

日本の医療界に、 患者参加型の チーム医療を



がん患者の満足度を引き上げる処方箋となるか

世界トップクラスの医療技術を有しながら、患者の満足度が比較的低いと評される日本の医療。

全米のがん医療専門施設評価ランキングで何度も1位になっている

テキサス大学MDアンダーソンがんセンター准教授の上野直人さんは、

「日本の医師は総じて優秀で熱意もあるが、

それが質のよいがん医療につながっていない」と語る。

その両者をつなげる1方法として上野さんが提唱するのが、「患者参加型のチーム医療、だ。

世界1とも言われるMDアンダーソンの名声を支えているのは、

実は最新の医療技術や機器ではなく、このシステムである。

そして上野さんは、日本でも質のよい医療は実現できる。その鍵を握っているのは、

ほかならぬ患者自身である、というのだ。

監修●上野直人 テキサス大学MDアンダーソンがんセンター准教授

取材・文●黒木要



「日本にチーム医療が普及すれば患者さんの満足度は必ず上がります」と語る
テキサス大学MDアンダーソンがんセンター造血幹細胞移植部門准教授の上野直人さん

チーム医療、言葉の認知度は
高まったが……

2006年10月18日から、国内のがん医療学会では最大規模の日本癌治療学会が東京・新宿にある京王プラザホテルで開催された。今年で44回目。参加者は主としてがんの臨床医で、全国の医療施設から駆けつけて来る。

最終日20日の13時半から3時間に渡り、本館4階会場にて

「あなたは今のがんチーム医療で満足していますか？」というシンポジウムが行われた。その中で上野さんは「米国におけるチーム医療の現状と展望」という演題で講演した。5年前は学会事務局に頼み込んでやっこのことで受け付けられたシンポジウムだが、今はむしろ歓迎されるまでになったという。

上野さんは、そのことよりも、聴衆の職種が多彩になったことを喜んだ。

講演に先駆け、司会者が客席に向かって職種を訊ねると、医師、看護師、薬剤師がほぼ同数、挙手をした。およそ25パーセントずつだ。いずれもチーム医療の担い手として重要な役割を負う専門職である。医師以外のこれらコ・メディカル（医師以外の医療従事者）スタッフたちが、がんの最新治療についての研究発表が主体の癌治療学会に参加すること自体、珍しいといえる。チーム医療が日本にも普及してきた証しなのだろうか。

上野さんにそのシンポジウムの感想を尋ねると、「確かにチーム医療という言葉の認知度は高まったのでしよう。ただ、その認知度ほどには実態が伴っているとは思えない」と答えた。

チーム医療という言葉だけが独り歩きをして、さまざまな解釈がまかり通っており、医学界の統一見解がないように見える、

と懸念するのだ。実際、「チーム医療ならうちでもとっくの昔からやっている」と答える医師にしばしば出くわす。ところが内実は、外科医が手に負えなくなったら内科医へ、あるいは放射線治療医へ受け渡すだけというケースが多い。

「チーム医療は引継ぎ医療、パトナタッチ医療とは違うし、医師が連携するだけで成立するものでもありません」と、上野さんはきっぱりと言う。

その気にさせた6年前の
ショックな事件

そもそも上野さんが日本でのチーム医療の普及活動を思い立ったのは、6年前の米日の折シヨッキングな「事件」に遭遇したことがきっかけだ。

2000年のことだ。上野さんは、腫瘍内科医として見込まれ、ある抗がん剤について日本人医師に向けて講演を依頼された。

講演の終了後、医師らと話す機会を得たが、そのとき事前に聞いていた内容と違いがあるこ



テキサス大学MDアンダーソンがんセンターの建物。患者さんの満足度が高い病院として知られている

「せいだと思っていたが、むしろ「医師の言うことを聞いていればいいんだ」という尊大な姿勢を押し付けてきた医療提供側の責任も大きいのではないかと。」「だとするならば、患者自身が積極的に医療に関わる環境づくりをして、医師をはじめとする医

