JAIST Repository
https://dspace.jaist.ac.jp/

Title	ヘルスケアサービスにおけるTransformative Service Literacyの研究
Author(s)	五島，光
Citation	
Issue Date	2023-03
Type	Thesis or Dissertation
Text version	ETD
URL	http://hdl.handle.net/10119/18416
Rights	
Description	Supervisor:白肌 邦生，先端科学技術研究科，博士

JAIST
JAPAN
ADVANCED INSTITUTE OF
SCIENCE AND TECHNOLOGY

Japan Advanced Institute of Science and Technology

博士論文

ヘルスケアサービスにおける
Transformative Service Literacy の研究

五島　光

主指導教員　白肌　邦生

北陸先端科学技術大学院大学

先端科学技術研究科［知識科学］

令和 5 年 3 月

Abstract

In recent years, there has been a growing movement toward Transformative Service Research, in which the outcome of service co-creation is not based on traditional indicators such as customer satisfaction or loyalty, but on behavioral and attitudinal changes that lead to the pursuit of human's physical and mental health as well as quality of life so called their wellbeing. The reason for this is that mature societies require services that not only pursue traditional outcome measures, but also take the improvement of beneficiaries' wellbeing into consideration. Beneficiary wellbeing is particularly important in the field of health care services. With the recent problems such as declining population, slowing economic growth, and national financial crisis, as well as the need to move away from a "cure-centered" approach that only aims to cure illness, it required that customers maintain, control, and even improve their own wellbeing, even in case of less serious illnesses.

We conducted researches on literacy that contributes to the improvement and maintenance of customers' wellbeing with dental healthcare services. Healthcare services are required but not always generally desired. Although people would like to stay healthy if possible, they generally choose to avoid visits to medical facilities where they are uncomfortable with treatment and examinations if and when they become mentally and physically weak. Dental care is a typical healthcare service that usually deals with more minor problems. Although the majority of oral diseases are preventable, they affect approximately 3.5 billion people in the world, the half of the world's population, which is a concrete evidence that oral health maintenance is a challenging issue.

This paper identifies three sub-research questions (SRQs) and derives answers to one main research question (MRQ): In the first SRQ, whether the value co-creation practices that customers engage in leading to the final outcome (wellbeing) are effective was examined using statistical causal inference. In the second SRQ, situations that inhibit customers' participation in the value co-creation process (value co-destruction) and situations that extinguish or reduce customers' intention to continue using the service were identified. In the third SRQ, factors leading to VCD were explored. The MRQ is to explore the key factors of Transformative Service Literacy (TSL), which is the customer literacy needed to co-create wellbeing.

The result of SRQ1 suggests that interpersonal interaction through customer participation is important for value co-creation in healthcare services, but that there are various factors that influence customer behavior and its outcomes. Although it is difficult to consider all factors that influence value co-creation practices by customers and their co-created wellbeing, we controlled the background information of customers obtained through questionnaires and used statistical causal inference techniques to determine whether the value co-creation practice by customers has a positive impact on improving customers' wellbeing. In the analysis of SRQ2, we analyzed an open-ended dissatisfaction questionnaire about dental services using a topic model, a machine learning text analysis technique, and subsequently analyzed its relationship with patients' intention to continue dental treatment to identify what types of value co-destruction exist. Based on the results of SRQ1-3, we proposed the elements of TSL, which is the customer literacy necessary to ultimately co-create wellbeing in healthcare services, and guidelines for fostering TSL.

Keywords

Value co-creation, Value co-destruction, Healthcare service, Transformative service research, Transformative service literacy

目　次

第　1　章 序論 1
1.1　研究背景 1
1.2　研究目的とリサーチ・クエスチョン 2
1.2.1　研究の対象 2
1.2.2　リサーチ・クエスチョン 5
1.3　研究方法 6
1.4　論文構成 8
第　2　章 先行研究レビュー 10
2.1　ヘルスケアサービスにおける価値共創と TSR..... 10
2.1.1　ヘルスケアサービスと価値共創 10
2.1.2　ヘルスケアサービスと TSR..... 12
2.2　価値共破壊 13
2.3　サービス共創のための顧客リテラシー 14
2.4　第２章のまとめ 16
第　3　章　研究１：価値共創の実践が顧客のウェルビーイングに与える因果効果の分析..... 18
3.1　研究目的 18
3.2　研究方法 19
3.2.1　顧客の価値共創実践 19
3.2.2　統計的因果推論 21
3.3　データサンプルと分析 22
3.3.1　データ収集 22
3.3.2　分析手法 23
3.4　結果 24

3.5 第3章のまとめ 27
第 4 章 研究2：ヘルスケアサービスにおける価値共破壊のタイプ分類 . 28
4.1 研究目的 28
4.2 研究手法 28
4.2.1 サンプルとデータ収集 29
4.2.2 分析手法 30
4.3 結果 32
4.4 第4章のまとめ 37
第 5 章 研究３：サービスの継続利用意図を減衰させる要因の分析 38
5.1 研究目的 38
5.2 研究手法 38
5.3 結果 40
5.4 第5章のまとめ 44
第 6 章 結論 46
6.1 リサーチ・クエスチョンへの回答 46
6.2 理論的・実務的含意 51
6.2.1 理論的含意 51
6.2.2 実務的含意 52
6.3 研究の限界と今後の課題 54
参考文献 55
付録 64
研究業績 73
謝辞 74

図　目　次

図 1　歯科治療の需要の将来予想（イメージ）..... 5
図 2　本論文の研究手順..... 7
図 3　価値共創・価値共破壊・TSL の関係..... 16
図 4　説明変数・結果変数・交絡因子の関係性..... 22
図 5　共創ランクと QOL..... 25
図 6　CBPS を用いた共変量の影響比較..... 26
図 7　研究 2 の分析プロセス..... 29
図 8　分析する歯科医院の不満データのイメージ..... 30
図 9　学生たちによる分析作業の様子..... 39
図 10　サービス利用意図に悪影響を及ぼす価値共破壊タイプとその要因..... 40
図 11　顧客の価値共創実践と資源統合の関係..... 49
図 12　価値共破壊につながる要因と資源統合の関係..... 49

表　目　次

表 1　歯科医院・歯科医師・医療費の推移.....3
表 2　歯科医療サービスにおける患者の価値共創実践.....20
表 3　質問項目 23
表 4　価値共創実践の平均と共創ランク.....24
表 5　潜在ランクと QOL の関係 25
表 6　共変量の調整と因果効果の比較 27
表 7　トピックモデルによって分類された価値共破壊のタイプ.....33
表 8　価値共破壊のタイプとサービス継続利用意図の関連.....37

第　1　章
序論

1.1　研究背景

近年，サービス共創の成果を満足度やロイヤルティといった伝統的指標ではなく，人々の健康や生活の質（Quality of Life: QOL），すなわちウェルビーイングの追求につながる行動・態度的変化とするサービス研究を行う Transformative Service Research（TSR）の動きが広がりつつある（Anderson et al. 2013; Anderson and Ostrom 2015）。その理由は，成熟した社会では伝統的成果指標を追求するだけでなく，受益者のウェルビーイングの向上まで視野に入れたサービスが求められているからである。特に医療・福祉（ヘルスケア）の分野において受益者のウェルビーイングは重要である。

QOL を含むウェルビーイング研究はこれまで医療・福祉分野で蓄積されてきた。ヘルスケアサービスの主な受益者である患者は医療の専門的な知識が少なく，その知識・情報の非対称性のため（Bloom et al. 2008），サービス提供において受動的な立場を取りやすい（Lorig and Holman 2003; Payne et al. 2008; Gallan et al. 2013; Barile et al. 2014）。そのような状況はサービスの経験やウェルビーイングの創造に悪影響を与える恐れが指摘されている（Sharma et al. 2017）。その状況を克服するためには，患者がサービス提供者（医療従事者）と積極的な協働や意思決定の共有のために自らの資源をより投入して，ウェルビーイングの向上に関わるエンゲージメントを強化する必要性が主張されるようになった（Brodie et al. 2011; Hardyman 2014; Spanjol et al. 2015; Akareem 2021）。

さらに患者が医療従事者と関わり，自らのウェルビーイングを高めるためには，医療・健康に関する意思決定や行動を行うリテラシーが重要とされ，それはヘルスリテラシーと言われる（Nutbeam 1998）。一般にリテラシーとは識字・読み書きの能力のことを指すが，ヘルスリテラシーとは「健康情報にアクセスし，理解し，評価し，活用するための人々の知識・意欲・能力であり，医療・疾病予防・健康増進に関する日常生活における判断や意思決定を行って，生涯を通じて生活の質を維持・向上させるもの」（Sørensen et al. 2012, p3），と定義され，その後「健康や医療サービスに関する情報を取得し，理解し，利用する人の能力に影響を与える個人的および関係的な要因」（Batterham et al. 2016, p1）と拡張されてきた。

ヘルスケアサービスは莫大な費用がかかり，非常に複雑で，経済やウェルビーイング・生活の質に大きく影響する誰もが利用するサービスとして，サービス・マーケティングの観点からも研究の対象とされてきた（Berry and Bendapudi 2007）。サービス・ドミナント・ロ

ジックによる価値共創の概念（Vargo and Lusch 2004, 2008, 2016）が世に出て以降，患者と医療従事者による資源統合という観点から，ヘルスケアサービスを研究する研究が盛んになっている（McColl-Kennedy et al. 2017a）。ヘルスケアサービスの共創においてウェルビーイングの向上というポジティブな成果を得るには，うまく資源統合が行われる必要があるが（McColl-Kennedy et al. 2012; Sweeney et al. 2015; McColl-Kennedy et al. 2017b），そのプロセスの中で，患者自らがサービスの共創者であるという役割を認識し，価値共創を実践することが重要である（Frow et al. 2016）。その基盤となるのが，サービスにおける顧客のリテラシー（Mende et al. 2017）であり，ヘルスケアサービスにおいても研究が進みつつある（Davey and Grönroos 2019; Bilstein et al. 2022; Pham et al. 2022）。

しかし先行研究の多くで見過ごされてきた課題が 2 つある。第 1 は，既存研究では重篤・慢性的な疾病が主な対象とされており，自らの生命の危機やウェルビーイングの大幅な減少を感じやすい患者はその状況を回復するために積極的な役割を行いやすいと考えられることである（McColl-Kennedy et al. 2012）。人口減少，経済成長の鈍化および国家財政の危機的状況など，我が国の社会経済全体の課題や疾病治癒・生命維持を目的とする「キュア中心」の考え方を脱することが模索されており（厚生労働省 2015），健康寿命の延伸に取り組み，医療・福祉サービスが必要となる患者の増加を抑制が掲げられている昨今では（厚生労働省 2022），より身近で軽度な疾病においても患者自らがウェルビーイングの維持・向上を目指すために必要なリテラシーを明らかにすることが必要である。

第 2 は，これまでの研究ではウェルビーイング共創のポジティブな側面が中心であり，ネガティブな側面を扱った研究には研究の余地が残されている点である。ネガティブな結果を生む価値共創のプロセスは価値共破壊（Value Co-Destruction）という概念で研究されており（Plé and Chumpitaz Cáceres 2010），価値共創と表裏一体の存在（Smith 2013）である価値共破壊の研究も進めることで価値共創・共破壊の理論の発展や新しい発見の可能性が期待されている（Plé 2017）。

1.2　研究目的とリサーチ・クエスチョン

本論文では，より身近で軽度な疾病に関わるヘルスケアサービスにおいてウェルビーイングの共創プロセスを阻害してネガティブな結果につながる要因を解明し，ウェルビーイングの向上・維持に寄与するリテラシーの醸成に向けた指針を提案する。

1.2.1　研究の対象

具体的には，TSR の文脈で歯科医療サービスの患者を対象としてウェルビーイングの向上・維持に寄与するリテラシーに関する研究を行う。ヘルスケアサービスは必要とされてい

るが，必ずしも享受することが望まれていないサービスである（Berry and Bendapudi 2007）。できれば健康のままでいたいものの，いざ体が不調になってしまったら，もしくは疾病の早期発見のための健康診断でも治療や検査で不快な思いをする医療機関の受診は避けたいと思うのが一般的である。

より身近で軽度な疾病を扱う代表的なヘルスケアサービスとして歯科医療がある。口腔内の疾患の大部分は予防できるものの，世界人口の大半を占める約 35 億人の人々が罹患しており，口腔内の健康維持が課題になっている（Vasdev et al. 2022; World Health Organization 2022）。さらに口腔内の健康と糖尿病，循環器疾患，早産・低体重児出産など全身の健康との関連も指摘されており（日本歯周病学会 2016; 小林 2017），歯科医療を受診し，口腔内の健康を維持することは全身の健康管理に貢献し，人間のウェルビーイングに直結する。

また我が国では病気やケガの治療を，国民皆保険制度によって少ない経済的負担で受けることができる．ヘルスケアサービスにおいて患者と医療提供者だけではなく，行政や社会制度までがウェルビーイングの形成に関係している。

ここで国内の歯科医療の現状について概観する。2020 年 10 月の時点で，全国の歯科医院の数は 67,874 軒である。過去 5 年で見ると，微減またはほぼ変化なしといったところである。歯科医師の数や歯科医療費は増えているが，国民医療費に対する歯科医療費の内訳は 7%程度であり，ほぼ横ばいとなっている（表 1）。

表 1　歯科医院・歯科医師・医療費の推移（筆者作成）

	2016 年	2017 年	2018 年	2019 年	2020 年
歯科医院（施設数）	68,913	68,609	68,613	68,500	67,874
歯科医師（人）	104,533		104,908		107,443
国民医療費（億円）	421,381	430,710	433,949	443,895	429,665
歯科医療費（億円）	28,574	29,003	29,579	30,150	30,022
歯科医療費の内訳	6.8%	6.7%	6.8%	6.8%	7.0%

※厚生労働統計（国民医療費，医療施設調査，医師・歯科医師・薬剤師調査）より

また，最近の歯科医院の 1 年間の延べ患者数の推計は，約 136 万人（2014 年），約 134 万人（2017 年），約 133 万人（2020 年）であり，およそ人口の 1%程度で割合としては大きな変化はない。しかし，人口減少を鑑みると，今後の患者数の減少は予測できよう。

日本歯科医師会は 2009 年の「第 17 回中医協・医療経済実態調査結果に対する見解」において，「歯科診療所経営は極めて厳しい状況に追い込まれ，結果として歯科医療は崩壊の

危機にあると言わざるを得ない」と述べた。また，厚生労働省は「歯科医療の需要である患者総数が横這いであるのに対して，供給である歯科医師数は増加することから，現在の過剰感は今後さらに増す」と指摘している（「今後の歯科保険医療と歯科医師の資質向上等に関する検討会 中間報告書」厚生労働省医政局歯科保険課，平成 18 年 12 月)。歯科を受診する患者数は 2005 年を基準にして 2035 年には 10.1 万人の減少という予測もある（安藤・深井・青山 2011)。さらに『厚生白書（平成 7 年版)』「第 1 編 第 1 部 第 1 章 序章 第 2 節 医療サービスと医療保障制度に関する国民の意識」によると，国民のほぼ 6 割が「医療はサービス業である」との認識を持っているとされ，現在ではその意識はさらに強いものとなっていることは容易に想像できる。歯科医療サービスは厳しい経営環境を生き残らなければならないという状況にある。

国民の口腔衛生の状態について，「平成 28 年 歯科疾患実態調査」によると，う蝕（むし歯）がある者は 25 歳以上 85 歳未満では 80%以上と高く、とくに 35 歳以上 55 歳未満では 100%に近い。さらに，4mm 以上の歯周ポケットを有する者の割合は 50 代後半になると半数を超え，歯周病に罹患している国民は多いと考えられる。一方で，「平成 28 年 国民健康・栄養調査報告」によると，過去 1 年の間に歯科検診を受けた者の割合は 2009 年で 34.1%，2012 年で 47.8%，2016 年で 52.9%と上昇している。また「平成 28 年 歯科疾患実態調査」によると，8020 達成者（80 歳で 20 本以上の歯が残っている人）は 51.2%であり、5 年前の調査結果の 40.2%から増加している。

内閣府は『経済財政運営と改革の基本方針（骨太の方針）2022』の中で歯科医療について「全身の健康と口腔の健康に関する科学的根拠の集積と国民への適切な情報提供、生涯を通じた歯科健診（いわゆる国民皆歯科健診）の具体的な検討（を行う)」と言及している。また「厚生労働省 第 8 次医療計画等に関する検討会」において（図 1)，「治療中心型の歯科治療だけではなく、全身的な疾患の状況などもふまえ、関係者と連携しつつ患者個々の状態に応じた口腔機能の維持・回復（獲得）をめざす治療・管理・連携型の歯科治療の必要性」が議題として取り上げられている。

このような状況を鑑みると，患者側の行動・態度にも変化が求められると考えられる。歯・口腔内の状態が悪くなったから治すために治療を受けるだけでなく，口腔内の良い状態（もしくはこれ以上悪くならないように）を維持する必要があり，そのためには歯科医療サービス提供者によるサービス提供だけでなく，患者自らが自身の口腔内の健康を維持・管理するための態度・行動が従来よりも重要な要素になってくると思われる。また歯科医療サービスは単なるデンタルケア・オーラルケアという局所的な話ではなく，全身の健康にも影響を及ぼすことからヘルスケアサービスといっても大きな差し支えはない。施設数は多く，老若男女を問わず受診するヘルスケアサービスであるので，分析対象として適している。

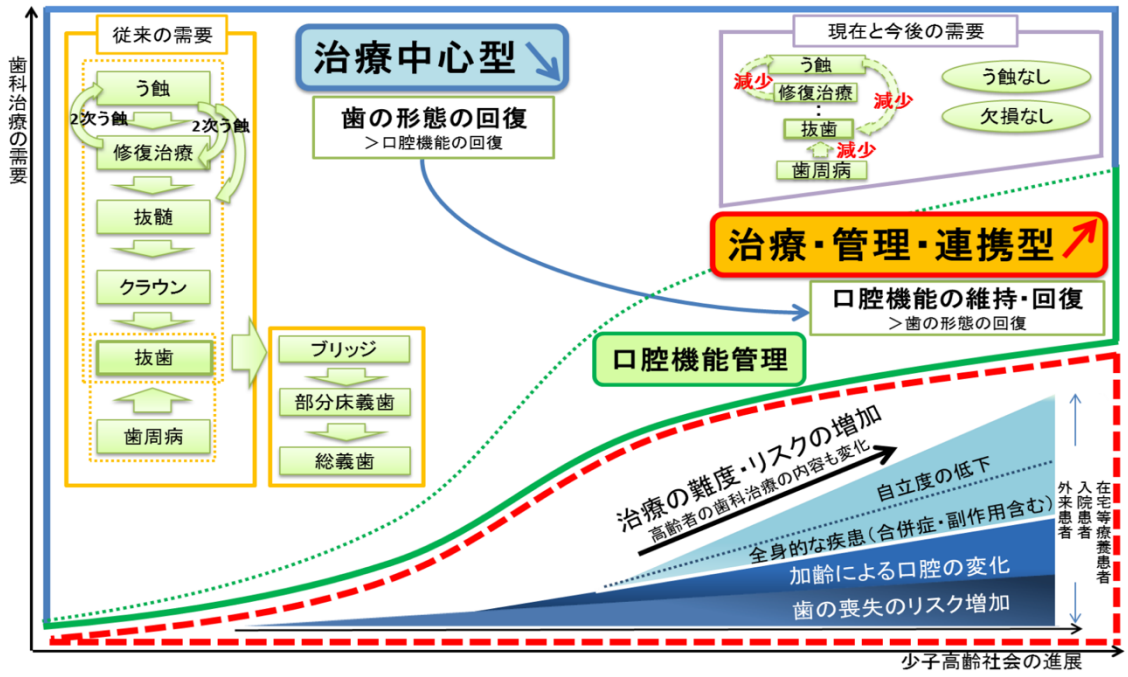

図 1　歯科治療の需要の将来予想（イメージ）

※厚生労働省 第 18 回 第 8 次医療計画等に関する検討会　資料 2 より抜粋

1.2.2　リサーチ・クエスチョン

このような背景から，本論文ではヘルスケアサービスの 1 つとして歯科医療サービスの患者を対象に，患者が医療サービス提供者や医療サービスを取り巻く制度などの要因と関わり合って価値共創の実践を行い，かつ価値共破壊を避けながらウェルビーイングを共創するためのリテラシーを Transformative Service Literacy（TSL）と定義し，TSL の醸成に向けた指針を提案することを目的とする。この研究目的を達するために，以下の 1 つの MRQ（Main Research Question）と 3 つの SRQ（Subsidiary Question）を設定する。

MRQ: ヘルスケアサービスにおいて，ウェルビーイングを共創するために必要な顧客の TSL とは何か，それはどのように醸成すればいいのか

SRQ1: ヘルスケアサービスにおいて，価値共創の実践はウェルビーイング向上に寄与するのか

SRQ2: ヘルスケアサービスにおいて，どのような価値共破壊が起きているのか。そのうち，サービス継続利用意図を減衰させる価値共破壊はどのようなものなのか

SRQ3: ヘルスケアサービスにおいて，サービス継続利用意図を減衰させる価値共破壊はどのような要因によって引き起こされるのか

本論文の目的は MRQ を明らかにすることであるが，3 つの SRQ に回答していくことで MRQ の回答である「顧客の TSL の提案と醸成の指針」を導出する。MRQ から演繹的に SRQ を導入したのではなく，帰納的に MRQ の回答を得る。

SRQ1 では，そもそも最終的な成果（ウェルビーイング）につながる顧客が行う価値共創の実践が有効なものであるのかを統計的因果推論の手法を用いて検証する。SRQ2 では，顧客の価値共創プロセスの参加が阻害される状況（価値共破壊）および顧客がサービスを継続して利用する意図を消滅・減少させる状況を明らかにし，SRQ3 でその阻害要因を探る。

研究の背景で述べたとおり，そもそもヘルスケアサービスには顧客の参加が重要であり，かつ専門的なサービスであるため顧客がその価値を評価することが難しいという特性がある。また，価値共創のこれまでの研究はポジティブな結果が生まれることが前提とされ，価値共創がうまくいかなかった場合の研究が軽んじられてきたという批判がある。そこで，価値共破壊のタイプとその要因とは何かという「価値共創のダークサイドからのアプローチ」により研究目的の達成を目指す。

1.3 研究方法

本論文の研究方法は大きく 2 つに分けられる。 1 つは価値共創をテーマとした研究であり，もう 1 つは価値共破壊をテーマとした研究である。研究 1 では価値共創の実践の必要性を見出し，SRQ1 に回答する。研究 2 と 3 で資源統合を阻害し，価値共創が行われない結果につながる状況，すなわち価値共破壊とそれをもたらす要因を明らかにして，SRQ 2 と SRQ3 に回答する。最後に，研究 2 と 3 の結果からヘルスケアサービスにおける TSL の構成要素とそれらを醸成する方法について提案する。SRQ1〜3 を順に明らかにしていくことで MRQ に至る構成となっている。

