

キラめくこの人に聞きました。

日本のがん治療改革の先導者たち

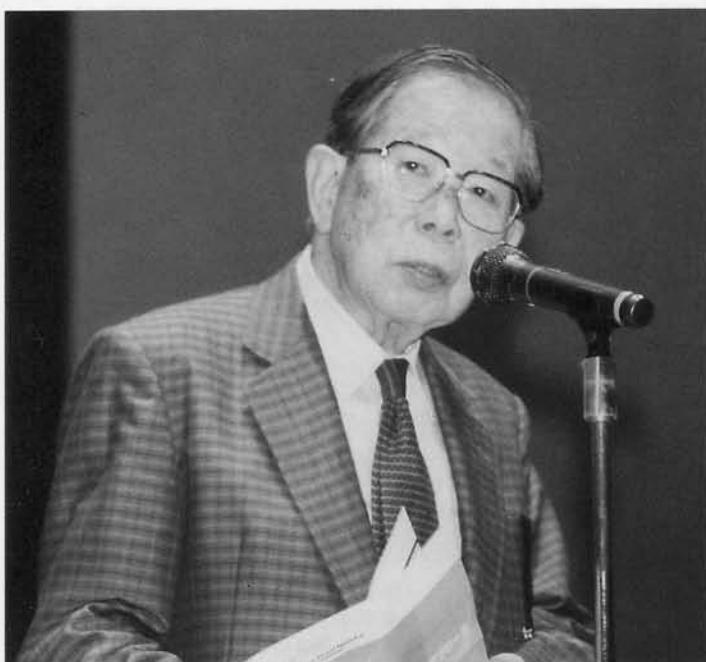
日野原重明・中村清吾・上野直人

特別版

日本のがん治療のあり方を根底から覆す動きが始まっている

患者主体の治療という観点から見ると日本のがん治療は大きく欧米、特に米国のそれからは遅れている。抗がん剤の認可が遅いということだけではなく、がん治療のシステムそのものが患者主体ではなく、"医師主体"になっているのが現実である。

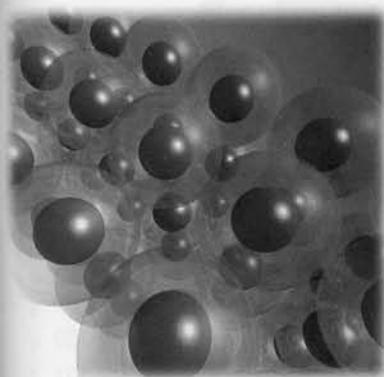
その現実を変えようという試みが日本でも始まっている。聖路加国際病院理事長の日野原重明医師を先頭に、同じく聖路加国際病院外科医長の中村清吾医師、MDアンダーソンがんセンターの上野直人医師たちが昨年から開始した「患者ベネフィットを目指すチームアプローチ」だ。米国のU.S.NEWS&WORLD 誌で米国第1のがん専門病院としてランクされ、これは過去4年間で3回目というMDアンダーソンがんセンター。そのMDアンダーソンで行われている集学的治療の具体的な内容は我が目を疑うようなことばかりである。



聖路加国際病院理事長

日野原 重明

ひのはら しげあき ●1911年山口生まれ。1937年京都帝大医学部卒業。1941年聖路加国際病院の内科医となり、内科医長、院長等を歴任。現在、聖路加国際病院名誉院長・同理事長、聖路加看護大学名誉学長。(財)聖ルカ・ライフサイエンス研究所理事長(財)ライフ・プランニング・センター理事長。日本音楽療法学会理事長。全日本音楽療法連盟会長。



特別寄稿

日野原 重明

(聖路加国際病院理事長)



がんの集学的治療こそ患者 “主役”の治療

本日は大勢の方が朝9時から8時間、しかもみなさんが最後までこのシンポジウムに参加されましたことに敬意を表します。またMDアンダーソンがんセンターの8名のドクター、ナース、薬剤師などの先生たちが遠路はるばる来日され、2泊3日の合宿セミナーをはじめとして本日のシンポジウムまで、精力的に活動していただいたことに心から敬意を表します。

がん治療においてMDアンダーソンがんセンターに40年前に私が訪れたときと今を比べますと隔世の感があります。特にチーム医療という面での進歩は目を見張るものがあります。

それに比べて日本ではまだまだ、今はその岐路に立っているという感があります。がん治療において、腫瘍の専門医や看護師、薬剤師などのコメディカルがチームを組んで治療方針を決め、患者さんが納得した上で、治療を行うこと

