

地域包括ケアシステム時代の リレーションシップ・マーケティング



経営コンサルアライアンス SOAR 代表

折笠 勉

折笠勉氏 プロフィール

中小企業診断士。専門 マーケティング、M & A、経営戦略・経営計画策定支援、医療介護分野など。横浜国立大学大学院修了 (MBA)、ISO9001 審査員補、認定登録医業経営コンサルタント、経営革新等認定支援機関。著書「そうだったんだ！中小企業経営—社長の経営戦略がまるごとわかる本」(共著、三恵社)、第14回日本医業経営コンサルタント学会最優秀賞受賞「中小病院における外来癌化学療法の経営」、第17回同学会優秀賞受賞「医療介護複合体における関係性マーケティング戦略」。
mail: orikasa@consol-soar.com

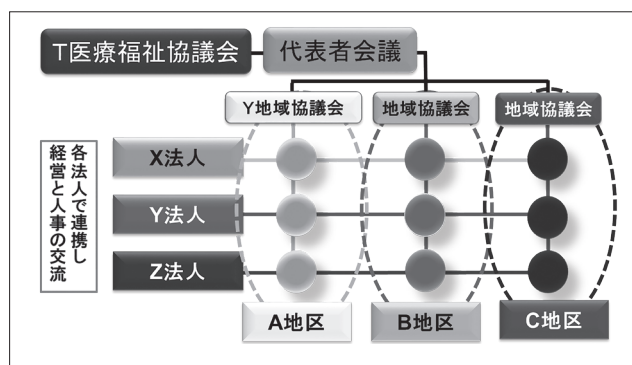
はじめに…研究の背景・目的

65歳以上の人口が3,000万人を超えて2042年にピークを迎え、75歳以上の人口割合は増加し続けることが予想されている。このため、国は2025年を目途に、高齢者が住み慣れた地域で自分らしく生活し、人生の最期まで続けることができるよう、医療、介護の垣根を取り払った地域の包括的な支援・サービス提供体制(地域包括ケアシステム)の構築をすすめている¹。

地域包括システムの取り組みでは、サービス提供に関わる各事業者が上手く連携できている地域の事例が様々な場面で紹介されているが、法人の異なる各事業所間の連携のため、実際には多くの地域で、ともすれば利用者(患者)中心ではなく、各事業所の都合が優先され統一性のないサービスが提供される場合が少なく、利用者(患者)の立場に立った一体的なサービスの提供が求められている²。地域包括ケアシステムの推進にあたっては、利用者(患者)を中心に各事業所の連携、住民との信頼関係構築が課題になっている。

東京の城東地域と埼玉県で医療・介護事業を展開する医療介護複合体「T医療福祉協議会」は、医療、介護などを営む複数の法人によって構成された協同組合を母体とし、この協同組合を運営する各法人の代表が強い結束力を持って立ち上げたものである。この「T医療福祉協議会」は、参加する法人の各業務を外部環境の変化に対応できるよう調整する機能をもっている。つまりこの「T医療福祉協議会」を軸にした、法人を超えた医療・介護分野の連携体となっている(図表1)。この連携体の関係法人及び事業所の緻密な連

図表1 T医療福祉協議会組織



(注) T医療福祉協議会は、地域の医療、介護、福祉の課題解決のため、20法人が連携する法人組織を横断した連携組織です。

各法人代表による代表者会議：TOP参加、週1回開催。

(出所) 図表：筆者作成

携により、地域住民に対し地域包括ケアシステムと同様の医療・介護サービスを、患者の立場に立って一体的に提供している。この取り組みにより「T医療福祉協議会」は、患者との信頼関係の構築による長期的持続的な関係を築き、連携体として長期に利益を生み出すという関係性マーケティング³の手法により患者・利用者の個別ニーズを捉えたサービスを提供しており、LTV(顧客生涯価値：Life Time Value)を高めている。

本研究は、この「T医療福祉協議会」の下にある、いくつかの地域協議会の一つ、東京都A地区のY地域協議会(図表1、参照、以下「協議会」という)の研究により、「T医療福祉協議会」の戦略を明らかにするとともに、地域包括ケア時代における医療、介護に携わるサービス事業者のサービス提供のあり方、連携

1 厚生労働省ホームページより。http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/

2 三菱UFJリサーチ&コンサルティング『地域包括ケアシステム構築に向けた制度及びサービスのあり方に関する研究事業報告書』2016年3月,p.6。

3 朴善美「90年代における関係性マーケティングの意義」『明治大学経営学研究論集』第011号1999年,pp.313-341。

についても考察するものである。

なお、本研究は筆者を含む共同研究「医療介護複合体における関係性マーケティング戦略」⁴で述べた論点をに基づき、新たな論点として一人ひとりの利用者（患者）に焦点をあてた医療・介護の一体的なサービスの提供の具体的な内容、即ち医療・介護の現場でのサービスの一体的提供とはどのようなものか、実際にはどのように行われているか、についての研究を進めたものである。

