



つなぐ

+ believe

Vol.6 2017年

思いをつなぐ
願いをつなぐ
命をつなぐ
地域医療をつなぐ

リレートーク特集 医療の最前線

CONTENTS

附属病院

総合医療センター

香里病院

天満橋総合クリニック

P1-2
副センター長ふたりが語る
がんセンターのがん治療最前線
がんセンター 副センター長……中村 聡明
がんセンター 副センター長……柳本 泰明

P3-4
がんと闘う化学療法チームの
役割と課題
呼吸器腫瘍内科 診療科長 診療教授
……………倉田 宝保
消化管外科 助教……………大石 賢玄
薬剤部 管理科長……………村中 達也
看護部長(がん性疼痛看護認定看護師)
……………松森 恵理

P5
認定遺伝カウンセラーの仕事
認定遺伝カウンセラー 助教……佐藤 智佳

P6
がん治療・緩和ケアセンターが
目指していること
がん治療・緩和ケアセンター センター長
血液腫瘍内科 診療部長・教授……石井 一慶

P7-8
緩和ケアチームが実践する
患者主体の治療
緩和ケアチーム運営委員会 委員長
麻酔科 病院准教授
ペインクリニック緩和医療科 科長……増澤 宗洋
精神神経科 病院准教授……………吉村 匡史
緩和ケア認定看護師
病棟看護副師長……………三頭 佐知子
がん化学療法看護認定看護師……荒堀 広美
緩和ケア認定看護師
緩和ケアチーム専従……………文岡 礼雅

P9
アイリスの本部を兼ねる
救命救急センターの自殺未遂者支援活動
救急医学科 病院教授……………中森 靖

P10
神経内科 診療部長 着任
診療部長 教授……………近藤 誉之

P11-12
関医訪問看護ステーション・香里
オープンからの実績
管理者 保健師……………髯高 英代
主任看護師……………長濱 かおり

P13
生命維持装置と患者さんをつなぐ
医療機器のスペシャリスト
臨床工学技士 主任……………杉浦 正人
臨床工学技士……………熊山 義久
臨床工学技士……………戸村 亮太
臨床工学技士……………尾曾 正樹

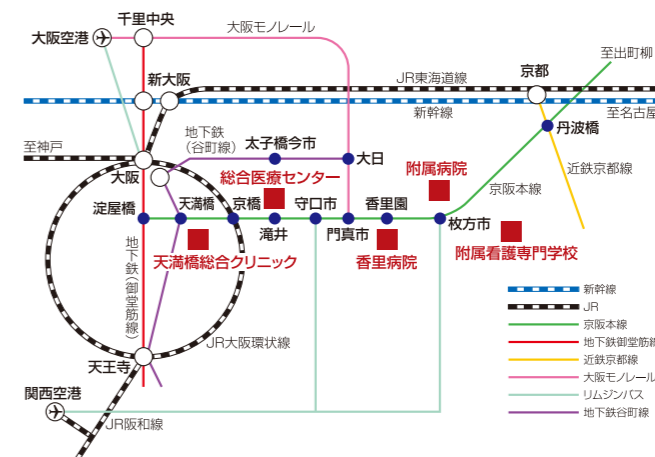
P14
がんの早期発見・予防のための
検診は当クリニックで!
天満橋総合クリニック 院長……浦上 昌也

私たちが考える「つなぐ」という思い。

私たちは地域医療を支えるみなさまとの相互理解を深め、より強固に、よりスムーズに医療連携を行っていくために、関西医科大学の附属4施設（関西医科大学附属病院、関西医科大学総合医療センター、関西医科大学香里病院、関西医科大学天満橋総合クリニック）の今をお知らせするとともに、みなさまのご意見を広く拝聴していきたいと考えております。本誌のタイトル「つなぐ+believe」には、医療をつなぐ、命をつなぐ、願いをつなぐ、そのためには医療機関同士の信じあえる心が支えとなるという思いを込めています。



関西医科大学 地域医療センター



関西医科大学附属病院

TEL.072-804-0101(代) <http://www.kmu.ac.jp/hirakata>
〒573-1191 大阪府枚方市新町2-3-1 地域医療連携部 病診連携課(地域医療センター事務局) TEL.072-804-2742 FAX.072-804-2861

関西医科大学総合医療センター

TEL.06-6992-1001(代) <http://www.kmu.ac.jp/takii>
〒570-8507 大阪府守口市文園町10-15 地域医療連携部 病診連携課 TEL.06-6993-9444 FAX.06-6993-9488

関西医科大学香里病院

TEL.072-832-5321(代) <http://www.kmu.ac.jp/kori>
〒572-8551 大阪府寝屋川市香里本通町8-45 地域医療連携部 病診連携課 TEL.072-832-9977 FAX.072-832-9988

関西医科大学天満橋総合クリニック

TEL.06-6943-2260(代) <http://www.kmu.ac.jp/temmabashi>
〒540-0008 大阪市中央区大手前1-7-31(OMMビル3階) TEL.06-6943-2260 FAX.06-6943-9827

副センター長ふたりが語る がんセンターの治療最前線

日本人の2人に1人ががんにかかり、3人に1人ががんによって亡くなっています。がんの有効な新たな治療法はあるのか？現場でがんを闘う医師であり、「関西医科大学大附属病院がんセンター」の副センター長でもあるふたりの医師に、がん治療の最前線をお聞きしました。

がんセンターが 目指す総合力とは？

——最近の週刊誌にがん治療病院のランキングが掲載されていました。関西医科大学大附属病院もがん種別でベスト3のランクに入っているものもあったのですが、こういうランキングは意識されるのですか？

柳本 どう評価するかによって、ランキングは変わってきます。手術件数を基準に掲載されることが多いようです。しかし大切なのは、その中身です。レストランが味やサービスで三つ星を目指すように、がん治療も、その質を指すべきでしょう。私たちはどれだけ客がきたか、どれだけ人気を高めるか

を目指しているわけではありません。病院として目指しているのは？

柳本 これからは総合力の時代です。個々の力だけではなく、誇りを持ったスペシャリスト同士が手を組むことによって、患者さんに奇跡を生むことも不可能ではないと思います。

——ゴッドハンドという言葉は聞くことがありますが、どう思われますか？

中村 今はそういう時代ではありません。もう「ゴッドハンド」は不要です。「この病院に来ればなんとかしてくれる。総合力を持っている」しかもすべての面で優れている。そういった信頼を持っていただけるかどうか、大事です。この先生がいなければ高いレベルの治療ができない、というのは逆に不安ではないですか？ 誰もが同じレベルで高度な治療が受けられる体制がつけられているかどうか、そのためにがんセンターはスタートしたのだと私たちは考えています。

——がんセンターができることによって、変わったことは何かありますか？

柳本 若手医師にシフトした体制づくりになっています。私たちを副センター長に任命いただいたこともその表

れだと思えます。これまでの大学病院というのは、講座内の診療体系の構築が重要だったというように感じますが、がんセンターができることで講座間の連携がこれまで以上にスムーズとなり、各講座の有する特徴を共有化することによってきたと実感しています。

中村 僕らに副センター長という立場を与えてくれたということは、若手が引つ張っていい、というメッセージだと思えます。とくに診療科という垣根を越えて、外科だけではなく、緩和治療も含めて幅広くコミュニケーションをとり、総合力を高めていく狙いがあるのだと思います。

