

多疾患併存患者

を

臓器横断的に診る!

石丸裕康 [編著]

外来・病棟での

マルチモビディティ 診療

multi
morbidity

序 文

医師として仕事を始めておよそ30年、病院を場として診療に従事してきた。振り返ってみると、この間に病院の現場の風景は大きく変わった。約30日程度であった平均在院日数は10日前後と短縮され、皆とても忙しそうにしている。さまざまな新しい技術や新規薬剤が日々導入され、病棟ではとても複雑な医療が展開されるようになってきている。医師・看護師に加えて、薬剤師やリハビリテーション技師など多くの職種が患者のベッドサイドを入れ替わり立ち代わり訪れるようになってきている。

医療を受ける患者はどうであろうか。明らかに患者は高齢化し、その多くが、複数の疾患を持ち、機能的にも多様な状態を呈している。家族のありかたなど、患者をとりまく社会的な状況も大きく変わった。

医療の姿が大きく変わる中、われわれは30年前には想定していなかった新たな問題に直面している。その一つが本書のテーマである、マルチモビディティである。

本書でも随所で述べられるように、マルチモビディティは単に疾患が複数ある、という状態にとどまらず、それぞれの疾患・状態が複雑にからみあい、さまざまな問題を引き起こす一筋縄ではいかない状態である。このマルチモビディティについては、地域のプライマリ・ケアを主なフィールドとする家庭医療の世界でまず注目され、ここ数年急速にその研究が広がり、その実態の解析や臨床実践の蓄積が進みつつある。

病院の診療現場に目を向ければ、やはりこのマルチモビディティの問題が、外来・病棟・救急などさまざまな局面で、診療への影響を増しつつあることは明らかであろう。

マルチモビディティの研究・診療実践は端緒についたばかりであり、病院の現場で直面している問題の対応について、参考となる文献やテキストは少ないのが実情である。本書はそのような問題意識から、病院の診療現場で会うマルチモビディティ患者について、その考え方、診療実践に指針となることを目的に企画され、日々診療現場でマルチモビディティ患者の診療に取り組んでいる先生方に執筆いただいた。ますます複雑化する診療現場で、マルチモビディティを深く理解し、実践に役立つものとなったのではないかと期待している。

マルチモビディティについてはその評価や介入が確立している領域とは言えず、今後の研究・実践の発展が望まれる状況であり、本書がこの領域の研究と実践の向上につながることを願っている。

2020年9月

天理よろづ相談所病院 救急診療部 部長・総合診療教育部 副部長
石丸裕康

編著

石丸裕康 天理よろづ相談所病院 救急診療部 部長・総合診療教育部 副部長

著者（掲載順）

佐藤南斗 勤医協苫小牧病院 内科
川口篤也 函館稜北病院 総合診療科 科長
南郷栄秀 東京城東病院 総合診療科 科長
矢吹 拓 栃木医療センター 内科医長
中神太志 大阪大学大学院医学系研究科 老年・総合内科学 医学部講師
森川 暢 市立奈良病院 総合診療科
佐藤健太 勤医協札幌病院 内科・総合診療科 科長
長野広之 洛和会丸太町病院 救急総合診療科
東 光久 白河厚生総合病院 総合診療科 部長
田口 静 やまと精神医療センター
大西弘高 東京大学大学院医学系研究科 医学教育国際研究センター 医学教育国際協力学部門 講師
北村友一 京都岡本記念病院 リウマチ・膠原病内科 医長
川島篤志 市立福知山市民病院 総合内科 医長
田巻庸道 天理よろづ相談所病院 循環器内科
勝島将夫 京都大学医学部付属病院 免疫・膠原病内科
近藤博和 天理よろづ相談所病院 救急診療部 副部長・心不全センター センター長・循環器内科 副部長
蓑田紗希 大阪大学大学院医学系研究科 呼吸器・免疫内科学
辻本絵美 金井病院 総合診療科
田川峻介 天理よろづ相談所病院 総合診療教育部
土橋直史 北播磨総合医療センター リウマチ・膠原病内科
田村俊寛 天理よろづ相談所病院 循環器内科 部長
古家美幸 ふるや糖尿病・甲状腺クリニック 院長
森井奈央 天理よろづ相談所病院 乳腺外科
山城大泰 天理よろづ相談所病院 乳腺外科 部長
中山洋一 京都大学医学部附属病院 免疫・膠原病内科
橋本成修 天理よろづ相談所病院 呼吸器内科 副部長
田口智朗 天理よろづ相談所病院 脳神経内科
岡田宜孝 天理よろづ相談所病院 総合診療教育部
明保洋之 天理よろづ相談所病院 総合診療教育部
三宅啓史 天理よろづ相談所病院 総合診療教育部

