

日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会

症 例 検 討

～ 意思決定を尊重した看取り ／フレイルの改善へ向けた取組 ～

医療法人社団家族の森
多摩ファミリークリニック

高 木 暢

医療法人アスムス
生きいき診療所・ゆうき 院長

荒 井 康 之

症 例 1

～ 意思決定を尊重した看取り ～

医療法人社団家族の森
多摩ファミリークリニック

高 木 暢

(症例 1)
85歳、男性

高血圧症

軽度認知障害 (MCI : Mild Cognitive Impairment)

MMSE 24点、HDS-R 22点

80歳 (X-5年) の時から外来通院中。既往歴なし。

毎年、特定健診とがん検診を受けている。

内服薬 ; エナラプリル 5 mg、スピロノラクトン 25mg

(症例 1)

85歳、男性

- ADLはほぼ自立だが、椅子からの立ち上がりには支えが必要
- 認知機能低下は軽度で、内服薬の飲み忘れなし
- 介護保険は要支援 1 で、デイケア（通所リハビリテーション）でのリハビリテーションを利用中
- 妻（86歳、介護保険利用なし）と2人暮らし
- 妻は腰部脊柱管狭窄症と腰痛症で整形外科へ通院中
- 長男夫婦が同じ市内、長女夫婦が隣の市にそれぞれ居住

(症例 1)

85歳、男性

がん検診を契機にS状結腸癌であることが判明

- X年、当院で実施した大腸がん検診で便潜血陽性
- 近隣のAクリニックへ紹介、下部消化管内視鏡検査を施行
- S状結腸癌の診断となり、Aクリニックから市立B病院消化器内科宛てに本人へ紹介状が渡された



- 当院の外来予約日に、今後の治療方針の相談のため、長男、長女とともに来院された

(症例 1)

85歳、男性

意思決定支援①

- 相談内容

- 今後、治療のために検査を受けるべきかどうか？
- 病院は市立B病院でよいのか、C大学病院やD癌専門病院の方がよいのか
- 何もしなければ、どのぐらい生きられるのか
- 治療を受ければ、どのぐらい生きられるのか

(症例 1)

85歳、男性

意思決定支援①

- 本人の思い
 - 85歳まで生きたので十分、手術は怖いから嫌だ
 - できるだけ元気に過ごしたい
 - 妻の腰痛もあり、自分の体力が低下することが不安
 - 最期は「自然な形」で迎えたい
 - 最期は家がいいが、妻には負担をかけたくない

(症例 1)

85歳、男性

意思決定支援①

- 診察に同席した家族（長男、長女）の思い
 - 元気で妻と二人暮らしを続けている
 - 日常生活で困ることもないため、手術を受けて、元気に過ごして欲しい
 - 孫やひ孫が本人に会うことを楽しみにしている
 - 東京にあるD癌専門病院での検査・手術を受けて欲しい

(症例 1)

85歳、男性

意思決定支援①

- かかりつけ医から伝えたこと①-1
 - 検査を受け、術前のステージ分類をはっきりさせてから手術を受けるかどうかの判断でもよいこと
 - 各ステージ分類と一般的な術後の5年生存率について
 - 市立B病院でも東京都内のD癌専門病院でもS状結腸癌の手術成績は大きく変わらないこと

(症例 1)

85歳、男性

意思決定支援①

- かかりつけ医から伝えたこと①-2
 - できるだけ元気で過ごすため、積極的な治療（手術）の有無による今後の見通しについて
 - 本人が想像している「自然な形」での最期について
→ 動けなくなったら、眠るように亡くなりたい
 - 本人、家族の思いを共有し、訪問診療も含め、今後も相談に乗ることができること

(症例 1)

85歳、男性

意思決定支援①後

- 家族内での相談の結果
 - 今後も通院しやすい市立B病院での検査・手術を選択



- 術前検査では、リンパ節転移や遠隔転移は認めず、T2N0M0、ステージ I の診断
- 腹腔鏡手術を受けることに決定
- できるだけ元気に過ごしたい、と改めて発言していた

(症例 1)

85歳、男性

意思決定支援①後

- 市立B病院で腹腔鏡手術を施行
- 手術後の病理診断でリンパ節転移を認め、T2N1aM0、ステージⅢaの診断となる
- 薬物治療が必要となり、家族の付き添いで通院開始
- 徐々に買物や金銭管理で間違えることが増えてきた
- HDS-R 18点、要介護1となり、ケアマネジャー（介護支援専門員）選定

