

日本の医療界に、 患者参加型のチーム医療を



がん患者の満足度を引き上げる処方箋となるか

世界トップクラスの医療技術を有しながら、患者の満足度が比較的低いと評される日本の医療。

全米のがん医療専門施設評価ランキングで何度も1位になっている
テキサス大学MDアンダーソンがんセンター准教授の上野直人さんは、

「日本の医師は総じて優秀で熱意もあるが、

それが質のよいがん医療につながっていない」と語る。

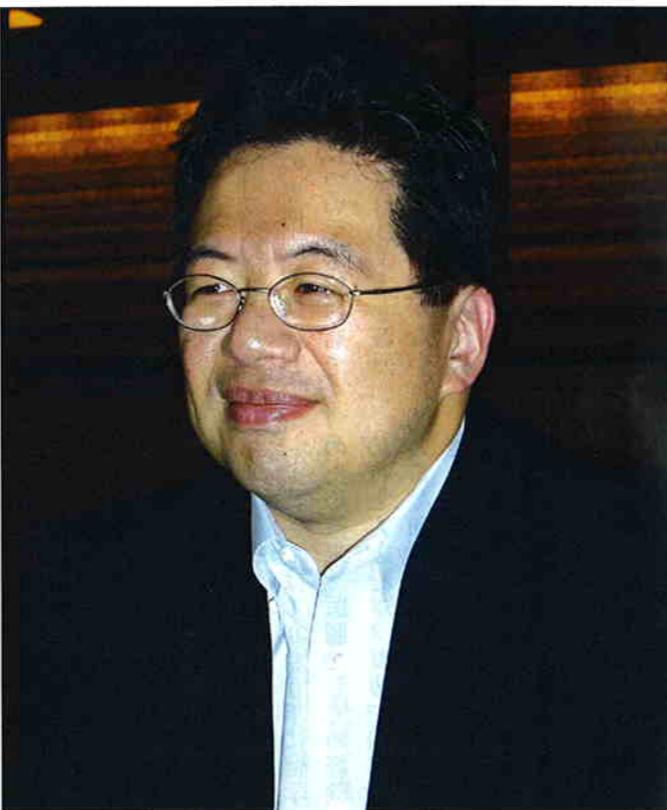
その両者をつなげる1方法として上野さんが提唱するのが、「患者参加型のチーム医療」だ。

世界1とも言われるMDアンダーソンの名声を支えているのは、

実は最新の医療技術や機器ではなく、このシステムである。

そして上野さんは、日本でも質のよい医療は実現できる。その鍵を握っているのは、
ほかならぬ患者自身である、というのだ。

監修●上野直人 テキサス大学MDアンダーソンがんセンター准教授
取材・文●黒木要



「日本にチーム医療が普及すれば患者さんの満足度は必ず上がります」と語る
テキサス大学MDアンダーソンがんセンター造血幹細胞移植部門准教授の
上野直人さん

チーム医療、言葉の認知度は高まつたが……

2006年10月18日から、国

内のがん医療学会では最大規模の日本癌治療学会が東京・新宿にある京王プラザホテルで開催された。今年で44回目。参加者は主としてがんの臨床医で、全國の医療施設から駆けつけて来る。

最終日20日の13時半から3時間に渡り、本館4階会場にて

「あなたは今のがんチーム医療で満足していますか?」という

シンポジウムが行われた。その中で上野さんは「米国におけるチーム医療の現状と展望」という演題で講演した。5年前は学会事務局に頼み込んでやつとのことで受け付けられたシンポジウムだが、今はむしろ歓迎されるまでになったという。

