

最高のがん医療をうけるための患者学

上野直人氏 (M.D.アンダーソンがんセンター教授)



上野 直人 先生

はじめに

きょうは「最高のがん医療をうけるための患者学」ということで、チーム医療がどういうものであるか、そして患者としてどういうことをしなければならないのかということ、を少しでも理解していただ

ければと思います。

「何がアメリカと違うのか」。これはよく聞かれる質問ですが、米国にある薬で日本にないものはいっぱいあるし、米国にある治療で日本にはないというものも確かにあります。

でも実は、「患者の力」「患者を育てる力」この2つが米国と日本の大きな違いではないかと思うのです。患者が医療を育てる、そして医療従事者は患者の力が出るように我々が育てる。のちほどどういう意味かを説明します。

M.D.アンダーソンがんセンターのこと

さて僕がどこから来たかということ、ここから飛行機で約 13 時間半、テキサス州のヒューストン市です。ヒューストンは非常に緑豊かなゴルフ湾に面した町で、メキシコに近い約 400 万人の町です。実はヒューストン市の姉妹都市は千葉市なのですね。

ヒューストンには大きな産業が幾つかあります。エネルギー産業と宇宙産業です。日本人の宇宙飛行士の 100 %がヒューストンで訓練を受け、今の日本の宇宙開発を支えています。そしてもう 1つの大きな産業が医療産業です。

その医療産業の複合体がテキサス・メディカルセンターにありまして、ここには現在約 7 万人の人たちが働いており、そして年間の患者数は 480 万人、12 ~ 13 の総合病院と 50 の医療機関が集まっています。複合体ですのでいろいろ

ろな病院が集まっています。

私が勤めている M.D.アンダーソンがんセンターというのはどういう病院かということ、実は私は地方公務員でして、これは千葉県立がんセンターと同じで、州は日本でいうと県に当たりますので、実は県のがんセンターなのです。

私たちの病院は、ちょっとデータが古いのですが病床数が約 480 床で職員が 1 万 9000 人います。新患の数は現在年間約 3 万人くらい。

とても大きい病院ですが、大きいことが重要なのではなくて、なぜこの病院が大きくなったのか、何が全米でトップランキングを得たのかということなのです。

その理由は 1 つは基礎研究、2 つ目は臨床試験、そして 3 つ目はチーム医療。この 3 つ目のチーム医療をととても重視しています。なぜ重視しているかというと、会場の皆さんの受けている治療の恐らく 40 %ぐらひはうちの病院が開発した治療だと思ふのです。当然と思っている治療には歴史があつて、それが病院としての評価を受けているわけなのです。ですからよりよい医療を作るといふことは、私たち M.D.アンダーソンがんセンターの大きな特徴です。そしてそれをどうやって患者中心に持っていくかということなのです。

チーム医療とは

さて、チーム医療とは何か。英語では「multidisciplinary care」がんのチーム医療、あるいは「Team Oncology」(チームオンコロ

チームオンコロジーの定義

- 医療従事者が患者のニーズを考慮し、がんの治療とケアを目指して連携プレーをする
- 医療従事者が証拠 (エビデンス) に基づいて判断する。標準療法とそれ以外の治療 (例、臨床試験、代替療法) の違いとその適応を、日々の臨床で明確にする
- 医療従事者がハイレベルな「がんの研究」を目指して、連携プレーをする (エビデンスの吟味と発信)

ジー) ということで、これが何かということをお話したいと思います。

チーム医療の定義は何か。いろんな医療従事者、患者さんが集まればチームを作らざるを得ません。患者のニーズを考慮してがんの医療とケアを目指して連携プレーをする。ごくごく当たり前のことですよね。

そして 2 番目にとっても重要なのは、そのチーム医療はどういう医療を行っているか。医療従事者が科学的根拠に基づいて判断して医療をしているかどうか。科学的根拠は何かあるかということをお話して治療をしている、でももしかしたら社会的状況、あるいは他の色々な事情によってその治療ができない時に、その理由がわかって医療をしているか。皆さんが代替療法をしたい時に、代替療法に全く触れないでほったらかすのではなくて、なぜ代替療法に賛成なのか、反対なのか、それを日々明確に医療を行っているか。それを根拠にしながらチームを組んでいるか。

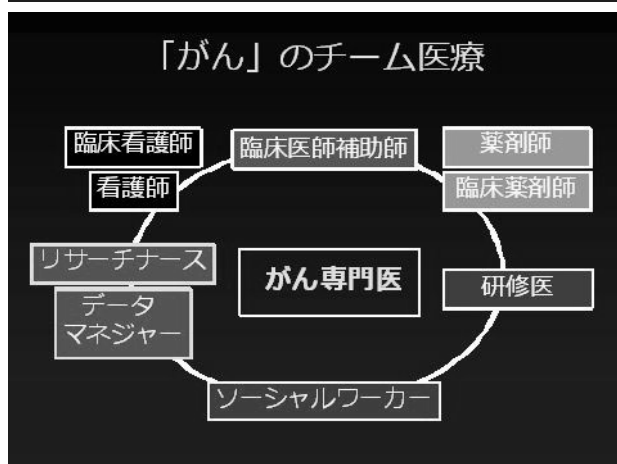
もう 1 つは、そのチームがハイレベルながんの研究をしているかということがとても重要です。がんの医療はただ医療をすることが重要ではないのです。それだったらテクニシャンの技師を雇ってやればいいのです。がん医療が今のレベルでいいと思っているのだったら、もうこの会（注：千葉県がん患者大集合 2009）をやる必要はないと思います。

