

# 明日の看護に生かす デスカンファレンス

執筆：木澤晃代

筑波メディカルセンター病院  
救命救急センター  
急性・重症患者看護専門看護師

## 第9回 筑波メディカルセンター病院ER/救命ICUにおけるデスカンファレンスの実践

デスカンファレンスというと、緩和ケアやがん患者をケアする領域で行われているものという印象があるが、救急領域においても死を日常的に取り扱うことからその必要性は高い。しかしながら、実際には医師による治療内容の検討を主眼とした死亡症例検討は行われるものの、医師、看護師、コメディカルなどを含めた他職種によるデスカンファレンスの報告は少ないのが現状である。

救急領域では、突然の傷病の発症によって死が避けられない状態となる場合が多い。このようなときには死が予測されたものではないため、家族の精神的な衝撃は計り知れない。さらに高度な治療や蘇生処置が多数の医療者によって行われることから、その場その場で対応することになるため、時として、やりっぱなしになることもあり得る。

患者に行われた医療の内容を後から振り返り、提供した医療の質を検討することは、救急領域の医療においても必要不可欠である。また、生命の危機に晒された患者にかかわることが多い救急領域の医療スタッフの感情を整理することも重要である。このようなことから、救急領域においてカンファレンスを行う必要性は非常に高いといえる。

本稿では、救急領域におけるデスカンファレンスの必要性を述べ、筑波メディカルセンター病院（以下、当院）のER/救命ICUでのデスカンファレンスの取り組みを紹介する。

### ■ 救急、集中治療領域における死

救急、集中治療領域の死は、一般的にそれまで通常の生活をしてきた者が突然の傷病の発症により、生命の危機状態に陥った状態であり、家族は何の心の準備もなく亡くなった大切な者との関係を暴力的に断たれる耐えがたい体験である。また、突然の死が避けられたとしても本人の意識がない場合が多く、生命維持を最優先した治療が行われるため、意思決定の主体となる本人の意向が確認できないばかりか詳細な情報が少なく、時間的余裕もないままに家族は重要な代理意思決定を求められる状況となる。家族は突然降りかかった衝撃に戸惑い、現状を認識することもできないため、正常な判断を下すことは困難である。どうしても死が避けられないような状態である場合には、積極的医療を差し控えることもあり、倫理的問題を多く包含している。

さらに、家族の衝撃や動揺は、医療スタッフにとっても心的外傷体験となる。看護師は家族ケアの必要性を認識しながらも患者の治療にかかりきりになり、家族に十分なケアが行えないことにジレンマを感じている場合が多い。つまり、救急、集中治療領域の死は、医療スタッフ、患者・家族にとっても非常に辛い体験となる。

### ■ ER/救命ICUでの デスカンファレンスの目的と方法

救急領域でのデスカンファレンスは、患者・家

族にとって最善の医療が行えたかどうかを検討することが主たる目的である。具体的には、①問題点の共通認識、②それぞれの職種の役割を最大限に活用した医療の在り方の検討、③倫理的感受性の育成、④今後の方針の統一化、⑤スタッフ自身のモヤモヤ感の解消を目的としている。医師、看護師が揃うカンファレンスの機会は多くはないものの、当院のERでは患者が亡くなったその日に、ICUでは患者の死からあまり間隔を空けず検討を行うようにしている。具体的なデスカンファレンスの種類と方法は表1に、デスカンファレンスの検討内容については表2に示す。

### 1. ERでのデスカンファレンス

当院ERでは、日勤終了後にその日の業務の振り返りを目的としたカンファレンスを毎日行っているが、来院時心肺停止(cardiopulmonary arrest on arrival: CPAOA)の患者の搬送があった場合にも必ずデスカンファレンスを行っている。

予想もしない突然の死は、家族にとって最も深く心に傷を残す最悪の出来事である。医療スタッフにとっても、何度経験しても心が重たくなり不全感が残る体験となる。特に小さな子どもの突然死、虐待や殺人など事件性のあるケースは、時間をかけてデスカンファレンスを行っている。

主な検討内容は表2に示したが、具体的には蘇生処置の流れが医師と連携を取ってスムーズに行えたか、役割分担は明確であったか、衝撃の段階にある家族への連絡調整が的確に行えたかを検討

