

「多疾患合併症例」

(症例1) 医療法人社団家族の森
多摩ファミリークリニック
院長 大橋博樹

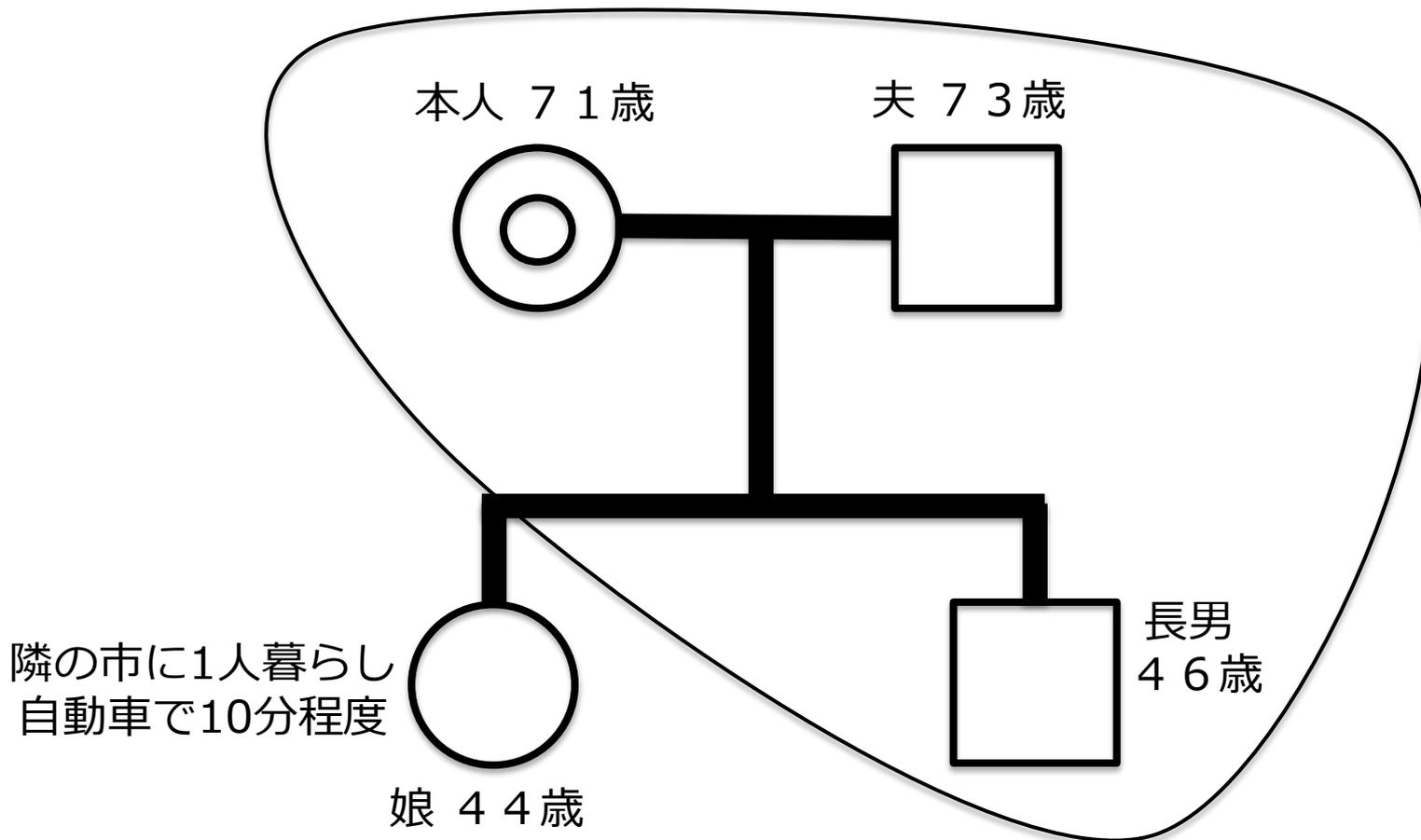
(症例2) 医療法人社団至高会
たかせクリニック
理事長 高瀬義昌

症例 1

外来診療から在宅診療へ
かかりつけ医として多疾患を抱える
患者・家族を支えるということ

症例 1 M.Nさん

- 71歳 女性 夫、長男と3人暮らし



症例 1 M.Nさん

X年 ; 71歳 女性

1. 高血圧症 (A内科医院より)

2. 大動脈弁狭窄症

(B大学病院循環器科より)

3. パニック障害 (C心療内科より)

4. 両側変形性膝関節症 (D整形外科より)

5. 肥満 (D整形外科より)

ADL 全て自立

症例 1、71歳 女性（1）

40歳代後半から高血圧症を指摘され、A内科医院で加療されていた。カルシウム拮抗薬と利尿薬の2剤が処方されていた。

60歳頃に大動脈弁狭窄症を指摘されB大学病院循環器科へ紹介されて年1回のフォローを受けていたが、69歳の時に弁置換術を勧められた。

症例 1、71歳 女性（2）

しかし、麻酔や手術に対する不安が強く、手術を拒否していた。以来、B大学病院循環器科への通院を自己中断した。

夫と営んでいた鮮魚店であったが、68歳の時に区画整備事業のため店舗の移転か閉店を迫られた。その頃から漠然とした不安を感じ、不眠や動悸を自覚するようになったためA内科医院へ相談したところ、C心療内科へ紹介された。

症例 1、71歳 女性（3）

C心療内科ではパニック障害と診断され、SSRIの定時内服とベンゾジアゼピン系抗不安薬の頓服薬を処方された。

ADLは自立であるが、BMI 29、腹囲94.5cmと肥満であり、両膝の痛みに対してD整形外科で変形性膝関節症と診断され、NSAIDsの内服薬と貼付薬を処方、減量を指示されていた。

