

“集学的チーム医療”は 看護職の存在を拡大する

上野 直人 Ueno Naoto
(M.D.アンダーソンがんセンター
助教授)

M.D.アンダーソンがんセンターはがんの集学的治療の最先端を行く米国有数の施設である。同センターで腫瘍内科医を務める上野直人氏に、4回にわたって、自身の経験に基づいたチーム医療の重要性と、その中における看護師の役割について語っていただく。

患者が積極的な理由

「チーム医療をやっている」という病院は多いかもしれない。しかしチーム医療とは、単に多職種が関わっているというだけで成立するものではない。チーム医療が患者とケア提供者双方によく機能するためには、集学的なものでなければならず、そのためにはケアに関わる異なる職種間の対等性と開かれたコミュニケーションが、その土台として確立されなければならない。こうした「集学的チーム医療（さまざまな診療科や職種などの専門性を統合し、有機的に機能させる医療）」の特性を考えると、眞の意味でのチーム医療は、看護師にとっては役割拡大の絶好の機会となり得るし、看護の知を他職種に、そしてひいては患者に知らせていく好機となり得る。

では、それを少し具体的な例で考えてみよう。数年前、日本でがん治療に関わっている専門医と情報を交換する機会があった。治療のレベルなどについては日米で大きな差があるようには感じなかったが、具体的な個々の症例の話になった時、アメリカと日本では患者の体験する医療にかなり開きがあるのでないかを感じた。治療に関する患者の納得度に大きな差があるような気がしたのだ。受け身的な日本の患者に比べ、アメリカの患者は自分の治療にずっと積極的だ。それがなぜなのかを追って行くと、チーム医療に差があるというところに行きついた。すなわ

ち、アメリカでは各職種間の円滑なコミュニケーションと各職種の専門的知識があるために、それぞれの職種が患者とコミュニケーションを図るプロセスで、患者の理解が深まり納得度も高まる。結果として治療にも積極的になれる、という構図だ。

そこで、MDアンダーソンがんセンターの集学的チーム医療を日本に紹介しようということになった。シンポジウムで症例を2~3例挙げ、医師（外科、内科、放射線科）、看護師、薬剤師各々の職種がどのようにそのケースを捉えているかを語る、そのコミュニケーションを見せる形にした。参加者は、薬剤師や看護師が医師と互角にやりとりしていたことに強烈な印象を受けていたようだ。

ワークショップの成果

その後、少人数のワークショップ形式で集学的チーム医療のあり方を学習しようという意欲ある人々が現れ、MDアンダーソンがんセンターの医師、看護師、薬剤師の指導のもと、60~80人のワークショップを2回実施した。

1回目は、同じ情報に基づいて、看護師のグループにバスを、薬剤師のグループには事前に用意されるオーダーを、医師のグループには臨床試験を作成してもらい、最後に発表して批評するという形式をとった。これを行うには、自分の職種に関する知識だけでは不十分で、他の職種の領域にまで突っ込んだ知識と責任感がなければいいものは作成できない。

結果的には、参加者に大変好評だったが、その理由の一つは、新しい臨床知識を得るというよりも、従来の職種の役割の殻を打ち破って、役割拡大の可能性を身を持って実感できたことだったようである。特に、看護師や薬剤師がその発表や批評で、自分たちの知識レベルを医師に知らせることができたのがよかった。そ

●上野 直人 Ueno Naoto
M.D.アンダーソンがんセンター助教授



1964年京都府生まれ。89年和歌山県立医科大学卒業、翌年米国へ渡る。93年テキサス大学M.D.アンダーソンがんセンターへ。99年に腫瘍分子細胞学博士号取得。2001年乳がん研究プログラム研究所のTranslation Research Coordinatorに就任、03年より現職。

れぞれが、同じ専門職として上下はないということを理解し合い、それによってプロ意識を強めることができたようだ。

小さなテーマで小さなグループから始める

2回目は、職種別ではなく、医師、看護師、薬剤師各5人、全部で15人1組のチームを4つ作り、架空の臨床試験を患者中心に実施していく方策を考えて発表してもらった。事前に提供した情報は、臨床試験をする新しい化学療法の薬剤とがんの部位だけ。化学療法の具体的な内容、投与量、対象患者、データの統計的処理方法、患者のニーズ、患者教育、事前に印刷されたオーダー、特別に必要な配慮などすべてチームで考えてもらった。

