



ニュースレター 2017.10 発行 NO.19

一般社団法人エビデンスに基づく統合医療研究会(eBIM 研究会)

理事長 伊藤壽記 事務局長 梅名義昭

事務局：大阪大学大学院医学系研究科統合医療学寄附講座内

〒565-0871 吹田市山田丘 2-2

TEL：06-6879-3498 URL：<http://www.ebim.or.jp/>

運営事務局：日本コンベンションサービス株式会社（担当：榊原、中村）

〒541-0042 大阪府中央区今橋 4-4-7 京阪神淀屋橋ビル 2 階

TEL：06-6221-5933 FAX：06-6221-5938 Email：ebim@convention.co.jp

第 6 回学術集会ひらく テーマ『統合医療 ～患者目線の連携とは～』

2017 年 9 月 2・3 日(土・日) 神戸学院大学にて



(会場風景)



(前列中央右：伊藤理事長、同左：平井先生、主催関係者)

2017 年 9 月 2 日 (土)、3 日 (日)、神戸学院大学 (ポートアイランドキャンパス) において、第 6 回学術集会がメインテーマ「統合医療 ～患者目線の連携とは～」のもとで開催された。参加者は約 170 名。

【特別講演】、【教育講演】、【シンポジウム】、【ワークショップ】、【話題提供】などが行われた。従来からのエビデンスの議論や情報提供に加えて、統合医療の提供者がお互いを理解し、漏れのない連携体制を築くためには、何を学びどう行動すればよいかを模索し、語り合う場となった。

当番世話人平井みどり先生 (神戸大学名誉教授) は、統合医療の方向性について明確なものが得られたことが最大の収穫であったと語った。

◆◆ 事務局移転のご案内 ◆◆

2017/11/1 より、次に研究会事務局が移転します

<新事務局>

大阪大学大学院薬学研究科先端免疫治療学寄附講座 内

〒565-0871 大阪府吹田市山田丘 1-6

◆◆ 開催予告 ◆◆

第 7 回 eBIM 研究会を次の要領で開催します

日時：2018 年 8 月 25・26 日 (土・日) (予定)

会場：大阪大学医学部学友会館 银杏会館

(大阪府吹田市山田丘 2-2)

当番世話人：上島悦子先生 (大阪大学教授)

～第6回 eBIM 研究会 開催ご挨拶とお礼～

残暑が少し落ち着いた感のある、9月2日・3日、第6回研究会が初めて大阪を離れ神戸にて開催されました。今回のテーマは、「統合医療～患者目線の連携とは～」とし、以前から取り上げられてきた「専門職連携 (IPW)」をより患者に近いもの、患者や地域を巻き込んだものとする方策を議論したいと考えました。

特別講演として、日本大学工学部教授の酒谷薫先生からは IT やビッグデータを活用した地域包括システム、特に認知症予防に統合医療をいかに活用するかについて、福島県での具体的な取り組みをご紹介頂きました。もう1つの特別講演は、からすま和田クリニック院長の和田洋巳先生から、がん細胞の分子生物学的特性に基づいた栄養療法のご講演を頂き、現在のがん治療における問題点と統合医療的アプローチの必要性をお示しいただきました。いずれも、現在の医療を根拠に基づく理論で補完し、より患者にとって利益をもたらすものとして、統合医療のあるべき姿を示すものと拝聴しました。

教育講演1は、漢方診療の専門家として大阪大学特任教授の萩原圭祐先生が「レジリエンス」をキーワードとしたお話をされ、その2は南部町国民健康保険西伯病院院長の木村修先生が、地域包括ケアの形としてアミノインデックスを活用した住民のメタボ予防活動と成果についてお話し下さいました。個々人の健康増進に統合医療が効果的である実例をお示し頂けたと思います。シンポジウムは2つ、多職種連携を地域包括ケアにどう活かすか、多職種で取り組む高齢者の医療はどうあるべきか、など地域医療の現状と問題点および解決方法、その将来像を探る議論となりました。

ワークショップも例年どおり2つ開催し、1日目は昨今話題の「マインドフルネス」の基礎講義と実践を、2日目はヨガによる心身調整法の実技、およびアロマセラピーによる漸進性筋弛緩法を体験して頂きました。話題提供としては人材育成や新しいがん検査法など、非常に多岐にわたるご講演が続き、様々なヒントが得られたのではないかと考えております。ポスター発表では非常に熱心な討議が展開され、予定された時間をオーバーするほどでありました。

研究会を終え、個人的な感想で恐縮ですが、統合医療の方向性が明らかになったと思います。統合医療は「治療」に適用したときに批判が激化するるのであって、予防あるいは健康増進に活用すれば効果的、というか元来のあり方ではないかと感じました。今後の展開の方向性も見える良い会になったのではないのでしょうか。

