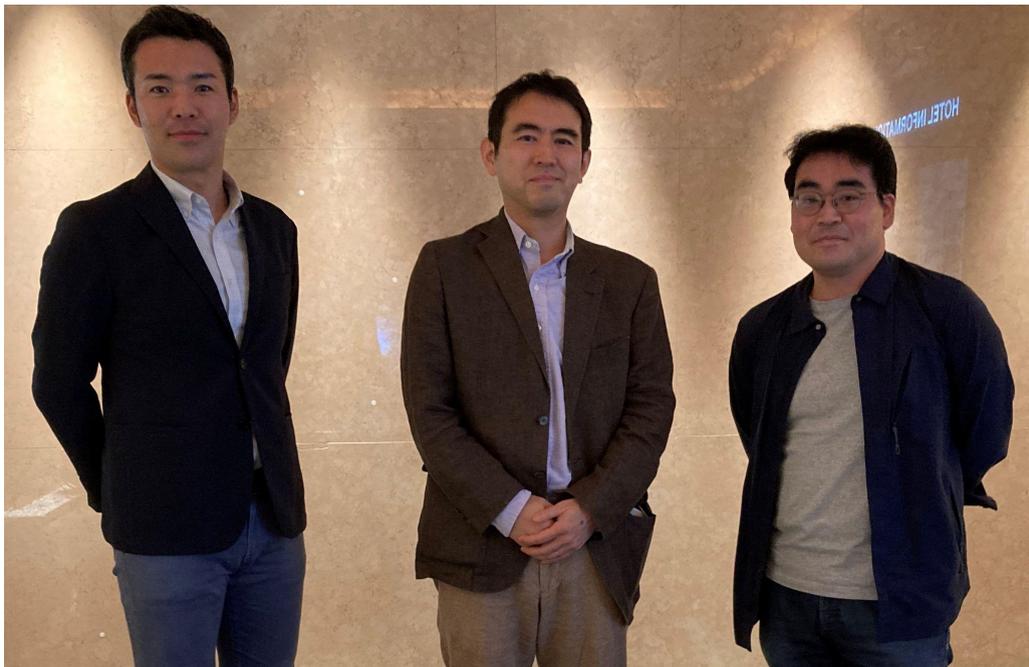


## 東北大学緩和医療学分野、岡部医院仙台、医療法人社団やまとが 医療人材の採用・教育でアライアンスを開始

～地域の緩和・在宅・終末期ケアのレベル向上のため、県内の緩和医療・在宅医療を牽引する  
三者が協同し、緩和・在宅ケアの専門性を高める教育プログラムを提供～



(写真左から)医療法人社団やまと 理事長 田上佑輔、東北大学大学院医学系研究科 緩和医療学分野 教授 井上彰、  
岡部医院仙台 河原正典

国立大学法人東北大学大学院 医学系研究科 緩和医療学分野(以下、東北大学緩和医療学分野)は、「持続可能な地域医療」を担う医療者育成のために、医療法人社団爽秋会 岡部医院仙台(以下、岡部医院)、および医療法人社団やまと(以下、やまと)と、医療人材の採用・教育においてのアライアンスを開始したことを発表します。

本アライアンスは、宮城県内の緩和医療・在宅医療を牽引する三者が協同し、それぞれの特性や得意分野を活かした教育の場を提供することで、地域での活躍を志す医療人材の育成と成長を促進することを目的としています。

まずは、実践的な緩和・在宅・終末期ケアを学びたい医師を募り、最短1年半で緩和医療学会認定医と在宅医療学会専門医が取得できる研修プログラム「宮城在宅・緩和ケア包括教育プログラム(仮)」の提供を開始します。

→東北大学緩和医療学分野HP

<http://www.kanwa.med.tohoku.ac.jp/>

→爽秋会 岡部医院仙台HP

<https://soshukai.jp/index.html>

→医療法人社団やまと 医師採用HP

<https://project.yamatoclinic.org>

### ■研修プログラムお問い合わせ先

宮城在宅・緩和ケア 包括教育プログラム 事務局

E-mail: [recruit@yamato-clinic.org](mailto:recruit@yamato-clinic.org)