症例 1、71歳 女性（4）

今回、居住地の区画整備により転居することとなったため、4つの医療機関からの診療情報提供書を持って当院を受診。

当院への外来定期通院を希望された。

ポリファーマシーへの介入

A内科医院より

- カルシウム拮抗薬
- 利尿薬
- カリウム製剤
- 胃粘膜保護薬
- ビタミンB1 2

合計**12種類**の内服薬



まずはポリファーマシーへの介入

C心療内科より

- SSRI
- ベンゾジアゼピン系
- 抑肝散

D整形外科より

- NSAIDs
- PPI
- カルシウム製剤
- ビタミンD製剤

減処方の方のプロトコール

1. 患者が現在使用している全ての薬剤について、その処方理由を確認
2. 個々の患者における薬剤有害事象の全体的なリスクを把握
3. 各薬剤の潜在的なリスクとベネフィットを評価
4. 高ベネフィット、低リスク、退薬症状、患者の希望等を考慮して中止薬剤の優先順位を決める
5. 薬剤中止の実行とモニタリング（アウトカムの改善や副作用発現）

JAMA Intern Med. 2015;175(5):827-834.

ポリファーマシーへの介入の結果

A内科医院

- カルシウム拮抗薬
- 利尿薬
- ~~カリウム製剤~~
- ~~胃粘膜保護薬~~
- ~~ビタミンB12~~

合計12種類の内服薬



8種類まで減薬できた

C心療内科

- SSRI
- ベンゾジアゼピン系
- ~~抑肝散~~

D整形外科

- NSAIDs
- PPI
- カルシウム製剤
- ビタミンD製剤

病診連携

- B大学病院循環器科からの診療情報提供書
- 過去の心機能から内服薬（ $\alpha\beta$ 遮断薬）の指示
- 心エコー図の定期フォローの指示
- 労作時の呼吸困難や心不全兆候を認めた場合の紹介受診を指示

- 本人の疾患への理解は乏しい印象
→特に治療しなかった場合の転帰
- 専門医からの指示を患者へ分かりやすく説明

転機① 夫の死去

- 転居から1年後（X+1年）
- 夫が肺癌の病名告知から半年で死去
喪失体験後から抑うつ傾向が強くなる
- 不安発作も増加する
- 呼吸困難が出現するようになる
- 喪失体験と環境の変化によりベンゾジアゼピン系抗不安薬の頓用回数が増える
- SSRIを増量することで頓服の回数は減る
- しかし、それでも不安の発言が増える

不安発作とADL低下への対応

- 薬物調整をしても不安の訴えは続く
- さらに活動性・ADLが低下、臥床時間増加
- 体重増加、膝痛の悪化、外出困難

- 薬物調整以外のアプローチも必要と考え、介護保険申請を行った
- 介護保険サービスにつなげるきっかけを作るのもかかりつけ医の重要な役割である

介護保険サービスの利用

- 要介護 1 と認定された
- 医療情報をケアマネジャーと共有し、ケアプランに2つのサービスの提案
 1. 不安に対して傾聴する訪問看護
 2. 下肢筋力の維持向上を目的とした通所リハビリテーション（デイケア）
- 2ヶ月後、ベンゾジアゼピン系抗不安薬の頓用回数は減り、寝たきり状態を回避することができた

介護サービスの種類

| | 都道府県・政令市・中核市が指定・監督を行うサービス | 市町村が指定・監督を行うサービス |
|-------------|---|--|
| 介護給付を行うサービス | <p>◎居宅介護サービス</p> <p>【訪問サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○訪問介護（ホームヘルプサービス） ○訪問入浴介護 ○訪問看護 ○訪問リハビリテーション ○居宅療養管理指導 ○特定施設入居者生活介護 ○福祉用具貸与 ○特定福祉用具販売 <p>【通所サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○通所介護（デイサービス） ○通所リハビリテーション <p>【短期入所サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○短期入所生活介護（ショートステイ） ○短期入所療養介護 | <p>◎地域密着型介護サービス</p> <ul style="list-style-type: none"> ○定期巡回・随時対応型訪問介護看護 ○夜間対応型訪問介護 ○地域密着型通所介護 ○認知症対応型通所介護 ○小規模多機能型居宅介護 ○認知症対応型共同生活介護（グループホーム） ○地域密着型特定施設入居者生活介護 ○地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 ○複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護） <p>◎居宅介護支援</p> |
| | <p>◎施設サービス</p> <ul style="list-style-type: none"> ○介護老人福祉施設 ○介護老人保健施設 ○介護療養型医療施設 ○介護医療院 | |
| 予防給付を行うサービス | <p>◎介護予防サービス</p> <p>【訪問サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○介護予防訪問入浴介護 ○介護予防訪問看護 ○介護予防訪問リハビリテーション ○介護予防居宅療養管理指導 ○介護予防特定施設入居者生活介護 ○介護予防福祉用具貸与 ○特定介護予防福祉用具販売 <p>【通所サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○介護予防通所リハビリテーション <p>【短期入所サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○介護予防短期入所生活介護（ショートステイ） ○介護予防短期入所療養介護 | <p>◎地域密着型介護予防サービス</p> <ul style="list-style-type: none"> ○介護予防認知症対応型通所介護 ○介護予防小規模多機能型居宅介護 ○介護予防認知症対応型共同生活介護（グループホーム） <p>◎介護予防支援</p> |

