

エビデンスに基づいて 患者さんにとって最も適した 治療法は何かを模索する

チーム医療を医療の現場で行う、1番の目的は、患者さん中心の医療を実現することにあります。

2007年4月1日スタートの「がん対策基本法」でも、その必要性が声高に叫ばれています。

前回までに、がんの放射線治療を通して、日米のチーム医療の相違をみてきました。今回からは、チーム医療を構成するメンバーに焦点を当て、その役割からチーム医療の目指すところを、説き起こしたいと思います。チーム医療先進国のアメリカでは、日本ではほとんど聞いたこともない職種が登場します。まず、チーム医療を構成するメンバーについて、おさらいします。

がん医療の診療科を、見てみましょう。まず、日本の場合で

す。胃がんなら「消化器科（消化器外科）」、肺がんなら「呼吸器科（呼吸器外科）」、乳がんなら「乳腺科（乳腺外科）」、白血病なら「血液内科」などと臓器別に診療科が分かれています。私たちも、がんの種類別に診療科を選ぶことが多いと思います。こうした臓器別の診療科は、アメリカでも基本的には一緒です。では何が違うのでしょうか。

日本では、それぞれの診療科で、1人の主治医（大部分は外科医）が、手術から抗がん剤治療までを受け持つことが多いのが実情です。放射線治療については、実際の放射線照射については「放射線科」が行いますが、照射するかどうかの決定権は、それぞれの臓器別診療科が決めていることが多いのです。

このように、日本のがん医療では、縦割り社会がきつちりと、

連載13・元気が出るチーム医療

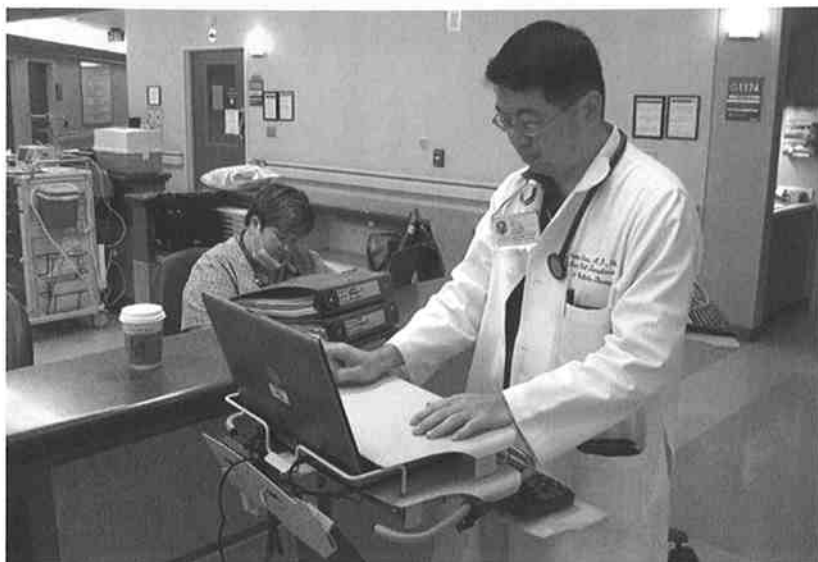
患者中心の医療実現に 欠かせないチーム医療

この連載の趣旨は、「チーム医療」を1つの「ものさし」にして、日本とアメリカのがん医療を比較検討し、それぞれの現場が抱える問題点を考察するのが狙いである。

アメリカ側の代表として、全米で1、2を争うテキサス州ヒューストンにあるテキサス州立大学MDアンダーソンがんセンターを、今回も取り上げ問題点を考察する。

患者さんにとってなぜ、チーム医療は必要なのだろうか――

小嶋修一・TBS報道局解説室



「看護師や薬剤師との協力関係を30年かけて築き上げてきました」と語る上野直人さん

専門とする腫瘍内科医がいます。放射線でも、乳がん専門の放射線治療医がいます。

そして、何よりも欠かせない乳がん専門の病理診断を行う病理医がいるのです。こうした専門の医師たちが、エビデンス（科学的な根拠）に基づいて、患者さんにとって最も適した治療法