今回神戸での開催で、ご参加の皆様には違った雰囲気を楽しんでいただけたのではと思います。いつもとは勝手が違って、事務局の皆様方には色々ご苦勞をおかけしました。素晴らしい会場をご提供下さいました神戸学院大学、辻本貴江先生、準備と運営にあたってくださったプログラム委員やスタッフの皆様、演者・座長の先生方、最後になりますがご参加下さった皆様に深謝いたします。 第6回 eBIM 研究会当番世話人 平井みどり

学術集会の概要

■特別講演1

9月2日(土)

「IoT/BD/AI による次世代地域包括ケアシステムの開発 —先端技術と統合医療の融合—」

酒谷 薫 先生 (日本大学工学部・次世代工学技術研究センター、医学部脳神経外科)

<背景>厚生労働省は、団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、地域の包括的な支援・サービス提供体制(「地域包括ケアシステム」)の構築を推進している。我々は、IoT及びビッグデータ(BD)に加えAIを活用したIoT/BD/AIによる次世代地域包



括ケアシステムの開発を行い、福島県郡山市のモデル地区で実証実験を行っている(2016年4月～)。本講演では、実証実験の結果を供覧し、IoT/BD/AIを導入した次世代地域包括ケアシステムの有用性と問題点について考察する。

＜方法＞本システムは、ICT とセンサー技術による見守りシステム（睡眠センサー、水道センサー）と近赤外分光法（NIRS）による脳機能計測システムによって構成されている。見守りシステムをモデル地区の高齢者家庭に設置し、睡眠時の心拍数、呼吸数、離床、及び水道使用量を遠隔でモニターしている。また、定期的に公民館にて、NIRS による脳機能計測を実施し、参加住民の健康相談に応じている。さらに、女性を対象に脳機能の活性化による QOL の向上を目的とした化粧療法を実施している。

＜まとめ＞IoT/BD/AI による次世代地域包括ケアシステムを導入することにより、高齢者の健康状態を継続的にモニターでき、認知症や抑うつなどの高齢者に多い脳と心の疾患と早期に発見し、さらに孤独死を防止できる可能性が示唆された。また、化粧療法などの保険外非薬物療法を取り入れた統合医療は、効果的かつ医療経済的に優れた疾病予防法と思われる。IoT/BD/AI という先端技術と統合医療を組み合わせた次世代地域包括ケアシステムは、人口減少を伴う少子高齢化社会において重要な役割を果たすと思われる。（抄録抜粋）



■特別講演 2 9月3日(日)

「がん代謝そして炎症・『栄養療法の基礎と臨床』
— pHi と pHe の観点から見て —

和田 洋巳 先生

（京都大学名誉教授、からすま和田クリニック）

代謝疾患・生活習慣病があると、臓器に慢性炎症が生じ、その部で脱落壊死と修復が繰り返され、ミトコンドリア $\Delta \Psi m$ を保つため、核に遺伝子信号を伝え自己増殖をしだす細胞が癌の始まりである。この機序は逆行性反応と呼ばれる。

がんは自己増殖を強いられた『異形の自己』である。



自己増殖を行いだすと、エネルギー産生のために NHE1 などの細胞膜ポンプが動き出す。『癌細胞は酸性の細胞内 pH(pHi) であると考えられてきたが、最近の報告では、すべてのがんはアルカリ偏移傾向を示す』癌細胞内 pH(pHi) はアルカリで、細胞外・周囲(pHe) は酸性になる。癌細胞が分裂・増殖を行いだすとき NHE1 活性が上昇してくる。悪性浸潤における腫瘍細胞外微細環境は一義的に腫瘍細胞の NHE1 により酸性化されている。これが今後のがん治療のターゲットになる。癌細胞内の pH(pHi) は 7.8 位のアルカリ性 pHe であり、一方その周囲の癌周囲微細環境(pHe) は 6.8 位の弱酸性である。この pHe を上げると癌細胞内外の pH 勾配が無くなり、これにより NHE1 などのポンプが止まり、がんの活動性が低下する。そのようになると、がん細胞内抗がん剤濃度は上昇したり、免疫細胞活性も上昇してくる。

現在の抗がん剤治療概念は 100 年前につくられたパストールとコッホの感染症治療に準じた『皆殺し』という考えが基本である。細胞分裂阻害・阻止薬が抗がん剤に発展していった。現在の抗がん剤治療を構築する時代には、がんの詳しい分子生物学の知識はまだなかった。Evidence Based Medicine (EBM) は deductive (演繹的) な治療を表し、EBM は演繹的であり、今ある方法の確認しかできない。ここ 10 数年間に膨大な基礎生物学・がん生物学の知識が蓄積されて来ており、それに基づいた治療法を確立すべき時が来ている。このような最新分子生物学的知見から Science Based Medicine (SBM) という、基礎医学をベースとしてより良い治療を作っていく帰納的臨床医学 inductive (帰納的) な方法で新しい治療法を作っていく方法が必要な時代になってきている。（抄録抜粋）

■教育講演 1

9月2日(土)

