

リハビリテーション・ケア合同研究大会 苫小牧 2022  
団体企画シンポジウム：回復期リハビリテーション病棟協会

医療安全委員会企画

# 医療・介護現場での 実践に活かす 「臨床倫理」

2022年9月30日と10月1日の両日、北海道苫小牧市で開催された標記研究大会の当協会枠「団体企画シンポジウム」では、医療安全委員会の企画で「臨床倫理」をテーマに取り上げたセッションが行われ、日本臨床倫理学会の上級臨床倫理アドバイザーである板井孝彦郎・宮崎大学教授・宮崎大学医学部附属病院中央診療部門臨床倫理部長による講演と、藤田正明・伊予病院病院長、正壽佐和子・森之宮病院看護部副看護部長両氏による回りハ病棟での「症例紹介」、全体討議が行われた。「倫理的ジレンマ」の特性を理解し現場実践で「倫理的に考える」ためのポイントが提示されたので、当日の内容をまとめ掲載した。座長は渡邊 進・当協会医療安全委員会委員長（熊本機能病院副院長）と板倉喜子・同委員会委員（白山リハビリテーション病院副院長）。

団体企画シンポジウム：回復期リハビリテーション病棟協会

医療安全委員会企画

# 医療・介護現場での実践に活かす 「臨床倫理」

演者	いたいこういちろう <b>板井孝壹郎</b>	宮崎大学医学部 社会医学講座生命・医療倫理学分野 教授 宮崎大学大学院医学獣医学総合研究科 教授 宮崎大学医学部附属病院中央診療部門臨床倫理部
演者	ふじたまさあき <b>藤田正明</b>	伊予病院 病院長
演者	しょうじゅざわこ <b>正壽佐和子</b>	森之宮病院 看護部副看護部長 皮膚・排泄ケア認定看護師
座長	わたなべすすむ <b>渡邊進</b>	熊本機能病院 副院長（医師）当協会医療安全委員会委員長
座長	いたくらよしこ <b>板倉喜子</b>	白山リハビリテーション病院 副院長（看護師）同委員会委員

## 講演 現場実践に活かす「臨床倫理」の考え方 —倫理的ジレンマを「個人の悩み」にしないために—

板井孝壹郎 宮崎大学医学部 社会医学講座生命・医療倫理学分野 教授

### 倫理的問題を独りで抱え込まないで



板井孝壹郎 氏

「臨床倫理」は、病院機能評価を受審する際にも最近は大事な項目になってきている。「ジレンマ」とは何か。「悩み」とはどう違うのか。現在のコロナ禍では以前のように医療者同士が集まって話し合うことが難しい状況がある。倫理的問題⇔「倫理的ジレンマ」に直面したスタッフが、ジレンマを「個人の悩み」として独り抱え込んでしまう。波のように押し寄せてくるルーティン業務に対応しながらモヤモヤした気持ちが続いているが、精神的にギリギリなの

で真面目に向き合えない。モヤモヤを抱えたまま倒れないよう自分を守るのに精一杯。そこへ「もつとがんばって！」と上司から声がかかる。自分独りで解決しようとしてさらになんぼってしまい、「バーン・アウト（燃え尽き）」してしまう。現場の倫理問題を「個人の悩み」にしてはいけない。

### 臨床倫理コンサルチームが現場に助言

宮崎大学医学部附属病院の中央診療部には、医療安全管理部、感染制御部と並んで「臨床倫理部」があり、部内の「臨床倫理コンサルテーションチーム」が中心となって、臨床現場で生じるさまざまな倫理的問題（「倫理的ジレンマ」）について現場に助言をしている。同コンサルテーションの対応件数は、臨床倫理部を創設した2012年の20件から徐々

に増え、直近 10 年間で計 1,035 件に達している。

北米では臨床現場で生じる倫理的ジレンマに遭遇した医療スタッフをサポートする人材の養成が進んでいる。臨床倫理に精通したスタッフは Clinical Ethicist(臨床倫理士)または Clinical Ethics Consultant(臨床倫理コンサルタント)、Clinical Ethics Coordinator(臨床倫理コーディネータ)と呼ばれ、アメリカでは国家資格化が検討されている。

一方、日本でも、「カウンセラー」と呼ばれていた職種が「公認心理師」として国家資格化された。日本でも臨床現場に倫理の専門職が必要になってくることが考えられる。日本臨床倫理学会は 2016 年から「臨床倫理認定士」(臨床倫理アドバイザー)の養成を開始しており、約 1,500 名の基礎コース有資格者と約 100 名の上級コース有資格者がいる。