している。また医療スタッフは、泣き叫ぶ家族に対応することによって二次的心的外傷(secondary traumatic stress)に晒されることとなる。自分の想いを話すことが心的負担の軽減となるため、必ずその日のうちにデスカンファレンスを実施している。

### 2. 救命ICUでのデスカンファレンス

救命ICUにおいてデスカンファレンスのテーマ

**表2** デスカンファレンスの検討内容

1. 症例の提示
  - 患者の背景と治療経過
  - 家族の受け入れ状況と反応
2. 事象の把握と問題点の明確化(見えている問題, 見えない問題, 真の問題の理解)
  - 患者治療過程は適切であったか
  - 不足していた治療, ケアは何か
  - 効果があったケアはどのようなものか
  - 他職種によるチーム医療は円滑に行えたか
  - 家族へのケアは必要なときに提供できたか
3. 倫理的問題の検討
  - 患者の意思の確認は行えたか(意識がなければ推定意思を確認できたか)
  - 家族への説明は具体的に行えたか
  - 家族の代理意思決定に障害となったものは何か
  - 担当スタッフがモヤモヤしている点は何か
4. 今後の課題の明確化
5. 今回の症例の総括

**表1** 救急領域で行っているデスカンファレンスの種類と方法

カンファレンスの種類	カンファレンスの検討症例	開催日・時間	参加者
ERでのデスカンファレンス	CPAOAまたはER死亡症例	CPAOAまたはER死亡症例のあった日に30分程度(17:00~17:30)	看護師(医師)
救命ICUでのデスカンファレンス	ICUでの死亡症例	不定期で1時間程度	看護師(医師)
外傷症例検討会	ERでの外傷死亡症例	1~2か月に1回, 2時間(18:00~20:00)	医師, 看護師(救命士)
M & Mカンファレンス	院内での死亡症例	不定期で2時間(18:00~20:00)	全職員

となるものは、積極的治療の一部またはすべてを中断すること（withdrawing）、もしくは新たな治療を差し控えること（withholding）に関するものが多い。この場合、蘇生限界点（point of no return）という判断のもと死を迎えることになるが、これ以上は蘇生が望めないという医療スタッフのコンセンサスが得られれば、家族にその旨を十分説明したうえで決定することがある。しかしながら、救命・集中治療が高度化しているなか、どの時点が蘇生限界点とするかは倫理的にも問題になることが多く、治療過程だけでなく家族の代理意思決定に関することもデスカンファレンスの検討項目となることが多い。

### 3. M&Mカンファレンス（mortality and morbidity conference）

M&Mカンファレンスは、病因死因検討を目的とし、医療安全の観点から診療科と職種を超えた全体的な討論会である。全職員を対象とした部門横断的なカンファレンスであるため、多角的な視点から検討でき、システムの改善にも有用であることが利点である。

開催は不定期であり、毎回、検討症例に詳しい有識者を招聘している。最低限のルールとして、症例提示者の批判にならないことをあげている。非常に有効なカンファレンスであるが、2時間程度の検討時間を要するため頻繁に行うことは難しい。

## ■ デスカンファレンスの実際

### 1. 症例

患者：60歳代、女性

診断名：外傷性クモ膜下出血、びまん性脳損傷（交通外傷）

### 2. 検討を必要とした問題・課題

臨床的脳死状態である患者の家族から、患者の人工呼吸器をはずしてほしいと申し出があったこ

とに対する医療スタッフの対応は適切であったか。また、医療者として家族の代理意思決定を支援するためにはどうしたらよかったのか。

### 3. 経過

人工呼吸器管理、意識レベルJCS II-10、バイタルサインは安定しており、体動も見られたが、次第に自発呼吸が弱くなり、CTにて脳梗塞を認め臨床的脳死状態となった。

予想に反して脳死状態となったことに家族は「何でこんなことになったんだ」と怒りを表出した。その後「こんな姿になるなら、人工呼吸器をはずして楽にしてやりたい。人工呼吸器をはずしてほしい」と家族より申し出があった。主治医は、患者の状態の変化に戸惑う家族の要望にできる限り沿いたいという意向であったが、臓器提供を目的としない積極的医療の中断に対し、どのように説明すればいいのか困惑していた。担当看護師も家族の怒りが強いため対応に戸惑っており、本当に人工呼吸器をはずすことになったらどうしたらいいのか戸惑っていた。

