抗菌薬からみる終末期の感染症診療



筑波大学附属病院病院総合内科講師

伊東 完

2017年東京大学医学部卒業。東京大学医学部附属病院感染症内科，筑波大学附属病院病院総合内科，英国Anglia Ruskin大学大学院，東京医科大学茨城医療センター総合診療科を経て2025年から現職。米国感染症学会International Investigator Award受賞。著書に『抗菌薬のセカンドチョイスとスチュワードシップ』(金芳堂)，『知識がつながる抗菌薬―まるわかり感染症診療』(医学書院)，編著に『プライマリ・ケア医のための基本薬の使い分け』(日経BP)など。

1 はじめに―日本の現状	p02
2 最初に決めるのは抗菌薬でなく，治療のゴール	p03
3 これは本当に抗菌薬で治療すべき感染症か	p05
4 抗菌薬以外にもできる治療がある	p09
5 抗菌薬を使うときに決めておくこと：目的，期間，評価項目	p10
6 どの感染症で抗菌薬による症状緩和を期待できるか	p13
7 抗菌薬をいつ，どのようにやめるか	p14
8 おわりに―日本は海外から何を学べるか	p16

アイコン説明

- 注意事項／課題・問題点
- 補足的事項／エッセンス
- お役立ち／スキルアップ
- Link 関連情報へのリンク

HTML版
スマホでも読みやすいブラウザ表示です。本コンテンツ購入後、無料会員登録することでご利用いただけます。

無料会員登録
無料会員登録の手順の解説です。

オリジナルコンテンツ
日本医事新報社のオリジナルWebコンテンツや関連書籍を検索できます。

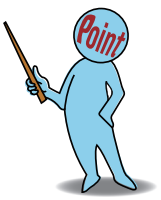
ご利用にあたって

本コンテンツに記載されている事項に関しては，発行時点における最新の情報に基づき，正確を期するよう，著者・出版社は最善の努力を払っております。しかし，医学・医療は日進月歩であり，記載された内容が正確かつ完全であると保証するものではありません。したがって，実際，診断・治療等を行うにあたっては，読者ご自身で細心の注意を払われるようお願いいたします。

本コンテンツに記載されている事項が，その後の医学・医療の進歩により本コンテンツ発行後に変更された場合，その診断法・治療法・医薬品・検査法･疾患への適応等による不測の事故に対して，著者ならびに出版社は，その責を負いかねますのでご了承下さい。

私が伝えたいこと

- 終末期であっても，発熱，CRP高値，培養陽性だけで感染症と決めつけず，患者背景，感染臓器，原因微生物の3つの要素から基本に忠実に診断する。
- 抗菌薬を使うかどうかを決める前に，延命，症状緩和，機能維持や希望する療養場所など，現状の治療で実現したい患者の目標を明らかにする。
- 感染症治療は抗菌薬だけではない。感染源コントロールや対症療法も含め，患者の苦痛と治療負担を最も少なくできる方法を選ぶ。
- 抗菌薬を開始する場合には，目的，期間，評価項目と中止条件をあらかじめ共有し，検査値だけでなく，患者にとって意味のある効果が得られたかを確かめる。
- 抗菌薬を使用しないことや中止することは，治療の放棄ではない。患者の目標に沿って，行う治療の内容と重点を切り替えることである。



1 はじめに──日本の現状

筆者が中学受験に向けて勉強していた2000年代はじめ，テレビではアニメ『ブラック・ジャック』が放送されていた。病気を治せる医師は，カッコいい。そう感じながら医学部を志し，やがて医師になった。ブラック・ジャックのような外科医にはならなかったが，感染症を専門に選んだ背景にも「病気を治せる医師」への憧れがあったように思う。適切な抗菌薬を投与すれば，病原体は駆逐され，患者は良くなる。だからこそ，治療がうまくいかないときは「おかしい」と気づける。本当に，抗菌薬はよくできた薬だ──この感覚は，感染症診療に携わる者に広く共有されているのではないだろうか。