この他、居宅介護（介護予防）住宅改修、介護予防・日常生活支援総合事業がある。

「公的介護保険制度の現状と今後の役割」平成30年度 厚生労働省 老健局
<https://www.mhlw.go.jp/content/0000213177.pdf>

転機② 急性膵炎に罹患

- X+3年、74歳 女性
- ADLは屋内伝い歩き、屋外車椅子のまま約2年間は安定していた
- ある時から心窩部痛が出現
- 不安が増し、死んでしまいたい発言あり
- 当初は検査で病気が見つかることへの不安が強かった
- かかりつけ医と訪問看護師の説得でE病院へ入院精査

抑うつ気分再燃、ADL低下

- 心窩部痛の原因は急性膵炎と診断され、治療も終了
- 入院期間が長くなり、抑うつ傾向が増す
- ミルタザピンを追加するなど抗うつ薬を調整し、抑うつ傾向は改善
- 自宅退院となる
- しかし、筋力低下が進みADLはさらに低下

外来診療から訪問診療へ

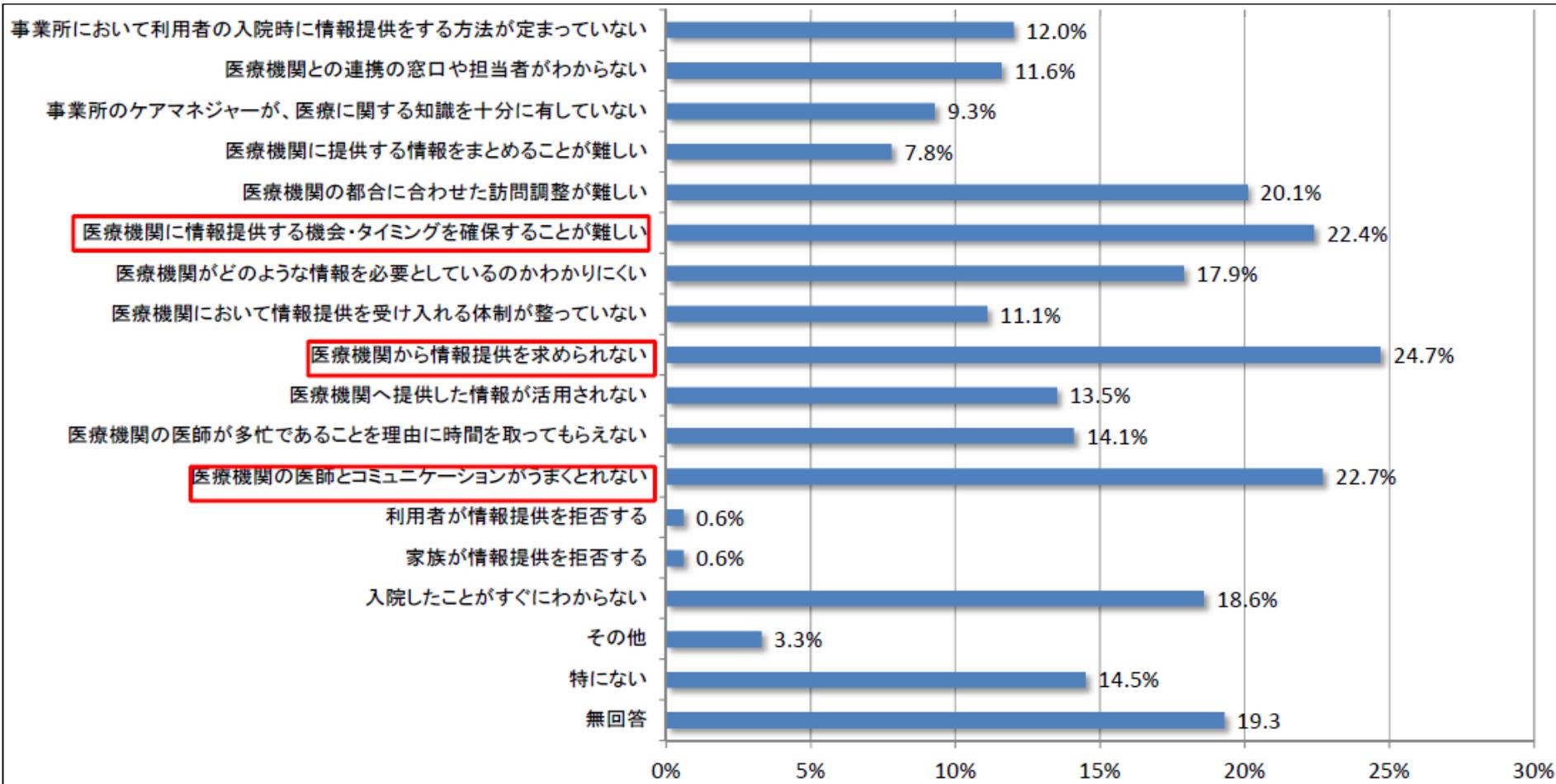
- 自宅退院したものの外来通院が困難な状態であった
- 当院から訪問診療への転換を提案
- 月2回の診療となり薬物調整しやすくなる
- 本人の希望は外出してデパートへ買い物に行くこと
- ケアマネジャーと相談し、訪問看護の再開、リハビリテーションは通所リハビリテーションから訪問リハビリテーションへ変更

居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の業務等の実態に関する調査（平成28年度）

○ 入院時の情報提供において問題とを感じる点について、「医療機関から情報提供を求められない」が24.7%と最も多く、次いで「医療機関の医師とコミュニケーションがうまくとれない」が22.7%、「医療機関に情報提供する機会・タイミングを確保することが難しい」が22.4%であった。

