

# 医療連携における診療所の 意思決定プロセスとBtoBマーケティング の有用性についての考察

早稲田大学大学院 商学研究科

山地 佐和子

## 要約

医療機関にとっての顧客とは誰か。医療機関の機能や規模によって、その回答は異なる。

緊急・重症な状態の患者に医療を提供する急性期病院において、多くの患者は、診療所の医師からの紹介により来院している。これは、複数ある選択肢から、患者がどの医療サービスを「購買」するかを決定する過程において、診療所の医師が介在することが多いことを意味する。急性期病院の顧客関係においては、直接患者が病院を選択する「病院－患者」の二者間と、「病院－診療所－患者」の三者間の二通りがあることを認識し、それぞれを区別して考える必要がある。

ここで述べた「病院－診療所－患者」の三者間の顧客関係は、近年の日本の医療行政において推進されている「医療連携」にあたるものであり、本稿ではここにフォーカスして論じる。

急性期病院の三者間顧客関係について、B to Bマーケティングの先行研究を参照しながら整理し、診療所医師の行動様式をアンケート調査によりモデル化、その中でトリガーとなっている項目について考察を述べる。調査結果を理論的に整理した上で、結論部分では、急性期病院側がとるべき医療連携施策への示唆を導き出す。

## キーワード

医療連携施策、顧客行動の経年変化、スイッチング・コスト

## 1. はじめに

### 1. 研究の背景と目的

#### (1) 研究の目的

医療機関においては、その内容や価格、広告、施設の場所・規模に至るまで、全てにおいて規制があり、その下での運営を余儀なくされてきた。また、川上（2013）の指摘する「医師と患者との間に存在する、情報の非対称性とそれに依拠するパワーの非対称性」により、これまで、一般的な企業活動における戦略や戦術が、積極的に取り入れられてこなかった。

本稿の目的は、医療業界における事象を、マーケティングに関する先行研究や枠組みによって捉え直すことにより、新たな示唆を得ることにある。

本稿をすすめる上で、出発点として、マーケティングの基本的な問いである、「顧客は誰か」を明らかにしておきた

い。

近年、患者に対する接遇やアメニティ向上、積極的な情報公開など、「顧客志向の医療」が目ざされ、しばしばメディアに取り上げられている。多くの場合、ここでいう顧客は患者や患者の家族を指す。これらの取組みは重要だが、例えば高度な医療を提供する医療機関にとって、患者満足を高めるだけで本当に十分であろうか。

厚生労働省が全国の一般病院を利用する患者を対象として行った「受療行動調査」（2016年）にから、病院を選んだ理由の集計結果が表1である。

ここでは、病院を選んだ理由について、外来の小病院を除く全てで「医師による紹介」が最も多く選ばれており、病院規模の大きさに比例して、この回答の比率は高まっていく。患者が直接病院を選ぶことはもちろんあるが、規模の大きく高度な医療を行う病院であるほど、病院と患者と

の間に「医師による紹介」が介在していることがわかる。  
 では、この規模が大きく、高度な病院に紹介をしている医師は誰か、それを示しているのが 表 2 である。

規模が大きく、高度な病院にあたるのは、表 2 の治療ステージでいう「急性期治療」である。ここに患者紹介をするのが、その前のステージで「初診」を行う、主に診療所である。

表 1 の「医師による紹介」というのはつまり、診療所の医師による紹介を意味することとなる。ここでは「初診」を行う診療所と、「急性期治療」を行う病院（これ以降、「急性期病院」と表記する。）との間に、経営母体が同一であ

るなどの関係性がある場合を除き、診療所側が主体的に急性期病院を選択する。

病院を選ぶ理由が「診療所の医師による紹介」であるということは、複数ある選択肢のうち、患者がどの医療サービスを「購買」するかを決定する過程において、診療所の医師が介在していることを意味する。このことをふまえると、急性期病院は、患者だけではなく、診療所の医師も顧客として捉え、関係性を築くことが必要となってくる。

さらにこの観点は、近年の日本の医療行政における国民医療費の抑制や、個々の医療機関の効率的な経営という点で強く推進されている「医療連携」にあたるものであり、この大きな課題への取組みの一つとして、意味がある試み

表 1 病院を選んだ理由（複数回答）別基本集計

(単位：%)

		医師による紹介	家族・友人・知人からの薦め	交通の便がよい	医師や看護師が親切	専門性が高い医療を提供している	建物がきれい・設備が整っている	その他
外来	特定機能病院	61.6	13.1	14.0	9.1	38.4	6.8	7.2
	大病院	51.4	13.9	19.8	11.0	31.3	9.4	11.3
	中病院	36.6	16.6	27.0	14.5	23.8	8.0	14.1
	小病院	23.4	25.4	31.3	17.8	23.8	6.1	12.2
入院	特定機能病院	73.6	14.1	15.7	17.5	41.0	12.3	8.8
	大病院	61.3	15.9	24.2	22.9	34.7	15.0	14.7
	中病院	53.1	18.1	26.1	25.1	28.1	14.5	15.8
	小病院	39.0	26.2	28.2	27.7	25.9	11.1	16.7

\*厚生労働省（2016）「受療行動調査」統計表 1・2 をもとに作成。病院を選んだ理由があると回答した数を 100 として集計。  
 \*小病院は 20 ～ 99 床、中病院は 100 ～ 499 床、大病院は 500 床以上、特定機能病院は特別に高度な医療を行う病院を示す。

表 2 考えられる治療ステージ別の医療連携

治療ステージ	ステージの機能	対応する医療機関・連携の形態
初診	初期的な診断・治療	・主に診療所（病院外来部門） ・診断・治療の過程で高度診療機器利用を通じて病診が連携する場合がある
急性期治療	傷病に対する高度治療	・主に病院 ・患者の紹介を通じて病診（病院・診療所間）・診診（診療所間）が連携
回復期治療	高度治療後の回復的治療	・主に病院 ・病病間のいわゆる逆紹介
維持・管理的治療	傷病の医学的管理	・主に診療所（病院外来部門） ・患者の紹介を通じた病診連携 ・訪問診療における診診（診療所間）連携

(出所) 平成 16 年度厚生労働省医政局委託 みずほ情報総研(株)「医療施設経営安定化推進事業 地域での医療に係る機能分化・連携が与える医療施設経営への影響 調査研究

である。

そこで本稿では、「病院-診療所-患者」という三者間関係にある急性期病院の顧客にフォーカスして、議論を進めていく。

## 2. 研究方法

本論文では、診療所と急性期病院の医療連携にフォーカスする。医療機関間の紹介行動は、診療所から慢性期病院への紹介や、急性期病院から急性期病院への紹介などあらゆる可能性があるが、本論文で扱う「紹介」は、診療所から急性期病院に対して行われる紹介のみとし、それ以外は除外して考える。

アプローチは、顧客である診療所の意思決定、行動を分析することにより、急性期病院側のとるべき施策を導き出す方法をとる。

まず、B to Bマーケティングやリレーションシップ・マーケティングの先行研究を参照して、急性期病院と診療所との顧客関係について仮説を設定した上で、顧客調査を実施し、検証していく。

調査は、東京都23区内の診療所の院長を対象にアンケートを実施し、その結果から、紹介先病院の選択プロセスを明らかにし、分析、考察を行う。そこから得られた考察に基づき、急性期病院がとるべき医療連携施策を導く。

調査の対象を東京都23区内の診療所に限定したのは、日本全国で最も多様な紹介パターンがあり得る地域であることが理由である。東京都は最も人口が多く、平成26年度の機能別病床数調査（表3）によると、全国の高度急性期、急性期病床のうち1割以上が集中している都市で

あり、診療所・病院間の紹介の絶対数が最も多い。さらに23区内は首都圏交通網が発達しており、地域の境目を超えての紹介など、他の地域には見られない多様な紹介パターンがある。このことから、この地域の連携状況を分析することにより、日本の医療における一般的な紹介行動を理解することができるとして、東京都23区内の診療所を対象とした。

## II. 先行研究

### I. B to B マーケティングに係る先行研究

#### (1) 見出し第三段

B to B とは「Business to Business」の略称で、企業間取引を対象とするビジネス領域を指し、最終消費者との取引「Business to Customer」の略称であるB to C と対比される用語である。

