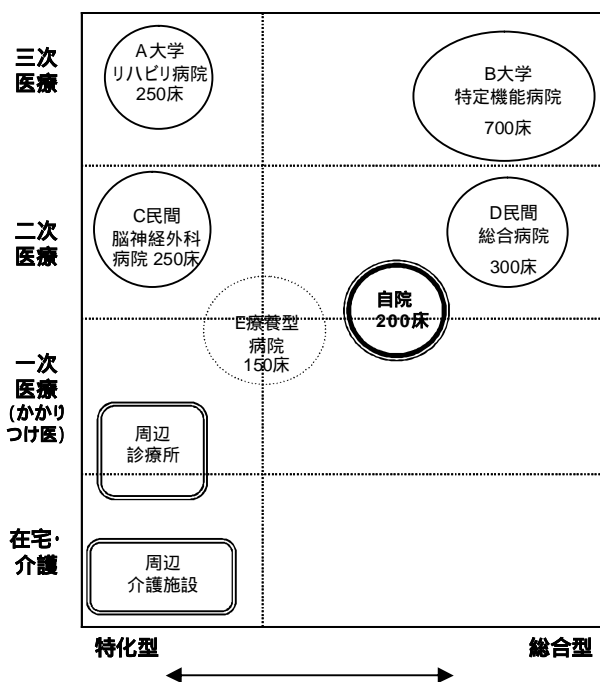
外部環境分析や内部資源分析に基づいて、自院が診療圏において、どのような疾病の患者や利用者を対象にどのようなサービスを提供することが適切であるのかを定める。つまり地域における自院のポジショニングを定め、それに応じた診療機能や病床規模などを決定するのである。

同一機能を担う医療機関は競合ではあるが、救急医療や疾病によっては地域医療資源として医療機能を分担する側面もある。競合しながらも連携するというような関係の構築が必要なのである。

図表 26 の医療機関の場合、200 床規模の民間病院で、医師や看護師の確保等の面で非常に苦勞しており、地域で医療需要の多い内科、外科、整形外科を中心とした「かかりつけ医」的な医療に絞ってサービスを提供している。脳神経外科やリハビリの分野については、自院に患者が来た場合は A 大学病院や B 専門病院に紹介をし、その他の分野で高度医療が必要な患者は B 大学病院、D 民間病院に紹介をしている。逆に B、D 病院からは急性期を終えた患者の逆紹介を受けており、また周辺の診療所や介護施設からは、高度医療は必要ではないが医学的に入院が必要な患者を受け入れている。入院に関しては看護師の確保の問題もあり、亜急性期医療を中心に担っている。

自院の限られた経営資源を前提に、地域の医療連携システムの中で自院を適切にポジショニングし、周辺の医療機関などに明確にコミュニケーションすることで、自院に適合した患者の確保を図っているのである。

図表 26 医療機関の地域におけるポジショニング



2. 地域連携のマーケティングの実践

実際に地域医療連携を進めるにあたって、医療機関が実践する内容について、前方連携と後方連携に分けて説明をする。

前方連携 - 紹介患者の受け入れ -

自院に紹介患者を送ってくる医療機関や介護施設に対して、どのようにマーケティングをすればよいだろうか。具体的には以下のような施策がある³³。

開放型病床の設置

かかりつけ医との共同主治医制も有用である。

医療施設の共同利用

各種の機器、設備の共同利用を推し進め、開業医にとってより利用しやすいような環境整備を図る。

救急医療の充実強化

救急車の受け入れを断らない、いつでも対応するという姿勢をみせる。

³³ 『病医院経営戦略』長谷川敏彦編、医学書院

地域医療研修センターの設置

地域医療研修センターは、開業医などとの交流の場として、地域の開業医とのコミュニケーションを促進するうえでも大きな効果がある。

逆紹介の促進

逆紹介の伴わない紹介では、診療所側からは患者をいくら紹介しても病院に患者を取られたという意識しか残らず、それ以上の紹介の向上は望めない。

職種別連携の強化

医師以外の関連専門職種の行う連携も、病院全体の医療連携に寄与する。たとえば看護部が、地域の訪問看護ステーションや在宅介護支援センターと行っている看護連携、院内の薬剤師が地域の薬局と行う病薬連携もある。

後方連携 - 患者送り出し -

患者にとって、想定するよりも早期に退院や転院を促されることは、医療機関から見放されたような喪失感につながりかねない。患者および家族心理の十分なケアが必要だ。

具体的には次のような活動がある³⁴。

退院支援業務：退院後の療養計画作成、地域医療機関への紹介、福祉サービス・受入施設等との連絡調整など

各種相談業務：疾病による心理的、経済的問題や家族関係等の悩みの相談、社会福祉制度や医療保障制度に関する相談など

地域医療連携室の役割

患者の前方紹介と後方連携の両方を行うためには、専任の人員を擁する地域医療連携室を設けることは有用となる。ただ前方連携は、対象が地域の診療所中心になり、後方連携は、対象が療養型の病院や介護施設中心になるために、大半の医療機関は別々の組織にしておき、連携先の情報の共有化ができていない。ただ今後は、後方連携において、在宅療養支援診療所を中心に前方連携先である診療所が在宅医療の担い手としての役割が期待されていること、また前方連携において、後方連携先である有料老人ホームや介護施設等の在宅患者が増加し、医療機関の外来患者、入院患者の来院ルートのひとつになることなどから、前方連携先と後方連携先を一体で管理することが必要になってくる。

地域医療連携室は、地域医療全体のコーディネートの一翼を担う重要な業務であることから、部門の責任者は、院長、副院長が兼務している医療機関が多いようである。

地域医療連携室の持つ機能は以下のようにまとめられる³⁵。

関係機関との情報窓口

³⁴ 『中小病医院の診断・支援マニュアル』中小企業診断協会編、同友館

³⁵ 遠藤久夫『保険者機能に求められるのは医療の質と予防医療』学習院大学

紹介患者情報の受け入れ、逆紹介患者の情報の提供、地域の医師会との連絡、診療所や介護施設との情報交換等である。地域連携パス策定の調整役としても期待される。

連携情報のデータ整備

一人ひとりの患者について、どこから紹介され、どこに紹介するのかを把握しなければならない。紹介や逆紹介、術後管理、経過報告などの実施状況の記録や、地域の診療所や専門病院などの診療情報を整備する。具体的な作業としては、紹介状などのファイリングとデータベース化、地域の医療統計情報などの情報整備などである。