総合力を高めるために 要となるキャンサーボード

——具体的には、他の診療科とどんなカタチでコミュニケーションをとられているのですか？

柳本 治療方針はキャンサーボードという横断的な検討の場で、標準治療では決められない微妙な案件について話し合われます。これまではひとつの科だけで判断していたことを、診療科の枠を越え、メディカルスタッフも入って、自由に話し合う場を持つようになったということです。毎週の定期的なものもありますが、直接診療科同士で連絡を取り合い、各専門分野の意見を聞く機会も増えてきました。これまではなかったことです。

中村 キャンサーボードによって、私たち全員が各科の最先端医療の知識を共有できるというメリットもあります。

柳本 標準治療は全国どこでも受けられる治療のことです。患者さんにとって、もっと高いレベルの効果的な標準治療を探していくことが我々の課題でもあると考えています。次世代の高度な医療を関西から世界に向かって発信していくことを目指しています。

中村 とくに膵臓がんについては抗がん剤と放射線治療を手術の前に行う臨床試験を実施し、柳本先生はそのプロトコルを書いていきます。そういう方針でやっている病院は日本では他にはないはずですが、世界にもほとんど例がないのではないのでしょうか。

我々は新たな治療の仕方をつくっていく、それを標準治療にしていきたい、がんはその方向で進んでいます。

——なぜ他の病院ではそのようにできないのですか？

中村 膵臓がんに関する関西医科大学の進んだ治療技術の強みを背景にしているからです。外科、内科、放射線科それぞれの実績があったからこそ、次の段階へ進めることができるという代表的な例ですね。外科だけでは無理だったと思います。

柳本 もうひとつ、がん難民と呼ばれる患者さんが世の中にはたくさんおられます。大学病院だから、がんセンターだから、これは他の病院に行ってください、というのははいけないのです。

がんセンターをスタートするときこそ、それはなくそう、とみんな決めました。関西医科大学に来ればなんとかしてくれる、そんな地域との信頼関係があるがんセンターでありたいと思っています。



がんセンター 副センター長
中村 聡明 (ナカムラ サトアキ)
〈専門分野〉放射線治療

- プロフィール**
- 学歴 平成8年 神戸大学医学部 卒業
平成14年 大阪大学大学院 修了
 - 職歴 平成14年 シカゴ大学博士研究員
平成17年 大阪大学助手
平成19年 大阪府立成人病センター診療主任
平成21年 大阪府立成人病センター医長
平成24年 大阪府立急性期・総合医療センター 副部長
 - 資格 平成24年 京都府立医科大学講師
平成27年 関西医科大学講師
平成28年 関西医科大学准教授
 - 所属 放射線治療専門医・研修指導者
がん治療認定医・指導責任者
 - 所属 日本放射線腫瘍学会
米国放射線腫瘍学会
欧州放射線腫瘍学会
日本医学放射線学会



がんセンター 副センター長
柳本 泰明 (ヤナギモト ヒロアキ)
〈専門分野〉肝胆脾外科・内視鏡外科
・化学療法

- プロフィール**
- 学歴 平成8年 関西医科大学 卒業
平成17年 関西医科大学大学院 修了
 - 職歴 平成18年 関西医科大学助手
平成24年 関西医科大学講師
 - 資格 日本消化器外科学会専門医
日本外科学会専門医
日本肝臓病外科学会高度技能専門医
消化器がん外科治療認定医
 - 所属 日本肝臓病外科学会評議員
日本ハイオセラピー学会評議員
JCOG(日本臨床腫瘍研究グループ) 肝臓病グループ

放射線治療が目指しているもの

——外科手術と放射線治療は、目指しているものが違うのですか？

中村 いえ、同じですね。考え方は手術と同じです。局所治療なので、目標は手術です。しかも切らずに治す。これが我々の目標です。治療する対象も範囲も外科的治療とほぼ同じです。

——手術に近い効果を狙っているということですか？

中村 これまでは1センチぐらいの大きさにならないと見つけられなかったがんが、今ではミリ単位であっても、そこだけが光って見える「デブユージョン」という画像診断が開発されました。これによって局部だけを切除するという手術に近い治療をすることができるようになりました。放射線治療の技術だけではなく、画像診断技術の進歩によって生まれた成果です。

奇跡の治療とは？

——「患者さんに奇跡を生むことも不可能ではない」と冒頭で言われましたが、実際にあったのですか？

柳本 具体的な症例でお話します。大

がんと闘う化学療法チームの役割と課題

外科療法、放射線療法とともに、がんの3大治療法のひとつである化学療法。その最前線に立つチームのみなさんにお伺いしました。

外来化学療法センターの機能と役割

——外来化学療法センターはどういうカタチで機能しているのでしょうか？

倉田 抗がん剤治療をするための各科の横断的なセンターです。組織的には抗がん剤が中心となるので、がんセンターの中に組み込まれています。私が治療部門長ということで、外来化学療法センターの運営にも関わっています。呼吸器腫瘍内科の科長も兼任しています。

——薬剤部の村中先生も外来化学療法センターで兼任されているのですか？

村中 はい、主に入院患者の注射調剤業務と外来化学療法センター業務を兼務しています。外来化学療法センターでは、薬剤師3名が常駐し、当日の採血データをチェックし、注射剤の無菌混合調製を行っています。

——化学療法センターができたときから在籍されているのですか？

村中 開院した2006年から関わっています。今は35床あり、各診療科で行っていた抗がん剤治療を集約しています。各診療科ごとに曜日を決めてこのセンターを使用するようになってきました。

——松森さんはそのナース室にいらっしやるのですか？

松森 はい、3年ほど前に異動となりここで活動しています。昨年の3月に看護師長として着任しました。

抗がん剤治療はどの時点で、誰が決めるのか？

——抗がん剤治療は内科の先生が中心になるのでしょうか？

倉田 はい。最初の診断から手がけることが多く、特に肺がんの場合は、内視鏡検査でがんかどうかを診断し、それがどこまで広がっているのかを調べ、それでもし転移がなく、早期発見であれば、外科の先生にお願いして手術に移行します。進行期まで至っていない場合には、放射線治療をお願いする

ともあります。転移があれば抗がん剤治療を私たちが担当することもあります。

——外科の先生は、抗がん剤は使わないのですか？

倉田 そんなことはありません。外科にも化学療法の資格を持った先生がいらっしやいます。大石先生もそのひとりです。

——手術と抗がん剤は併用されることが多いのですか？

大石 私の専門は大腸がんなのですが、化学療法は外科手術を有効にするために、術前化学（放射線）療法、術後補助化学療法や進行・再発大腸がんに対する化学療法など、必要に応じて併用させてもらっています。

——抗がん剤治療をする上で内科と外科の役割の違いというのはあるのですか？

倉田 主治医がどちらかによって、役割が変わります。初診が内科の場合は、患者さんはどういうカタチで治療するかという方向付けを私たちがします。

——外科に移る場合は、外科の先生が主治医になられるのでしょうか？

倉田 そうです。最初の舵取り役は私たち内科医がやるのですが、患者さんが外科に移ったときには主治医も外科に移ります。放射線と抗がん剤治療の場合は内科が主治医を務めます。

大石 外科医が抗がん剤治療を行うことで、治療経過中の手術の可否や、最適な手術のタイミングを判断できるメリットがあると考えています。

主治医の役割は、最良の治療方針を提示すること

——抗がん剤を使う上で、何か問題になることはありませんか？

倉田 高齢の方が増えてきているので、その方たちへの対処をどうするかという課題を抱えています。とくに80歳を超えた方に、手術や放射線、化学療法が、どこまでできるのか。見た目には元気な方でも治療をスタートすると、すごく辛い思いをされるケースもあります。そういう判断が難しいですね。ご高齢の方が増えていきますから、それも今後の課題ですね。

