

# 在宅ジェネラリスト養成講座 1・2・3

## 座長略歴

### □ 一戸由美子

1995年、秋田大学卒業。  
東北厚生年金病院でのローテーション研修後、4年の臨床経験を経て渡英。2003年、UK General Practitioner Training Programmeのもと、NHS Northwick Park Hospitalに勤務。2005年に帰国、社会医療法人河北医療財団 東京・杉並家庭医療学センターを開設。診療所（外来診療・訪問診療）、訪問看護ステーション、居宅療養介護支援所、地域包括支援センター（2カ所）を組織化し、包括的な在宅医療に取り組んでいる。

## 演者略歴

### □ 茅根 義和

平成4年 横浜市立大学医学部卒業  
平成4年 淀川キリスト教病院研修医  
平成10年 淀川キリスト教病院ホスピス科  
平成12年 日本赤十字医療センター緩和ケア科  
平成20年 株式会社東芝 東芝病院緩和ケア科  
所属学会など：  
日本在宅医学会理事、日本緩和医療学会暫定指導医、  
日本内科学会、日本死の臨床研究会幹事

### □ 田中 桂子

慶応義塾大学文学部（独文学専攻）卒業後、H6年東海大学医学部医学科卒業。初期研修後、国立がんセンター東病院（呼吸器科・緩和ケア病棟・精神腫瘍学研究所）で研修。アメリカベイスラエル医療センター緩和医療科、MDアンダーソンがんセンター緩和医療科に留学後、静岡県立静岡がんセンター緩和医療科勤務。H15に筑波大学にて医学博士号取得。  
H20.4より現職（H20.4～緩和ケアチーム立ち上げ、H23.4～緩和ケア病棟立ち上げ、H26.4緩和ケアセンター立ち上げ）。

### □ 平原佐斗司

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

## がん性疼痛の緩和

### 茅根義和

株式会社東芝 東芝病院

がん性疼痛を十分に緩和するためには1) 的確な疼痛のアセスメント、2) 適切な疼痛緩和治療、3) 必要十分なケア介入、4) 患者・介護者が自律的に疼痛緩和を行えることが必要となる。疼痛のアセスメントには今そこにある疼痛をどうアセスメントするかのスキルが重要となる。これはどのような疼痛スケールを使うかといった議論ではなく、限られた情報からいかに患者の疼痛の原因・疼痛メカニズム・疼痛の種類を診断し、適切な疼痛治療につなげるかが重要なこととなる。的確なアセスメントに基づいて疼痛治療の戦略を立てていくことになるが、未だ緩和領域では十分なエビデンスが蓄積されていないため、エビデンスに基づきながら持てる智慧を動員して患者の疼痛に合わせた治療を決めていくことが重要となる。入院環境では放射線治療、IVR、点滴療法、外科的治療など選択肢の幅が広くあるが、在宅においては薬物治療が中心となる。しかし、薬物治療以外の選択肢を在宅医が知っておくこと、必要な治療選択がその都度出来、必要な治療を受けられる医療機関につなげることも重要なスキルとなる。疼痛を緩和するために有効なのは薬物治療だけではない。療養環境の整備や介助の工夫、温罨法や冷罨法、理学療法やマッサージなどのケア介入が疼痛緩和に役立つことを医師が知っておくことは重要であり、疼痛緩和治療とケア介入を車の両輪と位置づけて在宅での患者の療養を検討し、他職種介入を考えていくべきである。在宅では医療者が患者・介護者と直接接する時間は病院環境と比較すると非常に短くなる。すなわち在宅では医療者が不在な時間がほとんどであり、その間は患者・介護者が自律的に疼痛緩和の対策を進めていく必要がある。そのために患者・介護者ができることをできるだけ多くなるような方策を考えていくことが重要となる。本レクチャーでは前述の流れに沿ってがん性疼痛の緩和について解説する予定である。

# 在宅ジェネラリスト 養成講座

在宅ジェネラリスト  
養成講座

在宅ジェネラリスト養成講座1～11

# 在宅ジェネラリスト養成講座 6・7

## 座長略歴

### □ 今村 昌幹

1981年3月 旭川医科大学卒業

1981年5月 沖縄県立中部病院ハワイ大学卒後医学研修プログラム

1985年5月 沖縄県立八重山病院内科

2009年4月 沖縄県立八重山病院医療部長

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 認定指導医、日本在宅医学会 在宅専門医、米国内科学会 上級会員

