

明日の看護に生かす デスカンファレンス

執筆：上原晴美*

井出美由紀**

* 佐久総合病院 訪問看護ステーションうすだ・訪問看護認定看護師

** 同・看護師

第10回 佐久総合病院 訪問看護ステーションうすだにおけるデスカンファレンスの実践

筆者は佐久総合病院の在宅部門である地域ケア科に属し、訪問看護ステーションうすだ（以下、STうすだ）に従事している。地域ケア科は「障害をもって、住み慣れた地域で安心して暮らせるために」を基本理念とし、「いつでも、どこでも、だれでも、必要な医療サービスが受けられる」をモットーに、訪問診療部門を院内に置きながら、近隣5か所の地域に訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所を、1か所に宅老所を運営し、地域に根ざした在宅活動を展開している。

地域ケア科では、2005年よりグリーンケアの一環として四十九日を目安に遺族訪問を行っている。しかし、この遺族訪問で感じた感動や反省をフィードバックすることができず、消化不良のような意識をずっと感じてきた。そこで提供したケアのフィードバックとケアの質向上のために、在宅ケア領域の各所とともに、STうすだが主体となって、2009年よりデスカンファレンスの開催を試みている。

本稿では、筆者が従事するSTうすだにおけるデスカンファレンスの実践を紹介する。

■ デスカンファレンスの方法

1. デスカンファレンスの準備

筆者らの開催するデスカンファレンスでは、遺族訪問記録が重要となってくるため、必ず遺族訪問を行い、記録を作成してからデスカンファレンスを開催する。遺族訪問記録の内容は表1のとおりである。

2. デスカンファレンスの進め方

開催時間は60～90分程度とし、各職種の業務が終了する時間に設定している。

参加者は、主治医、ケアマネジャー、ホームヘルパー、デイサービスセンタースタッフ、老人保健施設スタッフ、訪問入浴・福祉用具業者・地域包括支援センタースタッフ、病棟看護師などである。事例にかかわった他職種全体でケアの振り返りを行い、今後活かせることを話し合う。

また、開催においては表2のルールを守り、表3のとおりに進行する。ケアを振り返るデスカンファレンスは、どうしてもスタッフの反省の場になりがちである。反省のみで終わると、雰囲気も悪くなり二度と行いたくない気持ちになってしまう。そこでルールを守り、今後活かす話し合いの場をつくり、現在の訪問看護事例にどのようにかわるべきか、前向きな姿勢で考える。

表1 遺族訪問記録

- ①訪問看護ステーション契約から死亡までの過程
- ②看取った後の気持ち
- ③介護中の良かったこと、困ったこと
- ④各サービスの対応満足度（大満足、満足、やや満足、不満足の4段階）と内容
- ⑤故人との思い出
- ⑥エンゼルメイクの評価
 - ・家族と一緒にいったか
 - ・旅立ちの衣装
 - ・親戚やご近所の反応
- ⑦遺族のこれからの人生観（これから、どのように過ごしていきたいか）

表2 デスカンファレンスのルール

- ・ 今後に活かすための具体策を話すことが目的であることを認識する
- ・ 実施したケア内容の利点、欠点を発表する
- ・ 相手の話を否定せず、相手の良い点を引き出す
- ・ 欠点のつき合いはしない
- ・ スタッフそれぞれが考えや思いを話せる雰囲気づくりを心がける

表3 デスカンファレンスの内容

- ① 事例紹介
- ② 遺族訪問の報告
- ③ 各サービス事業所から振り返り
 - ・ ケア内容は適切だったか
 - ・ 満足いくケアの提供ができたか
 - ・ 印象に残っていること
 - ・ 困ったこととその対応など
- ④ 事例から今後活かせること
- ⑤ まとめ

■ デスカンファレンスの実際

1. デスカンファレンス事例①

1) 出席者

主治医、訪問診療同行看護師3名、ST看護師6名、ケアマネジャー、ホームヘルパー、MSWの計13名。

2) 事例紹介

患者: A氏, 90歳代, 男性

現病: 糖尿病・肺炎(介護度5)

家族構成: 妻と二人暮らし(主介護者・妻)

ADL: ベッド上寝たきり全介助

意思疎通: 難聴, 会話は難しいが意思表示できる

医療・福祉サービス: 訪問診療/月1回, 通所リハビリ/週1回, 訪問看護/週1回, 福祉用具貸与, 訪問介護/1日2回, 配食サービス/1日2回(昼, 夕)

療養経過: X年誤嚥性肺炎で入院。退院後はベッド上での生活となり, 以前看護師だった妻が

サービスを利用しながら献身的に介護を続けた。食事摂取困難のために食事介助に注意が必要であり, 吸痰が必須となった。吸痰はホームヘルパーの見守りのもと, 妻が実施していた。退院から2年後, 妻が食事介助後の目を離れた間に呼吸状態が変化し, ホームヘルパーが呼吸停止を確認した。

