

同窓 見聞録



vol.① 2017 April

機能強化型在宅療養支援診療所 医療法人 東京在宅ケアクリニック

院長
吉田 大介 (医38・平2卒)



平成2年 東京医科歯科大学医学部卒業、東京医科歯科大学附属病院 外科等の勤務を経て、生まれ育った徳島に帰郷。平成11年9月に在宅医療専門の徳島往診クリニックを開院。

平成22年5月 厚生労働省より在宅医療連携拠点事業を委託される。

現在徳島とともにお茶の水医学会館5階にて「東京在宅ケアクリニック」を運営中。



吉田大介院長と三宅智教授との対談を中心に
在宅医療をめぐる現状を考える

大学に緩和ケア病棟が誕生 在宅との親密な連携を目指して

♣ 大学隣の在宅緩和ケア充実診療所

三宅: ここ(東京在宅ケアクリニック)は医学会館の5階、大学の隣という立地にありながら、まだお互いの連携があまり進んでいません。大学では4月から緩和ケア病棟(PCU)^{※1}が発足しました。今日は同じ緩和ケアに関わる者として色々とお話をうかがい、連携の方策を探っていきたいと思っています。

吉田: よろしくお願ひいたします。現状での大学との連携として、外来でのケアが難しくなった患者さんの在宅ケアに、以前から呼吸器内科の宮崎泰成先生、神経内科の赤座実穂先生、老年病内科の泉本典彦先生、本学出身麻酔科の佐々木翼先生、そして4月発足のPCUから新たに入山哲次先生が当院のアルバイトとしてご協力いただいています。彼らのように、毎週あるいは月に何度か定期的な往診



本学大学院医歯学総合研究科
臨床腫瘍学分野 教授

三宅 智 (医35・昭62卒)

旧第一外科入局。関連病院勤務の後、米
国留学を経て基礎研究に転向。その後、
がん化学療法→緩和ケアの臨床を継続
中。直近は栃木県立がんセンター緩和ケ
ア病棟医長。2012年5月より現職。

をする場合には大学の許可が必要ですが、スポットとして往診に出る際の許可は必要ありません。例えば大学病院の先生がご紹介くださった患者さんのご自宅での様子をご覧になりたい時には、当院を通していただければ運転手と看護師をお付けしていますので利便性は高いと思います。患者さんは、大学病院の先生のお顔を見られるだけでどれだけ心強いかわかりません。

三宅: 大学病院の受診と在宅ケアを並行して受診する上で問題は無いのですか？

吉田: 全くありません。初めから在宅だけに絞る必要はなく、病状をみながら大学への通院頻度を減らし、その間を在宅ケアで補っていくのがいちばんスムーズだと思います

す。医科歯科に通う患者さんは大学に絶大な信頼をおいていますので、そこから切り離されることを恐れます。患者の身体的パフォーマンスが落ちてしまう前に在宅ケア専門医にご紹介いただき、その後は主科の先生と共に診ていくという円滑な連携を構築出来れば、患者や家族の満足度は非常に高まると思います。大学病院の医師が往診に行くことは法的に何の問題もありませんし、むしろそれを売りにしている大学もあります。

三宅：たしかに逆紹介が8割で、非常に患者離れの良い大学病院もあると聞きます。医科歯科は、むしろ医師が患者を抱え込む傾向にある。それは、安心して手放せるシステムが整っていないことも原因の一つだと思うのです。PCUと在宅ケアとの連携の仕組みづくりはこれからの課題です。もう少し具体的な例で、外来での化学療法や放射線療法を受けつつ、在宅ケアも受けることは可能ですか？

吉田：もちろんです。大学にPCUができたことで「最期まで医科歯科で」という患者の希望は叶えられることになりました。逆に「最期は自宅で」という患者の希望も叶えたい。PCUと在宅という選択肢が増えることは、患者にとって良いことだと思います。

三宅：化学療法などを外来で受ける場合、採血の結果をみて治療するわけですが、数値が悪くて結局治療できないということも起こりがちです。たとえば、前日の夜に自宅で採血してもらって、大学に当日結果をフィードバックしていただくという連携は可能ですか？

吉田：今までそういったオーダーはないのですが、仮に主科の先生から指示があれば、前日の朝に採血して、夕方までに結果をフィードバックすることも可能です。当院と大学との連携が密になれば、そんなふうに患者の消耗を防ぐこともできますね。

