具体的な地域医療活動

地域医療と高齢者診療（各論）

多疾患併存

北里大学医学部新世紀医療開発センター地域総合医療学
木村 琢磨

〔日内会誌 108：764～769, 2019〕

ワンフレーズ
メッセージ

多疾患併存の患者では、各々の疾患に対する診療ガイドライン等に準じた治療方針を組み合わせるのみでは、患者に不利益が生じ得ることを認識し、治療に対する患者の負担感を踏まえ、個々の患者に応じた治療目標を設定する。

Key words 多疾患併存, 高齢者, 治療に対する患者の負担感, 診療ガイドライン

はじめに

我が国では、高齢者の増加に伴い、多疾患併存（multimorbidity）患者が増加している。多疾患併存とは、一人の患者において複数の慢性疾患が併存し、診療の中心となる疾患が設定し難い状態である^{1,2)}。イギリス（スコットランド）のデータでは、約175万人を対象とした観察研究で、65～84歳の64.9%、84歳以上の81.5%が多疾患併存であることが明らかになっている。多疾患併存を構成する疾患・病態には、内科的な慢性疾患と共に精神疾患等も含まれる（表1）。

欧米においては、多疾患併存の患者は、そうではない患者に比べて、死亡率が高い、QOL（quality of life）が低い、医療費が高い等の望ましくない臨床アウトカムと関連があることが明らかになっている¹⁾。さらに、社会・環境面の

問題も併存することが多く、単一の疾患に対する診療ガイドラインに準じたアプローチを組み合わせるのみでは、そのマネジメントに限界が生ずることが多い^{1,2)}。

本稿では、多疾患併存を念頭に置いた診療について、外来診療に主眼を置いて考えてみたい。

1. 事例提示

症例：83歳、男性。Tさん。

Tさんは、自宅近くのAクリニックへ長らく通院中である。高血圧、2型糖尿病、慢性閉塞性肺疾患、便秘で、降圧薬2種類、経口血糖降下薬2種類、緩下剤を内服し、インスリンを朝1回自己注射し、抗コリン薬を吸入中である。妻の協力もあり、食事・運動療法も続けており、朝晩の散歩も欠かさない。

昨年、Tさんは急性心筋梗塞を発症した。幸

Series：What is an Internist Practicing Community Medicine?；Multimorbidity.

Takuma Kimura：Department of Community and family Medicine, Research & Development Center for New Medical Frontiers, Kitasato University School of Medicine.

表1 多疾患併存を構成する疾患・病態例

内科疾患	高血圧、肥満、糖尿病、慢性閉塞性肺疾患、高尿酸血症、気管支喘息、脂質異常症、心房細動、慢性心不全、虚血性心疾患、関節リウマチ、脳血管障害、甲状腺機能異常、慢性腎臓病等
精神疾患	認知症、不安障害、抑うつ、睡眠障害等
整形外科疾患	骨粗鬆症、変形性関節症、脊柱管狭窄症、慢性腰背部痛等
悪性腫瘍	肺癌、胃癌、大腸癌等
その他の領域	排尿障害、前立腺肥大症、過活動膀胱、白内障等

い、一命を取り留め、現在もB病院の循環器内科へ通院し、抗血小板薬、 β 遮断薬、プロトンポンプ阻害薬を内服中である。また、前立腺肥大症で同院の泌尿器科へ定期通院し、 $\alpha 1$ 遮断薬を内服中である。AクリニックとB病院の薬剤は、Aクリニックの近くの薬局でもらっている。

ある日、Aクリニックの外来で、Tさんから「余っている薬を持ってきたので、処方日数を調整してほしい」と申し出があった。見ると、AクリニックからもB病院からも処方されていない薬剤が含まれていた。Tさんへよく確認すると、数年前から足の痺れでC病院の整形外科へ通院中であり、脊柱管狭窄症と言われ、プレガバリン、非ステロイド性抗炎症薬、“胃薬”を内服中で、C病院近くの薬局を利用中だという。

