

医療サービスマーケティングの理解と展望

明治大学 4年 経営学部 経営学科
小関ゼミナール

山田 森都
学籍番号 1710060264

目次

序章 病院経営の悪化.....	- 3 -
1. 問題の所在.....	- 3 -
2. 本論文の課題.....	- 4 -
3. 研究方法.....	- 4 -
4. 論文構成.....	- 4 -
第1章 病院経営を取り巻く状況.....	- 5 -
1. 不振の病院経営.....	- 5 -
2. 医師と患者における関係と意識の変化.....	- 6 -
3. 情報の格差と病院の選び方.....	- 8 -
第2章 サービスマーケティング.....	- 11 -
1. サービスの重要性.....	- 11 -
(1) サービスの特徴.....	- 11 -
(2) サービス・プロフィット・チェーン.....	- 11 -
2. 顧客中心のサービス.....	- 13 -
(1) 顧客視点.....	- 13 -
(2) 消費者行動.....	- 14 -
(3) サービスを評価するのは顧客.....	- 16 -
第3章 医療サービスにおけるマーケティング環境.....	- 18 -
1. 医療の特性.....	- 18 -
(1) 提供者に偏る情報.....	- 18 -
(2) 医療の不確実性.....	- 18 -
2. 患者理解.....	- 19 -

(1)患者が求めるものは.....	- 19 -
(2)患者満足と患者ロイヤルティ.....	- 20 -
3. 医療におけるマーケティングミックス.....	- 22 -
(1)患者・家族へのコミュニケーション.....	- 23 -
(2)医療関係者へのコミュニケーション.....	- 24 -
第4章 今後の展望.....	- 24 -
1. 医療連携.....	- 27 -
(1)医療連携のステークホルダー.....	- 27 -
(2)前方連携.....	- 27 -
(3)後方連携.....	- 27 -
2. 医療連携のマーケティング戦略.....	- 27 -
(1)外部環境分析.....	- 27 -
(2)内部環境分析.....	- 28 -
(3)ターゲティングとポジショニング.....	- 29 -
3. 医療連携をするにあたり.....	- 29 -
第5章 結論.....	- 29 -
『参考文献』.....	- 30 -

序章 病院経営の悪化

1. 問題の所在

日本の医療は、世界でもかなりの高水準とされている。そして、様々な医療制度や保険によって格安といえるほどである。

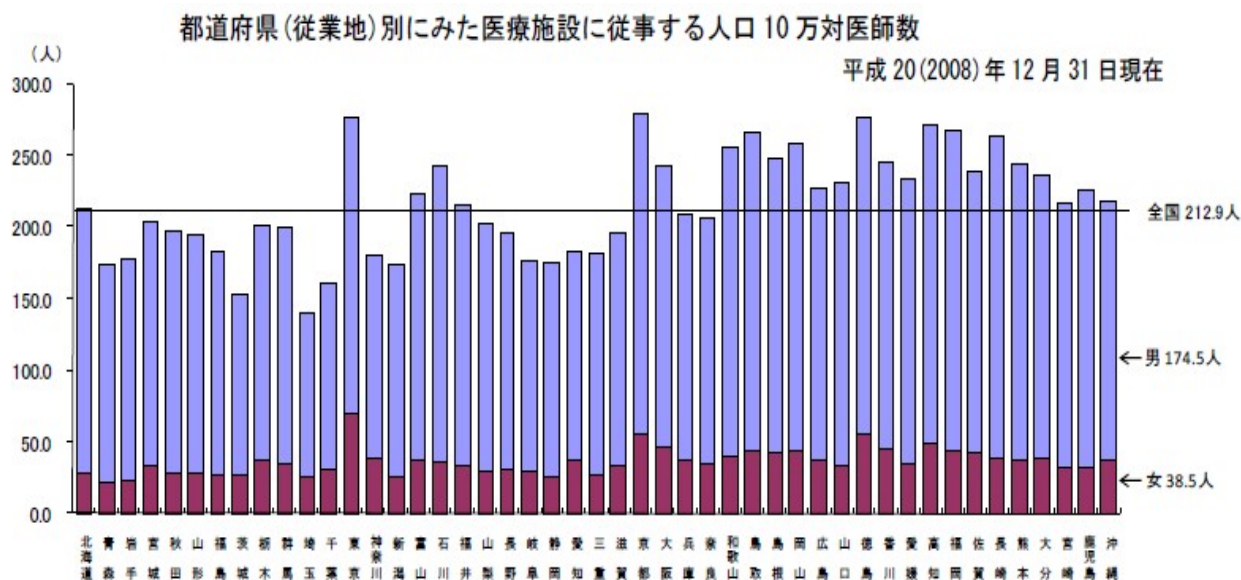
2009年の医業収支、総収支は2008年と比べて1.9%の減少となり、経営の悪化を示す形となった。東京では54%の病院が赤字という結果だった¹。年々病院経営は悪化してきている。各病院はコスト削減などで、経営の改善を図るなど対策を講じている。人口に対して医師数が多く（図表0-1）、もちろん病院数も多い。

そうなってくると東京などの都市圏では、患者の病院選択が病院側にとってとても重要になる。しかし、近年患者の病院を選ぶ理由が変化してきているように思う。医師の技能だけが、基準にならないのではないかと。誤解の無いように言っておくと、医療の質を無視しているわけではない。医療技術が高いことは当然考えるべきことだが、対応や施設環境と自身にとっての利便性も重要なポイントである（図表0-2）特に、病院数の多い都市部では、患者に選んでもらえるように経営的な視点から考え直す必要があるのではないかと。

以前は、医療のマーケティングはあまり認識されない状況だった。しかし、赤字が続出して医療の崩壊が叫ばれる今、医療におけるマーケティングをもっと考えてみるべきなのではないかと。

そこで、医療マーケティングについて一般的なマーケティングも含めながら進めていき医療分野での今後の展望を見ていく。

図表0-1 医師数の比較



(出典)厚生労働省 『医師・歯科医師・薬剤師調査』

<http://www.mhlw.go.jp/index.shtml>

¹ 全日本病院協会 『病院経営調査報告』

図表 0-2 医療機関に求めるもの



(出典)Oricon medical

http://isha.oricon.co.jp/survey/survey_demand.html

2. 本論文の課題

悪化した病院の経営状態を探ると共に、今後どのようにして患者を獲得していけばよいのか、サービスマーケティングの視点から病院経営における患者満足的重要性について考える。

3. 研究方法

文献調査を基に、データなども合わせて考察する。また、直接聞き取りも行い現状や取り組みについてもみていく。

4. 論文構成

論文は以下の構成とする。

第1章は、現在の病院経営の状況をもう少し詳しく見ていく。

第2章は、マーケティングの中でもサービスマーケティングを検証していく。

第3章では、医療の分野に重点を置いてマーケティングを考える。

第4章で、今後の医療分野のマーケティングの戦略について一つの展望を考えていく

第5章を、結論とする。

第1章 病院経営を取り巻く状況

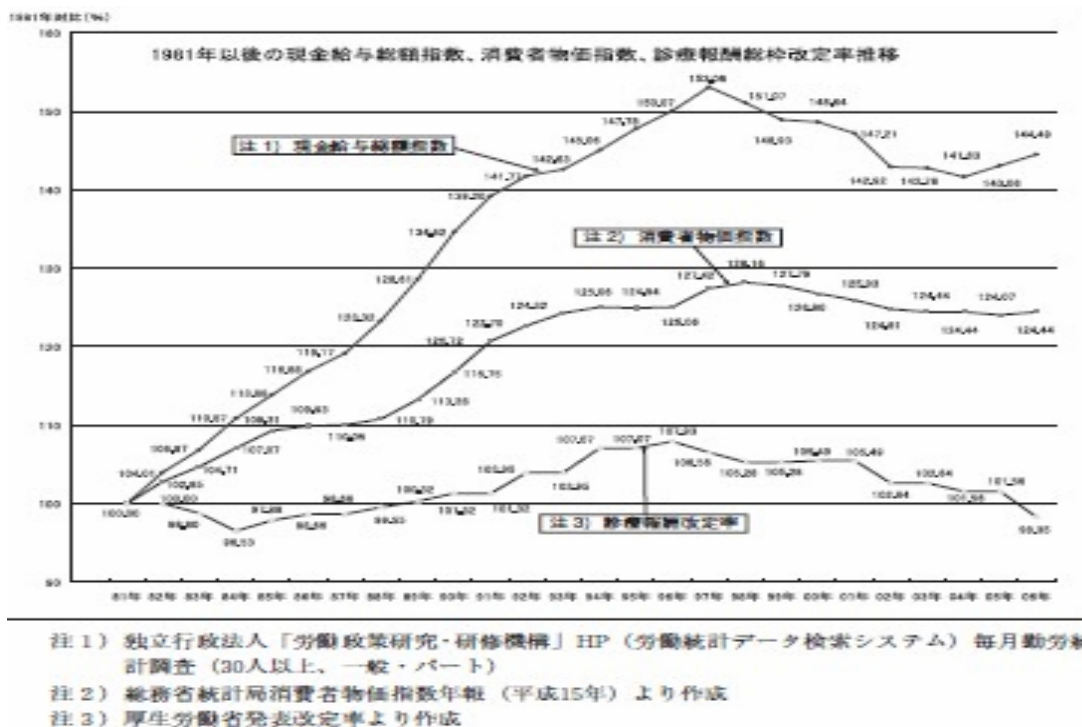
1. 不振の病院経営

日本の医療レベルは高い。日本の人口の高齢化比率は 21%と世界の中でも極めて高くなっているが、経済協力開発機構（OECD）諸国 30 カ国の中で、医療費の GDP 比率が 8.2%と、21 位の低さである。それにもかかわらず日本人の平均寿命は世界 1 位、乳幼児死亡率も世界 3 位で、アメリカの 3 分の 1 程度だ。さらには、フリーアクセス（居住地にかかわらず、どこの病院でも診療を受けられること）も保たれており、世界保健機関（WHO）も日本の医療は世界 1 位の水準と認めているという事実がある。だが今、日本の医療界は変化の中にいるように思う。

