

Title	「これからの緩和医療」
Sub Title	
Author	橋口, さおり (Hashiguchi, Saori)
Publisher	慶應医学会
Publication year	2009
Jtitle	慶應医学 (Journal of the Keio Medical Society). Vol.85, No.2 (2009. 4) ,p.211- 212
JaLC DOI	
Abstract	
Notes	話題
Genre	Journal Article
URL	<a href="https://koara.lib.keio.ac.jp/xoonips/modules/xoonips/detail.php?koara_id=AN00069296-20090400-0211">https://koara.lib.keio.ac.jp/xoonips/modules/xoonips/detail.php?koara_id=AN00069296-20090400-0211</a>

慶應義塾大学学術情報リポジトリ(KOARA)に掲載されているコンテンツの著作権は、それぞれの著作者、学会または出版社/発行者に帰属し、その権利は著作権法によって保護されています。引用にあたっては、著作権法を遵守してご利用ください。

The copyrights of content available on the KeiO Associated Repository of Academic resources (KOARA) belong to the respective authors, academic societies, or publishers/issuers, and these rights are protected by the Japanese Copyright Act. When quoting the content, please follow the Japanese copyright act.

## 「これからの緩和医療」

近年、緩和医療の社会的ニーズが高まっている。特に2007年4月にがん対策基本法が施行されて以来、多くの施設で整備が進み始めた。しかし、がん医療をはじめ、一般診療に従事する医師の緩和医療に関する認識や能力の不足や、緩和医療を専門とする医師の不足は、本邦における緩和医療の充実を阻害する一因となっている。

### 1. 緩和医療とは

緩和医療の歴史は比較的新しく、1967年の英国のシリ・ソンドアスの活動が最初といわれている。当初は積極的な医療というよりは、チャリティやボランティア活動を中心に広がった。1967年には米国のキューブラー・ロスの「死ぬ瞬間」が出版され、ホスピス推進運動の契機となった。日本に緩和医療の概念が持ち込まれたのは1973年ごろのことであり、1981年に聖隷三方原病院に日本最初のホスピスが誕生している。その後全国にいくつか緩和ケア病棟ができ、しばらくは経営が苦しい状態が続いていたが、1990年に厚生省が緩和ケア病棟入院料の算定を決めたことから、緩和ケア病棟が増加した。2002年には一般病棟での緩和ケアのコンサルテーションチーム活動に加算が算定されるようになって全国的に緩和ケアチームの数は増え、現在に至る。このように、キリスト教的なホスピスやボランティア活動を中心に考えられた歴史から、緩和医療というと“何もしない”、“敗者の医療”と勘違いをしている医師は多い。WHOの新しい定義によると、緩和医療とは、「生命を脅かすような疾患、特に治療することが困難な疾患を持つ患者および家族の quality of life の向上のために、療養の場にかかわらず疾患の全経過にわたり、医療や福祉およびその他の様々な職種が協力して行われる積極的で全人的な医療」とされる。敢えて“積極的で全人的な”と入っているのは、これまでの医療の歴史の中で、治療困難とされた患者に対する医療が不十分であったことに対する反省から来ているのであろう。病気と診断され治療を進めていく上で、患者や家族は様々な困難に直面するが、いかなる病期であっても患者とともに考え、支え、最良の医療を提供するという、医療の最も根本を形成するのが緩和医療である。がん対策基本法には、「がん医療に携わるすべての医師が緩和医療について知らなければならない」とされており、緩和医療を提供することは医療者の義務となっていることから、今後さら

に重要性は増していくであろう。

### 2. 緩和医療はチーム医療

緩和医療を必要とする患者の苦しみは「全人的痛み：total pain」といわれており、身体的苦痛、精神的苦痛、社会・経済的苦痛、スピリチュアルペイン（実存の苦痛）が混在している。このような状況に医師個人で対応することは困難であり、様々な職種の協力が必要になる。対応に苦慮する身体的苦痛は、がん性疼痛に代表されるような厳しい疼痛のほか、食欲不振、倦怠感、呼吸苦、消化器症状、皮膚症状など多岐にわたる。鎮痛のための麻薬使用については、最近は医療者側に心理的な障壁は少なくなってきたようで、躊躇することなく使用が開始されてきている。しかし、患者への説明などを十分に行う余裕がない例も見られ、薬剤師の力を発揮してほしい分野である。終末期には症状緩和に加え、輸液や鎮静についても習熟しなくてはならない。終末期輸液や鎮静については、「患者の苦痛をいかに緩和するか」ということに重点をおいたガイドラインがエビデンスとともに日本緩和医療学会から示され、ホームページでも閲覧できるので、ぜひ参考にされたい。最近は「看取りのパス」という、死にゆく患者のためのクリニカルパスが考案されており、本邦でも一部の医療施設で導入されている。これにより、終末期には不要で苦痛を伴うような検査などの医療処置を減らし、患者・家族と医療者が合意の上で、できるだけ苦痛を伴わない看取りを実現できる。精神的苦痛については、せん妄や鬱など、専門家の診療が必要になる状態はもちろんのことであるが、それ以前のメンタル面でのサポートに対するニーズは高い。複雑な例には精神科リエゾンコンサルテーションや、臨床心理士などの職種が関わるが、それ以前に診療に携わる医師のコミュニケーション能力によるところも大きい。社会的苦痛については、経済的なことや療養環境の調整に関わることであり、ソーシャルワーカーが中心となり、介護保険をはじめとした制度やリソースの活用についての患者支援が重要となる。最近は、患者の医療情報支援のための相談窓口や患者図書館の設置などに積極的な施設が増加している。最適な療養の場を提供しスムーズに連携するための工夫も欠かせない。地域によっては医療施設間の連携パスの導入も試みられているが、東京のように患者の移動が複雑な地域では、個々の医療施設での努力による解決は困難であり、より大きなレベルでの統制が必要になるであろう。スピリチュアルペインについては、