## ■背景と目的

現在、宮城県内には緩和医療学会認定専門医が5名、緩和ケア病棟を有する医療機関は6施設あります。一方、在宅医療学会認定専門医は県内に12名で、それに対し在宅療養支援施設は160施設あります。

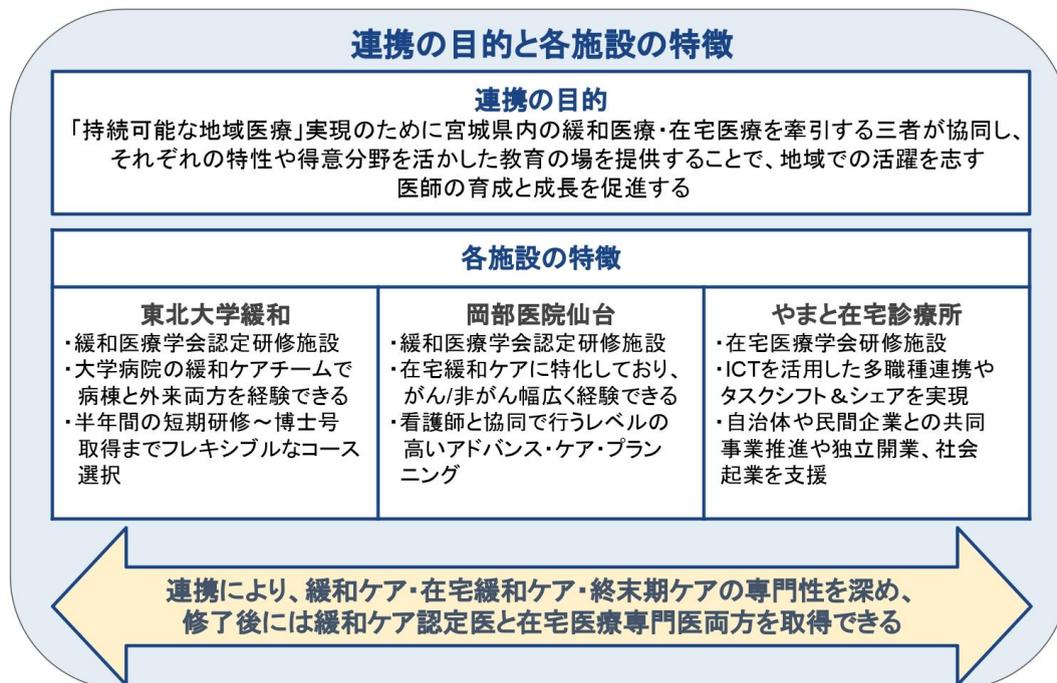
この数字から分かる通り、緩和ケア・在宅ケアの現場では専門医資格が必ずしも必要なものとは考えられていません。専門医資格を有していなくとも長年に渡り現場で活躍している医師のほうが多数派です。

しかし、認定機関で専門医資格取得を目指すことにより、系統的で安定した指導を受けることができるのも事実です。

緩和ケア・在宅ケアの目的であり特性でもある「病気だけではなく、患者さんの生活全体をケアする」という技術には正答がなく、患者さんの生活スタイルや嗜好、今後の人生をどう生きたいかという希望、それを支えるご家族や介護環境によって求められるケアの形は異なります。そのため指導方法や到達目標の設定、能力測定が難しく、育成する側が「どのように教えていいのかわからない」と悩むケースも少なくありません。

東北大学緩和医療学分野では病院完結型の緩和ケアや研究活動のみではなく、地域・在宅における緩和ケア活動の必要性を感じていました。

一方、岡部医院は仙台市を中心に、やまとは宮城県北地域を中心に、それぞれ在宅緩和ケアと在宅ケアとの専門医療機関として、また専門医育成の学会認定施設として、独自に医師の育成を行ってきましたが、地域によるケアの違いや積極的な研究活動に限界を感じていました。



今回、岡部医院とやまと、東北大学緩和医療学分野、それぞれの強みを再度確認して医療職の採用・教育における協働・連携に合意。

宮城県内の緩和医療・在宅医療を牽引する三者が連携し、それぞれの特性や得意分野を活かした教育の場を提供することで、各領域を学びたい医師を安定的に採用し育成できる環境が実現します。

