

『福山大学経済学論集』

第 46 卷

(2022 年 3 月) 抜 刷

わが国ヘルスケアにおけるエコシステムの基本構造 － 価値共創における階層出現と浸透のプロセス －

勝 田 篤
関 下 弘 樹

わが国ヘルスケアにおけるエコシステムの基本構造 — 価値共創における階層出現と浸透のプロセス —

勝田 篤¹ 関下 弘樹²

概要

わが国の医療給付費は増加の一途を辿り、今後高齢化の進展による医療需要の高まりによって、その傾向はますます強まると予測され、このままでは、将来にわたって現状のサービス量と質を担保できなくなる可能性がある。

そこで、今までのように一方的に医療資源を大量に投入し、量と質を担保してきたサービスではなく、例えば、患者とヘルスケア³サービス提供者、あるいは病院と診療所が共に価値を共創する仕組みを構築することで、少しでも効率的なサービス提供が実施できると考えた。

本稿は、ヘルスケアにおける価値共創の基礎的研究として、患者中心のヘルスケアサービスの提供(Patient-centered medicine⁴(PCM))を軸として、価値共創の観点から、わが国ヘルスケアにおけるエコシステム⁵の基本構造を論じることを目的とする。

キーワード:ヘルスケア、価値共創、エコシステム、Service-dominant logic(SDL)、Patient-centered medicine(PCM)

1 高齢化がもたらすわが国ヘルスケアの課題

現在、わが国の社会保障制度は、年金、医療、介護の大きく 3 つに区分され、近年そのすべての費用が増加の一途を辿っている。具体的には、2010 年をピークに人口は減少トレンドに入っており、人口減少が今後も進んでいく中で、65 歳以上の人口比率は増加すると予測されている。2019 年に 28.4%であったものが、

¹ 関西学院大学大学院経営戦略研究科 博士課程後期課程 : atsushi19770820@gmail.com

² 福山大学経済学部税務会計学科 准教授 : seki_h@fukuyama_u.ac.jp

³ 本稿において「ヘルスケア」とは、主として医療機関が実施する健康管理（診察、治療含む）のことを指す

⁴ Patient-centered medicine (PCM)は、患者を中心として治療行為を実施するとの概念である。詳細は本稿 2.1 で説明する。

⁵ エコシステムとは、アクターが生存するために相互に調整し合うシステムのことである。詳細は本稿 2.2 で「サービス・エコシステム」として説明する。

2065年には38.4%となり、今後45年程度で10ポイント増加することが見込まれている。(内閣府令和3年度少子化社会対策白書 2021)

社会保障給付費は、1970年頃から急激に増加している。これは、1961年に日本で国民皆保険が達成され、さらに「福祉元年」といわれる1973年に、当時の政策で、老人医療費が無料化され、また年金給付額の引き上げを行ったことなどが主な要因である。このようにして、高齢者に対する社会保障給付を大幅に手厚くした結果、1970年に3.5兆円であった日本の社会保障給付費は、2019年には予算ベースで、123.7兆円となり、およそ40年間で、35倍以上に膨れ上がった。一方で前述のとおり、人口は減少トレンドに入っており、また人口構成は少子高齢化となることから、生産年齢人口は減少する。したがって、国民所得の増加を見込むよりも、給付を抑制することを具体的に検討する必要性が出てきた。日本政府は1990年代初頭から、様々な給付抑制策を試みてきたが、給付費の抑制には至らず、結果、社会保障給付費は増加の一途を辿り続けることとなった。(内閣官房全世代型社会保障検討室 2019)

社会保障給付費の中で、医療給付については、給付費の問題のみならず、サービスの質と量の問題もはらんでいる。医療給付費を年齢別に5歳毎に区分してみると、年齢が上がるとともに高くなる傾向があり、最も少ない層である20歳～24歳の平均年間医療費は、7.6万円であるが、65歳～69歳の場合は、46.2万円となっており、さらに年齢が高くなると、増加していく。つまり、少子高齢化によって、今後、医療費が多くかかる年齢層が増加することとなり、現在の医療サービスの質と量を担保しようとする、医療サービスの供給量は増加せざるを得ない状況である。(健康保険組合連合会企画部社会保障研究グループ 2019)

