

【論文】

マーケティング思考による医療サービス研究の一試論

保田宗良

要旨

マーケティング思考の医療サービス研究を考察するために、調剤薬局の戦略、地域包括ケアシステム、医療ツーリズムの3項目を文献研究、聞き取り調査によって検討した。医療サービスをまちづくりの観点から捉えることが必要であり、社会科学に造詣が深い医学、薬学の研究者の参画が不可欠であると考えられる。

キーワード

地域医療、医療サービス、マーケティング思考、在宅医療、医療マーケティング

I はじめに

筆者が居住している青森県は、日本で1番の短命県である。短命県である要因は様々考えられる。所得水準が芳しくないで疾病が悪化するまで我慢して医療機関に行く時期が遅れがちであるとか、食事の際塩分を取り過ぎるので高血圧の傾向があるとか、冬期間の運動不足が支障を来しているとか様々であるが、こうした問題は専門分野が異なる研究者、実務家、行政担当者、地域住民のリーダー等が連携して取り組まなければ改善が進まない。社会科学の研究者の参画が不可欠である。

全国的に高齢化が進んでおり、地域医療の質的向上は従来のやり方を変革しないと対応できない。高齢者は疾病を抱え医療機関に通院、入院することが少なくない。一部の大規模の医療機関に高齢者の患者が集まれば医療機関は麻痺し疲弊する。疾病は軽症の段階で治療を進めれば大事に至らないが、相談できる専門家がいないと後手にまわる。こうした諸要因を考慮した医療サービスが求められている。

かかりつけ薬剤師、健康サポート薬局が制度化された。24時間フォローが可能で、医師との仲介役を務める。処方箋が無くても健康相談が実現できれば新たな医療サービスの形式になる。健康サポート薬局はまだ全国的にも150程度で(2017年4月の時点)、住民の認知度が低いが上手く機能すれば地域医療の質的向上に大きく寄与する。したがって健康サポート薬局、かかりつけ薬剤師を活用したマーケティング戦略が、マーケティング思考による医療サービス研究の新たな課題となる。

国民医療費が増加しており抑制が迫られている。医療の処置を簡略化することは困難なので、医療用医薬品を先発薬からジェネリック医薬品（後発薬）に変更したり、一般用医薬品で代替することで薬剤費を減らす努力は続けられている。患者は自分で変更の判断が出来ないので薬剤師の指導が要となる。処方箋にジェネリック医薬品への変更不可が記されていないければ、薬剤師の判断で変更ができる。患者は慢性疾患の場合、薬剤費が年間数千円程度節約できるので国民医療費の抑制に確実に寄与する。調剤薬局の薬剤師の指導は、服薬のみならず患者のコスト負担を軽減する。

高齢社会への対応は地域により大きく異なる。高齢化率に応じたプランが必要である。高齢化が進み町内の高齢者の動向が不明な場合はインフォーマルな組織によるフォローが求められる。地域医療を充実させたくても潜在する患者の状況が不明であればプランが作成できない。町内会、自治会未加入の1人暮らし高齢者の状況は何らかの手立てが無いと把握できない。こうしたことも医療サービスを展開するためには失念できない。

医療機関の組織研究、患者満足度の向上に関する研究は蓄積しつつある。(島津 2005)¹⁾(藤村 2009)²⁾の先行研究は論旨が丁寧で学べることが多いが、患者満足度の要因は変動している。誰でも医療の情報がタブレット等で検索でき、どこの医療機関はどのような医師が勤務しているということは容易に把握できる。医療機関のwebは担当医師のコメントが掲載されている。こうした情報により満足度は変化を続けている。

新たな検討課題として重要視されることは、多職種連携によるまちづくりとの関わりである。医療サービスが多職種連携で進められているのは周知の事実であるが、地域包括ケアシステムを動かすのは、在宅医療を専門としている医師と看護師、薬剤師、ケアマネージャー、社会福祉士、民生委員等の医療チームである。職種が異なるチームは意思疎通の齟齬を来すことがありうるので、綿密な準備が要される。経営学における組織論の応用を取り込まなければならない。