上野さんは、そのことよりも、聴衆の職種が多彩になったことを喜んだ。

本にも普及してきた証しなのだろうか。

上野さんにそのシンポジウムの感想を尋ねると、「確かにチーム医療という言葉の認知度は高まつたのでしょうか。」と答えた。

チーム医療という言葉だけが

その気にさせた6年前のショッキングな事件

そもそも上野さんが日本でのチーム医療の普及活動を思い立ったのは、6年前の来日の折、ショッキングな「事件」に遭遇したことがきっかけだ。

2000年のことだ。上野さんは、腫瘍内科医として見込まれ、ある抗がん剤について日本人医師に向けて講演を依頼された。

講演の終了後、医師らと話す機会を得たが、そのとき事前に聞いていた内容と違いがあるこ

と懸念するのだ。

実際、「チーム医療ならうちでもとっくの昔からやっています」と答える医師にしばしば出くわす。ところが内実は、外科医が手に負えなくなつたら内科医へ、あるいは放射線治療医へ受け渡すだけというケースが多い。

「チーム医療は引継ぎ医療、パートナーシップ医療とは違うし、医師が連携するだけで成立するものではありません」と、上野さんはきっぱりと言う。

それでも上野さんが日本でのチーム医療の普及活動を思い立つたのは、6年前の来日の折、ショッキングな「事件」に遭遇したことがきっかけだ。

2000年のことだ。上野さんは、腫瘍内科医として見込まれ、ある抗がん剤について日本人医師に向けて講演を依頼された。

講演の終了後、医師らと話す機会を得たが、そのとき事前に聞いていた内容と違いがあるこ



テキサス大学MDアンダーソンがんセンターの建物。患者さんの満足度が高い病院として知られている

せいだと思っていたが、むしろ「医師の言うことを聞いていいればいいんだ」という尊大な姿勢を押し付けてきた医療提供側の責任も大きいのではないか。

「だとするなら、患者自身が積極的に医療に関わる環境づくりをして、医師をはじめとする医療スタッフたちとコミュニケーションで1人の患者を総合的に診ていく『チーム医療』を日本に根付かせねば、患者は主体的になり、満足度が上がるのではないか」

上野さんはそう考えた。

ならば、まずは日本全国の医療従事者に対し、チーム医療がどういったものであり、なぜそれががん医療に有効であるかを説き、実践してもらう必要がある。それには協力者の存在抜きにはありえない。さつそく

「自分たちとあまり差がない。いや、むしろ担っている役割の多さと、それに対して責任を持ち、ほとんど1人で医療をこなしているという点では、日本人医師の能力は総じて高いのではないか」

療スタッフたちとコミュニケーションで1人の患者を総合的に診ていく『チーム医療』を日本に根付かせねば、患者は主体的になり、満足度が上がるのではないか

M Dアンダーソン側の協力者、そして日本側の協力者を得て、双方からのバックアップ体制を築くに至ったのである。

ベッド数は中規模、スタッフ数は大規模

米テキサス州ヒューストン。M Dアンダーソンがんセンターは、テキサス・メディカル・センターの広大なキャンパス内にある。42の医療施設の集合体のうちのひとつで、がんの治療、研究、教育、予防に特化して取り組む点は、わが国の国立がんセンターと似ている。ベッド数は480床で、むしろ少ない。だが病院に勤務するスタッフは1万6000人にも上る。治療を受ける患者は年間で約6万人。うち約2万2000人は新規の患者で、大半はテキサス州以外からやってくる。

M Dアンダーソンではエビデンス（科学的根拠）に基づいた国際標準治療、最新の研究成果に基づいた最新治療を受けることができる、との評価が行き届いているのだ。その研究成果を確認する方法、すなわち臨床試

とに気付いた。
事前の話というのは、日本のがん医療、とくに抗がん剤治療は欧米に比べて20年遅れている、というものだったが、眼前の医師たちの知識は豊富で、世界的な標準治療についても詳しい。腫瘍内科医の専門医制度など、日本との違いについても精通している。

「自分たちとあまり差がない。いや、むしろ担っている役割の多さと、それに対して責任を持ち、ほとんど1人で医療をこなしているという点では、日本人医師の能力は総じて高いのではないか」