具体的な流れを図 2 に示す。研究 1 として，SRQ1「ヘルスケアサービスにおいて，価値共創の実践はウェルビーイング向上に寄与するのか」に答えるために，統計的因果推論の手法を用いて量的分析を行う。統計的因果推論とは，ある特定の処理によってもたらされた影響である因果効果を明らかにしようとするものである（Creswell 2009）。この手法を用いると，説明変数と結果変数の両方に影響を与える共変量（交絡因子）を効果的に制御できるため，説明変数の結果変数への影響をより正確に特定するのに役立つ。回帰分析のような従来の研究デザインでは，因果効果を示すことができず，単なる相関や関連に過ぎなかった。価

値共創の実践は年齢・性別・歯科医院に通った理由などの共変量の影響を取り除いても有意な正の影響を与えるのかを分析することで，そもそも価値共創の実践を促進する意義があるのかを検証する。具体的な手順は次のとおりである。まず過去 1 年以内に歯科医院に通院したことがある患者 500 名分のアンケートデータを用いて，顧客の価値共創の実践度合いを潜在ランク理論（Shojima 2007）によってランク付けした。次に，共変量バランシング傾向スコア（Fong et al. 2017）を用いて価値共創実践度のランクの高さが生活の質（QOL：ウェルビーイング指標の 1 つ）に与える因果効果を測定した。

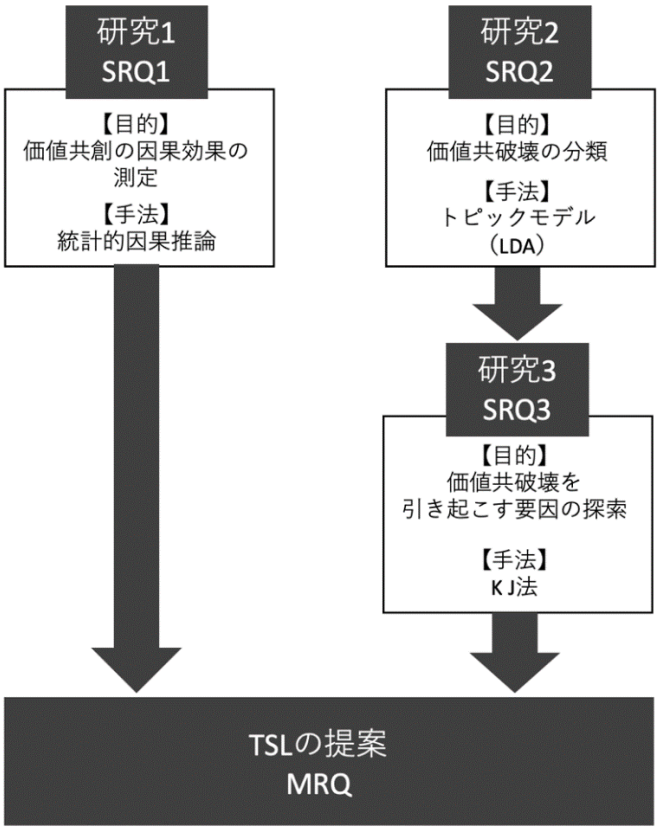

図 2　本論文の研究手順（筆者作成）

研究 2 として，SRQ2「ヘルスケアサービスにおいて，どのような価値共破壊が起きているのか。そのうち，サービス利用意図を減衰させる価値共破壊はどのようなものなのか」に答えるために計量テキスト分析の手法を用いた。具体的には歯科医院への不満のクチコミを分析する。まず過去 6 ヶ月以内に歯科医療サービスを受けたことがある患者のオンラインで寄せられた 1075 名分の回答をトピックモデルの 1 種である LDA（Latent Dirichlet Allocation；Blei et al. 2003）で分析して，不満のタイプを分類した。そして，同時に取得し

ていたサービス継続利用意図のうち「二度と通院しない」「通院の頻度が減った」と有意な関連を持つタイプを価値共破壊が起きたものと判断して，そのタイプを同定した。

研究 3 として，SRQ3「ケルスケアサービスにおいて，サービス利用意図を減衰させる価値共破壊はどのような要因によって引き起こされるのか」に答えるために，研究 2 で同定した価値共破壊のタイプのクチコミを定性的アプローチである KJ 法によって分析した。

最後に，MRQ「ヘルスケアサービスにおいて，ウェルビーイングを共創するために必要な顧客の TSL とは何か，それはどのように醸成すればいいのか」 を明らかにするために，研究 2 と 3 の結果，および医療分野で研究が進んできたヘルスリテラシーの概念を援用して考察を行い，ヘルスケアサービスにおいて，価値共破壊を避けて価値共創につながり，ウェルビーイングが共創されるために必要なリテラシー，すなわち Transformative Service Literacy（TSL）とその醸成の指針を提案する。

1.4　論文構成

本論文は 6 章構成となっている。第 2 章では先行研究のレビューを行う。ウェルビーイングを成果とするサービス研究である TSR の文脈において，ヘルスケアサービスにおける価値共創，価値共破壊，顧客の持つリテラシーの 3 つの観点から先行研究を整理して，本論文で行う研究の視点を明確にする。

第 3 章では研究 1 について説明する。研究 1 ではヘルスケアサービスである歯科医院に通院したことがある患者から寄せられたアンケートの回答を定量的手法で分析する。ヘルスケアサービスでは，顧客の参加による対人相互作用が価値共創にとって重要であるが，顧客の行動とその結果に影響を与える様々な要因が存在すると思われる。顧客による価値共創の実践と共創されるウェルビーイングに影響を与えるすべての要因を取り除くことは難しいが，アンケートによって入手した顧客の背景情報を統制し，顧客の価値共創実践がウェルビーイング向上にポジティブな影響を与えるかどうかを明らかにする。

第 4 章では研究 2 について説明する。研究 2 では SRQ2「ヘルスケアサービスにおいて，どのような価値共破壊が起きているのか。そのうち，サービス利用意図を減衰させる価値共破壊はどのようなものなのか」に答えるために，機械学習によるテキスト分析手法の 1 つであるトピックモデルを用いて，歯科医療サービスに関する自由回答形式の不満アンケートを分析した。次に，患者の歯科治療継続意図との関連を分析し，価値共破壊にはどのようなタイプがあるのかを同定した。

第 5 章では研究 3 について説明する。研究 3 では研究 2 からデータを絞って，SRQ 3「ヘルスケアサービスにおいて，サービス利用意図を減衰させる価値共破壊はどのような要因

によって引き起こされるのか」を明らかにする。定性的手法である KJ 法を用いて分析し，価値共破壊につながる要因の考察を行った。

第 6 章は本論文の結論である。まず研究 1 ～ 3 の結果を受けて，各 SRQ への回答を示す。次に，SRQ で明らかにされたことをもとに考察を行い，MRQ「ヘルスケアサービスにおいて，ウェルビーイングを共創するために必要な顧客の TSL とは何か，それはどのように醸成すればいいのか」に答える。最後に，理論的含意・実務的含意，研究の限界および今後の研究課題について説明する。

第　2　章
先行研究レビュー

本論文の目的は，ヘルスケアサービスの顧客が価値共破壊に至らずに価値共創の実践を行ってウェルビーイング向上を果たすために必要なリテラシーである Transformative Service Literacy（TSL）とその醸成に向けた指針を提案することである。対象は歯科医療サービスを受けた患者である。

患者はサービス提供者やヘルスケアサービスを取り巻く環境などの要因と関わり合う相互作用プロセスを通じて，最終的な成果であるウェルビーイングを共創する。そこで本章では，「ヘルスケアサービスにおける価値共創と TSR」，「価値共破壊」，「サービス共創のための顧客リテラシー」という観点から先行研究を概観して，本論文が扱う論点を明確にする。

第 1 節では，ヘルスケアサービスにおける価値共創の研究と顧客が最終的に成果をウェルビーイングであるとしてサービスの研究を行う TSR を概観する。第 2 節では，価値共創へのアンチテーゼとして現れた価値共破壊の議論を整理する。これはまだ発展途上の研究テーマである。第 3 節ではヘルスケアサービスにおいてより良い価値を共創するために必要な顧客のリテラシーについて述べる。本章では，これらの先行研究を概観・整理して，SRQ および MRQ に回答していくための視座を提供する。

2.1　ヘルスケアサービスにおける価値共創と TSR

2.1.1　ヘルスケアサービスと価値共創

人々は身体的・精神的な弱さを感じたとき，医師の診断を受けたり，適切な医療機関を受診したりする。ヘルスケアサービスは，現代において快適な生活を提供し，人々の幸福度を向上させるために重要な役割を担っており，研究する意義は大きい（Berry and Bendapudi 2007）。

ヘルスケアサービスは顧客・サービス提供者・機器・設備の間で密接な相互作用を伴うハイコンタクトサービス（Lovelock and Wright 2002）である。患者とサービス提供者とのやりとりが多く必要であり（Lin and Hsieh 2011），両者は密接な接触を通じて関係を築く機会がある（Yee et al. 2008）。また，単発でではなく複数回もしくは長期に渡ることが多いものの，自ら望んでは利用しない否定的サービスでもある（Spanjol et al. 2015）。顧客はサービスにおいて重要な役割を担っており，長く複雑なサービスにおいては，サービス提供者と

の直接的な相互作用を超えて顧客が資源を提供する必要がある（Bitner et al.1997, Spanjol et al. 2015)。そのため，ヘルスケアサービスでは，顧客（患者）の積極的な参加が求められる。以下，本論文では顧客と患者を同義語として扱う。

一方で, ヘルスケアサービスには情報の非対称性（Darby and Karni 1973）の問題がある。患者はヘルスケアサービス提供者と同程度の高度な専門知識やスキルを持つことはできず, 顧客にとって何が必要なのかを決めるのはヘルスケアサービス提供者であり，顧客はその決定を信頼せざるを得ない（Levitt 1982)。そのような状況によって高い知覚リスクが引き起こされ, 患者は受け身になりがちであり, 必ずしも最適な成果が出るとは限らない（Bloom et al. 2008; Gallan et al. 2013)。

「価値は常に顧客を含む複数のアクターが関わり，資源統合プロセスの中で共創され，現象論的に決定され，さらに制度と制度の関係性によって調整される」という価値共創の概念（Vargo and Lusch 2008, 2016）は，様々な要因が関係し，顧客の参加が高く要求され，患者の状態によって個別偶発的な結果につながるヘルスケアサービスと相性がよく，多くの研究の蓄積がある（McColl-Kennedy et al. 2012; Sweeney et al. 2015; Joiner and Lusch 2016; McColl-Kennedy et al. 2017a, 2017b)。しかし，そのほとんどが既存研究は重篤・慢性的な疾病が主な対象とされている。自らの生命の危機やウェルビーイングの大幅な減少を感じやすい患者はその状況を回復するために積極的な役割を行いやすいと考えられるため，研究対象を拡大し，さらなる学術的・実務的貢献が求められている（McColl-Kennedy et al. 2012)。

本論文では，ヘルスケアサービス（歯科医療サービス）の患者を対象にしている。より具体的には患者に焦点を当てた価値共創の実践が対象である。患者は資源統合するために，容易なものから困難なものまで様々なレベルの活動を行なっている（Sweeney et al. 2015)。資源はサービス・ドミナント・ロジックにおける価値共創にとって重要な概念である。資源はオペラント資源とオペランド資源に分けられる（Vargo and Lusch 2004)。前者は知識・スキルといった無形なものであり，後者は有形で不活性なもの（例えば、原料や物理的な製品）である。オペラント資源はオペランド資源と他のオペラント資源に作用することで資源統合が行われて価値が共創される（Plé 2016)。歯科医療サービスで例えると，資源統合者である患者はうまく歯磨きができなくても（資源が不足している状態)，歯科医師・歯科衛生士から正しい口腔ケアの知識を教わることで，その後より正しい歯磨きができるようになる。また歯科医院の設備（オペランド資源）が不潔な状態で患者が忌避感を覚え、二度と通おうとは思わなくなるかもしれない。

顧客の価値共創の実践について，顧客の活動と相互作用を分けて捉えている研究がある（McColl-Kennedy et al. 2017a)。それによると，活動とは顧客が何かを行うことで，相互作用とは顧客が他者と関わることであると区別している。一方で，活動をサービス提供者,

友人，家族との相互作用まで含まれるものとする研究もある（McColl-Kennedy et al. 2017a）。ヘルスケアサービスの顧客である患者は治療や検査の直接的な相互作用プロセスに参加するだけなく，サービスエコシステム内の他のアクターとも資源を統合することで価値を共創しようとする（Vargo and Lusch 2016）。サービスエコシステムとは，価値共創の実践，すなわち資源統合プロセスで相互に結びつけられたネットワークのことである（Frow et al. 2016）。なお，サービスエコシステムの構造を分類して，直接的な相互作用（を通した資源統合）をミクロレベル，組織・団体との相互作用をメソレベル，政府・法制度・社会規範との相互作用をマクロ・メガレベルとして分類する場合もある（Frow et al. 2016）。

本論文では，顧客による価値共創を「顧客のサービスネットワークにおける協力者の活動や相互作用を通じた資源統合から実現する利益（McColl-Kennedy et al. 2012, p.370）」という定義を採用する。すなわち，ヘルケアサービス提供者，関連する組織・団体，政府・法制度などの公的な資源，患者の私的な資源（友人・家族）との他者間全方位的な資源統合プロセスとして捉える。同時に，顧客とヘルスサービス提供者との直接的な相互作用だけでなく，間接的な相互作用や患者の自己生成的な活動（Sweeney et al. 2015）も含めるものとする。

2.1.2　ヘルスケアサービスと TSR

Transformative Service Research（TSR）はサービスを通じて現在および将来の消費者のウェルビーイングを向上させることを目的とする研究である（Osrtom et al. 2010）。もとは，消費者の生活をポジティブな方向に変化させ，企業の利益よりも消費者のウェルビーイングが上回ることを目指す（Boush et al. 2009）研究である Transformative Consumer Research（TCR）が発端である。そして，研究領域をサービス中心にしているものが TSR である。なお，個人や社会のウェルビーイングを向上する消費者研究を行う際に，初めは「ポジティブ消費者研究」にしようとしたが，思い直して最終的に Transformative という言葉を選択したという経緯がある（Mick 2006）。

今やサービスは人々の生活のほぼすべての側面に関係し，ウェルビーイングに根本的な影響を与える。そのため，サービスと継続的に関わり利用することは，従来のサービス品質・顧客満足度・ロイヤルティといった伝統的な成果指標を超えた研究を行う必要があるという問題意識を TSR は持っている（Anderson and Ostrom 2015）。なお，本論文は満足度のような伝統的な成果指標を否定しているのではない。TSR でもサービスのパフォーマンス・インパクトの測定・最適化を図ることはサービス研究を進展させる可能性を持つことが指摘されている（Ostrom et al. 2015）。ヘルスケアサービスにおいて共創される最終的な成果はウェルビーイングである。したがって，ヘルスケアサービスにおける価値共創と TSR は強いつながりを持っている。価値共創とウェルビーイングの関連性はいくつかの研究で述べられているが（Rosenbaum et al.2011; Anderson et al.2013; Kuppelwieser and Finsterwalder 2016），「ウェルビーイングのための顧客の積極性」が重要な課題として挙げ

られる（Ostrom et al. 2021）。これまで顧客のサービスへの関わりについての研究は，いかに効率的に企業に利益をもたらすかという視点でなされてきた。顧客のサービス参加とウェルビーイングの関係を調べた研究は少数であり，ウェルビーイングを向上するためのサービス提供における顧客の役割や行動についてさらなる研究を行う必要性がある。しかし，サービスでは一方的にポジティブな価値が共創されるわけではない。ウェルビーイングを向上させるためにサービスにおける顧客参加をより理解するためには，ネガティブな価値が創造される場合（Laud et al. 2019）も検討すべきとも指摘されている（Anderson and Ostrom 2015）。

2.2　価値共破壊

価値共創に関する多くの研究は，「共創（co-creation）」という言葉に強いインパクトを持っており，過度にポジティブな結果に焦点を当てる傾向があった（Plé 2017）。この問題意識から，価値共破壊（value co-destruction）という概念が提唱された。価値共破壊は「少なくとも一方のシステムのウェルビーイングを低下させるサービスシステム間の相互作用」と定義される（Plé and Chumpitaz Cáceres 2010, p.431）。つまり，価値は顧客とサービス提供者の接点において共創されるだけでなく，共破壊される場合もありうるのである（Echeverri and Skålén 2011）。

価値共破壊は「共（co-）」という言葉の意味合いから，アクター（価値共創に関わる者）が一緒に価値を破壊するイメージがあるが，そうではない。単純に価値共創のプロセスの最終的な成果がポジティブではなく，逆のネガティブになった場合を指す。価値共破壊は価値共創と表裏一体であり（Smith 2013），したがって，価値共創プロセス改善するためには，価値共破壊にも注目することが重要である（Plé 2017）。

価値共破壊の研究は価値共創と比べて新しい概念であるため，まだ研究の発展途上であるが，様々なタイプのサービスを対象として行われている。Kashif and Zarkada（2015）は，構造化インタビューにおけるクリティカル・インシデント法を用いて銀行サービスにおける価値共破壊を調査し，従業員と顧客の間のコミュニケーションギャップが価値共破壊につながる可能性があることを明らかにした。Vafeas et al.（2016）は，クリエイティブ・エージェンシーとそのクライアントに対して 1 対 1 インタビューを用いて調査し，価値共破壊に至る要因を特定した。Järvi et al.（2018）は，アブダクティブな定性的アプローチを用いて，価値共破壊の原因を特定するとともに，それらがサービスの相互作用プロセスにおいていつ出現したのかを明らかにした。顧客の資源の予期せぬ損失（Sthapit and Björk 2019），顧客の感情的価値の損失（Kim et al. 2019），オンラインサイトに対する顧客の不信（Nam et al, 2020），ブランド懐疑（Quach and Thaichon 2017）が価値共破壊によって引き起こさ

れることが知られている。ヘルスケアサービスの文脈では，顧客の参加の度合い（Greer 2015）と組織内の情報と知識の流れの欠如（Kaartemo and Känsäkoski 2018）が，価値の減少・価値共破壊を引き起こす要因として確認されている。Laud et al.（2019）は体系的かつ反復的な文献調査を行い，資源の誤統合（mis-integration）として価値共破壊を扱い，タイプ分類を行った。

これらの研究の多くは，価値共破壊の状況について議論し，その先行要因を特定するために，小さなサンプルサイズを用いた定性的なアプローチを中心に行っている。また，先行研究では，価値共破壊の説明と原因のみに焦点が当てられており（Laud et al. 2019），価値共破壊発生後の顧客のサービス利用継続の意図については検討されていない。患者のウェルビーイング（QOL）を向上させるために，ヘルスケアサービスには患者の継続的な能動的参加が必要である。医療サービス提供者と患者の間の資源統合の不整合により価値共破壊が起こり，患者がサービスを利用しなくなると患者だけでなく，その家族，組織，社会にも思わぬ追加コストが発生する可能性があり，個人だけでなく社会全体のウェルビーイングが低下する恐れがある。したがって，TSR の観点からも顧客のサービス利用継続の意図に決定的な影響を与える価値共破壊の種類とその要因を明らかにすることが必要である。

また価値はサービス提供者と顧客との対面的な相互作用（ミクロレベル）のみで共創されるものではない。2.1.2 で述べたように，価値は多次元的に共創される（Vargo et al. 2017）。サービスにおいて価値が共創されるためには，サービスを提供する組織（メソレベル），取引先，さらには関連する行政機関や法律（マクロレベル）などが相互に関与しそれらの時間的な変化も関係する（Chandler and Vargo 2011; Akaka et al.2013）。よって，マルチレベルの観点から価値共破壊を研究する必要性が示唆されている（Plé 2017）。

2.3　サービス共創のための顧客リテラシー

価値共創はサービス提供者と顧客の双方が資源の統合に積極的に参加し，望ましい結果を相互に実現するときに生じる（Grönroos and Ravald 2011; Davey and Grönroos 2019）。そのプロセスの中で，患者自らがサービスの共創者であるという役割を認識し，価値共創を実践することが重要である（Frow et al. 2016）。その基盤となるのが，サービスにおけるリテラシーである。

Mende and van Doorn（2014）はサービスリテラシーを，消費者の顧客参加に関連する領域固有の専門知識（例：ヘルスケアにおける医療リテラシー。金融サービス環境における金融リテラシー）として定義し，消費者のサービスリテラシーが顧客参加に影響を与えることを実証した。その後，金融サービスの文脈でウェルビーイングの共創の結果が顧客のサービスリテラシーのレベルによって異なることを見出した（Mende et al. 2017）。また Bilstein et

al.（2022）は顧客参加に関連する領域固有の専門知識であるサービスリテラシーが価値共破壊を防ぐ可能性について言及している。

ヘルスケアサービスにおいても，顧客参加とリテラシーの研究が進みつつある（Davey and Grönroos 2019; Virlée et al. 2020）。従来，医療・公衆衛生の研究分野において，患者がヘルスケサービス提供者と関わり，自らのウェルビーイングを高めるためには，医療・健康に関する意思決定や行動を行うヘルスリテラシーが重要とされてきた（Nutbeam 1998）。ヘルスリテラシーとは「健康情報にアクセスし，理解し，評価し，活用するための人々の知識・意欲・能力であり，医療・疾病予防・健康増進に関する日常生活における判断や意思決定を行って，生涯を通じて生活の質を維持・向上させるもの」（Sørensen et al. 2012, p3），と定義され，さらに「健康や医療サービスに関する情報を取得し，理解し，利用する人の能力に影響を与える個人的および関係的な要因」（Batterham et al. 2016, p1）と拡張されてきた。歯科医療に関するヘルスリテラシーついては，オーラルヘルスリテラシー（Oral Health Literacy：OHL）がある。Dickson-Swift et al.（2014）は OHL を測定するツールのレビューを行い，既存の OHL 測定には単語認識・計算能力・読解能力に大きく偏っており，健康行動やサービスの利用という観点が含まれていないことを指摘している。

Davey and Grönroos（2019）はヘルスリテラシーをサービス研究と関連づけて「ヘルスサービスリテラシー」と呼び，それが資源統合プロセスにおいて重要な役割を持つことを明らかにした。Virlée et al.（2020）もヘルスケアサービスの文脈で，ヘルスリテラシーがウェルビーイングの共創に与える影響を分析し，ポジティブな効果があることを明らかにした。しかし，これらの研究はウェルビーイングの共創とリテラシーとの関係を明らかにしたものの，リテラシーについては伝統的なヘルスリテラシーの域を出ていない。

