

Case18 (2021.8.2)

80代 女性

主訴：不安感、譫妄、徘徊、食欲不振⇒胃瘻<sup>1</sup>

診断名：認知症、脊管狭窄

関わった医療機関(施設)：整形外科、内科、心療内科、鍼灸院

脊管狭窄症から鍼灸を受けるようになり、症状は安定していたが、年齢も増す中で少しずつ体力が低下し逝去された症例。

患者さんやご家族を10年にわたり鍼灸施術し「ラポール(信頼関係)」の形成もしっかりなされる中で、報告者がキーパーソンである家族に影響を与えている事を自覚し「最期は家で」という本人と家族の希望に寄り添い、看取りに関わっていった。

症例検討：

(鍼灸師)

ありがとうございました。非常に興味深い内容でした。

「最期は家で」という患者さんにご家族の意志を理解され、それでも難しい部分に対しては助言し、最期まで患者・家族の支えとして関わって看取りを迎え、結果は残念であったけどご家族から感謝されるという、鍼灸師冥利に尽きる症例だと思います。

わたしは胃瘻に対して否定的な意見を持っていましたが、もう少し勉強を掘り下げる必要性を感じました。

(鍼灸師)

在宅看取りは今キーワードになっていて、今後も増えてくると思います。実際に鍼灸院でも家族が関わっている事例を多く耳にするようになってきています。

しかし、多くの患者さんは自宅で家族を看取するという事は、経験的に少ないでしょうし、残された家族は同じ空間で生活を続けたりと、今後在宅看取りが進んでくる事で、様々な問題に対応していかなければならないと考えています。

発表者の先生は連携ノートなどを使い、大変うまく情報共有が出来ていたのではと感じました。先程の症例報告にもありましたように、鍼灸師側から情報を連携ノートなどの形で残すことで、次のステップが見えてくると思います。

(医師、漢方医)

看取りに際して、本当に一例一例が同じ環境という事が無くて、最適解というものはありませんね。非常に難しいです。

今回の胃瘕に関しても、どっちがいいと言えないケースも多々あるので、本当に難しいです。私の恩師も、70代でありながらずっと在宅をやっていますが、未だに悩みながらやっています。

Q.(医師、漢方医)

連携ノートに関してですが、それぞれの医療者はどのような事を書いているのですか？

A.(鍼灸師、報告者)

ドクターが書いてくださるのは、処方の変更です。出してる薬をこれに変えましたとか何々を増量しましたとか。看護師さんが書いてくれるのは、バイタルが中心です。二便についての記述もあります。ヘルパーさん達は何時に来て何をしましたとか患者さんはどういう様子ですとかが多いと思います。

(医師、漢方医)

わたしも往診をしていた時期がありました。痰の吸引などの処置も記載していました。

Q.(医師、漢方医)

報告者の先生はどういうことを書きますか？

A.(鍼灸師、報告者)

専門的な鍼灸の施術内容は伝わりにくいと思いますので、患者さんの様子を書くようにしています。

Q.(医師、漢方医)

鍼灸の医療連携を考える上で、例えばこういうところに鍼灸師が入るといいとか、メリットというか、その辺りはどういう所にあると感じているのでしょうか？

A.(鍼灸師、報告者)

例えば、フレイル状態の改善、ロコモティブシンドロームによる易疲労感に対してあたりでしょうか。また、薬を使わずに訴えを改善できる部分だと思います。食欲の低下や不安感で寝れないなどという部分へのアプローチが出来ます。

Q.(鍼灸師)

ご家族で鍼灸院に通っているとの事で、先生への信頼はすごく厚いと推察します。その中でいろいろな決断時に、先生の言動が大きく影響してたんじゃないかなと思います。また、先生はその関りのなかで多少の自責の念に駆られている部分があると仰っていましたが、寿命・看取りと考えた時、先生の患者さんや家族との関りは意義があったのではないかと考えますが、いかがでしょうか？

A.(鍼灸師)

そうですね、この患者さんとご家族との関わりは開業してすぐですから、10年に及びます。

ご家族から頼られている部分も大きかったので、言葉の重みを感じていました。ですので、言葉には気を付けて助言しました。

少しずつ患者さんの栄養状態が悪くなる中で、流動食、誤嚥性肺炎の問題、経鼻栄養、胃瘻となっていくのですが、常に葛藤がありましたし、ご家族からの相談も常に受けていました。

