

**「患者さんのため」の医療実現に向けて
～医療者と患者家族間で共通認識の形成を図る～**

滝川陽希（南砺市上平診療所）

はじめに…

- 本症例は私が3年目で一番最初に担当し、壁に当たった症例です。
- 初期研修を修了後、翌年に派遣されたのが金沢医科大学氷見市民病院総合診療科でした。
- 大学の附属病院であることから、地域の病院ではありませんが各科専門医が揃っています。



【症例】

背景に陳旧性脳梗塞、高血圧症、便秘症などがあり、他科で内服治療を継続されていた92歳の女性。

ADLは寝たきり（食事以外は全介助）となっており、主たる介護者は同居の息子であった。

X-1年4月より当科で月1回のへき地診療を開始されていた。

X年4月より、発表者の赴任に伴い、診療開始となった。

【既往歴】

X-1年8月 誤嚥性肺炎で入院

X-3年5月 右基底核周囲脳梗塞（アテローム血栓性）

X-4年1月 帯状疱疹

X-7年5月 左大腿骨転子下骨折

両膝OA（両TKA後）

へき地巡回診療

- 氷見市は平野部が狭く、大部分が丘陵地帯であり、医師がいない「無医地区」が6地区ある。
- このため、氷見市では昭和57年から「へき地巡回診療」を行い、医療を受けるにあたり不便な地域住民の健康管理と必要な医療の確保を担っている。



- X年4月3日の初回診療時には特に問題はなかった。
- X年4月30日に発熱をきたし救急外来を受診された。誤嚥性肺炎を疑わせるような肺炎像はあったが比較的軽症であったため、経口抗菌薬の処方であった。
- その後5月8日のへき地診療日には解熱しており、普段通りに生活できているということであった。
- しかし、次の診療日（6月5日）に息子より「最近熱が上がったり下がったりしている」との訴えがあった。

聴診で湿性ラ音の聴取があり、翌日に病院を受診していただくこととした。

採血ではWBC9800, CRP3.04と軽度炎症反応の上昇が認められた。また、Albは2.9とやや低栄養が示唆された。

しかし電解質異常や腎機能低下、肝機能異常は認められなかった。

また、胸部CTでは肺野にすりガラス影が認められ、画像所見からは誤嚥性肺炎の可能性が高いと考えられたため、入院加療を行う方針とした。

- 入院翌日にVEでの嚥下評価を依頼したところ、嚥下機能は著明に低下していた。しかし、嚥下機能低下をきたすような器質的な異常所見は認められなかった。
- 座位での食事摂取は困難で、側臥位での食事摂取が推奨された。
- 普通食の摂食は困難で、嚥下調整食におけるコード2以下であれば摂食可能との判断であった。
- 抗生剤での肺炎治療に並行してST介入を依頼し、嚥下リハビリを行ったところ、約10日で症状の改善が認められた。
しかし嚥下機能は元には戻らず、退院後にも介護食が望まれた。
- 栄養科から食事形態の指導を行っていただき、退院となった。

しかし、しばらく自宅での生活を続けると症状が再燃した。

息子は自宅で普通食を食べさせていたようであった。



「最近は喉に詰まらせることがよくある。昨日はカップラーメンを食べさせたら喉に詰まらせて白目をむいて意識がなくなってしまったので急いで喉に手を突っ込んで吐かせた。お花畑が見えたと話していたよ。」

「最近は食べ物を食べさせてもそのまま吐き出すことが多い。胃が悪いんじゃないかと思う。」

「好きなものを食べさせるのが一番だと思う。」



- 「普通食を食べさせたい」という息子の気持ちもわかる。
- でも医療者としては明らかに嚥下機能が落ちている状態で普通食を食べさせることは、誤嚥性肺炎を起こしにしているようなものではないか…。
- 本人の意思は本当に尊重できているか？
本人はどのように思っているか？



へき地でみている患者さんですが、誤嚥性肺炎を繰り返しているにも関わらず普通食を食べてしまっています。食事を変えるべきとは思いますが、美味しいものを最後まで食べさせたいという息子さんの気持ちも大事にしたい。何が正しいのか、わからなくなってきました…。

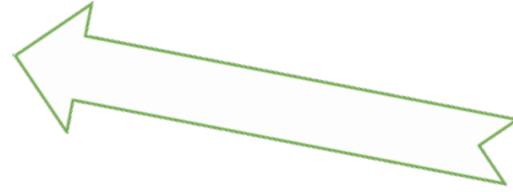
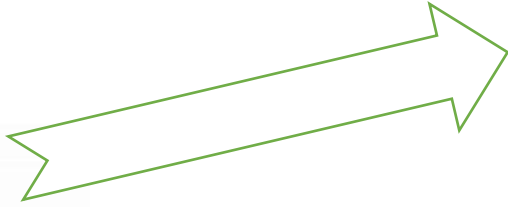
その部分に関しては「これ」という正解はありません。でも、何が最適解なのか、しっかりと考え、探っていく必要があります。先生は今まさに「倫理的課題」に直面していると言えます。