——最終的には本人が決めるのですよね。

倉田 もちろんそうですが、その前に私たちがどんな治療方針を立てるかが大事です。本人の希望だけでは、良い治療は決まることがありません。それをわかった上で、どんな治療方針を高齢の患者さんに勧められるかということに、ちょっと躊躇することがあります。

——先生の専門で言うと肺がんの患者さんが多いということだと思っております。肺がんは生存率が低いですが、

倉田 そうですね。肺がんや膵臓がんは予後が良くないので、生存率が低いということはあります。大石先生の消化管外科なんかは予後が良いので、無理してでも最適な医療を試してみようという患者さんも多いと思います。肺がんとか膵臓がんは治療したからといって予後が必ずしも良くはならないのです。

——そのときの判断ってとても難しいですね。

倉田 そうですね。抗がん剤の副作用や、手術による合併症などで亡くなる方もいらっしやるので、治療しない方が良かったというケースもあります。これは誰にも予測できないことです。そういうこともありますよ、という客観的なデータをお見せするほかありません。でも治る可能性があるということもデータで裏付けられていますのでその可能性にかけるかどうか、それは患者さんの選択になると思います。

——予後の良い大腸がん手術のケースはどうですか？先生は積極的に手術を勧めるようなお話をされるのですか？

大石 はい。手術で根治が期待できる患者さんには積極的にします。大腸がんは予後がとも良いがんです。例えばステージ1の場合、術後の5年後生存率90パーセント以上です。根治手術によって治癒する可能性が高いわけです。逆に、腫瘍をそのままにすると、消化管を詰まらせる腸閉塞や出血を伴う消化管出血といった副次的な症状で、さらに生命を危険な状態にすることも

あるので、腫瘍を取り去るということがとても大事なことになります。患者さんが拒否される場合も、手術のリスクが低いこと、手術をしなかった時にリスクが高くなることをお話しするようにしています。

患者さんのために私が目指したいこと

——キャンサーボードなどで患者さんの声を代弁されるのは松森さんの役割ですか？

松森 その役割も担っているので、

——患者さんの気持ちを理解するためにも必要なのですか？

松森 医師の治療方針を理解したうえで、患者さんの思いを聞き取り、医師にフィードバックする役割と患者さんへの正しい情報提供ができると考えています。

——これからの課題は何ですか？

村中 現在は化学療法センター内のチームが中心となり、どの看護師が担当にあたっていても同様に対応できるように情報共有しています。今後は、化学療法に関連する外来の各診療科と入院病棟との連携が課題です。一人ひとりの患者さんを、各科・各部署の多職種で連携をとり、告知から治療期、再発、BSCや看取りのあらゆるときを通じて、地域で生活しながら通院治療を行う経過をつなぎサポートができればと考えています。



薬剤部 管理科長
村中 達也 (ムナカ タツヤ)

呼吸器腫瘍内科 診療科長
倉田 宝保 (クラタ タカヤス)

看護師長
松森 恵理 (マツモリ エリ)

消化管外科 助教
大石 賢玄 (オオイシ マサハル)

リレートーク特集 医療の最前線3 認定遺伝カウンセラーの仕事

昨年(2016年)5月に臨床遺伝センターが新設されました。当センターでは、遺伝カウンセラーの佐藤さんに遺伝カウンセリングの現場についてお聞きしました。

遺伝カウンセリングとは？

—現在は、どのような遺伝カウンセリングが多いのですか？

佐藤 現在は、出生前検査に関する相談が中心です。出生前遺伝学的検査を検討される場合には、必ず遺伝カウンセラーを受けていただいています。遺伝情報は、将来設計や家族計画にも影響する情報ともなり、本当に知りたいと思っただろうかという確認も含め、最良の意思決定となるのが大切だからです。また、遺伝情報を知ることによるメリットを中心に考えている場合がありますが、個人個人の思いや家族の考え方や、遺伝情報の捉え方はさまざまなので、相談者と一緒に考えることを重視しています。

—遺伝カウンセリングを受けて、検査をやめる方もいるのですか？

佐藤 いらっしゃるんですね。出生前検査を受けるか受けないかを決めるためには、検査を受けたとき、受けなかったとき、それぞれのメリット・デメリットすべてを検討する必要があります。遺伝カウンセリングでは、相談者がどのようなことをメリットと考えるか、反対にデメリットと考えることは何かなど、一緒に検討をすすめるようにしています。その結果、当初は、出生前検査を希望されていた場合でも、出生前検査で判る内容が期待していたものとは違うことを理解し、最終的に検査を受けない選択をされることもあります。もちろん、ご理解のうえ、検査を受けられる選択をされることも多いです。

遺伝は誰にでも関係がある

—遺伝学的検査とは？

佐藤 疾患の診断や今後の見通しをつけるために重要な検査のひとつとなります。また、生まれつきの遺伝情報を調べる検査です。しかし、遺伝情報は、両親から受け継ぐので、ご本人の診断

結果が、親や兄弟、子どもにも影響してきます。そのことを十分に理解したうえで検査していただかないと、後になってこんなこと知りたくなかったということにもなりかねません。

—誰にでも可能性があるということですか？

佐藤 はい、あります。すべての疾患に、遺伝的要素が関わっており、誰もが遺伝子の変化をたくさん持っているんです。人は環境要因などのさまざまな要素の影響を受けているので、すべてが遺伝で決まるわけではありません。遺伝学的検査とは、医療の中で必要な検査ではありますが、実施にあたっては、さまざまな検討が必要な検査であると言えます。

臨床遺伝センターの遺伝カウンセリングの今後

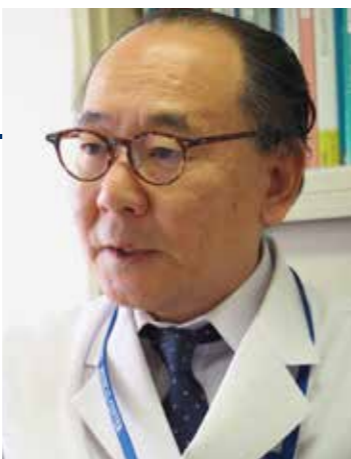
—遺伝カウンセリングというのは、周産期に限ったことではないですよね。

佐藤 そうですね。今では、遺伝に関係しない診療科は存在しないと言われています。例えば、周産期、小児領域、神経筋疾患、がん領域などが挙げられます。遺伝カウンセリングでは、遺伝性疾患の当事者、家族の遺伝的な悩みや不安を相談できる場所です。相談者本人が遺伝に関連していると思った相談内容であれば、どんなことでも相談に応じます。

—臨床遺伝センターには臨床遺伝専門医もいらっしゃるんですね？

佐藤 はい。臨床遺伝専門医は、遺伝学的検査の実施も含め、遺伝性疾患の

関西医科大学総合医療センター リレートーク特集 医療の最前線4 がん治療・緩和ケアセンター が目指していること



がん治療・緩和ケアセンター
センター長
血液腫瘍内科 診療部長・教授
石井 一慶 (イシイ カズヨシ)

