Kobe University Repository : Kernel

PDF issue: 2025-07-03

顧客のサービス・デリバリー・プロセスへの参加が顧客満足に及ぼす影響に関する研究 : 医療サービスを研究対象とした考察

藤村, 和宏

(Degree)
博士（商学）
(Date of Degree)
2010-01-20
(Date of Publication)
2014-10-30
(Resource Type)
doctoral thesis
(Report Number)
乙3089
(URL)
https://hdl.handle.net/20.500.14094/D2003089

※ 当コンテンツは神戸大学の学術成果です。無断複製・不正使用等を禁じます。著作権法で認められている範囲内で、適切にご利用ください。

顧客のサービス・デリバリー・プロセスへの参加が顧客満足に及ぼす影響に関する研究

～医療サービスを研究対象として考察～

藤　村　和　宏

目　次

序　章

1．研究課題 …… (1)

2．研究対象 …… (7)

Ⅰ　医療サービスの特質と品質

Ⅰ－1．医療サービスの定義 …… 2

Ⅰ－1－(1)　サービスとモノにおける「変化の提供の仕方」の違い　2

Ⅰ－1－(2)「変化の方向性」によるサービス分類　6

Ⅰ－2．医療サービスの特質 …… 9

Ⅰ－2－(1)　無形性　9

Ⅰ－2－(2)　デリバリー（生産・提供）と消費の同時性　14

Ⅰ－2－(3)　品質の２元性　18

Ⅰ－2－(4)　消費の顕名性　23

Ⅰ－2－(5)　一過性　28

Ⅰ－2－(6)　医療サービスに固有の特質　30

Ⅰ－3．医療サービスのデリバリー・システムと構成要素 …… 34

Ⅰ－3－(1)「サービス・デリバリー・システム」とは　34

Ⅰ－3－(2)　フロント・ステージの構成要素　36

Ⅰ－4．顧客のデリバリー・プロセスへの参加と
サービス・エンカウンターの展開 …… 45

Ⅰ－4－(1)　顧客の参加　45

Ⅰ－4－(2)　コミュニケーションと教育による顧客力の育成　49

Ⅰ－4－(3)　サービス・エンカウンターの展開　52

Ⅰ－4－(4)　サービス・エンカウンターの類型と課題　58

Ⅰ－5．医療サービスの品質 …… 63

Ⅰ－5－(1)　知覚品質と客観的品質　63

Ⅰ－5－(2)　医療サービスの品質次元モデ　65

Ⅰ－5－(3)　潜在的な品質形成能力に対する評価の困難性　69

【参考文献】　73

Ⅱ　二つの顧客満足の重要性と関連性に関する考察

Ⅱ－1．二つの顧客満足の認識と重視の必要性 …… 78

Ⅱ－1－(1)　循環的な影響関係の存在と，そこにおける重要な駆動要因としての役割　78

Ⅱ－1－(2)　ミラー効果の存在　80

Ⅱ－1－(3)　デリバリー・プロセスへの積極的かつ適切な参加を導く要因　82

Ⅱ－2．顧客（患者）満足の重要性と向上がもたらす効用 …… 85

Ⅱ－2－(1)　顧客（患者）満足の重要性　85

Ⅱ－2－(2)　顧客（患者）満足の向上がもたらす効用　90

Ⅱ－3．職務満足の向上がもたらす効用 …… 93

Ⅱ－3－(1)　職務満足の重要性　93

Ⅱ－3－(2)　職務満足の向上がもたらす効用　94

Ⅱ－4．サービス組織におけるマーケティングの方向性 …… 98

Ⅱ－5．「場面」概念の導入による分析枠組み …… 102

Ⅱ－5－(1)　演劇における幕のアナロジーとしての「場面」概念　102

Ⅱ－5－(2)　「場面」概念を用いることの利点　103

Ⅱ－6．顧客（患者）満足と職務満足の関係に関する実証的考察 …… 105

Ⅱ－6－(1)　調査の実施概要　105

Ⅱ－6－(2)　「オペレーション」レベルでの満足関係の分析　106

Ⅱ－6－(3)　「オペレーション」レベルでの満足関係に関する考察　109

Ⅱ－6－(4)　「場面」レベルでの満足関係の分析　113

Ⅱ－6－(5)　患者満足と職務満足の関係にかかわる分析結果の要約と検討　119

Ⅱ－7．顧客（患者）満足の向上がもたらす効用に関する実証的考察 …… 123

Ⅱ－7－(1)　顧客（患者）満足が再利用意向に及ぼす影響　123

Ⅱ－7－(2)　顧客（患者）満足が推薦意向に及ぼす影響　128

【参考文献】　129

Ⅲ　顧客（患者）満足に関する理論的・実証的考察

Ⅲ－1．顧客（患者）満足の概念とその構造 …… 134

Ⅲ－1－(1)　顧客（患者）満足の概念　134

Ⅲ-1-(2)　顧客（患者）満足の類似概念　135

Ⅲ-1-(3)　顧客（患者）満足の多次元性　136

Ⅲ-2．顧客（患者）満足の認知的形成過程 …… **141**

Ⅲ-2-(1)　代替的評価基準　142

Ⅲ-2-(2)　原因帰属　150

Ⅲ-3．情動的な顧客（患者）満足の形成過程 …… **151**

Ⅲ-3-(1)　情動的満足／不満足の存在　151

Ⅲ-3-(2)　情動（感情）概念　152

Ⅲ-3-(3)　情動（感情）による満足分類　154

Ⅲ-3-(4)　満足／不満足の形成過程における情動（感情）のモデル化　154

Ⅲ-3-(5)　サービス消費における情動（感情）の役割に関する仮説　157

Ⅲ-4．患者満足の形成要因に関する実証的考察 …… **161**

Ⅲ-4-(1)　患者の認知的満足の形成に影響を及ぼす要因　161

Ⅲ-4-(2)　患者満足の形成における情動（感情）の影響　165

【参考文献】　171

Ⅳ　デリバリー・プロセスへの顧客（患者）の参加誘導

Ⅳ-1．参加および協働の阻害要因としての認識ギャップ …… **178**

Ⅳ-1-(1)　認識ギャップの存在　178

Ⅳ-1-(2)　認識ギャップを生み出している要因　183

Ⅳ-1-(3)　病院における参加者間での認識ギャップに関する実証的考察　188

Ⅳ-2．品質およびギャップ概念の再考 …… **192**

Ⅳ-2-(1)　サービスの品質概念の再考　192

Ⅳ-2-(2)　ギャップ・モデルの再考　194

Ⅳ-3．顧客（患者）の適切な参加を誘導する システムとしてのスクリプト …… **197**

Ⅳ-3-(1)　顧客（患者）の参加誘導システム　197

Ⅳ-3-(2)　明示的スクリプトとしてのクリティカルパス　201

Ⅳ-3-(3)　クリティカルパスの機能と患者満足に対する効果　203

Ⅳ-４．明示的スクリプトとしてのクリティカルパスの
患者満足に対する効果に関する実証的考察 ---------- 206
Ⅳ-４-(1)　調査の実施概要　206
Ⅳ-４-(2)　クリティカルパスが患者評価に及ぼす影響　207
Ⅳ-４-(3)　クリティカルパスの有無による満足構造の違い　211
Ⅳ-４-(4)　結果の検討　214
【参考文献】　217

結　章

１．本稿の基本的視点 ---------- 219
２．本稿の総括 ---------- 222
３．今後の課題 ---------- 225
【参考文献】　229

序章　研究課題と研究対象

1．研究課題

サービス経済化あるいは経験の経済化の進展は著しいものがある。産業全体に占める第3次産業の国内総生産および就業者比率が増大する一方で、製造企業もその提供製品（モノ）を差別化するための、あるいは顧客との良好な関係性を構築・強化するための重要な戦略的手段として、サービスを製品としてのモノに付加するようになっている。このように国民経済および企業の戦略展開におけるサービスの重要性が高まっているが、それとともにサービス組織の生産性の低さやグローバル展開の遅れなども問題となっているにもかかわらず、サービス・マーケティング研究はモノのマーケティング研究ほどには活発に行われていない。その背景には、サービス関連データの不備や、消費財や産業財についてこれまでに構築されてきたマーケティング理論をサービスにも直接的に適用可能であるという見解が優位を占めていたことがある。しかし、取引対象としてのサービス自体とそのデリバリー（生産および提供）・プロセスの特質のために、全くとは言わないまでも、モノとサービスのマーケティングには考慮すべき要因について大きな差異が存在すると考えられる。

理論の目的の一つは、問題の分析と解決法の導出を可能にするフレームワークを提供することである(Blois, 1974)。そして、サービス・マーケティングという新理論が意味を持つのは、構築された新理論が、既存理論よりも実践的でより効果的なマーケティング戦略を導くことができる場合のみである。もし既存の理論体系がすでにサービス産業の経営者やマーケターの必要性に応えているならば、新しい理論体系は必要とされないであろう。あるいは、もし製品（モノやサービス）と市場の特性が課すマーケティング問題に実質的な相違点が存在しないならば、新しい概念やテクニックは必要ではなく、既存の理論をよりよく理解するだけで十分であろう(Bateson, 1977)。しかし実際には、消費財や産業財ついて構築された既存のマーケティング理論では、製品としてのサービス自体やそのデリバリー・プロセスの特質がサービス組織および顧客にもたらす多くの問題に十分に対応し、効果的なマーケティング戦略の策定を可能にするような概念やテクニックは開発されていない。たとえば、初期のサービス組織のマーケターの多くは製造企業でのマーケティング経験を持つ人々であったが、彼らはサービス産業において、モノのマーケティングでは直面したことがなかったような問題に直面している。また、包装製品のマーケティング経験を持つ人々は、そのマーケティング・テクニックをサービス産業に移転しようとしたが、両者で必要とされるテクニックは同じではないことを実感している(Knisely, 1984)。

このようなことからサービス・マーケティング理論は必要と考えられるが、Bateson(1977)は、従来のマーケティング理論では解決できない問題がサービス産業に多く存在するからという理由だけで、サービス・マーケティング理論の必要性を論じるのは不十分である、と指摘している。そして、新理論の必要性を判断する基準として以下の３基準を提示している。

基準①：マネジャー自身がサービス産業に共通する一連の問題を認識している。

基準②：サービスとモノとの間に実質的な構造的相違点が存在している。

基準③：既存のマーケティングは、マネジメント意思決定過程を概念化していない。

基準①と②に関しては、Eiglier and Langeard(1975)が、本稿のＩ-２で詳細に考察することになる無形性やデリバリーと消費の同時性などの構造的特質がもたらす問題を、サービス組織のマネジャーはサービス産業に共通する問題として認識していることを明らかにしていること[1)]、およびこれらの特質はサービス組織およびその顧客にとって重大な問題をもたらしていることにより、これらの基準は満たされていると考えられる。

さらに、基準③に関しても、サービス組織のマジメント意思決定過程に関するフレームワークは、Sasser, Ohlsen and Wycoff(1978)、Gronroos(1984b)、Normann(1984)、Heskett(1986)などによって提案されているが、これらは伝統的なマーケティング理論ではほとんど扱われていないことから、満たされていると考えられる。たとえば、サービス組織がサービスを提供するシステムはサービス・デリバリー・システムと呼ばれ、フロント・ステージとバック・ステージから構成されている。フロント・ステージは顧客が参加するシステム部分であり、そこでは従業員、顧客および物理的環境の間で相互作用が行われることでサービスが生成され、同時に消費される。一方、バック・ステージは顧客の目には直接触れることはないが、フロント・ステージでの３者間の相互作用を計画、制御、支援するための有形および無形のシステムから成る部分である。このフロント・ステージおける３者間の相互作用とフロント・ステージとバック・ステージ間の相互作用が集約されることで、サービス品質が決定される。このサービス組織に特異なサービス・デリバリー・システムの存在は、サービス組織が考慮すべきマーケティング問題の領域、マーケティング行為を産出する組織内部の意思決定過程、マーケティングの役割などを製造企業のそれらとは異なるものにしていると考えられるが、これに適用可能な概念やテクニックは伝統的なマーケティング理論では開発されていない。

1）Eiglier and Langeard は、フランスで流通、銀行、ホテル、輸送という４つのサービス産業のマネジャーが抱えている問題を調査している。その結果、輸送産業以外のマネジャーは、サービス産業に共通する問題の存在を認識していること明らかにしている。なお、輸送産業のマネジャーがそのような問題を認識していなのは、フランスの輸送サービスが独占的に供給されているという特殊要因に基づくものと推察されている。

このようなことからサービス・マーケティング理論の構築は必要と考えられるが、一方で、サービスをモノと区別して、新しいマーケティング理論を構築しようとすることに対して疑問を抱く研究者もいる(Levitt, 1972; Wyckham, Fitzroy and Mandry, 1975; Enis and Roering, 1981)。不必要の根拠としてしばしば挙げられるものに、製品便益（効用）論がある。

製品便益（効用）論とは、顧客は製品（モノやサービス）を購入するのではなく、製品のもたらす便益（期待価値）を購入するという視点である。 Enis and Roering(1981)は、多くのサービス・マーケティング研究者は製品をモノと同一視し、サービスとは異なるものと考えていると批判し、次のように論じている。製品とは、有形要素、無形要素、抽象的アイデアという３要素の結合物であり、欲求を満足させてくれると潜在的顧客が期待する便益の束である。したがって、市場で売買されるのはモノでもサービスでもなく、この便益の束である。マーケティング戦略の形成は、潜在的顧客が知覚するものとしての便益の束という概念を用いて着手される必要がある。サービスとモノとに分類することで、サービスの中にマクドナルドと銀行のように非常に異質なものが含まれる一方で、潜在的顧客から類似の製品と見られているものやマーケティング戦略的に類似したものが区別されることになる。製品をモノとサービスに分類することは、労働者を性別で分類することが彼あるいは彼女の課業遂行能力を反映しないように、製品のための効果的なマーケティング戦略形成に対してほとんど貢献しない。効果的なマーケティング戦略の形成に必要とされるのは、潜在的顧客を区別し、顧客の目の中で束の効用の高めることができるような概念である。

同様に、Wyckham, Fitzroy and Mandry(1975) [2] も、モノとサービスという単純な分類はサービス組織へのマーケティング概念の適用を妨げるかもしれないと批判し、次のように論じている。サービスの特質のために、サービスのマーケティングで用いられる戦略は根本的に異なるとされているが、その特質とされるものをモノも程度の差はあれ保有しており、マーケティングの観点からは、サービスとモノの間に違いはない。さらに、サービスに属する製品群の群内分散の方がモノとサービスの群間分散よりも大きい場合があり、そのような単純な分類からの戦略形成はサービスに属する全ての製品に適するとは限らない。そして彼らは、提供物を特定製品の形で特定市場に提供されるニーズ充足物の集合体と捉え、提供物自体の特徴と市場の特徴を用いた多次元的な分類法の形成と、その分類に対応するマーケティング戦略分類の形成とが必要である、と主張している。

2）Wyckham et al.は、必ずしもサービス・マーケティングの必要性を否定していない。モノとサービスという分類ではなく、サービスという提供物の特徴と市場の特徴との相互作用に対する理解に基づくことで、サービス・マーケティング理論は開発されるであろうとしている。

(4)

確かに、潜在的顧客の知覚する便益（効用）の観点からのマーケティング戦略の展開は重要であろう。しかし、あるサービスとモノの便益が類似しているとしても、その取引対象と取引形態は異なるので、マーケティング戦略も異なると考えられる。たとえば、時間節約型軽食という点では、カップヌードルとマクドナルドのハンバーガーは同じであるが、両者のとるべきマーケティング戦略も同じであろうか。また、便益が類似しているとしても、モノは便益の運搬物であるのに対して、サービスは便益そのものである。Ⅰ-1-(1)で詳細に考察するが、モノ消費の場合、顧客は期待する便益の運搬物を購入し、彼ら自身の保有する消費資源（金銭、時間、肉体的および精神的エネルギー、知識・技能、補完物、空間など）を組み合わせて用いることにより、運搬物としてのモノから便益を引き出し、それを消費する。一方、サービス消費の場合には、顧客はモノから彼ら自身で便益を引き出すことの代案として、あるいは彼らだけでは生み出すことのできない便益を享受するためにサービスを購入し、保有する消費資源を組み合わせて用いることでサービス・デリバリー・プロセスに参加し、サービス組織の従業員あるいは／および設備・機器と相互作用を行なう過程で望む便益を引き出しながら、同時に消費する[3)]。このようにモノ消費とサービス消費では便益の享受の仕方が大きく異なることから、便益が類似しているという理由で同じように扱うことはできないと考えられる。

また、あるサービスとモノのマーケティング戦略は、サービスに分離されるものの間のマーケティング戦略よりも類似しているかもしれない。しかし、最終的なマーケティング行為が類似しているからと言って、その導出過程あるいは問題解決過程まで類似しているとは言えないであろう。サービスの特質のために、サービスとモノとでは、マーケティング問題として考慮すべき範囲、マーケティング行為の導出過程、および組織内でのマーケティングの役割は異なっている。それは、男性労働者と女性労働者の能力が同じであるとしても、女性の身体的特性と社会的役割のために、女性労働者だけに考慮すべき問題と制度があるのと同じである。このようなことから、潜在的顧客からみた便益の類似性に基づいて、モノとサービスのマーケティング戦略を同じように扱うのは危険である。確かに、サービスに分類されるものでも、その特質はサービスによって大きく異なっている。しかし、そのようなサービス内での特質の分散については、消費財が最寄品、買回品、専門品に分類されるように、サービス内でもそのような分類体系が構築されることで対処されるべきであろう[4)]。

3）レンタル・サービスを利用する場合には、レンタルしたモノを用いて顧客自身で便益を引き出さなければならないが、その場合でも、そのモノを所有することの代案、すなわち所有することから得られる便益そのものを購入している、と考えることができる。

4）このことは製品便益（効用）論からの分類の意義を否定するものではない。製品の競合分析、すなわちあるニーズを満たすと潜在的顧客が知覚する選択代替案から構成される市場分析と、その市

サービス・マーケティング理論の構築を不必要とする根拠として挙げられるものに、製造企業もなんらかの形でサービスにかかわっているので、製造企業のために構築されたマーケティング理論をサービス組織にもそのまま適用できるという考え方もある。Levitt(1972)が「もともとサービス産業などというものは存在しない。他の産業に比べて、サービスの部分が大ききかそれとも小さいかの区別があるだけである。どの産業でもみなサービスはやっている」[5] と論じているように、確かに、製造企業もモノの販売、据え付け、修理、顧客の使用補助、苦情処理などのサービス活動に携っている。しかし、このような議論には、取引対象としてのサービスとマーケティング変数としてのサービスを区別していないとい問題がある(Gronroos, 1978)。サービス・マーケティング理論が対象とするのは、前者のサービス組織がその市場提供物の核として販売するサービスであるが、モノのマーケティング理論で開発されたサービスに関する概念やツールは、後者のモノを差別化するための競争手段としてのサービスに関するものである。そのために既存のマーケティング理論では、サービスの特質やサービス・デリバリー・システムに関連する問題はほとんど扱われていない。

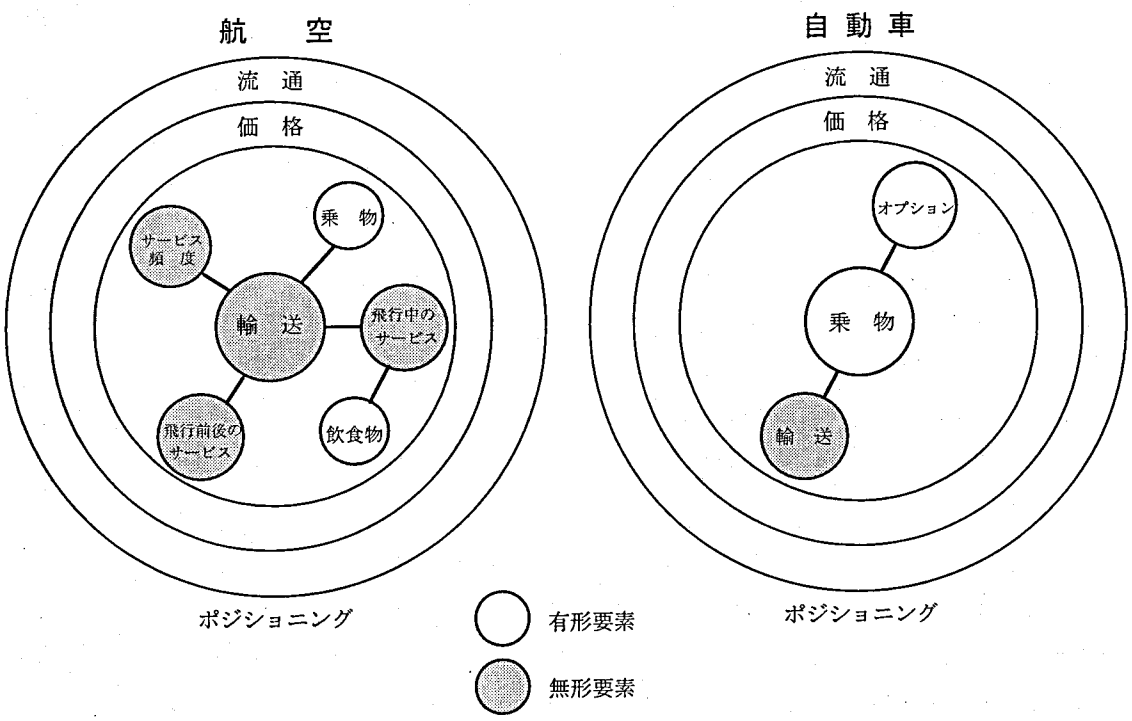
さらに、Shostack が提案している分子論的モデル（図①参照）に基づくならば、有形要素としてのモノが核として存在し、その周囲に差別化手段としてのサービスを形成するのと、核となる無形要素としてのサービスを形成するのは異なるであろう。このモデルは、化学のアナロジーを用いることで彼女が「トータルな市場実体(total market entity)」と呼ぶものをマーケターが視覚化し、管理することを助けるものとして提案されている。モデルの中心には購入されるものの核となるもの（分子の原子核）があり、それは触知可能な素材から作られた有形要素と触知不可能な行為、実行、努力などから構成される無形要素と様々な形で結びついている。分子の周囲は、価格、流通、ポジショニング（コミュニケーション・メッセージ）を表す一連の同心円で囲まれている。

この分子論的モデルでは、市場で提供されている大部分の製品は有形要素と無形要素との混合物であり、購入されるものの核となる部分が有形要素か無形要素かによって、製品はモノあるいはサービスに分類されるにすぎないとされている。しかし、核となる部分が有形要素であるか、それとも無形要素であるのかによって、その周囲にマーケティング・ミックスや差別化手段としてのサービスを形成する難易度や方法は異なるであろう。有形で知的に把握することが可能な有形要素が核として存在する場合には、明確な目標物が存在するので、マーケティング・ミックスの各要素や差別化手段としてのサ

場内の競争企業への対応にとっては、製品便益（効用）論からの考察の重要であると考えられるからである。

5) Levitt, T.(1972),"Production-line Approach to Service," *Harvard Business Review*, September-October, pp. 41-42.

ービスを別々に計画し、最後に、それらを全体的なマーケティング・ミックスとして統合することも比較的容易であろう。しかし、核が無形要素である場合、目標物のイメージが曖昧であるために、その周囲にマーケティング・ミックスの各要素や差別化手段としてのサービスを形成するのは困難であろう。さらに、核に付加される有形要素は、潜在的顧客の選択意思決定過程において当該サービスの品質の暗示する有形な証拠としての役割を果すし、核以外の要素としてどのような有形要素や無形要素を付加するのかによって、サービスのトータルな市場実体は異なったものとなるために、それらの形成や付加を別々に切り離して行うことは困難である。



図①　分子論的モデル

出所：Shostack, G.L. (1977), "Breaking Free from Product Marketing", *Journal of Marketing*, Vol.41 (April), p. 76.

以上のようなことから、モノの差別化手段としてのサービスについて開発され概念やテクニックは、製品としてのサービスには直接的に適用できないと考えられ、取引対象としてのサービスのためのマーケティング理論の構築が必要と考えられる。

そこで本稿では、サービス自体とそのデリバリーの特質、およびそれらの特質が生み出す諸問題を理論的・実証的考察することで、サービス・マーケティングの理論化や実践において考慮すべき要因（概念）を提示したい。特に、サービス・デリバリー・プロセスへの顧客の参加の観点から考察を行うことで、顧客の参加を積極的かつ適切なもの

にすることにかかる要因（概念）を中心に提示したい。なぜならば、サービス・デリバリーには顧客の参加が必要不可欠であることから、顧客の参加あり方も彼ら自身が享受するサービス品質や満足／不満足形成において重要な役割を果すからある。さらに、顧客自身の参加の不適切によってサービス組織あるいはその従業員の潜在的な品質能力が隠蔽され、ネガティブな口コミが流布することによって、サービス組織のブランドまで傷つけられる危険性があるからである。このようなことから、顧客満足の向上やブランドの構築・強化を目指すサービス組織にとって、組織内の品質形成能力を向上させることは必要条件であり、十分条件として顧客のデリバリー・プロセスへの参加力を向上させることが重要なマーケティング課題であると考えられる。

2．研究対象

サービスには多様なものが含まれ、それらの特質の違いから生じる問題やその重大性は異なっていることから、本稿では医療サービスを中心に考察したい。

医療サービスを中心に考察するのは、二つの理由による。その第１の理由は、医療サービスは便益遅延型専門サービスという特殊なサービスに分類されるということであり、第２の理由は、医療サービスは代替可能性が低いために、その品質や生産性の低さは顧客（患者やその家族）だけでなく、社会全体にも重大な影響を及ぼす危険性があるからである。この二つ理由について、もう少し深く触れておきたい。

（１）便益遅延型専門サービスという特殊性

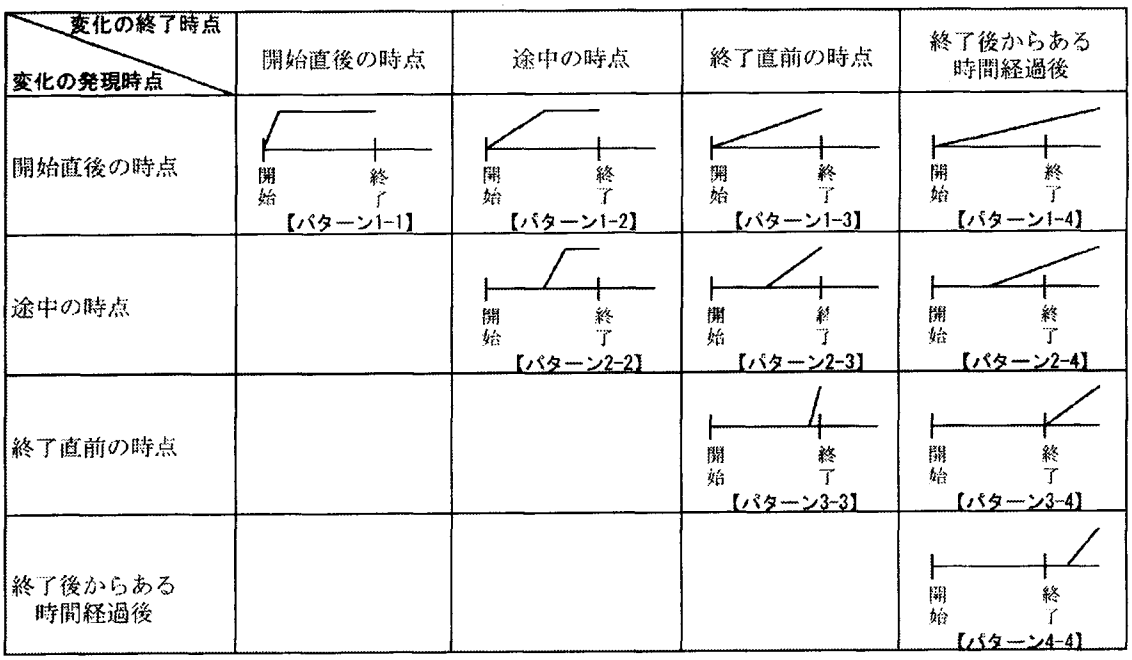
便益遅延型専門サービスはサービスの中でも特殊な位置づけにあるので、これを考察の対象とすることによって、一般的なサービスだけを対象とした考察では認識できないような問題や重要な概念を発見できる可能性が大きいと考えられる。

本稿での便益遅延型専門サービスという概念は、「便益遅延型サービス」と「専門サービス」という二つのサービス・カテゴリーが重なる部分に含まれるサービスを意味しており、医療サービスや教育サービスがこのカテゴリーの典型である。専門サービスとは、サービスをそのデリバリーに必要とされる知識・技能の専門性で捉えることによって規定されるサービス概念である。つまり、サービス・デリバリーにかかわる従業員に要求される知識・技能の専門性が高まるほど、専門性の高いサービスということになる。

一方、便益遅延型サービスとは、サービスを「消費によって享受することが期待されている便益としての変化を導く、生産活動の集合体」と定義することによって導かれるものである。このようにサービスを定義すると、サービス・デリバリーにおいては「変化」と「活動」が鍵概念となる。さらに、便益としての「変化」については、「変化の対象」、「変化の内容」、「変化の方向性」および「変化の発現様式」という四つの観点か

ら考察を行うことが可能である[6]。「便益遅延型」は「変化の発現様式」の観点からサービスを類型化した場合の一つのパターンである。「変化の発現様式」とは、サービス・デリバリー・プロセスが開始されてからの「変化の発現時点」と「変化の終了時点」によって規定されるものである。図②（Ⅰ-5-(3)の図 18 と同じ）は、サービスの便益としての変化（結果・効果）は、サービス・デリバリー・プロセスが開始してからどの時点で出現し始め、どの時点で終了するのか、によってパターンを分類したものである。

なお、ここでのサービス・デリバリー・プロセスとは、サービスの消費動機となった基本的ニーズを充足するためにサービス組織の従業員、設備・機器、および顧客自身が関与し、それぞれが必要な活動を提供しながら協働することで、サービスがデリバリーされ、同時に消費される過程である。そのため、サービス・デリバリー・プロセスは、顧客が特定サービスを選択し、協働のための活動を提供し始めた時点で開始し、サービス組織側あるいは顧客側のどちらかが、顧客のニーズは充足されたと判断し、協働のための活動提供を終えた時点で終了する。本稿ではこのデリバリー・プロセスの開始から終了までを「１回の消費サイクル」と定義したい。



図② 変化の発現時点と終了時点を基準に分類した「変化の実現様式」

6）サービス・マーケティング研究においては「変化「と「活動」の観点から考察を行なう必要があると考えられるが、本稿では「変化」、特に「変化の方向性」と「変化の発現様式」の観点から考察を行っている。

多くのサービス消費では、１回の消費サイクルのサービス・デリバリーの開始直後の時点あるいは途中の時点において便益としての変化（結果・効果）は現れ、終了時点までにそれらは最大になるので、変化の発現パターンは〔パターン１-１〕〔パターン１-２〕〔パターン１−３〕〔パターン２-２〕〔パターン２-３〕〔パターン３-３〕のようになる。一方、〔パターン１-４〕〔パターン２-４〕〔パターン３-４〕〔パターン４-４〕のように、サービス・デリバリー・プロセスが展開される時間とサービスの便益としての変化（結果・効果）の終了時点との間に時間的ズレが生じるサービスもある。すなわちデリバリー・プロセスが終了してからもデリバリーされたサービスが作用し、変化が継続するようなサービスもある。医療サービスや教育サービスはこの典型であり、サービスの便益としての変化（結果・効果）の対象が顧客の身体や能力である場合に生じやすいパターンである。本稿では、このような時間的ズレの生じるサービスを「便益遅延型サービス」と呼び、時間的スレノ生じない一般的サービスを「便益即時型サービス」と呼びたい。

このような類型化された便益遅延型サービスは、一般的な便益即時型サービスの特質がもたらす諸問題に加えて、次のような二つの大きな問題も発生させている。

①デリバリー・プロセスの終了後でも、品質評価が困難である。

サービスの無形性のために、潜在的顧客は選択意思決定過程において市場で提供されている個々のサービス品質やそれらの自己ニーズへの適合性を評価することが困難になっている。しかしながら、一般的な便益即時型サービス消費の場合には、サービスの消費過程では、サービス品質やそれの自己ニーズへの適合性を評価することが可能である。一方、便益遅延型サービス消費の場合には、デリバリー・プロセスの終了後においても評価は困難である。より正確に表現するならば、サービス組織やその従業員の潜在的な品質形成能力を正当に評価することは困難である。それは、デリバリー・プロセスが終了した時点では、サービス・デリバリーに従事した従業員の行動や態度は評価できたとしても、その結果として提供されたサービスの便益（品質）はまだその段階では顧客にとって知覚可能な形で現れていないためである。また、デリバリー・プロセスの終了後から結果あるいは効果が出現するまでの時間的ズレの間に、結果あるいは効果の出現を促進あるいは抑制する様々な要因が作用し、出現が錯乱される可能性も高いからである。この結果、このようなサービスに対する評価は時間経過とともに変化する可能性が高いが、そこには様々な撹乱要因による偶然性が入り込む余地が大きいために、正当な評価は困難になっている。

②便益の知覚が困難であるために、顧客の参加が抑制される。

便益遅延型サービス消費では、顧客のデリバリー・プロセスへの積極的かつ適切な参加が必要とされる。一般的な便益即時型サービス消費の場合、顧客が便益を享受するために行わなければならない活動の多くはサービス組織によって代行される。しかし、便益遅延型サービス消費の場合には、サービス組織が代行できない活動が多く存在しており、顧客がそれらの活動を積極的かつ適切に遂行しなければ、顧客はサービス組織の潜在的な品質形成能力を反映したサービス品質を享受できない。たとえば、大学生が講義に参加しないとか、予習・復習を行わないならば、その大学生は大学の潜在的な品質形成能力に基づく教育サービスの成果を享受できないであろう。同様に、患者が疾病からの回復に必要なリハビリテーション活動や指示通りの服薬を行わないならば、期待通りの治癒という成果を享受できないであろう。

また、顧客が積極的かつ適切にデリバリー・プロセスに参加したとしても、便益遅延サービスの場合には、その参加の成果をデリバリー・プロセスにおいて知覚できないために、参加に対するモチベーションが低下し、積極的かつ適切な参加がデリバリー・プロセスにおいて抑制される危険性もある。そして、この結果として、顧客はサービス組織が提供を意図するサービス品質、あるいはサービス組織やその従業員の潜在的な品質形成能力を正当に反映したサービス品質を享受できないことになる。

便益遅延型サービスの消費にはこのような二つの大きな問題を伴うが、これに専門サービスが加わることで、顧客は当該サービスに関しての専門的知識・技能を保有していなければ、消費後においてさえ適切に評価できないという問題に直面することになる。一般的な便益即時型サービス消費の場合でも、その特質のために顧客およびサービス組織には様々な問題が発生しているが、さらにこの三つの問題が加わることで、便益遅延型専門サービスの提供組織は顧客の品質評価や顧客満足／不満足形成において歪みが生じやすいという問題に直面することになる。このような問題について考察することは重要であるし、これにより便益遅延型専門サービスの抱える問題の解決あるいは低減だけでなく、一般的な便益即時型サービスのための効果的なマーケティング戦略の構築に貢献できると考えられる。

（2）代替可能性の低さという特殊性

近年、社会のセーフティーネットとしての医療サービスのあり方や医療サービスの信頼性問題が、さまざまなメディアで取り上げられている。医療サービスにかかわる問題が大きな社会問題として取り上げられる理由の一つとして、医療サービスには代替可能（同等の便益を提供できる）なモノやサービスが少なく、さらに一般の消費者は代替可能性を判断できる専門的知識・技能を保有していないために、医療サービスの提供する便益を享受したいと考える潜在的顧客はそれを消費せざるを得ないということがある。

市場には一般的に、その提供する便益の観点から代替関係にあるモノとサービスが数多く存在しており、同じ便益を得るためにモノを購入する場合もあれば、サービスを購入する場合もある。顧客がモノの代わりにサービスを購入するのは、サービス購入の場合には、同様な便益を提供してくれるモノ購入に比べて多額の金銭を必要とすることが多いが、望む便益を享受するために顧客が負担しなければならない活動の一部を引き受け、さらにその専門化された知識・技能によってその便益をより効果的かつ効率的に提供してくれるからである。たとえば、自宅から職場までの「移動」という便益を得る手段としては、モノとしての自動車やオートバイ、自転車の購入だけでなく、サービスとしてのタクシーや電車、バスなどの利用も選択代替案として検討することができる。自動車の購入を選択した場合には、顧客は運転免許を取得し、さらに運転に必要な体力や技能、道路に関する知識などを投入することによって、自ら「移動」という便益を生み出す。一方、タクシーの利用を選択した場合には、タクシーを呼び、行き先を伝えるだけで、料金は高いが、職場まで安全かつ迅速に「移動」させてくれるだけでなく、自らが運転しないことによって節約される時間や体力などを別の便益享受（たとえば、読書による知識の向上、メールの送信によるコミュニケーションの向上など）のために投入することが可能になる。また、自動車の代替としてサービスを選択する場合でも、タクシーだけでなく、電車、バスなどの選択が可能である。

このように一般的にはモノ消費とサービス消費の間には代替関係が存在しており、モノを選択するのか、あるいはサービスを選択するのかは、潜在的顧客が消費のために投入可能な消費資源の量と質や、いずれかの消費資源（たとえば、時間）を節約したいと欲する程度によって決定される。

しかしながら、医療サービスの場合には、代替可能なモノやサービスの選択代替案が少ないだけでなく、代替可能かどうかを判断できる専門的知識を大部分の潜在的顧客は保有していないという問題がある。医療サービスが提供している「疾病の予防」という便益については、同様な便益を提供できるモノ（たとえば、市販薬、健康ドリンク、トレーニング機器、血圧・脂肪率測定器など）やサービス（たとえば、アスレチッククラブ、健康食の宅配サービスなど）は多く存在しており、潜在的顧客は比較的多くの選択代替案の中から選択することが可能である。しかし、「疾病からの回復」という便益については、選択代替案としては市販薬ぐらいしか存在しないが、市販薬だけでは治癒できない疾病も多く存在している。さらに、市販薬で回復できるかどうかを適切に判断できる潜在的顧客も少ないことから、疾病を患った場合には医療サービスに依存せざるを得ない。このような医療サービスに特有な代替可能性の低さのために、医療サービス組織には品質および信頼性の向上が求められることになる。

したがって、医療サービスの品質および信頼性の向上をマーケティングの視点から理論的・実証的に考察することは、それらの向上に取り組もうとする医療サービス組織の

活動の改善だけでなく、患者、さらには潜在的顧客の集合としての社会の満足と安心に貢献できると考えられる。

このように医療サービスには便益遅延型専門サービスという特殊性と代替可能性の低さという特殊性があるが、一般的なサービスの特質がもたらす問題に加えてこれらの特殊性がもたらす問題を考察することによって、サービス組織が抱える多様なマーケティング問題の解決あるいは低減に貢献できるだけでなく、より包括的なサービス・マーケティング理論の構築にも貢献できると考えられる。

【参考文献】

Bateson, J. (1977), "Do We Need Service Marketing," in P. Eiglier, E. Langeard, C. H. Lovelock, J. E. G. Bateson, and R. F. Young (eds.), *Marketing Consumer Services: New Insights*, Marketing Science Institute, Report No. 77-115, pp. 1-30.

Blois, K. J. (1974), "The Marketing of Services: An Approach," *European Journal of Marketing*, pp. 137-145.

Eiglier, P. and E. Langeard (1975), "Une Approche Nouvelle pour le Marketing de Services," *Revue Francaise de Gestion*, Vol. 2, pp. 97-114.

Enis, B. M. and K. J. Roering (1981), "Services Marketing: Different Products, Similar Strategy," in J. H. Donnelly and W. R. George (eds.), *Marketing of Service* Proceeding Series, Chicago, IL: American Marketing Association, pp.1-4.

Gronroos, C. (1978), "A Service-Orientated Approach to Marketing of Services," *European Journal of Marketing*, Vol. 12, No. 8, pp. 588-601.

Heskett, J. L. (1986), *Managing in the Service Economy*, Boston, MA: Harvard Business School Press. 山本昭二訳、『サービス経済化のマネジメント』、千倉書房、1992 年。

Kniseky, G. (1984), "Comparing Marketing Management in Package Goods and Service Organizations," in C. H. Lovelock (ed.), *Services Marketing*, Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, pp. 9-29.

Levitt, T. (1972), "Production-line Approach to Service," *Harvard Business Review*, September-October, pp. 41-52.

Normann. R. (1984), *Service Management; Strategy and Leadership in Service Businesses*, John Wiley & Sons.

Sasser, W. E., P. Ohlsen and D. Wycoff (1978), *Management of Service Operations*, Boston, MA: Allyn and Bacon Inc.

Shostack, G. L. (1977), "Breaking Free from Product Marketing," *Journal of Marketing*, Vol. 41(April), pp. 73-80. 藤村和宏訳、「モノ型マーケティングからの脱却」、『マーケティング・ジャーナル』、第 11 巻 1 号、76-84 頁、1991 年。

Wyckham, R. G., P. T. Fitzroy and G. D. Mandry(1975), "Marketing of Services: An Evaluation of the Theory," *European Journal of Marketing*, Vol. 9, No. 1, pp. 59-67.

I

医療サービスの特質と品質

本章の概要

医療サービスにおける顧客（患者）満足について考察するための準備として，本章では，医療サービスおよびそのデリバリー(生産および提供)・プロセスの特質についてマーケティングの視点から検討する．

Ⅰ-1 では，医療サービスを含むサービス一般の定義を行うとともに，「便益としての変化の提供の仕方」の違いからモノ消費とサービス消費の違いを明らかにする．さらに，「便益としての変化の方向性」の観点からサービスを分類し，医療サービスは「常態の回復」型サービスに分類されること，および類型によって顧客満足において重要な役割を果たす要因が異なることを示す．

Ⅰ-2 では，医療サービスと他のサービスでは程度の差はあるが，一般的にサービスに分類されるものが持つ特質とそれらがサービス組織および顧客にもたらす諸問題について考察する．具体的には，「無形性」および「デリバリー（生産および提供）と消費の同時性」という基本特質，およびこれらから派生する「品質の 2 元性」，「消費の顕名性」，「一過性」などの特質について考察する．これに続いて，医療サービスにだけ該当する特質である「医療従事者優位のデリバリー体制」，「プレスティージ追求による非効率の発生」，「複合組織のもたらす利害調整の必要性」について考察する．

Ⅰ-3 では，医療サービスのデリバリー・システムを，「顧客の参加」の観点から「フロント・ステージ」，「バック・ステージ」および「カスタマ・セルフ・ステージ」に分類し，サービス組織の管理において，とくに注意を払う必要があるフロント・ステージの構成要素（物理的環境，従業員および顧客）とサービス・デリバリーにおけるそれらの役割について考察する．

Ⅰ-4 では，顧客のデリバリー・プロセスへの参加と，そこでの従業員との人的相互作用（サービス・エンカウンター）について考察する．とくに「顧客の参加」について考察するのは，医療サービスを含むサービスは販売されてからサービス組織と顧客との協働によってデリバリーが行われ，同時に消費されるので，顧客もサービス・デリバリーにおいて重要な役割を果たすと考えられるからである．

Ⅰ-5 では，医療サービスは専門サービスに属するが，大部分の顧客は専門サービスを適切に評価するのに必要とされる専門的な知識・技能を保有していないとの認識に基づいて，医療サービスの品質構造（次元）モデルを患者の評価過程との関係で提示する．

Ⅰ-1. 医療サービスの定義

医療サービスの定義を行う前に，本書でのサービスとモノ（有体財）のとらえ方について明らかにしておきたい．サービスについては，研究者個々の関心によって以下のように，さまざまに定義されている．

「サービスとは，特定の時間と場所において，顧客のために価値を創造し，便益を提供する経済的活動であり，その結果として，サービスの受け手に（あるいは受け手に代わって）望まれている変化がもたらされる」（Lovelock and Wright, 2002, p.6）

「サービスとは，他者の便益のために個人または集団が行なう活動」（Albrecht and Zemke, 2002, p.50，邦訳，68 頁）

「顧客にとってサービスとは，『時間の価値』である」（McKenna, 1997，pp.149，邦訳，206 頁）

「サービスとは，利用可能な諸資源が有用な機能を果たすその働き」（野村，1983，38 頁）

本書では，サービスの便益とその提供形態に焦点をあてることにより，サービスを「消費によって享受することが期待されている便益としての変化を導く生産活動の集合体」と定義したい．

また，これと対比するかたちで，モノ（有体財）を「生産活動の結果として産出される客体物であり，消費によって享受することが期待されている便益としての変化を導く活動が物的特性として内蔵されているもの」と定義したい．

このように定義すると，モノとサービの区別においては「変化の提供の仕方」が，サービスの分類においては「変化の方向性」が重要な概念となる．したがって，以下では，まず，この 2 点ついて検討し，そのうえで，医療サービスについて定義したい．

Ⅰ-1-(1) サービスとモノにおける「変化の提供の仕方」の違い

サービスとモノを前述のように定義すると，両者は変化という便益を提供するという点では共通しており，その違いは「変化の提供の仕方」にあるといえよう．つまり，サービス消費では変化を導く活動自体が提供されるのに対して，モノ消費では変化を導く活動が物理的特性に内蔵されて提供される，という点に違いがある．このことから，詳細についてはⅠ-2 で考察するが，サービス消費ではデリバリー（生産および提供）と消費が同時に行われ，「変化」という便益はサービス組織（従業員あるいは/および設備・機器）と顧客との協働[注1)]によって生み出されるが，モノ消費ではデリバリーと消費は明確に分離されており，便益は顧客自身の活動によって引き出される（**図 1** 参照）．

つまり，サービス消費とは，顧客自身の保有する消費資源（金銭，時間，肉体的および精神的エネルギー，知識・技能，補完物，空間など）を組み合わせて用いることで，サービス・デリバリー・プロセスに参加し，サービス組織の従業員あるいは/および設備・機器と協働する過程で，望む便益を引き出しながら，同時に消費することである．

一方，モノ消費とは，顧客自身が保有する消費資源を組み合わせて用いることにより，顧客だけでモノから便益を引き出し，それを消費することである．

ここで，サービス・デリバリー・プロセスとは，サービス消費の動機となった基本的ニーズを充足するために，サービス組織の従業員，設備機器，および顧客自身が関与し，それぞれが必要とされ

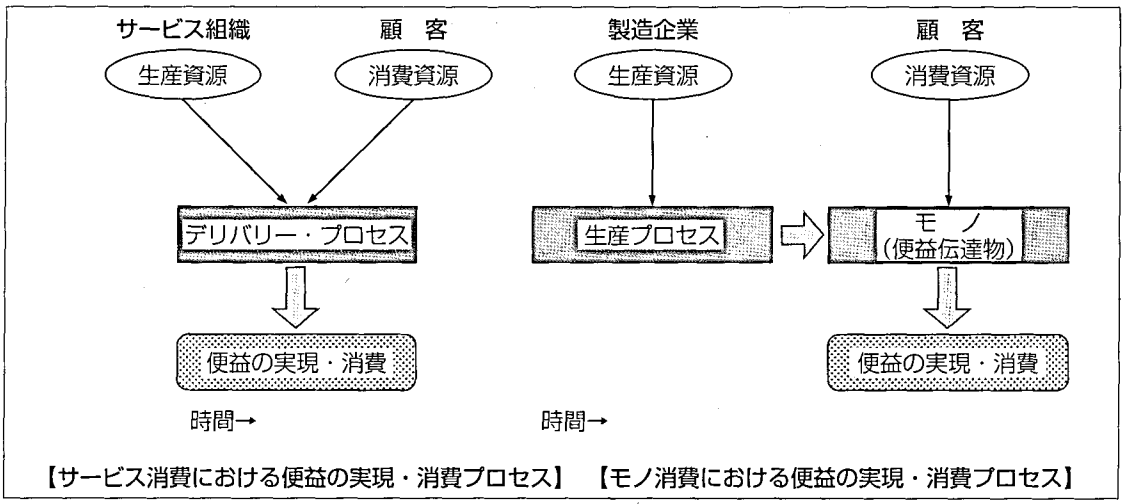


図1 サービス消費とモノ消費における便益の実現と消費の違い

る活動を提供しながら協働することで，サービスがデリバリーされ，同時に消費される過程をいう．したがって，サービス・デリバリー・プロセスは，顧客が特定のサービスを選択し，協働のための活動を提供しはじめた時点で開始され，サービス組織あるいは顧客のいずれかが，顧客のニーズは充足されたと判断し，協働のための活動提供を終えた時点で終了する．本書では，このデリバリー・プロセスの開始から終了までを「1回の消費サイクル」と定義したい．

このように定義すると，1回の消費サイクルが数分や数時間という短時間で終了するサービスもあれば，数日，数週間，数か月，あるいは数年という長期間にわたり継続するサービスもある．

たとえば，飲食サービスでは飲食店に入ってから出るまで，ディズニーランドや映画館などのエンターテイメント・サービスでは施設に入ってから出るまでを意味し，1回の消費サイクルは短時間で終了する．一方，宿泊サービスではチェックインのために施設に入ってからチェックアウトを済ませて出るまでというように，消費サイクルは比較的長く継続することになる．

さらに，医療サービスの場合には，特定の疾病治療のために病院の施設を訪れ，通院あるいは/お

注1）この協働は，「デリバリー時間の共有による協働」というほうがより正確であろう．なぜならば，モノ消費においても，時間の共有は行われていないが，製造企業と顧客との間で協働が行われていると考えることができるからである．このことは，たとえば，エルメスの商標の中に象徴的に示されている．この商標には，「デュック」と呼ばれる四輪馬車と「タイガー」と呼ばれる従者しか描かれておらず，馬車を御する主人の姿が見当たらない．3代目社長のエミール・エルメスの「エルメスの哲学」によると，この主人とはエルメス製品を手にする顧客であり，エルメスは最高の品質の製品を用意するが，それに生命を吹き込み，完璧なものに仕上げるのは顧客自身である，ということを語っている（山田・グラムコ，ブランドマーク研究室，1999，74頁）．

このエルメスの哲学が示すように，製造企業がどんなに優れた便益を生み出す能力を内在した製品を開発・生産したとしても，顧客がその便益を引き出す能力（この概念については後に検討）を保有していなければ（つまり，使いこなせなければ），優れた便益の享受が潜在的に可能であっても，実際には享受できないということになる．同様なことは，顧客が高い能力を保持していても，その高い能力を十分に発揮して便益を享受できるような製品を製造企業が開発・生産できない場合にも起こる．つまり，製造企業と顧客は便益を生み出すことにおいて協働しており，製造企業と顧客がそれぞれに必要となされる能力を蓄積するだけでなく，それらを十分に発揮した場合に，顧客それぞれの能力に応じた便益を最大限に享受できることになる．

よび入院し，医師が治療は終了したと判断して病院の施設を出るまで，あるいは患者が治癒したと判断して通院を止める時までと，消費サイクルは長期間にわたって継続することになる．そして，1回の消費サイクルの時間が長くなるほど，顧客満足に影響を及ぼす要因は多様になり，サービス組織によるサービス・デリバリー・プロセスのコントロールは困難になると考えられる．

次に，消費資源とは，顧客がサービスやモノを消費するために投入しなければならない資源であり，金銭，時間，肉体的および精神的エネルギー，知識・技能，補完物，空間などである．

金銭とは，サービスやモノの購入に必要な費用，選択代替案の探索や買回りのための費用，その消費に関連して必要される補完製品（モノあるいはサービス）の購入費用などである．

時間とは，望む便益の生み出す潜在的能力を備えたモノやサービスを消費するのに要する時間である．消費過程を選択意思決定過程と使用/利用による便益の生成・享受過程の2段階に分けて考えると，両過程（とくに生成・享受過程）に必要とされる時間を確保できなければ，消費という行為を行うことはできない．時間という消費資源はすべての人が平等に保有しているという点で，他の消費資源とは性格が大きく異なっている．1日は24時間で固定されており，それ以上の時間を消費に費やすことはできない[注2)]．

肉体的エネルギーとは，望む便益を生み出す潜在的能力を内蔵しているモノやサービス組織を選択し，望む便益を引き出すために顧客が提供しなければならない活動を遂行するための体力である．

精神的エネルギーとは，それらの活動を遂行しようとする意欲である．精神的エネルギーは，他の消費資源を増大あるいは向上させることに関係しているだけでなく，モノやサービス組織の選択や使用/利用による便益の生成・享受のために消費資源を積極的かつ適切に組み合わせて活用することにも関係している．さらに，他の消費資源による代替が困難であることから，とくに重要な消費資源である．

知識・技能は，望む便益を生み出す潜在的能力を内蔵しているモノやサービス組織を選択し，それらから望む便益を引き出すために顧客が提供する活動の方向性と，その水準を決定するものである．当然，消費するモノやサービスに関連した知識・技能をより高い水準で保有している顧客ほど，より高い便益を享受できる可能性が高いであろう．

補完物とは，望む便益を生み出す潜在的能力を内蔵しているモノやサービス組織からそれらを引き出すことを支援するものである．たとえば，高級レストランでの食事では，高価な料理やサービスの対価としての金銭や食事を楽しむ時間，食事マナーやドレス・コードに関する知識・技能だけでなく，そのレストランに相応しい衣服や装飾品といった補完物が必要とされる．

サービス消費の場合，とくに高価格あるいは高級ブランド（市場資産として，高い信用，評判，名声などが形成されているもの）のサービスの消費では，利用顧客の衣服や装飾品といった補完物の品質や状況適合性も他の顧客のそのサービスに

注2）生産活動や睡眠などの活動に費やさなければならない時間は顧客によって異なるために，消費に費やすことができる時間も顧客によって異なっている．また，消費に利用可能な時間は，他の消費資源を代替的に用いることによって増やすことも可能である．たとえば，出張の交通手段を列車から飛行機に変えることによって，金銭の支出は増えるが移動時間を節約でき，その節約時間を消費に投入することが可能になる．さらに，人によって寿命が異なることから，すべての消費者は平等に1日24時間を保有しているが，消費に利用できる時間は他の消費資源の保有量やその質に依存していることになる．

注3）当然，他の消費資源の欠如も選択代替案の範囲を狭めるが，それは顧客が自主的に選択を放棄した結果であり，モノやサービスの提供者側からの拒否によるものではない．したがって，サービス消費では，この消費資源の保有度は望む便益の享受に影響を及ぼすだけでなく，その前段階の選択にも重大な影響を及ぼすことがある．

対する品質知覚やブランド認知に重大な影響を及ぼすので，それらの不適切さによって選択を拒否されることがある[注3)]．

空間とは，選択したモノやサービス組織から望む便益を引き出すための物理的空間の広さである．モノ消費の場合には，購入したものを保管あるいは配置する空間を保有していなければ，購入は抑制される．たとえ購入できたとしても，望む便益を引き出すのに十分な空間を保有していなければ，製品は潜在的能力を十分に発揮することができないことになる．サービス消費でも，サービス・デリバリーが顧客の自宅で行われる場合（たとえば，家庭教師やケータリング・サービス，訪問看護）には，サービス・デリバリーに必要とされる十分な物理的空間を確保できなければ，望む便益を得ることができないことがある．

このように消費とは，顧客が保有する消費資源を用いて，モノやサービス組織を選択し，そこから望む便益を引き出すと同時に，それらを享受する活動である，ととらえることができる．

ところで，市場にはその提供する便益の観点から代替的な関係にあるモノとサービスが数多く存在しており，同じ便益を得るためにモノを購入する場合もあれば，サービスを購入する場合もある．

たとえば，病院で診療という医療サービスを受ける代わりに，薬局で症状に適応すると推測される市販薬を購入することも可能である．

モノの代わりにサービスを購入するのは，モノ消費において望む便益を得るためには，顧客はそれに必要とされるさまざまなモノを取り揃えるだけでなく，必要とされる活動（組み合わせて使用）をすべて負担しなければならないが，サービスはその負担の一部を引き受け，さらにその専門化された知識や技術によって便益をより効果的かつ効率的に提供してくれるからである．

しかし，サービスは，モノ消費において顧客が負担しなければならない活動のすべてを代行することはなく，あくまでもある部分を引き受けるにすぎない．サービス組織（従業員あるいは/および設備・機器）は顧客の遂行すべき活動の一部を引き受け，顧客と協働することで，顧客の望む便益を生み出すのである．つまりサービスとは，顧客が望む便益を生み出すための活動をアシストする活動である．

サービスは顧客が望む便益を引き出すためのアシスト活動であるということは，活動の中心はあくまでも顧客であるということでもある．このことは，次の二つの点を意味している．

①提供されるべきサービスやサービス・デリバリー・プロセスは顧客志向でなければならない．

②顧客自身による活動の提供が必要不可欠であるとともに，それらは便益を引き出すための活動の集合において中心的な役割を果たす．

高品質で高い顧客満足をもたらすようなサービスをデリバリーするには，①，②のいずれの意味における顧客の中心性とも必要不可欠であるが，後者はより重要である．なぜならば，顧客がサービス消費によって享受できる便益の質は顧客自身による活動遂行のあり方，すなわち顧客がデリバリー・プロセスに積極的かつ適切に参加した程度に大きく依存しているからである．顧客がデリバリー・プロセスに参加することで果たす役割についてはⅠ-4-(1) で詳細に考察するが，サービス消費では，まず顧客自身が望むサービスの仕様決定を行うという活動に参加しなければ，サービス・デリバリーは開始されない．さらに，その仕様決定やこれ以後のデリバリー・プロセスにおいて必要とされる顧客自身の活動の遂行のあり方によって，享受できる便益は異なったものとなる．サービス組織が構築したサービス・デリバリー・プロセス，そこに参加する従業員，その環境を形成する物理的環境（設備・機器，消耗品など），その結果として提供が予定されているサービス（変化という便益）仕様が顧客志向であったとしても，便益を生み出す活動の中心である顧客の参加の仕方が積極性や適切性を欠いている場合には，サービス組織は顧客が望む便益を提供できないということになる．

医療サービスの場合には，医師や看護師，その他の従業員が専門的知識や技能に基づいて効果的かつ効率的に高品質の活動を提供したとしても，患者自身が積極的かつ適切に自分の症状を説明し

なかったり，診療に必要な活動や回復に必要な活動（指示どおりの服薬，機能や体力回復のためのリハビリテーション活動など）を積極的かつ適切に遂行しなければ，医療サービス組織は潜在的に提供可能な医療サービスを提供できないし，患者(顧客)は望む水準の治癒という医療サービスの成果を享受できなくなる．

要約すれば，モノ消費でもサービス消費でも，顧客は望む便益を引き出すために必要な活動を積極的かつ適切に遂行しなければならない．しかし，モノ消費では，顧客は便益を引き出すために必要とされる活動をすべて負担しなければならないが，サービス消費では，望む便益を生み出すために遂行しなければならない活動の一部のみを遂行すれば，その他の必要な活動についてはサービス組織が代行してくれる，という違いがある．ただし，顧客が遂行する活動は一部でも，非常に重要な役割を果たすことになる．つまり，それらの活動はサービス・デリバリー・プロセスにおいて行われるさまざまな活動の中心的役割を果たし，享受できる便益の決定に大きくかかわっているのである．

したがって，本書では，顧客もサービス・デリバリー・プロセスへの参加者であり，サービス品質や顧客満足などの形成において重要な役割を果たす活動の提供者の一人であるととらえ，医療サービスの特質，医療サービス組織のマーケティングの方向性，顧客（患者）満足向上のための取り組みなどについて考察したい．

Ⅰ-1-(2)

「変化の方向性」によるサービス分類

「変化の方向性」とは，便益としての変化を受ける対象の，サービス・デリバリー前の状態とデリバリー後の状態によって規定される概念である．

サービス・デリバリー前の状態としては「常態」と「常態を下回るネガティブな状態」が，サービス・デリバリー後の状態としては「常態」と「常態を上回るポジティブ状態」が考えられる[注4]．そして，正常な状況でサービス消費が発生する場合，サービス・デリバリーは**図2**のように，「常態」から「常態を上回るポジティブ状態」への方向，「常態」から「常態」への方向，「常態を下回るネガティブな状態」から「常態」への方向，あるいは「常態を下回るネガティブな状態」から「常態を上回るポジティブ状態」への方向，のいずれかを達成するために行われる．

このような「変化の方向性」から，サービスは**図2**のように三つに分類することができる．すなわち，「常態」から「常態を上回るポジティブ状態」への方向と「常態を下回るネガティブな状態」から「常態を上回るポジティブ状態」への方向のサービスは「常態の向上」型サービス，「常態」から「常態」への方向のサービスは「常態の維持」型サービス，「常態を下回るネガティブな状態」から「常態」への方向のサービスは「常態の回復」型サービスに分類することができる．

注4）理論的には，サービス・デリバリー前の状態として「常態を上回るポジティブな状態」が，デリバリー後の状態としては「常態を下回るネガティブな状態」も考えられるが，金銭を対価として支払うサービス消費においては，このような状態からの開始や終了という状況は生じにくいであろう．つまり，常態を上回るポジティブな状態にある顧客が，それを常態に戻す，あるいは常態を下回るネガティブな状態に変化させるようなサービスを正常な状況において選択することは考えにくいということである．それは，健康である人が健康を損なうようなサービスや，正常な自動車を欠陥品にするようなサービスを利用しようとするようなものであり，正常な顧客であるならばこのような選択は行わないであろう．ただし，常態に回復するために，あるいは常態を上回るポジティブな状態を得るために特定のサービスを選択したが，サービス自体やそのデリバリー・プロセスに問題があったために，常態を下回るネガティブな状態に陥ることは例外的には存在するであろう．

また，健康増進のための健康関連サービスや教育サービスなどは，常態を漸次向上させていくサービスであり，サービス・デリバリー前の状態が常態を上回るポジティブな状態にあるとも考えられる．しかし，このような状況は，常態が漸次向上しているとも考えられるので，サービス・デリバリーは常態から出発して常態を上回るポジティブな状態で終了し，その状態が常態となる，という繰り返しであるといえる．

デリバリー前の状態＼デリバリー後の状態	常　態	常態を上回る ポジティブな状態
常　態	「常態の維持」型サービス 定期健康診断 保　険	「常態の向上」型サービス 観　光 エンターテイメント 教　育 高級レストラン
常態を下回る ネガティブな状態	「常態の回復」型サービス 医　療 日常的な飲食店 修　理	

図２「変化の方向性」によるサービス分類

サービスがどの型に分類されるかによって，顧客満足の形成において重要な役割を果たす要因は異なっている，と考えられる．

「常態の回復」型サービスの場合，顧客にとってネガティブな状態からの脱出が最も解決すべき重要な問題であるため，顧客満足/不満足の形成においてはサービスの結果である変化自体が最も重要な役割を果たすであろう．そして，変化自体（結果品質）が満足できるような水準[注5)]に達している場合においてのみ，その変化を導くサービス・デリバリー・プロセスにかかわる要因（過程品質）が顧客満足の向上に貢献する，と考えられる．

逆に言えば，変化自体が満足水準に達していない場合には，サービス・デリバリー・プロセスにかかわる要因がいかに品質の高いものであっても，顧客は満足を形成しないであろう．また，このサービスの場合，顧客はサービス・デリバリー前および/あるいはそのプロセスにおいてネガティブな情動（感情）[注6)]（たとえば，不安，恐れなど）を喚起する傾向があるので，顧客はネガティブな情動（感情）をサービス・デリバリー・プロセスにおいて解消しようとするサービス組織の取り組みを，ポジティブな情動（感情）を喚起しようとする取り組みよりも評価するであろう．つまり，サービス・デリバリー・プロセスにおいて，サービス組織の従業員が顧客にポジティブな情動（感情）を喚起させるような活動を積極的に行ったとしても，ネガティブな情動（感情）を解消するような努力を行わなければ，顧客満足は形成されないということである．

一方，「常態の向上」型サービスの場合，変化を導くサービス・デリバリー・プロセスは変化自体と同等，あるいはそれ以上に顧客満足/不満足の形成に重大な影響を及ぼすと考えられる．つまり，変化自体が満足水準に達していなくても，その変化を導くサービス・デリバリー・プロセスにおける経験が満足水準を越えていれば，顧客満足が形成される可能性は高いであろう．しかし，変化自体が満足水準に達していたとしても，変化を導くプロセスにおける経験が満足水準以下であるならば，顧客満足は形成されないかもしれない．また，このサービスの消費では，顧客はポジティブな情

注５）詳細な考察はⅢ－２－(1)で行うが，顧客は消費したサービスやモノの知覚成果（パフォーマンス）を評価する評価基準を保有しており，知覚成果の水準がその評価基準を上回る場合には満足が形成され，評価基準を下回る場合には不満足が形成される，と考えられている．

注６）情動（emotion）と感情（affect）は概念的に異なるものである．詳細な考察はⅢ－３－(2)で行うが，学術的には「情動」という用語を用いるほうが正確である．しかしながら，両概念に対する定義は研究者によって異なるし，どちらとも顧客満足/不満足の形成に影響を及ぼすことから，以下では「情動（感情）」と記述する．ただし，外国語文献においてemotionではなく，affect が用いられている場合には，「感情（affect）」と表記することにする．

動（感情）(たとえば，興味，興奮，喜び，驚き，安らぎなど)の喚起を追い求める傾向があるので，ポジティブな情動（感情）を積極的に喚起するような活動が顧客満足の形成において重要な役割を果たす，と考えられる．

「常態の維持」型サービスの場合は，「常態の回復」型と「常態の向上」型の中間に位置する，と考えられる．そして，提供するサービスがどの型に分類されるかによって，サービス組織のマーケティングの方向性（その努力を傾注すべき要因）は大きく異なっていると考えられる．

医療サービスは「常態の回復」型に属しており，顧客（患者）満足にとって，医療サービスを受ける原因となった疾病の治癒の程度が最も重要な役割を果たすと考えられる．このことから，医療サービス組織にとっては診療・治療の技術的向上が最も必要とされるであろう．しかしながら，医療サービス組織の技術的水準が高くても，前述のように患者が必要とされる活動を積極的かつ適切に遂行しないならば，診療・治療の技術的水準の高さから潜在的に可能な治癒を便益として提供することは困難になる．したがって，患者が医療サービスのデリバリー・プロセスに積極的かつ適切に参加し，彼らに期待される活動を遂行することを促すようなハードおよびソフトのシステムを構築することが必要とされる．この点については，Ⅳ-3-(1) で考察する．

また，医療サービスでは，患者はサービス・デリバリー前および/あるいはそのプロセスにおいてネガティブな情動（感情：たとえば，不安，恐れなど）を喚起する傾向がある．疾病は身体の諸機能の障害であるだけでなく，家族や社会の中での地位を低下させることでもあるために（波平，1994），患者は不安や恐れを喚起しやすいであろう．さらに，患者は治癒状況の判断に必要な専門的知識を保有していないので，将来に対する予測が困難であり，このことも不安や恐れを喚起しやすいであろう．したがって，医療サービスのデリバリー・プロセスにおいては，肉体的な変化としての治癒だけでなく，情動（感情）的な変化としての不安や恐れの解消も必要とされる．つまり，この情動（感情）的変化も肉体的変化と同様に顧客（患者）満足/不満足の形成に重大な影響を及ぼすと考えられることから，デリバリー・プロセスにおいて医師や看護師，その他の従業員が彼らの行動や態度を通じて，患者が不安や恐れなどのネガティブな情動（感情）を喚起することを抑制する，あるいは喚起したネガティブな情動（感情）を解消することも重要であるといえる．

以上のことから本書では，医療サービスを「患者が享受することを期待する肉体的変化（治癒）と情動（感情）的変化（不安や恐れの解消）を導く生産活動の集合体」と定義したい．そして，生産活動は医療サービス組織の従業員（医師，看護師，その他の従業員）だけでなく，患者自身によっても提供されるものである，ととらえたい．

Ⅰ-2. 医療サービスの特質

ここでは，医療サービスの特質とそれらが医療サービス組織および患者にもたらす諸問題について考察する．なお，医療サービスと他のサービスでは程度の差はあるが，一般にサービスに分類されるものは，「無形性」および「デリバリー（あるいは生産）と消費の同時性」という基本特質，およびこれらから派生する「品質の２元性」，「消費の顕名性」，「一過性」などの特質を共有している．したがって，まず，これらの特質について検討したい．これに続いて，医療サービスのみの特質である「医療従事者優位のデリバリー体制」，「プレスティージ追求による非効率の発生」，「複合組織のもたらす利害調整の必要性」について考察したい．

Ⅰ-2-(1) 無形性

「無形」という言葉には，触知できないという意味と，知的に把握できないという意味があるが，サービスはこの二つの意味において無形である（Bateson, 1977）．

触知という点に関しては，モノは人間の生産活動の結果として産出される客体物で，時間的・空間的に存在しており，触知が可能である．一方，サービスはそのデリバリー・プロセスにおいて展開されるさまざまな相互作用の結果として生成される人的あるいは物的行為，パフォーマンス，努力であり，時間的にのみ存在するものなので，触知は不可能である（Rathmell, 1974；Shostack, 1977；Berry, 1984）．

なお，サービス・デリバリー・プロセスで展開される相互作用についてはⅠ-3-(2) とⅠ-4-(3) で詳細に検討するが，これはデリバリーに従事する従業員と顧客間，サービス・デリバリー空間および時間を共有する顧客間，従業員と物理的環境間，および顧客と物理的環境間において展開される相互作用によって構成される．また，サービス自体には触れることができないが，そのデリバリーにかかわるさまざまな要素（たとえば，従業員や設備，備品など）に触れることは可能である．

「知的に把握ができない」とは，選択意思決定過程において顧客は考慮対象となっている個々のサービス品質を推測したり，各サービスのニーズへの適合性を評価することが困難であるということである．モノの消費に比べて，サービス消費の評価のほうが困難であるのは，サービスは選択意思決定後にデリバリーが開始されるために，評価対象としてのサービスは消費過程においてしか存在しないからである．モノの場合には，選択意思決定過程においてすでにさまざまな機能が物的特性としてデザインされて存在していることが多く，その時点で品質やその自己ニーズへの適合性を的確に評価することが可能である[注7]．

また，財を経済学的に属性の束と考えるならば，モノは探索属性が比較的大きな部分を占めているが，サービスを構成する属性の大部分は経験属性あるいは信頼属性である．探索属性とは，色，スタイル，価格，手触り，香りのように，選択意思決定過程において評価可能な属性である．経験属

注７）モノは市場で提供された時点であらかじめ設定された機能を物理的に内属しているので，顧客は選択意思決定過程で品質や自己ニーズへの適合性をある程度評価することは可能である．しかし，モノという財は効用あるいは便益の運搬物にすぎないため，それが本来内属している機能や便益を十分に引き出し，満足を得ることができるかどうかは，前述のように顧客が保有する消費資源の量・質とその活用のあり方にも依存している．このことから，選択意思決定過程での品質評価が，消費過程あるいは消費後の品質評価と一致するとは限らない．

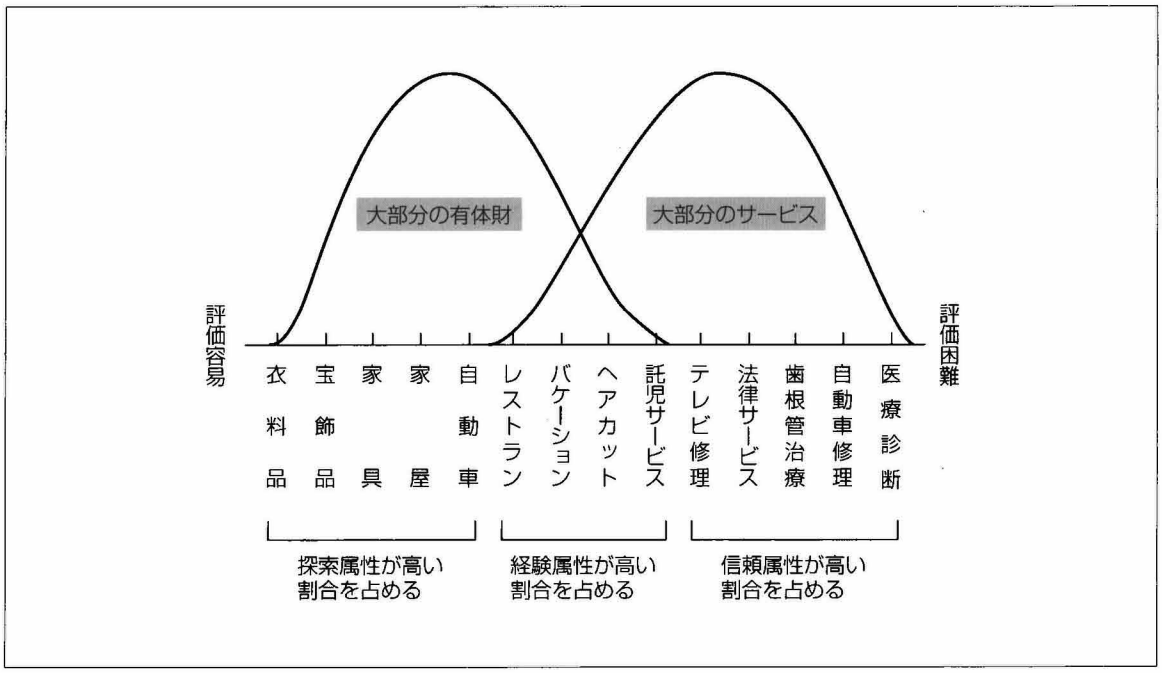


図3　サービス・タイプによる評価の難易度の違い

出所：Zeithaml, V. A. (1981), "How Consumer Evaluation Processes Differ between Goods and Services," in J. H. Donnelly and W. R. George (eds.), *Marketing of Services*, Proceedings Series, American Marketing Association, p.186.

性は，味や耐久性のように，選択後あるいは消費中にのみ認識・評価できる属性である（Nelson, 1970, 1974）．また，信頼属性とは，評価に専門的あるいは技術的知識を必要とすることから，選択後あるいは消費後においてさえ評価に困難を感じる属性である（Darby and Karni, 1973）．

経験属性や信頼属性が高い割合を占めているということは，顧客はその選択意思決定過程においてサービス品質を直接的に示す本質的属性[注8)]を評価できないということであり，周辺的手掛かり（たとえば，設備，機器，従業員の容姿や服装，客層などの有形な証拠，価格，評判）によってサービス品質を間接的に推測・評価せざるをえないことになる．このことは氷山[注9)]の一角から残りの部分を想像しなければならないことと似ており（Normann, 1991），サービスの選択意思決定過程における顧客の品質評価や自己ニーズへの適合性評価を困難にしている．また，医療サービスのように信頼属性が高い割合を占めるサービスでは，消費後においてさえ評価できないということがある．

このような財に占める各属性の割合と評価の困難性との関係を，Zeithaml（1981）は**図3**のように描いている．

医療サービスについては，サービスを構成する属性に占める信頼属性の割合が高いために，医療サービス組織の選択意思決定過程において患者は評価に困難を感じることになる．

ところで，医療サービスは信頼属性と経験属性が高い割合を占めているために無形性の程度が高いが，このことは患者と医療サービス組織に特異な問題を生じさせている．すなわち，患者に対しては，医療サービス品質を直接的に示す本質的属性を選択意思決定過程での評価に利用できないという問題である．このために患者は，周辺的手掛かりからサービス品質を間接的に推測・評価せざ

注8）本質的属性（intrinsic attributes）とは，実際の物理的製品の中に存在し，製品自体を変更しなければ変えることができない属性であり，その品質を直接的に示す指標となるものである（Parasuraman et al, 1985）．

るをえなくなっている．周辺的手掛かりには，有形な証拠（たとえば，設備，機器，従業員の容姿や服装，客層），価格，評判などが含まれる．

表 1 は，12 のサービスの選択意思決定過程において，顧客はどのような有形な証拠（要素）を重視するのか，を調査した結果を示したものである[注 10)]．なお，表は，各サービスの選択意思決定過程で重視する有形な証拠を 5 つまで選択してもらい，全対象者の 15%以上の人が選択した証拠を整理したものである．

重視する有形な証拠が特定のものに集中するサービスもあれば，比較的多くの証拠に分散するサービスもあった．また，提供されるサービスの内容によって，重視する有形な証拠にも違いがみられた．しかし，「従業員の態度・行動」と「立地の良さ」はすべてのサービス選択において重視され，しかも，前者については第 1 位あるいは第 2 位で重視されている．このことはサービス消費の特徴をよく表している，といえる．

「従業員の態度・行動」の重視度がとくに高く，さらに「中心的にサービス提供にかかわる従業員の身だしなみ」も比較的高く重視されているのは，調査対象のサービス消費においては，顧客はデリバリー・プロセスにおいて従業員と人的相互作用を展開しなければならないだけでなく，従業員はサービスという製品の一部を構成し，さらにデリバリーされるサービス品質の形成において重要な役割を果たすからである，と考えられる．

また，「立地の良さ」の重視度が高いのは，サービス・デリバリーには顧客の参加が必要不可欠であるが，調査対象のサービス・デリバリーでは，顧客がサービス施設へ物理的に，しかも営業時間内に移動することが必要とされるためである，と考えられる．

病院，銀行，生命保険の選択においては，「施設規模の大きさ」の重視度が比較的高いが，これは，サービスが提供する便益あるいは品質の評価が困難であり，顧客は「施設規模の大きさ」を安定性や信頼性の手掛かりとして用いていることによる，と考えられる．なお，ここでの「評価が困難」であるとは，病院のように，品質評価に専門的知識を必要とするために，その評価が困難であるという意味と，生命保険や銀行のように，取引が長期間に及ぶために，遠い将来に享受できる便益，あるいは被る損害を予測することが困難であるという意味の二つを含んでいる．

また，デリバリー・プロセスに参加している顧客も，個人あるいは集団として，選択意思決定過程において重視される有形な証拠となっている．「客層」[注 11)]は，高級レストラン，美容院/理容店，うどん屋，ラーメン屋において，「込み具合（客の入り具合）」は，病院，歯科医院，ラーメン屋，うどん屋，ファーストフードレストラン，ファミリーレストラン，美容院/理容店において，重視度が比較的高くなっている．後者の「込み具合（客の入り具合）」には，サービスの意味や価値に関する

注 9）サービスはしばしば氷山にたとえられる．このことはサービスの場合には見える部分よりも見えない部分のほうが多いということを意味している．ただし，見える，見えないの主体としては，顧客とサービス組織という異なる主体を想定することができる．顧客が主体の場合には，サービスの本質的な部分は隠れており（水面下にあり），わずかに見える部分（水面上の部分）から隠れている部分（水面下の部分）を推測しなければならないために，評価が困難であるということを意味する．一方，サービス組織が主体である場合には，見える部分を安定したかたちで作り出すためには，見えない部分が大きくて強固なものでなければならないことを意味している．見えない部分が全くない，あるいは小さい場合には流氷と同じであり，安定的かつ長期的に高いサービス品質や顧客満足，満足できる利益を生み出すことを可能にするような組織的基盤や組織的能力（この概念については，Ⅱ-4 を参照のこと）が形成されていないということである．つまり，見えない部分がサービス品質や顧客満足の形成において重要な役割を果たすために，それらを大きくて強固なものにしなければならないということである．このことはまた，競合するサービス組織の模倣を防ぎ，競争的優位性を長期的に維持することにおいても重要である．

注 10）本調査は，平成 15 年度吉田秀雄記念事業財団研究助成金を受けて行ったものである．実施概要や有形な証拠（観察可能な要因）としてあげた選択肢などについては，藤村（2004）を参照のこと．

表1　サービスの選択意思決定過程で重視する有形な証拠（MA：5つまで選択　回答者数：325人）

サービス＼重視順位	第1位	第2位	第3位	第4位	第5位	第6位	第7位	第8位	第9位	第10位	第11位
美容院/理容店	従業員の態度・行動 250（76.9）	設備・備品の清潔さ 199（61.2）	価　格 161（49.5）	立地の良さ 146（44.9）	内装の良さ 102（31.4）	中心的従業員の身だしなみ 93（28.6）	客　層 77（23.7）	施設内の込み具合 57（17.5）	設備・備品の質の高さ 55（16.9）	外装の良さ 53（16.3）	
クリーニング店	立地の良さ 232（71.4）	従業員の態度・行動 229（70.5）	価　格 229（70.5）	設備・備品の清潔さ 174（53.5）	設備・備品の質の高さ 72（22.2）	中心的従業員の身だしなみ 58（17.8）					
ファーストフードレストラン	従業員の態度・行動 232（71.4）	立地の良さ 221（68.0）	設備・備品の清潔さ 198（60.9）	価　格 167（51.4）	中心的従業員の身だしなみ 84（25.8）	施設内の込み具合 79（24.3）	内装の良さ 72（22.2）	香り/におい 62（19.1）	音楽/騒音 50（15.4）		
ファミリーレストラン	従業員の態度・行動 238（73.2）	立地の良さ 218（67.1）	設備・備品の清潔さ 196（60.3）	価　格 163（50.2）	内装の良さ 88（27.1）	中心的従業員の身だしなみ 78（24.0）	施設内の込み具合 78（24.0）	外装の良さ 60（18.5）	音楽/騒音 59（18.2）	香り/におい 52（16.0）	
高級レストラン	従業員の態度・行動 253（77.8）	内装の良さ 168（51.7）	設備・備品の清潔さ 155（47.7）	価　格 118（36.3）	設備・備品の質の高さ 98（30.2）	外装の良さ 93（28.6）	客　層 92（28.3）	中心的従業員の身だしなみ 90（27.7）	音楽/騒音 85（26.2）	立地の良さ 79（24.3）	香り/におい 52（16.0）
ラーメン屋	従業員の態度・行動 215（66.2）	価　格 192（59.1）	設備・備品の清潔さ 176（54.2）	施設内の込み具合 167（51.4）	立地の良さ 161（49.5）	香り/におい 101（31.1）	中心的従業員の身だしなみ 88（27.1）	客　層 57（17.5）			
うどん屋	価　格 210（64.6）	従業員の態度・行動 208（64.0）	設備・備品の清潔さ 174（53.5）	立地の良さ 168（51.7）	施設内の込み具合 162（49.8）	香り/におい 82（25.2）	中心的従業員の身だしなみ 70（21.5）	客　層 66（20.3）			
銀　行	従業員の態度・行動 261（80.3）	立地の良さ 241（74.2）	施設規模の大きさ 106（32.6）	中心的従業員の身だしなみ 92（28.3）	施設内の文字・映像情報 60（18.5）	設備・備品の清潔さ 57（17.5）	施設内の込み具合 49（15.1）				
生命保険会社	従業員の態度・行動 260（80.0）	パンフレットの質の高さ 114（35.1）	施設規模の大きさ 100（30.8）	中心的従業員の身だしなみ 90（27.7）	施設内の文字・映像情報 85（26.2）	立地の良さ 83（25.5）	価　格 81（24.9）				
旅行代理店	従業員の態度・行動 259（79.7）	立地の良さ 158（48.6）	パンフレットの質の高さ 157（48.3）	価　格 143（44.0）	施設内の文字・映像情報 117（36.0）	中心的従業員の身だしなみ 73（22.5）	施設規模の大きさ 67（20.6）	設備・備品の充実度 59（18.2）			
病　院	従業員の態度・行動 211（64.9）	設備・備品の清潔さ 204（62.8）	立地の良さ 182（56.0）	設備・備品の充実度 148（45.5）	設備・備品の質の高さ 129（39.7）	施設規模の大きさ 126（38.8）	施設内の込み具合 107（32.9）	設備・備品の新しさ 52（16.0）			
歯科医院	従業員の態度・行動 223（68.6）	設備・備品の清潔さ 206（63.4）	立地の良さ 188（57.8）	設備・備品の充実度 138（42.5）	設備・備品の質の高さ 124（38.2）	施設内の込み具合 92（28.3）	施設規模の大きさ 63（19.4）	内装の良さ 62（19.1）	中心的従業員の身だしなみ 50（15.4）		

注1）15%以上の人が選択した要因のみを多い順に列挙している．
注2）カッコなし数値は選択した人数であり，カッコ付き数値は選択した人の割合である（全回答者数は325人）．

メッセージを伝達し，享受できるサービス品質の理解を促すというポジティブな効果がある．しかし一方で，待ち時間の長さというネガティブなメッセージも発信することから，提供するサービスや顧客の属性によって，顧客の知覚するサービスの意味や価値，さらにはその後の行動は異なったものとなる．

ファーストフードレストラン，ファミリーレストラン，ラーメン屋，うどん屋などにおける「込み具合」は，“安くてうまい”証拠として機能しても，待ち時間の長さというネガティブな証拠としては機能しにくいために，顧客を吸引する役割を果たすであろう．つまり，これらのサービス・デリバリーでは，顧客一人当たりのデリバリー時間は短く，しかも標準化度が比較的高いサービスを複数の顧客に同時にデリバリーすることが可能であり，デリバリー時間も予測可能なので，「込み具合」は許容範囲を越えるほどの長い待ち時間を暗示する証拠とはならず，顧客の選択抑制は起こりにくいといえよう．

一方，病院や歯科医院における「込み具合」は，医師の診察・治療能力の高さを暗示する証拠となることで患者を吸引するが，待ち時間の長さというネガティブなメッセージとなるので患者の選択を抑制する，というような正反対の機能を果たすことになる．このネガティブなメッセージの発信は，患者一人当たりの診察・治療というサービスのデリバリー時間の予測が困難であるだけでなく，患者ごとの個客化対応が必要であり，複数の患者に同時にデリバリーをすることが困難であることなどによって生じる．

このようにサービスの内容によって，顧客が選択意思決定過程で重視する物理的環境や参加者の要素は異なり，同じ要素でも異なった（時には正反対の）メッセージを発信するために，サービス組織は提供するサービスの性質，および物理的環境や参加者などの有形な証拠が発信する可能性のあるメッセージを理解し，それらを適切に管理する必要がある．

医療サービスの品質評価の困難性は，無形性によって，医療サービス組織も患者にサービス内容を伝達するのが困難であることや，医療サービスに対する広告規制によって，患者が選択意思決定に利用できる情報の量と質が低いことからも生じている．さらに，この利用可能な情報の量と質の低さは患者の合理的な意思決定を妨げ，選択意思決定過程において患者が知覚するリスク[注12)]を高めている．

医療サービスの属性に占める信頼属性と経験属性の割合が高いということ（すなわち，無形性の程度が高いということ）は医療サービス組織に対しても，提供サービスと患者ニーズとの適合度を

注11）「客層」は，サービスの意味や価値に関するメッセージを伝達し，享受できるサービス品質の理解を促すことに貢献したり，デリバリー・プロセスで他の顧客と空間および時間を共有する際の，自分自身と他の顧客との関係性を評価したりすることに貢献する，と考えられる．関係性の評価とは，サービス・デリバリーの空間および時間を他の顧客と共有することについて，「私はそこで必要とされる行動規範や服装規範に従うことができるのか」，「私は彼らと空間と時間を共有することに違和感を覚えないのか」，「他の顧客は私を共有するのに相応しい顧客と認めるのか」，「第三者（デリバリー・プロセスには参加しておらず，施設の外から私を観察する人）はデリバリー・プロセスに参加している私（消費中の私）を適切な顧客と認識するのか」などについての評価である．これらの評価は社会的リスクの知覚とかかわっており，「客層」が発信するメッセージによって知覚リスクの削減が図られる，と考えられる．つまり，社会的リスクが比較的高く知覚されるようなサービスにおいては，「客層」が重要な情報源として重視される可能性が高いということである．

なお，「知覚リスク」概念については注12）で説明するが，社会的リスクは知覚リスクを損失のタイプで分類したものの一つである．Jacoby and Kaplan（1972）は，知覚リスクを「金銭的リスク」，「パフォーマンスリスク」，「肉体的リスク」，「心理的リスク」，「社会的リスク」に分類し，知覚リスクの総量は各タイプのリスク（とくに，パフォーマンスリスク）から予測できるという結果を得ている．心理的リスクと社会的リスクの違いは，前者が自分の選択（買物）に対する顧客自身の知覚であるが，後者は他人が自分の選択（買物）にどのように反応しているかについての知覚である．

調査し，品質改善を行うのが困難であるという問題を発生させている．この調査を難しくしていることについては，他に二つの原因をあげることができる．

一つは，医療サービスの評価には専門的な知識を必要とするために，それを保有しない患者にとっては曖昧な評価しかできず，提供された医療サービスとニーズとの適合度を適切に判断することができないということである．

もう一つは，詳細な検討はⅠ-5-(3)で行うが，医療サービスの効果の出現には時間を要することが多く，長期的な時間経過後に振り返ることでしか評価ができないということである．

多くの調査はデリバリーが行われている途中段階あるいは終了段階で実施されるが，その時点ではまだ十分に効果が現れていないために，医師や看護師，その他の従業員の態度や行動，物理的環境，患者にとっての消費資源の節約度(“心地よさ”“楽(らく)さ”）などのような，評価の比較的容易な側面が調査結果に過度に反映され，医療サービスの本質的な部分が過小評価される危険性がある．ただし，このような場合でも，医療サービスのデリバリー・プロセス（医師や看護師，その他の従業員の行動や態度，物理的環境の快適性など）が患者ニーズに適合しているかどうか，の把握は可能であるから，患者に対する調査の有用性を否定するものではない．むしろ，調査を積極的に行い，適切な調査時点を探り出したり，あるいは同じ形式の調査を定期的に行うことで[注13]，サービス品質の改善のための取り組みと調査結果（評価数値）の変化の関係を考察し，取り組みが患者にとって適切な方向で行われているのかを検討することが重要である．

無形性はさらに，競争者との差別化を図りにくい（Bateson, 1977），また特許による保護が困難であるために競争企業からの模倣阻止が困難である（Eiglier and Langeard, 1975；Judd, 1968），などの問題も発生させている．

このような無形性がもたらすさまざまな問題を解決あるいは低減する手段として，サービスを有形化あるいは鮮明化することが重要であると指摘されている．これは，顧客が五感で感じることができるすべてのもの，たとえばブランド，ロゴマーク，広告，サービス・デリバリー施設の物理的環境，従業員の外観，実際のサービス・デリバリー・プロセスにおける出来事などによって，顧客に強烈で明確な印象を与え，明瞭な心的イメージをつくり出そうとするものである．このような有形化あるいは鮮明化は，顧客がサービスを具体的に感じ，理解することを可能にするだけでなく，選択意思決定過程で彼らが知覚するリスクの低減や，彼らが満足/不満足の形成過程で用いる評価基準の適切化を可能にすることから（藤村，1995a；Berry，1999），医療サービス組織においても体系的に計画・実施する必要があろう．

Ⅰ-2-(2)
デリバリー（生産・提供）と消費の同時性

一般的に，モノは生産，販売，消費という順序で進行するが，サービスは販売されてから，デリバリー（生産・提供）と消費が同時に行われる．このデリバリーと消費の同時性は，前述の無形性という構造的特徴から導かれるものであり，二つの意味を持っている．

注12）「知覚リスク」概念は明確には定義されていない．多くの研究者は，選択意思決定過程において顧客が主観的に知覚するリスク，すなわち特定の不確実な状況において，不適切な選択意思決定を行った場合に起こりうる種々の重大な損失についての顧客の知覚ととらえている．そして，「不確実性（結果が好ましくないかもしれないということに対する個人の主観的確信度)」と「結果/賭け量（行為の結果が好ましくない場合に失われるもの)」という2次元を用いることで，知覚リスク総量は測定されている（藤村，1990）．

注13）調査には常にバイアスが存在することから，効果出現のずれによって医療サービスの本質的な部分は過小評価される傾向があるというバイアスを前提として，同じ調査票で定期的に調査することで調査結果（評価数値）の時系列的変化を分析することが重要である．

第1に，サービスは在庫が不可能である（Judd, 1964；Donnelly, 1976；Sasser, 1976），あるいは流通チャネルは存在するとしても非常に短い（Bessom and Jackson, 1975；Donnelly, 1976），ということを意味している．

第2の意味は，サービス・デリバリーには顧客の参加が必要不可欠である，ということである（Bateson, 1977）．

この二つの意味を持つデリバリーと消費の同時性も，サービス組織と顧客に特異な問題を発生させているので，以下ではそれらについて検討したい．

a）在庫形成が不可能である／流通が存在しないことによる需給調整の困難性

サービスは，顧客が保持できる有形物として存在するのではなく，行為，パフォーマンス，努力，あるいはプロセスとして時間的にのみ存在する．したがって，サービスは消滅するもので，在庫することは不可能である．当然，サービス・デリバリーに必要な設備，装置，人員などを事前に準備しておくことは可能であるが，これらはサービスのデリバリー能力であって，サービスそれ自体ではない．

製造企業では，製品を工場から顧客のもとに移動させるために，物理的な流通チャネルを必要とするが，サービス組織では，サービス自体が無形であるので流通チャネルは存在しないし，存在するとしても非常に短いものである．この結果，サービス組織はサービスの販売，デリバリー，および消費の地点を地理的に一つに結合するか，あるいは電子的チャネルを用いてデリバリーを行う必要がある．

在庫できないという意味でのデリバリーと消費の同時性がサービス組織にもたらす問題としては，デリバリーと消費が時間的・空間的に限定されるために，需給の時間的・空間的調整が困難であるという問題がある．

サービス業での供給超過，たとえば，ホテルの空き室やレストランの空席は在庫ではなく，売れ残りである．「サービス業での非使用能力は，栓のない流し台に水を流している蛇口を持っているのに似ている．その流れを受ける顧客が存在しなければ，それは無駄になってしまう」[注14]といわれている．逆に，超過需要に対しては，設備や人員を迅速に補充する，あるいは予想される最高需要に対処可能な能力を常備する，などで対処することが困難な場合が多いことから，購入を断わるか，あるいは現有能力で超過需要に対応するために品質低下や待ち時間の増加をまねくという問題を発生させる．

需給の時間的・空間的調整が困難であるということは，従業員のデリバリー・プロセスにおけるパフォーマンスにも影響を及ぼす．パフォーマンス水準と忙しさの間には逆U字型の関係が存在しており，暇すぎても忙しすぎてもパフォーマンスは低下し，適度な忙しさの水準においてパフォーマンスは最も高まる傾向がある（Heskett, 1986）．暇な場合には，従業員はだれることもあろうし，あるいは少ない仕事を一所懸命にしようとするために同じことを何度も繰り返すというミスを犯すこともあろう．逆に，忙しい場合には，個々の顧客の要望に十分に応えることができなくなり，顧客だけでなく，従業員もストレスを蓄積することになる．

このようなことからサービス組織においては，供給能力に合致するように需要レベルを平準化する方法を発見することが重要な課題である．ただし，サービス組織は，後に考察する「消費の顕名性」という特質を活用することによって個々の顧客の消費状況や消費傾向を分析することが可能であり，それによって需要予測を行うことが比較的容易である．さらに，それらの分析結果に基づいてサービスを個客化し，顧客との間に良好で長期的な関係性を構築できるならば，予約あるいは販売過程において需給調整を行うことも可能であろ

注14）Lovelock, C. and L. Wright（1999）, *Principles of Service Marketing and Management*, Prentice-Hall. 小宮路雅博監訳，高畑泰・藤井大拙訳，『サービス・マーケティング原理』，白桃書房，2002年，21頁．

う．

医療サービス組織では予約システムが普及しているが，診療に必要とされる時間が患者によって異なるために，特定の時間内に診療できる患者数の予測は困難である．そのうえ，緊急に治療を必要とする患者や予約なしの患者も出現するために，常に需要超過が生じている．この結果，待ち時間の増加や診療時間の短縮が生じるが，これらは患者の主要な不満要因となっている．したがって，医療サービス組織にとっても，この需給調整は重要な課題である．

在庫ができないという意味でのデリバリーと消費の同時性は，顧客側にも問題を生じさせている．それは，在庫として保存・陳列できないために，同類のサービスを同時に比較できないという問題，サービス組織が利用可能な範囲に立地していない，あるいはサービス組織の営業時間に消費に必要な時間を確保できないために，消費できないという問題である．

医療サービスの場合には，とくに後者の問題が顕在化し，地方在住者や忙しい人々が医療サービスを受けることを難しくしていることから，電子的チャネルの活用も積極的に行っていく必要があろう．

b）顧客参加の必要性がもたらす品質の一貫性維持の困難性

前述のように，デリバリーと消費の同時性の第2の意味は，サービス・デリバリーには顧客の参加が必要不可欠であるということである．顧客の参加についてはⅠ-4-(1) で詳細に検討するが，顧客の参加がなければデリバリー・プロセスは開始されないし，顧客もサービスを消費できない．

このことのために，サービス組織では，サービス・デリバリー施設を集客力のある地域あるいは顧客がアクセスしやすい地域に配置するか，それらが困難な場合には，顧客を施設まで輸送する，あるいは顧客の所にデリバリー・システムを移動する，などを行わなければならないという問題が生じる．しかし，これらのこと以上に重大な問題として，サービス品質の時系列的一貫性や共時的均一性を維持することが困難であるということがある．

顧客がサービス・デリバリー・プロセスに参加するということは，サービスの生成は従業員の行動や態度，従業員間の協働のあり方，従業員と物理的環境（設備，機器など）の相互作用などだけでなく，デリバリー・プロセスへの顧客の参加の仕方，従業員および顧客の協働のあり方，顧客と物理的環境の間の相互作用，顧客間の相互作用などに影響されるということである．このことは，サービス品質は完全にコントロール可能な物理的設備の能力ばかりでなく，不確実性の高い人間，すなわち従業員や顧客にも大きく依存しており，そこには偶然性の入り込む余地が大きいことを意味している．

つまり，サービス品質は，デリバリー・プロセスに参加する従業員の知識・技能，価値観，個性，組織に対するコミットメント，職務に対するモチベーション，参加時点における体調や気分などに影響されるだけでなく，顧客自身のニーズやそれを明確に表現する能力，保有する消費資源とそれを用いた参加の仕方，個性などにも影響されるし，さらには顧客と従業員との相性，両者の協働のあり方，サービス・デリバリー環境を形成する物理的環境や他の顧客などの要因にも左右されるということである．

そして，不確実性の高い人間がデリバリー・プロセスで果たす役割が重要であるほど，あるいはデリバリー・プロセスに時間的あるいは頻度的に多く参加するほど，サービス品質は人間への依存性を高めることになり，サービス組織の品質コントロール力は低下する．このサービス組織の品質コントロール力の低下は，需給不一致とも相まって，サービス品質の時系列的一貫性や共時的均一性の維持を困難にしている．

サービス品質の時系列的一貫性や共時的均一性の維持が困難であるという問題は，無形性という特質とも相まって，顧客の選択意思決定過程におけるサービス品質の推測やそれの自己ニーズへの適合度の評価を困難にしているだけでなく，選択に伴う知覚リスクの削減も困難にしている．

モノの生産の場合には，顧客をそこから完全に

分離することが可能である．したがって，工場内での厳しい管理のもとで機械化を進めることによって，あるいは従業員の分業化と専門化を進めることによって，品質の時系列的一貫性と共時的均一性を維持することが可能である．あるいは生産過程でそれらが維持されないとしても，顧客に引き渡す前にそれらの品質をチェックし，ブランドの意味や価値が課す品質水準に達していない製品を排除することにより，品質の時系列的一貫性と共時的均一性を維持することができる．

つまり，同じブランドの製品ならば，誰が，いつ，どこで購入・消費しても，同じような消費経験を得ることができるものして存在している[注15]．さらに，多くのモノ，とくに耐久消費財には製品規格書あるいは製品保証書が添付されており，顧客は製品性能を比較的容易に評価できるし，その評価はかなり客観的である．その結果，モノの選択意思決定過程では，情報収集によって知覚リスクを削減することも比較的容易である．

しかし，サービス・デリバリーの場合，その品質が不確実性の高い従業員に依存するだけでなく，顧客の参加の仕方にも大きく影響されるので，消費経験の時系列的一貫性と共時的均一性を維持することが困難になる．つまり，品質はさまざまな要因（とくに人的要因）によって大きく変動する可能性があるので，消費後にしか品質に対する適切な評価ができないということになる．さらに，品質評価に本質的属性を利用できないということや，規格書や保証書のようなものがない場合が多いことによって，顧客は選択意思決定過程において品質を適切に推測することが困難になっている．このことにより，顧客は比較的大きなリスクを知覚することになるが，その削減も困難であることから，選択は比較的高い知覚リスクを伴った状態で行われることになる．

医療サービスの場合には，その評価に専門的知識を必要とするので消費後でも評価が困難であるだけでなく，選択の失敗は比較的大きな肉体的および感情的損失を被る危険性があるので，他のサービス以上に高いリスクが知覚される．このことから，患者が選択意思決定過程で知覚する比較的高いリスクを削減するような仕組みづくりが，医療サービス組織には必要である．

ところで，品質の時系列的一貫性や共時的均一性の維持の困難性は，ネガティブな側面だけでなく，「不完全性の自由度」というポジティブな側面も備えていると考えることができる．

「不完全性の自由度」とは，品質の時系列的一貫性や共時的均一性を維持することが困難であるという不完全性をうまく活用することで，顧客の多様なニーズや消費状況に柔軟に対応したサービス，すなわち全く同じではないが，顧客から見て安定的な（享受できる便益が同水準である）サービスをデリバリーできる可能性もあるということである．

サービス・デリバリー・プロセスへの従業員お

注15）モノ消費の場合，同じ消費経験を引き出すことが潜在的に可能な便益の束（実現可能性）を内在した製品を購入・消費することが可能である，というほうがより正確であろう．それは，同一ブランド，すなわち同じ潜在的便益の束を内在した製品を入手できたとしても，そこから引き出す便益の内容は顧客によって異なるためである．このようなことが起こるのは，顧客によってモノに求めている便益が異なるだけでなく，その便益を引き出すためには，サービス消費の場合と同様に，顧客も彼の保有する消費資源を投入しなければならないことによる．つまり，同一ブランドを消費したとしても，各顧客の保有する消費資源の内容や投入における組み合わせの仕方によって，引き出される便益は異なったものになる．たとえば，同じ食材を用いて料理を作っても，プロの料理人と素人では，あるいは主婦歴の違いによって全く異なる料理ができるということである．また，同じパーソナル・コンピュータを購入しても，それをワープロとして使うだけの知識・技能しか持たない顧客と，インターネットを用いての情報検索やコミュニケーションのツール，さらには情報の蓄積・加工などの高度な処理のためのツールとして用いることができる顧客とでは，そこから得る便益の内容は全く異なっている．

モノ消費の場合でも，このように消費経験は顧客に依存して変化するが，同一の潜在的便益の束を入手できるという点でサービスと異なっている．サービス消費の場合には，提供される便益の束自体が顧客によって異なっている．

よび顧客の参加の程度が高まるほど，デリバリー・システムに不確実性の高い要素が加わるために，システムは不完全で不安定なものとなる．その結果，サービス品質にバラツキが生じる可能性が高まるが，一方で不確実性を吸収しやすくなるというメリットも生じる．すなわち，デリバリー・システムに内在する不確実な要素が減少し，システムが安定したものになればなるほど，システムが対応することを想定している状態には適切に同じように対応できる．しかしながら，想定していなかったような状況が生じてしまうと，システムは停止せざるを得なくなってしまう．一方，デリバリー・システムに内在する不確実な要素が増加するほど，システムが一貫性や均一性のあるサービスをデリバリーできる可能性は低下するが，システムが想定しなかったような状況が生じても，柔軟に対応できる能力を維持できる．

このことは，自動車とオートバイの関係と同じである．自動車は平坦な道路では安定走行ができるが，山道などの起伏の激しい所では不安定になるし，場合によっては転倒してしまう危険性がある．一方，オートバイは常に不安定で倒れる危険性があるが，山道などの起伏の激しい所でも柔軟に対応して走行することが可能である．つまり，サービス・デリバリーはこのオートバイの走行に類似しているということである．

したがって，人間，すなわち従業員や顧客という不確実な要素のデリバリー・システムに占める割合を極力排除することが，必ずしもサービス品質や顧客満足の向上につながるとはいえず，その不確実な要素を活用して状況の不確実性の吸収（削減）を図るほうが，それらの向上につながると考えられる．

Ⅰ-2-(3)
品質の２元性

顧客の観点からすると，サービス品質は結果品質（output quality）と過程品質（process quality）[注16]の２品質から構成されている．

結果品質はサービス消費において提供されたもの，すなわちサービスの消費動機となった基本的ニーズを満たす便益にかかわる品質である．

過程品質は結果品質の提供のされ方にかかわる品質であり，デリバリー・プロセスでの顧客と従業員間の相互作用，顧客と物理的環境間の相互作用，および顧客間の相互作用などから構成される品質である．

モノの使用経験に対する評価は，なんらかのトラブルが発生して顧客と製造企業とが直接的に接触しない限り，結果品質のみによって決定されることが多い．しかし，サービスの消費経験に対する評価は，両品質によって決定される．

たとえば，自動車に対する評価は主に，それ自体の物理的デザインの中に備えられている特性（たとえば，経済性，加速性，安定性，運転の容易性など），顧客が保有する消費資源を投入することでそれから引き出す便益（たとえば，楽しさ，自由な移動，家族の触れ合いなど），および物理的デザインが発する記号性（エリート・ビジネスマンに見える，セレブに見えるなど）から構成される結果品質に基づいて行われる．当然，購入過程での販売員との人的相互作用やメンテナンス・サービス過程でのメンテナンス・サービス担当者との人的相互作用などにかかわる過程品質も評価されるが，これらは結果品質と同等あるいはそれ以上に重要な役割を果たすことはほとんどない．さらに，購入した自動車の製造過程における従業員の行動や態度，製造機械の動作，生産性などの過程品質を評価することもない．

一方，理容店の評価は，カット，洗髪，整髪，顔剃りなどの結果品質と，理容師の対応の仕方，待合室の施設，散髪道具，他の顧客などから形成される過程品質の両方に基づいて行われる．

医療サービスの評価は，疾病の治療成果という結果品質だけでなく，治療過程での医師や看護師などの医療従事者，および受付や会計などの事務系職員の対応の仕方などの過程品質に基づいて行

注16）Grönroos（1984）は，結果品質を技術的品質（technical quality），過程品質を機能的品質（functionally quality）と呼んでいる．

われる．そして，顧客満足に対する両品質の関係を考えると，結果品質は必要条件ではあるが，十分条件ではない．少なくとも結果品質が満足水準にある場合には，満足形成にとって，過程品質は結果品質以上に重要であると考えられる（Grönroos, 1984；藤村，1992）．

その理由としては，以下の二つのことをあげることができよう．ただし，これらの理由は相互に独立したものではなく，顧客満足の向上における過程品質の相対的重要性の高まりという現象を異なる視点から考察したものである．

a）結果品質での差別化が困難になっている

サービス産業おける各種テクノロジーの進歩，あるいは多くの規制の存在によって，競合するサービス組織の結果品質にほとんど差異がなくなっており，過程品質が差別化の対象となっている．

過程品質の差別化は，後に考察するサービス消費の顕名性という特質を活用して，デリバリー・プロセスを個客化することによって可能になる．さらに，このことは結果品質を個客化する可能性も秘めている．この場合，デリバリー・プロセスは結果品質を生成するためだけの過程ではなく，顧客の五感に訴えかけ，個性的で思い出に残る時間を提供する過程となる．

Pine and Gilmore（1999）も，顧客に個性的な思い出が残る方法でサービスやモノを提供することを「経験の上演」と呼び，これが顧客満足にとって重要であることを指摘している．彼らによると，経験とは五感で感じる身体的，精神的あるいは美的な快楽や感動を指す概念であり，この経験という価値がモノやサービスに体現されていなければ，それらは「コモディティ化」，すなわち「差別化されていないもの」あるいは「他のものによって代替可能なもの」になっていく．コモディティは純粋な物財であるために，「物量」としての価値を持つが，差別化されていないことで，価格だけが競争の手段になり，絶えず価格競争を強いられることになる．

過程品質は，この「経験の上演」にかかわる品質を含むものであり，サービス・デリバリー・プロセスでの顧客と従業員の人的相互作用，顧客と物理的環境の相互作用，および顧客間の人的相互作用がもたらす経験から構成されている．さらに，これらの相互作用，とくに人的相互作用はポジティブあるいはネガティブな情動（感情）を喚起しやすいので，良い意味でも悪い意味でも個性的で思い出に残るものとなりやすい．このようなことから，顧客満足の形成においては過程品質のほうが重要な役割を果たす，と考えられる．

医療サービスの場合には，患者は不安や恐怖などのネガティブな情動（感情）を喚起しやすいために，デリバリー・プロセスでの患者との人的相互作用において医師や看護師がこのネガティブな情動（感情）の解消あるいは削減に努めることによって，過程品質は向上する，と考えられる．なお，ネガティブな情動（感情）の解消あるいは削減が過程品質や患者満足にもたらす効果については，Ⅲ-4-(2) において実証的に考察したい．

b）過程品質のほうが期待の受容領域は比較的広く，希望および必要条件水準は比較的低い

Parasuraman, Berry and Zeithaml（1991）が提案している「期待の受容領域（zone of tolerance）」という概念を用いることでも，顧客満足に対する過程品質の相対的重要性を説明することが可能である．

彼らは 6 種類のサービスについてフォーカス・グループ・インタビューを実施することで，顧客の期待の受容領域の高さ，幅，および弛緩の容易性は，結果品質と過程品質とでは異なると推論している．受容領域とは，顧客のサービスに対する期待に存在する二つの水準，すなわち必要条件水準（adequate level）と希望水準（desired level）とにはさまれた領域をいう（**図 4** 参照）．必要条件水準とは顧客が受容可能であると認める水準であり，部分的にはサービスは「こうあるであろう（will be）」という顧客の評価，すなわち顧客の「予測したサービス」に基づくものである．一方，希

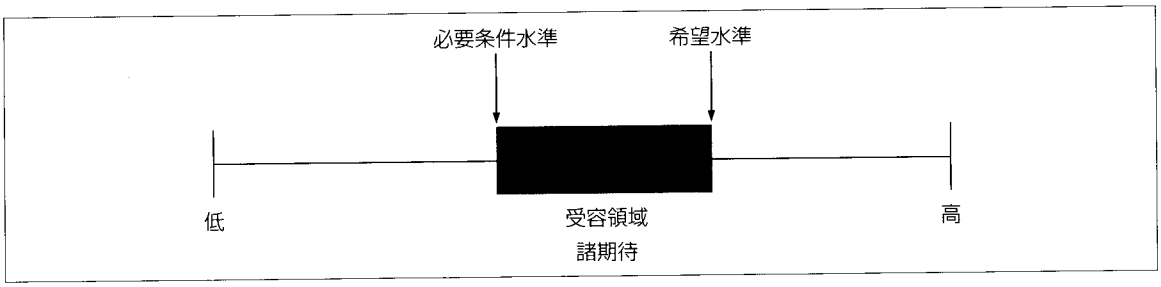


図4　サービス期待の受容領域

出所：A. Parasuraman, L. L. Berry and V. A. Zeithaml (1991), "Understanding Customer Expectations of Service," *Sloan Management Review*, Vol. 32, No. 3, p.42.

