



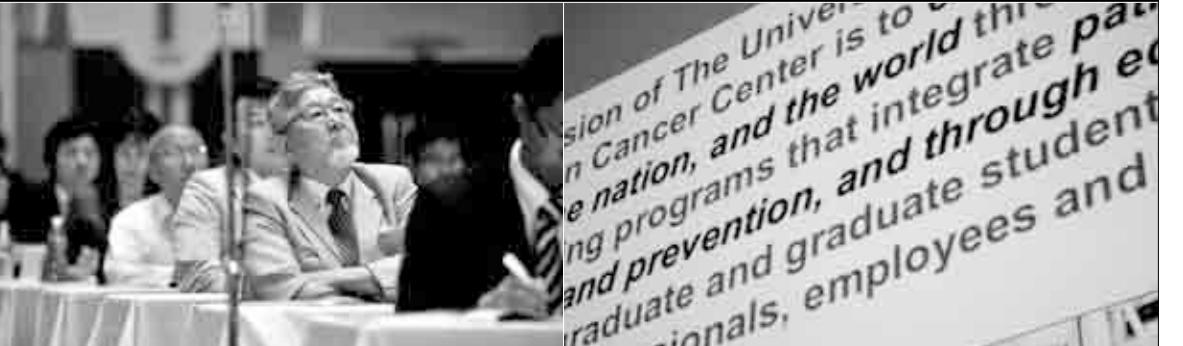
第11回 北海道病院学会

基調講演 チーム医療のABC

医療のあり方を変えるキーワードとしてチーム医療が重要性を増す中、言葉だけが先行し、内容が置き去りになってしまってはいないでしょうか。チーム医療で我々は、何を大切にし、何をなさなければいけないのか。米国テキサス大学MDアンダーソンがんセンターでトップとして活躍されている上野直人先生にお越しいただき、先生が構築したがんのチーム医療モデルを例に、チーム医療の基礎となる考え方から人材育成までを講じていただきました。

講師
テキサス大学
MDアンダーソンがんセンター
教授 上野直人 先生

PROFILE ■上野直人(うえの・なおと)
昭和39年(1964)京都府生まれ。平成元年(1989)和歌山県立医科大学卒業、横須賀米海軍病院、ピッソバーグ大附属病院での研修を経て平成5年(1993)米国一般内科専門医取得。同年テキサス大学MDアンダーソンがんセンター勤務、がんに関する研究を続け、平成21年(2009)9月同センターの永代教授に就任。平成23年(2011)6月にはエグゼクティブ・ディレクターに就任。がんのチーム医療の推進にも力を入れ、ジャパン・チームオンコロジー・プログラム(J-TOP)を設立、指導に当たっている。腫瘍分子細胞学博士。



チーム医療はエビデンスに基づきより高度なエビデンスを発信するもの

なぜチーム医療が重要か。最大の理由は、医療レベルの向上です。もう一つは患者力の向上、そして最後に皆さん自身の医療の満足度の向上です。米国では医療を前進させることや、医療従事者が患者自身に力を与え、自立させることが医療行為の一つとしてとらえられています。その中にチーム医療の考え方があります。

重要なのは、医療従事者それぞれが本当にチーム医療に参加しているのか。これを問うと100%うなずける人が少ないのが現状です。

私はがんの専門家として、がんのチーム医療を中心にお話ししたいと思いますが、それはどの疾患にも当てはまると思います。英語ではチーム医療のことをMultidisciplinary Careといいます。私たちはがんのチームなので、チームオンコロジーと表現しています。

チームオンコロジーの定義は、医療従事者が患者のニーズに応じてがん治療やケアを連携プレーすること。それから、皆さんが科学的根拠に基づいて判断し、標準療法とそれ以外の治療の違いとその適応を明確に日々臨床しなくてはいけません。普段やっている医療は何の根拠に基づいているのか、それを理解しているか、ただ反射的にやっているのか。つまり一人一人がエビデンスに基づいて医療ができるチームかどうかです。大学レベルの話だけではなく、地域医療だろうと診療所だろうと変わりません。

もう一つは、医療従事者がハイレベルな研究を目指して連携し、エビデンスを発信することです。研究とは臨床試験や治験のことだけではなく、日本語でいう「改善」です。自分たちの医療行為を改善し、それを世の中に広めているかということです。