こそ、がん治療の本道であり、患者さんが“主役”にたつた医療であります。これこそ“集学的治療”といいます。MDアンダーソンがんセンターはこれを設立から60年にわたって進歩を続けてきたわけですから、日本がこれに追いつくのは相当の努力とシステムの改良が必要であることはいうまでもありません。人的な問題一つをとってもMDアンダーソンがんセンターと日本の病院では格段の差があるのです。MDアンダーソンがんセンターは1000の病床に対して1000人のボランティアと45000人のスタッフがいるのですが、日本ではせいぜい1500人です。聖路加は520の病床で1200人のスタッフですがそれでもアメリカの半分です。

しかし、昨年も取り組み、今年も集学的治療についての合宿とシンポジウムに大勢の若い医師や看護師、薬剤師をはじめとするコメディカルのみなさまも参加してくれたことは大変に心強いものがあります。問題は私達が制限された人数の中、専門職の中でどの専門職が一番足りないかということを考えなければなりません。一番足りない専門職がなんであるかということを考えながら私達の予算の範囲でチーム医療を育てなくてはなりません。これは病院によってみんな状況が違いますから、よその病院の真似をすることはできません。今日本では看護の大学は、医学の数よりも数が25ほど多いわけで今後の看護の教育はますます良くなっています。これからはいつたん社会に出

た人がまた勉強をし始められるコースも大学院には出来てきます。日本の教育レベルはこれからどんどん高くなるとは思います。日本では自分専門性を主張する場合も互いに協力を求める努力がなされるべきです。専門性がある輪があつてもそれぞれ別個に働いておればそれはつながらないのでですが、この専門性の輪、腕を組んで男女が歩くような、その組み合わせ方はMDアンダーソンのシステムを見ますとそれがだんだん濃厚になってくるように思われます。ある場合には重なってしまうこともあります。そういう点において日本では差別をして考えられていますが、それはこちらの範囲であるとテリトリリーを主張するようなことであれば、MDアンダーソンがんセンターのようなチームプレーは日本ではなかなか成り立たないと思います。お互いが自分の領域の学問や経験だけを深くするのではなくて、もっと視野を広くして私達の自分の専門外のことにもある程度の理解を持ちながら、ある専門性を持つている人はできるだけ自分たちの領域にも導入をするというような態度で学びあうべきでしょ。そのためにはそれぞれに個別の役割がありますが、職場におけるチームプレーをスムーズに心がけることが大切です。職場以外のソーシャルの世界では、人間として差別なく親しくなるようなフェローシップを時間外にも持つことがないと、職場におけるチームプレーも非常に困難であると思いません。職場以外においては上下も何もなくて人間として知り合うということが本当に大切

であります。日本においては専門性を持ついる専門家が少ないので、自分たちの病院の設計をしなければなりません。そして違ったモデルのいくつかのプレゼンテーションが今後されれば私はすばらしいと思います。

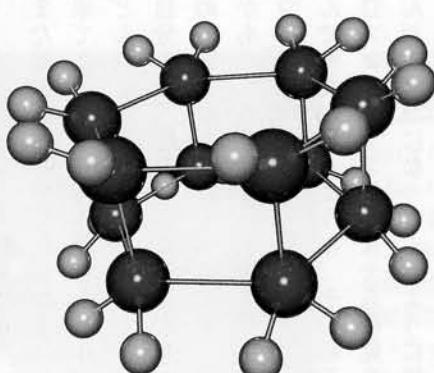
それからこのセッションの最後にあつた例えは、ファティーギュですが、この「倦怠感」という言葉をどう表現するかということが大変難しい。倦怠感というのは患者さんが感じていることです。それをエビデンス・ベースド・メディシンにどうして乗せるか。その技がMDアンダーソンでは本当にすごい。日本では患者教育が少し必要であつて自分の持つている体や心の感じ方をどのように言語化するという教育が患者さんや家族になされていないと効率の高い教育的な診療はできないのです。それがMDアンダーソンがんセンターでは出来ているのです。患者さんは「なんとも言えないんです」というような表現をよくします。どうしたんですかといふと、なんとも言えないんですけど繰り返す。そうすると日本の医者はどう書くかというと、患者さんは違和感を訴えると書く。違和感を訴えるという言葉は、何かが変わっているがなんとも言えないことで学問的じやない言葉です。違和感という表現を学問的要語と思いこんで病歴を書いているところに間違いがある。むしろ患者さんに、それを言語化させるような情報を与えながら、援助しながら患者さんから科学的な言語による表現が自然に出るような訓練をすべきです。したがって患者さんは医療を受ける

