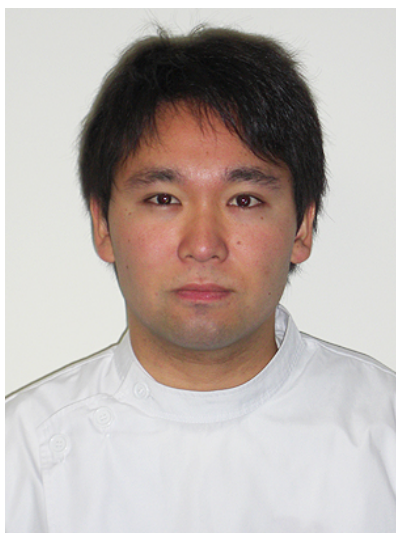


特別レポート◆◇ 日本の医学生が見た M.D.アンダーソン

岡山大学医学部 6年

濱田 健太



今回、所属する岡山大学において、海外の病院で「チーム医療」について学ぶ、という趣旨の募集があったので応募して、晴れて研修に行けることになりました。僕を選出して下さった先生方、研修先や研修時期を実際に調整して下さった岡山大学消化器腫瘍外科の田中教授と松岡先生、そして MDA で直接指導して下さいった上野先生をはじめとして、多くの人のご尽力の上に今回の研修が無事に終わられたことに大変感謝しております。この感謝の気持ちを少しでも患者さんに還元できるように、一生懸命に勉学に励みたいと思います。研修は 2008 年 8 月 18 日(月)～22 日(金)までの 5 日間でおこなわれました。今回のレポートは、あくまで学生である僕が、研修中に見たものや聞いたものから、自分が感じたことを自由に書き綴ったものなので、必ずしも事実とは一致しないところもありえるということをご了承下さい。尚、

レポートは研修の第 1 日目から順に 1 日ごとに分けて、僕が書いた順番通りに並んでいます。同じような内容ごとに、まとめている訳ではないので、似たような話が複数回にわたり書かれていることもあります。今回の研修は、卒業試験や国家試験の直前という、やや忙しい時期ではありましたが、逆に言えば、医師として実際に臨床の現場に出る直前の最高の時期に研修できたことを幸運に思います。今回 MDA で感じたこと、学んだことを忘れずに、4 月以降、仲間と大いにディスカッションしながら医師としての生活をスタートさせたいと思います。

◆◇◆◇◆◇ 研修 第 1 日 ◆◇◆◇◆◇

■エビデンスについて

上野直人先生が、病棟には 1 年で 4 週間しか上がらないというのを聞いて驚いた。医師が大学に残る意義は研究することにあると。それはなんとなく分かってはいたが、そこまで徹底しているとは思わなかった。M.D.アンダーソンがんセンター（以下、MDA と呼ぶ）では、エビデンス（治療の科学的根拠）を作るということを目的として、みな研究をしているそうだ。今までの学生生活であまり考えたことがなかった。EBM（Evidence Based Medicine：科学的根拠に基づく医療）といえ、論文を見つけてきてエビデンスを探し出すことだと思っていたが、それには当然、誰かがエビデンスを作って論文を作らなければならない。少し考えれば当たり前だが、考えることがなかった。



テキサス・メディカルセンター(上)とその中になるM.D.アンダーソンがんセンターの各施設(下)。左から、Clark Clinic(外来病棟)、Faculty Center(教職員センター)、Alkek Hospital(入院病棟)。M.D.アンダーソンは、このほかにCPBなど多数の施設から構成されている。

小学校、中学校、高校と、大学に入ってから教科書を読んでそれを覚えたら試験には受かってきたが、誰かが莫大な時間と労力をかけて築き上げてきたものだとは認識することがなかった。そして、天動説から地動説が信じられるようになったのと同様、あくまで研究は人の手によって作られたものであり、そこには勘違いもあり、不確定要素もあり、バイアスもかかっていたり、統計学的な間違いもあり、様々な間違いの要素があり得る。エビデンスを利用する際には、本当にそのエビデンスが信頼できるものか検証しなければならない。実際に論文捏造の事件が世間を騒がせたこともある。論文を読む側が賢くならないければ、論文を書く側の質も落ち得る。そこを認識して、今までの素直に全てを信じる態度を改めなければいけないと思えることができた。しかし、なんせ今までやったことがないので、どうやって論文を吟味し、検証すればいいのか、方法がよく分からない。正直、知識は結局は自分で教科書を読んで身につけるので、講義では主にその知識が本当に信用できるものなのかという、吟味の仕方を教えるのが理想なのであろうかと感じた。

