

ランチョンセミナー

ランチョンセミナー 1~17

ランチョンセミナー 1

共催：エーザイ株式会社

座長略歴

□ 木之下 徹

1983年 東京大学医学部保健学科卒業
1986年 東京大学大学院医学系研究科保健学専攻修士課程疫学教室進学
1988年 東京大学大学院医学系研究科保健学専攻博士課程保健社会学教室進学
1996年 山梨医科大学卒業
1996年 山梨医科大学文部教官助手
2000年 国立精神神経センター武蔵病院内ミレニアムゲノムプロジェクト（アルツハイマー病、てんかん）バイオスタティスティックス・バイオインフォマティックス担当研究員
2001年 医療法人社団こだま会こだまクリニック院長（東京都品川区荏原、主に認知症に関する在宅医療）
2015年 のぞみメモリークリニック院長（三鷹市下連雀に、主に認知症外来の診療所）

●所属学会など

日本老年精神医学会、日本老年医学会、日本認知症ケア学会
日本糖尿病学会、NPO法人 地域認知症サポートブリッジ 代表
NPO法人 長寿安心会 副代表（代表 住田裕子）、認知症当事者研究勉強会世話人（日本認知症ワーキンググループパートナー）、BPSDチームケア研究会代表世話人、在宅認知症ケア連絡会代表世話人

演者略歴

□ 小阪 憲司

横浜市立大学名誉教授
昭和40年 金沢大学医学部卒
昭和41年 名古屋大学医学部精神医学教室（助手・講師）
昭和50年 東京都精神医学総合研究所副参事研究員
昭和52～3年 ドイツMax-Planck精神医学研究所客員研究員
平成3年 横浜市立大学医学部精神医学講座教授
平成8年 横浜市立大学付属浦舟病院院長を兼務
平成15年 横浜市大医学部名誉教授 福祉村病院院長
平成19年 横浜ほうゆう病院院長
平成22年 メディカルケアコートクリニック 院長
平成26年7月より クリニック医庵センター南
平成26年1月 レビー小体型認知症の業績により「朝日賞」受賞
学会活動：日本老年精神医学会・日本神経精神医学会・日本神経病理学会・日本認知症学会の名誉会員、レビー小体型認知症研究会代表世話人
主な著書：「ウエルニッケ・コルサコフ脳症」（星和書店）「老化性痴呆の臨床」（金剛出版）「トーク認知症」、「レビー小体型認知症の臨床」（医学書院）「大活字版最新 認知症はここまで治る・防げる」（主婦と生活社）「知っていますか レビー小体型認知症」「レビー小体型認知症の介護がわかるガイドブック」「パーキンソン病とレビー小体型認知症がわかるQAブック」（メディカ出版）「レビー小体型認知症がよくわかる本」（講談社）「第二の認知症増えるレビー小体型認知症の今」（紀伊国屋書店）「認知症の防ぎ方と介護のコツ」（角川マーケティング）「レビー小体型認知症の診断と治療」（Harunosora） など

レビー小体型認知症の診断と治療

小阪憲司

横浜市立大学医学部 名誉教授

レビー小体型認知症（dementia with Lewy bodies: DLB）は、比較的新しい疾患概念であり、1995年にイギリスで開催された第一回国際ワークショップで提唱され、その臨床診断基準が1996年に報告され、臨床診断が可能になった。2005年に第三回国際ワークショップの結果がCDLBガイドライン改訂版として報告され、現在はそれが使用されている。なお、DLBの基礎となったのは、筆者らが1976年以降の一連の報告で提唱したびまん性レビー小体病diffuse Lewy body disease (DLBD) である。

DLBはアルツハイマー病に次いで2番目に多い認知症であり、高齢の認知症患者の約20%を占めるが、まだ医師の間でも十分知られていないのが現状である。

DLBは早期からもっともBPSDを伴いやすい認知症であり、患者や介護者のQOLが障害されやすい。したがって、DLBを早期に診断し治療することによりBPSDを改善し、それにより患者や介護者のQOLを高めることが可能である。

DLBでは特有な幻視やそれに基づく妄想が起こりやすく、しかもそれらは認知機能障害が軽いうちに起こることが多く、DLBがうつ病や統合失調症や老年期精神病などと誤診されることも少なくない。DLBでは抗精神病薬に対する過敏性があり、このことを知らないと取り返しのつかない状態に陥ることも少なくない。DLBでは抑うつで発病することも少なくないので注意が必要である。また、パーキンソン病（PD）の経過中に幻視が出現すると薬剤性と考えられがちである。

DLBを知るのと知らないのとでは大きな違いがあり、DLBをよく知り、早期に適切な対応をすることが必要である。DLBでは初期には記憶障害がみられないことがないので、筆者は1) 特有な幻視がみられたら、2) REM睡眠行動障害がみられたら、3) うつ病に認知機能障害がみられたら、4) 抗精神病薬への過敏性がみられたら、5) PDの経過中に幻視がみられたら、6) PDの経過中に認知障害がみられたら、DLBを積極的に疑い、対処すべきことを強調している。

DLBでは、公的に認められる治療薬はなかったが、筆者を中心にアリセプトの大規模臨床試験を行い、2014年9月にやっとアリセプトが正式にDLBの治療薬として公認されたが、これは世界初のことである。

DLBではパーキンソン症状で始まる例も少なくなく、この場合にはPDの治療指針が適用される。パーキンソン症状が後発する場合も同じであるが、L-dopaによる精神症状の悪化が危惧される。しかし、実際には高齢のDLB例に少量のL-dopaが投与されて精神症状が悪化したという報告は少ない。

ランチョンセミナー 2

共催：アボット ジャパン株式会社

座長略歴

□ 佐々木 淳

京都市生まれ
1992年 筑波大学医学専門学群入学
1998年3月 卒業
2002年4月 東京大学大学院医学系研究科博士課程入学

1998年4月 社会福祉法人三井記念病院内科
2000年4月 同消化器内科
2003年9月 東京大学医学部付属病院消化器内科
2003年12月 医療法人社団哲仁会井口病院 副院長
2005年4月 マッキンゼーアンドカンパニー入社
2006年8月 MRCビルクリニック開設
2008年3月 医療法人社団悠翔会に法人化 理事長就任

演者略歴

□ 石賀 丈士

2001年3月 三重大学医学部卒業
2001年4月 三重大学付属病院第二内科
2002年2月 山田赤十字病院内科
2002年4月 山田赤十字病院呼吸器科
2007年4月 しもの診療所 所長
2009年7月 いしが在宅ケアクリニック 院長
2011年4月 医療法人SIRIUS 理事長
著書に「最後まで、命かがやいて」（幻冬舎）がある

看取りの技術と在宅緩和ケア ～明日から役立つ10のこと～

石賀丈士

いしが在宅ケアクリニック

【概要】

多くの国民は住みなれた自宅で最期を迎えることを望んでいるにも関わらず、自宅で亡くなる方は約13%しかない。現在の病院中心の医療サービスが国民のニーズにできていないことは明白である。また2016年現在、日本における年間死亡者数は約127万人であるが、2025年以降には年間死亡者数が160万人以上になることが予想されている。喫緊に新しい医療の仕組みを構築し、在宅での看取りを進めていかなければならない。

それには少ない医師でより多くの在宅看取りを担っていく必要がある。当院は三重県四日市市（人口30万人）で緩和ケアを中心とした在宅医療を行なっているが、常勤医師5～6名で年間312名の在宅看取りを行うことができた。実際多くの在宅看取りを行うためには、「看取りの技術」と「在宅緩和ケア」が必須であると考える。

しかしこれらに関しては医師や看護師も多くの不安や悩みを抱えていることが多い。今回は当院で実践していることを含めて「初回訪問時にすべきこと」、「終末期における栄養や輸液のこと」、「お別れが近づいた際に必要な説明」、「医療用麻薬の説明と使い方」、「子どもたちへのいのちの教育」、「医療者が疲弊しない仕組み」など明日から役立つ10のことを解説する。そして看取りや緩和ケアに関する不安や悩みが少しでも解消でき、在宅で看取りを担う医療者が増える一助になればと願う。

ランチョンセミナー 3

座長略歴

□ 辻 彼南雄

(医) 互酬会 水道橋東口クリニック理事長・院長、(社) ライフケアシステム代表理事、NPO法人高齢者を支える学際的チームアプローチ推進ネットワーク (ミシガンネット) 理事長/医師
1984年北海道大学医学部卒業後、群馬大学病院・東京通信病院・東京大学病院等で高齢者医療に携わる。在宅医療の先駆者佐藤智医師の著書に感銘を受け、1990年より佐藤医師の下で在宅医療を学ぶ。東京大学医学部公衆衛生学・老年病学非常勤講師。2015年「第4回杉浦地域医療振興賞」受賞。著書に『家庭医が語るシニア世代の不健康管理』（共著、一橋出版）などがある。

