

医療サービスにおける価値共創プロセスの設計に関する研究

京都産業大学経営学部 助教
森村 文一

このような貴重な機会をいただきまして、有り難うございます。

私は、サービスマーケティング、消費者行動論、認知心理学等を専門に研究をしていますので、少し毛色が違うのかなという感じがしておりますが、どうぞよろしくお願ひいたします。

【スライド-1, 2, 3】

始めに、本研究の焦点は価値共創というワードです。本研究の対象はサービスの設計というところですが、そもそも医療サービスを含むサービスは顧客もしくは患者によってのみ評価されるという特性があります。

特に医療サービスについては、患者側からすると評価に必要になる知識とか技術的な側面はすごく専門性が高いという特徴があって、患者自身が評価が出来ないという特徴があります。

さらに、普通の商品を買ったり、普通のヘアカットサービスを消費したりすると、明確に満足したり、「こういう機能が良かった」という品質の評価ができるのですけれども、医療サービスに関しては、評価に必要な知識や技術的な側面の専門性が高すぎて、どのぐらい健康になったのか、もしくは受けた医療サービスがどれぐらい品質がよかったのかなどが、どうも評価しにくい。そうすると、医療サービスをずっと受けても、だんだん「私は本当に治るのだろうか」もしくは「この病院に居続けていいんだろうか」というように、動機付けが遙減していくという特徴があります。

そういう患者を放置しておくの

スライド-1

第20回 ファイザーヘルスリサーチフォーラム

医療サービスにおける価値共創プロセスの設計に関する研究

2013年11月30日(土) セッション5 16:30-17:50

京都産業大学 経営学部 森村文一
東京女子大学 麗澤大学 山口綾乃

1

スライド-2

報告の流れ

- イントロダクション(Introduction)
- 理論的背景(Theoretical Background)
 - 医療サービス(Health Care Service)
 - 価値共創(Value Co-Creation)
 - 患者サポートと信頼(Patient Support and Trust)
- リサーチ・クエスチョン(Research Question)
- 研究方法論(Methodology)
- 発見事項(Findings)

2

ではなく、いかに品質が高い医療を提供しているかを知らしめ、もしくは満足度を高めて、さらに治りたいといった動機付けを高めていくために患者の参加をいかに促すか。いわゆる価値の共創（共同創造）の仕組みを考えていこうというのが、この研究の焦点になっています。

【スライド-4】

本研究は助成をいただいて3つの研究をしていますが、2番、3番に関してはジャーナルの査読の関係で統計解析をやり直している最中であり、また、私はマーケティングや心理学を専門にしている関係で、今回は1番目の定性的な研究を発表させていただこうと考えています。

【スライド-5】

まず、本研究の対象の医療サービスの特徴を整理しておきたいと考えています。

最初にご紹介させていただいた通り、医療サービスは評価に必要な知識がものすごく専門的であるがために、患者自身が事前に「この病院に行けばどれくらいの医療サービスを受けられるんだ」といった事前の期待や、もしくは事後に「どのくらいの品質水準の医療サービスを受けたんだ」といった事後評価が困難という特徴があります。

さらに、スライド下部のA、B、Cの特徴もあります。

まず1つ目が、特にこれは日本においてですけれども、「お医者様」という表現があるように、患者と医者との間にパワー関係が存在するという特徴があります。

また2つ目に、「ここの病院のこの医療はすごく品質が良かった」という構成要素の一つに「信頼」という要因が入っています。

スライド-3

イントロダクション

■ 患者の知覚(Patients Perception)の重要性

- サービスの品質は顧客によって知覚され(e.g. Zeithmal, 1981), 値値は顧客によってのみ創造される(e.g. Vargo and Lusch, 2004)
- 医療サービスの品質や価値は、提供プロセスの中で、顧客と共に創られるべきである(e.g. Vargo and Lusch, 2004; Payne, Storbacka, and Fjord, 2008)

- ↓
- 医療サービスは専門性が高く、顧客自身での評価が困難であり(e.g. Zeithmal, 1981), QOLには明確な達成目標が無く、時間とともに動機付けが低減する(Toure-Tillery and Fishback, 2011)

- ↓
- どのような価値共創の仕組み・構造が必要となるのか?