(症例1)

85歳、男性 (X+3年、88歳)

S状結腸癌術後、化学療法治療中、再発あり

- 3年後 (88歳)、CT検査で吻合部に術後再発を認め、再手術を勧められた
- 当院の外来受診時に本人より
 - 動けなくなったら「自然な形」で眠るように亡くなるのが理想
 - できるだけ元気に過ごしたいから手術を受けた
 - 今度も手術を受けて今と同じように元気に過ごしたい

(症例1)

85歳、男性 (X+3年、88歳)

S状結腸癌術後、薬物治療中、再発あり

- 認知機能の低下はあるが、ADLは保たれていた
- 今の生活を続けるために手術を希望
- 家族（長男、長女）も元気なうちは手術を受けて欲しい



- 家族からの電話で再手術を受ける意向の報告を受けた
- 今回の再手術の意思決定は市立B病院の意思と本人・家族の間で行われた

(症例 1)

85歳、男性 (X+3年、88歳)

S状結腸癌術後再発に対して手術の日程調整中

- 自宅で意識レベルが低下したところを長男が発見
- 市立B病院へ救急搬送後、市中肺炎の診断で入院し、抗菌薬治療を開始
- 退院予定日の前日に誤嚥し、誤嚥性肺炎を発症
- 抗菌薬治療、嚥下評価、リハビリテーションを実施
- 入院から4週間後に自宅退院となった

(症例 1)

85歳、男性 (X+3年、88歳)

S状結腸癌術後再発に対して手術の予定、誤嚥性肺炎後

- 屋内伝い歩き、排泄は見守りレベル
- 内服薬の飲み忘れ、電話の内容を忘れる、HDS-R 15点
- 腰痛が悪化して要介護 2 となった妻との二人暮らし
- 嚥下機能を考慮し、食形態の工夫も必要な状態
- ケアマネジャーと相談し、訪問看護、デイサービス (通所介護) を導入した
- 当院への通院も困難となり、訪問診療を導入した

(症例1)

85歳、男性 (X+3年、88歳)

S状結腸癌術後再発に対して手術の方針、誤嚥性肺炎後

- 家族（長男、長女）の不安
 - 認知機能が低下し本人の意思確認が難しい状態
 - ADL、体力とともに低下し、通院や手術に耐えられるか
 - 手術をしない場合、どのような経過になるのか



- 訪問診療の際に家族から相談があったため、ケアマネジャーと相談し、サービス担当者会議の開催を依頼した

(症例1)

85歳、男性 (X+3年、88歳)

意思決定支援② (サービス担当者会議開催)

- かかりつけ医から伝えたこと
 - 再手術により認知機能やADLが低下する可能性
 - 再手術によって生命予後が延びる可能性
 - できるだけ元気に過ごしたいと言っていた希望のために、再手術をすべきかどうか
 - 動けなくなったら「自然な形」で眠るように最期を迎えたいと言っていた希望をどうすれば叶えられるか

(症例 1)

85歳、男性 (X+3年、88歳)

意思決定支援② (サービス担当者会議開催)

- ケアマネジャー、訪問看護師から伝えたこと
 - 本人ができるだけ元気に過ごしたい、動けなくなったら「自然な形」で最期を迎えたいと発言していたこと
 - 妻もその場において、本人の発言に同意していたこと
 - ADLや認知機能が低下した場合に自宅で過ごすためのサービス内容
 - 自宅以外の療養先の種類について

(症例1)

85歳、男性 (X+3年、88歳)

意思決定支援②後

- 本人の意思を確認することができない状態
- 家族、医療者や介護スタッフも含め、本人が以前から望んでいた過ごし方、「自然な形」について共有した



- 元気に過ごすため、再手術を受けない
- 動けなくなったら「自然な形」で最期を迎えられるように、それまで自宅療養を続ける

(症例1)

85歳、男性 (X+4年、89歳)

S状結腸癌術後再発、治療希望なし、自宅療養希望

- トイレ排泄が難しくなり、ポータブルトイレを使用
- 日中はベッド上での生活が主体だが、食事や排泄はベッドから離れて行うことができていた
- 着替えや食事に時間がかかり、失禁もみられた
- デイサービスでも静養している時間が多くなった

(症例1)

85歳、男性 (X+5年、90歳)