演者略歴

□ 秋下 雅弘

東京大学大学院医学系研究科加齢医学（老年病学）教授
東京大学高齢社会総合研究機構 副機構長（兼任教授）
東京大学医学部附属病院 副院長、老年病科科長
1985年 東京大学医学部卒業
1994年 東京大学医学部老年病学教室助手
1996年 スタンフォード大学研究員、ハーバード大学研究員
2000年 杏林大学医学部高齢医学講師
2002年 同助教授
2004年 東京大学大学院医学系研究科加齢医学助教授
（2007年職名変更により准教授）
2013年7月 現職
主な役職等：
日本老年医学会副理事長、日本老年薬学会代表理事
日本動脈硬化学会理事、日本Men's Health医学会理事
日本性差医学・医療学会理事
最近の著書：
薬は5種類まで 中高年の賢い薬の飲み方（PHP新書）
男が40を過ぎてなんとなく不調を感じ始めたら読む本（メディカルトリビュン）
男性ホルモンの力を引き出す秘訣（大泉書店）

在宅高齢者の安全な薬物療法

秋下雅弘

東京大学大学院医学系研究科 加齢医学（老年病学）教授

在宅高齢者の薬物療法を困難にする要因として、有効性のエビデンスが乏しい一方で薬物有害事象のリスクが高く、また服薬管理能力も低下していることが挙げられる。高齢者の薬物有害事象は重症化しやすく、高齢者緊急入院の3-6%を占める、あるいは長期入院の要因であるとの報告もあり、在宅高齢者では特に注意が必要である。高齢者における薬物有害事象の要因として、薬物動態の加齢変化と多剤併用 (polypharmacy) が重要だが、薬物有害事象が出やすいなどの理由で高齢者にふさわしくない薬物も多く存在する。

演者らは、安全性を主眼とした唯一の高齢者薬物療法ガイドラインである「高齢者の安全な薬物療法ガイドライン」を全面改訂することを目的に、平成25年度より厚生労働省科学研究費補助金（日本医療研究開発機構へ移行）を受けて作業を行ってきた。システムティックレビューに基づいて高齢者薬物療法の安全性に関するエビデンスをまとめ、パブリックコメントを経て、昨年末に「高齢者の安全な薬物療法ガイドライン2015」として日本老年医学会より発行した。

本ガイドラインには、高齢者の薬物有害事象を防ぐための一般的注意点と領域別指針が記載されており、「在宅医療」という項目も新設してそのエビデンスと推奨をまとめた。また、主要な薬物および使用法については、「高齢者の処方適正化スクリーニングツール」として2つのリスト「特に慎重な投与を要する薬物のリスト」と「開始を考慮すべき薬物のリスト」を作成し、列記した。前者は高齢者にふさわしくない薬物のリストであるが、いたづらな減薬は過少医療につながるおそれがあり、バランスを取る目的で追加したのが後者である。

講演では、改訂版ガイドラインの背景と骨子をもとに在宅高齢者での薬物療法の考え方について解説する。

ランチオンセミナー 4

共催：株式会社日本エンブレース

座長略歴

□ 山下 巖

1989年東京大学医学部医学科卒業。

1993年東京大学大学院医学系研究科修了医学博士。

東京大学附属病院第一外科・東京専売病院麻酔科・東京大学免疫学教室・癌研究会付属病院頭頸科等を経て、医療法人社団法山会山下診療所。2008年より理事長。東京都内の自由が丘および大塚にて医科・歯科併設の診療所を運営。2002年より在宅医療開始。2013年より医療介護連携に特化したSNS・Mecical Care Stationを在宅医療に導入。全国医療介護連携ネットワーク研究会（医介連）理事。

演者略歴

□ 長島 公之

栃木県生まれ

昭和59年 島根医科大学医学部 卒業

昭和59年 自治医科大学整形外科教室 入局

平成4年 自治医科大学大学院 卒業 医学博士号取得

平成4年 長島整形外科 開業

平成24年～現在 栃木県医師会常任理事

システム情報（とちまるネット・どこでも連絡帳）担当

平成22年～現在 日本医師会 医療IT委員会委員

平成26年～現在 全国医療介護連携ネットワーク研究会理事長

□ 土屋 淳郎

H7年 昭和大学医学部卒

H11年 昭和大学放射線医学教室院外助手

H12年 太田熱海病院放射線科部長

H15年 昭和大学放射線医学教室兼任講師

H16年 太田熱海病院消化器内科医員

H19年 太田熱海病院内科部長

H21年 医療法人社団創成会土屋医院 副院長・内科医長

H24年 医療法人社団創成会土屋医院 院長

資格：医学博士号習得（H11年10月）

放射線医学会専門医習得（H13年8月）

本医師会認定産業医（H22年5月）

所属学会：日本医学放射線学会

日本内科学会

プライマリケア連合学会

日本在宅医学会

日本在宅医療学会

日本禁煙学会

ITヘルスケア学会

ICTで連携する在宅医療・地域包括ケアの 実際（前半）

長島公之¹⁾、土屋淳郎²⁾

1) 栃木県医師会 常任理事、2) 豊島区医師会 理事

在宅医療や地域包括ケアでは、地域多職種の連携が必須となるが、多職種の場所・時間・記録がバラバラであるため連携が困難であるという問題点を解決するために、ICTの活用が必要となる。連携には、コミュニケーション機能が最も重要であるため、ICTの中でも、連携専用のSNS (Social Networking Service) が最適である。実際に、現在、全国でSNSを用いた連携の導入が拡大している。

ICTは大変有用であるが、注意すべき点も多い。ICTを使う場合には、「顔の見える関係」が前提条件として必要であり、状況に応じて、急ぐ場合は電話を使うなど、他の連携方法との使い分けが重要である。モバイルデバイスを使う場合には、紛失・盗難対策や屋外での安全な回線の利用、アプリケーションの管理などが重要となる。厚労省の安全ガイドラインなどに準拠したきちんとしたルールを作るとともに、安全な利用方法について、利用者への啓発・教育を続けることも重要である。

栃木県におけるSNSによる連携の実際を紹介する。栃木県では、完全非公開型・医療介護専用SNS「メディカルケアステーション」(MCS) が、安全性、コスト、使いやすさ、モバイル性、他のシステムとの連携などの点で優れているため、県統一の医介連携ネットワークとして採用し、「どこでも連絡帳」と名付け、平成26年度から県医師会が主体となり運用している。MCSで患者情報を共有する場合には、まず、一人一人の「患者タイムライン」を開設し、関係する多職種を招待する。画面では、参加者、発言者が一目瞭然であり、情報はデバイスには保存されない。文章だけでなく、褥瘡の写真などの画像やビデオ、PDF、ワード、エクセルなどのファイルもタイムラインに添付できる。この医療者限定タイムラインとは別立てで、任意に、患者・家族も参加するタイムラインも設置できる。その他に、入院・退院・往診などを依頼するリクエスト機能や、1対1のやりとりをおこなうメッセージ機能、多職種が電子会議を行い、情報を交換したり、交流を深める「グループ」という機能がある。これらの機能は、「在宅医療・介護連携の推進」の8つの事業項目に有用である。

ICTで連携する在宅医療・地域包括ケアの 実際（後半）

土屋淳郎¹⁾、長島公之²⁾

1) 豊島区医師会 理事、医療法人社団創成会 土屋医院、2) 栃木県医師会 常任理事、日本医師会 IT委員

豊島区における連携の実際を紹介する。豊島区では、在宅医療連携推進会議、在宅医療コーディネーター研修、在宅医療地域資源マップ作成、在宅医療相談窓口、在宅難病患者訪問診療事業、在宅医等相互支援体制構築事業、在宅療養支援診療所/病院グループの作成、勇美記念財団による助成事業、医歯薬三師会のMCS利用契約、在宅推進講習会/PC講習会、東京都在宅療養推進基盤整備事業(多職種ネットワーク構築事業)など、在宅医療に関わる様々な取り組みを行っている。その中の在宅難病患者訪問診療事業においてMCSを用いた多職種連携を行い高評価が得られたため、MCS講習会を開催し利用推進を行い、助成事業における追加アプリケーションの開発、在宅医療連携推進会議ICT部会の発足、医歯薬三師会のMCS利用契約締結などによりMCSの利活用を場を広めていった。さらに昨年から始まった東京都在宅療養推進基盤整備事業(多職種ネットワーク構築事業)は地域包括ケアシステムを前提としてICTネットワークを活用した医療介護連携システムを構築する事業であり、これに対して豊島区医師会では、規則・規定等の必要事項の整備、ICTシステムの導入と拡充、連携体制構築のための多職種連携の会を開催、事業周知のための番組作成・放映などを行っている。多職種連携の会は豊島区内にある8つの地域包括支援センターのエリアごとに開催し、地域包括ケアシステムの萌芽といえる連携ができつつある。今後は行政との連携を深め、次のステップに進めていくことを検討中だ。

これらの事例の他にも全国各地でMCSを使った連携が行われている。また、MCSと連携するポータルサイトや資源マップ、機能追加アプリの作成なども行われている。今後は多職種連携のプラットフォームとして欠くことのできないシステムになっていくだろう。

