

「医療の安全とチーム医療」

平成29年10月5日(木) 15:00~17:00

日比谷コンベンションホール

主催：一般財団法人医療関連サービス振興会



講師

寺崎 仁

(てらさき ひとし)

東京女子医科大学 医療安全科 教授

講師略歴

■ 略歴

- 1982年 日本大学医学部卒業
- 1986年 日本大学大学院医学研究科修了(社会医学系医療管理学専攻)
- 1986年 日本大学医学部助手(医療管理学)
- 1992年 日本大学医学部専任講師(医療管理学)
- 2008年 横浜市大附属市民総合医療センター 安全管理指導者(准教授)
- 2011年 同 健康管理室長(産業医) 兼務
- 2016年 東京女子医科大学 医療安全科 教授

皆さん、こんにちは。東京女子医大の寺崎です。

ご存じの方も多いかもかもしれませんが、東京女子医大では、プロポフォールという子どもの鎮静に使ってはいけないと言われている薬を使っていたというのですが、日本全国、かなりの施設で普通には使っていた薬です。実は医療の現場で、禁忌だということを承知の上で使うという場面はたくさんあります。

実際に日本の多くの小児の病院では、よく使われているものでした。ただ危ない薬だということで、使用を禁じているところも少なくありませんでした。実態調査では、日本の半分以上の小児専門病院では、実は普通に使っていました。

問題になったのは、そういうことをきちんと説明しないで使っていたということです。つまり適用外とか、禁忌で薬を使う場面はいっぱいあるのですが、それをきちんと説明をしていなかったというそのプロセスが不十分だということで問われているわけです。

群馬大学の事件も、手術の成績が悪いということ、ある種、きちんと開示しながら、自分たちがまだ技術の開発途上であるということ、あるいは腹腔鏡でやるということの説明が十分できていませんでした。いろいろと技術的なものもあるのでしょうけれども、プロセスがきちんと踏まれていないということが大きな問題になってきています。患者を間違えたとか、薬を間違えたみたいな、そういう話からはちょっとフェーズが違ってきている最近の医療安全の状況かと思っています。



■ 横浜市立大学医学部付属病院患者取り違え事件

話を20年前に振り返り、横浜市大の事件から振り返ってみましょう。

横浜市大の事件は、1999年、平成11年1月11日という、1が5つ並んだ非常に覚えやすい日に起こりました。このときに何が起こったかということは改めて言うまでもありません。心臓の手術をしようと思った人に肺の手術をして、肺の手術をしようと思った人に心臓の手術をしました。要は患者を取り違えて、手術をしてしまったということです。実は輸血までしていたのですが、たまたま血液型が同じだったので、事なきを得たというお話までありました。

このようなことが起こって、当時は非常に大騒ぎになりました。大学病院という日本の医療の最先端

横浜市立大学医学部付属病院 患者取り違え事件

1999(平成11)年1月11日

心臓の手術を予定していた74歳男性A氏と、肺腫瘍の摘出手術を予定していた84歳男性B氏が取り違えられ、A氏には肺の膿疱摘出、B氏には心臓の僧帽弁形成術がそれぞれ行われた。

また、B氏が用意していた自己血をA氏に輸血したが、血液型が同一だったため事なきを得た。手術後、ICUにおいて、A氏の主治医が体重の違いに疑問を抱き、名前を呼びかけてみて、初めて取り違えに気付いた。

資料 1

をいっているような質の高い医療を提供しているはずである病院で、どうしてこういう単純なミスみたいなことが起こってくるのかと、それは大きな社会的な関心を浴びました。

それ以外にも国立大学であるとか、首都圏に非常に近いということで、マスコミが取材をしやすいという側面もあったのかもしれません。そういうことで非常に注目を浴びました。(資料1)

■ 医療における安全文化とは

この横浜市大の事件が問題になってから、単純な間違いを防ぐということも大事なのですが、非常に強調されるようになったのは、医療安全の文化が組織に定着しているかどうかということがとても大事だということです。

安全文化の構成要素は、報告する文化がまずは定着しているかということです。現場ごとにいろいろなことが隠蔽(いんぺい)されたりすることなく、問題となれば速やかに報告できるという仕組みがあるかということが、安全文化の第一歩と言われています。さらには、正しいこと

が正しく行われるような風土が定着しているということも、安全文化の非常に重要な要素と言われています。

さらに、さまざまな課題が生じたときに柔軟に対応できる組織ということ、それから自らが学習していくような組織である、ということが安全文化の構成要素であると言われています。(資料2)

医療における安全文化とは

■ 文化

- ・人間が長年にわたって形成してきた、慣習や振舞い。
- ・ある社会組織に共有されている価値観。

■ 安全文化の構成要素

- ・報告する文化 (reporting culture)
- ・正義の文化・公正な文化 (just culture)
- ・柔軟な文化 (flexible culture)
- ・学習する文化 (learning culture)

資料 2

■ 医療施設に対する医療事故防止体制の義務化

このような安全文化を共有しながら、医療安全管理体制をしっかり構築してほしいということで、平成14年には、横浜市大の事件を参考にしながら、こういう仕組みを全ての病院は持つべきであると、医療法施行規則において、医療事故防止体制の義務化が行われました。

まずは安全管理のための指針を整備しなさい。それから院内報告制度で、これがインシデントレポートシステムと言われるようなものです。報告する文化というのは、安全文化の第一歩と言われています。また医療安全管理委員会を

医療施設に対する 医療事故防止体制の義務化

医療法施行規則において
全ての病院と有床診療所に
「医療安全管理体制」の義務化(平成14年10月)

- 安全管理のための指針の整備
- 医療事故等の院内報告制度の整備
- 医療安全管理のための委員会の設置
- 医療安全に関する職員研修の実施

資料 3

作って、職員研修などを行わなければならないということが言われるようになりました。

この平成14年、今から15年前に日本の病院はこういう仕組みで医療の安全確保を図るようになりました。横浜市大の事件が起こる前には、医療安全管理の担当者は誰なのか言える病院は1つもなかったに等しいわけです。インシデントレポートをしている病院もほとんどありませんでした。したがって、医療安全の歴史というのは、この15年とか、20年の歴史しかないわけです。医療安全の教育を、どうやって体系化して教えていくのかということもまだ発展途上で、今のところは、自分たちの経験を一般化して話すということぐらいしかできません。

