

## 講演会によせられたご質問と回答

### 質問

時間的な余裕がなく、心にゆとりが持てない中で、「一人一人に説明したり、話し合いを重ねたりするのか」と、多忙な業務をこなすスタッフから厳しい声も聞かれます。また、患者さんやご家族のお気持ちを聴くことを必要だと理解していても、実際に行動に移すことが難しいスタッフも少なくありません。そのような中で、スタッフが「倫理に積極的に関わってみよう」と思えるようにするには、どのような声かけや取組みが効果的でしょうか。ご教授いただけますと幸いです。

### 回答（板井 孝壱郎 氏）

ご質問、ありがとうございました。

「こんな忙しい時に、優しくなれよと言うのか」という声は、正直な声だと思いますし、確かに現場は、「できない理由」を探してしまう傾向に陥りやすいですよね。でも、そう「言える」組織であることは素晴らしいと思います。

大きな力に巻き込まれていく「仕方がない」という組織文化ではなく、どうすればできるのかを、一人で抱えずにチームで考えていくことができるような「倫理サポート体制」を目指しているのだ、という「空気感」が伝えられるような声かけができるといいなぁ・・・と、私自身も思ってはいるのですが、なかなか「コトバは生き物」もあるので、「こういえばいつでも大丈夫ですよ！」といったような「魔法のコトバ」がないのも現実ですね・・・。でも、「モヤモヤを言葉にできる」ように、「何をいっても怒られない、馬鹿にされない」という「心理的安全性」が担保されていることが、「どのような声掛けをするか」の前に「倫理的な組織文化」の構築には大切だと思いますので、やはり「患者のための最善を倫理的に大切にしようとできる職場」は、スタッフにとっても「働きやすい職場になる」ということを管理者がまず意識し、ノン・バーバル・メッセージが「雰囲気」として伝えられるといいですね。

### 質問

循環器の医師からの相談に対し、具体的にどのように答えられたのか教えていただきたいです。そのような心打つ声掛け・助言ができるようになりたいです。

### 回答（板井 孝壱郎 氏）

ご質問ありがとうございます。

循環器の医師は、まだ5年目で、はじめて主治医としてほぼすべての治療方針の責任を負い、「看取り」という経験をする状況でしたから、「治療をやめる」という行為が、あたかも自分で患者の命を絶つような行為になってしまいかと非常に不安と葛藤を覚えている心理状態にありました。

ですので、「患者の循環動態に照らし、行われている医療行為がかえって大きな負担になっている場合には『やめる』ということがむしろ立派な最善の行為であること」、そして「その判断は決して、先生ひとりで背中に背負う必要はないこと」を伝え、倫理的判断こそ「チーム」で担うものであることを伝えました。

実際の現場では「こういえば100%完璧に心を打つ声掛けになりますよ」という万能なコミュニケーションは難しくて、やはり「コトバは生きている」とでもいうべき「状況依存性」もありますから、なかなか難しいですね。。。

私もいつも悩みながら、迷いながらコトバを選んでいます。

## 質問

治療の差し控えの事例では、複数の医療スタッフでの判断が行われたのでしょうか、判断プロセスについて系統的な取組みがあれば教えていただきたいです。

## 回答（板井 孝壱郎 氏）

ご質問、ありがとうございました。

当院では、以下のように「差し控え」や「中止」の判断を行う場合には、複数のスタッフで検討することを指針として定めており、現場の多職種チームでも対応が難しかったり、判断に迷ったときは、臨床倫理部へ倫理コンサルテーションを依頼するように定めています。以下、指針を添付しますのでご参考になれば幸いです。

### 救命救急における延命治療の 差し控え・中止に関するガイドライン

2012（平成24）年4月18日作成  
2014（平成26）年4月1日訂正

#### 1 救命医療処置前

基本的に「救命」を優先する。

**1-1** 救命救急センターに搬送されてきた患者が、作成の背景が明確でないAD（注1）を所持している場合や、救急車に同伴してきた家族等が挿管等の延命治療を拒否する旨を伝えてきた場合であっても、当該患者自身の明確な意思を再確認する術もなく、ADが書かれた背景に関する情報収集ができない時には、医学的に救命の可能性がある限り、緊急搬送されてきたという事実行為をもって「救命を希望している」とみなす包括同意の原則に照らし、基本的に救命を優先する。

\*ADはAdvance Directive（事前指示）の略語であり、患者が意思疎通できなくなる前に予め治療に関する希望を指示しておくという自己決定権に立脚したもの。それを文書化したものを「事前指示書」といい、代表的なものがLiving Will（尊厳死の宣言書：生前発効遺言書）である。