ランチョンセミナー 5

共催：コンバテック ジャパン株式会社

座長略歴

□ 川島孝一郎

仙台往診クリニック 院長
北里大学医学部卒業、東北大学大学院医学研究科修了 医学博士
東北大学医学部 臨床教授
東北大学サイクロトロン・ラジオアイソトープセンター研究教授
日本在宅医学会 理事
日本プライマリ・ケア連合学会 代議員
日本生命倫理学会 評議員
【今までの主な活動等】
平成11年 宮城県神経難病医療連絡協議会 幹事
平成17年 厚生労働省「在宅療法の普及及び技術評価に係る調査」実施委員会 委員
平成18年 厚生労働省「終末期医療の決定プロセスのあり方に関する検討会」委員
平成19年 宮城県地域保健医療計画策定懇話会 委員
平成20年 厚生労働省「終末期医療に関する調査等検討会」委員
平成20年 総務省・厚生労働省「遠隔医療の推進方策に関する懇談会」委員
平成20年 厚生労働省「終末期医療のあり方に関する懇談会」委員
平成23年 厚生労働省「平成22年度診療報酬改定結果検証に係る調査（平成23年度調査）」検討委員
平成24年 厚生労働省「平成24年度診療報酬改定結果検証に係る調査（平成24年度調査）」検討委員
平成24年 厚生労働省「終末期医療に関する意識調査等検討会」委員
平成26年 厚生労働省「平成26年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成26年度調査）」検討委員
平成27年 厚生労働省「平成26年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成27年度調査）」検討委員

演者略歴

□ 西崎 久純

1994年 東海大学医学部卒業
1994年 聖路加国際病院 外科
2000年 同 緩和ケア科
2001年 国立がん研究センター中央病院 緩和ケア科
2003年 静岡県立がんセンター 緩和医療科
2010年～現在 仙台往診クリニック 医療部長

□ 石川奈津江

2000年 白榆看護学校卒業 看護師免許取得
医療法人永仁会 永仁会病院勤務
2008年 宮城認定看護師スクール卒業
2009年 皮膚排泄ケア認定看護師 認定資格取得
2011年 東北大学病院 勤務
2012年 仙台往診クリニック非常勤勤務
2013年 東北文化学園大学大学院健康社会システム研究科
健康福祉専攻博士課程前期
ナースプラクティショナー養成分野卒業
診療看護師 資格取得
仙台往診クリニック勤務

看取りを含めた在宅褥瘡ケアのいろは

西崎久純、石川奈津江

仙台往診クリニック

【西崎久純】

褥瘡治療においては、一般的に局所コントロールと全身コントロールの両方が重要である。しかし、入院中であれば褥瘡専門の医療者もあり、大勢で頻回の処置も可能であるが、在宅では素人が少人数で限られた回数で処置を行わなくてはならない。また、入院していれば様々な検査をいつでも受けることができ、全身検査や病状評価をすぐに行い、食事形態や摂取栄養量についても専門家が評価し、変更することができる。一般家庭において同様に評価、対策を行うことは困難であると考えられている。

しかし、在宅であっても褥瘡は対策、処置を適切に行うことで、その多くが改善は可能であり、局所の圧迫、血流、感染、浸出液などのコントロールのほか、全身状態（基礎疾患、環境、栄養状態、介護力、看取り状態なのかどうかなど）の評価も行うことと、近年のドレッシング材の進化によって、比較的速やかに改善が見られるようになってきた。

特に在宅においては、できるだけ本人と家族の負担にならないような処置方法を選択することも重要なことであるため、このドレッシング材の活用が重要となる。

今回はその中でも特に局所感染のコントロールの考え方とドレッシング材の選択方法についてご紹介する。

【石川奈津江】

在宅褥瘡診察には時間と労力を要するにも関わらず、診療報酬はほとんど評価されていなかった。診療報酬が適切に評価されなければ、医師は時間のかかる褥瘡診療に関わると経済効率が悪くなることと治癒に長期間かかるため、軟膏やラップ療法で訪問看護師や家族が中心に褥瘡ケアを実施していることが多かった。

平成24年4月診療報酬の改定に伴い、真皮を超える褥瘡に対して創傷被覆材の使用が可能となった。そして、平成26年度より特定保健医療材料（創傷被覆材など）の処方が解禁となり在宅褥瘡ケア方法の選択肢が拡大した。

在宅支援診療所に勤務する皮膚排泄ケア認定看護師の立場から在宅での褥瘡ケアの実際・創傷被覆材の使用経験・創傷被覆材の処方について紹介したいと思う。

ランチョンセミナー 6

共催：株式会社ベネッセスタイルケア、日本調剤株式会社、クオール株式会社

座長略歴

□ 市橋 亮一

在宅専門医、ケアマネージャー

医療法人かがやき 総合在宅医療クリニック 代表、一般社団法人 Peace Co 理事。名古屋大学医学部卒、名古屋第二赤十字病院（血液内科）。2009年総合在宅医療クリニックを岐阜県羽島郡に開設。複数医師体制で累積約1000名の患者の在宅生活を支えてきた。平成24年厚生労働省連携拠点事業受託、著書「がん患者のケアマネジメントー在宅ターミナルをささえる7つのフェーズと21の実践」（中央法規出版）

演者略歴

□ 永井 康德

僻地での国保診療所勤務後、愛媛県松山市で在宅医療専門クリニックを職員3人で開業。現在は、職員90人で情報の共有と方針の統一を図りながら、患者本位の多職種のチーム作りを行っている。平成22年には、市町村合併の余波で廃止となった約1200人の地域のへき地診療所を民営化し、運営している。現在は、松山市で約500人、西予市明浜町で約60人の在宅患者をマネジメントしている。平成28年度からは、在宅患者のための在宅療養支援病床「たんぼぼのおうち」を開設した。

2016年度診療報酬改定と在宅医療の行方

永井康德

たんぼぼクリニック

2016年次期診療報酬改訂の基本方針に「治す医療」から「治し、支える医療」への転換という文言が盛り込まれました。これまで治すことを目的に発展してきた日本の医療ですが、高齢者が多くなり、治せない病や老化で亡くなっていく人たちが増えていく多死社会を迎え、「治せなくても支える医療」の重要性が位置づけられたわけです。人はいつか亡くなることにしっかりと向き合い、病にかかったり、障害を持った時に、どのような場所でどのような療養を行い、どのように最期を迎えるのか、自らの生き方に向き合って、医療者がともに患者と歩んでいくことが求められているのです。

でも、実際には、まだまだ日本の医療は急性期医療を中心に治す医療が主流を占めています。もちろん、治すことができることは非常に価値のあることなのですが、亡くなるまで治し続けて、まだ8割以上の人が病院で亡くなるのが日本の社会なのです。その中で、いかに死に向き合い、患者が亡くなるその瞬間まで適切なケアを受けて、自分らしく生きることが出来るかを支援する医療や介護が求められているわけです。ただ、医学教育や看護教育では、これまでこの支える医療について十分な教育がなされておらず、多くの医療者がその必要性に気づいていないのです。病気だけではなく、患者の生き方や家族、生活、地域を見る事の重要性、治せなくても最期まで患者に寄り添うことの重要性、とにかく楽にすることで最期に患者や家族が望むやりたいことを実現し、「いい時間」をすごすことの重要性、亡くなる前は点滴や注入を控え、医療を最小限にすることで、楽になり、最期まで絶食ではなく、最期まで食べることができることの重要性など・・・最近、在宅医療の分野で重要とされてきたことを、急性期病院の医療者や一般住民の方々に伝え、気づいて頂くように普及していくことが、今後の医療と介護のINNOVATIONに重要だと私は考えるのです。

最近、「かかりつけ医の在宅医療」という言葉をよく耳にします。ここで間違っってはならないのは、「かかりつけ医の」の「の」は、所有格の「の」ではないということです。医療は医師のためのものではなく、あくまで患者のためのものです。主治医が患者を所有するのではなく、患者自身が主治医を選択指名するのです。外来の延長線上で主治医が質の高い在宅医療を行えなければ、患者には主治医を変える権利があります。そのことを念頭に置いた上で、「かかりつけ医」は患者の主治医であり続けるために、常に患者のニーズに応える努力をしていくべきでしょう。

診療報酬改定のたびに感じるのですが、目先の改定のたびに方針を変えては遅いのです。目先の個人の利益ではなく、国民はどんな医療を望んでいるのか、日本にとってどのような医療が望ましいのか、それを考えて日々進むべき方向を探っていかなければならないのでしょうか。国民が望む医療を先駆けて提供していけば、制度は後からついてくる、医療も介護も本質は同じなのです。

ランチョンセミナー 7

共催：サイボウズ株式会社

座長略歴

□ 泰川 恵吾

宮古平良生まれ
平成元年 杏林大学医学部卒業後、
東京女子医科大学第二外科入局
平成4年 東京女子医科大学救命救急センター配属
平成9年 宮古で伊志嶺医院 開設
平成12年 ドクターゴン診療所開設
平成13年から平成19年まで
東京女子医科大学救急医学教室非常勤講師
平成18年から 東海大学看護学部非常勤講師
現在、医療法人 鳥伝白川会 ドクターゴン診療所 ドクターゴン鎌倉診療所
ドクターゴン四島診療所 看護小規模多機能型サービス
ゴン 理事長
日本在宅医学会認定専門医
日本外科学会認定医

演者略歴

□ 朝比奈 完

和歌山県生まれ
昭和52年3月 東京医科大学卒業
同年 東京女子医科大学第二外科入局
平成6年8月 久我山病院 副院長
平成9年3月 久我山病院退職 東京女子医科大学退職
平成9年5月
医療法人社団鴻鵠会 中野サンブライトクリニック開設
院長に就任
平成20年9月
医療法人社団鴻鵠会 中野サンブライトクリニック院長辞任、
同法人の睦町クリニック 院長に就任、現在に至る
日本在宅医療学会評議員
横浜市立大学医学部臨床教授