医療機関は多職種連携であるが、今後は医療ソーシャルワーカー（MSW）とボランティアの研究を展開することが望まれる。MSWは患者にとって退院後の計画を相談する専門家であり、ボランティアは地域に開かれた病院としての役割を担っている。通常、患者は医師、看護師との人間関係に不安を有して医療機関を訪問する。最初に遭遇するのは入り口にいるボランティアであることが少なくなく、彼らの対応が不要な不安を緩和する。患者サポートのみならず職員のサポートもするので、その効果は計り知れない。

医療マーケティング研究においては医療機関の医療サービスの質的向上が注視されるが、医療サービスは取引先の医薬品卸のサポートが不可欠である。医薬品卸は医療用医薬品の物流のみならず、副作用、禁忌作用と言った医薬品の情報及び診療所の経営相談、地域医療情報の提供を行っている。こうした医薬品卸の知見をいかに活用するかが問われている。医療機関では患者満足度調査が業務改善の決め手となっているが、アンケート調査や統計処理は専門知識を有する者がいないと実施できない。医薬品卸の医療機関サポートを利用すれば低コストで対応できる。本稿では検討対象の項目とはしないが、こうした研究は進みつつある。

医療マーケティングの概念は識者により異なる。医療を民間療法まで拡大すれば健康サービス・マーケティングまで展開する。医療観光もその範疇に含まれる。医療ツーリズムの諸論考でツーリズムの発展が地域医療の質的向上に貢献していることが言及されている。国内、海外から検査入院の患者を集めるためには質の高い医療サービスを提供しなければならない。観光マーケティングの思考を有する、医療に力点を置いたまちづくりが求められている。

地域住民の入院が困難な状況で、国内外からの患者を受け入れる余裕があるのかという議論があるが、そうしたもてなしの気持ちは医療マーケティングに大きく関わることである。温泉湯治も広い意味では医療観光に含まれる。温泉につかりながら持病を癒やし、史跡等を訪れるという形式は医療観光のルーツであるが、地域住民のもてなしの気持ちが湯治客の癒やしにつながる。

自治体病院の閉鎖によって地域医療の質的担保は支障が生じている。病院を統合する場合患者のアクセスが問題となり、医療難民が発生している。行政が公共交通をサポートしないと、住民は医療サービスを受けられない。患者の分散が求められており、駅前の医療モールは同一施設に複数の診療科があるので利用しやすい。待ち時間が少ないので3時間待ちの数分診察ということはありません。混雑が稀なので調剤薬局の薬剤師は丁寧な服薬指導が可能となる。

高齢者を予病の状態に対応できるネットワークの充実、医療モールの活用、地域包括ケアシステムの展開等、地域医療の質的向上はまちづくりと関係する。医療サービスは自治体のまちづくりと協働すれば効率が良い。住民の健康維持は地域の活性化の基本であり、医療を重要視したまちづくりは、高齢社会に対応するための土台となり、計画を進めている地域が実在する。

本稿では、今まで述べてきた諸背景を包括し、マーケティング思考を有した医療サービスの動向を考察する。

II 検討対象

① 調剤薬局の戦略

医薬分業率が高まり、調剤薬局の利用者が増加している。調剤薬局は医療供給施設であるので、所属する薬剤師の服薬指導、健康指導は医療サービスである。医薬品の飲み合わせは禁忌作用を伴うことがあり、医薬品のデータベースといえる「お薬手帳」を持参してもらい、飲み合わせの確認をすることは薬剤師の任務である。

調剤薬局は、ドラッグストアに併設されているものと、単独の形式では戦略が大きく異なる。ドラッグストアの併設形態であればヘルスケア全体を取り組むものとなる。医療と介護は不可分なので介護サービスとセットで取り組んでいる組織が実在する。介護用品が購入できればワンストップでショッピングが可能になる。

処方箋を持参した顧客に対して、セルフメディケーションを説明し、取り扱っている一般用医薬品の購入を勧める方策がある。医療用医薬品の説明のみならず、健康サポートを指導することが求められている。本年からセルフメディケーション税制が発足し規程を満たせば控除の対象となるが、