Living Will（尊厳死の宣言書：生前発効遺言書）に関しては、国内においての法的根拠は明確ではないが、厚生労働省や日本医師会等の「終末期医療のガイドライン」では、それらを参照することが推奨されている。

ADは倫理的にも患者の自己決定権に基づく重要な情報と言いうるものではあるが、その内容に関しては「何をもって過剰な延命」と捉えるかをはじめ、具体的かつ詳細な検討を要する部分が極めて多い。救命救急という場面ではこうした点を検討するための十分な時間を確保することが困難であるため、病態生理学的に救命の可能性がある限り、基本的には治療を優先し、その後「何をもって過剰な延命」と捉え、どこまでなら医療行為を「差し控え」または「中止」できるかにつき、十分に情報を収集しながら、家族等も交え、多職種で慎重に検討する必要があると言う。

**1-2** 但し、患者が作成したADの記載事項に、主治医の署名がある場合には、できる限り主治医に連絡し、ADの有効性について確認し、その上で治療の差し控えを行う。

**1-3** また、できる限り救急隊から受け入れ要請があつた段階でADの所持の有無を確認し、もし所持しているADに主治医が明記されている場合には、主治医が所属している医療機関に搬送するよう救急隊に指示することが望ましい。

**1-4** 救急隊が挿管等の手技を行ったにもかかわらず、救急外来到着時には医学的に完全にDOA（dead on arrival：来院時死亡）の状態であることが判明した場合には、通常通りの対応を行い、丁重に家族等にも説明を行い、医療行為を中止する。

#### 2 救命医療処置後

救命行為を行いバイタルサインが一時的に安定したものの意識レベルが改善しない等、PCPS（percutaneous cardiopulmonary support：経皮的心肺補助装置）やCHDF（Continuous hemodiafiltration：持続的血液濾過透析）等の高度医療を行っているにも関わらず治療効果が乏しく予後予測が数日～1週間程度と見込まれる際には、以下の対応を取る。

**2-1** ADもなく、家族等からも本人意思を推定した治療中止の申し出がない場合には、基本的に医療行為は継続する。

**2-2** ADがあるか、又は家族等から本人意思を推定した治療中止の申し出があった場合には、

- 主治医と主治医以外の医師を含む医療ケアチームによるカンファレンスを開き、治療中止の範囲について検討を行う。
- 臨床倫理部または医療安全管理部に連絡し、状況報告を行う。

\*検討に際しては、複数の医師および看護師などの多職種によって構成された医療ケアチームで、PCPSやCHDF等の高度医療を行っているにも関わらず、その治療効果が乏しいことを確認し、高カロリー輸液等の人工栄養は、当該患者の基礎代謝などを考慮し不要と思われるものは中止するが、基本的に最低限の輸液（生理食塩水等）については皮膚状態の増悪や感染の予防という観点からその必要性（=これらの行為は「徒に死期を引き延ばす延命」ではなく、患者自身の生きようとする力を支えているのであって、「最期の瞬間までその人らしく過ごして頂くため」の最低限のケアであること）を丁寧に説明し、継続することを基本とする。

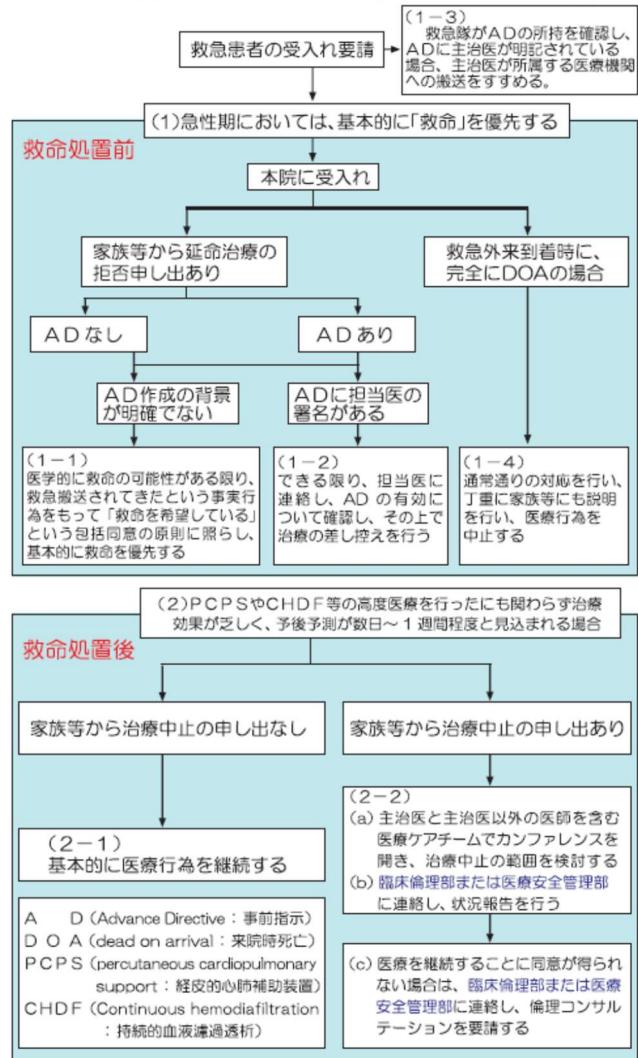
\*人工呼吸器（侵襲的陽圧換気法）の中止については、現行法制下では殺人容疑で書類送�査される可能性が否めないため、当該患者の自発呼吸が十分に安定しており、ウィーニングが成功することが保障されない限り実施しない。