目次

基本編	マルチモビディティ患者の診かた・考えかた	1
<hr/>		
1	対応の原則	2
①	マルチモビディティとは何か？	2
②	複雑性の判断とゴールの設定	10
③	マルチモビディティにおける診療ガイドラインの考え方	18
2	複雑な病態を整理する	24
①	ポリファーマシー	24
②	高齢者総合評価	33
③	フレイル／サルコペニア	39
④	慢性疼痛の評価と治療	49
⑤	慢性臓器障害のとらえ方	58
⑥	心血管疾患リスクの評価と対応	68

⑦ 担がん患者の shared care	77
⑧ メンタルアセスメント	85
3 マルチモビディティへの介入	95
① 価値に基づく診療の考え方	95
② チーム医療／多職種による介入	103
実践編 ▶ 症例に学ぶマルチモビディティ診療	113
1 一般外来・救急外来	114
症例① 慢性疾患合併例での急性増悪	114
症例② 痛みの背景にメンタルのある患者と慢性疼痛の考え方	120
症例③ 慢性疾患合併例での治療上のジレンマ	125
症例④ 腎障害での疼痛管理	129
症例⑤ 慢性臓器障害(心臓・呼吸器)の合併	135
症例⑥ 関節リウマチ、慢性心不全、甲状腺疾患をそれぞれ別のDrが診ている例	141
症例⑦ 透析患者の治療拒否+社会的問題	147
症例⑧ 高齢者、フレイルの患者の入院のメリットとデメリットの比較	151

2 病棟管理	156
症例① 出血傾向 vs 血栓治療のバランス	156
症例② 合併症例での糖尿病管理の調整、急性期のセッティング	160
症例③ 抗がん剤の有害事象による血栓症を招いた場合	166
症例④ 相反するアウトカムのコントロール	173
症例⑤ 標準治療が合併症のため困難な場合の治療の考え方の原則	179
症例⑥ マルチモビディティの患者の急性期入院で、基礎疾患の治療の中止・中断・継続	185
症例⑦ 閉塞性動脈硬化症(ASO)の治療の場合に考慮すべき因子	192
症例⑧ 高齢、フレイル、心不全のある患者が肺炎で入院	197
症例⑨ 高齢、骨粗鬆症、骨折歴のある患者の巨細胞性動脈炎	203
症例⑩ 悪性腫瘍終末期のマルチモビディティ患者をどうマネジメントするか？	207
索引	211

① マルチモビディティとは何か？

石丸裕康

【症例提示】

82歳、女性

- 慢性心不全、2型糖尿病、関節リウマチで病院のリウマチ外来、循環器内科外来、糖尿病内科外来に通院している。
- その他に高血圧と高脂血症で近くの開業医に通院中。
- 膝の痛みのため歩行に支障があり、屋内ではなんとか自立しているが、外出には助けを要する。
- 85歳の夫と二人暮らし。長男はいるが、遠方に在住しており、あまり交流はないようである。

1. マルチモビディティとは？

冒頭に挙げたような症例は、昨今診療の場を問わず、珍しくない。だが、普遍的事であることは、必ずしも容易であることと同義ではない。多くの臨床医はこのような患者の診療が簡単にはいかないことを実感しているのではないだろうか。

