

摂食嚥下障害における倫理の問題

Ethics of Dysphagia

藤島一郎* *Ichiro Fujishima*

浜松市リハビリテーション病院

Key Words : 倫理四原則／倫理的気づき／倫理的ジレンマ／自律尊重原則／代理判断

はじめに

摂食嚥下障害は終末期医療とも関わるためたいへん難しい問題である。人は「口から食べる」ことに日々喜びを感じている。しかし、残念ながら、脳卒中やパーキンソン病などの神経変性疾患、がんの終末期、あるいは認知症の終末期などには経口摂取ができなくなる。そして、これらの摂食嚥下障害は、しばしば同時に、自律・自己決定の障害を伴っており、倫理的に問題となってくる。本稿では摂食嚥下障害に関わる倫理についてポイントを概説する¹⁾。

倫理を論ずる以前の問題と倫理的気づき

臨床で「嚥下障害に対して今後の方針も決めずに経鼻胃管 (nasogastric tube, 以下 NG チューブ) を抜き、退院させる」という症例を何度か経験している。これでは当然脱水、全身状態不良で当院を受診することとなり、緊急入院で対応せざるを得ない。また、肺炎罹患状態にもかかわらず、何も連絡せず転院させてくる。むせて食べられないのに評価もせず、脱水、低栄養かつ肺炎に罹

患しているのに何もしない医師たちがいる。重度嚥下障害で NG チューブ管理で禁食なのに薬のみ経口内服といういい加減な指示で、著明な咽頭汚染と肺炎に罹患したまま転院させてくることもある。こんなことが許されるのであろうか？ 倫理を論ずる以前の基本的な医療の問題と言えそうであるが、ここには重大な倫理的気づきの欠如が存在する。現実にはこのようなことが多く存在するということが重大な問題である。

症例 1 : 83 歳男性、脳梗塞、右麻痺・失語症

訪問看護師が患者の体重減少に気づいた。それまで妻は「年だからそんなに食べる必要はない」と思い、在宅主治医も摂食嚥下障害についてまったく念頭になかった。ケアマネジャーの勧めで当院受診となった。まず外来では「最近体重減少があります」と妻が言った。肺気腫で元々咳や痰が多いが、よく聞くと「食事でむせることもある」とのことであった。嚥下を評価し、軽度嚥下障害を認めた。摂食時の姿勢、食事内容、嚥下体操セットなどの指導でむせなくなり、経口摂取量が増え、体重増加に転じた。その後、肺炎もなく経過している。

本症例は軽症摂食嚥下障害であるが、問題なのは「年だから仕方がない」と考えてしまうところがなかったかということである。摂食嚥下障害に対する知識もさることながら、Ageism (年齢によ

* 浜松市リハビリテーション病院 (〒433-8511 静岡県浜松市中区和合北 1-6-1)
E-mail : ifujishima@sis.seirei.or.jp

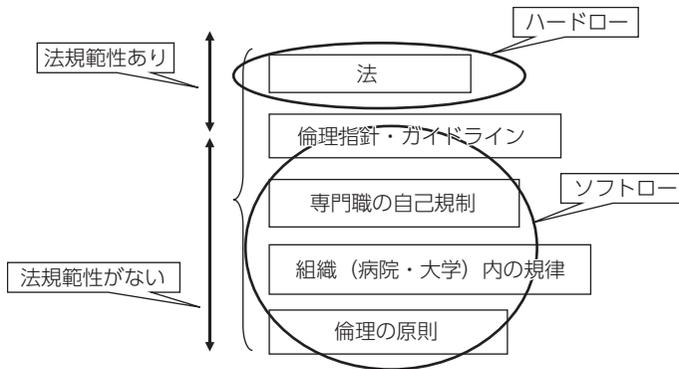


図1 法と倫理：社会的規範
(稲葉一人：Personal Communication, 2016)

- | |
|---------------------------------|
| ① 自律尊重原則 Autonomy
自律・自己決定の尊重 |
| ② 善行原則
患者の目標に照らし、善いことをする |
| ③ 無危害原則
少なくとも、害を為すな、害を避ける |
| ④ 公正原則
すべての人を公平に扱う |

図2 倫理4原則

る差別)やDementism(認知症による差別)などに対する「倫理的気づきのなさ」から診断、治療の遅れを生じることには注意しなければならない。差別による先入観が善行原則(本人の最善の利益を求めること:後述)を損なう。一つひとつの症例に対して、常に倫理的気づきをもって対応することが大切である。