(c) 上記について説明をしても患者家族の納得が得られない場合には、臨床倫理部または医療安全管理部に連絡し、倫理コンサルテーションを要請する。

\*家族に対する説明としては、「呼吸器を取り外すことや、すべての栄養補給を中止することに関しては、私ども病棟スタッフだけでは判断してはならないという院内指針があります。申し訳ありませんが、ご家族の皆さんのご希望にお応えするためにも、臨床倫理委員会で検討することが不可欠です。どうかお時間を頂けますようお願い致します。」と伝え、「それはできない」と頭ごなしに否定するのではなく、「できるかどうかを含めて臨床倫理委員会で検討させて欲しい」というメッセージを伝えるよう留意する。

\*土曜日・日曜日に重なった場合にも、「臨床倫理委員会の検討には数日を要しますので、ご理解ください」と、土日に関わらず時間が必要である旨を伝えるようにする。

### 【救命救急における延命治療の差し控え・中止に関するガイドライン(フローチャート)】



### 質問

インシデントレポートをポジティブなものと捉えてもらうための工夫があれば教えていただきたいです。

### 回答（板井 孝壱郎 氏）

ご質問ありがとうございます。

インシデントレポートは、どうしても「犯人さがしのためではないか」という猜疑心や、「書くのが面倒」という意識が生じてしまいやすいですよね。そこで、当院ではやはり「犯人さがし、ではないこと」「誰もがワザと起こしているのではないこと」「再発防止のためであること」を何度も強調しています。

### 質問

倫理的感性を育むためには、安心して話せる環境が大切だと日々感じています。しかし現場では、「この人には話せるけれど、この人に話すと否定されてしまうかもしれない」という不安を抱くことがあります。恐れずに意見を伝えてみても、否定的な反応が返ってきたり、話したことでかえって看護に活かしにくくなったりしてしまうこともあります。そのようなとき、どのように伝えたら相手に受け入れてもらえ、建

設的な対話につなげることができるでしょうか。ご教授いただけますと幸いです。

### 回 答（岡本 充子 氏）

すべての人に、同じように安心して話せる環境をつくることは、質問者の方がおっしゃるように現実的に難しいのは事実だと思います。だからこそ、倫理的な思いを伝える時には、誰にでも同じように話そうとするのではなく、否定せずに聴いてくれる人を意図的に共有の場に入れ、チームで共有する工夫が必要だと思います。

また、結論や正しさを主張するのではなく、「もやもやしていること」「一緒に考えたい問い」として語ることで、相手にも受け入れられやすくなると思います。例えば、「これはおかしいと思います」ではなく、「私はここが少し気になっていて・・・」「どうすべきか分からなくて、皆さんはどう感じますか？」と一緒に考えたい姿勢を示す、「この選択は、○○さんにとってどうだったのか、考えてみたい」と患者中心に投げかける。このように共に考える姿勢を示すことで否定されにくくなるかもしれません。

それでも、否定的に受け取られる場面はゼロにはならないと思います。うまくいかなかつた経験も学びにかえ、次にどのような場で、どのような人と、どのように語ればいいのかを考えてみることができ、安心して語れた経験の積み重ねが、倫理的感受性を育て、建設的な対話につながっていくのではないでしょうか。

### 質 問

倫理的感受性を育成するために、「もやもやを口にする」とおしゃってました。このことで感受性が高まる実感がおありでしょうか。臨床の継続教育に関わられる中で、この感受性のあるなしは基礎教育からの影響が強いと思われますか。

