

当財団では、2005年1月にヘルスリサーチワークショップ(HRW)を開催しました。

同HRWでは「“ 出会い ”と“ 学び ”」が最大の目的とされ、この目的のもとに様々な分野の方々が集い、メインテーマ「赤ひげを評価する - その実像と虚像のはざままで - 」の討議の切り口別に

- 「財(たから)」チーム (赤ひげの経済的側面)
- 「育(そだつ)」チーム (赤ひげの人材育成)
- 「導(みちびき)」チーム(赤ひげにおけるチーム医療とリーダーシップ)
- 「望(のぞむ)」チーム (赤ひげにおける受療者のNeedsとWants)

の4チームに別れて、2日間に亘る分科会を行ないました。

分科会では様々な議論が続出し、今後の医療とヘルスリサーチにとって貴重な示唆に富む内容となりました。その成果をより有効に活用するために、本誌では、4つのチーム毎に、メンバーの代表者、ファシリテーターが、HRWで討議した内容を、その分野の権威の先生と語り合うという鼎談シリーズを本誌前号から開始しました。

第2回目の今回は「望(のぞむ)」チームです。嶋口充輝先生をお迎えし、メンバー代表には特に『先端医療の現場で活躍されている医師のご意見をお聞きしよう』との主旨から、「育」チームの長谷川剛先生に応援を依頼して、ファシリテーターの中島和江先生(司会)とともに熱く議論を交わしていただきました。



鼎談：学際を拓く

第2回

第1回HRW「望」チームからの問題提起

受療者のニーズ・ウォンツを見据えた医療のために



嶋口 充輝 (しまぐち みつあき)

慶應義塾大学大学院経営管理研究科 教授

- 1967年 慶應義塾大学経済学部卒業
- 1975年 同大学、ミシガン州立大学の修士・博士課程修了後、経営学博士(Ph.D.)
- 1978年 慶應義塾大学大学院 経営管理研究科助教授
- 1987年 同 教授

主著:『統合マーケティング』
(日本経済新聞社)
『顧客満足型マーケティングの構図』
(有斐閣)



長谷川 剛 (はせがわ つよし)

自治医科大学外科学講座呼吸器外科学部門 講師

- 1991年 筑波大学医学専門学群卒
筑波大学病院病理レジデント
- 1992年 自治医科大学胸部外科レジデント
- 1998年 ビッツバーグ大学病理部門リサーチフェロー
- 2004年 自治医科大学呼吸器外科講師、安全対策部副部長



中島 和江 (なかじま かずえ)

大阪大学医学部附属病院中央クオリティマネジメント部 助教授
当財団ヘルスリサーチワークショップ世話人

- 1984年 神戸女子薬科大学薬学部卒
- 1988年 大阪大学医学部卒
大阪大学医学部附属病院第二内科研修医
- 1989年 市立豊中病院内科医員
- 1995年 ハーバードリスクマネジメントファンデーション
インターン
- 1996年 ハーバード公衆衛生大学院医療政策学部卒
大阪大学大学院医学系研究科医学博士
- 2001年 大阪大学医学部附属病院クオリティ
マネジメント部副部長

主著:『ヘルスケアリスクマネジメント』(医学書院)

論 点

論点-1 ニーズとはウォンツとは

- ・一般にニーズは、一次的(基本的)な欲求、ウォンツは二次的欲求と解釈されるが、特にその区別をする意味や目的がないときは両方を総称する形で広義に「ニーズ」と呼ぶことが多い。
- ・ニーズ・ウォンツは主観的、複合的で、その境界も主体や状況によって曖昧になる。
- ・ニーズ・ウォンツは、事後的には明確だが、事前的に捉える場合は仮説に過ぎない。

論点-2 医療モデルについて

- ・個人を対象とする医療は多様性があるが当たり前。多様だからこそ良いサービスになる。敢えてこれをパターン化して一つのモデルを作る必要は薄い。

- ・スキルには、属人的(人間的)なスキル、科学的なスキルに加えて、第3の「感動を生む」スキルがある。その第3のスキルは昔から医療がやってきたものだが、それが科学主義によって次第に追いやられてきた。
- ・医療は、その「複雑・多様性」から、顧客満足だけが「良い答」ではないところに本質的な難しさがある。

論点-3 ニーズ・ウォンツを満たすシステムとは

- ・日本的な知恵は、実行プロセスの中から新しいものを生み出していくところが多い。従って、試行錯誤型発見や偶発的価値創造も貴重である。
- ・医療機関の名経営者も多く、ビジネス界が学ぶことがたくさんある。もっと医療マネジメントの優秀性を外に向かってアピールしてもよい。

中島：第1回のヘルスリサーチワークショップでは、私たちは「赤ひげ」をニーズやウォンツの観点から議論しました。それをさらに一層深めるため、また、ヘルスリサーチに接する人たちの参考になるように、嶋口先生をお招きして本日の鼎談が設けられました。まず、簡単に自己紹介をお願いします。

嶋口：私は大学では経済学部だったのですが、大学院に入って本格的に経営の分野、特にマーケティングを専攻しました。マーケティングは非常に幅の広い分野ですけれども、比較的経営に近いところの、顧客満足型マーケティングであるとか、企業の競争、流通、成長戦略、ソーシャル・マーケティング等をやっています。