■病室は全て個室

MDA では、全ての病室が個室であった。臨床薬剤師は、MDA が特別で、他の病院にはカーテンで仕切られた 2 人部屋というのがあるよ、と言っていたが、4 人部屋は知らないと言っていた。その臨床薬剤師の言葉だけで、アメリカ全ての病院について述べることは到底できないが、様々な人種の人々が混在し、プライバシーの意識の高いアメリカでは個室がやはり望ましいのであろうか。日本人は小さな国土で普段から、周りの目を気にしながら、せせこましく生活しているので、4 人部屋でも器用にやっていけるのかな、と思った。

■ チーム回診について

回診についてだが、指導医、フェロー、上級看護師（Advanced Practice Nurse）、臨床薬剤師の4人でチームを組んで回診をしていた。指導医以外のメンバーは、全員での回診の前に一度自分で回診を済ましており、情報を集め、治療方針を考えている。そして、全員での回診では指導医のチェックを受けたり、指導医に相談したりする。基本的には、上級医が他のメンバーにこの患者さんはどうなってるの？と尋ねて、それに誰かが答える。そしてさらに、上級医に意見をどんどん出していく。随分とアグレッシブだなと感じた。日本においてもアグレッシブな研修医はそうしているが、やはり教えられたことだけを確認して覚えるという勉強スタイルが主流な日本では、そのようにできる人は少ないと思う。こちらから上級医に意見をガンガン出していくスタイルの方が上級医も、それに答えるためにウカウカしていらなくなり、お互いにいい刺激となるのではないかと感じた。



乳腺病棟のチーム回診の様態。医師、上級看護師、臨床薬剤師などがチームを組んで回診を行っている

MDA では回診の前には必ずカンファレンスをしてから患者さんの病室に行くのだが、見た限りでは多くて一度に患者さん3人までだった。大抵は一人について話し合ったら、病室に行き、帰ってきてまた話し合う。そしてまた話し合ってから病室に行き、帰ってきてからまた話し合う。これはあくまで学生の意見かもしれないが、普段から患者さんをよく知っている担当医にとっては、一度に病棟の患者さん全員の回診を行っても、患者一人一人の状態が把握できるのかもしれない。

しかし、患者さんとの付き合いが浅い学生にとっては一度に全ての患者さんの回診を行われると、今、目の前にいる患者さんが誰なのかも分からないし、先生達はその回診で何をしているのかも分からない。だから面白くなくなってしまい、回診はいつ終わるのかなあなんてことを考えながら、ただ付いて行くことになりかねない。患者さんから見ても、やる気のまったく無い、ただとりあえず付いて来ているだけの学生にぞろぞろ来られても迷惑な話だと思う。よって、自分の所属する大学での教育のために行われる回診への学生の同伴の際には、MDA での回診のように、患者さん一人ごとに、部屋を訪れる前後に先生達がディスカッションするシステムを採用するのがいいのではないかと思った。時間がかかるようなら、病棟の全ての患者さんに対して行わなくとも、先生達が、この患者さんは学生にとって勉強になると判断した患者さんだけをピックアップして行ってもいいと思う。学生にとって、全く意味のない回診に、ただ形だけ全部付いていくよりも、3分の1の患者さんだけでもいいから、学生も参加できるものにした方がいいのではないだろうか。

◆◇◆◇◆◇ 研修 第2日 ◆◇◆◇◆◇

■フェローと上級看護師の違い

研修初日には、フェローと上級看護師の仕事の違いが分からなかった。上級看護師は、看護師とは名ばかりで、実際には日本でいう臨床医の仕事をしていた。フェローも同じ仕事をしている。じゃあ、何が違うのかというと、上級看護師はこのまま、ずっと臨床を続けるのに対し、医師であるフェローはある時期から、その重きは「研究」や新しいフェローや上級看護師達への「教育」、そして彼らの診断や治療計画の「マネージメント」に移るのだそうだ。標準治療はある程度、経験を積めば誰でも同じようにできるようになるから、その仕事は上級看護師に任せて、医師は頭を使う仕事をするのだという。