大多数の顧客はそうした仔細を理解していない。新たな制度を丁寧に説明して顧客満足度を高めることは薬剤師の務めである。

医療機関に行き医師に医療の指導を求めれば診察料が掛かるが、ドラッグストアの買い物客が薬剤師に健康相談を依頼しても有料にはならない。気軽に健康相談を行えることは、薬剤師が常駐するドラッグストアの大きな強みである。

調剤薬局の歴史は医薬分業の歴史である。医療用医薬品は医師法により医療機関で出すことが認められていたが、現在は処方箋を持参して調剤薬局で医療用医薬品をもらうことが通常の形式になっている。全国の医療機関の処方箋が通用するが、処方薬がストックしていないことがある。医師がジェネリック医薬品を処方したとき、調剤薬局にジェネリック医薬品の在庫が無ければ、再度もらいに行くという二度手間が発生する。こうしたことから医薬分業の意義が浸透していなかった。

医薬分業の意義は、医薬品の指導は専門家である薬剤師が行い、医師と薬剤師の二重チェックによりミス無くすることが大きい。子供の患者の場合の投与量や他の医薬品との飲み合わせは薬剤師が確認しないと分からない。お薬手帳で確認することが服薬指導の基本である。

患者は、2つの情報の非対称性を有している。

1つは、医薬品の専門知識に対する情報である。化学的な作用が分からないのみならず、服用方法が不明なことがある。食後の服用する場合、時間はどれくらい空けられるのか。水以外の飲料と一緒に服用できるのかといった基本的なことが不明である。健康食品と併用できるのかも分からない。何でも相談できる薬剤師が常駐している調剤薬局で相談できれば心強い。

2番目として制度についての情報の非対称性がある。3割負担の影響でコスト意識が低く、明細書の内容、点数が不明でも料金を支払っている。よく分からない費目があっても質問することは稀有である。こうした説明が受けられれば薬局に対する満足度は大きく高まる。

この2つの情報の乖離を縮小する努力が望まれている。また調剤薬局のカウンターはプライバシーが守られにくい。健康指導の際、血液検査の結果を申告することがあるが、他の患者がいるとそうした対話が気になることがある。間仕切り、相談室を設けてプライバシーに配慮することが急務である。

調剤薬局を論じる際には医薬分業の歴史的考察が不可欠である。医療機関が医薬品を出すと薬価差益が縮小しないといった事由、医薬品の専門家は薬剤師であるので、服薬指導ができる分業が望ましいといった事由により早期からの実働が期待されたが、現実にはインセンティブが無ければ進展が乏しく、また面分業が理想化されたが、経営を考慮すると医療機関の前にある門前薬局が主流であったという実態が継続した。歴史的考察からは多くのことが学べる。

ポイントカードの付与が問題視されたことがある。調剤薬局はポイントを与え、それに応じた一般消費財をサービスするという制度である。調剤薬局が差別化を図るために考えた方策であるが、薬剤師の服薬指導や健康指導で差別化を図るべきであるというのが行政の考えであり、医療サービスと他のサービスはマーケティング戦略のあり方が大きく異なることが明示された。

川渕孝一氏が、薬局の方向性を論じているが、地域包括ケアシステムと健康サポート薬局制度により、薬局と薬剤師はどのように変わるのかということの問題意識としている。筆者の問題意識と重複しているので川渕氏の著作を参照して論考を展開する。

川渕氏は、医薬分業の疑問点について以下のことを整理している。

- 同じ医薬品を調剤して、院内処方より院外処方が高くなるのはなぜか。
- 薬剤服用歴管理指導料の他に、調剤基本料が存在するのはなぜか。
- 一物一価が原則の現物給付制度にあって保険薬局によって調剤基本料に差があるのはどうしてなのか³⁾。

