



Medical Journalist

NPO日本医学ジャーナリスト協会会報 September 2016 Vol.30 No.3 (通巻80号) 発行:NPO日本医学ジャーナリスト協会 発行代表人:水巻中正

Contents	<5月総会特別講演>	<7月例会>
	「地域包括ケアにおける、かかりつけ医の役割」	「今、なぜ尊厳死が必要か」
	<4月例会>	冗句茶論
	「魔法のケア、ユマニチュードを科学する 『認知症情報学』」	新刊紹介
	1	6
	8	8
	4	

●5月総会特別講演 「地域包括ケアにおける、かかりつけ医の役割」 横倉義武さん（日本医師会会長）

報告・増田英明

5月総会特別講演は5月20日（金）、日本プレスセンターホールに日本医師会会長の横倉義武さんをお招きして、「地域包括ケアにおける、かかりつけ医の役割」というテーマで開催されました。

1987年、当時の厚生省は、「家庭医制度」に関する構想を発表しました。しかし、日本医師会はイギリスの「一般医（GP）」のように国の管理下に置かれる可能性があるとして断固反対、家庭医制度構想は中断しました。その状況を打開、改革の先頭に立ってきたのが横倉さんです。2013年7月には、日本医師会として「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」を発表しています。

今回の特別講演では、地域包括ケアにおける地域のかかりつけ医の役割を中心に、医療提供体制、持続可能な社会保障のあり方について、横倉さんに日本医師会会長としての考えを伺いました。

◆地域包括ケアシステムの構築・推進

地域包括ケアシステムについて日本医師会は、2025年を見据え、かかりつけ医を中心とした「まちづくり」に努力しているところ。日本の公的医療保険は、国民皆保険、フリーアクセス、現物給付という優れた特徴を持っています。これをどう維持していくのが、今後の大きな課題です。

日本の地域医療は、だれでもどこでも少ない負担で医療にかかることができます。開業医は専門性と幅広い診療能力を持ち、早期発見・早期治療を行うことができ、医療の質は世界トップクラスです。それを支えてきたのがフリーアクセスであり、自由標榜制です。

自由標榜制でも、地域によって診療

の考え方は異なります。都市部では、さまざまな専門診療科の医師がいます。しかし地方では、ある程度幅広い診療行為が求められます。もし地方で医師が診療を断れば、患者さんは遠方の病院まで行かなければなりません。専門領域に加えてプライマリーケア領域を診る。自由標榜制は、特に地方において日本の医療を支えてきました。

喫緊の課題は、地方の過疎化と都市部の急速な高齢化です。いま認知症が非常に増えています。認知症は地方の問題とされてきましたが、都市部には団塊世代が集中しています。団塊世代が75歳から80歳ぐらいになる時、認知症がどのような状態なのか。今から対策を講じる必要があります。



▲横倉義武さん

超高齢社会に適した日本型医療システムとは何でしょうか。日本の中小病院や有床診療所の数は9800くらいありますが、そのうちの4分の3は200床未満の医療機関です。日本には身近なところでいつでも入院できる医療提供体制のしくみがあり、高齢者の在宅支援システムを構築しやすい状況にありま

イチロー選手が好きな調味料は何か。お酢である。酢好き（鈴木）。

厚かましい、つまり顔の面が厚いと罪になる。厚顔罪（抗癌剤）。

時計に針が3本ある。長針、短針、秒針。こわれやすいのは秒針（病身）。

生徒であるだけで罪となる。生徒罪（制吐剤）。

腸内の蠕動運動は日々の生活で大切なことである。町内の青少年の善導運動も大切。

高齢になると水っ気が抜けてくる。つまり漏水である。老衰に通じる。

横浜ベイスターズの筒香選手の活躍がめざましい。相手チームにとっては不都合選手。

センサーはどのくらいの単位を識別できるのか。万の単位である。千差万別。

日本のある地方の家屋の屋根はコーラスをしている。合掌（合唱）作り。

**Medical Journalist
Vol.30 No.3 (通巻80号)**

発行：NPO日本医学ジャーナリスト協会
 発行者：水巻中正
 編集責任：七野俊明
 E-mail: tshichino5159@icloud.com

事務局：東京都港区麻布台1-8-10 麻布僧成ビル7階
 (株)コスモ・ビジュアル内
 担当 近藤 龍治
 TEL03-5561-2911 FAX03-5561-2912
 E-mail: secretariat@meja.jp
 ウェブサイト：http://www.meja.jp

ぐに出来たが、天国側は着工もしていない。神様がにっこり笑って言った。「建設業の人が一人もきていない。」

板画家の長谷川無弟氏は寸言を板に彫り、それを刷ってお土産として売っている。「その道一と筋もええが、寄り道もまた妙だて」が有名だが「手を抜くと、手がかかる」がよく売れる。買う人を調べたら、建設業界の人が多かった。

