

## 【概要】

高度急性期病院は、治療を求めてくる患者が多く最後の砦としての期待も大きい。医師も積極的な医療や最後までできる限りの治療を行うことに使命を感じている。このような中で、医療の発展に伴う治療選択の複雑さや治療を受ける患者や家族の価値観の多様化などにより、倫理的問題を含む状況が増えてきた。院内ラウンドでは、本来あるべき看護師間の連携が希薄だと感じる事例や、医師の見解と患者・家族の思いにずれが生じ看護師だけで悩んでいる事例などに遭遇する。人生の最終段階にある患者の意思決定に関する倫理的ジレンマが多く、適切な時期に意思決定支援を行うこと、医師を含めた多職種でのカンファレンスが十分行えていない現状がある。実際の臨床現場で患者の意思決定を支えるためには、組織的にアドバンス・ケア・プランニング（以下 ACP）を実践する必要があると考えた。そこで、院内の臨床倫理コンサルティングチームと臨床倫理看護部会の活動を通して、高度急性期病院で実践する ACP の在り方について検討すること、理解度や実践状況を把握すること、日常の倫理カンファレンスや相談事例から意識づけを行うことに取り組んだ。

高度急性期病院における ACP は、日常の倫理カンファレンスと共にある。今後も活動を継続し、日常に存在する倫理的問題に目を向け、適切な時期に、患者本人にとっての最善について効果的な議論を多職種で行うことのできる組織風土を醸成していく。

## 【背景】

昨年度より副看護部長として臨床倫理を担当し、院内の臨床倫理コンサルティングチーム（以下、CECT）のコアメンバーとなった。院内ラウンドや各部署でのカンファレンスに参加し現場での倫理的ジレンマへの助言・支援、個別の相談依頼への対応を行っている。超高齢多死社会、医療の高度化や価値観の多様化などから、患者の意思を尊重した意思決定はますます難しくなってきたと感じる。厚生労働省は、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」に、心身の状態の変化などに応じて「本人の意思は変化しうる」ため、医療・ケアの方針やどのような生き方を望むかなどを日ごろから繰り返し話し合うこと（アドバンス・ケア・プランニング）の重要性を示している。しかしながら、院内において ACP の考え方はまだまだ浸透していない現状がある。予後（残された時間に限りがあるという事実）を伝えないこと、家族の意向で方針が決まってしまうこと、終末期における疼痛コントロールや鎮静に関する問題など、個々の医師の価値観に左右されやすい。看護師はジレンマを抱えながらも医師と話し合いを行うタイミングを逸し、適切な時期に意思決定支援を行うことや医師を含めた多職種でのカンファレンスが十分行えていないと感じる。ACP を推進していく上で、日々患者と向き合い、医療と生活の両面に携わる看護師の果たす役割は大きく、患者本人の意思が尊重された最善の医療・ケアを実現する鍵になると考えた。

## 【実践計画】

- 1) ACP の理解を深めるための啓発活動
  - ①臨床倫理及び ACP に関連する学会等への参加②研修実施と評価③相談事例の振り返り
- 2) 多職種カンファレンスの日常化とファシリテーターの育成
  - ①倫理的な気づきを促す日々の関わり②各部署のカンファレンスの現状把握③臨床倫理看護部会で各部署の実践を共有する
- 3) ACP を経時的に共有する、切れ目のない連携体制の構築
  - ①部署間の連携強化②電子カルテでの情報共有（実際の治療・ケアの選択や話し合いのプロセスを記録する）
  - ③他職種が共通して記録できるシステムの検討（一連の流れとして閲覧できる仕組み）

## 【結果】

- 1) 「人生の最終段階における患者の意向を尊重した意思決定支援」研修に CECT メンバー4 名（医師 1 名、看護師 2 名、MSW1 名）が受講した。講義以外に事例展開に合わせたロールプレイングが多くあり、今後の研修企画や患者対応に役立つ内容であった。研修で得た知識を CECT メンバーで共有した。また、自己のスキルアップおよび院内の倫理相談に適切に対応するため、臨床倫理認定士養成研修を受講した。  
10 月に外部講師を招いて ACP に関する研修を実施した。受講者の 8 割が看護師であり、医師等の参加は、2 割に留まった。アンケート結果（回答 167 名）では、ACP について知っていた 56%、聞いたことがある 27%、