「心と体のレジリエンスを高める漢方医学」

萩原 圭祐 先生(大阪大学大学院医学系研究科先進融合医学共同研究講座)



レジリエンス(回復力)とは、近年、社会学や心理学の領域で注目されている概念である。東日本大震災などの大きな災害の後に問題となるのが、いわゆる心的外傷後ストレス障害(Posttraumatic stress disorder, PTSD)であり、多くの人々が PTSD に苦しむと考えられている。しかし、近年の報告では、必ずしもそうではなく、9.11などの大きな事件でも、PTSD となるのは、全体の 20-30%といわれている。個人や組織は、レジリエンスを働かせ、トラウマから立ち直り、日常生活や組織力を取り戻すことができることが報告され始めている。

漢方医学は、「気血水」に代表されるように、用語が難しく、その概念が理解しにくいと言われている。私自身、この数年、漢方医学の本質を保ったまま、どうやったら理解しやすい形で伝えられるのか試行錯誤してきたが、漢方医学は、生体の持つレジリエンスを利用して、様々な疾患、身体症状を改善していると考えられるようになった。講演では、レジリエンスとは何か、レジリエンスが働く機序、そして漢方医学がレジリエンスを働かせる機序について解説する。

その中でも、我々は、超高齢社会における高齢者のフレイル(介護前段階)の問題に取り組んでいる。漢方では、老化に伴う腰痛やしびれなどの症状を、腎虚と呼んでいる。我々は、漢方腎虚概念をヒントに、代表的な補腎薬である牛車腎気丸(以下 GJG)に焦点を当て解析したところ、GJG の抗サルコペニア効果や(Phytomedicine 2015)や疼痛抑制効果を

分子レベルで明らかにしている(*Molecular Pain* 2016)。

漢方が、心と体のレジリエンスを高める機序について解説し、統合医療におけるレジリエンスという概念の重要性について講演したい。本講演が統合医療に関わる多くの医療関係者の方々のご参考になれば幸いである。(抄録抜粋)

■教育講演 2

9月3日(日)

「アミノインデックス®を用いた南部町の地域包括ケアの取り組み」

木村 修 先生(鳥取県南部町国民健康保険西伯病院)



近年、血漿中アミノ酸濃度の分析法が急速に進歩し、血漿中アミノ酸バランスの変動を解析し疾病の可能性を把握するアミノインデックス技術が報告されている。現在、このアミノインデックス技術をがんのリスクスクリーニングに応用した Amino Index Cancer Screening (AICS)、メタボリックシンドロームのリスクスクリーニングに応用した Amino Index Metabolic Screening (AIMS)が臨床実用化されている。今回は、平成 24 年 1 月～平成 26 年 12 月までに南部町で測定された AICS、AIMS の結果と筋肉の合成に必要な必須アミノ酸とくにロイシンのサプリメントを用いたロモティブシンドロームの予防教室(3ヶ月間)の取り組み結果について報告する。

まず、AICS を受けられた住民は 2402 人であり、がん発生のリスクが通常の 1/3 であるランク A、1.6 倍であるランク B、10 倍であるランク C の方々からのがん発生状況を採血後平均 3 年間追跡調査した。これまでのがん発見例は 85 例(3.5%)であり、ランク C 症例からは 41 例(4.8%)、ランク A・B 症例からは 44 例(2.8%)とランク C 症例からのがん発

見率が有意に高率であった ($p<0.05$)。また、ランク C からがんが発見された症例では複数のがん腫にランク C を有する症例が多く、ランク C を複数のがん腫に有する症例はランク C が 1 個の症例に比べ有意にがん発見率が高率であった ($p<0.01$)。さらに、採血からがん発見までの期間が 1 年未満のがん発見率はランク C 症例で 2.1% とランク A・B 症例の 0.7% に比べて有意に高かった ($p<0.05$)。

また、AIMS を AICS 受診者で検討すると、内臓脂肪、糖尿病のリスクは年齢とともに増加し、脂肪肝のリスクは 50~60 歳代に多いことが判明し、健康指導への応用が可能であった。

さらに、必須アミノ酸の投与を併用した運動教室(ロコトレ教室)は 3 年間に約 150 名の方が受けられ、教室の前後において筋肉量の増加、体脂肪の減少、歩行速度の上昇、ロコモ 25 の改善等が有意差をもって認められた。(抄録抜粋)



◆シンポジウム 1『多職種連携・統合医療による地域包括ケアのかたち』 9月2日(土)

基調講演「名古屋大学医学部附属病院総合診療科における統合ヘルスケアチームの試み」

伊藤 京子 先生(名古屋大学医学部附属病院総合診療科統合ヘルスケア外来)

統合医療とは、単に各種療法を並列的に用いるものではなく、患者と治療・ケアチームとで一致した目標に向けた戦略のことである。プライマリ・ケアにおける統合医療チームにおいて医師に求められるのは、補完療法についての技術や知識よりもむしろ、臓器別ではない総合的な診断能力と、多職種協力連携チームのコーディネーターとしての役割であろう。地域医療の現場では既に、プライマリ・ケア医をコーディネーターとした多職種協働連携チームが



