



ニュースレター 2017.04 発行 NO.18

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

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 番 2 号 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

第 6 回学術集会 予告 本年 9 月 2・3 日(土・日)、神戸学院大学にて

テーマ 『統合医療 ～患者目線の連携とは～』



2017 年 9 月 2 日 (土)、3 日 (日)、会場：神戸学院大学 (ポートアイランドキャンパス、同上写真) 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～」について参加 200 名を予定して開催される。

当番世話人 平井みどり先生 (神戸大学医学部附属病院 教授・薬剤部長) のご指導のもと、プログラム委員会が開かれて、【特別講演】、【教育講演】、【シンポジウム】、【話題提供】などの準備が進んでいる。会場の神戸学院大学は、ポートアイランドのなか、海と一体となった広大なキャンパスをもつ。(〒650-8586 神戸市中央区港島 1-1-3)

【開催趣旨】

本研究会は、補完医療を考える会の活動実績を踏まえて平成 23 年に正式に発足いたしました。

その目的は、エビデンスに基づく統合医療に関する臨床、研究、教育の各分野について情報交換の総合的な場を提供するとともに、その成果について社会に対し普及及び啓発を行うことです。

統合医療は従来、現有の保険診療では患者の満足度が十分に得られない領域で注目を集めてきたが、2013 年にこれまでの議論が整理された、厚生労働省の『統合医療』のあり方に関する検討会でも指摘されているように、玉石混交の状態が依然として続いております。エビデンスの観点から統合医療の重要な構成要素となる補完代替医療 (CAM) を検証していく作業は必要であり、過去の本研究会においてもエビデンスに関する講演や討論を重視してきました。統合医療の構成要素としての CAM は非常に多岐にわたり、それに携わる職種も多岐にわたります。CAM の構成要素毎のエビデンスは、徐々にではありますが集積されつつあり、それらの情報を的確に統合して、目の前の患者さんいかに適切なサービスを提供するかについては、各職種が独自にアプローチするだけでは不十分なことは、関係者全員が実感しているところだと思います。特に超高齢社会をむかえ、最期まで満足のできる生活を送る議論が高まっている今、多職種連携による統合医療の実践が不可欠になっています。「地域包括ケア」を実現するた

めには、現有の保険診療・高齢者医療、介護に加えて、統合医療の参画が是非とも必要と考えます。

このような状況をふまえ、今回の研究会のテーマを「統合医療 ～患者目線の連携とは～」としました。今まで扱ってきた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にしたと考えております。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」の連携だけでなく、関連職種間での真の意味での連携を構築するための、参加型のプログラムも取り入れたいと考えています。これまで、対話集会【ワールドカフェ】や【ワークショップ】を行ってきた本研究会が、介護の視座も加え、地域包括ケアの中で一人一人が最期まで生き生きと暮らせる社会をサポートするために、何ができるかを調べて行きたいと考えております。

今までにも増して新しい知識や経験を得ることのできる盛りだくさんの研究会にしていきたいと考え、現在プログラム委員会において鋭意準備中であり、本研究会のためにご支援を賜りますように、何卒よろしくお願いを申し上げます。

(平井みどり)

.....

「第1回日玖統合医療シンポジウム」【予告】

7月15、17日 東京、京都にて
(主催：日本統合医療学会)

日本統合医療学会では、キューバの医療に注目し、第17回日本統合医療学会(2013年12月開催年次学術大会)にて、Dr. Delgado(キューバ共和国保健省自然伝統医学局局長)を迎え、海外招聘講演「キューバー知られざる統合医療先進国」を開催した。これを契機に、2016年10月、日本統合医療学会から使節団をキューバへ派遣し、キューバ学術会議に加盟するキューバ生体エネルギー・自然医療学会と日本統合医療学会による包括

