

患者中心のヘルスケアサービスにおける 戦略的フレームワーク

——インタンジブルズを価値源泉とする患者価値の共創——

勝 田 篤
石 原 俊 彦

要 旨

ヘルスケアサービスでは、治療の意思決定について、患者自身の意思による余地は小さく、むしろサービス提供者側の専門知識に大きく委ねられていると考えられる。よって、患者が治療の意思決定に参画し、自らの意思を治療へ反映するためには、ヘルスケアサービスの提供者は、患者が何を求めているのかを理解する必要がある。そのうえで、様々な治療の可能性について説明を尽くす必要があり、これを整理した概念が、「Patient-Centered Medicine」(以下PCM)である。本稿では、このPCM(患者中心の医療)を前提として提供されるヘルスケアサービスにおいて、「価値」が共創される戦略的フレームワークを、インタンジブルズを用いて説明することを目的とする。

I ヘルスケアサービスにおける価値の視点からの問題意識

ヘルスケアサービスにおいて、治療に関する意思決定は、治療の内容を十分に理解したうえで、その治療の影響を最も受ける患者自身が主体となり決定されるべきであり、ヘルスケアサービス提供者は、その支援を全力で行うべきである。わが国でも、医療法第1条の2によって「医療は、生命の尊重と個人の尊厳の保持を旨とし、医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療の担い手と医療を受ける者との信頼関係に基づき、及び医療を受ける者の心身の状況に応じて行われるとともに、その内容は、単に治療のみならず、疾病の予防のための措置及びリハビリテーションを含む良質かつ適切なものでなければならない。」¹⁾と定められている。ここにも明記されているとおり、ヘルスケアサービスは、医療を受ける者との信頼関係に基づき、医療を受ける者の心身の状況に応じて実施されるべきものである。しかし、わが国のヘルスケアサービスの現状を見てみると、表1に示すとおり、病床数、平均在院日数、CTスキャナーの台数、MRIの台数は比較した7ヵ国の中で

最も多いが、医師数は6番目、看護師数は3番目となっている。比較した7ヵ国の中でいえば、わが国のヘルスケアサービスは、最も多い物的資源を比較的少ない人的資源で賄っているのが現状であり、これが長時間におよぶ外来の待ち時間や、十分に診察時間を割けない一因であると考ええる。また、大量の医療機器を使用し、客観的なデータの裏付けに基づくサービスを実施することも必要であるが、医療法にも明記されているとおり、患者との信頼関係を構築し、心身の状況に応じたサービス提供を行うことも重要である。

表1 「医療提供体制の各国比較」

国名	医療支出 対GDP比 (%)	平均在院 日数	人口千人 当たり 病床数	人口千人 当たり 医師数	人口千人 当たり 看護師数	人口百万 人当たり MRI台数	人口百万 人当たり CTスキャ ナー台数
日本	10.9	<u>16.2</u>	<u>13.1</u>	2.4 (2016)	11.3 (2016)	<u>55.2</u>	<u>111.5</u>
ドイツ	11.2	7.5	8.0	4.3	<u>12.9</u>	34.7	35.1
フランス	11.3	5.6 (2016)	6.0	3.2	10.5	14.2	17.4
イギリス	9.6	5.9	2.5	2.8	7.8	7.2 (2014)	9.5 (2014)
アメリカ	<u>17.1</u>	5.5 (2016)	2.8 (2016)	2.6	11.7	37.6	42.6
スウェーデン	11.0	5.5	2.2	<u>4.1</u> (2016)	10.9 (2016)	14.0	18.5
韓国	7.6	7.5	12.3	2.3	6.9	29.1	38.2

出典：ぎょうせい 図表でみる医療保障令和元年度版176ページ 医療提供体制の各国比較2017年

そこで、サービス提供をマネジメントするため、患者がヘルスケアサービスに対して求めているものを、ヘルスケアサービス提供者が理解し、患者に対して提供すべきサービスを「価値」の概念によって説明しようと考えた。すなわち、患者がヘルスケアサービスに対して求めている「価値」を、ヘルスケアサービス提供者は理解し、その「価値」に合致したサービスを提供することが必要である。よって、本稿では、患者がヘルスケアサービスに対して求めている「価値」を明らかにするため、ヘルスケアサービスにおける「価値」の定義付けと整理をしたうえで、価値を創出する源泉を明確にする。また、「価値」が共創されるプロセスを説明するため、「価値共創」と「価値創造」の概念についても整理し、PCMを前提としてヘルスケアサービスが提供される場合の戦略マップの適用可能性を考察する。さらに、PCMにおける核の概念となる「患者の全人的理解」と戦略マップの構成要素の関連性についても整理する。

II ヘルスケアサービスにおける「価値」「価値共創」「価値創造」

1 「価値」の整理

ヘルスケアサービスにおける価値の定義については、ロバート・F・ラッシュ（Robert F. Lusch）、スティーブン・L・バーゴ（Stephen L. Vargo）らによるサービス・ドミナント・ロジック（以下S-D ロジック）の概念を用いて、整理する。

ロバート・F・ラッシュ、スティーブン・L・バーゴらは、著書『サービス・ドミナント・ロジックの発想と応用』の中で、伝統的な考え方であるグッズ・ドミナント・ロジック（以下G-D ロジック）の問題点を指摘し、S-D ロジックにおける価値について論じている。この中で、価値とは共創されるものであり、G-D ロジックの最も有害な概念である「生産者と消費者」という区分では、「生産者でも消費者でもある」ものの説明をすることができないと説明されている²⁾。ヘルスケアサービス提供者と患者の関係についても、患者は治療の資源を自ら提供する必要があり、また、ヘルスケアサービス提供者は、患者の潜在的な治療の資源を引き出す必要がある。よって、ヘルスケアサービス提供者と患者は、生産者と消費者という区分ではなく、「生産者でも消費者でもある」S-D ロジックにおけるアクターとして整理する。アクターとは、生産者と消費者を区分せず、両者を包括する概念である³⁾。