そうした分野をずっとやっている中で、たまたま、私の恩師の一人である片岡一郎先生が医療科学研究所という財団の所長をされておられ、高齢になられたので引退するに際して、「後任をやらね」と指示を受けましたので、現在、その所長を兼任させていただいております。

長谷川：私は、神戸大学の経済学部で経済や経営を勉強した後、医学部に入り直して、医者になったという経歴です。レジデントでトレーニングを受けている頃は、心臓外科と呼吸器外科の両方をしていましたが、医者になってからは肺ガン治療を主とする呼吸器外科という専門領域でやっています。

嶋口：そう言えば最近、医学部出身の方で経営や経済をされる先生方が非常に増えましたね。

長谷川：それは多分、医者の生きていく道が意外と狭いためでしょう。大学病院周辺で生きていこうとしても、ピラミッド型の構造でポストを得ることが難しい。ではどこへ行くかという、開業するか、市中病院に就職するかですが、今どんどんそういう間口が狭くなってきている。一方で、社会的ニーズもある。医療の知識を持った人が、他の分野で仕事していくのはすごく大事なことで、そういった方向へ人が流れていることもあると思います。

中島：さらに、2年前に大学病院が独立行政法人化して、経営は自分たちでやっていきなさいと言われました。また、医療費の支払いが包括評価制度という定額制になったこともあり、経営のこ

とを勉強する必要がでてきました。ところが、私たちは、経済学、経営学、マーケティングの違いすら知らない。プレッシャーを感じる一方で、この機会に勉強して専門知識を身につけたいとも思っています。

論点-1 ニーズとはウォンツとは

ニーズとウォンツの定義は曖昧

まず最初に、嶋口先生から、マーケティングの観点からニーズやウォンツを語る際に、その定義と具体的なイメージを、ご説明いただけますか。

嶋口：ニーズとウォンツを定義しようというとき、まず何のために定義するのかをクリアにしておかなければいけないと思うのです。

恐らく医療の現場では、患者さんが持っているニーズやウォンツに対して、医療の提供側からどう捉えてどう対応するかという設定の中で行なわれると思われませんが、マーケティングの世界では、これらの定義は実はかなり曖昧です。

ざっくり言えば、実務的にニーズと言うとき、広義にウォンツまで含んで言っています。狭義にニーズとウォンツを明確に分けるとき、ニーズは「必要なもの」であり、ウォンツはより欲求に近い「欲するもの」という言い方をします。例えばサービスを提供するに当たって、そのサービスの一次機能と言われるものがニーズで、二次機能と言われるものが大体ウォンツに近い。私は、20年近く前から顧客満足などの研究をやってきた中で、一次機能に近いものを「本質サービス」と呼び、二次機能に近いものを「表層サービス」という言い方をしています。

一つ例を言うと、銀行に預金するときに、ニーズに当たるものは、必ず満たしてもらわなければ困るものです。安全にお金を預かってくれるという安全性。また、計算ミスは絶対しないという確実性も必要でしょう。それから、貧乏人には冷たくして金持ちを優遇するという差別をしない公平性。こうした安全・確実・公平といったものはニーズに近い一次機能で、不可欠に必要なものです。しかし、二次機能あるいは表層機能は、銀行の窓口で温かく迎えてくれるとか、銀行内の雰囲気が良いというような、不可欠ではないが、あればあるに越したことはないもので、これがどちらかと

いうとウォンツに近い。

豊かになればなるほどニーズの部分は充足されますから、だんだんウォンツに来るといことで、「今はニーズからウォンツだ」という言い方をすることもあられるわけですね。

論点-1 ニーズとはウォンツとは

医療におけるニーズとウォンツの分類の必要性

長谷川：ワークショップの時の議論でも、コアの部分の欲求に近いものと、その外側の欲望に近い部分とで整理されていました。

マーケティングとか企業の世界では、例えば商品に差異を作り差別化を図って、新しい価値や欲望を作り出す、あるいは、車やブランド品のように、物は一緒だけれども、それに付随する機能やイメージを作ることによって、商品効果を上げていく、という大きな波がある。医療が今被っている大きいプレッシャーというのは、私には、医療のコアの部分だけではなく、今言った差別化とかあるいは商品価値のような部分も含めた、色々な波が一緒になったプレッシャーだと思うのです。本当はそれを選び分けて考えなくてはいけないのだけれども、上手く選り分けられない。そのために、ワークショップの時も、「ニーズとウォンツをとにかく考えてみよう」ということになったと思うのです。

また、ニーズとウォンツの分類にはもう一つの背景もあります。医療費は完全な統制経済で、お上が決めた金額でやらされている。ところが医療費はどんどん増え、国民経済も厳しく借金だらけだから、ある程度自己負担をするべきだという議論が必ず出てくる。そしてその議論は「コアの部分は国家が面倒を見なくてはいけない。しかし、上に乗っかる欲望的な部分は自己負担にする」ということになる。ヘルスケアを考えている人たちには、その部分を何とか制御できないかという欲求があって、こうしたニーズとウォンツを分けようという議論になっていると思うのです。