しかし，医療の役割は病気を治すことだけではない。超高齢社会では，病気を取り除き，発症前の生活や機能に戻すことを治療目標にできない患者が増えている。慢性心不全のように，増悪と回復を繰り返しながら，長期的には心身の機能が低下していく疾患も少なくない。全身状態が良い時期なら，感染症を新たな一病としてとらえ，治癒をめざすこともできる。だが終末期には，感染症を制御できるかだけでなく，検査，点滴，入院，薬剤有害事象などの負担を引き受けてまで治療を行うことが，患者の望む時間や生活の実現につながるのかが問われる。病原体を消せることと，患者にとって治療が成功することは，必ずしも同じではないのだ。

日本では，死亡登録に基づく保守的推計でも，2020年に緩和ケアを必要とする人口が約106万人に達している[1)]。2024年の年間死亡者数の約

関連コンテンツ



jmedmook104 プライマリ・ケアのギモンに応える 感染症Q&A：日本プライマリ・ケア連合学会感染症委員会/日本感染症学会学際化・国際化委員会監修，B5判，130頁。現場での抗菌薬の使いわけや「外来でグラム染色をすべき？」といった疑問への回答から，「風邪なのに抗菌薬を欲しがる」患者さんへの対応，「感受性のない抗菌薬が効いてしまう理由」といった感染症に関する知っておきたい知識まで，エキスパートが明快に解説。

©日本医事新報社 無断転載・複製禁止
著作権追跡番号：NFT3047-162611

160万人と比べても相当な数であり，緩和ケアの専門家だけで到底担える規模ではないだろう[2)3)]。また，米国3施設での大規模コホートでは，感染症科コンサルトを受けた患者の6カ月死亡率は約20%で，非産科入院患者全体の9.0%に比べ約2倍だった[4)]。同一入院中に緩和ケアコンサルトも受けた患者は7.6%にとどまり，両者を受けた患者の69.5%では感染症科への相談が先行していた。終末期医療と感染症診療や抗菌薬との関係が切っても切れないものであることは，終末期医療を受けている患者の半数以上に抗菌薬が投与されていたという報告からもわかるだろう[5)]。

本稿で扱うのは，終末期にどの抗菌薬を選ぶか，という技術にとどまらない。感染症を「治る」「治らない」にわけるだけでなく，治療しても患者の目標を実現できない感染症を見きわめ，抗菌薬を含む治療そのものをどう選ぶかを考えたい。

「終末期」の新しい表現

厚生労働省や医療現場では，「終末期」を「人生の最終段階」や「エンドオブライフ」と表現することが増えている。ここには，「もう治らない」という冷たい印象を減らし，患者本人が最期まで自分らしく生きることを尊重しようという意図がある。

2 最初に決めるのは抗菌薬でなく，治療のゴール

感染症治療と聞くと，つい抗菌薬という言葉が思い浮かぶ。しかし，感染症治療も抗菌薬も，あくまで患者にとって大切な目標を実現するための手段であって，それ自体が目的ではない。大切なのは，患者が何を大切にしているかを理解し，それを可能な限り実現することだ。それは少しでも長く生きることかもしれないし，苦痛なく過ごすこと，家族や友人，ペットと一緒にいること，あるいは食事を楽しむことかもしれない。この原則は終末期医療に限ったものではない。ただ，終末期では，感染症を制御する利益が限定的または不確実になることに加え，検査・点滴・入院・薬剤有害事象などの負担が患者に残された時間の過ごし方を大きく左右することがある。だからこそ，治療のゴールを通常以上に強く意識する必要があるのである。たとえば，静注抗菌薬を開始すれば，感染症を制御できる可能性がある。しかし，それによって入院が長引けば，患者が望む「家で過ごす」という目標は遠ざかる。一方，数日間の治療によって意識状態や食事摂取が改善し，家族と会話できるようになるのであれば，抗菌薬は患者の希望を実現する手段となりうる。重要なのは，抗菌薬を使うこと自体を目標にしないことである。

抗菌薬によって感染症を一時的に抑えられても，がん，心不全，認知症や老衰そのものが改善するわけではなく，患者がたどっている死に至る過程（dying process）全体を反転させられるとは限らない。病原体を消せることと，患者にとって治療が成功することは，必ずしも同じではないのである。また，抗菌薬も無害ではない。米国の単施設研究では，抗菌薬を24時間以上投与された一般内科入院患者の20%に，少なくとも1つの抗菌薬関連有害事象が認められている[6)]。さらに，不必要な抗菌薬投与や過度に広

