



慶應義塾大学ビジネス・スクール

“すごい” 医療チームをつくる

— 林成之医師の挑戦 —

林成之氏の経歴

林成之（はやし なりゆき）氏は、1939年富山県水橋に生まれた。日本大学医学部（1965年）、同大学院医学研究科博士課程（1970年）を修了した後、マイアミ大学医学部脳神経外科、同大学救命救急センターに留学する。帰国した後の1994年に、日本大学医学部附属板橋病院の救命救急センター部長に就任し、長きにわたって救急の患者さんたちの治療に取り組み続けた。その間、数々の画期的な治療法を開発して大きな成果をあげた。その中でも、多くの脳死寸前の患者さんの生命を救った“脳低温療法”は、世界にその名を知られる大発見となった。

林氏が脳神経外科医を志したのは、「ベン・ケーシー」というアメリカのテレビ番組を見たことがきっかけだった。脳神経外科医が主人公となった人間味あふれる医学ドラマで、メスを持つ白衣のヒーローの姿がとても格好がよく見えて、『自分もああゆう医者になりたい』と憧れを抱いたのであった。

その後、望みどおり脳神経外科医になることができたが、当時（1973年頃）、脳神経外科は医学の中では極めてマイナーな診療科目であった。医者の数も少なく、医療水準も現在と比べれば大変低いもので、事故や病気で脳を大きく損傷したら、まず助かる見込みはなく、手術をしても多くの患者さんは亡くなっていた。

このような状況の中、林氏もなす術もなく、ただ患者さんの手を握ってうなだれる。悔しさと申し訳なさで、何度も涙を流していた。

このケースは、巻末に示す参考文献及び日本大学ホームページをもとに、慶應義塾大学大学院経営管理研究科教授 高木晴夫の指導のもと、同修士課程 M25 期生 丹徹也が編集して作成した。クラス討議の資料とするためのもので、医療、医療技術、経営及びリーダーシップの適否を例示しようとするものではない。

本ケースは慶應義塾大学ビジネス・スクールが出版するものであり、複製等についての問い合わせ先は慶應義塾大学ビジネス・スクール（〒223-8526 神奈川県横浜市港北区日吉4丁目1番1号、電話045-564-2444、e-mail: case@kbs.keio.ac.jp）。また、注文は<http://www.kbs.keio.ac.jp/>へ。慶應義塾大学ビジネス・スクールの許可を得ずに、いかなる部分の複製、検索システムへの取り込み、スプレッドシートでの利用、またいかなる方法（電子的、機械的、写真複写、録音・録画、その他種類を問わない）による伝送も、これを禁ずる。

Copyright© 高木晴夫・丹 徹也（2010年6月作成）

「こんな希望のないところへ来るんじゃないじゃなかった、脳神経外科医になんかなるんじゃないじゃなかった。」患者さんを助けられない無力感にさいなまれて、自身の進路選択を悔やんだことも幾度となく訪れていた。

しかし、環境が悪いぶん医療に取り組む姿勢も真摯で、林氏は、「もっと力を尽くそう、もっと勉強して高い技術を身につけよう」と懸命であった。また医者としての人生において最もハン
5 グリー精神を持って貪欲に医学を学び、もっとも命を救うことに本気で取り組んだ時期でもあった。

若き林氏は、当時の経験から多くのことを体得したが、「手を抜かないで全力投球することの
10 大切さ」は何事にもまして重要な要件であると学んでいた。

関連病院への応援

大学病院の勤務には「出張」があり、林氏も若いころ関連病院に応援に行った経験があった。その出張先で、「林先生は外科を診てください」と指示されたが、「私は脳神経外科の患者さんを
15 診に来たんです」と断わることがあった。

しかし、二ヶ月もすると、林氏の診療室だけが満員になる。百人の外来患者さんのうち八十人は林氏のところへ来て、他の先生が残りの二十人を診るという事態も珍しいことではなくなった。

林氏は、なぜ自分のところにだけ患者さんが集まってくるのか不思議に思っていた。患者さん
20 への説明もそれほどうまくはないし、愛想も決してよいほうではない。それなのに先客万来となるのはどうしてなのだろうか。

それはひとえに「手を抜かない」ことの成果であった。患者さんの生命に貢献する、つまり「ど
25 のようにすれば患者さんを治せるのか」という一点に自分の全神経を集中していたからであった。ひとつの成果をあげてもそれに満足せず、もっといい方法はないか、足りないものは何だと考え続ける、そういった一生懸命さ、必死さを患者さんも信用していた。

