

## 特別レポート◆◇ 日本の医学生が見た M.D.アンダーソン

慶應義塾大学医学部 6年

村上 紘一



私は、2010年3月29日～4月2日の5日間にわたり、The University of Texas MD Anderson Cancer Center (以下 MDA と略す。) の上野直人先生のご厚意により、[アメリカ No.1 のがんセンター](#)であるMDAを見学させていただく機会を与えていただきました。[チームオンコロジーの掲示板](#)にも滞在中の記録を書かせていただきましたが、今回はこの経験を踏まえて感じたことのまとめとして、レポートの形で書かせていただきます。まだ学生で、現場の本当の苦しみを知らないからこそ、こんな能天気なことが言えるのだという批判もあると思いますが、一学生の意見として参考にしていただければ幸いです。

### 1. 職種の垣根を越えて

#### ■病棟でのチーム回診

MDA では、病棟担当医が中心となり、毎日朝8時からチームでの回診が行われていた。このチームは、医師1人、Advanced Practice Nurse(APN) 3人、Clinical Pharmacist 1人、Data manager 2人が主なメンバーで、そこに各病棟でClinical Nurseが加わる。彼らは、職種ごとに受けてきたトレーニングが異なっており、当然患者さんを見る時にも重視するポイントが少しずつ異なっている。回診中は活発に議論が行われており、その中で、自分の専門外の部分については他の職種のスタッフに質問することで、お互いに自分に足りない部分を補っていく。時には冗談も言いながら、明るい雰囲気で行われていく。チーム内に特別な上下関係は見られない。傍から見れば、誰が医者なのかもよく分からないくらいであった。



M.D.アンダーソンがんセンター(MDA)の病棟の外観(筆者写す)

#### ■外来診療－内科医と外科医の併診

外来でも、医師はPhysician Assistant 1人とペアのチームで診療に当たり、問診や身体所見などはPhysician

Assistant が一通り取った後に、その情報を受けて医師が診察を補足的に行い、患者さんと今後の治療方針について話をするシステムになっていた。Physician Assistant が患者さんとコミュニケーションを取っている間に、医師は患者さんのかかりつけ医と電話で連絡を取ったり、カルテ記載の業務を済ませたりといったことを済ませるため、患者さんは医療者と話をする時間が必然的に長くなる。そのため、質問する時間を十分に取ることが出来、これが患者満足度を高めているように感じた。

また、がん患者さんに対しては、内科医と外科医が併診という形で初めから関わっており、内科医と外科医は時間を調整して必ず直接話をする。これによって手術後のフォローアップを内科医が行う場合も、術前に内科で化学療法をして手術に移行する場合も、どちらも患者さんには比較的抵抗なく移行していくことが出来るうえに、医師同士もお互いを教育していくことになり、様々なプラスの効果をもたらしているように感じた。

### ■日本のチーム医療の現状について

日本でもチーム医療という言葉はよく聞かすが、実際に職種間でのコミュニケーションを深める事によってお互いの仕事に相乗効果をもたらしているような病院はまだ多くないように思う。日頃私が実習している慶應義塾大学病院でも、他職種・他科ときちんとしたコミュニケーションを取って本当のチーム医療を実践されている先生もたくさんいるが、病院全体に広がっているかと言うと、まだそこまでは至っていないのが現状であると思う。

特に電子カルテを使っていない病院では、カルテ上に様々な情報が書かれているものの、読みにくいものも多い。これでは、看護師が医師の記録を見て、何に注意すべきか、医師はどのように判断しているのか理解するのは難しいと思う。そのわりに、医師、看護師はコミュニケーションを取る場面が少ないと感じる。慶應義塾大学病院では、経験を積んだ医師と看護師が間に入ってコミュニケーションを取る場面も見ることがあるが、個々の医師の気持ちのように依存しているのが現状であるように感じる。本来は医師も看護師も、患者さんのことについて疑問点や注意すべき点などがあれば、働いた経験年数に関わらず、何でも相談しあえる環境が理想ではないかと思う。

### ■コミュニケーション・スキルのトレーニング

一方、アメリカではこれらをコミュニケーション・スキルとして捉え、全員が対等に一定レベル以上のコミュニケーションを取る事が出来るようにトレーニングされている。実際に回診で病棟を回っている時に見るとどのチームを見ても、雰囲気には大きな違いはない。看護師は医師とは違う視点で患者さんを見ているのだから、患者さんから得る情報が医師と異なっているのは当然であり、お互いにどちらが上か下かなどということを考えるのではなく、対等な立場でお互いを補い合う姿勢を持つべきである。その双方の情報をきちんと患者さんのケアに生かすことが出来れば、より質を高めることが出来るのではないだろうか。