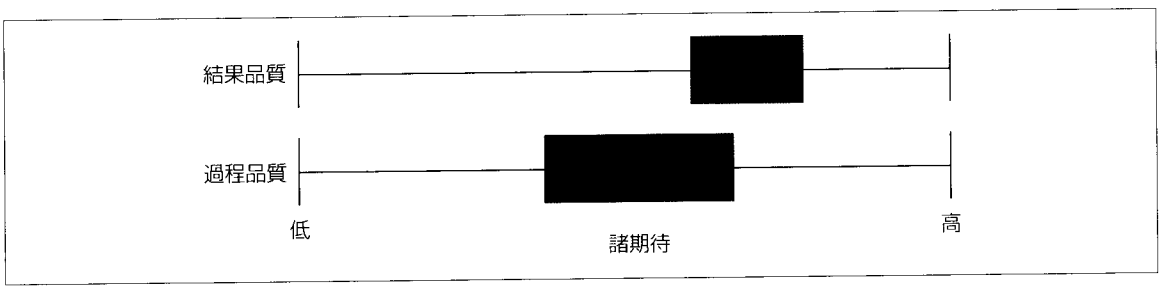


図5　サービスの結果品質と過程品質における受容領域の相違

出所：A. Parasuraman, L. L. Berry and V. A. Zeithaml (1991), "Understanding Customer Expectations of Service," *Sloan Management Review*, Vol. 32, No. 3, p.43.

望水準は顧客が受けることを希望するサービスであり，顧客が「なされることがありうる (can be)」と「なされるといい (should be)」と考える水準が混合されたものである．

Parasuraman, Berry and Zeithaml の推論によると，顧客は結果品質をサービスのコアであるとみなしているために，これにかかわる期待の受容領域は比較的狭く，希望および必要条件水準は比較的高い水準にあり，しかも弛緩しようとしない傾向にある．一方，過程品質にかかわる期待の受容領域は比較的広く，希望および必要条件水準は比較的低い傾向がある（**図5**参照）．このことから，サービス組織が顧客の期待を超えるサービスをデリバリーできる機会[注17]は，結果品質よりも過程品質におけるほうが多いであろう．さらに，過程品質を評価する基準は消費状況やサービス組織のデリバリーのあり方によって変化しやすいので，それらを管理することで期待を超えるようなサービスをデリバリーをすることも可能である．また，顧客がサービス組織あるいはその従業員のサービス・スキルや「気質」を直接的に経験するのはデリバリー・プロセスにおいてである．これらのことにより，サービス組織によるデリバリー・プロセスの差別化は顧客満足の形成において重要な役割を果たすだけでなく，サービスのコアである結果品質の信頼性を高めることにも貢献するであろう．

このようなことから，顧客満足の形成において過程品質の相対的重要性が高まっている．しかし，顧客満足の向上に対して過程品質のほうが結果品質よりも相対的に重要な役割を果たすのは，結果品質が顧客にとって満足できる水準に達している場合においてのみである．顧客満足に対する両品質の関係を考えると，結果品質は顧客満足にとっ

注17）期待と顧客満足の関係についてはⅢ-2-(1) で詳細に検討するが，顧客の期待を超えるサービスのデリバリーは満足につながり，期待以下のサービスは不満足を導くと仮定されている．

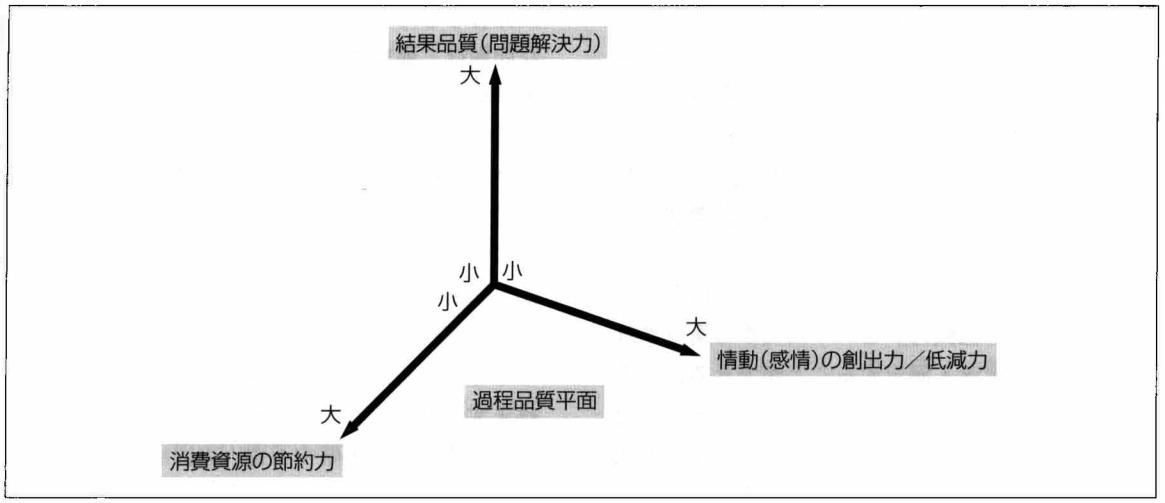


図6　顧客の享受する便益の観点からみた品質の構成次元

て必要条件であり，これが満たされていなければ過程品質が満足形成において重要な役割を果たすことはない．結果品質が満足できるような水準にある限りにおいて，過程品質は顧客満足の形成において結果品質よりも重要な役割を果たすのである（Swan and Combs, 1976；Grönroos, 1984）．

結果品質が満足できる水準に達していない場合には，過程品質がどれほど高くても，不満足が形成されるであろう．たとえば，客室乗務員が礼儀正しくユーモアに溢れていて機内で心地よく過ごせたとしても，飛行機の到着予定時間が大幅に遅れるならば，搭乗客は満足することはない．

医療サービスの場合も，医師や看護師の接遇がどんなに患者指向であっても，疾病やけがが治癒しなければ，患者は満足しないであろう．このことについては，Ⅲ-4-(1) で実証的に考察する．

ところで，顧客の享受する便益の観点からサービス品質をとらえると，**図6**のように，3次元から構成されている，と考えることもできる．すなわち，結果品質は「問題解決力」の次元として，過程品質は「消費資源の節約力」という次元と「情動（感情）の創出力/低減力」という次元から構成される平面としてとらえることができる．

「問題解決力」とは，サービスの利用動機となった基本的ニーズを満たす便益の提供力である．顧客がサービスを選択・消費しようとするのは，解決を必要とするなんらかの問題を抱えており，それを解決するためである．したがって，この次元はそのような基本的ニーズの充足度でもある．医療サービスの場合には，疾病を治療する能力，あるいはその治癒度である．

「消費資源の節約力」とは，サービス・デリバリー・プロセスのデザインによって，顧客がサービス消費から望む便益を享受するために投入しなければならない消費資源が節約される程度である．たとえば，セルフサービス化による金銭や時間の節約，施設のレイアウトや設備・機器のデザインによる肉体的・精神的エネルギーの節約，あるいはデリバリー・プロセスの標準化と単純化による知識・技能の節約などが図られる程度である．デリバリー・プロセスのデザインが導く消費資源の節約度が大きくなるほど，顧客は他の消費や活動により多くの消費資源を振り向けることができるようになるので，顧客はそのようなデリバリー・プロセスを高く評価するであろう．

また，「情動（感情）の創出力/低減力」とは，デリバリー・プロセスにかかわる物理的環境や参加者（従業員および顧客）が顧客にポジティブな情動（感情）を喚起させる，あるいは顧客の喚起したネガティブな情動（感情）を低減させる程度である．テーマパークやリゾートホテルのような常態の向上型サービスでは，デリバリー・プロセスにおいてポジティブな情動（感情：驚き，喜び，

わくわく感，リラックス感など）を喚起させることが消費経験の品質を決定するのに対して，医療サービスや修理サービスのような常態の回復型サービスでは，デリバリー・プロセスにおいて顧客が喚起しているネガティブな情動（感情：不安，あきらめ，失望など）を低減することが消費経験の質を決定する，と考えられる．

そして，過程品質は「消費資源の節約力」と「感情の創出力/低減力」という次元から構成される面積として定義・測定することができる．このことから，サービスのデリバリー・プロセスに対する両次元の評価が高いほど，過程品質平面の面積は大きくなり，過程品質は高いと考えることができる．これに結果品質の「問題解決力」を加えるならば，サービス品質は3次元によって構成される直方体の体積として定義・測定されることになる．ただし，体積として表現されるサービス品質は同じであっても，その形によって顧客満足や顧客ロイヤルティに及ぼす影響は異なっている，と考えられる．

たとえば，高さ（問題解決力）の低い直方体は利用動機となった基本的ニーズを満たす便益の提供が不十分であるために，底辺の面積が広くても，顧客満足やロイヤルティは導かないであろう．また，高さ（問題解決力）と消費資源の節約力は十分に高いとしても，ポジティブな情動（感情）の創出/ネガティブな情動（感情）の低減力が十分でない場合も，高い顧客満足やロイヤルティは期待できないであろう．したがって，直方体の体積と形が，顧客満足およびロイヤルティの観点から見たサービス品質水準を決定することになる．

なお，「消費資源の節約力」は一般的には過程品質の向上を導くと考えられるが，肉体的および精神的エネルギーという消費資源の節約については，短期的な視点では顧客にとって恩恵をもたらすように見えるかもしれないが，長期的な視点では弊害をもたらす危険性を秘めている．このような問題は，顧客のデリバリー・プロセスへの参加の積極性と適切性がサービス品質の形成においてとくに重要な役割を果たすサービス，たとえば教育サービスや医療サービスなどにおいて起こりやすいであろう．

教育サービスの場合，顧客である学生が積極的かつ適切に講義に参加しても，予習と復習を積極的かつ適切に行わなければ，高い教育成果は期待できない．つまり，講義への参加や予習・復習に投入すべき消費資源の節約を促すということ，たとえば講義への出席や予習・復習が行われなくても，単位修得ができるような評価システムや簡単な試験の採用は，講義に投入すべき消費資源を削減し，他の活動（アルバイトやサークル活動）に投入できるようにすることから，短期的には学生にとって恩恵があるように映るであろう．しかし，長期的な観点では，本来学生が投入すべき消費資源の節約は知識や思考能力の向上を妨げるために，結果品質（問題解決力の習得）は低い水準にとどまるであろう．さらに，デリバリー・プロセスでポジティブな情動（感情：興味・興奮，喜び，驚き，誇りなど）が喚起される機会も少ないために，過程品質平面も小さくなり，そのような教育サービスの品質は低いもの（高さが低く，底面の面積も小さいことにより，体積は小さいもの）となる．

同様に，医療サービスでも，手術後における患者の活動開始時期と量が患者の回復速度に影響を及ぼすといわれているが，術後の苦痛のために患者自身が身体を動かさないようにする，あるいは病院側が患者自身が活動をしなくても済むようにデリバリー・プロセスをデザインするならば，つまり肉体的および精神的エネルギーの節約を促すならば，回復に時間がかかることになる．術後に，どの時点から患者が身体を動かしはじめるのか

注18）たとえば，国立がんセンターでは手術後のリハビリが早くから開始されるが，その理由を国立がんセンター中央病院の土屋了介副院長は次のように語っている．

「手術後の痛みは神経だけでなく，筋肉や血の巡りが関係しています．（中略）血管は上から下に走っているから，傷より下の部分が痛むんです．ですから，手術後早くから運動して血行が再開している人は，痛みが治まるのも早い．逆に，動かない人は筋肉が萎縮しているから，いつまでも痛がります．」（『週刊現代』，2005年8月20・27日合併号，75頁）

(自分で歩いてトイレに行ったり，食事を取りに行ったりする，など)，そしてどの程度そのような活動を積極的に行うかによって回復速度が異なるために[注18]，そのような節約の促進は結果品質を低いものにしてしまう危険性がある．

ただし，この医療サービスの過程品質については，先の教育サービスの場合とは異なっている．患者が動かなくても済むように看護師などがやさしく対応することは，苦痛などから生じるネガティブな情動（感情）を低減し，時には感動，安心などのポジティブな情動（感情）を喚起するので，「情動（感情）の創出力/低減力」次元は高く評価され，過程品質の評価も高くなる可能性が高い．しかし，この場合も，高さの低い直方体，つまり結果品質が十分でないものとなるために，医療サービスの品質水準は低いものとなるであろう．

しかしながら，教育サービスも医療サービスも，前述のように信頼属性が高い割合を占めるサービスであるだけでなく，サービス・デリバリーの時点と結果（効果）の出現する時点との間にずれが存在するために，サービス組織やその従業員が保持している品質形成能力を適切に評価することが困難である．この結果として，評価の容易な過程品質，とくに消費資源の節約力が知覚品質の形成に重大な影響を及ぼし，高さが低く体積も小さい品質のサービスでも，顧客に知覚される品質やこれに影響されて形成される満足は高くなる可能性がある．つまり，実体として形成された品質は専門家の視点では低い（高さも体積も小さい）にもかかわらず，顧客によって知覚される品質や満足は高くなる，という歪んだ評価が形成されるという問題がある．

Ⅰ-2-(4)
消費の顕名性

多くのモノは，不特定多数の顧客によって，不特定の場所と時間で消費されることを前提として生産されている．つまり，多くの製造企業は，誰が，いつ，どこで消費するかという個々の顧客の使用・消費状況ではなく，集合的な標的顧客層を対象として生産・販売している．その結果，どの製品が，誰によって，いつ，どのように消費されているかを，製造企業が把握することは困難である．製品に利用者登録カードや購入者アンケートなどが添付されており，それらが顧客によって郵送された場合や，販売店を通じて購入者記録が得られた場合には，完全ではないが，彼らの製品が誰によって消費されているかを把握することも可能である．ただし，それは販売あるいは消費後においてである．

市場調査による場合でも，全数調査が行われない限り，個々の顧客を把握することは不可能であり，集合的に顧客層の特性を明らかにできるだけである．それにもかかわらず，この市場調査による把握には莫大な費用が必要とされる．このようにモノの場合には，生産・販売時点で，その顧客が特定化されていないことや，消費時点においてさえ，顧客を個々に把握することが困難であるこ

注19) ただし，IT革命の進展は，製造企業でもインターネットサイトを開設することで，そこで潜在的あるいは顕在的顧客と個人対個人のコミュニケーション，すなわちお互いに顔の見える関係づくりが可能になっている．製造企業にとっては，最大公約数的なニーズを持った均一な顧客集合をそれぞれに異なった意見やニーズを持った個人として把握することが可能になり，顧客にとっては，製造企業は直接に意見や評価をぶつけることができる存在となっている．

したがって，ITのさらなる発展と顧客データベース（購買データ，属性データ，企業と顧客との一方向的あるいは双方向的な接触に関するデータなどを含む）の構築によって，モノの消費も顕名型消費になっていくであろう．しかしながら，それは一部のモノに限られ，最寄り品（食料品，洗剤，石けんなどの日常的な購入物品であり，一般的には低額商品または即座の必需品）に分類されるモノの場合には，製造企業にとっては依然として匿名型消費であり続けるであろう．ただ，フリークェント・ショッパーズ・カードやクレジットカードを導入し，個々の顧客ごとに上述のデータを蓄積している小売業者にとっては，最寄り品も顕名型消費であり，製造企業も小売業者と協力することによって，その消費を顕名型に移行することは可能である．

とから，その消費は匿名型消費である[注19]．

一方，多くのサービス消費は顕名型消費である．サービスは，特定の顧客が特定の時間に特定の場所で消費することを前提としてデリバリーされる．それは，サービス消費においては，顧客もデリバリー・プロセスに参加し，従業員および/あるいは設備・機器と相互作用を展開しなければならないからである．サービス・デリバリー・プロセスでは顧客は従業員と協働するか，あるいは彼自身で設備・機器などを操作しなければならないという相互作用が発生することから，従業員あるいは設備・機器（たとえば，ATM，インターネット）は誰にサービス・デリバリーを行うのかを把握することができる．

たとえ顧客の名前，住所，その他の特性を正確に把握できないとしても，その顧客の顔を認識することは可能である．そのことは誰に，いつ，どこで，どのようなサービスを，どのような料金で提供したかを記録として蓄積できるということである．

コンピュータあるいはテレコミュニケーション・ネットワークを通じて提供されるサービス，水道，ガス，電気のように配管あるいは電線を通じて提供されるサービスなどの設備ネットワーク型サービスの場合には，そのネットワークへの加入が必要であり，消費は典型的な顕名型である．しかも，このような消費は番地と時間を持っているし，消費量（利用回数）や消費金額に関するデータの蓄積も可能である．クレジットカードや，ホテル，レンタル，ガソリンスタンドなどの会員カードを用いてのサービス消費も顕名型消費である．また，医療サービス，旅館，ホテル，銀行，クリーニング，宅配便などのサービスを利用する場合も，名前を明示するという点で顕名型消費である．さらに，理容サービスの場合には，必ずしも名前は明示されないが，顔が認識され，利用回数が増えるにつれてその顧客を把握できるようになるという点で，顕名型消費に近いものといえる．

消費が顕名型であることにより，サービス組織の従業員は顧客を個々の顧客（個客）として認識することが可能である．そして，この個客情報を記憶あるいは記録し，それを活用することによって，反復利用客のデリバリー・プロセスとその結果としてのサービスの個客化を図ることが可能になる．サービス組織が顧客データベースを構築し，次のような情報を個客情報として蓄積することによって，顕名性という消費特性を活かした個客化対応が可能になる．

・サービス利用内容
・デリバリーされることを望むサービス仕様
・利用時期
・利用頻度
・1回当たり，あるいは特定の期間内の利用金額
・属性データ
・サービス組織と個客との一方向的接触（各種プロモーションの実施）
・サービス組織と個客との双方向的接触（利用以外での問合せや苦情）

従業員間でこの顧客データベースが共有され，従業員が積極的かつ適切に活用できるようなシステムが構築されるならば，従業員は反復利用客との相互理解と相互作用を効果的・効率的に展開することができる．さらに，デリバリー・プロセスとその結果としてサービスの個客化を実施することも可能になろう．

顕名型消費という特質，および，これを有効活用したサービスの個客化対応は，顧客とサービス組織の両者に恩恵をもたらすことが期待される．顧客の場合には，同一サービス組織を反復的に利用することで，従業員との相互理解が向上し，利用するごとにニーズや望むサービス仕様を伝える必要がなくなる．極端な場合には「いつものように」と伝えるだけで，ニーズに合ったサービスを享受できることになる．さらに，従業員との相互理解の向上は，デリバリー・プロセスやその結果としてのサービスの個客化を導き，高い品質と知覚されるサービスを受けられることになる．その結果，新規利用客と反復利用客の受けるサービス品質を比較すると，個客化の程度が高まる分だけ，反復利用客の享受する品質のほうが高いということになる．大部分のモノの消費においては，このような新規利用客と反復利用客で享受する品質が異なるということはないので，[注20]これはサービ

ス消費の大きな特徴であるといえよう．

医療サービスの場合にも，患者は同じ医療サービス組織を反復的に利用することで，利用のたびごとに過去の病歴や治療内容を伝える必要はないし，過去の情報に基づいて適切な治療を受けることができる可能性は高まる．さらに，医師や看護師との間に相互理解が形成されるならば，コミュニケーションが容易になるだけでなく，不安などのネガティブな情動（感情）が軽減されやすくなるであろう．

顕名性を活用した個客化対応による品質向上は，サービス組織にも恩恵をもたらす．その大きなものとしては，顧客の反復利用の促進，さらにはロイヤルティの強化を可能にするということがある．顕名性はまた，サービス組織が顧客との間に「構造的絆（structural bonds）」および「感情的絆（emotional bonds）」を構築することを容易にする．サービス消費の顕名性という特質を活用して反復利用客に個人的な配慮や個客化されたサービスをデリバリーすることは，顧客のスイッチング・コスト[注21)]を高めることになるので，サービス組織と顧客との間に「構造的絆」が構築されることになる．さらに，反復利用によって顧客がサービス組織の提供する価値や企業倫理に対して共感あるいは一体感を形成したり，デリバリー・プロセスに参加する従業員との間に社会的人間関係を形成したり，あるいはサービス・デリバリー空間や時間を共有する他の顧客との間にコミュニティを形成するならば，サービス組織と顧客との間に「感情的絆」が構築されることなる．これらの絆は顧客のスイッチング・バリアを高めることから，顧客維持率[注22)]を向上させることになる．

このような個客化対応によって，顧客との間に関係性を構築・強化できるならば，サービス組織

注20）サービス消費の場合には，顧客は同一ブランドのサービスを購入したとしても，顧客の反復利用による顧客データベースの構築・活用のされ方や，顧客自身のデリバリー・プロセスの参加の仕方によって，異なった品質のサービスを受けることになる．一方，モノの消費の場合には，同じ時期に製造された同一ブランドを購入する顧客はすべて，製造上の欠陥さえなければ，彼の購買経験や属性などにかかわりなく，同じ品質あるいは同じ潜在的便益の束（実現可能性）を内在したモノを購入することが可能である．ただし，同じ潜在的便益の束を入手できたとしても，そこから引き出す便益の内容は顧客によって異なっている．なぜならば，顧客によってモノに求めている便益が異なるだけでなく，その便益を引き出すためには，顧客は彼の保有する消費資源を投入しなければならないためである．

このようなことが起こるのは，便益を享受する時点に違いがあるためである．サービス消費の場合には，便益のそのものを購入するために，デリバリー・プロセスにおいて顧客は便益を享受するが，モノの消費の場合には，購入しているのは潜在的便益の運搬物にすぎず，潜在的便益の顕在化は顧客自身が行わなければならない．この結果として，サービス消費の場合には，顧客の享受する品質は，それを入手する段階での顧客の購買履歴や，保有する消費資源の内容およびそれらを組み合わせての投入の仕方によって，全く異なったものになる．一方，モノ消費の場合には，すべての顧客は同じ品質のものを入手できるが，そこから顧客自身で便益を引き出す際に，彼の購買履歴や消費資源の保有・展開のあり方によって，差異が生じることになる．したがって，サービス消費でもモノの消費でも，顧客が便益を享受する時点では，顧客ごとに実際に享受できるものは異なってくるということになる．

注21）スイッチング・コストとは，従来使っていたブランドやサービス組織の利用を止め，異なるブランドやサービス組織を利用しはじめる時に生じる利用金額（価格）以外に必要とされるコストである．この追加的コストが大きくなるのは，選択意思決定過程において知覚されるリスクやその低減のための情報探索コストが大きい場合，取引コスト，製品（モノあるいはサービス）の消費・使用にかかわる学習コスト，感情的コスト，代替製品の購入コスト，付属（あるいはシステムを構成する他の）製品の購入コストなどが大きい場合，利用可能な代替製品あるいは互換製品数が少ない場合などである．

したがって，清涼飲料水や洗剤の選択において従来とは異なるブランドを選択したとしてもスイッチング・コストはほとんど発生しないが，病院や銀行などを変える場合には比較的大きなスイッチング・コストが発生する．なぜならば，病院を変える場合には，新たな病院を探索する時間やコスト，初診料，新たに書類を作成するための時間，新たに検査を行う時間やコストなどが必要とされるためである．

には二つの効用がもたらされるであろう．

その第1は，顧客維持率が向上し，収益性が向上するということである．顧客維持率と収益性との関係についてはⅡ-2-(1)で詳細に考察するが，顧客維持率が高くなるほど，当該顧客の取引や維持にかかわるコストが低減する一方で，反復購買（利用）だけでなく，関連するモノやサービスの追加購買（利用）も行われることによって，売上高が増加し，収益性は向上する．

顧客との関係性がもたらす第2の効用は，顧客をサービスの開発や改善，デリバリー，販売に巻き込んでいくことが可能になるということである．このような顧客の巻き込みは顧客の参加としてⅠ-4で詳細に検討するが，前述のようにサービス・デリバリーには顧客の参加が必要不可欠である．顧客の参加の適切性が顧客自身の満足だけでなく，対応する従業員の職務満足や他の顧客の満足，さらにはサービス・デリバリーの効率性などにも影響を及ぼすことから，顧客を積極的かつ適性に参加させることが必要とされる．関係性は顧客と従業員との相互理解の向上を通じて，このことを可能にすると考えられる．さらに，市場の成熟化とともに，顧客自身も自分のニーズや望む価値物としてのサービスがわからなくなっていることから，サービス組織は顧客と協働しながら価値物としてのサービスを模索・開発することが必要になっている．顧客との関係性はこのような協働も可能にするであろう．

このように，顕名性という特質を活用した顧客データベースの構築とそれに基づく個客化は，顧客とサービス組織の両者に恩恵をもたらす．しかし，一方で，オペレーション・コストの増大，個人情報の漏えい，新規顧客獲得の阻害，新規あるいは反復利用の少ない顧客の不満などを導く危険性も秘めている．

個客化の推進によるオペレーション・コストの増大を抑制するためには，個客化と標準化を同時に達成するような革新が必要とされるであろう．あるいは，顧客を収益性ないしは生涯価値の観点からセグメント化し，セグメントごとに個客化の程度を変えることにより，その個客から得られる期待利益と個客化に必要なコストとのバランスをとる必要がある．つまり，収益性ないしは生涯価値の高い優良顧客のセグメントには個客化水準の高いサービスや優遇サービスを提供し，低い顧客のセグメントには標準化度の高いサービスを提供するというように，各顧客セグメントの収益性への貢献度に応じて個客化と標準化を組み合わせる比率を調整することが必要とされる．これにより，優良顧客セグメントのロイヤルティを強化すると同時に，それに続く顧客セグメントに対して，より上位のセグメントに移行するインセンティブを提供することが可能になる．サービス消費の顕名性という特質は，顧客ごとに収益性や生涯価値を計算することを可能にするという点でも，このようなセグメント化と個客化対応の調整は容易である．

しかしながら，顧客のセグメント化による優良顧客セグメントに対する個客化と優遇サービスの提供は，優良顧客の維持・拡大においては有効な

注22）「顧客維持」，「顧客ロイヤルティ」および「反復利用」は関連する構成概念であるが，明らかな差異が存在している．たとえば，「顧客ロイヤルティ」には行動的側面（反復利用）と態度的側面（気に入っている，好きであるなど）の両方が含まれるが，「反復利用」と「顧客維持」には態度的側面は含まれていない（Jacoby and Chestnut, 1978；Johnson and Gustafsson, 2000）．つまり，「顧客ロイヤルティ」とは特定のモノやサービスを気に入って反復利用している状態である．一方，「反復利用」は，気に入っている（あるいは好き）かどうかにかかわらず，継続的に利用することであり，多くの場合には他に選択代替案がないといった制約から行われていることが多い．

また，顧客維持はマネジリアルな視点からとらえた概念であるが，ロイヤルティと反復利用は消費者行動の視点からとらえた概念である．つまり，顧客維持とは，製造企業やサービス組織の立場で，過去の利用経験（購入）者を現在も顧客として維持できているかどうかをとらえた概念である．したがって，顧客維持率とは，以前の利用経験（購入）者に占める反復利用者の割合，あるいは利用経験（購入）者に占める継続利用の割合である．

戦略であるが，問題もある．すなわち，優良顧客でないセグメントに分類された顧客（個客化や優遇サービスを享受できない顧客）の立場から，このサービスがどのように映り，それが彼らのサービスの消費経験に対する満足/不満足の形成，さらに再利用意向や他者への推薦意向にどのような影響を及ぼすのかも検討する必要がある．もし影響がネガティブで非常に大きい場合には，セグメントごとに個客化の程度やサービス内容を異なったものにするという戦略を放棄するか，あるいは優遇されない顧客が差異を知覚できないようなかたちで，あるいは知覚はされるが納得できるかたちで展開する必要がある．なぜならば，詳細はⅢ-2-(1) で考察するが，顧客は，モノやサービスの消費経験に対する満足/不満足を形成する際に，衡平性や平等性も評価基準として用いる傾向があるからである．

これは購入したモノやサービスの消費から得られた成果のみを評価して満足/不満足を形成するのではなく，同じモノやサービスを消費する他者と自分の得た成果を比較して満足/不満足を形成する傾向である．

日本人の場合には，このような他者との比較はとくに強くみられ，これらの評価基準が満たされない場合，不満足を形成しやすい（藤村，2000a）．つまり，評価基準として衡平性が用いられる場合，顧客は彼自身がモノやサービスを消費するために投入した資源（金銭や時間，精神的あるいは肉体的努力など）とその結果として得られた成果との比を他者のそれと比較し，他者よりも小さいと知覚すると，不満足を形成することになる．また，平等性が評価基準として用いられる場合には，消費のために投入した資源にかかわりなく，その結果として得られた成果が他者と同じかどうかを評価し，他者より少ない成果しか得ていないと知覚すると，不満足を形成することになる．セグメントごとに個客化の程度やサービス内容を異なったものにするということは，この衡平性あるいは平等性基準を満たさない状況を作り出すために，優遇されない顧客セグメントにおいて不満足形成を促す危険性がある．

このような不満足の形成は，サービス組織が戦略的に優良顧客セグメントに対して，個客化度の高いサービスや優遇サービスを提供しようとしない場合でも生じることがある．サービス消費の顕名性という特質によって，サービス組織の従業員と反復利用客，とくに常連客との間には相互理解や社会的関係が形成されやすい．その結果として，従業員がどの顧客にも平等に接しようとしても，どうしても常連客を優遇してしまうということが起こってしまう．このことは常連客にとっては好ましいことであるが，新規顧客にとっては不満足の原因となってしまう．常連客の多いサービス組織はそれだけ心地よい空間や時間，品質の高いサービスを提供している優良サービス組織といえるが，一方で，新規顧客にとっては，常連客が幅を利かせていると，敷居が高いと感じてしまう．従業員はすべての顧客に平等に接客しているつもりでも，新規顧客の側からすると，差別されたという印象を受けてしまうことになる．

「呼んでいるのに無視された」，「注文した品が出るのが遅い」など，どこにでもみられる単なるミスやサービスの遅れが，新規顧客には自分への差別と映ってしまうことがある．

このように，すべての顧客に平等にサービス・デリバリーを行おうとしても，新規顧客あるいは利用頻度の低い顧客は不満足を形成する傾向があるので，戦略的に優良顧客セグメントに対して個客化度の高いサービスや優遇サービスを提供することは，さらに多くの不満足顧客を生み出す危険性を内在しているといえよう．このようなことから，顧客をセグメント化し，セグメントごとにサービス内容に差異を設ける場合には，十分な注意を払う必要がある．

優良顧客セグメントに対して個客化度の高いサービスや優遇サービスを提供するという戦略を採用する場合，それが内在する危険性の発現を回避する方法として，次のような二つの方向性が考えられる．

第1の方法は，「なぜ特定の顧客だけが個客化度の高いサービスや優遇サービスを享受しているのか」という理由が，同じサービス・デリバリー空間や時間を共有するすべての顧客に理解できるようにすることである．満足/不満足形成の評価基

準として衡平性が用いられている場合には，このような差異を生じさせている理由を明瞭にすることは効果的であろう．すなわち，個客化度の高いサービスや優遇サービスを享受している顧客はそれに見合うだけの消費資源を投入している，ということが理解できれば，他の顧客は納得する可能性が高いからである．

第2の方法は，個客化度の高いサービスや優遇サービスがあるということを優遇されない顧客セグメントに知覚できないようにするものである．これにはさらに二つの方向性がある．一つはデリバリー空間あるいは時間を顧客セグメントによって全く区別し，異なるセグメントの顧客が接触しないようにする方法である．もう一つは，デリバリー空間や時間がさまざまな顧客によって共有されているところでは，サービス内容に差異を設けずに，共有されていないところでは，個客化度の高いサービスや優遇サービスを提供する方法である．これは，航空サービスやクレジットカード・サービスでいえば，マイレージやポイントの割増，専用受付回線の設置，DM内容の違いなどである．

このようにサービス消費の顕名性という特質を有効活用して，サービス組織が個客化度の高いサービスや優遇サービスを提供することは，サービス組織と顧客の両方に恩恵をもたらす可能性がある．しかし，一方で，問題をもたらす危険性もあるので，これらを実施する際には，細心の注意が必要であろう．さらに，顧客の中には個客化対応が人的相互作用を通じて行われることを好まない人々もいよう[注23]．このような顧客層に対しては個客化対応を行わないか，もし行うとしても，その実施方法を十分に検討する必要がある．

ただ，医療サービスの場合には，優遇サービスの提供は可能であるが，倫理性や社会的通念の観点から患者のセグメント化と優遇サービスの導入は望ましくないといえよう．

Ⅰ-2-(5)

一過性

サービスは行為，パフォーマンス，努力，プロセスであるために，所有されるものではなく，消費されるものである．そのために耐久消費財のように反復使用はできないし，転売も不可能である（野村，1988）．サービスを消費した結果として，治療の痕跡，セットされた美しい髪型，洗濯された衣類といったサービスを受けたという証拠は残るかもしれないが，サービス自体は一定時間にのみ存在し，一回の授受で消滅してしまう．

モノに欠陥やトラブルがあった場合には，あとに証拠が残るので，苦情を出したり，それを返還することも可能である．しかし，サービスの場合には，一過性と無形性という特質によって，サービス自体やそのデリバリー・プロセスでトラブルや不満経験が発生しても，顧客はサービス組織に対して苦情を出しにくくなっている（Hart, 1988）．

また，モノやサービスの消費において不満を経験しても，多くの顧客は苦情行動をとらない傾向があるが[注24]，サービス消費においてその傾向がとくに著しいのは，このサービスの特質を反映したものであると考えられる（藤村，1999，2000b）．

たとえばDay, Grabicke, Schaetzle, and Staubach（1981）は米国およびカナダにおける消費者調査の結果を用いて，不満足顧客に占める苦情を出した人の割合を耐久消費財，非耐久消費財，サービス別に分析している．苦情が最も多く出されてい

注23）人的相互作用による個客化対応を望まない顧客が増加している．この背景には，セルフサービスの増大とその利用の習慣化により，セルフサービスのほうが気楽に利用できるだけでなく，利用の制約が少なく，サービス消費に必要な費用も少ないことを認識する人が増加していることがある．さらに，セルフサービスの増大は人的相互作用を基本にしたサービスを消費する機会を低減させているので，人的相互作用に必要とされる知識・技能を十分に習得していない（消費の社会化が行われていない）人々が増加していることにもよる．

注24）モノあるいはサービスの消費において不満を経験しても，多くの顧客は苦情行動をとらない理由については，藤村（1999）を参照のこと．

表2 不満経験の有無

不満経験の有無	病院		ビジネスホテルの宿泊客
	外来患者	入院患者	
	人数（構成比%）	人数（構成比%）	人数（構成比%）
不満を感じる経験あり	239（ 32.8）	51（ 37.2）	82（ 41.4）
不満を感じる経験なし	283（ 38.8）	42（ 30.7）	102（ 51.5）
無回答	207（ 28.4）	44（ 32.1）	14（ 7.1）
合計	729（100.0）	137（100.0）	198（100.0）

表3 不満経験者による苦情行動の有無

苦情行動の有無	病院		ビジネスホテルの宿泊客
	外来患者	入院患者	
	人数（構成比%）	人数（構成比%）	人数（構成比%）
苦情を出した	45（ 18.8）	11（ 21.6）	24（ 29.3）
苦情は出さなかった	174（ 72.8）	35（ 68.6）	56（ 68.3）
無回答	20（ 8.4）	5（ 9.8）	2（ 2.4）
合計	239（100.0）	51（100.0）	82（100.0）

たのは耐久消費財（米国 38%，カナダ 53%）で，次に非耐久消費財（米国 24%，カナダ 36%）が多く，サービス（米国 20%，カナダ 17%）が最も少なかった．

病院およびビジネスホテルで実施した調査[注25]でも，苦情が出される割合は少なかった（**表2**，**表3**を参照）．病院の外来患者では約 33%が，入院患者では 37%が医療サービスのデリバリー・プロセスで不満を経験していたが，その中で苦情行動をとった人の割合は，外来患者で約 19%，入院患者で約 22%に過ぎなかった．ビジネスホテルの宿泊客でも約 41%が不満を経験していたが，その中で苦情を出したのは約 29%に過ぎなかった．病院においてもビジネスホテルにおいても，不満経験者の約 7 割は苦情を出しておらず，苦情行動をとることは少なかった（藤村，1999，2000a）．

なお，病院のほうが苦情を出した人の割合が小さかった大きな理由としては，次の二つの理由が考えられる．

第 1 は，病院の場合，その提供サービスの諸属性に占める信頼属性の割合が高いので，専門的知識がなければ苦情を出しにくいということである．

第 2 は，病院のほうが 1 回の消費サイクルが長く，しかも人的相互作用も多いので，苦情を出すことでその後の治療にネガティブな影響が及ぶのではないか，と患者が考えてしまうことである．

いずれの理由から生じているにしても，デリバリー・プロセスにおいて不満を経験しながらも苦情が出されないというのは，サービス組織にとって好ましいこととはいえない．

顧客からの苦情は従来，脅威あるいは問題として扱われてきた．しかしながら，不満を感じても

注 25）病院の調査は，1996 年 2 月に神奈川県に立地する総合病院で，外来および入院患者を対象として実施したものである．調査実施概要については，Ⅱ-6-(1) を参照のこと．
また，ビジネスホテルにおける調査は，1997 年 9 月にあるビジネスホテルチェーンにおける二つのホテルで実施したものである．調査実施概要については，藤村（1998）を参照のこと．

注 26）TARP 社（Technical Assistance Research Programs Inc.）は 1971 年設立の米国企業で，顧客の経験価値調査および財務影響調査の草分け的存在であり，消費者の苦情行動に関する調査でも脚光を浴びている．

苦情を出さなかった顧客よりも，苦情を出す顧客のほうが，たとえ彼らの苦情が満足できるような形で処理されなかったとしても，再利用意図が高いことが発見されている（TARP[注26], 1979）．さらに，苦情が満足できるようなかたちで処理された場合には，その傾向がより顕著になることが明らかにされている（TARP, 1986；藤村, 1999, 2000a）．Gilly and Gelb（1982）も，苦情に対する迅速な対応あるいは金銭的弁償を伴う対応は，顧客を満足させ，再利用意図に影響を与えることを発見している．このことは，効果的な苦情処理は不満足な状況を顧客にとって満足な出来事に変え，その顧客のロイヤルティの強化に貢献するということである．

また，適切な苦情処理は顧客維持に劇的な影響を及ぼし，ネガティブな口コミの流布を抑制し，さらに収益性を改善することも明らかにされている（Fornell and Wernerfelt, 1987；Kelly, Hoffman, and Davis, 1993；McCollogh and Bharadwaj, 1992；Reichheld, 1993）．たとえば，Tax, Brown, and Chandrashekaran（1998）は，適切な苦情処理は顧客の満足，信頼，コミットメントにポジティブな影響を及ぼすことを明らかにし，苦情処理は顧客との関係性の構築・維持において重要な役割を果たすことを指摘している．さらに，苦情はモノやサービス，あるいはその提供組織のパフォーマンスに関するフィードバック情報として働き，マーケティング意思決定に対して有益な情報を提供するので（Resnik and Harmon, 1983），効果的な苦情処理はマーケティング情報の改善（Montgomery and Weinberg, 1979），新製品アイデアの創出（Fornell, 1976），企業イメージや取引関係の改善（Grainer, McEvoy and King, 1979）などを可能にすることも明らかにされている．

したがって，顧客からの苦情はサービス組織にとって厄介な問題ではなく，顧客維持のための絶好の機会であり，苦情処理は効果的なマーケティング・ツールとして利用可能である（Fornell and Wernerfelt, 1987；Gilly and Hansen, 1985）．そして問題は，苦情行動をとらずに，その提供組織から離れていってしまう顧客である．

医療サービスの場合，前述のような理由により，とくに苦情行動がとられない傾向があるので，医療サービス組織は不満足を経験した患者が積極的に苦情を出せるようなシステムや環境を構築する必要がある．

また，苦情を出し，サービスの問題や欠陥を証明できても，サービスによって変化がもたらされた身体，情動（感情），物財などの復元が困難な場合が多く，サービス消費に関する消費者保護行政の遅れとも相まって，顧客は救済されないままに終わることが多いという問題もある．

Ⅰ-2-(6)
医療サービスに固有の特質

これまでは，医療サービスを含めたサービス一般の特質について考察してきた．ここでは，医療サービスに固有な特質について考察したい．

a）医療従事者優位のデリバリー体制

医療サービスは専門的サービスであり，「需要の予測困難性」，「医療従事者（医師，看護師，医療技術者など）と患者間の専門的知識ギャップ」，「デリバリーの緊急性」といった問題が生じている．そのために，そのデリバリーは医療従事者が優位に立って行われると指摘されている（宮脇・小川・栗本，1994）．

「需要の予測困難性」とは，疾病などの発生やその大きさ，治療に必要な期間などを事前に予測することができないということである．その結果，医療サービス組織は，緊急に必要な医療サービスを即座にデリバリーできるだけの人的・物的能力を常に稼働可能な状態にしておく必要がある．しかし，このことは医療サービス組織のデリバリーに必要なコストを上昇させるだけでなく，生産性を低下させることになる．

「医療従事者と患者間の専門的知識ギャップ」とは，医療サービスのデリバリーには高度に専門的な知識・技能が必要とされ，医療従事者（とくに医師）と患者との間には大きな情報格差が存在しているということである．そのため，患者は受けるべき医療サービスの内容を判断することは困難

になる．さらに，患者は精神的に不安定な状態にあることもあり，十全な判断能力を持っていない場合もある．したがって，患者は受けるべき医療サービスの内容を医療従事者の判断に任せざるをえなくなっている．

「デリバリーの緊急性」とは，医療サービスが人の生命や健康に直接的にかかわる行為であり，他の行為に優先して迅速にデリバリーされる必要があることを意味している．治療などで緊急を要する場合，提供する医療サービスの内容を患者に説明し同意を得る時間的余裕などがなく，医療従事者の判断でデリバリーされる．医療サービス以外のサービスでは，サービスを消費するかどうかの最終的な意思決定は顧客自身によって行われるので，これは非常に特異な消費形態であるといえよう．また，たとえ患者自身が最終的な意思決定を行うとしても，医療従事者と患者との間に存在する専門的知識ギャップにより，患者が受ける医療サービスの仕様（治療方法）は医療従事者によって決定される．仕様に関して選択代替案を提供されても，やはり医療サービスのデリバリーでは医療従事者が優位に立ち，患者は受動的な態度で診療過程に参加する場合が多くなっている．

b）プレスティージ追求による非効率の発生

医療サービス組織の管理者のプレスティージは，カバーしている診療行為の範囲，高度に専門的で高価な医療機器の整備度，病床数，医師を含む医療マンパワーの充実度などによって高まる．そのため管理者が費用最小化ではなくプレスティージ最大化を求めるようになると，それらの充足に専心するようになる．その結果，生産関数は利潤最大化行動[注27]におけるものとは異なったものになり（権丈，1993），非効率な資源配分が行われ，設備生産性や労働生産性は低下することになる．

したがって，医療サービス組織の場合，前述の予測の困難性がもたらす生産性の低下と相まって，生産性の向上を阻む要因が多いといえる．

しかしながら，管理者のプレスティージ追求行動が，医療サービスのデリバリーに対してネガティブな影響のみを及ぼしているとはいえない面もある．プレスティージ追求のための医療機器の整備は有能な医療従事者の雇用やモラール向上に役立っており[注28]，人的資産を質的・量的に向上させている．また，**表1**で明らかなように，医療サービスの顧客である患者は，その選択意思決定過程において先進的医療設備・機器の整備度や組織（施設）の大きさなどの有形な証拠，医師や看護師の充実度，知名度，有名な医療機関との提携関係，などを重視する傾向がある．そのため，プレスティージ追求による物的・人的資産の充実は，患者の獲得にも役立つという面がある．

このようなことから，医療サービス組織においては管理者のプレスティージ追求行動と利潤最大化行動とのバランスをとるかたちで，物的・人的資産の充実と資源配分が行われる必要があろう．

c）複合組織がもたらす利害調整の必要性

医療サービス組織は，多民族社会であるアメリカ合衆国のように，異なった多数の機能別組織から構成されている複合組織である．医療サービスは，その中のいくつかの機能別組織の従業員が順次，あるいは同時に患者に対応することでデリバリーされる（藤村，1994）．したがって，医療サービスのデリバリーを効果的かつ効率的に行うためには，機能別組織間，あるいはそこに属する従業員間の協力・調整は不可欠である．

注27）ミクロ経済学では，消費者は予算制約のもとで効用（満足）を最大化するように行動し，生産者は生産の技術的制約のもとで，利潤（＝収入―費用）を最大化にするように行動すると想定されている．

注28）このことは，医師の賃金は病院の規模が拡大するにつれて低下する，という特異な性格を持っていることからいえることである．そのため，医療サービス組織における設備投資は医師への賃金支払と等しい意味を持っている，と考えることができる（権丈，1993）．

しかしながら，機能別組織間には常に利害対立が発生する可能性があり，それが顕在化する場合には，医療サービスの生産性ばかりでなく，その品質も低下させてしまう危険性がある．ある病院で行った調査[注29]では，外来でも入院でも，医師と看護師の職務満足間には負の相関関係がみられた．その原因として四つのことが考えられる．

第1の原因としては，医療サービスのデリバリー・プロセスでは医師は判断業務に傾いており，現場での具体的なルーティン業務は主に看護師が担当させられている，ということをあげることができる．デリバリー・プロセスにおける医師の労働が頭脳労働に傾くほど医師の専門的知識に基づく権威は高まるが，医師の周辺的肉体労働が看護師に移転されることで，看護師の肉体的労働は増加し，肉体的・精神的ストレスも過多に負荷される（田尾，1995）．この結果，医師の職務満足度は高まるが，それに反比例するかたちで看護師のそれは低下しているかもしれない．

第2に，医療サービス組織内にはプロフェッションの階層構造が存在している．そのために，医師が看護師の意思決定や行動を制約しているということが考えられる．田尾（1995）は，プロフェッションとは下記の①～⑤のような特徴を備えた職業であり，それらの特徴を保有する程度によりフルプロフェッション（完成された専門職），セミプロフェッション（準専門職），パラプロフェッション（補助専門職）に区分でき，組織内においてこれらは階層構造をなしている，と述べている[注30]．

①専門的知識・技能の修得
体系的な高等教育を受けることで高度な知識や技能を修得しており，かつそれを実際に活用できる．この専門的知識・技能はそれを修得していない一般の人々に対して専門的な権威を生み出す．

②自律性
専門的な権威によって組織内の公式的権限関係から離れ，自らの職業上の要請に従って相対的に自由に職務を遂行できる．この自律性は独自の文化と行動規範を生み出す傾向があり，同業者内の結束を促す．

③仕事へのコミットメント
仕事は金銭的報酬を得るための手段ではなく，それ自体が目的であり，それ自体のために働くように内発的に動機づけられる．

④同業者への準拠
組織内の他の職種の従業員よりも外部の同業者集団との関係を重視し，それに準拠する．その結果，外部の規範が彼らの意思決定や行動を強く律し，組織の公式的規律の無視や軽視が行われることがある．医師の場合には，自分の勤務する病院よりも彼らの出身大学の医局に関心が向けられる傾向がある．

⑤倫理性
専門的知識や技能がもたらす権威の行使は，独自の倫理性に基づいて拘束される．

病院の場合，フルプロフェッションは医師，セミプロフェッションは看護師や医療技術者，パラプロフェッションは看護助手や付添婦などである．医師はピラミッドの頂点に位置し，看護師や医療技術者に周辺的な肉体労働や雑事を移転するとともに彼らの意思決定や行動を制約し，看護師や医療技術者も現場労働や雑事を看護助手や付添婦に委ねるとともに彼らの意思決定や行動を制約するという，階層構造が組織内に形成されている．

この階層構造のために，医師は医療サービスのデリバリーにおいて中心的役割を果たし，独自の判断で行動できるだけでなく，看護師の行動をもコントロールできる．一方，看護師は医師の指示内で判断や行動をせざるをえず，コントロールさ

注29）調査は，1996年2月に神奈川県に立地する一般病院で，外来および入院患者を対象として実施した．調査実施概要については，Ⅱ-6-(1) を参照．

注30）田尾雅夫（1995），『ヒューマン・サービスの組織』，法律文化社，74-76頁．

注31）田尾（1995），前掲書，103頁．

れているという感覚が存在しているであろう．このコントロールする側とされる側の関係（あるいは主従的，上下的関係）がそれぞれの職務満足に反映し，負の相関関係を生じさせているのかもしれない．

第3に，プロフェッションの階層構造により，看護師は医師の指示を仰ぎ，その制約のもとで現場業務を行うが，現場の具体的状況はその指示や制約内では対応できないことが多いということがあるかもしれない．また，現場において処置が患者にとって適切ではないと判断しても，医師の指示を拒否することが難しいかもしれない．このような状況のために葛藤が生じ，看護師の職務満足が低下するということも考えられる．

第4の原因として，「医師と看護師間の人的相互作用あるいはコミュニケーションの機会が多くなるほど，看護師の医師との葛藤が多くなる」[注31]ということが考えられる．人的相互作用は好意的な関係を生み出す反面で，競合や対立関係も生み出し，このことにより医療サービスのデリバリー・プロセスで看護師の葛藤を増加させ，医師と看護師の職務満足間に負の相関関係を生じさせているということも考えられる．

上述のいずれの原因によるにしても，医師と看護師の職務満足間に負の相関関係がみられるということは，医療サービスのデリバリー・プロセスにおける協働関係に歪みが生じるということである．この歪みは短期的には，目に見える影響を及ぼさないかもしれないが，長期的には，デリバリーの効果的かつ効率的な遂行を阻害して患者満足を低下させるだけでなく，従業員の勤務継続意向も低下させて離職率を高める危険性をはらんでいるといえる．このことは利益の減少とコストの増大を招くことから，機能別組織間の利害関係を調整し，良好な協力関係を構築することが必要とされる．さらに，各従業員のプロフェッションの程度（あるいはプロフェッションの階層構造における位置），そのことがもたらす意思決定や行動に対する制約の程度，各従業員の職務満足に影響を及ぼす要因などを考慮し，各職種の従業員がそれぞれに満足できるような方策が計画・実施されなければならないといえよう．

Ⅰ-3. 医療サービスのデリバリー・システムと構成要素

Ⅰ-3-(1) 「サービス・デリバリー・システム」とは

「サービス・デリバリー・システム」とは，サービス・デリバリーに必要とされる諸活動を，顧客およびサービス組織の両観点から見て効果的かつ効率的に行うための諸要素の体系（さまざまな主体の行う活動と物財をインプットして，それらから顧客の望む変化というアウトプットを生み出す諸体系）である．サービス・デリバリー・システムが構築される空間，すなわちサービス・デリバリーに必要とされる諸活動が遂行される空間については，「顧客の参加」と「可視性」という二つの異なった観点から区分することができる．

a）「顧客の参加」の観点からの区分

サービス・デリバリー・システムを「顧客の参加」の観点から見ると，「フロント・ステージ」と「バック・ステージ」とに大別できる（**図7**参照）．

フロント・ステージは，日常的に顧客と直接的に相互作用を行う空間であり，顧客へのサービス・デリバリーを受け持っている．つまり，従業員や設備・機器だけでなく，顧客も参加する空間であり，従業員間の相互作用だけでなく，顧客と従業員間での相互作用あるいは/および顧客と設備・機器間での相互作用（顧客による操作）が行われ，顧客が実際に便益を享受する空間である．

一方，バック・ステージとは，顧客と直接的に相互作用を行わないが，フロント・ステージでのサービス・デリバリーが効果的かつ効率的に行われるように後方から支援する空間である．つまり，顧客が参加することがなく，従業員と設備・機器によってのみ活動が提供される空間である．両空間の関係は，演劇でいえば，フロント・ステージは舞台と観客席であり，バック・ステージは舞台裏（奈落）である[注32]．

サービス・デリバリーはバック・ステージとフロント・ステージにおいて順次あるいは同時平行的に遂行される諸活動を通じて行われるので，両ステージにおける諸活動やそれらの間の関係は，サービス品質やデリバリー効率に対して重大な影響を及ぼす．したがって，この二つのステージは，サービス組織が提供を意図するサービスを効果的かつ効率的にデリバリーできるように，管理・コントロールされる必要がある．

しかし，サービス・デリバリーに必要な活動のすべてがサービス・デリバリー・システム内のこの二つの空間だけで行われるわけでなく，管理・コントロールが困難なシステム外の空間でも行われる．サービス・デリバリーは，従業員，顧客，および設備・機器のそれぞれが期待されている活動を遂行することによって行われるが，顧客に期待される諸活動の中には，サービス・デリバリー・システムの外において，顧客が単独で主体的に行うことを期待されている活動もある．

医療サービスでは，たとえば，病院外での体力回復活動や指示に従った服薬などである．このような活動が遂行される空間を「カスタマ・セルフ・ステージ」と呼ぶことができる．

サービス・デリバリーに必要な諸活動は，上記

注32）奈落には回り舞台やせり出しの装置があるように，バック・ステージにはフロント・ステージでの上演を支援する機器やハイテク技術が置かれている．ITの進展によって，これらの機器や技術は，フロント・ステージでの差別化されたサービスや卓越した人的サービスを実現するための，あるいは/および価格優位を実現するための心臓部となっている．

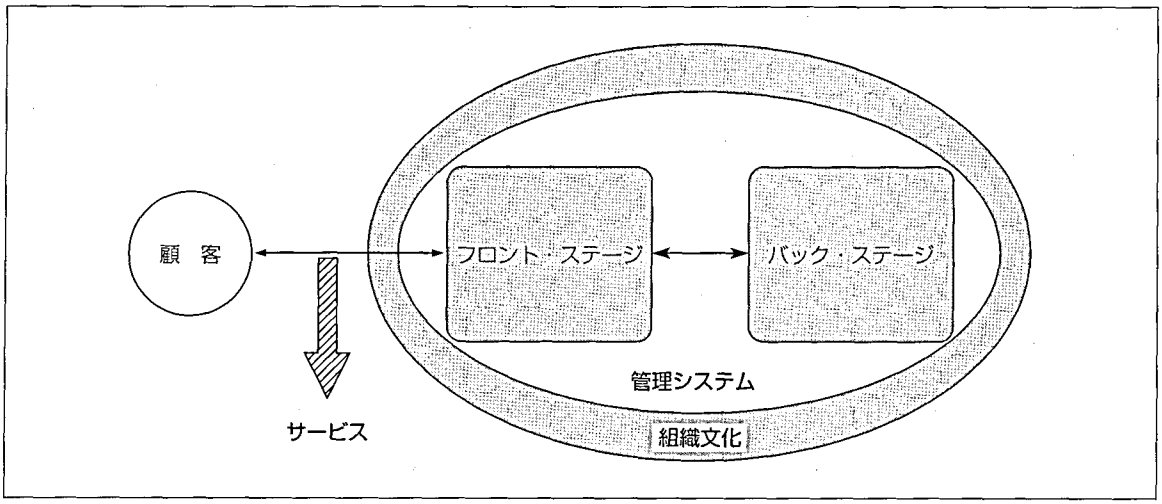


図7 顧客の参加からみたサービス・デリバリー・システム

の三つのステージに分散して行われる．サービスの属するカテゴリー，提供しようとするサービスのコンセプト，それを実現するためのデリバリー・プロセスのデザインなどにより，サービス・デリバリーに必要な全活動が三つのステージにどういう割合で配分されるかは異なる．そして，この違いがサービス組織間のサービス品質，顧客満足，財務的業績などの違いを生み出す要因の一つとなる．したがって，各活動が行われるステージの戦略的な変更も重要な課題であろう．

フロント・ステージとバック・ステージの両空間は，サービス組織の管理・コントロールの下でサービス・デリバリーに必要な活動が提供される空間であるが，必ずしも場所的に隣接しているとは限らない．サービス・デリバリーには，顧客がサービス施設を訪れ，そこに参加することで行われる場合と，サービス組織の従業員あるいは/および設備・機器が顧客のところに移動することで行われる場合がある．後者の場合には，移動先である顧客のところがフロント・ステージであり，サービス施設がバック・ステージとなる．このようなフロント・ステージの顧客のところへの移動は，便益としての変化の対象をサービス施設へ移動することが不可能な場合（たとえば，家屋や立木などの不動産）や，移動が困難な場合（たとえば，介護が必要な高齢者や，サービス施設を訪問することに抵抗を感じる顧客）に行われる．

また，バック・ステージの活動をデジタル化することが可能なサービス組織の場合には，情報処理技術と通信技術の発展により，両空間の分離だけでなく，バック・ステージの複数分割[注33)]も可能である．さらに，両空間は必ずしも場所的に異なるとは限らない．サービス組織によっては，同一空間をタイム・シェアリングによって使い分けることもできる．顧客がサービス施設を訪れることでデリバリーされるようなサービスの場合，顧客がいない時期や時間（需要変動におけるオフ）を有効に活用することによって，フロント・ステージをバック・ステージとして利用することも可能である．

b）「可視性」の観点からの区分

活動が行われる空間を「可視性」の観点から見ると，物理的スペースとメディア・スペースに区分できる．

注33）「バック・ステージの複数分割」とは，顧客データベースへの顧客情報の入力やそれに基づく個客化されたダイレクト・メールの作成・発送は人件費の安い東南アジアで行い，データ分析は日本で行うというような活動の分離による，空間の分割である．

物理的スペースとは，物理的に存在するサービス・デリバリー施設（店舗）や顧客の自宅/会社などのような，可視可能な空間である．

一方，メディア・スペースとは，テレビ，ラジオ，新聞のような一方向的なマスメディアだけでなく，双方向メディア，すなわち郵便や電話などの従来からのメディアや，インターネットなどのデジタル・メディアが形成する活動空間である．

提供しようとするサービスのカテゴリーやそこにおけるポジショニングによって，どちらの空間に依存する傾向があるかは異なるが，IT の進展とともに，活動量とその重要性は物理的スペースからメディア・スペースに移動している[注34]．サービス・デリバリーに必要とされる活動のメディア・スペースへの依存性が高まることで，以下のようなことが可能になる．

①顧客がサービスの探索のために投入しなければならない時間と肉体的エネルギーの削減
②顧客あるいは従業員が物理的に移動する時間と肉体的エネルギーの削減
③フロント・ステージにおける肉体的エネルギーや人的相互作用の削減

これらの結果として，サービス・デリバリーを受けるまでの時間だけでなく，デリバリー・プロセスの効果と効率も飛躍的に向上する．このことは，サービス組織と顧客の両方あるいはどちらか一方の資源投入の削減も意味している．サービス組織の資源投入が削減される場合，価格競争力だけでなく，利便性の向上やデリバリー時間の短縮による競争力が生み出される．また，顧客の場合には，少ない消費資源の投入でより高い品質のサービスを効率的に享受でき，どちらも恩恵を受けることになる．しかし，この恩恵はサービス・コンセプトに依存しており，質の高い人的サービスを訴求するサービス組織がフロント・ステージのメディア・スペースへの依存度を高めることは，顧客満足を低下させることになるかもしれない．

医療サービスの場合，医師や看護師が直接的に患者に施す治療行為や看護行為は物理的スペースで行わなければならないが，診察や情報提供，リハビリテーション指導などはメディア・スペースでも可能になっている．したがって，これらの両空間を適切に組み合わせることによって，患者の肉体的負担の軽減や待ち時間の短縮，診療の効率化などが期待できよう．

Ⅰ-3-(2)
フロント・ステージの構成要素

バック・ステージは顧客から分離されているため，そこでのオペレーションのデザインと効率追求には製造企業におけると同様な方法を用いることができると考えられる．したがって，以下ではフロント・ステージを中心に検討したい．

フロント・ステージは物理的環境，従業員，顧客から構成されており，それらの間で相互作用が行われる過程でサービス・デリバリーが行われ，同時に消費される（**図 8** 参照）．また，これらの構成要素はサービスという製品の重要な構成要素でもある．

a）物理的環境

物理的環境には，サービス・デリバリー施設の外装と内装，機器，備品，道具，騒音，香り，室温，音楽など，サービス・デリバリー環境を形成するすべてのものが含まれる（Booms and Bitner,

注 34）たとえば，フロント・ステージが物理的スペースに構築され，そこでデリバリーが行われるとしても，すべての活動がこのスペースのみで遂行されるとは限らない．サービス選択前の顧客に対する情報提供，予約の受付，デリバリー後の苦情や問合せの受付などのような，サービス・デリバリーを補完する活動はメディア・スペースで行われることが多い．メディア・スペースでこのような活動を遂行することで，顧客はサービス施設を訪問するコストを負担することなく，またサービス・デリバリーが行われている時間（営業時間）外にも，このような活動に参加することが可能になる．したがって，サービスを物理的スペースでデリバリーするとしても，一部の活動をメディア・スペースに移転することで，サービス・デリバリーの効果と効率を向上させることが期待される．

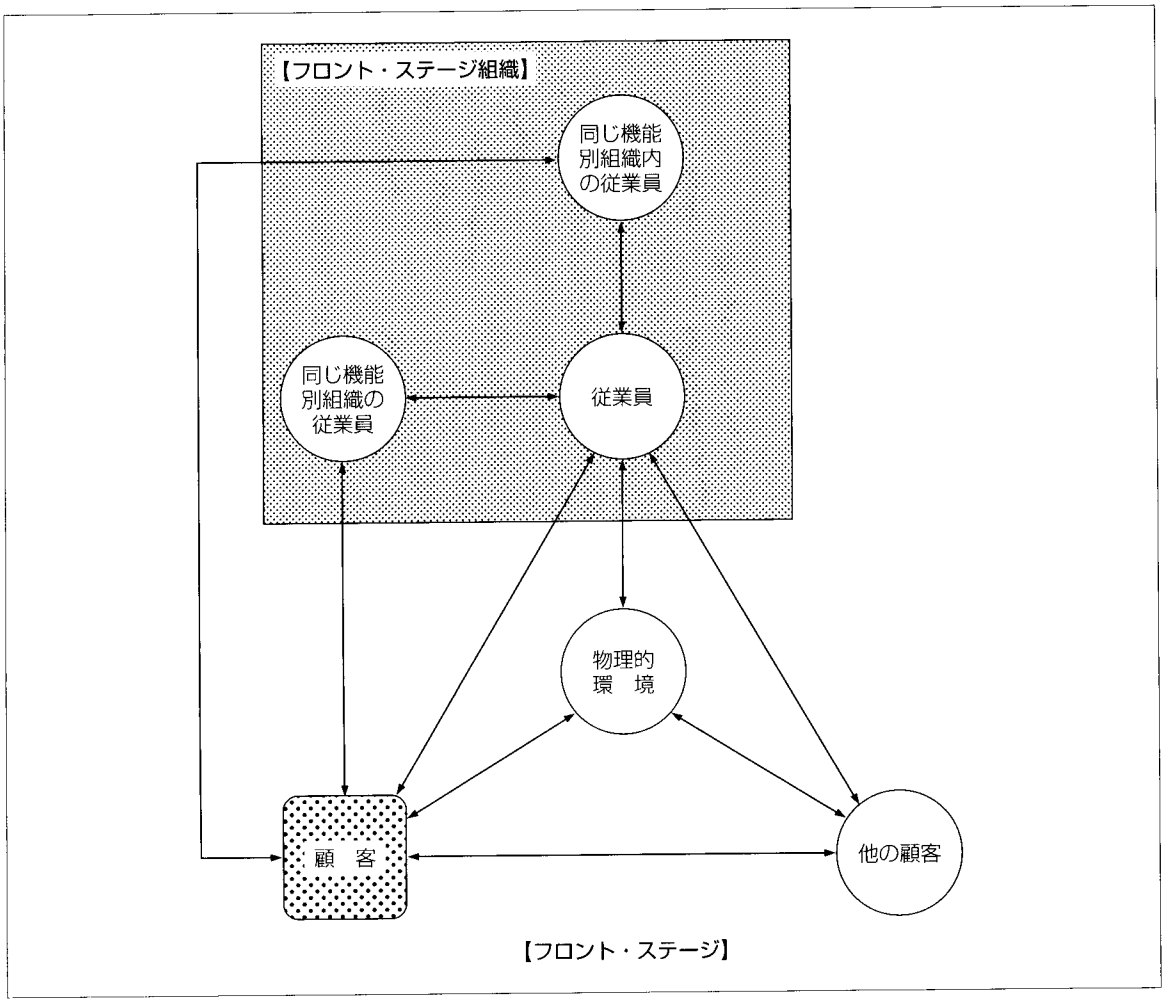


図8 フロント・ステージの構成要素と影響関係

1981).

医療サービスの場合には，医療サービス組織自体の建物の外観と内装，医療機器，病室内の設備，受付の設備や備品，待合室の椅子や待合室におかれている雑誌類，絵画や樹木などの装飾品，パンフレット類，院内音楽，室温など，顧客が五感で知覚できるものすべてが含まれる．

物理的環境にはこのように多様なものが含まれるが，これらは次の三つの役割を担っていると考えられる．

①顧客にサービスの意味や品質を理解させる役割

この役割は，顧客がサービス品質を推測・理解する際のよりどころであり，五感で感知できる手掛かりとして機能する．

消費の対象としてのサービスは，販売されてからデリバリーと消費が同時に行われるので，選択意思決定過程では存在しない．そのため顧客は，物理的環境を構成する諸要素を手掛かりとして，最終的に提供されるサービスやそのデリバリー・プロセスの意味や品質を推測・評価しようとする．サービスを構成する諸属性に占める経験属性や信頼属性の割合が高くなるほど，この傾向は強まり，顧客は品質の推測・評価に役立つ手掛かりを物理的環境に求めることになる．

物理的環境の中でも，サービス施設の規模の大きさ，施設の外装と内装の質の高さ，設備の充実度や最新度などは，従業員の行動や態度の良さなどとともに，安定性や熱意というようなメッセージを発信することで，サービス自体やサービス組

織に対する信頼を生み出すことにも貢献する．このように物理的環境は顧客のサービス理解に貢献するが，この過程で，当該サービスと競合サービスとの差異を知覚させることにも貢献する．

また，物理的環境（とくに，匂い，音楽，外装のデザインなど）はその発信するメッセージを通じて，顧客に顕在的ニーズを直ちに充足するような行動をとらせることもある．たとえば，レストランから漂ってくる良い香りで，空腹感をもよおし，思わずそこに入ってしまうということがあるように，物理的環境は説得や行動変容（顧客の吸引）においても重要な役割を果たすことがある．あるいは，物理的環境は顕在的ニーズを充足しようという欲望を高めたり，潜在的ニーズを顕在化することにも貢献するであろう．たとえば，フィットネスクラブの健康的な肉体美を掲載した屋外広告や，外から観察可能な施設内のさまざまな器具は，“痩せたい”という潜在的ニーズを顕在化するだけでなく，加入して即座に実践したいという欲望をかき立てることに貢献するであろう．

また，遊技場における音楽/騒音は，顧客がサービス・デリバリー・プロセスを推測するのに役立つだけでなく，顧客を興奮させたり，楽しませることに貢献している．

②顧客および従業員の適切な行動を導く役割

従業員と顧客はそれぞれ別々に，あるいは相互作用を行いながらフロント・ステージにある機器，備品，道具などを用いてサービス・デリバリーに必要な活動を行い，同時に顧客はそれらを用いながらサービスを消費する．したがって，それらの機能やデザインはサービス品質，デリバリー効率，従業員と顧客の相互作用の行い方やその効率，顧客の消費経験などに重大な影響を及ぼす．

このことから，物理的環境は従業員や顧客によって使いやすいものであると同時に，顧客および従業員の適切な参加を導くものでなければならない．顧客および従業員の適切な参加を導くとは，物理的環境のデザインは，顧客および従業員のデリバリー・プロセスへの参加の仕方や，そこでの協働のあり方を方向づけることで，構築されたコンセプトと一致するサービスを効果的かつ効率的にデリバリーできるような状況をつくり出すことである．

サービスのデリバリーには，従業員だけでなく顧客の参加も必要であり，それらが積極的かつ適切に行われなければ，効果的かつ効率的なサービスのデリバリーは期待できない．したがって，物理的環境のこのような機能は顧客満足や職務満足，生産性などに重大な影響を及ぼす．

たとえば，ディズニーランドの多くのアトラクションでは，顧客に自由に歩かせないで，軌道に沿って動く車やボートに乗せて移動させることにより，顧客の流れを適切かつ予測可能なものにしている．銀行でのATMの前に張られたロープも，顧客が順番に並ぶように促すものである．ファーストフード・レストランでは，椅子を堅く座り心地の悪いものにすることにより，顧客の滞在時間が長くならないようにコントロールしている．また，大きく目立つゴミ箱をたくさん配置することで，自らゴミを捨てるように促している．

病院では，行き先別に色を変えたテープを通路に貼り，患者がそのテープに沿って歩くことで目的地に到着できるようにしている所もあるが，これは患者の肉体的エネルギーや患者が迷うことで生じるロス・タイムの削減を可能にする．

このようなハード・システムの構築によって顧客のデリバリー・プロセスへの参加の適切化を図るということは多くのサービス組織で行われているが，顧客がどのように参加することが適切であるかを明確にしたうえで，その参加を促すようなシステムを構築することが必要である．さらに，人間は自らが状況をコントロールしていると知覚するほど（知覚コントロール[注35]が高いほど）満足を形成し，逆に，状況にコントロールされていると知覚するほど（知覚コントロールが低いほど）不満足を形成する傾向があるので，ディズニーランドの例のように，顧客にコントロールされていると知覚させずにコントロールできるようなシステムの構築が必要とされよう．

注35）知覚コントロール概念については，Ⅲ-2-(1)を参照のこと．

サービス・デリバリーを演劇になぞらえると，物理的環境は演劇が行われる舞台装置である．うまく構築された舞台装置や舞台衣装でも，下手な演技を取り繕うことはできないが，良い舞台装置と舞台衣装は，上手な演技をさらに大きく引き立てる．一方，見るからにひどい舞台装置や舞台衣装は，最初から観客に悪い印象を与えるだけでなく，演技の遂行を妨げてしまう危険性もある．

このように物理的環境も，顧客のサービスおよびサービス組織に対する第一印象の形成において重要な役割を果たすだけでなく，従業員および顧客がデリバリー・プロセスにおいて期待されている活動を積極的かつ適切に遂行するための必要条件となる．

したがって，物理的環境は，顧客がサービスの意味や品質に対して一貫した良好なイメージを形成できるように統一的で[注36]，しかも魅力を持っていなければならないだけでなく，従業員および顧客の適切な参加を誘導するものでなければならないといえる．

③顧客の期待管理の役割

顧客の選択意思決定過程において物理的環境はサービス品質を推測・評価する手掛かりとなることで，顧客の期待形成に大きくかかわっている．詳細についてはⅢ-2-(1)で考察するが，顧客は事前に形成された期待と実際に受けたサービスとを比較することで，サービスに対する満足/不満足を形成する傾向がある．

このために，物理的環境が顧客に適切な期待（実際にデリバリーされるサービスに見合った期待）を抱かせるように管理・コントロールされている場合には，期待と実際にデリバリーされたサービスとの一致度が高くなるために，顧客満足が形成される可能性が高くなる．一方，顧客に過度の期待を抱かせるように構築されている場合には，それらは顧客の吸引（集客）には貢献するが，実際に提供されたサービスはその期待を充足できないために，不満足が形成されやすくなる．

したがって，物理的環境は顧客にとって魅力的なサービスの意味や品質を推測・理解させるものでなければならないが，実際にデリバリー可能な水準をはるかに超えた意味や品質を推測・理解させてしまうならば，顧客の選択を促すことができたとしても，不満足な顧客を多く生み出してしまうことになる．観光地のレストランのように，ほとんど再利用されないようなサービス組織の場合には，このような問題を生み出す物理的環境を構築したとしても営業は可能であろう．

しかし，医療サービスのように長期的かつ反復的に利用される可能性のあるサービス組織の場合には，魅力的であると同時に，デリバリー可能な適切な期待形成を促すような物理的環境が構築されなければならない．

物理的環境は上記のような三つの役割を担っているので，顧客および従業員のデリバリー・プロセスのへの積極的かつ適切な参加の誘導，サービス品質や価値に関するメッセージの伝達，および顧客の満足形成などの観点から構築されなければならない．

b）従業員

フロント・ステージにおける従業員には，顧客にサービスをデリバリーすることに直接かかわり，その行動，態度，外見などを通じて顧客の行動，知覚，情動（感情）などに直接的な影響を及ぼすようなすべての従業員が含まれる．

フロント・ステージの従業員の行動，態度，外

注36）Lovelock and Wright（2002, p. 204）は，容易に認識可能なアイデンティティを組織に付与するための，特徴ある色使い，シンボル，字体（lettering）を一貫性をもって適用することを，「コーポレート・デザイン」と呼んでいる．これにより統一感と判別しやすい一貫性がもたらされる．たとえば，FedEx は，組織の名称をコーポレート・デザインに基づき展開しているサービス組織である．FedEx はシンボルとしても用いられており，赤，白，紫の色使いでデザインされ，社屋，店舗，輸送・配達車両，貨物機，従業員の制服，その他の有形要素に統一的に表示されている．FedEx のライバルである UPS も同様で，こちらは茶色に統一され，金色の UPS の文字が入っている制服と車両が用いられている．

見などは，顧客と従業員との相互作用関係や顧客のサービス・デリバリー・プロセスへの参加の仕方に影響を及ぼし，サービス品質やデリバリー効率にも影響を与える．

医療サービスの場合には，受付係，医師，看護師，医療技術者，薬剤師，会計係などが，患者のサービス経験やサービス・デリバリー・プロセスへの参加の仕方に重大な影響を及ぼす．たとえば，新患受付書類の記入方法がわからない患者に受付係が横柄で不適切な説明をすると，その患者の感情を害するばかりでなく，記入を戸惑わせたり，記入ミスを発生させたりして，サービス・デリバリーの効率を低下させるかもしれない．また，受付係の前にできた長い待ち行列の患者が，ある受付係は一所懸命に作業をしているが隣の受付係や他の職員は雑談をしているというような場景を見た場合，患者は彼らの対応に苛立ちを感じ，その経験を非常に不満に感じるであろう．

従業員の態度や服装も，選択意思決定過程において，顧客がサービス品質を推測するための重要な手掛かりとなる．このことから，従業員の制服（ファーストフードの店員，銀行の窓口係，病院の医師や看護師などの制服）はサービスの有形化戦略の一つとして用いられている．たとえば，医師や看護師の制服が清潔感を感じられるものでなかったり，あるいは汚れていたりするならば，そこでの医療サービスは安全で信頼できるものとは知覚されず，選択は回避されることになる．

このように顧客から見える従業員はすべて顧客になんらかの影響を与えるが，逆にまた，従業員の行動，認知，情動（感情）も顧客の行動，態度，外見などによって影響を受けるので，そこには相互作用関係が存在している．たとえば，先の医療サービスの例で，もし記入方法のわからない患者が受付係に横柄に尋ねたとすれば，受付係は嫌な感じを抱き，態度や言葉がとげとげしくて不親切なものとなるかもしれない．

一人の顧客に対して一人の従業員だけが接するとは限らず，同時に複数の従業員が接する場合がある．医療サービスのデリバリーでは，一人の患者に対して医師と看護師とが協力して診療にあたるような場合である．また，従業員が顧客にサービス・デリバリーを行う場合，その従業員はサービス組織における他の従業員との相互作用関係の中で行動している．組織が複数の機能別組織から構成されている場合には，顧客と接する従業員は同じ機能別組織内の従業員だけでなく，異なる機能別組織の従業員との関係の中で行動することになる．そのため，サービス品質とデリバリー効率は顧客と従業員間の相互作用関係だけでなく，機能別組織内および異なる機能別組織間の従業員同士の相互作用関係やコミュニケーションの程度にも依存することになる．

医療サービス組織は，さまざまな機能別組織から構成される複合組織であるので，機能別組織間の関係は顧客満足や経営効率の向上にとって，とくに重要な要因であると考えられる．

このように顧客の形成する満足/不満足や知覚品質にとって，サービス・デリバリーにかかわる個々の従業員の態度や行動，外観だけでなく，従業員間の関係も重要であるが，彼らが取り組むべきサービスに対してどれだけ努力するかについては，かなりの自由裁量が認められている．まさに彼らは，「自発的な」労働者といえる（Berry, 1999）．そのため，彼らが最高の努力をするようなモチベーションが必要とされる．

ところで，サービス組織における労働観には二つの異なったものがある．一つは，サービス組織における労働を「感情労働（emotional labor）」とみなすものであり，もう一つは「感情コンピタンスという能力（emotional competence）を発揮するチャンス」と考えるものである（Barlow and Maul, 2000）．感情労働と感情コンピタンスの差異は，**表4**のとおりである．なお，感情労働については，A. R. Hochschild の『管理される心（*The Managed Heart*）』の中で詳細に論じられており，感情コンピタンスについては，ポストモダン心理学者である M. O'Hara が提唱しているものである．

Hochschild が指摘した「感情労働」という考えは今日もなお，従業員は基本的にマネジャーや顧客の言いなりだ，と考える多くの人々によって支持されている．この感情労働とサービス経済に関する Hochschild 独自の概念の基礎は，工業が主体の時代の実態からきている．彼女の分析はマルク

表4 感情労働観と感情コンピタンス観

感情労働（A. R. Hochschild）	感情コンピタンス（M. O'Hara）
・満足や喜びといった感情反応を顧客から引き出すよう部下に求める． ・声または顔の表情によって顧客との交流を行う． ・自分たちが感じている感情とは異なる一連の感情を表面に出すよう部下に求める．	・自分自身の感情を知る． ・感情を制御する． ・自分を動機づける． ・他人の感情を認識する． ・人間関係をうまく処理する．

ス主義論（工業社会では労働者は必然的に気持ちが自分の労働から切り離されている）に基づいている．つまり，マルクス主義のもとでは，生産ラインの一部のみを担当する労働者は自分が生産する製品と意味のある関係を持てなくなる．これは，職人が家具を一つ一つはじめから仕上げまで丹念に彫り，仕事の成果を自分のものとするのとは対照的である．

フロント・ステージの従業員も本当の感情を表現できない時や，敵意を笑顔に変換しなければならない時には，同様に気持ちが自分の労働から切り離されていると感じる．フロント・ステージの従業員は仮に顧客に怒りを感じても，あえて言い返したりはしない．そのような行為は組織の利益の妨げとなるからである．つまり，フロント・ステージの従業員は「公の顔（public faces）」と「純粋な自分自身（authentic selves）」を持っており，両者は必ずしも一致しないし，純粋な自分自身を覆い隠すことによって組織に貢献し，賃金を得ている，という考え方である．

一方，O'Hara は，人間交流のスキルを複雑な現実の中で学ぶことは立派な仕事であり，個人の可能性を縮小するのではなく開花させる，という考えを提唱している．感情スキルを，経営側の支援のもとでフロント・ステージの従業員が受け入れ，自己の能力に加わる前向きなものと思わなければ，Hochschild のいう「商業化された偽りの気持ち（commercialized feelings）」が彼らの意識を支配することになる．感情労働から感情コンピタンスへの移行にサービス組織が失敗すれば，無意識のうちに「われわれ（サービス従業員）」対「彼ら（顧客と経営者）」という姿勢が育ってしまうことになる．従業員が感情スキルを受け入れ，顧客と従業員が同時に価値を経験できるような関係が構築されていれば，フロント・ステージの従業員は必要なサービスの重荷を負って働くのではなく，価値を提供する仕事をしている，と考えることできるようになる（Barlow and Maul, 2000）．

Hochschild の考え方では従業員は利用される存在であるが，その前提には見直しが必要である．サービス経済から経験経済への移行[注37]にあたっては，なおさらそうである．純粋に表現された感情，純粋な交流と呼ぶものへの需要はますます高まっている．純粋な交流で求められるのは，単に個人的な注意を顧客に向けるだけではなく，感情的結びつきを持ち，適度の感情を示すことが必要である．なぜなら，礼儀をわきまえることは無礼な振る舞いよりは望ましいが，マニュアル化された礼儀正しさや，取って付けたような親切な行為は，まさしく慇懃無礼で，ロイヤルティが高まる経験を創造しうる感情価値を十分に提供できないからである（Barlow and Maul, 2000）．

医療サービスのデリバリー・プロセスでもマニュアル化された礼儀正しさ（たとえば，形式的

注37）Ⅰ-2-(3) で紹介した Pine and Gilmore（1999）は，経済システムは「農業経済」から「工業経済」，「サービス経済」へと移行してきたが，次に出現するのは「経験（エクスペリエンス）経済」であると論じている．つまり，企業が競争優位を形成するために提供しなければならない経済的価値は「コモディティ（一次産品，あるいは差別化されていないことから他のものによって代替可能なもの）」から「商品（コモディティを原材料として作られた，より有用性の高いモノ）」，「サービス（顧客が望む便益ではあるが自分では生み出したいと思わないものを提供するための役務）」，さらには「経験（商品やサービスから便益を享受するプロセスにおいて演出される，感動的で思い出に残る出来事）」へ移行しているとしている．

な「患者さま」という呼びかけ）を経験することが多くなったが，これらは過程品質や患者満足の向上をもたらすことはなく，むしろネガティブな影響を及ぼすのではないかと考えられる．身体的および社会的不安を抱えた患者にとって，このような感情労働による形式的行為は意味を持たないだけでなく，むしろネガティブな感情を喚起させることになる．したがって，医療サービス組織でも，従業員の行為をマニュアル化，感情労働化するのではなく，彼らの感情コンピタンスを育成するような取り組みが必要とされるであろう．

c）顧客

前述のように，顧客もなんらかのかたちでサービス・デリバリー・プロセスに参加する．したがって，顧客もサービス品質やデリバリー効率の決定に重要な役割を果たしているといえよう．

複数の顧客が同時にフロント・ステージに存在するようなサービスでは，ある顧客にとって，他の顧客はそのフロント・ステージ全体の雰囲気を構成する重要な要素であり，サービス経験に重大な影響を及ぼす．

たとえば，病室内に泥酔し大声で騒ぐ患者がいるならば，医療サービス組織の設備，医師や看護師の態度，治療成果などが優れたものであっても，患者は入院経験に不満足を感じるかもしれない．

また，顧客の服装も，フロント・ステージ全体の雰囲気形成に重要な役割を果たし，他の顧客の選択意思決定におけるサービスの品質や意味，価値などの知覚に影響を及ぼす．ネクタイを着用していなかったり，あるいはジーンズを着用している場合に，その顧客の入店を拒否するレストランがあるのはこの理由によるものである．

このように，フロント・ステージでの他の顧客はそこでの態度や行動，服装などを通じて顧客のサービス品質に対する知覚に影響を及ぼすが，彼らの職業や地位，年齢，性別などのデモグラフィック特性[注38]も影響を及ぼす可能性がある．

たとえば，高級レストランやゴルフ場などで憧れや尊敬の対象となっている有名人と一緒になれば，そこでのサービス経験は刺激的でより興奮したものとなるであろう．さらに，そのような人々のサービス組織の利用はそこで提供されるサービスあるいは組織のイメージ形成に影響を与え，フロント・ステージに同時に居合わせなくても，顧客のサービス経験に好ましい影響を及ぼすことになる．

患者やその家族，見舞客などの間にもこのような相互作用関係が存在する．したがって，医療サービス組織においても，デリバリー・プロセスにおける活動の流れが阻害されたり，彼らの間での相互作用が好ましくない循環を生み出したりしないように，訪問客を制限したり，施設内での彼らの行動や態度などを管理することが必要とされるであろう．

サービス・デリバリー・プロセスに参加する顧客が，そのデモグラフィック特性や服装を通じて，他の顧客のサービスの品質や意味，価値などに対する知覚に影響を及ぼすならば，サービス組織が一つの施設内で異なる便益を提供する複数のサービスを提供しており，しかもサービスごとにターゲット顧客層が大きく異なる場合には，顧客管理を注意深く行う必要がある．

たとえば，シティホテルは宿泊サービスを提供するだけでなく，館内のレストランやカフェ，バーによって飲食サービスを提供したり，宴会場でのイベント（ディナーショー，落語会など）によってエンタテイメント・サービスを提供したり，さらには冠婚葬祭サービスも提供している．この場合，宿泊サービスは高所得者層が利用し，レストランのサービスは普段着の主婦たちが利用し，ディナーショーは着飾った女性たちが利用するというように，提供サービスによって顧客層が異なることがある．しかし，ホテルのエントランスや

注38）デモグラフィック特性（人口統計的特性）は，消費者を記述する指標の一つであり，年齢，性別，職業，所得などが含まれる．なお，消費者の行動や態度の記述においては，デモグラフィック特性だけでは十分でないことから，サイコグラフィック特性（心理的特性：社交性，寛容性，支配性，ステータス志向性など）も指標として用いられている．

ロビー，エスカレータ，レストルームなどの空間はそれらの異なる顧客層によって共有されることになるため，そこでは人的相互作用が行われ，品質知覚に影響を及ぼすことになる．高級なシティホテルだと思って予約したのに，ロビーに着いたら，レストランでランチを楽しんだあとの普段着の主婦たちが大声で騒いでいるとか，あるいは彼女たちがサンダル履きで歩いていたりすると，そのホテルに対するイメージが低下してしまうことになる．

また，前述のようにサービス施設内でサービスを消費している顧客数，あるいは消費のための順番待ちをしている顧客数も，サービスの品質や意味，価値などの知覚に重大な影響を及ぼす．したがって，集合としての顧客の管理もサービス組織にとっては重要な課題である．

以上のように，サービスは物理的環境，従業員および顧客の3要素間の相互作用過程でデリバリーされるために，その品質とデリバリー効率は個々の要素の質とそれらの間の相互作用関係に依存している．なお，物理的環境についてはコントロールが比較的容易であるが，従業員と顧客についてはコントロールが困難であり，不確実性を伴っている[注39]．このことはサービス組織のサービス品質に対するコントロールを低下させ，需給不一致とも相まって，サービス品質の標準化や均一化を困難にする．

また，フロント・ステージを構成する従業員，顧客，および物理的環境の3要素は相互に結びつき合うことでサービス・デリバリー環境を形成し，顧客の五感に訴えることで，サービスの品質や意味，価値などに対する認知に重大な影響を及ぼす．3要素は相互に結びつくことで一つの“現実”を構成するが，“現実”が形成された段階で，それらはもはや分解できない全体となる．顧客がサービスを評価する場合，個々の要素を別々に評価するのではなく，それらの要素が全体の中にどのように溶け込み，調和を保っているかを評価する．このため，もしいずれかの要素が不適切なものであるならば，そこに形成される“現実”は全体として不快なものとなる．あるいはすべての要素が最高水準の品質のものであっても，それらの間に調和や統一性がなく，全体としてうまく溶け合っていなければ，そこで構成される“現実”も全体として不快なものとなる．

したがって，医療サービス組織においても，物理的環境，従業員，患者およびその関係者が全体として調和と統一性を保ちながら一つに溶け合うように，フロント・ステージやサービス・デリバリー環境がデザインされる必要がある．

フロント・ステージという舞台のデザイン，役者としての従業員の衣装と演技，観客としての顧客の行動と服装などは，顧客の誘引や満足/不満足の形成に重要な役割を果たす．多くのサービスの選択意思決定過程においては，顧客はそのサービスの品質や意味，価値を直接的に示す本質的手掛かりをほとんど利用できないので，間接的にそれらを暗示すると考えられる周辺的手掛かりに基づいて推測せざるをえない．その場合，3要素間における調和と統一性は，選択（購買）によりデリバリーされるサービスの品質や意味，価値などを予測しやすいものにする．さらに，その予測に対する信頼性あるいは自信を高めるので，選択に伴う知覚リスクを削減し，選択を容易にする．しかし，逆に無計画で一貫性のない視覚的・聴覚的手掛かりは，顧客を戸惑わせることになる．

このようにフロント・ステージを構成する物理的環境，従業員，および顧客は相互に結びつき合うことで“サービスの現実”を形成し，顧客の選

注39）フロント・ステージとバック・ステージに内在する不確実性の程度を比較すると，前者のほうが大きいであろう．それは，フロント・ステージでは物理的環境，従業員，顧客の間で相互作用が展開されるために，感情を持った構成要素が二つ存在するが，バックルームでは物理的環境と従業員間でしか相互作用が展開されないので，感情を持った構成要素は一つしか存在しないためである（Tansik, 1985）．ただし，フロント・ステージおよびバック・ステージにおける活動が複数の従業員によって協働で行われている場合には，不確実性の程度は協働する従業員数に依存しているので，どちらのステージの不確実性が高いとは一概にはいえないであろう．

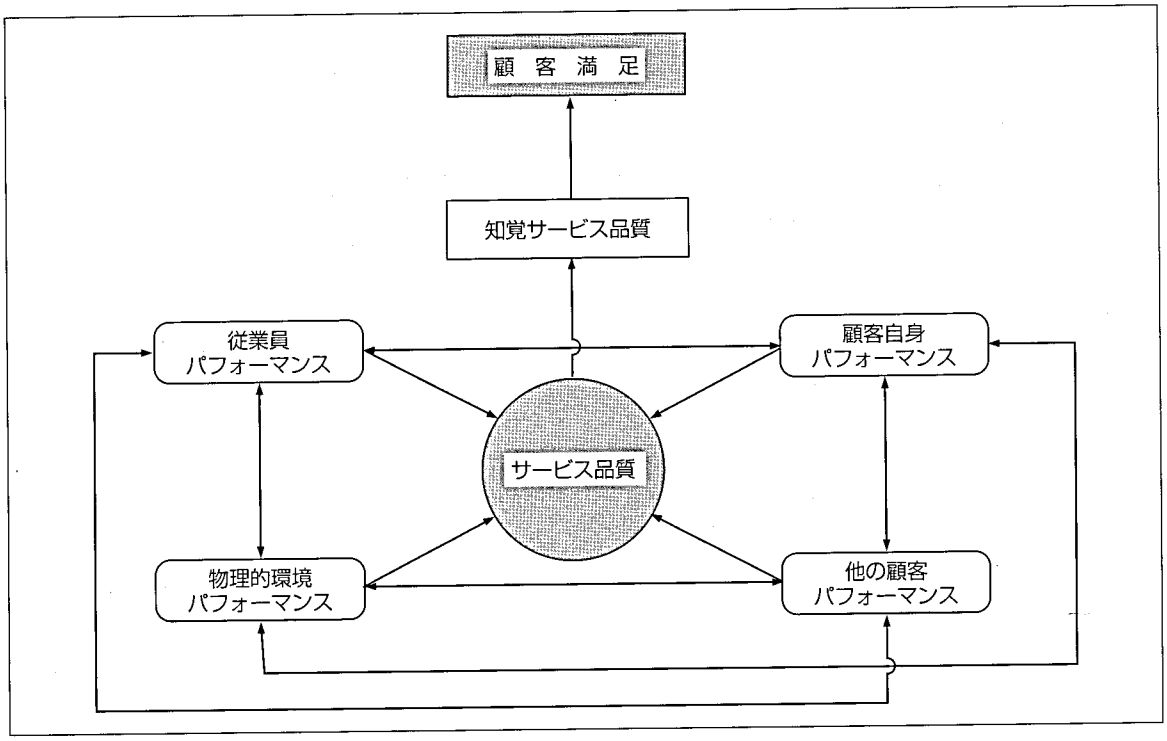


図9　サービス品質形成における従業員・顧客・物理的環境の影響

択意思決定，満足/不満足の形成，および関係性の構築に重大な影響を及ぼす．サービス組織は望ましい“現実”あるいは印象を生み出せるように，提供サービスの意味や価値を一貫して主張できるような要素を計画的に導入・管理するとともに，サービス・コンセプトを弱めたり，それと矛盾したり，それから注意をそらせたりするものを取り除かなければならないといえよう．

顧客がサービス・デリバリー・プロセスに参加することによって，サービス品質は従業員のパフォーマンスやサービス・デリバリー空間を構成する物理的環境のパフォーマンスだけでなく，顧客自身のパフォーマンスやデリバリー空間および/あるいは時間を共有する他の顧客のパフォーマンスによっても形成されることになる．さらに，サービス・デリバリー・プロセスでは各主体間で相互作用が展開されるために，**図9**のように，各主体のパフォーマンスは相互に影響しあうことになる．たとえば，デリバリー・プロセスにおける従業員の行動や態度が生み出すパフォーマンスについてみると，従業員のパフォーマンスは顧客の行動や態度に影響を及ぼすだけでなく，逆にそれらにも影響される．また，従業員のパフォーマンスは設備・機器などの物理的環境のパフォーマンスに影響されるだけでなく，それらを用いる従業員の知識・技能が物理的環境から引き出すことができるパフォーマンスに影響を及ぼすということである．

従業員，顧客，他の顧客，および物理的環境という4主体のパフォーマンスによって生成されるサービス実体がサービス品質であり，個々の顧客がそれを主観的に評価したものが知覚サービス品質である．したがって，形成されたサービス実体としてのサービス品質が同じであっても，顧客によってニーズや過去の利用経験，知識，品質評価において重視する側面などが異なっているために，知覚サービス品質は顧客によって異なったものとなる．さらに，知覚サービス品質に基づいて満足/不満足が形成されることになるが，これについても，顧客間で知覚サービス品質がほぼ同じであっても，顧客によってサービスに対する期待内容やその水準が異なるために異なったものとなる．

Ⅰ-4. 顧客のデリバリー・プロセスへの参加とサービス・エンカウンターの展開

Ⅱ-4-(i)
顧客の参加

医療サービスを含むサービスは，販売されてからサービス組織と顧客との協働によってデリバリーされ，同時に消費される．医療サービスの顧客である患者もその医療サービスのデリバリーにおいて重要な役割を果たしており，患者が医療従事者側から望まれている役割や行為を適切に認識し，遂行しなければ，効果的かつ効率的な医療サービスのデリバリーは期待できない．

このようにサービスのデリバリーには顧客の参加が必要不可欠であり，彼らが必要とされる役割や行為を果たすことによってのみ達成されるので，サービス・デリバリーは労働集約的でも資本集約的でもなく，顧客集約的であるともいわれる(Gartner and Reissma, 1974)．

顧客はサービス・デリバリー・プロセスに参加し，協働者（あるいは部分的従業員）としてデリバリーに必要な役割や行為を果たすよう期待される．その参加のあり方はさまざまな視点で分類できるが，ここでは，Normann（1991）の分類とYoungdahl and Kellogg（1994）の分類を用いて，顧客の参加のあり方とその効果について考察する．

a）Normann（1991）の分類

Normann（1991）は，顧客の参加を「機能」と「様態」の観点から**表5**のように整理している．

サービス・デリバリー・プロセスにおいて顧客は協働者としてデリバリーに必要な機能を果たすが，その機能は「仕様決定」，「生産」，「品質管理」，「プロモーション」，「エートスの保持」，「発展」，および「マーケティング」に分類される．顧客はこれらの機能の一部，ないしはすべてをサービス組織に代わって，あるいはサービス組織の従業員と協働で遂行するが，どのような機能をどの程度，そしてどのような様態で遂行するかは，サービスの内容やそのデリバリー・システムのデザイン，参加に対する報酬，顧客の保有する消費資源などによって異なったものとなる．

「仕様決定」について見ると，モノの仕様は製造企業が集合的なターゲット顧客層を想定すること

表5　顧客参加の機能と様態

様態／機能	行動的	知(情報)的	情動(感情)的
仕様決定			
生　産			
品質管理			
エートスの保持			
発　展			
マーケティング			

出所：Normann, R.（1991），*Service Management：Strategy and Leadership in Service Business*, Second Edition, New York, NY：John Wiley & Sons, p.81. 近藤隆雄訳，『サービス・マネジメント』，NTT出版，1993年，144頁．一部加筆．

で決定されることが多いが，サービスの仕様は顧客によって，あるいは顧客とサービス組織の従業員との相互作用過程で決定される．たとえば，理容店では望む髪形と長さを指定するというかたちで，あるいはハンバーガー・ショップでは提示されたメニューの中から選択するというかたちで，顧客は仕様決定に参加する．医療サービスの場合には，患者は治療内容を決定できないが，医師の質問に答えながら診断・治療に必要な情報を提示するというかたちで仕様決定に参加している．

顧客が果たす第2の機能としての「生産」には，サービスの生産とサービス・デリバリー環境の生産とがある．前者の生産形態としては，サービス組織の従業員との協働による生産，従業員に代わっての生産などがある．銀行では，顧客はATMで現金の引き出しや入金作業を行ったり，あるいは手続きに必要な書類の書き込みを行ったりするが，これらは銀行員に代わってサービスの一部を生産しているということである．

また，顧客は，サービス・デリバリー施設を利用するだけでもそのデリバリー環境の形成に貢献しているので，生産に参加しているといえる．たとえば，高級レストランの顧客たちは，彼らの服装や行動を通じてそのレストランの“高級”というイメージを作ることに貢献し，他の顧客のサービス評価にも影響を及ぼしている．

医療サービスの場合には，患者は診療や看護に必要な行為を行うことで生産という機能を果たしている．具体的には，診療や看護の内容に合わせての身体の移動，検査室への移動や検査に必要な行動の遂行，指示に従った服薬，リハビリテーションの遂行，その他健康回復に必要な自主規制の遂行などを生産機能として果たしている．

第3の機能である「品質管理」は，顧客がサービス・デリバリーの現場に立ち会うことでサービス組織の従業員の態度や行動をコントロールしたり，フィードバック情報[注40]を通じてサービス・デリバリー環境を改善するということである．従業員は顧客からみられていると意識することで，彼らの行動を好ましいものにしようと努力するであろう．あるいは顧客は従業員やサービス・デリバー施設に関する苦情や意見をサービス組織に出すことで改善を促し，サービス品質の改善に貢献する．

医療サービスの場合には，診療や看護が不適切に，あるいは不快感を起こさせるようなかたちで行われると，患者は苦情行動をとることによってそれらが適切に遂行されるようにする，というような品質管理機能を担っている．

Hirschman（1970）は，組織の成員だけでなく顧客も苦情行動や退出（利用を止めて，選択代替案を探索）を通じて品質管理を行っていることから，顧客も“quality maker”であると指摘している．

第4の機能の「エートスの保持」とは，Normannによると，顧客からの好意的反応が従業員の情動（感情）にもたらすことで生じる従業員の持続的行動傾向である．デリバリー・プロセスにおける顧客と従業員の相互作用は顧客の情動（感情）やサービス評価に影響を及ぼすだけでなく，従業員の情動（感情）や経験にも重大な影響を及ぼす．相互作用が楽しい経験であったり，あるいは興奮するようなもので，それらが従業員にポジティブな情動（感情）をもたらすと，従業員のパフォーマンスを高めることにつながる．ポジティブな情動（感情）は，それを経験している個人を社会的に容認された行動や援助的行動に導く傾向があることから，顧客の参加が従業員にポジティブな情動（感情）をもたらすならば，従業員の行動やモチベーションを高め，さらにそのことはサービス品質や生産性を向上させるという機能も果たすことになる．

第5の機能としての「発展」は，顧客の知識や

注40）企業は広告やさまざまのプロモーション活動，さらには製品自体を通じて，提供製品の意味や価値，品質などに関する情報を消費者に伝達している．消費者はそれらの情報を受容したうえで，その製品を購入するか否かという行動，製品の使用方法に関する問い合わせ，製品自体や広告などに関する苦情や提案，アンケートへの回答などのかたちで，製品自体や企業活動に関する反応情報を企業に伝達している．企業はこれらの反応情報を活用して，製品の改良を行ったり，広告やプロモーション活動の見直しを行ったりしているために，消費者から伝達される反応情報はフィードバック情報と呼ばれている．

能力，要求水準の高さがサービス組織あるいはそのデリバリー・システムの発展に貢献するということである．サービス組織やその従業員は顧客との協働過程で顧客の能力や情報を活用したり，あるいは高い期待水準を持つ顧客を満足させようとすることで，サービス組織や従業員はその能力を向上させる機会を持つことができる．しかし，このためには能力の高い，あるいは期待水準の高い顧客との間に関係を形成する必要がある．

第6の「マーケティング」とは，顧客がポジティブな口コミや唱道を通じて新規顧客の獲得に貢献するということである．Ⅰ-2-(1) で考察したように，サービスには無形性という特質があり，サービス消費にはモノ消費におけるよりも高い知覚リスクを伴う．選択意思決定過程において高いリスクを知覚した場合，それを削減する手段として口コミを利用しようとする傾向が高まるので（藤村，1990），利用経験者からのポジティブな口コミや唱道は新規顧客の獲得に重要な役割を果たすことになる[注41]．

次に，顧客の参加を様態の側面から見ると，「行動的」，「知（情報）的」および「情動（感情）的」参加に区分できる．上述の銀行サービスの例のように，顧客がサービス組織の従業員の職務の一部あるいはすべてを遂行している場合には，顧客は行動的にサービス・デリバリーに参加している．また医療サービスの例のように，情報の提供という形で参加している場合には，顧客は知（情報）的にサービス生産に参加している．さらに，患者の治癒の程度とその早さは医療技術ばかりでなく，患者の“早く治癒したい”とか“治癒するんだ”というような感情的あるいは精神的なものに依存している側面があり，患者は情動（感情）的にも参加しているといえる．演劇鑑賞やスポーツ観戦などでは，顧客はそれらを見ることで沸き上がってくる情動（感情）を態度や行動に表し，それらを盛り上げる役割を果たしている．これらの場合も顧客は情動（感情）的に参加しているといえ，このような情動（感情）面での参加も，他の様態に劣らずサービス品質や顧客満足形成において重要である（Eiglier and Langeard, 1975）．

b）Youngdahl and Kellogg（1994）の分類

上述のように，Normann は機能と様態の観点から顧客の参加を分類しているが，Youngdahl and Kellogg (1994) は CIT (Critical Incident Technique)[注42] を用いて，顧客の負担する品質コストの観点から顧客の参加にかかわる活動を，以下のように分類している．

①肯定的表現（positive expression）
微笑んだり，優しい言葉をかけたり，良いフィードバックを提供したりするような活動を通じての肯定的表現

②否定的表現（negative expression）

注41）このような顧客の果たすマーケティング機能を積極的に活用しているものに，アマゾン・ドットコムのカスタマレビューがある．これは，アマゾンのユーザー登録した人ならばレビュアーとして，書籍や CD などを星印で評点し，コメントを書くことができるというものである．さらに希望すれば，レビューの一覧を紹介するページを作ることもできるようになっている．このように顧客の参加を促すことによって，顧客はウエブサイトのコンテンツの魅力を向上させることに貢献している．さらに，顧客同士が商品についての意見を活発に交換できるオンライン・コミュニティが形成されることにより，顧客は取扱い商品の販売にも貢献している，と考えられる．