各地に立ち上がりつつある。地域で利用可能なリソースとしての補完療法の担い手が、地域における多職種協働連携チームに加わることで、日本の保険診療システムにおいても統合医療を展開することは可能になっていくものと思われる。そのための実験的なモデルとして、名古屋大学医学部附属病院総合診療科外来では、統合ヘルスケアチームを立ち上げた。医師や保健師といった従来の医療・保健分野の従事者だけではなく、鍼灸師やヨガ療法士といった補完療法の専門家を含めた 20 名ほどで構成されている。定期的な症例検討会(RTD: round table discussion)を通して、単なる勉強会ではなく、実際の患者にチームで責任を持って、継続的な治療・ケアを提案していることが特徴である。普段はメンバーしか参加できない症例検討会の様子を公開する機会として、「第 2 回公開 RTD」を開催予定である(2017 年 10 月 15 日(日) 13~17 時。於:名古屋大学鶴舞キャンパス鶴友会館。事前申し込み制)。公開する目的として、今後、各地で同様のチームが立ち上がることを期待している。また、公開 RTD を開催することで、統合医療に関心のあるプライマリ・ケア医と補完療法の専門家とを結びつける場を提供することにもなる。(抄録抜粋)

「地域包括ケアにおける保健師の役割と可能性」

野口 緑 先生

(大阪大学大学院医学系研究科公衆衛生学)

2008 年からスタートした特定健診制度では、健康寿命の延伸を目指し、これまでの早期発見・治療に加えて、対象者自ら、受療や生活習慣の改善につながる行動を起こす保健指導の実現を求めている。

生活習慣病はほとんどの場合、自覚症状がないため、これまでは健診結果の基準値から外れた程度を

示し、このままでは倒れてしまうかもしれないと「脅す」ことで行動化を促していた一面がある。しかし、この方法では長期的な行動変容には至らないことを多くの医療従事者が経験してきた。

兵庫県尼崎市では、特定健診受診者年間約3万人のうち、集団健診受診者約15,000人に対し、独自の健診結果帳票や保健指導ツールを用いて、対象者自らが健診結果を理解し、行動を起こすような保健指導に取り組んできた。その結果、心筋梗塞死亡率（人口10万対）が特定健診開始前5年に比べて、開始後5年では男女とも24%減少し、国民健康保険加入者の一人当たり医療費の伸びが近隣市に比べ9千円程度の抑制を実現した。

そこで我々は、これら手法と「ヘルスビリーフモデル」を組み合わせて、新たに「受療行動促進モデル」を作成し、研究に参加した全国43の自治体を対象に、重症化ハイリスク者（Ⅱ度以上高血圧、HbA1c 7%以上、男性のLDLコレステロール180mg/dl以上、尿蛋白2+以上）に対する保健指導の効果を検証するため、クラスターランダム化比較試験を行った。その結果、受療行動促進モデルによる介入群の受療率は対照群に比べ約14%高く（ハザード比1.41）、2年連続健診受診者の翌年の血圧値、血糖値、男性のLDLコレステロール値の減少量において介入群が対照群に比べて有意に低かった。今回は、このような結果を報告するとともに、保健指導の可能性と他職種連携について考えたい。（抄録抜粋）

「管理栄養士が行う地域での多職種連携のコツ」

田貝 泉 先生（社会医療法人 南港病院）

超高齢者社会を迎え、ケアの場が病院等の施設から住み慣れた家や地域へと拡大してきている。しかし在宅療養者の中には1日1食やレトルト食品のみなどと偏った食事も見られ、低栄養状態で入退院を繰り返すこともある。疾病構造は慢性疾患へとシフトしており、多くの生活習慣病や心の問題を持つ人達の生活を守り在宅療養を継続するためには「栄養管理」は欠かせない。厚労省によると管理栄養士の役割は「患者に寄り添いながら、複雑多岐な要望を整理し、実行可能性の高い食事を考え提案することである。」とある。当院の管理栄養士は患者が退院後も切れ目なく地域の多職種で栄養サポートを行っ

ているが、退院後には面識のない医療・介護職とも即座に連携しなければならない。私達が心がけている事は、患者の食歴（嗜好や食べ物に対するこだわり）を否定せず、それにまつわるエピソードを引き出す事である。多職種でのカンファレンスで「昔食べた懐かしい味」や「今食べたい物」などの情報提供は患者のパーソナリティを理解するのに役立ち、希望実現の目標設定にもつながる。ICFの理念と傾聴・反復などの心理的アプローチによって患者自身も知らなかった潜在能力が見出され、行動変容につながったケースも少なくない。当院の訪問栄養指導件数は、平成25年度553件、26年度655件、27年度747件、28年度930件と増加してきている。平成28年8月の訪問栄養指導件数は73件で80代が一番多く、90代60代の順になっている。指導内容は低栄養52%、糖尿病26%、腎臓病・心臓高血圧症・貧血がそれぞれ4%で、女性62%、男性38%であった。介入によって低栄養の改善、良好な血糖コントロール、血圧の安定がはかれ、栄養状態だけでなく身体活動の向上、介護者への安心感など精神状態にも寄与できたと考えられた事例もある。食は生命の源であり、食べる喜びは生きる意欲に繋がることからケアのひとつと言われている。これからも患者の希望実現に向けて、他職種と心を一つに貢献していきたい。（抄録抜粋）