3

スライド-4

本報告の研究位置づけ

医療サービスにおける価値共創プロセスの促進要因に関する探索的研究

本日の報告

① 文献調査、
定性的研究

- 1) 医療サービス
- 2) 価値共創
- 3) 異文化コミュニケーション

② 定量的研究

- 情報的・感情的サポート
患者の参加意欲
知覚品質、患者満足度

③ 定量的研究

- 情報的・感情的サポート
信頼
患者の参加意欲
知覚品質、患者満足度
QOL
口コミ行動

医療サービスにおける価値共創プロセスの促進要因:情報的・感情的サポートと患者の参加意欲、QOLに関する実証研究

4

スライド-5

医療サービスの特徴1

■ 医療サービスに対する患者の知覚

- 医療サービスを構成する知識や技術の専門性が極めて高いため、事前期待や事後評価が困難(Zeithmal, 1981; Norman, 2001)



- A) 患者と医療サービス提供者の中には、パワーの非対称性が存在する(McColl-Kenedy, Vargo, Dagger, and Sweeney, 2009)

- B) 安全・安心、信頼が品質評価の重要な要因となる(Bopp, 1990; Bowers, Swan, and Taylor, 1994)

- C) 病気の回復といったQOLに明確な達成目標が無く、時間と共に動機付けが遞減する(Toure-Tillery and Fishback, 2011)

5

3つ目が、健康は非常にエモーションに左右されることがありますので、「本当に私は治るんだろうか」といった動機付けがどんどん遞減していくという特徴もあります。

【スライド-6】

こちらは先ほどのスライドと似ていますが、医療サービスを考えるときは、(先ほどの先生のご発表にもあった通り)非常に人という部分、エモーションの部分が大事になってくるという先行研究があります。

特に、スライド下部に記載した通り、医療サービスの品質を評価するにあたっては4つの点が重要になってくる。そのうちの2つが、医師以外の医療サービス提供者への患者の知覚(consideration)と、医者から受ける患者の知覚です。この2つがかなり重要な医療サービスの品質の評価の要因になっているという特徴があります。

【スライド-7】

こういった医療サービスから得られる価値は「どれぐらいの医療サービスの品質があったんだろう」という「知覚品質」で捉えられるのですが、そもそも、患者自身が「どれぐらいの高い品質の医療を受けたんだ」といった部分は評価が困難ですので、それを「高い品質が受けられたんだ」という知覚に持つていかなければいけないので。すると、医師と医師以外の医療サービス提供者と患者が共に高い医療を作り上げていくといった「価値共創」という考え方方が非常に重要になってきます。

そこでは、医療サービスを提供する側は価値の全部を提供できるわけではなくて、価値の前提のみを提供する事が可能なのだとという考え方方が、非常に特徴的な部分になってきます。

【スライド-8】

特徴的なワードの一つである「価値共創」ですが、では、なぜそれが重要なのか。患者を医療サービスの提供プロセスに参加させるのが、なぜそんなに重要なのかといったことですが、一つは、患者が医療サービス提供者と共に価値を創り上げることで、「高い品質の

スライド-6

医療サービスの特徴2

■ 医療サービス提供者(人)の重要性

- 患者ごとに高く個別化(カスタマイズ)される(Lovelock, 1983)
- 医療提供者が患者に対して高く関与(ハイ・コンタクト, 高密度の関係)する(Lovelock and Wright, 2004)
↓
 - 医療サービス品質評価(choi, Cho, Lee, Lee, and Kim, 2004)
 - 1) 医療サービスの利便性
 - 2) (医師ではない)医療サービス提供者への知覚
 - 3) 医師への知覚
 - 4) 触知性(患者にとっていかに解り易いか)

6

スライド-7

価値共創: 医療サービスへの患者参加

■ 患者の使用価値(Value in Use)と価値共創

- 医療サービスから得られる価値は、満足度や知覚品質(e.g. Nambisan and Nambisan, 2009)や、「病気の回復」「健康的な生活」といったQOL(Yamaguchi, 2010)
↓
 - 価値は、顧客の知覚(使用・経験)によってのみ認識され創造され、企業は、価値の前提のみを提供することができる(e.g. Vargo and Lusch, 2006, 2008)
 - サービス提供プロセス全体が価値共創局面であり、相互作用によって価値が創造される(Gummesson, 1999; Gronroos, 2000)