注42）サービス・マーケティング研究において，サービス・エンカウンター（フロント・ステージにおける顧客と従業員との直接的な人的相互作用：詳細については，Ⅰ-4-(3) を参照のこと）の調査・分析でしばしば用いられる質的調査法の一つである．被験者（顧客）に，サービスに対する満足/不満足を決定づけた「重要な来事（critical incident）」を想起してもらい，「いつ起こったのか」，「なぜその状況に至ったのか」，「その時，あなたや他の当事者はどのように行動したのか」，「その行動の結果はどうなったのか」，「結果について，どのように感じているか」などの質問を行うことで，その原因や発生プロセスを明らかにする方法である．

苦情を言ったり，批判をしたりするような活動を通じての否定的表現

③準備（preparation）
紹介者を探したり，競争者を調べたり，早く到着したりするような行動による，サービスのための準備

④情報提供（information providing）
望む結果を記述したり，問題点を説明したりするような情報の提供

⑤情報探索（information seeking）
サービスの状態やサービス要素を明確にするための情報探索

⑥関与（involvement）
診断補助，問題解決，点検活動によって，サービス・デリバリーに関与

⑦関係構築（relationship building）
サービス・デリバリーにかかわる従業員を理解しようとしたり，従業員を名前で呼んだりするような活動を通じての，従業員との関係構築

そして彼らは，顧客による行動遂行と満足との関係を分析したが，その結果，肯定的表現，準備，情報提供，関係構築などの活動の遂行とサービス経験に対する満足との間に強い関連性がみられると述べている．すなわち，よく準備し，情報を提供し，サービス・デリバリーにかかわる従業員との関係構築に取り組み，従業員に肯定的に自分の考えを話した顧客は，そのような行動をあまりとらなかった顧客よりも満足する傾向がみられたという．また，Crosby and Stephens（1987）も，顧客をサービス・デリバリーに直接関係のある意思決定プロセスに参加させることによって，顧客のポジティブな経験を促すことができる，と論じている．

以上のように，顧客のデリバリー・プロセスへの参加の仕方や程度はサービス品質や彼自身の満足の形成，さらにサービス組織の経営効率にも決定的に重大な影響を及ぼす．これをサービス組織の側からみれば，サービス品質や顧客満足を向上させ，同時に経営効率も高めることができるかどうかは，顧客のデリバリー・プロセスにおける役割を明確にし，顧客がそれらを積極的かつ適切に遂行できるようなサービス・デリバリー・プロセスをデザインできるかどうか，に依存しているといえる．

しかしながら，医療サービスの場合には，患者と医療従事者との間に知識や情報の格差が存在しているので，患者のデリバリー・プロセスへの参加は非専門サービスに比べて制限されている．さらに，提供者が優位に立ってデリバリーが行われるために，患者は受動的な態度で参加せざるをえなくなっている．その結果，医療サービスに対する品質評価や満足形成は非専門サービスに比べて低い水準にとどまる可能性がある．しかし，Youngdahl and Kellogg の分析結果が示すように，肯定的表現，準備，情報提供，関係構築のような活動の遂行でも顧客満足の向上を導くならば，顧客（患者）がそのような活動を積極的に行えるようにサービス・デリバリー・プロセスをデザインすることにより，品質評価や満足形成にポジティブな影響を及ぼすことが可能であるかもしれない．さらに，それによって経営効率も向上させることができるかもしれない．

表 6 は，医療サービスのデリバリー・プロセスへの患者の参加度と患者満足の関係について分析した結果である[注43]．なお，患者満足については，二つの総合満足度尺度，すなわち 1=「不満足である」～5=「満足である」の 5 点尺度と，1=「期待以下である」～5=「期待以上である」の 5 点尺度で聴取している．

この調査では，患者の参加を Normann（1991）あるいは Youngdahl and Kellogg（1994）のように分類せずに，「私は早く治るように積極的に治療に参加した」という質問で聴取したが，積極的に参加した患者ほど，総合満足度は高くなる傾向がみられる．すなわち，総合満足度 1 では，積極的に参加した患者ほど，「満足」あるいは「やや満足」

注 43）調査実施概要については，Ⅱ-6-(1) の【病院 2】を参照のこと，なお，本分析には 2006 年の調査結果を用いている．

表6　患者の参加度と満足度の関係

患者の参加 ＼ 総合満足度1		不満足	やや不満足	どちらとも言えない	やや満足	満足	合計
私は早く治るように積極的に治療に参加した	そう思わない	0 (—)	0 (—)	0 (—)	1 (100.0)	0 (—)	1 (100.0)
	ややそう思わない	0 (—)	1 (50.0)	0 (—)	0 (—)	1 (50.0)	2 (100.0)
	どちらとも言えない	0 (—)	0 (—)	6 (26.1)	7 (30.4)	10 (43.5)	23 (100.0)
	ややそう思う	0 (—)	1 (1.4)	7 (9.9)	44 (62.0)	19 (26.8)	71 (100.0)
	そう思う	0 (—)	1 (0.4)	19 (7.4)	83 (32.3)	154 (59.9)	257 (100.0)
対象者全体		0 (—)	3 (0.8)	32 (9.0)	135 (38.1)	184 (52.0)	354 (100.0)

Pearson のカイ二乗値：94.258****　　（****：0.1%水準で有意）

患者の参加 ＼ 総合満足度2		期待以下	やや期待以下	期待通り	やや期待以上	期待以上	合計
私は早く治るように積極的に治療に参加した	そう思わない	0 (—)	0 (—)	0 (—)	1 (100.0)	0 (—)	1 (100.0)
	ややそう思わない	0 (—)	1 (50.0)	0 (—)	0 (—)	1 (50.0)	2 (100.0)
	どちらとも言えない	0 (—)	2 (8.3)	14 (58.3)	7 (29.2)	1 (4.2)	24 (100.0)
	ややそう思う	0 (—)	6 (8.3)	30 (41.7)	23 (31.9)	13 (18.1)	72 (100.0)
	そう思う	3 (1.2)	10 (3.9)	94 (36.4)	81 (31.4)	70 (27.1)	258 (100.0)
対象者全体		3 (0.8)	19 (5.3)	138 (38.7)	112 (31.4)	85 (23.8)	357 (100.0)

Pearson のカイ二乗値：24.491**　　（**：10%水準で有意）

と回答した人の割合が高くなっている．総合満足度2でも，積極的に参加した患者ほど，「期待以上」あるいは「やや期待以上」と回答した人の割合が高くなっている．

このようなことから，医療サービスにおいても患者の積極的かつ適切な参加を促すことが重要であるといえよう．

Ⅱ-4-②
コミュニケーションと教育による顧客力の育成

サービスはサービス組織の従業員と顧客との協働によって生み出される．したがって，両者の観点から望ましいサービスを効果的かつ効率的にデリバリーするには，相手が必要かつ適切と認める役割や行為を認識・遂行する必要がある．すなわち，演劇では同じ舞台に立つ役者たちが同じ台本を持ち，それぞれの台詞や行為を理解し実施する

必要があるように，従業員と顧客もサービスを効果的かつ効率的にデリバリーするための台本のようなものを共通に持ち，それに基づいてそれぞれに必要とされる役割や行為を遂行する必要がある．そのためには，サービス組織側から積極的に顧客とコミュニケーションを行うとともに，適切な教育を行う必要がある．

医療サービスの場合でも，医療従事者側からの積極的なコミュニケーションによって相互理解を形成することができると，それぞれが相手の期待している行為や役割を認識し，遂行することが可能となるであろう．また，そのようなコミュニケーションは医療従事者が患者を総合的に診療や看護することも可能にするであろうし，さらに患者満足も向上させるであろう．

また，医療サービスのデリバリーには高度に専門的な知識や技術が必要とされるので，医療従事者と患者との間には大きな情報格差が存在している．この格差を少しでも減少させて両者が共通の台本を持てるようにするためには，医療従事者が患者に積極的に教育を行うことも必要であろう．コミュニケーションによって形成された相互理解に基づいて医療従事者側が患者に期待している行為や役割を適切に教育することにより，協働が効果的かつ効率的に行われるようになり，その結果として，診療や看護の成果も向上すると考えられる．さらに，患者の参加の程度を高めるほど，患者満足だけでなく，医療サービス組織の労働生産性も高まることが期待される．

しかし，患者の参加の程度が高まることで医療サービス組織のサービス品質やサービス・デリバリー・プロセスに対するコントロールの程度は低下し，サービス品質の不均一化，待ち時間の増大，サービス・デリバリーの失敗，デリバリー効率の低下などの問題が発生する危険性もある．さらに，患者の参加の程度を高めても，それが医療従事者やその他の従業員による活動の代行につながらず，医療従事者やその他の従業員と患者との接触を増大させたり，両者間にコンフリクトを生み出すことになれば，医療サービスの品質とデリバリー効率を低下させることになる．現実には，患者が彼ら自身の役割や参加の仕方を適切に認識していなかったり，サービス一般あるいは医療サービスの消費にかかわる社会化が適切に行われていなかったり，あるいは患者が過度に知覚コントロールを重視したり，というように，適切に参加できていないことが多い．したがって，医療サービスでも患者が積極的かつ適切にデリバリー・プロセスに参加できるように，これらの問題を解決していく必要がある．

患者の積極的かつ適切な参加の阻害要因と参加を促す方策についてはⅣで詳細に検討することにし，ここでは「顧客の参加力」の育成について少し検討したい．

顧客のサービス・デリバリー・プロセスへの参加の仕方（行動，態度，服装など）が顧客自身のサービス消費に対する満足だけでなく，サービス・デリバリー空間および/あるいは時間を共有する他の顧客の満足，サービス・デリバリーに従事する従業員の職務満足，デリバリー効率，さらにはサービスあるいはサービス組織の意味や価値の形成，サービス組織の発展にまで影響を及ぼすならば，適切な参加が可能な顧客だけを選別するか，あるいは適切に参加することができるように顧客を育成することが必要とされる．顧客の選別については，医療サービスをはじめとする多くのサービスでは，倫理的・社会的に，あるいは営業的に困難であろうから，育成のほうが重要かつ現実的な方策であろう．

「顧客の育成」とは「顧客の参加力」の育成である．ここでの「参加力」とは，**図 10** のように 3 次元，すなわち「消費資源の保有量」，「消費資源の活用能力」および「消費資源の活用意思」で構成される．

「消費資源の保有量」とは，特定のサービス消費に必要とされる金銭，時間，肉体的および精神的エネルギー，知識・技能，空間，補完物などの消費資源を保有する程度である．なお，これらの各消費資源は，必ずしも個々に必要な保有水準を満たしている必要はない．なぜならば，サービス・デリバリー・プロセスの特性によって消費資源間で代替が可能なこともあるからである．

たとえば，クリーニング・サービスを消費したいが洗濯物を店まで持っていくだけの肉体的エネ

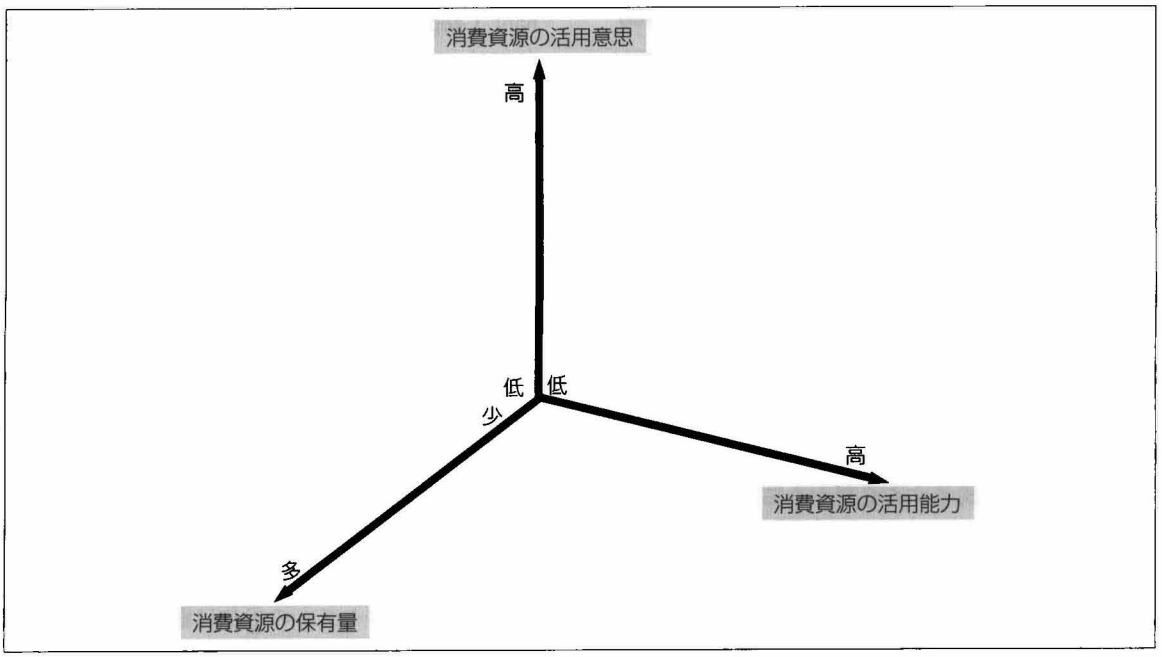


図 10　顧客の参加力を構成する 3 次元

ルギーあるいは時間のない人は，追加料金を支払って洗濯物を取りに来てもらうことが可能である．旅行サービスを消費したいが時間的余裕のない人は，追加料金を支払うことで時間短縮の可能な交通手段を選択することも可能である．

このように消費資源間での代替が可能であることから，全体として必要水準を満たしているかどうか，で判断される必要がある．しかし，医療サービスの場合，金銭で時間などを代替することは可能であるが，他のサービス以上に平等性や，時には緊急性が問われるので，代替には困難が伴っている．

「消費資源の活用能力」とは，デリバリー・プロセスに適切に参加できるように，保有する各種の消費資源を組み合わせて利用する能力である．保有する各種の消費資源を適切に組み合わせて活用する能力がなければ，消費資源の保有量が特定のデリバリー・プロセスに参加し，必要な役割を十分に果たす水準であっても，適切に参加できないことになる．

たとえば，洋服やアクセサリーなどを十分に保有していても，消費を行うレストランに相応しいようにそれらを組み合わせて纏うことができなければ，適切に参加したとはいえない，ということである．あるいは，大学教育サービスを消費するのに十分な知識や技能，時間などを保有しているとしても，それらを適切に組み合わせて講義やその予習・復習のために投入しなければ，教育の成果は期待できない，ということである．

医療サービスの場合，健康回復あるいはリハビリテーションに必要な時間や肉体的エネルギー，知識などを保有していても，それらを適切に組み合わせて用いることができなければ効果は期待できないであろう．

次に，「消費資源の活用意思」とは，保有する消費資源を適切に組み合わせて投入することで，サービス・デリバリー・プロセスに積極的に参加しようとする意思である．特定のサービス・デリバリー・プロセスに適切に参加するのに必要とされる消費資源を十分に保有しており，しかもそれらを適切に組み合わせて投入する能力を保有していても，それらの資源や能力を活用しようとする意思が存在しなければ，適切かつ積極的な参加は期待できないであろう．

サービス組織が顧客の参加の適切性を向上させるために「参加力」の育成を行う場合，顧客を図

10 に示す 3 次元で分類し，分類されたグループごとに育成のための方策を計画・実施する必要があろう．消費資源の保有量の向上については，サービス組織が可能なのは顧客のデリバリー・プロセスへの参加にかかわる知識・技能の向上ぐらいである．また，消費資源の活用能力の向上も知識・技能の向上と関係しているので，サービス組織からの積極的な情報提供や教育を通じて，顧客の保有する知識・技能を高めていくことが重要であろう．あるいは，そのような知識・技能の向上が困難な場合には，既存の知識・技能の水準でも顧客が適切に参加できるような，ソフトあるいはハード・システムを構築する必要がある．

消費資源の活用意思の向上については，意思を高めるようなモチベーション（動機づけ）が必要とされる．モチベーションの要因としては，顧客が適切に参加することで削減される消費資源（たとえば，時間や金銭）という経済的なものと，適切な参加によって得られる便益やポジティブな情動（感情）のような非経済的なものがあるが，それらを顧客にとって理解しやすく，あるいはイメージしやすくすることが重要である．医療サービスの場合には，患者が積極的かつ適切に参加することによって期待される治療成果をわかりやすく説明し，消費資源の活用意思を形成するとともに，デリバリー・プロセスで体験する肉体的苦痛や不安，恐怖によって活用意思が減退しないようにサポートすることが必要であろう．

Ⅰ-4-(3)
サービス・エンカウンターの展開

フロント・ステージにおける顧客と従業員との直接的な人的相互作用はとくに，「サービス・エンカウンター」と呼ばれている（Czepiel, Solomon, Surprenant and Gutman, 1985；Solomon, Surprenant, Czepiel and Gutman, 1985）．ただし，Shostack（1985）のように，サービス・エンカウンターを顧客がサービスと直接的に相互作用を行っている時間ととらえ，顧客が相互作用を行うかもしれないサービス組織のすべての側面（従業員，サービス・デリバリー施設，他の有形な要素など）を含めている研究者もいる．しかしながら，本書でのサービス・エンカウンターは，顧客と従業員の間の人的相互作用のみに限定する[注44)]．

サービス・エンカウンターを顧客と従業員の間の人的相互作用と定義すると，これは顧客のサービス・デリバリー・プロセスへの参加とは区別されることになる．顧客のサービス・デリバリー・プロセスへの参加は，必ずしも従業員との人的相互作用を伴うとは限らない．顧客のサービス・デリバリー・プロセスへの参加は顧客がサービス組織の果たすべき機能の一部，あるいはすべてを行動的に遂行することや，サービス組織の機能遂行を知的あるいは情動（感情）的に支援することを意味しているので，必ずしも従業員との人的相互作用を伴うとは限らない．

たとえば，銀行で ATM を操作して現金を引き出したり，サラダ・バーで顧客自身がサラダを皿に盛り付けるのは顧客のサービス・デリバリー・プロセスへの参加であるが，これらでは従業員との間でサービス・エンカウンターは展開されていない．

医療サービスの場合では，診療場面における医師と患者の接触や看護場面における看護師と患者の接触はサービス・エンカウンターであるが，患者が指示どおりに薬を服用したり，患者が診療や検査のための準備を行うのは参加である．したがって，参加とサービス・エンカウンターは必ずしも同時に起こるとは限らない．

SAS（スカンジナビア航空）の元最高経営責任者である Jan Carlzon は，サービス・デリバリーが完了するまでに起こる出来事の一場面を「決定的

注 44）顧客と設備・機器との相互作用については，「ヒューマン・インターフェース」と呼ぶことにしたい．ヒューマン・インターフェースとは，Norman（1992）によると，テクノロジー・システムにおいて人間と相互作用する部分，つまり機械と人間との「インターフェース」を形づくるノブやライト，メーター，ギア，コンピュータ・ディスプレイ，ボタン，ポインティング・デバイスなどを指す．

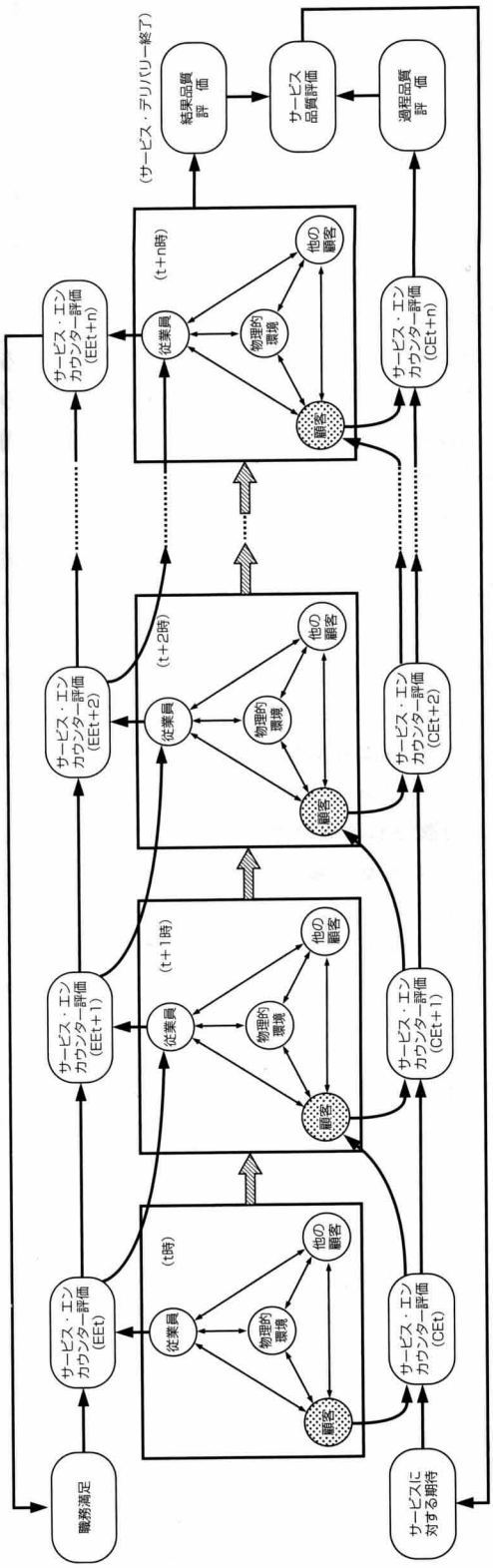


図 11　サービス・エンカウンターと動態的相互作用

瞬間（moment of truth）」と呼んでいるが，サービス・エンカウンターはまさにこの決定的瞬間である．サービス・エンカウンターにおけるどのような些細な出来事でも，フロント・ステージを構成する種々の要素に対する顧客の知覚に対して連鎖的にマイナスあるいはプラスに影響を与えてしまうためである．このようなことがあるために，サービス・デリバリー・プロセスで問題が発生した場合，その問題の実際の発生源がどこにあったのかを確定することが困難になっている．同様に，顧客がデリバリーされたサービスを高く評価したとしても，それをもたらした要因が何であったのかを明らかにすることも困難になっている．

たとえば，図書館での貸出手続きの際に図書館員の手が利用者の手に触れた場合，利用者がそれに気づいたかどうかに関係なく，彼らは図書館員，図書館の環境，彼ら自身の感情的状態を高く評価する傾向があった，という調査結果がある（Bateson, 1991）．明らかにこの場合には，接触というちょっとしたことが顧客の感情的状態だけではなく，環境の中の物的属性の評価にも影響を与えている，といえる．

また，サービス・デリバリー・プロセスのある一時点において発生した問題は，それ以後の顧客の評価や行動に影響を及ぼし，その結果としてサービス・エンカウンターの効果的かつ効率的な進行を妨げる危険性がある（**図 11** 参照）．サービス・デリバリー・プロセスでは，顧客は自ら参加してサービスを生み出しながらそれを消費し，その時点までにデリバリーされたサービスとそのデリバリー・プロセスとを評価し，さらにその評価を行動や態度に表しながら次のデリバリーに参加するというように，消費と評価を繰り返すことになる．さらに，そのような顧客のデリバリー・プロセスへの参加，消費，評価という繰り返しのなかで，顧客の評価は彼らの行動や態度を通じて相互作用関係にある従業員の職務満足や態度にも影響を及ぼすであろうし，逆に従業員の職務満足も彼らの行動や態度を通じて顧客の満足や態度に影響を及ぼすであろう．つまり，サービス・デリバリー・プロセスでの顧客と従業員との間の相互作用関係は態度や行動においてばかりでなく，満足

の面でも展開されることになる．

したがって，サービス・デリバリー・プロセスで発生したどのような問題もその時点で即座に処理・解決されなければならないが，そのためには顧客とフロント・ステージにおける従業員との双方向のコミュニケーションが重要である．双方向のコミュニケーションを通じて従業員はデリバリーしているサービスが顧客のニーズに適合しているか，あるいは顧客にとって好ましくない状況が発生していないかを確認し，もし問題があるならばデリバリー・プロセスでサービスの内容や水準を調整していかなければならない．さらに，顧客との間ばかりではなく，フロント・ステージ内で同じ機能あるいは補完的な機能を遂行している従業員や，バック・ステージにおいて支援的機能を果たしている従業員とも双方向のコミュニケーションを行う必要がある．それは，それらの他の従業員との調整がうまく行われなければ，サービス・デリバリーや問題解決をスムーズに行うことができないからである．

医療サービス組織はさまざまな機能別組織から構成されるために，とくに従業員は患者との双方向のコミュニケーションだけでなく，同じ機能別組織や異なる機能別組織の従業員との双方向のコミュニケーションと調整が必要とされる．

ところで，サービス・エンカウンターは人的相互作用行為の一つであるが，以下のような特徴により他の人的相互作用行為と区別されている（Czepiel, Solomon, Surprenant and Gutman, 1985）．

a）共通目標のある協働プロセス

社会的交換においては，一般的に，参加者たちは取引による報酬を最大化し，コストを最小化しようとする．サービス・エンカウンターも社会的交換の一形態であることから顧客および従業員の双方においてこのことは目標とされるが，そこには共通目標も存在している．二者間の相互作用行為はさまざまな理由によって起こる可能性があるが，サービス・エンカウンターは共通目標達成のために行われ，その成果は顧客と従業員との協働行為に依存している．つまり，サービス・デリバリー・プロセスは「顧客のニーズ充足と満足向上[注45)]」という共通目標達成のために，顧客と従業員が相互に行為を促進し合う協働プロセスである．

理想的には，目標は「顧客満足の達成」のみであり，双方に異なる目標が存在しないことが望ましい．従業員は昇給や昇進という個人的目標を持っているであろうが，それは共通目標達成によって分配される成果というかたちで満たされるべきものである．顧客と従業員が共通目標に向かって努力することによって，サービス・エンカウンターの効果と効率が高まり，目標が達成された結果として，従業員はそれを昇給，昇進，自己実現などのかたちで受けるべきである．

しかし，現実のサービス・エンカウンターでは，

注45）「顧客と従業員が『顧客のニーズ充足と満足向上』を共通目標とする」という場合，顧客のニーズは社会的観点から評価して適切であるという前提が存在している．つまり，顧客のニーズが社会的観点からみて適切性を欠いている場合には，充足の対象とはならないということである．あるいは，社会的観点から見て適切なニーズを充足するために提供されている製品（モノやサービス）を，顧客が不適切に利用し，個人的な満足を得るとしても，それは本書で考察している顧客満足には該当しないということである．たとえば，自動車を違法改造し，暴走運転によって得る快楽や，他者に薬を不適切に服用させ，危害を加えることによって得る快楽などは顧客満足ではないし，その向上は製造企業やサービス組織が追求すべきものでもない．

不適切なニーズの喚起や適切な製品の不適切な利用については，放棄あるいは低減させる必要がある．このことは，製造企業やサービス組織には，市場に適切な製品を提供するだけでなく，提供製品が適切に消費され，かつ，より顧客が高い満足や大きな喜びを享受できるような消費ルールや楽しみ方に関する共通認識を創造していくこと，すなわち「消費文化」の形成も求められるということである．しかし，消費文化の形成は，一つの組織の取り組みだけでは困難な場合が多いので，業界団体として行われる必要があろう．

双方に異なる目標が存在する場合が多くなっている．共通目標が存在しない場合，とくに従業員側に顧客中心的な意識が存在しない場合には，サービス・エンカウンターの効果と効率は望めないし，顧客はそのサービス消費に満足を感じないであろう．顧客と従業員の間に対立的な目標が存在する場合には，サービス・エンカウンターはなんらかのかたちで両者にマイナスの結果をもたらすであろう．たとえば，顧客は満足極大化目標を持ち，従業員は利益極大化目標を持っているとすると，顧客は自分のニーズが十分に満たされるように，時間をかけて従業員にできるだけ自分のニーズを理解してもらおうとする．それに対して，従業員は一定時間当たりの対応顧客数を増やそうとするかもしれない．その結果，顧客は従業員に機械的に扱われていると感じ，サービスに対して不満足を形成するかもしれないが，従業員は目標を達成したと感じ，満足感を持つかもしれない．しかしながら，従業員側のその目標達成は短期的なものであり，長期的には，顧客の不満足が口コミで流布することによって利用顧客数の減少と利益の低下を招くことになろう．

このように，顧客と従業員の間に共通目標が存在しない場合には，効果的かつ効率的なサービス・エンカウンターの展開と好ましい成果は期待できないであろう．

b）仕事の一部としてのサービス・デリバリーと相互作用および情報交換範囲の限定

従業員は仕事の一部として顧客と相互作用を行い，サービスをデリバリーするのであって，利他的な理由からではない．慈善事業の参加者や他人との相互作用を楽しむためだけに働いている従業員は，利他的な理由からサービス・デリバリーを行っているかもしれないが，経済的な取引としてのサービス・デリバリーにおいては，従業員は個人的目標を達成する手段としてサービス・デリバリーに参加している．

そのため，相互作用の範囲はサービスの性質や内容によって限定されるし，顧客と従業員の間で交換される情報もサービス・デリバリーに関連したものが中心となる．

c）事前面識を必要としない相互作用

従業員と顧客の間に必ずしも面識がある必要はなく，従業員はサービスの購入者については見知らぬ人でも相互作用関係を持つことになる．このことはサービス・エンカウンターを特徴づけるが，相互作用による共通目標の達成を困難にしている．

共通目標達成のための協働が親しい人間の間で行われる場合や，なんらかのかたちでコントロールされた集団内で行われる場合には，協働は比較的スムーズに進行し，目標達成も比較的容易である．それは，そのような人間間ではお互いに目標とそれを達成する手段に関する同意が成立しているし，相互理解が形成されているからである．しかし，面識のない従業員と顧客の場合には，相互理解が形成されていないので，従業員は何が相対している顧客の満足を高めることになるのかを把握するのが困難である．従業員は相互作用を展開する過程で，顧客のニーズや人的特性を探りながら，それに柔軟に対応しなければならない．ただし，サービス消費の顕名性という特質を活用し，顧客の利用経験に関するデータ・ベースが構築されている場合には，顧客との相互理解の形成は比較的容易になる．

また，従業員と顧客はお互いに，あるいはどちらか一方が相手に対して好意を感じない場合でも，共通目標達成のための相互作用行為を行わなければならない．お互いに相手の目標達成を阻害し合う「抗争」や，一方が相手の目標達成を促進し，他方が相手の目標達成を阻害するような「支配」のような相互作用行為では，相手に対して好意を感じるかどうかは重要な問題ではない．むしろ好意を感じないほうがよいかもしれない．しかし，サービス・エンカウンターのような協働では，両者の間に親和性（他者に対して好ましい感情を持つこと）が存在するほうが相互作用はスムーズに進行するし，目標達成も容易である．

このことから，サービス組織においては，ター

ゲット顧客層あるいは利用顧客層が好意を感じやすい従業員を配置することで，顧客と従業員間の親和性を強化することも重要な課題であろう．なお，親和性を強化するものとしては，二者間の人種，生活程度，身体的特徴，性格，能力，態度などにおける類似性がある．ただし，性格，能力，身体的特徴に関しては，二者が共通して持つ特徴が双方に，あるいはどちらか一方に嫌われている場合には，好意的関係は必ずしも生じないとされる（安田，1986a）．

d）明確な役割期待の存在

サービス・エンカウンターのような相互作用行為には二重依存性がある（Parsons and Shils, 1951）．顧客のニーズ充足（目標達成）は彼自身の行為に依存し，次いで従業員の不確実な選択にも依存する．そして，同じことは従業員の欲求充足（目標達成）にも当てはまる．つまり，顧客のニーズ充足は，顧客自身がどのように行動するか，あるいは顧客のニーズを従業員にどの程度正確に伝えられるかなどに依存するとともに，その顧客の行動に対する従業員の反応の仕方に依存するということである．あるいは，顧客のニーズ充足は，従業員の顧客対応の仕方，顧客の持っているニーズや情報をどの程度理解しょうとするかに依存するとともに，その従業員の行動に対する顧客の反応の仕方に依存している．このような二重依存性が存在するので，一般的な相互作用行為では，両者あるいは一方が欲求を充足しようとする場合，相手の行動を予測するということが必要とされる．そして，行動予測は人間の行動を規定している動機，態度，その時の彼の状況を，行動の意味解釈を通じて推測することによって行われる．

しかしながら，経済的な取引としてのサービス・エンカウンターにおいては，必ずしもそのように相手の行動を予測することは必要とされない．それは，人間の行動を拘束し，社会的秩序を維持するようなルールや役割期待（role expectation）が存在し，社会的行為が構造化されている

注 46）役割概念については，いくつかの異なった見解がある．Linton（1936）によると，社会がうまく機能し存続するためには個人間の相互行為にあるパターンが存在しなければならないが，そのパターンのなかで個人が占める位置が“地位”であり，その地位と不可分に結びついている行動規範が役割である．また，Sarbin（1954）によると，役割は相互行為場面において相互に他から期待されている行為パターンであり，ここでの期待はただ単に予想されているということではなく，要望というくらいの拘束性を持つものである．Sarbin と Linton の役割概念の違いは，Sarbin は二者の存在を前提し，彼らが相互行為を継続するプロセスで彼ら独自の役割を創造すると考えているのに対して，Linton は当事者に先立って地位と役割が存在していることを前提し，当事者はあとから個々の地位と役割を占めると考えている点にある．したがって，Linton の役割概念は，それを遂行する行為者とは無関係に存在しうる非人格的なものであるのに対して，Sarbin のそれは個々の行為者に密着したものである（安田，1986b）．

また，役割期待の類似概念としてスクリプトがあるが，前者は社会心理学，後者は心理学の分野から出た概念である．スクリプトについてはⅢ-2-(1) で詳細に検討するが，Abelson（1976）によると，参加者あるいは観察者としての個人が期待する出来事の首尾一貫した順序（連続）である．スクリプト理論と役割理論のパースペクティブは，表面的には非常に類似しているが，両者の間には次のような基本的相違がある（Bateson, 1991）．

(1) スクリプト理論のパースペクティブはかなり広い範囲に関係している．たとえば，サービス・デリバリー・プロセスの場合では，サービス・デリバリー環境の影響を含んでおり，個人間の相互作用（サービス・エンカウンター）というよりは，サービス経験に関係している．

(2) スクリプトは個人的・主観的であるが，役割はより客観的で，個人の知覚や認知というよりは，社会的地位あるいは肩書によって定義されている．スクリプトは各個人ごとに存在し，個人の経験とパーソナリティの関数である．

なお，役割理論は，サービス・エンカウンターにおける参加者の知覚に直接的に関係していないので，たとえば，二人の顧客（内向的な人と外向的な人）が同じ話好きの従業員と相互作用を行っても，彼らの相互作用に対する評価が異なっているかもしれないことを説明できない．

からである．なお，役割[注46]とは，一般的に，経験とコミュニケーションを通じて学習された行動パターンのセットであり，ある社会的な相互作用において，目標達成の効果を最大にするために個人によって遂行されるものである．そして，個人がある役割を引き受けるときには，あらかじめ決められている行動セットに従って，同じように行動することが期待されている．サービス・デリバリー・プロセスでは，顧客と従業員間にはそれぞれに対して役割期待が存在するので，行動予測とそれに基づく協働の実行は比較的容易である．したがって，サービス・エンカウンターは，顧客と従業員がそれぞれに他者が期待する役割を演じるなかで展開される経済的交換過程と言い換えることもできる．

そして，サービスに対する顧客の満足/不満足は,「従業員によって演じられた行為が役割期待と一致しているかどうか（役割一致）」にも依存している（Solomon, Surprenant and Gutman, 1985）．また，相互作用は双方向のものであり，役割一致は，顧客ばかりでなく，従業員にも影響を与えると考えられる．したがって，顧客と従業員のそれぞれが相手の持つ役割期待と一致する行動を遂行する場合に，両者とも満足を形成し，不一致の場合には，両者とも不満足を形成するかもしれない．

このことは，顧客が従業員からの期待にそむくと，従業員も顧客の要望に応えるような役割行為をしない，ということを意味している．消費経験のない，あるいは消費経験の少ない顧客や，デリバリー経験の少ない従業員の場合には，役割期待を十分に理解できていないことから，期待された役割と果たした役割との間に相違を生み出し，協働の実行効率の低下と共通目標の達成を困難にするであろう．

経験回数ばかりでなく，過去の経験内容も役割期待の内容に影響を及ぼし，双方の役割期待に関して相違を生み出す可能性がある．たとえば，過去に満足できるサービスを受けたことのある顧客は，再び同じようなサービスを利用する際にかなり高い期待水準を持つかもしれない．そして，過去に利用したサービス組織の従業員が遂行した質の高い行為をこれから利用しようとするサービス組織の従業員に対しても期待することにつながり，従業員がその期待に応えない限り，顧客は不満足を形成することになる．つまり，相互作用行為における役割は社会的に確立され，かなり客観的性格を帯びているが，個人の経験によって役割それ自体が改変される可能性があるということである．そして，その役割期待が改変されたために，実行された役割との間にずれが生じ，協働行為の実行と共通目標の達成が困難になることもあるであろう[注47]．

e）社会的地位の一時的中断

サービス・デリバリー・プロセスにおいて従業員と顧客はそれぞれに演じるべき役割を持っているが，その役割のために，おのおのが享受している通常の社会的地位は一時的に中断される．

つまり，社会的に地位が高いと考えられている職業（たとえば，弁護士や医師）に就いている人でも，顧客との相互作用関係においては，顧客のために働くということである．これは当然のことであるが，実際のサービス・デリバリー・プロセスでは必ずしも行われていない．

その顕著な例が，官公庁や病院などにおける

注47）サービス組織の積極的な戦略として，その組織のデリバリー・プロセスに独自の役割期待を顧客のなかに作り上げてしまうということが考えられる．当該組織のサービスを消費するプロセスで顧客が従業員に期待できる行為を差別的に作り上げることで，他のサービス組織を利用した場合には，その期待に沿った役割行為を受けられず，顧客に不満足を形成させるようにするものである．つまり，顧客満足の向上につながるようなサービス品質水準を明確にすることで，それを達成するための従業員の役割を差別的に構築し，顧客のなかにその役割をサービス・デリバリー・プロセスにおいて期待すべきものとして埋め込むことである．そうすることで，その顧客が他のサービス組織を利用する場合に，その埋め込まれた役割をその従業員にも期待するが，それが満たされないことにより，そのサービス組織に対して不満足を形成させることができ，顧客と自組織との間に長期的な関係性を構築できる可能性がある．

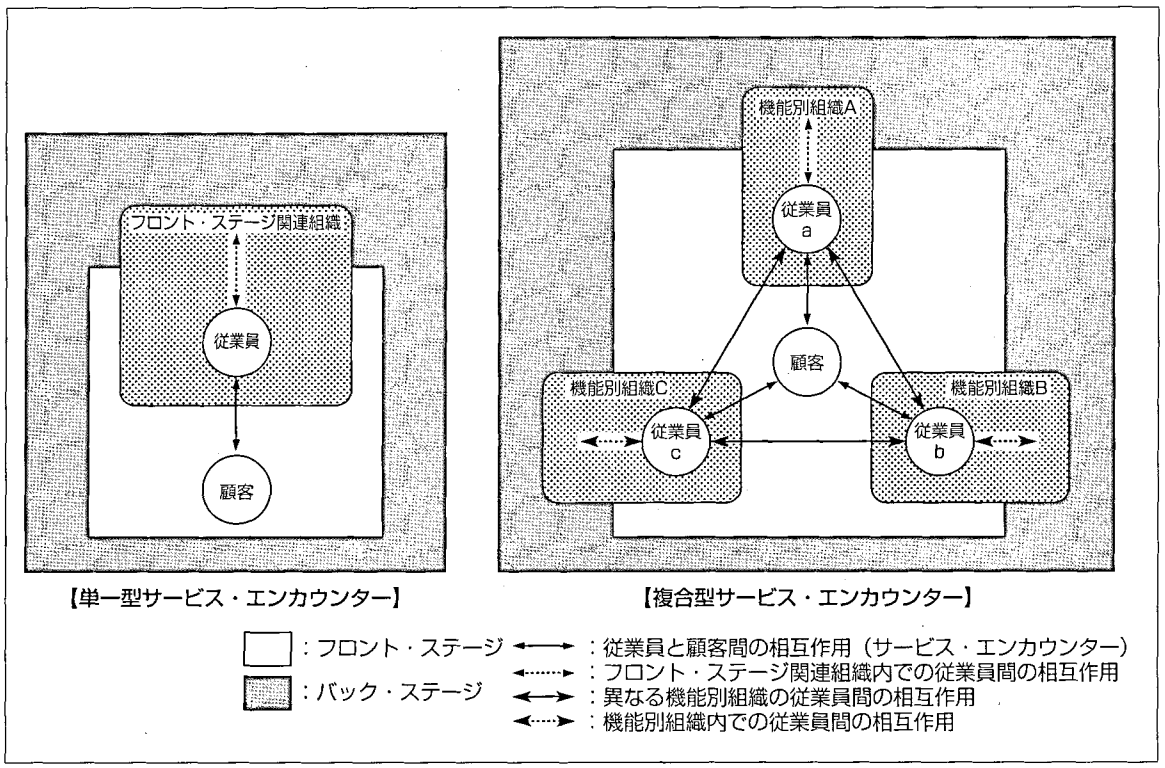


図 12　単一型サービス・エンカウンターと複合型サービス・エンカウンター

サービス・エンカウンターである．これは，民間のサービス組織でもみられ，そのことは顧客に不満足を形成させる大きな原因となっている．

このようなことが起こるのは，サービス組織の目標設定に誤りがあるか，あるいは設定された目標が従業員に正しく理解されていないからである[注48]．

1-4-(4) サービス・エンカウンターの類型と課題

サービス・エンカウンターへの従業員の関与の仕方から，サービス・エンカウンターは図 12 のように「単一型」と「複合型」に分類できる．

以下では，二つの型のサービス・エンカウンターの特徴とそれがもたらすサービス組織の経営課題について検討したい．

a）単一型サービス・エンカウンターの特徴

単一型サービス・エンカウンターは，フロント・ステージにかかわる従業員組織が職能別に明確に分離しておらず，一人の従業員が顧客へのサービス・デリバリー・プロセスで発生するすべてのサービス・エンカウンターに関与し，その展開に必要な機能をすべて果たすものである．したがって，フロント・ステージの従業員は多能工的である．また，機能別に組織が形成されていると

注 48）サービス・エンカウンターにかかわる役割一致には，「サービス組織内部での役割一致」と「従業員と顧客間での役割一致」とがあるが（Solomon, Surprenant and Gutman, 1985），設定された目標が従業員に正しく理解されていないというのは前者の役割一致と関係している．

しても，活動の遂行が機能別組織の枠を越えて流動的に行われている場合には，この類型に属するものと考えられる．

サービス・デリバリーの開始から終了までの間に顧客との間で展開されるサービス・エンカウンターには基本的に同じ一人の従業員のみが関与し，その従業員がサービス・デリバリー・プロセスとサービス品質に対して責任を負うことになる．一人の従業員が多能工的にサービス・デリバリーを行うが，そこで展開されるサービス・エンカウンターに参加する顧客は一人であるとは限らない．理容師や家庭教師のように顧客と１対１でサービス・エンカウンターを展開する場合もあれば，路線バスの運転手や落語家のように，同時に多数の顧客との間で展開する場合もある．

単一型サービス・エンカウンターが展開されるサービス組織の特徴として，第１に，組織全体あるいはフロント・ステージ部分が小規模か，または組織全体は大規模であるとしても，フロント・ステージは同質的な知識や技能を持った従業員のみから構成されていることである．

これに対して複合型サービス・エンカウンターが展開されるサービス組織は，フロント・ステージは分業化・専門化しており，異質な知識や技能を持った従業員から構成されている．

なお，単一型のサービス・エンカウンターが展開されるサービス組織でも，その提供サービスに対する需要規模あるいは利用者が拡大し，さらにサービス・エンカウンターにかかわる機能を分割できる場合には，複合型へ移行していく可能性がある．

第２の特徴として，従業員は顧客との間に個人的な人間関係を構築しやすいし，顧客に関する情報を集中的に蓄積・管理することができる．このことは両者の相互理解を高め，サービス・エンカウンターの効果的かつ効率的展開や，顧客の反復的あるいは継続的利用を促すであろう．

たとえば，同じ理容店を反復的に利用している場合，顧客は利用のたびごとに望む髪形を詳細に説明（仕様決定）しなくても，「いつものように」というだけで済むであろう．さらに，散髪中に理容師との会話もスムーズに行われ，顧客は退屈しないで済むかもしれない．

これに対して複合型サービス・エンカウンターでは，その利用が長期的・継続的でない限り，顧客と従業員との間に個人的な人間関係は構築されにくく，個人対組織の関係で終わることが多いであろう．また，顧客に関する情報もサービス・エンカウンターに関与する複数の従業員や機能別組織によって分散的に蓄積・管理されることから，各従業員がサービス・エンカウンターを効果的かつ効率的に展開することや，顧客のニーズに合ったサービスをデリバリーすることは単一型に比べて困難である，と考えられる．

したがって，単一型サービス・エンカウンターの場合，デリバリー効率やサービス品質は一連のサービス・エンカウンターに関与する従業員個人の能力，行動，態度，外見などにかなりの程度に依存するので，従業員のサービス・エンカウンターの展開能力や管理能力，モチベーションを高めることがサービス組織にとって重要な経営課題となる．

b）複合型サービス・エンカウンターの特徴

複合型サービス・エンカウンターは，フロント・ステージが異なった複数の機能別組織の従業員から構成されており，彼らがサービス・エンカウンターに順次あるいは同時に関与する．サービス・エンカウンターにかかわる活動は分業化され，フロント・ステージの個々の従業員はサービス・デリバリー・プロセスで展開される一連のサービス・エンカウンターの一部にしか関与しないために，彼らは基本的には単能工的である．また，フロント・ステージの従業員はサービス・デリバリー，あるいはサービス・エンカウンターの展開に必要な機能の一部しか果たさないため，サービス・デリバリーは組織のシステムを通じて行われる．つまり，複数の従業員が順次あるいは同時にサービス・エンカウンターに関与し，バック・ステージの支援を受けながら従業員が協力・調整を行う過程でサービスはデリバリーされる．サービス・デリバリーが主に個々の従業員を通じ

て行われる単一型とは対照的である．

このような分業体制は一人では処理が困難な課題の遂行を可能にするだけでなく，課題遂行における効率性の向上や創発性の発揮，過ちの防止などの効果も期待される．しかし一方で，関与する従業員それぞれが本来備えているさまざまな資質が十分に発揮されずに，損失が生じるという問題もある．これは「プロセス損失（process loss）」と呼ばれ（Steiner, 1972），関与する従業員集団に期待される効率水準と実際の遂行との間に生じるマイナスのギャップである．集団による分業体制ではプロセス損失が生じやすく，そのために必ずしも期待されている効果を達成することができない．

Steiner（1972）はこのようなことが起こる原因として，二つの側面を指摘している．第1の原因は集団構成員のやる気にかかわる側面である．構成員の遂行が集団全体の結果として一つにまとめ上げられる場合，結果に対する各構成員の努力量や貢献度に匿名性やあいまいさが存在するので，手抜きをして他のメンバーの努力にただ乗りしようとする誘因が生じやすくなる（Latane, Williams, Harkins, 1979）．各構成員の貢献度にあいまいさが存在し，集団が達成した成果の配分を貢献度に関係なく同じように享受できる場合，各個人が本来備えている資質を最大限に発揮しようとしないのは合理的な行為であり，その結果としてプロセス損失が生じることになる．

第2は集団構成員間での行為の相互調整にかかわる側面で，調整に失敗すると集団の遂行に非効率が生じる（Diehl and Stroeba, 1987；Valacich, Dennis, and Connolly, 1994）．たとえば綱引きでは，手抜きが発生することもあるが，綱を引くタイミングや方向を構成員間でうまく調整できないと，各構成員の力を総和しただけの力を集団全体として実現できないということが起こる（亀田・村田，2000）．

サービス・デリバリーでは，異なる機能別組織の従業員間での顧客情報の受け渡しや活動の引き継ぎで時間的ずれが生じたり，あるいはその過程でノイズが発生するために，効率の低下が起こりやすい．このような調整の失敗は，集団の遂行効率を期待水準以下にとどめることになるが，サービス・デリバリーの文脈では，さらに顧客の不満足形成の原因ともなる．

サービス消費における苦情の原因を分析すると，その問題は機能別組織（部門）間で情報や活動が効果的かつ効率的に引き継がれていないことから発生していることも多い．たとえば旅館では，客室係に対する苦情は調理場が料理を迅速に出さなかったことにより，調理場に対する苦情はフロント係が宿泊客の好みに関する情報を連絡し忘れたことにより，また，フロント係に対する苦情は客室係が宿泊客のチェックアウト時刻を連絡し忘れタクシーの配車が遅れたことにより生じていることが多い．したがって，従業員間の行為の相互調整は組織の効率だけでなく，顧客満足にも重大な影響を及ぼす問題であるといえる．

Steinerは，このような二つの側面の結果としてプロセス損失が生じると論じているが，分業に伴うリスク回避の体制も原因となっているのではないかと考えられる．Hutchins（1990）は，大型船の航行チームを参与観察し，誤りに対するチームの耐性を強化するために，効率が犠牲にされていることを発見している．そのチームでは分業体制が存在していたが，各構成員の責任領域が明確に区分されていなかったので，自分の職務範囲でない他の領域に頻繁に介入することにより，誤りの発生によるチームの機能停止は未然に防止されていたのである．つまり，完全な分業ではなく，バックアップを含んだゆるやかな分業によって，最高の効率は犠牲されるが，致命的な誤りを犯す可能性が低減されていたのである．

プロセス損失はこのような三つの側面から生じるが，リスク回避のための分業体制については致命的な機能停止を未然に防止することから，長期的な視点では必ずしも損失あるいは非効率とはいえない場合もある（亀田・村田，2000）．

医療サービス組織，とくに病院は複合型サービス・エンカウンターの典型である．病院のフロント・ステージは医師，看護師，医療技術者，受付係，会計係，労務員といった異質な職能集団から構成されている．たとえば，診療というサービス・エンカウンターでは，医師と看護師が同時に患者

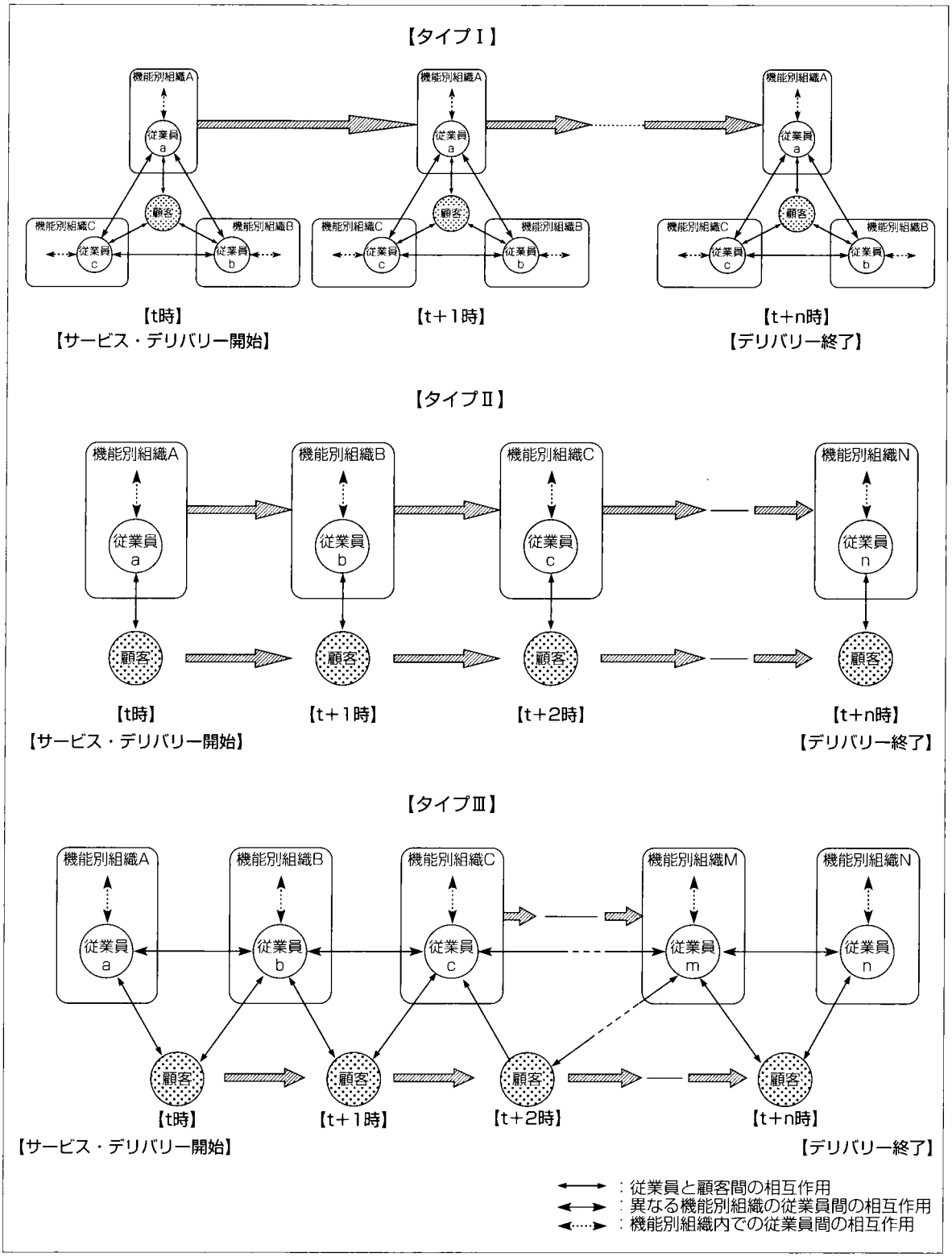


図 13　3 タイプの複合型サービス・エンカウンターの比較

注）t 時　　：サービス・デリバリーの開始時点
　　t＋1 時：デリバリー・プロセスにおける次の段階での，異なる機能を果たすサービス・エンカウンターの開始時点
　　t＋n 時：n 回目の異なる機能を果たすサービス・エンカウンターの開始時点

と接触し，お互いに協力しながら医療サービスのデリバリーを行っている．また，一人の患者に複数の医師や看護師がかかわることから，プロセス損失が生じている可能性が高いであろう．したがって，分業体制のメリットである一人では処理が困難な課題の遂行の実現，課題遂行における効率性の向上や創発性の発揮，過ちの防止などを享受しながら，同時にプロセス損失を削減できるように，個々の従業員のモチベーションの維持・向上のための職場環境の設計・改善，従業員の活動を効果的かつ効率的に連結・調整できるようなシステムを構築する必要がある．

また，各従業員はその活動に関連した顧客情報しか収集できないために，顧客に関する情報は従業員間あるいは機能別組織間に分散している．顧客情報が分散しており，各従業員がサービス・エンカウンターを展開する一人ひとりの顧客に関する情報を総合的に検索・活用できない場合には，相互理解の欠如からサービス・エンカウンターの効果および効率が阻害される可能性が大きい．したがって，顧客情報を集中的に蓄積・管理し，サービス・エンカウンターに関与するすべての従業員が顧客情報を共有できるようなコミュニケーション・システムを組織内に構築する必要がある．

このように，複合型サービス・エンカウンターが展開されるサービス組織においては，デリバリー効率やサービス品質は，サービス・エンカウンターに関与する個々の従業員の能力，行動，態度だけでなく，顧客情報を集中的に蓄積・管理できるような情報システムの有無とその形態，従業員間，あるいは機能別組織間のコミュニケーションや協力・調整の程度など，さまざまな要因に依存していることになる．

ところで，このような特徴を持つ複合型サービス・エンカウンターは，時間経過とサービス・エンカウンターに関与する従業員の変化という観点から，**図 13** のように，三つのタイプに分類できる．

タイプⅠでは，サービス・デリバリーの開始から終了までの間に展開されるサービス・エンカウンターに対して複数の従業員が関与し，お互いに協力・調整することで顧客へのサービス・デリバリーが行われる．たとえば，一人の患者の治療に対して歯科医師一人と一人の歯科衛生士が立ち会うような歯科診療所でのサービス・エンカウンターはこのタイプに属する．このタイプのサービス・エンカウンターでは，サービス・デリバリーの開始から終了まで同じ従業員が顧客と接触するために，従業員が顧客との間に個人的な人間関係を形成したり，顧客に関する必要な情報を獲得したりすることは，他のタイプの複合型サービス・エンカウンターに比べると容易である．

タイプⅡでは，サービス・エンカウンターは顧客と従業員の１対１の関係を中心として展開されるが，デリバリー・プロセスの段階によって必要とされる活動の内容が異なるために，各サービス・エンカウンターには異なった機能別組織の従業員が関与する．このタイプのように，サービス・エンカウンターを通じてサービス・デリバリーを受ける場合，顧客は次々と機能別組織の間を移動していくか，あるいは活動ごとに担当者が交代するのを待たなければならない．したがって，このタイプのサービス・エンカウンターが展開されるサービス組織は，顧客の便益，行動，知覚，評価といった観点からというよりも，組織の論理あるいは従業員の利便性や行動の観点からデザインされている，と見ることができる．

医療サービスや行政サービスを受ける場合，顧客はこのタイプのサービス・エンカウンターに直面することが多くなっている．このタイプのサービス・エンカウンターが展開される組織では，サービス・デリバリーのための一連の活動が各機能別組織で効果的かつ効率的に行われることも重要であるが，それらの活動を円滑にリンクするような組織内コミュニケーションも効果的かつ効率的に行われなければならない．

タイプⅢはタイプⅠとⅡの混合形であり，そこでの特徴も両タイプのものを合わせ持っている．

Ⅰ-5. 医療サービスの品質

医療サービスにおける品質および患者満足の構造を明らかにするための質的調査の折に，ある医師から次のような話があった．

「医師には三つのA，すなわちAbility（医療能力），Affability（愛想の良さ），Availability（緊急対応能力）が必要であり，いくら愛想が良くても腕がなければ，患者を死なせるだけである．」

「手術がうまくいき心配ないと思うと，医師はその患者のところにあまり足を運ばないので患者は満足しない．また，手術がうまくいくと，治療が少なく患者は早く退院するので収益性が低い．逆に，手術が困難で合併症などが生じた患者に対しては，医師も心配なので何度も足を運ぶので患者は満足する．さらに，そのような患者に対してはさまざまの治療を行うので収益性も高い．」

この二つの話から，医療サービスの品質や患者満足研究は慎重に扱わなければならない多くの問題があることを感じさせられたが，その中には次のようなことがある．

①医師（あるいは医療従事者）と患者との間には医療サービスの品質に関して認識ギャップが存在しているのではないか．

②医療サービスにおける品質とは何か．

③医療従事者（医師や看護師）の患者に対する態度は患者満足に対して重大な影響を及ぼすが[注49]，そのことは患者個人および社会的に見て望ましい医療サービスの品質と患者満足との関係を示しているのであろうか．

これらの問題はすべて，医療サービスのデリバリーや評価には専門的知識や技能が必要とされること，および，そのために医療従事者と患者との間に知識・情報格差が存在していることから生じている．したがって，医療サービスを含む専門サービスの品質の研究においては，非専門サービスにおいて構築された概念や理論を用いながらも，新たな視点を加えて考察する必要があるといえる．

以下では，医療サービスを典型とする専門サービスの品質にかかわる問題について若干の考察を行いたい．なお，①の認識ギャップの問題については，Ⅳ-2-(1) で詳細に検討する．

Ⅰ-5-(1) 知覚品質と客観的品質

品質は大きく，客観的品質（objective quality または actual quality）と知覚品質（perceived quality）とに分けることができる．Holbrook and Corfman (1985) の用語を借用すると，前者は機械論的品質（mechanistic quality）に，後者は人本主義的品質（humanistic quality）に相当する．

Zeithaml (1987, 1988) によると，客観的品質とは製品（モノやサービス）における実際の技術的卓越性あるいは優秀性であり，知覚品質とは製品の全体的な優秀性あるいは卓越性についての顧客の判断である．さらにZeithamlは，知覚品質は以下のような特徴を持つと論じている．

①製品を構成する特定の属性ではなく，高度に抽象化されたものである．

②全体的な評価という点では，態度[注50]と類似している．

③判断は顧客の想起集合（evoked set）[注51]の範囲内で行われることが多い．

Holbrook and Corfman (1985) によると，客観的品質あるいは機械論的品質は，物あるいは出来事の客観的性状あるいは特徴を意味するものである．一方，知覚品質あるいは人本主義的品質は，

注49）藤村（1995b，1995c）を参照のこと．

対象物に対する人々の主観的反応であるため，非常に相対論的な現象で，判断する人によって異なるものである．また Monroe and Krishnan (1985) によると，知覚品質は利用可能な代替案と比較して，ある特定の製品が満足を提供することに関して知覚された能力である．

品質については，これら以外にも多くの定義がなされているが，要約するならば，客観的品質はあらかじめ設定された理想的な基準で測定された製品の技術的優秀さである．あるいは，欠陥の発生率や製品仕様との適合といった客観的指標で測定される品質である．一方，知覚品質は顧客の知覚[注52]に基づく製品の全体的評価，あるいは製品に対する態度のような意味で使われている．

本稿で論じる品質は知覚品質を意味しているが，それは以下の二つの理由による．

第1には，サービス品質の核となる部分は行為，パフォーマンス，努力などの無形なものであり，サービスの選択意思決定過程においては，顧客はサービス品質を評価するのにその品質を直接的に示すような本質的属性をほとんど用いることができないということである．多くの場合，顧客が利用できるのは周辺的手掛かり，すなわちサービス組織の建物の外装や内装，設備・機器，従業員の外見や態度，客層，価格などのようなサービス品質を間接的に推測するのに役立つような手掛かりである[注53]．そのため，サービス品質の評価はかなり主観的で，顧客によって異なったものとならざるを得ないので，サービス品質は知覚品質でとらえるほうが適切であると考えられる．なお，サービスの選択意思決定過程おける知覚品質に影響を及ぼす要因については，さまざまなものが提案されているが，Zeithaml (1988) は図14のようなモデルを提案している．

このモデルでは，サービス品質の推測のためにかなり客観的な（抽象化度の低い）諸属性が用いられるが，それらから直接的に知覚品質が形成されることはなく，知覚を通して諸属性が主観的に評価・縮約されることでより抽象的な次元が形成され，それに基づいて知覚品質は形成される，と考えられている．品質を推測する手掛かりとなる客観的属性は，本質的属性（あるいは本質的手掛かり）と周辺的属性（あるいは周辺的手掛かり）とに分けられている．本質的属性とは，手触りや色のように，製品（モノあるいはサービス）の物理的構成要素であり，製品自体を変更しなければ変えることのできないものである．この本質的属性は製品に特有な品質指標であるが，周辺的属性

注50）「態度（attitude）」は，人間の行動を媒介し，またそれを予測するうえでの重要な概念として，社会心理学において古くから研究されてきたものである．定義については研究者によって多少異なっているが，ある対象に対して，経験を通じて作り上げられた認知，情動（感情），および行動の傾向であり，消費者行動を説明するうえで重要な構成概念である，ととらえることができる．たとえば，ある病院に対して，個人が利用経験や口コミを通じて全体として好ましい評価を形成している場合には，肯定的な態度を形成していると表現され，逆に，全体としてよくない評価を形成している場合には，否定的な態度を形成していると表現される．

注51）想起集合とは，消費者が特徴をよく知っており，しかも肯定的な態度を持っているようなブランド（選択代替案）の集合であり，選択意思決定（購買）時に検討の対象となるものである．つまり，病院を利用しなければならなくなったときに，患者が名前を想起し，しかも受診してもよいと考える病院の集合である．なお，消費者が特徴をよく知っているが，否定的な態度が形成されているために検討の対象とならないブランド（選択代替案）の集合は拒否集合（reject set）と呼ばれている．

注52）知覚とは，人間が外界における刺激（情報）を感覚器官をとおして感じ，選択し，体制化し，解釈する過程のことである．すなわち，知覚は，人間の情報処理機構の最前線に位置する下位メカニズムであり，広い意味で，外的な物理的世界を内的な心理的世界へと変換していく機能を遂行している．

注53）周辺的手掛かりが品質評価に用いられるためには，周辺的手掛かりと品質との間に確かな関係が存在しているという信念を顧客が持っていなければならない．

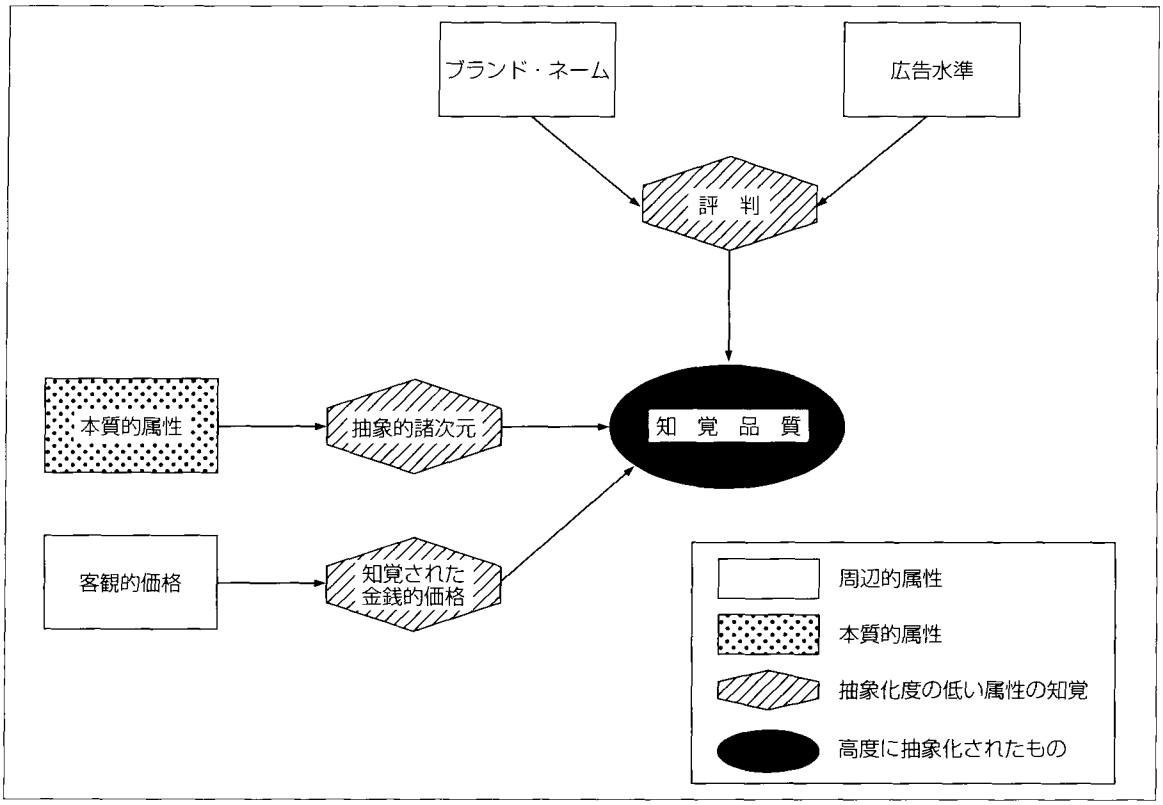


図 14 選択意思決定過程における知覚品質の評価

出所：Zeithaml, V. A. (1988), "Consumer Perceptions of Price, Quality, and Value：A Means-End Model and Synthesis of Evidence," *Journal of Marketing*, Vol. 52 (July), p.7.

は製品や製品カテゴリーにわたって一般化された品質指標である（Zeithaml, 1988）．つまり，本質的属性については，製品ごとにどの属性が品質指標となるかは異なっているため，顧客は利用を検討している製品ごとに違った属性を用いて品質評価を行っている．しかし周辺的属性については，顧客は製品や製品カテゴリーに関係なく品質の一般的指標として用いていると考えられている．

知覚品質のほうが適切である第 2 の理由は，品質はそれを消費する顧客の立場から評価されるべきであるからである．サービス組織が客観的に評価して品質が高いと評価されたサービスが，必ずしも顧客のニーズに適合しているとはいえないし，顧客から見て高い品質を備えているともいえないであろう．品質は顧客の観点から評価され，向上のための試みがなされなければ，顧客を満足させ，ロイヤリティを形成することはできない．

このようなことから，以下で考察するサービス品質とは知覚品質のことである．

Ⅰ-5-(2)
医療サービスの品質次元モデル

サービス・マーケティング研究では，サービス品質はいくつかの部分品質から構成されていると考えられている．ここでは，医療サービスの品質次元モデルを考察する前に，サービス一般の品質次元モデルを簡単に見ておきたい．

サービス品質に関しては，一般的に二つに分解される．代表的なものは，前述の結果品質（output quality）と過程品質（process quality）への分解である．これと類似したものに，Grönroos（1984）の技術的品質（technical quality）と機能的品質（functional quality）がある．前者はサービス組織との相互作用で顧客が得るものの品質であり，後者はサービスを受けるデリバリー・プロセスにか

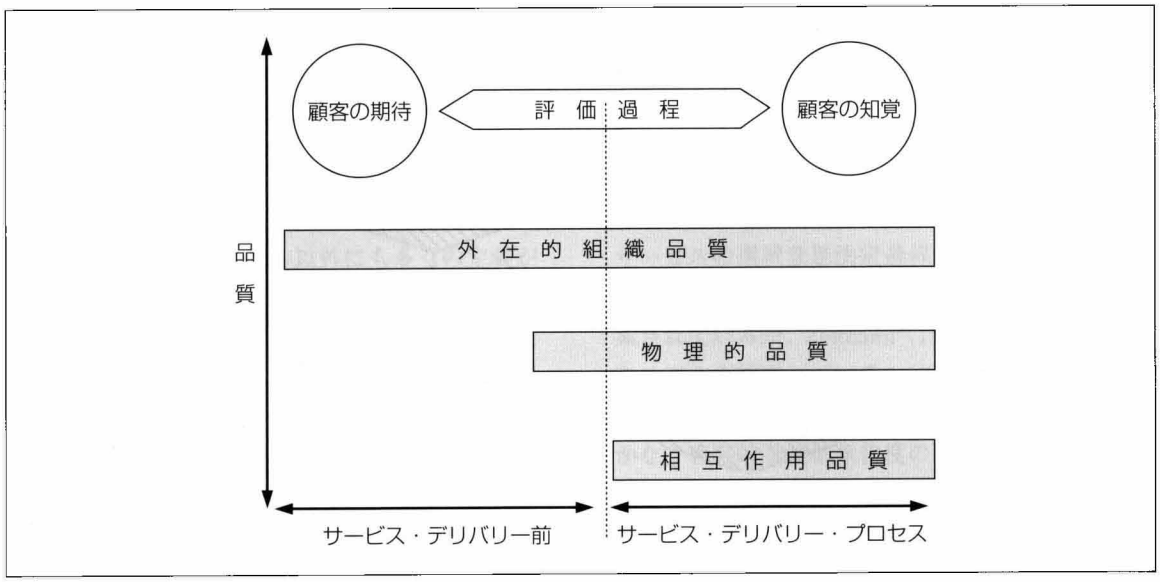


図 15　Lehtinen and Laitamaki のサービス品質構造と顧客の評価過程

出所：Lehtinen, J. and J. M. Laitamaki (1989), "Applications of Service Quality and Services Marketing in Health Care Organizations," D. T. Paul (ed.), *Building Marketing Effectiveness in Healthcare*, Proceeding Series, American Marketing Association, p.45, 一部加筆.

かわる品質である.

サービス品質は三つ以上の部分品質から構成されているという考え方もある. その一つに, 上述の過程品質（あるいは機能品質）をサービス・エンカウンターにかかわる品質とそれ以外のサービス・デリバリー・プロセスにかかわる品質とに分解するものがある.

たとえば, 医療経済学者の Donabedian (1980) は, 医療サービスの品質を以下のような三つから構成されているととらえている.

①構造：施設・設備, スタッフ配置, 教育・専門など

②過程：患者との接触, 診療過程など

③成果：死亡率, 治癒率, 患者満足度など

同じ三つの部分品質への分解でも, Lehtinen and Laitamaki (1989) は, 各部分品質が顧客のサービス選択意思決定過程と選択したサービスの評価過程で果たす役割を考慮し, 以下のように分解している. なお, 物理的品質については, さらに四つの次元から構成されるとしている.

①外在的組織品質 (institutional quality)

サービス組織のイメージ

②物理的品質 (physical quality)

サービス・デリバリー・システムの物理的特徴

(a) 物理的環境の品質：装飾, 外の風景など

(b) 物的設備の品質：設備や機器など

(c) サービス・デリバリー・プロセス, あるいはこの終了後に消費される物財の品質：食事, 飲料など

(d) 成果品質：健康の回復, 不快感や痛みからの開放など

③相互作用品質 (interactive quality)

従業員と顧客の相互作用過程で生み出される品質

この品質モデルは, サービス・デリバリー・プロセスおよびデリバリー終了後の顧客のサービス品質評価を考慮に入れるだけでなく, サービス代替案の選択行動をも考慮している点で, 他の品質モデルとは異なっている (**図 15** 参照). また, サービスの選択意思決定過程では外在的組織品質 (サービス組織のイメージ) と物理的品質が重要な役割を果たし, サービス・デリバリー・プロセス

あるいはその終了後の評価では三つの部分品質とも重要な役割を果たすとされている．上述のように，サービスの選択意思決定過程では顧客はサービス品質を間接的に推測するのに役立つ周辺的手掛かりしか利用できないことが多いということを，このモデルは考慮して部分品質を構築しているという点で評価できるであろう．さらに Lehtinen and Laitamaki は，各部分品質間の関係についても考察しており，たとえば，外在的組織品質は相互作用品質と物理的品質に大きな影響を及ぼすことを指摘している．

また Gummesson（1993）は，Lehtinen and Laitamaki のようにイメージを部分品質の一つとしては組み込んでいないが，イメージを期待や経験などとともに知覚品質に影響を及ぼす要因として取り上げ，サービス品質を以下のような四つの部分品質から構成されるものとしてとらえている．

①デザイン品質（design quality）
モノやサービスの開発とそれらの組合せの仕方にかかわる品質

②デリバリー品質（production and delivery quality）
サービス・デザインに正確に従う能力にかかわる品質

③関係性品質（relational quality）
サービス・デリバリー・プロセスにおける従業員と顧客との関係にかかわる品質

④結果品質（outcome quality）
将来の効用あるいはサービスの最終品質

サービス品質の構造については他にもさまざまなモデルが提案されているが，どのモデルを想定するのが適切であるかは，サービス自体やそのデリバリー・プロセスの特性によって異なっていると考えられる．

医療サービスの場合は，外在的組織品質すなわちサービス組織のイメージを部分品質の一つとして導入した Lehtinen and Laitamaki の品質次元モデルに修正を加えたモデルが適切であると考えられる．なぜならば，医療サービスの品質のコアとなる部分の評価には専門的知識や技能が必要とされるために，患者の多くはそれらを適切に評価することができないからである．患者の多くは医療サービス組織の選択意思決定過程，デリバリー・プロセス，およびデリバリー終了後における品質評価に医療サービス組織のイメージを利用するし，それらによって品質評価や満足形成は大きく影響されると考えられるので，サービス組織のイメージを部分品質の一つとして取り入れることは必要不可欠であると考えられる．

しかしながら，医療サービスの品質次元モデルとしては，彼らの提案するものだけでは不十分である．医療に関する専門的知識や技能は個人に帰属しており，医療サービス組織のイメージよりも，組織に属している医療従事者（とくに医師）個人の名声や評判，学歴，経歴などのほうが，患者の選択意思決定過程，デリバリー・プロセス，およびデリバリー終了後における品質評価で重視される場合もあろう．

たとえば，医療サービスの消費には高い知覚リスクあるいは関与が伴うことが多いので，選択意思決定過程において患者は選択代替案の創出と評価のために積極的に情報探索を行い，その結果として医療従事者個人の名声や評判に関する情報を収集・蓄積し，それらを利用して選択代替案を絞り込むであろう．このようなことから，医療従事者個人のイメージも医療サービス品質を構成する一つの部分品質と考えることができるであろう．ここでは，それを外在的個人品質として加えたい．

さらに，医療にかかわる専門的知識や技能がなければ評価できない品質部分（医療サービスの品質のコア部分）は，患者の多くにとって直接的には評価の対象とならないことが多いが，医療サービスの品質を構成する重要な品質部分であることから，これも専門的知識・技能品質として加える必要がある．そして多くの場合，この専門的知識・技能品質は直接的に評価されるのではなく，他の部分品質の評価を通じて間接的に推測される，と考えられる．

Lehtinen and Laitamaki の提案した品質次元モデルに外在的個人品質と専門的知識・技能品質とを加えることで，**図 15** は**図 16** のように修正することができる．また，医療サービスの全体的品質と各部分品質との関係を示すと，**図 17** のように

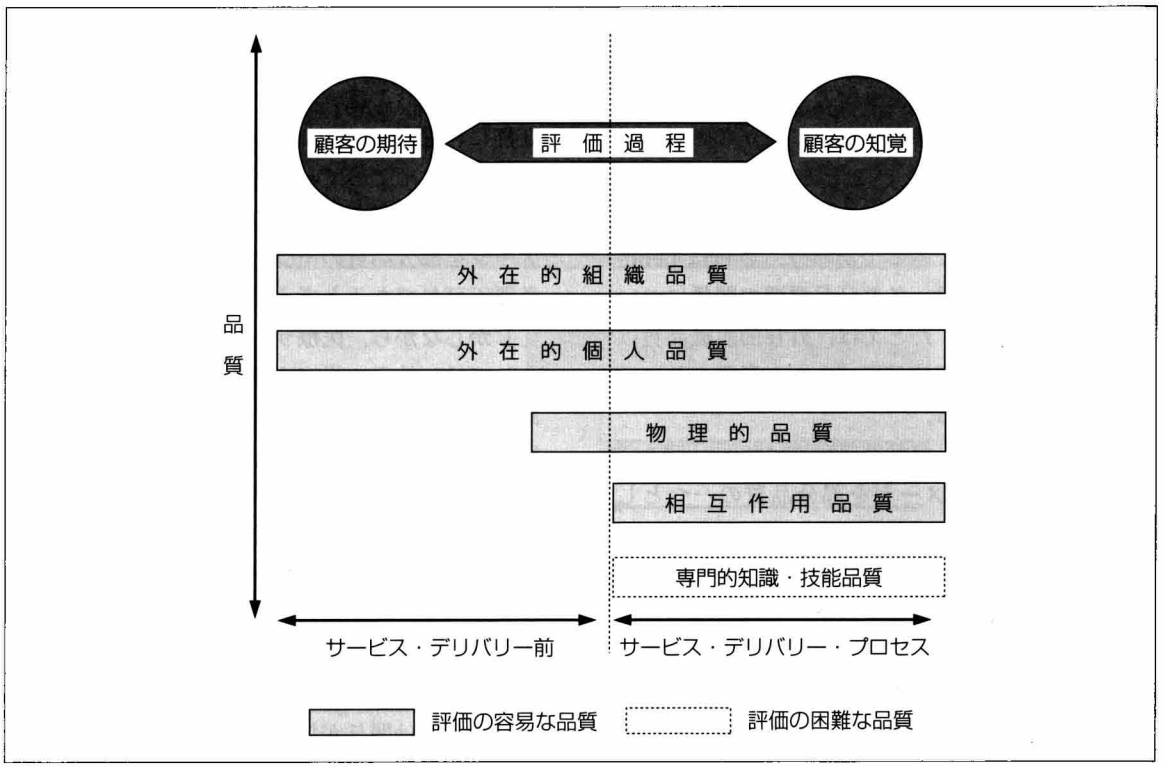


図 16　医療サービスの品質次元と患者の評価過程

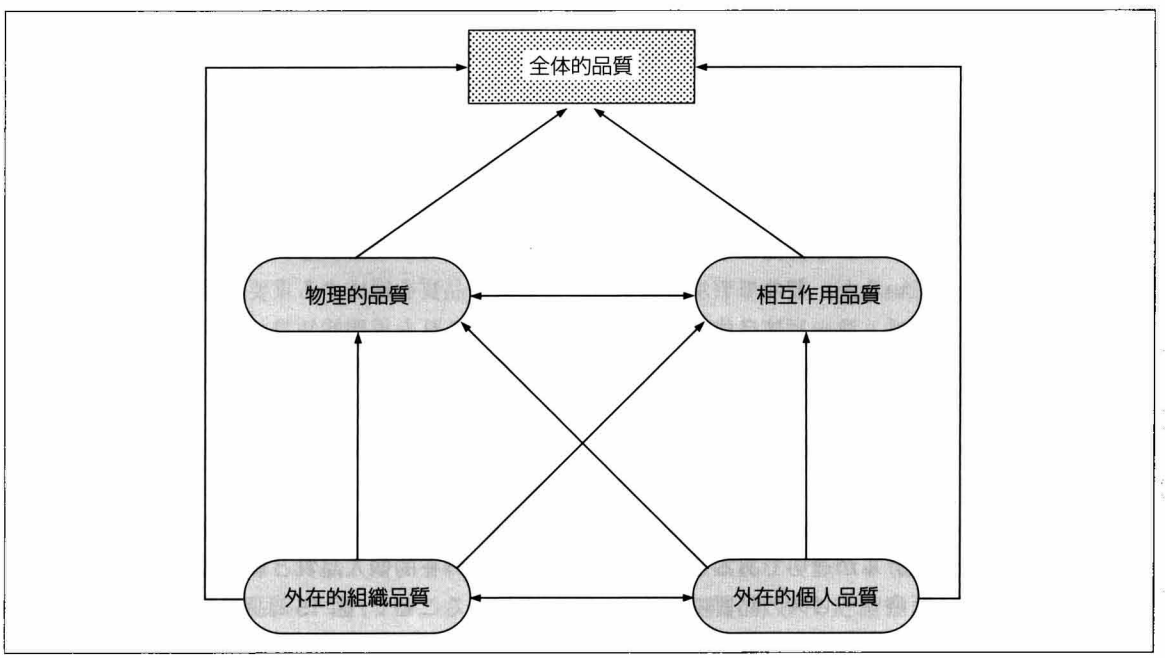


図 17　全体的品質と部分品質の関係

なるのではないかと考えられる．つまり，各部分品質は個々に独立しているのではなく，相互に関連しながら全体品質を構成していると考えられる．ただし，専門的知識や技能品質は直接的には評価できないものとして削除している．

医療サービス組織の外在的組織品質と外在的個人品質は患者の選択意思決定過程において重要な役割を果たすであろうし，選択によって提供されることになる医療サービスに対する期待に大きな影響を及ぼすであろう．さらに，選択意思決定過程において外在的組織品質や外在的個人品質の影響を受けて形成された期待は，提供された医療サービスを評価し，満足/不満足の形成における評価基準となるので，評価過程において同化効果あるいは対比効果[注54]が働く場合には，外在的組織品質と外在的個人品質は期待形成を通じて物理的品質や相互作用的品質にも重大な影響を及ぼすことになる．すなわち，この期待と満足/不満足の形成との関係についてはⅢ-2-(1) で詳細に検討するが，医療サービス組織やそこに所属する医療従事者個人のイメージや評判は，他の部分品質評価にバイアスをかける可能性が大きいと考えられる．

病院の評判は患者満足に大きく寄与するといわれているが，そのようなことが起こるのは，評判が病院の選択基準であり，かつそれは患者がその病院に行けば，品質の高い医療を受けられるかもしれないという期待の表現である可能性が高く，さらに評判の高い病院ならば医師の質も良いはずであると考える可能性が高いからである（郡司，1995）．また，患者を病院選択理由で分類し，分類された患者層別に医療サービスを構成する各品質次元に対する評価を分析すると，医師あるいは病院の評判で選択した患者層では各品質次元に対する評価が比較的高くなっていた．逆に，病院の物理的特徴，すなわち一般病院であるとか，設備の充実度，利便性で選択した患者層と，救急車の職員が選択した患者層では，各品質次元に対する評価は比較的低くなっていた（藤村，1995d）．このような結果は，ポジティブな外在的組織品質と外在的個人品質は他の部分品質の評価に対してポジティブな影響を及ぼす可能性が高いことを示しているであろう．

また，医療サービスの顧客である患者は外在的組織品質と外在的個人品質の影響を受けながら，各部分品質を評価して全体的品質評価を形成するが，そこで形成された全体的品質と専門的知識・技能品質との間に相関関係があるとは限らないであろう．このことは，前述の医師の言葉からも明らかであろう．このように医療サービスに対して患者が知覚する品質は周辺的手掛かり，とくに外在的組織品質と外在的個人品質の影響を受けやすいために，専門的知識や技能を保有する専門家が評価した専門的知識・技能品質やそれに基づく全体的品質とは大きく異なることがあろう．したがって，医療サービスの受け手である患者の視点から品質を評価することも重要であるが，一方，専門家の視点からの評価も必要不可欠である．そして，どちらの評価にもバイアスが存在することを認識し，それを前提として，両評価を参考にしながら，当該医療サービス組織の各部分品質および全体的品質を評価していくことが求められるであろう．

Ⅱ-5-⑥

潜在的な品質形成能力に対する評価の困難性

医療サービスの消費の場合，患者は選択意思決定過程において品質評価に困難を感じるだけでなく，消費後においてさえ評価に困難を感じるであろう．

この消費後の「評価の困難性」とは，患者が受診した医療サービスの品質を評価し，満足/不満足を形成することが困難であるということではなく，医療サービス組織やその従業員の潜在的な品質形成能力を適切に評価するのが困難であるということである．

この潜在的な品質形成能力の評価の困難性は他のサービス消費でも生じるが，それを引き起こす

注54）同化効果と対比効果については，Ⅲ-2-(1)を参照のこと．

主要な要因としては，次の三つのもの，「顧客の参加の程度」，「デリバリー・プロセスに必要とされる知識・技能の専門性の程度」，および「サービスの結果あるいは効果が現れる時間的ずれの程度」をあげることができる．

a）顧客の参加の程度

「顧客の参加の程度」の影響とは，サービス・デリバリーには顧客の参加が必要不可欠であるが，参加の程度が大きくなるほど，顧客自身やサービス・デリバリー空間や時間を共有する他の顧客の参加の仕方が撹乱要因となり，消費過程あるいは消費後においても，サービス組織の潜在的な品質形成能力を評価することが困難になるということである．

サービス組織やその従業員が高いサービス品質形成能力を保持し，サービス・デリバリー・プロセスでそれを発揮したとしても，顧客が積極的かつ適切に参加しなかったり，あるいはそのような参加に必要とされる消費資源を保有していなければ，顧客は低いサービス品質しか享受できない．この場合，顧客はその原因を彼ら自身にではなく，サービス組織やその従業員に帰属させてしまう傾向があるために，サービス組織やその消費経験に対して不満足を形成することになる．

しかしながら，この評価はサービス組織の潜在的な品質形成能力を反映したものではない，といえる．さらに，この顧客の参加がもたらすサービス組織あるいはその従業員の潜在的な品質形成能力の隠蔽は，当該顧客の不満足形成や離脱を招くだけでなく，これがネガティブな口コミとして発信されることによって，顧客側の原因によってサービス組織の評判やブランドが傷つけられてしまうという危険性もはらんでいる．このことから，Ⅳ－3で考察するように，顧客の参加を積極的かつ適切なものにするための仕組み作りも必要とされる．

b）デリバリー・プロセスに必要とされる知識・技能の専門性の程度

「デリバリー・プロセスに必要とされる知識・技能の専門性の程度」の影響とは，サービス・デリバリー・プロセスにおいて従業員に専門的な知識・技能が必要とされるが，顧客がそのような専門的知識を保有していない場合，サービス組織の潜在的な品質形成能力を適切に評価することが困難になるということである．

医療サービスの場合には，患者は治療成果を身体で直接的に実感できるし，その結果が受容可能であるか否かも判断できるので，満足/不満足の形成は比較的容易である．しかし，大部分の患者は専門的知識が十分でないので，治療方法や治癒の程度，治療に要した時間などにかかわる品質（専門的知識・技能品質）を適切に評価することが困難である．医療サービスのように信頼属性が高い割合を占めるサービスの消費でも，その結果が知覚可能な形で現れることがある．そして，その結果が受容可能であるか否かの判断基準が明確な場合には，顧客はその結果を重視して満足/不満足を形成したり，サービス品質やその提供組織を評価する傾向がある．あるいは，サービスの結果が受容可能か否かという評価が容易な場合には，その結果に対する評価がデリバリー・プロセスに対する評価に影響を及ぼし，満足/不満足の形成を歪めたり，その提供組織の潜在的な品質形成能力に対する評価を歪めることもある．

つまり，結果が受容可能な場合にはプロセスに対する評価は高い方向に歪められ，結果が受容不可能な場合にはプロセスに対する評価は低い方向に歪められることがある．このように受容可能であるか否かの判断が容易な要素を重視してサービス評価が行われる場合，顧客は容易にサービス品質を評価できるが，その評価は必ずしも正当にサービス組織やその従業員の潜在的な品質形成能力を反映しているとはいえないことになる．

また，サービスの結果に対する受容可能性の評価は容易でないが，デリバリー・プロセスに対する評価が容易である場合にも，サービス組織の潜在的な品質形成能力に対する評価が歪められるこ

とがある．このような評価の歪みはとくに，顧客がデリバリー・プロセスに参加し，望む便益を生み出すには多くの消費資源を積極的に投入しなければならないにもかかわらず，サービス組織あるいは従業員が故意あるいは過失によって顧客の投入すべき消費資源を不適切に節約させるときに生じやすいであろう．そのような顧客の投入すべき消費資源の節約は専門家からみると不適切なものであっても，顧客にとっては精神的および肉体的負担の軽減となるために，デリバリー・プロセスにおける表面的な現象に目を奪われ，サービス組織やその従業員の潜在的な品質形成能力を不適切に評価することになる．

医療サービスでは，術後の早い段階で患者が自分で身体を動かすようにしたほうが回復は早いといわれるが，患者にとっては多大な肉体的苦痛を伴うため，そのようなことを強要する医師や看護師に対しては不満足を形成しやすいであろう．一方，術後に患者が身体を動かさなくても済むようにデリバリー・プロセスが設計されている場合，短期的には，患者の感じる苦痛の程度が比較的小さいので，医師や看護師に対して不満足を形成しにくいであろう．むしろ，やさしい接遇として評価し，高い評価を行うかもしれない．

このように，サービス・デリバリー・プロセスにおいて従業員に専門的な知識・技能が必要とされ，しかも顧客がそのような専門的知識を保有していないために，それらを適切に評価できない場合，サービスの結果が受容可能か否かといった評価の容易な点や，不適切な消費資源の節約がもたらすデリバリー・プロセスへの参加の“心地よさ”や“楽(らく)さ”といった表面的な現象によって，サービス組織やその従業員に対する評価が歪められることがある．この結果として，評価は潜在的な品質形成能力を必ずしも反映していないものとなることがある．さらに，サービスの結果品質と過程品質には顧客自身の参加，すなわち保有する消費資源とその展開のあり方も反映される．それゆえに，サービス組織やその従業員の潜在的な品質形成能力は二重に覆い隠されることになる．

c）サービスの結果あるいは効果が現れる時間的ずれの程度

「サービスの結果あるいは効果が現れる時間的ずれの程度」の影響とは，サービスの結果あるいは効果がデリバリー・プロセスにおいて，あるいはその終了後から徐々に現れはじめ，長期的に継続あるいは向上していくのに要する時間，もしくはデリバリー・プロセスが終了してから結果あるいは効果が出現するのに要する時間が長くなるほど，顧客はサービス組織やその従業員の潜在的な品質形成能力を正当に評価することが困難になるということである．

図 18 は，変化の発現時点と変化の終了時点を組み合わせることで，サービスの結果あるいは効果の出現をパターン化したものである．

多くのサービスは，サービス・デリバリー・プロセスの開始直後の時点あるいは途中の時点において即時に結果や効果が現れ，終了時点までにそれらは最大になるために，パターン 1-1，1-2，1-3，2-1，2-2，3-3 のような出現パターンをとる．しかし，医療サービスや教育サービスのように，サービスの結果あるいは効果の対象が身体や能力である場合には，パターン 1-4，2-4，3-4，4-4 のような出現パターンをとり，時間的ずれが生じやすい．

サービスの結果あるいは効果の出現とデリバリー・プロセスとの間に時間的ずれが存在するサービス消費の場合，消費終了後，つまりサービス・デリバリー・プロセスが終了した時点では，デリバリー・プロセスに参加した従業員の行動や態度は評価できたとしても，それによって提供されたサービスの結果あるいは効果の全体がまだ知覚可能な形で現れていないために，顧客はそれを評価できない．

また，その結果あるいは効果が出現するまでの時間的ずれの間に，それらの出現を促進あるいは抑制するさまざまな要因が作用し，錯乱させる可能性も高い．したがって，このようなサービスに対する評価は時間経過とともに変化する可能性が高いが，そこにはさまざまな撹乱要因による偶然性が入り込む余地が大きいので，サービス組織や

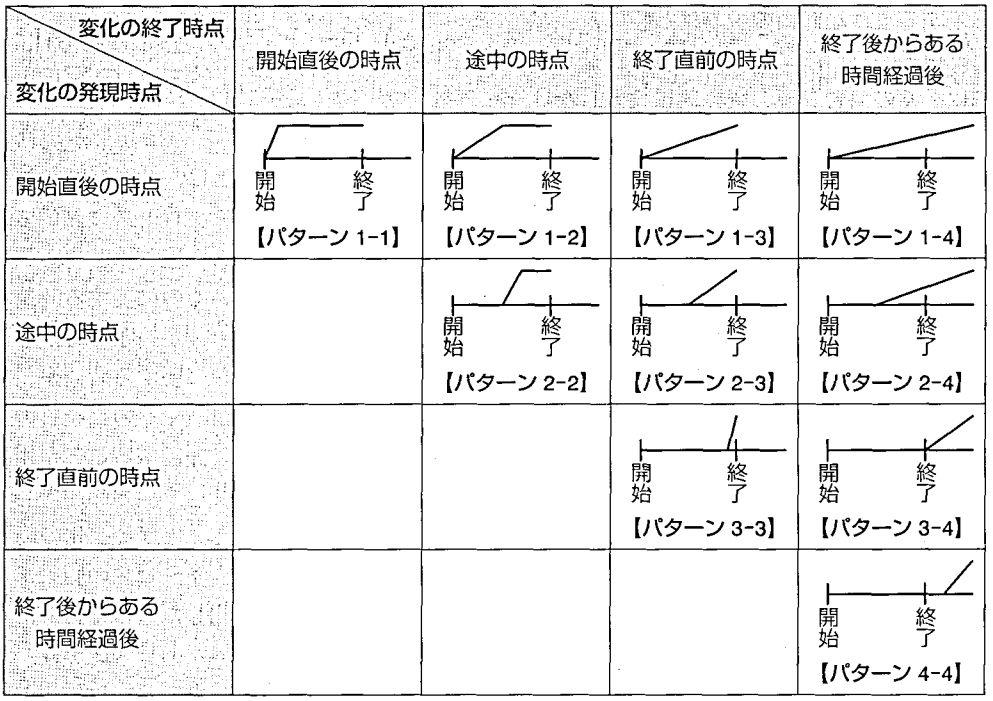


図 18　変化の発現時点と終了時点によるパターン

その従業員の潜在的な品質形成能力を正当に評価することは困難である．

医療サービスは，このような時間的ずれが生じるサービス典型である．疾病が重大である場合，治療の効果は医師やその属する組織の医療能力，患者の回復のための努力に依存するだけでなく，それらが累積され複雑に結びつくことで，長期的に現れてくる．このことから，医療サービスの効果は，長期的な時間経過後に振り返ることでしか評価できないということになる．

したがって，デリバリー終了段階での評価は主にデリバリー・プロセスにおける経験に基づいて行われるために，デリバリー・プロセスに参加した医師や看護師，その他の従業員の態度や行動，物理的環境，上述のような患者にとっての消費資源の節約度（“心地よさ”，“楽（らく）さ”）などによって大きく影響されることになり，医師や組織の潜在的な品質形成能力を適切に反映していないということが起こり得る．また，一定の時間経過後に評価を行うとしても，個々人によって効果の現れる時間的長さに差異が存在するために，測定時点によって評価は異なったものとなるし，その時間の経過過程でさまざまな撹乱要因が作用してしまうために，当該医療サービスの効果だけを抽出して評価することは不可能である．

以上のような「顧客の参加の程度」，「デリバリー・プロセスに必要とされる知識・技能の専門性の程度」，「サービスの結果あるいは効果が現れる時間的ずれの程度」といったものが，サービス組織やその従業員の潜在的な品質形成能力を隠蔽し，その正当な評価を困難にしている．この結果，潜在的な品質形成能力が高いにもかかわらず低く評価されて，顧客の不満足形成や離脱が招かれるだけでなく，それがネガティブな口コミとして発信されることで，サービス組織の評判やブランドが傷つけられてしまうという危険性もはらむことになる．医療サービスの場合にはとくに，このような問題が起こりやすいであろう．

なお，医療サービスでは患者による品質評価や満足/不満足の形成に歪みが生じやすいことは，患者満足調査は無意味であるということを意味しない．どのような調査も常にバイアスや歪みを伴うので，それらが調査結果に反映されていることを

理解して，知覚品質や患者満足の高さ，それらに有意な影響を及ぼす要因を考察する必要がある，ということである．さらに，患者の評価に歪みが生じやすいということは，その歪みを前提として，同じ調査票で定期的に調査を行うことによって，調査結果（評価数値）の時系列的変化を分析することが重要である，ということである．

【参考文献】

Abelson, R.P. (1976), "Script Processing in Attitude Formation and Decision Making," in J. S. Carroll and J. S. Payne (eds.), *Cognition and Social behavior*, Erlbaum, pp.33-45.

Albrecht, K. and R. Zemke (2002), *Service America in the New Economy*, New York, NY : McGraw-Hill.

Barlow, J. and D. Maul (2000), *Emotional Value : Creating Strong Bonds with Your Customers*, San Francisco, CA : Berrett-Koehler Publishers. 砂野吉正訳，『エモーショナル・バリュー』，生産性出版，2001年.

Bessom, R.M. and D.W. Jackson (1975), "Service Retailing : A Strategic Marketing Approach," *Journal of Retailing*, Vol. 5 (Summer), pp.75-84.

Bateson, J. (1977), "Do We Need Service Marketing," in P. Eiglier, E. Langeard, C. Lovelock, J. Bateson and R. F. Young (eds.), *Marketing Consumer Services : New Insights*, Marketing Science Institute, Report No. 77-115, pp.1-30.

Bateson, J.E.G. (1991), "Understanding Services Consumer Behavior," in C. A. Congram (ed.), *The AMA Handbook of Marketing for the Service Industries*, AMACOM, pp.135-149.

Berry, L.L. (1984), "Services Marketing Is Different," in C. H. Lovelock (ed.), *Services Marketing*, Englewood Cliffs, NJ : Prentice-Hall, pp.29-37.

Berry, L.L. (1999), *Discovering The Soul of Service : The Nine Drivers of Sustainable Business Success*, New York : The Free Press.

Booms, B.H. and M.J. Bitner (1981), "Marketing Strategies and Organization Structures for Service Firms," in J. H. Donnelly and W. R. George (eds.), *Marketing of Service*, Proceeding Series, Chicago, IL : American Marketing Association, pp.47-52.

Crosby, L.A. and N.J. Stephens (1987), "Effects of Relationship Marketing on Satisfaction, Retention and Price in the Life Insurance Industry," *Journal of Marketing Research*, Vol. 24 (November), pp.404-411.

Czepiel, J.A., M.R. Solomon, C.F. Surprenant and E.G. Gutman (1985), "Service Encounters : An Overview," in J. A. Czepiel, M. R. Solomon and C. F. Surprenant (eds.), *The Service Encounter*, New York University, Lexington Books, pp.3-15.

Darby, M.R. and E. Karni (1973), "Free Competition and the Optimal Amount of Fraud," *Journal of Low and Economics*, Vol. 16 (April), pp.67-88.

Donabedian, A. (1980), *The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment*, Health Administration Press.

Donnelly, J.H. (1976), "Marketing Intermediaries in Channels of Distribution for Services," *Journal of Marketing*, Vol. 40 (January), pp.55-70.

Eiglier, P. and E. Langeard (1975), "Une Approche Nouvelle pour le Marketing de Services," *Revue Francaise de Gestion*, Vol. 2, pp.97-114.

Fornell, C. (1976), *Consumer Input for Marketing Decisions : A Study of Corporate Departments for Consumer Affairs*, Praeger.

Fornell, C. and B. Wernerfelt (1987), "Defensive Marketing Strategy by Customer Complaint Management : A Theoretical Analysis," *Journal of Marketing Research*, Vol. 24 (November), pp.337-346.

Gartner, W. and R. Reissman (1974), *The Service Sector and the Consumer Vanguard*, Harper and Row.

Gilly, M.C. and B.D. Gelb (1982), "Post-Purchase Consumer Processes and the Complaining Consumer," *Journal of Consumer Research*, Vol. 9 (December), pp.323-328.

Gilly, M.C. and R.W. Hansen (1985), "Consumer Complaint Handling as a Strategic Marketing Tool," *Journal of Consumer Marketing*, Vol. 2, (Fall), pp.5-16.

Grainer, M.A., K.A. McEvoy and D.W. King (1979), "Consumer Problems and Complaints : A National View," in W. L. Wilkie (ed.), *Advances in Consumer Research*, Association for Consumer Research, pp.494-500.

Grönroos, C. (1984), "A Service Quality Model and Its Marketing Implications," *European Journal of Marketing*, Vol. 18, No. 4, pp.36-44.

Gummesson, E. (1993), *Quality Management in Service Organizations*, ISQA.

Hart C.W.L (1988), "The Power of Unconditional Service Guarantees," *Harvard Business Review*, July-August, pp.54-62.

Heskett, J.L. (1986), *Managing in the Service Economy*, Boston, MA : Harvard Business School Press. 山本昭二訳，『サービス経済化のマネジメント』，千倉書房，1992年.

Hirschman, A.O. (1970), *Exit, Voice, and Loyalty : Responses to Decline in Firms, Organizations, and States*, Harvard University Press. 三浦隆之訳，『組織社会の論理構造：退出・告発・ロイヤルティ』，ミネルヴァ書房，1975年.

Hochschild, A.R. (1983), *The Managed Heart, Commercialization of Human Feelings*, Berkeley : University of California Press, 石川准・室伏亜希訳，『管理される心：感情が商品になるとき』，世界思想社，2000年.

Holbrook, M.B. and K.P. Corfman (1985), "Quality and Value in the Consumption Experience : Phaedrus Rides Again," in J. Jacoby and J. C. Olson (eds.), *Perceived Quality*, Lexington Books, pp.31-57.

Hutchins, E. (1990), "The Technology of Team Navigation," in J. Galegher, R. Kraut, and C. Egido (eds.), *Intellectual Team Work : Social and Technical Bases of Cooperative*

Work, LEA, pp.191-220.

Jacoby, J. and R. W. Chestnut (1978), *Brand Loyalty Measurement and Management*, New York, NY : John Wiley & Sons.

Jacoby, J. and L. Kaplan (1972), "The Components of Perceived Risk," in M. Venkatesan (ed.), *Proceedings of the Third Annual Conference of the Association for Consumer Research*, pp.382-393.

Johnson, M.D. and A. Gustafsson (2000), *Improving Customer Satisfaction, Loyalty, and Profit : An Integrated Measurement and Management System*, San Francisco, CA : Jossey-Bass. 西村行功訳,『カスタマー・バリュー―クオリティと顧客満足を高め収益につなげる―』, ダイヤモンド社, 2001 年.

Judd, R.C. (1964), "The Case for Redefining Services," *Journal of Marketing*, Vol. 28 (January), pp.58-59.

Judd, R.C. (1968), "Similarity or Differences in Product and Service Retailing," *Journal of Retailing*, Vol. 43 (Winter), pp.1-9.

Kelly, K., D. Hoffman and M.A. Davis (1993), "A Typology of Retail Failures and Recoveries," *Journal of Retailing*, Vol. 69 (4), pp.429-452.

Lehtinen, U. and J.R. Laitamaki (1989), "Applications of Service Quality and Services Marketing in Health Care Organizations," D. T. Paul (ed.), *Building Marketing Effectiveness in Healthcare*, Proceeding Series, American Marketing Association, pp.45-48.

Linton, R. (1936), *The Study of Man*, Appleton-Century.

Lovelock, C. and L. Wright (1999), *Principles of Service Marketing and Management*, Upper Saddle River, NJ : Prentice-Hall. 小宮路雅博監訳, 高畑泰・藤井大拙訳,『サービス・マーケティング原理』, 白桃書房, 2002 年.

Lovelock, C. and L. Wright (2002), *Principles of Service Marketing and Management, Second edition*, Upper Saddle River, NJ : Prentice Hall.

McCollough, M.A. and S.G. Bharadwaj (1992), "The Recovery Paradox : An Examination of Consumer Satisfaction in Relation to Disconfirmation, Service Quality and Attribution-Based Theories," in C. T. Allen et al. (eds), *Marketing Theory and Application*, American Marketing Association.

McKenna, R. (1997), *Real Time : Preparing for the Age of Never Satisfied Customer*, Boston, MA : Harvard Business School Press. 校篠浩訳,『リアルタイム 未来への予言―社会・経済・企業は変わる―』, ダイヤモンド社.

Monroe, K. B. and R. Krishnan (1985), "The Effect of Price on Subjective Product Evaluations," in J. Jacoby and J.C. Olson (eds.), Perceived Quality, Lexinton Books, pp.209-232.

Montgomery, D.B. and C. Weinberg (1979), "Toward Strategic Intelligence System," *Journal of Marketing*, Vol. 43 (Fall), pp.41-52.

Nelson, P. (1970), "Information and Consumer Behavior," *Journal of Political Economy*, Vol. 78 (March-April), pp.311-329.

Nelson, P. (1974), "Advertising as Information," *Journal of Political Economy*, Vol. 81 (July-August), pp.729-754.

Norman, D.A. (1992), Turn Signals Are the Facial Expressions of Automobiles, Addison-Wesley. 佐伯胖監訳, 岡本明・八木大彦・藤田克彦・嶋田敦夫訳,『テクノロジー・ウォッチング』, 新曜社, 1993 年, 170 頁.

