

# 明日の看護に生かす デスカンファレンス

執筆：せきもとあすこ 關本 翌子

国立がんセンター東病院緩和  
ケア病棟・看護師長

## 第5回 国立がんセンター東病院緩和ケア病棟における デスカンファレンスの実践

国立がんセンター東病院は、ベッド数425床を有し、緩和ケア病棟・支持療法チームの双方をもち、在宅連携に力を入れているがん専門病院である。

緩和ケア病棟は病院設立と同時期の1992年に開設され、在宅での症状コントロールが困難な患者を中心に受け入れている。平均在院日数は18.3日、在宅への移行は20%に上るが、難治性の症状コントロール、すなわち終末期の患者が多く、年間300名以上の患者を看取っている。

当緩和ケア病棟でのデスカンファレンスは、かかわった医療者への労いと、ケアのプロセスを今後に生かすことを目的としている。筆者自身は、患者・家族に対する感謝と、最期まで患者が生きてきたプロセスを医療者自身がしっかりと胸に刻み込む機会であるととらえている。

本稿では、1事例を中心にこれまでの筆者の経験も付け加えながら、当緩和ケア病棟のデスカンファレンスを紹介する。

### ■ デスカンファレンスの方法

司会はリーダー看護師が行い、担当医とプライマリナースが入院中の経過について紹介した後、それぞれの項目に沿ってディスカッションを行う(表)。緩和医療科医師と精神腫瘍科医師、薬剤師などの参加を可能な限り促し、死亡退院後2週間以内に開催している。開催日、開始時間と終了時間、参加メンバー、話し合われた内容、今後に生かすことを記録し、ファイルに保存する。

表 当緩和ケア病棟のデスカンファレンスの概要

開催日
プライマリナースと担当医が参加できる平日の13時30分～14時(死後2週間以内)
ケアの評価
・身体面、精神面、家族のニーズに対して、うまくいった点、困った点、難しかった点 ・看取りに向けた対応 ・家族の反応

### ■ デスカンファレンスの実際

#### 事例紹介

患者紹介：A氏、40歳代、女性、無職(プロピアニストであった)

現病歴：乳がん再発、多発性骨転移、リンパ節転移、肺転移、脳転移、頭蓋底転移、肝転移

家族構成：夫(50歳代)、長女(中学1年生)と同居。別居している実父(80歳代)と義妹(40歳代)の支援もある

経過：X年12月に右乳がんで非定型乳房切除術を施行。リンパ節転移はなく、補助療法も行わなかった。9年後に腰痛で整形外科受診した際に乳がんの再発と多発性骨転移を指摘された。その後1年間ほど化学療法を実施するが、これ以上の積極的治療は限界であることを話された。X+10年10月25日に食欲不振と疼痛、夜間不眠のため、当院緩和ケア病棟に入院した。入院時から不安が強く、一人で部屋にすることができず、「寂しい。だれかいると安心。横になっているとつらい。一人でいると悪いことばかり考える」と繰り返し訴えた。頸部リンパ節

転移によって気道が圧迫され、反回神経麻痺もあり、呼吸困難と痰喀出困難、嚥下困難も持続していた。また、頭蓋底転移による視力低下、複視、せん妄もあった。11月16日頃から喘鳴、低酸素血症、脈拍微弱、尿量減少が認められ、11月20日に夫、長女、実父、義妹に看取られ、永眠された。

## 1. 身体面の評価

当緩和ケア病棟のデスカンファレンスでは、症状の原因、アセスメントしたうえでできることとできないこと、薬物療法を含めてケアを振り返る。

薬物療法に関しては、本連載1回目を執筆された広瀬寛子氏が指摘したように、医師を責める構図になることもある<sup>1)</sup>。緩和ケア病棟の看護師は、経験と教育による暗黙知のほかに、常に患者のそばで薬剤の効果と副作用を観察していることから、慣れない研修医などは責められたような感じを抱くことも多い。しかし、決して医療者のだれかを責めているわけではなく、うまくいった事例は称賛し、コントロールできなかった事例はその原因を探り、新たな方法を構築していく。

当緩和ケア病棟では入院時に50%以上の患者がせん妄を発症しているが、早急に原因を特定して治療を開始すること（腎不全、肝不全、高カルシウム血症、感染、貧血など）や、オピオイドの減量、オピオイドローテーションを試みることに、たとえ1～2週間でもよい状態が過ごせたという事例は実に多い。しかし、症状コントロールが後手になり苦痛を伴って亡くなる場合、あるいは出血や梗塞などの急変で亡くなる場合は、他に方法はなかったのか、どこかでサインに気づき予測することはできなかったのか、あるいは原因がわかったところでどうしようもないこともある、などのディスカッションを繰り返す。