7

医療サービスを受けたんだ」、「信頼できるんだ」といった部分が形成される。それ以外に、従業員自身の職務ストレスも軽減されるといった特徴があり、患者だけでなく医療サービス提供者にもプラスの影響があるという点が特徴的です。

とすると、患者を医療サービスの提供プロセスに参加させる仕組みや要因は何かといったところが、研究の焦点になってきます。

【スライド-9】

時間の関係でさっとご紹介させていただきます。

患者を参加させると、患者が医療サービスに参加したいなどと思う一つのキーファクターは「信頼」です。この「信頼」の形成には2つのサポートが重要になってきます。1つは情報的なサポートです。治療の内容であったり、難しい指標の説明だったり、そういう情報の提供が情報的サポートです。もう1つは感情面のサポートとして、親近感だったり、もしくは友好であったり、そういうものを伴う行動や態度等が重要になってくる。この2つに影響を受けて「信頼」が形成されるということが、既に先行研究で明らかになっています。

【スライド-10】

但し、日本の医療サービスを受ける患者には少し特徴があって、集団主義です。日本は特徴的に集団主義に分類されるのですが、集団主義の性質を持つ傾向にある患者というのは、医療サービス提供者と積極的なコミュニケーションを取らない、取ることを避けるといった性質が元々あるという定式があります。「お医者様」というワードに代表されるように、「お医者様の言うことは絶対なんだ」(最近ではそういう傾向も少なくなっているかもしれません)とか、「お医者様は難しいことを言っ

スライド-8

価値共創: 医療サービスへの患者参加

■なぜ価値共創が重要なのか?



- 顧客がサービス提供プロセスに積極的に参加することで、患者と従業員双方の価値が創造され、従業員の職務成果が向上する(Chan, Yim, and Kam, 2010)

- 患者を医療サービス提供プロセス(価値共創プロセス)に参加させるが仕組みや要因が重要となる

8

スライド-9

価値共創の促進要因: 患者サポートと信頼

■患者参加と信頼医療サービス

- 医療サービスにおける価値共創は、コミュニケーションによって促進されるが、コミュニケーションの核は信頼である(Mohseni & Lindstrom, 2007; Thiede, 2005)



- 患者の信頼形成には、医療提供者による1)情報的サポート、2)感情的サポート、が重要となる(Eriksson and Lauri, 2000; Thiede, 2005; Uchida, Kitayama, Mesquita, Reyes, and Morling, 2009; Jansen, Weert, Groot, Dulmen, Heeren, and Bensing, 2010)

- a) 情報的サポート: 治療や術後ケアに関する情報の提供
- b) 感情的サポート: 思いやり(同情)、激励、敬意といった、親近感や友好を創る行動や態度

9

スライド-10

価値共創の促進要因: 日本における患者の文化的特徴

■患者のコミュニケーションの特徴

- 集団主義(Collectivism)の性質を持つ傾向にある患者は、医療サービス提供者との積極的なコミュニケーションを避ける(Communication Apprehension)性質を持つ(Kim, Kingle, Sharkey, Park, Smith, and Cai, 2000)



- 特に日本は、「お医者様」が示すようにパワーが非対称であり、文化的に医療サービス提供者との積極的なコミュニケーションが行われにくい。

- 患者の積極的なコミュニケーションを促す(Communication Apprehensionを低める)サポートが重要となる

10

ているけど、その通り受け入れよう」といった形で、積極的なコミュニケーションが行われにくいといった特徴があります。

そこで、患者と積極的にコミュニケーションを促すような、先ほどの情報的サポートと感情的サポートのあり方が重要になってきます。

【スライド-11】

本研究は、3段階の研究の最初の土台となる定性的な研究です。

サポートは情報的なサポートと感情的なサポートという2種類があるのですが、医療サービスをじかに提供するのは医師と看護師という2つのプレイヤーですので、それぞれ、医師と看護師が行う情報的サポートと感情的サポートはどういうものなのかなということを定性調査から明らかにしました。

スライド-11

リサーチ・クエスチョン

RQ1 日本の医療サービスにおいて、患者と医師・看護師の関係はどのようなものか

RQ2 医師と看護師が行う、患者のコミュニケーションを活性化し信頼を形成する情報的／感情的サポートはどのようなものか



● 半構造化インタビュー: 医師2名、看護師2名(看護部長1名含む)、院長1名

● 調査対象の選定基準: 通常、医業収益と病床数は正の相関関係であるが、約300床で医業収益率が+であった(調査当時)