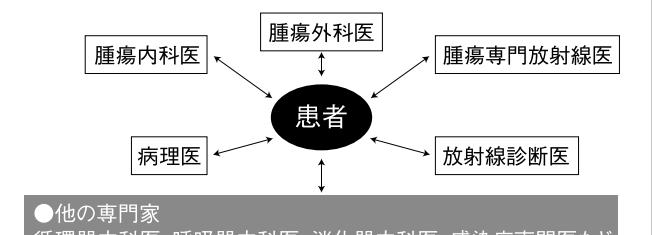
これらの3つを満たしてやっとチーム医療ができていると言えます。そして最終的な目標は患者の満足度を極めることです。患者さん自身の教育や文化背景によって満足度にもいろいろあるので、さまざまな職種が関わって満足度を見極めていくことが必要です。

専門性を生かすためには 総合的なサポートを調えること

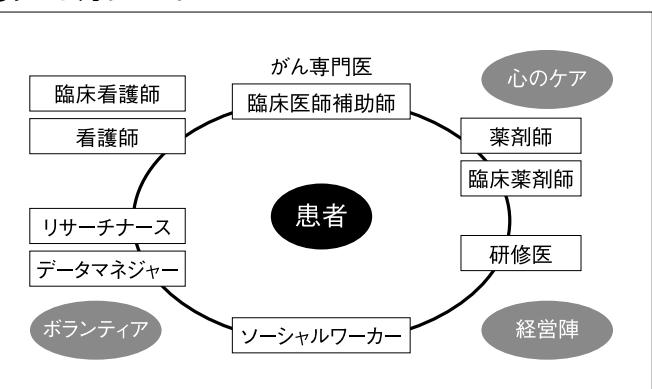
例えば、がんのチーム医療だと、一つのパターンとして医師を中心としたチーム医療もあり得ます。腫瘍内科医、腫瘍外科医、腫瘍専門放射線医、それぞれ専門の人たちが医局の垣根を乗り越えて医療に向かいます。この時、がんが専門ではない人たちがどれだけ関わるかが重要です。同じ分野の人だけを集めてつくったチームはたいてい弱いものです。例えば、国立がん研究センターは日本の代表的な専門施設ですが、最大の問題点は総合病院機能がないため、一つの専門ですべての医療行為を行なうことができません。総合的に科を支えるシステムを医師の間でつくることが重要なのです。がん難民が出るのは、専門家の問題だけではなく、全体を支えるサポートがあるかないかというところが大きいのです。

もう一つ大枠のチーム医療があります。それはいろいろな職種、薬剤師や看護師、経営陣、ボランティアを含めたものです。図は関わる職種の例で、ここに入る職種は皆さんが置かれている立場によりそれぞれ決めるといいと思います。

●チームオンコロジー医師版



●チームオンコロジー



米国と日本の最大の違いは、Midlevel Practitionerという職種に見て取れます。米国はこの30年間、日本でいう看護師、薬剤師の役割を医師に近づける傾向に移っていて、Midlevel Practitionerは既存の医師と、既存の看護師・薬剤師の中間職としてとらえられています。具体的には上級看護師、臨床薬剤師、医療補助師という役割です。

つまり、患者の部屋や各種検査の準備、カルテの準備、調剤などほとんどのサポート業務は、免許が必要な仕事なのかということです。普段の仕事の上に、さらにそれらの仕事をするとなれば疲弊します。自分で免許がないとできない仕事は何か。医療は本当に聖域なのか、誰でもできる仕事が病院の中にはあるのではないか。そこで米国は特化して、中間職をつくったわけです。サポート業務ばかりでは専門性が生きず、何のためにいるのか分からなくなってしまうからです。

皆さんは病院の組織にも興味があると思いますが、自分たちの中でもこれらの課題にどう対応するのかを決めてください。米国タイプか、日本独自のタイプでいくのか。ただし、現状のままで、今の日本型の組織のまま専門職をつくっても、その人たちは苦しむことになると思います。

チーム医療における リーダーシップとは

チーム医療には成功の鍵があります。「リーダーシップ」「コミュニケーション」「エビデンス」、この3つを医療従事者としてのスキルとしてとらえるかどうかです。私たちの病院では、これをスキルとしてどう学んでもらうかを生涯教育として考えています。