実際に、医療安全を担当している人も、臨床をやりながら片手間でやっている人も多い状況で、医療安全は、まだ発展途上の分野かなと思っています。(資料3)

■ インシデント報告の意義

インシデントレポートシステムというものが多くの病院で、取り入れられています。

インシデント報告の意義ということでよく言われているのは、内在している問題、さまざまないろいろな危険が潜んでいるわけですが、インシデントレポートシステムを集約、分析することで、内在化しているような問題を、ある意味では顕在化させて、その問題を分析、改善することで、大きな医療事故を防ぐという考え方です。インシデントを積極的に報告する気風が浸透する、いろいろな安全文化の構成要素として挙げられるところのこの一番に報告する文化ということがあります。そういうことがとても大事です。職場風土と安全文化が調整されるということで、インシデントレポートシステムは大切であると言われてしています。(資料4)

インシデント報告の意義

1. 内在する問題を顕在化させて、その問題を分析・改善することで、大きな事故を未然に防ぐ。
2. インシデントを積極的に報告する気風が浸透すれば、「安全な医療」を実践する職場風土・安全文化が形成され、安全な医療の提供につながる。

資料 4

このインシデントレポートシステムはどのような考え方に基づいているのでしょうか。ハインリッヒの法則というのは、皆さん、よくご存じかもしれません。改めて言いますと、1件の重大な事故が起こったときには、その背後に29件の中等度、あるいは軽度の事故が起こっていて、その背後にはさらに300件ぐらいのヒヤリ、ハットの経験があるというものです。(資料5)

もっと言うと、この背後には、数千とも数万とも言われる不安全行為とか、危険行為と言われるようなものが、インシ

デントとしては表面に出てこない非常に多くの不安全な要素というものがあると言われていて、そういうものが積み重なって大きな1件が起こるという考え方です。

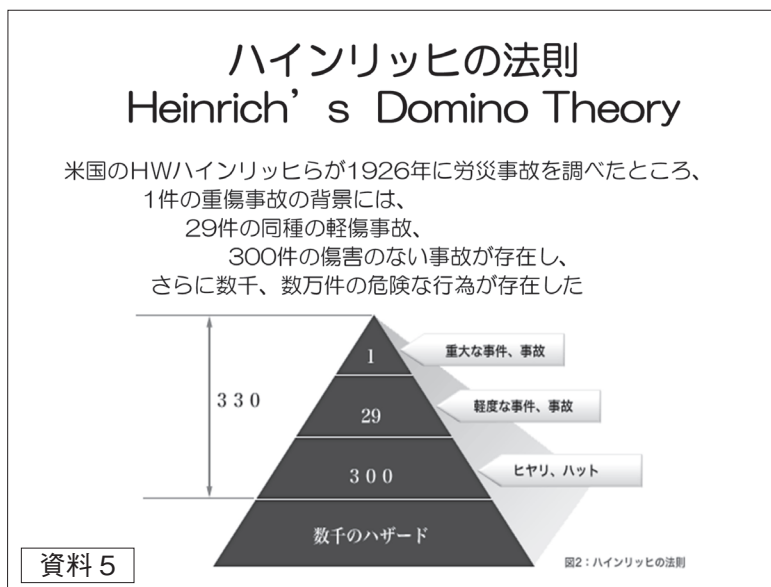
従って、ヒヤッとした、ハッとしたという情報を集め、再発防止策を講じることで、この大きな1件の事故を防ぐことができるのではないかとこの考えです。そういう考えで、このインシデントレポートシステムというものは、多くの病院で取り入れられています。

医療事故というのは、スイスチーズモデルと言われるように、いろんな防御策が実はあるのですが、潜在的な危険因子が、それをすり抜けていくことで起こるといことです。つまり単純ミスで起こるといこともありますが、単純ミスがいくつか積み重なっていったりして大きな事故になるといことです。

いろんなシステム上の不備ですとか、間違いやすい名前だとか、単位だとか、そういう潜在的な危険がいっぱいあって、一応の防御策はあるのですがそれをすり抜けて、実際に大きな医療事故が起こったりするわけです。こういう潜在的な危険というのは見えにくいものです。一方で、直接的失敗が非常に分かりやすいため注目を浴びてしまい、当事者となった人が責められて犯人扱いされるみたいなことがあります。最近の考え方はそうではなく、人間は間違える存在であるから、それを前提にして、潜在的な危険をどうやって事故に結びつかないようにするかが重要だといわれています。

医療事故防止の考え方 避け得る事故と避け得ない事故

医療事故を防止するとき、どういうことを考えていけば良いのでしょうか。ご存じのように、医療というのは、どうしても避けがたいリスクというものがあります。100%成功するものではありません。はっきり言えば、死亡というものを事故と捉えるならば、絶対死なない手術などというものはありません。一定程度の危険は承知の上でやっていかなければいけないし、どうしても避け得ない事故、要するに医学の限界、人間の限界というものもやはりあるわけです。ただ、ひょっとしたら、防げたかもしれない、避けられたかもしれない事故をどうやって防いでいくか、ということを考えていかなければいけません。



先ほど言ったように、最終的な実行行為者にどうも焦点が当たってしまうのですが、もとをただせば潜在的失敗を放置しているような組織風土があったりして、組織の問題点から解決していかねなければいけないというようなことがあります。例えば、先ほどから言っていますように、インシデントレポートシステムというものが十分に機能する組織になっているのかということです。インシデントレポートは「始末書」と捉えられていたりして、失敗を報告する、そして処分を受けるみたいなことにつながり

