

# 医療福祉サービスとマーケティング・ネットワーク

ホスピタリティ・マネジメントの視点から

## Hospitality Management and Value of Service Marketing Network of Health Care Organization

宮内拓智・本多正俊

### 要旨

本論文では、地域医療機関の機能分化と役割分担の再編過程を、マーケティング・ネットワークの観点から捉えなおし、マーケティング・リレーションシップにおける新たな場を設定するためのホスピタリティ・マネジメントのコンセプトの中で位置づけるとともに、地域医療を支える地域ネットワークの役割を、利害関係者との良好な関係構築を目指すステークホルダー・マネジメントの中で位置づけ、新しい関係性の獲得と今後の諸課題を提起するものである。

キーワード: 医療福祉サービス、サービス・マネジメント、サービス・マーケティング、マーケティング・ネットワーク、ホスピタリティ・マネジメント、価値形成場

Keywords: Health Care Service、Service Management、Service Marketing、Marketing Network、Hospitality Management、Value Field

### 1.はじめに

今日、日本の医療供給体制のあり方は大きく変貌した。そのことを端的に示す出来事は、『厚生白書・平成7(1995)年度版』以降、医療をサービスとして捉える見方が登場してきたことであろう。以来、日本の医療制度・厚生行政が医療費抑制に向けて大きく変動するとともに、社会的風潮としても、患者の「消費者意識」が高揚している<sup>(注1)</sup>。その結果、各医療機関において自助努力による効率的な経営を促すとともに、医療提供者にもサービス商品としての医療を意識化させ、自らの医療サービスの水準に対する患者の満足度を向上させ、より効果的に患者を獲得・維持することの必要性への認識を一般化させている。2001年の医療制度改革では、①「医療サービスの標準化と診療報酬体系

の見直し」、②「患者本位の医療サービスの実現」、③「医療供給体制の見直し」、④「医療機関経営の近代化・効率化」、⑤「消費者機能の強化」、⑥「公的医療保険の守備範囲の見直し」、⑦「負担の適正化」が打ち出されており、以来、上述の傾向が強化されてきている<sup>(注2)</sup>。

こうした状況の下、医療サービスの質の向上と供給体制の効率化を同時追及していくために、地域社会における、医療機関の機能分化・重点化あるいは複数機能の融合化といった再編を進めるとともに、地域における医療情報の共有化を実現することにより、質の高い医療サービス提供に努めなければならない<sup>(注3)</sup>。上記の問題意識の下、本論文では、地域医療の機能分化と役割分担の再編過程を、長期維持型・双方向型・共生型の関係性にもとづくマーケティング・ネットワークの観点から捉えなおし、マーケティング・リレーションシップにおける創造的・協働的關係を築く新たな場を設定するためのホスピタリティ・マネジメントのコンセプトの中で位置づけるとともに、地域医療を支える地域ネットワークの役割を、利害関係者との良好な関係構築を目指すステークホルダー・マネジメントの中で位置づけ、新しい関係性の獲得、すなわち、信頼を基礎とするブランドのネットワーク関係とステークホルダー・マネジメントの成立基盤、さらには、両者の融合の可能性と今後の諸課題を提起するものである。

## 2. 医療福祉サービス提供システムのネットワーク化

医療施設におけるサービスは、保健サービスや福祉サービスとの有機的なつながりを持ちながら、その対象領域を拡大している<sup>(注4)</sup>。また、医療・保健・福祉サービスの提供するシステムは、「国民の生命・健康・福祉を守る」という高度な使命を有しており、医療・保健・福祉サービスの質を確保し、国民の福祉に貢献するために法的な規制・規定を受けている。それゆえ、医療・福祉サービス提供システムの特徴としては、制度的な分断があげられる。例えば、医療サービスは、医療法、医師法、薬剤師法、保健師助産師看護師法などによって、保健サービスは、健康増進法、老人保健法、母子保健法などで、福祉サービスは、介護保険法、児童福祉法などで、それぞれ規制されている。

だが、顧客が医療サービスを購入する価値としては、予防、診断、治療、リハビリテーション、合併症予防、健康増進と健康維持、終末ケアがあげられる<sup>(注5)</sup>。医療機関内で行われる価値生産を、価値連鎖の視点で捉えると、支援活動と主活動に別れる<sup>(注6)</sup>。主活動としては、医療資源購買、医療技術、サービスデリバリー、医療サービス販売、付加的サービスがあげられる。また、支援活動は、医療費・資源調達、医療技術開発、医療者・施設管理、医療全般管理である。顧客価値の価値実現の形態は、顧客の選択機会の大小、情報検索費用、資源利用の効率性、顧客間で発生する差別などに影響している。日本の場合、医療機関単位で提供されるが、欧米の場合、多様な展開と複数のチャンネルが存立している。医療サービス供給システムを、価値創造を達成するためのマーケティング・チャンネル・システムとして捉えた場合、次の4つの類型が指摘される<sup>(注7)</sup>。

