

専門サービスの信頼属性が 価値共創プロセスに与える影響の分析

— 質的データを用いた主題分析による探索的アプローチ —

経営戦略研究所株式会社

五島 光

北陸先端科学技術大学院大学

伊藤 泰信

要約

本研究の目的は医療サービスの信用財としての属性（信頼属性）が価値共創プロセスに与えている影響を分析することである。研究対象は歯科医療サービスの保険外診療（自由診療）である。先行研究にもとづき、歯科医療サービスにおいて、患者が知覚リスクを乗り越えより良い価値が共創されるために行っている行動の仮説モデルを構築した。分析の対象は保険外診療を受けたことがある歯科医療サービスの患者であり、専門的な知識を持っている者とそうでない者をインタビューした。データを主題分析の手法にもとづき、質的データ分析ソフトであるMAXQDA2022を用いて分析した。その結果、「患者とサービス関係者の関係性」が知覚リスクを低減し、患者の参加度が上がり、「人柄による信頼」が形成されて価値共創プロセスが促進されることがわかった。また、サービスの信頼属性は固定のものではなく、顧客の持つ専門的な知識によって、擬似的に探索財レベルまで変化する可能性があることがわかった。また、直接的な相互作用プロセスがうまく行っても、外部の人間の影響によって関係性が変わる可能性があることも示唆された。

キーワード

医療サービス, 信頼財, 質的データ分析, サービスマーケティング

1. はじめに

国内のサービス産業の売上高は月間平均30兆円を超え、GDPのおよそ7割を占める（サービス産業動向調査年報 2022）。個人レベルのサービス消費には、バスに乗る、歯科医に行く、衣類のクリーニング等がある（Lovelock and Wright 1999）。このように人々が毎日のように利用しているサービスには様々な形態があり、サービスの提供・消費にはレンタカーのように有形物を多く伴うものもあれば、教育や保険のように無形的な要素がほぼすべてのようなものもある（Shostack 1977）。消費者にとって無形的な要素が多いサービスを評価することは難しい（Parasuraman et al. 1985）。サービスの多くは経験をしなければ評価できず、経験をしたとしても本当に質の良いものだったのかわからないものもある。経験後でも評価が困難な特性を信頼属性といい（Zeithaml 1981）、高い信頼属性を持つサービスは信頼財または信用財と呼ばれる（小宮路 2010）。教育、医療、

法務、保険サービスのような専門サービスは信頼属性が高く、信頼財と言える。

特に医療・福祉等のサービス（以下、医療サービス）は、人体や健康に直接影響を与える点とやり直しがきかない点で他の信頼財と一線を画する。そして、信頼属性が高いために情報の非対称性が存在し、患者は結果に対してリスクを感じやすい（Howden and Pressey 2008）。医療サービスでは顧客（患者）の積極的な参加が求められるが、情報の非対称性とそれによって引き起こされる知覚リスクの両方が高いため、医療サービス提供者と患者の相互作用によって必ずしも最適な成果が出るとは限らない（Gallan et al. 2013）。医療サービス提供者と患者の持つ資源が統合され、価値が共創（Vargo 2004, 2008, 2016）されるには、直接的な相互作用が重要な役割を持つ（Grönroos and Voima 2013）。したがって、医療サービスにおいて、よりよい価値が共創されるには、医療サービスのもつ信頼属性という特性が相互作用における資源統合プロセスに影響を与え

ている可能性を検討する必要がある (Barile et al. 2014; Dahl et al. 2022)。また医療サービスは莫大な費用がかかり、非常に複雑で、経済や日常生活の質に大きな影響を与える (Berry and Bendapudi 2007)。我が国においては、経済状況が停滞、出生数が低下する中、医療費が年間30兆円を超えており、国民の7割が日常生活の悩み、老後の生活設計に不安を抱えている (厚生労働省 2012)。このような個人や社会に影響を与える医療サービスを対象として研究することは重要度が高い (Ostrom et al. 2015)。