広報活動の強化

適切な広報活動によって、紹介患者数を向上させる。自院の、診療機能の特徴の紹介や患者満足度調査の結果を公開するなど、自院のPRをする。

職種別連携の統合

従来行われてきた地域の医師同士の研究連携など、職種別に行ってきた連携を組織全体で統合して管理する枠組みをつくる。

第 2 項 予防医療におけるマーケティング

1. 社会環境の変化と医療機関の役割

高齢化社会の到来により、疾患構造が急性期疾患から生活習慣病へとシフトするなかで、増大する医療費を抑制する観点からも、予防医療への取り組みが重視されている。「生活習慣病」は国民医療費の 4 分の 1 に達すると言われるなかで、予防医療は究極の医療費適正化につながるという考え方である。

医療機関として、地域の予防医療に取り組むことは、地域の限られた医療資源をより高度な医療への集中させることにつながる。これは直接的な地域社会への貢献であり、医療機関が地域住民の信頼と親しみを獲得することにもつながるだろう。未病の段階から将来の患者予備軍に対し、リレーションシップ・マーケティングを実践することにより、将来、自院にロイヤルな患者・家族を増やすことが期待できる。

また、医療機関にとっては、急性期医療の季節変動を、需要と供給のコントロールが行いやすい予防医療や健康増進分野で補完することは、院内の医療資源を効率的に利用することにもつながる。

1) 治療ニーズの変化

生活習慣病の増加

近年の死因の中心は、がん、心臓病、脳卒中に代表される慢性疾患であり、肥満や高血圧、糖尿病などの生活習慣病のコントロールが、これらの致命的な疾患の発症を大きく左右する。

生活習慣病は、痛みなどの自覚症状が少ないことから、患者による自発的な受診活動や予防を期待することが難しい。しかも、いったん症状が軽減しても、同様な生活を続けると再発する可能性があり、治療には生活習慣の改善が必要となる。長年続けた生活習慣や嗜好を変えるには、疾患や治療に対する十分な理解と自覚、生活を変えようとする本人の強い意思が必要となるため、治療断念や脱落が多い。特にヘルスリテラシーの低い層にその傾向が強く、患者自身はもちろんだが、家族に対する支援が必要となる。

個人支払いの拡大

医療技術の発展と呼応するかたちで、患者の自由選択に対する希望と権利主張が高まるなか、患者負担による医療サービスに対するニーズは今後強まると考えられる。医療機関は、自院のミッションに従い、ターゲットとする地域ニーズを満たす医療サービスの拡大や改善が求められる。

図表 27 我が国の 20 世紀の死亡に関する疫学的変遷



出典 厚生労働白書 16 年度版

図表 28 一般診療医療費の年次推移



出典 厚生労働白書 16 年度版

たとえば、特別医療法人など一定の条件を満たす医療機関には、医療に関連する事業への進出が認められている。また、介護事業者や健康産業事業者との業務提携などの可能性もある。

一方、がん患者などは医療機関による治療に満足せず、代替医療や健康食品にも相当な支出をしている。これは医療機関が、患者のニーズにあった医療サービスを提供できれば、取り込む可能性のある支出といえる。患者がなぜ満足していないのか、何がそれを解決できるのか、医療機関の努力と工夫がカギとなる。

ヘルスリテラシーの格差

ヘルスリテラシーとは、「健康を維持または促進するために情報へアクセスし、理解し、活用する意欲や能力を決定する認知的、社会的スキル」とWHO（世界保健機関）は定義している。現在では、患者が手に入れられる医療情報が格段に増えている一方で、デジタルデバイスなどにより、ヘルスリテラシーの格差が拡大していることが問題点として指摘される。ヘルスリテラシーの低い層は、不健康な生活習慣を持っている可能性が高い、健康診断を受診しないか不十分となりがちである、病気の兆候を見逃しやすい、兆候に気づいても受診が遅れる、治療から脱落しやすい、などの傾向があり、結果的に病気が進行した状態で治療を受ける可能性が高い。

医療機関としては、ヘルスリテラシーの低い層に対して有効なマーケティングを行う必要がある。具体的には、ヘルスリテラシーの低い人に情報を伝えるために、報道機関と協力して、地域新聞や地域番組で健康関連の情報を提供する。健康保険組合等の保険者経由で、健康関連の情報を提供することなどが考えられる。

2) ヘルスプロモーションにおける医療機関の役割

ヘルスプロモーションは、1986年にカナダのオタワで開催されたWHO会議で発表された新たな公衆衛生戦略である。オタワ憲章では「ヘルスプロモーションとは、人々が自らの健康をコントロールし、改善できるようにするプロセスである」と定義し、健康を生活の資源と位置づけている。

ヘルスプロモーション活動の方法としては、次の5つを挙げられる。

- 健康を重視した公共施設の重視
- 健康を支援する環境づくり
- 地域活動の活性化
- 個人の健康技術の向上
- 保険サービスの方向転換

医療の専門家が集まる医療機関としては、行政が主導するヘルスプロモーションのあらゆる場面で貢献できる可能性がある。

健康増進活動の拠点としての医療機関

日本においても政策的に健康づくり活動が実施されてきた。2000 年には「健康日本 21 (21 世紀の国民健康づくり運動)」がスタートし、特に個人の生活習慣の改善による健康の実現に重点を置いている。

[9 つの目標分野]

- | | |
|----------------|--------|
| 1 栄養・食生活 | 6 歯の健康 |
| 2 身体活動・運動 | 7 糖尿病 |
| 3 休養・こころの健康づくり | 8 循環器病 |
| 4 たばこ | 9 がん |
| 5 アルコール | |