S-D ロジックにおける価値については、「本来の価値とは顧客が有用であると知覚したものであると認識する。その価値は、その時々々の動的な文脈中で行われると見なす。S-D ロジックでは、この文脈の中で顧客によって知覚される価値を文脈価値（value-in-context）と呼んでいる。この認識は、価値は常に売り手と買い手によって共創されるものであり、企業は顧客に価値を提供することはできず、価値提案を提示することしかできないという結論に至らしめた⁴⁾。」と説明されている。

さらに「S-D ロジックにおける価値は、資源の視点から、オペランド資源とオペラント資源に区分され、前者は、使用されなければ価値を提供することができないものであり、後者は、（ある所与の適切な状況の下で）価値を創造するために他の資源に行方を施すことのできる資源である。具体的には、金のような天然資源は、オペランド資源の典型であり、金は発見され、採掘され、精製され、成形され、使用されなければ価値を提供することはない。グッズ（装置）もまたオペランド資源の典型である。これと対照的にオペラント資源の最も明確な事例は人間のコンピタンス（ナレッジとスキル）であり、それは金を発見し、採掘し、精製し、成形し、使用する能力のように、価値創造という行動の中で利用される⁵⁾。」

これらを踏まえ、ヘルスケアサービスの価値の定義について考察すると、ヘルスケア

サービス提供者と患者は、患者自身も治療の資源を提供したり、意思決定へ参画することを前提とすると、生産者と消費者に明確に区分されるものではなく、価値を共創する存在として、包括してアクターとして捉えられる。また、価値は、企業から提案されアクターと共創されるものであり、これをヘルスケアサービス提供者と患者に置き換えると、どちらか一方だけでは、価値は提案されるのみに留まり、双方の価値の提案が相まって初めて価値が提供されることとなる。資源の視点から見れば、患者とヘルスケアサービス提供者は、双方が価値を創造するために他の資源に行為を施すことのできるオペラント資源の創出者である。最終的にS-D ロジックにおける本来の価値とは顧客が有用であると知覚したものであると認識されている。したがって、ヘルスケアサービスにおける価値は、アクターであるヘルスケアサービス提供者や、患者によって創出されたオペラント資源によって共創され、最終的に患者が有用であると知覚したものと整理することができる。

2 「価値共創」と「価値創造」

S-D ロジックでは「価値は常に売り手と買い手によって共創されるものであり、企業は顧客に価値を提供することはできず、価値提案を提示することしかできないという結論に至らしめた⁶⁾。」と説明されている。また、S-D ロジックは、「価値創造」プロセスを説明するマーケティング理論であり、顧客と一緒に「文脈価値を共創」する概念であるとしている⁷⁾。したがって、「価値共創」と「価値創造」についても、S-D ロジックを用いて整理する。

G-D ロジックでは、有形な資源、取引、モノに埋め込まれた価値に焦点を当てることを理論の土台としているため、経済学における交換価値を用いて、価値はモノに埋め込まれているというロジックであった。そこから、価値は共創されるというロジックが台頭し、S-D ロジックの概念が誕生した。S-D ロジックは、無形な資源、リレーションシップ、価値の共創に焦点を当てることを理論の土台としている⁸⁾。このようにS-D ロジックは、「価値創造」プロセスを説明する理論である。この価値創造は、2者のアクター間で行われるものではなく、より広範な価値創造のスペースの中で行われると認識され、さらに価値共創は、広範で複雑な価値創造スペース内で捕えられるものであるとされる⁹⁾。したがって、ヘルスケアサービスにおいても、「価値共創」は、「価値創造」のスペースの中で行われるものであり、複数の価値共創モデルによって、価値創造は説明されるものであると整理する。

また、ヘルスケアサービスにおける価値共創は、患者とヘルスケアサービス提供者のみならず、ヘルスケアサービス提供者間、患者間等様々な価値共創のパターンが想定され、それぞれのパターンの中にも、さらに複数の価値共創が存在すると推察する。さらに、へ

ルスケアサービスにおける価値共創者となり得る対象として、患者、ヘルスケアサービス提供者以外に、地域における資源、組織外部のヘルスケアサービス提供者等が想定される。具体的には、開業医や同じ医療圏における他医療機関、療養施設、介護施設、公的機関、特殊な手術・治療で遠方から招聘される医師等である。これらも S-D ロジックにおけるアクターとして位置付けられると考えられるため、患者とヘルスケアサービス提供者以外の価値は、アクターとして整理すれば、概ねヘルスケアサービス提供者の価値の源泉として説明できると考えられ、詳細は、Ⅲにて検討する。