（1）市場が成熟期に重要となるリレーション（関係性）マーケティング

先行研究によれば、市場が成熟するとマス・マーケティングから顧客との関係性を重視した関係性マーケティングが重要になり、製品・サービスの価値観から、顧客価値を高め創造することが企業の目指すべき姿になるため、LTV創造への期待が増大しているとされる（佐藤幸夫、真野俊樹2011⁵、金泳、申東憲2011⁶）。

（2）医療・介護サービスは信頼品質

製品・サービスの質には、①消費者が購入前に評価できる探索品質、②購入後に経験する経験品質、③購入後一定時間経過しないと評価できない信頼品質がある。医療・介護サービスは信頼品質であり、この評価には経験者情報、即ち口コミが重視され、提供過程も評価される（近藤隆雄2007⁷）。

（3）医療経営におけるHCRMの視点

医療では、医療経営にあたっては、HCRM（ヘルスケア・リレーションシップ（関係性）・マーケティング、以下「HCRM」という）の視点が重要とされている。HCRMとは「医療機関の経営活動の一環として患者側から見た医療機関との関係を把握し、患者創造に繋がるサービスに転換するための諸活動」と定義づけられ「大切なことは①長期的関係であること、②相互依存の関係であること、③共に病と闘う目標があること、を理解したうえで、協調し相互の利益を創造することで互いに満足し信頼しあえるような関係づくりを行うこと」⁸とされる。

（4）医療・介護サービスでは関係性強化が重要

厚生労働省の受療行動調査⁹によると、小病院、療養病床のある病院を選んだ理由（複数回答）について、病院が提供する価値の中では、「医師や看護師が親切」という項目が小病院37.2%、療養病床病院40.8%と人間同士の関係性を重視する割合が高い、また、病院の価値を知る情報媒体としては「家族・友人・知人からのすすめ」という当事者にとって信頼度の高いソースが29.2%、24.0%と重視している。このことから医療、介護サービスでは関係性強化が重要であることを示唆している（図表2）。

図表2 厚生労働省の受療行動調査

平成23年受療行動調査(厚生労働省)	小病院	療養病床のある病院
小病院、療養病床病院を選んだ理由(複数回答)		
自宅や職場・学校に近い	41.30%	45.70%
以前にきたことがある	36.60%	41.00%
医師や看護師が親切	37.20%	40.80%
家族・友人・知人からのすすめ	29.20%	24.00%
医療機関に対する不満感、不満を感じたときの行動(複数回答)		
不満の相談相手は家族・友人・知人	49%	

(注) 信頼材である医療、介護は、顧客との関係性強化が重要

(出所) 図表：厚生労働省受療行動調査に基づき筆者作成

方法…実務・研究に関する手法

協議会の経営戦略、協議会内の事業所間連携の具体的な内容を明らかにするため、協議会の病院、診療所、老健（介護老人保健施設）の事務長、看護師、SW（ソーシャルワーカー）のヒアリング、退院調整会議への出席、中心となる病院（85床、年間入院1,850件、以下「病院」）の2012年11月の退院患者164名に関する経路調査を行った。さらに、2か所の在宅支援診療所に2013年8月現在登録されている患者147名の約10年間の診療情報から、生涯医療費、LTV等を推計した。なお、本研究では介護関連の定量データが得られなかったため、LTVの算出に当たっては協議会の医療費のみで算出した。

また、分析や推計には協議会からの様々な資料の外、当該特別区の「住民基本台帳による世帯と人口」調査、政府統計「医療施設調査」、東京都福祉保健局「介護保険事業実施状況報告」等を使用した(図表6)。

4 折笠勉、白木秀典、松岡浩正「医療介護複合体における関係性マーケティング戦略」第17回日本医療経営コンサルタント学会（2013年10月）公益社団法人日本医療経営コンサルタント協会（JAHMC）。

5 佐藤幸夫、真野俊樹「医療機関におけるCRM導入意義と今後の展望についての考察」『日本医療経営学会誌』5（1）2011年、pp.23-30。

6 金泳、申東憲「病院CRMの成功要因に関する研究」『川崎医療福祉学会誌』Vol.20, No.2, pp.319-329。

7 近藤隆雄『サービスマネジメント入門 ものづくりから価値づくりの視点へ』生産性出版2007年、第2章2, pp.68-79。

8 鈴木直人『医療への「患者参加」を促進するリレーション・マーケティング』（ヘルスケアリレーションズ）2008年6月、p.8。

9 厚生労働省『平成23年受療行動調査（確定数）の概況』より。http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jyuryo/11/index.html