かねないという状況では、とてもインシデントレポートを出すような状況にはなりません。そういう意味では、組織そのものの医療安全に対する考え方とか、どうしても安全にはコストが付いて回るわけですから、結果的に見ると、安全軽視と言われかねないような資源投入の仕方とか、病院経営を含めて組織の問題が問われたりする場合も多いと思っています。

それから環境条件の整備というのは、例えば確認が不十分だったと言っても、非常に薄暗い中で、薬の名前を照合しなければいけないなどというのは、ある意味、それはミスが起こって当然です。労働環境や作業環境として適切だったのか、という視点からのアプローチも当然必要です。今、「働き方改革」で議論されていますが、医師、あるいは看護師も含めて、長時間労働とか非常に多忙であるとか、圧倒的に少ない人員の中で大量の業務をこなさなければならないという、そういうものも医療事故の背景としていっばいあるということは知っておかなければいけません。こういうことを解決しないまま、個人のエラーだとか、違反行為が起こったことということ責めるわけにはいきません。

当然のことながら、安全のためには2重、3重の確認行為を現場に求めたとしても、実際問題として、それを上回るような業務量があった場合には、やはり安全が場合によっては後回しにされかねないような違反行為が起こるわけです。現場で本当に使える安全対策なのか、という視点での考え方必要になってきます。

それから、もし失敗したとしても、それらをうまく修正できるような、あるいはできるだけ安全なほうに動くような仕組みも考えていかねなければいけません。そして、先ほど申し上げましたように、人間が誤りを起こすというのは、ある種、今では当然のことに捉えられています。医療事故の原因は「ヒューマンエラーです」とよく言ったりしますが、実はヒューマンエラーは事故の原因ではなく、システムエラーの結果であるという捉え方をしなければいけないということが今の考え方です。

つまり、人間は間違いを犯す存在であるということは分かっているわけで、だとするならば、「ヒューマンエラー」という言い方はそもそもおかしいのではないのでしょうか。これはもう人間だったら持っている特徴や特性としての捉え方、つまり「ヒューマンファクター」と呼ぶべきではないかということも言われています。(資料6)

医療事故防止の考え方

避け得る事故と避け得ない事故

避け得る事故の再発防止

- ① 組織の問題点の抽出
 - ② 環境条件の整備
 - ③ 個人のエラーあるいは違反行為の予防
 - ④ 防護策(フェイル・セーフ設計など)の検討
- 事故の経験を共有する仕組みが重要

ヒューマンエラーは事故の「原因」ではなく、システムエラーの「結果」である ⇒ ヒューマンファクター

資料6

防御機能 認知心理学におけるエラーの検出法

人間の特性をどうやって間違いに結び付かないようにするか、という仕組みがいくつかあります。例えば、人間の心理学だとか、認知を前提にして、どうやったらエラーを見付けやすくするかと言うと、指差し呼称だとか、チェックシートを用いる、あるいは2人での場合には、ダブルチェックをしましょうとかですが、このダブルチェックというのも、実は曲者です。ご存じのように、前の人をちゃんと確認したのだろうと思ってやると、どうしても手抜きになってしまいます。ダブルチェックは、社会的

的手抜きだとか、社会的さぼりと言われるようなものを生み出しかねないということで、返って危ないというようなことがあります。「いい加減なダブルチェックは事故の元、シングルチェックを真剣に」という標語を作ってみたりしましたが、むしろシングルチェックを徹底させることがまず重要です。シングルチェックがきちんとできれば、ダブルチェックをする必要もないという考え方でもよいのかもしれませんが。(資料7)

防御機能 認知心理学におけるエラーの検出法

1. 自己監査
指差し呼称、チェックシート
2. 他者による確認
ダブルチェック、チェックシート
3. システムによるチェック
バーコード、アラームなど機械による警告
エラー検出のためには見える化し、分かりやすくする

資料7

James reason : Human Error (1990)

「指差し呼称」について

医療の現場でも、以前から「指差し呼称」というのは非常に大事だと言われていました。恥ずかしい、照れくさい、面倒くさいと思われかねないということで、「これも仕事の一つ」だからきちんとやりましょうということを言っています。つまり、恥ずかしい、照れくさい、面倒くさいということではなく、患者の安全のためにやらなければいけない業務なのだということで、「これは仕事だ」と言っています

なぜこの指差し呼称が有効なのでしょう。指を差すことで注意を集中させることができるということです。それから声を出して耳で聞くということで、多重確認ができるので

「指差し呼称」が有効な理由

指差して注意集中	→	注意の方向付け
声を出し、声を聞いて確認	→	多重確認の効用
動作・行動で脳をリフレッシュ	→	意識の覚醒
指差し呼称で一呼吸おく	→	焦燥反応の防止

資料8

はないか。それから声を出す、腕を振り下ろすというようなことで、ぼやっとしている意識を覚醒させることができます。それから、一旦指を差してから実行をする、実施する直前にひと呼吸入れることによって、焦って間違いを起こすようなことを防止できるのではないかということも言われています。(資料8)

■ より簡単に、より適切にエラーを防ぐには……

指差し呼称のように簡単に間違いを防ぐということがとても大事です。できるだけ簡単に、分かりやすく、安全対策を講じていくということが重要になってきます。

例えば、作業過程を見直して単純化するということや標準化を図っていく、あるいはチェックリストを常に使う、つまり記憶に頼らずに、チェックリストをちゃんと使うということはとても大事なことだと思っています。人間は忘れやすいので、その人間の注意力とか、記憶力に頼ってはいけないということです。(資料9)

より簡単に、より適切に エラーを防ぐには…

1. 記憶に頼らない
2. 見えるようにする
3. 作業過程を見直して単純化する
4. 作業の共通化や診療行為の標準化
5. チェックリストを常に使う
6. 人間の注意に頼り過ぎない

Multi-professional Patient Safety Curriculum Guide (WHO,2011)