医師の不足や偏在が原因で産婦人科、小児科などの診療科が閉鎖され、医療崩壊の危機が叫ばれており、これに追い討ちをかけるように病院の倒産が急増しているのだ。帝国データバンクによれば、2009 年 4-9 月の上半期に発生した病院・開業医の倒産は、現在の集計方法で過去最悪だった 2008 年度の上半期(16 件)の 2 倍近い 30 件だった。30 件の内訳を施設別に見ると、病院 7 件、診療所 16 件、歯科診療所 7 件だった。現在の集計方法となった 2005 年度以降、倒産件数が最も多かったのは 2007、08 年度の 40 件。2007、08 年度の上半期の件数はそれぞれ 22 件、16 件で、2009 年度はこれらを上回るペースで推移している。また、4-9 月の負債総額は 217 億 4100 万円に上り、2008 年度の総額 213 億 9500 万円を既に上回っており、不安を募らせる病院関係者は少なくない。原因を帝国データが分析した結果では、「販売不振」が最も多く、次いで「放漫経営」、「設備投資の失敗」と続く。販売不振は、診療報酬の減少を指す。診療報酬マイナス改定（図表 1-1）が病院経営に与える影響は大きい。一方で、不足する医師の確保が人件費増につながり、医師不足が患者減少を招く、「売り上げ」減少の悪循環を引き起こしているともいえる。また、患者減少については医師との関係や意識の側面も重要だろう。

こうした、経営の困難さから以前は考慮されなかった病院のマーケティングやサービスの向上、顧客の獲得という考え方が注目されてきている。

図表 1-1 診療報酬のマイナス改定



(出典)全国保険医団体連合会HP

<http://hodauren.doc-net.or.jp/kenkou/08kaitei-youkyuu/P06-P13.pdf>

2. 医師と患者における関係と意識の変化

昔は医師とは、患者にとって絶対的といってもいいものだった。患者側の意識と知識量の事もあかもしれないが、患者は医師を尊敬と全幅の信頼を込めた意味で「先生」と呼び、善意の上で医療行為が行われていた。よって、医療の質さえ確かであれば患者満足は高かったのである。

経済の成長期では、マーケティングで言うところのプロダクトが重要視されその他の要素、各企業がプロダクトにつける付加価値はあまり重視されない。しかし、先進国など成熟した社会においては、そういった差別化を図れる付加価値、デザイン性やアフターサービスなど、を重視する傾向があるのは消費者と企業間でよく見られることである。そして、これは医療現場においてもあてはまり、従来よりも患者の意識が変化してきたのだ。近年では医療の質が高いことは当たり前の事になり、それだけで患者満足が高くなることは多々ある。患者側は、病院へ行けば症状を良くしてくれるという前提があるので、病気が治るところまでが満足のいく最低水準なのだ。であるのなら、患者満足を高める要素は大部分が医療の質以外のところにあるだろう。

医療において、医師と患者の信頼関係が不可欠なことは言うまでもない。しかし、これ

まで患者は医師に自分の症状や悩みを打ち明けたら、医師は十分な説明と的確なアドバイスをする。そして、症状を良くしてくれるというある種思いこみのような信頼関係、そして医療が成り立っていた。これまで、当然に見られたこのような医師と患者の関係が、患者から質問をし、症状について調べ意見を述べる。それに対して、医師が専門的な見地から回答をし、そのやり取りが納得するまで行われてはじめて医師と患者の関係が成り立つようになってきている。近年では、さまざまな要因により関係が次第に変化してきているという事を感じる医療関係者は少なくないだろう。

本来あるべき医療の姿を取り戻すために、医師および医師会がなすべきことはたくさんある。例えば、医療提供者一人ひとりが、毎日の診療のあり方や患者に接する態度を再点検することは、その第一歩となる。以前筆者が入院した際、検診に来てくれた医師と看護師の方はとても親しみやすく、筆者から積極的に話をして症状の経過を伝えることも、また、医師からの説明もとても的確で安心して任せることができた。しかし、同じ病院の別の科を受診した際には、医師と看護師の対応の悪さにとても気分を悪くした経験がある。同じ病院内でも、対応に個人差がある。これは、全体に患者への接し方や態度についての想いが共有できていないことの現れのように思う。実際、病院全体で統一できていないところがほとんどだろう。また、十分なコミュニケーションができるような医療提供体制を確保するための政策を打ち出す必要もあるだろう。さらに、医療に関係する多くの規制のなかには、その妥当性や法的効力について、再検討が必要なものも少なくないのではないかと。

一方で、医療を受ける患者側も確認しておくべきこともある。例えば、理由もなく診療代金の不払いを繰り返す、医療関係者に対して暴言を吐き、暴力事件にまでなる悪質な事例も現実に発生している。そこまで極端でなくとも、医療関係者に過大な要求や理不尽な主張を突きつける患者およびその家族の存在は、社会問題にもなっている。一部の患者による心ない行動は、医師と患者の関係全体に悪い影響を与えている。

当然、患者が自身の医療に主体的にかかわり、意見や要望を医療関係者に伝えることは円滑な治療を進めるうえでとても重要である。しかし、そこには医師と患者、さらに言えば人と人との関係として、適切な自制が働く必要がある。そして、医療が適切に行われるために、患者側も配慮をする必要がある²。ただし、これは患者の意識の高まりという側面も生まれる。医師に対して自身の権利を主張するようになってきたのだ。1つの例として、それを医療訴訟件数の増加に見てみれば、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倍以上に増加している³。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低下」をあげている。一方、患者側の意見として「患者と医師との信頼関係低下」は同じだが、「医師や医療機関の対応の悪さ」をあげてい

² 日本医師会「グランドデザイン 2007」

³ 最高裁判所事務総局民事局調べ

る⁴。もちろん患者側がすべて悪いとは言えない。信頼関係の低下や対応の悪さという理由は、以前から潜在的に問題があり、それが自身で主張をしていくなど患者意識変化により表面化してきたと考えられる。こうした変化に合わせて医療機関も対応を変化させなければ長期的にみて良くない状況になるだろう。

3. 情報の格差と病院の選び方

世の中は情報化が進み、ありとあらゆる情報であふれている。様々な分野の情報が多数存在するが、中でも健康に関する関心は高く、それをテーマにした番組、雑誌で取り上げられた商品は翌日から売上げが急激に伸びる事も珍しくない。それは、医療においてもあてはまる。ネットや本では病院ランキングをつけるものが多く存在し、また、全国の名医のリストも紹介されている。治療に関する話題や口コミ、噂がネットをにぎわし、テレビでは、闘病記や神の手といって名医が紹介される。また、がんに効く、この病気にはこれがいいなどと医療を受ける以前に、予防策としての方法に対する関心も高い。我々は、自ら望まなくても医療に関わる膨大な情報に囲まれ、自分で必要な情報を選ばなければいけない。

この状況だけでみれば、医療関連に関心の高い人は多くの情報を集めることができ、実際に医療に携わっている人たちとの情報格差はなくなってきたと考えられる。しかし、ここで重要なのはこういった情報を作成しているのも、発信しているのもたいていは医療関係者以外であるということだ。つまり、情報が溢れ、多くの情報を得ることができるが、それが必ずしも正しい情報で、正しい評価をされたものばかりではないのだ。間違ったもの、勝手な解釈をされた情報も多々あるだろう。知らないよりも状況が悪化することも往々にしてあり得る。全てがそうだとは言えないが、少なくとも間違った情報も流れている可能性は十分にあり得る。この状況を解決するためにも、医療関係者は改善策や情報に対する正しい説明をする必要もあるだろう。診察室や検査室などで患者に対して積極的に情報を提供し、また、ホームページを充実させる、公開セミナーを行うなど様々な方法で患者とのコミュニケーションをとり、正しい知識を伝えることが求められる。こうすることで、結果として自分たちの病院の宣伝効果もあがる。そして、我々も情報の正誤の見極めを怠ってはいけないだろう。

厚生労働省が3年ごとに行っている受療行動調査では、医療機関を受診する際患者は、様々な情報を欲している。しかし、欲する情報であっても実際入手できた情報は半分にも満たない。(図表 1-2) さらに、情報を欲する患者側だが、その情報源は医師や家族、知人がほとんどで多くある情報源の中でも参考にするものは限られており、書籍やネットでは欲している情報を入手できていないようである。(図表 1-3) ここから、様々な情報を得てそこから受診する病院を選ぼうとするが、十分な情報は得られず、情報化が進む現代でも情報源は口コミがほとんどのようだ。

平成18年の第5次医療法改正には、都道府県で患者などへの医療情報の提供制度の創設

⁴ 厚生労働省(2004) 厚生労働白書

がある。その中には、「医療サービスの提供者・住民（患者）双方が情報を共有し、客観的に評価できるような方法を検討。あわせて、都道府県が主要な事業ごとに医療連携体制を構築できるように改革。」「医療計画の作成から実施に至る一連の政策の流れを、主要な事業ごとの医療機能の把握、適切な保健医療提供体制の明示（数値目標の設定）、数値目標を達成するための活動計画としての医療計画の立案とそれに基づく事業の実施及び事業実施後の客観的な政策評価による医療計画の見直しという実効性のあるものに改革。」

また、「患者の受療行動に応じた医療機能の把握や各医療機関の医療機能の内容に関する住民への情報提供など医療計画の作成・実施に当たっての都道府県の役割を強化。国は都道府県の役割を支援するために制度上や財政上の支援を実施。」⁵とある。つまり、医療の質向上を図り、機能が明確にされることで各都道府県の医療計画に記載される事もでき、（図表 1-4） そうなれば、信用のある情報が積極的に提供され、医療機関の選別に有利になる。同時にホームページを開設し、情報の開示をすることで患者に対して役割や機能を上手く伝えることができるだろう。こうすることで、直接受診する場合だけでなく他からの紹介にも影響すると考えられる。紹介元は、患者の満足できる医療機関を紹介するで、患者にとって魅力的でないところは紹介を受ける機会も減るだろう。

今後は、今までのよりさらに患者側を意識して、自分たちの情報開示や積極的なコミュニケーションをとることが病院経営でもカギになってくるだろう。

図表 1-2 病院選択の際の情報

病院を選択する際の情報	計	情報の状況							
		必要であった		必要でなかった		わからない		無回答	
		入手できた	入手できなかった	入手できた	入手できなかった	入手できた	入手できなかった	入手できた	入手できなかった
医師などの専門性や経歴	100.0	48.5	(14.7)	10.6	(3.2)	19.7	(2.0)	21.1	(5.7)
医師、看護師などの配置や人数	100.0	26.0	(9.2)	17.7	(3.6)	30.5	(1.8)	25.8	(3.0)
診察や検査・治療などの待ち時間	100.0	32.8	(7.6)	17.3	(3.0)	22.1	(1.5)	27.8	(3.5)
受けられる検査や治療方法の詳細	100.0	47.7	(13.7)	8.4	(3.5)	17.1	(2.0)	26.8	(7.2)
治療に要する平均的な通院期間	100.0	34.0	(9.9)	14.9	(2.6)	23.2	(1.4)	28.0	(4.9)
生存率、合併症発生率などの治療結果	100.0	24.0	(8.2)	14.8	(1.6)	31.3	(0.9)	29.8	(2.9)
治療に要する費用や支払いの方法	100.0	31.8	(10.6)	17.5	(2.9)	21.5	(1.7)	29.2	(5.4)
実施している治験の治験薬	100.0	20.3	(5.2)	15.8	(1.2)	33.7	(0.8)	30.1	(2.7)
安全のための取り組み	100.0	34.7	(5.5)	10.0	(1.8)	26.1	(1.0)	29.1	(3.2)
連携している医療機関や福祉施設	100.0	28.0	(7.3)	14.8	(2.7)	28.2	(1.2)	29.0	(3.7)

