

日医かかりつけ医機能研修制度  
平成28年度応用研修会

## 6.「症例検討」

医療法人 北海道家庭医療学センター 理事長 草場鉄周

更別村国民健康保険診療所 所長 山田康介

# 症例検討のねらい

- かかりつけ医として必要な様々な知識を、日常よく遭遇するやや困難な症例に対する検討を通じて、より実践的な臨床の知として深め、それぞれの診療現場での問題解決に資する。
- 具体的なケースとして
  1. 複数の疾患に罹患している患者に対するマネジメントに困難があるケース
  2. 家族内の問題（独居、老老介護、虐待など）によってマネジメントに困難があるケース
  3. 認知症患者のケアに困難があるケース
  4. がん患者のケアに困難があるケース
  5. 精神疾患、アルコール依存などの問題を抱える患者へのケアに困難があるケース
- 今回は、「2」と「4」を取り扱う

## ◆症例 1

# かかりつけ医が担う家族ケア

# 症例 1

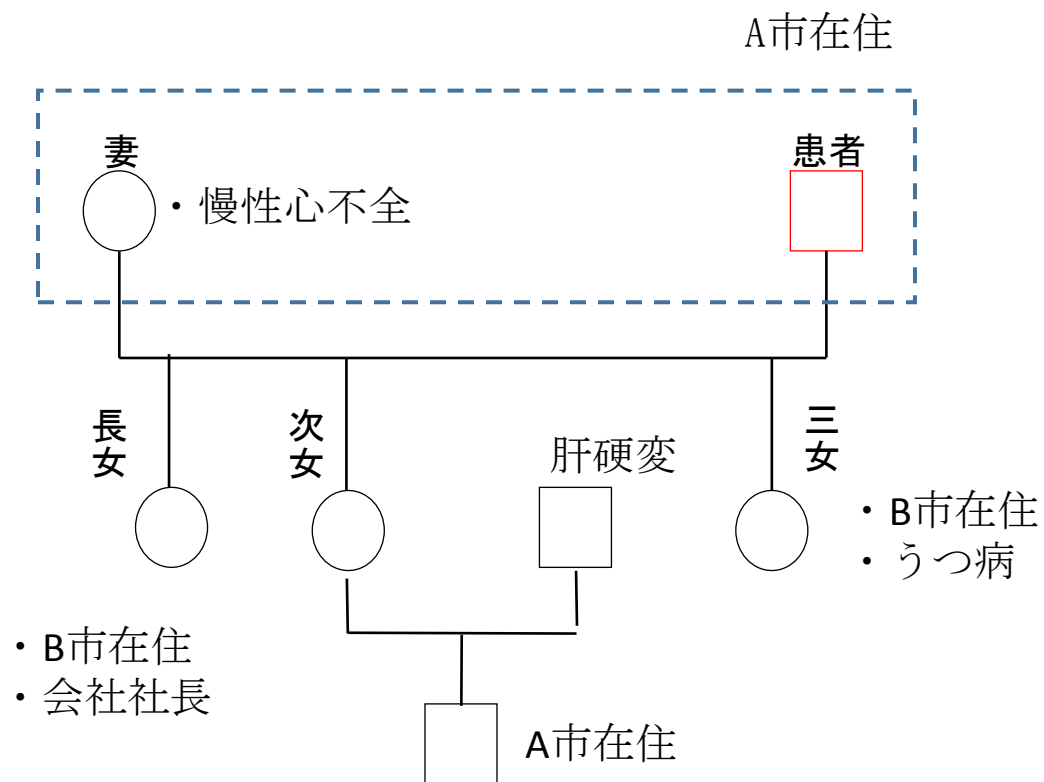
- 80代男性 妻と二人暮らし

- #1. 心源性脳梗塞後 ➡ 左片麻痺
- #2. 心房細動
- #3. 高血圧症
- #4. 認知症（多発脳梗塞による）

- ADL

- 更衣：部分介助／食事：自立／移動：杖歩行
- 排泄：自立／整容：デイケアでの入浴

# 家族図



# 脳梗塞と介護保険導入

- 3年前に脳梗塞を発症してからそれまで穏やかだった夫が乱暴な言葉を使うようになり、妻だけの介護に負担を感じて介護保険によるサービス利用を開始。
- 医療・介護サービス使用状況
  - 要介護度 2
  - デイサービス 1回／週
  - 訪問看護 1回／週
  - 通院サービスを利用し、1回／月の外来通院を実施