MDAの上級看護師 (APN) であるJoyce Neumann

■カンファレンスについて

研修 2 日目になると、初日と比べて随分とカンファレンスの内容が聞き取れるようになってきた。チーム内での「見解の統一」ということに非常にこだわっていた。誰かが患者さんから新しい情報を得たり、あるいは患者さんに何か新しい情報を伝えたりしたら、その都度、その情報をチーム内で共有しようとし、そのために頻回にカンファレンスをしていた。カンファレンスをする事で、何が一番なのか常に議論し、そして辿り着いた見解で全員が統一する。ディスカッションの場では様々な違う意見がぶつかり合うが、患者さんの前では皆、同じ意見になる。これがチームなのかと思った。2008年7月



多部門が集まる定期的なカンファレンス“Multidisciplinary Conference” 外科・腫瘍内科・放射線科医師、看護師、薬剤師などが参加する

に名古屋で開催されたセミナー「[第5回みんなで学ぼうチームオンコロジー](#)」でも、「同じ考えの人間が何人集まっても、一人で考えるのと変わらない」という話があったが、正にその通りだろう。しかし、様々な意見を持つ人が勝手バラバラなことをしていたのでは、一人で考えるのよりも酷い。カオスでありながらも、皆が「患者さんのため」という一つの目標に向かって足並みを揃える。様々な意見を持つ人が一つの方向を向いて協力していく状態が望ましく、以前読んだ経営学の雑誌にオーガナイズド・カオスという表現があったが、正にそれが重要だと思う。

■臨床試験について

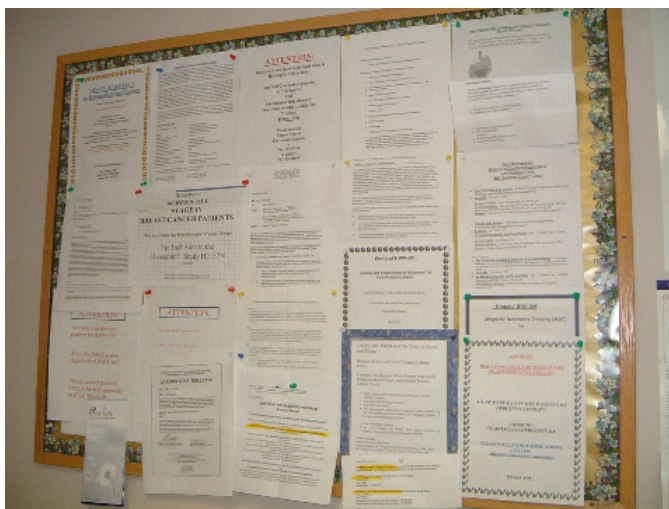
臨床試験および治験のことはあまりにも分かっていないので、未だに十分には理解していないが、個人的には患者さんの権利なのかと捉えた。ある一人の医師が、なんとなくやってみたら、なんとなく効いた、というのは単なる人体実験で、そのようなことが世界中で行われたら、至る所、人体実験だらけということになってしまう。結局、信頼とは統計学なので母体数が多ければ多い程、その治療効果の信頼は大きくなる。ということは、一人の医師が思いつきで何か新しいことをやっても、それは何の信頼も得られない、単なる個人の欲求を満たす自慰行為のようなものになってしまう。

そこで、何か新しいアイデアが生まれたら、より多くの人々によって話し合われ、それが本当に試す価値があるのか議論に議論を重ね、それが試す価値のあるものだと判断された時には、一体どのような患者さんを対象にしてどれくらいの期間、どのような方法でやるのか、あるいは何か問題が起こった時には、その保障はどうするのか、などと、他にも僕が思いも付かないような問題をたくさん議論した上で、行わなければ、せっかくのアイデアも自慰行為の人体実験で終わってしまう。

これらの過程を経て、患者さんに十分な説明と理解を得て、患者さんが自分自身で新しい治療の臨床試験や治験に参加するのは、当然リスクを抱える新しい治療法にかけてみようかという患者さん自身の権利になるのではないかと思った。もちろん患者さんが新しい治療法の対照群に選ばれるとは必ずしも分からないであろうが。そして、より多くの人々の間で話し合われるためにも、また、より多くの母体数を集め、その研究を信頼できるものにするためにも、科でのチーム、病院でのチーム、地域・国でのチーム、そして世界全体でのチームとしての活動が必要になる。やはりここでもチームが必要になってくる。そう感じた。これに失敗して、せっかくの素晴らしいアイデアを自慰行為で終わらせてしまった、よい例が日本での「病気腎移植」の問題であるというのには、現在のところ納得がいった気である。何人かの患者さんに試してみても全員上手くいった、というのはサイコロを何回か振ってみたら連続で全部同じ目が出た、というのと同じレベルの話だ。100回サイコロを振ってみて、全部同じ目が出たというのなら凄いが、3、4回同じ目が連続で出たというのは次も同じ目が出るであろうという根拠にはなりえない。