多職種連携の壁をぶち破るには

朝比奈 完

医療法人社団鴻鵠会 睦町クリニック

在宅医療では、多職種間の連携が重要である。連携の
カナメは情報共有である。かつては情報共有の手段として、
担当者会議、自宅においた連絡ノート、電話、FAX、
電子メールなどが使われてきたが、迅速性や個人情報保護
における秘匿性、コミュニケーション効率などにおいて満
足できるものではなかった。

そこで当院では、インターネットを用いた無料のグルー
プウェアであるサイボウズLiveに着目し、2010年4月より
在宅医療における患者情報共有ツールとして活用して
きた。

サイボウズLiveはクラウド上で稼働しており、情報の
まとまりをグループとして扱う。グループに参加するには、
管理者よりメンバーとして招待されなければならない。
各メンバーは、他のメンバーが他のどのグループに所
属しているかを知ることはできない。これらの特徴を活用し、
グループ名を患者名とし、患者にかかわるスタッフ
をメンバーとして登録すれば、システム上は情報が漏洩す
ることはなく、グループ内で安全かつ容易に情報共有が行
える。

ちなみに、当院では多職種間情報共有はサイボウズ
Live、情報管理・分析はkintone (サイボウズ(株))、電子カル
テ (SECOMユビキタス電子カルテ) の3種類のツール
を目的に応じて使い分けている。

このようにして2016年5月末までに延べ1,273人の在宅
患者をグループとして登録し、運用してきた。当院で訪問
診療を行っている患者数は1ヵ月間でおむね250件前後
(うち施設は1割前後)であるが、連携している居宅介護支
援事業所108ヶ所中59ヶ所、訪問看護ステーション36ヶ所
中32ヶ所、調剤薬局43ヶ所中13ヶ所はサイボウズLiveに
よる情報共有を行い、年間約23,000件の書き込みがサイ
ボウズLive上でやり取りされている。

しかしながら連携先にアンケートを取ってみると、最も
コミュニケーションが取りづらい職種は、医療職、介護職
ともに医師であり、医療職および介護職ともに互いに
「言っていることがわからない」という、共通言語が不在
といえる状況も明らかになった。情報共有を行う上では、
このようなハードルがあることを意識したコミュニケーション
を行う必要がある。

情報共有を円滑に行うためには、サイボウズLiveのよ
うな適切なツールが必要であるが、どのようなツールであ
れ多職種間のコミュニケーションのハードルを意識した
うえでそれをどう使うか、いくつか重要なポイントがあ
る。セミナーでは、当院の取り組みを中心にそのポイント
を明らかにする。

ランチョンセミナー 8

共催：株式会社大塚製薬工場、イーエヌ大塚製薬株式会社

座長略歴

□ 塚田 邦夫

医療法人研医会高岡駅南クリニック院長、東京医科歯科大学医学部非常勤講師、富山大学医学部看護学科非常勤講師

1979年 群馬大学医学部卒業

1979年 東京医科歯科大学第2外科入局

1988年 東京医科歯科大学第2外科助手

1988～1990年 米国クリーブランドクリニック
結腸直腸外科臨床研究医

1997年 高岡駅南クリニック院長 現在に至る

学会：

日本褥瘡学会理事、日本在宅褥瘡創傷ケア推進協会常任理事
日本外科学会専門医、日本消化器内視鏡学会指導医・専門医、
日本大腸肛門病学会専門医、日本消化器病学会専門医

演者略歴

□ 中村 育子

平成6年 女子栄養大学栄養学部卒業

平成21年 女子栄養大学大学院栄養学研究科栄養学専攻
修士課程入学

平成23年 女子栄養大学大学院栄養学研究科栄養学専攻
修士課程卒業

平成24年 静岡県立大学大学院薬食生命科学総合学府博士
後期課程食品栄養科学専攻入学

平成27年 静岡県立大学大学院薬食生命科学総合学府博士
後期課程食品栄養科学専攻満期終了

平成6年 板橋区立西台在宅サービスセンター

平成9年 福岡クリニック在宅部栄養課勤務

平成18年 福岡クリニック在宅部栄養課 課長

日本在宅栄養管理学会 副理事長

在宅医療における訪問管理栄養士の役割と連携

中村育子

医療法人社団福寿会 福岡クリニック 在宅部 栄養課

平成28年診療報酬改定では、食事・栄養に関する改定は栄養食事指導料が拡大され、癌、摂食・嚥下機能低下、低栄養の患者に対する治療食を対象者に含めることとなった。外来、入院栄養食事指導料については、指導時間の要件および点数が見直され、改定前は130点（15分以上）であったが、改定後では初回260点（30分以上）、2回目以降200点（20分以上）となった。在宅訪問栄養食事指導料の要件では、調理実習の義務化が無くなり、低栄養の改善に有効な実践的な指導でも評価されることとなり、より実態に即した報酬体系になったと考えられる。

当クリニック在宅部は機能強化型の在宅療養支援診療所であり在宅患者総数は約600名である。在宅部は医師（内科、心療内科、整形外科、泌尿器科、眼科）、在宅診療に同行する看護師、相談員、管理栄養士、リハビリテーション（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士）、事務員から構成されており、在宅患者を包括的にサポートしている。在宅訪問栄養食事指導は、月に約110軒の訪問で、対象者は79人である。

在宅患者を取り巻く環境は変化し、三世代同居から独居や高齢夫婦世帯が増加している。また介護保険制度におけるホームヘルパーの生活援助での買い物、調理の時間は減少し、将来的にはさらに削られる見通しとなっている。生活全体を把握しながら高齢介護者や介入時間の少ないホームヘルパーに対して、効果的な栄養食事療法を行うには、栄養状態が悪化する問題点を正確に抽出し、多職種連携して問題点を解決することが必要とされる。在宅医療の中で管理栄養士は主治医からの指示のもとに訪問し、栄養介入を行い、栄養状態の改善からADLを改善させ、在宅患者が希望する生活に近づけるようQOLの向上に貢献している。

本講演では、年間1,000軒超の訪問実績の中で得られた知見として、在宅医療における管理栄養士の役割や、在宅での栄養介入方法について具体的に紹介する。管理栄養士の在宅訪問栄養食事指導は全国でまだ少ないが、日本栄養士会特定分野認定制度「在宅訪問管理栄養士」に対して、日本在宅栄養管理学会が養成を行っている。これから少しずつ地域で訪問できる管理栄養士が増加していく中で、在宅訪問栄養食事指導に対する多職種の理解を深め、在宅で管理栄養士と連携しやすくなるような機会としたい。

ランチョンセミナー 9

共催：中外製薬株式会社

座長略歴

□ 船木 威徳

医療法人社団ビジョナリー理事長
王子北口内科クリニック院長
東京女子医科大学東医療センター非常勤講師
1996年 旭川医科大学医学部卒業
2000年 東京女子医科大学付属第二病院（現・東医療センター）
内科・血液浄化部に勤務。
2011年 夜間診療専門の内科クリニックを開設。
腹膜透析診療も並行すると同時に、腹膜透析患者の
訪問診療を積極的に進め、透析患者の定期的な訪問
診療件数は全国トップ。
2016年 医師2名の診療体制で現在HOPE（Home-care
Oriented Peritoneal dialysis Encouragement）
プログラム「どんな病態でも、どんな事情があっても
患者さんの望む場所での腹膜透析をサポートする」
在宅医療を展開している。

演者略歴

□ 阿部 雅紀

平成9年 日本大学医学部卒業、第二内科学教室入局
平成15年 社会保険横浜中央病院 腎・血液浄化療法科
平成19年 日本大学医学部付属 練馬光が丘病院 透析室室長
平成19年 日本大学 腎臓高血圧内分泌内科 助教
平成26年 同 准教授
平成28年 同 教授
所属学会：
日本内科学会 総合内科専門医
日本透析医学会 専門医、指導医、評議員、
「透析患者の糖尿病診療ガイド」作成ワーキンググループ
日本腎臓学会 専門医、指導医、評議員
日本糖尿病性腎症研究会 幹事
著書：
CKDチーム医療のテキスト
透析まで行かせない！ CKD診療

透析まで行かせないCKDチーム医療

阿部雅紀

日本大学医学部 内科学系 腎臓高血圧内分泌内科学分野

糖尿病性腎症は透析導入原疾患の第一位であり、わが国のCKD対策の重要な疾患であることは周知の事実であるが、注目すべきもう一つの原疾患として腎硬化症があげられる。わが国では高齢化に伴い、高血圧を基礎疾患とした腎硬化症が透析導入原疾患第3位となっており、近年増加傾向にある。そのため、透析導入患者数を抑制するためには糖尿病性腎症と腎硬化症への対策が重要な課題である。さらにこれらの患者群は心血管疾患（CVD）の発症率が高いことも特徴である。糖尿病はCVDの強い危険因子であり、CVDはCKD患者において発症しやすいため、糖尿病とCKDの組み合わせは透析導入だけでなく、CVDのリスクが増加する。同程度のeGFRでも尿蛋白が多く出ている群の方が、透析導入のみならず、心血管死および全死亡のリスクが高いことが示された。同じCKDという病態でも、糖尿病性腎症と腎硬化症を比較すると、その臨床経過はそれぞれ特徴があり異なる。そのため、CKD原疾患の病態とステージに応じた薬物を選択することが求められる。特に、糖尿病性腎症においては、微量アルブミン尿期からの治療介入が重要である。この時期にRAS阻害薬を含めた集学的な治療を行うことでCVDの発症、透析導入、死亡率が減少することが知られており、この時期におけるRAS阻害薬や多職種による集学的治療の有用性は多くの試験で立証されている。また、CRA症候群（心・腎・貧血症候群）は、CKD、心疾患、腎性貧血が互いに影響し合い、悪循環を生じさせるという概念である。CKDあるいは低心機能に陥った心疾患を根本治療することは困難であるが、腎性貧血は早期から介入しやすいため、積極的に介入することで、心・腎両者の増悪を防ぐことが可能となる。さらに、CKDが進行するに従い、血圧、血糖管理、腎性貧血のみならず、脂質異常症、高尿酸血症、代謝性アシドーシス、蛋白制限食など、様々な介入ポイントが現れてくる。生活習慣の是正、食事療法の強化、服薬指導を含めた医師、看護師、管理栄養士、薬剤師によるチーム医療もCKDの進展を抑制することが示唆されている。CKD診療において、われわれ腎臓内科医と実地医家の先生、糖尿病や循環器など原疾患の専門医という医師間の連携も重要であるが、看護師、管理栄養士など、職種を超えた連携も今後さらに必要とされる時代になるものと考えられる。

