

【論 文】

医療マーケティング研究の新視点

保 田 宗 良

キーワード 医療サービス、地域医療、医療難民、まちづくり

要旨

医療マーケティング研究は、医療サービスの研究対象を明確に定め、地域医療の質的向上と関連付けて考察を進めるべきであるが、調剤薬局の医療サービス、医療モールの実態分析、地域包括ケアシステムの理解が不可欠である。医療難民の問題を改善するためには、医療とまちづくりの観点で検討することが求められる。

I はじめに

通常の顧客満足は、費用対ベネフィットを基軸に考えるものだが、医療サービスの顧客満足は様相が異なる。患者は高い、安いということよりも疾病の状態を良くすることに重きを置き、価格は二の次となりがちである。また、患者負担が3割であるとコスト意識が弱く、米国のように無保険者が多数いる国との比較考察が困難となる。医療マーケティング研究は、医療制度の正確な把握が前提となるが、制度が改定されるのでその都度学習しなければならない。こうした諸要因によって迷宮の様相を呈していると考えられている。医療マーケティングの目的は質の高い医療サービスと患者満足度を高めることであり、最終的には地域医療の質的向上に寄与することであるが、こうしたロジックをふまえ、本稿では医療マーケティング研究の新視点を示すことを試みる。

医療マーケティングの先行研究は、非営利組織のマーケティングとサービス・マーケティングの研究が不可欠であった。医療法人は法的に非営利組織であるので非営利組織のマーケティング手法が欠かせないという考えに基づく。自治体病院の研究は確かにそうであるが、民間病院は異なる。

個人が経営する民間病院の資金調達の現状は診療報酬や銀行借入れに依存している。銀行融資に依存する割合が大きいが、銀行の融資審査においては病院と一般企業の違いはなく、病院の採算性、発展性評価などが審査対象とされ、病院の非営利組織の法的地位に対する優遇措置は考慮されない。

医療法人の中には一般病院が実効支配している病院も多い。経営者の親族が経営する会社と清掃、薬局、機器レンタルなどで取引して医療法人の利益転換を図るケースが珍しくなく、非営利組織という法的地位を骨抜きにしている¹⁾。医療は、誰しものが必要なものであるが、実質は分かりにくい分野でもある。医療機関は、地域の資源である。医療崩壊は地域の崩壊を意味する。教育、医療が担保されない地域は地域としての役割を担えない。医療機関は急性期、回復期、療養型に機能と役割が分化している。そうした機能の役割分担については先行研究が進展しているが、薬剤師、医療ソーシャルワーカー（MSW）と医療マーケティングとの関わりは、考察が不十分であった。本稿では、新たな検討課題を論証しその内容を整理することを目的とする。

医療難民という用語が実在する。診療を受けられない患者のことであるが、原因は様々である。診療科の閉鎖により診療所が閉鎖され医療崩壊が進む地域が報道され、患者が医療機関を退院後、在宅での治療に支障を来す事例も散見される。こうした医療難民への対応策が急務となっている。

地域は医療のみ意識するわけでは無く、環境、教育、福祉等を念頭に置いてグランドデザインを描かなければならない。そのように考えると理想的なまちづくりの中に医療を組み込んで考えるべきであり、現在、導入が展開されている「地域包括ケアシステム」は、医療、介護、福祉をセットで考えたまちづくりを基軸に考えたシステムである。今後の医療マーケティングは、まちづくりと無縁では無く、地域医療の質的向上を意図したまちづくりに連動する戦略が望ましいと考えられる。

Ⅱ 分析視角

① 医療の質の捉え方

先行研究を概観すると、医療マーケティング研究は医療の質的向上をアピールして患者満足度を高めることであると示唆されている。医療の質は、普通の患者には判断が困難であり情報の非対称性に関わるものである。臨床のレベルが高いに越したことがないが、実際は医師の説明が丁寧であるということや待ち時間が比較的短い（疼痛を伴い体調が悪しき場合は少しでも早く診察を受けたい意識が先行する）、会計が迅速であるといった誰にでも判断できる主観的なことがらが判断の構成要素となっている。患者の経済的負担を考慮してジェネリック医薬品に処方切り替えても3割負担であればそれほどデメリットを感じないので、医師の指導が理解しにくい。ジェネリック医薬品²⁾に代替して国民医療費を少しでも抑制することはマクロ的に見れば資源の再配分となり、医療の質的向上につながるが、そうしたことを理解して行動するのは限られた医療従事者と知識を有する一部の患者にすぎない。