一方，リテラシーと価値共創の関係をより強調して，顧客のサービス共創リテラシー（Service Co-creation Literacy: SCL）を提案した研究がある（Pham et al. 2022）。顧客 SCL はサービスを購入・消費するためのリテラシー（専門知識）だけでなく，「相互作用プロセスにおける共創活動を行う能力も含む領域固有の概念」とされており，ヘルスケアサービスを対象にした研究で，「情報の共有」，「責任ある行動」，「自発的なフィードバック」という 3 つの顧客の共創行動にポジティブな影響を与え，顧客価値（ウェルビーイング）につながることが確かめられた。この顧客 SCL はサービスのリテラシーの中では，価値共創を最も意識したものである。しかし，Pham et al.（2022）の言及する顧客 SCL は，専門的な指示を理解する基本的な能力，サービス提供者との相互作用において期待される役割に関する知識など，領域固有の顧客が持つ専門性が中心であり，より研究を進め，発展させる必要がある。そこで本論文では，ウェルビーイングが共創されるために顧客が持つリテラシーを Transformative Service Literacy（TSL）と名付け，その研究を行う。TSL を探求することはウェルビーイングの向上を目指す TSR，とりわけヘルスケサービスを対象にした TSR にとって重要である。

2.4　第２章のまとめ

先行研究で見てきたヘルスケサービスにおける価値共創・共破壊および TSL の関係をまとめると図３のとおりである。本論文はヘルスケアサービス（歯科医療サービス）を研究の対象としている。患者は歯科医療サービスの提供者と直接的な相互作用を行い（治療を受ける，予約を取るなど），価値共創の実践，すなわち資源統合が行われる。また，歯磨きの仕方などを教えてもらい，その知識・スキルを日常生活で行うという間接的な相互作用による資源統合も行うだろう。場合によっては，教えてもらった知識を忘れてしまったり，誤って理解したりして，うまく歯磨きできないかもしれない（資源の誤統合・非統合）。資源統合によってウェルビーイングが共創されることが価値共創であり，そうでない場合が価値共破壊である。なお，途中まで資源統合がうまく行っていたものの，途中で資源統合が失敗し，価値共破壊に至る可能性もある。顧客の価値共創の実践の根本には，価値（ウェルビーイング）を共創するための顧客のリテラシー（TSL）があり， TSL の高い患者はより良い価値共創の実践を行い，より高いウェルビーイングを共創する可能性が高い。

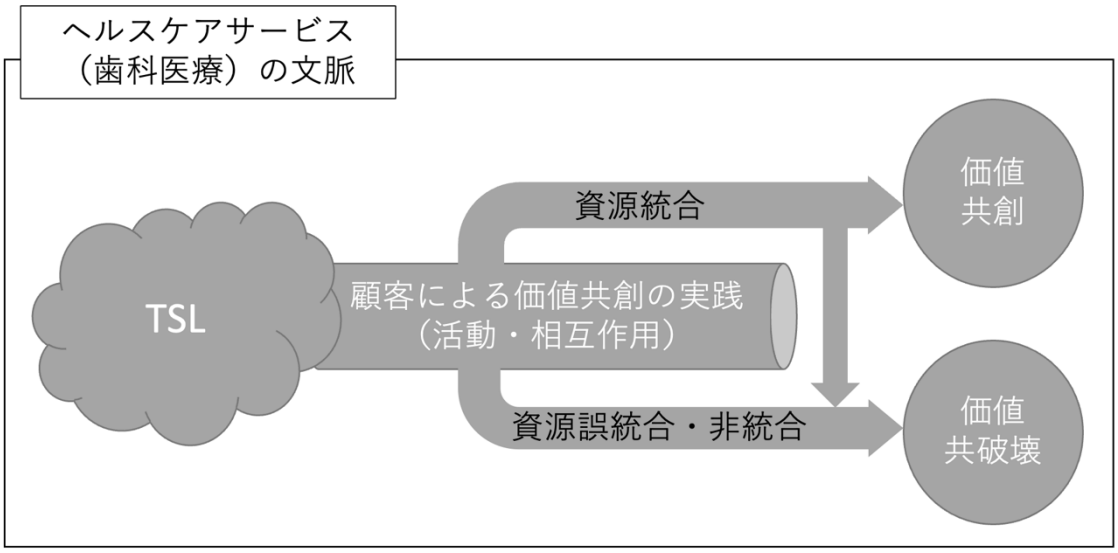

図 3　価値共創・価値共破壊・TSL の関係（筆者作成）

本章では先行研究をレビューして，その限界を指摘し，第３章以降で説明する研究１～３の分析の視座を提供した。まず，ヘルスケアサービスにおける価値共創と TSR の観点では２つのことを説明した。１つは，顧客の参加が高く要求され，患者の状態によって個別偶発的な結果につながるヘルスケアサービスにおいて，複数のアクター（行為者）が関わる資源統合プロセスに着目する価値共創の研究が数多く行われていることがわかったが，そのほとんどが重篤・慢性的な疾病が主な対象になっており，既存研究を拡張するために本論文で軽症・急発的な症状が多い歯科医療を対象にすることに妥当性があることである。もう１つ

は，ヘルスケアサービス研究において，ウェルビーイングを共創される価値とすることの重要性，およびウェルビーイングを向上するための顧客参加についてさらなる研究を行う必要性を説明した。

次の観点として，価値共破壊の先行研究を概観した。価値共創プロセスにおいて，必ずしもポジティブな成果につながるわけではなく，価値共破壊にも注目することが重要であることを示した。そして，先行研究の多くはサンプルサイズの少ない定性的研究に限られており，より価値共破壊の研究を発展させるためには，大きなサンプルサイズを用いることが必要であることがわかった。さらに，価値共創の研究で言及されているネットワーク（もしくはエコシステムやマルチレベル）の概念を価値共破壊にも取り入れることが有用であることを述べた。

最後の観点として，サービスにおいてリテラシーに関する研究が乏しいこと，しかし TSR の視座から重要であることを説明した。医療・公衆衛生の分野では以前からヘルスリテラシーの研究が進んでいるが，ヘルスケアサービス領域の研究ではそのヘルスリテラシーの概念を超えたものがなく，ウェルビーイングの共創とリテラシーのつながりを強く意識する研究を行うことが有用であることが明らかになった。

第　3　章
研究１：価値共創の実践が顧客のウェルビーイングに与える因果効果の分析

3.1　研究目的

研究 1 の目的は，SRQ1 である「ヘルスケアサービスにおいて，価値共創の実践はウェルビーイング向上に寄与するのか」という問いをもとに，価値共創の実践が歯科医療サービスの文脈でウェルビーイングの一種である生活の質（QOL）の向上につながる正の因果効果を持つかどうかを調査することである。価値共創の因果効果を議論することは，サービスのパフォーマンスやインパクトを測定・最適化し，今後のサービス研究を進展させる可能性があり（Ostrom et al.2015），重要である。

価値共創とウェルビーイングの関連性はいくつかの研究で述べられているが（Rosenbaum et al.2011; Anderson et al.2013; Kuppelwieser and Finsterwalder 2016），価値共創が人間のウェルビーイングを改善するという因果効果の実証研究はほぼなされていない。因果効果を測定するためには，Randomized Controlled Trial（RCT）を用いた実験研究を行うのが最も良い方法である。しかし，一般に社会科学の研究では，顧客のプライバシーの問題や予算などの理由で，そのようなことは困難である。

そこで，因果効果を推定する方法として，以前より使いやすくなっている統計的因果推論を利用する。統計的因果推論とは，ある特定の処理によってもたらされた影響である因果効果を明らかにしようとするものである（Creswell 2009）。回帰分析のような従来の研究デザインでは，因果効果を示すことができなかった。説明変数 A が目的変数 B に及ぼす影響を調査するとき，変数 A および B に影響を与える背景情報（これを共変量または交絡因子という）まで統制しなければ，説明変数 A が目的変数 B に及ぼす影響，すなわち因果効果はわからない。研究 1 では，顧客による価値共創の実践が患者の QOL に影響を与える効果を知るために，共変量の影響をできるだけ統制した上で回帰分析を行う。

以下では，患者による価値共創の実践と統計的因果推論の方法，および使用したデータと分析結果について概説する。なお，本章は筆者の専門職修士における研究（五島 2015）において取得したデータおよび質問項目の一部を再利用し，新しい分析を行なったものである。

3.2　研究方法

3.2.1　顧客の価値共創実践

McColl-Kennedy et al. (2012) は，ヘルスケアサービスにおける価値共創を「顧客 (患者) サービスネットワーク内の協同を伴った活動と相互作用を通じたリソース統合から実現される便益」と定義し，がん患者にインタビューを行った。その結果を分類した結果から，顧客による価値共創の実践には 5 種類のスタイル（Customer Value Cocreation Practice Style: CVCPS）があることを明らかにした。CVCPS は顧客（患者）による価値共創の活動の類型であり，患者による価値共創の活動とは，患者の個人的や私的（家族や知人）な資源，医療提供者の資源，公的な資源（政府，保健所，その他の団体など）を統合することである（McColl-Kennedy et al. 2012)。よって，CVCPS はヘルスケアにおける資源統合の形態として捉えることもできる。

5 つの実践スタイルとは，team management，insular controlling，partnering，pragmatic adapting，passive compliance である。team management というスタイルを取る患者は相互作用プロセスに関わる度合いが高く，深いレベルで多くの人と関わっている。また，QOL も高い。insular controlling というスタイルを取る患者は他人と表面的な付き合いをしており，相互作用の度合いは低く，QOL も低い傾向にある。partnering というスタイルを取る患者は，自らを医師のパートナーと認識しており，QOL は比較的高い。pragmatic adapting というスタイルを取る患者は活動のレベルが低いが，状況に適応して現在の環境を受け入れ，相互作用プロセスにはそれなりに関わっており，QOL は中程度である。passive compliance というスタイルを取る患者は相互作用の度合いは低く，医師とは日常的な関わりくらいで，指示されたとおりの行動をとり QOL は低い傾向にある。

本論文では，既存研究では見過ごされてきた軽症・急発的な医療サービスの 1 つである歯科医療を対象にしている。McColl-Kennedy et al.（2012）によると，5 つある CVCPS のうち，命には直接関わらない軽症の病気と関係があると予想されているのは passive compliance（受動的コンプライアンス型)，team management（チームマネジメント型)，partnering（パートナーリング型）の 3 つである。これら 3 つの実践スタイルから歯科治療の患者が行いそうなこととして，「治療に協力する」，「医療情報を調べる・学ぶ」，「積極的な態度を取る」，「他の治療法を組み合わせる」が考えられる。

歯科医療の提供現場で，歯科医師やスタッフの指示通りに動いたり (口を開けてください，お口をゆすいでください等)，説明を聞いたり，予約時間を守ったりすることは，患者が治療等のプロセスに参加する直接的な相互作用であり，価値共創の 1 つの形態である。しかし，共創によってもたされる価値は，単に歯科医院と患者の双方が良いと思う治療等が提供されることだけではない。治療等が終わったあとでも，患者が自らのリソースを用いて口腔

内の健康を維持しようという意識を持ったり，そのための活動を行ったりすることも歯科医療における共創価値と見なすことができる。

そこで本研究では，患者による価値共創の実践を計測するために，McColl-Kennedy et al.（2012）が軽症の疾患に関係する 3 つの CVCPS から，歯科医療サービスの患者が行うであろう 7 つの価値共創の実践を考案した（表 2）。

表 2　歯科医療サービスにおける患者の価値共創実践（筆者作成）

項目名	概要
受動的コミットメント	歯科医師やスタッフからの指示・アドバイスは守った。
能動的コミットメント	初回の治療・検診のときと比べて，治療・検診について，要望や質問を多くするようになった。
自己選択	治療や検診の内容は自分に合ったものを選べた。
私的治療等会話	治療・検診について，家族・友達など他の人と話すようになった。
健康意識	治療・検診を通して，お口や歯の健康を保ちたいという意識が高まった。
情報意識	治療・検診を通して，お口や歯の健康に役立つ情報を気に留めるようになった。
健康維持行動	治療・検診を通して，お口や歯の健康を保つための行動をするようになった。

「受動的コミットメント」とは，歯科から指示されたことを患者が遵守することである。「能動的コミットメント」とは，患者が歯科医師に指示や説明を求めることである。「自己選択」とは，歯科医院から受けた説明について，患者自身が考え，自分に合った治療法を決定できた感じることである．歯科医院が一方的に治療をしていれば，自己選択のレベルは下がり，逆にインフォームドコンセントがきちんと行われていれば，自己選択のレベルは上がると考えられる。この 3 つの共創の実践は，受動的コンプライアンス型，チームマネジメント型，パートナリング型の CVCPS に含まれる。「私的治療等会話」とは，患者が家族や友人と歯科医療サービス（治療，歯のホワイトニング，歯並びが美しくなるなど）について話せるようになったことを指す。これは，チームマネジメント型をとっている患者に見られる実践と考えられよう。「健康意識」とは，口腔衛生に関する意識が高まり，「良い状態を保ちたい」「これ以上悪くしたくない」と思うようになることである。「情報意識」とは，メディア（広告，記事，テレビ番組など）で目にする歯科医療サービスに関する情報に注目することである。「健康維持行動」は患者が実際に口腔保健を維持するための行動をとっているこ

とである。「健康意識」「情報意識」「健康維持活動」は，チームマネジメント型やパートナリング型の CVCPS をとる患者に見られると考えられる。

3.2.2　統計的因果推論

統計的因果推論は，サービス研究では馴染みが薄いものの，疫学・政治学・計量経済学などではよく使われる分析手法である。近年，経営学分野の研究者が統計的因果推論に注目するようになり，いくつかの研究が発表されている（例：Durand and Vaara 2009; Ellsaesser et al.)。統計的因果推論は，説明変数（従属変数）と結果変数（独立変数）の両者に影響を与える共変量（交絡因子）を効果的に制御できるため，説明変数の結果への影響をより正確に把握するのに役立つ。しかし，マーケティング，マネジメント，サービス研究の分野では，これまであまり適応されてこなかった。それは，統計的因果推論の手法が「病人対健常者」，「金持ち対貧乏」，「高学歴対低学歴」といった限られた状況でしか使われておらず，この二項対立を実社会で設定することが困難だったためである。例えば，従来の研究課題は「高い価値共創の実践をする患者は，低い患者よりも QOL を得られるか」となる。しかし，患者の価値共創の実践度合いは幅が広く，実際に「高いか低いか」で分けることは難しい。

これらの問題は一般化傾向スコア法（Imai and Van Dyk 2004）の一種である共変量バランシング傾向スコア（CBPS, Imai & Ratkovic 2014; Fong et al.2018）を用いることで解決できる可能性がある。CBPS は連続変数にも順序変数にも適用できるので，説明変数を無理に二値変数として扱う必要はない。CBPS の数学的基礎は難解であり説明することは本研究の範囲外であるが，プログラムを用いて分析を行うことができ，従来の回帰分析と比べてより正確な因果関係を得る可能性が高まる。

本研究における説明変数，結果変数，共変量の関係を図 4 に示す。説明変数が患者による価値共創の実践度であり，結果変数が QOL である。因果の方向（患者価値共創実践→QOL）について所与のものとする。なぜなら，患者の価値共創実践の項目（表 2 を参照）には「初回の治療・検診のときと比べて」「治療・検診を通して」という文言があり，QOL に関する質問についても「その歯科医院に通うことで、生活の質が高まったと思う」という項目で，来院して QOL が上がるという流れになっているたである。共変量（交絡因子）には様々なものが考えられるが，年齢・性別・来院理由・支払い方法・通院年数・満足度の 6 つを扱うこととする。

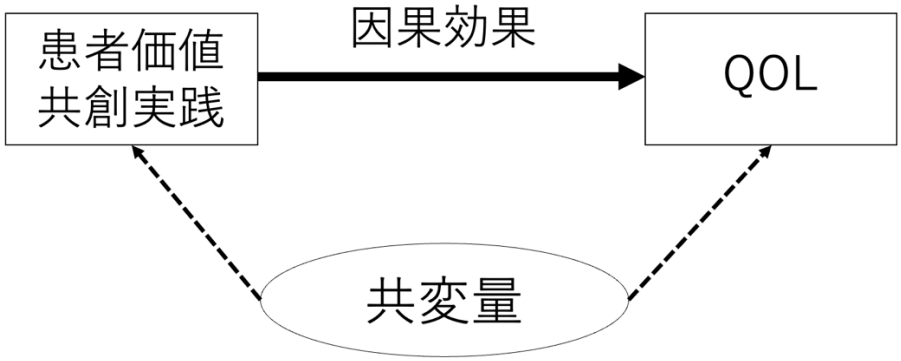

図 4　説明変数・結果変数・交絡因子の関係性（筆者作成）

3.3　データサンプルと分析

3.3.1　データ収集

本章で分析するデータは上述のとおり，筆者の専門職修士論文の研究（五島 2015）で取得したものの一部を再分析したものである。調査は楽天リサーチ株式会社に委託した。およそ 230 万人の登録者から，回答者として過去 1 年以内に歯科医院に通院していた人（過去 1 年間継続的に受診した人ではない）をスクリーニングした。その中から，回答数が 500 に達するまで調査は続けられた（2014 年 9 月 25 日に開始され，2014 年 9 月 29 日に終了した)。年齢の偏りを避けるために，20 代から 60 代まで 100 人ずつ 5 つのグループに分けて収集された。男性 208 名，女性 292 名で平均年齢は 44.7 歳（標準偏差 13.7）であった。なお，調査票には，サービス品質，顧客満足度，ロイヤルティに関する 47 個の質問も同時に含まれていた。

本研究で分析した患者の価値共創実践に関する質問は，表 2 に基づいており，「まったくそう思わない」から「とてもそう思う」の 7 点のリッカート尺度で測定された。QOL の項目は,「その歯科医院に通うことで，生活の質が高まったと思う」であった。共変量は年齢・性別・来院理由・支払い方法・通院年数・満足度の 6 つである。年齢は 20 代～60 代の各 100 人ずつを 5 段階のダミー変数（20 代が 0，60 代が 4）に，性別は男性 208 人・女性 292 人を二値（男性 0，女性 1）に，来院理由は治療 275 人・検診他 225 人を二値（治療 0，定期検診が 1）に，支払い方法は保険診療 448 人・自費診療 52 人を二値（保険 0，自費 1）に，通院年数は 1 年未満 122 人・1～3 年程度 124 人・3～5 年程度 70 人・5 年以上 184 人を 4 段階のダミー変数（1 年未満が 0，5 年以上が 3）に設定した。満足度は「治療・検診そのものについて満足している」という質問に対して「まったくそう思わない」から「とてもそう思う」の 7 点尺度であった。7 点尺度で行なったアンケート内容をまとめると表 3 の

とおりである。

表 3 質問項目（筆者作成）

項目名	質問内容
受動的コミットメント	歯科医師やスタッフからの指示・アドバイスは守った。
能動的コミットメント	初回の治療・検診のときと比べて，治療・検診について，要望や質問を多くするようになった。
自己選択	治療や検診の内容は自分に合ったものを選べた。
私的治療等会話	治療・検診について，家族・友達など他の人と話すようになった。
健康意識	治療・検診を通して，お口や歯の健康を保ちたいという意識が高まった。
情報意識	治療・検診を通して，お口や歯の健康に役立つ情報を気に留めるようになった。
健康維持行動	治療・検診を通して，お口や歯の健康を保つための行動をするようになった。
QOL	その歯科医院に通うことで、生活の質が高まったと思う。
満足度	治療・検診そのものについて満足している。

出所：筆者作成

3.3.2 分析手法

ウェルビーイング（QOL）の向上につながる顧客の価値共創実践に対する因果効果を推定するために，収集したデータを 3 つのステップで分析した。第 1 ステップは，潜在ランク理論（Latent Rank Theory: LRT）を用いて，回答者の共創の実践度合いをランク分けすることであった。第 2 ステップは，共変量バランス傾向スコア（CBPS）を推定し，共創の実践度やウェルビーイングに影響を与える共変量を調整することであった。最後に因果効果を推論した。

LRT（Shojima 2007）は，もともと，生徒のテストを連続尺度（テストの点数）ではなく，潜在的なランクを作って順序尺度（生徒の能力で区切った学年）で測定・評価するために開発されたものである。潜在ランクは LRT によって推定される確率によって決定される。LRT によって分類されたランクは，分析者が意図的に簡単に決めた基準（例えば，平均値や中央値）によって「高い」「低い」などの単純に二値に分ける分析とは異なる。本研究では，7 つ

の項目によって測定された患者の価値共創の度合いを合計的の平均や中央値などで二値に分けるのではなく，より柔軟に共創の実践度合いを取り扱いために LRT を用いる。

本研究では，Exametrica (Shojima et al. 2008)を用いてランクを分析・決定した。次に，6 つの共変量（交絡因子）の影響を最終的な分析で取り除くために必要な共変量バランシング傾向スコア（CBPS）を算出した。CBPS の計算は R（R Core Team 2017）および CBPS パッケージ（Fong et al.2016）を用いて算出した。最終的な解析は，因果効果を推定することであるが，この分析は単純な回帰分析であり，患者の共創実践度合いのランクと CBPS の重み付けを行なって分析された。CBPS の重み付けは，共変量と結果変数との関連を最小化するためのものである（Fong et al. 2018）。

3.4 結果

データを前節で説明した手法で分析し，次の結果を得た。まず LRT 分析により，共創の度合いは 2〜7 段階に分けられることが提案された。決定されたランク数は，赤池情報量規準（AIC）と解釈可能性に基づいて 4 とした。ランクが上がるにつれて，患者価値共創の実践の平均点は上がっていった（表 4 を参照）。次に分散分析を行ったところ，潜在ランクは有意に異なっており（$F(3, 24)=41.41$, $p<0.01$），LRT 分析は成功したと判断した。以下，推定された患者の価値共創の実践度合いのランクを「共創ランク」と呼ぶ。

表 4　価値共創実践の平均と共創ランク（筆者作成）

患者価値共創	ランク 1	ランク 2	ランク 3	ランク 4
受動的コミットメント	4.60	5.12	5.43	6.34
能動的コミットメント	3.89	4.44	4.48	5.63
自己選択	4.12	4.81	5.21	6.19
私的治療等会話	3.48	4.24	4.58	5.69
健康意識	3.97	4.92	5.74	6.65
情報意識	3.69	4.70	5.35	6.42
健康維持行動	3.77	4.84	5.54	6.58

また，共創ランクと QOL の関係を表 5 および図 5 に示す。ランクが上がるほど QOL が高くなる傾向があり，独立性の検定を行ったところ，有意であった（$p<0.01$，Cramer's V＝0.402)。したがって, ある程度の線形性を仮定することはでき, 共創ランクを説明変数, QOL を目的変数として CBPS を用いた回帰分析を行っても大きな支障はないものと考えられる。

表 5 共創ランクと QOL の関係（筆者作成）

QOL	ランク 1	ランク 2	ランク 3	ランク 4
1	1	4	2	3
2	8▲	1	3	0
3	17▲	9	3	1▽
4	70▲	55	30▽	12▽
5	21▽	53▲	36	15▽
6	9▽	15▽	39▲	35▲
7	0▽	3▽	8▽	47▲