正直そう思った。
後に同じがん専門医でも個人によって大きな能力差があることに気付くのだが、それよりも驚いたのは、知人を介して知り合った日本人患者たちの主体性のなさであった。
上野さんは1990年に留学のため渡米。医師としての経験のほとんどをアメリカで積んでいる。和歌山県立医科大学を卒業して研修を受けたのは横須賀の基地の中の米海軍病院であり、すぐに留学の途についたこともあり、日本の医療事情については知らないことが多い。

アメリカでがんの専門医になり、10数年ぶりに日本人の患者に接してみると、患者は自分のかかっている病気や病状、そしてどんな治療を受けているかについてほとんど知らないし理解していない。だから相談を受けても上野さんは一般論を言うしかなかった。

患者と医師のコミュニケーション不足

病院の外来を見学して、その理由がわかった。患者と医師のコミュニケーションが不十分だったのだ。

「日本と差は、ここにある」と、患者に主体性がない、よう見えるのは、内向的な国民性の



日本癌治療学会での『あなたは今のがんチーム医療で満足していますか?』シンポジウムの一幕



5年前は学会事務局に頼み込んでやっとのことで受け付けてもらえたチーム医療のシンポジウムだったが、今は歓迎されるまでになった



上野直人さんが来日した際の講演

そのとき確信した。

日本の患者にはその点で大きなフラストレーションがあるようだ。たとえ世界標準の医療を受けていても、それが世界標準医療であることさえわかつていなかることが多く、だから不満が出るのはないか。標準外の医療を受けていればなおさらだ。

何がいい医療で、何がそうでないのかの判断基準を知らないのだから、医療の良し悪しを判断しようがない。そこで、つい医師の好感度などに目が行き、感情が先走ってしまうのだ。

患者に主体性がない、よう見えるのは、内向的な国民性の

例えは進行がんで、標準的な治療法が確立していないようなケースでは、腫瘍内科医や外科医、放射線治療医、放射線診断医、病理医らが、患者を囲んで質問をすることもある。
「その上で議論をするのです。患者さんの前で話し合うことはありません。ときには侃々諤々の議論になつたりしますが、最終的に意見をまとめ、いつたん治療方針が決まつたら、全員がそのコンセンサスに従つて治療に参加するのです」（上野さん）



後左から外科医の金隆史さん、青儀健二郎さん、前左から統計学教授のドナルド・ベリーさん、内科医の清水千佳子さん。MDアンダーソンがんセンターにて



MDアンダーソンがんセンターへ研修に行った看護師の垣本春子さん（左）と内科医の清水千佳子さん

患者がチーム医療に参加すると何が変わらるのか

ここで注意をしなければならないのは、MDアンダーソンをはじめとして、米のチーム医療は「患者参加型の」という枕言葉が不即不離であるということだ。

患者がチーム医療に参加すると何が変わるのか

患者参加型の医療とは、何を言うのだろう。

日本の医療に慣れきつてしまつた私たちは、つい「チーム医

療にて、医療提供側の努力目標で、私たち患者には直接関係ないのではないか」と思つてしまふのではないだろうか。

だが、それは重大な間違いである、と上野さんはいう。

「患者参加型の医療とは、一口で言えば患者さんが私たちのチームに率先して参加し、主体的

療つて、医療提供側の努力目標で、私たち患者には直接関係ないのではないか」と思つてしまふのではないだろうか。

だが、それは重大な間違いである、と上野さんはいう。

「患者参加型の医療とは、一口で言えば患者さんが私たちのチームに率先して参加し、主体的に関わつてリードしていくだくことです。チームの目的は患者さんがどういう医療を受けたいかということに集約されます。それをかなえるためにチームは

「最善を尽くすのですから、患者さんが参加しなくては本当のチーム医療は成立しないのです」こう言うと、医師は患者にインフォームド・コンセントをした上で、治療法の選択肢を並べその中から、選択を迫る。それがちだが、そうではない。

