

## 特別レポート◆◇ 日本の医学生が見た M.D.アンダーソン

岡山大学医学部医学科 6年  
山根 淳文



今回は、M.D.アンダーソンがんセンター（以下、MDA と呼ぶ）の上野直人先生と、岡山大学第一外科とのチームオンコロジープログラムでのパートナーシップのもと、MDA 見学実習の機会を与えていただきました。お忙しい中、実習を受け入れてくださった上野先生に感謝いたします。日本の医学教育でも、チーム医療について語られることが多くあります。そのモデルケースの1つである MDA のチームオンコロジー（がんチーム医療）をこの眼で見たいと考え、2008年8月18日（月）～22日（金）の5日間、MDA で見学実習に参加させていただきました。たった5日間という短い期間でしたので、細かなことも日報形式で記録し、日頃日本の病棟実習で感じる疑問点と照らし合わせながら、MDA で感じたこと、興味を持ったことについて考察してみました。

### ◆◆◆◆◆ 見学実習 第1日 ◆◆◆◆◆

#### ■VISA センターへ

8時にVISAセンターへ行き、実習にあたっての手続きを行う。書類のチェック項目に白人、黒人、スパニッシュ、アジア人、など人種別の厳密な規定があり、アメリカという国にいることを痛感する。

#### ■Dr.Ueno のオフィスへ、そしてスカイブリッジ

9時にMDAへのチェックインを済ませ、パスカードを受け取り、Dr.Uenoのオフィスへ行く。Administrative assistantのDebra Erdmanさんに案内してもらい、Dr. Uenoのオフィスに荷物を置き、病棟へ向かう。上野先生のオフィスのあるCPB5からメインビルディングまでは長いスカイブリッジで結ばれている。MDAは単一の病院というより、複数のクリニックが集合してできた病院都市のようであり、50以上のクリニックから構成されているようだ。スカイブリッジ



スカイブリッジを走る電動カート(写真はJME2008全体報告書より)



テキサス・メディカルセンター。MDA(手前中央)のほか、42の医療施設が集まった世界最大の医療センター

には電動カートが走っており、これに乗ってスタッフも移動できるが、患者さん優先。太った人がよく乗っている傾向にあるように思う。

### ■上野先生とともに回診し、さらに臨床試験会議を聴講

10 時ごろに上野先生の回診に合流。上級看護師（以下 APN と呼ぶ）、臨床薬剤師（PharmD）、フェロー（fellow）とともに回診。新入院患者が多く、あわただしい雰囲気。メインビルディングの中のさまざまな場所に、移植の患者さんが分散しており、移動しては詰め所でカルテ（紙）を確認しながら回診していく。患者さんの状況は主に APN とフェローが詳しく把握しているようで、上野先生に状況を報告し、今後の治療方針を議論していた。

12 時過ぎには一旦昼食となり、カンファレンスを聞きながらサンドイッチとコーラで昼食。食事類はカンファレンスルーム入り口に何種類かおいてあり、自由にとるというスタイル。10 数分ほどでフェローに促されて再び回診開始。さまざまな血液腫瘍の患者さんが入院しておられる。再発やターミナルの例も多く、ホスピスや在宅への紹介も上野先生の重要な仕事のひとつのようだ。実際の疾患や治療方針についてはスタッフ同士のディスカッションのスピードがあまりに速く、ついていけない。

13 時半ごろに回診終了。APN たちは朝 6 時半から一度自分で回診をして、再び上級医と 2 回目の回診をするとのこと。都合 7 時間の回診になる。初日の回診ということもあって、病棟に入院している患者さんの様子を把握するので精一杯であった。明日からは治療方針について何を根拠にしているのか、チーム医療においてどうディスカッションがなされているのか積極的に質問していく。

14 時からは CPB5 にて Inflammatory Breast Cancer の臨床試験会議を聴講する。もちろんほとんどの内容は聞き取れない。アメリカ英語独特の省略音が聞きなれないのか、専門用語が多いのか、おそらく両方が障害だと思う。15 時過ぎ、会議終了。

### ■EBM を吟味する姿勢について

臨床試験会議終了後、しばらく上野先生のオフィスにて、EBM（Evidence Based Medicine：科学的根拠に基づく医療）について談話する。上野先生の哲学としては、「エビデンス（治療の科学的根拠）を鵜呑みにする者、作者、吟味するもの」というのが大きかった。実際に日本で臨床実習を行った感