■医療とは

常に誰のために医療を行っているのか？ この治療は患者さんのためになるのか？ あるいは、なっているのか？ さらに大きな視野で、患者さんが死ぬまでの間で、今から行う治療、あるいは今行っている



外来に貼られた臨床試験へのプロモーション。MDAでは、年間3,000件(プロトコール)以上の臨床試験が行われている

る治療が、どういった意味を持つのか、常に考える必要がある。Cure だけが Treat ではなく、Care も重要だと再認識した。どのような治療を行おうとも、あるいは行わなくても、遅かれ早かれ人には誰にでも、平等に死が一度だけ訪れる。がんの手術がいくら成功したにしても、再発のリスクは0にはならないし、仮に再発しなかったとしても、いつまた別の病気になるかもしれないし、病気じゃなくても事故に遭うかもしれないし、あるいは早々に天命を全うするかもしれない。そう考えた時に、あらゆる医療行為とは、患者さんの人生をより豊かにするためのものであるという点では同じなのではなかろうかと思った。早期がん患者に対する内視鏡手術も、末期がん患者に対する化学療法も、あるいは治療しないという行為も。

◆◆◆◆◆ 研修 第3日 ◆◆◆◆◆

■患者さんも含めたチームの形

研修3日目はICU病棟（集中治療室）からのスタートで、最初からシビアな説明が多かった。いつものように病棟回診を済ませ、午後からは造血幹細胞移植外来。IC（インフォームド・コンセント）ルームで話す時も、病室で話す時も、いずれも患者さんやその家族に話をする時には、長机を挟んで、こっちは医療者側、あっちは患者さん側という、はっきりと位置を分けて話をするとはなかった。それよりも、部屋全体にわたって、医療者と患者さん、その家族が混ざり合った形で話すことが多く、患者さんを含めた1つのチームになっている印象を受けた。それは、



2008年7月、名古屋で行われたセミナー「第5回みんなで学ぼうチームオンコロジー」のロール・プレイング発表風景。各症例について、エビデンスを収集し、各職種が積極的に治療プランの決定に参加していく、そのような理想のケース・カンファレンスをロールプレイすることが課題であった発表だった

MDA の医療者がより患者さんとチームになれているから、自然にできあがった形なのか、あるいは、そういう形をとっているから、より1つのチームらしくなっているのかは分からない。しかし、どちらも正しいような気がする。システムや構造だけあっても人間同士に信頼がなければ、うまく機能しないし、いくら人間同士に信頼関係があっても、やはりシステムが悪ければ、うまく機能しないであろう。

名古屋のセミナー「第5回みんなで学ぼうチームオンコロジー」において、医師、看護師、薬剤師がそれぞれ3人ずつの計9人でのロール・プレイングの発表の際に、誰かが、「どのチームも、自然とこっちは医師、あっちは看護師と薬剤師と、決められた訳じゃないのに綺麗に分かれてますね」と言っていたが、同じことなのかもしれない。医師も看護師も薬剤師も患者さんも、それぞれ医師や看護師や薬

剤師や患者さんである前に、一人の人間なのだから、医師としての意見を超えて、人としての意見を発するには、全体が混ざり合っている方が意見を言いやすいのではないかと感じた。

■インフォームド・コンセント（IC）の本質とは

そして、上野先生の言葉で印象に残ったものがある。それは、「はい、じゃあ IC ルームで IC しますよ。説明分かりましたか？」というものだけが IC なのではないということだ。毎日のコミュニケーションの中で、チームの一員である患者さんとの会話やディスカッションの中から生まれる信頼と患者さんの満足度が本質であり、少々患者さんに伝え忘れていることがあったり、患者さんが聞いたけど忘れてしまっていたようなことがあった場合にも、患者さんが十分に満足していれば、それは IC は成功していると言えるのではないかと、ということを上野先生は言われた。いくら多くの情報を伝えて理解させても、それだけでは本当に患者さんの望む医療は見えてこない。それは、医療者側の行いたい医療を患者さんに分からせて行っているだけなのだ。もしかしたら、それすら理解も得ずに治療を行っている場合も少なからずあるのかもしれない。いくら「説明はしたはずだ」といっても、患者さんが「訴えてやる！」という気持ちになるようでは、IC は成功していないのだ。患者さんの望む医療を行うには、やはりチームの一員であり、主人公である患者さんの話をよく聞き、そして医療者側の意見も伝え、患者さんと十分にディスカッションすることが必要となるだろう。