この患者のように、いくつかの慢性疾患が、病態生理的に関連するしないにかかわらず併存している状態、かつ診療の中心となる疾患を設定しがたい状態を「マルチモビディティ (multimorbidity)」と呼ぶ^{1) 2)} (図1)。後述するように高齢化を背景にその患者数は増大しているのだが、その診療においては独特の問題があり、従来の診療モデルに基づいたアプローチではうまくいかない場面が多い。マルチモビディティの構成要素は一般的には慢性疾患であるが、疾患のみではなく、慢性疼痛、フレイルなどの複合状態、薬物依存、視力低下や聴覚低下など感覚障害も含まれる²⁾。

必ずしもその定義は確立しているものではないが、最も広く用いられているマルチモビディティの定義は、2つ以上の慢性的状態を持つ患者というものである。類似の概念に、「コモビディティ」というものがあるが、これは診療の中心となる疾患 (index disease) が1つ存在し、その他の周辺疾患や健康問題が生じている状態のことを言う (図2)²⁾。

Multi-morbidity

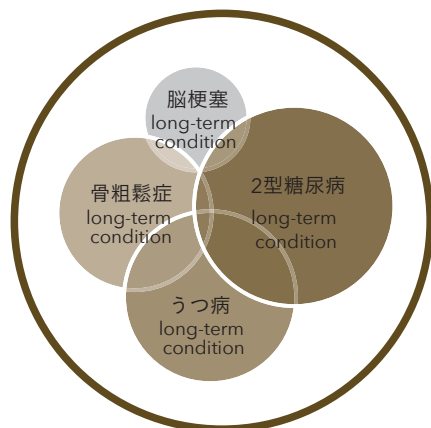


図 1 : マルチモビディティ

Co-morbidity

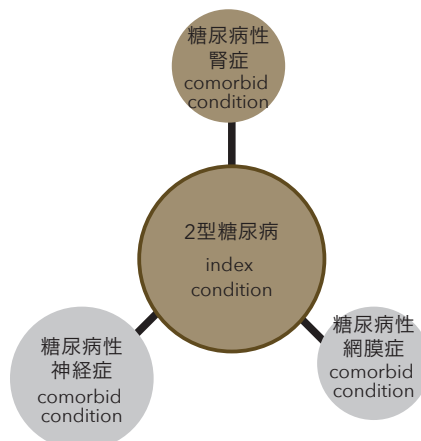


図 2 : コモビディティ

2. マルチモビディティの現状と問題点

ではマルチモビディティの現状はどうであろうか。容易に想像できるように、高齢化とともにこのような患者は増加する。その頻度は、日本における研究³⁾では、成人全体の29.9%、65歳以上では、実に62.8%がマルチモビディティであったとされ、高頻度である。

マルチモビディティの問題は、単に疾患が複数あって複雑である、ということに留まらない。マルチモビディティの患者では、ケアの分断化、患者の治療負担、受診・入院の増加などヘルスケアサービスの利用増大、高コスト、高い死亡率、低いQOL、フレイル、メンタルな問題、ポリファーマシー、貧困、施設入所、治療の合併症の増加など健康にかかわるさまざまな問題が併発することがわかっている^{4,7)}。このようにマルチモビディティは高齢化を背景に増加傾向であり、さまざまな問題があり、死亡率・QOLなどへの影響のみならず、社会経済的要素もからみあう複雑な問題といえる。

3. 何が問題かー従来の医学的アプローチでは通用しない

マルチモビディティが問題であったとしても従来の診療のやりかたで対処可能なものであれば特別なアプローチを必要としないであろう。だがマルチモビディティについては従来のモデルでの診療、すなわち患者の問題をすべて挙げ、それぞれに対してガイドラインなどに基づいた最良の医療介入を行う、といったシンプルなアプローチでは大きな問題が生じることが指摘されている。例えばBoydらは、

79歳の女性で、骨粗鬆症、変形性関節症、2型糖尿病、高血圧、慢性閉塞性肺疾患を持つ患者にそれぞれガイドラインに沿った診療を行った場合、12種類19錠の投薬を、1日5回に分けて内服、14の非薬物的介入が必要であり、その他にも患者・医師とも膨大なタスクが必要となる例を挙げ、マルチモビディティにおいてガイドライン通りの診療を機械的に行うことの問題点を指摘している⁸⁾。こうした複数の問題に続発する過剰な治療介入は「治療負担 (burden of treatment) と呼ばれ、マルチモビディティの診療における大きな問題点のひとつである。