触としては、鵜呑みにする者が圧倒的多数であると実感している。具体例を上野先生と話した。治療法の根拠や診断の根拠についてドクターに質問すると、「それはイヤノートを読めばよい」とか「教科書に載っていることを暗記すればよい」と返答されることが99%であった。すなわち、こちらが思っている疑問に対して、根拠ある回答を自らの哲学において返答しえるドクターは1%しかいなかった。なぜならば、99%のドクターはEBMを鵜呑みにするタイプだからだ、と上野先生は言う。あるいは、臨床実習のレポートにおいて、指導医の診断治療方針やスタンダードの治療方針に反する論文



MDAのClark Clinic (外来病棟)。M.D.アンダーソンは、テキサス・メディカルセンターの中にあつて、Clark ClinicやAlkek Hospitalなど、多数の施設から構成されている

を参考文献として挙げ考察すると必ずrejectされた。なぜならば、自らが行っている診療治療方針に疑問をもたれると返答のしようがないからであり、そこにはエビデンスがないからである、と上野先生は言う。

EBMとは根拠をなぞる医療ではなく、根拠はいったいどこからきたのか考察した上で適応する医療である。考察のないEBMは、経験に基づいた医療にも劣るものであると個人的には考える。何も全ての事項に対して根拠を示して欲しいわけではない。医療の範囲は極めて膨大で、それは不可能に近い。しかし、EBMを吟味する姿勢があるのであれば、治療方針に対する学生の質問や、反対意見の論文に対し十分にディスカッションできるドクターで大学病院はもちろん市中病院もあふれかえっているはずである。

日本で臨床医をする際に、EBMを吟味する姿勢で仕事をする、おそらく指導医から目の敵にされることが容易に想像される。なぜならば、その姿勢は彼らがこれまで信奉してきたEBMを覆すおそれがあるからである。人間は自分がよりどころとしてきたものが揺るがされることを極端にきらう。これは日本人独特かもしれないが、それでも医療者として根拠を追い求めるのであれば、既存の99%の日本の医療者と敵対する可能性が高い、と考える。

根拠を作り上げるには臨床治験および試験を行うのであろうが、このあたりは学生にはまだなじみのない分野である。果たして忙しい日常業務の中で根拠を捜し求め続けることができるのか？それにふさわしい職場はどこなのか？いや、そもそも根拠を吟味することは医者にとってファーストプライオリティなのか？

根拠を吟味することは、すなわち既存のものを疑うことである、と個人的には考える。しかし、既存のものを疑うという姿勢は受験戦争を勝ち抜いてきた医学生にとって欠ける資質の最たるものではないか、とも思う。疑っては受験という競争には勝てないからである。ポリクリ（医学部高学年における臨床実習）においてもまた然りであり、まずはスタンダードを暗記することを求められるが、それがなぜスタンダードなのか疑問に思い質問しても相手にしてもらえないことが多い。なぜならば、指導医がスタンダードを疑わずに育った医学生であった可能性がかなり高いためであるからと思う。

◆◆◆◆◆ 見学実習 第2日 ◆◆◆◆◆

■腫瘍内科のカンファレンスに出席

7時40分ごろ、上野先生のオフィスへ行く。8時くらいからメインビルディングの11階会議室にて、腫瘍内科全体のカンファレンスに出席する。プレゼンテーション設備の充実さは岡山大学とは比較にならない。講演者もプレゼンテーションがうまく、きちんと出席者を見ながら話しているのが印象的。日本では誰に向かってしゃべっているのかわからないカンファレンスがほとんどという印象。EMT（上皮間葉移行）、MET（間葉上皮移行）など、間葉系細胞が転移にどう関与するのかというテーマであったが、専門用語がわからないことなどから内容理解には程遠い現状であった。

■チーム回診について - ディスカッション、上級看護師の実力など

9時から上野先生のチームとともに回診。13時すぎまで、ひたすら回診。APNたちは朝6時半から9時まで一度回診を済ませているので、7時間以上回診をしていることになる。各病棟は全室個室。スタッフステーションで、カルテをチームでチェックし、診断、経過、治療方針についてディスカッションし、共通見解を作ってから患者さんのもとへ向かう。患者さんを診察して再びスタッフステーションに戻り、修正すべき治療方針があればチーム内で相違がなくなるまでディスカッションする。ドクター、APN、フェロー、臨床薬剤師の4人でコンセンサスが得られるまで妥協しないので、回診はひたすら長くなっていく。なによりチーム内で回診の都度ディスカッションが可能であること事態が驚きである。日本の回診で行われていることはコンセンサスを得るディスカッションではなく、暗記量の確認である。標準治療はこうであるが覚えているか、という類のものが大半である。あるいは感覚的にこっちの治療がいいと思うがどうだろう、という経験則のすりあわせの印象を思い出す。