医薬分業は、大きな医療機関では昔から存在していた。医療機関の薬局で番号が掲示されると院内薬局で薬剤師から処方薬が渡されるという仕組みである。必要があれば諸注意を聞くことができる。同じ医薬品が院外処方になると患者は調剤薬局まで赴き、高めの支払いをして処方薬を受け取る。場所を選べるが患者が集中すると、待ち時間が長いという難点があった。

調剤基本料とは何なのか理解している患者は、医療従事者しかいないと考えられる。大半の患者は言われるままに支払いをしている。こうしたことは医療サービスで常態化しているが、他のサービス業では理解不明なものに支払うことは稀有である。医療の場合は情報の非対称性が大きいのが常態であり、疑問を疑問と意識しなくなる。

ジェネリック医薬品への処方薬変更の指導も調剤薬局薬剤師の任務である。少しずつ患者はジェネリック医薬品に馴染むようになってきた。先発品とほぼ同じ効能効果であり薬価が安ければ経済的負担が緩和され、国民医療費の軽減に役立つ。調剤薬局の薬剤師が「患者に寄り添う」ことを重要視すれば、こうした指導は不可避なものとなる。

2016年4月よりかかりつけ薬剤師が制度化された。医療機関に主治医がいるように調剤薬局に主治薬剤師を設定しようという試みである。患者の服薬に疑義があれば主治医と連絡を取り、医薬品の服用を含めた健康指導をマンツーマンで受けられるので今後期待される制度であるが、休日、夜間の相談を受けつけることは過度の負担となりうる。マーケティング思考の基本である顧客満足度を高めることは、従業員の疲弊をもたらすので、薬剤師の人的資源管理を慎重に行わなければならない。

② 地域包括ケアシステム

団塊の世代が後期高齢者になる際、在宅医療を常態化する必要が生じる。現在、在宅医療を意図した地域包括ケアシステムの構築が進められている。多職種連携であるが、在宅医療に精通した医師がリーダーとなり、訪問看護の看護師、残薬指導をする薬剤師、ケアマネージャー、民生委員等がチームを組みながら進める作業は、多くの検討課題を有している。在宅医療は自宅及び介護施設で行うのでそれぞれ状況が異なる。医療機関に入院しての治療に比べれば医療費は縮小するが、緊急時の対応は手順を確定しておかないと混乱を来す。

患者及びその家族が24時間、365日入院と同じレベルの満足度を求めると多職種連携チームは疲

弊する。患者満足度をどのように設定するかが決め手となる。医療マーケティングの研究対象は地域包括ケアシステムを基準とした在宅医療になるが、そこでの医療サービスは医療機関で行われているサービスと同一レベルにすることは難しい。

地域包括ケアシステムの設計はいくつかの課題・問題点を有する。

1 番の課題は、地域により地域特性、環境が大きく異なることである。高齢者の比率は地域により大きく異なる。2025年より前に後期高齢者の人数がピークになる地域があれば、もっと遅い地域がある。関係機関、地域住民が協力体制を構築している地域があれば、未整備などところがある。町内会の加入率が高ければ1人暮らしの高齢者の実情が把握できるが、低いところは1人暮らしの高齢男性の健康状態が把握できず、医療従事者が迅速に動けない。地域毎に特性が異なるのでグランドデザインの描き方が大きく異なる。

2 番目の課題として、地域により地域範囲の設定が異なることが考えられる。過疎地域であれば広範囲の設定が考えられる。中核となる医療機関の医療圏を考慮して複数の市町村でチームを組むことが想定される。

保健、医療、介護、福祉の複数のサービスを包括するシステムなので、効果の設定が異なる場合がある。複合サービスであればありうる隔離で、共通の評価項目を設定する必要がある。

最後に失念できないのは、地域包括ケアシステムは基盤となる医療機関が整備されていることを前提としている。在宅医療の患者が直ぐに入院できる病床が無ければ成立しない。中小規模の医療機関は診療報酬が変わる度に経営に苦慮している。短期入院の患者が主流で稼働率が高ければ問題ないが理想通りにはいかない。つまり地域包括ケアシステムは、核になる医療機関が地域の在宅医療に傾注できる状況になければ機能しないのである。

