

わたくしたちの研究は直接それで利益を生むというものではありません。直接利益を生むということを念頭においてする研究ばかりしていたのでは新しいことは生まれません。

今般、特に日本は経済状態あるいは財政状態が必ずしもうまく回っていないという時期が続きました。財政状況が厳しい中で、国は国家予算を緊縮財政にして、切れるところは全部切っていくという方針で大なたを振るっているのですけれども、その中であって、例外的に科学技術に掛ける予算というものは、少しずつでありますけれども増やしていただいています。

総合科学技術会議というものが総理大臣のもとに置かれまして、全部の領域をカバーしてばらまくということはできないので、日本の国は、将来世界の中で中心となっていけるように、科学技術の成果を伸ばしていくべきところに研究予算を割り当てようと、重点項目をいくつか決めていただいています。科学技術の成果というものは教育を含めて当然大きな財産にもなります。

日本は元々発酵だとか、医療も含めて、バイオ、いわゆる生物科学、生命科学は比較的強い素地があります。そういったところを重点的にやろうということが第1期、5年ごとに計画を練り直して今年から第3期が始まるところです。

その成果として基礎研究、いわゆる細胞や動物を使って新しいことを見つけるということに関しては、着実に成果が上がってきています。いろいろな計り方があるのですけれども、世界の超一流の学術雑誌には、日本の研究者が発表して成果として認められているものが1割近くある、もう少し多いでしょうか。アメリカが3割〜4割とか、ヨーロッパも2〜3割といったところのレベルで争っているということです。それは科学技術総合会議で決めた第1期、第2期の総合科学技術計画というもので着実に割合が伸びてきているということがわかっています。

私の記憶が正しければ、これは細かい数字は忘れてしまったのですが、そういう計画が始まる前は5%〜6%だったものが徐々に伸びてきて10%近くまで来ています。着実に成果が上がっているというふうに言っていると思います。

一方で医療関係、特に臨床の成果を発表するような有名な雑誌が、世界的に名前の通っている雑誌がいくつかあるのですが、そういうところに掲載された論文で日本発というものが1%に満たないという状況が続いておりまして、これは残念ながらあまり増えておりません。

ということは、基礎成果は十分に上がりつつあるのですけれども、それを臨床に持っていく、実際の新しい治療として今まで治すことのできなかった病気を治せるようになる、治療法の成績が良くなかったものをうまくいくように改良していくということも含めて、日本が世界に貢献しているものは必ずしも多くない。

それを裏返しますと、最初に言ったことと少し矛盾するかもしれませんが、抗ガン剤にしても血圧のお薬にしても糖尿病のお薬にしても、新しいお薬を作るという基礎

研究が種になって、花が咲いて実を結んで薬とか治療になると考えていただいたらいいのですが、そういったものに結びつく割合が日本では少ない。あるいは残念なことに、日本で見つけられ生み出された種が、実際には幹をなして花が咲いて果実になって戻ってくるときには欧米の手を伝って、高いお金を払って新しい薬をよそから買うという事態になりつつあります。

これは、やはり日本としても具合が悪いですし、せっかく日本でいい種を持っているのですから自分で育てなければいけないだろう。今回の安倍首相は、新しくイノベーションということを前面に打ち出されて、そういった社会を作っていこうとされています。その中で初めて創薬——新しい薬を創るということも日本が重点を置かなければならないことだという方針が示されました。

政府にそう言っていただくまでもなく、研究している者としても、「これはまずい。何とかして日本でせっかく見つけられたい研究の種があるのだから、それを新しい医療や薬に結びつけていきたい。」と考えています。そこがどうしてうまくいかないのかということをも十分見すえて、その反省のもとに立って新しい医療を作っていこうと、そのために今、私たちのセンターを初めとしていくつかのセンターが活動を始めました。我田引水ではありませんけれども、京都大学はその中でも世界と互に行けるようなところになりつつあるということが言えるのではないかと考えています。

実際にどういうステップを経て新しいお薬なり、新しい治療なりが作られていくか、少しお話させていただきます。薬を作るということを言いますと、それは製薬会社さんの仕事ではないかというふうにお考えの方も多いかもしれません。実際に日本ではそれが主であるということは否めないのですが、それだけではいけない。医薬が協調して新しい方向に向かって行かなくてはならないのではないかと考えております。

探索医療という言葉は、先ほど横出先生からもご紹介いただいたと思いますが、あまり耳慣れない言葉で、パンフレットの中で「探索医療とは」ということを書きましたので、今日初めて文字としてはご覧になったかもしれません。実際どういうものかは必ずしも理解していただいていないと思いますので、ちょっと簡単に説明したいと思います。

英語ではトランスレーショナル・リサーチと言いますが、トランスレーションというものを日本語にそのまま翻訳しますと、「翻訳」です。何を翻訳するかというと、いま申し上げたように、基礎的な研究の成果を臨床に役立つかたちで翻訳するという研究だと考えていただければいいと思います。

リサーチと付いていますから、研究という要素ももちろん強いのです。研究というのはうまくいくかどうかかわからないからやる部分というものもありますけれども、単なる研究として結果がどうなるかということに関係なく、実はこれは医療の一環でありまして、新しい診断、治療、予防というものを実際に患者さんにおいて実現するためにあるのです。知識を増やしたり、単に結果としてイエスカノーかということを見

極めるためだけに行われるものではありません。

そのためには、私どものような研究者、あるいは医師の他に、薬剤師あるいは看護師という医療職の方以外に、最近はITを駆使して最終的な結果の解析などもしますのでシステムエンジニアも必要です。それからデータマネージャーという職種は聞き慣れないかもしれませんが、実際に患者さんから取らせていただいた試験の結果をきちんと取り扱って、間違いのないようにきちんとしたかたちの結果にまとめるという作業を主にやっていただく人も必要です。 こういう、単に医師あるいは薬剤師や看護師というような純然たる医療職の方以外に、広い職種の人がチームを形成してやっていかなくてはいけないというようなものになります。

これで「探索医療とは」というものはここに書いてしまいましたので、これで終わってもいいのかもしれないのですけれども、それではわかっていただけないと思いますので次のスライドに移ります。

どういう道筋があるかと申しますと、新聞紙上を見ますと、ヒトゲノムの解析が、今世紀に入ってすぐくらいにできました。胚性幹細胞、これはES細胞と呼ばれるのですけれども、そういったものが見つかって、一つの細胞からありとあらゆる細胞が、あるいは組織が作られる。それから、ここは例示としてガンができたときに、ガンというものは無尽蔵に増えるという特徴があって、そこだけにとどまっていれば病巣を外科的に取り去ってしまえば治るわけですが、そればかりではなくて周りの組織に浸潤してきたり、血管を通して全然別のところで増殖する、これは転移と呼ばれますけれども、そういった現象を起こします。

