



ニュースレター 2016.10 発行 NO.17

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：合田、中村)

〒541-0042 大阪市中央区今橋 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

テーマ 『ナラティブとエビデンスの統合』 第 5 回学術集会開く 9月3・4日(土・日)

2016年9月3・4日(土・日)、リーガロイヤル NCB (中之島センタービル 2 階 大阪市北区)において、第 5 回エビデンスに基づく統合医療 (eBIM ; evidence Based Integrative Medicine) 研究会学術集会を、メインテーマ『ナラティブとエビデンスの統合』のもとに開催した。当番世話人は 山下 仁 先生(森ノ宮医療大学大学院保健医療学研究科)。参加人数は 175 名。

【特別講演】として、『ナラティブとエビデンスの統合に向けて』、『「公認心理師法」成立による臨床心理士養成の最新事情』について、【教育講演】として、『視床下部オキシトシンと統合医療』について拝聴した。【シンポジウム】では『祈りとスピリチュアリティ』、『リハビリテーション栄養』について意見交換した。【話題提供】ではアリゾナ大学統合医療フェロシップ・プログラム、介護におけるプラセボの活用、有人宇宙開発の挑戦を取り上げた。

初の試みとして、統合医療の観点から、緩和ケアと専門職連携 (IPW) についてワークショップとワールドカフェを活用して意見交換した。

同日の理事会・評議員会において事業報告、決算報告、事業計画、予算が正式決定され、2 年間の新理事が選出され、新理事長に伊藤壽記先生、副理事長に山下 仁先生が互選され、会員総会に報告された。



(写真) 当番世話人の山下 仁先生



(写真) シンポジウム風景

～第5回 eBIM 研究会 開催ご挨拶とお礼～

今回のテーマは、「ナラティブとエビデンスの統合」とした。今まで扱ってきたエビデンスの議論や情報提供はもちろん継続して深めていきますが、それに加えて患者の病の物語（ナラティブ）を統合医療においてどう生かすか、Evidence-Based Medicine (EBM) と Narrative-Based Medicine (NBM) の統合を模索し語り合う場にしたと考えました。がん患者や被災者だけでなく、あらゆる患者には個別の病のナラティブが存在します。そこでエビデンスとナラティブの両方に詳しい京都大学の中山健夫先生に特別講演をお願いし、両面から患者ケアを考えることの重要性を再認識したうえで、その他のセッションもナラティブを意識しながら議論することができました。

ナラティブと大きく関わりがあるのが宗教とスピリチュアリティです。今回、「祈りとスピリチュアリティ」と題したシンポジウムで参加者の多くにスピリチュアルな側面の重要性を知っていただくことができました。統合医療はしばしば通常医療と CAM を併用することだと単純にとらえられがちですが、「手段」だけではなく Body-Mind-Spirit あるいはナラティブといった「視座」の統合も重要だと常々思っていました。今回の研究会はこのことを医学だけでなく心理、宗教、哲学といったさまざまな角度から考える良い機会になったと確信しています。

今回チャレンジしたもうひとつの取り組みは、専門職連携 (IPW) による統合医療です。医療系大学教育における IPW は病院に勤務する職種との連携が中心です。そこで本研究会では病院の内外に関わらず患者の病気と健康に関わる CAM を含めた幅広い職種でグループワークを行い、ひとつの症例に対して何ができるかを語ってもらいました。正直どのような職種の方々が参加されるか予想できなかったのが不安でしたが、終わってみたら多くの方々から高い評価をいただき、安堵いたしました。翌日のリハ栄養においても IPW の大切さが伝わりましたので、今後の医療における IPW を統合医療レベルで考えることによって患者ケアの質をさらに高められる可能性について広く考えることができました。

その他にも多彩で魅力的な講師の先生ばかりで、自画自賛で恐縮ですが、今後の新しい展開の方向性も見える良い研究会になったと思っております。ご参加の皆様、演者と座長を引き受けていただいた先生方、たくさんアイデアをいただいたプログラム委員会の皆様、そして周到な準備と運営をいただいた事務局と当日スタッフの皆様にご心よりお礼申し上げます。

第5回 eBIM 研究会当番世話人 山下 仁 (森ノ宮医療大学)

学術集会の概要

■特別講演 1

9月3日(土)

『ナラティブとエビデンスの統合に向けて』

中山 健夫 先生 (京都大学大学院医学研究科社会健康医学系専攻健康情報学分野)