臨床倫理とは何か

ここでは「医療の専門職が医療現場で必要とされる倫理であり、遭遇する倫理的問題に対して法や社会・心理・文化・宗教的な諸問題を的確に認識し、それらに診療チームとして適切かつ迅速に対応すること」と定義する。法律と倫理の区別については図1のように説明される。共に社会的規範であるが法には法的規範があり倫理にない。両者が一致していれば問題はないが、そうでないこ

とも多い。本稿で倫理の原則論(図2)に沿って話を進める。原則論以外に物語論や手続き論^{2,3)}などの視点で語られることもあるが、これらは相互に深く関連している。

医師の行うべき一番大切なこと

われわれ医師にとって最も期待され大切なことは、目の前の摂食嚥下障害が治癒可能な病態なのか?あるいは治癒不可能な病態なのか?について適切な診断をすることである。障害が一時的なものであり治癒可能な病態である場合には、嚥下リハビリテーション(以下、リハ)など適切な医療を受けてもらうことが必要である。われわれリハ科医は真剣にこのことに関わらねばならない。ただし、摂食嚥下障害に関しては正確な医学的事実を明らかにすることがたいへん難しい。

症例2:66歳女性,多発性脳梗塞

左放線冠ラクナ梗塞,10kgの体重減少あり。脳梗塞再発(右橋)。軽度片麻痺,重度の構音障害・嚥下障害,意識障害あり,気切管理,経鼻経管栄養となった。3週間後,意識レベルは改善したが,気道の分泌物が多く気切カニューレから痰が噴き出していた。主治医は経口摂取困難と判断し,胃瘻を提案。しかし,本人・家族は嚥下リハを希望し,当院へ転院となった。

さて、この時点で問題となるのは、主治医の判断が正しかったかどうかである。倫理的視点で見れば「本人の希望で紹介・転院」となっているので、自律尊重原則は守られている。一方、本当に胃瘻でないか？ について善行原則、無危害原則に反していないか？ が問題となる。ここでは嚥下障害と気切カニューレの知識と正確な評価が必要である⁴⁾。

本症例ではわずかな体動（特に頸部）や唾液の嚥下でも咳込み、さらさらした水様の痰が気切孔から噴出しており、吸引すれば激しくむせて、さらさらの痰が大量に吸引できる。さらに夜間も30分～1時間ごとに咳込み、そのたびに吸引が必要で、本人も看護スタッフも疲弊していた。ところがカフ上の分泌物を吸引後、カフを脱気すると、初めは激しく咳込んだがすぐに落ち着き、呼吸は安定した。用手的に呼吸に合わせて気切孔を閉鎖すると、「おはよう」「ありがとう」などの単語をゆっくり発音可能であった。発声用バルブを装着しても苦痛はなく呼吸発声が可能であった。1時間ほど様子を見ていたが、呼吸安定、咳もほとんどで出ず、喀痰は減少したのである。カフの気管壁への刺激が咳や分泌物増加の最大原因であることが判明した。その後、経鼻経管栄養を間欠的口腔食道経管栄養（intermittent oro-esophageal tube feeding, 以下OE法）へ切り替え、ゼリーの丸呑みから段階的摂食訓練を実施。カニューレはカフの脱気時間を徐々に延長し、スピーチカニューレ→レティナカニューレ→気切孔をテープで閉鎖→抜去することができた。約1カ月に60度リクライニング位でミキサー食を3食自力摂食が可能となった。

このような症例はよくあるが、困難な症例も多く筆者らは、ひたすら嚥下障害の評価・診断・治療に日々悪戦苦闘している。簡単にあきらめずに、適切な評価・診断・治療を行うことこそが、

倫理的に本人に対する善行原則・無危害原則に従うことになるということは言うまでもない。

経口摂取と肺炎の問題

われわれがしばしば遭遇する「重度の嚥下障害で誤嚥と肺炎のリスクが高い患者が経口摂取を希望する場合」について考えてみたい。急性期病院で肺炎に対し抗菌薬治療を実施し、経鼻経管栄養となるが、食物誤嚥、唾液誤嚥が多く、肺炎を反復するため主治医から胃瘻の提案がなされるが、「死んでもいいから、口から食べたい」と拒否、家族も患者に同調した、というような場合である。