「歯科専門職が多職種連携で必要不可欠な存在となるために」

吉岡 昌美 先生（徳島大学大学院医歯薬学研究部口腔保健福祉学分野）

誰もが住み慣れた地域で医療介護サービスを受けられる環境を担保するために、これからの歯科専門職はその活動の場を歯科診療室から病院、施設、在宅へと広げることが求められている。現在は歯科外来患者に占める有病者、障害者の割合も高く、診療に際し医師、看護師、薬剤師、栄養士、療法士など様々な職種との連携なしには安全な歯科診療が行えない状況である。時に歯科医師は、“連携”が不得意な(?)職種であるとのこと指摘を受ける。しかしながら、近年保険導入された周術期口腔機能管理やNST 歯科医師連携加算など、多職種連携のネットワークの中で歯科専門職に期待されている部分も多く、

私たち歯科専門職はそれに応えていなくてはと痛感している。ところで私は平成15年秋にNSTの一員となり、徳島大学病院における病棟口腔ケアを開始した。カンファレンスや回診に参加するうちその活動が病棟看護師にも認められるようになり、脳神経外科／神経内科病棟、脳卒中センター、ICU、細胞治療センターへと活動の幅が広がり、多職種との繋がりも広く深くなってきた。また、学部教育で歯科衛生士・社会福祉士の養成に携わっていることから、徳島県地域包括ケアシステム学会の立ち上げにも事務局の一員として加わっており、今後の地域包括ケアシステムでの歯科の役割について模索している。以上の経験を踏まえ、“歯科専門職が多職種連携で必要不可欠な存在となるために”、“私たち歯科専門職が何をすべきか”考えてみた。その結果、思いついたのが次の3つのポイント。①歯科に何ができるかを他職種に知ってもらう、②顔の見える他職種を増やす、③診療室から病棟、施設、在宅へ、活動の場を広げる（呼ばれたら断らない）

本シンポジウムを通じて参加者の皆様に“多職種連携には歯科が必要”と思っていただけるよう、“歯科ができること”をお伝えしたいと思う。(抄録抜粋)



(吉岡昌美先生、田貝泉先生、野口緑先生)

◆シンポジウム2『高齢者医療のかたち～患者目線の連携とは～』 9月3日(日)

基調講演「薬漬け医療からの脱却」

高橋 徳 先生

(ウイスコンシン医科大学、統合医療クリニック徳)

西洋薬は人類の何十万年もの歴史の中で経験し得なかった、石油から合成された人工の異物である。その代謝のために肝臓や腎臓などの臓器が総動員さ

れている。加えて、局所の臓器の病いをケアする目的のために、全身の臓器が被害を被っている。例えば、胃潰瘍にはヒスタミン受容体(H₂受容体)拮抗薬が処方されるが、H₂受容体は胃のみならず、全身の臓器に広く分布しており、他の臓器のH₂受容体に結合した薬理作用が、副作用となって出現する。日本では高齢者の多くが、5～10種類以上の投薬を受けている。これらの種々の薬剤の複雑な薬理作用の相乗効果については全く解明されていないにもかかわらず、それぞれの科の医師達は、他の科の医師の処方には頓着せずに、目の前の患者にどんどん投薬を増やしていく。臨床現場の医師達には、患者の愁訴が本来の病気によるものなのか、それとも服用している薬の副作用によるものかを識別する能力が問われている。

最近、西洋医学を告発した本がもてはやされ、ベストセラーになっている背景には、投薬過多により副作用の発現頻度が高くなっているという現状がある。しかしながら、単に現代の医学を否定するだけでは、西洋医学から見捨てられた『医療難民』を救うことは不可能であり、西洋医学にとって代わるべき何らかの治療体系を提示する必要がある。

「瞑想」「ヨーガ」「太極拳」「気功」などは、主に前頭葉への働きかけによって身体機能や症状の改善を図り、「マッサージ」「鍼灸」「タッチ」などは末梢の知覚神経の刺激を利用する。どちらの方法もその医学的効果はストレス反応の抑制、痛覚の鈍化、自律神経機能の調節にある。このように、最近の医学研究の進歩は補完・代替医療の「科学性」を証明しつつある。人間の身体は薬に頼らず、自らの病いを自らが治せるようにプログラムされており、西洋医学の短所は東洋医学や補完・代替医療で補う事ができると信じる。(抄録抜粋)