確かにどこかで線を引かなくてはならないと思います。医療の余剰の部分を削ぎ落として核の部分は何かと考えると、本当に大事な部分は救急医療、それも癒しの技術を伴った救急に集約されてしまいます。つまり、死にかけている人を助けるとか、痛がっている人の痛みを何とか取るといったことに集約される。それを越えた部分というのは、実は、もう医療の本質的な部分から離れた付随的な部分と言える。ただ医学はどんどん進歩するから、例えば救急の現場に来る大動脈が破裂した患者さんは、普段から糖尿病や血圧のコントロールをしていれば明らかに発症率を抑えられる。それは科学的データとしてわかっているわけです。だから、先ほど言った、患者さんなど受療者の欲求とか差異化の問題とは別に、科学の欲求の力がある。

現場の医者は、こうした科学の欲求や外側からの患者さんの欲求があって、混乱が生じて、どういう価値観の軸で行動して意思決定していくかということ、みんなが見失っているのが実体です。全体像を見失っているということかもしれない。

嶋口：元々医療の世界は、極めて簡単に言うと、病気を治すという狭義のニーズを充足させるものです。しかし、その意味合いが今日、すごく広がり、「治れば満足」といかなかったわけですね。病気を治す過程で、色々なプラスアルファの要素があって、そ

れがトータルの満足を決めていくということですから。

そういう意味から、今長谷川先生がおっしゃったように、最低医療体制が充足され、競争が生まれると、好むと好まざるとにかかわらず、どんどん医療の分野がウォンツ追求に変わってきたことは事実でしょうね。

中島：医療現場の例を挙げていうと、ニーズは、例えば病気になったらともかく医師にかかれること。ウォンツは、24時間365日専門医にかかれる、あるいは医師が選べること。診断書の作成では日本語のものはニーズ、「外国旅行に行くので、旅行先の病院にかかったための英語で書いてください」、これはウォンツの方でしょう。4人部屋と個室はそれぞれニーズとウォンツかなと思います。また、日本の病院は無予約で行っても、例えば3時間待ってもその日に診てもらえますが、これはニーズで、待たされない外来というのはウォンツ。一般的には、制度として保証されるのがニーズで、「付加価値」のようなものはウォンツ。

医療でニーズ・ウォンツと言うときには、これらを区別して議論する必要がある場合もあると思います。

論点-1 ニーズとはウォンツとは

ニーズには代償作用が無い

嶋口：昔から理論があって、ニーズやウォンツのパフォーマンスを上げるとき、ニーズは、サービスや機能を上げていっても、あるレベルまで行くと、当たり前になってしまって、満足を上げられないのです。先ほどの銀行の「安全・確実・公平」の例で言うと、例えば全行員に対して「非常に安全に預金を守りましょう」「絶対ミスをしなないようにしよう」「お客さんを絶対差別しないようにしよう」といくらやっても、もう満足は上がらない。これがニーズの世界なのです。ところがそこで一つでも何かミスが犯すと、それでもうガツと崩れてしまう。ニーズというのは代償作用がなくて、いくつかのニーズの側面のうち一つでも最低許容水準を崩してしまうと、その悪さによって、他がいくら頑張っても全部だめになってしまう。どんな素晴らしい名医であっても、医療ミスの一つ犯すと、「あれはだめだ」となる。だから、ニーズの側面で重要なことは、最低許容水準をどれだけ維持するかということであり、それが最大の戦略的なポイントなのです。

ウォンツは全部やる必要はない。今はお客さんである患者さんが選ぶ時代ですから、選ばれるために自分たちのユニーク性がいくらか発揮されなければ困るのですが、しかし選ぶ理由は全部ではないのです。「すごく親切だから、あの銀行がいい」とか「雰囲気がいいから」とか。それは代償作用がある。一つ悪くても一つが良ければ、そこを指定してくるという性格があるのです。

長谷川：それが、この前のワークショップで多くの人たちが言っていたあたりの話だと思います。

論点-1 ニーズとはウォンツとは

ニーズとウォンツは全て仮説に過ぎない

嶋口：ただ、ニーズとウォンツを議論するときに注意しなければならないのは、一つは、それらが客観的に存在するものだと思うのは間違いだということです。主観的なものであり、相当厳しい医療をされても「良かった」と非常に幸せを感じる人もいるし、ある

いは相当良いことをやってあげても「ダメだ」という人もいる。

もう一つは、ニーズやウォンツは複合的だということです。トータルの中で満足を作り上げていく。単体で部分的に「これがニーズ」「これがウォンツ」としてしまふのではなく、それらは複合的な満足を形成する一要素に過ぎないという発想を取らないといけない。

それから、ニーズは仮説なのです。何がニーズかなんて事前に分かるわけではないのです。十数年前に、研究仲間と一緒に、日本経済新聞社で『ヒット商品のメカニズム』というかなり大がかりな調査を行いました。その時、ヒット商品を作った企業の経営者の方々にヒアリングをして、「事前にこんなに売れると思いましたが」と聞くと、ほとんど全員が「いや、まさかこんなに売れるとは思わなかった」という回答でした。つまりニーズは分からなかったのです。ほんの一握りしかヒット商品がない中で、その人たちですら事前にニーズが読めなかったわけです。貧しい社会ならともかく、豊かな社会になっても、長年経営の世界は、「市場調査をしっかりやればニーズがわかる」などと嘘をついていたのです。