症例3：80歳男性、反復する誤嚥性肺炎

当院に入院してVF（videofluoroscopic examination of swallowing）、VE（videoendoscopic examination of swallowing）に基づき慎重に訓練したが、肺炎を反復している。現在は経鼻経管栄養であるが、胃瘻のほうが苦痛も少なく、肺炎のリスクも防げると主治医（内科）は考えていた。しかし本人は「胃瘻は切腹のようで嫌だ」と言い、妻も本人の意思を尊重した。入院2カ月後（1月初め）に中心静脈栄養管理に切り替えたところ誤嚥性肺炎・栄養状態改善により、本人はやや元気になっていた。1月19日本人から「食べられないのが辛い。死んでもいいから食べたい」と切なる訴えがあり、妻からも「本人の意思を尊重して食べさせてあげたい」との申し出があり、ご本人、ご家族の意思を確認した後、嚥下カンファレンスを開催し、「栄養摂取は経管栄養で肺炎を起こすため、現状のまま中心静脈栄養管理とするが、家族が持ってきたものであればベッドサイドで食べることを黙認する方針」とした。

1月21日に妻がお粥とカステラと干し芋を持参し、数口本人に食べさせたところ、激しくむせてほぼ窒息状態となった。救命でき、誤嚥性肺炎は認めなかった。翌22日にはっきりと聞きとれ

る声で「食べられてよかった。今度は餅が食べたい」との発言あり、笑顔が多くみられ活気も改善していた。摂食時の姿勢を看護師が妻に指導し、23日に妻が煮物を持参し、むせながら数口摂取できた。24日に誤嚥性肺炎再発し、抗菌薬治療施行、25日も妻がお粥を持参し、むせずに一口摂取した。発熱は落ち着いていたが、26日から肺炎増悪傾向を認め、抗菌薬治療を施行するも、1月30日に死亡した。妻が2月13日に来院し、以下のように述べた。「やっと落ち着きました。お世話になりました。あんなに食べたがっていたから、最後に少しでも食べられてよかった。むせたときは怖かったけど、病院だったから安心だったし、嬉しそうに食べられてよかった。餅を食べたがっていたから、餅を食べさせたかった」

まず、この症例でどのような倫理的論点があるかを考えてみたい。

①本人に、今後の治療方針を決定するのに必要な意思能力はあるか？

口から食べることによって、どのような事態が引き起こされ、それが自分の生命予後にどのような影響を与えるのかを理解していたのであろうか？

②「死んでもいいから口から食べたい」は本心か？

口から食べたいが、本当に死んでもいいとは思っていない可能性はないだろうか。「口から食べたって、死なないだろう。今までも死ななかったのだから…」と安易に考えているのではないか？

③本人の願望「口から食べること」と「誤嚥性肺炎を予防すること」は、どちらがより重要な倫理的価値があるのか？ 本人の意思の尊重（自律尊重原則）と肺炎にならないようにすること（善行原則）はどちらが大切なのであろうか？

④自由に口から食べることは、本人の最善の利益にかなうのか？

胃瘻をそれほどまでに拒否する理由は何か？ また、医学的に経管栄養（胃瘻）は肺炎予防に本当に有効か？

⑤家族の判断は適切か？

医療従事者の指示やアドバイスに従うのではなく、本人の「口から食べたい」という願望に応じた家族の判断や行動は適切といえるのか？

⑥医療従事者はどのような姿勢をとるべきか？

病院側が、経口摂取を黙認することは倫理的に適切か？

⑦このケースにおいて、コミュニケーションは十分だったのか？

これらの倫理的論点を分析したい。

事実 (fact) と価値 (value) (図3)

倫理においては、医学的事実 (fact) と倫理的価値判断 (value) の区別について考えることはとても重要なことである。それは、よい倫理的価値判断をするためには、正しい事実認識がなければならないからである。しかし、よい医学 (事実) 上の決定をすることができる人が、必ずしもよい倫理上の決定をすることができるわけではない。また、患者や家族、医療専門家はそれぞれ異なった価値観をもっているため、自分の考え方と異なるという理由だけで、他人の考え方を否定してはならない。「各自の価値観には常に相違があるもの」であり、それらは互いに尊重され、常に開かれた十分なコミュニケーションが必要となる。

医学的事実とは、検査や画像診断の結果、および診断名・予後などを指す。倫理的価値判断とは、それらの事実を踏まえて、各個人の価値観や信念・良心に従って判断・行動することである。もし、医学的事実が間違っていれば、今後の治療方針について適切な判断をすることはできない。したがって、「よい倫理的価値判断」をするためには、「正しい事実認識」が不可欠である。同じ正しい