「高齢者医療に必要な、患者目線の連携とは」

平井 みどり 先生 (神戸大学名誉教授)

未曾有の高齢社会・日本は、その対応について諸外国から注目を浴びている。現代日本では、医療費削減が国家予算・経済状況改善には必須、といった論調で語られることが一般的だが、本当にそうなのだろうか？1983年、当時の厚生省保険局長吉村仁氏が発表した「医療費増大は国を滅ぼす」がその根拠

となっているようだが、高齢者の医療、特に薬物治療に関しては医療費の問題もさることながら、医療安全面を主とする問題が多い。特に多剤の使用、いわゆるポリファーマシーは、高齢者の生理的特徴に基づく治療薬の複数使用が、新たな問題を引き起こすことが危惧されている。例えば、薬物による不具合を新たな疾患の発症と捉えて治療薬が追加され、その結果救急外来受診、といった事象も稀でなく存在する。出現した症状を新たな疾患と捉えるか、薬物の副作用と捉えるか、そこには患者の生活状況把握に基づいた複数の視点が必要である。治療を支えるための、患者家族を含めた多職種連携は、高齢者の医療になくてはならないものであり、効果的な情報共有手段、コミュニケーションの成立を目指さねばならない。ただ、処方修正を提案したとしても、患者から感謝の言葉が返ってくるとは限らない。薬を減らしたくないという、患者の強固な思いが存在することもしばしばある。治療薬に対する患者の思いがたとえ間違っているとしても、頭から否定するのではなく、じっくり話を聴けば、患者も自身の思い込みに気づくことがある。また患者は必ずしも主治医に本音話すとは限らないので、多職種での関わりは必須となる。よく言われる「顔の見える関係」すなわち、医師からの情報や指示を待つのではなく、医師目線では気づきにくい副作用や薬物治療に影響する患者の日常生活について、それぞれの職種の専門性に基づく視点から得た情報を医師に伝え、あるいは多職種で協議するなど、「協働して」治療に取り組む姿勢を示すことが重要である。(抄録抜粋)

「高齢者と栄養ー地域包括ケアにおける HNST (在宅栄養サポートチーム) の必要性ー」

辻本 貴江 先生 (神戸学院大学薬学部臨床薬学部門)

NST (Nutrition Support Team) とは、個々の症例や疾患治療に応じて適切に栄養サポートを実施するために医師、管理栄養士、看護師、薬剤師などが、それぞれの専門性を活かしながら多職種で栄養療法を実践するチームである。「万病に効く薬はないが、栄養は万病に効く。」と言われるように、食べることは生きることに直結し、食べることを支える栄養療法はすべての医療の基本である。我が国では、病院内の NST (以下施設型 NST) は全国的な広がりを見せ医療に貢献しているが、HNST (Home Nutrition Support Team : 在宅栄養サポートチーム) となると報告数も少なく未だ普及に至っていない。

見せ医療に貢献しているが、HNST (Home Nutrition Support Team : 在宅栄養サポートチーム) となると報告数も少なく未だ普及に至っていない。

高齢者の栄養評価には、脆弱性やサルコペニアのほか、生活習慣病などの既往症の有無、身体機能や ADL の低下による食事摂取量の減少、咀嚼・嚥下障害、うつ状態や認知症といった、一般成人とは異なる高齢者に特有の問題点があり、栄養不良とそのリスクが見過ごされてしまうことが多い。高齢者の診療を行うためには、地域の中でも適切に栄養評価を行う必要がある。演者は、施設型 NST の一員として、多くの患者に栄養療法を実践するとともに、在宅における栄養管理も経験してきた。施設型 NST と HNST の違いは①施設型 NST のゴールは在宅医療への移行であり、HNST のゴールは出来るだけ長期間、医療の質と患者 QOL を維持することである。②施設型 NST は関わる各専門職が同じ施設の所属であるが、HNST は異なる施設の所属である。③施設型 NST は提案する食事や経腸栄養剤の種類が豊富であるが、HNST では提案に制限ある。このような現状を把握した上で、HNST を普及させ、地域包括ケアを充実させるための方法論を考えて行きたい。(抄録抜粋)

「認知症患者のケアにおける連携のありかたについて」

林 紀行 先生 (ほうせんか病院)

認知症患者においては自分の意見がうまく言えなかったり、また意見が言えたとしても本人、家族にとって不利益になることもあり(「医療、介護なんかいらん」など)、何が本人、家族のためになるのか容易に決めかねることも多い。そういう時はどうしたらよいのであろうか。

まず本人、家族と信頼関係が築かれていないのであれば本人、家族の気持ちに寄り添ったコミュニケーションが大切である。そのうえで本人、家族のニーズを拾ってゆく。

認知症患者に対して一般医療でできることは実は少なく、演者はまず介護を含めた福祉につないでゆく。そうすることで様々な面から本人、家族のニーズを拾うことができ、より本人、家族のためになるケアが展開されうる(医師に言えないことは思った