長谷川：最近の話です。その方は中年の女性で、食道がんで、残念ながら重度の進行がんです。担当医が色々考えて化学療法と放射線療法を組み合わせ、普通なら1カ月で亡くなるどころ、何とか半年ぐらい生きられて、その間に家族で旅行もできたり、すごく良い時間を過ごしました。ただ、それが再発したときに、気管の狭窄が来て、呼吸困難になってしまったのです。

その方の場合、頭もクリアで、呼吸困難だけの症状なので、何とか気道の確保が出来れば、しばらくはまだ良い時間を過ごすことができる。「苦しいから助けてくれ。チューブを入れてもいい。」と本人が言ったこともあり、今の時代は、がんの末期では普通はしないのですが、挿管チューブを入れて気道を確保したのです。本人はやっと楽になった。しかし、1日くらい経つと、挿管チューブを入れられている状況というのは、唾液はダラダラ垂れ流しになるし、人間としては辛い。今度は「どうなってもいいから抜いて欲しい」と言われるのです。

そこで呼吸器内科や外科の担当医師など何人かの専門の医師と、夜中に2時間程打ち合わせました。その際、この人の人生と家族のこと、治療の手段や色々なことをひっくるめて考えました。さんざん議論しました。翌日、ご家族と本人とも話をし、チューブを抜いて気道の中に土管のようなものを入れるステントという方法で助けようと思われました。そしてそれを行ないました。でも残念ながらやった途端に大出血が起こり、救命できなかったのです。

よく「患者中心主義」と言いますが、そのケースでは、みんな本当に一生懸命に患者さんのことを考えました。何を望んでどうするかというのは、患者さんもご家族も時間とともに変わって行く。

「さっきの説明でこう思った。今度はこうで」と、非常に濃密な時間なのです。

このケースを見ても、嶋口先生が「あくまでも仮説に過ぎない」という通り、予めフレームワークがあって、「こういう時はこういう治療」ということはあり得ないですね。マニュアル主義はあり得ない。やはり我々がそこにに関わり込んで、何ができるかと考えながらやってくしかない。そして、そういう場面で、個々の良心的な医療者たちがそれをできるような状況を保証してあげられれば、ニーズとウォンツの両方を抱え込んだ何ものかを医療が達成できると思うのです。

論点2 医療モデルについて

医療モデルは必要か？

中島：結局、ニーズ・ウォンツは多様であり主観的であるし、一個の人間でも経時的に変わっていく。しかしその一方で、医療界は色々な外圧により、モデル化とか可視化ということが求められている。そこにジレンマがあるわけです。

それに対して、良いアドバイスがありますでしょうか。

嶋口：医療の世界は工学や科学に近いところがありますから、歴史的に物事をクリアにして進めるということがずっとあったと思うのです。しかしこれからの時代は、曖昧なところを、どういうふうに取り組んで究明していくかということが一番重要なテーマではないかと思うのです。日々のプロセスの中でインタラクティブに、何か新しい価値を作っていくという世界です。ビジネスの世界でも、計画して、最初からうまくいったなどというのは、非常に例外的で、だいたい失敗しながら、繰り返しインタラクティブにやって、最後に何とか物にしていく。そして双方が納得した価値を作っていくということになっています。医療の世界もそういう中で作られていくのではないかという気がしますね。

中島：しかしニーズ・ウォンツが充足されていないという患者の不満感を解決しようと思うときに、あるモデルを示して、「こういう領域にこのようにしたら上手い」というようなもの一方では求められているのではないかと思うのです。

何故そんなことを思ったのかと言いますと、今回のワークショップの時に、二人の講師をお招きしたのです。お一人は、プライマリーケアをなさっている医師で、長野県の過疎地で村人の人生を丸ごと面倒見られているスーパードクターです。もう一人は、都会にお住まいのご自身が患者になった経験がある方で、色々な治療の選択肢がある中で、自分の年齢、性別、病気、ライフスタイルなどを考慮し、自らが意思決定をする後押しをしてくれる医師に出会えたというお話をされました。私たちは大変感銘を受けました。そして、ニーズ・ウォンツは「地方と都市」、あるいは「患者が高齢者の場合と若年者で違うのではないか」とか「急性期疾患なのか、慢性疾患なのか」で異なるモデルを作らないといけないのでは、という方向で議論がなされたのです。



ビジネス界や外国から取り込んできた出来合いのものは日本的システムへの翻訳や適応化が必要。自分たちのシステムに合った一番納得のいくものを作り上げるべきです。

嶋口：個人的スキルによって作り上げるパフォーマンスや満足、組織として作り上げるものは、いくら違うのです。スーパードクターがいて、一つのエリアの中で生活の全てを見ていることは素晴らしいし、それはそれでよい話だと思います。しかし、ちょっとエリアが広がったり都会型になったら、それはできません。そうすると今度は組織で対応しなければいけない。これは多様性があるって一向に構わないと思うのです。それを敢えて「こういうパターン」とやる必要は全然ないと思っています。

中島：その時、経営のご専門の先生だったと思うのですが、「ビジネスの世界にはビジネスモデルというものがある。医療も問題解決のモデルを示さないダメだ。」というご発言があったのです。