Normann, R. (1991), *Service Management : Strategy and Leadership in Service Business*, Second Edition, Chichester, West Sussex : John Wiley & Sons. 近藤隆雄訳,『サービス・マネジメント』, NTT 出版, 1993 年.

Parasuraman, A., L.L. Berry and V. A. Zeithaml (1991), "Understanding Customer Expectations of Service," *Sloan Management Review*, Vol. 32, No. 3, pp.39-48.

Parsons, T. and E.A. Shils (1951), *Toward a General Theory of Action*, Harvard University Press. 永井・作田・橋本訳,『行為の総合理論をめざして』, 日本評論社, 1960 年.

Pine, B.J. and J.H. Girmore (1999), The Experience Economy : Work Is Theatre and Every Business a Stage, Boston, MA : Harvard Business School Press. 電通「経験経済」研究会訳,『経験経済 エクスペリエンス・エコノミー』, 流通科学大学出版会, 2000 年.

Rathmell, J.M. (1974), *Marketing and Service Sector*, Cambridge, MA : Winthrop Publishers.

Reichheld, F.F. (1993), "Loyalty-Based Management," *Harvard Business Review*, March-April, pp.64-74.

Resnik, A.J. and R.R. Harmon (1983), "Consumer Complaints and Managerial Response : A Holistic Approach," *Journal of Marketing*, Vol. 47 (Winter), pp.86-97.

Sarbin, T.R. (1954), "Role Theory," in G. Lindzer (ed.), *Handbook of Social Psychology*, Vol. 1, Addison-Wesley. 土方文一訳「役割理論」,『社会心理学講座 I』, みすず書房, 1956 年.

Sasser, W.E. (1976), "Match Supply and Demand in Service Industries," *Harvard Business Review*, November-December, pp.133-141.

Shostack, G.L. (1977), "Breaking Free from Product Marketing," *Journal of Marketing*, Vol. 41 (April), pp.73-80. 藤村和宏訳,「モノ型マーケティングからの脱却」,『マーケティングジャーナル』, 第 41 号, 1991 年, 76-84 頁.

Shostack, G.L. (1985), "Planning the Service Encounter," in J. A. Czepiel, M. R. Solomon and C. F. Surprenant (eds.), *The Service Encounter*, New York University, Lexington Books, pp.243-254.

Solomon, M.R., C. Surprenant, J.A. Czepiel and E.G. Gutman (1985), "A Role Theory Perspective on Dyadic Interactions : The Service Encounter," *Journal of Marketing*, Vol. 49 (Winter), p.99-111.

Steiner, I.D. (1972), *Group Process and Productivity*, Academic Press.

Swan, J.E. and L.J. Combs (1976), "Product Performance and Consumer Satisfaction : A New Concept," *Journal of*

Marketing, Vol. 40 (April), pp.25-33.

Tansik, D.A. (1985), "Nonverbal Communication and High Contact Employees," in J. A. Czepiel, M. R. Solomon and C. F. Surprenant (eds.), *The Service Encounter*, New York University, Lexington Books, pp.149-161.

TARP (1979), "Consumer Complaint Handling in America : Summary of Findings and Recommendations," Technical Assistance Research Programs.

TARP (1986), "Consumer Complaint Handling in America : An Update Study," Technical Assistance Research Programs, Contract HHS-100-84-0065, Washington, D. C.

Tax, S.S., S.W. Brown and M. Chandrashekaran (1998), "Customer Evaluations of Service Complaint Experiences : Implications for Relationship Marketing," Journal of Marketing, Vol. 62 (April), pp.60-76.

Youngdahl, W.E. and D.L. Kellogg (1994), "Customer Costs of Service Quality : A Critical Incident Study," in T. A. Swartz, D. E. Bowen, and S. W. Brown (eds.), *Advances in Service Marketing and Management*, Vol. 3, JAI Press, pp.149-173.

Zeithaml, V.A. (1981), "How Consumer Evaluation Processes Differ between Goods and Services," in J. H. Donnelly and W. R. George (eds.), *Marketing of Services*, Proceedings Series, American Marketing Association, pp.186-190.

Zeithaml, V.A. (1987), *Defining and Relating Price, Perceived Quality, and Perceived Value*, Marketing Science Institute, Report No. 87-101.

Zeithaml, V.A. (1988), "Consumer Perceptions of Price, Quality, and Value : A Means-End Model and Synthesis of Evidence," *Journal of Marketing*, Vol. 52 (July), pp.2-22.

藤村和宏 (1990),「サービスの消費行動における知覚リスクの役割」,『六甲台論集』, 第 37 巻第 1 号, 50-71 頁.

藤村和宏 (1992),「顧客満足戦略における消費者満足概念」,『広島大学経済論叢』 第 16 巻第 3 号, 141-179 頁.

藤村和宏 (1994),「サービス提供組織の構造類型とサービス生産」, サービス企業生産性研究委員会編,『サービス企業生産性向上のために』, 社会経済生産性本部, 111-120 頁.

藤村和宏 (1995a),「サービスの広告に期待される役割」,『香川大学経済論叢』, 第 68 巻第 2・3 号, 415-445 頁.

藤村和宏 (1995b),「医療サービス生産の実態」, サービス企業生産性研究委員会編『サービス企業における生産性・顧客満足・職務満足』, 社会経済生産性本部, 53-85 頁.

藤村和宏 (1995c),「顧客のサービス・デリバリー・プロセスへの参加と品質評価—医療サービスにおける外来及び入院患者の評価を中心として—」,『香川大学経済論叢』, 第 68 巻第 1 号, 119-172 頁.

藤村和宏 (1995d),「専門サービスの消費者行動」,『消費者行動研究』, 第 3 巻第 1 号, 23-40 頁.

藤村和宏 (1998),「サービス・デリバリーにおける協働の阻害要因としての認識ギャップ」,『香川大学経済論叢』, 第 71 巻第 2 号, 173-210 頁.

藤村和宏 (1999),「適切な苦情処理がもたらす効用と抑制される苦情行動」,『香川大学経済論叢』, 第 72 巻第 2 号, 325-366 頁.

藤村和宏 (2000a),「サービス消費における不満の発生と抑制される苦情行動」,『季刊マーケティング・ジャーナル』, 第 20 巻 2 号, 25-38 頁

藤村和宏 (2004),「サービス組織のコミュニケーション戦略—コミュニケーション・ツールとしてのプロモーションおよび追加的戦略要素—」,『香川大学経済論叢』, 第 77 巻第 1 号, 1-70 頁.

郡司篤晃 (1995),「わが国における医療の質の第三者評価の試み」,『医療と社会』, Vol. 4, No. 2, 40-53 頁.

権丈善一 (1993),「医療サービス市場における消費者主権」,『三田商学研究』, 36 巻 1 号, 59-76 頁.

亀田達也・村田光二 (2000),『複雑さに挑む社会心理学』, 有斐閣.

宮脇淳・小川新一郎・栗本誠 (1994),「医療—豊かな高齢化社会のための規制改革」, ニュービジネス協議会編『規制緩和で伸びる住宅・医療,・情報通信』, 東洋経済新報社, 69-125 頁.

波平恵美子 (1994),『医療人類学入門』, 朝日新聞社.

野村清 (1988),『サービス産業の発想と戦略』, 電通.

田尾雅夫 (1995),『ヒューマン・サービスの組織』, 法律文化社.

山田敦郎・グラムコブランドマーク研究室 (1999),『マーク : ブランドの向こうに見えるもの』, 読売新聞社.

安田三郎 (1986a),「結合関係と結合過程」, 安田・塩原・富永・吉田編『基礎社会学第Ⅱ巻社会過程』, 東洋経済新報社, 29-48 頁.

安田三郎 (1986b),「相互行為・役割・コミュニケーション」, 安田・塩原・富永・吉田編『基礎社会学第Ⅱ巻社会過程』, 東洋経済新報社, 2-28 頁.

Ⅱ

二つの顧客満足の重要性と関連性に関する考察

本章の概要

本章では，顧客満足概念の今日的意味を考えた時，顧客には外部顧客である消費者と内部顧客である従業員が含まれるべきであるとの認識から，両者の満足を向上させることがサービス組織の存続と成長にとって必要不可欠であることを理論的・実証的に考察する．

Ⅱ-1 では，外部顧客である消費者の満足（以下では，顧客満足あるいは患者満足）と内部顧客である従業員の満足（以下では，職務満足）を同時に向上させなければならない理由を提示する．

Ⅱ-2 では，顧客（患者）満足を重視しなければならない理由を，サービス組織の存続・成長に必要な経済的基盤の構築・強化の観点，および顧客（患者）満足がもたらす効用の観点から考察する．

Ⅱ-3 では，一般的なサービス組織の内部顧客である従業員の職務満足がもたらす効用を考察するとともに，専門サービス組織における職務満足の効果の特殊性について考察する．

Ⅱ-4 では，外部顧客である消費者も内部顧客である従業員も組織の存続・成長にとって必要不可欠な存在であることから，両者を貴重な人的資産として適切に育成・管理していくのに必要な三つのマーケティングについて考察する．具体的には，消費者に対する「エクスターナル・マーケティング」，従業員に対する「インターナル・マーケティング」，およびデリバリー・プロセスにおける「サービス・エンカウンターの管理」の三つである．

Ⅱ-5 では，顧客（患者）満足や職務満足を含むさまざまな業績評価指標間の影響関係を分析する枠組みとして，「場面」概念を提示する．サービス組織の業績評価指標であるサービス品質，顧客（患者）満足，職務満足，生産性，収益性などの間には循環的影響関係が存在するので，その影響関係を考慮して各指標の最適化を行う必要があるためである．

Ⅱ-6 では，医療サービスにおける患者満足と職務満足の関係を二つの病院で実施した調査の結果を用いて実証的に考察する．分析はⅡ-5 で提示する「場面」レベルと「オペレーション」レベルで行い，二つの満足の間には正の相関関係が存在することを明らかにする．

Ⅱ-7 では，患者満足が医療サービス組織にもたらす効用，具体的には再利用意向および推薦意向に及ぼす影響を実証的考察することで，患者満足向上の重要性を明らかにする．

Ⅱ-1. 二つの顧客満足の認識と重視の必要性

顧客満足は現代マーケティングの思考と実践における中核的概念である．顧客のニーズを満たすことで満足を提供し，その見返りに企業も満足な利益を得る，というのはマーケティングの基本である．このことは当然，医療サービス組織にも当てはまるであろう．

欧米では，1960年代後半以降のコンシュマリズム（消費者運動：消費者の権利を守り高めるために，消費者が主として企業に対して展開する社会的運動）の高揚とともに顧客満足に対する関心が高まり，その構造や形成過程に関する研究が理論的・実証的に行われている．その流れのなかで，顧客満足については膨大な研究成果が蓄積されており，今日の企業におけるマーケティングの基礎となっている．

しかしながら，従来の顧客満足研究では，蓄積された研究成果の大部分は顧客満足の一部，すなわち外部顧客である消費者にかかわるものが主であるという問題がある．顧客満足は消費者満足と同義として代替的に用いられ，マーケティングにかかわる顧客満足研究はそれに関するものに限定されている．同様に，顧客満足の向上を目標とする大部分の企業も顧客満足を消費者満足と解釈し，消費者を満足させることのみに懸命になり，それらの向上に重要な役割を果たす従業員の職務満足を軽視してきた．従業員の職務満足が低く，顧客満足というスローガンの下で従業員が精神的あるいは肉体的に犠牲を強いられている状況では，消費者を満足させるようなサービスの開発やデリバリーは短期的には可能でも，長期的には不可能である．

顧客満足概念の今日的意味を考えた時，それを消費者満足に限定して解釈するのはあまりも狭すぎるであろう．マーケティングの文脈[注1)]においては，消費者も従業員も組織の存続と成長にとって必要不可欠な存在であるので，顧客には外部顧客である消費者と内部顧客である従業員が含まれると考え，両者の満足向上が同時に図られる必要がある．なぜならば，両者とも組織の存続・成長にとって必要不可欠であるばかりでなく，両者の満足間には相互作用的な影響関係が存在すると考えられるからである．

本節では，医療サービス組織のマーケティング戦略の展開においても，二つの顧客満足が同時に考慮されなければならないことを三つの観点から考察したい．なお，以下では混乱を避けるために，従業員（あるいは医療従事者）の満足については「職務満足」を，外部顧客である消費者（患者）の満足については「顧客満足」（医療サービスの文脈では「患者満足」）という用語を用いる．

Ⅱ-1-(1) 循環的な影響関係の存在と，そこにおける重要な駆動要因としての役割

従来の顧客満足研究では，顧客満足が他の重要な経営指標（たとえば，顧客維持率，生産性，職務満足，収益性など）との関係では取り扱われていない．1980年代後半から1990年代前半，多くの企業が顧客満足の向上を標榜し，それを達成するための改善や戦略を積極的に展開したが，それらは一時的なブームで終わってしまった．この大きな原因の一つとして，これまでの顧客満足研究や企業における顧客満足向上のための戦略展開では，顧客満足を向上させれば他の重要な業績評価

注1）企業経営という文脈では，株主の満足や社会全体の満足も同時に考慮しなければならないので，外部および内部顧客の満足は狭義の顧客満足といえるであろう．

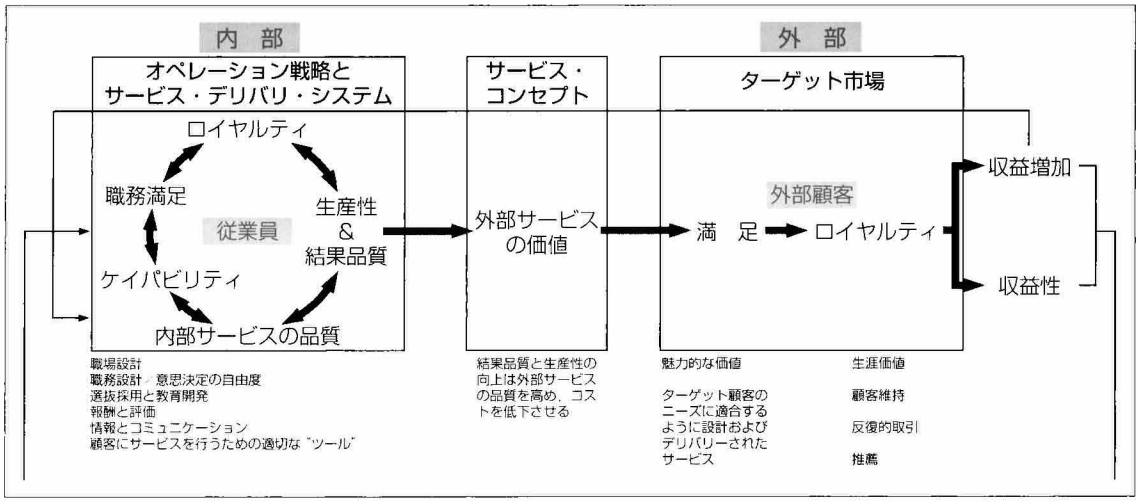


図19　サービス・プロフィット・チェーン・モデル

出所：Heskett, J. L., T. O. Jones, G. W. Loveman, W. E. Sasser, Jr., and L. A. Schlesinger (1994), "Putting the Service-Profit Chain to Work," *Harvard Business Review*, March-April, p.166.

指標も連鎖的に向上する，という暗黙の前提が存在していたことがある．このために顧客満足を過度に重視し，他の重要な業績評価指標を軽視したたことから，顧客満足向上のための戦略はそれ自体を高めることには貢献したが，顧客維持率や収益性の向上には結びつかなかったり，あるいはそれらを低下させてしまったりした．

したがって，顧客満足向上のための戦略は，他の重要な評価指標も同時に向上させるものでなければならないといえよう．あるいは，他の評価指標の向上を目標とするものであっても，顧客満足も向上させるものでなければならない，といえよう．

サービス組織の業績を評価する指標としては，収益性，生産性，サービス品質，顧客満足，職務満足などがあるが，それらの指標間には循環的な影響関係が存在している，と考えられる．すなわち，すべての指標が連鎖的に向上していくという好循環が発生する場合もあれば，連鎖的に低下していくという悪循環が発生する場合もあるということである．そして，どちらの循環が発生するとしても，その駆動因として重要な役割を果たすのが職務満足と顧客満足である．

この循環的な影響関係については，Heskett ら (1994) が，**図19** に示す「サービス・プロフィット・チェーン」としてモデル化している．このモデルでは，サービス品質には外部顧客である消費者に対するものと，内部顧客である従業員に対するものがあるととらえられており，前者は外部サービス品質，後者は内部サービス品質と呼ばれている．

内部サービス品質の具体的内容は，従業員が職務，同僚（従業員同士が互いに対して持っている態度や組織内部での従業員間の接し方など），そして会社をどのように思っているかを測定したものである．そして，この内部サービスの品質は職務満足に影響を及ぼし，職務満足は外部顧客（消費者）のサービスに対する満足やロイヤルティ[注2)]，さらに収益性にも影響を及ぼすので，内部サービス品質の向上はサービス組織において重要な課題

注2）顧客ロイヤルティ，反復利用，および顧客維持は関連する構成概念であるが，明らかな差異が存在している．たとえば，ロイヤルティには行動的側面と態度的側面の両方が含まれるが，反復利用と顧客維持には態度的側面は含まれていない（Jacoby and Chestnut, 1978；Johnson and Gustafsson, 2000）．また，顧客維持はマネジリアルな視点からとらえられているが，ロイヤルティと反復利用は消費者行動の視点からとらえられている．

であるとされている．したがって，増加した収益は内部サービス品質を向上させるための投資原資として利用すべき必要性も強調されている．

なお，このモデルでは市場シェアが無視されているが，それは収益をもたらす要因は外部顧客（消費者）のロイヤルティであり，市場シェアではないからである．詳細については次節（Ⅱ-2）で考察する．

ただし，このような要因間の関係はすべてのサービス組織において強くみられるわけではなく，組織の属するサービス産業の特性や競争状況，組織の戦略展開などによって，強さは異なっているであろう．

また，このモデルでは触れられていないが，サービス組織が高いサービス品質と顧客満足を達成することによって市場でブランド（名声，信頼）を形成することができるならば，既存顧客の維持率を高めるだけでなく，新規顧客の吸引力を強めることにも貢献する．さらに，市場でのブランドの形成は従業員がその組織に属していることで持つ「誇り」にも影響を及ぼすが，達成動機づけ理論[注3)]や原因帰属理論[注4)]では，この「誇り」はモチベーションの誘因であることが指摘されている．したがって，サービス組織が顧客に高いサービス品質と顧客満足を提供し，市場においてブランドという資産を形成することは，従業員の職務に対するモチベーションを向上させることにもなる．そのことは，さらに高いサービス品質と顧客満足を生み出すという好循環を形成することになる．なお，このサービス組織のブランドによる従業員のモチベーションの向上はブランドの持つ重要な機能の一つであり，Ⅳ-3-(1) で論じるように，従業員および顧客のデリバリー・プロセスへの積極的かつ適切な参加を導くことにおいて重要な役割を果たす．

医療サービスの場合，デリバリーは労働集約的であり，かつ医療従事者やその他の従業員は患者と直接的にサービス・エンカウンターを展開するので，職務満足と患者満足が**図 19** のサービス・プロフィット・チェーンの重要な駆動因として機能することで，好循環あるいは悪循環が生じやすい，と考えられる．

Ⅱ-1-(2) ミラー効果の存在

サービス・プロフィット・チェーン・モデルでは，職務満足と顧客満足は直接的に関係するのではなく，サービス品質などの他の要因を媒介変数として関係している．しかし，医療サービスは労働集約的であり，そのデリバリー・プロセスでは患者と医療従事者の間でサービス・エンカウンターが時間的あるいは頻度的に比較的多く展開されるために，Heskett ら (2003) が「ミラー効果[注5)]」と呼ぶ，二つの顧客満足間の直接的な関連性もみられるであろう．Heskett ら (1997) は，サービス・プロフィット・チェーン・モデルにおいて，要因間の結びつきが最も強いのは三つの組み合わせ，すなわち，①利益と顧客のロイヤルティ，②従業員のロイヤルティと顧客のロイヤルティ，③職務満足と顧客満足である，と指摘している．

職務満足と顧客満足の関連性が強くなるのは，

注3）達成動機づけ（achievement motivation）は Atkinson が提唱した概念で，個性の一側面である達成動機の強弱によって動機づけ（モチベーション）の強さが決まるとする考え方である．達成動機は人によって異なり，成功を欲する傾向と失敗を避けようとする傾向との差である．それぞれの傾向は，達成すべき課題をうまくできるかどうか（成功の主観的確率）と，課題を達成することの主観的な価値とによって決まるとされている．なお，達成動機づけは，個人の情動（感情）を動機づけ要因としてとらえる内発的動機づけ理論の端緒になった理論の一つである（藤田，2000）．

注4）原因帰属理論（attribution theory）は Heider によって創始された理論で，人の原因帰属とその過程を分析対象とするものである．原因帰属理論は，人にはさまざまに変化する人間行動や出来事の原因を比較的安定的な要因に求めようとする欲求が備わっている，と仮定している．この原因帰属によって，人は不安定な環境にあっても，他者の行動や出来事を予測し統制できるようになるとされている（藤田，2000）．

職務満足の高い従業員は顧客満足にポジティブな影響を及ぼすような態度や行動をとる傾向があることによる．すなわち，職務満足が従業員のパフォーマンスに対してポジティブな影響を及ぼし，従業員がサービス・エンカウンターへ積極的かつ顧客志向的に関与すると，サービス自体だけでなくそのデリバリー・プロセスにかかわる品質も顧客にとって高いものになるだけでなく，そのような関与の仕方が顧客の情動（感情）に直接的に影響を及ぼすことで，顧客満足は高まるであろう．

また逆に，顧客満足が従業員の職務満足に対してポジティブな影響を及ぼすことも考えられる．なぜならば，サービス・デリバリー・プロセスあるいはサービス・エンカウンターの過程で満足を感じた顧客は従業員に対して好意的な態度や行動をとり，不満足な顧客は否定的あるいは反発的な態度や行動をとる傾向があるからである．サービス・エンカウンターの過程で顧客満足は顧客の態度や行動に反映され，従業員の情動（感情）に影響を及ぼすことで，職務満足度にポジティブな影響を及ぼすことが考えられる．

医療サービスの場合，患者は不安状態にあり，従業員の態度や行動に敏感になっているために，従業員の態度や行動が好ましい場合にはそれに応えてポジティブな反応をしやすく，逆に好ましくない場合にはネガティブな反応をしやすいので，このようなミラー効果は生じやすいと考えられる．

顧客満足と職務満足の間に関係が生じることについては，サービス・エンカウンターの過程で顧客および従業員がそれぞれの行動や態度を通して相互に影響を及ぼし合うという以外に，顧客および従業員がそれぞれに保有するスクリプト（台本）の観点からも説明が可能である．ただし，このスクリプトによる説明では，二つの顧客満足間に直接的な影響関係は存在せず，結果として関係が生じるにすぎない．

サービス・デリバリー・プロセスやそこにおけるサービス・エンカウンターは顧客およびサービス組織，その従業員の協働過程であり，この協働のあり方も，それらの効果および効率を決定する重要な要因である．この協働をスムーズに行うには，演劇における舞台の役者たちが共通の台本を持っているように，デリバリー・プロセスやサービス・エンカンターに関与する顧客と従業員も，それらの展開に関して共通の認識や知識を保有していなければならない．すなわち，デリバリーやサービス・エンカウンターを効果的かつ効率的に展開するには，それに関与する従業員と顧客が，デリバリー・プロセスやサービス・エンカウンターを構成する一連の出来事とそれらの時間的順序，各出来事に関与する従業員や他の顧客の特性，各出来事内での従業員や顧客の役割および必要とされる行為，各出来事が起こる状況などに関する認識や知識を共有していなければならない（藤村，1995a）．この共有されるべき知識体系は「スクリプト」と呼ばれている．

スクリプトの機能についてはⅢ-2-(1) で，スクリプトの共有が顧客満足に及ぼす影響についてはⅣ-3 で詳細に考察するが，スクリプトには台本機能だけでなく，規範体系として経験することを評価するための基準を提供するという機能もある．サービス・デリバリー・プロセスやサービス・エンカウンターでは，従業員や顧客はこの評価基準機能を用いてそこでの経験を評価している．すなわち，顧客も従業員もそれぞれにデリバリー・プロセスやサービス・エンカウンターで経

注5）ミラー効果とは，特定のサービスを消費した顧客の満足とそのデリバリーにかかわる従業員の職務満足との間にみられる密接な関連性である（Heskett, Sasser, and Schlesinger, 2003）．つまり，両者の満足はサービス・デリバリー・プロセスにおけるサービス・エンカウンターでの態度や行動に反映されるために，相互に影響を及ぼし合い，従業員の職務満足が高い場合には顧客満足も向上し（あるいは顧客満足が高い場合には職務満足も向上し），従業員の職務満足が低い場合には顧客満足も低下する（あるいは顧客満足が低い場合には職務満足も低下する）ということである．たとえば，演劇では，役者の満足が高ければそれが演技に表れ，観客の満足は高まるし，その観客の満足が彼らの態度や拍手，掛け声などを通じて表現されるならば，俳優の満足も高めることになるということである．

験する出来事と彼らが保有するスクリプトを比較しており，両者の適合度が高ければそこでの経験に対して満足を形成し，適合度が低ければ不満足を形成する，ということである．

顧客と従業員はそれぞれに学習したスクリプトに基づいてサービス・デリバリー・プロセスやサービス・エンカンターに関与し，さらに，それを基準としてそこでの経験を評価するならば，顧客と従業員が相互に異なるスクリプトを保持している場合には，デリバリー・プロセスやサービス・エンカウンターの効果的かつ効率的な展開が阻害されるだけでなく，そこでの経験もそれぞれのスクリプトから逸脱したものとなる．その結果，両者ともそれぞれに保有するスクリプトと経験との適合度は低くなり[注6)]，顧客だけでなく従業員も，そこでの経験に対する満足は低下することになる．さらに，デリバリー・プロセスで問題が発生することで遅延や中断が起こり，両顧客とも不満足を形成することになる．しかし逆に，両者が同じスクリプトを共有している場合には，デリバリー・プロセスやサービス・エンカウンターが効果的かつ効率的に展開されるだけでなく，それぞれが保有するスクリプトと経験との適合度が高くなるため，両者ともそこでの経験に対する満足は高くなる[注7)]．このことは映画制作にかかわるスタッフや役者，裏方たちが共通のシナリオ（脚本）を持っている場合と持っていない場合で，どちらがうまく映画制作ができるかを考えれば明らかであろう．

このように，顧客と従業員がそれぞれに保有するスクリプトと経験との適合度が高くなる結果として，顧客満足と職務満足の間に見かけ上の関係が生じる，ということも考えられる．

Ⅱ-1-(3)
デリバリー・プロセスへの積極的かつ適切な参加を導く要因

サービスではデリバリーと消費が同時に行われており，顧客もサービス・デリバリー・プロセスに参加し，協働者としての役割を果たす．顧客のサービス・デリバリー・プロセスへの参加と協働の仕方についてはⅠ-4-(1) で考察したように多岐にわたるが，それらのあり方によって，顧客自身が享受できるサービス品質やそれに基づいて形成される満足の高さは異なったものになる．さらに，サービス組織の生産性，職務満足，サービス・デリバリー空間と時間を共有する他の顧客の満足にも重大な影響を及ぼす．同様に，従業員のデリバリー・プロセスへの参加と協働の仕方は，彼ら自身の職務満足に影響を及ぼすだけでなく，サービス・プロフィット・チェーンの駆動因として機能することによって生産性，サービス品質，顧客満足などにも連鎖的に影響を及ぼしていくことになる．

このことからサービス組織においては，顧客および従業員のサービス・デリバリー・プロセスへの積極的かつ適切な参加を誘導することが重要な課題となる．この参加を適切化する手段の主なものとしては，①組織コミットメントの形成・強化，

注6）経験あるいは出来事を保持するスクリプトから逸脱させ，適合度を低下させる要因には，顧客と従業員のそれぞれが保持するスクリプトの違い以外のものもある．その一つに，活動の連続的生起を可能にする条件の欠如がある（Schank and Abelson, 1977）．たとえば，銀行でATMによる現金引出しサービスを利用する場合，もしATMが故障しているならば，そこで活動は中断してしまう．この場合，ATMの回復を待つか，あるいは窓口で引き出しをするかによって欠如している条件を補うことが要求されるが，これらはスクリプトからの逸脱を意味している．このような逸脱に伴う待ち時間や不便さは怒りやいらいらにつながり，結果として顧客に不満足を形成させてしまう．

注7）スクリプトがサービス・デリバリー・プロセスやエンカウンターの過程において行動基準およびその評価基準として機能しているとすれば，サービス組織としては，顧客と従業員に適切でしかも共通なスクリプトを学習・保持させるような戦略を策定・実施する必要がある．もし，このような戦略を効果的に展開できるならば，サービス・デリバリーの効果および効率の向上だけでなく，部分的ではあるかもしれないが顧客満足と職務満足を高めることも可能になるであろう．

②物理的環境のデザイン，③顧客の参加力の育成，④ブランドの構築・強化，および⑤適切なスクリプトの構築と共有の五つが考えられるが，二つの顧客満足の向上は組織コミットメントの形成・強化にかかわっている．ここでは，二つの顧客満足と組織コミットメントの関係について考察を行い，他の誘導システムについてはⅣ-3-(1) で検討したい．

「組織コミットメントの形成・強化」とは，組織コミットメントの高い人ほど組織へのロイヤルティが高く，パフォーマンスや生産性が高いので，組織コミットメントの形成・強化を通じてデリバリー・プロセスへの参加の適切化を図るものである．なお，組織コミットメントは，従業員が組織に感じている心理的な状態を示す概念である．統一された定義はまだないが，一般的には，個人が特定の組織に対して強い一体感を持ち，関与している心理的状態ないしはその相対的強さ，と定義されている．ただ近年，組織コミットメントの定義に関する議論は，愛着的な（affective）側面を表すコミットメントと存続的な（continuance）側面を表すコミットメントという二つの次元に収斂されてきている．

二つの側面のうち，組織コミットメントの愛着的な側面をとらえた研究には，Porter, Steers, Mowday and Boulian（1974）によるものがある．彼らは組織の目標・規範・価値観などを受け入れ，組織のために働きたいとする積極的意欲，組織にとどまりたいという強い願望によって特徴づけられる情緒的な愛着と定義し，個人が組織に対して持つ愛着的な側面を強調している．一方の存続的な側面をとらえた研究には，Becker（1960）に基づくサイドベット（side-bet）理論がある．この理論枠組みは，個人が組織に属するうえで行ってきた投資（side-bet）の蓄積は組織を離れるときにはコストとして知覚されることなり，回収不能のコストが大きくなるほどコミットメントを高めることになる，というものである．つまり，功利的・計算的な側面の強いコミットメントである．

愛着的な側面と存続的な側面を区別した組織コミットメント研究では，二つはそれぞれに独立した概念であり，異なる結果を導くことが示されている（Meyer and Allen, 1991；Shore, et al, 1995；Randall&O'Driscoll, 1997）．従来の研究の一般的な見解としては，愛着的コミットメントと従業員のパフォーマンスの間には正の相関関係があるが，存続的コミットメントとパフォーマンスの間には明確ではないが，無関係あるいは負の相関関係があるとされている．つまり，愛着的コミットメントを高めることは組織にとって望ましいことであるが，存続的コミットメントを高めることは好ましくない性質をもつこともある，ということである．したがって，本書の文脈でいえば，愛着的ミットメントを形成・強化することが重要といえる．

また，Mowday, Steers and Porter（1979）は，コミットメントを態度的と行動的の 2 つの次元に分けている．態度的コミットメント（上述の愛着的コミットメントに相当）は，個人が組織の目標や価値を積極的に受け入れ，それに関連した役割などに対する個人の情緒的愛着であり，組織の目標に個人が同一化した状態である．一方，行動的コミットメントとは，組織のために積極的に行動的に貢献しようとするものである．

この両コミットメントの関係について，Mowday, Porter and Steers（1982）は自己強化的サイクルを想定している．すなわち，Festinger（1957）が理論化した認知不協和[注8)]が働くことで，コミットメントしている自分の行動を見て，それに整合するように態度を調整していく，つまり組織に態度的にコミットメントしていく．さらに，そのような態度が更なる行動的コミットメントを引き出すとされている．

このように組織コミットメントは組織の成員に

注8）認知的不協和とは，人が持つ二つの認知的要素あるいは情報の間に不一致が存在する状態である．認知的不協和理論では当初，二つの認知的要素に一貫性（整合性）がないと，不協和というネガティブな感情が生じ，このネガティブな状態を取り除くように動機づけられると考えられていた．これに修正が加えられ，二つの認知的要素のうち少なくとも一つが自己にかかわる信念であるとされるようになっている（Aronson, 1968）．

かかわる概念であるが，顧客（患者）にも適応可能であろう．なぜならば，サービスのデリバリーにおいては，顧客もそのデリバリー・プロセスに参加し，従業員との協働によってサービスを生成する役割を担っているので，顧客を部分的従業員と見做すことができるからである．Kelly and Davis（1994）も，顧客がデリバリー・プロセスに参加する必要があることから，コミットメント概念はサービスにとってはとくに重要である，と指摘している．さらに，Kelley ら（1990）は「サービス顧客の組織コミットメントは，顧客の組織の目標や価値との自己同一化を構築あるいは維持し，そしてサービス顧客をサービス・エンカウンターへの積極的な参加者として保持しておくことに対する組織の可能性を示している」[注9)]と言明している．

そして，顧客および従業員の組織コミットメントに影響を及ぼす重要な要因として，しばしば顧客満足と職務満足が取り上げられている（Kelley and Davis, 1994；Kelley ら，1993）．両者の満足はそれぞれのデリバリー・プロセスへの参加意思を強化し，繰り返しのなかでコミットメントが形成されるとされている．

注9）Kelley, S. W., J. H. Donnelly, Jr. and S. J. Skinner（1990），"Customer Participation in Service Production and Delivery," *Journal of Retailing*, Vol. 66（3）, p.322.

Ⅱ-2. 顧客（患者）満足の重要性と向上がもたらす効用

前節では，サービス組織の顧客満足は，内部顧客である従業員の職務満足と外部顧客である消費者（患者）の顧客満足の二つから構成されるととらえ，両者の顧客満足の向上を図るようなマーケティングが展開されなければならないことについて考察した．

職務満足と顧客満足は相互に関連しているだけでなく，それぞれ別々に重要な役割を担うことでもさまざまな効用をもたらすので，本節と次節では，この点について個別に考察する．

Ⅲ-2-(1) 顧客（患者）満足の重要性

顧客（患者）満足が重視されなければならないのは，サービス組織の存続・成長のための経済的基盤の構築・強化において顧客維持の重要性が高まっていること，さらに顧客維持の向上には顧客満足が重要な役割を果たすことからである．

顧客に対する戦略は研究者によってさまざまに分類されている．Fornell and Wernerfelt (1987) は，**図 20** のように攻撃的戦略と防御的戦略に分類している．攻撃的戦略は新規顧客の獲得を目的とする戦略であり，市場の拡大と市場シェアの獲得で構成される．防御的戦略は既存顧客の維持を目的とする戦略であり，スイッチング・バリア[注10]の構築と顧客満足の向上から構成される．なお，既存顧客の維持戦略である防衛的戦略には，既存顧客の「継続的維持戦略」だけでなく，離脱した顧客[注11]の「引き戻し戦略」も含まれる．

企業（製造企業やサービス組織）は従来から，新規顧客の獲得戦略と既存顧客の維持戦略を組み合わせて用いてきたが，どちらかといえば前者のほうにより多くの資源を投入する傾向にあった．

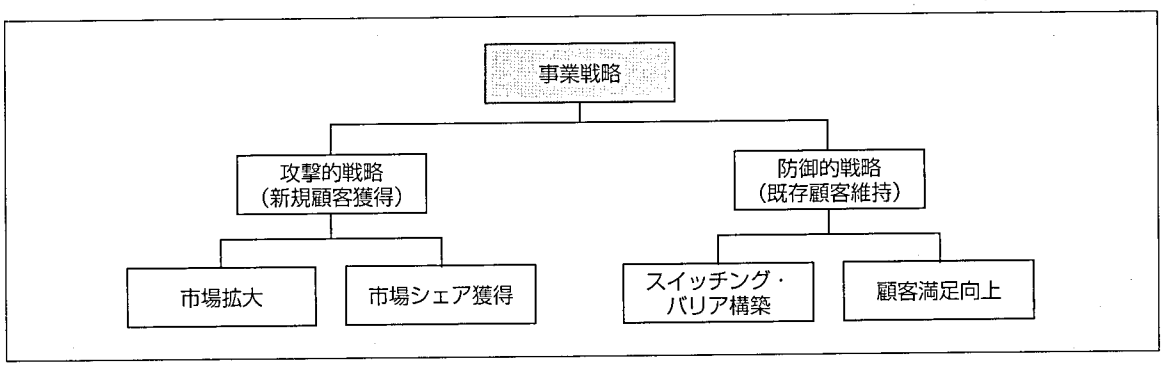


図 20　戦略分類

出所：Fornell, C. (1992), "A National Customer Satisfaction Barometer：The Swedish Experience," *Journal of Marketing*, Vol. 56 (January), p. 8. 一部加筆

注 10）スイッチング・バリア（障壁）は，既存顧客が他のモノやサービスに乗り換えたり，離脱することを抑制する方向に機能する障害物である．スイッチング・バリアの構築はスイッチング・コスト（他のモノやサービスに乗り換えるために必要とされる費用，時間，手間，リスクなど）を高めるために行われるが，入会金を徴収する会員制，長期間割引，ポイント・プログラム，スイッチングに必要な時間や労力，過去の利用経験による学習，信頼関係などがスイッチング・コストを高める要因である．スイッチング・コストを高める具体的内容については，注 14）を参照のこと．

しかし，市場の成熟化と競争の激化が進行している今日では，新規顧客の獲得も重要であるが，既存顧客を維持することの重要性が高まっている．

攻撃的戦略，とくに市場シェア獲得を目的とした戦略への資源投入が重視された背景には，1970年代のPIMS（Profit Impact of Market Strategies）研究において「収益性を決定する最も重要な要因は市場シェアである」という結果が出されたことがあった．この結果に基づいて，市場シェアの最大化は利益最大化の方法と考えられ，市場シェアの拡大を指向する攻撃的戦略が重視されてきた．しかし，新規顧客の獲得を目的とする攻撃的戦略の採用は，市場が拡大しているような環境では適切であるかもしれないが，市場が成熟して限られたパイを少数の企業が奪い合うような場合には，激しい価格競争に陥り，どの企業も存続・成長に必要な利益を上げることができない状況を作り出す危険性を秘めている．あるいは，成熟市場における市場シェアの追求は，それに見合わないコスト増加を伴うために，利益を低下させてしまうことになる．

しかしながら，新規顧客の獲得による市場シェアの向上は，サービス組織が市場やその提供サービス，デリバリー・プロセスなどに関して学習することを促すので，サービス品質を改善し，結果として顧客満足の向上に貢献するという議論もある．だが，市場シェアの拡大は，サービス組織が保有する希少資源に過剰な負担をかけたり，品質水準にネガティブな影響が及ぼしたりする可能性があるので，市場シェアの向上は必ずしも顧客満足の向上には結びつかないということもある（Hellofs and Jacobson, 1999）．

たとえば，アメリカン・オンラインは，市場シェアの拡大によってサービス停止と顧客の接続不能という状況を頻発させ，品質に対してネガティブな影響を及ぼしたことがある（Czinkota and Kotabe, 2001, p.252）．

とくにサービスの在庫は不可能なので，売上や市場シェアが急増した場合には，需要水準がデリバリー可能な供給水準を越えるということが起こりやすい．また，将来の成功を見込んだ需要水準に合わせるかたちで，サービス・デリバリー能力を当初から形成・維持することも不可能である．その結果，サービスにおける市場シェアの上昇はデリバリー・システムに過剰な負荷をかけることになり，混乱と中断を引き起こし，サービスの知覚品質や顧客満足を低下させるだけでなく，従業員の職務満足も低下させる危険性がある．さらに，サービス・デリバリー空間を多数の顧客が同時に共有するサービスの場合には，“混んでいる”という状況やそれがもたらす待ち時間は，新規顧客だけでなく既存顧客の満足を低下させることになる．その結果，新規顧客の離脱率が増加するだけでなく，市場シェアが高くない時期に利用を開始し，満足を得ていた既存顧客の離脱も促すために，収益性が大きく低下する危険性がある．

このようにモノの消費においてよりも，サービスの消費においてのほうが，市場シェアが知覚品質に対してネガティブな影響を及ぼす可能性が高く，サービス組織における新規顧客獲得戦略は，デリバリー能力の観点および既存顧客への影響の観点から，慎重に行われなければならない．

このようなことは，当然，医療サービスにも当てはまるであろう．医療サービス組織における市場シェアの拡大，あるいは対応患者数の増大によって個々の患者に対する診療・処置・看護などに費やされる時間の削減や待ち時間の増大が引き起こされるならば，患者が知覚する医療サービス品質や患者満足は低下することになる．さらに，忙しさと混乱の結果として，従業員の職務満足や生産性も低下する危険性がある．

しかし一方で，Ⅰ-2-(6) で検討したように，医療サービス組織の管理者はプレスティージを求めたがるために，攻撃的戦略を取りやすいであろ

注 11）離脱した顧客は新規顧客と異なり，過去の取引経験から属性やニーズ，期待などの把握が容易であるので，新規顧客よりも効果的かつ効率的に対応することが可能である．さらに，彼らを引き戻す過程で離脱理由を明らかにできるならば，デリバリー・プロセスやサービス自体に潜む問題を明らかにし，改善することも可能になる．

う．医療サービス組織の管理者のプレスティージは，カバーしている診療行為の範囲，高度に専門的で高価な医療機器の整備度，病床数，医師を含む医療マンパワーの充実度などによって高まる．そのため管理者がプレスティージの最大化を求めるようになると，生産関数は利潤最大化行動におけるものとは異なったものになる（権丈，1993）．その結果として，非効率な資源配分が行われ，設備生産性や人的生産性も低下することになる．ただし，管理者のプレスティージ追求行動としての攻撃的戦略が，医療サービスのデリバリーに対してネガティブな影響のみを及ぼしているとはいえない面もあることは確かである．

攻撃的戦略が必ずしも不適切であるとはいえないが，成熟化した市場において価格競争を回避し利益を獲得するには，新規顧客の獲得よりも，既存顧客のロイヤルティを形成する，あるいはその維持率を高めるほうがより適切であることが指摘されている[注12)]．

1980年代のReichheld and Sasser (1990) のサービス業を中心とした研究では，5年間にわたって9業種の顧客維持の価値を計測し，「市場シェアではなく顧客のロイヤルティこそが利益をもたらす重要な要因である」ことが明らかにされている（**図21**参照）．彼らは，顧客のロイヤルティ（維持率）がわずか5%高まっただけでも，利益は25～85%増えると推定している．なお，この計算には，基本利益だけでなく，購入額の増大による利益，営業コストの削減効果，口コミによる利益，割引販売による利益も組み込まれている．

以上のように，既存顧客は企業の存続と成長にとって重要な存在であるにもかかわらず，新規顧客の獲得のために過度な投資が行われ，魅力的な既存顧客への対応がおざなりにされると，顧客の維持率は低下してしまう危険性がある．その結果，売上げや市場シェアを指標として企業を評価すると優れているように見えても，それはその時点だけの評価であり，長期的な企業の存続と成長を保証する経済的基盤は非常に不安定である，といえよう．

既存顧客の維持を目的とする防御的戦略は，企業の存続と成長のための安定的顧客基盤を形成するという観点でも重要である．新規顧客の獲得を目的とする攻撃的戦略は，ターゲットとする潜在的顧客層からの新規顧客獲得率を高める一方で，既存顧客維持率を低下させる危険性を内包している．新規顧客の獲得は，既存顧客の維持に比べて，より多くのコストを必要とする一方で，その誘引のために価格インセンティブ（割引などの誘因）を提供することが多いので，新規顧客がもたらす収益性は低い．さらに，新規顧客の獲得に必要以上のサービスや価格インセンティブを提供しても，それ以降で反復的利用者となるかどうかに関しては大きな不確実性が存在している．価格インセンティブに誘引された新規顧客は，反復して利用する過程でそのインセンティブが提供されなく

注12) このように「製品ライフサイクルの各段階ごとにとるべき戦略が決まっている」と考えることには危険性もある．“if-then”式の戦略ツールがあり，もし製品ライフサイクル上の段階を明らかにできれば，用いるべき戦略が自然に浮かび上がってくるというように考えることは，経営者やマーケターの思考や行動を狭めてしまうし，各企業の戦略を同質的なものにしてしまうためである．

Varadarajan, Clark and Pride (1992) はこのような環境決定論的（environmental determinism）考え方ではなく，戦略的選択（strategic choice）という視点を持つ必要性を指摘している．これは製品ライフサイクルの段階が人間の行動を決定するのではなく，人間の創造的な行動が製品のライフサイクルを変化させるという視点である．製品や事業は経営者あるいはマーケターの創造物であり，それらや環境は人間の操作を受け，それによって変化するものであるから，創造的に戦略を展開することが重要である．

また，Blattberg, Getz and Thomas (2001) は，顧客維持戦略の多くは，すべての顧客が顧客-企業関係性アプローチの対象としてふさわしいと仮定しているか，あるいは，長期にわたる関係性を築くための投資に見合った価値をもった顧客だけを大事にすべきだと仮定しているか，そのいずれかである，と指摘している．第1の仮定は必ずしも成立しないし，第2の仮定を満たすことが困難な状況があることから，顧客維持戦略だけでは十分でなく，カスタマー・エクイティの構築の観点から，状況に対応したバランスの取れたアプローチを取ることの必要性を強調している．

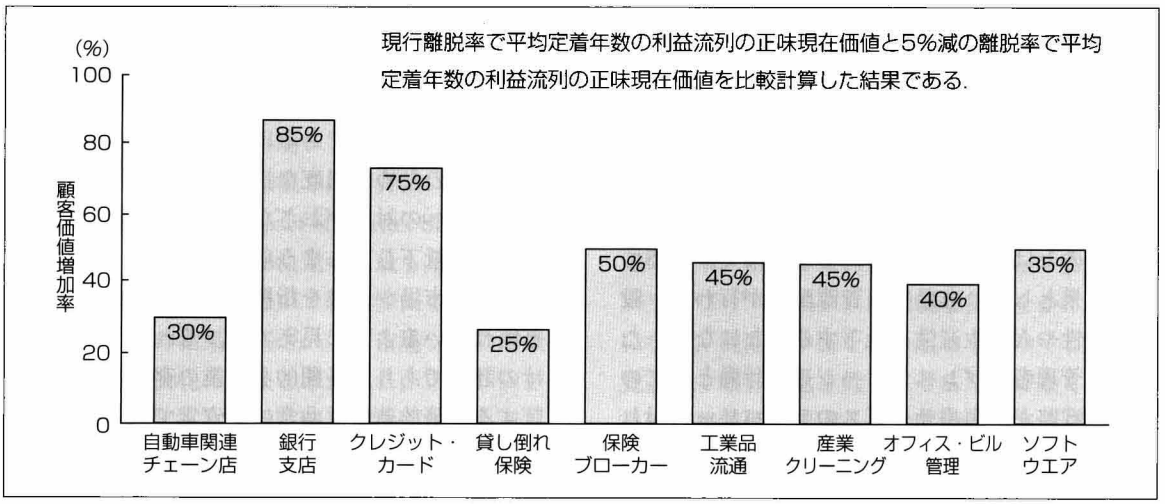


図 21　顧客離脱率の 5%減少と利益増加率の関係

出所：Reichheld, F. F. and W. E. Sasser (1990), "Zero Defections：Quality Comes to Services," *Harvard Business Review*, September-October. 邦訳，頁 88

なると，離脱してしまうからである．一方で，既存顧客は，そのようなインセンティブが提供されないために，あるいは反復利用による利益貢献に見合ったコストが自分たちのために投入されないために，離脱していくかもしれない．

以上のようなことから，サービス組織もその長期的な存続，成長のためには，顧客のロイヤルティあるいは既存顧客の維持率を向上させる必要がある．その重要な要因の一つが顧客満足であり，顧客満足を向上させるための戦略が注目されるようになっている．

Bendapudi and Berry (1997) は，**図 22** のように組織と顧客との間に構築・維持される関係性を二つのタイプに分け，それぞれの関係性の構築・維持に貢献する要因とそれらの関係性の結果として生じる顧客行動をモデル化しているが，このモデルでも顧客満足の重要性が示されている．彼らは，従来の関係性マーケティング研究では顧客側からのサービス組織との関係性を維持しようとするモチベーションが適切に扱われていないという認識から，関係性を「制約」に基づくものと「愛着」に基づくものに分類し，各関係性の維持に影響を及ぼす要因について考察している．なお，関係性のタイプを二つに分けているのは，関係性を維持しようとする顧客のモチベーションの内容が異なれば，関係性の結果も異なるかもしれない，という考えに基づくものである．

彼らによると，「制約に基づく関係性 (constraint-based relationship)」とは，顧客が経済的，社会的，あるいは心理的コストのために特定サービス組織との関係から離脱できないと確信しているときに維持される関係性であり，制約の強さは顧客が知覚するサービス組織への依存度の関数である．一方，「愛着に基づく関係性 (dedication-based relationship)」とは，顧客がサービス組織を信頼し，心から望むことによって維持される関係性である．つまり，制約に基づく関係制は消極的なロイヤルティ[注 13)]であり，愛着に基づく関係性は積極的なロイヤルティである．

このような二つの関係性の維持に影響を及ぼす要因（先行要因）として，Bendapudi and Berry は 13 要因（**図 22** 参照）をあげており，顧客満足は

注 13) Jones and Sasser (1995) は，競争の不在，代替サービスの少なさ，スイッチング・コストの高さなどの結果として，顧客が特定サービス組織の「捕虜になっている (captive)」ようなロイヤルティを「偽のロイヤルティ (false loyalty)」と呼んでいる．

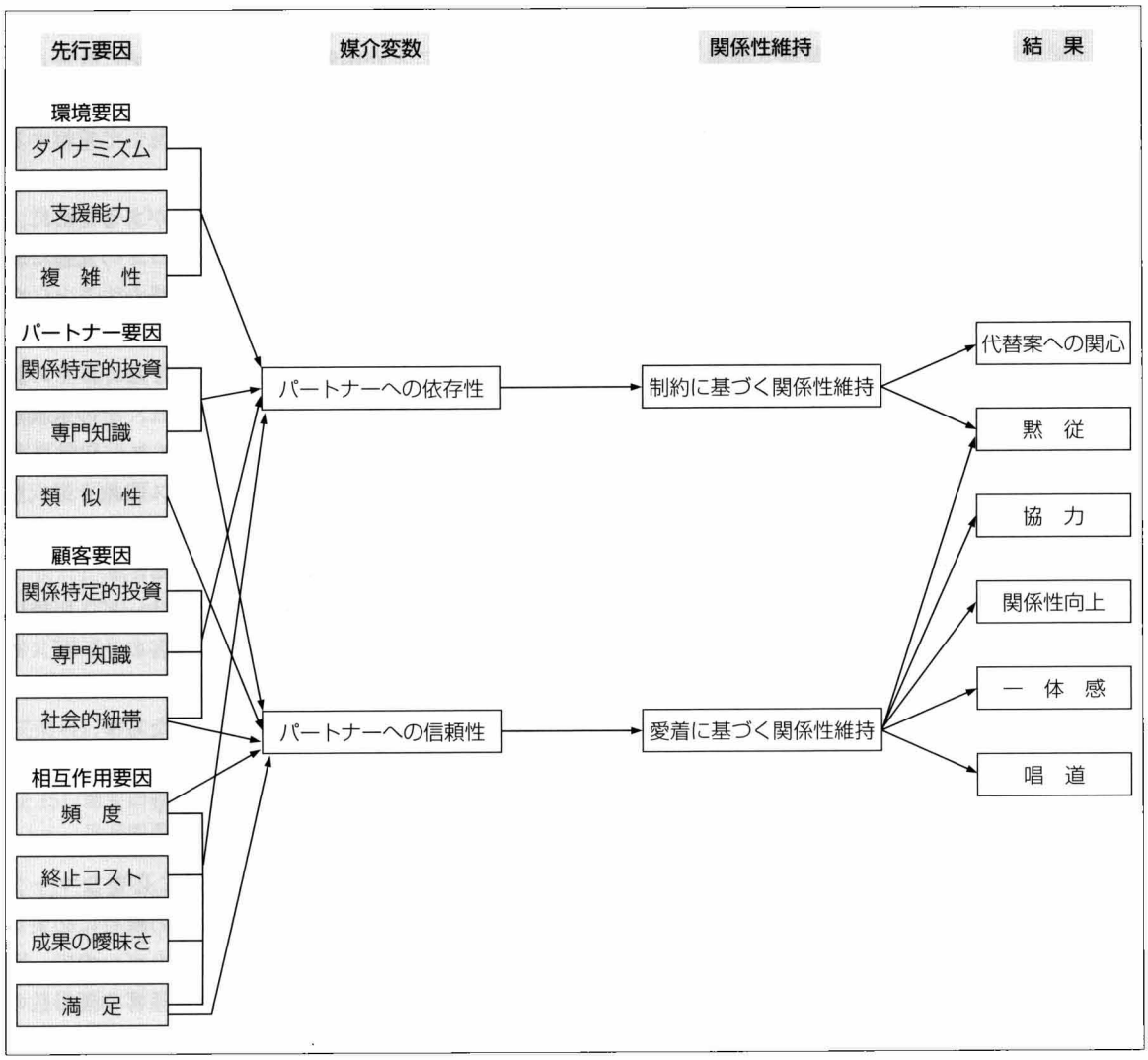


図 22　顧客の視点からの関係性維持モデル

出所：Bendapudi, N. and L. L. Berry (1997), "Customers' Motivations for Maintaining Relationships with Service Providers," *Journal of Retailing*, Vol. 73, No. 1, p. 19.

その中の重要な要因の一つである．彼らによると，過去のサービス経験に対する満足度が高いほど，顧客のサービス組織に対する信頼性は高くなり，愛着に基づく関係性維持に貢献することになる．また，顧客のサービス提供者（サービス組織あるいはその従業員）との過去の相互作用に対する満足は，提供者への知覚された依存性を高めることによって，制約に基づく関係性維持にも貢献することになる．満足を提供してくれていたサービス提供者との関係性を終わらせることは，利用可能な代替的なサービス提供者はそれよりも低い満足しかもたらさないかもしれないという知覚リスクを高めることになり，顧客は高いスイッチング・コストを負担することになるからである．

彼らの指摘によると，関係性は「制約」と「愛着」の両側面から形成される必要があるが，顧客満足はそれらに影響を及ぼす重要な要因である．しかしながら，顧客満足は 13 の要因の一つにすぎないために，市場の状況によっては顧客満足と顧客維持の関連性が弱いこともありうる．ただし，その場合でも，顧客満足はサービス組織に対する顧客の信頼性の形成に不可欠であり，ロイヤル

ティ形成のための必要条件であるといえるであろう．

なお，Fornell（1992）は，防衛的戦略としてスイッチング・バリアの構築と顧客満足の向上をあげ，どちらにも既存顧客を維持する効果があるとしている．スイッチング・バリアの構築[注14)]とは，競合企業の提供する代替的なサービスやモノへのスイッチングは顧客にとってコストのかかるものとすることで，既存顧客の維持率を高めようとするものである．しかし，スイッチング・バリアを構築することによって既存顧客を維持しようとすることの問題点として，次の2点を指摘している．

①購入時に顧客がスイッチング・バリアの存在に気づくと，そのバリアは新規顧客獲得の障害となるかもしれない．

②競争者の模倣のような外部要因によって，スイッチング・バリアは消滅するかもしれない．

このようなことから，顧客満足の向上による顧客のロイヤルティ形成・強化，あるいは維持率の向上のほうがより好ましいと考えられる．

Ⅱ-2-(2)

顧客（患者）満足の向上がもたらす効用

サービス組織がその提供するサービスによって顧客を満足させ，その提供サービスあるいは組織に対してロイヤルティを形成・強化させることができるならば，組織はその存続・成長にとって必要不可欠な顧客を安定的・長期的に確保できることになる．

また，満足した顧客がポジティブな口コミを発信すれば，新規顧客の獲得も可能になる．前述のように，サービス消費においては，その無形性という特質のために，サービス消費前に，その後にデリバリーされるであろうサービス品質を推測・評価することが困難である．このためにサービスの選択意思決定においては，顧客は口コミや周辺的手掛かりを品質の推測・評価において重視する傾向がある．さらに，高いリスクが知覚される状況では，口コミが利用される傾向があるために，利用経験者からのポジティブな口コミの発信は新顧客の獲得において重要な役割を果たすことになる．

医療サービスは無形であるだけでなく，その評価に専門的知識を必要とするために，その選択意思決定過程では比較的大きなリスクが知覚される．この結果，患者の医療サービス組織を選択意思決定においては，口コミや世間の評判がとくに重要な役割を果たす，と考えられる．

このように，顧客満足の向上はサービス組織にとっても重大な課題であるが，顧客のサービスあるいはその提供組織に対するロイヤルティの形成・強化は以下のような効用ももたらす．

①需要曲線[注15)]を上方にシフトさせる（需要の価格弾力性[注16)]を低下させる）．

②顧客の離脱率低下によって，収益性を大幅に改善する．新規顧客の獲得に必要なマーケティング・コストは既存顧客の維持に必要なマーケティング・コストよりも高いので，既存顧客の維持率の向上と新規顧客の獲得数の低減はマーケティング・コストの節約につながる．

③顧客のロイヤルティの向上は，自組織の顧客をスイッチさせようとする競争者のマーケティング・コストを増加させる．

④継続的な取引によって，取引コストを削減する．

⑤顧客1人当たりの提供サービス数を増加させる．

⑥不満足を感じた顧客に対処するためのコストを削減したり，そのような顧客が口コミを通

注14）スイッチング・バリアを高める要因としては，選択意思決定過程における知覚リスクおよびそれがもたらす情報探索コスト，取引コスト，使用・消費にかかわる学習コスト，既存顧客に対する割引，顧客の習慣，感情的コスト，認知的努力，人員の再訓練費用，代替品の購入コスト，新しい付属設備の購入費用，利用可能な代替製品あるいは互換製品数が少なさ，などが指摘されている（Poter, 1980；Fornell, 1992）．

じて他の消費者に及ぼすネガティブな影響を低減させる．

⑦好感度・信頼度につながる企業イメージやブランドを形成する．

医療サービスでは，基本的には，価格（医療費）は医療サービス組織がコントロールできる要因ではないので，患者満足の向上によって，①の効用を得ることはできないであろう．また，医療サービス組織は広告行為なども規制されており，他の医療サービス組織の患者をスイッチさせるのに利用可能なプロモーション・ツールも少ないので，③の効用も得にくいであろう．しかし，他の効用については享受可能である．

また，患者満足の効用は医療サービスのデリバリー・プロセスにおいてももたらされるであろう．前述のように，医療サービスのデリバリー・プロセスはそこに参加する医療従事者やその他の従業員，および患者の協働プロセスであり，サービス・デリバリーの効果的かつ効率的な展開においては，組織が構築したハードおよびソフト・システムや医療従事者やその他の従業員が決められている役割を適切に果たすだけでなく，患者も組織や医療従事者，その他の従業員から期待されている役割や行為を積極的かつ適切に遂行することが必要である．

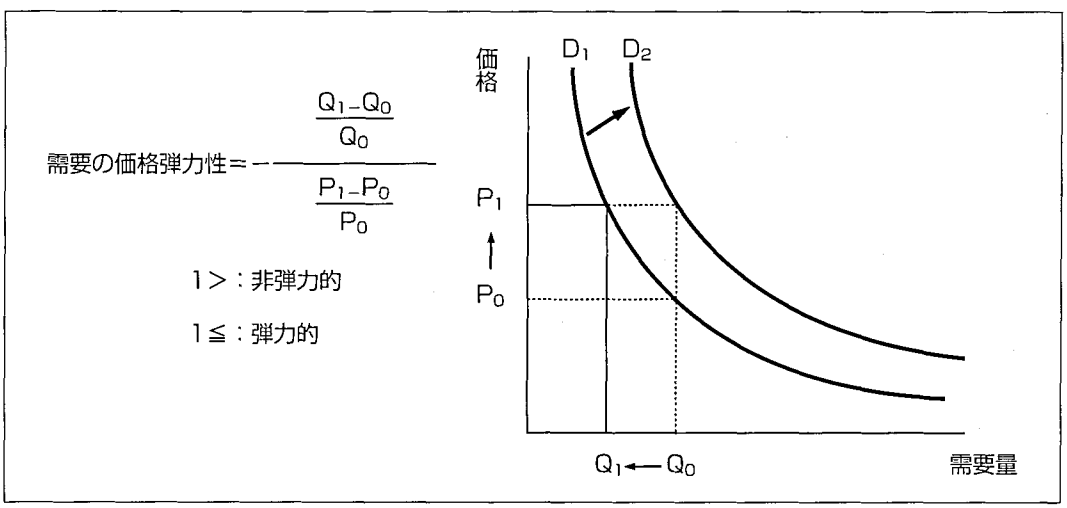
たとえば，患者自身が診療の予約時間を守る，自分の症状を情報として正確に伝える，決められた時間に適量の薬を服用する，リハビリテーションにおいて自ら積極的に努力をする，というようなことが，医療サービスの効果と効率を高めるために要求される．

患者が彼らに期待されているこのような役割や行為を適切かつ積極的に遂行する可能性が高いのは，彼らが参加や協働の仕方を適切に理解しているだけでなく，それらの遂行が彼ら自身の便益や満足の向上につながることを認知できる場合[注17]である．あるいは，デリバリー・プロセスやそこ

注 15）需要曲線とは，価格と需要量との関係を示す曲線である（**下図**の D_1 と D_2）．一般的には，価格が下がるほど需要量は増大し，逆に，価格が上がるほど需要量は減少する関係にある．

注 16）需要の価格弾力性とは，価格の変化に対する需要の感応度を表す値である．たとえば，価格が P_0 から P_1 に変化することで，需要量が Q_0 から Q_1 に変化する場合，需要の価格弾力性は**下図**のように，需要の変化率を価格の変化率で割って，マイナスを掛けたものとして計算される．この値が 1 以上の場合，価格の変動に対して需要の感応度が高いので，「価格弾力性が高い」あるいは「弾力的」という．逆に，1 より小さい場合には，「価格弾力性が低い」あるいは「非弾力的」という．

なお，需要曲線を上方にシフトさせるとは，価格が P_0 から P_1 に上がっても，需要量が Q_0 から Q_1 に減少しないように，需要曲線 D_1 を D_2 に変化させることである．



におけるサービス・エンカウンターに満足している場合や，ロイヤルティを形成している場合である．患者が医療サービスあるいは医療サービス組織に対してロイヤルティを形成し，そのデリバリー・プロセスを何度も経験している場合には，そこにおける彼らの役割や期待されている行為を理解しているだけでなく，サービス・エンカウンターに関与する医療従事者やその他の従業員との間に相互理解を形成することもある．このことはデリバリー・プロセスの効果的かつ効率的な展開を可能にし，医療サービスの品質を高めながら同時にそのデリバリー・コストを低下させることになる．さらに，サービス・エンカウンターに関与する医療従事者やその他の従業員の職務満足にもポジティブな影響を及ぼすことになる．

以上のように，患者満足は収益性の向上に貢献するだけでなく，マーケティングおよびデリバリーに必要とされるコスト削減にも貢献する．また，患者満足は彼らのデリバリー・プロセスへの積極的かつ適切な参加と協働を導くことによって，デリバリーの生産性とサービス品質を同時に向上させることになる．

さらに，サービス品質の向上は患者満足を向上させるだけでなく，サービス・エンカウンターに関与する医療従事者やその他の従業員の職務満足にもポジティブな影響を及ぼすであろう．また，生産性向上によってもたらされる利益が，デリバリー・システムやそのオペレーションの改善，医療従事者やその他の従業員の職務満足やモチベーションの向上などのために適切かつ積極的に投資されるならば，それは内部サービスの品質を向上させることを媒介として患者満足にもポジティブな影響を及ぼすことになる．

患者満足はこのようにさまざまな効用を医療サービス組織にもたらすので，患者満足の向上は医療サービス組織にとっても重大な課題である．

注 17) このことは，レストランのサラダ・バーを思い浮かべると理解しやすいであろう．最近，厨房で料理人がサラダを盛り付け，ウェイトレスがそれを配膳するというような従来の方式に代えて，顧客に自分でサラダを皿に盛りつけさせるというようなセルフサービスのサラダ・バーを導入するレストランが増加している．顧客がそのようなセルフサービスを受け入れているのは，好きなときに好きなサラダを好きな量だけとることができるという便益があるためである．自分でサラダを皿に盛り付けるという行為を積極的に行うことで，支払価格を削減しながら便益を向上させることができるからである．

Ⅱ-3. 職務満足の向上がもたらす効用

Ⅱ-3-(1) 職務満足の重要性

従業員の職務満足[注18]も顧客満足と同等に，あるいはそれ以上に重視する必要があるが，それは大きく分けて三つの理由による．

第1の理由は，従業員は雇用されている組織の提供するサービスの顕在的あるいは潜在的利用者であるということである．従業員が所属しているサービス組織のサービスを利用しないならば，収益性が低下するだけでなく，顧客からの信用や市場での評判を得ることもできない．

第2の理由は，従業員は顧客を満足させるようなサービスの開発やデリバリーに携わる人材であるということである．また，サービス組織のブランドの構築・強化の観点でみると，従業員はマーケターが定義したブランドを，顧客が経験するブランドへと転換する役割を担っている（Berry, 1999）．サービスはパフォーマンスであり，その遂行者である従業員のモチベーションや努力，知識・技能などによって大きく左右される．従業員はその属するサービス組織が市場活動を行うのに必要なさまざまな職務の継続的遂行者であり，彼らの職務に対するロイヤルティと満足は彼らのパフォーマンス水準を決定する．そして，個々の従業員のパフォーマンス水準の統合が，サービス組織が顧客に提供するサービスの品質水準を決定し，顧客満足に重大な影響を及ぼす．職務満足がこのような経路で顧客満足を高め，さらにロイヤルティや口コミなどの形成にポジティブな影響を及ぼすことによって，前述のような顧客の生み出す効用を享受することが可能になる．

従業員が彼らの職務に満足していないような状況にもかかわらず，顧客満足というスローガンの下で，精神的あるいは肉体的な犠牲を強いられているようでは，顧客満足を維持・向上させるようなサービスを開発し，顧客が満足できるようなかたちでそれをデリバリーすることは，短期的には可能でも，長期的には不可能であろう．

たとえば，2006年度「顧客満足度・総合ランキング」[注19]で上位に位置する企業には，従業員の職務満足向上による接客の向上，目玉となるハード施設への大規模投資，確固とした信念の保有などの特徴がある．職務満足についてみると，ザ・リッツ・カールトン大阪[注20]は，“選択”と呼ばれるプロセスによって「リッツの哲学を理解し，情熱を持って仕事に取りこめる人材」[注21]を採用するだけでなく，四半期に一度の表彰制度や社員旅行な

注18）職務満足は，仕事自体，管理者，賃金，昇進，協働者などに対する満足から構成される概念である．

注19）「特集　儲かるサービス」，『週刊ダイヤモンド』，2006年6月24日号，30-57頁．

注20）ザ・リッツ・カールトン大阪は，1997年開業以来，大阪地区では最も高品質のサービスを提供するホテルと評価されている．2007年3月には，東京にも開業している．このホテルが高品質のサービスを提供できている一要因として，従業員が「紳士淑女をおもてなしする私たちもまた紳士淑女である」というクレド（信条）を胸に秘めて，接客に努めていることがある．そして，従業員が紳士淑女となれるように，教育や労働環境の整備が積極的に行われている．

セザール・リッツ（César Ritz）が1898年にパリで創業した「ホテル・リッツ」と，1899年にロンドンで開業した「カールトン・ホテル」が，1905年に米国で設立された「ザ・リッツ・カールトン・マネジメント・カンパニー」の名前の由来となっている．上流階級を中心に高い評価を受け，1998年にはマリオット・インターナショナルの傘下に加わり，世界各地でホテル展開をしている．

どによって職務満足の向上に取り組んでいる．

さらに，サービス・デリバリー・プロセスにおいて，サービス・エンカウンターが時間的あるいは頻度的に比較的多く展開されるようなサービスでは，顧客と従業員が相互にそれぞれの態度や行動に影響を及ぼし合うために，両者の満足間にはポジティブな影響関係が生じる可能性が高い，と考えられる．前述のように職務満足がパフォーマンスに対してポジティブな影響を及ぼし，従業員がサービス・エンカウンターへ積極的かつ顧客志向的に参加するならば，サービス自体だけでなくそのデリバリー・プロセスにかかわる品質も顧客にとって高いものとなり，顧客満足は高まる．すなわち，サービス・エンカウンターにおいて職務満足は従業員の態度や行動に反映され，サービス品質に影響を及ぼすことによって，顧客満足にポジティブな影響を及ぼす．

顧客にとっての高水準のサービス品質の創出に従業員が深くかかわっていればいるほど，サービス組織は従業員のパフォーマンスを向上・維持するために，彼らのモチベーションや努力，知識・技能を高めるような取り組みの一つとして，職務満足の向上・維持を重視する必要がある．

第3の理由は，従業員の態度や行動は，潜在的あるいは顕在的顧客のサービス組織に対するイメージやブランドの形成，サービス品質の知覚，満足形成においても重要な役割を果たすということがある．これらのことは，とくにサービス・デリバリー・プロセスにおいて従業員と顧客がサービス・エンカウンターを展開することの多いサービスに当てはまるであろう．それは，サービスの選択意思決定過程においては，顧客はサービス・デリバリーにかかわっている従業員の行動や態度を，サービス品質を暗示する諸要素の一つとして参考にしたり（Bowen and Schneider, 1985），マーケター統制的な情報源（広告など）よりも，サービスにかかわっている従業員の人柄や評判，親切さなどに関する口コミを重視する傾向があるからである（Davis, Guiltinan, and Jones, 1979；藤村，1991a）．

以上のようなことは，医療サービスにも当然当てはまるであろう．医療サービス組織における医療従事者やその他の従業員の行動や態度，パフォーマンス水準は医療サービスに対する患者の選択意思決定や満足/不満足の形成と深くかかわっている．そのために，職務満足の向上を通じて医療従事者やその他の従業員のモチベーションや努力，能力などの向上を図るような取り組みは，医療サービス組織にとっても重大な課題である．

Ⅱ-3-(2)
職務満足の向上がもたらす効用

従業員の職務満足に関するこれまでの研究では，**図23**のような関係が発見されている（Brayfield and Crockett, 1955；Vroom, 1964；Bagozzi, 1978；Aaker and Bagozzi, 1979；Franke, Behrman and Perreault, 1982；Lysonski and Johnson, 1983；Behrman and Perreault, 1984；Futrell and Parasuraman, 1984；Fry, Futrell, Parasuraman and Chmielewski, 1986；Douglas, 1988）．

職務満足は従業員のパフォーマンス水準を高める一方で，その離職率の低下を促すことが明らかにされている．なお，従業員に対する顧客サービス研修の実施，すなわち従業員に対する投資も離職率を低下させることが明らかにされている[注22]（Barlow and Maul, 2000）．

一方，「役割コンフリクト」や「役割のあいまいさ」の増大は，職務満足の低下を導くことも見いだされている．ここで，「役割コンフリクト」とは，二人以上の役割パートナーが役割要求を行うが，それらが相いれなかったり，同時に満たすことのできないような状況である（Churchill, Ford and Walker, 1976）．また，「役割のあいまいさ」と

注21）「特集　儲かるサービス」，『週刊ダイヤモンド』，2006年6月24日号，36頁．

注22）研修自体が離職率に直接的な影響を及ぼしたのか，研修への参加が他の要因を通じて間接的に離職率に影響を及ぼしているのにすぎないのか，という点は明らかにされていない．

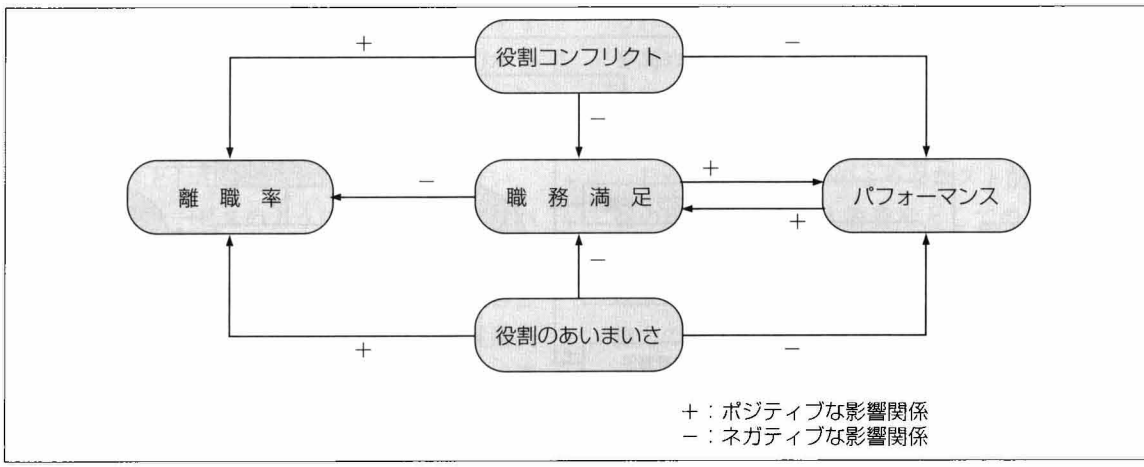


図 23　職務満足のもたらす効用

は，従業員がパフォーマンス期待に関する適切な情報を有していなかったり，期待されるパフォーマンス水準を達成するための方法に関して適切な指示（教育）を与えられていない状況である．

職務満足がパフォーマンスの向上を導くのは，一部には職務満足がもたらすポジティブな情動（感情）のためであることが明らかにされている．心理学分野の研究では，ポジティブな情動（感情）を経験している個人は社会的に容認された行動や援助的行動を最もとる傾向があることが発見されている（Berkowitz and Connor, 1966；Isen, 1970；Isen and Levin, 1970；Isen, Clark and Schwartz, 1976；Rosenhan, Salovey and Hargis, 1981）．

また，ポジティブな情動（感情）の尺度として職務満足を用いた研究では，職務満足と組織内における利他的行動や共同社会的行動との間には正の相関関係が存在することが発見されている（Bateman and Organ, 1983；Motowidlo, 1984；Smith, Organ and Near, 1983）．さらに，Motowidlo（1984）は，職務満足は思いやりや親切を伴った行動（たとえば，他人のいうことに耳を傾ける，他人のニーズや考えに気遣いや関心を示す，批判を受け入れる）と結びつくとしている．

このようなことから，職務に満足することでポジティブな情動（感情）を経験している従業員は，高いパフォーマンス水準を達成する可能性が高いと考えられる．サービス組織の従業員の場合には，顧客のためになることや高い品質水準のサービスをデリバリーする可能性が高いであろう．ただし，職務満足を高める要因によっては，パフォーマンスの向上につながらないかもしれない．たとえば，経済的報酬（外的報酬）によって高められた職務満足は，職務自体のやりがい（内的報酬）によって高められた職務満足ほどには，パフォーマンスの向上に結びつかないこともあろう．

ところで，医療サービスのように，サービス・デリバリーのために医療従事者に高度な専門的知識・技能が要求され，かつそれらが他の組織にも移転可能な（所属組織を変わったからといって，活用できなくなる知識・技能が少ない）場合には，職務満足が低い状況においても高いパフォーマンスが提供されることは十分にあり得るであろう．あるいは，他の組織への移転を考えている場合には，高いパフォーマンスが評判となることを期待して，不満足のほうが高いパフォーマンスを導くかもしれない．

また，職務満足を所属している特定サービス組織の職務環境に対する満足であると定義すると，**図 24** のような「職業それ自体に対する満足（職業満足）[注23]」，「所属する専門家集団からの評価に対する満足（専門家評価満足）」，および「サービス組織のブランドに対する満足（組織ブランド満足）」が存在し，それらのほうが職務満足よりもパフォーマンスに貢献することも考えられる．その結果，職務満足が低い場合でも，他の次元での満足が高ければ，高いパフォーマンスが提供される

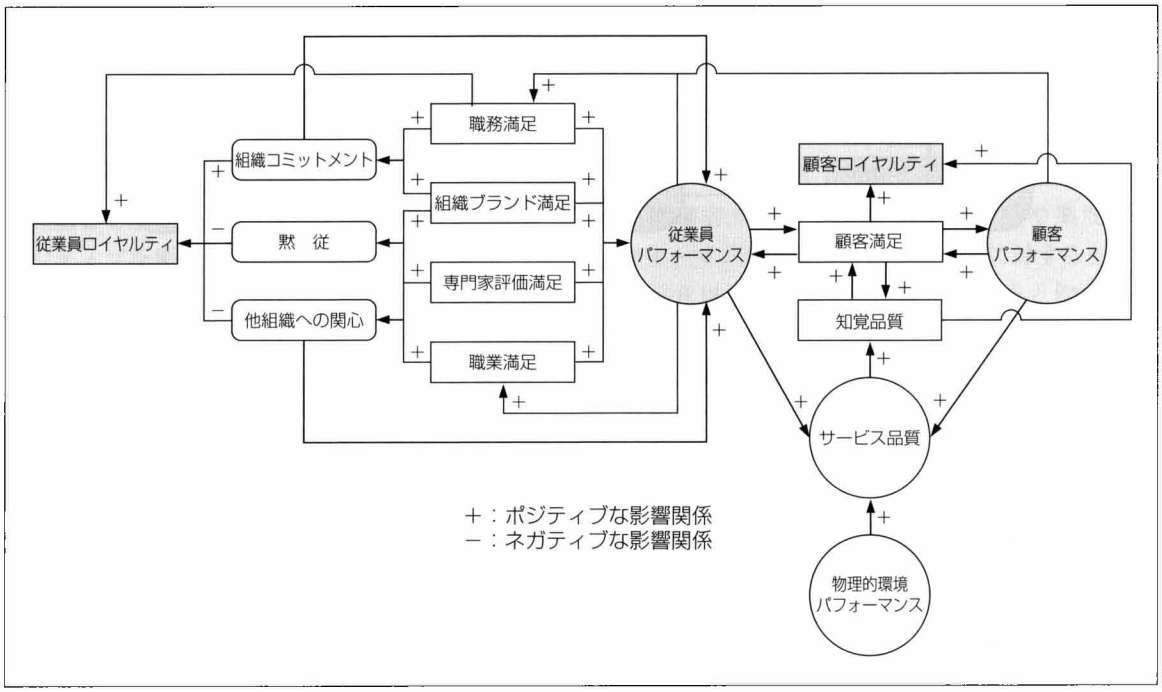


図 24　専門サービス組織における従業員のパフォーマンスとロイヤルティの形成要因

可能性はある．しかしながら，職務満足が低い状況で高いパフォーマンスが提供されている場合，職業満足や専門家評価満足は組織コミットメントやロイヤルティを生み出さないために，離職によってその高パフォーマンスは即座に失われる危険性が常に存在している．また，職務満足は低いが組織ブランド満足が高い場合には，組織コミットメントは生み出されるかもしれないが，常により魅力的なブランドを持ったサービス組織の探索が行われていて，やはり離職によってその高パフォーマンスは即座に失われる危険性がある．

したがって，医療サービス組織では，医師や看護師，医療技術者のような専門的知識・技能を有する従業員については，職務満足の向上によらなくても彼らに高いパフォーマンスの発揮を期待することができる．しかし，高いパフォーマンスを長期的に維持し，競争力やブランドの源泉としたいならば，職務満足の向上を図る必要がある．

職務満足の向上は離職率の低下にも貢献するが，このことは人事管理コストの低減を可能にするだけでなく，サービス・デリバリーを効果的かつ効率的に展開するのに必要な情報や知識・技能などを，各従業員および組織が取得・蓄積することを可能にする．前述のように，サービスの顕名性という特質のために個客化対応が可能であるが，それを実現するのは従業員が保有する情報や知識・技能[注 24)]であるため，これらの蓄積は重要である．さらに，知識・技能は他の資産と異なり，活

注 23）これに関連するものとして，「キャリア・コミットメント」や「プロフェッショナル・コミットメント」が概念化されている．この背景には，高学歴化の進展や終身雇用に対する不確実性の増大によって，働く側の職業意識が「就社」から「就職」指向に移行，すなわち専門職指向へ移行していることがある．このことから，「キャリア・コミットメント」は，たとえ働く組織が変わったとしても一生を通じて追求する専門分野への指向性を表す概念である．ただし，「キャリア・コミットメント」は，一般的なキャリアという概念を代表し，広範囲な職業に適用可能であるが（Aryee and Tan, 1992），「プロフェッショナル・コミットメント」は，医師や弁護士のような限られた専門職にのみ適用可能である（Morrow and Wirth, 1989），と考えられている．

用することによって減少することはきわめて少なく，むしろ増える（技能が身につく，思考力がつく）傾向がある．したがって，従業員は顧客の知覚品質や満足を向上させるのに重要な役割を果たす貴重な資産として管理されなければならない．

また，医療サービスのようにサービス・デリバリー・プロセスにおいてサービス・エンカウンターが重要な役割を果たすサービスでは，顧客とそのサービス・エンカウンターに関与する従業員との間に強いつながりが形成され，従業員が組織を変わることで顧客も一緒にスイッチしてしまう危険性もある．

このように従業員の組織に対するロイヤルティは組織の存続・成長にとって重要であるので，それに重大な影響を及ぼす職務満足の向上が図られなければならない．ただし，従業員の離職率が低下し，勤続年数が延びても，各従業員の知識・技能がそれに伴って向上しなければ，サービス品質の向上には貢献しないばかりか，コストを高める要因となる．また，従業員の定着率が高まり，長く居続けると組織が官僚的になる危険性もあるので，すべてのサービス組織にとって，離職率の低下が良い結果をもたらす，とは必ずしもいえない面もある．

従来の日本の製造企業やサービス組織では，終身雇用や年功序列賃金制度にみられるように，従業員を長期的に雇用し，彼らの知識・技能の向上を図ってきた．すなわち，人件費などを固定費化し，それによって提供するモノやサービスの品質向上を図ってきた[注25]．しかし，経済の低迷により，あるいは経営者の業績や能力を短期的に評価する傾向が強まるなかで，人件費の変動費化が図られている．すなわち，パート/アルバイトの比率を高めたり，あるいはアウトソーシングを積極的に行うことで，コスト削減が図られている．さらに，従業員育成のためのコストも削減されている．

しかしながら，このようなコスト削減による利益の創出は貴重な人的資産としての従業員の知識・技能の低下，あるいは離脱を招くことになり，結果としてサービス組織のサービス・デリバリー能力の低下を導く危険性がある．サービス・デリバリー能力の低下は連鎖的に，サービス品質の低下，顧客満足の低下，ポジティブな口コミや評判の減少，顧客の減少，利益の低下，内部および外部サービス品質の改善のための投資の減少につながり，悪循環が形成されることになる．

以上のように，組織に対する従業員の職務満足は顧客満足の向上にポジティブな影響を及ぼすだけでなく，売上げや収益性，生産性などにも影響を及ぼす．さらに，労働力人口が減少する一方で，ニートと呼ばれる若者が増加していることから，サービス・デリバリーの効果および効率に貢献するような知識・技能を保有している従業員の満足を向上させ，彼らの組織に対するロイヤルティを形成・強化することもサービス組織にとっては重大な課題である．

とくに，医療サービス組織の場合には，医療従事者は専門的知識・技能を必要とされるだけでなく，患者と頻繁にサービス・エンカウンターを展開することにより彼らの満足に重大な影響を及ぼす存在であることから，優れた知識・技能，経験を有する医療従事者のロイヤルティを高めることは重大な課題である．

注24）ここでの技能は，江戸時代における「わざ」に相当するものである．田中（2001）によると，「わざ」とは大量生産用に規格品を作る技術ではなく，自然素材を理解し，その性質に従って利用可能に仕上げる技術である．当然，相手（素材）によって一つひとつ異なる対応が必要とされる．さらに，「わざ」は伝承されるものであり，「正確に同じもの」を作る技術ではなく，基本的には同じ正確さでものを作る技術である（田中，2001，58頁）．

個々の顧客の異なるニーズや特性を理解し，同じ正確さでそれを充足するようにデリバリー・プロセスやその結果としてのサービスを仕上げるのがサービス組織の従業員（顧客とサービス・エンカウンターを展開する従業員）の技能だとすれば，これはまさしく「わざ」である．

注25）日本の企業は自ら従業員を育て，その果実を得るのに対して，欧米の企業は育った従業員を獲得することで果実を得る，という対照的な組織文化を持っていた．これは農耕民族と狩猟民族の違いの現れかもしれない．

Ⅱ-4. サービス組織における マーケティングの方向性

サービス組織にとって，内部顧客である従業員および外部顧客である消費者（以下では，顧客）との関係は組織の存続・成長に重大な影響を及ぼす．したがって，従業員と顧客はともに組織にとって貴重な人的資産と考えることができる．しかしながら，日本では企業の収益が悪化すると，まず初めにカットされるのが3K，すなわち広告費，交際費，教育費であるといわれている．教育費や賃金，職員の削減によって，利益を増やすことは可能であるが，このような方法によって生み出される利益は短期的なものであり，貴重な人的資産を食いつぶした代償として得られるにすぎない．これらの方策はサービス組織と両者（従業員と顧客）との関係にネガティブな影響を及ぼし，人的資産を維持できる期間を短くし，価値を消耗させるだけである．

本当の利益，あるいは長期的な利益とは価値創造によってのみ得られるものであり，それを可能にするのは人的資産の構築・維持である．サービス組織が長期的に存続・発展していくためには，従業員および顧客との関係を開発・育成するための投資を行い，両者との間に長期的で良好な関係性を構築・維持し，それらの資産価値を高めていくことが必要とされる．

この従業員と顧客との関係という人的資産は，以下の四つの点において貸借対照表に記載されている資産とは大きく性格が異なっている．

第1に，人的資産は時間経過とともに減価償却されることはないということである．貸借対照表に記載される資産は使用や時間経過に伴って経済的価値は減少するが，両者との関係は良質のワインと同様に，適切に育成・管理されることによって時間経過とともに価値は向上していく（Reichheld, 1996）．

第2に，両者との関係という資産は貸借対照表には記載されないが，これらの人的資産がなければ，貸借対照表に記載されている資産はほとんど価値を持たなくなるということである（Kotler, Bowen and Makens, 2003, p.8）．

たとえば，ハードとしての病院の建物や医療機器は，減価償却分を差し引かれた金額が貸借対照表に記載されるが，それらを利用する患者が存在しなければ利用は制限され，利益を生み出さないばかりか，維持・保管のためのコスト発生をさせることになる．また，有能で動機づけられた従業員がいない場合も，ハードとしての建物や医療機器はサービス・デリバリーのために有効に活用されないために，患者に高い品質水準のサービスを提供し，それによって利益を得ることができない．したがって，従業員および顧客との関係性は貸借対照表に記載される資産が実質的に価値を持つための必要条件である，と考えることができる．

第3に，従業員と顧客との関係という人的資産は多重利用が可能であるということである．ハードとしての建物や医療機器，あるいは金銭などは同時に二つの場所や目的に利用することは不可能であるが，従業員および顧客との関係という資産は多重利用が可能である．たとえば，顧客との関係の中で形成された信頼は，関連サービスの販売や新サービスの開発に顧客を巻き込むことなどによって同時に利用することが可能である．

第4に，従業員および顧客との関係という人的資産はインプットとアウトプットという二面性を備えているということである．貸借対照表に記載されている資産は，金銭を除いて，事業活動のインプットとして機能する．一方，両者との関係という人的資産は，金銭と同様に，インプットとしても必要であるが，事業活動の結果として生み出されるものでもある．ブランドや組織文化と同様に，事業活動の結果として蓄積される無形資産であり，また蓄積がその後の事業展開の基盤を形成したり，他の資産が価値を持つことに貢献するこ

とから，インプットとアウトプットの側面を持っている．また，これらの資産は外部からの調達が困難であり，蓄積には長い期間と莫大なコストを必要とするが，投資によって確実に蓄積できるものではないので，「競争優位の源泉」(長期的にサービス組織が存続・成長するための経済的基盤としての利益を生み出すもの）となりやすい資産でもある．

このようなことから従業員および顧客の満足向上を通じて両者との間に良好で長期的な関係を形成・維持・向上させていくことは，サービス組織が存続・発展していくための重大な課題である．ただし，両者との間に関係を形成・維持・発展させたとしても，それらを資源として有効に活用するための「組織能力[注26)]」あるいは「ケイパビリティ[注27)]」がなければ，価値を生み出すことはできない．

たとえば，金鉱石は，そこから金を取り出す技術が存在しなければ，それはただの石にすぎず，資源ではない．金を取り出す技術が開発され，それが金鉱石に適用されるときに，それは資源となるのである．外部および内部顧客との関係も同様であり，それらの人的資産を人的資源として活性化させる組織能力の開発・発展が必要である．モチベーションやコミットメントといった「やる気」，知識・技能といった「能力」が活性化されたときに初めて人的資源となるのである．

顧客の場合には，サービス組織の提供するサービスを反復的あるいは継続的に利用したいという意向や，デリバリー・プロセスに積極的に参加することによって自らの満足を高めたいという意欲を喚起するとともに，それらを適切に遂行するのに必要な能力（サービスやデリバリー・プロセスに関する知識・技能だけでなく，金銭的購買力，遂行に必要な肉体的・精神的エネルギーなども）を開発することで人的資源となる．

医療サービスにおける顧客である患者の場合，積極的に疾病を患いたいという人はいないので，反復的・継続的に利用したいという意向は存在しないであろう．しかし，不幸にして疾病を患った場合には，患者は当該医療サービス組織を利用したいという意向や，治癒のために積極的にデリバリー・プロセスに参加したい意欲を創出することで人的資源となる．

従業員の場合，職務に対するモチベーションと組織に対するコミットメントを育成するとともに，それを遂行するのに必要な知識・技術を習得させる投資を行うことによって，人的資源となる．なお，コミットメントは，従業員に投資し，人的資源としての価値を高め，公正に評価する企業において高いといわれている．

以上のことから，顧客および従業員の「やる気」や「能力」を引き出し活性化させる組織能力は，両者との関係という人的資産を有用な人的資源に変化させるのに必要不可欠であり，この変化を通じて貸借対照表に記載されている資産から価値を効果的かつ効率的に生み出すことが可能になる，と考えられる．つまり，貸借対照表に記載された資産が価値を生み出すためには，従業員および顧客との関係という人的資産が必要条件であり，十分条件としてその人的資産を人的資源に変換する組織能力が必要とされるということである．

必要条件である従業員と顧客との関係という人的資産の形成・育成においては両者の満足が重要な役割を果たすことから，サービス組織の存続・成長にとっては両者の満足向上は重大な課題である．したがって，両者の満足向上を図ろうとするサービス組織は，**図25**のように，顧客に対する

注26) 組織能力とは一般に，次のような特徴を持つとされている．第1に，個々の企業に特有の属性である．第2に，組織全体が持つ行動力や知識の体系である．組織能力は相互に調整された組織ルーチンの束であり，特定の組織のなかで広まり引き継がれる組織の遺伝子である．第3に，組織能力は個々の企業の競争力や収益に影響を及ぼし，長期的に企業間の差を生み出す．第4に，競合他社が模倣しにくいものである．第5に，組織能力は地道に内部で構築する必要がある（藤本，2006，5-6頁）．

注27) ケイパビリティとは，企業が経営資源を組み合わせたり活用したりすることを可能にする企業属性である（Barney, 2001，邦訳，245頁）．

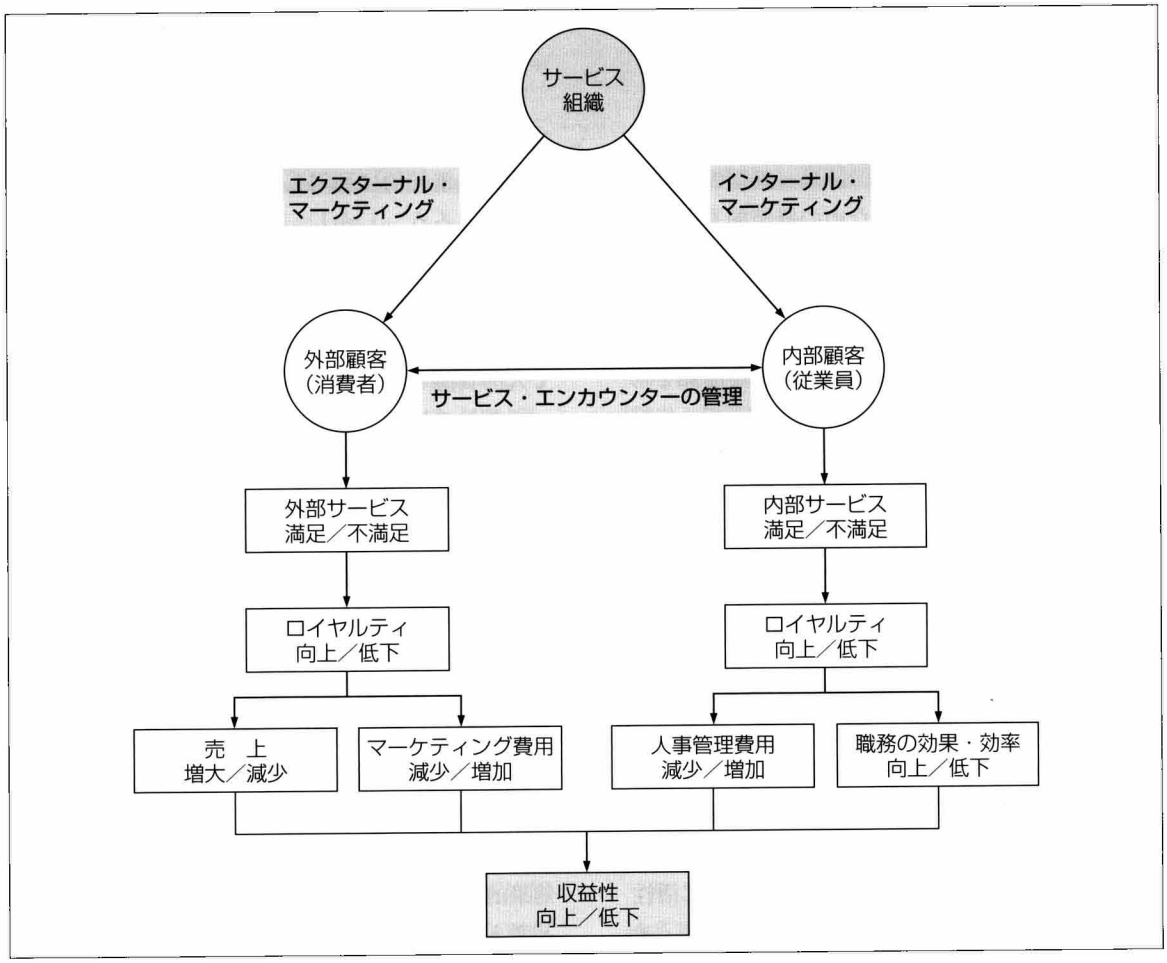


図 25　マーケティングによる顧客（消費者）―従業員―サービス組織間の満足関係の構築

「エクスターナル・マーケティング(従来のマーケティング)」と従業員に対する「インターナル・マーケティング」を同時に実施するとともに，それらの間の整合性を保持しなければならない．

「インターナル・マーケティング」とは，従業員という組織の内部市場に対して，顧客という外部市場のために構築されてきたエクスターナル・マーケティングの知識や技術を適用するものである．インターナル・マーケティングは，二つの目的達成を通じて組織の内部基盤を確立し，エクスターナル・マーケティングの効果的かつ効率的な展開を支援するものである．

その第 1 の目的は，職務を内部サービス，従業員を組織の市場活動に必要な職務の内部顧客と見なし，外部顧客（消費者）を満足させるという組織目標と取り組みながら，内部顧客のニーズやウォンツを満足させることである．これは，従業員が彼らの内部サービスに満足していなければ，顧客に対して満足できるサービスを提供することはできない，という認識に基づくものである．

第 2 の目的は，組織のミッション，目標，中核的価値，エクスターナル・マーケティングを通じて顧客に提供を約束するもの，その実現に必要な役割および方法などに関する情報を組織のすべての階層の従業員に伝え，理解と共有を促すことである．情報の共有が行われていなければ，顧客に対して約束したことを従業員が実現することはできないからである（藤村，2004）．

このインターナル・マーケティングとエクスターナル・マーケティングにサービス・エンカウ

ンターの管理を加え，それぞれを適切に計画・実施するとともに，これらの間の調整・統合を通じて，サービス組織と従業員，サービス組織と顧客，および従業員と顧客の間に良好で長期的な関係を構築することが，サービス組織におけるマーケティングの方向性である，と考えられる．このようなマーケティングの展開によって，顧客と従業員の両者が満足を得られるような状況において初めて，サービス組織も満足できる利益を獲得することが可能になる．さらに，従業員および顧客の満足向上を通じて，サービス組織と彼らとの間に良好で長期的な関係が形成されることにより，サービス組織は将来にわたって存続・成長することが可能になる．当然，他のステークホルダー[注28]，たとえば株主やビジネス・パートナーなどが存在する場合には，それらを含めた関係性の強さにサービス組織の競争力や将来は依存することになる．

医療サービス組織の場合には，従業員および患者との関係だけでなく，地域内の他の医療サービス組織やヘルスケア関連組織，大学病院，製薬メーカー，保険組合などとの関係によって，地域での役割や将来性は異なったものになる．

しかしながら，このような顧客―従業員―サービス組織という三者間の満足関係が常に成立するとは限らず，状況によっては関係が歪んだものとなる．たとえば，顧客満足は低いのに，収益性は高いという関係が成立することもある．そのような状況を規定する要因としてはさまざまなものが考えられるが，とくに重要な要因としてスイッチング・バリアがある．これは，競合サービスへのスイッチに必要なコストやスイッチによって犠牲にしなければならないものが比較的大きいことによって，あるいは顧客がそれらのコストを大きいと知覚することによって，顧客のスイッチを抑制するものである．このスイッチング・バリアが比較的高い場合には，消費したサービスに不満足を形成したとしても，顧客はそのサービスを継続的に利用せざるを得なくなり，顧客満足とサービス組織の収益性との間には負の相関関係が生じてしまう．

医療サービスの場合には，とくにスイッチング・バリアの影響によって歪んだ関係が形成されやすいであろう．疾病を患った患者は当然のこと，家族にとっても自宅から遠くの医療サービス組織を利用することは，肉体的・精神的・時間的・経済的に大きな負担を伴うので，利便性の高い立地にあるサービス組織を選択するであろう．あるいは，専門的な医療知識を持たない患者は，不安がスイッチング・バリアとなるので，規模の大きい一般病院や大学病院を選好しやすいであろう．

また，既に特定の医療サービス組織で診療・治療を受けている場合には，そこからの実際の拘束あるいは心理的な拘束によって，不満足であったとしてもスイッチできないこともある．

このように医療サービ組織の選択意思決定においては，多様な要因がスイッチング・バリアの形成要因となる可能性が存在するために，必ずしも患者―従業員―医療サービス組織という三者間の満足関係は成立しないかもしれない．このことから，スイッチング・バリアを戦略的に構築することによって，患者の囲い込みを行い，収益性の維持あるいは拡大を図ろうとする医療サービス組織も存在するかもしれない．しかし，これは短期的には可能でも，長期的には不可能である．長期的には患者満足を通じて形成される信頼やブランド，さらに競争の発生によって，そのような歪みは是正されるからである．歪みが是正される結果として，そのような三者間の満足関係を導くようにデリバリー・システムやサービス自体を改善できない医療サービス組織は存続できなくなるであろう．

注28）ステークホルダーは事業の利害関係者で，株主，従業員，顧客，取引先，地域住民，投資家，金融機関などが含まれる．

Ⅱ-5.「場面」概念の導入による分析枠組み

業績評価指標であるサービス品質，顧客満足，職務満足，生産性，収益性の間の循環的影響関係を考慮しながら各指標を最適化するには，デリバリーにかかわるさまざまな要素それ自体とそれらの間の相互作用関係を改善する必要がある．

しかし，実際のデリバリー・プロセスにおいてこれらの改善を図るには，第1に，現状でのサービス・デリバリー・システムにおける業績指標間の循環的な影響関係とそれらに作用している他の要因を分析しなければならない．第2に，上記の要素の改善によって指標間の影響関係および他の要因の影響のあり方がどのように変化したかを把握しながら，各指標が最適になるような改善策を模索しなければならない．そのため，業績指標間の影響関係を分析する枠組みが必要であるが，現段階ではまだ適切な分析枠組は構築されていない．

そこで以下では，その分析枠組みとしての「場面」概念を提示したい．

Ⅱ-5-(1) 演劇における幕のアナロジーとしての「場面」概念

「場面」概念は，演劇における幕のイメージをサービス・デリバリー・プロセスにおけるエンカウンターに当てはめたものである（藤村，1997）．

「幕」とは一つの幕が開いてから下りるまでの間である．演劇が複数の幕から構成されている場合，1幕目，2幕目と進む過程で舞台の登場人物やその服装，背景が変化し，物語が展開し完結していく．

医療サービスのデリバリー・プロセスでも，いくつかのサービス・エンカウンターが時間的に分離したかたちで，時には場所を変えて，1幕目，2幕目というように展開される．患者が医療サービスを外来で受ける場合，サービス・エンカウンターは受付で受付職員と，診療室で医師および看護師と，薬局で薬剤師と，会計で会計職員との間で順次展開される．これらのサービス・エンカウンターはそれぞれ時間的にも場所的にも分断されているばかりか，演劇における幕のように各サービス・エンカウンターにおいて重要な役割を果たす従業員や物理的環境要素も異なっている．このような時間的に分離した，ときには場所的にも分離したサービス・エンカウンターのそれぞれが「場面」である．

Ⅰ-3-(1) で考察したように，医療サービスがデリバリーされ，同時に患者がそれを消費するシステムはサービス・デリバリー・システムと呼ばれるが，それはフロント・ステージ，バック・ステージ，およびカスタマ・セルフ・ステージから構成されている．そして，それらの三つにおいて患者，医療従事者やその他の従業員，および医療サービス組織が協働することによって医療サービスはデリバリーされる．「場面」は，これらの三つの構成要素の中のフロント・ステージで展開されるサービス・エンカウンター，すなわち患者が医療従事者やその他の従業員と直接的に行う相互作用に焦点を当て，それらの時間的分断（時には空間的分断を伴うが）によってデリバリー・プロセスを区分したものである．外来で医療サービスを受ける場合では，受付，診療，薬局，会計のそれぞれが一つの場面として規定される．

この「場面」概念においては，フロント・ステージの従業員は舞台で演じている役者に相当し，サービス・デリバリー環境を形成する物理的環境は舞台の背景に相当する．また，バック・ステージの従業員は舞台の背後で音楽やライティングなどによって役者たちの演技を支援している裏方に，サービス・デリバリー・プロセスあるいはオペレーション全体の計画・監督を担当している

マーケティング担当者や経営者は戯曲家に，顧客は観客に相当する．そして，演劇の各幕の評価はその幕に登場する役者，舞台装置，裏方，戯曲作家によって決まるように，各場面のサービス品質，顧客満足，生産性，収益性などはフロントルームの従業員だけでなく，サービス・デリバリー環境の物理的環境，バックルームの従業員，マーケティング担当者や経営によっても決まる．

さらに，演劇における観客は舞台を見ることで沸き起こってくる情動（感情）を表情や行動で示し，役者の情動（感情）に影響を及ぼすことで，その演技に作用して演劇の質を高めることに貢献しているように，サービス・デリバリー・プロセスの各場面における顧客もサービス・デリバリーを効果的かつ効率的に行うのに必要な役割を果たすことによって，サービスの品質，顧客自身および従業員の満足，生産性の向上に貢献している．すなわち，演劇が観客を含む劇場内のすべての人と物理的環境によってつくられるように，サービスの各場面も顧客を含むサービス組織の従業員と，それにかかわるその他の要素すべてによって創造されている．

なお，「場面」概念を用いてサービスの品質，顧客満足，職務満足，生産性，収益性の間の関係を分析する場合に，それらの指標も場面にかかわるものに限定される．すなわち，分析されるのはサービス・デリバリー・システム全体に関する各指標の水準や指標間の関係ではなく，場面特定的な指標の水準や関係である．

たとえば，外来での医療サービスのデリバリーについて，受付，診療，薬局，会計という場面が設定されるならば，受付という場面についてのサービス品質，患者満足，職務満足，生産性などが測定され，診療，薬局，会計という場面についても同様にそれぞれに特定的なものが測定される．したがって，各指標の水準と指標間の関係にかかわる分析は設定した場面数だけ行われることになる．

Ⅱ-5-②
「場面」概念を用いることの利点

サービス・デリバリー・プロセスにおける時間的および/あるいは空間的に分離したサービス・エンカウンターを「場面」として，場面ごとに指標（サービス品質，顧客満足，職務満足，生産性，収益性）間の関係とその関係に影響を及ぼす要因を分析することには，次のような二つの利点がある．

第1に，場面によって各指標および指標間の関係に重大な影響を及ぼす可能性のある要因は異なっていることである．すなわち，各場面で顧客と相互作用を行うフロント・ステージの従業員およびその活動，その場面を後方から支援するバック・ステージの従業員およびその活動，その場面に関係した物理的環境およびオペレーションなどは異なっている．したがって，場面ごとに分析することで重要な影響要因の絞り込みと特定化が容易になり，指標間の影響関係の分析も容易になる．さらに，場面ごとに重要な影響要因を特定化できるので，指標間のバランスを保ちながらそれぞれを最適化するのに必要な改善点の明確化が容易である．

第2に，各場面には，顧客にサービスをデリバリーするのに必要な活動やその他の要因の質や効率が反映されている．サービスのデリバリー・システムはフロント・ステージ，バック・ステージ，およびカスタマ・セルフ・ステージから構成されているので，サービス・エンカウンターで区分された場面，すなわち顧客とフロント・ステージの従業員が相互作用を展開するシステム部分だけで指標間の関係を分析するのは不適切であるように思われるかもしれない．しかしながら，演劇の評価も観客から見える舞台に基づいて行われるが，その評価が正当化されるのはその舞台に役者の演技や能力だけでなく，裏方や戯曲作家などの活動や能力がすべて反映されているからである．同様なことは場面についても当てはまり，各場面におけるサービス品質，顧客満足，職務満足，生産性，収益性などには顧客がサービス・エンカウンターを行う従業員の態度や行動，顧客から見えるデリ

バリー環境を構成する物理的環境だけでなく，顧客から見えないバック・ステージの活動も反映されている．たとえば，外来診療後の会計場面における待ち時間の長さや請求ミスには，会計担当者の能力だけでなく，必要な情報の入力者や情報処理システムの能力も反映されているであろう．

したがって，特定の場面において指標のすべて，あるいはその一部が低い場合，それは顧客とサービス・エンカウンターを展開しているフロント・ステージの従業員やその環境を形成する物理的環境，その管理システムが劣っていることの現れであることもあれば，顧客から見えないバック・ステージの従業員やそれにかかわるオペレーションが劣っていることの現れであることもある．このように顧客がフロント・ステージの従業員とエンカウンターを展開する部分だけを場面として各指標や指標間の関係を分析しても，そこには顧客にサービス・デリバリーを行うのに必要な活動やその他の要素がすべて凝縮・反映されているので問題はない，と考えられる．

しかしながら，「場面」概念によって指標間の関係を分析することに問題がないわけでもない．第1の問題点として，たとえば医療サービスのデリバリー・プロセスは一般的に，患者の来院あるいは患者が医療サービス組織とコンタクトを取ることで始まり，デリバリーが行われ，疾病の治癒まで続くが，「場面」はこのプロセスのなかの一部分に過ぎないということがある．すなわち，デリバリー・プロセスでもサービス・エンカウンターが展開されていない部分，あるいは場面と場面の間は分析対象とされないので，デリバリー・プロセス全体の分析はできない．

第2の問題点として，第1の問題と関連しているがこのような還元主義的方法では，場面の間に存在する影響関係が無視されてしまい，デリバリー・プロセス全体が生み出すサービス品質，顧客満足，職務満足，生産性，収益性などが過小評価，あるいは過大評価される可能性があるということである．

演劇の場合，役者も観客も前幕の流れを引き継ぎ，次の幕に望む，あるいは次の幕のための準備をその前の幕で行っている．つまり，1幕目で役者は演技を行いながら彼自身の情動（感情）や気分を高め，第2幕目の演技につなげようとするし，観客も第1幕目で次の幕を見るために準備，たとえば笑うための準備，泣くための準備，物語の展開を予測するための準備を行っている．このことのために，第2幕目における役者の演技は第1幕目の彼自身や他の役者の演技，それによって生じる彼自身の情動（感情）や気分に影響されるであろうし，観客の情動（感情）や気分，態度も前幕における彼ら自身のそれらに影響される．

同様なことはサービスのデリバリー・プロセスにおいても起こるであろう．前の場面でのサービス・エンカウンターによって生じた情動（感情）や気分を従業員も顧客も引きずりながら次の場面に進むために，各指標はその場面における従業員や顧客，その他の要素の影響を受けるだけでなく，前の場面のそれらの影響も受けるであろう．

このようなことがあるので，サービスのデリバリー・システム全体は場面の総和以上の意味を持っているかもしれない．サービス・デリバリー・システム全体には「場面」概念だけではとらえきれないサービス品質，顧客満足，職務満足，生産性，収益性の関係や，それらに影響を及ぼす要素が存在しているかもしれない．したがって，サービス・デリバリー・システムの分析には，「場面」概念とともに，全体的アプローチによる分析枠組みも同時に用いられる必要がある，と考えられる．

「場面」概念にはこのような問題点もあるが，本書では利点のほうを重視し，次節ではこれを用いて患者満足と職務満足の間の影響関係を実証分析する．また，前述のような問題点を補うために，「場面」レベルとともに「オペレーション」レベルでも分析を行いたい．なお，この「オペレーション」については次節で詳細に説明する．

Ⅱ-6. 顧客（患者）満足と職務満足の関係に関する実証的考察

本節では，Ⅱ-1で考察した顧客満足と職務満足の影響関係について，病院での調査結果を用いて実証的に考察したい．なお，この関係分析は，「場面」レベルと「オペレーション」レベルの両方で行う．

Ⅱ-6-(1) 調査の実施概要

医療サービスにおける患者満足と医療従事者・その他の従業員の職務満足の関係を考察するために，二つの一般病院（以下では，[病院1]，[病院2] と記す）において調査を実施した．その概要は以下のとおりであるが，[病院2] では同様の調査設計で2年間に2回の調査を実施した．

【病院1[注29)]】

・**調査対象者**：神奈川県内に立地する一般病院における外来患者，入院患者，医師，看護師，医療技術者，事務系職員

・**調査票**：外来患者用調査票と入院患者用調査票はA4版9頁，医師用調査票，医療技術者用調査票および事務系職員用調査票はA4版7頁，看護師用調査票はA4版8頁

・**調査方法**：外来患者と入院患者については調査員による面接調査依頼．郵送回収（外来患者に対する調査依頼は待合室で，入院患者に対する依頼は病室で実施），医師，看護師，医療技術者および事務系職員については各部署の管理者による調査依頼．郵送回収

・**調査時期**：1996年2月19日～24日

・**調査票配付数および回収数**

調査対象者	配布数	有効回収数	回収率(%)
外来患者	3000	729	24.3
入院患者	300	137	45.7
医師	150	51	34.0
看護師	250	167	66.8
医療技術者	130	44	33.8
事務系職員	150	40	26.7

【病院2[注30)]】

・**調査対象者**：香川県内に立地する公的な一般病院における入院患者および看護師

・**調査票**：入院患者用調査票はA4版4頁，看護師用調査票はA4版8頁

・**調査方法**：入院患者については退院時に看護師による調査依頼・郵送回収，看護師については各部署の管理者による調査依頼・回収ボックスへの投函による回収

・**調査時期**：

入院患者：2005年11月1日～12月2日
　　：2006年10月20日～11月30日
看 護 師：2005年10月20～31日
　　：2006年10月15～25日

・**調査票配付数および回収数**

調査対象者	配布数	有効回収数	回収率(%)
入院患者（2005年）	630	318	50.5
入院患者（2006年）	675	375	55.6
看護師（2005年）	441	415	94.1
看護師（2006年）	457	425	93.0

注29）本調査は，社会経済生産性本部のサービス企業生産性研究委員会において，筆者が中心となって実施したものである．

注30）本調査は，〔病院1〕での調査に用いた調査票と同様なものを用いて，香川県立保健医療大学雨宮多喜子教授（当時）と共同で実施したものである．

Ⅱ-6-(2)
「オペレーション」レベルでの満足関係の分析

まず分析単位である「オペレーション」を定義する必要があるが，本書では「サービス・デリバリー・システムに内包されている利益管理単位としてのサービスを，デリバリーするために組織化されたシステム」と定義したい．このように「オペレーション」を定義すると，一つのサービス組織が複数のサービスをデリバリーし，サービスごとに利益責任と管理体制を明確にしている場合には，その組織はデリバリーしているサービス数だけ「オペレーション」を保有している，と考えられる．そして，それらの複数の「オペレーション」のすべてを包含したものが，そのサービス組織のサービス・デリバリー・システムということになる．

たとえば，ホテルが提供しているサービスを宿泊サービス，宴会サービス，飲食サービス，小売りサービスというかたちに分割して利益管理を行っている場合には，このホテルは四つのサービスとそれをデリバリーするための四つの「オペレーション」を，サービス・デリバリー・システム内に持っていることになる．

これとは対照的に，サービス組織がその提供しているサービスについて単一の利益管理しか行っていない場合には，その組織は一つのサービスとそれをデリバリーするための一つの「オペレーション」しか持っていないということになる．

したがって，今回の調査対象病院では，外来部門では各診療科が，入院部門では各病棟がそれぞれ一つの「オペレーション」を形成しているといえる．

a）[病院 1]での外来部門における関係分析

詳細についてはⅢ-4-(1) で考察するが，外来患者の満足/不満足に対しては医師が重要な役割を果たすので，外来部門については患者満足と医師の職務満足の関係について分析した．**表 7** は，[病院 1] の外来部門について，診療科別に外来患者満足と医師の職務満足を分析したもので，**図 26** はその散布図である．なお，外来患者の総合満足とは，当該病院での通院経験を総合的に評価した場合の満足度であり，医師の総合満足度とは，当該病院での職務を総合的に評価した場合の満足度である．どちらの総合満足度も，1=「不満足である」～5=「満足である」の 5 点尺度で聴取している．

図 26 の散布図における各点は診療科を表している．統計的に有意ではないが，外来患者の総合満足度と医師の総合満足度の間には正の相関関係がみられる．つまり，外来担当医師の職務にかかわる総合満足度が高くなるほど，外来患者の総合満足度も高くなる傾向がある．

b）[病院 1]での入院部門における関係分析

詳細についてはⅢ-4-(1) で考察するが，入院患者の満足/不満足に対しては入院担当看護師が重要な役割を果たすので，入院部門については患者満足と入院担当看護師の職務満足の関係について分析した．**表 8** は，[病院 1] における入院部門の患者満足と看護師の職務満足を病棟別に分析したもので，**図 27** はその散布図である．なお，入院患者の総合満足とは，当該病院での診療，看護，入院生活などを総合的に評価した満足度であり，入院担当看護師の総合満足度とは，当該病院での職務を総合的に評価した場合の満足度である．どちらの総合満足度も，1=「不満足である」～5=「満足である」の 5 点尺度で聴取している．

図 27 の散布図における各点は病棟を表している．入院患者の総合満足度と入院担当看護師の総合満足度の間には，統計的に有意な正の相関関係がみられる．つまり，入院担当看護師の職務にかかわる総合満足度が高くなるほど，入院患者の総合満足度も高くなる傾向がある．

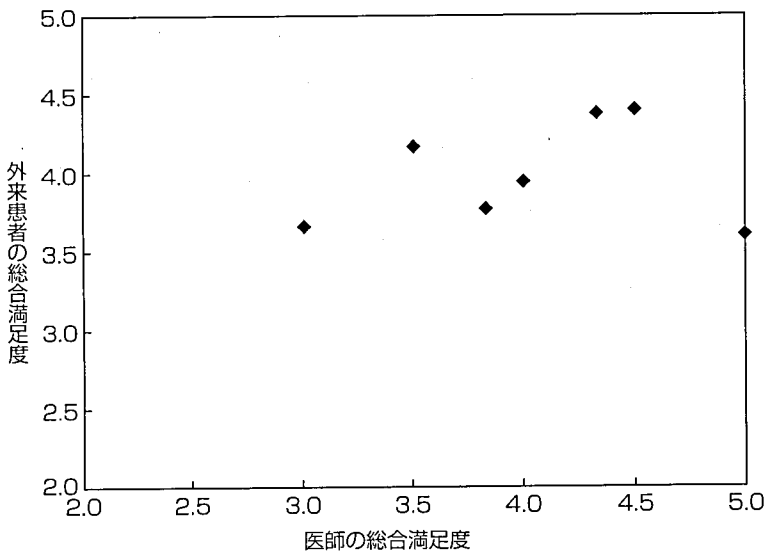
c）[病院 2]での入院部門における関係分析

表 9 は，[病院 2] における入院部門の患者満足と看護師の職務満足を病棟別に分析したもので，**図 28** はその散布図である．なお，**図 28** は，2005

表7　外来部門における患者と医師の総合満足度［病院 1］

満足 / 診療科	外来患者の総合満足度		医師の総合満足度	
	平均値	回答者数	平均値	回答者数
第 1 診療科	3.78	(274)	3.83	(12)
第 2 診療科	4.41	(17)	4.50	(2)
第 3 診療科	3.95	(73)	4.00	(4)
第 4 診療科	4.39	(46)	4.33	(6)
第 5 診療科	3.91	(121)	4.00	(7)
第 6 診療科	3.68	(28)	3.00	(1)
第 7 診療科	3.61	(28)	5.00	(2)
第 8 診療科	4.18	(22)	3.50	(2)

注）総合満足度は「不満足である」を「1」，「満足である」を「5」とする 5 点尺度で聴取している．



Kendall の順位相関：0.222，Spearman の順位相関：0.169

図 26　外来部門における患者と医師の総合満足度の関係［病院 1］

年と 2006 年に分けて作成した．

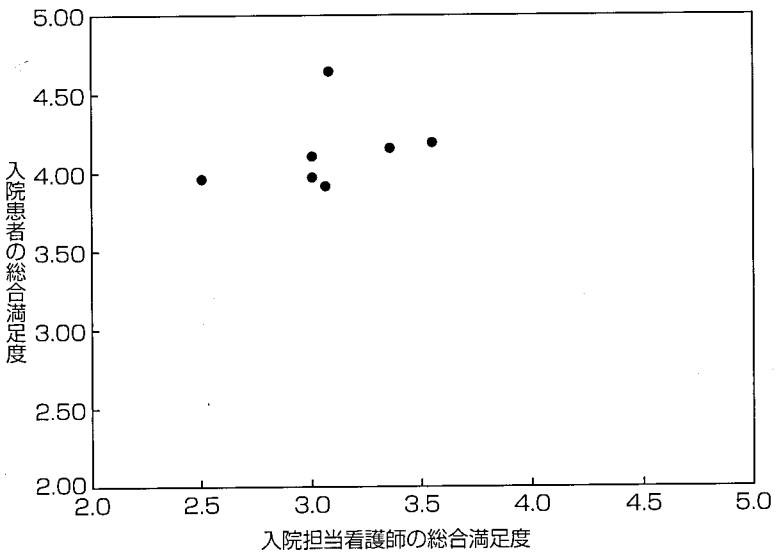
2005 年の調査結果では，入院患者の総合満足度と入院担当看護師の総合満足度の間には，統計的に有意な正の相関関係がみられるが，2006 年の調査では，両者の間に関係はみられなくなっている．2006 年の調査において相関関係がみられない原因としては，2005 年の調査実施以降，当該病院の看護部門では職務満足改善のための取り組みが積極的に行われており，一時的に両者の満足関係のバランスが崩れていることが考えられる．2005 年と 2006 年の調査結果を比較すると，看護師の満足度は 13 病棟中の 8 病棟で向上しており，患者の満足度も 10 病棟で向上している．

Ⅱ-1-(1) での**図 19** のサービス・プロフィット・チェーン・モデルでも示されているように，内部サービス品質の向上によって職務満足の向上が図られるが，それがサービス品質や顧客満足の向上を導くにはある程度の時間を要する，すなわちタイムラグが存在する．2005 年から 2006 年にかけて入院担当看護師の総合満足度が向上してい

表8　入院部門における患者と看護師の総合満足度［病院 1］

満足 / 病棟	入院患者の総合満足度		入院担当看護師の総合満足度	
	平均値	回答者数	平均値	回答者数
第 1 病棟	4.12	(17)	3.4	(23)
第 2 病棟	4.17	(23)	3.5	(13)
第 3 病棟	3.94	(17)	2.5	(14)
第 4 病棟	3.89	(19)	3.1	(16)
第 5 病棟	4.08	(12)	3.0	(17)
第 6 病棟	4.61	(18)	3.1	(15)
第 7 病棟	3.95	(19)	3.0	(10)

注）総合満足度は「不満足である」を「1」,「満足である」を「5」とする 5 点尺度で聴取している.