こういった基盤になるようなメカニズムが基礎研究で明らかにされつつあり、実際に治療に応用できるのではないかと。例えば転移のメカニズムがわかれば、そこを司っているような分子を標的にしてそこをブロックしてしまうような薬を作れば、取りきれなかったガンの転移を抑えて再発を防ぐことができるのではないかとというようなことが期待できるわけです。

こういった医・薬・理・工、農は入っていないので農学部の先生からよく怒られるのですけれども、いわゆるヒト的な生物学の研究というものを進めるとそういう成果が現れてきます。それをいきなりヒトで、こういうことがわかったから薬のもとになりそうなものをヒトに注射するというような行為には出られませんので、動物実験をきちんとたくさん行って、それが安全かつ有効かどうかということをまず動物レベルで確かめます。

これにもいろいろルールがありますけれども、動物実験である程度これは新しい治療に使えるのだということを見極めるわけです。

そうしますと、例えば薬であれば薬のもとをたくさん作って、ヒトに注射しても大丈夫なかたちのものを、不純物が入っていてそれが悪さをしないようなものを作らなければいけませんし、遺伝子を治療の対象にするのであれば、遺伝子を増やしたり変

えたり、それからES細胞からであればそういう移植用の臓器になるようなもの、あるいは組織として注射したら新しい組織ができるような細胞というものを用意することが一方で行われます。こういうことが前段階の準備です。

それから、ここには書いてありませんけれども、それが安全に行えるか、副作用はないのかということを十分に見極めるということが一つ必要になってきます。

今度は、実際にヒトでそういうことを試してみるということになりますから、多くの場合は患者さんを対象にしますけれども、安全性だけを見るような場合では、全く健康なヒト、健康なヒトを対象にして試させていただくということもあります。その場合には、研究の一環というか新しい医療を作るということに参加していただく方々に対して、今日のテーマでありますようなインフォームド・コンセントが必要になります。十分に説明をして「こういう安全を担保するようなデータとしてはこういうものがあります。これがうまくいけばこういうことが期待できます。だけれども、ひょっとしたらこういう危ないことがあるかもしれません」ということを十分説明させていただいて、納得して参加していただきます。

どのようなかたちでそれをするのがいいかということをきちんと見極める必要がありますし、実際にヒトで試してみるという行為をしなければなりませんので、やったけれども白だったのか黒だったのかわかりませんでしたというのは、倫理的にも科学的にも非常に具合が悪いですから、最初から計画が妥当かどうか、それから出てきた結果が本当に白と言えるのか、黒と言えるのかということを見極める必要もあります。そういったことを十分確立するような研究分野も必要です。

それから、実際にこれは主に横出先生の部署が担当しているのですが、そういう試験をするということになったときに、病院の中でチームを構成していただいて、その対象となるような病気の専門家の先生を集めて、実際に治療を行います。治療の試験を行うということをする部署が必要になってきます。

こういった行為というものは、どこの病院でも簡単にできるというものではなくて、京大病院は十分その能力があると思いますけれども、万が一予想外のことが起こって緊急事態になっても、それに対してバックアップできるような体制を持っていないといけません。やってみただけでもとんでもないことが起こりましたということは、ヒトを対象とする以上許されないですので、そういったシステムがいるということになります。

もう一つは、「全国から優れたプロジェクトを募集」と書いてありますけれども、私どものセンターには去年の秋に終わった分もありますけれども、六つの種を集めまして、それを実際の医療にする研究を行っていただいています。

これがうまくいけば、遺伝子の情報からは個人個人にもっとも適しているような治療方法や薬の選択をするようなことが可能になるでしょうし、ES細胞の研究からですと、それまで脳死の方からいただいた臓器でなければ移植というのは成立しないも

のがたくさんありますが、そうではなくて、あらかじめ試験管の中や培養器の中で用意したようなものを使って、それに代えるというようなことができるようになるかもしれません。

ガンを抑えるような薬については、10年、15年前に比べるとかなり進んだ化学療法剤ができてきていますので、ガンの治療成績というものも格段に向上していますけれども、それを決定的にうまく治療できるようにすることが可能になるのではないかということが期待できるわけです。

ただ、いまのようなプロセスというものを一つひとつ踏んでいかないと、いきなり「これはガンの治療に使いそうだ。薬になりそうだ」ということで試してみるというわけにはいかないわけです。

工業製品であれば、それが安全なのか、使い勝手がいいのかということは、試作品を作っていろいろ使ってみて、壊れたら「どうもこういうところが弱そうだから、改良したものを作りましょう」ということで済むのですけれども、薬とか新しい医療ということに関して言えば、うまくいかないということは、その患者さんが亡くなってしまったり、重篤な副作用で、治療するはずだったのが逆に病気が悪くなる、あるいは別の病気になってしまうということになりますから、試作品を簡単に作って次から次へと試すということとはできないという宿命を持っているわけです。

基礎実験ですと、できる限り条件を統一して、例えば動物で遺伝子を壊してみてもそれが結果としてどうなるかという、難しい言葉で制御済入力と言いますが、できるだけ制御した情報を入れて確定的な出力を取り出す、誰がやっても同じ結果が出るということをめざすわけです。

ところが、臨床の現場では、患者さんはそれぞれヒトの顔つきが違いうように全部バックグラウンドが違いますし、治療に用いる材料というものも必ずしも全く同じものがいつも使えるとは限らない。そうすると、出てくる出力というものは確率的な変動を持っています。その治療を受けた患者さんにとってみれば、うまくいったガンが治るか治らないかという、ある意味で言えばオール・オア・ナッシングなのですけれども、全く同じことを同じようにやったように見えていても、結果として出てくるのは100人やったときに90人の人が助かるとか50人の人が助からないとか、そういった結果でしか出てこないというのが一つの宿命的に抱えている問題です。

そのためには、よく「1例大成功しました。移植したらうまくいきました」ということを新聞やマスコミの報道で聞かれることはあるかもしれませんが、それはたまたまその患者さんでうまくいったのか、そうしなくても治ったのかということはわからないわけです。

ガンの薬の場合でも、「その薬を飲んだらガンが縮小して治りました」という、経験談としてお話になるのはいっこうに構わないのですけれども、本当にその薬が効いたのかどうかということは、その一つだけを見たのでははっきりしないわけです。効