このコンセンサスを得るためのディスカッションは、たとえどこで医療者として勤務していても可能だと上野先生は言う。疑い続けること、改善し続けることは、たとえへき地においても可能であり、論文を書くこともできる。大学でないとできないということはない。しかし、そういった下地を学生のうちに身につけるチャンスは少なく、また臨床研究の遅れが指摘される日本においては、医療者として勤務し始めてからも臨床研究のモチベーションを維持することは難しいと思われる。



チーム回診の様子(写真は JME2008 全体報告書より)

ディスカッションしてコンセンサス

を得て、エビデンスを構築していくことがMDAのチーム医療であるならば、日本にそれをすぐに持ち込むことは全くもって難しい。まず、ディスカッションすべきコメディカルの職能分化がアメリカほどはっきりしておらず、教育も準備されていない。今後、上級看護師（APN）や臨床薬剤師が日本でも資格として登場するのかわからないが、チームオンコロジー（がんチーム医療）を行うのであれば、まずは日本でのチーム力の底上げも必要であるように感じた。実際にAPNと会話していると、大学病院の若手病棟医とほぼ同等か、それ以上の仕事能力と職能意識の高さを感じた。そのような優秀なAPNがいればこそ、上野先生は臨床研究に年間のほとんどを集中して費やすこともできるわけであり、臨床研究のスピードが日本と格段の開きがあることも納得できる。APNは自らが外来を持ち、患者さんの状況を把握し、治療プランを立て、オーダーを出し、クリニカルナースに指示を出すことができる。そして大きな決定事項や治療のプランニングについては、上野先生ら上級医によって行われている。

### ■腫瘍内科医のやりがい – 死のマネジメント

14時ころからは乳がん外来を見学。乳がん術後化学療法の実績に再発した場合は、死ぬ。人間みな死ぬのだが、「いかにして死ぬかということを経営することが腫瘍内科医のやりがいである」と上野先生は言う。単純に腫瘍を切り取って治療することにやりがいを求めるのであれば、外科医がいかもしれない。しかし、腫瘍内科医は再発患者さんがこれからどう死ぬかについて深く考える。それこそがやりがいであるという。故に学生には自分がどう死にたいか考えろと仰る。

日本では多くの患者さんは病院で死にたがる。アメリカでは在宅あるいはホスピスでの死が多い。ホスピスへの転院や在宅でのホスピスケアについても腫瘍内科医は責任を負う。そこがやりがいであると上野先生は言う。これは日本では一部の開業医にはみられる意見だが、一般市中病院、大学病院ではがん難民を作り出している現状と大きく異なる意見であると感じられた。もしも開業医であれば、より広くがん疾患すべてをカバーし、APNとディスカッションし、地域の開業医同士が連携しあって患者さんの死までフォローしなくてはならない。がんの種類も開業医では多岐にわたり、治療方針もさることながら、いかにして社会で患者さんが生きていき死んでいくか、サポートする面でアメリカの開業医は強烈なプレッシャーを抱えているものと思われる。

### ■APN（上級看護師）の職能の高さ

午後の外来見学では、APNが患者さんに対して緩和ケアを導入するIC（インフォームド・コンセント）を行っていた。これは日本ではドクターが行う業務である。APNの職能の高さは、APNが外来を持ち、化学療法、放射線療法、生検までも行う権限があり、放射線の読影も行い、仕事内容は総じてハイレベルである。患者さんを定期的にフォローするのはAPNであり、患者さんからの信頼も厚い。



APNのJoyce L. Neumann(右)。彼女はスーパーナースとも呼ばれている(写真はJME2008全体報告書より)

日本で言われる臨床能力は、こちらでは APN が全てこなせるもののように思える。フェローの臨床能力にはやや及ばないのかもしれないが、MDA のフェローはハイレベルらしいので、そこで働く APN のレベルはおそらく日本のドクターのアベレージは軽く超えるのではないだろうか。

