

シンポジウム

シンポジウム1~20

シンポジウム 1

「認知症ケアの未来」

座長略歴

□ 大澤 誠

1980年 信州大学医学部卒業

1987年 群馬県佐波郡東村（現在伊勢崎市）で大井戸診療所を開業し、主に認知症のひとの在宅医療に取り組んでいる

医師・介護支援専門員

日本老年精神医学会専門医・指導医 日本精神神経学会専門医・指導医 日本認知症学会専門医・指導医 日本東洋医学会専門医

著書（最新の4冊）

「かかりつけ医の在宅医療：超高齢社会—私たちのミッション」（日本医師会・分担執筆）

「在宅医療バイブル」（日本医事新報社・分担執筆）

「スーパー総合医：在宅医療のすべて」（中山書店・分担執筆）

「かかりつけ医のための認知症診療の実践」（医薬ジャーナル社・分担執筆）

□ 黒田 研二

1975年に大阪大学医学部卒業。医師、医学博士。卒業後、精神神経科、老年内科の臨床に6年間従事したのち、大阪大学医学部公衆衛生講座で研究に従事。当講座で助手、講師、助教授を歴任。1995年に大阪府立大学教授（社会福祉学部、その後組織改編により人間社会学部）。2011より関西大学教授（人間健康学部）。地域保健、地域医療、高齢者福祉、精神保健福祉などの分野で研究と実践を継続してきた。著書に『学生のための医療概論』（医学書院）『高齢者福祉概説』（明石書店）『大阪の精神医療』（大阪公立大学出版会）など。

演者略歴

□ 多湖 光宗

医療法人創健会 ウエルネス医療クリニック 院長

社会福祉法人自立共生会 理事長

1981年 東京医科歯科大学医学部卒業

1993年 郷里の三重県桑名市で有床診療所、ウエルネス医療クリニック開院

1995年 老人デイケア、病児保育、乳幼児保育、放課後児童クラブなどを併設、トータルな家庭支援を実施

2001年 留守家庭児童対策の学童保育併設のグループホームひかりの里開設

2004年 国際アルツハイマー病協会第20回国際会議・京都奨励賞受賞

2013年 文京区本駒込に幼老交流施設文京ひかりの里を2月に開設

□ 大谷るみ子

'90医療法人東翔会東原整形外科病院看護部長'01年より社会福祉法人東翔会グループホームふぁみりえホーム長。同年認知症ケア研究会設立、代表。大牟田市と協働し人材育成、地域づくりに取り組む。'06年より福岡県高齢者グループホーム協議会会長。'07年日本認知症ケア学会読売認知症ケア奨励賞、'13年より福岡県認知症施策推進会議副委員長。同年医療の質・安全学会第7回新しい医療のかたち賞受賞。'15より福岡県立大学大学院老年看護学研究科非常勤講師。

書籍：絵本「いつだって心は生きている～大切なものを見つけよう」（中央法規）

□ 稲田 秀樹

一般社団法人かまくら認知症ネットワーク代表理事、株式会社さくらコミュニティーケアサービス代表取締役。認知症デイサービスの介護職員、生活相談員、管理者を経て2011年に鎌倉市今泉台に認知症対応型デイサービスケアサロンさくらを立ち上げる。また2011年に一般社団法人かまくら認知症ネットワークを設立し代表理事を務める、認知症の地域支援に尽力、若年性認知症の支援経験も豊富。鎌倉市内や市外で専門職の認知症講座や市民対象の講師も務める。介護福祉士、認知症ケア専門士、社会福祉主事。

指定発言者略歴

□ 栗田 圭一

1984年 山形大学医学部卒業

2001年 東北大学大学院医学系研究科精神神経学分野助教授

2005年 仙台市立病院神経科精神科部長兼認知症疾患センター科長

東北大学医学部公衆衛生学非常勤講師（兼任）

2009年 東京都健康長寿医療センター研究所 自立促進と介護予防研究チーム研究部長

2013年 東京都健康長寿医療センター認知症疾患医療センター長（兼任）

2015年 東京都健康長寿医療センター認知症支援推進センター長（兼任）

役職：日本老年精神医学会理事、日本認知症学会理事、厚生労働省社会保障審議会介護保険給付部会専門委員など。

S-1-1

認知症の方の底力を地域に生かす ～一人で歩けば徘徊、みんなで歩けば地域 防犯隊～

多湖光宗

医療法人創健会・社会福祉法人 自立共生会

2011年6月の日本老年精神医学会でのピーター・ホワイ
トハウス教授の特別講演「The Intergenerational School
(TIS世代間交流校 大学構内の認知症クリニックに小学校
を併設)」では、「認知症高齢者ケアに世代間交流という革
新的アプローチを世界で初めて取り入れる」と紹介されて
いた。我々は1996年より高齢者ケア(デイケア)と子育て
(学童保育、事業所内保育など)との相乗効果をねらった世
代間交流を開始。また、2001年6月より学童保育(放課後
児童健全育成事業)を認知症グループホームに移転し、
The Intergenerational Afterschoolを創設。生活交流を
通じて、多様な役割を創出する能力活用療法を開始。その
効果に驚き、様々な発表を行ってきた。

認知症高齢者は、様々な能力を持っているが、労働とし
て仕事ができるほど体力や根気があるわけではない。また、
命令やお金で動くわけではないので、能力を活用する
には体調管理と「しかけ」が重要である。認知症高齢者が
得意なことやできることで、周りから必要とされることを
すると、周囲から感謝され自信が回復する。自信が回復す
ると活動性が高まり、生き生きとする。また感謝される役
割ができると、それが生きがいにもなる。しかし、失敗す
ると自信がなくなるので、失敗しない条件設定が大事。こ
れは「脳活性化リハビリテーション」の原則(快刺激、ほ
める、コミュニケーション、役割、誤りをさせない課題)
と回想法を、あの手この手で日常的に行うことでもある。
また、認知症特有の行動障害の「繰り返し」が子どもの
「しつけ(しつづけるが語源)」に役立ち、認知障害の「ト
ンチンカンさ」が癒しとなり、ひきこもりなどの青少年の
育成に役立つ。我々が取り組んでいる具体例としては、①
「かまど」でのごはん炊き②家事(食事づくり、掃除、裁
縫)③生き物の世話(農作業、庭の手入れ、乳幼児・障が
い児の世話)④何回も「教える、ほめる、しかる」→子ど
もの「しつけ」⑤パトロール(徘徊→散歩→防犯パトロー
ル)⑥整理・整頓(収集癖→ゴミ拾い、整理・整頓)、地域
清掃など……………。

認知症の人の底力を地域に生かすには、認知症の専門家
が診断と治療や介護をするだけでなく、様々な能力
(abilities)を見だし、社会に役立てることが必要。さら
に一億総活躍社会では、「地域包括ケア」でなく、支援さ
れる要介護者も支える側になる、制度にない「支え合い」
が認められる、共生型居場所づくりが推進される必要が
ある。

S-1-2

いつも当事者が参加し、共に築くケアと 社会～大牟田市の実践から～

大谷るみ子

大牟田市認知症ライフサポート研究会

はじめに

福岡県大牟田市は、行政と専門職が協働のスタイルをつ
くりながら、この15年間「地域認知症ケアコミュニティ
推進事業」に取り組んできた。この事業の目的は、地域全体
で認知症の理解が深まり、誰もが安心して暮らせる社会を
つくるというものです。大牟田版オレンジプランとも言え
る。この15年間、ひたすら活動してきた成果とは何か考
え、これからの認知症支援を描きたい。

地域認知症ケアコミュニティ推進事業の実践と成果

大牟田市の取組みは、①当事者・家族・地域住民の視
点、力や役割の重視と協働 ②ミッションを共有した核と
なる人材・チームの育成、地域への配置 ③地域と共にあ
る拠点づくりと生きたネットワーク作りの3つの柱に分
けられる。

小学校校区を拠点とした住民主体の認知症SOSネット
ワークの取組みは、模擬訓練というユニークな活動を通し
て、年々身近な地域の課題を住民主体で解決し、住み慣れ
た地域で安心して外出できる基盤ができてきた。小中学校
での絵本を活用した出前講座も12年が経過し、世代間交
流型の地域活動へ発展してきた。また若年認知症本人交流
会は、発足からまる5年、地域活動に当事者が参加できる
機会が増えてきた。すべての取組みの要である認知症コー
ディネーター養成研修は、現場のパーソンセンタードケア
の醸成と地域づくりをけん引してきた。また認知症コー
ディネーターが市の認知症対策の重要な担い手として、医
療と介護の両面からサポートできるチームの取組みがし
くみとなりつつある。地域密着型サービスを地域の認知症
ケアの拠点として整備し、それらが地域活動の拠点となっ
てきた。昨年、「徘徊」という言葉を敢えて「使わない」
と住民代表らと協議し決めた。大牟田が変われば全国が
変わると自負している。また10年以上継続して初めて成
果が実る事も実感した。課題は日常的な医療と介護の連携
だが、認知症コーディネーター修了生が120名、もの忘れ
相談医が50名を超えているのだから、あとは繋がる生きた
しくみをつくるのみ。

認知症ケアの未来

これからは広めるより深める～パーソンセンタード
ケアのまちづくり～を目指していきたい。行政や専門職は
それぞれがベクトル(目的)を一つにし、医療も介護も互
いに専門性を発揮する事で、認知症をかかえ生きる人の「
かけはし」となれる人材・チームの育成に取組み続けたい。
常に当事者の声を反映させ、当事者と共に築く中で、達成
できるものと思う。

S-1-3

認知症になっても自分らしく暮らせるまちづくり・ひとづくり・つながりづくり

稲田秀樹

一般社団法人かまくら認知症ネットワーク 代表理事

【目的】

認知症になっても住み慣れた地域で安心して暮らすためには、介護・医療・福祉の専門職と市民がともに力を発揮する必要がある。2011年9月、私たちは介護や医療などの従事者と民生委員や介護家族等の多様な人々が参画する法人、「一般社団法人かまくら認知症ネットワーク」を設立し、認知症の地域支援の充実へ向けて活動を始めた。

【方法】

法人の組織は「相談」「支援」「研修」「広報」「まちづくり」の5つの部会と事務局で構成した。法人は理事6名、監事2名の役員のほか、介護や医療などの従事者と市民による30名の運営スタッフにより運営されている。全員がボランティアである。相談部会では2011年9月から3年間、鎌倉市と協働で認知症の個別相談を毎月実施した。また2015年4月からは鎌倉市より委託を受け、若年性認知症支援事業として「若年性認知症鎌倉のつどい」「若年性認知症支援研修会」を実施している。支援部会では認知症の人の引きこもり防止と社会参加の交流活動「かまくら散歩」や清掃ボランティア活動「かまくら磨き」を中高生や一般の市民と協働で実施。また研修部会では認知症ケアの資質向上を目的に「認知症介護講座」「認知症医学講座」「認知症専門研修」等を実施している。広報部会では隔月で会報を発行するとともにホームページによる情報発信を行っている。まちづくり部会では認知症サポーター養成講座を実施しているほか、鎌倉市認知症地域支援フォーラム（鎌倉市と共催、2011年～2013年）を実施したほか、2014年に認知症サポーターの情報共有のためのメーリングリストを設置、現在50名が登録している。2015年からは、多職種と市民、当事者が参加する地域連携ミーティングを年3回行い、認知症の人が安心して暮らせるまちづくり、ひとづくり、つながりづくりを推進している。鎌倉市内を中心に120名の個人正会員がいる。

【倫理的配慮】

当会の個人情報管理要綱に沿って適正であることを確認した。本発表について当会理事、監事、運営スタッフの同意を得ている。

【考察】

現在、鎌倉市の高齢化率は30%となっている。更に高齢化が進んでいくなかで、行政や介護医療福祉の専門職に加えて市民や若い世代との協働が必要と考えている。今後は一人一人の認知症の人のニーズに合わせたきめの細かい取り組みを地域で展開したり、行政や他機関とも連携しながら取り組む必要を感じている。

シンポジウム2

「在宅看取りは困難になってきたか？
(家族、地域社会の変化に対応する在宅医療のあり方)」

座長略歴

□ 田城 孝雄

昭和55年 東京大学医学部保健学科卒業
昭和59年 東京大学医学部医学科卒業
昭和63年 東京大学医学部第一内科助手
平成2年 米国Michigan大学消化器内科Research Fellow
平成9年 東京大学医学部附属病院医療社会福祉部助手
平成14年 日本医師会総合政策研究機構主任研究員
平成15年 順天堂大学医学部公衆衛生学講座講師
平成19年 同准教授
平成23年 同大学スポーツ健康科学部健康学科教授
平成24年 放送大学教養学部教授
平成25-26年 内閣官房構造改革推進本部地域再生推進委員会委員長
平成21年 厚生労働省医政局地域医療再生計画に係る有識者会議委員

□ 遠矢純一郎

医療法人社団プラタナス 桜新町アーバンクリニック 院長
鹿児島県出身
鹿児島大学医学部卒業
鹿児島大学医学部第3内科入局
2000年 用賀アーバンクリニック副院長
2004年 在宅医療部設立
2009年 桜新町アーバンクリニック院長に就任
東京世田谷を中心とした在宅医療を実践している。
資格等：日本内科学会 総合内科専門医、日本在宅医学会 指導医、日本認知症学会・日本緩和医療学会 所属、スウェーデン カロリンスカ大学 認知症ケア修士取得

演者略歴

□ 高岡 里佳

日本福祉大学社会福祉学部社会福祉学科卒。主任介護支援専門員
一般企業、介護老人保健施設、田無居宅介護支援事業所を経て現職。NPO法人東京都介護支援専門員研究協議会副理事長。厚生労働省ケアプラン点検支援マニュアル編集委員、東京都介護給付適正化部会委員、東京都介護支専門員研修講師、西東京市在宅療養推進協議会委員、著書「医療から逃げない！ケアマネジャーのための医療連携Q&A入門」(2013、公益財団法人東京都福祉保健財団)、「医療・介護・福祉との連携」(スーパー総合医：地域医療連携・多職種連携、2015、中山書店)

□ 高砂 裕子

昭和57年に京都第一赤十字看護専門学校卒業、平成18年愛媛大学大学院医学系研究科看護学専攻地域・老人看護学修士過程終了。平成7年から南区医師会訪問看護ステーション管理者として訪問看護活動を実践。神奈川県訪問看護ステーション連絡協議会役員、全国訪問看護事業協会常務理事、日本在宅看護学会理事を担う。平成28年度神奈川県看護賞を受賞。

□ 斎藤 康洋

1993 昭和大医学部在学中、NHKで観て感銘を受けた、北海道の家庭医・榎戸医師の元へ夏休み学生実習に行き、家庭医を志すようになる
1994-1999 昭和大大学藤が丘病院内科初期研修、国立東京第二病院 総合診療科後期研修の後、総合診療医として勤務
2000-2007 東京医療センター呼吸器科勤務
2001-2003 ロンドン大学プライマリケア学科修士課程で英国の家庭医療を学ぶ
2007-2014 上田クリニック院長として、在宅医療を実践
2015年 GPクリニック自由が丘開院

S-2-1

在宅看取りの意思決定支援 —本人・家族の「覚悟」を支える情報提供のあり方—

高岡里佳¹⁾、武井 司²⁾、丸山道夫²⁾

1) 田無病院 医療福祉連携部、2) 田無病院 医局

1) 「在宅」の定義

まず、「在宅」の定義が曖昧である。「自宅」も在宅、「子供の家」も在宅である。しかし、「有料老人ホーム」「グループホーム」「サービス付高齢者住宅」も在宅の括りに入る。また、介護保険法では「居宅介護支援」といい「在宅介護支援」とは言わない。「在宅」の定義について共通認識が必要である。

2) 死亡診断書の死亡場所

死亡診断書の種別は「1病院、2診療所、3介護老人保健施設、4助産所、5老人ホーム、6自宅、7その他」となっている。有料老人ホームは「6老人ホーム」に入るが、グループホームやサービス付高齢者住宅は「7その他」となる。これでは、「在宅看取り数」の実態把握は難しい。

3) 看取りの意思決定に必要な情報提供

死亡場所：自宅12.4% (2009、厚労省統計) とあり、「自宅で親族が亡くなる」体験を持つ人は少ない。そこで、「在宅看取り」の知識や方法を学習する環境が必要となる。いつ、誰が、どの時期に、本人・家族に「看取りの方針を決定する情報 (知識や方法)」を提供するか議論も必要である。

4) 意思決定支援機能

在宅看取りが困難になっているとすれば、「意思決定支援機能の成熟途上」がひとつの要因であろう。介護保険制度では、多職種協働 (チームアプローチ) が推奨されている。しかし、多数の専門職の関与が「本人・家族への情報過多」や「情報共有の煩雑さ」「専門職同士の機能不全」に繋がることも危惧される。

5) 在宅看取りの「成功・失敗」の評価方法

「在宅看取りの成功例」があるとすれば、それは「最期の瞬間まで支えきった」と家族が実感できた時ではないか。自戒の念を込めて「在宅看取りはまだ困難の真ただ中である」と言いたい。「在宅看取りの成功・失敗の評価方法」や「その評価と経験の共有方法」も課題となる。

6) 在宅看取りの支援体制

家族の介護体制と専門職の支援体制が追いついていない。「核家族化 (介護者の確保困難、老老介護)」「医療・介護の自己負担費用」「狭小住宅 (介護スペース確保困難)」などの課題もある。一方、「介護職の社会的地位・収入の向上」「在宅看取りを支える24時間対応サービス」等の支援体制も未成熟である。

【考察】

「在宅看取り」には「人」「金」「場所」が肝要である。この3要素は、専門職側だけでなく、本人・家族側にも必要である。この3要素が十分整わなくとも、専門職側は本人・家族の「覚悟」を受けとめ、意思決定支援に努力すべきである。

S-2-2

家族・地域社会の変化に対応する在宅医療のあり方 ～在宅看取りを考える～

高砂裕子

一般社団法人南区医師会 在宅医療事業部 南区医師会訪問看護ステーション

少子高齢多死社会という我が国の人口問題に対応する社会保障の見直しの過程で、平成20年に厚生労働省が発した「安心と希望の医療確保ビジョン」の中では、これからの医療は、病気を治す医療でなく、「治し、支える医療」という、治らない病気や障がいと共に生きていく人々を支えるための機能を兼ね備える必要が示された。その「治し、支える医療」の実践者として、訪問看護へのニーズが明確にされた。一方、診療報酬改定などでも、在宅医療の推進が掲げられ、効率化や質の向上が求められ、機能強化型訪問看護ステーションが地域で活動を実践している。

神奈川県訪問看護ステーション連絡協議会などでは、訪問看護実践の内容に対する調査や訪問看護利用に至る多職種連携に関する調査を実施している。

今回は、この調査などの結果から見えてきた、家族や地域社会の変化とそれに対応し実践している訪問看護ステーションの現状を報告する。

在宅看取りへの支援は、利用者や家族にとって貴重な最期の時間を何処で、どのように過ごしたいか、本当の気持ちを相談するところから、始まりまる。その気持ちを実現できるように訪問看護で支援するが、利用者や家族の環境などによっては、看取りの場が在宅でないこともある。多様な利用者や家族の気持ち (希望) に柔軟に対応することが、訪問看護には求められている。

変化し続ける地域社会に対応する在宅医療のあり方をみなさんと議論し、在宅看取りの現状や変化の状況を明らかにする。

S-2-3

都市部の在宅看取りを考える

斉藤康洋

GPクリニック自由が丘

私が医学、医療を学んだおよそ20年前は、「死」は医療の敗北であり、死について語ることはタブー視されていました。しかし、病院で何十人、何百人の方々を看取るにつれ、誰しもが「人生の最終段階」に直面することに気づき、その局面に患者さん自身の意思決定も意向の共有もなされていない現状に無意識のうちに慣らされていました。

その後、東京の世田谷区という都市部で在宅訪問診療を行うようになり、約10年がたちますが、在宅での看取りは、決して敗北でも不幸でもなく、「人生の最終段階」を「住み慣れた場所」で過ごす貴重な時間、空間であり、そこにはご本人・ご家族や周囲の関わる方々の思いが様々な形で行きかい、そして時には大きな満足や達成感すら生み出すものであることを知りました。

何がそのような満足や達成感を導き出すのか？その答えを私自身見つけているわけではありませんが、常に考え続けているテーマではあります。

一方、東京のような都市部では、在宅での看取りを行っていく際に様々な障壁に直面することもあります。家族や独居の問題、医療資源・介護資源の問題など私が現場で経験してきた困難な問題を振り返りながら、在宅での看取りを個人として、家族として地域社会としてどのように考えていくのが良いのか、私自身の在宅医療の経験と私に関わった「脆弱高齢者の意思決定に関する研究」の一部をお伝えしながら皆様とともによりよい看取りについて考えていける時間になれば幸いです。

シンポジウム3

「非がん疾患の緩和ケア」

座長略歴

□ 関根 龍一

1997年滋賀医科大学医学部卒業後、沖縄米海軍病院、亀田総合病院での研修を経て渡米。2001年よりBeth Israel Medical Center (NY市)での内科研修後に、Memorial Sloan-Kettering Cancer Center (NY市)等3か所で疼痛・緩和ケアの専門研修を受け、米国内科および緩和医療専門医を取得。2007年2月より亀田総合病院の緩和ケアチーム責任者に着任。現在、同病院疼痛・緩和ケア科部長。日本緩和医療学会専門医。著書(責任編集)に雑誌Hospitalist Vol 2, No.4 2014(特集:緩和ケア)～全入院患者に緩和ケアを～(メディカルサイエンスインターナショナル)等がある。

□ 宮森 正

1978年 自治医科大学医学部卒業
1980年 千木良診療所
1987年 川崎市立井田病院内科
1998年 川崎市立井田病院・かわさき総合ケアセンター所長
2015年 川崎市立井田病院・担当理事

演者略歴

□ 大石 愛

横浜市立大学医学部卒。亀田総合病院にて初期研修後、亀田ファミリークリニック家庭医診療科後期研修医、聖路加国際病院緩和ケア科、生協浮間診療所・梶原診療所の在宅フェローを経て、2013年にKing's College LondonにてMaster of Science in Palliative Careを取得。2014年10月よりエディンバラ大へ進学。日本プライマリ・ケア連合学会認定家庭医療専門医、在宅医学会認定専門医。

□ 黛 芽衣子

2003年に秋田大学を卒業後、米海軍横須賀病院でインターンシップ。
岩手医科大学血液内科医員を経て、2006年よりハワイ大学で内科レジデンシー、2009年よりテキサス大学MDアンダーソン癌センターでホスピス緩和ケアフェローシップ(Dr. Eduardo Bruera)を行う。
2010年に帰国し、聖隷三方原病院ホスピス科にて緩和ケアチーム・ホスピス主治医として勤務ののち、2013年より帝京大学医学部緩和医療学講座助教。梶原診療所で在宅訪問診療も行う。
日本内科学会認定内科医、日本緩和医療学会専門医、米国内科専門医、米国ホスピス緩和ケア専門医。

□ 黒田 俊也

1994年東北大学医学部卒。亀田総合病院、ピースハウスホスピス、横浜市立みなと赤十字病院を経て、2012年より横浜市の深澤りつクリニックに勤務。日本緩和医療学会・暫定指導医。著書『臨床力をつける緩和ケアの32章』(株式会社青海社、2011年8月9日発行)。

S-3-1

英国の非がん疾患の緩和ケア

大石 愛

エジンバラ大学

英国は、現代ホスピス緩和ケア運動発祥の地とも言われ、緩和ケアの先進国として知られる。かつ、プライマリ・ケアを中心に医療システムが成り立っている国であり、緩和ケア、プライマリ・ケアのそれぞれの存在感が大きい英国の状況を知ることは、日本の在宅緩和ケアの在り方を考えるうえで参考になるだろう。本発表の目的は、英国における非がん疾患の緩和ケアの現状についての情報を提供し、今後のディスカッションの材料とすることである。

英国で初の現代型ホスピスが開設された当時に、対象とされていたのは、がん患者のみであった。しかし、近年、世界的に生じている慢性疾患の増加を中心とする疾病構造の変化を踏まえ、英国でも非がん疾患患者にどのように緩和ケアを提供していくかは、緩和ケアにおける大きな課題の一つと考えられている。特に、非がん疾患患者は専門緩和ケアにアクセスしにくいことが知られ、専門緩和ケアサービス利用者のうち非がん疾患患者が占める割合は徐々に上昇はしているものの（2008年の13%から2013年の20%）、まだその割合は不十分だとする意見が多い。

しかしながら、これらの数字については単純に解釈できるものではない。プライマリ・ケアを中心に据えた医療制度であること、英国の専門緩和ケアの成り立ち、また英国国民の国民性も考慮する必要があるだろう。これらについても簡単に触れながら、英国の非がん疾患の緩和ケアの現状と課題について、筆者の視点からまとめたい。

S-3-2

米国における緩和ケアの現状

黛 芽衣子

帝京大学 医学部

近年、我が国においても緩和ケアを含め、非がん疾患患者を包括的にケアすることの重要性、とりわけ在宅医療の現場でそれを推進していくことの重要性が盛んに議論されている。

本セッションでは演者の経験から、米国におけるとくに非がん患者の緩和ケアの現状を報告する。

米国における非がん患者への医療提供について、かかりつけ医、老年科、緩和医療科、入院、外来、ホスピス医療について、どの医療者がどの時期にどのように関わりうるかについて述べる。次に米国での非がん患者の緩和ケアの場面で主体となるのが在宅医療（ホスピスケア）であるので、米国におけるホスピスの統計データについて述べる。さらにホスピスケアの提供体制－歴史、医療保険（診療報酬・医療費と介護費）について、病院でないこと、**nurse based care**であること、ホスピス入所が期間限定であることが多いということ、老人ホームにおけるホスピスケアのダブルカバーが可能であること、について述べる。

上記のように、米国におけるとくに非がん患者の緩和ケアの現状も参考にし、とりわけ在宅医療の現場において我が国独自の非がん患者の緩和ケアを推進していけるよう、議論を深めたい。

S-3-3

当院における非がん患者の在宅緩和ケアの特徴と課題

黒田俊也

深澤りつクリニック

私が勤務するのは機能強化型在宅療養支援診療所であり、一般外来と並行して、在宅診療を行っている。在宅医療を受ける方は、何らかの疾患のために通院ができなくなった患者である。通院ができなくなる場合には、現疾患が何であれ、進行性の疾患を患っていることが多いため、訪問診療を受けながらご自宅で息を引き取る人は珍しくない。当院からの訪問診療を受けてご自宅で亡くなられた方のおよそ3分の2はがん患者で、3分の1は非がん患者である。がんであっても、非がんであっても、病状が進行するほど症状緩和を要する苦痛が目立つようになる。

当院での経験に基づき、がん患者との対比から非がん患者の特徴を列挙すると次のようになる。

- 高齢者が多い
- 身体症状はがん患者ほど多様ではない
- 痛み・呼吸困難・嘔気などの身体症状はがん患者ほど強くない。
- 経管栄養が話題になることが多い。
- 予後予測がしづらい。

当院からの訪問診療を受けて自宅で亡くなられた非がん患者の特徴を、この機会にまとめ、今回のシンポジウムで発表をする予定である。このたびの発表が皆さまの議論の種になれば幸いである。

緩和ケアという看板をあげていなくても、QOLの改善や苦痛の緩和は、どの専門分野であっても従来の医療や看護が目指して来たものであり、それ以上のものを、緩和ケア的アプローチがなしえるかどうかで、非がん疾患の緩和ケアが発展するかは決まってくると思われる。実際のところ、非がんとと言っても、疾患の内訳は、認知症、脳血管障害後、慢性呼吸不全、心不全、肝不全、腎不全などと多様であり、ひとくくりで論じるのは難しい。今後、疾患ごとの緩和ケアが発展すれば、「非がん」という言葉自体が使われなくなるであろうが、それまでにはしばらく時間がかかるのではないだろうか。