余田（2011）は、B to B ビジネスとB to C ビジネスの基本的性質の違いを表4と指摘している。

表4 B to B とB to C の違い

	B to B	B to C
顧客	組織・法人	最終消費者
購買動機	合理的、客観的な理由	感情的な理由
意思決定	組織的	単独
購買頻度	定期的	不定期
購買金額・量	大きい	小さい

出所：余田（2011）「B to B マーケティング」p.6を基に筆者作成

表3 平成26年度 機能別病床数（単位：床）

	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	計
(A) 東京都	31,071	43,202	7,038	24,289	105,600
(再掲) 23区	24,258	31,961	4,803	12,414	73,436
(再掲) 23区外	6,813	11,241	2,235	11,875	32,164
(B) 全国	191,000	581,000	110,000	352,000	1,234,000
東京都比率(A)/(B)	16.3%	7.4%	6.4%	6.9%	8.6%

(出所) 東京都福祉保健局による平成26年度病床機能報告集計結果から作成

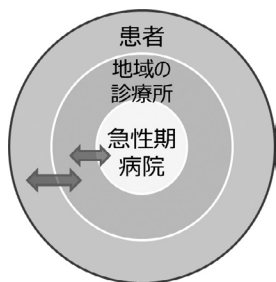
B to B は組織・法人が顧客であり、複数人による意思決定が行われ、そのためには合理的、客観的理由が購買に影響する上、購買頻度が定期的で量も多いため、マーケティング活動においても、B to C とは異なる領域として研究されている。

実際に、B to B のマーケティングにおいては、企業同士の過去の取引実績や信用が重視される傾向にあるため、人間関係を重視した営業活動が中心とされている。

B to B マーケティング研究では、生産財が対象とされることが多いが、表 4 にあるように、その内容は特に商材を限定するものではないため、医療のようなサービス財にも汎用性があるものであり、川上 (2013) は医療機関のターゲット顧客をB to C とB to B で整理した上で、医療のマーケティングについて論じている。

第1章でも述べた通り、急性期病院にとっての顧客は、最終顧客としては「患者」が挙げられるが、自施設に紹介してくれる地域の診療所に属する医師が大きく介在することから、この顧客関係をB (急性期病院) to B (診療所) to C (患者) の顧客関係と捉えることを提言する。

表 5 病院と顧客の関係図 (B to B to C モデル)



もちろん患者から直接選択されるケースも十分に考えられる。

表 1 の厚生労働省の調査にて「以前に来たことがある」「自宅や職場・学校に近い」「専門性が高い医療を提供している」「大きな病院で安心そう」という回答に見られる背景としては患者が直接病院を選択している場面である。

その理由の中には「専門性が高い医療を提供している」「大きな病院で安心そう」「技術の優れた医師がいる」と

いうものがあるが、医療は提供者と被提供者との情報格差が大きく、被提供者が医療の本質的な内容を理解した上で病院を選択できない。したがって、患者が病院を直接選ぶ際には、ブランドや、メディアの影響が大きくなる。

ブランドを高めて直接患者に訴求することも考えられるものの、一般的に、急性期病院は、何らかの疾患に罹患して初めて意識される、機会利用されるサービス財であり、大学病院でない一般の急性期病院がブランドを高め、認知してもらうことは容易ではない。

さらに、機能面で考えると、表 5 のB to B to Cモデルでは、地域の診療所が疾患内容のスクリーニング機能を担っているが、B to Cモデルを目指す場合は、このスクリーニング機能を自ら果たさなくてはならなくなる。高度医療が行えるだけのフルスペックな経営資源 (医療スタッフや医療機器) の一部を、初期的な医療に割くことは非効率である。

これらのことから、急性期病院においては、B to B to Cモデルを前提とした医療連携施策を考える方が、病院経営を考える上で、理に適っている。

## 2. リレーションシップ・マーケティングにおけるスイッチング・コスト研究

それでは次に、B to B to Cモデルを前提とした場合の顧客関係について、リレーションシップ・マーケティングの先行研究を参照して考える。

酒井 (2010) は、現在利用しているサービス提供者を切り替えることをためらわせるような障壁を構築することは、顧客満足度を100%にまで高めることが現実的な戦略でない以上重要である、と述べている。スイッチング・コストが高いことにより、たとえあまり満足していない顧客であっても維持することが可能となることや、サービスの失敗や品質の不安定さを補うことができる可能性についても述べている。

Burnham et al. (2003) は、スイッチング・コストを以下の3つのカテゴリで述べている。

- (1) 手続き的スイッチング・コスト (Procedural Switching Costs)



経済的リスクのコスト, 評価コスト, 学習コスト, 探索コストで構成される, 時間や労力の支出に関わるコスト。

- (2) 経済的スイッチング・コスト (Financial Switching Costs)  
利益損失コスト, 金銭的損失コストで構成される, 経済的に定量化できる資源に関わるコスト。
- (3) 関係性スイッチング・コスト (Relational Switching Costs)  
対人的関係性損失コスト, ブランド関係性損失コストで構成される, アイデンティティや絆が損なわれることによる, 心理的, 感情的な苦痛に関わるコスト。

これを参照し, 医療サービスにおけるスイッチング・コストを考えると「手続き的スイッチング・コスト」か「関係性スイッチング・コスト」が該当する。「手続き的スイッチング・コスト」は, 紹介先病院によって受入れ体制が異なることや, 紹介先で得られる診療行為・結果も含めて自診療所の評判に関わることであり, 診療所医師が初めての紹介先病院を選択する際には様々な懸念事項が考えられることから, 高くなることが考えられる。

「関係性スイッチング・コスト」は, 頻度は高くないが場合によっては発生する。例えば, ネットワークへの影響力が強い大学病院に開業前に所属していた医師は, その大学病院へ紹介しなくなると関係性が悪化する可能性は考えられる。また, 著名な大学病院等と連携していることに安心感をもつ患者もいるため, ブランド関係性損失コストもあり得る。「経済的スイッチング・コスト」は, 紹介先がどこであっても直接的に金銭的損失を受けることはないので該当しない。

リレーションシップ・マーケティングでは, スwitching・コストが存在することによって, 不満足な状態でも顧客維持ができる可能性を論じており, この理論で考えると, 診療所医師のスイッチング行動は起こりにくい。

このことについて, 理論上導き出される仮説では不十分

であるため, 次章以降で, 実際の診療所医師の意思決定についての調査, 検証をすすめていく。

### III. 顧客行動の調査

#### I. リサーチデザイン

本研究では, 東京都23区内の保険医療機関のうち, 病床数が20床未満の診療所に属する院長を対象にアンケート調査を実施し, その結果の分析によって, 開業医がどのようなプロセスを経て紹介先病院を選定しているのか, また, どのような時に紹介先病院を変更するのかについて考察する。

アンケートを作成するにあたり, 東京都23区内の保険医療機関のうち, 病床数が20床未満の診療所9,730施設から有為抽出法により8施設を標本抽出し, 施設の代表者(院長および理事長)にプレインタビューを行った。

このプレインタビューの内容から, 診療所医師が紹介先病院を選択する一連のプロセスをモデル化し, その中から選択行動に影響のある変数を抽出し, そこから仮説設定する。その仮説を検証する内容で調査票を作成した。

アンケート内容は, A. 施設の基本的な概況 B. 開業動機 C. 基本的な診療情報と紹介先病院選択について D. 紹介先病院の候補リストについて E. 紹介先病院の選択理由とスイッチングについて F. 開業医自身の経歴の6項目とした。

回答は, 単純集計, クロス集計, 分散分析等により仮説検証し, その検証結果に基づき, 急性期病院が地域医療連携を活性化し, 継続的に被紹介患者を確保していくためにはどのような施策が効果的であるかについて, 提言する。

#### 2. プレインタビューによる仮説の設定

##### (1) プレインタビュー結果

プレインタビューは, 1. 病院概要, 2. 紹介目的, 3. 紹介先選定方法, 4. 情報収集方法, 5. 紹介した際の不満, の5点について, 直接対話形式で行った。