そこで本研究は、医療サービスの信頼財としての属性(信頼属性)が価値共創プロセスに与えている影響を分析することを目的とする。具体的には、歯科医療サービスの保険外診療(自由診療)を対象とする。理由は2つある。1つは先行研究が重篤・慢性疾患を主な分析対象としており、急性で緊急に命に関わりにくい比較的軽症な医療サービスまで研究対象を広げることが求められているからである (Howden and Pressey 2008; Barile et al. 2014; Kasnagadol 2016; Dahl et al. 2022)。もう1つは我が国の患者は国民皆保険制度の下で歯科医療を受診できるが、保険外診療も選択できることである。差し迫って命に別状がない状況で、保険診療以外の選択肢が患者に与えられるが、そのような文脈における信頼財の属性と価値共創プロセスの分析を行うことで先行研究の成果を拡張し、学術的貢献が見込める。

II. 先行研究と仮説構築

1. 信頼財の特徴

サービスの信頼財としての特性は無形性に端を発する。有形財は物理的に存在するので顧客はこれを直接に評価することができる一方、サービスには形がなく、顧客はサービスを事前に評価することができない。さらに、購入し消費した後でも顧客がその品質を評価するのが難しい場合もある (小宮路 2010)。このような特性が信頼属性であり、信頼属性を持つ財を信頼財という (Darby & Karni 1973)。なお、購入・消費前に評価できるものを探索財、経験したら評価

できるものを経験財という (Nelson 1970)。そのため、サービスの多くは経験財と信頼財として特性を持っているといえるが、Zeithaml (1981) は評価の困難性を基準に歯科の根管治療、医療診断などを信頼属性が主体であるとしている。Parasuraman et al. (1985) は、信頼属性の要素として「能力(サービスを提供するために必要な技術や知識を持っていること)」と「安心感(危険、リスク、疑念からの解放)」の2つを挙げ、サービスを利用した後でも顧客は能力と安心感の評価に確信が持てないとされる。

また、中野 (2018) は信頼財サービスの特性として、高度職業性、参入規制、個別偶発・多様性、純粋サービス、非排除性の5つを挙げた。高度職業性とはサービス提供者が高度な専門職業陣や専門的な資格を有していることである。参入規制とは円滑なサービス供給を促すために規制が存在することである。個別偶発・多様性とは、サービス提供が個々人の主観的価値に依存している場合が多く、個別接客的なサービスであることをいう。純粋サービスとは他のサービスに付帯して提供されないことを指す。非排除性とは、顧客の求めるサービス内容をあらかじめ知ることができず、顧客を選別・排除が困難または規制として許されないことを言う。

歯科医療サービスはこのうち、高度職業性、個別偶発・多様性、純粋サービス、非排除性の4つが当てはまるとした。歯科医療サービスは物理的に存在する歯および口腔内を対象にするが、治療の結果が当初は良くても、時間が経てば詰め物などがとれてしまうこともある。よって、根幹治療だけでなく、歯科医療サービス全般が能力や安心感を実感・評価しにくい信頼属性を主体とし、患者によって症状や要望が異なる個別偶発・多様性のある専門サービスであるといえよう。

2. 信頼財としての専門サービスと価値共創プロセス

信頼属性の高い専門サービスにおいて、顧客が提供者の能力や得られる安心感を評価しにくいのは情報の非対称性による (Darby & Karni 1973)。専門サービス提供者の同程度の高度な専門知識やスキルを顧客が容易に持つことはできないため、顧客にとって何が重要なのかを決め

るのは専門家であるサービス提供者であり、顧客はその決定を信頼せざるを得ない (Levitt 1982)。価値共創プロセスは文脈的かつ相互作用的な現象 (Vargo and Lusch 2004, 2008, 2016; Davey and Grönroos 2019) であるので、情報の非対称性により顧客のサービス提供者への依存度が高い状況では価値共創が起こりにくように思える。Dahl et al. (2022) は情報の非対称性が高い専門サービスの文脈において、消費者と医療サービス提供者の情報格差を解消することで、価値共創の効果を高める可能性を実証した。しかし情報格差の解消だけが信頼財である専門サービスにおける価値共創プロセスを促進するための課題ではない。