かなかった人がほとんどだったかもしれませんし、その患者さんはその薬を飲まなくても治ったかもしれません。

そういったことを科学的に見て、この薬を使えばこの病気が治るかということは、ある相当数の例を蓄積して、全体として分析しないといけないということが宿命としてあります。ここは、私たちがやるときはよくジレンマになるのですが、その患者さんにとってみれば、その薬を使って治るかもしれない、使わなくても治るかもしれないのですけれども、治るか治らないかの2者択一で中間はないのです。

ですけれども、科学的な解析をするためには、何人もの患者さんに対して全く同じと思われる操作をして、結果として何人が助かったという解析をしなければいけないということになりますので、そういったことをきちんと私たちも説明しなければいけませんし、受けていただく方にも理解していただかなくてはなりません。

ただ、その理解は非常に難しいものだということは、私たちもわかります。自分の立場に置き換えてみれば、自分が何かもしなったとして「薬を飲んだら治るかもしれない、けれども副作用があるかもしれない、どうしましょうか」ということの判断を迫られたらものすごく困るのです。もう飲んでみて治れば百パーセントうれしいですし、治らなければそれで残念ということにしかならないのですけれども。

実際に、臨床医学というものは、そういった、ある意味で集団を相手に解析することを必ずやらなければいけないということを抱えているわけです。ですから、「百パーセント安全です」とか「百パーセント効きます」ということはあり得ない世界です。

ですから、いま申し上げたように1例ずつやる、あるいはパイロット試験でちょっとずつ改良してみながらやりましょうということとはできません。そのために計画書というものをきちんと作って、できる限り同じ操作を、できる限り同じ対象集団に対してします。だから同じ病気を持っていると言っても、いろいろとその他の条件が違ふのです。例えば、同じ肝臓ガンになられた患者さんがいらっしやったとして、その他に例えば糖尿病を持っているかもしれない、高血圧を持っているかもしれない。ある一定の範囲の中でのなるべく条件を同じにした人に対して、なるべく同じことをして同じ結果を読みとる。

ガンの研究ではよくあるのですが、ある患者さんで効果があつたと判定するときに、「ガンが小さくなりました」「いろいろと効きました」。別の患者さんを判定するときに、「今までの統計では5年しか生きられなかったのに10年生きました。これも効果がありました」というようなものは、比べるのにフェアではありません。

ですから、比べた結果を読みとる時も、何を結果として読みとるか、こういうものをエンドポイントというのですけれども終着点です。何を読みとりの成果とするのか。いちばんいいのは、生きるか死ぬかの病気であれば、命が助かったかということで見るとは、例えば高血圧であれば、血圧が下がるということで見ればいいのか、血圧を下げた結果より長生きできたというところを見ればいいのかということでは

また違うのです。

だけれども、本当は血圧を下げるということだけが目的ではなくて、下げた結果により長生きできる、要するに心筋梗塞を起こしたり脳溢血を起こしたりしないということが大事なのですけれども、その結果を見るためには、5年、10年結果を観察しなければその結果はわからないわけです。

ですけれども、こういう薬を創っていくという過程を考えたときには、5年、10年経って結果が出てから、それを薬にするかどうか判定していたのでは間に合わないのです、取りあえず血圧が下がるということを指標にします。それはなぜ良いかというと、今までの結果から、血圧が高いとこういう悪いことがありますから、取りあえず血圧を下げればたぶん良いでしょうねということになるのです。

こういう探索医療的な研究をするための条件としては、それが医療として公的に認められるようなものでなければなりませんから、研究する場所というのは、英語では State of the Art と言いますけれども、その時代における最先端の医療がきちんとできるところでやらなければいけません。単に研究としてやるのではない。やったからには効果があるかないかということについてちゃんとした結果が得られるように最初から設計して書かなければいけないので、精度の高い統計的デザインが必要になります。

もちろん、同じことをやれば必ず同じ結果が得られるであろうという科学的な基盤がなければおまじないと一緒になってしまうわけですから、これは大事です。さらに大事なことは、そういうことをやるということが、社会的に公認されている必要があります。ということは、倫理的な問題を含んでいないということが重要です。

これをきちんと審査できないと、おてもりで「これは患者さんのためにいいに違いないから、医者判断でやります」というのはまずいわけです。専門家も含めて、きちんとした倫理的な審査をしていただく必要があるのです。もちろん患者さんから同意していただくということと同時に、安全性が担保されていなくてはなりません。ということは万全のバックアップ医療がないといけないということです。

こういうことをするというのは、単なる研究ではないので、タイムスケジュールを決めてきちんといつまでに何をすると決めながらやらないといけないのですけれども、私の話は30分の予定で始めて実は半分ぐらいにしかまだきていないという大変具合の悪い事態です。ちょっとはしりますけれども、そういった研究をするセンターが日本でいま6カ所あります。その中でも、京都大学はいちばん進んでいるのではないかと自負しています。

こういう倫理的な問題点がないかどうかということを経営者と審査していただくためにパネルディスカッションにも参加していただきますけれども、京都大学には立派な倫理審査委員会があります。

どういうステップでやるかということは、だいたい世界標準で決まっています。1

相から4相という試験をするのですけれども、それを介入的臨床研究、臨床試験、実際に患者さんや健康なボランティアにおくすりを使ってヒトでそういう効果があるかどうかということを試すことを臨床試験というのですが、その中で臨床研究というものと臨床治験というものがあります。

いずれも1相から4相、特に治験の場合はこういう分け方をします。まず安全かどうかを、比較的少数の患者さんないしは検証者で試します。次にそれが薬として、あるいは治療として有効かどうかということ、ごく少数で試します。その後、よりよい使い方を決めるための試験というものを、この辺までをフェーズ2と言いますけれども、これでだいたいこれが治療として成立しそうかどうかを見極めるのです。これが私たちが目指している探索医療の守備範囲です。

フェーズ3ぐらいになりますと、これは薬として使う、あるいは医療として普及させるということになりますので、今度はいま使っていて、いちばん良いと言われている治療法と比べて、それよりもいいのかどうか、同等かそれ以上かということを見ます。この場合は、数百例という患者さんに参加していただいて、統計的にきちんと差が出るということを見極めなければいけません。

最後に、ここまで来て、効果がある、今までのものよりいいということがわかりますと、これを薬として承認していただきます。あるいは治療法として保険に掲載していただきます。そうしますと、これを実世界の中で、ここまではいま言いましたように、計画書を作ってどういう人がどういう条件でやればこうなりますということを見るのですが、ここまでくれば、後はそういう病気の人に、あるいはそういう治療を必要としている患者さんに実際に使ってみます。