まず、医療におけるリーダーシップとは何でしょうか。「～長や～教授に



なる」と答える人がいます。それはPositional Leadership、つまり役職につくリーダーシップです。医療にとって重要なのはポジションではなく、Individual Leadership、個人としてのリーダーシップをとっていくことです。

では個人のリーダーシップとは何か。それは正しいことをすることです。おかしいと思ったときに一言言う、これが医療従事者の本来の姿です。それが言えないのは医療従事者として失格ですし、言えない環境があるなら、それはチームが機能していないということです。誰もがきちんとものを語れ、下の立場からおかしいと思ったことを言葉でも受け入れるだけのチームをつくるなければいけません。つまり、リーダーシップとは、正しいことを自らの行動として取れるかどうかで、個々の態度です。この個々の態度をどう学ばせるか、できない職員はチームを硬直化させます。

正しいと信じたことに基づいて行動するのは当然のことですが、できない人はたくさんいます。そして、この能力がない人がリーダーに多いのです。つまり、何か意見が対立したとき、コンフリクトが起こったときに、それを乗り越える力がありません。これが大きな問題です。コンフリクトをどう処理するか、これは欧米や日本の大企業はすべてスキルとしてとらえ、従業員に教育します。しかし、日本でも米国でも、多くの病院ではスキルではなく、個々の判断としてとらえてしまいます。

すべての従業員がコンフリクトに対して行動でき、ビジョン、ミッション、ニーズに基づいて行動できることが理想です。医療においては、ビジョンを持って夢のある理想の未来に向かって引っ張れるリーダーで、かつそれをマネジメントできるマネージャー、その両方を備えることが求められる医療人像です。

コミュニケーションの第一は 人の話をしっかりと“聞く”スキル

次にコミュニケーションについてです。コミュニケーションの一番のスキルは話す力だと思われていますが、そうではありません。皆さんには本当に聞く力(Active Listening)があるでしょう。うなずきながら“聞く”的は、人の話を“聴いている”といえません。話を聞くというのは、相手の内容に対して質問し、それを全部言葉として確認する作業です。

もちろん話す力も非常に重要です。積極的というと、英語のAggressiveを思い浮かべますが、こちらの積極性は敵対心溢れるもの。大切なのはAssertive、自分自身が確信をもってきちんと喋る、タイミングよ

く話すことです。後で「言えばよかった」と思う人々はこのスキルが足りません。

そしてコンフリクト、自分の考え方との違いをどう乗り越えるか。それは、聞くこと、Active Listeningが一番の答えです。意見が違うほど、自分を守る意見を言う人がいますが、それはコンフリクトマネジメントの最大の問題です。意見が違えば、相手の話を徹底的に聞くという能力を、皆さんがチームの中で持つべきなのです。

チーム全員がEBMを追求し コンセンサスのもと医療をすること

そして、エビデンスです。チーム医療に求められているのは、ハイレベルなエビデンスの推進と創出です。臨床試験あるいは治験を単なる治療オプションとしてとらえているか。「うちでは大学でも研究機関でもない」と標準療法しかしないのは、はつきりいって質が悪いといえます。自分のところで医療レベルを前進させるような治療ができないければ、どこに行けばできるのかを紹介する、そしてその病院と連携する感覚を持っているのがいい病院です。

がん医療をするならば、オンコロジーのエキスパートになります。科学的な医療と実際の追究、つまりEBM(Evidence-based medicine)の追求はどの医療従事者にも求められます。また、チームに集まる人は、それぞれ違う分野で違う教育を受けているのだから、同じ考え方をするわけではありません。皆さんの共通言語はデータ、つまりEBMだけです。

EBMは個々の患者の診療について決定を下すために、最新で最も良い証拠をよく考え、誰でも納得できるようにうまく利用すること。臨床専門知識を患者さん自身が望む恩恵に結びさせることです。

普段の現場からチームに参加する医療従事者全員に、本当にEBMに基づいて医療をしているか問うべきです。私の病院では、研修医が治療したときに、どの論文の何を根拠としたのかを問います。EBMの手法をもう一度考えてもらうためです。まずは患者についての問題を理解する。次にどう情報を集めるか。ステップ3が、統計学的に優位なだけでなく、医学的に妥当かどうかまで情報を批判的吟味できるか。ステップ4が情報を患者さんに適応判断する。そして4つのステップを評価し総合的に判断するのがEBMのプロセスです。これを知らない医療従事者は問題外ですが、頭で分かっていても現場でできないという点はよくあります。医師だけでなく、看護師も薬剤師も、それぞれの分野において、根拠をもって、先人のやってきたことをどう理解するかが重要なことです。

