

その強さ、アジルバ。

POWER with Quality

持続性AT₁レセプターブロッカー
処方せん医薬品[※]

新発売
薬価基準収載

アジルバ錠 20mg 40mg

(アジルサルタン錠) (注)注意—医師等の処方せんにより使用すること

【禁忌】(次の患者には投与しないこと)

(1)本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者

(2)妊婦又は妊娠している可能性のある婦人

効能・効果
高血圧症

用法・用量
通常、成人にはアジルサルタンとして20mgを1日1回経口投与する。なお、年齢、症状により適宜増減するが、1日最大投与量は40mgとする。

＜用法・用量に関連する使用上の注意＞
本剤の降圧効果を考慮し、本剤適用の可否を慎重に判断するとともに、20mgより低用量からの開始を考慮すること。

使用上の注意

1.慎重投与(次の患者には慎重に投与すること)

- (1)両側性腎動脈狭窄のある患者又は片腎で腎動脈狭窄のある患者(「重要な基本的注意」の項参照)
- (2)高カリウム血症の患者(「重要な基本的注意」の項参照)
- (3)重篤な腎機能障害のある患者[腎機能を悪化させるおそれがある。eGFR 15mL/min/1.73m²未満の患者での使用経験は少ないので、このような患者に対しては、低用量から投与を開始し、増量する場合は患者の状態を十分に観察しながら徐々に投与を行うこと。]
- (4)肝機能障害のある患者[外国において、中等度の肝機能障害患者でアジルサルタンの血中濃度(AUC)は、健康成人と比較して64%上昇することが報告されている。高度な肝機能障害患者での使用経験はない。]
- (5)脳血管障害のある患者[過度の降圧が脳血流不全を引き起こし、病態を悪化させるおそれがある。]
- (6)薬剤過敏症の既往歴のある患者
- (7)高齢者

2.重要な基本的注意

- (1)両側性腎動脈狭窄のある患者又は片腎で腎動脈狭窄のある患者においては、腎血流量の減少や糸球体過剰圧の低下により急速に腎機能を悪化させるおそれがあるため、治療上やむを得ないと判断される場合を除き、使用は避けること。
- (2)高カリウム血症の患者においては、高カリウム血症を増悪させるおそれがあるため、治療上やむを得ないと判断される場合を除き、使用は避けること。また、腎機能障害、コントロール不良の糖尿病等により血清カリウム値が高くなりやすい患者では、高カリウム血症が発現するおそれがあるため、血清カリウム値に注意すること。
- (3)本剤の投与により、急激な血圧の低下を起こすおそれがあるため、特に次の患者では低用量から投与を開始するなど、患者の状態を十分に観察しながら慎重に投与すること。

ア、血液透析中の患者 イ、嚴重な減塩療法中の患者 ウ、利尿降圧剤投与中の患者

(4)降圧作用に基づくめまい、ふらつきがあらわれることがあるので、高所作業、自動車の運転等危険を伴う機械を操作する際には注意させること。

(5)手術前24時間は投与しないことが望ましい(アンジオテンシンⅡ受容体拮抗剤投与中の患者は、麻酔及び手術中にレニン・アンジオテンシン系の抑制作用による高度な血圧低下を起こす可能性がある)。

3.相互作用
併用注意(併用に注意すること)
アルドステロン拮抗剤・カリウム保持性利尿剤
スピロラクトン、トリウムテレン、エプレレノン等
カリウム補給剤
塩化カリウム等
利尿降圧剤
フロセミド、トリクロルメチアジド等
リチウム
非ステロイド性消炎鎮痛剤(NSAIDs)・COX-2選択的阻害剤
インドメタシン等

4.副作用
承認時までの国内の臨床試験では、930例中の97例(10.4%)に臨床検査値の異常を含む副作用が認められた。

(1)重大な副作用(いずれも頻度不明)