資料 9

99%安全な作業を繰り返すと

一つ例を挙げてみましょう。作業過程を見直して単純化するということがどうして有効なのでしょう。例えば100回のうち、99回うまくいく仕事があるとします。100回繰り返していると、1回ぐらい間違えたりするのはよくあることです。100回のうち99回はうまくいくけれども、1回ぐらいは失敗するという作業はいくらでもあるわけです。こういう作業を10回繰り返す工程があるとすると、最後まで失敗なくうまくいくのは90%ぐらいになります。ではもっと繰り返していったらどうなるのかというと、50工程あると、何の失敗もなくいくのは、半分ぐらいにしかならないということです。

こんな作業があるのかというと、医療の現場に限らず、こういう作業は周りにいっぱいあるはず。注射薬の調整・混合などは、何種類もの薬を混ぜ合わせたりする工程が連続していますので、50工程では済まないかもしれません。それを、予め混ぜ合わせたものに替えるとか、簡単に混合できるキットを使

99%安全な作業を繰り返すと

10回繰り返すと
 $0.99 \times 0.99 \times 0.99 \dots \times 0.99 = 0.904$
安全に行われる確率はほぼ90%

50回繰り返すと
 $0.99^{50} = 0.590$

安全に行われる確率は半分近くになる

資料 10

うとか、コストはかかるのですが工程の数を減らせば、間違いの頻度が減り安全になります。でももっと大事なのは、無駄なことをやめるということです。医療の世界では、やらなくてもいいことを結構やっていたりすることがあります。無駄なことをやらないというのは、実はとても大事なのですが、看護師は、ルールを厳格に守るというをととても厳しく教育されていますので、一見無駄だなと思うことでも、非常に愚直に守っていたりすることが、返って安全上の脅威になっているということもあります。場合によっては、そういうことは無駄なのでやめさせるということも、実は必要なのかもしれません。(資料10)

さらにフェイル・セーフとフル・プルーフと言われるような仕組みも大事です。フェイル・セーフというのは、間違っても安全なほうに作動するということです。フル・プルーフは、どんな使い方をしても、安全に使えるというものです。要は、人間は間違えるという前提で、より安全な方向に、あるいは誰が使っても安全に使えるという考えで、システム設計をしていくことが大事だと言われています。(資料11)

フェイル・セーフとフル・プルーフ

フェイル・セーフ

誤った手順で操作しても安全な方に作動する

フル・プルーフ

誤りようがない操作や手順となるよう工夫する

人間は間違えるという前提での
システム設計

資料 11

システムだけでは事故は防げない

ただ、システムだけでは事故は防げないというのが、医療現場の実情です。つまり、システムはそもそも間違いを犯す人間が作っているのだから不完全ではないかということです。

また、全ての医療をシステム化することはできません。つまり人間は1人として、同じ人がいません。一人一人の医療がオーダーメイド的な要素が多いたするならば、患者の状態に合わせたケアの仕方、治療の仕方というのはなかなか画一化できない、標準化も限界があります。1人として同じ人間はいないわけですから、こういう臨機応変の対応が作業を円滑に進める上では大切です。

このように、依然として現場の人間の力に頼る部分は残されています。そして、「医療は多職種のチームで行われている」という現状であるとするならば、「事故をチームで未然に防いでいく」というアプロー

システムだけでは事故は防げない

- そもそもシステムを作るのは「人間」→不完全
- 全ての作業工程をシステム化できない
- 現場での「臨機応変」が円滑な作業には必要
- 人間の力に頼る部分は残されている

そして、医療が多職種チームで行われている

事故をチームで未然に防いでいく

資料 12

チが、最近では非常に重視され志向されるようになってきました。(資料12)

自分が気付いていないことを気付いている人がいるかもしれない。つまりチーム医療は、多職種でいろんな見方ができる人たち、いろんな職種、専門性を持った人たちが集まっているわけで、自分が気付かないことを気付いている人がいるかもしれません。そしてお互いにそれらを伝え合っていくことで事故を未然に防いでいこうというのが、チーム医療と医療安全を考える上で、重要かと思っています。

■ チーム医療について

「チーム医療」推進の現在までの流れ

チーム医療という言葉は言われて久しいのですが、真面目に議論されたのは割と最近だという話をしましょう。平成16年に新医師臨床研修制度が始まり、医療崩壊と言われることが、社会的に非常に大きな問題になってきました。その中で何が行われたかという、職種間の役割分担を進めて行くことが必要であると、はっきり言えば、医師が大変ならもっと看護師に仕事を任せたほうがいいのではないかということが言われ始めました。

そのような中で、チーム医療を推進し

ようということで、特定看護師と言われる資格を作って、医師の負担を少し軽減しましょうということが考えられました。それはチーム医療の推進に関する検討会という名で、要は職種間の役割分担を推進するためにチーム医療の検討が始まったわけです。

その後、では本当にチーム医療を推進するためにはどうしたらいいかと、具体的に進めましようとなったときに、チーム医療というのは、医者と看護師だけの話ではないとなりました。そもそも、特定看護師の仕組みを作ろうということで始まりましたが、チーム医療は看護と医師との話だけではないということで、今度はチーム医療推進方策検討ワーキンググループというものを、本当の意味での多職種でのチーム医療を進めるためにどうしようかということの検討を始めたのが、平成22年の10月からということになります。ですから、わが国でチーム医療を国レベルで議論されてからわずか7～8年です。チーム医療が大事だと言っても、ずいぶん昔からチーム医療という言葉は使っていましたが、それが具体的にどういうものなのか、それから医療安全のアプローチを考える上で、チーム医療を真剣に国のレベルで考えたというのは、かなり最近のことなのです。(資料13)

チーム医療について、改めて医政局長通知が出されました。チーム医療というのはこういうものであり、単に役割分担というものではないということでした。実は連携ができるから役割分担なのです。連携

「チーム医療」推進の現在までの流れ

- 平成16年4月 「新医師臨床研修制度」開始
- 平成19年12月28日 医政局長通知(役割分担の推進)
- 平成21年8月28日 「チーム医療推進に関する検討会」設置
- 平成22年3月19日 同検討会報告書
- 平成22年4月30日 医政局長通知(チーム医療の推進)
- 平成22年5月12日 チーム医療推進会議設置
- 平成22年5月26日 「チーム医療推進のための看護業務検討WG」設置
- 平成22年10月4日 「チーム医療推進方策検討WG」設置