# 介護サービス利用への抵抗

- 1年経過し、外来では妻の心理的・肉体的負担の増大が徐々に明らかになったため、デイサービスの頻度を増やすと同時にショートステイ利用を勧めようとしたが上手く進まなかった。
- 妻が利用を拒む理由は二つあった
  1. 「夫は家族以外の者に介護されることが負担そうであり、自分が関わると安心すると思う」
  2. 「姑が舅を介護していたときにはたいへん献身的だったから、自分ももっと努力しなければいけないと思う」

## 家族の思いとずれ

- 次女：自分自身の関わりに限界を感じており、ケアマネジャーが勧めるように、なるべく介護サービスを活用して欲しい
- 長女：母親は父親を献身的に介護し、父親も安心感を抱いているので、次女も関わりつつ、なるべく家族内で介護を完結させるべき
- A市とB市の間に100kmの距離があり、十分に意思疎通がとれていない様子もあり



# ディスカッション

- こうした状況の中で、主治医として何を目的にしてどのような方法でこの状況を打開しますか？

## 家族会議への準備

- 目的：妻の介護負担への緩和と持続可能な介護体制の構築
- 家族内の問題：介護を巡って生じている家族内での対立構造
- 参加者：うつ病で体調が不安定な三女を除く、妻、長女、次女、ケアマネジャー、訪問看護師、医師

## 会議①「現状と課題を明らかに」

- 現在の医療／介護状況を確認
- 2人の娘に介護に対する考え方を確認
  - 長女：遠方で仕事もあり、直接介護に関わる  
ことができないが、母親の努力を強く支持
  - 次女：近隣で父親の介護に関わるべきという  
責任感がある一方、肝硬変の夫との生活で自  
分自身も家計を支えるために仕事に取り組ま  
なければいけない状況であり、十分に介護で  
きないことへの罪悪感。自分の厳しい状況  
を十分に姉が理解していないことへの苛立ち

# 鍵となる問いかけ

- 対立はあるものの、両親の自宅で療養したいという希望を叶えるために役立ちたいという姉妹の姿勢を評価
- 「皆さん全員が、このような苦しい状況でも、多くのものを提供できるはずだと私は考えています。家族がうまくやっていくためにはどうしたらよいと感じていますか？」
- 家族のリソースを引き出す質問

## 会議② 「今後の方向性を共有」

- 妻：自らの頑なな姿勢が次女を追い込んでいることを知って、デイサービスを増やしてショートステイなどを利用してもよいと語った。ただ、経済面での不安も同時に吐露した。
- 長女：直接的な介護への貢献は難しいが、介護サービス利用などにかかる経費について、経済的な援助を積極的に行うこと、月に1回は両親宅を訪れて母親の話し相手になることを伝えた。
- 次女：無理のない範囲で従来通り両親宅を時々訪れて家事などのサポートを行いたいと語った。
- 妻→安心感と介護への自信の回復。

## 専門職からのサポート

- 医師：1回／月の外来診療を継続。必要となれば、いつでも訪問診療は提供可能。
- 訪問看護師：1回／週の訪問看護で本人の健康状態の評価に加えて、家族の介護状況に対するサポートを続けていく。
- ケアマネジャー：デイサービスの回数を2回／週に増やし、近隣の施設でのショートステイの手続きを実施。また、状況が変化したときには、妻のみならず姉妹との連絡をしっかりとって、家族全体で介護を継続できるようにサポート。

## その後の一家

- 1年経過して、本人の認知症の程度は徐々に進行し、ADLも低下しつつある。
- そうした中、通院困難となったため、訪問診療を提供すると同時に、家族と医療・介護職との緊密な連携で介護サービスの強化を行い、家族も満足した形で在宅療養を継続している。

# 日医かかりつけ医機能研修制度

## 【かかりつけ医機能】

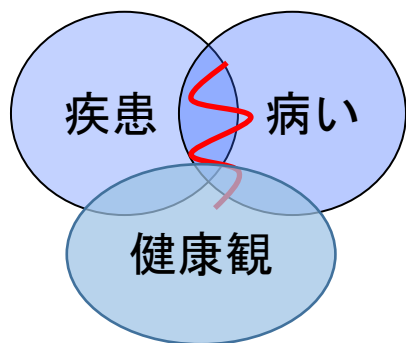
1. 患者中心の医療の実践
2. 継続性を重視した医療の実践
3. チーム医療、多職種連携の実践
4. 社会的な保健・医療・介護・福祉活動の実践
5. 地域の特性に応じた医療の実践
6. 在宅医療の実践