このプレインタビューは全て診療所の院長を対象に行っている。これは、院長以外の医師の意思決定は、診療所の経営的観点を考慮していない可能性や、継続的な紹介を前提としていない可能性があると思定されたためである。

実際にプレインタビューを行い、診療所によっては2人以上の医師がいる場合が多く、また非常勤医師や医局からの派遣医師に診療の一部を任せていることが多いことがわかった。さらに、紹介先選定における意思決定は医師個人が行っており、病院全体の方針が紹介行動に与える影響は、プレインタビューにおいては否定的であった。これらに鑑みると、院長と院長以外の医師の意思決定には異なる変数が働いていることが考えられるため、本論文で扱う、「診療所医師」は診療所の院長に限ることとし、進めていくこととした。

また、ここでは、全ての診療所の医師が紹介先の医療機関として、自施設から数キロ圏内にある急性期病院を挙げている。診療所の紹介行動においては、物理的に狭い範囲内で完結していることから、今回の研究で地域の偏りがあることは、研究結果に与える影響は微小であると考えられる。

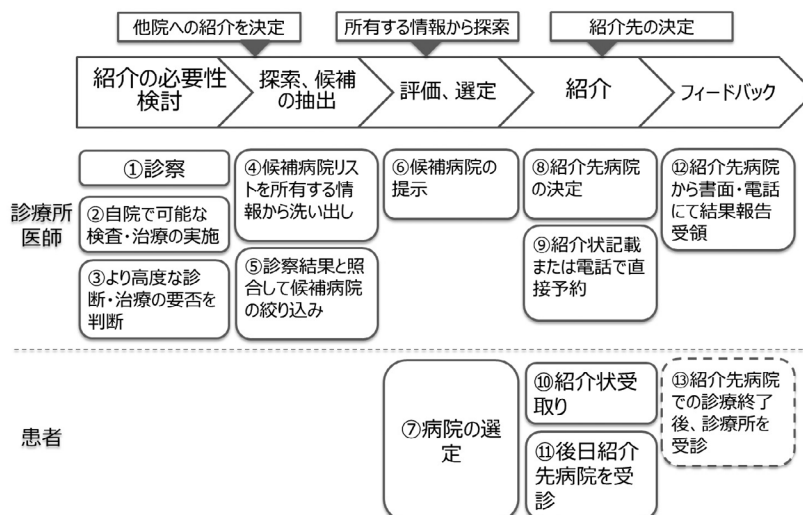
プレインタビューの内容から、診療所医師の意思決定プロセスについて、「紹介の必要性検討」「探索、候補の抽出」「評価、選定」「紹介」「フィードバック」の5つの段階に分類し、意思決定プロセスの登場人物として、診療所医師自身と患者を分けて、表6にモデル化した。

表6の意思決定プロセスの中で、特に選択行動に影響を与えると考えられる変数は「探索、候補の抽出」「フィードバック」の2つの段階にあると考えられる。

その理由として、まずは選択行動が短時間で終わることが挙げられる。意思決定プロセスは全て医師によって行われるものであり、患者との対面診療の一環として、第1段階で紹介が必要と判断された際に、すぐその場で第2～第4段階までのプロセスを実施し、患者に提示される。これらが数分間で実施されるため、第2段階の「探索、候補の抽出」に挙げられている「候補病院リスト」に予めエントリーしていることが、選択される紹介先病院の必須条件である。

また、もう一つの理由として、第5段階の「フィードバック」は、自らの意思決定が妥当だったかどうかを振り返る場面であることが挙げられる。この振り返りにより得られた結果

表6 診療所医師の紹介先病院を選択する際の意思決定プロセス



※ほぼ確実に実行される行動は実線、状況によって発生する可能性がある行動は点線で示した。  
 (出所) 余田「実践 BtoB マーケティング」p164 の図表を参考に、プレインタビュー内容より、筆者が作成。

は、その後の選択行動に反映される可能性が高いと考えられる。

## (2) 仮説の設定

先行研究とプレインタビューからモデル化した意思決定プロセスこれらのことをふまえて、意思決定プロセスの中の「探索、候補の抽出」「フィードバック」における仮説をそれぞれ設定して検証していきたい。

まず、「探索、候補の抽出」における仮説を以下に設定する。

仮説1：開業後の経過年数によって紹介先候補病院リストの内容や選び方は変化する。

候補病院リストは経年変化すると考える。開業当初は来院する患者数が少ないことから、診療範囲は限定的で、紹介の必要性もさほどないが、年数が経過するほど多様な患者に対応する必要性が増し、診療範囲が拡大すると考えられる。これにより、年数経過に伴う多様な診療範囲をカバーするために、紹介先候補病院リストの内容、選び方を変化させると仮説を設定し、検証する。

次に、「フィードバック」における仮説を、互いに対応する以下の2つに設定する。

仮説2：フィードバックが期待値以上だった場合には、候補病院リストのスイッチングが起らない。

仮説3：フィードバックが期待値未満だった場合に、候補病院リストのスイッチングが起きる。

先行研究では、急性期病院と診療所との関係において、スイッチング・コストが高いことから、診療所医師が紹介先病院をスイッチングしにくいと考えられた。

しかし、プレインタビューでは、紹介先病院に対して少なからず不満を抱いていることがわかっており、この不満をきっかけにスイッチングした例も見られた。

近藤（2012）はサービス・ビジネスにおいて、顧客を満

足させることを目指すことは当然のことであり、顧客の期待と実際の経験についての知覚が一致する、または上回れば、顧客は満足を感じ、二回目以降の購買意欲の形成に強く影響する、と述べている。

これによると、二回目以降の購買意欲が形成されるか否かは、「期待と実際の経験についての知覚」が生じる時であり、それは、紹介した後のフィードバック段階で起きる。このように考えると、スイッチング行動とフィードバック段階での満足度は重要な関係性があると考えられる。

以上3つの仮説について、検証していく。

## 3. 調査方法

分析に用いるデータには、本研究のために実施したアンケート調査の結果を用いた。

東京都福祉保健局（2013）が行った「東京都の医療施設調査」が公表しているデータより、東京都23区内の保険医療機関のうち、病床数が20床未満の診療所9,730施設を母集団とし、有為抽出法により236施設を標本抽出し、その中の有効回答215施設の院長を調査の対象としている。

調査概要については以下の通りである。

### 【実施期間】

2015年8月4日～9月30日

### 【調査対象】

東京都23区内の保険医療機関のうち、病床数が20床未満の診療所9,730施設から有為抽出法により236施設を標本抽出し、施設の代表者（院長および理事長）を対象に実施、得られた有効回答215件を対象とした。

## IV. 調査の結果

### 1. 調査結果（1）診療所医師の意思決定プロセス

(1) 診療所医師の紹介行動について

まず、診療所医師が他院への紹介行動に至る背景について、三つの質問から得られた回答により、整理することとする。

最初に、自施設の患者を他の病院に紹介する理由について質問した（表 7）。

ここでの回答項目のうち、「精密検査」は、診療所自身の内部資源が不十分であるため、外部の病院の検査機器等を頼ることを意味する。

また、「手術」「その他の専門的治療」は、診療所自身が内部資源として全く保有していないので、外部の病院の診療機能に頼ることを意味する。「入院加療」についても、診療所の中には入院目的の病床を保有している有床診療所もあるが、今回の調査対象のうち、2件を除く213件は無床診療所であることから、「手術」「その他の専門的治療」と同様に、診療所が内部資源として全く保有していないた

め外部に頼っている、と解釈する。

「セカンドオピニオン」については、診療所の内部資源（自身の診断結果）と並行して、外部資源（専門医の診断結果）を参照することを目的とする。

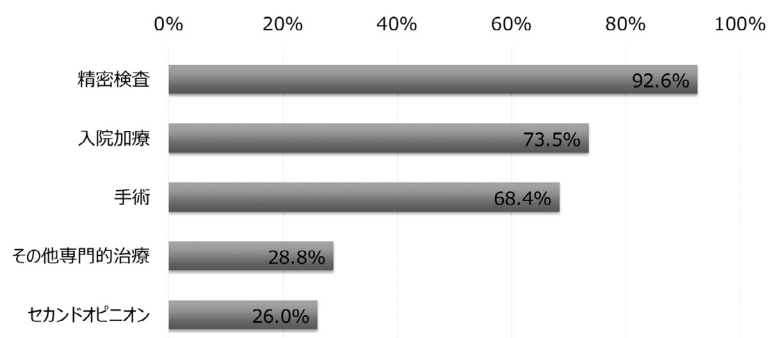
結果を見ると、「精密検査」「入院加療」「手術」が半分以上を占めることから、内部資源が不十分もしくは無いことを補う目的で、診療所医師は他の医療機関へ紹介を行っているといえる。

