



# 米国流チーム医療の真実

## ミッション、情報共有、人的資源が癌撲滅の力ギ

米国で最先端を走る癌治療施設、テキサス大M.D.アンダーソン癌センターは、腫瘍内科医、外科医、放射線科医、薬剤師、看護師などがチームを組んで治療に当たる体制を確立していることで有名。同センター助教授の上野直人氏と、2002年に2カ月間の研修を受けた若手癌治療医4人に、その体験や間近に見た米国流チーム医療を語っていただいた。

(司会・構成は本誌・大滝 隆行)

——最初に上野先生から、テキサス大M.D.アンダーソン癌センター（以下、M.D.アンダーソン）の留学研修プログラムが始まった経緯などについてお話しいただけますか。

上野 3年ほど前から来日する機会が増え、いろいろな人と話すようになって、日本の癌治療の姿が少しずつ見えてきました。使う薬の種類や手術のテクニックなど医療技術に関しては日本で意外に差がないなと思う一方で、大きな違いがあると感じたのは、診療科や医療従事者の間のコミュニケーションの仕方でした。

M.D.アンダーソンではコミュニケーションが非常にオープンで、チーム医療を得意としている。それを合同カンファレンスや留学研修プログラムなどで日本に伝えることができないかと考えたのがきっかけです。

2001年の第39回日本癌治療学会総会（会長：峰哲哉・広島大教授）の時に、M.D.アンダーソンから専門



米テキサス大M.D.アンダーソン癌センター

テキサス州立法府によって1941年に設立され、病床数500床、病院職員数約1万3000人、専門スタッフ数約1000人を擁する全米最大規模の癌治療施設。2003年7月にU.S.News & World Report誌が行った病院評価ランキングで、癌病院部門の全米1位に選ばれた。患者の治療方針を決める際、腫瘍内科医や外科医、放射線科医、他の専門医などが合同カンファレンスを開いて、ベストな治療は何かについて徹底的に話し合うMultidisciplinary approach（包括的治療アプローチ）や、医師と研修医、専門看護師、臨床薬剤師、ケースワーカーと一緒に回診するチーム医療を行うことを病院の基本方針としている。

スタッフを呼び、乳癌治療に関する合同カンファレンスを開かせていただいたのを皮切りに、毎年チーム医療をテーマにした講習会と3日間の実習形式のセミナーを開催できるようになりました。そして2002年から、私たちの考えに賛同してくれたファイザー製薬と中外製薬から寄付をい

出席者（発言順）

上野 直人氏

テキサス大M.D.アンダーソン癌センター  
造血幹細胞移植部門

金 隆史氏

広島大原爆放射線医学研究所腫瘍外科

青儀 健二郎氏

国立病院四国がんセンター外科

佐治 重衡氏

東京都立駒込病院乳腺外科

清水 千佳子氏

国立がんセンター中央病院乳腺内科

ただき、セミナーの参加者からチーム医療に強い関心を持つ人を選抜してM.D.アンダーソンで研修を受けてもらうプログラムを始めたのです。

### 医師の気合いみなぎる現場

——ここにいる4人の先生方は2002年4月から2カ月間そのプログラムを経験されたわけですね。なぜ研修を受けようと思ったのか、研修を受けた感想などをお聞かせください。

金 M.D.アンダーソンとの合同カンファレンスが行われた2001年の日本癌治療学会のメインテーマは、「世界の中の日本」でした。日本の癌治療が世界の中でどういう位置付けにあるのかをもう一度見直そうという意図が峰教授にあったわけです。それがベースになって、日本と米国で差があるのかどうかを、実際の現場に行って自分の目で確かめてみたいと思っていました。その矢先、上野先生を中心として、そのような研修



上野 直人氏

が行われることを知り、いいチャンスだと思い参加しました。

研修プログラムは、各科スタッフによる講義のほか、外来、病棟そして手術室と院内のすべての臨床現場をローテートし、カンファレンスにも出席させてもらうなど非常に中身の濃いものでした。外来や病棟では、スタッフが患者さんにどのように接して、どんなアプローチをするか、手術室ではどういう操作が行われているかを全部見ることができました。

そこで感じたことは、上野先生も言われたように、治療技術や研究の面では日本とあまり差がないのですが、実地臨床における患者へのアプローチの仕方が大きく異なることでした。様々な専門家やコメディカルが一堂に会し、うまい具合にコミュニケーションをとつてアプローチしている。