以下の副作用があらわれることがあるので注意すること。

- 1)血管浮腫:顔面、口唇、舌、咽・喉頭等の腫脹を症状とする血管浮腫があらわれることがあるので観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。
- 2)ショック、失神、意識消失:ショック、血圧低下に伴う失神、意識消失があらわれることがあるので、観察を十分に行い、冷感、嘔吐、意識消失等があらわれた場合には、直ちに適切な処置を行うこと。特に血液透析中、嚴重な減塩療法中あるいは利尿降圧剤投与中の患者では低用量から投与を開始するなど、患者の状態を十分に観察しながら慎重に投与すること。
- 3)急性腎不全:急性腎不全があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。
- 4)高カリウム血症:重篤な高カリウム血症があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には、直ちに適切な処置を行うこと。

●注意:使用上の注意などの詳細については、添付文書をご参照ください

2012年5月作成

(資料請求先)
武田薬品工業株式会社 医薬営業本部
〒103-8568 東京都中央区日本橋二丁目12番10号

特集

在宅医療の極意

かかりつけ医が実践する在宅医療のあるべき姿



- ・医療・介護関連肺炎
- ・認知症の在宅医療
- ・退院支援と医療連携



● 医師の在宅医療

最期までの支援の考え方

長尾和宏

長尾クリニック 院長

プライマリ・ケアにおけるポイント

多死社会を迎え地域包括ケアが提唱されている。住み慣れた地域で最期まで尊厳ある生活を支えるためには多職種連携、さらにがん、非がんを問わない緩和ケア、口腔ケアが必須である。また非がんの在宅医療では、病院との連携も重要である。終末期には、リビングウィルを重視し、介護職やご家族とともに平穏死や自然死の意味を、ケア会議などで確認することが大切。また亡くなる前の具体的説明や看取りのシミュレーションも行う。医師法20条は地域でのおおらかな看取りを保障しており、看取りの瞬間に医者は居なくてもいい。かつては地域にあった看取りを再び病院から地域に取り戻すルネッサンスには、地域における市民への啓発活動も重要である。

I 在宅看取りの意味

① 在宅死と病院死

かつて、人はみな家で死んでいた。「死」は「地域」にあった。人類の歴史を振り返れば、99%以上の時代、人はみな家で死んできた。しかし今、80~90%の人が「病院」で亡くなっている。若い医師も看護師も、そして多くの市民も人の最期の場所は病院であると思込んでいる。当院に在宅研修に来る研修医は、「在宅で看取る」というとみな驚く。「警察は大丈夫ですか？」と本気で心配してくれる。そのたびに「看取りの文化」という言葉が頭に浮かぶ。看取りが文化であるのかどうかはともかく、地域で人の死を受けとめるのが、かつての日本人であった。

在宅死と病院死が逆転したのは、1976年(昭和51年)のことである。医療の高度化とともに病院の時代が始まった。医療の発達とともに病院は進化し、気がつけば大半の人が人生の終末期を病院で過ごす時代が続いている。医療にとって死は敗北なので、死ぬ瞬間まで病気の治療やいわゆる延命措置が続けられるケースが増えた。そして、多

くの人が病院で死を迎えているのが現状だ。一方、在宅では家族は直接死にかかわるので、死はまさに自分ごとだ。一方、病院における看取りは死の客体化である。病院死とは単に場だけでなく、病院というハコモノに委ねられた死である。筆者はこれを「死の外注化」と呼んでいる。

もちろん大切なことは「死」ではない。「死」に至るまでの「生」をどう楽しむかであることはいうまでもない。それを支えるために在宅医療がある。終末期医療に関してはすでに優れた書籍、文献がたくさんあるので、本稿は私見にすぎないことをご了承ください。

② 平穏死、自然死、尊厳死

2010年、石飛幸三医師の著書「平穏死のすすめ」¹⁾が話題になり、2012年は中村仁一医師の著書「大往生したけりゃ医療とかかわるな」²⁾が多くの国民に支持された。石飛医師の造語「平穏死」という言葉を私も使わせていただき2012年7月に「平穏死10の条件」という本を世に問うた³⁾。石飛、中