また、わが国ヘルスケアの現状を医療資源の観点から掘り下げ、諸外国と比較してみると、「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カ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カ国の中でいえば、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られる。このようにわが国のヘルスケアサービスは、国民皆保険でフリーアクセスを認めているながら、病床当たりの医師数は非常に少なく、膨大な医療ニーズあるいは欲求を医師の過重労働で吸収してきた背景がある。(島崎 2020)

しかし、今後も伸び続けると予測される医療ニーズを恒久的に医師の過重労働に頼ることは、持続可能性の観点、品質維持の観点からも問題である。そこで、

わが国におけるヘルスケアサービスの質を担保しつつ、持続可能性のあるものにするため、供給者側から一方的に医療資源を大量に投入し、量と質を担保してきたサービスではなく、例えば、患者とヘルスケアサービス提供者、あるいは、病院と地域の診療所が共に価値を導き出す「価値共創」の概念を用いることで、少しでも効率的なサービス提供がなされると考えた。

本稿は、価値共創を説明するための基礎的な研究として、患者を中心とするヘルスケアサービスの概念である Patient-centered medicine (PCM) と、Service-dominant logic (SDL) の思考であるサービス・エコシステム⁶の概念を用いて、わが国ヘルスケアにおける価値共創の観点から、ヘルスケア・エコシステム⁷の基本構造を説明することを目的とする。

表 1 医療提供体制の各国比較 (2017)

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	16.2	13.1	2.4 (2016)	11.3 (2016)	55.2	111.5
ドイツ	11.2	7.5	8.0	4.3	12.9	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	17.1	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	4.1 (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 頁 医療体制の各国比較 2017 年。

2 ヘルスケアの質と持続可能性を両立する概念

本節では、わが国ヘルスケア・エコシステムの基本構造を説明するうえで、

⁶ SDL における価値共創の階層の概念である。アクター間の価値共創のレベルをミクロ、メソ、マクロの 3 層構造で説明したものである。詳細は 2.2 にて説明する。

⁷ サービス・エコシステムの概念をヘルスケアへ応用したもので、Frow, P. (2016)らによって提唱されたものである。詳細は、3「ヘルスケア・エコシステム」で説明する。

基礎的な概念となる Patient-centered medicine (PCM) について説明し、次に価値共創、サービス・エコシステムの概念について、Service-dominant logic (SDL) の思考を用いて説明する。

2.1 Patient-centered medicine (PCM)

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。これに対して、「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が Patient-centered medicine(PCM)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、ヘルスケアにおける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。

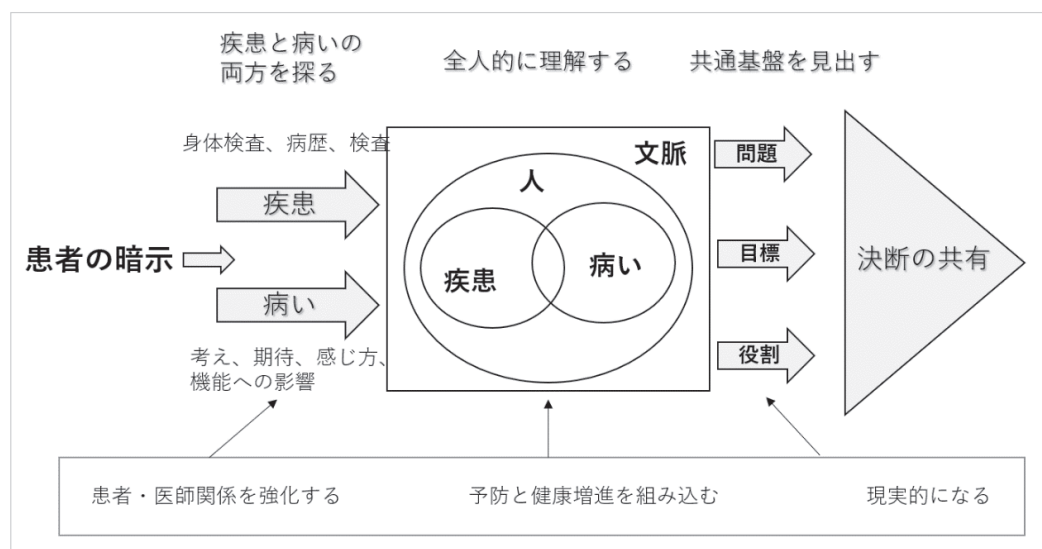


図 1 「Patient-Centered Medicine」の臨床技法（診療の方法）

（出典）Moira Stewart, Judith Belle Brown, W.Wayne Weston, Ian R. McWhinney, Carol L. McWilliam, Thomas R. Freeman, 山本 和利 訳(2002), 『患者中心の医療 Patient-Centered Medicine Transforming the Clinical Method』診断と治療社, p.33, 図 2-1.