1

【スライド-12】

発見事項はこちらです。

まず、医師が行う第一の接点として、かなりきめ細やかな情報的サポートを行う必要があるという点が、かなり大きな発見事項になっています。ところが、「では、感情的サポートは必要ないのか」と言いますと、感情的サポートも重要なになってはくるのですが、3つ目の●の通り、(この会場にも医師の方がいらっしゃるので、あまり声を大にして言えないところもあるのですが) ドクターの方は人生の価値形成の中で成功体験の比率が非常に高い。すると、「患者のことを理解してますよ」と口では言っても、「十分には理解はできない」もしくは「100%共感なんかできないんだ」といった声もかなり得られたのです。すると、感情的なサポートも重要なになってくるのですが、満足のいく、ちゃんと効果のある感情的サポートというのはちょっと難しいのかな、といったことが得られました。

ということで、医師は、第一の接点でしっかりと情報的なサポートを行っていく必要があるといったことが発見されました。対称的に看護師の方はどちらかというと、患者との価値感もしくは情報処理する文脈が近い。ですので、情報的なサポートと言うよりも感情的な部分でのサポートが非常に良い影響を与えるといったことが発見されました。

スライド-12

発見事項

■ 医療サービス提供者側の特徴: 医師

● 医師は、第一の接点(プライマリ・ケア)として、選択された治療に対する患者の理解を促進し、安心・安全を高め不安を取り除くために、主に情報的サポートを行う必要がある。

● セカンダリ・ケアにおける補助的な感情的サポートが重要となる

● 医師は、価値観形成における成功体験の比率が高い。患者の文脈の理解や、共感といった感情的サポートが難しい。

■ 医療サービス提供者側の特徴: 看護師

● 看護師は、第二の接点(セカンダリ・ケア)として、治療に関する情報の翻訳という補助的な情報的サポートを行う。

● 看護師は、患者の文脈と近く、患者の積極的コミュニケーションが行われやすいため、主に感情的サポートを行う

12

【スライド-13】

結論を申し上げると、この図になります。

患者が行うコミュニケーションは当然2種類あり、医師に対するコミュニケーションと看護師に対するコミュニケーションです。ただし、患者は医師に対してはパワー関係を持っていますので、どちらかというと、受動的なコミュニケーションが展開される。一方で、看護師に対してはパワー関係がない、もしくは「患者の方が上なんだ」といったことが現

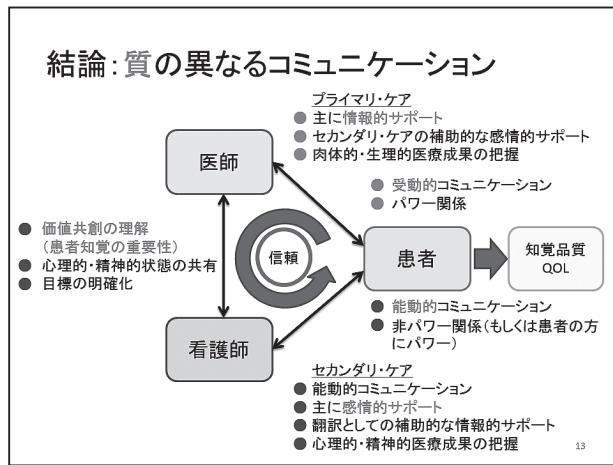
実的に起こっているようなので、能動的なコミュニケーションが展開される。医師は最初の段階で十分な情報的サポートを行いましょう、逆に、看護師は患者に対して積極的に感情的なサポートを行ってきましょう、といったことが挙げられます。

さらに、医師と看護師には何が重要になってくるかと申しますと、患者が参加することによって、「患者とともに医療サービスの価値を創り上げていかないといけないんだ」といった価値共創の理解、もしくは価値共創志向といった志向性が重要になってくると考えています。それによって結果的に、患者のみが知覚でき患者のみが評価可能な品質が高められた、もしくは健康になった、病気が治った、といったQOLの部分が高まっていくのではないかと、本研究では結論付けています。