療スタッフたちとコミュニケーションしながら二人三脚で築き上げていく。患者参加型の医療」を構築し、併せて、外科医や内科医、放射線治療医らやコ・メディカルスタッフがチームを組んで1人の患者を総合的に診ていく「チーム医療」を日本に根付

かせれば、患者は主体的になり、満足度が上がるのではないかと。上野さんはそう考えた。

「ならば、まずは日本全国の医療従事者に対し、チーム医療がどういったものであり、なぜそれががん医療に有効であるかを説き、実践してもらう必要がある。それには協力者の存在抜きにはありえない。さつそく

MDアンダーソン側の協力者、そして日本側の協力者を得て、双方からのバックアップ体制を築くに至ったのである。ベッド数は中規模、スタッフ数は大規模

米テキサス州ヒューストン。MDアンダーソンがんセンターは、テキサス・メディカル・センターの広大なキャンパス内にある。42の医療施設の集合体のうちのひとつで、がんの治療、研究、教育、予防に特化して取り組む点は、わが国の国立がんセンターと似ている。ベッド数は480床で、むしろ少ない。

だが病院に勤務するスタッフは1万6000人にも上る。治療を受ける患者は年間約6万人のうち約2万2000人は新規の患者で、大半はテキサス州以外からやってくる。MDアンダーソンではエビデンス(科学的根拠)に基づいた国際標準治療、最新の研究成果に基づいた最新治療を受けることができる、との評価が行き届いているのだ。その研究成果を確認する方法、すなわち臨床試

験していただく必要がある。それには協力者の存在抜きにはありえない。さつそく

「ここで行われるチーム医療に定型はないが、基本はスタッフ間のコミュニケーションがよく取れていることです。もちろんそれぞれの立場が平等で、垣根がないことが前提となっています」と上野さんは言う。

世界1のがん医療の風景

「いくつか現場の風景を見てみよう。例えば進行がんで、標準的な治療法が確立していないようなケースでは、腫瘍内科医や外科医、放射線治療医、放射線診断医、病理医らが、患者を囲んで質問をすることもある。

「その上で議論をしますので。患者さんの前で話し合うことはありません。ときには侃々諤々(かんかんげつげつ)の議論になったりしますが、最終的に意見をまとめ、いったん治療方針が決まったら、全員がそのコンセンサスに従って治療に参加するのです」(上野さん)

「事前に話というのは、日本のがん医療、とくに抗がん剤治療は欧米に比べて20年遅れている、というものだったが、眼前の医師たちの知識は豊富で、世界的な標準治療についても詳しい。腫瘍内科医の専門医制度など、日米の違いについても精通している。」「自分たちとあまり差がない。いや、むしろ担っている役割の多さと、それに対して責任を持ち、ほとんど1人で医療をこなしているという点では、日本人医師の能力は総じて高いのではないかと」

「後に同じがん専門医でも個人によって大きな能力差があることも気付くのだが、それより驚いたのは、知人を介して知り合った日本人患者たちの主体性のなさであった。上野さんは1990年に留学のため渡米。医師としての経験のほとんどをアメリカで積んでいる。和歌山県立医科大学を卒業して研修を受けたのは横須賀の基地の中の米海軍病院であり、すぐに留学の途についたこともあり、日本の医療事情については知らないことが多い。アメリカでがんの専門医にな

り、10数年ぶりに日本人の患者に接してみると、患者は自分のかかっている病状や病状、そしてどんな治療を受けているのかについて、ほとんど知らないし理解していない。だから相談を受けても上野さんは一般論を言うしかなかった。患者と医師のコミュニケーション不足

「日米の差は、ここにある」と、そのとき確信した。日本の患者にはその点で大きなフラストレーションがあるようだ。たとえ世界標準の医療を受けていても、それが世界標準医療であることさえわかっていないことが多く、だから不満が出るのではないかと。標準外の医療を受けていればなおさらだ。何がよい医療で、何がそうでないのかの判断基準を知らないのだから、医療のよし悪しを判断しようがない。そこで、つい医師の好感度などに目が行き、感情が先走ってしまうのだ。患者に主体性がない、ように見えるのは、内向的な国民性の