「気を抜くと、怪我をする」は大相撲の世界でいわれている。「力を抜くと力が出る」はゴルフ界で。

落語家の鈴ヶ舎馬風師の言葉。「ゴルフ上達のコツは落語を聞くことである。「寄席を大事にせよ」。

ヨセの上手な人と下手な人がいる。下手な人は洋服屋さんと電気屋さん。洋服屋さんはいつもオーバーで、電気屋さんはいつもショート。

イチロー選手がメジャーリーグで3千本安打を達成、その後もヒットを積み重ねている。まさに燦然安打である。

投手が投げる球種は大きく分けて2種類。直球と変化球。イチロー選手が得意なのは変化球。ストレートではない（一浪）。

冗句茶論（ジョーク・サロン） 松井寿一

リオ五輪閉幕。4年後は東京五輪。ブラジルにかかわる小咄をいくつか。

はるばるブラジルまで昼寝をしにいった人がいる。「リオでじゃあ寝入ろう」

ブラジルの日本人社会でもっとも人気の高い料理は「豚汁（ぶたじる）」。

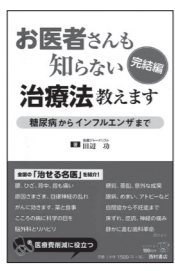
閉会式の東京招致イベントに安倍首相が登場した。「ミニスター」とあるのをみて「ミニじゃない、ビッグスターだ」と息もいた人がいる。

首都ブラジリアのメインストリートで水道管が破裂、大きな穴があいた。片側4車線が1車線となり大渋滞。運転している人は皆不機嫌になったが、大きな穴の側に立てられた看板をみてニコリしたり、苦笑したり。「日本への近道」と書いてあった。

（ブラジルの建設業界の贈収賄事件は日常茶飯事。そこで生まれた小咄）。天国の神様と地獄の悪魔が、双方から橋を架けることで意見が一致。地獄からの橋は途中まです

新刊紹介

田辺功著 『お医者さんも知らない治療法教えます（完結編）—糖尿病からインフルエンザまで』 西村書店刊（本体1,500円＋税）



元・朝日新聞編集委員の医療ジャーナリスト田辺功さんが書いた3冊目の「お医者さんも知らない治療法」シリーズの完結編と銘打たれたこの本は、副題に「糖尿病からインフルエンザまで」とあるように、身近な疾患からがんまでさまざまな治療法が取り上げられています。他のこの種の医療本とちょっと違うのは、田辺さんが朝日新聞の現役記者のころから取材を続け、あまり著名でない、また学会などに認められていない、しかし、確実に効果があると思われるユニークな治療法を

紹介していることです。

内容は「腰、ひざ、背中、指」の痛みを扱う整形外科の分野から始まり、「自律神経の乱れ」、丸山ワクチンや四次元ピンポイント放射線や食事療法を紹介する「がん」、「うつ病と統合失調症」、「脳外科とリハビリ」、「糖質と亜鉛」、「眼病、めまい、アトピー」、「自閉症、不妊症」、「床ずれ」そして「歯科治療」まで、扱っている分野を拾うだけでもその広範さがわかります。田辺さんは「がん」の項目の記事の中で、自身のことに触れて、2014年6月に早期胃がんが見つかり、胃の全摘手術をしたことを述べ、しかし、全摘手術のために食事が十分に摂れず、回復がはかばかしくないということを述べています。胃の何か所かにぼつんぼつんとがんがあるだけで臓器全体を摘出してしまふのはかなり乱暴な治療だとし、早期であればもっと放射線の治療をひろげるべきだと述べています。（丸山ワクチンの紹介のところでは、その効果について触れた後に、「価格もそう高いとはいえません。いざという時は私も使いたい」と真情を吐露しているのが、この本の魅力の一つです。）

その放射線治療で取り上げられたのが鹿児島島のUMSオンコロジークリニックの四次元ピンポイント放射線治療で、再発・転移があり

す。日本の診療所の質は高く、医師は専門性を持っています。高齢者に便利なワンストップサービスが可能。私が医師としての教育を受けた頃は、専門性と同時に幅広い領域の患者さんを診ていました。しかし現在では細分化が進み、周辺診療をあまりしていません。専門性が強調される中、総合的に診ることができる、かかりつけ医のあり方を考えることが必要です。

2013年8月8日、日本医師会と四病院団体協議会は、「医療提供体制の在り方」について合同提言をしました。かかりつけ医は、「何でも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介できる、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師」という目標を掲げました。また、社会保障制度改革国民会議の報告書では、「大病院の外来は紹介患者を中心とし、一般的な外来受診は『かかりつけ医』に相談することを基本とするシステムの普及、定着は必須」と記載されました。