Ⅲ ヘルスケアサービスにおける価値源泉

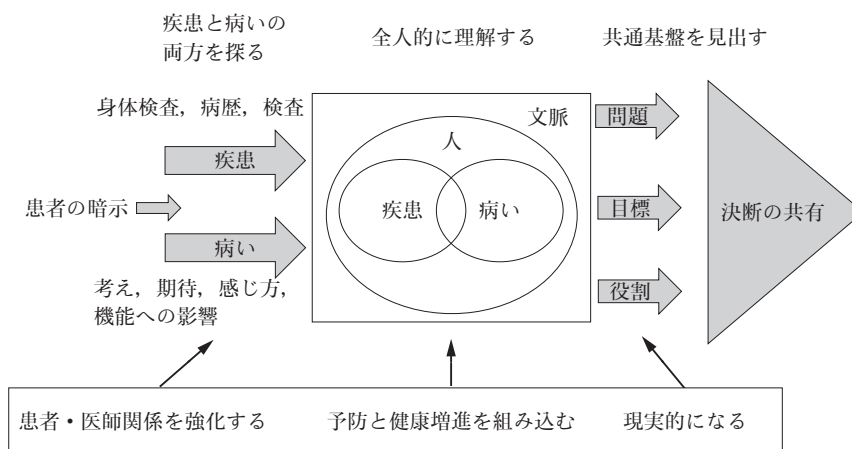
1 患者の価値源泉を創出する PCM

患者をアクターとして捉えると、患者も価値提案の実施者となり、最終的には有用であると患者が知覚したものが価値となるため、患者は自ら価値提案し、それがヘルスケアサービス提供者の価値提案と相まって創出されるものが、患者自らが価値あるものとして知覚するものでなければならない。このようにして考察すると、患者の価値源泉は、自らがヘルスケアサービス提供者に対して求めている治療結果、治療経過の核になるものであると考えられる。ヘルスケアサービス提供者は、患者が求めている治療結果、治療経過を検査によって得られる客観的なデータのみならず、患者自身が気付いていない潜在的なものも含めて、患者が持っているあらゆる情報を整理し、理解したうえで、治療結果、治療過程に反映しなければならない。そして、このような考え方を概念化したものが「Patient-Centered Medicine」(以下 PCM) である。PCM は、英国の精神科医であるイーニッド・バリント (Enid Balint) (1903年~1994年) らによって、1970年に提唱された概念である¹⁰⁾。その後、カナダのウェスタンオンタリオ大学のモイラ・スチュワート (Moira Stewart) 博士らによって「Patient-Centered Model」としてさらなる理論化を進めるための研究がなされ、1995年に『Patient-Centered Medicine Transforming the Clinical Method』として書籍化(日本でも2002年に『患者中心の医療』として翻訳出版された)され、世界へ広まることとなった。

PCM は、1800年頃から西欧ヨーロッパで確立されていった近代の西洋医学における診療の方法が、分析的で、非人間的であり、患者の感じ方や、人生経験はその過程で表現されず、身体病理のレベルでしか患者を診ることをしなかったことに対して、「病気の治療」という考え方ではなく、「患者の治療」という考え方を提示した概念である。ヘルスケアサービスにおける患者視点の重要性を論じたものであり、ヘルスケアサービスの価値研究の視点からみても、基礎的な研究となっている。図1のように、疾患のみに着目するので

はなく、患者の考え方、期待、感じ方、機能への影響を「病い（やまい）」として捉え、患者を全人的に理解することが基本概念である¹¹⁾。

図1 「Patient-Centered Medicine の臨床技法（診療の方法）」



出典：Moira Stewart, Judith Belle Brown, W. Wayne Weston, Ian R. McWhinney, Carol L. McWilliam, Thomas R. Freeman, 山本和利 訳『患者中心の医療 Patient-Centered Medicine Transforming the Clinical Method』診断と治療社，2002年1月，33ページ図2-1。

ヘルスケアサービスにおける患者の価値源泉について、このPCMの核となっている「患者の全人的理解」という考え方が鍵となる。患者自身が、診察中のコミュニケーションの中で暗示する情報を、潜在的な治療資源として、言い換えれば、S-Dロジックにおけるオペラント資源として捉え、ヘルスケアサービス提供者が理解する必要がある。そのために、「疾患」と「病（やまい）」の双方を組み合わせ、患者を全人的に理解し、それらの情報を文脈として整理し、最終的には、実際の診療行為を実施するうえで、何が問題なのか、何が目標なのか、治療を実施していくうえで、患者とヘルスケアサービス提供者の役割は何なのかを見出し、共有する必要がある。また、そこから導き出される治療に関する意思決定は、ヘルスケアサービス提供者の一方的な知識や考え方によるものであってはならず、必ずその意思決定に患者自身が参画していることが必要である。

ヘルスケアサービスにおける患者の価値源泉は、コミュニケーションの中で暗示される潜在的な治療資源であると考えられる。しかし、これをヘルスケアサービス提供者側が認知するためには、PCMの概念を活用し、情報を文脈として整理し、潜在的に治療に有用となるオペラント資源として認識する必要がある。

2 ヘルスケアサービス提供者の価値源泉

ヘルスケアサービス提供者の価値源泉を説明するために、管理会計におけるインタンジ

ブルズ (intangibles) を用いることとする。本稿における価値の定義をアクターから創出されるオペラント資源として整理しており、インタンジブルズもオペラント資源として整理することができると考えられることが1つ目の理由である。また、ロバート・S・キャプラン (Robert S・Kaplan)、デビッド・P・ノートン (David P・Norton) らが、著書『戦略マップバランス・スコアカードによる戦略策定・実行フレームワーク』の中で、インタンジブルズを持続可能な価値創造の究極的な源泉として位置付けている¹²⁾ こともその理由である。

このインタンジブルズには、明確な定義はなく、様々な定義がなされているのが現状である。まずインタンジブルズの定義を検討するにあたり、財務会計における扱いのものか、管理会計における扱いのものかを整理する必要がある。財務会計では、インタンジブルズは無形資産として捉えられており、国際会計基準 (International Accounting Standard) 第38号 (Intangible Assets) に物理的実体のない識別可能な非貨幣性資産と定義されている¹³⁾。

