



話 題

M. D. Anderson Cancer Centerに おけるチーム医療の現状*

清水千佳子** 上野直人***

Key Words : mission, core value, multidisciplinary approach, communication, leadership

チーム医療の本質

近年「チーム医療」という言葉がキャッチフレーズとして流行しているが、実際にその本質を理解し実践している医療者はどのくらいいるであろうか。

チーム医療はチームで行うスポーツと同じである。たとえば野球のチームは、チームの勝利という「共通の目標」に向かって、それぞれが得意とするポジションでの役割を果たす責任をもった選手たちが、お互いの信頼のもと、サインや掛け声によって連携をとりながら熱く戦う。

医療の現場でのチームは、医師、看護師、薬剤師などのスペシャリストによって構成される。これらの各専門職が、お互いの特性を理解し尊重しあって、相互にコミュニケーションをとりながら、熱い思いで患者の勝利、すなわちがん領域においては治癒・延命と高いquality of lifeの維持を目指すのである。チームの勝利を最終的に決定するのは患者であり、チームの方向性は患者の価値観によって決定される。この意味で患者やその家族もチームの重要な構成員である。

M. D. Anderson Cancer Center(以下MDACC)は、US Newsによりがん領域のBest Hospital第1位に毎年選出されることからわかるとおり、がんの臨床・研究の両面で世界をリードする、有数のがん専門病院の1つである(図1)。その



図1 M. D. Anderson Cancer Centerの外観
患者用のホテル(手前)が渡り廊下で病院と接続している。枠内は新設された医局棟。M. D. Andersonの施設・組織は、ニーズに応じて日々拡張している。

高い患者満足度は、MDACCで実践されているチーム医療によって支えられている。筆者はMDACCの上野医師を中心とした有志スタッフによって日本の乳がん治療関係者に対して行われているM. D. Anderson Cancer Center Medical Exchange Programに2002年より継続的に参加し、2か月の現地留学も含めMDACCにおけるチーム医療の実際を学んだ。

MDACCにおけるチーム医療の実際

M. D. Andersonに新しく採用される職員は、elimination of cancerというミッションと、caring, integrity, discoveryという基本的な3つの価値観

* Multidisciplinary approaches of cancer treatment in M. D. Anderson Cancer Center.

** Chikako SHIMIZU, M.D.: 国立がんセンター中央病院乳腺・腫瘍内科 (〒104-0045 東京都中央区築地5-1-1); Breast and Medical Oncology Division, National Cancer Center Hospital, Tokyo 104-0045, JAPAN

*** Naoto UENO, M.D.: Department of Blood and Marrow Transplantation, Breast Cancer Research Program, M. D. Anderson Cancer Center



図2 Multidisciplinary conferenceの様子
左より腫瘍内科医(2名), 腫瘍外科医, 放射線治療医。
このほか放射線診断医, 形成外科医, 看護師なども参加する。

(core values) を叩き込まれる。つまりチーム医療の目的は、患者本位の包括的医療の提供と、がん研究の推進である。MDACCは13,000人もの職員を抱える大所帯であるが、医療共同体としての強さの源は、単純にマンパワーだけではなく、明確な目標設定と価値観の共有にある。

1. 医師間のチーム医療

“Multidisciplinary approach”を「集学的治療」と訳すが、単純に各種の専門家が数多くいればよいというわけではない。内科, 外科, 形成外科, 放射線科, 病理, 画像診断などの専門家がチームを形成し, multidisciplinary conference (図2)を定期的に行って、個々の患者の診断・治

療方針や標準治療の合意を形成する。また臓器別の治療センターがあるため、専門家同士のコミュニケーションが活発である。日常診療における疎通性のよさが、優れた臨床研究を行いやすい環境を作っている。

2. コメディカルとのチーム医療

臨床, 研究に忙しい医師を支えるのが、コメディカルの活躍である。米国にはmid-level practitionerと総称される高い専門性と優れた臨床能力を有する看護師(advanced practice nurse, clinical nurse specialist)や薬剤師(pharm. D.), physician assistantが存在する。Mid-level practitionerは医師の責任範囲内で指示や処方を出すことができるが、その実力は学位・資格により裏づけられている(図3)。MDACCではmid-level practitionerが専門性に対する責任をもちながら存分に実力を発揮し、医師をはじめとするスタッフの信頼関係を築いている。米国でもコメディカルの職権・職能の拡大について、医師の立場を脅かすものとして、当初医師からの強い反発があったそうだが、現在は医師が医師としての職務に専念し、より多くの患者によりよい治療を提供できるシステムとして定着している。

MDACCではベッドサイドや外来において、医師, 看護師, mid-level practitioner, ソーシャルワーカー, 栄養士など、さまざまな専門職がそれぞれの立場から患者に医療サービスを提供す