※残差分析の結果，▲は有意に多いこと，▽有意に少ないことを示す。

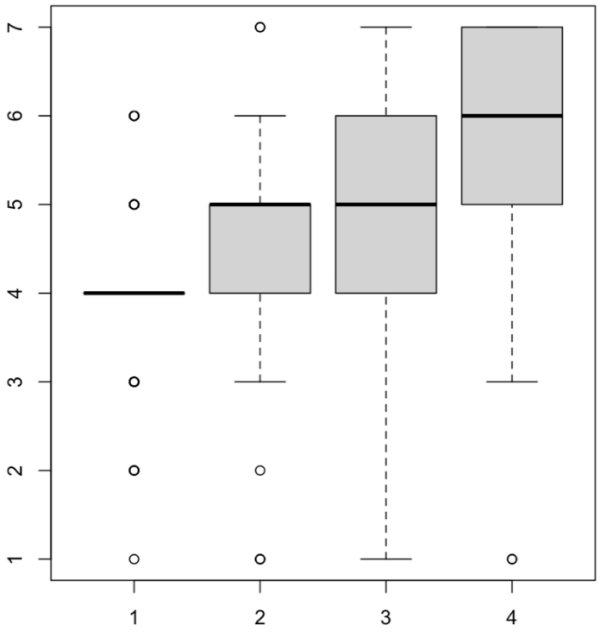

図 5　潜在ランクと QOL（筆者作成）
※縦軸が QOL，横軸は潜在ランク

CBPS を用いた結果（図 6 参照），CBPS による重み付けを行う前よりも 6 つの共変量の値が 0 に近づいた。これより，共変量の影響が調整されたことがわかる。

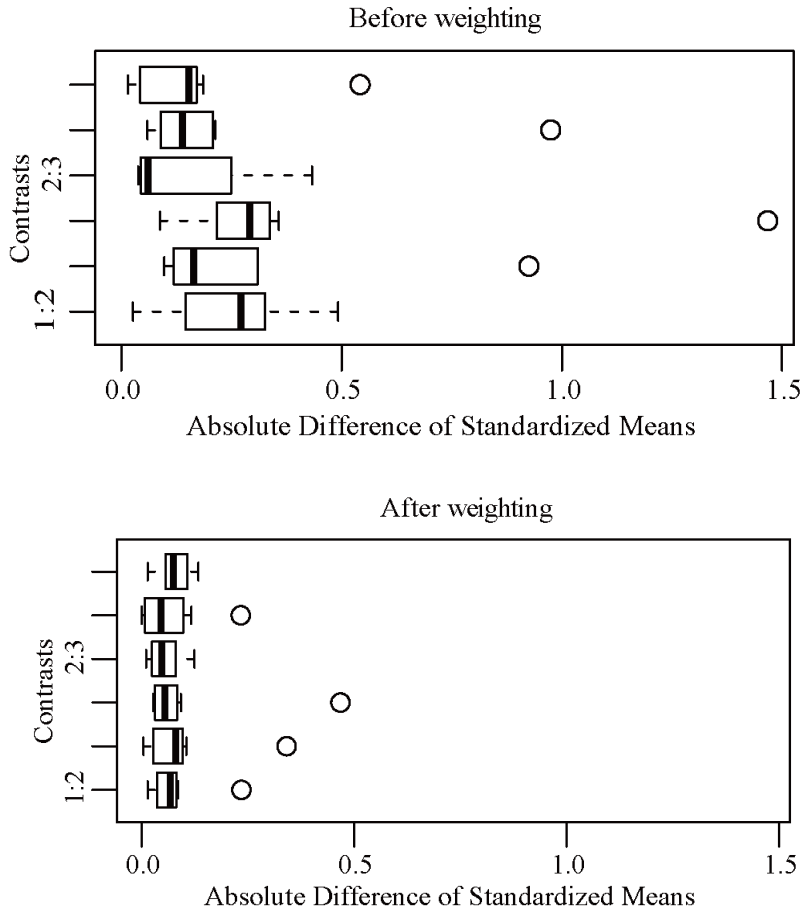

図 6　CBPS を用いた共変量の影響比較（筆者作成）

因果効果は CBPS パッケージが算出した重みを用いた限界構造モデル（Imai and Ratkovic 2015）で推定された（$p<0.01$）。推定結果を表 6 に示す。ランク 1〜4 の因果効果はそれぞれ 4.25，4.56，4.72，5.19 であった。その結果，共創の度合いが上がれば上がるほど，幸福度は向上した。一方，共変量なしで計算した因果効果は，それぞれ 4.02，4.49，5.01，5.91 であったことに留意する必要がある。共変量調整をした場合としなかった場合を比較すると，低い共創ランクでは過小評価されており，高い共創ランクでは過大評価されていることがわかる。共変量を考慮することで，より正確な因果効果を推定することができた。

表 6　共変量の調整と因果効果の比較（筆者作成）

ランク	共変量調整前	共変量調整後
ランク 1	4.02	4.25
ランク 2	4.49	4.56
ランク 3	5.02	4.73
ランク 4	5.91	5.19

3.5　第 3 章のまとめ

本章では，研究 1 として，SRQ1「ヘルスケアサービスにおいて，価値共創の実践はウェルビーイング向上に寄与するのか」に答えるため，歯科医療サービスの文脈において患者価値共創の実践がウェルビーイングの一種である生活の質（QOL）の向上につながる正の因果効果を持つかどうかを調査した。先行研究から患者の価値共創実践のアンケート項目を作成し，500 名から回答を得た。さらに，患者の価値共創の実践度合い（共創ランク）を 4 つにランク分けして，QOL への影響分析を試みた。分析には統計的因果推論の手法を用いた。統計的因果推論を行うことで，従来の共変量の影響を考慮してこなかった実証分析よりも，正確で洗練された議論が可能となる。

分析の結果，歯科医療サービスの文脈で，患者の価値共創実践，すなわち患者の個人的・私的な資源，医療提供者の資源，公的な資源を統合するための活動によって，ウェルビーイング（QOL）の向上に有意に影響することがわかった。共変量（交絡因子）を調整することによって，従来の単純な回帰分析でわからなかった因果効果まで踏み込めたことに本分析の既存研究への貢献がある。すなわち，「患者の価値共創実践が高いほどウェルビーイング向上も有意に高い」ではなく，「価値共創の実践を高めることでウェルビーイングが高まる」という正の因果効果を示すことができた。よって，患者の価値共創の実践を促進することは，患者のウェルビーイングにとって有益であることが明らかになった。なお，治療満足度と共創ランクおよび QOL の相関係数はそれぞれ 0.54，0.67 と比較的高く（なお，偏相関係数でもそれぞれ 0.24，0.54 ある），満足度の影響を統制して，共創ランクが QOL に与える因果効果を推定できたことには一定の価値がある。

第 4 章
研究 2：ヘルスケアサービスにおける価値共破壊のタイプ分類

4.1 研究目的

研究 2 の目的は， SRQ2「ヘルスケアサービスにおいて，どのような価値共破壊が起きているのか。そのうち，サービス利用意図を減衰させる価値共破壊はどのようなものなのか」に答えるために，顧客の価値共創プロセスの参加が阻害される状況，すなわち価値共破壊の状況を明らかにすることである。研究 3（第 5 章）で資源統合の視点から価値共破壊が起きるプロセスを分析するが，本章はその前段階となるものである。

価値共破壊は価値共創と比べて新しい概念であるため，まだ研究は発展途上である。ヘルスケアサービスの研究ではいくつかの先行研究があるが（Greer 2015; Kaartemo and Känsäkoski 2018; Laud et al.2019），小さなサンプルサイズを用いた定性的なアプローチが中心である。そして，現象を説明したのみで価値共破壊が起きたと述べており，実際に顧客がサービスを利用しなくなったり，利用頻度が減ったりすることとの関連までは捉えきれていない。

研究目的を達成するために，2 段階で分析を行う。まず，機械学習によるテキストマイニング手法の 1 つであるトピックモデルを用いる。トピックモデルにはいくつかの種類があるが，本研究では一般的に使用されている LDA（Latent Dirichlet Allocation）によるトピックモデルを適用する。次に，統計分析により，顧客のサービス利用継続意向にネガティブな影響を与えるタイプを特定する。これにより，次章で行う研究 3 の分析を円滑に進めることができる。研究対象はオンラインサービスで取得した歯科医院に通院した患者 1075 名分の自由回答形式の不満データおよび同時に取得した歯科医療サービスの継続利用意図である。

4.2 研究手法

本章で用いる分析は 2 つの分析からなる探索的アプローチである（図 7 を参照）。まず，大量のテキストデータを分類するための機械学習の一種であるトピックモデルを用いて，

歯科医療サービスにおける価値共破壊の分類を試みる。次に，独立性の検定（カイ二乗検定）と残差分析により，どのタイプの価値共破壊が患者のサービス継続利用意図に有意に関連しているか確認する。

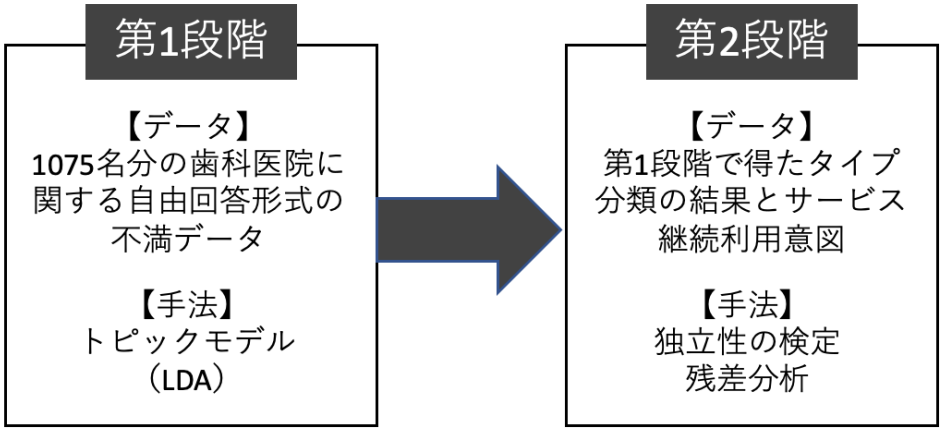

図 7　研究 2 の分析プロセス（筆者作成）

4.2.1　サンプルとデータ収集

本研究で分析するデータは，様々な業界に対する膨大な数の苦情や不満のクチコミを収集している調査会社である株式会社インサイトテックが運営するデータベースから「歯科医院」「歯科」「歯医者」のキーワードでデータを検索し，1200 件の苦情を抽出したものである（2017 年 6 月 23 日の時点）。このデータおよびデータベースは学術研究にも利用されており（Mitsuzawa et al. 2016），有効かつ信頼できるものと考えられる。

分析に使用した不満クチコミは，日本全国，具体的には 8 地域（北海道，東北，関東，中部，関西，中国，四国，九州）から幅広く収集されている。完全なデータの開示は許可されていないが，イメージとしては図 8 のとおりである。クチコミには投稿した者の性別，年齢，その後のサービス利用意図も同時に取得されている。すべての不満クチコミを目視で確認し，本調査に無関係な苦情を除外した結果，1075 件の苦情が残った。その後，不要な言葉を削除し，句読点や誤字脱字，文法的な誤りを修正することでデータのクリーニングを行った。クチコミ 1 件の平均文字数は 58.8 字（標準偏差 41.5，最大 251，最小 7）であった。

性別	年代	不満の対象	不満内容
女	40代	利用頻度が減った	新しくできた、歯医者、人気あり、一ヶ月に一回し
女	30代	利用頻度が減った	異常に治療に日にちを要する歯医者がある。診療日
女	30代	利用しなくなった	検診で虫歯が見つかった。治療方法はゆっくり考え
女	30代	影響なし	歯が欠けたようで、舌でさわるとヘンに鋭利になっ
女	20代	影響なし	少しずつ治療を進めるが、ほんとに痛いので早く治
女	40代	利用しなくなった	歯石取りに行きたいが、しばらく歯医者に行ってい
女	30代		歯ぎしり対策で歯医者さんからマウスピース作って
女	20代	影響なし	ここのお年寄りの先生は素手で治療するから気持ち
女	20代	利用しなくなった	痛いと言っている歯ではない違う歯をドクターの憶
女	20代	利用頻度が減った	病院側にも色々と事情があるのもわかるし、変な国
男	30代	影響なし	掛かりつけの歯医者はちょこちょこ一本ずつしか治
女	30代	利用頻度が減った	電話に出た女性が感じ悪い。上からものを行ってい
女	30代	影響なし	歯医者の治療の進め方は1週間に1回の予約で、治療
女	40代	利用しなくなった	歯医者は、只でさえ嫌なのに、医者がタバコを吸う

図 8　分析する歯科医院の不満データのイメージ（筆者作成）

回答者は男性 254 人，女性 821 人であった。10 代が 13 名，20 代が 200 名，30 代が 429 名，40 代が 260 名，50 代が 146 名，60 代以上が 27 名であった。サービス継続利用意図については 4 種類の回答が設定されている。「二度と歯科医院に行かない」が 232 件，「歯科医院に行く頻度が減った」が 272 件，「不満はあるが，今後も通うつもりだ」が 306 件，「わからない」または空欄（未回答）が 265 件であった。なお，歯科医院には小児歯科・歯科・口腔外科・矯正歯科という診療科目がある。本データでは，どの診療科目で患者が治療を受けたのかまではわからないが，1000 件超のデータを扱うことで外れ値的なクチコミの影響は取り除けると判断した。

4.2.2　分析手法

まず，本研究の分析の中心となるトピックモデルについて概説する。データの分析には代表的なトピックモデルとされる潜在ディリクレ配分法（Latent Dirichlet Allocation：LDA）を使用した。LDA は，分析対象となる文書データの集合から、トピックと各文書におけるそれらトピックの混合比率を推定することで文書データを要約できる手法として提案された（佐藤 2017）。このモデルを用いた理由は，分析のツールが揃っており，種々の研究で用いられてきた実績のある分析手法だからである。

トピックモデルとは，大量の文書集合の中から解釈可能な「トピック」（共通のテーマを持つ言葉のグループ。「ジャンル」や「カテゴリ」みたいなものを想像すればよい）の集合を発見する手法である（Blei et al. 2003; Blei 2012; DiMaggio et al. 2013）。ネット上に投稿される消費者の苦情・不満のクチコミは，曖昧で構造化されていないのが特徴である（Mishra and Singh 2018）。トピックモデルは，テキストの集合の潜在的構造に対する新し

く効果的で信頼性の高い計算法を提供し，研究者がテキストデータの新しいパターンを発見し，手作業で行うよりも多くのテキストの集合を分析できるようにする（DiMaggio et al.2013; Ali and Kannan 2022）。トピックモデルを用いることで，人力で処理することは困難な大量の文書が，いかなる意味構造のもとで生成しているのかを明らかにすることができる（麦山 2017）。

価値共破壊に関する既存の研究は，主にサンプルサイズの少ない定性的なアプローチを用いているため，より大きなサンプルサイズのデータを分析することで，新しい発見や洞察の可能性が高まる可能性が高い。そこで本研究では，まだ十分に研究されていない研究テーマである価値共破壊の理論の発展に寄与するために，1000 件を超える自由記述式アンケートをトピックモデルで分析することが合理的かつ適切であると判断し，分析を行った。

岩田（2015）をもとにトピックモデルについて簡単に述べる。トピックモデルでは，各文書が単語の集まり（単語集合）によって構成されるものとする。本研究で言えば，各文書とは不満のクチコミ 1 つ 1 つのことを指す。またトピック（ジャンル）は複数存在すると仮定される。トピックごとにトピックを構成する単語の分布は異なっており，各トピックにはどのような単語が存在するかを決められる潜在的な単語分布がある。さらに，各文書にはどのトピックに属するかという潜在的なトピック分布があり，各文書は複数のトピックに属することも仮定される。トピックごとの単語分布と文書ごとのトピック分布を推定することで，まず各単語がクラスタリング（どの単語がどのトピックに多いのか）が推定されて，どのようなトピックがあるのかがわかり，次に各文書がどのトピックに属するかが推定される。各文書にはどのトピックに属するのかという所属確率が割り振られる。

分析の流れは 4 つのステップで行った。まず，データクリーニング後（主に誤字脱字および表記揺れの修正を行った）の 1075 件の不満クチコミに対して，Tiny Text Miner(Matsumura and Miura 2014)を用いた形態素解析を実施した。名詞，動詞，形容詞，副詞が分析対象である。次に，トピックモデルで設定するパラメータである「トピック数」の目安を得るために，歯科医師や歯科医院のスタッフ数十人に，何種類の苦情や不満が寄せられているかを尋ねた。その結果，思いつく苦情・不満の種類は 10 種類程度であった。そこで，トピック数を 8 から 15 に設定し，8 回のトピックモデリング分析を行ったところ，トピック数を 12 に設定したモデルが解釈可能性という点で最適であった。第 3 に，分析された各クチコミが各トピックに属する確率を計算し，計算結果に従って，分析されたクチコミを最も確率の高いトピックに割り当てることとした。トピックモデリングは，R（R Core Team 2017），topicmodel パッケージ（Hornik and Grün 2011），lda パッケージ（Chang 2010）を用いて実施された。最後に，すべてのクチコミが適切なカテゴリ（トピック）に割り当てられているかどうかを目視で確認した。明らかに間違った割り付けがあった場合は，より適切なトピックに割り付け直した。

トピックモデリングの後，独立性の検定（カイ二乗検定）と残差分析を用いて，価値共破壊のタイプとサービス継続利用意図の関係を分析した。分析に用いたのは 1075 件の苦情のうち，「わからない」や空欄（未回答）を除いた 810 件であった。

4.3 結果

LDA によるトピックモデリングを行った後，各トピックの高出現頻度語と代表的なクチコミにしたがって，12 のトピックに名前を割り当てた（表 7 を参照)。なお，分析にはオリジナルのクチコミを使っているが，上述のとおり，オリジナルのクチコミの公開はデータ提供会社から許可されていない。代表的なクチコミとして表示されているものは，一度英訳したものを再度翻訳ソフト（DeepL）で日本語に戻したものであり，大意に違いはない。

タイプ I の価値共破壊は，提供されたサービスのコストに対する不満を含むことから，「サービスのコスト」と名付けられた。タイプ II とタイプ III は，それぞれ「信頼の喪失」，「治療の質」と名づけられた。タイプ IV は，主に受付に対する不満を含むことから，「受付の態度」と名付けられた。タイプ V は，予約が取りにくい，予約時間を過ぎても治療が進まないなどを含み，「予約・時間」と命名された。タイプ VI は，不安と治療に対する恐怖を含むため「治療への恐怖」と名付けられた。タイプ VII，VIII，IX，X，XI はそれぞれ，「治療以外の条件」，「治療中の態度」，「診療室の環境」，「治療期間」，「周辺サービス」と名づけられた。最後に，タイプ XII は，保険適用外の治療を含むことから「健康保険適用外」と命名された。

表 7　トピックモデルによって分類された価値共破壊のタイプ（筆者作成）

	高出現頻度 （第 5 位まで）	代表的なクチコミ	タイプ名
I	高い，治療代，終わる，かかる，お金	● いつも思うのですが，請求額が高いですね。 ● 費用が不透明なのだ。明細表はなく，合計だけ。領収書は薬代を含めた合計のみで，行われた治療に対してかなり高く感じる。 ● 「あなたお金持ちですね」と言われ，びっくりした。合計が通常の 10 倍もあった。お金を騙し取っているようにしか見えなかったので，びっくりした。	サービスのコスト
II	歯科医師，わかる，つける，聞く，入れ歯	● プロ意識に欠けるような歯医者さんで，信頼は得られませんでした。 ● 以前は，近くにこの歯医者しかなかったので，仕方なく訪れました。子供を連れて行ったのですが，子供が泣くと大人 3 人に押さえつけられ，無理やり口を開かせて処置されるのを見ました。子供は歯医者に行くのが嫌いになってしまいました。さらに悪いことに，費用がとても高かったのです。問い合わせたところ，保険点数が高かったと言われました。歯科業界に友人がいるので，それは間違っていると指摘したところ，他の患者と混同していると言われました。知識のない人を騙すなんて	信頼の喪失
III	詰め物，虫歯，痛み，検診，歯石取り	● 詰め物を治してもらったものの，やはり痛かったです。 ● 3 ヶ月に一度は検診を受けているのですが 自分にとって違和感のある箇所を指摘したが，治療はされなかった。後日，歯科医師から虫歯があると言われた。定期検診の意味がわからない。 ● 歯石取りが痛すぎる。歯磨きをしても，やはり取らないといけないので，行くのが億劫になり，ブルーな気分になる。そ	治療の質

		んなに痛くない歯石取りの方法を見つけてほしい。	
IV	受付，電話，対応，予約，聞く	● 受付の人がとても無愛想で，ちょっと怖かったです。 ● 歯医者に予約の電話をしたのですが，電話の方の話し方が弱々しく，聞き取れませんでした。聞こえないことを指摘すると，電話を切られました電話でコミュニケーションが取れない人が電話に出るべきではない。 ● 受付の態度は本当に最悪でした。こちらが考える暇もなく，質問に答える暇もなく，次から次へと質問してくる。本当に気分が悪くなった。	受付の態度
V	予約, 取れる, またす, 時間, 予約時間	● 予約時間に到着したのに，30 分も待たされた。予約の意味があるのか？ ● なぜ 1 週間後，2 週間後に予約が取れないのか理解できない。そんなに忙しそうには見えない。 ● なかなか予約が取れず，3 週間も待たされた。結局，予約時間の 5 分前に到着したのに，40 分も待たされた。予約した意味があるのか？	予約・時間
VI	痛み，抜く，麻酔, 削る, 親知らず	● 親知らずを抜いたがあまりにも痛い。処置後も 3 ヶ月間，ひどい痛みが続いた。 ● 麻酔をして抜歯してもらったのですが，いきなりやるのではなく，今から麻酔をしますと言ってほしい。 ● あのドリルの音はどうにかなりませんか？音がすると怖さが倍増する。	治療への恐怖
VII	子供，駐車，音，待合室，怖い	● 小児歯科に行ったのですが，待合室や治療室に BGM がない。これは考え直してほしい。あんなに静かな環境で待たされたら子供も怖いし，診療台の上の天井にテレビを置くだけでは不十分です。	治療以外の条件