注：()内の数値は、「情報の状況」の項目をそれぞれ100としたときの「入手できた」割合である。

⁵ 医療計画制度について

http://www.pref.aomori.lg.jp/welfare/health/ao_kyogikai_shiryoy1.pdf#search='医療法 医療計画制度'

図表 1-3 病院選択に参考にした情報の入手先

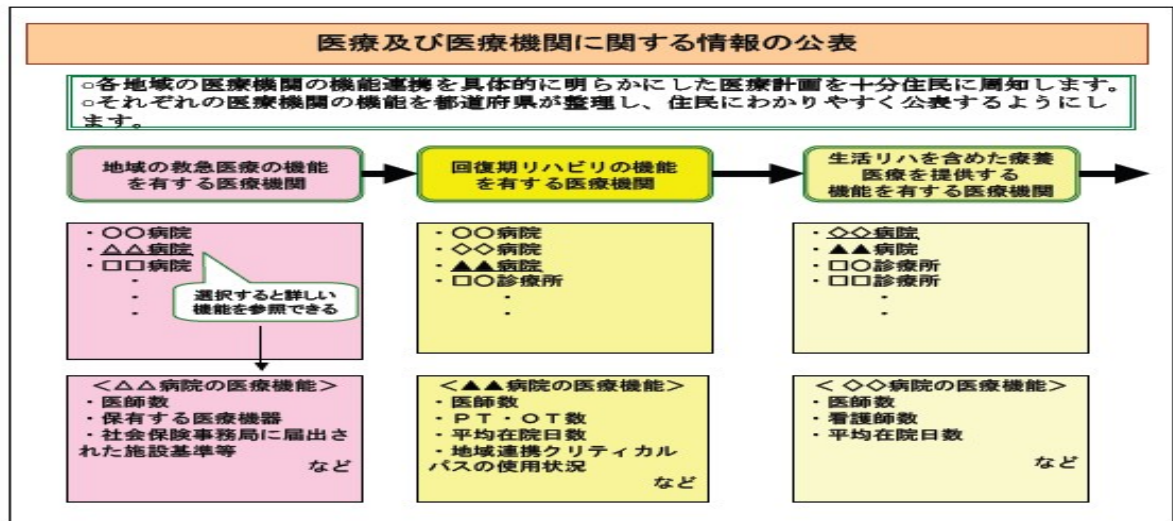
(単位:%) 平成20年

	計	参考にした	医師による紹介	病院の相談窓口	家族・友人・知人	ポスターや看板、パンフレットなどの広告	刊行物やテレビ・ラジオの番組	行政機関による情報提供	行政機関以外のホームページ	その他	特にな	無回答	
外 来	100.0	76.9	(100.0)	(42.8)	(5.5)	(40.2)	(2.6)	(1.3)	(8.5)	(3.9)	(17.7)	11.7	11.5
特定機能病院	100.0	86.9	(100.0)	(68.4)	(3.5)	(27.9)	(0.9)	(2.3)	(4.8)	(4.7)	(11.2)	4.7	8.4
大病院	100.0	82.4	(100.0)	(56.1)	(4.2)	(34.0)	(1.2)	(1.3)	(7.9)	(4.3)	(15.3)	8.0	9.6
中病院	100.0	76.9	(100.0)	(43.8)	(5.1)	(38.5)	(2.4)	(1.4)	(9.9)	(4.1)	(18.2)	11.4	11.7
小病院	100.0	75.3	(100.0)	(25.2)	(5.4)	(53.4)	(4.8)	(1.4)	(6.9)	(5.0)	(17.7)	12.7	12.0
療養病床を有する病院	100.0	71.6	(100.0)	(32.2)	(7.5)	(44.7)	(3.4)	(0.8)	(8.8)	(2.5)	(20.6)	15.6	12.8
入 院	100.0	84.8	(100.0)	(58.5)	(11.9)	(32.1)	(2.5)	(1.7)	(8.0)	(3.7)	(14.3)	9.6	5.6
特定機能病院	100.0	92.9	(100.0)	(81.1)	(3.4)	(22.4)	(0.9)	(1.8)	(4.4)	(5.1)	(9.0)	4.0	3.1
大病院	100.0	87.8	(100.0)	(67.7)	(4.9)	(29.3)	(1.3)	(1.8)	(8.1)	(4.5)	(14.5)	7.7	4.5
中病院	100.0	84.3	(100.0)	(61.0)	(5.6)	(31.8)	(2.1)	(2.1)	(9.0)	(4.4)	(16.0)	10.2	5.6
小病院	100.0	84.3	(100.0)	(45.2)	(8.9)	(40.8)	(3.0)	(2.5)	(6.9)	(6.4)	(16.1)	10.1	5.7
療養病床を有する病院	100.0	83.5	(100.0)	(53.1)	(19.1)	(33.2)	(3.3)	(1.3)	(8.0)	(2.5)	(13.7)	10.4	6.2

(出典)厚生労働省 HP「受療行動調査 2008」(図表 1-2、1-3 共に)

<http://www-bm.mhlw.go.jp/toukei/list/34-17.html>

図表 1-4 医療計画



(出典)医療計画制度について

http://www.pref.aomori.lg.jp/welfare/health/ao_kyogikai_shiryo1.pdf#search=

第2章 サービスマーケティング

1. サービスの重要性

(1) サービスの特徴

マーケティングを考えた時、医療の質の他に策を打てる事にサービスという面がある。サービスには、それが持つ通常の有形製品と異なる特性として、形がない（無形性）、生産と消費が同時に発生する（同時性）、品質を標準化することが難しい（異質性）、保存ができない（消滅性）といった特性がある⁶。例えば、ヘアサロンのセットという技術提供には形がないし（無形性）、店側がサービスを提供（サービスの生産）するのと顧客がヘアセットしてもらい（サービスの消費）は同時であり、やり直しはできない。顧客ごとでセットの要望は異なり、品質を標準化することは難しい（異質性）。そして、顧客の来店がなければ、美容師がサービスを前もって作り保管しておくことはできない（消滅性）。

ただ、医療において同時性は、消費と生産が同時だが結果が明らかになるには時間がかかるという特殊な面もある。サービスマーケティングでは、これらの特性をふまえたマーケティングを考える必要がある。

(2) サービス・プロフィット・チェーン

サービスの特徴のもう一つとして、顧客(患者)と従業員(医療関係者)の関係を考えてみる。売り上げの増加や利益率の向上というのは最終的に、顧客満足とその結果として発生する顧客ロイヤルティによって左右される。顧客ロイヤルティとは、何度も購入してくれるリピーターや、使う金額が大きいなど利益貢献の度合いが高い優良顧客の事で、経済が成熟して飛躍的な売り上げ向上が難しい今後、とても重要視されている。⁷顧客満足は、提供されるサービスの価値によって決まると考えられるが、それは従業員の能力に影響されるだろう。

それには、従業員満足の考え方も大切だ。顧客満足度（CS）＋従業員満足度（ES）＝究極の販売戦略である⁸。以前、圧倒的なリピート率と稼働率のホテル、リッツカールトンホテルの元営業統括支配人である林田正光氏との話の中に、「顧客満足を高めるには、まず従業員満足が重要、それが結果として顧客ロイヤルティにつながる。」と話していた⁹。そのため、利益が上がった分従業員満足のため投資することが必要だろう(図表 2-2)。この顧客満足と従業員満足のつながり、つまり顧客、従業員そしてサービスがどのような関係性を持つことが最終的に経営として上手くいき企業利益を高めるのかを示しているものが、

⁶ GLOBIS MANAGEMENT SCHOOL

<http://gms.globis.co.jp/>

⁷ Wisdom Business Leaders Square

<http://www.blwisdom.com/>

⁸ 『エクセレントサービス』 林田正光著 PHP 研究所

⁹ 林田正光氏 2009年5月21日

サービス・プロフィット・チェーン¹⁰だ。(図表 2-1)

サービス・プロフィット・チェーンは、もともと一般の企業活動を想定したモデルだが、2つの理由から、医療機関にこそ重要と考えられる。

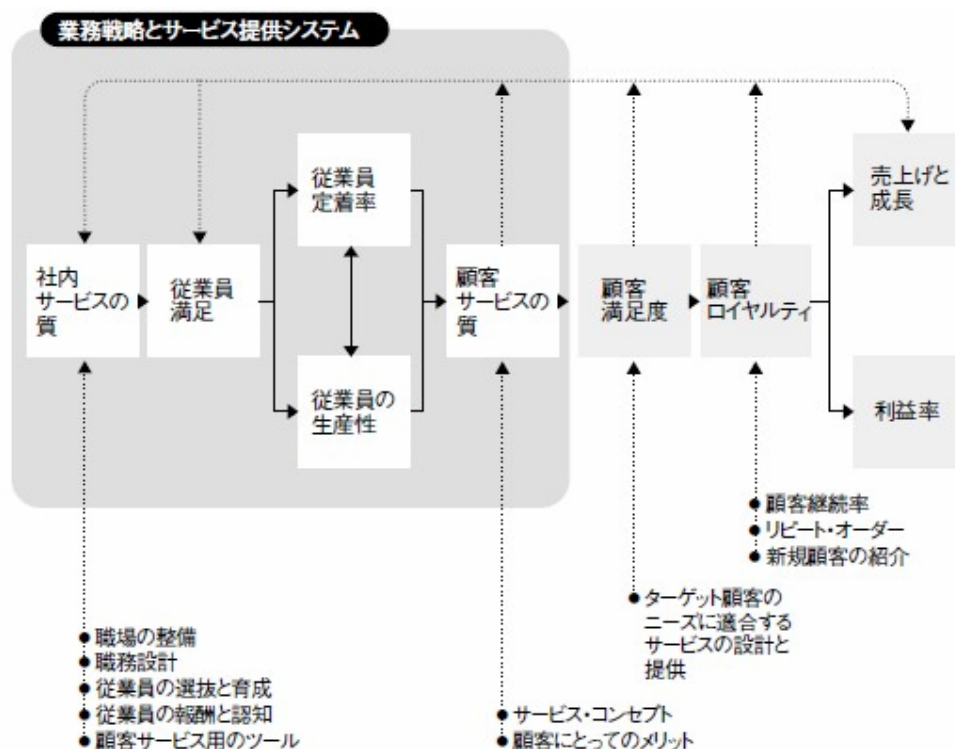
・【理由 1】

医療は労働分配率（その組織で創り出される付加価値に占める人件費の割合）が極めて高く、人的資源の状況によって、顧客サービスの価値（医療の質）は他よりも大きく左右される。