# 患者中心の医療の方法

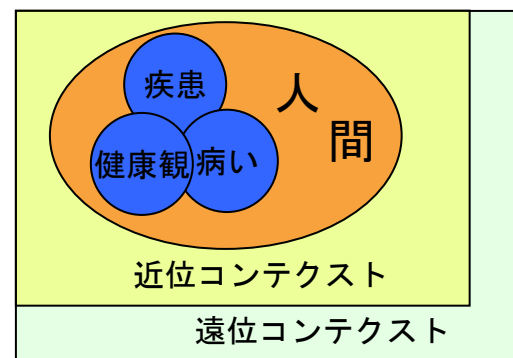
Stewartら. 2014

1. 健康観、疾患と病いの経験を探る

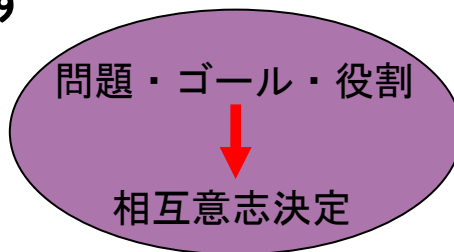


統合された理解

2. 地域・家族を含め全人的に理解する



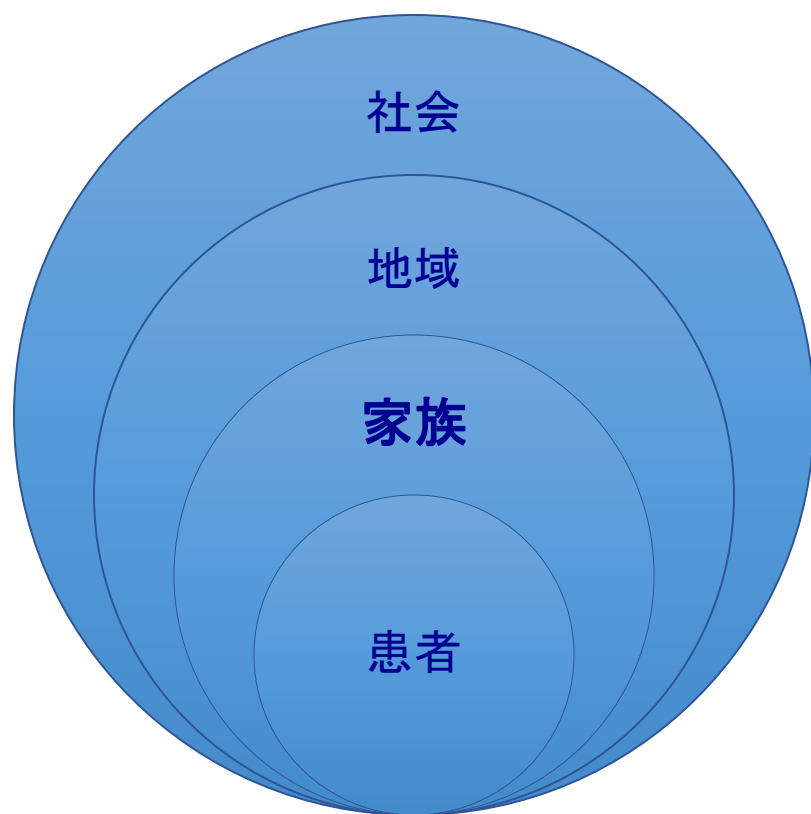
3. 共通の理解基盤を見出す



4. 継続的な医師患者関係による信頼感の増進

# 患者のコンテクストに基づくケア

Contextual  
Care



- **社会**
  - ヘルスケア制度
  - 社会経済環境
- **地域**
  - 文化／風土
  - 医療／介護体制
- **家族**
  - 経済面、介護力
  - 家族内の関係

# 家族志向型プライマリ・ケアとは？

1. 家族志向のヘルスケアは、生物心理社会アプローチの枠組みの中で理解される
2. ヘルスケアの主役は家族という背景を持った患者である
  - ① 家族は健康に関する信念や健康行動の根源となる
  - ② 家族ライフサイクルの移行期において家族が感じるストレスは身体症状として発現
  - ③ 家族は病気の治療において、重要な資源となり得るし、強力なサポートを提供してくれる

