

教育講演

教育講演1~11

教育講演 1

座長略歴

□ 大城 一

昭和57年 藤田保健衛生大学医学部医学科卒業
昭和62年 学位取得（医学博士）

昭和61年 遠江病院開設
平成10年～ 医療法人社団大法会理事長
平成11年～ 社会福祉法人大善福祉会理事長
平成18年～ 社会福祉法人遠州秋葉会理事長職務代理
平成28年～ 藤田保健衛生大学医学部公衆衛生学客員教授
<資格>
日本在宅医学会認定専門医
精神保健指定医
日本精神神経学会精神科専門医
日本リハビリテーション医学会認定臨床医
航空身体検査指定医
認定産業医
介護支援専門員
<社会的活動>
平成11年～ 日本在宅医学会常任幹事
平成25年～ 日本早期認知症学会理事
平成12年～ ケアマネットふじのくに副理事長
平成12年～ 静岡在宅ケア医療協議会副会長
平成21年～ 浜松市精神医療審査会委員
<著書>
中央法規出版 ケアマネのための医療知識

演者略歴

□ 伊藤順一郎

1980年、千葉大学医学部卒業。
旭中央病院精神科、千葉大学医学部助手などを経て、1994年より国立精神・神経センター精神保健研究所社会復帰相談部援助技術研究室長。
2000年3月より同研究所社会復帰相談部部長。
2010年4月より機関名等変更 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所社会復帰研究部部長
2015年4月よりメンタルヘルス診療所しっぽふぁーれ院長
主要著書：精神科病院を出て、町へACTがつくる地域精神医療（岩波書店）2012年
その他：日本精神障害者リハビリテーション学会 学会長
ACT全国ネットワーク 代表幹事

未来をつくる精神医療の訪問支援・在宅医療

伊藤順一郎

メンタルヘルス診療所しっぽふぁーれ

近代以降の精神医療の歴史は、患者の長期収容の歴史であった。

日本では、その歴史が依然として継続し、多くの年離れた患者たちが病院を終の棲家にしようとしている。

精神病院の中では人間的なケアをすることと、自分を傷つけたり他者への暴力が発生したりすることを防ぐための管理強化とのあいだの葛藤が絶えず存在している。隔離室の利用や拘束具を用いての拘束は必要悪として認められてきたし、精神科医には、人権を制限する大きな権力が与えられてきたのである。

しかし、抗精神病薬の進歩、薬物療法の技術の向上、さらに心理社会的治療の発展は、当事者からの権利擁護の声の拡大と相まって、欧米では収容主義を否定する動きとなった。地域社会の中で市民として人間の尊厳を取り戻し生活していくことをケアすることが精神保健医療福祉の命題となったのである。

このようななか、精神医療従事者には、治療やケアにあたるうえでの態度の変更が求められている。1996年に世界精神医学会（WPA）が行ったマドリッド宣言では、「患者は治療過程においては、正しくパートナーとして受け入れられるべきである。治療者・患者関係は、患者が自由にかつ十分な情報を得たうえで自己決定できるように、相互信頼と尊重に基づかなければならない」との一節がある。精神保健医療領域においても、治療者と患者の基本的な平等的関係の重要性がうたわれたのである。

これらの文脈からあらわれてくることは、支援の現場が精神科病院から生活の場へ移動していくことであり、予防、治療、リハビリテーションが患者の住まう地域社会の中で行われることである。精神疾患のためにひきこもり状態になっていたり、生活の活動や社会参加に支障をきたす状態にある人々への支援にあつては、医療機関で待っているのではなく、支援者自身が地域社会に出かけていき支援を実行することが質の高い支援につながる。多職種より構成される精神科訪問看護ステーションや多機能型の精神科診療所がそのベースとなろう。

精神医療の訪問支援・在宅医療が、診療所におけるケアとともに精神医療の主流を担うようになった時に、精神保健医療は町の人々にとって身近な存在となり、精神的不調への早期介入や早期のリハビリテーションも可能になる。地域社会全体の精神的健康への貢献は、このようななかで果たされるように思われる。

座長略歴

梶井 文子

現職：東京慈恵会医科大学 医学部看護学科老年看護学 教授
学歴：東京大学医学部附属看護学校卒業、女子栄養大学卒業、
東京医科歯科大学大学院医学系研究科保健衛生学専攻
博士後期課程修了
職歴：東京大学医学部附属病院（放射線科、救急部）、
時事通信社（株）健康管理室、
おもて参道訪問看護ステーション、
聖路加看護大学（現、聖路加国際大学）
免許：資格：看護師、管理栄養士、看護学博士、
認知症ケア上級専門士（日本認知症ケア学会認定）
著書等：在宅ケア学第5巻、6巻（ワールドプランニング）、
高齢者看護学（中央法規）、
根拠と事故防止からみた老年看護技術（医学書院）、
新看護学老年看護（医学書院）、
老年症候群別看護ケア関連図&ケアプロトコル
（中央法規）他（全書分担執筆）