資料13

し合うから、役割分担ができるのであって、お互いにカバーし合うということができて初めてチーム医療は有効に機能します。役割分担の前には、必ず連携がなければいけません。(資料14)

また、相手が何をやる人なのかを分からないままでは連携ができません。お互いの業務を知り合うということは、連携するための大前提なのです。あなたが何をどういうふうにするのかということを互いに知り合うことから始めないと、連携ができないし役割分担も進みません。

医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進について

厚労省医政局長通知・平成19年12月28日

- 医師、看護師等の医療関係職と事務職員等との役割分担
 - 1)書類作成 ①診断書、診療録及び処方せんの作成
 - ②主治医意見書の作成 ③診察や検査の予約
 - 2)ベッドメイキング
 - 3)院内の物品の運搬・補充、患者の検査室等への移送
- 医師と助産師との役割分担
- 医師と看護師等の医療関係職との役割分担
 - 1)薬剤の投与量の調節 2)静脈注射
 - 3)救急等における診療の優先順位の決定
 - 4)入院中の療養生活に関する対応 5)患者・家族への説明
 - 6)採血、検査についての説明 7)薬剤の管理
 - 8)医療機器の管理

資料 14

チーム医療とは

チーム医療とは、「医療に従事する多種多様な医療スタッフが、各々の高い専門性を前提に、目的と情報を共有し、業務を分担しつつも互いに連携・補完し合い、患者の状況に的確に対応した医療を提供すること」と一般的に理解されている」という書き方です。

普通は定義は「である」になるのですが、「一般的に理解されている」という言い方は何を意味しているかという、実はチーム医療についての職種による考え方が違っていたということです。もっとはっきり言えば、看護師にとっての

チーム医療は医師との連携でしたが、医師から見ると、チーム医療は、看護師以外の職種との連携も当然考えなければいけない。また、一見して医療の現場から遠そうな、放射線技師はチーム医療の一員ではないのか、検査技師もチーム医療のメンバーではないのか、まして事務員だってどうなのかという話になってきたわけです。

つまり、チーム医療を話し合おうと思ったときに、職種によって考え方が異なっていて、では本当に多職種によるチーム医療というのはどういうものかということを検討しましょうということで、新たなワーキンググループができたという経緯があったと、私は受け止めています。

そして、「チーム医療は、我が国の医療のあり方を変えるキーワード」だということです。チーム医療でしかこれからの超高齢社会は乗り越えられないという、ある種の悲壮感もあるのです。そして、医療の質を高めるためには、医療スタッフの専門性を高めて再統合をしなければいけません。専門細分化という

チーム医療の推進について

チーム医療とは

「医療に従事する多種多様な医療スタッフが、各々の高い専門性を前提に、目的と情報を共有し、業務を分担しつつも互いに連携・補完し合い、患者の状況に的確に対応した医療を提供すること」と一般的に理解されている

- ・ チーム医療は、我が国の医療のあり方を変え得るキーワード
- ・ 各医療スタッフの知識・技術の高度化や治療の標準化の浸透
- ・ 医療の質を高めるため医療スタッフの専門性を高め再統合

資料 15

のは、放っておいてもどんどん進むのです。どんどん自分たちが細かいところに進んでいきます。そうなってくるとベクトルが患者から発散していってしまいます。それをカンファレンスということで、ベクトルをもう1回、患者に集め直していかないと、再統合できません。チーム医療では、カンファレンスがとても重要だというようなことが言われています。(資料15)

チーム医療推進のための基本的考え方

では多職種でどうやって医療の質を高めたチーム医療を展開するかということを考えて出てきた報告書がこれです。『チーム医療推進のための基本的な考え方』というものです。平成23年6月です。まだ5～6年前の話です。

書いてある中身を見てみますと、「わが国の医療は、非常に厳しい状況に直面している」という書き出しから始まっています。「医学の進歩、高齢化の進行に加えて患者の社会的・心理的な観点及び生活への十分な配慮」、とにかく何でもかんでも医療にみんな持ち込まれてきているということです。医師や看護師等の許容量を超えた医療が求められていて、これはもう多職種がチームを組んで一緒に乗り越えていくしかないという、これは悲壮な覚悟で、チーム医療は超高齢社会では必須であるということです。

「チーム医療を推進する目的は、専門職種の積極的な活用、多職種間協働を図ること等により医療の質を高めるとともに、効率的な医療サービスを提供することである」ということです。効率的になるかどうかはちょっと分かりません。しかしもう医療の質を高めるためには、チームの力を統合して、とにかく総力を上げて臨まないといけないということです。医者が頑張ればいいのか、看護師が頑張ればいいのかという世界ではもうなくて、みんなでやるしかないのです。

そして、チーム医療を進めるためには、「①コミュニケーション、②情報の共有化、③チーム・マネジメントの3つの視点が重要であり」と書いてあります。(資料16)

さらに、「チームアプローチの質を向上するため」、つまり、チームでお互いに力を合わせるためには、「互いの職種を尊重し」ということです。そして目標を共有しないとチームはうまく動きません。それはそうです。みんなバラバラな方向に向かって行ったらチームになりません。目的や目標をみんなで共有するというので、この患者にとって何が大事なのかということ共有しながら一緒に力を合わせるということです。

そのためにはカンファレンスです。多くの病院で、いろいろなカンファレンスが行われているのですが、どうも単なる情報伝達の場になっているのではないかとされています。そうではなくて、議論して、自分たちの役割を調整したりすることが大事なのだということで、カンファレンスは専門職がそれぞれ

チーム医療推進のための基本的考え方①

チーム医療推進方策検討WG(平成23年6月)