3. 患者・家族そして臨床家はヘルスケアのパートナーである
4. 臨床家も治療システムの一部である

# 家族への5ステップの介入

1. 情報の記録
2. さざ波効果
3. 家族を通常診療に招く
4. 家族会議
5. 家族療法（専門家の介入）

# 家族会議

## 開催のタイミング

- 専門職が家族との話し合いが患者・家族・医師自身にとって有益だと感じた際
- 特に、健康状態の急な悪化、介護負担の増大、家族関係に起因する問題、ターミナルケアの際には是非実施すべき

## 参加者

- 現在の家族構成員全てと病気に関係する親戚、友人、専門職
- 健康に関する影響力の強い家族やキーパーソンをつかむことができる

## 会議のプロセス

- 社会的な対応と雰囲気作り
- カンファレンスの目標設定
- 問題や懸案事項に関する議論
- 資源を明確にする
- 計画を立案

## 会議の総括

- 会議で達成できたこと、未解決の課題を明確にする
- 当初考えていた家族関係に関する想定の見直し
- 将来に想定される課題も含め、今後のアプローチを確認

## ◆症例 2

# かかりつけ医が担うがん診療



# N氏 58歳 男性

- 高血圧, 2型糖尿病にて10年来, かかりつけ医Aに通院中.
- 定期の受診時に1か月前に職場で受診した健康診断の結果を持参.
- ヘモグロビン値 11.2g/dl, MCV80fLと軽度の小球性貧血を認める以外, 特記すべき所見は認めない.
- 便ヘモグロビン検査は陰性であった.

- 既往歴
  - 特記なし
- 併存症
  - 特記なし
- 家族歴
  - 父が胃がんで手術歴あり
- アレルギー
  - 特記なし
- 嗜好
  - 喫煙：7年前に禁煙（当院の禁煙外来にて）
  - アルコール：焼酎1日1合，休肝日週に3日
- 職業
  - 郵便局員