先行研究の流れとしては、組織の効率化により質的向上を図るというロジックが見受けられる。5Sを導入したカイゼンを医療機関に導入してミス、事故の撲滅を図るという方法論がある。残念ながら医療ミスは各地で散見され、訴訟に発展する。人間のやることにミスはつきものであるが、医療の場合は生命に関わるのでうっかりミスでは済まされない。事故が起きた時でも最低限の被害

にとどめるべきであり、多職種にわたるチーム医療は正確な情報の共有が要となる。

5Sは製造業で通常取り入れられている、整理、整頓、清掃、清潔、しつけのことであるが、これらを医療機関に取り入れ、業務の無駄とミスを撲滅するというやり方は確実に効を奏している。整理、整頓をしていれば医薬品や医療器具の間違いは無くなり、円滑に臨床行為が進められる。現場の医療従事者は時間不足を理由に5Sに難色を示す事例もあるようだが、病院長の強いリーダーシップにより、ヒューマンエラーを未然に防止している事例がある。人間は注意しているつもりでもミスを起こしうる。ということは、うっかりミスがあることを前提として業務に臨まなければならない。

発生したインシデントを繰り返さないことは重要であり、そのためには事象の内容が理解できない、書き方が人それぞれでは不都合であり、品質管理の手法を用いて特性要因図により要因を追及する研究が実在する。発生したインシデントを正確に把握することは、当事者だけではなく同一組織内の各人の自覚を促すとともに、組織的な再発防止策の立案と実施に重要である。アクシデントが発生した際に記録は残されるが、第一報が確実に理解できるように記載されなければ、状況は改善しない³⁾。メーカーの品質管理の手法は医療の現場でも応用される。安全の確保という意味では、医療の現場は高い基準が求められる。

また、医薬品の重篤な副作用問題が時折発生し社会問題となる。医薬品は主作用が副作用より期待できれば投与するので服用による体調不良は往々にして起こりうる。その際の迅速な対応が問われており、医薬品の専門家である薬剤師が「かかりつけ薬剤師」となれば、様々な事例に対応できる。

つまり、医療の質は安全の確保という本質サービスの部分と、医療費の抑制や満足度の高い診療といった表層サービスの部分に分けられ、更に各部分を細分化して考察することが研究の核となる。医療サービスは、タブレット等で容易に検索できるが客観的な基準が分かりにくい。医師による医療不要論の論考があり、不必要な治療が存在するとされ混沌とした領域であり、真の質的向上を整理して考察すべきテーマと考えられる。

② 医療サービスの捉え方

医療マーケティングの研究は、質の高い医療サービスを実施することにより患者を確保することが問われるが、医療サービスという用語は識者により理解が異なる用語である。医療機関が施すサービスと考えるのが通常であるが、学識者と実務家では使い方が異なる。HPを見ると医療サービスという名称を使用している企業は様々であり、医療機関に限定しているとは限らない。メディカルツーリズムでも医療サービスという用語が用いられており、医療サービスと医療関連サービスを分けて考えないと、論旨が散漫になる。

歯科医院のサービス研究が不足しており、今後は歯科医院の医療サービス研究の充実が望まれ、また調剤薬局は医療供給施設であるので、調剤薬局の薬剤師のサービスは医療サービスであると考

えられる。調剤薬局の医療サービスの研究は重要な分野であるが、限られた論考しか見受けられない⁴⁾。

質の高い医療サービスは、臨床技術の向上と健康指導の2面で考えた方が理解しやすい。健康指導は医師のみならず、保健師、看護師、薬剤師、栄養士等に関わる分野となる。臨床はチームで行うので組織研究が核となるが、健康指導もチームで効率的に進めなければならない。医療サービスは医師を指導者としたチームが、患者の満足度をいかに高めるかが指標となる。

ドラッグストアの薬剤師の健康指導も医療サービスと考えられる。良き薬剤師であれば、一般用医薬品で対応できるか、医療機関で受診する必要があるのかが判断できるので、そうした指導も重要な医療サービスである。