世の中の医療には3つのエビデンスしかありません。1つは正解、もう1つは間違い。もちろん正解の医療をやらなければいけません。

しかし、医療のほとんどが3つのグレイゾーン、正解か間違いかが明確ではないエビデンスが大半です。チームで意見がバラバラになるのならば、それはやってはいけない医療です。コンセンサスがあれば、例えば半分以上の人人が賛成するならばやっていいかもしれません。

それぞれ出てくる医療情報のエビデンスレベルを吟味するのが重要になります。表の上にあるほど良いとされます。専門委員会や権威者の意見は最低のレベルで、これは科学的に言わわれています。つまり、そのくらい批判的吟味を持つ医療人がチームには必要なのです。

グレイゾーンでは、コンセンサスの有無と、それがない場合どうするか、そこが話し合いになります。その時意見の対立が生まれるので、コンフリ

クトマネジメントができないといけません。EBM一つをとっても、コミュニケーションスキルがなければ、おそらくそのチームは医師が引っ張ることになるでしょう。ほかの人は「何かおかしいけど言いにくい」と思い続け、もし言おうものならその瞬間にけんか別れすることになります。

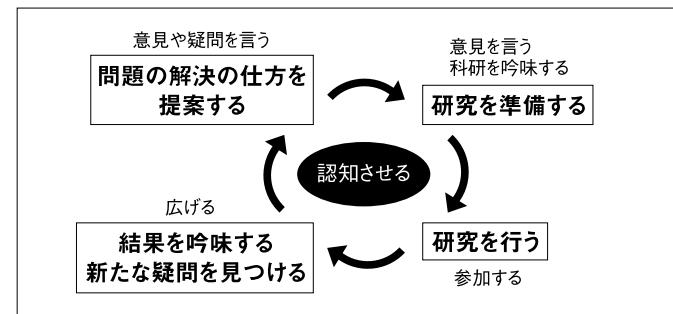
●エビデンスレベル表

I a	システムティックレビュー・メタアナリシス
I b	ランダム化比較試験
II a	非ランダム化比較試験
II b	その他の準実験的研究
III	非実験的記述的研究(比較研究、相関研究、症例対象研究)
IV	専門委員会や権威者の意見

改善を進め、ニーズに合わせる EBMは究極の個別化医療

臨床研究は医療の質を良くすることです。問題を提起し、研究準備し、研究を行い、結果を吟味する。英語でもこれをKaizen(カイゼン)と言っています。米国の医療の保障システムは医療の質を改善するのに、トヨタ車の質を守るカイゼンシステムのステップを取りました。なぜ、日本で多くの病院がこのシステムを導入していないのかが不思議です。

●改善のサイクル



例えば、患者さんの待ち時間を減らす、痛みを減らすなども研究に含まれます。単にアンケートを取って問題点は改善したものの、その成果がよく分からぬといいう事態が起るのは、このカイゼンプロセスを通っていないからです。良いこと、悪いことも含めて認知させ、学会などの活動を通して論文化して残してください。何も発表しないから、何も残らない。それはチームとしての情報発信ができるないということです。

医療従事者には、「つくる人(Creator)」「吟味する人(Examiner)」「鶴呑みにする人(Follower)」の3通りしかありません。鶴呑みにする人は医療人として最悪です。我々が必要なのはつくるか、吟味するか、あるいは両方するかのどちらかです。

EBMにおいてはステップ4、患者への適応の判断が重要です。優れた臨床研究も、実践の段階で患者に最良のアウトカムをもたらすとは限りません。個々の患者背景を把握し、ニーズに合わせるところまできちんとやるのがEBMです。

「EBMは紋切り型で、個別化医療ではなくなる」という誤解があります。それは情報化社会において比較的画一な答えに行き着きやすいこと、あ

るいはいい臨床研究を見つけたときに簡易化・マニュアル化してしまうところに問題があります。EBMの定義において、決定とは治療法の選択であり、証拠とは経験であり既存の研究と臨床研究です。納得とは再現性の確保と患者・同僚への説明で、利用は最終の個人の取扱選択です。つまり、EBMのプロセスは究極の個別化医療なのです。