経営学の視点も不可欠である。こうしたシステムは上手く機能しているか検証しなければならない。PDCAによる検証が有効であり、多職種がどのように連動すれば成果があがるかチェックし、システムの改善を試みなければならない。在宅医療を進めている患者の生活設計、資金繰りの相談に応えることも必要で、社会福祉士といった専門家の助言が欠かせない。定期的にPDCAを行い、構成員による助言の情報共有が求められる。

③ 医療ツーリズム

医療ツーリズムで多く議論されたことは、インバウンド観光と連動して医療観光で訪れたツーリズム客が医療機関のベットを占有すると、地域住民の入院に対応できないといった医療機関の収容力の課題や、医師不足、看護師不足で地域医療の崩壊が論じられている状況で、マンパワーを整備することがまずやるべきことであり、医療ツーリズムに対応することは現状では困難であるといったことであった。医療ツーリズムとメディカルツーリズム、医療観光という表現があるが、本稿では同意義で使用する。

代表的な先行研究として、(羽生 ヘルスツーリズム概論)⁴⁾ (羽生 医療ツーリズム)⁵⁾ があげ

られる。前著では、国内の先行研究の検索、意義や実態についての調査、報告に関わる文献、医学的な根拠の立証についての研究を記載しており、国外文献についても言及している。

後著では観光庁長官との対話を通じて、日本の医療ツーリズムの戦略と可能性について言及しており、現場の意向が把握できる。溝畑長官の医療観光に対する意識は、この分野を研究する者には大きな示唆を与える。

医療ツーリズムは混合診療解禁につながり、日本の医療制度が崩壊するという論調が2010年頃主流を占めていた。東日本大震災により被災した地域住民の治療が先決で、医療ツーリズムは3の次、4の次という流れとなった。患者よし（医療観光客よし）、医療機関よし、地域よしという三方良しの成立は容易ではないと見られた。インバウンドの医療観光客に優れた医療サービスを提供すれば、地域医療にフィードバックができることが推測されるが、様々な条件整備を前提とする。

鶴丸岩男氏は、メディカルツーリズムについて、主目的を治療、健康診断、人間ドック、リハビリテーション、健康増進、体力作りに分類している。糖尿病死亡率全国ワースト1であった徳島県の医療観光やウェルネス産業を重点分野とする沖縄県の医療ツーリズム促進事業を調査研究しているが、糖尿病の治療と観光をセットにした医療観光を県が進めているのは興味深い事例である⁶⁾。

いずれにしても医療ツーリズムの進展は医療サービスの質的向上と大きく関連する。観光客がいない時節は地域住民の医療サービスに、ホスピタリティ、臨床技術の応用が可能なので、地域住民の医療サービスを担保しプラスにして医療観光をセットできる形式にすれば、マーケティング思考を充実させた医療マーケティングが実現する。

Ⅲ おわりに

筆者は、長年医薬品流通業者の研究を続けてきた。医薬品卸は納入した医薬品の価格が決まらず半年程度支払いを待たされたことが常態化していた。薬価が2年おきに下がるので医療機関が納入価格を少しでも下げたいことが原因である。国民医療費を抑制するために診療報酬はマイナスとなった。わずか数%下がっても医療機関は経営に苦慮する。患者の容態が安定したら通院治療にすれば良いのだが理想どおりには進まない。医療機関は経営に苦慮する事務長が医薬品卸に無理を求めることが散見された。質の高い臨床を求める病院長とコスト削減にこだわる事務長の対立が多数報告されている。

医療マーケティング研究は、医療機関の医療サービス、看護サービスの在り方が問われるが、医薬品卸、調剤薬局とのかかわり方も問われている。医薬品卸は生き残りのために院内物流の提案や経営指導に取り組んでいる。先に論じたように医療機関の患者満足度調査を引き受けているところがある。医薬品流通とコンサルタントを担うことで差別化を図っている。しかしながら無料のコンサルタントが常態化するとその負担はかなりのものとなる。