## 演者略歴

### □ 鈴木 央

鈴木内科医院（東京都大田区）院長

1987年 昭和大学医学部卒

昭和大学第二内科教室入局

1996年 社会保険都南総合病院内科部長

1999年 鈴木内科医院 副院長

2015年 鈴木内科医院 院長（鈴木荘一逝去のため）

鈴木内科医院院長 鈴木荘一が日本に紹介したホスピス、ターミナル・ケアの概念を引き継ぎプライマリ・ケア、特に在宅緩和ケアを専門としている。

日本褥瘡学会在宅医療委員会 委員

昭和大学客員教授

東邦大学医学部員外講師

全国在宅療養支援診療所連絡会 副会長

東京都医師会地域福祉委員会 委員

大森医師会理事

### □ 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

## がん患者の呼吸困難にどう対応するか

田中桂子

がん・感染症センター都立駒込病院 緩和ケア科

呼吸困難は、呼吸不全(=低酸素血症)とは必ずしも一致せず、多面的で個別性の高い症状である。安静時呼吸困難の出現は予後不良のサインのひとつであり、本人・家族にとっては「死」のイメージにも直結し、がん患者の緊急入院の主な理由のひとつとなっている。終末期においては意識が低下しないと(または低下させないと)症状緩和が困難な場合も多く、非常に難治性である。

病状が進行する中、在宅療養の現場で、どう考えどう対応したらよいかについて概説する。

### (1) 薬物対症療法の考え方

- ①ガイドラインに基づく薬物療法の適応と限界
- ②第一選択のモルヒネ
- ③ベンゾジアゼピン系抗不安薬の併用
- ④病態によりコルチコステロイドの使用検討

### (2) 原因に対する治療

- ①予見通しをどうするか (Palliative Prognostic Index, impending death signs)
- ②輸血、胸水穿刺ドレナージ、抗生剤治療の適応をどう考えるか

### (3) 最終段階での対応

- ①治療ケアのゴールをどう考えるか
- ②一般的な「コンフォートセット」の設定
- ③酸素流量をどこまで上げるか
- ④吸引をどこまで行うか
- ⑤死前喘鳴にどう対応するか
- ⑥在宅でのセデーションをどう考えるか

以上を概説し、治療・ケアの方針決定に重要なアドバンス・ケア・プランニングについても触れ、フロアと共に考えるきっかけとしたい。

### <参考文献>

- ・がん患者の呼吸器症状の緩和に関するガイドライン2016年版 日本緩和医療学会編金原出版
- ・チャレンジ!在宅がん緩和ケア 南山堂
- ・死亡直前の看取りのエビデンス 医学書院

## 認知症の緩和ケア

平原佐斗司

東京ふれあい医療生活協同組合 梶原診療所/オレンジほっとクリニック

認知症の経過は基礎疾患によって異なるが、ほとんどの認知症は慢性的に進行し、死にいたる疾患であることは十分に認識されていない。緩和ケアは、がんに限らず「生命を脅かす疾患による問題に直面している患者とその家族に対して」(WHO2002年)提供されるべきケアであり、現在では進行した認知症患者のケアは緩和ケアを基本とすべきであると考えられている。

認知症の原因の過半数を占めるアルツハイマー型認知症(AD)は、発症から緩やかにスロープを下りるように機能が低下し、約10年で死に至る疾患である。おおむね発症後約7年で失禁が、その後歩行障害が出現、最期の半年~2年は寝たきりで過ごす。嚥下反射は重度に入ってから徐々に低下するため、重度以降は肺炎の合併が増加する。また、寝たきりになると、さらに尿路感染症が3.4倍に、下気道感染が6.6倍と増加する。重度の時期はこのような急性期対応が増え、合併症による入院や死亡が増加する。

認知症の緩和ケアの概念を最初に提唱したBeck-Friis Barbro博士は、認知症の緩和ケアの柱として、①症状の観察と緩和、②チームアプローチ、③コミュニケーション、④家族の支援を掲げているが、演者はこれに⑤食支援を加え5つの柱を提唱している。

重度認知症患者の症状の観察には客観的評価スケールが有用である。重度認知症患者の苦痛は呼吸困難、嚥下障害、及び長期臥床に伴う老年症候群であり、これらの苦痛の緩和には、きめ細やかな看護的ケアが重要である。

重度認知症高齢者においても非言語的コミュニケーションは比較的保たれており、バリデーションやユマニチュードなど様々な方法を駆使して、最後まで適切なコミュニケーションをとり続けることは緩和ケアの柱として掲げられるべきである。