ここに、チームが失敗しがちな会話例があります。「これは経験的に」と話したり、自分の専門的知識を押しつけたりしていないでしょうか。あるいは、患者さんが言うからと感情論で物事を進めていないでしょうか。「時間がないので」は権威を振りかざしています。医師は、医師であること自体が権威となりがちで、自分の立場を知っています。大きな不満の原因はそこにあり、不満があるままではチーム医療とはいえません。

●チーム内でのEBMの重要性 日常に起こっているこんな場面…

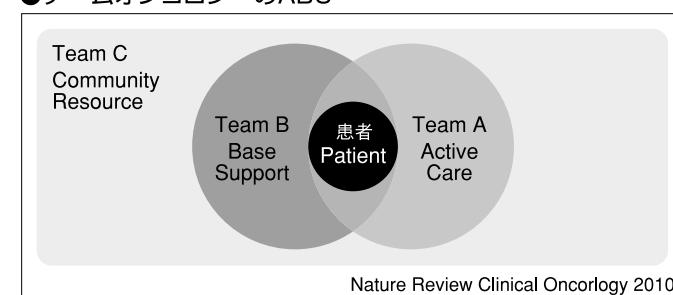
医師	やっぱりこれは方針Aでいいと思うよ、経験的に…	経験
薬剤師	いや、先生!薬理学的にはBが良いと言われています	自分の専門の押しつけ
看護師	でも、患者さんはCがいいって言っていますけど…	感情・患者
医師	時間がないので、とりあえずこれでお願いします	権威
一同	みんな不満	最悪

効果的なチーム医療を構成する 医療従事者のABCの役割

コミュニケーションとリーダーシップに基づく医療従事者および関係者の立ち位置を、我々はチームオンコロジーABCと定義しています。

Team AはActive Care。Team BはBase Support。それをTeam C、Community Resourceが囲みます。それぞれにどんな人、どんな職種が当てはまるかの一例は下表をご覧ください。

●チームオンコロジーのABC



●チームオンコロジーABCの職種配置例

チームA	チームB	チームC
医師	看護師	家族、友人、遺族
看護師	臨床スピリチュアルケア	マスコミ
薬剤師	心理職	基礎研究者
放射線技師	福祉職	疫学研究者
栄養士	ソーシャルワーカー	製薬メーカー
リハビリ療法士	音楽療法士	診断薬メーカー
病理技術	図書館	医療機器メーカー
など	倫理士	NPO/NGO
	家族、友人、遺族	財界
	など	政府

Nature Review Clinical Oncology 2010



Aは患者に医療を直接ケアする職種で、問題を解決することが重要です。その際に、EBMか、それがグレイゾーンの時はコンセンサスに基いて解決するか、あるいはEBMを発信します。いわば患者がたどる道筋の地図を持ち、患者の状況を見極めながらどう歩していくかを提示する責任を持ちます。吐き気があれば止め、痛みを和らげます。しかし、これだけで医療満足度が上がるかというと、そうではありません。

そこで治療基盤を整備するというBの仕事があるわけです。医療は解決できることばかりではないので、話を聴き、対話を通じて患者自身の自己決定を促し、満足度を上げます。医師にもBをする人はいると思いますが、職種として特徴が出るのは看護師やソーシャルワーカーです。

Cは直接的に医療を提供しませんが、A・Bの人を包括的にサポートし、地域資源の活用や医療の公共性、責任ある市民の視点の発信が求められます。患者会や製薬メーカー、政府などいろいろな立場の方がいます。

このABCに共通した問題が米国ではあります。一つはエキスペート不足。次に、これが最大の問題ですが、他の職種の仕事を知らないことです。そして、コミュニケーションとリーダーシップのスキル不足があって、チームがつくれないという問題がどの分野でもあります。

そしてそれぞれの職種には独特の問題があります。Aを中心とする医師たちの最大の問題は、Bの技法をスキルとして身に付けていないことです。特に医師は評価的ではない傾聴、つまりActive Listeningが不得意です。物事を解決する教育が背景にあるため、患者さんの前で必ず何か言いたくなります。しかし、ターミナルの患者さんには、解決できないよう

患者を理解し自立させて パートナーシップを築く

実はABCというのはマインドセット、考え方の問題です。医師一人をとっても、ABCどのマインドも持っていて、環境と患者のニーズに基づいて比率が変化します。初期のがんを例にすると、治ると思うがんに対しては、エビデンスに基づきAを中心にやろうと考えます。もし進行性がんで治らないときには、Bの比率が上がります。大きな病院ならば、ABCそれぞれに専門化して特化した役割分担ができますが、小さな病院では一つの職種がすべてを担わなければいけません。そのダイナミックな変化を意