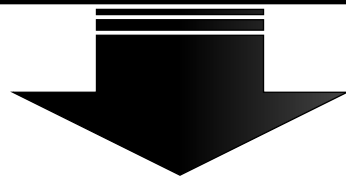
倫理的課題とは？

医療を受ける患者、患者の関係者、医療スタッフ間において、それぞれの価値観や価値判断の違いから生じる課題

教育背景の違い、これまでの人生の中での経験や体験を通して各々でそれぞれ異なる価値観が形成されているために発生する



どちらも「患者のため」に行動していたが、そこには共通認識のズレが生じ、上手く機能していなかった。



より問題をクリアカットにするため、「倫理の4分割法」を用いることとした。

その前に…

臨床倫理とは？

日常診療において生じる倫理的課題を認識し、分析し、解決しようと試みることにより、患者を向上させること

<医療倫理の4原則>

- ・ **自律性の尊重**：患者自身の決定や意思を大切にする
- ・ **無危害**：患者に危害を及ぼさない、危害を取り除き予防する
- ・ **善行**：患者のために最善の善行を為すこと
- ・ **公正/正義**：患者を平等かつ公平に扱う。
医療資源をいかに適切に配分するかも含まれる。

これらを踏まえて

倫理の4分割法

を作成し、事例の検討を行う

- Albert R.Jonsenらが1992年に「Clinical Ethics」で示した、倫理的な症例検討の考え方。
- **自律性尊重、善行、無危害、公正**などの倫理原則と状況を結び付け、倫理的問題を伴う症例の分析を促進するための手法として考案したもの。

①医学的適応（善行、無危害）

- ・嚥下機能は著明に低下している
- ・頻回に誤嚥性肺炎を繰り返しており、普通食の摂取は困難。

②患者の意向（自律性の尊重）

- ・患者は認知症もあり意思表示は困難（簡単な会話のみ可能）で、本人の意向をはっきり確認するのは難しい。

③QOL（善行、無危害、自律性の尊重）

- ・治療した場合（この場合、ミキサー食で食事改善をした場合と仮定）
→ADLが落ちない期間を延長することが可能になる。
- ・治療が成功した場合に失うもの
→食を食べる楽しみ
この楽しみが失われることで、摂食量の低下につながるリスクはある。

④周囲の状況（公正/正義）

- ・主たる介護者である息子はヘルパーの資格を取得するほど熱心である。
- ・息子は普通食を食べさせたいと思っているが、料理は不得手でレトルト食品やカップ麺等を食べていることが多い。
- ・地理的に配食等のサービスの利用が難しい。



嚥下機能は年齢とともに低下する。

その機能回復はなかなか難しく、高齢者は誤嚥性肺炎を引き起こすことがよくある。

回避のためには食事形態を変え飲み込みやすい形状のものを食べさせること、また食事の際の体勢も重要

価値判断の違い



飲み込みの能力は半永久的に続く。

病院ではまずいものしか食べさせてもらえていなかった。そもそも「飲み込む」ことに力が必要であり、その能力は年齢とともに落ちる、という認識がない。



話し合いを行い、
以下の共通認識を形成



- ・ 食事は嚥下食を食べてほしい。
- ・ 水分は誤嚥しやすいのでとろみをつけてほしい。

- ・ 食事は普通食を食べさせたい。
- ・ 料理は不得手である。
- ・ 金銭的な余裕はない。

- ・ 普通食をミキサーにかけ、そこにゼリー粉を入れて飲み込みやすい形態にする。
- ・ 水分には必ずとろみをつける。

レトルトパウチの定期的な購入は困難

- その後もへき地診療の度に話し合いを通して共通認識の形成を図った。
- また、週1回訪問を行うヘルパーさんとも情報共有を行い、食事内容に問題がないかを確認してもらうこととした。
- 息子も母の状態を理解したうえで介護ができるようになった。そして、患者の誤嚥の頻度は減少した。

【まとめ】

- 医療者および家族はどちらも「患者のために」行動をしていた。しかしそこに共通認識のズレが生じ、上手く機能していなかった。
- 継続的な話し合いを通じ、医療者と患者および家族間で共通認識を形成することがより良い医療に繋がったと実感した。

- 私たちは診療を行う中で、「倫理的課題」に直面することがある。しかし、「疾患の治療」にスポットが当たることが多い状況では、そもそも課題が認識されていないか、認識されていても適切に対応されていないことが多いと考えられる。
- より良い医療の実践のためには、普段から倫理的な視点を持ち、疾患だけでなく、倫理的課題も含めて適切に把握、対処するためのトレーニングも重要であると感じた1例であった。