かかりつけ医を中心に「切れ目のない医療・介護」の提供を、全ての医療、全ての地域でできるようにする。できる限り国民がかかりつけ医を持っていただき、健康についてサポートできるしくみにする。それをバックアップするのが日本医師会の役割です。介護が必要になった時は、地域における介護資源をしっかりと患者さんにお伝えして連携を図る。これらを実行することで、適切な受療行動や重複受診の是正、薬の重複投与の防止ができ、医療費の適正化にも繋がると考えています。

2016年4月から、かかりつけ医研修制度をスタートしました。今後のさらなる少子高齢社会を見据え、地域住民から信頼される「かかりつけ医機能」のあるべき姿を評価、その能力を維持・向上するため、実施主体は都道府県医師会です。

かかりつけ医機能として、1. 患者中

心の医療の実践、2. 継続性を重視した医療の実践、3. チーム医療、多職種連携の実践、4. 社会的な保健・医療・介護・福祉活動の実践、5. 地域の特性に応じた医療の実践、6. 在宅医療の実践を挙げています。

基本研修として、1986年から生涯教育を行っています。生涯教育認定書の取得には、生涯教育講座の3年間の取得カリキュラムの単位数とカリキュラムコード数の合計で60以上の取得を求めています。現在、日本医師会会員の70%が修了書を持っています。

この基本研修に上乘せる形で応用研修を行います。規定の座学研修10単位以上取得することが必要です。実地研修としては、社会的な保健・医療・介護・福祉活動、学校医としての活動、産業医としての活動、介護認定の審査会委員を行っているなど、実際に地域に密着した活動をしていることを実地研修の要件にしています。倫理については、患者さんの尊厳への配慮、地域住民から信頼されること、倫理的な意思決定づくりという課程を踏まえ在宅看取りをどのように考えていくかなど、多職種協働を勉強します。

かかりつけ医には総合的診療能力が求められますが、現在、日本専門医機構で、総合診療専門医の養成カリキュラムについて議論しています。医療制度全体を考察し、地域医療全般を預かる立場から、総合診療専門医の位置づけを大局的見地から捉えようとしています。

かかりつけ医と総合診療専門医を、どのように位置づけるか。地域医療と専門医制度をどのように整合させるかは非常に重要なことです。日本医師会と日本専門医機構、各学会が緊密な連携をとる必要があります。日本医師会の役割は、地域医療や医療政策をはじめとする医療提供体制全般について全責任を持つこと。一方、日本専門医機構の役割は、学問的な見地から、専門医の認定評価の標準化を行うこ

とではないでしょうか。

以上のような取り組みを通して、地域における地域包括ケアをしっかりと推進していくことが重要です。急性期からリハビリ、慢性期、在宅への移行について、それぞれのフェーズで地域医療構想をつくりながら、介護については地域支援事業で、医療と介護の連携を支援します。従来「垂直連携」と言われた医療から、「水平連携」に変換していくことを目指します。

日本型在宅支援システムは、二次医療圏ごとに区分があります。二次医療圏にはほぼ1か所、高度急性期の大病院があります。そのそれぞれの地域で、診療所をサポートする中小病院、有床診療所をつくり、在宅医療をサポートするような仕組みをつくっていく。高齢化が進み在宅医療はとても重要になります。在宅医療を支援する医療機関や介護施設も重要です。市町村が主体性を持った在宅医療推進の体制を、それぞれの自治体でつくりあげていく必要があります。

人口の大変動は、医療介護に大きな影響がありますが、日本医師会は国民の幸福の原点は健康にあり、それを支える医療提供体制の構築が最重要課題だと考えています。医療現場の視点から、国民の健康、医療を考えていく。医療と介護の連携、一体的な提供体制を進める。これからの医療・介護は、住民にとっても最も身近で、何かあれば相談できる「かかりつけ医」を中心に置いた体制づくりが必要です。地域に根ざした医療・介護の提供が、日本医師会の大きなミッションの一つです。

◆医療提供体制について

人口の大変動の中、病床機能の分化は不可欠です。2014年から医療機関が病床機能を報告する制度が始まり、どう利用していくのか国民会議で議論され、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4区分となりました。

地域医療構想区域の医療需要は、

将来の人口変動で大きく影響されます。データに基づいて、構想区域内の病床の必要量は年度ごと推計され、どの機能を病院の機能として続けるかを検討することが非常に重要で、人員配置を確認するいい機会になります。医療構想区域内全体の効率を上げていくということで、目標は病床の削減ではないということです。

機能別の病床機能は必要ですが、地域ごとの将来ニーズを踏まえ、それぞれの病院が効率よく機能を発揮し、地域連携が働き、病院経営が安定する体制構築が求められます。そのためには、どのような機能を選択しても、地域や患者ニーズに応えている医療機関の経営を公平に支える必要があります。それぞれの機能のコストを適切に反映した診療報酬体系の実現が極めて重要です。