1991年にカナダの Guyatt が提唱した根拠に基づく医療 (Evidence-based medicine: EBM) は、質の高い医療を求める社会的な意識の高まりと共に、様々な臨床分野で普及した。EBM の定義は「臨床研究によるエビデンス (best research evidence)、医療者の専門性・経験 (clinical expertise)、患者の価値観 (patient's value)、そして患者の臨床的状況と環境 (clinical state and circumstances) の 4 要素を統合し、よりよい医療に向けた意思決定を行うもの」とされる。

本来の EBM は、「(疫学研究で得られた) 一般論としてのエビデンス」だけではなく、多面的な視点からより良い患者ケアの実現を目指している。しかし、EBM の提唱後、しばらくの間は「エビ

デンス」の部分のみが注目され、大切な他の要素への配慮が相対的に不十分になった。そのような風潮の中、1999年にEBMの推進者であった英国のT Greenhalgh & B Hurwitzは「ナラティブ・語りに基づく医療（narrative based medicine：NBM）」を提案した。これは「確率論を用いる定量的情報であるエビデンス」への注目から、対照的に鮮明化した患者個人の内的体験への関心であり、エビデンスのみを過大視する偏ったEBMムーブメントの一部を修正するものとなった。

EBMとNBMを理解する鍵の一つは「ばらつき（variance）」の持つ意味の違いであろう。量的情報を扱うエビデンスで「ばらつき」は（統計的な）ノイズであるが、ナラティブという質的情報では、それ自身が多様性（diversity）としての価値を持っている。現在、「ナラティブ」は、「患者の声に耳を傾ける」ことから、患者と医療者の協働（co-production/co-design）により、「患者体験学」として「病いの体験を医療の質向上のための社会資源として活用していく方法論」に向けて進み始めている。本講演では新たな患者・医療者の関係づくりと価値の創造に資することを願い、エビデンスとナラティブの両方の視点でいくつかの話題を提供したい。（抄録抜粋）

■特別講演2

9月4日（日）

『「公認心理師法」成立による

臨床心理士養成の最新事情』

久保 千春 先生（国立大学法人 九州大学）



1. 公認心理師法

2015年9月9日に国会で成立し9月16日に公布された。これまでの臨床心理士をはじめとする

認定資格と異なり、公認心理師は“国家資格”となる。公認心理師法は教育、福祉、医療・保健福祉、司法・矯正、労働・産業、学術・研究など非常に多岐にわたる活動領域を想定しており、特定の分野に限定されない「汎用性」「領域横断性」を特長とする心理職国家資格を旨とするものである。そのため、文部科学省と厚生労働省による共管とされ、主務大臣は文部科学大臣と厚生労働大臣と規定されている。公認心理師を得るために、受験資格としては、次のパターンがある。

1) 大学および大学院で、心理学その他の公認心理師となるために必要な科目を修了した者、またはそれに準ずる者。2) 大学で心理学その他の公認心理師となるために必要な科目を修めて卒業した者、またはそれに準ずる者で、一定の施設において心理に関する支援の業務に従事した者。3) 上記2つに掲げる者と同等以上の知識・技能を有する者。公認心理師の資格を取得するためには原則、大学において、公認心理師になるために指定されたカリキュラムを履修しなければならない。カリキュラムは現在検討されている。なお、公認心理師法は、2017年9月15日までに施行される。また、公認心理師の資格試験実施スタートは、早くて2018年実施の予定である。

2. 臨床心理士

臨床心理士は、公益財団法人 日本臨床心理士資格認定協会が認定する資格であり、この臨床心理士が、新たに誕生する公認心理師になるわけではない。公認心理師、臨床心理士ともに、共存していくと考えられている。臨床心理士については、現在、大学の心理学部・学科の卒業有無にかかわらず資格取得が可能であり、公認心理師法の法律施行後も、心理学の未履修者でも臨床心理士指定大学院への進学や同資格取得は可能と考えられる。（抄録抜粋）

■教育講演

9月3日(土)

『視床下部オキシトシンと統合医療』

高橋 徳 先生(ウィスコンシン医科大学/クリニック徳)