ベトナム医療援助プロジェクト

脳神経外科医になりたての1970年代の半ば、林氏は、日本政府による医療援助プロジェクト
30 の一員として、戦争終息期のベトナムへ当時日本大学医学部脳神経外科助教授であった坪川孝志氏と出向くこととなった。ここで林氏は平和な国の病院とはまったく様相の異なる医療現場を体験した。

朝に羽田空港をたって夕方に現地の病院に到着したとたん、もうそこには脳を損傷した重症患

者が林氏を待っていた。二十歳くらいの娘さんで、左前頭部を大砲による爆発物の破片がかすめたために前頭葉部分の骨が砕け、そこから脳がこぼれ出していた。

あわてて手術にとりかかったが、日本の病院では学んだことのない、むろん教科書にも載っていない事例であった。いきなり未知の現場に放り込まれて、とにかく必死で異物を洗浄しながらなんとか手術を成功させた。

その後も毎日が勉強になることばかり。また、驚かされることの連続であった。

入院患者の家族が戦災で家を失ったのか、病院の裏手などにテントを張って野営していることもめずらしくはなかった。その家族が、患者が助かるかどうか医者に尋ねる。

一言でも医者が「無理だろう」とか「むずかしい」などと言えば、家族が患者の点滴や人工呼吸器などを取り外してしまう。治るあてのない人間にそれ以上の治療を施しても医療費がムダになるばかりだから……、戦争や貧困のリアリズムとはこういうことなのかと呆然と立ち尽くす思いをしていた。

また当時は、手術が必要となる患者さんが同時に五人程度並んで寝かせられているというケースもめずらしいことではなかった。現地の医師がどの患者さんを最初に手術するのかといえば、最も重い患者さんや助かりそうな患者さんではなく、自分の技量や実績のプラスになるか、そうでなければお金になるかにあった。戦時下の病院、そこは医学倫理の通用しない世界そのものであった。

もちろん医療機器や設備は粗末なもので、CT 写真もなければ血管撮影もできない。映りの良くない簡易な手持ちのポータブルレントゲン装置があるばかりで、あとは臨床症状だけを頼りに手術をしなければならなかった。

それだけに林氏は、「どんな症状、どんな情報も見逃すまい」と、毎日毎日が真剣勝負となった。これほどまでの緊張感と集中力をもって患者さんとその症状に立ち向かったことは自身にとって貴重な財産、最大のカルチャーショックとなった。

ベトナムで医療に携わった最中には「とんでもないところへ来てしまった」と泣きたくなるような思いもしたが、そこでこの困難こそが自分を鍛えてくれたのだと感謝していた。

困難を前にして逃げ出したくなかったが、踏ん張ってとどまったことで、「医療現場ではなににより、技術より人間力が試される」ということを体得するとともに、医者という職業が以前にも増して好きになり、「脳神経外科医を天職にしよう」という意思を固めることになった。

アメリカへの医学留学

林氏は単身で、二年間（1979年～1981年の期間）アメリカのマイアミ大学医学部脳神経外科

に留学した。現地に着いて早々、アメリカの脳神経外科学会で、ある教授から「お前、ここへ何しに来た」と問いかけられた。林氏はお世辞半分で、「アメリカの脳神経外科は世界一です。それを学びにきました」と答えた。「そうか、よくきたな。しかし日本人はマネのうまい国民だ。アメリカのマネばかりしている。そんなにオリジナリティに乏しいのか」と満足げに微笑みながら話した。

林氏は、何か言い返そうとしたものの、言葉に詰まって結局何も言えなかった。その夜、悔しさと恥ずかしさで眠れず、気がつくと涙を流していた。「いつか絶対、きちんと反論してやろう。」と決意をしたが、そもそもそれだけの語学力に乏しかった。

異国で現地の言葉がうまく話せない、聞き取れないということは一種の恐怖であった。そして、周囲からは段々無視されるようになり、コミュニケーションがとれず孤立する一方となっていた。

この時、遅まきながら「苦手な英語をなんとかマスターしよう」と本気で思った。そして、林氏がとった方法は音楽を聴くことであった。しかも、もともと嫌いだったクラシック音楽を無理にでも聴いて、メロディをつくっている音のひとつひとつを丁寧に聞き分ける方法をとった。

音楽をただ聞き流すのではなく、その音楽の音に真剣に集中して一個一個聞き分けるという努力をした。するとすごい効果があがり、やがて現地の人がしゃべる言葉もビックリするくらいにまで聞き取れるようになった。

