

坂総合病院 第 33 回倫理委員会報告

日時：2008 年 7 月 5 日（土）午後 4 時 10 分～午後 5 時 45 分

場所：坂総合病院 新館 2 階カンファランス 2

出欠：委員 歯科医師 1，宗教家 1、弁護士 1，ジャーナリスト 1，患者会 1、医師 3，事務局 3

1. 第 32 回委員会（08.05.10）報告について承認した。

2. 事例検討 4

病棟の症例について、担当医師より説明後に事例検討を行った。オブザーバーとして、病棟看護師長も参加した。

—— 検討事項 ——

- 1) 本人の意思（点滴・薬・食事拒否）をどのように考えればよいか。
- 2) どのようなプロセスで方針を決定すべきであったか。

【事例概要】

88 才女性。10 日程前より、独語とも歌ともにつかない発語が見られるようになった。同居家族は、おかしいと思いつつ様子を見ていた。

本日朝から、延々と独語が続き、夜になっても止む気配ない為、21：30 救急搬入。

<既往歴> 高血圧。昨年 2 月当院にて総胆管結石鏡視下手術。数ヶ月後通院中断。現在服薬、かかりつけ医なし。

<搬入時バイタルサイン> レベル 30-100。血圧 224/117，心拍 102，体温 37.2℃、SPO2 96%。閉眼しずっと歌っている。声かけに反応しない。痛み刺激には反応する。

<身体所見> 項部硬直なし、瞳孔同大 3/3mm、対光はつきりせず、追視あり、偏視なし
四肢麻痺無し

<検査所見> 採血異常なし、頭部 CT 明らかな異常なし

<家族背景> 息子、孫夫婦と同居。

<入院後の経過>

第 1 日目：21：30 救急搬入。23：50 高血圧性脳症疑いで ICU 入院。午前 3 時頃まで歌って、入眠。

第 2 日目：意識清明。年齢・自宅住所・現所在地・昨日からの記憶 OK。「なぜ歌い続けるのか？」→亡くなった夫が「早く来い」と呼んでいるので返事している。夫が亡くなったこと、墓があることは理解している。深夜も歌っている。

第 3 日目：食事拒否。「ごはんも薬もいらぬ。食わなければ、あの世さ行ける、と夫からいわれた」

* 一晩中、大声で歌を歌っている。周囲の患者が安静を保てない状況。

第 4 日目：食事拒否。点滴も拒否。血圧 153/79。質問には応え、名前も言える。「胃の中きれいにしてあの世にぼっくりいく。点滴もしなくていい、ぼっくりいくんだから」

20：00 御家族に説明。①治療拒否強く、加療できない。②幻聴については、

精神科的な視点で診療を受ける点もすすめた。家族は、「仕方ないので、当院処方薬を自宅で服用させる」と。診療情報提供書発行し、自宅退院。

——検討内容・意見——

1) 本人の意思（点滴・薬・食事拒否）をどのように考えればよいか。

(1) 患者本人の精神状態は、正常と判断して良いか、あるいは精神科領域の病気なのか。

担当医師が、後日精神科医師にコンサルトした内容。

- ・ 今回の症例は、老年性精神障害と思われる。
- ・ 急性の精神症状で、痴呆との関連は強くない。
- ・ 対応については、本人が治療拒否しても丸1日経過すると脱水状態にはなるので、点滴という医療行為はすべきである。
- ・ 点滴のために鎮静をかけるかどうかは、状況判断。命にかかわる状態であれば、最低限の鎮静は必要になる。
- ・ 治療拒否患者への対応は、本人と対話し気持ちの変容を促すことが第1。それで難しい場合は、家族の希望を確認する。但し、今回は会話内容に死を示唆する内容があるので、自殺企図が想定される場合は、それだけで入院適用となる。