つい最近、京大では血圧を下げるお薬についてこういう研究をしましたがけれども、3000とか5000とか、そういう数の患者さんに参加していただいて、実際にそれを本当に大丈夫だったか、安全性に問題はないのかということを確認します。ここで効果があまり期待できないということになれば、承認の取り消しということになりますし、安全性に対して問題が、要するに副作用が出るということがあれば、その注意文書が作られたり、あるいは禁忌と言いますけれども、こういう条件のときにはこの薬を使ってはいけませんという情報を製薬会社が出すということを行います。

治験と臨床研究というものがありますが、これはどう違うのかと言いますと、治験と言われるのは、将来薬として、あるいは標準的な治療として承認を求めて申請するということを前提としています。ですから、これは世界標準で、日本で出されたデータは英語に翻訳すればアメリカでもヨーロッパでも使えます。

ところが、臨床研究というものはそういうわけにはいきません。ちょっと前にご説明した1相から4相で、1相から3相が薬を作る間の研究なのですけれども、1相で出たデータは2相の元にしますし、2相で出たデータを3相の元にします。3相までいったら承認申請します。そういうデータとして、治験であればそれを使うことがで

きます、2相に進むということです。

臨床研究のデータというものは、そういうことに使えません。適用される法令も治験であれば薬事法が適用されますが、臨床研究であると医師と患者さんの間の相対的な責任関係だけで医師法だけがよりどころになってきます。日本では両方ができるのですが、欧米では、もうこの治験に準するような規制当局の届け出審査をして、これが安全・有効であるという、安全性が担保できてやっても問題がないということを認めていただかない限り、もうできないということになっています。日本だけがいま成立しています。

経済的なメリットとしては、健康保険と治験の行為というものは並列して行うことができますが、臨床研究の場合は、いわゆる混合診療になってしまいますので、臨床研究の部分が少しでも入っていると、本来は保険が適用できるような行為についてもすべて保険外になってしまいます。

最後に、この治験ですと、こういう安全性や有効性に関するデータをたくさん集めてからスタートするので、万が一何か、誰も悪くないのだけれども結果として健康被害が生じてしまうといったことが起こったときに、これを補償するような保険を掛けるということができます。もちろん、ほとんどの患者さんが、治療がうまく行かなければ亡くなってしまうような重篤な病気の場合には、補償ということが成立しない場合もありますけれども、一般的に補償保険というものを掛けることができるようになりました。従前は、この治験というものは製薬企業さんしかできなかったのですけれども、ようやく4年ほど前に、日本でも研究者、医師のほうで自分でこういうことを試してみたいということ、同じようなステップをちゃんと踏まなければいけませんけれども、自らやることができるようになりました。

欧米では、研究者や医師がやるにしても、製薬メーカーがやるにしても、全く同じステップで規制当局に届け出てやらなければいけないというふうになっていますので、日本も早晚そういう方向に持っていかなないと、こういう臨床研究だけでやっていたのでは治験データに使えませんので、いくらいいいデータが出ても、それをすぐお薬にするということができないということになります。

医師主導治験という言い方をしますけれども、京都大学では二つの例についてこの医師主導治験を実際に行っております。そのためには、単なる臨床研究とは違うのでいろいろなルールがありまして、本当に薬として使おうとしているものが安全かどうかというデータをいっぱい集めてやらなければいけません。こういったところ、それから薬の候補にしても、ちゃんと薬として使っても大丈夫という品質保証をきちんととったものでなければいけないということになりますので、この二つの部分については、なかなか大学の力だけでは経済的にも難しいので、この辺は産学の連携ということをやっていかなければならないということになります。

この審査については、統一基準で、製薬メーカーがやるものであっても医師がやる

ものであっても、全く同じような基準で審査されますので、それをちゃんとクリアしたものでなければいけない。そのかわり、いったんそういうかたちで得られたデータは、製薬メーカーが薬の商品に使うのと同じかたちで使うことができます。ただし、我々が先ほど探索医療の守備範囲というものは1、2ぐらいのところだと言いましたけれども、3相以降になりますと対象者もものすごく多くなりますし、医師だけの力でやるということはきわめて難しいということになります。

それから、薬を作って実際に製造・販売するということは、大学や医師が単独でできることではありませんので、探索医療の部分でこれはうまく薬になりそうだという証明を取った段階で、薬の場合は企業と連携して、そこから先を引き継いでいただくということになりますし、治療法の開発であれば、そこから先は大学病院なり大きな病院なりに普及させていって新しいかたちの医療として定着させるということになると思います。

審査のやり方で、スライドで緑色の部分は単なる臨床研究で倫理委員会だけ通せばいいということになりますが、治験にする場合には、きちんとした法的な手順をとって厚生労働省に届け出をするということになります。私たちのセンターは、横出先生の医療臨床部、私の医療開発部、それから手良向先生のおられる医療検証部という三つの部署がありまして、それぞれ最初に言いましたように、臨床への準備をするところ、データのマネジメントと統計解析をするところ、それから実際の患者さんの医療を行うチームを編成するという分担をしながらやっています。

三つに分かれた理由はいろいろあるのですが、開発側は「早くやりたい」と言いますし、臨床サイドからは「そんな危ないことをすぐにやってはいけないよ」と言うことでブレーキを掛けていただくという面もあります。以上です。

3. 講演2 辻本好子

辻本 皆さんこんにちは。ただいまご紹介にあずかりましたCOMLの辻本と申します。まずCOMLについてですが、お手元に主催のご了解をいただきまして、私どもの活動を多少ご理解いただければということでの資料をお入れいただいております。おうちにお帰りになってからご覧いただければと思うのですが、実は17年以上大阪に拠点を置きまして、電話相談を活動の柱として取り組んできた、現在はNPOの小さなグループです。

今日は「賢い患者になりましょう！」が私のテーマですが、大きなテーマとしては「医療倫理とインフォームド・コンセント」です。今日ご参加の皆さんも非常に関心の強いところではないかと思うのですが、私は患者の立場にしかたれません。ただ、電話相談で患者さんやご家族の、医療現場の方には届けられないようなかなり生々しい本音などもお聞きしている立場として、今日は会場の皆さまに、これから皆さんにはこんなふうなお気持ちを持っていただきたいという、同じ患者の立場からのお願いと、合わせて最先端の医療にお取り組みになろうという京大の方々に、私たち患者の思いを聞いていただきたいと、少し欲張ったそんな気持ちでここに立たせていただいております。

