

The University of Texas M. D. Anderson Cancer Center
准教授・腫瘍内科医

上野 直人氏

米国M.D.アンダーソンがんセンターの臨床内科医としてチーム医療を実践する上野直人氏は、日本においてもチーム医療のあり方について積極的に講演を行ってきた。

上野氏は、米国でチーム医療を行える医療スタッフがなかった時期から現在のチーム医療へと体制が変化していった自身の経験を踏まえ、日本のチーム医療も今後変化し続けるだろうと語る。そのなかで、がんチーム医療の一翼を担う日本の薬剤師が、5年、10年先を見据え、どのように取り組んでいくべきか、上野氏に話を聞いた。



薬剤師の視点・アイデアで 日常臨床のなかからシーズを探る

— 日本でチーム医療に関する講演を始めた頃と現在を比較して、日本の医療に変化を感じますか？

はい、変わってきていると思います。

私は2001年の日本癌治療学会総会で初めて、がんにおけるチーム医療を主旨としたシンポジウム「Decision Making for Cancer Treatment: Who and How? — M.D.アンダーソンに学ぶ、癌治療の意志決定法」を行いました。当時の癌治療学会は医師の参加がほとんどでしたので、演者として薬剤師や看護師を招いたのは初めてのことだったと思います。まだチーム医療の重要性が広く認識されていなかったこともあり、シンポジウムを聴きに来てもらえるよう各方面にアピールしたのを覚えています。いまでは、医療機関、行政レベルでもチーム医療を見直し、制度や教育システムを整備し始めている段階だと思っています。

こうした変化に伴い講演内容も変えています。当初は主に「チームABC」(表1)と「mission,

visionを持った医療」に焦点を当てた内容でしたが、第45回日本癌治療学会総会(2007、京都)では一歩進んで、よりよい医療の提供にはEBMが必要であること、そのためにはチームAである医療従事者が積極的に医療の真実であるエビデンス(科学的根拠)を構築・発信しなければならぬことを述べました。

— よりよい医療を提供するためのEBM実践には何が必要でしょうか？

医療はエビデンスに基づいて提供されますが、よりよい医療の提供にはエビデンスの吟味が必要不可欠です。

医療従事者が、ある臨床試験に対し、多くのエビデンスを十分に吟味したうえで、積極的に取り組むことは患者にとって有益です。入念に計画され、倫理委員会の管理下で実施される臨床試験は、患者に対し最良の医療を提供することになるからです。

こうした患者満足度の改善を図り、科学的

●表1 チームABC●

	チーム A Active care	チーム B Base support	チーム C Community Resource
職種例	医師, 薬剤師, 看護師, 放射線技師, 管理栄養士, リハビリテーション療法士など	臨床心理士, ソーシャルワーカー, 音楽療法士, 絵画療法士, アロマセラピスト, 図書館司書, 倫理委員会など	家族, 友人, 基礎研究者, 学会, 医薬品メーカー, 診断薬メーカー, NPO/NGO, マスメディア, 財界, 政府など
役割	<ul style="list-style-type: none"> ●問題解決型 ●医療を直接的に提案する ●EBMとコンセンサスに基づく治療 ●EBMの発信 	<ul style="list-style-type: none"> ●患者のニーズをサポートする ●患者の主観的な考え方への共感 ●コンプライアンスの実現 ●生活の質(QOL)の改善と向上 ●自己決定を促すことで患者の満足度の向上を図る 	<ul style="list-style-type: none"> ●患者のニーズを間接的にサポートする ●患者およびチームA, Bを包括的にサポートする

根拠という医療の真実を追究することは、医療を提供する私たちの役割です。そのためにはまず、よりよい医療の提供のためにどうすればよいか、チーム内でもっとディスカッションする必要があります。もちろん、医療従事者それぞれが標準治療を理解し、どのような過程を経て現在の標準治療が確立されたのかを知っていなければなりません。

同時に、そのエビデンスを構築するのも私たち医療従事者であることを意識してほしいと思います。

— エビデンス構築の一翼を担うために、薬剤師として何ができるでしょうか？

薬剤師自身が、薬剤師の視点・アイデアによってどんな小さなことでも問題を発見し、それをリサーチしたうえでエビデンスを発信してほしいと思います。

M.D.アンダーソンがんセンターでは、1つのプロトコルに対して医師だけでなく、各職種がそれぞれの専門性を活かしてリサーチしています。例えば、あるがん化学療法の併用療法について、医師は奏効率や無増悪期間などからその治療方法をトータルに評価しましたが、一方で看護師は、心不全が副作用として知られる薬剤の投与後にどの症状が出たら心エコーをとるべきか、モニタリングのポイントを論文にしました。薬剤師の視点からも、薬物の代謝経路、毒性モニタリング、副作用の作用機序解明など、あらゆるリサーチが可能だと思います。

2006年度にスタートしたがん専門薬剤師認定制度の認定資格にも、学術論文が2編あることが条件にあげられていると聞いていますが、これらも非常によいことだと思います。

特に日本の医療において、各職種にいえることなのですが、エビデンスの発信が足りないと思います。実際、各種学会で非常に多くの口演やポスター発表が行われていますが、最終的に論文として雑誌に掲載されたものは一体いくつあるのでしょうか？

エビデンスの発信はハードルが高いとよく耳にしますが、病院規模や診療科にかかわらず、日常の臨床のなかでシーズを探り、実際にリサーチすることは可能です。そして最終的にエビデンスとして発信することが大切です。問題を発見し、リサーチし、エビデンスを発信する、このサイクルを進めることが、よりよい医療の実施へとつながるのです。

— よりよい医療を目指し、5年、10年先に向けて何をすべきでしょうか？

最近日本では、各種疾患領域に専門性が求められています。薬剤師においても、感染制御専門薬剤師、がん専門薬剤師などの専門薬剤師認定制度が進められているようですが、エキスパートとよべる人材はまだ少ないと感じます。エキスパートとは、ジェネラリストでありながら、プロフェッショナルな知識・経験をバランスよく備え、自らの専門性・守備範囲を知ったうえで行動できる人です。

「服薬指導は薬剤師の仕事」などという、薬剤師自身が描いた役割、つまり既存の薬剤師業務のなかにとどまって行動していないでしょうか。薬剤師が真のエキスパートをめざすことで、職域も拡張しようと思います。そして、5年、10年後にどういう薬剤師でありたいかを大胆に思い描いて下さい。

(2007年10月26日インタビュー)