また、会計学者のマーガレット M. ブレアー (Margaret M. Blair) とスティーブン M. H. ウォールマン (Steven M. H. Wallman) は、インタンジブルズを財貨の生産またはサービスの提供に貢献するかそれらに用いられ、その利用をコントロールする個人または企業に対して将来の経済的便益を生み出すと期待される非物的な資産であると定義している。しかし、知的主導型の時代に突入した現在の世界経済の下では伝統的な会計学で認識されてきた無形資産のほかに、ブランド、知的財産、ソフトウェア、コーポレート・レピュテーション、人的資産、情報資産、組織資産といった企業価値の創造に大きな貢献を果たす無形の資産の存在が無視しえなくなってきた¹⁴⁾。このようにインタンジブルズの範囲が拡張するに従って、オンバランスによる財務会計での測定が困難となってきたため、管理会計によるインタンジブルズの議論がなされるようになったと考えられる¹⁵⁾。

管理会計では、インタンジブルズを貸借対照表にオンバランスしようとするものではなく、資産として認識し、マネジメントの有効性を高めようとして認識するものである。また、管理会計においてインタンジブルズには、以下のように3つの見解がある¹⁶⁾。

- ① インタンジブルズのマネジメントは、企業のビジネスプロセスを支援するために存在する。(ロバート・S・キャプラン、デビッド・P・ノートン、2004年)
- ② 財務成果に結びつく非財務指標をインタンジブルズとして捉え、非財務指標をマネジメントする。(クリストファー・D・イトナー、デビッド・F・ラッカー、1995年) (Christopher D. Ittner, David F. Larcker)
- ③ インタンジブルズを財務業績に直接結びつくものだけでなく、非財務同士の結びつきを通じて、最終的に財務業績が向上するものと捉える。(伊藤和憲、2012年)

本稿の目的は、インタンジブルズとS-D ロジックにおけるオペラント資源の関連性を、

PCMのフレームワークに基づいて整理することを目的としている。そのため、本稿では①の見解に注目する。インタンジブルズは持続可能な価値創造の究極的な源泉であり、人的資本・情報資本・組織資本の3つの構成要素は、それぞれの相互関係と内部の業務プロセスとの関連性から、ヘルスケアサービスにおける患者価値の共創に大きな影響を及ぼすものであると考えられる。

3 患者とヘルスケアサービス提供者以外の価値源泉

患者とヘルスケアサービス提供者以外の価値源泉について、具体的には、地域における資源、公的資源、組織外部のヘルスケアサービス提供者（セカンドオピニオン）等があげられる。これらもサービス提供の一部として捉えれば、ヘルスケアサービス提供者の資源として整理できると考えられる。患者自身が自ら発掘した資源であるとしても、患者とコミュニケーションエラーが発生していない限り、ヘルスケアサービス提供者へ情報がもたらされ、サービス提供の一部になり得ると推察する。したがって、患者とヘルスケアサービス提供者以外の価値源泉は、ヘルスケアサービス提供者の価値の源泉であるインタンジブルズとして整理できると考える。ただし、患者の家族や友人をアクターとして捉えた場合の整理は、ヘルスケアサービス提供者側のものとは異なり、Ⅲ1で論じた患者の価値源泉を創出するPCMで論じた「患者を全人的に理解する」概念の中での整理が必要であると考えられる。

なお、前述のコミュニケーションエラーの状態については、別途、価値の共破壊¹⁷⁾として検討が必要であるが、今後の研究課題とし、本稿では検討しない。

IV 患者中心のヘルスケアサービスにおける戦略的フレームワーク

1 患者中心のヘルスケアサービスにおける戦略マップ

Ⅲ2で整理したヘルスケアサービス提供者の価値源泉であるインタンジブルズを内部の業務プロセスとどのように関連付けるかを論理的に整理する手法として注目されるのが戦略マップである。そこで、患者を中心とするヘルスケアサービスの戦略的フレームワークを考察するにあたり、まず、戦略マップのフレームワークが、ロバート・S・キャプラン、デビッド・P・ノートンによって発表された2004年以降、ヘルスケアサービスにおいて、患者価値の視点から、戦略マップを用いて整理を行った研究があるかを確認した。google scholar を利用し、「value」「patient」「strategy」で検索した結果、いずれの文言もタイトルに含まれる文献が8件あり、表2のとおりとなった。内容についても確認したが、戦略マップについて言及したものはなかった。次に「value」「patient-centered」で検索をかけ、