演者略歴

葛谷 雅文

昭和58年 大阪医科大学 卒業
平成元年 名古屋大学大学院医学研究科（内科系老年医学）
卒業
平成23年4月 名古屋大学大学院医学系研究科
地域在宅医療学・老年科学分野 教授
平成26年4月 名古屋大学未来社会創造機構 教授（併任）
平成28年4月 名古屋大学未来社会創造機構 機構長補佐
専門分野：老年医学、栄養・代謝、サルコペニア、動脈硬化、
認知症、地域在宅医療
所属学会：日本在宅医学会、日本内科学会、日本老年医学会、
日本動脈硬化学会、日本静脈経腸栄養学会、
日本臨床栄養学会、日本血管生物医学会、
日本循環器学会、日本認知症学会など

在宅医療と栄養

葛谷雅文

名古屋大学大学院 地域在宅医療学・老年科学

地域包括ケアシステムでは、たとえ要介護状態になっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるような整備が地域で求められている。良好な栄養状態を保つことは、健康維持にとって不可欠であり、多くの病院や施設では様々な取り組みがなされ、入院・入所対象者に対して定期的な栄養状態の評価ならびに適切な介入が行われている。一方地域においては、特に在宅医療の現場ではこの栄養に関してなお、十分な整備がされているとは言えず、早急に手掛けなければならない事項である。要介護状態の高齢者では多くの低栄養に直結するリスクが存在し、対象者の定期的な評価、指導は在宅療養を継続するうえでも大変重要である。特に栄養に関する取り組みは一つの職種だけでは不可能であり、多職種の連携が取れなければ十分な栄養管理は困難であり、多職種連携の指標としても重要である。

一方、在宅医療の現場では今後ますます看取りにかかわる医療・介護が増加することが予測されている。人生の終末期における栄養の問題は倫理的問題を含め、大変難しいが何よりも本人、家族の意向が反映され、QOL, QODが重視される取り組みが必要である。以前のような何が何でも人工栄養で必要な栄養は最後まで投与し続ける時代ではなくなっているし、そのような行為を本人、家族も望んではいない。できるだけ、本人が希望する経口摂取を維持し、これまた多職種がそれをサポートする体制の整備が必要である。

今回の教育講演では高齢者の栄養に係る特性、在宅医療における栄養の位置づけ、評価法、介入法などをテーマとしたい。

教育講演 3

座長略歴

□ 長江 弘子

東京女子医科大学 看護学部・看護学研究科 老年看護学教授
主な研究活動：
生活と医療を統合する継続看護マネジメント能力を育成する教育プログラムの開発
挑戦的萌芽 豊かな人生を共に生き、共に歳を重ねる地域文化の創出
生活文化に即したエンド・オブ・ライフケアモデルの開発
地域医療体制における予後予測の判断の共有化とチームアプローチに関する研究
新卒訪問看護師の自律性を育てる教育プログラムの開発と学習支援体制の構築
市民と専門職で協働する日本型対話促進ACP介入モデルの構築とエビデンスの確立
主な著作：
看護実践に生かすエンド・オブ・ライフケア
(日本看護協会出版会)
エンドオブライフと在宅ケア (ワールドプランニング)

演者略歴

□ 中山 和弘

東京大学医学部保健学科卒業、東京大学大学院医学系研究科博士課程 (保健学専攻) 修了。
日本学術振興会特別研究員 (PD)、国立精神・神経センター精神保健研究所流動研究員、東京都立大学人文学部社会福祉学助手、愛知県立看護大学助教授を経て現職。
著書：
『患者中心の意思決定支援：納得して決めるためのケア』
『市民のための健康情報学入門』
『看護情報学』
『地域包括ケアシステムの成功の鍵－医療・介護・保健分野が連携した「見える化」・ヘルスリテラシーの向上－』
など。
サイト：
『健康を決める力：ヘルスリテラシーを身につける』運営。

患者中心の意思決定支援

中山和弘

聖路加国際大学大学院看護学研究科 看護情報学分野

患者中心のケアとは、アメリカ国立医学研究所によれば、患者の好み・意向 (preference)、ニーズ、価値観を重視した意思決定の保証とそのための情報提供と支援である。医療における意思決定はますます困難になっている。医療技術の発展や価値観の多様化によって、検査、診断、治療、ケアの選択肢は、日に日に増大し、しかも常に変化している。さらに、ICT (情報通信技術) の発展はめざましく、ソーシャルメディアなどから、専門的な情報に限らず、実際に治療やケアを受けた人の体験談も知ることができる。日本の現状を垣間見ると、そもそも自分で意思決定ができていないか、その方法や支援のありかたが気にかかる。

意思決定にも種類や方法があることを知る人は医療者でも少ないと思われる。よりよい意思決定とは、つぎのような要件を備えたものである。

1. 意思決定が必要な問題を明確にする
2. 可能性のあるすべての選択肢のリストづくり
3. 選択肢のベネフィットとリスクに関する情報を評価
4. 意思決定における心理的な影響 (認知バイアスなど) に注意する

可能性のあるすべての選択肢を知ってから、自分の好みやニーズにあった、納得できる意思決定をしたい人にとって、情報は強い味方である。そのようにして決めた人は、治療やケアの方法を信頼でき、それに専念できるため、最終的に良い結果も得やすい。