結果

1. 患者 S の事例

協議会ではどのように事業所が連携し、一人ひとりの患者・利用者に関わっているのかについて、協議会の各事業所に10年前から患者・利用者として関わっている S の事例で明らかにする。

(1) 協議会内の連携のしくみ

患者・利用者の情報共有や事業所内の有効活用の検討のため施設利用調整会議を週 1 回開催している。病院では退院調整会議が行われ、病院医師、病棟看護師、退院調整看護師、MSW（メディカルソーシャルワーカー）、リハ病院、老健、往診専門診療所、訪問看護ステーション、居宅支援事業所等、他施設も参加し、病状、退院後の家庭の介護力等、今後の対応方針立案のため情報を共有する。その他、地域連携室・相談室meeting、Nurse・conference、病棟conference、退院前合同conferenceなどが行われている（図表 3）。

図表 3 事業所内、事業所間の情報共有のしくみ

名称	開催	参加者	内容
地域連携室・相談室 meeting	毎日 土日祝除	地域連携室NS 相談室MSW	情報共有、 支援の進捗確認
Nurse・conference	随時	病棟NS 地域連携室NS	看護、家族指導、 ケア内容
病棟 conference	毎週 水曜	医師、病棟NS、薬剤師、 セラピスト、管理栄養士、 MSW、診療情報管理士	治療方針・段階、 課題確認
退院調整会議	毎週 月曜	医師、病棟・入院NS長、 MSW、診療情報管理士、 他関連施設NS、MSW	全患者病状共有、課題・ 方向性確認、退院時期、 空床確認
退院前合同 conference	随時	本人・家族、医師、 病棟NS、地域連携室NS、 MSW、セラピスト、 関係機関	治療経過、病状確認、 患者・家族の思い共有、 退院後のケア方法決定

(出所) 図表：協議会資料に基づき筆者作成

(2) 事業所間連携の実際

S は約10年前、協議会の Y 病院に入院し、子宮癌の手術を受け、その後遺症により人口肛門造設手術を受けた。退院後、約 1 年前まで在宅（自宅）にて訪問看護事業所の往診、難聴もあるため Y 病院の医師と共に聴覚療法士の指導も受けていた。同時に、要介護 3 で自立生活ができないため、介護保険上の

図表 4 患者 S の事例

	10年前	1年前	入院 1カ月前	入院直前	入院当初	治療開始
医療・介護	子宮癌手術 放射線治療 人口肛門増設	往診 訪問看護、 聴覚療法 士訪問 要介護Ⅲ 認定、ヘル パー生活 援助	抗生剤内服 日常生活動作低下 ベッド上の寝たきり			皮膚・排泄ケア 褥瘡ケア 失禁ケア ポジショニング見 直・調整 栄養サポート
病気の状況	後遺症で直腸穿孔、人口肛門	直腸膀胱瘻	炎症所見、薬効果なし	仙骨部褥瘡強い疼痛	尿路感染症 脱水で腎不全 失禁・陰部びらん 褥瘡形成Ⅳ、疼痛	病状安定 つた歩きに戻ること は難しい（主治 医意見）
生活・介護の状況	入院	在宅	在宅 つたい歩き 自動体位変換 エアマット	在宅 痛みのため食欲 低下	入院 入眠剤効かず 食事取れない	入院 自宅に帰りたい
協議会の機能					病棟カンファ 皮膚・排泄ケア認定 看護師、理学療法士、 医師、看護師 栄養サポートチーム	

	在宅の検討	退院前合同カンファ	退院後
医療・介護	入院中に在宅の可否評価 介護区分の変更申請（ケア マネージャ）	日常生活動作拡大は困難	訪問看護、昼褥瘡ケア、昼 食と保清の援助、疼痛治療、 ヘルパー朝夕 90分、 夜間2〜3時体位、おむつ、 ポジショニング調整
病気の状況	病状確認（在宅診療所） 在宅可能（疼痛コントロール） スキンケア製品の選定 マットレス検討、食事摂取 の方法検討、経費面検討	病状は末期ではない 尿路感染・腎機能は回復 褥瘡はまだ時間がかかる 栄養状態も改善といえず	在宅 ベッド上の寝たきり
生活・介護の状況		妹夫婦は持病で身体介護 はできないが訪問可能、 ケアプラン（ケアマネージャ）	
協議会の機能	病状評価） 在宅サービス関係者と連携 （入院中から在宅可否評価 サービス内容検討）	退院前合同カンファレンス 退院前日ケア方法共有化 （理学療法士、病棟看護師、 訪問看護師、ヘルパー、 ケアマネージャ）	訪問看護 訪問診療医 訪問介護

