

Cross Functional Teams

多職種からなる医療チーム

今までは、「患者さんの期待を超える医療の実践を目指して」と題して海外での取り組みを主に紹介してきました。これからは、私の日本での経験を2つほど紹介したいとおもいます。

青戸病院医療事故と再建への思い

2002年11月8日、慈恵医大附属青戸病院において、前立腺癌のために腹腔鏡下前立腺摘出術を受けられた60歳の男性患者さまが、術中出血性ショックとなり、意識を回復されることなく同年12月8日に死亡されるという医療事故が起きました。翌年9月末、手術を担当した医師3人が業務上過失致死容疑で逮捕されました。私も含め多くの慈恵医大内医療スタッフは報道により医療事故の事実を知りました。スタッフのほとんどは最高の医療を提供しようと日夜努力をしていたため、スタッフが報道を目にした際のショックは大きかったと思います。私自身も病院に来る足が重かったですし、病院内も騒然としていたことを記憶しています。ただ、医師の中でも温度差があり、内科系に比べて外科系の方が深刻でした。何故ならこの医療事故が「従来の患者取り違え」、「薬剤取り違え」といったものと性質を異にしていたからです。また、医師、看護師層から大量の離職者がでるといううわさもとびかっていた。そのため、私自身は職種の壁を越えた、討論の場が必要であると感じておりました。

私は報道1週間後、ワシントンDCで開催される会議に出席するため飛行機に乗り込んでいました。長いフライトの間、成田空港で買ったゴーン社長の日産再建に関する裏話を記述した単行本を読みふけることができました。カルロ

ス・ゴーン社長が日産を再建した話は有名です。その際、他職種からなるチームを編成させ、社内の問題点の徹底的な洗い出しを行いました。この手法をビジネスの世界では“Cross Functional Teams”と呼ぶようで、私はこの手法が「慈恵の現状を少しでもよくするために役立つのではないだろうか？」という思いで帰国したのです。

医療安全と倫理のワークショップを立ち上げる

帰国後、学長および医学教育研究室の福島教授と相談の上、「医療安全と倫理のワークショップ」を開催するはこびとなりました。その目玉は、1) 多職種の参加、2) ワークショップ形式、3) 現場の意見を上層部に伝えるの3点でした。私としてはもっと早期に開催したかったのですが、いくつかの会議を経て、第一回目は2004年1月、医療事故のあった青戸病院で開催されました。

青戸病院のスタッフからどのような反応があるか。。。緊張感をもって当日を迎えました。私の留学中、ハーバード大学ダナ・ファーバー癌研究所においても、クリニカル・フェローが抗がん剤4倍量をオーダーし、患者さんが死亡した事故があり、当日は、その事例（病院4、5月号を参照）を30分話しました。何故なら、その頃、内部調査委員会の報告書がまだ公表されていなかったからです（その代わりに、青戸病院の新聞記事、理事長の会見内容などを資料として配布していました）。公表後から現在まで、その報告書に基づき「手術当日何があったのか？」を時系列で解説しています。

この話しを聞いた後、参加者（毎回80-100名程度）が8-10名のグループに分かれ討論します（図1AB）。各グループには、医師、研修医、医学生、看護師、看護学生、薬剤師、臨床検査技師、放射線技師、事務職が1-2名ずつ加わっていました。これから発想される単語を各人数枚ずつ付箋紙に記載。順番に単語

の意味・意図を説明しながら貼っていきます。次の人は、似た意味の単語のところに付箋紙を貼ります。このようなことをしていくことにより、似た単語を集めた島ができます。逆に、どの島にも属さない単語も存在します。司会者は、このような少数意見も尊重しながら皆の意見や思いを引き出していきます。

討論初期、皆同じ職場の人間なのに緊張した面持ちでしゃべっているのですが、自分がしゃべり、他者に言に耳を傾けながら時間が経つうちに、「職種が異なっても皆似たようなことを考えているんだ」と感じるようになります。そうすると、チーム内に共感が生まれてきます。そして、最後の1時間は講堂に集合してグループ毎に発表します(図2)。初期の頃はグループ内で討論した内容としていましたが、後半にはしゃべりたい人が「提言」する(討論とはなれていてもよし)こととしました。