Tさんは、自宅で血圧を朝晩、血糖値を1日3回、毎日測定し、朝・昼・夕・就寝前に薬剤を内服し（11種類、21錠）、吸入も行い、カロリーに注意して外食も控え、雨の日も朝夕の散歩を欠かさないようにしているという。Aクリニックの医師が患者へ「いろいろと気を付けたり、たくさんの薬を飲んだり、大変ですね」と言うと、Tさんは「薬を飲んだり、血糖を測ったりで、外出もままなりません、それが私の仕事ですからね」と笑っている。各疾患の診療は、各々の専門医が診療ガイドラインに則り、一定以上の質でなされていると考えられる。

後日、同じくAクリニックへ通院しているTさ

んの奥様へAクリニックの医師が様子を伺うと、「主人は薬の飲み忘れも多く、最近足腰が弱って運動や通院が負担になっていると思います」という。

Aクリニックの医師は、Tさんに併存する全ての疾患や治療に対する負担感を含めた治療目標の設定、治療方針全体に関する舵取りが不十分であったと感じた。

2. 事例から見えてくる 課題・問題点(表2)

1) 医師が多疾患併存の臨床的重要性を認識していない

本事例のTさんは、内服管理や通院が困難となっており、多疾患併存を特に意識した診療が求められていた可能性がある。

多疾患併存を念頭に置いた診療には、まず医師が多疾患併存の患者は、そうではない患者に比べて、QOLの低下、コストの増加ならびに死亡率の上昇等の望ましくない臨床的アウトカムが生じやすいことを認識しておくことが第一歩となる。その啓発が必要であるが、それだけで、ある患者が多疾患併存であることを医師が認識できるとは限らない。

2) 患者の他院への通院状況の把握が不完全であるために、多疾患併存であることを認識できない可能性

特に高齢者では、継続的に診療している患者が、自らが担当する外来以外に他院、時に複数の診療所・病院へ定期通院していることも稀ではない。本事例においても、Aクリニックの医師は、TさんがC病院の整形外科へ通院し、薬剤の処方を受けていることを数年間、把握できていなかった。

長年通院中の患者であっても、新たに他院へ定期通院を開始した場合、併存疾患やその主治

表2 多疾患併存の診療における臨床的課題・問題点

- ・医師が多疾患併存の臨床的重要性を認識していない
- ・患者の他院への通院状況の把握が不完全であるために、多疾患併存であることを認識できない可能性
- ・多疾患併存の患者が有する各々の疾患を診療ガイドラインに則って診療することで、患者に不利益を来たす可能性

医の存在自体を把握できず、医師が患者の多疾患併存を認識できなくなる恐れがある。患者によっては、各々の医師へ遠慮し、あえて言わないようにしていることすらある。多忙な外来で、患者の他院への通院状況を正確に把握するには、どうすればよいのであろうか。

3) 多疾患併存の患者が有する各々の疾患を診療ガイドラインに則って診療することで、患者に不利益を来たす可能性

多疾患併存の患者においては、併存する各々の疾患について、診療ガイドラインの適用を遵守した治療方針をとることが患者の負担を増やし、結果として、過剰な介入となることがある。本事例のTさんにおいても、各々の疾患における診療ガイドラインの適用を遵守した診療が、結果的に生活が服薬や食事・運動療法等の療養中心になることによって、時間的・精神的負担、治療費に伴う経済的負担等につながっていた可能性がある^{3,4)}。この際、自ずとポリファーマシーが生じやすく、ポリファーマシーによる転倒等によって、ケアの質を下げることも懸念される。

さらに、併存する疾患の組み合わせによっては、例えば、腎機能障害とサルコペニアを有する患者の蛋白摂取を制限するか推奨するか、糖尿病が併存する変形性膝関節症の患者に対して運動療法を制限するか推奨するか等、患者教育に矛盾が生ずることもあり得る。多疾患併存の患者においては、各々の疾患において妥当なケア内容であっても、全体的に良いケアとなつて