「近代西洋医学」と「補完代替医療」の両者を合体した医療を「統合医療」と呼ぶ。統合医療が特に強調しているのは私たちに本来備わっている自然治癒力である。補完代替医療への関心は最近10年間で急激に高まってきており、その有効性が続々と立証されてきている。補完代替医療には主に、「心身療法」(瞑想、ヨーガ、太極拳、気功、坐禅など)と「手技療法」(マッサージ、鍼灸、タクテールケアなど)がある。両者とも脳内でオピオイドやオキシトシンといった神経ホルモンの分泌を刺激する。オキシトシンは哺乳動物の神経ホルモンの一つで、主に視床下部で生成される。オキシトシンが授乳や子宮収縮に大きく関係していることは早くから知られていたが、抗ストレス作用に関係していることも分かってきた。オキシトシンが脳内で分泌されるとストレスに適応することができ、心身への悪影響を和らげてくれる。加えて、オキシトシンは「思いやり」や「信頼」などの感情を促し、私たちの人間関係を築くのにも重要な役割を果たしている。

しかしながら、オキシトシンを日常的に投与し続けるとオキシトシン受容体の感度が鈍化しその効果の減少が懸念される。従って、体外からのオキシトシンの投与ではなく、私たちの体内でオキシトシンの発現を増強する方法が推奨される。幸いにも、これまでの研究の結果、体内においてどのような仕組みでオキシトシンの発現が増加するのか解ってきた。「人を思いやったり」「人から大切にされたり」するような積極的な人との関わり

を持つことは、体内オキシトシンの発現を増加させ日常のストレスに負けない心身を保つために重要である。(抄録抜粋)

■シンポジウム 1

『祈りとスピリチュアリティ』

9月3日(土)

「ホスピスという現場における

祈りとスピリチュアリティ」

池永 昌之 先生(淀川キリスト教病院 緩和医療内科)



人生において大きな苦難や試練に出会ったときに、人間にとってその中に意味や価値を見出せることがとても大切であると、ホスピスの現場を見ていて感じる。苦難や試練の中に意味や価値を見出すことができるならば、人はそれを乗り越えて行けると言える。しかし、残り少ない限りのあるいのち、人のお世話にならないと生きていけないような自分の存在の中に、生きる意味や価値を見出すことはとても難しいことだと思う。

生きることの意味や価値は、その人が大切にしているもの(スピリチュアリティ)の中にあると言える。したがって、私たち医療者には、乗り越えることの難しい苦難や試練の中におられる患者さんやご家族のお世話をするためには、私たち医療者が大切にしていることではなく、患者さんやご家族が大切にしていることを、私たちも大切にすることこそが、とても重要だと考えている。

また、限りある同じいのちを持った私たちも、医療者として何かできることをして「支える」だけではなく、何もできなくとも「寄り添う」ことの意味と価値を大切にしながら、その中にわずかでも希望を見出すホスピスでありたいと願っている。この「寄り添う」という言葉は、近年、ケア

の本質を表す言葉としてよく使われるが、以前は「支える」という言葉がよく使われていた。「支える」という言葉は、相手に何かできることがあるときに使用できる言葉であるが、一方、「寄り添う」という言葉は何もできないときでもできることと言える。そして、「祈る」という行為も、何もできないときでもできることと言える。患者の苦難や試練に対して、医療者としては何もできなくとも、目の前でその患者に向き合っている人間として、何もできなくとも最後は「祈る」ことはできる医療者であることは、まさに死に逝く人をお世話するホスピスケアの現場における希望のようにも思う。(抄録抜粋)

「終末期医療における

祈りのスピリチュアルケアの可能性」

窪寺 俊之 先生 (聖学院大学大学院)



「スピリチュアリティ」の理解は多様である。宗教学的、心理学的、哲学的、社会学的、医学的などそれぞれの理解には視点と重点がある。

特に現在、終末期医療ではスピリチュアルケアが注目を浴びている。終末期の苦痛の中での生きる意味や死後のいのちが問題になる。本来、スピリチュアリティ（霊性）は宗教との関係が強いのだが、宗教に限らず人間に生きる力や生きる意味を与えている自然、文化、芸術、風習などにも注目されている。

キリスト教では人間を神との垂直的關係の中で捉えてきた。そこで現世の生きる意味や目的、苦難の意味や死後の問題、更には罪責感の問題を神との垂直關係で見直している。神の視点から見ると、私たちの人生は神の愛の中にあり、永遠の時間の一部を生きていることになる。人間は「自分

の物語」を作りながら、結局は「神の物語」のなかにある。このような解釈はスピリチュアルな解釈といえる。

目に見えない神との関係形成には信仰が不可欠である。信仰の中心には「祈り」という行為があり、この祈りを通じて神との関係が形成される。キリスト教では祈りには、神に病の癒しを求める祈願という側面と、もう一つ自分の願望を一旦放棄してすべての神に任せる（信頼、信仰）という側面がある。神にすべてを任せることで、執着から解放されて心の自由を得るという側面である。