がん医療は、今のレベルには限界があるので。それをより良くするためには医療従事者が改善をするということがとても重要なのです。それを全員でやる。そして普段の医療もする。それが実はチーム医療なのです。

そしてチーム医療の目標は何かというと患者の満足度を高めるということです。満足度とは、必ずしも生きることだけではなくて、あるいはがんを縮小するとかそういうことだけではなく

て、皆さんが本当に納得できるということが重要なのです。その納得を医療従事者がみんなで話を聞いて、皆さんが望んでいる医療に対してどのように対応していくか。それを全員で作っていくというのが大きな目標です。

チーム医療の考え方—ABC

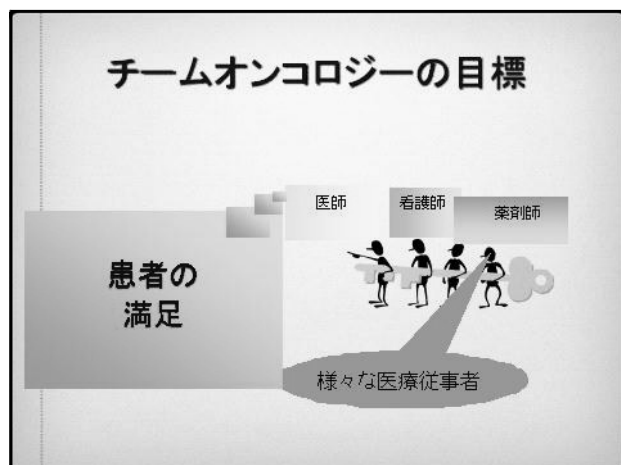


チーム医療にはいろいろなパターンがあると思うのですが、今日は 2 つだけ簡単に紹介します。

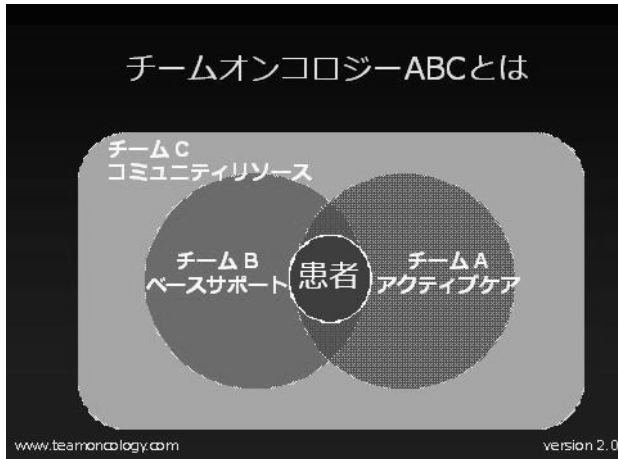
1 つは医師中心のがんのチーム医療です。例えば腫瘍内科医、放射線医など、あるがんに対していろいろな専門家が集まってより良い治療をする。つまり医師を中心としたがんのチーム医療。もう 1 つは専門医以外の看護師、薬剤師、研修医、リサーチナース、ソーシャルワーカー等さまざまな職種が全員で作る医療。つまりもっと大きな目で見たがん医療です。

皆さんが受けているチーム医療はどういうチーム医療でしょうか。チーム医療を知らないという人も、恐らくチームで医療を受けているのです。

このチーム医療の考え方は ABC という考え



方になります。チーム A はアクティブケア、チーム B はベースサポート、そしてチーム C はコミュニティリソースです。



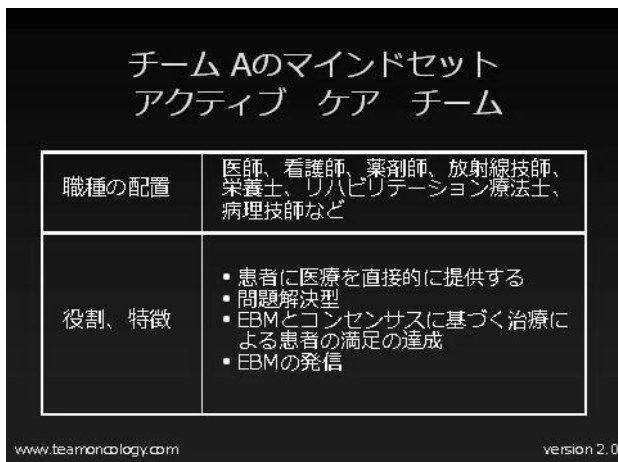
この環境を見てください。AとBの間に患者さんがいて、それをCが包み込む。これは何かということをごこれから説明したいと思います。