Barile et al. (2014) は情報の非対称性が医療サービス提供者と患者の関係およびサービスの相互作用に影響を与えるか調査し、情報の非対称性をどのように解消すればよいのかを研究した。価値共創は一般的に異なる視点や思考を持つ複数のアクターが同じプロセスに関与する。医療サービスにおいて、患者は主に価値と感情によって相互作用に導かれるのに対し、医療サービス提供者は主にプロトコルと手順 (合理的スキームと情報) によって導かれる。このように共創が起こるための立場が異なる文脈では、単に情報格差を埋めるだけでは価値共創プロセスは促進されない。そこで、より相互作用と価値共創のためには、情報の共有 (効果的なコミュニケーション)、相互理解、価値の共有 (強いコミットメント) が必要であると示唆した。また Kasnakoglu (2016) は情報の非対称性が高い医療サービスを対象に、サービス提供者と顧客による相互貢献的な関係によって価値共創プロセスが肯定的な結果をもたらすことを示した。サービス提供者と顧客がお互い高いレベルでサービスに参加することが共創の起こる条件であり、どちらか一方がもう一方の参加度が低いと認識したときはポジティブな結果につながりにくいのである。情報の非対称性によって、サービス提供者と顧客は同等の能力を持つことは少ないが、バランスの取れた相互作用があることで共創がポジティブな結果を生む可能性がある。

Howden and Pressey (2008) は信頼属性の高い専門サービスにおいて、情報の非対称性とそれによる知覚リスク

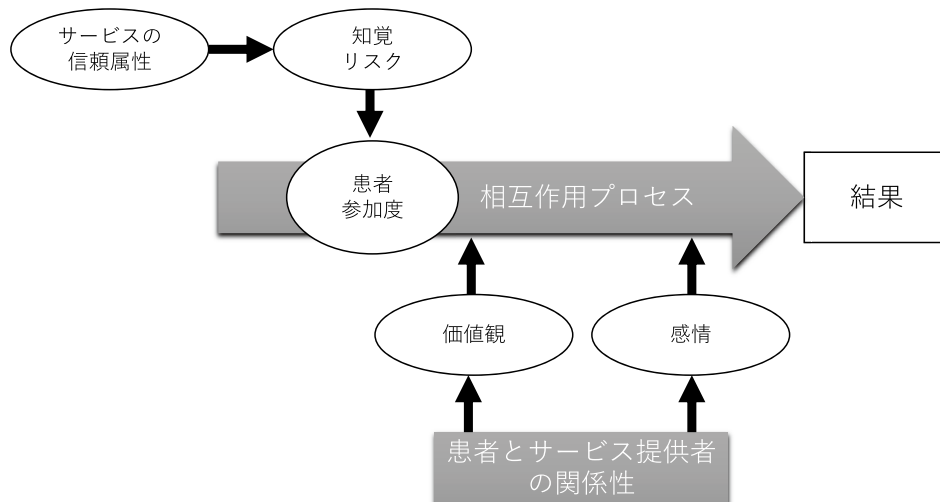
を低減するためには関係性が重要であることを指摘し、探索的および確認的インタビューを行って顧客にとって大切な6つの関係性を同定した。サービス提供者のノウハウ、信頼、個人的相互作用、サービスの充実感、立地、間接的・直接的成本である。サービス提供者のノウハウとは、サービス提供者が顧客を理解し、顧客の要望に合わせて専門知識を活用できることを指す。信頼は3つの要素からなり、善意で行動する確信、誠実に行動する確信、有能であるという確信がある。個人的な相互作用とは、サービス提供者が顧客の状況や要望に応じた対応・迅速な対応・スタッフの継続性による情報の維持ができることである。サービスの充実感とは、顧客の期待が満たされた感覚である。なお、これは関係によって生まれる使用価値でもある。立地とは、顧客がサービス提供者のもとにすぐに行けて迅速な対応が行われることである。間接的・直接的コストとは、直接支払った費用や費やした時間のことをいう。このうち、提供者のノウハウ、信頼、個人的相互作用、立地の4つが顧客の安心感につながると示唆した。