4. マルチモビディティの患者をどのように扱うか？

前述のようにマルチモビディティにおいてはそれぞれの疾患へのアプローチを足し算するようマネジメントではうまくいかない。したがって新たな枠組みでの診療が必要となるのであるが、現状では残念ながら決定的なアプローチがあるわけではない。

2016年のコクランレビュー⁹⁾では過去行われた18件の介入のシステマティックレビューが行われているが、主要なアウトカムの改善は認められなかった。過去、診療指針として英国NICE (National Institute for Health and Care Excellence)¹⁾、米国老年学会¹⁰⁾のガイドライン、専門家による議論を集約したariadne principle¹¹⁾などが発表されているが、エビデンスを伴うものというよりは、いままでのアプローチを集約したコンセンサスの提唱という色彩の強いものである。現状ではこうしたアプローチを参考にしつつ、実践・研究を積み重ねるほかない状況と言える。

こうした診療指針におけるアプローチを多少強引にまとめると、
おおまかに、

- ① 介入すべき患者を同定する
- ② 患者の全体像を把握し理解する
- ③ 患者の個別性に応じた優先順位・目標を設定する
- ④ 介入を実施し、反応にあわせて修正する

というステップを提唱しているものである。以下、それぞれのステップについて、記述する。

① 介入すべき患者を同定する

既述のように、マルチモビディティは、高頻度であり、定義や年齢層によっては100%に近い患者がマルチモビディティになってしまう場合さえある。したがって特に問題となりそうな患者を選択する必要がある。例えば上記のNICEのガイドライン¹⁾では対象として表1のような特徴をもつ患者を挙げている。またマルチモビディティの中でも、特に介入が必要な患者群 (complex multimorbidity) とはどのよ

うなものなのか、という研究も行われている⁶⁾。いずれにしても、単純に疾病の数の多い患者を機械的に対象とするのではなく、介入の必要性の高い患者群を見出すプロセスが必要である（基本編 1-②参照）。

表 1：介入がのぞましいマルチモビディティ患者²⁾

治療や日常の活動を管理することが難しいと感じている
複数のサービスからケア・サポートを受け、さらに追加のサービスを必要とする
長期にわたる身体的および精神的健康状態を持っている
虚弱または転倒
予定外または救急医療を頻繁に必要とする
日常的に複数の薬が処方されている

② 患者の全体像を把握し、理解する

マルチモビディティの患者において包括的、多面的に情報収集することが重要であることは直感的に理解できる。だが冒頭の患者のように複数の医師・医療機関に通院している場合などでは、健康に関わる情報も分断されており、全体像の把握が困難なことが多いことがまず問題となる。またマルチモビディティの患者においては全体像の把握に留まらず、その患者の健康問題の構造を適切に把握することが求められる。個別疾患・状況の足し算でなく、一方引いて大きな視点からその構造を把握すると言うことである²⁾。

例えば佐藤¹²⁾は、現代の医療において、①マルチモビディティ②専門分化／ケアの分断化③「疾患」以外の健康問題の多様化④診療時間の短縮化、などを要因として、従来の医学的診断をシンプルに並べたプロブレムリストでは立ち行かなくなりつつある状況を指摘し、あらゆる健康上の問題を網羅しつつ、短時間で全体像が把握できる「包括的プロブレムリスト」の作成を提唱している（表 2）。

膨れ上がったプロブレムリストを縮約し、見取り図を作る作業は例えば多数のプロブレムを臓器別に整理する、包括的な概念にまとめる（例：高血圧、高脂血症、肥満をメタボリックシンドロームとしてまとめる等）などの工夫を必要とする。本書において詳述されるような、慢性臓器障害、ポリファーマシー、がんの包括的診療、高齢者総合評価、など個別疾患名で規定されないような横断的な概念に習熟し、健康問題の構造理解の補助線とすることが有効であると考えている（基本編 1-②参照）。