15人が1室に入って、完成するまで論議を続けた。リーダーシップをとる医師が現れて、議論がうまく進んでいるように見えたのに、途中で看護師や薬剤師の不満が噴出したチームがあった。その時初めてリーダーシップをとる医師は、いかに他者への配慮にいかに欠けていたかに気づいた。看護師にとっては、医師への不満を明確に公にできること、話し合いで問題解決ができたことは大きな収穫だった。こうした過程で、どのようなコミュニケーションが必要なのかを理解し、チームに一体感が生まれ、いいチームづくりのための意識が芽生えてくるのではないだろうか。

自分の臨床現場で集学的チーム医療を始めるには、まずはできるだけ小さなテーマを選び、小さな有志のグループ（多職種）で始めるのがいいだろう。それがうまくいけば、次に、多少興味を持っている周りの人を引き込んで参加者を増やしていく。興味のない人をいきなり引き込もうとしても無理があるし、トップダウン

形式でもあまりうまくいかない。

チーム医療は、その職場で働く人がだんだんと育てていくものではないかと思う。意識的に努力しながら、試行錯誤を繰り返しながらでも、少しずつ積み重ねて育てていくものなのではないだろうか。

がん治療ではどの専門医も対等

集学的チーム医療の問題は、何も医師と看護師の間に限ったことではない。例えばかつて、がんの治療法は手術が圧倒的に多く、外科医の立場が非常に強かった。しかし化学療法、放射線療法が発達した現在では、まず手術をしてしこりを取るという考え方は過去のものになった。

アメリカでは、化学療法が開発されるとともに私の専門である腫瘍内科医という専門職ができ、化学療法およびその他の内科的全身療法を担当することになった。外科医は外科としての仕事、放射線科医は放射線の仕事に集中するという認識である。疾患の部位には関係ない。どの治療を最初に行うかは、患者の状況によって異なる。外科医、放射線医、腫瘍内科医は対等である。

それぞれの専門の領域でどのようなことをやっているのかを理解するために、最初からオープンなコミュニケーションをとっていくことが重要だ。専門医は、3年間レジデントとして専門を研修するわけだが、その期間に、それぞれ治療の知識と技術だけではなく、自分の限界がどこまでか、自分の限界を超えたところに関しては誰に相談すればいいのかを把握し、その専門家とコミュニケーションをとらなければならないことを学ぶ必要がある。

他職種にも必要とされる看護の視点

看護師に提案したいのは、チーム医療に取り組む時、できるだけ足枷

を取り外して考えるということ。つまり法律や病院の規則や看護規定などの枠組みを一旦離れたところで、どのような患者ケアが望ましいのか、患者にとって何が最善なのかを考えてみることをすすめたい。

もちろん法律にも規定にも従わなければならぬ。しかし、枠からはみ出さないことばかりを考えていると、患者の利益を見逃す危険性もある。現時点では不可能でも、どのようにしたらそれを実現できるかを勉強したり研究したりすることは可能だ。要は、必要なら不可能を可能にする努力をしよう、というスタンスがあるかどうかということである。

アメリカでは上級実践看護師がかなり活躍しているが、彼女たちの立場は一部の熱心な推進者たちが時間をかけて勇気を持って推し進めた結果、法律が改正され実現されたものなのだ。

看護師が役割拡張、職域拡張をしないまま、看護の知識レベルだけが上がっていくと、研究発表はどうしても看護師の仕事に限定的な内容になってしまいがちだ。看護が他職種と連動性を持っていることを知らせる研究は少ない。個人的には、看護師に他職種との連動性のある部分にもっと積極的になってほしい、そのような研究をしてほしいと願っている。看護の視点は看護以外の職種の専門職にとって大変重要なのだ。だからこそ、看護の視点を看護の内部だけに留めるのではなく、他職種へも拡大していってほしい。

このようにして、各専門の医師、看護師、薬剤師が、お互いに自己の役割拡大に努力し、他者の能力を尊敬し、患者にとって最善とは何かを考えることを目標にコミュニケーションをとていくことが、集学的チーム医療の真髄であり、患者中心の医療を実現する推進力となるはずである。（インタビュー：早野 真佐子）