三宅：こちらでは、どんな患者を診ておられますか？

吉田：やはりがん患者さんが多くて、血液がんの輸血なども行っています。それ以外の胃瘻や人工呼吸、重度の認知

症、神経疾患などが3割くらいですが、高齢者が多いため、多疾患を抱えていることがほとんどです。医科歯科は歯科の先生方との連携も強いので、歯学部の中野先生が在宅での嚥下訓練を積極的に行ってくまっています。

三宅：食べられるようになると、外に出てみようという気力が湧くようですね。大学のレストラン『あるめいだ』でも嚥下食を提供しようという動きがあるようです。患者のADLとQOLの向上に役立ちそうですね。

吉田：先日BS放送で紹介されましたが、当院の胃瘻の患者さんで在宅での嚥下訓練によってまた食べられるようになった例もありますよ。

♥ 大学と在宅、それぞれの強みと弱み

三宅：大学の不便なところは縦割りだと言うことです。高齢患者はたいてい複数の科を受診しているために通院回数が多くなりがちで、ポリファーマシーの問題もある。でも他科の先生の薬には手を付けられない。一人の医者が多科をまとめて診られれば患者は非常に楽し、不要な薬を選別することもできますね

吉田：確かに、同じ作用の薬を重複して飲んでいる患者さんもいます。当院は、患者さんの承諾と主科の先生の紹介があれば、大学病院のカルテも見られる立場にあります。主科の先生の承諾を得て薬を整理することや、薬をもらうことが目的の受診を減らすことも可能になると思います。

三宅：こちらの看護師は専属ですか？看護ステーションからの派遣ですか？

吉田：うちはハイブリッドですが、在宅医によって形態は様々です。ただ、土日夜間休業という看護ステーションだと、うちのように重症患者を診るチームとして組むのは難しい場合があります。

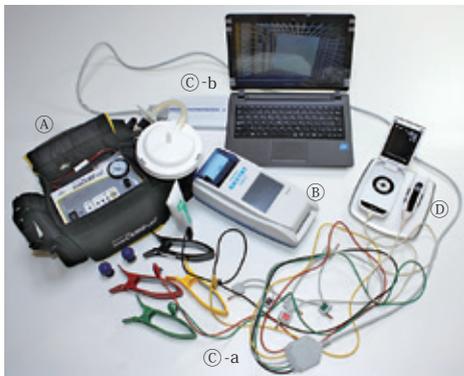
三宅：薬局・薬剤師との連携はどうですか？

吉田：和同会との連携が密で、在宅服薬指導を行っていただいています。特に麻薬系の薬が多くなってきた場合には、自宅に向いて説明をしていただいています。PCAポンプの使用も今はシリンジにつめられた剤形のモルヒネがありますから簡単になりましたが、実際は貼付剤だけでほとんど痛みなく過ごせます。

三宅：自宅に帰ると痛み閾値が上がるようですね。心理的要素が大きいのでしょうか。自宅に戻ると食べられるようになるとも聞きます。



写真左：ご自宅にて寝たきりの患者さんを診察する吉田院長
写真右：決められた条件の下で管理保存できる自記温度記録計と警報装置が付いた輸血用血液保冷库



在宅医療用機械
 ①: 医療用喀痰吸引器
 ②: ハンディ型血液ガス分析器
 ③-a③-b: 多機能心電図 ECG Explorer500A
 ④: 超音波画像診断装置 (Vscan)

吉田: それは本当にそうですね。やはり自分の歴史が詰まった、いちばん落ち着ける場所だからでしょうか。

三宅: 自宅のメリットも分かりますし、本来ならかかりつけ医に任せたい患者もいるのですが、正直なところ、どの医師なら安心して任せて良いのか? という躊躇があるのです。病院では多くの目(医師、多職種)があるので、あまりに極端な医療行為にはチェックが入りますが、在宅医療で実際に何が行われているかは、病院の医師からはよくわからない面が多々あるため、その評価についても難しい点があります。

吉田: 確かに在宅ケアの医師も玉石混交なのは事実です。ただ、在宅ケアは家族が医療者をじっくり観察できる場ですから、家族が声を上げれば悪質な医師は排除されていくと思います。紹介した大学側にも、家族からのフィードバックが届くシステムがあると良いですね。

三宅: 逆に、在宅ケアの弱点は何でしょうか?

