

コラム C 病院実録シリーズ②：病院文化を変えるチャンス

例えば、1人の看護師が「患者中心の治療」「アドバンス・ケア・プランニングを反映させた治療」を行いたいと強く思っていたとしても、1人の力で病院を変えることは決してできません。1つの職種のスタッフだけでもそうです。

例えば人工呼吸器が、アドバンス・ケア・プランニングや代理意思決定者からの推定意思により、明らかに患者が希望しない延命治療と判断される場合、それをやめるという行為ができるような病院になるためには、最終的には病院のトップの決断が必要です。しかしながら、一看護師でそのように働きかけることは容易ではありません。それではその看護師はどうしたらよいのでしょうか？

必ずうまくいくという答えはありませんが、C病院の経験からは「誰か医療倫理に興味のある医師に理解してもらい、その活動に巻き込む」ということが、1つの突破口になるかもしれません。まずはその医師を中心に、4分割表という手法（**第3章**）を用いた多職種カンファレンスで、患者中心のゴールと治療方針を考える文化を作ることが必要です。

「患者の価値観を反映した治療を行うためにはどうすればよいか」を考え、それを実行しようとした場合、治療の差し控えや中止を避けて通ることができません。極めて低い訴追の可能性などを気にするあまり、患者中心の医療を行うことが許されない病院の環境に対し、現場から不満の声が大きくなってきたときにチャンスです。このような状況になれば、人生の最終段階の定義は患者の価値観を含めたさまざまな要素で個別化できると厚生労働省のガイドラインで明記されていることや、治療の意味を理解したうえで患者がそれを望まない場合、または望まないであろうと推測できる場合は治療の開始や継続を強制できないことを、病院の倫理委員会のメンバーや上層部に理解してもらう必要があります。

患者または家族と繰り返し話し合い、多職種カンファレンスを開催し、議論した内容をしっかりと記録し、プロセスを正しくふむことによって、治療の差し控えや中止を行えるような病院としての公式マニュアルを作成します。そのマニュアルを病院のトップに認めてもらえれば、あとは同様のケースに関しては現場だけでマニュアルに従って患者中心の判断を下すことができます。その判断の結果生じた問題は、個人ではなく、病院マターとなるからです。意思決定が困難な事例のさまざまなパターンに対し、病院としての公式マニュアルを構築していくことが重要です。