入院時の情報提供において問題とを感じる点(事業所調査票)(複数回答)

n=1,572



厚生労働省社会保障審議会(介護給付費分科会)第142回参考資料3

https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000170291.pdf

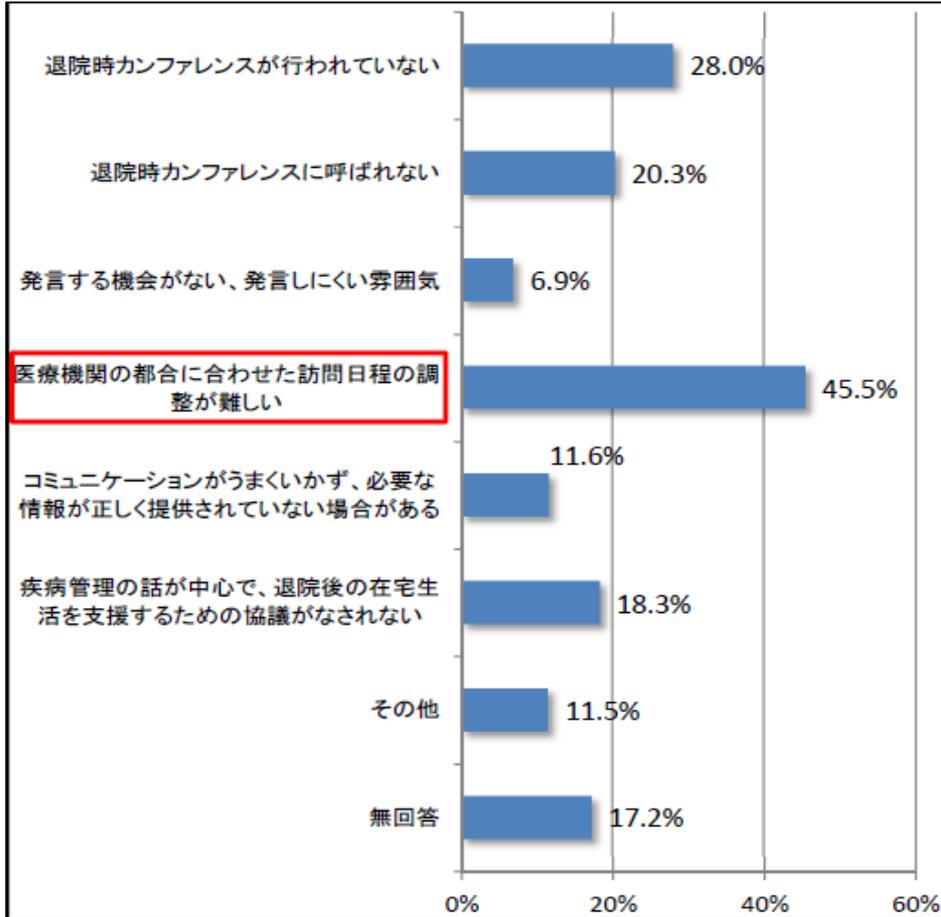
図20

居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の業務等の実態に関する調査（平成28年度）

○ 退院時カンファレンスに参加する上で問題と感ずる点は「医療機関の都合に合わせた訪問日程の調整が難しい」が45.5%となっている。また、退院時に医療機関より利用者情報を得ることが困難と感ずる点は「医療機関から急な退院の連絡があり、対応が困難」が55.0%となっている。

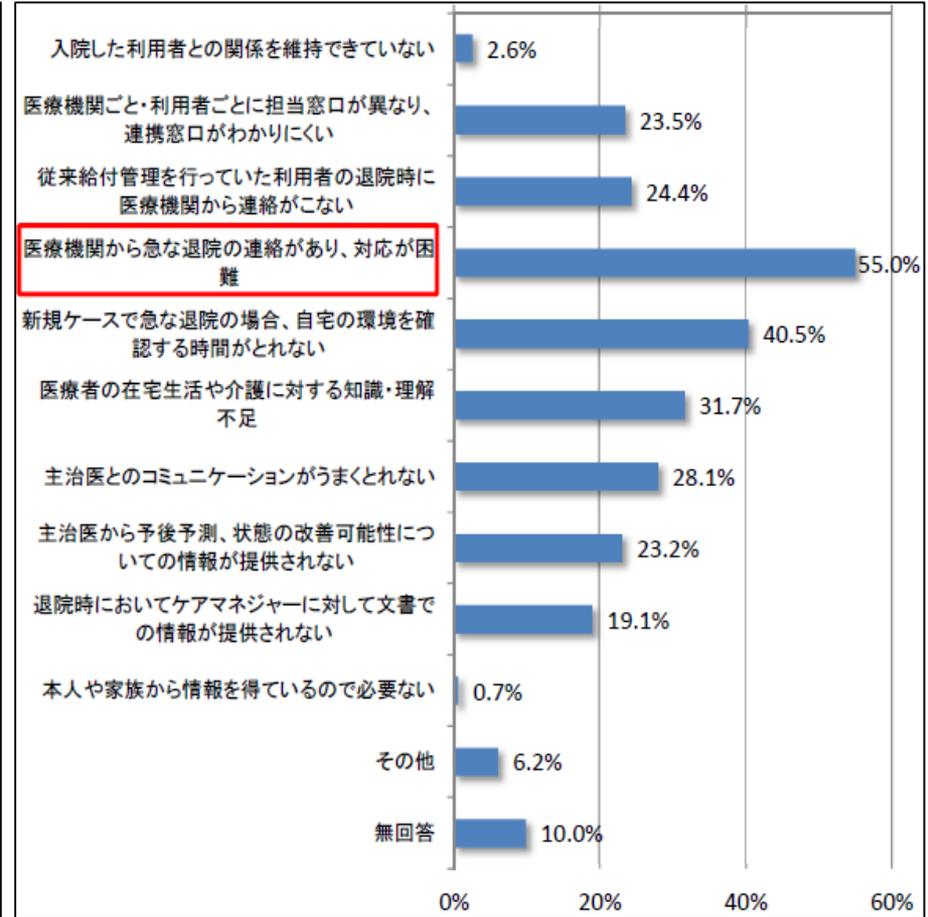
退院時カンファレンスに参加する上で問題と感ずる点
(事業所調査票)(複数回答)