吉田: 在宅ケアに不可欠なのは介護力の担保です。家族の理解と協力がないと在宅ケアは機能しない。ヘルパーなどの介助があっても、やはり家族の介護力が大きな支えになります。

◆緩和ケア教育の現状と未来

三宅: 医科歯科は、がん診療連携拠点病院に指定されています。指定要件として緩和ケアの研修会を行うことが義務付けられていることから、2014年よりPEACE^{※2}研修を行っています。将来的にはすべての研修医がPEACEの研修を受けることとなります。また、本年度からは6年生の緩和ケア実習2週間が必修科目となりました。こちらのクリニックは大学に近いし、学生実習でも連携していただくとありがたいですね。

吉田: 実はこの4月から、東京大学医学部の6年生が当院に実習に来られることになりました。近い将来、ぜひ医科歯科の学生さん、そして研修医や看護師さんにもいらしていただけるようになればと思います。できれば、病棟で診ていた同じ患者さんが自宅に戻った後の変化を診られる

と、いちばん良いと思います。表情やADLの変化に感じるところがあると思いますよ。

三宅: 大学の場合、診療以外の業務が多く、なかなか患者の背景にまで思いを馳せる余裕がありません。しかし、医療の原点はそこにある。それをいちばん学べる場が、在宅医療だとも思うのですが、教育の観点から、実習はどのタイミングがベストだとお考えですか?

吉田: 大学を出たら、まず全員在宅ケアを経験してみると良いと思います。在宅の患者さんと接すると“病気を診る”のではなく“全人的に診る”ようになる。先進医療を学ぶのはその後でも遅くない。実際、看護師の教育プログラムでは、在宅ケアを最初の実習として選択できるコースが出来ました。大きな転換です。

三宅: 在宅ケアでは、そういった理念を共有できる人達と互いに手を組んで、協力して患者を診ることが大事なのでしょうかね。

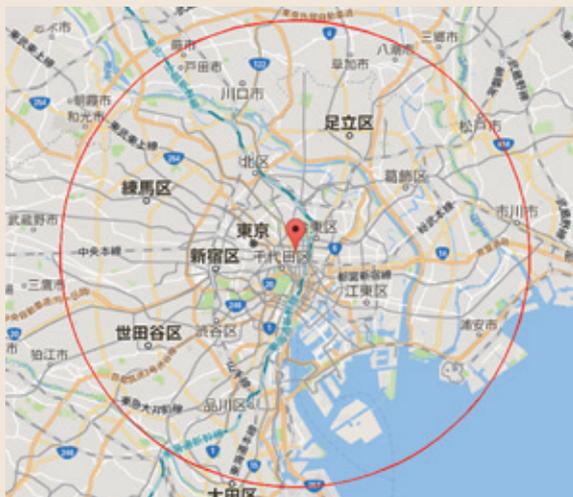
吉田: 在宅クリニックでも大規模になると、どうしても勤務医の感覚が出るのか、土日はいつもの先生に連絡がつかないと聞きます。在宅ケアとは、切れ目なく24時間365日診るといえるもので、病院での診療スタイルを在宅にスライドさせるのでは意味がないのです。

三宅: 実際のところ、24時間体制は大変ではないですか?

吉田: よく言われるのですが「何時であろうと呼ばれば駆けつける」と覚悟してしまえば、わりあい気楽です。それに昼間しっかり診ておけば、夜中に思いがけず呼ばれることはほとんどありません。

三宅: 「大学と連携しながら」という姿勢での在宅ケアは、いわば開かれた医療という印象を受けました。今後はお互いうまく意志の疎通を図りながら、患者中心の医療を目指して行きたいですね。

当院を中心とした半径16Km圏内の訪問可能なエリア
 (16Km往診範囲は厚生局の定めによるものです)
 訪問範囲: 東京都23区ほぼ全域(一部地域を除く)
 埼玉県の一部、千葉県の一部 ※詳細はお問合せ下さい