S状結腸癌術後再発、治療希望なし、自宅療養希望

- 食事量が減り、下血を認めるようになった
- 座位保持が困難となり、デイサービスの利用を終了
- 終日ベッド上で過ごし、移乗には介助を要した
- 周囲への迷惑行為はないが、オムツ排泄など常に介護を必要とする状態となった

(症例 1)

85歳、男性 (X+6年、91歳)

意思決定支援③

- S状結腸癌術後再発、積極的な治療希望なし
- 疼痛はなく、老衰のような経過で寝たきり全介助
- 妻 (92歳、HDS-R 20点、要介護 2) との2人暮らし



- 動けなくなっても「自然な形」で最期を迎えるために、どこで過ごすべきか、家族から相談があり、ケアマネジャーと相談し、再度、サービス担当者会議を開催した

(症例 1)

85歳、男性 (X+6年、91歳)

意思決定支援③

- かかりつけ医から伝えたこと
 - 動けなくなり「自然な形」で最期を迎える段階にきており、老衰に近い形であること
 - 本人は家での最期を希望していたが、一方で妻への負担を心配していたこと
 - 入院・入所が可能な病院・施設を紹介することも可能であること

(症例1)

85歳、男性 (X+6年、91歳)

S状結腸癌術後再発、老衰の経過

- 意思を推定する家族と、医療者、介護スタッフで、今の状態が本人が希望していた「自然な形」であり、このまま最期を迎えることを本人も希望するであろうと、家族と医療・ケアチームで合意を形成した
- 家族内での相談の結果、自宅看取りを希望された



- 疼痛も強くなく、「自然な形」で自宅看取りとなった

(症例1) おわりに

- 自身の終末期について考える機会は、元気なときは少なく、病気に直面して初めて考えることが多い
- 患者・家族は病気の経過について想像することは難しく、終末期のことを考えることはさらに難しいことが多い
- そのために医療者が意思決定支援を行う取り組み (Advance Care Planning; ACP) が重要である
- 本人の意思を本人から教えてもらう姿勢が必要である
- 本人が意思表示できない場合には、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」に則って、本人の意思を推定することができる

(症例1) おわりに

- 病気の経過、治療方法について、説明することができるのは医師だけである
- かかりつけ医が患者・家族の求めに応じて、適切なタイミングで病状説明することは重要である
- ただし、意思決定の場面では、医学的な情報提供にとどまらず、本人や家族の意向を共有し、医療者も含めて話し合いを重ね、相互参加型で決定を共有することが重要である
- この考え方を共有意思決定支援（SDM：Shared Decision Making）という

症 例 2

～ フレイルの改善へ向けた取組 ～

医療法人アスムス
生きいき診療所・ゆうき 院長
荒 井 康 之

内 容

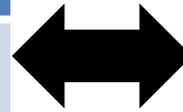
- 1) フレイルとは
- 2) 症例紹介：フレイルの改善
- 3) コロナ禍（いわゆる巣ごもり）を経験して
- 4) フレイル対策におけるかかりつけ医の役割

フレイルとは

加齢や疾患等によって、心身の機能が低下した状態で、
要介護状態に至る前の段階

最新の知見

適切な生活改善や治療等で、
改善する可能性がある



かつての考え

加齢・疾病に伴う仕方ないもの
不可逆的なもの

運動機能・精神機能の評価、心身の疾病の管理、
社会性の保持、それらの維持・改善の支援

⇒ 要介護状態の予防（ADLの維持・向上、QOLの維持）

① 娘さんから相談の電話（96歳女性：当院の受診歴なし）

- 往診に来て欲しい（通院が困難）
- 母が急に弱くなってきた。老衰だと思う。
 - 食欲がない、活気がない
 - 床ずれが出来て、痛みを訴えている
- 本人：病院に行きたくない、家で最期を迎えたい。
- 家族：それを叶えたい（家で看取りたい）。
 - 高齢なので、侵襲的な検査や治療は望まない。
 - 穏やかに過ごせれば良いと思っている。

② 情報収集（娘さんより、これまでの経過）

3か月前



現在

自宅内：自立

- 杖歩行
- 通院可能
- 食事：居間にて
(認知症：なし)

徐々に(特別な契機なし)

- 布団から出ないことが増えた
- 歩行機能の低下
 - 意欲の低下、食欲の低下
- ⇒ 程度・頻度が徐々に悪化

ベッド上

- 褥瘡あり
- 腰痛あり
- 食事：ベッド上
(認知症：なし)