3. 仮説の構築

以上の先行研究から、次のような仮説モデルを立てた (図—1)。医療サービスにおいて相互作用プロセスが促進され価値が共創されるには患者と医療サービス提供者の高いレベルでバランスの取れた参加度が必要である。医療サービスは信頼属性の高さという特性ゆえに情報の非対称性が存在する。それによって発生する知覚リスクが相互作用プロセスにおける患者の参加度に影響を与える。知覚リスクとはサービス提供者の能力と安心感を評価できないことである。患者の相互作用プロセスは価値観と感情によって導かれているため、情報格差を埋めるだけでは知覚リスクを下げられない。より良い関係性も患者の価値観と感情に良い影響を与えて知覚リスクを下げ、相互作用プロセスを促進させる可能性がある。

このモデルから、本研究では、歯科医療サービスにおいて、患者が知覚リスクを乗り越え、より良い価値が共創されるためにとっての行動について、次の2つのリサーチ・クエスチョンを設定した。

図一 先行研究から構築されたモデル



出典：筆者作成

RQ1：どんなプロセスによって患者は歯科の保険外診療を選択するのか？

RQ2：そのプロセスに仮説モデルで示された要素はあるのか、またモデル外の要素はあるか？

III. 研究手法

本研究のデータは保険外診療を受けたことがある歯科医療サービスの患者とのインタビューである。信頼属性の高さを中心に扱った研究は限られており、また歯科の保険外診療を選択した患者は少ないため、探索的なアプローチを採用する。研究の対象となる価値共創プロセスは消費者の専門知識・専門性 (Barrutia and Gilsanz 2013) も大きく関与すると思われるため、専門的な知識を持っている者とそうでない者をインタビューした。

インタビューの対象者は、過去、歯科治療で保険外診療を選択したことがある患者2名（60代の女性および50代の女性）である。60代の女性患者X氏は看護師の資格を有しており、医療や人体の全般に専門知識があり、歯の解剖学にも詳しくあった。50代の患者Y氏は医療系の資格は持っておらず、歯科治療の多くは保険診療で行ってきた

が、保険外診療も1回受けている。インタビューは患者の自宅で行われ録音された。まず対象者に研究の目的が伝えられた。その後、保険外診療を選ぶことになった経緯を尋ねて、そこから自由形式の質問で記憶を思い出させながら行った。インタビューは45分～1時間程度であった。インタビューのデータはMAXQDA2022に取り込んで分析を行った。分析の手順は主題分析 (Thematic analysis) による。主題分析はインタビューデータを極力短い単語や語句を用いてコーディングし、コードをグループ化したカテゴリーの関連性を眺めて、その事象のパターンを説明する主題を生成していく方法である (今福 2021)。自由度が高い手法であり、探索的なアプローチに向いていると判断し、この手法を採用した。

IV. 結果

I. 顧客の専門性が高い60代・女性 X氏

分析の結果、まず17個のコードが付された。その後グループ化を行い、最終的に4つのカテゴリー（「決断」「高い専門性」「価値観」「安心」）が生成された。「決断」は1つのカテゴリー、「高い専門性」は2つのサブカテゴリー

「専門知識」と「専門家の話を聞く」が含まれる。「価値観」には3つのサブカテゴリー「専門家に対する信念」「長期的視点」「費用対効果」が含まれる。「安心」には5つのサブカテゴリー「人柄」「クチコミ」「予約の取れにくさ」「腕の良さ」「学歴・経歴」が含まれる。

2. 顧客の専門性が低い50代・女性 Y氏

分析の結果、最初に24個のコードが付された。その後グループ化を行い、最終的に5つのカテゴリー（「患者の目的」「低い専門性」「専門家の能力」「信頼」「知人の推奨」）にまとめられた。「患者の目的」は2つのサブカテゴリー「目的志向性」と「消極的コミットメント」からなる。「低い専門性」は2つのサブカテゴリー「慣習」「興味関心の薄さ」が含まれる。「専門家の能力」は4つのサブカテゴリー「クチコミ」「立地」「予約の取りにくさ」「経歴」が含まれる。「信頼」は「人柄」から生まれ、「人柄」は2つのサブカテゴリー「私的な会話」「説明時の専門家の態度」が含まれる。「知人の推奨」は単独のカテゴリーであった。