第一に、平面的非統合構造で、各医療サービス提供者から直接サービスを購入するものである。第

二に、垂直統合構造で、各医療サービスを統合して提供するものである。これには、1 機関に集中する集中型と、個別機関によってサービス提供される分散型の 2 つのサブ・バリエーションがある。第三に、垂直非統合型・中間媒介構造で、医療サービス提供者と顧客の間に、調整を行う中間業者が介入しているものである。第四に、全垂直非統合で、この場合、サービスはパック型となり、保険と支払い支援は、保険会社・財団等が行う。

医療サービスのマーケティング・チャネルと価値連鎖で捉えた場合、日本は、医療施設を一単位として、組織内で統合された医療サービスが非平面的に配分されている。これは、最も医療資源の効率性が高く、公平な医療サービスの供給が可能である反面、官僚的硬直性や顧客ニーズへの適応困難などの問題がある<sup>(注 8)</sup>。

この問題を考えるために新しい視点が求められる。マーケティング・チャネルを通じた価値連鎖の視点も、取引=交換パラダイムによる二者間の相互作用関係の形態変化に過ぎない<sup>(注 9)</sup>。三者以上の行為者からなるインタラクションとダイナミズムを考える場合、マーケティング・チャネルは、医療機関とそれを支える多くの利害関係者から構成されており、顧客市場、紹介者市場、供給者市場、雇用・リクルート市場、内部市場など、多様なレベルの取引のネットワークを形成している点に着目する必要がある。また、組織内のパートナーシップだけでなく、サプライヤーとのパートナーシップや政府や非営利組織、企業などとの間に、水平的なパートナーシップを確立しなければならない。焦点となる組織とそれを支える利害関係者から構成され、利害関係者集団との良好な関係のネットワークの確立が、組織への最終的な利益をもたらす固有の社会的資産となり、これが、マーケティング・ネットワークであり、今後の医療福祉サービスを考える場合、この視点が有効であると考えられる。

### 3. 医療福祉サービスのマーケティング・ネットワークと価値形成場

さらに、今日のマーケティング・コンセプトは、顧客中心志向であり、医療福祉サービスが「価値財」であるために、自己の組織を中心とした、スポーク型のネットワーク構造ではなく、顧客への価値提供を中心に置いたネットワークとして捉えていかなければならないと考える。すなわち、顧客を中心に置いたマーケティング・チャネルのネットワーク化と価値連鎖の複合化は、単独の顧客価値を伝えるだけのものではなく、複数で総合的・統合的な創造を、地域において実現する。この意味で、医療福祉サービス提供システムは、マーケティング・チャネルを通じた価値連鎖の段階から、マーケティング・ネットワークによる価値形成場の段階に発展していったといえる。事実、日本でも、医療福祉サービス供給システムのネットワーク化が進んできている。

厚生労働省は、地域医療確保と自治体病院の経営改革の観点から、機能分化と連携を推進する地域医療ネットワークづくりを進めている<sup>(注 10)</sup>。例えば、2004 年、厚生労働省は『地域医療の確保と自治体病院のあり方等に関する検討会報告書』において、地域全体での効率的な医療サービスのあり方として、機能分担による機能特化・専門化をとまう、自治体病院の再編・ネットワーク化を通じて、

①近隣病院との事業統合、②医師の相互派遣による協力、③電子カルテによる医療情報の共有化と医療の共同化、④共同購入による医薬品・診察材料等の効率的調達の実現を目指している。地域の実状によっても異なるが、地域医療センターを中核に、基幹病院と地域の各医療機関との連携と適切な機能分担を行い、紹介・施設・設備等の共同利用や共同研修を行っている<sup>(注11)</sup>。また、2006年には、厚生労働省では、改正介護保険法に基づいて包括的地域支援センターを創設し、地域密着サービスや居住系サービスの充実を図っている。包括的地域支援センターとは、地域住民の保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援することを目的とし、①介護予防事業のマネジメント、②介護保険外サービスを含む総合的相談・支援、③被保険者に対する虐待防止等の権利擁護事業、④支援困難事例への対応などのケアマネージャーへの支援を、地域において一体的に実施する役割を担う中核拠点施設であり、地域医療と介護の機能分担と連携強化を進めている<sup>(注12)</sup>。