糖尿病は、有病者 740 万人、予備軍 880 万人と推計されている生活習慣病であり、予防について、特に重要視されている。その理由は、検診で血糖値が高く、糖尿病を強く疑われる状態でも、自覚症状があまりない病気のため、治療を受けないことがどうしても多くなりがちになるからである。医療機関が、積極的に患者もしくはその予備軍に働きかけをしないと予防は難しい。

千葉県の県立東金病院では、医療圏の中核病院として地域の健康度水準の向上に取り組んでいる。具体的には、地域医療連携を強化して、定期的な糖尿病研修会と電子カルテネットワークを活用し、診療所へのインスリン療法の啓発、普及を図ったのである。中核病院だけでは地域の糖尿病患者の需要に対応しきれないため、診療所に技術移転を図り、多くの診療所が糖尿病患者の治療と予備軍の発見をすることで、地域の健康度水準を上げようとしているのである。

地域の健康増進という観点に立てば、医療機関としての単体の活動に限らず、他の医療機関や保健所等の関連する分野の諸機関と協働することにより、効果を高められる可能性があるのである。

2. 患者を中心としたコミュニケーションの確立

ヘルスプロモーションにおいては、個々人が健康に影響を及ぼす行動を、自分で正しくコントロールできる力を養成することが必要だ。そのためには、適切な情報を提供するとともに、その情報に基づく意思決定や行動によって、健康上の成果を実感できるようなエンパワーメントを考えていかなければならない。個人だけでなく、地域社会全体にエンパワーメント活動を行うことによって、地域における健康の決定要因や生活の質を改善することにつながる。

患者・家族に対する啓発活動などコミュニケーションを工夫するとともに、積極的な検査・治療に誘引するプロモーションを図るなど、マーケティング手法が活用できるといえる。

1) 医療機関における効果的なヘルスコミュニケーション

健康教育

ヘルスプロモーションの核となる活動のひとつが、健康教育である。健康教育は、健康増進の目的や活動の動機づけ、技術などの情報を提供し、地域におけるヘルスリテラシーの格差を低減することが大きな目的といえる。個人にとっての健康リスク要因やリスク行動にとどまらず、健康に影響を与えている社会的、経済的環境についての情報提供も必要とされている。地域における健康教育の担い手として、医療機関の果たすべき役割は大きい。

具体的には、健康教室、患者講座の開催、ホームページや広報誌を通じた健康や疾患に関する情報提供、地域や職場における啓発活動への医療従事者の派遣などがある。

プッシュ・マーケティングとプル・マーケティング

プッシュ型のマーケティングとは、積極的な販促活動やインセンティブの設定などの方法で自社の商品を消費者の側へ「押し出す」考え方をいう。主に競争の激しい大量販売型の市場で見られる方法である。これに対してプル型は、ブランド戦略やイメージ戦略によって消費者の認知度を上げることにより、「指名買い」を促進するマーケティングの方法である。ヘルスコミュニケーションにおいても、プッシュとプルを組み合わせた、効果的なマーケティングを考える必要がある。

たとえば、健康教室を開催すると、受講するのは健康に関心がある人であり、決まった顔ぶれとなることが多い。新たな層へのアプローチを考える際には、マーケティング・ミックスの再検討が必要となる。プッシュ・マーケティングの例としては、ラジオ番組や自治体広報と協働するパブリシティや、健康関連商品や保険商品とタイアップした健診サービスなどが考えられる。

アクセシビリティ

プル・マーケティングを行う際、関心がある人が、医療機関が発する情報にたどり着くことができないと意味がない。ヘルスリテラシーが低い層や、高齢者などITリテラシーの低い層、障害者などハンディを持つ人たちが簡単に情報にアクセスできるよう、顧客目線でマーケティング・コミュニケーションを再考することが重要だ。

たとえば、ホームページであれば、検索用キーワードを増やす、字を大きくする、直感的にわかりやすい絵で示すなどによってユーザーインターフェースを改善する、スピーチ機能を持たせるなどの工夫がありうる。広報誌についても、院内で配布するだけでなく、コ

コミュニティセンターや公民館、幼稚園などで配布するといったことも考えられる。

情報へのアクセスだけでなく、実際に訪れる医療施設やイベントなどについても、高齢者や障害者が利用しやすい在り方を考える必要がある。施設が使いにくい、交通の便が悪い、開催時間の都合が悪いなどにより、関心があっても訪れにくいという層を取り込むことができるだろう。

患者コミュニティの活用

患者コミュニティは、同じ疾病を持つ患者の自主的な集まりであり、医療機関をベースにしたリアルなものから、インターネットや雑誌を拠点とするバーチャルなものまである。ここで患者や家族は、同じ悩みを持つ仲間と語ることで心理的な安らぎを得たり、治療に関わる情報交換などを行うことができる。医療は、医療従事者と患者の相互作用で形成されるため、患者が治療に前向きになったり、積極的に関わるなど力をつけることは医療の質を高めることにもつながる。また、禁煙や糖尿病など、治療から脱落しがちな患者を引き止める効果も期待できる。

これらの患者コミュニティでは、「最新の医療情報」や「専門家の意見・情報」が期待されており、医療機関としてサポートできる余地は大きい。

第5章 事例

第1項 けいじゅヘルスケアシステムの患者・利用者志向経営

特別医療法人財団董仙会 恵寿総合病院

1. 要約

一般事業会社においては、顧客を「集団」として捉える「マス・マーケティング」から、顧客を「個」として捉え、「個」との長期的関係性を重視する「CRM (Customer Relationship Management)」への転換が進められて久しい。医療機関においても、医療提供体制の効率化と医療の質の向上の双方が求められる昨今、患者・利用者個々との関係構築やコミュニケーションを重視する「個」のマーケティングへの転換が図られつつある。