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。このような考え方を概念化したものである。

英国の精神科医であるイーニッド・バリント（Enid Balint, 1903～1994）らによって、1969年に提唱され、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（Moir 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。

2.2 Service-dominant logic (SDL) における価値共創の概念

SDLとは、2004年に Vargo, S.L. & Lusch, R.F. が、提唱したもので、この時点では New dominant logic として論じられていたが、2006年に著書『Service-dominant logic of marketing』の中で、Service-dominant logic (SDL) と名付けられている。

SDLは、中核をなす4つの基本的概念、すなわちアクター、資源、サービス、価値の概念のみで論じられている「サービス」を中心に据えて経済交換を捉えるマインドセットである。SDLに対比される概念として、グッツ、企業、交換価値を中心とし、グッツを生産することが企業の主な目的であり、その生産過程においてグッツに価値が埋め込まれるとするロジック（Good-dominant logic (GDL)）があり、SDLは、GDLを超越する上位概念として提唱されたものである。GDLとは、経済的交換の中で、売り手と買い手との間でやりとりされるのは、製品（グッツ）と貨幣であると捉える見方である。（Lusch and Vargo 2014, pp.3-8）

SDLにおける「価値」は、ベネフィットのことであり、ある特定のアクターの福利の増大でもある。アクターとは、目的を持って行動するための能力を保持するエンティティ（実態）であり、SDLでは、全てのアクターが資源を統合すると定義されている。資源は、それ自体が他の資源に影響を及ぼすことのできるオペラント資源と、影響を受けることによって価値をもたらすオペラント資源に分けられる。人的資源が創造するナレッジ、スキルは典型的なオペラント資源である。本来、価値は共創されるもので、個人的あるいは（例えば、組織、企業を通じて）集団的に多数のアクターたちによって統合される資源とし

て提供される。よって、価値そのものはアクターから別のアクターに提供されることはなく、単に資源として提案されるだけである。SDLにおける価値は、本来顧客が有用であると知覚したものであると認識され、常に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結論付けられている。(Lusch and Vargo 2014, pp.9-14)

価値の共創は、広範で複雑な価値創造のスペース内で捕えられるものであり、アクターたちは、3層（マイクロレベル、メソレベル、マクロレベル）から構成される自身の属するサービス・エコシステム内で相互に生存可能性を高めるためサービスの交換を行う。SDLでは、「サービス」という概念を「エコシステム」という概念と結びつけて、「サービス・エコシステム」として捉え、「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付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」と定義している。サービス・エコシステムには、アクターを中心に、①相対的に自己完結的、②資源統合アクターからなる自己調整的なシステム、③共通の制度的ロジック、④サービス交換を通じた相互的な価値創造の4つの要素が存在している。

また、サービス・エコシステムは3層構造すなわち、マイクロレベル、メソレベル、マクロレベルのそれぞれのインタラクション（相互作用）から構成されている。マイクロレベルでは個人、メソレベルでは地域コミュニティ、マクロレベルでは国といった単位ごとに、言語、価値観、プラクティス（習慣的行動）といった共通の制度が異なり、各々のサービス・エコシステムに属するアクターは、そのシステム内の共通の制度に従って行動する。この共通の制度が、サービス・エコシステムを形成する。

マイクロ・システムからメソ・システムが出現し、さらにメソ・システムからマクロ・システムが出現する。それと同時に、マクロ・システムはメソ・システム、さらにはマイクロ・システムと濾過していき、それら下位システムにいるアクターたちに影響を及ぼす。すなわちマイクロレベルシステムはメソレベルシステムの創造を促進させ、メソレベルシステムはマクロレベルシステムの創造を促進させるが、一旦マクロレベルシステムが構築されると、下位のメソレベルシステムや、マイクロレベルシステムに影響力を持つようになる。(Lusch and Vargo 2014, pp.158-176)