Academy of Cancer Expert (ACE) の第 2 回ワークショップ (2009 年) の模様。右から 3 人目より、MDA の Janis Apted、Richard L. Theriault、Larry Neiman の各講師

例として、慶應義塾大学では、MDA と聖路加国際病院と提携し、がん医療に携わる若手の医師・看護師・薬剤師を対象に ACE (Academy of Cancer Experts) というプログラムを行っており、これらの職種間でコミュニケーションを取る中でそれぞれの立場の違いを理解し、チーム医療を実践していくためのリーダーを養成していくという試みが行われているが、こういった取り組みが全国的に広がっていくことが重要であると思う。

■ 日本の医療従事者間の相互理解、コミュニケーションを深めるために

また、相互理解を深めていくための大前提として、医師は看護師・薬剤師がどんな教育を受けているかよく分かっていないように思う。逆もまた然りだろう。少なくとも、医学部教育の中で看護師・薬剤師がどのような教育を受けているか私は聞いたことがない。相手のことを理解せずにきちんとした質の高いチームを作れるとは思えない。

もちろん、日本の医療現場は、医師も看護師も常に慌ただしく仕事をして、空いている時間には書類作成に追われるなど、アメリカより余裕がないのは事実だと思うが、今よりほんの少しだけでも医師と看護師でコミュニケーションを取る時間を意識的に作ってみるだけで、大きな違いが生まれるように思う。もし、余裕がないことが大きな原因であるのならば、医師や看護師の仕事をサポートする職種を導入すべきである。実際に医師が行っている業務の中で、医師の専門的な能力を生かした仕事は何割あるだろうか。残りを他の職種に振り分け、医師が医師にしか出来ない仕事に集中できる環境を整備出来れば、医師数自体を増やさなくても、医師数を増やすのと同様かそれ以上の効果が得られるのではないだろうか。

また、卒前教育の時点で医学部の学生と看護学部や薬学部の学生などでチームを作り、コミュニケーションを取る練習を授業などで取り入れても良いのではないだろうかと思う。もう既に価値観が一度身に染みついてしまった人がその価値観を壊して新たに作り直すのはとても大変な作業だが、現場に出ていない段階でお互いに何が得意で、何が苦手かということ、相手のどのような能力が自分を助けてくれるかということを理解するのは、おそらく有用だろう。

一気に MDA のような病棟の雰囲気を変えることを望むことは難しい。しかし、少しずつでも変えていくことは可能ならばである。繰り返しになるが、まずは医師と看護師が少しずつでもコミュニケーションの量を増やしてみる事からだと思う。それによってお互いの理解が深まれば、病棟の雰囲気も今よりも明るくなり、お互いに短所を



Japan TeamOncology Program(J-TOP)のワークショップ“The 3rd TeamOncology Workshop”(2009年)で行われた、MDAのJanis Apted氏の講演“Leadership & Communication”の様様。チーム医療に不可欠なコミュニケーション・スキルやリーダーシップなどを実習

補い合い、長所をより発揮していくことが出来るチームに近づいていけるのではないだろうか。

## 2. 患者教育

### ■ 医師によく質問する MDA の患者さん達

MDA で回診や外来を見学させていただいた中で驚いたことの一つとして、アメリカでは患者さんがとにかくよく質問することが挙げられる。医師もそれを当然のものとしており、むしろ何回も「質問はないですか?」、「他に何か困っていることはないですか?」と質問を繰り返し、患者さんに出来る限り多く話をしてもらおうとしていた。たとえ患者さんが「今日は調子がいいですよ。」と言った場合でも、「それはよかった。」では済まらず、「具体的にどういう風に調子が良いですか?」と質問する。そして、何か質問があれば、どんな些細なことでも丁寧に時間をかけて説明していく。メモは積極的に医師が書いて渡すし、録音も積極的に勧めていた。こうした地道な努力を重ねることで、医師への信頼度は自然と高まり、また患者さん自身の病気への理解が深まっていくように感じた。

### ■ 日本の患者さんについて

日本では、時々「先生にお任せします。」とおっしゃる患者さんを見かける。そして、いざ患者さんに医師が説明した内容を聞いてみると、何も理解していないということがしばしばある。こういった医師-患者関係は古くから日本に定着してきたもので、日本人の精神に合ったそれなりの良さもあると思うが、いまや情報技術が発達し、患者さんやそのご家族の方々は、その気になれば簡単にインターネットなどを使って自分で病気のことを調べる事が出来る時代である。何が科学的根拠のある情報か判断するのは簡単なことではなく、患者さんは聞いていてもよく分からなかった医師の説明よりもインターネット上のいい加減な情報を信じてしまうこともある。大体、いい加減な情報ほど自信たっぷりに書いてあるために、何も専門知識がない人が見れば、そういうものにすがってしまふ気持ちも理解出来ないことではない。