・【理由 2】

医療は非営利性や公共性が強く、収益を配当などの形で外部流出することなく内部サービスの質の向上に充てられるため、従業員の共感を得やすい。¹¹

図表 2-1 サービス・プロフィット・チェーン体系

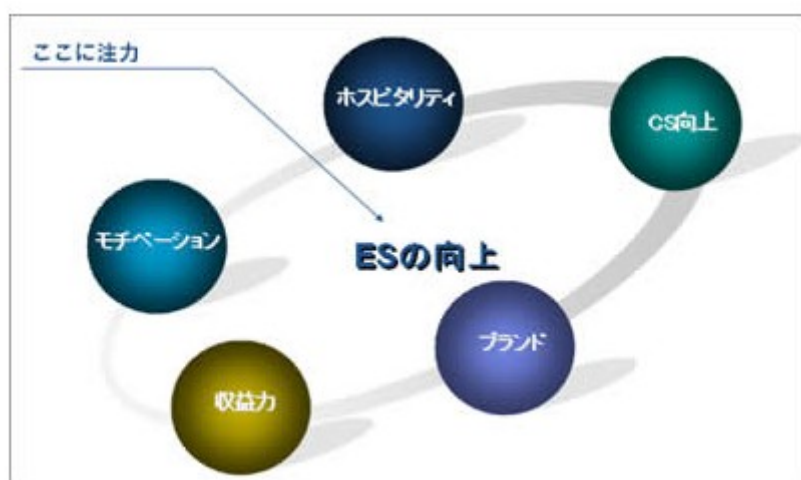


(出典) Putting the Service-Profit Chain to Work

¹⁰ ヘスケット, ジェームス・L & アール・サッサーが提唱

¹¹ Care Review, Inc.

図表 2-2 注力すべき位置



(出典) (有)人事・労務

<http://www.jinji-roumu.com/>

2. 顧客中心のサービス

(1)顧客視点

マーケティングにおいて、顧客志向を度外視することはありえない。それは、明らかであろうが、現在マーケティングに用いられる4Pという考え方は顧客の視点に立ったものなのか。

マーケティングにおいて、期待した結果を出すためには様々なツールが使われる。その組み合わせさせたものをマーケティングミックスと呼ぶ(図表 2-3)。マーケティングミックスの定義は長年に様々な研究者の間で議論され、多くの定義が提唱されてきた。その中で多くの人に知られているのが、1961年にアメリカのマーケティング学者である、ジェローム・マッカーシーによって提唱された4Pである。

4Pとは製品(Product)、価格(Price)、プロモーション(Promotion)、流通(Place)からなる分類法の事を言う。この考えは提唱された時代を考えても、米国の経済も日本の経済もマーケティング活動においてメーカー主導だったと考えられる。メーカーが自社の持つ技術や製品に基づいて、これらをターゲットとした顧客にどのようにして売るかが4Pの元になっている。しかし、それから世界経済は変わり、物の量と種類が増え、メーカー主導の販売は顧客が選ぶ時代が変わっていった。特にインターネットの登場は、購買行動において顧客が選ぶという事を加速させた。自宅のPCで製品情報を入手し、異なる各企業の製品同士の比較を可能にしたのだから。こういった変化に対し、企業のマーケティング戦略とマーケティングミックスはメーカー主導から顧客主導に変化をする必要性が生じ、そこで出てきたマーケティングミックスの定義が4Cである。

この顧客4Cは4つのPに対応して、

- ・製品(Product)→顧客価値(Customer Value)
- ・価格(Price)→顧客コスト(Customer Cost)
- ・プロモーション(Promotion)→コミュニケーション(Communication)
- ・流通(Place)→利便性(Convenience)

と定義されている¹²(図表 2-4)。製品は顧客がどのような価値を受け取るかに変わり、価格は顧客がいくら支払うかに変わり、プロモーションは双方向となり、流通は顧客が価値を容易に獲得できるかに変わった。適切なマーケティングミックスを行うには、まず顧客視点が必要なのだ。

図表 2-3 マーケティングミックス

マーケティング・ミックス			
製品 Product	価格 Price	プロモーション Promotion	流通 Place
製品ラインナップ	標準価格(定価)	販売促進	チャネル
品質	割引	広告	流通範囲
デザイン	アロウアンス	セールス・フォース	品揃え
製品特長	支払期限	PR	店舗立地
ブランド名	信用取引条件	ダイレクトマーケティング	在庫
パッケージング		インターネットマーケティング	輸送
保証			
アフターサービス			

図表 2-4 4P と 4C



(出典)MITUE-LINKS 棚橋弘季作成 (図表 2-3, 2-4 共に)

(2)消費者行動

では顧客が製品、サービスを購入するかどうかを決定する差はどこで生まれるのだろうか。効率的なマーケティング戦略を決定するための情報の一つとして、消費者行動について

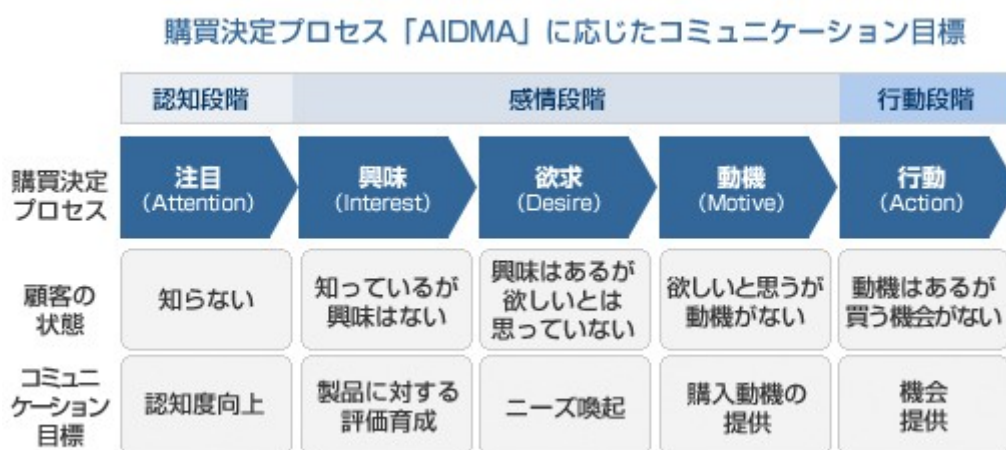
¹² ロバート・ラウターボーンが 1980 年代に提唱

で多くの研究がされている。有名なものとして、AIDMA の法則¹³がある。

AIDMA の法則とは、Attention (注意) → Interest (関心) → Desire (欲求) → Memory (記憶) → Action (行動) の頭文字を取ったもので、消費行動のプロセスに関する仮説のことである。消費者があるものを知り、それから買うという行動に至るまでのプロセスであり、コミュニケーションに対する反応プロセスでもある。このプロセスは「認知段階」「感情段階」「行動段階」の3つに分けることができる。はじめに、消費者が製品やサービスに対して注意をはらうようになる「認知段階」、次いで興味や関心を抱き、欲し、記憶する「感情段階」、最終的に購買行動を起こす「行動段階」の3つである。

しかし、当然ながら、まったく同じ価値観や欲求と興味を持つ個人は存在しない。そのため同じコミュニケーションを行なった場合でも、それに対する反応が異なってくる。よって、AIDMA を意識したコミュニケーションでは、そのコミュニケーションが顧客の「認知段階」に影響を与えるのか、「感情段階」に影響を与えるのかという目的の明確化が必要であると同時に、「誰に対するコミュニケーション」なのかというマーケティングの基本とも言えるターゲットの選定が重要な要素となる。医療においては、症状や治療法など病気に関する情報を提供することで、病気について知ってもらい(認知段階)診察を受ける必要があるかないかを判断させる(感情段階)、そして、実際に病院を選んで来てもらう(行動段階)ために、対象となる病気の治療法や実績と医師や施設の情報など患者が医療機関を選択する際に、考慮する可能性の高い情報を開示する(誰に対するコミュニケーションか)など工夫が必要になるだろう。

図表 2-5 AIDMA の反応プロセス



(出典)GLOBIS MANEGAMENT SCHOOL

<http://gms.globis.co.jp/>

¹³ ローランド・ホールが 1920 年代に提唱

(3)サービスを評価するのは顧客

提供するサービスの質を高めて、サービス・プロフィット・チェーンの軌道に乗るためには、そのサービスの質を正しく理解することが必要になる。修正、改善を加えていくためにもこれは大切だ。そして、顧客志向を意識する限りサービスの評価は顧客によって行われる必要があるだろう。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考え方に基づくと思われる。大事なものは、商品価値ではなく(もちろん医療行為自体は全体に必要なのだが)、それが顧客によって使用されてはじめて生まれる顧客価値、顧客にとっての利益なのである。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実現されないということになるだろう。

しかし、顧客価値を生み出すこと、つまり、顧客に価値を認めてもらう事は容易ではない。例えば、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、たぶん、ユーザーには、その差はそれほど大きなものとは受けとられない。騒音はゼロに近くなって、はじめてユーザーにはその差が知覚できるのである。もう一つ、食器洗い乾燥機を例にしても、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いかもしれない。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、それが顧客に評価されなければ、何の意味もない。逆に、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、評価されて大ヒットしたケースもある。ウォークマンなどはその典型だろう。

こうした傾向は、サービスについてもいえる。例えば、美容師などにはパフォーマンスの重要性がある。仕上がりは見事でも、地味な切り方はパツとしない。大げさなやり方がいいわけではないが、無形のサービスにおいては演出が必要とされる。プロのサービスとは、結果はもちろんのこと、その過程の快適さ、演出、あるいは安心感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、人気になることはよくあるだろう。しかも、たとえ素晴らしいカッティング技術を駆使して、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、顧客の趣味とあ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ろう。よって、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。重要なものは、あくまでも顧客の評価なのである。個々のサービスは顧客によって評価されるものではあるが、提供主体としてサービスを総合的に管理するためには、ある程度客観的な評価を行う必要がある