医療従事者にはさまざまな職種がありますが、ABCがどのような職種かという、Aは医者、看護師、薬剤師、放射線技師。Bは看護師、家族、友人、心理職、ソーシャルワーカー。Cは家族、友人、遺族、基礎研究、製薬メーカー、財界政府。

ここに書いてある職種が全部そろっていなかったら医療はできないのです。全員が医療に関わっている。直接的にも間接的にも医療従事者なのです。

ではこのAとBとCはどう違うのか。実は違いがあるのです。

ABCの役割分担とは



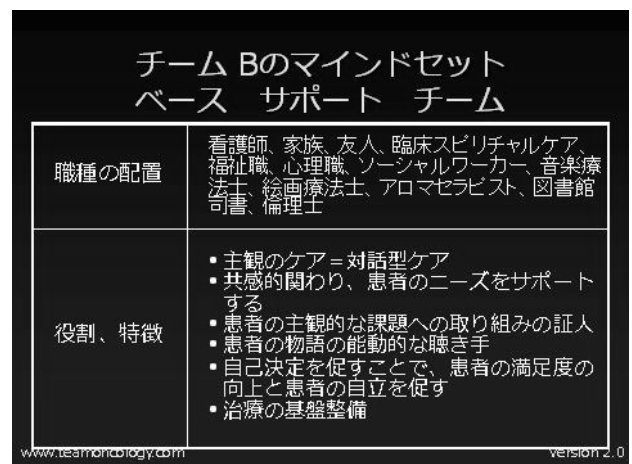
Aの mindset セット（心構え）とは何か。どういうことで医療をしているか。

僕を含めたAの職業は何かという、問題を解決することなのです。Aの職種というのは、

皆さんがぶつかる問題、たとえばがんを取る、がんを縮小する、吐き気があったら吐き気を止める、そういった問題を患者さんに直接提供するのです。だから問題解決をすることが得意になってもらう必要がある。しかもその時にどういうふうな解決してもらいたいかという、勝手に治療を作るのではなくて、何か根拠があってほしいと思うのです。

ここに EBM と書いてありますけれど、科学的に、あるいは何かを根拠に、もし根拠がなかったら医療技術者みんなで話し合ってより良いものを求めていると思うのです。

Aの職種はよりよい医療の改善を望んでいる。それがAの医療技術者としての大きな心構えです。



Bはどういう職業か。ベースサポート、元をサポートする人たちとはどういう人か。医療というのは実は解決できないものがいっぱいある。本当にいっぱいあるのです。つまり、問題ではなくて、例えば奥さんの不満とか、仕事に行けないとか、あるいは心の悩みとか、これをAの人たちがすべて解決するかという、僕らは絶対解決できないのです。だって患者さんの心を全部知っているわけがないのです。

ではどうやったらBの人たちは皆さんとおつき合いできるか。それは対話を通して話を聞いてあげる、そしてその話を聞くことによって患者さんの自己決定を促す。つまりよりよく医療を受けるために話を聞いてあげる。これを中心としている職業の人たちがBです。

皆さんの一番大きな不満は、Aの職種の人たちが話を聞いてくれないと。よくありますよね、「先生が話を聞いてくれなかった」と。本当は解決を求めているのではなくて、話を聞いてくれなかったということもあります。

ではCは何か。Cは患者の家族とか友人とか政府など、いろいろな方がいらっしゃると思うのです。患者さんを直接診る状況にはないけれ

チーム C のマインドセット コミュニティ リソース	
職種の配置	家族、友人、患者会、基礎研究者、疫学研究者 製薬メーカー、診断薬メーカー、医療機器メーカー、NPO/NGO、マスメディア、財界、政府、行政など
役割、特徴	<ul style="list-style-type: none"> 患者のニーズを間接的にサポートする 患者及びチームA、Bを包括的にサポートする 責任ある市民の視点を発信 地域資源の活用 高い質の医療の保証

www.teamoncology.com version 2.0

ど、いわゆる間接的にサポートする。A や B を中心とした職種の人たちを間接的にサポートしながらより良くする。

今日の会場の人たちの多くは C 的役割を持っています。コミュニティとしてサポートする。そして責任ある市民として地域資源をどのように活用するのか。皆さんは高い質の医療の保証を求めて今日の会に来られていると思うのです。自分のことも知りたいけど、ここに集まることによって何かメッセージが発信できるか。これもとても重要なものです。

チーム医療の課題

皆さんは A と B と C を常に自分の医療として受けているわけですが、実はこの関係には大きな課題があるのです。

A の職種の人たちは B の存在をよく理解していない。しかも A の職種の、特に医師は B が使わなければならない技法を身につけていない。これは何かと言うと、A の職種は話を聞く習慣がないのです。

知っていますか？日本の医学教育において、話を聞くなんてはっきり言うてうわべです。そんなものは教えていません。我々は問題を解決することを習っているのです。だから話を聞かないのです。

1 分間お医者さんに患者さんの話を聞いてくれと言ったら、もう何か言いたがるのです。そして問題を解決しないと気が済まないのです。(患者は) 本当は話を聞いてほしいのだけど、(医師は) 問題を解決したがるのです。