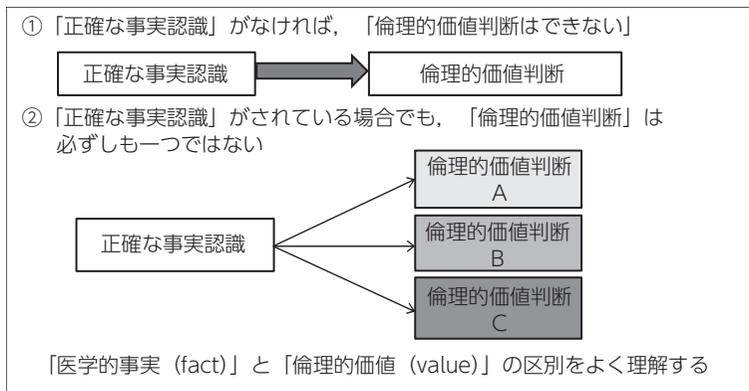


図3 正確な医学的事実を明らかにすることと倫理的価値判断

医学的事実を認識している場合であっても、各自の価値観・人生観の違いにより、選択する治療方針は異なることがある。いくつかの選択肢のうち、ある1つだけが正しく、その他のものは正しくないということはいえない。したがって、自分と異なる考えにも十分に耳を傾け、その根拠について考えてみるという姿勢が求められる。

この症例での事実について検討する。栄養状態はどうか？ 口から食べると誤嚥性肺炎が起こる可能性はどうか？ 唾液や分泌物の誤嚥で肺炎が起こる可能性はどうか？ 胃瘻にした場合はどうか？ 嚥下機能の評価はどの程度か？ 嚥下リハは無効なのか？ この患者は、3カ月の入院期間中に5回の誤嚥性肺炎のエピソードを繰り返している。

2回目の肺炎治癒後、嚥下機能検査を実施している。12月6日の嚥下造影では、一口目から誤嚥がみられ、食道入口部の通過も不良であった。しかし、「30度リクライニング位」で「頸部前屈」であれば、何とかゼリーを誤嚥なく嚥下できる (best swallow) ことがわかり、言語聴覚士 (ST) による摂食訓練を開始した。しかしながら摂食に伴い唾液や口腔・咽頭の分泌物増加がみられ、食物誤嚥は防止できても唾液誤嚥は防止できず、その後も

誤嚥性肺炎を繰り返した。

また経鼻経管栄養では、チューブによる刺激で分泌物や痰が増加し、その結果肺炎を起こすリスクが高いと考えられ、胃瘻を提案している。経口摂取希望の要望に対しては、経口摂取を再開することにより、誤嚥性肺炎は必発であり、窒息のリスクも高いことを説明し、予後は極端に短くなる可能性のあることを説明した。食べ物を経口摂取したときに、誤嚥しているだけでなく、唾液や痰などの分泌物の誤嚥〔場合によっては胃食道逆流症 (gastroesophageal reflux disease : GERD) も関与していた可能性あり〕による肺炎を繰り返していた。

このように、何度も肺炎を繰り返しているにもかかわらず、この患者は「口から食べることにこだわっており「胃瘻は切腹のようで嫌だ」「食べられないのが辛い。死んでもいいから食べたい」と切に訴えていた。そして、それまでは発声も少なく、笑顔を見せることもなく活気もなかったが、1月21日に妻が持参したお粥とカステラと干し芋を掻き込んで食べ、窒息状態となり救命治療を要したエピソード後には、はっきりと聞きとれる声で「食べられてよかった。今度は餅が食べたい」との発言があり、笑顔が多くみられるなど、活気

も改善している。これらの経緯を考えると、苦痛を伴う窒息のエピソードにもかかわらず、本人は口から食べることに生きる喜びを感じていたのだろうと思われる。それでは本人には、このような医療やケアに関する方針を自分で決めることのできる意思能力はあったのだろうか？ この患者は「口から食べたい」という意思を明確に表現している。さて自己決定を保障するための意思能力の4構成要素が満たされているかどうかを確認したい。①選択の表明○、②情報の理解○、③状況の認識（その方針を選択した場合、それが自分にとってどのような結果をもたらすのかを認識）○、④論理的思考（決定内容が自分の価値観や治療目標と一致していること）○となるので、このケースでは意思能力があると評価でき、自分の医療について、自分で決めることができると判断される。