サービスも多くの種類があるが、医療サービスは信頼属性の性格が強いサービスである。患者は限られた知識しか有さないののでどうしても大病院志向になりがちである。どこの病院に行っても同じ治療を受ければ点数は同一であり、自己負担が同額であれば、設備が整い医療従事者が多い大病院に行くという行動を取ることになる。医療のレベルは不明であるが大病院という「ブランド」を信頼して通院を始める。要するに、臨床の技術は不明なので大病院という規模でサービスの質を推測し、通院、入院を判断することになる。その結果、長時間待ちの数分診療という現象が発生する。

HPによる広報も資料サービスの情報源であるが、客観的な情報とは言い難い。多くの診療科が記載している医療機関があるが、医師が1人で多くの治療が施せるとは思えず、患者を集めるための方策と考えられる。医療機関は、医師の専門的な情報を提供し、患者はそれを主観的に判断するが、その判断は素人の判断であり、必ずしも正確であるとは言いがたい。医師は多くの専門用語を示しがちであるが、誰でも分かる説明をしないと患者が質問をしにくい場合、仲介するMSWが必要な場合がある。

③ 患者満足度の向上

マーケティングの基本は、顧客満足度を高めることである。満足度を高めればリピーターとなることが期待できる。通常の商品は、ある程度手ごたえで満足度が判断できるが、医療の場合は情報の非対称性があるので状況が異なる。多少接遇が雑でも痛みが改善すれば満足度が高まり、他のサービス業とは性格が異なる。サービス業は $100 - 1 = 0$ であり、医療機関もそれに該当する。すべてが順調に進んでも最後の駐車場の担当者の不用意な発言が0にする事例も実在する。医療機関の苦情カードを見ると、売店の品揃えの不満や清掃の不満等、臨床と異なることが指摘されている。

患者満足度の研究は、蓄積されつつある。建物の快適性、設備の充実度、医師や看護師の対応、待ち時間の長さが重要視され、そうしたことと合わせて症状の改善が満足度の骨子となっている。他のサービスと異なり3割負担程度であるので費用対効果が見えにくく、治療費と症状の改善の関

係は判断が不可能となっている。

現在の主流研究の1つに、医療者と患者のコミュニケーションの取り方があげられる。患者の話聞くということがコミュニケーションの基本であり、インフォームド・コンセント(説明と同意)は説明と説得になりがちであるが、臨床や最新医学の現状を把握していない患者は、説明されても答えに窮し、医師に結論を依存する傾向がある。その際も分かりやすい言葉で丁寧に説明すれば後に不首尾が発生しても解決が容易になる。患者満足度を高めることは、情報の対称性をできうるかぎり縮小することであるといっても過言ではない。

医師や看護師にとって日常的な症状は、患者にとっては非日常である。質の高い医療を施すにはコミュニケーションの充実が求められる。医療の患者満足は家族まで含まれ、家族の心配や不安、動揺に対して現実に対応できる説明が要求される。想定外の事態に直面したとき、患者や家族は動揺して考えが進まない状態となるが、専門用語でこのような状態を「アップセット」という。アップセットの時は何を説明しても効果があがらない。満足度が高まることはありえない。そうした状況か否かを判断することが基本となる。

患者満足度を高めることは医療マーケティングで重要視すべきであるが、我儘な患者の要求を聞いていたら医療従事者のモチベーションは維持できない。医師が疲弊して診療科を維持できなくなり、病院が閉鎖した事例があり、医療従事者の満足度と患者満足度を共に高めることは、重要な検討課題となる。

④ 調剤薬局の医療サービス

医療マーケティング研究は、医療機関のマーケティング活動、医療従事者がマーケティング思考をどのように有するかという考察が進められてきた。しかしながら、医療マーケティング研究は医療機関と外部組織の連携を視野に入れなければならない。患者の満足度は組織が協同化し効率化が図られるほうが確実に高まる。

入院患者が退院後、通院に変えた場合は病院の薬剤師から調剤薬局の薬剤師に服薬指導が変わるが、薬剤師間の薬業連携はなされていないのが実情である。お薬手帳に書かれている記録で治療内容は把握できるが、十分とはいえない。手帳を持参しない者もいる。

未病という専門用語があるが、疾病を軽度の状況で止めるという意味がある。そのためには医療機関の医師の指導が必要であるが、調剤薬局の薬剤師による健康指導も必要である。服薬の指導が中心であるが、健康食品や一般用医薬品との併用の指導も、データベースを活用した説明があると理解が容易になる。