嫌いなこと、苦手なことでも“好きになる努力”をしているうちに、なんとか返答することができ、会話が成立し、コミュニケーションがとれるようになった。

コミュニケーションがとれるようになった理由はもうひとつあった。それはこれまでに培ってきた高い医療技術という林氏のもつ能力であった。

林氏が動物実験などで能力を発揮し始めると、これまでバカにしていた人たちの態度が変わり始めた。「言っていることはよく理解できないが、腕は凄い」と感心して一目置かれるようになった。そうしてまずい英語にも熱心に耳を傾けてもらえるようになった。

腕がよければ話も通じる、自分の話をみんなが真剣に聞いてくれれば、自信になる。自信があれば堂々と話すようになる。このことがさらにコミュニケーションを円滑にしていっていった。

林氏はアメリカへ医学留学していた二年の間に、医療技術をかわれて、留学先のマイアミ大学で神経科学の研究センター（現在のマイアミプロジェクト）設立のプロジェクリーダー格として従事していた。

プロジェクトを牽引していくには強いリーダーシップが必要であった。しかも、医療においては先進国であるアメリカの医者たちをスタッフとして“医療後進国”から来た日本人が束ねていかなければならない。

このとき林氏のリーダーシップの核となったのは、指導者自らが「結果を見せる」ということであった。林氏自身がすぐれた医療テクニックを発揮し、強い意欲をアピールすることで、他のスタッフを引っ張っていった。

スタッフの来る三時間前の早朝の五時に病院に出勤して、ラットを使った実験手術を繰り返し行った。そしてスタッフがやって来たらその成果を見せ、メンバー各自へその日一日の達成目標を示した。そして林氏自身は、ボスの所へ実験の進捗状況や成果を報告する。

帰りは帰りで、午後五時にはみんな帰宅してしまうのが習慣であったが、林氏の研究室だけは七時まで残って研究を続けていた。林氏自身は研究データをまとめるなどその仕事は深夜にまで及んでいた。

林氏は、率先垂範で先頭に立って人一倍仕事をこなし、プロジェクトを強い力で引っ張り、成果をあげていった。こういったリーダーに対して、アメリカ人は称賛や協力を惜しまなかった。

プロジェクトに参画するメンバーたちも、「あなたともっと仕事をしたい、自分の力を伸ばしたい」と強い意欲や熱意を持つようになり、プロジェクトの遂行に対しても「その気」になった。

目標に向けて部下たちを強く動機づける力。組織のメンバーに仕事を好きにさせ、成果を生み出させる牽引力のようなものがリーダーには大切だと認識したのであった。

二度目のアメリカ留学と“救命”への開眼

当時（1970年～1980年代）、日本の救命医療の取組は、欧米諸国に比べて大きな遅れをとっていた。交通事故の増加など社会情勢は変化しており、救命救急への取組みに対する要請が日に日に増していた。そのような中、日本大学附属板橋病院にも、1987年救命センター設立準備委員会が設けられた。そのメンバーの一員として林氏は、脳神経外科から加わった。

林氏は、まず全国の主な救命救急センターを見学したとき、「これなら新しくつくる救命センターで勝負できるな」と思った。このとき、それはあくまでも設立の手伝役としての思いであって、自分が救命センターの中心になろうなどとは考えてもいなかった。

そして、翌年（1988年）の6月からアメリカの救急医学の調査のために、再び留学することになった。はじめにニューヨークのある救命救急センターを訪ねると、救急患者が順番待ちで廊下にまでずらっと寝ていて、中にはエイズ患者もいれば結核患者もいる。そのような中で、看護師がひとりひとりに質問をして、重症度によって順番を決めていた。

「この仕事は俺には向かないな」と林氏はますます救急医学に距離を感じ、帰国したらその決意を病院長に伝えようと思った。

さらに何ヶ所かの救命救急センターを見学した後、7月になってかつての留学先のマイアミ大

学を訪ねた。

顔なじみの集中治療部長のシヴェッタ教授と再会し、自分の大学に救命センターをつくる計画を進めていることを話すと、教授は、「日本は、救急医療は行っているが、救命医療は行っていない」と言った。

5 林氏は、この言葉の意味がわからなかった。というのも、実のところ救急医療と救命医療の違いについて、正しい理解をしていなかったからであった。救命医療というのは、命にかかわるような重症患者を扱うことだという程度の理解しかしていなかった。