(出所) 図表：病院提供資料に基づき筆者作成

生活援助を受けていた。

入院1か月前、つたい歩きはできたが、寝たきりの状態であった。その後、仙骨部の強い痛みのため、Y病院に緊急入院、その際は食事でもできず、尿路感染、腎不全なども併発していた。Y病院内では医師、看護師、皮膚・排泄ケア認定看護師、理学療法士、栄養サポートチームなどによる病棟カンファレンス（図表3：病棟conference）が行われ、必要な処置が検討された。様々な処置の甲斐があり、病状は安定した。

本人は自宅に帰りたいとの強い希望を示したが、つたい歩きも難しく、一人暮らしでの退院は困難と判断された。入院中に退院調整会議が行われ、在宅の可否評価と介護区分をより重い区分への変更申請をケアマネージャ（介護支援専門員）が行った。在宅診療所の医師が病状を確認し、疼痛コントロールが可能なら在宅可能と判断し在宅介護サービス事業所と連携し必要なサービスの検討も行われた。Sの妹夫婦は持病で身体介護はできないが、Sへの訪問は可能であることを確認し、退院前合同カンファレンスで本人の要望を実現するべく退院となった（図表4）。

（3）多くの地域では患者を中心とした統一性のあるサービス提供は今後の課題

協議会では、Sの事例のように、協議会内の各事業所の医療、看護、介護、リハビリ、栄養などの各分野の専門家が連携して、患者が望む生活ができるよう支援をしている。本研究に当たって退院調整会議（図表3）に参加したが、法人の異なる病院の病棟看護師、病院の地域連携室看護師、在宅支援診療所看護師、老人保健施設のソーシャルワーカー、介護福祉士、居宅支援事業所のケアマネージャなど20数名が参加した退院調整会議は、患者リストに基づき、患者情報を共有し、個々の患者の課題を明らかにし、その上で、どの事業所と事業所が担当し、連携はどのようにするかなどを効率良く協議する場となっている。

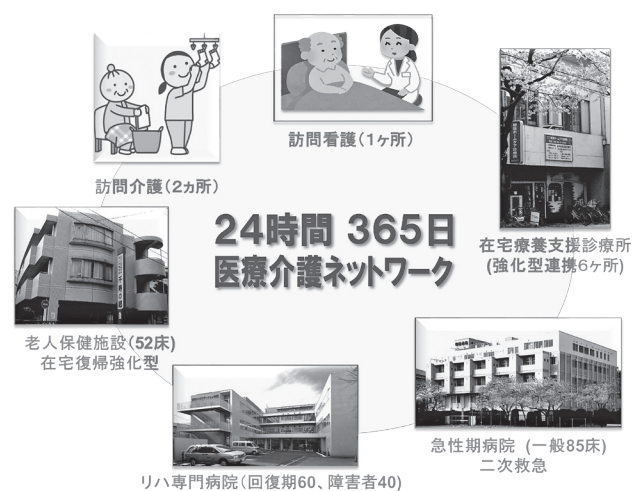
2. 関係性マーケティングを支えるマネジメントシステム

（1）24時間365日の医療・介護ネットワーク

協議会には、医療・介護関連の30事業所があり、

24時間365日の医療介護のネットワークを形成（図表5）している。協議会の運営は、各事業所の取り組むべき課題の実施判断ができ事業所内で必要な指示ができるメンバーで構成された運営委員会が担い、事業方針の合意形成、共通課題の検討、活動交流等が行われている。

図表5 24時間365日の医療・介護ネットワーク

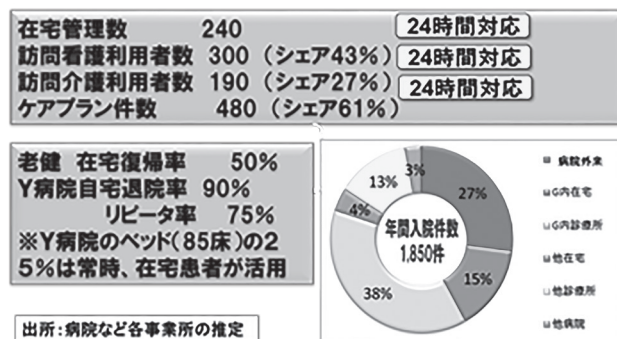


（出所）図表：病院提供資料に基づき筆者作成

（2）医療・介護分野での高い地域シェア

介護事業所の利用者割合は、当該地域の総人口、在宅療養患者数などからの協議会の推計によると、訪問看護が約4割、訪問介護が約3割の高いシェアを獲得している（図表6）。長年の取組みによる地域の信頼は高く、協議会の患者組織（友の会）¹⁰は病院周辺では人口比10%超の高い加入率である。