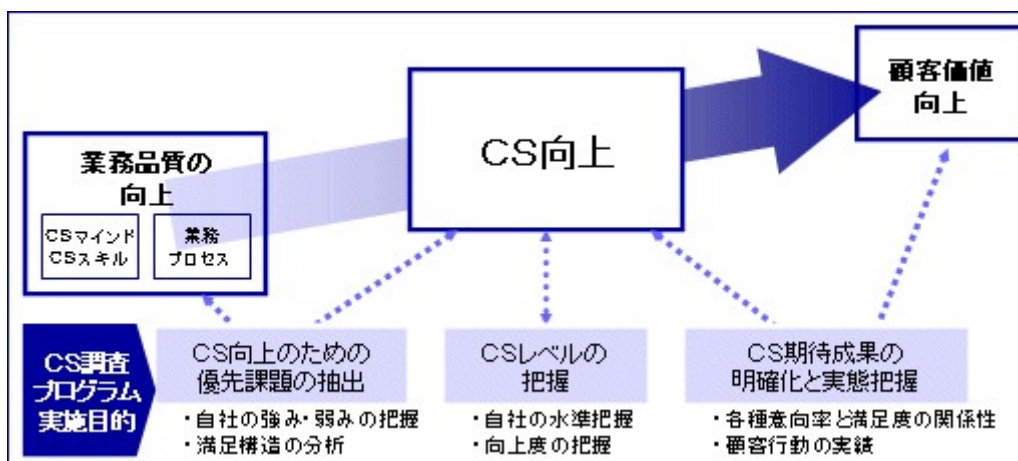
では、その評価をどう行うべきか。それには、サービスに対して顧客が価値を見出しているか、つまり、顧客満足を達成できているかを調査する必要がある。これは、先のサービス・プロフィット・チェーンや顧客ロイヤルティにもつながるためとても重要である。

また、感じているポイントに対して顧客側とのギャップがある場合が多いので、それを知ることにも可能である¹⁴。これは顧客満足度調査（CS 調査）と呼ばれ、日本では 1991 年に日本能率協会総合研究所（JMAR）が初めて実施した¹⁵。CS 調査を体系的に示したものとしては図表 2-6 がある。

CS 調査は詳細に行う必要がある¹⁶。極端な話、「当院で診察・治療を受けて満足でしたか？」という聞き方では有効な結果は得られないだろう。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など詳細に決める。それも、年齢階層別や性別などでデータをとるようにする。また、診療科別のデータも必要だろう。さらに、職員が患者と出会う接点ごとに質問を用意する。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。これでもかという位聞いて、初めて意味のあるデータになる。この結果を分析することによって、問題点と改善点の抽出を行い、満足度を高める。そして、顧客ロイヤルティを生み出すきっかけを掴む事を目指す必要がある。

医療機関におけるサービスマーケティングでは、今まで通り従業員である医師、看護師の高い質の医療はもちろん、サービスという考え方で顧客である患者満足にも重点置く必要がある。そのために、重要なのが CS 調査であり医師、看護師たちの満足度である。双方は深いかわりを持っている。どちらか一方が欠けても上手くいかない。逆に一方が向上すれば、それはもう一方の向上の兆しであるともいえる。満足度を把握し、良い連鎖反応を生むためにも病院は一般的な企業のように、市場調査や提供サービスの工夫を強化する必要があるだろう。

図表 2-6 CS 調査体系



(出典)日本能率協会総合研究所 <http://www.jmar.co.jp/>

¹⁴ JMR 生活総合研究所 <http://www.jmrlsi.co.jp/>

¹⁵ JMAR ホームページ <http://www.jmar.co.jp/>

¹⁶ 野村総合研究所 <http://www.nri.co.jp/>

第3章 医療サービスにおけるマーケティング環境

この章では、サービスとマーケティングについて更に医療の現場に重点を絞って考えていく。

1. 医療の特性

(1) 提供者に偏る情報

第1章で述べたように、日本の医療のレベルは高いとされ医療サービス自体大変に高度の医学知識と技術が使われている。そのために、患者と医師、看護師の間には大幅な情報の格差がある。これは、前章のサービスの内容や質を評価される際に大きな影響を及ぼすだろう。例えば、ある患者が病気になり医療機関を利用してその病気が治ったとする。その人がその時の評価をする場合、医療の本質的なサービスというよりも医療機関と医師たちの総合的な印象から評価をすることだろう。そして、初めての医療機関などに対してはそうした評価から作成された「いい病院・神の手ドクター」などのランキングや口コミ、紹介によって推測していることだろう。だが、これは、特にランキングなどは医療の本質的なサービスに対して正当な評価が望まれている証拠とも言えるのではないか。

図1-2と図1-3を見ると、病院選びの際に参考にした情報があるというのが大半を占めている。しかし、情報源は家族、知人や紹介されての情報であり、必要な情報だったが入手できなかった場合もある。欲しいと思う情報と入手できる情報にまだ幅がある。

(2) 医療の不確実性

人は病気になることを予測することは、まずできない。「明日、私は心臓病になります。」そんなことを確信もって言う人間なんていない。そして、いくら医学が進歩しても、100%確実な診断や治療、経過予想はあり得ない。人体はわからないことが多く、現代医学も正しいとは限らないのだ。また、患者一人ひとりの個人差も大きいので、結果がどうなるかは正確に予測できない。医師による見解の差もあるだろう。更に、死亡まで含めた様々なリスクがある。正解が一つに決まらない中で、最善の道を探るには、医療を受けないことを含めた複数の選択肢から患者自身が選ぶしかない。医療の不確実性を患者、医療関係者ともに認識し、十分な説明と同意の元に治療方針を選択していくことが大切である¹⁷。他方、病気にかかった時の経済的損失も予測が立てられない。医療費や、仕事ができなくなったときの損失を正確に判断することは難しいだろう。いつ需要が発生するのか、どの程度のものなのかが予測できないのである。

医療の不確実性と(1)の情報の問題については、その専門性の高さから完全な理解は難しいといえる。ただ、以前よりネットやメディアなどを通じて、情報については、ある程度のレベルまでは患者自身や家族等が調べることができるようになっただろう。(その情報が正確かどうかは別として。)

不確実性については、医療行為はあくまで「適切な医療を行なう」のであって、「症状を

¹⁷ 岡空小児科医院 岡空輝夫『院長の部屋』より
<http://www.top-page.jp/site/page/okasora/room/>

治す」ことが保証されているわけではない点についてはもっと患者・家族サイドは理解しておく必要があるだろう。不確実性と情報の非対称性のある中で、いかに患者自身が、自ら動いて情報を収集し、十分な説明を受け、ある程度の理解と納得の上で、自己選択・自己決定・(故意・重過失以外による医療過誤を除いて) 自己責任が求められる¹⁸。

2. 患者理解

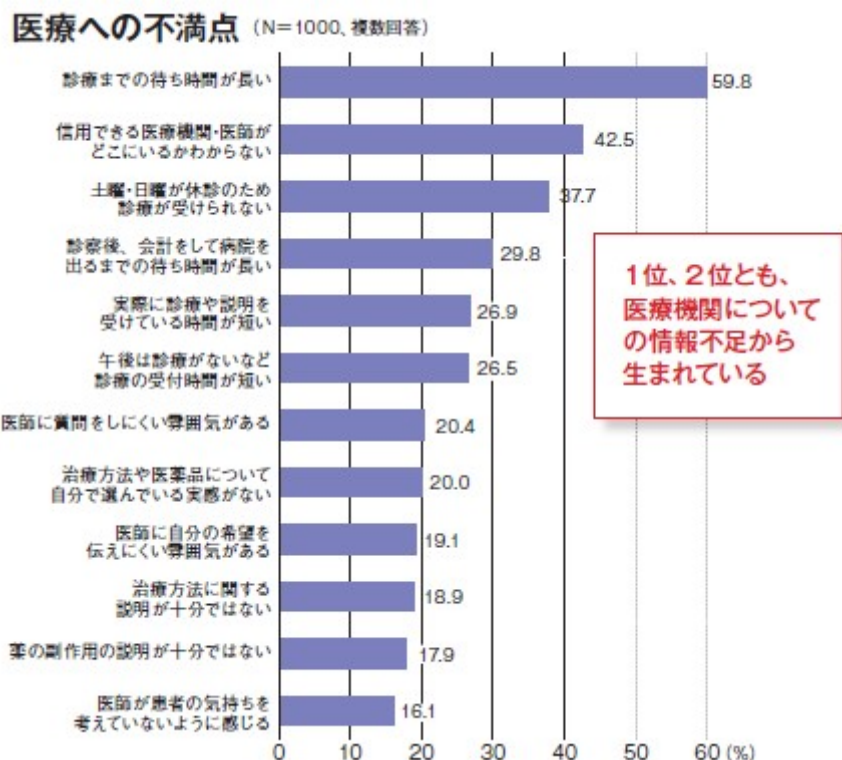
(1)患者が求めるものは

まず、患者を理解するために必要なことはニーズの把握である。医師と患者の関係が、これまでの医師からの一方通行的なものから患者からも積極的にコミュニケーションをとっていく双方向的なものに変わり、それまで実際に言いだせなかった主義主張（特に患者からの治療に対する考えや、対応に関する不満）が表面化して、直接病院経営に影響を与えるようになってきた。それは、病院の数が増え、ネットの利用などで他病院の情報を簡単に入手できるようになったこと、交通の便が良くなったことも影響しているだろう。そして、不満があればすぐに別の病院に変えることが可能な都市部では、患者のニーズを真に理解していなければ患者離れが進んでしまう。そうならないためにも、不満を探る必要がある。そうすることで、患者が求めているものがどのようなものを把握することができるだろう。

日本の医療に対して、患者はどのように感じているのか。図表 3-1 は医療に対する不満をグラフに表したものである。2位になっている、信用できる受診先がわからないという項目はまさに情報不足の表れであろう。そのため、一部の信用できる医療機関に患者が集まり、結果、待ち時間が長くなるという 1位の項目につながっているのだろう。全体としても、多くの不満が医療行為自体ではなく、診察時間や患者に対する態度などサービス面の原因によってもたらされていることがわかる。医療行為自体が良いことが患者のニーズであるとしても、治療についての情報や病気にかからないような予防対策などの提供、そして、医療サービスを安心して受けられるサービス力の向上が求められる。