関西医科大学総合医療センターの「がん治療・緩和ケアセンター」は他の大学病院と何が違い、どんな個性をもっているのか。初代センター長に就任されて、もうすぐ2年になる石井教授にお伺いしました。

がん治療・緩和ケアセンターの役割

—がん治療・緩和ケアセンターはいつ設立されたのですか？

石井 一昨年(2015年)4月です。私がこの病院へ着任してから半年後の

ことです。

—センター設立の狙いを教えてください。

石井 当院が大阪府のがん拠点病院の指定を受けた際、「がん治療のためのセンター設立」という条件があり、それを満たすために設立されました。センターの役割は、これまで各診療科で行っていた診療をがん治療に特化して、各科の先生たちと連携をとっていくというのがいちばん大きな役割です。医師だけでなく、看護師さん、薬剤師さん、その他のさまざまな医療スタッフと連携をとりながら、最良のがん治療を目指します。また、治療とともに、一人ひとりの患者さんをあらゆる面から包括的にサポートする緩和ケアの役割も担っています。

緩和ケアという視点

—センター運営の上で大事にしていることとは何かありますか？

石井 それはがん治療に関わる医療スタッフすべてのスキルアップです。そのことが医療人としての自負ややる気にもつながっていく、患者さんにも還元されることを考えています。

—医療技術の向上ということですね。

—緩和ケアの大切さを先生方にも理解してもらおうということですか？

石井 はい。がん治療とともに「緩和ケア」という言葉が当センターの名称に入っているのは、それだけ大切なことだと考えているからです。すべての医療に対して言えることでもあると思っています。がんだけが特別ではないのです。それは私自身が学んだことでもあります。

—センター長が「学び感じたこと」とは何ですか？

石井 これまで私は血液のがん治療を専門としてきましたが、緩和ケアについてじっくり学ぶ機会がありませんでした。医師だけで医療は完結するわけではありませんが、できません。多くの人々が関わることによって、全人的な医療がようやくできることをこのセンターで実感し、理解できたように思います。私自身がそうであったように多くの先生方にも緩和ケアへの理解を深めていただきたいと思います。患者さんの気持ちに親身に寄り添った医療を実践していきたいということです。

「垣根の低い医療」とは？

—「がん治療・緩和ケアセンター」だけの個性とは何ですか？

石井 当院は大学病院でありながら垣根の低い医療を80年間も続けてきたDNAを持っています。「がん治療・緩和ケアセンター」もそれを大事に引き継いでいます。

—「垣根の低い医療」とは？

石井 気さくで利用しやすい、思いやりのある医療がある、そんな実感を患者さんが持てるということです。「大切な人を受診させたい病院へ」という当院のスローガンは、大学病院として先進の医療と垣根の低い医療を同時に推進してきたからこそ言える言葉なのかもしれません。緩和ケアチームが当センター成立のずっと以前から、各診療科の枠組みを越えて活動していた実績も、その証だと思っています。いわば、外に向けても、内に向けても、「垣根が低い」ことが、当センターのキーワードです。



リレートーク特集 医療の最前線5
がん治療・緩和ケアセンター

緩和ケアチームが実践する 患者主体の医療

がん治療 緩和ケアセンターに所属する緩和ケアチームはどんな活動をしているのか。他の医療とどこが違うのか。チームで中心的に活動をしている5人にお集まりいただき、現状の課題も含めてお伺いしました。

緩和ケアチームの活動とは？

—緩和ケアチームというのは、どんなチームなのか？

増澤 緩和ケアチームは患者さんやご家族が抱えるつらさを和らげるためのチームです。各分野の専門職のスタッフが集まり、知恵を出し合っており、よい医療環境を提供しています。チームは週2回の定期的な回診と必要に応じて集まるカンファレンスによって成り立っています。支えているのはお互いをリスペクトする信頼関係です。

—今日ご参加いただいた方以外にも、専門職の方はたくさんいらっしゃるのですか？

増澤 各診療科の先生や専門医、ソーシャルワーカーなど、いろんな方もメンバーですが、緩和ケアチームの中心メンバーは、僕のような身体症状を診る医師と精神症状を診る医師、それに

各種がん分野の認定資格を持った看護師さんと薬剤師さん、この4つの職種です。

—緩和ケアチームだけのお仕事をされている方はいらっしゃるのですか？

文岡 私と増澤医師が専従ですが、中心的な活動をされている方も全員が兼任というカタチで参加しています。

—このチームの活動はいつからスタートされているのですか？

吉村 チームとして活動がスタートしたのは2009年だったと思います。

荒堀 当時の看護副院長が病棟内に緩和ケアが必要ということで、看護師たちに声をかけて集まったのがはじまりです。病棟内での小さな取り組みが、院内のチームへと発展していきました。

増澤 チーム発足当時は診療報酬が付くということもなかったため、もっと患者さんに緩和ケアを提供したいという熱意が集まった人たちだったと思います。

—緩和ケアチームが出勤するのは主治医からの依頼ですか、それとも患者さんからの依頼ですか？

増澤 がんと診断された患者さんにスクリーニングシートを配って、収集した情報をスコア化し、問題であると判

断した患者さんを診る、というシステムがあります。もうひとつは現場の看護師や医師が、これは介入が必要だと判断したときに、依頼をかけることができるというものがあります。

—例えば緩和ケアチームに相談しようとする、主治医の先生が許さないということもあるということですか？

三頭 診療に関わることも含まれているので、自分で責任を持って診ていきたいという主治医の考えは尊重しています。

—緩和ケアチームに依頼するメリットを理解されていないということですか？

三頭 依頼を受けたときにはチーム医療のメリットを感じてもらえるように取り組んでいます。

緩和ケアに対する無理解も

—いま、チームの課題というのはありますか？

増澤 緩和ケアというものに対する認識がまだ進んでないということを感じます。患者さんに限らず、院内の医療スタッフの理解も十分でないというのが実情です。緩和ケアチーム全員が感じているのではないのでしょうか。まず、理解してもらったところから始めないといけないという歯がゆさもあり、大きな課題でもあります。

—理解が進まないというのはどういうことですか？

荒堀 「治療中なのに、なぜいま、緩和ケアの話をするの？」とおっしゃる患者さんもうらっしゃいます。緩和ケアというターミナルケアというイメージが患者さんには強いようです。

三頭 医療者にも緩和ケアチームの活動を理解してもらうことが必要です。

—例えば緩和ケアチームに相談しようとする、主治医の先生が許さないということもあるということですか？

三頭 診療に関わることも含まれているので、自分で責任を持って診ていきたいという主治医の考えは尊重しています。

—緩和ケアチームに依頼するメリットを理解されていないということですか？

三頭 依頼を受けたときにはチーム医療のメリットを感じてもらえるように取り組んでいます。

—専門知識を持った先生がいることによって成り立っているチーム医療というのは、その先生がたまたまいなくなると、役割も欠けてしまうということはないのですか？

吉村 誰かが欠けたときには現場にいる誰かがフォローすることで、さらにそのチームが機能していく。みんながフォローしながら学んでいく、それがチーム医療の強みだと思います。今日のトークに参加する予定だった医師の代わりにここにいる私が、その例です。

—とてもわかりやすい例えですね。

吉村 こういうときにはこういう薬を使うとか、こういう患者さんにはこういう薬を使っただめだとか、もうひとりの精神科医と一緒に、普段から精神科的な薬に関して話していますので、彼がいなくてもこの患者さんにはこれを使っはいけないのでは、ということがチーム内には伝わっています。毎週活動することによって私たち個人が持っている知識が全員に伝わって