抗菌薬治療の利益と負担をどう考えるか

期待できる利益	考慮すべき負担
• 症状の軽減 • 一時的な感染制御 • 会話・食事・移動能力の回復 • 希望する療養場所への移動	• 点滴・採血などの処置 • 入院による生活の制約 • 薬剤有害事象 • 本人・家族の負担

©日本医事新報社 無断転載・複製禁止
著作権追跡番号：NFT3047-162611

域な抗菌薬の選択は，耐性菌の選択と拡大につながりうる点にも留意したい[7]。

では，治療のゴールをどのように決めるとよいだろうか。ここで大切になる考え方が，共同意思決定（shared decision making）である（**表1**）[8]。これは，医療者が一方的に方針を決めるパターナリスティック・モデルや，選択肢を並べて「どちらにしますか」と患者側に判断をゆだねるインフォームド・モデルとも異なる。医療者は，医学的に達成可能な選択肢を整理し，それぞれの利益と負担を説明した上で，患者の価値観に最も合う方針を推奨する責任を負う。そのための再現しやすい方法としてREMAP法が提唱されている（**表2**）[9]。まず，現在の病状と今後の見通しを患者や家族と共有する（reframe）。それによって生じる驚きや悲しみ，怒りなどの感情的反応を受け止めた上で（expect emotion），患者が大切にしてい

共同意思決定のイメージ

ワインに詳しくない人に，長いワインリストだけを渡しても，ピッタリの1本を選ぶのは難しい。そこで客は「初心者向けがよい」「フルーティーなものが好み」「日々の仕事終わりに沁みるもの」と希望を伝える。ソムリエはそれをふまえて候補を絞り，理由を添えて薦め，客と相談しながら最高の1本を決める。共同意思決定も，これに近いものがある。

表1 治療に関する意思決定モデル

意思決定の段階	パターナリスティック・モデル	共同意思決定モデル	インフォームド・モデル
情報の流れ	医療者 ⇒ 患者	医療者 ⇔ 患者	医療者 ⇒ 患者
共有される情報	主に医学的情報	医学的情報＋患者の価値観・生活背景	主に医学的情報
情報の範囲	法的に必要とされる最小限	意思決定に必要な情報	意思決定に必要な情報
選択肢の検討主体	医療者	医療者と患者	患者
最終方針の決定主体	医療者	医療者と患者	患者

（文献8より作成）

表2 REMAP法

ステップ	対話のポイント	早期の声かけ	終末期の声かけ
reframe 病状と見通しを共有	患者・家族の病状認識を確認。医療者の見立てと，治療目標を話し合う理由を簡潔に共有	「いま感染症がどのような状態で，治療がどこまで効いていると聞いていますか」	「残念ながら，これまでの治療では感染症を抑えきれなくなっています。最期が近づいているのではないかと心配しています」
expect emotion 感情を受け止める	驚き，悲しみ，怒り，沈黙などがみられたら説明をいったん中断。感情を言葉にし，共感を示す	「急なお話で驚かれたと思います。簡単には受け止められませんよね」	「つらいお話です。もっと良い見通しをお伝えできればよかったのですが」
map values 大切にしたいことを探る	守りたいこと・避けたいことを確認。必要に応じて例を示し，短い回答はさらに具体化	「これからの治療で，できるだけ守りたいことは何でしょうか。反対に，避けたいことはありますか」	「残された時間を，どこで，どなたと，どのように過ごせることが一番大切でしょうか」
align 理解を確かめて治療の軸をそろえる	聞き取った価値観を要約し，理解のずれがないか確認。医療チームもその価値観を治療の軸に置くことを表明	「治療効果だけでなく，食事や会話を保ち，副作用を避けることも大切にされているのですね」	「自宅でご家族と過ごすことを一番に考えたいのですね。私たちも，そこを治療の目標にしたいと思います」
plan 具体的な方針を提案	価値観と医学的見通しに基づく推奨を提示。早期には，将来方針を見直す条件も共有	「いまは治療を続けましょう。ただ，効き目が乏しくなったり負担が大きくなったりしたときは，抗菌薬を含めて方針を見直すのがよいと思います」	「自宅に戻ることを優先するなら，点滴のために入院を続けるより，症状を和らげながら退院をめざすのがよいと思います」

（文献9より作成）

©日本医事新報社 無断転載・複製禁止
著作権追跡番号：NFT3047-162611