次に、診療所全体で1日に患者を他の医療機関に紹介している平均人数について質問を行い、実数での回答を得た（表 8）。これによると全体の90%以上が0.1～3.9件の間に分布しており、紹介が一番少ない診療所でも2週間に1回は紹介することがあるとの回答を得た。

このことから、診療所において診療を行う過程において、他の医療機関への紹介は必ず発生すると言える。

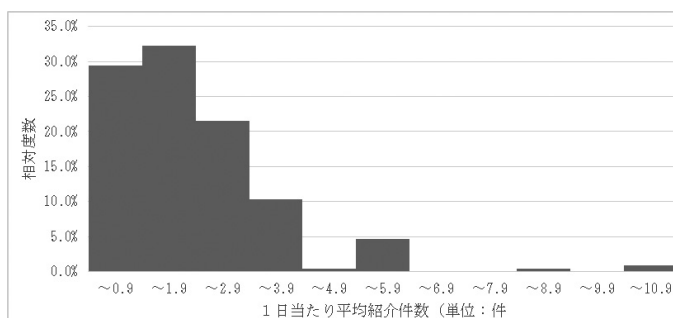
最後に、紹介先病院を探す時、候補となる病院の数につ

表 7 自施設の患者を他の医療機関に紹介する理由



※複数回答

表 8 診療日1日当たりの平均紹介件数の分布





いて質問を行い、実数での回答を得た（表 9）。診療所は診療のステージのうち、初期的な診断・治療を行う役割を担っており、来院した患者全てが罹患しているあらゆる疾病の初期対応をする必要がある。紹介先病院が1つだけの場合には、その病院の専門分野外の患者が来院した場合に対応できなくなってしまう。そのため、診療所は、複数の異なる専門分野をもつ病院を、紹介先病院候補リストとしてもっておくことが必要であろうと考えた。

この質問の結果、平均値は6.77であり、 $1\sigma = 3.48 < 10.06$ の範囲で正規分布を描いていた。

以上、三つの回答結果より、診療所では、自院が保有する内部資源のみでは対応できる疾病・診療範囲に限界があるため、内部資源を超える疾病・診療行為の必要性が生じた場合に、患者の症状に見合った病院を、候補病院リストの中から選択、紹介し、自院の内部資源を補うために他院の診療範囲（外部資源）を活用していると言える。

これらのことから、他の医療機関への紹介行為は、診療所医師にとって、自院の内部資源を補うという、非常に重要で本業にとってのインパクトが大きい行為であると考えられる。

ここで得られた結果を前提として、次項以降で紹介先病院リストの作成プロセスについて検証していく。

## (2) 紹介先候補病院リストの作成プロセスについて

Anton, J. & N. L. Petouhoff (2002) では取引期間と

利益の正の相関関係が示されており、余田 (2011) も、B to B マーケティングにおける「顧客関係を長期継続的な関係として捉えることのメリット」について触れている。B to B マーケティングにおける関係性の期間の長短については、顧客関係に影響があるとされていることから、紹介先病院と長期的な関係をもつ可能性がある開業後の経過年数が多い診療所と、その可能性が低い開業後の経過年数が少ない診療所との間には選択行動に変化がみられると考えた。そこで以下について検証を行うこととした。

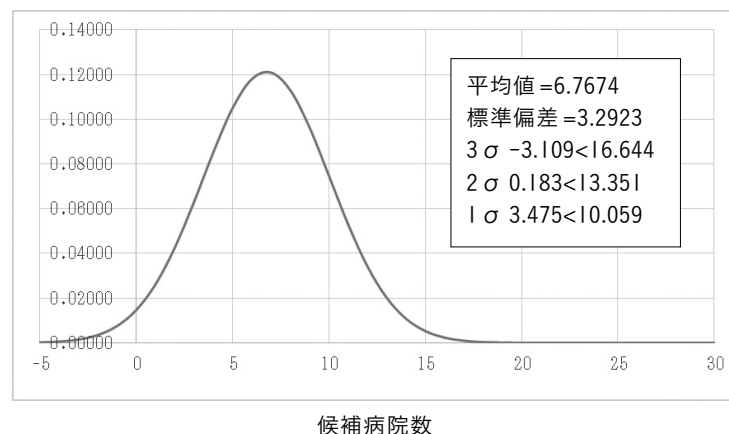
仮説1：開業後の経過年数によって紹介先候補病院リストの内容や選び方は変化する。

まずは、開業後の経過年数と紹介先候補病院数について、正の相関関係にあるかを表 10 で検証を行った。その結果、 $R^2 = 0.0091$ と相関関係は見られなかった。

相関分析は、結果を参照しているものであり、これ自体では意思決定プロセスの変化を明らかにできなかった。

そこで、次に、紹介が行われる際の紹介側（診療所医師）と被紹介側（急性期病院）との関係性にフォーカスした検証を行ってみる。異なる医療機関に属する医師間の関係性としては、プレインタビューでは「所属教室(医局)」「出身大学」「医師会」、この3つのつながりが挙げられた。サンプル属性を見ると、出身大学と所属教室（医局）が同

表 9 紹介先候補病院数の正規分布



一であるケースが多く見られたため、「所属教室（医局）」と「医師会」の2つに絞り、重視する要素と開業年数の2変数の二元配置分散分析を行い、交互作用の検証を行った。経過年数の区分は、サンプル数が均等に分布するように、5年ごととした。

ここでは、重視する要素と開業年数の相関関係を求めるのではなく、医師会・医局のつながりの重視度と開業年数が相互にどのような影響をうけているかを明らかにするため、交互作用により検証する。

検証の結果は以下の通りである。

①医師会のつながりと医局のつながりにおける重要度の平均に差はない。

②開業年数における平均に差はある。

③つながりの種類と開業年数の間に交互作用がある：医師会の場合、開業年数が長くなると重要度が高くなるが、医局の場合、開業年数が長くなっても重要度はあまり高くない。

これらの結果により、開業後の経過年数による変化はあるという結果となり、仮説1は支持された。

これに加えて、さらに、開業後の経過年数による差異を検証するために、「紹介先の医療機関を選ぶ際の志向」について最も近い回答を選択する形式で質問をし、開業後の経過年数を5年ごとにセグメント分けして、クロス集計を行った。セグメント分けについては、先にも述べた通り、サンプル数が均等に分布するように5年ごととしている。

表 10 開業年数と紹介先候補病院数の相関分析図

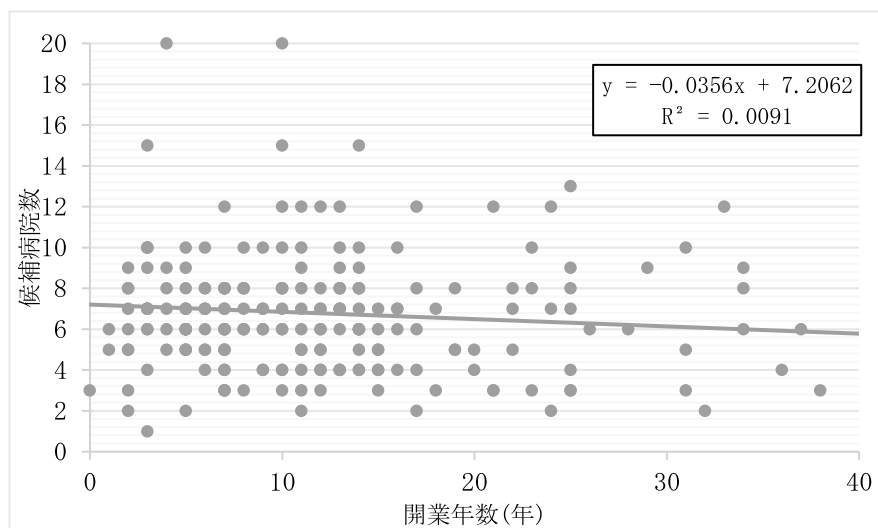


表 11 指数化前の回答結果

所属教室（医局）のつながり	0～5年	6～10年	11～15年	16～20年	21年以上
重視する	10	17	17	3	5
まあ重視する	12	12	9	3	4
どちらとも言えない	0	3	3	0	0
あまり重視しない	15	13	11	7	11
重視しない	11	14	16	4	15
医師会のつながり	0～5年	6～10年	11～15年	16～20年	21年以上
重視する	19	26	26	7	21
まあ重視する	18	20	16	7	8
どちらとも言えない	2	3	5	1	0
あまり重視しない	5	9	7	2	4
重視しない	4	1	2	0	2