病棟内のカンファレンスでも意見がまとまらなかったため、院内の倫理委員会に検討を依頼した。倫理委員会の結論は、「患者の推定意思と家族の総意を確認したうえで法的脳死判定に従い判定を行った結果、脳死状態であれば診療科の判断を支持する」というものであったが、本当に人工呼吸器をはずすことが家族の真意であるか疑問であった。家族との面談では、患者の推定意思、家族の総意を確認したが、あまりまとまらなかった。その理由は、予想に反して患者が臨床的脳死状態になったこと、元気になって帰れると信じていたのに叶わなかったこと、医療者に対する不信感が怒りに似た感情であったことが、冷静に意志決定をすることの障害になっていると思われた。また、脳死状態の患者の人工呼吸器をはずすということは、いずれ心停止となることを意味するため、人工呼吸器をはずすことを選択した場合、「本当にこの決断でよかったのか」と、必ず後悔すること

があることを家族に説明した。

翌日患者は法的脳死状態と判定されたが、家族より「やはり人工呼吸器をはずすことは殺すことになると思うので、人工呼吸器ははずさずに最低限の治療で自然な形で看取りたい」という申し出があった。さらに家族は、以前同じような経過で別の家族を看取ったとき、体がむくんで黄色くなっていく姿を見ていられなかったと話された。このときから、外観の変化を最小限にとどめられるよう輸液量の調整を行い、昇圧薬の増減も行わないこととなった。

患者は家族に見守られ2週間後に永眠された。家族は、退院する際に「あのとき人工呼吸器をはずさなくてよかった」と話されていた。

#### 4. カンファレンスでの検討結果

今回のケースでは、医療者側の善行と無害の原則と患者の推定意思を尊重した自律の原則の対立のようであったが、家族の想いが怒りに歪曲されたものであった可能性が高かった。家族の怒りは患者を失うことに対する急性の悲嘆反応であったが、直接かかわったスタッフにとっては認識することが困難であり倫理的ジレンマがあった。しかし、家族の代理意思決定が「真の想い」であるかをスタッフとともに多角的に検討したことによって問題点が抽出でき、適切な対応ができたと思われる。

また、患者に直接かかわった医療スタッフだけで検討した場合には思考が狭小化しがちであるため、直接かかわることのない多職種から構成された倫理委員会の見解を得たことで、より客観的な判断を導く結果になったと考えられた。そして、家族に対し、もし仮に人工呼吸器をはずした場合、明らかに最悪の結果を招くことになると説明したことは、家族が冷静に考えるきっかけになったと推察され、代理意思決定に大きな影響を与えたと

思われた。さらに、家族に同様の喪失体験があったことから、死を迎えることが避けられなかった場合、生前のままの姿をとどめておくことが最後の望みであったと理解できた。家族が人工呼吸器をはずすことを選択しなかったことに、医療スタッフが安堵したのも事実である。

このケースでは、「人工呼吸器をはずすか、はずさないか」が問題点となったが、その問題がどうして起こっているのか、つまり家族の意向が真意であったかを、多角的に検討することによって対応の方法が異なることが理解できた。また、臨床において医療スタッフが倫理的感受性をもってケアができるような体制を構築することが重要であると思われた。

#### ■ デスカンファレンス実施における問題と課題

カンファレンスを継続すること、問題を問題としてとらえる感受性の強化、見えている問題と見えない問題の検討、事象の分析、ファシリテーターの役割の明確化などがある。目に見える問題をどのような方法で解決するかを考えがちであるが、現象をよく考えてなぜその問題があるのかを多角的に検討することによって効果的なカンファレンスが行えるといえる。

#### 引用・参考文献

- 1) 寺町優子・他編：クリティカルケア看護：理論と臨床への応用，日本看護協会出版会，2007。
- 2) ジェイスE. トンプソン・他：看護倫理のための意思決定10のステップ，日本看護協会出版会，2004。
- 3) A.デーケン・他編：突然の死とグリーフケア，春秋社，1997。
- 4) ボブ・ライト：突然の死；そのとき医療スタッフは，医歯薬出版，2002。