A氏の場合は、疼痛、痰、呼吸困難、せん妄による夜間不眠が1か月近く続いた。A氏は満足できる睡眠が得られず、医療者も対応に難渋していた。疼痛と呼吸困難に対しては塩酸モルヒネ持続

皮下注射、脱水・嚥下困難に対しては中心静脈から500mL/日の輸液、せん妄に対しては就寝前にクロルプロマジンとフルニトラゼパムを使用した。症状を改善することはできなかった。

またA氏は、夜間は不安のためそばにいてほしいと訴えた。こちらが人員などの状況を説明するとその場は理解したが、5分もたたないうちに息苦しさや痰の吸引でナースコールをするなど、きりがいい訴えがあり、多くの看護師が疲弊していた。「寂しい、行かないで」という要求に応えたくても、A氏だけを特別扱いできないジレンマに、涙を流す看護師もいた。最終的にはクロルプロマジンとフルニトラゼパムに加え、レボメプロマジンの持続皮下注射を併用した。

終末期患者のせん妄は、不可逆的な原因であったり、複数の因子が関係しているため、完全な回復を期待することが困難な場合がある<sup>2)</sup>。

24時間患者をみている看護師にとって、夜間の患者の状況を医師が理解しているのだろうかという思いは強い。また、私たちの困難をどうしたら理解してくれるのだろうか、何よりも患者や家族が苦しい思いをしていることにつらさを感じ、切り札を出せない担当医や精神腫瘍科医に対して苛立ちを覚えることもあった。来る日も来る日もせん妄の話題に集中し、チーム全体が苦悩していた。

デスカンファレンスでは症状の原因と薬剤の使用方法を整理し、客観的に振り返った。せん妄の原因として、脳転移、髄膜播種、気道狭窄に伴う低酸素血症、オピオイドなどが考えられた。入院前に使用していたゾレドロン酸の副作用である低カルシウム血症を予測できておらず、今回の事例でせん妄の一つの原因になることを改めて認識した。しかし、カルシウムを補正しても、終末期の複数の原因を改善させることはできず、A氏と家族の意思を確認し、せん妄を中心に症状コントロールと鎮静の両方の目的でレボメプロマジンを増量していった。また薬剤だけでなく、環境整備、入浴や散歩で気分転換を促し、眠るまでA氏のそばに付き添った看護師たちの努力にも、多職種か

ら労いの声があがった。

## 2. 精神面の評価

精神面の評価は、患者の思いがどれだけ表出されたか、すべてのケアにおいて患者の意思が尊重されていたかどうかを話し合う。また、怒りや恐怖といった感情は精神疾患に起因したものではなかったか、そのアセスメントは正しかったのかどうかを振り返る。患者の表情や言葉の変化をそれぞれのスタッフが語り、コミュニケーションのあり方を考える機会ともなる。

A氏は孤独感の表出から依存度が高い患者にみえたが、担当医や看護師、精神腫瘍科医が気持ちを引き出すことによって、混乱のなかでも長女を誇りに思い、大事な時期に一緒にいられない切なさを語った。長女の担任教師が三者面談に緩和ケア病棟を訪れる機会をつくってくれたことも、大きな社会的サポートとなった。

看護師は、プロのピアニストであったA氏の経歴から、緩和ケア病棟にあるピアノを弾くことを提案した。視聴もあり、抗がん剤の末梢神経障害のために手指の感覚がないことから最初は遠慮していたA氏も、ピアノの前に座ると、集中し見事にモーツァルトを弾いてみせた。A氏のその人らしい姿を見ることができたばかりか、ピアノを弾いた後は、一時ではあるが混乱や孤独感から解放される心穏やかな時間をもてた。A氏の気持ちやこれまでの人生を尊重することで、身体的・精神的・霊的な苦痛が軽減できたことは非常に評価でき、プライマリナーズの提案が有効であったことを話し合った。

## 3. 家族へのケア

家族へのケアについては、うまくいかなかった事例のほうが多い。愛する家族を失う恐怖や不安を抱える家族にとって、緩和ケア病棟のスタッフとの信頼関係を築くには在院日数が短すぎる。

また、症状のコントロールがうまくいかなかった場合や、前医との関係がうまくいっておらず十

分な情報が提供されていなかった場合、緩和ケア病棟への期待があまりにも大きかった場合、急変の場合などは、医療者にとってもつらい体験になる。特に家族の怒りの対象が看護師になることも多く、看護師の処置やケアを事細かく威圧的に見ている家族もいる。家族の前では毅然とした態度で振舞ったとしても、心はずたずたになることが多い。しかしこういう家族ほど、患者が亡くなられた後ひょっこりと現れて、「あのときは怖かった。本意ではなかった。身内を亡くすのは初めてで、すごく不安だった。あの看護師さんに悪いことをした」と挨拶に見えることもある。それと同時に、生前に怒りの感情のなかにある不安を吐露させることができなかつたことも考えなければならない。