しかし、誰もが情報をうまくいかせるわけではない。そこで必要になるのは、専門家とのコミュニケーションである。「情報を伝える」という意味で使われがちであるが、本来は「共通項」をつくることである。双方向的なもので、情報交換により、「情報を共有する」ことを意味する。このようにして決める方法は、Shared decision making (SDM) と呼ばれる。これは、伝統的で主従的な医療者－患者関係では、なかなか難しい。担当した医療者によって選ばれやすい選択肢があるようでは、患者中心ではない。そのために、欧米ではSDMが行われているかの測定ツールも開発されている。同時に、円滑なコミュニケーションを促進し、よりよい意思決定を支援するツール (Decision aids) も開発されてきている。誰もが中立的な立場から患者中心に支援するため、そのための国際基準もできている。日本では研究が開始されたばかりであるが、先進事例を含めて、これらを紹介することで、今後、研究がさらに進むことにつながれば幸いである。

座長略歴

□ 森 清

現：日本在宅医学会理事

社会医療法人大和会（やまとかい）理事

在宅サポートセンター長

診療所の他にも、2つの地域包括支援センター・機能強化型訪問看護ステーション・加算1訪問ヘルパーステーション・加算型居宅介護支援事業所などを運営

北海道大学医学部医学科卒業

沖縄県立中部病院ハワイ大学卒業後研修課程修了

ハーバード大学 Dana-Farber 癌研究所・順天堂大学血液内科などを経て現職

著書：「のこされた者として生きる-在宅医療・グリーフケアからの気づき」いのちのことば社

「自分らしい最期を生きる-セルフ・スピリチュアルケア入門」教文館 等

演者略歴

□ 成本 迅

平成7年3月 京都府立医科大学医学部卒業

平成7年4月 京都府立医科大学附属病院研修医、
精神神経科勤務

平成13年3月 京都府立医科大学大学院医学研究科博士課程修了

平成13年4月 医療法人 精華園勤務（医員）

平成14年4月 京都府精神保健福祉総合センター

平成16年4月 五条山病院 医員

平成17年4月 京都府立医科大学大学院医学研究科
精神機能病態学助手

平成20年4月 京都府立医科大学大学院医学研究科
精神機能病態学講師

平成27年4月 京都府立医科大学大学院医学研究科
精神機能病態学准教授

認知症の方の医療同意

成本 迅

京都府立医科大学大学院医学研究科 精神機能病態学

認知症の人の身体疾患を治療する際に、どのように本人の意思決定を支援するのか、あるいは意思を推定するのか、現場で難しい判断を迫られることが多い。現状では、本人の意思が十分に確認されることなく、認知症という病名がついているだけで必要な治療が行われなかったり、家族の意向のみをきいて方針が決定されたりすることがある。しかしながら、本来医療同意は結婚と同様に本人しか行うことができない、一身専属的な行為と法的には定義されており、本人の意思決定を尊重することが前提となる。意思決定支援には、どのような能力が低下しているのかを評価し、個別に支援方法を検討することが必要である。本講演では、認知症専門医の立場から、そのような際に参考になる、認知症の人とのコミュニケーションの取り方や、同意能力の評価法について解説する。

同意能力は、理解 (understanding)、認識 (appreciation)、論理的思考 (reasoning)、選択の表明 (expressing a choice) の4つの要素からなるとする4要素モデルが一般的に用いられ、それぞれを個別に評価する方法がいくつか提案されている。今回は、MacArthur Competence Assessment Tool for Treatment (MacCAT-T) という構造化面接を紹介し、それによって評価された同意能力と、認知機能、精神症状などとの関係について述べたい。また、この手法を基にして、現場で簡便に目安をつける方法についても触れる。

医療行為を決定していくにあたって、医療機関に受診してから決めることは難しく、入所している介護施設やケアマネジャーをはじめとする地域での支援者との情報共有も重要である。また、日頃から地域住民が医療機関で行われている治療について理解を深めておくことも円滑で悔いの残らない意思決定に重要であると考えている。このような観点から、医療機関と地域が一体となった意思決定プロセスを提案したい。

最後に、成年後見制度の利用を促進する法律が成立し、今後、後見人の医療同意への同意についても検討が行われることになっており、現状と課題についても整理したい。

教育講演 5

座長略歴

□ 平野 浩彦

東京都健康長寿医療センター研究所 専門副部長
日本大学松戸歯学部卒業 医学博士
平成2年 東京都老人医療センター 歯科口腔外科 研修医
平成2年 財部歯科医院
平成3年 国立第二病院 口腔外科 研修医
平成4年 東京都老人医療センター 歯科口腔外科主事、
平成14年 同センター医長
(東京都老人医療センター・東京都老人総合研究所の組織編成により東京都健康長寿医療センターへ名称変更)
平成21年 東京都健康長寿医療センター研究所 専門副部長
日本老年学会 理事
日本応用老年学会 理事
日本老年歯科医学会 常任理事・専門医・指導医
国立長寿医療研究センター特別研究員
東京歯科大学 非常勤講師
日本大学松戸歯学部 非常勤講師
興味のあるテーマ：
身体加齢変化と口腔機能の関連
認知症の人の摂食・嚥下障害への支援法の確立
地域における効率的な歯科医療提供体制の確立
医療と介護の周辺サービスビジネスモデル構築