B は、例えばソーシャルワーカーとかさまざまな職種ですが、実は医師と看護師と薬剤師は本当に何をしているかをよくわかっていないのです。自分たちの職種はよくわかっているけど、どうやって問題を解決する人たちをサポートす

るかということが理解できていない。あるいは医師と看護師と薬剤師さんの心が疲弊している時のケアをどうするか。なぜかソーシャルワーカーが医療アドバイスをしてしまっている。これはとんでもないです。そういう意味で問題があります。

そして C はどういう問題があるか。C の国や患者会や製薬会社は、実は現場に何が起きているかを理解していない人が多いのです。

例えば患者会で世の中を本当に動かしたいというときに、例えば乳がんを例にとりましょう。乳がんを世の中を動かせるかということ、なかなか難しいのです。だって乳がんだけががんではないのですから。もっと大きな形で「がん」という共通の話題を見つけなければいけません。

例えば製薬メーカーで、ある薬を売るときに自分の会社の薬はよくわかっているけど、他の競合会社のことは全く理解していない。あるいは医療における位置付けをわかっていない。そのために非常に断片的になりやすいのです。

ですから医療の方向性を作らなければいけない C という立場の人間は(今日お集まりの皆さんは、たとえ患者であっても C の立場としてここにきているのです)いわゆる断片的でなくて、建設的に物事を身につける力を持たなければいけない。特に医師とか看護師とか薬剤師には ABC の関係というのは実は比率なのです。つまり患者の求めるものと環境によって比率は変わるのです。

例えば、初期の肺がんになったときに皆さんはどんな医療を受けたいですか。ちゃんと A で肺がんを取ってもらって、治りたいと思う。でも、もしも肺がんが末期になってきたら、その時に A 的手法でやったら全然理解していないということになる。医療というのは流れなのです。だからその時は B の役割が増えてくる。この A と B の比率はダイナミックにチームの中では変化しているのです。

僕はいま講演しているわけですが、なぜ講演しなければいけないかということ、よりよい医療をつくるということの、C としての役割として僕は今ここにきているわけです。

でも医療従事者の多くはこの ABC の比率を意識しながら医療をしていない人が多い。問題点を意識していないから何が起るかということ、自分の目の前の患者さんばかりにフォーカスしてしまう。だから連携ができない。全体像を見ることがとても重要になってくるわけです。

チームの一員としての患者のあり方

A と B と C の真ん中には患者さんがいるわけですが、一人の患者さんにとってこの ABC のチームはどういう関係にあるかという、実は ABC というのは患者のごく一部なのです。何を言いたいかという、我々医療従事者は患者の心は読めないのです。

末期の患者さんの人生にどれだけかかわっているかといったら、多分その人の人生に医療従事者は 10% もかかわっていません。9割は何を考えているかもわからない。何を言いたいかという、我々医療従事者は、患者がどう考えているかということに、常にアンテナを張らなければならぬ。そしてコミュニケーションをとらなければいけない。

一方、患者はしゃべらなかつたらその心の中は絶対に読めないのです。だからより良い医療を受けなければ、自分が何を考えているのか、どうしたいのかということ、医療従事者に何らかの形で発信しないとつながらない。こういうコミュニケーションができた上で初めて、生活の質の話をして、患者さんの満足度が見えてくるのです。

患者の満足度とは、必ずしも生きる、つまり生存率を延ばすとか、がんを縮小するというだけではないのです。見えないものがいっぱいあるのです。仕事をしなければいけない、孫の世話をしなければいけない、おいしいものを食べたい、旅行をしたい、趣味をしたい、ゴルフをしたい。それはすべて実は満足度につながっていく。だから腫瘍内科医として化学療法をやることだけが医療ではないのです。すべてのバランスをどうやってとっていくか、そのバランスを作るには患者がチームの一員となっていくことが大きく求められます。

病気を治すというのはとても重要なことで、病気をコントロールできるというのはとても重要です。でもあと 2 つありますよね。皆さんは恐らく高い生活の質を求め、本当に自分が納得して、うまくいったかどうかには関係なく、納得して理解した医療を受けたいと思うのです。納得していないと何か不満があるし、理解していないと不安がある。それをどういうふうに、どこまで我々が高められるかということがとても重要です。

これは患者の立場からすると、おまかせ医療の限界がまさにここにあるのです。アメリカにおいても日本においてもこれまでの医療という

のはパターナリズム、お医者さんがほかの職種に命令する、あるいはお医者さんが患者さんに話をしているのだけど、それが命令調になってしまうというものでした。一見「おれについてこい」という感じでいいのだけど、本当について行っているのかよくわからない。すし屋に行くのと同じようなもので、すし屋に行ってもどんな悪いネタを出されても文句を言わないで食べてしまう、これがおまかせです。

おまかせする危険はそこにあります。なぜおすし屋さんにおまかせするかというと、その人を信用しているわけですから。でも本当にいいネタが出ているかを厳しい目で見ること。医療も同じなのです。私はいわばすし職人なのです。でも本当にいい物を出しているかなんてわからないのです。もしかしたら、患者はウニを食べたいけれど、僕は卵を出しているのかもしれない。その関係をどうやって構築するか。そういう意味ではいわゆる医療技術者は聞く耳を持たなければなりません。