前に自分で病歴を書いて、プログラム・オリエンティード・メディカル・レコードのように、ナンバー1の問題はこれこれで、ナンバー2はあります。今日は先生お忙しそうであるからナンバー1だけですが、まだあります。時間がある時に考えてください、というふうに、患者さんは自分の問題を全部自分のパソコンにいれていて新しい問題が加われば、新しい問題として先生にそれを申し出るべきです。もし医学的に重要な問題と患者さんにとって重要な問題がかみ合わないことがある時に、やはり患者さんにとつて重大な問題を私達はもっと大切にすべきです。大切にすることによって患者さんと治療を行なうものとの間に溶け合うような気持ちは生じてくる。チームプレーにおける専門性の間の溶け合の氣持と同時に患者さんといえましょう。

私はたくさん仕事を学んだと思います。どうか来年はどういうプログラムがまた考えられるか、上野先生と中村先生を中心によき構想が立てられてこれに賛同されて多くの人がここに集まることを希望します。最後にアメリカから来られたみなさんに對して、心から感謝の意を表したいと思います。

(シンポジウムの閉会の言葉より)

アンダーソンの専門家のチームプレーのパフォーマンスはすばらしい演技でした。コンダクターハーはいなくとも自然に動いているようなパフォーマンス振りはすばらしかったと思います。これには非常に準備をしてこられたということ、MDアンダーソンがんセンターではいつもそれをふだんからやっておられるから個々に特別な練習なしでも自然体でこれが実現されたものといえます。



前に自分で病歴を書いて、プログラム・オリエンティード・メディカル・レコードのように、ナンバー1の問題はこれこれで、ナンバー2はあります。今日は先生お忙しそうであるからナンバー1だけですが、まだあります。時間がある時に考えてください、というふうに、患者さんは自分の問題を全部自分のパソコンにいれていて新しい問題が加われば、新しい問題として先生にそれを申し出るべきです。もし医学的に重要な問題と患者さんにとって重要な問題がかみ合わないことがある時に、やはり患者さんにとつて重大な問題を私達はもっと大切にすべきです。大切にすることによって患者さんと治療を行なうものとの間に溶け合うような気持ちは生じてくる。チームプレーにおける専門性の間の溶け合の氣持と同時に患者さんといえましょう。

私はたくさん仕事を学んだと思います。どうか来年はどういうプログラムがまた考えられるか、上野先生と中村先生を中心によき構想が立てられてこれに賛同されて多くの人がここに集まることを希望します。最後にアメリカから来られたみなさんに對して、心から感謝の意を表したいと思います。

（シンポジウムの閉会の言葉より）

アンダーソンの専門家のチームプレーのパフォーマンスはすばらしい演技でした。コンダクターハーはいなくとも自然に動いているようなパフォーマンス振りはすばらしかったと思います。これには非常に準備をしてこられたということ、MDアンダーソンがんセンターではいつもそれをふだんからやっておられるから個々に特別な練習なしでも自然体でこれが実現されたものといえます。

私はたくさん仕事を学んだと思います。どうか来年はどういうプログラムがまた考えられるか、上野先生と中村先生を中心によき構想が立てられてこれに賛同されて多くの人がここに集まることを希望します。最後にアメリカから来られたみなさんに對して、心から感謝の意を表したいと思います。

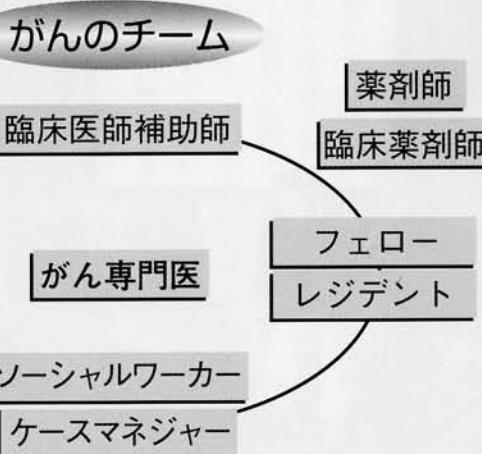
MDアンダーソンがんセンターに 学ぶがんの“集学的治療とは”