青儀 私が勤務する病院は以前から、カンファレンスなどで診療科や職種の垣根を取り払った形でアプローチする体制を築く努力をしてきました。M.D.アンダーソンは世界に名だたる施設であり、しかもチーム医療を売り物にされているということで、そこで何が行われているのか、一度見てみたいと飛び込んだ次第です。

予想通り、M.D.アンダーソンには

全世界から患者さんが集まってきて、それらの人々を非常に効率的に治療している。医師、看護師、薬剤師それぞれが自分の持ち場に責任を持って能動的に働いている姿に感銘を受けました。ぜひ自分の施設にもそうしたシステムを導入して、近隣の施設にも広がっていけばと思いました。

佐治 僕の場合、当初の動機はかなり個人的です。1999年から2001年までスウェーデンのカロリンスカ研究所で乳癌に関する基礎研究をやった後、現在の病院に戻り、この2年間は乳癌の臨床に明け暮れました。医師1人当たり1日80人前後の乳腺疾患の外来患者を診て、3人の医師で年間250件乳癌手術をこなす。のどかな研究生活から一転、戦場の最前線に放り出されて2年たったところで、本当にこの今までいいのかと危機感を抱いていました。そんな折、プログラムのことを知り、米国の臨床の最前線を見ることが何か刺激になると思い応募しました。

M.D.アンダーソンの医療を肌を通して分かったことは、前線で仲間と一緒にただ踏ん張っているだけではだめだということ。周りの人を育て、システムを作り直す必要性を強く感じました。そしてもう一つは、患者さんと接する時の医師の気合いです。特に、外来患者さんに対する腫瘍内科医の集中力の高さ、凜とした診療姿勢にインパクトを受けました。

清水 私の場合、乳癌の治療に関して欧米でのスタンダードはどういう



金 隆史氏

ものなのか、先端的なものがどうなのかという医学的な面の興味が一つ。もう一つは、チーム医療とは実際どんなものなのか、言葉はきれいですが、米国で本当にそんなことができているのかを確かめたかった。

治療の面では日本とほぼ同じだと思ったんですが、システムが全然違って、人がとても有機的に動いています。皆、ある程度忙しそうだけど、とても楽しそうで前向きに働いています。仕事で疲れて後ろ向きになっている人がいないという点が非常に新鮮で、月並みな言葉ですが、カルチャーショックを受けました。

青儀 確かにネガティブな人はいなかったですね。

佐治 洗脳が効いているような(笑)。

## ミッションを全職員に徹底

上野 実は、今回のようなチーム医療に関する研修プログラムはうちの病院でも初めての試みだったんです。このプログラムを作る時、10人ぐらいの有志の先生方に協力してもらつたのですが、何を見せればいいか、結構みんな頭を痛めました。スピリチュアルな要素も非常に大きいので。実際、皆さんを受けた第1週目のレクチャーは、うちが人を新しく雇つ



青儀 健二郎氏

た時に行うものと同じなんです。悪い言い方をすれば、確かに“洗脳システム”かもしれません（笑）。

それは、病院が何をミッションとしているか、われわれが目標としているのは何なのかを教え込むプロセスです。結構そこが大切であって、病院のミッションを明確にさせることによって、M.D.アンダーソンの教職員となっていくために何を勉強しなくてはいけないかとか、臨床試験において何を求めるべきかなどが明らかになっていくのです。

—— “Making Cancer History”（癌撲滅を目指して）が、M.D.アンダーソンの登録商標です。「患者ケア、研究、教育、予防法を含む卓越した包括的治療プログラムを通じて、テキサス州はもちろん、米国そして世界から癌を撲滅すること」がミッションだと聞いていますが。

上野 ミッションはプロセスが大切です。目標だけ掲げても誰もついて来ないですから。新しく入ってきた人にはそのミッションがどうやってできていく、なぜこれが重要なのかを考えさせるようにしています。常にそれを思い出させるために、実際、全従業員1万3000人には毎年、インターネットでの試験が課されます。

金 “Making Cancer History”にすべてが表れていると思うんです。癌を治癒に向っていくという目標が、どの治療現場でもかなり前面に出ている。リサーチにおいても、新しい治療を開発するという精神が常に前面に出ている。そのロゴにのっとりすべてのプロセス、システムができ上がっていると思えました。多分、このことを知らなければ、1~2週間現場を見ただけで、M.D.アンダーソンのシステムがなぜそのように動いているかが理解できないと思います。