### 回 答（岡本 充子 氏）

「もやもやを口にする」ことによって倫理的感受性が高まるかという点については、私自身その実感があり、スタッフにももやもやを口にするように伝えています。もやもやを口にしないと、その現象はそのまま流れていき、結果として何も変化が起こりません。変化が起らなければ、気づきも生まれにくく、無意識のうちに違和感を覚えなくなっていくと思います。一方、もやもやを口にすることで、立ち止まって考えるプロセスが生まれ、他者の視点を通して現象を捉え直すことができます。この過程自体が、倫理的感受性を育てていくのではないでしょうか。

また、感受性のあるなしについては、基礎教育の影響は確かにあると思いますが、それだけで決まるものではないと考えています。臨床の忙しさや組織文化の中で、もともと持っていた感受性が発揮されにくくなり、結果として低くなっていくこともあると感じています。だからこそ、臨床の継続教育の中で、もやもやを安心して語られる場をつくることが重要なのだと思います。

### 質 問

有害事象が発生した場合は院長(看護部長等、トップ)が責任をとる等の宣言はありましたでしょうか。個人が訴えられる時代でもありますのでお伺いします。

### 回 答（小藤 幹恵 氏）

抑制を減らそうと言うチャレンジのスタンスで開始しておりますので、各現場では大変慎重に話し合いを重ねて一歩ずつ歩みを進めていました。良い看護をしようとする取り組みですので、抑制した場合とし

ない場合を比較するなどできるものではなく、抑制をしないことで何か起きたということ特定すること自体が難しいと思います。抑制に関わらず、看護全般に関する責任者として、看護部長としての職務があると考えております。また看護職員は個人としても責任賠償保険に加入しておりました、病院もすべての職員に関する保険に加入しておりました。

## 質問

ICU や HCU での身体拘束は院内でドレーン類の抜去予防において、術後 3 日目までの身体拘束は身体拘束としないと取り決めて運用するのはいいのか、また、小藤先生のところではどのような工夫をされていたのか教えてください。

## 回答（小藤 幹恵 氏）

集中治療部やハイケアユニットでの抑制についても、患者さんにとっては同じように辛く深刻なことですので、抑制をすることに関するマニュアルや手順書はありません。一律に決めないことが大切だと思っております。また、しないことを決めると言うこともマニュアル化しないと言うことです。ですから、どのようなケア、工夫を一人ひとりに応じてしていくかと言うことに心を碎くということです。ICU のナースたちが言っているのは、日常性の回復と苦痛の緩和、予防ということでした。また、そのときのご本人の状況に応じての丁寧な説明と、本人が自分で自覚してできる力を大いに生かすということだと思います。

## 質問

1. まず、抑制ゼロ、減少という目標を立てたきっかけがありましたら教えてください。
2. 聞き違いかも知れませんが、師長の宿泊研修と聞こえましたが、時間数と内容の概要を教えてください。
3. 資料は平成 26—28 年のようでしたが、最近のデータがありましたら教えていただきたいです。

## 回答（小藤 幹恵 氏）

1. 抑制を減らすことを目標に挙げた直接的なきっかけは、病棟のラウンド時に聞こえてきた抑制帯借りてきましたと職員の声が聞こえてきたことでした。日常ケアの中に入りつつあることを懸念したからです。また、その前提となる抑制への取り組みの必要性の思いは身体抑制や身体拘束のもたらすものの深刻さについて学習をする機会と、この話題は辛くて、多くの職員が言葉にしづらそうにしていたことがあったことです。
2. 看護師長会での宿泊研修は抑制 0 になった年度末に続く年度が変わってすぐの週末 1 泊 2 日でした。午後から翌日のお昼までです。自由参加でしたが、ほぼ全員参加しておりました。内容は、私たちが取り組む今後の看護についての戦略を練ることをテーマにして看護部長としての考え方や現状の説明、目指していくことについてディスカッションをしながら共有していました。また実際の各病棟での抑制に取り組んで困ったことや、何とかできしたこと、あるいは抑制をしないための演習と称して、事例のグループワークをしたことがあります。その他看護師長の中で得意なことがある方に特別講演をしてもらったり、看護師長会の研修担当者が楽しく様々な企画をしてくれていたと思います。
3. 最近のデータについては、直接携わっておりませんが、時々金沢大病院看護部訪問の折に伺っているところによりますとほぼないと言うことです。全くない日が普通のようです。