疾病 高血圧、逆流性食道炎、腰痛症、便秘症

③ 初回往診時の本人・家族の認識

| 本人 | 家族 |
|-------------------------------|---------------------------------|
| 腰が痛い⇒動きたくない 動くと痛い、安静では痛み無し | 腰が痛いのは、“いつものこと” |
| お腹が空かない 足腰が弱ってきている | “歳だから”仕方がない いよいよ、老衰の段階なんだ... |
| 床ずれが痛い | どうしたら良い??? |

④ 初診時の状況のまとめ と アセスメント

状況

- 布団の上で寝たきり
- 痛み(腰痛・褥瘡)
- 食事の量: 600kcal/日程度

- 老衰の割に元気は良い

- 本人・家族の考え方
 - 老衰というフレーム
 - 病人には安静、安楽優先

アセスメント

- 老衰ではない可能性？
 - 単に痛みが原因
 - フレイルサイクル

- 改善の余地あり？
 - 疼痛
 - リハビリテーション、栄養
 - 療養環境
 - 本人・家族の認識

⑤ 本人・家族の思いと、私の対応

本人・家族：老衰

(本人)

- そっとしておいてほしい

(家族)

- そんなに頑張らなくて良い
- 看取ってくれれば良い

私：改善可能かもしれない

2週間だけ、
私に時間をいただけませんか？

老衰かどうか判断するのに、
試みたいことがいくつかあります。
(採血、療養環境調整、鎮痛薬等)

⑥ 我々が行った支援

医療的対応

- 病状評価（血液検査等）
 - 急性疾患の鑑別、栄養状態
- 疼痛の軽減
 - 鎮痛薬（NSAID）の処方
 - 褥瘡の治療（訪問看護のケア、家族への指導等）

介護での対応

- 要介護認定の申請
- ケアマネジャーとの連携
 - 病状・方針の共有
 - 支援上の注意点
- 環境調整
 - ベッド、マットレス等

医療だけでは、解決できない課題 ⇒ 介護との連携が必須

⑦ 2週間の変化

検査結果 : 特別な異常は無し
本人の実際 : 動き出すようになった！

老衰ではない
改善可能と
確信

本人

- 痛みが無いなら、動きたい、動けるようになりたい
- 以前のように、出かけたたい

家族

- 元気になってもらいたい
- 以前のように、一緒に出かけたたい
- 介護しやすくなった
- 安心した

⑧ 継続・追加して、利用したサービス

継続

- 訪問診療（月2回）
- 訪問看護（当初週2回→週1回へ減）
- 福祉用具
 - ADL改善に伴う適切な用具変更（随時）

社会的関わり

医療的管理

福祉住環境

追加

- デイケア（週2回）
 - 訪問リハ（週1回）
 - 栄養指導
- 元の活動レベルに戻れるように、
少しずつリハビリを強化
- たんぱく質を意識して、少しでも多く摂取すること
- 食事の工夫、栄養補助食品の使用 など

週3回のリハビリと
本人・家族による自宅内リハ

栄養管理

（本人・家族）回復への希望・期待が増えたと、より積極的に…

⑨ その後の経過

3か月後

家族介助で自宅内移動

排泄: トイレ
食事: 居間で自立

6か月後

⇒

家族で食事へ外出
(ひ孫の誕生祝)