ランチョンセミナー 10

共催：グラクソ・スミスクライン株式会社

座長略歴

□ 石垣 泰則

昭和57年6月 順天堂大学医学部 脳神経内科 入局

平成2年5月 城西神経内科クリニック開業 院長

平成21年5月 コーラルクリニック開院

役職：

・順天堂大学医学部リハビリ医学講座／神経学講座 講師（非常勤）・日本リハビリテーション医学会 代議員・日本在宅医学会 理事・日本老年医学会 代議員・日本早期認知症学会 副理事長・全国在宅療養支援診療所連絡会 副会長 他

資格：

・医学博士・日本神経学会 神経内科専門医・日本リハビリテーション医学会 専門医・日本リウマチ学会 専門医・日本内科学会 認定内科医・日本在宅医学会 認定専門医・日本プライマリ・ケア連合学会認定医・指導医

演者略歴

□ 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）

パーキンソン病のトータルケア ー日常生活における工夫と留意点ー

服部信孝

順天堂大学医学部 神経学講座 教授

パーキンソン病は、アルツハイマー病に次いで、頻度の高い神経変性疾患であり、加齢が重要な危険因子であることから今後、高齢社会を迎えた我が国では、高齢発症の患者が増えることが予想される。よって疾患のみに特異的な症状だけでなく、高齢者で留意しなければならない点も留意することになる。疾患のみで転倒しやすい上に高齢者であるために骨折の頻度が上昇することが予想されるし、また肺炎に罹患した場合も高齢であるがために治療抵抗性であることが予想される。従って骨折や肺炎など予防策を立てる必要があるし、なった場合はリハビリなど不可欠になる。また運動機能が低下すれば病院受診することさえ困難になってくる。そのためには出来るだけ移動の負担を軽減する必要がある、在宅医療を併用することで要求を満たすことが出来ると考える。在宅であれば医師のみならず看護師、理学療法士も関わる必要があり多職種の間で連携が必然的に重要となる。更にはwearable monitoring systemを使った遠隔医療の利用も重要な課題となると考えられており、トータルケアが鍵を握ってくると考えている。本講演ではパーキンソン病のトータルケアと題して日常生活における工夫点と留意点について解説したい。

ランチョンセミナー 11

共催：テルモ株式会社

座長略歴

□ 辻 彼南雄

(医) 互酬会 水道橋東口クリニック理事長・院長、(社) ライフケアシステム代表理事、NPO法人高齢者を支える学際的チームアプローチ推進ネットワーク (ミシガンネット) 理事長/医師 1984年北海道大学医学部卒業後、群馬大学病院・東京通信病院・東京大学病院等で高齢者医療に携わる。在宅医療の先駆者佐藤智医師の著書に感銘を受け、1990年より佐藤医師の下で在宅医療を学ぶ。東京大学医学部公衆衛生学・老年病学非常勤講師。2015年「第4回杉浦地域医療振興賞」受賞。著書に『家庭医が語るシニア世代の不健康管理』（共著、一橋出版）などがある。

演者略歴

□ 大住 カ

東京ディズニーランド等を運営する(株)オリエンタルランドに入社し、約20年間、人材教育、東京ディズニーシー、イクスピアリなどのプロジェクトの立上げや運営、マネジメントに携わる。2010年、同社を退職し、難病を患う子どもと家族への支援を目的とした公益社団法人難病の子どもとその家族へ夢を設立、代表を務める。看護管理学会や助産師会等で講演やポスター発表等も積極的に行う。本年秋に公益法人として訪問看護事業を立上げ予定。

著書として「一生の仕事が見つかるディズニーの教え」「ディズニーの最強マニュアル」など多数。

もしもディズニーが訪問看護を始めたら

大住 カ

公益社団法人 難病の子どもとその家族へ夢を

国民の医療費が年間40兆円を超えるこの時代に、その抑制の意味もあって、国も施策的に在宅医療を進めようという流れになっています。また、人工呼吸器等の医療機器も機能が発達して小型化も進み、技術的にも在宅医療の環境は改善されてきています。

しかし一方で、少子高齢化が進む日本では、小児病棟の閉鎖や縮小などが問題となり、小児の在宅医療やケアについては、まだまだ未整備の環境にあるのが現状です。

医療的ケアを必要とする子どもが自宅にいと、母親を中心としてご家族は24時間サポートケアしなくてはなりません。在宅医療の環境が技術的に改善されたといってもご家族には大きな負担となっているのが現状です。さらに晩婚化、非婚化が現在のスピードで上昇していくとなると、ますます少子化にも影響を与え、負のスパイラルに陥ることは容易に予測されます。

私は、こうした環境にある小児在宅ケアの世界に、一石を投げようと、東京ディズニーリゾートで約20年間務め、そこで学んだホスピタリティーの本質や、ひとの“Happiness (しあわせ)” についての経験や実績をもとに、現在、その職を辞し、2010年に日本全国で難病を患っている子どもとその家族を支援する公益法人団体を立ち上げ、運営する現場からの声をもとにして、「小児在宅ケア」について、皆さんとともに考えていきたいと願っております。

本セミナーでは、ディズニーランドの生みの親であるウォルト・ディズニー氏の人となり、人生観、仕事観を鑑みながら、彼が生み出したディズニーの大きなミッションやメソッド、東京ディズニーランドにおけるエピソードを含め、現在、医療的ケアを日々、必要としている難病を患っている子どもとその家族からのエピソードを皆さんにお伝えしていくことで、ウォルト・ディズニー氏が“もし”在宅ケアを始めたら？と仮想して、セミナーを展開したいと思っています。

ウォルト・ディズニー氏は、最初の構想から、ディズニーランドの実現まで、なんと31年間も時間を要しましたが、決して“夢”ではない、患者と医療的ケアを行う医療従事者の双方に喜びを持つことができる“Happiness”の真髄を、皆さんと共有していくことが可能になるのではないかと確信しています。

どの世界にも“不可能”はありません。一緒に夢の世界を創りましょう。

ランチオンセミナー 12

共催：ノバルティス ファーマ株式会社

座長略歴

□ 古田 光

平成8年3月 東京医科歯科大学医学部卒業
平成8年4月 東京医科歯科大学精神科医局入局
平成20年 東京都老人医療センター精神科医長
平成21年4月 東京都健康長寿医療センター 精神科医長
平成28年4月 同部長
資格：精神神経学会専門医・指導医
老年精神医学会専門医・指導医
認知症学会専門医・指導医

演者略歴

□ 木下 彩栄

1989年 京都大学医学部 卒業
1989年 京都大学医学部附属病院神経内科 研修医
(木村淳教授)
1990年 天理よろづ相談所病院神経内科 医員
1992年 都立神経病院神経内科 医員
1998年 京都大学大学院医学研究科博士課程 修了、
医学博士 (京都大学)
1998年 学術振興会 特別研究員
1999年 生理学研究所 助手 (重本隆一教授)
2000年 ハーバード大学医学部神経内科マサチューセッツ
総合病院アルツハイマー病研究ユニット
(Bradley Hyman教授) 博士研究員
2002年 ハーバード大学医学部神経内科マサチューセッツ
総合病院アルツハイマー病研究ユニット
(Bradley Hyman教授) 助手：instructor
2003年 京都大学医学部先端領域融合医学研究機構
アルツハイマー病研究グループ 特任助教授
2005年 京都大学医学部人間健康科学科 教授
(保健学科より人間健康科学科に名称変更あり)
2013年 京都大学 Medical Innovation Center SK
プロジェクト プロジェクトリーダー
現在に至る
《所属学会等》
日本内科学会 (認定内科医)、日本神経学会 (専門医)、日本認知
症学会 (専門医)

□ 朝田 隆

1982年11月 石川県芦城病院勤務 (救急医療など)
1983年 6月 東京医科歯科大学神経科精神科勤務
1983年10月 甲府市立病院神経内科勤務
1984年10月 山梨医科大学精神神経医学講座
1986年 4月 同科助手
1988年 6月 イギリスオックスフォード大老年科留学
1989年 4月 山梨医科大学精神神経科勤務
1993年 6月 山梨医科大学精神神経科講師
1995年 9月 国立精神神経センター武蔵病院精神科勤務
(医長)
2000年1月 国立精神神経センター武蔵病院
リハビリテーション部長
2001年5月 筑波大学精神医学教授
2014年7月 東京医科歯科大学医学部 特任教授
2015年3月 筑波大学退職
2015年4月 筑波大学名誉教授、
メモリークリニックお茶の水院長