嶋口：ビジネスモデルというのは我々もよく使います。ある事業を成功に導くための仕組みがどうなっているかということを経営モデルというわけです。仕組みがわかれば踏襲しやすい。それはそれで否定するつもりはありません。ただ、属人的なエクセレンスと組織的なエクセレンスは往々にして違う場合がありますので、そここのところは分けて考えないといけないと思います。

中島：属人的エクセレンスというのはどういうものですか。

嶋口：一人の優れた能力の、「赤ひげ」のような先生が全部自分でうまくやるという場合です。人に属したスキルです。組織でやるのを、我々は科学的なスキルと呼んで比較するのです。

アートとサイエンスという言い方をしますが、アートというのは、例えば同じ治療をするスキルの中でも人間的なスキルなのです。ですからアートというのは一代限りなのです。その人がいなくなってしまうたらそのスキルは全部消滅する。そこで多くは、それをもっと一般化してシステムにしようということで、システム型の科学的なスキルにするのです。しかし、確かに再現性、反復性のある科学的スキルは効率的ですが、今度はなかなか感動を作ることかできないとか、冷たいとか、そういう問題が出てくる。

だから我々は良い意味で科学的なスキルを「愚か者の方法」と呼んでいます。システムやマニュアルがあって、その通りやれば、かなり良いものができます。わかりやすく言えば、マクドナルドのマニュアルですよ。これは組織の場合に必要なのです。一方、「優れ者の方法」というのがアートの方です。これはその人の持って生まれた才能を活かして、そしてそれをさらに切磋琢磨しながら上に持って行って素晴らしいサービスを与えるということです。これらは自ずと違うものであり、二つの違いは当然あってしかるべきです。その二つがあるからこそ、また多様性が出てくる。医療の世界でも、患者さんに対して非常に良いサービスとなる。

もう一つ、折衷型の第三の方法もあります。これは、最近の経営の課題になっている「感動を生む」もので、システムでやるけれども人間的であるという難しいものです。医療の世界で言うと、青梅慶友病院などがあり、マニュアルは無い。デイズニerlandはマニュアルがたくさんあると言われますが、実際はほとんどマニュアルで動いていなくて、感動を作り上げて人々を楽しませています。そういう新しい第三のスタイルです。

医療の世界でも、スーパードクターがいたら、それは素晴らしいでしょう。但し一代限りですが、もう一つ、組織としてやっていくのもまた素晴らしい。あるいは第三の道を進むのもいいでしょう。そういう多様性が活力を生むのではないかという気がします。

長谷川：「第三の道」は、本当は、医療は昔からそれを実践していたのが、最近の非常に科学主義的な、あるいは管理主義的な圧力で非常に一面的な形で追いやられているのではないかと思うのです。具体的には、実験をして結果を出さなくてはならないとか、患者さんの情報についても、「残りの時間、どうしたらこの人は一番幸せなのだろう」と悩むのではなくて、「あと1ヶ月生かすのにどうしたいのか」という数値化したところに還元する物凄いプレッシャーがあって、多くの医療従事者が、昔から実践していたこと、それは「癒し(ケア)」という側面ですが、それを忘れて、そういうサイエンスの方へ追いやられている。実はこれが患者さんたちの不満の大きい部分でもあるし、現場でまともな医療をしようと頑張っている人たちが、結局潰される大きい要因ではないかという感じがあるのです。

中島：おかしいと感じつつ間違った方向へのプレッシャーがかけられてしまうということですね。

嶋口：先ほどの議論から言うと、ニーズはシステム化できるのですが、ウオッツはシステムやマニュアルには馴染まない。どちらかという、それは人間的にやらないといけない。

長谷川：それをやるのは個々の現場にいる人間なので、彼らが生き活きとそれをやれるような状況を作ることが、たぶん経営でも求められることだと思います。会社もそのように人間を活かす形でないと生き残れないと思うし、病院もそうでしょう。

中島：ビジネスの世界の人たちは、ビジネスのモデルを他の業界にもアピールされる。しかし医療は、長谷川先生がおっしゃったようにアートを実践してきたのに、それを世の中にアピールできていない。

病院も最近では病院機能評価という第三者評価を受けるようになっておりまして、私たちの病院もこの10月に受けるのですが、接遇教育もその中で求められているのです。阪大病院の接遇研修に先日来られた講師は、ロイヤルホテルのお客サービス推進室長で、客室係も長く経験された方でした。その方がおっしゃったのは、まさに嶋口先生が言われたように、「マニュアルばかり作ってもダメです」「サービスとはハートです」ということでした。マニュアル通り言ったことで、いかにお客様が不愉快になっているか、一方、マニュアルにはないが担当者の気転により、いかに感動を与えることができたかという実例を挙げられました。このセッションは感動のうちに終わったのですが、さて後半、機能評価受審の準備セッションになったら、「機能評価を合格するために、明文化してマニュアル化して……」と。我々はマニュアル化とハートのバランスをどう取ればいいのかとまどっ

てしまったのです。

嶋口：前にディズニーランドで講演をした時に、ある方から質問を受けました。

こういう例があったとのことでした。夫婦の方が、レストランで自分たちの食べ物を注文して、もう一つお子さまランチが欲しいと言ったのです。ところがディズニーランドは子供優先ですから、大人にはお子さまランチを売ってはいけないというマニュアルになっている。そこで、お断わりしたところ、がっかりした様子でした。気になったので、理由を聞いたら、「自分に一人息子がいたが交通事故で亡くなってしまった。子供にはディズニーランドに連れてくと約束していた。亡くなったので、一種の陰膳として注文したい。」という話だったのです。「その時に、我々はマニュアルに従うべきでしょうか。」という質問を受けたのです。