Kendall の順位相関：0.488*，Spearman の順位相関：0.667*

注）＊は 15%水準で統計的に有意である.

図 27　入院部門における患者と看護師の総合満足度の関係［病院 1］

る病棟が多いが，このタイムラグのために，入院患者の総合満足度にまだ反映されておらず，一時的に両者の総合満足間に相関関係がみられなくなっている，と考えられる.

さらに，職務満足向上のための職場改善やデリバリー・プロセスの改善によって看護師の職務満足は向上したが，それらによってデリバリー・プロセスが一時的に混乱した結果として患者満足が低下した，ということも考えられる.

顧客満足と職務満足を向上させるための方策の実施は，ボートの 2 本のオールを漕ぐのに似ている．ボートが目的地に向かって真っすぐに速く進むのは，同じ大きさのオールを同じ強さとスピードで漕ぐ場合である．オールの大きさが異なったり，漕ぐ強さやスピードが異なる場合には，ボートは同じところでぐるぐると回るだけで前に進まなかったり，蛇行を繰り返して目的地に進めなかったりする．顧客満足の向上も同様で，両者の満足を同程度に重視し，向上のための努力を同じような力とスピードで行うときに，最も効果的か

表9　入院部門における患者と看護師の総合満足度［病院2］

満足 / 病棟	入院患者の総合満足度				入院担当看護師の総合満足度			
	2005年		2006年		2005年		2006年	
	平均値	回答者数	平均値	回答者数	平均値	回答者数	平均値	回答者数
第1病棟	4.23	(13)	4.50	34	3.04	(23)	3.43	23
第2病棟	4.44	(27)	4.58	33	3.04	(23)	3.26	19
第3病棟	4.33	(36)	4.61	38	3.11	(18)	3.88	17
第4病棟	4.13	(31)	4.58	24	3.20	(20)	3.00	19
第5病棟	4.27	(11)	4.21	24	2.63	(19)	3.36	22
第6病棟	3.87	(15)	4.00	8	3.00	(23)	3.15	20
第7病棟	4.32	(31)	4.52	33	3.14	(21)	2.89	19
第8病棟	4.29	(21)	4.32	25	3.29	(17)	3.18	17
第9病棟	4.52	(21)	4.65	20	3.24	(17)	3.75	20
第10病棟	4.26	(31)	4.19	26	3.50	(20)	3.82	17
第11病棟	3.91	(11)	4.45	11	2.95	(22)	2.96	23
第12病棟	4.09	(34)	3.79	28	2.82	(17)	3.44	18
第13病棟	4.43	(14)	4.56	18	3.29	(14)	3.25	16

注1）総合満足度は「不満足である」を「1」，「満足である」を「5」とする5点尺度で聴取している．
注2）集中治療室と救命救急センターのある病棟は分析から除外している．

つ効率的に向上することが期待される．

しかし，ボートの進むべき方向を変更する場合には，変更すべき方向に応じてどちらか一方のオールを他方よりも強くあるいは速く漕ぐ必要があるように，組織における目標の変更が生じた場合には，一時的にそれぞれの満足を向上させる努力の強さやスピードのバランスを変える必要があろう．

［病院2］では現在，このようなことが生じている，と考えられる．

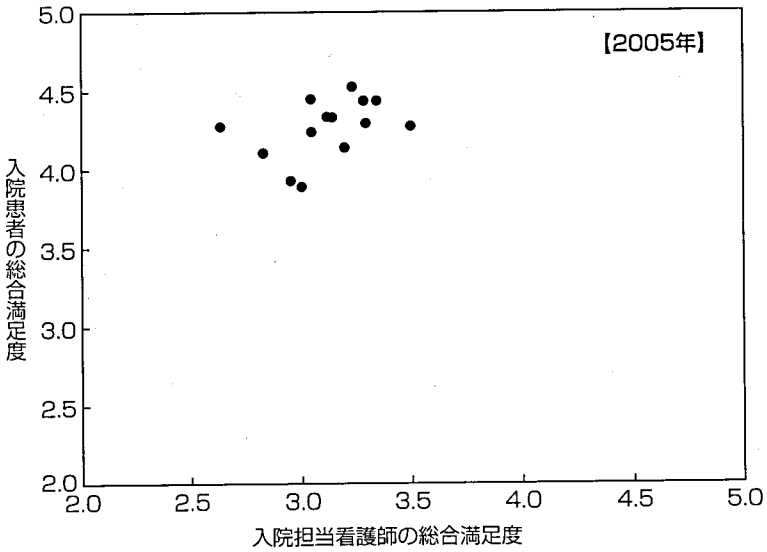
Ⅱ-6-③ 「オペレーション」レベルでの満足関係に関する考察

［病院2］での2006年の調査以外については，統計的に有意でないものもあったが，患者の総合満足度と医師あるいは看護師の職務にかかわる総合満足の間には正の相関関係がみられた．このような関係が生じた理由としては，以下のようなことが考えられる．

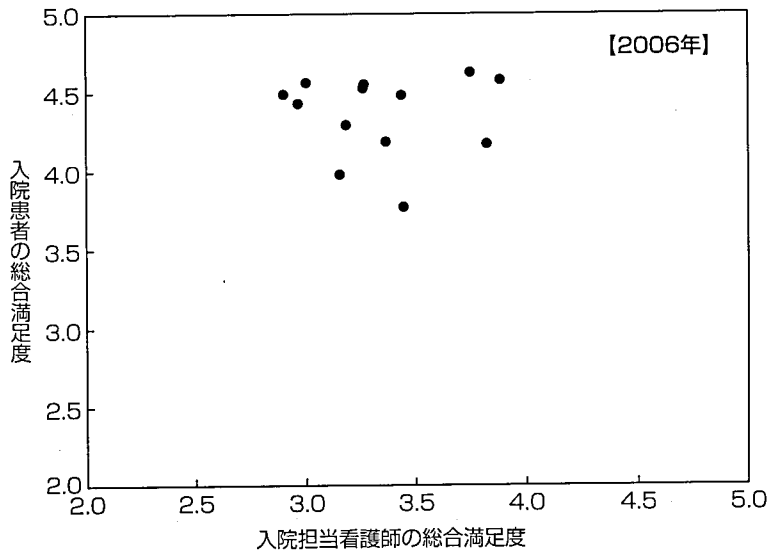
①サービス・エンカウンターにおいて職務満足が顧客満足にポジティブな影響を及ぼした．

詳細についてはⅢ-4-(1) で考察するが，患者の総合満足度に最も大きな影響を及ぼすのは治療成果である．次に大きな影響を及ぼすのは，患者との間で時間的あるいは頻度的に多くサービス・エンカウンターを展開する医療従事者の態度や行動である．ここでの医療従事者とは，外来患者の場合には医師であり，入院患者の場合には入院担当看護師である．そのためにここでは，外来患者の場合には医師の総合満足度と，入院患者の場合には入院担当看護師の総合満足との関係を分析した結果，正の相関関係がみられた．

このことから，外来部門では，診療という医師と患者間のサービス・エンカウンターにおいて医師の職務満足が彼らの態度や行動に反映され，患者の満足に対して影響を及ぼしている，と考えられる．入院部門においても同様に，看護という看



Kendall の順位相関：0.260，Spearman の順位相関：0.463**
注）**は 10%水準で統計的に有意である．



Kendall の順位相関：0.039，Spearman の順位相関：0.083

図 28　入院部門における患者と看護師の総合満足度の関係［病院 2］

護師と患者間のサービス・エンカウンターにおいて看護師の職務満足が彼らの態度や行動に反映され，患者満足に影響を及ぼしている，といえる．これは前述の「ミラー効果」であり，この効果によって分析結果のような正の相関関係が形成されているのならば，この関係は理想的なものといえよう．

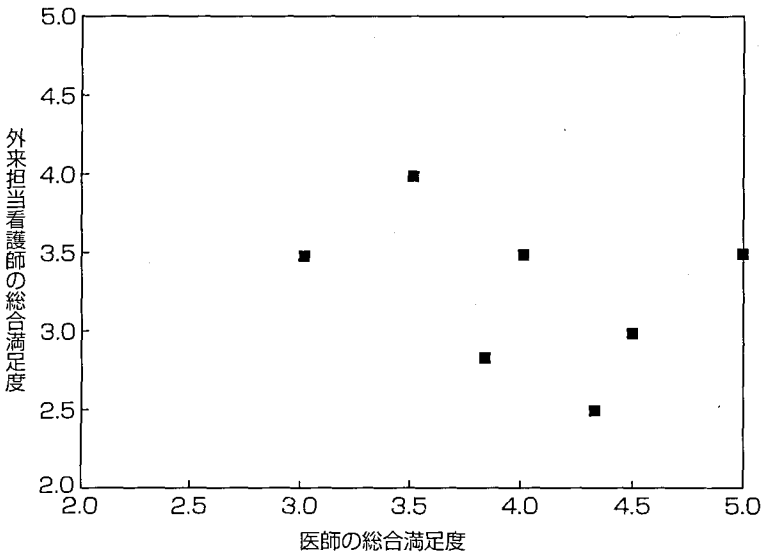
②医師と看護師の満足関係によって疑似相関が導かれた．

表 10 は，［病院 1］での外来部門における医師と看護師の総合満足度を診療科別に分析した結果であり，**図 29** はその散布図である．同様に**表 11** は，［病院 1］での入院部門における医師と看護師の総合満足度を病棟別に分析した結果であり，**図 30** はその散布図である．

表 10　外来部門における医師と看護師の満足度［病院 1］

満足 / 診療科	医師の総合満足度		外来担当看護師の総合満足度	
	平均値	回答者数	平均値	回答者数
第 1 診療科	3.83	(12)	2.83	(12)
第 2 診療科	4.50	(2)	3.00	(1)
第 3 診療科	4.00	(4)	3.50	(2)
第 4 診療科	4.33	(6)	2.50	(2)
第 5 診療科	4.00	(7)	3.50	(4)
第 6 診療科	3.00	(1)	3.50	(2)
第 7 診療科	5.00	(2)	3.50	(2)
第 8 診療科	3.50	(2)	4.00	(1)

注）総合満足度は「不満足である」を「1」，「満足である」を「5」とする 5 点尺度で聴取している．



Kendall の順位相関：－0.246，Spearman の順位相関：－0.357

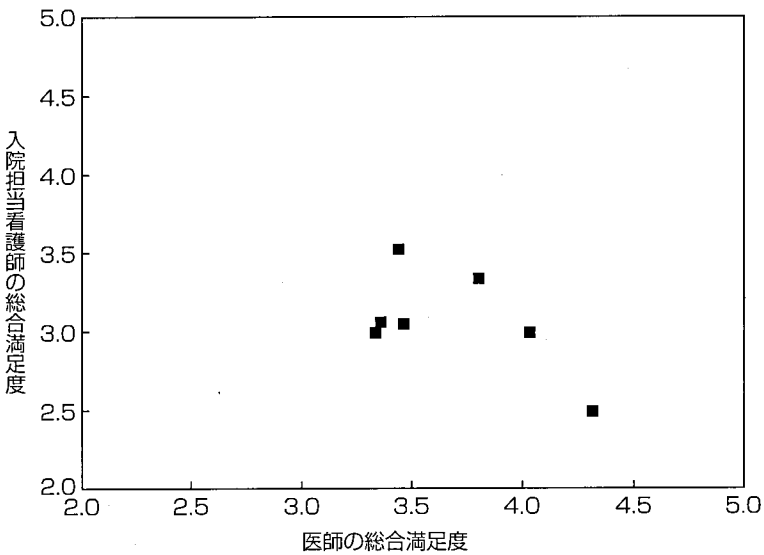
図 29　外来部門における医師と看護師の総合満足度の関係［病院 1］

外来部門においても入院部門においても，統計的には有意でないが，医師の総合満足度と看護師の総合満足度の間には負の相関関係がみられる．すなわち，各診療科あるいは各病棟担当の医師の総合満足度が高いほど，それに対応する診療科あるいは病棟の看護師の総合満足度は低くなっている．このような負の相関関係が存在するために，患者の総合満足度と医師あるいは看護師の総合満足度の関係を分析した場合，疑似相関が発生する可能性が高くなる．つまり．他の要因によって導かれた偶然によって外来部門における患者と看護師の総合満足度間に負の相関関係がみられるならば，患者と医師の間には正の相関関係がみられることになる．同様に，他の要因によって導かれた偶然によって入院部門における患者と医師の総合満足度間に負の相関関係がみられる場面，患者と看護師の間には正の相関関係がみられることになる．このように他の要因によって，患者や医師，看護師の総合満足度が決定されており，疑似的に相関関係がみられているという可能性もある．そ

表 11　入院部門における医師と看護師の満足度［病院 1］

満足 / 病棟	医師の総合満足度		入院担当看護師の総合満足度	
	平均値	回答者数	平均値	回答者数
第 1 病棟	3.80	(17)	3.35	(23)
第 2 病棟	3.43	(22)	3.54	(13)
第 3 病棟	4.32	(17)	2.50	(14)
第 4 病棟	3.45	(9)	3.06	(16)
第 5 病棟	3.33	(12)	3.00	(17)
第 6 病棟	3.35	(19)	3.07	(15)
第 7 病棟	4.03	(15)	3.00	(10)

注）総合満足度は「不満足である」を「1」,「満足である」を「5」とする 5 点尺度で聴取している.



Kendall の順位相関：−0.264，Spearman の順位相関：−0.357

図 30　入院部門における医師と看護師の総合満足度の関係［病院 1］

のため疑似相関の可能性を確認する必要があるが，今回の分析では，分析対象のオペレーション数が少ないことから十分にできなかった.

なお，外来部門および入院部門において医師と看護師の総合満足度間に負の相関関係がみられた原因としては，Ⅰ-2-(6) で指摘した以下の四つのものも考えられる.

第 1 の原因は，医療サービスのデリバリー・プロセスでは医師は判断業務に傾いており，現場での具体的なルーティン業務は主に看護師が担当しているということである.

第 2 の原因は，医療サービス組織内にはプロフェッションの階層構造が存在しているために，医師が看護師の意思決定や行動を制約していることである.

第 3 の原因は，プロフェッションの階層構造のために，看護師は医師の指示を仰ぎ，彼らの制約を受けながら現場業務を行うが，現場の具体的状況はその指示や制約内では対応できないことが多いということである.

しかしながら，これらの三つの理由では，医師の総合満足度のほうが看護師のそれよりも高い傾向があることは説明できるが，看護師の総合満足度のほうが医師のそれよりも高い診療科や病棟もあることは説明できない．

そこで，第4の原因として，医師と看護師間の人的相互作用あるいはコミュニケーションの機会が多くなるほど，看護師と医師で葛藤が多くなる[注31]，ということが考えられる．

③医師と患者間における医療サービスの品質に対する評価ギャップによって導かれた

1994年にも他の病院で同様な調査を実施したが，その過程である医師から以下のような話があった．

「手術がうまくいき心配ないと思うと，医師はその患者のところにあまり足を運ばないので患者は満足しない．また，手術がうまくいくと，治療が少なく患者は早く退院するので収益性が低い．逆に，手術が困難で合併症などが生じた患者に対しては，医師も心配なので何度も足を運ぶので患者は満足する．さらに，そのような患者に対しては様々な治療を行うので収益性も高い」[注32]

［病院1］の入院患者でも，このような現象が起こっている可能性がある．このような現象が生じた場合，医師の職務満足は手術や治療の成果で高まるが，入院患者の満足はそのような職務満足が導く医師の態度や行動によって低下する．逆に，医師の不安は彼の態度や行動を通じて入院患者の満足を高めるだけでなく，収益性も高める．

［病院1］の入院部門の分析では，患者と医師の総合満足度間には負の相関関係が，患者の総合満足度と単位コストの間には正の相関関係がみられることから[注33]，これと同じような現象が起こっている可能性がある．したがって現実には，入院における患者と医師の総合満足度間には負の相関関係が存在し，患者と看護師の総合満足度間にみられる正の相関関係は，医師と看護師の総合満足度間に存在する負の相関関係によって発生している疑似相関である，と考えることもできる．

いずれの理由によるとしても，今後の継続的調査によって，どのような理由で今回のような関係が生じているかを確認していくことが重要である．本節で考察したようなかたちで患者満足と職務満足の間にポジティブな影響関係が存在し，外来部門では患者と医師の総合満足度の間に正の相関関係が生じ，入院部門では患者と看護師の総合満足度の間に正の相関関係が生じているのならば，これらの関係は理想的なものである．

Ⅲ-6-(4) 「場面」レベルでの満足関係の分析

次に，「場面」レベルでの患者満足と職務満足の関係を分析したい．なお，各場面に対する患者満足および職務満足はその場面の品質にかかわる複数の測度で測定しているので，各満足度は複数測度の平均値である．

a）［病院1］での場面を単位とした患者満足と職務満足の関係

外来部門の「場面」としては外来診療場面，外来看護（あるいは診療補助）場面，検査場面，受付・会計場面を取り上げ，入院部門の「場面」としては入院診療場面，入院看護場面，検査場面，

注31）田尾（1995），前掲書，103頁．

注32）藤村和宏（1995b），「医療サービス生産の実態」，サービス企業生産性研究委員会編『サービス企業における生産性・顧客満足・職務満足』，社会経済生産性本部，69頁．

注33）藤村和宏（1997），「サービス提供組織における顧客満足・職務満足・生産性の関係についての理論的・実証的考察―分析枠組みとしての「場面」概念の導入とそれによる医療サービスの分析―」，『香川大学経済論叢』，第69巻第4号，104頁．

表 12　各場面における患者と関係従業員の満足度［病院 1］

満足 / 場面	患者の満足度		関係従業員の満足度	
	平均値	回答者数	平均値	回答者数
外来診療場面	4.05	(541)	3.51	(34)
外来看護場面	3.94	(549)	3.22	(23)
入院診療場面	4.14	(106)	3.49	(25)
入院看護場面	4.09	(121)	3.14	(95)
検査場面	4.01	(589)	3.45	(34)
受付・会計場面	3.75	(769)	2.83	(6)

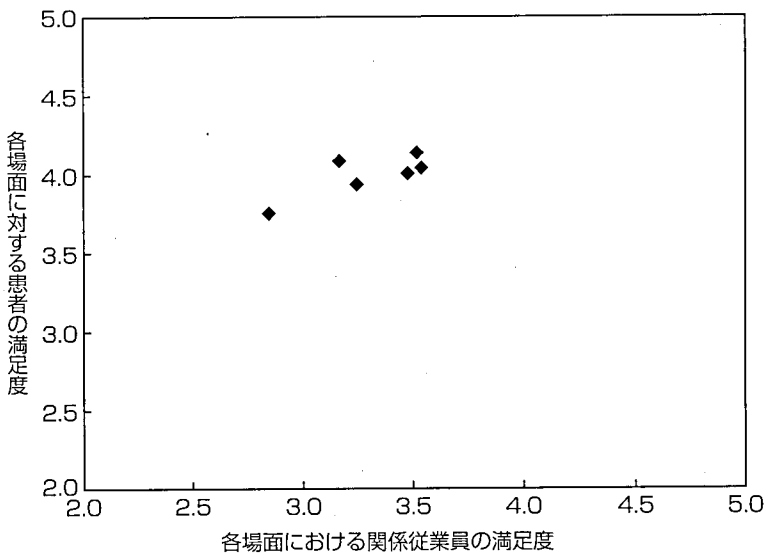
注 1）満足度は「不満足である」を「1」,「満足である」を「5」とする 5 点尺度で聴取している．個々の患者および従業員の満足度は対応する複数の測度で測定した平均値である．

注 2）各場面に対する患者の満足度は，外来部門については 8 診療科，入院部門については 7 病棟の患者について計算したものである．

注 3）外来診療場面と外来看護場面に対する満足度は，8 診療科を担当している医師と看護師のその場面に対する満足度の平均値である．

注 4）入院診療場面と入院看護場面に対する満足度は，7 病棟を担当している医師および看護師のその場面に対する満足度の平均値である．

注 5）検査場面および受付・会計場面に対する満足度は，患者については外来および入院患者のその場面に対する満足度の平均値である．医療技術者，受付職員，会計職員の満足度についても，その場面に対する満足度の平均値である．



Kendall の順位相関：0.467，Spearman の順位相関：0.543

図 31　場面を単位とした患者と関係従業員の満足度の関係［病院 1］

受付・会計場面を取り上げ，それらを一つの単位とすることで，患者満足と職務満足の関係を分析した．

各場面における患者満足と職務満足は**表 12** のとおりで，その散布図は**図 31** である．職務満足の測度としては，外来診療と入院診療の場面についてはそれらを担当している医師の各場面に対する満足度を，外来看護と入院看護の場面について

はそれら担当している看護師の各場面に対する満足度を，検査場面については患者との接触がある医療技術者のその場面に対する満足度を，受付・会計場面についてはそれらの職務を担当している事務系職員のその場面に対する満足度を用いている．また，患者満足の測度としては，各場面を経験している患者の，それらの場面に対する満足度を用いている．

なお，各場面における患者および関係従業員の満足度は対応する複数の測度で測定し，平均値を計算した．たとえば，外来診療場面における患者と医師の満足度は，下記の4項目を「不満足である」を「1」，「満足である」を「5」とする5点尺度で測定し，項目数で割った値である．

＜外来診療場面に対する患者満足に関する質問項目＞

1．医師のあなたに対する説明・質問の受け入れについて
2．医師の診療時の態度・対応の仕方について
3．医師の医療能力について
4．医師があなたの診療にかけてくれる時間的長さについて

＜外来診療場面に対する医師の満足に関する質問項目＞

1．自分の患者とのコミュニケーションについて
2．自分の患者に対する接遇について
2．自分の医療能力について
4．個々の外来患者の診療にかけている時間について

統計的に有意ではないが，各場面に対する患者の満足度と関係従業員の満足度の間には正の相関関係がみられ，各場面にかかわる関係従業員の満足度が高くなるほど，対応場面に対する患者満足も高くなっている．なお．このような関係が生じている理由として前述のようなものが考えられるが，疑似相関が存在しているかどうかの確認は今後の研究課題である．

b）［病院 1］での外来診療場面・外来看護場面における患者満足と職務満足の関係

次に，外来部門の各診療科を一つの「場面」と見做し，外来診療場面と外来看護場面について患者満足と職務満足の関係を分析したい．なお，外来診療場面には患者と医師がかかわっていることから，満足度の関係は患者と医師の間で分析する．同様に，外来看護場面には患者と外来担当看護師がかかわっていることから，満足度の関係は患者と外来担当看護師の間で分析する．

各外来診療場面での患者と医師の満足度と，各外来看護場面での患者と看護師の満足度は**表 13** のとおりであり．その散布図が**図 32** と**図 33** である．

統計的には有意ではないが，外来診療場面においては患者と医師の満足度の間には正の相関関係関係がみられる．先の「オペレーション」レベルでの分析でも，外来における患者の総合満足度と医師の総合満足度の間に同じような傾向がみられた．したがって，外来においては，医師と患者の間にポジティブな影響関係が存在している可能性が強いと考えられる．すなわち，医師の職務あるいは診療場面に対する満足度は，彼らの態度や行動を通じて外来患者の満足度に影響を及ぼす傾向がある，と考えられる．

しかしながら，外来看護場面においては，患者と看護師の満足間には関係がみられない．このことは，外来部門では患者と看護師がサービス・エンカウンターを展開する機会が少ない，あるいは時間が短いために，相互に影響を及ぼすことがほとんどないことによる，とも考えられる．

c）［病院 1］での入院診療場面・入院看護場面における患者満足と職務満足の関係

［病院 1］における各入院病棟を一つの入院診療場面および入院看護場面と見做し，各場面における患者満足と職務満足を分析すると，**表 14** のようになる．なお，入院診療場面には患者と医師が

表 13　外来部門における診療場面・看護場面ごとの患者と関係従業員の満足度［病院 1］

満足 / 外来診療場面	患者の満足度		医師の満足度	
	平均値	回答者数	平均値	回答者数
第 1 診療科	4.02	(241)	3.18	(11)
第 2 診療科	4.42	(16)	3.50	(2)
第 3 診療科	4.03	(63)	3.81	(4)
第 4 診療科	4.42	(39)	3.75	(5)
第 5 診療科	4.03	(111)	3.89	(7)
第 6 診療科	3.65	(24)	3.25	(1)
第 7 診療科	3.68	(27)	2.75	(2)
第 8 診療科	4.60	(20)	3.75	(2)
満足 / 外来看護場面	**患者の満足度**		**看護師の満足度**	
	平均値	回答者数	平均値	回答者数
第 1 診療科	3.79	(246)	2.85	(11)
第 2 診療科	4.42	(16)	4.33	(1)
第 3 診療科	3.96	(64)	2.83	(2)
第 4 診療科	4.29	(43)	3.33	(2)
第 5 診療科	4.11	(110)	3.67	(3)
第 6 診療科	3.69	(26)	3.67	(2)
第 7 診療科	3.59	(27)	4.00	(1)
第 8 診療科	4.33	(17)	3.67	(1)

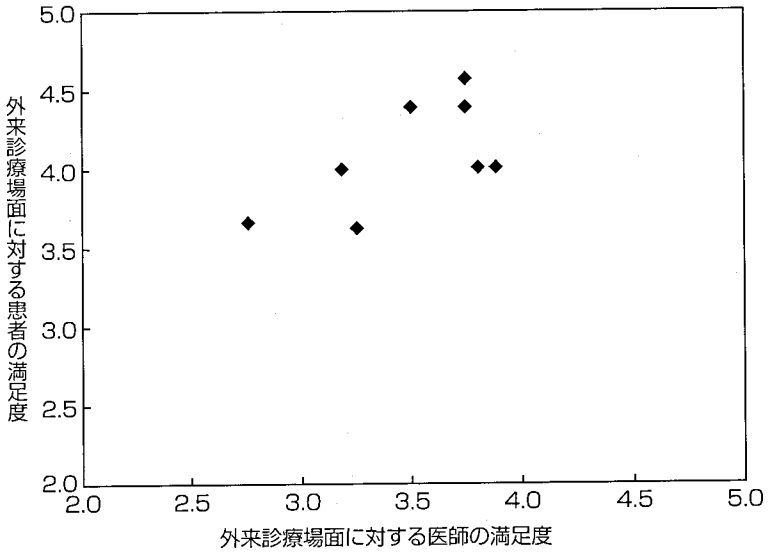
注 1）満足度は「不満足である」を「1」,「満足である」を「5」とする 5 点尺度で聴取している．個々の患者および従業員の満足度は対応する複数の測度で測定した平均値である．

かかわっていることから，満足度の関係は患者と医師の間で分析する．同様に，入院看護場面には患者と看護師がかかわっていることから，満足度の関係は患者と看護師の間で分析を行う．

表 14 の散布図が**図 34** と**図 35** である．入院診療場面については，その場面に対する患者と医師の満足度間には明確な関係はみられない．明確な関係がみられないことについては，Ⅲ-4-(1) で詳細に検討するが，入院患者の総合満足度の決定において医師が重要な役割を果たしていないことと関係がある，と考えられる．

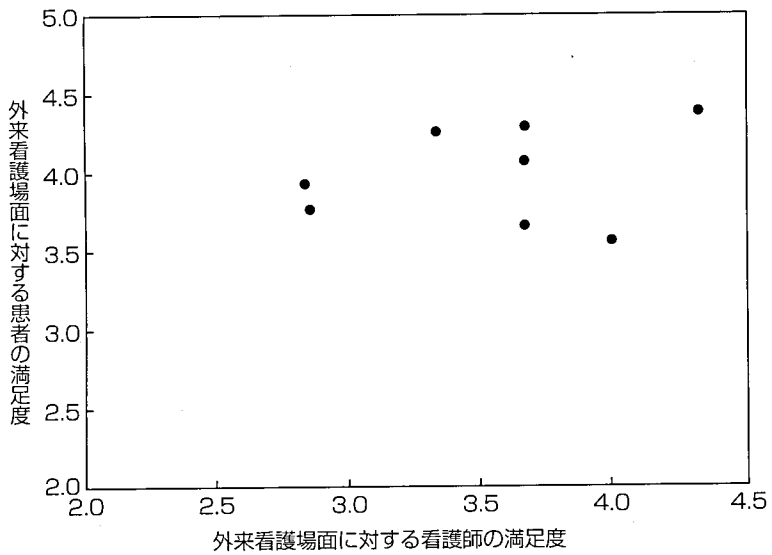
入院看護場面については，統計的に有意ではないが，その場面に対する患者と看護師の満足度間には負の相関関係がみられる．このことについては，患者の満足度が高くなるほど看護師の満足度は低下するということである．つまり，寝たきり患者や重症（重態）患者が多く，看護師の負担が大きいと推測される病棟においてほど，患者の入院看護場面に対する満足度は高く，逆に看護師の満足度は低くなっていることから生じているといえよう．

たとえば，第 6 病棟（内科のメイン病棟）では，患者の満足度が最も高く，看護師の満足度は最も低いが，この病棟では 1 週間に平均 38.8 人の患者を受け持っており，そのうち 15.8 人（40.7%）は寝たきり患者である（日勤 1 人当たり患者数 5.7 人）．逆に，第 4 病棟（整形外科，小児科，眼科の混合病棟）では患者の満足度が最も低く，看護



Kendall の順位相関：0.340，Spearman の順位相関：0.539

図 32　外来診療場面における患者と医師の満足度の関係［病院 1］



Kendall の順位相関：0.113，Spearman の順位相関：0.171

図 33　外来看護場面における患者と看護師の満足度の関係［病院 1］

師の満足度は最も高いが，この病棟では 1 週間に平均 32.1 人の患者を受け持っているが，寝たきり患者は 0.8 人（2.5%）にすぎない（日勤 1 人当たり患者数 5.0 人）．このことから，入院看護という仕事は肉体的・精神的に負担の大きい労働であるが，入院看護場面に対する患者の満足度は看護師がそうした負担を引き受ける程度とともに高まり，逆に看護師の満足度はそれとともに低下する傾向がある，と考えられる．

入院看護場面では，看護師の肉体的・精神的犠牲のうえに患者満足が成り立っており，理想的な関係が成立しているとはいえない．したがって，両者の満足関係を負から正に変えていくような努力が，今後，経営的および社会制度的になされなければならないであろう．

表 14　入院部門における診療場面・看護場面ごとの患者と関係従業員の満足度［病院 1］

満足 / 入院診療場面	患者の満足度		医師の満足度	
	平均値	回答者数	平均値	回答者数
第 1 病棟	4.11	(14)	3.70	(12)
第 2 病棟	4.03	(19)	3.08	(11)
第 3 病棟	3.97	(17)	3.74	(6)
第 4 病棟	4.42	(9)	3.57	(10)
第 5 病棟	4.42	(12)	3.00	(6)
第 6 病棟	4.30	(19)	3.08	(8)
第 7 病棟	3.87	(13)	3.06	(13)
満足 / 入院看護場面	**患者の満足度**		**看護師の満足度**	
	平均値	回答者数	平均値	回答者数
第 1 病棟	4.31	(14)	3.23	(22)
第 2 病棟	4.02	(21)	2.92	(13)
第 3 病棟	4.02	(18)	3.20	(10)
第 4 病棟	3.89	(19)	3.38	(14)
第 5 病棟	4.18	(11)	3.16	(15)
第 6 病棟	4.31	(18)	2.85	(11)
第 7 病棟	4.02	(16)	3.13	(10)

注 1）満足度は「不満足である」を「1」,「満足である」を「5」とする 5 点尺度で聴取している．個々の患者および従業員の満足度は対応する複数の測度で測定した平均値である．

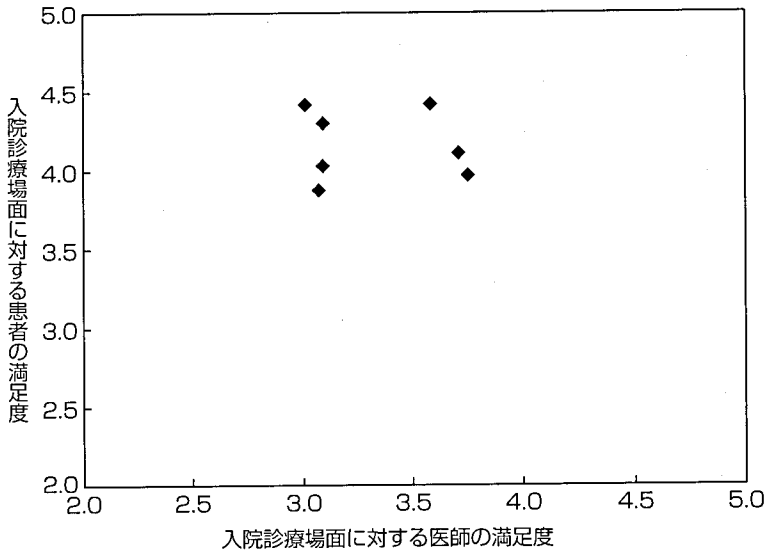
d）［病院 2］での入院看護場面における患者満足と職務満足の関係

［病院 2］の患者満足調査は入院患者のみを対象としており，職務満足調査も看護師のみを対象としていることから，［病院 2］については入院看護場面での患者と看護師の満足関係について分析する．

各病棟を一つの入院看護場面として患者満足と職務満足の関係を分析すると，**表 15** のようになる．なお，両満足とも複数の測度で測定している．

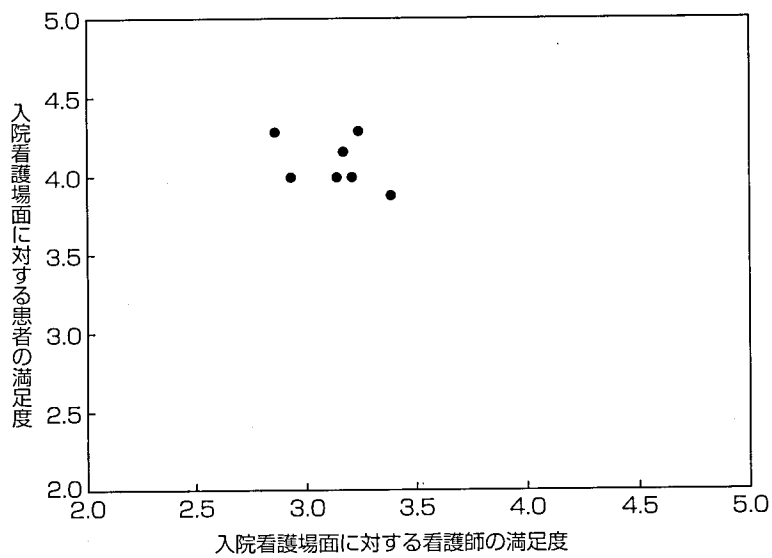
前述のように，当該病院の看護部門では職務満足改善のための取り組みが積極的に行われている．その結果，2005 年と 2006 年の調査結果を比較すると，看護師の満足度は 13 病棟中の 11 病棟で向上し，患者の満足度は 9 病棟で向上している．

表 15 の散布図が**図 36** であるが，2005 年の調査では，統計的に有意ではないが，患者と看護師の満足度の間に弱い正の相関関係がみられる．しかし，2006 年の調査では，これも統計的に有意ではないが，弱い負の相関関係がみられる．このように関係が変化した原因としては，前述のように当該病院の看護部門では 2005 年の調査実施以降に職務満足改善のための取り組みが積極的に行われ，一時的に両者の満足関係のバランスが崩れていることが考えられる．これは，看護師の職務満足の向上が患者満足の向上に反映されるまでにはタイムラグが存在するためであろう．あるいは，職務満足向上のための取り組みにより，看護師の満足は向上したが，それらによってデリバリー・プロセスが一時的に混乱し，患者満足の向上が抑



Kendall の順位相感：－0.150，Spearman の順位相関：－0.182

図 34　入院診療場面における患者と医師の満足度の関係［病院 1］



Kendall の順位相感：－0.265，Spearman の順位相関：－0.356

図 35　入院看護場面における患者と看護師の満足度の関係［病院 1］

制された，ということも考えられる．

いずれの理由にせよ，患者および看護師の満足ともに向上がみられることから，この満足関係の歪みは受容可能なものといえるであろう．

Ⅱ-6-5 患者満足と職務満足の関係にかかわる分析結果の要約と検討

本節では，二つの病院における医療サービスのデリバリーを対象として，「オペレーション」レベルと「場面」レベルで患者満足と職務満足の関係

表 15　入院部門における看護場面ごとの患者と看護師の満足度［病院 2］

満足 ＼ 入院看護場面	患者の満足度				看護師の満足度			
	2005 年		2006 年		2005 年		2006 年	
	平均値	回答者数	平均値	回答者数	平均値	回答者数	平均値	回答者数
第 1 病棟	3.81	(12)	4.42	(34)	3.13	(23)	3.35	(23)
第 2 病棟	4.41	(27)	4.43	(34)	3.22	(23)	3.30	(19)
第 3 病棟	4.42	(36)	4.57	(39)	3.33	(18)	3.53	(17)
第 4 病棟	4.22	(30)	4.61	(24)	3.20	(20)	3.39	(19)
第 5 病棟	4.18	(11)	4.14	(24)	3.26	(18)	3.59	(22)
第 6 病棟	4.04	(16)	4.11	(9)	3.03	(23)	3.30	(20)
第 7 病棟	4.48	(32)	4.37	(30)	2.98	(21)	3.30	(19)
第 8 病棟	4.32	(21)	4.37	(25)	3.52	(18)	3.72	(19)
第 9 病棟	4.43	(21)	4.49	(21)	3.28	(18)	3.33	(20)
第 10 病棟	4.53	(32)	4.62	(26)	3.37	(20)	3.27	(17)
第 11 病棟	4.12	(11)	4.39	(11)	3.29	(22)	3.23	(23)
第 12 病棟	4.30	(32)	4.11	(28)	3.31	(17)	3.44	(18)
第 13 病棟	4.62	(13)	4.27	(17)	3.22	(15)	3.31	(16)

注 1）満足度は「不満足である」を「1」,「満足である」を「5」とする 5 点尺度で聴取している．個々の患者および看護師の満足度は対応する複数指標で測定した平均値である．

注 2）集中治療室と救命救急センターのある病棟は分析から除外している．

を実証的に考察した．その分析結果を要約すると，以下のようになる．

①「オペレーション」レベルで［病院 1］の外来部門を分析した場合，統計的に有意ではないが，患者の総合満足度と医師の職務にかかわる総合満足度の間には，正の相関関係がみられた．

②「オペレーション」レベルで［病院 1］の入院部門を分析した場合，患者の総合満足度と看護師の職務にかかわる総合満足度の間には，統計的に有意な正の相関関係がみられた．

③「オペレーション」レベルで［病院 2］の入院部門を分析した場合，2005 年の調査では，患者の総合満足度と看護師の職務にかかわる総合満足度の間には，統計的に有意な正の相関関係がみられた．しかし，2006 年の調査では，両満足の間に関係はみられなかった．この満足関係の変化は，当該病院での看護部門における職務満足向上ための取り組みによる影響と考えられる．

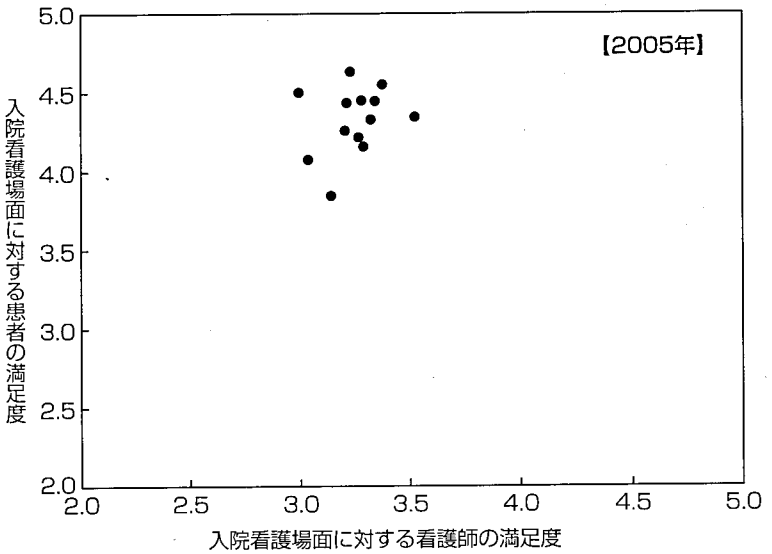
④「オペレーション」レベルで［病院 1］の医師の職務にかかわる総合満足度と看護師の職務にかかわる総合満足度の関係を分析すると，外来部門においても入院部門においても，統計的に有意ではないが，両満足の間に負の相関関係がみられた．

⑤「場面」レベルで［病院 1］を分析した場合，統計的に有意ではないが，各場面に対する患者満足度と関係従業員の満足度の間には，正の相関関係がみられた．

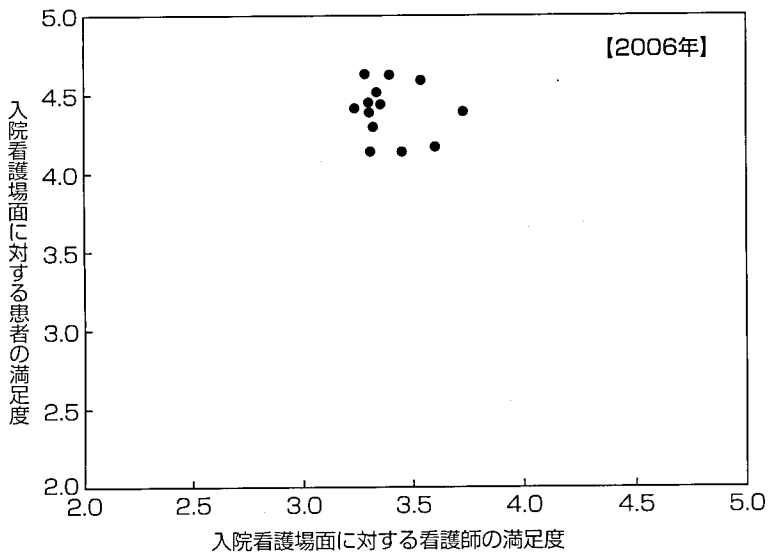
⑥［病院 1］の外来診療場面について分析すると，統計的に有意ではないが，外来診療に対する患者と医師の満足度の間には正の相関関係がみられた．

⑦［病院 1］の外来看護場面について分析すると，外来看護に対する患者と看護師の満足度の間には，明確な関係はみられなかった．

⑧［病院 1］の入院診療場面について分析する



Kendall の順位相関：0.194，Spearman の順位相関：0.250



Kendall の順位相関：−0.093，Spearman の順位相関：−0.169

図 36　入院看護場面における患者と看護師の満足度の関係［病院 2］

と，入院診療に対する患者と医師の満足度の間にも，明確な関係はみられなかった．

⑨［病院 1］の入院看護場面について分析すると，入院看護に対する患者と看護師の満足度の間には，負の相関関係がみられた．

⑩［病院 2］の入院看護場面について分析すると，2005 年の調査では，統計的に有意ではないが，入院看護に対する患者と看護師の満足度の間には正の相関関係がみられた．しかし，2006 年の調査では，統計的に有意ではないが，両満足の間に弱い負の相関関係がみられた．この満足関係の変化も，当該病院での看護部門における職務満足向上ための取り組みによる影響と考えられる．

以上の結果から，患者満足と職務満足の間に明

確な関係（理想的な循環的影響関係であるかどうかは別にして）がみられるかどうかは，その分析対象となる医療従事者やその他の従業員が患者満足の形成において重要な役割を果たしているかどうかに依存しているようである．すなわち，Ⅲ-4-(1) で明らかにするが，外来患者の総合満足度に対しては医師が統計的に有意に重大な影響を及ぼすことから，「オペレーション」レベルでの分析でも「場面」レベルでの分析でも，外来患者と医師の満足度の間には正の相関関係がみられた．また，入院患者の総合満足度に対しては看護師が有意に重大な影響を及ぼすことから，「オペレーション」レベルでの分析でも「場面」レベルでの分析でも，入院患者と看護師の満足度の間に関係がみられた．ただし，関係の方向性，つまり両者の満足間に正の相関関係があるのか，それとも負の相関関係があるのか，ということは分析レベルや調査時期によって異なっていた．

このことは，デリバリー・プロセスで展開されるサービス・エンカウンターに複数の従業員がかかわっているようなサービスについて，顧客満足と従業員の職務満足の関係を分析する場合には，顧客とのサービス・エンカウンターにかかわっているすべての職種の従業員について，その職務満足と顧客満足の関係を分析する必要はなく，顧客満足の形成に重要な役割を果たしている（顧客満足に対して有意な影響を及ぼしている）職種の従業員の職務満足と顧客満足について分析すれば十分であることを示している．さらに，このことは顧客満足の形成に重要な役割を果たす従業員の職務満足と顧客満足の間に，相互作用関係が存在していることも示しているであろう．

しかしながら，今回の分析では，患者満足と職務満足の間に仮定した関係はみられたが，必ずしも統計的には支持されなかった．その原因としては，分析に用いた診療科や病棟数が少なかったこともあるが，職務満足の向上が患者満足の向上を導くのに必要とされる時間（タイムラグ）を考慮していないということもあるであろう．［病院 2］では 2005 年と 2006 年の同じ時期に調査を行ったが，その 1 年間に看護部門では職務満足向上のための取り組みが行われ，多くの病棟において職務満足だけでなく患者満足も向上している．しかし，その結果として，患者満足と看護師の職務満足の間における正の相関関係はみられなくなった．

このことから，どの程度のタイムラグを考慮しなければならないのかは，デリバリーされるサービスの種類や内容，組織の構造・制度・文化，デリバリー・システムやオペレーションの仕組みなどによって異なるであろうが，タイムラグを考慮して顧客満足や職務満足の向上のための取り組みを評価しなければならない，といえるであろう．そのためには，同じ内容の調査票で定期的に調査を行い，ある時点（t 期）における調査から次の時点（t+1 期）における調査の間における顧客満足と職務満足の変化や，それらに影響を及ぼしたデリバリー・システムの改善や職場改善を把握するとともに，両者の満足関係がどのように変化していくのかを分析する必要がある．

このことは本研究の今後の課題としたい．

Ⅱ-7. 顧客（患者）満足の向上がもたらす効用に関する実証的考察

本節では，Ⅱ-2で考察した顧客（患者）満足の向上がもたらす効用の一部について，［病院1］での調査データを用いて実証的に考察する．なお，Ⅱ-3で考察した職務満足の向上がもたらす効用についての実証的考察も重要であるが，紙幅の制約のため，別の機会に行うことにする．

Ⅱ-7-(1) 顧客（患者）満足が再利用意向に及ぼす影響

消費者行動研究では，顧客満足は購買後の態度に影響を及ぼし，その態度は再利用意向や口コミ行動などに影響を及ぼすという経験的証拠が多く得られている．ここでは，病院における医療サービスの消費においても，このような影響関係が存在するかどうかを分析する．

表16は，外来・入院患者別に総合満足度と再利用意向との関係を分析した結果である．なお，総合満足度は，1=「不満足である」～5=「満足である」の5点尺度で，再利用意向は「将来，もし病院にかからなければならなくなった時，また当病院を利用したいと思われますか」というステートメントに対して，1=「利用したくない」～5=「利用したい」の5点尺度で聴取している．

外来および入院の両患者において，総合満足度が高い患者層においてほど，再利用意向を持つ人が多くなっている．外来患者においては，「満足である」と回答した216人中202人（約94%）が「利用したい」あるいは「やや利用したい」と回答しているが，「不満足である」と回答した人でそのように回答したのは16人中2人（約13%）にすぎない．入院患者においても同様に，「満足である」と回答した50人中49人（約98%）が「利用したい」あるいは「やや利用したい」と回答しており，医療サービスに対する総合満足度と再利用意向の間には正の相関関係がみられる．

表17は，総合満足度が再利用意向に及ぼす影響度を回帰分析で分析した結果である．表中のカッコなし数値は回帰係数，その下のカッコ付き数値はt検定量，$\bar{R}^2$は自由度調整済み決定係数，FはF検定量，nはサンプル数である．

総合満足度は再利用意向に対して統計的に有意にポジティブな影響を及ぼしており，再利用意向を説明する重要な要因となっている．同様な結果は他の病院において実施した調査でも得られていることから，病院における医療サービスの消費おいても，患者の総合満足度は再利用意向にポジティブな影響を及ぼす，といえよう．

なお，このような影響関係は，以下の三つの理由から，モノ消費よりもサービス消費，とくに医療サービスにおいて強く生じやすい，と考えられる．

その第1の理由は，サービス自体とそのデリバリー・プロセスの特質のために，サービスの選択意思決定過程においては比較的大きなリスクが知覚されることである（藤村，1990）．その結果，利用したサービスあるいはサービス組織に対する不満足の程度が大きくないかぎり，知覚リスクの削減手段として利用経験のあるサービス組織を再利用しようとするであろう．つまり，サービスの無形性という特質のために，選択意思決定過程でサービス品質を適切に評価することは困難であることが多いので，新たなサービス組織を選択するよりも利用経験のあるサービス組織を再利用するほうが知覚リスクは小さくなる．とくに，医療サービスの場合には，専門的知識を持っていなければ適切に評価できないという問題があるために，知覚リスクの削減手段として再利用が行われやすいであろう．

第2の理由は，サービス品質を構成する部分品質の一つである過程品質（あるいは相互作用品質）

表 16　総合満足度と再利用意向の関係

【外来患者】

再利用意向 / 総合満足度	利用したくない		どちらとも言えない		利用したい	小　計
不満足である	4 (25.0)	2 (12.5)	8 (50.0)	0 (—)	2 (12.5)	16 (100.0)
	2 (5.9)	2 (5.9)	23 (67.6)	3 (8.8)	4 (11.8)	34 (100.0)
どちらとも言えない	2 (1.2)	2 (1.2)	76 (46.9)	37 (22.8)	45 (27.8)	162 (100.0)
	0 (—)	0 (—)	40 (15.2)	103 (39.2)	120 (45.6)	263 (100.0)
満足である	1 (0.5)	0 (—)	13 (6.0)	7 (3.2)	195 (90.3)	216 (100.0)
小　計	9 (1.3)	6 (0.9)	160 (23.2)	150 (21.7)	366 (53.0)	691 (100.0)

Pearson のカイ二乗値：398.065****　　(****：0.1%水準で有意)

【入院患者】

再利用意向 / 総合満足度	利用したくない		どちらとも言えない		利用したい	小　計
不満足である	0 (—)	0 (—)	0 (—)	0 (—)	0 (—)	0 (—)
	0 (—)	1 (25.0)	3 (75.0)	0 (—)	0 (—)	4 (100.0)
どちらとも言えない	0 (—)	0 (—)	15 (62.5)	5 (20.8)	4 (16.7)	24 (100.0)
	0 (—)	0 (—)	6 (10.9)	28 (50.9)	21 (38.2)	55 (100.0)
満足である	0 (—)	0 (—)	1 (2.0)	3 (6.0)	46 (92.0)	50 (100.0)
小　計	0 (—)	1 (0.8)	25 (18.8)	36 (27.1)	71 (53.4)	133 (100.0)

Pearson のカイ二乗値：118.404****　　(****：0.1%水準で有意)

表 17　総合満足度が再利用意向に及ぼす影響

独立変数 / 従属変数	定数項	総合満足度	自由度調整済み決定係数
外来患者の再利用意向 (n=691)	2.090 (17.542)****	0.550 (18.606)****	$\bar{R}^2$=0.333 F 値 346.184****
入院患者の再利用意向 (n=133)	1.495 (5.711)****	0.686 (11.038)****	$\bar{R}^2$=0.478 F 値 121.844****

(****：0.1%水準で有意)

は，顧客がサービス組織を反復利用することによって向上していくと考えられることである（藤村，1991）．すなわち，医療サービスのようなサービス・デリバリー・プロセスでサービス・エンカウンターが時間的あるいは頻度的に比較的多く展開されるようなサービスの消費では，反復的利用によって従業員が顧客のニーズや特性を理解できたり，あるいは両者間に相互理解が形成されたりするので，サービス・エンカウンターが効果的かつ効率的に展開されるようになる．その結果，顧客の視点からみた過程品質（あるいは相互作用品質）は反復的利用とともに高まるために，顧客はより高い満足を求めて同一サービス組織を反復的に利用していこうとするであろう．

第3の理由は，サービス・デリバリー・プロセスでサービス・エンカウンターが時間的あるいは頻度的に比較的多く展開されるようなサービスの消費では，顧客と従業員の間に経済的取引関係を超えた社会的人間関係が形成されることがある．このために，デリバリーされるサービスが大きく不満足なものでないかぎり，社会的人間関係によって再利用が促されるであろう．

以上のことから，総合満足度を向上させ，同時に再利用意向の生成を阻害しないようにすることによって，病院を含むサービス組織においてもロイヤリティを持つ固定客をつくりだすことが可能であろう．

医療サービスの分野でも，医療サービス組織の増加とその規模の拡大から供給過剰になり，競争が発生している．これにより，医療サービス組織も存続・成長のために患者のロイヤリティを形成する必要性が生じていることを考えると，医療サービス組織でも顧客（患者）満足の向上は重大なマーケティング課題であるといえる．

ただし，顧客満足とロイヤルティの間には強い関連性があるが，関係は単純でないことが指摘されている．具体的には，両者間の関係は非線形であり，顧客満足がある水準を超えた場合に，ロイヤルティは大きく向上するが，満足がそれ以下の場合には，満足の変化はロイヤルティに影響を及ぼさないことが指摘されている（Oliva, Oliver and MacMillan, 1992；Jones and Sasser, 1995；Bloemer and Kasper, 1995；Auh and Johnson, 1997；Johnson and Gustafsson, 2000）．

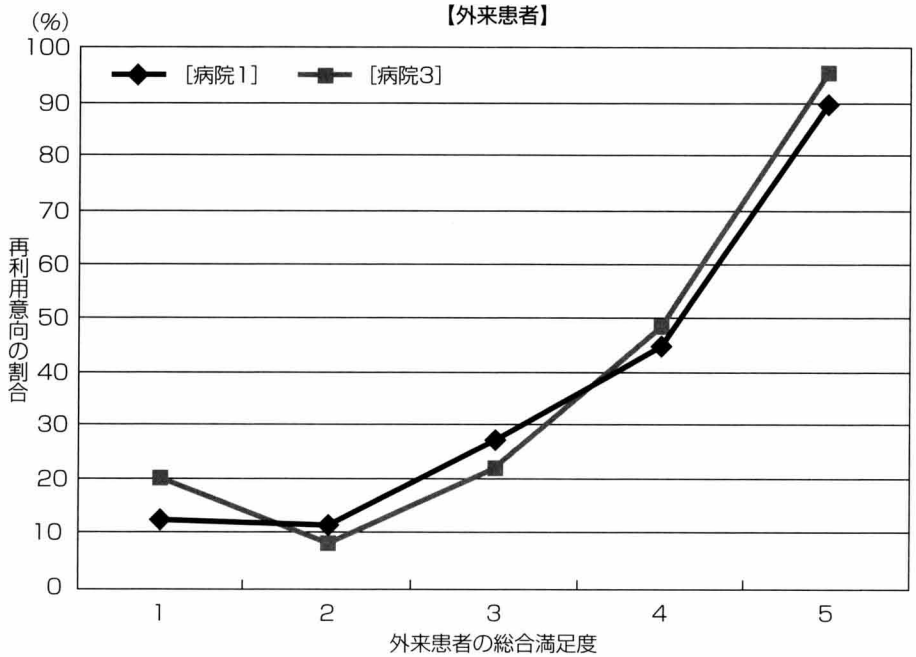
図37は，**表16**のデータに他の病院[注34)]での調査データを用いて，患者満足の水準ごとに「利用したい」と回答した人の割合をプロットした図である．

外来患者と入院患者では少しかたちは異なるが，Albrecht and Zemke（2002）が「ホッケースティック[注35)]」と表現するようなカーブになっている．このような傾向は，ビジネスホテルやレストランのようなサービスでもみられる（藤村，2006）．

サービスによって多少異なるが，5点尺度の満足度評価で，「1」から「2」（「不満」から「やや不満」），「2」から「3」（「やや不満」から「どちらとも言えない」）に満足水準が上がっただけでは，ロイヤルティはほとんど改善されない．満足水準が「3」から「4」（「どちらとも言えない」から「やや満足」）に上がると，ロイヤルィは多少向上するが，大きく高まるのは「4」から「5」（「や

注34）［病院1］と［病院2］は，Ⅱ-6での分析に用いた病院である．
［病院3］の調査は，1994年10月に，神奈川県に立地する［病院1］とは別の一般病院の外来患者を対象として実施したものである．また，［病院4］の調査は，1994年10～11月に，千葉県に立地する一般病院の入院患者を対象に実施したものである．両調査の詳細については藤村（1995）を参照．

注35）Albrecht, K. and R. Zemke（2002）, *Service America in the New Economy*, New York, NY, McGraw-Hill, p.79.
彼らは，顧客満足とロイヤルティの関係は，アイス・ホッケー用の木製の打棒（長い柄の先端部分に角度をつけ湾曲させた杖状の用具）のような形になると指摘している．つまり，満足水準が低い状態ではロイヤルティの向上を導くことはなく，満足水準がある水準を超えて高くなった場合にのみロイヤルティの向上に大きく貢献するという関係を図示すると，満足水準が低い状態はパック（硬化ゴム製小円板）を打つ部分のように，ある満足水準を超えた状態はスティックの柄の部分のようになる．



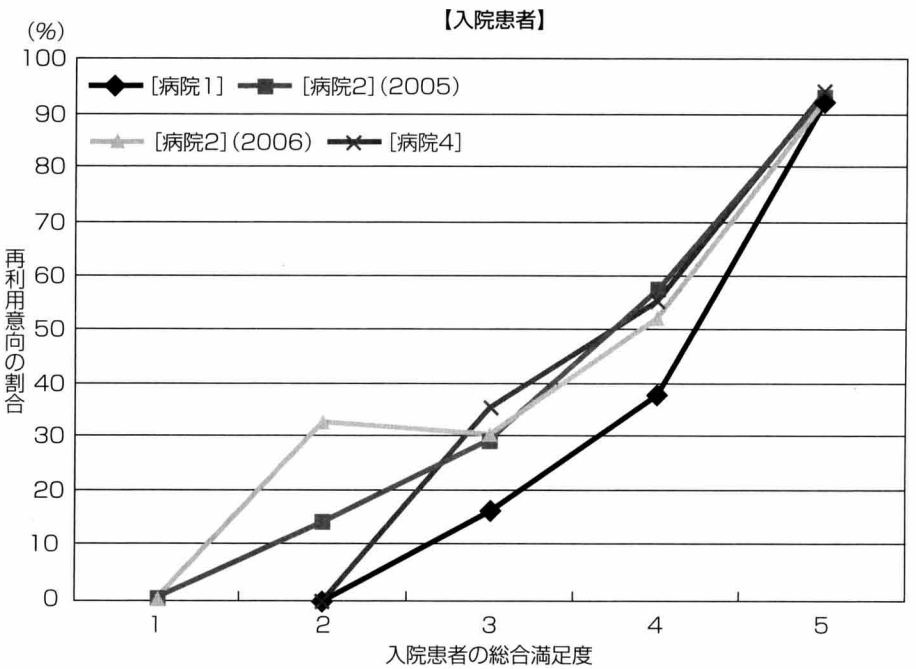


図 37　患者満足と再利用意向間の非線形関係

や満足」から「満足」）に上がった場合である．このように 5 点尺度の満足度評価における「4」と「5」はどちらも満足できる水準にあることを意味しているが，両者の間にはロイヤルティとの関連性において大きな差異が存在することから，5 点尺度の満足度評価において「4」と評価した顧客と「5」と評価した顧客を区別し，「5」の満足度の顧客を「本当に満足した顧客」と見做すべきだ，という提案もある（Heskett, Sasser, and Schlesinger, 1997；Sanders, 2002）．

表 18　総合満足度と推薦意向の関係

【外来患者】

推薦意向 / 総合満足度	そう思わない		どちらとも言えない		そう思う	小　計
不満足である	3 (21.4)	2 (14.3)	8 (57.1)	0 (—)	1 (7.1)	14 (100.0)
	3 (9.1)	4 (12.1)	18 (54.5)	6 (18.2)	2 (6.1)	33 (100.0)
どちらとも言えない	4 (2.7)	7 (4.7)	84 (56.8)	32 (21.6)	21 (14.2)	148 (100.0)
	1 (0.4)	1 (0.4)	73 (29.7)	102 (41.5)	69 (28.0)	246 (100.0)
満足である	2 (1.0)	0 (—)	25 (12.9)	38 (19.6)	129 (66.5)	194 (100.0)
小　計	13 (2.0)	14 (2.2)	208 (32.8)	178 (28.0)	222 (35.0)	635 (100.0)

Pearson のカイ二乗値：247.601****　　(****：0.1%水準で有意)

【入院患者】

推薦意向 / 総合満足度	そう思わない		どちらとも言えない		そう思う	小　計
不満足である	0 (—)	0 (—)	0 (—)	0 (—)	0 (—)	0 (—)
	1 (25.0)	1 (25.0)	1 (25.0)	1 (25.0)	0 (—)	4 (100.0)
どちらとも言えない	1 (4.2)	2 (8.3)	11 (45.8)	6 (25.0)	4 (16.7)	24 (100.0)
	0 (—)	1 (1.9)	10 (19.2)	20 (38.5)	21 (40.4)	52 (100.0)
満足である	0 (—)	0 (—)	3 (6.5)	6 (13.0)	37 (80.4)	46 (100.0)
小　計	2 (1.6)	4 (3.2)	25 (19.8)	33 (26.2)	62 (49.2)	126 (100.0)

Pearson のカイ二乗値：61.566****　　(****：0.1%水準で有意)

しかしながら，他のサービスに比べて，病院における患者のカーブは緩やかになっている．また，病院の医療サービスでも，外来患者に比べて，入院患者のカーブのほうがやや緩やかな傾向がある．さらに，入院患者でも，［病院 2］と［病院 4］では直線に近いカーブとなっている．この二つの病院は地域医療の中核を担っており，ブランドを確立しているので，直線に近いカーブになっていると考えられる．つまり，このような傾向は，次のような三つの医療サービスの特質を反映している，と考えられる．

第 1 は，患者の側に医療サービス組織を評価・選択する権利があるが，大部分の患者は評価に必要とされる専門的知識を保有しない．そのために，規模や設備の充実度，評判（ブランド）などの周辺的手掛かりから選択せざるを得ない．

第 2 は，利用した医療サービス組織が不満足なものであっても，他の医療サービス組織へのス

表 19　総合満足度が推薦意向に及ぼす影響

従属変数＼独立変数	定数項	総合満足度	自由度調整済み決定係数
外来患者の推薦意向 (n=635)	1.894 (13.786)****	0.518 (15.166)****	$\bar{R}^2$=0.265 F 値 230.018****
入院患者の推薦用意向 (n=126)	1.386 (3.837)****	0.686 (7.896)****	$\bar{R}^2$=0.329 F 値 62.243****

(****：0.1%水準で有意)

イッチには比較的大きな肉体的・心理的・金銭的負担を伴うので，スイッチしにくい．

第 3 は，同じ医療サービス組織を利用するほど，過去の病歴や健康状態に関するデータが蓄積されるので，それらを総合的に評価した診療や治療を受けることができる．すなわち，個客化され，信頼性の高いサービスを享受できる可能性が高い．

このような理由により，患者の不満足が再利用意向に反映されにくくなっている．すなわち，患者は不満足であっても継続的利用，あるいは再利用せざるを得ない状況にあることを，医療サービス組織および医療従事者やその他の従業員は理解し，患者満足を向上させるための取り組みを積極的に行う必要があろう．

Ⅲ-7-②
顧客（患者）満足が推薦意向に及ぼす影響

次に，患者の総合満足度が家族・友人への推薦意向につながるかどうかを分析する．

表 18 は総合満足度と推薦意向との関係を分析したものであるが，この 2 変数間にも正の相関関係がみられる．なお，総合満足度は，1=「不満足である」～5=「満足である」の 5 点尺度で，推薦意向は「この病院なら安心して家族や友人に紹介できる」というステートメントに対して，1=「そう思わない」～5=「そう思う」の 5 点尺度で聴取している．

外来患者でも入院患者でも，総合満足度が高い層ほど「そう思う」という回答が多くなっている．外来患者では「満足である」と回答した人の約 67%が，入院患者では約 80%が「そう思う」と回答している．

表 19 は，回帰分析で総合満足度が推薦意向に及ぼす影響度を分析した結果である．表中のカッコなし数値は回帰係数，その下のカッコ付き数値は t 検定量，$\bar{R}^2$は自由度調整済み決定係数，F は F 検定量，n はサンプル数である．

総合満足度は推薦意向に対しても統計的に有意にポジティブな影響を及ぼしており，推薦意向を説明する重要な要因となっている．ただし，総合満足度が推薦意向と再利用意向に及ぼす影響度を比較すると，再利用意向に対するほうが大きくなっている．

医療サービスの場合，その品質を構成する属性に占める信頼属性と経験属性の割合が高いために，選択意思決定過程において，患者が各医療サービス組織の提供するサービス自体（診療成果）の品質を評価するのは困難である（Zeithaml, 1981）．その結果，医療サービス組織の選択意思決定過程においては，患者は経験情報を含む口コミを重視する．このことは，選択意思決定に伴う知覚リスクの観点からもいえるであろう．選択した医療サービスの品質が劣っている場合，患者は肉体的および心理的な損失を被ることになるし，そのような事態の発生には大きな不確実性が存在することから，医療サービス組織の選択意思決定には比較的大きな知覚リスクを伴うであろう．選択に伴う知覚リスクが大きく，消費者が選択の誤りを回避したがっている場合には，消費者は選択意思決定過程において口コミを重視する傾向があるので（Cox, 1967），医療サービス組織の選択意思決定過程においても口コミが重視される，と考えられる．

このように医療サービス組織にかかわる選択意

思決定では口コミが重要な役割を果たすと考えられるので，医療サービス組織はポジティブな口コミ，あるいは利用経験者からの推薦が行われるように努力しなければならない．そのための重要な手段は，今回の分析結果から明らかなように，患者満足を向上させることである．

以上のように，医療サービスに対する患者満足は再利用意向および推薦意向に対して重大な影響を及ぼすので，患者満足の向上は医療サービス組織にとっても重大な経営課題である．それはⅡ-2で考察したように，患者の再利用意向あるいはロイヤリティの向上は患者の離脱率を低下させ，その結果として収益性を大幅に改善するだけでなく，ポジティブな口コミによって，新規患者獲得に必要なマーケティング・コストの削減を可能にするからである．

【参考文献】

Aaker, D.A. and R.P. Bagozzi (1979), "Unobservable Variables in Structural Equation Models with an Application in Industrial Selling," *Journal of Marketing Research*, Vol. 16, No. 2. pp.147-158.

Albrecht, K. and R. Zemke (2000), *Service America in the New Economy*, New York, NY : McGraw-Hill.

Aronson, E. (1968), "Dissonance Theory : Progress and Problems," in R. P. Abelson, E. Aronson, W. J. McGuire, T. M. Newcomb, M. J. Rosenberg, and P. H. Tannenbaum (eds.), *Theories of Cognitive Consistency* : A Sourcebook, Chicago, IL : Rand-McNally, pp.5-27.

Aryee, S. and K. Tan (1992), "Antecedents and Outcomes of Career Commitment," Journal of Vocational Behavior, Vol. 40 (3), pp.288-305.

Auh, S. and M.D. Johnson (1997), "The Complex Relationship between Customer Satisfaction and Loyalty for Automobiles," in M. D. Johnson and others (eds.), *Customer Retention in the Automotive Industry* : *Quality, Satisfaction, and Loyalty*, Wiesbaden, Germany : Gabler.

Bagozzi, R.P. (1978), "Salesforce Performance and Satisfaction as a Function of Individual Difference, Interpersonal, and Situational Factors," *Journal of Marketing Research*, Vol. 15 (November), pp.517-531.

Barlow, J. and D. Maul (2000), *Emotional Value* : *Creating Strong Bonds with Your Customers*, Berrett-Koehler Publishers. 砂野吉正訳，『エモーショナル・バリュー』，生産性出版，2001年.

Barney, J.B. (2001), *Gaining and Sustaining Competitive Advantage, 2nd Edition*, Prentice Hall. 岡田正大訳『企業戦略論（上）』，ダイヤモンド社，2003年.

Bateman, T.S. and D.W. Organ (1983), "Job Satisfaction and the Good Soldier : The Relationship between Affect and Employee Citizenship," *Academy of Management Journal*, Vol. 26, No. 4, pp.587-595.

Becker, H.S. (1960), "Notes on the concept of commitment," *American Journal of Sociology*, Vol. 66, pp.32-40.

Behrman, D.N. and W.D. Perreault, Jr. (1984), "A Role Stress Model of the Performance and Satisfaction of Industrial Salespersons," *Journal of Marketing*, Vol. 48, No. 4, pp.9-21.

Berry, L.L. (1999), *Discovering The Soul of Service* : *The Nine Drivers of Sustainable Business Success*, New York : The Free Press.

Bendapudi, N. and L.L. Berry (1997), "Customers' Motivations for Maintaining Relationships with Service Providers," *Journal of Retailing*, Vol. 73, No. 1, pp.15-37.

Berkowitz, L. and W.H. Conner (1966), "Success, Failure and Social Responsibility," *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 4, pp.664-669.

Blattberg, R.C., G. Getz and J.S. Thomas (2001), *Customer Equity* : *Building and Managing Relationships as Valuable Assets*, Boston, MA : Harvard Business School Press. 小川孔輔・小野譲司監訳『顧客資産のマネジメント―カスタマー・エクイティの構築―』，ダイヤモンド社，2002年.

Bloemer, J.M.M. and J.D.P. Kasper (1995), "The Complex Relationship between Consumer Satisfaction and Brand Loyalty," *Journal of Economic Psychology*, Vol. 16, pp.311-329.

Bowen, D.E. and B. Schneider (1985), "Boundary-Spanning-Role Employees and the Service Encounter : Some Guidelines for Management and Research," in J. A. Czepiel, M. R. Solomon, and C. Suprenant (eds.), *The Service Encounter*, Lexington Books, pp.127-147.

Brayfield, A.H. and W.H. Crockett (1955), "Employee Attitudes and Employee Performance," *Psychological Bulletin*, Vol. 52, pp.396-424.

Churchill, Jr. G.A., N.M. Ford and O.C. Walker, Jr. (1976), "Organizational Climate and Job Satisfaction in the Salesforce," *Journal of Marketing Research*, Vol. 13, No. 4, pp.323-332.

Czinkota, M.R. and M. Kotabe (2001), *Marketing Management, 2nd Edition*, South-Western College Publishing.

Douglas, H.K. (1988), *The Influence of Service Provider Role Perceptions and Job Satisfaction on Customer Oriented Behaviors*, Dissertation, UMI.

Davis, D.L., J.P. Guiltinan and W.H. Jones (1979), "Service Characteristics, Consumer Search, and the Classification of Retail Services," *Journal of Retailing*, Vol. 55 (Fall), pp.3-23.

Festinger, L. (1957), *A Theory of Cognitive Dissonance*, Stanford University Press.

Fornell, C. (1992), "A National Customer Satisfaction Barometer : The Swedish Experience," *Journal of Marketing*, Vol. 56 (January), pp.6-21.

Fornell, C. and B. Wernerfelt (1987), "Defensive Marketing

Strategy by Customer Complaint Management : A Theoretical Analysis," *Journal of Marketing Research*, Vol. 24 (November), pp.337-346.

Franke, G.R., D.N. Behrman and W.D. Perreault, Jr. (1982), "Salesforce Performance and Satisfaction : Contemporaneous Relationships and Selected Antecedents," in B. Walker et al. (eds.), *An Assessment of Marketing Thought and Practice*, Chicago, IL : American Marketing Association, pp.233-237.

Fry, L.W. and C.M. Futrell, A. Parasuraman and M.A. Chmielewski (1986), "An Analysis of Alternative Causal Models of Salesperson Role Perceptions and Work-Related Attitudes," *Journal of Marketing Research*, Vol. 23, No. 2, pp.153-163.

Futrell, C.M. and A. Parasuraman (1984), "The Relationship of Satisfaction and Performance to Salesforce Turnover," *Journal of Marketing*, Vol. 48, No. 4, pp.33-40.

Hellofs, L.L. and R. Jacobson (1999), "Market Share and Customers' Perceptions of Quality : When can Firms Grow Their Way to Higher Versus Lower Quality?," *Journal of Marketing*, Vol. 63 (January), pp.16-25.

Heskett, J.L., T.O. Jones, G.W. Loveman, W.E. Sasser, Jr. and L.A. Schlesinger (1994), "Putting the Service-Profit Chain to Work," *Harvard Business Review*, March-April, pp.164-174.

Heskett, J.L., W.E. Sasser, Jr. and L.A. Schlesinger (1997), *The Service Profit Chain : How Leading Companies Link Profit and Growth to Loyalty, Satisfaction, and Value, New York*, NY : The Free Press. 島田陽介訳,『カスタマー・ロイヤルティの経営』, 日本経済新聞社, 1998 年.

Heskett, J.L., W.E. Sasser, Jr. and L.A. Schlesinger (2003), *The Value Profit Chain : Treat Employees Like Customers and Customers Like Employees*, New York, NY, The Free Press. 山本昭二・小野譲司訳『バリュー・プロフィット・チェーン：顧客・従業員満足を「利益」と連鎖させる』, 日本経済新聞社, 2004 年.

Isen, A.M. and P.F. Levin (1970), "Effect of Feeling Good on Helping : Cookies and Kindness," *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 21, pp.384-388.

Isen, A.M., M. Clark and M.F. Schwartz (1976), "Duration of the Effect of Good Mood on Helping : Footprints on the Sands of Time," *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 34, pp.385-393.

Jacoby, J. and R.W. Chestnut, (1978), *Brand Loyalty Measurement and Management*, New York, NY : John Wiley & Sons.

Johnson, M.D. and A. Gustafsson (2000), *Improving Customer Satisfaction, Loyalty, and Profit : An Integrated Measurement and Management System*, San Francisco, CA : Jossey-Bass. 西村行功訳,『カスタマー・バリュー―クオリティと顧客満足を高め収益につなげる―』, ダイヤモンド社, 2001 年.

Jones, T.O. and W.E. Sasser Jr. (1995), "Why Satisfied Customers Defect," *Harvard Business Review*, Vol. 73 (November-December), pp.88-99.

Kelley, S.W. and M.A. Davis (1994), "Antecedents to Customer Expectations for Service Recovery," *Journal of the Academy of Marketing Science*, Vol. 22 (Winter), pp.52-61.

Kelley, S.W., J. H. Donnelly, Jr. and S.J. Skinner (1990), "Customer Participation in Service Production and Delivery," *Journal of Retailing*, Vol. 66 (3), p.322. pp.315-335.

Kelley, S.W., K.D. Hoffman and M.A. Davis (1993), "A Typology of Retail Failures and Recoveries," *Journal of Retailing*, Vol. 69 (Winter), pp.429-452.

Kotler, P., J. Bowen and J.C. Makens (2003), *Marketing for Hospitality and Tourism, Third Edition*, Upper Saddle River, NJ : Prentice Hall. 白井義男監修, 平林祥訳『コトラーのホスピタリティ＆ツーリズム・マーケティング』, ピアソン・エデュケーション, 2003 年.

Lyonski, S.J. and E.M. Johnson (1983), "The Sales Manager as a Boundary Spanner : A Role Theory Analysis," *The Journal of Personal Selling as Sales Management*, Vol. 3, No. 2, pp.8-21.

Morrow, P.C. and R.E. Wirth (1989), "Work Commitment among Salaried Professionals," *Journal of Vocational Behavior*, Vol. 34, pp.40-56.

Motowidlo, S.J. (1984), "Does Job Satisfaction Lead to Consideration and Personal Sensitivity," *Academy of Management Journal*, Vol. 27, No. 4, pp.910-915.

Mowday, R.T., R.M. Steers and L.W. Porter (1979), "The Measurement of Organizational Commitment," *Journal of Vocational Behavior*, Vol. 14, pp.224-247.

Mowday, R.T., L.W. Porter and R.M. Steers (1982), Organizational Linkages : The Psychology of Commitment, Absenteeism, and Turnover, San Diego, CA : Academic Press.

Oliva, T.A., R.T. Oliver and I.C. MacMillan (1992), "A Catastrophe Model for Developing Service Satisfaction Strategies," *Journal of Marketing*, Vol. 56, pp.83-95.

Porter, L.W., R.M. Steers, R.T. Mowday and P.V. Boulian (1974), "Organizational Commitment, Job Satisfaction, and Turanver among Psychiatric Technicians," *Journal of Applied Psychology*, Vol. 59, pp.603-609.

Poter, M.J. (1980), *Competitive Strategy-Techniques for Analyzing Industries and Competitors*, The Free Press.

Reichheld, F.F. (1996), *The Loyalty Effect : The Hidden Force behind Growth, Profits, and Lasting Value*, Boston, MA : Harvard Business School Press.

Reichheld, F.F. and W.E. Sasser, Jr. (1990), "Zero Defections : Quality Comes to Services," *Harvard Business Review*, September-October, pp.105-111.

Rosenhan, D.L., P. Salove. and K. Hargis (1981), "The Joys of Helping : Focus of Attention Mediates the Impact of Positive Affect on Altruism," *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 40, No. 5, pp.899-905.

Schank, R.C. and R.P. Abelson (1977), *Scripts, Plans, Goals and Understanding : An Inquiry to Human Knowledge*

Structures, Lawrence Erlbaum Associates.

Smith, C.A., D.W. Organ and J.P. Near (1983), "Organizational Citizenship Behavior : Its Nature and Antecedents," *Journal of Applied Psychology*, Vol. 68, No. 4, pp.653-663.

Varadarajan, P.R., T. Clark and W.M. Pride (1992), "Controlling the Uncontrollable : Managing Your Market Environment," *Sloan Management Review*, Winter, pp.39-47.

Vroom, V.R. (1964), *Work and Motivation*, New York : Wiley.

Zeithaml, V.A. (1990), "Communicating with Customers about Service Quality," in D. E. Bower, R. B. Chase, T. G. Cummings and Associates (eds.), *Service Management Effectiveness*, Jossey-Bass Publishers, pp.369-383.

藤田英樹（2000），「組織文化」，高橋伸夫編『超企業・組織論』，有斐閣，151-160 頁.

藤本隆宏（2006），「日本企業の能力・知識・熟練・人材」，伊丹敬之・藤本隆宏・岡崎哲二・伊藤秀史・沼上幹偏『組織能力・知識・人材（日本の企業システム　第Ⅱ期）』，有斐閣.

藤村和宏（1990），「サービスの消費行動における知覚リスクの役割」，『六甲台論集』，第 37 巻第 1 号，50-71 頁.

藤村和宏（1991），「サービスの特質とサービス・マーケティング理論の必要性」，『広島大学経済論叢』，第 14 巻第 3.4 号，185-216 頁.

藤村和宏（1995a），「サービスの広告に期待される役割」，『香川大学経済論叢』，第 68 巻第 2・3 号，415-445 頁.

藤村和宏（1995b），「医療サービス生産の実態」，サービス企業生産性研究委員会編『サービス企業における生産性・顧客満足・職務満足』，社会経済生産性本部，53-85 頁.

藤村和宏（1997），「サービス提供組織における顧客満足・職務満足・生産性の関係についての理論的・実証的考察—分析枠組みとしての「場面」概念の導入とそれによる医療サービスの分析—」，『香川大学経済論叢』，第 69 巻第 4 号，51-126 頁.

藤村和宏（2004），「サービスのブランド戦略」，青木幸弘・恩蔵直人編『製品・ブランド戦略』，有斐閣，167-198 頁.

藤村和宏（2006），「顧客満足とロイヤルティの関連性についての理論的考察—サービス消費を中心として—」，『香川大学経済論叢』，第 79 巻第 2 号，1-72 頁.

権丈善一（1993），「医療サービス市場における消費者主権」，『三田商学研究』，第 36 巻第 1 号，59-76 頁.

田中優子（2001），「『わざ』と『始末』」，『ていくおふ』，No. 95，53-60 頁.

田尾雅夫（1995），『ヒューマン・サービスの組織』，法律文化社.