調剤薬局は、経営の岐路に直面している。服薬指導、疑義照会、健康指導といった従来の任務に加えて「かかりつけ薬剤師」「健康サポート薬局」が制度化された。在宅医療にも積極的に取り組

んでおり、医師の指示を受けながら訪問をしている。残薬指導が重要な任務となっており、飲み残しにより症状の回復が遅れ、更に処方量が増加し一層残薬が増えるという悪循環からの回避を図っている。服用されず廃棄される医療用医薬品は国民医療費の無駄遣いとなる。

かかりつけ薬剤師は制度化されて日が浅い。患者への浸透度が十分とは言えないが24時間のフォロー体制は魅力がある。患者の高い期待に応えられるのが課題である。患者満足度は事前の期待で決まるので、過剰な期待は満足度を下げる要因となる。地域医療の質的向上はかかりつけ薬剤師の資質の向上に左右される。

健康サポート薬局は、現場の薬剤師の話を伺うと認可の基準が厳しいと判断されている。後期高齢者が増加する時期までは数を増やしたい意向であるが、地域における連携体制の構築も任務に含まれており、軌道に乗るまでは時間を要する。

健康サポート薬局は、地域医療の質的向上に関わる関係諸機関とのネットワーク作りが求められている。地域ケア会議に積極的に出席し薬学的見地から意見を述べたり、地域の行政、関係団体と連携するために各種事業へ参画することが求められる。かなりの多忙となり薬剤師の人的資源管理が任務の遂行に大きく関わる。

日本で1番の短命県・青森が考えるべきことは、多職種が連携して地域住民の健康を守ることである。核になる医療機関の組織構築及び無理の無い連携のあり方が求められる。カリスマリーダーは後任がいないので、普通の人が普通の努力でできる多職種連携チームを構築しなければならない。多職種は他職種であるので情報の齟齬が生じがちである。行政がコーディネーターを務めるが担当者は任期が来ると交代する。住民の満足度を高めたり、患者の満足度を高めることは必ずマーケティング思考が伴っている。

2014年～3年間、「医療サービスの質的向上を意図した健康マーケティングシステムの構築」の研究に従事してきた。聞き取り調査を進め、医療従事者でなければ分からないことを収集した。医療サービスは、医療機関の体力が問われがちであるが、密度が高い地域内のネットワークの構築が前提となる。

東京都大田区の「おおた高齢者見守りネットワーク」の活動が傾聴に値する。このネットワークは平成20年から医療・保健・福祉分野の専門職、民間企業、行政機関が連携して高齢者の安心、安全をテーマに活動を継続している。気づいて、見守るまちづくりというテーマで、高齢者が安心して暮らせる地域づくりを目指している。セミナーを開催しており、薬剤師、管理栄養士、歯科医師等の講演が行われ知識の啓蒙に努めている。プライバシーの侵害や個人情報の保護という問題に直面し活動が鈍ることがありうるが、地域本来のつながりを構築することに主眼をおいている⁷⁾。

上記の見守りネットワークはまちづくりと関係する。医療、保健、福祉の立場から弱い立場の高齢者をフォローするのが目的であり、そのためには地域の高齢者のニーズを把握することが基本となる。医療費の抑制は健康体を維持することが必要で、そのためには高齢者が社会参画する場を創造しなければならない。

オブジーボ亡国論が医療政策のあり方に一石を投じたと考えられる。オブジーボとは免疫チェックポイント阻害薬の名称で、一般名はニボルマブと称される。この医薬品を受ける肺癌患者の年間医療費は3,500万円で、患者5万人に投与されると年間1兆7,500億円になり、財政破綻につながるという論調が、2016年5月にあった。製薬会社のマーケティング政策を問うものとも考えられる。承認時はメラノーマに適応が限定され患者が年間約470人であったのが、肺癌に適応され、患者が数万人に増加したことが問題視されたと言える⁸⁾。自己負担の上限以上は国民医療費が投入されるゆえに、医療界の話題となった。医療サービスが深奥であることが示唆された。