処方箋に不可の記載が無ければジェネリック医薬品に変更することが可能になる。医師が先発薬を処方しても同効の医薬品であれば変更ができる。慢性疾患であれば薬価が低価格のジェネリック医薬品を服用したほうが、経済的負担が低減し、国民医療費が抑制される。

調剤薬局の薬剤師は、こうした様々な指導を行い、その医療サービスは地域医療の質的向上に大

きく寄与するものとなるが、問題は門前薬局のありかたである。医療機関の前にある門前薬局は、そこで処方される医薬品は確実に備蓄しているので利便性は高い。しかしながら、長年目標とされている面分業という狙いにはそぐわない。全国の医療機関の処方箋を受け付けるという表記はあるが、現実には門前の医療機関の患者の処方箋がかなり多い。双方の経営者が身内であると形式的な医薬分業になる危惧がある。

医療マーケティング戦略は、調剤薬局の薬剤師の意向をふまえるべきである。医療機関と調剤薬局の医師と薬剤師が密着している形態として、医療モールがあげられる。複数の診療科と調剤薬局が同じフロアーにあるので、双方のコミュニケーションは密になる。

調剤薬局の医療サービスを強化するためには、製薬会社のMR（医薬情報担当者）との連携を強化しなければならない。MRと医療機関の医師、薬剤師との情報交換は密に行われている。医師に処方箋を書いてもらうことが彼らの任務ゆえであるが、調剤薬局の薬剤師も医薬品の禁忌作用、副作用の最新情報を欲している。100社以上取引している医薬品卸のSマンから入手する情報では、限度がある。

ジェネリック医薬品の情報収集も不可欠である。メーカーのMRは少ないのが実情であるが、患者の不安に対処するためには少しでも多くの情報を蓄積するシステムを構築したい。

⑤ 医療モールの実情

調剤薬局が医療モールの開発に力を入れている。大病院で長時間待つことを考えれば患者にとっての利便性は高い。駅前でアクセスが良ければ通勤の帰りに利用できる。医師が患者を呼べれば調剤薬局の利益が期待できる。調剤薬局のマーケティング戦略に診療科が組み込まれたとも考えられる。

開発各社の課題として、優秀な医師の確保があげられていた。モールに入居する医師の多くは、開業医ではなく勤務医や経験の浅い医師であり、集客力は未知数である。医療モールにおいて医師と薬局は運命共同体であるので、患者の基盤を持つ医師を確保する必要があった⁵⁾。

こうした状況は、本稿執筆時にも変わらず1つの診療科が撤退するとモール全体に悪印象を与える。医療モールの設計はコンパクトシティの課題となっており、医療モールのマーケティング戦略の成否は「まちづくり」に関わるものとなる。独立した診療科が共通の運営方針を有し、相乗効果を維持するのは容易とはいえないが、医療モールの実態分析は医療マーケティング研究の新たな課題と考えられる。

伊藤敦氏の論考が興味深い。伊藤氏は、

- ・ 診療所機能ユニット同士の紹介連携が容易になる。
- ・ 患者を増加させる等の効果面がある。

という利点と、

- ・ 賃料が高く固定費負担が大きい。

・運営方針の不一致で診療所機能ユニット同士による経営資源の共同利用を阻害している。

という問題点を明確にした⁶⁾。患者は、合併症があると複数の診療科への通院が要されるので、ユニットは好都合であるが、駅前の一等地に立地しているゆえに賃料は高額である。自助努力をして多くの患者を集めないと、デベロッパーの集客に依存するだけでは、経営が叶わない。

⑥ 地域包括ケアシステム

高齢社会になったわが国は、2025年には団塊の世代が後期高齢者になる。社会保障給付の増加が指摘されるが、日本の社会保障制度を維持していくためには、地域包括ケアシステムを取り入れるのが最適の方策と考えられている。在宅医を充実させ、看護師、薬剤師が同行し在宅医療を展開することが試みられている。こうした取り組みが進展すれば、医療サービスの質的向上や医療マーケティングのあるべき方向は確実に変質する。

国としては、社会サービスの提供システムとして地域包括ケアシステムを基盤とすることを想定したうえで、在宅での要介護状態に対応できる新たなサービス提供体制が構築されなければならないと考えている。