「最善を尽くすのですから、患者さんが参加しなくては本当のチーム医療は成立しないのです」こう言うと、医師は患者にインフォームド・コンセントをした上で、治療法の選択肢を並べその中から、選択を迫る。それが患者参加型の医療だと誤解されがちだが、そうではない。

現に「患者に選択肢を指示し、さあどれにする、というのは、医師として無責任だ」とM Dアンダーソンの医療を批判する日本人医師が少なくない。

マラソン走者は患者自身医師はその伴走者

マラソン走者は患者自尊医師はその伴走者
上野さんはそう言つてな比喩を披露する。
「僕がよく喻え話を言患者さんはマラソン選手度がんにかかると、治癒して走り続けなければなということです」
でも走るのにもいろんな方がある。あれもこれもに振り回されて走る人は息切れする。当事者意識

こん
のは、
1
目指
ない

こん
のは、
1
目指
ない
走り
情報
すれ
薄い

研修の実際					
MONDAY-12		TUESDAY-13	WEDNESDAY-14	THURSDAY-15	FRIDAY-16
8:00 am - 9:30 am Steering Committee Lectures		8:00 am - 9:30 am Division of Cancer Medicine Grand Rounds at Hockey		8:00 am Medical Breast Clinic Observation with Dr. Nuhad Ibrahim	8:00 am - 9:30 am Steering Committee Lectures
9:45 am Medical Breast Clinic Observation with Dr. Richard Theriault		9:15 am Medical Breast Clinic Observation with Dr. Banu Arun		8:00 am Medical Breast Clinic Observation with Dr. Vicente Valero	9:45 am Medical Breast Clinic Observation with Dr. Melanie Royce
12:00 noon - 1:00 pm New Clinical Breast Trial Proposal Conference		12:30 - 1:30 pm Pharmacy Resident Forums -“Retinoids and targeted therapies (imatinib, others)”—	12:30 - 1:30 pm LUNCH / BREAK	12:00 - 1:00 pm Fellow's Res, Seymour / Minberg	12:00 noon - 1:00 pm Institutional Grand Rounds at Hockey Auditorium (lunch provided)
1:00 - 2:00 LUNCH / BREAK				12:00 - 1:00 pm LUNCH / BREAK	
Medical Breast Clinic Observation with Dr. Richard Theriault		Medical Breast Clinic Observation with Dr. Banu Arun		Medical Breast Clinic Observation with Dr. Vicente Valero	Medical Breast Clinic Observation with Dr. Melanie Royce
4:00 pm to 5:00 pm Multidisciplinary Breast Conference Planning Clinic		4:00 - 5:00 PM Multidisciplinary Breast Conference Planning Clinic	1:30 - 4:00 pm Clinical Research Committee Meeting	4:00 pm to 5:00 pm Multidisciplinary Breast Conference Planning Clinic	
5:15 - 6:30 pm Core Curriculum Lecture		5:00 - 6:30 pm CRC Curriculum Lecture Series: “Translational Research (6)”			

MDアンダーソンがんセンターのがん治療専門スタッフがプログラム・コミッティを組織して作った日本からの留学用の研修プログラム

EBMをつくるには臨床試験に懸命に取り組まなければならない。しかしMDアンダーソンのようながん専門病院は、インターンやレジデントなどの研修医は多くない。そこで医療の効率を上げるためにコ・メディカルスタッフを取り込む必要がある。このようなさまざまな因子があつた。

なぜチーム医療はがん医療で必要となつたか

では、なぜがん医療にチーム医療が必要なのだろうか。



患者への回診を前に打ち合わせをするMDアンダーソンがんセンターの医療チーム。右から2人目が上野さん

専門家が話し合わなければならぬ。薬剤師の知識も借りなければならない。

「このようにチーム医療は当初、医師同士のコミュニケーションから始まつて、10～15年前に看護師や薬剤師も含めた形になり、徐々にコ・メディカルの人たちが医師に近い仕事を担うようになってきたのです。M Dアンダーソンでは、互い