9か月後

自宅内自立

1泊2日の家族旅行へ

訪問看護・デイケア・訪問リハ・福祉用具

訪問診療

外来通院

家族の声

- こんな制度があったなんて！
 - 在宅医療
 - 介護保険の各種サービス
- 老衰だと、諦めていました
 - ドライブに行けた！
 - 外来通院へ



考察

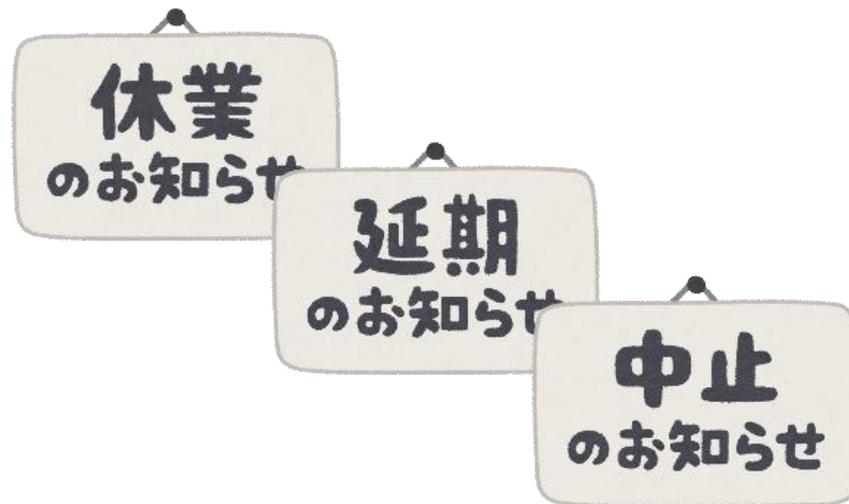
- 96歳でも回復の可能性がある
 - 老衰という思い込みは避ける
 - フレイルは可逆性である : 疼痛管理、リハビリ・栄養が重要
 - 特に、廃用が原因の場合(神経筋骨格の障害がない場合)
- 次の事例に向けて…
 - 患者の生活を理解することが重要(往診が有効)
 - 本人・家族は、知らないことが多いことを意識
 - 医学的知識、老衰という思い込み等
 - 在宅医療の体制、介護保険の各種サービス等

コロナ禍がもたらしたもの（巣ごもり）

- 活動の機会 が減った
施設の使用停止、集会の中止

- 気持ち（意識）の変化 から、
出かけにくくなった、来てもらえなくなった

- 感染を避けたい
- 他人からの眼が気になる



83歳 男性 3世代世帯・外来通院

健康意識が高い
自身で運転
週3回夫婦でプールへ



プールが**中止**



廃用が進行



プール仲間と
駐車場で集会

プールが**再開**



施設入所
(要介護3)

コロナ禍前



コロナ禍



現在

97歳 女性 独居・訪問診療

独り暮らし、自由に暮らす
本人談：日々、終活

認知機能：自立

運動機能：自宅内は自立

外出はなし

娘さんの出入り

百貨店の通信販売を利用



独り暮らし、自由に暮らす
本人談：日々、終活

認知機能：自立

運動機能：自宅内は自立

4年間、一切の外出なし

娘さんの出入り

百貨店の通信販売を利用

コロナ禍前



コロナ禍



現在

コロナ禍前

外に出ることが好きだった

自分から外出を控えている
社会的に活動の場が制限されている

⇒ 正しい情報の提供、代替手段の提案
行政・地域との連携



心身の機能低下に注意の必要はあるものの、
すぐのアプローチは要しない

⇒ 観察 必要に応じて情報提供・支援

もともと(コロナ禍前から)
いわゆる**巣ごもり状態**が生活のペース

コロナ禍を経験して…

- 早期発見、早期の対応で、上手くいった人もいた
- 最善を尽くしたつもりでも、上手くいかない人もいた
- 何もしていないのに、全く影響を受けない人もいた

フレイル対策 ⇒ “その人に合った”対応が重要

- 巣ごもりというレッテル貼りにならないこと
- 脅しにならないこと：廃用・認知機能低下が進んでしまう

“こちらのフレームで” デイケア等を勧めても、嫌がって止めてしまう人も。

中心に据えるのは、 **その人の生き方、大切にしたいもの**

かかりつけ医の強み

単に疾病管理だけでなく、患者の生活を支えるという意識

総合的な
診察

- 一つの疾患だけでなく、複数の疾患を診ている
- 患者さんとの付き合いが深い
 - 関わっている時間、 家族も含めた関係性

日頃から患者の病歴・生活を把握

患者さんの病歴、人生史
生き方、考え方
生きがい、趣味
家族関係
生活習慣、療養環境 など

いろいろな変化を捉えやすい

病状の変化、心身の機能の変化
生活の変化

特に、在宅医療

まとめ

- 患者が要介護状態になることを、できるだけ避けられるように、疾病の管理はもちろんのこと、心身の機能や社会性の低下等を、総合的な診察の中で、早く捉えるようにする。
- フレイルへのアプローチは、一律な対応で叶うものではない。患者ごとに、最善な方法が異なる。それには、患者の生き方・考え方の要因が大きい。単に疾患の治療・管理のみならず、患者の生活や生き方までも把握する **かかりつけ医は、フレイルへのアプローチに、重要な役割を果たしうる。**