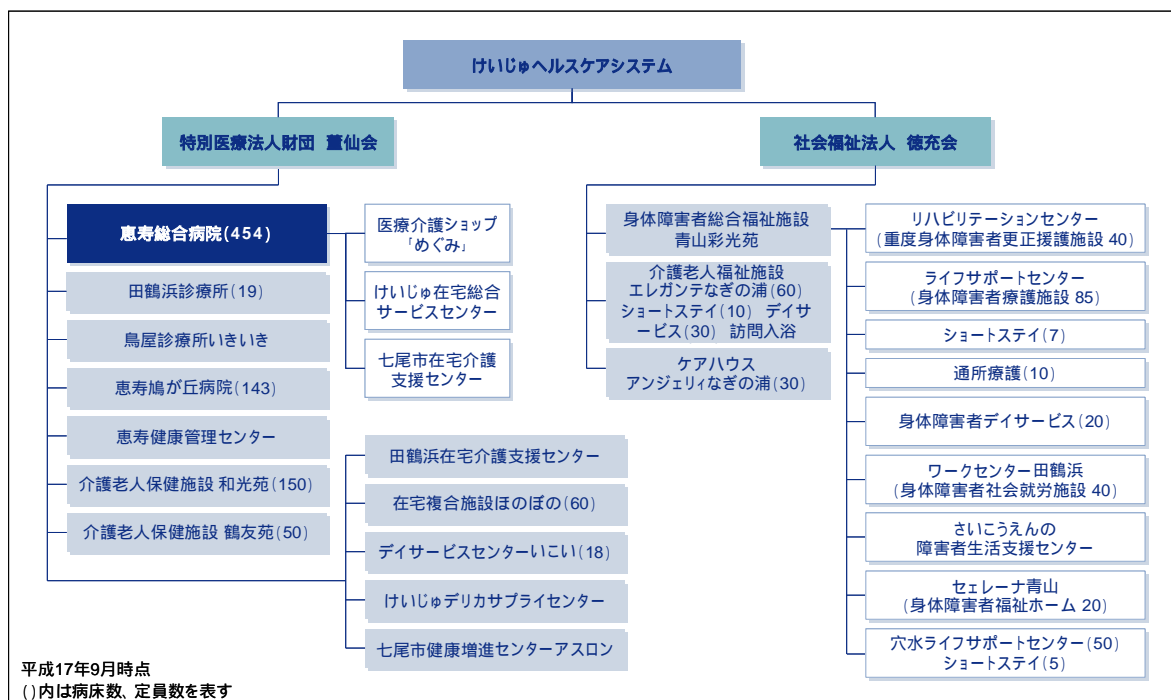
けいじゅヘルスケアシステムでは、少子高齢化・過疎化の進展、公的基幹病院の存在、病床過剰地域という厳しい事業環境に置かれながらも、CRM の概念に基づき、独自のコールセンターを設置したり、外部機関とのオンライン・ネットワークを整備したりするなど、患者・利用者や他の医療機関との継続的な関係構築に努めている。さらに組織内部に対しては、「患者・利用者ニーズを顕在化させる」とことと「顕在化しにくい患者・利用者ニーズを発想する」という2つの行動規範を明示し、患者・利用者の視点に立ったサービス提供のための組織文化の醸成にも取り組んでいる。こうした取り組みは、患者・利用者からの長期的な信頼獲得につながるとともに、他の医療機関との心理的な距離を縮め、将来的な患者・利用者の安定的な確保や外部機関との協力関係の基盤作りに貢献している。

2. けいじゅヘルスケアシステムの概要

「けいじゅヘルスケアシステム」は、特別医療法人財団董仙会（以下、董仙会）の運営する恵寿総合病院（454床）を中核とし、療養型病院（143床）、診療所（2施設）、介護老人保健施設（2施設）、および社会福祉法人徳充会（以下、徳充会）の運営する介護老人福祉施設、身体障害者施設（2施設）、短期入所施設、ケアハウス、デイサービスセンター（3施設）などの機能を統合した、医療・保健・介護・福祉の複合的なサービスを提供するグループの総称である。恵寿総合病院をはじめとするグループ施設の大半は、能登半島の中程に位置する石川県七尾市³⁶に所在し、地域内にて包括的なヘルスケア関連サービス事業を展開している。（図表29）

³⁶ 七尾市は、2004年10月1日に（旧）田鶴浜町、中島町、能登島町の3町と合併した。

図表 29 けいじゅヘルスケアシステムの全体像



出典 「けいじゅヘルスケアシステム パンフレット集」をもとに KPMG が作成

3. 事業環境とマーケティング戦略

七尾市の人口は約 6 万 2 千人。減少傾向にあり、高齢化率（65 歳以上人口の占める割合）は既に 26%に達している。少子高齢化と過疎化が進展している地域である。けいじゅヘルスケアシステムの母体施設である恵寿総合病院は石川県の能登中部医療圏に属し、圏内の病床充足状況は、基準病床数 1,796 床に対し既存病床数は 1,870 床³⁷と病床過剰となっている。加えて、半径 2 km 程度の至近距離に国立病院機構七尾病院(290 床)や公立能登総合病院(434 床)といった公的基幹病院があり、急性期医療の供給はこれらの 2 施設を中心に行われている。

同病院では、このような少子高齢化・過疎化の進展、公的基幹病院の存在、病床過剰地域という厳しい事業環境において、補助金等による資金力を背景にハード面に優位性を有する公的基幹病院との間で限られた需要層を獲得するためには、何らかの際立った特徴を見出すことが必要であると考えた。そこで、創業精神である「いつでも、誰でも、たやすく安心して診療を受けられる病院」を発展させることが差別化に繋がるとの認識のもと、地域住民が必要とする医療・介護サービスを、制度間の垣根を越えて提供することをマーケティング戦略の柱に据えた。当院では、これに基づき、従来個別の機能として提供してい

³⁷ 平成 17 年 3 月 31 日時点

た医療サービスと、介護サービスを「けいじゅヘルスケアシステム」として一体化した。デイケアやショートステイの他、ホームヘルプサービス事業、訪問入浴事業、介護用ベッド・車椅子等のレンタル事業等を展開する等、地域ニーズに根差したマーケティング戦略に基づき事業領域の拡大を続けている。

4. けいじゅヘルスケアシステムの取り組み

けいじゅヘルスケアシステムでは、2つの公的基幹病院をはじめとする周辺医療機関に対して恵寿総合病院の優位性を確立するため、サービス面で幾つもの取り組みを進めている(図表30)。ここでは、このうち「患者・利用者との関係構築・維持における取り組み」、「地域医療機関との連携強化における取り組み」、「マーケティング戦略を具現化するための内部体制の整備」の3つの側面から概観する。