地域医療ビジョン、地域医療構想は、医師の偏在解消についても重要です。昨年の骨太の方針では、「地域医療構想との整合性の確保や地域間偏在等の是正などの観点踏まえた医師・看護職員等の需給について検討する」と明記されました。医師の偏在解消は、非常に難しい課題で、厚労省は今回の骨太の方針の検討の中で、医師の診療科・勤務地の選択自由を前提として政策を検討したいと、その対策の具体例として、かなり踏み込んだ表現をしています。

日本医師会は、昨年の全国医学部長病院長会議・医師偏在解消策検討合同委員会で、「医師の地域・診療科偏在解消の緊急提言」を出しました。

一つは、病院・診療所の管理者要件への医師不足地域での勤務経験の導入について、もう一つは、地域の診療科ごとの医師需給の把握にあたり、各大学に医師キャリア支援センターを新設して欲しいという提案です。そして、医師会や医療関係団体等と協力して、各地域の現状及び将来の医療需給に関するデータを把握・整備するなど、強制

力なしで偏在解消を進める提言をしています。

医師の養成については、検討が行われていますが、8000人の医学部定員を9500人まで引き上げています。養成数を増やしても、医療現場に出るためには少なくとも10年から15年くらいかかります。10年後、15年後の日本の人口変動はどうなっているのかを踏まえ、医学部の入学定数を考える必要があります。いたずらに新しい大学をつくるのはいかがなものかと思っています。

◆持続可能な社会保障へ向けて

「医療は消費」と位置づける意見がありますが、社会保障と経済は相互作用の関係にあります。必要な歳出があるにもかかわらず、それだけの収入がないのが、いまの日本の現実です。

2006年、福田内閣から麻生内閣へ移る際、将来の医療費推計が出ました。2012年に、社会保障と税の一体改革の改革で出たシナリオと実績を比較すると、過去2006年、2012年の推計値よりも、実績値が低くなっています。医療費の伸びに抑制がかかっていることが顕著になっています。

なぜ抑制が強まってきたのか。一つは、病床数が推計値よりもかなり減っていること。また平均在院日数も減少していること、病床利用率が低下していることで入院の単価も下がっていることが、医療費抑制の原因ではないでしょうか。こうした状況で医療機関が維持できるかどうか、見極めることも必要です。

医療費、介護費は今後も伸びていきます。持続可能な社会保障のためには、私たち医療提供側も適切な医療を実現し、健康寿命の延伸、症状や患者特性に応じたコスト意識を持った処方や診療ガイドラインに掲載することが必要だと考えています。

医療費適正化の分野・項目では、ロコモティブ・シンドロームの予防による骨折予防、糖尿病や腎症の予防。また、

健康寿命を伸ばしていくこと、糖尿病患者の削減、糖尿病腎症への早期介入、COPD対策、禁煙浸透の徹底もあります。さらには保険者機能の充実、高額薬剤の問題、人生の最終段階の医療など、問題提起をしています。

最後になりましたが、私が会長になって日本医師会綱領をつくりました。（以下抜粋）「日本医師会は、医師としての高い倫理観と使命感を礎に、人間の尊厳が大切にされる社会の実現を目指します。

1. 国民の生涯にわたる健康で文化的な明るい生活を支えます。2. 安全・安心な医療提供体制を築きます。3. 医学・医療の発展と質の向上に寄与します。4. 国民皆保険制度を守ります。」

それまで日本医師会は、組織としてのあり方を国民の皆さんにお示しておらず、会員にもどのような組織であるべきか改めて認識してもらうため策定しました。綱領を誠実に実行することを約束する「コミットメント」としてつくりました。地域包括ケアにおけるかかりつけ医に、どうぞご期待下さい。

超高齢少子社会が進み、医療と福祉・介護の連携が不可欠の時代になりました。かつての“ケンカ太郎”の時代を考えれば隔世の感があります。横倉さんは、「家庭医」を「かかりつけ医」に変えて、30年余止まっていた時の刻みを再開しました。せっかく動き出した時の流れを前に進めていくため、かかりつけ医も医療と福祉のチームの一プレーヤーとして、フラットな関係で参加していただきたいと思います。地域包括ケアでは、「出しゃばり過ぎない医療」がキーワードのように思います。

(ますだ・ひであき=ばぶりっくれーしょんずの職人)

●4月例会

「魔法のケア、ユマニチュードを科学する『認知症情報学』」

竹林洋一さん（静岡大学大学院総合科学技術研究科教授）

4月例会は、認知症ケア技術として、今、医療・福祉分野で注目されているユマニチュードを「魔法」ではなく「科学」で実証し、誰にでも習得できる技術にする「認知症情報学」。最先端の研究分野を拓かれた、静岡大学大学院総合科学技術研究科教授竹林洋一先生をお迎えして貴重な講演をいただいた。