ボトムアップ方式

参加者は、ワークショップ参加の感想あるいは慈恵医大への提言という内容でのレポート提出が課されます(図3)。レポート内容を作業部会員が集約し、理事長に提出する。いわゆるボトムアップ方式です。青戸病院医療事故後、1人1人はいろいろなことを考えていたと思います。2-3人で集まって、他者を批判するといった場面もあったかもしれません。でも、そこで終わってしまっただけでは何かを変える力にはなりません。1人1人の力は弱くても、大勢の声が合唱となったとき大きな変革の力となります。

レポートには青戸医療事故の問題点だけではなく、どのような部分を改善すべきかについても数多く提言されていました。そして、「ワークショップに参加してよかった」という意見が大多数を占めていた点で、主催者側は成功だったと感じています。青戸医療事故という共通の克服すべき問題を共有、自ら

の考えを告白し、他者の意見に耳を傾け、そして意見交換するなかで新しい道を模索する。このプロセスを経ることにより、スピリチュアルな部分で職場のチームが形成されていきます。

我々作業グループは、ワークショップの意見を要約して理事長（学長）に伝えてはいるものの、「それがきっかけで現場に改善がもたらされる」ところまでは至っていません。もちろん上層部とすると「いちいち実現していたらきりがない」「優先順位がある」といった思いがあるのではないのでしょうか？そこで、来年には今まででた意見をまとめなおしてシンポジウムを開催し、医療現場と経営陣との直接対話をさせるような企画を考えています。

倫理をどうやって教えるのだ？

慈恵医大内で医療安全と倫理のワークショップを立ち上げた際、学長から「倫理をどうやって教えるのだ？」と指摘された覚えがあります。そのときは的確に答えることができませんでした。今は、「倫理とは単なる知識ではない。よって、壇上から教科書を用いて教えられるものではない」「ある問題に対して深く考え、他者の意見に耳を傾ける。そうすることにより、自分の考え方、問題の捉え方は自然と一般社会常識に近づいていく。その結果、時代に合った倫理感が醸成されていく。その効果はテストで測定できる種類のものではなく、日々の生活態度に表れるものだと思う」と認識しています。

継続は力なり

2004年1月から毎月行うワークショップは、既に参加者2,000名を超えました。当初、一定期間を過ぎた段階で本ワークショップ参加者が自分の職場周囲を巻き込んで多数の勉強会への発展することを期待していましたが、そうはい

きませんでした。しかし、「医学生が自分達でもやりたい」と申し出があり、医学生バージョンを特別企画としてやったこともありました。また、法科大学院の学生参加を受けたこともありました。「役にたった、継続して欲しい」という声がある以上、慈恵附属病院教職員 5,000 人以上が全員参加するまで継続すべきであると考えています。もちろん、このワークショップだけが理由ではありませんが、事故報道当時と比較して、大学も少しずつ変化を遂げていることを何かにつけ感じます。

7人の侍とチーム医療

読者の皆さんは黒澤明監督の「七人の侍」を観たことはあるでしょうか？江戸時代の昔、ある農村の人々は、実りの時期になると山賊が襲撃するので、頭を悩ませていました。せっかく収穫した秋のお米をもっていかれてしまうのです。そこで、村のリーダーは町にでて、腕に自信のありそうな浪人に「何とか山賊を追い払って欲しい」と依頼します。その浪人は自分を含めて7人を山賊退治のチームとして雇いいます。彼ら1人1人は弱いけれど、それぞれ異なる持ち味があって、それを活かして最後には山賊退治に成功します。