図表30 顧客志向の取り組み (主たるもののみ抜粋)

平成8年6月	お見舞いメールサービスの提供	インターネット接続が困難な入院患者と、外部との接点を設けるために、特定のメールアドレスに送信されたメールを台紙に貼って入院患者に届けるサービスを開始する
平成9年4月	クレジットカードでの医療費支払	現金を持たない救急患者や、多額な医療費の即時支払が困難な患者等の利便性を高めるために、クレジットカードでの医療費支払を導入する(未収入金督促負担の軽減にも繋がっている)
平成10年10月 (5床、現在10床)	開放病床の設置	地域医療機関との連携を強化するため、開放病床を設置する
平成10年10月	フロアコーディネーター配置	身体不自由な患者の病院出入りの負担を軽減するために、介助・移乗や接遇対応の教育を受けたフロアコーディネーターを病院玄関に専任配置する(ホテルでいう「ベルボーイ」に該当)
平成12年5月	大浴場・露天風呂の設置	「入院しても毎日入浴したい」という入院患者の要望に応え、七尾湾を一望できる最上階に大浴場・露天風呂を設置する
平成12年6月	コールセンターの設置	患者・利用者、その家族、職員の要件全ての対応窓口を一本化し、全施設の情報を一元管理するコールセンターを設置し、5人の専任オペレーターを配置する
平成12年8月	コンビニエンスストアの開設	「夜間に利用できない売店は不便」という入院患者の要望に応え、全国で始めて病院内に24時間オープンコンビニエンスストアを開設する
平成14年5月	電子カルテのインターネット閲覧	患者本人、診療所、病院側(主治医含む)の三者合意を大前提として、地域医療機関に対し、インターネット上で電子カルテを閲覧可能なシステムを構築する
平成14年7月	患者図書コーナー設置	医療に対する患者の疑問解消等を容易とすること等を目的として、職員のみならず患者も利用できる患者図書コーナーを設置し、専任の司書を配置する
平成14年9月	韓国PET検診ツアー	韓国・ソウルの旅を楽しみながら、格安で世界最先端のPET(陽電子放射断層撮影)を受診するツアーを企画する
平成16年3月	患者アドボカシー室の設置	患者の意見・要望に耳を傾け、診療側に改善を促す患者アドボカシー室を設置し、ベテランソーシャルワーカーを配置する
平成16年9月	救急患者画像データの転送	市立輪島病院、金沢大学付属病院、恵寿総合病院とを結ぶ遠隔画像伝送システムを導入し、遠隔病院から送信される画像データを専門医が即座に診察することにより、救急患者の救命率アップを図る

出典 恵寿総合病院ホームページ、医療経営 2006 Masahiro Kannno 's Opinions ホームページをもとにKPMGが作成

5. 患者・利用者との関係構築・維持における取り組み ~コールセンターの創設~

恵寿総合病院では、従前より関係法人全体では地域住民が求める医療・介護サービスに係る事業を幅広く展開していたものの、患者・利用者の視点に立つと、幅広くはあるが細分化されたサービスをさまざまな施設・部門が提供しているために、混乱を招いているので

はないかという認識があった。また、地域の限られた人口を需要層とし一定の患者数を恒常的に確保するためには、新規患者を開拓するよりも、まず董仙会や徳充会の運営する施設が提供する各サービスの既存患者・利用者に継続的に受診・利用をしてもらうことが先決であると考え、サービスの統合を図ろうとしていた。

ちょうどその頃、2000年4月の介護保険制度導入を控え、社会的にも医療・保健・福祉・介護などの制度間を跨るシステム統合の必要性が高まってきたことから、「けいじゅヘルスケアシステム」を形成し、関係する全施設のサービスの対応窓口としての機能を統括するコールセンターを設置することを決断した。

コールセンターでは、患者・利用者の医療や介護の各種サービス、物販の利用状況がデータベース化され一元管理されている。利用者は、このコールセンターの電話番号を覚えておくだけで、けいじゅヘルスケアシステム内の医療・保健・福祉・介護のサービス情報を得たり、サービス利用の予約調整ができたりする仕組みとなっている。

対応窓口を一本化することで、患者・利用者、住民からの問い合わせや要望、クレームを一括管理すると共に、求められているサービスや情報を施設や制度が異なってもシームレスかつタイムリーに提供することを可能としているのである。

けいじゅヘルスケアシステムでは、コールセンターの担う役割を大きく3つ掲げている。1つ目は利用者の「御用聞き」、2つ目は「グループ内事業の営業支援」、3つ目は「グループ内組織の業務改善」である。

コールセンターでは、毎朝、当日介護サービスを提供するために訪問する利用者宅に電話をかけることを日課としている。これは、当日の予定確認の意味合いの他、訪問前に利用者の体調や要望を把握することで、より適切なサービスを提供できるといった効果もある。現在では、蓄積した利用者データをもとに、過去に購入した介護用具の具合を尋ねたり、患者向けには数ヶ月前に予約した検査の確認を1週間前に変更がないかどうか、念のために電話で確認したりする等、患者・利用者とのコミュニケーション・ツールともなっている。コールセンターが担う役割は多様化し、その存在意義を高めつつある。こうした活動を行うことで、利用者やその家族にはサービスの提供と同時に安心感が与えられ、結果としてグループに対する信頼感を高められると考えられる。また、コールセンター立ち上げのためにこれまで分断されていた各施設のデータベースを共有化したことで、患者・利用者への対応に関して職員間での知識や情報が共有され、相互の業務改善にも役立っているという。

コールセンターの創設は、複数施設において医療・介護サービスを提供する事業者ならではのものではあるが、得てして来院時における患者・利用者との接点の改善のみに目が向きがちな医療機関が多い中で、来院時以外における患者・利用者、住民にも目を向け、コミュニケーションの容易性を高めるためのサービス提供を図った点は、患者・利用者個々との継続的な関係性を構築する斬新な取り組みであったと言える。