は何かを議論していくのです。こうして患者さんが主人公の医療が、展開していくのです。

チーム医療を支えるプロたち

日本では、とかく、外科医が主導する形のがん医療となりがちですが、アメリカでは、主治医は、その人のがんによって変

わってきます。がんの種類や進行度などによって、腫瘍内科医が主治医になったり、腫瘍外科医や放射線治療医が主治医になったりするのです。

コメディカルも多種多様にわたっています。詳細は次号以降に譲りますが、看護師だけでも実にさまざまな「プロ（専門家）」が活躍しています。

特筆すべきは、「上級看護師」でしょう。診察や治療薬の処方ができる他、採血やX線検査の指示も可能ななど、日本では医師でしかできないことも、看護師ができるようなシステムになっています。

また、新しいエビデンスを生み出すきっかけとなる「臨床試験」ですが、その実施に欠かせないのが、患者とのコーディネーター役の「リサーチナース」です。こうした看護師も日本では、あまり見かけませんね。さらに、薬剤師やソーシャルワーカー、さらに製薬会社のMRも、チームのメンバーであるなど、驚くほど多くの職種がチーム医療に参加して、1人ひとりの患者のために働いているのです。

チーム医療の発祥の地とされ

る、MDアンダーソンがんセンターの准教授の上野直人さんに聞きました。

「MDアンダーソンでのチーム医療への取り組みは、およそ40年前から、始まりました。チーム医療は、最初、医師の間でのコミュニケーションから始まって、15年ほど前に、上級看護師や臨床薬剤師も含めたかたちとなりました。

上級看護師は、医師の管理下という条件はつきませんが、診察ができて、処方せんも書けます。場合によっては処方もします。もちろん必要に応じて、医師にアドバイスをします。

看護師や薬剤師の専門性を高めていくと、このように医師の仕事と重なる部分が出てきますが、それをお互いに、どのように協力していくかを30年かけて築き上げてきたのです」

医師を頂点とするピラミッド社会

日本の医療の現場では、医師を頂点とするヒエラルキー、ピラミッド型の社会ができあがっています。医師の指示の元、看護師や薬剤師が、その指示通り

でき上がっているというのが大きな特徴になっているのです。これに対して、アメリカの場合、それぞれの臓器別の診療科の中に、多くのプロフェッショナルがいるのです。

たとえば、乳腺科をみてみましょう。まず、乳がん専門の外科医である乳腺外科医がいます。化学療法については、乳がんを

に働いているという構造です。命令系統がはっきりとしているので、「命令伝達型組織」といえるかもしれません。

こうした組織では、医師の指示が的確・迅速ですと、組織が効率よく動くというメリットがあるといわれます。その一方、医師が仮に間違った判断をして、それをすぐに修正する力が働かないことが往々にして見られます。それが欠点だともいわれます。

チーム医療では、どうでしょうか？ 医師も看護師も薬剤師も、その他のコメディカルも含め皆、同じ土俵の上に立って仕事をしています。対等な立場にあるということ。しかも、チーム医療の中心は患者です。チーム医療において、1人の患者さんの治療方針を決めるということは、ときには、患者さんもまじえた議論を積み重ねることで初めてなされるもので、その分、時間もかかります。しかし、多くの専門家がそれぞれ自分の得意とする分野で責任を持って発言するので、最高の医療を提供することが可能なのです。

チーム医療の基本は コミュニケーション

アメリカのチーム医療の現場を取材して最も大きな違いであると感じることは、それぞれの職種の中の「距離」です。日本の病院でも、医師の近くには必ず看護師がいて、忙しく仕事をしていますが、お互いの間では、必要最小限の会話しかありません。日本の医療現場は、どこも、相当な忙しさなので、冗談を言うヒマも雰囲気もないのはわかりますが……。