清水教授のお話の中で、治験ということと臨床試験というご説明がありました。実は、いろいろなかたちで関わらせていただくようになっている私の役割の中で、この治験と臨床試験ということの問題で感じていることを、先にちょっとご報告させていただきます。

去年の秋から、厚労省の検討会で次期治験活性化、つまりもっと日本で治験を活性化しようではないか、そのためにはいま何が足りないのか、そしてどういうことを取り組んでいったらいいのかということの、かなり大規模な検討委員会がございました。そしてそのメンバーにということで、私も参加をいたしました。

特に、私は患者の立場でしかないわけですから、治験に関して、やはりお医者さんにだけではない、先ほど教授のお話にチームという言葉もございましたけれども、そのチーム全体が本気になってくれよという位置づけでの発言を鮮明にいたしました。

厚労省の会議ということは、そこを通れば予算が付くことですので、この1月早々に新聞の一面トップ記事で「いよいよ、日本もこの治験を本気で取り組むようになりました」という、そんな記事が皆さんの目にも留まっていると思います。言ってみれば、治験を日本で大々的に取り組もうということを考えるその前の段階で、やはりそうした密な話し合いが行われ、私ごときのこんな役割ですけれども、そういった患者の立場の声も参加できるようになっている時代であるということ、まず一つご報告します。

それから、やはり臨床試験のお話の中で、京大における医の倫理委員会を、組織図

の中にも示していただきました。私は、実はもう5年以上になりますが、名古屋大学医学部の倫理委員会のメンバーということで毎月議論に参加しております。

その毎月の議論が何であるか。それは、現場から、特にこうした新しい治療などの取り組みをしたいと申請が挙がった内容を、果たしてこれが間違っていないだろうか、あるいはお医者さんだけの独断で走りすぎてはいないだろうか、患者さんの気持ちということをきちんとおもんばかっていたいただいているのだろうか、そういったことで、私も患者の立場ということで厳しくその審査の中に入り意見を言わせていただいています。

つい先日も、その委員会が終わった後、内部の教授方の声の中で「もっともっと医の倫理を医学部の1年生のところからたたき込まなければダメだ」。要するに、まだまだ申請課題ということで挙がってくる議論をしていると、患者さんをないがしろにしているような無意識・無自覚な医療現場などという問題が浮き彫りになってくるのです。

そのあたりを、私は厚かましくも笑いながらこわい声でお話をさせていただいているのですけれども、やはりそれは悪気がないというのでしょうか、言葉が適切でなかったらお許しいただきたいのですけれども、一生懸命患者さんのためにと思っていらっしゃるのです。でも、それが先走ってしまうというか、「ちょっと待って、やはりそのところはきちんとしたプロセスを踏んでももらわないと、納得できないし、参加もできないのよ」と気づいていただかなくてはいけない。そんな意見を申し上げたり、あるいはアーリーエクスポージャー（Early Exposure）というのですが、医学部の1年生の方たちに私は講義を持たせていただいて、そういうお話もさせていただきます。

17年前COMLを立ち上げたところに、果たして17年後にそんな役割が私に与えもらえるなどということは、ゆめゆめ思っても見ませんでした。もっと言えば、17年も続くななんて思ってもみなかったのです。

やはり、そのこと一つだけを考えていただいても、日本の医療が今どんどん変わってきているということ、ご報告を合わせてということで、まず最初にお話したいなと思います。

それから、先ほど私の立場は「患者でしかない」と申し上げたのですが、実は4年前に乳ガンを発症しまして、幸い今のところ転移や再発の兆しもなく、こんな役割を努めさせていただいております。

そのときに受けた治療の中でつくづく感じましたこと、それは、やはりこれまでの多くの患者さんたちの、言ってみれば犠牲のもとにどんどん治療成績の向上が図られた。その恩恵を私は最大限いただいたなという感謝の気持ちだったのです。

と言いますのは、今から17年ほど前、つまり私が化学療法などを受けることになった10年以上前に、抗ガン剤治療を受けていた友人、知人がどんなに苦しみ、どん

なにおう吐に悩みというような大変な目にあったということを私は目の当たりにしてきたのです。

いよいよ私とその治療を選ぶ段階になったときに、そして、一般の治療よりも量が多い抗ガン剤を使い、それがもし功を奏するならば、後の患者さんが保険適用で治療を受けられるかもしれないという臨床試験に私はあえて参加したのです。

そのとき、17年前に私がこの目で見た、化学療法で苦しんでいる患者さんのような苦しみを、私は味わわずに済んだのです。つまり制吐剤、吐き気止めの効用ということで、私はそんなにおう吐に苦しまず、化学療法の3日目、4日目ぐらいから仕事をするなどということができるよう、これは言ってみれば先人の苦しみ、そういった中での研究、その恩恵を私は本当にありがたく受けました。

私が先ほどの治験に参加したその決意を支えてくれたのは、私のこの多少の苦しみが、次に乳ガンの治療をお受けになる方たちにお役に立てるという、そういうささやかな患者の体験も持っている人間でもございます。

そんなことで今日はお話を聞いていただきたいのですが、ただ一つ申し上げておきたいのは、最近の電話相談に届く患者さんのお声が、正直私たちも「これでいいのだろうか」と思うほどの、「私さえよければ」という声が高まってきていること、このことを、感情的にならず冷静に皆さんと一緒に考えていただきたい。それも今日私が発言をさせていただきたいと思っていることの一つなのです。

17年ほど前、私がこのCOMLを立ち上げたころ、電話相談に届いたお声は、表現が悪いかもしれませんが、言ってみれば自分の気持ちを言葉に置き換える、そうした表現能力も言葉も持っていないよちよち歩きの小さな赤ちゃんのようでした。言ってみれば、40年間「いいんだよ、あんたが考えなくたって私に任せとけばいいんだから」というお医者さんたちも悪かったのです。その中で私たち患者は「お任せします」。そして、思うような結果にならないと、その人を恨むというような、そんな受け身を当たり前にしてきました。ちょうどその終えんのころに私はCOMLを立ち上げているのです。

ですから、そのころにまだまだ届いてきた患者さんのお声というのは、言ってみれば「ようやく言葉を持ち始めた、よちよち歩きの幼子」です。あえてそう表現をさせていただきます。最近の患者さんは、私も2人のやんちゃな息子を育てた経験もあるだけに、こんな表現をさせていただきますが、「思春期の反抗期」のようです。権利を主張する、でも義務は果たさない、けれども情報はいっぱい入ってくる、そして自分はどうしたいかという自分のことだけは一生懸命考える、いろいろな意味での社会的な余裕も生まれてきているのでしょう。