村の両医師そして筆者の本の共通点は、終末期には延命措置をしない「自然死」がいちばんであるという思想だ。枯れるような最期、すなわち自然死を世に問うのは、現在の終末期における過剰医療や延命治療への強い疑問が動機になっている。余計な延命治療が患者に無用な苦痛を与えているのではないか、と勤務医時代ずっと疑問に思ってきたが、開業後多くの在宅看取りを経験するうちに確信が変わった。「平穏死」、「自然死」、「尊厳死」はほぼ同義である。「平穏死」は造語で、「自然死」というのは文字どおり自然の経過に任せた先にある死だ。一方「尊厳死」は遷延性意識障害への延命治療の中止なども含めた少し広い概念であろう。しかし臨床現場では、ほぼ同義語として使われており、患者にはそう説明して差し支えないと考える。

人工栄養、人工呼吸、人工透析は「三大延命治療」と呼ばれてきた。延命医療は今後、どこまで進化するのだろうか。またそもそも「延命」とは何だろう？ さらに「余命」とは何だろう？ 生まれた子どもをみたら「余命80年だな」と思ってしまう筆者は異常だろうか？

日々、高血圧や糖尿病を診療する目的は、もちろん延命のためだ。また消化管出血に輸血するのも、肺気腫の人に酸素を投与するのも延命だ。抗がん薬治療はがんを治すのではなく延命治療。なによりも山中伸弥教授のiPS細胞をはじめ再生医療も、延命が目的である。しかし果たして本当に延命になるのかどうかはともかく、医学の進歩で、「果たしてどこまで延命が可能になるのか?」、「苦痛はどうか?」、「人間の尊厳はどうか?」、延命は哲学や倫理的命題でもある。

③ 非がんでは病院との連携も重要

在宅医療の目標は「QOL×寿命を最大値にすること」である。末期がんでは在宅医療だけで完結す

ることが多い(当院では90%以上)。一方、非がん疾患では在宅医療だけでは、完結しない局面が多々ある。非がん疾患とは、老衰、認知症終末期、脳卒中後遺症、運動器疾患、神経難病、慢性心不全などの臓器不全症での慢性疾患の在宅医療のことだ。非がん疾患での在宅療養は、末期がんに比べてはるかに長期間に及ぶことが多い。適切な医療介入により「QOL×寿命を最大値に延ばす」ことを模索すべき病態だ。そのためには急性期ないし慢性期病院との連携が重要である。良質な病診連携なくして、非がんの在宅療養は成り立たないといえよう。超高齢社会において、ますます比重が高まる非がんの在宅療養は、「病院を含む良質な慢性期医療との連携、その先にある尊厳ある終末期」という枠組みで捉えるべきであると考え。

④ 在宅療養支援診療所と看取り

2006年より在宅療養支援診療所制度が始まった。24時間体制で訪問看護やケアマネジャーなど多職種と密接に連携しながら在宅看取りまで行う診療所群であり、現在約1万3千の診療所が登録している。しかし実際に1年に1例も看取りをしていない診療所が約半数もあるため、2012年4月の診療報酬改定では機能強化型・在宅療養支援診療所制度が加わった。常勤医3人以上(医療機関同志の連携でも可能)、年間看取り数3例以上などの条件を満たすものだ。在宅療養支援診療所の年間看取り数を累計すれば、本制度下での看取り数の実数が把握できている。しかし本制度に登録していない診療所による看取りも多く、本制度の意義が問われている。以上は在宅医療や在宅看取りへの誘導政策でもある。しかし、そもそも在宅医療の理念とは、誘導政策とは無関係な患者の希望に寄り添う全人的医療であり、在宅看取りはその延長線上にあることを忘れてはいけない。

II 在宅看取りの実際

① ケア会議でのシミュレーション

在宅医療では、患者本人と家族への説明にかなりの時間を費やす。病院と違い医療者が常駐しない療養環境においては本人・家族の不安が当初は大きい。その不安の払拭のためには、何度も丁寧に説明する以外に方法はない。