現在、宗教を科学する研究がなされて、宗教が癒しに積極的意味があると結果がでてきている。医学と宗教の関係は同時に「祈り」の関係になる。欧米では「祈り」(prayer)が治療にどんな影響を与えるかなどの研究もなされている。EBMの側面から興味ある研究である。「祈り」のスピリチュアリティの研究は今後ますます盛んになる予感がある。(抄録抜粋)

「五蘊皆苦を克服する祈り」

大下 大圓 先生

(飛騨千光寺／京都大学大学院医学研究科)



2500年前にブッダ（釈尊）は、生老病死はだれもが避けることのできない事実であり、その苦しみの中核は「色、受、想、行、識」の五蘊にとられる人間苦であるとし、その苦悩からの解脱を説いた。具体的には関係性の意味をもつ「縁起」の省察と八聖道の実践が基となった。仏教は中国、日本へ伝来する中で多様な実践道が開発され、今日に至っている。

1200年前に高野山を開いた空海は、曼荼羅の思想を心の世界と関連させて、菩提心の祈りを世に

広めた。「菩提心ヲ因ト為シ、大悲ヲ根本ト為シ、方便ヲ究竟ト為ス」(『大日経』住心品:「三句の法門」)が祈りの原義である。つまり苦しみ克服するために、心に菩提心を宿し、大いなる慈愛の念を持ち、さまざまな方法論を用いて、その解決に努めよ。というものである。その具体的な実践は瑜伽行という瞑想である。自己洞察の瞑想は、初期仏教のヴィパッサナーやマインドフルネス瞑想が有用で、健康生成や健全思考には密教瞑想が有効である。瑜伽行による具体的な心身への影響は、①能力の開発:潜在意識を引き出し、学習能力、思考力、創造力などを高めて、学力向上、仕事業績、職場成績の向上などにつながる。②ストレスの解消:自律神経の安定性、知覚・運動神経の発達、感覚機能の鋭敏化、不安減少、不眠解消、老化防止、喘息などの好転。③人格の発達、自己実現:集中力向上、包括力増大、思いやり、寛容さの増大、自己実現、人格の発達。が期待される。自律神経系、内分泌系、免疫系などによってつくられる生態機能の調和が保たれ、体内のさまざまな器官が機能的に働き、肯定的な体内反応から、免疫機能の改善がもたらされる。さらにはそのことによって、自律神経系にも作用して、交感神経活動に影響して血圧を下げる。呼吸の働きによっても副交感神経系に刺激をあたえ、ストレス関連疾患の予防、軽減、緩和に有効に作用するのである。

文献:(大下大圓:ケアと対人援助に活かす瞑想療法、2010、医学書院)(抄録抜粋)



■シンポジウム2

『リハビリテーション栄養』

9月4日(日)

「リハビリテーションと栄養の統合」

荒金 英樹 先生(愛生会山科病院 消化器外科)



急性期から回復期病院など多くの施設で栄養サポートチーム(NST)が組織され、栄養療法に関する最新の知見が臨床現場に導入されるようになり、多くの患者に福音がもたらされるようになった。しかし、私自身、急性期病院の消化器外科医として手術、化学療法など、様々ながん治療に従事するなか、栄養療法の重要性を再認識する一方、その限界も感じられるようになった。そうした中、欧米を中心に悪性腫瘍による栄養障害である「悪液質」は「背景疾患による引き起こされる複合的な代謝症候群。筋肉の減少を主体とし、脂肪の減少の有無は問わないことを特徴とする」と定義され、さらに悪液質の臨床病期が新たに設定、栄養療法単独ではなく、リハビリテーションを含めた多方面からの早期介入の必要性が訴えられるようになった。「悪液質」を悪性腫瘍による栄養障害の終末期像ととらえていた我が国の医療現場でも徐々にこうした概念が浸透してきている。また「悪液質」は悪性腫瘍だけではなく、心不全やCOPD、腎不全、肝不全、リウマチなどによる栄養障害の一因とされ、悪性腫瘍に携わらない医療関係者にとっても重要な病態となった。こうした背景からリハビリテーション栄養の概念は栄養療法に携わる者にとって必須の考え方となり、リハビリテーションの領域でも大きな変革をもたらしてきている。一方で、リハビリテーション栄養の分野で大きな問題となっている摂食・嚥下障害は、従来型の「栄養管理」という病院、医師を中心としたパ