経済産業省でも、健康の維持・増進に係る国民のニーズが多様化・個性化する中で、自分にあった健康サービスを主体的に選択し、組み合わせ、継続的・効果的に取り組むことを可能にするには、保健、医療、福祉のトータル・ヘルスケア・システムの形成を進め、健康サービス・ビジネスも加えた、新しい健康づくりのプラットフォームの構築を提唱している<sup>(注13)</sup>。例えば、2003年、『健康サービス産業創造研究会報告』において、経済産業省は、健康サービス産業創造や健康サービス産業モデル都市構想にもとづき、「健康づくり支援システム」の開発や「健康増進サービス認証機構」の創設、①「高齢者モデル（高齢者用地域コミュニティ総合健康支援システム）」、②「健保組合モデル（健康保険組合による健康サービス提供事業）」、③「広域ネットモデル（情報技術活用型広域ネットワーク）」、④「地域資源モデル（地域資源活用型健康プログラム）」の各種のモデル事業だけでなく、「健康づくり支援システム」の開発、「健康増進サービス認証機構」の創設などが提唱されていた<sup>(注14)</sup>。いずれにせよ、医療連携体制の再編成と新しいネットワーク化の中で、医療サービス提供のマルチ・チャンネル展開が進められてきている。

医療機関におけるマーケティングの実践を考える場合、広告・広報・パブリシティを中心としたマス・コミュニケーションだけでなく、診療という「場」における、患者—医師・看護師・その他医療従事者間の「個人」間のパーソナルなコミュニケーションにも着目していく必要がある。とくに、医療福祉サービスの場合、顧客ニーズは、独立して、潜在的に存在しているのではなく、マーケティング諸活動顧客との間の相互作用の・交互作用的なコミュニケーション活動によって、組織と生活者の間に共創的に発生するものである。近年、マネジメントやマーケティングの領域で「場」の概念が注目されている。伊丹によれば、「場」とは、「人々が参加し、意識・無意識のうちに相互に観察し、コミュニケーションをおこない、相互に理解し、相互に働きかけ、共通の体験をする、その状況の枠組みである」としている<sup>(注15)</sup>。

「場」の基本要素としては、①課題設定・問題設定、②情報解釈コード、③情報の伝達媒体・伝達経路、④協同・連帯欲求の存在があげられる。また、「場」の共有を通じて、情動的相互作用を引き

起こし、共有された情報秩序に基づき協同的・協働的な行動と学習が可能となる。また同氏に、「場」の共有化を通じて、心理的共振が引き起こされ、人々の理的エネルギーの水準が高まる。また、「場」の生成には、個人と全体との相互作用が重要で、周囲の共感者との相互理解、全体での統合努力、全体から個人へのフィードバックを通じて行われる。「場」のマネジメントには、「設計者」、「決定者」、「調整者」、「哲学者」という4つの側面が必要になる。

また、地域住民とのコミュニケーションにはじまり、彼らを潜在的な顧客層として確保し、彼らが頭在的な患者として、自の顧客となった際に、高い品質の診療・介護サービスの提供と利便性を追及する様々なサービスの付加によって、患者を満足・納得させ、今後の再来院に結びつける体制を整備していかなければならない。また、地域における患者・地域住民との長期継続的な関係性を構築することを課題とし、地域住民のニーズに沿った形で、医療と保健・健康サービス業の相互連携や医療福祉サービスの拡大化・多様化、事業展開が図られることが期待される。

今日のリレーション・マーケティングとは、顧客との関係性を強化し、より長期的・継続的な関係を構築することにより、顧客・組織双方に利益をもたらすことを意図するマーケティング活動である<sup>(注16)</sup>。とくに、サービスを利用する前に、顧客は、その品質を評価することが出来ず、リスク回避的行動を採る。そのため、サービス提供者が顧客を獲得することは、物財を扱う企業よりも難しいが、ひとたびサービスを利用すれば、顧客との関係を次第に強化することが出来る。顧客満足の向上に努め、顧客との関係性を強め、「顧客満足」から「顧客歓喜」、さらには「支持者」、「代弁者」、「パートナー」へと「顧客ロイヤリティの梯子」を高めていく必要がある<sup>(注17)</sup>。

だが、通常、このサービス財に関するパフォーマンスと顧客の期待との間に、サービス・ギャップと呼ばれるズレが存在している<sup>(注18)</sup>。それは、①「顧客の期待」と「提供者が想定した顧客の期待」とのギャップ、②「提供者が設定した顧客の期待」と「サービスのデザイン」間のギャップ、③「デザインされたサービス」と「実行されたサービス」とのギャップ、④「顧客に伝えられたサービス」と「実行されたサービス」のギャップ、⑤「顧客が抱いている期待」と「サービスの実際の経験」との間のギャップ、⑥顧客のコミュニケーションについての「解釈のギャップ」、⑦「実際にデリバリーされたサービス」と顧客が受けた「知覚サービス」内容との間のギャップの7つがあげられる。大別すれば、提供者側のギャップ(上述の①～④)と顧客側のギャップ(同様に、⑤～⑦)に分けられる。