表2 「value, patient, strategy」のいずれの文言も含まれるタイトルの文献一覧」

※戦略マップのフレームワーク発表の2004年以降の文献のみ

年代	文献
2007年	Peter Greasley, "Filming Patient Interviews to Demonstrate the Value of Welfare Advice in General Practice: A Strategy for the Dissemination of Project Outcomes", <i>International Journal of Social Research Methodology</i> , Vol. 9, Issue 3, Feb 2007. Pages 245-253.
2010年	CHEN Hai-xiao, HE Ming-zhu, QIAN Hui, et al, "Patient perceived value and management strategy", <i>Chinese Rural Health Service Administration</i> , Sep 2010, p 197.1.
2013年	Maria Salinas, Maite López-Garrigós, Alberto Asencio, Javier Lugo, Mercedes Gutiérrez, Lucia Flors, Carlos Leiva-Salinas, "Alert value reporting: A new strategy for patient safety", <i>Clinical Biochemistry</i> , Volume 46, Issue 3, February 2013, Pages 245-249.
2017年	Evangelos Giannitsis, Lars Wallentin, Stefan K James, "Outcomes after planned invasive or conservative treatment strategy in patients with non-ST-elevation acute coronary syndrome and a normal value of high sensitivity troponin at randomisation: A Platelet Inhibition and Patient Outcomes (PLATO) trial biomarker substudy", <i>European Heart Journal: Acute Cardiovascular Care</i> , 2017, Vol. 6(6) 500-510.
2017年	Hui QIAN, Dong RUAN, Daliang ZHANG, "Research on the variations of patient perceived value and responsive service strategy", <i>Western Pacific Region Index Medicus</i> , 2017; 33(5): 357-360.
2018年	Umbereen S. Nehal MD, MPH, Jack Maypole, MD, Matthew Sadof, MD, "A Patient-Centered Measure Reduction Strategy: Three Lenses of Value", <i>American Journal of Medical Quality</i> , 2018, Vol. 33(6) 665-667.
2018年	Muralidhar Padala, "PATIENT-SPECIFIC COMPUTATIONAL BIOMECHANICAL MODELING TO GUIDE MITRAL VALVE REPAIR STRATEGY: PRACTICALITY AND VALUE?", <i>US National Library of Medicine National Institutes of Health</i> , 2018 Feb; 155(2): 606-607.
2018年	Ramesh Rengan, Mary Redman, Jing Zeng, "Challenge of Proving the Value of Proton Therapy in an Unselected Patient Population in the Era of Precision Oncology: The Fallacy of a One-Size-Fits-All Strategy in Radiotherapy for Lung Cancer", <i>Journal of Clinical Oncology</i> , 2018 May 10.

出典：google scholar より筆者作成

文献のタイトルに両方の文言が入ったものが83件確認された。ここに「strategy」を追加すると文献は1件のみとなり、これも戦略マップについての言及はなかった。さらに、「strategy」の代わりに「strategy maps」で検索すると、結果は0件であった。また「intangibles」「patient-centered」で検索をかけた場合も両方がタイトルに含まれる文献は0件であった。よって、戦略マップを用いて患者価値の共創について整理した研究は、現在のところなされていないと推察する。

インタangibleズ・内部の業務プロセス・患者価値提案を論理的に関連付ける戦略マップを、具体的な行動方針とそのPDCAに展開したものがバランスト・スコアカード（以下BSC）である。BSCは、大きくこの戦略マップとスコアカードに分けられ、戦略マップは、戦略テーマに沿って、いくつかに分類され、基本の4つの視点（学習と成長の視点、内部プロセスの視点、顧客の視点、財務の視点）に従えば、財務成果を出すために、どの

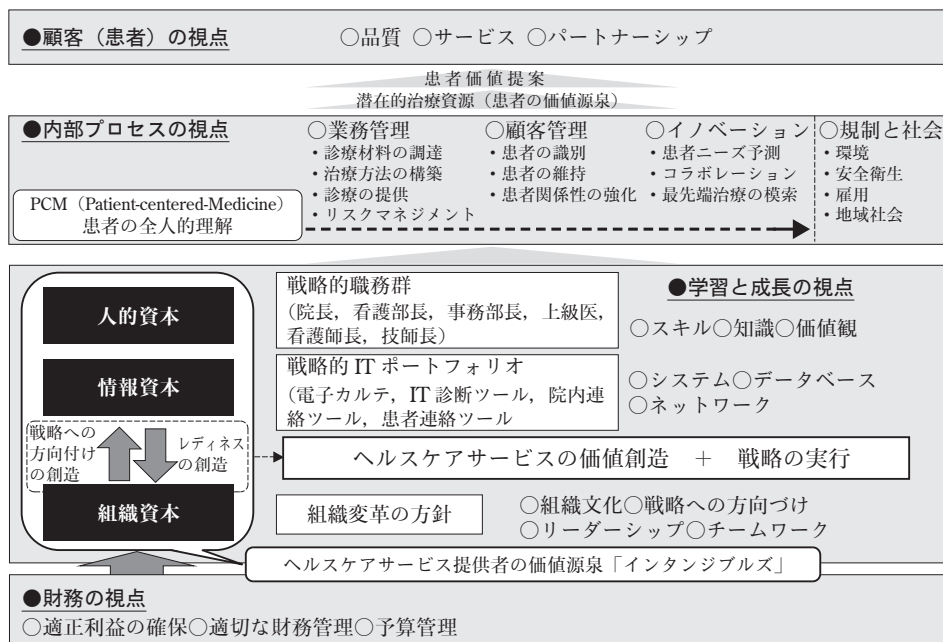
ような顧客にどのような価値を提供するのか、そのためには、業務の方法をどのように変え、組織としてどのようにして組織力を高める必要があるかということ、それぞれの視点に置き換えて、戦略のロジックを展開するものである¹⁸⁾。この戦略マップを用いて、学習と成長の視点におけるインタangibleズ（人的資本、情報資本、組織資本）が内部プロセスの視点を経て、どのように価値共創へとつながっていくのかを整理しようと考えた。また、患者の価値源泉を創出するPCMが戦略マップに適用することが可能であるかも合わせて検証する。なお、戦略マップでは、最も上位に財務の視点を配置し、戦略目標を株主価値の最大化や利益の最大化としている事例が多くみられるが、本稿では、ヘルスケアサービスにおける患者価値の共創へと至るプロセスを整理することを目的としており、利益の最大化は最終的な目的ではなく、利益はヘルスケアサービスの事業を継続するために必要な適正利益を確保するものとして位置付けることとする¹⁹⁾。よって、財務の視点は、最上位ではなく、ロバート・S・キャプラン、デビッド・P・ノートンの戦略マップの事例に示されている公的組織、非営利組織ものを参考とし、最も下に配置することとした²⁰⁾。