表 12 二元配置結果

出身母体	開業年数	指数	分散分析: 繰り返しのある二元配置							
医局	0~5年	11	概要				合計			
		14								
		16								
		4								
		15								
	6~10年	30	出身母体							
		26	標本数	25	25	50				
		22	合計	75	612	687				
		14	平均	3	24.48	13.74				
		22	分散	2.083333333	534.9266667	380.7269388				
	11~15年	0	開業年数							
		9	標本数	25	25	50				
		9	合計	75	867	942				
		0	平均	3	34.68	18.84				
		0	分散	2.083333333	1815.476667	1146.259592				
	16~20年	48	合計							
		48	標本数	50	50	100				
		36	合計	150	1479					
		12	平均	3	29.58					
		16	分散	2.040816327	1177.758776					
	21年以上	50	分散分析表							
		85	変動要因	変動	自由度	分散	観測された分散比	P-値	F 境界値	
		85	出身母体	650.25	1	650.25	1.104660299	0.295884163	3.940162717	
		15	開業年数	17662.41	1	17662.41	30.00532581	3.45484E-07	3.940162717	
		25	交互作用	650.25	1	650.25	1.104660299	0.295884163	3.940162717	
医師会	0~5年	4	繰り返し誤差							
		1	標本数	50	50	100				
		2	合計	150	1479					
		0	平均	3	29.58					
		2	分散	2.040816327	1177.758776					
6~10年	10	合計								
	18	標本数	50	50	100					
	14	合計	150	1479						
	4	平均	3	29.58						
	8	分散	2.040816327	1177.758776						
11~15年	6	合計								
	9	標本数	50	50	100					
	15	合計	150	1479						
	3	平均	3	29.58						
	0	分散	2.040816327	1177.758776						
16~20年	72	合計								
	80	標本数	50	50	100					
	64	合計	150	1479						
	28	平均	3	29.58						
	32	分散	2.040816327	1177.758776						
21年以上	95	合計								
	130	標本数	50	50	100					
	130	合計	150	1479						
	35	平均	3	29.58						
	105	分散	2.040816327	1177.758776						

記述統計

比較	年数	平均値	標準偏差	度数
医局	0~5年	12.00	4.848	5
	6~10年	22.80	5.933	5
	11~15年	3.60	4.93	5
	16~20年	32.00	17.205	5
	21年~	52.00	32.711	5
	総和	24.48	23.128	25
医師会	0~5年	1.80	1.483	5
	6~10年	10.80	5.404	5
	11~15年	6.60	5.771	5
	16~20年	55.20	23.732	5
	21年~	99.00	38.955	5
	総和	34.68	42.608	25
総和	0~5年	6.90	6.35	10
	6~10年	16.80	8.284	10
	11~15年	5.10	5.301	10
	16~20年	43.60	23.052	10
	21年~	75.50	41.995	10
	総和	29.58	34.319	50

値

Tukey HSD<sup>a,b</sup>

年数	度数	サブグループ		
		1	2	3
11~15年	10	5.10		
0~5年	10	6.90		
6~10年	10	16.80		
16~20年	10		43.60	
21年~	10			75.50
有意確率		.644	1.000	1.000

均質なサブセットのグループに対する平均値が表示されま

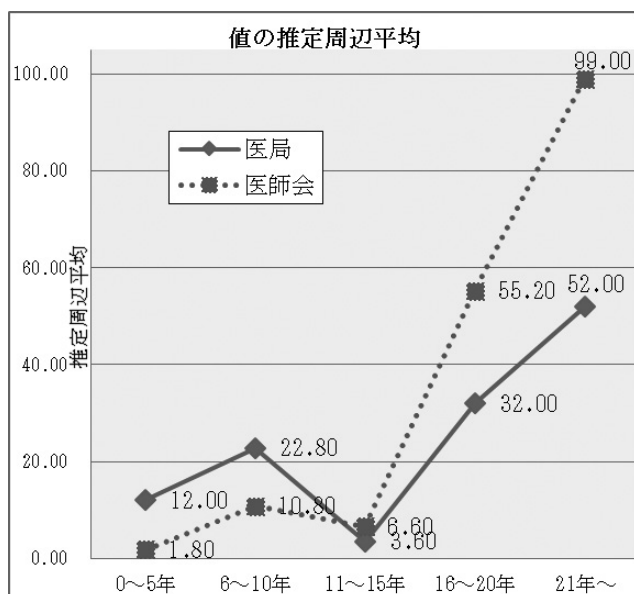
す。

観測平均値に基づいています。

誤差項は平均平方 (誤差) = 359.440 です。

a. 調和平均サンプルサイズ = 10.000 を使用します。

b. アルファ = .05



(出所 アンケート結果より筆者作成)

表 13 紹介先の医療機関を選ぶ際の志向について

開業年数	1つに絞りたい	所在地が近隣	勤務経験がある	面識ある医師がいる	医師会からの紹介	その他	総計
0～5	0.02	0.23	0.15	0.19	0.31	0.10	1.00
6～10	0.03	0.12	0.12	0.31	0.29	0.14	1.00
11～15	0.00	0.07	0.07	0.46	0.30	0.09	1.00
16～20	0.12	0.12	0.00	0.41	0.24	0.12	1.00
21～	0.00	0.17	0.09	0.37	0.31	0.06	1.00

その結果、開業後経過年数が6年目以降のセグメント全てが「面識のある医師がいる」ことを志向したのに対し、開業後経過年数0～5年目のセグメントだけが、「医師会からの紹介」を最も志向し、次に「所在地が近隣」という項目を志向する結果となった。この結果は、診療所の医師は開業から5年目までの期間には、面識のある医師が充分にいないことから、医師会が推奨する病院や近隣の病院を選択していることが考えられる。そして、ある程度面識のある医師が増える6年目以降は、継続的に、面識のある医師がいる病院を志向することとなる。

つまり、開業後経過年数が5年目までの診療所医師は、医師会が推奨する病院や近隣の病院の中から、継続的に

取引関係を築くに値する病院を模索し、紹介先候補病院リストを増やす行動を考えると考えられる。

## 2. 調査結果 (2) 診療所医師のスイッチング行動について

### (1) 紹介先候補病院のスイッチング可能性について

次に、一度作成された紹介先候補病院リストが変更される可能性について、検証する。この検証は、より多くの診療所医師に紹介先として選ばれ、患者数を増やしたい急性期病院にとって、競争戦略的な意味を持っている。急性期病院がいかに多くの患者を診療所から紹介してもらえるかは、どれだけ多くの診療所の紹介先候補病院リストにエント

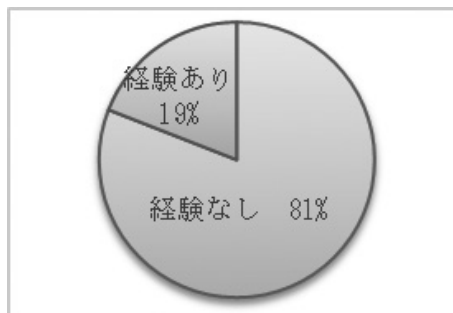


りするか、または、1つの診療所がもつ紹介先候補病院リストの中で、いかに多頻度を選択されるかのいずれかである。

ここではスイッチングを診療所側が「紹介先候補病院リストを入れ替える」または「既存の紹介先候補病院リストの中で選択する比重を変化させる」と定義し、議論を進めていく。