シンポジウム4

「在宅緩和ケアにおける統合医療」

座長略歴

□ 鶴岡 浩樹

1993年、順天堂大学医学部卒。同年、自治医科大学地域医療学教室入局。1996年、岩手県藤沢町民病院内科派遣。2001年ケース・ウェスタン・リザーブ大学家庭医療学講座 客員研究員。2004年、自治医科大学附属病院総合診療部 外来医長。2007年、つるかめ診療所所長（現、副所長）。2013年、日本社会事業大学専門職大学院教授（現職）。医学博士。日本プライマリ・ケア連合学会認定家庭医療専門医。日本在宅医学会理事（2012～2014）。プライマリ・ケアの視点から補完代替医療（CAM）・統合医療の研究に従事。

□ 北田 志郎

1991年東北大学医学部卒業後、東京都立豊島病院で東洋医学専攻内科系研修医。精神科医として東京都立広尾病院、東京武蔵野病院などに勤務したのち、2000年に中国に短期留学。帰国後、後藤学園附属入新井クリニックで漢方診療に従事。2003年よりあおぞら診療所で在宅診療に従事。2007年より東京医科歯科大学臨床教授。2013年より自治医科大学看護学部准教授。博士（医学）。精神保健指定医。日本精神神経学会専門医・指導医、日本東洋医学会専門医、日本中医学会評議員、日本プライマリ・ケア連合学会認定医・指導医。分担執筆に『在宅医療バイブル』『在宅医療テキスト（第3版）』など。

演者略歴

□ 織田 聡

平成8年 富山医科薬科大学薬学部薬科学科卒業
平成9年 中和鍼灸専門学校中退
平成16年 富山医科薬科大学医学部医学科卒業
平成20年 アリゾナ大学統合医療アソシエイトフェロー
平成25年 富山大学大学院医学薬学教育部博士課程修了
医師、薬剤師、医学博士、日本内科学会認定医
日本東洋医学会専門医、日本統合医療学会認定医
一般社団法人エビデンスに基づく統合医療研究会評議員
一般社団法人日本統合医療支援センター代表理事
「みんなのカルテ」開発統括ディレクター

□ 松浦 正人

昭和54年3月 日本三育学院卒業
昭和58年3月 湯河原衛生学園卒業
昭和59年6月 鍼灸院「市川治療室」開業
平成 年7月 有限会社アイエムライフ設立
平成18年12月 介護予防主任運動指導員
(東京都健康長寿医療センター-研究所登録)
平成26年6月 公益社団法人 東京都鍼灸師会 業務執行理事
平成27年6月 (公社) 日本鍼灸師会 業務執行理事

□ 宮崎和加子

1977年 東京大学医学部付属看護学校卒業
1978年 柳原病院地域看護課にて訪問看護従事
1992年 北千住訪問看護ステーション開設・所長
(東京都指定第一号)
1993年 医) 健和会訪問看護ステーション統括所長
(13か所の事業所)
2001年 福) グループホーム福さん家ホーム長
2004年 社会福祉法人すこやか福祉会理事
(6グループホーム・9ユニット)
2007年 医) 健和会看護介護政策研究所所長
2010年 社) 全国訪問看護事業協会事務局次長
2013年 一般社団法人全国訪問看護事業協会 前事務局長
賞歴：2002年 若月賞受賞
紹介された本：こんな生き方したいシリーズ『看護婦 宮崎和加子』1998 理論社 加藤千代著

S-4-1

在宅緩和ケアにおける補完医療～統合医療から機略に富んだフォーメーション医療へ～

織田 聡

一般社団法人 日本統合医療支援センター

担当の患者さんから、聞いたこともない「補完医療」について相談を受けた場合、どのように対応すべきでしょうか。その補完医療が、明らかに「怪しい」場合はどうしますか。

在宅診療に従事していると、患者さんが様々な「補完医療」を利用していることに気がつきます。特に、がんの患者さんに至ってはその半数近くがなんらかの補完医療を利用しており、緩和ケア病棟患者で利用頻度が高いことも明らかになっています。

補完医療には良質な科学的根拠に乏しいものの有効性が期待されるものもあります。しかし、思わぬ副作用や、薬剤との相互作用、詐欺や偽医学などの問題があります。さらに、医師や薬剤師、看護師などの医療従事者は補完医療を学ぶ機会ほとんどなく、患者さんが補完医療を希望しても、西洋医学とあわせた統合的な管理ができていないのが現状です。そのため患者さんは不確実な情報に翻弄されながら自己責任の下で利用しています。

「補完医療」利用の指針は、「がんの補完代替医療ガイドブック」など患者向けの啓蒙するような資料はありますが、医療従事者の行動指針はありません。たとえば、初期の胃がんで内視鏡的切除が可能な場合はすべての医療従事者が「補完医療」より「西洋医学」を強く奨めるでしょう。積極的加療が難しく余命が限られている場合は「本人が望むなら」と黙認するかもしれません。

我々医療従事者はどのように判断し行動すればよいのでしょうか。実態のわからない「補完医療」ですが、その数ある「補完医療」を信用できる・できないで線引きをしようとする動きもあります。しかし、我々に必要なのは、補完医療に線を引くことではありません。本来の統合医療とは「目の前の患者さんのために、今ある環境で利用可能な（補完医療を含めた）あらゆる方法を適切に最大限に利用すること」です。補完医療を安易に併用するのではなく、西洋医学を軸に統合的に適切な医療サービスとして提供するには、多職種連携が必須であり、相互の専門性や職域の理解が欠かせません。

残念ながら日本における統合医療には誤解が多すぎます。本講演では日本特有の医療制度や環境を鑑み、統合医療の本質を突いた多職種連携診療戦略として新しい概念「フォーメーション医療」を紹介しながら、「医療従事者向け補完医療利用指針」について考察します。

S-4-2

訪問看護と統合医療

宮崎和加子

一般社団法人 全国訪問看護事業協会

在宅療養者の最近の傾向

最近の特徴は、一つは利用者の重度化・複雑化。従来の身体障がいのある要介護者やガン末期の方はもちろん、その他に医療ニーズの高い要介護者や人工呼吸器使用などの重度障がい児、精神障がい者など多様化してきている。在宅での看取りも大きな課題である。

日本の訪問看護の現状と課題

それらの方々を地域・在宅で支える訪問看護ステーションをめぐる状況も変化してきている。ずっと伸び悩みだった訪問看護ステーション数が増加し始め、訪問看護師数、利用者数なども増加傾向になってきている。設置主体が、医療法人が減少し民間営利法人が急増している。医療や看護に無関係の法人が営利目的で開設している例も少なくない。

訪問看護ステーションの規模が小さく経営的にも運営上もリスクが大きく、大規模化・多機能化が業界の課題になっている。その一つの策として登場したのが「機能強化型訪問看護ステーション」。看護師数・在宅での看取り数、神経難病等の利用者数など休日の計画的訪問などの要件となっている。

複合型サービスの役割

重度の方々の地域・在宅での生活を支える役割として平成24年に制度化された『複合型サービス』が実績を出してきている。『訪問介護』『訪問看護』『通い』『泊まり』の4つの機能を持つこのサービスが、ガン末期の方々や人工呼吸器の方でも地域で暮らし続けていけるように支援する。看護師が訪問看護ステーションと兼務することができるので一体的な運営を行っているところも多い。自宅退院をスムーズにすること、看取りの充実など、重度の方が地域・在宅で安心して暮らしていけることに役立っている。地域包括ケアの一つの要になると思う。

「医療の場」ではなく、「生活の場」で

これからは病院・診療所という医療施設ではなく、介護施設や在宅、あるいは高齢者住宅など生活の場で自分らしく生きることへの支援がとても重要になる。病気や障がいがありながら、あるいは死を間近にしながら「ご本人が主体的に生きる」ことへの支援である。そういう場であるからこそ「統合医療」の真価が発揮できるのだと思う。

看護師は、医師の指示のもとで医療的なケアを行うことも重要ではあるが、“QOL”“QOD (Quality of Death)”を支えるプロとして、別な言い方をすれば『生活支援のプロ』として果たさなければならないこと、できることが多い。

地域全体を視野に入れて多職種と一緒に『生活』『生きがい』『穏やかな看取り』などをキーワードとして本来の看護の力の発揮することが求められている。視点を変え、技を磨き直し背筋を伸ばして謙虚に力を発揮する時代であるといえよう。

S-4-3

統合医療と鍼灸(師)・・・在宅緩和ケアと鍼灸

松浦正人

公益社団法人 日本鍼灸師会

統合医療の中で補完医療の一つとして鍼灸が有効であり活躍できることを紹介させていただきます。

1・鍼灸師について

鍼灸の国家試験と学会から鍼灸師の卒前・卒後学習。
就労しているはり師・きゅう師。
日本独自の鍼灸。
使用する針。

2・鍼刺激の効果について

鍼灸の費用対効果。
鍼灸の刺激としない反応(脳波・血液循環改善・
筋緊張緩和など)。
鍼灸と医療保険。

3・鍼灸と地域包括ケアシステム・介護予防について。

在宅鍼灸の事例。
災害時の鍼灸の事例。

シンポジウム5 (公募シンポジウム)

「在宅における栄養ケア・マネジメント」

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）

□ 葛谷 雅文

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3年 米国国立老化研究所 研究員

平成8年 名古屋大学医学部附属病院（老年科）助手

平成11年 同上 講師

平成19年4月 名古屋大学大学院医学系研究科 老年科学分野 准教授

平成23年4月より現職

名古屋大学大学院医学系研究科 地域在宅医療学・老年科学講座（老年内科）教授

専門分野：老年医学、地域在宅医療、栄養・代謝、サルコペニア・フレイル、動脈硬化、認知症

演者略歴

□ 田中 和美

岡山大学医学部付属病院、特別養護老人ホームふれあいの森等を経て

現在 大和市役所健康福祉部健康づくり推進課 主査

平成21年3月 栄養学修士（神奈川県立保健福祉大学）

平成25年3月 博士（学術）（共立女子大学）

平成19年4月 神奈川県立保健福祉大学実践教育センター
非常勤講師（現在に至る）

平成23年4月 大和市役所健康福祉部健康づくり推進課 主査

平成27年4月 千葉県立保健医療大学 非常勤講師
（現在に至る）

平成28年4月～ 大和市役所健康福祉部健康づくり推進課 係長
（現在）

主な資格：

管理栄養士、介護支援専門員、臨床栄養師（日本健康・栄養システム学会）

□ 荒尾 千華

神奈川県出身

平成06年3月 神奈川県立栄養短期大学食物栄養学科卒業

4月 特別養護老人ホーム入職

平成21年3月 東京医療保健大学 医療保健学部 医療栄養学科
（非常勤事務）

平成24年3月 東京医療保健大学修士課程修了

4月 医療法人社団双泉会 いずみホームケア

クリニック 栄養科

主な資格：

管理栄養士、臨床栄養師（日本健康・栄養システム学会）、
NST専門療法士、介護支援専門員

□ 清水 陽平

管理栄養士

埼玉県出身。

平成12年3月 東京農業大学農学部栄養学科栄養学専攻卒業

平成12年5月 独立行政法人国立国際医療研究センター
栄養管理室

平成17年4月 国家公務員共済組合連合会 横浜南共済病院
栄養科

平成19年5月 社会医療法人ジャパンメディカルアライアンス
海老名総合病院 栄養科

平成25年2月 社会医療法人ジャパンメディカルアライアンス
海老名メディカルプラザ 栄養科

主な資格：

在宅訪問管理栄養士、NST専門療法士、病態栄養認定管理栄養士、TNT-D認定管理栄養士、糖尿病療養指導士

□ 石川 祐一

昭和60年3月 東京農業大学農学部栄養学科卒業

平成元年11月～ 株式会社日立製作所日立総合病院栄養科勤務

平成3年4月～ 株式会社日立製作所日立総合病院栄養科長

平成26年3月 東京農業大学大学院農学研究科後期博士課程
修了（博士：環境共生学）

平成22年6月 公益社団法人日本栄養士会理事（医療担当）

平成25年2月 日本静脈経腸栄養学会評議員

平成25年5月 日本病態栄養学会理事

平成26年3月 日本糖尿病対策推進会議幹事

資格：

管理栄養士、糖尿病療養指導士、腎臓病病態栄養専門管理栄養士

S-5-1

在宅における栄養ケア・マネジメント

田中和美

大和市役所 健康福祉部 健康づくり推進課

【目的】

神奈川県大和市役所健康づくり推進課では、平成25年度より管理栄養士による訪問栄養活動を実施している。個別に訪問栄養活動を実施し、効果的に生活習慣病予防、重症化予防、介護予防を図ることを目的にしている。本シンポジウムでは主に低栄養状態にある高齢者と慢性腎不全（主に糖尿病性腎症）の透析予防の効果的な訪問栄養活動について報告する。

1. 低栄養状態高齢者の訪問栄養相談（大和市二次予防栄養改善対象者）

【方法】平成23年度の介護予防アンケートで抽出された、①BMI18.5未満、②2～3kg減少/6か月の2項目に該当した386名のうち、鶴間地区の38名に訪問栄養相談を実施。6か月を1クールとし、初回は課題把握と体重増加の立案をして6か月後に体重や食事量の増加を評価することにした。

【結果】訪問栄養相談した約6割の方に体重1kg以上の改善が見られ、生活状況の改善もみられた。また、訪問栄養相談した方は要介護認定等の重症化予防の効果も見られ、相談していない地区に比べ、栄養状態の改善者は2倍以上、要介護認定等の重症化は約1/2であった。

2. 糖尿病性腎症の透析予防の訪問栄養指導

【方法】平成25年度、26年度の特健診・長寿健診受診者のうち糖尿病性腎症の主にステージIII～IVの該当者46名に管理栄養士による訪問栄養指導を実施した。6か月を1クールとし、初回は健診項目（HbA1c、eGFR等）の把握や、体重、食事摂取量、栄養指導の有無、治療用特殊食品の使用の有無、服薬状況、健康観等を聞きとり、栄養指導を実施した。

【結果】指導6か月後ではHbA1cで、0.5%以上の改善者は未指導者の4倍以上であった。また、腎臓機能（eGFR）のStageによる評価は、維持・改善率未指導者の約1.5倍であった。健康観の向上では不眠や手足のしびれなど不定愁訴の改善もみられた。また、医療費の削減効果も見られた。

【考察・まとめ】

管理栄養士が訪問し、個別にアセスメントして栄養相談・指導することは栄養状態の適正化と生活上の改善に効果があることがわかった。上記のような結果を評価され、平成23年度には常勤管理栄養士が2名であったが、順次増えていき、平成28年度より5名体制に増員された。28年度からは全地区へ拡大し、さらに積極的に業務展開を図り、市民の健康を支えていきたい。

S-5-2

在宅での栄養ケアの実践 ～いずみホームケアクリニックにおける訪問栄養活動～

荒尾千華

医療法人社団双泉会 いずみホームケアクリニック

当クリニックは、東京都葛飾区にあり近隣の地域（墨田区・江戸川区）にもサテライトクリニックを開設している訪問診療・外来診療を実施している診療所である。併設事業所に、訪問看護、訪問リハビリ、通所リハビリ、居宅介護事業所がある。本院であるいずみホームケアクリニックは有床診療所として病床を備え、認知症疾患医療センターも併設しており、地域包括ケアを念頭にした地域医療を展開している。

栄養科は、本院のいずみホームケアクリニックにあり、本院とサテライトの訪問栄養・外来栄養指導を実施する。

【栄養管理体制】

人員配置：管理栄養士3名、調理員3名

業務内容：有床診療所給食管理・臨床栄養管理、外来・入院栄養相談、訪問栄養

給食管理：食事療養I、直営、18日サイクル献立

退院時に看護サマリーと同様に各専門職がリハビリサマリー、栄養サマリーを作成して関係者に発信している

【訪問栄養の実際】

当クリニックの訪問診療実施患者数は約600名で、そのうち訪問栄養を実施しているのは20名弱、のべ件数は30件程度である。算定疾患は、糖尿病、腎不全、心不全、低栄養（嚥下困難も含む）。複数の疾患と嚥下困難を抱える患者が多い。

訪問栄養では、身体計測（BW、AC、TSF、CC）を行い、食事状況の聞き取りとそれに伴う指導を行う。訪問のおわりに、「今日の話」をまとめて記載し、患者に渡している。同時に訪問栄養実施記録を作成してカルテに綴る。

介護保険での算定がほとんどで、実際に調理を行うことはまれである。また、独居高齢者の場合には、レトルト食品や栄養補助食品の入手が困難である。そのため、既存の訪問薬局と連携して、入手を行うケースもある。その他に、訪問歯科や訪問リハビリと連携して、嚥下評価を行いながら安全に適切な栄養が確保できるように、ポジショニングや食事形態の指導を行うケースもある。訪問リハビリとの連携では、身体計測時にリハ職の協力を得ることで、家族負担の軽減と体重や活動量についての情報共有が出来るので双方にとって良い環境となっている。

【今後の展望】

今回の診療報酬改定では、栄養指導の評価が上方改定されており、2年後の医療・介護報酬同時改定に向けてしっかりと実績を挙げていかなければという使命感を強く感じている。そのためにも、件数増加が必要と考えている。

S-5-3

急性期病院から在宅医療に飛び込んだ管理栄養士が在宅の現場で見たもの

清水陽平、志村通子

JMA海老名メディカルプラザ 在宅診療推進室

【目的】

在宅療養支援診療所に勤務する管理栄養士が行った在宅訪問栄養食事指導（以下、指導）において、指導依頼別の評価から在宅での栄養マネジメントの課題を整理する。

【対象】

対象は、平成26年10月から平成27年12月までに介護保険による居宅療養管理指導にて管理栄養士が指導を行った22名（男性15名、女性7名）とした。

【方法】

対象患者を、在宅療養中に指導依頼のあった13名（A群）と、急性期病院退院後に指導依頼のあった9名（B群）の2群に分け、各群における患者背景、栄養評価、指導内容について比較検証した。

【結果】

平均年齢はA群85.6±5.9歳、B群86.4±7.2歳であり、主たる介護者は、両群とも配偶者が最も多く、介護度別では、A群では要介護5が5名（38.5%）、B群では要介護5と要介護4がそれぞれ3名（33.3%）と最も多かった。経口摂取のみの割合は、A群100%、B群66.7%とB群で有意に低かった。さらに、B群ではHPN及びPNを経口摂取に併用している割合が33.3%に認められた。指導直前の血清アルブミン値の平均値は、A群3.2g/dl、B群2.4g/dlでB群の方が有意に低かった。（ $P<0.01$ ）初回指導時のMNA-SF平均値は、A群7.2点、B群4.9点であり、B群の方が有意に低かった。（ $P<0.05$ ）BMI（ kg/m^2 ）値及び下腿周囲長では、両群間で有意差を認めなかった。食事内容は、形態調整を必要とする（一口大、きざみ、ゼリー等含む）割合は、A群61.5%、B群66.7%と両群とも半数以上に認めた。指導内容は、嚥下機能評価、褥そう改善、嚥下調整食の調理指導・献立提案、減塩、HPN患者に対する経口摂取支援など多岐に渡っていた。指導の効果としては、体重増加、体重増加抑制、介護者の嚥下調整食の負担軽減、自宅での継続した経口摂取、褥そうの縮小を認めた。B群では44.4%で院内NSTの介入を認めた。

【考察】

指導対象者の多くは、要介護度が高い低栄養状態の後期高齢者であることが示された。また、食事形態への配慮が必要な場合が多く、介護者に対する安全な経口摂取のための支援に加え、HPNのように入院中の栄養管理を在宅でも継続する場合においては、質の高い栄養ケアの提供が在宅の現場でも求められると考える。

【結論】

在宅に携わる管理栄養士には、急性期の栄養管理の知識及びスキルが必要である。さらに、院内NSTや多職種との連携が図れることも重要である。そして、患者・家族の「家で過ごしたい」思いに寄り添い実現できる温かい心がなければならない。

S-5-4

シームレスな栄養管理を行う上での管理栄養士の役割

石川祐一

（公社）日本栄養士会 理事、（株）日立製作所日立総合病院 栄養科

我が国は過去に例を見ない超高齢化社会に突入し、3人に1人は高齢者という2025年問題を迎える。この対応として平成25年8月にまとめられた、社会保障制度改革国民会議の報告の中では①医療機能分化、②地域医療連携、③地域包括ケア、④在宅医療の推進の4点に基づいて第7次医療法の改正と介護保険制度改革を行なうことが示されている。この中で地域医療連携は地域包括ケアを推進する上で重要な因子となる。また、地域包括ケアシステムは「住まい」「医療」「介護」「予防」「生活支援」という5つの要素が一体的に提供され、重度の要介護状態になっても住み慣れた地域で在宅生活ができるシステムの構築を目指しており「医療」「介護」「予防」などのサービスを個々人の抱える課題に合わせて提供するためには、これらサービス提供が機能的かつ有機的に連携され一体的に行われことが重要である。特に食生活の支援や栄養ケアは重要な位置を占めており、在宅での適正な栄養管理にかかわるQOLやADLの維持または向上につなげるためには管理栄養士の存在は必須である。

病院管理栄養士が常時、在宅や診療所等の他施設への介入は、現状の配置数では難しいが、病院での栄養管理に関する情報を伝達することは対応可能であると考え。病院の平均在院日数は短縮される傾向にあり早期退院を余儀なくされることも少なくない。栄養状態が不安定のまま転院や在宅での生活が始まることで、退院後に食が維持できずに低栄養状態へ移行されることも想定される。特に摂食機能や嚥下機能が低下することは超高齢化社会では避けて通れない問題であり、急性期から慢性期、在宅に至るまであらゆる医療等現場で直面する課題である。口腔機能の改善が栄養状態の改善に繋がることは数多く報告されており、入院中での栄養状態に加え、食事の形態や栄養摂取状況等を病院管理栄養士が積極的に発信することが患者の治療効果を向上させることに結びつくと考えられる。その際に活用される栄養管理情報書は各県・地域により作成されているが、地域特性に合わせたツールが望ましく、また今後全国に広く普及させることが必要である。

（公社）日本栄養士会では厚生労働省の委託事業を受け、分野ごとの専門管理栄養士制度を構築中であり、今後在宅医療分野における専門管理栄養士制度も視野に入れている。これらの制度を活用し在宅分野の人材育成を行うことが急務であると考え。

今回のシンポジウムでは、医療機関の機能分化・強化と連携、「在宅医療」における管理栄養士の役割と活動、人材育成について述べたい。

シンポジウム6

「これからの地域リハビリテーションの在り方」

座長略歴

□ 堀田富士子

東京都リハビリテーション病院 医療福祉連携室 室長

主な役職：

慶応義塾大学医学部非常勤講師（リハビリテーション医学 研修指導）

東京都リハビリテーション協議会委員

東京都医師会地域福祉委員会委員

東京都高次脳機能障害者相談支援体制連携調整委員会委員

墨田区介護保険事業運営協議会委員

昭和63年3月山形大学医学部卒業。平成15年3月博士（医学、慶応義塾大学）。

昭和63年6月大宮赤十字病院（現さいたま赤十字病院）内科レジデント、山形大学医学部附属病院整形外科教室医員等を経て、平成6年11月慶応義塾大学医学部リハビリテーション医学教室へ入局。慶応義塾大学病院、慶応義塾大学月が瀬リハビリテーションセンター等関連病院で勤務、平成13年4月から東京専売病院リハビリテーション科部長、平成16年9月より東京都リハビリテーション病院地域リハビリテーション科科长を経て、平成28年4月より現職。

□ 大越 満

平成5年3月 福井医療技術専門学校 作業療法学科卒業

平成16年3月 広島大学大学院 保健学研究科 博士課程前期修了

平成18年 日本訪問リハビリテーション協会 理事 就任

平成24年2月 東京ふれあい医療生活協同組合 梶原診療所 勤務

《執筆》

地域作業療法第2版. 医学書院, 2012

認知症ステージアプローチ入門. 中央法規, 2013 等

《他》

日本作業療法士協会 認定作業療法士（第606号）

介護支援専門員実務者研修修了（平成10年）

日本訪問リハビリテーション協会認定訪問療法士（第7号）

演者略歴

□ 長谷川 幹

1974年 東京医科歯科大学医学部卒業、

数ヶ所の病院の整形外科勤務

1982年 玉川病院リハビリテーション科勤務

1998年 桜新町リハクリニック開設

2011年 三軒茶屋リハクリニック開設

2015年 一般社団法人日本脳損傷者ケアリング・コミュニティ学会 理事長

著書：

1998年 「リハビリ医の妻が脳卒中になった時」共著
（日本医事新報社）

2009年 「主体性をひきだすリハビリテーション」著
（日本医事新報社）

2010年 「通所リハビリテーション 様態別プログラム」
分担執筆（中央法規）

□ 齋藤 正洋

平成4年3月 専門学校社会医学技術学院作業療法科卒業

平成4年4月 東京都リハビリテーション病院 作業療法科
入職

平成20年4月 同院 地域リハビリテーション科へ移動

現在に至る

□ 岡野 英樹

H2年 理学療法士免許取得後

医療法人真正会霞ヶ関中央病院 入職

H13年 訪問看護ステーション「スマイル」副所長

H18年 霞ヶ関南病院リハビリテーション部次長

H27年 医療法人真正会 コミュニティケア部部長

職能団体：

H27年～現在 全国デイ・ケア協会 理事

著書：

分担執筆「生活行為向上リハビリテーション実践マニュアル」
中央法規出版

分担執筆「通所リハビリテーション様態別プログラム実践ガイド」
中央法規出版

分担執筆「通所リハビリテーション 居宅訪問実践ガイド」
中央法規出版 他

S-6-1

障害者の主体性の再構築にむけて

長谷川 幹

三軒茶屋リハビリテーションクリニック

一般的に、脳損傷等で入院した患者は初めての体験で戸惑い、「治ること」を目指して医療者の提案を受け入れるが、「治らない」状態で退院となる現実にあふつかる。自宅では段差等のバリアーがあり、しかも医療者は常時いなくて不安になる。このような負の点が強調されているが、自宅では本人が病院での受け身から能動的になりやすい基盤があるという特徴がある。

ところで、脳損傷などの中途障害者は発症前と現在の状態を比較していつまでたっても「よくなって(治っていない)」から、「何もできない」と思う人がほとんどである。その意味では、障害の重症度に関係なく、心理的には同じといえる。中途障害者はよくなる(治す)ために、外来、訪問での理学療法などに励むが、「障害が治って元に戻る」わけではないので、医療者がその先を考えないと、障害者-医療者が「してもらおう」-「してあげる」という共依存関係に陥りやすくなる。

そこで、本人の依存関係の中で「障害があるから何もできない」との思いから「障害があってもできることがある」という考えに転換するきっかけづくりが必須である。きっかけとしては障害者の興味・楽しみや役割(仕事)など「できない、無理」と思っていること、障害のない人には「小さいこと」とみられる、例えば、店に買い物に行く、レストランに行く、などを実現することである。その際、周囲が勧めることがあっても、最終的には本人が主体的に「自己決定」することが重要である。

また、能力が改善するには脳の可塑性が関係する。脳血流の研究者によると、年単位で反対側半球などが代償して長期的に改善するが、自分の能力の少し上のレベルに向けた努力が必要であり、努力するには依存的ではなく「主体性の再構築」がカギとなる。

そのために、それまで主導的であった医療者は医療機関内での関係をシームレスに続けるのではなく、障害者が主体性を再構築できるように意識して「伴って歩む」ことが重要である。

S-6-2

訪問リハにおける「活動・参加」に焦点を当てた取り組みについて

齋藤正洋

東京都リハビリテーション病院

平成26年度厚労省は地域包括ケアシステム構築にあたり、「高齢者の地域における新たなリハビリテーション検討会報告書」をまとめ、「活動・参加」にもバランスよく働きかける効率的なリハビリテーションが行えていないことが報告された。その報告書に基づき、介護報酬上、新たな報酬体系が創設され、介護予防事業においても同様の支援を行うことを推奨されている。

