

明日の看護に生かす デスカンファレンス

執筆：加藤恵里子

慶應義塾大学病院呼吸器内科・
呼吸器外科病棟・看護師長

第7回 慶應義塾大学病院呼吸器内科・呼吸器外科 病棟におけるデスカンファレンスの実践

慶應義塾大学病院（以下、当院）は特定機能病院として先進医療の提供に取り組んでいる。当院には27診療科があり、1日平均の外来患者数は4000人、入院患者数は950人を超える。筆者が勤務する病棟は、呼吸器内科・呼吸器外科病棟（以下、当病棟）であり、平均在院日数15日、病床稼働率93%である。なお、看護体制は慶応式チームナーシング^{*1}をとっている。

当病棟の入院患者は約6割が手術や化学療法、放射線治療目的の肺癌患者、4割が他の呼吸器疾患の患者である。肺癌以外の呼吸器疾患患者のなかにも、治療の甲斐なく亡くなっていく患者もいる。当病棟では、急性期治療を受ける患者への看護と並行し、病院で最期のときを過ごす患者に対し、緩和ケアや看取りを行っている。なお、緩和ケアにおいては、院内の緩和ケアチーム^{*2}がサポートする体制を整えている。

このような状況下で、日々のチームカンファレンスで患者の看護問題や患者・家族の意思決定支援、療養の場の選択、症状緩和などについて話し合っている。しかし、すべてのケースにおいて実施したケアに納得できているわけではなく、患者を看取った後も「果たして私たちが提供した看護は、患者さんやご家族に対して適切だったのか」と、わだかまりが残るケースもある。そこで、看護師に対するケアが必要だと判断したケースに対して、3年前から病棟内でデスカンファレンスを始めた。デスカンファレンスでは、“できなかったこと”だけでなく、チームとして行うことができたケアの評価や、看取り後も残る自分の“思い”

も語り合っている。これらを共有して、次の患者へのケアにつなげられるように取り組んできた。一つの例として、当病棟でのデスカンファレンスの実際を報告する。

※1 慶応式チームナーシング

リーダーを中心とした複数の看護師（一定期間固定したチーム）で協働して特定の患者グループにケアを提供しチームで看護ケアを保証する。

※2 緩和ケアチーム

緩和ケアチームは、患者・家族のQOLを向上させるために、緩和ケアに関する専門的な臨床知識・技術により、病院内の医療従事者への教育・支援および患者・家族に直接ケアを行うことを理念として掲げている。構成メンバーは医師（麻酔科、精神科）と看護師（疼痛・緩和ケア領域）である。実際の活動は以下のとおり。

- ①病院内で勤務する医療者を対象としたコンサルテーション
- ②依頼元の医療者と合意のうえ、必要に応じて患者・家族の直接ケア
- ③患者・家族だけではなく、病院の特性や医療者のニーズに合わせた活動
- ④緩和ケアチーム内および依頼元の医療者と話し合いのうえ、患者・家族ケア方針の決定

■ デスカンファレンスの開催まで

1. 事例の選考

当病棟では、年間30～40名ほどの患者を看取る。そのうち、疼痛やせん妄などの症状緩和がう

まくいかず悩んだケース、家族の混乱が大きく看取りの対応に苦慮したケース、死と向き合う患者に対し看護師の葛藤が強いケースなど、次に生かすために整理の必要があると判断した場合や、担当チームの看護師から振り返りをしたいと希望が出た場合に、デスカンファレンスを行っている。

2. テーマの選定と情報整理

師長と受け持ち看護師もしくはチームリーダーが、デスカンファレンスで中心とするテーマやポイントをあらかじめ明確にする。それに従って、受け持ち看護師もしくはチーム内の看護師が、患者の経過を紙面にまとめる。また、緩和ケアチームが介入していたケースでは、緩和ケアチームにも参加を依頼し、客観的な評価が得られるようにする。テーマによっては主治医にも参加を依頼する。開催日は、患者が亡くなってから1か月前後、担当していた看護師が多く参加できる日を選定する。時間は1時間程度を設定している。

3. デスカンファレンスの進め方

チームリーダーが司会を務め、準備を担当した看護師が事例の経緯、カンファレンスのテーマを説明する。師長・主任は参加している看護師が発言しやすいように、またテーマに対して自分の思いや看護を語り合えるように進行する。

カンファレンスの最後に、他のケースにもつなげられる視点をまとめ、参加者で確認し合う。話し合った内容は、当日参加できなかった看護師も共有できるように記録にまとめて提示する。