では、「死んでもいいから、口から食べたい」というのはこの患者の真意だったのだろうか？ 何気なく口癖のように発した言葉ではなかったのか？ 口から食べたいけれども、本当に死んでもいいとは思っていなかったのではないか？ あるいは、将来に失望してやけっぱちになって言った言葉ではなかったのか？ また、「口から食べたって、死なないだろう。今までも死ななかったのだから…」と安易な発想をしていたのではなかったのか？ これらの言葉の信憑性についても考えてみる必要がある。さらに「死んでもいいから、口から食べたい」という意思是、その後変化していなかったのか？ あるいは今後の起こり得る事態を予測して、十分な情報が与えられた後の意思表示だったのか？ これは適切なインフォームドコンセントが実施されていたのかどうかという問題に関係する。

倫理的ジレンマ

倫理的ジレンマとは、日常臨床における対立す

る意見のうち、どちらかが明らかに正しいのか、あるいは明らかに間違っているのか、一見しただけでは判断できないものである。この症例においても、どちらの意見も正しいと思われる「倫理的価値」、あるいは「善」が対立している。具体的には、「本人の願望どおり、口から食べる自由を制限しないことは善いことである」という倫理的価値と、「経口摂取を禁止して、誤嚥性肺炎や死亡を予防することは善いことである」という倫理的価値が対立しているのである。また、医療従事者には「食べさせて、肺炎を起こし死亡させたら、訴えられるかもしれない」という不安がある。医療従事者も内心では、食べたいと望んでいる人に食べさせないことは本人の幸福に反するかもしれないと考えているが、食べさせて、肺炎になり死につながるのは問題であると思っているのが本音である。これらが大きなジレンマとなり医療従事者を悩ませる。

このケースにおける倫理的価値（善）の対立は、また、倫理原則の対立でもある。つまり倫理原則である自律尊重原則 (autonomy) と、善行原則 (beneficence) が対立していることになる。自律尊重原則は自分の価値観に沿って決定する権利であり、ここでは願望どおりに食事を自由に口から食べることである。一方、善行原則は医療者が経口摂取を禁止して、誤嚥性肺炎や死を予防するということになる。この場合「自律尊重原則」と「善行原則」のどちらを重視すべきであろうか？ 日常の臨床実践においてはどちらの倫理原則がより優位にたつのかは症例ごとに異なる。経口摂取のリスクとベネフィットを医学的事項だけでなく、本人の願望など倫理的価値に関する事項も考慮して、比較検討する必要がある。判断には4分割表(図4)を用いて論点を整理することが、しばしば行われて有用である。それでも困る場合には、倫理コンサルテーションなどの中立的第三者機関に

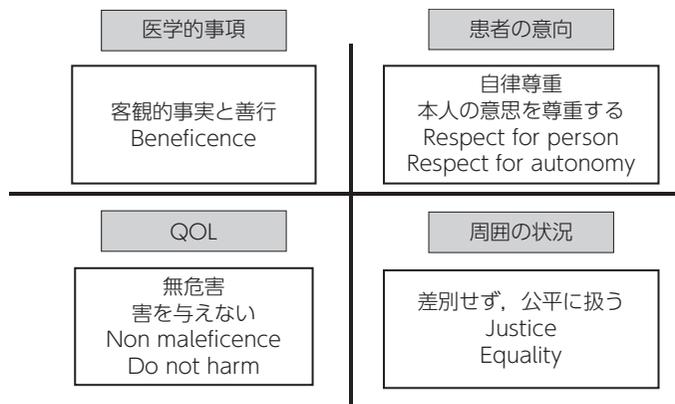


図4 医療倫理の4原則4分割表

助言を求めることも役立つ⁵⁾が、現実にはこのような機関が整備されているところはごく少ない。

最善の利益 (best interest)

「本人にとって、最善の利益 (best interest) とは何なのか？」実際、何が最善かを定めることはなかなか難しいが、「経口摂取禁止による患者の利益が、本当に患者の負担を上回っているのか」「胃瘻を造設することの患者の利益が本当に患者の負担を上回っているのか」といったことを「医学的視点」だけでなく、本人の価値観という「倫理的視点」も含めて考慮する思考のプロセスを経る必要がある。