(鍼灸師)

患者さんやご家族からすると、病気のひとつひとつが大きくなるほど初めての経験になります。その時に鍼灸師としては医療的な知識を多少備えている訳ですから、患者さんやご家族の気持ちに寄り添いながら、患者さんの利益に繋がる形でのガイドが出来る存在でもあるように考えます。とくに終末期においては、医療連携・多職種連携による偏らないガイドが大切であると考えます。

今回の症例はご遺族へのケアを含めて、報告者の先生は上手に対応していたと感じました。

(医師、緩和ケア医)

大変興味深く拝聴しました。

このような意思決定に関わる時、わたしとしては倫理的な生命倫理の部分で常に悩んでいます。生命倫理の4原則<sup>23</sup>というものがあります。ひとつに「自律性の尊重原則」がありまして、自立した決定を尊重する事が第一です。この患者さんの場合、自律的な部分が少し減ってきていたのかなと思います。家族とか医療者のサポートが必要だったんだろうと思うんですね。胃瘻を増設する事による侵襲・非侵襲の問題と利益、医療者の善行の問題、このあたりが4原則の2番目・3番目にある「無危害の原則」「善行の原則」です。このあたりが相反してしまいますので、判断が非常に難しい。そして、4番目「公平の原則」。このあたり「倫理の4原則」は常に考えていないといけない、大事な事だと思います。この4つが今回の場合、高齢者でちょっと自律尊重は難しいけれども、利益と合併症というこの相反をどう考えるかということで、相応性原則(principle of proportionality)<sup>4</sup>といます。

Q.(医師、緩和ケア医)

ご高齢者の場合、高栄養の流動食などで誤嚥性肺炎を繰り返す例などありますね。総合病院だとこういう例で入院されることもあると思うんだけど、こういう時は病棟ではどうですか？

A.(医師、総合診療科医)

病棟総合内科医として1番苦労するのが「ラポール(信頼関係)」です。

在宅の先生とは比べ物にならない程、できてないんですね。この状況でいろんな話をするという事は、完全に赤の他人から訳のわからない処置の説明を受けている感覚だと思います。

す。

そのあたり、結構神経を使って話していますが、家族の決断も時間がかかることが現状ですし、少しでも言葉を間違えると、胃瘻は嫌だと決断される方は多いです。

急にいろんな話をされると、一番重要である、まず栄養をどうするかということに家族の考えが及ばなくなります。そういう状況で、我々病院総合内科医がやるのは、患者さんの家族に対し教育を含めて丁寧な説明から入ります。

(医師、緩和ケア医)

僕らの緩和ケアの場面だと経腸栄養<sup>5</sup>をどうするか、特に終末期のがんの場合では時間が限られている中で大変悩みます。

消化器癌による消化管閉塞による苦痛からの緩和。胃瘻を作ってガスを抜いて苦痛を緩和し、栄養を入れる。それで病気が治るわけではないですが、残された時間のクオリティを上げ、患者さんと家族に取っての時間を作る。そんな部分から胃瘻が見直されています。

Q.(医師、緩和ケア医)

患者さんが入院されて、病院側に委ねる事で少し悶々とした所があったんじゃないかと推察しますが、いかがでしょう？

A.(鍼灸師、報告者)

そうなんですよね。患者さんとの付き合いが古いのでそういう思いでした。

それでも、結果的には残念なことではあったんですけども、ご家族も納得されて、最期はあれでよかったと仰っていました。

(医師、緩和ケア医)

90歳近い方で胃瘻を作って2年後に亡くなったケースがありましたが、その時間がよかったという患者さんやご家族もいるので、なかなか年齢だけとかで判断はできませんし、みんなそれぞれご家族も利用者も悩む側面が多いことだなと思います。

(鍼灸師、報告者)

先程漢方医の先生からの話にもありましたが、ケースバイケースというのをこちらがどれだけ大事にできるかという事だと思います。僕の経験では、患者さんご家族に後々禍根を残しやすいのは、信頼関係のない状態で冷たいと感じさせる機械的な説明ですね。

(医師、漢方医)

報告者の先生は東洋医学の家庭医のような存在ですね。

長い期間をかけて患者さんと関係性を作ると、患者さんやご家族も話しやすくなりますね。看護師さんもそういう関係性を作りやすいかもしれませんね。

そこは医療連携の中においてそれぞれを補完し合う意味で非常に良い所になるんじゃないかなと思いました。

(鍼灸師)