2 戦略マップにおけるPCMの適用可能性

IIで、ヘルスケアサービスにおける「価値」を定義する根拠として用いたS-Dロジックにおいて、患者が最終的に有用であると知覚するものが価値であると整理した。ここでは、患者が有用であると知覚する価値をヘルスケアサービス提供者がどのように患者価値提案として創出するかのプロセスとPCMの適用可能性について検証する。戦略マップにおける患者価値提案は、患者がサービスを有用であると知覚するために、ヘルスケアサービス提供者が、インタangibleズを価値源泉として用いて創出するものであると考える。また、このヘルスケアサービス提供者による患者価値提案から、患者が有用であると実際に知覚したものが、患者の価値である。このヘルスケアサービス提供者からの患者価値提案を実施する際に、内部プロセスの視点に影響を及ぼす可能性があると考えられるのがPCMである。このPCMを戦略マップの内部プロセスの視点に組み込み、図として示したものが、図2である。

一番下に配置した財務の視点は、適正利益の確保、適切な財務管理、予算管理を戦略とし、インタangibleズである組織資本を通じて、人的資本、情報資本への投資の振り分けを実施する。また、学習と成長の視点の人的資本における戦略的職務群への投資、あるいは、情報資本における戦略的ITポートフォリオに基づいた投資の決定を行う。すなわち、財務の視点によって、適正利益の確保、適切な財務管理、予算管理を戦略として投下された財務的資本を基にインタangibleズは、価値の源泉として創出される。具体的には、ヘルスケアサービスでは、人的資本においては、患者価値提案へ直接的に関わる人材として、

図2 「戦略マップにおけるPCMの活用概念図」



出典：Robert S. Kaplan, David P. Norton, 櫻井通晴, 伊藤和憲, 長谷川恵一 訳『戦略マップ バランスド・スコアカードによる戦略策定・実行フレームワーク』東洋経済新報社, 2014年2月, 495頁 図表14-4, 502頁 図表15-1を参考に筆者作成。

戦略的職務群を整理すると、最高責任者である院長、各部の代表である看護部長、技術部長、事務部長、上級医、看護師長、技師長等が、患者への価値の提案に大きな影響力を有していると考えられる。組織資本における組織変革の方針をもとに、この戦略的職務群への知識、スキルの向上に対しての投資がマネジメントされる。また、情報資本においても具体的には、電子カルテシステム、ITによって世界中の症例にアクセスできるAI診断ツール、院内での情報共有ツール、患者への情報発信ツールが重要な情報資本になると考えられ、これらに関する投資の決定を組織資本における組織変革の方針をもとにマネジメントする。なお、人的資本と情報資本は、双方でレディネス²¹⁾の創造を組織資本に対して発信し、組織資本はそのレディネスから、組織の方針を導き出す。これが循環することによって、インタンジブルズを活用し、価値の源泉を導出する強固な基盤となっていくものであると認識する。

学習と成長の視点でインタンジブルズを活用することによって、導出された価値源泉は、内部プロセスの視点で、業務管理のプロセス、顧客管理のプロセス、イノベーションのプロセス、規制と社会のプロセスの4つに区分され、患者価値提案に向けて具体的なプロセスへ落とし込まれる。このプロセスへ融合され、影響を及ぼすと考えられるのが、PCM

の核となる「患者を全人的に理解する」という概念である。

PCMの核となる概念の「患者の全人的理解」と、学習と成長の視点において、ヘルスケアサービス提供者の組織内部で醸成されたインタンジブルズが、内部プロセスの視点で融合されることにより、患者の価値源泉である潜在的な治療資源として導出されると考えた。患者を全人的に理解することによって、業務管理のプロセスにおいて、リスクマネジメント、診療の提供、治療法の構築、診療材料の調達に影響を及ぼし、さらに顧客管理のプロセスにおいても、患者関係性の強化、患者の維持、患者の識別に影響を及ぼすと考える。また、イノベーションのプロセスにおいても、最先端治療の模索、コラボレーション、患者ニーズの予測に影響をもたらすと考察する。このように、患者を全人的に理解する概念は、内部プロセスを構築するうえで、ヘルスケアサービス提供者に対して、広く大きな影響を及ぼす可能性がある。ただし、規制と社会のプロセスは、患者と直接的に関係するプロセスではないため、PCMの影響を受けないとして整理した。

ここまで、学習と成長の視点におけるインタンジブルズが、ヘルスケアサービス提供者の価値源泉として導出され、内部プロセスの視点でPCMの概念と融合することにより、患者の価値源泉である潜在的な治療資源として創出されるフローを整理した。このフローから最終的に創出されるものが、患者価値提案である。すなわち、戦略マップの内部プロセスの視点に、PCMの「患者の全人的理解」が組み込まれることにより、潜在的な治療資源が創出される可能性を導くことができる。さらに、ヘルスケアサービスの提供者は、この潜在的な治療資源をオペラント資源として認識することにより、患者にとって、より有用であると知覚される患者価値提案として創出できると考える。