重度のAD患者が最期まで口から食べ続けられる支援(食支援)も重要である。重度ADでは基底核からのドパミン分泌低下により嚥下反射が低下し、最終的に嚥下反射が消失するが、肺炎等に伴う無用な絶食で、侵襲、飢餓、廃用によって二次性サルコペニアを進行させ、人為的に嚥下障害の進行を早めることは避けなくてはならない。継続的な口腔ケア、栄養管理、急性期の二次性サルコペニアの防止により、食べる力を維持することが大切である。

家族の具体的な介護支援に加え、療養の場所や終末期の医療やケアの在り方について、ご家族と十分話し合うなど、家族の代理意思決定を支援することも緩和ケアの重要な柱である。

## 褥瘡ガイドラインを読み解く

鈴木 央

鈴木内科医院

2012年、日本褥瘡学会は褥瘡ガイドラインを第3版に改定した。この中では、新たなエビデンスの集積によって、新たな知見が示されている。一方、これらのエビデンスは病院中心で検証されたものであり、在宅の現場にはそぐわないという意見もあるかもしれない。しかし、褥瘡ケアの基本は在宅でも病院でも変わることなく、患者を取り巻く環境調整と局所がより治癒方向に向かいやすくするための基本方針を順守することにあると思われる。その中で、在宅で用いやすい方法を選択すればよいのである。様々な方法やアプローチがあることになり、それぞれにきちんとした医学的な根拠が生じているといっても過言ではない。

今回は、在宅における褥瘡の環境調整、局所治療についてのクリニカルクエスションも交えながら、新たなガイドラインを在宅ケアに生かし、それぞれの現場でより自信を持って褥瘡ケアを勧めていくことを参加者と共に考えてみたい。

## 在宅における栄養評価と栄養処方

小野沢 滋

医療法人公朋会

在宅医療の患者の多くは低栄養状態にある。一口に低栄養状態と言っても様々な原因によって対処も異なってくる。近年、米国経静脈経腸栄養学会からステートメントが出され、①飢餓関連低栄養、②慢性疾患関連低栄養、③急性疾患/傷害関連低栄養の3つに分けて考えることが推奨された。①は主に、社会的な要因や口腔の問題、嚥下障害などにより栄養がとれない場合、②は悪性腫瘍やCOPD、リウマチなどのように慢性炎症が持続する際に見られるタイプ、③は肺炎や熱傷などの急性疾患時の低栄養を指す。

基本的には、低栄養を認めた場合には、まず①～③のどのタイプの低栄養かを見極め、①飢餓関連低栄養で本人家族の希望があれば積極的に介入する。②の場合には、不応性の場合には深追いしないことが肝要である。③の場合には原疾患の治療が最優先となる。

今回のレクチャーでは、これらの違いを説明した上で、最も改善の可能性が高い飢餓関連低栄養に陥った患者をどのようにマネジメントしていくかという事についてレクチャーしていく。要点は以下の通りである。

1. 身長体重の定期的な測定を行う
2. 必ず数値で把握する。  
初期計画エネルギー量  $27\text{kcal} \times \text{体重}$   
初期計画水分量  $30\text{ml} \times \text{体重}$   
初期計画タンパク量  $1.0\text{g} \times \text{体重}$
3. 初期投与量はかなりおおざっぱな推計値で必ずモニタリングを行う。  
モニタリングは初期は1週に1回～1ヶ月に一回。  
安定期は3ヶ月に一回  
1Kgの体重の増減は浮腫が無ければ7000kcalのエネルギー量の過不足に相当

## 在宅での排尿障害の診療と尿路カテーテル管理

尾山博則<sup>1)</sup>、伊藤貴章<sup>2)</sup>、宍戸俊英<sup>3)</sup>、相澤 卓<sup>3)</sup>、  
林健二郎<sup>3)</sup>、桑原勝孝<sup>4)</sup>