このように異なる特技、役割をこなしながら、1つの目標を達成する集団をチームとよびます。チーム編成の意義は、1人ではできないけれど、複数協力すると大きな目的を達成できる点にあります。もっと簡単にたとえば、 $1 + 1 = 3$ になるということです。この点グループは、 $1 + 1 = 2$ でしかない点が異なります。グループではなくチームとなるためには、常日頃からコミュニケーションをはかり、人間対人間として付き合い、お互いに強い信頼関係が築かれていなくてはなりません。

しかし、一旦強力なチームができあがると、医療の質が向上します。事実、「1

人の有名な外科医のいる病院」と「有名な外科医は居ないが、素晴らしいチームワークをもつ病院」の術後合併症、術後死亡を比較する調査がなされました。結果はというと、後者に軍配が上がったのです。このことから判るとおり、医療の臨床現場におけるチームワークは医療の質と安全性を高める上でキーとなるのです。

医療機関におけるチーム編成の難しさ

ただ、大学病院などのような大きな病院には様々なプロフェッショナルが働いています。さらに、同じプロフェッショナルでも、異なるモチベーションで行動をしているかもしれません。例えば、ある医師は臨床が楽しくて無我夢中で仕事をしているかもしれませんし、ある医師は臨床を早く切り上げて医局で研究したいと考えているかもしれませんし、ある医師は学位がとれば開業したいと考えているかもしれませんし、ある医師は患者さんをよりよく治すことより自分の出世のことで頭がいっぱいかもしれません。これに対して、ある商品を販売する会社であれば、会社の収益をあげるという単純な目標に邁進すればよいので話は簡単です。つまり、会社などでのチーム編成と病院のような多職種プロ集団でのチーム編成では、話がちがってしまうのです。

事実、先に挙げた青戸病院医療事故後に発足した「医療安全と倫理のワークショップ」も医師の欠席、レポート未提出が目立ちます。

グループ・ダイナミクスを知る

それではどのように強力な医療チームを編成したらよいのでしょうか？そのためには、まずグループ・ダイナミクスを知る必要があります。

先に「7人の侍」の話をだしました。この人数は極めて的を射ていると言え

ましょう。例えば、2人しかいなければ、1つの関係を築けば済みます。3人であれば3通り。7人であれば21通りですが、20人になると100通りに膨れ上がってしまいます。読者の皆さんも、今までの人生を省みたとき、お互いによくコミュニケーションのとれる人数は何人くらいだと思いますか？例えば20人である1人の患者さんについて看護方針を話し合う場面を想定してください。そして、あなたは下から数えた方が早いとしましょう。討論でまとまりつつある看護方針に対して、患者さんの心理をよく知るあなたは心の中で「それはAさんが望む内容じゃないんじゃないか」とつぶやきます。しかし、そこで手を挙げて「ちょっと待ってください」と意見が言えますか？やはり、心に思ったことを何の抵抗もなく言える人数は数人が限界なのではないでしょうか？これは、チームの構成メンバーや状況によって異なるでしょう。しかし、7人という数字は、やはり的を射ていると私は思うのです。

それでも、7人の中に「とてつもなく強烈な個性」の持ち主がいたらどうでしょう？「私の考えや予想はいつも正しい、だから私の決断には口をはさませない」と言葉の端々や態度にでる人がチームの1人だったとしたら、やはり多くの人は「それはちょっと違うんじゃない」と思っても、自分の意見を言わないかもしれません。このように、チーム参加メンバーによる個性によってグループ・ダイナミクスは大きく左右されます。

そこで、その個性を3つの典型的なタイプと、その中間群に分けて考えます。先の「私の考えや予想はいつも正しい、だから私の決断には口をはさませない」というタイプ、これを仮にレッドと呼びましょう。一方、平和主義で「自分の考えと、相手の考えが対立したとき、どちらが正しいかは判らないから、自分の意見を押し殺してでも相手の意見を優先させる」というタイプ、これを仮にブルーと呼びます。そして、「分析的で、本や論文をみるとXXXのように書い