■ 死について語ることの難しさを体験した事例

患者： I 氏、40歳、男性

現病歴： 骨肉腫術後、肺転移、気管支転移

経過： がん罹患に伴って仕事ができなくなり、生活保護を受けていた。両親と兄が健在だが、仲違いしており、入院当初の面会は内縁の妻が

中心であった

腫瘍による気管支狭窄のため緊急入院し、気管切開の後に、スピーチカニューレ[®]を挿入した。しかし、気管支への腫瘍の浸潤が著しく、再び気管支狭窄による呼吸困難が出現した。すでに化学療法や手術の適応ではなく、本人も積極的な治療は希望せず、両親・内縁の妻も呼吸困難の緩和を希望した。そのため、緩和ケアチームへ依頼し、症状緩和の目的でPCA（患者自己管理鎮痛法）による塩酸モルヒネの投与を開始した。その後、呼吸困難は緩和し、ベッド上で体を起こして会話できる状態となり、内縁の妻との時間をもてた。その頃には仲違いしていた両親も面会に来るようになっていた。

症状は緩和されたが、I氏は常に死への不安から、「モルヒネを何回も押したら死期が早まるのかな?」「酸素や点滴、全部取って逃げ出したい」「死ぬときって苦しいのかな?」「いつ眠る薬を使えばいい?ただそのときを待つしかないのか……」と発言していた。I氏から“死”という言葉がストレートに表現され、どう答えていいかわからず悩む看護師もいた。さらに呼吸困難が増強した場合、患者が希望した際には夜間や休日でもすぐに鎮静（セデーション）を開始できるという医師の指示も受けていた。緩和ケアチームでは、I氏ができること、やりたいことを病室内で達成できるようにかかわった。

亡くなる数日前から呼吸困難が増強したため、浅い鎮静を開始した。この時期、I氏と両親との間に以前からの感情のもつれが再発してしまっていたが、家族間の調整を看護師が行うことで関係が修復され、内縁の妻と両親が会話もできるようになったが、その後すぐにI氏の意識レベルが低下し、永眠した

カンファレンス参加者： 病棟看護師、緩和ケアチーム医師・看護師

1. 患者と“死”について話すこと、聞くこと

患者にかかわった看護師たちが、実際のコミュニケーションの場面を思い出しながら、死と向き合うI氏への対応に悩んだり戸惑ったことや、どんな言葉でやり取りしていたかを発言した。そのなかで、経験年数の異なる看護師たちが、それぞれの立場でどう思いながら対応していたのかを話した。これによって、経験年数の浅い看護師はリーダー看護師でも直接“死”について患者と話すことがいかに大変なことであるかを知った。また、I氏が“死”について話す背景にあるものが何であったのかを考えながら、患者と話すときに看護師は具体的にどんな言葉で、どんな姿勢で患者と向き合えばよいのか意見を出し合った。

その結果、死について患者が語ったときのコミュニケーションの取り方、死と向き合う患者の気持ちがあるがまま受け入れることの重要性を共有できるようになった。

2. 呼吸困難の症状緩和と患者のQOLの維持

呼吸困難の症状を緩和しながら患者のQOLが維持できたのかという視点でも話し合った。患者は急に呼吸困難が強くなるとパニックになることがあった。そこで、パニック時はそばを離れず、安楽な体位を工夫したり、安心感が得られるようかかわった。また、症状が落ち着いているときは、両親や内縁の妻との時間を十分過ごせるようにケアの時間を調整したり、大好きな猫の写真を見ながらケアすることで癒しにつながっていたのではないかと、投薬以外でも看護ケアができていたことを確認した。

一方で、限られた時間・人員・環境ではあるが、もう少しできることはなかったのか、意見を出し合った。また、塩酸モルヒネの使用や、鎮静に関しては、緩和ケアチームのサポートを得ながら主治医が中心となって、本人や家族の意思確認を迅速に行うことができて、不必要なつらさを与えなかったことも経過を振り返りながら確認できた。

カンファレンスの最後に、緩和ケアチームから助言をもらい、終末期の患者への鎮静に関する考え方を、日本緩和医療学会による「苦痛緩和のための鎮静に関するガイドライン」に基づいて確認し、根拠のある鎮静や症状コントロールの知識を深めて、症状緩和のプロセスについて整理することもできたのである。

■ 提供した看護を振り返り、看護観の広がりを期待した事例

患者紹介: T氏, 50歳, 女性

家族構成: 夫・長女・長男

現病歴および経過: 皮膚筋炎が発症した翌々年に間質性肺炎を併発。ステロイドパルス療法により改善したが、2年後の7月より間質性肺炎が増悪し入院。ステロイド治療など行ったものの効果がなく、その翌年1月永眠した。