シヴェッタ教授はつづけた。「救命医療が本当に命を救うことを目的にしているのなら、現場で患者に一刻も早く薬を投与するなどの処置を開放すべきであるのに、日本はそういうことを救急隊員にやらせようとはしない。しかも、病院で、医師は臓器別の専門家となっている。命の危機に瀕している患者さんに対応するには、臓器単位の発想ではダメだ。全身の管理をする眼を持っていなければならない。救命医療とはこういう意味なのだよ」と。

林氏は衝撃を受けた。「日本は本当に命を救うための救命医療を行っていない」とは、何と云うことだ。自分はもちろん他の医師たちも、患者を治すために日夜努力している。それなのに、「患者の命を救っていない」という。しかしよく考えてみれば、教授の指摘は的を射抜いていた。

15 言われてみれば、日本の医療はまさにそこに問題があった。知らないわけではなかったが、日本にいと、日々の現実の中で、「そういうものなのだ」と受け入れてしまい、根本から改革しようという発想をしなくなっていた。

しかし、日本から離れ、医学水準の高いアメリカで、厳しく指摘されると、自分たちの取組みが、いかに“井の中の蛙”であるかを悟らされるのであった。

「日本の救命医療は、このままのスタイルでは、いくら頑張ったところで、世界には勝てないだろう」そう気づいたとたんに、林氏の頭の中で、大転換が起こった。「これからの人生は、誰もやらなかった新しい救命医学をつくることに賭けよう」

林氏が、マイアミ大学でたまたま集中治療室を訪れたときのことだった。一人の患者さんの様子がおかしかった。すぐさまナースステーションに通報されたが、看護師が駆けつけたときは、すでに手遅れだった。合併症を起こし、ショック症状で急死したのだった。

なぜ対応が遅れたかについて、スタッフによるカンファレンス（会議）が開かれた。率直な意見が交わされたが、一人のスタッフの発言が林氏の耳に強く響いた。

「ナースステーションの中において医療を展開するのでは、せいぜい分単位の間隔でしか患者さんの状態を把握できません。それでは患者さんの病態が急変したときには、命を救うことができない」と言った。

多くのスタッフがうなずいたものの、ではどうするかとなると、答えはでなかった。しかし、

誰の責任かを追及するというのではなく、少しでも救命のチャンスを逃さない道を探ろうとするひたむきな議論に林氏は感動を覚えた。

特に、ナースステーション中心の医療展開は、どこでも当然のことだと思っていたのに、それでは患者さんを救えないことがあるという指摘は、ショックだった。どうすればよいのか。林氏も見当がつかなかったが、危険な状態の患者さんの場合は、病態の変化をリアルタイムで監視していないと手遅れになる場合があるということは、記憶にしっかりと刻み込まれた。

数日後、今度はマイアミ大学の熱傷センターを見学した。以前留学したときは、脳神経外科学の分野の研究だけに目を向けていたのに対し、今回は救命医療という視点から、いろいろな分野の取組みを総合的に見るため、興味を喚起させられる対象も変わっていた。

熱傷センターで林氏が注目したのは、スタッフルームに置かれていたコンピュータのモニター装置だった。スタッフに聞くと、患者さんに挿入したカテーテルやセンサーからオンラインでデータを取り、それをコンピュータで処理して、十項目ほどの指標にして、モニターで見ることができるようになっているという。

実際に操作してみれば、処理能力が遅く、リクエストしてからデータ表示までに十秒要した。見ることで見られる項目も10しかない。しかし、林氏は直感的に、「これでいけるかもしれない」と思った。

日本大学付属板橋病院救命救急センター：部長時代

日本大学医学部付属板橋病院の救命救急センターは1991年11月に開所された。林氏がセンターの責任者となったのは、1994年（平成6年）のことであった。

赴任した当時には、「なぜ脳神経外科のアカデミックドクターの地位を捨てて、救命などという『学問のない現場』へ行くのか」と周囲からは不審がられていた。「あんなところへ行ったら、激務で殺されてしまいますよ」と真顔で忠告してくれる人もいた。そのころの林氏は体調の優れないところもあり、まんざら杞憂でもなかった。

しかし林氏は、「救命救急センターで七十歳までがんばろう」と腹を据えた。ここで七十歳になるまで人の倍仕事をしよう。そうすれば七十歳で死んでも倍の百四十歳まで生きたことになる。そう考えて救命の仕事に全身を投げ込むことに決めていた。

救命救急センターを立ち上げた当時、林氏は「これは大変なところへ来てしまった」と思った。運ばれてくる患者さんのほとんどは救命が無理とされる瞳孔が開いた状態だったり、心肺停止の状態だったり、助けられそうな患者さんは非常に少なかった。