医学的には、経口摂取を許容することによる誤嚥性肺炎の起こる頻度・確率、経口摂取を禁止した場合の唾液や分泌物の誤嚥で肺炎が起こる頻度・確率、各々の場合の余命・生存率について客観的評価が必要である。個別のケースにおける胃瘻の医学的有用性について評価することが必要となる。ではこの症例では価値観（に沿った最善の利益）とは何なのだろうか？ それほどまでに胃瘻を拒否する理由とは何なのか？ 自律尊重原則では自分自身の価値観に沿って生きることは大切である。本人は「口から食べられなくなったら人

生は終わり」「死んでも食べたい」と言っていた。なぜそれほどまでに口から食べることにこだわったのであろうか？ これには本人の生活環境や家庭環境、これまで培われてきたいわば「本人の食の文化」についても考えなければならない。人は誰に教えられるのでもなく、本能的に食べたり飲んだりする。しかし、「食べてはいけない」と強要することは、今までの価値観とあまりに隔たりが大きくて、受け入れることができないことなのであろう。「食べる」ということは「人として生きている証し」のようなものかもしれない。

患者の人生に残された時間の長さに配慮することも必要である。医療従事者は、患者の残された時間についてある程度客観的に評価できる立場にある。死期の切迫の程度、経口摂取を許可することによる死期への影響の程度などを考慮して、本人の願望に沿うべきかどうかを熟慮する必要があるであろう。例えば、1週間絶食すれば回復可能な人であれば、何が何でも本人を説得して絶食をすすめるが、このケースのように残された時間が短いであろう人であれば、本人の願望である口から食べることを容認することもあり得る。

実際、症例では胃瘻を作り栄養を確保し、体力がつけば、一時的であるにせよ経口摂取ができる

ようになる可能性はあると考えていた。しかし、胃瘻を作っても絶食にしても肺炎を繰り返す、結局食べられないという可能性もあるし、一時的に食べるとしても楽しみレベルにとどまり、本人が望んでいるような食品をパクパク食べる状態にまで回復する可能性はきわめて低いと考えられた。そして早晩、胃瘻栄養だけとなって最期を迎えるという経過が予測される。さらにその場合が全ADL介助の状態での生活する場として、この家族の介護力において在宅療養は困難であり、施設で寝たきりの状態で胃瘻栄養になり最期を迎えるという可能性がきわめて高いと考えられた。

家族の判断

本人に意思能力があれば、自律尊重原則により、本人の意思・自己決定を尊重するのが一般的である。しかし、本人に意思能力がなければ、家族などによる代理判断が行われる。日本では家族などの意見を尊重したり、家族を思いやったりする「関係性の中での自己決定」になることが多いので、家族の意見に耳を傾けることはたいへん重要である。本人の療養生活において、家族の治療やケアへの協力や配慮が、結果として患者本人の利益ともなる。ただ時に、家族内で年金や遺産相続などの利益相反や虐待などの問題がある場合もあり、そのような問題のない家族かどうかは確認しておく必要がある。家族内に何らかの問題のある場合は、家族が必ずしも患者本人の意思や利益を反映・代弁していない場合もあるし、さらには本人の最善の利益を推測できるのか疑問のある場合もある。家族の判断を整理すると以下のような問題がある。

- ①家族の中で、誰が今後の方針を決めるのに代理判断者（あるいはキーパーソン）として適切か？
- ②家族の意見は「本人の意思願望を反映しているのか？」もしかしたら「家族の願望や都合ではな

いのか？」

- ③家族の意見は、本人の最善の利益を反映しているか？
- ④家族内で意見の不一致はないのか？
- ⑤本人と家族に利益相反はないのか？

この症例3において長年連れ添ってきて、なおかつ介護の中心となっている妻が今後の方針決定のキーパーソンとなることは、本人の願望にも沿うものだと考えられる。この夫婦には長男・次男がいるが、同居の長男は、がんで1月上旬に死亡していた。医療者側は経口摂取再開による誤嚥性肺炎のリスクを「誤嚥性肺炎は必発であり、窒息のリスクも高い。経口摂取再開により、予後は極端に短くなる」と説明をしたが、妻は、本人の意思を尊重し胃瘻を拒否し食べさせてあげたいと述べ、近所に住む次男も夫婦の意見に同調していた。家族は、長男の死を経験したばかりであり、残された寿命の短い人にとって、本人の最期の願望をかなえてあげることの大切さは実体験から、身に沁みて感じていたと思われる。長年連れ添ってきただけの妻は、本人の食べ物の好みをよく知っており、残された時間が短いのであれば、本人の好きな味付けで、食べたいものを食べさせてあげたいと考えていたし、それが現在の夫にしてあげられる唯一のそして精一杯の愛情表現であると考えていたと思われる。この家族の場合、家族の意見は決して「家族の願望や都合」ではなく、「本人の意思や願望を反映している」といえるのだろうと考えられた。