的学術協定締結のための協議が行われた。その結果、日本統合医療学会とキューバ生体エネルギー・自然医療学会による包括的学術協定締結へ向けての合意と協定締結書(案)が得られ、2017年にキューバ政府の統合医療関係者及びキューバ生体エネルギー・自然医療学会代表者数名を日本に招聘し、日本統合医療学会とキューバ生体エネルギー・自然医療学会による包括的学術協定締結の調印式を兼ねた日本とキューバの統合医療に係る「日玖統合医療シンポジウム」の開催が確認された。また、当使節団のキューバ渡航直前に、安倍首相がキューバを訪問し、CTやMRI等の医療機器による支援を確約した。統合医療には医用工学も含まれるため、両国政府の外交政策も踏まえ、それらと連動した形で、統合医療による国際的学術交流の推進を図る事となった。

【日時】(予定)

東京：2017年7月15日(土)

京都：2017年7月17日(月・祝)

【会場】(予定)

東京：東京大学 医学部 鉄門記念講堂

京都：京都大学 こころの未来研究センター

【招聘者】(予定)

Dr. Concepción Campa Huergo(キューバ共和国国家評議会委員兼キューバ学術会議上級会員)

Dr. Johann Perdomo Delgado(キューバ共和国保健省自然伝統医学局局長)

Dr. Magalys Carrero(キューバ共和国生体エネルギー・自然医療学会副会長)

Dr. Eva Apodaca(キューバ共和国国立公衆衛生学大学院災害医療専門官)

【主催】

一般社団法人 日本統合医療学会

【後援】

在日キューバ共和国大使館及び議員連盟、自治体、学会、経済団体、医療業界団体、新聞・テレビの公共メディア等に後援依頼を予定。

(以上)

テーマ「緩和医療における統合医療とヨガ療法の可能性」

平成 28 年 11 月、日本統合医療学会京滋支部・阪奈支部ヨガ部会合同総会ひらく



平成 28 年 11 月 3 日、大阪大学吹田キャンパス 銀杏会館において、H28 年度日本統合医療学会京滋支部・阪奈支部ヨガ部会合同総会が開かれた。

テーマは「緩和医療における統合医療とヨガ療法の可能性」。以下、基調講演「緩和ケアにおける統合医療」、「緩和医療におけるヨガのエビデンスとその奏功機序について」、「緩和ケアにおけるヨガ療法とスピリチュアリティ」などを掲載する。(情報提供：林 紀行 大阪大学大学院医学系研究科 統合医療学寄附講座助教)

開会の挨拶 伊藤壽記先生

日本統合医療学会の現状としては支部会の活動が活発になっている。先日ブロック大会も九州で行われ、300 人が集まった。統合医療が急速に浮上している。厚生労働省において、「統合医療」のあり方に関する検討会が開かれ、定義も定まった。2016 年 2 月には厚生労働省にも窓口が開設された。同年 10 月末にキューバを視察訪問した。安倍首相やオバマ前大統領も訪れた。かつて、キューバはソビエトからの援助を受けていたが、ソビエトが崩壊してからは地元で根付く自然・伝統医療を活用してまさに統合医療を実践しプライマリ・ケアに力を入れている。キューバはまた、ハリケーンが多い災害国で災害医療をビジネスとしている。鍼灸とホメオパシー、太極拳が活用されていた。2017 年 7 月、日本統合医療学会とキューバとの国際シンポジウムを開く予定である。本日は緩和医療というテーマで、ヨガに限らず最新の情報を取り入れて頂けたらと思う。

◆基調講演 I：緩和ケアにおける統合医療

大野智先生（大阪大学大学院医学系研究科 統合医療寄附講座）

統合医療あるいは補完代替医療の利用実態をお示ししたい。補完代替医療に興味を持っている、もしくは利用している方は 83%もおられる。厚生労働省の「統合医療」のあり方に関する検討会の資料に書かれた統合医療の定義は「近代西洋医学を前提として、これに相補（補完）・代替療法や伝統医学等を組み合わせて更に QOL（Quality of Life：生活の質）を向上させる医療であり、医師主導で行うものであって、場合により多職種が協働して行うもの」となる。近代西洋医学を前提というのは EBM（科学的根拠に基づいた医療）を実践するという意味である。EBM では科学的根拠が大きな柱の一つだが、科学的根拠があるからやらなければならないとか科学的根拠がないからやってはいけないということではない。それ以外の要因もある。具体的には、医療者の技術・経験を含む専門性、臨床現場の状況・環境、患者の意向・行動（価値観）である。