### ■MDA のドクターの業務について

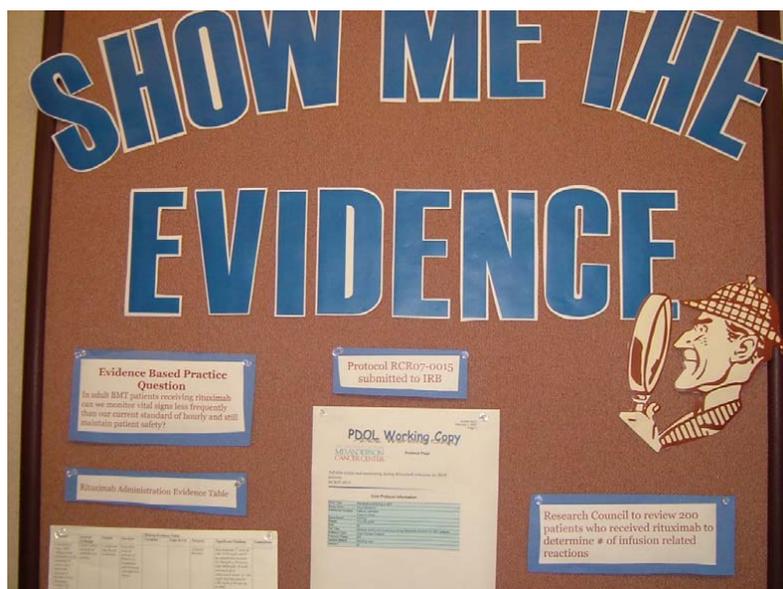
ではドクターは MDA で何をしているのかと APN にたずねる。APN は患者さんの状況を外来や入院でチェックし、処方し、標準治療を遂行し、ドクターとディスカッションする。ドクターはその経過を読み解き、プランニングを行い、デシジョン（決定）を行う。上野先生のようにアメリカでフェローを終え、Associate Professor（准教授）になっているドクターは、チームの方針決定を行うブレンであり、頭脳労働者である。APN は日本の病棟医同様に肉体労働も多いが、上級医は頭を使って仕事することがメインである。もちろん上野先生もインターンとレジデントとフェローを経て、肉体労働の厳しい日々を経験しているからこそまわりのスタッフがどういう状況か理解できるのであり、一足飛びに現在の地位にいるわけではない。

しかし、7 年ほどの期間を経てフェローを終え、医師が次の段階に進むというのもまた新しい考え方に思える。日本では一生同じことをするのが医者の仕事のように思える。大学に残るにしても、病棟業務をし、研究をし、論文を書き、外来をし、いったいなんのために長年ドクターをしているのかわからない。それは医局を支えるためなのであろうか。

### ■根拠（エビデンス）を作り出すということ

MDA では、治療の科学的根拠を作り出すことに誇りをもって皆働いているように感じる。日本では、その“輸入製品である根拠”という知的商品を購入し、鵜呑みにして働いているように感じる。クリエイティブさを感じる場面は少ない。

何度か上野先生との談話の中で臨床試験の話が出てきたが、MDA という治験と臨床試験は日本でいうものとはどうやら異なるもののように思う。日本の臨床試験といえば新薬を国民皆保険ベースにのせるためのものであり、薬事法がもとである。上野先生は、新薬を導入することが治験および試験であるとは言わない。治験および試験とは、日常診療の延長であり、日ごろ行っている標準治療のデータ解析とそれに基づくエビデンスの構築である。スタンダードの治療でも治療できない場合、どうするのか？倫理的にルールの



MDA の病棟にあるエビデンス掲示板(写真は JME2007: 田口賀子 MDA 研修報告書より)

に問題にならないレベルでのデータ解析を通じ、できるだけ多くのコンセンサスを得ることが一つの手段であり、あるいは有意差の少ないデータをはじき出すことも一つである。基礎研究は日本でも多く見受けられるが、臨床研究となると非常におそまつであると聞く。それは臨床試験の手間が多すぎるからだろう。

病腎移植の話題では、そのアイデアは良かったかもしれないが、ルールから外れた手法がまずかった、とのことであった。和田移植に言われるように、スタンドプレーはまったくサイエンスではなく、ただの独りよがりすぎず、むしろアイデアをつぶしてしまうことで、患者さんにとってのメリットを損なうことになる。大きなコンセンサスを得ることの難しさは避けては通れない。

このルールに基づいて研究を行い、一般臨床にまで治療を還元するということは、自分の経験からも考察することが多い。どんなにユニークなアイデアがあったとしても、それがコンセンサスを得られなければ無意味である。NCCAM (National Center for Complementary and Alternative Medicine : アメリカ国立補完代替医療センター) では、コンセンサスを得る手段は会議であるという。ディスカッションの余地のないほどのエビデンスを打ち立てることができなければ、スタンダードとして認められない。