“救命救急センター”は絶望的な場所であった。「今のままでは患者さんは皆助からない。こ

のままではやっていけない……」

林教授はそのときスタッフに向かって、次のように宣言した。

「これまでとはケタ違いにすごい医療をしよう。たとえ瞳孔が開いた患者さんであろうと、呼吸が停止した患者さんであろうと、一人残らず命を食い止め、やがて必ず社会復帰させる。そんな最強の医療チームをつくろう」

むろん、言うは易しで、ケタ違いの医療を施せる救命救急チームをつくるのは簡単なことではなく、誰が考えても医学の常識を無視した目標だった。なにせ瞳孔が開き、心臓が止まった患者さんを蘇生させるだけではなく、やがて通常の生活に戻そうというのだから……

構成メンバーの「仲間意識」を高める

とりわけ目標達成のために強く意識したのは、スタッフの「心」、つまりメンバーの「仲間意識」を高めることであった。そして、チームワークを結集すると同時に、メンバー個々の能力も最大限に発揮できる組織づくりを目指していった。

人間の持つ本能の中に、「仲間になりたい」（同種既存）というものがある。これは自分の生まれた国を理屈抜きで好きになったり、身内の人間を自然に大切にしたりする感情をあらかじめ備えているという意味である。

つまり、それは自分の所属する集団を好きになり、その仲間になりたい、あるいは仲間や集団のために自分の力を尽くしたいという気持ちであり、人間にとって極めて自然なものであった。

そこで林氏は、この本能を活用して、仲間になりたい、仲間のために尽くしたいという個人の意識を更に高め、強化していった。そうしてメンバーひとりひとりがもてる能力を最大限に発揮させ、チームとしてのパフォーマンスを最大にするという組織づくりを心がけていった。

あるとき、救命救急センターで事務を担当していたメンバーから「先生、患者さんの命がかかった医療現場で、机に向かって事務をとっていることがなんだか心苦しいし、つまらないような気がします。」と悩みを打ち明けられたことがあった。

林氏は、「事務の仕事がなければ、現場は一ミリだって機能しない。私たちは日本一の事務スタッフと仕事をしていると思っている。たとえばその笑顔。あなたにすばらしい笑顔がある。それだけでも誇っていいことだと思う。」と答えた。

この後事務スタッフの空気は見違えるように明るくなり、モチベーションも上がった。さらに、明るく前向きに仕事に取り組むこと、仲間の悪口を言わないこと、コミュニケーション力や「面倒見のよさ」を発揮すること、「むずかしい」とか「疲れた」といった否定語を使わないことなどをメンバーに周知徹底させた。

一見するとこれらは簡単なように見えるが、救命救急の現場で、「むずかしい」、「ダメかもしれない」などの否定語を使わないでいるのは、実に至難の業であった。

また、すばらしい仲間になるためには、自分自身を高めることも必要であった。救命救急センターで働く全員に自己改革を図るチェックシートを配り、このシートを使っていつも自分をチェックし、自分自身を高めるよう促した。

たとえば、医師や看護師であれば、「出勤前に必ず、鏡の前で一度ニッコリと最高の笑顔をつくる」という項目があった。これはセンターのスタッフに課されていた習慣でもあった。一見単純なことであるが、やるかやらないのかで大きな差がつき、周囲に与える影響も大きく異なっていた。

朝起きたとき、人間はいつも上機嫌でいるとは限らない。無表情だったり、疲れきっている日もある。もし自己チェックシートがなければ、その無表情のまま、仲間や患者さんの前に立ってしまうという恐ろしいことになる。

このように具体的に課題を設定していくことで、一ヶ月経たずして救命救急センターのメンバーたちは見違えるように変化していった。

失敗は許されないが、その失敗をカバーしあえないのはもっと許されない

林氏が救命救急センターを運営していたとき、「失敗は許されないが、その失敗をカバーしあえないのはもっと許されない」というモットーがあった。失敗はしてはいけないし、失敗しないよう努める姿勢も救命救急センターで働くものなら誰でももっていなければならなかった。しかし、人間である以上、失敗は避けられないし、その可能性は誰にも存在している。

そうであるならば、なにより大切なことは、失敗を起こすまいとする努力以上に、失敗が起きたときに、その影響をできるだけ軽微にすませることであった。したがって、それが組織に起きた失敗なら、その責任は特定の個人に負わせるのではなく組織のみんなで分担されなくてはならない。

当然、失敗がそれ以上大きくならないよう努める責任もみんなに平等にある。もし失敗が放置されたら、責められるべきは失敗した人間でなく、それを放置した人たちなのである。