知らなかった17%であった。内容の理解は概ね理解できており、病院としてACPに取り組むことへの賛成は受講前73%から受講後90%に増え、反対意見はなかった。現在、ACPを実践しているのは約4割、内容は本人の気掛かりや意向の確認、情報共有の方法は電子カルテの記録とカンファレンスが多かった。また、ACPが実践できない理由として、話し合いのノウハウがない、時間的余裕がない、最期の話をすることに抵抗を感じるなどがあった。医療者間の意見の相違が生じたことがあるのは5割であり、対応としては多職種カンファレンスやCECTへの相談、最終的に医師が決定するなどの意見があった。受講者の多数が看護師であり、アンケート結果も看護師の意見として捉える必要がある。受講した医師からは、ACPをきりだすタイミングが難しいと感じていたので学びを参考に組みたい、共通の質問用紙や具体的なトレーニングがあると良いなどの意見があった。

2) CECTリンカーカンファレンスで9事例、臨床倫理看護部会で6事例の検討を行った。意思決定支援に関する事例、患者に真実を伝えないことへのジレンマ、今後の方針に関する医療者間での相違などが話し合われた。日々のカンファレンスにおいても、緩和ケアチームやリエゾンチーム、リハビリスタッフなど他職種とのカンファレンスが多く開催されるようになった。令和元年度の集計では、倫理カンファレンス実施件数635件のうち他職種カンファレンス237件、他部署看護師参加102件であった。多職種や他部署看護師とのカンファレンスは、前年度より70件近く増加した。タイムリーに情報を共有することや広い視野で考えることができ、その方にとって望ましいケアを検討することができた。また、前向きカンファレンスの実施は全体の67%を占め、分岐点に気づき、必要なタイミングでカンファレンスが開催できるようになってきたと評価できる。

事例検討の共通ツールとして、今までの病状や経過、患者の意思決定プロセスなどの情報を整理することができる臨床倫理検討シート(事例提示用シート、カンファレンス用ワークシート、選択肢の益と害のアセスメント・サポートツール)を活用している。臨床倫理検討シート使用件数166件であり、そのうちカンファレンス用ワークシートの活用は60件と前年度より40件増えた。カンファレンス用ワークシートは、曖昧な情報や思い込みではなく、医学的判断や対応、患者や家族の意向を共有し、患者にとっての最善を検討していくツールとして有効である。今後も前向きカンファレンスでの活用を推進していく。

ファシリテーターの育成は、臨床倫理看護部会の副看護師長がロールモデルとなるOJTである。副看護師長自身がファシリテーションに自信がなく、若手の育成にまで至らなかったとの意見があった。臨床倫理検討シートを活用した事例の振り返りなど、ファシリテーションを実践する機会をつくる。カンファレンス後にファシリテーションについてリフレクションする場を持つ。自己の振り返りと周囲からのフィードバックを次の実践に活かす、その経験の積み重ねがファシリテーターの育成や委員自身の自信に繋がることを共有した。また、倫理に苦手意識のあるスタッフも「心に残った患者さん」など良かった看護を共有する場では、感想や経験を語るなど積極的に参加できたとの報告があり、身近な事例などを通して倫理に対する意識づけや考え方の指導に繋げていた。

3) 電子カルテ上で効率よく情報共有する仕組みを検討した。現行のシステム変更はできず、他職種で共通のページに記録することは実現していない。看護基礎情報の病状の説明と患者の反応の欄に時系列で記載するなどの試みを行っている。部署間の連携では合同カンファレンスを行う機会が増え、ICUや手術部、放射線部においても病棟訪問の機会を積極的に持つようになり、患者の思いを繋げる仕組みが整ってきた。

#### 【評価及び今後の課題】

倫理カンファレンスの内容はACPに繋がるものが多くある。1事例1事例の関わりを大事に、倫理カンファレンスを行い、実践した看護を振り返り、次の看護に繋げていた。委員会での事例検討や院内研修の臨床看護検討会、部署目標の成果報告会を通して、ACPの実践が報告され、各部署での取り組みを共有することができた。患者の身体状況のみならず患者の意向や家族の意向について、多職種カンファレンスで話し合うことは、スムーズな入院支援にも繋がっている。高度急性期病院におけるACPは、日常の倫理カンファレンスと共にある。今後も活動を継続し、患者・家族の価値観、職種における意見や価値観の違いを尊重した話し合い、患者本人にとっての最善について効果的な議論を多職種で行うことのできる組織風土を醸成していきたい。また、地域包括ケアシステムのもと、在宅での看取りをはじめ、地域で暮らす医療依存度の高い患者が増えていく。病院に限らず地域においても、医療・ケアに関わる倫理的な問題を多職種チームで検討する場が求められており、日常的に倫理カンファレンスを行うことができる地域づくりに貢献していきたいと考える。