くというのがチーム医療の良いところであると思います。

—チーム医療としてみんなで話し合っで決めるということと責任の所在が曖昧になることはありませんか？

増澤 チーム医療が中心になるとしても主治医制度というのほもちろん尊重しています。僕らの意見や提案はあくまでサポートで、それを実施するかは主治医の判断によります。

—やりがいを感じられるのはどういうときですか？

文岡 頼られる喜びというのは感じますが、それと同時にまだまだだと無力さを感じることもあります。患者さんやそのご家族と関わる中で、学ばせていただくこともたいへん多いです。がんとという難題に立ち向かっている人たちの強さや優しさなど、人として尊敬できる部分に出会えることも大きなやりがいにつながっています。週2回のチーム回診以外はひとりでのラウンドとなるため、実は心細いです。ですが、任せていただいている信頼に応えたいという思いと責任感が自分を支えている気がします。

普通の医療とベクトルが違う

—患者さんに向き合うときに、チームとして共通したルールはあるのですか？

増澤 基本的な考え方は私たちがこうしてくださいというのではなく、患者さんの思いを汲み取り、一緒に実現させるというのが、普通の医療とベクトルが違うところです。普通の医療は「これら治療方法のどれを選びますか？」というこちら側からの提案でス

タートしますが、緩和ケアはその逆だと思っています。

—少し唐突ですが、例えば死ぬまでにスカイダイビングしたいと言われた場合にはどうされるのですか？

増澤 無理なことであっても、決して患者さんの思いを否定しない。実現可能なことを見つけて、達成してもらおうということを心がけています。

文岡 患者さんにとってはできないこととはわかっていてお話をされているときもあります。自分のつらさをわかってほしいという思いでおっしゃっている場合もありますから。

—難しいですね。

増澤 本当に難しいです。でも患者さんを信じて思いと一緒に叶えようとするので、患者さんは前を向くことができます。そのことがつらさを和らげるチカラになっていくのだと思います。

—その都度、判断していかなければいけないことが多いのでしょうか。

増澤 そうですね。一律な対応というのは無理だと思えます。個別な対応になるので。

—最後に、この緩和ケアチームだけに言えるセールスポイントはありますか？

増澤 資格を持った医療のプロの方たちがこれだけの人数配置されている緩和ケアチームは他にはなかなかないと思います。認定看護師がチームに4人揃っているケースも稀ではないでしょう。

—それはやはりそれぞれの病院の考え方の違いから差異が出るのでしょうか？

増澤 私たちの緩和ケアチームは、と

てもご配慮いただいていると思っっています。患者さんへのサービスの一環として、病院が注力している重要な役割を担っていると自負しています。



精神神経科 病院准教授
吉村 匡史 (ヨシムラ マサフミ)

緩和ケア認定看護師
病棟看護副部長
三頭 佐知子 (ミツガタ サチコ)

緩和ケアチーム運営委員会 委員長
麻酔科 病院准教授
増澤 宗洋 (マサワ ムネヒロ)

緩和ケア認定看護師
緩和ケアチーム専従
文岡 礼雅 (フミノカ アヤカ)

がん化学療法看護認定看護師
荒堀 広美 (アラホリ ヒロミ)

リリーストーク特集 医療の最前線6

アイリスの本部を兼ねる

救命救急センターの自殺未遂者支援活動

自殺未遂者のうち、約47%が過去に自殺を図っていることが大阪府の調査で明らかになっています。当院の救命救急センターに本部を置く「大阪府自殺未遂者支援センター」（通称名アイリス）は、他県に類をみない自殺未遂者への丁寧なアプローチと支援によって、自殺を繰り返さないシステムの構築を目指しています。その活動の中心的な役割を担う中森教授にお伺いしました。

自殺未遂者に
再び自殺をさせないための活動

— 他の救命救急センターとどこが違うのですか？

中森 救命救急の役割は患者さんの命を救うことです。身体が治ったら、家に帰っていただくというのが、一般的です。しかし自殺未遂者の場合は、身体が治っても心の病は治っていないケースがほとんどです。そのまま帰せば、また自殺してしまいます。それを防ぐために、自殺の原因となっている問題の解決をサポートしようというのが私たちの取り組みです。そのため、精神神経科の医師と精神保健福祉士2

名が常駐しています。
— 具体的には、どのような活動をされているのですか？

中森 自殺未遂患者さんの自殺理由はさまざまです。それこそ恋愛問題やお金の問題、リストラや家族間のトラブルなど、医療従事者で解決できる問題ではないことが多いものです。でも精神保健福祉士は、自殺未遂患者さんの抱える問題を丁寧にお伺いし、家族の方とお話することで、その解決の糸口を見つけようとしています。近頃では高齢者のうつ病による自殺が社会問題となつていますが、精神科医が診ることで良くなる人もいます。いずれのケースもかなりの時間と手間をかけています。

アイリスの活動とは？

— アイリスというのは大阪府の取り組みなのですか？

中森 昨年（2016年）1月からスタートした活動ですが、当センターの自殺未遂者支援は10年以上も前から始まっています。大阪府の取り組みはすでに自殺未遂者支援の実績を持つ当センターに拠点を置くことで、大阪府下の他の救命救急センターの活動をサ

ポートしながら、府下全域に自殺未遂者支援のネットワークを広げようという狙いがあります。

アイリスという名前は、「命をRescue（命をSupport）」というコンセプトで、「自殺を図った方々の抱えている悩みを解決に向けて、必要な支援を行います」という意図を込めた言葉です。アイリスの花言葉で「優しい心」「あなたを大切にします」という意味も込められています。

— 府下全域に広げるといのは？

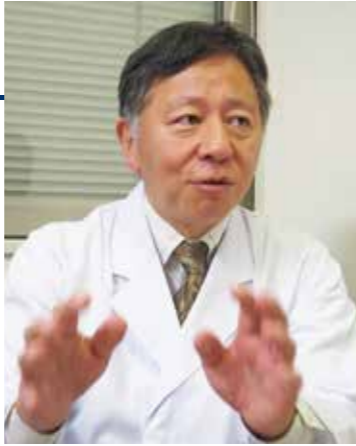
中森 府内6カ所の救命救急センターで患者さんが自殺未遂に至った背景や原因について聞き取りを行い、必要な支援の内容を把握し、当センターのアイリスに報告。原因の解決に向けて、精神保健福祉士が相談に乗るとともに、必要に応じて、精神科医療機関や行政などの相談窓口につなげるフォローを行うという活動です。センターごとに精神保健福祉士を雇うとなると膨大なコストがかかりますが、すでにシステムが完成している当センターを拠点とすることで、府下全域をカバーしようとしているのです。現在、16カ所の救命救急センターや地域の関係機関へ自殺予防に効果的な支援モデルの情報を発信しています。当センターの精神保健福祉士はもとも1人だったのですが、このアイリスの活動を機に、2人に増やして対応の幅を広げています。

— こういう取り組みは他県にはないのですか？

中森 日本でこのような取り組みができていたところはまだなくて、厚労省が昨年、大阪府の新たな試みとして全国に紹介していただきました。

神経内科 診療部長 着任

平成28年 10月1日



診療部長 教授
近藤 誉之 (コソドウ タカユキ)

神経難病の中でも特に神経免疫疾患において、国内トップクラスの治療実績をもつ近藤先生を診療部長に迎え、神経内科がさらなる充実を図ることになりました。今回はその就任の抱負をお伺いしました。