### 善意の独り歩き—"独善"という畏

看護部長 「どうして呼吸器を外すことが患者さんにとって最善だと思ったの?」

看護師 「私がもし患者さんの立場だったら外してほしいなと思って…」

看護部長 「患者さん本人が『外して』といったの?」

看護師 「いってないですけど、私なら…」

悪意は微塵もない。しかし、自己中心的な価値観で判断を下してしまっている。「思いやり」はある。だが、「思い込み」をしている。“独り歩きした善意”は、しばしば“独善”という畏にはまるおそれがある。独善が厄介なのは、独善も“善”には違いなく本人は一生懸命である。それを「間違っている」といわれ、「いったい何が間違っているのか」「なぜ私がそんなに責められなくてはいけないのか」と反発され、本人の行動変容が難しい。臨床倫理コンサルテーションの役割の 1 つがこの“善意の突っ走り”の未然防止である。諸外国では精神科や脳外科にコンサルするのと同じように、臨床倫理の専門家にコンサルし、チームアプローチを促進して個人が独りで

抱え込まないよう体制を整備する。病院機能評価が求める臨床倫理の評価ポイントも「病院組織として倫理を個人の努力に矮小化していないか」という体制の評価である。

### 現場で起きている倫理的問題に気づく

倫理は根性ではなくある種サイエンティフィックなもので、日常の臨床現場で起きていることの中になんとかなく「モヤモヤした感じ」をもつ、あるいは「何かおかしいのでは?」と気づくことを「倫理的感受性/感性 (ethical sensitivity)」という。そういう気持ちを受感する、「倫理的に感じる」ことが、「倫理的に考える」ための出発点になる。ただ、「かわいそうだ」とか「気の毒だ」といった「感情」レベルで「感じる」だけでは「倫理的であること」としては不十分であり、「感性 (≒感情)」のレベルにあるものを論理的観点で整理し「倫理的推論 (ethical reasoning)」へ高めていくことが大切である。倫理的であるためには論理的である必要がある。

### 「倫理的に考える」力を鍛える

「倫理的推論」を鍛えるためのトレーニングとして、ここでは先ほど少し紹介した臨床倫理認定士養成プログラムから、現場で実際に対応した「臨床倫理コンサルテーション事例」を 2 つ順にみていく。

トレーニングの方法はまず各症例に関し A.~C. の 3 つ (①と②:共通) のうち最適なもの 1 つを選ぶ。次に、その判断の「根拠」を説明する、というものだ。

- A. 奥さんが反対しているので、経口摂取はさせない。
- B. 奥さんの反対は関係ないので、経口摂取させる。
- C. その他

\* 上記のように判断した「根拠」は?

### 臨床倫理コンサルテーション【症例①】

誤嚥性肺炎のリスクがある末期がんの 80 歳代男性。「死んでもいいから食べたい」と強く希望。

主治医の判断としては、誤嚥のリスクは「ゼロではない（≠限りなくゼロに近い）」という程度。むしろ、末期がんという病態からすれば「残された時間を本人らしく過ごしていただくという意味でも QOL を重視するなら『口から食べたい』という本人の思いを実現して差し上げることは、倫理的にも善いことだ」ということから、多職種カンファレンスを経て、本人がリスクを理解・納得し、同意があるなら経口摂取で、ということになった。

そこで、患者本人に「食べ物や飲み物を誤って空気の通る管の方へ飲み込んでしまう「誤嚥」の危険があって、それが原因で肺炎になることもあり、高齢の方では特に、その肺炎が重症化すると命にかかわることもあるのですが」と説明すると、「わかりました。それでもいいです、死んでもいいから食べたい」と、認知症等もなく判断能力はしっかりしており、冷静に理解・納得・同意した。

ところが、患者の奥様が「もし誤嚥して、肺炎になって死んだら、どうするんですか!？」と経口摂取には同意してくれず、強く反対している状況に直面している。どう対応したらよいか…?