抗認知症薬作用機序とその効果・服薬管理

木下彩栄

京都大学医学部 人間健康科学科 地域看護学講座 在宅医療看護学分野 教授

アルツハイマー病における治療薬の効果は限定的であるが、早期発見・早期服薬開始により、ある一定の期間において症状が落ち着き、進行がゆっくりになることはすでに多数の研究成果からも明らかであり、投薬治療とケアは両輪をなすものである。

本演題では、治療薬の作用機序、中でもリバスチグミンの効果について論じ、自験例を示しながら、服薬管理についても述べる予定である。

現在上市されている4剤の治療薬は、コリンエステラーゼ阻害剤とNMDA受容体拮抗薬の2種類に分けられる。初期の患者さんには、コリンエステラーゼ阻害剤をまず開始し、効果や副作用によって継続処方あるいは他剤に切り替えるというのがガイドラインに添った使用方法となっている。

中でも、リバスチグミンは唯一の貼付剤であり、視覚的に服薬（貼付）が確認でき、嚥下困難や胃腸障害のある方にも使用できるなどのメリットが存在する。さらに、リバスチグミンはブチリルコリンエステラーゼ阻害作用を有するために、コリンエステラーゼ阻害効果が強いのではないかと感じている。ブチリルコリンエステラーゼは前頭葉などに投射する神経細胞に豊富に存在しているために、前頭葉賦活機能が強いということも想定されている。本邦におけるリバスチグミンが貼付剤であることはメリットである反面、皮膚症状をきたしやすいというデメリットもある。皮膚症状の軽症例では保湿剤等の指導で継続可能になる場合も多いが、実際には患者・家族が不安に思って中止してしまうことがある。我々は、病院と家庭をつなぐテレビ電話を使用することで皮膚症状を詳細に観察し、適宜アドバイスを与えることで、高い継続率を維持することができた。

このように、抗認知症薬においては個人に合わせたテーラーメイド治療が必要であり、効果や副作用をチェックしながらの詳細なフォローが望まれる。

認知症：生活障害をターゲットとする治療

朝田 隆

東京医科歯科大学 脳統合機能研究センター 認知症研究部門 特任教授

認知症の生活障害とは、「認知症の人にみられ、それ故に個人的・家庭的活動と社会的参加を困難にする日常生活上の障害である。原因は主に特定の大脳病巣であることが示唆される。巣症状（失行・失認など）と呼ばれる固有の局所病変に呼応する症候も原因になり得る。概して認知症では、進行とともに脳病変は広範化し、複数の器官に合併病変も生じる。このような病態であっても、主たる原因が特定の大脳病巣であることが示唆され、冒頭の日常生活上の障害であれば、生活障害に含まれる」。生活障害対応方法の開発に関する基本は、まず①本来の日常生活上の行為とはいかなるものかの分析である。次に②実際の生活障害とはこのような基本パターンからどのように逸脱しているかの分析になる。そして③多くのケア実践者からこのような逸脱への対応方法として優れたものを収集することである。生活障害に対して、基本となる対応方法は「仕切り直し」である。例えば施設の送迎車の座席に正しく座れなかった患者が、一度自動車を降りて再度乗車させると正しく座れた例があった。また、動作の流れの手助けをして成功した例として、上着をうまく脱ぐことができない患者に、背後にまわって肩甲骨のあたりを少し引っ張るとそれが反射となり脱ぐことができたケースもあった。いずれにしても、介護者が焦らず間を置くことで、当事者は混乱と苛立ちを忘れる。学問的にも「場所と時が変わればできてしまう、失行とはそんなもの」とされている。

山本五十六元帥の語録に「やってみせ、言って聞かせて、させてみて、ほめてやらねば、人は動かじ」というものがある。このことは認知症介護にも通じており、認知症患者の家族に伝えるべき言葉であろう。認知症ケアの理念は、「してあげる」ではなく当事者の能力を最大限に活かすこと、あるいはそのパフォーマンスを高めることである。そのためには流れの乱れが失敗の基本にあることを踏まえて、リズムに乗せることが大事である。それとともに失敗の端緒がどこかをしっかり見つけることが重要である。

ランチョンセミナー 13

共催：第一三共株式会社

座長略歴

□ 高野 学美

1985年 慶応義塾大学医学部麻酔学教室 麻酔科研修医
1987年 同 専修医（助手）
1988年 獨協医科大学越谷病院 麻酔科助手
1990年 カリフォルニア大学サンディエゴ校麻酔科フェロー
1995年 獨協医科大学越谷病院 麻酔科講師
2005年 慶応義塾大学病院 麻酔科病棟医長
2007年 貝塚クリニック副院長
慶応義塾大学医学部麻酔学教室 非常勤講師
2010年 千代田区麹町地域高齢者施設シロール麹町
特別養護老人ホーム配置医師
同 認知症グループホーム主治医
千代田区医師会 介護保険部担当理事
2013年 貝塚クリニック 院長
2014年 千代田区医師会 副会長
資格：
日本麻酔科学会専門医、日本ペインクリニック学会専門医、
東京都認知症サポート医
著書：合併症患者の麻酔スタンダード 2008年

演者略歴

□ 中村 祐

香川大学医学部精神神経医学講座 教授
昭和61年大阪大学医学部卒。平成3年大阪大学医学部大学院
修了。スウェーデンカロリンスカ研究所老年医学講座客員教授
(平成13年6～12月)、奈良県立医科大学などを経て平成17年より
現職。
その他、精神保健指定医、臨床心理士、認知症ケア学会理事、日
本老年精神医学会理事、「認知症の人と家族の会」香川県支部世
話人（代議員）、NPO法人老年精神医学分野治験支援機構（副理
事長・事務局長）等。アルツハイマー型認知症の生化学的な病態
の解明の研究を行って来るとともに、アルツハイマー型認知症の
治療薬の開発に長年にわたり関与。

選択肢が広がった認知症治療

中村 祐

香川大学医学部 精神神経医学講座 教授

従来、わが国におけるアルツハイマー型認知症の治療薬は、コリンエステラーゼ (ChE) 阻害剤であるドネペジルのみであったが、2011年に作用機序の異なるメマンチンを含め3剤が発売となり、アルツハイマー型認知症の治療選択肢は大きく広がった。

メマンチンは、シナプス間隙のグルタミン酸濃度の持続的な上昇により活性化したNMDA受容体に結合し、神経細胞内への過剰なCaイオンの流入によって起こるシナプティックノイズを抑制し神経伝達を増強するとともに、神経細胞を保護することにより、認知機能障害の進行抑制作用を有する。

メマンチンの国内開発治験でのSIB-Jを用いた評価では、単独投与で優位な認知機能障害進行抑制効果が確認されている。また、認知症に伴うBPSDについては進行抑制だけではなく、攻撃性の発症抑制効果も明らかとなっており、メマンチンを早期から投与する意義があると考えられる。米国にて6ヶ月以上ChE阻害薬を服用している症例への追加投与を行った試験でも同様の結果が得られている。以上のことから、中等度以上のアルツハイマー型認知症の患者にメマンチンはベース薬として期待できる。

また、中等度ですでにChE阻害薬を投与している患者には、認知機能障害進行抑制ならびに神経保護を目的としてメマンチンの併用が推奨される。高度に進行した場合、ドネペジル10mg への増量が選択肢として加わる。

メマンチンの代表的な副作用としては「便秘、浮動性めまい、頭痛、血圧上昇、傾眠」が上げられるが、その中でも報告数の多い「浮動性めまい」「傾眠」については、まず投与中止や中断の必要性を判断し、服薬時間の朝から夕方への変更や、睡眠導入薬や抗精神病薬など抑制系薬剤の減量や中止、高度の腎機能障害例 (Ccr30mL/min 未満) での維持用量を1日10mg (通常用量の半分) とすることにより、副作用が軽減でき投与継続が可能となる場合が多い。

副作用発現により家族が慌てることや重篤な副作用の回避のために、あらかじめ浮動性めまいや傾眠について、本人や家族などの介護者へ説明をしておくこともポイントである。

今後、メマンチンはアルツハイマー型認知症のベース薬として期待される。

ランチョンセミナー 14

在宅ジェネラリスト養成講座12

座長略歴

□ 奥山 尚

昭和61年(1986年)3月 筑波大学医学専門学群卒業
同 6月 河北総合病院 内科
昭和63年(1988年)6月 山梨医科大学(現山梨大学医学部)
第一内科
平成4年(1992年)6月 河北総合病院 内科
平成17年(2005年)4月 河北リハビリテーション病院 院長
平成18年(2006年)4月 河北サテライトクリニック 所長
平成20年(2008年)4月 山本内科クリニック
平成23年(2011年)1月 奥山内科クリニック 院長