3 ヘルスケア・エコシステム

Google scholar (2021 年 5 月 30 日閲覧) で検索した結果、ヘルスケアにおけるエコシステムの先行研究について、「表 2」の 6 本の文献があり、その全ての論文が SDL におけるサービス・エコシステムの概念を前提としている。このうち最初に研究されたものが、ミクロレベル、メソレベル、マクロレベルの階層にメガレベルを付加し、ヘルスケア・エコシステムとして提唱した Frow, P. (2016)らによるものであり、この研究を皮切りにヘルスケアにおけるエコシステムに関する研究が散見されるようになってきている。彼らは、医療制度は国際的な環境によって異なるため、メガレベルの概念はヘルスケアにおけるエコシステムを形成する上で特に重要な役割を果たすとしている。具体的には、国家レベルにおける歴史、文化、政治、法律の制定、公衆衛生を司る規制当局の考え方や権力、および「健康」とは何かという一般的な哲学など、多くの巨大な要因がエコシステム内に大きな影響を与えているとしている。よって、国際的なレベルによる相違により、サービス・エコシステムは異なるとの考察から、ミクロ、メソ、マクロにメガの概念を付加している。この 4 つのレベルにおけるヘルスケア・エコシステムのアクターは、Frow, P. (2016)らの論文によって、以下のように定義されている。

- ・ミクロレベル：患者、家族、友人、医師、看護師、その他医療スタッフ
- ・メソレベル：病院、診療所、介護施設、養護施設
- ・マクロレベル：自治体組織（郡、州レベル）
- ・メガレベル：制度（歴史・文化含む）、政府、国家、規制団体（国レベル）

Frow, P. (2016)らの論文によると、マクロレベルに郡、州レベルの自治組織を定義し、メガレベルに文化、歴史、国家、政府、規制団体を定義している。しかし、歴史や文化は、長い年月をかけて、国家や、政府が実践したことの積み重ねによって出現するものであり、制度も歴史・文化を含んだうえで構築されるものである。また、制度、歴史、文化は、実際に行動するものではないため、価値共創を実践するアクターとして捉えることが困難であると考えられる。

Palumbo, R. (2017)らの論文では、メガレベルは、ミクロ、メソ、マクロの外側にある概念として整理されており、アクターではないものとしている。また、2021 年に発表された Brodie, R.J. (2021)らの論文では、COVID-19 によるパンデミックが引き起こした医療崩壊について、オーストラリアのケースをもとに、将来の医療体制について、ヘルスケア・エコシステムの観点から論じている。ここでは、エコシステムは、ミクロ、メソ、マクロの 3 層構造としてお

り、外部環境は、価値の共創者ではなく、影響を与えるのみの存在として示されている。

表2 ヘルスケアにおけるエコシステムの先行研究

年代	文献	階層整理
2016 年	Frow, P. McColl-Kennedy, J.R. Payne, A. (2016), "Their role in shaping a health care ecosystem", <i>Industrial Marketing Management</i> .56, 24-39.	ヘルスケア・エコシステムを提唱した最初の研究で、メガレベルも「アクター」として整理。
2016 年	Ciasullo, V. M. Cosimato, S. Storlazzi, A. Douglas, A. (2016), "Healthcare ecosystem: some evidence from the International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM)", <i>19th Toulon- Verona International Conference Excellence in Services University of Huelva</i> .	メガレベルも「アクター」として整理。
2017 年	Palumbo, R. Cosimato, S and Tommasetti, A. (2017), "Dream or reality? A recipe for sustainable and innovative health care ecosystem", <i>The TQM Journal</i> , Vol.29, No.6, 847-862.	メガレベルは、アクターではなく、「外部環境」として整理。
2017 年	Ciasullo, V. M. Cosimato, S. Palumbo, R. & Storlazzi, A. (2017), "Value Co-creation in the Health Service Ecosystems: The Enabling Role of Institutional Arrangements", <i>International Business Research</i> , Vol.10, No.12, 222-238.	メガレベルも「アクター」として整理。
2019 年	Frow, P. McColl-Kennedy, J.R. Payne, A. Govind, R. (2019), "Service ecosystem well-being: conceptualization and implications for theory and practice", <i>European Journal of Marketing</i> , Vol.53, No.12, 2657-2691.	患者個人をマイクロレベルとし、病棟をメソレベル、病院全体をマクロレベルとして整理
2021 年	Brodie, R.J. Ranjan, K.R. Verreynne, M. Jiang, Y and Previte, J. (2021), "Coronavirus crisis and health care: learning from a service ecosystem perspective", <i>Journal of Service Theory and Practice</i> , Vol.31, No.2, 225-246.	メガレベルは、アクターではなく、「外部環境」として整理。