## 【対話】—相手の価値観への共感

「対応する」とは、「説明責任を果たすこと」である。「対話」とは、決して「科学的事実」で相手を論破≡「知的腕力」で捻じ伏せることではない。実践の場では、相手の価値観に共感を示し、不安や心配を軽減する「対話」、「心理支援型」コミュニケーションが重要である。

【症例①】の場合、A. ~ C. の中から1つ選ぶとすれば、最適なのは「C. その他」である。その場合、大切なのはその中身である。

たとえば…

「奥様にとっては、どんなに誤嚥のリスクが低くてもゼロではない限り、それが実際に起こってしまって、その誤嚥による肺炎が原因となってご主人様が亡く

なってしまうかもしれないと思うと、どうしても口から食べるということには賛成できないお気持ちなのです。ご主人様のことを思えばこそ、反対されるのは奥様としては当然のお気持ちだと思います」。

## ポイント

- \* 「患者にとっての最善」は「経口摂取すること」だとしても、まずは共感的にコミュニケーションを試みることが重要。患者本人の自己決定権を保障するようにアプローチする。
- \* 「本人の食べたい気持ちが大事ですから!!」といった（"正論"）、形式的、抽象的な「自己決定重視」論で、家族の思いを一方向的に否定するようなコミュニケーションになってしまわないよう注意。「押し付け」や「断言」、断定的口調にならないよう留意する。

## その上で…

「実は、口から食べることを一切避けて、『絶飲絶食』にしたとしても、唾液などを誤嚥してしまうことがあります。一方、唾液には口の中の細菌の繁殖を軽減する役割もありますので、口腔ケアはしっかり行います。ですが、それでもご高齢の方ですと少量の唾液を誤嚥するリスクがありまして、『誤って飲み込んだ』と気づかない『不顕性の誤嚥』も起こり得ます」。

「もちろん、できるだけ誤嚥を防ぐよう、言語聴覚士、理学療法士、作業療法士、看護師が対応し、管理栄養士とも相談して誤嚥を起こしにくい食事を工夫するなどチームで検討していきます。ご主人様にとっても『口から食べられている』ことが生きる気力、生き甲斐を生み出すことにつながると考えます。

いかがでしょうか?」

## 臨床倫理コンサルテーション【症例②】

【症例①】と同じ 80 歳代男性だが、末期がんではなく、慢性閉塞性肺疾患（COPD）。自発呼吸は現時点では比較的安定しているが、初発から約

10年経過する中で急性増悪を数回繰り返しつつ現在在宅酸素療法（HOT）適応中で酸素流量は毎分3L、SpO<sub>2</sub>:94%。本人に認知症はなく判断能力に問題もなく、「今の自分にとってはひと口でも食べることが生き甲斐だから死んでもいいから食べたい」と強く希望している。

ところが、最近、むせが多くなってきており、奥様は経口摂取に強く反対。医療者の中にも「一口であってもそれが誤嚥性肺炎重症化のトリガーになる危険性は決して低くない。もし発症したらCOPDも急速に増悪し死亡する」との意見もある。どうすべきか？（選択肢と設問は【事例①】と共通）

### クリアな「解決策」が存在しない

【事例②】では、「経口摂取をさせる」としたら確かに「患者の自己決定権」は尊重され、患者自身の「精神的な充足感」も満たされ、QOLが向上する可能性がある。しかし、【事例①】とは異なり、多職種チーム内でも意見が分かれてしまうほど誤嚥性肺炎のリスクが高い。「経口摂取させない」という判断も重要である。【事例②】では【事例①】のような「奥様の心情に寄り添い共感した上で、経口摂取することが患者にとって最善であることを丁寧に話す」という比較的クリアな「解決策」が存在しない。

### ジレンマ（板挟み）の正体

【事例②】の場合、「経口摂取させる」のか「させない」のか、そもそもいったいどちらが「患者にとって最善」なのかわからない。どちらも「間違っている」かもしれない「間違っていない」かもしれない事態に陥っている。

このように、2つの事柄が同時に成り立たない状況、「あちらを立てればこちらが立たず、こちらを立てればあちらが立たず」という「板挟み」の状態・状況を「ジレンマ（dilemma; 2つの仮定・前提）」:

いう。「トロコク問題（trolley problem）」や「トリアージ」、「抑制」などはいずれも「ジレンマ」の典型例である。「抑制は人権侵害だが、安全管理上必要である」という場合、「人権尊重の観点から抑制を解けば、転落・転倒し患者の安全が損なわれる」。だが、「転落・転倒防止目的で抑制を維持すれば、患者の人権が侵害される」というように、「どちらかを選ばなくてはならないが、どちらを選んでもスッキリ解決しない」、というのが「ジレンマ」の正体である。

【事例①】のような倫理的問題では「患者にとっての最善」が何か、「正解」がほぼ見えており、なんとか奥様に納得いただき「経口摂取」が実現できれば、「問題」「悩み」が解決・解消し、医療従事者もスッキリできるといえる。