¹⁸ 魚津緑ヶ丘病院企画改善室
<http://www.umh.jp/>

図表 3-1 医療への不満点



(出典)野村総合研究所 コーポレートコミュニケーション部

<http://www.nri.co.jp/>

(2)患者満足と患者ロイヤルティ

「病は気から」という言葉がある。これは、病気は、その人の心の持ち方しだいで軽くなるし、また重くなるということだが、医療サービスを考える上でも関係してくる。治る気がない患者は、やはり治療にも時間がかかるだろうし、薬の服用法や生活における注意を守らなければ治るものも治らない。どれだけ質の高い医療とサービスを提供しようと、これでは質が低下してしまう。医療サービスにおいては、患者との関係性が質を決定づける要素となるといえる。特に重病であればある程、治療に及ぼす影響は大きいだろう。そのため、優良顧客である顧客ロイヤルティ、医療で言えば治療に協力的で信頼関係を気づける患者、つまり、患者ロイヤルティが医療サービスの質の決定に大きな役割を担っている。もちろんこのためには、患者満足の向上が欠かせない。

患者満足を高め、患者をファンにできれば、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なく、家族や知人など周囲の人々により評判を伝え、あたかも広告塔のように活動してくれるようになるだろう。先の、医療機関の選定する際の情報で家族、知人からの口コミが上位だったことから、この効果は十分期待できる。そして、こうした患者の口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。

ホームページ（HP）の開設は、病医院の集客手法の1つとなってきた。これまでのHPは、一方的に病院の情報を発信することで患者を集める「情報発信型集患¹⁹」のツールとして利用されてきた。しかし、最近ではインターネット上での病院のロコミサイトの利用率が増加している。病院検索サイトを運営する株式会社 QLife は2008年12月9日、病院検索・ロコミサイト「QLife²⁰」の11月の利用者数が100万人を突破したと発表した²¹。このことからわかるように、病院の選別に患者満足度が大きく影響する時代になっている。満足度が高ければ、ロコミサイトに良い書き込みがされて評判も上がり、不満で悪い書き込みがされれば、それだけで一気に評価は低下する。病医院が持続的に患者さんを確保して、安定した医業経営を実現するためには、患者がどの程度、満足しているのかをしっかりと把握し、その満足度を高めることが重要になる。

これからのHPは、情報を発信してアピールするだけでなく、患者の生の声を収集して、その結果を経営改善に生かし、満足度を向上させる「情報収集型集患」のツールとして活用していくことが大切となる。

医療法改正による医療機能情報提供制度の施行を契機に、病院の患者満足度調査への興味も一層、高まりをみせている。競争の厳しい歯科医院や、サービスニーズの高い産科・婦人科だけでなく、多くの診療科で「患者満足度調査の実施に興味がある」と回答する病院の割合が確実に増えてきた。それ以上に、患者への調査では、「患者満足度調査の実施は意味がある」との回答が9割を超える現状がある(図3-2)。

「医師の話し方や態度が、5年前とくらべて向上したと感じている人が半数……(ネット調査)」と報道されるように²²、医師と患者の関係も、ここにきて大きな変化の局面を迎えていることは明白だ。医療サービスに関するセミナーも各地で開かれ、医療関係者側もより良いサービスを目指して努力がなされている。患者側は、医療機関のサービスに対する期待値が上がっている。それは、第1章での訴訟件数増加に見てとれるだろう。医療行為に対するニーズ自体には変わりはないが、その水準が上がってきているのだろう。ネットの普及がその動きをより加速させている。情報の量ではまだ不十分だが、ネットによって情報のスピードや伝達力が格段に高まっているのだ。

では、実際に患者の満足度を高めるために、患者満足度調査をどのように活用していけばいいのか。現状をより客観的に理解するには、患者の生の声を知ることが最も有効な手段だろう。その生の声から新たな「気づき」が生まれる。患者満足度調査を実施する大きな理由は、その「何かに気づく」ためといえる。「気づく」ことで、例えば「自分は問題ない

¹⁹ TKC 全国会 <http://www.tkenf.or.jp/>

²⁰ QLife は2006年9月に開設。「病院に行くか迷っている際に、その検査や治療をした他人の体験談を参考にしたい」、「どの医療機関に行くか迷っている際に、病院ロコミをひとつの参考材料にしたい」などのユーザーニーズに応える病院検索サイトとして成長してきた。

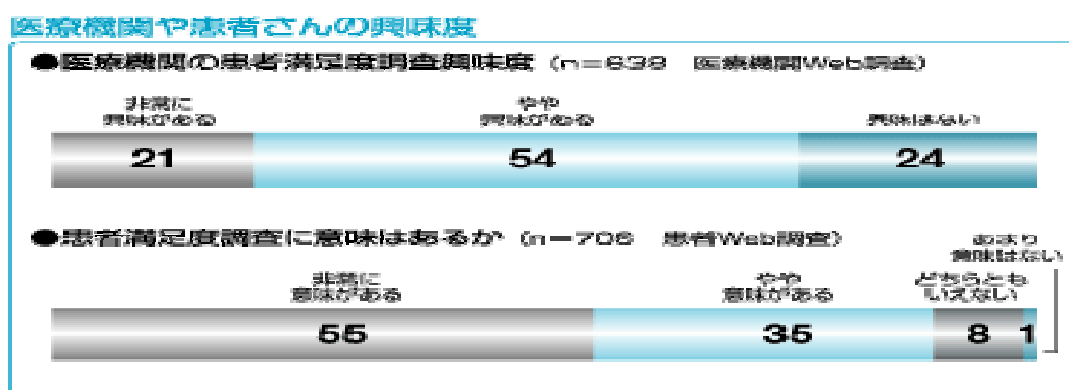
²¹ japan.internet.com 2008年12月9日

²² 読売新聞、2008年1月18日付け

と思っていたのに、患者さんは、こういうことに対して不満を持っていた」ということがわかれば、それに対応した改善策を講じることができるようになる。

また、患者ニーズはその背景や地域、または時代によって大きく変化する²³。継続的に患者満足度調査を実施することによって、よりタイムリーな患者ニーズをつかむことができるだろう。そして、調査結果は、すべてのスタッフで共有し、病院全体でその改善に取り組むことが求められる。その取り組みの成果は、半年後または翌年の調査結果でしっかり確認することも必要だろう。病院の評価・改善サイクルのなかに無理なく取り込んでいくことが重要なのだ。

図表 3-2 患者満足度調査への関心



(出典)TKC 全国会

<http://www.tkenf.or.jp/>

3. 医療におけるマーケティングミックス

患者ニーズを把握する。そして、改善に取り組むとなった時に重要なのはサービスマーケティングミックスにおいて²⁴、従来の4Pに加えてサービスの特性に基づき加えられた3つのP、参加者(participants)、物的な環境(physical evidence)、サービスの組み立てのプロセス(process of service assembly)²⁵、これはサービスという環境に適するよう加えられただけあり、サービスの質向上におおきな影響を与える。例えば、高級レストランではそこで出される料理だけでなく、他の顧客(参加者)や店の雰囲気(物的な環境)、予約時や来店

²³ 医療法人 徳洲会 <http://www.tokushukai.or.jp/>

²⁴ 従来のマーケティングミックスの4Pである、製品(product)、価格(price)、プロモーション(promotion)、流通(place)に加えて、サービスマーケティングミックスとして参加者(participants)、物的な環境(physical evidence)、サービスの組み立てのプロセス(process of service assembly)の3つのPを加えた7Pでサービスマーケティングの戦略を組み立てることが必要といわれている。

²⁵ GLOBIS MANAGEMENT SCHOOL
<http://gms.globis.co.jp/>

から着席までの対応、料理やワインを選んだりするプロセス（サービスの組立のプロセス）によっても顧客満足は大きく左右される。

第2章において、顧客視点という事を念頭に置いた4Cを示したが、その中でも医療の現場で重要度が高いものはコミュニケーションだろう。もちろん全てが重要なのだが、中でもコミュニケーションは実際に活用される場が多いように思う。

(1)患者・家族へのコミュニケーション

まずは医療サービスの要ともいえる患者への、そして、患者の家族へのコミュニケーションから見てみよう。

患者が最も知りたいことは、適切な医療の提供の有無である。しかし、何度も述べているように求める情報は簡単に入手できず、入手しても的確に判断できないことが多い(情報の格差)。だが、図表3-1にある医療への不満からもわかるように、医療機関の雰囲気や関係者の対応など、サービス提供面での満足を得られるかが重要になっている。先のニーズ把握もそうだが、患者に応じた相互コミュニケーションが求められている。

患者とのコミュニケーションを図るツールとして、クリニカルパスがある。クリニカルパスとは、主に入院時に患者に手渡される病気を治すうえで必要な治療・検査やケアなどをタテ軸に、時間軸（日付）をヨコ軸に取って作った、診療スケジュール表のことだ。このシステムはアメリカで始まり、日本には1990年代半ばに導入され、現在では広く普及している。従来、患者に対して行われる医療は、同じ病院でも、担当医師の経験や判断によって違う方針がとられることがあったが、クリニカルパスを作る際には、それを各病院で標準化することが必要となった。各病院でひとつのクリニカルパスを作り上げるためには、医師・看護師をはじめとした多くの医療スタッフが、十分に時間を費やして、その病院毎の質の高い医療を追求し、その結果をスケジュール化する。病気の治療内容とタイムスケジュールを明確にしたことで、患者は、その日どんな検査があつて、いつ手術をして、いつ頃には退院出来るかということがわかるので、入院生活の不安を少しでも解消できることになる。また医療スタッフにとっても、どのような医療行為をいつ、誰が行うのか、患者への説明はどのようにするか、ということが明確になるので、チームとしての医療サービスをスムーズにしかも、全体で提供できるようになります。クリニカルパスは患者と医療スタッフ両者のための羅針盤の様な役割を果たす²⁶。

また、患者の家族に対するコミュニケーションも非常に重要だという点は医療の特性だろう。患者の家族は症状や経過、今後の説明にも高い関心を示す。場合によっては、本人よりも関心を持っていることもあるだろう。説明に関しては、家族だけに行うという場合も多いだろう。患者が子供であれば、薬など治療に関して家族に伝えなければならないし、また、重病の場合も家族のみに話されることだろう。告知などそうだが、それこそ「病は気から」ということだろう。