— 神経内科はどんな病気を扱うのですか？

近藤 神経内科では、専門的な言い方をすると、脳に病的な変化がはっきりと認められ、それに伴って起こる認知機能、高次機能、あるいは運動系・感覚系の障害を広く受け入れています。脳腫瘍など、脳神経外科の扱う分野は含まれません。

— 神経内科の特長を教えてください。

近藤 他の診療科に比べ、扱う領域が広い科と言えるかもしれません。内科疾患に伴う神経症状もありますし、神経難病とカテゴリーされる領域もあり、他にも、小児の筋ジストロフィーを含めた遺伝性疾患も受け入れています。

— すべてを扱われるのですか？

近藤 大きくは3つの分野を大切にしたいと考えています。ひとつは頭痛やめまい、手足のしびれなど、みなさんがよく感じている日常診療的な医療をもっと積極的に行っていきたいということ。次に、この地域に多い神経難病について、中核病院としての診断と治療方針、あるいは療養生活方針を地域の先生との連携も大事にしながら、決定することに貢献していきたいということ。その次に全国の神経免疫疾患の患者さんから信頼を寄せられる診療科にしたいということがあります。

— では、まず日常診療について、お聞かせください。

近藤 これまではマンパワーの問題もあって診療予約できる日が限られていたため、神経難病の患者さんに偏った診療になっていたようです。しかし本来はもっと患者さんを広く受け入れ、聞き取りを丁寧に行う診療を行うべきだと考えています。たとえばめまいに

もいるいるあって、回転性のめまいやふわっとするめまいがあります。しびれにも、びりびりという感じもあるし、こわばった感じをしびれという患者さんもいます。頭痛の多くは「心配のない頭痛」ですが、丁寧な聞き取りで「危険な頭痛」を鑑別し、適切な治療を早急に施すことが大切です。

— もうひとつはこの地域の神経難病の診療でしたね。

近藤 はい、私は前任地が京都大学医学部附属病院で地域連携の部門にもいたことがあり、以前から地域をつなぐ医療にも携わってきました。この北河内地区の神経難病を当院だけではなく、地域の先生と連携しながら診ていきたいと思っています。

特に多いのは、変性疾患と言われるもので、パーキンソン病、ALS、脊髄小脳変性症などです。当院での治療のあと、地域の先生と連携して患者さんを診ていくわけですが、治療方針や療養方針についても、地域の先生と共有できるようにしていきたいと考えています。

— 3番目は全国からの患者さんでしたね。

近藤 私の専門は多発性硬化症、視神経脊髄炎、重症筋無力症という神経免疫疾患と言われているものです。罹患率はわずかですが、この分野を得意とする先生が少ないために全国にいる患者さんが対象になると思います。これまで他の病院では全国から来院した200人ほどの患者さんを診てきました。

私が専門とするこの分野では地域の枠を超えて、全国の医療機関から頼りに

当救命救急センターだけの
もうひとつの特長

— 他にどんな特色がありますか？

中森 もうひとつだけ特長を挙げると、当センターは地域の精神科病院としっかりとしたリレーションシップを築いていることではないでしょうか。当院にも精神科棟がありますが、これ以上、退院後の自殺未遂患者さんを受け入れられないで困っていたとき、近くの精神科病院では入院患者さんの身体の病氣治療に困っていることを知りました。そこでお互いの得意分野でサポートし合うことを思いついたのです。いま私たちの医療チームが、近くにある6カ所の精神科病院に、週1回、出向いています。そこでカンタンに治療するだけで病状が良くなる方もいらっしゃいますし、すぐ入院になるケースもあります。場合によってはそのままセンターに連れてくるということもあります。こういう関わり方をする中で、自殺未遂患者さんの受け入れがスムーズになりました。地域と当センターが互いにサポートし合う関係が成り立っていると伝えるのではないのでしょうか。



救急医学科 病院教授
中森 靖 (ナカモリ ヤシコ)

される病院になることを目指したいと考えています。

— 先生が日ごろ大事にされていることがあれば、教えてください。

近藤 それは患者さんの症状をしっかりと聞き出すことと診断にあたっては納得できる丁寧な説明をすることです。たとえば頭痛を訴えて来られる患者さんのうち、99%が「心配のない頭痛」です。「心配ないですよ」と言われても現に痛いわけですから、患者さんは納得できない。最近話題になっている「ホスピタルショッピング」というのも、納得できない説明が原因というケースもあるようです。当院の神経内科にいられた患者さんには、たとえ異常のない診断結果であっても、全員にわかりやすい、納得できる丁寧な説明を心がけたいと思っています。

地域の中で信頼される神経内科を目指します。頭痛、めまい、しびれから、神経難病まで、頼りにしてください。 近藤 誉之

地域医療とつなぐひとこと

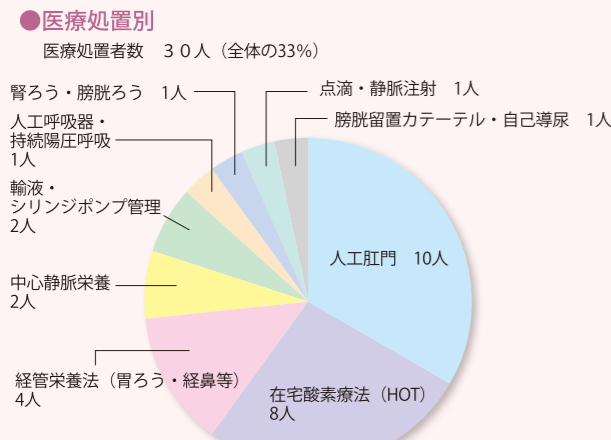
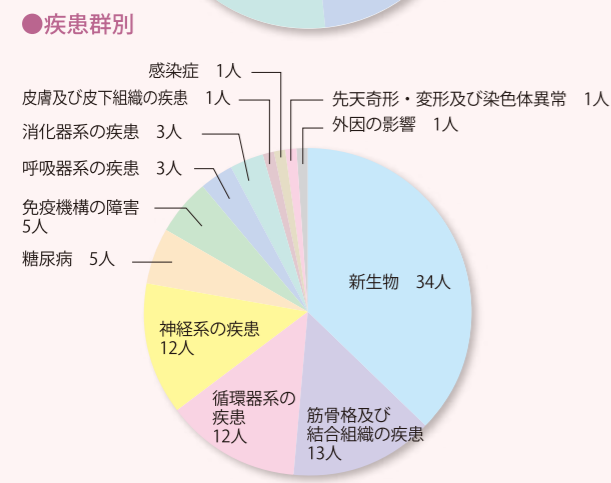
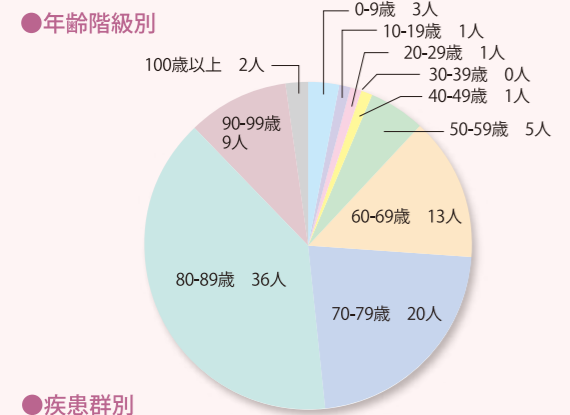
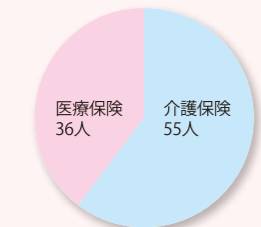
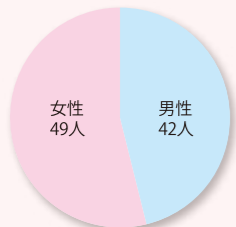
- プロフィール**
- 学歴
 - 平成62年3月 京都大学医学部 卒業
 - 職歴
 - 平成11年12月 国立精神神経センター神経研究所免疫研究部 研究部長
 - 平成13年12月 福井赤十字病院神経内科代表部長
 - 平成16年9月 国立病院機構長崎神経医療センター 臨床神経学講座教授
 - 平成19年4月 田府興風会医学研究所北野病院神経内科 科副部長
 - 平成21年4月 長崎大学大学院医歯薬総合研究科分子神経学講座教授
 - 平成23年4月 厚生会武田病院神経血管センター神経免疫センター長
 - 平成25年1月 京都大学医学部附属病院地域ネットワーク医療部 准教授
 - 平成26年10月 関西医科大学附属総合医療センター 診療内科 診療教授
 - 所属学会等役職
 - 日本神経学会 評議員
 - 日本神経免疫学会 評議員
 - 医薬品医療機器総合機構専門委員