そして、これら 4 要素をバランス良く統合し、より良い患者ケアに向けた意思決定を行うことが EBM の定義になる。補完代替医療においてこの 4 要素を考えてみると、科学的根拠は乏しい、医療者の技術・経験が乏しい、患者と家族の価値観の多様性、経済的問題など様々な問題が挙げられる。緩和ケアにおいては家族の影響も大きい。補完代替医療においては様々な問題がある中で意思決定を行わなければならない状況である。

EBM はエビデンスをつくる（臨床試験）、つたえる（ガイドライン）、つかう（医療者、行政など）の視点でとらえる必要がある。まずは「つくる」について。統合医療を推進するためには臨床試験の支援が必要、これは AMED と呼ばれる機構が行っている。次に「つたえる」について。これは「統合医療」情報発信サイトで行っている。補完代替医療に関する RCT は、2014 年は 1600 ほど

報告されている。年々増えており補完代替医療において「RCTが行われていない」という問題は過去のものになりつつある。さいごに「つかう」について。EBMを実践するための5STEPがある。STEP1は疑問の定式化(例PICO)、STEP2は情報収集、STEP3は情報の批判的吟味、ここにはシステマチックレビューやガイドラインが参考になる。その際、「統合医療」情報発信サイトが活用できる。たとえば、「統合医療」情報発信サイトのホームページでキーワードを入れて頂ければ、例えばガン、アガリクスで調べると19件の論文が出てくる。この際、臨床試験は人の研究だけを、安全性は細胞実験や動物実験も検索される。Googleで調べると広告なども含めて実に38万件出てくるが、全部は見きれない。我々のサイトはEBMの実践に必要な情報だけ出てくる。もう一つ紹介するのが、日本緩和医療学会が作成した「がんの補完代替療法クリニカル・エビデンス」である。取り上げた補完代替療法は健康食品、マッサージ、アロマセラピー、運動療法、ホメオパシー、アニマルセラピー、リラクゼーション、ヨーガなどである。そして何に効くのか、殆どは癌に伴う症状の軽減やQOL改善などでこれらには何らかのエビデンスがある。しかし、必ずしも安全というわけではないので注意が必要である。なお、予後を改善するという確実なエビデンスは現時点ではない。と言っても、効かないというエビデンスもないので現時点ではわからないということ。そして、STEP4は患者さんへの適用である。EBMの定期に則り、科学的根拠に医療者の臨床経験、患者の病状や社会背景、実施にかかるコスト、患者の価値観などを踏まえ考える必要がある。さいごにSTEP5として、前述のSTEP1~4のフィードバックをおこない、改善点等を検討することを忘れてはならない。

◆基調講演 II：緩和医療におけるヨーガのエビデンスとその奏功機序について

岡孝和先生(九州大学大学院医学研究院心身医学)

補完代替医療の分野で私がヨーガのエビデンスをまとめることになった。ヨーガを用いたRCTは

2015年までで293、その中で一番多いのが乳癌である。日本においては、2008年にガンの補完代替医療のガイドラインができたが、その時はヨーガは入ってなかった。ここからは論文の紹介になる。

ヨーガはガンに伴う身体症状を軽減するか。乳癌の関節痛についてはヨーガの有効性が報告されている。これはガンの痛みではなく抗がん剤の副作用による痛みを改善するというデータであった。RCTでコントロール群に比べて関節痛、倦怠感、盗汗(ホットフラッシュ)などが有意に改善していました。倦怠感を調べた研究は10件あるが、9件は乳癌サバイバーで、悪くなったものはなく、よくなった4件のうち3件は、参加したほうが良くなると報告された。これらより乳癌サバイバーに対しては効果的であるといえるが、男性や進行癌に対してはなんとも言えない。睡眠障害に対してもシステマチックレビューがある。これによるとヨーガは睡眠障害を改善させる可能性があると言われている。