演者略歴

□ 山田 律子

北海道医療大学看護福祉学部・教授
千葉大学看護学部卒業。
東京大学大学院医学系研究科修士課程修了。
北海道医療大学大学院看護福祉学研究科博士課程修了。
札幌市中央保健所訪問指導員・副代表、
医療法人溪仁会西門山病院病棟主任、
ミネソタ大学大学院Visiting Scholar、
北海道医療大学看護福祉学部助手・講師・准教授を経て、現職。
資格等：看護師、保健師、
日本摂食・嚥下リハビリテーション専門士、
第14回杉田玄白賞
学会：日本老年看護学会理事、
第16回日本認知症ケア学会大会長、他、
著書：認知症の人の食事支援BOOK（中央法規，2013），他

認知症の方の食べる喜びを支えるケア

山田律子

北海道医療大学 看護福祉学部

おいしく豊かな食事に、思わず笑みがこぼれることがある。また、誤嚥性肺炎などの合併症によって食べられなかった認知症の方が、再び食べることができるようになると、笑顔や活気に満ちた生活を取り戻すことがある。「食べる喜びは、生きる喜びにもつながる」と感じている参加者の皆様も多いのではないだろうか。

認知症の進行に伴い「食べようとしなない」「口を開けようとしなない」などの「食べない」状態に至るため、家族や専門職の方々から相談を受けることがある。このような時には、なぜ「食べない」のかを認知症の方の視点に立ち、食べないことの真意を見極めることがケアの第一歩となる。例えば、食べようとしなない場合に、失行によって食べ方がわからない場合もあれば、沢山の食器が置かれているために情報量が多くて食べ始められない場合もある。そのような場合には、日本の食文化的習性を活かして、利き手に食具、もう一方の手に食器を持てるようにしたり、弁当箱や丼などワンプレートにすることで、食べ始めることがある。ケアのポイントは、認知症の方の主体的な食べる力や喜びを引き出すように「環境を整えること」にある。「環境」とは、認知症の方を取り巻く相互作用を及ぼす外界条件を意味する。すなわち、ケア提供者も環境の一部であり、その言動も認知症の方に影響を及ぼしていることを自覚して、「環境」を整えていく必要がある。

認知症は症候群であり、さまざまな原因疾患がある。認知症の原因疾患が異なると脳の障害部位が異なるために、食べることへの影響の及び方も異なることになる。このため、認知症の病態についても理解も深めておくことで、より個々の認知症の方に適した環境を整えやすくなる。例えば、レビー小体型認知症の方では、食べたり食べなかったりと食事摂取量の変動することがある。変動の理由は、自律神経症状としての便秘もあれば、幻視・妄想や認知機能の変動、嚥下障害、睡眠障害（向精神薬の影響を含む）、パーキンソンニズムなど多様である。個々人の食べられない理由をアセスメントして、対応していくことが大切になる。

認知症の方の食べる喜びを支えるためには、家族を含めた多職種によるチームケアが不可欠である。家族がもつ生活史をヒントにしたり、各職種が専門性を発揮して、チームで豊かな食環境に向けて智慧を出し合うことで最善の環境を提供でき、ひいては認知症の方の食べる喜びにつながる。

座長略歴

□ 井口真紀子

2006年 千葉大学医学部卒業
2006年 公益社団法人地域医療振興協会
横須賀市立うわまち病院
2008年 公益社団法人地域医療振興協会
湯沢町保健医療センター
2013年 東京ふれあい医療生協 梶原診療所
2014年 医療法人社団鉄祐会 祐ホームクリニック
在宅医療専門医
日本プライマリケア連合学会認定家庭医療専門医・認定医・
指導医
上智大学グリーンケア人材養成講座1期生

演者略歴

□ 島 進

東京生まれ。
1977年東京大学大学院人文科学研究科単位取得退学。
東京大学大学院人文社会系研究科教授を経て、現在、上智大学
大学院実践宗教学研究科研究科教授、同グリーンケア研究所所長。
主な著書に『現代救済宗教論』（青弓社、1992）、『スピリチュ
アリティの興隆』（2007）、『国家神道と日本人』（2010）、『日
本仏教の社会倫理』（2013）（以上、岩波書店）、『宗教学の名著
30』（2008、筑摩書店）、『日本人の死生観を読む』（2012、
朝日新聞出版）、『いのちを“つくって”もいいですか』（2016、
NHK出版）などがある。

在宅医療と死生学

島 進

上智大学大学院 実践宗教学研究科

近代の医療やケアが合理的なシステムを増進することで、その効果を高めようとしてきたのに対し、在宅医療・在宅ケアにおいては、合理的なシステムの限界を自覚して、人間力・社会力を高めることによる福祉の増進を目指すという側面が重要になってくる。

人間力・社会力は家族や宗教や地域社会の提供する共同性に依存してきた。ところが、市場経済による効率的経済活動に優先権を与える政治が長期にわたって継続することによって、家族や宗教や地域社会が培ってきた共同性が枯渇していきつつある。高齢者や弱い立場の子ども、障がい者や貧しい人びと、効率主義に適応困難な人びとを誰が世話するのかという問題がますます深刻な社会問題になってきている。「無縁社会」という言葉が広まった背景にはこうした事情がある。