Ⅲ

顧客（患者）満足に関する理論的・実証的考察

本章の概要

本章では，顧客（患者）満足の構造，その形成過程にかかわる重要な概念を理論的に考察するとともに，病院での患者満足調査の結果を用いて，患者満足に影響を及ぼす要因を実証的に明らかにする．また，顧客（患者）満足の形成過程においては「認知的過程」と「情動（感情）的過程」がそれぞれ独立に，あるいは相互に影響を及ぼしながら展開することで，満足あるいは不満足が形成されると考え，この二つの過程について検討する．

Ⅲ-1では，過去の顧客満足研究に基づいて，本書での「顧客（患者）満足」概念を定義するとともに，類似概念である「態度」，「知覚品質」，および「情動（感情）」との差異を明確にする．さらに，顧客（患者）満足構造の多次元性について考察する．

Ⅲ-2では，顧客（患者）満足の認知的形成過程について理論的に考察する．具体的には，従来の大部分の顧客満足研究で採用されている確認/不確認パラダイムに基づき，代替的評価基準として提案されている「期待」，「衡平性」，「ノルム」，および「スクリプト」について考察する．また，サービス消費においては，「スクリプト」は評価基準としての役割だけでなく，顧客（患者）のデリバリー・プロセスへの参加において「台本機能」や「予測性の向上機能」などの役割も果たすことについて考察する．

Ⅲ-3では，顧客（患者）満足の情動（感情）的形成過程について理論的に考察する．まず，「情動（感情）」概念を考察したうえで，顧客（患者）満足の形成過程における情動（感情）の影響について考察する．また，従来のサービス・マーケティング研究や顧客満足研究では情動（感情）の役割は重視されていなかったことから，サービス消費における情動（感情）の重要性についても若干の考察を行う．

Ⅲ-4では，病院での患者満足調査の結果を用いて，患者の認知的な満足形成において重要な役割を果たす要因と，患者満足形成における情動（感情）の影響について実証的に考察を行う．患者満足の認知的形成過程では，医療サービス品質のコア部分である治療成果だけでなく，患者との間でサービス・エンカウンターを頻度的あるいは時間的に多く展開する従業員の態度や行動が重要な役割を果たすことを明らかにする．また，情動（感情）の影響については，患者満足の向上に対してはネガティブな情動（感情）の解消が重要であるが，再利用意向の向上に対してはポジティブな情動（感情）の喚起が重要であるという興味深い結果を提示する．

Ⅲ-1. 顧客（患者）満足の概念とその構造

Ⅲ-1-(1) 顧客（患者）満足の概念

多くの顧客満足研究では，基本的に確認/不確認パラダイムが採用されており，顧客の持つ評価基準を上回る知覚成果は満足につながり，評価基準を下回る知覚成果は不満足につながる，と考えられている．なお，このような仮定の理論的支持は「人は刺激を適合水準との関係でのみ知覚する」とする Helson（1964）の適合水準理論（adaptation level theory）に求められている．また，詳細についてはⅢ-2-(1) で論じるが，評価基準としていくつかの代替的なもの（期待，衡平性，ノルムなど）が提案されており，採用する評価基準によって異なったモデルが構築されている．

顧客満足研究が基本的に確認/不確認パラダイムに基づいて行われているために，顧客満足の定義も比較の観点から行われている．しかしながら，そのような定義も，比較の結果を強調した定義と比較の過程を強調した定義に分類することができる．

比較の結果を強調した定義としては，たとえば，以下のようなものがある．

「買い手が被った犠牲の代償が適切あるいは不適切であることに関する，彼の認知的状態」
（Howard and Sheth, 1969, p.145）

「期待が満たされなかったことにまつわる情動が消費者の消費経験に関する事前の情動と結びついた時に生じる，凝縮された心理状態」
（Oliver, 1981, p.27）

一方，比較の過程を強調した定義としては，たとえば，以下のようなものがある．

「経験がそうあるべきであると考えていたことと少なくとも同程度のものであったかどうかに関する評価」（Hunt, 1977, p.459）

「選択した代替案がそれに関する事前の信念と一致しているかどうかに関する評価」
（Engel and Bracwell, 1982, p.501）

「事前の期待と消費後に知覚された製品成果（パフォーマンス）との間の知覚された不一致に関する評価に対しての消費者の反応」
（Tse and Wilton, 1988, p.204）

このように顧客満足形成における比較の過程に焦点を当てるのか，それとも比較の結果に焦点を当てるかによって顧客満足の定義は若干異なっているが，本書では「情動」という概念を含む Oliver（1981）の定義を参考にしたい．なぜならば，顧客満足は評価基準（たとえば期待）と消費したサービスの知覚成果とを比較するだけの単なる認知的過程ではなく，情動（感情）を伴う準認知的過程であるからである（Hunt, 1977；Czepiel and Rosenberg, 1977）．大部分の顧客満足研究では，確認あるいは不確認といった認知的変数を中心に考察されているが，情動（感情）のような要素によっても構成されている．また，サービスそれ自体とは関係のないポジティブあるいはネガティブな情動（感情）が確認/不確認過程，あるいは品質評価過程に重大な影響を及ぼすこともあるからである．

しかしながら，Oliver（1981）の定義では評価基準が期待に限定されているために，サービス消費における顧客満足概念としては不十分であると考えられる．Ⅲ-2-(1) で詳細に考察するように，評価基準としては期待，衡平性，ノルム，スクリプトなどが提案されており，顧客がデリバリー・プロセスに参加するサービス消費ではいずれの基準も用いられる可能性が高いであろう．このことから本書では，顧客満足を「事前に保有していた

評価基準が満たされた，あるいは満たされなかったことにまつわる情動（感情）が，顧客の消費経験に関する事前の情動（感情）と結びついた時に生じる凝縮された心理状態」と定義したい．これを医療サービスの文脈に置き換えるならば，患者満足は「事前に保有していた評価基準が満たされた，あるいは満たされなかったことにまつわる情動（感情）が，患者の通院あるいは入院経験に関する事前の情動（感情）と結びついた時に生じる凝縮された心理状態」と定義できるであろう．

Ⅲ-1-②
顧客（患者）満足の類似概念

顧客（患者）満足の類似概念として，「態度（attitude）」，「知覚品質（perceived quality）」，「情動（emotion）・感情（affect）」などがあるが，これらは顧客（患者）満足とは異なっている．

a）態　度

顧客満足と「態度」とは非常に類似した概念であるために，両者の間に違いはないとする研究者もいる．しかしながら，両者は概念的に異なっていると考えられる．

顧客満足は個々の取引に関連した相対的に一時的で，消費特定的な概念であるが，態度はより総合的で比較的永続性のある概念である（Oliver, 1981；Oliver and Westbrook, 1982；Swan, 1983；Bitner, 1990）．また，顧客満足は確認/不確認を中心概念としており，“surprise（意外なこと，思いがけないこと）”を含むが，態度には含まれない（Oliver, 1981）．あるいは，顧客満足は期待などの評価基準との比較において形成される購買状況全体に対する評価であるが，態度は比較という要素を含まない製品に対する好みである（Westbrook and Oliver, 1981）．

経験的にも両概念は異なることが支持されている．たとえば，Oliver（1980）は，パス解析[注1)]によって，顧客満足は購買後の態度に先行し，それに影響を与えることを発見している．Wilton and Tse（1983）も，他の変数との関係を分析することにより，顧客満足と態度とではその決定要因が異なることを発見している．

b）知覚品質

Parasuraman, Zeithaml, and Berry（1988）によると，「知覚品質」は企業や製品の全体的な優秀さ，あるいは卓越度に対する消費者の判断である[注2)]．そして，満足は購買あるいは消費後の知覚品質に先行し，それに影響を与えると考えている（Parasuraman, Zeithaml, and Berry, 1985）．同様に，Olshavsky（1985）も，知覚品質はいくつかの点で態度と類似した，製品の全体的評価であるとしている．このように，知覚品質は消費者の企業に対する全体的な態度と類似した概念であり，一時的で消費特定的というよりは，より総合的で比較的永続性のある概念である．

しかしながら，知覚品質と態度とが概念的にどのように異なっているのか，については明確にされていない．ただし，その測定においては明らかに異なっている．態度の測定は，多属性態度モデルのように客観的な製品属性をベースとして行われ，製品に対する全体的な態度は各属性に対する評価の総和として計算されている．一方，知覚品質の測定は，個々の客観的属性ではなく，いくつかの客観的属性に基づいて形成されるより抽象化された属性を用いて行われている．すなわち，態度は客観的属性と直接的に結びつけられている

注1）パス解析は，基本的には変数間の因果的結合の強さを推定し，その推定値を用いて因果過程の大枠についての情報を提供する方法である（Asher, 1976, 邦訳, 29頁）

注2）Ⅰ-5-(1) で考察したように，知覚品質は客観的品質とも区別される．客観的品質は製品の技術的優秀さを意味しており，製品の客観的特徴のことである．知覚品質と客観的品質とは一致しないことが多いが，それは一部には，企業（医療サービス組織）と顧客（患者）では品質評価の際に焦点を合わせる属性（特性）が異なることから生じている．

が，知覚品質と客観的属性とはいくつかの客観的属性に基づいて形成されるより抽象化された属性を媒介として結びつけられている（藤村，1992）．たとえばParasuraman, Zeithaml and Berry（1988）は，より抽象化された属性として，有形性，信頼性，対応の迅速性，確実性，感情移入性をあげている[注3)]．

c）情動（感情）

顧客満足は情動（感情）を伴う準認知的過程であり，情動（感情）それ自体ではない（Hunt, 1977；Czepiel and Rosenberg, 1977）．また，顧客満足は情動（感情）の評価である．顧客満足は単なる消費経験に対する満足感（愉快さ）ではなく，少なくとも経験が想像あるいは期待していたのと同じくらい良いものであったかどうか，の評価である（Hunt, 1977）．したがって，たとえば「楽しい」という情動（感情）を伴う経験をしたとしても，それが期待などの評価基準を下回るならば，その人は満足を形成することはないであろう．

情動（感情）は顧客満足それ自体ではないが，顧客満足の形成に重大な影響を及ぼすので，情動（感情）についてはⅢ-3で詳細に考察したい．

なお，「気分」は，満足/不満足の形成にかかわる情動（感情）的要素とは独立した，サービス・デリバリー・プロセスでの感情状態である．たとえばClark and Isen（1982），Gardner（1985），Gardner and Hill（1988）などによると，情動（感情）は著しくかつ強い感情の形態であり，特定の原因に帰することのできるものであるに対して，気分は強くない一般化された感情状態で，さまざまな要因によって誘発されるものであるという．気分はサービス組織がコントロールできるものではないが，サービス組織の行動，たとえば従業員の笑顔やサービス・デリバリー環境によって影響される（Cunningham, 1979；Hochschild, 1983）．

気分は二つの次元，すなわちポジティブとネガティブによって定義されている．Watson and Tellgen（1985）によると，ポジティブな次元は個々人が人生の楽しさを確認する程度を意味している．Clark and Isen（1982）によると，人々は絶えずポジティブな気分を目指して励み，ネガティブな気分状態を回避する．このことより，顧客はネガティブな気分を経験するようなサービス状況を回避しようとする，あるいはネガティブな気分状態を回避するために，そのことを可能にするサービスを積極的に利用しようとすることが考えられる．

医療サービスの顧客である患者は疾病のためにネガティブな気分状態で来院することから，これをポジティブな状態に転換させることは顧客満足の向上につながり（Oliver, 1993），ロイヤルティの形成に貢献する可能性があるといえよう．

Ⅲ-1-(3) 顧客（患者）満足の多次元性

多くの顧客満足研究では，明示的あるいは暗黙に，顧客満足と不満足とは一次元上の両極に位置していると仮定されており（1因子理論），それが多次元である可能性についてはほとんど考察されていない（Czepiel, Rosenberg, and Akerele, 1974；Leavitt, 1977；Oliver and Westbrook, 1982；Swan and Combs, 1976；Maddox, 1981）．しかし，顧客満足の多次元構造に関しても提案がなされており，最

注3）Parasuraman, Zeithaml and Berry（1988）の提案する知覚品質の測定尺度はSERVQUALと呼ばれ，多くの知覚品質調査で用いられている．これは，満足の確認/不確認パラダイムと同様に，サービスの知覚品質を決定するのはあるサービス分類（たとえば，銀行，修理サービス，長距離電話サービスなど）に属するサービス組織一般の成果（パフォーマンス）に対する期待とその分類に属する特定のサービス組織の実際の成果（パフォーマンス）との差異である，という「ギャップ理論」に基づいている．しかし，知覚品質を測定する基礎として期待と成果（パフォーマンス）のギャップを用いることの妥当性を支持するような理論的あるいは経験的根拠はほとんどないことから，むしろ成果（パフォーマンス）のみで測定することの卓越性を支持する研究も多い（Cronin and Taylor, 1992；Bolton and Drew, 1991a, b；Carman, 1990；Woodruff, Cadotte, and Jenkins, 1983；Churchill and Surprenant, 1982；Mazis, Ahtola, and Kippel, 1975）．

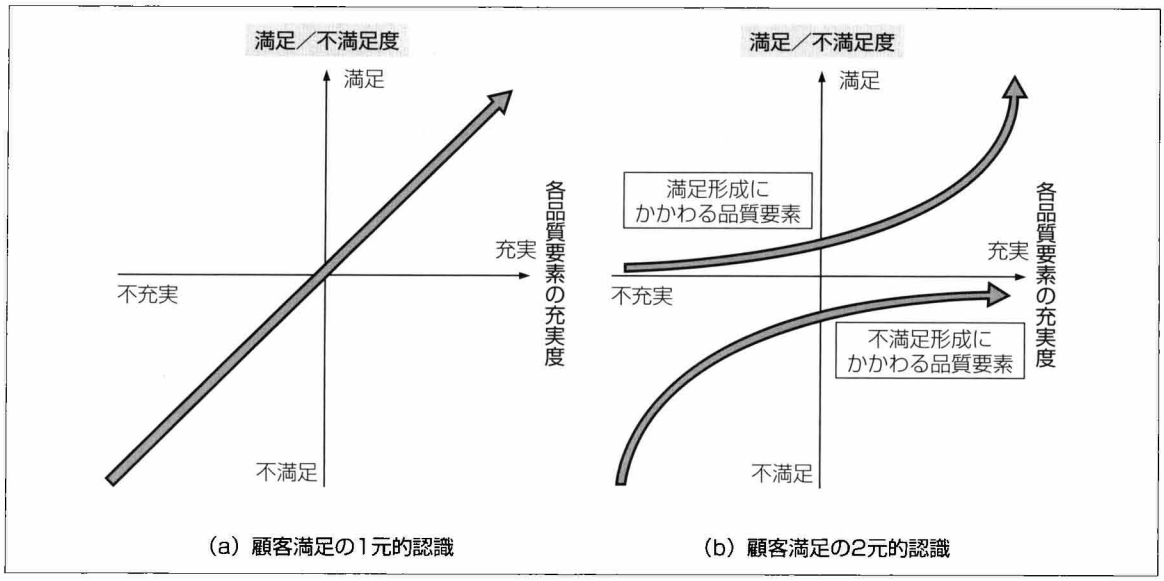


図 38　顧客満足の構造に関する認識の違い

も多く提案されているのは 2 因子理論[注4)]である．これらは Herzberg の職務満足に関する 2 因子理論（Herzberg, Mausner and Snyderman, 1959）と類似している．2 因子理論では，顧客満足と不満足とは異なった構成概念であり，それらは異なった製品（モノやサービス）属性あるいは要因によって引き起こされる，と考えられている．

図 38 の (a) は 1 因子理論に基づくものであり，サービス品質を構成するすべての品質要素が顧客満足の決定要因にも不満足の決定要因にもなり得ることを示している．(b) は 2 因子理論に基づくものであり，サービス品質を構成する一部の要素のみが顧客満足の形成に影響し，他の要素は不満足の形成に影響を及ぼすことを示している．なお，(b) は，不満足形成にかかわる品質要因と満足形成にかかわる品質要因の差異を明確に示すために，前者は満足形成に，後者は不満足形成に影響を及ぼさないというかたちで描いている．しかし現実には，その影響力は比較的小さいかもしれないが，不満足形成にかかわる品質要因も満足形成に，満足形成にかかわる要因も不満足形成に影響を及ぼすであろう．

Swan and Combs (1976) は，「手段的成果 (instrumental performance)」と「自己表出的成果 (expressive performance)」という二つの異なる次元を提案している．手段的成果とは，1 組の目標を達成する手段となる製品の物理的側面を意味し，自己表出的成果は心理的側面を意味している．彼らは消費者の衣料の消費経験に関する記述を収集・分析することにより，自己表出的成果に関する期待が満たされた場合に満足が生じ，手段的成果に関する期待が満たされたとしても満足にはつながらず，それが満たされない場合には不満足が生じるという結果を得ている．このことから，手段的成果における許容可能な水準は満足形成にとって必要条件ではあるが，十分条件ではなく，自己表出

注 4）顧客満足概念について，1 因子理論は 1 要因のみから構成されていると仮定されているのに対して，2 因子理論が 2 要因から構成されていると仮定する．つまり，1 因子理論では，満足概念は一次元で構成され，満足と不満足はその次元上（線上）の対極に位置すると考える．2 因子理論では，満足概念は相互に独立な二つの次元から構成されており，一方の次元は満足にかかわるもので，他方の次元は不満足にかかわるものと考える．したがって，満足の対極は不満足ではなく「満足でない」であり，不満足の対極は満足ではなく「不満足でない」ということになる．そして，各次元には異なる要因が作用するため，満足を高める要因と不満足を下げる要因は異なると考える．

的成果における許容水準のみが満足を高めることに貢献する，としている．

嶋口（1994）も，Swan and Combs の区分を参考にして，企業が提供している有形・無形のサービス属性を「本質サービス（機能）」と「表層サービス（機能）」の二つに分類している．本質サービスとは，顧客が支払う代価に対して当然受けうると期待しているサービス属性である．表層サービスとは，代価に対して必ずしも当然と思わないが，あればあるに越したことはない期待サービスを指している．両者の差異はいくつかの具体例で示されている．

銀行預金サービスの場合には，本質サービスには，安全性，確実性，公平性などが，表層サービスには，銀行内の雰囲気，行員の親切さ，美人の窓口担当者の存在，スマートなユニフォーム・イメージなどが含まれる．そして，本質サービスは主に顧客の不満足形成に，表層サービスは主に満足形成に影響を及ぼす，と仮定している．

つまり，本質サービスにかかわる属性の水準がある最低許容水準を下回るならば，不満足が形成されるが，その最低許容水準を上回っても，満足の向上に大きく貢献することはない．一方，表層サービスにかかわる属性は，顧客が必ずしも期待しているものではないために，これらの属性の水準がゼロであっても，顧客は不満足を形成しない．単に，満足でも不満足でもない状態が形成されるだけである．しかし，これらの属性の水準を高めることは，大きく満足の向上に貢献することになる．また，本質サービスにかかわる属性は，そのなかの一つでも最低許容水準を下回るならば，他のすべてがいかに高い水準を達成しても不満足が形成されるので，属性間に代償作用は働かない．一方，表層サービスにかかわる属性は，そのなかの一つが卓越していれば，他の属性の水準が低くても，その一つの卓越性で満足は向上するので，代償作用がある，と仮定している．

さらに，このような構造仮説に基づいて，限られた経営資源を効果的かつ効率的に運用しながら，顧客満足を向上させるためには，本質サービスにかかわる属性については，不満足形成を回避できる水準（最低許容水準を上回る程度）の充実を図るにとどめ，表層サービスにかかわる属性を充実する方向に資源を振り向けることを提案している．また，表層サービスにかかわる属性の場合には，代償作用が働くために，すべてを充実させる必要はなく，いずれかの属性にポジショニングを定め，それを突出させることによって，より高い顧客満足の形成が可能である，と論じている．

サービスの品質は過程品質と結果品質から構成されているために，サービスの消費経験に対する顧客満足の構造は 2 元的である，と考えられる（藤村，1991）．つまり，過程品質のほうが顧客満足の向上により貢献しやすく，結果品質のほうは不満足形成により貢献しやすいであろう．

結果品質は，サービスの購入動機となった基本的ニーズを満たす便益にかかわる品質であり，それが顧客の保有する評価基準を満たさない場合には，購入した意味がなくなり，不満足が形成されるであろう．一方，過程品質は，結果品質が顧客の保有する評価基準を充足することを前提として，その品質が顧客の評価基準を上回る程度に応じて顧客満足の向上に貢献する，と考えられる．

医療サービスでは，それを消費する原因である疾病が患者の期待ほどに治癒しなければ，治療過程における医師や看護師の対応や態度が良くても，最終的には患者満足は形成されないであろう．疾病が期待していた程度に治癒したうえで，治療過程における医師や看護師の対応や態度が良ければ，高い患者満足が形成されることになる．

ただし，結果品質を構成する要素でも，それが顧客の保有する評価基準を著しく上回る成果を提供するならば満足の形成に貢献するし，逆に，過程品質を構成する要素でも，それが顧客の評価基準を下回るならば不満足に大きく貢献する，ということが考えられる．

医療サービスでは，患者が期待した以上に早く，あるいは期待していた以上によく治癒した場合，患者は大きな患者満足を形成するであろう．しかし，そのような状況でも，治療過程における医師や看護師の対応が非人間的なものであったならば，患者の最終的評価は非常に不満足なものとなるかもしれない．

また，過程品質の形成においては従業員と顧客

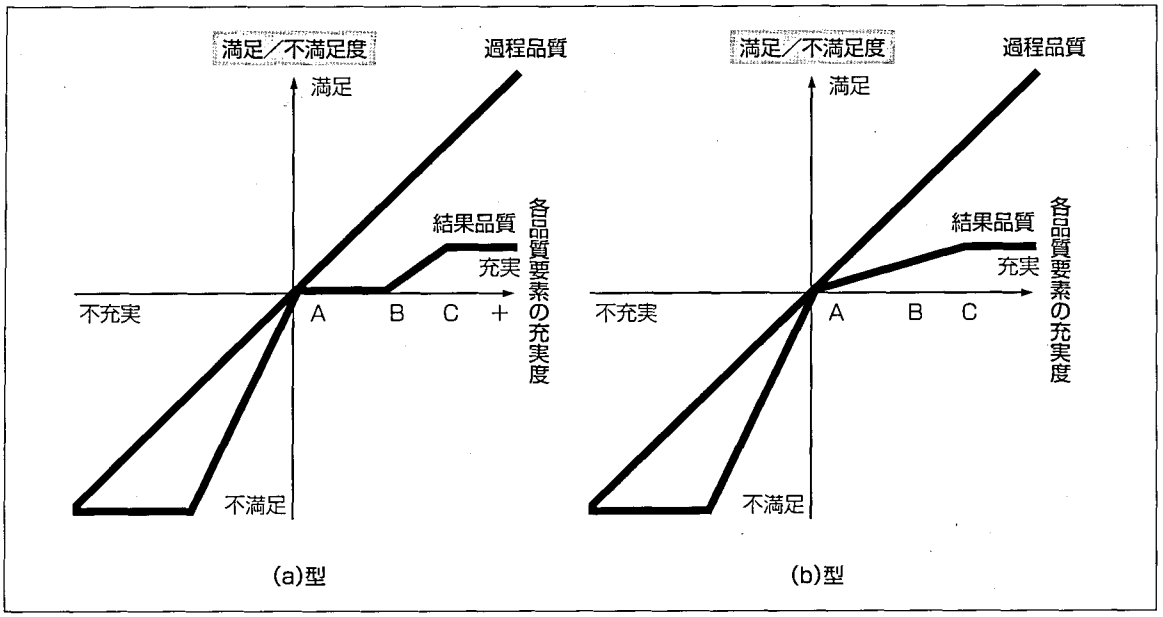


図 39　サービスの顧客満足における結果品質と過程品質の関係

間，および顧客間における人的相互作用（サービス・エンカウンター）が重要な役割を果たすが，人的相互作用は情動（感情）を喚起しやすいであろう．喚起された情動（感情）は満足/不満足の形成に重大な影響を及ぼすと考えられることから，過程品質は顧客満足の形成だけでなく，不満足の形成にも強く影響を及ぼす可能性がある．つまり，過程品質の形成過程においてポジティブな情動（感情）が喚起された場合には，顧客満足の形成に大きく貢献するが，ネガティブな情動（感情）が喚起された場合には，不満足の形成に作用する，と考えられる．

以上のようなことから，サービスの顧客満足/不満足の形成における過程品質と結果品質の役割については，**図 39** のように描くことができるであろう．

なお，**図 39** の（a）型と（b）型の違いは，結果品質の水準が顧客満足の形成に及ぼす影響の違いにある．結果品質は主に不満足形成に関係しており，その水準が A 点を下回る場合には，大きな不満足の形成を導くことについては，両図とも同じである．しかし，品質水準が A 点以上の場合に，顧客満足に及ぼす影響はその水準によって異なっていることを示している．結果品質の顧客満足の向上に対する貢献は，過程品質のそれほどは大きくはないが，図の（a）型は，品質水準が A 点から B 点の間にある場合には，結果品質は顧客満足の向上に貢献することはなく，B 点を越えた場合に初めて顧客満足の向上につながり，C 点で再び影響を及ぼさなくなることを示している．一方，(b) 型は，結果品質の水準が A 点を超えることで，それは比較的弱いながら顧客満足の向上に貢献し，C 点で影響を及ぼさなくなることを示している．

以上のように，顧客満足は 1 元的構造として認識するよりも，2 元的構造，すなわちサービスを構成する品質要素によって満足/不満足の形成に対する影響が異なる，と認識するほうがより現実的であるように思われる．しかしながら，顧客満足の構造が多次元である可能性についてはまだ十分に研究されてはおらず，今後の重要な研究課題となっている．Ⅲ-4 ではⅡ-6 での分析に用いた［病院 1］の調査結果を用いることで，この 2 元的構造について若干の考察を行いたい．

また最近，顧客からの苦情を積極的に収集し，サービスの改善と顧客満足の向上を図ろうとする製造企業やサービス組織が増えているが，顧客満足の構造を上述のようにとらえるならば，このよ

うな取り組みだけでは顧客満足の向上を図れないということになる．過去においては多くの製造企業やサービス組織は顧客からの苦情を脅威あるいは問題として扱っていたが，適切な苦情処理は顧客ばかりでなく，その組織にも大きな恩恵をもたらすことを認識し，顧客からの苦情を積極的に収集・対応するようになったことは好ましいことである．しかしながら，苦情は現状のサービスやそのデリバリー・プロセスの品質における問題あるいは不充実の指摘であり，それらの改善だけでは「不満足でない状態」に戻すにすぎない．顧客満足の構造を上述のようにとらえるならば，サービス組織の経営者やマーケティング担当者は，適切な苦情処理と苦情の原因となった要素の改善によって不満足の解消を図るという目標と，満足向上に貢献する品質要素を明らかにし，それらの品質要素の向上を図るという目標を同時に追求する必要がある．

Ⅲ-2. 顧客（患者）満足の認知的形成過程

顧客満足は，その形成過程から認知的過程を経て形成される満足と情動（感情）的過程を経て形成される満足に分類できる．現実のサービス消費においては両過程が進行することで顧客満足/不満足が形成されている，つまり両過程がそれぞれ独立に，あるいは相互に影響を及ぼしながら展開することで満足/不満足が形成されている，と考えられる．

この結果，認知的には満足でも情動（感情）的には不満足ということが，あるいは逆に，認知的には不満足でも情動（感情）的には満足ということも起こっているであろう．このことから，顧客満足/不満足の形成過程は認知的過程と情動（感情）的過程の両方について考察する必要がある．

そこで本節では，認知的過程による顧客満足/不満足の形成について考察し，情動（感情）的過程による顧客満足/不満足の形成については次節で考察を行う．

なお，以下では，認知的過程を経て形成される満足/不満足を「認知的満足/不満足」，情動（感情）的過程を経て形成される満足/不満足を「情動（感情）的満足/不満足」と呼ぶことにする．

顧客満足/不満足の認知的形成過程については，**図 40** のようなモデルが提案されている．以下では，このモデルにおける重要な概念について考察していきたい．

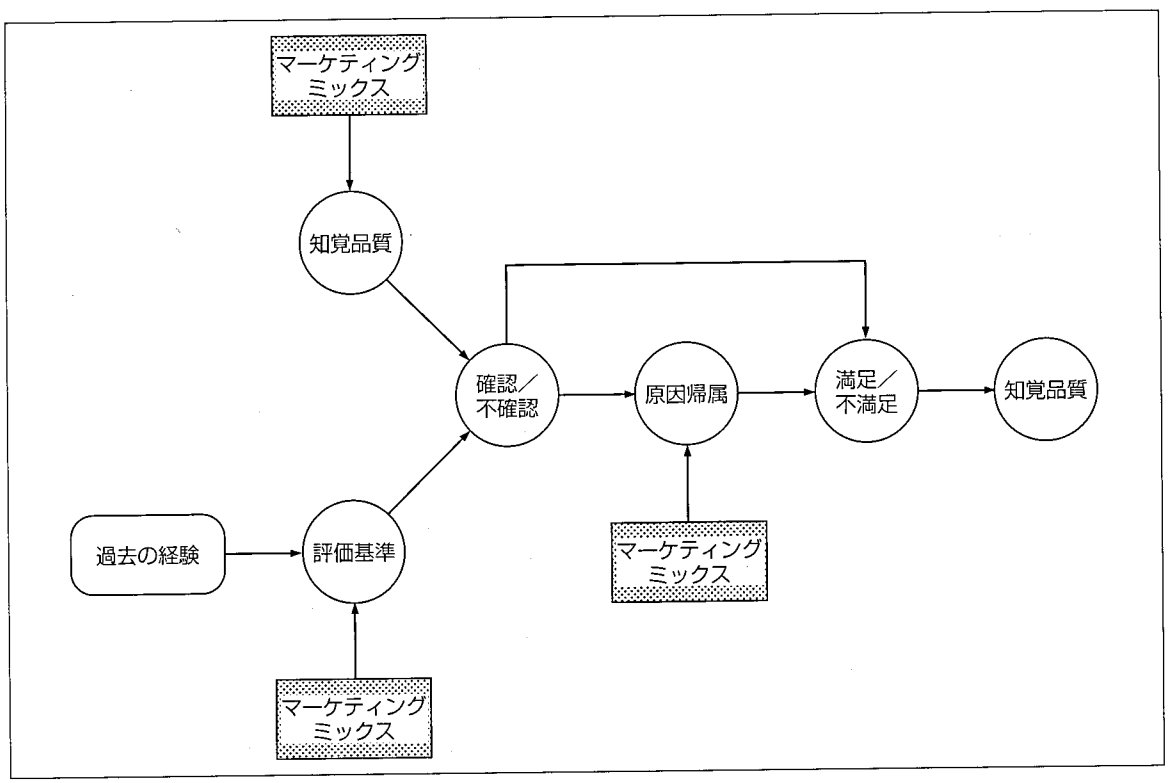


図 40　顧客満足の認知的形成過程

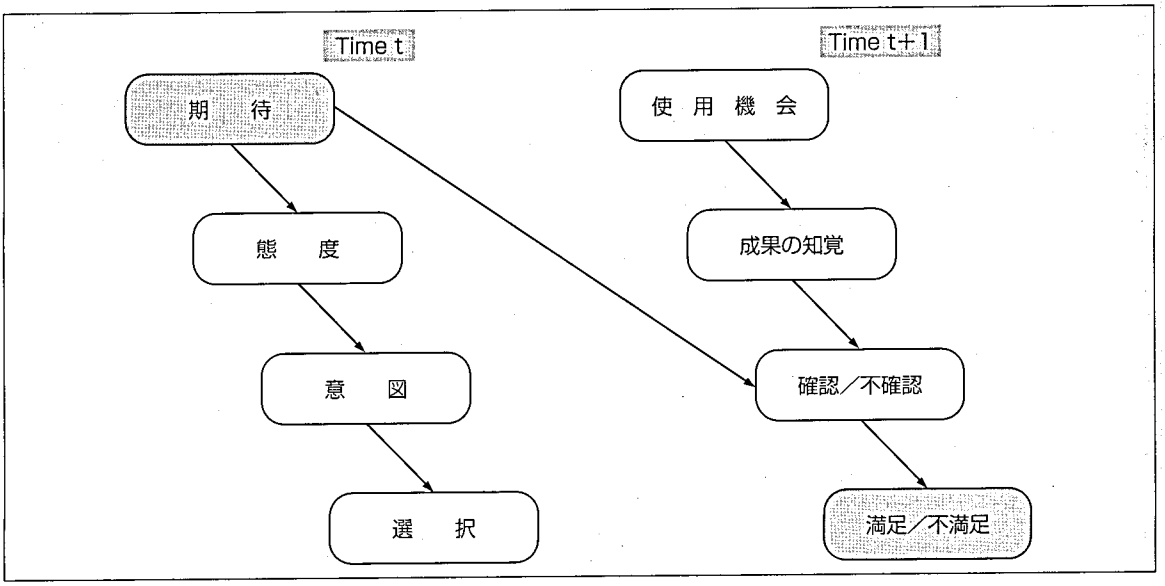


図41　顧客満足形成過程の概念モデル

出所：Cadotte, E. R., R. B. Woodruff and R. L. Jenkins (1987), "Expectations and Norms in Models of Consumer Satisfaction," *Journal of Marketing Research*, Vol. 24, August, p.306. 一部加筆.

Ⅲ-2-(1)
代替的評価基準

大部分の顧客満足研究では，基本的に確認/不確認パラダイムが採用されており，消費したサービスやモノの知覚成果（パフォーマンス）[注5)]が顧客の保有する評価基準を上回る場合には満足が形成され，評価基準を下回る場合には不満足が形成される，と考えられている．顧客満足/不満足の予測概念として，これまで提案されてきた評価基準の主なものとしては，期待，衡平性，ノルムがある．

a）期　待

大部分の顧客満足研究では，選択意思決定過程で個々のサービスやモノに対して形成される「期待」が評価基準として採用されている（**図41**参照）．この期待を評価基準とするものは「期待不確認パラダイム」と呼ばれており，社会心理学や組織行動の流れをくむものである．

このパラダイムでは，顧客が選択意思決定過程で形成する個々のサービスやモノに対する期待と同じものが，選択・消費したものの知覚成果を評価するための評価基準としての役割も果たす，と仮定されている．そして，知覚成果がこの評価基準と同等（確認）か，あるいは上回っているか（正の不確認），下回っているか（負の不確認）によって，満足/不満足が決定されるとされている．基本的には，負の不確認（知覚成果＜期待）の場合は不満足が形成され，正の不確認（知覚成果＞期待）あるいは確認（知覚成果＝期待）の場合には満足が形成される，と考えられている．したがって，期待不確認は「期待の形成」と「期待の確認/不確認」という二つの過程より構成される概念である．さらに，期待の確認/不確認は「方向」と「程度」から構成される概念である．

注5）知覚成果あるいは知覚パフォーマンスとは，顧客が消費したモノやサービスの生み出した成果（パフォーマンス）を主観的に評価したものである．すべて顧客がある特定のモノやサービスが生み出す成果（パフォーマンス）として同じものを享受しても，顧客によって重視する品質要素や過去の消費経験が異なるために，知覚成果（パフォーマンス）は異なったものとなる．

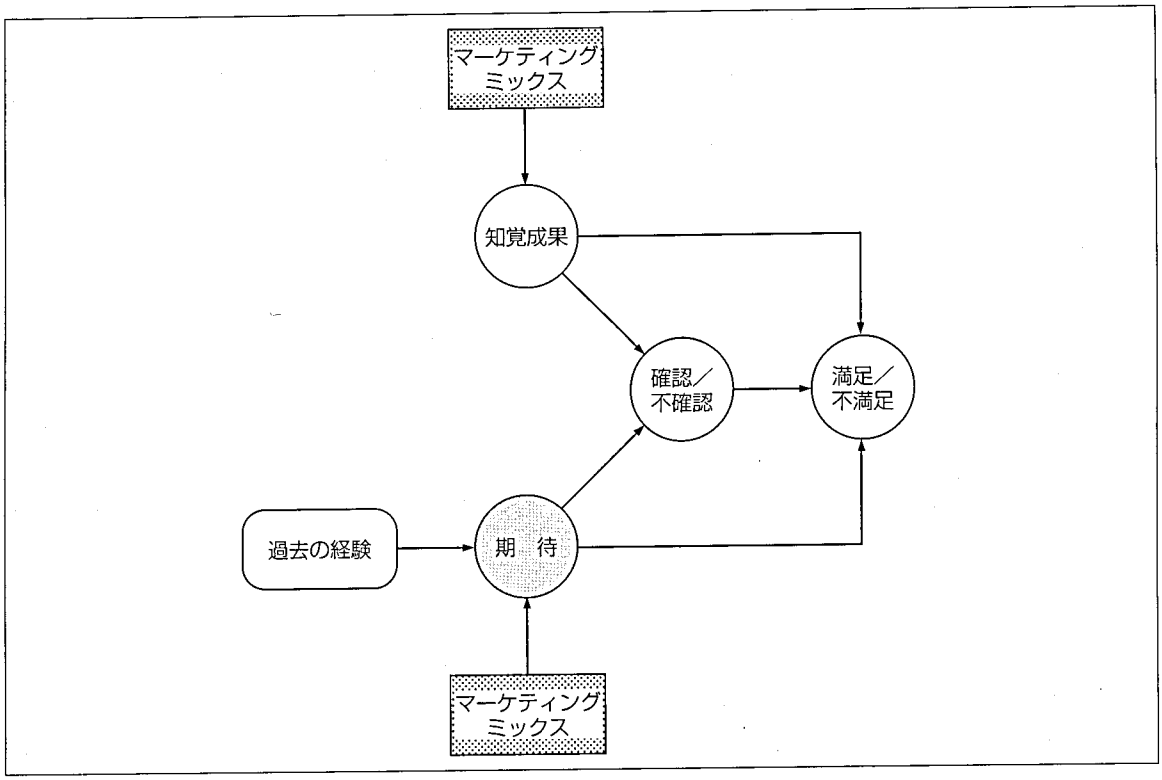


図 42　期待不確認パラダイムの複雑性

しかしながら，顧客満足/不満足の形成過程はこのように単純なものではなく，下記の関数が示しているように，期待や知覚成果の水準自体も顧客満足/不満足に影響を及ぼす要因であることが明らかにされている（Olshavsky and Miller, 1972；Oliver, 1980；Churchill and Surprenant, 1982；Wilton and Tse, 1983；Oliver and DeSarbo, 1988）．**図 40** から「原因帰属」を除外して，この関数を図示すると**図 42** のようになる．

満足度＝f（期待水準，知覚成果水準，期待の確認/不確認）

知覚成果の水準自体も満足に影響を及ぼすために，二つのサービス消費において期待水準が同じで，かつ正の不確認（知覚成果＞期待）であったとしても，知覚成果が異なれば，満足水準は異なることになる．つまり，知覚成果の高いほうがより高い満足が形成されることになる．

同様に，二つのサービス消費おいて知覚成果が同じで，かつ正の不確認であっても，期待水準が異なれば，満足水準は異なることになる．この場合も，期待水準の高いほうがより高い満足が形成されることになる．あるいは，二つの消費において正の不確認の程度が同じ場合も，期待水準が高いほうが満足は高くなる．なぜならば，期待が高いということは選択したサービスが高い成果を提供してくれると予測するとともに，期待が充足されることを状況が強く望んでいるからである．逆に言えば，選択したにもかかわらず期待が低いということは，状況が高い成果を期待していないということでもある．

このことは，ファーストフード・レストランでの食事を思い浮かべれば理解しやすいであろう．ファーストフード・レストランでの食事で大きな満足を経験する機会が少ないのは，知覚成果が期待を上回らないからではなく，事前にあまり高い期待を形成していないからである．ただし，高い期待を抱いても満たされないという諦めや絶望感から，期待が低い水準に抑えられている場合には，知覚成果がそれを大幅に上回ることで，高い満足が形成されるであろう．この場合は，選択したサー

ビスによって高い成果が提供されることを熱望しているが，状況が高い期待を抱くことを許していないからである．

医療サービスの場合には，患者が，疾病の程度が重篤であると知覚するほど，選択した医療サービス組織に対する期待は高くなるであろう．したがって，重篤であると知覚している患者ほど，正の不確認（知覚成果＞期待）が生じると，高い満足を形成するであろう．一方で，重篤であると知覚している患者ほど，諦めや絶望感から高い期待の形成が抑制されるということもある．このように期待水準が低い場合には，事前の期待水準の高さとは無関係に，正の不確認が生じるほど，満足も高くなる，と考えられる．

ところで，期待と知覚成果の間にギャップが生じた場合，期待は知覚成果や不確認の程度にも影響を及ぼすことが明らかにされている．その影響を説明する概念として，しばしば同化効果と対比効果が用いられている．

同化効果[注6)]とは，期待と実際の製品成果とが一致しなかった場合に，期待の方向に知覚成果を近づけようとするものである．

また，対比効果とは元々，Dawes, Singer, and Lemons (1972) によって提唱されたものであり，自分自身の態度と他人の態度との不一致を誇張する傾向である．つまり，顧客満足の文脈では，期待と実際の製品成果とが一致しない場合，顧客はその乖離を誇張し，期待との乖離を大きくする方向に製品評価をシフトさせるというものである．正の不確認の場合には，製品成果は実際よりも高く評価され，負の不確認の場合には，実際よりも低く評価されるというものである．

以上のように，顧客満足は期待と知覚成果との比較だけでなく，期待や知覚成果の水準にも影響される．さらに，期待は製品成果の知覚にも影響を及ぼすことから，顧客満足形成モデルとして，期待と知覚成果の比較だけを組み込んだ基本モデルに修正を加えるかたちでさまざまなものが提案されている．

また，このような複雑な影響関係が存在するために，顧客満足調査において実際の製品成果や不確認の程度，顧客満足の水準を明らかにすることが困難になっている．このことから，1回の顧客満足調査だけでそれらを把握するのではなく，定期的に調査を実施することによって，知覚成果や顧客満足の水準を変化として把握することが必要とされる．ある時点（t 期）における顧客満足調査と次の時点（t+1 期）における調査の間に実施したサービス自体やそのデリバリー・プロセスの改善のための取り組みを知覚成果や満足水準の変化として把握し，改善のための取り組みの有効性を検証していくことが重要である．

b）衡平性

Stouffer, Suchman, DeVinney, Star, and Williams (1949) は，第二次世界大戦中の米軍兵士のさまざまな心理を研究することで，兵士たちの不満足感は周囲の他者を基準として，その他者との比較によって決定されていることを発見し，これを「相対的不満」と呼んでいる．このような他者との比較も評価においては重要な役割を果たすことから，Homans (1958) は，比較することにより感じる社会的正義あるいは公正感の問題を社会的交換理論の立場から定式化した．また，Adams (1963, 1965) は，これをさらに拡大・発展させるかたちで衡平理論（equity theory）を構築している．

この衡平理論は雇用者と従業員間の交換から生じる不衡平な結果の説明に焦点を当てているので，購買という交換の結果として生じる顧客満足

注 6) 同化効果を説明する同化理論は，元々，Hovland, Harvey and Sherif (1957) によって提唱されたもので，Festinger の認知不協和理論といくつかの点で類似している．Festinger (1957) によると，個人が相いれない二つのアイデアを受け取った場合に，それは心理的緊張あるいは心理的に不快な状態（不協和状態）をつくりだすために，彼は両者が調和するようにどちらか一方あるいは両方を変更あるいは曲解することで，心的不快感を削減しようとする．これを製品評価に適用すると，期待と製品成果との間の不均衡は不協和状態をつくりだすために，顧客は製品成果に対する知覚を変更することでその削減を試みる，ということが考えられる．

$$\frac{O_a}{I_a} = \frac{O_b}{I_b} \Rightarrow \text{衡平}$$

$$\frac{O_a}{I_a} < \frac{O_b}{I_b} \qquad \frac{O_a}{I_a} > \frac{O_b}{I_b} \Rightarrow \text{不衡平}$$

ただし
O_a：個人$_a$の産出物
I_a：個人$_a$の投入物
O_b：個人$_b$の産出物
I_b：個人$_b$の投入物

図43 衡平/不衡平の生起

研究にも適用可能であるとされている（Huppertz, Arenson, and Evans, 1978；Fisk, 1980；Fisk and Young, 1985；Mowen and Grove, 1983；Swan and Mercer, 1982；Swan and Oliver, 1985）.

衡平理論によると，人は自分の産出物/投入物の比を，関係のある他者のそれと比較することによって，衡平性を判断するとされている．衡平を感じるのは，自分の産出物/投入物の比と比較対象となる他者の産出物/投入物の比が均衡している場合である．逆に，不衡平を感じるのは，どちらかの比がもう一方よりも大きい場合である（図43）．そして，衡平であると知覚する場合に満足が形成され，不衡平と知覚する場合に不満足が形成される，と考えられている．

しかしながら，購買・消費の文脈では衡平理論の予測とは異なり，正の不衡平（自分の産出物/投入物の比＞他者の産出物/投入物の比）については満足なものと知覚される傾向がある（Oliver and Swan, 1989）．たとえば，自分が支払った代金とその結果として得た知覚成果の比を，他の顧客のそれと比較し，両者が均衡している，あるいは自分のほうが大きい場合には，満足が形成されるということである．

なお，サービス消費の場合には，投入物には代金だけでなく，探索（買回り）に費やした金銭や時間，精神的・肉体的エネルギー，サービス・デリバリー・プロセスに参加するために費やした金銭や時間，精神的・肉体的エネルギー，知識・技能なども含まれる．一方の産出物には，サービス消費の結果として得た便益としての変化だけでなく，その変化を導いたデリバリー・プロセスでの経験も含まれる．

比較する他者としては，他の顧客や従業員，サービス組織が選択される可能性がある．医療サービスの場合には，他の患者，医師，看護師，医療技術者，事務系職員，その他職員，および病院などが比較する他者として選択される可能性があるが，デリバリー空間を共有する他の患者はとくに選択されやすいであろう．

Ⅱ-6であげた「手術がうまくいき心配ないと思うと，医師はその患者のところにあまり足を運ばないので患者は満足しない．逆に，手術が困難で合併症などが生じた患者に対しては，医師も心配なので何度も足を運ぶので患者は満足する」という医師の経験談は，患者は同室の他の患者と比較して，衡平/不衡平によって満足/不満足の形成を行っていることを示しているであろう．医療サービスのコア品質である専門的知識・技能品質の評価には専門的知識を必要とし，一般の患者には評価が困難であるので，入院患者は医師の診療頻度や診療に費やした時間を産出物の評価指標として用い，同室の他の患者と比較することで満足/不満足の形成を行っている，と解釈できるであろう．

なお，産出物（便益や報酬）の配分に伴う人間の行動は，Adamsが論じているほど単純でなく，投入量に関係なく平等に分配されるべきであるという平等（equality）原理や，各自が必要とする程度に応じて分配が行われるべきであるとする必要性（need）原理も働いていることが明らかにされている．

c）ノルム

選択あるいは使用後の知覚成果の評価に選択意思決定過程において形成された期待が用いられるとする理論的根拠はないとして，他の期待が提案されている．

その一つに理想的期待があるが，これは顧客のニーズを満たすためにモノあるいはサービスが備えているべき，あるいは達成すべき成果水準を意

味している（Miller, 1977）．そして，この理想的期待を前述の期待と区別するために，「ノルム」あるいは「経験ベース・ノルム」と呼んでいる（Woodruff, Cadotte, and Jenkins, 1983）．

前述の期待は当該ブランドに対する顧客の経験に基づいて形成されると考えられているが，ノルムは当該ブランド以外の経験にも影響されると考えられている．すなわち，当該ブランドだけでなく，他の類似のブランドや同一ニーズを満たすことで競合関係にある製品クラス全体などにも影響される，と考えられている．

医療サービスの文脈では，期待は個々の医療サービス組織の利用経験や関連情報に基づいて形成されるもので，「○○病院ならば，△△程度の医療サービスを提供してくれるだろう」というものである．一方，ノルムの形成は当該医療サービス組織の利用経験や関連情報だけでなく，同じ医療サービス・カテゴリーに属する他の医療サービス組織の利用経験や関連情報，ホスピタリティ・サービスに属する他のサービス組織（たとえばホテル）の利用経験などにも影響され，「一般病院（特定機能病院）である◎◎病院ならば，□□程度の医療サービスを提供すべきである」というものである．したがって，期待よりも，ノルムのほうが要求の水準は高く，しかもそれが充足されることを望む程度も強い，と考えられる．

d）スクリプト

顧客は上述の期待，衡平性，およびノルムという三つ代替的評価基準を状況によって使い分けながら，あるいは同時に用いながら満足/不満足の形成を行うことが明らかにされている．このことから顧客満足の向上には，特定のモノあるいはサービスの購買・消費状況において用いられる評価基準とその内容を明確にし，それを上回る知覚成果を提供することが重要であるとされている．しかし，従来の顧客満足研究はモノ消費を中心として展開されているので，サービス自体およびそのデリバリー・プロセスの特質を考慮すると，サービス組織はこのような施策だけで顧客満足を効果的かつ効率的に向上させることはできない，と考えられる．

前術のように，サービスの品質は結果品質と過程品質から構成されており，両品質は顧客のサービス・デリバリー・プロセスへの参加と協働のあり方によって重大な影響を受ける．このサービス品質の二元性とそれらに対する顧客の影響力のために，従来の顧客満足研究で明らかにされた三つの評価基準だけでサービス消費における顧客満足/不満足の形成を十分に説明することはできない．それは，従来の評価基準は主に結果品質に対する満足/不満足の形成に関連した概念であり，また，顧客自身の参加や協働をあり方が彼自身の満足/不満足の形成に及ぼす影響もほとんど考察されていないからである．

このことから，サービスの顧客満足研究においては，過程品質に対する満足/不満足の形成にかかわる評価基準を明らかにするとともに，顧客の参加と協働を適切に導くものに関する考察が必要とされる．この両問題にかかわる重要な概念が，「スクリプト（台本）」である．

Smith and Houston（1983）によると，スクリプトは「イベント・スキーマあるいは知識の心的表象であり，日々の反復的な出来事における相互作用を容易にする一般的知識」[注7]である．また Schank and Abelson（1977）は「行動のあらかじめ決定された型にはまった順序であり，見慣れた状況を明確にするもの」[注8]である，と述べている．さらに，Abbott and Black（1980）は Schank and Abelson の定義を拡張して，「平凡な出来事のためのスクリプトは日常生活で頻繁に行われるために，行

注7）Smith, R. and M. Houston（1983），"Script-Based Evaluation of Satisfaction with Services," in L. L. Berry, G. L. Shostack, and G. D. Upah（eds.），*Emerging Perspectives in Service Marketing*, Proceedings Series：American Marketing Association, p.60.

注8）Schank, R. C. and R. P. Abelson（1977），*Scripts, Plans, Goals and Understanding：An Inquiry to Human Knowledge Structures*, Lawrence Erlbaum Associates, p.41.

動が型にはまっている出来事に関する知識であり，出来事に関連する標準的行動，性質，対象から構成される」[注9)]と定義している．

このような定義から，スクリプトは日常的なサービス消費においても，顧客がサービス・デリバリー・プロセスに参加し協働するための台本として機能する，と考えられる．つまり，特定のサービス・カテゴリーやサービス組織の利用経験が増えることで，顧客はその利用に関する適切なスクリプトを学習し，参加や協働のたびにそれらのあり方について思考を働かせる必要がなくなり，それらを迅速かつ適切に遂行できるようになる．この参加の適切化により，顧客は結果品質および過程品質に対してポジティブな影響を及ぼす，あるいは最低限でもネガティブな影響を及ぼさなくなるので，顧客満足/不満足の決定は主にサービス組織側の要因に基づくことになる．また，適切なスクリプトの学習によって，顧客の精神的疲労によるストレスを削減でき，彼らの情動（感情）にポジティブな効果をもたらすことも期待できる（Humphrey and Ashforth, 1994）．顧客は適切なスクリプトを学習することによって，適切な役割を果たすことのできる協働者となり，サービス組織がサービス・デリバリーを効率的かつ効果的に遂行することを可能にするだけでなく，彼ら自身の満足を高めることにも貢献することになる[注10)]．

医療サービスの消費は日常的ではないし，デリバリーには専門的知識や技能が必要とされるために，医療サービスの顧客である患者が適切なスクリプトを学習することは困難である．しかしながら，最近，病院の入院部門で導入が進んでいるクリティカルパスは明示的なスクリプトとして機能し，患者満足の向上に貢献すると考えられる．このことについては，Ⅳ-3およびⅣ-4で詳細に考察を行いたい．

前述のSmith and Houston（1983）によると，スクリプトには因果的・時間的順序において関連している一連の出来事や行動が含まれることから，将来の出来事に関する予測を容易にするという機能（予測性の向上機能）や，規範体系として経験を評価するための基準を提供するという機能（経験評価機能）もある．

スクリプトは経験評価機能を備えていることにより，サービス・デリバリーのあり方，すなわち過程品質を評価する基準としての役割を果たす，と考えられる．すなわち，スクリプトに含まれる因果的・時間的順序において関連している一連の出来事や行動とサービス・デリバリー・プロセスで経験する出来事や行動とが比較され，両者の一致度が高い場合には過程品質にかかわる満足は向上し，逆に一致度が低い場合には不満足が形成される，と考えられる（Smith and Houston, 1983；Solomon, Surprenant, Czepiel, and Gutman, 1985；McCallum and Harrison, 1985；Bateson, 1991）．

スクリプトが備えている予測性の向上機能も，サービス消費における顧客満足の形成とっては重要な役割を果たすと考えられる．なお，予測性の向上とは，スクリプトには因果的・時間的順序において関連している一連の出来事や行動が含まれているので，人が日常生活においてある出来事に遭遇した場合，その出来事に関連して，次にどのような出来事や行動が行われるのか予測しやすくなる，ということである．たとえば，ファーストフードのハンバーガー店に入れば，若い店員が笑顔で注文を聞いてくれ，注文を行えば，会計をしてくれるということを予測できるであろう．

そして，このように将来においてどのようなことが起こるかを予測できるということは，「知覚コントロール（perceived control）」を高めることになる．サービス・デリバリー・プロセスの文脈にお

注9）Abbott, V. and J. B. Black（1980）, *The Representation of Scripts in Memory, Cognitive Science Technical Report 5*, Yale University, Cognitive Science Program, p.5.

注10）しかしながら，スクリプトを用いることによる思考を働かさない行為は，その行為が頻繁に繰り返されるという状況のもとでは間違いを増加させる可能性も存在している（Langer and Imber, 1979：Langer and Newman, 1979）．そのような状況のもとでは，無意識に遂行することによってモニタリングが省かれるために，因果連鎖における重要なステップを認識することなく，そのステップを忘れてしまう危険性がある．

ける知覚コントロールとは，サービス・エンカウンターにおいて顧客および従業員が知覚する状況に対するコントロール水準である（Bateson, 1985, 1991）．そして，顧客の知覚する状況に対するコントロールの程度は，彼らのサービスの選択意思決定，顧客満足，および行動に影響を及ぼし，また，従業員の知覚するコントロールの程度も職務満足や行動に影響を及ぼすことが明らかにされている．顧客満足に対する影響に限れば，これは人的相互作用における満足にとって必要不可欠であり，この水準の向上は顧客満足を高める方向に作用することが明らかにされている（Schutz, 1966；Hui and Bateson, 1991）．これは，人間は環境の中に多くのコントロールがあると知覚したときのほうがよりポジティブに感じ，行動する傾向があるからである（Proshansky, Ittelson and Rivlin, 1974）．

たとえば，Langer and Rodin（1976）の調査では，食事や面会の時間をコントロールするといった個人の責任の増加は，老人ホームの居住者により多くの満足を与え，より活動的にすることが明らかにされている．さらに，そのフォローアップ研究では，コントロールを与えられた居住者はより長生きをしていることが発見されている．

なお，知覚コントロールは必ずしも行動的なコントロールを伴っているとは限らない．Averill（1973）は，コントロールに対する実験室的アプローチの現状をレビューし，コントール概念には以下のような三つの異なったものが含まれることを示している．

①行動的コントロール（behavioral control）

これは，脅威となっている出来事の客観的特性に対して直接的に影響を与えたり，あるいはそれらに修正を加えたりするような反応の利用可能性である．この行動的コントロールの水準はセルフサービスが導入されている場合に最も高くなると考えられる．伝統的な考え方では，セルフサービスはサービス組織のコスト削減のための手段あるいは低価格実現のための手段と考えられてきた．しかし，顧客にとってもサービス・デリバリー・プロセスに対する行動的コントロールを獲得できるという便益があるために，セルフサービスは顧客にとってのサービス品質や満足を高めるための重要な要素である．

たとえば，Heskett, Sasser and Hart（1990）は，セルフサービスは消費者にとってコストであるが，結果をコントロールすることができる，待ち時間を削減できる，好きな時に好きなものをとれる，サービス・デリバリーに関与できる，などの便益があれば，顧客はこのコストを必ずしもネガティブに受け取ることはなく喜んで負担するであろう，と論じている．

②認知的コントロール（cognitive control）

これは潜在的に有害な出来事の解釈方法で，潜在的に脅威となっている情報を，長期的ストレスを削減するような方法で処理することである．また，これは出来事の予測可能性や認知的再解釈と関係しているとされている．認知的再解釈によって顧客が彼自身でサービス・デリバリー・プロセスをコントロールしていると知覚する，あるいは彼らに起こることを予測できるならば，行動的コントロールによって達成されるのと同じ結果が得られるとされている．換言すれば，重要なのは現実ではなく，コントロールの知覚であるということである（Bateson, 1991）．

このことは，サービス・デリバリー・プロセスの管理に関しておもしろい問題を提起する．たとえば，サービス・デリバリー・プロセスで顧客に情報を提供し，それ以後のデリバリー・プロセスで彼らに起こるであろう出来事を予測させることによって，彼ら自身がデリバリー・プロセスをコントロールしていると知覚させることができるならば，顧客満足を向上させることができるかもしれない，ということである．

この認知的コントロールという概念は専門サービスの消費者行動では重要であると考えられる．サービス組織の従業員（専門家）が優位に立って専門的知識・技能に基づいてデリバリーが行われる専門サービスでは，顧客が行動的コントロールを得ることは困難である．しかし，認知的コントロールについては，デリバリー・プロセスでサービス従業員が顧客に将来的に起こる可能性のある

出来事に関する情報を積極的に提供し，顧客がデリバリー・プロセスとその最終成果を予測できるようにすることで獲得できるであろう．病院の入院部門で導入されているクリティカルパスはこの情報提供に相当するでろう．したがって，専門サービスの品質評価や顧客満足の形成においては，この認知的コントロールが重要な役割を果たす，と考えられる．

③意思決定的コントロール（decision control）

これは，結果あるいは目標の選択権（選択の自由）である．ストレスの多い状況では，選択可能なオプションを持つことによって，個人はたとえ有害な刺激に対する行動的コントロールを利用できなくても，コントロール感を達成することが可能である（Averill, 1973）．

この意思決定的コントロールを，Hui and Bateson（1991）は，「知覚選択（perceived choice：経験あるいは結果はその個人自身の意思決定によって引き起こされたという知覚）」と呼び，コントロールの重要な形態であるとしている．そして，選択権を与えるということは意思決定的コントロールの知覚を増大させ，そのことは全体的な知覚コントロールの量を増大させるであろう，と論じている．さらに，選択代替案の増加によって引き起こされた情動（感情）的あるいは行動的効果は知覚コントロールの増大の結果と見做すことができる，と論じている．

また Wortman（1975）は，知覚選択はプラスの心理的・行動的結果に帰着することを示している．ただし，顧客に代替案や選択肢を提供することによって顧客の意思決定的コントロールは増大するが，利用可能なオプションが増加するにつれて複雑性が高まり，より多くの認知的努力が要求されるようになることもある（Surprenant and Solomon, 1987）．

一般的なサービスの消費では，顧客は自己のニーズに合わせて消費するサービス内容を自由に選択することができるが，医療サービスでは，医師主導で治療内容が決定されることが多く，患者自身の意思決定による選択の範囲は制限されている．この結果として，患者の知覚コントロールは低下し，患者満足も低下することが考えられる．

たとえば，医療サービスを構成する部分品質に対する評価を病院（入院部門）の選択理由別に分析すると，救急車の職員が病院を選択した患者層では，他の理由（たとえば，病院の評判，医師の評判，家族や友人の推薦）で選択した層に比べて各部分品質に対する評価は低くなっていた（藤村，1995）．このようなことから，患者に症状や治療内容に関する十分な情報を提供するとともに，治療に関する選択肢を提供することは，患者の知覚コントロールおよび満足の向上の観点から重要である，と考えられる．

知覚コントロールの水準は，このような3形態のコントロールの獲得とともに高まるが，サービスの種類やそのデリバリー・プロセスのデザインによって，各コントロールの形態が知覚コントロール全体の水準に貢献する程度は異なっているであろう．医療サービスのような専門サービスの場合，顧客の獲得する知覚コントロールの水準は認知的コントロールの程度に大きく依存している，と考えられる．したがって，専門サービスのデリバリー・プロセスにおいて，顧客はどのような状況や環境にある時に認知的コントロールを獲得するのか，またどのような情報が提供された場合に認知的コントロールが高まるのかを明らかにし，それに対応したデリバリー環境づくりや情報提供を行うことが重要であろう．

なお，顧客のサービス・デリバリー・プロセスへの参加の適切化を図るために彼らの行動をコントロールする必要があるが，その際に顧客にコントロールされていると感じさせないことも重要である．

たとえば，ディズニーランドの多くのアトラクションでは，顧客に自由に歩かせるのではなく，軌道に沿って動く車やボートに乗せて移動させている．これは設備によって顧客の参加や流れをコントロールしている，といえる．また，ファーストフード・レストランでは，椅子を堅くして座り心地の悪いものにすることで，顧客の滞在時間が長くならないようにコントロールしているし，大きく目立つゴミ箱を沢山配置することによって，

ゴミを自ら捨てるように促している．

このようなハード・システムの構築によって顧客のデリバリー・プロセスへの参加をコントロールすることは，顧客にコントロールされていると知覚させないだけでなく，ディズニーランドの場合のように，顧客のポジティブな情動（感情）の喚起を促すことも可能である．

医療サービス組織においても，患者をコントロールすることで積極的かつ適切な参加を導きながら，コントロールされているとは感じさせない，あるいは自ら選択していると感じられるようなシステムの構築が必要であろう．

Ⅲ-2-②

原因帰属

知覚成果と評価基準との不一致が直接的に満足/不満足に結びつくのではなく，「原因帰属」によって媒介される（Folkes, 1984；Folkes, Koletsky, and Graham, 1987）．

原因帰属とは，人々が彼ら自身の行動，他人の行動，彼らが観察する出来事などの背後にある原因を推測することであり，帰属（知覚）された原因は情動（感情）的および行動的反応に影響を及ぼす（Folkes, Koletsky, and Graham, 1987；Oliver and DeSarbo, 1988）．原因帰属がすべての行動や出来事で無意識に起こるかどうかは論争中であるが，とくに，負の不確認（評価基準＞知覚成果）の場合には，無意識（自発的）に原因推論が行われるとされている（Weiner, 1985）．

Weiner（1980）は，大部分の原因は以下の三つの次元に分類できるとしているが，顧客満足/不満足に対して最も支配的な帰属次元は，原因の所在地であるとされている（Folkes, 1984）．

- 所在地：だれに責任があるか（サービス組織の内部あるいは外部）
- 制御可能性：責任のある当事者は原因を制御できたか（制御可能あるいは制御不可能）
- 安定性：原因は再び起こりそうかどうか（永続的あるいは一時的）

負の不確認が生じた際のサービス組織およびその従業員の行動は顧客の原因帰属に影響を及ぼし，顧客満足/不満足の程度を決定することが明らかにされている．

たとえば，問題が生じたときに，従業員は詫びたり，補償を申し出たり，問題がなぜ起こったかを説明したりするが，このような行動は失敗に対するサービス組織の責任や，そのような失敗が再度起こる可能性についての顧客の原因帰属に影響を及ぼし，不満足の程度を和らげる効果があるとされている（Bitner, 1990）．

また，問題が生じた場合，その失敗の原因は当該サービス組織の外部にあることを説明することによって，顧客は当該サービス組織がその失敗をコントロールしていない（失敗につながるような原因を生み出していない）と信じるようになる（Folkes, 1984；Folkes, Koletsky and Graham, 1987）．しかし，失敗の説明がなされない場合，顧客は失敗の原因のかなりの部分を当該サービス組織に帰属させることになり（Harvey and Weary, 1984），大きな不満足を形成しやすくなる．

また，サービス・デリバリー空間を形成する物理的環境も原因帰属に影響を及ぼすことが明らかにされているので，サービス組織は顧客の原因帰属への影響も考慮して，物理的環境や負の不確認発生時の対応方法を構築しなければならないであろう．ただし，このような対応は負の不確認が発生した場合の一時的対応に過ぎないので，頻繁に負の不確認が生じないようにサービス自体およびそのデリバリー・システムの改善を組織的および継続的に実施していく必要がある．そのためには，顧客の保有する評価基準の内容やその時系列的変化を把握するとともに，提供しているサービスの品質やデリバリー・システムを顧客の視点から常に評価しなければならないであろう．

Ⅲ-3．情動的な顧客（患者）満足の形成過程

Ⅲ-3-(1) 情動的満足/不満足の存在

Hunt（1993）によると，情動あるいは感情は顧客満足/不満足形成における決定的な要素である．

Westbrook（1987）は，自動車の所有者とケーブル・テレビの加入者に対するフィールド調査によって，ポジティブ（興味および喜び）あるいはネガティブ（怒り，嫌悪，および軽蔑という敵意）な感情（affect）が独立の次元として存在し，それらは顧客の満足や不満足行動，口コミ行動などと直接的に関係していることを指摘している．この結果は，顧客満足はその内容において純粋に認知的でもなく，純粋に情動（感情）的でもないという可能性を開いたために，顧客満足研究において重要な発見であった．

また，Westbrook and Oliver（1991）は，自動車の所有者を調査対象者とすることで，敵意，よい驚き，および興味の感情次元は多様な満足測度と有意に関連しており，統計的に独立な影響を及ぼしていることを発見している．

Prakash（1985）も，気分に関する文献を詳細に調べることで，気分状態と顧客満足との相互関係に関する概念的なフレームワークを提示している．

ビジネスホテルの利用客を対象に実施した調査の分析結果でも，情動（感情）は顧客の満足/不満足の形成に重大な影響を及ぼしていた（藤村，2002）．**表 20** はその分析結果の一部であるが，ポジティブな情動（感情）喚起は総合満足度，再利用意向を高める方向に，ネガティブな情動（感情）喚起はそれらを低める方向に作用している．**表 20** では，総合満足度を 2 つの尺度，すなわち 1=「不満足である」～5=「満足である」の 5 点尺度と，1=「期待以下である」～5=「期待以上である」の 5 点尺度で聴取しているが，「満足」あるいは「期待以上」という回答の割合が最も高いのはポジティブな情動（感情）のみを喚起した層であり，逆に最も低いのはネガティブな情動（感情）のみを喚起した層である．

Stern（1997）は，情動（感情）によって行われる消費は経済的な合理性とは対極にある，と指摘している．さらに，情動（感情）の力による影響が大きく，合理的な人がほとんどいなくなるようなサービスもある，とまで述べている．エンタテインメント産業はこのようなサービスに該当するであろう．サービスのタイプによって，情動（感情）が満足/不満足の形成やその後の行動に及ぼす影響は異なるが，重要な役割を果たしていることは確かであろう．しかし，従来の顧客満足研究では認知的側面が強調され，情動（感情）が無視あるいは軽視されてきた．その結果，認知的な比較を過度に強調し，顧客満足は客観的で冷たく，そして意味を欠いた現象として描写されてきた．

Ⅰ-1-(2) で考察したように，医療サービスは常態の回復型サービスである．そのため医療サービスの顧客である患者は不安を中心とするネガティブな情動（感情）を喚起しやすいし，その解消あるいは低減を求めている．このことから患者満足の形成には，デリバリー・プロセスにおいて身体的な疾病の回復とともに，不安などのネガティブな情動（感情）の解消あるいは低減が強く関係している，と考えられる．したがって，医療サービスにおける顧客(患者)満足研究およびマーケティングの実施においては，情動（感情）の役割に関する考察が重要であろう．なお，これまでの研究においては，情動（感情）が顧客満足/不満足の形成にかかわっていることは示されているが，情動（感情）がどのように満足/不満足と関係しているのか，については示されていない（Oliver, 1996）．

表 20　情動（感情）喚起と総合満足度の関係（ビジネスホテル）

【情動（感情）喚起と総合満足度 1 との関係】

		不満足	やや不満足	どちらともいえない	やや満足	満　足	合　計
対象者全体		2 (0.4)	16 (3.6)	31 (6.9)	200 (44.4)	201 (44.7)	450 (100.0)
情動・感情・喚起の有無別	ポジティブな情動（感情）のみを喚起した層	1 (0.3)	3 (1.0)	14 (4.5)	127 (40.4)	169 (53.8)	314 (100.0)
	ポジティブおよびネガティブな情動（感情）を喚起した層	1 (1.5)	7 (10.3)	6 (8.8)	36 (52.9)	18 (26.5)	68 (100.0)
	ネガティブな情動（感情）のみを喚起した層	0 (—)	3 (30.0)	2 (20.0)	3 (30.0)	2 (20.0)	10 (100.0)
	情動（感情）を喚起しなかった層	0 (—)	3 (5.2)	9 (15.5)	34 (58.6)	12 (20.7)	58 (100.0)

Pearson のカイ二乗値：73.686****　　(****：0.1%水準で有意)

【情動（感情）喚起と総合満足度 2 との関係】

		期待以下	やや期待以下	どちらともいえない	やや期待以上	期待以上	合　計
対象者全体		3 (0.7)	26 (5.8)	146 (32.3)	179 (39.6)	98 (21.7)	452 (100.0)
情動・感情・喚起の有無別	ポジティブな情動（感情）のみを喚起した層	0 (—)	6 (1.9)	90 (28.5)	138 (43.7)	82 (25.9)	316 (100.0)
	ポジティブおよびネガティブな情動（感情）を喚起した層	2 (2.9)	9 (13.2)	23 (33.8)	25 (36.8)	9 (13.2)	68 (100.0)
	ネガティブな情動（感情）のみを喚起した層	1 (10.0)	5 (50.0)	2 (20.0)	1 (10.0)	1 (10.0)	10 (100.0)
	情動（感情）を喚起しなかった層	0 (—)	6 (10.3)	31 (53.4)	15 (25.9)	6 (10.3)	58 (100.0)

Pearson のカイ二乗値：97.242****　　(****：0.1%水準で有意)

注）喚起した情動（感情）として用いたのは以下の 28 のものである．
ポジティブな情動（感情）：喜び，快感，愛情，安心，興味，驚き，得意，勇気，希望，興奮，信頼，共感，くつろぎ
ネガティブな情動（感情）：怒り，嫌悪・憎悪，忌避，軽蔑，恐怖，あきらめ，落胆，絶望，悲しみ，恥，不安，不信，不快，緊張，服従

出所：藤村和宏(2002)，「顧客満足概念の再考～サービス消費を中心として～」，『香川大学経済論叢』第 75 巻第 2 号，175 頁．

Ⅲ-3-②

情動（感情）概念

Ⅰ-1 の注 5）で説明したように，「情動（emotion）」と「感情（affect）」は異なる概念であることから，ここではその違いについて若干の考察を行いたい．

情動あるいは感情は，東洋では老子，西洋ではソクラテスの時代以前から，東西の哲学において熱い関心の的であった．だが，情動の本質に対する現代的で科学的探究の端緒は，1872 年に出版された，動物と人間の情動表現に関するダーウィン（Darwin）の著書である，と考えられている（Cornelius, 1996）．この後，情動や感情は，多くの心理学者によって科学的に探求されているが，複雑で多面的な現象であるために，さまざまに定義され

表21 情動研究の5つの視点

系 列	主な考え方	古典的研究	現代の研究者
ダーウィン説	情動は適応機能を持ち，普遍的である	Darwin（1872/1965）	Ekman et al.（1987）
ジェームズ説	情動＝身体的反応	James（1884）	Levenson et al.（1990）
認知説	情動は評価に基づく	Arnold（1960a）	Smith and Lazarus（1993）
社会的構築主義説	情動は社会的目的に寄与する社会的構築体である	Averill（1980a）	Smith and Kleinman（1989）
神経学説	神経生理学と神経解剖学の研究を活用		Davidson（1993），LeDoux（1989）

出所：Cornelius, R. R.（1996），*The Science of Emotion：Research and tradition in the Psychology of Emotions*, Prentice-Hall, p.12. 一部加筆.

ている．この研究者間での定義の不一致が，マーケティングや消費者行動研究において情動や感情に対して重要な地位が与えられていない一要因となっている，と考えられる．

たとえば谷口（1997）は，感情（affect）を気分（mood）や情動（emotion）を含む最も包括的な概念ととらえている．そして，「情動」を明確な対象によって喚起される一時的な感情状態で，急激な状態の変化がはっきりと自覚されるもの，と定義している．すなわち，怒り，恐怖，憎悪などに代表されるように，一般的に強い生理的喚起と表情反応を伴うが，持続時間は比較的短いことが多い．一方，「気分」を喚起した対象が不明確で，比較的穏やかに，ある程度の時間にわたって持続する感情の状態，と定義している．憂うつ，もの悲しい，ほのぼのしている，などのように，良いとか悪いといった漠然としたものであり，自分がどのような気分にあるか，また，いつからその気分になったのかを自覚していないことが多い，と述べている．

岸（2000）は，情緒（affect）を情動（emotion），感情（feeling），気分（mood）を総合する概念としてとらえている．「情動」は感情よりも覚醒水準の高い一過性の反応であり，神経・生理学的側面，行動・表出的側面，および主観的側面を含むものである，と定義している．また，「気分」はある長さをもった感情であり，刺激を特定しにくいものもある，ととらえている．

Oliver（1996）によると，「感情（affect）」は，認知領域を利用する思考に対して，意識のフィーリング側である．フィーリングには，エクスタシーのような神経ホルモンの身体システムによって引き起こされる喜びと不快，愉快と悲しみ，好きと嫌いなどの，心理的で本能的な感じ（sensations）が含まれる．「情動（emotion）」は認知的に感情より複雑なものであり，覚醒，感情のさまざまな形態，および感情に対する認知的解釈を含むものである．「気分」は，その持続時間に基づいて識別可能なものであり，楽しいあるいは不快な傾向の一時的な状態としてとらえられている．

このように情動はその関連概念とともにさまざまに定義されているが，情動の定義，研究，説明の仕方に関して五つの一般的な視点を見いだすことができる（**表21**参照）．どの理論的系列と解釈上のパラダイムをより所としているかによって，情動のとらえ方は異なっている．各パラダイムに関する考察については紙幅の制約のために行わないが[注11]，本書では，情動を「明確な対象によって喚起される一時的な感情状態で，急激な状態の変化がはっきりと自覚されるものであるとともに，感情に対する認知的解釈を含むもの」ととらえることで，感情と区別したい．

しかしながら，情動と感情の境界は曖昧であり，どちらも顧客満足/不満足の形成に影響を及ぼすことから，以下でも両概念を代替的に用い，「情動（感情）」と記述したい．ただし，外国語文献においてemotionが用いられている場合には「情動」を，affectが用いられている場合には「感情」と

注11）各パラダイムの詳細については，藤村（2002）を参照．

表記する．

Ⅲ-3-(3)
情動（感情）による満足分類

Oliver（1989）は情動に関しては興味深い提案をしており，そこでは喚起される情動のタイプによって次のような五つの満足モードが存在する可能性を示している．

①甘受（contentment）：受容や許容という基本的情動を伴うもの

②快感（pleasure）：ポジティブで好ましい経験と，喜びという基本情動の喚起あるいは高揚を含むような積極的な強化状態

③安心（relief）：嫌忌するような状態が取り除かれたときに生じる，消極的な強化状態

④目新しさ（novelty）：関心や興奮のような基本的情動を生じさせるような思いがけないことに対する期待

⑤驚き（surprise）：製品成果が期待範囲外である場合に生じる歓喜あるいは憤慨といった基本的情動を伴うもの

Fournier and Mick（1999）は，テクノロジー製品の購買および所有過程について長期的にインタビューすることによって，顧客満足概念およびその形成過程を考察し，Oliver の提案する五つの満足モードの中の「安心モード」以外は存在することを確認している．安心という情動も確認しているが，それは Oliver が想定したものは異なっていた．すなわち，Oliver が想定していた安心はアスピリンが頭痛を緩和するように，事前に存在していた嫌忌状態を製品が取り除くことによって生じる満足であるが，Fournier and Mick が明らかにした安心は，製品に関する心配（不安）が不確認になった場合，たとえば，製品が過去に起こした問題を再発させなかった場合に生じていた．

さらに Fournier and Mick は，新たな五つの満足モードとして，以下のようなものを提示している．

①畏敬としての満足（satisfaction-as-awe）：驚異と結び付いた尊敬から生じる満足

②信頼としての満足（satisfaction-as-trust）：製品成果に依存し，それに対して高い信頼を置くことによる満足

③頼りなさとしての不満足（dissatisfaction-as-helplessness）：製品成果に依存しているが，それが手助けとならないことによる不満

④忍従としての満足（satisfaction-as-resignation）：製品成果が事前に存在した期待を満たすことができなかった結果として期待が低下し，製品成果がこの低下した期待を満たすことができたことによる満足

⑤愛着としての満足（satisfaction-as-love）：製品に愛着を抱くことによる満足であり，すべてのなかで最も熱烈で深い満足

また，Fournier and Mick は，時間経過とともに満足モードは変化することも明らかにしている．たとえば，自動車を所有することによってそれに必要不可欠なものを次々と交換しなければならなくなるので，顧客は不満（displeasure）になり，時間経過とともに困惑あるいは忍従に漸進的に変化していくことを指摘している．また彼らが分析したケースでは，安心から甘受へ，また目新しさから甘受へと満足モードは漸進的に変化している．さらに彼らは，満足モードの変化は必ずしも線形ではなく，循環を繰り返すことがあることも指摘している．たとえば，彼らの分析したケースでは，気まぐれな自動車が作動と故障を繰り返すことで，その所有者の情動は安心から甘受，フラストレーション，怒りへという変化を繰り返しており，彼らはこの循環を「情動のジェットコースター（emotional roller coaster）」と呼んでいる．

Ⅲ-3-(4)
満足/不満足の形成過程における情動（感情）のモデル化

Oliver（1996）によると，認知と感情（affect）[注12]は単独ででも，あるいは一緒にでも機能することが可能である．つまり，感情的な不満足が存在していても，認知的満足がみられる可能性があるし，逆に，認知的な不満足が存在していても，感情的満足がみられる可能性がある．もしそうならば，顧客満足/不満足は認知的過程と感情的過程に独

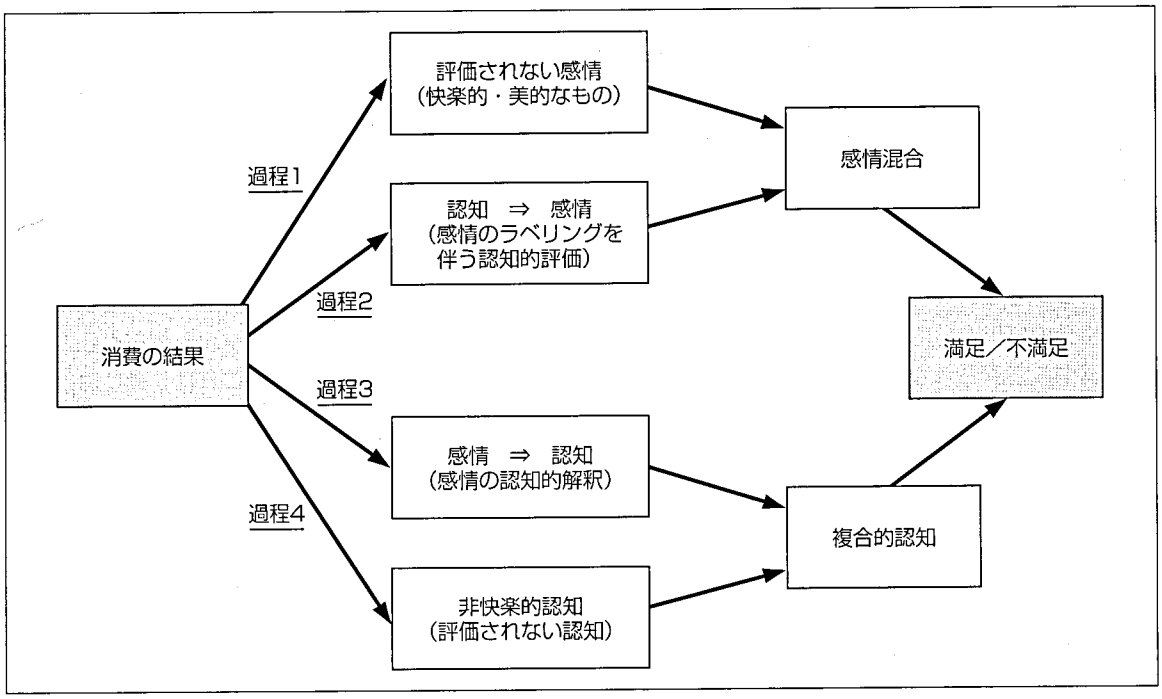


図 44　顧客満足の二重処理過程（認知的-感情的）モデル

出所：Oliver, R. L.（1996）, *Satisfaction；A Behavioral Perspective on the Consumer*, McGraw-Hill, p.317

立に従属していることになり，一方が機能するのに，他方が機能する必要がないということになる．このように認知と感情は独立であり，しかも両者とも顧客満足/不満足の形成に影響を及ぼす可能性があることから，Oliver（1996）は**図 44** のような二重処理過程モデルを提案している．なお，職務満足（Organ and Near, 1985；Agho, Price, and Mueller, 1992；Agho, Mueller, and Price, 1993）や生活の質（McKennell, 1978；McKennell and Andrews, 1980；Horley and Little, 1985）に関する文献でも，二重処理メカニズムを示す研究がある．

過程 1 は，評価されない感情と呼ばれるもので，単純な喜び/不快，あるいは「気分がよい（あるいは悪い）」の反応である．消費における快楽的なアイテム（音楽），芸術アイテム，純粋に官能的なアイテム（食べ物）において起こる反応である（Logue, 1991）．さらに，バンジー・ジャンプやローラー・コースターに乗るといった，スリルを求めた活動もこの過程に属する，とされている．

過程 2 は，感情のラベリングを伴う認知評価である．サービス消費においては，顧客はサービスのデリバリー・プロセスとその結果として提供されるものを観察し評価するが，その後，なぜそのように評価したのか，の原因を考え，その原因によって感情が喚起されるというものである．たとえば，レストランでの飲食経験が非常に良いものであった場合，それは接客係の知識や技能が優れていたからだと考え，感謝の感情が喚起されるというものである．そして，過程 1 と過程 2 が機能するならば，さまざまな感情が混合され，それらは独立な次元として顧客満足/不満足の形成に影響を及ぼすことになる．

過程 3 は，Weiner の帰属フレームワークにおける主要な感情の因果連鎖に似ている．そこでは，

注 12）Oliver は，上述のように，感情を神経ホルモンの身体システムによって引き起こされる認知的解釈は含まないものとしてとらえているので，認知との関係で感情という用語を用いている．そのため，ここでは Oliver の記述にしたがって「感情」という用語を用いる．

成功または失敗についての喜びまたは不快は後に，「私にとって良い」または「私にとって悪い」ものとして評価される．つまり，明白な認知的解釈なしに感情を誘発することができる出来事は，その事実の後に，そのような解釈が与えられる．たとえば，記念碑に遭遇したとき，当初はそれができた理由を最初に認識することなく，畏敬が誘発されるかもしれない．その後に，その人はその感情誘発の原因を熟考し，突出した構造上の特徴に帰属するかもしれない．しかし現実に，この特徴が畏敬の原因であったかどうかわからない．類似した影響は，劇場や他のパフォーマンス（たとえば，スポーツ競技や野外劇など）でも起こるかもしれない（Deighton, 1992）．

過程4は非快楽的認知と呼ばれており，顧客は何の感情も喚起することなく，モノあるいはサービスのパフォーマンスを観察することを意味している．冷たく，事実に基づく方法でパフォーマンスを認知するだけである．それは，たとえば，歯ブラシの剛毛の数，郵便切手の価格，あるいは配達トラックの色を記述するようなものである，とされている．

Oliver（1996）は，顧客満足/不満足の形成過程にこのように認知および感情を組み込んでいるが，この四つの過程以外にも，情動（感情）が認知過程そのものに影響を及ぼすという過程も考えられる．この過程は，情動（感情）は，人間が環境の中の情報を受け入れ，理解し，加工し，反応していく処理のあらゆる段階に影響を及ぼすことから（大平，1997），導かれるものである．

情動（感情）の，このような影響はさまざまな研究者によって指摘されているが，注意機能への影響については，Mandler（1975），Christianson（1992），Barlow and Maul（2000）などによって指摘されている．Mandler（1975）は，情動の重要な機能として，環境内でわれわれにとって適応上の意味を持つ可能性のある出来事に対して注意を呼び起こすということがある，と指摘している．すなわち情動は，意識に対して注意や計画，活動に対する新しい方向づけなどが必要であるという信号として機能する．

Barlow and Maul（2000）も，消費経験の文脈において情動は自分にとって何が大切なのかを教えてくれる，と指摘している．彼らによると，情動を喚起するのは，何か重要なことが起きているためであり，サービス消費が顧客にとって何の価値も持たないならば，顧客はそれに情動を喚起しない，と論じている．

また，Christianson（1992）によると，情動における覚醒は，ちょうどスポットライトを絞るように，情動的な出来事の最も重要な細部へ注意を集中させるように機能する．これは情動における覚醒の情報処理への「割り込み」機能と言い換えることもできる．何かに驚くと，心臓がドキドキしてそれまで考えていたことがいっぺんに頭から消えてしまうとか，怒りで頭がカッカしているときには，相手の正当な言い分に耳を貸すことができない，という現象がこれに当たる．情動を喚起する対象は，その個人にとって重要な意味を持つものである可能性が高いため，それまで行っていた情報処理を中断して，その対象に向かわねばならないためである．つまり，情動はしばしば生理的覚醒，つまり交感神経の興奮を伴うが，交感神経の興奮はそれ自体への注意要求特性があるために，情報処理に使用可能な処理資源を減少させてしまう（Eysenck, 1982）．その結果，環境へ向ける注意の範囲は狭小化する．処理資源の減少によって意識的で精緻な統制的処理は大きく阻害される一方，自動的処理の機能はそれほど低下しないので，情動の喚起時には，自動的処理に頼った認知が優勢になる（大平，1994）．

情動（感情）は，「ヒューリスティックス」の選択にも影響を及ぼすことが指摘されている．ヒューリスティックスとは，人間の情報処理能力の制約のもとで用いられる問題解決の方法であり，複雑で困難な問題をできるだけ単純化して解決しようとするものである（Bettman, 1979）．

Schwarz and Bless（1991）によると，情動の機能の一つは反応すべきである，あるいはもはや反応や行動を必要としない，という環境の状態を生体に知らせることである．生体はこうした情動の情報にしたがって，情報処理のヒューリスティックスを選択する．いわば情動自体が一種の情報として働いているのである．ポジティブな情動の喚

起は，環境中に危険や脅威が存在しない，あるいは餌や異性など生存にとって有益なものが存在することを表している．環境が安全であるために，ヒューリスティックスを使用した情報処理が選択されやすくなる．一方，ネガティブな情動の喚起は，危険や脅威が存在するので，それに対して緊急に反応すべきであることを意味している．したがって，差し迫った危険や脅威を回避することが第一義となり，それらに注意を向けた分析的で精微な情報処理が行われなければならない，ということになる．

Forgas（1992）はこの考え方を発展させ，社会的判断における情動の役割を考察している．彼は，人間は複数のヒューリスティックスを持ち，それを必要に応じて能動的に選択しているが，情動はヒューリスティックスを選択する要因の一つとして働く，と主張している．

Ⅲ-3-⑤ サービス消費における情動（感情）の役割に関する仮説

サービス自体およびそのデリバリー・プロセスの特質のために，モノ消費に比べてサービス消費においてのほうが，情動（感情）は顧客満足/不満足の形成に重要な役割を果たす，と考えられる．このことに関しては，サービスおよびそのデリバリー・プロセスの特質から，以下のような仮説を立てることができる．

仮説1：サービス消費では人的相互作用（サービス・エンカウンター）が必要不可欠であるために，モノ消費に比べて，情動（感情）が喚起されやすい．

一般的に，モノは生産，販売，消費という順序で進行するが，サービスは販売されてから，デリバリーと消費が同時に行われる．このことは，サービス・デリバリー・プロセスには顧客も参加しなければならないし，さらに従業員と顧客との協働が必要不可欠であるということを意味している．顧客がデリバリー・プロセスに参加するということは，従業員，物理的環境（設備や機器など），および顧客の間の相互作用過程でサービスが生成されるということである．その結果，サービス・デリバリー・プロセスでは，顧客と従業員との直接的なサービス・エンカウンターが必要不可欠であることが多い．また，サービスが同じ施設内で同時に複数の顧客にデリバリーされており，顧客間で接触が起こる可能性がある場合，顧客間にも人的相互作用が発生する．

モノの消費過程における製品と顧客との相互作用や，サービスの消費過程における顧客とサービス・デリバリー空間を形成する物理的環境との相互作用に比べて，人的相互作用は情動（感情）を喚起させやすいであろう．また，ある顧客から見た他者（従業員あるいはデリバリー空間を共有する他の顧客）の態度や行動は，それが彼自身に向けられたものか，それとも他者や物理的環境に向けられたものかにかかわりなく，ポジティブあるいはネガティブな驚き，快あるいは不快な情動（感情）を生じさせやすいであろう．

医療サービスは顧客である患者の身体や精神（心）を対象として，その改善を目的としてデリバリーされるので，患者は医師や看護師，その他の従業員との間でサービス・エンカウンターを展開する機会が多い．また，デリバリー・プロセスに参加している患者は不安な状態にある．疾病は身体の諸機能の障害であるだけでなく，家族や社会の中で地位を下げることに対する不安でもある（波平，1994）．さらに，患者は治癒状況の判断に必要な専門的知識を欠いているため，将来に対する予測が困難であり，このことも不安をもたらしている．患者は，このような不安というネガティブな情動（感情）状態からの回避や解放を願っているので，それらを導くような従業員や他の患者の態度や行動にはポジティブな情動（感情）を，それらを妨げるような態度や行動にはネガティブな情動（感情）を喚起しやすいであろう．

前述の Westbrook（1987）や Fournier and Mick（1999）などの調査結果から，このように喚起された情動（感情）は，サービスやそのデリバリー・プロセスが事前に保有していた評価基準（期待，衡平性，ノルム，スクリプトなど）を充足したかどうかという認知的過程と同等，あるいはそれ以

上に顧客のサービス消費経験に対する満足/不満足形成において重大な影響を及ぼす，と考えられる．ただし，デリバリー・プロセスにおいて展開される人的相互作用の内容やその継続時間によって，喚起される情動（感情）の内容が異なるであろうし，それらが満足/不満足に及ぼす影響も異なるであろう．

仮説 2：結果品質に対しては認知的満足/不満足が，過程品質に対しては情動（感情）的満足/不満足が形成されやすい．

顧客の観点からみると，サービス品質は二つの品質，すなわち結果品質と過程品質から構成されている．結果品質はサービス消費において提供されたもの，すなわちサービスの購入動機となった基本的ニーズを満たす便益に関する品質である．過程品質は提供のされ方，すなわちデリバリー・プロセスでの顧客と従業員の相互作用，顧客と物理的環境の相互作用，および顧客間の相互作用に関する品質である．

過程品質と結果品質のどちらの評価においても，事前に保有していた評価基準の確認/不確認の方向と程度が認知的満足/不満足の形成に影響を及ぼすであろう．結果品質の場合には，期待，衡平性，ノルムなどの評価基準と実際に提供されたサービスとが比較され，後者が前者と同等以上の場合には認知的満足が，下回る場合には認知的不満足が形成される．一方，過程品質の場合には，それらの評価基準との比較だけでなく，スクリプトも評価基準として用いられるであろう．そして，スクリプトと実際のデリバリー・プロセスの一致度も認知的満足/不満足の形成に影響を及ぼす．すなわち，スクリプトと実際のデリバリー・プロセスとの一致度が高い場合には認知的満足が，一致度が低い場合には認知的不満足が導かれる．

このように二つの品質に対する顧客満足/不満足の形成においては認知的過程が重要な役割を果たす．しかし，過程品質に対する評価においては，情動（感情）も認知的過程と同等以上に重要な役割を果たすことが考えられる．それは，過程品質に対する評価は人的相互作用の内容とそれに関与する人に大きく依存しており，人的相互作用は情動（感情）を喚起しやすいためである．つまり，デリバリー・プロセスにおける人的相互作用は情動（感情）を喚起し，それがそのまま顧客満足/不満足を導くということが起こるであろう．さらに，喚起された情動（感情）がその原因を探索させるという認知的過程を導くことや，喚起された情動（感情）が認知的過程そのものに影響を及ぼすことも起こるので，過程品質に対する顧客満足/不満足の形成においては，情動（感情）のほうが認知的過程よりも優位に機能すると考えられる．

結果品質に対する顧客満足/不満足の形成においても，喚起された情動（感情）が影響を及ぼすことが考えられる．たとえば，デリバリー・プロセスの結果として提供されたサービスが事前に保有していた評価基準を大きく上回っていた場合，それはポジティブな驚きという情動（感情）を喚起し，満足の形成にポジティブな影響を及ぼすであろう．しかし，結果品質の評価に用いられる基準は過去の消費経験や選択意思決定過程における観察に基づいて形成されるために，比較的明確で，確固としたものであると考えられる．したがって，実際に提供されたサービスと大きく乖離するということは少ないであろう．つまり，評価基準と一致している，あるいは多少上回っている（下回っている）程度の乖離しか生じず，大きな驚きあるいは感動が喚起されるという状況はきわめてまれであろう．その結果，結果品質の評価においては，情動（感情）よりも，認知的過程のほうが優位に働くと考えられる．

このようなことから，過程品質に対しては情動（感情）のほうが優位に作用して感情的満足/不満足が形成されやすく，結果品質に対しては認知的過程のほうが優位に作用して認知的満足/不満足が形成されやすい，と考えられる．

仮説 3：サービスの結果よりも，そのデリバリー・プロセスのほうが重要なサービス消費の場合，そのプロセスにおいて喚起される情動（感情）が顧客満足/不満足の形成において重要である．

サービスの結果よりも，そのデリバリー・プロセスでの経験を重視するようなサービス消費が増

加している．テーマパークやリゾートホテルはこのサービスの典型であるが，このようなサービスの消費では，デリバリー・プロセスは結果品質を生成するための単なる過程ではなく，顧客の五感に訴えかけ，個性的で思い出に残る時間を提供する過程でもある．顧客に個性的な思い出が残る方法でモノやサービスを提供することを，Pine and Gilmore（1999）は「経験の上演」と呼び，顧客満足にとって重要であることを指摘している．

彼らによると，経験とは五感で感じる身体的，精神的あるいは美的な快楽や感動を指す概念であり，この経験という価値がモノやサービスに体現されていなければ，それらは「コモディティ[注13)]」化，すなわち「差別化されていないもの」あるいは「他のものによって代替可能なもの」になっていくのである．コモディティは純粋な物財であるために，「物量」としての価値を持つが，差別化されていないために，価格だけが競争の手段になり，絶え間ない価格競争を強いられることになる．

過程品質はまさにこの経験を含むものである．デリバリー・プロセスに「経験の上演」が備わっていることで，そこで喚起される快楽や感動が顧客満足の形成を促し，関係性を維持する重要な要因となる．したがって，結果よりも，デリバリー・プロセスでの経験が重視されるようなサービス消費が増加するにつれて，顧客満足/不満足の形成における情動（感情）の果たす役割の重要性が高まる，と考えられる．

医療サービスの場合には，過程品質以上に結果品質が重要であるが，過程品質に不安というネガティブな情動（感情）状態からの回避・解放が含まれていると考えると，デリバリー・プロセスで喚起される情動（感情）も患者満足/不満足の形成において重要な役割を果たすと考えられる．

仮説 4-1：認知的満足と情動（感情）的満足とを比較すると，情動（感情）的満足のほうが顧客ロイヤルティの形成・強化に貢献する程度が大きい．

仮説 4-2：顧客ロイヤルティの形成・強化にとって，認知的満足は必要条件であるのに対して，情動（感情）的満足は十分条件である．

顧客満足の向上は顧客ロイヤルティあるいは顧客維持を高めると仮定されているが，顧客満足と顧客維持の関係を考察するのに，個人水準の実際の購買データを用いた研究では，一貫して変数間に弱い関連しか見いだされていないし，いくつかの研究では，全く関連がないことが示されている（Newman and Werbel, 1973；LaBarbera and Mazursky, 1983；Kordick, 1988）．

しかし，Ⅱ-7で考察したように，同一の調査票で測定された顧客満足と再利用意向の関係を分析すると，ホッケースティックのようなカーブになる．すなわち，5点尺度の満足評価において「4」と評価した顧客と「5」と評価した顧客では，再利用意向は大きく異なっている．この原因としては多くのことが考えられるが[注14)]，ここでの関連では，二つの原因を指摘することができるであろう．その一つはサービスのコモディティ化であり，もう一つは従来の顧客満足の測定ではその消費において喚起された情動（感情）の内容が考慮されていないということである．

Pine and Gilmore が指摘するように，サービスに経験という価値が体現されていなければ，それらはコモディティ化し，他のものによって代替可能なものになってしまう．つまり，差別化されていないために，それは価格だけを基準として選択が行われるものとなってしまう．サービスがこのようにコモディティ化してしまうならば，顧客が

注13）競争製品間の差別化特性（機能，品質，ブランド力など）が失われ，主に価格あるいは量を判断基準に取引が行われるようになる製品を意味している．ブランドの価値が明確でない，他製品との機能面や品質面で差異を消費者が認識していない，あるいはできないことによって，製品はコモディティ化してしまう．

注14）顧客満足とロイヤルティの間に強い関連性がみられない原因については，藤村（2006）で詳細に考察しているので参照のこと．

ある時点でそのサービスを消費し，満足を形成したとしても，次の消費機会の選択意思決定では，前回の消費における満足よりも，価格を重視することになる．その結果，ある時点（t 時）で消費したサービスに対して満足が形成されたとしても，次の消費機会の時点(t+1 時)では，過去の満足体験が及ぼす影響度は小さく，より価格の安いサービスを選択するということが起こりやすくなる．

医療サービスの場合には，基本的に医療サービス組織間で価格差はないので，利便性の高いサービス組織が選択されることになる．

また，サービスがコモディティ化してしまうと，その消費経験に対する顧客満足/不満足の形成では，実際に提供されたサービス(そのデリバリー・プロセスも含めて）が事前に保有していた評価基準に一致しているかどうか，という認知的過程が中心となるであろう．さらに，実際に提供されたサービスが事前に保有していた評価基準と一致していたとしても，そこで形成される満足は「不満足ではない」という程度の満足であろう．それは，そこで用いられ評価基準（期待やノルム）が低い水準にあるだけでなく，提供されるサービスの品質もその基準を満たす程度の低いものにすぎないからである．つまり，低い評価基準がそれと同等か，あるいは少し上回る程度のサービス水準で満たされたとしても，本当の満足は形成されないということである．本当の，あるいは充実した満足が認知的に形成されるのは，高い評価基準が高いサービス水準で満たされた場合のみである．

サービスの標準化と非人間化の進展によって，多くのサービスはコモディティ化しており，その結果として，顧客満足/不満足の形成は低い評価基準を満たしたかどうかの認知的過程が中心となり，情動（感情）が喚起され，それが重要な役割を果たすことが少なくなっている．そこで形成される満足は「不満足でない」という程度のものに過ぎないために，このような顧客満足が顧客ロイヤルティの形成・強化に貢献する程度はきわめて低いであろう．逆に，デリバリー・プロセスやその結果としてのサービスが喚起する情動（感情）は，消費経験を個性的で思い出に残る時間とするために，サービスを差別化し，その情動（感情）的満足が顧客ロイヤルティの形成・強化に貢献する程度はきわめて大きいと考えられる．

顧客満足の測定において，その消費において喚起された情動（感情）の内容が考慮されていない，ということも顧客満足と顧客ロイヤルティ（あるいは顧客維持）との間に強い関連性がみられない要因となっている，と考えられる．従来の顧客満足の測定では，認知的満足が中心に聴取されており，消費において喚起された情動（感情）の内容は聴取されていない．その結果，顧客満足/不満足は認知的過程と情動（感情）的過程がそれぞれ独立に展開することで，あるいは相互に影響を及ぼしながら展開することで形成されているにもかかわらず，認知的過程に基づく認知的満足/不満足だけしか測定されていないために，顧客満足と顧客ロイヤルティ（あるいは顧客維持）との関係が弱くなっている，と考えられる．

このようなことから，顧客ロイヤルティ（あるいは顧客維持）の形成・強化においては，情動（感情）の喚起を経て形成される情動（感情）的満足のほうが，認知的過程を経て形成される認知的満足よりも，重要な役割を果たすと考えられる．しかし一方で，知覚品質に関する議論において，Hunt（1993）は，時間経過とともに，情動的側面の強さはなくなり，驚きの側面は限定されるので，知覚品質においては認知的側面が優位を占めている，と論じている．確かに，情動（感情）は一時的なものであり，その強さや影響力は時間経過とともに低減すると考えるならば，情動（感情）的満足も時間経過とともに低減するかもしれない．一方，認知的満足は時間経過に影響されないために，消費経験に対する顧客満足の形成においては認知的満足のほうが優位に機能するかもしれない．しかしながら，消費経験におけるポジティブな驚きや大きな感動はエピソード記憶として残りやすいことから，情動（感情）的満足のほうが長期的に優位な位置を占める，とも考えられる．

現段階では，これらの仮説を検証することはできないが，次節では，Ⅱ-6 での分析に用いた［病院 1］と［病院 2］の調査結果を用いて，認知的満足とともに情動（感情）的満足について若干の考察を行いたい．

Ⅲ-4. 患者満足の形成要因に関する実証的考察

Ⅲ-4-(1) 患者の認知的満足の形成に影響を及ぼす要因

Ⅰ-5-(2) では Lehtinen and Laitamaki (1989) の品質次元モデルに修正を加えることで，医療サービスの品質次元モデルを提案した．そのモデルでは，医療サービスを含む専門サービスの品質は以下の五つの部分品質から構成される，と仮定している．

①外在的組織品質：サービス組織のイメージ
②外在的個人品質：専門家個人の名声や評判
③物理的品質：サービス・デリバリー・システムの物理的特徴
(a)物理的環境の品質：装飾，外の風景など
(b)物的設備の品質：医療機器，待合室の設備など
(c)デリバリー中，あるいは後に消費される財の品質：食事，飲料など
(d)成果品質：健康の回復，不快感や痛みからの開放など
④相互作用品質：従業員と顧客間，および顧客間の相互作用過程で生み出される品質
⑤専門的知識・技能品質：専門サービスのデリバリーに必要な知識・技能の質と量

医療サービスはこれらの五つの部分品質から構成されるが，専門的知識・技能品質の評価には専門的知識が必要とされ，一般の患者ではその評価が困難なことから，顧客側から見た医療サービスの品質は外在的組織品質，外在的個人品質，物理的品質，相互作用品質によって構成される，と考えられる．

ここでは，これらの部分品質の中の相互作用品質と物理的品質の一部である成果品質に焦点を当て，それらに対する評価が患者の総合満足度に及ぼす影響について分析する．なお，相互作用品質としては医師，看護婦，医療技術者，事務系職員にかかわる品質を，成果品質としては治療成果に対する知覚を取り上げる．

また，顧客満足の認知的形成過程のモデルでは，評価基準と知覚成果の確認/不確認が重要な構成要素であるので，顧客満足調査では各部分品質について評価基準と知覚成果を聴取し，両者のギャップを計算する必要がある．そのためには，消費前に保有している評価基準を聴取し，消費後に知覚成果を聴取するという2段階で調査を実施しなければならないが，現実には費用と時間の関係で困難である．また，消費後の調査において評価基準と知覚成果を同時に聴取することは容易であるが，この場合には，前述の同化効果や対比効果によって知覚成果が歪められる可能性が高いであろう．

これらのことから本調査では，各部分品質も1=「不満足である」～5=「満足である」の5点尺度で聴取し，各部分品質に対する満足度が総合満足度に及ぼす影響を分析した．

表22は，［病院1］での患者満足調査の結果を用いて，総合満足度に対する各部分品質の影響を回帰分析で分析した結果である．表中のカッコなし数値は回帰係数，その下のカッコ付き数値はt検定量，$\bar{R}^2$は自由度調整済み決定係数，FはF検定量，nはサンプル数である．

外来患者を医療技術者（薬剤師，臨床検査技師など）と接触した患者層と接触しなかった患者層に分けると，接触した患者層の総合満足度に対しては治療成果，医師および看護師が，非接触の患者層の総合満足度に対しては治療成果と医師が統計的に有意にポジティブな影響を及ぼしている．入院患者の総合満足度に対しては，治療成果と看護師が統計的に有意にポジティブな影響を及ぼしている．

表 22　患者の総合満足度に対する部分品質の影響度

患者カテゴリー/従属変数 ＼ 独立変数			定数項	医　師 に対する満足度	看　護　師 に対する満足度	医療技術者 に対する満足度	事務系職員 に対する満足度	治療成果 に対する満足度	自由度調整済み 決定係数
外来患者	医療技術者との接触あり	患者全体の総合満足度 (n=552)	0.465 (2.651)***	0.322 (6.972)***	0.103 (2.498)*	−0.073 (−1.707)	0.032 (1.177)	0.459 (7.969)***	$\bar{R}^2$=0.486 F 値 105.433***
		5 日以下の通院患者の 総合満足度（n= 89）	1.094 (2.744)***	0.472 (4.345)***	−0.065 (−0.621)	−0.122 (−1.236)	0.018 (0.258)	0.408 (3.094)**	$\bar{R}^2$=0.495 F 値 18.421***
		6 日〜3 か月の通院患者の 総合満足度（n= 69）	0.283 (0.582)	0.239 (1.853)*	0.031 (0.292)	−0.110 (−1.083)	0.005 (0.056)	0.720 (4.251)***	$\bar{R}^2$=0.548 F 値 17.745***
		慢性病による 3 か月以上の通院患者の 総合満足度（n=339）	0.198 (0.823)	0.280 (4.487)***	0.152 (2.865)**	0.003 (0.060)	0.035 (0.761)	0.444 (5.849)***	$\bar{R}^2$=0.483 F 値 64.390***
	医療技術者との接触なし	患者全体の総合満足度 (n=109)	0.129 (0.348)	0.402 (4.375)***	0.015 (0.136)		−0.010 (−0.120)	0.542 (4.907)***	$\bar{R}^2$=0.554 F 値 34.844***
		5 日以下の通院患者の 総合満足度（n= 39）	0.703 (1.110)	0.525 (2.405)*	0.107 (0.388)		−0.135 (−0.845)	0.292 (1.692)*	$\bar{R}^2$=0.469 F 値 9.623***
		6 日〜3 か月の通院患者の 総合満足度（n= 9）	0.171 (0.157)	−0.112 (−0.182)	0.211 (0.500)		−0.065 (−0.223)	0.908 (1.648)	$\bar{R}^2$=0.650 F 値 5.182*
		慢性病による 3 か月以上の通院患者の 総合満足度（n= 47）	−0.197 (−0.333)	0.335 (2.290)*	0.008 (0.054)		−0.058 (−0.508)	0.725 (3.654)***	$\bar{R}^2$=0.556 F 値 15.687***
入院患者		患者全体の総合満足度 (n=122)	0.362 (1.052)	0.140 (1.586)	0.247 (3.478)***	0.010 (0.168)	−0.025 (−0.346)	0.514 (6.104)***	$\bar{R}^2$=0.548 F 値 30.633***
		10 日以下の入院患者の総合満足度 (n= 46)	−0.391 (−0.695)	−0.023 (−0.151)	0.467 (3.456)***	0.009 (0.040)	−0.001 (−0.008)	0.610 (4.770)***	$\bar{R}^2$=0.667 F 値 19.449***
		11 日以上の入院患者の総合満足度 (n= 54)	0.122 (2.599)*	0.104 (0.790)	0.182 (1.902)*	−0.021 (−0.240)	0.104 (0.916)	0.327 (2.543)***	$\bar{R}^2$=0.459 F 値 10.164***

注 1）回帰係数の下のカッコ付き数字は t 検定量，$\bar{R}^2$は自由度調整済み決定係数，F は F 検定量，n はサンプル数である．

注 2）***は 0.1%水準で，**は 1%水準で，*は 10%水準で統計的に有意である．

注 3）薄い網掛けをしているのは統計的に有意でない項目（独立変数）であり，濃い網掛けをしているのは聴取していない項目である．

この分析結果から，以下のような三つの興味深い仮説を導くことができる．

第1の仮説は，「医療サービスのデリバリー・プロセスにおいて時間的に長く，あるいは頻度的に多く患者との間でサービス・エンカウンター（人的相互作用）を展開する医療従事者やその他の従業員が患者満足に対して重大な影響を及ぼす」というものである．

これは，患者の総合満足度に対して治療成果の次に大きな影響を及ぼすのが，外来患者の場合には医師であり，入院患者の場合には看護師であること，入院患者においては医師がその総合満足度に対して統計的に有意な影響を及ぼしていないこと，などから導くことができる．この仮説が支持されるならば，医療サービスのデリバリー・プロセスで患者との間で長時間あるいは頻繁にサービス・エンカウンターを展開する医療従事者やその他の従業員を明らかにし，彼らの態度や行動を患者のニーズに合ったものにすることは，患者満足の向上にとって有効性が高いことになる．

Ⅱ-6での患者満足と職務満足の関係分析で，外来部門については患者満足と医師の職務満足の関係を，入院部門については患者満足と看護師の職務満足の関係を分析したのは，患者の総合満足度の決定要因分析において，このような仮説が導かれたためである．

第2の仮説は，「サービス・エンカウンターの頻度や時間的長さは，それを顧客との間で展開する医療従事者やその他の従業員が，顧客満足に有意な影響を及ぼすかどうかを決定する重要な要因である」というものである．

これは，外来患者を医療技術者と接した層と接しなかった層とに区分すると，看護師が外来患者の総合満足度に対して統計的に有意にポジティブな影響を及ぼしているのは医療技術者と接した外来患者層においてのみであることから導くことができる．それは，医療技術者と接した患者のほうが症状が重く，その結果として看護師とサービス・エンカウンターを展開する機会も多かった，と考えられるからである．

第3の仮説は，「顧客満足に対する各部分品質の影響度は時間とともに変化する」というものである．

これは，入院期間あるいは通院期間によって患者を区分した場合，各患者層の総合満足度に対して統計的に有意な影響を及ぼしている部分品質の影響度が異なっていることから導くことができる．

具体的には，外来患者の場合，通院が5日以下の患者層では，その総合満足度に対して治療成果と医師が同程度に有意な影響を及ぼしているが，6日～3か月の通院患者層，および慢性病による3か月以上の通院患者層では，治療成果のほうが医師よりも影響度が大きくなっている．すなわち，通院期間が長くなるほど，医師よりも治療成果のほうが外来患者の総合満足度にとってより重要になる傾向がみられる．同様な傾向は入院患者についてもみられ，10日以下の入院患者層と11日以上の入院患者層の総合満足度に対する治療成果と看護師の影響度を比較すると，後者で治療成果の影響度が相対的に大きくなっている．すなわち，入院期間が長くなるほど，入院患者の総合満足度に対する看護師の影響度は相対的に低下し，治療成果のほうがより重要になっている．

このようなことから，医療サービス消費においては，通院あるいは入院期間によって患者満足に影響を及ぼす要因の重要度が変化することが考えられる．このことは，短期の通院や入院で済む程度の患者ならば，医師や看護師の患者に対する接遇の改善だけでも患者満足を容易に向上させることができるが，長期の通院や入院を必要とする患者の場合には，医療サービスの本質である疾病の治癒や改善が患者満足の向上にとってより重要になることを意味している．当然のことではあるが，医療サービスにおいては，疾病の治癒や改善は結果品質であり，患者満足にとっての必要条件であるので，これが十分な水準に達していなければ，過程品質である医師や看護師の患者に対す接遇が高い水準にあったとしても，患者満足は形成されないということでもある．

表23は，結果品質（治療成果）に対する満足度と過程品質（医師あるいは看護師）に対する満足度の組み合わせによって，患者の総合満足度の違いを分析した結果である．

表 23　医療サービスにおける結果品質と過程品質の関係

【外来患者】

		医師に対する満足度				
		不満足	やや不満足	どちらとも言えない	やや満足	満足
治療成果に対する満足度	不満足	1.00 (2)	1.00 (1)	— (0)	— (0)	5.00 (1)
	やや不満足	— (0)	2.20 (10)	2.75 (8)	— (0)	— (0)
	どちらとも言えない	2.43 (7)	2.27 (11)	3.05 (83)	3.24 (46)	3.50 (8)
	やや満足	2.00 (1)	2.50 (2)	3.40 (25)	3.93 (177)	4.18 (84)
	満足	— (0)	5.00 (1)	4.20 (5)	4.33 (21)	4.70 (179)

【入院患者】

		看護師に対する満足度				
		不満足	やや不満足	どちらとも言えない	やや満足	満足
治療成果に対する満足度	不満足	— (0)	— (0)	— (0)	4.00 (1)	— (0)
	やや不満足	— (0)	— (0)	— (0)	2.00 (2)	— (0)
	どちらとも言えない	3.00 (1)	3.00 (1)	2.83 (6)	3.30 (10)	3.33 (6)
	やや満足	— (0)	4.00 (1)	3.50 (4)	3.96 (23)	4.30 (23)
	満足	— (0)	— (0)	4.50 (2)	4.43 (7)	4.76 (42)

注 1）カッコなし数値は患者の総合満足度の平均値であり，カッコ付き数値は各セルに該当する人数である．

注 2）網掛けセルは，該当する人がいない，あるいは 1 人しかいないセルである．

外来患者の総合満足度に対しては治療成果と医師が重大な影響を及ぼしていたことから，表中の各セルはこの二つの要因の組み合わせにおける総合満足度の平均値である．カッコなし数値は患者の総合満足度の平均値，カッコ付き数値は各セルに該当する人数である．2 人以上の患者が該当するセルでは，最も総合満足度が高いのは両要因ともに「満足」しているセル（4.70）であり，逆に最も低いのは両要因ともに「不満足」なセル（1.00）である．また，「治療成果に対する満足度は低いが医師に対する満足度は高い」セルと「医師に対する満足度は低いが医療成果に対する満足度は高い」セルの総合満足度を比較すると，後者のほうが高くなっている．

たとえば，治療成果に対する満足度が「どちらとも言えない」で医師に対する満足度が「満足」のセルの総合満足度の平均値は 3.50 であるが，医師に対する満足度は「どちらとも言えない」で治

療成果に対する満足度は「満足」のセルでは 4.20 となっている．

入院患者については，その総合満足度に対して治療成果と看護師が重大な影響を及ぼしていたことから，各セルはこの二つの要因の組み合わせにおける総合満足度の平均値である．2 人以上の患者が該当するセルでは，最も総合満足度が高いのは両要因ともに「満足」しているセル（4.76）であり，逆に最も低いのは治療成果に対する満足度が「やや不満足」で看護師に対する満足度が「やや満足」なセル（2.00）である．また，「治療成果に対する満足度は低いが看護師に対する満足度は高い」セルと「看護師に対する満足度は低いが医療成果に対する満足度は高い」セルの総合満足度を比較すると，外来患者の場合と同様に，後者のほうが高くなっている．

たとえば，治療成果に対する満足度が「どちらとも言えない」で看護師に対する満足度が「満足」のセルの総合満足度の平均値は 3.33 であるが，看護師に対する満足度は「どちらとも言えない」で治療成果に対する満足度は「満足」のセルでは 4.50 となっている．

このようなことから，医療サービスの患者満足の向上においては，過程品質である医師や看護師の患者に対する接遇の改善を積極的に進める前提として治療成果の向上が必要であり，これが十分な水準でなければ過程品質の改善が患者満足に及ぼす影響についてはあまり期待できないことになる．

また，通院あるいは入院期間によって患者満足に影響を及ぼす要因の重要度が変化するならば，医療サービス組織間で患者満足を比較する場合には，それぞれの組織における通院あるいは入院期間を長さの違いを考慮しなければならないということになる．

以上のことから，医療サービス組織の患者満足の分析やその向上のための施策・戦略の展開においては，患者と医療従事者やその他の従業員との間で展開されるサービス・エンカウンターの時間的長さや頻度，通院あるいは入院期間などの考慮は重要である，と考えられる．

Ⅲ-4-②
患者満足の形成における情動（感情）の影響

ここでは，Ⅱ-6 での分析に用いた［病院 2］の入院患者の満足調査の結果により，情動（感情）が患者満足に及ぼす影響について考察する．

表 24 は，入院前，入院中および退院時に喚起した情動（感情）のタイプと総合満足度の関係を分析した結果である．なお，総合満足度は，1＝「不満足である」～5＝「満足である」の 5 点尺度で聴取している．

入院前に喚起した情動（感情）のタイプ別では，「満足」という回答の割合が最も大きいのはポジティブな情動（感情）のみを喚起した層であり，逆に最も少ないのはネガティブな情動（感情）のみを喚起した層である．入院中に喚起した情動（感情）のタイプ別では，「満足」という回答の割合が最も大きいのは情動（感情）を喚起しなかった層であり，逆に最も少ないのはネガティブな情動（感情）のみを喚起した層である．退院時に喚起した情動（感情）のタイプ別では，「満足」という回答の割合が最も大きいのは情動（感情）を喚起しなかった層であり，逆に最も少ないのはポジティブおよびネガティブな情動（感情）を喚起した層である．このような結果から，ネガティブな情動（感情）の喚起は患者満足を低下させる方向に作用することがうかがわれる．