出所（筆者作成）

Frow, P. (2019)らは、2016年に整理したものをさらに発展させ、病棟をメソレベルとし、患者を中心とした病棟内でのヘルスケアサービス提供者と患者の価値共創をマイクロレベルとして、全病棟を集約する病院をマクロレベルとして

説明している。

このようにヘルスケア・エコシステムの階層の定義については、「表 2」に示したように様々な考察がなされているのが現状である。これらの考察を踏まえて、次節では、わが国ヘルスケアにおけるエコシステムの基本構造について論じる。

4 わが国ヘルスケアにおける価値共創とエコシステム

前述のとおり、ヘルスケア・エコシステムの階層は、メガレベルの取り扱いについて、現状では様々な見解が存在する。本稿では、まず、全てのヘルスケア・エコシステムの先行研究が SDL におけるサービス・エコシステムを基礎として発展させている部分に着目し、アクターによる価値共創については、マイクロ、メソ、マクロの 3 層で実施されるものであるとした。メガレベルについては、例えば COVID-19 によるヘルスケアへの影響は、明らかに外部環境により一方的にもたらされたものがある。このように外部環境によって一方的にもらされるものは、価値共創によって創造されたものではないと考え、価値共創の外側にある階層として、メガレベルとすることとした。

上記から、本稿におけるヘルスケア・エコシステムについては、マイクロ、メソ、マクロ、メガの 4 つレベルに分類し、SDL におけるマイクロ、メソ、マクロにメガのレベルを外部環境として、付加することとした。したがって本稿におけるわが国ヘルスケアにおけるエコシステムのマイクロレベル、メソレベル、マクロレベル、メガレベルのアクターは以下の通りと定義する。

マイクロレベル：患者、家族、ヘルスケアサービス提供者

メソレベル：病院、保健所、都道府県・市役所（医師会、看護協会等）

マクロレベル：政府、全国健康保険協会、日本医師会、各省庁、国レベルの専門職団体

メガレベル：歴史、文化、制度、規範、SNS、論文、文献、全世界的組織（これらはアクターではない外部環境とする）

SDL におけるエコシステムは、マイクロレベルシステムがメソレベルシステムの創造を促進させ、メソレベルシステムは、マクロレベルシステムの創造を促進させる。さらに、一旦マクロレベルシステムが構築されると下位のメソレベルシステムや、マイクロレベルシステムに影響力を持つようになる。(Lusch and Vargo 2014, pp.169-170)この概念を基にメガレベルを付加して考察すると、ミ

クロレベルからメソレベル、マクロレベル、メガレベルと順に階層が出現し、一旦メガレベルシステムが構築されるとそれは、「制度」「歴史」「文化」として、マクロレベル、メソレベル、マイクロレベルに浸透していく。これは繰り返されるものであり、メガレベルも、マクロ以下のレベルも変化し続けるものである。例えば、わが国であれば、国民皆保険によって、いつでも誰でも安価に良質なヘルスケアサービスを受けることができるようになっている。これは、わが国においては、変化を伴いながら歴史が積み重ねられることによって「制度・歴史・文化」になっていると考えられ、メガからマイクロまで一貫通貫し浸透しているものである。これらの考え方を踏まえ、わが国ヘルスケアにおけるマイクロ、メソ、マクロ、メガのアクターをそれぞれ定義し、各階層における価値共創とともに概念的に図示したものが「図2」である。