一方、【事例②】ではもし、「B. 経口摂取させる」を選択した場合、誤嚥性肺炎が発症することがかなり予見されていたにもかかわらず、実施してやはりそうなら、スッキリしないだろう。

もちろん、反対に「A. 経口摂取はさせない」を選択した場合も、患者さんの自己決定の権利を尊重できなかっただけでなく、患者さんの満足感やQOLは低下し、さらに、絶飲絶食にしていたとしても、唾液等の誤嚥が起り、結果として誤嚥性肺炎が発症し重症化したら、ますますスッキリしないだろう。

「ジレンマ」は「唯一の正解」がなく、どちらを選んでも、結果が「スッキリしない」。何をどう選んだとしても「スッキリしない」という点が、単なる「悩み」や「問題」とは異なるジレンマの特性である。

### 「善」の二重構造—絶対善と相対善

倫理的にみると、「善」は二重構造をしている。1つは「(善いことなのだから)すべからず皆さんそうしましょう、そうすべきです」という「推奨的善」(recommendable good) ≡ 「絶対善」である。

もう1つは、「推奨性」を伴わない「善」—本来は「善くない」が「絶対悪」とはいえず、一定条件下で「善しとする」(許容される)「許容的善」

(permissible good) ≙ 「相対善」である。

### 倫理的な医療従事者って何？

「同情」と「共感」、この2つの違いはどこにあるか。「同情」は、「私なら〜」という視点であり、悪意はなくても「自己中心的」な判断が含まれている。

一方、「共感」は、医療従事者でいえば、「この患者さんは何を望んでいるのか」を常に意識しようとする視点であり、どこまでも「患者中心」である。

これを踏まえ、では「倫理的な医療従事者」とは？「倫理的な医療従事者」は、そもそも清廉潔白で聖人君子のような人格者になることではない。「同情 (sympathy)」と「共感 (empathy)」の違いを理解し、自分が「独善」に陥っていないかを一歩立ち止まって考え、自分の判断を他のスタッフと共有する「チーム・プレイ」ができる人のことである。そうした倫理的医療従事者を目指していただきたい。



座長の渡邊 進氏 (写真上左 以下、渡邊) 臨床倫理について論理的に整理いただいた。「同情」(sympathy) と「共感」(empathy) の違い、チームプレイの重要性についても詳しく解説いただいた。座長の板倉喜子氏 (同上右 以下、板倉) 続いて、お二人から症例を紹介いただく。最初に、伊予病院病院長の藤田正明さんに「回復期リハビリテーション病棟退院後の生活場所に関する本人と家族・当院スタッフ間の<sup>そこ</sup>齟齬」というテーマで、続いて、森之宮病院看護部副看護部長で皮膚・排泄ケア認定看護師 (WOCN) の正壽佐和子さんに「地域における褥瘡チームアプローチと臨床倫理」というテーマでそれぞれ症例報告いただく。

### 症例報告

#### 回復期リハビリテーション病棟退院後の生活場所に関する本人と家族・当院スタッフ間の<sup>そこ</sup>齟齬

藤田正明

伊予病院 病院長

### 臨床倫理委員会の実践から



藤田正明氏

板井先生には5年前、病院で講演をいただき、その後、院内に「臨床倫理委員会」を作り、少しずつ臨床倫理の実践をしてきた。今回は、当院の臨床倫理委員会の実践から「症例報告」を

させていただく。

#### 症例 70代男性

- ・脳梗塞 右不全麻痺、重度失語症
  - ・歩行は安定。
  - ・入院時、重度の感覚性失語あり
  - ・退院時、単語レベルでの口頭指示理解はやや改善し、短文レベルでの自発語も出現。
- 状況理解は比較的良好。病棟内ADLは自立。  
生活環境：独身、独居 山奥で生活 農業と狩猟  
キーパーソン：妹 (当医療圏で生活。がんで1年弱の余命宣告あるがADLは自立)

入院中、妹が退院後の施設入所についてご本人に説明をした際、「(妹に) 任せるしかない」との発言があったが、状況を十分理解できていたかは不明。

施設入所が決まり、退院当日、当院玄関での見送り時、スタッフに「家に帰るけん」と発語。「家でなく、〇〇施設に行くんよ」(妹)

「いけんで (ダメだ)、歩いて帰る」(本人) と、玄関から一人で出て行ってしまい、医療ソーシャルワ

表 「臨床倫理 4 分割法」を用いた症例の検討 (伊予病院 臨床倫理委員会)