スイッチングの有無を検証するために、紹介先候補病院リストに以前はリストアップしていたが、途中でリストから除外した経験があるかを質問した。その結果、大部分の81%がリストから除外した経験はなく、19%は候補病院リストから除外した経験があると回答している（表14）。

表14 紹介リストから除外した経験の有無

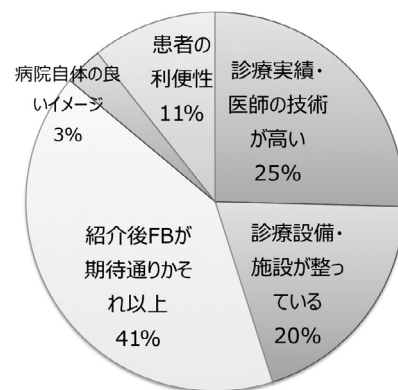


この結果に付随して、スイッチング行動の要因について、さらに検証していく。

まず、今までスイッチングをしたことがない81%の診療所医師のうち、その理由として最も多く挙げられたのが「紹介後のフィードバックが期待通りかそれ以上」で41%であった。医療機関が他院へ紹介を行った場合、診療が終わった後、紹介先の病院は書面や電話などの方法により、どのような診療を行いどのような診断をしたか、また、今後の治療必要性、治療方針について、紹介元病院へフィードバックを行う。ここでは、41%の診療所医師が、このフィードバックの内容に不満がないか、満足していることを理由に、紹介先候補病院リストの継続を判断している。また、「診療実績、医師の技術が高い」との回答が25%で、この回答は紹介先病院の診療の結果について満足していること

を意味する。診療の結果を知り得る手段としては、紹介後のフィードバックか、患者自身が再度診療所に戻って診療所医師に結果を報告したかのいずれかである。このことから、「診療実績、医師の技術が高い」と回答した25%のうちの一部は、「紹介後のフィードバックが期待通りかそれ以上」との回答に該当することが考えられる。

表15 候補病院リストを変更しない理由



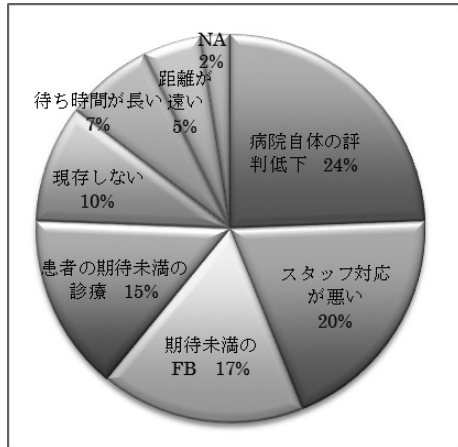
この結果では、スイッチング行動をしたことがない診療所医師のうちの、少なくとも41%がこの仮説に該当することから、

仮説2：フィードバックが期待通りか期待値以上だった場合には、候補病院リストのスイッチングが起こらない。

上記仮説は、傾向が強いことが示された。

次に、紹介先候補病院リストに当初はリストアップしていたが、途中でそのリストから除外した候補病院リストがある19%の診療所医師が最も多く理由として挙げたものは、「病院自体の評判の低下」で24%であった。それ以外の回答にも全体的に分散する結果となったため、要因の内容詳細について個別に確認する。

表 16 候補病院リストから除外した際の理由



一番回答が多かった「病院自体の評判低下」という理由について、10件全ての医療機関が医療過誤を挙げている。医療過誤は、医療に起因した過誤によって患者に被害が発生することを指す。医療過誤は、しばしばメディアによって大きく取り上げられ、医療過誤が発生した病院の全体的な負のイメージを作り上げるきっかけとなる。

医療過誤は、特定の診療科の特定の患者に対して予期せずに行き起こることであり、医療機関の安全管理体制によって一定のコントロールはできたとしても、医療サービスが人の手を介して提供される以上、不可抗力であると言える。

これ以外の回答の中でも、「紹介先病院・診療科が現存しない」「自院から距離が遠い」については、改善の余地がないことから、これらをまとめて、「外的要因」に分類する。

一方で、それ以外の理由は病院自体の「内的要因」とする。その中でも「自分が期待以上のフィードバックが得られない」「患者が期待以上の診療が受けられない」という医療的側面に対する不満と、「待ち時間が長い」「スタッフの対応が悪い」というサービスの側面の2つに分類される。

これで分類しなおすと、あまり件数の差は出ないものの、内的要因が原因で紹介先候補病院リストが変更されることが多いことがわかった。

スイッチングの要因について、直接得られた回答結果および分類しなおした結果いずれを見ても、

仮説3：フィードバックが期待値未満だった場合に、候補病院リストのスイッチングが起きる。

については、部分的な説明しかできておらず、支持されるに十分な結果が得られなかった。

(2) 紹介先候補病院のスイッチング後の行動について

(1)でスイッチング要因について整理し、事前に設定した仮説については検証された。しかし、この内容は本稿の目的である、急性期病院への経営戦略上の示唆にはまだ十分でないと考え、スイッチング後の行動について、スイッチング経験のある41病院を対象に、追加インタビューを実施し、情報を補足することとする。

インタビュー結果から、行動パターンは5つに分類された。

表 17 意思決定プロセスとスイッチングの要因

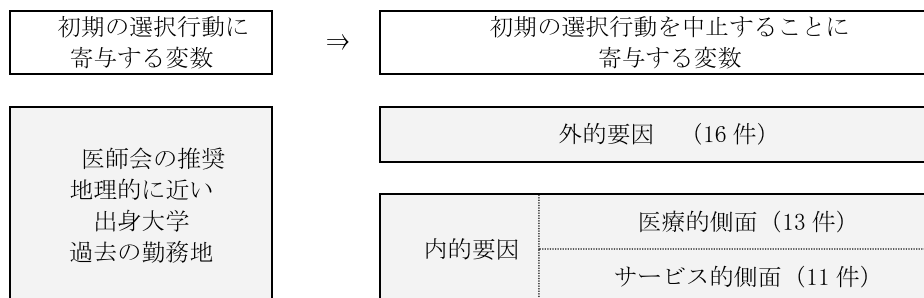


表 18は、もともと紹介先候補病院リストが5つあった場合を設定して、そのうち「紹介先1」を、候補リストからはずした病院とし、それ以外の「紹介先2～6」にどのように移行しているかをパターン化して示している。

2.(1)で、スイッチングについて、「紹介先候補病院リストを入れ替える」または「既存の紹介先候補病院リストの中で比重を変化させる」と定義したが、前者は、表 18でいうパターン④、⑤であり、後者はパターン①、②、③に該当する。診療所医師のスイッチング行動は、既存の紹介先候補病院リストの中で比重を変化させる、という形起きていることが示される結果となった。

<パターン①>均等配分

候補病院が1つ減少した分、既存の残りの候補に均等配分するパターン。この場合、紹介先2～5いずれにも異なる感情を持っていないことが予想されるが、該当病院数は1件と少ない。

<パターン②>1点集中配分

候補病院が1つ減少した分、既存の残りの候補のうち特定の1病院に集中配分するパターン。該当病院数は16件と多く、特定の病院に対して好意的な感情を持っている、または、何らかのインセンティブが受けられることがこの選択

に影響している。

<パターン③>2点集中配分

候補病院が1つ減少した分、既存の残りの候補のうち特定の2病院に集中配分するパターン。該当病院数は21件と一番多い。パターン②と同様に、特定の病院への好意的な感情、または、何らかのインセンティブがこの選択に影響している。

<パターン④>完全入替え

候補病院が1つ減少した分、新規候補病院を追加し、すべてを新規病院に移行するパターン。該当病院数は1件で、外的要因により突然候補病院が減少したケース。医局のつながりがある医師が新規赴任したタイミングが同時期だったため、そちらに完全移行したパターン。