## ■各組織概要・代表からのメッセージ

＜国立大学法人東北大学大学院 医学系研究科 緩和医療学分野とは＞

<http://www.kanwa.med.tohoku.ac.jp/>

2000年10月、東北大学病院には国公立大学病院では全国初となる緩和ケア病棟が稼働開始。当分野は「疼痛制御科学分野」を前身として2008年に現名称へと変更されました。2015年には「緩和ケアセンター」を開設し、「緩和ケア外来」「緩和ケアチーム」「緩和ケア病棟」を有機的に連携させる要としての役割を担っています。様々な進行がんの治療に精通し質の高い緩和医療を提供できる医師が在籍し、患者のニーズに応じた「がん治療と緩和ケアの融合」を実践しています。

～教授 井上 彰より～

当院は全国でも数少ない緩和ケア病棟を有する大学病院であり、他科入院中の患者さんに対処する緩和ケアチームや緩和ケア外来の活動も盛んです。教育機関らしく、多職種の専門家から学べる機会が多く、緩和ケアに関しても経験豊富なスタッフと議論を重ねることで、多面的な見方を学ぶことができます。多くの方の研修をお待ちしています！

＜医療法人社団爽秋会 岡部医院仙台とは＞

<https://soshukai.jp/index.html>

1997年、日本で在宅緩和ケアを行う医療機関がほとんどなく、介護保険も在宅支援の制度もなかった時代に、在宅緩和ケアを主体とする診療所として前理事長の故 岡部健医師が宮城県名取市に「岡部医院」を開設。1999年に法人化し、「医療法人社団爽秋会」として事業開始。現在は在宅緩和ケアを主体とする診療所（宮城県仙台市、福島県福島市の2カ所）を中心に、介護支援事業所も運営しています。

～院長 河原 正典より～

このプログラムは、皆さんの将来を束縛するようなものではありません。皆さんのやる気次第で、皆さんの将来の方向性をも含めて、各責任者が相談・支援することになるでしょう。そして、私はこのプログラムを終了した方々が、様々な地域やフィールドで活躍する姿を心から見たいと思っています。

＜医療法人社団やまととは＞

<https://project.yamatoclinic.org>

2011年の東日本大震災をきっかけに結成された医療支援チームをベースとして、2013年4月に宮城県登米市と東京都板橋区高島平の2カ所です在宅医療を中心に行う診療所を開設。2014年12月にそれぞれを法人化し、「やまと在宅診療所 登米」は「医療法人社団やまと」として事業を開始。現在は在宅診療を主体とする診療所（宮城県登米市、宮城県大崎市、宮城県栗原市、岩手県一関市、神奈川県川崎市、神奈川県横浜市の6カ所）を中心に、訪問看護ステーション、栄養ケアステーションも運営しています。

～理事長 田上 佑輔より～

やまとは、志や想いを持つ医師が自分のやりたいことを実現できる環境・チームを目指しています。今回の東北大学緩和医療学分野、岡部医院との連携ではお互いの強みを活かし、医師のやりたい事を叶えるだけでなく、キャリア形成への支援もしていきます。興味ある方からの連絡をお待ちしています。

＜取材のお問い合わせ＞

東北大学大学院 医学系研究科 緩和医療学分野  
TEL:022-717-7366  
〒980-8575 仙台市青葉区星陵町2-1

## ■緩和ケアとは？在宅ケアとは？

### ＜緩和ケアとは＞

緩和ケアの目的は「病気を治すこと」ではなく、病気による痛みや苦痛を和らげることで患者さんの心身の負荷を軽減し、患者さんのクオリティ・オブ・ライフ(生活や人生の質)を高めることです。

緩和ケアというと、過去には「がんの終末期など、治癒を目的とした治療が有効ではなくなった患者さんに行われるケアである」とされてきましたが、現在は「終末期に限らず診断時の早期から提供されるべきものである」とされており、その対象も、呼吸器疾患や心疾患、認知症など、がん以外の患者さんにまで広がっています。また、身体的苦痛だけでなく、精神的苦痛、社会的苦痛、スピリチュアルな苦痛の緩和もケアの対象です。