社会の変化は、介護だけではなく医療サービスを必要とし、しかも生活困窮者となっている高齢者の増加を生み出し、社会福祉法人の責務は、より重要になると予想される⁷⁾。医療サービス、介護サービスの連携は、高齢社会では必然的なことであるが、その場合「福祉」がキーワードとなり社会福祉法人が主役の一員となる。地域包括ケアシステムを視野に入れると医療マーケティングは、福祉との連携が研究範囲に含まれる。

地域包括ケア参画は、調剤薬局の生き残りに関わる。薬剤師が積極的にチームの中に入り、在宅の医薬品管理の役割を果たしている地域がある。認知症等は服用が多いとかえって悪化する事例があり、在宅の服薬指導、薬剤管理は重要である⁸⁾。在宅医療における飲み残しの医薬品の指導が不可欠となっている。指定された量を服用しないので症状が回復せず、ますます増量となり飲み残すという悪循環が生じている。治療計画が頓挫し、国民医療費が無駄となるので薬剤師の服薬指導が急務となっている。

地域包括ケアシステムは、多職種連携がうまくなされなければならない。医師がチームの要となり、在宅患者の急変に備えなければならない。高齢社会が進展すると認知症高齢者が増加する。家族の介護の負担は多大なものとなる。医療サービスと介護サービスの複合化が求められ、MSWも家族の心労を和らげるためのサポートをする。効率的な多職種連携が必然となる。

地域包括ケアシステムの機能は、住まい、医療、介護、予防、生活支援の5つの機能が包括的な形で必要であるとされる。最大の課題は在宅医療であり、在宅医療を専門とする一部の診療所だけが一生懸命対応しても乗り切れず、在宅医療に取り組む体制を点から面にすることが必要である。地域包括ケアシステムを構築するためには、在宅医療・介護をコーディネートする拠点が必要である⁹⁾。

退院後の看護、介護を円滑に進めるためには、面のシステムを構築することが前提となり、緊急時に往診をしてくれる医師と定期的に訪問してもらえる看護サービスが、家族の安心要因となる。地域が、医師、歯科医師、薬剤師、看護師、MSW、介護支援相談員、栄養士、社会福祉士、その他の専門職の関与の下に、患者、利用者の視点に立ったサービス体制を構築すべきであり、高齢世帯が多い地域は、そうした「まちづくり」を設計すること、換言すれば在宅医療、介護を組み込んだまちづくりをしなければならない。医療マーケティングは、個別医院の戦略を超えた、地域に対するマーケティング戦略へと展開していく。

Ⅲ おわりに

医療費抑制は、高齢社会が進んでいく日本の社会の喫緊の課題である。そのためには質の高い医療を計画しなければならない。他の業態のマーケティングと異なり、医療サービスのマーケティングは医療制度のルールの中で行うものであり、患者の自己負担が3割程度だとコスト意識が低い場合がある。在宅医療の医薬品の飲み忘れの問題は、全額自己負担になれば減少する可能性が高いが、一部負担だと常時起こりがちになる。ジェネリック医薬品の促進にしても医師がブランド医薬品を好み、処方箋に先発薬を記述することが多いことが伸び悩んでいる事由であるが、3割程度の自己負担だと差額が少ないのも事由である。

多職種連携で問われるのは、情報を正確に共有し適切に対処することである。介護サービスの具体的な情報を収集しなければ、医療サービスは行えない。薬剤師は疑義照会を任務として行っているが、それ以外の医師の処方薬に対する変更は指摘しにくいと言われている。副作用を考慮すると別の医薬品の方が望ましいという指摘は、本来であれば望ましいことである。連携は患者にとって最適なものであるべきと考える。ナラティブ・アプローチが医療にどのように活用できるかも究明すべきことである。

複数の診療科に通院している場合、医師は他の医師の処方について疑義を有しても処方薬の変更の指摘は失礼と見なされる。多すぎる処方薬を限定したほうが治療の効果が上がる場合があり、薬漬け医療は回避するに越したことはない。

NPO法人さどひまわりネットが注視されている。

さどひまわりネットは、佐渡島内の病院、医科診療所、歯科診療所、調剤薬局、介護福祉施設をネットワークで双方向に結び、患者さんの情報を互いに共有することで「受けている治療内容、飲んでいる薬を把握して、安全な医療・介護を提供し、状態に合わせて利便性の高い施設で医療・介護を受けることができる」環境を目指している。医療機関間の連携のみならず、医科、歯科連携、医療・薬局連携、介護施設での医療情報の参照、医療機関での介護情報、介護施設間での情報共有にも活用できる¹⁰⁾。