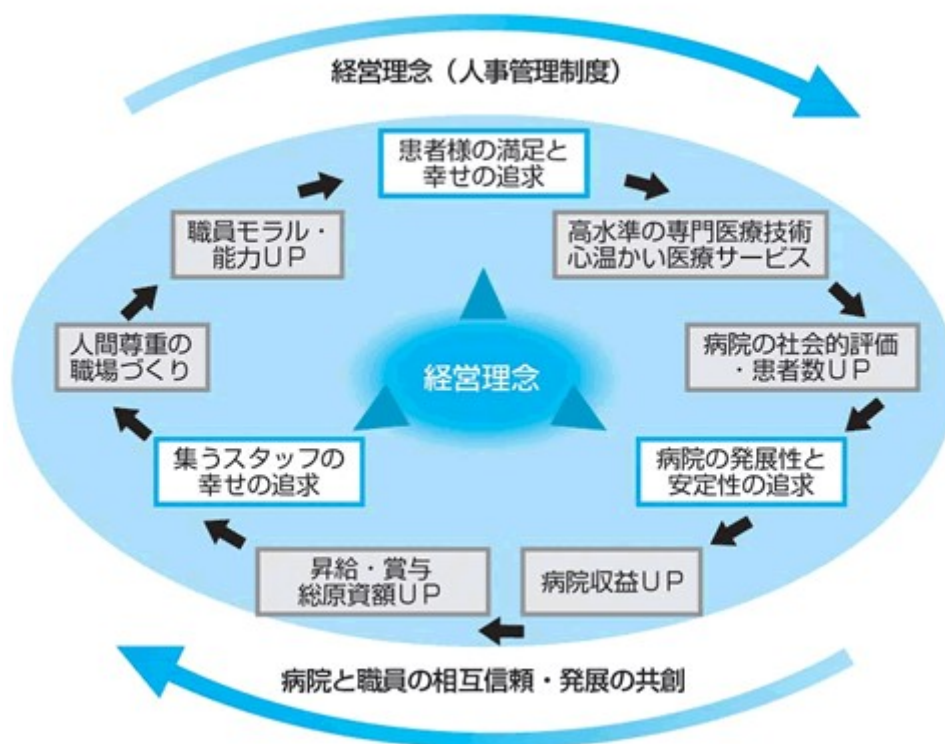
²⁶ 日本クリニカルパス学会
<http://www.jscp.gr.jp/>

(2)医療関係者への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で左右されるが、更にそれは従業員満足に影響されることを述べたが、よって組織内の医療関係者の満足向上を図る必要がある。職場環境を整える（衛生面、快適さなど）事はもちろん働きがいという観点から、その医療機関のミッションとビジョンを組織全体で共有する必要がある²⁷。自分の働くところの方向性や価値観を知らずにいれば、いつかそこに疑問を感じ働きがいを失っていくだろう。それを防ぐためにも、トップや経営層が明確な方針の提示や、その現場レベルの共有が重要になる。このために、コミュニケーションは欠かせないものになってくる。院内広報や研修などに出ていってスピーチするのもいいだろう。さらに、医療サービスのプロセスを示すものとしてはクリニカルパスが有効だろう。

従業員の満足が達成されれば、それに付随してサービスの品質が向上し結果、患者満足につながるという、一般の企業などでみられるスパイラルが発生する(図表 3-3)。

図表 3-3



(出典)TKC 全国会

<http://www.tkenf.or.jp/>

第4章 今後の展望

ここまでに、医療機関単体で患者満足を生み出しサービス・プロフィット・チェーンに

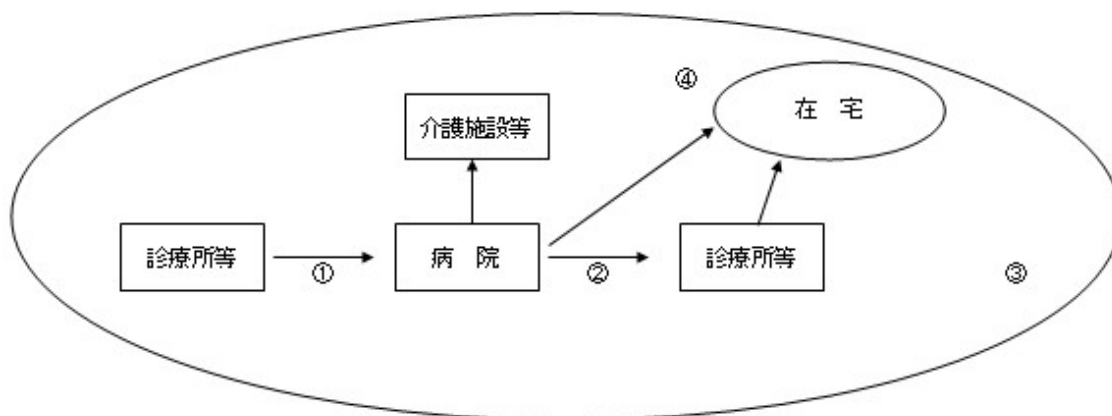
²⁷黒田兼一、関口定一、青山秀雄、堀龍二『現代の人事労務管理』 八千代出版

ついて考えてきた。だが、今後も変化するニーズや環境に対して単体で乗り切るにはどうしても無理がある。都市部などで力のある病院ならまだしも、規模の小さい病院や、地方の病院などは特に深刻だ。それに、力のある病院だからといって安心できない。そこで、今後病院外にも目を向けて経営戦略を考える必要がある。

現在、広まりつつあるのが医療連携である。ここでは、都内病院関係者の声も基に医療連携についてみていく。医療連携とは、初期診療や慢性疾患で症状が安定している場合などは診療所の医師（かかりつけ医²⁸）に診てもらい、診察の結果、専門的な検査・診察や入院が必要と診断された場合は、治療に適切な機能を有する病院へ紹介する。この一連の流れが医療連携である。一言で病院といっても、その専門分野や機能は実に様々である。

質の高いサービス提供のためにも、それぞれの特長を生かした役割分担をして、一人ひとりの患者にふさわしい医療を行うことが重要となる。医療連携を促進すると、医療機関が連携して既存医療システムや医療機器の効率的利用を図ることができるようになる。こうして、お互いの強みを生かし弱みを補完しあい、その結果、全体で医療の質の向上と効率化を図ることができ、その結果が患者満足になる。言ってしまうえば、患者の囲い込みのようなものだ。イメージとしては、図表 4-1 のようになる。合わせて、診療所が中心になった場合の例(図表 4-2)と、病院が中心になった例(図表 4-3)を示す。

図表 4-1 医療機関の連携



- ① 前方連携
- ② 前方・後方連携
- ③ 横の連携
- ④ 後方連携

²⁸ 「本来『かかりつけ医』とは、プライマリー・ケアを完遂しうる医師とすることで漠然と捉えられていたと思うが、以前より使用され、昨今通用語となっておりながら、我が国においては、この呼称に対する確たる規定や定義の様なものは未だなされていない。」

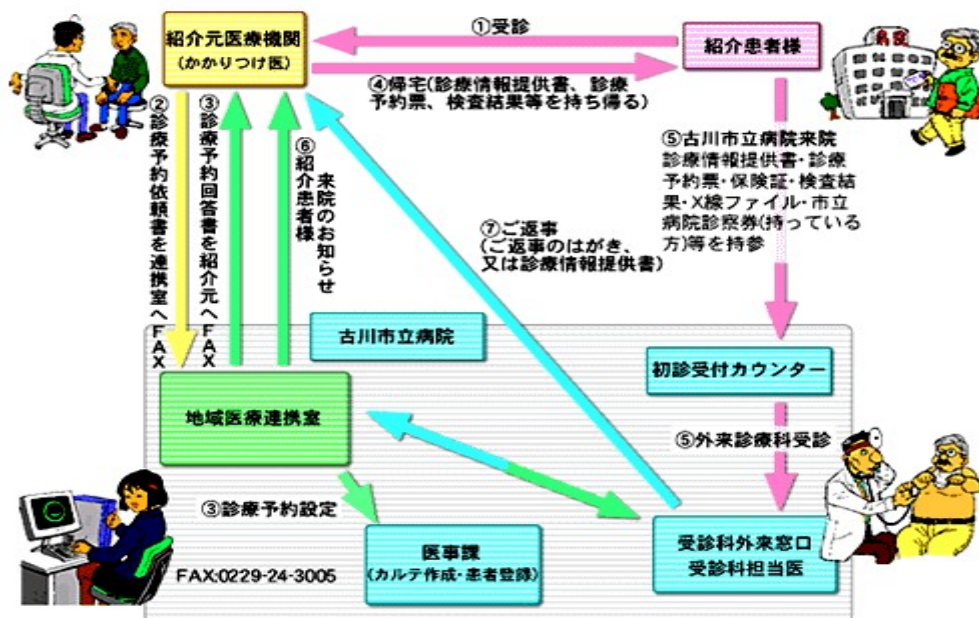
地域医療整備検討会理事 池田信彦

<http://www.midoriku.aichi.med.or.jp/words/02homedoc.html>

(出典)厚生労働省

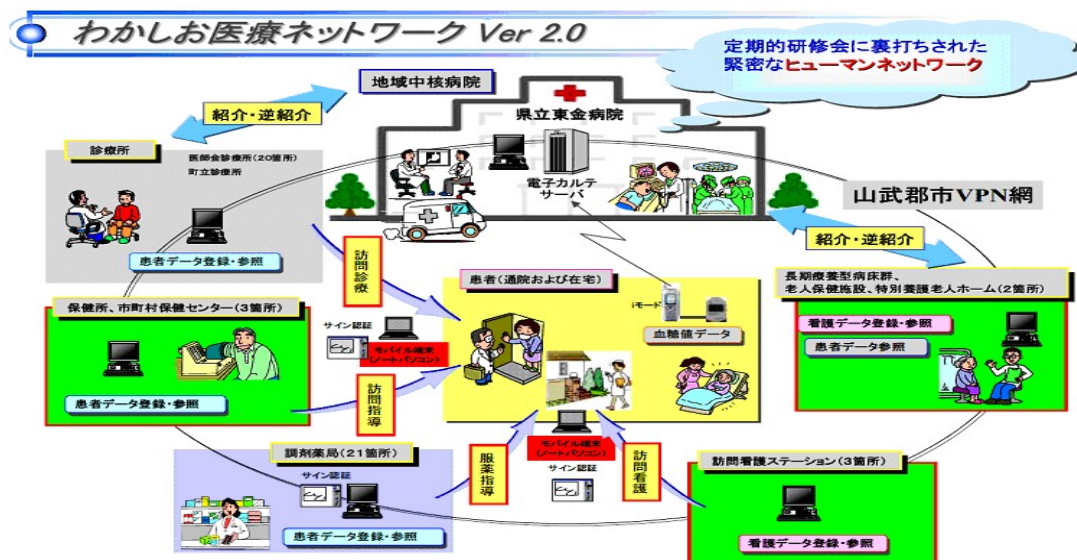
<http://www.mhlw.go.jp/index.shtml>

図表 4-2 診療所中心



【出典】古川市立病院ホームページ 他

図表 4-3 病院中心



【出典】<http://www.pref-hosp.togane.chiba.jp/J/wakasio/ayumi.htm> Clinician 他

1. 医療連携

(1)医療連携のステークホルダー

医療連携を、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・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。(図表 4-1)