患者や家族を中心に、医療・介護の多職種が集まり療養や終末期の意思決定をする会議は「ケア会議（サービス担当者会議）」と呼ばれる。ケアマネジャーが必要に応じて患家ないしクリニックなどに召集し20～30分程度で行われる。ケア会議において、最期までの支援について具体的に話し合っておくことが肝要である。筆者は、予後数日と判断したときに、看取りの説明のためのケア会議を要請する。過去に、いざ呼吸停止の段に、あわてた家族やケアマネジャー、ヘルパーが救急車を呼んだことがあったからだ。筆者が到着したときには警察が来ていて事件と間違われる寸前だった。それ以来、ケア会議において看取りのシミュレーションを必ず行うようにしている。死亡の瞬間に医療者がいなくても法的に何ら問題のないことや、医師が遅れて到着しても死亡診断書を書けること、その際死亡診断書に記入する死亡時刻とは家族が確認した、できるだけ真実に近いであろう推定の時間で構わないことなどを、介護スタッフも含めて、わかりやすく説明している。そんな話

は開業当初は恐る恐るしていた。しかし家族は怒るところか「先生、よくぞいつてくれた。これを聞いたから安心して自宅で見取れる」と感謝されることが多かった。そこで患者本人のいない場であらかじめ死装束や葬儀場のあてまで考えてもらっている。当然、泣き出す家族もいるが、これは「予期悲嘆の実行」ともいえる重要な作業だ。あらかじめ悲嘆を経験しておくことで、本当の臨終のときには、意外なほど落ち着いて行動できることは、経験ある在宅医ならみな知っている。

② おひとりさまの看取りの実際

世相を反映して「おひとりさまの在宅療養」が増えている。結果として在宅看取りまで希望する患者にかかわる機会が増えている。末期がんが多い。こうした「おひとりさま」の在宅看取りは一見難しそうに見えるかもしれないが、実は最も難易度が低いことを岐阜の小笠原クリニックの小笠原文雄先生は発表されている。おひとりさまの看取りが容易である理由とは、端的にいえば家族がいないからだ。家族が在宅療養の阻害因子になることが多いことが知られている。独居の方の在宅看取りにおいては、朝一番のヘルパーさんが第一発見者となる場合が多い。その場合のシミュレーションは、ケア会議において事前にやっているもので、もはやあわてることはない。

表1 2つの「24時間以内」

医師法20条：24時間以内に診ていれば往診不要（昭和24（1949）年）

医師法21条：24時間以内に警察に届け出が要る（明治7（1874）年）

* 昭和24（1949）年にできた法律が平成24（2013）年に議論されている……

* 実に多くの医師が、20条と21条を混同している現実！法律の誤解が、在宅看取りの阻害因子になっている。

を謳っているにすぎない。法律はおおらかな在宅看取りを保障している。しかし多くの医療者は以下のように誤解してきた。「24時間以内に診ていないから死亡診断書を書けない」と、あるいは「24時間以内に診ていないから死亡診断書を書けないし、警察を呼ばなければならない」と二重に誤解している医師が実に多い。医師法21条と完全に混同してしまっているのだ。医師法21条とは1874（明治7）年にできた法律で、行き倒れの人をみたら24時間以内に警察に届け出るようにとの内容だ。20条と21条に登場する2つの「24時間」が混同のもとだろう。実際実に多くの医師がこの2つの法律を完全に混同しているため、2012年9月の

国会での「平穏死議論」を経て、厚生労働省から通達が出て周知が徹底されている。法律は法律。在宅医は、看取りに関する法律を正しく理解しておく必要がある。

② 臨終の瞬間に医者是要らない

実際、在宅看取りの瞬間に医師はベッドサイドにいらなくてよい。いる必要は全くない。在宅看取りの経験が700人を超えた現在、いないほうがよい、とさえ思う。家族が静かに涙を流しながらお別れをしているときに、医師はいないほうがよい。不安が強い家族には訪問看護師が寄り添うことが一番である。筆者はあえて少し落ちつたところを見計らって訪問する。