<p><b>医学的適応</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・脳梗塞後遺症 右不全麻痺と失語症あり</li> <li>・独歩可能で、日常生活は自立</li> <li>・失語症が残存し、錯語もあり相手に伝わりにくい、言語理解も不確実</li> <li>・社会性は保たれている (病棟生活での行動より判断)</li> </ul>	<p><b>患者・家族の意向</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・家に帰りたい(患者)</li> <li>・自分の能力や今後の能力が改善しないとの発言あり「もう死ぬだけよ」(入院中訓練場面など)</li> <li>・「しゃーない」「妹に任せる」</li> <li>・妹の体調を心配する発言あり</li> <li>・key person: 妹としては、自宅生活は困難～施設入所を希望</li> </ul>
<p><b>QOL</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・言語的コミュニケーションが困難であるが、自宅での身辺処理や片付けなど是可以するレベル</li> <li>・地元の友人と交流する(酒を酌みかわす)ことが希望</li> </ul>	<p><b>周囲の状況</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・山奥で独居(独身)</li> <li>・農業や狩りをして気ままに生活・交友関係は良好</li> <li>・新型コロナウイルス感染拡大で面会や外出、外泊が困難</li> <li>・key person: 妹はがんに罹患し余命宣告あり 歩行は可能で ADL は自立</li> <li>・患者(兄)に対する妹の病状理解は失語症に対する理解を含め不十分</li> </ul>

カーが同伴し歩きながらご本人の話を傾聴、スタッフと妹が車で迎えに行った。施設に状況を電話連絡、了承を得てご本人は妹さんと山奥の自宅へ1日帰り、夜自宅で友人と酒を酌み交わした翌日は素直に施設に入所された。

症例の倫理的な問題点を「4分割法」を用いて症例検討シートに整理し(表)、当時の担当スタッフの「倫理的シレンマ」について振り返ってみた。

1) 「自宅に帰りたい」という患者の思いを理解してあげたかったが、失語症があり本人の本当の意向を十分くみ取れなかった。

2) 「外泊させてあげたかった」けれども、コロナ禍で面会・外出・外泊できない状況が続いていた。

仮に外泊させたら、自殺をしようとするかもしれない(入院中気弱な発言があったため)、もう病院には戻ってこないかもしれない(自宅が遠方の山奥にあるため)という不安要素もあった。

3) 妹さんにお兄さんの状況を理解してもらい、独居でも自宅退院の可能性をなんとか見出したかったが、妹さんがお兄さんの病状をよく理解できなかった。

### 「通じている」という思い込みがあった

結果的にはひと晩自宅へ帰って生活し、交流の深い友人たちを招いて酒宴を催し、四方山話をされたとのこと(妹さん)。その翌日は、ハッピーなお気持ちだったかどうかはわからないが、すんなり施設に入られた。

振り返ってみると、失語症のご本人に対し、言葉の理解を含め「十分通じていない」にもかかわらず、「通じている」とこちら側が思い込んでしまっている部分があったと思う。言葉だけではなく表情・仕草なども含めた気持ちの把握が必要だ。ICFの観点からも、言語以外にその人がかかわっている仕事や家庭環境、(山奥で狩猟生活をされていることなどの)社会的背景を含めた包括的なアプローチ、多面的視点で捉える必要がある。

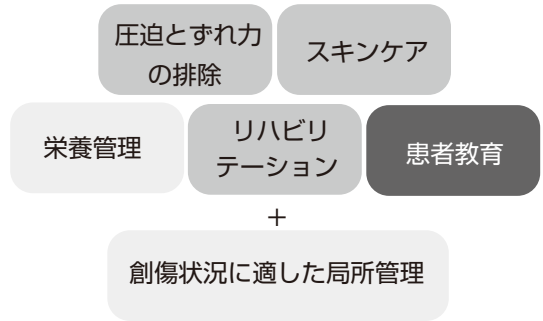
その一方で、コロナ禍ではあるけれども、その中でたとえば、特例的に外泊を認めるなど、その人に合った多様な退院支援の介入について、担当チーム内あるいは臨床倫理委員会を交えもう少し協議し

対応できたのではないかと反省が残る。

症例報告

地域における褥瘡チームアプローチと臨床倫理

しょうじゅ  
正 壽 佐和子 森之宮病院 看護部  
副看護部長 皮膚・排泄ケア認定看護師



褥瘡対策チームの介入から



しょうじゅ  
正 壽 佐和子 氏

皮膚・排泄ケア認定看護師 (WOCN) として院内の褥瘡管理では (1) 褥瘡の院内状況をモニタリング、(2) 褥瘡管理チーム内の多職種調整、創傷管理を含む臨床実践・指導—を行っ