日本でも、臨床研究のもとになるデータ自体は、山のように蓄積されているはずである。しかし、それを実際に研究のラインに乗せ、結果を得ることができないでいる。とくに岡山大学ではその傾向が強いと聞く。動物や試験管を使った基礎実験も重要であるが、それでは臨床場面で役に立つエビデンスを築くことはできない。疫学的手法を用いることも重要であろうし、なにより臨床研究とはどういったものか、学ぶことが重要なのではないかと思う。もしも今後、日本は日本人のためにエビデンスを構築する臨床研究を行うのであれば、臨床研究へのモチベーションをもつ若手ドクターを育成することに力をそそぐべきである。そして、私たち自身でも、勉強していかなくてはならないと痛感した。

だれのための医療なのかと考えたとき、臨床研究の重要性をより強く認識した。しかし、臨床研究は大学病院だけで行うものではないことも、上野先生は教えてくださった。もしかすると、旧態依然としたダイナソー (恐竜) のような大学病院は捨て、開業医同士で臨床研究のグループを作るほうが、日本の臨床研究をリードできるかもしれない可能性を感じた。

今後、EBM、すなわち治療の根拠を蓄積していくのであれば、アメリカから送り込まれてくる治療方針やガイドラインをも疑うドクターが日本に必要であり、また、日本の中から世界に向けて根拠を発信できる人材を輩出することが重要なのだと思う。EBM とは、その根拠を鵜呑みにして守るべきマニュアルでは決してないことが日々実感される。

## ◆◆◆◆◆ 見学実習 第3日 ◆◆◆◆◆

### ■ICU と救急病棟へ回診

9 時に ICU (集中治療室) から回診に同行。昨日、(造血幹細胞) 移植の病棟から移動してきた患者さんの容態を確認。治療方針のディスカッションと家族への IC (インフォームド・コンセント) で、上野先生は慌しそうであった。つづいて救急病棟へ回診。救急病室は 42 室あるが、これもまた全室個室。

高血圧との記載であったが、脱水以外については精査しないとわからない。

### ■移植病棟について

(造血幹細胞)移植病棟の患者さんの様子は、実習3日目になると、ようやくおおまかな内容が把握できはじめる。だれがどんな症状でどういう状態か理解し、回診時のディスカッションの内容や、病室での日々のICの内容もつかめはじめる。とはいっても、専門分野に対する理解不足とネイティブの発音を聞き取ることに苦しむ。スペイン語圏など、英語がネイティブではない患者さんを回診するときは、会話の内容をかなり聞き取れる。ネイティブの発音も個人個人によってかなり差があり、抑揚のくせなどから何を言いたいのか理解するには一ヶ月ほしいところではある。上野先生のチームのフェローとAPNの発音の癖はだいたいつかめてきた。

病棟を回診していて患者さんの食事時間に遭遇することもしばしばであるが、移植病棟の食事で巨大なハンバーガーと大量のフライドポテトとスムージー(果物をミキサーでジュースにしたもの)を食べている光景はやはり異様。ふだん食べているものを病院でもそのまま食べているのだろうが、それにしてもという感覚はぬぐえない。水分摂取量に達成目標のある患者さんは、かなりどぎつい色のゲータレード(世界中で飲まれているスポーツドリンク)を大量に飲んで水分摂取していた。好きにすればいいのだが、これもまた日本の病院では見ない光景である。

### ■移植外来について

13時半ごろまで回診について回る。上野先生はそのまま(造血幹細胞)移植外来へ、我々はフードコートで昼食をとる。フードコートにいる患者さんやその家族も、かなり大量の食事を摂取している。いくら医療システムが、医療保険システムが悪いといわれても、そもそも、この国民の食生活そのものこそが問題であるという感想を禁じえない。

14時過ぎに上野先生の移植外来につく。外来は、全室個室に患者さんと家族が待機している。ドクターはスタッフルームで診察の内容について思考を整理してから、個々の個室を順に回っていく。患者さん同士が外来の待合で顔を合わせるといこともなさそうだ。それがいいか悪いかは別問題だが。

移植治療が終わってこれから開業医のもとでフォローする患者さん、骨に転移しさらなる治療を行わねばならない患者さんなど、さまざまなパターンのICを見学する。患者さんも長きに渡って経過をドクターからICされてき