6. 地域医療機関との連携強化における取り組み ~ インターネットを經由したカルテ情報の共有

~

国立病院機構七尾病院（290 床）、公立能登総合病院（434 床）、恵寿総合病院（454 床）の 3 病院による競合環境が厳しい当地域においては、市内の中小病院・診療所との連携強化はとりわけ重要性が高かった。

恵寿総合病院では、病診連携を図るために、地元医師会との協定により 10 床の開放病床を設置している。開放病床を利用する連携医にとっては、入院中の患者の状況や診療内容を適時把握できることが望ましいが、現状は時間的な制約もあり十分にはできていない。そこで、同病院では 2004 年 5 月より、インターネットを經由した電子カルテ閲覧システムを地域医療機関に提供し、入院中の患者の診療状況を連携医がリアルタイムで把握し、病院主治医と連携医の双方の視点から適切な診療を行うことを可能とする体制を構築した。インターネットを經由した電子カルテ閲覧は、患者本人と連携医、病院主治医の三者合意を前提とし、対象患者の電子カルテのみを、ID とパスワードで管理されたインターネット情報に提供し、連携医は一般的なホームページを閲覧するソフトウェアで閲覧できる仕組みになっている。これにより、患者がネットワーク内の異なる医療機関を受診しても同一のカルテを参照できるようになった。また、紹介時の情報提供や逆紹介後のフォローアップの円滑化にも役立っている。

一方、同病院においては、医師不足の問題から、CT 検査や MRI 検査などの画像診断に適時対応することができずにいた。この改善策として、近隣の大学病院による後方支援を受けられるよう、同病院と大学病院の放射線科との間にオンライン・ネットワークを構築した。ネットワーク上では、同病院で撮影した患者の画像情報を大学の診療科の端末で見ることができ、大学病院の放射線科からの読影所見は自動的に同病院側の端末に取り込まれるようになっている。立地的に放射線の専門医の確保が難しい状況を、IT システムの導入によって解決することができたのである。

7. マーケティング戦略を具現化するための内部体制の整備

前述のような患者・利用者志向のマーケティング戦略を企画・実現するためには、施設における患者・利用者ニーズを把握することが前提となる。そのため恵寿総合病院では、「(1) 患者・利用者のニーズを顕在化させる」、「(2) 顕在化しにくい患者・利用者ニーズを発想する」という 2 つの目的をもって取り組みを実践し、内部体制の整備を進めている。

「(1) 患者・利用者のニーズを顕在化させる」取り組みとしては、多くの医療機関で実施されているように院長宛の封筒を添えて投書箱を設置したり、地域連携室を設けていたりする他に、前述のコールセンターなどを通じ患者・利用者、住民、地域医療機関の意見や要望を収集する仕組みを挙げることができる。中でも独自性の高いものは、患者アドボカ

シー室（患者相談窓口）の活用である。「アドボカシー」とは「（誰かの）味方をする、権利を擁護する」という意味である。同病院の患者アドボカシー室では、社会福祉士の資格を持つ担当者が、患者から直接医師に訴えにくい苦情や提言に耳を傾け、医師に対しそれら意見を代弁する役割を担っている。患者の側に立って診療側と相対する組織を設置することにより、患者ニーズを適切に吸い上げ、患者の立場に立って診療側に問題解決を促す仕組みを確立している。同様に、地域連携室も、単に紹介や逆紹介の対応窓口となるのみならず、積極的に地域医療機関を訪問して意見や要望を収集し、診療科の医師やコメディカルなどに伝達する役割を担っており、マーケティング戦略上の重要なステークホルダーである患者（顧客）と、地域医療機関（協力者）との継続的な関係性向上を実現するための内部体制が確立されていると言える。

「(2)患者・利用者ニーズを発想する」ことは、一過性の取り組みでは実現は難しく、組織の文化として患者・利用者志向を定着させることが前提となる。そのため、同病院では、1988年より「ふれあいサークル活動」としてTQC活動に取り組み、長期に亘って患者志向の経営に取り組んでいる。TQC活動は、往々にして形骸化したり頓挫したりといったことが起こりやすい。けいじゅヘルスケアシステムでは、部署単位、個人単位の目標を法人全体の経営目標とリンクさせて設定し、組織のTQC活動と人材の目標管理制度とを関連付けることでTQC活動を有機的に運営している。前述のコールセンターの開設や、救急患者など医療費の即時支払が困難な患者の利便性を高めるクレジットカードでの医療費支払システムの導入は、患者の視点に立って考えることで具現化したものであり、患者志向が院内文化として定着していることの証と言える。

8. 患者・利用者志向経営の更なる発展

けいじゅヘルスケアシステムにおける独自性の高い充実したサービス提供や、患者・利用者との継続的な関係性を構築する取り組みは、少子高齢化・過疎化の進展、公的基幹病院の存在、病床過剰地域という事業環境に適合したマーケティング戦略であったと考えられる。もちろん、各医療機関を取り巻く事業環境は一様ではない。周辺地域の社会的環境によって求められる役割は異なるため、ここに紹介したコールセンターやITネットワークの構築が、他の全ての施設にとって有効策となるとは限らない。しかしながら、地域ニーズに対応した医療・介護サービスの複合的提供や、患者・利用者ニーズを把握するための内部体制作りは、類似する事業環境に置かれる多くの地方医療機関において有用な事例となるであろう。

今後、同病院では、かかりつけ医や患者・利用者・家族との情報共有をより密なものとするために、連携医による電子カルテの書き込みを可能とするなどの双方向コミュニケーションのシステムや、患者やその家族が自宅でカルテを参照できるようなシステムを構築することを検討している。また「けいじゅヘルスケアシステム」の包括的な医療・介護サー