それは連帯責任などという仰々しい問題ではなかった。家の火事には家族全員に消化責任があるという、ごくシンプルな考え方であった。ボヤが発生したら、それが火事にまで広がる前にとにかくみんなで水をかけよう、気がついた人が真っ先に消火にあたろうと。

それができない人は火事を起こした人よりも責任が重い。失敗やミスよりも、同僚や仲間のミスをカバーできないことのほうが恥ずべきことであった。

林氏はこのような考え方で救命救急センターという組織を運営していた。また組織のメンバーに対してもそうであるように要求した。したがって、この救命救急センターでは誰かがミスをしたとしても、すぐにそれを別の誰かがカバーやフォローして小さなミスが大きな失敗に広がるのを未然に防ぐことが徹底されていた。

5 アメリカから見学に来ていた医師たちは、そうした連携プレーにひどく感心して、「アメリカの病院では考えられない。アメリカだったらまず、なぜ失敗したのか、誰がいけなかったのかなどと分析や犯人探しが始まるはずだ」と述べていたほどであった。

10 目的と目標を取り違えない

「病気はウソをつかない。間違えるのはいつも医者の方だ」これは林氏が、若いドクターによくいう言葉だった。これまでの経験や技術論など目の前のことにとらわれて大きな目的を見失ってはいけない、目的と目標を混同して、その主従関係や優先順位を取り違えてはいけないという教えである。

15 医療の場における最大の目的は、「患者さんの命を救うこと、その病気を治すこと」にあるのは疑いようのないことである。そのために持てる技量をすべて注入することが当面の目標であり、それは医師としての義務であり責任でもある。

たとえば、林氏がケタ違いの医療をして、瞳孔拡大や心肺停止の患者さんでも後遺症なしで社会復帰させようと宣言したとき、周囲の反応はかんばしいものではなかった。

20 毎朝の会議においても、「林先生、そんな夢みたいな話をしないでください」こういった反応が大半を占めていた。そこで林氏は、「夢みたいなというのなら、その理由をあげてください」と反論した。

「だいいち、前例や治療実績がありません」

25 「世界でも初めてのことをやろうというのだから、前例がないのは当たり前です。できないという医学的な理由をあげてください」

「瞳孔が拡大しているということは、脳幹細胞が死んでいることを意味するから、たとえ生命を維持できても植物状態は免れないはずですよ」

確かに、それは医学的に正当な意見だった。しかし、瞳孔拡大という現象はその他にも脳幹の細胞膜の機能消失からも起こりうることで、もし彼が言うとおりに脳幹細胞が完全に死んでいるのであれば、患者さんを後遺症なしで復帰させることは不可能であるが、細胞膜の機能消失で留まっているのであれば、その可能性はまだ残っているはずだ。

「脳幹細胞の死なのか、細胞膜の機能消失なのか、区別がついているのですか」

「たとえ細胞を取り出して検査しても、それを区別できる測定法がありません」

「それなら無理だとは言えないのでは？ 少しでも可能性のある治療から始めてみましょう」

こういうことまでして、はじめて目的達成までのプロセスが動き出す。何ができて何ができないのか。すべきこと、すべきでないこと。それらをひとつひとつ見極めて、できることから順次解決していった。

また、この救命救急のチームでは、「目標を簡単に変えない」ということが徹底されていた。目標は全員で討議し、林氏の一存で決めないのはもちろんのこと、途中でもっとよさそうなアイデアが浮かんだとしても、まず決めた目標を達成することに強くこだわっていた。

もちろん、新しいアイデアについて調べたり、よい部分を取り入れたりすること、ときには目標自体を置きなおすこともあった。しかし、そういったときには、必ずもう一度チーム全員で討議し、目標を決め直していた。

これらは、チーム全員が目標に対して迷うことなく全力投球するために必要だと林氏は考えていたのであった。

最後の一瞬まで力を抜かず、更に高い水準を目指す

実際、林教授自身も大学病院の救命救急センターを開設してから三年間、一件の事故やトラブルもなく経過したとき、それまで週に一本程度書けていた論文が、なぜか十日たっても一行も書けないという事態に陥ったことがあった。「センターを事故なしで運営できたのは我ながら快挙だ」と満足感や達成感を覚えたとたん、一時的であるにせよタガが外れて、急激な能力の減退を招いてしまった。

どんなに大きな成果をあげたにしても、「やった！」、「成し遂げた！」、「これで十分だ！」、「できた！」、などといった達成感覚を意識したとたん、目標に向かうエネルギーが低減してしまったのであった。