●はじめに

「どんなことでも、最初に紹介するのは度胸がいるものです。ユマニチュードもそうでした」。講演は、2013年、日本で初めてユマニチュードを新聞紙面で紹介した司会・大熊由紀子氏のそんな挨拶から始まった。ユマニチュードとは、フランスのイヴ・ジネスト氏とロゼット・マレスコッティ氏によって開発された、今最も注目される認知症ケア技術。「開発者のジネストさんがユマニチュードをすると、それまでまったく起きる気力もなかった女性が、歌をうたいながら歩き出しました。その様子を『まるで魔法のよう』というやや非科学的な紹介をしたのが初めです」と大熊氏。「魔法」では厚労省は納得してくれない。そんな状況が続く中、ついに、竹林先生がユマニチュードを科学の力で見える化し、「技術」としてその有効性を実証された。「認知症情報学」という最先端科学の大きな可能性と、ユマニチュードの素晴らしさをお話いただいた。

●ユマニチュードとは？

「実は、僕も最初は疑っていたんですよ」と竹林先生。しかし、2013年の夏、ジネスト氏、本田美和子医師（日本

にユマニチュードの技法を持ち帰った国立病院機構東京医療センター 総合内科医長）の行う、ユマニチュードのケア現場を実際に見学する機会を得、その驚きの有効性を身をもって実感された。竹林先生はすぐにユマニチュードを静岡大学の認知症情報学プロジェクトの中心テーマに据え、本田医師のチームとの共同研究が始まった。以来、その奥の深さに「やればやるほどのめり込んでいる」と言う。

1979年、体育学の教師だったジネスト氏とマレスコッティ氏は、フランス文部省から派遣され病院職員教育担当者として病院職員の腰痛対策に取り組むことになった。二人はそこから看護・介護の分野に関わりつづけ、小児から高齢者まで幅広い対象者へのケアの経験を重ねる。実践に学び、良い結果につなげるために知識を学び、35年もの年月をかけて生み出されたのが「ユマニチュード」というケア技法だ。Humanitudeとは、Human Atitude、人間らしい振る舞いを基礎とした人と人の関わり合い。知覚・感情・言語によるマルチモーダルコミュニケーションを基本に、「あなたを大切に思っています」というメッセージを相手に送り続ける技術なのだ。マルチモーダルとは、人間が複数の感覚の情報を組み合わせで知覚していることに注目したもの。ユマニチュードは「見る」<話す><触れる>など、複数の感覚器や様式（モダリティ）を同時に使って介入し、たとえ脳の機能が低下して他者に依存する状況になっても、人間らしい存在であり続けることを支える。そして「人間

報告・藤原なおみ



▲竹林洋一さん

らしさを尊重し続ける」ことこそが、ユマニチュードの哲学である。会場でも、その魔法のような技術の有効性を映像で目の当たりにした。

●新しい価値を創造する

「認知症情報学」

大学でも企業でも、幅広い経験をお持ちの竹林先生の現在の専門は認知症情報学。「情報学は、コンピュータの情報技術をフルに活かして教育・医療・福祉・芸術などで、新しい価値を創造し、社会に貢献する研究分野です。コンピュータサイエンス、情報技術の専門家でなければならないが、人間の知能・感情、社会や経済についてもエキスパートでなければならないんです」。そして、その上に認知症、介護についても深い理解が必要なのが認知症情報学。大変に幅広い知の集大成だ。

竹林先生はこの春、人工知能の父と呼ばれるマービン・ミンスキー氏と直接会って意見交換するのを楽しみにしていた。しかし今年1月、ミンスキー氏はこの世を去る。実現していたらどんな展開があったらだろうか。「しばらく呆然とし、かなり落ち込みました」と痛恨の思いを明かしてくださった。「ミン

スキー以後、コンピュータは命じられた作業をこなす以上の存在になった」と言われる圧倒的な影響力を与えた天才ミンスキー。アインシュタインとも議論したという人物なのだ。竹林先生は、ミンスキー氏の半世紀に及ぶ研究「THE EMOTION MACHINE」の翻訳を手懸けられ、人間の常識・感情・自己について多くを学ばれた。そして「ミンスキーの多層思考モデルが、高齢者の心や感情を酌み取り、円滑にコミュニケーションするためのヒントが満載であることに気づいた」と言う。それを認知症情報学に生かし、EBC「エヴィデンス・ベースド・ケア」を深化させていく。

●「認知症になっても安心な社会をデザインする」

「人間を中心にした情報をどうやって情報処理するか。それがユマニチュードとピタッと合いました」。未踏の高齢社会に向けた、最も新しく、最も期待される研究が竹林先生のもとで進んでいる。