図表6 医療・介護における高い地域シェア



（出所）図表：病院提供資料に基づき筆者作成

10 協議会の患者組織（友の会）は1967年に病院立ち上げの資金を募ることを目的に立ちあがった（『地域医療・福祉の50年』ドメス出版2001年）。患者組織の方々の中には「困った時に頼れる病院」「私たちの病院」という意識も強く、現在では協議会の丁目別の加入率では人口比（世帯比ではない）で12%以上の高い加入率の丁目も存在する。

(3) 協議会の病院への入院、退院先の経路調査結果

2012年11月一カ月の協議会内Y病院の入院・退院患者164名の経路調査を行った。その結果、グループ内（T医療福祉協議会）からの入院は129名であり、その内退院後もグループ内の医療・介護施設に留まったのは111名で、死亡（8名）、重症化による大病院などへの転院等（7名）を除くと、98%の患者・利用者が協議会内の施設にとどまり、協議会内の利用率、リピート率は高いことが推察される（図表7）。

図表7 協議会の病院への入院、退院先の経路調査結果

退院先 入院前		Y 病院 (入院)	死 亡	グループ内					グループ内 計	グループ外				グループ外 計	合 計
				Y 病院 (外来)	リ ハ ビ リ 病 院	訪 問 診 療 所	診 療 所	老 健		民間 診療 所・ 医院	民間 病院	公 立・ 大学 病院	他 老 健		
グループ 内	Y病院(外来)	23	1	18	2				20				2	2	23
	リハビリ病院	4			4				4					0	4
	訪問診療所	21	3			15		1	16			2		2	21
	診療所	76	4		4		62		66		2	3	1	6	76
	老健	5						5	5					0	5
グループ内計		129	8	18	10	15	62	6	111	0	2	5	3	10	129
グループ 外	民間診療所・医院	28			3				3	23		1	1	25	28
	民間病院	6							0		5	1		6	6
	公立・大学病院	1	1						0					0	1
	グループ外計	35	1	0	3	0	0	0	3	23	5	1	2	31	35
合計		164	9	18	13	15	62	6	114	23	7	6	5	41	164

（出所）図表：病院提供資料に基づき筆者作成

3. 高いLTV（顧客生涯価値）

信頼品質である医療、介護事業では顧客との関係性

強化が重要であるが、協議会は利用者の視点で、ワンストップで利用できる24時間365日の医療介護ネットワークを形成し、退院調整会議に象徴される患者サービスを提供しており、この点こそが協議会が関係性マーケティングの手法を展開したものである。そこで、協議会の患者の顧客生涯価値(LTV)を試算した。

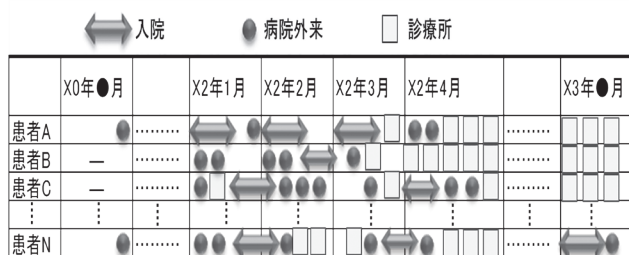
(1) T協議会と日本全体（厚労省データ）の顧客生涯価値（LTV）の比較

協議会内の2か所の在宅支援診療所に2013年8月現在登録されている147名の約10年間の患者情報、診療情報を調査（図表8）し、調査結果と協議会の過去の医療、介護の日当円（図表9）から協議会の生涯医療費を推計（図表10）した。推計式は次頁の通り。

$$LTM C_x = DFE \cdot INT + DCH \cdot mNT + DVMT \cdot nNT \dots (1) \text{ 式}$$

但し、LTM C：Life Time Medical Costs（生涯医療費）、DFE：For a day of the foreign expense（病院外来日当円=10,720円）、DCH：For a day of the cost of hospitalization（病院入院日当円=35,910円）、DVMT：For a day of the visit medical treatment（在宅訪問診療日当円=33,410円）、NT：Number of times（回数）。

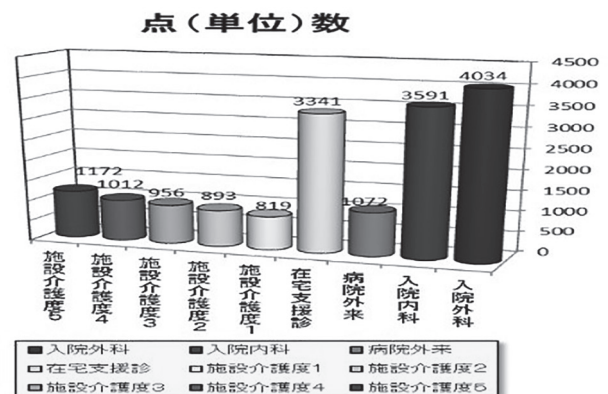
図表8 在宅支援診療所の患者147名の調査



（注）病院、外来、診療所、介護関係事業所など、一貫してグループ内利用率が高い。（2003年1月～2013年8月の間において、2013年8月時点で在宅支援診療所に登録している患者147名を追跡調査）