しかし、私が訪問リハビリテーション(以下訪問リハ)を行う上で「活動・参加」を特に意識した支援を行っている印象はない。

私は訪問リハの介入時に意識していることは、患者が24時間・365日をどのように過ごしているのか、現在の生活、そして過去の生活はどんなものだったか、未来の生活を見越してどう感じているのか、併せて家族や支援者がどう感じているのかということだ。それらをすべてつなぎ合わせて、患者自身が望んでいる生活がどのようなものなのかを、見極めるように努力している。

私が訪問リハで介入できる時間は、ほとんどの場合、週一回、一時間程度である。その介入頻度で、いきいきと元気で健康的な状態に戻れるであろうか。週一回の介入で機能訓練を行うだけならば、生活全般が活性化されるとは考えにくい。

そこで私が訪問リハで常に意識していることは、私がない時にでも生活を活性化できることである。それには「仕掛けづくり」が重要だ。患者の過去の「習慣・役割」を活かした支援や、場合によっては、「興味・関心」を利用する。患者一人で行えないのであれば、家族や支援者と行えるように調整する。患者がその生活行為を「やりたい、楽しみたい」と思い、活動的な生活となるような「仕掛けづくり」が、訪問リハの役割ではないかと考える。またリハ職だけではこの「仕掛けづくり」が成功することはない。家族や多くの医療者、支援者の協力があってこそ、初めて成功に導くことが出来るものである。

健康とは「五体満足な状態や認知機能が適切な状態」で、それが幸福と捉えている国民は多い。では、体が不自由で認知機能が低下した人は全て不幸なのだろうか。私はそうは思わない。自分の能力を知り、自分らしく生きることが健康であるという「健康観」をいかにプロモーションしていくかもリハ職の仕事として大切なことであると考ええる。

その人らしい「習慣・役割」を取り戻すための「仕掛けづくり」、家族や支援者の調整が患者の「活動・参加」につながっている。

S-6-3

デイケア・サロンにおける活動と参加の 実践

岡野英樹

医療法人真正会 コミュニティケア部

■ 地域性の理解

■ 私たちの通所リハビリテーション事業の展開

医療保険リハの受け皿機能として展開してきた短時間型、重度者専門から展開してきた長時間型、それぞれの果たす役割を再考。

■ 通所リハにおける活動と参加の考え方

通所リハの現場では、リハマネジメントの不足によりサービスの質は低下する。

自助の観点では、「自立」を目指しつつ「自律」できるような働きかけが肝要であり、そこには主体性が不可欠。主体的な暮らしのためのアプローチをご紹介します。

心身機能・活動・参加のバランスは重要であるが、活動(できること)から参加(していること)への促しも効果的なアプローチのポイントである。

■ 中重度者に対する活動から参加への実践

中重度者にも役割があり、参加の場がある。私たちがあきらめず関わり続けることが可能性を引き出すことになる。

「座るケア」の徹底。

■ 通所リハにおけるサロンとしての場の活用

通所リハの場は一方でサロンにもなり得る。

地域の一つの資源として考えることで、地域に根差した事業展開や地域の互助の関係づくりの一助になりうる。

シンポジウム7

「意思決定を支援する」

座長略歴

□ 宇都宮宏子

1980年 京都大学医療技術短期大学部 看護学科卒業

医療機関で看護師として勤務、1991年から、訪問看護始め、介護保険創設時、ケアマネジャー・在宅サービスの管理・指導の立場で働きながら、病院から在宅に向けた専門的な介入の必要性を感じ2002年、京大病院で「退院調整看護師」として活動

2012年4月より、『在宅ケア移行支援研究所』起業独立

【その他の活動】

- 京都大学医学部人間健康科学学科非常勤講師 ●聖路加国際医療大学臨床教授
- 京都府看護協会担当委員（認知症サポートナース・退院支援・看取り支援人材養成研修等）
- 東京都在宅療養推進会議 退院支援強化事業・在宅療養支援員養成研修委員等

【主な書籍】編著・共著

- 「チームで行う退院支援」中央法規 共著 2008年8月
- 「看護がつながる在宅療養支援」日看協出版会 2014年6月
- 退院支援ガイドブック～「これまでの暮らし」「そしてこれから」をみすえて関わる 2015.8月 学研メディカル秀潤社

□ 英 裕雄

昭和60年3月 慶応義塾大学 商学部卒業

昭和62年4月 千葉大学 医学部

平成5年3月 千葉大学 医学部 卒業

平成5年6月 浦和市立病院 勤務

平成7年5月 浦和市立病院 退職

平成7年6月 桃泉園 北本病院 勤務

平成8年10月 桃泉園 北本病院 退職

平成8年10月 曙橋内科クリニック 開設 院長に就任

平成10年9月 医療法人社団 曙光会に改組 同理事長就任

平成12年8月 医療法人社団 曙光会 理事長退職

平成13年8月 新宿ヒロクリニック 開設

平成17年3月 医療法人社団 三育会 新宿ヒロクリニックに改組 理事長就任

現在に至る

主な役職：全国在宅療養支援診療所連絡会世話人、全国在宅医療推進協会理事、日本在宅医療学会評議員 他

演者略歴

□ 堀内 志奈

医師（消化器内科）、医学博士。東京生まれ、札幌育ち。

札幌医科大学卒。

Burnham Institute for Medical Research（現Sanford Burnham Prebys Medical Discovery Institute, 米国サンディエゴ）留学後、都内の病院、クリニックに勤務。

2013年、「決められない患者たち」（医学書院）を翻訳出版。

訳書として二冊目となる「医師の感情（仮）」を2016年6月に出版予定。

□ 横江由理子

愛知県立総合看護専門学校卒業、1998年に現国立長寿医療研究センターに就職。呼吸器内科病棟、在宅医療支援病棟などで看護を実践しながら、2007年呼吸療法認定士を取得、更にアドボケートナースを目指し2011年緩和ケア認定看護師となる。2011年End Of Lifeケアチームを立ち上げそのチームリーダーとなり、癌患者のみならず、認知症や虚弱高齢者、慢性呼吸器疾患や心不全等の臓器障害、神経難病などの患者の緩和ケアに取り組んだ。2014年に国立長寿医療研究センターを退職し、いきいき在宅クリニック看護部長として在宅でのEnd Of Lifeケアを実践している。

□ 島田 千穂

東京大学大学院医学系研究科博士課程修了。

博士（保健学）。社会福祉士。

国際医療福祉大学総合研究所研究員、大学院専任講師、特別養護老人ホーム所長代理を経て現職。高齢者の終末期ケアに関する実践的な研究に取り組み、施設における看取りケア体制、本人の希望を基にした看取りケア実践のための方法論の構築を主な研究テーマにしている。

主な論文：

「終末期医療に関する事前の希望伝達の実態とその背景」日本老年医学会雑誌 2015、「看取りケア経験の協働的内省が特別養護老人ホーム職員の認識に及ぼす影響」社会福祉学 2015

S-7-1

後悔のない意思決定のために ～医療者の果たす役割

堀内志奈

Tokyo Medical and Surgical Clinic

従来、医療の場における意思決定は医師が主導権を握って行われることが多かった。しかし最近では「患者中心の医療」という考え方が広まり、治療方針などは原則的に本人が決めるべきである、という考え方が主流となってきた。たしかにこれは本来あるべき姿だと言えるが、一方で必ずしも医療知識や経験が豊富ではない患者あるいはその家族が決断するのは容易ではないことも多い。癌などの大病になった時の治療の決定や終末期医療にまつわる意思決定は特に様々な葛藤を生むものであろう。こうした時、患者本人にとってより良い、後悔のない意思決定をするために、どのような役割を医療者が果たせるのか、どのような介入がなされるべきかについて、2013年に翻訳出版した拙著「決められない患者たち」をベースに考察したい。

S-7-2

ACPに基づいた意思決定支援 ～看護師の立場から～

横江由理子

いきいき在宅クリニック

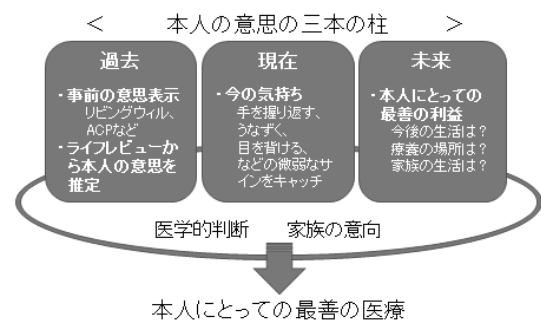
超高齢社会を迎え、人生の最終段階のケアを充実させていく重要性が増している。高齢者では認知機能の低下などにより意思決定の難しさが問題になる一方で、医療技術の進歩は選択肢をより複雑にし、命にかかわる難しい意思決定でありながらその支援方法は未だ確立されていない。

これまでエンドオブライフケアチームで意思決定支援に取り組んできたが、そこでの基本的な考え方は、患者の意思を時間軸でとらえ、『過去：事前の意思表示（リビングウィルなど）やライフレビューからの推察』『現在：今の気持ちを微弱なサインからも汲み取る』『未来：本人のQOLの維持・向上の視点で考える』の三本柱から導き出された「本人の意思」を中心に据えること。そこに「医学的判断」と「家族の意向」を考慮して、命の長さだけにとらわれることなく、「患者にとっての最善の医療」について合意を形成していくことである。（図）

意思決定を支援する看護師には、患者の揺れる気持ちを理解するだけでなく、家族のつらい気持ちにも寄り添いながら、「患者にとっての最善とは何か」を共に考えるアドボケートナースとしての姿勢が求められる。

終末期の意志決定支援においては、正しい選択肢が一つだけとは限らず、本人と家族と医療者が「対話」を重ねながら、本人にとっての最善を考える「プロセス」こそが大切である。それにより患者と家族が充実した終末期を過ごすことができ、ひいては後の遺族の悲嘆軽減にもつながるものと考えている。

意思決定支援の考え方



S-7-3

地域包括ケアシステムにおける人生の最期に向けた相談支援

島田千穂

東京都健康長寿医療センター研究所

人生の最期にどのような生活を送りたいのか、本人の希望の生活を支える医療を提供すべきではないか。このような問題意識から、希望を事前に書いたり、相談したりするアドバンスケアプランニングの取り組みが進められている。

筆者らの研究グループでも、ライフデザインノートを用いた実践的研究を行っている。ライフデザインノートとは、これまでの楽しかったこと、辛かったことなど「過去」の人生経験、「現在」の生活上の嗜好性、「将来」の希望、そして「終末期」にどう過ごしたいか、医療はどこまで受けたいかについて記入できるよう構成した冊子である。このノートを、地域診療所に通院する患者から、研究への参加を希望した114名に配布し、実際に記入してもらい、書いたことによる変化をインタビュー調査により確認する研究を行った。その結果、ノートがあっても書く作業は困難であることが共通して語られた。記述が困難な理由として、書いておいた方が良いと言うことは分かっている、書くことのメリットが実感できない、死に近づいた時の自分の状態が具体的にわからない、最後になった時まで自分の思い通りにできるとは限らない、そもそも書くことに慣れていない、などが語られた。これらは、国外での研究でも共通して、アドバンスケアプランニングが広がらない要因としてあげられている。

一方、終末期に「自分がどうしたいか」と質問すると、ほぼ全員が共通して、終末期には「家族に迷惑をかけたくない」と語った。また、地域診療所の通院患者を対象にした調査では、重篤な疾病治療決定時に、家族に迷惑をかけないことを第一に考えると回答したのは、95%を超えた。相手を配慮して伝えない、または、相手を配慮して考えた内容を「自分の」希望として相手に伝えるという日本のコミュニケーションの特徴を考慮した、支援の必要性について考察している。

相互に配慮し合った上で希望を表明するという日本人特有のコミュニケーションスタイルを前提にすると、率直に希望を語れるには時間と支える人が必要だと考えられる。治療にたどり着くまでに、地域包括ケアの様々な段階で関わる人が、多様な視点からアプローチし、情報共有してはじめて、本人と周囲の人の納得につながる決定になると考える。

シンポジウム 8

「周辺領域からみた在宅医療」

座長略歴

□ 小野沢 滋

北里大学病院 トータルサポートセンター センター長
亀田総合病院 在宅医療部 顧問
平成2年 東京慈恵会 医科大学卒
1990年5月 医療法人鉄蕉会 亀田総合病院初期研修医
1999年 医療法人鉄蕉会 亀田総合病院 地域医療支援部 部長
2012年4月 現在北里大学病院 患者支援センター部
2013年5月 北里大学病院 患者支援センター部 部長
2013年12月 相模原町田地区介護医療圏インフラ整備コンソーシアム代表
2014年11月 北里大学病院 トータルサポートセンター長
2016年5月 医療法人公朋会 理事

□ 河村 雅明

昭和56年 日本大学医学部医学科卒業、医師国家試験合格
昭和60年 日本大学大学院医学研究科卒業、医学博士、日本大学第一内科助手
平成7年 板橋区医師会病院内科部長
平成15年 医療法人社団 弘成会 河村内科 院長
社会的活動：
平成19年 社団法人東京都北区医師会 理事
平成21年 社団法人東京都北区医師会 副会長（平成24年より一般社団法人東京都北区医師会に組織改正）
平成23年 認知症サポート医
平成24年 東京都北区高齢者あんしんセンターサポート医
平成25年 北区在宅ケアネット共同代表

演者略歴

□ 石口 房子

1976年 兵庫県立総合衛生学院 保健学科卒業
1982年 広島市内の病院にて訪問看護を開始
1995年 「広島・ホスピスケアをすすめる会」
ボランティア団体発足
1996年 「YMCA訪問看護ステーション・ピース」開設・
現在も勤務
2004年 第13回「日本ホスピス・在宅ケア研究会in広島」
大会長
2010年 第38回医療功労賞 受賞
2012年 「広島県地域包括ケア推進センター」勤務 主幹
2013年 第37回「日本死の臨床研究会年次大会in松江」
大会長（複数）

□ 福永 龍繁

東京都監察医務院長
昭和56年3月 神戸大学医学部卒業
昭和57年8月 神戸大学助手
昭和61年4月 兵庫県技術吏員（常勤監察医）
平成元年4月 滋賀医科大学助教授
平成6年6月 三重大学教授
平成16年4月 東京都監察医務院長～現在に至る
平成3年9月 文部省在外研究員としてフィンランド国
～平成5年8月 アルコ研究所に留学
役職他：日本法医学会理事、第100次全国学術集會会長
日本法医学会認定医第34号
賞罰：平成3年4月 第1回日本法医学会学術奨励賞 受賞

□ 遠藤 拓郎

名古屋大学医学部医学科卒。臨床研修修了後、マッキンゼー・アンド・カンパニー勤務。医療法人プラタナスで在宅診療に従事後、2013年より関東労災病院救急総合診療科勤務。2016年1～3月は労災機構の派遣制度でいわき市福島労災病院勤務。内科認定医、ICLSインストラクター、JATECプロバイダー、FCCSプロバイダー、救急専門医取得過程。第16回日本在宅医学会優秀賞。

□ 権田 吉儀

淑徳大学社会福祉学部 社会福祉学科卒
みなと医療生協協立総合病院 医療相談室 勤務
日本福祉大社会福祉学部 社会福祉学科研究生
医慮法人愛生会 総合上飯田第一病院 医療福祉相談室 在籍
社会活動歴：
愛知県医療ソーシャルワーカー協会 理事・事務局長
公益社団帆人日本医療社会福祉協会 業務執行理事
名古屋市北区医療福祉連携会 副会長
精神保健福祉士・介護支援専門員

S-8-1

地域包括ケアと在宅死の実態

石口房子

広島県地域包括ケア推進センター

3年前、この度の平原大会長より「東京都内のある区で在宅死が増え、何故かと思ったら“孤立死”が増えている！」という衝撃的な講演を聞いた。

それから、ずっと在宅死の実態については誰がどこできちんと把握しているのか、と気になっていた。

地域包括ケアを推進していく中では「住み慣れた地域で、安心して暮らし続けられる町づくり」を目指しており、行政の担当課は、高齢者が地域の中でどのように看取られ、また、死亡しているのかを知ることは欠かせない。

当推進センターでは平成27年度、広島県内3ヶ所にモデル地区を設定し「在宅死（孤立死を含む）の実態調査」を実施した。この調査にあたっては、医師会、地域包括支援センター、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所、社会福祉協議会、住民、警察署、消防署、行政等からの代表をメンバーとした。

調査から得られた結果のうち、ここでは3点のことを報告したい。

1 孤立死のこと

“孤立死”は、調査期間6ヶ月に3モデル地区とも複数あった。

警察は当然把握しているが、行政の地域包括ケア担当課や地域包括支援センターとは“孤立死”の実態を知らされる仕組みがなかった。3モデル地区では今後の課題と認識し、情報の共有の可能性、対策に結び付くように検討を始めた。

2 独居の看取りのこと

独居で最期まで在宅看取り体制が取られていたのは、在宅死42名中1名だけだった。母数が少ないため何とも言えないが、終末期の独居者は家に帰りたくても、医療関係者から在宅は無理と初めから判断されていないだろうか。

独居の看取りがもっと可能な町づくりを目指す必要性を感じた。

3 多職種、関係機関との協議のこと

「在宅死の実態調査」では、10回程度の委員会を開催した。医療介護連携だけでなく、警察署や消防署、住民からの意見が地域の実情を反映しており、とても貴重で参考になった。

穏やかな在宅看取りのためには多職種だけでなく、関係機関や地域住民との連携や協議が重要であると気付かされた。

地域包括ケアシステム構築を念頭におき、以上のことについて述べさせていただき、皆様のご意見をお伺いしたいと思っている。

S-8-2

監察医からみた在宅死

福永龍繁

東京都監察医務院

【はじめに】

東京都監察医務院は、死体解剖保存法第8条に基づき東京都23区内で発生する全ての異状死を検案し、死因の不明な場合には解剖を行うことにより死因を究明している。近年の年間検案件数は約13,000件を越え、全死亡者の20%を占める。検案数の増加は高齢者人口の増加に比例し、65歳以上の高齢者が全検案数の7割を占めている。本シンポジウムでは、在宅医療で特に問題となる単身居住者の検案と入浴中の死亡に焦点を絞り、監察医の立場から解説する。

【孤独死調査】

異状死として扱われた単身居住者の死亡を孤独死と定義し、その発生数及び率、死因、死後経過時間、発見状況等について、世帯構成員が複数の人との差異について調査を行った。性別では男性に多く、女性の約4倍の発生頻度であり、年齢分布にも性差があった。死因では男性に肝疾患及び不詳が多かった。死後経過時間の長い例が多く、死亡状況の把握が困難な事例が多いため、解剖率も高かった。また、区による発生頻度の差異も見られた。

【入浴中の死亡】

東京都23区内では、毎年1000人が入浴中に亡くなる。平成24年入浴事故に関連する三学会（救急医学会、温泉物理気候医学会、法医学会）が合同して研究班を立ち上げ、実態把握と予防対策に関する検討を行った。死亡の機序については、三学会各々調査対象が異なり、結果にも相違点が認められたが、総括した結果、入浴中急死には器質的疾患（脳血管障害、急性冠症候群）、非器質的疾患（熱中症、血圧低下、アルコール等）の複数の要因が関与すると結論した。監察医の立場から入浴中の死亡について解析すると、①直接死因は溺死が6割以上を占めるものの、溺水吸引の少ない事例も存在すること、②原因と推定される疾病は約半数の事例に認められるが、外傷が関与した事例や高濃度のエタノールが検出された事例もあり、浴槽内急死の原因は多様であった。

【日本の死因究明制度】

東京都監察医務院の毎年の検案結果は、事業概要としてホームページ（<http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/kansatsu/>）に公開している。監察医制度施行の有無により、死因究明の精度の格差が指摘されて久しい。死因統計にも影響を及ぼしていることから、公衆衛生の向上のために全国に適切な死因究明制度の広がることを願う。

S-8-3

病院救急からみた在宅医療

遠藤拓郎

関東労災病院 救急総合診療科

筆者は在宅診療を経験した後に3年前より神奈川県川崎市武蔵小杉にある関東労災病院救急総合診療科で勤務している。当院は川崎南部医療圏で2次救急を中心に年間6000件の救急搬送を受け入れ、救急入院の多くが高齢者となっている。今後、高齢化の影響により更に救急搬送数、高齢者の救急入院件数が増えることが予想される。また平成28年度の診療報酬改定では、急性期病院を維持するためには厳格な基準をクリアしなければならない、在宅から搬送される患者の円滑な搬送受け入れを継続するにはどうしたら良いのか、を思案しながら業務にあっている。

本演題では、

- ① 当院のこれまでの救急搬送データから「在宅診療所からどういった患者がどれくらい搬送されているか」について紹介する。
- ② また、「搬送に際して在宅診療所からの情報提供が十分でないことが散見される」という結果が2年前の本学会で示されたが、その後、各種の試みにより格段に充実してきた。実践した具体的内容とともに、直近データで前回と同様の方法で行った評価結果の提示を行う。
- ③ そして、近年、病院全体の在院日数が短縮する一方で、家族や施設との在宅調整がボトルネックとなり高齢者や在宅患者の在院日数が相対的に長くなっている傾向がある。医学的介入を終えた方には円滑な転院または退院（在宅診療所へ戻って頂く事）を可能としたいと考えており、そのための試みとして、今年度より「入院時から始める退院調整」と銘打ってプロセス管理を行っている。診療科内さらには院内での汎用を目指しており、たたき台の段階だが『在宅に戻ることを前提とした場合のプロトコル素案』の紹介とその導入による効果判定結果の提示を行う。

S-8-4

貧困（経済的困窮）から在宅医療・介護を考える

権田吉儀

社会医療法人愛生会 総合上飯田第一病院

医療ソーシャルワーカー（以下MSW略す）が急性期病院で、退院支援業務を行い自宅退院を目指す、諸事情で医療・介護制度利用ができない又は利用できても、在宅医療・介護サービス利用が不十分となるケースが時々ある。その諸事情とは、主には、経済的困窮＝貧困が要因となる場合が圧倒的といえる。今回のテーマにもある、「周辺領域」を考えたとき、その課題を、「在宅医療・介護と貧困（経済的困窮）」として、捉えるならこの問題は、単なる周辺領域ではなく、生活を営むための課題、つまり生活の核心の問題であるのかもしれない。

入院前までは何とか生活ができていても、入院を契機に、医療費をはじめ、その後の在宅医療・介護費用の捻出をするために、生活費の支出を制限せざる負えない事となり、捻出できなければ「我慢の生活」をする状況となるわけである。

当院での相談業務統計では、相談の約10%が、医療費及び生活費の問題となっている。入院中のMSW支援の中で、この経済的課題が生活保護制度利用等で克服できればよいがすべてではない。その対象者は、以前から問題となっている、生活保護受給不能なボーダーライン層（境界層）の方々である。高齢者は少ない年金にあわせて、天井知らずの、毎年上がる介護保険料や、消費税の増税を含めた経済動向（景気回復の加減）で、日々大変な節約生活を強いられている。

デスクッションでは当院での事例である、「介護保険2号被保者の在宅ガン末期医療費の負担」「介護保険料未納による、一部負担の割増負担から在宅介護サービスの制限と家族の介護負担増」を紹介しながら、どのように本人（患者）への在宅医療・介護を準備するか、患者を支える家族をどう支援していくのかを報告する。

急性期病院のMSWは、退院支援にとどまっておらず、退院後の在宅支援は、次の在宅支援チームへの引き継ぎで終わってしまう。患者が、再入院してこない限りその後の状況は不明であり、在宅医療・介護の現場への支援継続はできない。また 最近、訪問診療を中心に行う、診療所・クリニックにMSWの配置が多くなって来た。退院支援の中で、介護支援専門員との連携だけでなく、訪問診療の中でMSWの役割は、どうあるべきなのか、対象者支援をどうするのか等の検討も必要である。

経済的困窮から、必要な在宅・介護サービスが受けられない対象の方々をどうすべきなのか、どうみるべきかを報告する。

シンポジウム9 (公募シンポジウム)

「エンド・オブ・ライフケアを必要とするすべての人に口腔の緩和ケアを」

座長略歴

□ 古屋 聡

山梨市立牧丘病院

山梨県生まれ

1987年 自治医科大学卒

1989年 牧丘町立(当時)牧丘病院 整形外科

1992年 塩山市立(当時)塩山診療所

2006年 山梨市立牧丘病院 整形外科

2008年 同院長

外来・入院・在宅診療を行っている。

東日本大震災においては2011/3/16に現地入りし、それ以後気仙沼を中止に活動を展開、気仙沼市立本吉病院の外来、仮設住宅・復興住宅への訪問、口腔ケア・摂食嚥下・コミュニケーションに関わるサポートを展開してきて、現在にいたる。このたびの熊本大分地震においても、2016/4/18から複数回、現地に赴いて活動している。

□ 原 龍馬

医療法人社団同志会 原歯科医院(千住) 院長(歯学博士)

1943年 長崎県出身

1969年 東京医科歯科大学歯学部卒業

1980年 医療法人社団同志会原歯科医院(千住) 院長

(主な役職)公益社団法人東京都足立区歯科医師会・顧問(前会長)、一般社団法人全国在宅療養支援歯科診療所連絡会・会長、東京都足立区障害者施設(希望の苑)嘱託歯科医師、東京医科歯科大学歯科同窓会・理事、SAJドクターパトロール(1998年認定)(学会活動など)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、日本障害者歯科医学会、日本総合歯科医学会、NPO法人 在宅ケアを支える診療所・市民全国ネットワーク、「在宅医学テキスト(初版)」勇美記念財団(共著)、今日の治療指針；医学書院(分筆)、「在宅医学」在宅医学会編；メディカルレビュー(共著)

演者略歴

□ 宇都 仁恵

1974年3月 宮崎大学教育学部卒業

1992年3月 鹿児島大学歯学部卒業

1992年4月 九州大学歯学部病院第一補綴科入局

1994年4月 福岡市雁ノ巣病院歯科勤務

1994年10月 産業医科大学歯科口腔外科勤務

2000年4月 宮崎市保健所健康増進課勤務。

2002年4月 おがた小児歯科医院勤務

2003年12月 ひとえ歯科クリニック開業

免許：歯科医師免許取得 平成4年5月

資格：日本障害者歯科学会認定医

著書：「障害児の口腔ケア」「臨床作業療法」青海社：2012.10-2013.8

平成26年度厚労省老健事業【摂食嚥下障害を有する高齢者の地域支援体制の取組収集分析に関する調査研究】

□ 篠原 弓月

歯科衛生士

地域食支援グループ ハッピーリープス代表

新宿区摂食嚥下機能支援検討会委員

新宿区歯科医師会在宅歯科医療連携推進委員

東京医科歯科大学口腔保健学科非常勤講師

東京医科歯科大学附属歯科衛生士学校卒業

東京通信病院歯科外来、歯科医院等に勤務後

2010年 ハッピーリープスを立ち上げる

・資格

日本摂食嚥下リハビリテーション学会認定士

日本歯科衛生士会在宅療養指導(口腔機能管理)認定歯科衛生士・著書(共著)

中央法規 口腔ケア〇と×

秀和システム 介護スタッフのための安心!「食」のケア

医歯薬出版 最新歯科衛生士教本 高齢者歯科 ほか

□ 藤田 拓司

平成5年、神戸大学医学部を卒業。

神戸市立中央市民病院、済生会中津病院神経内科、仙台往診クリニックでの勤務を経て

平成11年、在宅医療を中心に行う大阪北ホームケアクリニック開設。

平成20年4月、神経難病患者の診療を中心に行う有床診療所(医)拓海会 神経内科クリニックを開設。

在宅医療に従事する傍ら、東京医科歯科大学大学院・医療経営学講座で「在宅医療」「医療連携」のコスト分析に関する研究を行う。

内科認定医、神経内科認定専門医・指導医

【テキスト・著書】

・今日の治療指針～私はこう治療している2009年度版～在宅患者の肺炎予防(誤嚥しやすい患者のケア)

・明日の在宅医療(中央法規)

・都市部の複数医師体制の在宅医療専門クリニックの経営

・小児在宅医療支援マニュアルー医療従事者と家族のための(メディカ出版)