よって、戦略にマップにおいてPCMは、「患者の全人的理解」という概念によって、患者の価値源泉となる潜在的治療資源が創出されるため、価値共創に影響を及ぼす可能性がある。すなわち、戦略マップにおけるPCMの実践的な適用の可能性が導き出されたと考える。

3 インタンジブルズを活用した患者価値の共創

IV 2で整理したとおり、ヘルスケアサービス提供者は、インタンジブルズを活用し、戦略マップを用いて患者価値提案が創出されることを示した。また、PCMにおける「患者の全人的理解」が、内部プロセスの視点に組み込まれることにより、患者の価値源泉である潜在的な治療資源の創出につながる可能性についても導き出した。ヘルスケアサービスにおける患者価値の共創は、ここで整理された内容そのものであり、PCMの概念が無ければ、患者を全人的に理解することがなく、患者の潜在的な治療資源を見出すことが困難になる可能性があると考えられる。患者を全人的に理解することにより、潜在的な治療資源が

創出され、ヘルスケアサービス提供者は、価値源泉であるインタンジブルズと、潜在的な治療資源を踏まえ患者価値提案を行う。このプロセスが、価値共創であると考え、以下のように整理した。

- ① 患者の価値源泉は、潜在的な治療資源であるが、潜在的な治療資源を創出するためには、PCMの「患者を全人的に理解する」概念が必要となる可能性がある。
- ② ヘルスケアサービス提供者の価値源泉はインタンジブルズであり、ヘルスケアサービス提供者は、それをもとに患者価値提案を行う。

上記①、②を踏まえて、以下にヘルスケアサービスにおける患者価値の共創における公式を導いた。

潜在的治療資源（患者からの価値提案）×インタンジブルズ（ヘルスケアサービス提供者からの価値提案）＝患者価値の共創²²⁾

V ヘルスケアサービスにおける価値研究の発展

本稿では、まずⅡで、ヘルスケアサービスにおける価値をS-Dロジックによって、「アクターであるヘルスケアサービス提供者や、患者によって創出されたオペラント資源によって共創され、最終的に顧客である患者が有用であると知覚したもの」と整理した。また、「価値共創」と「価値創造」の概念について、「価値共創」は、「価値創造」のスペース内で行われるものであり、複数の価値共創モデルによって、価値創造は説明されるものであると整理した。そこからⅢでは、患者の価値源泉として、PCMの概念を用いてヘルスケアサービス提供者が、患者を全人的に理解することで生み出される潜在的な治療の資源であることを確認した。さらに、ヘルスケアサービス提供者の価値源泉を、管理会計における「インタンジブルズ」を用いることで整理した。Ⅳでは、Ⅲで明らかになったPCMにおける「患者の全人的理解」の概念を戦略マップに組み込むことで、潜在的治療資源が創出される可能性が導き出されることと、ヘルスケアサービス提供者の価値源泉であるインタンジブルズを活用することによって創出される患者価値提案の概念を説明し、患者価値の共創について整理した。

上記より、本論文では、ヘルスケアサービスにおける「価値、価値共創、価値創造の整理」「患者の価値源泉」「ヘルスケアサービス提供者の価値源泉」を説明し、そこから、PCMを戦略マップに組み込むことによって、潜在的治療資源の創出の可能性、患者価値提案について、インタンジブルズを活用し、その概念を説明した。また、最後に患者価値の共創について整理した。今後の課題としては、本稿では、患者の価値共創の1モデルを示した

のみであり、例えば、患者同士の価値共創、ヘルスケアサービス提供者同士の価値共創、それ以外の地域資源、その他の医療資源が関係する価値共創について明らかにするとともに、PCM の概念を前提としない、価値の共破壊が発生するリスクについても研究する必要がある。

医療従事者の間には「患者の全人的理解」を目指してPCM の実践が期待されている。他方で、わが国の医療資源の活用状況を斟酌すると、ハード系の施設、設備は諸外国と比較しても充実しているものの、医師や看護師をはじめとする医療従事者の相対的な人数は必ずしも多くはない。貴重なヘルスケア資源である人的資本や組織資本を「患者の全人的理解」に結びつけるには、それらの論理性を解明することが求められる。本稿で考察の対象とした戦略マップは、そのための最も有効と期待されるロジックでありツールであった。「患者の全人的理解」という概念は、戦略マップにおいては業務プロセスと関連する概念である可能性についても本稿で触れたとおりである。戦略マップを活用したヘルスケアサービスにおける価値共創によって価値創造への理解を一層深めるためには、「患者の全人的理解」という概念を、いかにして業務プロセスと論理的に関連するかを、さらに解明してゆかねばならない。

注

- 1) 厚生労働省『医療法（昭和二十三年七月三十日）（法律第二百五号）』
https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=80090000&dataType=0&pageNo=1（2020年9月13日最終閲覧）。
- 2) Robert F. Lusch, Stephen L. Vargo, Jim Spohrer, 井上崇通監訳, 庄司真人, 田口尚史訳『サービス・ドミナント・ロジックの発想と応用』同文館出版株式会社, 2016年7月1日, 10ページ。
- 3) 田口尚史『サービス・ドミナント・ロジックの進展価値共創プロセスと市場形成』同文館出版株式会社, 2017年3月10日, 16ページに、アクターとは、目的を持って行動できる能力のある行為主体を有する存在で、具体的には、個人、家族、組がそれに該当する（Lusch and Vargo 2014）と説明されている。また、このアクターは、以下のようないくつかの特徴を有している（Lusch and Vargo 2014）とされる。
 - ①アクターは、過去、現在、未来といった時間的な範囲の中で行動する。
 - ②アクターは、他のアクターたちとの間にリレーションシップを保持している。
 - ③アクターは、サービス・エコシステム（共通の制度的ロジックとサービス交換を通じた相互的な価値創造によって結びつけられた資源統合アクターからなる相対的に自己完結的で、かつ自己調整的なシステム（Lusch and Vargo 2014, pp 161））内で資源を統合する。
- 4) 田口尚史『前掲書』, 20ページ。
- 5) Robert F. Lusch, Stephen L. Vargo, Jim Spohrer, 井上崇通監訳, 庄司真人, 田口尚史訳『前掲書』, 15-16ページ。
- 6) 田口尚史『前掲書』, 20ページ。