林氏は、高いハードルに挑んでいるとき、あるいは物事をもう少しで達成できるというときにこそ、最後の一瞬、最後の一ミリまで力を抜かず、緊張感と集中力を保つことの重要性を再認識し、「ここからが本番だ」と考え直し、より高い医療水準を目指していった。

専門分野の壁を越えたチーム組織編制

この組織には、従来の医者と看護師の協力体制に加えて、臨床工学技士と臨床薬剤師も参加していた。そしてそれぞれの知識と技量を結集する四群一体の仕組みをつくりあげていった。

毎朝行われるカンファレンス（会議）には専門分野の壁を越えて全員が参加した。問題点を徹底的に討議、検証してあらゆる情報を共有させた。一つのテーマについて全く別の様々な視点から検討することができ、ミスや不足部分も相互にカバーしあえるようにし、文字通りの「統合救命医学」を実現していった。

5 また、アメリカの海兵隊方式にならって、若手二人と中堅リーダー一人の三人一組で一個のチームをつくるようにしていた。その中で若手がミスをした場合、叱られるのはリーダー格の中堅であった。質問に答えられないと本人を叱るのではなく、それを教えていなかった指導医に問うという方法をとっていた。

10 自分がわからないと先輩が叱られる。これは本人にとっては自分が叱られるよりもつらいことであったはずである。しかし、これが「教育」となる。過去のデータを一覧できる集中管理モニターの前で三人が熱心に議論していたり、カンファレンス（会議）に備えて朝六時から発表の練習などを行っている光景が当時、センターのあちこちで見られた。

15 患者さんのベッドサイドデータの共有化が医療を変えた

自分がもし患者の家族なら、この救命救急センターで一番優秀な先生や看護師に診てほしい。怪我がいくつもの分野、たとえば頭やお腹、肺に及んでいる場合には、その分野で一番よくできる先生に診てほしいと考えるが当然である。林氏は、それにどうこたえるかという課題を医療チームに出していた。

20 しかし、なかなかその答えを出すことはできなかった。

最終的には、当時においては画期的だった LAN システムの構築によって、医療スタッフが、患者さんのベッドサイドデータをリアルタイムで医師室や看護室から二十四時間いつでも画面で見られるようにし、新しい集中管理法と今までにない診療体制をつくるに至った。

25 これによって情報の共有化は飛躍的に高まった。その結果、現在の患者さんの状態がどうなっているか、過去の検査データはどうか、といったことなどが自分の部屋や会議室からでも逐一モニタリングできるようになり、指導医も担当医や看護師などの報告を待つことなく自分で確認することが可能となった。そうして、指導医が直接患者さんの治療に加わることができるようになった。

30 つまり主治医よりも林氏の方が先に患者さんの血圧の変化などを把握できるようになったわけである。「先生、血圧が下がりました」、「もう十五分前から下がっているぞ。何を見ているんだ」といったやりとりが行われるようになった。このことは、多くの患者さんを救うことになった。

したがって、これまでは通用していたかもしれないあいまいな報告などもいっさい通用しなく

なった。これは現場の医師にとっては緊張感を強いられる“恐怖のシステム”であったのかもしれない。

また、情報を共有化するため、どんな問題に関しても「全員協議、全員当事者」が原則であった。何か問題があったら、それが夜中だろうと早朝であろうと、スタッフ全員が集合して解決策や対策を検討することをルールにしていた。非番で寝ている人も例外ではなく、眠い目をこすりながら駆けつけてくるのであった。

こうしてベテランも若手も関係なく、全員で徹底的に議論して問題点を洗い出し、打つべき手を明確にしていく。失敗やミスがあった場合にも、当事者だけを呼んで注意したり、叱ることはなかった。必ず全員の前で、何がいけなかったか、どうすれば防げるか、他の人がどうカバーすればいいのかといった点を全員で討議し、人から言われるのではなくメンバー各々が自覚できるようにしていった。

失敗まで含めて、全員が同じ問題を共有し、同じことで悩む、そのための議論、討論は極めて厳しいもので、毎朝“医学的バトル”から一日が始まる診療体制がとられていた。

林成之氏のリーダーシップ

林氏は、救命救急センターのリーダーとして深く心がけたことがあった。それは、自分の欠点や間違いを素直に認め、仲間の失敗を責めるよりはそれをカバーしあい、互いの長所を褒める、そういう組織の風土づくりに自ら率先して努めるということであった。