		● 待合室全体が不潔だった。掃除してほしい。 ● 駐車場が狭すぎる。4 台しか停められないので，もっと広くしてほしい。	
VIII	開ける，歯科医師，手，痛み，見える	● 小児歯科の宣伝をしておきながら，子供の診察では威圧的な態度で圧倒され，トラウマになってしまったようです。もう二度と連れて行きません。 ● 元々歯医者に行くのは好きではありませんが，歯医者が喫煙者だともっと嫌になります。口の中に指が入るし，顔が近づいてくるし，全部タバコ臭い。そういうところ，もっと配慮してほしい。 ● 痛かったら声をかけろとか手を挙げろとか言われるけど，歯科衛生士に腕を押さえつけられたり，器具で舌を押さえつけられたりしたら，そんなことできるわけがない。	治療中の態度
IX	診療台，水，すごい，入れる，汚れ	● 患者さんのうがいするところが不潔です。見ているだけで嫌な気分になる。器具を置くトレーまで汚い。 ● 水なのか唾液なのかわからないが，治療中に顔に水が当たることがあり，嫌な思いをする。美容院みたいにタオルで顔を覆ってくれるといいかも。 ● 診療台に髪の毛がついていて，医院の掃除がされておらず，衛生的でない。座っていると少し嫌になる。	診療室の環境
X	時間，かかる，長い，通院，お金	● 治療にかかる期間が長すぎる。お金がかかってもいいから，1 回にもっとたくさん治療ほしい。 ● 治療が終わるまでに時間がかかりすぎる。経過を見るのは当たり前だが，毎回こんなに休まなければならないのは面倒。1 回で治らない場合でも，トータルの通院回数を少なくしてもらえると助かる。短期間で終わる治療をしてほしい。	治療期間

		● 歯医者さんの都合もあるのでしょうが，通院回数が多すぎる。そんなに暇じゃないんです。	
XI	歯磨き，歯茎，歯科衛生士，歯ブラシ，磨く	● 歯科医院では，ホワイトニング用の歯磨き粉がいろいろと売られていた。なぜ高いお金を払ってまで歯を白くしなければならないのかわからない。 ● フロスを使えと言われたので使ってみたが，あれで歯と歯の間に溝ができたような気がする。フロスは本当に必要なのだろうかと思う。デメリットもあると思う。 ● 歯が痛くて歯科医院に行き，悪い歯はすべて治療してもらいました。歯石がつくとなると，歯間ブラシと歯ブラシを買えといつも迫られる。お店で安く買うからと言うと，ひどく嫌そうな顔になった。歯医者に行くのだって憂鬱なのに，さらに憂鬱になった。	周辺サービス
XII	保険，自費，矯正，高い，銀歯	● 学校の歯科検診で担当の歯科医師から毎回「子供の歯並びが悪い」と連絡が入るが，いざ行ってみると，矯正費用が高すぎる。子どもにはかわいそうだが，高すぎる。保険でカバーされないのが不思議です。 ● 最近，インプラントが理想だと言われたが，自己負担が高すぎる。保険が適用されれば最高なのだが。 ● セラミッククラウンは高いので，保険制度が適用されればいいと思う。	健康保険適用外

トピックモデルの後に行ったカイ二乗検定と残差分析の結果は表 8 のとおりである。数値は価値共破壊のタイプごとの患者のサービス継続利用意図の総数を指す。「利用停止（二度と行かない」の意向数は，タイプⅡとタイプⅦで有意に大きい。「頻度減少（歯科医院に行く頻度が減った)」はタイプ X で有意に多いことが明らかになった。「利用停止」はタイプ V，IX で有意に少なかったが，本研究は価値共破壊によって患者のサービス継続利用意図が消滅・減少し，最終的にウェルビーイング共創の機会が減少することを扱うため，有意

に少ないことに関しては取り扱わない。

表 8　価値共破壊のタイプとサービス継続利用意図の関連（筆者作成）

価値共破壊のタイプ		患者のサービス継続利用意図		
	タイプ名	利用停止	頻度減少	変更なし
I	サービスのコスト	17	22	25
II	信頼の喪失	49*	29	31*
III	治療の質	30	37	41
IV	受付の態度	11	18	11
V	予約・時間	16*	43	47
VI	治療への恐怖	12	8	14
VII	治療以外の条件	31*	15	19
VIII	治療中の態度	19	14	24
IX	診療室の環境	9*	20	27
X	治療期間	20	41*	26
XI	周辺サービス	6	10	13
XII	健康保険適用外	13	15	27

N=810, Chi-square value 58.52, DF 22, Cramer's V = 0.19, Cohen's w 0.27 (95% CI [0.20, 0.33]), * $p < 0.05$

4.4　第 4 章のまとめ

本章では研究 2 として，SRQ2「ヘルスケアサービスにおいて，どのような価値共破壊が起きているのか。そのうち，サービス継続利用意図を減衰させる価値共破壊はどのようなものなのか」に答えるために，1075 件の自由回答形式の不満クチコミを LDA によるトピックモデルによって分析した。その結果，顧客の価値共創プロセスの参加が阻害される状況を明らかになり，歯科医療サービスにおいては，12 種類の価値共破壊のタイプがあることが確認された。続いて，価値共破壊のタイプとサービス継続利用意図の関係性について統計分析を行ない，「信頼の喪失」「治療以外の条件」「治療期間」と命名された価値共破壊のタイプがサービス利用頻度の消滅・減少に有意な関係があることが示された。

本研究は，先行研究が小さなサンプルサイズを用いた定性的なアプローチのみを用いてきたという限界があるところを，より大きなサンプルサイズと機械学習を用いてより客観的な結果を得ることができた。さらに，実際に顧客がサービスを利用しなくなったり，利用頻度が減ったりしたことと価値共破壊の関連まで言及できなかったという課題も解決した。

第　5　章
研究３：サービスの継続利用意図を減衰させる要因の分析

5.1　研究目的

研究 3 の目的は，SRQ3 「ヘルスケアサービスにおいて，サービス利用意図を減衰させる価値共破壊はどのような要因によって引き起こされるのか」に答えるために，研究 2 で同定したサービス継続利用意図に悪影響を与えると考えられる 3 つの価値共破壊タイプのクチコミに対して定性的アプローチを用いて分析し，価値共破壊につながる要因を探ることである。

価値共破壊につながる要因を見出す先行研究は存在するものの，価値共破壊と顧客のサービス継続利用の意思決定の関係については，あまり研究が進んでいない。Daunt and Harris（2017）はサービスプロセスにおいて共破壊的行動と共創的行動が同時・反復的に発生しうることを実証した。サービス分野の研究者・実務家にとって重要なポイントは，どういう価値共破壊の要因が顧客のサービス継続利用の停止・減少に影響を与えるかを理解することである。

5.2　研究手法

患者の行動に悪影響を及ぼす価値共破壊の 3 つのタイプ（II，VII，X）について，その要因を明らかにした。使用したデータは，各タイプの患者からの不満クチコミである。タイプ II は 49 件，タイプ VII は 31 件，タイプ X は 41 件であった。

分析には質的なデータのグルーピングを繰り返すことでデータの本質を抽出することができる KJ 法（Scupin 1997）を用いた。KJ 法は，ボトムアップの分類プロセスを採用しており，データを分類して新しいアイデアや要約を見出すのに非常に有効であるため（Cheng and Leu 2011），本分析に適している。まず，トピックごとにすべての不満を紙に書き出し，分類カードを作成した。次に，共通・類似の要素がある可能性に基づいて，カードをグループ化した。この作業は，グループ分けができなくなるまで繰り返した。

KJ 法は主観的な分類法なので，客観性を高めるために，KJ 法のトレーニングを受けた学

生 17 名に同じデータを使って同様の作業をさせた。その様子が図 9 である。その結果はどちらもほぼ同じであり，結果の客観性が信頼に足るものであると判断された。わずかに違ったのは，学生が使った語彙の使い方である。ほんの数例であるが，「無配慮な行動」というグループ分けに対し，学生らは「配慮の欠如」という言葉を使った。意味としては同じと考えて差し支えないと判断し，グループ化の妥当性は確認された。

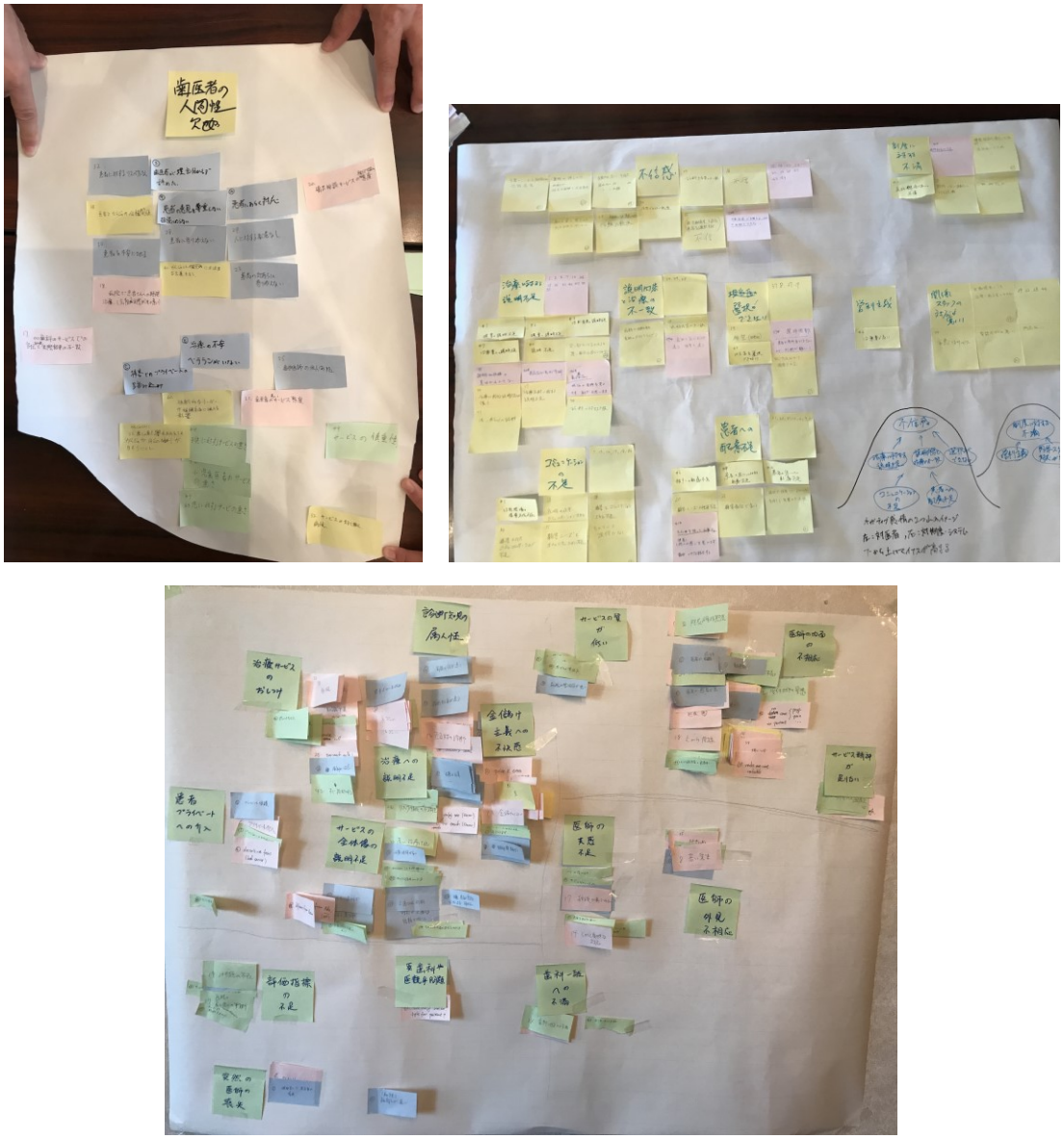

図 9　学生たちによる分析作業の様子（筆者作成）

5.3　結果

特定された要因を図 10 に示した。以下，それぞれのタイプの要因について記述する。「信頼の喪失」（タイプ II）につながる要因として，無配慮な行動（18 件のクチコミ），詐欺的行為（10 件のクチコミ），専門性への不信（17 件のクチコミ），上記の複合型（4 件のクチコミ）が特定された。

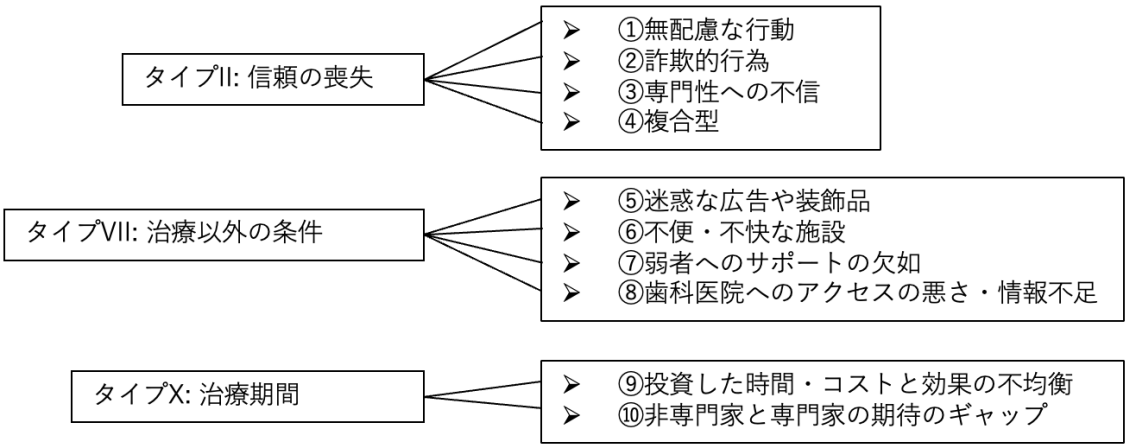

図 10　サービス利用意図に悪影響を及ぼす価値共破壊タイプとその要因（筆者作成）

第一の要因であるサービス提供者（歯科医師，歯科衛生士，受付など）の「無配慮な行動」は，患者の失望や怒りにつながり，価値共破壊の引き金となる可能性がある。「無配慮な行動」に関する典型的な苦情には，次のようなものがある。

歯科医師が横柄で，腹が立った。虫歯もなく，急いでいたわけでもないのに，忙しくてしばらく通わなかったら，『来る気がないのか？　私にはもっと大事なことがあるんです』と言われ，その言葉が気に食わなかったので，他の歯医者に行くことにしました。

30 代女性

第二の要因は「詐欺的行為」であり，患者がサービス提供者に騙されたと感じ，価値共破壊につながることがある。「詐欺的行為」に関する代表的なクチコミとしては，以下のようなものがある。

診察が 1 回で済むところを 2 回に分けられることがある。1 回で済むはずの診察を 2 回に分けるのは，料金を高くして儲けようとする歯科医の仕業だと思う。これは詐欺です。2 回通うのも大変です。こんなことをする歯科医院には行きません。厚生労働省が調査するべきだと思います。

30 代女性

3 つ目の先行要因は「専門性への不信」である。価値共破壊は患者がサービス提供者の言動に懐疑的になることで発生することがありうる。例は次のとおりである。

ダイレクトボンディングという自費診療について，歯科医院で聞きたいと思った。クリニックに電話すると，歯科医師が電話口に出て個人的に話をしてくれたのですが，知ったかぶりの態度が目立ちました。これは，歯と歯の間の隙間を治す治療法です。審美的なので自費になりますが，保険が適用されるかもしれないとのことでした。それから，話すときに急に専門用語を使うようになり，信用できないと思いました。日曜日も診療しているので通いやすいクリニックだと思っていたのですが，印象がガラリと変わりました。残念です。

30 代女性

上記のクチコミでは，歯科医師は患者に対して，特別な治療は保険適用外であると説明したが，患者がその内容を歯科医師に確認すると，歯科医師は専門用語を多用して先ほどとは反対の「保険適用になる可能性がある」とほのめかした。この歯科医師の手のひら返しの行動が，患者に専門性への信頼を失わせた可能性が高い。

第四の要因は「複合型」である。この要因には，上記で述べられた要因と他のトピックに関する要因も含まれる場合があり，いろいろな要因が重なって何にでも不満に感じることで最終的には患者の不信につながり，価値共破壊が発生する可能性がある。何らかのキッカケですべてが嫌になってしまったケースである。1 つの不満に複数の主張が含まれている場合がここに分類されている。以下は，複合型の典型的な不満クチコミである。

受付の人が失礼だった。すでに持っている薬を売りつけようとした。歯のスケーリングをしてもらったが，その際に歯茎を傷つけられ，痛くて腫れてしまった。しかし，「あなたが自分で歯茎を痛めた」と全否定された。後に，親知らずがあることが発覚。痛くはないのですが，抜くことを勧められました。歯医者の説明の前に歯を削られてしまった。何をされて

いるのか，まったく分かりませんでした。行く前はまったく痛くなかったのに，行ってから悪化する一方。あの人たちは史上最低です。

20 代女性

「治療以外の条件」（タイプ VII）には 4 つの要因が確認された。このタイプの価値共破壊は，次のようなことが原因であった可能性がある。迷惑な広告・装飾品（8 件のクチコミ），不便・不快な施設（16 件のクチコミ），弱者へのサポートの欠如（4 件のクチコミ），歯科医院へのアクセスの悪さ・情報不足（3 件のクチコミ）である。

第一の要因である「迷惑な広告・装飾品」は，過剰な広告，不必要な設備，不適切なサービス提供などが，患者の歯科医院への来院を回避させる結果となっている可能性がある。「迷惑な広告や装飾品」に対する典型的クチコミは次のようなものである。

歯茎の露出や歯の欠損が大きく描かれた看板があり，吐き気を催す。

40 代女性

第二の要因である「不便・不快な施設」は，患者が望むレベルの快適さを歯科医院が提供できず，結果として患者がその歯科医院に足を運ばなくなることと関連していると考えられる。「不便・不快な施設」についての代表的な不満は以下のとおりである。

駐車場が狭く，4 台しか停められない。10 台分の駐車スペースがあるので，もっと広くしてほしい。

20 代男性

第三の要因は「弱者へのサポートの欠如」である。歯科医院が弱者への配慮を怠っているのを患者が見たり感じたりすると，通院をやめてしまう恐れがある。「弱い立場への配慮がない歯科医院は自分への配慮にも欠けているのでは」と想像したのだろう。「弱者へのサポートの欠如」の典型的な不満のクチコミは，次のようなものである。

この施設は 1〜2 年前にできた新しい施設です。しかし，車いすや杖は禁止されていました。小さな子供が床を這うからという理由らしい。子供専用のスペースを作った方がいいのでは？ 実際，お年寄りや体の不自由な方の入場は禁止されているようです。こんな思いやりのない歯科医院は初めてです。

50 代女性

第四の要因は「歯科医院へのアクセスの悪さ・情報不足」である。この不満の代表的なものは次のとおりである。

選択肢が多すぎて，どの歯科医院に行けばいいのか判断がつかない。

30 代女性

「治療期間」（タイプ X）としては，投資した時間・費用と効果の不均衡（31 件のクチコミ），非専門家と専門家の期待のギャップ（10 件のクチコミ）の 2 つの要因が確認された。1 つ目の要因である「投資した時間・コストと効果の不均衡」とは，患者が「治療の結果がコスト（主に時間とお金）に見合っていない」と感じることである。

国内の歯科医院では一般的に患者は週に 1 回，数週間にわたって歯科医院に通い，1 回あたり 15 分から 30 分の治療を受ける。少しずつ治療を進めることが多いため，1 回ごとの治療効果を実感することが難しい場合がある。そのため，患者は通院を無駄なものと考え，距離を置いてしまいがちである。一度にまとめて治療したい，せめて通院回数を減らしたいというのが患者の本音だろう。歯科医院はその要求に応えきれていない。「投資した時間・コストと効果の不均衡」に対する典型的な不満クチコミは，次のようなものである。

1 本の歯を治療するために，1 週間に 1 回，1 ヶ月以上も歯科医院に通わなければならなかった。もう少し早く終わらないのか。もっと頻繁に通って治療期間を短縮できればよかった。いつまで通えばいいんだろう，と行くのをためらうようになりました。

40 代女性

2 つ目の要因は「非専門家と専門家の期待のギャップ」である。これは，1 つ目の要因と

似ているが，より悪化した段階と考えられる。すなわち，長い治療期間に対する不満から，提供された治療に対して疑心暗鬼に陥ったものと思われる。「非専門家と専門家の期待のギャップ」の典型的な不満クチコミは次のようなものである。

治療期間が長すぎる。忙しいのに通っているのだから，ある日に詰め物を取って，別日で入れ替えるのはやめてほしい。わざと長くしているのではと思うようになった。うさんくさい治療になんて行く暇はない。

40 代男性

5.4　第 5 章のまとめ

本章では研究 3 として，「ケルスケアサービスにおいて，サービス利用意図を減衰させる価値共破壊はどのような要因によって引き起こされるのか」に答えるために，研究 2 で同定した価値共破壊のタイプのクチコミを定性的アプローチである KJ 法によって分析した。用いたデータは研究 2 でサービス利用頻度の消滅・減少に有意な関係があると明らかになった「信頼の喪失」「治療以外の条件」「治療期間」という 3 つの価値共破壊タイプに含まれるクチコミである。KJ 法による分析の結果，患者のサービス継続利用意図にネガティブな影響を及ぼす 3 つの価値共破壊には 10 種類の要因が確認された。

まず，価値共破壊タイプ「信頼の喪失」には「無配慮な行動」「詐欺的行為」「専門性への不信」「複合型」の 4 つ要因があることがわかった。歯科医療サービスにおいて，①歯科医師・歯科衛生士・受付の「無配慮な行動」が患者の失望や怒りにつながったり，②「詐欺的行為」によって患者がサービス提供者に騙されたと感じたり（ただし，実際に不正請求があったとは限らない。あくまで患者側の主観である），③歯科医療サービス提供者の言動によって「専門性への不信」が生まれて患者が歯科医療サービス提供者に懐疑的になり，さらには④その他様々な事情で複数の要因が重なる，または①〜③のことが同時に発生して患者の不信につながり，サービス継続利用意図が減衰することにつながった。つまり，価値共創に至る資源統合のプロセスが阻害されて価値共破壊が起きてしまい，本来であれば共創されるはずのウェルビーイングが共創されない恐れがある。

価値共破壊タイプ「治療以外の条件」には「迷惑な広告・装飾品」「不便・不快な施設」「弱者へのサポートの欠如」「歯科医院へのアクセスの悪さ・情報不足」の 4 つの要因があることがわかった。歯科医療サービス提供者による⑤「迷惑な広告・装飾品」は患者の来院を忌避させてしまう。広告は患者を誘引するために出すのであって，わざわざ来院を妨害しようとして設置はしないであろう。次に，⑥「不便・不快な施設」によっても患者のサービ

ス継続利用意図は減衰するが，これもわざわざサービス提供者が不便・不快でありたいと思い，そのような環境にすることは考えににくく（清潔さに無頓着な歯科医院もあるかもしれないが），期せずして患者の来院を妨害している恐れがある。⑦「弱者へのサポート欠如」は毛色の違った要因である。患者は要因⑤や⑥のように，直接，自分に不快感や不便さを被ったのではない。サービス提供者による他者への態度・言動を見ることで自分へのサービス提供への不安を感じ，サービス継続利用意図が減衰したのである。⑧「歯科医院へのアクセスの悪さ・情報不足」は⑤と⑥の要因と同様に患者の来院動機や行動を阻害するが，アクセスの悪さや情報不足は歯科医院がわざとそのようにしていることは考えづらい。しかし，資源統合を阻害している点では他の要因と同様である。患者には歯科医院に来院して治療や検診を受けたいという意向はあったのだが，4 つの要因によって資源統合が阻害されて，価値共破壊に至ったのである。