経済的効率性を目指してきた企業が社会組織の原型と見なされ、福祉国家的な前提にそって病院や介護施設などを通して弱者をケアしてきた体制が崩壊していくなかで、家族や宗教や地域社会の疲弊が進んでいく。これを克服していくには、企業や行政・官僚組織とは異なる社会関係資本の形成が必要である。人間力や社会力はこの社会関係資本を通してこそ養われるという認識が必要である。そして、在宅医療・在宅ケアが求められる背後には、こうした社会組織上の根本問題があることに着目する必要がある。

家族や宗教や地域社会の社会力・人間力を支える大きな要素は死生観や価値観である。だが、かつて宗教や民俗文化がもっていたような統合的な死生観や価値観は、もはや十分に機能しえない。そこで新たな死生観や価値観を養いながら、新たな社会関係資本を形成していこうとする試みが広がっていくことになる。日本では、1980年代に始まった「生と死を考える会」が、その代表的な例である。だが、民間から起こってくるこうした運動と行政機構や医療・ケア機関などがうまく提携しえていないという問題がある。

欧米ではキリスト教会が死生観や価値観の担い手として大きな力をもってきたが、宗教集団の多元化が進んでいる日本では、宗教が過度に私事化され、公共領域と切り離されてきた傾向があった。しかし、東日本大震災以降の状況は、これを是正する新たな試みが次第に力を得てきていることを示している。

座長略歴

□ 紅谷 浩之

福井市出身、2001年 福井医科大学卒
福井県立病院、福井医科大学救急総合診療部にて 救急・総合診療研修

福井県名田庄診療所、高浜町和田診療所などにて 地域医療 研修・実践

2011年2月 オレンジホームケアクリニック

2012年 重度心身障害児日中活動拠点
「Orange Kids' Care Lab.」開設

2013年 福井駅前にまちかど健康相談場所「みんなの保健室」開設

2015年 夏、軽井沢キッズケアラボ、キッズケアサミット開催

2012年度 在宅医療連携拠点事業受託

2015年度 人生の最終段階における医療体制整備事業受託

演者略歴

□ 前田 浩利

医療法人財団はるたか会 理事長

1989年3月 東京医科歯科大学医学部 卒業

1989年5月 東京医科歯科大学医学部附属病院
小児科臨床研修医

1990年5月 武蔵野赤十字病院 臨床研修医

1991年11月 東京医科歯科大学医学部附属病院 小児科

1994年4月 土浦協同病院 小児科医員

1999年6月 あおぞら診療所 院長代理

2004年11月 あおぞら診療所新松戸 院長

2011年4月 子ども在宅クリニック あおぞら診療所墨田
院長

2013年3月 医療法人財団はるたか会 理事長

小児在宅医療を支える医療技術とその課題

前田浩利

医療法人財団はるたか会

今、日常的に医療機器と医療ケアを必要とする子どもたちが、地域社会に急激に増加している。その要因が3つある。一つめは、NICU（新生児集中治療室）から地域への移行である。二つめの要因は、小児科病棟、PICUからの地域移行である。三つめの要因は、もともと自宅、地域で暮らす重症児の加齢に伴う重症化の問題である。NICUの医療技術が発達しはじめた20年から30年ほど前に生まれ、救命された重症児は、寝たきりでも、医療機器や医療ケアは不要で、介助すれば自力で食事を食べることができた。しかし、その子どもたちが、加齢と共に、医療ケアを必要とするようになっていく。

そして、これらの子ども達の病態が変わりつつある。人工呼吸器、気管切開、経管栄養などの複数の医療デバイスを装着しながらも、歩いてコミュニケーションが可能な子どもたちの増加である。つまり、人工呼吸器をつけながら、歩き、話し、場合によっては、食べて生活する子どもたちが現れ、その数は急増している。当院では1999年4月の開設から、2015年3月31日までに495名の小児の在宅医療を経験した。その中で、重症児スコアでは10点以上の準超重症児でありながら、歩いて話せる子どもが30名いる。

当院の495名の自験例の中で、人工呼吸器の装着者は249名であり、NPPVが103名、TPPVが146名であった。気管切開している患者は219名。在宅酸素療法を行っている患者は349名であり、呼吸管理は小児在宅医療の中核となる技術である。また、NPPVなどの人工呼吸器を67名の患者に自宅で導入した。また、カフアシストなどの排痰補助装置を39名に使用、その中で自宅で開始した者が26名であった。小児では、低換気のみでなく、気道の狭窄、閉塞、嚥下機能障害による唾液の垂れ込み防止などにより、人工呼吸器を用いる。呼吸管理を適切に行い、呼吸苦を緩和することは、緊張、嚥下を改善し、自己表現を容易にし、発達を促進する。延命治療の象徴と思われがちな人工呼吸器が、成長発達、苦痛の緩和のための機器となり、その意義が変わってくる。

また、小児がんの終末期における疼痛緩和は、疼痛が激烈で、コントロールが困難であり、CVラインなどの安定的な投与経路からオピオイド、鎮痛補助薬を複数使用する必要がある。