日本での緩和ケアの歴史は、1981年に「聖隷三方原病院(浜松市)」、1984年に「淀川キリスト病院(大阪市)」にホスピスが開設された頃からスタートしています。1990年になり緩和ケア病棟入院料が新設。1991年には「全国ホスピス・緩和ケア病棟連絡協議会(現 日本ホスピス緩和ケア協会)」が発足し、全国にターミナルケア(終末期医療)が広まってきました。

2002年には診療報酬に「緩和ケア診療加算」が新設、2007年には「がん対策基本法」が施行され、がん診療連携拠点病院への緩和ケアチームの設置が指定要件とされました。2008年度からは厚生労働省と日本緩和医療学会によって、がん等の診療に携わるすべての医療従事者を対象とした緩和ケアに関する基本的な知識、技術、態度の習得を目的とした研修会「緩和ケア研修会(PEACEプロジェクト)」が開始されました。

日本国内では「がん」増加への対策のひとつとして緩和ケアの体制整備が進められたことから、緩和ケア＝がんの終末期ケアという認識が広がりましたが、緩和ケア先進国のカナダやアメリカ、欧州諸国では、緩和ケアの対象となる疾患は広く、診断早期から提供されるべきものだと考えられています。

近年、日本国内においても、「緩和ケアの対象はがんの終末期に限定されない」、「緩和ケアは、すべての医療者によって一般的な病棟・外来・訪問診療の場で提供されるもの」という考え方が緩和医療を専門とする医師・看護師を中心に広まってきました。

### ＜在宅ケアとは＞

在宅ケアとは、自宅等で療養生活を送っている方に対する医療・介護・福祉サービス全般を指します。在宅療養は在宅診療(医療)だけでは成り立たず、訪問看護や訪問介護、訪問入浴介護、訪問リハビリテーション、訪問栄養指導、訪問薬剤管理指導などの多職種によって成り立っています。

また、患者さんやご家族の希望や状態によって各サービスをコーディネートする役割としてケアマネージャー、社会福祉の立場から患者さんやご家族の経済的・心理的・社会的問題の解決・調整を援助する役割として医療ソーシャルワーカーといった職種もあり、複数事業所の多職種が連携して提供するのが「在宅ケア」です。

在宅診療は「疾病や傷病のため通院が困難である方に対し、医師が予め診療計画を立て、患者さんの同意を得て定期的に患者さんの自宅等に赴いて行う診療」と定義されており、「患者さんやご家族の暮らしに寄り添った適切な医療とケア」が求められています。

求められている役割を担うために在宅診療医には診療・診断の能力だけでなく、患者さんやご家族の生活や気持ちに目配り気配りをしながら気づきを得る能力やコミュニケーション能力も重要とされています。

日本の在宅医療元年は1986年と言われています。医師が「診療上必要がある」と判断し予定外に患者さんの自宅などに赴く「往診」については、1981年に往診料、1984年に緊急往診加算ができました。一方、定期的な診療を行う訪問診療については1986年に保険診療に位置づ

けられ、以後、改定ごとに新しい点数が新設されています。たとえば、1990年には訪問看護が点数化され、1992年には「寝たきり老人在宅総合診療料」、1998年には「24時間連携加算」ができ、2006年には在宅療法支援診療所という施設基準制度がスタート。以降も在宅ケア推進に向けて、今日までに様々な制度が整備されてきています。

在宅診療というと「高齢者のための医療」というイメージが強いのですが、重症心身障害の状態にある小児や若年の方の診療が可能な医療機関も増えてきました。これには在宅診療の広がりにより当該領域を専門とする医師が在宅医療を始めたり専門医療機関と在宅診療所の連携強化が進んだこと、在宅診療を支える多職種が増えたこと、訪問診療に適した医療機器等の開発が進んだことなど、様々な要因があります。

在宅診療で可能な診療や処置も多岐に渡ります。気管切開カニューレの入っている方の呼吸器管理や胃瘻チューブを入れている方の経管栄養管理、尿バルーンや腎カテーテル、中心静脈カテーテルの管理、麻薬を用いた疼痛コントロールや胸水・腹水排液など、一見、「このような状態で退院はさせられないのではないか」と思われるような状態の方でも在宅診療や各種介護サービスにより自宅療養が可能になる場合が多く、そのレベルも絶えず進化しています。