- わが国の医療は非常に厳しい状況に直面しており、医学の進歩、高齢化の進行に加えて患者の社会的・心理的な観点及び生活への十分な配慮も求められており、医師や看護師等の許容量を超えた医療が求められる中、チーム医療の推進は必須である。
- チーム医療を推進する目的は、専門職種の積極的な活用、多職種間協働を図ること等により医療の質を高めるとともに、効率的な医療サービスを提供することにある。医療の質的な改善を図るためには、①コミュニケーション、②情報の共有化、③チームマネジメントの3つの視点が重要であり、効率的な医療サービスを提供するためには、①情報の共有、②業務の標準化が重要である。

資料16

の専門性を背景にして、きちんとした意見を述べ合う場にしなければならないということです。

チームアプローチを実践するためには、関係する複数の共有する業務、つまり誰がやってもいい仕事がいっぱいあるから、それをお互いに、臨機応変に、助け合っていかなければいけないということです。つまり、「今日は、私がします。しかし明日はお願いします」ということを言わないといけない。「これはあなたの仕事だからあなたがやってください」みたいな、押し付け合いを始める

と、チームはそこから崩壊します。むしろ役割分担を強調するのではなく、どれだけ連携できるかということです。連携するためには、お互いの仕事をよく知らなければいけません。だから役割分担の前に連携なのです。連携をするためには、相手をよく知るということがとても重要な要素だということは何度でも強調しておきたいところです。(資料17)

役割分担の具体的な例なども、医政局長通知などで出たと思います。チーム医療をすることの大事さは、単にこういう役割分担をすることではなく、お互い連携することが大事なのです。(資料18)

チーム医療推進のための基本的考え方②

チーム医療推進方策検討WG(平成23年6月)

- チームアプローチの質を向上するためには、互いの職種を尊重し、明確な目標に向かってそれぞれの見地から評価を行い、専門的技術を効率よく提供することが重要である。そのためにはカンファレンスを充実させることが必要であり、カンファレンスが単なる情報交換の場ではなく議論・調整の場であることを認識することが重要である。
- チームアプローチを実践するためには、様々な業務について特定の職種に限定するのではなく、関係する複数の職種が共有する業務も多く存在することを認識し、患者の状態や医療提供体制などに応じて臨機応変に対応することが重要である。

資料17

医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進		
<ul style="list-style-type: none"> ○ 各医療スタッフの高い専門性を十分に活用するためには、各スタッフがチームとして目的・情報を共有した上で、医師等による包括的指示を活用し、各スタッフの専門性に積極的に委ねるとともに、スタッフ間の連携・補完を一層進めることが重要。 ○ このため、医師以外の医療スタッフが実施することができる業務を以下のとおり整理。 (平成22年4月30日付け医政局長通知「医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について」より) 		
薬剤師 <ol style="list-style-type: none"> ① 薬剤選択等に関する積極的な処方提案 ② 薬物療法を受けている患者への薬学的管理の実施 ③ 薬物の血中濃度や副作用のモニタリングに基づく薬剤の変更提案 ④ プロトコールに基づく薬剤の変更等(医師等との協働)等 	リハビリテーション関係職種 <ol style="list-style-type: none"> ① 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士による喀痰等の吸引 ② 作業療法士の業務範囲の明確化 	管理栄養士 <ol style="list-style-type: none"> ① 医師の包括的な指導の下、一般食の内容・形態の決定等 ② 特別治療食の内容・形態の提案 ③ 経腸栄養剤の種類・選択・変更の提案
臨床工学技士 <ol style="list-style-type: none"> ① 喀痰等の吸引 ② 動脈留置カテーテルからの採血 	診療放射線技師 <ol style="list-style-type: none"> ① 画像診断における読影の補助 ② 放射線検査等に関する説明・相談 	その他 <ul style="list-style-type: none"> ○ その他の医療スタッフの積極的な活用 ○ MSWや診療情報管理士等の積極的な活用 ○ 医療クラーク等の事務職員の積極的な活用

資料18

チーム医療とコミュニケーション

チーム医療におけるコミュニケーションについて、少しお話をしましょう。コミュニケーションというのは、単に意思疎通を図るというだけではなく、「交わり+繋ぐ」という、言葉で伝えるだけではなく、身振り、手振り、態度も含めて、情報を伝達しながら、感情を共有していくことだと言われています。

コミュニケーションの要素としては、ボディランゲージは実は半分以上だということです。話している内容は7%しか伝わる要素を持っていないということです。同じ話を、私よりもっとうまく話す

と、皆さんはもっと共感するのかもしれませんが。要するに話し方とか、訴え方とかが非常に大事になってくるということで、同じことを言っても、伝わる場合と伝わらない場合があるということです。

それから、コミュニケーションの半分近くは「聞く」です。「話す」ではなくて「聞く」です。3人集まって話し合いをすれば、同じ時間をみんな持っているとしたら話すのは3分の1で、残りの3分の2は聞いているわけです。ということは、「聞く」ということはコミュニケーションにとって非常に重要だということです。(資料19)

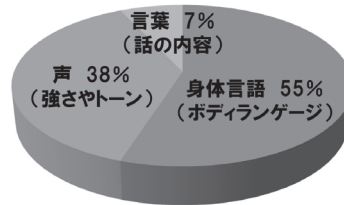
従って、チーム医療におけるコミュニケーションと云ったら、聞く技術、そして訴える力を持つことだということです。相手に注意を向けて、話を聞いている態度を示すということです。話しやすいようにうなづいたりすることで、しゃべりやすくなってきます。それから、ときどき「つまりこういうことなのですね」とフィードバックします。それから相手の思考・感情、願望を受け止めるということで、まずはいったん受け止めるということです。同意しなくてもいいのですが、共感してほしいということです。

まずコミュニケーションは、今までお話ししたような積極的傾聴から始まり、そしてAssertion、自己主張だとか、自己実現と捉えるとちょっと強いので、あえてMild Assertionとしましたが、相手を尊重し、自分も尊重した訴え方をするというです。自分の考えをできるだけ相手に受け入れられやすいよう