これらの医療技術についてお話ししたい。

座長略歴

□ 加瀬 裕子

1976 日本社会事業大学社会福祉学部卒業
 1979 日本女子大学大学院博士課程前期修了（社会学修士）
 1980 武蔵野市福祉公社ソーシャルワーカー（～1987まで）
 1987 日本社会事業学校 専任教員
 1990-1995 ミシガン大学日米老年学セミナー・
 コーディネーター（兼任）
 1992-1993 ニューサウスウェールズ大学客員研究員（兼任）
 1996 桜美林大学経営政策学部 助教授
 2004 早稲田大学人間科学学術院 教授
 2013 早稲田大学 博士（人間科学）取得
 2015 南カリフォルニア大学客員研究員（兼任）
 著書：
 寝たきりを防ぐホームヘルプの家政学（同朋舎出版）1993
 生協福祉活動の事例を読む（生協総合研究所）1996
 認知症ケアマネジメント・行動・心理症状（BPSD）に対処する
 技法（ワールドプランニング社）2016

演者略歴

□ 黒川由紀子

東京大学教育心理学科卒、上智大学大学院博士課程満退。
 保健学博士（東京大学）。臨床心理士。
 東京大学医学部精神医学教室、大正大学等を経て、現在上智大学
 同大学院教授、慶成会老年学研究所研究員。ミシガン大学老年学
 夏期セミナー運営委員・プログラムコーディネーター、認知症介
 護研究・研修センター客員上級研究員（～現在）等を務めた。
 主著に『いちばん未来のアイデアブック』（編著）、『高齢者と心
 理療法 衣・食・住をめぐって』、『認知症と回想法』、『認知症と
 診断されたあなたへ』（編著）等がある。

認知症のこころとコミュニケーション

黒川由紀子

上智大学

人のこころを簡単に描写することができないように、認知症の人のこころを描写することは極めて困難を極める。年齢や疾患の有無を問わず、人間のこころには多様な側面がある。認知症の人と認知症でない人は、人間としての共通点の方が、病の有無による差異より大きい。認知症の人の有病率が増加し、「認知症は病ではない」との主張も国内外にある。

認知症の人のこころのありようの背景には、複数の要因が絡む。脳や身体の状態、環境やケアの影響を強く受ける。この他、発症まで、いつ、誰と、どこで、どのような生活を送ってきたのか、どのようなパーソナリティであったのか、乳幼児期から現在に至るまでの対人関係がどのようなものであったか等によって、認知症の人のこころ模様は変わる。また、認知症の発症が主として老年期であることから、正常な老化のプロセスの影響を免れない。

認知症に対する偏見は、未だ払拭されたとはいえない。高齢者が、認知症予防に強い関心を示すのは、「認知症にならないために、出来る限りの努力をしたい」、「癌になるのはよいが認知症にだけは絶対になりたくない」等、認知症に対する不安のあらわれとも考えられる。

ところで、昨今、認知症の人の話を聴くことの重要性が認識され、その話を聴く機会は以前に比し増えた。だが、認知症と診断された人の傍らに腰を据えて座り、先入観を持たず、中立性を保持し、積極的な姿勢で話をきこうとする人が、果たして十分いるのだろうか。

「高齢者の過去から現在に及ぶ話を聴く」ことを手段とする回想法は、我が国では認知症の人に対するアプローチとして広く普及している。回想法を用い、ある人間がそれまで生きた道程に耳を傾けるなかで、自尊心が回復し、自己の一貫性が確認され、断片化せざるを得なかった過去と現在が幾ばくかつながり、コミュニケーションの促進につながることもある。回想法には、個人回想法、グループ回想法、夫婦回想法などがある。認知症の人に対する回想法は、いかに用いるかを十分に吟味しつつ施行する必要がある。回想法における過去の回想や想起は、認知症の人のこころの理解やコミュニケーションの手段であって、目的ではない。この認識を持たない回想法は侵襲的になり得る。また、セラピストが回想法を施行する際、回想を強制しない選択肢を常にもっていることが求められる。

教育講演 9

座長略歴

□ 山中 崇

1989年3月 高知医科大学医学部医学科卒業、東京女子医科大学附属第二病院内科研修医、内科I助手を経て1994年4月～1996年5月 東京都老人医療センターリハビリテーション科、その後、東京女子医科大学附属第二病院内科I助手、在宅医療部助手、在宅医療部講師を経て2007年5月～東京女子医科大学東医療センター在宅医療部准教授、2011年4月～和洋女子大学大学院客員教授を兼務、2014年6月～東京大学医学部在宅医療学拠点特任准教授

【所属学会】

日本在宅医学会（理事、研究委員会委員長）、日本在宅医療学会、日本老年医学会、他

演者略歴

□ 上田 剛士

2002年名古屋大学医学部卒業。

名古屋掖済会病院で研修後、京都医療センター総合内科、洛和会音羽病院総合診療科を経て、2010年より洛和会丸太町病院 救急総合診療科 医長に就任。

資格に内科認定医・指導医、プライマリケア認定医・指導医、救急科専門医など。

著書に「ジェネラリストのための内科診断リファレンス」「高齢者診療で身体診察を強力な武器にするためのエビデンス」「非器質性・心因性疾患を身体診察で診断するためのエビデンス」「Dr.たけしの本当にスゴい症候診断」など。