ターナリズム的な医療は社会問題となり、患者、高齢者の生活支えることを視点に据えた、多くのメディカルスタッフによる「食支援」へのパラダイムシフトをもたらしてきている。さらに京都ではこの食支援に医療・介護に分野を越えた、広く地域の文化を取り入れた試みが始まり、一般市民へ老いる事、そしていつか人生の終焉を迎えることを考える機会となっている。こうした京都の取り組みも合わせて紹介する。(抄録抜粋)

「食事からのアプローチ：栄養と機能性」

宮谷 秀一 先生 (京都聖母女学院短期大学)



食物には、人へのエネルギー供給と身体を形成する栄養機能（一次機能）、嗅覚・味覚・聴覚・触覚などの感覚器に働きかける嗜好機能（二次機能）、および代謝の調節にかかわる生体調節機能（三次機能）があるといわれている。本シンポジウムでは食物の持つこれら3つの機能から幾つかの事柄について情報提供を行う。まず食物の一次機能に関してはエネルギーの摂取量が適正かどうかを判定する方法について述べる。次に高齢者の虚弱（フレイルティ）に関わりの深いタンパク質・アミノ酸の栄養について述べる。食物の二次機能としては、「塩味」を取り上げる。日本人の平均寿命・健康寿命は共に世界トップクラスであり、もはや食生活改善の必要性は無いかのように思われる。しかし、日本人の塩分の摂取量は多く、そのため高血圧を発症しやすいといわれ、その高血圧症を予防できれば死因の四分の一を占める脳卒中や心筋梗塞をかなり防ぐことができるため、健康寿命をさらに延ばすのに加え、医療費の削減も期待できる。そこで、食塩摂取を減らすことは日本の重要課題となっている。そこで、日本人の嗜好に配慮

し、減塩しても美味しさを損なわない工夫についての情報提供を行う。食物の三次機能としては遺伝子の発現調節にかかわるエピジェネティックな機能や抗酸化性物質の機能について述べる。病気の発症、老化の進行に遺伝子や活性酸素が関与することを示す情報は多く、遺伝子発現が正常に行われるように調節する栄養素摂取や活性酸素の働きを制御する機能を有する食品成分を活用することはリハビリテーション栄養に非常に有用と思われる。しかし、全体的に不適切な食物摂取状態を放置したまま食品の機能性に安易に頼るのは不適切であり、栄養アセスメントに基づく過不足のない栄養素等の摂取を基本にして、食品の機能性を活用すべきであろう。(抄録抜粋)

「食事からのアプローチ：調理への展開」

杉山 文 先生 (相愛大学人間発達学部発達栄養学科)



高齢化社会を迎える日本では、総人口に占める65歳以上人口の割合（高齢化率）が26%に上昇している。脳血管疾患や認知症により後期高齢者の約30%は機能低下に伴う摂食・嚥下障害があると言われている。飲食物の咀嚼や飲み込みが困難な、いわゆる摂食・嚥下障害者の食事は、口腔内で食塊形成、咽頭および食道における食塊通過に優れた食材や調理の工夫が求められる。ゼラチン、アガーを用いてゼリー状、ムース状にすることにより食事を安全に摂取させることが出来ると考えられている。

これまで一般の人の食事作りにゼラチン、アガーを用いることにより、より食べやすい献立の提案を行ってきた。ゼラチンは市販のとりみ剤より安価で使いやすく45℃で溶解するため使いやすく硬さの調整は容易である。またアガーは常温でも

固まるため扱いやすい。固めるだけでなく、保水性を高め、冷めても食品をやわらかく保てたり、泡状にし口あたりを良くして唾液の分泌を促したり色々な形で活用することが出来る。ゼラチンのゼリー形成力、保水性や結着性、泡立性などを利用した様々な調理への展開を紹介する。(抄録抜粋)

「サルコペニアを呈する高齢者への理学療法」
三木屋 良輔 先生 (森ノ宮医療大学理学療法学科)