であるから、リスクはXX%くらいだと思われる、でも自分では決断をくたせない」というタイプ、これをグリーンとします。そして、それぞれの色の中間、例えばレッドとブルーの中間、あるいは3色の中間の人もあるかもしれません。さらに、「患者さんの具合が急変した」といった強いストレス下では、平穏な状態のカラーからシフトすることが多いという点も見逃せません。例えば普段は問題点を解決するために、いろいろな可能性を探ること人なのに、患者さんの具合が急変すると頭の中が真っ白になってしまうなどという場合もあるでしょうし、普段は強引な部分もあるのに問題が発生したときは、慎重で分析的なグリーンになる人もいるかもしれません。このそれぞれの個性はどれが悪いというわけではありません。逆にどれがよいというわけでもありません。むしろ、チームとしてお互いの個性を補完しあうようになればよいわけです。

例えば、普段はレッド（術者）、レッド（助手）、ブルー（助手）の3人の外科医がいたとします。術中予想外に手術が難航しました。そして、この外科医たちは手術中に遭遇した強いストレス下において、ブルー（術者）、レッド（助手）、ブルー（助手）となったとします。ブルーは無理せず引き返そうと考えますが、レッドが強行に「続行しましょう」と主張したとします。年若のブルーは何も言えません。麻酔科医もブルーで、心中は心配していますが、あくまで術者の指示を優先してしまいます。看護師も「私はオペルームの看護師としての役割は果たしているのだから。。私が口をだす立場にはない」と黙っています。このようなチームでは、チームとしての効果を発揮しません。将に青戸病院の医療事故がこのようであったと聞いています。

それでは、どうしたらよいのでしょうか？まず、チーム自体、いろいろな色の人が入っている、そして問題に遭遇しても多色のバランスがとれていることが理想的です。いざというとき、グリーンは状況を分析していろいろな可能性

を探り、ブルーは意見調整をし（皆が心の底で思っていることを声に出して述べることができる）、レッドが最終的に意思決定をします。もちろん、偶然にせよ、意識的にせよ、多彩な個性のチームが最初からあればよいのですが、なかなかそうもいきません。そこで、普段からよいコミュニケーションをとり、お互いの性格を知ること、そして思ったことを言える人間関係を築いておくことが大切です。また、チームに強烈なレッドがいるときは、それを調整できるレッドとグリーンを新たなメンバーとして取り入れると効果的かもしれません。

仲の良すぎるチームは意思決定を誤る

例えばここに数人のお互いを尊重し合う仲の良いチームがあったとします。彼らは年齢も近く、同じ専門職で、お互いを必要としているとしましょう。チームの1人がある意見を言い出しました。チームの他メンバーの心に反対意見が一瞬よぎりましたが、ここであえて反対意見を述べて、チームの雰囲気が悪くしたくない、おそらく彼の意見の方が私の意見より正しいはずだ、などと考え反対意見を否定してしまいます。結局、この仲良しチームは誤った意思決定を下す事が多くなります。

この仲良しチームは、同じ知的レベルの集団において発生しやすい傾向にあります。同年代の医師などがその典型でしょう。この状況も青戸医療事故に相当します。ケネディ大統領がキューバ危機の際、最終的に適切な意思決定を下す事が出来ましたが、きわどいところまで行きました。アメリカ同時多発テロの前日、地方FBIからハイジャックによるテロの可能性が指摘されていたにもかかわらず、ホワイトハウスはその情報に対して「またか!？」といった具合に耳を塞ぎ、チームの誰もが疑問の声をあげませんでした。つまり、知的レベルはどのレベルでも発生し得るのです。

ここに、まったく異なる視点を持つ人が加わることによって状況が改善します。例えば、診療方針を決定する外科医の集団に看護師が加わる、DRGの観点から事務職が入る、化学療法を施行する前に患者を中心に置いた形で薬剤師、看護師、医師が「この患者さんにとって一番よい治療は何か？」を相談するといったことが考えられます。このような観点からも Cross Functional Team の効用が説明できるのではないのでしょうか？