（出所）図表：協議会提供資料に基づき筆者作成

図表9 協議会の平均日当円



（出所）図表：協議会提供資料に基づき筆者作成

1993年1月から2013年8月現在迄、21年間、協議会を利用した患者M（当時56歳、2013年8月現在76歳）の場合、前述（1）式を用いると生涯医療費は9,294,640円となる（図表10）。

図表 10 協議会の患者 M の生涯医療費

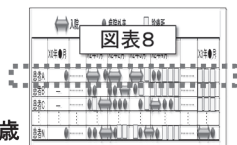
【 生涯医療費の比較計算式 】

(1) M の事例 (147 名の一人)

初回受診 1993年1月

2013年8月現在迄 21年間

当時56歳、2013年8月現在 76歳



1993年1月～2013年8月約21年間の主な受診

病院外来日当円10,720円×8回＝ 85,760円①

病院入院日当円35,910円×102日間＝3,662,820円②

在宅訪問診療

日当円33,410円×1166回＝ 5,546,060円③

協議会の生涯医療費 ①+②+③＝9,294,640円(a)

(出所) 図表：協議会提供資料に基づき筆者作成

(2) 厚労省医療保険に関する基礎資料にもとづく生涯医療費推計値

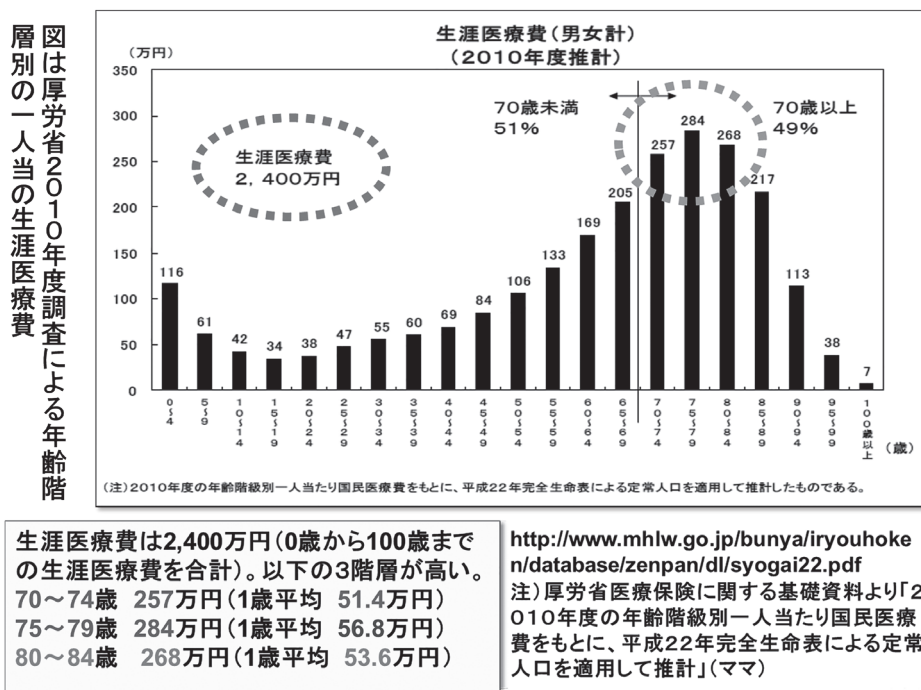
厚労省2010年度調査による年齢階層別の一人当の

生涯医療費厚労省の一人当の生涯医療費は、年齢階級別1人当たり国民医療費及び年齢階級別死亡率が当該年度から変化しないとした場合に、1人の人が生涯で必要となる平均医療費がどの程度かを推計したものである。つまり、0歳から100歳以上までを5歳ごとに21分位に分け、それぞれの分位の生涯医療費、0～4歳116万円、5～9歳61万円…95～99歳38万円、100歳以上7万円を算出している。これを合計すると生涯医療費は約2,400万円である（図表11）。

