

# Vol. 143

2016.11.21

## 理事長トーク Top Interview

### 医師研修会 part 2

医師のディスカッションの様子を紹介します。

医療法人社団 健育会 理事長 竹川節男

担当グループ	ディスカッション事例	リーダー
グループA	事例1	西伊豆健育会病院
グループB	事例2	西伊豆健育会病院
グループC	事例3	竹川病院
グループD	事例4	竹川病院
グループE	事例6	石川島記念病院
グループF	事例7	石川島記念病院
グループG	事例8	西伊豆健育会病院

前回の理事長トークは、「平成28年度健育会グループ医師研修会」の概要でした。今回は、実際の事例を題材に行ったグループディスカッションの模様をご紹介します。医師と看護部長の1班7～8名の班編成で、A～Gの7班に分かれてディスカッションは行われました。ディスカッションのリーダーは若手の医師が主に務め、司会進行は健育会グループ 副理事長で日本尊厳死協会 理事長の岩尾 総一郎先生が努めました。



今回の理事長トークでは、話し合われた7つの事例のうち3つの事例について、医師・看護部長で議論された内容と、長尾クリニック・院長、日本尊厳死協会 副理事長の長尾 和宏先生のコメントを紹介します。是非、掲載する事例から「自分だったらどのような対応がベストと考えるか」を考えながら、読んで欲しいと思います。



## 事例 1

### 患者プロフィール

年齢：80代

疾病：直腸がん、再発

入院目的：療養病床で看取る

### 経過

入院時の病状説明において、家族は「延命は望まないが、本人の意識があるうちは全ておこなってほしい」との希望。その後下血があり、主治医から輸血を試みても状況は変わらないであろうとの説明がされる。家族は、できることはおこなってほしいと、転院を希望。その後、転院先で9日後に死亡。

### ディスカッションポイント

家族がなぜ転院を希望したか？

## 医師のディスカッション内容

- 下血を起こすのは予測の範疇内なので、その時に「どのような対応ができるか」「どのような部分で患者さんは辛い思いをされるか」ということを、実際に下血が起こる前にご家族にお話しすべきであった。
- 「本人の意識があるうち」という状態の、主治医とご家族の認識の違いがあるのではないか。そのような認識のズレをディスカッション等で合わせていくことも重要だと思う。
- 特にこういった方への輸血は、私たちも悩ましい時がある。ただ、輸血自体がご本人の症状の緩和につながる可能性もあるので、輸血を緩和療法の一つとしてとらえつつ、ご家族と一緒に相談を重ねていくべきではないかと考えた。

## 長尾先生コメント

- 在宅でも下血が起こることはあるが、「下血ですぐに死ぬことは普通はないよ」とご家族に伝えて安心させます。
- 事例では「意識があるうち」と話されていますが、末期ガンの場合は亡くなる直前まで意識があるのが特徴という話もご家族にするとおもいます。



## 事例2

### 患者プロフィール

年齢：80代

疾病：誤嚥性肺炎・認知症

入院目的：

急性期病院にて、誤嚥性肺炎治療後、廃用症候群となり療養目的にて当院に入院

### 経過

入院当初より終末期の状況。急性期病院での肺炎治療中に嚥下機能はかなり落ちていたが、娘は「食べさせたい」という強い願いを持っていた。嚥下訓練、ミキサー食開始。数口しか摂れず、経管栄養も開始となる。誤嚥性肺炎を繰り返しているため、主治医は再度病状説明を持ち、現段階で「できる医療」について説明をし、家族に選択を委ねた。その結果、主治医も想定外に胃瘻を希望される。転院先にて胃瘻を入れたものの、肺炎治療のため絶食。転院から1ヶ月後に当院に再入院となる。その後も全身状態が悪く、胃瘻は使用できないまま当院にて10日後に死亡。

### ディスカッションポイント

家族が胃瘻を希望しないように主治医は説明できたか。

### 医師のディスカッション内容

- 最初の段階で人生の最終段階にあるということが、はっきりしている。そのことを事前にご家族を含めてお話ができていなかったのではないか。
- 娘さんが「食べさせたい」という強い願いを持っているのが、娘さんだけの自己満足なのか、今までの経過に何か罪悪感なのかなど、もっと把握して対処すべきであったのではないか。
- 現段階で「できる医療」の説明を行ったとあるが、「できる医療」をずらずらと並べて、「どれにしますか？」とご家族にいう、昔ながらのインフォームドコンセントが行われたのではないか。
- 「最善の治療はこういう治療ですよ」ということや、例えば「自分だったらどうするか」ということも含めて、少し誘導風になるのかもしれないが、きちんと話をしていけば、患者さんにとっていい結果が得られたのではないかという考えが話された。