現在の日本の現状である。それに対してMDアンダーソンがんセンターはどうか。

という信念の元今でも、年間670件以上の臨床試験が進行中だという。

患者さんががんを疑われた場合、日本ではほとんどの患者は外科の外来へいき、そこで診断、治療を受けるのが通例。つまり、外科医がすべてを決定し、治療を行う。看護師はその指示に従って投薬するものと決まっている。診察回診は医師が行い、指示は医師が出し、看護師は医師の指示を聞くもの、薬剤師は処方箋に基づいて調剤をし、服薬指導をするもの、というのが

今後の研究課題は何かなどが検討される。



さらに、患者が入院した段階では患者のベッドサイドで、医師、看護師、専門看護師、臨床薬剤師、ソーシャルワーカーなどがチームを組んで、「より多くの患者に、よりよい治療を提供するために」どんなことが必要なかについてのチームとしての検討が行われる。MDアンダーソンがんセンターでは診療の中核は臨床薬剤師と専門看護師が勧めて行く。

このときの彼らの合い言葉は「チームワークはお金を削減し(save)いく」、「チームアプローチはミスを最小限にして、入院期間をさらに短く出来る」である。

現在の彼らの集学的治療が確立されたのは1980年代以降である。そしてこの集学的治療の底辺を支えているのがいわゆるEBMといわれるものだが、その内容はMDアンダーソンがんセンターでは次のようなものである。「最良の臨床試験結果を、臨床的専門知識、及び、患者さん自身が望む恩恵に結びつけることである」

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

- ・正確かつオープンな情報開示
 - ・証拠に基づく治療
 - ・患者の権利の理解と認識
 - ・治療とケアの理解と認識
- *リスクとベネフィット
*標準的治療と臨床試験
*社会的なインパクト
*心理的なインパクト



MDアンダーソンがんセンターの チーム医療の中での臨床薬剤師の 重責

例を挙げよう。日本では現在薬学部は4年制だが、これが6年制に移行することになつていい。薬剤師としての役割が重要であると再認識されてきた結果だろう。MDアンダーソンがんセンターではがん治療における臨床薬剤師の役

こうした臨床試験の積み重ねにより、より科学的裏付けの高い、治療ガイドラインが作成され、それに基づいたチーム医療が的確に行われるるのである。

師が、特定のがん領域に関する研修トレーニングを受けている。

したがって、MDアンダーソンがんセンターでの集学的医療チームには、主治医、フェロー（専門分野研修医）、準医師（補助医師、上級看護師）、臨床薬剤師（＝薬学博士）、その他ソーシャルワーカー、栄養士などといったスタッフが加わって治療が行われる。日本と違つて、臨床薬剤師は処方箋を作成する特権があり、入院患者に対する医師とともに回診し、さらに入院と臨床薬剤師が中心的役割を担つていているのがMDアンダーソンがんセンターである。

たとえばがん患者に特有の「倦怠感」にMDアンダーソンがんセンターはどう対処しているのか

それでは具体的にMDアンダーソンがんセンターではがん患者に特有の倦怠感に対してもどのような治療が行われているのだろうか。おそらく日本では「違和感」という一言で片づけられてしまうであろう倦怠感に対してMDアンダーソンがんセンターではきちんと定義付けをしてしまった。その後また1年間、腫瘍学、小児科、クリティカルケア、精神科、医薬品情報、薬物動態学、老年医学、感染症、核医学、管理ケア、外来ケア、栄養補助といった専門に特化した研修を受けることが必要になってくる。

こうした臨床薬剤師を診療の面でも関与させる必要性が認められ、患者さんの安全性や医師のサポートといった様々な形で診療に関与している。さらに、現在ではすべての臨床薬剤



左はMDアンダーソンに留学した医師たち。
右はMDアンダーソンのドクターと上野医師・中村医師

が決定される。一言に倦怠感といつてもそれは次の7種類に分類される。（1）痛み、（2）情動障害、（3）睡眠障害、（4）貧血、（5）栄養、（6）活動レベル、（7）合併症である。これらの症状に

対してそれぞれ有効な治療が行われるのである。その治療の中には家族の教育も含まれてくる。そして最終的にMDアンダーソンがんセンターではがんに起因する倦怠感だけのための「倦怠感クリニック」が設けられている。これは5年前にスタートしたもので、QOLの改善、医療従事者や患者とその家族に対する教育、画

たとえばがん患者に特有の「倦怠感」にMDアンダーソンがんセンターはどう対処しているのか

それでは具体的にMDアンダーソンがんセンターではがん患者に特有の倦怠感に対してもどのような治療が行われているのだろうか。おそらく日本では「違和感」という一言で片づけられてしまつてしまうであろう倦怠感に対してMDアンダーソンがんセンターではきちんと定義付けをしてしまつて、その後また1年間、腫瘍学、小児科、クリティカルケア、精神科、医薬品情報、薬物動態学、老年医学、感染症、核医学、管理ケア、外来ケア、栄養補助といった専門に特化した研修を受けることが必要になつてくる。