これは医療の現場に非常に近いと思うのです。そういうことはいくらでもあるでしょう。病院全体のルールとしてやってはいけないことがあっても、時にやってあげたほうがいいこともある。私はその時、「もしそれが自分の家族だったらどうしますか。」と言いました。そういう気持ちがあれば、マニュアルにとられる必要はなくて、人間的にやればよいではないか。

ディズニーランドにはマニュアルはあるのだけれども、みんな柵の奥の方であって、あまり見ていないのです。しかし、あの雰囲気の中でやっているとならば自然にそういう行動ができて、人々に感動を与えられる。私はそのようになっていけばよいのではないかと思います。だから最近、あまり、「マニュアル・システム・科学」か、あるいは「人間・アート・属人」か」という二元論で見る必要はない気がするのです。

論点-2 医療モデルについて

医療現場では顧客満足だけが「良い答」ではない

長谷川：医療のもう一つの背景として、当然、医療が高度化するほど、事故の危険も高くなるわけです。そうした中で、安全のことを考えなくてはならないのだけれども、医療現場の難しいところは、アートの部分を尊重するという名目のもとに、色々好き勝手なやり方を許容してきたから、本来ならば患者さんが負わなくてよいリスクを負わされてしまっているということなのです。

マニュアルを作り、あるいは標準化して、そういう部分をなるべく統一して事故を少なくしようという動きは、ある意味では正しく、やらなくてはならないことです。しかし同時に我々は、圧倒的人手不足と劣悪な労働環境という厳しい状況の中で、しかも時間が無い中で、マニュアルを作って、それを周知徹底しながら、だけど、個別の状況では患者のためにそれを逸脱してやりたいという思いもあつたりするわけで、物凄いジレンマです。

しかし、純粹に患者さんのことだけを思ってやった結果が裏目に出て、患者さんにミゼラブルな状況を作ることもある。そういう

ことを経験した医師は、次に患者さんと家族が要求しても、それを安易に受け入れると逆にその人を不幸にするから厳しく接するということもある。それは長期的に見れば正しいのだけれども、短期的には、患者・家族からは「何故やってくれないのか」とあるいは看護師も「何であの気持ちを汲んでやらないの」となる。医療現場で難しいのは、顧客の満足だけが「良い答」ではなくて、明らかにそれを越えた何かがあるのに、それが分からない。まさに一緒に考えて、最後は「よしよし」と飛び込むようなものでしかない点だと思うのです。その悩みがすごく大きいのです。

嶋口：自分の親や兄弟が病気になったとき、周囲がダメだと言うのを、自分が「これは良い」と思って実行し、結果的に亡くなってしまったとしても、それは、一概に非難されないでしょう。

論点-2 医療モデルについて

医療の不確実性が顧客満足を阻害する

長谷川：これは非常に深い難しい問題を孕んでいます。私も自分の親だったらどうするかということは考えるし、患者さんにもそういう立場でよく話をします。

しかし、病院の職員とか我々身内の人間が病気になって手術が必要な時に、みんなその人のために気を遣い過ぎると、逆に悪い結果になることがあるのです。親の問題もそうで、例えば親の手術をやるかと言われるときに、やる先生もいらっしゃるのですが、多くの外科医は自分の身内の手術はやりません。自分の信頼できる医師に頼む。つまり、自分の一番大事な人のためにと思う気持ちと、医療として適切だという方向がちよっとズレていると思うのです。単純に、患者中心主義ともズレてしまうようなところがある。

中島：「患者を自分の親だと思って診なさい」というのはたしかに顧客満足を向上するアプローチですが、それを阻む要因もある。それはまさに「医療の不確実さ」で、良かれと思ってやっただけでも結果が悪いという

ことが必ずある。これはサイエンスで制御することのできない、あるいは人の力の及ばない、いわば神の領域なんですよ。

その時、私は医療の専門家なので、自分自身が腹を括って決めた場合、たとえ悪い結果が起こっても、それは自分で決断したことだからと受け入れられる。しかし、通常の患者さんと家族であれば、受け入れられないかもしれないし、我々も結局はやらない方がよかったのではないかと後悔に苛まれる。もっと言うと、アメリカ型のディシジョンメイキングを物指しにすると、このような「自分の親や兄弟と違って」というのはバターナリズムであり、自分の価値観を患者に押しつけている悪いモデルであると解釈されてしまいます。

嶋口：医療は自律と適応の世界ですからね。いくら嫌がっても、こちらの考え方でやらなければいけないのと、それ以外の所はなるべく相手に合わせてあげるといふ、この境界が不確実な世界ですね。しかしいつの時代になっても正解などないし、また求めようとするのは意味がない気がします。

中島：最近の結果責任で、損害賠償請求とか、刑事事件に発展



現場の医者は混乱して、どういう価値観の軸で行動して意思決定をしていくかということを見失っているというのが実体です。全体像を見失っているということかもしれない。

することもあるので、ますます医療側も勇気を持って意思決定のプロセスに踏み込みにくい状況になっていますね。

嶋口：昔みたいにお医者様が神のような存在だったなら諦めがつくかも知れないけれど(笑) 最近是对等になり過ぎて、かえってそういう不満が出てくるのかもしれないですね。