アメリカでは、病院のどのスタッフルームも、いつも大変にぎやかです。医師や看護師、薬剤師などが、よくコミュニケーションをとっているからです。もちろん、患者さんとのコミュニケーションが大切なこともよく知っています（そのため、すべての医療者は、「コミュニケーション・スキル」を、きちんと学ぶことになっています）。スタッフの間でも患者との間でも、十分なコミュニケーションを取ることで、お互いをよく知ることができて、自ずと信頼関係も醸成できます。そして何

よりも、こうした信頼関係を築くことで、実際の臨床の現場でも、お互いに遠慮なく、意見を出し合うことができます。プロ意識が高まれば高まるほど、お互いの間違いを指摘したり、自分の主張を述べやすくなったりするのだと思います。さらに、患者さんに関する情報を、スタッフの間で共有することも可能となります。

こうして、十分なコミュニケーションをとることは、最終的には「患者」に還元されるわけですが、患者中心の医療はコミュニケーションに支えられているのです。

再び、上野直人さんです。「患者さんの治療方針については、よく話し合っています。医療関係者は、話し合いのためには時間を作ることが、何よりも大切な責務だと考えています。話し合いは電話の場合や、会議をする場合、また、メールなど全く顔を会わせない場合もあります。

ここで大切なのは、よく話し合っただけで基本方針を決めておくという事です。その基本方針は、どの医師、あるいは、どのスタ



上野チームの打ち合わせ風景

ッフに聞いても、皆同じになるようにする努力が必要です」

そうした話し合いの具体的な場として、「チーム・カンファレンス」があります。チーム医療のメンバーが集い、患者の今後の治療方針を徹底的に議論する場です。おのおのが持つ専門知識を披露して、ときには、意見を戦わせて、「患者にとって最高の医療」の青写真を作り上げていく場です。

また、「チーム回診」があります。MDアンダーソンのチーム回診は、次号以降で詳しく取り上げますが、医師や臨床薬剤

師、上級看護師を含む4〜5人で行うものです。回診は、MDアンダーソンでは、チーム医療の根幹をなすもので、日本では考えられないほど濃密なものとなっています。「患者にとって最高の医療」を実践する場があります。

チーム医療で、知識・技能をブラッシュアップ

チーム医療に参加することで、それぞれのメンバーは、知識や技能をブラッシュアップさせていくことができます。看護師を例にとってみます。

チーム医療の中にいることで、臨床看護師は、「患者にとってより良い医療を実現させるために」、さらに勉強して、より上級の資格を取ろうと考えます。資格を取ること、役割が拡大

し、仕事の内容もやりがいのあるものとなり、給料も上がるばかりでなく、社会的地位も向上します。チーム医療の中で発言力も高まり、チームの中での責任も増します。そこで、もっと勉強し、さらに上級の資格を求めようというモチベーションが高まるといわけです。上級看護師になると、日本では想像もできないくらい、社会から尊敬される立場になります。こうして、プラスの連鎖「ができ



患者さんと談笑する上野さん

あがるのです。チーム医療は、医療者それぞれの教育の場（自己研鑽の場）ともなるのです。最後に、チーム医療は日々進化しているということです。

「このように、試行錯誤を繰り返しながら現在のかたちになりました。しかし、現在のかたちも通過点にすぎず、今後も進化は続き、決して1つのかたちにとどまることはないのです。

また、医療環境が異なるアメリカと日本では、自ずと、チーム医療も違った形態をとることになるのではないのでしょうか。ただ、どのような態勢にするかによって、患者さんの満足度に歴然とした差が出てくること、患者さんの主体的な態度を引き出せるかどうか、チーム医療にかかっていることだけは、しっかりと認識してほしいと思います」（上野さん）

MDアンダーソンのチーム医療も、まだ発展途上にあるのです。

上野さん自らが がんと診断された

次に、チーム医療における医師の役割を考えてみたいと思

います。医師は、船にたとえれば、舵取りをする船長だといえます。船長である医師が、治療の全体像をきちんと把握していれば、個々の治療に関しては、その分野の専門家に任せればうまくいくという考え方は、