いるか否かを吟味する必要がある。

3. 地域医療ならではの対応

1) 患者が多疾患併存であることを認識するために

患者が複数の医療機関へ通院している場合、それを認識できなければ、多疾患併存であることを認識できない。これに対して、現実的にまず可能な対応として、医師は外来診療で必ずお薬手帳を見るべきである。患者が通院している医療機関の全てで処方がなされているとは限らないが、お薬手帳に薬剤のシールがきちんと貼られてさえいれば、患者が他院を受診し、薬剤が処方された場合、医師はこれを認識することができる。他の医療機関で継続的な処方が開始されたことを把握することは、多疾患併存の患者を診療するうえでの第一歩である。

ただし、通院する全ての医療機関で処方された薬剤が同一の薬局（かかりつけ薬局）から調剤されていなければ、認識できない可能性がある。そのため、医師は患者へ「かかりつけ薬局」をつくることを勧めるべきである。

2) 多疾患併存であることを特に意識した診療を必要とする状況とは

多疾患併存に関する多くの調査に準じて、2つ以上の疾患を有すれば多疾患併存とみなすという操作的定義（operational definition）で考えると、多疾患併存の患者は臨床現場で極めて多い。医師は常に多疾患併存を認識して診療すべきであるが、どのような患者において、多疾患併存であることを特に意識した診療とする必要があるのであろうか。

(1) 患者の主観的側面

まず、患者自身の主観として、治療に対する患者の負担感がどの程度あるかを重視すべきであろう。さまざまな治療に伴う食事療法、運動

療法ならびに薬剤管理に対処する労力が許容範囲を超えると、患者はもちろん、介護者にもマイナスの影響があるため、家族や他職種の意見も重視すべきである。

英国のNICE（National Institute for Health and Care Excellence）による多疾患併存のガイドラインでは、多疾患併存を念頭に置いた診療が望まれる例として、日々の生活のしづらさが挙げられている。介護サービスを一定以上受けている場合はもちろん、受けていない場合にも、患者の主観を重視すべきであることを示していると言えよう⁵⁾。

(2) 患者の客観的評価

次に、客観的な視点も必要である。高齢者総合的機能評価（comprehensive geriatric assessment：CGA）を行い、日常生活動作（activities of daily living：ADL）、手段的日常生活動作（instrumental ADL：IADL）、認知機能、うつ（病）ならびに転倒リスク等について評価する必要がある。ADL低下は運動療法の限界等を、IADLや認知機能の低下は薬剤管理能力の低下等を示唆する可能性があり、治療方針の決定に直結するためである⁶⁾。臨床的には、身体的疾患と精神的疾患の合併、虚弱高齢者、頻繁な救急受診、ポリファーマシー等も目安となる⁵⁾。

(3) 主治医以外の見解

他職種や研修医・専攻医からは、主治医が知り得ない患者の発言（例えば「食事療法が負担である」等）や主治医が気付いていない患者の状況（例えば、家屋内での転倒歴等）についての情報が得られ、有益であることがあるため、参考にすべきである。

4. 事例の転帰

まず、Tさん本人の通院が大変であるという意向を踏まえ、Aクリニックの医師は、B病院の循環器内科・泌尿器科の主治医と相談し、B病院からの処方や定期採血はAクリニックで行

い、B病院の循環器内科・泌尿器科への受診は年2回の方針とした。

次に、認知機能の評価を行ったところ、軽度の認知機能障害を認めた。「高齢者糖尿病診療ガイドライン2017」（日本老年医学会・日本糖尿病学会、2017年）も参考に、HbA1cの治療目標は現在よりも高値に設定することとした。

さらに、Tさん本人と相談し、内服薬をなるべく朝にまとめるべく減薬し、血糖測定回数も減らして外出しやすくし、大好きな孫と遊ぶ時間を増やしてもらうこととした。

今後、C病院の整形外科への受診間隔を検討し、処方薬をAクリニックで行う体制とするか否かはTさんや奥様と相談中であるが、まず、利用する薬局をAクリニック近くの薬局に集約し、「かかりつけ薬局」としてもらった。