価値共破壊タイプ「治療期間」には「投資した時間・コストと効果の不均衡」「非専門家と専門家の期待のギャップ」という 2 つの要因があることが明らかになった。どちらの要因も治療が継続中に発生している。途中まで資源統合は行われていたのだが，⑨「投資した時間・コストと効果の不均衡」によって，患者が治療のゴール・目標を見失ってしまった。さらに⑩「非専門家と専門家の期待のギャップ」によって，患者はサービス提供者に対して疑いの眼差しを向けるようになった。要因⑨と⑩は，要因①〜⑥のように，歯科医療サービス側の行為が直接的に患者に何らかの悪影響を与えて資源統合のプロセスを阻害したのではない。治療についての説明不足や治療のゴール（いつ治療が完了するのか）が明確にされずに治療が継続されて，途中まで価値共創につながる資源統合が行われたものの，最終的に資源統合が阻害されて価値共破壊につながったと考えられる。

第　6　章
結論

本章では，まず研究 1〜3 によって得られた結果から，SRQ1〜3 に対する回答を述べる。次に，それらの回答から本論文の主題である MRQ「ヘルスケアサービスにおいて，ウェルビーイングを共創するために必要な顧客の TSL とは何か，それはどのように醸成すればいいのか」に対する回答を示す。その後，理論的・実務的含意および研究の限界と今後の課題について記述する。

6.1　リサーチ・クエスチョンへの回答

SRQ1：ヘルスケアサービスにおいて，価値共創の実践はウェルビーイング向上に寄与するのか

研究 1 を通して，日本における歯科医療サービスの文脈において，患者の価値共創の実践はウェルビーイング（生活の質：QOL）向上について有意に正の影響を与えており，ウェルビーイングの向上に寄与することがわかった。患者による価値共創の実践として，次の 7 項目が設定された。「受動的コミットメント（歯科医師やスタッフからの指示・アドバイスは守ること）」，「能動的コミットメント（治療・検診について，要望や質問を多くすること）」，「自己選択（治療や検診の内容は自分に合ったものを選ぶこと）」，「私的治療等会話（治療・検診について，家族・友達など他の人と話すこと）」，「健康意識（口腔内の健康を保ちたいという意識が高まること）」，「情報意識（口腔内の健康に役立つ情報を気に留めるようにすること）」，「健康維持行動（口腔内の健康を保つための行動をすること）」である。

分析は統計的因果推論の手法を用いた。年齢・性別・来院理由・支払い方法・通院年数・治療の満足度を共変量とし，患者の価値共創実践のレベル（潜在ランク理論によって求められた）および QOL への影響を統制して分析した。その結果，患者による価値共創の実践はウェルビーイングに対して正の因果効果を持ち，実践の度合いを高めればウェルビーイングが高くなることが示された。単なる回帰分析を用いた結果よりもその影響は小さいものであったが，共変量を考慮することで，より頑健な結果を得ることができた。

SRQ2：ヘルスケアサービスにおいて，どのような価値共破壊が起きているのか。そのうち，サービス継続利用意図を減衰させる価値共破壊はどのようなものなのか

研究 2 において，オンラインで集められた 1075 件の歯科医院に関する不満（自由回答形式のテキスト）を対象に，テキストデータを分類する機械学習手法であるトピックモデル（LDA）により分析した結果，12 種類の価値共破壊が起きていることがわかった。それぞれ，「サービスのコスト」，「信頼の喪失」，「治療の質」，「受付の態度」，「予約・時間」，「治療への恐怖」，「治療以外の条件」，「治療中の態度」，「診療室の環境」，「治療期間」，「周辺サービス」，「健康保険適用外」とラベルが付けられた。

先行研究では，サンプルサイズの少ない質的調査から価値共破壊について説明していたが，それらよりも大きなサンプルサイズと機械学習を用いることで，より客観性の高い価値共破壊のタイプの発見および分類ができたと言える。さらに，これら 12 個ある価値共破壊タイプのうち，サービス継続利用意図の消滅・減少と有意な関係があったのは，「信頼の喪失」，「治療以外の条件」，「治療期間」の 3 つであった。この分析の効果量は中程度であったため，3 つの価値共破壊のタイプとサービス継続利用意図の消滅・減少との関連性は決して低くはないことがわかった。

SRQ3：ケルスケアサービスにおいて，サービス継続利用意図を減衰させる価値共破壊はどのような要因によって引き起こされるのか

研究 3 の結果，サービス継続利用意図の消滅・減少につながる 3 つの価値共破壊のタイプ（「信頼の喪失」，「治療以外の条件」，「治療期間」）に分類された不満クチコミについて定性的アプローチである KJ 法を用いることで，10 種類の要因が特定された。サンプルサイズは 121 件で少数のため，客観性を高めるために質的分析のトレーニングを受けた 17 名の大学院生により同様の分析が行われたところ，ほぼ同じ結果を得たので一定の客観性のあると判断された。

まず価値共破壊タイプ II「信頼の喪失」からは「無配慮な行動」，「詐欺的行為」，「専門性への不信」，「複合型」という 4 つの要因が確認された。次に，価値共破壊タイプ VII「治療以外の条件」からは，「迷惑な広告や装飾品」，「不便・不快な施設」，「弱者へのサポートの欠如」，「歯科医院へのアクセスの悪さ・情報不足」という 4 つの要因が明らかになった。最後に，価値共破壊タイプ X「治療期間」からは，「投資した時間・コストと効果の不均衡」，「非専門家と専門家の期待のギャップ」という 2 つの要因が見つかった。

MRQ：ヘルスケアサービスにおいて，ウェルビーイングを共創するために必要な顧客の TSL とは何か，それはどのように醸成すればいいのか

ヘルスケアサービスにおいて，ウェルビーイングの共創は，患者による価値共創の実践

（患者とサービス提供者およびそれに関わる人・組織・制度などとの相互作用）を通して，患者自身・私的・公的ネットワークの資源が統合されることによって起こる（McColl-Kennedy et al. 2012; Sweeney et al. 2015）。資源がうまく統合されない（誤統合），もしくはそもそも統合されなければ（非統合），本来共創されるべきウェルビーイングが共創されず，価値共破壊という結果に至る。また価値共創の実践において，途中で資源統合から資源誤統合・非統合に移行してしまう場合も考えられる。

顧客の TSL は価値共創・価値共破壊のプロセスの根本にあり，価値共創・共破壊につながる資源統合・誤統合・非統合に影響を与えるものである。ウェルビーイングが共創されるためには，顧客はサービス提供中での直接的な相互作用を超えて資源を提供しなければならない（Bitner et al.1997, Spanjol et al. 2015）。そのためには顧客の専門知識，すなわちサービスリテラシー（Mende and van Doorn 2014; Davey and Grönroos 2019）が必要とされるだけでなく，患者自らがサービスの共創者であるという役割を認識し，価値共創を実践することが重要であるため（Frow et al. 2016; Pham et al. 2022），患者の積極性が求められる（Ostrom et al. 2021）。よって，ヘルスケアサービスにおける TSL とは，「ウェルビーイングの共創に必要なサービスリテラシーだけでなく，直接的な相互作用を超えて間接的な相互作用による資源統合までも行うための能力および個人的・関係的要因」と定義できる。

図 11 は研究 1 でウェルビーイングを高めることが実証された顧客による価値共創の実践を直接・間接的な資源統合とサービス提供との関係として整理したものである。①受動的コミットメントと②能動的コミットメントは歯科医療サービス提供者との直接的な相互作用を通じた資源統合である。③自己選択は，治療の意思決定そのものは歯科医療サービス提供者と相談して決めることが多いであろうが，意思決定のときに身につけた専門知識は顧客の新たな資源となり，サービス提供後にも役立ち，次の価値共創に寄与するだろう。④私的治療等会話は，サービス提供中には実践されない。患者が家族や知人（すなわち顧客の私的な資源）と歯科治療などについて話す中で，患者の口腔内の健康についての知識が再認識されたり強化されたりすることが考えられる。

⑤健康意識，⑥情報意識および⑦健康維持活動については，間接的な資源統合に分類される。患者のみで口腔衛生の向上（すなわち QOL の向上）に関する健康について意識し，考えるようになり，健康維持活動を行うことは難しい。一度は，歯科医院に通院することで身につけるものであろう。しかし，身についた意識・活動は治療が完了した後や次の来院前でも患者自らで活用することができるため，サービスの提供場所・時間を超え間接的な価値共創の実践とみなすことができる。もちろん，意識や知識が薄れたり，次第に健康維持活動を行わなくなったりすることもあるだろうが，歯科検診などの機会で再び活性化される可能性がある。

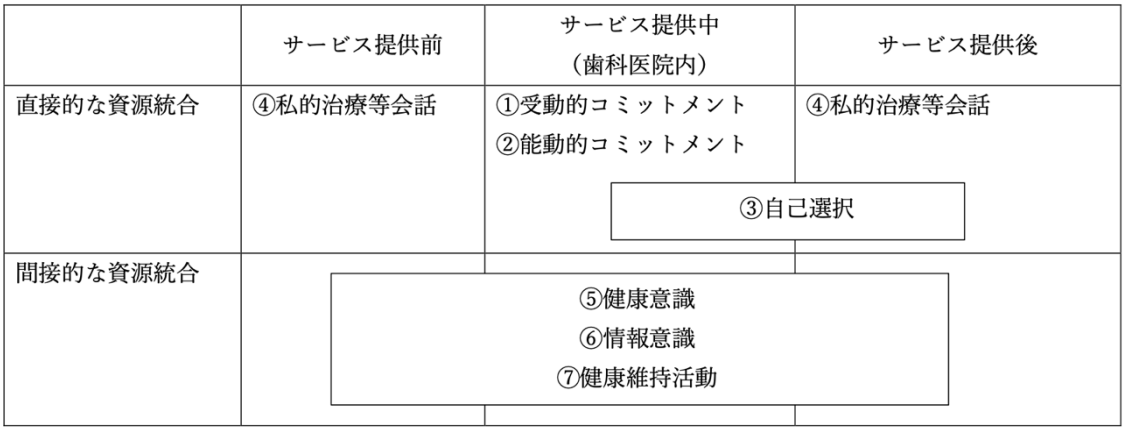

図 11　顧客の価値共創実践と資源統合の関係（筆者作成）

このように，顧客の価値共創実践による直接的・間接的な資源統合は様々な時間・場所で行われうることがわかる。すなわちウェルビーイングの共創にとって，TSL（ウェルビーイングの共創に必要なサービスリテラシーだけでなく，直接的な相互作用を超えて間接的な相互作用による資源統合までも行うための能力および個人的・関係的要因）は欠かせないものであることが示唆される。

図 12 は，研究 2 および研究 3 で発見された顧客のサービス継続利用意図を消滅・減少させる価値共破壊につながりうる要因を，図 11 と同様に，直接・間接的な資源統合とサービス提供との関係として整理したものである。要因①～④は患者が歯科医院内にいるとき，すなわちサービス提供中に直接的に資源統合に悪影響を与え，患者の治療や検診を受ける意欲（サービス継続利用意図）を挫き，以降の来院を妨げる。患者が来院し，治療や検診が行われなければ，共創されたはずのウェルビーイングも共創されない。

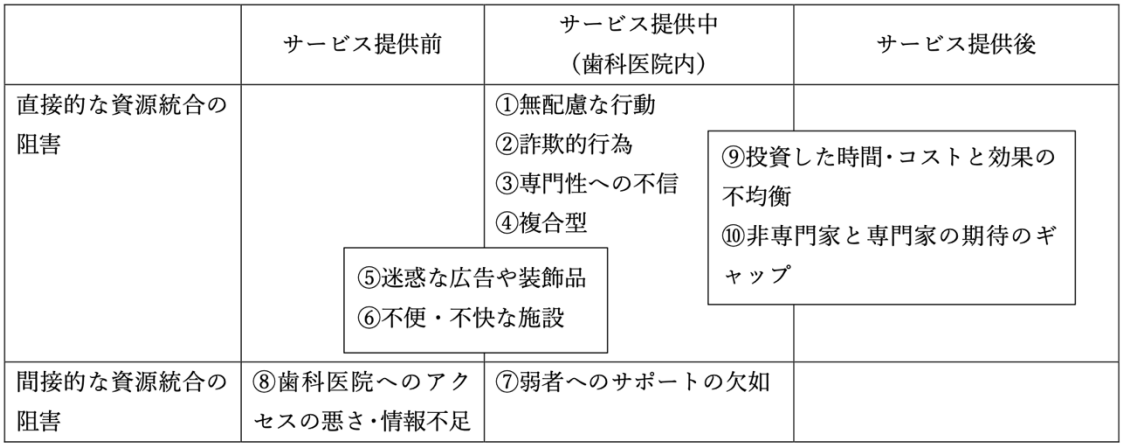

図 12　価値共破壊につながる要因と資源統合の関係（筆者作成）
※図中の番号は図 10 と同じである。

要因⑤および⑥は，患者が歯科医院内にいるときにもそうでないときにも発生しうる。そして要因①〜④と同様に，患者の治療・検診を受ける意欲を削ぐ。要因⑦は患者が歯科医院内にいるときに，間接的に資源統合を阻害する。間接的としたのは，患者自身に歯科医院からのサポートが不足したわけではなく，サポートが必要な人に歯科医院がサポートしなかったことを見て，患者のサービス継続利用意図が減衰したからである。要因⑧によって，患者は自身の希望に沿った歯科医院に通えないため，サービス提供前で間接的に資源統合は行われず，ウェルビーイングの共創が起こらなかった。要因⑨と⑩はサービス提供中および提供後に発生すると考えられる。なお，「サービス提供後」とは治療が完了した状態を指すのではなく，治療が継続中で歯科医院におらず，患者と歯科医療サービス提供者の直接的な相互作用が行われていない状態を指す。患者は治療を受けていて，価値共創につながる資源統合が行われていた状況にもかかわらず，これらの要因によって資源統合が阻害されて，価値共破壊が起きてしまう。このように，直接的にも間接的にも資源の誤統合・非統合を引き起こしたり，価値共創につながる資源統合を阻害したりすることで，ウェルビーイングが共創されずに価値共破壊に至るのである。

実際に要因①〜⑥による価値共破壊が起きた場合，患者の TSL が不足しているために防げなかったとは言い難い。患者側には治療を受ける態勢が整っていたとしても，歯科医療サービス提供側に失敗によって価値共破壊が起きたと考えられるからである（ただし，患者側の一方的な思い込み，誤解があった可能性はある）。要因⑦については後述する。要因⑧による価値共破壊については，患者の情報探索能力が高かったり，よい歯科医院を知っている家族・友人を持っていたりすれば避けられたかもしれないため，TSL が影響を与えているとも言える。歯科医院は患者が自分にとって適切な歯科医院を探せるように，もしくは目に留まるように広報・情報提供（医療広告規制により，場合によっては当局と交渉が必要かもしれない）すれば，患者が自分にとって適切な歯科医院を探す可能性を高めることができる。ただし，患者の家族・友人といった私的な資源は所与であることが多く，歯科医院がそれらを改善することは難しいであろう。

TSL がより関係してくるのは要因⑨と⑩によるもので，これらは TSL を高めることで防げる可能性が高い価値共破壊である。前述のとおり，患者は治療を継続中であり，価値共創につながる資源統合が行われていたと思われる。しかし，患者は治療がいつまで続くのか，時間やコストをかけている割には治療が終わらないという徒労感に苛まれる。このような状況のとき，患者は来院時に歯科医療サービス提供者に対して治療はどこまで進んでいるのか，いつ終わるのかを質問できればよい（研究 1 の能動的コミットメント）。

しかし，歯科医院が忙しいなど，患者が質問できるような雰囲気でなければ，能動的コミットメントを実践することが難しく，受動的コミットメントのみ行われる恐れがある。そのような状況を避けて TSL を醸成して，患者の能動的コミットメントを増やすには，歯科医療サービス提供者が適切な声のトーンで対応したり（Bilstein et al. 2022），共感や思いやり

のある行動を組織的に取ったりして（Vogus et al. 2021），双方向性なコミュニケーションを増やす必要がある。思いやりのある行動については，サービス提供者から患者への直接的ものだけでなく，自分以外の患者への思いやり行動も患者は気にしている可能性があるため（要因⑦），医療機関は誰にでも優しくすべきである，という規範的な意識に注意した行動が歯科医院には必要である。また，従来のサービスリテラシー（顧客の専門知識）向上のために，説明回数を増やす，説明内容を容易にするなど知識の粘着性を高める努力をすることも重要である。

6.2　理論的・実務的含意

本論文では「価値共創のダークサイドからのアプローチ」により研究目的を達成することを目指した。本節では，研究 2 および研究 3 についての理論的含意と実務的含意を述べる。

6.2.1　理論的含意

研究 2 および研究 3 では，医療サービスに対する自由回答形式の不満を分析し，機械学習（LDA）を用いて価値共破壊タイプを分類した。先行研究の多くは，価値共破壊の説明と価値共破壊を引き起こす要因の分析に焦点を当てているが，本研究では患者のサービス継続利用意図に悪影響を及ぼす可能性のある価値共破壊のタイプを明らかにした（「信頼の喪失」，「治療以外の条件」，「治療期間」の 3 タイプ）。

さらに，質的分析により，3 つの価値共破壊タイプの原因となりうる 10 個の先行要因を明らかにした。本研究の知見は，ヘルスケアサービスの継続利用意図に壊滅的な影響を与える価値共破壊が制度や社会規範に一部起因することを示し，価値共創および価値共破壊の研究に学術的な貢献するものである。Plé（2017）や Leroi-Werelds（2019）は，価値共破壊の顕在化に関して，サービス提供者と顧客の直接的な相互作用，すなわちミクロな関係にとどまらず，法制度や社会規範を含むマルチレベルの関係へと研究を拡張すべきだと主張した。本論文はこの主張に応えている。10 個の先行要因のうち，2 つの先行要因がこの主張と密接に関連しているため，この 2 つの先行要因について考察する。

まず，価値共破壊につながる重要な先行要因の一つとして，「歯科医院へのアクセスの悪さ・情報不足」が抽出された。この要因は，望ましいサービス提供者（歯科医師）を探すとき，あるいは適切なサービスを受けるようとするときに患者を不安にさせ，資源統合を阻害する恐れがある。この要因は，Järvi et al.（2018）が特定した「情報の不在」や，Laud et al.（2019）によって見出された「統合された資源へのアクセスの阻害」に相当する。さらに，この要因はサービス提供者だけでなく，法律や公的ガイドラインなどの厚生労働省による規制や歯科医師会の規制による情報提供の欠如にも起因している。日本の医療制度は，質の

高い医療をできるだけ公平に国民に提供するために，多くの規制やルールを課している。例えば，歯科医院が単に魅力的な広告で顧客を獲得することができないように医療広告ガイドラインによって厳しい規制が設けられている。また，地域にもよるが歯科医師会が歯科医院に対して，この規制を守ることを厳しく求めている。そのため，歯科医院はステレオタイプな情報を提供せざるを得ず，患者はどの歯科医院が自分に最も適しているのかを判断することが難しくなっている。つまり，制度的な要因が資源統合のための情報へのアクセスを阻害しているのである。法・制度は，医療サービス提供者と患者の相互作用に影響を与える重要な要因である（Pop et al. 2018）。本研究では，歯科医院を取り巻く制度やシステムが，患者の適切な資源へのアクセスを妨げ，資源の誤統合・非統合による価値共破壊を招き，患者のサービス継続利用意図を低下させる可能性があることが示された。

次に，「弱者へのサポートの欠如」も価値共破壊を引き起こす重要な要因であり，価値共創・共破壊プロセスにおける社会規範の影響と関連する可能性がある。社会規範は価値共創に影響を与えることが知られており（Vargo and Akaka 2012; Edvardsson et al. 2014），顧客は消費プロセスにおいて社会規範からの逸脱を知覚するとネガティブに関与する傾向がある（Li et al. 2018）。この傾向は，社会規範からの逸脱に対する顧客の認識が資源の誤統合・非統合を促進し，価値共破壊をもたらし，サービス継続利用意図を減少または消滅させる可能性があることを示唆している。価値共破壊につながる社会規範を逸脱する要因が存在することは，公共性・倫理性が求められるサービスに特徴的であると思われる。人々の「サービスはこうあるべき」という規範意識は，正否を問わず，包括性が求められるサービスに関わる顧客が持っていると考えられる（Fisk et al.2018）。Van de Walle（2016）は，公共サービスの文脈で，確立された規範からの逸脱とサービスの失敗の間に密接な関係があることを発見した。これらの知見は，顧客のサービス継続利用意図にマイナスの影響を与えるヘルスケアサービスに適用することができる。顧客がヘルスケアサービスに対して暗黙のうちに抱いている倫理基準の順守や逸脱が，価値共創の成否にいかに重要であるかを示している。

6.2.2　実務的含意

本研究は，医療サービス従事者が知っておくべき価値共破壊のタイプとその要因を明らかにした点で，実務家にとって示唆に富んでいる。本研究では，価値共破壊タイプ II（信頼の喪失）を引き起こす恐れがある 4 つの要因「無配慮な行動」「詐欺的行為」「専門性への不信」「複合型」，価値共破壊タイプ VII（治療以外の条件）につながる可能性がある 2 つの要因「迷惑な広告や装飾品」「不便・不快な施設」がサービス継続利用意図を低下させる可能性を明らかにした。価値共破壊タイプ II の 4 つの要因について，「サービス提供者による顧客無視」(Bitner et al. 1990)，「サービス提供者の日和見行動」(Chowdhury et al. 2016; Pathak et al. 2020）と関連があり，顧客のサービス提供者に対する不信感をもたらす可能性がある

（Vafeas et al. 2016; Järvi et al. 2018）。サービス提供者は価値共破壊による顧客のサービス継続利用意図の消滅や減少を防ぐために，適切な行動やサービスエンカウンターの重要性を認識する必要がある。さらに，価値共破壊タイプ VII の 2 つの要因の発見によって，サービススケープ（Bitner 1992; Hoffman et al. 2003）が資源統合に悪影響を与え，サービス提供者による価値提案に対する顧客の認知に大きく影響するという知見が改めて確認された。オペラントリソースだけでなく，オペランドリソースもやはり重要なのである。価値共破壊を回避するために，サービス提供者は顧客の視点からサービススケープが適切であるかどうかを検討する必要がある。