精神症状に対してはヨーガをやっている時は不安や憂鬱が改善するという結果であった。QOLは中等度改善させるという結果であった。問題は介入方法や重症度、方法論のばらつきがあること。がん患者さんの抑鬱には有効であることが分かったが、大うつ病にはどうか。カナダのガイドラインでは軽症から中等度のうつ病にはヨーガを第2選択として使っても良いと報告されている。有害事象は腰の症状や肩の症状の再発や腓返りが報告されているぐらいと少ない。ガンの予後については報告がない。

まとめると倦怠感や更年期障害、不安、抑鬱、落胆、睡眠障害などの改善が期待できる。

効果機序についてはGABAやオキシトシンの上昇、コルチゾールの低下などが報告されている。この報告は転移、再発乳がん患者で骨メタ、胸膜転移までにとどまっている人については副交感神経の機能が高い人(心拍変動のHF成分が高い人)の方が長期に生存することが観察された。乳がん患者の放射線療法中にヨーガをするとコルチゾールの日内変動が正常化した。炎症のパラメーターもすべて低下した。「オーム」と唱える20分のヨ

ーガの呼吸をすると、DMBT-1（がん抑制タンパク）をはじめいろいろな蛋白が増加した。国際的に統一されたヨーガプログラムがないことが問題。多くは乳がん患者の臨床試験でドロップアウトも多い（高い所で 30%という研究も）。動機づけが大切と思われた。

◆基調講演Ⅲ：緩和ケアにおけるヨーガ療法とスピリチュアリティ

木村慧心先生（(一社) 日本ヨーガ療法学会）

ヨーガがなぜ緩和ケアにフィットするのか、人生終わりに近い人にどんなことができるのか、伝統的ヨーガの観点から考察してみたい。少なくとも 3000 年前から始まっており、アーユルヴェーダはチャラカが 2000 年前に始めた。食事とか薬だけでなく、信仰療法や合理的療法、精神療法からなる。現在、翻訳事業をすすめている。

西洋医学でも構造論と機能論があるが、ヨーガにおける構造論は人間五臓論、機能論としてはカタウパニシャッド、バガバッドギーターで論じられている。なぜ病気になるのか、心身相関が言われている。諸煩悩の活動と言われ、ジャーナ（瞑想）で取り除くことができる。ヨーガ独自のアセスメントについては国際シンポを開催する予定。どんな介入がなされているかはユーチューブで開示する。クライアントの心理的傾向を知るために西洋臨床心理テストと伝統的ヨーガのものを活用する。スピリチュアリティの評価もヨーガ療法のアセスメントにはある。無智とは有限、不浄、苦、非我のものを無限、浄、楽、真我と誤認識すること。

ヨーガの解脱はすべての感覚が働かなくなる。ホスピスの人はそれに近づいているのだが、どのように導くかがヨーガである。心理療法としてのヨーガ療法には物に執着せず、非暴力、友好的、失う事を恐れない、信じる力がある、感情に左右されない。疑わず、不快な義務を厭わないなどを目指す。インド伝統の医療・精神療法の目標は精神的解放、解脱にある。

◆シンポジウム

心の治癒力から考える緩和ケア病棟における統合医療の実際

黒丸尊治先生（彦根市立病院緩和ケア科）

われわれの緩和ケア病棟のテーマは安らぎ、希望である。身体的苦痛を軽減するなど色々な目標を掲げているが、今日は代替療法を活用する、諦めないという気持ちを大切にするという部分をお話する。代替療法にも癒し系と治療系があるが、まずは癒し系では音楽療法やアニマルセラピー、カラーセラピー、アロマセラピー、レイキなどを行っている。90 歳の前立腺癌患者さん。PSA の数値が緩和ケア病棟に入院後改善する。カラーセラピーで良くなったと言われているが、私は、そうは考えなかった。カラーセラピーのお姉さん達が好きだった。

自然治癒力（体の治癒力）と心の治癒力というものがある。心の治癒力には認知、感情、行動、スピリチュアリティ、レジリエンス、問題解決力が関わっているが、そこにはつながりやきっかけが関わっていると考えている。