このサービスの品質の客観性と主観性をどのようにとらえるのか。サービス・ギャップを最小化するためにも、サービス品質評価基準として、①信頼性、②反応性、③確信性、④共感性、⑤共有性、⑥物的要素などがあげられ、サービス品質を向上させるための人的資源の管理や開発に寄与している<sup>(注19)</sup>。また、サービスの品質の評価には、サービス品質、物的品質、価格という3者のバランスが重要であり、とりわけ、顧客満足の形成には、サービス財自体の品質だけでなく、状況要因や個人的要因の影響をも受ける。それゆえ、提供するサービス財が「信頼財」としてのブランドに成長してい

くためには、「組織のビジョン」、「組織文化」、「サービスのブランド・イメージ」という 3 つの領域でのギャップを解消するため、共有された情報秩序に基づき協同的・協働的な行動と学習を可能とする「場」の設定とマネジメントが必要となる。

先述のマーケティング・ネットワークの議論を踏まえ、ブランドにおける顧客との関係性の時間軸を見ていく場合、ブランドを核とするネットワーク関係やブランドを求心力とするコミュニティなどの新しい概念が登場し、それは、単なる 2 者関係間の関係性ではなく、多数で複雑な利害関係が交錯する三者以上のネットワークそのものをマネジメントするという発想が求められる。その際、マーケティング・ネットワークの概念が、顧客価値の探索・創造・提供のプロセスとネットワークのマネジメントを融合する概念にある点に着目する必要がある<sup>(注 20)</sup>。マーケティング・ネットワークでは、「顧客価値」の探索・創造・提供にかかわるすべてがマーケティングであり、同時に、協働のネットワークのマネジメントである。そして、ネットワークが、ひとつの全体(共通の基盤)として機能し、構成要素間の相互関係の中で互いの「顧客価値」や役割を決定しあい、全体として、顧客満足の最大化を実現する。つまり、それ自体が固有の資産であるネットワーク(関係の連鎖)の構築を志向し、ネットワークを通じて、ひとつの全体としての「顧客価値」を生み出し、顧客に提供するという、一種の価値実現過程論を構成しているのである。ここでいう「顧客価値」が、多様な諸相を示しているが、ここで注目すべきは、顧客中心主義を体現する概念である点である。したがって、この「顧客価値」の探索・創造・提供のプロセスの起点には、顧客の意識が置かれている。それゆえ、製品・サービスの設計も、顧客の消費活動の連鎖の分析からはじまり、顧客の学習経験への理解、さらには状況・コンテキストへの適合性へと進み、その後、IT を新しいメディアやチャネルとして活用するマーケティングが展開される。このことは、開発・生産・販売・消費の流れを、顧客情報が、組織と消費者の間で生成流転するプロセスとして描き、今日の競争を顧客にとって、価値のある情報の創造・転写を実現するネットワーク・システムを構築する競争と捉えることである。これは、ビジネス・プロセスの全過程を、「意味情報の連鎖」とすることで、「情報価値説<sup>(注 21)</sup>」的な企業観・競争観を表現しているとともに、「情報優位」を特徴とする、今日の競争の実相をよく捉えている。とくに、マーケティング・インテリジェンス・システムによって、顧客の購買パターンやライフスタイル、人口統計的・社会統計的情報、連絡先などのデータを収集し、情報を編集して、コンテキストを当てはめ、分析することによって、意味を付与して、知識に変換することが重要になる。いいかえれば、顧客に関する情報が、競争優位を維持する戦略的資産となる。

#### 4. ステークホルダー・マネジメントとホスピタリティ・マネジメント

医療連携体制と地域社会の関係、あるいは医療と保健・健康サービス業の相互連携の問題は、マーケティング・ネットワークによる価値形成場の構築であると同時に、ステークホルダー(利害関係者)の間に良好な関係を構築することでもある。

サービス提供システムのネットワーク化は、医療制度改革と連動して行われており、その際、第1の問題は、医療機関を「行政的セクター」から「市場的セクター」へと移行させるのか、それとも地域コミュニティを中心とする「第三のセクター」へと移行させるのかという論点である。また、第2の問題は、地域コミュニティ中心の「第三のセクター」への移行が成功したとしても、医療福祉ニーズのボリュームや財政的側面を含めて、地域間格差が存在しており、それゆえ、地方行政と中央行政との新しい関係が必要となる。