医療サービス提供者は，患者の時間やコストに気を配ることの重要性を理解しているだろう。特に，本研究では実務家は「投資した時間・コストと効果の不均衡」という要因に注意を払う必要があることを示している。この要因は，患者が治療に費やしたコスト（時間・費用・エネルギー）が結果に見合っていないと感じたときに現れる。その結果，強制的な資源統合（Laud et al. 2019）が起こり，患者は知覚された利益と知覚されたコストに不満を感じる（Prior and Marcos-Cuevas 2016）。しかし，この要因は歯科医院と患者のダイアド関係を超えているとも考えられる。多くの場合，歯科医師は患者が時間とお金を無駄にすることを望まないが，厚生労働省は国民に広く標準的な治療を提供するために標準的な治療手順を定めている。また，インレー（歯の詰め物）やクラウン（被せ物）の多くは，歯科医院ではなく外部の歯科技工所で製作されるため，当日中に完成させることが困難な状況となっている。そのため，患者が早く治療を終わらせたいと思っても，歯科医院では標準化された手順で治療しなければならず，さらに外部の技工所の仕事量によって治療期間が左右されてしまう。ほとんどの患者はこうした状況を知らず，より多くのお金と時間を費やさざるを得ないと感じる。この状況が時間とともに悪化すると，「非専門家と専門家の期待のギャップ」に変化することもあるだろう。これらの要因による価値共破壊を防ぐために，歯科医師やスタッフは医療サービスの背景や関連知識を患者に提供する必要がある。

本論文は，慢性疾患を対象にした先行研究が多いことから，直接命には関わらないような軽症な疾患（歯科医療サービス）を対象にした。しかし，価値共破壊に至る 2 つの要因「投資した時間・コストと効果の不均衡」と「非専門家と専門家の期待のギャップ」は時間をかけて患者とサービス提供者の相互作用を通じて，資源の誤統合・非統合が起きる可能性を示唆している。慢性疾患の治療・ケアでは長い期間が必要で，必ずしも入院・治療が継続するわけではなく，通院せず服薬を続けることもある（Spanjol et al. 2015）。この状況において，これら 2 つの価値共破壊要因が患者の行動に悪影響を与えることも考えられるため，サービス提供者側が直接的・間接的に患者の目標達成意図に介入することで，価値共破壊の発生を防ぎ，ウェルビーイングの向上に正の影響を与えることができるかもしれない（Tang et al. 2016）。

6.3　研究の限界と今後の課題

本研究は日本におけるヘルスケアサービス，特に歯科医療サービスに関するデータのみを対象としている。価値共破壊の因果効果，価値共破壊のタイプ分類およびその要因の発見，提案された TSL は，その妥当性・有効性を確かめるために他の国や他のビジネス領域におけるさらなる研究が必要である。また本研究では顧客からの不満のみに焦点を当てたため，サービス提供者のデータは使用していない。そのため，提供側がどのような行動・態度を取って顧客との相互作用を行なって価値共創・価値共破壊が起きているのかということまでは扱えなかった。ペアデータ（顧客とその顧客に対応したサービス提供者のデータ）を取得するなど，サービス提供者のデータも用いた同様の分析を行い，サービス提供者の視点も含めて共破壊の研究，TSL を構成する項目の発見を進める必要がある。断片的な不満のクチコミもあり，定性的アプローチの分析では厚い記述ができなったという課題もある。

これらの限界はあるものの，本研究は既存研究によって提案されていた制度や規範による価値共破壊の影響を明らかにし，SCL を拡張した TSL を提案することで今後の研究への示唆を提供できた。本論文では，顧客より提供者のほうがより専門的知識・スキルを持っている知識・情報の非対称性の高いサービスにおける TSL を扱ったが，大学教育も非対称性の高い Transformative Service であるので（Nguyen and Thuy 2016），TSL の研究を応用できるかもしれない。本研究で確認された価値共破壊に影響を与える規範は 1 つだけであったが，他の規範や偏見も同様の影響を与える可能性がある。そのような制度や規範は，サービスの種類によって異なる可能性があり，それらを特定するためにさらなる研究が必要である。また TSL については計測できるように尺度の開発が期待される。

参考文献

Akaka, M. A., Vargo, S. L., & Lusch, R. F. (2013). The Complexity of Context: A Service Ecosystems Approach for International Marketing. Journal of International Marketing, 21(4), 1–20.

Akareem, H. S., Ferdous, A. S., & Todd, M. (2021). Impact of patient portal behavioral engagement on subsistence consumers' wellbeing. International Journal of Research in Marketing, 38(2), 501–517.

Ali, I., & Kannan, D. (2022). Mapping research on healthcare operations and supply chain management: a topic modelling-based literature review. Annals of Operations Research, 315(1), 29–55.

Anderson, L., & Ostrom, A. L. (2015). Transformative Service Research: Advancing Our Knowledge About Service and Well-Being. Journal of Service Research, 18(3), 243–249.

Anderson, L., Ostrom, A. L., Corus, C., Fisk, R. P., Gallan, A. S., Giraldo, M., Mende, M., Mulder, M., Rayburn, S. W., Rosenbaum, M. S., Shirahada, K., & Williams, J. D. (2013). Transformative service research: An agenda for the future. Journal of Business Research, 66(8), 1203–1210.

安藤雄一・深井穫博・青山旬.（2011）.「歯科診療所の患者数の将来予測　～患者調査の公表値を用いた検討～」.『平成 22 年度厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業研究事業）分担研究報告書』, 59–183.

Barile, S., Saviano, M., & Polese, F. (2014). Information asymmetry and co-creation in health care services. Australasian Marketing Journal (AMJ), 22(3), 205–217.

Batterham, R. W., Hawkins, M., Collins, P. A., Buchbinder, R., & Osborne, R. H. (2016). Health literacy: applying current concepts to improve health services and reduce health inequalities. Public Health, 132, 3–12.

Berry, L. L., & Bendapudi, N. (2007). Health Care: A Fertile Field for Service Research. Journal of Service Research, 10(2), 111–122.

Bilstein, N., J., V. P. W., Klostermann, J., & Akpinar, E. (2022). Better together: involving consumers in the ideation, creation and dissemination of transformative value. Journal of Service Management, 33(4/5), 520–530.

Bitner, M. J. (1992). Servicescapes: The Impact of Physical Surroundings on Customers and Employees. Journal of Marketing, 56(2), 57–71.

Bitner, M. J., Booms, B. H., & Tetreault, M. S. (1990). The Service Encounter: Diagnosing Favorable and Unfavorable Incidents. Journal of Marketing, 54(1), 71–84.

Bitner, M. J., Faranda, W. T., Hubbert, A. R., & Zeithaml, V. A. (1997). Customer

contributions and roles in service delivery. International Journal of Service Industry Management, 8(3), 193–205.

Blei, D. M. (2012). Probabilistic Topic Models. Communications of the ACM, 55(4), 77–84.

Blei, D. M., Ng, A. Y., & Jordan, M. I. (2003). Latent Dirichlet Allocation. Journal of Machine Learning Research: JMLR, 3(Jan), 993–1022.

Bloom, G., Standing, H., & Lloyd, R. (2008). Markets, information asymmetry and health care: towards new social contracts. Social Science & Medicine, 66(10), 2076–2087.

Boush, D.M., Friestad, M., & Wright, P. (2009). Deception In The Marketplace: The Psychology of Deceptive Persuasion and Consumer Self-Protection (1st ed.). Routledge.（安藤清志・今井芳昭（監訳）(2011)　市場における欺瞞的説得 ―消費者保護の心理学― 誠信書房）

Brodie, R. J., Hollebeek, L. D., Jurić, B., & Ilić, A. (2011). Customer Engagement: Conceptual Domain, Fundamental Propositions, and Implications for Research. Journal of Service Research, 14(3), 252–271.

Chandler, J. D., & Vargo, S. L. (2011). Contextualization and value-in-context: How context frames exchange. Marketing Theory, 11(1), 35–49.

Chang J (2010) lda: Collapsed Gibbs Sampling Methods for Topic Models: R package version 1.2.3. Accessed August 24, 2020, http://CRAN.R-project.org/package=lda.

Cheng, Y.-M., & Leu, S.-S. (2011). Integrating data mining with KJ method to classify bridge construction defects. Expert Systems with Applications, 38(6), 7143–7150.

Chowdhury, I. N., Gruber, T., & Zolkiewski, J. (2016). Every cloud has a silver lining — Exploring the dark side of value co-creation in B2B service networks. Industrial Marketing Management, 55, 97–109.

Creswell, J. W., (2009). Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches (2nd ed).　California: Sage publications.

Darby, M., & Karni, E. (1973). Free Competition and the Optimal Amount of Fraud. Journal of Law and Economics, 16(1), 67–88.

Davey, J., & Grönroos, C. (2019). Health service literacy: complementary actor roles for transformative value co-creation. Journal of Services Marketing, 33(6), 687–701.

Dickson-Swift, V., Kenny, A., Farmer, J., Gussy, M., & Larkins, S. (2014). Measuring oral health literacy: a scoping review of existing tools. BMC oral health, 14(1), 1–13.

de Walle Steven, V. (2016). When public services fail: a research agenda on public service failure. Journal of Service Management, 27(5), 831–846.

DiMaggio, P., Nag, M., & Blei, D. (2013). Exploiting affinities between topic modeling and the sociological perspective on culture: Application to newspaper coverage of U.S. government arts funding. Poetics , 41(6), 570–606.

Durand, R., & Vaara, E. (2009). Causation, counterfactuals, and competitive advantage. Strategic Management Journal, 30(12), 1245–1264.

Echeverri, P., & Skålén, P. (2011). Co-creation and co-destruction: A practice-theory based study of interactive value formation. Marketing Theory, 11(3), 351–373.

Edvardsson, B., Kleinaltenkamp, M., Tronvoll, B., McHugh, P., & Windahl, C. (2014). Institutional logics matter when coordinating resource integration. Marketing Theory, 14(3), 291–309.

Ellsaesser, F., Tsang, E. W. K., & Runde, J. (2014). Models of causal inference: Imperfect but applicable is better than perfect but inapplicable. Strategic Management Journal, 35(10), 1541–1551.

Fisk, R. P., Dean, A. M., Linda, Alire, (née N)., Joubert, A., Previte, J., Robertson, N., & Scott, R. M. (2018). Design for service inclusion: creating inclusive service systems by 2050. Journal of Service Management, 29(5), 834–858.

Fong, C., Ratkovic, M., Hazlett, C., Yang, X. & Imai, K., (2016). CBPS: Covariate Balancing Propensity Score. R package version 0.13. https://CRAN.R-project.org/package=CBPS.

Fong, C., Hazlett, C., & Imai, K. (2018). Covariate balancing propensity score for a continuous treatment: Application to the efficacy of political advertisements. The Annals of Applied Statistics, 12(1), 156–177.

Frow, P., McColl-Kennedy, J. R., & Payne, A. (2016). Co-creation practices: Their role in shaping a health care ecosystem. Industrial Marketing Management, 56, 24–39.

Gallan, A. S., Jarvis, C. B., Brown, S. W., & Bitner, M. J. (2013). Customer positivity and participation in services: an empirical test in a health care context. Journal of the Academy of Marketing Science, 41(3), 338–356.

五島光.（2015）.価値共創が与える歯科医院の患者維持構造への影響分析. 同志社大学ビジネス研究科ソリューションレポート（未公刊）.

Greer, D. A. (2015). Defective co-creation: Developing a typology of consumer dysfunction in professional services. European Journal of Marketing, 49(1/2), 238–261.

Grönroos, C., & Ravald, A. (2011). Service as business logic: implications for value creation and marketing. Journal of Service Management, 22(1), 5–22.

Grönroos, C., & Voima, P. (2013). Critical service logic: making sense of value creation and co-creation. Journal of the Academy of Marketing Science, 41(2), 133–150.

Grün, B., & Hornik, K. (2011). topicmodels: An R Package for Fitting Topic Models. Journal of Statistical Software, Articles, 40(13), 1–30.

Hardyman, W., Daunt, K. L., & Kitchener, M. (2015). Value Co-Creation through Patient Engagement in Health Care: A micro-level approach and research agenda. Public

Management Review, 17(1), 90–107.
Hoffman, K. D., Kelley, S. W., & Chung, B. C. (2003). A CIT investigation of servicescape failures and associated recovery strategies. Journal of Services Marketing, 17(4), 322–340.
Hornik K, Grün B (2011) topicmodels: An R package for fitting topic models. Journal of Statistical Software, 40(13), 1–30.
Imai, K., & Ratkovic, M. (2014). Covariate balancing propensity score. Journal of the Royal Statistical Society. Series B, Statistical Methodology, 76(1), 243–263.
Imai, K., & van Dyk, D. A. (2004). Causal Inference With General Treatment Regimes. Journal of the American Statistical Association, 99(467), 854–866.
岩田具治.（2015）.『トピックモデル(機械学習プロフェッショナルシリーズ)』講談社.
Järvi, H., Kähkönen, A.-K., & Torvinen, H. (2018). When value co-creation fails: Reasons that lead to value co-destruction. Scandinavian Journal of Management, 34(1), 63–77.
Joiner, K., & Lusch, R. (2016). Evolving to a new service-dominant logic for health care. Innovation and Entrepreneurship in Health, 25.
Kaartemo, V., & Känsäkoski, H. (2018). Information and Knowledge Processes in Health Care Value Co-Creation and Co-Destruction. SAGE Open, 8(4), 2158244018820482.
Kashif, M., & Zarkada, A. (2015). Value co-destruction between customers and frontline employees: A social system perspective. International Journal of Bank Marketing, 33(6), 672–691.
Kim, K. (anthony), Byon, K. K., & Baek, W. (2019). Customer-to-customer value co-creation and co-destruction in sporting events. Service Industries Journal, 1–23.
厚生労働省. (2006). 今後の歯科保険医療と歯科医師の資質向上等に関する検討会 中間報告書. Accessed December 31, 2022, https://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/12/s1208-9.html
厚生労働省. (2015). 医療保険制度改革について. Accessed November 22, 2022, http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12600000-Seisakutoukatsukan/0000089357.pdf
厚生労働省. (2017). 平成 28 年 歯科疾患実態調査. Accessed December 31, 2022, https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/62-28-01.pdf
厚生労働省. (2017). 平成 28 年 国民健康・栄養調査報告. Accessed December 31, 2022, https://www.mhlw.go.jp/content/000681180.pdf
厚生労働省. (2022). 第 18 回 第 8 次医療計画等に関する検討会 資料 2. Accessed December 31, 2022, https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001011451.pdf
厚生労働省.（2022）. 令和 2(2020)年 医師・歯科医師・薬剤師統計の概況. Accessed December 31, 2022, https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/ishi/20/index.html

厚生労働省. (2022). 令和 2 年（2020）患者調査の概況. Accessed December 31, 2022, https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/10-20-kekka_gaiyou.html

厚生労働省. (2022). 令和 2 (2020)年度 国民医療費の概況. Accessed December 31, 2022, https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-iryohi/20/index.html

厚生労働省. (2022). 令和 3（2021）年 医療施設（動態）調査・病院報告の概況. Accessed December 31, 2022, https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/21/

厚生労働省. (2022). 令和 4 年版厚生労働白書. Accessed February 28, 2023, https://www.mhlw.go.jp/stf/wp/hakusyo/kousei/21/index.html

Kuppelwieser, V. G., & Finsterwalder, J. (2016). Transformative service research and service dominant logic: Quo Vaditis? Journal of Retailing and Consumer Services, 28, 91–98.

Laud, G., Bove, L., Ranaweera, C., Leo, W. W. C., Sweeney, J., & Smith, S. (2019). Value co-destruction: a typology of resource misintegration manifestations. Journal of Services Marketing, 33(7), 866–889.

Leroi-Werelds, S. (2019). An update on customer value: state of the art, revised typology, and research agenda. Journal of Service Management, 30(5), 650–680.

Lin, J. C., & Hsieh, C. (2011). Modeling service friendship and customer compliance in high - contact service relationships. Journal of Service Management, 22(5), 607–631.

Lorig, K. R., & Holman, H. (2003). Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. Annals of Behavioral Medicine: A Publication of the Society of Behavioral Medicine, 26(1), 1–7.

Lovelock, C. H., & Wright, L. (2002). Principles of service marketing and management. Prentice Hall.

McColl-Kennedy, J. R., Hogan, S. J., Witell, L., & Snyder, H. (2017a). Cocreative customer practices: Effects of health care customer value cocreation practices on well-being. Journal of Business Research, 70, 55–66.

McColl-Kennedy, J. R., Snyder, H., Elg, M., Witell, L., Helkkula, A., Hogan, S. J., & Anderson, L. (2017b). The changing role of the health care customer: review, synthesis and research agenda. Journal of Service Management, 28(1), 2–33.

McColl-Kennedy, J. R., Vargo, S. L., Dagger, T. S., Sweeney, J. C., & Kasteren, Y. van. (2012). Health Care Customer Value Cocreation Practice Styles. Journal of Service Research, 15(4), 370–389.

Mende, M., Scott, M. L., Bitner, M. J., & Ostrom, A. L. (2017). Activating Consumers for Better Service Coproduction outcomes through Eustress: The Interplay of Firm-Assigned Workload, Service Literacy, and Organizational Support. Journal of Public Policy & Marketing, 36(1), 137–155.

Mende, M., & van Doorn, J. (2014). Coproduction of Transformative Services as a Pathway

to Improved Consumer Well-Being: Findings From a Longitudinal Study on Financial Counseling. Journal of Service Research, 18(3), 351–368.

Mick, D. G. (2006). Meaning and mattering through transformative consumer research. Advances in consumer research, 33(1), 1–4.

Mitsuzawa, K., Tauchi, M., Domoulin, M., Nakashima, M., & Mizumoto, T. (2016). Fkc corpus: a japanese corpus from new opinion survey service. proceedings of the Novel Incentives for Collecting Data and Annotation from People: types, implementation, tasking requirements, workflow and results, 11–18.

麦山亮太・西澤和也.（2017）.「大企業と中小企業が新卒者に求める能力は異なるか：求人情報サイトへのトピックモデルの適用」.『理論と方法』, 32(2), 214–227.

Pham, T.-A.N., Le, H.N., Nguyen, D.T. and Pham, T.N. (2022). Customer service co-creation literacy for better service value: evidence from the health-care sector. Journal of Services Marketing, 36(7), 940–951.

内閣府. (2022). 経済財政運営と改革の基本方針 2022. Accessed December 31, 2022, https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/cabinet/2022/2022_basicpolicies_ja.pdf

Nguyen Hau, L., & Thuy, P.N. (2016). Customer participation to co-create value in human transformative services: a study of higher education and health care services. Service business, 10(3), 603–628.

Nutbeam, D. (1998). Health Promotion Glossary. Health Promotion International, 13(4), 349–364.

Ostrom, A. L., Field, J. M., Fotheringham, D., Subramony, M., Gustafsson, A., Lemon, K. N., Huang, M.-H., & McColl-Kennedy, J. R. (2021). Service Research Priorities: Managing and Delivering Service in Turbulent Times. Journal of Service Research, 24(3), 329–353.

Ostrom, A. L., Parasuraman, A., Bowen, D. E., Patrício, L., & Voss, C. A. (2015). Service Research Priorities in a Rapidly Changing Context. Journal of Service Research, 18(2), 127–159.

Pathak, B., Ashok, M., & Tan, Y. L. (2020). Value co-destruction: Exploring the role of actors' opportunism in the B2B context. International Journal of Information Management, 102093.

Payne, A. F., Storbacka, K., & Frow, P. (2008). Managing the co-creation of value. Journal of the Academy of Marketing Science, 36(1), 83–96.

Pengtao, L. L., Juric, B., & Brodie, R. J. (2018). Actor engagement valence: Conceptual foundations, propositions and research directions. Journal of Service Management, 29(3), 491–516.

Plé, L. (2016). Studying customers' resource integration by service employees in interactional value co-creation. Journal of Services Marketing, 30(2), 152–164.

Plé, L. (2017). Why Do We Need Research on Value Co-destruction? Journal of Creating Value, 3(2), 162–169.

Plé, L., & Chumpitaz Cáceres, R. (2010). Not always co-creation: introducing interactional co-destruction of value in service-dominant logic. Journal of Services Marketing, 24(6), 430–437.

Pop, O. M., Leroi-Werelds, S., Roijakkers, N., & Andreassen, T. W. (2018). Institutional types and institutional change in healthcare ecosystems. Journal of Service Management, 29(4), 593–614.

Prior, D. D., & Marcos-Cuevas, J. (2016). Value co-destruction in interfirm relationships: The impact of actor engagement styles. Marketing Theory, 16(4), 533–552.

Quach, S., & Thaichon, P. (2017). From connoisseur luxury to mass luxury: Value co-creation and co-destruction in the online environment. Journal of Business Research, 81, 163–172.

R Core Team., (2017). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. URL https://www.R-project.org/.

Rosenbaum, M. S., Corus, C., Ostrom, A. L., Anderson, L., Fisk, R. P., Gallan, A. S., et al. (2011). Conceptualization and aspirations of transformative service research. The Journal of Consumer Research, 19. http://jrconsumers.com/Academic_Articles/issue_19/Transformative_services_academic5.pdf.

佐藤圭 (2017) .「マーケティング研究におけるトピックモデルの適用に関する一考察」.『経営研究』, 68(3), 124–148.

Scupin, R. (1997). The KJ Method: A Technique for Analyzing Data Derived from Japanese Ethnology. Human Organization, 56(2), 233–237.

Sharma, S., Conduit, J., & Hill, S. R. (2017). Hedonic and eudaimonic well-being outcomes from co-creation roles: a study of vulnerable customers. Journal of Services Marketing, 31(4/5), 397–411.

Shojima, K. (2007). Latent rank theory: Estimation of item reference profile by marginal maximum likelihood method with EM algorithm. DNC Research Note.

Shojima, K., Okubo, T., & Ishizuka, T. (2008).The nominal neural test model: a neural test model for nominal polytomous data. DNC Research Note.

Smith, A. M. (2013). The value co-destruction process: a customer resource perspective. European Journal of Marketing, 47(11/12), 1889–1909.

Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., Brand, H.,

& (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European. (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health, 12, 80.

Spanjol, J., Cui, A. S., Nakata, C., Sharp, L. K., Crawford, S. Y., Xiao, Y., & Watson-Manheim, M. B. (2015). Co-Production of Prolonged, Complex, and Negative Services: An Examination of Medication Adherence in Chronically Ill Individuals. Journal of Service Research, 18(3), 284–302.

Sthapit, E., & Björk, P. (2019a). Sources of value co-destruction: Uber customer perspectives. Tourism Review, 74(4), 780–794.

Sthapit, E., & Björk, P. (2019b). Sources of distrust: Airbnb guests' perspectives. Tourism Management Perspectives, 31, 245–253.

Sweeney, J. C., Danaher, T. S., & McColl-Kennedy, J. R. (2015). Customer Effort in Value Cocreation Activities: Improving Quality of Life and Behavioral Intentions of Health Care Customers. Journal of Service Research, 18(3), 318–335.

Tang, C., Guo, L., & Gopinath, M. (2016). A Social-Cognitive Model of Consumer Well-Being: A Longitudinal Exploration of the Role of the Service Organization. Journal of Service Research, 19(3), 307–321.