識しないと、どうリソースを当てていくかが見えなくなります。

しかし、一人の患者にとって、ABCの比率というのはすごく小さな部分です。我々は決して患者さんの心をすべて理解できないし、それに対しても対応できないのです。ターミナルのがん患者さんの人生にどのくらい関わるかというと、5%以下と言われています。我々はすべてを知ることが仕事ではありません。それを知る努力はしたくても、患者によっては話したくない人もいるわけで、二面性があります。

しかし、話さない患者さんほど、理解できないために提供する医療がずれていきます。医療従事者はアンテナを張って患者を知る努力と、患者を自立させて、患者自身が自分を語り、チーム医療の一員となるよう持っていくことがコミュニケーションの一部分となります。

我々が目指さなければいけないのは、患者と医療従事者のパートナーシップの確立です。患者さんは誰が組織の中心なのかを見ます。医療従事者のチームがお互いを対等に見る目を持たなければ、患者を医療の中心に持っていくのはすごく難しいのです。チーム医療は仲良し医療ではありません。いろいろな意見の違いを出して、コンフリクトを乗り越えるだけのチームをつくり、いい医療を提供することが重要です。そのうちに阿吽の呼吸が生まれていき、そうなればコンフリクトを前面に出さずに医療ができるようになるかもしれません。

我々がやるべきなのはResearch-driven、改善に基づく患者中心の医療です。

チーム全員が共有した ビジョン・ミッション・コースを持つ

チームをつくるということは、参加している医療従事者それぞれのキャリア、将来を考えることが重要です。つまり全員がコース、ミッション、ビジョンを持つことです。

そこで、皆さんに考えていただきたいことがあります。皆さんはなぜ医療従事者になったのでしょうか。どういう使命を持って医療をしていますか。周りの同期、部下の使命、ミッションは何か知っていて、そしてその人の夢は何かわかっているでしょうか。そして、皆さんのが所属する組織のミッションは何でしょうか。何のためにその医療機関があり、何を目指すのか。組織のビジョンは何か、つまり病院の理念をすぐに答えられますか。同僚、部下はどうですか。答えが出てこないなら、それはチームが全体的に何を目指すか見えていないことだと思います。

ビジョンとは何か、ユニークかつ理想的な未来が見えるものがビジョンです。医学生に「あなたの夢は?」と尋ねて「外科医になることです」と答えるのは、夢ではなくて目標です。外科医になって世の中のために何をするのかを見極めなければいけません。これは我々医療人全体に与えられた問題です。ビジョンは将来が見え、自分のニーズがフィットする。そして、相手のビジョンに対して納得・感心できる。コースは、なぜそのミッション・ビジョンを持っているのか。その3つに基づいてチームのゴールはつくられているでしょうか。それらを組織の問題だと思う人がいますが、一人の医療人のミッションとビジョンを見極めることが重要なのです。

私のミッションは、橋渡し医療や研究を通して乳がん患者さんの苦しみを減らすこと、ビジョンは将来的にバイオマーカーや標的医療法を通して、トップのがん医療チームをつくることです。そしてMDアンダーソンのミッションは、患者さんのケア、リサーチ、エデュケーションを通して、世

界からがんを撲滅することです。ビジョンは、人とResearch-drivenを通して、世界でトップのがんセンターになることです。私たちの病院では全従業員がこれを毎年徹底的に確認します。それがビジョンを持つつ、最終的にはShared Visionに変えないといけません。自分のキャリアを開き、かつ公共性があつて共有できるビジョンに変えていくのです。

個々の性格をスキルとして 伸ばすための講習に投資を

私たちの病院では、Myers Briggという、本能的な性格判断をやります。Eは外向きのエネルギー、Iは内向きのエネルギーを則って行動すると言われます。Eは人付き合いがよく、何でも情報をぱっと喋ってしまうタイプ。Iは意見を言う前に十分吟味して、気をつけながら情報を共有するタイプです。Iの人はEを「人の話を聞かない、すぐ命令する、チームの会議をすぐ乗っ取る」、Eの人はIを「とにかく静かで何を考えているか分からなくて、会議が終わってから『本当はそう思ってない』と会議を無視する」、そう思っています。そういう人たちがチームを組んでいるのです。