他多数

S-9-1

多職種で支える経口摂取 ～胃ろう・終末期の患者が食べ始めQOLが向上した～

宇都仁恵

ひとえ歯科クリニック

【緒言】

なんらかの病気や加齢により終末期と宣告されて限られた時間で人は何を望むだろう。

それは、ひと様々であるが「さいご」まで口から食べたいと思うのは誰も共通ではないだろうか。

近年我が国では超高齢社会の進行と共に摂食嚥下障害が問題となってきた。加齢、脳血管障害、認知症、難病など何らかの原因で食べる事が難しくなったらどうするか？ぎりぎりまで口から食べるか、中心静脈栄養や経管栄養にするか選択肢が種々ある。しかし高齢者の場合、現在の日本では決定権が本人に余りないのが現実で、社会的背景、家庭環境、介護現場での能力等から議論がなされるようになっていく。それに加え、2012年に老年医学会から胃ろうについてのガイドラインが出された後から、現場においては人工的水分栄養補給法(AHN)として胃ろうが減少し、代わって経鼻栄養や点滴のまま退院して施設に入居される患者さんが増えてきた事を実感している。しかし、終末期と診断されても口腔ケアをして、食べる訓練、座位保持訓練などを行い廃用性障害を改善し、食物形態を工夫する事によって、終末期を脱する事例がある。人が自らの人生を自分らしくまっとうする為に、さいごまで口から食べる権利は保証されるべきものであると考える。

【経過】

在宅で胃ろうを自己抜去した為に、やむを得ず訓練なしに経口摂取に移行せざるを得なかった85歳女性の患者症例を契機に、その後多職種との連携で、終末期と診断されAHNとなった患者を経口摂取に移行する取り組みをした。

【結論】

これまで経験したAHNの16症例のうち、50%は全量経口摂取に移行し、25%は楽しみとしての食事摂取、残りの25%がうまくいかない症例であった。

1. 経口摂取はQOLの向上に寄与する
2. 多職種間の顔が見え人となりがわかる連携が必要
* 成功体験がその後を左右する
3. 在宅でのリスク管理は重要である
4. 家族へのインフォームドコンセントが鍵となる
5. 安全にかつ楽しく食べるには口腔ケアが重要である
6. 正しい嚥下評価と診断が重要である

S-9-2

エンド・オブ・ライフケアを必要とするすべての人に口腔の緩和ケアを

篠原弓月

地域食支援グループ ハッピーリーブス 歯科衛生士

在宅要介護高齢者を介護保険の居宅療養管理指導のサービスの利用で歯科衛生士として単独で訪問を始めて12年が経った。訪問先では通院が困難となり長らく歯科治療を受けられずに放置され、義歯は外されたまま崩壊した咬合の方に出会う。口腔ケアは生涯にわたり必要なケアであるが、終末期の全身状態の変化に加えセルフケアが難しくなりケアが途切れ、口腔内は汚染し口腔乾燥、口臭、口の機能低下や廃用を起こした悲惨な口腔に数多く接してきた。最期の時が近くなると口乾はさらに強まり易出血となり発語もままならない辛い状態になる。適切な時期から歯科が介入し口腔の管理とケアを継続することで口の苦痛を取り除き口腔乾燥を改善するだけでなく、表情が和らぎ声に張りも出て、残された大切な時間を家族と過ごされ、口も心も緩和につながり看取った事例を何例も経験した。

口腔ケアは誤嚥性肺炎予防の手段として認識されているが、尊厳を守りその人らしい最終章をお過ごしいただくためのケアである。さらに介護家族の「よいお看取り」につなげるための大切なケアの一つにもなる。要介護高齢者にとって味わい食べることは生きる喜び・実感だ。歯科衛生士は歯磨きをする人のイメージが強いが「食べられる口をつくる」「口の機能を守る」専門職である。

2010年に地域食支援グループ ハッピーリーブスを結成した。歯科衛生士、管理栄養士、理学療法士をメンバーとする多職種協働の食支援グループである。「ハッピーリーブス」の名前には、口の4つの機能「食べること」「会話をする」「呼吸をする」「表情の表出(笑顔)」を四葉のクローバーにのせ口福、口からの幸せを守っていきたいという想いをこめた。新宿区を中心に在宅訪問と普及啓発活動に努めている。

最期まで口が口らしく機能し不快感や苦痛を除く「緩和のための口腔ケア」には訪問歯科の介入が必要であるが、それだけでは達成できない。実現のためには、医科歯科連携とご本人を取り巻く介護家族や介護職の協力も必要である。歯科衛生士はその必要性を伝え、負担なく適切にケアに取り組める手技を指導しケアの環境を整える役割がある。エンド・オブ・ライフケアにおける口腔の緩和ケアを広める取り組みを考えたい。

S-9-3

『最後まで口から』の限界と呪縛

藤田拓司、中澤健一郎、伊藤英樹、波江野茂彦

(医) 拓海会 神経内科クリニック

【目的】

「最後まで口から食べたい・食べさせたい」と望む患者・家族は多い。認知症の進行に伴い、食べ方・食べ物が分からない、アパシー等、様々な理由から自ら食事を摂らなくなることがある。その様な場合、本邦では介護者によって食事介助が開始されることが一般的である。当院では嚥下評価、食事介助方法の指導などを歯科医師等と連携しながら行っていたが、誤嚥による気道感染症や窒息によって死亡するケースが散見された。食事介助によって、患者や介護者への影響を明らかにした研究で認められなかったこともあり、今回調査した。

【方法】

平成24年度以降、当院で診療を行った患者のカルテレビュー①。平成27年度に実施した家族介護者に対する介護負担度のアンケート②、食事介助を行っている家族介護者を対象にしたインタビュー③、介護施設管理者・スタッフに対する食事介助に関するインタビュー④。

【結果】

認知症の進行に伴い食事介助が行われたケースでの食事介助期間は837日①。食事介助の有無による誤嚥による気道感染症のオッズ比は1.86①。家族の介護負担(Zarit介護負担尺度日本語版で評価)は、食事介助あり群2.56、経管栄養群2.38、食事介助なし群2.19。食物形態の変更を含めた準備や食事介助に要した時間は163分/日③。全員が食事介助を負担だと答えているが、止めたいと希望したのは7.3%③。食物形態の変更が必要なケースは92.3%③、食事中に咽など嚥下障害を疑うケースは38.4%③。誤嚥・窒息が原因で死亡したケースは12.5%①。死亡以外の中止例のうち介護負担が原因で療養場所を変更したケースは、食事介助を受けていた群では78.8%、受けていない群では48.8%①。介護施設で入居者で食事介助が必要であったケースは41.7%～59.8%④。介護施設スタッフの95%以上は、食事が摂れなくなった食事介助を行うことは当然だと考えており、64.6%のスタッフは食事介助を行わなければならないと考えていた④。

【結論】

認知症を原因に食事介助が開始されたケースでは食事介助は長期に渡り、家族の介護負担は大きく、気道感染症・窒息は避けがたい。家族は食事介助を「喪の儀式」として肯定的に捉えられているケースが多く、介護施設では「しなければならぬ」と捉えているスタッフが多かった。

シンポジウム 10 (公募シンポジウム)

「在宅におけるpolypharmacyの実態と対策」

座長略歴

□ 浜野 淳

2002年 筑波大学医学専門学群 (現 医学群 医学類) 卒業

2002年～2004年 筑波メディカルセンター病院

2004年～2008年 筑波大学附属病院 総合医コース レジデント

2007年～2013年 医療法人恒貴会 大和クリニック 院長

2013年～ 現職

資格：内科学会認定医、日本プライマリ・ケア連合学会 家庭医療専門医・指導医、日本在宅医学会認定 在宅医療専門医・指導医

□ 大澤 光司

薬剤師

昭和58年 東京薬科大学薬学部卒業

昭和58年 (株) 紫山堂 (シザンドウ) 薬局勤務

昭和61年 (株) 大沢調剤薬局開局

平成12年 (社) 栃木県薬剤師会 理事

平成16年 (社) 栃木県薬剤師会 常務理事

平成16年 (株) メディカルグリーン代表取締役就任

平成21年 日本薬科大学 非常勤講師

平成22年 (社) 栃木県薬剤師会 副会長、全国薬剤師・在宅療養支援連絡会 会長

平成26年 (一社) 栃木県薬剤師会 会長

現職：(一社) 栃木県薬剤師会 会長、(一社) 全国薬剤師・在宅療養支援連絡会 会長、蔵の街コミュニティケア研究会 代表世話人 他

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)

昭和60年 東京大学医学部卒業

平成6年 東京大学医学部老年病学教室助手

平成8年～平成10年

ハーバード大学ブリガム・アンド・ウイメンズ病院
研究員

平成12年 杏林大学医学部高齢医学講師

平成14年 同助教授

平成16年 東京大学大学院医学系研究科加齢医学助教授

(平成19年職名変更)

平成25年 同教授

現在に至る

主な研究テーマ：高齢者の薬物療法、老年病の性差

□ 小濱 伸太

1994年 沖縄尚学高等学校 卒業

1996年 東京理科大学理工学部建築科 途中退学

2002年 東邦大学薬学部 衛生薬学科 卒業

2002年 東京大学医学部附属病院 薬剤部 研修生

2003年より在宅医療に携わり

現職：株式会社協和ホスピタルサービス 協和調剤薬局本局

在宅訪問薬剤支援室 室長

□ 串田 一樹

昭和薬科大学地域連携薬局イノベーション講座教授。

地域医療における医薬品供給体制について研究。セルフメディケーションに果たす薬局機能、慢性疾患患者に対する服薬行動変容のロールプレイモデルの構築、在宅緩和ケアの薬物治療への薬剤師のかかわりについて研究を行っている。

学会活動として、日本在宅医療学会評議員、

日本プライマリケア連合学会編集委員、日本社会薬学会副会長、

HIP (Home Infusion Pharmacy) 研究会会長など。

□ 佐藤 一生

1997年 東京薬科大学卒業

1999年 共立薬科大学大学院薬学研究科 博士前期課程修了

北海道ファーマライズ株式会社 ひまわり薬局 店長

【主な認定・資格】

日本薬剤師研修センター 認定薬剤師

認定実務実習指導薬剤師

日本プライマリ・ケア連合学会 プライマリ・ケア認定薬剤師

日本在宅薬学会 在宅療養支援認定薬剤師

日本食品安全協会 健康食品管理士

【社会活動】

日本在宅薬学会 評議員

日本医療メディエーター協会 北海道支部 監事

日本食品安全協会管理士会 北海道支部 幹事

S-10-1

高齢者におけるpolypharmacyの実態と対策

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

国民の4人に1人が65歳以上、8人に1人が75歳以上という超高齢社会を迎えているが、超高齢社会の抱える真の問題は、後期高齢者の増加にこそあると考えられる。何故ならば、前期高齢者は複数の慢性疾患を抱えつつも概ね元気である（要介護認定率約4%）のに対し、後期高齢者の約3割は要介護状態にあるからである。在宅療養患者も多くは後期高齢者である。このように、我々が直面する高齢者医療とは、多病と多症候、そして障害を抱えた後期高齢者を主な対象としたものになる。高齢者を診るには、様々な合併疾患や症状、生活機能、家庭・介護環境などその人の健康に関わるすべてを把握し、その中で重要な問題は何かという本質を見極め、それに基づいて医療やケアの優先順位付けをして提供しなければならない。まさに在宅医療の真髄もそこにあると思われる。

では、実態はどうだろうか？ 演者らが特定施設で行った薬剤調査では、平均87歳の要介護高齢者が平均6~7種類を服用し、複数医療機関の受診が多剤併用（polypharmacy）に関連していた。6種類以上で明らかに薬物有害事象全般のリスクが増えることから、日本老年医学会では6種類以上をpolypharmacyの目安としており、今般の診療報酬改定でも同様な基準を一貫して採用している。ただ、最近では「複数の薬剤を併用することに伴う諸問題」をpolypharmacyとする捉え方に変化してきており、3種類でも問題があればpolypharmacyである。要するに数は目安であり、本質的にはその中身ということである。

polypharmacy対策の要は、かかりつけ医とかかりつけ薬剤師、およびその連携による処方の一元管理と簡便化である。従って、在宅医療に移行する際に介入の最もよいチャンスである。先般刊行された「高齢者の安全な薬物療法ガイドライン2015」（日本老年医学会発行）では、「特に慎重な投与を要する薬物のリスト」で削減候補薬を示しつつ、在宅医療と薬剤師の役割について系統的レビューに基づくエビデンスと推奨をまとめているので参照されたい。最近の生活習慣病ガイドラインは、身心機能などの低下したフレイルな高齢者あるいは認知症の高齢者では管理を緩めにすることを推奨しており、やはりpolypharmacy対策に利用できる。

講演では、以上の点を概説し、在宅医療の現場での対策について議論を深めたい。

S-10-2

訪問薬剤の利用が在宅高齢者のポリファーマシーに与える影響

小濱伸太¹⁾、阪井歩美¹⁾、高木 博²⁾

1) 協和調剤薬局 本局、2) 恒貴会 大和クリニック

【目的】

高齢患者の多剤服用（以下 ポリファーマシー）は本人やその家族、医療・ケア提供者労力負担、アドヒアランスの低下、相互作用による有害事象、社会保険における医療費負担の増大などに大きく影響している。ポリファーマシーの主な原因は処方する医療側に大きくあると言えるが、一部、高齢者の医学・薬学的知識の不足から薬を希望することや多受診が薬を増やす一つの原因と指摘されている。本研究の目的は、在宅高齢患者にポリファーマシーに対する意識調査を行い、訪問薬剤の導入がポリファーマシーに与える影響を検証するものである。

【方法】

2015年12月3日時点で協和調剤薬局が訪問薬剤を提供している65歳以上の患者のうち、定期内服薬6剤以上のポリファーマシー患者を対象として調査を行った。調査は訪問薬剤による定期訪問時に調査員により「お薬の数に関する意識調査」を調査票記入もしくは聞き取り調査にて実施した。調査内容は ①「今のお薬の数が多いと感じていますか？」（多剤服用感）、②「今のお薬の数より、可能なら、少なくなることを期待していますか？」（減薬期待感）とした。

【結果】

対象者は60人（男性21人、女性39人、平均年齢84.1±7.5歳）であった。薬剤管理を行っている被回答者は本人29人（48.3%）、代理女性26人（43.3%）、代理男性5人（8.3%）であった。また薬剤数は平均9.0±2.4（6-16）であった。対象者のうち多剤服用感は31.6%、減薬期待感は58.3%でともに薬剤数と相関関係を認めた。また、多剤服用感がある群では、減薬への期待が有意に高かった（ $p<0.001$ ）。

【結論】

在宅高齢患者のポリファーマシーでは訪問薬剤の導入で特に減薬への期待感が高いことが明らかになった。この結果は、訪問薬剤による服薬支援がアドヒアランスの向上だけでなく、減薬期待感へも影響し、ポリファーマシー回避につながると考えられる。

S-10-3

ポリファーマシーに薬剤師の介入が可能か？—かかりつけ薬剤師機能の課題—

串田一樹

昭和薬科大学

【はじめに】

高齢社会の到来によって医療提供体制は財政面からも見直されるようになってきた。その論点は医療に無駄がないか、調剤報酬に見合うサービスの提供が行われているのか、といったサービスとコストの関係について議論されている。特に、薬剤については医療費抑制の視点から後発医薬品の使用が推進されるとともに、残薬問題などが取り上げられ、適正な薬物治療が改めて問われるようになった。その中で、高齢者の多剤処方を取り上げられ、ポリファーマシー (Poly Pharmacy) が注目されるようになった。高齢者にとって、ポリファーマシーはハイリスクになることから、処方薬の減量が大きな課題になっている。

処方薬の減量にあたっては、減量後の患者モニターが大切なので、処方した主治医と調剤した薬剤師の関係性が大切である。それは、まさにかかりつけ機能に他ならない。今回、ポリファーマシー対策として、かかりつけ薬剤師の視点から報告する。

【調査方法】

1) 文献検索によって先行研究からポリファーマシーの実態を把握する。2) 在宅療養者の処方せん調査を通してポリファーマシーの実態を把握する。3) 国の通知、提言などの情報収集と評価を行う。

【結果】

論文検索では、「処方薬数」として海外では1960年代、国内では1970年代に論文が検索されているが、「ポリファーマシー」は高齢化率20%を超えた10年ほど前から検索された。文献調査、実態調査とともに、高齢者の処方薬数は5~10剤に平均があり、10剤を超える患者も存在していた。制度面からは、かかりつけ薬局という施設からかかりつけ薬剤師として、患者1人1人に対する薬剤師業務に焦点があてられるようになってきた。昨年10月には国が「患者のための薬局ビジョン」を公表し、服薬情報の一元化・継続的把握、24時間対応、医療機関との連携を求めている。

【考察】

今までの疑義照会は、薬剤師が併用禁忌という医薬品の情報、療養中の服薬情報などを主治医に伝える関係性であった。今後、薬剤師がポリファーマシーへ介入するには、処方薬数が多い、ガイドラインに記載されているという情報提供から、薬物治療として適正であるか否かという判断が必要になってくる。それには、かかりつけ薬剤師として患者さんに関心をもって、継続してかかわっていくことによって薬物治療の経過が見える。その情報を主治医に伝える関係性、臨床経験が求められる。

S-10-4

『残薬の見える化』を通じた医薬連携の新たなフェーズ

佐藤一生¹⁾、中村 創¹⁾、東 伸宇¹⁾、佐藤弘太郎²⁾、草場鉄周²⁾

1) 北海道ファーマライズ株式会社 ひまわり薬局、2) 医療法人北海道家庭医療学センター 本輪西ファミリークリニック

【目的】

我が国は急速に高齢化が進み、他の先進諸国と比較し稀にみる超高齢化社会が到来している。社会の変貌に伴い、多剤服用や飲み忘れなど様々な原因による残薬問題が注目を集めている。しかしながら家庭内残薬の正確な把握は難しく、訪問時の発見などは氷山の一角である。服薬指導で確認しても患者にとっては正直に話にくい話題であり、ましてや残薬の薬剤名称や実数を把握している患者は少ない。本報告は「残薬の見える化」活動を通じ、医療機関と薬局が共同し積極的かつ幅広く残薬を把握する事によって、患者の医薬品適正使用につなげる事を目的とする。

【方法】

「残薬の見える化」を実現するため、『残薬確認シール』を導入した。お薬手帳の表紙にシールを貼り、患者自らが自発的に残っている薬の名前と個数を記入するよう啓蒙活動を行った。次回の診療時、患者が医療機関か薬局でお薬手帳を提示することにより、必要に応じて残薬調整がなされる。薬局が残薬確認した場合は疑義照会やトレーシングレポートにより医療機関へ処方薬減量の提案を行い、医療機関が残薬を確認した場合は処方日数を削減し、処方箋備考欄にその旨を記載することで情報共有した。シール導入前後の医療機関との連携による薬剤費削減効果を比較検討した。

【結果】

残薬確認シール導入により劇的な残薬削減効果がみられた。平成27年5月11日から16日に残薬調整に至った件数は、全処方箋応需数のうち15.6% (32件) であり、シール導入前である2年前の平成25年同時期5月11日から18日に残薬調整に至った件数7.9% (15件) よりも増加していた。薬剤費は同時期の比較で13955.95円から60236.80円となり4倍の削減効果があった。

【考察】

医薬連動による残薬管理は簡便であり有効であることが示唆された。残薬確認シールは『残薬の見える化を実現する』簡便な方法であり、患者自身の問題意識の創出・動機づけとして服薬意識の向上に効果を発揮したと考える。最も重要なことは、単なる日数調整にとどまらず、解決方法を見出し薬学的な視点からアドヒアランスを高めることであり、患者個々の生活習慣、自立度を活かし最適なアイデアを提案することが求められる。いずれにしても残薬の把握なくして解決方法は見いだせない。以上より、残薬確認シールは『残薬の見える化を実現する』簡便な方法として標準化が期待される。

シンポジウム 11

「パーキンソン病の在宅医療と緩和ケア」

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

□ 田中 茂樹

北海道旭川市 生まれ

1979年 順天堂大学医学部卒業

同大学脳神経内科入局

1988年 順天堂大学浦安病院内科講師

その後神経内科科長、助教授、教授を経て

2011年 <巨樹の会>蒲田リハビリテーション病院院長

現在名誉院長、順天堂大学客員教授

在籍学会等：日本神経学会；指導医、代議員、専門医・日本在宅医学会理事・Royal society of medicine (United Kingdom)・

American Academy of Neurology (USA)

専門分野：臨床神経学、発達行動神経学

演者略歴

□ 海野 篤

静岡市生まれ

1995年頃より上肢の震えを自覚

1997年 パーキンソン病との診断

2014年 視力低下を自覚 同年 多発性硬化症の診断を受ける

患者会活動：

2005年 全国パーキンソン病友の会静岡県支部

顔の見える相談対応を基本に患者家族の支援にあたる

2006年 NPO法人静岡県難病団体連絡協議会 事務局長

2007年 全国パーキンソン病友の会静岡県支部 事務局長

□ 波田野 琢

1999年3月 順天堂大学医学部 卒業

1999年4月 順天堂大学脳神経内科 入局

2007年3月 順天堂大学医学部大学院 卒業

2007年4月 順天堂大学脳神経内科 助教

2011年4月 順天堂大学脳神経内科 准教授

星薬科大学 非常勤講師

受賞歴：

2010年 世界運動障害学会 ビデオ症例検討会

(Video Olympic) 銀賞

2014年 カテコールアミンと神経疾患研究会 助成金受賞

所属学会：日本神経学会、神経治療学会、日本内科学会、日本認

知症学会、日本パーキンソン病・運動障害疾患学会 (MDSJ)、

International Parkinson and Movement disorder society

専門医；神経内科専門医、指導医、総合内科専門医、

内科認定医、認知症専門医

□ 難波 玲子

昭和46年4月～昭和48年3月 岡山大学神経精神医学教室
医員

昭和48年4月～昭和50年3月 新居浜住友別子病院神経内科

昭和50年4月～昭和52年3月 岡山大学神経精神医学教室

医員

昭和52年4月～平成15年4月 国立療養所南岡山病院

神経内科

// 退職

平成15年6月～

神経内科クリニックなんば

開業

・神経難病の在宅医療、終末期ケアを中心に診療

□ 武田 裕子

1986年筑波大学医学専門学群卒業、同大学院医学博士取得後、

ハーバード大学に臨床留学。米国内科専門医取得。帰国後、筑波

大学卒業後臨床研修部講師、2000年に琉球大学附属病院地域医療

部・講師、2005年に東京大学医学教育国際協力研究センター・

准教授、2007年に三重大学地域医療学講座・教授と異動を重ね、

2010年にロンドン衛生学熱帯医学大学院修士課程入学。

2011年キングス・カレッジ医学部地域医療教育部門研究員、

2013年ハーバード大学医学部日野原フェロシップ研究員を経て、

2014年に順天堂大学医学部医学教育研究室・教授に着任。現在に至る。

S-11-1

パーキンソン病の在宅医療と緩和ケア 当事者からの発信

海野 篤

全国パーキンソン病友の会 静岡県支部

私は1997年にパーキンソン病と診断され、今年で19年目になります。現在は全国パーキンソン病友の会静岡県支部の事務局長として、支部の運営や行事の企画・運営に携わっています。

告知を受けた際、その日の内に家族に話すと、何か迷惑そうに見えました。パーキンソン病という聞きなれない病名と、難病という言葉の響きからだと思いました。

診断を受けてからも数年は普通の人と変わらない生活を送れたので、家族から「普通の人と同じように働けるのになぜ働かないのだ」と言われました。働きたくても働けない自分が悔しかったです。

多くのパーキンソン病患者は、診察を受ける際いちばん良い状態で病院へ行きます。このことを皆さんはご存知でしょうか。私自身も前日までに準備を整え、当日はできるだけ良い状態で診察に望みます。当日になってやろうとすると、きまって焦って失敗してしまうからです。パーキンソン病患者は、焦られること、細かいこと、同時に二つのことを平行して行うことを大変苦手とします。私は服の着替えに時間がかかり、特にシャツのボタンをかけるのに苦労します。家族は「何をぐずぐずしているのだ」と言います。

また、パーキンソン病特有の症状が私たちを苦しめます。時には身体の不自由より、周囲の誤解の方が辛く感じます。特にジスキネジアや日内変動は理解されにくく、良い時は普通の人と変わらないのに、悪くなると一挙に動けなくなり車椅子が必要なほどになってしまう。この落差があまりにも大きく、周囲の人は驚いてしまう。燃料タンクが満タンの車とガス欠寸前の車が外からは見分けつかないように、今まで動いていた人が、予告もなく動けなくなってしまいます。このような中で患者は大きな不安を抱きます。

交差点の真ん中で動けなくなってしまった患者さんや、家事を怠けていると誤解されてしまった主婦など、パーキンソン病患者はみなさん辛い経験をされています。日頃から準備していても、途中で何が起きるかわかりません。介護者はもちろん、周囲の方々も、この病気に理解があると患者は安心できます。周囲の人達の目線が患者の目線になることが必要です。また、患者自身も前向きに生活することが必要と考えています。

S-11-2

在宅における薬剤療法の実際

波田野 琢¹⁾、石垣泰則²⁾、服部信孝¹⁾

1) 順天堂大学大学院医学研究科 神経学講座、2) 社団泰平会 コーラルクリニック

パーキンソン病 (PD) は無動、振戦、固縮、姿勢反射障害などの運動障害が前景となる神経変性疾患である。発症には環境因子、遺伝的素因、加齢が挙げられ、年齢とともに有病率が上昇する。つまり未曾有の超高齢社会に突入した本邦において、患者数が増加しており社会問題となっている。

PDに罹患した患者は運動障害により日常生活動作の制限を余儀無くされる。さらに認知症、幻覚、自律神経障害、痛み、睡眠障害など多くの非運動症状を合併するため生活の質が低下する。そのため多くのことをunmet needsとして訴えるが、本疾患の症状を熟知していないと不定愁訴と間違えられ治療が遅れたり、誤った治療が開始されたりすることにつながる。米国では神経内科医が治療すると、プライマリケア医が治療した場合と比べ生存率が高いという報告がある。このようなデータからPDは診療が難しい疾患であることが理解出来る。しかし、神経内科専門医が常駐する病院は限りがあり、症状が進行すると拠点病院へ通院することが難しくなる。さらに、運動症状を診るだけではなく精神的なケア、認知症の管理、介護者へのサポートなども必要である。そのため、本疾患は専門医と在宅医療の連携が非常に重要な疾患である。

Lドパは最も有効であり薬物治療の中心だが、ジスキネジアやウェアリングオフといった運動の日内変動が問題となる。また、半減期が短く、吸収が食事に影響され、酵素によるドパミンへの変換が必要のため、効果が不安定であるという問題がある。一方でドパミンアゴニストは安定してドパミン受容体を刺激するため効果が持続し日内変動を安定化させる。しかし、幻覚や衝動調節障害などの精神症状、下腿浮腫、眠気、線維症などの副作用があり高齢者や認知症が合併している症例への投与は難しい。脳深部刺激療法は薬剤調整が困難な症例に良い適応であるが、高齢者、認知症や幻覚などを認める症例には施行が難しくなる。治療にあたり、転倒及び骨折、幻覚、認知症は予後に関わる因子であり良い指標になる。また、幻覚は患者及び介護者にとって非常に困る症状であり、治療の際に注意が必要である。つまり、患者それぞれの状況に合わせて薬のメリット、デメリットを考慮し治療を選択する事が重要である。在宅診療では患者の状況を把握しやすいため、患者それぞれに最適な治療を行うことができる。最適なPDの治療を行うにはどうすべきか本シンポジウムで議論する。

S-11-3

パーキンソン病の在宅医療と緩和ケア —QOLを重視した在宅医療—

難波玲子、高橋幸次、徳田嘉子、青木 恵、
大上三枝子、中村英里子
神経内科クリニックなんば

パーキンソン病は、抗パーキンソン病薬を中心とした治療法の進歩により長期間普通の生活を送ることができるようになったが、進行期になると、症状の日内変動やジスキネジア、認知機能障害を初めとした各種非運動症状が高頻度に出現し、薬剤の種類や量が増加するとともに症状コントロールが次第に困難となる。患者・家族ができるだけQOLを維持・向上するための在宅医療について述べる。