本事例では、取りきれない苦痛に「怖い、苦しい、不安」と繰り返すA氏に、実父も夫も長女も家族としてできることはないのかと、強い思いを抱えていた。

80歳代の実父は、妻（患者の実母）を1年前に看取ったばかりであったが、毎日のように面会に訪れて「寂しい」と話すA氏を車椅子に乗せ、そばに付き添った。

夫は緊急入院する日までA氏を介護し、家事も請け負っていた。A氏の病気が何とかならないのかと緩和ケア病棟に入る数日前まで、延命のための抗がん剤治療を模索していた。急激な病状の進行や、どのようにA氏と接したらいいかわからないという不安のためか、足が遠のくこともあった。

そんな夫は実父から、「娘にもっと付き添うべき。亡くなった後のことは考えているのか」とたしなめられた。一方で、夫のほうもA氏の前で金銭面のことや葬儀の段取りを話す実父を許せず、これがもとで激しい口論になることもあった。夫は、自分はこのまで苦しんでA氏のために努力しているのに、実父はA氏のことを考えて行動しているのだろうかという疑念をもち、互いを責める構図に発展してしまったのである。A氏が病気に

なる前からいみ合うことが多かった実父と夫の感情の対立に、看護師や精神腫瘍科医が調整役として入ることもあった。

デスカンファレンスでは、夫の今までの妻の介護などのプロセスを労うことにだれもが努めていたが、結果的には医療者側もA氏のキーパーソンである夫としての役割に期待し、つらい感情や今後長女を一人で育てていかなければならない不安を表出させることができていなかったのではないかと話し合った。看取りが近づいたときに、「医者はいないのか？何かしてくれないのか？」と声を荒げたことも、A氏を失う恐怖や苦しみから発せられた言葉ではないのかという議論もあった。

#### 4. 看取りへの対応

家族への看取りの時期の説明は担当医から、最期の装束についての説明はプライマリーナースから行われた。実父、夫、長女の動揺が激しかったため、義妹にも同席してもらった。これからの過ごし方については漠然としていたが、長女に事実を話すことにより長女の担任教師が最期の1週間を母親のそばで過ごすことを提案し、そばにいられたことはよかったと考える。

一時は声を荒げた夫も、看取りに立ち会いたい家族に連絡をしたほうがいいのではないかという看護師の提案に応じ、葛藤の続く実父にも連絡した。夫はA氏の最期を冷静に見守り、「よく頑張ったなぁ」と最後の声をかけた。

揺れる気持ちのなかで、家族内の葛藤があるなかで、担当医も看護師も、A氏・家族への説明と感情に寄り添うことを日々繰り返し、看取りに至った。

### ■ デスカンファレンスの意味

終末期がん患者の家族に対するケアは、最期に

至るまで継続的に行われた予期悲嘆への支援であり、その後が続く喪失の悲嘆への支援にもつながる重要なケアである<sup>3)</sup>。

デスカンファレンスは、症例を振り返り、多職種や実際に症例に関与しなかったメンバーを含めて行うため、客観的な評価を受けることができる。しかし、家族がどのように考えていたのか、何が良くて何が悪かったのかは、遺族の挨拶や手紙を頂くことで初めてわかることもある。本事例の長女からの手紙には「ママが苦しいとき、不安になったとき、痰が詰まったとき、皆さんの優しい介護や励ましの言葉で、とても元気づけられました。ママが亡くなったのは、とても悔しく、残念な気持ちでいっぱいでしたが、最期まで一生懸命に命の限り頑張ってくれた姿は、いつまでも決して忘れません」と記されていた。

家族は、担当医や看護師が誠実にかかわろうとする姿勢、かける言葉の一つひとつ、そして患者がそこで生きていたことを明確に覚えている。私たちが凜とした表情でピアノを弾いていたA氏を鮮明に覚えている。

デスカンファレンスで内容を共有し振り返ることは今後のケアに有効である。また、遺族の言葉を共有し、最期まで生きていた患者を思い、語ることが、医療者にできる一つの感謝の形であると考ええる。

#### 引用・参考文献

- 1) 広瀬寛子：デスカンファレンスとは何か：意義と実際、看護技術、56(1)：64-67、2010。
- 2) 小川朝生・他：緩和ケアチームのための精神腫瘍学入門、医薬ジャーナル社、2009、p.138-139。
- 3) 福田かおり：看取りのケアのためのツール—パンフレット「これからの過ごし方」緩和ケア18(10)：135、2008。