<パターン⑤>トライアル導入+集中配分

候補病院が1つ減少した分、新規候補病院を追加し、ひとまずトライアル的に一部分を紹介しつつ、残りを既存の候補病院に集中配分するパターン。該当病院数は2件で、いずれも外的要因により突然候補病院が減少したケース。知人の紹介で新規病院を追加して、現在フィードバック内容等による評価を行っている最中であることが予想される。

表 18 診療所医師のスイッチング行動パターン

	変化前	変化後				
	維持	パターン①	パターン②	パターン③	パターン④	パターン⑤
紹介先1	20%	0%	0%	0%	0%	0%
紹介先2	20%	25%	40%	30%	20%	30%
紹介先3	20%	25%	20%	30%	20%	20%
紹介先4	20%	25%	20%	20%	20%	20%
紹介先5	20%	25%	20%	20%	20%	20%
紹介先6	—	—	—	—	20%	10%
該当病院数	—	1	16	21	2	1

表 19 スwitchング後に集中配分した病院の特徴

	内容	件数	比率
診療行為	診療実績が充分である	3	6.4%
付帯的サービス	取次窓口が迅速、丁寧	15	31.9%
	フィードバックが丁寧	9	19.1%
	医療連携担当者等の熱心な営業	7	14.9%
	表彰や優遇制度がある	7	14.9%
	仕組みに慣れている	4	8.5%
	病院の良いイメージ	2	4.3%

回答が集中していたパターン②、③について、集中配分する先の選定の仕方について質問をした。

表 19で指摘されている特徴を、診療行為そのものについての評価と付帯的サービスについての評価で分類したところ、診療行為については「診療実績が充分である」のみであり、大部分が診療の前段階の受付の対応や、後段階のフィードバック等について述べたものであった。

このことから、一回紹介先候補病院リストにエントリーした後に、そのリストの中で選択される比重が大きくなる病院は、診療行為そのものではなく、付帯的なサービスにより選択されていることが明らかになった。

## V. 調査結果の解釈

### 1. 紹介先候補病院の経年変化

調査結果 (1) では、診療所医師は平均6.7件の紹介先候補病院リストを持っていて、そのリストは、開業してから5年以内の間に作成されることがわかった。

Jay B. Barney(2003)は、企業の経営資源を、①財務資本②物的資本③人的資本④組織資本の4つに分類しており、これらが競争優位の源泉であると述べている。これを医療に当てはめると、診療所はいずれの経営資源も少なく、診療所単体の内部資源だけで競争優位を発揮することは限界がある。そこで、紹介行動により、急性期病院が持つ経営資源の一部を活用して診療を行う。ここでどのような病院を紹介先として選択するかも含めて、診療所のキャパシティは評価されると考えると、診療所は外部資源（紹介先病院がもつ経営資源）を内部化することによって、自院の競争優位を保っていることが言える（表 20）。

さらに、この外部資源の内部化は、開業以降の時間の経過によってさらに進んでいく。Galbraith(1977)は情報プロセッシング・モデルでは、「組織が目標達成するために必要な情報と、組織が現在所有する情報との間にある差を不確実性と呼び、不確実性の程度が大きくなるほど、組織に課せられる情報処理負荷が大きくなる」と述べており、この情報処理負荷にもっとも低いコストで対処できるような組織デザインの戦略を挙げている（表 21）。

表 20 診療所医師の紹介先候補病院リストの作成プロセス

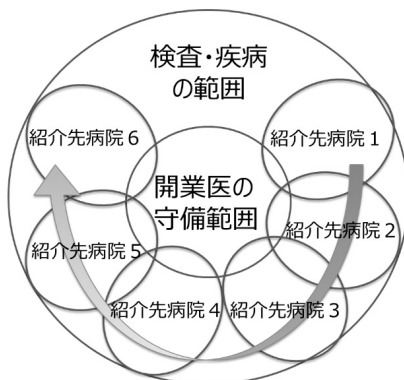


表 21 組織デザインの戦略



(出所) Galbraith(1977) 情報プロセッシング・モデル



診療所は開業して時間が経つにつれ、いろんな疾病を持つ患者が来院する。Galbraith(1977)の言う不確実性の程度が大きくなり、情報処理負荷がどんどん大きくなっていく。そのような過程の中で、診療所としてとる戦略は二通り考えられる。自院の診療範囲を限定して、その範囲にあった患者だけを診療するか、または、「自院の情報処理能力を拡充するかのいずれかである。

前者の情報処理負荷削減の手段としては、標榜科を明示し、それ以外は患者を断る方法が考えられるが、医師法第19条（昭和23・7・30制定 法律201号）の応召義務として「診療に従事する医師は、診察治療の求があった場合には、正当な事由がなければ、これを拒んではならない。」に抵触する可能性はもちろん、地域医療の担い手としてはある意味何でも診る「町医者」にならないと、診療所経営を成り立たせることは難しい。

このように考えると「情報処理負荷削減」することは困難であることから、「情報処理能力拡充」戦略が必要となってくる。能力を拡充するためには、医療スタッフの増員や、医療機器の購入が考えられるが、1つの診療所の範囲でできることには限界がある。そこで、紹介先候補病院リストを作成し、外部の経営資源を内部化することで、情報処理

能力を拡充するのである。

このことが仮説1で検証している、経年変化につながっているものであり、本研究では開業してから5年以内に、不確実性が増し、情報処理能力の拡充および外部資源の内部化が進むということが検証された。

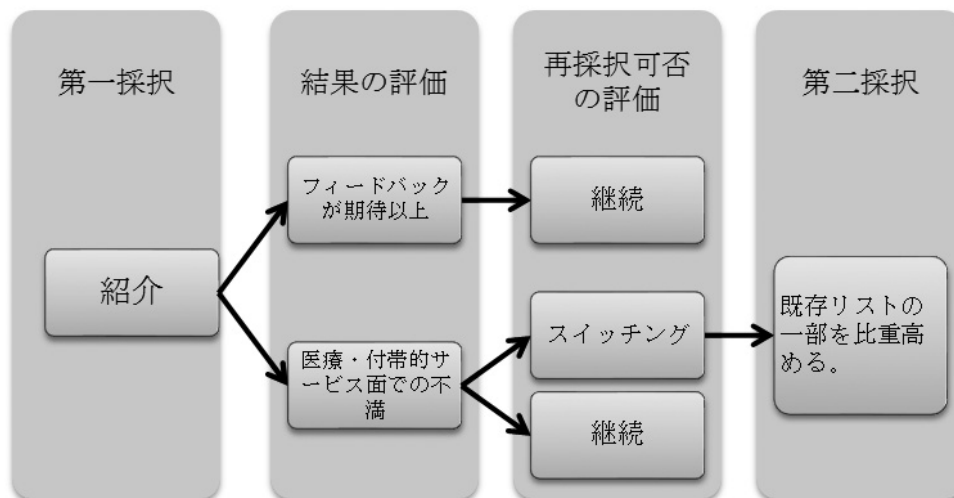
## 2. 紹介先候補病院のスイッチングが起きるプロセス

調査結果（2）では、紹介を一度行って、その後紹介先候補病院リストに以前は入っていたが、途中でリストから除外した経験の有無について質問を行い、81%の病院が除外した経験はなく、現在も継続して紹介している、と回答を行った。リストから除外した経験がある19%の病院については、その多くが、除外した後に、既存の紹介先候補病院リストの中で比重を変化させるという形のスイッチング行動をとることがわかった。

ここで明らかになったスイッチングが起きるプロセスについて、表22に示した。もともとあった候補病院リストの中から行った紹介を「第一採択」の段階とし、結果の評価、再採択可否の評価を経て作り直され、変化した候補病院リストに基づく意思決定を「第二採択」とした。

ここで重要な視点として指摘したいのは、「結果の評価」で重視されることと、第二採択で重視されることが大きく異

表 22 スwitchングが起きるプロセス



なる点である。

最初に指摘したいのは、第一採択の継続要素では全くあがらなかった、診療とは直接関係のない付帯的サービス(表 23 の F ~ I) についてが、第二採択で重視する要素の 70.2% を占めていることである。第一採択の継続要素で 25% を占める医療そのものを評価する要素が、第二採択ではほとんど重視されていないのは、第一採択時に医療の質に係る要素は既にクリアされているからと考えられる。このことは、医療の質による差別化はあまりされておらず、付帯的サービスが差別化の源泉となっていることを意味している。