そうすると、ここにいらっしゃる皆さんほとんどの方が、その思春期・反抗期を何らかのかたちで通過していらっしゃる、言ってみれば人生の過渡期です。いま患者の私たちがそこに位置づけられているとするならば、いまが一番大事なときです。つま

り、医療者とどうしっかりと向き合うかということです。

少なくとも私が間違っただ道を外さずに思春期・反抗期を通り抜けてきたのは、厳しい親がいました、あるいは尊敬する教師もいました、そういう大人との付き合いの中で、大きく踏み外すことなく、一応の大人としての道を歩ませてもらえているとなれば、例えばこの医療の現場において、患者の今日が思春期の反抗期であるとするならば、必ずそこは通らなければいけない成長の一過程です。そのときに医療現場で医療者とどう向き合うのか、このことが、私たちが正しく大人の患者になっていく、もっと言えば自立した患者、そして先ほど来のお話で言えば、後世に何を残せるかということにも社会的貢献に参加できる患者になるということ、いまが実は一番大切な時期なのだと、そのことを痛いほどに感じている人間です。

そういう意味で、多少、私は同じ患者の立場でありながら、患者さんのそうしたお声に対して、皆さまからは批判ともお感じになるような言葉が出てくるかもしれませんが、そういう気持ちを持っている人間であるということ、それを大きく受け止めていただいて、この後の話にお耳を傾けていただければと思います。

「賢い患者になりましょう!」。私どもはこの五つの定義ということで「賢い患者」を活動をスタートさせたときから提案して参りました。私は病気の持ち主です。私は乳ガンというこの持ち物を誰かに預けることも、「もう邪魔だからいらないわ」と捨てることもできない、私の持ち物なのです。そして、私がどういう医療を受けたいか、誰かが考えてくれることではない、私が考えなくてははいけないのです。

私は乳ガンと言われた瞬間に何を考えたか。「仕事を続けたい。そのためには今ある医療のすべての力をいい意味で利用・活用しよう」。そう判断して手術も受けました。化学療法もしました。そして、放射線治療も受けて、今はホルモン剤の服用ということで、あらゆる今日の医療を利用している人間なのです。私はそういう選択をしました。

ところが1年後に、私の少し先輩なのですけれども、尊敬する女性が同じ乳ガンになりました。彼女は高校の国語の先生をしていたのです。乳ガンと言われた瞬間に辞表を書いて仕事を辞めました。そしてマクロビオティックという玄米菜食を始めました。朝昼晩、その食事のすべてを厳格に玄米食でやっていこうとすると、一日中台所に立たなければいけないのです。そして毎日、雪が降っても大雨が降っても2時間、ウォーキング療法で免疫力を高める。そしてふた月に一度、パートナーの方と秋田県と岩手県の県境にある玉川温泉に療養に行っていっぱやいます。そういうことを生活の中心においたら、高校の先生はやっていられないわけです。つまり病気と向き合う生活に転じた。

つまり、人生の道筋も変えなければいけないというようなそういう決断が迫られるとなれば、誰かが考えてくれることではない、私が考えなければいけないことなのです。

だから、意識化が必要とお話しています。「私はこういう医療を受けたいです」、そういくら患者が願っても、お医者さんの前に行ってもにこっと笑ったからといって、「あなたはこう考えているのですね」と占いのように読みとってくださる方はいません。となれば、私はこう考えているのだという気持ちを言葉に置き換えて、きちんと医療者に伝えて、それができる相談なのか、いやそれは無理だよというお話なのか、あるいは今日のお話のように、「ならば治験ということで、一部ですがこういう方法もいま取り組みがありますよ、参加してみますか」という話になってくるのです。

だから自覚、意識化、そして自分の気持ちを言葉に置き換えて相手に伝える言語化、さらには、最初に言いました、お医者さんとけんかしてもいい関係は生まれません。いま電話相談に届く声は、 $100-1=0$ なのです。不二家の問題のように一度使用期限の切れた牛乳を使うと、一気に社会的な信用が失墜する、いま渦中で問題になっていますけれども、それと同じなのです。

医療も $100-1=0$ なのです。患者さんは、「お医者さんも看護師さんもみんないのだけれども、あの帰り際、カウンターの事務職員が実に偉そうなのですよ」というだけで、もう病院の評価はゼロになってしまうという声が届いてきます。そうすると、やはりコミュニケーションが大切になってきます。

お医者さんだって、この患者さんに出会えてよかったとお思いになりたいのと同じように、私たちもお医者さんに出会えてよかったと思いたい。相身互いと言えば、これはコミュニケーションなのです。となれば、患者の私たちもコミュニケーション能力、平たく言うなら、お医者さんや看護師さんとうまくおつきあいする方法という、小賢しく考えるのではなく、やはりそのことを自分の課題としなければいけない時代なのです。

だから、「コミュニケーション能力を身に付けましょうよ」。そして、そんなこんなを一人で考えていると、どんどん、どんどん深刻になってしまうのです。不安ばかりふくらんでしまうのです。だから、本当はこの5番目を私はいちばん上に持ってきたのですが「一人で悩まないで、誰かに相談してください」。そして、そういう相談相手がないのだったら、電話なら顔も見えない、お名前もおっしゃらないで一緒に考えるお手伝いができますから、COMLに電話してくださいなと、ここでちょっとCOMLのPRになるわけです。そんなことを17年間私たちはやって来たグループなのです。

医の倫理というと、なにやら難しい言葉のように思うのですけれども、私は四つの定義があると考えています。

まずは「自立の尊重」ということです。これは、言ってみれば、私らしさをいかに大切にしてくれるかです。そして「善行」、いいことを行ってということがとても大切な問題です。さらには、そこにできるだけ「危害を加えない」でやっていかなければいけない。しかし医療というものはそもそも危害を加えることですから、このあた

りをどういうふうに考えるかということで難しいことなのです。患者の気持ちが尊重されることがとても大事なのです。そして悪いことはやってはいけないのです。そして、できるだけ患者さんには危害を少なくしてください。さらには、あなただけがいいわけではないのです、「公平」です。言ってみれば、正義というような問題が医療の倫理ということで常に語られてきたテーマなのです。

ここに合わせながら、これからの医療がどうあっていくべきかということ、私たち自身、患者としてそこに何を求めていくかというようなことも合わせて考えていきたい問題です。

電話相談はこんなペースで増えてきています。この右肩上がりのグラフのごとくに、患者さんの側だけに問題を絞ったときに、変化として大きく二つのテーマが見えてきます。一つは、このグラフのままに進んできている良くも悪くも患者の権利意識ということです。そしてもう一つは、1997 年に加わり急激にそれが伸びてきているのが、コスト意識です。