そういった事態を防ぐためにも、患者さんは、自分自身の命・人生に関わる重要な問題なのだから、分からないことを曖昧なままにするのではなく、積極的に医師の説明を理解する努力をするべきであるし、医療者は患者さんにそういう動機づけをするべきである。医師に質問する事をためらう必要はないし、任せておけば治してくれるはずだという盲目的な信頼は、上手くいけば信頼関係をより強めることが出来るかもしれないが、思い通りにならなかった場合には、不平・不満が生まれ、自然と対立感情が生まれるだろう。がんのように、必ずしも根治は望めないことがあり、それでも患者さん自身が長く付き合っていかなければならない病気については、特に患者さん自身が積極的に治療に関わっていくことが大切ではないだろうか。

### ■ 患者さんに正しい情報を伝えることの大切さ

例えば、MDA には、病院内に患者さんが医学関連の雑誌や教科書、さらには最新の文献まで調べる事が出来る患者さん用の大きな図書室があった。そこにスタッフが常駐していて、患者さんが自主的に正しい情報源を探して学習する機会をサポートする仕組みもあった。

日本でも、本屋に行けば売上げ上位に健康関連の本が必ずあるし、ワイドショーを見れば「～をすれば、健康になれる」といった類の健康関連の情報を見ない日はない。多くの人が自分の身体のことに興味を持っている

のである。しかし、情報の質が低いことが多い。正しい情報は簡単に目を引くような明るい情報ではないことが多い。そのため、利益を上げなければならないメディアにとっては難しい問題なのかもしれないが、メディアは国民の情報源である以上、その仕事に誇りを持っているのなら、正しい情報を与え人々を守る責務があると思う。医療従事者も積極的に正しい情報を発信する努力をすべきであるし、医療従事者だけでなくメディアも含めて科学的根拠のある情報をきちんと伝える地道な努力が必要であろう。

### ■ MDA におけるボランティアの大きな役割

また、患者教育ということに関して、MDA ではボランティアの方々が大きな役割を担っていた。ボランティアの中には、自分が元々MDA の患者であったという方も多くいらっしゃった。医師は治療法のエキスパートではあるが、自らがんに罹患した経験がある医師は多くない。悩みを聞き、共感し理解しようという努力は出来ても、自らの経験を基にアドバイスをする事はほとんどの医師には出来ない。理解したつもりになっても、理解しきれていないことが当然たくさんあるはずである。一方で、がんを患者として経験された彼ら、彼女らの存在や言葉は、医療者の言葉とは違った重みを持つだろう。実際に患者さんとボランティアの方々がお話をする場面を見学する事は出来なかったが、彼らの存在が患者さんたちの力になっていることは想像に難くない。

日本でも、がん患者の就労問題が世間で取り上げられつつあるが、彼らの多くはおそらくお金をたくさん稼いで豊かな暮らしをしたいと望んでいるわけではない。患者として一度、死とは何か、人生とは何か、という問いに真剣に向き合った自らの経験を社会の中で生かしたいという意識が強いのではないかと思う。日本の病院では、あまりボランティアという存在に馴染みがないように思うが、彼ら・彼女らの貴重な経験を医療現場に加えてもらうことを、もっと積極的に考慮しても良いのではないだろうか。

## 3. Translational Research

MDA はとても規模が大きいので、病院が蓄積しているデータの量が多く、それを解析するだけで、研究に十分な症例数が集まっている点が、大きな強みであると感じた。基礎研究を行う研究室も十分に整備されており、全ての研究が *in vitro*, *in vivo* の実験から最終的に臨床現場で生かすところまで一連の流れを想定して計画されており、translational research のお手本のようなものであった。

しかし、日本は国土面積がアメリカよりはるかに狭く、さらに一部の地域に人口が集中しているため、MDA のような大規模な医療施設を建設する事は現実的ではない。



MDA の Cancer Prevention Building (筆者写す)。このビルの中に MDA 腫瘍内科教授の上野直人氏のオフィスがある。上野氏は、MDA において基礎研究から臨床までを積極的に行っている