表 2：複雑度に応じたプロブレムリストの整理例

(1) simple 方式→	(2) complicated 方式	(3) complex 方式
# 1. 高血圧	# 1. 慢性心不全	循環器… 慢性心不全、 陳旧性心筋梗塞 高血圧症、糖尿病、 脂質異常症
# 2. 心筋梗塞	# 1-a. 陳旧性心筋梗塞	
# 3. うつ病	# 1-b. 高血圧	精神心理… 認知症、うつ病、 将来への不安 アルコール多飲、 ベンゾ依存
# 4. 両膝OA	# 1-c. 糖尿病	
# 5. 腰椎圧迫骨折	# 2. 認知症	運動器… 両膝OA、骨粗鬆症、 椎体圧迫骨折
# 6. 骨粗鬆症	# 3. うつ病	症状… 両下肢痛、倦怠感、頻尿
# 7. 慢性心不全	# 4. アルコール多飲	社会面… 独居、ゴミ屋敷状態・ 非バリアフリー
# 8. 認知症	# 5. 独居	経済的困窮状態、代理決定者不在
# 9. アルコール多数	# 6. 無収入	
# 10. 独居	その他(省略)	
# 11. 糖尿病		
# 12. 将来への不安		
# 13. 無収入、無資産		
その他(省略)		

③ 患者の個別性に応じた優先順位・目標を設定する

マルチモビディティでは、診療のゴール設定が難しい。例えば冒頭の患者でのゴールとは何だろうか？ 膝の痛みを優先的に治療し、自立生活を維持することであろうか？ あるいは屋内にこもりがちという社会的孤立の問題に対して、デイ・サービスを導入し、外出機会を増やすことであろうか？ 実際には患者のコンテキストや、価値観によって、何が望ましいか状態であるかは大きく異なる。マルチモビディティのガイドラインにおいては個別的なアプローチが重視されており、例えばNICEガイドライン¹⁾では“Tailor care to meet personal goals and priorities”をその原則として挙げている。ただゴール／優先順位をどのように個別化できるのか？ という点については、目新しいアプローチが示されているわけではない。この点はマルチモビディティの診療の上で鍵となる課題であり、明確な答えがある訳ではないが、そのヒントとなるものとして、解釈的医学に関する議論と、医療の価値についての議論を紹介したい。

解釈的医学とは何か？ 専門家パネルによる推奨を示したWHOのモノグラフ⁴⁾では、マルチモビディティの診療において患者の多彩なニーズに応えるには“地域基盤で、包括的な臨床スキルを「解釈的医学 (interpretive medicine)」と組み合わせ、複数の知識源を個人と統合するジェネラリストによって最もよく満たされる可能性が高い”と述べられている。この「解釈的医学」とはReeveら¹³⁾が、プライマリ・

ケア／総合診療の領域の診療において新たな診療モデルとして提唱している概念であり、「個人の日常生活を維持するための創造的な能力（creative capacity）をサポートするために、動的で共有された個々の病の経験の探索および解釈において、批判的で、思慮深く、専門的に適切な範囲の知識を用いること」と定義されている。やや難解な概念であり、原著や藤沼による解説¹⁴⁾などを参照していただきたいが、背景には従来のEBMや健康政策における科学的官僚医学（scientific bureaucratic medicine: SBM）が、マルチモビディティをはじめとした複雑な患者診療においては十全なモデルになり得ないという批判から診療モデルの転換を主張するものであり、注目すべき議論である。

もう一点指摘しておくべきことは、医療のアウトカムにおいて重視すべき「価値」という考え方がマルチモビディティの患者ではシンプルではないということである。急性期中心の医療の価値としては、たとえば急性心筋梗塞における死亡率、とか、心肺停止患者の社会復帰率、など比較的シンプルで合意のとれやすい指標がそのまま医療の価値と考えやすい。一方で、尾藤¹⁵⁾が指摘するように、高齢者医療のような場面では、「何を価値とするか」がしばしば問題となる。設定された医学的アウトカムが、どれだけ患者にとって大切なものかは、患者自身と患者とともに生活する人たちの中にしかなく、対話を重ねつつ落としどころを図っていくしかない。本書において、そのプロセスについて「価値に基づく診療の考え方」を紹介している（基本編3-①参照）。