私もそう思います。鍼灸師は患者さんやご家族との信頼関係を構築できていることが多いかもしれませんので、医療連携の中で補完し合える部分かも知れません。

私たち鍼灸師は、例えば今回の胃瘻に関しての情報でも否定的な情報に触れる機会が多いので、現場の医師たちから直接お話が伺えるこういった機会は非常に貴重ですし、このカンファレンスの有意義な点かも知れません。

Q.(鍼灸師)(チャットでの質問)

漢方医の先生で往診している先生はいらっしゃいますか？

A.(医師、漢方医)

僕も往診していましたが、普通の在宅医療を行っている中でプラス漢方でした。

全国にはそういう形でやってる先生もいると思いますが、少ないと思います。

A.(鍼灸師)

私の研究会には、積極的に漢方を使って在宅している先生もいらっしゃいます。

地域にそういう医師がいて、鍼灸師も繋がれば、医療連携が取りやすいかも知れませんね。

(鍼灸師、研究者)

本日はありがとうございました。興味深く拝聴させていただきました。

2例目ですが、鍼灸師として難しい関りであったと推察します。ご家族のキーパーソンである娘さんからの信頼もあり、意思決定の部分に大きく関わられていたと感じました。

鍼灸師は現代医療の枠組みから少し外れた部分から在宅での看取りに関わる場面が多い中で、医療従事者として気を付けながら接しなければいけないと再度認識しました。また、そのために勉強をしなければならないと改めて感じました。

ありがとうございました。

(鍼灸師)

鍼灸師は統合医療的・代替医療的信息に接する機会が多く、そういう情報は現代医療に批判的なものも多いことがあります。そこで、この会の目的でもありますが、一般的な現代医学の知識に触れる事で医療従事者としてバランスの取れた鍼灸師になり、それが患者さんの利益(未病・健康)に繋がるようにしていきたいですね。

(医師、漢方医)

先程の往診している漢方医を教えてください。という質問の回答です。

近畿エリアの山口診療所に山口隆司先生という医師がいます。

<http://nara.med.or.jp/tenri/kouenkai/sub1/170128.htm>

(医師、総合診療医)

鍼灸師はご家族との信頼関係、ラポールの形成が上手くいっている先生が多くいらっしゃる印象です。その中で、先程の症例報告でもありましたが、医師は「看護サマリー」から患者家族の情報を得る事が多いのですが、もし、今後連携が進むようであれば、鍼灸師からのサマリーなどが出てくると連携が非常に楽しみになってきます。病棟医としては大変助かります。

(鍼灸師)

鍼灸師からのサマリー(要約)という部分ですが、鍼灸施術はリラックスした中で行われるせいか患者さんや家族の情報をかなり持っているケースが多いです。患者さんの情報共有に役立てるのであれば、是非、サマリーを提出し医療連携に協力したいです。

(医師、総合診療医)

鍼灸師が訪問・在宅で入って、私たちはこういうことしますよ、そういうことをした結果、患者さんはこういう状態になりました。というような一般医療者でもわかる形で情報共有があるとお互いにメリットがあると思います。

---

<sup>1</sup> PEG 適応基準に関する ガイドライン 千葉メディカルセンター  
[PEG の適応基準.pdf \(seikeikai-cmc.jp\)](#)

<sup>2</sup> 終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン解説編  
厚生労働省  
<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/05/dl/s0521-11b.pdf>

<sup>3</sup> 3. 専門職としての意識と責任 -P.96 P.97 (生命倫理の4原則)  
厚生労働省  
<http://www.mhlw.go.jp/content/000088E397C392CA96F38365834C8358836732303138303532382E706466> (mhlw.go.jp)

<sup>4</sup> 相応性原則

苦痛緩和のための鎮静に関するガイドライン(2010年版)  
[ガイドライン | 日本緩和医療学会 - Japanese Society for Palliative Medicine \(jspm.ne.jp\)](http://www.jspm.ne.jp/)

---

<sup>5</sup> 静脈経腸栄養ガイドラインー第3版ー

[vi-viii\\_guideline\\_目次\\_hmn\\_01.indd \(jспен.or.jp\)](#)