【初期（ヤール1、2）】

将来出現する運動症状の日内変動をできるだけ遅らせるように抗パーキンソン病薬を選択・併用していくことが重要であり、薬剤の増量や変更に際しては専門医と相談することが望ましい。うつ症状を伴うことがあり場合には抗うつ薬を使用する。仕事や家事をできるだけ続けていくことが一番のリハビリである。

【進行期（ヤール3、4）】

易転倒性、運動症状の日内変動などが出現し、次第に通院困難や介助を要するようになり、抗パ薬を調整することが必要となる。薬剤の増量による幻視妄想・ジスキネジア・衝動抑制障害、レビー小体型認知症なども出現してくることが多く、神経内科医や神経疾患に精通した精神科医と連携し薬剤コントロールを行う。起立性低血圧による失神発作・神経因性膀胱・便秘・体温調節障害、睡眠障害などに対する対処も重要となる。抗パ薬の中断や脱水などで悪性症候群をきたす危険もあり、規則的服薬や飲食物に注意を促す。

日常生活用具の工夫、環境整備、リハビリテーション、デイサービス・ショートステイなどの利用、通院困難になると訪問看護・訪問リハビリ・訪問入浴などが必要となる。進行に応じてこれらサービスを迅速に活用し、多職種が連携し患者・家族が生活しやすいように配慮することが重要である。

【ヤール5の段階】

全面介助の状態から最終的には寝たきりとなり嚥下障害・構音障害も進行し、在宅サービス・家族の支援が重要となる。発症から10年以上経過するとレビー小体型認知症の合併は70数%と報告されており、認知症が大きな問題となる。嚥下障害のみでなく飲食する意思の低下による飲食物減少をきたし、経腸栄養を行うかどうかを選択しなければならぬ。患者の事前指示や事前ケアプランニング(ACP)を考慮して決めていくことが重要と考える。

S-11-4

在宅医（ジェネラリスト）と専門医（スペシャリスト）の協働を進めるには

武田裕子

順天堂大学医学部 医学教育研究室

在宅医療では、主治医がプライマリ・ケア医（ジェネラリスト）として、また在宅医療の専門家として、多様な症状・病態に対して包括的にアプローチしている。検査や治療法の選択肢に限られるなか患者の意向や希望を汲んで対応し、ご自宅での生活を支えている。一方、特定の疾患や病態については、当然ながらそれらを専門にするスペシャリストならではのマネジメントが存在する¹。在宅医療は、疾患の診断と治療を中心とする生物医学的アプローチよりも患者の生活を優先する医療の側面が強いが、病院医療と同じく、専門医へのコンサルテーションが、症状の改善ひいては生活の質を大きく左右することも少なくない。特に、非がん患者への緩和ケアは成書の記載も乏しく、予後予測も含めた専門医からの助言は貴重である。

通常診療のなかでプライマリ・ケア医が専門医に患者を紹介する目的を、Forrestは3つに分類している²：(1) 知恵を借りる（診断・治療・検査結果の解釈・予後予測など）、(2) 手技の依頼（診断に必要な生検や検査手技、治療や緩和に役立つ手技）、(3) 併診の依頼（特定の疾患の継続診療）。また、一般外来から専門医への患者紹介に影響する要因として、患者側の因子、医師側の因子、医療制度が挙げられている。米国人医師を対象とした調査では、プライマリ・ケア医が専門医を選択する際に重視する要素は、専門的技量と適時性（診察までの待機時間）、保険の種類であり、さらに①過去の患者紹介時の対応、②返書の質、③患者を主治医に戻す努力、を重視するという結果であった³。

在宅医療の場合は、紹介元あるいは過去に診療した専門医に相談するか、異なる領域の問題については在宅医療に理解のある専門医を探すことになる。発表者は訪問診療の経験が浅く判断に迷うことも多いため、遠慮なく専門医にコンタクトして助言を仰いでいる。患者の状況によっては、文書やメールでの相談で的確な助言が得られ受診までは不要という例もある。そのような関係を築ける専門医の存在は大きいですが、現行制度では個々の専門医のご厚意のみ可能である。本シンポジウムでは、パーキンソン病に限らず、様々な疾患の診療で経験した専門医との連携についてお伝えし、在宅医と専門医との協働に何が必要か共に考える機会としたい。

文献

1. Donohoe MT. Comparing Generalist and Specialty Care: discrepancy, deficiencies, and excess. Arch Intern Med. 1998; 158:1596
2. Forrest CB. A typology of specialists' clinical roles. Arch Intern Med. 2009; 169:1062
3. Kraig S et al. Referral of patients to specialists: factors affecting choice of specialist by primary care physicians. Am Fam Med. 2004;24:245

シンポジウム 12 (公募シンポジウム)

「地域包括ケア時代のがんの緩和ケアのあり方を考える」

座長略歴

□ 川越 正平

1991年東京医科歯科大学医学部卒。虎の門病院内科研修医を終了後、血液科医員として同院に勤務。1999年医師3名のグループ診療の形態で千葉県松戸市に在宅医療を中心とするあおぞら診療所を開設。2004年同院院長に就任し現在に至る。

主な役職として、松戸市医師会在宅ケア・介護保険担当理事、松戸市介護保険運営協議会会長、東京医科歯科大学臨床教授、東京大学高齢社会総合研究機構客員研究員、日本在宅医学会副代表理事。主な著書として「家庭医療学、老年医学、緩和医療学の3領域からアプローチする在宅医療バイブル」(日本医事新報社)。

□ 白髭 豊

(企画意図)

団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態と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、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築が必要とされている。一方、緩和ケアとは、重い病を抱える患者やその家族一人一人の身体や心などの様々なつらさをやわらげ、より豊かな人生を送ることができるように支えていくケアのことである。高齢化に時代に突入していくこの段階に当って、死因のトップであるがんへの緩和ケアは、文字通り、医療・介護、生活支援が重層的に絡み合いその人を支援していく地域包括ケアのもっとも重要な取り組みのひとつと言える。今回、公募演題と指定演題から、病院と地域をつなぐ取り組み、市民を巻き込んだ取り組みなど珠玉の演題を選定することができた。今後の地域包括ケア時代のがん緩和ケアに取り組むヒントが得られることと思う。

1988年、東京医科大学医学部を卒業。長崎大学第一内科へ入局、90年に国立がんセンター中央病院内科へ勤務し、92年米国ニューオーリンズ市チューレーン大学へ留学。95年に長崎市にて開業。長崎在宅Dr.ネットが2003年に結成された当初から、事務局長を務めている。08年度から3年間、緩和ケア普及のための地域プロジェクト(OPTIM)の長崎地域プロジェクトリーダーを務めた。11年度には、日本医師会将来ビジョン委員会委員長として答申をまとめた。日本医師会在宅医療連絡協議会メンバー、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。

演者略歴

□ 廣橋 猛

2005年東海大学医学部卒。東京大学医学部付属病院、三井記念病院での内科研修後、亀田総合病院にて緩和ケア、在宅医療の後期研修を行う。2011年から三井記念病院緩和ケアチーム専従医師を経て、2014年2月から永寿総合病院へ異動。がん診療支援・緩和ケアセンター長として、緩和ケア外来・緩和ケア病棟にて診療している。平行して、医療法人社団博腎会野中医院に非常勤勤務し、在宅緩和ケアにも従事している。この病院でも在宅でも切れ目なく患者と関わる取り組みは、日経メディカルオンライン『二刀流の緩和ケア医』で連載中。

□ 児玉麻衣子

2002年福井医科大学卒。大学病院や市中病院での臓器別内科研修を経て、2005年福井大学医学部総合診療部入局。その後、福井県高浜町国民健康保険和田診療所や市中病院で地域医療・プライマリケアを学ぶ。2009年からは福井市内で訪問診療専門クリニックを紅谷浩之医師(現オレンジホームケアクリニック理事長)とともに開始し、在宅医療に携わる。2011年よりオレンジホームケアクリニック勤務し現在に至る。2014年から2年間福井大学医学部腫瘍病態治療学講座、附属病院緩和ケアチーム専従医師として勤務。在宅緩和ケア地域連携パスの普及促進に取り組む。在宅医学会専門医、プライマリケア学会認定医・指導医、内科学会認定医。

□ 伊藤 大樹

医療法人あおばクリニック院長、九州大学医学部臨床准教授、福岡東在宅ケアネットワーク世話人、ホスピス緩和ケアネットワーク福岡世話人など。

1996年神戸大学医学部卒業。沖縄県立中部病院で初期研修・内科後期研修。

2003年より米国ハワイ大学で内科レジデントとして臨床研修。ハワイで緩和医療と臨床倫理学に出会い短期研修を行った。2006年よりシカゴ・ロヨラ大学病院循環器科フェローなどを経て、米国で数年間スタッフとして勤務。2014年より現職。

□ 三好 綾

国立長崎大学教育学部卒

2002年 27歳時・乳がんの告知を受け右胸全摘

2003年 乳がん患者会つどいいいずみ副会長

2004年 NPO法人ピンクリボンかごしま事務局長

2007年 がんサポートかごしま代表

2010年 NPO法人がんサポートかごしま理事長

2015年 一般社団法人全国がん患者団体連合会事務局長

現在に至る

□ 山岸 暁美

在宅看護専門看護師、社会福祉士、認定心理士、保健医療学博士。平成7年日本赤十字社医療センター入職、循環器病棟勤務の後、西オーストラリア州立Princess Margaret Hospitalで病棟看護に従事、12年より訪問看護・ケアマネジメントに従事、19年より厚生労働省戦略研究緩和ケア普及のための地域介入研究(OPTIM-Study)プロジェクトマネージャー、22年厚生労働省入省、在宅医療連携拠点事業、24年同時改定、医療計画策定指針策定、東日本大震災時の対応などに携わる。26年から浜松医科大学医学部地域看護学講座。28年8月より、慶應義塾大学医学部衛生学公衆衛生学教室、千葉健愛会あおぞら診療所。

S-12-1

外来～在宅～入院と切れ目を作らず患者の安心を得る、都会型がん緩和ケアの連携ハブ機能～東京都がん地域医療連携モデル病院の試み～

廣橋 猛^{1,2)}、大木麻衣²⁾、青山菜美子^{1,3)}、
刀禰智之^{1,2,4)}

1) 永寿総合病院 がん診療支援・緩和ケアセンター、2) 医療法人社団博腎会 野中医院、3) 医療法人社団悠翔会 在宅クリニック 北千住、4) 医療法人淳友会 わたクリニック

都会、特に東京におけるがん治療の特徴は、抗がん治療と療養を行う施設が異なる、すなわち患者の受け渡しが必要になることだろう。それにも関わらず、抗がん治療は医療圏をまたいで都心の大病院で行われるため、その受け渡しも複数の医療圏が絡み合う。そのため、抗がん治療終了後、治療やケアの分断が起こりやすく、いわゆる難民を生みやすい土壌となっている。

永寿総合病院は東京都台東区にある地域中核病院で、緩和ケア病棟を有する総合病院である。がん診療連携拠点病院ではなく、がん治療終了後の受け皿の役割を担っている。当院は2014年より『東京都がん地域医療連携モデル病院』の指定を受け、東京におけるがん治療終了後の受け皿の在り方を、モデル事業として実践している。今回はモデル事業の実践報告を行う。特徴は以下の5点である。

1. 抗がん治療中から平行して緩和ケア外来で診療を行える
2. 抗がん治療終了後は、緩和ケア外来にて主治医として継続フォロー可
3. 在宅医療を必要とする方は、当院と連携できる在宅医療の体制を迅速に整える
4. 抗がん治療終了後で、緩和ケア外来通院中の方は、緊急時必ず入院可
5. 当院と連携して在宅医療を受けている方は、緊急時必ず入院可

ポイントは、①早期からの準備が重要というニーズに応じ、緩和ケア外来の体制を充実させること、②抗がん治療が終了し当院で継続フォロー受ける方は、必ず緊急時対応を受けられる安心感、③がん治療病院や在宅医療機関と平行して関わることで、切れ目ない連携を行うこと、である。この体制は、総合病院として当院全体のバックアップのもとに行っている。

また、患者が安心して在宅療養するための試みとして、当院の緩和ケア医が、緩和ケアを要する患者を多く診療する近隣の在宅療養支援診療所に非常勤勤務し、直接診療ないし診療支援を行うアウトリーチを行っている。これにより、在宅医療の質向上に寄与し、在宅で看取れる患者は看取り、入院が必要な患者はスムーズに受け入れている。

このモデル事業は周辺の拠点病院等から評価頂き、事業開始前後で紹介患者数は2.5倍に増えた。緩和ケア機能を有する地域中核病院が、連携のハブとして外来～在宅～入院と関わる機能は、これからの都市部において有用な在り方と考える。当日の発表では、詳細な実績数、ならびに実例を交えて報告する。

S-12-2

在宅緩和ケア質向上のための北陸三県合同在宅緩和ケア地域連携パス「やわらぎ日記」の活用

児玉麻衣子^{1,2)}、片山寛次¹⁾、紅谷浩之²⁾、加藤泰史³⁾、
谷 一彦³⁾、宮永太門⁴⁾、藤井秀則⁵⁾、村上 望⁶⁾、
菓子井達彦⁷⁾、山田圭輔⁸⁾

1) 福井大学医学部附属病院 緩和ケアチーム、2) オレンジホームケアクリニック、3) 福井県済生会病院、4) 福井県立病院、5) 福井赤十字病院、6) 厚生連高岡病院、7) 富山大学医学部附属病院、8) 金沢大学医学部附属病院

【目的】

在宅療養を希望する終末期がん患者は多いが、実際はほとんどが病院で最期を迎えており在宅緩和ケア質向上が急務である。在宅でも多職種によるチーム医療が不可欠であり、情報共有ツールとして地域連携パスの有用性が指摘されている。今回、北陸三県合同在宅緩和ケア地域連携パス「やわらぎ日記」(以下、やわらぎ日記)普及促進のための活動や実際の使用患者に関する考察を報告する。

【方法】

平成26年10月から平成27年10月までに、当院緩和ケアチームが関わり在宅移行したがん患者のがん種、年齢、性別、利用サービス、パス使用期間、看取り場所等に関して後ろ向きに検討した。また、やわらぎ日記に関する理解向上、普及促進のために退院前カンファレンスでのパス活用、院内外医療福祉従事者向け勉強会を行った。非専門職向けに市民公開講座やメディアでパスの紹介を行った。

【結果】

平成26年10月から平成27年10月の一年間で当院におけるパス利用患者は13名(死亡9名、継続中4名)であった。尿路系がん、70代女性が最も多く、利用サービスは訪問看護が最も多かった。使用期間は過半数が50日以内であったが、100日以上の利用者も1名いた。看取り場所として在宅が44%であった。やわらぎ日記勉強会参加者(病院在宅医療従事者)からは、「パスに対する理解が深まった」「実際に使用してみたい」などの声が聞かれた。

【考察】

全国や福井県におけるがん患者の在宅死亡率は10%未満であり、それらと比較してやわらぎ日記使用患者は在宅死亡率が高い傾向にあった。これは、やわらぎ日記使用により、医療福祉従事者の情報共有促進や速やかで確実な症状緩和につながり、また患者家族とのコミュニケーション促進により患者家族の安心感向上に寄与したためではないかと考える。やわらぎ日記には、冒頭に「患者家族の希望」記入欄を設けているが、これにより患者家族の希望が叶えられ、在宅緩和ケア質向上につながった結果在宅看取りが増加したのではないかと考える。

【結語】

在宅緩和ケア地域連携パスの使用により、在宅緩和ケア質向上につながる可能性が示唆された。今後、富山や石川でのパス利用症例蓄積や、パス使用前後の緩和ケアの質評価や患者のQOL評価も行う予定である。

S-12-3

地域完結型緩和ケア～福岡東在宅ケアネットワークにおける取り組み

伊藤大樹

医療法人あおばクリニック、福岡東在宅ケアネットワーク

病院ホスピスを中心に始まった緩和ケアは、患者さんのニーズに応じ病院を飛び出し、外来や在宅緩和ケアというかたちで人々が生活する地域Communityをもフィールドとするようになりました。一方で、私たちは外来や在宅ですべての患者ニーズに対応できるわけではないことを学びました。そこで考えだされたのが「地域完結型緩和ケアCommunity-Based Palliative Care (CPC)」と「地域緩和ケアネットワークRegional Palliative Care Network (RPCN)」です。

古典的緩和ケアの提供場所は、病院ホスピスと在宅ホスピスに限られていました。CPCではこれら従来のデュオに、緩和ケア外来と急性期病院が加わりカルテットとなります。このように緩和ケアの提供場所を増やし、地域での受け皿を広くすることで、多様な患者ニーズに答えることができます。広い地域の中に点在し、かつ多様なニーズをもつ患者さんに対して、1つの事業所が緩和ケアに必要な全てのサービスを提供することは困難です。RPCNは地域の中に点在する幾つもの多職種プロバイダーが互いにゆるやかな連携をもち、地域の中の特に在宅において、多職種チームによる質の高い緩和ケアを安定して供給することを目的としています。

加えて、地域における緩和ケアの普及には、がん治療主治医・かかりつけ医・訪問看護師といった1次緩和ケア(Primary Palliative Care)プロバイダーの連携が極めて重要です。24時間対応が可能な在宅療養支援診療所や急性期病院、そして病院ホスピスは2次緩和ケア(Secondary Palliative Care)プロバイダーとして、1次緩和ケアをバックアップします。高度な専門知識や技術を必要とする困難症例には、がん診療連携拠点病院における緩和ケアセンターが3次緩和ケア(Tertiary Palliative Care)を担います。

私たちが運営する「福岡東在宅ケアネットワーク」は、多職種構成と個人参加を特徴とした福岡市東エリアにおけるRPCNです。会員(229名・19職種、2015年12月集計)には、地域における1次～3次緩和ケアプロバイダーはもちろん、医師会や保健所の主要メンバーが含まれネットワークの活動を支えています。シンポジウムでは当該ネットワークで共有しているコンセプトや活動を紹介します。

S-12-4

患者会における地域活動～サロン運営などを通して～

三好 綾

NPO法人がんサポートかごしま、一般社団法人全国がん患者団体連合会

がん患者の中には、がんと言われてから初めて「生きること」「死ぬこと」に向き合い、長いこと不安を感じながら過ごすひともいる。自身も27歳時に乳がんになり、死への恐怖と闘いながら過ごしてきたが、同病の仲間たちや患者会との出会いがあり、自分がどう生きていくべきかという道標になるような患者の生き方と触れ合うことができた。

2007年に全部位のがん患者と家族を対象とした「がんサポートかごしま」を発足し、鹿児島県民総合保健センター内に「がん患者サロン」を設置し、さまざまな活動を通して多くのがん患者に寄り添ってきた。その中で感じた「患者だから伝えられること」について、主に2つの活動報告からお伝えする。

1、「ピアサポート」について

患者自身の体験をもって患者に寄り添う「ピアサポート」を、週に2日の「がん患者サロン」や月に1回の院内サロンで実施している。患者や家族が訪れ、情報交換を行ったり、お互いに聴きあうことで癒されたりしている。終末期の患者に寄り添う場合もあり、家族と患者をつなぐ役割、グリーフケアにも関わることになる。また、月に1回の若者患者会「きらら」やグリーフサロン「ほんわか」等のピアサポートの報告、そこへ訪れるがん患者や家族の相談内容から見えてきた、医療者とは違った立場のケアが出来る可能性について発表では報告する。

2、「いのちの授業」について

子どもたちを巻き込んだ悲しいニュースを見るたびに、がん患者サロンに訪れる患者たちが「命がもったいない」と言っていたことをきっかけに、2010年からがん患者による「いのちの授業」を実施してきた。行政や教育委員会、学校現場の協力をもらい、5年間で約6,000名の小中学生を対象に、「がんの正しい知識」や「がん患者への理解」「患者の旅立ち」について触れる「いのちのメッセージ」を伝えてきた。子どもたちの中には、家族が闘病中であつたり、がんで祖父母や親を亡くしていたりする子どももいる。その中で、子どもたちは「死」から離れた場所にいることが多く、十分なグリーフケアが行われているとは言えない現状がある。2015年度に実施した事前・事後のアンケート結果や感想を踏まえて、子どもたちがどのように「がんという病気」や「死」を捉えたのか報告する。

以上のような活動報告を通し、がんになったことで発揮できる力があること・がん患者だから伝えられることについて報告したい。

S-12-5

地域の専門職・行政・住民のコラボレーションが叶える地域包括ケア時代のがん緩和ケアの充実 —Matsudo Child to Community Project (まちっこプロジェクト) —

山岸暁美^{1,2)}、川越正平^{2,3)}、和座一弘³⁾、奥隅廣人³⁾、市場 卓³⁾、山口卓秀³⁾、石島秀紀³⁾、笹田和裕³⁾、島田 薫³⁾、竹下知親³⁾、高田 丈³⁾、八田賢明³⁾、八田真理子³⁾、旭 俊臣³⁾、佐野公雄⁴⁾、大谷史朗⁴⁾、池上誠一⁵⁾、市毛一己⁵⁾、池田修久⁵⁾

1) 国立大学法人浜松医科大学医学部 地域看護学講座、2) 医療法人財団千葉県愛会 あおぞら診療所、3) 松戸市医師会 健康啓発委員会、4) 松戸市教育委員会、5) 松戸市役所

この10年でわが国におけるがん緩和ケアの臨床、教育、研究は大きく進展した。一方、医療・介護・生活支援・住まいなど重層的且つ全人的な支援を展開する地域包括ケアシステムの中で、これらをいかに融合させ地域単位のがん緩和ケアを充実させていくかが問われている。少子高齢化が進み、人口も減少の一途をたどるわが国において、限りある財源と専門職だけでは、もはや地域包括ケア時代のがん緩和ケアは成立しない。つまり、地域の専門職と行政、そして住民のコラボレーションが必須となる。

Child-to-Childというアプローチがある。発展途上の国々において、年長の子供が幼い妹や弟たちに衛生面や栄養に関する知識を伝授するというコンセプトであり、これはプライマリ・ヘルスケアの考えに基づくと同時に、子供たちが地域社会のメンバーとして重要な役割を果たす権利と責任があるという信念に基づく。このChild-to-Childアプローチの発展系として、我々はChild-to-Communityというアプローチを提案している。つまり、子供たちに健康や地縁の重要性を教育することで、彼ら自身の関心や認識を高めるだけでなく、その波及効果として地域全体の認識の向上や活性化を目指すというものである。

このChild-to-Communityの理念に則り松戸市医師会は、職能団体や教育委員会、市役所と共同で市内中学校における出前講座を実施している。この出前講座のテーマのひとつが、がん/がん緩和ケアに関する教育と在宅療養の紹介をコンテンツとするものである。講義を受けた子どもたちは、その講義内容を周りの大人たちに伝えた上で、「もしがんで余命6ヶ月と診断されたら、どこで、どのようにすごしたいか？」をインタビューすることを宿題として課される。これは、子どもたちが「学んだ知識」や「それを受けての考え」を地域の大人たちに伝授するという地域活動に繋がるのである。

医師を中心とする臨床家が行政とがタッグを組んで子どもたちへのがん/緩和ケア教育を行い、教育を受けた子どもたちがその内容や論点を大人に伝授するという形で地域活動を行う。そしてこの一連の取り組みは研究によって評価され、その結果は取り組みの改善や新たなテーマ模索に活用される。まさにこれは、冒頭で述べた臨床、教育、研究、そして住民による地域活動を結びつける取り組みであり、また地域の専門職能と行政、住民のコラボレーションである。こうした取り組みが、地域包括ケア時代のがん緩和ケアの充実に必ずや繋がっていくことと期待している。

シンポジウム 13

「認知症の方の食支援を考える」

座長略歴

□ 平野 浩彦

東京都健康長寿医療センター 歯科口腔外科 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 国立東京第二病院 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

平成28年 東京都健康長寿医療センター 歯科口腔外科 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、

東京歯科大学 非常勤講師、昭和大学歯学部 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

□ 大石 善也

1984年 日本大学松戸歯学部卒業

1988年 徳島大学歯学部口腔外科学大学院終了

1988年 日本大学松戸歯学部病理学 兼任講師 大石歯科医院開業

2007年 東北大学大学院国際歯科保健学 非常勤講師

2010年 (社) 全国在宅療養支援歯科診療所連絡会 事務局長

2012年 東京都健康長寿医療センター 非常勤研究員

<主な役職> 日本大学松戸歯学部病理学 兼任講師、東北大学大学院国際歯科保健学 非常勤講師、(社) 全国在宅歯科医療・口腔ケア連絡会 事務局長、(社) 全国在宅療養支援歯科診療所連絡会 監事、日本摂食嚥下リハビリテーション学会 認定士、(社) 日本在宅医学会 理事、大石歯科医院 院長

<主な著書>

- ・各種抗癌剤処理後のコロニー形成率と姉妹染色分体交換誘発 Cancer.61 (9) , 1741-1748 (1988)
- ・口を診る 日経メディカル 2008.6
- ・柏市小中学生における食に関する課題学習の試みおよび食行動の実態調査 日本食育学会誌 第3巻第3号/2009年7月
- ・がん治療における口腔有害事象と味覚障害対策 Human Nutrition 2009.No.1
- ・口腔ケア病診連携の実際 地域連携network 2009 Vol.2 No5
- ・日本医事新報 はじめの一步 摂食嚥下障害 .5.12 No4594 (59-64) . 2012
- ・4疾病のオーラルマネージメント 金芳堂 (がん・脳卒中・認知症) 2012
- ・実践!! 小児在宅医療ナビ 南山堂 2013
- ・柏PJ サルコペニアと口腔 ~食の加齢症候群とは~社会保険旬報 2013
- ・Geriatric Medicine (老年医学) 4月号 経口栄養を阻害する因子 2013
- ・スーパー総合医 嚥下障害の評価と嚥下リハビリテーション 中山書店 2013
- ・3領域からアプローチする 在宅医療バイブル 摂食嚥下障害 日本医事新報 2013
- ・シリーズ訪問看護 訪問看護の認知症ケア 摂食嚥下機能のアセスメントのポイント 中央法規出版 2015
- ・終末期の摂食嚥下リハビリテーションー看取りを見据えたアプローチー MEDICAL REHABILITATION No186 2015.7

演者略歴

□ 山口 朱見

日本大学松戸歯学部附属歯科衛生専門学校卒業

1981年～ 日本大学松戸歯学部附属歯科病院勤務

1983年～ 一般歯科診療所勤務

2001～2003年 オーストラリアにて赤十字ボランティア(認知症病棟でのマッサージ、デイサービス)に携わる

2003年～ 訪問歯科にて訪問口腔ケアに携わる

2011年～ あおぞら診療所勤務

【免許・資格・所属学会等】 歯科衛生士、介護支援専門員、日本摂食嚥下リハビリテーション学会認定士、日本歯科衛生士会理事、社会歯科学会評議員

【著書】 誤嚥性肺炎を防ぐ 摂食ケアと口腔ケア エキスパート ナース 照林社 2013年、介護支援専門員基本テキスト 一般社団法人長寿社会開発センター 2015年、介護保険施設における口腔ケア推進マニュアル 公益社団法人日本歯科衛生士会 2015年、歯科衛生士のための口腔機能管理マニュアル高齢者編 公益社団法人日本歯科衛生士会 2016年

□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所博士課程修了。札幌市中央保健所訪問指導員・副代表、医療法人深仁会西円山病院病棟主任、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

□新田 淳子

国立療養所東京病院附属リハビリテーション学院卒業、作業療法士
東京大学大学院医学系研究科修了（保健学修士）

【著書】

- ・作業療法学全書、第10巻作業療法技術学2「福祉用具の使い方・住環境整備」（福祉用具のリスクマネジメント）
- ・「認知症高齢者における福祉用具の利用－「尊厳」と「安全性」の視点からの提言－」韓国高齢者医療政策学会（韓国、Korea）
- ・新介護福祉士養成講座8「生活支援技術III」
- ・「（少子高齢化も安心！）幼老統合ケア」（多湖光宗監修）
- ・「『老人と子ども』統合ケア」（広井良典編）