すなわち、今日の状況の下、医療機関は自らの存在意義が問われており、医師・看護婦・その他の医療従事者、地域社会等、医療機関を取り巻くステイクホルダー（利害関係者）が結集する価値基準を形成していく必要がある。従って、今後の方向性は、社会的諸関係を質的に変化し、意味内容を拡大し、新しい将来展望を切り開くことであり、ここに医療機関の社会的評価の基準がおかれるべきではないだろうか。そして、それは同時に、医療の現場や各部門が抱える諸課題を統合し、質的に高める意味情報ないしはメッセージ性のある情報を発信することであると考え。そこで、今日における医療機関の機能的価値を、①「新しい医療福祉サービスづくりの先駆けとして」、②「新しい生活＝社会づくりの契機として」、③「新しい街・地域づくりの核として」の3つのシーズ的役割として提起する。ゲーム理論が教えるところ、協調行動は、メンバー相互の「信頼」なくしては成り立たない<sup>(注 22)</sup>。従って、関係の信頼性をつくりあげ維持していく条件には、長期性と互惠性が不可欠である。すなわち、それは、取り組む活動が有する、「未来への可能性」と社会的・経済的意義を関係者が認識できる仕組みづくりの問題である。未来志向の前向きな活動でなければ、関係者にとっては、「退出」の誘因は増加するし、さらには、どうせ「退出」するならと短期的・利己的・自己中心的な誘因を求めた行動を採用する傾向が増加する。また、活動に参加することの意義が実感できなければ、他者と協調することのメリットが理解されず、利己的行動だけが選択される結果となる。こうした事態を回避する実践的かつ有効な対応として、先行きの見通しや活動の意義など、活動そのものに関する情報を公開することがあげられる。また、その際、「情報の量」が求められるだけでなく、その「質」が決め手ともなる。

一般に、「情報の質」は、新しい情報や難局を救ってくれる情報、将来に対する予見度の高い情報など、その機能性・有用性によって評価される。しかし、「与えられた解答」に依存する場合、既存の認識枠組み・パラダイムに囚われ、矛盾・問題を発見しようとする緊張やブレイクスルーを阻害する 경우가少なくない。それゆえ、組織学習においては、探索的な活動の中から創造されるかたちで必要な解決策や情報が得られて行くのが一般的であり、継続的に学習し、変化に対応する能力を高めるためには、自我関与や意味探求という要因が重要である。また、前向きの情報が生成されるか否かは、参加者のパーソナリティに依存する部分も少なくないが、少なくとも、関係者が情報生成のプロセスに参加する水準が高くなればなるほど、前向きの情報が生成される可能性は高くなる。言い換えれば、情報生成のプロセスに、ステークホルダー（関係者）が関与できる仕組みが、長期性や互惠性を高

める仕組みになる。さらに、対外的に発信される情報やメッセージには信頼性の評価が大きく作用する。既に量的に十分な情報が提供されている場合でも、情報を選択するには、「どのようなメッセージを発しているか」だけでなく、「誰が発しているのか」が決定的に重要であり、発信相手に対する信頼性がないと有効に機能しない。

近年、地域づくり・街づくりに市民が参加する機会と誘因を提供する仕組みとして非営利組織(NPO)への期待がたかまっている<sup>(注23)</sup>。こうした状況の背後には、医療・福祉・介護だけでなく子育て、都市開発、コミュニティ活動など地域活動の様々な局面で、既得権や利害関係にされている既存組織への強い不信感があげられる。それゆえ、今日、地域の新たな担いとして非営利組織を位置づけ、多様な非営利組織の存立と活動を許容する仕組みづくりが模索されている。その際、そのモデルとして、欧米のシステムやケースに求められている。例えば、アメリカでは、包括的な非営利法人制度が発達しており、また、ヨーロッパでは、伝統的にコミュニティ団体や慈善団体が地域づくり・街づくりに関与してきたという歴史をもっている。この様に、非営利組織の活動事例は、情報生成のプロセスへの参加が新しい市民の活動の具体的イメージを提供してくれる<sup>(注24)</sup>。

しかし、日本と欧米では非営利組織のあり方が異なっていること、ヨーロッパやアメリカにおいてもその実態や役割期待は多様で異質であり、日本の社会状況や歴史的諸条件を踏まえた独自の展開が必要とされ、その際、医療機関という非営利組織の存在のもつ意義は大きい<sup>(注25)</sup>。ただし、非営利組織としての大学には、①未来を感じし構想する能力(「未来構想力」)、②地域社会のネットワークにおける「対話」を仕掛け、「共有と共感の場」を醸成する能力(「コーディネート能力」)、③「伝承」と「革新」を保障し支援する能力(「自己革新能力」)の3つの能力が必要不可欠であろう<sup>(注26)</sup>。「未来構想力」は、多様な職業やライフスタイルの参加者を、自らの時間費用を支払ってでも、「対話」へ向かわせる誘因と訴求力の源泉であり、「コーディネート能力」は、「正解のない問題」を解決して行く上で有効な情報と機会を提供する。また、そのためには、新しい価値ある意味情報の生成とともに、新しい仕組み・システムを変革し創造する、自らが学び成長する能力無くしてはありえない。それゆえ、地域社会における医療機関の機能的価値を提起することには重要な意味がある。医療法では、医療は、生命の尊重と個人の尊厳の保持を旨とし、医療の担い手と医療を受ける者との信頼関係に基づいて、医療を受けるものの心身の状態に応じて、行われなければならない。したがって、医療福祉サービス・マーケティングにおいて、「人類が生命の尊厳を前提とした創造的進化を遂げるための、個々の共同体もしくは国家の絆を超えた広い社会における多元的競争関係を成立させる相互容認、相互理解、相互信頼、相互依存、相互扶助、相互発展の6つの相互性の原理を基盤とした基本的社会倫理」であるホスピタリティを、地域社会でいかに実現するのが重要な課題として提起されており、重要な意義を有している<sup>(注27)</sup>。