Theodore, L. (1983). After the sale is over. Harvard Business Review, 0, 87–93.

Vafeas, M., Hughes, T., & Hilton, T. (2016). Antecedents to value diminution: A dyadic perspective. Marketing Theory, 16(4), 469–491.

Van de Walle, S. (2016). When public services fail: a research agenda on public service failure. Journal of Service Management, 27(5), 831–846.

Vargo, S. L., & Akaka, M. A. (2012). Value Cocreation and Service Systems (Re)Formation: A Service Ecosystems View. Service Science, 4(3), 207–217.

Vargo, S. L., Akaka, M. A., & Vaughan, C. M. (2017). Conceptualizing Value: A Service-ecosystem View. Journal of Creating Value, 3(2), 117–124.

Vargo, S. L., & Lusch, R. F. (2004). Evolving to a New Dominant Logic for Marketing. Journal of Marketing, 68(1), 1–17.

Vargo, S. L., & Lusch, R. F. (2008). Service-dominant logic: continuing the evolution. Journal of the Academy of Marketing Science, 36(1), 1–10.

Vargo, S. L., & Lusch, R. F. (2016). Institutions and axioms: an extension and update of service-dominant logic. Journal of the Academy of Marketing Science, 44(1), 5–23.

Vasdev, D., Gupta, V., Shubham, S., Chaudhary, A., Jain, N., Salimi, M., & Ahmadian, A. (2022). Periapical dental X-ray image classification using deep neural networks. Annals of Operations Research, 1–29.

Virlée, J., van Riel Allard C, & Hammedi, W. (2020). Health literacy and its effects on well-

being: how vulnerable healthcare service users integrate online resources. Journal of Services Marketing, 34(5), 697–715.

Vogus, T. J., McClelland, L. E., Lee, Y. S., McFadden, K. L., & Hu, X. (2021). Creating a compassion system to achieve efficiency and quality in health care delivery. Journal of Service Management, 32(4), 560–580.

World Health Organization. (2022, March 15). Accessed July 28, 2022, https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/oral-health

Yee, R. W. Y., Yeung, A. C. L., & Cheng, T. C. E. (2008). The impact of employee satisfaction on quality and profitability in high-contact service industries. Journal of Operations Management, 26(5), 651–668.

付録

ここでは，第 5 章（研究 3）で分析したデータを採録する。オリジナルのデータを載せることは許諾されていないため，データを 1 度英語に直したものを再度日本語に戻したものを記載する。翻訳，再翻訳には DeepL（Pro 版）を利用した。オリジナルデータと比べ，言い回しや DeepL による表記ゆれなど小さな違いは見られるものの，大意に違いはないことを確認している。

＜タイプ II で分析したデータ＞

- 治療が終わっても、部屋の掃除をしつこく頼まれる。断っても何度も来る。
- 何とか単価を上げようとし、いろいろと無駄な治療を勧めてくる。
- 子供の頃から通っていたが、潰れてしまった。新しいところを探さないといけないが、どこに行けばいいのかわからない。今までは不必要な治療もなく、治療費も安かったが、最近は不必要な治療や検査が多くなり、治療費も高くなった。嫌だなぁ、嫌だなぁ。不満と不安しかない。
- 仕事のことやプライベートのことを聞かれるのは嫌です。
- 虫歯の治療をお願いしたら断られたが、一緒にいた子供にフッ素を塗れとしつこく言われた。金儲けのための予防歯科なんですね。
- インプラントは金儲けのためと聞いたが、その通り、患者をバカにしてるんじゃない。
- 矯正歯科は若い歯科医ばかりなので、信用できない。
- 治療で大丈夫な歯にブリッジは嫌だと言ったら、「その歯を抜きたくないのに、大丈夫な歯を抜かなければならない理由がわからない」と言われました。他の歯科医に「この治療はブリッジで、単体の歯ではないのですか？
- その歯医者では、衛生士さんと話している最中に「もう終わりですか？最後の患者かと思いきや、後から出てきた人もいました。私は今後の治療について話していたのですが、この患者さんは私が自費診療をしない、あるいは私の治療方法が治療の主旨に反していると考えたようです。
- 最近、歯科医院が増え、醜い客の取り合いになっている。
- 近所で自費治療であるダイレクトボンディングについて問い合わせの電話をしたところ、わざわざ折り返し電話をくれた院長と電話をつながれたが、知ったかぶりのような話し方をされた。自費でしかできない美容整形なのに、カタカナ語を使い始め、保険適用になるかもしれないと言うので、信用できないと思っていました。日曜日もやっているので通いやすいと思っていたのですが、だいぶ印象が変わりました。残念でなりません。

- フッ素塗布の後、子供がうがいをしたので、また来てくださいと言われました。乳幼児の保育料は自腹なので、金儲けしたいだけなんだろうなと感じました。
- 歯石取りを 1 日でやってほしいとお願いしました。小さな声でブツブツ言っていて聞き取れませんでした。結局、上の方だけやって終わりでした。はっきりできないことを大きな声で言ってほしかった。受付の方も無言でした。その後、違うところに行った時も何も言わず、1 日で終わりました。
- 院長もちゃらんぽらんで、信用できない。
- 口腔外科に 2 件行きましたが、1 件は歯周病もなく、むしろきれいな歯だと言われました。もう一人は歯周病と虫歯があり治療が必要だと言われました。なぜこんなに対照的な診断になるのでしょうか？彼らの技術レベルを疑います。
- ホームページには「痛みの治療だけでなく、歯ブラシの使い方から口の中の検査、相談まで幅広く対応する歯科医院づくりに力を入れています」とあります。治療途中のため、他院に行くことができません。相談にのってください。しっかり治療してください。
- 宣伝では大口を叩いていますが、上から目線で横柄な態度、患者を無視した治療で評判も悪く、信用できません。本当に残念です。
- 矯正の相談に行った時、歯並びを治すだけと言われ、噛み合わせについては何も言われませんでした。見た目が良いからと言って、それで良いとは限りません。
- 近所では偉そうにしているので、腹が立ちます。虫歯でもないし、急患でもないから忙しくて行けないと言ったら、病院に行くのかと聞かれました。他へ行くことにしました。
- 受付の助手の方が無愛想でした。同じ薬があるのに、薬を売りつけようとした。歯石取りに行ったら歯茎が腫れて痛くなったが、噛んだから痛いんだと全否定された。全否定されました。その後、親知らずがあることが判明。痛くないのに抜くことを勧められました。いつの間にか歯を削られていた。何をされているのかさえ分からなかった。行く前は痛くなかったのに、行ってから余計に痛くなった。今までで一番最悪な歯医者です。
- 子供が痛がっているのを見て笑っている歯医者で、もう子供を連れて行きたくありません。おもちゃをくれても、子供は行きたがらない。
- 今日の治療の予約を取りたいのに、電話の受付で「レントゲンを撮ってカルテを作らないと今日の治療はできない」と言われた。次回の予約まで待たないと治療ができないと言われる医院が多数あります。患者の要望を優先するのではなく、治療費を取るためのやり方に不満があります。虫歯治療やインプラントならわかるのですが。歯のクリーニングになぜレントゲンが必要なのか？厚生労働省も考えてほしいです。
- 歯医者は不器用で全く説得力がない。
- ホワイトニングをすると将来的に歯がもろくなるのか、何か悪影響があるのか分からないので、やってもらうかどうか判断がつかない。良いことしか書かない歯医者が多いので、よくわからない。

- 銀歯しか勧められない。時間がもったいないです。
- 痛くてたまらないから行ったのに、玄関先で諭された。何人いるんだ？
- 受付の募集があったので応募したら、週 1 回でも OK とのことだったので、電話で確認しました。1 週間なら OK とのことだったので、確認の電話をして面接に行ったのに、このような対応でとても傷つきました。断るのであれば、確認の際にそう言えばよかったし、面接まで行ったのだから、もっと配慮のある対応をしてほしいものです。このような対応なので、今後治療には行きたくありません。
- 今後の経過が気になる歯があるのはわかりますが、優先順位の高い歯を先に治療して、それが終わったら次の歯と言われてもキリがありません。予算のことも考えて、もう少し親身になって診察してほしいです。信頼感がなくなってしまった。
- 八重歯が磨きにくく虫歯になりやすいので、抜いてもらったり、矯正してもらったりと気軽に言われる。断ると親切心でというような顔をされる。商売でやっているのでしょうが、私は矯正歯科は整形と同じだと思っています。そういう気持ちを全く汲んでくれないところが多すぎて、腹が立ちます。
- 院長は電話に出たと思いますが、態度が悪すぎます。電話応対に慣れていないのかもしれませんが、もっときちんと対応してほしいです。
- 麻酔で気持ち悪くなった。初めてだったので自分でも驚きましたが、歯医者さんに嫌な顔をされました。もう二度とここには行きません。
- おもちゃ置き場は靴を脱がないフロアマットで汚いです。衛生士さんがいて虫歯のチェックをしてくれますが、歯医者さんは子供が歯磨きした後の最終チェックが手抜きです。その場で膿を出したり、膿を出さずに抗生物質だけ飲んだり、治療の選択肢を増やしてほしい。歯医者を選びたい。研修生かどうか知らないが、挨拶もまともにせず、立ちっぱなしはやめてほしい。せめて子供の面倒だけでも見てもらいたかった。説明も全体的に雑で、もう二度と行きたくないです。2 歳の子供を連れて行きたくありません。
- 院長が歯磨きの時に歯磨き粉を使うなとわがままを言い、理由を聞くと歯磨きだけで十分と言いながら、歯磨き粉やペーストを売りつけられた。
- きちんと消毒しているという説明だけで、あとどれくらいかかるのか、いくらかかるのか知りたいです。
- 歯医者に通っていることに不信感があり、最後には歯医者を変えたいのですが、なかなか治療を終わらせてくれません。
- 審美治療で入れた奥歯 3 本が 2 週間ほどで黒くなり、いろいろあっても治療し直したのですが、右を治療した後、残り左 2 本の治療を受付で拒否されました。3 本の歯の再治療が可能で、1 本だけ治療するということはないと言われました。見てもらった時に黒くなっていたので、もう一度見てもらえないかお願いしたのですが、受付を通して「もう見ません」と言われました。受付で「黒くなったのでもう一度見てもらえますか？と言われ、治療を断られました。審美歯科は自費診療なのに、見ないとか、直接話をしないとか、責任感がない。
- 院長が変わって雰囲気がガラッと変わり、治療方針も統一されておらず、スタッフ

の教育も行き届いていない。

- 子供と一緒に行った時、初めて泣かれました。その時、歯科医師から「子育てに悪い」と言われました。
- 父の歯が少し緩んでいたので、歯医者さんに「抜歯してもらえますか？と言われただけで抜いてしまっては元も子もないと思うのですが。
- 今はもう利用していませんが、このクリニックは治療費をかなり点数化して請求していました。この事実を知ったのは、通い始めて 10 年目。10 年間も騙されていたのかと思うと、腹が立ちます。何事もなかったかのように診察しているクリニックの前を通ると、今でも腹が立ちます。
- 近くにこのクリニックしかなく、仕方なく通っていた。幼稚園で子供を連れて行った時、泣いている子供を大人 3 人が押さえつけ、知らん顔して口を開けて治療していました。子どもは嫌がりました。おまけに治療費も高かったです。問いただすと、「高い点数を取ろうとしている」と言われました。医療関係の仕事をしている知人がいるので、「点数がおかしいと思う」と伝えると、「他の患者と間違えた」と言われた。全く知識のない人を騙して。
- 幼児を治療する手間を考えると申し訳ないと思ったのでしょう。検診で引っかかるのに、無視するように言われた。
- インプラントの危険性をみんなもっと知るべき。高額で、保険適用外で、定期的に歯医者に通う必要がある。体にとって絶対に安全ということはありえない。歯科医師は儲けや症例数を増やすことよりも、きちんと説明すべきです。
- 検診を受けるとき、1 回で終わるところと 2 回で終わるところがある。治療費を多く取れば儲かるからやっているのだと思う。詐欺のようなものです。回行くのは面倒です。そんなことをするところには行きません。厚生労働省は取り締まるべきだと思う。
- ブラケットを外した後の通院について質問したところ、まだあると言われがっかりした。歯科医からはリテーナーを付けた後は 2、3 ヶ月に一度の通院と言われましたが、助手に確認したところ、やはり 4 ヶ月ほどは月 1 回の通院で、通院間隔はそれ以降になるとのことでした。二人の医師の意見は一致していなかった。結局、トータルで 2 年や 3 年ではなく、4 年になってしまう。だまされたような気がする。
- 子供の検診で虫歯はなかったが、歯にカビが生えていて母子手帳に要注意と書かれていたことに納得がいかない。
- 根元に膿が溜まっているので抜歯しなければならないと言われました。虫歯でもないし、痛くも痒くもないので、抜かずに膿だけ取ってほしいです。
- 歯列が悪く、知人から歯列矯正を勧められました。急に引っ越すことになり、結局引っ越した先で治療を探したところ、生え方が悪いから差し歯はやめた方がいいと言われました。結果的に矯正歯科で良かったのですが、もしあのまま入れ歯を入れ替えていたら、かなり不満だったと思います。開業して間もない頃で経験が少ないのか分かりませんが、それを良しとする人もいるんだなと怖くなりました。
- 小児歯科で子供の歯にフッ素を塗ってもらいました。歯科医師ではなく、助手の方

がやってくれました。歯科医にいろいろと聞いてみたかった。

＜タイプ VII で分析したデータ＞

- ホームページで確認し、日曜日に営業しているものを探して行ったのですが、日曜日はもう営業していませんでした。ちゃんとホームページを訂正してほしいです。
- 家の前の看板の画像は鼻毛のアップで汚い。
- 顔のないパネルが悪趣味。必要のないところにお金を使いすぎ。
- 今時のスリッパ方式をなくしてほしい。めんどくさいし、触りたくもない。
- 子供が受診した後、シールやおもちゃなど何もくれない。
- 看板が気持ち悪い。気分が悪くなるのでやめてほしい。
- エレベーターの階数ボタンが表示されないので、歯科医院がどこにあるのかわからなかった。
- 駐車場がわかりにくいので、看板を出してほしい。
- 入り口が狭すぎる。スリッパを置くスペースはあるが、靴を置くスペースがないので、靴を脱がなければならないし、踏ん張る場所がない。
- 診療室が狭い。椅子が 5 つしかないので、待合室をもっと広くしてほしい。
- 患者のためにお金を使うべき。必要のない設備にお金をかけているみすぼらしい歯科医院。
- 2 歳の子供を連れての通院は難しい。託児もあるところは全国でも少ない。
- 歯が抜けて歯茎がむき出しになっている大きな看板が気持ち悪い。
- 待合室が全体的に汚い、もう少し綺麗にした方がいい。
- まだ 1、2 年前の新しいものです。そこでは杖や車椅子を禁止している。理由は、赤ちゃんが床を這うからだそうです。子供用のスペースを設けるなど、他の対策があってもいいと思う。障害者や高齢者は入れないということなのだろうか。こんな不親切なことは初めてです。
- 靴を履いたまま使ってほしいという人が使っているスリッパには触りたくない。
- 駐輪場が狭くて、5 台しか停められない。
- 行きたいが、小さい子供がいるので無理。
- 駐輪場がない。
- 駐輪場が 1 カ所でもあればいいと思う。待つ時間がない。
- 駐車場が少ない、4 台では少なすぎる、せめて 10 台以上の駐車場を整備してほしい。
- 車いすの貸し出しをしてほしい。
- トイレが少ない。
- 駐車場が狭い。駐車場が狭すぎる、4 台しか停められない。

- 駐車場が狭い。
- 非常口がないので作ってほしい。
- 子供が小さいと病院に行けない。
- ホームページに症例がたくさん載っている歯科医院に行ったら、虫歯の写真を撮られてプレゼントされた。いらないです。
- 歯医者が一軒あって、理由もわからず辞めた。
- 近所にいい歯医者がないので、わざわざ遠方まで通わなければならない。近所に評判のいいところがあればいいのだが。
- たくさんある中で、どこがいいのか判断がつかない。

＜タイプ X で分析したデータ＞

- 新しくて人気がある、月に 1 回しか診てもらえない、なかなか進まない。下の歯が一部欠け、部分入れ歯になり、治療が必要、恥ずかしく、人に相談しにくい。
- 治療に異常に時間がかかる時がある。治療を遅らせているように見えるときがある。
- 何段階かに分けて、小刻みに治療をするのは控えてほしい。
- 治療が少しずつしか進まないのが嫌だ。時間もお金もかかるので、なるべく一度に治してほしい。数分で終わる処置なので、本当に必要なのか疑問に思うことがある。
- 虫歯の治療は、歯石を取った後に行うと言われました。普通、虫歯は先にやるものだと思うのですが。長く通わせようとしているのだと思います。
- 痛くてたまりませんでした。すぐ終わると思っていたが、1 年以上かかった。
- 親知らずが痛い。抜きたいが、何度も通わなければならないので、面倒くさい。一回で終わればいいのに。
- 一度に治療せず、何回かに分けてやってくれるので、何回か通うことになる。なるべく 1 回でやってほしい。
- お金と時間がかかりすぎる。なぜこんなに高いのか？一回で治せないのか？
- 行っても治療のために何回も通わなければならないのがめんどくさい。
- 時間をかけて長期間の治療をするのはやめてほしい。短時間、日数でさっさと治療してほしい。
- 治療期間が長すぎる。忙しい中、時間をかけて行ったのに、詰め物を取って、空気を抜いて、また詰め物をするのをやめてほしい。わざと治療を長引かせているとしか思えません、そんなに暇じゃないんです。
- 根管は治るまで何ヶ月もかかるし、一度良くなってもまた再発する。そういう治療が得意なのかどうか。
- 週一で通って一本の歯を治療するのに一ヶ月以上かかりました。もっと早くできないのでしょうか？もっと頻繁に通いたいのですが、長く通うと思うと足が遠のいてしまいます。
- 一度通い始めると回数に不満がある。そんなに時間がないので、数回で終わらせてほしい。
- 治療のために何回も通わなければならないので、時間がもったいない。短時間で、少ない通院回数で治療してほしい。時間を短縮し、業務改善を図ってほしい。
- 治療する場所が多くて毎週予約が取れず、なかなか終わらない。
- 治療が終わっても教えてくれない。もう治療が終わったのに、3 ヶ月後とか半年後とか言われる。私はあなたのお金ではありません。
- 何回もせず、数回で終わらせてほしい。
- 虫歯の治療で病院に行くと、1 時間程度の治療を何度も受けなければならないこと

が多い。通院が面倒なので、希望者には半日診療を実施してほしい。

- 何度も治療に通っているが、時間がかかり何も改善されないので、1 回で大きく改善されるように治療してほしい。時間を無駄にしたくない人のために、治療時間を短縮し、数回で治療ができるように改善してほしい。
- 1 本の歯を治すのに何回も通うのは面倒です。
- 通院が長すぎる。歯医者に行く時間がないので、1 回で終わる治療をしてほしい。
- 何回も来させられ、高い治療費を払わされる。少ない通院回数で終わらせてほしい。
- 検診の間隔が大人で 3 ヶ月に 1 回というのは頻繁すぎる気がする。せめて半年に 1 回にしてほしい。
- 治療はまとめてやってほしい。何回も行きたくない。
- 一度行ったら何回も行きたくないので、面倒くさい。時間がかかってもいいから、1 回でできることならしてほしい。
- 同じような治療を何度もされるので、いくら時間がかかっても治らない。
- 一度行くと時間がかかるので、行く気がしない。
- 治療が長いので、行く気がしない。
- 治療が長いので行く気が失せる。
- 一度クリニックに行くと、あれもこれもされるので、終わりが見えない。
- 消毒ばかりして、治療が進まない。お金を取ろうとしているのかと思うほど説明がなく、このまま通い続けなければならないのかと不安になる。
- 回で済むような軽い病気でも 3 回くらい通わなければならない気がする。3 回かかると治療費にメリットがあるのか疑問。
- 治療に少し時間がかかると、次の予約を取らなければならず、なかなか終わらない。
- 一度歯医者に行くと、今日は上の方だけとかクリーニングだけとかで、治療が一気に終わらない。
- 歯石取りをお願いした時も、仕事があるので 1 回で終わらせてほしいとお願いしたのに、結局 2 回、3 回と通わなければならない。
- 複数の虫歯を一度に治療してくれるわけではありません。毎週通わなければならず、数ヶ月かかる。毎回 3,000 円くらい払わなければならず、積み重なると大変な額になる。もっと効率よくしてほしい。
- 気になる歯があるのですが、治療に行くと何日も通わなければならないので、なかなか通えません。せめて 2 回の通院で治療が終わるようにしてほしいです。
- ちょっとの治療で何回も来させるのはやめてほしい。
- 頻繁に治療するのをやめてほしい。

研究業績

査読付き学術誌掲載論文

Goto, H., Belal, H. M., & Shirahada, K. (2022). Value co-destruction causing customers to stop service usage: a topic modelling analysis of dental service complaint data. Annals of Operations Research, 1–21.

査読付き国際学会（口頭発表）

Goto, H. & Shirahada, K. (2018). Antecedents of Value Co-Destruction in High-Contact Service: An Exploratory Analysis of Negative Word of Mouth with Topic Model. Joint International Conference of Service Science and Innovation and Serviceology (ICSSI 2018 & ICServ 2018), proceedings (3), 268–273, Taichung, Taiwan, Nov 2018.

Goto, H. & Shirahada, K. (2017). Estimating the causal effect of value co-creation practice leading to improve well-being: A case of oral healthcare in Japan. 8th International Research Symposium in Service Management (IRSSM-8), Seoul, Korea, Aug 2017. 予稿集掲載頁不明.

査読付き国内学会（ポスター発表）

五島光・白肌邦生（2017）.「価値共破壊に至るサービスリテラシーの分析　個人別態度構造分析を用いた予備調査」, 第 5 回サービス学会国内大会, 論文集 369–370 頁, 2017 年 3 月 28 日, 広島.

査読なし国内学会（ポスター発表）

五島光・白肌邦生（2021）.「企業と消費者のすれ違い：機能性表示食品 A の口コミ分析」国立情報学研究所 IDR ユーザフォーラム, 2021 年 11 月 22 日, オンライン開催.

五島光（2016).「価値共創を促進する意義はあるか？ ～TSL 尺度開発に向けた基礎的分析～」第 6 回知識共創フォーラム シーズセッション, 2016 年 3 月 12 日・13 日, 石川.

その他（査読付き国内学術誌論文掲載）

五島光・尾池勇紀・山下貴子（2022).「狭小商圏型ドラッグストアにおける ID-POS による顧客分析と ISM 構築」マーケティング・レビュー, 3(1), 3–11.

謝辞

指導教員である白肌先生には、長期間に渡る研究指導の中で，たいへん有益な経験の機会をご提供，また多くのご助言をいただきました。審査委員の先生方からもお忙しい中，論文を精査していただき貴重なご指摘・ご助言を賜りました。この場を借りて深く御礼申し上げます。