認知症とは「正常に発達した知的能力が持続的に低下して日常生活に支障をきたすようになった状態」。つまり病名ではない。認知症には物忘れや判断力の低下などの「認知機能障害（中核症状）」とBPSDと言われる幻覚、暴力、暴言、不潔行為などの「行動・心理症状（Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia）」がある。長生きするとリスクが高まる①身体機能低下（身体障害）②認知機能障害（知的障害）③行動・心理症状（精神障害）の中で身体障害は介護ロボットで身体介助ができて、認知症の人の行動・心理症状にどう対応するか。会場に来場されていた介護のエキスパート、介護現場での身体拘束廃止を実現した田中ともえ氏の言葉「認知症は個性である」を竹林先生も大切にしているそう。認知症は、高齢化が一番の危険因子であり、だれでもが高齢になれば認知症になる可能性がある。しかし、「認

知症を恐れていてもこれからの超高齢社会はうまくいかない。必要なのは、認知症になってもいきいきと暮らせる社会をつくること」なのだ。

●「見る、話す、触れる、立つ」の4つの柱と150のテクニック

ユマニチュードの実践技術には、「見る、話す、触れる、立つ」という4つの柱からなる150のテクニックがある。相手の認知レベルに合わせた距離で「見て」、「話して」、「触れる」ことで、相手の記憶に関係性が続いていることを伝え続けることが基本となる。

例えば、介護現場で無意識に行われる「掴む」という行為は、「愛していない」と相手に伝えているのと同じ。敵として認識されてしまい、それが介助拒否につながるという。ユマニチュードは「あなたを大切にしていますよ」というメッセージを伝える技術で、BPSDを起こすメカニズムの心因・環境因に働きかける。「見る」、ということの一つとってもユマニチュードの「見る」は違うのだ。相手の顔を見る時は20センチくらいの距離で、しっかり2秒以上は見る。それが脳の視床に届き「あなたを大切にしている」という情報として受けとられ、絆（関係性）をつくる。

ジネスト氏はユマニチュードを行う時「皮膚の感覚受容器が刺激を受け、神経インパルスが発生させ、神経インパルスはニューロンに伝わり視床に運ばれる。視床で情報が複製され、扁桃体に送られ、少し遅れて大脳皮質に送られる」とイメージしているそう。ユマニチュードの技術は簡単そうに見えるが奥が深い。「やっっているつもり」では効果は出ないのだ。そこに「認知症情報学」が貢献する。

現在竹林先生のチームでは、ジネスト氏と本田医師、ユマニチュード認定資格をもったインストラクターの指導を受け、東京医療センターと郡山市医療介護病院の協力のもと、ケア映像を多面的に可視化できるマルチモーダル

評価ツールを試作した。ケア現場で撮影した映像と「見る」<話す><触れる>などのケアの情報を同期させながら、ケアする側とされる側の情報を表示する。それにインストラクターが改善点やアドバイスを入力できる機能を付加し、ユマニチュードの技術の習得状況を分析・評価できるようにした。「ユマニチュード・ケア技術の見える化」、「習熟度の見える化」さらには、複雑な技術習得を継続的に支援するための「振り返りシステム（自己内省システム）」。「正しい技術」と「やっっているつもり」の違いを明確にできる画期的な科学技術が実現したのだ。習得中の人にとって、技術が正しく身についているかどうかを客観的に評価することが可能になった。

●人はユマニチュードで、もう一度「人」として生まれる

「ユマニチュードをまったくご存知ない方は？」講演の冒頭、竹林先生の問いかけに多数の手が挙がった。その後会場では、ジネスト氏のユマニチュードの実践を映像で確認した。それでも、本当に効果があるのか、質疑応答では率直な意見が出された。実際の現場で大変苦労されている方々や介護に疲弊する家族をサポートする方々は、そんなに簡単にはいかないのでは？と思われるのも頷ける。しかしユマニチュードの「魔法」は、介護する側にも大変効果があることだ。ケアが楽しくなる。やりがいが生まれる。誇りが生まれる。その意味でも「認知症の人とのコミュニケーションの研究を深化させ、認知症になっても安心な社会をデザインする」竹林先生の研究に寄せられる期待は大変に大きい。

人は赤ちゃんとして生まれてくる。これをユマニチュードでは「第一の誕生、生物学的な誕生」と呼ぶ。赤ちゃんは周りの人との相互作用で「人間」として成長していく。これを「第二の誕生、社会学的な誕生」と呼ぶ。そして第二の

誕生とともに他者との間で形成していく絆を4つの基本的特性「見る、話す、触れる、立つ」に分類する。ここで重要なのは、愛であり、優しさであり、尊厳を保つこと。このように「人間が人間として誕生してくる過程で受けてくる扱い」「人と人の絆」を、認知機能が低下している認知症の人にもう一度感じてもらう。これが「第三の誕生」である。「人はユマニチュードによってもう一度『人』として生まれるのです。歳をとってもからも、ケア施設でも、人と人の素敵