上野 良い医療を目指すには、名医を育てるよりも、良い病院を作ることがすごく大切だと思います。だから、全員のレベルが底上げできると、良い医療ができるんですよね。それが病院にとっても集客力というか、患者さんが集まる力にもなる。

日本週刊誌などで「がん名医○人」といった記事が出るでしょう。これはマスコミだけの問題ではなく、患者自身が、社会が求めている状況を反映しています。良い医療にしたければ、医師個人ではなく、病院の中のすべての人たちが取り組む姿勢、それを変えていかなければならない。

清水 日本では、箱がきっちりと整っていればチーム医療が実現できるという誤解があります。外部審査を受けるために、ミッションステートメントを付け焼き刃で作って、上から下に押し付けて、覚えなさいといわれる。そういうものではないはず…。

青儀 名医がいなくなったら、その

病院はガラガラになるのが日本です。いつ行っても同じようなレベルの治療が受けられることが非常に大事だと思うんですけどね。

## 外科医一人ではもはや限界

—— M.D.アンダーソンでは、治療方針を決める際、腫瘍内科医や外科医、放射線科医、他の専門医が合同カンファレンスを開き、患者にとってベストな治療は何かについて徹底的に話し合う包括的治療アプローチを基本方針としているそうですね。

金 実際に現場を見て思ったのは、そのようなアプローチは彼ら特別的なことではなく、患者さんのためを考えるなら、ごく自然に行われるべきことなんです。ところが日本では、まだその辺りが十分とはいえない。

欧米では乳癌の死亡率が下がっています。その理由をM.D.アンダーソンの専門家たちに尋ねたところ、検診の普及もあるが、欧米での標準治療が徹底してきた影響が大きいと言います。乳癌の治療では手術以上に、術後の治療が大切です。術後補助療法をきちんと行える医師がチームに加われば、死亡率の減少に大きな貢献ができるはずです。

——日本でも、患者のために治療をしている点は変わりないので。

清水 患者のためにはやっているんだろうけれども、手術も抗癌剤も放射線も、すべての専門性を網羅することはとても一人では難しい。時間と能力には限りがあるわけです。



佐治 重衡氏

周囲にエキスパートが複数いて、互いのコミュニケーションをよくすることで、より良い医療を患者さんに提供できるということだと思います。

青儀 合同カンファレンスに出て印象的だったのは、放射線科の先生が非常にパワフルだったこと。外科医が圧倒されていました。

また、M.D.アンダーソンでは、疾患ごとに病期に応じた標準的治療アルゴリズムがあるんです。各科でそれを認識しているので大幅に外れた治療が行われることはないし、カンファレンスにしても、お互いを尊重しながら、エビデンスに基づくきちんとした結論が導き出せるのです。

佐治 日本でも今、癌診療に関して病院で臓器別の診療科をつくる動きがあります。患者さんにとっては、治してくれるなら何科の医師でもいいわけで、臓器別に治療の流れに沿って各科の医師が担当するシステムに変えるべきだと考えています。外科、内科という旧来のシステムのままで合同カンファレンスをしても机上で会議するだけで終わってしまう。

一つのクリアなミッションの下、各科医師とコメディカルが情報を共有し、適切に育成された人的資源を有効に活用する。この三つがそろっていないと包括的治療アプローチはできないというのが、8週間の研修を経て私たちが導いた結論です。

## 専門看護師が医師と激論

—チーム医療におけるコメディカ

ルの役割については、先生方の目にどのように映ったのでしょうか。

金 コメディカルの教育システムが非常にしっかりしていますね。また、医師と一般の看護師、薬剤師の間に立つクリニカルナーススペシャリスト（上級専門看護師）、ナースプラクティショナー（専門看護師）、ファームD（臨床薬剤師）といったミッドレベルプロバイダーが重要な役割を果たしている。

外来診療では医師との情報共有の下で、ナースプラクティショナーが診察やコンサルテーション、検査の指示をし、ファームDが処方箋を書く。それでほとんどの問題に対応できている。医師は週に1回くらいしか外来に来ない。病棟のチーム回診でも、ミッドレベルプロバイダーたちが診察を行い、処方・検査の指示を出し、医師は後ろで見ていて指示書にサインするだけ。コメディカルのレベルの高さを感じますね。