ている。最近では (3) 訪問看護師との同行訪問など在宅褥瘡ケアにも力を入れており、(4) 法人グループ施設への褥瘡出張研修・ケア相談なども行っている。

褥瘡管理では個別の状況に応じて図に示した各要素がタイムリーに提供され続けなければならない。多職種チームによるトータルマネジメントが必要であるが、管理がうまくいくとき、いかないときがあり、その差が何に起因して生じるのか悩むことがある。

以下は、WOCN としてかかわった 2 症例で、どちらも褥瘡発生を起点に入院した要介護者の症例であり、退院後に濃厚な褥瘡管理が必要と想定されたが、2 例は退院後大きく異なる経過をたどり、「症例 1」では治療開始 330 日目に自宅で治癒に至った一方、「症例 2」では治療開始 57 日目に自宅へ退院後わずか 1 週間で悪化し、再入院となった。

これら 2 症例の褥瘡管理の経過について、臨床倫理の視点、「4 分割法」を用いてそれぞれ検証し、気づきを得た。

図 褥瘡管理のトータルマネジメント (イメージ)

症例 1 A さん (90 代女性)

- ・寝たきり (寝たきり度 C2) で認知症あり
- 生活環境:
- ・集合住宅 リビングにベッド上で過ごす
- ・息子と 2 人暮らし
- ・介護は息子が担っている
- ・要介護 5 の認定を受け、訪問看護は週 1 回利用
- ・あまり、自宅に人が来ることを好まない状況

入院前は、在宅で訪問看護、訪問リハビリテーション、訪問入浴の各サービスを利用。シーツはウレタンマットを使用し日中はギャッジアップ坐位でテレビを観ることを楽しみにされていた。ご本人・息子さんは一緒に自宅で暮らすことを強く希望。入院時、ケアマネジャーから「家族介護力の低下を懸念」との情報が入った。

入院時、褥瘡は感染状況が強く重症度が高かった。WOCN が介入し創傷管理プランを治療・ケア・栄養・リハビリテーション各専門職と調整していった。寝具は除圧のため高機能型エアマットを使用。

治療開始 70 日目で退院。退院時、自宅での褥瘡管理について創傷処置をシンプルな方法とし、担当ナースが家族に創傷ケア指導を行った。退院後、在宅医療に関連する職種と退院後の褥瘡管理について情報共有を行った。寝具は高機能型エアマットを選びレンタル調整。在宅だけではなく月 1 回の外来受診を計画し WOCN が定期的に褥瘡評価を



行えるよう準備し希望通り自宅へ退院。

### 自宅退院後に新たな褥瘡が発生したが…

在宅と外来定期受診を対に行いながら褥瘡管理を続け、治療開始 300 日目、あと一息というところで訪問ナースから WOCN に「新たな褥瘡が発生」との報告と相談があった。左側への骨盤の倒れ込みによる坐位時の坐骨褥瘡で、日中坐位姿勢での長時間のテレビ鑑賞の影響と思われた。

訪問ナースと WOCN の同行訪問を実施。訪問先にケアマネジャー、訪問セラピスト (OT)、家族も同席しカンファレンスを開き多職種でケアプラン修正について協議。寝具・エアマット、体圧をチェックしポジショニングを検討。褥瘡部位への圧迫のない姿勢を決定、オーバーテーブルの高さ・ベッドの角度、スプーンを自分の口に運べる位置等を微調整した結果、330 日目、遂に治癒した。

長期的に発生する問題に早期に気づき対応したことで悪化させず自宅で過ごし続けることができた。

#### 症例 2 Bさん (80 代男性)

- ・ADL 低下、ほぼ寝たきりの生活 (寝たきり度 C2) 認知症あり
- 生活環境:
- ・住居はケアハウスの一室 主にベッド上で生活
- ・食事は介助で車いす坐位で摂取
- ・要介護 4

「絶対にケアハウスに入所をお願いします。経済的にも厳しく、一緒に暮らすこともできません」(息子さん)。家族は経済的理由もありケアハウスでの入所継続を強く希望。本人の意思確認は認知症のため困難。医療介護サービス利用はケアハウス内介護と往診医の診察のみ。入院時、仙骨から尾骨部の壊死があり、トータル管理・評価できないと悪化が予測された。WOCN が介入、創傷管理プランを各専門職と調整。褥瘡の治療を開始し寝具は高