権力者を中心とするチームも意思決定を誤りやすい

強大な権力者を中心とするチームも問題です。権力者と利害関係があるものの多くは、本当のことを言わずに、権力者に都合のよい意見ばかりを述べるようになります。逆に、権力者に対して苦言する人はチームから外される傾向にあります。このようなチームは、チームの意思ではなく、権力者の意思決定に従います。権力者がいつも正しい決断をしていれば問題ありません。しかし、通常個人の決断よりもチームの決断の方が正しいのが常でなのです。

ウオーク・イン・ウッズ

先に挙げた状況のように、医療現場で意見が対立することはしばしばあります。対立は必ずしも悪いことではありません。ただ、「私の意見は常に正しく絶対的だ」あるいは、「あいつらは敵だ。何とか打ち負かしてやろう」という形で対立した場合には問題解決から遠ざかってしまうでしょう。このような対立は患者さんにとってマイナスの結果を招き得ます。そこで提案したいのが多元的交渉術です。いわゆるゲイン・ゲイン（ウイン・ウイン）セオリーです。

まず、自分の意見を述べ、相手の意見を傾聴することからはじめます。その前提条件として、相手を信頼することからはじめなくてはなりません。心を沈

めて、相手を信頼してテーブルに着きます。そして、双方の話を聞けば、単純な誤解であることもあるでしょう。そうでなくても、必ずや接点がみつかるはずです。接点とは共通の利害です。話の中で、双方の利害を発見したとき、そこで一旦とまり、その部分を確認します。そして、接点の話題を拡張していきます。そうするうちに、今までに無かった意見がでてくるかもしれません。この時点での意見のやりとりはブレイン・ストーミングに相当します。ブレイン・ストーミングとは、まず思いつくあらゆる意見をだしつくす点が特徴です。出された意見を整理するのは後で、意見に対して批判を加えてはいけません。意見は大きなものである方がよいとされています。

そして、出された意見の中で双方が「これだ！」と納得できるものに着目します。実行可能性、そのための微調整の必要性などを考慮し、討論を終了します。このことによって、両者が対面したときには予想もしなかった問題解決に至り、しかも双方が利を得ることができるのです。

この手法は、かつて米ソが核軍縮交渉で暗礁に乗り上げていた時、両国の代表が休憩のため会議場付近の森を散歩しました。その際、家族の話、趣味の話、仕事の話、人生観などを話し合ったかもしれません。そして、両者の間には人間対人間としての理解、さらに信頼関係が生まれたのです。森の散歩から会議場のかえってきたあとは、一気の交渉がすすんだとされています。このように、いきなり問題を解決するのではなく、一見遠回りにみえても、まずは人間対人間としての対話、そして信頼関係を築くことが、最良の問題解決に導いてくれます。この例から、この交渉術を“ウォーク・イン・ウッズ”と呼ぶ事にしましょう。

ウォーク・イン・ウッズは必ずしも会議やフォーマルな交渉の場でなくても、医療者と患者間の話し合い、チーム内での意思決定でも使えます。あるいは夫

婦間や親子間でも使えるかもしれません。

チーム内討論：2人目のリーダーが必要

よいチームでは、2人のリーダーが発生します。1人はタスク・リーダーで、チームが意思決定し、仕事を実行できるように皆をリードします。こういったことをしよう、目標はこれ、克服すべき問題点はこれ、そして解決方法は。。。チームメンバーから意見や情報を集め、そして意見や情報を与えます。情報や意見を考察し、不明確な点を明確にし、関連する考えを引き出し、チームの意思決定や結論を提示し、これを受け入れるかどうかの判断をチームに迫ります。

もう1人のリーダーとは、ハーモナイゼーション・リーダーです。チームメンバーが効率的に仕事にあたっているか、メンバーはどう思っているのか、思っていることを表出しているか、他人がどう思っているかを別の人に伝えるなど、タスクそのものよりもプロセス自体を重要視します。ユーモアを交えるなど、緊張を和らげ、意見を言いやすい雰囲気をつくりだします。特に、コミュニケーションできるチャンネルを常にオープンにし、皆が参加していることを確認します。もしも、はみだした意見があれば、その意見を尊重しつつも歩み寄れないか調整を図る役割も担います。最後にチームの下そうとしている意思決定に全てのメンバーが満足しているかを確認します。