な関係ができる。これがほんとうに素晴らしい。感動的です」。竹林先生の熱い思いが込められたお話しがいつまでも尽きない大変貴重な例会となった。

(ふじわら・なおみ=家族相談士)

フランスにおけるユマニチュードの効果

■ユマニチュード研修導入後一年(2009～2010年)で削減できた医療費は288,000ユーロ(約3,800万円、研修費190万円)

■認知症の人への向精神薬の使用40%減少

■スタッフの離職率の40%減少

(竹林先生 PP より)

※竹林先生は、顔の見える知識映像コンテンツ、認知症アシストフォーラムを運営している。

(<https://ninchisho-assist.jp/>)

<参考文献>

竹林洋一 訪問看護と介護 vol.20 No.4 2015 (p285～p290)

竹林洋一 電子情報通信学会2013 Minskyの多層思考モデルから人間のコミュニケーションを考えるー常識・感情・自己は超高齢社会デザインのキーワードー

本田美和子、イヴ・ジネスト、ロゼット・マレスコッティ「ユマニチュード入門」医学書院(2014)

イヴ・ジネスト、ロゼット・マレスコッティ、本田美和子(日本語監修)「『ユマニチュード』という革命」誠文堂新光社(2016)

http://hidekiueno.net

<http://jp.techcrunch.com/2016/01/27/20160126marvin-minsky-artificial-intelligence-and-computer-science-visionary-dies-at-88/>

http://hidekiueno.net

http://jp.techcrunch.com/2016/01/27/20160126marvin-minsky-artificial-intelligence-and-computer-science-visionary-dies-at-88/

●7月例会

「今、なぜ尊厳死が必要か」

岩尾總一郎さん (日本尊厳死協会理事長)

報告・木村良一



▲岩尾總一郎さん

私たちは人生の終わりをどう生き、どう死んだらいいのだろうか。それを真剣に考えなければならない。7月の例会での講演を聞いた率直な感想です。

7月27日夜、日本記者クラブ(東京都千代田区内幸町)に日本尊厳死協会理事長の岩尾總一郎さんを招き、「今、なぜ尊厳死が必要か。終末期医療の現状と課題」というテーマで1時間半に渡って話していただきました。

いかに治療を進めようと、死が避けられない状態に陥ったとき、多くは延命のための治療が施されます。この延命治療に対し「体が死のうとしているのに無理やり引き留めるのはどうだろうか」という意見がある一方で、「終末期は人それぞれ違う。それゆえ一律に延命を中止するには無理がある」という意見もあります。難しい問題ですが、間違いないのはだれにも人生に幕を下ろすときが必ずやってくるという事実です。

岩尾さんによれば、自分の意思によって延命治療を受けないで自然な死

を迎えることを「尊厳死」と呼びます。これを合法化する法案も超党派議員らの手ですでに作られています。法制化の動きは小休止の状態、法案はまだ国会には提案されていません。

岩尾さんの講演内容は大きく分けて①日本尊厳死協会の活動②高齢社会の看取りの現状③尊厳死、平穏死、満足死、自然死、安楽死…の意味④リビング・ウィル(尊厳死の事前指示書、宣言書)とその法制化⑤外国の終末期の法制度の5つでした。

今回の私の報告では、この5つのうち②③④を取り上げ、医療問題取材するひとりのジャーナリストとしての意見も交えながら筆を進めていきます。

●米紙が「無理やり生かされている」と批判する

2015年の日本人の平均寿命は女性が87.05歳で世界第2位の高さです。男性も80.79歳と80歳を超え、世界第4位です。これまで日本の高度な医療がこうした平均寿命の高さを支えてきたわけですが、岩尾さんは10

年後の2025年には、年間死亡者が160万人に達し、その9割が65歳以上になる「高齢者多死社会」へと突入すると分析しています。

さらに人生の終わりを迎える場所について医療機関や介護施設など自宅以外の場所が大半を占め、介護する家族の負担や病状の急変に対する家族の不安から「亡くなるまで自宅で過ごしたいと希望してもなかなかかなわない現状は続く」とみえています。

岩尾さんは「元来、生老病死は家族のいる生活空間で普通に起こる出来事だった。半世紀前までは自宅で生まれ、病気になると往診を頼み、自宅で家族に看取られて大往生するのが当た

り前だった」と指摘し、「人間にとって尊厳ある最期を迎えることは最も大切なことだ」と強調します。

そのうえで2013年9月11日付の米国紙「星条旗新聞」の「無理やり生かされている」「栄養チューブが日本のQOD(クオリティー・オブ・デス、死の質)を困難にしている」との見出しが付けられた記事を取り上げ、「この記事は本人の意思にかかわらず、不必要な延命措置によって生かされていることを批判している。死が避けられないならば、最適な医療を受けつつも無用な延命措置は排除されるべきだ」と主張します。