- 7) 田口尚史『前掲書』, 11ページ。
- 8) 田口尚史『前掲書』, 10-11ページ。
- 9) 田口尚史『前掲書』, 17ページ。
- 10) Moira Stewart, Judith Belle Brown, W. Wayne Weston, Ian R. McWhinney, Carol L. McWilliam, Thomas R. Freeman, *Patient-Centered Medicine Transforming the Clinical Method*, SAGE Publications, 1995, pp. 23-24.
- 11) *Ibid.*, pp. 23-27.
- 12) Robert S. Kaplan, David P. Norton, 櫻井通晴, 伊藤和憲, 長谷川恵一監訳『戦略マップバランスト・スコアカードによる戦略策定・実行フレームワーク復刻版』東洋経済新報社, 2014年2月, 9ページ。
- 13) International Accounting Standard 38, *Intangible Asset*, <https://www.ifrs.org/issued-standards/list-of-standards/ias-38-intangible-assets/> (2020年9月13日最終閲覧)。
- 14) 櫻井通晴『インタンジブルズの管理会計』中央経済社, 2012年3月31日, 1-2ページ。
- 15) 梅田宙『企業価値創造のためのインタンジブルズ・マネジメント』専修大学出版局, 2018年2月28日, 6-7ページ。
- 16) 梅田宙『前掲書』, 7ページ。
- 17) Rocco Palumbo, *The Bright Side and the Dark Side of Patient Empowerment Co-creation and Co-destruction of Value in the Healthcare Environment*, Springer Briefs in Public Health, February 2017. pp. 50-53.
- 18) 高橋淑郎『医療バランスト・スコアカード研究経営編』生産性出版, 2011年1月21日, 6ページ。
- 19) 高橋淑郎『前掲書』, 36-37ページ。
- 20) Robert S. Kaplan, David P. Norton, 櫻井通晴, 伊藤和憲, 長谷川恵一監訳『前掲書』, 495ページ図表14-4 フルトン郡学区の戦略マップ (公的組織の戦略マップ), 502ページ図表15-1 ボストン・リリックオペラの戦略マップ (非営利組織の戦略マップ) を参考とした。
- 21) Robert S. Kaplan, David P. Norton, 櫻井通晴, 伊藤和憲, 長谷川恵一監訳『前掲書』, 16ページ, 訳注より「レディネス」とは, 準備が整っている状態のことをいう。
- 22) 患者の価値源泉となる潜在的治療資源とヘルスケアサービス提供者の価値源泉となるインタンジブルズのどちらか一方の価値源泉がない場合, 患者価値の共創は実施されない, つまり0となると考え, 公式は加法ではなく, 乗法とした。

参 考 文 献

- Moira Stewart, Judith Belle Brown, W. Wayne Weston, Ian R. McWhinney, Carol L. McWilliam, Thomas R. Freeman, *Patient-Centered Medicine Transforming the Clinical Method*, SAGE Publications, 1995, pp. 1-30.
- Moira Stewart, Judith Belle Brown, Allan Donner, Ian R. McWhinney, Julian Oates, W. Wayne Weston, John Jordan, “The Impact of Patient-Centered Care on Outcomes”, *The Journal of Family Practice*, Vol. 49, No. 9, September 2000.
- Robert S. Kaplan, David P. Norton, *STRATEGY MAPS CONVERTING INTANGIBLE ASSETTES*

INTO TANGIBLES OUTCOMES, Harvard Business School Press, 2004.

Rocco Palumbo, *The Bright Side and the Dark Side of Patient Empowerment Co-creation and Co-destruction of Value in the Healthcare Environment*, Springer Briefs in Public Health, February 2017.

Moira Stewart, Judith Belle Brown, W. Wayne Weston, Ian R. McWhinney, Carol L. McWilliam, Thomas R. Freeman, 山本和利訳『患者中心の医療 Patient-Centered Medicine Transforming the Clinical Method』診断と治療社, 2002年1月。

Robert F. Lusch, Stephen L. Vargo, Jim Spohrer, 井上崇通監訳, 庄司真人, 田口尚史訳『サービス・ドミナント・ロジックの発想と応用』同文館出版株式会社, 2016年7月1日。

Robert S. Kaplan, David P. Norton, 櫻井通晴, 伊藤和憲, 長谷川恵一監訳『戦略マップバランスト・スコアカードによる戦略策定・実行フレームワーク復刻版』東洋経済新報社, 2014年2月13日。

梅田宙『企業価値創造のためのインタンジブルズ・マネジメント』専修大学出版局, 2018年2月28日。

櫻井通晴『インタンジブルズの管理会計』中央経済社, 2012年3月31日。

高橋淑郎『医療バランスト・スコアカード研究経営編』生産性出版, 2011年1月21日。

田口尚史『サービス・ドミナント・ロジックの進展価値共創プロセスと市場形成』同文館出版株式会社, 2017年3月10日。