# 家族図

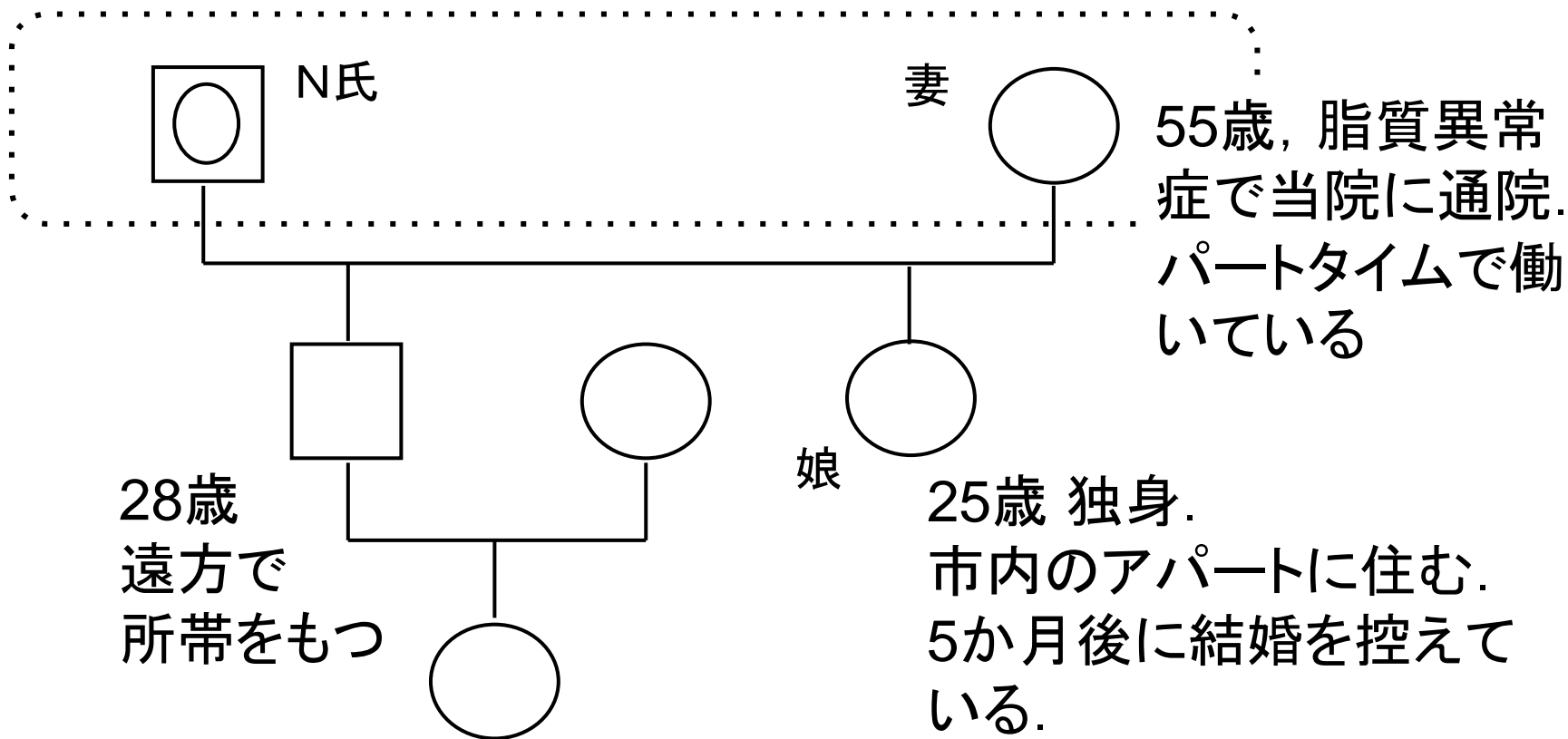


図26

- 身体所見に特記すべき異常を認めない.
- 貧血の再検として血液検査を行った.
- ヘモグロビン値 10.5g/dl, MCV78fL  
TIBC 480  $\mu$ g/dl $\uparrow$ , 血清鉄 5mg/dl $\downarrow$ ,  
フェリチン 4mg/dl $\downarrow$
- 消化管の精査を勧めたところ, 過去受診歴のあるB総合病院受診を希望されたため, 診療情報提供書を準備することになった.

A 「私は精密検査の結果、がんが見つかる可能性もある  
と思っています。以前にもお聞きしましたが、  
診断名やその病気の予後を正確に知らせて欲しい、  
ということによろしいですか？」

N氏 「その考えは今も変わりません。仕事のことや  
娘の結婚式も控えているし全部教えてもらった  
ほうがきちんと考えられるし、その方がありがたい  
です。」

A 「分かりました。血圧や糖尿病の診察も大事です  
から、こちらへの受診も継続して下さい。  
次回はB総合病院での検査結果についても相談しま  
しょう。」

## 2週間後

- B総合病院からの返書を持って受診
- 胃カメラにて幽門付近よりに径3cm, 3型（浸潤潰瘍型）病変。生検結果はこれからであるが、進行胃がんの可能性が非常に高い。今後外来にて精査後、治療について相談する予定。鉄剤の投与と糖尿病と高血圧の管理の継続依頼あり。

# 4週間後

精査が終了.

N氏

「胃がんでステージⅢB, 胃の外側にがんが進行していると言われました. これから手術のために入院して, その後化学療法を行うことになりそうです. 」

## B総合病院担当医へ診療情報提供書

- 退院後も2型糖尿病，高血圧の管理は  
当院で続ける
- 疼痛管理などの緩和ケアについても  
当院でサポートする
- 退院にあたってはカンファレンスの開催や詳細な情報提供書を  
希望



# 退院に向けたカンファレンスに参加

- 定型手術（幽門側胃切除術）を実施
- がんは十二指腸の漿膜に浸潤しており、ステージⅢB（N2 T4b）であった。
- 今後、術後補助化学療法としてS-1内服による治療を行う。
  - 28日投与，14日休薬を1クールとして継続
- 副作用の確認のため，2週毎の問診と血液検査が必要。
  - これをかかりつけ医Aに依頼したいこと
  - B総合病院は効果の判定や投与量の調整を行うこと
- がんによる症状の緩和については化学療法中であっても積極的に行うべき
  - 頻繁に受診するかかりつけ医Aに依頼したいこと
- 体調の許す範囲で日常生活・仕事を継続

# 退院後

- 2週間毎にかかりつけ医Aを受診
  - 高血圧, 2型糖尿病の管理
  - 化学療法副作用に関する問診
  - がんによる症状に関する問診
  - 血液検査
- アドバンス・ケア・プランニング
  - 代理意思決定者となる妻とともに
  - N氏の生活や価値観を理解しながら
  - 極力在宅で過ごしたい,  
可能なら自宅で最期を迎えたいとの希望