□山口 勝也

平成7年3月 神戸総合医療専門学校 言語聴覚士科卒業

平成7年4月 医療法人近森会 近森リハビリテーション病院
入職

平成10年4月 在宅総合ケアセンター近森 配属

平成11年3月 近森病院 配属

平成13年4月 医療法人財団新誠会 たいとう診療所入職

平成22年4月 医療法人社団輝生会 在宅総合ケアセンター
元浅草 たいとう診療所

平成25年4月 東京ふれあい医療生協 梶原診療所 入職
現在に至る

*平成13年～現在 日本訪問リハビリテーション協会 副会長

*平成15年～26年 日本言語聴覚士協会 理事 職能部門
介護保険部員

*平成26年～現在 日本言語聴覚士協会 職能部門
介護保険部員

*平成21年～24年 東京都言語聴覚士会 理事 広報部

*平成25年～現在 東京都言語聴覚士会 職能局 介護保険部員

*平成26年～現在 日本言語聴覚士協会 職能部門
介護保険部員

□田中 弥生

筑波大学大学院 人間総合科学研究科 スポーツ医学専攻 修了
博士（スポーツ医学）

昭和56年4月 特定医療法人新都市医療研究会君津会
南大和病院栄養科 入職

平成3年4月 特定医療法人新都市医療研究会君津会
南大和病院栄養科科長就任

平成21年4月 駒沢女子大学人間健康学部健康栄養学科 准教授

平成26年4月 駒沢女子大学人間健康学部健康栄養学科 教授
調布東山病院、南大和病院、
関越病院 アドバイザー

現在に至る

所属学会：日本栄養士会 常任理事、栄養ケアステーション事業
部長、日本在宅栄養管理学会 理事

S-13-1

訪問歯科衛生士として口腔から食支援を考 える

山口朱見

医療法人財団千葉健愛会 あおぞら診療所

食べることは口腔が整っていることが前提であり、食支援に口腔ケアは欠かせないものです。

高齢者ではう蝕、歯周病、歯の欠損など口腔内に問題がある方や口腔機能・嚥下機能の低下している方が多くみられます。現状の口腔ケアが不十分なため、より重症化していることも稀ではありません。これらが原因で食べるのが困難になることもあり、適切な口腔ケアおよび処置を施すこと、口腔内・口腔周囲を動かせる状態にすることが必要です。

特に認知症の方は加齢による機能低下に加え、疾患の進行に伴って、自分で歯磨きが上手くできない、口腔の痛みや不快感を的確に伝えることができない等の問題が起きていることがあります。セルフケアが困難になった方には、介助者による口腔ケアが必要ですが口腔は外からでは状態がわかりにくい部分であり見落とされがちため放置状態となっていることもあります。

これまでにお会いした認知症の方のほとんどは、程度の差はあれ口腔内に何らかの問題を持っており、中には強い痛みを伴う歯周病の急性炎症、粘膜を咬んだ大きな傷、多量の食物残渣の付着等という状態も見られました。意思の疎通が困難な方はもちろんですが、可能な方においても、口腔内に大きな問題を抱えているのに訴えない、訴えられない方が多くいました。口腔の痛みや不快感が時にはBPSDの原因にもなると考えます。

口腔は非常に繊細な部分であり、状況を理解できぬまま触れられることは恐怖すら覚え、その結果、拒否ということになるかもしれません。故に私たち介護者は、まず認知症の方が安心して口腔ケアを受けていただけるように相手の気持ちの理解、尊重に努めなければならず、加えて口腔内を痛みなく適切にケアできなければなりません。

私が勤務するあおぞら診療所では歯科衛生士が医師、看護師らと協働して口腔の問題を抽出し歯科医師に繋いでいます。そして必要な処置、適切な口腔ケア、口腔機能・嚥下機能を維持するためリハビリテーションを行い、認知症の患者さんに関わる方々に日常の口腔ケアをお願いします。

認知症の方の口腔内の状態から問題を拾い出し、継続的介入により良好な口腔の状態を保てるように、食支援における口腔ケアの可能性を考えていきたいと思えます。

S-13-2

最期まで認知症高齢者の食べる喜びを支えるために

山田律子

北海道医療大学 看護福祉学部

日本老年医学会は、2012年に「高齢者の終末期の医療およびケア」に関する立場表明を公表した。その中で、すべての人は人生の最終局面である「死」を迎える際に、個々の価値観や思想・信条・信仰を十分に尊重した「最善の医療およびケア」を受ける権利を有し、胃瘻造設を含む経管栄養などは慎重に検討する必要がある旨が述べられている。すなわち、可能な限り高齢者の食べる喜びを最期まで支えることが求められている。

認知症では、徐々に食べることに支障をきたすようになる。食べることへの影響は認知症の原因疾患や経過で異なるものの、その病態や加齢による影響も踏まえながら、認知症高齢者の食べる喜びを高めるように環境を整えていくことで、主体的な食べる力を保つことが可能となる。しかし、認知症の最終段階になると脳の萎縮が進行し、この主体的な食べる力は衰えるため、さらなる支援が必要になる。例えば、睡眠時間は1日16～20時間と長くなるため、一日の始まりとしての覚醒の見極めが重要になる。覚醒が悪いと誤嚥にもつながるため、目覚めたときに部屋を明るくしたり、上体を起こしたりしながら覚醒を高めるよう支援する。食事前には排泄支援、姿勢の調整、口腔環境を整えるための口腔ケア、食欲を高める好みの食材を取り入れ、咀嚼・嚥下機能に応じた食形態や温度、彩りに配慮して食事を準備する。食事中は、誤嚥に留意してスプーンテクニックを駆使した食事介助や姿勢の補整等が必要になる。また、誤嚥性肺炎や褥瘡なども発生しやすい時期であり、苦痛や症状マネジメントも不可欠である。

このような多面的な支援により、まずは基礎代謝よりも少ないエネルギー摂取量ではあるが、比較的安定して食べることができる時期(Stage1)が訪れる。そして、亡くなる半年前頃には固形物でも誤嚥し、食べたり食べなかったりする日が増え(Stage2)、死亡1カ月前には食事も1日数口になり、体重も激減する(Stage3)。死亡数日前から当日にかけて昏睡状態や嚥下反射が消失すると食事は完全に中止され、血圧が低下し、下顎呼吸に至り、死を迎える(Stage4)。

認知症高齢者の食支援は奥深く、最期まで多面的な支援が求められるため、ご家族を含めた多職種によるチームケアが望まれる。それぞれが智慧を出し合い、最善の環境を整えていくことで、最期まで認知症高齢者の食べる喜びを支えることが可能となる。

S-13-3

「食」の支援における多職種連携のためのポイント

新田淳子

医療法人創健会 ウェルネス医療クリニック 文京ひかりの里

私たちは、幼少期から自分の体や道具の使い方を、試し、教えてもらえる環境、食べて美味しいという楽しい体験、膨大な繰り返し練習、長い時間をかけ、ようやく最適な「食べる」動作を意識せずに行えるようになります。食べ物の形にあった食べ方、食器を使いこなせるようになるには、実は「食」に関わる多様な条件、環境への適応の結果、可能となるのだと気づくことは、大変重要なことです。

障害のある高齢者の食事場面では、食べこぼしが目立ったり、最初は自分で食べているのに途中から疲れて食べることをやめてしまう人や、いつの間にかコップやスプーンなどの食器を落としてしまう人がみられます。また、水分や食べ物を口腔内に溜め込んだり、適切に飲み込むことが出来ずにムセが生じているという食事場面をみることも少なくありません。

こうした原因に、歯の状態や口腔機能の低下、手の操作性や運動機能低下だけでなく、「食事姿勢」が関係しており、姿勢の問題は咀嚼や嚥下のしづらさ、「食べる」機能の低下、意欲低下などを引き起こします。私たちが普段行う動作は、無意識に最適な姿勢となるよう経験を重ね学習されたもので、障害がある患者さんが感じる「難しさ」に私たちが気づくには、「難しいと感じる動き」の場면을「意識的に経験し理解につなげる」ことが必要となります。

障害により「ふつう」に「自分で食べる」ことが難しくなると、体験のパズルのピースを探し出し、障害前とは異なる環境となった生活場面で、時間をかけ、新たに「できること」として描くという、「新たな環境適応」を行うこととなります。「食べるのが難しい」ということには、必ず理由があり、難しくなる条件を個別に整理し、患者さんの機能状態、環境面での対策をとることが重要となります。

- ①どのような機能状態だと難しいのか？
- ②どのような姿勢だと難しいのか？
- ③どのような動作だと難しいのか？
- ④どのような環境だと難しくなるのか？

今回のシンポジウムでは、患者さんが感じる「難しい」に焦点をあて、「食」の支援を「環境調整」の視点から考え、「食べやすい」「食べたくなる」「食べられる」環境づくりについて、多職種がどのように関わっていくとよいかを、皆様と共に考えて行きたいと思えます。

S-13-4

認知症の方の食支援を考える ～言語聴覚士の立場より～

山口勝也

東京ふれあい医療生協 梶原診療所 言語聴覚士

認知症の方の食支援について考える時には、先行期(認知期)、準備期、口腔期、咽頭期、食道期、食事動作のどこに、どのような課題があるか情報収集、評価を行い、障害を正常な器官で代償を促したり、嚥下調整食で課題の弱点を補ったりする代償的アプローチが重要になると考えます。

臨床場面で、2年前は自力摂取をしていたが徐々に機能低下を認め、「最後まで食べ続けることができない」「一口の量が多い」「詰め込んでしまう」などの症状が出現し、あわせて「むせ込み」「自ら食べ始めることができない」ことも出現してきたという話を聞くことがあります。

これらは、個人差はあるものの数年のうちに困難な事が多くなり、それらの状態に対する様々な食支援が必要になります。初めから食事介助にしてしまうと、自ら食べる意欲を失うことも考えられ、食べる力を発揮できるような環境設定や介助方法を整えることも重要となると考えられます。従って、その病期・病態にあわせた支援が重要であると言えるかと思えます。加えて、家族・介助者への支援も重要となると考えます。利用者本人が気をつけて対応することは難しく、家族・介助者が調整を行うことが多くなるためです。その為にも状態の変化、予後予測を基に起こりうる状況、支援方法を把握できるように説明することが重要になると考えます。

食支援を考える上でもう一つ重要な事は、骨折、肺炎等で入院するなど急激に認知機能が低下し、経口摂取困難となる場合もあり、その時期の支援も課題となると考えます。高齢になればなるほど認知症の有病率は増加する傾向があり、他の内科疾患、脳血管疾患等を重複している場合も増えるため、栄養面も含め、安全で楽しみのある食支援の必要があると思えます。

このような中で、嚥下機能(誤嚥などの安全性)と、認知機能(先行期(認知期)、食事動作を中心に)の状態に合わせたアプローチについて症例を通して述べたいと考えています。

最後に、地域で認知症の方の食を支える為には、急性期病院から維持期(生活期)までの関わる方々の正しい理解と対応が望まれており、地域でどの様に支えていくのか?関わる多くの職種で検討していく必要があると思えます。

S-13-5

認知症療養者における在宅栄養療法

田中弥生

駒沢女子大学

高齢化社会の到来により、認知機能低下を患う高齢者数は年々増加していくと予想されている。中でも認知症は「脳や身体の疾患を原因として、記憶・判断力などの障害がおこり、普通の社会生活がおくれなくなった状態」と定義している。認知症高齢者数は年々増加し何とか食い止めなくてはならない。そのためには、高齢者の認知機能障害の発症予防や、認知症予備軍の進行予防を対策が急務となる。いろいろな要因が重なり認知症が発症すると言われていたが、その一つとして栄養素の影響が挙げられている。先行研究では、高齢者の低栄養状態に及ぼす危険リスクが高まり、特に脂質、糖質、ビタミン、ミネラル不足が関連し認知機能低下のリスクが高まるとも述べられている。今回は、栄養素では特に脂質の中鎖脂肪酸(MCT)に注目し、その有用性と、MCTの官能評価とメニューの一部を紹介する。脳は「ブドウ糖」を主なエネルギー源として使っているが、アルツハイマー型認知症の脳は何等かの理由によりブドウ糖をうまく利用できなくなり脳の活性低下や細胞死が起こる。ブドウ糖がうまく活用できないのであれば、脳に送り込まれるもう一つのエネルギーはケトン体である。栄養素では、ケトン体が多く生成できる油脂にはMCTがあり、より食べやすいケトン食として1971年に開発され、現在も注目されている。ケトン食はアルツハイマー型認知症等を原因とする脳神経細胞障害の進行抑制にも効果が見られており、ケトン食が認知障害の改善に有効であるという研究報告がある。

そればかりではなく、在宅認知症療養者の拒食や過食による栄養状態の低下がフレイルやサルコペニアとなりその後重症化になることも多い。そのためには、在宅認知症患者の食傾向を追求し、MCTをはじめ必須又は問題のある栄養素を早急に認知する必要である。今後は認知症の重症化予防のために、MCTを付加させた栄養療法を進め、さらなるEBMを追求していきたい。今回のシンポジウムでは、MCTの有用性と在宅認知症療養者の栄養療法について述べる。

シンポジウム 14

「地域包括ケアの地域づくりとコミュニティソーシャルワーク」

座長略歴

□ 神山 裕美

大正大学人間学部社会福祉学科教授

専門分野：メゾ・マクロレベルのソーシャルワーク論、コミュニティソーシャルワーク、地域福祉の推進方法

大学卒業後、高齢者の相談援助や地域支援に約15年間携わった後、

2007年日本社会事業大学大学院社会福祉学研究科博士後期課程修了、博士（社会福祉学）

2001年日本社会事業大学実習講師、2005年山梨県立大学人間福祉学部福祉コミュニティ学科准教授を経て、2015年4月より現職。

主な著書：

共著（2015）日本地域福祉研究所監修「コミュニティソーシャルワークの理論と実践」中央法規

共著（2014）チャールズラップ・リチャードゴスチャ著：田中英樹監訳「ストレングスマodel第3版」金剛出版

□ 堀田 聰子

国際医療福祉大学大学院教授

東京大学社会科学研究所特任准教授、ユトレヒト大学客員教授兼オランダ社会文化計画局研究員等を経て2015年4月より現職。

博士（国際公共政策）。社会保障審議会介護給付費分科会及び福祉部会、地域包括ケア研究会等において委員を務める。

主な単著に『オランダの地域包括ケア—ケア提供体制の充実と担い手確保に向けて—』（労働政策研究報告書No.167）、

共著に『ヘルパーの能力開発と雇用管理』（勤草書房）等。

演者略歴

□ 小山 宰

社会福祉士・社会福祉学修士・介護支援専門員

2006年：都内、急性期・慢性期のケアミックス型の病院に、ソーシャルワーカーとして就職。2011年より、現職。

2013年：東洋大学大学院福祉社会システムデザイン研究科修士課程修了。

□ 常松 洋介

昭和63年4月 豊島区採用

平成16年4月 豊島区危機管理担当課長

平成20年4月 同 環境政策課長

平成23年4月 同 福祉総務課長

平成28年4月 同 健康担当部長

□ 中野 智紀

獨協医科大学卒業（H13）、社会医療法人JMA東埼玉総合病院地域糖尿病センター勤務。糖尿病学会認定指導医・専門医、埼玉県在宅医療リーダー、日本内科学会認定内科医、NPO法人埼玉利根医療圏糖尿病ネットワーク理事、とねっと事務局、埼玉県糖尿病協会理事。北葛北部医師会在宅医療担当理事、内閣官房IT戦略本部の医療情報化に関するタスクフォース構成員を務めた。第5回プライマリケア連合学会地域ケアネットワーク優秀賞受賞。

S-14-1

東京都北区における地域包括ケアシステム構築に向けた取り組みと、在宅療養支援診療所ソーシャルワーカーによるボトムアップの地域活動

小山 幸

東京ふれあい医療生協 梶原診療所 暮らし相談室

本発表では、東京都北区における地域状況と地域包括ケアシステム構築に向けた取り組みを踏まえ、都市部の在宅療養支援診療所ソーシャルワーカーによる日常生活圏域における地域活動の実践について報告を行う。

○東京都北区の地域状況と地域包括ケアシステム構築に向けた取り組み

梶原診療所が位置する北区は、高齢化率(25.6%：2016年2月時)、全世帯に占める高齢者単身世帯の割合(13.1%：2010年度時)が、東京23区の中で最も高い地域となっている。これらは、北区が東京都市部において高齢社会がより進んだ地域である事を示す。北区では、上記の地域状況を背景に、受診行動のとれない高齢者等への対応・アウトリーチ実践を行う、独自の医療と地域包括支援センターの連携システム「北区あんしんセンターサポート医」の構築を2012年に行った。また、2013年には、区医師会も含めた区内の多職種の団体の代表と、区行政の代表から構成する「北区在宅ケアネット」の創設を踏まえ、在宅医療・介護に関する「多職種研修」を開始した。

北区は、行政による先進的な取り組みや、地域の医師会・多職種団体等の活発な活動により、地域問題への対処・地域包括ケアの実現に向けた取り組みを進めている。

○梶原診療所における在宅医療・介護実践と、日常生活圏域における地域活動

在宅療養支援診療所である梶原診療所は、地域の関連事業所との協働の元、常時200人以上の高齢者・がん患者等への訪問診療を行う。診療所での医療・介護実践の中では、認知症・独居の方を支える資源の少なさ、患者本人と家族との関係の脆弱さ等、様々な地域の問題が浮き彫りとなる。

2015年2月、梶原診療所では、ソーシャルワーカーを中心に、地域包括ケアシステムにおける日常生活圏域のイメージを元に、診療所を中心とした小地域の専門職等で構成する「きた・あらかわ地域包括ケア研究会」を立ち上げた。この研究会では、継続した地域包括ケアに関する学習だけでなく、当該小地域の問題点の抽出とその問題解決に向けた取り組みを継続している。現在、地域住民の「医療・介護に関する理解の不足」の状況に対して、各事業所が協働をしてパンフレットを作成し、その問題解決への活動を議論している。

都市部の高齢化に伴う地域の問題は、今後も様々な形で表出されていくと考えられる。行政主導での地域包括ケアシステムの整備が進んだ先に、日常生活圏域におけるボトムアップの地域づくりの実践が、今後より重要になると考える。

S-14-2

地域包括ケアからケアする社会へ ～幸手モデルの取り組み～

中野智紀

東埼玉総合病院 代謝内分科・地域糖尿病センター 在宅医療連携拠点事業推進室

住み慣れた地域で自分らしい暮らしを最期まで続けられる社会を築くとして、現在、全国各地で地域包括ケアシステムの構築へ向けた行政を主体とした取り組みが始まっている。地域包括ケアシステムの構築とは、主として福祉領域において発展を遂げてきた生活モデルと呼ばれる対人支援観に適応できるヘルスケアの新しい在り方を模索する取り組みであると考えられる。従って、元来高齢者に限らずあらゆる世代と問題の種類に関わらず対象となるはずだが、制度としての地域包括ケアは介護保険上の仕組みと位置付けられており、超高齢化社会対策として認識されている。

今日の地域包括ケアに関わる多様な議論や、短期間で多くの人々に関わるに至った事は、国主導による大規模な地域包括ケア推進政策の成果であるとも考えられる。しかし、この政策では在宅医療の推進や医療介護連携の推進など、あまりにも論点が制度的かつマクロ的であったり、各専門職団体が提唱する代理目標に対する要素換言的な議論に終始したりと、実際の地域ケアに関するミクロ的かつ本質的な議論が不足しているように思える。こうした背景から、地域包括ケアシステムの構築に関わる専門職や団体の中には、自らの新たな目的や役割を見出せずに立ちすくんでいる者も少なくない。

こうした背景の中で、埼玉県幸手市では、国策や制度としての地域包括ケアから、住民主体のまちづくりの推進、そして、これらに取り込まれる形になるヘルスケアのあるべき姿を模索する取り組みが始まっている。すなわち、本来の生活モデルに基づいた地域包括ケアの模索であり、我々はこれらをケアする社会の構築と呼んでいる。そして、ケアする社会の中心には多様な主体による協働を可能とするソーシャルワークの存在が必要不可欠と考えられる。

今回のシンポジウムでは我々の取り組みを例示し、振り返りの時期に差しかかった制度としての地域包括ケアのより良い在り方、そしてソーシャルワークの大きな役割について議論を深めていきたい。

S-14-3

地域包括ケアとコミュニティソーシャルワーク

常松洋介

東京都豊島区保健福祉部

日本一高密度な都市である豊島区は平成9年を底に人口増加に転じ、現在もなお増加傾向にある。一方、平成26年5月に民間有識者会議「日本創成会議」の発表した将来消滅する恐れのある自治体に東京23区で唯一該当するとされた。これは豊島区の人口構成が特に20・30歳代の地方からの転入人口に支えられていることから、今後、こうした世代の特に女性の転入が減衰した場合に人口減少に転じると予想されたものである。

「人口増加が継続傾向にある日本一高密度な都市」という現状でありながら、「将来の消滅可能性という指摘」を、警鐘として真摯に受け止め、スピード感を持ってさまざまに取り組んでいる。

一方、高齢人口に目を向けると、豊島区の単身高齢者の占める割合は全国平均の約2倍、東京都や23区平均と比較しても有意に高い比率となっている。また障害者や子ども世代・若年世代の中には、制度の垣根を越えた支援を必要とすることも多い。

住み慣れた地域でその人らしい暮らしを続けていけるような仕組みづくりに向けて、総合的・包括的なケア体制の充実を模索中であり、本講演では、コミュニティソーシャルワーカーの配置と活用を中心に、豊島区の取り組みを報告したい。

豊島区のコミュニティソーシャルワークの特徴の一つが、区内を8つの圏域に区分し、それぞれに置かれた「区民ひろば」という区民の主体的活動の拠点に常駐することがある。これにより地域人材や点在する社会資源を結びつける「共助社会づくり」のコーディネーターとして、年々、実績への評価が高まっている。

しかし、地域活動に関心のある町会や民生委員などから評価が高まる一方、転入者あるいは50歳代の社会のリーダーと目される世代における認知度が相対的に低いなどの課題がある。

また、今後とも地域で発見された個別の生活課題を、いかにして近似性のある生活課題とあわせて、地域の共通課題として広く認識の共有化を図っていくかも重要となる。

地域包括支援センターごとに行なわれる「地域ケア会議」や、医療と介護の連携を進める「在宅医療連携会議」など、それぞれの抱える課題の特性を尊重しながら、誰もが直面するかもしれない課題と捉えて地域の人たちと一緒に関わってもらえるコミュニティづくりを着実に進めていきたい。

シンポジウム 15

共同企画：日本小児在宅医療支援研究会

「小児在宅医療を進めるために」

座長略歴

□ 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

□ 奈倉 道明

- 平成6年 東京大学医学部医学科卒業
- 平成11年 東京大学医学系大学院博士課程入学（中退）
- 平成12年 重症心身障害児施設「なす療育園」常勤医
- 平成15年 埼玉医科大学総合医療センター小児科助教
- 平成24年 埼玉医科大学総合医療センター小児科講師
- 平成25年 厚生労働省医政局地域医療計画課在宅医療推進室長補佐
- 平成27年 埼玉医科大学総合医療センター小児科講師

演者略歴

□ 田村 正徳

昭和49年：

東京大学医学部医学科卒業、東京大学医学部小児科学教室
昭和56年～57年：東京大学医学部小児科学教室文部教官助手
昭和57年～60年：

カナダ、トロント小児病院PICU部チーフフェロー

昭和61年～64年：国立小児病院新生児科副部長

昭和64年～平成5年：

東京大学医学部小児科学教室文部教官講師

平成5年～14年：

長野県立こども病院新生児科部長、副院長を歴任。

平成14年～28年：

埼玉医科大学総合医療センター総合周産期母子医療センター長
第四代日本周産期・新生児医学会理事長、日本新生児育成医学会理事、日本小児在宅医療支援研究会代表世話人、国際蘇生協議会新生児部会Task Force

□ 田中 道子

1989年都立広尾看護専門学校卒業後、東京都職員共済組合青山病院に勤務。

1998年東京ふれあい医療生活協同組合ふれあい訪問看護ステーション所長として勤務後

2007年訪問看護認定看護師資格の取得。同年より公益財団法人日本訪問看護財団あすか山訪問看護ステーションに入職し、現在所長として勤務。2014年首都大学東京大学院人間健康科学研究科博士前期課程看護科学域在宅看護CNSコース卒業。

□ 野田 聖子

衆議院議員

1983年3月上智大学を卒業し株式会社帝国ホテルに入社。その後、1987年4月岐阜県議会議員選挙に当選。1993年7月第40回衆議院議員総選挙で初当選。1998年7月郵政大臣、2008年8月内閣府特命担当大臣、2012年12月自由民主党総務会長、2016年1月衆議院災害対策特別委員長。現在当選8回。2011年1月、10年間の不妊治療の後、卵子提供を受け50歳で出産。

【著書】

「私は産みたい（新潮社）」「不器用（朝日新聞社）」「生まれた命にありがとう（新潮社）」等。

S-15-1

NICUから始まる小児在宅医療

田村正徳¹⁾、奈倉道明¹⁾、山崎和子¹⁾、森脇浩一¹⁾、側島久典¹⁾、高田栄子¹⁾、金井雅代¹⁾、小泉恵子¹⁾、星 順²⁾、奈須康子²⁾

1) 埼玉医科大学総合医療センター 小児科、2) 医療型障害児入所施設カルガモの家

平成20年の“墨東事件”は埼玉県の周産期医療関係者にとってはショッキングな事件でした。当時東京都には九つの総合周産期医療センターがあり(現在では13)、人口720万人以上なのに総合周産期医療センターは当院一箇所しかない埼玉県からの妊婦さんや新生児を快く引き受けて下さっていた都下の七つの病院が“たらい回しをした病院”ということでマスコミから叩かれたのです。そのため東京都内の周産期医療センターによる他県の母子の受け入れが困難になり、埼玉県ではいつ第二・第三の“墨東事件”が起きてもおかしくない状況となりました。厚生労働省の緊急調査では、全国の総合周産期医療センターが母体搬送受入を拒否した最大の理由がNICU満床でした。日本の新生児医療は世界でも最高レベルですが、以前は生存困難であった児が救命され人工呼吸器を装着したままNICUに長期入院することが、NICU病床不足の一因となり、ひいては妊婦さんの命も危険にさらしていたのです。

これを契機に厚生労働省ではNICUの増床を図るとともに現場と協力してNICU長期入院児の転棟・転院を促進する政策を積極的に推し進めました。その結果、2007年出生児から一年以上のNICU/GCU長期入院児は一時減少傾向を示しましたが、それは人工呼吸器を装着したままNICU/GCUから押し出されたに過ぎず、結果的には呼吸管理を必要としたまま在宅医療に移行する児が増加することになりました。在宅医療では患児自身は家族との接触の機会も増え、年齢や個別の病態・性格に適合した療養・療育の環境を得られやすくなります。また社会的にも医療経済的に低コストであるので医療費抑制効果が期待出来ます。しかし、介護保険でカバーされない小児在宅医療には大きな障害が立ちだかっています。1) 乳幼児を在宅医療に移行した場合には母親を中心とした家族に過大な負担がかかる。その負担を軽減するための病院への2) レスパイト入院は原則として医療保険上は認められない。一方では、3) 人的・経済的理由から重心施設への短期入所受け入れは人工呼吸器装着等の医療ケアの高い乳幼児は敬遠されやすい。4) 人工呼吸器装着等の医療ケアの高い児の緊急入院の保証が難しい。5) 小児を取り扱う在宅療養支援診療所・訪問看護ステーション・介護施設などの医療福祉資源が乏しい。6) ケアマネに相当するコーディネーターが確立していない。

