

.....
 米国M.D.アンダーソンがん研究センター(MDACC)に勤務して15年。診療から先端研究まで忙しくこなす順風の日々に、突然、癌が襲った。

昨年12月23日に家でシャワーを浴びているとき右大腿部の腫瘍に触れました。年を越して1月14日の月曜日に、自分が勤める病院を受診しました。超音波診断装置によると2.8cmの腫瘍があり、生検をしたと

ころ癌と告げられました。悪性線維性組織球腫というまれな癌です。

私は再発や進行期などの患者さんを、主に診ています。自分がどう死を迎えるかについても、日常的に考えてきたつもりでした。しかし、よもや43歳の若さで癌になるとは想定していなかった。この癌の5年生存率が病理組織だけを考えると50%と知っていたので、内心「これは厳しい」と思いました。

その日は眠れませんでした。でも、

翌日の火曜日の朝になったら「これも運命だろう」という気持ちになり、仕事に行きました。水曜日にMRIを撮ると大腿部に別の腫瘍が見つかり、これも生検が必要になりました。肺のCTでも影があり、PET/CTもすることになりました。転移があると、予後はとても厳しくなります。この検査結果を待つときが一番つらかったですね。幸い転移はありませんでした。

次の土曜日から水曜日は、予定し

日本で400人の若手を教育 本場の癌チーム医療を普及

米国有数の癌センターに勤務。日本でチーム医療のあり方を400人に教えた。

臨床、研究、教育を両立する姿を、日本の若い医師に見せる。

今年1月、自らも癌の告知を受けたが、取り組みを緩めるつもりはない。

上野 直人

M.D. アンダーソンがんセンター准教授



うえの なおと氏
 京都府生まれ。89年和歌山県立医大卒。横須賀米海軍病院での研修を経て、93年にM.D.アンダーソンがんセンター医師となる。95年に米国腫瘍内科専門医取得、2003年准教授に就任。



ていたスキーに家族や友人たちと出かけました。そして、木曜日の朝に手術を受けました。筋肉にも皮膚にも浸潤しておらず、年齢も考慮すると、ある論文のデータでは遠隔転移が起こる可能性は3.2%と低く、予後がかなり良いことも分かりました。

2000年以降、頻繁に来日し、癌診療にかかわる医師、看護師、薬剤師にチーム医療のあり方を教える。これまでの受講者は約400人。日本の癌医療現場に大きな影響力を与えている。

大学卒業後、横須賀米海軍病院で研修を受けました。指導医が問診と病歴から論理的に鑑別診断を明快につけていく姿にあこがれ、「自分もこうなりたい」と1990年に米国に渡りました。米国で一人前の医師になりたい一念でした。米国有数の癌センターに職を得て、米国腫瘍内科専門医の資格を取り、診療と研究に

明け暮れてきました。正直、日本のことは眼中にありませんでした。

ところが、2000年にメーカーの招きで来日し、当時新たに脚光を浴び始めていた分子標的薬に関する講演を、数カ所でする機会がありました。このとき、気持ちが変わりました。日本の癌診療に携わる医師は優秀で、知識や技量では米国と遜色ない。でも、何でも一人で抱えてしまって忙しく、臨床試験や論文にける時間が取れていません。日本でチーム医療を発展させる手伝いをしたいという気持ちが生まれました。ずっと、継続していこうと考えています。

これまで400人が私たちの教育プログラムを修了し、30人はMDACCで研修を受けました。年6、7回、合計30日程度は日本での教育活動などに費やしています。米国から私が属しているチームのメンバー8～10人が講師として来るのが特色です。

看護師がどれだけ重要な役割を

担っているか、薬剤師は医師にどんなアドバイスをするか、チームの動きをつぶさに見てもらいます。個々人がどんな専門性を持ち、どのように情報共有をし、意見を戦わせ、患者の治療に当たるかを理解してもらいます。ここ3年は、受講生は1つの医療機関から医師、看護師、薬剤師の3人一緒に来てもらうようにしていません。一人だけでは現場を変えることが難しいからです。

もちろん日本と米国の医療現場は異なりますから、米国のやり方をそのままねをしてもうまくいかないでしょう。参加者には、自分の病院の中で、同じようなことを、自分たちのやり方でどうやったらできるか、自分の頭で考えてほしいのです。

2000年に始めたころと比べると日本の癌診療の考え方は劇的に変化しました。当時はチーム医療というと、うさんくさい顔をされました。今では日本癌治療学会、日本乳癌学会など多くの学会の学術総会のセッションで、熱心に多職種が連携したチーム医療のあり方が議論され、私もたくさん話をする機会ができました。私なりに貢献できたと思います。ただし、本当に現場に定着するかどうか、勝負はこれからですね。

分子標的薬の感受性を予測する研究で、今年度、米国立衛生研究所



癌チーム医療の研修を受けた受講生たちと記念撮影。

(NIH) から5年間で200万ドルの研究費を得た。審査ではトップクラスの研究計画との評価を受けた。

NIHや米国がん研究所 (NCI) の科学研究費が、主任研究者としてコンスタントに獲得できるようになってきました。臨床もチーム医療研修も全力で取り組む中、なかなか科研費が取れない時期もあり、研究以外のことをやりすぎているのではないかと悩んだこともありましたが、今はすべてが順調です。

自分が癌になって感じたのは、患者の立場にたったコミュニケーションや心のケアの大切さと同時に、研究の大切さです。悪性線維性組織球腫に関する論文検索をし、主治医に根拠となるエビデンスを求めましたが、データはわずかしかなかった。

考えてみたら、乳癌や肺癌などでも同様なのです。たくさんのエビデンスがあるように見えますが、これも本来知り得るはずのごく一部。患者としても、もっと臨床試験に参加し癌組織を細胞バンクに提供し、後の患者たちのために研究を進める必要があると、改めて強く感じました。

2006年に『最高の医療をうけるための患者学』(講談社+α新書)を出版した。新聞で患者相談も行う。



米国のチームごと来日し、チーム医療の実際の細部を知ってもらう。

日本に来るようになって、日米の患者の違いに気が付きました。一般的に米国の患者は自分の病気のことをよく知っています。日本の患者では、そういう人はまだ少ない。それで、患者向けに「賢い患者になる方法」を語ってきました。癌になって、患者の気持ちがさらに分かるようになりました。「患者の視点をもっと考えろ」という試練が与えられたのかもしれない。

患者になって一番つらかったのは、ほかの人が、「上野はもうあまり仕事ができないだろう」と決め付けているのではないかと感じたときです。癌と分かったとき、癌であることを日本の仕事の関係者や知人にメールで知らせることに決めました。

ところが、半分ぐらいは返事が少ない。心配してくれているのでしょうが、「上野はもうだめだ」と思われているのではないかと想像すると、気持ちがよいものではありません。ま

た、日本の仕事の相手も、私が来日できなくなった場合の段取りを考えているようでした。担当者としては当然の対応かもしれませんが、私が今までどおり働く意思があるのに、当人抜きで物事を決めてしまうことは、本人を無力感に陥れることになります。「どうしたいのか」と、まず尋ねてほしいのです。

これはすべての患者さんの仕事、家事、趣味、旅行などの日常のことにおいても同じです。周りが勝手に決め付けてしまうと、患者をととても傷つけます。米国では腫瘍内科専門医は、抗癌剤を適切に投与できるだけでなく、患者の心もトータルに見られることが当然とされています。

癌を経験したからといってこれまでと特段変わることはありません。米国での臨床と研究、そして日本での教育。むしろ、もっと焦点を絞りつつ力を入れていきたいですね。

(敬称略、聞き手：埴岡 健一)