「N C I（国立がん研究所）が指定しているがん医療施設がつて、そこではよく行われています。公立、私立含めて全米で30施設くらいだと思います。それ以外では、患者さんが少ない地方では、開業医が協力し合って、チーム医療を展開しているところもあります」

この開業医協力型のチーム医療は、日本の地方でも、すぐに導入できるのではないか、と上野さんは睨んでいた。

患者さんが悩んでいるのは医療費や通院の都合など、実にさまざまです。ああでもないこうでもない、と話し合いながら、その中で患者さん自身が自分は何を求めているのか気付いていき、気付いたら私たちに返してくれればよいのです。それには患者さんと医師、コ・メディカルスタッフの両者でパートナーシップを構築していくことが重要です」

「がんなどの重い慢性疾患にかかるたとき、みんな勘違いするのは、医師をタクシーの運転手だと思ってしまうことです。運転手さん、ちゃんと走つてくださいよ、いい道筋をとつてくださいよ、と思っている。それでさは困ります。走るのは患者さん自身で、医師は伴走者に過ぎな



上野直人さんの著書
『最高の医療をうけるための患者学』

- 1、あわてずに自分
- 2、必要な情報を
- 3、自分のカルテ
- 4、自分で作る

「僕たちはこれらプログラムで、MDアンダーソンのチーム医療モデルをそのまま移入しようと/orしていっているのではないです。保険制度の違い、医療教育制度の違い、医療施設を取り巻く経営環境の違い、ひいては国民性や文化の違いがあるわけですから、日本の事情に合った日本型のモデルを作るべきだと提案をしているのです」

上野さんはそう言う。

そのうえでチーム医療の必要性が患者さん、医療提供側双方で認識され、これを日本のがん

「そこからチーム医療が始まる」
医療に定着させるべきだという声が高くなればよいと思ってい

る。

「それには10年かかるか20年かかるのかはわかりませんが、もつと早く達成したいのであれば患者さんの働きかけこそがそれを成し得る」と僕は思っています」

チーム医療の普及を推進するには、患者が声を大にして強く求めることが大事というわけだ。ただチーム医療が確立するまで待ってはいられない、という患者が多いのも事実だろう。そういう患者さんでも自らの働きかけで、今すぐ医療に自主的に関わり、チーム医療を成立させるチャンスはあると、上野さんは言う。

それには9つのステップがある。

- 1、あわてずに自分
- 2、必要な情報を病院で集めよう
- 3、自分のカルテを自分で作る
- 4、質問上手になろう
- 5、医師の話した内容を消化しよう
- 6、その治療は標準療法かどうかを確認しよう
- 7、ベストの治療法を知り受けよう
- 8、自分の希望をしっかりと伝えよう
- 9、恐れずチャレンジしよう

このステップについて上野さんは「最高の医療をうけるための患者学」(講談社刊)という著作に記している。詳細は著書を読んでいただきたいが、9つ

のステップは、そのまま患者参

加型のチーム医療実現に向けて、患者がすべきことを表している。最後に、上野さんはこう語っている。

「5年ほど日本で普及活動してわかったのは、医師やコ・メディカルスタッフの優秀さ、よく整備されている医療基盤からして、チーム医療は米国より日本のほうが広く根付く可能性がある、ということです。そういうなれば日本のがん患者さんの治療に対する満足度も飛躍的に上がるのではないか」

(S)