地域住民が健康に生きていくためには、治療だけではなく予防もまた重要であり、保健医療の専門家・専門機関だけでなく、政府、自治体、民間団体、企業、教育機関を含めた社会的な共同・協働を



通じての国民の健康実現への努力が必要である<sup>(注 28)</sup>。そのためにも、各地域の実状に応じて、医療福祉サービス情報や医薬品情報、健康サービス情報などを整備し、医療福祉サービスの顧客が当該地域にあるサービスを、自由に選択できる仕組みをつくとともに、民間活力の導入により、個人の特性に応じた「レディメイド・サービス」の提供を可能にしつつ、スポーツ、ビューティケア、生涯学習などを含めた、幅広い健康サービス産業との連携した、新しい健康づくりのためのプラットフォームを地域において構築していかなければならない。医療福祉サービスの質の保証を社会的に支えていく仕組みづくりや様々な検診機関等から収集した健康診断データ等を蓄積・分析・評価し、データから生活習慣病などの発症リスクや食事・運動のプログラムを提示する「健康づくり支援システム」などの整備が求められる<sup>(注 29)</sup>。医療福祉サービスを含む健康サービス産業は、「安心・安全・健康な社会」の基盤形成に寄与するとともに、地域密着型・生活密着型産業として、雇用創出・経済活性化にもつながることが期待されている<sup>(注 30)</sup>。

なお、今後の検討課題としては、①医療機関のガバナリティとコンプライアンスのあり方、②コミュニティとアソシエーションの関係のあり方、③地域医療福祉ネットワークの公共性・公益性の捉え方、④地域社会における高い水準のQOL（「生活の質」）の向上にむけてのマーケティング・ネットワークの創造力などを指摘しておく。

## 5.むすびにかえて

京都府は、人口10万人当たりの医師数は、全国平均206.1人を上回る274.1人で、全国第二位の水準である。しかし、地域的格差が大きく、丹後医療圏では151.9人、中丹医療圏220.4人、南丹医療圏144.5人、山城北医療圏141.5人となっている。また、無医地区は、丹後医療圏では10地区、中丹医療圏4地区、南丹医療圏8地区と、京都府北部は、全体として、医者不足の状態にある。また、病床数でも、丹後、中丹、南丹いずれの医療圏でも、基準病床数を満たしていない状況である。このように京都府北部では、医師不足や医療福祉サービスの偏在の問題があり、医療不足地域対策を推進するとともに、地域医療ネットワークの構築や在宅医療の推進など、地域住民の「安心・安全」を担保する社会的インフラストラクチャーの整備と既存の施設設備・資源の活用・活性化が強く望まれる。

福知山市民病院は、陸軍衛戍病院として出発し、その後、1945年、厚生省に移管され国立病院として発足、1993年10月に福知山市に経営委譲され、福知山市民病院へと生まれ変わり、今日に至っている。2006年度福知山市施政方針においても、福知山市民病院は重要な役割と位置づけが与えられている。すなわち、福知山市民病院は、福知山市域の中核病院として、各医療機関との連携を進め、医療水準の向上と地域完結型医療体制の確立を目指し、市民の多様なニーズに対応するため、高度で専門的な医療を実現し、急性期医療を保障するとともに、「市民の生命と健康を守り、信頼される病院」として、北近畿の中核的医療施設になる経営基盤の確立を進めている。

保健事業では、中央保健福祉センターに各種の機能を集約し、地域に根ざした健康増進事業を展開

している。また、高齢者福祉事業は、「第四次高齢者福祉計画」や「第三期介護保険事業計画」に基づき、地域包括支援センターを中心とした予防重視型システムへ転換を進めているとともに、「福知山市地域福祉計画」に基づいて、市民参画型の地域福祉推進プランの作成や実践事業を支援していく計画である。その際、予防重視システムの中核を担う包括的地域支援センターの役割とその新しい展開が期待される。さらに、地域の「力」を結集させ、地域住民の健康の維持増進の実現させる、豊かな生活環境や生き生きとした生活を実現させる「地域づくり」への取り組みが求められている。