もう 1 つ言いたいのは、だれが医療の主役かということ、皆さん忘れないでください。家族ではありません。患者のための医療なのです。患者が何を求めているか。実は家族が患者本人の話の聞かない習慣があるのです。勝手にキノコを持ってきて、本人は飲みたくないのだけど家族に悪いからといってキノコを飲んでしまう。患者の話聞いてあげてください。そして患者は積極的に自分の希望を話すことが重要です。

患者とチームをつくるというのは 1 つはパートナーシップの構築なのです。つまり医療従事者の間で対等な関係を作る、患者がその真ん中にある、そして患者はチームの一員として、医療技術者としてパートナーである。

それができて初めて情報開示しても、証拠に基づく治療をしても、インフォームド・コンセントをとっても、臨床試験をしようが、患者の

医療チームと患者の対等な関係 患者はチームの一員である (パートナーシップの確立)

- 正確かつオープンな情報開示
- 証拠に基づく治療の受け入れ
- **インフォームド・コンセントの理解 (IC)**
- 臨床試験および治験の成功
- 患者の権利の理解と認識

権利を主張しようが、それを受け入れる関係になるのです。その関係がないままやると、どうしても一方通行のコミュニケーションになってしまうという状況があります。

患者の権利と自立

すべての患者にはさまざまな権利がある。質の高い、思いやるケアを受ける権利がある。家庭への参加の権利がある。個人的心情および価値観への思いやり、完全なプライバシー、患者としての安全、これはすべて皆さんが持っている権利なのです。

この権利を享受するということが重要なのです。権利を享受することと主張することは違います。これを全部主張したらどうなるかわかりますか。モンスター患者です。

僕は態度の悪い患者さんはすごく嫌いです。もちろん本人の前ではニコニコしていますけど、我々医療従事者は態度の悪い患者さんにはさんざん悪口を言います。本当ですよ。(笑)

もちろん悪い態度を取ったから、怒ったからといって医療の質を下げることはしません。けれど気分はよくありませんから、気分を悪くさせることはやめてください。

すべての患者には下記の項目を受ける権利がある

- 尊厳のある、質が高く思いやりのあるケア
- 分かり易くすべてを網羅した情報（治療およびその結果）
- 決定していく過程への参加
- 個人的な信条および価値観への思いやり
- 希望および必要な内容への迅速な対応
- 完全なプライバシーと情報機密の保持
- 患者の安全の確保
- 疼痛の認識と治療
- 患者の希望の尊重
- 問題、苦情あるいは抗議に対して聞く耳をもつ

最近、怒れば何か物が得られるのではないか、権利を主張すればいい、という感じの人がよく見受けられます。あれははっきり言って損です。「あの患者が来るともう嫌」という感じで、物すごくいっぱい僕も悪口を言ってしまうんですが、恐らく日本の先生もいっぱい悪口を言っていると思うのです。看護婦さんも。

権利はちゃんと意識して欲しいし享受してもらいたいけど、主張する時に上手にコミュニケーションをとる。変にわけのわからない怒りをぶつけるとか、キレることはやめてください。

そして、医療はどうやって変えられるのか。

皆さんが国に対して陳情する。こういう会に集まってシステムを変えることを考えるというのも重要だと思うのです。でもシステムを変えるのはそう簡単ではありません。伝統もあるしこれまでの従来のシステムもありますから。ではどうやって医療を変えるかという、実はすごく簡単な方法があるのです。

患者自身が自立しそれを現場に持っていく。つまり、まずは自分が患者として自分自身を変えているか、いい患者になっているか、パワフルな患者として医療に取り組んでいるかということがとても重要なのです。それにぶつかって医療従事者は、「ええっ！」となってしまうから。ですから自分を変える。これは医療従事者も同じです。医療従事者も病気になるわけですから、今は健康な人もいい患者になれるかということです。

患者に求められること

がんと診断された瞬間に患者としてどういうふうにならなりたいか。これから9つの項目を話します。

1. パニックにならない

がんは慢性病です。パニックになる必要がないのです。でもなぜか医療従事者がパニックになってしまっている。すぐに手術しなければいけないと。

リンパ腫とか白血病など特殊なものはいくつかありますが、ほとんどのがんはそんなパニックになる必要はないのです。1週間手術しなかったからといって変わるわけではありません。「次の日に手術しなければいけない」とか言ったら、はっきり言ってその病院は問題ありです。

皆さんはがん患者として実はマラソンを走っているのです。走らないマラソン選手はゴールに達成しません。でもひたすら速く走る人は息切れしてしまうのです。だからいかにペースを取るか。そして長期と短期の自分のゴールをどうやって設定するかということが病気にはとても重要なのです。がんだけではなく、ほとんどの病気は慢性的なものなのです。ですから慢性の中でどのようにペースを取るかということを考えてもらいたいのです。