V. 考察と結論

本研究の目的は、対象は歯科医療サービスの保険外診療を対象として、医療サービスの信頼財としての属性が価値共創プロセスに与えている影響を分析することであった。顧客の専門知識によってプロセスが変わる可能性も考慮に入れて、専門知識が異なる2名のインタビュー分析を行った。分析の結果、RQ1「どんなプロセスによって患者は歯科の保険外診療を選択するのか?」への回答は次のとおりである。患者Xは次のようなプロセスで保険外診療を選択したと考えられる。

患者Xは看護師の有資格者であり人体・口腔や健康保険制度に関する専門知識を持っている。また、先入観を持たず専門家の話に耳を傾けることができる「高い専門性」を保有していた。そして、患者と歯科医療サービス提供者との相互作用を通して、この先生なら大丈夫という「安心」感を持った。そして、専門家の提案に基づいて、自らの「価値観」にあった治療、すなわち保険外診療を「決断」した。

患者Yは以下のようなプロセスで保険外診療を選択したと考えられる。

歯科医療に関する「顧客の専門性」は低く、積極的にいい治療やよい歯科医院・歯科医師を探していたわけではなかった。保険外診療も「知人の推奨」が決め手であり、はじめから自分が求めたわけではなかった。なお、歯科治療を受ける「目的」はしっかり持っていた。出会った歯科医院・歯科医師が「信頼」できるのかは重要な要素と思われる。信頼できると判断したため、その歯科医院で保険外診療の治療を受けた。歯科医師の「人柄」が「信頼」を決定づける要素であった。その「人柄」は、「説明時の態度」によって自分が尊重されているか、ビジネスライクではない自然な「私的な会話」を通して形成された。

分析の結果から仮説モデルを修正した（図—2）。以下、修正モデルについて説明する。患者Xは、サービスの信頼属性によって生じる知覚リスクを、保有する高い専門性で自ら減少させることができる。どの歯科医師・歯科医院がいいのかという判断ができるので、患者Xにとって、歯科医療サービスの特性が信頼財から探索財レベルまで変化しているとも考えられる。安心できるかどうか高い専門性によって判断できたところが多々ある。専門家の話は聞くものの意志決定は独力でできるレベルであった。サービス提供者との関係性は専門家と非専門家という関係ではなく、お互い専門家と言えた関係であり、患者Xの確固たる価値観には影響を与えてない。一方、患者Yは、低い専門性により、サービスの信頼属性は高く、知覚リスクも高いままであった。知覚リスクはサービス提供者の能力と安心感を評価できないことから生じる（Parasuraman et al. 1985）、患者Yは自身の目的に沿った形でサービス提供者との相互作用プロセスを通じて、高い知覚リスクを下げていった。最終的な保険外診療の診療は知人の推奨であって、患者Xのように健康に対する価値観は今回の分析では影響が見られなかった。患者X、患者Yともに、仮説モデルにあった相互作用プロセスへの感情の関与を見出すことはできなかった。価値観については、患者Xにしか見いだせなかった。ただ、サービス提供者との関係性を多く語られたのは専門性が低い患者Yのほうであった。サービス提供者との関係性を構築

して知覚リスクを下げることを通して、相互作用プロセスを促進するのだと考えられる。

以上より、RQ2「そのプロセスに仮説モデルで示された要素はあるのか、またモデル外の要素はあるか？」への回答は次のとおりである。「患者とサービス関係者の関係性」は保険外診療を選択する要素ではあるが相互作用プロセスを促進させる要素と言うより、知覚リスクを低減させる要素として考えられる。関係性によって「知覚リスク」が低減され、「患者の参加度」が上がり、「人柄による信頼」が形成されて、相互作用プロセスが促進される。また、仮説モデルにはなかった「顧客の専門性」が「サービスの信頼属性」に影響を与える可能性が示唆された。なお、本研究からは「感情」の要素を見出すことはできなかった。