5. 内科医に対するメッセージ

1) 多疾患併存の患者と診療ガイドライン

(1) 診療ガイドラインを適用する際の限界

多くの医師は診療ガイドラインを機械的に当てはめることなく、患者の意向、医師の考え（経験）を統合した診療を行っていることであろう。ただし、そもそもさまざまな慢性疾患の診療ガイドラインの多くは、多疾患併存ではない患者が対象である現状を認識しておく必要がある。

一般的に、ある慢性疾患において推奨されるエビデンスのある薬物療法は、その根拠となるランダム化比較試験では、単一疾患あるいは限られた併存疾患（例えば、高血圧を合併した糖尿病等）を有する患者のみが対象の臨床研究であることが多く、多疾患併存の患者が含まれたランダム化比較試験は少ない⁷⁾。そのため、現状の診療ガイドラインで推奨される薬物療法を多疾患併存の患者へ適用するには限界が生ずる。

(2) 併存疾患が考慮された診療ガイドライン

近年、我が国においても、ある疾患で推奨さ

れる治療方針について、併存疾患が考慮された診療ガイドラインが作成されている。例えば、日本糖尿病学会と日本老年医学会による「高齢者糖尿病診療ガイドライン2017」においては、認知機能、基本的ADL、IADL、併存疾患・機能障害の有無により、異なる治療目標として、合併症予防のみならず、低血糖を防ぐことも加味したHbA1cの目標値が提示されており、非常に参考になる⁶⁾。

ただし、糖尿病において併存し得る視覚障害、聴力障害ならびにうつ（病）等への対応は言及されていない。そもそも、多疾患併存の患者における全ての“併存パターン”に対応する診療ガイドラインを作成することは不可能である。臨床情報を集約し、個々の患者に合わせた治療目標を設定する必要がある。

2) 多疾患併存の患者の診療方針全体の舵取りを担う

(1) 臨床情報の集約と統合

まず情報が分断されないように、併存疾患で通院中の医療機関・薬剤について常に把握することに努める。特に高齢者では、多くの併存疾患を有し、複数の主治医を持つことも多いが、併存疾患とその主治医に関する情報を集約する。さまざまな臨床情報が複数の主治医と患者側の双方で共有されれば、個々の患者に合わせた治療目標の設定が容易になるため、多疾患併存であることの負の側面は小さくなるであろう。

ただし、実際には情報共有に限界が生ずることも多いため、複数の主治医の誰が診療方針全体の舵取りを担うかを徐々に明確にし、単一疾患毎ではなく、ある医師がいくつかの疾患の主治医となり、診療体制を統合することが求められるのではないだろうか。この際、通院が困難である等の状況も踏まえ、患者や家族の意向を必ず重視する。

(2) 診療方針全体の舵取りや調整

さまざまな臓器・領域の専門医へ通院が必要

な場合、その目的は特定の疾患に関する診療であり、責任や役割分担を明確にして通院間隔を吟味する。そして、内科医等が臓器・領域の専門医と連携し、診療方針全体の舵取りや調整役を担うことが、多疾患併存の患者に対する望ましい体制の1つではないであろうか。

3) 個々の患者に合わせた支援を行う

(1) 患者が大切にしていることを認識する

重要なのは、治療目標は、一次予防・二次予防、生命予後の改善、基礎疾患に関連した合併症の予防のみならず、患者が大切にしていること（孫と遊びたい、仕事を続けたい等）の達成、QOLを規定する要素（治療に対する患者の負担感を含む）の改善であることを認識することである。

(2) 治療が患者の生活に与える影響を認識する

1日の服薬回数、服薬のサポート状況等の生活パターンや生活援助について把握したうえで、食事・運動療法の実現可能性等について情報収集し、本人はもちろん、家族も含め、生活への悪影響や治療に対する患者の負担感がないか確認する。

(3) テーラーメイドの最適な治療内容を設定する

前述の内容に基づいて、診療ガイドラインに準拠した疾患の治療・ケアも踏まえ、患者全体の有益性と害（薬剤に関連した有害イベントを含む）を査定し、各疾患の治療目標の組み合わせではなく、テーラーメイドの治療目標を決定していく。