そこで，患者の総合満足度を従属変数，入院前，入院中，および退院時に患者が喚起した情動（感情）を説明変数として，ステップワイズ法[注15]で総合満足度に影響を及ぼす情動（感情）について

注15）重回帰分析に用いる独立変数（説明変数）が多い場合に，独立変数の候補から，予測に有用な順に独立変数を採用する方法である．まず，最も有用な独立変数を 1 個採用し，次の段階では，まだ採用されていない独立変数のうちで最も有用な独立変数を 1 個採用していき，有用な独立変数がなくなるまでこれを繰り返していく方法である．上記の分析では入院前，入院中，および退院時に喚起した情動（感情）が独立変数であり，数が多いことからステップワイズ法を用いた．

表 24　喚起した情動（感情）のタイプと患者の総合満足度の関係

【入院前に喚起した情動（感情）】

		不満足	やや不満足	どちらとも言えない	やや満足	満足	合　計
対　象　者　全　体		0 (—)	3 (0.8)	33 (9.1)	135 (37.2)	192 (52.9)	363 (100.0)
情動・感情・喚起の有無別	ポジティブな情動（感情）のみを喚起した層	0 (—)	0 (—)	3 (5.0)	17 (28.3)	40 (66.7)	60 (100.0)
	ポジティブおよびネガティブな情動（感情）を喚起した層	0 (—)	1 (2.0)	4 (7.8)	21 (41.2)	25 (49.0)	51 (100.0)
	ネガティブな情動（感情）のみを喚起した層	0 (—)	2 (1.5)	15 (11.1)	58 (43.0)	60 (44.4)	135 (100.0)
	情動（感情）を喚起しなかった層	0 (—)	0 (—)	11 (9.4)	39 (33.3)	67 (57.3)	117 (100.0)

Pearson のカイ二乗値：12.471

【入院中に喚起した情動（感情）】

		不満足	やや不満足	どちらとも言えない	やや満足	満足	合　計
対　象　者　全　体		0 (—)	3 (0.8)	33 (9.1)	135 (37.2)	192 (52.9)	363 (100.0)
情動・感情・喚起の有無別	ポジティブな情動（感情）のみを喚起した層	0 (—)	0 (—)	5 (6.2)	28 (34.6)	48 (59.3)	81 (100.0)
	ポジティブおよびネガティブな情動（感情）を喚起した層	0 (—)	2 (1.3)	12 (7.7)	66 (42.6)	75 (48.4)	155 (100.0)
	ネガティブな情動（感情）のみを喚起した層	0 (—)	1 (3.2)	7 (22.6)	13 (41.9)	10 (32.3)	31 (100.0)
	情動（感情）を喚起しなかった層	0 (—)	0 (—)	9 (9.4)	28 (29.2)	59 (61.5)	96 (100.0)

Pearson のカイ二乗値：19.562**　　(**：10%水準で有意)

【退院時に喚起した情動（感情）】

		不満足	やや不満足	どちらとも言えない	やや満足	満足	合　計
対　象　者　全　体		0 (—)	3 (0.8)	33 (9.1)	135 (37.2)	192 (52.9)	363 (100.0)
情動・感情・喚起の有無別	ポジティブな情動（感情）のみを喚起した層	0 (—)	2 (1.0)	14 (7.0)	74 (36.8)	111 (55.2)	201 (100.0)
	ポジティブおよびネガティブな情動（感情）を喚起した層	0 (—)	0 (—)	3 (8.8)	19 (55.9)	12 (35.3)	34 (100.0)
	ネガティブな情動（感情）のみを喚起した層	0 (—)	0 (—)	7 (21.2)	14 (42.4)	12 (36.4)	33 (100.0)
	情動（感情）を喚起しなかった層	0 (—)	1 (1.1)	9 (9.5)	28 (29.5)	57 (60.0)	95 (100.0)

Pearson のカイ二乗値：16.807**　　(**：10%水準で有意)

注）喚起した情動（感情）として用いたのは以下の 23 項目である．

ポジティブな情動（感情）：喜び，快感，愛情，安心，興味，勇気，希望，信頼，共感，くつろぎ

ネガティブな情動（感情）：怒り，嫌悪・憎悪，忌避，軽蔑，服従・甘受，落胆，絶望，悲しみ，恥，不安，不信，不快，緊張

表25 患者の総合満足度に影響を及ぼす情動（感情）

独立変数 / 従属変数	定数項	入院中の不快	入院中の不安	退院時の不信	入院前の信頼	自由度調整済み決定係数
総合満足度 (n=364)	4.461 (109.912)****	−0.808 (−4.837)****	−0.253 (−2.999)***	−1.154 (−3.045)***	0.220 (2.010)**	$\bar{R}^2$=0.107 F 値 11.912****

注1）****は0.1%水準で，***は1%水準で，**は10%水準で統計的に有意である．
注2）入院前，入院中および退院時に喚起した情動（感情）を独立変数としてステップワイズ法で投入した．
注3）喚起した情動（感情）として用いたのは以下の23項目である．
ポジティブな情動（感情）：喜び，快感，愛情，安心，興味，勇気，希望，信頼，共感，くつろぎ
ネガティブな情動（感情）：怒り，嫌悪・憎悪，忌避，軽蔑，服従・甘受，落胆，絶望，悲しみ，恥，不安，不信，不快，緊張

分析を行った．**表25**は回帰分析の結果であり，表中のカッコなし数値は回帰係数，その下のカッコ付き数値はt検定量，$\bar{R}^2$は自由度調整済み決定係数，FはF検定量，nはサンプル数である．

「入院中の不快」，「入院中の不安」，「退院時の不信」，「入院前の信頼」という四つの情動（感情）が入院患者の総合満足度の予測において有効である，という結果になっている．この四つの情動（感情）の中で患者満足にポジティブな影響を及ぼしているのは「入院前の信頼」だけであり，他の三つはネガティブな影響を及ぼしている．このことから医療サービスの消費においては，ネガティブな情動（感情）のほうが患者満足に作用しやすく，満足を低下させやすい，といえるであろう．なお，「入院前の信頼」が患者満足にポジティブな影響を及ぼしているのは，ブランド効果と同様なものであるといえるかもしれない．ブランド効果とは，二つのブランド製品をブランド名を明示してかたちで使用（消費）・評価してもらう場合と，ブランド名を隠したかたちで使用（消費）・評価してもらう場合では，評価は異なるということである．後者の場合には，製品は機能面だけで評価されるので機能的に優れていると知覚されるもののほうが使用（消費）評価は高くなるが，前者の場合にはブランド名がバイアスとなり，市場で高い評価を得ているブランドのほうが評価は高くなる．ブランドは信頼の証であり，「入院前の信頼」もブランドとして認知的満足の形成過程にバイアスを及ぼし，患者満足を高める方向に作用している，と考えられる．

Ⅲ-3-(1)であげたビジネスホテルの場合には，ポジティブな情動（感情）は顧客満足を高める方向に，ネガティブな情動（感情）は顧客満足を低下させる方向に作用していたが，病院の場合には，ネガティブな情動（感情）のみが患者満足に影響を及ぼす傾向がみられた．このような異なる結果は，医療サービスの特殊性から生じていると考えられる．

すなわち，Ⅰ-1-(2)で考察したように，医療サービスは常態の回復型サービスであるのに対して，ビジネスホテルは常態の維持型サービスである．そのため，医療サービスの顧客である患者は不安を中心とするネガティブな情動（感情）を喚起しやすいし，その解消あるいは低減を求めている．その結果，デリバリー・プロセスにおいて身体的な疾病の回復とともに不安などのネガティブな情動（感情）の解消，あるいは低減が図られなければ，患者満足は低下すると考えられる．

一方，ビジネスホテルの場合には，顧客である宿泊客は宿泊に際してネガティブな情動（感情）の解消や低減を求めてはいなし，テーマパークやリゾートホテルの消費の場合のように，ポジティブな情動（感情）の喚起を積極的に求めているわけではない．その結果，顧客満足の形成においては情動（感情）ではなく，機能的な側面を評価するという認知的過程のほうが優位に働くであろう．しかしながら，デリバリー・プロセスにおいて予期していなかった問題あるいは好ましい出来事に直面し，ネガティブあるいはポジティブな情動（感情）が喚起された場合には，それらは認知的満足の形成過程に影響を及ぼす，あるいは認知的過程よりも優位に働いて顧客満足/不満足の形

成に影響を及ぼすであろう．この結果，問題に直面してネガティブな情動（感情）を喚起した場合には，顧客満足は低下し，好ましい行為に直面してポジティブな情動（感情）を喚起した場合には，顧客満足は向上するだろう．すなわち，ビジネスホテルの消費では情動（感情）は顧客満足を向上させる方向と低下される方向（不満足を高める方向）の両方に作用する，と考えられる．

医療サービスの場合には，患者満足に対してはネガティブな情動（感情）の喚起のみが影響を及ぼす傾向があるが，再利用意向に対しては喚起されたネガティブおよびポジティブな情動（感情）の両方が作用するようである．**表 26** は喚起された情動（感情）のタイプと再利用意向の関係を分析したものであるが，入院前，入院中および退院時のいずれの場合においても，「利用したい」という回答の割合が最も大きいのはポジティブな情動（感情）のみを喚起した層であり，逆に最も少ないのはネガティブな情動（感情）のみを喚起した層である．

Ⅱ-7-（1）で考察したように，患者満足と再利用意向の間にはホッケースティックのような関係があり，患者満足は再利用意向に結び付き難い．その原因としてはさまざまなことが考えられるが，**表 26** の分析結果に基づくならば，ポジティブな情動（感情）の喚起の有無が関係していることが推測される．すなわち，再利用意向の形成には患者満足だけでなく，入院前，入院中あるいは退院時に喚起された情動（感情）も独立して影響を及ぼしているために，患者満足が高くても，医療サービスの消費に関連してポジティブな情動（感情）が喚起されていなければ，再利用意向は形成されにくいということである．患者の総合満足度については，情動（感情）を喚起しなかった層においても高かったが，再利用意向については，ポジティブな情動（感情）のみを喚起した層は情動（感情）を喚起しなかった層よりも「利用したい」という回答の割合が 10 ポイント以上高くなっている．

医療サービスの特殊性は，病院とビジネスホテルにおける情動（感情）を喚起しなかった層の満足の違いにも現れている．ビジネスホテルの場合には，情動（感情）を喚起しなかった層では「満足」と回答した人の割合は比較的小さく，ネガティブな情動（感情）のみを喚起した層と同程度となっている．一方，医療サービスの場合には，情動（感情）を喚起しなかった層で「満足」と回答した人の割合はポジティブな情動のみを喚起した層と同等以上であり，ネガティブな情動（感情）のみを喚起した層では最も小さくなっている．この差異も，前述の両サービスの消費における情動（感情）の喚起のしやすさとそれらの顧客満足形成における重要性の違いに基づいていると考えられる．

医療サービスの消費では不安を中心とするネガティブな情動（感情）が喚起されやすく，しかもそれらは患者満足を低下させる方向に作用することから，そのようなネガティブな情動（感情）を喚起しなかったということは患者にとって好ましいことであり，患者満足は比較的高くなる．

一方，ビジネスホテルの場合，ポジティブあるいはネガティブな情動（感情）が喚起されない場合，評価基準としての期待の水準が比較的低いために，宿泊の結果としての知覚成果がそれと一致する，あるいは上回るものであったとしても高い顧客満足は形成されない．すなわち，ポジティブな情動（感情）が喚起されるような出来事が起こらなければ，認知的過程のみで満足形成が行われるために，顧客満足は低い水準にとどまるということである．

ところで，医療サービスの消費においてはさまざまなネガティブな情動（感情）が喚起されるが，不安に限ると，この情動（感情）の解消あるいは低減は患者満足の低減にどの程度の影響を及ぼすのであろうか．

このことを考察するために，質問項目「当病院で治療を受けて，不安が取り除かれた」に対する評価と患者満足および再利用意向の関係を分析した．**表 27** はその分析結果である．なお，不安の解消に関する質問項目は，1=「そう思わない」～5=「そう思う」の 5 点尺度で聴取している．また，患者の総合満足度については 2 つの尺度，すなわち 1=「不満足である」～5=「満足である」の 5 点尺度と，1=「期待以下である」～5=「期

表 26　喚起した情動（感情）のタイプと患者の再利用意向の関係

【入院前に喚起した情動（感情）】

		利用したくない	やや利用したくない	どちらとも言えない	やや利用したい	利用したい	合　計
対　象　者　全　体		0 (—)	4 (1.1)	31 (8.4)	63 (17.0)	272 (73.5)	370 (100.0)
情動・感情・喚起の有無別	ポジティブな情動（感情）のみを喚起した層	0 (—)	0 (—)	2 (3.3)	6 (10.0)	52 (86.7)	60 (100.0)
	ポジティブおよびネガティブな情動（感情）を喚起した層	0 (—)	1 (1.9)	4 (7.5)	10 (18.9)	38 (71.7)	53 (100.0)
	ネガティブな情動（感情）のみを喚起した層	0 (—)	2 (1.5)	17 (12.4)	23 (16.8)	95 (69.3)	137 (100.0)
	情動（感情）を喚起しなかった層	0 (—)	1 (0.8)	8 (6.7)	24 (20.0)	87 (72.5)	120 (100.0)

Pearson のカイ二乗値：10.409

【入院中に喚起した情動（感情）】

		利用したくない	やや利用したくない	どちらとも言えない	やや利用したい	利用したい	合　計
対　象　者　全　体		0 (—)	4 (1.1)	31 (8.4)	63 (17.0)	272 (73.5)	370 (100.0)
情動・感情・喚起の有無別	ポジティブな情動（感情）のみを喚起した層	0 (—)	0 (—)	1 (1.2)	13 (16.0)	67 (82.7)	81 (100.0)
	ポジティブおよびネガティブな情動（感情）を喚起した層	0 (—)	2 (1.3)	16 (10.3)	22 (14.1)	116 (74.4)	156 (100.0)
	ネガティブな情動（感情）のみを喚起した層	0 (—)	1 (2.9)	5 (14.7)	11 (32.4)	17 (50.0)	34 (100.0)
	情動（感情）を喚起しなかった層	0 (—)	1 (1.0)	9 (9.1)	17 (17.2)	72 (72.7)	99 (100.0)

Pearson のカイ二乗値：18.336**　　（**：10%水準で有意）

【退院時に喚起した情動（感情）】

		利用したくない	やや利用したくない	どちらとも言えない	やや利用したい	利用したい	合　計
対　象　者　全　体		0 (—)	4 (1.1)	31 (8.4)	63 (17.0)	272 (73.5)	370 (100.0)
情動・感情・喚起の有無別	ポジティブな情動（感情）のみを喚起した層	0 (—)	1 (0.5)	15 (7.4)	26 (12.9)	160 (79.2)	202 (100.0)
	ポジティブおよびネガティブな情動（感情）を喚起した層	0 (—)	1 (2.9)	2 (5.9)	8 (23.5)	23 (67.6)	34 (100.0)
	ネガティブな情動（感情）のみを喚起した層	0 (—)	1 (2.9)	4 (11.4)	9 (25.7)	21 (60.0)	35 (100.0)
	情動（感情）を喚起しなかった層	0 (—)	1 (1.0)	10 (10.1)	20 (20.2)	68 (68.7)	99 (100.0)

Pearson のカイ二乗値：11.231

注）喚起した情動（感情）として用いたのは以下の 23 項目である．

ポジティブな情動（感情）：喜び，快感，愛情，安心，興味，勇気，希望，信頼，共感，くつろぎ

ネガティブな情動（感情）：怒り，嫌悪・憎悪，忌避，軽蔑，服従・甘受，落胆，絶望，悲しみ，恥，不安，不信，不快，緊張

表 27　不安の解消と患者の総合満足度・再利用意向の関係

不安の解消 ＼ 総合満足度 1		不満足	やや不満足	どちらとも言えない	やや満足	満足	合　計
当病院で治療を受けて 不安が取り除かれた	そう思わない	0 (—)	1 (12.5)	2 (25.0)	2 (25.0)	3 (37.5)	8 (100.0)
	ややそう思わない	0 (—)	0 (—)	3 (75.0)	0 (—)	1 (25.0)	4 (100.0)
	どちらとも言えない	0 (—)	0 (—)	12 (26.7)	25 (55.6)	8 (17.8)	45 (100.0)
	ややそう思う	0 (—)	0 (—)	8 (8.1)	59 (59.6)	32 (32.3)	99 (100.0)
	そう思う	0 (—)	2 (1.0)	6 (3.0)	49 (24.9)	140 (71.1)	197 (100.0)
対　象　者　全　体		0 (—)	3 (0.8)	31 (8.8)	135 (38.2)	184 (52.1)	353 (100.0)

Pearson のカイ二乗値：118.811****　　(****：0.1%水準で有意)

不安の解消 ＼ 総合満足度 2		期待以下	やや期待以下	期待通り	やや期待以上	期待以上	合　計
当病院で治療を受けて 不安が取り除かれた	そう思わない	2 (28.6)	2 (28.6)	3 (42.9)	0 (—)	0 (—)	7 (100.0)
	ややそう思わない	0 (—)	2 (50.0)	1 (25.0)	1 (25.0)	0 (—)	4 (100.0)
	どちらとも言えない	0 (—)	8 (17.8)	22 (48.9)	11 (24.4)	4 (8.9)	45 (100.0)
	ややそう思う	0 (—)	5 (5.0)	42 (42.0)	40 (40.0)	13 (13.0)	100 (100.0)
	そう思う	1 (0.5)	1 (0.5)	68 (34.2)	61 (30.7)	68 (34.2)	199 (100.0)
対　象　者　全　体		3 (0.8)	18 (5.1)	136 (38.3)	113 (31.8)	85 (23.9)	355 (100.0)

Pearson のカイ二乗値：139.897****　　(****：0.1%水準で有意)

不安の解消 ＼ 再利用意向		利用したくない	やや利用したくない	どちらとも言えない	やや利用したい	利用したい	合　計
当病院で治療を受けて 不安が取り除かれた	そう思わない	0 (—)	0 (—)	4 (50.0)	0 (—)	4 (50.0)	8 (100.0)
	ややそう思わない	0 (—)	1 (25.0)	1 (25.0)	0 (—)	2 (50.0)	4 (100.0)
	どちらとも言えない	0 (—)	2 (4.4)	8 (17.8)	16 (35.6)	19 (42.2)	45 (100.0)
	ややそう思う	0 (—)	1 (1.0)	7 (6.9)	32 (31.4)	62 (60.8)	102 (100.0)
	そう思う	0 (—)	0 (—)	10 (5.0)	15 (7.4)	177 (87.6)	202 (100.0)
対　象　者　全　体		0 (—)	4 (1.1)	30 (8.3)	63 (17.5)	264 (73.1)	361 (100.0)

Pearson のカイ二乗値：101.588****　　(****：0.1%水準で有意)

待以上である」の5点尺度で聴取している．

不安解消と総合満足度の間には正の相関関係がみられるが，非線形関係となっている．不安の解消について「そう思う」と回答した層と「ややそう思う」と回答した層の間で，総合満足度1において「満足」と回答した人の割合を比較すると，前者のほうが2倍以上大きくなっている（71.1%対32.3%）．総合満足度2においても同様であり，「期待以上」と回答した人の割合は，不安の解消について「そう思う」と回答した層は「ややそう思う」と回答した層よりも2倍以上大きくなっている（34.2%対13.0%）．また，総合満足度2では，不安の解消について「そう思わない」あるいは「ややそう思わない」と回答した層において，「期待以下」および「やや期待以下」という回答が過半数を占めている．この結果は，患者は不安というネガティブな情動（感情）の解消あるいは低減を医療サービスのデリバリー・プロセスに対して強く期待していることを表している，と考えられる．

また，再利用意向についても，不安が解消されたと思う層においてほど，「利用したい」という回答の割合が大きくなっている．

以上のように，情動（感情）は医療サービスの患者満足/不満足やその後の行動意向に対して重要な役割を果たしている．とくに，不安を中心とするネガティブな情動（感情）の喚起は患者満足を低下させる方向に強く作用していることから，デリバリー・プロセスにおいて患者がネガティブな情動（感情）を喚起することを抑制するとともに，喚起した場合にはその解消あるいは低減を図ることが必要とされる．

従来の顧客満足研究では認知的満足の形成過程が強調され，情動（感情）は無視あるいは重要視されていなかった．比較過程を過度に強調することで，顧客満足は客観的で冷たく，そして意味を欠いた現象として描写されてきた．しかし，今回の分析結果から，情動（感情）が患者満足/不満足の形成に大きくかかわっていることは明らかであろう．ただし，Oliver（1996）も指摘しているように，情動（感情）がどのように患者満足/不満足の形成にかかわっているのか，すなわち，認知的満足の形成過程と情動（感情）的満足の形成過程にはどのような関係にあるのか，についてはまだ明らかにされていない．この問題は重要な研究課題であり，今後の研究の中で明らかにしていきたい．

【参考文献】

Abbott, V. and J.B. Black (1980), *The Representation of Scripts in Memory, Cognitive Science Technical Report 5*, Yale University, Cognitive Science Program.

Adams, J. (1963), "Toward an Understanding of Inequity," *Journal of Abnormal and Social Psychology*, Vol. 67 (October), pp.422-436.

Adams, J. (1965), "Inequity in Social Exchange," in L. Berkowitz (ed.), *Advances in Experimental Social Psychology*, Vol. 2, Academic Press, pp.267-299.

Agho, A.O., C.W. Mueller and J.L. Price (1993), "Determinants of Employee Job Satisfaction : An Empirical Test of a Causal Model," *Human Relations*, Vol. 46 (August), pp.1007-1027.

Agho, A.O., J.L. Price and C.W. Mueller (1992), "Discriminant Validity of Measures of Job Satisfaction, Positive Affectivity and Negative Affectivity," *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, Vol. 65 (September), pp.185-196.

Asher, H.B. (1976), *Causal Modeling*, SAGE Publications. 広瀬弘忠訳，『因果分析法』，朝倉書店，1980年．

Averill, J.R. (1973), "Personal Control over Aversive Stimuli and Its Relationship to Stress," *Psychological Bulletin*, Vol. 80 (4), pp.286-303.

Barlow, J. and D. Maul (2000), *Emotional Value : Creating Strong Bonds with Your Customer*, Berrett-Koehler. 砂野吉正訳，『エモーショナル・バリュー』，生産性出版，2001年．

Bateson, J.E.G. (1985), "Perceived Control and the Service Encounter," in J. A. Czepiel, M. R. Solomon, and C. F. Surprenant (eds.), *The Service Encounter*, Lexington Books, pp.67-82.

Bateson, J.E.G. (1991), "Understanding Services Consumer Behavior," in C. A. Congram (ed.), *The AMA Handbook of Marketing for the Service Industries*, AMACOM, pp.135-149.

Bettman, J.R. (1979), *An Information Processing Theory of Consumer Choice*, Addison-Wesley.

Bitner, M.J. (1990), "Evaluating Service Encounters : The Effects of Physical Surroundings and Employee Responses," *Journal of Marketing*, Vol. 54 (April), pp.69-82.

Bolton, R.N. and J.H. Drew (1991a), "A Longitudinal Analysis of the Impact of Service Changes on Customer Attitudes," *Journal of Marketing*, Vol. 55 (January), pp.1-9.

Bolton, R.N. and J.H. Drew (1991b), "A Multistage Model of

Customers'Assessments of Service Quality and Value," *Journal of Consumer Research*, Vol. 17 (March), pp.375-384.

Cadotte, E.R., R.B. Woodruff and R.L. Jenkins (1987), "Expectations and Norms in Models of Consumer Satisfaction," *Journal of Marketing Research*, Vol. 24 (August), pp.305-314.

Carman, J.M. (1990), "Consumer Perception of Service Quality : An Assessment of the SERVQUAL Dimensions," *Journal of Retailing*, Vol. 66 (1), pp.33-55.

Christianson, S-A. (1992), "Remembering Emotional Events : Potential Mechanisms," in S-A. Christianson (ed.), *The Handbook of Emotion and Memory : Research and Theory*, Lawrence Erlbaum, pp.307-342.

Churchill, G.A.Jr. and C. Surprenant (1982), "An Investigation into the Determinants of Customer Satisfaction," *Journal of Marketing Research*, Vol. 19 (November), pp.491-504.

Clark, M.S. and A.M. Isen (1982), "Toward Understanding the Relationship between Feeling States and Social Behavior," in A. H. Hastorf and A. M. Isen (eds), *Cognitive Social Psychology, Elsevier*, New York, NY, pp.73-108.

Cornelius, R.R. (1996), *The Science of Emotion : Research and tradition in the Psychology of Emotions*, Prentice-Hall. 齋藤勇監訳,『感情の科学：心理学は感情をどこまで理解できたか』, 誠信書房, 1999 年.

Cronin, J.J.,Jr. and S.A. Taylor (1992), "Measuring Service Quality : A Reexamination and Extension," *Journal of Marketing*, Vol. 56 (July), pp.55-68.

Cunningham, M. (1979), "Weather, Mood and Helping Behavior : Quasi-Experiments with the Sunshine Samaritan," *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 37, pp.1947-1956.

Czepiel, J.A., L.J. Rosenberg and A. Akerele (1974), "Perspectives on Consumer Satisfaction," *AMA Educators' Proceedings*, Chicago : American Marketing Association, pp.119-123.

Czepiel, J.A. and L.J. Rosenberg (1977), "The Study of Consumer Satisfaction : Addressing the'So What'Questions," in H. K. Hunt (ed.), *Conceptualization and Measurement of Consumer Satisfaction and Dissatisfaction*, Marketing Science Institute, pp.92-119

Darwin, C. (1872/1965),*The Expression of the Emotions in Man and Animals*, University of Chicago Press.

Dawes, R.M., D. Singer and F. Lemons (1972), "An Experimental Analysis of the Contrast Effect and Its Implications for Intergroup Communication and the Indirect Assessment of Attitude," *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 21 (March), pp.281-295.

Deighton, J. (1992), "The Consumption of Performance,"*Journal of Consumer Research*, Vol. 19 (December), pp.362-372.

Engel, J.F. and R.D Blackwell (1982), *Consumer Behavior*, Holt, Rinehart, and Winston.

Eysenck, M.W. (1982), *Attention and arousal : Cognition and performance*, Springer-Verlag.

Festinger, L. (1957), *A Theory of Cognitive Dissonance*, Stanford University Press.

Fisk, R.P. (1980), *Postchoice Evaluation : An Equity Theory Analysis of Consumer Satisfaction/Dissatisfaction with Service Choices*, dissertation, UMI.

Fisk, R.P. and C.E. Young (1985), "Disconfirmation of Equity Expectations : Effects on Consumer Satisfaction with Services," in E. Hirschman and H. Holbrook (eds.), *Advances in Consumer Research*, Association for Consumer Research.

Folkes, V.S. (1984), "Consumer Reactions to Product Failure : An Attributional Approach," *Journal of Consumer Research*, Vol. 10 (March), pp.398-409.

Folkes, V.S., S. Koletsky and J. Graham (1987), "A Field Study of Causal Inferences and Consumer Reaction : The View from the Airport,"*Journal of Consumer Research*, Vol. 13 (March), pp.534-539.

Forgas, J.P. (1992), "Affect in Social Judgments and Decisions : A Multi-Process Model," in M. Zanna (ed.), *Advances in Experimental Social Psychology*, Vol. 25, Academic Press, pp.227-275.

Fournier, S. and D.G. Mick (1999), "Rediscovering Satisfaction," *Journal of Marketing*, Vol. 63, No. 4 (October), pp.5-23.

Gardner, M.P. (1985), "Mood States and Consumer Behavior : A Critical Review," *Journal of Consumer Research*, Vol. 12, pp.281-300.

Gardner, M.P. and R.P. Hill (1988), "Consumers'Mood States : Antecedents and Consequences of Experiential versus Informational Strategies for Brand Choice," *Psychology and Marketing*, Vol. 5, pp.169-182.

Harvey, J.H. and G. Weary (1984), "Current Issues in Attribution Theory and Research," *Annual Review of Psychology*, Vol. 35, pp.427-59.

Helson, H. (1964), *Adaptation-Level Theory*, Harper & Row.

Herzberg, F., B. Mausner and B. Snyderman (1959), *The Motivation to Work*, New York : John Wiley & Sons, Inc.

Heskett, J.L., W.E. Sasser Jr. and C.W.L. Hart (1990), *Service Breakthroughs : Changing the Rules of the Game*, The Free Press.

Hochschild, A.R. (1983), *The Managed Heart*, Berkeley and Los Angeles, CA : University of California Press. 石川准・室伏亜希訳,『管理される心：感情が商品になるとき』, 世界思想社, 2000 年.

Holbrook, M.B. and K.P. Corfman (1985), "Quality and Value in the Consumption Experience : Phaedrus Rides Again," in J. Jacoby and J. C. Olson (eds.), *Perceived Quality*, Lexington Books, pp.31-57.

Homans, G. (1958), "Social Behavior as Exchange," *American Journal of Sociology*, Vol. 63, pp.597-606.

Horley, J. and B.R. Little (1985), "Affective and Cognitive Components of Global Subjective Well-Being Measures,"

Social Indicators Research, Vol. 17 (August), pp.189-197.

Hovland, C.I., O.J. Harvey and M. Sherif (1957), "Assimilation and Contract Effects in Reaction to Communication and Attitude Change," *Journal of Abnormal and Social Psychology*, Vol. 55 (July), pp.244-252.

Howard, J.A. and J.N. Sheth (1969), *The Theory of Buyer Behavior*, John Wiley & Sons.

Hui, M.K. and J.E.G. Bateson (1991), "Perceived Control and the Effects of Crowding and Consumer Choice on the Service Experience," *Journal of Consumer Research*, Vol. 18 (September), pp.174-184.

Humphrey, R.H. and B.E. Ashforth (1994), "Cognitive Scripts and Prototypes in Service Encounters," in T. A. Swartz, D. E. Bowen, and S. W. Brown (eds.), *Advances in Service Marketing and Management*, pp.175-199.

Hunt, H.K. (1977), "CS/D — Overview and Future Research Direction," in H. K. Hunt (ed.), *Conceptualization and Measurement of Consumer Satisfaction and Dissatisfaction*, Marketing Science Institute, pp.455-488.

Hunt, H.K. (1993), "CS/D & CB Research Suggestions and Observations for the 1990's," *Journal of Consumer Satisfaction/Dissatisfaction and Complaining Behavior*, Vol. 6, pp.40-42.

Huppertz, J.W., S.J. Arenson and R.H. Evans (1978), "An Application of Equity Theory to Buyer-Seller Exchange Situation," *Journal of Marketing Research*, Vol. 15 (May), pp.250-260.

Kordick, J.A. (1988), "Ding Well by Doing Good," in Ford Parts and Service Divisions (eds.), *Internal Documentation of the Ford Motor Company of a Presentation at the 13. Automotive News World Congress in Detroit.*

LaBarbera, P. and D. Mazursky (1983), "A Longitudinal Assessment of Consumer Satisfaction/Dissatisfaction : The Dynamic Aspect of the Cognitive Process, *Journal of Marketing Research*, Vow. 20, pp.393-404.

Langer, E.J. and L.G. Imber (1979), "When Practice Makes Imperfect : Debilitating Effects of Overlearning," *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 37 (11), pp.2014-2024.

Langer, E.J. and H.M. Newman (1979), "The Role of Mindlessness in a Typical Social Psychological Experiment," *Personality and Social Psychology Bulletin*, Vol. 5 (3), pp.295-298.

Langer, E.J. and J. Rodin (1976), "The Effects of Choice and Enhanced Personal Responsibility for the Aged : A Field Experiment in an Institutional Setting," *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 34 (2), pp.191-198.

Leavitt, C. (1977), "Consumer Satisfaction and Dissatisfaction : Bipolar or Independent," in H. K. Hunt (ed.), *Conceptualization and Measurement of Consumer Satisfaction and Dissatisfaction*, Marketing Science Institute, pp.132-149.

Lehtinen, J. and J.M. Laitamaki (1989), "Applications of Service Quality and Services Marketing in Health Care Organizations," D. T. Paul (ed.), *Building Marketing Effectiveness in Healthcare*, Proceeding Series, American Marketing Association, pp.45-48.

Logue, A.W. (1991), *The Psychology of Eating and Drinking*, 2d ed., W. H. Freeman.

Maddox, R.N. (1981), "Two-Factor Theory and Consumer Satisfaction : Replication and Extension," *Journal of Consumer Research*, Vol. 8 (June), pp.97-102.

Mandler, G. (1975), *Mind and Emotion*, Wiley.

Mazis, M.B., O.T. Ahtola and R.E. Klippel (1975), "A Comparison of Four Multi-Attribute Models in the Prediction of Consumer Attitudes," *Journal of Consumer Research*, Vol. 2 (June), pp.38-52.

McCallum, F.R. and W. Harrison (1985), "Interdependence in Service Encounter," in J. A. Czepiel, M. R. Solomon and C. F. Surprenant (eds.), *The Service Encounter*, Lexington Books, pp.35-48.

McKennell, A. (1978), "Cognition and Affect in Perceptions of Well-Being," *Social Indicators Research*, Vol. 5, pp.389-426.

McKennell, A. and F.M. Andrews (1980), "Models of Cognition and Affect in Perceptions of Well-Being," *Social Indicators Research*, Vol. 8, pp.257-298.

Miller, J.A. (1977), "Studying Satisfaction, Modifying Models, Eliciting Expectations, Posing Problems and Making Meaningful Measurements," in H. K. Hunt (ed.), *Conceptualization and Measurement of Consumer Satisfaction and Dissatisfaction*, Marketing Science Institute, pp.72-91.

Mowen, J. and S. Grove (1983), "Search Behavior, Price Paid, and the'Comparison Other' : An Equity Theory Analysis of Post Purchase Satisfaction," in R. L. Day and H. K. Hunt (eds.), *International Fare in Consumer Satisfaction and Complaining Behavior*, Indiana University Press, pp.17-19.

Newman, J.W. and R.A. Werbel (1973), "Multivariate Analysis of Brand Loyalty for Major Household Appliances," *Journal of Marketing*, Vol. 10, pp.404-409.

Oliver, R.L. (1980), "A Cognitive Model of the Antecedents and Consequences of Satisfaction Decisions," *Journal of Marketing Research*, Vol. 17 (November), pp.460-469.

Oliver, R.L. (1981), "Measurement and Evaluation of Satisfaction Processes in Retail Settings," *Journal of Retailing*, Vol. 57 (Fall), pp.25-48.

Oliver, R.L. (1993), "A Conceptual Model of Service Quality and Service Satisfaction : Compatible Goals, different concepts," in A. T. Swartz, D. E. Bowen, and S. W. Brown (eds.), *Advances in Services Marketing Management*, Vol. 2, JAI Press, Greenwich, CT, pp.65-85.

Oliver, R.L. (1996), *Satisfaction : A Behavioral Perspective on the Consumer*, The McGraw-Hill Companies.

Oliver, R.L. and W.S. DeSarbo (1988), "Response Determinants in Satisfaction Judgments," *Journal of Consumer Research*, Vol. 14 (March), pp.495-507.

Oliver, R.L. and J.E. Swan (1989), "Consumer Perceptions of Interpersonal Equity and Satisfaction in Transactions :

A Field Survey Approach," *Journal of Marketing*, Vol. 53 (April), pp.21-35.

Oliver, R.L. and R.A. Westbrook (1982), "The Factor Structure of Satisfaction and Related Postpurchase Measures," in R. L. Day and H. K. Hunt (eds.), *New Findings in Consumer Satisfaction and Complaining Behavior*, School of Business, Indiana University, pp.11-14.

Olshavsky, R.W. (1985), "Perceived Quality in Consumer Decision Making : An Integrated Theoretical Perspective," in J. Jacoby and J. C. Olson (eds.), *Perceived Quality*, Lexington Books, pp.3-29.

Olshavsky, R.W. and J.A. Miller (1972), "Consumer Expectations, Product Performance and Perceived Product Quality," *Journal of Marketing Research*, Vol. 9 (February), pp.19-21.

Organ, D.W. and J.P. Near (1985), "Cognition vs. Affect in Measures of Job Satisfaction," *International Journal of Psychology*, Vol. 20 (2), pp.241-253.

Parasuraman, A., V.A. Zeithaml and L.L. Berry (1985), "A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research," *Journal of Marketing*, Vol. 49 (Fall), pp.41-50.

Parasuraman, A., V.A. Zeithaml and L.L. Berry (1988), "SERVQUAL : A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality," *Journal of Retailing*, Vol. 64, No. 1 (Spring), pp.12-40.

Pine II, B.J. and J.H. Gilmore (1999), *The Experience Economy : Work is Theatre & Every Business a Stage*, Harvard Business School Press. 電通［経験経済］研究会訳,『経験経済　エクスペリエンス・エコノミー』, 流通科学大学出版.

Prakash, V. (1985), "Mood States and Consumer Satisfaction : A Conceptual Framework," in H. K. Hunt and R. L. Day (eds.), *Consumer Satisfaction, Dissatisfaction and Complaining Behavior*, Indiana University Press.

Proshansky, H.M., W.H. Ittelson and L.G. Rivlin (1974), "Freedom of Choice and Behavior in a Physical Setting," in H. M. Proshansky et al. (eds.), *Environmental Psychology*, Rinehart & Winston, pp.170-181.

Schank, R.C. and R.P. Abelson (1977), *Scripts, Plans, Goals and Understanding : An Inquiry to Human Knowledge Structures*, Lawrence Erlbaum Associates.

Schutz, W.C. (1966), *The Interpersonal Underworld*, Science & Behavior.

Smith, R. and M. Houston (1983), "Script-Based Evaluation of Satisfaction with Services," in L. L. Berry, G. L. Shostack, and G. D. Upah (eds.), *Emerging Perspectives in Service Marketing*, Proceedings Series : American Marketing Association, pp.59-62.

Solomon, M.R., C. Surprenant, J.A. Czepiel and E.G. Gutman (1985), "A Role Theory Perspective on Dyadic Interactions : The Service Encounter," *Journal of Marketing*, Vol. 49 (Winter), pp.99-111.

Stern, B.B. (1997), "Advertising Intimacy : Relationship Marketing and the Services Consumer," *Journal of Advertising*, Vol. 26, No. 4 (winter), pp.7-19.

Stouffer, S., E. Suchman, L. DeVinney, S. Star and R. Williams (1949), *The American Soldier : Adjustments during Army Life*, Princeton University Press.

Surprenant, C.F. and M.R. Solomon (1987), "Predictability and Personalization in Service Encounter," *Journal of Marketing*, Vol. 51 (April), pp.86-96.

Swan, J.E. (1983), "Consumer Satisfaction Research and Theory : Current Status and Future Directions," in R. L. Day and H. K. Hunt (eds.), *International Fare in Consumer Satisfaction and Complaining Behavior*, School of Business, Indiana University, pp.124-129.

Swan, J.E. and L.J. Combs (1976), "Product Performance and Consumer Satisfaction : A New Concept," *Journal of Marketing*, Vol. 40 (April), pp.25-33.

Swan, J.E. and A.A. Mercer (1982), "Consumer Satisfaction as a Function of Equity and Disconfirmation," in H. K. Hunt and R. L. Day (eds.), *Conceptual and Empirical Contributions to Consumer Satisfaction and Complaining Behavior*, Indiana University Press, pp.2-8.

Swan, J.E. and R.P. Oliver (1985), "Automobile Buyer Satisfaction with the Salesperson Related to Equity and Disconfirmation," in H. K. Hunt and R. L. Day (eds.), *Consumer Satisfaction, Dissatisfaction and Complaining Behavior*, Indiana University Press.

Tse, D.K. and P.C. Wilton (1988), "Models of Consumer Satisfaction Formation : An Extension," *Journal of Marketing Research*, Vol. 25 (May), pp.204-212.

Watson, D. and A. Tellegen (1985), "Toward a Consensual Structure of Mood," Psychological Bulletin, Vol. 98 (September), pp.219-235.

Weiner, B. (1980), *Human Motivation*, New York : Holt, Rinehart, and Winston.

Weiner, B. (1985), "Spontaneous' Causal Thinking," *Psychological Bulletin*, Vol. 97 (1), pp.74-84.

Westbrook, R.A. (1987), "Product/Consumption-Based Affective Responses and Postpurchase Processes," *Journal of Marketing Research*, 24 (August), pp.258-270.

Westbrook, R.A. and R.L. Oliver (1981), "Developing Better Measures of Consumer Satisfaction : Some Preliminary Results," in K. B. Monroe (ed.), Advances in Consumer Research, Association for Consumer Research, pp.94-99.

Westbrook, R.A. and R.L. Oliver (1991), "The Dimensionality of Consumption Emotion Patterns and Consumer Satisfaction," *Journal of Consumer Research*, 18 (June), pp.84-91.

Wilton, P.C. and D.K. Tse (1983), "A Model of Consumer Response to Communication and Product Experiences," in L. Percy and A. G. Woodside (ed.), *Advertising and Consumer Psychology*, Lexington, Lexington, pp.315-332.

Woodruff, R.B., E.R. Cadotte and R.E. Jenkins (1983), "Modeling Consumer Satisfaction Processes Using Experience-Based Norms," *Journal of Marketing Research*, Vol. 20

(August), pp.296-304.
Wortman, C.B. (1975), "Some Determinants of Perceived Control," *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 31 (2), pp.282-294.
藤村和宏 (1992),「顧客満足戦略における消費者満足概念」,『広島大学経済論叢』, 第 16 巻第 3 号, 141-179 頁.
藤村和宏 (1995),「専門サービスの消費者行動」,『消費者行動研究』, 第 3 巻第 1 号, 23-40 頁.
藤村和宏 (2002),「顧客満足概念の再考～サービス消費を中心として～」,『香川大学経済論叢』 第 75 巻第 2 号, 174-224 頁.
藤村和宏 (2006),「顧客満足とロイヤルティの関連性についての理論的考察—サービス消費を中心として：,『香川大学経済論叢』, 第 79 巻第 2 号, 1-72 頁.
岸志津江 (2001),「広告のコミュニケーション効果」, 日本マーケティング協会監修, 池尾恭一編『マーケティング・レビュー』, 同文舘, 104-119 頁.
大平英樹 (1994),「怒りと攻撃の情報処理」,『現代のエスプリ』, 320, 183-194 頁.
大平英樹 (1997),「認知と感情の融接現象を考える枠組み」, 海保博之編『「温かい」認知』の心理学』, 金子書房, 10-36 頁.
嶋口充輝 (1994),『顧客満足型マーケティングの構図』, 有斐閣.
谷口高士 (1997),「記憶・学習と感情」, 海保博之編『「温かい認知」の心理学』, 金子書房, 53-75 頁.

Ⅳ

デリバリー・プロセスへの顧客（患者）の参加誘導

本章の概要

顧客もサービス・デリバリー・プロセスの参加者であり，参加者（顧客，従業員および経営者）間での協働のあり方はサービス・デリバリーの効果および効率に重大な影響を及ぼすことから，サービス組織にとっては，その内部に協働の基盤を形成することが重要な経営課題となる．本章では，参加者間での協働の阻害要因としての認識ギャップの存在を明らかにするとともに，顧客の適切な参加を誘導するシステムについて理論的・実証的に考察する．

Ⅳ-1では，デリバリー・プロセスへの参加者（顧客，従業員および経営者）間で協働を効果的かつ効率的に展開するには協働の目標とその達成手段に対する認識を共有していなければならないが，現実には，参加者間に認識ギャップが存在していることを明らかにする．

Ⅳ-2では，デリバリー・プロセスへの参加者によって異なった認識や品質観が存在していることから，サービスの品質概念について再考する．つまり，どのようなサービス品質が良いのか，という品質観は参加者それぞれの視点によって異なっているので，顧客品質，プロフェッショナル品質，およびマネジメント品質という三つの品質観が存在しうることを提示する．さらに，品質観の共有は，このような品質観の違いが生み出すデリバリー・プロセスでのコンフリクトを通じてしか促されないことを提示する．

Ⅳ-3では，参加者間で認識ギャップが存在すること前提として，顧客のデリバリー・プロセスへの積極的かつ適切な参加を促すシステムについて考察する．具体的には，「物理的環境のデザイン」，「顧客の参加力の育成」，「ブランドの構築・強化」，および「適切なスクリプトの構築と共有」について考察する．さらに，医療サービス組織で導入が進んでいる「クリティカルパス」を明示的スクリプトととらえ，それが患者の医療サービスのデリバリー・プロセスへの参加と満足に及ぼす影響についても理論的に考察する．

Ⅳ-4では，Ⅳ-3で理論的に考察したクリティカルパスの機能と患者満足に対する効果を，病院での患者満足調査の結果を用いて実証的に考察する．これにより，クリティカルパスはその導入の背景から，コスト管理や活動の標準化の側面が強調されているが，患者の積極的かつ適切な参加の誘導システムとしても有効であり，さらに影響度は小さいが患者満足の向上にも貢献することを明らかにする．

Ⅳ-1．参加および協働の阻害要因としての認識ギャップ

顧客もサービス・デリバリー・プロセスの参加者としてとらえ，参加者（顧客，従業員，経営者）の協働のあり方がサービス・デリバリーの効果および効率に重大な影響を及ぼすと考えると，サービス組織にとって，その内部に協働の基盤を形成することが重要な経営課題となる．協働の基盤として重要なものの一つとして，顧客を含む参加者間での協働の目標とその達成手段に対する認識の共通性がある．しかし現実には，参加者間に認識ギャップが存在しており，それがデリバリー・プロセスにおいてコンフリクトを生じさせている．さらに，それらはデリバリーの中断や遅延を招くだけでなく，各参加者の満足を低下させる要因となっている（藤村，1998）．

Ⅳ-1-(1) 認識ギャップの存在

サービス・デリバリー・プロセスは参加者，すなわちサービス組織の経営者，従業員および顧客の協働過程である．経営者の参加は，顧客に対してはサービス・コンセプトを，従業員に対しては活動の方向性を示すとともに，両者がそれらに従って期待されている役割を果たすのに必要とされるハードおよびソフト環境を提供するというかたちで行われる．従業員の参加は，提示された方向性とそれに基づいて構築されたハードおよびソフト環境のもとで，保有する知識や技術を用いながら顧客ニーズを充足するような役割を果たすというかたちで行われる．また，顧客の参加は，彼ら自身のニーズ充足を目的として，提示されたサービス・コンセプト，それに基づいて構築されたソフトおよびハード環境のもとで，サービス組織あるいはその従業員から期待されている役割を保有する消費資源を投入して遂行するというかたちで行われる．

なお，医療サービス組織のように，サービス組織が複数の機能別組織から構成されている複合組織の場合には，従業員には各機能別組織に属する医療従事者とその他の従業員が含まれる．また，サービス・デリバリー・プロセスにおける時間および空間を複数の顧客が同時に共有し，相互に人的相互作用を展開する可能性がある場合には，顧客には他の顧客も含まれる．

これらの参加者間で協働が効果的かつ効率的に行われるためには，「サービスの結果」，それを生成するための「デリバリーのあり方」，および「協働ルール」に関して，共通の認識が存在していることが必要とされる．三者間でそれらに対して認識ギャップが存在する場合には，協働は崩壊し，デリバリー・プロセスにおいて遅延や中断が生じてしまう．さらに，各参加者はそれぞれの経験に対して不満を感じ，組織からの離脱も生じてしまう．現実のデリバリー・プロセスでは，参加者間にさまざまな認識ギャップが存在しており，それらは各参加者の戸惑いや不満足を生じさせる原因となっている．

以下の具体的事例は，このことを物語るものである．

a）病院における事例

この事例はすでにⅠ-5であげたが，医療サービスにかかわるヒアリング調査において，外科医から出た話である．

◎1-1：医師 vs. 患者

「手術がうまくいき心配ないと思うと，医師はその患者のところにあまり足を運ばないので患者は満足しない．また，手術がうまくいくと，治療が少なく，患者は早く退院するので収益性が低い．逆に，手術が困難で合併症などが生じた患者に対しては，医師も心配なので何度も足を運ぶので患者は満足

する．さらに，そのような患者に対してはさまざまの治療を行うので収益性も高い．」

b）ビジネスホテルにおける事例

同じ系列に属する2つのビジネスホテル（以下では，Aホテル と Bホテル）に対してヒアリング調査を実施した際に，宿泊部門のフロント係と料飲部門の従業員から出た話である[注1)]．

◎2-1：フロント係 vs. 客

「ビジネス客[注2)]と家族連れ客を比較すると，ビジネス客のほうが部屋をきれいに使ってくれるし，チェックインやチェックアウトもスムーズです．家族連れ客は食べ散らかしたり，部屋の備品類を壊したり，提供していない（シティホテルのような）サービスを要求したりしてくることがある．金曜日の夜から土曜日に泊まる客は家族連れが多く，掃除が大変です．でも，家族連れ客を取らないと，週末の稼働率が低下してしまいます．」（Aホテルのフロント係）

「私たちは客のためにできるだけのことをしたいと思います．でも，ビジネスホテルにもルールがありますから，そのルールに従って要求をされる場合だけです．ルールから外れた要求をする客もいますが，それには応えることができません（できないことはできません）．その場合，そのような要求をされた方は苦情を言いますが，私たちも不満を感じます．」（Aホテルのフロント係）

「ホテルのシステムを理解していて，できることとできないことがわかっており，できることだけを要求してくれる客がよい客だと思います．手がかからない（何も要求しない）客がよいということではありません．常連客はそれを理解してくれているのでいいです．」（Aホテルのフロント係）

「当ホテルでは宿泊料金を前払いでいただいていますが，このことを知らない客とはチェックイン時にトラブルになることがあります．とくに外国人とのトラブルが多くなっています．彼らはクレジットカードを見せて信用させようとするが，ホテル側はサインを求めるためです．」（Aホテルのフロント係）

「客室係が掃除をする際に，客室に残されたものは，飲みかけの缶ジュースとくずかごに入っているもの以外はすべてフロントに持ってきてもらうようにしています．下着やタオル，傘などは当然のこと，飲みかけのペットボトルの飲料や食べ残しのお菓子，新聞・雑誌なども保管しておきます．客はそれらを捨てるつもりで置いていったのかもしれませんが，私たちにはそれが忘れ物かどうかを判断できませんから，かなりの保管スペースをとったとしても保管しておくしかありません．以前，チェックアウト後しばらくして，ボトルに入った飲みかけの水を忘れたと言って取りに来た客がいました．その時は現在のような保管ルールができていなかったので，それを捨ててしまいトラブルになりました．」（Aホテルのフロント係）

◎2-2：料飲部門の従業員 vs. 客

「私たちは客と接したい，会話を楽しみたいと思っていますが，客は場所を借りているとしか思っていません．商談の場所，打合せの場所，待合せの場所としか考えていません．」（Bホテルの料飲部門の接客係）

「客が来ると，喫煙の有無と人数を確認して，接客係が席に案内しています．しかし，勝手に座られ

注1）ヒアリング調査は，宿泊部門については複数のフロント係に対して行った．料飲部門については両ホテルとも複数の飲食店があることから，各店ごとに1～2名に対して行った．なお，このビジネスホテルと事例c）のシティホテルに対する調査は，文部省科学研究費「平成9年度奨励研究（A）：課題番号0970071」の助成を受けて実施したものである．

注2）ヒアリング調査の中では，従業員は顧客のことをさまざまな呼び方で表現したが，ここでは「客」に統一している．

る客もいます（初めての客は案内を待っているが，常連客は自ら席につく人が多い）．その場合，新しく入ってきた客かどうかは，伝票や水の有無で判断しなければなりません．判断が必要とされますし，水やメニューを持っていくのが遅くなることがあります．」（A ホテルの料飲部門の接客係）

「『美味しい』とか『料理の内容』について話しかけてくれる客は対応していて気持ちがよいです．こちらからは話しかけにくいのですが，コミュニケーションが好きでこの仕事をしているのですから．でも，あまりにも頻繁に呼ぶとか，特定の接客係だけを呼ぶ客はよくないです．」（B ホテルの料飲部門の接客係）

「客のほうから話しかけてくれると嬉しいです．1 人客の場合にはこちらから話しかけますが，2 人以上の場合には話しかけませんから．困る客は，手をたたいて接客係を呼ぶ客や，タバコの吸い殻などでテーブルを散らかしていく客です．テーブルの上をかたづけてくれる客は嬉しいです．」（B ホテルの料飲部門の接客係）

「会計の際にこちらが『ありがとうございました』と言った時に，『ごちそうさま』と声をかけてくれる客は気持ちがよい．6 割の客は言ってくれます．私たちはその声を待っており，仕事にやりがいを感じます．」（B ホテルの料飲部門の会計係）

「客が『美味しい』と言って，お褒めの言葉をかけて帰られると嬉しいです．客からの声は必ずホールから厨房に伝えられますから．」（B ホテルの料飲部門の調理係）

◎2-3：フロント係 vs. 経営者

「当ホテルの客の 6 割はビジネスマンです．ビジネスマンはフロントのサービスをほとんど望んでいません．むしろ正確な会計と問題のない部屋を望んでいます．また，チェックインは遅く，チェックアウトは早いです．他の目的の客はビジネスマンとは対照的です．会社は通常の客（ビジネスマン）以外の客層の満足評価で評価します（旅行会社が旅行客を対象に行ったアンケートを参考にして）．」（B ホテルのフロント係）

「新入社員はシティホテルの接客を目指して入ってくる人が多いため，ジレンマが発生します．半年から 1 年ぐらいで現実を認めるようになり，違った喜びを見つけだしているようです．」（B ホテルのフロント係）

◎2-4：料飲部門の従業員 vs. 経営者

「人と接することが好きでホテルに就職しました．でも，会社の方針で人員削減が行われ，忙しくなったために，ゆっくりと客と接することができなくなりました．このことには不満を感じています．」（A ホテルの料飲部門の接客係）

「以前はカウンター係で客と会話を楽しむことができ，それが仕事のやりがいでした．しかし，現在は異なる料飲部門のマネジャーになり，その機会が減ったことが残念です．」（A ホテルの料飲部門のマネジャー）

「会社は収益性向上（コスト削減）のために，料理を誰にでも作れるように標準化しようとする．でも，調理人はプロなのでこだわりたいという思いがあり，この食い違いから離職する人が多い．人員削減から接客係の客との接触機会も減少しているが，これも彼らの面白みを減らしている．」（A ホテルの料飲部門の調理係）

「料理人は自分たちで工夫し腕を生かした料理を客に提供したいと思っています．でも，コスト削減のために，会社は小鉢料理については外注を指示してきます．出来合いのものは味付けが濃いし，客の要望に応えて味付けを変えることもできません．」（B ホテルの料飲部門の調理係）

c）シティホテルにおける事例

二つの異なるシティホテル（以下では，C ホテルと D ホテル）に対してヒアリング調査を実施した際に，宿泊部門のフロント係から出た話である．

◎3-1：フロント係 vs. 客

「前受金をめぐってトラブルが起きることがあります．宿泊予約客には予約日の 2〜3 日前に確認の電話を入れますが，その際に確認できなかった客にはチェックイン時に前受金をいただきます．前日あるいは当日の予約客や，初めて，あるいは利用の少ない客にも同様な対応をしています．前受金は，当ホテルの場合は宿泊費の 1 倍強ですが，2 倍近くを請求するホテルもあります．前受金をいただく場合に，他の客は支払っていないのに，なぜ自分だけ支払わなければならないのか，ということでトラブルになります．」（C ホテル）

「あまり利用されない客は割引などの要求が多いです．たとえば，3 万円を 2 万円に値下げしろとか，2 万円で 3 万円の部屋に泊まらせろとか，チェックアウト時間を延長しろとかです．」（C ホテル）

「ホテルのサービス範囲を超えて強要してくる客には困ります．時には，今回限りということで範囲を超えたサービスを要求し，それを既成事実としてそれ以降も強要してくる客もいます．客には紳士・淑女（判断基準や服装が適切）であって欲しいのです．また，お金以外の反応を示してくれる客がよいですね．たとえば，労をねぎらってくれたり，『ありがとう』という言葉をかけてくれたりするのが．」（C ホテル）

「10 年前に比べて，客は変わってきていると思います．昔は苦情を出す人が少なかったが，これは我慢して帰られる客が多かったからだと思います．不満経験があっても，このホテルでこんなことが起こったのだから，きっと何かあったのだろうとか，自分が悪かったのだろう，と思われたからです．現在の客は許せないと思うのか，苦情を出してきます．苦情を出してもらえるのはありがたいのですが，宿泊中に出さないで，後日出してくる人が多い．これでは対応が困難です．」（C ホテル）

「常連客になるほどファミリー意識が強くなり，要望も強くなります．シティホテルだからなんでもできると思っている客もいますが，応えることのできない要望もあります．たとえば，宿泊日当日の部屋の指定や，安い宿泊料金でランクの高い部屋に泊まりたい（部屋に余裕があり，部屋の使い方を信頼できる客には 1〜2 ランク上の部屋を準備することもあるが），劇場のチケットを入手してくれとか，です．」（D ホテル）

「私たちにとって好ましいのは，言葉を多くかけてくれる客です．偉い方ほど腰が低いですね．また，出発時には必ず『今回のご宿泊はいかがでしたか』と声をかけていますが，『また来ますよ』とか『すばらしかったですよ』と応えてもらったときは嬉しいですね．6 割近い方は応えてくれますが．」（D ホテル）

「ルールを守らない客は困ります．フロントが混んでいる時に，割り込んだり，大声を出したりするような客です．また，バスルームの水を出しっぱなしにして水漏れを起こしたり，寝タバコで絨毯を焦がしたりする客です．」（D ホテル）

◎3-2：フロント係 vs. 経営者

「営業効率を考えると，客室稼働率は 70〜80%が最適です．でも，フロント係が働いていて快適で，しかも客に十分なサービスが提供できるのは，60%前後です（現在の平均稼働率 65%）．50%を切ると暇だと感じるし，ミスが多くなります．暇だと，同じ客に何度も同じことをしてしまうことがあったりするので，ある程度忙しいほうがサービスの質はよくなります．」（C ホテル）

「会社は従業員に，（1）ナンバー・ワンになりなさい，（2）客に尊敬される人間になりなさい，（3）自分が幸福になりなさい，という．でもどの分野でナンバー・ワンになればよいのかがわかりません．売上げなのか，高品質のサービスなのか，それとも稼働率なのか．すべての分野でナンバー・ワンになろうとすると，広い客層を対象にしなければならなくなり，対応が難しくなる．」（C ホテル）

d）ロンドンの世界的名門ホテルにおける事例

Robinson J.（1996）の著書 *The Hotel* は，世界的名門クラリッジ・ホテルに 5 か月間滞在しての取材に基づくものであり，伝統と格式を守り続けるホテルマンたちの姿を正面からだけではなく裏側からも描いている．この中にも参加者間の認識ギャップとそれがもたらすコンフリクトが多くみられるので，そのいくつかを取り上げてみたい．

◎4-1：総料理長 vs. 経営者

少しずつ厨房スタッフの平均年齢がさがりはじめた．それと同時に厨房は変化しはじめた．だが，それと一緒に人員削減もはじまった．85 人体制だったものが 60 人まで減らされた．経営陣はまだ減らせる余地があると見ていた．レズニック（総料理長）は抵抗して，自分はザ・ホテルの顧客が期待するような料理をつくる力量が十分にあるのに，経営陣がそれを妨害しているといった．経営陣は彼のエゴが傷ついただけではないかと見ていた．（邦訳，春日倫子訳『ザ・ホテル：窓の向こうに隠された世界』，三田出版会，1988 年，114 頁抜粋）

◎4-2：総料理長 vs. 料飲支配人

ザ・ホテルは年間 50 ないし 60 キロのトリュフを使うが，冷蔵庫には 1 年分の備蓄―約 200 袋―がある．（中略）料飲支配人のフィリップ・クランゼールは冷凍庫のトリュフを数え上げ，2 万 5000 ポンド（約 500 万円）ないし 3 万ポンド（約 600 万円）分あるのを知って，信じられない思いだった．彼がまず抱いた疑問は，総料理長はどうしてこれだけの資金を固定できるのかということだった．厨房でトリュフが必要なときは，業者に注文すればいいではないか．

当然，レズニックの考えかたはちがっていた．ザ・ホテルは最高級の材料を提供しなければならないし，そのためにはいいものを手元においておかなければならないと思うのだ．たしかに経理士から見れば，ザ・ホテルがトリュフに膨大な資金を投入しているようにみえるかもしれないと，総料理長も認めた．だが，彼はクランゼールにこういって注意を促した．「トリュフは適正な値段で買っている．トリュフのシーズンはすごく短いから，買うときには一年分買わなくてはならないんだ．そうするから新鮮なのを手に入れられる．シーズンオフに買うとなったら，缶詰を買わなくてはならないし，値段だって 2 倍もするんだ」

クランゼールが反論して，そうしたコストは結局顧客にまわすだけのことで，値段は問題にならないはずだといった．「ともかくも，資金をトリュフに固定してしまうよりは，銀行にあずけたほうがいいでしょう」（中略）レズニックは彼にわかってもらいたかった．「トリュフにかかるコストが大きすぎた場合，顧客はその代金を払ってはくれないよ．俺は客になんていえばいいんだ？　トリュフをお出ししたいのですが高くてできません．お客さまもごむりでしょうね？　とでもいうのかい？」（中略）

はたしてクランゼールは戻ってきたが，今度はビネガーについてだった．レズニックは数か月先の宴会のメニューの下準備をしているところで，バルサミコビネガーを使う特別なサラダをつくることにした．市場にはさまざまな種類のバルサミコビネガーがでまわっているが，彼が使いたいと思ったのは特殊なものだった．それはイタリアのモデナでしか生産されていない，濃厚で刺激臭のある 35 年もので，小さなビン 1 本で 192 ポンド（約 3 万 8000 円）する．

「だめですよ」．クランゼールはそんなに高い値段のものを認めるわけにはいかなかった．「その支払いはできませんよ」

総料理長は人に口をはさまれたくない職人気質でいいはった．「これでなくてはだめなんだ」

クランゼールは強硬だった．「これは返品していただきます」（邦訳，春日倫子訳『ザ・ホテル：窓の向こうに隠された世界』，三田出版会，1988 年，117―119 頁抜粋）

◎4-3：総料理長 vs. 宴会支配人・料飲支配人

宴会支配人のジャーマンは宴会のメニューを全部英語にしたいという．顧客の大半がイギリス人だし，食べている料理の名前がわかるほうがよかろうと思ったのだ．

料飲支配人はレストランのアラカルトのメニューを，ほぼ同じ理由から英語にしたいと考え

た．

「まったく，とんでもない話だ」とレズニックはくりかえした．「料理用語はフランス語なんだ」．フランス人のクランゼールに向かってメニューはフランス語でなくてはと力説するおかしさは彼も承知のうえだった．「われわれは伝統的にあらゆるメニューをフランス語と英語で書いてきた．なぜそれを変えたいと思うのか，わけがわからん」

ジャーマンは総料理長を説得しようとした．「お客さまはフランス語を読めるとはかぎらないでしょう」（邦訳，春日倫子訳『ザ・ホテル：窓の向こうに隠された世界』，三田出版会，1988 年，151 頁抜粋）

e）住宅メーカーにおける事例

この事例は住宅会社のマーケティングについての講演会の中で語られた話である[注3]．住宅の多くは受注生産であり，設計段階から顧客が参加し，住宅会社と顧客との間で頻繁に接触が行われる過程で仕様決定，建設，引渡しが行われるため，住宅会社と顧客との関係はサービス組織におけるそれと類似していることから，ここで取り上げることにした．

●5-1：建設業者 vs. 客

「古い家を取り壊して新築しようとする客はそこに住み続けることになるので，近所の住人に迷惑をかけないように（周りに気を使って）取り壊しと新築工事を行ってもらいたいと思う．そのため取り壊し方や建設過程についてさまざまな要望を出すが，建設業者がそれに従わないことがある．そうすると客は非常に不満を感じる．」

「客は新築工事の進み具合がわからない（現場に作業員がいない）ために不安になり不満を感じるが，建築業者は予定通り（客には示されていない）進んでいるので問題を感じない．」

●5-2：営業マン vs. 客

「新築住宅の引き渡しが終わり営業マンが客と連絡を取らなくなると，客の満足は大きく低下してしまう．客は高価な耐久財を購入したので長期的に面倒を見てもらいたいと思うが，営業マンにとっては取引の完結にすぎないために，このようなことが起こってしまう．」

「設計の一部変更をしてもらいたいと思い，客は営業マンに電話をするが外出中であった．そこで，電話をもらえるように伝言をお願いするが，営業マンから電話がかかってきたのは 2 時間後であった．営業マンにとってはたった 2 時間かもしれないが，その電話を待っていた客にとっては大変長く感じられる時間であり，イライラする時間であった．」

Ⅳ-1-②
認識ギャップを生み出している要因

先の事例では，参加者間の認識ギャップはサービス・デリバリー・システムのフロント・ステージにおいてもバック・ステージにおいても存在しており，コンフリクトを生じさせる要因となっている．その認識ギャップは「サービス・デリバリーのあり方」やそこにおける参加者の「協働ルール」[注4]について生じているだけでなく，協働の目標である「サービスの結果」についても生じている．

目標と手段のどちらか一方，あるいは両方について参加者間で認識ギャップが存在している状況では，参加者がそれぞれに満足を得ることは不可能である．目標であるサービスの結果に対する認識が参加者間で共有されているとしても，そのデ

注 3）四国生産性本部主催の第 146 回四国マーケティング研究会での，ミサワホーム株式会社の品質・環境部長田代剛一郎氏の講演「生活者を取巻く環境変化とマーケティング～“消費者志向優良企業”への取組み～」より．

注 4）「サービス・デリバリーのあり方」とそこでの「協働ルール」を一つにまとめて，スクリプトと呼ぶことも可能である．

リバリー・プロセスのあり方やそこでの協働ルールに対する認識が共有されていなければ，デリバリーの効果的かつ効率的展開は期待できないために，参加者それぞれに満足な「結果」を得ることができない．さらに，参加者はそれぞれに認識するサービス・デリバリーのあり方や協働ルールに従ってデリバリー・プロセスに参加するので，参加者間に認識ギャップが存在している場合には，コンフリクトが生じ，デリバリー・プロセスの遅延や中断が発生してしまう．その場合，現実のデリバリー・プロセスと，認識するサービス・デリバリーのあり方や協働ルールとの一致度が低くなるために，参加者はそこでの「経験」に対して不満を感じることになる．逆に，参加者間でサービス・デリバリーのあり方や協働ルールに対する認識の共通性が高い場合には，サービス・デリバリーは効果的かつ効率的に進行するだけでなく，そこでの経験と認識との一致度が高くなるために，参加者の経験に対する満足は向上するであろう（藤村，1997）．

また，Ⅱ-1で考察したように，顧客，従業員，およびサービス組織（経営者）の満足間には循環的な影響関係が存在するので，いずれかの満足が低下するということは連鎖的に他の満足にもネガティブな影響を及ぼすことになる．そのためサービスの結果，サービス・デリバリーのあり方，および協働ルールに関する認識ギャップを縮小させ，参加者が共通目標に向かって共通手段を行使できるようにすることが必要とされる．ただし，ある程度の認識ギャップが生み出す適度のコンフリクトは，サービス・デリバリー・プロセスの活性化や改善を促すというポジティブな効果を持っている，と考えられる．

では，このような認識ギャップはどのような要因によって生み出されるのであろうか．このことを先の事例に基づいて考察していきたい．

a）参加者間での思いの違い

認識ギャップとそれによるコンフリクトを生み出す要因の一つに，参加者間でのサービス・デリバリー・プロセスへの参加に対する「思い」の違いがあるようである．サービスの提供者側（経営者および/あるいは従業員）と顧客との思いが異なり，提供者側が顧客の思いを理解していない，あるいはできない場合に，顧客は不満足を形成している．また，サービス組織内でもそれぞれの立場によってデリバリーに対する思いが異なっており，それが調整されない場合にはコンフリクトが生じている．

事例<1-1：医師 vs. 患者>の場合，医師の参加に対する思いは医学的知識や技術を用いて患者の身体を治療することにある．しかし，患者は疾病がもたらすさまざまな結果からの回復を期待して参加している．疾病は身体の諸機能の障害であるだけでなく，家族や社会の中で地位を下げることに対する不安をもたらす（波平，1994）．さらに，患者は治癒状況の判断に必要な専門的知識を欠いているために，将来に対する予測が困難であり，このことも不安をもたらす．患者はこのような不安からの解放も参加に対する思いとして持っている．

事例<5-1：建設業者 vs. 客>と<5-2：営業マン vs. 客>も，顧客と提供者側の思いの違いから生じている．建設業者は予定どおりに古い家を取り壊し，設計どおりに建築すればよい，という思いで参加しているし，営業マンは日々行っている多くの取引の中の一つとして参加している．一方，顧客側は高価な買物なので，長期間にわたってそこに快適に住み続けられるようなソフトおよびハード環境を構築・維持したいという思いで参加している．

顧客と提供者間ではこのような思いの違いが生じやすいが，その理由としては次の二つのことが考えられる．

第1に，仕事の一部あるいは自己満足の手段としてデリバリー・プロセスに参加する従業員と生活の一部として参加する顧客とでは，それらの背後に広がる社会的関係や関与する時間的長さなどが異なる．

第2に，同じサービスを消費しているとしても，顧客の置かれている生活環境やその時の状況によってサービス消費に対する思い，あるいはそれに対する意味づけは多様である．たとえば，同

じレストランを利用しているカップルでも，初デートの場として利用している男性と結婚の申込の場として利用している男性では，その利用に対する思いは異なっている．

このようなことがサービス・デリバリー・プロセスへの参加に対して顧客と提供者間で思いの違いを生じさせ，両者の間にサービスの結果，サービス・デリバリーのあり方，および協働ルールに対する認識ギャップを生み出している，と考えられる．思いの違いは顧客満足にネガティブな影響を及ぼすので，可能なかぎり解消される必要がある．そのためには，顧客をデリバリーされるサービスをその場所でその時間だけで消費する者としてとらえるのではなく，生活の一部として消費している者としてとらえ，そこにおけるその消費の思いや意味づけを推測する，ということが必要とされる．

同様な認識ギャップはサービス組織内部でもみられる．事例<4-2：総料理長 vs. 料飲支配人>と<4-3：総料理長 vs. 宴会支配人・料飲支配人>は，従業員間（あるいは管理者間）の認識ギャップの結果としてコンフリクトが生じたものである．従業員はそれぞれに専門領域を持っており，そこでの知識や経験を中心としてサービス・デリバリーのあり方を考える傾向があるので，認識ギャップが生じている．そして，従業員間の専門領域の距離が長くなるほど，認識ギャップも大きくなるようである．

また，事例<2-3：フロント係 vs. 経営者>，<2-4：従業員 vs. 経営者>，<3-2：フロント係 vs. 経営者>，<4-1：総料理長 vs. 経営者>は，従業員と経営者間の認識ギャップの結果としてコンフリクトが生じたものである．デリバリーのあり方について，経営者は収益性やコストの観点から考える傾向があるのに対して，従業員はそれぞれの専門領域や個人のやりがいの観点から考える傾向があることから，認識ギャップは生じている．

このような組織内の認識ギャップは従業員の職務満足や生産性にネガティブな影響を及ぼし，その結果としてサービス品質や顧客満足にもネガティブな影響を及ぼす可能性があるため，可能なかぎり解消される必要がある．

b）参加者間での知識の違い

参加者間でのサービスの結果，サービス・デリバリーのあり方，および協働ルールに対する認識の違いは，教育やデリバリー・プロセスへの参加経験によって学習された知識の量と質の違いによっても生み出される．顧客と従業員間における知識ギャップ，あるいは顧客間における知識ギャップが認識ギャップを生み出し，コンフリクトの原因となっている．

<事例 1-1：医師 vs. 患者>では，医師と患者間での医療にかかわる専門的知識ギャップによって，両者の間で医療サービス品質における重視点や医師の患者に対する対応のあり方などに対して認識ギャップが生じている．

事例<2-1：フロント係 vs. 客>では，顧客とフロント係間だけでなく，顧客間においても認識ギャップが存在しているが，これらも知識ギャップによるものと考えられる．ビジネス客と家族連れ客では宿泊に対する思いが異なるだけでなく，ビジネスホテルでの宿泊経験も異なるために，両者間ではサービスの結果，サービス・デリバリーのあり方，および協働ルールに対して認識ギャップが存在していると考えられる．この場合，ビジネスマンは経験からビジネスホテルの宿泊に適切な認識を持って参加しているが，家族連れ客は不適切な認識で参加している．経験不足による知識の欠如に「みんなで渡れば怖くない」的意識が加わるのか，家族連れ客はシティホテルあるいは旅館の利用において適切であるような認識をビジネスホテルのデリバリー・プロセスに持ち込んでいるようである．デリバリー・プロセスへのこのような異なった認識の持ち込みは顧客自身を不満足にするだけでなく，フロント係や客室係にも不満足を形成させる結果となっている．

ヒアリング調査と同時にフロント業務の観察調査を実施したが，その際にも同様な顧客間における違いがビジネスマンと旅行目的の女性客の間にみられた．ビジネスマンのチェックアウトは会計を済ませるだけのものであり，1人当たり数分程度で終わっていた．しかし，旅行目的の女性客の場合には，会計後に自分の旅行目的やその日の観

光場所を話し始めたり，道順を聞くということが始まるために，1人当たり15〜30分程度かかっていた．そのため，そのフロントではチェックアウト処理の流れが止まり，他の列が順番待ち客で混むという現象が起こっていた．フロント係によると「空いている時間帯ならば，客から話しかけてもらえるのは嬉しいので，ゆっくり時間をかけて話をします．でも，チェックアウト時の忙しい時間帯は手短にして欲しい」ということであった．この場合も，女性客のビジネスホテルに関する知識不足が認識ギャップを生み，デリバリーの流れを阻害している，といえるであろう．

また，顧客と従業員間にも，顧客の要求として適切なサービス範囲，会計方法，ホテル内で顧客に期待される役割や行動などについて認識ギャップがみられる．これらは各サービス組織に固有なサービス・デリバリーのあり方や協働ルールに対する認識ギャップであることから，これらを「サービス組織固有のデリバリー・システムに対する認識ギャップ」と呼ぶことができる．

この認識ギャップは次の二つのいずれか，あるいは両方が原因となって生じている．その第1は，顧客がそのビジネスホテルに固有のデリバリー・システムを熟知していないことによる．第2は，経営者の顧客に関する知識不足から，ビジネスホテルのサービス品質に対して経営者と顧客間に認識ギャップが存在しており，顧客の期待するサービス品質をデリバリーできるような固有のデリバリー・システムが構築されていないことによる．

どちらに原因があるにしても，各サービス組織固有のデリバリー・システムを顧客が適正に認識していない場合には，その誤認識に基づく顧客の行動や要求自体が顧客の不満足を導く原因となる．さらに，このことは協働する従業員にも，システムに制約されてそれらに対応できないことによる不満足を感じさせるし，デリバリーを中断させることで生産性も低下させてしまう．

医療サービス組織の場合には，組織によって受付，診療待ち，会計などのデリバリー・システムが異なっていることが多いために，このサービス組織固有のデリバリー・システムに対する認識ギャップが生じやすいであろう．肉体的苦痛だけでなく，身体的および社会的な不安を抱えている患者にとっては，医療サービス組織固有のデリバリー・システムが生み出す認識ギャップによって追加的に要求されることになる肉体的および/あるいは精神的なエネルギーの投入は不満足形成を導くことになる．

サービス組織固有のデリバリー・システムが原因で顧客からの要望あるいは要求に対応できず，参加者間でコンフリクトが生じることがあるが，それを抑制したり，それがもたらす参加者それぞれの不満足形成や生産性低下を抑制する方法としては，次の二つのものが考えられる．

第1の方法は，サービス組織固有のデリバリー・システムを顧客の認識するサービス品質の観点から適切に構築するとともに，デリバリー・システムに対する顧客と従業員間の認識ギャップの程度を低減するような情報提供や教育を実施することである．

第2の方法は，ディズニーランドのように，その固有のデリバリー・システムを事前に顧客に認識させ，それに従う意思のある顧客だけを選別して参加を認めるという体制を採用するものである．

ディズニーランドでは最高のサービスを提供するために，弁当や酒などの日常的なモノを持ち込まないとか，キャストの指示に従うとか，といったデリバリー・システムに従う顧客だけに入場を認めている．そして，顧客もそうすることが彼ら自身の満足につながることを認識していることから，彼らも積極的に固有のデリバリー・システムに従っている．ただし，この方法はデリバリーの効果および効率の向上の点では優れているが，多くのサービス組織，とくに医療サービス組織では顧客の選別が困難なことから，第1の方法のほうがより適切である，と考えられる．

サービス組織固有のデリバリー・システムに関する顧客と従業員間の認識ギャップは，事例<2-2：料飲部門の従業員 vs. 客>，シティホテルにおける<3-1：フロント係 vs. 客>にも同様にみられる．なお，これらの事例では，顧客からの従業員に対するコミュニケーションやサービスに対す

る肯定的表現（「ありがとう」,「すばらしかったです」,「また来ます」,「ごちそうさま」）が従業員のモチベーションを向上させる重要な要因となっていることが読み取れる．このことは「従業員は協働ルールの一つとして顧客からのポジティブ・フィードバックを期待している」ことを示しているので，顧客がそのルールを認識し，それに従って行動できるならば，効果的に協働が行われ，両者とも満足が得られるようになる，と考えられる．前掲の Youngdahl and Kellogg（1994）も，肯定的表現（微笑んだり，優しい言葉をかけたり，良いフィードバックを提供したりする）を行った顧客のほうが満足する傾向があることを明らかにしている．

c）コスト単位と時間単位の違い

サービス・デリバリー・プロセスへの参加者間でコスト単位や時間単位が異なることも認識ギャップを生み出し，コンフリクトを生じさせる要因となっている．

コスト単位の違いによる認識ギャップと，それによるコンフリクトの発生は，事例<5-2：営業マン vs. 客>と<3-1：フロント係 vs. 客>にみられる．一般的な消費者の日常生活での支出単位は百円とか千円であり，住宅購入のための千万円単位の支出は一生に何度もない経験である．

一方，住宅会社の営業マンにとっては，千万円単位は日々の業務での住宅取引の単位である．さらに，営業マンにとって，それは多くの取引の中の一つであり，その販売した住宅に問題があったとしても，彼らの販売実績の数パーセントの失敗にしかすぎない．しかし，顧客にとってはその取引がすべてであり，購入した住宅に問題があれば100%の失敗である．このような顧客と営業マンとの間における日々の取引単位や取引に問題があった場合の意味の違いが，サービスの結果，サービス・デリバリーのあり方，および協働ルールに対する認識ギャップを生み出し，顧客にとって営業マンの行動は不満足なものとなっている．

同様なコスト単位の違いによるコンフリクトの発生は，シティホテルにおける顧客のディスカウント要求にもみられる．シティホテルに長く勤めているフロント係は日々の業務で高額の宿泊料を受け取っているため，1泊3～4万円という宿泊料も高いと感じないが，あまりシティホテルに宿泊しない顧客あるいは個人負担で宿泊する顧客にとっては非常に高価である．そのため，顧客はできるだけ安く宿泊したい，あるいは値引きができないならば同額でできるだけランクの高い部屋に宿泊したいと思うが，フロント係はそのような行動はホテルにふさわしくない顧客の行動と感じるため，コンフリクトが生じている．

時間単位の違いによる認識ギャップとそれによるコンフリクトの発生は，事例<5-2：営業マン vs. 客>においてみられる．営業マンにとっては特定の顧客との取引活動単位は数か月であり，営業マンが折り返し顧客に電話するまでの2時間はそれに比べればわずかな時間に過ぎない．さらに，営業マンは他の顧客とも同時並行的に取引を行っ

注5）Norman D.A.（1992）は，時間を物理的時間，心理的時間，政治的時間，リアルタイムに区別している．物理的時間は物理学者によって定義されたもので，なんらかの周期的な物理的イベントの回数を数えることに基づくものである．心理的時間は物理的イベントの継続の主観的体験で，どれくらいかかったように感じられるかというものである．政治的時間はものごとにどのくらいかかるかを誰もが合意するため，また特定の時刻が何時であるかを合意するための国際規格によって，約束事として定義されるものである．リアルタイムは物理的イベントの持続期間である．

心理的時間は人によって異なっているし，同じ人でも体験する出来事によって異なっている．たとえば，年齢が高くなるほど時間経過を速く感じるし，右上がりの直線的時間感を持つ人（工業化社会）は循環的時間感を持つ人（農業社会）に比べて時間経過を速く感じる．さらに，他者との交渉が多い人ほど自由裁量時間が減少するため，時間経過を速く感じる，とされている．また，同じ人でも，退屈な作業をしている時よりも楽しいことをしている時のほうが時間経過を速く感じる．すなわち，物理的な単位時間当たりの興味深い情報量が増加するほど，時間経過を速く感じるが，そうでない場合には時間を長く感じてしまう．

ており多忙であるために，2時間という時間は非常に速く経過してしまう．一方，一般的な消費者の日常生活での時間単位は分であるし，待っている間は時間がゆっくりとしか経過しないように感じられる．このような顧客と営業マンとの間における日々の時間単位や心理的時間[注5)]の違いが認識ギャップを生み，それが顧客の不満足原因となっている．

医療サービスの場合には，患者と医療従事者（とくに，医師や看護師）間においてコスト単位および時間単位の違いによって認識ギャップを生じやすいであろう．

医療サービスの消費においては，患者は医療費の支払いという経済的コストだけでなく，身体的および社会的不安がもたらす心理的コストも負担しなければならないために，患者は比較的大きなコストを負担していると感じる．一方，医師や看護師は個々の患者が負担する経済的コストや心理的コストを計算することはほとんどないために，コスト意識は小さい．また，医師や看護師は患者の治癒のために努力をしているが，努力が実らない結果に終わったとしても，そのような不満足な結果は実績のわずかな部分しか占めない．しかし，患者や家族にとって，そのような結果は身体的および精神的苦痛であるだけでなく，最悪の場合には命まで失われてしまう．つまり，100%の不満足な結果である．

また，時間単位でも，患者と従業員は異なっている．医師や看護師は次々と多くの患者に対応しなければならないために忙しく，1時間や2時間はすぐに過ぎてしまうし，個々の患者に投入できる時間は短いものになる．一方，肉体的苦痛だけでなく，身体的および社会的不安を抱えている患者にとって時間経過は遅く，待ち時間を非常に長く感じてしまう．つまり，1時間や2時間は非常に長く感じる時間である．さらに，待ち時間に比べて診療や看護に当てられる時間が少ないことから，患者は不満足を形成することになる．

このような患者と医療従事者やその他の従業員間におけるコスト単位や時間単位の違いが，デリバリーのあり方に関する認識ギャップを生み出し，コンフリクトを引き起こしている．したがって，医療サービス組織の医療従事者やその他の従業員は患者のコスト単位や時間単位を理解するとともに，患者とのサービス・エンカウンターの展開方法を検討する必要がある．さらに，患者の負担とする経済的および心理的コストを削減したり，待ち時間を物理的および/あるいは心理的に短縮するようなハードおよびソフトのシステムを構築する必要がある．一方，情報提供を通じて患者にも医療従事者やその他の従業員の忙しさ（時間単位）を理解させることにより，認識ギャップの削減を図るということも必要であろう．

Ⅳ-1-③ 病院における参加者間での認識ギャップに関する実証的考察

医療サービスのデリバリー・プロセスにおける参加者間での認識ギャップの特徴とその影響を実

注6）因子負荷行列は，抽出された各因子と元の質問項目間の相関関係を表す因子負荷量の行列である．因子負荷量（−1〜1の範囲）の値をみることによって，各因子はどの質問項目群と正あるいは負の相関関係があるのかがわかり，各因子の解釈と命名を行うことができる．

また，回転とは，因子を解釈しやすいものとするために，因子軸を回転することである．回転には，直交回転と斜交回転がある．直交回転は因子間の相関が0という仮定をおいてなされる回転であり，斜交回転は因子間の相関があるものとして解を出すものである．前者にはバリマックス回転，後者にはプロマックス回転や斜交プロクラステス回転がある．バリマックス回転は，直交で，かつ因子負荷量をできるだけ「単純構造」に近づけるよう回転する．単純構造とは，各質問項目の因子負荷量が特定の因子だけに大きく，残りの因子に対しては非常に小さいような構造を指している．プロマックス回転は斜交（因子間に相関があってもよい，というゆるやか条件）でこの単純構造を目指すので，当然バリマックス回転より単純構造になりやすいという特徴がある．どの回転を用いるかは分析者に依存しており，仮説にあった因子構造にできるだけ近づけるような回転を用いればよい，とされている．

表 28　医療サービスに対する認識次元

質問項目 ＼ 因子	第 1 因子 医療技術・知識重視型デリバリー	第 2 因子 患者の気持ち重視型デリバリー	第 3 因子 治療成果重視型デリバリー	第 4 因子 患者参加型デリバリー	共通性
治療に関しては，患者は医師や看護婦の指示に忠実に従うべきである．	0.678	0.194	0.000	−0.080	0.504
患者にとって良い医師とは，優れた医療技術と知識を持っている医師である．	0.674	0.315	0.062	0.080	0.564
患者にとって良い看護婦とは，豊富な経験と知識を持っている看護婦である．	0.628	0.337	0.017	0.219	0.556
最善の医療サービスを提供するためには，最新の医療設備を整備すべきである．	0.618	−0.057	−0.139	0.485	0.639
患者の治療にとって何が必要であるかを知っているのは，患者自身ではなく，医師や看護婦である．	0.555	0.118	0.059	−0.079	0.332
患者にとって良い看護婦とは，患者の気持ちや状態には関係なく，医師の指示通りに行動する看護婦である．	0.496	−0.211	0.374	−0.161	0.456
患者にとって良い看護婦とは，患者の不安を解消してくれる看護婦である．	0.274	0.814	0.020	0.133	0.755
患者にとって良い医師とは，患者の不安を解消してくれる医師である．	0.288	0.801	0.021	0.098	0.734
患者にとって良い看護婦とは，患者と医師との意思疎通をはかってくれる看護婦である．	0.081	0.641	−0.071	0.216	0.470
治療の効果を上げるには，医師や看護婦だけでなく患者の協力が重要である．	0.054	0.528	−0.114	0.378	0.437
病気やケガが治りさえすれば，病院の医療機器の充実度は問題ではない．	0.103	−0.062	0.882	−0.053	0.796
病気やケガが治りさえすれば，医師や看護婦の患者への対応の仕方は問題ではない．	0.261	−0.184	0.778	−0.064	0.711
病気やケガが治りさえすれば，病院の規模は問題ではない．	−0.240	0.181	0.726	0.093	0.626
医療サービスの提供に際しては，患者の意見を尊重すべきである．	−0.006	0.149	0.007	0.735	0.563
最善の医療サービスを提供するためには，患者の個人的問題をも理解する必要がある．	−0.033	0.134	0.045	0.689	0.496
治療方針の決定に際しては，医師は患者に病状や治療に関する説明を十分に行い，同意を得るべきである．	0.033	0.231	−0.069	0.657	0.491
寄与率	15.9%	15.4%	13.1%	12.5%	56.9%

注 1）回答は「そう思わない」を「1」，「そう思う」を「5」とする 5 点尺度で聴取している．
注 2）主成分分析法，バリマックス回転．
注 3）因子は固有値が 1 以上のものを抽出．
注 4）「看護師」に名称変更になる以前に調査を実施したので，質問項目では「看護婦」となっている．

表 29　医療サービスに対する参加者間の認識ギャップ

認識次元	患者（不満足経験別）		医療従事者		不満足無患者－不満足有患者	医師－看護師	不満足無患者－医師	不満足無患者－看護師	不満足有患者－医師	不満足有患者－看護師
	不満足経験無	不満足経験有	医師	看護師						
医療技術・知識重視型デリバリー	0.277 (300)	−0.001 (265)	−0.538 (46)	−0.963 (137)						
患者の気持ち重視型デリバリー	0.053 (300)	0.15 (265)	−0.154 (46)	−0.365 (137)			*	****		****
治療成果重視型デリバリー	−0.066 (300)	0.079 (265)	−0.003 (46)	−0.109 (137)			****	****	***	****
患者参加型デリバリー	−0.18 (300)	0.003 (265)	0.521 (46)	0.278 (137)		****	***		***	

注 1）カッコなし数値は因子得点の平均値，カッコ付き数値は回答者数である．
注 2）**** は 1%水準，*** は 5%水準，** は 10%水準，* は 15%水準，比較している対象者間の因子得点に統計的に有意差があることを示している．

証的に考察するために，病院において調査を実施した．なお，本調査は，Ⅱ-6 での実証的考察に用いた［病院 1］の調査と同じものである．

医療サービスのデリバリー・プロセスへの参加者（患者，医師，看護師）に，サービスの結果，サービス・デリバリーのあり方，および協働ルールにかかわる質問を共通に行った．その共通質問項目を用いて因子分析を行うことで，参加者の医療サービスに対する基本的認識次元の抽出を行った．**表 28** は，バリマックス回転後の因子負荷行列[注 6)] を示している．

医療サービスに対する認識次元として 4 因子が抽出されたが，因子負荷量の大きい質問項目の内容から，第 1 因子は「医療技術・知識重視型デリバリーにかかわる次元」，第 2 因子は「患者の気持ち重視型デリバリーにかかわる次元」，第 3 因子は「治療成果重視型デリバリーにかかわる次元」，第 4 因子は「患者参加型デリバリーにかかわる次元」と解釈することができる．

表 29 は，抽出された認識次元（因子）に対する各参加者の評価（因子得点）の平均値を比較した結果である．**表 29** から明らかなように，医療サービスのデリバリー・プロセスへの参加者間には認識ギャップがみられる．患者と医師間，患者と看護師間だけでなく，医師と看護師間においても統計的に有意な差異がみられ，医療サービスのデリバリーのあり方について参加者間に大きな認識ギャップが存在していることがうかがわれる．しかし，不満足経験のあった患者となかった患者との間では有意な認識ギャップはみられない．

患者と医師間では，患者の不満足経験の有無にかかわらず，「治療成果重視型のデリバリー」と「患者参加型デリバリー」に対する認識において統計的に有意なギャップがみられる．「治療成果重視型デリバリー」については，不満足経験のなかった患者は医師よりも否定的に評価しているのに対して，不満足経験のあった患者は医師よりも肯定的に評価している．つまり，医師に比べて，不満足経験のなかった患者は「病気やけがが治るだけでなく，機器の充実度，医師や看護師の対応の仕方，病院の規模なども重要である」と考える傾向があるのに対して，不満足経験のあった患者は「機

器の充実度，医師や看護師の対応の仕方，病院の規模などよりも，病気やけがが治ることのほうが重要である」と考える傾向がみられる．つまり，不満足経験のあった患者は結果品質を重視し，不満足経験のなかった患者は結果品質だけでなく過程品質も重視する傾向がみられる．このことは，不満足経験のあった患者は結果品質である治療成果に不満足を感じていることの現れであるかもしれない．

また，「患者参加型デリバリー」については，患者は不満足経験の有無にかかわらず，医師よりも否定的に評価している．つまり，医師は「治療成果を上げるためには，患者もデリバリー・プロセスに積極的に参加し，協働を行うことが必要である」と考える傾向があるのに対して，患者側にはそのようなことを否定する，すなわち医師任せの傾向がみられる．なお，この「患者参加型デリバリー」については，医師と看護師間にも有意差がみられ，医師のほうがより肯定的に評価していることから，医師は患者や看護師よりも，協働者としての患者の積極的参加を期待していることが推測される．

患者と看護師間では，患者の不満足経験の有無にかかわらず，「患者の気持ち重視型デリバリー」と「治療成果重視型デリバリー」に対する認識に有意なギャップがみられる．「患者の気持ち重視型デリバリー」については，患者のほうが看護師よりも肯定的に評価しており，患者は不安の解消を医療従事者に高く期待しているのに対して，看護師はそのような期待を過小評価していることがうかがわれる．また，「治療成果重視型デリバリー」については，患者よりも看護師のほうが否定的に評価しており，看護師のほうが治療成果という結果だけでなく，デリバリー・プロセスのあり方も重視する傾向が強くなっている．このことは，医師は治療成果という結果に大きくかかわっているのに対して，看護師はその結果を生み出すデリバリー・プロセスに大きくかかわっていることと関係がある，と考えられる．

このように，医療サービスのデリバリー・プロセスへの参加者間でも認識ギャップがみられ，このことは協働を阻害している，と考えられる．協働が効果的かつ効率的に行われないならば，個々の患者にデリバリーされる医療サービス品質はサービス組織やその従業員の潜在的な品質形成能力を下回るものとなり，患者満足だけでなく従業員の職務満足も低下させることになる．さらに，生産性やブランド（評判，信頼性）も低下させることになるために，それらを解消するような努力がなされなければならないであろう．

しかしながら，サービスの結果やサービス・デリバリーのあり方，協働のルールなどに関する認識ギャップは参加者間にコンフリクトを生じさせるために，現状を見直し，改善を行う絶好の機会を提供してくれる，とも考えることができる．つまり，参加者間でコンフリクトが生じたならば，その原因となっている認識ギャップを明らかにし，それを解消するような取り組みを行うことが重要である．認識ギャップの存在は問題であるが，それ以上に問題なのは認識ギャップが引き起こすさまざまなコンフリクトを改善のための絶好の機会と考えず，厄介な問題として放置する，あるいはその場その場の個別的な対応で終わらせてしまうことである．コンフリクトの根本的な原因となっている認識ギャップを明らかにし，それ解消するために組織的な取り組みを行うことが重要である．

Ⅳ-2. 品質およびギャップ概念の再考

Ⅳ-2-(1) サービスの品質概念の再考

ここでは，次の三つの理由のために，サービスの品質概念について再考する．

第1の理由は，前節での考察から明らかなように，サービス・デリバリー・プロセスへの参加者によって異なった認識や品質観が存在していることである．これまでのサービス品質研究における「サービス品質」の分析は顧客の観点から，すなわち顧客のニーズ，選択意思決定過程，デリバリー・プロセスへの参加などの観点からどのような要素(部分品質)から構成されているかを中心に行われてきた．しかし現実には，デリバリー・プロセスへの各参加者はそれぞれの立場によって，サービス品質に対して異なった認識を持っているし，このことによってデリバリー・プロセスにおいてさまざまなコンフリクトが生じている．

第2の理由は，顧客は明確に彼ら自身のニーズを把握し，どのようなサービスを選択することがそれを充足することにつながるのかを理解できている，という前提に疑問を感じることである．顧客が自身のニーズを明確に把握し，それらはどのようなサービス要素やデリバリー・プロセスへの参加者の行動によって充足されるのかを理解していなければ，サービス組織やその従業員が顧客ニーズを把握し，それに基づいてサービス・コンセプトやデリバリー・システムを構築することは不可能である．現実には，顧客が彼ら自身の潜在的ニーズを顕在化あるいは明確化できるのは，サービス・デリバリー・プロセスに参加し，そこで他の参加者と協働しながらサービスをデリバリーし，同時にそれを消費する過程においてではないか，と思われる．とくに，参加者間に認識ギャップが存在しており，それがコンフリクトを生み出し，顧客が困惑や不安，不満足などを感じた場合である．つまり，顧客が本当に欲しているサービスは，デリバリー・プロセスにおいて困惑や不安，不満足を経験しなければ，気づくことができない，と考えられるからである．

第3の理由は，顧客がデリバリー・プロセスに参加し，そこでコンフリクトに遭遇した場合にしか彼ら自身の潜在的ニーズを顕在化・明確化できないとすれば，顧客のサービスの品質観は彼らの過去の参加経験によって異なるものとなるからである．

前節での考察から，デリバリーへの参加者はそれぞれに各視点から認識した「望ましいサービス品質観」を保有していることが推察できる．具体的には，顧客は彼ら自身の過去の利用経験や消費に対する思いの観点から，従業員は彼ら自身の専門的知識や能力，職務のやりがいの観点から，そして経営者は収益性の観点から，独自のサービス品質観を保有している．このような顧客，従業員および経営者の観点からの品質区分は，ヘルス・サービスの品質研究のなかでOvretveit (1992) によって行われている．彼は，高品質のヘルス・サービスを，多くのしばしばコンフリクトを起こす要求や利益集団を満足させるものとしてとらえ，品質は以下の3次元から構成されると提案している．つまり，これらの3次元を満たすヘルス・サービスが高品質である，ととらえられている．

①顧客品質（client quality）
サービスの直接的受益者が，サービスが彼らの欲するものを提供していると知覚しているかどうか．

②プロフェッショナル品質（professional quality）
・結果について：サービスはプロフェッショナルが評価した顧客ニーズを満たしているか．
・プロセスについて：サービスはプロフェッ

ショナルが顧客ニーズを満たしていると信じる技術や手順を適切に選択し実行しているか.

③マネジメント品質（management quality）

制約や指令の（法律やその他規制に抵触しない）範囲内で，最も効率的な方法で資源を精選・展開し，顧客ニーズを満たしているか.

このような区分は，顧客は必ずしも彼ら自身のニーズを顕在化あるいは明確化できないし，また顧客が欲するものがプロフェッショナルやマネジメントの視点からは必ずしも適切であるとは限らないという前提に基づいている．そして，顧客品質はプロフェッショナル品質やマネジメント品質によって補完される必要がある，ととらえられている．すなわち，従業員はデリバリーにかかわる専門的知識や技能の観点から顧客ニーズを明らかにしてそれらを充足し，経営者は経営や環境の観点から同様のことを行うことが必要であるとされている．あくまでも参加者がそれぞれの視点から顧客のニーズを明確にし，それらを充足したものが顧客品質，プロフェッショナル品質，マネジメント品質であり，これらを向上させることでその総体としてのサービス品質も高品質になるとされている.

本書でも，顧客，従業員，および経営者それぞれの品質観に対してこの3次元と同じ名称を用いたい．しかし，それらを顧客に対するサービス品質を構成する次元としてとらえるのでなく，各参加者がそれぞれに保有する品質観という意味で用いたい.それは前節での考察から,デリバリー・プロセスへの参加者はそれぞれに保有する知識やニーズの観点から顧客のニーズとその充足のあり方を考えるのではなく，それぞれが自身のニーズ充足や自身の知識や技能の観点から望ましいサービスを追求しようとする傾向が強くみられるためである．したがって，Ovretveit の区分と同じ名称を用いるが，内容は以下のように異なっている.

①顧客品質

顧客が彼自身の過去の利用経験や消費に対する思いから期待するサービスの結果とデリバリー・プロセスのあり方

②プロフェッショナル品質

従業員がデリバリー・プロセスに参加するために保有している専門的知識や技能の観点，および/あるいは彼ら自身のニーズややりがいの観点から期待するサービスの結果とデリバリー・プロセスのあり方

③マネジメント品質

法律やその他規制に抵触しない範囲で，参加者との関係を維持しながら収益性を向上させるという観点から期待されるサービスの結果とデリバリー・プロセスのあり方

このような異なる品質観を保有する各参加者がデリバリー・プロセスへ参加して協働を行おうとするならば，当然，先の事例が示すようにコンフリクトが生じるであろう．また，品質観が異なるために，同一のサービスの結果やそのデリバリーのあり方を観察したとしても，参加者によって評価は異なったものとなる.

このことは,「鮭が産卵のために川をさかのぼっている時に，子熊がそれをエサとして捕獲する」という映像に対する視聴者の評価が，その映像を鮭の成長記録としてとらえているか，それとも子熊の成長記録としてとらえているのかによって，全く異なったものになるのと同じである．鮭が川を下り，長い期間海を回遊し，再び川をさかのぼり，産卵をして死ぬ，という鮭の成長記録としてそれを視聴している人は，子熊の行動は許せないものとして評価する．しかし，子熊が成長する過程でエサの捕獲方法を学び，初めて単独で鮭を捕獲したという視点でそれを視聴している人にとっては，子熊の行動は感動的なものとして評価される．同じ子熊の行動でも視聴者の視点によって評価は全く異なったものになるが，デリバリー・プロセスでも各参加者によって品質観が異なるために同様なことは起こり得る．さらに，その結果として，参加者それぞれが他の参加者の不満足を知覚するのが困難になる，ということも起こっているであろう.