Eタイプの人は、今日から話を真剣に聴くこと、Iタイプの人はAssertive skill、タイミング良く話をすることが重要です。共有できるビジョンをつくるには、コミュニケーションをダイナミックに考えましょう。チーム、組織としての理念にどう自分たちが関わっていくかということは、個々の性格も考えないと実現できません。Leadership skill、Assertive skill、Communication skill、EBMも含めてスキルとしてとらえ、講習会に投資をしてほしいのです。日本の多くの病院は、ここに投資をしないから人が育たず、どれだけ器をつくる法律を変えても組織が変わりません。日本の多くの企業はここにフォーカスしていることに気付いてください。

共有のビジョンを持ち、がんチームをつくり、個々のビジョンを大切に、チームをつくるということを我々に課されたものです。夢・ビジョンを持って仕事に尽くし、夢のあるチームをつくることがチーム医療の本質ではないかと思います。

私の活動の一つに、一般の人を含めて、写真を撮ってがん医療に対する夢をWeb上で語ってもらい、共有する「My Oncology Dream」(<http://www.oncology-dreamteam.org>)があります。一般の方にもエビデンスやコミュニケーション、リーダーシップを知っていただき、患者に力を付けてもらう、いわゆるアドボカシー運動です。患者こそが医療を変えられると私は信じています。興味があればぜひご参加ください。



質 疑 応 答

Q チームに夢や希望を持たず働く人がいて、温度差を感じます。考え方の違いや分かり合えない部分にとても悩んだのですが、そういう時にはどうしたらいいのでしょうか。

A 医療で疲弊や不満が出るのは、自分の夢や使命と、所属先の使命がズれているときです。選択肢の1つは辞めて、合うところを探す。2つめはその組織で我慢する。そして3つめはコンフリクトすることです。しかし、よほど自分から改革しなければいけないという確信がない限り、コンフリクトすることはとても大変なことです。まずは、自分が何をしたいのか、夢は何かを見極め、そして自分の組織を知ることが重要です。

自分が何をしたいのか見えないときにはどうするか。我々の病院ではメンターシップのシステムに力を入れています。メンターは受け手側のキャリアを必死に考えてくれる先輩や同僚です。3人のメンターを見つけてください。病院の外でも探してください。同じ組織にいると物事の見方が一定になり、広がりが見えません。また、評価などの関係から利益相反が生じ、コンフリクトもあります。

違う意見に対しては、他人を変えようとせず、自分が変わっても魅力的になることです。そうすれば周りも変わります。しかし、それはなかなか難しいことですから、その時に相談する相手を何人も持ってください。我々の病院ではそれを組織的にやっています。

Q 私はEタイプで、よく意見を押しつけてしまって、後から反感を買います。一歩考えて、他人の意見を聞いて受け入れるためにはどうするとよいでしょうか。

A 私はIタイプなのです。話を聴くのがすごく得意で、だからタイミング良く意見を言うことに気を付けています。意見というよりも、ふと気付いたことを質問したらいいのです。それだけで会話のキャッチボールになります。Eタイプの先生も、意見を言うことがえつてトラブルになっているのであれば、まず意見を言わず、徹底的に相手の思いを聴くことを習慣にしてください。相手が言いたいことを言

い尽くした後には、質問を投げる機会が来ます。

私はActive ListeningやAssertive skillの講習を年間に何度も受けました。それでも現場で使うのは難しいので、これはスポーツと同じように練習を繰り返すしかないと思います。本当に興味があるのであれば、コミュニケーション専門の講習会があります。病院がそれに投資してくれないのならば、自分自身でやるしかありませんが、真剣に取り組めばあなたにとっての投資になると思います。

Q チームが最大の成果を出すには各職種が専門性を高め、エキスパートになることです。しかし日本には「船頭多くして船山に登る」ということわざもあります。そうならないコツは何でしょうか。

A 船頭をたくさんつくるのはいいのですが、重要なのは役割分担をさせないこと。チーム医療によって役割分担をして、効率を上げようとするのは大きな間違いです。チーム医療は、同じテーマですべての人たちが、自分たちの分野を重ねていくことで、本来はとてもエネルギーがかかることがあります。