n=1,572



退院時に医療機関より利用者情報を得ることが困難と感ずる点
(事業所調査票)(複数回答)

n=1,572



厚生労働省社会保障審議会(介護給付費分科会)第142回参考資料3

https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000170291.pdf

サービス担当者会議

- 参加者；本人、家族、かかりつけ医、ケアマネジャー、訪問看護師、理学療法士、薬剤師
 - 本人の課題、目標、ケアプランを確認
- 各職種からの視点
 - ◆看護師；不安を感じる状況への対策
 - ◆理学療法士；バランスを崩しやすい場所
 - ◆薬剤師；薬剤によるふらつきの可能性

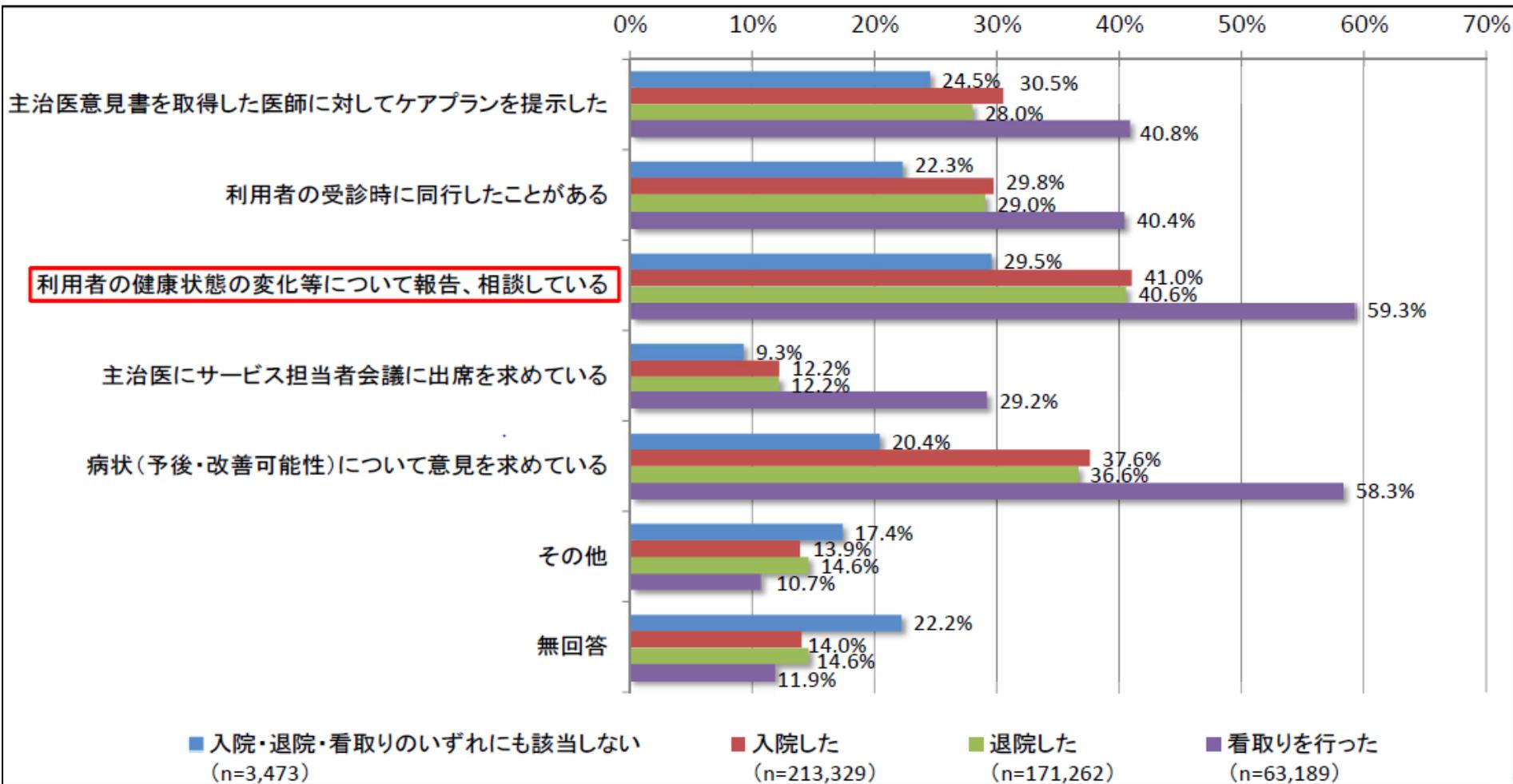
リハビリテーションとゴール設定

- 本人の希望は外出してデパートへ買い物に行くこと
- そのために、まずは短期的なゴールをトイレまでの自立歩行と設定した
- 各職種からの視点を参考に、手すりなどの改修工事もケアマネジャーへ指示
- 4ヶ月後、付き添いのもとでデパートへの買い物も可能となった