演者略歴

□ 平原佐斗司

東京ふれあい医療生活協同組合 副理事長
梶原診療所・在宅総合ケアセンター長
オレンジほっとクリニック所長
1987年島根医大卒、同第二内科、平田市立病院、帝京大学内科等を経て現職
日本在宅医学会副代表理事、総合内科専門医、在宅医療専門医、緩和医療学会暫定指導医等
東京医科歯科、聖路加国際大学臨床教授、東大高齢社会総合研究機構客員研究員
編著：チャレンジ在宅がん緩和ケア、チャレンジ非がん疾患の緩和ケア、心不全の緩和ケア、呼吸器疾患の緩和ケア(2016発刊予定)(南山堂)、在宅医療テキスト(1～3版)(勇美財団)、認知症ステージアプローチ入門(中央法規)他

非がん疾患の緩和ケア(総論)

平原佐斗司

東京ふれあい医療生活協同組合 梶原診療所／オレンジほっとクリニック

緩和ケアは、がんだけでなく非がん疾患を含むあらゆる疾患へ、小児から高齢者まで、そして、緩和ケア病棟だけでなく、地域・在宅を中心として、急性期病院や施設などあらゆるセッティングで提供されるべき包括的なケアへと広がりをみせている。

欧米では、1990年代にRegional Study of Care for the Dying (RSCD) やThe Study to Understand Prognoses and Preference for Outcomes and Risks of Treatment (SUPPORT) 研究などによって、非がん疾患の終末期に緩和ケアの光が当たっていないことが明らかになった。そして、今世紀に入ってから、非がん疾患の緩和ケアは欧米各国で多くの実践が積み重ねられている。

一方、我が国においては、1990年頃にはがんの苦痛の緩和法とともに、緩和ケアという概念が紹介されて以来、緩和ケアはがんのみを対象としているという考えがいまだに根強く存在している。今世紀に入り我が国は超高齢社会に突入したが、我が国の非がん疾患の緩和ケアの発信は、高齢化を背景に2000年～2005年頃、主に老年医学や在宅医療の領域から始まっている。2007年のがん対策基本法の施行を契機に、わが国の緩和ケアは再び大きくがんの緩和ケアに振れることになったが、2010年以降さまざまな専門領域の学会が、終末期の医療の在り方について発信を始め、再び注目されるに至っている。

最近では、2012年にヨーロッパ緩和ケア協会が「プラハ憲章」で、「人権としての緩和ケア」を謳い、適切な緩和ケアをうけるのは国民の権利であり、政府はすべての人が緩和ケアにアクセスできるようにする義務があると述べている。また、2014年1月に、WHOとWorldwide Palliative Care Alliance (WPCA) が発刊したGlobal Atlas of Palliative care at the End of Lifeでは、世界では緩和ケアを必要とする人の10人に一人しか緩和ケアが届いていないこと、そして、緩和ケアを必要とする3人に1人は末期がんであるが、3人に2人は非がん疾患であると述べている。

本講演では、最初に非がん疾患の緩和ケアの内外の歴史をふりかえり、緩和ケアの研究や実践が多様化していく中で、緩和ケアが、がんの苦痛をとる医療やケアの一領域にとどまらず、「あらゆる人と場所に届けられる基本的ケア」という普遍的価値を構築してきた歴史を俯瞰する。

次に、国内外の研究で明らかになった非がん疾患の緩和ケアのエビデンスに基づき、非がん疾患の苦痛とその評価、緩和ケアの基本について、疾患横断的に解説する。

最後に、不確実な予後をどのように推測するか、さらに予後が見通せない中でどのように意思決定を支援していくかについて述べたい。

ランチョンセミナー 15

共催：久光製薬株式会社

座長略歴

□ 横山 修

昭和57年3月 金沢大学医学部卒業
昭和63年7月 金沢大学大学院医学研究科修了
平成4年4月 金沢大学医学部附属病院助手
平成8年8月 金沢大学医学部附属病院講師
平成8年11月～平成9年10月 米国ピッツバーグ大学薬理学教室留学
平成14年5月 福井医科大学医学部泌尿器科学教授
平成15年10月 大学統合に伴い福井大学医学部泌尿器科学教授

所属学会：

- 1) 日本泌尿器科学会（代議員）
- 2) 日本排尿機能学会（理事・理事長）
- 3) 日本脊髄障害医学会（評議員）
- 4) 日本性機能学会（理事）
- 5) 日本アンドロロジー学会（評議員・監事）
- 6) 日本女性骨盤底医学会（理事）
- 7) 日本老年泌尿器科学会（評議員・理事）
- 8) 日本Men's Health学会（理事）
- 9) 日本泌尿器内視鏡学会（評議員）

演者略歴

□ 斎藤 恵介

帝京大学医学部泌尿器科学教室 講師
平成13年3月 帝京大学医学部卒業
平成13年5月 帝京大学医学部附属泌尿器科 入局
平成17年7月 県立静岡がんセンター泌尿器科 医局員
平成19年2月 千葉県名戸ヶ谷病院泌尿器科 医局員
平成19年4月 ハーバード大学
平成20年5月 帝京大学医学部泌尿器科学教室 助教
平成23年4月 鳳優会あすかホームケアクリニック 在宅医長
平成24年4月 帝京大学医学部国際教育研究所 講師
平成25年6月 順天堂大学医学部 非常勤講師兼任
平成26年4月 帝京大学医学部附属病院泌尿器科学教室 講師

泌尿器科在宅における排尿障害管理

斎藤恵介

帝京大学医学部 泌尿器科学教室

【はじめに】 排尿管理は、終末期の尊厳を守る重要な役割を担う。しかしながら在宅環境では、排泄ケアの充実と相反して介護負担が増加するジレンマにもしばしば遭遇する。排尿は自己抑制が困難な生理的現象であるため、そのメカニズムを良く知り在宅診療・ケアに応用する必要がある。本講演では、高齢者に起こる排尿障害と加齢により起こる夜間多尿のメカニズムを解説し在宅医療現場における排尿管理を考える。また、在宅における尿路カテーテルの現状と尿路感染症やカテーテル関連尿路感染症（CA-UTI：Catheter Associated Urinary Tract Infection）への対策、尿路カテーテルフリーを目指した抜去の方法を解説する。さらに在宅管理が困難と思われる腎臓・膀胱・尿管カテーテル管理の方法とこれら尿路変更によるがん緩和ケアの実際を紹介する。

【排尿障害のメカニズム：前立腺肥大症・神経因性膀胱・過活動膀胱】 前立腺肥大症の在宅における診断方法と在宅医療にすぐ応用できる治療から先進治療までを解説する。また、神経因性膀胱や過活動膀胱のメカニズムと在宅における診断方法と薬物治療の使い方を解説。

【高齢者排尿：夜間多尿のメカニズム】 高齢者排尿で問題となる夜間頻尿は、加齢によるサーカディアンリズムの変調により、カテコラミン高値や夜間メラトニンの低値、血清グリシンの低値、水分摂取の偏重による多飲により起こる。加齢による排尿メカニズムを解説。

【在宅におけるカテーテル管理の実際とCA-UTIへの対策】 帝京大学医学部附属病院と鳳優会あすかホームケアクリニックの共同で行った厚生労働省科学研究調査を元に、在宅カテーテル管理の現状を報告し、尿路感染症に対する管理とカテーテル関連感染症（CA-UTI）管理と対策について考える。

【在宅尿路カテーテルフリー：抜去方法と新しい取り組み】 患者のADLや生活のQuality向上、尿路感染症の抑制には、自排尿管理が重要となる。在宅における尿路カテーテルフリーの方法と実際の症例を紹介する。さらに、在宅におけるカテーテルフリーに対する当院の新しい取り組みであるHome surgeryの活動を紹介。

【疼痛緩和を目的とした尿路管理：在宅における腎臓・膀胱・尿管管理の方法と実際】 尿路カテーテルによる疼痛緩和ケアの実際として、腎臓などのインターベンションにより疼痛緩和につながる症例を紹介。

ランチョンセミナー 16

共催：スミス・アンド・ネフュー ウンド マネジメント株式会社

座長略歴

□ 真田 弘美

東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻老年看護学/創傷看護学分野教授、博士（医学）。

1979年聖路加看護大学卒業、1987-97年金沢大学医学部研究生 博士（医学）、1998年金沢大学医学部保健学科教授、2003年東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻老年看護学分野教授、2006年より現職。2011-2012年専攻長。2015年より学科長。1987年E. T. (Enterostomal Therapist) 免許1999年よりWOC看護認定看護師（現皮膚・排泄ケア認定看護師）。日本看護協会副会長、日本創傷・オストミー・失禁管理学会、看護理工学会、国際リンパ浮腫フレームワーク・ジャパン研究協議会の理事長、日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会、日本創傷治癒学会、日本看護科学学会、老年泌尿器科学会などの理事、日本褥瘡学会の監事を担っている。

スキンテアのケアを知っていますか？

真田弘美

東京大学大学院医学系研究科 健康科学・看護学専攻 老年看護学・創傷看護学分野 教授

後期高齢者の急増とともに、クローズアップされる疾患があります。そのひとつが**Skin Tear**で、これは**スキンテア**と呼びます。スキンテアとは、皮膚が摩擦などの外的刺激により裂けて皮弁が残存する状態を指します。深さは真皮深層に至るまでを指し、それ以上深い創傷は含みません。日本語で裂傷と訳すかどうか日本創傷・オストミー・失禁管理学会の学術委員会ではずいぶん議論しましたが、原因が摩擦であること、また病態が部分層創傷であることを鑑みて、裂傷の定義とは異なると考え、そのまま英語をカタカナで表示することとしました。