## 【 注 】

(注 1) この点に関して、筆者は、国家独占資本主義マーケティングにおけるイデオロギー支配の問題と関連付けて考えるとともに、その可能性の側面をも捉えていく必要があると考える。例えば、批判的な流通・マーケティング研究における標準的テキストであるところの、保田芳昭編『マーケティング論 [第 2 版]』(大月書店, 1999 年) では、「非営利組織のマーケティング」に対して否定的な見解を示しており、AMA の「1985 年定義」を受入れる事はできないとしている。また、現代マーケティングの本質規定にかかわって展開されるマーケティング・イデオロギー論に関しては、保田芳昭著『マーケティング論研究序説』ミネルヴァ書房, 1976 年を参照。

(注 2) 医療制度改革の動向については、厚生労働省 H P ・平成 18 年度医療制度改革関連資料、[www.mhlw.go.jp/bunya/shkaihosho/iryouseido01/index.html](http://www.mhlw.go.jp/bunya/shkaihosho/iryouseido01/index.html) (2006 年 3 月 23 日) が詳しい。

(注 3) この点に関しては、厚生労働省『医療制度改革試案』2000 年 9 月や厚生労働省『医療制度構造改革試案』2005 年 10 月、社会保障審議会医療制度部会『医療保険制度改革について』2005 年 11 月、政府・与党医療制度改革協議会『医療制度改革大綱』2005 年 12 月を参照。

(注 4) 厚生労働省医政局指導課「地域医療の確保と自治体病院のあり方等に関する検討会報告書」2004 年 11 月や社会保障審議会福祉部会「市町村地域福祉計画及び都道府県地域福祉支援計画策定指針の在り方について」2002 年 1 月、二木立『保健・医療・福祉複合体』医学書院, 1998 年などを参照されたい。

(注 5) 中村真規子「医療サービス流通の課題」『医療と社会』2001 年, 108 頁。

(注 6) 中村真規子, 同上, 115 頁。

(注 7) Bucklin, Lousie. P & M. Carman "Vertical Markets Structure Theory and the Health care Delivery System" in , Sheth, Jagdish N. and Peter L. Wright (eds.) Marketing Analysis for Societal Problems, 1974, University of Illinois Bureau of Economic and Business Research 23-28.

(注 8) W.L. Stern & E.L. Ansary, Marketing Channels, Prentice Hall, Inc, 1977, p.542.

(注 9) この点に関しては、宮内拓智「マーケティングにおける関係性の変容と『高度大衆消費社会』的状況」立命館経営学会『立命館経営学』第 37 巻第 5 号, 1999 年 1 月や陶山計介・宮崎昭・藤本寿良編『マーケティング・ネットワーク論』有斐閣, 2002 年、嶋口充輝著『顧客満足型マーケティングの構図』有斐閣, 1994

年などが詳しい。

(注 10) この点に関しては、医療計画の見直し等に関する検討会「平成 18 年の医療制度改革を念頭に置いた医療計画の見直しの方向性」2005 年 7 月、地域医療に関する関係省庁連絡会議「医師確保総合対策」2005 年 8 月や総務省「地域医療の確保と自治体病院のあり方等に関する検討会報告書」2004 年 11 月などを参照。

(注 11) 日本医師会 I T 問題検討委員会「平成 16・17 年度 I T 問題検討委員会報告書」2006 年 1 月や厚生労働省・保健医療情報システム検討会「保健医療分野の情報化に向けてのグランドデザイン最終提言」2001 年 9 月などを参照。

(注 12) 包括的地域支援センターの仕組みや概要については、厚生労働省老健局「介護制度改革関連法案の概要」、[www.nhlw.go.jp/shingi/2005/02/s0209-8f](http://www.nhlw.go.jp/shingi/2005/02/s0209-8f) (2006 年 3 月 20 日) が便利である。

(注 13) 経済産業省は、全国各地に、地域住民に対して新たな健康サービスの提供を行うための事業構築に取り組み地域活動組織＝コンソーシアムを選定した。詳しくは、経済産業省・健康サービス産業創造研究会「健康サービス産業創造研究会報告書」2003 年 6 月や経済産業省委託事業・日本総合研究所「健康サービス産業創出支援事業報告書」2005 年 3 月などを参照。

(注 14) 経済産業省・健康サービス産業創造研究会「健康サービス産業創造研究会報告書」2003 年 6 月を参照。

(注 15) 伊丹敬之『場のマネジメント』NTT 出版, 1999 年, 23 頁。

(注 16) 今日における「リレーションシップ・マーケティング」概念が登場した歴史的意義については、宮内拓智「マーケティングにおける関係性の変容と『高度大衆消費社会』的状況」立命館経営学第 37 巻第 5 号,1999 年 1 月を参照。

(注 17) Christopher, martin, payne, & Ballantyne, David, Relationship marketing, Butterth-Heineman, 2002, p.48.