◆◆◆◆◆ 研修 第4日 ◆◆◆◆◆

■患者さんや家族の話をよく聴くことの大切さ

研修4日目も、朝から ICU（集中治療室）でのシビアな IC から始まった。とは言っても、患者さんの状態の良し悪しに関わらず、毎日毎日しっかりと IC をしているので、少なからずショックを受ける患者さんの家族も、見ていると日に日に落ち着いてきて、最後はサンキューと言って笑顔でハグをする人が多い様に見受けられる。とにかく患者さんや家族の話をよく傾聴している。毎日毎日、回診だけで何時間もかかる。IC とは、IC ルームで「はい、じゃあ IC 始めますよ。納得したらサインして下さいね」という印象が強かったが、上野先生に「IC とは毎日の患者さんとのやり取りだ」と言われ、成る程と思ったことを今日も思い出した。

上野先生は、「少々伝え忘れたことがあったり、患者さんが忘れていたことがあっても、患者さんが満足していれば、その IC は成功と言えるのではなからうか。逆に、どれだけ情報を伝えたつもりでも、患者さんに訴えてやるという気持ちになられたら、その IC は失敗と言えるのではないかと」言われた。そうなのかも知れない。患者さんが何を望んでいるのかを毎日、患者さんと話し合う必要がある。毎日、変化するであろう患者さんの気持ちの動きを読み取り、患者さんが今何を望んでいるのか？ 今、自分は患者さんに何ができるのか、毎日考える必要がある。患者さん自身も自分の望む方向性が、話をすることや議論することを通じて見えてくるのだと思う。友達に悩みを話したら、話しているうちに考えがまとまってきて、自分の中で勝手に解決されることがあるが、そういう効果が患者さんとの話し合いの

中にもあると思う。

■患者さんのために、今できることとは

患者さんのために、自分に今何ができるのか？ それは、研修医であろうが、ベテラン医師であろうが関係なく考えることができるし、都会の病院にしようが、田舎の病院にしようが考えることができる。目の前に道がなくとも、自分がどんな医療を行いたいのか日々考え実行していれば、自分の歩いた後に道ができる。日々、考えて議論することの大切さと、自分から発信することの大切さを認識できた。しかし、今だけしか見えていないのは危険だ。「今」とは、「今」と言った瞬間に「過去」であり、「今」というものを死までの「全体」の中の「今」として認識し、「全体」の中で患者さんのために「今」何ができるのかを考える必要がある。そうすれば、手に負えなくなってから、他科に押し付けるような悲しいことは起こらないだろう。

■チーム B について

名古屋のセミナー「第 5 回みんなで学ぼうチームオンコロジー」で聞いたチーム A とチーム B（※編集部注を参照）の考え方を思い出して、チーム B の活動を上野先生に聞いてみた。すると、チーム B はチーム B で、チーム A とは別に回診をしているようだ。重要な情報が得られれば、直接チーム A に電話がかかってくるし、そうではない場合もカルテやメール、あるいはクリニカルナースを通して情報は共有されるようだ。とにかく、どのチームの単位でも、チーム内で情報を共有することと、ディスカッションを通して統一見解を得るということに非常にエネルギーを注いでいる。それは、もちろん患者さんを含めたチームでも言えることである。



セミナー「第5回みんなで学ぼうチームオンコロジー」において、チームBの役割について講演する伊藤高章氏

※編集部注：チームAとは、医師や看護師など、患者さんに直接医療を提供するチームのことをいいます。チームBは、臨床心理士や音楽療法士などからなり、患者さんの心のケアを担当するチームのことです。詳しくは、[連載コラム](#)の上野先生と伊藤先生のコラムをご覧ください。