ビスを有効的に提供するために、初診時もしくは初回利用時における患者・利用者へのヒアリングを強化し、予め顧客情報を収集しておくことを考えている。

同グループでは決して現状の取り組みを到達点とせず、患者・利用者との関係性をより一層向上させるべく、マーケティング活動のレベルアップに取り組んでいる。

第 2 項 地域医療連携を軸にしたマーケティング戦略

社会福祉法人恩賜財団 済生会熊本病院

1. 要約

医療機関の経営において、地域医療連携はマーケティング活動の一策となる。急性期病院が密集し競争が激しい地域として名高い熊本地区では、急性期・慢性期を問わず、地域の医療機関が切磋琢磨しながら、患者本位の地域連携システムを全国に先駆けて構築してきた。その代表的存在の一つである済生会熊本病院では、医療機能の選択と集中、資源配分の効率化を進め、他の機関と協働し、共生することで連携先機関と一体となった医療水準の向上を図った。

従来の地域医療連携では、一般的に、対応可能な傷病の種類が限定されていたり、1つの急性期病院を中心とする小規模の連携にとどまるなどの限界がある。しかし、地域の医療水準を総合的に高め、複数の医療機関が共に発展するためには、各医療機関が担う機能を明確にし、競争と協働のバランスをいかにとるかが重要な鍵となることが先進的事例から示唆される。本事例では、済生会熊本病院の地域医療連携体制構築の奇跡をたどりながら、今後の地域医療連携の発展の可能性を示す。

2. 病院概要

社会福祉法人恩賜財団 済生会熊本病院は、一般病床400床、うち20床を特定集中治療室、28床をHCU(NCU10床)が占める高機能の大規模急性期病院である。標榜科は12科あるが、院内では、脳卒中、心臓血管、呼吸器、腫瘍・糖尿病、脊椎・関節外科、腎・泌尿器、外科、消化器病の8つの専門センターとして集約化している。職員数は全体で1,191名、うち医師数は134名である³⁸。

同病院の主たる診療圏である熊本市は人口約70万人の都市であるが、診療圏域は県下全域に広がっている。

熊本市内には、特定機能病院、公立病院など済生会熊本病院を含み7つの大規模急性期病院があり、特に、済生会熊本病院の立地する国道57号線は、沿線に同病院のほか熊本赤十字病院(450床)、熊本市民病院(580床)、熊本中央病院(363床)の4つの急性期病院が林立する病院ストリートとなっている(図表31)。これら急性期病院は競合しながらもそれぞれが特徴をうちだしながら共生しており、また周辺には回復期病床や療養病床を有する医療機関も存在するなど、地域医療連携の基盤となる要素が凝縮された地域といえよう。

³⁸ 2006年4月1日現在

こうした環境のもと、同病院は早くから地域医療連携に徹底的に取り組み、周辺の医療機関とともに業績を上げてきた。図表 32 は、済生会熊本病院が患者の相互紹介に本格的に取り組み始めてからの主要な経営指標の推移を示している。同病院では、急性期病院としての機能を十分に発揮する為、後述の通り平均在院日数の短縮に取り組んだ。その結果、平均在院日数の短縮に伴い空いた病床に、紹介患者などが入院することで、新入院患者数、紹介率が向上し、病床利用率も高位に保たれている。さらに、患者あたりの医療密度も高まり、入院診療単価も飛躍的に上昇している。

3. 連携強化の初段階

済生会熊本病院では、地域医療連携という言葉が一般に知られる以前より、「救急・救命と高度・専門医療を提供する」ことを自院の主たる機能とし、循環器系や脳、消化器系の専門医療を中心に紹介型の医療提供を実施してきた。しかし、病床利用率が常時満床に近くなり、救急搬送患者の受け入れが難しくなっていた。

その後、政策的に医療機能分化が強くうたわれ始めた 1990 年代はじめ、自院の目指す機能を確実に提供するためには、慢性期や回復期の患者を他の医療機関に受け入れてもらわざるを得ないと判断し、病診連携を実現するために数々の施策を講じた。

まず、地域の医療機関との窓口となる病診連携科を設置し、情報共有のための機関誌を発行するなど、積極的に連携活動を進めていった。これにより、救急受け入れ患者数は一時的に増加した。しかし、救急の患者には重症の者が多いにもかかわらず、当時は院内で入院から退院までの一貫したプロセスが整備されていなかったため、患者がなかなか退院できないという事態が生じた。その結果、新たな救急患者の受け入れが困難となり平均在院日数も再度長期化してしまった。

そこで、患者に早期退院を促したところ、一部の患者から「済生会病院では、すぐに追い出される」と苦情を受けるようになった。さらに、転院先の医療機関からは患者の退院時期の遅れに対し、「患者がどうにもならない状態になってしまってから転院させている。なぜもっと早い段階でリハビリをしてあげないのか」と批判されることもあった。

同病院では、これらの反省かにもとづき、退院患者が適切なタイミングで、適切な医療を受けられる受け入れ医療機関の確保に最優先で取り組むこととした。つまり後方連携の強化を図ったのだ。

その結果、徐々にではあるが、紹介先の医療機関より「自らの病院・診療所にメリットをもたらす病院」として認識されるようになり、やがて、同病院からの患者受け入れだけでなく、同病院に患者を紹介してくれる医療機関も増えていった。患者や他の医療機関の不満を真摯に受け止め、彼らとの対話を繰り返しながら解消していくことで、相互に絆をつかめていったのである。

4. 競争と協働

ところが、患者の受入れ先確保の仕組みが整った頃、さらなる問題が浮上した。同病院が紹介した患者が受入先の医療機関に満足せず、同病院に戻って来るといった事態が起こるようになったのだ。原因は、紹介先医療機関の医療水準やサービス水準を同病院と異なる為、患者が医療機関を変えることに納得していなかったためではないかと思われる。このまま無理に患者を転院させれば、患者に裏切りを感じさせ信頼を失ってしまう。とはいえ、他の医療機関への患者紹介をやめれば以前の状態に戻ってしまう。そこで同病院では地域全体の医療水準やサービス水準を引き上げることが必要だと考え、施策を講じた。

たとえば、職員の提案に基づき、同病院が中心となって職種別の研究会や勉強会を開催することとした。なかには、80回もカンファランスを開催した年もある。その後、講義内容の拡大や受講形式の柔軟化を図り、現在では、同病院の院内研修にある新人教育講座を連携先の医療機関職員も受講できるようにしている。自治体病院などで不足している医師を同病院から派遣するなどの方法で人的交流も図っている。