青儀 私も現場で、クリニカルナーススペシャリストが、自分でとった所見と治療内容の相違をめぐって医師と激論しているのを目にしてました。理論的な意見を戦わせてだったので、彼らが本当に医師と肩を並べて仕事をしているなど感じました。

清水 それは一朝一夕にできたものではなくて、20~30年前は、医師側からの抵抗も結構あったとクリニカルナーススペシャリストのJ.ニューマン氏が言っていました。自分たちもこうやりたいとアピールして、医師との信頼関係ができて仕事に責任を与えてもらうまで、かれこれ20年かかったそうです。日本だと今から始めてでも2050年ぐらいになるかな。

佐治 教育システムが全然違いますからね。

清水 看護師の教育には3段階の課程があって、権利と責任を与えて、それぞれ課程を年限以内に修了できなければ、解雇されるほどの厳しい対応をしてレベルを高めている。それは日本と全然違いますよね。

日本の多くの看護師さんは疲れています。できることならプラスαのことはしたくない、あるいはプラスαのことをするならば職場を離なければならないというのが本音だと思うんです。M.D.アンダーソンでは、人が豊富にいることもあります、プラスαをすることによって、地位や給料が上がり教育機会も増えることが、皆の前向きな気持ちにつながっているのではないかと思いました。

佐治 日本の場合は、管理職にならないと昇給できない。向こうは、専門家になると昇給していくわけです。しかも、日本の場合、あちこち異動も多いでしょう。いわゆる管理職にならなくても、昇給できるような専門家の養成システムが必要です。



清水 千佳子氏

**上野** 看護師や薬剤師の方から医師に近い仕事をしたいとアピールする姿勢もすごく大切だと思います。

M.D.アンダーソンは、決して米国のモデルではない。米国でもひどい病院が結構ある。ただ、少なくともうちはコメディカルをいかに引き上げるかということを徹底してやってきて、その結果、今があるわけです。

臨床薬剤師が導入されたのもほんの10数年前です。当初、われわれ医師たちも困惑しましたが、実際、臨床薬剤師に処方を任せてみると、その方がミスが少ないんです。

### チーム医療が医師を助ける

**佐治** 日本の薬学教育も在学中に臨床現場での研修が可能な6年制に延長されるそうです。6年制を修了した薬剤師をうまく使える病院があるかどうかは別にして、教育機関の方は既に動き始めている。

**清水** あとはモチベーションですね。彼らのモチベーションを引き出して、いかに維持していくか。

**上野** 6年制になるにしても、その教育システムに医師が積極的に関与することが重要です。うちでは、看護教育にしても薬剤師教育にしても、医師が出向いて教育しています。逆に看護師が医師を教育することもある。そのプロセスでオープンなコミュニケーションをすることがすごく大切なことです。看護師だけで教育プログラムを作ってしまうと、看護の見方しかしないから、臨床と離れて

いるじゃないの、となる。そうかといって医師が作ると、看護やケアと離れてしまうことになる。

**金** ミッドレベルのコメディカルが臨床業務を担うことで、その分、医師が研究や論文執筆に時間を充てることができるので、私たちは医師を助けていているんだというクリニカルナーススペシャリストもいました。新しい治療を創造し発展させていくという目的のためにも、そういうシステムが大切なんですね。

日本でも、M.D.アンダーソンは特殊な病院だという意見もありますが、新しい治療を世界に先駆けていく非常に大きな一つのモデルとして必要なんだと思います。

### 大学の縦割り組織が障害

——この研修で得たことをどのように現場に生かそうとされているのか、最後にその辺りを。

**青儀** 院内の看護師と薬剤師に対して、講演する機会を設けてもらって、関連資料をもう一回集めて、お話ししようと思っています。その際には、研修はこれこれこうでしたという報告ではなくて、「さあ、これからどうしましょうか」とまず問題提起をして、どういうアクションを起こして

いくかをみんなで一緒に考えたい。最初に言いましたように、うちの施設は看護師や薬剤師の間でいい連携が取れてきているので、そういう関係を保ちながら問題提起していくこかなと思っています。