医療費の窓口負担ということが、このあたりからどんどん増えてきています。そうすると患者の私たちは、医療消費者という言葉もときには私は使うのですが、高い税金と保険料を払い、なおかつ窓口負担を払うという、言ってみれば全額払っているのです。そうすると、払った分に見合うだけの安心と納得を手に入れたい。こんなにお金を払っているのに私は満足できないという不満が、コスト意識を喚起して、医療費に関する相談となってこのころからどんどん増えてきています。

ただ、いま思春期・反抗期という聞き捨てならない表現をいたしましたけれども、このまま患者さん一人ひとりがみんな、言ってみれば、わがままな自分さえよければいいということを発言していったら、日本の医療は破綻してしまいます。現に小児科医や産婦人科医は若い人たちはなりたくないのです。ああいう問題で、奈良の事件の後、ついに奈良県南部にはお産のできる病院がなくなってしまったという、その結果でいま奈良の住人の方たちは本当に困っているのです。

ということは、一人ひとりが勝手わがままを言うと、そのことの結果、全部私たちのところに返ってくる問題なのです。それが成熟した大人になっていかなくてはいけないと思うゆえんです。

この勢いをいったい何が支えているのでしょうか。何がそうさせているのでしょうか。いろいろあると思いますが、その中の要素の一つとして一番大きいのではないかなと思うのがマスコミです。COML が立ち上がった 1990 年に、日経、朝日、読売、毎日といういわゆる四大紙が一年間に行った医療事故の報道は 4 紙合わせて 87 件でした。それがほとんど 10 年間は横ばい状態で、せいぜい 100 件、200 件です。ところが皆さんもご記憶にあると思いますが、1999 年 1 月 11 日、横浜市立大学医学部付属病院で患者取り違い事件がありました。肺の手術をしなければいけない患者さんに心臓手術をしてしまいました。心臓の手術をしなければならない患者さんに肺

の手術をしてしまいました。

これが、言ってみれば今日の医療不信の第一歩ということで、それまで医療現場はいわゆる聖域でマスコミもそうそう足を踏み入れられませんでした。それが風穴を開けたということで、一気に医療現場に足を踏み入れるようになって、1999 年は前年比ほぼ4倍ということで医療事故の報道が一気に増えているのです。

その翌年もその勢いは止まりませんでした。さらにその倍ということで、それ以後高値安定ではないのですが1500件を越えたところで横ばい状態です。

この勢いは「マス・ヒステリー」というのだそうです。私は「マスコミがヒステリーを起こしているの?」などと思ったのですが、言ってみれば民衆がヒステリーを起こすという言葉なのです。1995年のこの小さい山は阪神大震災の問い合わせでしたのでちょっと別枠です。このマス・ヒステリーということに合わせたかのように、実はCOMLの電話相談はほとんどこのグラフに沿っているのです。

電話を掛けてきて「なんかおかしいんですよ」という方のお気持ちは、実は私が本当にそう感じているということよりも「テレビが言っていたことと何か似ている」「新聞で読んだが、うちのおばあちゃんも同じように死んだ」という気持ちが、やはりある種の誘導となって誰かに相談してみたいというお気持ちだったのではないのでしょうか。

となれば一つ救いがあるのです。さっき言いました「現場でどう向き合うか」。そのことで、もう一回ここを正していくことができるのではないのでしょうか。そこに私は多少の期待を持っている人間です。

現場で正していくことができる可能性を含めているのが、先ほど来のお話、治験と臨床試験なのです。なぜなら、その環境が整備されてきているのです。予算も付くようになりました。そして、お医者さんたちもこのことだけは倫理委員会にも通さなくては行けないくらい慎重にやらなければいけないというお気持ちになっていらっしゃると思います。つまり、今日のもう一つのテーマ「インフォームド・コンセント」が、一般の医療よりも、言ってみればお医者さんにも力が入る。ということは、そこで医療のあるべき姿ということを学ぶ期間になるということなのです。

私は、別に治験に参加しましょうとか、臨床試験にどんどん皆さんが参加してくださいよということを申し上げる役割でここに立っている人間ではないのです。だからこそ患者の私たちも、その医の倫理ということを、恩恵を被りながら、なおかつ次の世代へ残していくという社会的貢献の一翼を担うために何を考えたらいいのか、そして臨床現場においてお医者さんと向き合ったときに、では私はどういうことを努力したらいいのかということをご一緒に考えていきたいなということの話です。

「究極の不信感」ということでこんなお声も届いています。昨年2006年、大まかにこんな相談だったのですということをグラフ化したものです。3582件届いたこのグラフからいろいろなことを申し上げたいのですけれども、一つだけ申し上げて

おきます。トップ3は全部お医者さんへの苦情なのです。

先ほど清水教授からチームというお話をいただきました。私も、治験にしても臨床試験にしても、そのチームということの大切さ、そのことで私たち患者がいかに支えていただきたいかということを声に出している人間です。にもかかわらず、医療現場でチーム医療の大切さが語られたのは、もう10年以上前です。でも、皆さんが病院に行ってチームの姿は見えますか。見えないのです。私は病院の自己満足ではないかといつも批判しているのです。そのことがこのグラフに象徴されています。

患者や家族は何もかもお医者さんに期待します。電話相談でその話が出てきたときに、「ちょっと待ってください。そのことはお医者さんに期待してもお医者さんの役割ではないのですよ」「それは薬剤師さんなのです」「それは管理栄養士さんのお仕事なのです」と私たちが申し上げることが多々あっても、患者さんはそういう人がどこにいらっしゃるのか、役割が見えないばかりか顔も見えないのです。

では、顔が見えるのは誰か、それはいま向かい合っているお医者さんなのです。そうするとそのお医者さんに何もかもすべてを期待してしまうのです。今日お医者さんがいらっしゃるのに後からお叱りを受けるかもしれません。私は、患者さんやご家族が電話相談でおっしゃっている医療への期待で、お医者さんが担ってくれる役割はせいぜい3割程度だろうと思うのです。もちろん後の7割はチーム医療の役割なのです。

医療現場ではその役割分担はそれなりにできているのかもしれませんが、でも、患者の私たちには見えないのです。だから、私たち患者はお医者さんに100%期待して、当然のように70%裏切られたという苦情が届いてきているのです。