1) おやまクリニック、2) 田村クリニック、3) 東京医大八王子医療センター 泌尿器科、4) 長久保病院

在宅高齢者では排尿障害を有することが多く、生活の質の低下に関与している。排尿障害の診断には検尿と残尿測定が必須である。在宅医療の現場でよく出会う排尿障害は頻尿、尿失禁、尿閉・排尿困難である。頻尿には多尿、膀胱蓄尿障害、睡眠障害などが関与する。蓄尿障害では過活動膀胱に準じた診療を行う。尿失禁は腹圧性・切迫性・溢流性・機能的に大別され、腹圧性では骨盤底筋体操や手術を、切迫性では過活動膀胱の治療を、溢流性では尿閉に準じた治療を、機能的では環境整備や排尿自覚刺激行動療法を実施する。排尿困難・尿閉については新しい術式の登場により手術適応が広がっており泌尿器科医に手術適応の検討を依頼する。

安易な尿路カテーテルの留置は避けるべきであるが、下部尿路機能障害や下部尿路閉塞などにより、膀胱留置カテーテルを継続的に施行している在宅療養者は多い。神経因性膀胱や手術適応のない前立腺肥大症が原因である場合は清潔間欠導尿が合併症の面で推奨される。介護者による導尿については介護負担も勘案して導入を検討する。尿道カテーテル留置を行う場合はカテーテルを体幹もしくは大腿に固定する。カテーテルの至適交換時期には個人差があり、閉塞が起こった場合や起こる兆しがある場合に実施する。通常2か月以上、同一カテーテルを留置し続けることはしない。カテーテルと尿バックを外すことは避ける。定期的膀胱洗浄は尿路感染の予防に有効ではない。カテーテル留置で良く経験する合併症は、症候性の尿路感染、結石形成、繰り返す閉塞、尿道皮膚瘻などである。

膀胱瘻や腎瘻の場合でも管理の要諦は同様であるが、自然抜去した場合は緊急で対応が必要である。

## 在宅診療における整形外科診療

木下朋雄

コンフォガーデンクリニック

在宅で診ている患者さんの主病名は整形外科的疾患でなくてもほとんどの方が何らかの整形外科疾患を持っている。運動器疾患の発生、予防でいわゆる寝たきりにならないようにすることは在宅診療をおこなっていくにあたって非常に重要なことである。

在宅診療をおこなっていくにあたって、ある程度の整形外科疾患の知識や手技を取得しておくことは必要であり、その目的として以下のような事が考えられる。

在宅における整形外科的アプローチの必要性

- 1、疾患による運動能力が低下した状態の維持、回復
- 2、新たな運動器疾患の発生予防
- 3、在宅診療中の患者の整形外科的疾患の診断

関節疾患、腰痛、骨粗鬆症などを中心に在宅での診療で知っておいてほしい整形外科的知識・手技について講演する。

# 在宅ジェネラリスト養成講座 8・9

## 座長略歴

### □ 木村 幸博

福島県いわき市（たいら）生まれ  
1987年 岩手医科大学卒 胸部外科入局  
1991年 岩手医科大学大学院卒  
1992年 国保川井中央診療所内地留学  
1998年 盛岡友愛病院在宅医療部  
2002年 もりおか往診クリニック開業

## 演者略歴

### □ 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

### □ 弓野 大

平成10年3月 順天堂大学医学部 卒業  
平成20年4月 東京女子医科大学医学博士号取得  
平成10年4月 東京女子医科大学病院 内科臨床研修  
平成12年4月 東京女子医科大学病院 循環器内科臨床研修  
平成14年4月 佼成病院循環器内科に勤務  
平成15年4月 虎の門病院循環器内科に勤務  
平成17年4月 東京女子医科大学病院循環器内科に勤務（助教）  
平成18年9月 カナダ・トロント大学 Douglas Bradley教授  
「心不全と睡眠呼吸障害について」  
平成21年4月 東京女子医科大学病院循環器内科に勤務（助教）  
平成24年9月 ゆみのハートクリニック 院長（至現在）  
東京女子医大大学病院循環器内科 非常勤講師  
（至現在）  
平成26年5月 医療法人社団ゆみの 理事長（至現在）  
平成27年4月 大阪大学 重症心不全・移植専攻医  
育成プログラム 招聘教員  
平成27年6月 東京医科大学 兼任講師（循環器内科学分野）  
資格等：  
平成18年4月 日本内科学会認定内科医 取得  
平成21年7月 医師の臨床研修に係わる指導医講習会終了  
平成21年9月 日本循環器学会循環器専門医 取得  
平成23年2月 がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修  
終了

## 在宅における胃瘻の管理

小野沢 滋

医療法人公朋会

在宅医療を行う上で胃瘻の管理は避けて通れない知識の一つである。しかしながら、病院の研修中にその長期管理について学ぶ機会は少ないのでは無いだろうか。

本レクチャーでは、在宅における胃瘻の長期管理について、日常的な管理、交換の手技と注意点、合併症について基本的な知識が得られるようにしている。以下に内容について箇条書きにしておく。