多部門が集まる定期的なカンファレンス“Multidisciplinary Conference”  
外科・腫瘍内科・放射線科医師、看護師、薬剤師などが参加する

ているので、自分の疾患については知識量が豊富なようで、「何か質問は？」と上野先生が促すと、ほぼ必ずといっていいほど質問が帰ってくる。自分の病気は自分が管理するという意識が、知的水準の高いレベルにあり（それはこの病院の患者さんの特徴かもしれないが）、日本の病院でむやみに医者にくってかかるモンスターペイシエントとはまったく異なる理路整然とした質問が出ていた。これも普段から上野先生がわかりやすい説明をし、率直に理解を求める誠実な人柄があればこそであり、一朝一夕にできるものではないだろう。

では、自分が近い先に医師として働くときにどんなスタンスでいるか、ということが重要になってくると、上野先生は指摘する。日本の患者さんは「くわしいことはわかりませんから、先生におまかせします」という人もいる。それは、先人たちがそういう患者さんを作り出す IC をしてきたがために、そうなっているのである。MDA には患者さんの教育プログラムの冊子もある。中身は見れていない。Education はスタッフに対してだけでなく、患者さんに対しても行われているのであろう。

すでに世の中がそうなっているから、であるとか、日本の医療はこうであるから、という理由で自分のスタンスを決めることを悪いとは言わない。社会を変えること、大きな組織を変えることは容易ではない。しかし、自分なりのスタンスを構築できているのであれば、10年20年と継続することで少しずつ意識改革を浸透させていくことはできるであろう、と上野先生は言う。

この日、上野先生の移植外来が終了したのは17時すぎ。昼食時間もなし。

## ■エビデンスを吟味すること

EBM の手順にはいくつかの段階があるが、step4 に該当する「エビデンスを吟味する段階」に注目したい。エビデンスを構築していくという点において、日本も臨床試験を行っていないわけではないが、ここ MDA のチーム医療でのマンパワーには、どうしても物量的に劣ることは否めない。病棟にいるチームの数と患者さんの数を比較してみても、スタッフのほうが多いように見える（実数は不明だが）。圧倒的なマンパワーと豊富な資源で製品を作り出す超大国の姿は、エビデンスという輸出品を生産する上でも、やはり同様に思える。エビデンスにかかわる step1～3 においては、やはりマンパワーの面で MDA のようには日本ではできないし、またする必要もないと感じた。

エビデンスを吟味するということは、かつての高度経済成長期に、日本が工業製品をより良いものに改良し、世界に通用する商品へと昇華させていった民族性がフィットするように思える。一からクリエイトすることに長けた民族ではないが、創意工夫するという発想において、医療者も先人に倣う必要はないだろうか。すでに標準とされてる治療を鵜呑みにするのではなく、よりよいものに改良していく作業、すなわちエビデンスの吟味の段階は、医師個人々の思考の質の問題によるところが多く、マンパワーに依存する部分は少ないのではないかと考えている。もちろん、吟味する以上は、よりよい臨床治験および試験を提案する能力も必要である。しかし、アイデアを創出できるのであれば、それを臨床治験および試験するのはどの国でもかまわないのではないか。エビデンスのイニシアティブをとるにしても、全てにおいて、とはいかないだろう。ただ工業製品と医療的エビデンスを同列に述べるのは、乱暴なことであると自覚している。

独りよがりのアイデア遂行ではなく、ルールに則った議論におけるエビデンスの吟味の果てに、治療方針が決定され、良い結果を残せるのであれば、そこに satisfaction を見出していくことはできるであ

ろう。そのときには、MDA で make されたエビデンスも、日本での吟味を経てより洗練されたものとなり、日本の医療には日本の医療としての誇りもあると考える。

エビデンスを吟味して個々の患者さんに適切に適用するという場面において、日本やアジアの伝統医学にはすでにその下地がある。漢方における証の考え方や、インドの伝統医学アーユルヴェーダにおける prakuruti などの発想は、いかにして個々人の特徴を極限まで individualize (注1) できるかという点に集約されると考えている。これは、疾患からエビデンスを構築する発想とは異なり、症候から個々人の状態を読み解くというアプローチであり、エビデンスの吟味段階において最も必要な素質であり、物心二元論をベースとする西洋医学が苦手する範疇でもある。Categorization (注2) の果てにエビデンスを適用するのであれば、それは吟味が不十分になるのではないかと個人的に考えている。東洋医学のもつ individualization の哲学の可能性について言及することはまた別件としても、個人的にはせめてエビデンスを吟味することからチーム医療を展開することは日本の医療現場にとって抵抗が少なく、無理のないものではないかと予想する。