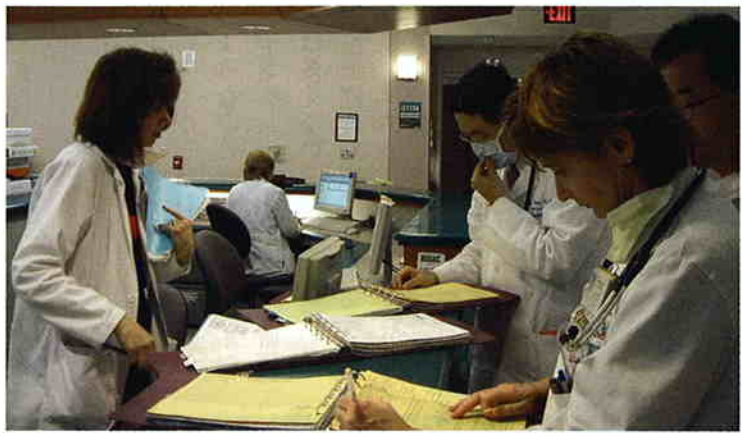
日本癌治療学会での「あなたは今のがんチーム医療で満足していますか？」シンポジウム的一幕



5年前は学会事務局に頼み込んでやっとのことで受け付けてもらったチーム医療のシンポジウムだったが、今は歓迎されるまでになった



上野直人さんが来日した際の講演



アメリカでは実力のある臨床看護師や上級看護師は医師の肩代わりも行う

「薬剤によっては医師よりも彼らのほうがよく知っていて、オーダーも書くから、自分は何をすればいいの？」と自嘲的になったんです」
 いかに臨床薬剤師の能力が高く、同時に責任を伴う役割を与えられているか。それがうかがえるエピソードである。
 トレーニングされた看護師の能力も高い。
 「回診には看護師がつかないこともありますが、私は一緒に来てもらうように言います。医師が患者さんに体調のことを尋ねて、調子がいいように答えても、患者さんによっては後で全然違うことを看護師に言うこともありますから。要は、医療者側が、患者さんの望む医療を引き出すことが大事なんです。患者さんが望む医療は、患者さん自身もわかっていないこともあるし、病状の変化によって変わることもある。」
 だからこそスタッフ全員がアンテナを張ってそれをつかむほうが、医師1人でやるよりはるかに確実なのです」

高い専門性を持つ
 看護師や薬剤師
 そうやってコ・メディカルスタッフから情報を得ることはとても重要だという。
 「実力のある臨床看護師や上級看護師は医師の管理下ではあっても、診断所見もとれますし、処方箋も書け、場合によっては処置もします。医者も万能ではないので、仮に間違いを冒しても看護師や薬剤師が修正してくれます。医師にも不得意な分野もあります。彼らがいろいろデータを集め、医師にアドバイスしてくれることもあります」(上野さん)
 このように看護師や薬剤師が専門性を高めていくと、職域が広がって医師の仕事と重なる部分が出てくる。
 「そうであってもよいと思うのです。それによって医療の厚みが増すはずですから」
 と上野さんは意に介さない。
 ちなみに日本の看護師や薬剤師で、がん医療の専門教育を受けている人はきわめて少ない。教育にそのプログラムを組み入れる試みがついに数年前に始まっ