しかし,「認識ギャップが認識の共有を生む」という現象も起こるであろう．コンフリクトの断続的あるいは継続的発生は各参加者のサービス品質

観を変容させ，品質観の共通性を導くことで共存が可能になる，ということが考えられる．サービスの結果，サービス・デリバリーのあり方，および協働ルールに対する参加者間の認識ギャップはデリバリー・プロセスでコンフリクトを生じさせるが，それによって各参加者は他の参加者との認識ギャップを理解し，コンフリクトを抑制して協働できるように自らの認識を修正する機会を得ることができる．また，この変容を通じて，デリバリー・プロセスへの参加者は顧客を含めてそれぞれに，先験的には把握することが困難であった顧客ニーズを顕在化・明確化することが可能になる．コンフリクトが生み出す驚き，不安，怒り，不満足などによって，顧客は彼自身のニーズを顕在化・明確化する可能性が開け，他の参加者も顧客ニーズを把握し，それに適応する機会を得ることができる．

この変容過程で最も変容しやすいのは顧客品質で，次にプロフェッショナル品質であり，最も変容しにくいのはマネジメント品質である，と推測される．なぜならば，選択意思推定過程あるいはデリバリー以前における顧客の品質観は非常にあいまいであるが，デリバリー・プロセスに参加してコンフリクトに遭遇するほど，顧客は彼ら自身の潜在的ニーズを顕在化し，それらを充足させるのに必要とされるサービス要素や他の参加者の行動を理解できるようになり，品質観は明確になっていく，と考えられるからである．

プロフェッショナル品質はデリバリーに関する従業員の専門的知識・技能に基づいており，比較的明確で確固としているために，顧客品質に比べて変容しにくい，と考えられる．しかし，顧客との間でサービス・エンカウンターを展開したり，他の従業員と協働したり，経営者から経営方針を順守するように強要される過程でコンフリクトと遭遇し，他の参加者の品質観に影響されて変容は起こるであろう．

一方，マネジメント品質は最も変容しにくいと考えられる．それは，経営者は顧客との認識ギャップやそれによるコンフリクトを経験する機会が少ないばかりか，従業員に対しても一方的に品質観の受容を強要する傾向があるためである．

認識ギャップの存在とそれによるコンフリクトの発生は，参加者間における品質観の共有化や顧客自身のニーズの顕在化・明確化を可能にするだけでなく，サービスの結果，サービス・デリバリーのあり方，および協働ルールにおけるイノベーションや改善を促すことになる．したがって，認識ギャップの存在とそれによるコンフリクトの発生も，サービス・デリバリーの効果および効率性の向上にとって不可欠な要因である，と考えられる．

Ⅳ-2-②
ギャップ・モデルの再考

Parasuraman, Zeithaml, and Berry (1985) は，顧客の知覚するサービス品質を低下させる可能性のあるギャップについて考察している．彼らは4種類のサービス（銀行，クレジットカード，証券会社，製品の保守修理）の経営者と顧客を対象としてサービス品質に関する調査を行い，**図45**のような五つのギャップを発見している．各ギャップの内容は次のとおりである．

GAP1：顧客のサービスに対する期待とそれに対する経営者の認識とのギャップ

GAP2：顧客の期待に対する経営者の認識とそれに基づいて設定されたサービス品質属性群とのギャップ（要員面での制約，市場の状況，経営者の無関心などの結果として生じる）

GAP3：設定されたサービス品質基準と実際にデリバリーしたサービスとのギャップ（実際にサービス・デリバリーを行う従業員の意識や行動，彼らを支援するシステムの質の結果として生じる）

GAP4：実際にデリバリーしたサービスと社外コミュニケーションを通じてデリバリーを約束したサービス品質とのギャップ（過剰な期待を抱かせるような広告や，顧客に対する情報の欠如，会社が約束した品質を確保するための努力を怠たること，などの結果として生じる）

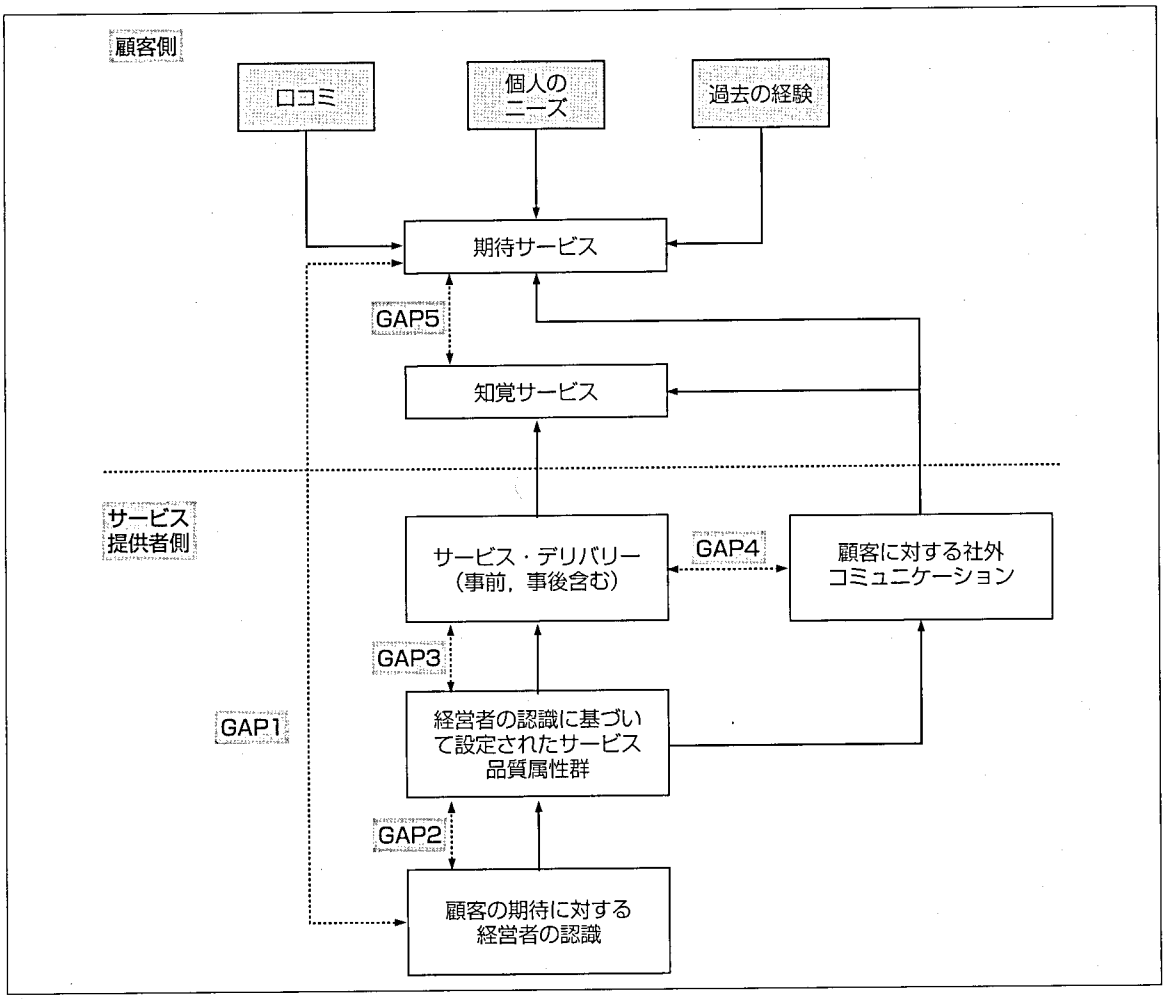


図 45　サービスのギャップ・モデル

出所：Parasuraman, A., V. A. Zeithaml, and L. L. Berry (1985), "A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research," *Journal of Marketing*, Vol. 49 (fall), p.45. 一部加筆

GAP5：期待サービスと知覚サービスとのギャップ

さらに，彼らは顧客が知覚するサービス品質は顧客のサービスに対する期待水準と GAP5 の関数であり，GAP5 は以下のような GAP1～GAP4 の関数である，という仮説を提示している．

GAP5＝f (GAP1, GAP2, GAP3, GAP4)

つまり，GAP1～GAP4 のそれぞれの大きさと方向は顧客が期待したサービスと実際にデリバリーされたサービスとのギャップを決定し，このギャップおよびサービスに対する期待水準が知覚品質の形成に影響を及ぼす，と考えている．

このギャップ・モデルには二つの重大な問題があると考えられる．その第 1 の問題は，顧客は彼自身のニーズを顕在化・明確化できるという前提である．しかし現実には，それらが可能となるのは，顧客がサービス・デリバリーに参加し，そこで他の参加者と協働しながらサービスを生成し，同時にそれを消費する過程においてである．とくに，参加者間に認識ギャップが存在しており，それがコンフリクトを生み出し，顧客が困惑や不安，不満足などを感じた場合である．

第 2 の問題は，サービス・デリバリーには顧客も参加し，サービス組織やその従業員から期待さ

れている役割を果たす必要性があることが見落とされていることである．顧客もサービス・デリバリーに必要不可欠な協働者であり，その協働のあり方もサービス品質に対して重大な影響を及ぼす．すなわち，サービスの結果，サービス・デリバリーのあり方，および協働ルールに対する顧客の認識や，他の参加者との間のそれらに対する認識ギャップもサービスの品質形成に大きくかかわっている．そのため，たとえ GAP1〜GAP4 が解消されたとしても，つまり経営者が顧客の期待を適切に把握し，それを実現するためのデリバリー・システムを適切に構築し，従業員がそれに従って適切に活動できたとしても，顧客が経営者や従業員から期待されている役割を適切に果たせない，あるいは顧客の認識する協働ルールが異なっているならば，GAP5 は生じてしまう．顧客もサービス・デリバリーの協働者であるという視点が組み込まれていないために，このギャップ・モデルはサービス自体およびそのデリバリー・プロセスの特質を反映したものとはなっていない．そのために，製造企業には適用可能でも，サービス組織には必ずしも適さないものとなっている．

サービス業に適用可能なモデルに修正するには，先に検討した参加者間での認識ギャップを組み込む必要がある．サービスはその無形性という特質のために，販売されてからデリバリーと消費が同時に行われる．このデリバリーと消費の同時性のために，顧客をサービス・デリバリー・プロセスから分離するのが困難であるだけでなく，その適切な参加が効果的かつ効率的なデリバリーにとって必要不可欠となっている．つまり，サービス・デリバリー・プロセスは経営者，従業員，および顧客の協働過程であり，これが効果的かつ効率的に行われるためには，サービスの結果，サービス・デリバリーのあり方，および協働ルールに対する認識が参加者間で共有されていることが必要とされる．しかし現実には，参加者間に認識ギャップが存在し，それらはコンフリクトを生じさせている．したがって，参加者での認識ギャップを重要なギャップとして組み込むとともに，それらが生みだすコンフリクトを活用して参加者間で認識の共通化を図ることを阻害する要因を考慮することが必要とされる．

医療サービスの場合には，とくにデリバリーに専門的知識や技能が必要とされるだけでなく，複合型のサービス・エンカウンターでデリバリーが行われ，異なった機能を果たす多くの医療従事者やその他の従業員が参加するために，参加者間にサービスの結果，サービス・デリバリーのあり方，および協働ルールに関して認識ギャップが生じやすい．したがって，医療サービスの知覚品質の向上においては，Parasuraman, Zeithaml, and Berry の提案する五つのギャップだけでなく，参加者間に存在するサービスの結果，サービス・デリバリーのあり方，および協働ルールに対する認識ギャップも考慮しなければならない．

さらに，患者は彼自身のニーズや望む価値物を顕在化・明確化できるという前提を見直し，患者と医療サービス組織の医療従事者やその他の従業員との協働の過程でそれらを顕在化・明確化していく姿勢が必要とされるであろう．医療サービスの場合には，いうまでもなく，疾病の治癒あるいは改善が患者の究極の目標であり，それを達成する医療行為を望んでいる．しかしながら，どの程度の治癒あるいは改善が可能であり，それにはどの程度の時間を要し，どのような消費資源をどの程度，どのように投入しなければならないのか，さらにはデリバリー・プロセスではどのような対応を期待してよいのか，などを専門的知識を保有しない患者が事前に明確にすることは不可能である．つまり，Parasuraman, Zeithaml, and Berry のギャップ・モデルにおける期待サービス自体があいまいで不安定であり，その結果として GAP1 および GAP5 も確定不可能な状態にある．したがって，GAP1 および GAP5 は事前に存在するものとしてとらえるのではなく，患者と医療サービス組織の医療従事者やその他の従業員（とくに医師や看護師）との協働の過程で GAP1 および GAP5 を生じさせないように期待サービスを顕在化・明確化していくことが必要とされる．あるいは，患者にとって価値のある医療サービスを協働の過程で発見ないし創造することで，GAP1 および GAP5 を生じさせないようにすることが重要である，と考えられる．

Ⅳ-3. 顧客（患者）の適切な参加を誘導するシステムとしてのスクリプト

Ⅳ-3-(1) 顧客（患者）の参加誘導システム

サービス・デリバリー・プロセスは参加者，すなわちサービス組織の経営者，従業員および顧客の協働過程であることから，サービス品質，顧客満足，職務満足，生産性などはサービス組織側の要因だけでなく，顧客側の要因にも依存している．このことからサービス組織にとっては，顧客のデリバリー・プロセスへの参加の仕方の適切化も重要な課題である．

医療サービスの場合でも，患者が予約時間に来ない，指示どおりに服薬しない，疾病からの回復のためのリハビリテーションを適切に行わない，入院中に病室で騒ぐ，というようなかたちでデリバリー・プロセスへ参加するならば，医療サービス組織や医療従事者（とくに，医師や看護師）が高い専門的知識・技能を保有し，それらを適切に用いても，患者の治療成果や満足は低い水準にとどまるであろう．さらに，他の患者の治療成果や満足にもネガティブな影響を及ぼすだけでなく，診察の遅れなどによる生産性の低下も引き起こすであろう．

したがって，サービス組織は顧客のデリバリー・プロセスへの積極的かつ適切な参加を導くようなソフトおよびハードの誘導システムを構築する必要がある．このような誘導システムとしてはさまざまなものが考えられるが，ここではとくに重要かつ有効と考えられる以下の4点について考察したい．なお，これらの誘導システムは従業員の行動の適切化にも貢献するであろう．

①物理的環境のデザイン
②顧客の参加力の育成
③ブランドの構築・強化
④適切なスクリプトの構築と共有

①の物理的環境のデザインによる誘導とは，Ⅰ-3-(2) で考察したように，フロント・ステージを形成する設備・機器，備品，道具，室温，香り（臭い），音楽などの物理的環境のデザインによって，顧客および従業員の積極的かつ適切な参加を誘導するものである．このような物理的環境のデザインによる顧客や従業員の適切な参加の誘導は，多くのサービス組織で行われている．しかし，これらは案内板や掲示板，通路のレイアウト，設備・機器のインターフェースなどによって，不適切な行動や誤操作を防ぐことが中心となっているために，顧客や従業員のネガティブな影響をもたらすような参加の抑制には貢献しても，ポジティブな影響をもたらすような参加を促すことへの貢献は小さいであろう．

また，Ⅲ-2-(1) で考察した知覚コントロール概念によると，人は自分自身が状況をコントロールしていると知覚するのか，それともコントロールされていると知覚するのかによって，満足の程度は異なるとされている（当然，自分が状況をコントロールしていると知覚するほうが満足は高くなる）．このことから，サービス組織が物理的環境のデザインによって顧客や従業員のデリバリー・プロセスへの参加の仕方をコントロールしようとする場合，彼らをコントロールしながらも，彼らにコントロールされていると知覚させないようなデザインにすることが必要とされる．もし，この誘導システムによって顧客および従業員が過度にコントロールされていると知覚するならば，両者の満足は低下し，その結果として組織に対するロイヤルティの形成・強化も阻害される危険性がある．前述のディズニーランドにおける軌道に沿って動く車やボートなどの乗り物は，この危険性を排除しながら顧客の流れを適切かつ予測可能なものにしている．さらに，顧客に感動のある経験を提供しているという点で，優れた物理的環境のデ

ザインといえよう．

②の顧客の参加力の育成とは，Ⅰ-4-(2) で考察したように，顧客の参加力を「消費資源の保有量」，「消費資源の活用能力」および「消費資源の活用意思」の3次元から構成されるものととらえ，各次元の向上を図るものである[注7]．育成の手段としては，情報提供や教育によってデリバリー・プロセスへの参加に必要な消費資源としての知識・技能の向上，およびその活用能力の向上を図ることや，積極的かつ適切に参加することの顧客にとってのメリットを理解しやすいように明確化（あるいは有形化）することで消費資源の活用意思を高めること，などが考えられる．

③のブランドの構築・強化による誘導とは，サービス組織のブランド価値を高めることによって，顧客および従業員の行動の適切化を図るものである．

モノのマーケティングにおいてはブランドの構築・強化が重視されてきたが，サービスの分野ではこれまであまり強調されることはなかった．この背景には，何を企業にとって最も価値のあるマーケティング資産と考えるのか，ということに違いがあり，製造企業はブランド・エクイティを，サービス組織はカスタマー・エクイティ[注8]を重要なマーケティング資産と見做す傾向があったためである．

サービスの場合，顧客に販売されてからデリバリー・プロセスが開始され，そこには顧客の参加が必要不可欠であるために，サービス組織の従業員および/あるいは設備・機器と顧客との間で相互作用が展開される．この結果として，サービス組織および従業員は，顧客を個客として認識し，個々の顧客の属性，購買データ，ニーズ，評価基準などを収集・蓄積することによって，顧客データベースを個人的にあるいは組織的に構築することが可能であるし，これを用いることで個客化対応が可能である．個客化対応は顧客満足を高め，さらには顧客との関係性の構築・強化を可能にするが，このことは利益の向上を導くことから，サービス組織においては顧客を価値のある資産として重視する傾向があった．

一方，モノの場合には，製造企業と顧客との間に第三者の流通業者が介在していることが多く，両者が直接的に相互作用を行う機会は非常に限定されている．つまり，顧客と接するのはブランドであり，ブランドが顧客を吸引し，さらにはロイヤルティの形成において重要な役割を果たすことから，製造企業ではブランドを価値のある資産として重視する傾向があった．

しかし，サービスのマーケティング分野においても，モノの場合とは異なる理由があるにしても，ブランドの構築・強化が重要であることには変わりがない．とくに，サービスの特質である無形性およびデリバリーと消費の同時性が，サービス組

注7）従業員の「参加力」もこの3次元としてとらえることができるが，各次元の向上においては，顧客とは異なった視点が必要とされるであろう．自分のニーズ充足や問題解決のためにデリバリー・プロセスに参加する顧客と職業として参加する従業員では，求められる資源（顧客の場合には消費資源であり，従業員の場合にはデリバリー資源）の質と量や，モチベーションの要因が大きく異なるためである．従業員に対してはサービス品質や顧客満足，生産性を向上させるのに必要とされる価値や行動に関する基準や情報，技能を提供することでデリバリー資源としての知識・技能の向上，訓練による肉体的および精神的エネルギーの向上，教育によるデリバリー資源の活用能力の向上などを図るとともに，それらを積極的かつ適切に活用してサービス・デリバリーを遂行することの見返りとして得られる価値物（モチベーション要因）を形成・理解させることが必要とされる．

注8）「カスタマー・エクイティ（customer equity）」いう用語を創案したのは Robert C. Blattberg であり，共同研究者である John Deighton と一緒に発表した論文 "Manage Marketing by the Customer Equity Test"（Harvard Business Review, July-August 1996, pp.136-144）がきっかけとなって，この概念がマーケティング研究者の間で用いられるようになっている．彼らによると，カスタマー・エクイティの基本命題は，他の資産と同様に，顧客もまた企業や組織がその価値を測定・管理し，そして最大化すべき財務的資産であるということである（Blattberg, Getz, and Thomas, 2001, p.3）

織および顧客にもたらす諸問題の解決あるいは低減のために，ブランドの構築・強化は重要であると考えられる（藤村，2003）．

ブランド概念は研究者によってさまざまに定義されている．また，明らかに時代とともに変遷しているが[注9]，ここでは「マーケティング活動の成果として市場で形成される資産的価値を蓄積する器であると同時に，その蓄積されるもの自体である」ととらえておきたい．さらに，ブランドの構築・強化とは，どのような器を作り，どのようなものを資産的価値のあるものとして蓄積し，その蓄積されたものの価値をどのように高めていくのか，ということである．つまり，どのような形の器を作り（どのようにネーミングすれば，識別記号として有効に機能するのか，ということだけでなく，その中に蓄積された価値を表現できるか，など），その中にどのようなものを蓄え，どのようなものを蓄えないのかという選別（組織がコミュニケーション・ツールとして機能するものすべてを通じて発信する情報，顧客が発信する情報，市場で形成される評判や名声，競合製品との比較情報，顧客に関する情報などの選別），蓄積された資産的価値を活性化させることによる器および価値のさらなる拡張・向上（たとえば，蓄積された名声や顧客として抱えている社会的影響のある人々を積極的に活用することによる，資産的価値の向上など），および器や蓄積された価値物によるマーケティング活動の濾過（蓄積された資産的価値，あるいはそれが全体として形成する人格の強化・維持に貢献するように，マーケティング活動の方向づけと選別）にかかわる活動である[注10]．

Ⅰ-2-(1)で考察したように，サービスには無形性という特質があり，この特質のためにサービス組織および顧客はさまざまな問題に直面している．サービス組織が市場資産としてのブランドを構築・強化することができるならば，そのブランドは無形なサービスの有形化，質の高い従業員と顧客の吸引と活性化，顧客と従業員の意思決定と行動の調整，という三つの機能を果たすことで，これらの問題を解決あるいは低減に貢献することが期待される（藤村，2003）．ここでの考察では，顧客と従業員の意思決定と行動の調整という3番目の機能が関連している．

顧客もデリバリー・プロセスに参加し，そこで必要とされている役割を果たさなければならないので，デリバリー・プロセスは従業員と顧客の協働プロセスである．したがって，両者がそれぞれにデリバリー・プロセスにおいて期待されている役割を積極的かつ適切に果たさなければならないし，効果的かつ効率的にサービス・エンカウンターを展開できなければ，ブランドの価値や意味は実現されない．サービス組織のブランドは顧客に適切な役割を認識・実行させる要因の一つである．消費によって顧客がサービス組織のブランドが約束する価値や意味を享受しようとするならば，顧客も価値や意味に適合した役割を遂行しなければならないし，それができない顧客は排除[注11]されることもある．

医療サービスの消費においては，患者が医療サービス組織のブランドの価値や意味に適合するような役割を果たさなかったとしても，そこから排除されることはない．しかし，このような排除メカニズムが働かなくても，患者は医療サービスの信頼の証として形成されたブランドの価値が自らの治療においても実現されることを望むために，適切な役割を積極的に果たすことが期待される．

サービス組織のブランドは，従業員の参加の適切化においても重要な役割を果たす．サービス組織の従業員，とくにフロント・ステージで活動する従業員は顧客に提供を約束したブランドの価値や意味を経験として実現することにおいて重要な

注9）詳細については，藤村（2003）を参照のこと．

注10）時間経過とともに器が大きくなると，器自体やその中に蓄積されたものを全体として評価・コントロールすることが困難になり，器自体が破壊されたり，その中身がネガティブな価値を持つもので汚染されたりする危険性が高まる．そして，皮肉なことではあるが，ブランドが持っている本当の価値の評価が可能となるのは，このような破壊や汚染が起こった時であるかもしれない．

役割を担っているが，彼らは，サービス・デリバリーにおいてどれだけ努力するかについては，かなりの自由裁量が認められている自発的な労働者である．そのため，最高の努力を行わせるようなモチベーションが必要となるが，ブランドはこのモチベーション機能を果たすものの一つである．

ブランドは，彼らの行動や態度を方向づけ，さらに彼らに質の高いサービスをデリバリーするための努力を行わせることに貢献する．従業員がブランドの中核的価値を共有することでサービスは卓越したものになるが，組織のリーダーは組織の内部から彼らの行動や言葉を通じてそれを伝え，組織全体に浸透させるのに対して，ブランドは組織の外から同じような役割を果たす．ブランドの中核的価値があらゆる従業員に浸透することで，デリバリー・プロセスにおける彼らの役割やその重要性の理解が促される．さらに，適切に権限委譲が行われるならば，彼らはデリバリー・プロセスにおいて必要とされる意思決定や行動を適切かつ迅速に遂行することが可能になる．

④の適切なスクリプトの構築と共有による誘導とは，デリバリー・プロセスへの参加者が適切なスクリプト，すなわち参加と協働のための適切な台本を共有できるようにすることである．Ⅲ-2-(1) で考察したように，スクリプトは因果的・時間的順序において関連している一連の行動，性質，対象から構成されるために，デリバリー・プロセスにかかわる品質（過程品質）を評価する基準と

注 11）ブランドの構築・強化においては，ブランドの持つ意味や価値の純度を高めることに貢献できるような顧客を選抜する必要があると考えるならば，顧客は大きく三つのタイプ，すなわち「ブランド・パートナー」，「ビジネス・パートナー」および「アウトキャスト」に分類できる（藤村，2003）．

「ブランド・パートナー」とは，ブランドのコア顧客である．質の高い顧客であり，ブランドの意味や価値を共有し，その人格の維持あるいは強化に貢献できる顧客である．ブランドの構築・強化を目標とするサービス組織はこの顧客カテゴリーを標的として，彼らの品質評価や顧客満足を重視しなければならない．しかし，サービス組織は，ブランド・パートナーだけを顧客として選抜し，彼らだけにサービス・デリバリーを行えばよい，ということにはならない．なぜならば，これらの顧客グループはブランド人格の維持や強化には貢献するが，必ずしも利益をもたらすとは限らないためである．ブランド人格を維持できたとしても，それが組織の存続・成長に必要な十分な利益を生み出さないならば，そのブランドは存在自体が不可能になる．ブランドは，その価値としての人格を維持・強化する前提として，その経済的な存在基盤を確立しなければならない．

このためには，第 2 の顧客カテゴリーである「ビジネス・パートナー」も，積極的にではないとしても，顧客として迎え入れていくことが必要とされる．ビジネス・パートナーは，ブランド人格にはポジティブな影響を及ぼさない，むしろネガティブな影響を漸次及ぼしていくことが多いが，ブランドの売上げや利益に貢献することで，経済的にブランドを支援している顧客カテゴリーである．ブランドは強力になるほどビジネス・パートナーやアウトキャストを吸引しやすくなるので，彼らのもたらす売上げや利益に惑わされて，彼らのニーズや満足評価に基づいてサービスやそのデリバリー・プロセスを変更するという過ちを犯さないようにしなければならない．

第 3 の顧客カテゴリーである「アウトキャスト」は，その属性やデリバリー・プロセスにおける行動・態度を通じて，ブランド人格に致命的な打撃を及ぼす顧客であるので，排除されるべき顧客である．ブランドの構築・強化を目標とするサービス組織は，その提供する意味や価値の観点から顧客を区分し，ブランド・パートナーを積極的に追い求めるとともに，このアウトキャストは積極的に排除しなければならない．そうでなければ，貴重な人的資産であるブランド・パートナーや経済的支援者であるビジネス・パートナーの離脱を招くことになり，ブランド人格だけでなく，その経済的な存在基盤も崩壊させることになる．

医療サービス組織がこのようにブランドの構築・強化の観点から患者をタイプ化し，選別を行うことは倫理的および社会的に許されることではないので，患者の選択を通じてブランドの構築・強化を行うことは困難である．しかし，医療に関する専門的知識・技能を保有していな患者は医療サービスのコア部分の品質を評価できないために，規模，運営主体，設備・機器の充実度，医師や看護師の評判などの周辺的手掛かりを通じてブランド・イメージを形成する傾向がある．このことから，このような周辺的手掛かりを属性として備えている医療サービス組織は比較的容易にブランドを構築・強化できることがあろう．

して機能し，顧客満足/不満足の形成に大きくかかわっている．さらに，スクリプトはデリバリー・プロセスで従業員と顧客が協働するための台本としての機能も持ち，従業員および顧客の参加の仕方と程度を決定する，と考えられる．したがって，適切なスクリプトが構築され，参加者間で共有されるならば，各参加者は適切にデリバリー・プロセスに参加して協働することが可能になるので，デリバリーは効果的かつ効率的に展開されるであろう．そして，このことはサービス品質，顧客満足，職務満足，生産性などに対してポジティブな影響を及ぼすであろう．

医療サービスの消費は日常的および反復的に行われることが少なく，さらにデリバリーに専門的知識・技能が必要とされるために，患者と医療サービス組織の医療従事者（とくに，医師や看護師）がそれぞれのデリバリーへの参加経験から自然に適切なスクリプトを共有するようになることは考えにくい．しかし最近，病院の入院部門において導入が進んでいる「クリティカルパス」[注12]は，スクリプトの明示的なものとして機能することで，患者のデリバリー・プロセスへの参加と医療従事者（とくに，医師や看護師）との協働を適切なものにすることに貢献する，と考えられる．

このことから，以下ではクリティカルパスを明示的スクリプトとしてとらえ，その機能と患者の参加や評価への影響について理論的・実証的に考察したい．

Ⅳ-3-(2) 明示的スクリプトとしてのクリティカルパス

クリティカルパスという概念は，1950年代のアメリカで発展したオペレーションズ・リサーチ（OR）の中のプロジェクト管理技法より派生した概念である．1回限りの事業はプロジェクトと呼ばれるが，この完了までにはほとんどの場合に時間的制約と資源的制約が存在しているために，プロジェクトを構成する諸活動を効率的に適切な順序で行っていくことが必要とされる．この問題を解決するための方法として，PERT（Program Evaluation and Review Technique）とCPM（Critical Path Method）がほぼ同時期（1956～1959年）に開発された．内容的にほとんど同じであるが，開発主体は異なっており，PERTは，ポラリス型原子力潜水艦の開発をスケジューリングするために，米国海軍とコンサルティング会社のブーツ・アレン・アンド・ハミルトン社が共同で考案したものである．一方，CPMは，米国のデュポン社が新製品の研究開発から生産までの時間と費用のスケジューリングを目的として開発したものである（小山・森田，1980）．

両方法とも非常に類似しており，ネットワークの構築とクリティカルパス（臨界経路）の導出については全く同じである．相違点は，PERTが主に時間管理を，CPMが主に費用管理を問題としていることにある．これはPERTが軍関係で開発され，そこにおいては費用よりも時間を重視する傾向があることを反映するものであった．また，PERTが活動時間を確率変数とみなしているのに対し，CPMは確定的なものとして取り扱っている点に顕著な差がある程度である．

ネットワークの構築とは，プロジェクトを分析し，独立と見做せる構成活動に分割し，連続関係を示すようなネットワークを描くことである．次にクリティカルパスの導出が行われるが，これはプロジェクトの完了時間を左右する活動からなる経路を見つけることである．これらの活動の遅れはプロジェクト全体の遅れを意味しているので，数多くの活動の中から，とくにそれらの活動の管理に集中することが可能になる．

このようなプロジェクトの時間および費用の管理方法を医療サービスのデリバリーに応用したも

注12）名称については，他に，次のようなものが用いられている（武藤，1998）．
・クリニカルパス
・クリニカルパスウェイ
・クリニカル・プログレション
・アンティシペイデッド・リカバリー・プラン
・ケア・ガイド
・ターゲット・トラック
・コーディネィティッド・ケア・プラン
・ケアマップ

のが，ここで分析対象とするクリティカルパスである．医療界でクリティカルパスが用いられはじめたのは1980年代の米国においてであるが[注13]，その背景には米国における医療費削減・抑制政策の進展があった．この時期の米国では，1970年代後半に国民医療費がGNPの7%を超えたこともあって，レーガン政権下で本格的な医療費削減・抑制政策が展開された．その医療費削減・抑制の中心となったのが医療機関への保険支払い方式の変更，すなわち連邦政府所轄の公的保険（メディケア）の償還を出来高払い方式から定額払い方式へ変更することであった．

定額払い方式には疾患群別予見定額払い（DRG/PPS：Diagnossis-related Group/Prospective Payment System）が採用されたが，これは500近い疾患グループについて，それぞれの在院日数の標準とその疾患を扱うことで生じる病院費用（医師費用は除く）に関して，DRG料金表から決められた額を支払う方式である．これにより，病院は医療サービスのデリバリーを決められた入院期間と料金の範囲内で行えば利益を出すことができるが，それを超えれば損失を出すという状況になっている．このDRG/PPSによる支払い方式は当初連邦政府の所轄する公的保険のみに適用されたが，その後，民間の医療保険にも広がり，全米の病院の経営全体に大きな影響を及ぼすようになっている（武藤，1998）．

1990年代に入ってマネジドケア[注14]の利用が増加しているが，これは保険会社が契約者（病院や個人・企業）と取り交わす健康保険プランであり，最少の保険料で最良の医療結果を得るために，医療行為の過程をも保険プランの中で逐一管理するものである．つまり，保険会社が特定の医師・病院とネットワークを作ったり，診療内容を審査したりすることで，医療サービスを患者にデリバリーする期間やコストを最小限に抑えながら，同時に質の高い医療サービスを提供しようとする医療保険プランである．具体的には，病院は患者の医療費をHMO（Health Maintenance Organization，健康維持機構）と定額制前払い方式で契約する．これにより公的保険の場合と同様に，病院は前払いされた医療費の範囲内で医療行為を行えば利益を出すことができるが，それを超えると病院の持ち出しになってしまう（森山，1998）．

このように公的保険だけでなく民間の医療保険においても，支払方式が出来高払いから定額払いへの変更が進むことで，ある定められた入院期間内に最少のコストで質の高い医療サービスのデリバリーを行うことが病院の重大な経営課題となっている．そして，このことが病院におけるクリティカルパスの導入・普及を促している．なお，導入過程で，医療界におけるクリティカルパスはオペレーションズ・リサーチ（OR）における元々の考え方とは少し異なるものとなっている．すなわち，ORにおけるクリティカルパスはプロジェクトの時間と費用の管理であるが，医療界に実際に導入されているのは活動の標準化の側面が強いものとなっている．

クリティカルパスの定義については，論者や視点によって少しずつ異なっている．たとえば，クリティカルパスに含まれる情報内容を強調したものでは，「特定の患者集団に対する理想的治療方法の道筋」とか「患者の病院滞在のアウトライン」と定義されている（森山，1998）．事実，クリティカルパスは，一定の疾患をもつ患者に対する入院指導，入院時オリエンテーション，検査，食事指導，安静度，退院計画などがルティーン・スケジュールとしてまとめられている．

また，医療サービスのデリバリー・プロセスにおける協働を強調したものでは，Goldwin（1992）の「特定のケースに対し，ケアの質とコストの関係を意図的にコントロールして目標を達成しよう

注13）米国で最初にクリティカルパスを医療界へ導入したのは，マサチューセッツ州にあるニューイングランド・メディカル・センターの正看護師カレン・ザンダー氏で，1985年のことであった（武藤，1998）．

注14）米国の公的な医療保険制度は高齢者，障害者，低所得者が対象で，それ以外の人は勤務先の会社などを通じて民間の医療保険に入っており，マネジドケアの加入者は全体の7割を超えている（朝日新聞，2001年4月21日）．

とする多業種共同のケア・プロセス」という定義がある．笹鹿（1997）は，「医療を，医師，看護婦，ソーシャルワーカー，理学療法士，作業療法士，栄養士，薬剤師，レントゲン技師などの専門家からなるオーケストラ」ととらえ，「それぞれのパートが協力しながらよいハーモニーを奏でるためには楽譜が必要であり，その楽譜に相当するものがクリティカルパスである」と論じている．森山（1998）も，「クリティカルパスは，患者のケアに関わるすべての専門職の動き（治療・処置内容）をすべて書き出し，それを一覧表にし，最大の治療効果を生み出せるように調整したものである」と定義している．これらの定義では，医療サービスのデリバリー・プロセスは参加者の協働過程と認識されているが，参加者には医療従事者しか含まれず，患者はそれらの協働の成果の受け手としてしか認識されていない，という問題がある．

医療サービスの消費においても，顧客である患者がそのデリバリー・プロセスに積極的かつ適切に参加し，医師や看護師，その他の従業員と協働を行わなければ，効果的かつ効率的なデリバリー・プロセスの進行と治療成果を期待することはできない．患者が指示されたとおりに薬を服用しなかったり，自ら疾病からの回復と社会復帰のためのリハビリテーションに取り組まなければ，治癒が遅れるばかりか，別の疾病を引き起こす危険性もある．

たとえば，結核の治療には3種類の薬が組み合わされて提供されるが，患者がそれら3種類のすべてを指示どおりに服用しなければ，耐性菌を生み出し症状を悪化させてしまうこともあるという．このことから，クリティカルパスは患者も協働者の一人としてとらえ，彼らが遂行しなければならない役割や活動も明記するとともに，それらを調整するものであることが必要とされる．

このようにクリティカルパスの定義は論者によって異なるが，その導入によって期待される効果として，以下のようなことがあげられている（武藤，1998）．

①在院日数短縮
②コスト削減
③患者満足の向上
④ケースマネジメントの改善
⑤職員教育
⑥診療録の改善
⑦チーム医療の推進

患者満足の向上もクリティカルパスの効果としてあげられているが，そのような効果が導かれる理由については理論的・実証的に考察されていない．

以下では，クリティカルパスが患者満足を導くと考えられる理論的根拠を示すとともに，その効果を患者に対する量的調査により実証的に検討したい．

Ⅳ-3-(3) クリティカルパスの機能と患者満足に対する効果

クリティカルパスはその導入の背景から，コスト管理や活動の標準化の側面が強調されている．しかし，適切なクリティカルパスは明示的スクリプトとして映画におけるシナリオと同様な役割を果たし，参加者の適切な参加と協働を促すことを通じて患者満足，さらには職務満足や生産性の向上に重要な役割を果たすことが期待される（藤村，1997）．

また，明示的スクリプトとして，それが保有する予測向上機能や評価基準機能も発揮することが期待される．

日常的に消費されるサービスの場合，多頻度の消費経験と，その評価に専門的知識を必要としないことから，顧客はそのサービス消費状況において適切で目標達成の可能性を高めるような一連の行動，すなわちスクリプトを学習することが比較的容易である．これは映画におけるシナリオのようなものであり，そこにはデリバリー・プロセスにおいて順次展開される場面とその順序，そこでの登場人物（参加者）の行動やせりふ，その背景となる物理的環境要素などが含まれている．そして，映画の制作にかかわる人々すべてが共通のシナリオを保有し，関係者のそれぞれがそれに従って与えられた役割を適切に遂行することで，映画

が完成するように，顧客と従業員が共通のスクリプトを保有し，それぞれがそれに従ってサービス・デリバリー・プロセスに積極的かつ適切に参加し，協働することで，サービスのデリバリーと消費は満足なかたちで完結する．逆に言えば，適切なスクリプトが参加者間で共有されていない場合には，参加と協働が適切に行われないために，サービス・デリバリー・プロセスで問題が発生し，参加者それぞれにとって不満足な結果となる．

医療サービスの場合には，消費頻度が低く，その評価に高度に専門的な知識が必要とされるために，協働の効果的かつ効率的な展開を促すような共通スクリプトを，患者を含む参加者が学習・保持することは困難である．クリティカルパスはこのことがもたらす問題の深刻化を抑制し，さらには患者満足の向上を導くことが期待される．なぜならば，クリティカルパスに関する前述の定義が示すように，それには医療サービスのデリバリー・プロセスに関与するさまざまな人々の活動を調整し，協働を促すような台本機能があるためである．クリティカルパスは参加者に共通の明示的スクリプトを提供するので，各参加者はデリバリー・プロセスの各段階における彼らの役割を適切に認識・遂行できるようになるだけでなく，他の参加者に対してどのような行動を，どの程度期待できるのか，を理解できるようになることから，効果的かつ効率的な協働の展開が可能になる．

また，医療サービスに対する患者の満足/不満足を決定するのは治療成果とデリバリーのあり方（たとえば，医師や看護師の患者対応のあり方）であるが，両者では用いられる評価基準が異なっている．Ⅲ-2-(1) で考察したように，治療成果に対する認知的満足/不満足形成には，期待，衡平性，ノルムといった評価基準のいずれか一つ，あるいはこれらを組み合わせたものが用いられ，それを上回っている（あるいは下回っている）程度によって満足/不満足が形成される．

一方，デリバリーのあり方に対する認知的満足/不満足形成では，期待，衡平性，ノルムといった評価基準以外に，スクリプトも重要な役割を果たし，それと実際のデリバリー・プロセスとの一致度も満足/不満足形成に大きくかかわっている．

すなわち，デリバリー・プロセスのあり方に対する認知的満足は，顧客が保有しているスクリプトと実際のサービス・デリバリー・プロセスで展開される消費場面の順序，そこでの登場人物の外観や行動・態度，その場面を構成する物理的環境要素などとの一致度が高く，認知的あるいは実際のコンフリクトが生じないことによって高まる．逆に，一致度が低い場合には，コンフリクトが生じるために，あるいは参加者間でトラブルが発生しデリバリー・プロセスが遅延あるいは中断するために，認知的不満足が形成されやすくなる．

サービス・デリバリー・プロセスへの反復的な参加経験によって学習される通常のスクリプトの場合には，デリバリー・プロセスに関連する参加者やその標準的行動，性質，対象などに関する非常に広範囲な情報が含まれているが，クリティカルパスに含まれる情報は治療行為に関係のある情報に限定されている．そのため，クリティカルパスは医療サービスのデリバリー・プロセスのすべての側面を評価し，認知的満足/不満足形成するための基準として機能しないかもしれないが，プロセスにおける重要な出来事を評価する基準としては機能するであろう．そして，現実の医療サービスのデリバリー・プロセスとの一致度の高い適切なクリティカルパスの提示は，患者にデリバリー・プロセスへの参加の仕方に関する適切な情報を提供し，そこでの協働を円滑にするだけでなく，患者に適切な評価基準を提供し現実とのギャップを低減させるために，患者満足にポジティブな影響を及ぼすであろう．

しかし逆に言えば，提示したクリティカルパスに沿ったかたちで医療サービスをデリバリーできない場合には，患者満足は低下する，あるいは不満足が形成されることになる．このことから，クリティカルパスの構築においては実行可能性を重視するとともに，クリティカルパスとの一致度の高いサービスのデリバリーを可能にするように，組織をコントロールすることも必要とされる．

また，明示的スクリプトとしてのクリティカルパスには，患者の治療過程にかかわる予測性を高める機能がある，と考えられる．予測性の向上は，患者が治療過程において感じる不安を低減するだ

けでなく，状況に対する知覚コントロール水準を高めることによって，患者満足にポジティブな影響を及ぼすであろう．

不安は将来において起こるかもしれない出来事に関する不確実性が高いことから生じる．患者の場合には，不安は身体的に起こるかもしれない出来事に関する不確実性からだけでなく，社会的関係の回復にかかわる不確実性からも生じる．公的医療制度の中で診断・治療を受けることで人は「患者」という役割を担うことになるが，それにより仕事や日常社会における義務から解放される代わりに，健康な人びとが持つ役割からはずされたり，権利が奪われることになる．つまり，人は患者となることで，プライバシーを奪われるだけでなく，日常の生活や行動を維持することや，主体的に行動することが制限されるようになる(波平，1994)．このことは，患者は日常的な社会関係から離脱させられることや，日常生活で用いているスクリプトを放棄しなければならないことを意味している．この結果，患者は社会的関係のなかに復帰することに関する大きな不確実性を知覚するだけでなく，治療過程を主体的かつ予測のもとに過ごすことができないために，身体的な不確実性と相まって，大きな社会的不安を感じることになる．

明示的スクリプトとしてのクリティカルパスには，入院指導，入院時オリエンテーション，検査，食事指導，安静度，退院計画などがまとめられているので，これの提示は患者の将来に対する予測性を高めることになる．そして，この予測性の向上は身体的および社会的不安の低減を通じて，患者満足にポジティブな影響を及ぼすと考えられる．

さらに，この予測性の向上がもたらす知覚コントロールも，医療サービスのデリバリー・プロセスにおける患者および医療従事者（とくに，医師や看護師)それぞれの満足に重大な影響を及ぼす，と考えられる．Ⅲ-2-(1) で考察したように，知覚コントロール水準はデリバリー・プロセスを行動的にコントロールすることで高まるのは当然のことであるが，実際にコントロールしていなくても，そうしていると知覚するだけでも高まる．

たとえば，患者が医師を指名するとか，治療方法を選択するとか，のようなオプションの存在は行動的コントロールを可能にするために患者満足を高める．一方，医師から患者に治療方法や治療期間，その期間に患者自身が行うべきことなどを情報として提供することは，患者の認知的なコントロールを高めることになる．なぜならば，そのような情報提供によって，患者はそれ以後の医療サービスのデリバリー・プロセスにおいて起こる出来事や彼自身の役割について理解できるようになり，将来に対する予測性が高まり，それは状況をコントロールしているという感覚を生み出すためである．

このように，適切なクリティカルパスの構築と提示によって医療サービスのデリバリー・プロセスに対する患者の予測性を向上させることは，患者の不安を低減したり，知覚コントロール水準を高めることになるので，患者満足にポジティブな影響を及ぼすことになる，と考えられる．また，予測性の向上により，患者はデリバリー・プロセスへの参加を必要としない時間を把握できるので，自由裁量時間を確保できる．この自由裁量時間の使い方については患者自身が決定できることも，患者満足の向上に貢献する，と考えられる．

Ⅳ-4．明示的スクリプトとしてのクリティカルパスの患者満足に対する効果に関する実証的考察

明示的スクリプトとしてのクリティカルパスの諸機能とそれらの患者満足に対する効果を実証的に考察するために，初期的調査[注15)]を実施した．その調査実施概要および調査対象者の属性は以下のとおりである．

Ⅳ-4-(1) 調査の実施概要

調査対象者：香川県内の市立病院の入院患者

調　査　票：B4（裏表）（質問は患者本人の直筆回答を基本としているが，本人の直筆回答が困難な場合には，看護師が質問を読み上げ，聞き取り記入）

調査方法：退院時に配布し，その場で回収あるいは郵送回収

調査時期：2000年7月1日～12月31日

有効回収数：375票

有効回収票の属性：有効回収票における患者特性は表30のとおりである．

なお，分析には，10～85歳の有効回収票を用いた．それは，これ以外の年齢層では質問内容を理解し，それに対して自分自身の評価を適切に伝えることが困難であると考えられるからである．さらに，これ以外の年齢層の回収票の中には家族の代理回答票が含まれているが，患者本人が回答した場合と家族による代理回答の場合とでは評価構造が異なるためである[注16)]．

Ⅳ-4-(2) クリティカルパスが患者評価に及ぼす影響

前述のように，明示的スクリプトとしてのクリ

表30　患者特性

性別	人数	構成比（%）
男性	171	45.6
女性	196	52.3
不明	8	2.1
合計	375	100.0

年齢	人数	構成比（%）
10歳未満	39	10.4
10代	13	3.5
20代	42	11.2
30代	38	10.1
40代	20	5.3
50代	39	10.4
60代	65	17.3
70代	64	17.1
80代以上	43	11.5
不明	12	3.2
合計	375	100.0

入院日数	人数	構成比（%）
1～5日	75	20.0
6～10日	94	25.1
11～15日	40	10.7
16～20日	26	6.9
21～25日	15	4.0
26～30日	30	8.0
31～35日	9	2.4
36～40日	15	4.0
41日以上	58	15.5
不明	13	3.5
合計	375	100.0

当病院の入院経験	人数	構成比（%）
ある	199	53.1
ない	165	44.0
不明	11	2.9
合計	375	100.0

ティカルパスには「協働のための台本機能」，「評価基準機能」，および「予測向上機能」があると考えられることから，クリティカルパスの有無によってこれらの機能にかかわる患者評価にどのような違いがあるのかを分析した．

表31のクロス集計表は，12の質問項目について，クリティカルパスを用いた患者グループと用いなかった患者グループの評価を比較したものである．なお，各評価は【　】内のステートメントに対して，1=「そう思わない」～5=「そう思う」の5点尺度で聴取している．

大部分の質問項目において，クリティカルパスを用いた患者グループのほうが評価が高くなっているが，統計的に有意差がみられたのは以下の4項目であった．

4．治療成果を上げるために患者として行うべきことが理解できていた．

6．治療や処置は事前の説明どおりに行われた．

9．入院期間中，予測していなかったような状況が生じるようなことはなかった．

12．治療成果を上げるために，私は医師や看護婦[注17]に十分に協力した．

質問4と12は患者のデリバリー・プロセスへの参加と協働にかかわる項目であり，質問6は評価基準にかかわる項目，質問9は予測性にかかわる項目である．これらの項目において統計的に有意差がみられることから，クリティカルパスは明示的スクリプトとして前述のような三つの機能を備えていることが推測される．

次に，**表32**のクロス集計表は，クリティカル

注15）この調査は，平成11年度～平成12年度科学研究費補助金（基盤研究（C）（2）：課題番号11630110）を受けて行ったものである．

また，「初期的調査」と記述しているのは，この調査はクリティカルパスの持つ機能とそれが患者満足に及ぼす効果を厳密に検証するための準備的位置づけにあるためである．クリティカルパスの機能や効果を厳密に検証するには，同じ疾病の患者を二つのグループに分けて，一つのグループではクリティカルパスを用い，もう一方のグループでは用いないことで，グループ間での評価の違いを分析する必要がある．さらに，クリティカルパスを用いる場合でも，その内容によって患者満足や評価がどのように変化するのかを分析しなければならない．しかし，この調査の実施段階では，まだこのような厳密な調査を実施できるほどクリティカルパスが導入されていなかったので，このような実験的な方法を採用できなかった．そのため分析は，クリティカルパスが用意されている疾病のためにそれを用いることができた患者と用意されていない疾病のために用いることができなかった患者の評価を比較するというかたちで行っている．このことが分析結果にもたらすバイアスも当然予想されることであるが，それらの検討は今後の課題である．

注16）訪問看護サービスについて利用者満足調査を行ったが，利用者本人が回答した場合と家族が代理回答をした場合とでは，満足/不満足に影響を及ぼす要因は明らかに異なっていた．すなわち，訪問看護サービスに対する利用者満足に統計的に有意な影響を及ぼす要因は，利用者本人が回答した場合には，看護師の「看護能力」と「態度・対応」であり，家族が代理回答した場合には，看護師の「態度・対応」と「時間対応」であった．訪問看護師の時間対応は，利用者本人が回答した場合にはほとんど影響を及ぼしていなかった．このような結果は，利用者本人にとってはサービスのコアである看護技術や援助内容が重要であるのに対して，家族にとっては訪問看護師が予定時間どおりに訪問してくれることや望む時間帯に訪問してくれることが重要であることを示している，と考えられる．なお，調査実施概要と結果の詳細については，平成11年度厚生省老人保健事業推進費等補助金研究報告書『介護保険制度下における訪問看護サービスの質の評価・向上に関する研究』の71-85頁を参照のこと．

この結果が示すように，サービスの利用者本人とその関係者ではその消費によって望むものが異なるために，満足/不満足に影響を及ぼす要因は異なる．また，望むことが異なるために，同じデリバリー・プロセスやその成果を見ても，それらに対する評価は異なったものになることから，両者の評価は分けて分析することが必要とされる．

注17）「看護師」に名称変更になる以前に調査を実施したため，質問項目では「看護婦」となっている．

表31　クリティカルパスの有無による評価の違い

【1．入院期間中のそれぞれの日において，医師がどのような治療を行うのかが予測できた.】

評価 / クリティカルパスの有無	そう思わない		どちらとも言えない		そう思う	小計
あり	1 (2.0)	2 (3.9)	14 (27.5)	5 (9.8)	29 (56.9)	51 (23.0)
なし	6 (3.5)	6 (3.5)	46 (26.9)	41 (24.0)	72 (42.1)	171 (77.0)
小計	7 (3.2)	8 (3.6)	60 (27.0)	46 (20.7)	101 (45.5)	222 (100.0)
Pearson のカイ二乗値：6.010						

【2．入院期間中のそれぞれの日において，看護婦がどのような処置を行うのかが予測できた.】

評価 / クリティカルパスの有無	そう思わない		どちらとも言えない		そう思う	小計
あり	2 (3.9)	0 (—)	13 (25.5)	9 (17.6)	27 (52.9)	51 (23.0)
なし	2 (1.2)	3 (1.8)	40 (23.4)	46 (26.9)	80 (46.8)	171 (77.0)
小計	4 (1.8)	3 (1.4)	53 (23.9)	55 (24.8)	107 (48.2)	222 (100.0)
Pearson のカイ二乗値：4.285						

【3．入院期間中，安心して治療を受けることができた.】

評価 / クリティカルパスの有無	そう思わない		どちらとも言えない		そう思う	小計
あり	0 (—)	1 (1.9)	2 (3.8)	9 (17.3)	40 (76.9)	52 (22.8)
なし	1 (0.6)	1 (0.6)	19 (10.8)	31 (17.6)	124 (70.5)	176 (77.2)
小計	1 (0.4)	2 (0.9)	21 (9.2)	40 (17.5)	164 (71.9)	228 (100.0)
Pearson のカイ二乗値：3.476						

【4．治療成果を上げるために患者として行うべきことが理解できていた.】

評価 / クリティカルパスの有無	そう思わない		どちらとも言えない		そう思う	小計
あり	1 (2.0)	0 (—)	7 (14.0)	10 (20.0)	32 (64.0)	50 (22.4)
なし	0 (—)	0 (—)	37 (21.4)	46 (26.6)	90 (52.0)	173 (77.6)
小計	1 (0.4)	0 (—)	44 (19.7)	56 (25.1)	122 (54.7)	223 (100.0)
Pearson のカイ二乗値：6.221*						

注1）カッコなし数値は各セルに該当する人数であり，カッコ付き数値は構成比（%）である.
注2）*は15%水準で有意である.

【5．治療成果を上げるために患者として行うべきことを，私は積極的に行った．】

評価 / クリティカルパスの有無	そう思わない		どちらとも言えない		そう思う	小計
あり	0 (—)	1 (2.0)	9 (18.0)	13 (26.0)	27 (54.0)	50 (22.8)
なし	0 (—)	3 (1.8)	40 (23.7)	38 (22.5)	88 (52.1)	169 (77.2)
小計	0 (—)	4 (1.8)	49 (22.4)	51 (23.3)	115 (52.5)	219 (100.0)
Pearson のカイ二乗値：0.797						

【6．治療や処置は事前の説明通りに行われた．】

評価 / クリティカルパスの有無	そう思わない		どちらとも言えない		そう思う	小計
あり	1 (1.9)	0 (—)	1 (1.9)	11 (21.2)	39 (75.0)	52 (23.2)
なし	1 (0.6)	2 (1.2)	19 (11.0)	22 (12.8)	128 (74.4)	172 (76.8)
小計	2 (0.9)	2 (0.9)	20 (8.9)	33 (14.7)	167 (74.6)	224 (100.0)
Pearson のカイ二乗値：7.029*						

【7．医師や看護婦による治療・処置は，自分の期待通りに行われた．】

評価 / クリティカルパスの有無	そう思わない		どちらとも言えない		そう思う	小計
あり	0 (—)	1 (1.9)	5 (9.6)	11 (21.2)	35 (67.3)	52 (23.0)
なし	0 (—)	1 (0.6)	29 (16.7)	31 (17.8)	113 (64.9)	174 (77.0)
小計	0 (—)	2 (0.9)	34 (15.0)	42 (18.6)	148 (65.5)	226 (100.0)
Pearson のカイ二乗値：2.420						

【8．入院生活は，自分がコントロール（統制）しているように感じられた．】

評価 / クリティカルパスの有無	そう思わない		どちらとも言えない		そう思う	小計
あり	7 (13.7)	2 (3.9)	15 (29.4)	15 (29.4)	12 (23.5)	51 (23.1)
なし	9 (5.3)	4 (2.4)	67 (39.4)	44 (25.9)	46 (27.1)	170 (76.9)
小計	16 (7.2)	6 (2.7)	82 (37.1)	59 (26.7)	58 (26.2)	221 (100.0)
Pearson のカイ二乗値：5.634						

注 1）カッコなし数値は各セルに該当する人数であり，カッコ付き数値は構成比（%）である．
注 2）*は 15%水準で有意ある．

【9．入院期間中，予測していなかったような状況が生じるようなことはなかった.】

評価 / クリティカルパスの有無	そう思わない		どちらとも言えない		そう思う	小計
あり	4 (7.7)	0 (—)	3 (5.8)	10 (19.2)	35 (67.3)	52 (23.2)
なし	5 (2.9)	3 (1.7)	39 (22.7)	29 (16.9)	96 (55.8)	172 (76.8)
小計	9 (4.0)	3 (1.3)	42 (18.8)	39 (17.4)	131 (58.5)	224 (100.0)
Pearson のカイ二乗値：10.299***						

【10．入院生活については，治療や処置以外のことは自分で計画を立てて行うことができた.】

評価 / クリティカルパスの有無	そう思わない		どちらとも言えない		そう思う	小計
あり	2 (4.0)	2 (4.0)	13 (26.0)	13 (26.0)	20 (40.0)	50 (22.8)
なし	10 (5.9)	6 (3.6)	52 (30.8)	32 (18.9)	69 (40.8)	169 (77.2)
小計	12 (5.5)	8 (3.7)	65 (29.7)	45 (20.5)	89 (40.6)	219 (100.0)
Pearson のカイ二乗値：1.520						

【11．入院期間中に不安を感じることはなかった.】

評価 / クリティカルパスの有無	そう思わない		どちらとも言えない		そう思う	小計
あり	1 (2.0)	3 (5.9)	8 (15.7)	11 (21.6)	28 (54.9)	51 (22.7)
なし	4 (2.3)	9 (5.2)	36 (20.7)	30 (17.2)	95 (54.6)	174 (77.3)
小計	5 (2.2)	12 (5.3)	44 (19.6)	41 (18.2)	123 (54.7)	225 (100.0)
Pearson のカイ二乗値：0.968						

【12．治療成果を上げるために，私は医師や看護婦に十分に協力した.】

評価 / クリティカルパスの有無	そう思わない		どちらとも言えない		そう思う	小計
あり	0 (—)	2 (3.9)	5 (9.8)	13 (25.5)	31 (60.8)	51 (22.9)
なし	2 (1.2)	4 (2.3)	42 (24.4)	45 (26.2)	79 (45.9)	172 (77.1)
小計	2 (0.9)	6 (2.7)	47 (21.1)	58 (26.0)	110 (49.3)	223 (100.0)
Pearson のカイ二乗値：6.718*						

注 1）カッコなし数値は各セルに該当する人数であり，カッコ付き数値は構成比（%）である.
注 2）***は 5%水準で，*は 15%水準で有意である.

表 32　クリティカルパスの有無による患者満足の違い

クリティカルパスの有無＼総合満足度 1	不満足である		どちらとも言えない		満足である	小　計
あ　り	0 (—)	0 (—)	4 (7.7)	16 (30.8)	32 (61.5)	52 (22.6)
な　し	0 (—)	1 (0.6)	22 (12.4)	48 (27.0)	107 (60.1)	178 (77.4)
小　計	0 (—)	1 (0.4)	26 (11.3)	64 (27.8)	139 (60.4)	230 (100.0)
Pearson のカイ二乗値：1.290						

クリティカルパスの有無＼総合満足度 2	期待以下である		期待通りである		期待以上である	小　計
あ　り	0 (—)	1 (1.9)	17 (32.7)	16 (30.8)	18 (34.6)	52 (22.9)
な　し	1 (0.6)	5 (2.9)	82 (46.9)	42 (24.0)	45 (25.7)	175 (77.1)
小　計	1 (0.4)	6 (2.6)	99 (43.6)	58 (25.6)	63 (27.8)	227 (100.0)
Pearson のカイ二乗値：4.137						

注 1）カッコなし数値は各セルに該当する人数であり，カッコ付き数値は構成比（%）である．

パスの患者満足の向上に対する効果を分析した結果である．患者満足を異なる二つの尺度，すなわち 1=「不満足である」～5=「満足である」とする 5 点尺度（総合満足度 1）と，1=「期待以下である」～5=「期待以上である」とする 5 点尺度（総合満足度 2）で測定したが，どちらの尺度においても，クリティカルパスを用いた患者グループのほうが用いなかった患者グループよりも満足評価は高くなっている．とくに総合満足度 2（期待以下～期待以上）では，「期待以上」あるいは「やや期待以上」と回答した人の割合は，クリティカルパスを用いた患者グループで 65.4%，用いなかった患者グループで 49.7%となっており，15.7 ポイントの差がある．しかし，この差異は統計的に有意とはいえないことから，この分析結果では，クリティカルパスの患者満足の向上に対する効果は支持されなかった．

Ⅳ-4-(3)
クリティカルパスの有無による満足構造の違い

次に，明示的スクリプトとしてのクリティカルパスが保有するであろう三つの機能が患者満足に及ぼす影響について分析したい．この分析のための準備としてまず，**表 31** の 12 の質問項目を用いて因子分析を行うことで，スクリプトの持つ基本的機能次元の抽出を行った．**表 33** はバリマックス回転後の因子負荷行列を示しており，3 因子が抽出された．因子負荷量の大きい質問項目の内容から，第 1 因子は「協働への参加にかかわる次元」，第 2 因子は「評価基準の充足にかかわる次元」，第 3 因子は「予測性の高さにかかわる次元」と解釈することができる．これらは明示的スクリプトとしてのクリティカルパスが保有していると推論された三つの機能に対応している．

表33　クリティカルパスの持つ基本的機能次元の抽出

質問項目＼因子	第1因子 協働への参加	第2因子 評価基準の充足	第3因子 予測性の高さ	共通性
治療成果を上げるために，私は医師や看護婦に十分に協力した．	0.721	0.257	0.080	0.593
治療成果を上げるために患者として行うべきことを，私は積極的に行った．	0.642	0.308	0.159	0.532
入院生活については，治療や処置以外のことは自分で計画を立てて行うことができた．	0.594	0.057	0.294	0.442
入院期間中，予測していなかったような状況が生じるようなことはなかった．	0.496	0.253	0.139	0.329
治療成果を上げるために患者として行うべきことが理解できていた．	0.466	0.351	0.335	0.453
入院生活は，自分がコントロール（統制）しているように感じられた．	0.450	0.163	0.131	0.246
入院期間中に不安を感じることはなかった．	0.365	0.235	0.240	0.247
医師や看護婦による治療・処置は，自分の期待通りに行われた．	0.335	0.791	0.216	0.785
治療や処置は事前の説明通りに行われた．	0.312	0.753	0.180	0.697
入院期間中，安心して治療を受けることができた．	0.231	0.615	0.406	0.597
入院期間中のそれぞれの日において，看護婦がどのような処置を行うのかが予測できた．	0.207	0.181	0.816	0.742
入院期間中のそれぞれの日において，医師がどのような治療を行うのかが予測できた．	0.248	0.310	0.690	0.634
寄与率	20.4%	17.8%	14.3%	52.5%

注1）回答は「そう思わない」を「1」，「そう思う」を「5」とする5点尺度で聴取している．
注2）主因子法，バリマックス回転．
注3）因子は固有値が1以上のものを抽出．
注4）「看護師」に名称変更になる以前に調査を実施したため，質問項目では「看護婦」となっている．

次に，抽出された三つの次元が患者満足に及ぼす影響を明らかにするために，クリティカルパスを用いた患者グループと用いなかった患者グループに分けて回帰分析を行った．患者満足としては「総合的満足度1」，「医師に対する満足度」，「看護師に対する満足度」，「治療成果に対する満足度」を用いたが，その結果が**表34**である．なお，各満足度とも，1＝「不満足である」～5＝「満足である」の5点尺度で聴取している．

表34から明らかなように，クリティカルパスを用いた患者グループと用いなかった患者グループ間で，患者満足に対する各次元の影響の仕方に差異がみられる．クリティカルパスを用いていない患者グループでは，明示的スクリプトとしてのクリティカルパスが備えているであろう三つの機能はいずれも患者満足に対して有意にポジティブな影響を及ぼしている．このことから，クリティカルパスを提示することでそれが備えている三つの機能が働くこと，すなわち患者の協働への適切な参加が促されること，明確な評価基準が示されそれが充足されること，および治療過程の予測性が高まることにより，患者満足が高まることが推測される．

一方，クリティカルパスを用いた患者グループでは，クリティカルパスが備えている三つの機能の中の「協働への参加」は患者満足に対して有意な影響を及ぼしていない．また，「評価基準の充足」の患者満足に対する影響が比較的大きくなっている．

このようにクリティカルパスを用いた患者グループと用いなかった患者グループで，明示的スクリプトとしてのクリティカルパスが保有していると期待される機能の患者満足に対する影響が異なっていることから，クリティカルパスを用いることは患者満足の構造，すなわち患者満足の向上に重要な役割を果たす要因に影響を及ぼすことが推測される．

クリティカルパスを用いた患者グループにおい

表34　スクリプトの機能が患者満足に及ぼす影響

【クリティカルパスありの患者】

従属変数＼独立変数	定数項	協働への参加	評価基準の充足	予測性の高さ	自由度調整済み決定係数
総合満足度 1 (n=48)	4.511 (51.328)****	−0.027 (−0.244)	0.316 (2.922)***	0.207 (2.350)**	$\bar{R}^2$=0.139 F 値 3.525**
医師に対する満足度 (n=48)	4.612 (53.320)****	0.003 (0.026)	0.298 (2.749)***	0.142 (1.604)	R^2=0.101 F 値 2.751*
看護師に対する満足度 (n=48)	4.621 (56.780)****	−0.063 (−0.609)	0.270 (2.690)**	0.320 (3.928)****	$\bar{R}^2$=0.233 F 値 5.766***
治療成果に対する満足度 (n=48)	4.497 (50.387)****	0.002 (0.016)	0.540 (4.913)****	0.140 (1.570)	$\bar{R}^2$=0.317 F 値 8.270****

【クリティカルパスなしの患者】

従属変数＼独立変数	定数項	協働への参加	評価基準の充足	予測性の高さ	自由度調整済み決定係数
総合満足度 1 (n=160)	4.500 (93.299)****	0.228 (4.068)****	0.218 (3.983)****	0.235 (3.957)****	$\bar{R}^2$=0.285 F 値 22.100****
医師に対する満足度 (n=159)	4.622 (96.129)****	0.134 (2.343)**	0.348 (6.356)****	0.148 (2.503)**	R^2=0.302 F 値 23.763****
看護師に対する満足度 (n=160)	4.631 (97.663)****	0.164 (2.980)***	0.206 (3.838)****	0.145 (2.487)**	$\bar{R}^2$=0.194 F 値 13.747****
治療成果に対する満足度 (n=157)	4.480 (89.166)****	0.199 (3.430)****	0.342 (6.053)****	0.287 (4.678)****	$\bar{R}^2$=0.382 F 値 33.104****

注 1）回帰係数の下のカッコ付き数字は t 検定量，$\bar{R}^2$ は自由度調整済決定係数，F は F 検定量，n はサンプル数である．

注 2）****0.1%水準，***は 1%水準，**は 5%水準，*は 10%水準で有意である．

注 3）網かけをしているセルは，統計的に有意でない回帰係数である．

て「協働への参加」が統計的に有意なポジティブな影響を及ぼしていないことの理由としては，明示的なスクリプトとしてクリティカルパスが提示され，参加者間でそれが共有されることで，患者も医療サービスのデリバリー・プロセスにおいて彼ら自身に期待されている役割を適切に理解し遂行できるようになるとともに，協働が可能になることが考えられる．すなわち，クリティカルパスが提示されない場合には理解できなかった役割がその提示により理解でき，それにより適切な参加と協働が可能になることで，患者にとっての参加と協働に伴う不確実性やトラブルが低減され，満足に対する協働への参加の重要性は低下したと考えられる．

一方で，「評価基準の充足」の患者満足に対する重要性が高まっているのは，クリティカルパスにより治療期間や治療内容などが明確に示されることで，それは患者が治療過程を評価する明確な基準となっていることが考えられる．治療過程を評価する明確な基準となることで，それと現実の治療過程との一致度が高い場合には満足が形成され，逆に一致度が低い場合には不満足が形成されやすくなるということである．このことは，クリティカルパスを提示したのならば，それとの一致度が高いかたちでデリバリー・プロセスが展開されなければ，患者満足にネガティブな影響が及ぶことも意味している．

したがって，クリティカルパスの導入において

表 35　入院日数別の患者満足に影響を及ぼす要因

患者カテゴリー＼独立変数	定数項	医師に対する満足度	看護師に対する満足度	医療技術者に対する満足度	事務職員に対する満足度	治療成果に対する満足度	自由度調整済み決定係数
全対象者 (n=274)	1.123 (3.907)****	0.039 (0.526)	0.363 (5.511)****	−0.027 (−0.502)	0.060 (1.265)	0.307 (5.082)****	$\bar{R}^2$=0.353 F 値 30.848**
1〜5 日の入院患者 (n=39)	0.137 (0.156)	0.158 (0.836)	0.549 (3.104)***	−0.068 (−0.435)	0.162 (1.007)	0.116 (0.656)	$\bar{R}^2$=0.347 F 値 5.040***
6〜10 日の入院患者 (n=73)	0.926 (1.956)*	0.112 (0.818)	0.266 (2.345)**	0.122 (1.124)	0.023 (0.288)	0.266 (2.239)**	$\bar{R}^2$=0.431 F 値 11.901****
11〜30 日の入院患者 (n=92)	1.495 (3.115)***	−0.026 (−0.184)	0.350 (2.498)**	−0.092 (−1.004)	0.081 (0.882)	0.353 (3.704)****	$\bar{R}^2$=0.307 F 値 9.067****
31 日以上の入院患者 (n=66)	1.743 (2.110)**	−0.184 (−0.991)	0.404 (3.013)***	−0.189 (−1.300)	0.133 (1.385)	0.464 (2.859)***	$\bar{R}^2$=0.274 F 値 5.908****

注 1）患者満足は，1=「不満足である」〜5=「満足である」の 5 点尺度で聴取している．
注 2）回帰係数の下のカッコ付き数字は t 検定量，$\bar{R}^2$ は自由度調整済決定係数，F は F 検定量，n はサンプル数である．
注 3）****は 0.1%水準，***は 1%水準，**は 5%水準，*は 10%水準で有意である．
注 4）網かけをしているセルは，統計的に有意でない回帰係数である．

は，コスト管理や活動の標準化の観点だけではなく，協働への参加，評価基準の充足，予測性の向上などの機能の観点からも検討されなければならない．そして，クリティカルパスは，実際にデリバリーが可能なものとして構築されるとともに，現実のデリバリー・プロセスがそれと一致度の高いかたちで展開されるように組織内での協働関係や支援システムが構築されなければならない，といえる．

Ⅳ-4-(4)
結果の検討

医療サービスにおいて利用が進んでいるクリティカルパスは明示的スクリプトとして機能し，患者の医療サービスのデリバリー・プロセスへの積極的かつ適切な参加と協働を促すものとしてとらえ，この利用の有無が患者満足に及ぼす影響について分析を行った．分析の結果，明示的スクリプトとしてのクリティカルパスは理論的に導かれた三つの機能を備えており，それらは患者満足の構造に対して影響を及ぼすことが推測された．しかし，クリティカルパスを用いることが患者満足の向上に有意にポジティブな影響を及ぼすことについては検証されなかった．このような結果になった理由としては，次のようなことが考えられる．

①クリティカルパスは患者満足の向上に直接的にポジティブな影響を及ぼすが，その影響は他の要因の影響に比べて小さいために，明確な差異として現れなかった．
②クリティカルパスはそれが持つ三つの機能によって直接的に患者満足の向上に影響を及ぼすのではなく，他の要因を通じて間接的に影響を及ぼすに過ぎない．
③医療サービスのような専門サービスでは利用者の満足評価が高くなる傾向があり，その結果，クリティカルパスが患者満足の向上に及ぼす影響がみえにくくなっている．

理由①については，医療サービスの結果としての治療成果や，そのデリバリー・プロセスにおける参加者（とくに，患者とサービス・エンカウンターを展開する機会の多い医師や看護師）の患者に対する行動・態度が患者満足の向上に及ぼす影響に比べて，明示的スクリプトとしてのクリティカルパスの影響は小さい，と考えられるためである．詳細な分析は省略するが，**表 35** はその一部を示したものである．入院患者の場合にはその入院日数によって要因の影響度は変化するが[注 18)]，

治療成果と看護師の患者とのかかわり方が患者満足の向上に大きく影響していることが推測される．このことから，クリティカルパスを用いることで高めることができる患者満足は，医療サービスの中心的要素である治療成果や医療従事者（とくに，医師や看護師）の患者対応のあり方にかかわる品質を前提として，それに付加されるものに過ぎないとも考えられる．換言すれば，治療成果や医療従事者（とくに，医師や看護師）の患者対応のあり方の質が患者にとって満足できる水準に達していなければ，クリティカルパスの効果は発揮されないとも考えられる．

理由②については，**表 33** において四つの満足度に対するスクリプトの各機能の影響度を分析しているが，総合満足度を説明するモデルの説明力はかなり低く，一方で治療成果に対する満足度を説明するモデルの説明力は比較的高くなっていることから推測されることである．このことから，明示的スクリプトとしてのクリティカルパスの持つ各機能は医療サービスに対する総合満足度に直接的に影響するのではなく，治療成果に対する満足，あるいはこの調査では聴取していないがデリバリー・プロセスに対する満足に直接影響し，それらを通じて総合満足度に影響を及ぼす，とも考えられる．

理由③については，医療サービスのような専門的サービスでは，顧客満足を高めるようなバイアスが存在しており，そのバイアスの影響でクリティカルパスの効果が隠蔽されていることが考えられる．この調査でも，患者満足を総合満足度 1（1＝「不満足である」～5＝「満足である」の 5 点尺度）で聴取した場合，クリティカルパスを用いた患者グループでも用いなかった患者グループでも，約 9 割が「満足である」あるいは「やや満足である」と回答している．このように患者満足が高くなっているのは，一部には調査対象となった病院が品質の高い医療サービスを提供していることの現れであるといえるが，また一部には医療サービスの特質がもたらしているともいえるであろう．

ホテルやレストランなどのサービスに比べて，医療サービスのような専門サービスでは利用者の顧客満足が高くなる傾向と苦情が少ない傾向があるが（藤村，1995；1996；1999），この傾向が今回の分析結果にも現れている，と考えられる．

医療サービスにおいて患者満足が高くなる理由としては，第 1 に，サービス・デリバリーにおいて専門的知識や技能が必要とされるために，患者もそれらを保有していなければデリバリーされたサービスを適切に評価できないということがある．その結果，多くの患者は医療サービス組織あるいはその医療従事者（とくに，医師や看護師）を信頼してサービスを評価せざるを得ないために，そこでの評価は高くなる．あるいは選択した医療サービス組織が品質の高い医療サービスをデリバリーしているかどうかを評価できないということの結果として，患者は選択意思決定後に認知的不協和[注 19)]を生じさせやすいということも関係しているであろう．

たとえば，医療サービスを利用することになり，A，B，C という三つの病院を比較検討し，病院 A を選択したと仮定しよう．この場合，患者は専門的知識・技能を保有しておらず，その比較検討を適切かつ確実に行うことができないために，病

注 18）Ⅲ-4-（1）で考察を行ったように，入院日数が短い場合，入院患者の満足にとって看護師の患者に対する行動や態度が最も重要な要因であるが，入院日数が長くなるにつれて，看護師と同等あるいはそれ以上に治療成果が重要な要因になっている．このことは，疾病が重篤でない場合や治療成果が良くて早期に退院できる場合には，患者にとっては看護師の行動や態度がその満足に大きく影響するが，治療期間が長くなるにつれて，すなわち疾病の程度が重篤な場合や治療成果が好ましくない場合には，看護師の対応よりも治療成果が上がることのほうが重要になることを示している．医療サービスにおいては医療従事者（とくに医師や看護師）の患者に対する態度や行動も重要であるが，それは医療サービスのコアである治療成果が満足なものであることを前提としたものであることを再認識させる結果となっている．

注 19）Festinger（1957）を参照のこと．

院Bあるいは病院Cを選択したほうがよかったのではないかという気持ちを生じやすい．この認知的不協和を解消し，自分の選択は適切であったという確信を得る簡単な方略は，病院Aに関する好ましい情報を積極的に収集し，Aは優れているという認知的歪みを作り出すことである．そして，この歪みは病院Aをポジティブに評価する方向になされるために，患者満足は高くなる，と考えられる．

第2に，多くのサービス消費ではサービス組織を利用するのか，あるいは自分で生産するのか，という選択代替案が存在するが（たとえば，レストランで食事するのか，食材を購入して自分で料理をするのか），医療サービスについては自己生産が困難であることから，医療サービス組織に依存する傾向が強いということがある．この結果として，患者には「～をしてもらっている」という意識があり，デリバリーされたサービスを高く評価することになる．なお，「～をしてもらっている」という意識は，公共的なサービスの消費においては利用者がその対価を全額負担していないことからも生じるであろう．

第3の理由として，医療サービスは継続的な取引を前提としていることがある．継続的な取引を前提とするサービス消費の場合，ある時点でその組織や従業員に低い評価をすることや苦情を出すことは，顧客にそれ以後のサービス・デリバリーにネガティブな影響が及ぶのではないかという不安を抱かせることになる．この結果として，ネガティブな評価をしないということが起こりやすくなる．

このような要因が複雑に絡み合うことで，医療サービスの調査では，患者満足や品質評価が高くなる傾向がある[注20]．そして，このようなバイアスが存在するために，患者満足に影響を及ぼす要因の分析が困難になっていることも考えられる．

以上のような理由のうち，どの理由が支持されるのかの検討は今後の研究課題である．また，クリティカルパスの患者満足の向上に対する効果が統計的に有意なかたちで検証されなかった原因は，今回の調査時点で用いられていたクリティカルパスにも求めることができるかもしれない．すなわち，調査時点で用いられていたクリティカルパスの内容が明示的スクリプトとして備えるべき三つの機能を十分に発揮するものではなかったことも考えられる．

したがって，クリティカルパスを活用して患者満足の向上を図るには，第1に試験的なクリティカルパスを作成すること，第2にそれが患者満足に及ぼす影響を継続的・長期的に把握すること，第3にその影響のあり方からクリティカルパスを改善，その効果を再評価していくこと，が必要とされるであろう．

試験的なクリティカルパスの作成においては，明示的スクリプトとしての三つの機能（台本，評価基準，予測性向上）を効果的に引き出すことが可能なように行われなければならない．そのためには，クリティカルパスは治療に参加する医療従事者（とくに，医師や看護師）それぞれが，どの段階でどのような処置を行うかという視点ではなく，人としての患者の生活や行動の視点から作成される必要がある．それは入院期間と予測される治療成果を示すとともに，入院生活という時間的流れのなかで，患者はどの時間帯にはどのような医療従事者と相互作用を行い，どのような処置を受ける必要があり，どの時間帯は自由かつ主体的に行動できるのかも明示したものである必要がある．この段階で適切なものが構築されなければ，クリティカルパスが三つの機能を果たしたとしても，患者満足に対してネガティブな影響が及ぶ危険性がある．

このスクリプトの効果にかかわる研究の一環として，ホテル内のレストランの協力を得て顧客満足調査を実施した．この調査結果は，構築された

注20）このことから，医療サービスにおいてその質の改善を目的として患者満足調査の結果を用いる場合には，評価を高めるバイアスの存在を認識し，バイアスを前提として調査結果の分析が行われなければならない．そのためには単発的な調査ではなく，定期的に調査を実施する必要があり，サービス品質の改善努力によって調査結果がどのように変化したのかを時系列的にとらえていかなければならない．

スクリプトがそのサービスの観点から見て適切性を欠いている場合には，顧客満足にネガティブな影響を及ぼすことを示していた[注21]．この調査では，レストラン利用にかかわるスクリプトを実験用に作成し，それを説明するカードをテーブルの上に置くことで，そのスクリプトの共有が顧客満足に及ぼす影響を考察した．しかし，そのスクリプトの内容が「従業員は顧客が要求するまで対応しない」という内容のものであり，その協働ルールがそのレストランのコンセプトとは調和しないものであり，さらに顧客にとっても受け入れがたいものであったので，スクリプトの機能は発揮したが，顧客満足にはネガティブな影響を及ぼす結果となった．

この結果から明らかにように，クリティカルパスの内容は医療サービスやそれを利用する組織の社会的位置づけの観点から適切であるだけでなく，患者の視点からも適切なものでなければ，患者満足の向上には貢献しないということになる．

次に，作成された試験的なクリティカルパスは，それが患者満足にどのような影響を及ぼすかについて継続的・長期的に調査・分析されなければならない．調査方法としては，量的調査と行動観察が考えられる．

量的調査では，作成されたクリティカルパスがスクリプトとして三つの機能を発揮しているかどうかを明らかにするとともに，三つの機能が患者満足の向上に及ぼす影響度とそれらが患者属性により異なる程度を明らかにする必要がある．そして，いずれかの機能が発揮されていない場合や，機能は発揮されているが患者満足の向上に及ぼす影響度が弱い場合には，クリティカルパスは改善されなければならない．また，患者属性によって機能の発揮の仕方や患者満足の向上への影響が異なるならば，患者を属性によりグループ化し，グループごとに適応度の高いクリティカルパスを作成する必要があるかもしれない．

また，患者の行動を観察することによって，患者満足の把握を行うというような試みも必要であろう．心理学分野の研究では，人が満足な状態にある場合，それがもたらすポジティブな情動（感情）のために，ポジティブに行動や援助的行動を行う傾向があることが明らかにされている．このことから患者の行動や態度の変化を観察することによっても，患者満足の推測が可能であると考えられる．このような行動観察と量的調査との結果を分析することによって，患者満足に対するクリティカルパスの有効性を総合的に評価し，継続的に改善していくことが患者満足の向上においては重要である．

さらに，今回の考察の中心は明示的スクリプトとしてのクリティカルパスの共有が患者満足に及ぼす影響についてであったが，医療従事者（とくに医師と看護師）の職務満足に及ぼす影響についても考察を行う必要がある．デリバリー・プロセスにおいてサービス・エンアカウンターが時間的あるいは頻度的に多く展開される医療サービスにおいては，患者と医療従事者との間に行動的および満足的に相互影響関係が存在するので，医療従事者の職務満足の向上の観点からクリティカルパスの効果を考察することも重要である，と考えられる．

注21）詳細については，藤村（2002）を参照のこと．

【参考文献】

Norman, D.A. (1992), *Turn Signals Are the Facial Expression of Automobiles*, Addison-Wesley. 佐伯胖監訳，岡本明・八木大彦・藤田克彦・嶋田敦夫訳,『テクノロジー・ウォッチング』，新曜社，1993年.

Blattberg, R.C. and J. Deighton (1996), "Manage Marketing by the Customer Equity Test", *Harvard Business Review*, Vol. 74 (July-August), pp.136-144.

Blattberg, R.C.,G. Getz and J.S. Thomas (2001), *Customer Equity : Building and Managing Relationships as Valuable Assets*, Boston, MA : Harvard Business School Press. 小川孔輔・小野譲司監訳,『顧客資産のマネジメント—カスタマー・エクイティの構築—』，ダイヤモンド社，2002年.

Festinger, L. (1957), *A Theory of Cognitive Dissonance*, Stanford University Press.

Goldwin, D.R. (1992), "Critical Pathways in Home Healthcare," *Journal of Nursing Administration*, Vol. 22 (2), pp.35-40.

Ovretveit, J. (1992), *Health Service Quality*, Blackwell Scientific Press.

Parasuraman, A, V.A. Zeithaml and L.L. Berry (1985), "A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications

for Future Research," Journal of Marketing, Vol. 49 (Fall), pp.41-50.

Robinson, J. (1996), *The Hotel*, Simon & Schuster Ltd. 春日倫子訳,『ザ・ホテル：窓の向こうに隠された世界』, 三田出版会, 1998 年.

Youngdahl, W.E. and D.L. Kellogg (1994), "Customer Costs of Service Quality：A Critical Incident Study," in T. A. Swartz, D. E. Bowen and S. W. Brown (eds.), *Advances in Service Marketing and Management*, Vol. 3, JAI Press, pp.149-173.

藤村和宏 (1995),「医療サービス生産の実体」, サービス企業生産性研究委員会編『サービス企業における生産性・顧客満足・職務満足』, 社会経済生産性本部, 53-85 頁.

藤村和宏 (1996),「顧客満足とその形成に影響を及ぼす要因」, サービス企業生産性研究委員会編『サービスの品質と生産性』, 社会経済生産性本部, 53-82 頁.

藤村和宏 (1997),「サービス提供組織における顧客満足・職務満足・生産性の関係についての理論的・実証的考察—分析枠組みとしての「場面」概念の導入とそれによる医療サービスの分析—」,『香川大学経済論叢』, 第 69 巻第 4 号, 51-126 頁.

藤村和宏 (1998),「サービス・デリバリーにおける協働の阻害要因としての認識ギャップ」,『香川大学経済論叢』, 第 71 巻第 2 号, 173-210 頁.

藤村和宏 (1999),「適切な苦情処理がもたらす効用と抑制される苦情行動」,『香川大学経済論叢』, 第 72 巻第 2 号, 325-366 頁.

藤村和宏 (2000),「①利用者満足度」,『介護保険制度下における訪問看護サービスの質の評価・向上に関する研究』, 平成 11 年度厚生省老人保健事業推進費等補助金研究報告書, 71-85 頁.

藤村和宏 (2002),「レストラン・サービスにおけるスクリプトの共有が顧客満足に及ぼす影響に関する実証分析」,『香川大学経済論叢』, 第 75 巻第 1 号, 111-140 頁.

藤村和宏 (2003),「サービス組織におけるブランド戦略—顧客に対するイクスターナル・マーケティングの展開を中心として—」,『香川大学経済論叢』, 第 76 巻第 1 号, 113-176 頁.

小山昭雄・森田道也 (1980),『オペレーションズ・リサーチ』, 培風館.

武藤正樹 (1998),「クリティカルパスの基本的知識の理解」, クリティカルパス研究会編著『基礎からわかるクリティカルパス作成・活用ガイド』, 日総研出版, 6-18 頁.

森山美知子 (1998),『ナーシング・ケースマネジメント：退院計画とクリティカルパス』, 医学書院.

波平恵美子 (1994),『医療人類学入門』, 朝日新聞社.

笹鹿美帆子 (1997),「21 世紀の医療に看護はどんな貢献ができるのか(上)：クリティカルパスというツールで医療がわかる」,『社会保険旬報』, No. 1974, 17-19 頁.

結章　総括と課題

本稿では、サービス自体とそのデリバリー・プロセスの特質、特に顧客のデリバリー・プロセスへの参加に焦点を当てることによって、製品としてのサービスとモノの間には程度の差異だけでなく、質的に異なる特質が存在することを考察した。さらに、顧客のデリバリー・プロセスへの参加の仕方が彼ら自身の享受するサービス品質や満足／不満足形成に影響を及ぼすことから、サービス・マーケティング理論の構築における一つの方向性と考えられる「顧客の参加の適切化」の視点から考察を行った。

最後に、本稿で行った考察のいくつかを簡単にまとめるとともに、今後の課題を提示したい。

1．本稿の基本的視点

サービスの無形性という構造的特質のために、サービスのデリバリー・プロセスには顧客の参加が必要不可欠であり、このことはサービス組織だけでなく顧客に対しても様々な重大な問題を発生させている。したがって、サービス品質および顧客満足の向上を図るには、顧客のデリバリー・プロセスへの参加の適切化を図ることも必要である、という視点から考察を行った。特に、顧客のデリバリー・プロセスへの参加は以下の四つの重大な問題とかかわっていることから、顧客の参加の適切化を図る方策および参加するデリバリー環境を適切化する方策についての考察は重要であると考えられる。

（1）顧客のデリバリー・プロセスへの参加は、サービス品質の変動を拡大させる。

顧客がサービス・デリバリー・プロセスに参加するということは、サービスの生成は従業員の行動や態度、従業員間の協働のあり方、従業員とデリバリー環境を形成する物理的環境（設備、機器など）の相互作用などだけでなく、デリバリー・プロセスへの顧客の参加の仕方、従業員および顧客の協働のあり方、顧客と物理的環境の間の相互作用、顧客間の相互作用などにも影響されるということである。このことは、サービス品質は完全なコントロールが可能な物理的設備の能力ばかりでなく、不確実性の高い人間、すなわち従業員や顧客にも大きく依存しており、そこには偶然性の入り込む余地が大きいことを意味している。不確実性の高い人間がデリバリー・プロセスで果たす役割が重要であるほど、あるいはデリバリー・プロセスに時間的あるいは頻度的に多く参加するほど、サービス品質は人間への依存性を高めることになり、サービス組織の品質コントロール力は低下する。

品質コントロール力を維持するために、サービス組織はその構成員である従業員につ

いては、インターナル・マーケティングなどを通じてある程度コントロールすることが可能である。しかし、顧客のデリバリー・プロセスへの参加をコントールすることは困難である。なお、この顧客の参加のコントロールには、デリバリー・プロセスにおける顧客の活動のコントロールだけでなく、デリバリー・プロセスに参加する顧客をサービス組織が選別する、つまりサービス組織のブランド価値の観点、デリバリー空間を共有する他の顧客の知覚するサービス品質の観点、あるいはターゲット層の観点などから不適切な顧客をサービス組織が排除することも含まれる。しかし、このような顧客に対するコントロールは困難を伴うために、従業員がもたらす品質変動に対してさらに顧客のもたらす品質変動が加わることで、品質の変動幅は大きくなる危険性がある。

このような結果としてもたらされるサービス組織の品質コントロール力の低下は、需給不一致とも相まって、サービス品質の時系列的一貫性や共時的均一性の維持を困難にしている。この一貫性維持の困難性は、無形性という特質とも相まって、顧客の選択意思決定過程におけるサービス品質の推測やそれの自己ニーズへの適合性の評価を困難にしているだけでなく、選択意思決定に伴う知覚リスクの削減も困難にしている。

このことから、顧客のデリバリー・プロセスへの参加がもたらす品質変動の幅を小さくする仕組みと、選択意思決定過程における顧客のサービス品質の推測や自己ニーズへの適合性を評価することを容易にする、あるいは知覚リスクの削減を可能にするような仕組み（システム）の構築が必要とされる。

（2）顧客のデリバリー・プロセスへの参加は、サービス品質と顧客満足の形成に重大な影響を及ぼす。

顧客はサービス・デリバリー・プロセスに参加し、サービス組織と協働することによってサービスを生成し、同時にそれを消費するので、顧客が享受できるサービス品質やそれに基づく満足／不満足形成は顧客の参加の仕方にも依存している。また、顧客の参加の仕方はデリバリー・プロセスを空間的および／あるいは時間的に共有する他の顧客の享受するサービス品質や満足／不満足形成にも影響を及ぼす。さらに、顧客の不適切な参加がデリバリー・プロセスやその成果としてのサービス品質に及ぼすネガティブな影響は、サービス組織の潜在的な品質形成能力を隠蔽することによって、サービス組織の信頼性やブランドを弱体化させる危険性も孕んでいる。

このような問題を解決あるいは低減するには、サービス組織は顧客のデリバリー・プロセスへの参加の仕方をコントロールする必要があるが、顧客は組織構成員ではないために、従業員のようにコントロールすることはできない。また、顧客自身のデリバリー・プロセスへの参加の仕方によって享受できる便益としての変化（結果や効果）にどのような違いが生じるか、をデリバリー・プロセスおいて顧客が評価することが困難な場合、顧客が満足できる変化（結果や効果）を享受するために積極的かつ適切に行わなければ

ならない活動の遂行が抑制される危険性もある。

このことから、従業員とは異なるかたちで、顧客のデリバリー・プロセスへの参加の積極性と適切性をコントロールする仕組みの構築が必要とされる。

（3）顧客のデリバリー・プロセスへの参加は、顧客満足と従業員の職務満足の間に循環的な影響関係を生み出す。

顧客がデリバリー・プロセスに参加し、従業員とサービス・エンカウンター（人的相互作用）を展開する場合、そこでの従業員の参加の仕方は顧客のサービス品質の知覚や満足／不満足の形成に影響を及ぼすだけでなく、顧客の参加の仕方にも重大な影響を及ぼす。また逆に、顧客のデリバリー・プロセスの参加の仕方は従業員の職務満足だけでなく、彼らの参加の仕方にも重大な影響を及ぼす。また、従業員の参加の仕方は彼らの職務満足に影響され、顧客の参加の仕方もデリバリー・プロセスにおける満足水準に影響されることから、従業員の職務満足と顧客のサービスに対する満足の間には循環的な影響関係が存在すると考えられる。

このことから、サービス組織における顧客満足は外部顧客である消費者の満足だけでなく、内部顧客の従業員の職務満足も含むものとして捉え、両顧客の満足向上を図るようにデリバリー・プロセスにおける従業員と顧客の参加の仕方を適切化することが必要とされる。なお、外部および内部顧客の満足向上を図ることが必要とされるのは、サービス組織の存続・成長にとって従業員と顧客は人的資産として重要な役割を果すからでもある。

このことから、内部顧客である従業員の職務満足への影響も考慮して、外部顧客の満足向上を図るとともに、彼らのデリバリー・プロセスへの参加を適切なものにするように仕組みの構築が必要とされる。

（4）顧客のデリバリー・プロセスへの参加は情動（感情）の喚起を促し、顧客満足／不満足形成に重大な影響を及ぼす。

顧客満足の形成は、認知的形成（保有する評価基準と成果との比較）の観点から考察されることが多い。しかし、顧客がデリバリー・プロセスに参加し、従業員との間でサービス・エンカウンターを展開する場合、従業員の行動や態度は顧客にポジティブおよび／あるいはネガティブな情動（感情）を喚起させやすいと考えられる。このことから、サービス消費での顧客満足／不満足の形成においては、認知的な側面だけでなく、情動（感情）も重要な役割を果たすと考えられる。

このような情動（感情）の役割を考慮すると、顧客がデリバリー・プロセスに参加している過程あるいはサービス・エンカウンターを展開している過程において、顧客がポジティブな情動（感情）の喚起することを促す一方で、ネガティブな情動（感情）の喚

起を抑制する、あるいは喚起したネガティブな情動（感情）を解消するような仕組みの構築が必要とされる。

このように顧客のサービス・デリバリー・プロセスへの参加はサービス組織だけでなく顧客自身にも重大な問題を発生させる危険性があるので、本稿では、マーケティングの観点から顧客の参加の適切化を図る仕組みについて考察を行った。

2．本稿の総括

上述のような視点から、本稿では、便益遅延型専門サービスである医療サービスを研究対象として、顧客（患者）のデリバリー・プロセスへの参加の仕方とそれが顧客（患者）満足に及ぼす影響、および顧客（患者）の参加の仕方をコントロールする仕組み（システム）について理論的・実証的に考察を行った。さらに、医療サービスのデリバリー・プロセスへの顧客（患者）の参加は従業員（特に医療従事者）との間にサービス・エンカウンターを発生させることから、顧客（患者）満足と職務満足の間にも影響関係が存在することを実証的に考察した。このような考察によって多くの興味深い結果が得られたが、主なものをまとめると以下のようになる。

（1）選択意思決定過程における有形な証拠としての顧客の重要性

12のサービスについて、それらの選択意思決定過程において潜在的顧客はどのような有形な証拠（要素）を重視するのかを分析した結果、いずれのサービスの選択意思決定においても「従業員の態度・行動」と「立地の良さ」は高く重視されるが、デリバリー・プロセスに参加している顧客も、個人あるいは集団として重視されることが明らかになった。具体的には、デリバリー・プロセスに参加している顧客の「客層」とそこでの「込み具合（客の入り具合）」が重視されるが、どちらが重視されるのかはサービスによって異なっていた。

「客層」は、高級レストラン、美容院／理容店、うどん屋、ラーメン屋の選択意思決定において、「込み具合（客の入り具合）」は、病院、歯科医院、ラーメン屋、うどん屋、ファーストフードレストラン、ファミリーレストラン、美容院／理容店の選択意思決定において、比較的高く重視されていた。なお、「込み具合（客の入り具合）」には、サービスの意味や価値に関するメッセージを伝達し、享受できるサービス品質の理解を促すというポジティブな効果がある一方で、待ち時間の長さというネガティブなメッセージも発信することから、提供するサービスや顧客の属性によって、顧客の知覚するサービスの意味や価値、さらにはその後の行動は異なったものになることが推察された。

このようにサービスの内容によって、顧客が選択意思決定過程で重視する物理的環境や参加者（従業員および顧客）の要素は異なり、同じ要素でも異なった（時には正反対の）メッセージを発信することから、サービス組織は提供するサービスの性質、物理的環境や参加者などの有形な証拠が発信する可能性のあるメッセージを理解し、それらを適切に管理する必要があることを指摘した。

（2）デリバリー・プロセスへの顧客の積極的参加が顧客満足に及ぼす影響

顧客（患者）のデリバリー・プロセスへの参加の仕方を Normann(1991)および Youngdahl and Kellogg(1994)の分類に従って考察するとともに、医療サービスのデリバリー・プロセスへの顧客（患者）の積極的参加の程度が顧客（患者）満足に及ぼす影響について実証的に考察した。その結果、積極的に参加した顧客（患者）ほど顧客（患者）満足が高くなる傾向があることが明らかになった。このことから、顧客満足の向上には顧客のデリバリー・プロセスへの積極的かつ適切な参加を促すことが必要と考えられる。しかし、医療サービスのような便益遅延型専門サービスの消費では、便益としての変化（結果や効果）をデリバリー・プロセスにおいて知覚することが困難であるだけでなく、専門的知識がなければデリバリー・プロセスを適切に評価することも困難であることから、顧客（患者）の参加に対するモチベーションは低下し、必要な活動の遂行が抑制される危険性がある。

このようなことから、顧客（患者）のデリバリー・プロセスへの参加の積極化と適切化を図る方策として、①物理的環境のデザイン、②顧客の参加力の育成、③ブランドの構築・強化、および④適切なスクリプトの構築と共有などを提案した。

さらに、病院での導入が進んでいるクリティカルパスは在院日数短縮とコスト削減を主な目的としているが、これは④のスクリプトの明示的なものとして捉えることができることから、クリティカルパスの導入が顧客（患者）の参加および満足形成に及ぼす影響を実証的に考察した。分析の結果、明示的スクリプトとしてのクリティカルパスには、理論的に導かれるスクリプトの三つの機能（予測性向上機能、評価基準機能、および参加・協働にかかわる台本機能）が備わっており、顧客（患者）の参加および満足構造に影響を及ぼすことが明らかになった。しかし、クリティカルパスを用いることが顧客（患者）満足の向上に有意にポジティブな影響を及ぼすことについては検証されなかったことから、この理由についても検討した。

（3）便益遅延型専門サービスにおける品質評価の困難性

医療サービスのような専門サービスの消費では、大部分の潜在的顧客は当該サービスにかかわる専門的知識・技能を保有しないことから、周辺的手掛かりから品質を間接的に推測せざるを得ないとの認識から、Lehtinen and Laitamaki(1989)の品質次元モデルに

修正を加えた専門サービスの品質モデルを提案した。なお、これは、Lehtinen and Laitamaki の品質次元モデルにおいて部分品質の一つとして導入されている外在的組織品質（サービス組織のイメージ）の他に、外在的個人品質（組織に属する専門家個人の名声や評判）と専門的知識・技能品質も部分品質として加えたものである。

また、便益遅延型専門サービスの消費では、サービスの便益としての変化（結果や効果）をデリバリー・プロセスにおいて評価できないために、サービス品質の評価や顧客満足／不満足の形成では、外在的組織品質と外在的個人品質が特に重要な役割を果たし、その結果としてそれらの評価が歪められる危険性があることを示した。さらに、便益としての変化をデリバリー・プロセスにおいて顧客が評価できない場合、顧客のデリバリー・プロセスへの参加のモチベーションは低下し、参加が積極的かつ適切に行われない結果として、顧客の享受するサービス品質はサービス組織の潜在的な品質形成能力を正当に反映しないものになる危険性があることも指摘した。

（4）顧客満足と職務満足間における正の相関関係の存在

二つの病院における医療サービスのデリバリーを対象として、「オペレーション」レベルと「場面」レベルにおいて顧客（患者）満足と職務満足の関係を実証的に考察した。その結果、顧客（患者）満足と職務満足の間に明確な関係（理想的な循環的影響関係であるかどうかは別にして）が見られるかどうかは、その分析対象となる従業員が顧客（患者）満足の形成において重要な役割を果たしているかどうかに依存することが明らかになった。すなわち、外来患者の満足に対しては医師が重大な影響を及ぼすことから、「オペレーション」レベルでの分析でも「場面」レベルでの分析でも、外来患者と医師の満足の間には正の相関関係が見られた。また、入院患者の満足に対しては看護師が重大な影響を及ぼすことから、「オペレーション」レベルおよび「場面」レベルの分析において、入院患者と看護師の満足の間に関係が見られた。

このことから、デリバリー・プロセスで展開されるサービス・エンカウンターに複数の従業員がかかわっている場合、そのエンカウンターに時間的あるいは頻度的に最も多くかかわっている従業員が顧客（患者）満足に重大な影響を及ぼすだけでなく、その従業員の職務満足と顧客（患者）満足の間に関係が生じやすいことが明らかになった。なお、顧客（患者）満足と職務満足の間に仮定した関係は見られても、統計的には必ずしも支持されないものもあったことから、職務満足の向上が顧客（患者）満足の向上を導くのに必要とされる時間（タイムラグ）も考慮しなければならないことが推察された。

（5）顧客満足および再利用意向の形成における情動（感情）の重要性

医療サービスの消費では、ポジティブな情動（感情）よりもネガティブな情動（感情）の喚起の方が顧客（患者）満足に影響しやすいことが明らかになった。すなわち、ネガ

ティブな情動（感情）の喚起は不満足形成を促すが、喚起されたネガティブな情動（感情）の解消は満足形成を促す傾向がみられた。この結果から、顧客（患者）がデリバリー・プロセスに参加する過程、あるいは従業員とサービス・エンカウンターを展開する過程において、肉体的な治療だけでなく、顧客（患者）が喚起する不安などのネガティブな情動（感情）の解消を図ることも、顧客（患者）満足の向上において重要であることが明らかになった。

なお、ビジネスホテルの場合、デリバリー・プロセスにおいて喚起されるポジティブな情動（感情）は顧客満足を高める方向に、ネガティブな情動（感情）は顧客満足を低下させる方向に作用していたが、病院の場合には、ネガティブな情動（感情）のみが患者満足に影響を及ぼす傾向が見られたことから、情動（感情）の顧客満足に対する影響はサービスの特性に依存することが推察された。つまり、医療サービスは「常態の回復」型サービスであるのに対して、ビジネスホテルは「常態の維持」型サービスである。そのため医療サービスの顧客である患者は不安を中心とするネガティブな情動（感情）を喚起しやすいし、その解消あるいは低減を求めている。その結果、デリバリー・プロセスにおいて肉体的な疾病の回復とともに、不安などのネガティブな情動（感情）の解消あるいは低減が図られなければ、患者満足は向上しないと考えられる。一方、ビジネスホテルの場合には、顧客は宿泊に際してネガティブな情動（感情）の解消や低減を求めていなし、テーマパークやリゾートホテルの消費において期待するようなポジティンブな情動（感情）の喚起を積極的に求めているわけではない。その結果、顧客満足／不満足の形成においては機能的な側面を評価するという認知的過程の方が優位に働くが、デリバリー・プロセスにおいて予期しなかった情動（感情）を喚起した場合には、それがポジティブなものであろうとネガティブなものであろうと顧客満足／不満足の形成においては重要な役割を果たすと考えられた。

また、顧客（患者）がデリバリー・プロセスで喚起する情動（感情）が再利用意向に及ぼす影響を分析した結果、再利用意向に対してはポジティブな情動（感情）の喚起が重要な役割を果すことが明らかになった。顧客（患者）満足と再利用意向の間にはホッケースティックのような関係があり、顧客（患者）満足は再利用意向に結び付き難いことが明らかになっているが、この分析結果に基づくならば、顧客（患者）満足が再利用意向に結びつくにはポジティブな情動（感情）の喚起が必要とされることが推察された。すなわち、再利用意向の形成にとって、認知的満足は必要条件であり、十分条件としてポジティブな情動（感情）の喚起が必要であると考えられた。

3．今後の課題

本稿では、便益遅延型専門サービスである医療サービスを研究対象として、主に顧客

のデリバリー・プロセスへの参加の観点から、サービス・マーケティング理論の構築において重要と考えられる概念や仕組みについて理論的・実証的に考察を行った。しかし、サービス・マーケティング理論の構築に必要な一部分を考察したにすぎないので、今後の研究課題を検討することで、本稿を締めくくりたい。ただし、サービス・マーケティング理論全体にかかわる研究課題をすべて列挙することは不可能なので、本稿と関連が強く、特に重要と考えられるもののみを挙げたい。

（1）「常態の維持」型および「常態の向上」型サービスのマーケティングの方向性についての考察

便益としての変化の方向性でサービスを類型化した場合（Ⅰ-1の図2参照）、「常態の回復」型、「常態の維持」型、および「常態の向上」型に分類することができる。本稿で研究対象とした医療サービスは「常態の回復」型に分類される。

「常態の回復」型サービスは、顧客がネガティブな常態から脱出するためのサービスであるために、個人および社会全体における満足あるいは生活の質の向上にとって重要性が高いものである。しかし、日常的に最も多く消費されるのは「常態の維持」型サービスであり、この類型のサービスの品質や生産性にかかわる問題は社会の安定性と経済の発展に重大な影響を及ぼす。さらに、経験の経済化とともに、「常態の向上」型サービスも社会における生活の豊かさの創造、伝統文化の継承・発展や新たな文化の形成、サービスによる地域活性化などにおいて重要な役割を果すようになっている。

「常態の維持」型および「常態の向上」型サービスのマーケティングにおいても、本稿での考察結果や提示した概念は適用可能であるが、それらの特質がもたらす独自の問題もあると考えられる。たとえば、「常態の向上」型サービスに分類されるエンターテイメント・サービスの中でも歌舞伎や能などの伝統芸能、あるいはオーケストラ演奏やオペラなどの異文化から導入された芸能などは、顧客のデリバリー・プロセスンへの参加力を高めるだけでなく、それらへの関心や鑑賞に必要な知識を顧客の中に育てなければ、市場は拡大しないであろう。また、市場が拡大するとともに、顧客が質的に育たなければ、それらの芸能のパフォーマンスの質も高まらないであろう。このことから、顧客の質的に育てるような仕組みの構築が必要とされるであろう。

また、「常態の維持」型サービスについては、比較的高品質のサービスが提供されているが、一方で生産性の低さが問題となっていることから、高品質を維持しながら生産性を向上させるような仕組みの構築が必要とされるであろう。

このようなことから、「常態の維持」型サービスと「常態の向上」型サービスについても、サービス自体とそのデリバリー・プロセスのもたらす問題を理論的・実証的考察することで、顧客満足やロイヤルティの向上、生産性の向上、さらには市場拡大（グローバル展開も含めて）にかかわる概念や仕組みを導出することは重要であると考えられ

る。また、「常態の向上」型サービスの消費では、顧客満足の形成においてはポジティブな情動（感情）が重要な役割を果すと考えられることから、情動（感情）的な満足形成過程のモデル化も必要と考えられる。

（2）サービス組織におけるブランドの構築・強化の方向性

モノのマーケティングにおいてはブランドの構築・強化・活用が重視されてきたが、サービスの分野ではこれまであまり強調されることはなかった。この背景には、何を企業にとって最も価値のあるマーケティング資産と考えるのか、に関する違いがあり、製造企業はブランド・エクイティを、サービス組織は顧客エクイティを重要なマーケティング資産と見なす傾向があったためである。サービスの場合、販売されてからデリバリー・プロセスが開始され、そこには顧客の参加が必要不可欠であることから、サービス組織（特に従業員）と顧客との間で相互作用が展開される。この結果として、サービス組織の従業員および／あるいは機器類は顧客を個客として認識し、顧客データベースを構築することが可能であるし、これを用いることで個客化対応が可能である。個客化対応は顧客満足を高め、さらには顧客との関係性の構築・強化を可能にする。このことは利益の向上に貢献することから、顧客を最も価値のあるマーケティング資産として重視する傾向があった。

しかし、サービス・マーケティングの分野においても、モノの場合とは異なる理由があるにしても、ブランドの構築・強化・活用が重要であることに変わりはない。特に、サービスの特質である無形性が、サービス組織および顧客にもたらす諸問題を解決あるいは低減する手段の一つとして、ブランドの構築・強化・活用が必要であると考えられる。無形性のために、潜在的顧客は選択意思決定過程においてサービス品質を評価することが困難になっているが、確立されたブランドは、サービスがどのような意味を持ち、どのような価値を提供し、どのような問題を解決するのか、そして競合サービスに対してどのような差別的優位性を持つのか、などを表現し、顧客にこれらを知覚させることで、この問題の解決あるいは低減に貢献できるであろう。さらに、サービス・デリバリーでは、顧客にも適切な参加と役割遂行が必要とされ、それらのあり方も顧客満足やブランドの形成に重大な影響を及ぼすが、確立されたブランドは、顧客の参加と役割遂行に関する適切なスクリプトや行動規範を提供することが可能であると考えられる。

また、労働集約的なサービスの場合、サービス品質はデリバリーに参加する従業員のパフォーマンスの質に大きく左右されるが、強力なブランドを有するサービス組織は有能な人材を効率的に吸引することが可能であるだけでなく、彼らの組織に対するコミットメントや職務に対するモチベーションを高めることも可能であると考えられる。

このように、サービス組織においてもブランドの構築・強化・活用が重要であると考えられることから、サービス組織におけるブランドの構築・強化、およびブランドを活

用したマーケティング戦略についての考察も必要であると考えられる。

（3）従業員のデリバリー・プロセスへの参加の適切化を図るという観点からのインターナル・マーケティングの考察

本稿では、外部顧客の満足と内部顧客の職務満足の間には循環的な影響関係があることから、両顧客の満足を高めるためのマーケティング戦略を構築・展開する必要性があることを示したが、従業員に対するマーケティング、すなわちインターナル・マーケティングについては考察することができなかった。また、顧客のデリバリー・プロセスへの適切な参加を誘導する仕組み（システム）については考察を行ったが、従業員のそれについては考察を行うことができなかった。

従業員は、サービス組織がプロモーション活動を通じて提供を約束したサービスを実現する役割を担っており、従業員が必要とされる活動や役割を積極的かつ適切に遂行しなければ約束は実現されない。また、従業員はデリバリー・プロセスにおいてリーダーシップを発揮し、顧客が満足できるサービス品質を生成して消費できるように顧客の活動を適切な方向に誘導する役割も担っている。このような役割を従業員が適切に遂行できなければ、顧客は不満足を形成し、当該サービスから離脱するだけでなく、ネガティブな口コミが流布することによって、サービス組織のブランドも傷つけられるであろう。したがって、このような問題の発生を抑制するために、従業員に対するインターナル・マーケティングに関する考察も必要とされる。

しかしながら、現在のインターナル・マーケティング研究は労務管理論や人的資源管理論と差異がなくなっており、マーケティング独自の視点からの理論化が必要であろう。インターナル・マーケティングは元々、サービス組織において顧客満足の向上を図るには従業員による顧客志向的な活動が必要であり、それを導くには彼らの職務満足を向上させるような内部サービスを構築する必要があるという認識と、組織の構成員が同じ価値観や行動ルールなどを共有していなければ、顧客に提供を約束したサービスを実現できないという認識から生まれ概念である。つまり、個々の従業員のデリバリー・プロセスにおける活動の適切化と、組織構成員全体の行動の調和および統合を図ることを目的するものであるので、個々の従業員のデリバリー・プロセスへの参加の適切化とそれらの組織的統合の観点からインターナル・マーケティングを考察することが必要であると考えられる。

以上のような研究が着実になされることで、サービス・マーケティング理論の構築が促されるだけでなく、伝統的なモノのマーケティング理論にも新たな視点が提供されると考えられる。今後も、これらの研究に従事することで、わずかではあるがサービス・マーケティング理論の構築に貢献していきたいと考えている。

【参考文献】

Lehtinen, U. and J. R. Laitamaki(1989), "Applications of Service Quality and Services Marketing in Health Care Organizations," D. T. Paul (ed.), *Building Marketing Effectiveness in Healthcare*, Proceeding Series, American Marketing Association, pp. 45-48.

Normann, R. (1991), *Service Management: Strategy and Leadership in Service Business*, Second Edition, Chichester, West Sussex: John Wiley & Sons. 近藤隆雄訳、『サービス・マネジメント』、NTT 出版、1993 年。

Youngdahl, W. E. and D. L. Kellogg (1994), "Customer Costs of Service Quality: A Critical Incident Study," in T. A. Swartz, D. E. Bowen, and S. W. Brown (eds.), *Advances in Service Marketing and Management*, Vol. 3, JAI Press, pp. 149-173.