よりも多い)。

ただし多くの人が集まれば信念対立が起こりうる
(「薬は何が何でも飲ませるべきだ」など)。

信念対立解明アプローチを生み出した吉備国際大准教授で作業療法士の京極真氏は2013年12月に開かれた日本統合医療学会シンポジウム「なぜ、医療と福祉は分かり合えないのかー「いのち」をめぐる信念対立の克服Iー」で、信念対立とは「自分にとっての当たり前がうまく通じない時に生じる問題」とし、色々な認識・行為があると気づけること、色々な認識・行為の調整ができることが信念対立を解くために必要と語った。

色々な認識・行為があることに気づくためには統合医療カンファレンス協会が勧めるジャングルカンファレンスというものがある。またeBIM研究会ではワールドカフェと題して多職種連携できる場を提供してきた。ワールドカフェで重視されるのは「自分の意見を否定されず、尊重されるという安全な場で、相手の意見を聞き、つながりを意識しながら自分の意見を伝えることにより生まれる場の一体感を味わう」ことである。そのような前提のもとにカンファレンスを行うと普段は言いにくいようなことも言えたり、聞けたりする。そして色々な認識・行為があると気づけ、調整も進むかもしれない。さらには患者を取り巻く全体像も見えてきて、うまく意見を言うことができない本人の状況を補って余りある結果が導かれるかもしれない。(抄録抜粋)

「在宅医療の視点で考える高齢者医療のあり方」

佐々木 淳 先生 (医療法人社団悠翔会)

高齢者は多系統に渡る複数疾患を有している。疾病の発症には何らかの形で老化が関わっており、それらの多くは治癒困難である。そして、加齢や病気の進行に伴い心身の機能は徐々に低下し、脆弱性が顕在化(フレイル)、最終的には死に至る。急性期病院を中心とする治癒と救命を目的とした医療システムでは、このプロセスに適切に対処することは難しい。例えば、フレイルの高齢者は、入院すると心身の機能低下が加速し、要介護度が悪化する。入院という環境変化のストレス、そして入院中の安静指示や食事制限は、脆弱性の高い高齢者にとっては大きなダメージとなり、それは時に不可逆なものとなる。

また、加齢に伴い増加する疾病の1つ1つをきちんと治療しようとするれば、自ずと薬の数が増えていく。

しかし高齢者は臓器機能が低下しており、薬の有害事象も出現しやすい。転倒・骨折や摂食機能低下、そして認知症の進行などに薬剤が悪影響を及ぼしているケースは少なくない。そして人生の最終段階においては、医療介入が本人のQOLを阻害することがある。転倒のリスクはあってもトイレには自分で行きたい、誤嚥のリスクはあっても好きなものを食べたいなど、疾病治療や安全管理の優先順位は相対的に低下していく。在宅医療の役割は、その人の自己決定権を尊重しながら、残存機能を活用し、その人の望む生活が継続できるよう最期まで支援することである。在宅医療における健康感(Health)はICF(国際生活機能分類)に基づく。在宅患者の多くは治らない病気や障害とともに生きている。疾病の医学管理は在宅医療の重要な仕事だが、その人の望む生活、そして社会参加を実現するために必要な環境因子を調整していくこと、自らも環境因子の一部として関わっていくことで、その人の「生きることの全体」を健康にしようというのが在宅医療のコンセプトである。

2030年には団塊世代が80歳を迎え、2060年には高齢化率が40%を超える。特に都市部においては後期高齢者の絶対数の著増が予想されている。超高齢者に最適化した新しい医療システムを再構築していくことは喫緊の課題である。(抄録抜粋)



(佐々木淳先生、林紀行先生、辻本貴江先生、高橋徳先生)

■話題提供

9月3日(日)

「介護職員の人材育成とホスピタリティ」

吉村 ひとみ 先生

(榎みねのさと、関西医科大学心療内科学講座)

「多職種連携教育：鍼灸柔道整復師との連携」

織田 聡 先生（一般社団日本統合医療支援センター）

「唾液中ポリアミン類による癌のスクリーニング検査」

砂村 眞琴 先生（東京医科大学八王子医療センター消化器外科・移植外科）

■ワークショップ1

「マインドフルネス

～患者中心の体験的アプローチ～」

山本 和美 先生（医療法人弘西会西京都病院、関西医科大学心療内科講座）

■ワークショップ2

「ヨーガ療法の3大技法による心身調整」

鎌田 譲 先生（黒川内科）



「香りを使った漸進性筋弛緩法」

相原 由花 先生

（ホリスティックケアプロフェッショナルスクール）



■ポスターセッション



■アロマ体験コーナー



■閉会挨拶

次期当番世話人

上島 悦子 先生（大阪大学大学院薬学研究科附属実践薬学教育研究センター）



■研究会新理事名簿

(平成29年9月2日現在)