連携システムを構築するにあたっては患者満足を生み出せる事を第一に考慮しなければならないが、同時にその連携内で完結する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ろう。双方にメリットがある Win-Win でないところに、連携は成立しないのだから。

(2)前方連携

前方連携に当てはまる事としては、診療所から高度医療を受けられる病院に患者を紹介する、転院する事を前方連携という²⁹。診療所より高度なので、紹介先は中小病院、専門病院、もしくはもっと大きな診療所あたりだろう。医療連携が進むと共に、効率的な医療サービスが提供できる。紹介を受けた先も、患者を増やすことになるので、メリットは大きい。

(3)後方連携

後方連携とは、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少なくなるため、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患者の転院先との連携を後方連携という³⁰。

2. 医療連携のマーケティング戦略

(1)外部環境分析

外部環境とは言葉の通り、自社以外の外部の環境要因のこと。外部の要因なので、自分たちではコントロール不可能であり、与えられた条件として意思決定を進めていかなければならない。外部環境を分析していくには、自分たちにとって「機会³¹」となる要因と「脅威³²」となる要因について考えながら分析を進めていく³³。

まずは、機会から。現在および将来の医療需要については、データを利用してある程度

²⁹ (株)ミップ <http://www.mips.co.jp/>

³⁰ health クリニック

³¹ 「市場において企業が利益をあげられるような顧客ニーズが存在している分野のこと」
吉川公認会計士事務所

³² 「脅威とは、その企業の外部に存在し、その企業のパフォーマンスを押し下げようとするすべての個人、グループ、組織のこと」マイケル・ポーター

³³ 『こちら経営応援サイト』 <http://kke.gotohp.com/>

正確に診療圏³⁴を把握し、その診療圏の医療需要が将来どのような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³⁵の将来人口予測、厚生労働省が都道府県を通じて実施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できるだろう。

次に、脅威について。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³⁶や市販の名簿、自治体や地域の医師会、各病院のホームページなどで、一定程度の情報を収集することができるだろう。必要に応じて実際に施設を訪問し、提供している診療機能³⁷やサービスの様子など各施設の特徴を把握しておくのもいいかもしれない。

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る。医療法の改正³⁸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。医療制度の変更等は唐突に行われることはなく、前もって方向性が示されているため、厚生労働省の動向を把握しておくことが重要である。

(2)内部環境分析

内部環境とは自社内の環境（要因）のこと。

内部環境分析では、要因を「強み」と「弱み」に分けて分析を進めていく。具体的には社内のシステム・人材・技術・経営力・財務・ネットワーク・生産能力・立地などにおいて、競合他社より「優れている」もしくは「劣っている」のかどうかを分析していきます³⁹。

つまり、自院が患者に提供する医療機能や、保有する内部経営資源について、評価分析をする。自院の特徴を理解するためには、診療科別や主要疾病別など具体的な分析が重要である。他の医療機関との実力差を見るために、各医療機関が開示している施設の設備や、実施した検査や手術の件数、専門医の数、保有する高度医療機器などの情報を収集し、自分たちの現状と比較する。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、自分たちに対する客観的な評価を把握しておく。医師の確保という点からは、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だろう。

³⁴ 1日あたりどれくらいの来院患者数が見込めるかを算出する調査を「診療圏調査」という

³⁵ 厚生労働省の施設等機関である。1939年に厚生省人口問題研究所として設立され、1996年12月に、特殊法人社会保障研究所との統合によって設立された。

³⁶ 「全国の医療施設（医療法（昭和23年法律第205号）に定める病院・診療所）の分布及び整備の実態を明らかにするとともに、医療施設の診療機能を把握し、医療行政の基礎資料を得ることを目的とする。」厚生労働省

³⁷ 保険診療の際に医療行為等の対価として計算される報酬を指す。厚生労働省

³⁸ 医療法は、過去4度の大きな改正がなされ、平成18年6月に第五次医療法改正法案が参議院にて可決成立し、現在、平成19年4月施行されている。厚生労働省

³⁹ 『こちら就活応援サイト』<http://kke.gotohp.com/>

(3) ターゲティングとポジショニング

これら外部環境分析や内部分析に基づいて、自分たちが診療圏において、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特定する。つまりポジショニングを定め、それに応じた診療機能や設備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、場合によっては、医療資源として医療機能を分担する側面もある。例えば、災害で救急患者が診きれないときは違う医療機関に協力を要請するだろう。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。

3. 医療連携をするにあたり

実際に、医療連携を行っている診療所や病院をみると、大病院ではほとんど専門の部署が作られ、院内異動や新規採用を行っている。それまでの、かかりつけ医から紹介された場合患者側からは、病院の予約などがすぐにとれ、また情報がスムーズに交換されることで、安心して受療できる。このスムーズな情報交換は、質の高い医療を提供するという面で医師側からも利点が生まれる。また、大病院から診療所に紹介する逆紹介を行っている病院もある。大病院でも、そこで受けられる医療は万能ではない。どうしても得意不得意が存在する。患者第一であるためにも、地域で連携して足りない部分を補い合うことが必要なのだ。患者と一緒に考えて、ニーズを把握することで業務を拡大することもでき、「選ばれる病院」を実現できる。⁴⁰

第5章 結論

ここまで、第1章で現在の病院経営状態が危ない事を示し、それに伴い医療マーケティングおよび、サービスの重要性和患者志向の必要性を第2、3章で考えた。さらに、患者の求めるものをできる限り満たし、患者に価値創造をしてもらうために近年の動きとして、医療連携を第4章でみてきた。

しかし、医療という分野のマーケティングに対しては、まだまだ問題が多い。今まで、医療という神聖なものに携わり、誇りを持って仕事に取り組んできた人たち。そんな人たちにとっては、マーケティングやサービスだという考えは受け入れがたいのかもしれない。だが、今はそんなことを言っていられない状況だろう。最初の方に示したように、病院の経営悪化は明白で、このままでは本当に医療は崩壊してしまう。

医療行為も、人と人との関係性が生じるものである以上、結局はサービスという概念を持ち込む時が来るのが当然だったのかもしれない。患者からの声もより人間性に重点が置かれるようになり、やがて医療行為自体は全く気にとめられなくなるだろう。しかし、それは日本の医療はレベルが高くて当たり前という医療関係者を尊重している所も暗にあるだろう。その上で、自分もなるべく対等な立場で受診していきたいという患者はこれからも増えるはずだ。そのためにも、医療法改正や診療報酬の改定など、患者自身が普段から

⁴⁰ 都内病院関係者の聞き取りによる 2010 年 1 月 28 日

もっと気を配ることや配慮する点もある。そこができて初めて、治療する側とされる側ではなく、人対人の関係性が出来上がる。同じように医療関係者同士も、医療連携もそうだが、もっと互いに上手く付き合っていける工夫をするべきである。その点医療マーケティングという分野は、これからますます伸びていく可能性を持っている。今後の研究がさらに進めば、より体系的なモデルも出来上がってくるだろう。そして、今各病院で行っている患者満足調査はその第一歩だ。

患者満足調査を適切に行い、正しく分析することで必ず改善点が見つかり、よりよい医療サービスの提供が可能になるだけでなく、研究のデータとしても重要である。患者の生の声を一つ一つ聞いていくことが医療マーケティング、ひいては医療全体を改善する手立てになるだろう。それができるのも、実際に患者と接している医療関係者たちだ。これからの病院経営ではまず、患者と接する関係者たちの満足度改善が必要になる。従業員満足から患者満足へ。そのために、自身の病院一つで考えるのではなく、他の医療機関と連携し、それぞれの強みを生かし合えるような関係を作れる医療連携は重要な取り組みになる。連携が進めば、今の IT 技術と合わせて、大病院に通わなくても近くの診療所で専門的な医療を受けられるようになるだろう。某企業の CM でこんなフレーズがあった。「この街を、この国を一つのおおきな病院にする。」まさに医療連携の最終地点ともいえる。その実現のためにも、病院経営にマーケティングの視点を導入することで従業員満足、患者満足の重要性に気付くことにつながる。そして、多くの病院が患者ロイヤルティを生みサービス・プロフィット・チェーンを生み出すためにも、医療機関同士が連携し、互いの強みを生かしたい関係が各地で出来上がることだろう。

今まで以上に、人に対してのコミュニケーションが大切になってくるので、病院経営に携わる方にはそこを意識して、よりよい医療サービスを生み出してほしい。

『参考文献』

- ・真野俊樹『医療マーケティング』日本評論社（2003年2月15日発行）
- ・米山公啓『医療格差の時代』ちくま新書（2008年7月10日発行）
- ・武井義雄『日本の「医療」を治療する』日経プレミアムシリーズ（2009年7月8日発行）
- ・川渕孝一『日本の医療が危ない』ちくま新書（2005年9月10日発行）
- ・川渕孝一『医療再生は可能か』ちくま新書（2008年4月7日）
- ・渡辺孝雄、小島理市『競争に勝ち抜く医療マーケティング』ぱる出版（2006年8月10日発行）
- ・「特集 病院・診療所」『週刊東洋経済』2009年7月18日号
- ・「頼れる病院 消える病院」『週刊ダイヤモンド』2009年8月15/22日号

- ・ 林田正光『エクセレントサービス』PHP 研究所（2007年09月12日発行）
- ・ 厚生労働省 HP
<http://www.mhlw.go.jp/index.shtml>
- ・ GLOBIS MANAGEMENT SCHOOL
<http://gms.globis.co.jp/>
- ・ JB PRESS
<http://jbpress.ismedia.jp/category/welcome>
- ・ 帝国データバンク HP
<http://www.tdb.co.jp/>
- ・ 全日本病院協会 HP
<http://www.ajha.or.jp/>
- ・ 全国保険医団体連合会 HP
<http://hodanren.doc-net.or.jp/kenkou/08kaitei-youkyuu/P06-P13.pdf>
- ・ 日本能率協会総合研究所 HP
<http://www.jmar.co.jp/>
- ・ 野村総合研究所 HP
<http://www.nri.co.jp/>