こうした臨床薬剤師を診療の面でも関与させる必要性が認められ、患者さんの安全性や医師のサポートといった様々な形で診療に関与している。さらに、現在ではすべての臨床薬剤



MDアンダーソンに研修・留学した体験談を発表する

キラめくこの人に聞きました。

~life to enjoy~

特 別 版

期的な治療プランの開発がその目的で、2名の内科医と、1名の看護師（リサーチナース）の3名が常勤でスタートしている。このようにM.D.アンダーソンがんセンターでは米国でも最先端の医療が常識として行われている。

日本の医療者たちも集学的治療に目を向け始めている

こうしたM.D.アンダーソンがんセンターの現実を見せつけられるとあまりにも日本の医療の現状が貧弱に見えてしまい、如何に日本のがん患者がお粗末な医療を受けているのかが浮き彫りにされてくるが、決して日本のがん治療に未だがん治療における集学的アプローチを学ぶ」という「泊三日合宿セミナー」。第1回目の昨年は京都で行われ、78名の参加者がおり、大成功を収めた。今年は20組60名と、うるう年の合宿は成功裡に終了した。

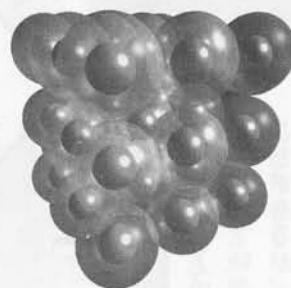
さらに、よく、23日に行われたがん専門医、看護師、薬剤師など医療者を対象にしたシンポジウムにも800名の定員いっぱいになるほど

の医療者たちが参加して行われ、いかに集学的治療に関する日本の医療者たちの関心が高いかが立証されたのである。

「合宿セミナーではがん治療の臨床試験のデザインをチームとして作成するという課題にみんな取り組んでもらいましたが、医師、看護師、薬剤師が通常の上意下達ではなく、お互い同じ目線で議論してこの作業を行うことによって対等な関係であることが実感できたと思います。

こうした動きによって、病院そのものが運営という面でメリットを受けるようになれば、がんに関する専門知識を持つた医師だけではなく、看護師、薬剤師等のスタッフももつと増えると想いますし、個別に見れば、確実にそうした専門知識を徒労という医師、看護師、薬剤師たちは急増しています。こうした動きがますます活発になればがんの患者さんたちにとってこんないいことはありません。」と中村医師はこのプログラムの成果を締めくくってくれた。

日本でがんの集学的治療が常識になる時代が早く到来することが望まれる。



上野 直人
うえの なおと

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



経歴

1989年 和歌山県立医科大学卒業。横須賀米海軍病院にてインター研修
1990年～1993年 米国ピッツバーグ大学付属モンテフィオーレ、ブレスビテリアン病院にて一般内科研修
1993年 米国内科専門医取得
1993～1995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、内科腫瘍学および骨髄移植の研修
1995年 米国内科腫瘍専門医取得
1994～1999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
1999年 博士号取得
1998～2003年 アシスタント・プロフェッサー
2003年 アソシエート・プロフェッサー、現在に至る
専門分野
乳癌、卵巣癌、骨髄移植、遺伝子治療、腫瘍分子細胞学

中村 清吾
なかむら せいご

聖路加国際病院
外科 医長



経歴

1982年 千葉大学医学部卒業。同年4月より、聖路加国際病院外科レジデンント
1989年 聖路加国際病院外科医幹
1993年～ 聖路加国際病院情報システム室長兼任
1997年 SLH基金により、M.D.アンダーソンがんセンター他にて研修
1997年 聖路加国際病院外科副医長
2000年 カナダMcMaster大学にてEBM研修
2003年 聖路加国際病院外科医長（管理医長）、現在に至る
専門分野
日本乳癌学会専門医（同評議員、学術委員、保険診察委員）、厚生省高嶋班（乳癌診察ガイドライン）班員、霞班（乳房温存療法ガイドライン）班員、阿曾沼（電子カルテ評価）班員、臨床EBM研究会代表幹事。共著書：「非浸潤性乳管癌の基礎と臨床」（篠原出版社）他多数。乳癌MRIに関する発表にて、2000年5月第8乳癌学会久野賞受賞。