④ 介入を実施し、反応にあわせて修正する

上述したように、マルチモビディティにおいて、単一の介入はおそらく無効であり、複合的介入（complex intervention）が必要であろう、ということは共有認識されているものの、現在まで有効性を十分証明した介入は無い状況である。多職種でのアプローチ、ポリファーマシーを含めた治療負担の軽減、セルフケアの支援、非薬物的アプローチ（運動、栄養等）などを組み合わせた介入がガイドライン等においては勧められている^{1, 4, 10, 16)}。

さて、なぜマルチモビディティが難しい課題であるかを考えた場合、一言でいうと「複雑な問題」であるから、といえるだろう。本書でも紹介しており（基本編2-①参照）、また宮田¹⁷⁾の論考でも示されているように、高度な複雑事例（complex～chaotic）では、介入に対する反応はあまりにも関連する因子が多いため予測困難であることが多い。従って介入に対する非線形的な反応を織り込みつつ、その反応をみて漸次対応をしていくような遂時的なアプローチをとらざるを得ない。実はこの「複雑な問題」への対応の問題は、医療のみで生じている現象ではない。高度情報化社会や、価値観の多様化などを背景として、政治、行政、ビジネス、教育、テロ対策／戦争など社会のあらゆる領域で課題となっており、旧来のアプローチからの転

換が求められている^{18, 19)}。医療の枠組みに固執することなく、こうした他の領域での実践を謙虚に学びつつわれわれの臨床に実装を試みる活動が求められている。

5. 病院という場とマルチモビディティ

マルチモビディティについては、上述の議論にあるように、包括的アプローチ、患者の是何体像の把握、価値判断、といった側面の重要性を考えた場合、包括的・統合的に患者を捉え、継続的に診療しているプライマリ・ケア医を中心として考えるのが最も妥当であり、その研究・実践ともプライマリ・ケア／家庭医療の領域で主に検討されてきたことは事実である。また急性期疾患の管理を中心とする病院診療においては、マルチモビディティのように併存疾患を並行的に検討するようなアプローチは不得手とするところであり、その傾向はことにDPCで診療を行っているようなある程度以上の規模の病院では顕著である。

だが、日本の診療の実態を考える場合、病院をかかりつけ医としている患者が無視できないほど多いこと、多くの病院通院患者が、マルチモビディティ／ポリファーマシーの状況にあり、ケアの分断の問題を潜在的に抱えていること、またある程度の重症度を持った患者（治療中の悪性疾患患者や、難病など）の診療が病院中心にならざるを得ない状況などを考えると、病院診療においてもこのマルチモビディティの問題に真剣に取り組む必要があることは自明である。

いまだ病院におけるマルチモビディティの問題については十分な検討がない状況であるが、日本の総合診療医養成が、家庭医とともに病院でのジェネラリストにも力点をおいていることはこの問題の将来的な展開において有利に働く可能性があり、この点についての総合診療領域での実践、研究が発展していくことを期待したい。

症例⑦

透析患者の治療拒否+社会的問題

石丸裕康

- メンタルな疾患を併存している末期腎障害で、透析の同意が得られない時、どのように対応すべきか？
- 自院でのフォローアップが困難であることが予測される場合、どのようにすべきか？



症例提示

妄想性障害、末期腎障害の高齢男性。
透析拒否、複雑な社会背景を持つ患者の意思決定とフォローアップを
どう考えるべきか？

[患者情報]

80歳、男性

- 12年前より他院にて腎障害を指摘されており、いずれ透析が必要といわれていたが自己中断していた。
- 7年前に当院総合内科を初診。その際Cr3.7mg/dL、尿蛋白は認めるが潜血は認めず、腎硬化症として経過観察となっていた。
- もともと大阪在住で当院は遠方であるため、3年前の担当医の転勤に伴いA病院腎臓内科紹介されたが、「病院にだまされている」と訴え、3ヶ月後に当院を再度受診。以降、総合外来でのフォローとなった。
- 当院精神科にて妄想性障害（宗教団体や、詐欺グループ、暴力団に騙されて多額の借金をおった、などの訴え）にてフォローされており、その妄想から当院以外の病院・医療機関を信頼できない。