データでみる 関医訪問看護ステーション・香里

ご利用者総数 91 人の内訳 平成28年4月~12月末
(12月末現在利用者 63名)

●性別 総計91人 ●利用保険別 総計91人



—— かけつけ医の先生の受け入れ体制は？
 声高 かけつけ医の先生へつなげていくことが私たちの大事な仕事でもあると思っています。たとえば末期がんの方には、やはり家に訪問して、しっかりと細かなことを診てくれる先生でないとフォローできなくなっていくます。大学病院の先生にそれを求めることはできません。私たちがいざというときの入院のサポートをすることで、安心して在宅医療に取り組むことができる先生方が増えていくことを願っています。

見えてきた 私たちの役割
 —— 大学病院の訪問看護ステーションの機能と、他の訪問看護ステーションとの役割の違いは？
 声高 今はまだはつきりとした違いはないと思います。今後、在宅で介護や医療処置を受ける方が増えてくるとなにかあればすぐに来てもらえる看護師の関わりが必要になると考えられます。ただ、病院を退院してすぐにご自宅の近くの医師や看護師に変わることが不安や抵抗を感じる方もいらっしゃいます。そこで、私たちが病

院から継続した看護を提供することで在宅医療や看護への移行をスムーズにする役割を果たすことができるのではないかと思います。退院直後のケアを継続して提供し、大学病院とつながっていたという気持ちに寄り添うことで安心して在宅療養へ移行していただくことができます。患者や家族の気持ちに寄り添いながら必要な場所へつないでいける支援をし、地域の住民が最期まで希望に沿った医療や看護をうけることができるための役割を持ちたいと思います。



予想していたことと 予想できなかったこと
 —— オープン当初と比べて利用者さんの状況はどうか？
 声高 おかげさまで順調に増えてきました。12月末でのご利用者さんは63名です。総数にすると91名です。人数的には、当初予想していたシミュレーションよりずっと多くなりました。そのことは良かったのですが、訪問件数は予想よりも下回っています。当初の想定よりも30分の訪問を週に1回、あるいは2週に1回という頻度の方が多くなりました。
 —— 予想ではなかったのですか？
 声高 週に2回、月8回ぐらい。そして1時間ぐらいの介護やケアが必要な人、処置がいる人を想定していました。

長濱 医療処置がいる人ですね。声高 医療処置が必要な方や介護度の高い方のいずれが多いと予想していました。この予想は、一般的な訪問看護ステーションの統計を参考にしました。実際は、統計上の平均より短時間利用の利用者が多く、1人当たりの週の訪問回数が少ないという結果になりました。これは、想定していたような介護度の高い方ではなく、介護度が軽い方にたくさんご利用いただいているためです。
 —— 利用される方の中でいちばん多いのは、どんな方ですか？
 声高 やはり香里病院から退院される方が多いです。手術をされた方など医療処置が必要な方もおられますが、慢性疾患をお持ちの方で医療処置が必要なく介護度も高くない方もいらっしゃいます。慢性疾患の方では、通院での療養中に状態が悪化されて入院になり、病院で治療を受けて退院することを繰り返して、徐々に悪くなっていかれる方がいます。そのような方の病状の悪化や再入院を少しでも防げるよう支援しています。
 —— 利用者さんが再入院されるのですか？
 声高 いえ、これまで再入院をくり返されている方たちだったので、私たちが訪問することで、再入院することが少なくなりました。訪問時間や回数は少ないですが、私たちが定期的に服薬状況や栄養・水分摂取状況を確認して助言し、ご不安を取り除くことで、急な悪化や救急受診が減ると考えています。

退院される方がステーションを利用するというのは、具体的にはどういう思いを持っておられるのですか？
 長濱 患者さんの気持ちは、ずっと病院とつながっていたい、病院から離れたくないという思いが強いようです。だからすぐにかかりつけ医に代わることに抵抗する人もいます。私たちが訪問することで、「いつでも必要時はつながれますよ」「関西医大は離れませんよ」というもとで、かかりつけ医を探

関西医科大学香里病院 リレートーク特集 医療の最前線7 関医訪問看護ステーション・香里 オープンからの実績

平成28年4月1日にスタートした香里病院の関医訪問看護ステーションは病院での治療と在宅ケアを結びこれからの医療として、大きな期待と注目を集めてきました。この9カ月間の活動を振り返っていただき、当初予測されていたことの違いやこれからの課題について、活動を支えてきたおふたりに、実際のデータを交えてお伺いしました。

私たちが訪問することで利用者の悪化や再入院を減らすことにつながってればとてもうれしい成果だと思っています。
 —— 年齢的には高齢の方が多いのですか？
 長濱 はい、70歳以上の方が70%を超え、80歳以上の方が50%を超えています。認知症を煩いながら、身体は元気という方や、ひとり暮らしの方、高齢夫婦の方が多くですね。
 —— ステーション内での体制もこの半年間で変わりましたか？
 長濱 オープン時は看護師2人だったのですが、今は常勤の看護師が4人と、非常勤がひとりいます。リハビリも常勤はひとりのままですが、非常勤が2人増えていきます。
 声高 看護内容に関することや看護師のマネジメントは主任の長濱さんが担当しています。リハビリについては同様にリハビリの主任が担当しています。

大学病院とつながっていたいという患者さんの気持ち
 —— 退院される方がステーションを利用するというのは、具体的にはどういう思いを持っておられるのですか？
 長濱 患者さんの気持ちは、ずっと病院とつながっていたい、病院から離れたくないという思いが強いようです。だからすぐにかかりつけ医に代わることに抵抗する人もいます。私たちが訪問することで、「いつでも必要時はつながれますよ」「関西医大は離れませんよ」というもとで、かかりつけ医を探

シリーズスペシャリスト1 臨床工学技士

生命維持装置と患者さんをつなぐ
医療機器のスペシャリスト

大学病院の中では全国に先駆けてスタートした香里病院の透析センターには、当初から臨床工学技士というスペシャリストたちがいました。現在は7人の方が活躍されています。どんな仕事をされているのかを4人の臨床工学技士のみさんにお伺いしました。