【スライド-14～16】

ご清聴有り難うございました。

スライド-13



スライド-14

御清聴、有難う御座いました

fmorimra@cc.kyoto-su.ac.jp

14

参考文献

- Bolton, R. N. & K. N. Lemon(1999), "A Dynamic Model of Customers' Usage of Services: Usage as an Antecedent and Consequence of Satisfaction," *Journal of Marketing Research*, 36(May), pp.171-186.
- Bopp, K. D. (1990), "How Patients Evaluate the Quality of Ambulatory Medical Encounters," *Journal of Health Care Marketing*, 10(1), pp.6-15.
- Bopp, M. R., Sosin, J. C., Taylor, J. A.(1994), "Influence of Physician Referrals," *Journal of Health Care Marketing*, 14(3), pp.42-50.
- Chan, K. W., Yim, C. K. B., & Kam, S. S. K.(2010), "Is Customer Participation in Value Creation a Double-Edged Sword? Evidence from Professional Financial Services Across Cultures," *Journal of Marketing*, Vol.74(May), pp.48-64.
- Choi, K., Cho, W., Lee, S., Lee, H., & Kim, C. (2006), "The Relationships among Quality, Value, Satisfaction and Behavioral Intention in Health Care Provider Choice: A South Korean Study," *Journal of Business Research*, 57, pp.913-921.
- Eithenhardt, K. M.(1989), "Building Theories from Case Study Research," *Academy of Management Review*, 14(4), pp.532-550.
- Eriksson, E. & Lauri, S.(2000), "Informational and Emotional Support for Cancer Patients' Relatives," *European Journal of Cancer Care*, Vol.5, pp.8-15.
- George, A. L. and A. Bennett (2004), *Case Studies and Theory Development in the Social Science*, MIT Press.
- Gronroos, C.(2000), *Service Management and Marketing: A Customer Relationship Management Approach*, West Sussex, UK: Wiley.
- Gummesson, E.(1999), *Total Relationship Marketing*, Butterworth Heinemann.
- Jansen, J., van Weert, J. C. M., de Groot, J., van Dulmen, S., Heeren, T. J., & Bensing, J. M.(2010), "Emotional and Informational Patient Communication: A Qualitative Study," *Journal of General Internal Medicine*, Vol.25(2), pp.218-224.
- Kim, M. S., Klinge, R. S., Sharkey, W. F., Park, H. S., Smith, D. H., and Cal, D.(2000), "A test of a cultural model of patients' motivation for verbal communication in patient-doctor interactions," *Communication Monographs*, 67(September), 262-283.
- Lovelock, C. H.(1983), "Classifying Services to Gain Strategic Marketing Insights," *Journal of Marketing*, 47(Summer), pp.9-20
- Lovelock, C. H. and Wright, L.(1999), *Service Marketing: People, Technology, Strategy*, Prentice-Hall.
- McColl-Kennedy, J. R., Vargo, S. L., Dagger, T., & Sweeney, J. C.(2009), "Customers as Resource Integrators: Styles of Customer Co-creation," *Proceedings of the Naples Forum on Services: Service Dominant Logic, Service Science and Network Theory conference*, Capri, Italy.
- Merriam, S. B. (1998), *Qualitative Research and Case Study Applications in Education*, Jossey-Bass: San Francisco.