[社会背景]

- 独居、大阪在住。当院は電車通院可能などADL、IADLとも自立。

- 長男、次男、長女の3子あり、それぞれ大阪府内で生活。連絡はとっている。

【経過】

- 3年前に受診時、Crは4mg/dLを超えており、末期腎障害、妄想性障害としてフォロー開始。腎不全については経過より腎硬化症が考えられ、非可逆的と考え、降圧治療、貧血に対するエリスロポエチン、重炭酸補充などで対処していた。
- 妄想性障害はあるが、認知障害は認めず、判断力に大きな支障はないと考えられた。
- 腎機能は緩徐に増悪、透析導入は必至と考えられたため、透析療法の必要性、非導入により予想される状況等について説明したが、本人は頑なに透析治療を拒否。
- 2014年より2015年にかけて、外来受診の機会に繰り返し説明したが、本人は、①当院以外の医療機関が信用できない、②当院での透析フォローは血液透析・腹膜透析をとも困難（遠方であり実質困難）であることは理解できる、③子供に迷惑をかけたくないとの弁であった。この症例をどうマネジメントしたら良いだろうか？



プロブレムリスト

- 慢性腎障害・末期腎不全
- 貧血・妄想性障害・貧困・独居
- 精神疾患+慢性臓器障害+社会的問題で複雑化している事例



どのように対処するか？

▼ メンタルな疾患を併存している末期腎障害で、透析の同意が得られない時、どのように対応すべきか？

メンタルな疾患を背景にもつ場合、特に医療者側の推奨と異なる希望を持つ患者の対応にあたっては、まずその判断能力の評価が必要である。

本患者では、妄想性障害はあるものの認知機能は正常であり、判断力については保たれていると考えられた。本症例での強固な他病院への不信感を考慮すると、仮に透析導入を行ったとしても継続が困難となることが予想された。

また、本人の子供3人については電話連絡も困難な状況で、通院への付き添いも得られない状況であったが、本人の了解を得て、長男・長女に電話にて状況を説明。家族も本人の希望を尊重するとの意思を確認した。さらに、当院の連携室を介していくつかの大阪の医療機関をあたってみるも妄想性障害の合併などから受け入れも十分でない状況であった。

以上のプロセスを経て、透析非導入もやむをえないと判断。原則透析導入せず経

過観察する方針となった。

▼ 自院でのフォローアップが困難であることが予測される場合、 どのようにすべきか？

やがてCr 7-8に達する状態となり、尿毒症の出現が懸念される状況となったことから、腎不全終末期の体制検討が必要と考え、近隣の医療施設への紹介を打診したが、やはり他の機関が信頼できないとの状況は続き、紹介も拒否する状態であった。

今後の終末期の対応としては、当院での看取り目的の入院もやむを得ないと考えたが、腎不全終末期では急速に病状が進行するため救急搬送となる可能性も高く、地理的に当院への搬送も困難と予測された。

そこで患者の病状や、透析非導入と判断した経緯、家族関係も含めた当患者の複雑性について記載した宛先なしの紹介状を記載し、主治医のメールアドレスも記した。これを本人に携帯するよう説明し、救急搬送となった場合担当医に渡すように依頼した。

同年9月、患者は直腸潰瘍からの大量出血で救急搬送、近医入院となった。搬送先から病状の問い合わせのメールあり、以降の経過観察を同院でお願いいただくとのこととなり、当院でのフォローは終了となった。