ジレンマに揺れる臨床現場

実際の臨床に従事する者の多くは、提示した症例と同様に、「本人の願望通りに妻が持参した食べ物を経口摂取することを黙認してよかったのか？」と悩むのではないかと思う。この症例はまさに医療者の複雑な揺れる気持ちが表れている。

- ①医療者として、医学的見地からできるだけ病状

を改善したい。「患者の命を救うことは医療者の役目である。だから、少しでも誤嚥性肺炎の頻度は減らしたいし、寿命も延ばしたい」

②本人の意向を尊重してあげたい。「しかし、患者さんの人生の残りの時間も短いし、本人も口から食べることを切に望んでいるので、まったく食べさせないのは忍びない。そこで、中心静脈栄養 (IVH) は継続し、家族が持ってきたものは黙認しよう」

③黙認するにしても、できるだけ危険は減らしたい。「倫理原則である善行原則に則り、医療者は常に患者の病状や病気をよくするために行動しなければならない。だから、できるだけ誤嚥しないように少しでも、適切な姿勢で食べられるように指導する」

④法的に問題となることは避けたい。「家族が持ってきたものであればベッドサイドで食べることを黙認する。しかし、妻が来院できない日には経口摂取はさせない。あくまで家族の自己責任ということで食べていることとする」このような対応を取った症例であり、本人も満足し家族からは感謝された。しかしこれでよかったのかというジレンマは残る。

おわりに

摂食嚥下障害の倫理について、ごく一部を具体的な症例を示して概説した。不十分な点については文献1)をご参照願いたい。繰り返しになるが、大切なことは、まず、医学的に正確な評価と診断、予後予測(医学的事実)を行うことである。しかし仮に医学的事実が明らかである場合にも、その時の倫理的判断は1対1で対応していないという難しさがある(図3)。従来は医学的な診断と治療方針が決まれば、医療者側がパターンリズムで患者・家族に医療を押しつけてきたきらいがある。今後の医療は倫理的視点を十分理解して対応しな

ければならない⁶⁾。

さて、摂食嚥下障害の評価は「終末期」の判断と大いに関係している。終末期には人間は食べなくなるということをわれわれは皆経験から知っている。しかし、「終末期である」という診断には、「なぜ、食べられなくなったのか?」という摂食不良の原因について、本当に終末期のために食べなくなったのかどうかについて、適切に評価・診断しなければならない。「みなし末期」だけは絶対に許されない。仮に総合的に判断して、「終末期である」と適切に診断がなされたのであれば、人工的水分栄養補給である胃瘻は、延命治療になる。延命治療についても本人の意向や価値観によってやるかやらないかの判断が必要である。それに対して、「まだ終末期ではない」と診断された場合にはこれらは救命治療になるので、通常は実施されるであろう。超高齢社会において今後ますます難しい判断と対応がわれわれを待ち受けており、常に倫理的気づきをもって対応していかなければならない。

本論文は第52回日本リハビリテーション医学会学術集会:教育講演「医療倫理・安全・感染対策研修会」での講演をもとに作成した。

文献

- 1) 箕岡真子, 藤島一郎, 稲葉一人: 摂食嚥下障害の倫理. ワールドプランニング, 東京, 2014
- 2) 箕岡真子, 稲葉一人: わかりやすい倫理. ワールドプランニング, 東京, 2011
- 3) 服部健司: 医療倫理学ケースの物語論(解説). 生命倫理 2009; 19: 112-119
- 4) 市川周平: 知っておくべき総合診療の現在 実践と教育・研究から未来を展望する—総合診療に関わる研究 研究倫理にまつわる最新の動向(解説/特集). 診断と治療 2015; 10: 1626-1630
- 5) 金沢英哲, 藤島一郎: 気管切開患者のQOLを高める—スピーチカニューレの基礎知識. 看護実践の科学 2014; 39: 64-69
- 6) 飯島祥彦: 臨床倫理問題の実態把握の取り組み. 臨床倫理 2016; 4: 17-22