たとえば薬剤師の臨床での役割は薬の説明をすることだとされています。だからといって、医師や看護師が薬について説明しないといふことではありません。違う背景から同じテーマの話を聞くことで、患者さんの納得度は変わっていきます。チームをつくることは、自分たちの役割を拡張して重ねていくことです。誰かに役割を当て、その分野を任せっきりにしてしまうと、チームが一挙に失敗する原因になります。

あと、私は決してPositional Leadershipを否定するわけではありません。主治医がいなくてはチームが崩壊します。ただ、テーマに応じて、薬の大きな副作用が出たときは、チームの薬剤師が引っ張ってもいいと思います。しかし、その問題や局面に対して誰がリーダーシップを発揮するかということは、常に声を出してコミュニケーションし、はつきりさせておかなければいけません。

Q コンフリクトの処理能力について。組織が人づくりに投資をというお話がありましたが、理論に加えて現場でも何かの経験をさせなければいけないと思います。上の者が対立の場面に入って指導するのか、それとも繰り返し講習を受けさせるのか、どうされるのでしょうか。

A 我々の病院では、入局する医師の年数レベルによって、求められるスキルの講習会が変わります。そして主任などの中間職になるときは、病院が契約している外部のコンサルタント会社の人と月1回問題点を相談する、個々のコンサルティングを受けなくてはいけません。病院側はその人がその立場でリーダーシップを発揮できるかは現場に出てみないと分からないので、守秘義務を守れる外の会社に投資しているわけです。

組織の中で対応をしようとするときは、組織の上からすべてのコンフリクトに対応することはできません。その前に雇った段階からすべての人に講習を受けさせること、そしてその中から誰を中間職に上げるかを選ぶときに力を入れてください。組織に入った段階で、学ぶことができる人とできない人が分かれます。処理能力を含めて人を選ぶのです。特に大学病院であれば、教授になる選考基準は業績だけではクリアできません。教授には組織のマネジメント能力が問われますから、業績や人格とその能力は別として病院は見ているのです。

Q 一度良い組織をつくっても、上が変わると駄目になることがあります。継続は力なりといいますが、維持の仕方を教えてください。

A 我々の病院は65年の歴史上総長が4人しかいませんから、1回が長期政権になります。トップが変わった瞬間に崩壊することなくするために、個人個人のミッション・ビジョンをつくらせるところを重視しています。我々の病院に来てもらうのに、どういう人を欲しているか、組織のビジョンと個々のビジョンをシンクロさせることに非常に時間をかけるのです。これをしておけば、トップが変わって組織が

変化しても、病院の本質的なビジョンとミッションは極端に変わりません。

システムティックに教育するため、我々の病院には上がどう指導すべきか、指導を受ける人たちはどういう態度で臨まなければいけないかをきめ細かく決めたメンターシップマニュアルがあります。それに基づいてワークショップも行います。今はこれに投資することによって病院が崩壊しないように努力しています。

Q チーム内にEの人、Iの人、いろいろな人がいて、コンフリクトもあります。その中で誰がリーダーシップを発揮するかというのが非常に大きいとは思うのですが、落としどころというか、誰がどこを収めるかいつも迷います。どう考えればいいのでしょうか。

A 誰がリーダーシップを取るのか見えないときは、共通の問題について、何が本質的な問題で、世界あるいは日本で何がその根柢になっているのか全員で作業するのも一つの手です。この作業の中で、それぞれの性格やコミュニケーションスキルが見えてきます。また、作業のうちに、自然に引っ張る人が出てくるでしょう。そこで、その人が本当にリーダーにふさわしいか、見えてきた性格や能力をもとにまた考えることができます。

また、もう一つのやり方として、チーム全員で輪をつくり、目を瞑って誰がリーダーにふさわしいか指さすことがあります。そしてなぜその人を選んだかを話し合います。そういう作業を繰り返すと、現場で何をしなければいけないのか、誰がリーダーになるかが見えてきます。それとともに、コミュニケーションを全員に根付かせていくのも重要です。

皆さんに意識してほしいのが、Eの人は必ずしもEという態度を取らず、スキルによってIの行動も取れるということです。逆のパターンもあります。話し合いの落としどころについては、コンセンサスが取れたとしても、その中には意見を言わないから肯定と見なされる人がよくいます。それはファシリテーションスキルの問題で、Iタイプが多ければ一人ずつ順番に話させて、全員に発言権を与えれば、Eが話して終わりというのを防げます。