治療的な代替療法はこちらが用意するというよりは患者さんが用意する、問題はエビデンスが乏しいとか、経済的負担があり悪徳商法があること。

エビデンスではなぜプラセボが必要なのか、期待感や安心感で心の治癒力が発揮されるから、これがプラセボ効果である。西洋医学では治療の効果を見るためにプラセボ効果を排除する。臨床の現場ではプラセボ効果を見捨てることはできない。心理療法による四つの共通治療要因は患者のリソースや環境が 40%、治療関係で 30%、プラセボが 15%、治療技法そのものの効果は 15%と言われている。

緩和ケアにおけるアロマセラピーの実践と課題

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）

アメリカでは看護介入分類としてアロマセラピーが取り入れられているが、日本ではまだである。コクランレビューでも不安や死の恐怖、スピリチュアルペイン（エネルギーフィールドの混乱）に

効果があるとされている。香りの心理的作用、成分の薬理作用、タッチの効果、ここには黒丸先生の言ったお姉さんセラピーも入っているのかもしれない。

効能としてローズマリーは海馬を刺激し、グレイプフルーツなどは交感神経を刺激して高齢の昼夜逆転を改善するなど報告されている。アロマセラピーは 1938 年にフランスで始まった。最初は薬であった。ナイチンゲールはクリミア戦争でラベンダーを眉に塗って痛みを和らげていた。アロマセラピーマッサージは痛みや倦怠感、呼吸困難、不安、うつがほぼ半減した。呼吸困難にはユーカリが肺の収縮を助けると言われており、匂いだけでも改善した。痛みについては痛みを忘れてしまったという人が多かった。脳から抑制物質が分泌されて改善するのではないか。ただそうなるためには患者さんが必要としているか、触られるのが構わないか、匂いが大丈夫か、孤独かなどの条件があり、お互いの関係性が保たれて初めて可能となる。ほとんどの患者さんが寝てしまう。しながら、過去の話や死の話、宗教の話をする人もいる。アロマセラピーをするときだけ発語のある方もおられる。家族にアロマセラピーを教えることもある。まだまだアロマセラピーのエビデンスは少ないが、少しずつ増えている。

ホスピスにおけるヨーガ療法の可能性について 森一郎先生（ガラシア病院）

以前よりヨーガ療法学会の皆さんのご協力を得ている。

ホスピスではできる限り苦しみを取り除くようにしている。ガンの進行に伴って悪液質で筋肉が痩せてゆくため寝たきりになる。ガンのリハビリテーションという概念があるが、うちでも 8 割の方にマンツーマンでリハビリをしている。予防的、回復的、維持的、緩和的リハビリがある。症状はさまざま。患者さんは痛みだけでもさまざまな原因に苛まれ、それが取り除かれてもスピリチュアルペインが出現する。残りの時間が短いとか、迷惑かけているとか、孤独だとか、生きる意味が見出せないなどのスピリチュアルペインである。そ

れらに対してがんサロンをしている。

そのほかにヨーガ療法士が希望者や家族にもヨーガ療法をしたところ心と体の苦痛が改善した。マインドフルネスで脳の変化が報告されているが、ヨーガ療法でもあるのかもしれない。ディグニティセラピーも効果があることが報告されているが、ヨーガ療法の瞑想の後の振り返りはディグニティセラピーに似ている。感謝の声は本人、家族からあるが、中にはなんだかよくわからない、だるくなるという話もある。それでも気分転換になると言ってやっておられる方もおられる。不適切な対象はヨーガを希望されていない人、痛みが強すぎる人、病的な精神疾患のある人など。注意することは無理なく短時間から始めて信頼関係を作ること。

.....

「ケアのなかの癒し」出版記念講演会ひらく
東京、京都、大阪で開催



『ケアのなかの癒し』(原題: Complementary & Alternative Therapies in NURSING) は、マライア・スナイダー博士のもと改訂を重ねてきた。翻訳『原著第 7 版』は、伊藤壽記、尾崎フサ子・両先生の監修のもとに、2016 年 11 月、看護の科学社が刊行、出版記念講演会が、Lindquist 先生を招いて東京、京都、大阪で開催された。(以上)