2. 医師の話した内容を取得する

これは当たり前のことなのですが、皆さんは本当に話を取得できますか？ 病院に1人で行っていないか。1人で病院に行くのははっきりいって良くないです。話を聞いていませんから。

2. 医師の話した内容を取得する

- 家族や友人と一緒に話を聞く
 - 精神的支えとなる
 - 正確に話しを覚えていてくれる
 - 客観的に判断してくれる
- メモをとる（書き取れなかった場合は再度説明をお願いする）
- 医師の許可をもらって説明を録音する
 - 話しを聞くことに集中できるし、的確な受け答えもできる
 - 家族に医師とのやり取りを聞かせることができる

特に悪いニュースを言われた瞬間に全然話を聞いていません。だからやはり家族や友人と一緒に行く。そして余裕があればメモを取る。

このメモを取るということがまた難しいのです。特に3分医療でメモなんかとっていたら、いつの間にか話が終わってしまっているということになる。一番いいのは、テープレコーダーに録音することです。これはお医者さんにとってはプレッシャーなのです。ただし盗聴するのはやめてください。先生に「すみません、私はなかなか理解できないので、申しわけないのですが録音させていただきませんか」と。「オーケー」と大抵の普通のまともなお医者さんは言うと思います。もしそこで怒ってしまうお医者さん、看護師さんがいたら、私だったらその病院に行くのはちょっと考えます。調子のいいときはいいこと言うけど、悪いときは絶対変なことを言っているのだと思います。だからどうやってちゃんと内容を取得するかということを考えてもらうのです。

3. 自分の病気を勉強する

お医者さん以外の職業もそうですが、特にお医者さんは難しく話したがるのです、僕も含めて。理解できなければ理解できる言葉で話してもらおう。わからなければ、わからないと言わなければだめです。わからなければ、質問の仕方を変えてもらう。あるいは「書いてくれませんか」と言う。あるいは「どうやって自分の病気を勉強すればいいですか」と聞くというのでも重要だと思います。

よくあるのは勝手にインターネットサイトに行って、情報だけ集めて全く何も先生に話をしない。医療従事者は意外と「この本を読めばすごくわかりやすいですよ」とか、「こういうインターネットサイトへ行けばすごくいいですよ」と知っている場合があります。「このサイトはちょっと問題です」とも。自己学習の方法を聞

くというのも重要です。

4. 質問上手になる

皆さん本当に質問上手でしょうか。タイミングが重要なのです。こう言うと途端に明日からバートと質問する人がいるのですが、忙しいのにはっきり言って迷惑です。だから、「いつだったらお時間いただけますか」と聞いて下さい。

あるいは、質問が100個あってそれを一度に全部言われたら僕は頭がクラクラしますから、上手に小出しにして時間をかけて下さい。あせる必要はありません。もし質問内容を事前に送ることができるならすごくいいですね。僕は患者さんに「質問がいっぱいあるなら、先に送ってくれ」と言っています。

そして上手に質問内容をまとめること。質問を作るなら家族や友人に見てもらった方がいいです。同じ事を角度を変えて聞いている。いかに理解して、整頓して質問するか。そして納得するまで質問をすることがとても重要です。

もしその場で解決しなかったとしても全然問題ないのです。また来週、あるいは3日後にもう一度行って同じことを質問したらいいのです。そこで医療技術者が怒ったら、はっきり言って問題です。がんのような長期にわたる厳しい病気の医療を、そんな環境の中で続けるというのは出来ないと思います。

4. 質問上手になる

- 質問するタイミングが重要
 - あせりは禁物
 - 医師と余裕をもって話が出来る機会を設定する
 - 医師の話に対して十分理解し考える余裕をもってから質問
 - 直前はやめましょう（手術および化学療法の開始直前）
- 事前に質問内容を渡しておくのも一つのアイデア
 - 整理、整頓
- 納得するまで質問する
 - 治療方針が決定するまでによく話し合い、十分理解できるまで質問しましょう。
 - 2回にわたる

5. 医師の話した内容を消化する

消化するとは何かというと、自分に時間を与えることなのです。よくあるのは、話を聞いた次の日にすぐ来て「ああでもない、こうでもない」と、全然消化してなくてただパニックに陥ってしまう。お医者さんに話を聞いたら、自分の家族や友人に説明してみてください。実は多くの人が説明できないのです。「先生は、何か化学療法で赤いのを入れて、何か化学、手術、何かがんが小さくなるとか・・・。」そんな程度なのです。これは全く理解できていないということ

です。言葉にして他の人に説明できるくらいの力を患者として持つというのはとても重要です。それができて初めて医師の話を取得しているのです。

6. 標準治療か、そうでないかを知る

6. 標準療法なのか、それとも――

- 標準療法：
 - 根拠があるか、専門家間の合意が得られている治療法
 - ガイドラインに準拠しているか
 - 複数の選択肢の可能性がある場合がある
 - 患者さん自身に見合った治療を見つけることができる
- 標準療法でないなら、
 - なぜ（最新治療、コンセンサス、etc.）
 - 納得できる？
 - 臨床試験および治験も考慮
 - 代替療法