1. 胃瘻チューブの種類と特徴
2. 交換頻度と注意点
  - 初回交換についての注意点
  - バンパー型とバルン型の違い
3. 胃瘻の交換方法
  - バルン型とバンパー型
  - スカイプルー法
  - 細径内視鏡
- 4.トラブルへの対処
  - 事故抜去とその対処法
  - 投与時に少量の嘔吐がある場合
  - 瘻孔からの栄養剤の漏れ対策

## 心不全を家で最期まで診るためには —time to therapy concept at home—

弓野 大

ゆみのハートクリニック

非がんの慢性疾患である「心不全」は病名ではなく、症候群です。さまざまな基礎疾患を要因とし症状を呈してきます。心不全を管理するポイントは、1) 確立された心不全治療を行い 2) 増悪因子を抑え 3) 付加的治療の選択を考えながら、さらに積極的な介入として、4) 心不全の在宅医療があげられます。心不全の在宅医療の意義は、長期入院から在宅へ、再入院予防、急性増悪時の治療、そして在宅での看取りまでを行うことにより、患者の生活を途絶することなく、在宅療養が継続できることにあります。このためには、最新の循環器医療の知識を保ちながら、全人的な医療の提供が必要である急性増悪時の緊急対応は大切です。在宅現場で介護者の前での初動、そして時間軸を考えた心不全の診断と治療選択が重要となります。そして目の前の症例を再入院させずに、どこまで自宅で看続けることができるか、そのライン設定を適切に行うことも大切です。末期状態になってきたときに、どこからが不可逆的な状態であるか、終末期心不全の診断基準、そして症状緩和のツールをもちながら、多職種協働での「情報共有」「意思決定支援」「介護負担軽減」を考えていく必要があります。本セッションでは、心不全医療の最新情報、そして当院の心不全の急性期から終末期のフローチャートなどを概説し、在宅で最期まで過ごせるためにどのようにするのが良いか皆さまと議論できればと思います。

# 在宅ジェネラリスト養成講座 10・11

## 座長略歴

### □ 奥山 尚

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

## 演者略歴

### □ 武知由佳子

1993年新潟大学卒業。1993年昭和大学緩和ケアチーム。  
1994年大田病院初期研修。1996年大田病院呼吸器科勤務。  
2005年6～12月国立八雲病院小児科研修。2007年5月川崎協  
同病院呼吸器科勤務。2007年9月診療所開設(内科・呼吸器外  
来と訪問診療)。

著書：在宅医療のすべて(スーパー総合医)6章在宅人工呼吸療  
法、最先端の呼吸リハビリテーション3章包括的ケア、在宅医療  
テキスト(E-learning含)第3版 在宅人工呼吸療法、気管切開の  
管理(Eのみ)、包括的呼吸リハビリテーション(Eのみ)他

### □ 浅井 真嗣

H2 名古屋大学医学部卒業  
同年 小牧市民病院研修その後内科勤務  
H6 名古屋大学分院内科勤務  
H8 名古屋大学在宅管理医療部勤務  
H10 サンエイクリニック開業  
現在、医療法人胡蝶会理事長 サンエイクリニック院長  
小牧市在宅医療介護推進協議会会長  
小牧市医師会理事(在宅医療推進委員会担当理事)  
小牧市介護支援専門員連絡協議会副会長  
資格、専門医など：  
日本内科学会認定総合内科専門医  
日本在宅医学会認定専門医・指導医  
医学博士  
主な著書：  
介護をはじめるときに読む本〈幻冬舎〉など