論点-3 ニーズ・ウォンツを満たすシステムとは
社会制度・・・現場主義の制度が求められる

中島：患者のニーズやウォンツに関して、今より少しでも良い状況にするためには、社会のシステムや組織のマネージメントについても考えなければなりません。

社会システムについてはいかが思われますか。

嶋口：難しい問題ですね。国によって医療制度は全部違いますので、制度の中で一番最適なものを求めていくしかないと思います。日本は比較的公的なサポートが厚くなっているからよいけれども、アメリカは別みたいです。どちらが良いのかというのは、なかなか一概に議論しにくいですね。

中島：アメリカは、きっちりした制度があって、その中で人が動く。日本はどんな制度であろうと、より良いものを目指して現場の人たちの運用と努力で解決してしまおうとする。最後の最後に歪みが生じてしまいます。まさに今の医療現場はその状況に直面しているのではないのかなと思うのです。

長谷川：私の先輩の外科医は、自由診療や混合診療をやるべきだと言います。その本音は、もっと市場原理が入ることによって、自分の今やっている努力が認められるという期待があるわけです。裏返せば、現在は全然評価されていない。しかし実は、そのことと市場原理を入れることは全然イコールではない。

ただ、自由化あるいは民営化の議論の大事なところは、他人の財布だと損得を考えずに金を遣ってしまうということです。その為にあれだけの税金の無駄遣いをする。本当は公務員がきちんと自分の金のつもりで効率的にやるといふミッションを持ってくれれば、別に民営化など考えなくてよい話なのです。私は自由化や民営化の議論では、極めて現場主義です。現場の人たちが金の遣い方を気を付けてやれるような形の、あるいはこの患者にとって一番良いことは何かと考えて、それが直接お金の動きに連動できるような形の自由化や民営化には賛成する。しかし、今の民営化の議論は、多分そこには行かないでしょう。そういう意味で、あまり明るい展望も持っていないのです。

嶋口：日本はドラスティックにズバツとやる国ではないですからね。もし民営化的な経営が良いならば、いくつかの所がやって成功



事例がだんだん出てくれば、自然にそちらの方に行くでしょう。そういうやり方の方が、日本人に合っているのかもしれないですね。

長谷川：その際に、特区を作ってやるというのは、ある程度期待が持てるのでしょうか。

嶋口：どうでしょう。我々の仲間でも、半分が賛成、半分が反対です。でも、どうしても手詰まりだったら、一回やってみるという手はあります。ただ、やったら前には戻れない。覚悟が必要です。

長谷川：医療の場合、一回やってみて壊れたときのダメージが大きい。しかも戻れないとなると、イギリスの例などを見てもなかなか厳しいものがあるから、そこが難しい。

嶋口：だから慎重にならざるを得ない。でも日本は、医療の体制そのものは、全世界の中でも高い評価ですよ。

長谷川：WHOの色々な指標で高いにもかかわらず、国民の評価は非常に低い。そのギャップが大きいのです。

論点-3 ニーズ・ウォンツを満たすシステムとは
出来あいのものを取り込んでくるだけではいけない

中島：組織論についても考える余地がありますね。今まで病院のマネジメントという議論をあまりやってきませんでした。

長谷川：病院には、良い医療をやっている人や、良い志を持っている人はいっぱいいます。その人たちをどうやって活かすかという方向で考える。これには外の人間が必要で、医療従事者だけではだめです。経営や経済、法律がわかる人が入ってくるのがよい。ただ、多くの場合、そうした人は先ほどのモデル化をするのが好きだから、モデル化して別のサイエンスの方へ行ってしまう。あるいはそこまで踏み込んで見ようとしなくて、外づらのデータだけ見る。

中島：今病院の中でも、医師の診療の実績を評価しようとか、頑張った人が報われるようにしようとか、企業では当たり前になされてきたものが導入されようとしています。しかし、実際にはどうやったらよいかわからなくて、外来患者を何人診ているかとか、費用対収入比率で評価してしまい、例えば眼科と心臓血管外科を同じ土俵の上で比べるような不自然なことがなされているのです。

嶋口：どんなものでも新機軸を出すときには、最初から成功するなどということは考えなくてよい。やっている最中は色々批判が出ます。誰だって実体は、変革なんて嫌いですから、「やっぱり前の方が良かった」と言う。そこで元に戻ってしまったらみっともない話です。やると決めたら、それをしばらく続ける。日本的な知恵は、その中で、新しい物を編み出していく可能性がある。評価が必要ならば、やればよい。その中から自然に日本の実状に合った病院の評価の仕方が出てくるのではないかなと思うのです。最近、性急ですよ。やって、ダメならすぐ止めてしまう。日本は明治以来、何だかわからないけれども、先進国へ視察に行き取り込んで、そしてゆっくりやりながら、ものにしていったわけでしょう。