機能のエアマットを使用。

50 日目、退院が計画される。創傷ケア方法・褥瘡管理上課題になるポジショニング・体圧分散管理についてケアハウス往診医へ書面で情報提供した。使用できる介護用具・衛生材料・体圧分散寝具等の使用状況の情報がないなどケアハウスの環境に不明点が多く、退院後の褥瘡管理計画上、懸念もあったが予定通りケアハウスへ退院。しかし、その 1 週後、褥瘡が増悪し、感染兆候があり発熱したため再入院となり、再度褥瘡治療が開始された。

### 大きく異なる退院先の資源・環境条件

以上 2 症例を「4 分割法」を用いてそれぞれ整理した結果見えたことを以下、それぞれ総括する。

症例 1 では、在宅ケアチームと WOCN が細やかに連携できる周囲の環境が調整でき、患者・家族の意向と医学的な適応を合致させることにより長期にわたって良好なケア環境を維持でき、QOL として目指していた“褥瘡管理と並行した在宅での療養生活維持”ができ、褥瘡治癒に至った。

臨床倫理における大きな問題はないと考えられた。

症例 2 では、ケアハウスへの退院が決まっているが、退院先の環境が不明確なため、患者の意向と医学的な適応を合致させることができないまま退院となった。結果、QOL として目指していた“褥瘡管理と並行した在宅での療養生活維持”ができなかった。褥瘡管理を継続するための環境準備ができていないか、具体的な確認が課題といえる。

片や退院後の経過は良好であり、片や経過不良となっている。何が違ったのか。2 症例それぞれで作成した「4 分割法」の症例検討シートで 4 つの領域を見比べた結果、「医学的適応」「患者の意向」「QOL」の 3 領域では差が見られなかったが、右下の「周囲の状況」欄記載内容では、それぞれの症例での周囲の「環境項目」の差、「資源・ケアサービス・情報共有」の質の違いが顕著であった。

退院先によって資源・環境条件はそれぞれ異なる。

だからこそ、機能の異なる互いの環境を知り、患者がどこで過ごしても管理できるよう連携することが必要と考える。WOCNが病院・在宅間（自宅・居宅系施設）を取り持ち、役割やコストなど、周囲の環境を深く理解することで、より良好な褥瘡管理が行える。褥瘡管理に携わる専門ナースとして果たすべき役割はまだ多いと考えさせられた。すべての合併症に臨床倫理は存在する。倫理的思考はふだんの行いを振り返るツールとして大事と考える。

### 全体ディスカッションから 論理的に整理する力を高めるには？

板倉 藤田さん、正壽さん、お二人の症例報告に対するコメントを。

板井孝吉郎氏（以下、板井） 藤田病院長のお話は、私が先ほど申し上げた「善しとする」というプロセスを本当に細やかに丁寧に追求されていて立派だなと感じた。実際にこの“ひと手間をとる”ということが現場では一歩が踏み出しにくいところがあると思う。一見すると遠回りのように見えるが、実は物理的に遠く見えても近道だったりする場合もある。その音頭取りを誰がするのか、そして病院全体の組織風土というか、組織倫理というか、そのひと手間を取るといことを言葉に発するか否か、「やろっ！」と言うか言わないかは、その後の状況を大きく変えると思う。

藤田さんに今日ご紹介いただいたのは1例だが、おそらくほかにたくさんの方のそういう症例の蓄積があって、今回のケースに至ったのだろうなということを感じながら聴かせていただいた。一晩でも家に帰り、泊まったということ、その思いが、ご本人のかたくなな心を少し解きほくして、翌日素直に施設に入っただけのことにつながったのだろう。もちろん、その後も患者さんの気持ちというのは常に揺れ動くので、次のステージ、次のフェイズの課題がまた出現してくる。そのときにも、多くの力を結集してやっていくことが大切になるだろうと思って聴かせていただいた。

### 倫理は「調整」するもの

森之宮病院の正壽さんのお話は、WOC ナース、1つのエキスパートということで、褥瘡を巡ってこれだけ多くの問題がある中、解決の糸口をしっかりと見つけて実際に実践していただけるのだなということ強く感じる症例を2つご紹介いただいた。その1つひとつの中に倫理的ジレンマがあったが、それに対しては、「チームで検討する中で課題が具体的に見えていく」ということをお示しただけだと思う。