S-15-2

小児在宅療養における訪問看護師の役割

田中道子

公益財団法人日本訪問看護財団 あすか山訪問看護ステーション

今日の新生児医療の進歩は、新生児、乳幼児の死亡率を減少させることに寄与している。その子どもたちの中には、日々の生活の中で常に医療が必要な子どもたちがいる。全国的に、正確な人数は不明であるが、在宅で医療的ケアを必要とする15歳以下の子どもは48360人以上存在すると言われている。医療的ケアを必要とする子どもの体調は変化しやすく、またその医療的ケアは非常に高度な技術を必要とする。在宅でそれらを担うのは概ね母親であり、子どもの体調の変化や、安全に医療的ケアを行うことに細かに気を配っている。母親は子どもを養育するうえで、子どもの体調や成長発達への不安や戸惑い、家族構成員の安楽に対する気遣いを常にしているのが現状である。

よって、訪問看護師には、医療的ケアを必要とする子どもとその家族が安心と安楽が得られるような支援を行うことが求められている。

母親は、子どもとともに病院から不安を抱えながら退院し、引き続き生活の中では様々な子どもの体調の変化に直面したり、医療的ケアを安全に遂行しようと試行錯誤している。また、子どもは体調の変化があっても、その子なりの成長を遂げようと、その能力を最大限に発揮する機会を求めている。さらに、養育する家族にはそれぞれの果たすべき役割があり、それを遂げようとしている。このように、子どもが出生してからの引き続き生活の中で、子どもとその家族には時間の経過とともに、様々な変化があり、それらを乗り越え、家族全体が発達しようとしている。家族が様々な生活の中で起こる変化に対応するには、先を見越しどのように進むべきか考える必要がある。しかし医療的ケアのある子どもを持つ家族にとって、今を生きるのが精いっぱいであったり、常に子どもの体調に不安があったりすることで、先を見越した生活の予測をする判断が難しくなりやすい。

よって、訪問看護師は生きていく全ての過程において、子どもの体調の変化や成長発達を的確に判断し、家族に子どもの安全が守れる安心感を提供することや子どもの成長を促進する支援をすることが必要である。更に、家族構成員の想いを捉え、個々の役割が果たせるよう、必要な情報を提供や社会資源を導入したり、他の支援との橋渡しをするなどして、子どもと家族のQOLが向上するよう支援することが必要である。

S-15-3

在宅医療の更なる充実に向けて

野田聖子

衆議院議員

御承知のとおり、我が国では、2025（平成37）年にいわゆる「団塊の世代」が全て75歳以上となるなど、今後ますます高齢化が進展してまいります。高齢者の増加に伴い、医療・介護サービスについては、需要が一層増加するとともに、求められるサービスの内容も多様化することが見込まれています。これらに対応していくため、限られた医療・介護資源を有効に活用し、効率的かつ質の高いサービスを提供するための体制の確立が喫緊の課題となっております。

現在、国民一人一人が住み慣れた地域で安心して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、医療・介護・住まい・生活支援などを一体的に提供する地域包括ケアシステムの構築に向けた様々な取組が行われています。

地域包括ケアシステムを発展させていくためには、単に患者の病気を治すだけではなく、生活の質を高める「治し、支える治療」の実現とともに、安心して自宅で療養できる環境の整備が不可欠であります。在宅医療の更なる充実に向けては、在宅介護との連携の推進、医師と在宅ケアの主な担い手である看護師やケアマネジャーなどとの多職種連携の強化とそのための人材育成が重要であるものと強く認識しています。

在宅医療の質の向上は、高齢者のみならず、生を受けてから間もなく療養を余儀なくされた子どもにとっても重要な課題となっております。

子どもの場合、高齢者と比べて、人工呼吸器の使用など日常的に医療依存度が高いケースが多いものの、患者数は少なく、地域におけるサポート体制も十分な状況とは思われません。また、療養しながら自宅で生活するに当たって、現状では家族に重い負担がかかり、生活の質を確保することが困難になっているとの切実な声を聞いております。身近な地域で、医療ケアがいつでも在宅で受けられるようにするため、高度な知識や技術を持つ医師や看護師を育成し、より一層の体制整備を図らなければなりません。さらに、在宅での生活のサポートを充実させるためには、地域における福祉・保健分野での相談支援体制の強化とともに、教育機関などとの連携体制を構築する必要があります。

私も、在宅医療を必要とする患者とその家族の皆様が将来にわたって安心して地域で生活できる社会を実現するため、在宅医療の充実・推進に向けて全力で取り組んで参ります。引き続き、在宅医療と在宅ケアに造詣が深い皆様のお力添えをお願い申し上げます。

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

□ 北川 公子

共立女子大学看護学部 教授
老人ホーム、病院での臨床経験を経て、1990年から看護学教育・研究に従事。
東京医科歯科大学、北海道医療大学、新潟県立看護大学、茨城県立医療大学を経て、2013年4月から現職。
専門領域は老年看護学。特に認知症高齢者のケアに長く関心を持ち、現在は認知症高齢者のターミナルケア、及び認知症高齢者の痛みの評価に関する研究を進めている。
著書：日本看護協会出版会「グループホームケア」、医学書院「系統看護学講座 老年看護学」（いずれも共著）など。

演者略歴

□ 高橋 正彦

高知県出身。平成元年高知医科大学医学部卒業。平成5年3月同大学院修。平成7年3月高知医科大学神経精神医学講座助手、平成9年10月より平成13年9月までスウェーデン王国、国立リンクド大学老年精神医学講座及び国立カロリンスカ研究所老年医学部門で、客員研究員として認知症のケアに関する研究を行う。平成13年9月帰国後、東京都老人医療センター精神科、香川大学医学部精神神経医学講座講師、仙台市立病院認知症疾患医療センター所長、大倉山記念病院物忘れ外来部長、かわさき記念病院診療部長などを経て現職。

□ Owe Anbacken, Ph D.

Frequent visitor to Japan, former guest professor and researcher at Japanese universities and research institution, lecturer in social work and counsellor in social work organization, former head at Dept of Sociology at Linkoping University.

□ 山村 正子

1979年 東京女子大学文理学部心理学科卒業
2009年 早稲田大学第二文学部社会人間系専修卒業
2013年 早稲田大学大学院人間科学研究科卒業
2014年より 早稲田大学人間総合センター招聘研究員、
「ピアとこころ」代表
社会福祉士

□ 牧野恵理子

2010年3月 早稲田大学人間科学部 健康福祉学科卒業
2012年3月 早稲田大学大学院人間科学研究科 修士課程卒業
2012年4月 早稲田大学大学院人間科学研究科 博士後期課程
人間科学専攻
2014年4月 早稲田大学人間科学部eスクール教育コーチ

S-16-1

認知症の人のこころ

高橋正彦

クリニック医庵 たまプラーザ

近年、認知症患者の心の理解が深まりつつあり、それとともに認知症患者に対する支援の在り方についての方法論も変化してきた。本発表では、現時点で考えられている、認知症の各ステージに応じた本人の心の状態とその支援の在り方を概説する。

一般にアルツハイマー病に代表される変性疾患においては、認知症が発症する20年以上前より脳の変性は始まっていると考えられており、臨床的に無症状の時期（前臨床期）、何らかの認知機能低下は出現するが、日常的・社会的に支障をきたさない時期（軽度認知障害期あるいはMCI期）、日常生活、社会生活に支障をきたす時期（認知症期）の3ステージに分類される。MCI期には、本人自身が自身の認知機能低下を自覚していることも多い。このために本人が、極度の不安状態であったり、逆に否認したり、周囲に攻撃的となったりすることもある。したがって、このような本人の心理に配慮し、安心感を持てるような支援が重要であり、そのための心理社会的環境の調整は必要である。

やがて認知症期に入ると上記の心理的不安定性はさらに悪化し、行動心理症状（BPSD）の出現につながることも多い。山鳥はその著書の中で情、すなわち感情が人間の行動の根本にあるとした。したがって、この時期における感情の安定は、BPSDなどの介護負担の要因になりうる状態の改善を図るためにも重要である。

多くの症例では認知症の進行に伴い本人の意思発動は困難となるため、その時点で、治療方針について本人の意向を確認することが難しいことが多い。そのため、あらかじめ本人の意思表示が可能な時点での、本人の意思確認を行っておくことが望ましいとされる。しかしながらこのような試みは現在の時点では必ずしも円滑に進められてはいない。

本発表では、発表者の経験した事例を提示しながら、今後、認知症があっても可能な限りQOLを高く保てる支援の在り方について述べる。

S-16-2

Interaction and communication with people with a dementia diagnosis

Owe Anbacken

PhD, Former dean of Department of Sociology
Linköping University

This paper will concentrate on research on common core principles and indicative behavior of a skilled workforce in the health care and social work for dementia patients. The goal for this kind of research is to enable people to have a life as good as possible even if they have a dementia diagnosis. The results of this kind of studies in research and development work is showing the needs of simplified talk, repetition in the communication, with a concrete vocabulary and using a well thought-out body language. When professional staff is communicating and working in such a qualified way a learning / knowledge environment will motivate and stimulate visitors/family members to adapt the same high quality in their communication with their closely related with dementia. The presentation will include concrete examples of research and development in a Swedish context (Linköping city).

S-16-3

「Couples Life Review」汎用化の試み 「Couples Album」で醸成された認知症高齢者と介護者夫婦との学生のコミュニケーションについて

山村正子

早稲田大学 人間総合研究センター

回想法を用いた「Couples Life Review」では、夫婦で行うライフレビューが夫婦相互に影響を及ぼしながら夫婦としての人生の統合を促し、「ライフレビューアルバム」がコミュニケーションツールになることが示された。

しかし、この方法は、実施者が認知症や回想法に関する専門的知識を有する専門家に限定されるという点において汎用化に課題を残しているといえる。

そこで我々は「Couples Life Review」の汎用化を目的に、実施者を大学生に、実施場所をデイサービスに設定し、手作業で「ライフレビューアルバム」を作成する「Couples Album」の取組みを試みた。この取組みでは、夫婦の思い出の写真約30枚について年代順に、家族介護者は写真についてコメントを作成し、学生はそのコメントを参考に認知症高齢者から話を聞きアルバムを作成する。アルバムの体裁はカードをファイルする形で統一したが、出来上がったアルバムは学生其々の個性が反映されたものとなり、学生が心を込めて作成したことが実感できるものとなった。認知症高齢者の中にはほとんど会話が成立しない方もあったが、会話が困難な中、時にはデイサービスのスタッフのサポートを受けながら、学生はその表情から認知症の方の思いを読み取り、当時の気持ちを想像しながらアルバムを完成させていることが伺えた。また、ほとんどすべての学生が介護者とメモや書簡の往復を行っており、介護者との間に精神的交流が生じていることが報告された。学生と認知症高齢者との双方向の会話が成立した例が少ないのにも関わらず、学生が「Couples Album」を作成する過程で、認知症高齢者の人生から多くを学び、認知症を病態の一つとしてではなく、人生の中の変化の一つとして理解を深め、個人の歴史を通して生きるということを学んだことが示された。この取組みの中で、学生、認知症高齢者とその介護者、更にはケアスタッフも巻き込んだ全体的なコミュニケーションが醸成され、学生は多くを学び、認知症高齢者は教育的役割を果たし、家族介護者は人生の統合と第三者との関わりを得たといえることができる。

S-16-4

在宅の認知症患者と介護者へのコミュニケーションアプローチ ミシガン大学方式を応用した「Couples Life Review」の実践

牧野恵理子

早稲田大学 人間科学部eスクール

認知症の記憶障害や言語障害といった疾患特性は、認知症患者と家族介護者にコミュニケーション不全を引き起こし、関係性を悪化させる。特に、日常世話をしている患者の症状進行に伴う人格変化の経験は、家族介護者の感情的喪失や社会的孤立感を高め、双方のQOL低下を招くとされている。今後の認知症の在宅ケアでは、患者の意思尊重と家族の支援強化の両方を基軸としており、相互に有意義なコミュニケーション施策や心理社会的アプローチ等精神的支援の重要性が指摘されている。

ライフレビューは、回想法を発達段階を踏まえて構造化した形式で行われ、参加者の人生の意味や価値に帰する事で不快な問題と折り合いをつけるものとされる。また、会話を促進し、人生の肯定的・評価的な解釈を促す事に関与すると特徴づけられている。そこで、認知症患者と介護者に対して、ライフレビューとライフレビューアルバム作成による「Couples Life Review」をコミュニケーションアプローチとして試みた。

対象は、在宅で暮らす重度(MMSE 10 \geq)と中等度(MMSE 11 \leq 20)の認知症患者と介護者夫婦とした。1回約2時間全7回対象者宅を訪問し、毎回テーマに沿った写真や品物を見ながら夫婦の思い出を語るライフレビューと、夫婦の語り写真から実施者がライフレビューアルバムを作成し贈呈する。参加者は住み慣れた家の定位置に座り、自然に昔を振り返り語るナラティブ形式が取られた。

「Couples Life Review」では、夫婦で行うライフレビューが夫婦相互に影響を及ぼしながら夫婦としての人生の統合を促し、「ライフレビューアルバム」が夫婦間においても対外的にもコミュニケーションツールとなることが示された。認知症の程度により語りの主体や形式に差異が認められたが、重度・中等度同様に、段階的ライフレビューの語り積りが積み重ねられ、夫々の「夫婦の物語」が形作られた。

「自然に生活史を語るプロセス」を患者と介護者夫婦と一緒に辿ることで、夫婦間の発話が増幅し、相手の語りから共通の話題や共感する思い出に気づかされるといった相互作用が認められた。更に、共に過ごした人生の重みや意味を再認識することで、人生への肯定感情が醸成され楽しい経験を生む場として捉えられた。「Couples Life Review」は、在宅支援のコミュニケーションアプローチとしてその有用性が示唆された。

シンポジウム 17

「在宅ケアに必要な家族支援とは？」

座長略歴

□ 川上 千春

東京都生まれ。2008年東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科博士後期課程満期退学。

2012年同大学院にて看護学博士号取得。

1992年昭和大学病院にて看護師として務め、1995年より大田池上訪問看護ステーション、おもて参道訪問看護ステーション、白十字訪問看護ステーション等と訪問看護師として在宅ケアに従事。2006年～2008年まで聖路加看護大学21世紀COEプログラムCOE研究員、2012年東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科在宅ケア看護学特任助教を経て、2015年より現職。

□ 鶴岡 優子

1993年 順天堂大学医学部卒業 国保旭中央病院内科スーパーローテート初期研修

1995年 自治医科大学 地域医療学教室 入局

1996年 岩手県 藤沢町民病院内科 派遣

2001年 米国 ケース・ウエスタン・リザーブ大学 留学 家庭医療学講座 客員研究員

2004年 自治医科大学附属病院 総合診療部在宅医長

2007年 つるかめ診療所 開設

2010年 つるかめ診療所 副所長

2015年 つるかめ診療所 所長

日本内科学会認定総合内科専門医、日本プライマリ・ケア連合学会認定プライマリ・ケア認定医、

自治医科大学地域医療学センター 非常勤講師、順天堂大学医学教育研究室 非常勤講師、つるかめ勉強会代表、

小山地区医師会在宅医療推進委員会委員、栃木県医師会女性医師部会理事

医学博士、往診靴研究家

演者略歴

□ 向後裕美子

2008年 お茶の水女子大学人間科学研究科博士前期課程修了

2009年 ジャパン・ウェルネス

(現・がんサポート・コミュニティ)

2010年 東京大学大学院教育学研究科博士課程

資格：臨床心理士（2009年）

『認知症介護 介護困難症状別ベストケア50』（共著）

2006年 小学館

『アセスメントからはじまる高齢者ケア』（単著）2008年
医学書院

日本痴呆ケア学会 第一回石崎賞受賞

演題「痴呆症高齢者の徘徊行動に対するケアスタッフの対応」

日本痴呆ケア学会 第二回石崎賞受賞

演題「痴呆ケア現場における介護困難と感ずる痴呆症状」

日本認知症ケア学会 第八回石崎賞受賞

演題「食の失行に対するケアの試み -食の環境調整を中心に-」

日本認知症ケア学会 第九回石崎賞受賞

演題「認知症高齢者を対象とした世代間交流の意義に関する
予備的検討」

<資格>看護師 保健師 介護支援専門員（2001年）

□ 六角 僚子

聖路加看護大学衛生看護学部卒業

常磐大学大学院人間科学研究科人間科学専攻修士課程修了

常磐大学大学院人間科学研究科人間科学専攻博士後期課程修了

病院勤務経験後

2002年7月 特定非営利活動法人認知症ケア研究所代表
(現在に至る)

2004年1月 高齢者認知症介護研究・研修センター
客員上級研究員

2004年4月 茨城キリスト教大学看護学部看護学科
老年看護学 准教授（2008年3月まで）

2007年2月 特定非営利活動法人認知症ケア研究所
デイサービスセンターお多福開設

2011年4月 東京工科大学医療保健学部老年看護学領域 教授
(2015年3月)

2015年4月 獨協医科大学看護学部在宅看護学領域 教授
(現在に至る)

著書：『高齢者ケアの考え方と技術』（共著）2001年 医学書院

『高齢者看護学』（共著）2003年 中央法規

『高齢者の健康と障害』（共著）2005年 メディカ出版

『認知症の考え方と技術』（単著）2005年 医学書院

『新看護学 老年看護』（編）2005年 医学書院

□ 齊藤 泰子

平成9年 岩手女子看護短期大学（現岩手看護短期大学）
看護学科卒業

神奈川県立こども医療センター NICU

平成14年 岩手看護短期大学専攻科（地域看護学専攻）卒業
宮城県立子ども病院 NICU

平成19年 保育園勤務

平成23年 あすか山訪問看護ステーション

免許・資格：看護師、保健師

S-17-1

がん患者の在宅看取りにおける家族への心理的支援

向後裕美子

東京大学大学院

家族は、患者を支える役割を担う一方で、支援を必要とする存在でもある。特に、がん患者の家族は「第二の患者」とも言われ、在宅ケアの場合、介護など家族の負担が更に大きくなる。今回は、臨床心理士（以下、CPとする）の立場から、がん患者の在宅看取りにおける家族への心理的支援に焦点をあてて事例を紹介し、話題提供としたい。

◇Aさん（60代女性、肺腺がん、多発転移）

外来通院時から夫婦合同面接と個別面接を続け、主に夫婦間のコミュニケーションの改善に取り組んだ。個別面接で、夫が「(Aさんの)病状を理解はできるが受容できない」と繰り返す傍ら、せん妄が始まったAさんは「お迎え現象」と思われる亡母との邂逅について穏やかに語り、また、夫と子ども達の間で確執を心配されていた。看取り後、今後の父子関係を話し合う場に夫の依頼でCPも同席し、Aさんの心配を伝えた。話し合いでは、父子が激しく批難し合う場面もあったが、家族として歩み寄る努力をするという目標の共有に至ることができた。問題解決志向の強い夫ならではの精一杯の手向けのように思われた。

◇Bさん（50代女性、乳がん、多発転移）

当初から遺された時間を強く意識していたBさんの希望により、CPと共同作業で音声メッセージ付き小冊子を作成し始めたが、急変して未完成のまま逝去された。多忙な夫が共同作業を引き継ぎ、一周忌を前に完成に辿り着いた。親族や友人50人あまりにBさんのメッセージを届けた夫から「少しずつ前に進めそうな気持ちになりました」と報告をいただいた。

いずれの事例でも、患者と家族の話を個別で聴くことが重要な意味を持っていた。一方、家族合同面接や、肯定的な思いを伝える橋渡し、家族関係の修復や改善につながっていた。在宅ケアの時間・空間・人的資源の制約の中であっても、個別・合同面接の場を適宜設ける必要があると考えられる。

また、看取り後の関わりを家族から求められたことも共通点であった。日本では遺族ケアの制度が整備されていないが、悲嘆の複雑化リスクを把握し必要に応じて継続的サポートにつなぐ体制づくりが必要だと考える。事例では、遺族は生前の患者と深く関わっていた人を話し相手として求めていた。海外では、グリーフケアの専門家が看取り後から関わる制度も見られるが、継続性と専門性のいずれを優先するか、日本の文化を考慮して検討すべきだろう。

S-17-2

在宅ケアにおける認知症患者の家族への支援の在り方

六角僚子

獨協医科大学 看護学部

今回は日本の家族介護の現状をとらえ、そこでの家族の認知症の人を受け入れる段階について紹介していく。①とまどい、否定的なケアをする段階、②身内が認知症であることをわかり、否定的から脱しようとする段階、③認知症の人に期待をつなぐ段階、④あきらめ、放棄する段階、⑤新たなケアの試みの段階。家族は各段階を行ったり来たりしながら、時間をかけ認知症の人を受け止め、最終的には認知症の人が安心して過ごせるような環境を傍らでつくることのできるまでに至るのである。その道のりは長く、家族にとっては過酷なことかもしれない。家族の歴史や役割がその家族のものであり、だからこそそれを忘れられず、受容できないでいるということは少なくない。それでも家族は頑張る。頑張るから、怒ることもあり、嘆くこともあり、ほっておくこともある。家族の受け入れる段階をしっかりと観察して、家族へのケアにあたることを心がけたい。

時代と共に家族も変化している。その変化の中で、認知症を抱える家族は介護を担いきれない局面にぶつかるともある。そして家族の中でさまざまな葛藤が起きることは当然であろう。故に在宅での認知症を抱える家族介護者が持つ問題は多い。まず家族介護者は24時間休みがなく、夜間の精神症状や失禁がある場合熟睡できなかったり、体力の要る介護が多かったりすると、身体的にも精神的にも疲労してしまう。

平成24年度の高齢者の健康に関する意識調査結果（内閣府 共生社会政策）では、自宅で最期を迎えることを希望する人は5割以上を占めている。また認知症になる可能性を少なくとも感じている割合が半数をしめている。さらに行政に力を入れて欲しい健康管理は最も多いのは「認知症について」で36.0%であった。障害を持ったとしても、在宅で暮らすことは多くの認知症者にとっての希望であり、もっとも身近で深い愛情を持った家族から心のこもった介護をうけることは大きな癒しとなる。介護を頼む相手について、「配偶者」「子ども」が6割ちかくという結果である。介護する家族にしても、その配偶者や親を介護しなければならないことは悲しいことであるに違いないが、介護すること自体が愛情表現であったり、役割の達成感を感じたりすることでもある。しかし、時代と共に変化する今日の家族は高齢者の介護を担うだけの力を失い、高齢者の暮らしの障害に適切に対応できないことが多いのが実態である。

S-17-3

在宅ケアにおける小児のキャリアオーバーの家族支援

齊藤泰子

公益財団法人日本訪問看護財団立 あすか山訪問看護ステーション

近年の周産期医療や小児医療の著しい進歩に伴い、子どもの長期生存率が伸びている現状があり、昨今では医療依存度の高い小児も環境を整えば在宅生活が可能になっている。

キャリアオーバーとは、「ある時期からある時期に繰り返すこと」とされている。すなわち小児期にかかった病気やその後遺症の治療を成人になってからも続けることを意味する。

移行期にある、患者・家族のとりまく環境の変化は著しい。2次成長期に伴う心身の変化により医療行為が増える可能性があること、学校を卒業した後の行き場の検討、社会制度の変化などがあげられる。このすべてを家族だけで行うのは難しく、不安も大きい。調整役としては一番患者家族の近くで寄り添っている看護師が望ましく、相談支援員と共同して支援体制を整えていくのが理想である。患者・家族のライフスタイルの変化(両親・祖父母・兄弟)で支援体制も変えていく必要がある。また、社会資源の乏しさがあり、重症であればあるほど行き場所を選べない現状もある。

まず、トータルして責任を持てる医療者(調整役)を明確にすることが重要である。支援するにあたって移行期の特性を理解し、必要な知識やスキルを持つことや、経過の理解が求められる。すべての過程において、医療給付を含む社会制度が適用されるように支援が必要となる。そして、患者・家族が自己決定を行えるよう支援する。このような包括的な支援のためには多職種との連携が不可欠である。移行期に携わる職種として、医師、看護師(病院・在宅・療育)、理学療法士、作業療法士、言語聴覚療法士、臨床心理士、医療社会福祉士、保育士、学校教員、養護教諭、チャイルドライフスペシャリスト、ボランティアと多職種にわたる。連携の持ち方も現状としては充分といえず、今後の課題となる。

訪問看護師として、家族の視点に立ち東京北区の実情と取り組みを通して、医療依存度が高く、様々な障害とともに成長している患者・家族が自分のお家で安心して生活できるように一緒に考えていきたい。

シンポジウム 18

「新しい後方支援病床のあり方」

座長略歴

□ 小野 宏志

1994年3月 産業医科大学卒業
5月 京都大学医学部付属病院心臓血管外科勤務
7月 浜松労災病院心臓血管外科勤務
2005年9月 坂の上ファミリークリニック 開院
2013年9月 日本在宅ホスピス協会 全国大会in浜松 大会長
2014年3月 在宅医学会大会 浜松大会 大会長
4月 坂の上在宅医療支援医院 開院
2015年4月 坂の上ろうけん曳馬野 開設
浜松市医師会理事

□ 永井 康徳

医療法人ゆうの森 たんぼぼクリニック

平成4年 愛媛大学医学部卒業 愛媛大学医学部附属病院、自治医科大学地域医療学教室を経て、愛媛県南部の明浜町（あけはまちょう）国保俵津（たわらづ）診療所所長。
平成12年 在宅医療専門診療所「たんぼぼクリニック」を愛媛県松山市に開業。
平成24年4月 市町村合併の余波で閉鎖となった愛媛県南部のへき地診療所を西予市から民間委譲して引き継ぎ、医師複数体制でのチームで循環型地域医療を実践している。

【現在の役職等】

医療法人ゆうの森 理事長、全国在宅療養支援診療所連絡会理事、日本在宅医学会理事、たんぼぼ俵津診療所院長、NPO在宅ケアを支える診療所・市民全国ネットワーク理事

【主な著書】

- ・「楽なように やりたいように 後悔しないように ～たんぼぼ先生の在宅医療よもやま話～」愛媛新聞社
- ・「たんぼぼ先生の在宅報酬算定マニュアル第3版 ～全国在宅医療テスト公式テキスト～」日経BP社
- ・「まんがで学ぶ在宅医療制度の基礎知識」医療法人ゆうの森
- ・「在宅医療物語 第1巻 ～訪問看護制度編～」 「在宅医療物語 第2巻 ～求められる在宅医療とは～」たんぼぼ企画株式会社
- ・「たんぼぼ先生のカンファレンスでの4つの呪文 虎の巻」たんぼぼ企画株式会社

演者略歴

□ 西川 満則

1995年 島根医科大学医学部医学科卒業
1995年 西尾市民病院医師
1999年 愛知国際病院ホスピス医師
2000年 国立長寿医療研究センター着任
現在は、同センター緩和ケア診療部/EOLケアチーム医師、地域医療連携室長、特別養護老人ホームさわやかなの郷配置医
共著者の三浦久幸とともに受賞：3rd poster prize: Benefits of the Japanese version Advance Care Planning facilitators education program, the 5th ACPEL, Munich

□ 下地 直紀

2005年：東北大学医学部卒業。2007年：宮城厚生協会坂総合病院にて初期研修修了。以後、同院消化器科医員。2012年6月～2013年11月 もりおか往診クリニックで在宅医学会研修プログラム修了。2013年12月～宮城厚生協会長町病院内科勤務。在宅医学会専門医・プライマリーケア学会専門医/指導医。内科学会認定医・消化器病学会専門医・内視鏡学会専門医。

□ 金盛 琢也

聖路加国際大学看護学部
聖路加看護大学大学院博士前期課程修了
東京ふれあい医療生協梶原診療所勤務（老人看護専門看護師）
2014年8月より聖路加国際大学看護学部老年看護学助教