居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の業務等の実態に関する調査（平成28年度）

○ 利用者の様態別の主治医との連携状況は、全体を通して「利用者の健康状態の変化等について報告、相談している」が最も多く、それぞれ「入院・退院・看取りのいずれにも該当しない利用者」は29.5%、「入院した利用者」は41.0%、「退院した利用者」は40.6%、「看取りを行った利用者」は59.3%であった。

主治医との連携状況(利用者調査票)



厚生労働省社会保障審議会(介護給付費分科会)第142回参考資料3

https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000170291.pdf

多職種連携

- 不安発作もほとんどみられなくなった
- ADLも拡大したため、訪問看護は終了、訪問リハビリテーションは継続とした
- 訪問診療から外来通院へ戻す相談を開始

- ケアマネジャー、訪問看護師、訪問リハビリテーションを行う理学療法士、作業療法士などの多職種と明確な目標を共有することが重要である

転機③ 心不全

- X+4年、ある頃からトイレ歩行時にパニック発作が出現するようになる
- 詳細に聞くと労作時の呼吸困難がある
→今までのパニック発作とは異なる印象
- 基礎疾患に高血圧症、大動脈弁狭窄症あり
- 在宅療養での最も重要な指標の1つは体重
→やはり体重増加があった

不安発作の再燃と原因

- 体重増加とともに採血でBNP上昇あり
- 心不全を疑いB大学病院循環器科へ紹介
- 洞不全症候群が原因の心不全と判明
- ペースメーカー適応と説明あり
- 大動脈弁狭窄症も経カテーテル的大動脈弁置換術（TAVI）の適応と説明あり

再び治療拒否

- 心臓の手術と聞いて、ペースメーカー埋め込み術、TAVIの両方の治療を拒否
- 不安が強い
- 「死んでもいいから何もしないでくれ」

- 家族は迷う
- 侵襲的な治療だが改善する可能性がある
- 本人は不安もあり治療を拒否

治療拒否への対応

- 今回も治療内容の知識がないための拒否
- 病院スタッフだけの説明では不十分
- 元々パニック発作があり、不安が強い

- これまでの経過と不安を理解できるのはかかりつけ医
- 本人の希望を知っているのもかかりつけ医
- 改めて、サービス担当者会議を開催

本人の希望と治療方針

- また外出して買い物や散歩がしたい
- 外来通院ができるようになりたい

- 本人の希望を叶えるための方法がペースメーカー埋め込み術であり、TAVIであるとかかりつけ医から説明
→本人も治療を受けたいと治療を希望
- ペースメーカー埋め込み術後、しばらくして、TAVIも施行して、自宅退院

その後のM.Nさん

- X+8年、79歳 女性
- パニック発作の頻度はかなり減り、呼吸状態も安定
- 訪問リハビリテーションを再開し、以前と同じ屋内伝い歩きが可能に
- 要介護度が要介護4から要介護2へ
- 車椅子で買い物や散歩が可能となった

症例 1 M.Nさん

- 8年間の継続診療の中で転機となる疾患・病状が3つあった
- その時々で本人、家族とも治療方針を迷っていた
- 本人の希望を知っているのはかかりつけ医である
- 本人のQOLを維持するために多職種と協働することで自宅療養を継続できた

かかりつけ医に求められること

- 多疾患を合併している患者に対して、治療が相互に影響することをイメージして治療内容に介入する
- 疾患の進行と加齢を踏まえて、本人の希望、家族背景、QOLまでを考慮した治療方針を決定する
- 専門医と患者・家族の橋渡しをする
- 多職種と連携して自宅療養を支える