さらに、システムの外枠を整備するだけでなく、チームとして有機的に機能するよう連携会議を開催するなど、顔の見える関係を築きながら連携先機関の機能強化を支援している。

同病院院長である須古氏はこれらの活動を「GIVE & GIVE の精神」に基づくものだとする。自らが持つものを提供し続けることを通じてお互いの切磋琢磨を促し、異なる領域でともに成長するという考えだ。このような地道な取り組みを続けた結果、受入医療機関のレベルアップが図られ、患者紹介のシステムが円滑に機能するようになったという。

5. 機能分化と個としての魅力の発揮

本事例をみても、地域医療連携による成果を享受するためには、連携体制を形成するそれぞれの医療機関が機能を特化し、専門性を向上させることが鍵とみられる。つまり、各医療機関が個としての魅力を発揮するということである。そのためには、時として自院の有する診療機能を再検討し取捨選択していくことも求められる。

済生会熊本病院においても、診療科や診療機能の統廃合を行い、合理化を図ってきた。

たとえば、周辺の診療所や中小病院などに多い診療科をとの重複をなるべく回避することとした。同病院が行わなくても、十分な医療機能が提供されていると考えたからだ。また院内では、脳卒中センターであれば神経内科と脳外科が、心臓血管センターであれば循環器と心臓外科というように、内科と外科が協力しあう組織体制を整備し、専門化を図ることでそれぞれの質の向上を目指している。

地域の他の医療機関とは、施設や医療機器を共同利用することで、同一地域内での高額医療機器の重複設置を回避し、地域の医療資源の有効活用を図っている。同病院の MRI や

CT を周辺の診療所に開放し、緊急時の対応もできるように特別枠を設けたり、ヘリポートやモバイル CCU³⁹など周辺の他の医療機関がもたない機能については同病院が保有・活用して、へき地診療所との連携や高度な医療ニーズにも対応可能なサービスを提供している。

こうして投資を絞り込み、地域の各医療機関が自らが担うべき機能を明確にすることで、互いに個としての魅力を発揮しているといえる。

6. 地域医療連携の発展の可能性

このように地域の医療機関と競争と協働を繰り返しながら、全国に先駆けた地域医療の連携システムを構築してきた済生会熊本病院であるが、今後の発展にむけた更なる課題は、医療依存度の高い慢性期患者の後方連携機関を充実させることだという。

現状、後方連携先がいくら患者の受け入れに協力的であっても、慢性心不全など急性期と回復期の中間にあたるような患者を、実際に受け入れることのできる医療機関は少ない。特に、人工呼吸器を利用していたり、胃漏などの症状のある患者の場合は、連携先が対応できる医療水準に限界があり受け入れが困難であることが多い。そこで、同病院では、院内の勉強会に後方連携機関の職員を招き、より高度な知識や技術を習得する場を設けて、共に医療水準を高める努力をしている。これにより、従来は急性期で対応してきた一部の患者を他の医療機関に円滑に転院させるパスが確立し、自院にはより高度な医療を必要とする患者をより多く受け入れることができる。また、周辺の医療機関にとっても職員の知識・技術の向上と、対応可能な患者範囲が拡大されるという利点がある。

同病院では、自らが必要とする環境の整備に主体的に取り組むことで、地域全体の医療水準向上に貢献しながら自院の求める体制強化を図ることができるという好循環の確立を目指している。各地で進められている地域医療連携の発展的なあり方の一つとして興味深い。

³⁹人工呼吸器や大動脈バルーンポンピングなどの治療機器を搭載した救急車。主として心臓疾患患者などの緊急搬送に利用する。

参考文献

- 『マーケティング戦略』和田充夫、恩蔵直人、三浦俊彦著、有斐閣アルマ刊
- 『サービス・マーケティング原理』クリストファー・ラブロック、ローレン・ライト著、小宮路雅博監訳、白桃書房刊
- 『サービスマネジメント 上・中・下』バート・ヴァン・ローイ、ポール・ゲンメル、ローランド・ヴァン・ディーンク著、平林祥訳、ピアソン・エデュケーション刊
- 『サービスマネジメント』カール・アルブレヒト、ロン・ゼンケ著、和田正春訳、ダイヤモンド社刊
- 『NEW 予防医学・公衆衛生学』岸玲子、古野純典、大前和幸、小泉昭夫著、南江堂刊
- 『患者満足度』前田泉、徳田茂二著、日本評論社刊
- 『中小病医院の診断・支援マニュアル』中小企業診断協会編、同友館刊
- 『病医院経営戦略』長谷川敏彦編、医学書院刊
- 『病医院の経営・会計・税務』TKC 全国会医業・会計システム研究会編、TKC 出版
- 『病院早わかり読本』飯田修平編著、医学書院刊
- 『ゼミナール マーケティング入門』石井淳蔵、栗木契、嶋口充輝、余田拓郎著、日本経済新聞社刊
- 『マーケティング原理』フィリップ・コトラー/ゲイリー・アームストロング著、ダイヤモンド社刊
- 『マーケティング・マネジメント ミレニアム版』フィリップ・コトラー著、ピアソン・エデュケーション刊
- 『受療行動調査（平成 11 年度、平成 14 年度）』厚生労働省
- 『厚生労働白書（平成 16 年度、平成 17 年度版）』厚生労働省
- 「けいじゅヘルスケアシステム パンフレット集」
- 『医療・福祉複合体の情報化戦略』、「日経ヘルスケア」2000 年 9 月号、日経 BP 社
- 「病院 IT 化の実際 電子カルテの威力」（発行：株式会社ソフトウェア・サービス）
- 『済生会熊本病院の紹介』（経済産業省「医療経営人材育成事業」特別ワーキンググループ「地域医療連携に関する懇談会」配布資料）
- 「特集 「機能分化と連携」の新しい形 熊本：地域連携クリティカルパス 治療の全工程を示すクリティカルパス」 『月間/保険診療』2006 年 1 月号

参考ホームページ

恵寿総合病院

医療経営 2006 Masahiro Kannno's Opinions