——臨床工学技士というのはどんなお仕事なのですか？

杉浦 医療機器の専門医療職です。病院内で、医師・看護師や各種の医療技術者とチームを組んで生命維持に関わる医療機器の操作やメンテナンスを担当する仕事です。ここでは主に透析の機器を中心に扱っています。

——機械の操作を担当されているのですか？

杉浦 実際は機械より患者さんと触れ合う時間が多い仕事です。臨床工学技士の「臨床」にも重点が置かれた職種だと思っています。

熊山 いちばん大事にしているのは、実はコミュニケーションなんです。

杉浦 患者さんにとって透析の機械が順調に動くことは当然のことなので、大事なのは居心地の良い会話だったり

します。

熊山 工学系出身の人間が多いので、この仕事に就く前は機械と接するというイメージだったのですが、人と触れ合うことも多いという感じですね。

——それが苦手な方もいらっしゃるのですか？

熊山 きつと苦手だと続かない気がします。

戸村 最近、病棟から人工呼吸器の点検を依頼されて、それを患者さんにつけるのも手伝いました。対応したあと、「ありがとう」と言われたのがとてもうれしかったということがありました。

機械と接して、さらに人のところにも触れてというのが、私にとっては、この仕事の魅力だと感じています。

——患者さんはどれくらいのペースで透析されるのですか？

杉浦 一般的には週3回、一回あたり4時間から5時間かかります。

——患者さんと接する上で、何か気を遣われることはありますか？

尾曾 患者さんが来られると最初に穿刺をします。血管がしっかりと患者さんにもいますし、細かったりした患者さんにもいるので、いまだに緊張する瞬間です。

——それは技術的な経験値が必要なの

ですか？

戸村 やっぱ人間なので失敗をすることもあります。そうやってしまうとフォローもしなければいけませんし、患者さんに失敗しましたという報告もしなければいけないので、プレッシャーはどうしてもかかると感じます。

——臨床工学技士の方が透析センターにいることによって、どんな違いがあるのですか？

杉浦 やはり水質の管理がしっかりとできるといえるでしょうか？透析液の水質確保加算という診療報酬点数があります。

透析液とは患者さんが人工透析するときを使うものなのですが、その清浄度が臨床工学技士の管理能力の見せどころでもあるのです。当センターでは水質確保加算が取れるぐらい高い清浄度を常に保っています。

——センター内に臨床工学技士さんがいるからできることですね。

杉浦 さらに当センターでは少しでも滞在時間を短縮するために、透析中にシャントエコー検査を行ったり、止血の時間を使って体組成分析を行ったりして、多くの患者さんに喜んでいただいています。

戸村 他には3年ほど前からME管理業務というものを行っています。他の部署の人工呼吸器や、オペ室の麻酔器の機械関係も見始めたのです。病院によってはそのための部署があったりするので、仕事の分野として、まだまだのびろろがあると思っています。

尾曾 ME管理が入ったことで修理の完了まで、スムーズに行えるようになった実感をおみなさんに持っていた

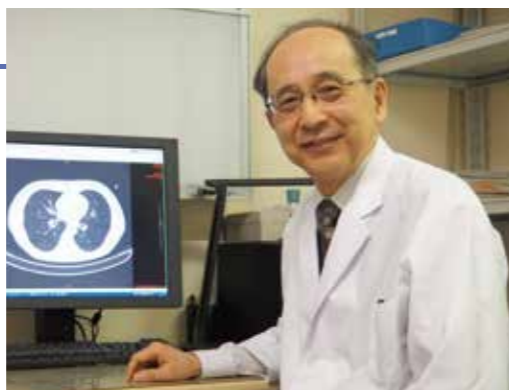
いていると思います。

杉浦 病院内には医療機器がたくさん使われ、今後も新しい機器がどんどん導入されていくと思います。私たち臨床工学技士は医療機器のスペシャリストとして安全な医療を提供し、患者さんに貢献できるよう日々努力しています。



臨床工学技士 熊山 義久 (クマヤマ ヨシタカ)
臨床工学技士 杉浦 正人 (スギハラ マサヒト)
臨床工学技士 尾曾 正樹 (オソヅミ マサキ)
臨床工学技士 戸村 亮太 (トムラ リョウタ)

関西医科大学天満橋総合クリニック (旧OMMメディカルセンター)
今年11月に開院50周年を迎えます。
がんの早期発見・予防のための
検診は当クリニックでー!



天満橋総合クリニック 院長
関西医科大学臨床教授
総合内科専門医
人間ドック健診専門医・指導医
浦上 昌也 (ウラカミ マサヤ)

現在、総合健診センターを主とした予防医療部門がクリニックの中核となっています。なかでも、総合健診センターの大きな役割のひとつはがん検診です。がんは早期発見により、より侵襲の少ない治療で完治が、さらにはリスクファクターの修正により予防が可能となります。

専門医集団による
正確な診断こそが信条

クリニックでは、がん検診の目的で胸部レントゲン検査、CT検査、最先端の機器を用いた全身の超音波検査、上部消化管内視鏡検査（経鼻内視鏡にも対応）、上部消化管造影検査、マンモグラフィー検査などを行い、その診断は放射線科専門医・指導医、超音波専門医・指導医、内視鏡専門医、消化器病専門医・乳腺専門医などの専門医集団が行っており、正確な診断のために最大限の努力を行っています。がんの早期発見に有効な検査にPET・CT検査があります。当クリニックでも関西医科大学総合医療センターと共同でPET・CTをコースに組み込んだ人間ドックを行っています。PET・CTの受診者は年々増加しています。最近是中国からの受診者も多くなりました。

がん予防を視野に入れた
テラーメイドの検診

早期発見に加え、がん検診のもうひとつの役割は、将来の発がんのリスクファクターを拾い上げ、それらを治療し、また生活習慣を修正し、がんの予防につなげることです。C型肝炎やB

型肝炎は肝がんの最大の危険因子ですし、最近では非アルコール性脂肪性肝炎（NAFLH）を背景とした肝がんも増加しています。急速に進歩しているこれらの病気の治療が肝がんの予防に結びつきます。ピロリ菌の感染と胃がん発症に明確な因果関係があり、ピロリ菌の除菌治療による胃がんの予防も急速に普及しています。各種腫瘍マーカー検査や、がんのリスク評価を行うアミノインデックス検査も、人間ドック健診のオプションとして、受診者の要望に応じて実施しています。各種のがんを含めて、いろいろな病気の将来的なリスクを遺伝子レベルで診断する取り組みが、一部の医療機関で行われており、人間ドック健診への導入も検討されています。私たちはこのような取り組みに大きな関心を寄せていますが、有効性の検証や倫理的な問題など、まだ乗り越えなければならぬハードルが多いように感じています。私たちは、個々の発がんのリスクの程度に応じた、テラーメイドの検診を提案しています。

開業医の先生方にお役立て
いただきたい検診です

小規模のクリニックや医院で診療されている先生方のごところでは、がんの診断のための検査が困難な場合もあるかと思えます。高血圧、糖尿病などの生活習慣関連疾患で通院中の患者さんのがん発症率が高いことは周知の事実でありながら、医療機関を受診している安心感から、がん検診を受けておられない方が多いようです。ご要望があ

れば、当クリニックの人間ドックの結果を、フィードバックすることも可能です。先生方の総合的な診療のために、当クリニックの人間ドックをお役立ていただければ幸いです。