まず考えなければいけないのは、皆さんが受ける治療は、標準治療であるのか否かということです。必ず確認してください。

医療には、根拠に基づいたガイドラインや資料が決まっているのです。「根拠に基づいた治療を受けていますか」と聞いたら、恐らく皆さんの半分くらいは（標準治療を）受けていないと思います。でもそれを悪いと言っているわけではないのです。

もし標準から離れるのだったら何か理由があるのです。その理由が何なのか。もしかしたら他に糖尿病があるとか、あるいは通院が大変だから週に1回行くより3週に1回にした方がいいとか、そういう理由があると思うのです。その理由を知らないで標準から離れるのはすごく問題だと思うのです。しかも標準でなければもっといい治療が存在しないのか。もっといい治療はどこに行けばいいのか、臨床試験があるのか、治験があるのか。

代替療法にしても、どういう影響があるのかという根拠を探ってください。そしてそれを受けたら、本当に自分にとっていいのか、benefit（ベネフィット）恩恵になるのか。それはがんが小さくなることなのか、長く生きられることなのか、生活が楽しめることなのか、自分にとっての恩恵が何なのか。みんな違いますよね。そういう意味で、何を皆さんが求めているかということがとても重要です。

7. リスクを知る

副作用のリスクがないという薬は世の中にありません。代替療法で「リスクなし」とか「副作用なし」と書いてあるのは、絶対間違いなく

うそです。そんなものは世の中にありません。もしかしたら自分ひとりで飲んだときはそうかもしれないけれど、よく調べたら隣の人が死んでいたとか、よくあるのです。だから、どういう危険度があるのかということの説明しなければいけないし、医療従事者も危険度を背負わなければいけない。

8. 自分の希望を伝える

希望を伝えるということは benefit（ベネフィット）恩恵、例えば仕事をしたい、乳房を失いたくない、副作用の強い治療を受けたくない、なるべく入院期間を短くしたい等々、これらを全部話すことがとても重要です。自分の希望は常に言わなければいけないのです。

某日本の病院で最近あったのですが、「私は化学療法を受けたくない」と控え目に希望を言ったために、ずっと化学療法を受けないままになっていて、実はその後に気持ちが変わったことを一切言わなかったから、そのままいってしまった。希望は常に変化するのです。

9. 医師とコミュニケーションを取る

治療に納得しているのか、もしセカンドオピニオンを取るなら、なぜ取らなければいけないのかを考える。単にコミュニケーションがうまくいってないということでセカンドオピニオンを取ったら、必ずセカンドオピニオンサイトの方がよくなります。セカンドオピニオンの人はたいていコミュニケーションが上手ですから。だからセカンドオピニオンができる場所は患者さんが全部集まってしまうのです。

でも意外と自分の目の前にいる医療従事者の方がとても優れていて、ただその医療従事者はコミュニケーションが下手くそなのかもしれません。だからいかに引き出すかということです。その意味で臨床試験への参加も考慮するというのも重要です。

最高の医療をうけるための9ヶ条

- あせるな、慢性病
- 医師の話した内容を取得する
- 医師の話した内容を分かり易くする
- 質問上手になる
- 医師の話した内容を消化する
- 標準療法なのか、それとも――
- 治療・ケアを決める
- 自分の希望を伝えましょう
- 恐れずに果敢にチャレンジしましょう

最高の医療をうけるための患者学（講談社、アルファ新書）

ドリームチームを作るには

がんという病気で考えると難しいですが、たとえば風邪でも同じで、いつなつて、医学的病名は何で、治療の中身を知っているか、副作用を知っているか。風邪で薬が出て同じことなのです。皆さんやっていますか。ほとんどの人は多分やっていないと思うのです。お医者さんに出されたままに薬を飲んでいっているのです。

ですから普段からそれをちゃんとやる。そうしてはじめて、例えばがんになったときに、さきほどの9つの項目を実際にやっていく可能性があるのです。これは簡単ではない。時間がかかります。ですから、どこまで病気に向かっていくかということは皆さん次第なのです。

そして医療従事者との関係構築をするに当たって、何もお土産を与えたりとか、お礼を言うことだけが重要ではないのです。いかに建設的に関係を作るかというのは、いかにコミュニケーションを良くするか。さっきの9つの項目を実施していくかということです。

それを与えることは医療従事者にとって非常に大きなプレッシャーになる。それを皆さんがやり始めたら医療従事者も変わらざるを得ないし、行政も変わらざるを得なくなるということです。だからチーム医療の一員として皆さんが参加していくことがとても重要です。

patient advocacy (ペイシエント・アドボカシー)、患者は自分のことを説明することができる、これを advocate yourself (アドボケート・ユアセルフ)、そして家族は患者を擁護し、支持していく。医療従事者も同じことをしていくことが重要です。

最後に話をしたいのは、専門性の高いドリームチームをつくるのがとても重要になってくるのです。いいチームを作るとは、患者中心の医療、治療効果が高い、安全がある。そしてもちろん患者の満足度も重要なのですが、医療従事者が満足しているかというのもとても重要です。