♠ 対談を終えて (吉田大介) —在宅ケア専門医の専門性—

団塊の世代が75歳を迎える2025年には、日本は年間160万人が亡くなる多死社会となります。

厚生省のアンケートによると、終末期をどこで迎えたいかという問いに、半数の患者が「自宅で」と答えています。しかし実際には諦めている患者も多い。全国でいちばん在宅死亡率が高いのは東京23区で、一見在宅ケアが進んでいるように見えますが、実は在宅医療の関わりが無いままの孤独死が多いのです。また家族がいても、現在では8割が病院死で身近な人の最期を体験していないために、看取りを怖がることも多い。在宅での家族による介護は大変な面もありますが、実際には自宅で看取る事のできた家族の表情は一様に明るい。「最期の望みを叶えてあげられた」という達成感が感じられます。身近な人を看取る体験は、親から子、子から孫へと「命」が引き継がれることに繋がっていきます。そのお手伝いをするために、私達在宅緩和ケアのチームがあるのです。

私は元々外科医で、先進医療を施すことこそ最善の医療だと信じていました。病院から姿を消していく患者のことを考える余裕は、当時はありませんでした。今の私は、むしろ残された人生の終末期をその人らしく全うするための、支える医療に生きがいを感じています。私を変えてくれたのは、在宅ケアで看取った患者達との日々でした。郷里の徳島でなに

げなく始めた在宅専門クリニックでしたが、今では出会えて本当に良かったと思っています。

国が進めている地域包括ケアシステムの取り組みは、緊急性の低い、老衰や脳梗塞後遺症を抱えた高齢者の緩やかなADLの低下などにはうまく対応できるのですが、がん患者などの経過が早いケースや、看取りまでの対応は難しい。看取る覚悟とシステム、そしてチーム作りがすでに出来上がっていて、急な退院であっても要請があれば当日から24時間のケア体制を提供できるのが“在宅緩和ケア専門チーム”です。皆様の患者さんで希望があっても在宅移行が困難と思われるケースや在宅での療養が大変となったケースがございましたら、是非お手伝いさせていただければと存じます。

ドイツでは2007年からSAPV^{※3}が法制化され、病院死が70%から45%に減った地域もあります。医師やコメディカル、ボランティアに至るまで、規定の研修時間をクリアした、専門性の高いチームが在宅患者を支えています。最も専門性の高い在宅緩和ケア専門医には、160時間もの専門研修が課されていますが、一方日本のPEACEは16時間、しかも在宅ケアについての研修はそのうち2時間程度に過ぎません。専門知識が必要とされる在宅専門医の育成は、日本ではまだまだ進んでいないのではと感じます。各地域の担い手をもっと増やしていきたいですし、在宅医療に関わっている先生方とも役割分担をしながら患者のために働いていきたいと願っています。



宮崎 泰成
(医38・平2卒)
本学保健管理センター長
教授(呼吸器内科、快眠)
●呼吸器内科専門医としての強みを在宅ケアにも生かしています



佐々木 翼
(医57・平21卒)
帝京大学
麻酔科・ペインクリニック
●病状・病期にかかわらず痛みのない在宅医療を提供したいです



入山 哲次
(医59・平23卒)
本学附属病院
緩和ケア病棟
●PCUと在宅ケアを結び、満足度の高い緩和ケアを目指します

本学医療連携支援センター センター長
糖尿病・内分泌・代謝内科 講師
泉山 肇 (医43・平7卒)

厚生労働省は2025年に向け地域完結型医療への推進のため様々な方策を打ち出しております。地域包括ケアシステムもその一つであり、医療機関の機能分化の流れからも在宅ケア専門医が担う役割がさらに重要となります。本院のような特定機能病院から地域医療に橋渡しをする上で在宅医療を専門とする医科同窓会員の先生方の存在は大変心強く、これまで以上の医療連携が構築できるものと期待しております。

- ※1/PCU = Palliative Care Unit : 緩和ケア病棟
- ※2/PEACE = Palliative care Emphasis program on symptom management and Assessment for Continuous medical Education
: 緩和ケアのための医師の継続教育プログラム
- ※3/SAPV = Spezialisierte Ambulante Palliative Versorgung : 専門在宅緩和ケア



医療法人 東京在宅ケアクリニック
在宅ケア相談専用フリーダイヤル
0120-070-105
受付: 平日の午前9時~午後6時まで

診療時間 月曜日~土曜日 9:00~18:00 (月~土の祝日は診療)
当院患者様は24時間365日いつでも対応致しております

休診日 日曜日 **診療科目** 緩和ケア内科・緩和ケア外科・皮膚科

所在地 〒113-0034 東京都文京区湯島1-5-34 お茶の水医学会館5F



取材・文・撮影
広田 順子