たばかりだ。それもごく一部の機関での話で、戦力となるまでにはまだ何年も先になりそうだ。
 アメリカでも一朝一夕にチーム医療が実現できたわけではない。いったいどうやって成立したのだろうか。
 パターナリズム医療の中から誕生したチーム医療
 1960〜70年代のアメリカは、今の日本のように1人の医師が検査から治療、ケアまですべてを仕切り、患者は唯々諾々とそれに従う医療、いわゆるパターナリズム医療、おまかせ医療がまかり通っていた。その反省のもとにコ・メディカルスタッフの職域の拡大、インフォームド・コンセントに代表される患者権利拡大の一大ムーブメントが起こった。
 さらに医療費高騰の波が押し寄せ、医療費の支払いに悲鳴をあげる民間保険会社のチェック体制が強化されるようになり、その後押しもあって、無駄な医療を廃し、有効な医療を行っていくというEBM(エビデンス・ベースト・メデシシ)科

日本では、このように治療方針をめぐって医師がディスカッションするのは、教育や研究のための症例検討会いわゆるカンファレンスが主であって、1人の患者の治療方針を決めるために、日常的に複数の医師が診療科の壁を超えて行うことは少ない。
 それでも、まだこれなら想像

すが、他にも、放射線治療医、形成外科医、医師補助師、レジデント(研修生)、看護師、臨床薬剤師、栄養士、ときにはリサーチナース、ソーシャルワーカーなど多くの専門家がメンバーとなり、電話や会議を織り交ぜながら治療方針を話し合います。ときには全く顔を会わせないこともあります。ここで大

「この場合、中心的なドクターの一番大事な仕事はスタッフたちの意見の調整役です。そのドクターがリードしつつ、薬剤師は例えば吐き気や痛みの対策について、看護師は患者の様子について気付いたことを提言しあうのです」
 医師が1人で診察から治療、薬の処方、経過観察まで担っていることの多い日本の場合とは、大きく違う点といっているだろう。
 上野さんはスタッフの役割を紹介しつつ、若い頃のエピソードを苦笑しながら話してくれた。

「この場合、中心的なドクターの一番大事な仕事はスタッフたちの意見の調整役です。そのドクターがリードしつつ、薬剤師は例えば吐き気や痛みの対策について、看護師は患者の様子について気付いたことを提言しあうのです」
 医師が1人で診察から治療、薬の処方、経過観察まで担っていることの多い日本の場合とは、大きく違う点といっているだろう。
 上野さんはスタッフの役割を紹介しつつ、若い頃のエピソードを苦笑しながら話してくれた。



1人の患者の治療方針について、腫瘍内科医や腫瘍外科医などの医師をはじめ、がん専門看護師、臨床薬剤師、栄養士、リサーチナース、ソーシャルワーカーなどの医療関係者が議論して検討するチーム医療の一幕

の範囲内で、チーム医療とはそんなものか——と納得できるのではないか。
 だがMDアンダーソンで行われている通常のチーム医療とは、次のようなケースを指す。
 「例えば、ある患者さんに対してチームを組むときは腫瘍内科医や外科医だけたりするので

切なのはよく話し合っ基本方針を決めておくことです。決まったら、どの医師あるいはスタッフに尋ねても、皆、同じ返答であるようにします」
 スタッフたちの意見の調整役が医師の仕事
 これを日常的な診療風景に置き換えてみると、こんなシーンになる。
 患者回診には、医師に補助医師、看護師、薬剤師らが同道す

る。全員が白衣を着て、傍目には誰が主治医なのかはわからない。
 スタッフは診断はしないが、患者を囲んでそれぞれが職務に沿った質問をする。薬剤師は副作用の具合などを尋ね、看護師は患者が抱えているケア上の問題について尋ねたりといった具合である。それをもとに後で感想を言うのである。
 日本ではあまりない光景である。
 「この場合、中心的なドクターの一番大事な仕事はスタッフたちの意見の調整役です。そのドクターがリードしつつ、薬剤師は例えば吐き気や痛みの対策について、看護師は患者の様子について気付いたことを提言しあうのです」
 医師が1人で診察から治療、薬の処方、経過観察まで担っていることの多い日本の場合とは、大きく違う点といっているだろう。
 上野さんはスタッフの役割を紹介しつつ、若い頃のエピソードを苦笑しながら話してくれた。



医師はスタッフたちの意見の調整役が役割