### 長尾先生コメント

- 事例では、終末期である患者さんに経管栄養が開始になっていますが、「食べさせたい」とこと、「鼻から管が入る」とことは両立しにくいと考えています。
- 仮に経管栄養は既にやってしまった場合、経管栄養を中止するという判断もあると思います。これは日本老年学会のガイドラインに則って行います。経管栄養を中止すると、食べ出す例も経験した事があります。私の言った言葉ではありませんが「食べることは生きること、生きることは食べること」という言葉もあり、そのような話をしていきます。



## 事例3

### 患者プロフィール

年齢：70代

疾病：塞栓性脳梗塞（心房細動）

入院目的：療養目的

### 経過

脳梗塞発症後より嚥下障害が顕著で、口腔内の唾液も処理できない状況であった。訓練し、嚥下評価を行ったが、改善が見られずにいた。経鼻胃管は苦痛が強く、自己抜去を繰り返す。主治医から家族に、PEG挿入後も肺炎は続くことが予測され病状の改善は期待できないと説明がされる。家族は苦痛を緩和させたいとPEGを希望、本人もPEGを試みたいと同意される。転院後、肺炎が改善せず、結果PEG造設には至らず14日後に死亡。

### ディスカッションポイント

主治医の説明は正しかったのか？

### 医師のディスカッション内容

- ご家族が胃瘻を入れれば状況がよくなるのではないかという期待がかなりあるように見受けられ、主治医の説明の中で「胃瘻を入れることで、すべてを解決できるわけではない」というところを、もっとしっかり説明していくべきではなかったかと思われた。
- 嚥下機能がかなり落ちてきている方の肺炎の予後についても、主治医の方からご家族と患者さんに説明をすべきであった。
- 結局この患者さんは転院後に亡くなっているので、当院でできる抗生剤や酸素等の治療の説明をして、様々なうちの病院でもできる治療を選択していけばよかったのではないかということが話された。

### 長尾先生コメント

- 経験からいうと、嚥下評価は実際に食べられることと必ずしも一致しません。VFで食べられないと評価されても、食べることができる例もあります。
- この方は悪性脳梗塞ですので、まずご家族には予後は悪いということを伝えます。
- PEGをやってもいいし、やらなくてもいいとお話しすると思いますが、「改善の期待はあまりもてない」ということをお話しします。この事例では、経鼻胃管の自己抜去を繰り返しています。その時点で、ご本人は、食べたくないという意思を示していると思います。その意志を尊重してあげてもいいのではないかというようなことを、私だったらお話しすると思います。



ディスカッションの後、いわき湯本病院名誉院長の柿田先生が今回のディスカッションについて、「終末期の医療について、同じ組織の医師が同じ土俵で真剣に考え、レベルアップしていくということは、大変素晴らしいと思います」と発言されていましたが、私もまさにそのように思いました。



前回の理事長トークで私は、「長尾先生のお話を伺っていて、**終末期医療における医師のリーダーシップとは、導くことだと感じた**」と書きました。そのことについては、医師のディスカッションの中でも話されていました。では、「**導くこと**」ができる医師にはどのような力が必要なのでしょう。

私は、「**1・様々な経験や知識に基づく『見識』**」「**2・患者さん、ご家族とゆっくり時間をかけて納得がゆくまで話し合う『対話力』**」「**3・患者さん、ご家族を心から理解し、その立場・心情になって考えることができる『思いやり』**」の3つが必要なのではないかと思っています。

今回の医師研修会をきっかけに、健育会グループで働く医師の皆さんには、是非この力をつけていただき、入院患者さん・ご家族全員に「**健育会グループの病院で看取ってもらいたい**」「**健育会グループの主治医にお任せします**」と言っていただける病院グループになっていきたいと思います。健育会グループでは、これからも、このような学び、深く考えることができる研修の場をつくっていきたいと考えています。