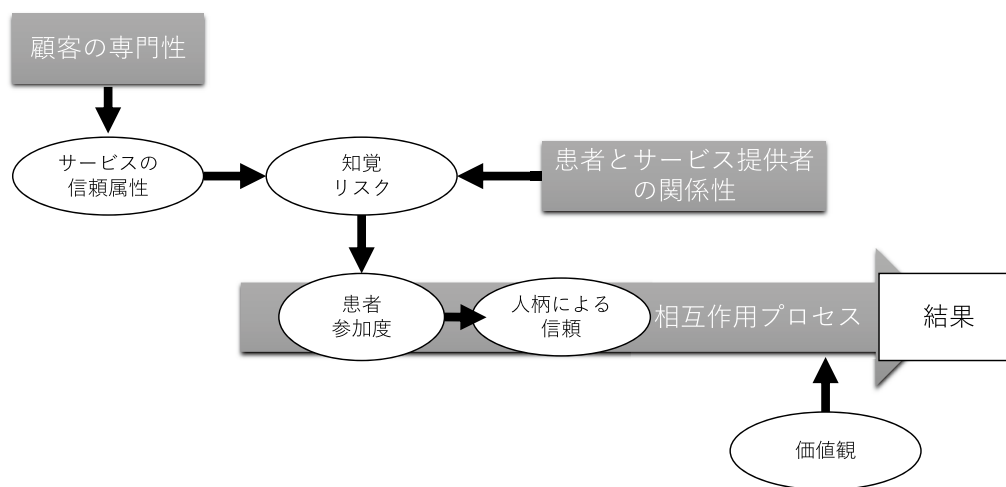
1. 理論的・実務的含意

本研究の理論的含意は4つある。まず、これまでサービス研究では重篤・慢性な疾患が対象であったが、本研究は差し迫って命の危険性は少ない軽症・急発の疾患を扱い、専門サービスの研究対象を拡大したことである。次に、サービスの信頼属性は固定のものではなく、顧客の持つ専門的な知識 (Barrutia and Gilsanz 2013) によって、擬似的に探索財レベルまで変化する可能性があることである。そして、Howden and Pressey (2008) が示唆した専門サービスの要素のうち、信頼・立地の2つを確認できたことであ

る。信頼を構成する専門家の誠実や有能さについては専門性の低い顧客は相互作用プロセスを通して判断していくがわかった。最後に、Barile et al. (2014) は情報の非対称性の克服には、効果的なコミュニケーション・相互理解・強いコミットメントの3つが必要と主張した。このうち、強いコミットメントは本研究では見いだせなかったが、専門性の低い顧客が治療の目的を忘れないようなレベルのコミットメントは必要であることがわかった。

実務的含意は3つある。仮説モデルや修正モデルは顧客とサービス提供者のみの価値共創プロセスをしたものである。よって保険外診療を選択する意志決定そのものは、専門性の低い顧客外部からの影響（知人による推奨）を受けていたことに注視すべきである。次に直接的な相互作用プロセスがうまく行っても、外部の人間の影響によって関係が変わる恐れがある。例えば、保険外診療の説明時には患者本人だけでなく、患者の家族などの関係者向けの資料を作成したり、医療サービス提供者が信頼に足る人柄を持っていたりすることを外部者に訴求するような施策が必要であろう。またKasnakoglu (2016) は顧客とサービス提供者の参加レベルが同程度あることが相互作用プロセスを促進すると示唆したが、顧客の専門性のレベルによって、参加レベルは異なる可能性があり、実務家は顧客の専門性を把握する方法を持つほうがよいだろう。

図—2 修正したモデル



出典：筆者作成

2. 研究の限界と今後の課題

本研究は、先行研究が重篤・慢性疾患を主な分析対象としていたのに対し、軽症・急発性の疾患を対象にしたが、日本の歯科医療サービスだけを扱っている。今後は他の国・地域なども対象に入れ、他の診療科目やその他の専門サービスに対象を拡大していくことが望ましい。インタビューは2名しか実施しておらず、より多くのサンプルから妥当性・客観性を高める必要がある。最後に顧客の価値共創プロセスへの関与を高めていくことにはネガティブな面もあることを指摘しておく。顧客の意志決定の責任性が過度に増えること（責任化）によって、価値共創が阻害されてしまうリスクが発生するのである（Skarli 2021）。顧客とサービス提供者の適切な責任のバランスへの配慮にも気をつけるべきである。