在宅医療で身体診察を強力な武器にするためのエビデンス

上田剛士

洛和会丸太町病院 救急総合診療科

在宅医療で役立つ身体診察に関するエビデンスをまとめて解説いたします。

まず、高齢者で悪寒戦慄がある場合には菌血症のリスクが非常に高く、緊急での対応が必要です。菌血症の原因としては尿路感染、胆道感染、肺炎の3つが多いです。高齢者では無症候性膿尿・細菌尿が多いため、脊椎肋骨角の叩打痛が腎盂腎炎の診断に重要となります。尿路感染が判明すれば恥骨上の聴性打診で残尿の有無を確認すると良いでしょう。高齢者の胆道感染では胆管炎が多いため、Murphy徴候だけではなく、肝叩打痛も確認します。

高齢者の肺野聴診では肺底部にcracklesを聴取することは健常者でもあります。そこで目安として1吸気で3回以上のcracklesを異常とみなすと良いでしょう。

高齢者の収縮期雑音で重要性が高いのは大動脈弁狭窄と僧帽弁閉鎖不全です。特に大動脈弁狭窄は失神や狭心症、心不全徴候があるときに必ず除外しなければならない弁膜症ですが、収縮後期にpeakがある雑音であることが診察上、最も大切です。

心不全の診断には起座呼吸や下腿浮腫よりも頸静脈怒張とIII音が重要です。特に頸静脈怒張は診察もさほど難しくなく、治療効果判定としても重要性が高いためぜひとも習得したい診察技術です。

肺気腫は打診と触診で滴状心となっていること、Hoover徴候で横隔膜平底下していること、気管短縮で過膨脹があることが分かります。また吸気早期のcracklesは重症の肺気腫を示唆します。

脱水となると舌乾燥と舌の縦皺が出現します。腋窩乾燥を伴えば特異性が高い所見です。一方、皮膚ツルゴール低下やCapillary refill延長の有用性は限られています。

血圧は頭蓋内病変の推測に重要です。血圧が160-180 mmHg以上ならば頭蓋内病変の可能性が高くなります。一方、ショック状態の頭蓋内疾患は非常にまれです。

高齢発症の頭痛で片頭痛はまれです。慢性硬膜下血腫は非特異的な症状で発症しうりますが、聴性打診が診断に有用です。

特発性正常圧水頭症では小刻み歩行が見られますが、パーキンソン病とは異なり、幅広でがに股となります。

Barre試験が努力不足で評価できない場合などには腕回し試験が有用です。

大腿骨頸部骨折には聴性打診が有用です。脊椎圧迫骨折には肋骨骨盤の間が2横指以下だったり壁と後頭部がつかないことが診断に有用です。

座長略歴

□ 服部 信孝

昭和60年03月 順天堂大学医学部 卒業
 平成02年08月 名古屋大学医学部生化学第二 国内留学
 ～平成5年8月
 平成06年03月 順天堂大学医学部大学院医学研究科 卒業
 医学博士の学位授与月
 平成18年07月 順天堂大学医学部脳神経内科 教授、
 老研センター 副センター長

現在に至る。

[主な受賞]

平成14年度 第39回ベルツ賞1等賞
 (テーマ：神経変性疾患の分子機構)
 平成15年度 日本神経学会賞
 平成16年度 トムソンサイエンティフィック社
 Research Fronts Award受賞(13部門16人)
 平成24年度 文部科学大臣賞 科学技術賞(研究部門)

演者略歴

□ 荻野美恵子

神経内科専門医&指導医、内科認定医、日本在宅医学会認定専門
 医、日本プライマリ・ケア学会認定医
 昭和60年 北里大学医学部卒業
 平成4年～7年 米国コロンビア大学留学
 平成6年 北里大学医学部大学院修了
 (医学博士学位取得)
 平成12年 北里大学医学部神経内科学講師
 平成17年 東京大学大学院医療倫理人材養成講座
 (CBEL) 修了
 平成18年～20年3月 東京医科歯科大学大学院医療政策学修士課程
 卒業(医療政策学修士取得)
 平成26年12月 現職
 厚労科研「難治性疾患の医療費構造に関する研究」班 主任研究
 者(平成20年度～平成22年度)

ALSの在宅緩和ケア

荻野美恵子

北里大学医学部附属新世紀医療開発センター 横断的医療領域開発部
 門包括ケア全人医療学

緩和ケアはがんだけのものでも終末期だけのものでもないので、ALS診療そのものが緩和ケアといえる。ALSの苦痛症状は多々あるが、中でも対応に困るであろう症状について取り上げる。

全般にALSの終末期に詳しい神経内科医にいつでも相談できる体制ができるとうい。ただし、神経内科専門医を対象とした調査では終末期ALS診療は年間3例以下が80%以上で、オピオイドも保険でのカバーが平成23年9月以降のため使用経験のある神経内科専門医は35%にとどまっている。そのため、在宅医が主となって終末期を診療しなければならないことも多い。