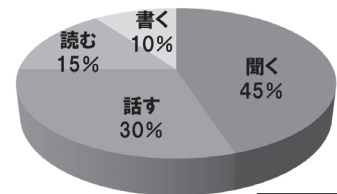
コミュニケーションとは

ラテン語の「Communitio+munitare」に由来し、その意味は「交わり+繋ぐ」。つまり、コミュニケーションとは、人間同士が、言葉や表情、体の動きなどを使って、感情(「気持ち」や「思い」)を他人と繋ぎ分かち合うこと。

コミュニケーションの要素



起きているときの72.8%はコミュニケーションに使っている



資料 19

チーム医療とコミュニケーション

■ 積極的傾聴 (Active Listening)

- ・相手に注意を向けて、話を聞いていることを態度で示す
- ・話しやすいように、肯いたりして相手の話を促す
- ・時々フィードバックを行う(「つまり～ということですね」)
- ・相手の思考・感情、願望を受け止める → 受容の精神
- ・自分の主体性を失わずに相手を理解する → 共感的理解

■ しなやかに訴える力 (Mild Assertion)

- ・相手に受け入れられるように自己表現・自己主張する
- 一人称で話す、「感覚」を述べる、「思考」を述べる、「感情」を述べる、「願望」を述べる、「行為」を述べる

資料 20

に伝えるという技術というか、考え方です。こういうものは別に意識してやらなくても、うまくやっている人はいるはずで。そういうことを実はチーム医療の中で学んでいくというのも大事なことなのです。(資料20)

アサーティブになるためのスキル

どういうことがアサーティブな技術としてあるのか見てみると、自分を知る、自分の気持ちや考えに正直になる、つまり言いたい気持ちはちゃんと正直に行動に表すということです。それから共感的に理解するというです。さっき積極的傾聴にも書いてありました。受容の精神で臨むのもそうです。自分の言ったことを受け入れてくれるから、今度はあなたの言ったことを聞いてみましょう、人間関係というのはそういうものではないでしょうか。だとするならば、何のことはありません。積極的傾聴ができること

でアサーティブになることなのだと思います。つまり積極的傾聴をしないで、アサーティブだけやろうとしても、絶対無理なのです。この人はいつも私の話を聞いてくれる人だから、あなたの話もちゃんと聞きますと、人間はそういうものなのだと思います。つまりアサーティブにだけなろうと思っても無理なのです。積極的傾聴ができることで、アサーティブになれるということです。(資料21)

アサーティブになるためのスキル

- 自分を知る → 自分の気持ちや考えに正直になる
- 共感的に理解する → 相手の立場に立って考え理解する
- 受容の精神で臨む → 相手を受け入れ、そして自分自身も
- 相互に尊重する → 対等な立場で接し相手に敬意を払う
- 自分を信じる → 自己を信頼することで自分の声を聴く
- 責任ある態度 → 聞くこと、話すことを自分の責任で行う
- 多様性を受容する → 自分と異なる多様な意見が大事
- 感情を言葉にする → 感情を感情で表現せず言葉にする
- 非言語的コミュニケーションを大切にする → 態度や表情

「積極的に傾聴する」ことが「アサーティブ」になる

資料 21

チーム・マネジメント

コミュニケーションというのは、積極的傾聴と訴える力ということですから、積極的傾聴というのは、要するに外にあるものを内に取り込むということですから、アウトサイド・インと言います。それからしなやかに訴える力というのは、内なるものを外に出していく、インサイド・アウトと言われます。つまりコミュニケーションというのは、アウトサイド・イン、インサイド・アウトということです。

実はコミュニケーションで大事なものは、やはりあいさつから始まるということです。そして雑談をし、対話ができ、ディスカッション、そして意思決定をするという順序です。

コミュニケーションの次は、チームのメンバー間のリレーションシップだといわれています。メンバー間の心理的な距離が近過ぎるとななあになっちゃってしまいますし、離れ過ぎるとよそよそしくお互いを信頼できない関係になってしまいます。この心理的に適度な距離というのは、何十センチというような言い方では表現できません。

それから、リーダーシップということが次に大事になってきます。ここで言うリーダーシップというのは、対人関係における影響力というふうに考えられています。リーダーシップと言うと、指導力という

か、統率力とか、軍隊みたいに思う人たちがいっぱいいると思いますが、今はそういう時代ではありません。力で言うことを聞かせるということは、もう今の時代、そういうことではありません。実はよいメンバーシップを発揮する人が、よいリーダーであるとも言われています。逆説的です。例えば、皆さんの周りに、「あの人はリーダーシップがありそうだな」と思うような人が何人か必ず思い浮かぶと思います。実はその人は、それより上位の組織ではメンバーなのです。つまり、その上位の組織でメンバーとして力をきちんと発揮できているからこそ、その下位の組織でのリーダーシップを発揮できるのです。俺はいつもリーダーだ、リーダーしかしたことがない人には、多分良いリーダーは務まりません。自分がメンバーのときに、きちんとしたメンバーシップを発揮できる人が、実は自分がリーダーの時によいリーダーシップを発揮することができるのだということです。(資料22)

リーダーシップとは

チーム医療で面白いのは、場面によってリーダーが代わるということです。つまり、例えばこの患者の治療はどうしましょうかという場面では、当然医師がリーダーとして発言しなければなりません。でもこの人の在宅療養はどういうふうにしてサポートすればいいのか、またセルフケアをどうやって指導するのかは、看護師がリーダーシップを発揮しなければなりません。では、この患者のリハビリテーションはどうしますかといったら、リハビリの人がある種のリーダーシップを発揮しなければなりません。そして、リーダーシップというのは、自分の言いたいことだけ言ってそれにメンバーを従わせることではありません。自分の知らない情報が他のメンバーから出てきて、お互いに意見が言い合えるようにしていくのがリーダーシップです。

このように、チーム医療の現場では、リーダーがカンファレンスの場面ごとにところころ代わります。リーダーになったり、メンバーになったりするわけです。そのときにリーダーシップを発揮できるかどうかは、自分がメンバーのときに、しっかりとメンバーとして関わっていたかどうかということが問わ