■米・MDアンダーソンへ留学した医療関係者リスト

医 师	
青儀 健二郎	国立病院四国がんセンター
金 隆史	広島大学原爆放射線医学研究所
佐治 重衡	東京都立駒込病院
清水 千佳子	国立がんセンター中央病院
津川 浩一郎	聖路加国際病院
松岡 順治	岡山大学医学部
柏葉 匡寛	岩手医科大学
中山 貴寛	市立堺病院
中嶋 早苗	村上記念病院
村上 茂	広島大学原爆放射線医学研究腫瘍外科
看 護 師	
垣本 看子	国立がんセンター中央病院
細川 恵子	聖路加国際病院
森 恵子	浜松医科大学医学部看護学科
井沢 知子	兵庫県立成人病センター
佐保 邦枝	聖路加国際病院
名和 万利子	聖路加国際病院
古屋 由加	広島大学病院
薬 剤 師	
奥山 裕美	聖路加国際病院
坂本 真澄	元東京医科大学病院
信濃 裕美	聖路加国際病院
中村 美波理	聖路加国際病院
岡野 愛子	高松赤十字病院
上田 宏	市立伊丹病院
磯 朝枝	栃木県立がんセンター
佐藤 由美子	名古屋市立城北病院

ケーションのとり方などをテーマに展開を開始している。

患者が行動する。

「がんのサバイバー（長期生存者）を見ていると、やはり治療中は元気な人が多いのです。元気だと治療にいろんなオプションが出てくるのですね。元気であるためには、抗がん剤の副作用を最小限に抑えて食欲を維持する、食欲を維持できれば体力の低下を防げる、精神的にも塞ぎこんでばかりいないで散歩に出たり、人と会話をしたりしてス

うでない人とでは、受けられる医療の質が大きく違ってくるというのだ。

「がんのサバイバー（長期生存者）を見ていると、やはり治療中は元気な人が多いのです。元気だと治療にいろんなオプションが出てくるのですね。元気であるためには、抗がん剤の副作用を最小限に抑えて食欲を維持する、食欲を維持できれば体力の低下を防げる、精神的にも塞ぎこんでばかりいないで散歩に出たり、人と会話をしたりしてス

いのです

そこに気付いてチーム医療に自ら積極的に関わってくる人と、そうでない人との医療の質が大きく違ってくるというのだ。

「がんのサバイバー（長期生存者）を見ていると、やはり治療中は元気な人が多いのです。元気だと治療にいろんなオプションが出てくるのですね。元気であるためには、抗がん剤の副作用を最小限に抑えて食欲を維持する、食欲を維持できれば体力の低下を防げる、精神的にも塞ぎこんでばかりいないで散歩に出たり、人と会話をしたりしてス

うでない人との医療の質が大きく違ってくるというのだ。

だから、患者参加型のチーム医療が必要だ、と上野さんは強調するのだ。

もちろんそのサイクルのなかで医療チームがサポートを受けるためには、患者と医療チームのコミュニケーションが取れている必要がある。

もちろんそのサイクルのなかで医療チームがサポートを受けるためには、患者と医療チームのコミュニケーションが取れている必要があります。ういつたことの積み重ねが必要で、自主性があつてこそ元気が保てるのです

トレスを発散させる、ういつたことの積み重ねが必要で、自主性があつてこそ元気が保てるのです



この2つのプログラムは密度は濃いが、対象者が限定されてしまう。チーム医療を普及するためにはもう別のチャンネルが必要だ。そこで、全国のもつとたくさんのチームに学んでもらおうという趣旨で、2005年6月よりウェブサイトとCD-ROMを教材とする3チームが選ばれ、派遣された。



一般的な患者や家族の方も参加できるようになったウェブサイト「チームオンコロジー.Com」

MDアンダーソンは2002年より、日野原重明理事長が率いる聖ルカ・ライフサイエンス研究所と共に、日本型がんチーム医療の確立に向けて2本立てのプログラムを開始した。ひとつは教育セミナーで、全国の若手医療従事者（医師・看護師・薬剤師）を1チームとして募集。毎年20組60名に絞って2泊3日のセミナーに参加して

MDアンダーソンは2002年より、日野原重明理事長が率いる聖ルカ・ライフサイエンス研究所と共に、日本型がんチーム医療の確立に向けて2本立てのプログラムを開始した。ひとつは教育セミナーで、全国の若手医療従事者（医師・看護師・薬剤師）を1チームとして募集。毎年20組60名に絞って2泊3日のセミナーに参加して