ALSの苦痛症状としては疼痛、むせこみ・窒息、流涎、不眠、呼吸苦、精神的苦痛、スピリチュアルな苦痛などがあげられる。疼痛の多くは拘縮や圧迫に伴うものが多いため、病初期から拘縮予防に努め、やせないように栄養管理に気をつける。痙性が疼痛の原因の場合には抗痙縮薬を用いる。むせこみ・窒息・流涎に関しては食事の工夫やリハビリはもちろんのこと、唾液の誤嚥予防を行う。抗コリン作用のある薬剤や持続吸引の使用が有効である。排痰補助装置は単に排痰のみならず、無気肺の予防となる。不眠は、原因への対処を試み、必要なら眠剤を用いるが、呼吸抑制をきたしやすいためベンゾジアゼピン系以外の薬剤を用いる。精神的苦痛やスピリチュアルな苦痛にはどんな状態でも希望を持てることをチーム自身が信じて真摯に対応する。呼吸苦には良いタイミングで夜間NPPVを用いることで日中の呼吸苦が改善しQOLが上昇する。さらに進行した時にはモルヒネを用いるが、開始のタイミングが遅れないようにする。ごく少量で有効なため最初は動作時呼吸苦に対してモルヒネ塩酸塩2.5mg/回を頓用で使い、徐々に服用回数が増加したら、長時間型の硫酸モルヒネを併用する。維持量は30～60mgが多いが亡くなる直前には増量が必要となる。緩徐増量して用いると我々の経験ではモルヒネを用いることで予後が悪くなることはなかった。モルヒネを使用するようになってからは鎮静を行うことはまれである。講演では個々の対処につきより具体的に示す。

座長略歴

□ 原 礼子

高知女子大学卒 東洋大学大学院社会学研究科修了
看護師・保健師 社会学修士
日本赤十字看護大学、福島県立医科大学看護学部等を経て現職。
原礼子編・著「プリンシプル在宅看護学」医歯薬出版株式会社
2015年
山崎あけみ、原礼子編・著「改訂 家族看護学 19の臨床場面と8
つの実践事例から考える」南江堂 2015年

演者略歴

□ 児玉久仁子

1999年東京慈恵会医科大学卒業。
外科病棟・血液内科病棟に勤務しエンド・オブ・ライフケアに関
心を持つ。2004年より緩和ケア病棟に勤務。家族支援の難しさ
を痛感し、故高橋規子氏に師事し心理技術研究所にて家族療法を
学ぶ。2010年東海大学健康科学研究科を修了し、同年、家族支
援専門看護師を取得。現在は、相談・教育活動のほか、福島県立
医科大学にて地域の緩和ケアに関する研究を行っている。

家族とグリーフケア

児玉久仁子

東京慈恵会医科大学附属病院 看護部、福島県立医科大学大学院
地域・家庭医療学、家族看護実践センター

1. グリーフとは何か

グリーフ(悲嘆)は、日本語のイメージから人が悲しんで
いる状態と捉えられることが多い。しかし、グリーフ
は、単なる悲しみの感情ではない。感情的には、悲しみ・
怒り・罪悪感・不安・孤独感などを感じ、身体的社会的に
は、睡眠障害・食欲不振・引きこもりを生じるなど、多様
な感情や行動を含む喪失に対する反応のことである。死別
は、家族にとって大きな喪失であり、日本では死別ケア
(Bereavement Care)と悲嘆ケア(Grief Care)は、ほぼ同
様の意味で捉えられることが多い。家族メンバーとの死別
は、家族にどのような影響をもたらすのだろうか。喪失に
対する心の痛みの表現は個人によって千差万別であり、家
族という集団の中で、様々な感情や行動が交錯する。慌た
だしい臨床の現場で、いつ、誰に、どのようにケアを行う
べきか、このような家族のグリーフの複雑さが臨床現場の
家族支援の困難さにつながっているのではなかろうか。今
回は、特に家族メンバーの死別に伴う多様なグリーフの在
り方と家族や援助者の中で交錯する感情に触れ、ケアのあ
りようについて述べたいと思う。

2. グリーフケアに向けて

①いつグリーフケアを行うのか: 悲嘆(grief)と予期悲嘆 (Anticipatory grief)

大切な人との死別が想定される予期悲嘆の段階から、現
実の死に直面するとき、そして死別後の悲嘆に向けて支援
を行っていく。

②誰にグリーフケアを行うのか: 個人指向のグリーフケア と家族指向のグリーフケア(Family Focused Greif Care)

大切な人との死別は、個々の家族メンバーに大きな影響
を与え、悲嘆感情が家族システムの中で複雑に交錯する。
家族内には親密で肯定的な感情が生まれることもあれば、
孤独に満ちた否定的な感情が生まれることもある。

③どのようにグリーフケアを行うのか: 個人・家族を観察 するケアシステム(Observed system)と援助者を 含むケアシステム(Observing system)

怒りの強い家族に上手く援助できないことも多い。その
際には、援助者も含めたケアシステムの視点を持ち、より
協働的な視点で援助を行うことが重要である。

④どこでグリーフケアを行うのか: 病院を基盤としたグ リーフケアとコミュニティを基盤としたグリーフケア

臨床現場では、患者が死別後に家族に対してグリーフケ
アが実施できないという声が大きいの。病院や施設内に限定
せず、コミュニティの中でグリーフケアを実施していくと
考えると、ケアの視点が広がる。