S-18-1

新しい後方支援病床のあり方 ～基本的価値と付加的価値～

西川満則、三浦久幸

国立長寿医療研究センター

在宅医療の継続に後方支援病床は重要である。緊急時入院希望患者を登録し、患者・在宅医療提供機関・後方支援病床間で共有して、24時間の受け入れ体制を堅持することは、後方支援病床の最も基本的なあり方だろう。また、嚥下訓練、リハビリテーション、退院前訪問等による生活支援、後期高齢者の肺炎に代表される急性期医療に対応する支援といった、生活支援型急性期医療対応も後方支援病床に求められる基本的なあり方に含まれる。しかし、必ずしも後方支援病床のあり方の全てが明確にされているわけではない。

そこで、我々は、国立長寿医療研究センターにおける、在宅医療支援病棟、地域包括ケア病棟、エンドオブライフケアチームの経験、人生の最終段階における医療体制整備事業における日本版アドバンス・ケア・プランニングファシリテーター (ACPF) 養成やその教育プログラム Education For Implementing End-of Life Discussion : E-FIELD作成の経験に、国内外の知見を織り交ぜながら、後方支援病床のあり方について検討した。

新しく機能付加できる後方支援病床のあり方として、私見もまじえ、以下の6つのポイントを指摘できる。(1) 服薬指導を丹念に行うこと、(2) どのような症状が出たら在宅チームに連絡するかを共有すること、(3) いつ、在宅・病院チームが患者の状態をフォローアップするかを共有すること、(4) 患者・家族が自分の病気を自己管理できるように支援すること、(5) がん患者に限らず苦痛症状を緩和すること、(6) 患者の思いを繋ぎ、ACPのプロセスを切れ目のないようにすること、これら6つのケアを、病院から在宅、在宅から病院の、移行期に行うことを、新しい後方支援病床の付加的価値として提案できる。

シンポジウム当日はこれらのポイントについて会場の皆さんとも議論したい。

S-18-2

在宅療養支援病院から提案する在宅後方支援病床の役割

下地直紀、千葉明日香

宮城厚生協会 長町病院

【はじめに】

在宅医療とは文字通り居宅で行われる診療行為をさす。患者自身の病状や家族・施設の介護体制から、病院での医療が必要なケースや病院で治療・検査を行った方がメリットのあるケースも少なくない。在宅医療を支える病床の重要性が取り沙汰される中、今回は在宅療養支援病院である宮城厚生協会長町病院 (以下、当院) がこの2年間にやって来た「後方支援」の実際を紹介する。

【実際】

当院は仙台市太白区に位置する全135床 (内科45、回復期リハビリ90) の中小病院である。2011年～在宅療養支援病院として、約75名の患者の訪問診療を行っている。訪問診療は2015年12月現在、内科所属医師5名全員で担当している (在宅医学会研修プログラム経験医師1名、実践者コース経験医師1名の合計2名の在宅専門医を含む)。

後方支援病床の役割として第一に、「状態不安定時の入院ベッド」が挙げられる。2014年4月～在宅専門医2名の病棟配属により、当院在宅患者の入院日数の大幅な短縮と在宅復帰率の上昇を認めたことは、2015年4月の在宅医学会盛岡大会で「在宅専門医の病棟配属による在宅患者の入院事情の変化」という題目で発表させていただいた。中小病院という顔の見える関係と豊富なりハビリスタッフを擁する環境の下、入院早期から多職種が連携し、リハビリ・廃用予防・退院調整を行っている結果と言える。

もうひとつの重要な役割として「在宅導入へ向けた調整機能」を挙げたい。今回の入院をきっかけに在宅導入を考えている、もしくは在宅導入が妥当と考えられる事例に対し、在宅導入前の全身評価、介護サービスの調整、担当者会議などを限なく行い、スムーズに在宅へ移行させる工夫をしている。この2年間で入院症例からの在宅導入患者が増えている。

レスパイトケアや、がんや老衰の看取り期でいわゆる苦痛症状を伴わない事例の中で、介護体制に恵まれない患者に対する「療養場所の提供」の役割も果たしてはいるが、在院日数や経営面への配慮が現実的に必要となっている。

【今後の課題】

限られた病床数の中で一般内科急性期の入院受け入れも確保するというベッドマネジメントの難しさ、当院の内部発生に限定せず近隣の診療所・施設からの入院受け入れを増やしていくという地域貢献、自立～要介護の急性期まで幅広い疾患に対応できなければならない総合診療的な広い視野を持つ次世代の医療スタッフの育成など、課題は多い。

S-18-3

後方支援病床における入院高齢者に対する多職種ケアプログラム

金盛琢也

聖路加国際大学 看護学部

在宅医療を受けている患者の70%以上を後期高齢者が占め、後方支援病床においても入院患者の多くは後期高齢者や超高齢者となっている。

高齢者では若年者と比べ、入院によりせん妄や転倒、院内感染、廃用症候群などの合併症が起りやすく、またひとつの合併症が他の合併症を引き起こすなど悪循環に陥りやすいことが知られている。また、急性疾患と入院合併症によって心身機能が低下することで、長期入院や社会的入院、本人の望まない施設入所に至ることは、我が国の高齢者医療全体の課題となっている。特に在宅医療を受けている高齢者には虚弱・要介護高齢者が多いため、入院に伴う心身の機能低下が起りやすく、入院を契機としてADLが低下し、「病気は治ったけれど寝たきりになった」、「今のADLでは自宅に帰れない」といった例は少なくない。

急性疾患と入院合併症による心身の機能低下を予防するためには、医師、看護師、薬剤師、リハビリテーション職、ソーシャルワーカー等多職種の協働によって、治療・ケア・退院支援を一体的に行う多職種チームアプローチが必要であり、近年、入院高齢者を対象とした多職種ケアプログラムが注目されている。

入院高齢者に対する代表的な多職種ケアプログラムには、Acute Care for Elderly (ACE)、Nurses Improving Care for Healthsystem Elders (NICHE)、Hospital Elder Life Program (HELP) があり、これらのプログラムはそれぞれ特徴が異なるものの、①高齢者に適した入院環境の調整、②入院合併症の予防介入、③治療・ケア・リハビリの目標共有、④早期退院支援、⑤意思決定支援の枠組みによって構成されている。これらのプログラムによる効果としては、ADLの維持、在宅復帰率の改善、せん妄予防などの有効性が報告されている。

今後後期高齢者の急速な増加が予想される我が国において、地域包括ケア推進の観点から、後方支援病床における入院高齢者ケアの重要性が増している。そこで、本発表では、海外における入院高齢者に対する多職種ケアプログラムや、わが国における取り組みを紹介し、後方支援病床におけるこれからの多職種ケアのあり方について考察したいと考える。

シンポジウム 19

「施設での在宅医療のあり方」

座長略歴

□ 大蔵 暢

1995年 富山医科薬科大学卒業
1996年 王子生協病院 京都大学病院 聖路加国際病院
2004年 ワシントン大学 公衆衛生学修士
2007年 パージニアメイソン医療センター 内科研修
2009年 ミシガン大学 老年医学研修
2012年 東京ミッドタウンクリニック シニア医療部 部長
2014年 高齢者専門トラストクリニック等々力 院長
2015年 (株)トラストガーデン 取締役
(日本) 総合内科専門医、老年病専門医
(米国) 内科専門医、米国老年医学専門医
『「老年症候群」の診察室』(朝日新聞出版)

□ 山口 潔

1999年 浜松医科大学医学部卒業 東京大学医学部附属病院内科研修医
2000年 自治医科大学附属大宮医療センター総合診療科・神経内科
2003年 東京大学医学部附属病院老年病科(物忘れ外来)
2007年 東京大学大学院医学系研究科博士課程修了(医学博士)
2008年 東京大学医学部附属病院地域医療連携部助教
2013年 医療法人社団創福会理事長 ふくろうクリニック等々力院長
東京大学医学部附属病院老年病科非常勤講師
日本認知症学会専門医・指導医 日本老年精神医学会専門医
日本老年医学会老年病専門医・指導医 日本内科学会総合内科専門医
日本プライマリ・ケア連合学会プライマリ・ケア認定医

演者略歴

□ 松本佐知子

聖路加看護大学(現:聖路加国際大学)を卒業後、聖路加国際病院および福島県立医科大学看護学部勤務。その後、兵庫県立大学大学院看護学研究科修士課程を修了し、寿泉堂総合病院在職中に老人看護専門看護師の認定を受ける。現在は、有料老人ホーム松戸ニッセイエデンの園で、入居者の健康管理業務に従事しながら、聖路加国際大学大学院博士後期課程に在籍している。
著書(いずれも共著)は、エンド・オブ・ライフを見据えた高齢者看護のキホン100(日本看護協会出版会、2016)、老年看護学技術(南江堂、2016刊行予定)など

□ 木内 大介

京都大学農学部農林生物学科卒業。
英国ロバート・ゴードン大学大学院理学療法科修士課程修了。
英国でNational Health Services (NHS)を中心に、理学療法士として10年間働く。2014年6月に英国から帰国を機に、桜新町アーバンクリニックの運営に関わる。患者視点で、質の高い医療・看護・介護サービスの提供と、利用する側も提供する側も満足度が高く、持続可能なシステム作りに関心を持っている。

□ 佐々木昌弘

文部科学省高等教育局医学教育課 企画官
医学博士・元内科医(厚生連平鹿総合病院(横手市)、御野場病院(秋田市)で勤務)
広島大学客員教授、近畿大学非常勤講師
秋田県横手市生まれ
平成 6年 秋田大学医学部卒(同10年同大学院修了)
8年 厚生省入省
医政局総務課医療安全推進室長、国立成育医療センター政策医療企画課長、国立病院部経営指導課、老健局総務課等を歴任
21年 広島県健康福祉局長
25年 医政局地域医療計画課在宅医療推進室長
(医師確保等地域医療対策室長も併任)
27年10月より現職

S-19-1

施設での在宅医療 ～看護師の視点から～

松本佐知子

公益財団法人ニッセイ 聖隷健康福祉財団 有料老人ホーム松戸ニッセイエデンの園

当施設の起源となる有料老人ホームは、高齢者が「人生の最後の行程を幸せに過ごせる場」を目指し、1973年に設立された。元気なうちに自分の意思で住み替え、10数年を暮らした後に死亡退去となる入居者が多い点が、当施設の特徴である。長い入居期間においては、加齢や疾病による心身の変化や、身近な人の死などの心理社会面に大きく影響するイベントが次々に生じるため、入居者の健康や幸せな生活は大変不安定な中にあるといえよう。

施設が入居者にとって安心して生活できる終の棲家となるためには、介護を含む生活支援と保健・医療サービスの包括的な提供が求められており、その時々の入居者の状況に合わせ、フレキシブルにサービスを提供できるような各部署の連携がカギとなる。当施設を例にとれば、「エデンのなんでも相談窓口」の生活サービス課、元気なときから終末期まで継続して保健・医療サービスを提供する「エデンの保健室」の付設診療所が、入居者の日常の生活支援や医療的ケア、いわばケアのメインとなる部分を担う居室サービス課の介護職員と看護職員をバックアップしている。

各部署の網の目の連携と同時に重要となるのが、10数年におよぶ入居者との長い付き合いを生かし、その人の生き方や人となり、人生の終末を迎えるにあたっての希望などに職員が耳を傾け、入居者—家族—職員間で共有しておくことだと考えている。また、生活や健康上の変化があったときには、これから起こる（起こりうる）状況や、提供可能な医療とその利益とリスクについて情報を提供し、その人らしい生活と最善の医療を調整するための話し合いを重ねることも必要である。

一人ひとりの入居者の人生の最後の行程に、保健・医療サービスはどんな貢献ができるのか、施設で働く医療職には常に問い続ける姿勢が求められている。

S-19-2

施設での在宅医療 ～医療事務の視点から～

木内大介¹⁾、遠矢純一郎¹⁾、五味一英¹⁾、村上典由¹⁾、飯塚以和夫²⁾

1) 医療法人社団プラタナス 桜新町アーバンクリニック、2) 医療法人社団プラタナス 松原アーバンクリニック

日本の高齢化は2000年以降急激に増加し、現在世界一の26.5%である。団塊の世代が全員後期高齢者となる2025年には、高齢者人口は約3600万人に達し、高齢化率も30%になると予測されている。75歳を超えると要介護認定率、認知症有病率、入院受療率が急激に増加し、医療と介護ニーズが急増する。また、死亡者数も年々増加していき、2040年頃のピークには年間167万人に達する。

このような超高齢化社会、多死社会にある一方で、病床数の伸びの抑制や地域包括ケアシステムの構築による病院以外の場所での療養の促進、家族構造の変化に伴う独居の高齢者数の増加などにより、高齢者施設の役割は今後ますます大きくなっていく。

今回は、施設での在宅医療の現状をそれを取り巻く環境を含めて紹介する。また医療機関の立場から、施設での在宅医療で直面している課題である診療報酬改定による変化、そこから見える将来の方向性、そして今後の対応策について考察していく。

今回の診療報酬改定では、施設側の機能面での区別がなくなり、医療資源の効率活用の面から診療患者数による区別に変更となった。また、重症者に対しての医療が評価される一方で、中軽症者に対しては引き下げになった。今後もこのような形で、重症度や医療・看護必要度の高い患者を積極的に在宅医療で見えていく流れが継続されると考えられる。それは、施設の入居者に対しても同様である。医療機関としては、施設で重症度や医療・看護必要度の高い入居者でも療養継続ができるために、施設との連携や施設スタッフへの支援の重要性が増していく。また軽症者に対しては外来対応も含めた診療体制の構築が今後求められてくるかもしれない。

施設での在宅医療の今後期待される役割の一つとしては、高齢者施設における看取りがある。施設での看取りの割合はまだ少ないが年々増加傾向にある。2025年に向けて、約40万人の看取りの場所がない可能性があると言われて中、今後高齢者施設における看取りの重要性は増すと考えられる。

施設での在宅医療の必要性と重要性は今後も増していくと思われる。ただし、居宅に比べ効率的な医療を提供できるため、医療資源の有効活用の観点から患者一人あたりの診療報酬は今後も低く抑えられると予測される。その中で施設での在宅医療を継続していくには、重症度や医療・看護必要度の高い利用者を診ることができ、看取りにも対応出来る体制を構築していく必要がある。

S-19-3

介護施設における看護師、介護職員の医行為について

佐々木昌弘

文部科学省 医学教育課（前・厚生労働省 在宅医療推進室）

平成28年診療報酬改定は、在宅医療への政策の期待が如実に表れた内容であったと考えられる。

これまで、診療報酬改定で様々な工夫が講じられてきたところであるが、一昨年6月の医療介護総合確保推進法の成立・公布を受けて進められてきた政策が、診療報酬と合流したとみた方が自然であろう。

改めて一連の制度改正を振り返ってみると、主たるテーマは「効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに、地域包括ケアシステムを構築することを通じ、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進することを目的としている。」ということになる。

そして地域包括ケアシステムの法律上の定義が、「地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制」であることから、住み慣れた地域での住まいがまずあって、それに対して予防を含めた医療から介護、日常生活支援までのサポートがあることが、地域の実情に応じて組み立てられる、つまりステレオタイプに〇〇モデルを目指しましょうという政策ではないことが理解できる。

これに対して、いざというときに入院や救急といった医療が重層的に支えていることは、安全・安心に生活をする上で不可欠であり、一次医療から三次医療までの医療提供体制が地域包括ケアシステムと密接不可分であることも理解できる。

さらには、今回の診療報酬改定でも明らかになったように、法律上は地域包括ケアシステムは高齢者を対象とした定義であるものの、小児在宅など全年齢にも本来は適用すべき概念であることも自明である。

こうした政策を踏まえ、現場で常に悩むのは、介護施設で看護師や介護職員はどこまで医行為をできるかであるが、前述の法改正でもチーム医療の観点から職種間の役割分担を見直したところであり、当日はこれらを整理し、「現場とのズレ」を解消すべき議論を行いたい。

シンポジウム20 (公募シンポジウム)

「在宅医療とテクノロジー」

座長略歴

□ 泰川 恵吾

宮古島平良生まれ。平成元年杏林大学医学部卒業。同年東京女子医科大学第二外科入局。

平成2年 立川中央病院 外科

平成4年 東京女子医科大学救命救急センター配属

平成6年 同大学病院救命救急センター集中治療室 医長

平成7年 茨城牛久愛和病院 救急医療科医長

平成8年 東京消防庁幡ヶ谷消防学校 救急救命士専任講師兼任

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16年 鎌倉常盤クリニック開設

平成22年 ドクターゴン鎌倉診療所開設

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

□ 飯島 勝矢

東京大学高齢社会総合研究機構 教授

医学博士

東京大学大学院医学系研究科加齢医学講座講師、米国スタンフォード大学医学部研究員を経て、2011年から東京大学高齢社会総合研究機構准教授、現在に至る。2015年秋から「一億総活躍国民会議」有識者民間議員にも就任。専門は老年医学、老年学（ジェロントロジー：総合老年学）、特に①千葉県柏市をフィールドとする課題解決型実証研究（アクションリサーチ）を基盤とした長寿社会に向けたまちづくり、②フレイル（虚弱）予防～介護予防の臨床研究、③在宅医療に関する推進活動と臨床研究、およびその大学卒前教育や多職種連携教育。

演者略歴

□ 星川 安之

1980年自由学園卒業。同年（株）トミー（現：タカラトミー）入社、新設された障害のある子どもたちの玩具を研究開発するH・T研究室に配属される。1990年より日本玩具協会で障害の有無にかかわらず遊べる玩具（共遊玩具）の普及に従事し、1991年に共用品を推進する多業種による市民団体を発足、1999年（財）共用品推進機構を設立し現在に至る。平成26年度工業標準化事業 経済産業大臣表彰受賞。著書に「アクセシブルデザインの発想」「共用品という思想」（岩波書店）など。

□ 吉藤健太郎

奈良県葛城市出身

小学5年～中学3年まで不登校を経験。

奈良県立王寺工業高校にてものづくりの巨匠、久保田憲司師匠に師事、行った電動車椅子の新機構の発明により、国内最大の科学コンテストJSECにて文部科学大臣賞、ならびに世界最大の科学コンテストISEFにてGrand Award 3rdを受賞、その後寄せられた多くの相談と自身の療養経験から、孤独の解消を志す。

早稲田大学にて2009年から孤独解消を目的とした分身ロボットの研究開発を独自のアプローチで取り組み、2012年、株式会社オリィ研究所を設立、代表取締役所長。

青年版国民栄誉賞「人間力大賞」、スタンフォード大学 E-bootCamp日本代表、ほか AERA「日本を突破する100人」などに選ばれる。

□ 坂本 郁夫

1977年4月 木村寝台工業（現 パラマウントベッド）社に入社

1999年4月 営業本部長

2000年7月 取締役 営業本部長

2008年7月 取締役 技術開発本部長

2013年7月 取締役 新規事業戦略担当

2015年4月 取締役 営業総括

現在に至る

□ 原 祐一

平成6年 東京医科歯科大学医学部卒業

平成6年 九州大学 精神科入局

平成9年 九州大学医学系大学院 医療システム学講座入学

平成13年 医学博士号取得

平成13年 日本医師会総合政策研究機構

平成16年 福岡市医師会理事

平成20年 ホームケアクリニック院長

平成22年 福岡県医師会理事

S-20-1

医療現場における機器等のアクセシビリティ、その意味と必要性

星川安之

公益財団共用品推進機構 専務理事、社会福祉法人日本点字図書館 評議員、一般社団法人日本規格協会 評議員、日本福祉大学 非常勤 講師

1. 目的 少子高齢化、障害のある人の社会参加の法制化など、日本社会の現状において、高齢者及び障害のある人、病気療養中の人などを含むより多くの人が「使える」または「使いやすい」製品・サービスのニーズが高まる一方、それらが創出される基盤は未整備に近い状況であった。そのため、共用品推進機構では、さまざまな製品やサービスのアクセシビリティを高めるため分野を日常生活用製品に加え、在宅医療・介護で使用する機器等に広げ、今回以下の取り組みを行ってきた。

2. 対象 対象の製品は、在宅で使用する医療機器やケア・介護用品、日用品等

対象者は、医療従事者、患者・患者家族を含む非医療従事者

3. 方法 1) 高齢者、障害のある人(視覚障害・聴覚障害・肢体不自由・認知症等)それぞれ約300名以上に対して機器等の使い勝手並び人的サービスに関する「不便さ調査」(「不便さ」についてのアンケート調査)を1991年4月～2015年12月まで継続し、実態並びにニーズを把握している。

2) 上記1)の結果で明らかになった課題を確認し、機器・関連用品等をメーカーが開発する際の配慮項目ガイドラインとしてまとめた。またこのガイドラインに基づき企画・製造された機器等について検証を行い、その成果が確認できた事項に関して日本工業規格(JIS)として制定してきた。現在まで37種類の規格項目が当該分野のJISとして制定されている。

尚、上記1)、2)の実施に際しては、生産者(関係業界・企業)、使用者(各種障害者団体、高齢者団体)及び中立的立場の研究機関等による委員会を共用品推進機構内に設置し、検討を重ねながら実施した。

4. 結果 1) **規格の国際化** 超高齢社会に対する日本の先駆的試みは、世界約160ヶ国が参加する国際標準化機構(ISO)においても高い関心が集まり、日本が提案したガイドライン「規格作成者のための高齢者及び障害のある人々への配慮(アクセシブルデザイン)設計指針」は、満場一致で賛同を得て、日本が議長国を担い、2001年に制定された。引き続き日本が各国をリードするかたちで2015年12月に改定版ができるまでに至った。これ以外にも日本が提案した16テーマほどの規格が国際規格候補として承認されており、現在も継続的に作成プロセスが進行・確立中である。

2) **アクセシビリティ配慮の機器の市場規模** 当該分野の機器等の市場は、本調査をはじめた1995年に比べ7倍となり3兆円をこえている。

3) **「良かったこと調査」への発展** 不便さ調査で明らかになった事項について、時を経て「良かったこと調査」というタイトルに変えて2014年度から行ったところ、多くの改善された点・良かった点が明らかになった。

5. 考察 当事者調査から始まり、多様なステークホルダーによる解決案の規格化、その国際化によって、企業規模の大小にかかわらずアクセシビリティを実行する企業や国・地域が増えた。これにより一定の成果は生んだが、今後引き続き日本が取り組むべき分野として在宅医療機器等が挙げられる。更なる検討を予定している。

6. 結論 今後は、在宅医療機器等を使用する医療従事者・非医療従事者と、在宅医療機器等に関わる企画・開発・生産・流通の関係者が、業種の壁を越えて情報を共有し、より良い機器等を作るためのプラットフォームが必要と考える。

S-20-2

在宅医療とOriHimeの連携

吉藤健太郎

株式会社オリイ研究所 代表

我々は孤独の解消を目的とした分身コミュニケーションデバイス「OriHime」を開発している。これは吉藤が幼少期に病気の療養が理由で不登校となり、3年半学校に通えなかった事をきっかけとして2009年より研究している。

OriHimeとはインターネット回線を介して、遠く離れていても会いたい人に会えて、行きたいところに行ける。個々の生きる意味や可能性を見つけることができる、人同士のリアルなコミュニケーションと繋がりに特化した分身ロボットと言える。

このOriHimeが扱った出会いから、生きる意味と可能性を見つけた事例の1人が、今この文章を作成している私、番田雄太(27)です。現在、広報兼秘書として社員となり、吉藤とOriHimeを使い、講演や会議等に参加しています。

頸髄損傷である私を含め、学校に通えない入院患者、ALS等の寝たきりの患者が友人や家族、更には社会とのコミュニケーションを確立し、型にはまらない関係性を築くことを可能にしている。本講演ではそんな話を、吉藤と共に言います。

S-20-3

在宅医療とテクノロジー

坂本郁夫

パラマウントベッド株式会社

地域包括ケアシステムの推進、また、少子高齢化が進むことにより、これまで以上に容体が変化しやすい患者が増加し、地域で支えることになると思われる。また、看護や介護現場を支える職員の確保は、より一層難しくなることが想定され、このような社会環境の変化は、安心できる療養や生活を脅かす社会的課題につながる。医療・介護用ベッドは患者や患者を支える医療・介護スタッフのために進化し続けており、この社会的課題に対する1つの解として、パラマウントベッドは「スマートベッド™システム」を開発した。

スマートベッド™システムは、患者の側に対となって存在しているというベッドの特性を活かして、ベッドを情報システムのひとつに進化させたものである。

スマートベッド™システムは、医療・介護現場での2つの課題解決を目指している。

一つ目は、患者の安全性向上である。具体的には、ベッド上での脈拍数・呼吸数や睡眠・覚醒の状態、起き上がりなどの起居動作などを非装着で連続測定できるほか、さまざまな生体情報の一元管理を行える。これにより、容体変化の早期発見や動作検知による転倒転落リスクなどを軽減することが可能となる。

二つ目は、業務の効率性や安全性の向上である。脈拍数・呼吸数の非装着測定のほか、通信機能付き測定機器との連携などにより生体情報入力を自動化する。この入力の自動化は入力ミスなどの防止にもつながり、看護・介護業務の正確性を向上が期待される。そして、ベッドサイドで閲覧したいその患者の医療情報をその場で確認することが出来、情報の共有が図れ、業務の安全性を高める。

今後、病院や介護施設、在宅や診療所、居宅サービス事業所などの地域包括ケアシステムにおいて、質の高いサービスを提供するために情報の活用が進むと考えられる。スマートベッド™システムは、療養や生活の一部であるベッドの特性を活かし、変化に気づきにくい夜間での状態や睡眠などの生活情報を把握し提供することで、質の高いサービスのサポートを可能とする。

健常者においても1日の約1/3を過ごすベッドのIoT (Internet of Things) 化は、超高齢社会の課題である社会保障費の増大や看護・介護職の人員不足の解消だけでなく、遠隔医療などにも役立てると考える。将来的には、取得されたデータはビックデータとなり、予防などを含めたヘルスケア全般に価値を提供できるよう取り組んでいく。

S-20-4

福岡県医師会診療情報ネットワーク（とびうめネット）を利用した在宅医療の推進の現状と課題

原 祐一

原土井病院、福岡県医師会

福岡県医師会では2014年度より福岡県医師会診療情報ネットワークを構築し、医師会主導で在宅医療の推進を行っている。今回はそのネットワーク通称「とびうめネット」について紹介をしたい。

在宅医療を推進するためには病院医師、診療所医師をはじめとして、多くの医療職・介護職の情報の連携が必要であることは言うまでもない。さらに、情報の連携には紙ベースでの連携よりはICTを利用した連携がいくつかの点で優れている。

そのために、各地で多くのICTを利用した診療情報連携が行われている。日本医師会総合政策研究機構¹⁾の調査によると、ICTの利用の目的としては地域医療連携、在宅医療推進、救急医療対策が主なものであった。

近年において病院の電子カルテを他の場所（主にかかりつけ診療所）で見ることができるというシステム（以下、参照システム）が多くの地区で採用されている。しかしながら、このシステムは病院に電子カルテなどが導入されていないと、その病院がネットワークに参加できなくなる。そこで福岡県医師会で会員に電子カルテ等の導入状況について調べたところ、ICTは全く導入していない病院が34%となり、参照システムの導入は取りやめとなった。

そこで、患者の流れは診療所から病院であるため診療所を情報の起点とするシステム、また電子カルテなどを持っていなくてもネットワークに参加できるシステムの開発を始めた。これが現在稼働しているとびうめネットである。

システムは3つのパートから構築されている。1つ目は救急医療支援システムで、はじめにかかりつけ医が自分の患者のサマリーをネットワークに登録する。その患者が病院に入院する際にその情報が病院で見ることができ、さらに退院時サマリーなどを情報に添付することができるというもの。2つ目は、多職種連携システムであり、かかりつけ医の基本情報を訪問看護ステーションや薬局などで見ることができ、さらにその職種も書き込みができるというもの。3つ目が大規模災害に医療機関の電子カルテや電子レセプトのデータをバックアップすることができるというものである。

現在の参加医療機関数は病院で41ヶ所、診療所で148ヶ所となっている。登録患者数は約4000名、福岡県民500万人、サーバーの容量は5万人分であり、徐々にその対象範囲を広げ、福岡県の在宅医療の推進に資する仕組みを進めている。

1) 日医総研ワーキングペーパー ITを利用した全国地域医療連携の概況 2013