**金** まず周囲の人たちに米国ではどういう治療が行われていて、日本の現状との違いやこれからどういうものが求められるのかを少しずつ知らせていただきたいと思います。

ただ、大学で包括的治療アプローチ、チーム医療を進めるには、やはり縦割りのシステムが大きな障害になると思うんですね。大学は近い将来、臓器別の診療科への移行を計画しているそうですが、その中で、具体的にどういうことを進めていったらいいのかを考える時機が来たら、M.D.アンダーソンのモデルをぜひ参考にしたいと思っています。

**清水** 私の病院はもともと臓器別のシステムが出来上がっていて、乳腺の合同カンファレンスがあります。その場において、今回の研修に関する報告をして、本来の包括的治療アプローチカンファレンスというのはどうあるべきかということや、ミッションステートメントがいかに大切かということなどを話しました。

レジデントなどの若手医師が米国やM.D.アンダーソンで何が行われているのか知りたいと、熱心に質問してきますし、特に看護教育の部分などは非常に興味を持って聞いてくれました。

今後も伝道師ではないですが、そういう形で少しずつ周辺に伝えていくとともに、チーム医療に興味のある看護師と薬剤師を集めました。お互いの専門性をうまく活用できるような具体的な共同作業を始めようと思っています。

佐治 一つは、有志の患者さんが運営している当院の患者会で、M.D.アンダーソンで何を見てきたか、そこで何を感じたかを話しました。また、これから乳癌患者さんたちに、患者さんの目から見て、何をしてあげるべきかを考えもらいました。

もう一つは、看護師や薬剤師を対象に研修の報告会をして、これから何をしていけばいいかを議論しまし

た。ただ、“まず隣より始めよ”ということで、自分のチームの看護師を本格的に教育しようと思ったら、その看護師は別の科に異動になってしましました。これが現状です。

### チーム医療の利益の証明を

上野 M.D.アンダーソンとしては、日本で行う講習会や実習を含めて、同じようなプログラムを3~4年続けていきたいと思っています。

今後はチーム医療が本当に患者の利益になるということを科学的に証明していく必要があると思うんです。例えば、病院の経営効率が上がったとか、患者の満足度が上がったとか、待ち時間が短くなったとか、臨床試

験の参加が増えたとか。具体的なエンドポイントを設定して評価しないと、チーム医療への盛り上がりも、多分また下火になると思います。

われわれは自らのエンドポイントを持っているんですけど、そのエンドポイントが果たして日本に当てはまるかどうかは全く別問題です。日本の医療者がそのエンドポイントの定義を考えて、チーム医療の利益を評価してほしい。その結果、M.D.アンダーソンの研修はインパクトがあったと言ってくれたら、うれしいし、うちにとっては成功なんです。

——ありがとうございました。この座談会が日本の癌治療におけるチーム医療推進の一助になれば幸いです。

## M.D.アンダーソンの教育セミナー

### 2泊3日で“チーム医療”を実践的に学ぶ

M.D.アンダーソンは、わが国の癌専門医と癌専門スタッフを対象に、2002年から年1回、2泊3日の教育セミナーを日本で開催している。第2回目となる2003年のセミナーは、9月19~21日、千葉県木更津市のかずさアカデミアホールで行われた。1施設から医師、看護師、薬剤師の3人1組で参加することが条件で、今回は全国から応募があった中から、書類審査を経て、20施設60人が参加した。

セミナーの目的は、M.D.アンダーソンでの癌治療の実際を、乳癌治療をモデルに紹介し、チーム医療における医師とスタッフの役割を学ぶこと、さらに臨床試験結果や副作用対

策をどう活用すると患者のためになるのかを、具体的な症例を通して学ぶことである。

プログラムは、初日に、全体のオリエンテーションに続いて、医師、看護師、薬剤師に分かれての講義が行われ、2日目の午前は、医師、看護師、薬剤師がさらに各10人ずつ6グループに分かれてグループワークを行う。そして、午後からは新たに5施設15人ずつの4グループになって、これまでの講義とグループワークを受けて、患者の利益のために臨床試験結果をどう使いこなせばよいかの討議を行う。その結果は、最終日の午後に



スライドを用いて発表するため、2日目は各グループとも深夜まで熱い議論を続けた。

セミナーを通しての熱意や英語によるコミュニケーション能力、プレゼンテーション能力などを基に、2004年のM.D.アンダーソンへの留学プログラムへの参加者が選考される。