MDアンダーソンより招聘した10名の専門スタッフから、チーム医療をみっちり叩き込まれるというプログラムだ。

MDアンダーソンより招聘した10名の専門スタッフから、チーム医療をみっちり叩き込まれるというプログラムだ。

MDアンダーソンより招聘した10名の専門スタッフから、チーム医療をみっちり叩き込まれるというプログラムだ。

MDアンダーソンより招聘した10名の専門スタッフから、チーム医療をみっちり叩き込まれるというプログラムだ。

MDアンダーソンより招聘した10名の専門スタッフから、チーム医療をみっちり叩き込まれるというプログラムだ。

募集方法は全国の医療施設に日野原重明理事長から案内状を送付。病院から派遣される者、医局に貼りだされたポスターを見て、医師らがチームを結成し、病院長に直訴して来る場合など、さまざまである。このセミナーの初回は京都、2回目以降は、千葉、東京、大阪、京都の順で開かれてきた。

2つ目はMDアンダーソンでMDアンダーソンは2002年より、日野原重明理事長が率いる聖ルカ・ライフサイエンス研究所と共に、日本型がんチーム医療の確立に向けて2本立てのプログラムを開始した。ひとつは教育セミナーで、全国の若手医療従事者（医師・看護師・薬剤師）を1チームとして募集。毎年20組60名に絞って2泊3日のセミナーに参加して

MDアンダーソンは2002年より、日野原重明理事長が率いる聖ルカ・ライフサイエンス研究所と共に、日本型がんチーム医療の確立に向けて2本立てのプログラムを開始した。ひとつは教育セミナーで、全国の若手医療従事者（医師・看護師・薬剤師）を1チームとして募集。毎年20組60名に絞って2泊3日のセミナーに参加して

MDアンダーソンより招聘した10名の専門スタッフから、チーム医療をみっちり叩き込まれるというプログラムだ。

MDアンダーソンより招聘した10名の専門スタッフから、チーム医療をみっちり叩き込まれるというプログラムだ。

MDアンダーソンより招聘した10名の専門スタッフから、チーム医療をみっちり叩き込まれるというプログラムだ。

募集方法は全国の医療施設に日野原重明理事長から案内状を送付。病院から派遣される者、医局に貼りだされたポスターを見て、医師らがチームを結成し、病院長に直訴して来る場合など、さまざまである。このセミナーの初回は京都、2回目以降は、千葉、東京、大阪、京都の順で開かれてきた。

2つ目はMDアンダーソンでMDアンダーソンは2002年より、日野原重明理事長が率いる聖ルカ・ライフサイエンス研究所と共に、日本型がんチーム医療の確立に向けて2本立てのプログラムを開始した。ひとつは教育セミナーで、全国の若手医療従事者（医師・看護師・薬剤師）を1チームとして募集。毎年20組60名に絞って2泊3日のセミナーに参加して

MDアンダーソンは2002年より、日野原重明理事長が率いる聖ルカ・ライフサイエンス研究所と共に、日本型がんチーム医療の確立に向けて2本立てのプログラムを開始した。ひとつは教育セミナーで、全国の若手医療従事者（医師・看護師・薬剤師）を1チームとして募集。毎年20組60名に絞って2泊3日のセミナーに参加して

MDアンダーソンより招聘した10名の専門スタッフから、チーム医療をみっちり叩き込まれるというプログラムだ。

MDアンダーソンは2002年より、日野原重明理事長が率いる聖ルカ・ライフサイエンス研究所と共に、日本型がんチーム医療の確立に向けて2本立てのプログラムを開始した。ひとつは教育セミナーで、全国の若手医療従事者（医師・看護師・薬剤師）を1チームとして募集。毎年20組60名に絞って2泊3日のセミナーに参加して