休日や夜間などすぐに駆けつけることができない時間帯なら、携帯電話で話ながら看取っている。「電話再診」ならぬ「電話看取り」と勝手に呼んでいる。家族は電話で連絡がついていることと、たとえ時間がかかろうが主治医があとで必ず訪問してくれることがわかることで安心される。深夜に走ることもほとんどない。今後在宅医は、法律がおおらかな在宅看取りを保障していることを深く知り、看取りの文化を地域に啓発すべきである。

IV 住み慣れた「場」で人生の最期をすごす意義

① 本人と家族の希望が大前提

住み慣れた「場」で人生の最期を人間らしくすごすことは、尊厳という観点からきわめて意義が高いと考える。自らが望む「場」への愛着や安心や満足を支援する姿勢は、医の原点であり、在宅医はこれを忘れてはいけない。本人と家族の希望が在宅療養の必要条件である。原理主義的に在宅療養や在宅看取りがよいといっているわけではない。80%の国民が自宅での最期を望んでいる事実、もっと寄り添うべきである。それが支援の土台である。

② リビングウィル(LW)の啓発

リビングウィル(living will: LW)とは、自分の終末期の医療に対する文書での意思表示である。(社)日本尊厳死協会に入会するのが一般的であるが、最近は事前指示書を書かせる病院も増えてきた。ただしLWの表明率は、アメリカでは41%であるのに対して、日本では0.1%である。わが国において、「終末期の意思決定」はまだ未熟である。

筆者はこれまで約700人を在宅で看取ってきた。自然死、尊厳死であり、延命治療とは無縁であったため、実に穏やかな最期ばかりだった。もちろ

III 法律の正しい理解

① 医師法20条の誤解(表1)

医師法20条は1949（昭和24）年に制定された法律だ。要約すれば「医師は自ら患者を診察しなければ診断書を書いてはいけない。ただし24時間以内に診ていれば、往診しなくても死亡診断書を書けますよ」という法律だ。すでに診ている病氣

の経過の先にある死亡であれば、最後に診てから24時間以内であれば、なんと家に行かなくても死亡診断書を書いてもいいという内容の法律でもある。しかし実際に行かない医師はいないだろう。要は「もし診ていなければ、亡くなってから行きさえすれば死亡診断書は書いてよしい」ということ

ん本人と家族が自然死を希望された結果である。一方、病院という場では自然死が難しい。終末期における在宅と病院の文化の差が存在するのが現実だ。患者の生き方に寄り添い「納得死」「満足死」という視点で捉える態度が基本だ。終末期に延命治療をしないということは、病院という文化のなかでは現実的には難しいことが多い。病院は「何もしないでまつ」ことがしにくい場所。血圧が下がったら、上げなければいけない、酸素が足りないなら酸素を投与しなければならない、食べられなくなったら人工的栄養法(胃瘻など)を施さねばならないと、強迫観念のようなものに縛られている。

③ 医学会のガイドライン

介護施設となるとなおさらだ。よく「キュアからケアへのパラダイムシフト」といわれるがその「ギアチェンジ」のタイミングが、実際の現場では見極めが難しい。また延命治療の中止によって「事件」になったことが多くの医師や施設管理者の記憶に残っている。そうした現状を受けてLWの法的担保が超党派の国会議員(尊厳死法制化議連)により検討されて、はや8年が経過した。

一方、2012年は終末期医療に関して特別な年であった。日本老年医学界や日本透析学会が、高齢者の人工栄養や人工透析に関して「撤退も選択肢」との声明を出した年でもあった。延命を至上目的

とする医学・医療の歴史のなかで、大きな転換点となった。最期までの支援を考えると、医学会の終末期のガイドラインを知ることや地域におけるLWの啓発活動が重要であると考えられる。