15

参考文献

- Mohseni, M. & Lindstrom, M.(2007), "Social Capital, Trust in the Health-care System and Self-related Health: The Role of Access to Health Care in a Population-based Study," *Social Science & Medicine*, Vol.64, pp.1373-1383.
- Namibisan, P. & S. Namibisan(2009), "Models of Consumer Value Correlation in Health Care," *Health Care Management Review*, Vol.34(4), pp.344-354.
- Narayanan, R. (2001), *Reframing business: When the map changes the landscape*. Chichester, England: Wiley.
- Oliver, R. L. & W. S. Desarbo (1988), "Response Determinants in Satisfaction Judgments," *Journal of Consumer Research*, 14(March), pp.495-508.
- Payne, A. F., Storbacka, K., & Frow, P.(2008), "Managing the Co-creation of Value," *Journal of the Academy of Marketing Science*, Vol.36(1), pp.83-96.
- Thiede, M.(2005), "Information and Access to Health Care: Is There a Role for Trust?," *Social Science & Medicine*, Vol.61, pp.1452-1462.
- Touré-Tillery, M. & Fishback, A.(2011), "The Course of Motivation," *Journal of Consumer Psychology*, Vol.21(4), pp.414-423.
- Uchida, Y., Kitayama, S., Mesquita, B., Reyes, J.A.S., & Morling, B.(2009), "Is Perceived Emotional Support Beneficial? Well-Being and Health in Independent and Interdependent Cultures," *Personality and Social Psychology Bulletin*, Vol.34(6), pp.741-754.
- Vargo, S. L. & R. F. Lusch(2004), "Evolving to a New Dominant Logic for Marketing," *Journal of Marketing*, Vol.68(January), pp.1-17.
- Vargo, S. L. & R. F. Lusch(2006), Service-dominant logic: What it is, What it is not, What it might be, in *The Service-dominant logic of marketing: theory, debate, and directions*, R. F. Lusch & S. L. Vargo, eds, Armonk, New York: ME Sharpe, p.43-56.
- Vargo, S. L. & R. F. Lusch(2008), "Service-Dominant Logic: Continuing the Evolution," *Journal of the Academy of Marketing Science*, Vol.36(1), pp.3-15.
- Yamaguchi, A. (2010), *Worry and Well-Being: The Underlying Structure of The Relationship*, Dissertation, University of Hawaii at Manoa (May, 2010).
- Yin, R. K. (1994), *Case Study Research: Design and Methods* 2nd ed, Sage. (ロードー・K・イン[著].近藤公彦訳「ケーススタディの方法」前23章) 翁書房, 1998年。
- Zeithaml, V. A. (1981), "How Customer Evaluation Processes Differ between Goods and Services," in J. H. Donnelly and W. R. George, *Marketing Frontiers*, Chicago: American Marketing Association.
- Zaitlan, V. A.(1989), "Consumer Perceptions of Price, Quality and Value: A Means-End Model and Synthesis of Evidence," *Journal of Marketing*, 52(July), pp.2-22.

16

質疑応答

会場 : ストラクチャをはっきりさせていただいたことに、この研究の価値があるのかなと思いますが、医療の現場の人間が仮にそういう自覚がないとすると、今後先生はそういったところをどういうふうにメッセージとして伝えていくのかというところが気になりました。それを教えていただければ。

森村 : 本研究は3つの構成になっておりまして、1つ目はコンセプチュアルな面であり、先生がおっしゃったように、「こういう思考を持ちましょう」というメッセージを発信していこうと思っております。医療現場で医療サービスに携わっていらっしゃる方が読まれるような専門雑誌に掲載するのが一番だろうとは考えておりますが…それしか想えていなかったので、どういう発信が一番効果的といった部分に関しては、またアドバイスをいただければと考えております。有り難うございます。

会場 : まさに先生がおっしゃるように、我々医者は情報をしっかり伝えるということを頑張ってはいるのですが、足りない部分も多々あると思うし、看護師に関しても先生のおっしゃる通りかもしれません。我々も足りない部分は自覚しているのですが、なかなかリソースに限界があるということも事実です。先生はせっかくマーケティングをやられていますので、医療経済的にどういうスペシャリストを投入したらそういった課題が解決できるのかといったところまで、ぜひ今後研究を広げていただけると非常に参考になると思って拝聴してきました。
続報を期待しております。

森村 : 有り難うございます。

会場：先生のバックグラウンドであるマーケティング論で出てくる成果というものを医療の分野に入れるということで、マーケティング論では企業とか従業員という形で出てきたものを、医療の中では医師と看護師、医療サービス提供者という切り口で言われました。その中で一番気になったのが、例えば医師というのは、従業員という今までのマーケティングの枠組みで捉えるのか、あるいは企業の経営者みたいなところで捉えて、だからパワーの違いがあると捉えるのかということです。マーケティングのことを、そのままの形でなく一旦翻訳して置き換えて説明をしないと、たぶん特性みたいなことが出てこないのではないかという感じがするのです。おそらく先生の研究の中ではまとめられているのが、今日は時間の関係で飛ばしたと思うのですが、そういうところも分かりやすくお示しいただけると、現場で考えるときに、どこがマーケティングの企業のモデルと同じでどこが違うのかというところが分かってよいのかなと思いました。