島嶼地域なのでまとまりやすいという事情があるが、医療と介護の多面的な連携を可能にするシステムであり、大変興味深い。地域全体で医療と介護に関与するシステムであり、地域づくりの一

端であると考えられる。医療サービス、介護サービスの新スタイルが期待される。医療難民を減少させるための医療を包括したまちづくりへの展開が予想される事例である。

注

- 1) 森下正之 (1999)「病院におけるマーケティングとは」『病院Vol.58. No.8』医学書院、pp.722-723。
- 2) ジェネリック医薬品が、先発品と同じ薬効であるか否かは専門の学会で議論が分かれているが、一般名は同じであるのではほぼ同薬効の医薬品であると考えられる。薬価は先発品の6掛け以下であるので、医療費の抑制になることは確かである。
- 3) 中原和美、木山淳子、松原由紀、田辺元 (2015)「インシデントレポート記載法改善の試み」『日本医療マネジメント学会雑誌 Volume16 Number 1』日本医療マネジメント学会、pp.12-16。
- 4) 櫻井秀彦他 (2009)「薬局における患者と薬剤師の医療サービスに対する意識に関する研究」『YAKUGAKUZASSHI129 (5)』日本薬学会、pp.557-568.は稀少な興味深い論考である。
- 5) 「日経MJ」2012年2月12日、p.8。
- 6) 伊藤敦 (2010)「わが国における医療モールの推進整備状況とマネジメント課題」『JIYUGAOKA SANNO College Bulletin no.43』自由が丘産能短期大学、p.49。
- 7) 筒井孝子 (2015)「地域包括ケアシステム構築のための福祉サービス提供主体の考え方 ―市町村および社会福祉法人の役割と今後の方向性」『都市問題 第106巻第1号』公益財団法人後藤・安田記念東京都市研究所、pp.68-69。
- 8) 渡辺由美子「連載 地域包括ケア参画は薬局存続の要諦」『DRUG magazine 2015 月5号』(株)ドラッグマガジン、p.42、渡辺氏の談話を要約させていただいた。
- 9) 飯島勝矢 (2014)「在宅医療の基本的な考え方」『地域包括ケアのすすめ 在宅医療推進のための多職種連携の試み』東京大学出版会、pp.23-24。
- 10) [http : //www.sadohimawari.net.t 0p/whats/](http://www.sadohimawari.net.t0p/whats/)、2015年5月26日閲覧。

参考文献

有吉秀樹（2014）『マーケティングの新視角－顧客起点の戦略フレームワーク構築に向けて』創成社、第2章。

岸英光監修、藤田菜穂子（2014）『患者さんに信頼される医院の心をつかむ医療コミュニケーション』同文館出版、2章。

北野誠一（2015）『ケアからエンパワーメントへ－人を支援することは意思決定を支援すること』ミネルヴァ書房、第2章。

（株）ケアプロ ケアプロ通信

George Knox & Rutgar van Oest（2014）Customer Complaints and Recovery Effectiveness：A Customer Base Approach, Journal of Marketing Volume78,Number5,pp.42-57.

Herminia Ibarra and Roxana Barbulescu（2010）Identity As Narrative：Prevalence,Effectiveness, and Consequences of Narrative Identity Work in Macro Work Role Transitions, The Academy of Management Review Volume35Number1,pp.135-154.

※本稿作成にあたり

（株）メディカル・インサイト 鈴木英介氏

（株）博報堂メディカルコンサルティンググループ 石附洋徳氏

日本ベーリンガーインゲルハイム（株）マーケティング本部 利重寛氏

あすか製薬（株）人事部 佐々木悠人氏

大正製薬（株）北日本支店 大畑賢司氏

の意見が大変参考になった。謝意を申し上げたい。

本稿では言及できなかったが、医療機関へのアクセスを容易にすることは、医療マーケティング研究に包括される検討課題である。

IGRいわて銀河鉄道（株）経営統括部 齋藤努氏

横手市総務企画部経営企画課 小松田義博氏

から頂いた、IGR地域医療ライン、横手デマンド交通の資料は、今後の研究の方向性を示すものとなった。

（謝辞）：本研究はJSPS科研費 26380561の助成を受けたものである。