(注1) individualize とは、一人一人の患者さんの体質、社会的背景、生活歴なども含め、読み解くことをいう。たとえ同じ感冒症状であっても、10人の患者さんがいれば10通りの考察をする。

(注2) Categorization とは、EBM に基づき、同じ感冒症状の患者が10人いれば10人を1つのカテゴリーに入れて治療を考察することをいう。

## ◆◆◆◆◆ 見学実習 第4日 ◆◆◆◆◆

### ■移植病棟へ回診

8時半ごろから回診を開始する。APN と臨床薬剤師は交代制なのか、今日は違うスタッフであった。フェローは4日間見ているが同じ。昨日、救急病棟で回診した患者さんは病棟に上がっていた。椅子に座って食事をとり、回復傾向にあるように見えた。

### ■在宅あるいはホスピスで、死を看取ることについて

移植病棟回診で、stroke (脳卒中) と seizure (痙攣) の既往のある患者さんはターミナル期にあり、ここ数日ホスピスに移るかどうかの IC が毎日続いていた。本日、航空機でホスピスへ搬送されていった。ケースワーカーなども含めて毎日さまざまなスタッフが IC を続けていた。日本では病院で死ぬことが当たり前となっているが、こちらでは在宅あるいはホスピスでの看取りが多いとのことである。日本にまだホスピスが少なかった1990年代では、『病院で死ぬということ』(山崎 章郎著、文春文庫) という本がベストセラーになり、そのときに『死ぬ瞬間—死とその過程について』(エリザベス キューブラー・ロス著、中公文庫) という本も読んだ記憶がある。在宅で死ぬことが、さも理想のように日本で語られることがあり、それがヒューマニズムというものであり、ホスピス先進国アメリカに倣う傾向があるように感じられた。

しかし、実際に病棟で末期の患者さんを見て、ホスピスに搬送されていくまでの IC を 4 日間見た結果、考え方がやや変わってきた。看取りとは、治療以上にデリケートな問題であり、死生観に強く左右される部分である。日本は比較的同じような文化的背景を持つ国であり、国民皆保険があり、良くも悪くも平等で均質な医療を享受できる社会である。MDA ではさまざまな人種が入院し、時にはターミナルをここで迎えるのであろうが、そのときに患者さんは何を思うのだろうか。多民族、多宗教である United States の中で死とは、日本のそれとは大きく異なるのではないか、という考えが浮上してくる。日々の生活ですら多種多様な民族との共存の中にあるこの国でその自由を謳歌するのであれば、死ぬことに自分のチョイスが強くなることも容易に納得できることであり、その結果として必然的にホスピスへの要望が高まると考えられる。ホスピスを見学していないので実状はどうかはなんとも言えないが。

多民族国家であるがゆえか、そもそも生活の前提として、お互いの思考回路が異なるということに対して注意深いと思われる。あまりにも多種多様な患者さんがいるのでおよそ 20 人の上野先生の担当患者を回診している間だけでも、かなりの時間が IC に割かれている。これにさらに、他のチームの回診も加わるというのだから、患者さんは何度も IC を受け徹底的に納得できるまで IC を受けることができし、何よりスタッフはそのために IC に時間を割いているように思えた。

## ■日本の現状と医療の未来

日本でも医療訴訟やモンスターペイシエントなどの話題に事欠かないが、これは IC が不十分であるからという問題ではなく、日本人が多様化して、格差が拡大しつつあるにも関わらず、理想としては均一な医療を求めるという矛盾に端を発するのではないか。諸外国ほどではないにしろ、確実に格差が拡大し、生活様式も変容する日本の中で、医療の問題点は医療の視点からだけでは解決できない。文化人類学的、社会学的、宗教学的、経済学的、多面的アプローチがなくてはならない。医者が医療サービスを提供していれば良い時代は、もしかしたらとうの昔に終わっているのだろう。先行きの見えない日本という国の中で、誰が医療の舵を切るのかさえ不明確である。実際に病院に勤務し、病む人を治すことも医者の仕事であるが、それに関連する医療分野以外の社会的な業務には膨大な潜在量があると考えられる。

外来、病棟、処置、研究、研修、論文執筆、会議、etc. 確かにどこに satisfaction を見出すのか明確でないと burn out してしまうだろう。

## ◆◆◆◆◆ 見学実習 第 5 日 ◆◆◆◆◆

### ■医師としての決断の重要性を感じる場面

8 時 15 分に上野先生のオフィスに集合し、回診に向かう。ICU の回診からスタートする。化学療法を病棟で行っていた患者さんが肺炎となり ICU に入っている。血圧 71/35mmHg まで低下している。家族も交え、繰り返し IC が行われている。いかにして苦しませずに死を迎えられるかも重要な要素で