# 経過

- 治療継続によりPSも0~1で維持され
  - 郵便局での仕事を屋内勤務に切り替えてもらい継続
  - 4か月後に行われたの娘の結婚式にも出席
- 退院後8か月，腹痛や倦怠感，黄疸が出現．再びB総合病院に入院．
  - 十二指腸に進行していた腫瘍が増大傾向
  - 胆管にステントを留置
  - 二次化学療法は行わないこととなった

# カンファレンスに参加

- 今後は緩和ケアを中心に行っていくこと。
- 基本的にかかりつけ医Aに通院，  
B総合病院での検査・治療が必要な時は  
いつでも相談できる体制とした。
- 通院が困難になった場合訪問診療を  
利用し在宅で過ごす方針とした。
- 訪問看護を開始，介護認定を受け，  
必要なサービスをすぐに利用できる  
体制を整えて退院することとした。

# 退院後

- 仕事を退職.
- 徐々にPSが低下
- 2か月ほど通院したが通院が困難になり、訪問診療を開始した。
  - サービス担当者会議の開催
    - 介護用ベッドの導入
    - 介護サービスの導入
    - 疼痛, 腹水, 消化管閉塞, 不安などの症状へ対応
  - スピリチュアルケア

N氏 「定年まで仕事を全うできなかったことが残念でなりません。」

A 「郵便局のお仕事を全うできなかったことを残念に感じているんですね。」

N氏 「でも病気になる前に子どもたちが立派に独立してくれていたことを安心に、そして誇りに思っています。最低限のことはやれたのかなって。」

妻 「そうですね... (涙)」

A 「お子さん達がしっかり独立されたことを誇りに思っているのですね。」

・ ・ ・

# 終末期

- 徐々に排泄，保清などに介護を要する状態に.
- 経口摂取が困難になり疼痛管理を  
持続皮下注射で実施
- 看取りまでのプロセスを訪問看護師を中心に妻，娘夫婦に説明した.
- 2回目の退院から4か月後，妻と長男，長女の家族が見守る中，亡くなられた.

# N氏の死後1か月 妻が自身の定期受診のため来院.

妻 「寂しいですね. まじめに生きてきた夫がどうしてこんなに早く逝かなくてはならなかったのだろう...  
1人になるとそんなことを考えて涙を流すこともしばしばです. 」

A 「ご主人が50代という若さで旅立たれたことを考えていらしたのですね...」

...



ディスカッション

かかりつけ医AはN氏の

全経過において

どのような役割を

果たしていたでしょうか？

# 日医かかりつけ医機能研修制度

## 【かかりつけ医機能】

1. 患者中心の医療の実践
2. 継続性を重視した医療の実践
3. チーム医療、多職種連携の実践
4. 社会的な保健・医療・介護・福祉活動の実践
5. 地域の特性に応じた医療の実践
6. 在宅医療の実践

# がんサバイバーシップの概念

「がんの診断を受けたものは生涯を全うするまでがんサバイバーである」

- がんの罹患率上昇，治療技術の向上により，がんと診断を受けて社会生活を送る人が増加
- がんと診断を受けている患者が他の傷病でがんの専門医以外の医師を受診する機会も増加
- がんも「慢性疾患の1つ」ととらえ日常診療に取り込みたい

# 統合ケア

がん診療において

かかりつけ医だからこそ発揮できる力

- 包括的なケア
  - 生活習慣病, 禁煙指導
  - 化学療法副作用確認
  - 緩和ケア
- 継続性のあるケア
  - 患者情報やマネジメントプランの継続性
  - 患者一医師関係の継続性
- チーム医療, 多職種連携によるケア (調整役として)
  - 総合病院Bとの連携
  - 在宅医療における多職種連携

# かかりつけ医はがん診療の あらゆる段階に関わり 患者を支えられる

1. 新規患者～日常のケア（がんの診断のない患者）
  - a. がんのリスク評価と介入（例：禁煙）
  - b. スクリーニング
  - c. アドバンス・ケア・プランニング
2. 診断～治療まで
  - a. 診断～紹介
  - b. がんの治療中（専門医に丸投げしないで！）

参考文献2より引用

3. 治療後
  - a. がんサバイバー
  - b. 緩和ケア～在宅～看取り
4. 家族のケア, アクセスの提供,  
日常的ケアの提供
  - a. 家族の悲嘆反応に対するケア  
(グリーフケア)