なかなか対応が難しい。終末期に近い多くの患者は日々体力も気力もなくなり、生きる意味そのものが問われるような場面に遭遇する。そのような患者にとって、少しでも何かをすることの意義は大きい。当院ではリハビリテーション科の協力のもと、最期まで生きる努力を支援している。

### 3. 慶應義塾大学病院の現状

1997年より9N病棟をモデルケースとして、疼痛・緩和ケアナースによる疼痛緩和の活動が始まり、チームとしては非公式ではあったが、麻酔科、精神科、放射線科の有志が参加して草の根活動を展開してきた。麻酔科と疼痛・緩和ケアナース主催による癌性疼痛研究会は70回以上開催され、疼痛だけではなく、全人的苦痛への対応についての勉強会を重ねた。2007年、がん対策基本法の制定や慶應義塾大学のがんプロフェッショナル養成プログラムへの参加にあたり、緩和医療が必須とされたことから、麻酔科の特殊外来として緩和医療外来を開設し、精神科、放射線科やリハビリテーション科、看護部とともにチーム活動を本格化させることになった。ただ、慶應義塾大学病院では多職種チームによる横断的活動の例はこれまでなく、カルテが各科管理で情報の共有が難しく、また事務手続き上いずれかの科で患者登録する必要があり本来のチーム活動が行いにくい状況である。2009年4月よりチームの拠点となる「緩和ケア資料室」が作られ、今後さらに活動を充実させる予定である。

### 4. 医療発展への貢献

今後、慶應義塾大学病院の将来構想にあたり、様々な先進的分野を積極的に取り入れていく構想が打ち出されている。しかし、医療はその中心に“患者がいる”ことを忘れてしまっている。未来の発展はない。医療者のための医療ではなく、患者のための、ひいては人類のための医療を目指すためにも、医療者に緩和医療の考えが定着し、緩和医療を広く提供できるような環境の創造が必要である。患者が訴えるまで待つのではなく、常にスクリーニングを行い、適切な時期に専門医を含めた適切なリソースが活用できるようなシステムの構築を行うことを目標に、今後の緩和医療を展開していきたいと考えている。

橋口さおり

(慶應義塾大学医学部麻酔学教室)

## アルドステロンと高血圧

「慶應医学」誌が休刊になると聞き、何となく寂しく思っている。私が「慶應医学」誌に初めて論文を書いたのは、1992年の自分の医学博士論文（副腎皮質におけるアルドステロン合成チトクローム P-450 の発現調節）である。当時は、医化学教室の石村巽教授、荻島正博士が世界に先駆けて副腎におけるアルドステロン合成酵素（チトクローム P450aldo）の蛋白の単離精製に成功した直後であり、アルドステロンが内分泌領域では大きなブームとなっていて、私の博士論文は、猿田享男名誉教授と医化学教室の先生方の御指導のもとで P450aldo の発現調節に関するものであった。それから18年経ち、近年はまたこのアルドステロンブームとなっている。今回、このアルドステロンに関して話題提供させていただきたい。

アルドステロンは、今から約50年前に発見された副腎皮質で作られる鉱質コルチコイドであり、血圧や血液中の Na、K などの電解質バランスの調節に重要であることは周知の事実である。ある書物では、ヒトが水中から陸へあがってくるのができたのはこのホルモンのおかげであるというような記述もみられることから、生命維持に重要と思われる。しかし、飽食の時代となり、肥満者が年々増えている現代は、高血圧のみならず、脂質異常症や糖尿病なども激増しており、これらのリスクが一個人に集積した結果がメタボリックシンドロームとして注目されている。この4月からは、厚生労働省も「特定健診」という名称で、このメタボリックシンドロームを撲滅して医療費を減らそうということで大きく保健行政も変わりつつある。アルドステロンは、上皮性細胞である腎臓の皮質集合管細胞で、Na<sup>+</sup>を再吸収して、K<sup>+</sup>を排泄する鉱質コルチコイドであるが、実は腎臓以外にも、心筋、血管平滑筋、大脳などの非上皮性細胞にも作用することにより、炎症を惹起して、線維化を起こして心血管障害につながる事が示されている。学生時代に習った内分泌学の知識の中で、これほど大きく変わった事実は少ない。

つまり、今やアルドステロンは生命に不可欠なホルモンというよりは、高血圧、心肥大、腎障害、脳血管障害などを起こす心血管リスクホルモンととらえられている。

減塩食を食べるとレニン-アンジオテンシン-アルドステロン系が活性化されて、高アルドステロン血症を示すが、これは生理学的調節の範囲であり病態的役割は少ない。しかし、食塩摂取過剰に高アルドステロン血症が加わると、アルドステロンは一転して心血管リスクホル