つまり、頭が良くて、熱意があって、決断が早いということだけではなく、自己中心的ではない、自分の欠点を言えて、自分の間違いを認める、そして改める力を兼ね備えた人間としての強さ・大きさを自らが発揮しつづけることであった。

林氏自身もリーダーの地位に安穩としていたわけではなかった。週末以外はたいてい病院に寝泊りしていたし、緊急手術を何件かこなしたあとでも、時間のあるときは夜中の三時ぐらいまで勉強をしていた。

毎朝のカンファレンス（会議）での議論も、林氏は「自分対全員」のバトルだと考えていた。「どのような問題においても常に全員を説得できなければ、リーダーとして失格だ」と緊張感を持って常に職務を遂行していた。

そこまで自分にも他人にも厳しくしたのは、このセンターが目指したのがふつうの医療ではなかったからであった。それは単に患者さんの生命をつなぎとめるのではなく、脳に障害を残さず社会復帰させる「ケタ違いの医療」という、飛び抜けて高い頂を目指していたことに他ならなかった。

脳低温療法の開発

このような組織から生まれた成果は小さくないもので、多くの新しい知識を得るとともに、いくつかの画期的な治療法を開発することができた。

5 世界で最初に編み出した「脳低温療法」（脳の温度を低く保つことによって損傷した脳を回復させる新しい脳蘇生治療法）は、その大きな成果の一つであった。

また、治療や研究を重ねていく過程で、否定思考は脳の働きを減殺してしまうこと、脳は一貫性や左右対称を好むことなど、脳の持つ様々な特性が明らかになってきた。

さらに、新しい考えや創造的な発想、高度な集中力や判断力のもとになる脳の仕組みが解明
10 されるなど、目標達成のための脳の可能性についても多くのことを知るに至った。

最強の救命救急チーム

15 林氏をリーダーとする救命救急チームは不可能を可能にすることに成功した。運びこまれてきた重症の患者さんを治して、後遺症なしで退院させる。その目標を四割という高水準で達成することができた。

また、命のかかった厳しい環境の中で医療事故や訴訟が在任期間の十一年間（1994年～2004年）で一例もなかった。

20 この数字は救急患者の治癒率としては飛び抜けて高いもので、欧米からもたくさんの医療関係者が見学に訪れ、このチームのノウハウを学んでいった。

林氏は、共有の仕組みをつくって組織の活動力を高めていったが、決して「仲良しクラブ」をつくるためではなかった。仲間意識を高める、失敗をカバーしあう、叱るよりもほめる。そうして組織力を向上させる努力はしたが、それが互いのもたれあいや甘えにつながるような依存的な組織になることを厳しく禁じていた。

25 「笑顔を浮かべろ」、「顔がこわばっていたら、マッサージしてでも笑顔をつくれ」とよくスタッフを励ました。救命救急の仕事は顔がこわばるようなことの連続である。だからこそ、それに携わる人は努力して笑顔の見える前向き姿勢を引き出せる環境をつくらなくてはならない。

悲壮感をもたず、肩の力を入れすぎない、それでいてすごい技術を発揮し、ケタ違いの医療を実現していく。

30 「笑顔を大切に、すごいことをやろう」これが林氏の密かなモットーであり、そのことが可能になれば、互いに切磋琢磨しながら失敗をカバーしあえる、“強くやさしい”組織ができあがり、おのずとケタ違いの医療も実現できる。救命救急センターにおける林氏の組織づくりの最終目

標はここにあった。

(参考文献)

1. 林成之 「思考の解体新書 独創的創造力発生のメカニズムを解く」(2008) 産経新聞出版
2. 林成之 「望みをかなえる脳」(2009) サンマーク出版
3. 林成之 「体感! 思考力の鍛え方 仕事に負けない〈勝負脳〉」(2010) JIPM ソリューション
4. 林成之 「能力開発マップのススメ 凄い才能を自分で創る」(2009) 日本放送出版協会
5. 林成之 「〈勝負脳〉の鍛え方」(2006) 講談社
6. 林成之 「ビジネス〈勝負脳〉脳科学が教えるリーダーの法則」(2009) KK ベストセラーズ
7. 林成之 「脳に悪い7つの習慣」(2009) 幻冬舎
8. 日本大学医学部附属板橋病院ホームページ
9. 日本大学ホームページ
10. YouTube 命を守る人びと (日本大学医学部附属板橋病院救命救急センター)
11. 柳田邦男 脳治療革命の朝 (あした) (2002) 文春文庫

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

不 許 複 製

慶應義塾大学ビジネス・スクール

共立 2010.7 P0