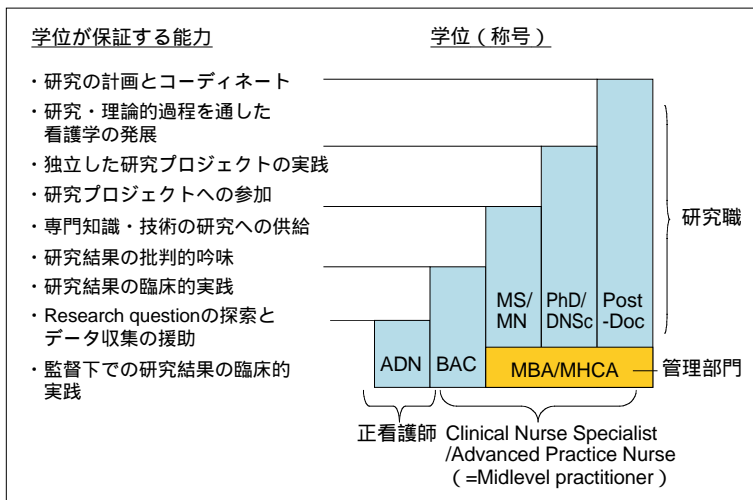


図3 米国の看護教育：学位と職種

る。病棟においてはチームでの回診を行い、患者についての情報を交換・共有すると同時に、治療の方向性についての意志統一を行う(図4)。

施設はコメディカルの教育機会を保障し、学ぶ意欲のある者を保護している。もちろんこうした資格は給与や処遇に反映されるものであるが、年功序列や総合的能力ではなく、適性・専門性・志向に応じた合理的な人材配置と評価システムは、チーム医療への積極的な参加と自己啓発への動機づけとなっている。

3. がん研究におけるチーム医療

近年の標準治療は臨床試験をはじめとする臨床研究の積み重ねによって少しずつ進歩している。MDACCで行われる研究も臨床家、基礎研究者、統計家などによって構成されるチームで行われている。基礎・臨床を問わず、研究はelimination of cancerというミッションに貢献するものでなくてはならない。すべてのプロトコルは部門内での討議、peer review, clinical research committee、倫理委員会など何段階もの審査過程で、その臨床的意義や倫理性について徹底的に議論をされ、承認に至る。もちろん計画・実験の段階から解析・発表に至るまでのテクニカルサポート体制は非常に充実している。

日本での取組み

MDACCでのチーム医療は空気のように当たり前前に存在しており、むしろチーム医療を意識して働いている人は少ないようであった。日本でよく耳にするチーム医療に対する批判的意見の多くは、マンパワーの不足や米国との医療・教育システムの違いを理由としている。筆者も当初はMDACCの規模の大きさと完成度に圧倒され、日本では不可能なものと感じた。だが果たしてそうなのだろうか。

先述の通り、筆者はM. D. Anderson Cancer Center Medical Exchange Programに継続して参加している。このプログラムでは、MDACCのスタッフ(内科医、外科医、放射線科医、看護師、薬剤師、統計家など)がグループで来日、シンポジウムや行われるワークショップを通してチーム医療のコンセプトを啓蒙し、また、ワークショップ参加者から選ばれた数名の医師、コメディカ



図4 チームでの病棟回診の様子
左よりレジデント、ソーシャルワーカー、病棟担当医、臨床薬剤師、nurse practitioner。

ルにはMDACCに留学する機会を与えられる。

なかでも年1回2泊3日で行われるワークショップは今年で3回目を迎えた。参加者は乳がん診療に携わっている、あるいは興味のある医師、看護師、薬剤師各20人であり、各専門職から5人ずつ、4つの混成グループに分けられる。臨床試験を題材に、医師はプロトコル、看護師はクリニカルパスや附随する看護研究、薬剤師はpreprinted order(事前印刷された処方箋)を作成することをグループワークとして与えられ、最終日にグループごとにプレゼンテーションを行い、チームワークを競う。

ワークショップでは、最初はそれぞれの専門職で固まって作業をしていたのが、しだいに看護師や薬剤師から医師にむけて次々と質問が飛ぶようになる。医師も臨床試験のプロトコルを書くという作業以外に、コメディカルの理解度や進捗状況を把握し補助しなくてはならない。医師や看護師が薬についての専門知識が必要な場合は、薬剤師が疑問に答える。具体的な業務が重なるような場合には、誰がどこまでやるのかということの全体の議論が必要となる。ここに異職種間のコミュニケーションが発生する。徐々に職種やヒエラルキーの壁が溶け、自由な意見交換が行われるようになり、それぞれがお互いの専門性と自主性を尊重したチームメンバーとなっていく。たった2泊3日の間に、お互い見ず知らずだった人間が、有機的なチームとなっていく光景とエネルギーには驚くばかりであり、

感動的でもある。

医師が医療を行うには、看護師・薬剤師を含め多くのコメディカルの協力が必要であるし、また、コメディカルもよりよいケアを提供するには疾患や治療についての知識と理解が必要である。また、医師に限らず、コメディカルも、標準治療の成立における臨床試験の重要性を認識する必要がある。つまりコメディカルに求められるのは、単なる看護や薬剤業務だけでなく医療に参加することである。患者を中心としたよりよい医療を目指す「チーム」の精神は、高度な専門性と安全性を求められる現代の医療の世界において、普遍的なものであると感じる。そしてこれは現在の日本の医療においてもっとも欠落し、患者が求めているものなのではないか。

おわりに

チーム医療の本質はマンパワーやシステムではなくて、個々の人間のよりよい医療に対する

熱意と他者との対話の努力なのではないかと思う。患者を中心とした医療を目指し、どこまで職域を超えてリーダーシップを発揮できる人間がいるか、それがチーム医療の鍵をにぎっているのではないだろうか。

MDACCにおいても30年という長い時間をかけて、やっと現在の体制となったそうである。現在もよりよい医療を目指した努力を続けている。チーム医療に否定的な人々が言うように、MDACCのシステムは日本の医療現場に直接フィットするものではないだろう。しかし、チーム医療の必要性は歴然としているし、日本の土壌、すなわち国民性や社会のシステムにあったチーム医療が根づく日が、将来必ず来るだろうと確信している。草の根の努力を継続していきたい。

なお、興味のある読者には M. D. Anderson Cancer Center Medical Exchange Programの公式ウェブサイト<http://www.mdacc-education.jp/>にアクセスすることをお勧めしたい。

* * *