引用文献

- Barile, S., Saviano, M., & Polese, F. (2014). Information asymmetry and co-creation in health care services. *Australasian Marketing Journal (AMJ)*, 22(3), 205-217.
- Barrutia, J. M., & Gilsanz, A. (2013). Electronic Service Quality and Value: Do Consumer Knowledge-Related Resources Matter? *Journal of Service Research*, 16(2), 231-246.
- Berry, L. L., & Bendapudi, N. (2007). Health care: a fertile field for service research. *Journal of service research*, 10(2), 111-122.
- Dahl, A. J., Peltier, J. W., & Milne, G. R. (2022). Reducing information asymmetry and increasing health value co-creation in a rural healthcare context. *Journal of Consumer Affairs*, 56(2), 512-535.
- Darby, M. R., & Karni, E. (1973). Free Competition and the Optimal Amount of Fraud. *Journal of Law and Economics*, 16(1), 67-88.
- Davey, J. & Grönroos, C. (2019). Health service literacy: complementary actor roles for transformative value co-creation. *Journal of Services Marketing*, 33(6), 687-701.
- Gallan, A.S., Jarvis, C.B., Brown, S.W., & Bitner, M.J. (2013). Customer positivity and participation in services: an empirical test in a health care context. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 41, 338-356.
- Grönroos, C., & Voima, P. (2013). Critical service logic: making sense of value creation and co-creation. *Journal of the academy of marketing science*, 41(2), 133-150.
- 廣畑直子・相澤聡一・相澤（小峯）志保子（2014）.「歯周病と全身疾患」『日大医学雑誌』73（5）, 211-218.
- Howden, C., & Pressey, A.D. (2008). Customer value creation in professional service relationships: the case of credence goods. *The Service Industries Journal*, 28(6), 789-812.
- 今福輪太郎（2021）「質的研究を実施するうえで知っておきたい基本理念」『薬学教育』2020-002.
- 厚生労働省（2012）「健康日本21（第2次）の推進に関する参考資料」 https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/kenkounippon21_02.pdf
- 小宮路雅博（2010）「サービスの諸特性とサービス取引の諸課題」『成城大学経済研究』187, 149-178.
- Levitt, T. (1983). After the sales is over...*Harvard Business Review*, September/October, 87 – 93.
- Lovelock, C. H. & Wright, L., K. (1999). *Principles of Service Marketing and Management*, Prentice – Hall, Inc. (小宮路雅博監訳、高畑泰・藤井大拙訳（2002）『サービス・マーケティング原理』白桃書房)
- 長島広太（2011）「サービス評価における信頼属性に関わる他者の評価」『経営論集』77, 91-101.
- 中野幸紀（2018）「信頼財サービス産業の構造分析：タクシー、医療、法務・財務・会計、自動車整備サービス」『総合政策研究』57, 69-86.
- Nelson, P. (1970). Information and Consumer Behavior. *The Journal of Political Economy*, Vol. 78. No. 2, pp.311-329.
- Ostrom, A. L., Parasuraman, A., Bowen, D. E., Patricio, L., & Voss, C. A. (2015). Service research priorities in a rapidly changing context. *Journal of service research*, 18(2), 127-159.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1985). A conceptual model of service quality and its implications for future research. *Journal of marketing*, 49(4), 41-50.
- サービス産業動向調査年報 <https://www.stat.go.jp/data/mssi/report/2021/index.html>
- Shostack, G. L. (1977). Breaking free from product marketing. *Journal of marketing*, 41(2), 73-80.
- Skarli, J. B. (2021). Responsibilization and value conflicts in

healthcare co-creation: a public service logic perspective.

Public Management Review, 1-22.

Kasnakoglu, T., B. (2016). Antecedents and consequences of co-creation in credence-based service contexts. The Service Industries Journal, 36(1-2), 1-20.

Zeithaml, A. A. (1981). How Consumer Evaluation Processes Differ Between Goods and Services. Donnelly, J. A. and W. A. George, Marketing of Services, AMA, 186-190.