通常のチームでは、誰か一人が自然発生的にタスク・リーダーとなることは多いのですが、ハーモナイゼーション・リーダーを欠いています。しかし、この2種類のリーダーが必要であることを意識すれば、決して難しいことはありません。

多様性は創造性の原動力である

ハーバード大学経営学の講義では、最初に「人は皆異なった才能を持つ。人生の時間は限られている。だから共同して1つの仕事を成し遂げなければならない」と習います。彼らは、「7人の侍」の話を好んでします。1つの仕事を異なった技術のプロフェッショナルが共同で成し遂げる——この状況には、まさに病院という場が当てはまるのではないのでしょうか？

「多様性」は「創造性」の原動力です。異なるスキルを持ったプロフェッショナルが意見を交わす時、意外な方向に話が進むことがあります。研究にはこの意外性が重要であり、新しい価値を創造する原点になるのです。逆に多様化が進めば摩擦を生じるかもしれません。しかし、この摩擦を創造性の源と考えることも重要です。意見も少なく居眠りする人が多い会議から何が生まれるでしょう？ 上下あるいは異職種を意識せずブレイン・ストーミングのできる雰囲気重要です。

カルロス・ゴーン社長の話題に戻ります。彼は、彼の生い立ちにおいて国籍の異なる多くの人と接する機会を持ち合わせていたようです。そのような生い立ちがあったことを考えると、Cross Functional Teams を思いついたのはごく自然の発想だったのでしょう。



图1A

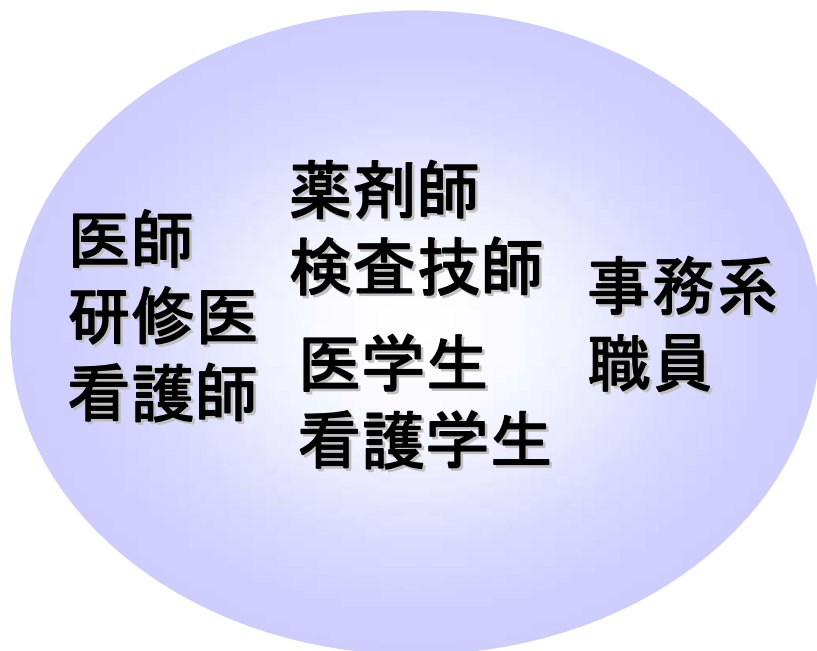


图1B



图2

医療安全と倫理のワークショップ



異職種間コミュニケーション
ボトムアップ方式

青戸病院医療事故
について話し合う



自分達の身の回り
での問題を話し合う



どうやったら改善
できるか話し合う



発表



レポート



学長・理事長を含む大学上層部 ← 作業部会員によるまとめ