◎理事長

大阪がん循環器病予防センター／大阪大学大学院薬学研究科

伊藤壽記

◎副理事長

森ノ宮医療大学大学院保健医療学研究科

山下 仁

◎理事

ホリスティックケアプロフェSSIONALスクール／

関西医科大学心療内科

相原由花

千里中央駅前クリニック漢方医学センター

有光潤介

帝京大学医真菌研究センター

安部 茂

滋賀医科大学医学部消化器・血液内科

安藤 朗

筑波技術大学保健科学部保健学科鍼灸学専攻

石崎直人

明治国際医療大学臨床鍼灸医学

伊藤和憲

帝京平成大学ヒューマンケア学部鍼灸学科

今井賢治

明治国際医療大学附属統合医療センター

今西二郎

大阪大学大学院薬学研究科附属実践薬学教育研究センター

上島悦子

日本大学医学部外科学系小児外科学分野

上原秀一郎

滋慶医療科学大学院大学医療管理学研究科

大石雅子

関西医科大学化学教室／畿央大学

太田美穂

大阪大学大学院医学系研究科統合医療学寄附講座

大野 智

金沢大学附属病院漢方医学科

小川恵子

公益財団法人未来工学研究所

小野直哉

Trung Vuong Univ／長崎大学産学官連携戦略本部

亀井 勉

医療法人協和会

北川 透

明治国際医療大学臨床鍼灸医学

北小路博司

一般社団法人日本ヨーガ療法学会

木村慧心

大阪大学医学部附属病院

越村利恵

聖泉大学看護学部看護学科基礎看護学領域

小山敦代

大阪大学大学院医学系研究科疼痛医学寄附講座

柴田政彦

大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻

杉山治夫

早稲田大学スポーツ科学学術院

鈴木克彦

ナチュラル心療内科クリニック

竹林直紀

聖マリアンナ医科大学分子病態情報研究講座

東城博雅

近畿中央胸部疾患センター心療内科／支持・緩和療法チーム

所 昭宏

聖マリアンナ医科大学分子病態情報研究講座

西村俊秀

大阪大学大学院医学系研究科公衆衛生学／

尼崎市企画財政局

野口 緑

大阪大学大学院医学系研究科先進融合医学共同研究講座

萩原圭祐

ファルメディコ株式会社

狭間研至

神戸大学名誉教授

平井みどり

甲南大学文学部人間科学科

福井義一

明治国際医療大学臨床鍼灸医学

福田文彦

大阪市立大学大学院生活科学研究科・生活科学部

安井洋子

◎評議員

明治東洋医学院専門学校

蘆原恵子

名古屋大学大学院総合診療医学

伊藤京子

大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻

井上智子

大阪市立大学大学院医学研究科機能細胞形態学講座 宇留島隼人

大本助産所「菩提樹」

大本千佳

市立芦屋病院薬剤科

岡本禎晃

一般社団法人日本統合医療支援センター

織田 聡

東京大学医学部附属病院リハビリテーション部鍼灸部門

粕谷大智

黒川内科心理室

鎌田 穰

明治国際医療大学附属統合医療センター

岸田聡子

関西医療大学保健医療学部はり灸・スポーツトレーナー学科

坂口俊二

一般社団法人日本ヨーガ療法学会認定ヨーガ療法士会・大阪

澤 憲一

明治東洋医学院専門学校

田口敬太

藤田保健衛生大学大学院保健学研究科医療経営情報学領域医療

通訳分野

竹迫和美

福山大学人間文化学部心理学科

谷口敏淳

大阪大学大学院歯学研究科顎口腔機能治療学

野原幹司

一般社団法人日本ヨーガ療法学会

八軒恵佳

フラワーロード服部内科／神戸市立看護大学

服部かおる

ほうせんか病院

林 紀行

聖マリアンナ医科大学分子病態情報研究講座

藤井清永

一般社団法人日本ヨーガ療法学会認定ヨーガ療法士会・兵庫

古市佳也

ガラシア病院ホスピス

森 一郎

藤沢台動物病院／大阪医科大学医学研究科

横山 勲

大阪大学医学部附属病院保健医療福祉ネットワーク部

吉津紀久子

■ご協力企業・団体等一覧（五十音順）

第6回学術集会を開催するにあたり、下記より多大なるご支援を賜りました。ここに謹んで御礼を申し上げます。

味の素株式会社
株式会社アミノアップ化学
株式会社エヌジェイアイ
大塚製薬株式会社
株式会社オクト
カイゲンファーマ株式会社
株式会社香寺ハーブ・ガーデン
沢井製薬株式会社
ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社
セイリン株式会社
宝ヘルスケア株式会社
田辺三菱製薬株式会社
タヒボジャパン株式会社
株式会社ツムラ
株式会社ニッタバイオラボ
ニプロ株式会社
マイコロジーテクノ株式会社
ミヤリサン製薬株式会社
株式会社八ヶ岳モールマネージメント
UHA 味覚糖株式会社
ゆらぎスタイル