骨格筋の萎縮は、主に加齢や使わないことで起こる廃用などにより生じるが、それ以外に、疾患による炎症性サイトカインの影響や低栄養など様々な因子にも影響を受ける。近年、サルコペニアの概念がまとめられ、サルコペニアは身体的な障害や生活の質の低下、さらに死など有害な転帰へのリスクを伴うものであり、進行性、全身性の骨格筋量及び骨格筋力の低下を特徴とする症候群とされてる。そのメカニズムは多岐に渡り、そこから抜け出せない負のサイクルを形成している高齢者が、病院に留まらず地域社会にも多く存在し、過去の私達の研究においてもサルコペニアを呈するか、もしくは、前サルコペニアの地域在宅高齢者が非常に多いことが分かっている。また簡易栄養状態評価表を用いた低栄養の評価では、訪問リハビリテーション利用者の約4割が低栄養のリスクを抱えていることが分かった。よって低栄養がサルコペニアを招いている可能性が非常に高いことが考えられる。いわゆる骨格筋の合成を促す上で、必須なのは蛋白質である。しかし蛋白質が不足している高齢者に骨格筋増強運動を実施しても効果は期待できない。

近年、そのような蛋白質が不足している高齢者の骨格筋増強運動時に蛋白質を摂取させることで、

骨格筋増強の効果を飛躍的に向上させる手法が試みられている。今回、骨格筋量や身体機能低下に対して実践されている理学療法や栄養介入について、そこで生じている課題を交えながら、お話ししたいと思います。(抄録抜粋)

「障害高齢者のリハビリテーション栄養
～歯科からのアプローチ～」

田中 信和 先生

(大阪大学歯学部附属病院 顎口腔機能治療部)



高齢者人口が増加の一途をたどっている我が国において、歯科医療が担うことが期待される役割も変遷している。そのなかでも、高齢者、とくに認知症、脳卒中、神経筋疾患などの慢性的な経過をたどる疾患を抱えた高齢者の食への支援が歯科医療者に求められている。

障害高齢者は、程度に差はあるものの、その多くが嚥下障害を有している。嚥下障害は、見過ごされると円滑な栄養摂取を妨げ、低栄養の原因となる。さらに低栄養状態は、嚥下機能も含む全身の機能を低下させ、嚥下障害を助長させるという悪循環をもたらす。くわえて、嚥下障害のベースに慢性的な基礎疾患があるため、機能向上を目的とした訓練（嚥下リハ）の適用が困難なことが多い。このような高齢者にとって、「活動、参加を最大限発揮できるよう栄養管理を行う」ことであるリハビリテーション栄養の歯科からのアプローチは、「食べることができる口腔環境を整える」こと、そして「食べ続けることができるための支援を行う」ことである。

口腔の環境を整えることは、誤嚥や窒息の予防策となる。誤嚥、窒息は咽頭期に生じるが、その原因の多くは先行期から口腔期にあり、なかでも

準備期での食塊形成能が大きく影響する。そのため、歯科治療やケア、あるいは義歯調整による咬合の維持は重要である。また、食べるための支援は、過度な制限や禁食を解除し経口摂取を維持させることで、廃用による嚥下機能の低下の予防につながる。障害高齢者では、嚥下障害を理由に経口摂取の禁止や制限が行われるケースが稀ではない。しかしながら症例の多くは、許容可能な食形態、摂取量、介助法などの調整を行うことで過度な制限が解除可能である。そのため、適切な嚥下機能評価と評価に基づくマネジメントの実施が重要となる。今回は、この「食塊形成」と「適切な評価とマネジメント」という点から障害高齢者の慢性期のリハビリテーション栄養を歯科の立場から考えてみたい。(抄録抜粋)

■話題提供 1 9月3日(土)

『アリゾナ大学統合医療フェローシップ・
プログラムの近況』

板村 論子 先生 (統合医療アール研究所)

■話題提供 2 9月4日(日)

『介護におけるプラセボの活用と事例紹介』
水口 直樹 先生 (プラセボ製薬(株))

『有人宇宙開発の挑戦』

山田 深 先生
(杏林大学医学部リハビリテーション医学教室)

【ワークショップ1&ワールドカフェ】

9月3日(土)

『緩和ケアと専門職連携 (IPW)

～統合医療の観点から～』

ファシリテーター：

青木 元邦 先生 (森ノ宮医療大学保健医療学部)

林 紀行 先生

(大阪大学大学院医学系研究科統合医療学寄附講座)



■ワークショップ2

9月4日(日)

『ヨーガとアロマセラピーでリフレッシュ』

講師：

木村 慧心 先生 (日本ヨーガ療法学会)

稲田 寿美子 先生

(ホリスティックケアプロフェSSIONALスクール)



■ポスターセッション



■アロマ体験コーナー



■研究会新理事名簿

(平成28年9月3日現在)