症例 2

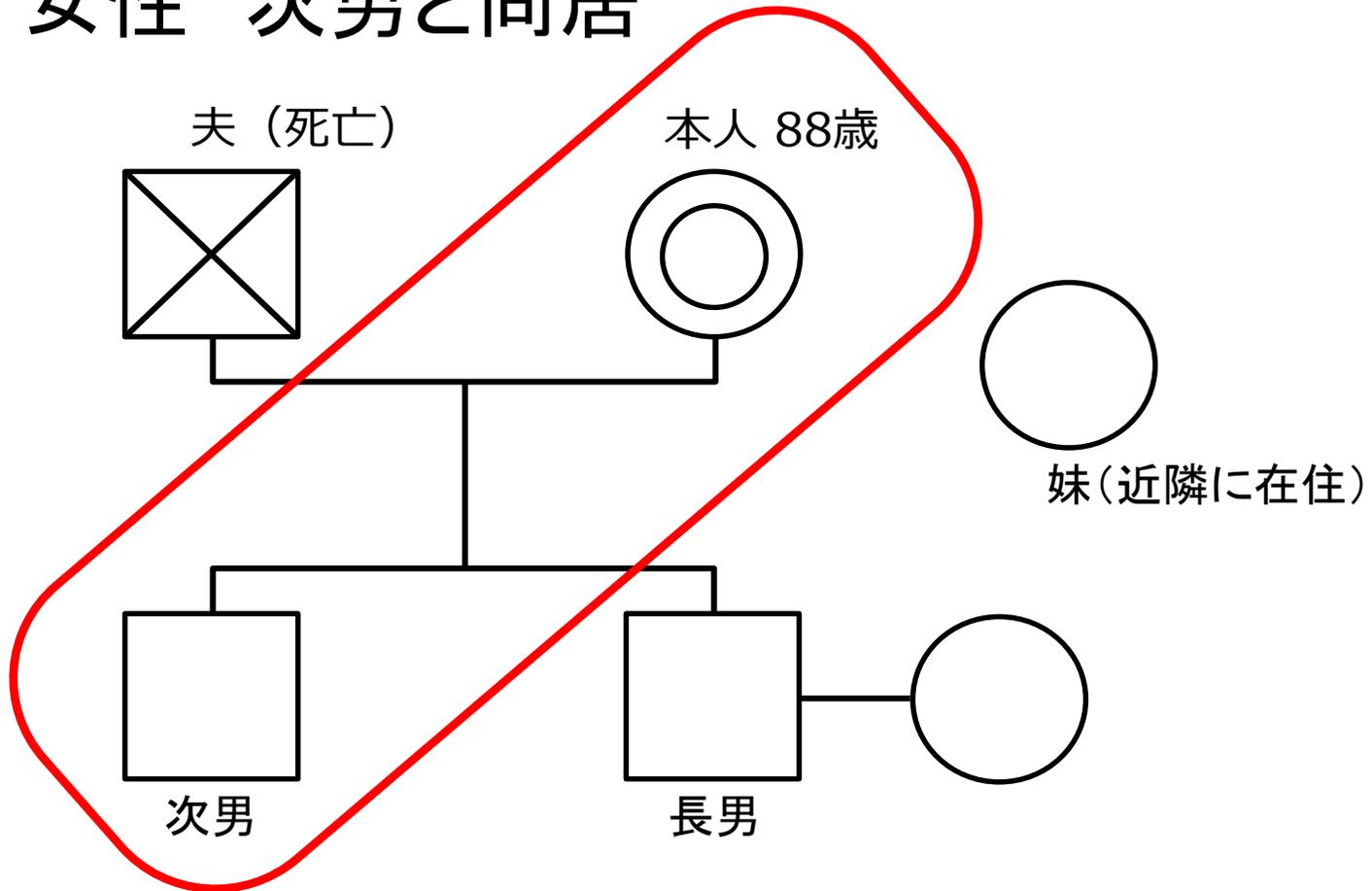
多疾患合併のため 下肢の皮膚病変の治療に 困難であったケース（症例）

はじめに

- 認知機能低下に加えて多疾病を併存し、治療とケアに難渋したケースを紹介する
- 治療への理解をどのように促し、ケアの継続のためにどのようなチームを構成するか、地域での治療のための病診連携及び医療・介護連携について解説する

症例2(1)

88歳 女性 次男と同居



症例2(2)

88歳 女性

【既往歴】

認知症、高血圧症、腰部脊柱管狭窄症、神経因性膀胱、骨粗鬆症、下肢閉塞性動脈硬化症、左第5趾に潰瘍形成、壊死と踵部皮膚潰瘍

症例2(3)

【診療開始経緯】

腰痛、両足のしびれあり、通院が困難とのことで、当院による訪問診療を開始。要介護4の夫を介護していたが、その負担も大きく、うつの症状もみられた。同居の次男は、早朝に家を出て夜遅く帰る生活で、介護への協力は期待できない状況。

症例2(4)

【治療経緯】

X-10年 訪問診療開始

腰痛、両足のしびれが悪化、歩行困難との訴えあり、精査により脊柱管狭窄症と診断される。MMSE26点、この時点では認知機能に問題なし。脊柱管狭窄症の疼痛ケア、骨粗鬆症、高血圧症の治療を開始。

症例2(5)

- X-8年 腰部脊柱管狭窄症の手術実施。
痛みは改善したが、足首より先に痺れあり、転倒リスクが高い状況。訪問リハビリテーションを開始。
神経因性膀胱により、排尿困難。
- X-7年 夫の介護による疲労が増大。
夫はショートステイを利用し、本人の負担軽減を図るが、「一人じゃ寂しい」といった発言もあり、訪問看護を導入し、全身状態の確認及び傾聴や精神状態の観察を依頼。

症例2(6)

X-6年 夫死亡。訪問看護による精神状態の観察及び思いや苦痛の訴えの傾聴を継続。白内障手術実施。

X-5年 左踵に角化及び裂孔あり。近医の皮膚科と連携し治療を行うも改善せず。閉塞性動脈硬化症が指摘され、左下肢浅大腿動脈及び膝窩動脈の狭窄部に対してPTA実施。左踵部潰瘍に対して全層植皮。

症例2(7)

X-3年 左第5趾に潰瘍形成、壊死。左第5趾切断、断端形成術実施。

X-2年 認知機能低下。HDS-R:18点
植皮の境界部より浸出あり、潰瘍化。
病院との連携による治療継続。

症例2(8)

X-1年

左踵部潰瘍が悪化。本人に洗淨や軟膏塗布、装具着用などを指示するもうまくできない、忘れてしまう状況。麻痺があり、本人は痛みの訴えが少ない。

当初入院加療を説得するも拒否があったため、訪問看護の日数を増加し、洗淨や軟膏塗布の処置の充実と感染兆候の観察を実施。

再三の説得により入院加療を承諾。

左大腿動脈-左後脛骨動脈バイパス術及び踵骨部分切除、閉創実施。

創部写真



X-1年2月



X-1年6月



X-1年9月術後

症例2(9)

X-0年 訪問看護師による創部の洗浄及び軟膏塗布を継続。服薬は薬剤師により管理。訪問リハビリテーションにより歩行動作がスムーズになり、活動量が増加、全身状態及び精神状態が改善。

治療への拒否的な態度はほぼなくなるも、麻痺があり痛みを感じず、創の悪化や感染兆候に気づくことができないため、訪問看護師、薬剤師が常に創の状態を確認、継続的なモニタリングを行っている。

病院との連携

- 病院の治療方針や管理方法について本人に補足説明を繰り返し実施
- 病院と本人の自宅の状況、介護力を共有し、実施・継続可能なケア及び体制を検討

本人の状態変化に合わせたケア

- 患者の妻(介護者)の状態変化への配慮
- 家族全体のマネジメント
- 夫の介護と本人自身の治療とのバランス
- 認知機能低下、治療への理解力低下への対応
- 生活上の困りごとのアセスメント