医療従事者が満足していなかったり疲弊していたらいい医療を受けられません。それをどう乗り越えていくのか。夢を持って楽しくがん医療に取り組んでいるか。これもすごく重要です。

皆さんはがん医療に対して希望を持っていると思うのです。「こんな医療をつくりたい」というビジョンを持っていると思います。どんなものかはわかりません。でも語らなければいけない。心に止めていてもそれだけでは実現は難しいのです。

Eの人、Iの人

Eは外向きのエネルギー、Iは内向きのエネルギーです。

Eは話しながら考える人、そしてそれを自由に表に出す、外交的で話も好きだし「ああでもない、こうでもない」といろいろ話す人です。

一方Iの内向きのエネルギーの人は、よく考えて注意深く表に出す。Iの人はEをどう思っているか。よくしゃべるし人の話を聞かないし、命令するしうるさいし、何か会議をするとすぐ乗っ取るという感じなのです。

Eの人はIのことをどう思っているか。ダンマリだし居酒屋にいくといっぱい愚痴が出てくるのだけど普段は何もしゃべらない。静かなのだけどよくわからない。

E型 あるいは I型

- | | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| ・ 外向きのエネルギー
Extraversion | ・ 内向きのエネルギー
Introversion |
| ・ 話ながら考える | ・ 考えてから話す |
| ・ 自由に表にだす | ・ 注意深く表に出す |
| - 外向的 | - 考え |
| - 人 | - アイデア |
| - 物 | - 意図 |
| - 活動 | |

皆さんはいろいろな人たちとここにいるのです。EとIを行き来する人もいるのです。がん医療の将来を作りたいと皆さん思っているのだけれど、語り方が違うのです。ですからEの人たちは、これはチーム医療でも同じ考え方ですが、Eのチーム医療従事者は話を聞く習慣を持たなければいけないし、Iの人は主張しなければいけないのです。

皆さんはいろいろな意味でビジョンを作っているのです。世の中を変えたければ夢を語らなければいけない。語らなければ変わりません。どうやって夢を語るか。皆さんが夢を語るといういろいろな意見や話が出てくるのです。Eの人は絶対語りますから、「私はこんな医療を望んでいる」と。患者会の人多くは大抵Eなのです。だから患者会の上の人はしゃべらないでください。

そしてIの人は、「私の心をいつか読んでくれ」と。読むわけがないのですよ。自分が将来を作りたいかったら夢を語ってくれなければいけないのです。いろいろなものが出てきて話し合っていくことによって、初めていい医療が出てくるのです。

最後に

共有できる夢はお互いに話を聞きそして主張するということがとても重要なのです。それをしないままやっていると、一部の人間ががん医療の方向をつくっていく。皆さんの望んでいないところにどんどん医療が変化していくのです。ですから患者、家族、医療技術者、それぞれが自分の思いを見せるというのがとても重要です。そうして初めてドリームチームが出来るのです。もちろん具体的な明確なものを作らなければいけないですが、本当にどういう医療を作りたいかという夢を持って医療をしているかということをご検討ください。

夢を見れば実現する可能性があるのです。夢を見なければ実現する可能性はとても低いです。ぜひ考えてください。

そしてもう1つ、今僕がやろうとしているのは、「みんなでつくろう、がん医療のドリームチ

ーム」というメッセージをこの秋に向けて発信しようと思います

(<http://www.oncology-dreamteam.org>)。

これは何かというと、皆さんそれぞれに、本名と職業とがん医療に対する夢（マイ・ドリーム）を書いてもらいたいのです。その写真をインターネットでいっぱい集めて、全国の患者さん、家族、健常人、有名な人、有名でない人たちを集めて、何が皆さんのビジョンなのか、それを集めていい流れをぜひ作りたいと思います。

そしてそれに感動してもらえたらぜひ寄付もお願いしたい。それがメインではないのですが、そのお金を作ってビジョンの持てる医療技術者、ビジョンの持てるがん患者を作っていく。

病気には勝つということがとても重要ですが、それは自分に勝つ、自分を乗り越えるということなのです。それが出来て初めて医療というのは変化していくのではないかと思います。御清聴ありがとうございました。



講師紹介

上野 直人 (うえの なおと)

略歴

- 1989年 和歌山県立医科大学卒業 (M.D.)
- 90-93年 米国ピッツバーグ大学附属病院にて一般内科研修、米国内科専門医取得
- 93-96年 米国テキサス大学 M. D. アンダーソンがんセンターにて、内科腫瘍学および幹細胞移植の研修；米国内科腫瘍専門医取得
- 96-98年 米国テキサス大学 M.D.アンダーソンがんセンター講師に就任
- 94-99年 米国テキサス大学生物医学系大学院にて、癌の分子生物学・腫瘍分子細胞学を研究 腫瘍分子細胞学博士号取得 (Ph.D.)
- 98年 米国テキサス大学 M. D. アンダーソンがんセンター助教授に就任
- 2001年 米国テキサス大学 M. D. アンダーソンがんセンター准教授に就任
- 2009年 米国テキサス大学 M. D. アンダーソンがんセンター教授に就任、現在に至る