IV 今後の検討課題

在宅研究を意図した地域包括ケアシステムは、医療マーケティングの対象を確実に変革する。医療機関が在宅患者にも注視するという一方で、多職種連携のチームワークが患者の満足度と大きく関わる。実態を把握するためには地域医療のミーティング等に出席しないと、その取り組みは中々把握できない。

医療サービスの研究は、多くの現場を見ないと研究が展開しない。社会科学に造詣の深い臨床研究者の示唆を受け現場の考察を進めなければならない。特に歯科医院の医療マーケティングの研究が不足している。関西生産性本部関西経営品質賞は東大阪市の歯科医院を賞の対象としているが⁹⁾、こうした質の高いサービスを実施している歯科医院の調査が必要である。

患者の不満についての考察が不十分である。消費生活の相談員に確認すると医療サービスに関する苦情は極めて少ない。情報の非対称性によることが大きい。どこでも存在するのが自由診療の美容医療に関するトラブルである。自分の目で皮膚の仕上がり具合が確認でき、痛みを自覚するので自分が被害者であることが自覚できる。専門医の説明不足、解釈のズレが想定され、消費者被害の対象となっている¹⁰⁾。マーケティング思考の医療サービスは患者の満足度を高めることが基本なので、こうしたトラブルに関する事実関係を把握することは不可避である。国民生活センターの報告を丹念に捉えなければならない。

注

- 1) 島津望 (2005)『医療の質と患者満足 ―サービス・マーケティング・アプローチ―』千倉書房で、島津は医療、健康、福祉などのプロフェッショナルヒューマンサービスの特性を、他の一般的なサービスと比較して明確にしている。医療サービスの特性を端的に示している先行研究である。
- 2) 藤村和宏 (2009)『医療サービスと顧客満足』医療文化社で、藤村は医療サービスの価値物は、患者と家族の協業によって生み出されると考え、従業員を内部顧客、患者を外部顧客として捉えている。
- 3) 川渕孝一 (2016)『見える風景が? 2040年の薬局』薬事日報社、pp.16-17。
- 4) 羽生正宗 (2011)『観光立国推進戦略 ―ヘルスツーリズム概論―』日本評論社、pp.24-37。
- 5) 羽生正宗 (2011)『医療ツーリズム ―アジア諸国の状況と日本への導入可能性―』慶應義塾大学出版会、pp.209-218。
- 6) 佐賀県団体職員 鶴丸岩男氏の「地域文化教育学会2014年全国大会」の報告資料を参考にした。鶴丸氏から問題の所在を伺った。

- 7) 青森サミット2016、2016年9月10日、於 青森市における沢登久雄氏の講演を参考にした。地域包括支援センター入新井センター長、沢登氏の講演は、地域の問題を考える自主団体のあり方を示唆したものであった。
- 8) 二木立 (2017)『地域包括ケアと福祉改革』勁草書房、pp.148-160。
- 9) 関西生産性本部関西経営品質賞のホームページを参照 (2017年5月1日閲覧)
- 10) 青森県消費生活センター担当者2名からの聞き取り調査を参考にした。

参考文献

- 片山初美 初古智美 中村高秋 (2017)「糖尿病治療を安全に行うためのチーム医療の取り組み ―重症低血糖防止のための介入―」『日本医療マネジメント学会雑誌』日本医療マネジメント学会、pp.13-18。
- 狭間研至 (2015)『薬局マネジメント 3.0』評言社、pp.208-218。
- V.Kumer (2016) Introduction: Is Customer Satisfaction (Ir) revalant as a Metric?, Journal of Marketing, Volume80Number5, AMA. , pp.108-109.
- Alina Sorescu & Sorin M.Sorescu (2016) Customer Satisfaction and Long-Term Stock Returns, Journal of Marketing, Volume80Number5, AMA. , pp.110-115.

本稿を作成するにあたり、全体像を明確にするために多くの医療従事者から総論を伺った。社会科学に造詣の深い医学の研究者、薬学の研究者、行政担当者の意見は示唆に富むものであった。深く感謝を申し上げたい。

(謝辞) 本稿はJSPS 科研費 JP26380561の研究成果の一部である。