(3) 患者Mについての厚労省の生涯医療費とY協議会の医療費の比較

厚労省の生涯医療費と協議会の医療費を比較するために、協議会の患者について（1）式により算出し、同患者を同期間、「厚労省調査の生涯医療費推計値」¹¹（図表11）の21分位生涯医療費で算出した。なお、21分位に当てはまらない期間の場合、該当する分位を5年間で除し、該当する年数を乗じて算出している。この計算により、厚労省21分位生涯医療費は8,510,000円となる。患者Mの事例では1993年1月から2013年8月迄の受診期間を厚労省の21分位生涯

図表 11 厚労省調査の生涯医療費推計値（2010年度）



(出所) 図表：生涯医療費推計値（厚労省、2010年度）

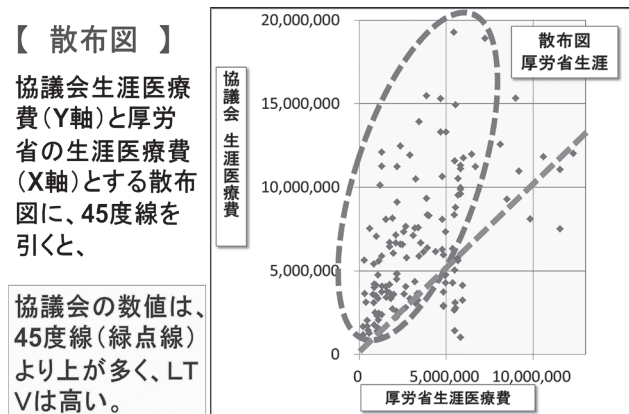
11 厚労省 生涯医療費推計値（厚労省、2010年度）より <http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryouhoken/database/zenpan/syogai.html>

医療費に当てはめ、その期間の生涯医療費を推計すると、患者M（協議会所属）の生涯医療費は9,294,640円であり、厚労省21分位生涯医療費8,510,000円より大きい。

（4） 147名のLTVを散布図で比較しても協議会の方が大きい

同様に147名全員の受診期間をあてはめてLTVを推計し、協議会の生涯医療費をY軸、厚労省生涯医療費をX軸とする散布図を作成した。そこに協議会生涯医療費と21分位生涯医療費が同じ額となる線＝45度線を引くと、協議会の分布の多くは、45度線より上に位置し、LTVは全国平均より高いと考えられる（図表12）。

図表 12 厚労省の生涯医療費と協議会の医療費の散布図による LTV 比較（147 名全体）



LTV(顧客生涯価値)は高くなっている

（出所）図表：病院提供資料に基づき筆者作成

4. 協議会の特徴

（1） 地域包括ケアシステムの一つの方向性

協議会は地域包括ケアシステムの必要性が強調される以前から、患者に焦点を当てた事業所間の連携を行ってきた。今回の研究は医療のみの検証にとどまったが、今回の研究、協議会運営メンバー、病院・診療所関係者、介護事業所などからのヒヤリングの内容を併せて考察すると、患者は入院、在宅、施設利用について切れ目のないサービスを受けることができ、満足度向上につながっている。患者・利用者から見れば、施設（医療や介護）から在宅まで親身に相談にのってくれる信頼と安心のシステムである。生涯にわたりお世話になりたいという好感と親近感が形成され、地域の他の医療機関、福祉介護施設にとっても安心して連携できる存在となっている。協議会は利用者の視点

で、ワンストップで利用できる24時間365日の医療介護ネットワークを形成し、退院調整会議に象徴される患者サービスを提供しており、この協議会の連携のしくみやサービス提供の内容は、地域包括ケアシステムのあるべき一つの方向性を示している。

（2） 医療から介護までのワンストップサービス提供による長期的関係性の構築

地域協議会は、高齢者も安心して住み続けられる町づくりの視点で患者の立場を護り自立の道筋をつける、という理念を基にしており、以下の特徴がある。

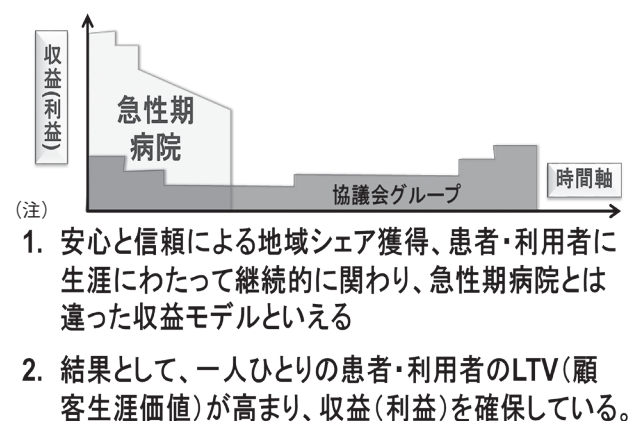
①医療から介護、施設から在宅までの安心と信頼のシステム、②関係性マーケティングを支えるマネジメントシステム、患者組織（友の会）などの仕組み、③介護度の重い患者・利用者も受入れるなど、協議会内・外の医療機関、介護事業所との信頼関係と連携、などである。これらを通じた個別患者ごとのLTVは高く、地域に根ざした中小病院の方向性を示している。