その病状をスキンテアだと知らない家族は病院や施設の中で虐待が行われていると勘違いすることがあります。また、医療者の方も入院してきた患者にスキンテアが発生していると、介護者を疑うなど最近では社会的な問題となっています。このような状況においては、スキンテアに対する正しい知識を国民全体が持つための啓発活動の必要性を実感しています。

日本創傷・オストミー・失禁管理学会が2014年に行った10万人の患者を対象としたポイント有病率調査では、75歳以上の患者の1.75%に発生していました。今回対象とした施設の多くは急性期病院であり、ICU入室中の患者のサージカルテープによるスキンテア発生率が最も高く、大きな問題として浮上してきました。一方、高齢者施設のスキンテアは、ナースの手、病衣、シーツなどの摩擦で発生しており、患者の病態ならびに施設によって異なることがわかってきています。

ここでは、スキンテアの病態を理解し、その分類方法や処置方法について日本創傷・オストミー・失禁管理学会が作成したスキンテアガイドブックを基に概説します。

演者略歴

□ 岡田 晋吾

北美原クリニック理事長・函館五稜郭病院客員診療部長

昭和61年3月 防衛医科大学校卒業

昭和61年6月 防衛医科大学校付属病院勤務

平成4年1月 公立昭和病院外科勤務

平成8年1月 函館五稜郭病院外科医長

平成15年1月 同外科科長

平成16年6月から 同客員診療部長（現在も）

平成16年7月から 北美原クリニック開業

（所属学会）

全国在宅療養支援診療所連絡会議世話人、日本静脈経腸栄養学会代議員、日本褥瘡学会評議員、日本臨床医療福祉学会評議員、日本在宅医療学会評議員、NPO法人PEGドクターズネットワーク理事

診療報酬改定を活用した在宅での創傷管理最前線

岡田晋吾

北美原クリニック／函館五稜郭病院

わが国の医療環境は高齢化、病院の機能分化など急速に変化しており、褥瘡治療の現場は急性期病院から療養型病院、介護施設、在宅へと広がっています。在宅医療の対象者の多くは高齢者であり、低栄養状態もしくは低栄養のリスクを抱えています。褥瘡を管理するには除圧、局所治療、栄養管理が基本です。そして局所治療の基本はMoist wound healing（湿潤環境下療法）、Wound bed preparation（創面環境調整）であり、創を観察しながら適切な薬剤、ドレッシング法を選択することが大切です。ドレッシング材の選択においては滲出液の量などを考慮しながら選択しますが、在宅医療の現場の特性や介護負担なども考える必要があります。また褥瘡をそれほど見ない場合には診療所での在庫の問題なども考慮しなければいけません。あまり知られていませんが、ドレッシングの使用を後押しする診療報酬改定が、近年の改定時に組み込まれております。今まで在宅での褥瘡管理にコスト面で使用しづらかった皮膚欠損用創傷被覆材が保険適用になったことは、在宅での褥瘡管理に使用できる材料の選択肢の一つが増え、在宅での患者の生活に合ったケアの提供に向けて良いことだと考えます。本講演では在宅での創傷管理のポイント、在宅でのドレッシング使用においてどのような診療報酬改定が行われているかをお話しさせていただきます。そして実際に当院でドレッシング材を用いて在宅での創傷管理を実施し、使用したドレッシング材を保険算定した事例報告をします。

ランチョンセミナー 17

共催：ソネット株式会社

座長略歴

□ 木下 朋雄

1986年 筑波大学医学専門学群卒業。筑波大学附属病院で外科の研修
1988年～1992年 筑波大学大学院
1992年 筑波大学附属病院・他で外科・呼吸器外科の研修
1996年 福島県立医大整形外科教室で整形外科の研修
1998年 高山整形外科病院に勤務
2004年 曙光会コンフォガーデンクリニック勤務、訪問診療を開始。翌年同院院長に就任、現在に至る。

【資格・学会役員】

日本在宅医学会 理事（専門医制度委員会）（認定専門医・指導医）
日本プライマリ連合学会（認定医・認定指導医）
日本緩和医療学会（暫定指導医）
日本整形外科学会（専門医）
日本外科学会（認定登録医）

演者略歴

□ 前田 浩利

1989 東京医科歯科大学医学部卒業
1989.5～ 東京医科歯科大学小児科臨床研修医
1990.5～ 武蔵野赤十字病院臨床研修医
1991.11～ 東京医科歯科大学小児科
1994.4～ 土浦協同病院小児科医員
1999.6～ あおぞら診療所開設
2004.11～ あおぞら診療所新松戸院長
2011.4～ 子ども在宅クリニック あおぞら診療所墨田院長
現在：医療法人はるたか会理事長
あおぞら診療所新松戸院長
東京医科歯科大学医学部臨床教授

□ 南須原宏城

平成7年 日本医科大学卒業
平成7年 日本医科大学麻酔科入局
国立小児病院麻酔集中治療科・県立広島病院救命救急センター・虎ノ門病院麻酔科などで研修
平成14年より 南須原医院開業（父親の継承）

0歳から100歳までの在宅医療を支えるICT (Information Communication Technology)

前田浩利

医療法人財団はるたか会

当法人は390名の小児患者を含む約600名の0歳から100歳の患者に訪問診療、訪問看護などの在宅医療を提供している。在宅医療の現場において最も苦勞する課題の一つが、情報共有である。他の医療機関との連携はもちろん、同一法人内の医師と看護師、リハビリ職、ソーシャルワーカー、事務、あるいは医師同士、看護師同志の情報共有も多大なエネルギーとシステムの作りこみが必要である。多職種が、同じ施設内で活動する施設系サービスの場合、施設内のPHS、イントラネット、電子カルテなどを用いて、情報共有が可能になるが、それぞれのスタッフが、施設を出て地域で活動する訪問系サービスの場合、個人情報保護の壁が立ちふさがる。電子カルテを外に安全に持ち出す仕組みの構築、通常のメールでは個人名や、高度にプライバシーにかかわる問題は出せないなどの不便さ、電子的に文書をやり取りできない不便さが足かせとなる。

当法人では、開設以来毎日朝のカンファレンスで、昨日の状態の悪い患者とその対応、本日の処置対応と役割分担などを綿密に話し合い、各往診チーム、看護師、リハビリ、そして事務が動いていた。しかし、患者の数が増え、その病状が重くなり、医療機器、医療ケアが高度化、複雑化し、更にスタッフの数が増えていくにつれ、情報共有には多大な時間を要するようになった。現場では、単独で動くリハ、看護師を含めると1診療所にかかわるだけで、1日に20個近いチームが別々に様々な患者や、連携機関を訪問し、そこで処置、対応、話し合いを行っているのである。その情報を集約し、問題点を拾い出すだけでも、膨大な時間を必要とした。徐々に情報の抽出と方針の検討、策定、共有の時間は実際の診療時間を圧迫し、始業開始時より実際の訪問に出るまで約2時間は要するようになった。

この状況を一変させたのが、ソネットと協働で作った**bmic-ZR**である。この仕組みは、当法人の情報共有の在り方を根底から変えた。ほぼ万全に近いセキュリティの下、安心して患者の基本情報、混み入った情報、画像などの情報をやり取りできる。しかも、スマホやタブレットで通常の携帯メールとほぼ同様の入力方法で！これには、メール機能と同時に、情報を多人数で共有できる掲示板機能もあり、朝のカンファレンスは全く違うものになり、2時間かかっていたところがほぼ30分で終わるようになったのである。訪問にかけられる時間が増え、訪問件数をその分増やすことができ、そのうえ情報共有の密度があがり、伝達漏れなどが激減した。いつでもどこでも、患者に起こっていることの概要がわかるようになり、大勢の患者の中で、今フォーカスすべき患者が容易に把握できるようになった。

そして、今取り組んでいるのが、このシステムを用いた地域連携である。**bmic-ZR**は当法人の多職種の**Information and Communication**に革命を起こした。次は地域の情報共有、**Information and Communication**に革命が起こるだろう。

秩父地域での在宅医療の現状：ICTも含めて

南須原宏城

南須原医院

なぜ在宅を？

手術室での麻酔を専門としていた私が、運命の流れに飲まれて急遽在宅を行なう診療所の院長になったのが今から14年前。わかりやすく言うと日韓ワールドカップ2002年。開業医であった父の死により、父がみていた患者さんを受け継ぐことになった。ちなみに私が看取った在宅患者さんはこの父である。特に研修を受けたわけではない私が、やらざるを得ない状況の中で在宅看取りを行っていくことになる。

秩父地域の現状

皆さんの想像通り、埼玉県の中で断トツな高齢化と、断トツの医師不足のダブルパンチ状態。開業医も高齢化し、後継者は戻らないパターンも多い。ちなみに我が長瀬町は、私が戻った時は5件開業医があったが、現在は2件になっており、その1件も後継は何故か九州で研修中。そんな状況なので、なかなか在宅をしていただける医師がほとんどいない状況である。地域の医師確保は今の所自治医大頼みだが、10年後に当地域に腰を下ろす医師はほとんどいない。また施設の看取りも増えてきているが、そこには思いもよらない問題点が存在する。

当医院的ICT

当院は平成17年から在宅支援診療所となっている。だいたい看取りは週1件ペース。医師は私1人だが在宅50人、施設250人程度を24時間365日待機している。一見大変そうに思えるが、意外とそうでもない。それはICTと徹底した権限移譲の賜物と考えている。詳細は会場で。