◎理事長

大阪大学大学院医学系研究科統合医療学寄附講座／千里金蘭
大学看護学部 伊藤壽記

◎副理事長

森ノ宮医療大学 保健医療学部鍼灸学科 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

明治国際医療大学臨床鍼灸医学 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

大阪市立総合医療センター小児外科 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

相愛大学人間発達学部発達栄養学科 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看護部 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

大阪大学大学院歯学研究科顎口腔機能治療学 阪井丘芳

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

大阪大学大学院医学系研究科医科学 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

尼崎市市民協働局／大阪大学公衆衛生学 野口 緑
 大阪大学大学院医学系研究科漢方医学寄附講座 萩原圭祐
 ファルメディコ株式会社 狭間研至
 神戸大学医学部附属病院薬剤部 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／MIA 本部 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
 大阪大学大学院医学系研究科統合医療学寄附講座 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
 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）

本研究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。

◎ランチョンセミナー、展示、協賛広告

アステラス製薬株式会社
 株式会社アミノアップ化学
 株式会社大塚製薬工場
 近畿中央ヤクルト販売株式会社
 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
 大日本住友製薬株式会社
 大鵬薬品工業株式会社
 宝ヘルスケア株式会社
 タヒボジャパン株式会社
 株式会社ニッタバイオラボ
 株式会社ニュートリション・アクト
 富士通ホーム&オフィスサービス株式会社
 公益財団法人 北海道科学技術総合振興センター
 株式会社ホリスティックケアジャパン
 マイロジータクノ株式会社
 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

■「第11回統合医療セミナー」開く

『瞑想と健康生成～臨床瞑想法の可能性～』



2016年8月2日(火)、大阪大学大学院医学系研究科統合医療学寄附講座は、第11回統合医療セミナーを開催し、『瞑想と健康生成～臨床瞑想法の可能性～』と題して、大下 大圓先生(飛騨千光寺住職、京都大学大学院医学研究科講師、日本スピリチュアルケア学会理事、日本ホリスティック医学協会理事、日本臨床宗教師会副会長)が講演した。

以下、講演の詳細記録(林 紀行 同講座助教)

今日はなぜ瞑想が現代人に必要か、健康生成論との関連からお話したいと思います。

9月に臨床瞑想法という本を出版しますが、臨床瞑想法とはケアに活用する瞑想療法で自分に使う瞑想ではなく指導法も含まれます。京都大学での研究でできました。現在は京都大学と共同研究している他の大学で瞑想がどのような効果が客観的に認められるか脳波をとってもらったりしています。既に瞑想の効果の先行研究がたくさんあります。一つは能力の開発、もう一つはストレスの解消、これには自律神経の安定や老化防止など、さらに人格の発達や自己実現、例えば集中力の向上、思いやり、寛容さの増大などが報告されています。私は24歳のときスリランカに渡り初期仏教瞑想を学びました。その後高野山で傳燈大阿闍梨までなりました。私は日本スピリチュアル学会の立ち上げの頃から関わっているのですが、WHOでもスピリチュアル・ウェルビーイングが論じられることがありました。学校教育ではいの

ち教育という言葉で人生の意味や存在、信念、信条について教育されております。スピリチュアルといってもその中にはいろいろな意味があることを知っていただきたいと思います。

人間は苦しみの中から成長するものだと思います。苦しみの中から意味を見出すような関わり方、そういうスタンスが必要だと思います。

スピリチュアルと宗教はイコールではないとWHOも言っています。日本人にも宗教性はあるのですが、表には出てこない。決してないわけではない。

スピリチュアルとは、人間の根底にある領域で、靈的、たましい的、宗教的、哲学的なものとして捉えられています。スピリチュアルな構成要素をまとめると、①内的自己：自分とはどういう存在か？ 仏教では「己事究明(こじきゅうめい)」と呼ばれる ②私自身が生きている意味を探求する領域 ③自分を越えた大いなる存在との関係性の3つに集約されます。瞑想することでそれらを探求することができます。

これまでの疫学のテーマは疾病生成論、病因論で疾患がいかんにして創られるのかを解明し、またその疾患を発生させ増悪させる因子の軽減、除去に着目していました。

健康生成論では健康要因に着目しています。もともと健康生成の概念は、イスラエルの学者、アントノフスキー(Aaron Antonovsky)がSense of coherence=SOC(コヒアレンス感、首尾一貫感覚)という名称で発表したものです。アントノフスキーは「健康はいかんにして回復され、保持され、増進されるのか」という観点から、主たる健康要因(salutary factor)の解明と強化が大切であるとして健康生成理論(salutogenesis)を発見しました。SOC(コヒアレンス感、首尾一貫感覚)とは、1.何が起こるかはわかる(把握可能感)、2.あらゆる状況に対応できる(処理可能感)、3.頑張ってみる価値がある(有意味感)に分けられます。例えば、癌の患者さんならまず癌を受け入れられるか、それに対応できるか、意味を見出すことができるか、そうやって健康は回復され、保持され、増進されます。これを瞑想で深めること