入院中、間質性肺炎の増悪と寛解を繰り返し、長期の床上安静や肺機能低下により日常生活動作の範囲も低下していった。亡くなる前年の11月に入り間質性肺炎が改善しはじめ、リハビリテーションを積極的に進められる状況となった。そこで、2年目の看護師を受け持ち看護師とし、外出や外泊、そして退院環境調整を進めていくことにした。

まずは外泊を可能にするための目標設定を段階的に行い、外泊に対するT氏および家族の思いを把握するよう努めた。それまで慢性疾患による増悪と寛解を繰り返してきたT氏は、今回も以前のような状態に戻れるはずと考えていることがわかった。そのため、期待と現実のずれを修正しながら進めていくことが必要であった。

年末年始の外泊を目指しながら進めていた看護であったが、間質性肺炎が増悪し、医師から病状の説明がされた直後、T氏は受け持ち看護師に「あなたは元気だから私の気持ちがわからない」と訴えた。T氏は常に“自分のことで家族にずいぶんと負担をかけてしまった”と表現

する一方で、家族の前では不安な感情を出さずにいる姿もみられた。家族も、医師から間質性肺炎が増悪し厳しい状態であることを説明された直後は、看護師の言動や行為に対し感情的に反応する場面もあった。年末になり呼吸状態が悪化し、その後数日で亡くなった。

T氏が亡くなる前日、受け持ち看護師に家族から感謝の言葉ももらい、受け持ちが自分ではよかったのか悩んでいた看護師はその言葉で救われたと報告している。

デスカンファレンス参加者：病棟の看護師のみ

この事例でデスカンファレンスを計画した理由は、①患者が長期間入院しており、看護師たちとのかわり深かったこと、②死の転機が年末年始休みの期間中だったため、その経過を看護チームとして共有したほうがよいと判断したこと、③受け持ち看護師が様々な場面でチームに支えられながら看護を展開しており、チームで語り合うことは、互いの看護観を表現できる機会になると判断したこと、④受け持ち看護師から振り返りをしたいという希望があったこと、の4点である。

1. 中範囲理論を用いた患者理解

デスカンファレンスで「慢性疾患の病みの軌跡」(ピエール・ウグ)のモデルを活用し、患者の経過と照らし合わせ、看護師がT氏をどうとらえていたかを話し合った。

その結果、患者の病状を理解するだけでなく、患者がどのように病と向き合いながら生活してきたのかも含めて考えることが、慢性疾患を長く患ってきた患者の場合、特に必要であることを共有することができた。

2. 実践した看護の意味づけ

2年目の受け持ち看護師は、「あなたは元気だから私の気持ちがわからない」とT氏に言われたとき、どのような気持ちであったか、またそのとき、つらい気持ちをチームの看護師に語り、チー

ムでT氏への接し方を考えたことでつらい思いを乗り越えられたこと、を話した。看護として何ができるか、どう接していけばよいかを皆で考えることができ、自分の気持ちも整理できたと語った。

それに対して、カンファレンスに参加していた看護師たちも「患者の立場に立つとはどういうことなのか。限界を踏まえつつも、どのような看護をしたらよいのか。どんな姿勢でどんな言葉で患者の気持ちを受け止めればよいのか」について意見を出し合った。

また、先輩看護師から2年目の受け持ち看護師に向けて、「患者と最後まで向き合い続けられたこと」「患者と看護計画や目標を丁寧に一緒に共有しながら実践できていたこと」「信頼関係が築けていたからこそ、どうにもならない気持ちを患者は表現したのではないか」などの助言もあった。

これらの意見交換によって、受け持ち看護師は看護師としての役割を把握し、自分の行った看護を意味づけることができた。

当病棟で行っているデスカンファレンスは、厳密な基準や手順があるわけではなく、対象となる患者を特定しているわけでもない。あくまで、看護師やチームの状況をみながら管理者が必要だと判断したときに開催している。しかし、回数を重ねるごとに、リーダー看護師から「このような視点から開催したい」などの意見が出されるようになってきた。現在では年に数事例を重ねていきながら、効果的に開催できるようになってきている。

以上の経験に基づいて考えると、“日々のチームカンファレンスのなかではわだかまりを消化できず、看取り後もその感情が残っている事例に直面するたびに開催していく”という形が、一般病棟でデスカンファレンスを継続するための秘訣なのではないかと考える。今後は看護管理者からだけでなく、医師や看護師たちが主体的となった開催の要望が増え、日常のチーム力を高められるように取り組んでいきたい。