(2) 精神障害と自殺企図との関係をどう考えるか？「死にたい」と言うことの意味は何か？

- ・ 家族関係、前病歴、生活状況で抑圧された経過があるかどうか、病歴を詳しく聴取していないことが気になる。今後同様のケースでは、抑圧された病歴があるか聴取した上で治療方針を検討することが必要。
- ・ 整理の仕方も、時系列だけでなく、大声で歌う時の状況や騒ぐ時の状況など、イベント時の状況を検討してみると自殺企図の背景も見えてくるのではないか。
- ・ 外部者と内部者の見る視点にはギャップがある。外部者は、他に何かできたのではないか、という見方をしてしまうが、第3～4日目は連休中でもあり体制的には厳しい状況にあったのではないか。

2) どのようなプロセスで方針を決定すべきであったか。

(1) 退院方針決定までのプロセス

①連休中の指導体制

- ・ 指導医とは毎日回診し治療方針を相談していた。必要があれば、電話でコンサルトできる体制にはあった。
- ・ 連休体制に医療の質をレベルダウンさせないシステムをどうつくるか。
- ・ 担当医自身は、連休中もほとんど休まずに病棟業務以外にも当直もこなすなどの状況であり、良くやっていたと思う。自分の負担を軽くするためにも、例えば他の指導医にも相談できる体制があるとよいのではないか。

②精神疾患の加療体制について

- ・ 精神疾患の患者や自殺企図の患者は、他の医学的対応と違う内容が求められる。終始観察が必要など、看護師側から見ると大変なのは理解できる。精神病院への転院を検討したり、家族の協力で連休中は乗り切るなどの対応は難しかったか？→家族も付き添って食事介助などしていたが、患者が拒否し始めてから、対応しきれなくなった経過があり、協力は難しい状況になった。精神病院への緊急転院は知らなかったのので、精神病院宛に診療情報提供書を持たせて、外来受診をすすめた。
- ・ こうした患者さんを急性期の一般病棟で見ていくというのは、困難である。このような患者の受け持ちになると、看護師からは治療上の困難性が訴えられ、患者と家族は実際には居場所がない、ということの板挟みになり、医師は辛い思いをするこ

とは理解できる。

- ・ 今回のケースは、自殺企図といっても積極的にその行為を行う状態ではないので、周辺の精神科の状況を見ても転院紹介しても、緊急入院とはならないのではないか。結果的には、自宅から外来通院フォローとすることになるのではないか。

(2) 方針決定後の対応について

- ・ 今回のケースは、病気の治療、診療過程において、その治療方針も未解決のまま退院となっている。したがって、退院後に何らかの対応はすべきであったと思われる。例えば、医師でなくとも他職種でもよいので、坂病院らしさとして電話一本でも良いのでフォローがあっても良かったのではないか。

——倫理委員会の見解——

①本人の意思（点滴・薬・食事拒否）をどのように考えればよいか。

今回の事例は、MR I 検査で異常が見られなかった時点より、基本的に精神科領域の症状の1つだとして対応すべき事例である。したがって本人の主張は、確立された意志だとは受け止めずに、対応していくべきである。

なお、当院として、指導医も含めて、高齢者の急性精神疾患についての最近の知見を学ぶ機会を設けることが求められる。

②どのようなプロセスで方針を決定すべきであったか。

今回の事例は、連休中という診療体制の薄い時期に発生した事例であり、担当医も病棟看護師も多忙な状況で、集団的に検討する場をもてないままに方針決定を迫られる状況となった。

しかし、こうした状況下でも、指導医への電話相談は可能な体制があり、また当該指導医は回診で患者状態も共有できていたので、基本的には退院方針を決定する前に指導医に相談すべきであった。

但し、病院全体としては、連休中など特殊な条件の時は、他科指導医にも相談できるような方策も考慮しておくことが望まれる。

また、当院のような急性期医療の現場においては、精神科疾患に対応していくことが看護体制からみても厳しい状況にあることが伺えるので、特に連休中や時間外などの精神科救急体制について事前に周知しておくことが求められる。

■ 次回以降の委員会日程～会場は、新病院2階カンファランス室2にて。

第34回委員会：2008年9月6日（土）午後4時より

第35回委員会：2008年11月8日（土）午後4時より