中島：公的病院の病院長は2年に一回変わるところが多く、何かをやりとげるだけの任期がありません。

嶋口：私の周辺では医療関係の名経営者が多いですよ。我々の方がむしろ学ぶものがたくさんあるのです。

私は『仕組み革新の時代』という本を書きました。その最初が病院の仕組みで、先ほど言った青梅慶友病院を取り上げました。民間の企業がやっているより遙かにユニークなもので、どういう経緯でこういう仕組みを入れてきたのかと思われました。おそらく現場で苦労しながら出してきたものなのでしょうね。出来合いのものをビジネスや外国から取り込んでくるだけではダメで、それらをヒントとしながら自分達の体制にどう適応させるかが勝負です。自分たちの中で一番納得のいくものを作り上げて、それを一つの形にするというのが、今日本で一番求められていることでしょう。

論点-3 ニーズ・ウォンツを満たすシステムとは
医療は自己アピール力に欠ける

長谷川：私も中にあると思います。医療者は自信を持って、もっと自分たちのやっていることをちゃんと見た方がよいと思います。

実は私の母親は乳がんが死んでいるのですが、30年前に阪大で手術を受けることになった。ところが手術の当日の朝、病院から逃げ出して来てしまったのです。手術が恐くてしょうがなかったのでしょうか。その時の母親の気持ちを考えると、非常に切ない気持ちになります。今は多くの大学病院で、手術を受けるときに、予め手術室の看護婦が来て、「こんな手術で、こんな手順です」と説明をします。術後にICUに入る患者さんには、予めICUを見せてあげて、全然恐くないことを分らせる。それは30年くらい前には考えられないことです。医療はそれだけ変わってきているし、今なら私の母親も喜んで手術を受けたと思うのです。

そういうのが大事な知恵だし、ノウハウだし、患者サービスだと思うのです。医療者はそういうことを自信を持っていいし、外に発信していいと思う。現場にいて、良い試みがいっぱいあるなと思うのです。

中島：やはり医療界は一般社会へのアピール力に欠けますね。学会でのプレゼンテーションは上手なのですが。

長谷川：「良いことをやっていればそれでいいし、分かってもらえる」というような、いわゆる日本的な感覚があるのでしょうか。

中島：議論の尽きない問題ですが、患者のニーズ・ウォンツに答えるために、長谷川先生には大学病院でアートのできる医師を育てて頂き、嶋口先生にはマーケットや組織の観点からアドバイスをいただき、更に、医療機関の名経営者からも学ぶ必要があるということでしょうか。

時間も無くなってまいりました。最後に先生方から一言ずつ締めくくりのメッセージをお願いします。

Closing Statement

一番大事なのは思いやりの心

長谷川：何度も言いますが、臨床現場の知恵や、何かをやるという意思を支えている原動力は、やはり、苦しみ悩んでいる患者さんが目の前にいるからです。人間として「何とかしてあげたい」「何とかならないのか」という気持ちがあって、そこから初めて、これを助けるための色々な技術があるし、そのための知識や学問がある。

医学は、本質的にはサイエンスの部分とかアートの部分とか、あるいは技術の部分といった、色々なものを含み込んだ形で何千年も育ってきたものです。医学は必ずしも良いことばかりではなく、戦争中の日本の731部隊やアウシュビッツなど、非常に残酷で、容易に悪に転化するものもあるのですが、それをコントロールするための知恵もある。

そういったことをひっくるめて、医療自体の中から、色々なノウハウや知恵をちゃんと見て、外に向かって明らかにしていく必要があるでしょう。あるいは私が気付いていないだけで、そうした試みは既にあるのかもしれませんが、ただ、様々な外圧のあるこの時代だからこそ逆に、落ち着いて振り返って、自分たちの立つ位置をきちんと見据えて、ぐっと踏ん張り、「医療者はこういうことやっていくのだ」という姿勢をきっちり貫いていくべきだと思うのです。そういうことを最近感じています。

嶋口：名医と言われる方々は皆そうだと思うのですが、我々医療を受ける側の立場からは、一番大事な、思いやりの心をちゃんと持ってくれるかどうかということだと思います。優れた治療や医学的な説明もさることながら、根底に人間としての思いやりを持ってくれていることが、我々にとって一番有り難いことです。結果的に死に至るとか、悪い結果になっても、その心がコアにあれば、かなりの部分がカバーできるのではないかと思います。但し、当然プロフェッションとして技術は充分磨いていただく。日本は医師の数が非常に少ない中で大変だと思うのですが、それに対する期待はすごく大きいわけですから、そこは少しでも高めて頂きたい。

と同時に、自分の信念に従って対応してくれるのは有り難いのですが、医療は万能ではなく、こんな不確実な世界はないわけですから、患者とインタラクティブに問題解決できる機会をもっともっと広げてもらいたい。それによって信頼がさらに高まると思います。

中島：本日は貴重なご意見を、本当に有り難うございました。



日本は現場の人たちの運用と努力で解決してしまおうとする。最後の最後に歪みが生じてしまいます。まさに今の医療現場はその状況に直面しているのではないのかなと思うのです。

本鼎談に関するご質問、ご意見を受付けております。
ご氏名、所属団体名、役職、電話・FAX番号、E-mailアドレスを明記の上、当財団事務局宛FAXにてお送り下さい。(書式は問いません。)

FAX番号：03-5309-9882

いただいたご質問・ご意見は、鼎談者と検討の上、本誌にご回答等を掲載いたします。

(都合によりご質問・ご意見の全てを掲載できないこともあります。予めご了承下さい。)