最適な治療が何であるかは難しい問題であるが、減薬、食事・運動療法の緩和、転倒リスクがあれば転倒予防を治療目標に設定する。この際、自覚症状（腰痛等）の軽減や短期的に生じ得る合併症（糖尿病患者のケトアシドーシス等）の予防、重篤な副作用（糖尿病患者の低血糖等）の予防を優先するとよい。ただし、治療目標の変更後は、各々の疾患の病勢等を慎重に経過観察する。

(4) 生活・療養支援

多疾患併存の患者では、生活や療養に援助が必要であることが多く、患者の家族はもちろん、ケアマネジャー等の介護保険サービス関連のスタッフ、必要に応じて、患者の知人等と定期的に相談しながら、生活や療養を支援していく。この際、常に本人がどのような生活を送りたいのかを尊重し、「本人の意思に反するケアは質の良いケアと言えない」という基本を再認識する必要がある。そして、治療も介護も本人が必要とする内容のみが提供されるべきである。

ただし、現状では、糖尿病や高血圧、うつ病を併存する患者に対し、多職種連携の強化、患者への教育支援の強化等の介入を行っても、HbA1c、収縮期血圧の改善が認められないことがシステマティックレビューの結果で明らかになっていることも認識しておくべきであろう⁸⁾。

(5) 意思決定支援

多疾患併存の患者では、認知機能の低下がみられる等、意思決定支援が必要であることが多い。医師は家族ともやりとりしつつ、患者自身の意向がバランス良く取り入れられるように配慮していく。そして、アドバンス・ケア・プランニング (advance care planning : ACP)、すなわち、「患者の意思決定能力があるうちから、死生観や価値観を家族やケアチームが相互に理解・共有し、将来、基礎疾患が増悪した際のケ

アの方向性を医師と患者側で共に考え計画するプロセスと、意思決定を支援する活動」の視点も欠かせない。

4) 診療する地域全体にも目を向ける

イギリス (スコットランド) における約 175 万人を対象とした観察研究では、最も貧困な地域では、最も裕福な地域に比べて多疾患併存の発生が 10～15 年早く、精神疾患を併発する割合が高いという報告がある点は認識しておくべきである¹⁾。多疾患併存の予防や発生を遅らせるための方法について、自らが臨床を行う地域社会とその課題にも目を向けたい。

おわりに

今後、多疾患併存の患者は増加していくと考えられ、併存疾患の相互への影響や介入内容、サポート体制と患者のアウトカムについて明らかになることが望まれる。そのうえで、最も重要であるのは、患者と医師のコミュニケーションに基づいて、個々の患者に固有の治療目標が設定されることであろう。

著者のCOI (conflicts of interest) 開示：本論文発表内容に関連して特に申告なし

文献

- 1) Barnett K, et al : Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education : a cross-sectional study. *Lancet* 380 : 37-43, 2012.
- 2) 雨森正記：診療所医師による地域医療の課題と実践。日内会誌 106 : 2196-2200, 2017.
- 3) May C, et al : We need minimally disruptive medicine. *BMJ* 339 : b2803, 2009.
- 4) Rosbach M, Andersen JS : Patient-experienced burden of treatment in patients with multimorbidity – A systematic review of qualitative data. *PLoS ONE* 12 : e0179916, 2017.
- 5) Multimorbidity : clinical assessment and management. NICE guideline [NG56]. September 2016. <https://www.nice.org.uk/guidance/NG56/chapter/Recommendations#general-principles>
- 6) 日本老年医学会・日本糖尿病学会編・著：高齢者糖尿病診療ガイドライン2017。南江堂，2017。
- 7) Wehling M : Guideline-driven polypharmacy in elderly, multimorbid patients is basically flawed : there are almost no guidelines for these patients. *J Am Geriatr Soc* 59 : 376-377, 2011.
- 8) Smith SM, et al : Interventions for improving outcomes in patients with multimorbidity in primary care and community settings. *Cochrane Database Syst Rev* 3 : CD006560, 2016.