岩尾さんは、「QODを高める医療」を重視した3年前の社会保障制度改革国民会議の報告書なども取り上げ、「超高齢社会においては、個人の尊厳と患者の意思が人生の最終段階で尊重される仕組みが重要だ。患者や家族が医療従事者と十分に話し合い、患者本人による意思決定がなされるのが基本だ」と訴えていました。

なるほどその通りだと思います。実際、日本老年医学会も2012年におなかに穴を開けて栄養剤を胃に送る胃ろうを差し控えたり、中止したりするための指針をまとめましたし、日本救急医学会もレスピレーター(人工呼吸器)を途中で外せるよう提言しています。臨床現場の医師たちからも「無駄に命を延ばそうとするのではなく、可能な限り死を望ましい形で迎えられるようにしたい」との声が多く出ています。

●「安楽死」と「尊厳死」の違いを理解したい

尊厳死について日本尊厳死協会は「不治かつ末期の病態になったとき、自分の意思で無意味な延命治療を中止し、人間としての尊厳を保ちながら死を迎えること」と定義しています。岩尾さんは「それゆえ尊厳死は自然死や満足死と同義で、積極的な方法で死期を

早める安楽死とは根本的に異なる」と説明します。岩尾さんの講演を参考にしながら尊厳死と安楽死の違いを具体的に考えていきましょう。

まず家族の要請を受けた医師が末期がんの患者に塩化カリウムを注射して死亡させ、殺人罪に問われた東海大病院の安楽死事件。1995年3月28日に横浜地裁が下した判決では、医師に安楽死が許されるための4つの要件(①耐え難い肉体的苦痛がある②差し迫った回避不可能な死が存在する③他に苦痛を取り除く手段がない④患者の明確な意思がある)を示し、患者の死を選ぶ権利を司法の場で初めて示しました。

東海大の安楽死事件そのものに対しては、患者の意思が明らかではなく、4つの要件が満たされていないと判断。医師に有罪判決が言い渡され、その後、判決が確定しました。

判決では患者を苦痛から解放するために薬物を注射するなどして意図的に死を招く積極的安楽死と、レスピレーターを外したり透析を中止したりして延命治療を止めて死期を早める消極的安楽死を挙げています。

岩尾さんは「死なせるという積極性において大きな違いがあることから、積極的安楽死を安楽死、消極的安楽死を尊厳死と呼ぶようになった」と説明しています。

次に脳腫瘍で余命わずかと宣告され、安楽死を予告していた米国の29歳の女性が、安楽死を合法化したオレゴン州に移り住み、医師から処方された薬を飲んで亡くなった2年前の事件。岩尾さんはこの女性の死亡を伝える日本の新聞各紙の見出しに注目し、「大半の新聞が『尊厳死』という言葉を使っているが、これは明らかな『安楽死』だ」と指摘します。

なるほど岩尾さんの指摘のように日本では安楽死と尊厳死の違いがまだまだ理解されていないのが現状です。

●オランダの安楽死法は

家庭医制度から生まれた

ところで世界で初めて安楽死を合法化したのがオランダです。オランダでは医師に薬物を注射してもらったり、処方してもらった致死薬を飲んだりして死ぬことができます。2001年4月に安楽死法が成立したからです。

オランダの現状を長く取材して数冊の本にまとめているオランダ人の女性から話を聞いたことがあります。彼女によれば、このオランダでさえ死亡総数に対する安楽死の割合は3%ほどで極めて少なく、安楽死法も国民的議論の末に成立したそうです。

それではなぜ、安楽死法を成立させることができたのか。オランダでは日常的にその家族の健康を管理する家庭医がいます。国民は家庭医を持たなくてはならないそうです。家庭医は自分の患者の全てのデータをもとに、患者がどのようにしたら自分らしく生きかつ死んでいけるかについてアドバイスします。安楽死はこの家庭医が了承しない限りできないと定められています。こうしたオランダ独自の家庭医制度が世界初の安楽死法を生んだのです。ちなみに日本の延命治療を止める尊厳死はオランダでは通常の医療行為にしか過ぎません。

人生の終わりをどう生きるべきか。死生観や生命倫理に関わるだけに非常に難しい問題です。岩尾さんが理事長を務める日本尊厳死協会は、これから先さらに社会の高齢化が進むからこそ、自分の意思で尊厳を損なう延命治療を受けずに安らかに自然な死を迎えることが求められると訴えています。

今や国民ひとりひとりが終末期の治療をどうするかを考え、決めておく必要があるのです。岩尾さんの講演をきっかけに終末期の在り方についてさらに議論を深めたいと思います。

(きむら・りょういち=産経新聞)