④ 地域包括ケアと在宅看取り

税と社会保障一体改革の医療分野での最重要政策として、地域包括ケアが掲げられた。おおむね中学校区の「地域」を「ひとつの病院」と見立てて、在宅医や訪問看護師、訪問リハビリテーションなどの社会資源を活用して、地域での尊厳ある生活を支援することだ。多死社会がピークを迎える2025年問題は、もはやハコモノ政策ではなく地域包括ケアという概念でしか乗り切れない。今後の在宅医療は、地域包括ケアの一部と捉えるべきであろう。さらに、地域における認知症ケアが地域包括ケアの大きな課題になることを指摘しておこう。

地域包括ケアとは、地域の急性期および慢性期病院、介護施設、在宅などが死生観を共有しながらシームレスに連携できる「システム」である。最期まで人間の尊厳を保ち、住み慣れた「地域」で暮らすことを多職種で支える「仕組み」だ。

LWや意思決定プロセスの啓発と医介連携で、地域における最期までの支援が可能となる。最後に終末期ケアは、がん、非がんを問わず常に緩和ケアと両輪であることを強調して、項を閉じる。

医師の在宅医療

在宅医療における緩和ケア① (疼痛緩和)

三宅敬二郎

在宅診療敬二郎クリニック 院長

プライマリ・ケアにおけるポイント

在宅医療を行ううえでの必要条件はいくつかあるが、その1つは症状がコントロールされていることである。とくに末期のがん患者はさまざまな症状を訴えるが、経過中80%以上が経験するといわれる疼痛の管理はきわめて重要である。そのためには、①痛みを正しくアセスメントする。②WHO方式のがん疼痛緩和5原則のうちfor the individual, with attention detailは在宅こそが得手と自負する。また、③WHO方式のがん疼痛緩和法を順守しつつ在宅版に修正する。④「在宅力」と筆者は、呼んでいるが、在宅という療養環境だからこそ併用できる鎮痛補助のリソースを最大限利用する。⑤第2の患者である家族にも痛みはあり、患者同様に介護者の疼痛にも配慮することが大切である。本稿では、これらについて解説する。

はじめに

緩和ケアの恩恵を受ける場合は、ホスピタライアンゲルといわれるホスピス、医療機関での緩和ケア、在宅ホスピスの3カ所に加え、介護施設での緩和ケアも増加している。いずれの療養の場においても均てん化されたケアが受けられるのが理想であるが、それぞれの施設の特徴が、受療者の療養の場の選択基準になっている。病状その他の変化に伴い療養の場が変わることもやぶさかではな

いと考えているが、在宅医には医療以外に医師の立場で在宅医療が継続できるように多方面からコーディネートすることも期待される。本特集は、「在宅医療の極意」であるが、疼痛コントロールの詳細な極意は成書^{1~4)}に委ね、本稿では在宅ならではの疼痛コントロールのポイントについて解説したいと思う。

I 痛みを知り評価する在宅でのポイント

① 痛みの評価・分類

a. 全人的苦痛として捉える

がん患者の痛みは、全人的苦痛(トータルペイン)として捉え、身体的苦痛をほかの精神的、社会的、スピリチュアルな苦痛が修復していると捉えるとさまざまな現象が理解できる。非がん患者にも同様の苦痛が生じるが、とくに死に直面する

末期がんでは身体的疼痛以外の三方面からのアセスメントも必要である。そのためには患者と十分コミュニケーションをとり、情報収集することはもちろん、患者以外の家族や親族などからの情報も重要である。そのためには日中の診療時間内では不十分であり、筆者は診療時間外の夕刻、休日などを利用している。



参考文献

- 1) 石飛幸三:「平穏死」のすすめ—一口から食べられなくなったらどうしますか、講談社、東京、2010。
- 2) 中村仁一:大往生したけりゃ医療とかかわるな—「自然死」のすすめ、幻冬舎、東京、2012。
- 3) 長尾和宏:「平穏死」10の条件—胃ろう、抗がん剤、延命治療いつやめますか?、ブックマン社、東京、2012。