どうしても、倫理問題に遭遇したとき、1人ひとりの精神的な努力というところに傾きがちなお空気がまだ強いと思うが、そうではなくて、多くの力を結集するチーム・コーディネイトという考え方が大切だ。専門看護師（CNS）のキーワードに「倫理調整」という言葉がある。まさに「倫理は調整するものである」という、ある種職業倫理的な発想の転換をしていただくことがもっと広がればいいなと思いつつながら、2つの症例を聴かせていただいた。

板倉 藤田さん、正壽さんのほうから板井さんにコメントやご質問があれば。

### 行間を読む「構想力」が必要

藤田 板井さんがご講演の中でいわれた「倫理的推論」—「感性（≡感情）のレベルにあるものを、論理的に整理する力」へ高めていくことの難しさが、日常場面の振り返りの際、気になっている。論理的に整理する力を身につけるにはやはり、この「4分割法」をツールとして活用するなどして多くの症例の振り返りを地道に積み上げていくしかないのか。

板井 おっしゃっていただいた通り。ツールとして「4分割法」は非常にシンプルで使いやすいし、問題点を論理的に整理するという1つの方法論だと思う。

でも、どんなツールもそうだが使い方について習熟するためには何回かそれを実際に使いながら身につけるしかない。最近は「4分割法」の使用が病院でも広がってきているが、中には4つの項目を埋

めて力尽きてしまうようなところが散見される。これは道具に使われている状態。「4分割法」を使う目的意識が必要だ。1つだけ強調できるとしたら、4つの項目の相関関係を見るときには「行間」というか、想像力ではなく、「構想力」が必要だと思う。

先の伊予病院の症例でいえば、患者さんには失語の症状もあるけれども、直接患者さんに触れた人たちの「non verbal」の空気感を言語化することが難しいところ。しかし、今回それをしっかりやっていただいたと思う。「1日でもいいから家にいたい」という気持ちをはっきりと言葉には表れなくても、ただの頑固さだけで「家に帰るけん」とおっしゃったのだろうか、「いや、この人はきちんと自分の考えを持っている」ということを「信じる」、それを論理的に整理していくということだろう。

「臨床経験」という言葉に引くくめにはいけないが、OJTも含め多くの症例検討を重ねる中で伸びていく力だと思う。「こういうケースもあったよね」「こういう方もいらっしゃったよね」という多様な価値観への視野の広がり、倫理的推論を行う上で大事な能力になると思う。

正壽 ふだん同じようにやっていることでうまくいく場合といかない場合に分かれるのはなぜなんだろう？ということ今回「4分割法」を使ってみた。今回みたいにあたり前に行っていることを深掘りすると、ひょっとしたらジレンマがあったり、仕組みの問題が見えてくることもあるんじゃないかと思うのだが。「4分割法」の使い方として、ふだんやっていることの中に自分たちが「気づいていないこと」を見つけるといった使い方でもよいのか。

板井 全然間違っていないと思う。大きく2つの使い方があると思う。1つはon-going（進行中）の状況を論理的に整理するツールとしての使い方である。ただし、on-goingのときは切迫しているというか、時間に非常な制約を受けるため、多くは「(時間に)流されてしまう」側面がある。そこで、終わったあと「何かまだモヤモヤとしこりが残っているな」「時

間的制約があって気づけなかった点がある」というときに、そのpast caseを振り返る目的で「4分割法」を使って改めて症例をちょっと深掘し、分類・分析する、これも「4分割法」の大変有効な使い方だ。ぜひ、今後もその使い方をやっていただきたいと思う。「あっ、これがうまくいった原因なのか」というポジティブなアウトカム、逆に「ああ、うまくいかなかった原因はこれなのか」というネガティブなアウトカムを探り当て、それを責めすぎて前に歩けなくなるということではなくて、「これを次に活かそう」というふうにお使いいただけたらと思う。

板倉 「臨床倫理」の考え方、現場実践での活用について板井さんに端的にまとめていただいたので、皆様の病院でも参考にしていただきたい。

### 個人が悩み抱えぬようチームプレイで

渡邊 臨床倫理の「4分割法」は最近では回復期リハビリテーション病棟でも広く使われ始めているかと思う。そのことはよいことであるが、板井さんが今いわれたように、表の作成、完成にエネルギーを使い果たしてしまうようなことがないように、それをツールとして現場に活かしていくことのほうに、より重点を注いでいただきたい。倫理的ジレンマに対するポジティブな対処法もアドバイスいただいた。お話しいただいた内容をぜひ現場でご理解いただき、臨床倫理の考え方を活かし、個人が悩みを抱えないようチームプレイで安全な医療・ケアを提供していただきたい。