ができます。SOC の信憑性は社会的に高く評価され、SOC が低いほど医療の満足度が低いと言われております。

アリゾナ大学統合医療プログラムでは、瞑想が含まれていると聞きます。これからの医学教育では統合医療、瞑想が必要であるとも言われております。瞑想療法とは、瞑想の持つ多義的な機能を活用して、最終的に瞑想の統合を目指しています。個人の統合性のみならず、周りとも統合してゆくことをも目指しています。

瞑想を4つのメソッドにまとめてみました。

ゆるめる：「緩和、集中」ヨーガ瞑想、者また瞑想、只管打座、阿息観

みつめる：「観察、洞察」ヴィパッサナー、摩訶止観、小止観、阿字観法、公安坐禅、内観法

たかめる：「機能促進、創造生成」グンダリニー法、気功、月輪観、光明瞑想、TM瞑想、音楽イメージ誘導法、サイモン療法

ゆだねる：「融合、統合」如来感想、光明瞑想、密教観法、宇宙瞑想など

一般に言うマインドフルネス瞑想は「ゆるめる」、「みつめる」、密教瞑想は「たかめる」、「ゆだねる」。結果的には瞑想を極めるなら全部やったらよいと思います。

仏教とは仏の教え（無常、苦、無我）と仏になる教え（修行、成仏）があります。

仏教（真言密教）では住む世界を10の段階に分けています。

仏教（真言密教）では普段の意識構造を五感のほか、意識（六識）、末那識（七識）、阿頼耶識（八識）、阿摩羅識（九識）、十識と分けています。

ここに到達するために瞑想が使われます。

密教観法としては身と口と意があり、そのベースにあるのが瑜伽行（ヨーガ）で地水火風空を身体の中に見てゆきます。

例えば仏が私に入ってくる後に私が仏に入ってくるように瞑想をします。（入我我入観）

ゆるめる瞑想とたかめる瞑想では脳波の活性が違いました。具体的にはゆるめる瞑想ではリラックス時に出現するアルファ波が優位となり、たかめる瞑想では高次機能の活性を表すガンマ波が

優位となりました。

瞑想をすると血圧と脈拍が低くなることもわかりました。

私が関わったある透析の患者さんは最初、病気に対する反発感が強く瞑想に抵抗していましたが、ゆるめる瞑想が気持ち良いと感じ自分でお寺に来て瞑想するようになりました。結局5年ぐらい続けて病気を受け入れて前向きになられて瞑想を生活に取り入れるようになりました。

高山赤十字病院の研修医には10年ぐらい前から「死生観・スピリチュアルケア」合宿で瞑想を体験してもらっています。瞑想によってストレス成分である唾液中のクロモグラニンAという物質が下がっていました。

うつ病の方にも精神科医と協力して瞑想を行いました。まずは導入（瞑想は苦しいものではなく気持ちの良いもの）、次に現実認識（自分との関係と周りとの関係）、希望とする自己目標（自分の中の目標と周りとの関係の中の目標）、さらに瞑想療法による洞察を行い、この方の場合過去のトラウマをしっかりと見ることができるようになったことで過去との関わり方が変わり、最終的に社会復帰を果たしました。

原発事故で非難を余儀なくされた福島県川内村の住民に対して、呼吸法を中心とする瞑想療法を取り入れたリラクゼーションプログラムの有効性を検証しました。

3回行って緊張、活気、脈で有意な改善がみられました。特に男性では血圧も下がりました。

瞑想によって心が楽になった、解き放たれた、活気が出た、もっと楽しみたい、周りの人たちに思いを巡らせたなどの声も聞かれました。

最後に瞑想をして終わりたいと思います。

ゆるめる瞑想（ボディスキャンをしながら呼吸法で身体をゆるめてゆく）とたかめる瞑想（大日如来の真言「おん、あびらうんけん」、もしくは「おん、ありがとう」を唱え、続いて画面に写った光の円の中に大なるもの（なんでも良い）を感じる）の違いを感じてみてください。

（電気を薄暗くし30分の体験の後）ありがとうございました。以上