あると上野先生は言う。もちろんやるべきことをすべて行ったうえでの話であるが、その上で患者さんや家族に話すべきこと、あえて話すべきではないこと、話さないことを話すことなど、医師としての決断の重要性を感じる場面であった。

### ■ APN やフェローなどの休日

月曜から一緒に行動していたフェローは本日は休日だった。休みなく厳しい研修を行うアメリカのしかもここ MDA でも休みをとらせる。これは法律で決まっているとのこと。土日は APN や臨床薬剤師などのミッドレベルが休みなので、フェローは金曜日に休み、土日は上野先生とフェローで回診することであった。様々な病棟業務、指示出し、処置、などなどを医師以外のミッドレベルの職員がフォローできることで、MDA は動いている印象である。ここは同時に研究機関でもあるので、ドクターの仕事は会議も多い。

### ■ MDA の職員は皆アクティブ！ しかし日本は…

5 日間の実習を通して印象的であったのは、職員が皆アクティブであることであった。それはスタッフの数が多くて分業できているからという人的資源の問題もあるが、何よりも自分のすべきことが明確であり、たとえば MDA の “making cancer history” という標語にあるように、自分の進むべき道がぶれていないからではないだろうか。これまで病棟実習で、疲弊しきった大学病院病棟医や、何をしているのか見失っている市中病院の研修医を数多く見てきた。ここ MDA のスタッフのようにするべきだ、とは言わない。それはまた、それぞれの国の事情もあるし、個々人の問題でもあると思う。

APN やフェロー、特にここ MDA にいるスタッフはかなりできる人達だと上野先生は言う。自身の英会話能力と臨床知識の不足で、直接それを確認するのが難しいのが歯がゆい。この経験は臨床において思考能力や知識量を高めるモチベーションとしたい。APN は、日本の医師とほぼ同等の職能を持ち、自分の仕事に誇りとやりがいを感じているように見える。燃え尽きるか、現実逃避しがちな日本のドクターが見たら、さぞかしショックを受けるか、見なかったことにしたいだろう。上野先生も、「勉強を続けていないとすぐにスタッフに追い越されますよ」と言う。日本では、ドクターはお医者様とあがめられるような古き悪しき慣習がいまだに感じられ、医師も医師免許をとった瞬間から何か特権階級になったような気分であるように私には思える。医師の存在や医師の権限を脅かす存在が、日本の病院ではあまりいない印象である。患者さんも看護師や薬剤師も、ドクターに全責任を負わせ、自分の責任を回避したいという消極的欲求が医療機関に閉塞感として漂っているようにも感じる。

もしも患者の所見をとり、判断をし、処方を



MDA の Alkek Hospital (入院病棟)

行い、処置ができ、外来も受け持てるナースがおり、看護師や薬剤師の医療行為権限拡大を日本の法律が認めるのならば、看護師や薬剤師は仕事に対してもっと誇りを持てる職種へと成長できるチャンスがうまれるのではないだろうか。

### ■日本の医師に足りないもの。そして今後の自分について

MDA では、もしかすると医師がいなくても医療行為は完結してしまうかもしれない。そう思わせるほどミッドレベルの力が大きい。日本でも、もしそのような職種が存在しはじめた時に、医師の仕事とは何なのか、そもそも現段階でも日本の医師の仕事とは何なのか、考えさせられる。初期研修病院選びの段階において、その選択基準もまた少し考え方を考えることになる。MDA での実習を終えて、日本の病院での研修医の姿を思い出すと、何が足りないのかまた新たな発見がある。それは一言では言えないがなにかゆらぎないポリシーのようなものであり、しかし全面に押し出すのではなく、意識の奥底で常に個人を支え続ける魂のようなものだろう。

はたして自分はどこまで自分の思いをキープし、疲弊せずに医療にかかわっていけるのか、そのヒントをここ MDA での実習は与えてくれた。その情報の消化には、まだ少し時間がかかるであろうし、また医師になって患者さんに向き合う日々になって思い出すと、違う感想を抱くかもしれない。

今回の MDA での実習は、私個人としての思考の整理と成長にはまたとない機会となった。これをすぐはどう contribute するかと言われても困るのであるが、まずは自分の中でじっくりと考察を続け、自分とともに働く人々に良い影響が生まれることがあれば幸いと思う。

(2008 年 12 月執筆)