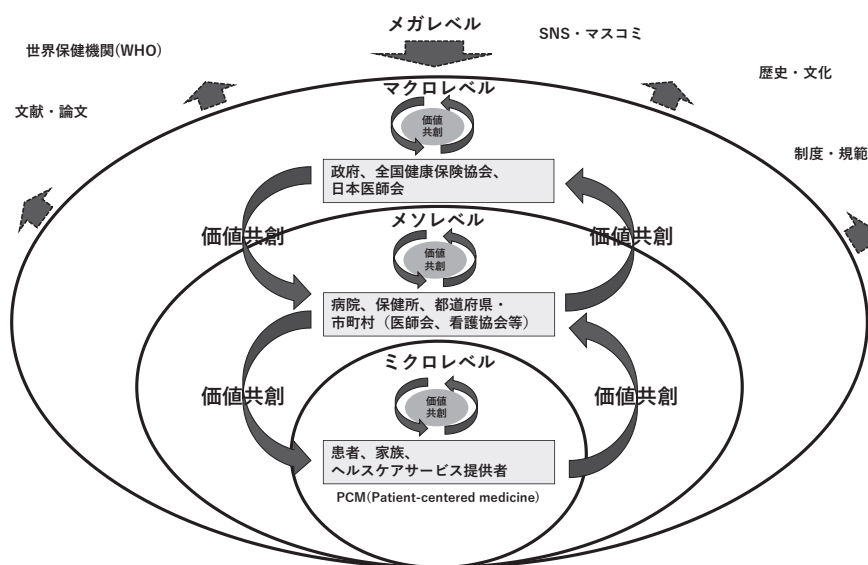


図2 わが国ヘルスケアにおけるエコシステムのイメージ

(出典) Frow, P. McColl-Kennedy, J.R. Payne, A. (2016), “Their role in shaping a health care ecosystem”, *Industrial Marketing Management*, p.27, Fig1 より、筆者加筆・修正。

アクターは、マクロレベル以下から存在し、メガレベルである制度、文化、歴史、世界規模の組織、SNS等の影響を受けながら、価値共創を実施し、制度、制度的取り決めによる影響を受け、調整される。さらに同一レベルのエコシステム内のみならず、上位レベル、下位レベルの資源統合者たるアクター間

で価値共創が実施される。マクロレベル、メソレベル、ミクロレベルのアクターたちは、繰り返しサービスの交換を行い、価値共創を行うことで新たな価値が創造され、時間をかけて、メガレベルシステムである歴史、文化にも影響を与える。それぞれのレベルには受益者たるアクターが存在し、受益者たるアクターが有用であると判断した場合、価値が創造されたと判断される。例えば、ミクロレベルでは、受益者たるアクターである患者が、価値共創によって創造された治療の成果を有用であると認識して初めて価値が創造されたといえることができる。これを実現するために前提となる概念が、PCM である。ミクロレベルでは、常に直接患者に接する最前線として、PCM を前提とする価値共創を実践する必要がある。メソレベルでは、わが国で考えれば、診療所、病院、保健所、市町村、都道府県のレベルである地域医療の担い手となるアクターとして、マクロレベルでは、日本医師会のような、わが国全体の医療の担い手をアクターとして想定できる。

また、価値共創はアクター間のオペラント資源を用いて実践される。オペラント資源とは、医学知識や医療技術のように、例えば医療機器や、診療材料（オペラント資源）に影響を与えて、受益者に価値を提供するための無形の資源である。オペラント資源は、全てのアクターが有しており、例えば患者であれば、患者自身が有している潜在的な治療資源がそうであり、これは、患者自身は気付いていないが、医学知識を有しているヘルスケアサービス提供者との価値共創によって提案される典型的なオペラント資源である。

しかし、価値共創は正の側面だけではないことに留意する必要がある、価値は共破壊⁸される可能性があるということも認識しなければならない。特にヘルスケアサービスはミクロレベルで、価値の受益者たるアクターである患者と、サービス提供者たるアクターである医療従事者の知識に大きな差があることが多々あり、この差を認識しないまま価値共創が実践されると価値を共破壊してしまう可能性がある。

本稿は、わが国ヘルスケアにおけるエコシステムの基本構造について、PCM

⁸ Palumbo, R. (2017)は、著書 *The Bright Side and the Dark Side of Patient Empowerment Co-creation and Co-destruction of Value in the Healthcare Environment* の中で、患者エンパワーメントが正しく機能しないと、価値共創の負の側面（Dark Side）である co-destruction が引き起こされると指摘している。

および、SDL における価値共創とサービス・エコシステムの概念を用いて説明したものである。本稿によって、わが国ヘルスケアにおけるエコシステムの基本構造が明らかになったことにより、これを基礎的研究として、諸外国の制度、文化の違いによる構造説明、価値共創の理論的説明へ応用することができる。また、具体的な各レベルにおけるエコシステム内の価値共創、階層間での価値共創、価値の受益者であるアクターがどのように価値を最終的に個別に評価し、判断するか等、研究の余地が多く残されている。