だから、この治験においても臨床試験の問題においても、あるいは患者が医の倫理ということを経験の問題として引き受けていくにあたっても、さらにはインフォームド・コンセントに参加するにあたっても、一つ最初にお話のあったチームということはどう再構築していただくか、これは現場の問題です。そしてそのチームの力を正しく利用・活用する能力を患者の私たちが持っていけるかどうか、これは私たち患者のこれからの課題なのです。そういったことがこの相談からも浮き彫りになってきていることの一つだということを申し上げておきます。

「医療に期待すること」は何であるか。実は以前、COML主催のフォーラムでのアンケートを行い、「5年後、10年後の医療に何を期待しますか」と参加者にお尋ねしたら、出てきた答えは「今もこのことができていない」「5年後10年後という期待ではない、今の期待なのですよ」という切実なお声がここに挙がっているということで、ちょっとお示しさせていただきました。

とはいえ、医療を提供する側の医療者と、それからそのお力を利用させていただく患者の私たち、医療という力を求めていく側とは、言ってみれば立場と役割が全く違うのです。だけれどもゴールは一緒なのです。その治療という長いプロセスも一緒に歩いていきましょうねという関係づくりをしていかなくてはいけません。これが、今

の医療の双方への課題ということで浮き上がってきている問題なのです。

この間も、「70代の母が肺ガンの末期で、今か今かという終末の状況で家族が集まっていました。そこに何やらナースステーションからナースたちの笑い声が聞こえてきた」。息子さんは「もう腹が立ってナースステーションに怒鳴り込んでいました。すると、ナースたちがお茶を飲みながらお菓子をつまんで、みんなでキャッキョと笑っていました。もう悔しくて、悔しくて」と後はみんなナースの苦情なのです。

お聞きはしましたが、実は私の気持ちの半分は「ちょっと待って。ナースだって人間なのよ、そういう時間があったっていいじゃない。そういう時間で和気あいあいとしていただくことで、私たち患者家族に生き生きと素敵な笑顔で向き合ってもらえるのだもの」と思います。だけれども、いま目の前で母親が息を引き取らんとするご家族の立場になれば、クスクスと漏れてくる笑い声一つも不謹慎です。その気持ちもわかります。

これが、言ってみれば医療現場の方々の日常ということと、私たち患者の非日常という深い河です。あるいは、お医者さんや看護師さんは知識や経験をいっぱい積んでいらっしゃる。私たち患者にはそんなものはありません。でも、痛みも苦しみも非日常のことなのですけれども、全部引き受けなければいけないのです。そしてお医者さんや看護師さんも1日に何人もの人と向き合います。でも私が向き合うのはたった一人なのです。

この間もわけあって私は初めての病院で採血をしました。そして娘ほどの若いナースからいきなり「お名前は？」「生年月日は？」と聞かれました。私はムカッときましたけれども、そこでけんかしてもしようがないわけです。ひとこと、「患者さんの確認のためです。お名前、生年月日をお願いします」という言葉さえあれば、私の気持ちはそんなふうにかチンと来ないのにとおもいます。たぶん彼女は、その日は朝からずっと何人もの患者さんの採血をしなればいけない役割なのです。そうすると、もう次から次に患者さんが来れば余分なことは言いたくないわけです。「はい、お名前は？ 生年月日は？」と言いたい気持ちはわかります。でも、そのナースから言われる私は1回だけ、というその違いがこれも深い河です。

ここに、やはり行ったり来たりする心の架け橋という人間関係をつくっていかねばいけない。治験においても、臨床試験においても、やはり、このことがさらに重要という問題で先ほど来の話です。実は、特に医療現場もそういったことを大切に思い始めてくださっているのだという、そんなことが今日の皆さまの共通認識でもあると思います。

そこで患者さんの気持ち、不安の裏側。「知識・情報・経験」が、かつてはなかったから不安なのですが、最近はインターネットで情報がありすぎて不安ですという、情報の海におぼれそうな方のご相談もあつたりします。

そして、もう一つはやはり自分の身をかわいく思うゆえの遠慮です。この間も奥さ

んからのお電話だったのですけれども、「主人が病気と言われた。セカンドオピニオンを求めたいのですけれども、今まで診ていただいた先生に失礼にならないでしょうか」「そんな時代ではないんですよ」と私たちは申し上げたのですけれども、やはり保身の遠慮です。

そして、患者さんご自身のお電話は、誰にも代わってもらえない孤独と苦痛感という悲愴なお声が「家族にも、もう言えないのです」というお言葉とともに語られているという、そういう中から浮かんでくる不安です。そこに、医療者が一人ひとりとどう向き合っていたただけるか。

お医者さんだって人間ですから、限界があるのです。完璧ではないのです。となれば、やはり医療といういわゆる協働作業の中で、患者の私たちにも大きな役割があるのだという認識を持っていただくことがとても大事なことでないかと、電話相談をお聞きする中で私たち自身も学ばせていただいていることのひとつなのです。

今までは依存して、最近では不信感というものがどんどん高まってきている私たち患者。しかし、自立・成熟という、たどり着けるはずのない高い高いハードルなのですけれども、ここに向かって私たちは1歩、2歩といま歩みを始めたばかりのところなのです。そのときに、治験・臨床試験ということで医療者が本気になって向き合ってくれる中で、学習できるとするとインフォームド・コンセントです。これはものすごくいい学習の機会なのだなと、私自身が治験に参加してそのことを痛感したひとりでもあるのです。

支援システムということもここに書いていますけれども、これがチームということで、患者さんの背中に回ってしっかり支えるという医療体制が、これからとても大事になってきます。

信頼関係というものは、病院に行ってきれいな包装紙に包んであなたにプレゼントなどということではいただけのものではありません。恋愛関係と一緒にだと私は学生さんにも言うのですけれども、お互い様なのです。一方通行では片思いです。お互いが信頼したいと思ひ合わなければいけません。そして、一度できた関係を大切に継続の努力も必要です。さらには、甘えているだけではダメで、患者は患者の役割分担ということで、お医者さんに「この患者さんから学ぶことが多いな」と思ってもらえるぐらいの主体性というものが、私たちにもこれからは必要になってくるわけです。

今までは上から見下ろされてきました。そして、ついこの間まで患者様などということで妙におだてられて、正直私もつけあがってきたりしたのです。そういう関係は、いま終わりました。患者も思春期を早く出なければいけません。そのためにきちんと横並びで、協働作業をしていく必要があります。横並びは、お互いに出会えてよかったねという人間関係をどう創っていくかということです。

患者さんが電話相談でおっしゃるのは、ここにもあります自立の尊重です。患者の「知る権利」がいかに関心されるか。そして、患者が理解できるわかりやすい説明で