◆◇◆◇◆◇ 研修 第5日 ◆◇◆◇◆◇

■患者さんや家族への心のケアの素晴らしさに触れる

ICU で家族との話の最後に、上野先生が「他にになにか？」と聞くと、家族が笑顔で「ハグして欲しい」

と言って抱き付いてきたのが印象的だった。患者さんはもう死ぬ寸前だというのに。ICUの他の患者さんの家族も、月曜には自分が死ぬかのような顔をしていたが、金曜である今日はいい顔をしていた。患者さんや家族との信頼関係の構築、心のケアの大切さと素晴らしさに触れた思いがした。

■今後の課題と抱負

名古屋のセミナー「第5回みんなで学ぼうチームオンコロジー」でもお話されていたが、何が何でも自分でするのではなく、自分のできることを範囲を知り、それを超えたら、他の人に相談したり、自分じゃなくてもできることは、他の人にやってもらったりして、お互いに協力することがチームとしての意味を成してくると思う。しかし、それには制度や構造の改革はもちろん必要だが、個々の信頼感と、お互いの信頼という、内側からの改革が大切になってくると思う。上野先生は「同世代の考え方を変えることですら難しい。上の世代はなおさら無理だ」と言われたが、研修病院で、まずは同世代とディスカッションして、自分たちから発信していくことに挑戦したい。



セミナー「第5回みんなで学ぼうチームオンコロジー」において、がんチーム医療について講演する上野直人氏

そして、1つ上の学年や2つ上の学年ともディスカッションしたい。2年目以降は下を教え、下ともディスカッションして後輩を育てたい。どんな時も、自分がどんな医師になりたいのか？患者さんのために何ができるのか？を考え、常に自問自答し、指導医、同期、後輩からの影響を受けながらも、常にそれで正しいのか？を考えていきたいし、仲間とディスカッションしていきたい。上級医の行った治療を見て、ただ真似したり確認するのではなく、上級医の行った治療に対し、何故その治療が選ばれたのか？エビデンスはどこにあるのか？そのエビデンスは信頼できるのか？を常に調べ、あるいは自分で調べたエビデンスに基づく治療方針を上級医に提示し、ディスカッションする。ただ単に与えられた餌を、何の疑いもなく食べるのではなく、自分から発信することが大切だ。

■チーム内での情報共有と意見統一の大切さ

上級医、研修医、看護師が患者さんに対して違うことを言っていることがあるが、それは患者さんを不安にさせるだけではなく、医療者に対する不信感を抱かせる原因になりかねない。ディスカッションをして意見を統一させることが大切だ。実際に自分自身で体験した話をすると、「自分では受けないほうがいいんじゃないかと思う」と言った検査を、医療者側に「受けた方がいい」と勧められて受けたら、結果の説明時に、勧めた人とは違う人から説明を受けて、説明内容も検査前に受けたものとは少し違っていた。そしてさらに、「税金の無駄だから、あんまり要らない検査は受けなくてね」とまで言われたことがある。こういうことがあると、やはり信頼はなくなる。上野先生は、それでも誰かがポロリと違

うことを患者さんに伝えてしまった場合に備えて、「もし、誰かに違うことを言われたら、自分ひとりで悩まずに、どういうことなのかをすぐに私に聞くように」と患者さんに伝えていた。それを伝えるのは非常に難しいことだそうだが、まだ僕にはよく分からない。

■患者さんが質問しやすい雰囲気をつくる

患者さんは医師達のちょっとした言動で、「あっ、先生は忙しいんだな」と思って勝手に質問するのを遠慮してしまうので、常に「質問はありませんか？」とこちらから質問しやすい雰囲気を作ることが大切だという。日本人は特にそうかも知れない。質問や不満を言っていないから、その患者さんに質問や不安がないとは限らない。質問できずに、裏で不満や文句を言ったりして、結局最後は患者さんと医療者との間に見解のズレが生じ、患者さんの満足度低下につながるのかもしれない。

■嫌な話から逃げないこと

そして、嫌な話から決して逃げないことだ。常に一步先の危険性についての説明をし、万が一、不測の事態が起こっても、逃げずに正面から話を聞き、そして話をする。そうすれば、訴えられるようなことは、ほとんどなくなるそうだ。別に訴えられないために医療を行うわけではないが、自分の身を守ることも重要だし、結局は「患者さんが訴える」ということは患者さんの満足度が低いということであり、医師と患者さんとの見解にズレが生じていうということになるのではなかろうか。しかし、患者さんへの説明はエビデンスに基づいていなければ、自信を持って説明できない。エビデンスがなければ、その場しのぎの言い訳になり、ますます事態は悪化するだろう。

(2008年12月執筆)