「医師は何ができて何ができないのかを自分自身で把握し、できないことを誰に任せればよいのかを知っておくことが大切です。一方、コメディカルの人はいかに自分の役割を拡張、責任をとるかということを考える必要があります」（上野さん）

チーム医療に携わって20年近いという上野さんですが、最近、チーム医療とは何かを身をもって感じる体験をされたということです。

上野さんご自身に、最近、がんが見つかったということです。左大腿部の上皮にできた肉腫、ひだりたいぶが「悪性線維性組織球腫(MFH)」あくせいせんせいそしききゅうしゅで、転移はなし。これまでに、手術で病巣はすべて切除されたそうです。

私は、その事実を、2008年1月末、上野さんからいただいたメールで知りました。そこでは、がんを告げられたときの

心境が、包み隠さず、書かれています。そのひと言ひと言は、多くの患者にとって、役立つものであると感じました。そこでご本人の許可を得て、その一部を掲載します。

助けを求めたら 助けてください

「先日、私はがんと診断されました。覚悟はしていたのですが、そのショックは予想以上のものでした。ほかのがん患者と何ら変わらず、その不安から、今後向かうべき、自分の人生の方向」も、見失いそうになりました。

私は「腫瘍内科医」で、とりわけ多くのことを知りすぎているので、なおのことでした。知っているとすることは、こんなとき、何の助けにもならないですね（笑）。

さて、医師からがん告知を受けた日、私は、長い眠れぬ夜を過ごしたあと、いつもどおり職場に行くことを決めました。これは、「クレイジーな考え」に陥ることを避けるための有効な対処法となりました。その翌日と翌々日には、外来で患者の診



上野チームのスタッフたち

療も行いました。

今の自分を取り巻く状況を、私は、「運命」として受けとめています。未来はどうあろうとも、今は、とにかく、がんと闘っていきます。この体験が、医師として、研究者として、さらに人間として、より私を成長させてくれることを望んでいます。今後の数週間は、精神的にも肉体的にも、休息が必要かもしれません。しかし、いかなる状況においても、私は、200パーセントのエネルギーを持って復帰するつもりです!!

なお、私はあらゆることに対して、全てオープンなコミュニケーションが大切であると信じています。私の病状について質問があれば、遠慮なく聞いてください。「噂話」は、何の役にも立ちません。

そして、どうか私を「普通に」扱ってください。「気を遣っていたり、気持ちはありがたいが、がんです。しかし、がん患者にとつては、「普通に扱ってもらえないこと」ほど、つらいこともないからです。

今後、もしも私に、支障をきたすようなことがあったときには、すぐにお知らせしますし、助けを求めたいと思います。既に、今、そうさせてもらっています。助けを求めたら助けてください。これからも変わらぬお付き合いを願っています」

上野さんのがん体験から学ぶ、最も大きなことは、やはり、患者本人は、普通の生活を送り、

周りの人も、これまで通りに付き合うということではないでしょうか。がん告知を受けた上野さんが、悲嘆にくれて朝を迎えたものの、やはりいつも通り、車で病院に出勤し、いつも通り臨床や研究の生活を送ったことで、本来の自分を取り戻すことができたのだと思います。

そして、こうした上野さんの個人的な体験が、チーム医療では、すぐにプラスの効果をもたらしたといえます。がんであることを、上野さんのチームのメンバーすべてに、すぐに打ち明けた。すると早速、「患者中心の医療」をチームがどのように具体化するかを、患者である上野さん自身が、身をもって味わったということです。これは、本人にとつても、他のチームのメンバーにとつても、貴重な体験だったといえます。

(続く) ㊟

こじま しゅういち

1960年埼玉県蕨市生まれ。慶應義塾大学文学部フランス文学科を経て、TBS入社。報道局社会部記者や「ニュースの森」編集長などを経て、現在、解説・専門記者室所属。専門は医療・社会福祉・環境など。がんや難病・薬害などを精力的に取材。趣味は登山、マリンスポーツ、クラシック音楽など。著書に『ドキュメント医療不信』（エール出版社刊、共著）『山がくれたガンに負けない勇気』（山と溪谷社刊）など