今後、国際競争の中で生き残っていくためには、大学間や市中病院なども含めた病院間での連携を強め、より大規模なデータベースを作るなど、日本の環境に合わせた一工夫が必要だろうと感じた。日本医師会の話などを聞いていると、どうもそのために乗り越えなければいけない壁は非常に高いように思うが、大学病院、市中病院、開業医の連携が強化できれば、研究という面だけでなく、患者さんの受け渡しもより円滑に行えるようになるだろう。

## 4. Making Cancer History

### ■ MDA の Mission と Vision

MDA が、なぜこれほどまでに素晴らしいチーム医療を浸透させることが出来たかという、“We shall be the premier cancer center in the world, based on the excellence of our people, our research-driven patient care and our science. We are Making Cancer History”という Vision を掲げ、それに向かって全スタッフが一丸となって努力しているからであろう。(参考に以下に MDA の Vision と Mission を掲載した。)MDA の先生方は、MDA に対してとても誇りを持っていらっした。Laboratory meeting を見学させていただいた際、ある先生が、「私たちは No.1 Hospital にいるのだから、責任を持ってしっかりとデータを世界に発信していかなければならない。」とおっしゃっていた。Mission と Vision を共有することで、この No.1 Hospital として世界のがん医療を先導していくという気持ちを、MDA で働いていらっしゃる全てのスタッフの方が共有しているのである。



2010年5月に発表されたMDAの新しいロゴ。“Cancer”に引かれた赤い線は、がんを撲滅するという病院のミッションを表し、ビジョンは下に明記されている

### Vision

---

We shall be the premier cancer center in the world, based on the excellence of our people, our research-driven patient care and our science. We are Making Cancer History

---

### Mission

---

The mission of The University of Texas MD Anderson Cancer Center is to eliminate cancer in Texas, the nation, and the world through outstanding programs that integrate patient care, research and prevention, and through education for undergraduate and graduate students, trainees, professionals, employees and the public.

---

### ■ 日本のがん医療の明るい未来のために

一方で、現在の日本のがん医療は、チーム医療の成熟度という点においても、患者満足度という点において

も、あるいは新たな治療を開発していく能力という点においても、海外に及ばない点が多いように感じる。まして、昨今の日本の医療界は、がん医療に限らず「医療崩壊」が叫ばれ、閉塞感に満ちている。MDA で“Making Cancer History”という Vision を共有して全スタッフが働いているのと同じように、将来に向けて夢や希望を持って仕事をされている先生は、日本にはどのくらいいるだろうか。

アメリカと日本を比較する話になると、大抵の場合、アメリカとは保険制度が違うから比べても意味がないという反論が出てくる。もちろん、アメリカの医療にも光と影の部分があり、アメリカの医療が理想の姿であるとも、アメリカを真似する事が最善であるとも思っていない。しかし、アメリカの医療には、日本よりも優れている面があることも事実である。

昨今の医療に対して、日本では多くの人が問題意識を持っているように感じる。それならば、他国のシステムの優れた面を取り入れる努力は、十分に価値があるのではないだろうか。急にすべてを変える事は難しいが、出来る事は一人ひとりに必ずあるはずである。一人ひとりが変わることは難しいことではない。それは医療従事者に限らず、患者さんたちにも、社会全体にも言えることである。

それに、日本には日本の良さがある。現在の厳しい労働環境に耐え、それでもなお患者さんのために働くことが出来る日本の医療従事者の誠実さ、勤勉さは世界に誇れるものであると思う。苦しい状況に耐えながら自己犠牲の精神を持って働くことを美德としてきたために、なかなかシステムを変える努力をしなかった面もあるのかもしれないが、日本には本当に世界最高の医療を行える能力があると私は信じている。出来る事ならば、その能力をもっと前向きに発揮していくべきである。今は暗い足元ばかりが見えているが、顔を上げ、前を見てみれば明るい未来を作る道が必ずあるはずである。

このレポートが明るい将来へ向けての夢を共有し、“Making Cancer History in Japan”を目指して立ち上がる医療従事者の力に、ほんの少しでもなれば幸いである。

## 謝辞

最後になりますが、今回の MDA 見学に際しましては、MDA の上野直人先生、慶應義塾大学医学部先端医科学研究所細胞情報部門教授の佐谷秀行先生を始めとして、多くの先生方に大変お世話になりました。この場を借りて改めて御礼を申し上げます。

また、上野先生を私に紹介してくれた友人の大西卓磨君にも、とてもお世話になりました。この場を借りて改めて御礼を申し上げます。

そして、この長いレポートを最後まで読んでくださった皆さんにも御礼を申し上げます。

(2010年6月執筆)