チーム・マネジメント

セルフ・マネジメントをベースに、チームとしての機能を最大限に発揮することができるようにマネージする能力。すなわち、メンバー間のコミュニケーション、リレーションシップ、リーダーシップによって、個々のメンバーの力が相乗効果を生み、困難な状況にも対処できるようにするために活用する。

1. コミュニケーション: 積極的傾聴と訴える力

外を取り込み(outside-in)内なるものをしなやかに訴える(inside-out)

コミュニケーション (雑談→対話→ディスカッション→意思決定)

2. リレーションシップ: メンバー間の心理的距離

離れすぎず近づきすぎず(態度や主観、体調が影響する)

資料 22

リーダーシップ

■ リーダーシップとは

各人が自らの持つ知識や経験、疑問や意見、考え方などのリソースを、状況に応じて自発的かつ積極的に口に出すことにより、メンバー全体としての意思決定に大きな影響を与えること。

⇒ リーダーシップを発揮するのは上位者とは限らない

■ 影響力とは

①個人の持つ経験や知識、またはその人の持つ意欲や意思、そして行動や人間的魅力

②ポジションパワー(責任と権限によって裏打ちされたもの)

①+② ⇒ 総合力 ⇒ 影響力

資料 23

れるわけです。リーダーシップを鍛えたいと思ったら、メンバーシップを鍛えていくということが、逆説的な意味でのリーダーシップ研修になるのではないかと思います。(資料23)

権威勾配

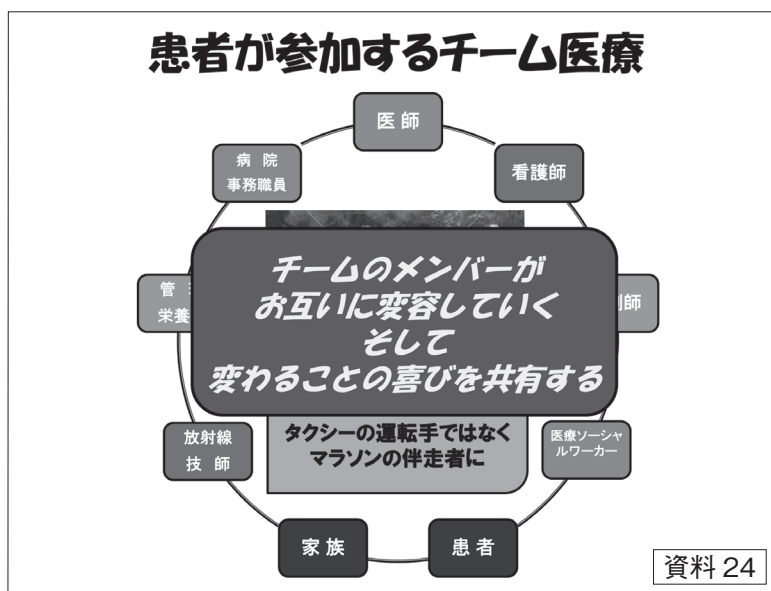
リーダーは、メンバーにいろんなことを言ってもらえる関係を作るといのは、権威勾配ということによく説明されています。例えば、航空機の操縦室内で、機長と副機長の関係を考えるときに、機長が非常に高圧的、威圧的な態度で、指示などを強い調子で怒鳴ったりしていると、副操縦士は委縮してしまっていると言いたいことが言えなくなってしまいます。そうすると、変だと思ったことが言えなくなってしまいます。この機械の様子がおかしい、高度が少し低すぎて危ないな、と思った時でも言わなくなります。そうなってくると、もう気付いたときには遅過ぎるのです。

一方、逆に関係がフラット過ぎて、機長と副機長が慣れ合い関係になってしまっていて、なあなあ関係になってしまっていると、いざというときに、どっちがリーダーなのかが分からなくなります。この権威勾配ですが、適度な傾斜が必要だといわれていますが、どのくらいの傾斜か具体的に数字で示せるものではありません。言いたいことがちゃんと伝えて、そして言われた方も受け止めてくれて、さらにフィードバックしてくれるという関係を、リーダーとメンバーの中で築けるような力関係です。この権威勾配というのは、医療の世界では、医師と看護師、あるいは看護師と薬剤師とか、さまざまな職種間のこの権威勾配を、適度な角度で築いていくことが大事であるといわれています。

患者が参加するチーム医療

最後に、患者もチーム医療の一員だという話をしましょう。今までは、医療職がどうやってチームを組むかということを書いてきました。実は、医療の主体は誰かという、それは患者です。患者自身が医療に主体的にかかわらなければならないとするならば、患者自身もチーム医療の一員であり、時にはメンバーとして関わることもあります。どうでしょう。患者自身が、実はチーム医療におけるリーダーシップを発揮しなければならない場面が多いのではないのでしょうか。治療法の選択であったり、病気と正面から向き合わなければならなかったりするの患者自身です。我々医療者がいくら頑張っても、患者さん自身が病気と向き合わなければ、医療の効果は上がりません。「この患者さんとだったらもっと頑張れる」という気持ちを医療者に呼び起させるのも、患者さんからの働きかけによるところが大きいと思います。

もちろん、病気に苦しんでどうしたら良いのか分からないようなときに、「病気と向き合え」などと乱



暴なことを言うてはいけませんし、我々は医療のプロですから、患者さんを支えたり癒したり、そして励ましたりもすれば、慰めたりもします。しかし、ここぞというときには、患者さんに頑張ってもらわなければなりません。その時に、チーム医療がよりよく機能するためには、患者さん自身のかかわりがとても重要だと思っているのです。

そして、チームのメンバーが、この前の患者ではできなかった、あるいは去年まではなかなか難しかったことが、今度はできるようになった、チームが強くなった、そして医療者として成長していくということが楽しい、面白いと感じていくことが、チーム医療の醍醐味であるということをお伝えして、私のお話を終わらせていただきます。(資料24)