本稿によって明らかになったわが国ヘルスケアにおけるエコシステムの基本構造をベースに、より具体的に事例も考察しながら、さらなる理論的構築を目指し、今後研究をさらに深めていく必要がある。

5 参考文献

- Balint, E. (1969), “The possibilities of patient-centered medicine” *Case work consultant, Tavistock Institute of Human Relations, London; honorary secretary, Training Committee, British Psycho-analytical Society, Lectures and Addresses.*
- Brodie, R.J. Ranjan, K.R. Verreynne, M. Jiang, Y and Previte, J. (2021), “Coronavirus crisis and health care: learning from a service ecosystem perspective”, *Journal of Service Theory and Practice*, Vol.31, No.2, 225-246.
- Ciasullo, V. M. Cosimato, S. Palumbo, R. & Storlazzi, A. (2017), “Value Co-creation in the Health Service Ecosystems: The Enabling Role of Institutional Arrangements”, *International Business Research*, Vol.10, No.12, 222-238.
- Ciasullo, V. M. Cosimato, S. Storlazzi, A. Douglas, A. (2016), “Healthcare ecosystem: some evidence from the International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM)”, *19th Toulon-Verona International Conference Excellence in Services University of Huelva.*
- Frow, P. McColl-Kennedy, J.R. Payne, A. (2016), “Their role in shaping a health care ecosystem”, *Industrial Marketing Management*.56, 24-39.
- Frow, P. McColl-Kennedy, J.R. Payne, A. Govind, R. (2019), “Service ecosystem well-being: conceptualization and implications for theory and practice”,

- European Journal of Marketing*, Vol.53, No.12, 2657-2691.
- Lusch, R. F., Vargo, S. L. (2006), *The Service-dominant logic of marketing Dialog, Debate, and Directions*, M.E. Sharpe.
- Lusch, R. F., Vargo, S. L. (2014), *Service-dominant logic Premises, Perspectives, Possibilities*, Cambridge University Press.
- Palumbo, R. (2017), *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.
- Palumbo, R. Cosimoto, S and Tommasetti, A. (2017), “Dream or reality? A recipe for sustainable and innovative health care ecosystem”, *The TQM Journal*, Vol.29, No.6, 847-862.
- Stewart, M. Brown, B J. Weston, W W. McWhinney, I. McWilliam, C. Freeman, R T. (1995), *Patient-centered medicine transforming the clinical method*, SAGE Publications.
- 勝田 篤・石原 俊彦(2020)「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—」『ビジネス&アカウンティングレビュー』第26号、119-134。
- 島崎 謙治(2020)『日本の医療 制度と政策』東京大学出版会。
- 健康保険組合連合会企画部社会保障研究グループ(2019)『図表で見る医療保障令和元年版』株式会社ぎょうせい。
- 内閣官房全世代型社会保障検討室(2019)『全世代型社会保障検討会議（第1回）配布資料 資料3』https://www.kantei.go.jp/jp/singi/zensedaigata_shakaihoshou/dai1/siryous3.pdf (2021年10月4日最終閲覧)。
- 内閣府(2021)『令和3年度少子化社会対策白書』<https://www8.cao.go.jp/shoushi/shoushika/whitepaper/measures/w-2021/r03pdfhonpen/pdf/s1-1.pdf> (2021年10月4日最終閲覧)。

Basic Structure of the Healthcare Ecosystem in Japan
: Process of hierarchy emergence and penetration in value co-creation

Atsushi Katsuda

Hiroki Sekishita

Abstract

The healthcare expenditure in Japan continues to increase, and this trend is expected to intensify in the future as the demand for healthcare increases by population ages.

Therefore, we believe that it is possible to provide services as efficiently as possible by building a system in which, for example, patients and healthcare service providers, or hospitals and clinics, work together to co-create value, rather than unilaterally investing large amounts of healthcare resources to ensure quantity and quality.

As a basic study of value co-creation in healthcare, this paper aims to discuss the basic structure of the ecosystem in Japanese healthcare from the perspective of value co-creation, based on the patient-centred medicine (PCM).