森村：有り難うございます。

座長：私から一つ、極めて個人的なことも含むコメントで恐縮ですが。今の方のご指摘に近いのですが、森村先生は「パワーの非対称性」と言われましたが、「パワー」というよりも「情報の非対称性」だと思うのです。先ほど森村先生は「部外者みたいだ」とおっしゃいましたが、私も経営学しかやっていなくて全く部外者ですが、中学、高校時代からの仲間がたくさん医学部に行っていて、親しい人が多く、お医者さんにパワーがあるという感じは、なかなかしないのです。お医者さんから見ると非常に失礼な人間なのだろうと思うのですが、「お医者様」と言っても、仲間の顔がふっと浮かんでしまうものですから。医学部へ行って勉強を始めると、「あいつがあんなふうに良くなると思わなかった」という例がぞろぞろあるのです。そういう意味では「やはり医学を勉強している人達は違うな」と尊敬はしているのですが、パワーということはあまり感じないです。

森村先生はお若いですから、これから医学の専門家、医学部の人達と深く付き合われると、今のご指摘のような点が少し変わってくるのではないかという気がするのです。そうすると、マーケティングの理論をそのまま使っても十分解析できるものがいっぱい見えてくると思うのです。その辺を私の個人的な経験則からご指摘したいと思いました。

それから、もう一つ、5番目のスライドの「パワーの非対称性」の下の「B」のところの「信頼」なのですが、これやはりマーケティングで言う「ブランド」と似たような部分だと思うのです。例えば、ポルシェなどはっきり言っているのは、「自分たちのブランド力の一つはメイドインジャーマニーであることだ」と。だから、コストが安いからといって他の国に工場を持っていったりしないことを鉄則にしている。その代わり、高い。「それがいやな人は買うな」とはっきり言っています。だからそれは、ブランド力の背景にある信頼性です。従って、医療サービスだから信頼性ということが特筆されるのではないのではないか。ですから、信頼性で

良いのですが、これを医療サービスの特性とは、あまり扱わないほうが、先生の専門性が十分に使えるのではないかという気がするのです。

それから、最初のイントロダクションのスライドでおっしゃられたのですが、結局、医療サービスという特性があって、だから患者と専門家との価値共創が必要だという考え方ですよね。そうすると、ここ注意しなくてはいけないのは、新しい医療サービスを創るときのプロセスと、それからすでに世の中にある医療サービスに対しての分析と、ちょっと違うということです。例えば、アップルのスティーブ・ジョブスさんが常に言っているのは、「新しい製品を開発する時には、お客様の声なんかを聞いたらダメだよ」ということです。「我々は技術の専門家で、そのことばかり考えている。そうした人間にしか分からない」、「普通の消費者は明日のことしかわからないけど、我々は10年先20年先を見通せる専門性を持っているのだから、新しい製品を開発するためには、むしろお客様の意見を聞いてはダメだ」とはっきり言っています。ただし…ただですよ、「一度それが市場に出た瞬間から、お客様の言うことを全部聞け。『ここの角を丸くしろ』と言ったら角を丸くする。『三角にしろ』と言ったら三角にする。全部聞け」と言っているのです。ヘンリー・フォードも、「自分がお客様の言うことを聞いていたら、あの時代にT形フォードなんか絶対に作っていない。世界中から足の速い馬をどんどん輸入して、高く売って、それで儲けただろう。だけど、そんなお客様を相手にしないで考えた結果、出たのがT形フォードで、フォードの原点がそこにあるんだ」ということを大昔に言っています。

だから、新しい医療サービスを創るとき、医学の専門家、介護の専門家たちの専門性を活かすことが必要だと思うのです。徹底して我々素人が知らなかった、あるいは普段当たり前と思って我慢していた不便さなどを、「こんな不便を平気でやって可愛そうだ。直そうよ」というのが専門家なのです。そういう意味で、新しい医療サービスを考えていくときは、「パワー」とかというよりも専門性を活かす。そのところをはっきりとお分けにならないと、せっかくの研究が、その後ちょっと不明瞭になるような気がする。

お若い方を見ると、いつも説教調になって悪いのですけれども、せっかく良いご研究を続けられているので、さらに伸ばす助けになるかなと思って、申し上げました。

森村： どうも有り難うございました。