(注 18) A.Parasuaman, L.L.Berry, & V.A.Zaithaml, "Conceptual Model of Service Quality and Its Implication for Future Research", journal of Marketing, Vol.49, No.4, 1985, pp41-50.

(注 19) A.Parasuaman, L.L.Berry, & V.A.Zaithaml, "SWRVQUAL: A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perception of Service Quality", journal of Retailing, Vol.64, No.1, 1988, pp12-37.

(注 20) この点に関しては、宮内拓智「マーケティングにおける関係性の変容と『高度大衆消費社会』的状況」立命館経営学会『立命館経営学』第 37 巻第 5 号, 1999 年 1 月や宮内拓智「中小企業新事業展開と共創型マーケティングの可能性」京都短期大学成美学会『京都短期大学論集』第 27 巻第 2 号, 1999 年 3 月、宮内拓智「街づくり NPO における情報技術活用型マーケティングの可能性」京都短期大学成美学会『京都短期大学論集』第 28 巻第 2 号, 2000 年 3 月、宮内拓智「マーケティング論再考」日本流通学会『流通』No.17, 2004 年 10 月、宮内拓智『「高度情報ネットワーク社会」のマーケティング・パラダイム』関西大学商学会『商学論集』第 49 巻第 3・4 号合併号, 2004 年 10 月を参照。

(注 21) ここでいう「情報価値説」とは、生産過程や労働過程を、情報の創造と転写の観点から捉えた、一

種の「情報システム」として捉える見方のことである。筆者は、カール・マルクスの『資本論・第一巻・第一分冊』の「第五章 労働過程と価値増殖過程」より着想し、労働過程における情報的側面に注目してみた。クモモハチも、「遺伝的なメカニズム」によって、巧みな巣を作る。しかし、人間は、前もって頭の中で、自分の作品を作り上げている。いいかえるなら、人間が環境に働きかけるとき、その手順や結果をあらかじめ頭の中という情報で構成される空間に描いて、その表象の中で行っていたことを実践していく。これが人間の行動における意識の調整的役割であると同時に、労働過程における構想と執行の分離を意味している。また、このマルクスのまったく自明の説明は、人間の労働に必然的な「経験の二重性」を指し示している。

(注 22) この点に関しては、M.オルソン(依田博・森脇俊雅訳)『集団行為論』ミネルヴァ書房、1996年や森脇俊雅『集団・組織』東京大学出版部、2000年、沼上幹『行為の経営学』白桃書房、2000年などを参照。

(注 23) この点に関しては、P.コトラー著(井関利明監訳)『非営利組織のマーケティング』第一法規、1992年やP.ドラッカー(上田惇生・田代正美訳)『非営利組織の経営』ダイヤモンド社、1991年を参照。

(注 24) この点に関しては、レスター・M. サラモン、H. K. アンハイアー著(今田忠 監訳)『台頭する非営利セクター』ダイヤモンド社、1996年10月、P. コトラー、E. L. ロベルト著(井関利明 監訳)『ソーシャル・マーケティング』ダイヤモンド社、1995年、G.エスピン・アンデルセン(渡辺雅男・渡辺景子訳)『ポスト工業経済の社会的基礎』桜井書店、2000年などが詳しい。

(注 25) この点に関しては、厚生労働省医政局・医業経営の非営利性等に関する検討会「医療法人制度改革の考え方」2005年7月や全日本病院協会病院のあり方委員会『病院のあり方に関する報告書』2004年10月などが詳しい。

(注 26) 地域社会におけるステークホルダー・マネジメントに関しては、宮内拓智「地域商業の課題とサステイナブル・コミュニティの可能性」日本消費経済学会『日本消費学会年報』第20巻、1999年3月、宮内拓智「街づくりNPOとアーバン・マーケティング」日本消費経済学会『日本消費学会年報』第21巻、2000年3月を参照。

(注 27) 服部勝人『新概念としてのホスピタリティ・マネジメント』学術選書、1994年、69頁。

(注 28) この点に関しては、Healthy People2010([www.healthypeople.gov/](http://www.healthypeople.gov/)), constitution of the World health Organization([www.who.int/about/definition/en/](http://www.who.int/about/definition/en/)), declaration of Alma-Ata([www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration\\_almaata.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf)), Ottawa Charter of Health Promotion([www.who.int/hpr/NPH/docs/Ottawa\\_charter\\_hp.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/Ottawa_charter_hp.pdf))などを参照。

(注 29) 「健康づくり支援システム」に関しては、経済産業省・健康サービス産業創造研究会「健康サービス産業創造研究会報告書」2003年6月、19頁。

(注 30) 地域の経済・社会に与える効果に関しては、経済産業省・健康サービス産業創造研究会、同上書、2頁。