ふりかえり

本症例は、妄想性障害を併発した、末期腎不全の症例であり、透析非導入の倫理的判断、末期腎不全の終末期管理、ケアの継続・移行に悩んだケースであった。

高齢化などを背景に、維持透析など継続に患者に一定の身体的・精神的負担のある医療行為の導入についての意思決定プロセスについて問題となる機会が増加している。日本透析学会は2014年維持血液透析の開始と継続に関する意思決定プロセスについての提言をまとめ¹⁾、患者本人の意思決定の尊重を基軸に、全身状態不良や多臓器不全などの予後不良な事例について十分なプロセスを踏んだ上で透析見合わせと必要な緩和ケアの提供による管理を許容する指針を示した。本症例では高齢ではあるものの身体的には比較的健康であり、判断力の保たれる状況であるとはいえ本人の透析拒否の希望のまま非導入にすべきかが悩まれた。臨床倫理の4分割表に基づき、患者および家族の意思確認、利用可能な社会資源の状況、予測される今後のQOLなどについて明確にしつつ、本人・家族と継続的にかかわり続け、結果非導入の方針もやむを得ないと考えた。

外来では関与できる医療従事者が限られることが問題であり、本指針でも述べられている医療チームとしての判断をどう担保するか、主治医だけによる密室の判断

となることをいかに回避するかが重要となるが、診療科でのカンファレンスでの検討、外来での慢性看護専門看護師の診療チームへの参画と事例検討、などによりチームとしての判断するプロセスを踏めたと判断した。

もうひとつの問題点は、腎疾患の終末期はがんと同様、比較的機能が保たれる時期が続き、ある時点から急激に悪化する、という経過が予測されることから、終末期の医療についての対応を機能の維持されている時期から計画する必要があることである。本症例の状況から、可能であれば当院での終末期管理が望まれるものの遠方に居住している状況から急変し他院へ搬送される状況も十分予測された。本症例の特異な経緯を考えるとその場合に担当医が判断に難渋することも考えられたため、上記の診療方針決定プロセスについて紹介状というかたちで文書化し、可能な限り状況を伝達できるよう努め、また緊急時の連絡手段を明記することで継続性の担保を図った。結果予測通り緊急搬送となってしまったが、本症例のフォローを最低限ではあるが円滑に行い得たと考えた。



まとめ

- 末期腎不全の透析非導入は、一定の条件下に許容されるが、倫理的検討、とくに複数の医療従事者を含めた判断を担保することがカギ
- 特に精神科疾患においては、判断能力も含めた慎重な判断を行う必要がある
- 慢性疾患の終末期の特徴を踏まえた、ケア移行の工夫が必要

参考文献

- 1) 日本透析医学会血液透析療法ガイドライン作成ワーキンググループ 透析非導入と継続中止を検討するサブグループ. 維持血液透析の開始と継続に関する意思決定プロセスについての提言. 透析会誌 2014;47(5):269-285

【編著者紹介】

石丸裕康 Hiroyasu Ishimaru

天理よろづ相談所病院 総合診療教育部 副部長・救急診療部 部長

日本内科学会 総合内科専門医

日本内科学会 認定内科医

日本リウマチ学会 専門医

日本プライマリ・ケア連合学会 指導医

多疾患併存患者を臓器横断的に診る！
外来・病棟でのマルチモビディティ診療

2020年10月31日 第1版第1刷 ©

編著 石丸裕康 ISHIMARU, Hiroyasu
発行者 宇山閑文
発行所 株式会社金芳堂
〒606-8425 京都市左京区鹿ヶ谷西寺ノ前町34番地
振替 01030-1-15605
電話 075-751-1111 (代)
<https://www.kinpodo-pub.co.jp/>
組版・装丁 HON DESIGN
印刷・製本 モリモト印刷株式会社

落丁・乱丁本は直接小社へお送りください。お取替え致します。

Printed in Japan
ISBN978-4-7653-1847-1

JCOPY <(社)出版者著作権管理機構 委託出版物>

本書の無断複製は著作権法上での例外を除き禁じられています。複製される場合は、そのつど事前に、(社)出版者著作権管理機構 (電話 03-5244-5088, FAX 03-5244-5089, e-mail: info@jcopy.or.jp) の許諾を得てください。

●本書のコピー、スキャン、デジタル化等の無断複製は著作権法上での例外を除き禁じられています。本書を代行業者等の第三者に依頼してスキャンやデジタル化することは、たとえ個人や家庭内の利用でも著作権法違反です。