多職種によるモニタリング

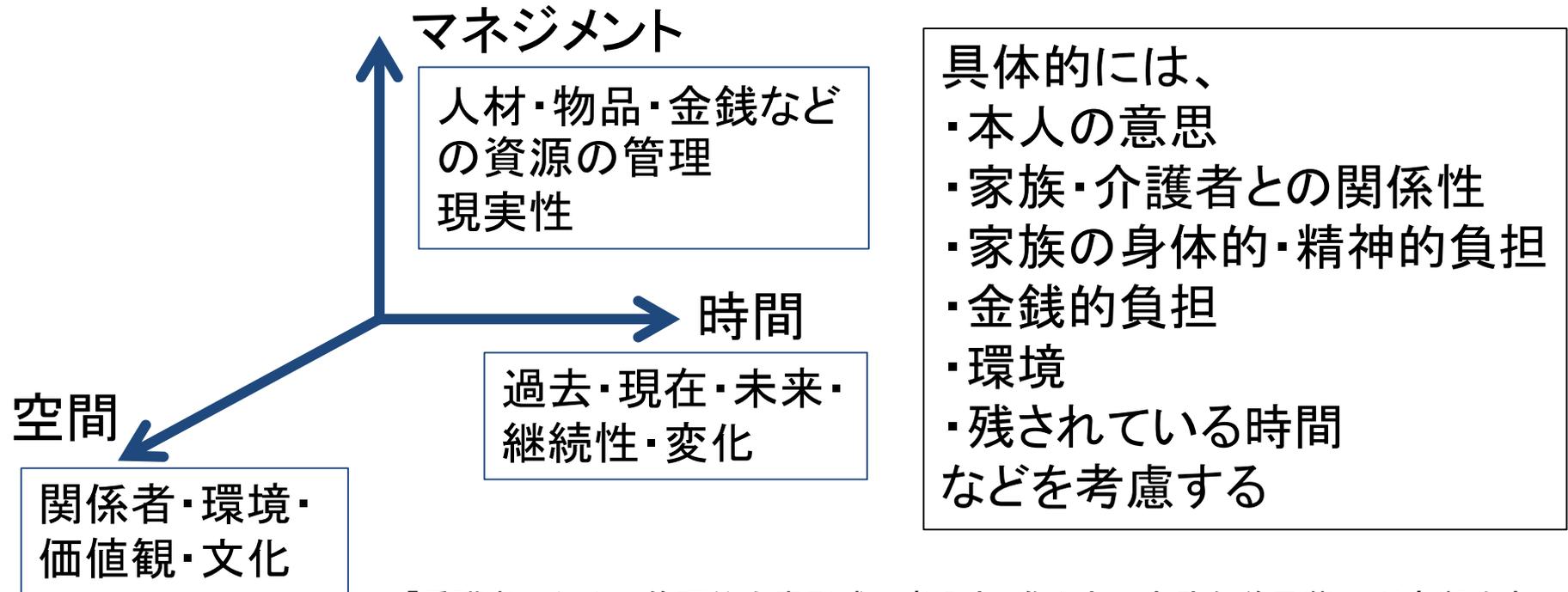
- ケアマネジャー
- 訪問看護
- 薬剤師による居宅療養管理指導
(在宅患者訪問薬剤管理指導)
- 訪問リハビリテーション
- デイサービス

在宅医療の継続のために考える視点

1. 不必要な入院のきっかけを作らない
2. 本人・家族のストレスの軽減
3. 予防的対応
4. 患者・家族への啓発

合意形成において考えるべき バランス

合意形成は「最善策を探し続けるプロセス」である。多角的な検討が必要



「看護者のための倫理的合意形成の考え方・進め方」(吉武久美子著)より高瀬改変

【参考】

認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン(厚生労働省)

<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000212396.pdf>

社会的意思決定 ～財産管理～

法定後見制度の概要

| | 後見 | 保佐 | 補助 |
|--------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|--|
| 対象となる方 | 判断能力が欠けているのが通常の状態の方 | 判断能力が著しく不十分な方 | 判断能力が不十分な方 |
| 申立てをすることができる方 | 本人、配偶者、四親等内の親族、検察官、市町村長など(注1) | | |
| 成年後見人等(成年後見人・保佐人・補助人)の同意が必要な行為 | (注2) | 民法13条1項所定の行為(注3)(注4)(注5) | 申立ての範囲内で家庭裁判所が審判で定める「特定の法律行為」(民法13条1項所定の行為の一部)(注1)(注3)(注5) |
| 取消しが可能な行為 | 日常生活に関する行為以外の行為(注2) | 同上(注3)(注4)(注5) | 同上(注3)(注5) |
| 成年後見人等に与えられる代理権の範囲 | 財産に関するすべての法律行為 | 申立ての範囲内で家庭裁判所が審判で定める「特定の法律行為」(注1) | 同左(注1) |
| 制度を利用した場合の資格などの制限 | 医師、税理士等の資格や会社役員、公務員等の地位を失うなど(注6)(注7) | 医師、税理士等の資格や会社役員、公務員等の地位を失うなど(注7) | |

出典：法務省民事局「成年後見制度成年後見登記」<http://www.moj.go.jp/content/001287467.pdf> より抜粋

まとめ

- 療養生活を支える多職種でのチームを構成し、目標を共有する
- 本人の身体機能や能力に加え、社会的資源も評価して、継続可能な治療やケアを検討する
- 本人が持つ生活史を理解した上で、倫理的配慮に基づき意思決定を支援する