第二に、フィードバックへの満足度は、第一採択の継続要素としては最も強い影響を持っているが、第二採択では 20% 程と、影響はさほど強くないことである。

この2つの傾向がもたらされている背景として、診療所医師のモチベーションに注目したい。

先行研究のリレーションシップ・マーケティングにおけるスイッチング・バリアの研究について、医療連携の紹介行動に当てはめて考えた際にはいずれも、スイッチング・コストが高く、スイッチングは起きにくいと考えられた。また、実際に今回の調査対象である診療科医師の 81% が、スイッチングを行った経験がない、と回答していることから、医療連携における紹介行動は、スイッチングが起きにくい取引上の性質があると言える。

このことから、第一採択の結果評価の段階では、たとえその結果に大きな満足を得られない「非満足」の状態でも、

よほど大きな「不満・不都合」が生じない限りは、スイッチングするには至らない。したがって、第一採択を継続する要素については、消極的なものになりやすく、紹介先病院として、必要最低限の条件を満たす要素が考えられる。

これに比較して、第二採択では、より積極的な要素が考えられる。何らかの大きな「不満・不都合」が生じ、候補病院リストから一部を除外している状況で、第一採択時よりも、よりよい結果や経験を得ることに積極的になっていることが考えられる。

ここで選ばれるのが、取次窓口の対応や、熱心な営業、優遇制度など、医療の本質的サービス以外の、付帯的サービスが優れている病院であった。

紹介の本質的な目的は「診断・検査」であるにも関わらず、第二採択という、より積極的志向による選択の段階で重視され、選ばれるのは、その目的を遂行するための準備部分もしくはアフターサービスに優れている病院であることが明らかになった。

急性期病院の医師と診療所の医師の間において、たとえ同じ専門職であっても、それぞれの病院の中で行われる診療行為については一過性、生産と消費の同時性といった特徴から、可視化されず、医療サービスの本質的な部分を評価することは困難である。したがって、急性期病院は、最初から本質的な医療サービスは充分にあるものとして認識され、ここでの差別化は困難となる。それと同時に、付帯的サービスによって差別化可能となるのである。

このことから、急性期病院は、診療の目的を遂行するた

表 23 紹介先病院の再採択に考慮される要素

		第一採択を継続する要素	第二採択で重視する要素
A	診療実績・医師の技術が高い	25.0%	6.4%
B	診療設備が整っている	20.0%	—
C	フィードバックへの満足度	41.0%	19.1%
D	病院の良いイメージ	3.0%	4.3%
E	患者の利便性	11.0%	—
F	取次窓口が迅速、丁寧	—	31.9%
G	仕組みに慣れている	—	8.5%
H	熱心な営業	—	14.9%
I	表彰や優遇制度がある	—	14.9%

めの準備部分もしくはアフターサービスにおいて充実した体制を作ることで、診療所の紹介先候補病院リスト内の比重を高めてもらうことができ、紹介件数を増加させていくことにつながる。

## VI. 急性期病院の医療連携施策への示唆

調査により明らかになったことは、急性期病院の医療連携施策にとって二つの示唆がある。

一つは、急性期病院が紹介先候補病院リストに新たにエントリーする可能性があるのは、開業5年以内の診療所である、ということである。開業から5年以内の診療所に対して、積極的な営業活動を行うことにより、診療所の候補病院リストにエントリーできる可能性が高まると言える。

また、6年目以降になると紹介先候補病院リストはある程度作成されてしまっているので、既にリストにエントリーしている診療所の中で、いかに選択される比重を拡大できるか、つまりスイッチングを起こさせるかが課題となってくる。

もう一つの示唆は、スイッチング行動についてである。紹介先候補病院リストが一度作成されるとスイッチングは起きにくい、大きな不満・不都合が生じた場合に、既存の候補病院リストの中で比重を変化させるという形でスイッチングが起きる。その際、診療所医師は、医療の付帯的サービスが優れている病院の比重を重点的に高めることが判明した。

このことから、急性期病院がとるべき施策としては、診療所に対して、診療の目的を遂行するための準備部分もしくはアフターサービスについて、充実した体制を作ることが有効であると考えられる。

## VII. おわりに

### 1. 本研究の課題

まず課題の第一として、調査対象サンプルの少なさが挙げられる。本研究は、多様な紹介パターンが存在する東京

都23区の診療所にフォーカスして実施したが、9730施設ある中で、有効回答数は215と、限られた一部の議論となっている。より厳密に検証を行うためには、さらなる大規模調査が必須である。

第二の課題として、地域特性に触れていない点である。本研究では、日本の医療制度下における医療連携が実際にはどのように行われているかを明らかにする目的で、東京都23区という多様な紹介パターンが存在する地域における診療所医師の行動・意思決定を検証した。しかしながら、多様さの一方で、地域による特性も存在する。東京23区内のように、急性期病院が数多くあり、また、交通網の発達による地域間移動が容易に行われている地域では、急性期病院間の競争環境が存在するが、急性期病院が半径数十キロ内に1件しかないような地域では、診療所に対するマーケティング活動はほぼ行われておらず、フィードバック内容や診療手続きの優先対応など、今回の調査で挙げた変数は、当てはまらない地域がある可能性が高い。調査対象を日本全国に拡大し、急性期病院の密度や人口動態など、変数を増やして分析を行えば、より全体をカバーした調査結果が得られたのではないかと考えられる。

第三の課題として、検証の手法についてである。本論文では診療所が急性期病院を選ぶプロセス、つまり、消費者行動論的アプローチを行っている。このアプローチに加えて、急性期病院側がもつ被紹介実績を参照し、診療所医師からの回答との整合性をとり、比較考察することにより、より多くの示唆と、より精緻な仮説が構築できたと考える。これを実現するためには、急性期病院側の内部データを用いる必要があるが、現状では医療連携に関するデータはほぼ全ての病院が非公表であり、また紹介した診療所側の許可を得る必要もあり、実現は難しい。例えば、医師会等の協力を得るなどにより、特定の地域全体での調査が実施できれば、急性期病院、診療所双方にとって、より有益な結論が期待できる。

### 2. これからの急性期病院の医療連携施策の展望

本研究では、急性期病院と診療所との医療連携について

て、B to B to C モデルを当てはめることにより、急性期病院がとるべき戦略が導き出された。

新規顧客開拓のためには、開業から5年以内の診療所に対する営業活動を行うことが有効であり、また、スイッチングは様々な理由により発生するが、他病院からのスイッチを誘導するためには、診療自体ではなくその前後の受付のスムーズさやアフターサービスが重要であることがわかった。

本研究ではここまでの戦略を提起するに留まったが、今後さらに違った視点でこの医療連携というテーマを深度化することにより、より実践的な戦略策定への一助となる結果がもたらされることを期待したい。

#### 参考文献

- P・コラー, G・アームストロング (2003) 『マーケティング原理第9版』ダイヤモンド社
- 余田拓郎 (2011) 『B to B マーケティング』東洋経済新報社
- 余田拓郎・首藤明敏 (2013) 『実践B to B マーケティング』東洋経済新報社
- 横田浩一・石井淳蔵 (2014) 『愛される会社のつくり方』碩学舎・中央経済社
- 青木幸弘他 (2012) 「消費者行動論-マーケティングとブランド構築への応用」有斐閣アルマ
- 近藤隆雄 (2012) 『サービス・イノベーションの理論と方法』
- 崔容重 (2009) 『マーケティング・チャネルにおける機会主義の発生メカニズム』同志社商学第60巻第5・6号
- 酒井麻衣子 (2010) 『顧客維持戦略におけるスイッチング・バリアの役割』マーケティングジャーナル Vol.30 No.1
- 川上智子 (2013) 『医療のマーケティング序論～7Pと患者志向の再考～』マーケティングジャーナル Vol.32 No.3
- 井部俊子 (2007) 『遅れてやってきた「サービスとしての医療」』KEIO SFC Journal Vol.6 No.1
- Fornell, Claes (1992), "A National Customer Satisfaction Barometer: The Swedish Experience," *Journal of Marketing*, 56(January)