## 慢性呼吸不全の管理と緩和ケア

武知由佳子

医療法人社団愛友会 いきいきクリニック

在宅医療≠看取りの医療。呼吸不全は単なる老衰とは違い、その方が最後まで“生き抜くため”のお手伝い(伴走)が必要である。呼吸が苦しく動けない→食欲もない→筋肉が弱る→少し動く→苦しい→動けない→筋肉が弱る→更に瘦著明、悪循環で呼吸器悪液質に陥り、モルヒネを使うかどうか、これが呼吸不全の緩和ケアと思われているなら、かなり時代遅れである。呼吸器疾患、特に今後団塊の世代の高齢化で爆発的に増えるCOPDでは、最近の吸入薬の進歩で治療効果の高い疾患と位置づけられ、早い段階からの在宅でそこできると多職種による多面的包括的呼吸ケアで身体活動性が高く保てれば生存率も向上し、ADL・QOL高く過ごせる。多面的包括的な介入の有無で雲泥の差が生じ、COPDのイメージを一掃する必要がある。また呼吸ケアは病院ではなく、日常生活の中で行うべきで、我々在宅医の視点が大変重要である。また神経難病は、ケアの中心となる在宅療養環境の中でふさわしい時期に呼吸ケアの提案や導入を行う必要がある、これらは今や診断をした医師ではなく、在宅療養を支える私たち在宅医に求められている。医療は遣わされた医療スタッフの知識や技術に大きく影響される。そのケアチームにより、できうる判断・ケアは限られ、普遍的とは言えないが、患者様にとって、目の前の我々が唯一の大切な伴走者である。だからこそ常に研鑽を積み、最善のケアを提供したいものである。

慢性呼吸不全の管理で、特に強調したいポイントは二つ。呼吸苦なくADL高く過ごすため①慢性安定期を確立すること。病院は制度上、急性増悪が治れば即退院。慢性安定期を模索されず日常生活に戻れば、またすぐ急性増悪を起し、救急車でERへ。頻回にERに行くので嫌われてしまう。急性増悪の度に呼吸機能は低下し元には戻らず、呼吸苦は更に増悪する。急性増悪を防ぐ=慢性安定期の確立は緩和ケアの重要な要素である。もう一つ②人工呼吸器は十分な設定をすべき。自発呼吸を残したいと少ない呼吸回数に弱い設定圧の元、患者様は呼吸器設定不全による拘束性換気障害に陥る。ALSでは呼吸筋麻痺を更に進行させる。元々人工呼吸器を離脱できない呼吸の問題があるため、血ガスの改善だけでは不十分、呼吸不全の病態を改善するような十分な設定が必要である。我々医師は急性期の現場で人工呼吸療法を学ぶため、慢性期へのパラダイムシフトが必要である。

## 末期腎不全患者の管理と緩和ケア

浅井真嗣

医療法人胡蝶会 サンエイクリニック

慢性腎臓病(CKD)とは尿異常や画像、血液、病理で腎障害が明らかである。GFRが60ml未満である。そのいずれかまたは両方が三か月以上持続する場合と定義される。病状が進行し腎不全の重篤な症状である意識障害や痙攣、心不全、肺水腫などは本当の末期になるまで現れることは少ないが高血圧や腎性貧血、皮膚の痒みや高カリウム血症などは比較的早期に現れることもあるので腎機能低下予防や合併症の観点からも対策が必要となってくる。腎保護療法では蛋白制限食があるが過度な制限はリスクが増大する可能性が高く、標準に行うとしても十分なカロリー摂取が必要である。在宅医療対象者や高齢者はそもそも摂取量が少ない場合が多く必要がない場合も結構多い。また塩分制限もするがこれにより血圧低下および蛋白尿の減少が認められ、RA系阻害剤と併用で効果が増大すると言われるも過度な制限が死亡率を上昇するとの報告があるので注意を要する。在宅患者に関しては塩分制限で食事量低下が進む可能性が他の患者より高いことも留意する必要がある。高血圧と腎機能低下に関しては密接な関係があり、アルブミン尿や蛋白尿が出現している場合は薬物療法としてRA系阻害剤が第一選択となるがこれは蛋白尿などの減少や腎機能障害の進行を食い止めることが一番期待できる可能性があるためである。腎性貧血はCKDの進行とともに高頻度で出現するためエリスロポエチン製剤の使用が必要となってくる。尚、透析が必要と判断された場合、日本では大半、血液透析が選択されるが在宅患者では腹膜透析が有用となってくる場合が多い。これは通院回数の少なさや急激な血圧低下が起こりにくいことなどが挙げられる。ただ腹膜炎や出口部感染に気を付ける必要がある。また今後全般の高齢化に伴い、透析の導入や維持の見合わせを考えなくてはならない場合が増えてくるものと予想される。決定に関しては医師のみではなく医療チームが患者、家族と話し合い、状況に応じて福祉担当者を交えるなど全員が情報を共有し決定する必要がある。このような決定がされたならいっそう緩和ケアを十分に行う必要がある。ただ腎不全には特有な症状があるため十分に把握しておくことと、使用できる薬剤やその量があるので最適な治療を施行する必要がある。