（3） 協議会の戦略

協議会の戦略は、患者・利用者との関係性マーケティング戦略であり、これによつてのLTVを高めてきた。

急性期病院は、短期間に高い診療報酬により高い収益を得る経営モデルと考えられるが、協議会の取組みは、収益は高くはないが、安心と信頼による地域シェアの獲得、患者・利用者に長期（生涯にわたり）・継続的に関わる、医療・介護の収益モデルといえる。結果として、一人ひとりの患者・利用者のLTV（顧客生涯価値）は高まり、収益（利益）を確保している（図表13）。

図表 13 患者との継続的な関わりによる収益モデル



（出所）図表：筆者作成

結論

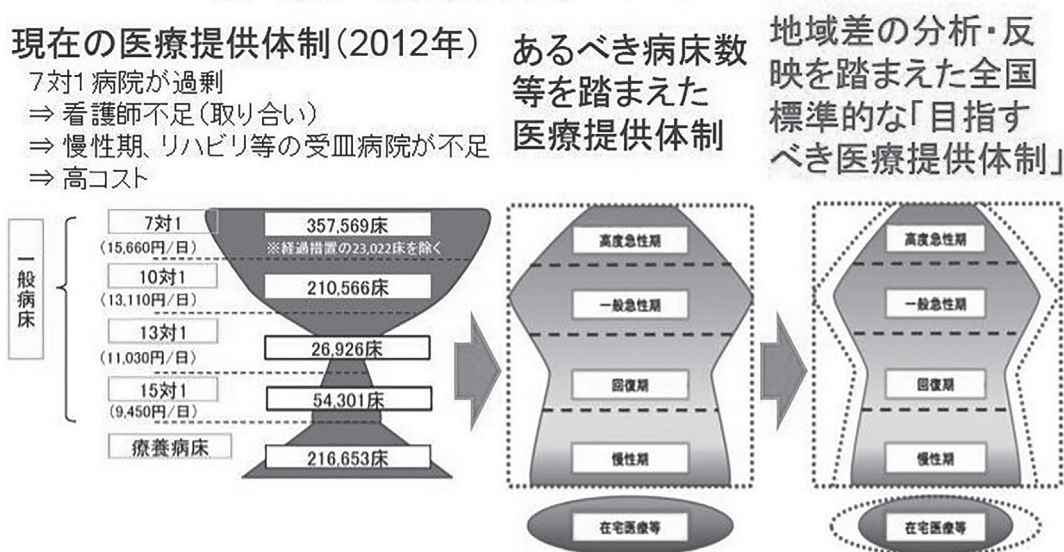
高齢化社会の進展の下、2014年介護保険法の改定、2015年介護報酬改定、2016年診療報酬の改定が行われた、地域包括ケアシステムの構築に向け、在宅重点へと大きく舵が切られた。地域包括ケアシステムの運用に当たっては、一人ひとりの利用者（患者）に焦点をあてた医療・介護の一体的な提供が求められている。医療・介護の機能分化が進んだ今日、単独事業所の機能には限界があり、各事業所それぞれが経営合理性を追求したのでは、利用者本位のシステムは機能できない。しかし、実際には多くの地域で、各事業所の都合が優先され統一性のないサービスが提供されており、利用者（患者）の立場に立った一体的なサービスの提供が社会的にも求められている。施設ごと、制度

ごとの視点からではなく、事例のように、地域で暮らす住民の視点に立ち、各事業所間の有機的な連携により、利用者（患者）の希望に沿い、利用者がワンストップでサービスを楽しむことができる、事業所間の総合的な管理運営が求められる。

この視点で見ると、協議会の取り組みは、厚労省の2025年に向けた地域医療構想¹²（図表14）や地域包括ケアシステムの構想とも合致するものである。また関係性マーケティングによる患者・利用者との結びつきは、地域包括ケアシステムを担う事業所の経営の視点で見ても、長期的に利用者（患者）と関わることで利益を確保できるしくみといえる。

地域の医療介護のネットワーク化による地域に根を張った取り組みにこそ地域医療・介護を担う医療・介護経営の方向性がある。

図表 14 2025 年に向けた地域医療構想



（出所）図表：財政制度等審議会財政制度分科会資料より

12 財務省 財政制度分科会（平成 26 年 10 月 8 日開催）資料より http://www.mof.go.jp/about_mof/councils/fiscal_system_council/sub-of_fiscal_system/proceedings/material/zaiseia261008.html