3) 各サービス事業所からの振り返り

妻は食事介助, ポータブルトイレへの移乗介助, 吸痰など一生懸命に在宅で介護を続けていた。医師や訪問看護師は, 妻の介護のおかげでA氏の状態は落ち着いているという印象をもっていた。しかし, ホームヘルパーは妻の介護方法やA氏の状態から, 窒息などの不安を抱えていた。吸痰に関しては, 妻がホームヘルパーに「看護師さんが吸痰しろっていうから」と漏らしていたこともわかった。介護に対する話し合いでは, 具合が悪くなったときには入院させてほしいと妻は望んでいた。妻は自宅での最期を予測していなかったため, あまりに突然の出来事を受け入れることができなかった。妻に対する食事面・吸痰などのアドバイスや, 介護負担の軽減への対応不足, 医療スタッフから妻やホームヘルパーへの病状や痰のリスクの説明が不十分であったことを反省させられた。

《本事例の問題点》

- ① 妻の思いやA氏の病状をスタッフ間で共有できていなかった
- ② 本人, 家族への最期の過ごし方を含めた病状説明のタイミングを逃してしまった

《今後活かせること》

- ① それぞれの専門職種が, その人らしさ, 家族関係, 夫婦愛など, 様々な部分から情報収集を行い, 電話連絡やケースカンファレンスを実施するなかで情報共有する
- ② 家族とのコミュニケーションを大切にする
- ③ 病状の変化に伴い, 現在の状況, 予測できること, 悪化時の対応, 予防対策などを他職種

間で共有し、病状変化時は家族と話し合いをもつ機会をつくる

2. デスカンファレンス事例②

1) 出席者

主治医、訪問診療同行看護師、ST看護師7名、緩和ケアチーム看護師、ケアマネジャー、福祉用具業者、デイサービススタッフの計13名。

2) 事例紹介

患者: B氏, 40歳代, 女性

現病: 右乳がん, 多発肝転移, 骨転移, 脳転移。

家族構成: 夫と5人の子ども(長男20歳, 次男19歳, 三男17歳, 長女15歳, 次女13歳)の7人。キーパーソン, 主介護者は夫と長男, 子どもたちで代わる代わる母親を介護する。

ADL・IADL

- ①移動/ベッド上全介助, 車いす可
- ②食事/セッティングにて自立
- ③排泄/バルーンカテーテル留置。排便はおむつで, 定期的に浣腸の処置が必要
- ④清潔/デイサービスでの機械浴(週2回)

意思疎通: 可能

医療・福祉サービス: 訪問診療/2週に1回から週1回に変更, 訪問看護(医療保険)/週3回, デイサービス(入浴のみを含む)/週2回, 福祉用具/ベッド, エアマット, 車椅子

療養経過: Y年に検診で右乳がんを指摘され, 精査により多発肝転移, 骨転移が認められた。5か月後意識障害が出現し受診。脳転移, がん性髄膜炎にて入院し, 化学療法施行した。3か月の入院後, 家族は本人の希望を優先した調整会議を経て退院となる。日中は長男と一緒に過ごし, 夫が仕事から帰宅後は家族で買い物に出かける毎日であった。次第にけいれん, 嘔吐, 意識レベル低下がみられ, 夫と面談し「このまま家でみていきたい」という意思を確認した。その後, 状態が悪化し, 退院から2か月半後の

夜, 家族に見守られながら永眠した。

3) 各サービス事業所からの振り返り

スタッフとしては「家でよい時間が過ぎて, よい最期だった」と感じていた。夫とはなかなか顔を合わす機会がなかったが, 連絡ノートへの記載や調整会議を開催するなど, 寄り添っていけるように努めた。しかし, 夫のいない間, 主介護者だった長男は, 「母親が弱っていく姿や介護を受ける姿を見たくない」という思いがあるなかで, 母親の介護をしなければならないつらさを一人で抱えていたことが遺族訪問であらためてわかった。

B氏は出かけることが好きだったので, 家族は買い物やデイサービスへの通所など, B氏が出かけられるように配慮していたが, 強い不安を抱きながらの実施であったこともわかった。B氏が亡くなったあと, 夫はB氏の両親から「寿命を短くしたのは, あなたのせいだ」と責められた。在宅ターミナルケアのかかわりの難しさを感じた。

4) 各職種からの意見

① デイサービス

- 40歳代の利用者は初めての経験だった。亡くなる5日前まで利用していただいた。何かあれば家族にすぐに連絡がとれ, 主治医とも気兼ねなく連携を図ることができたので安心してかわれた

② 緩和ケアチーム看護師

- 緩和ケアチームとしても入院中の早い段階から長男のケアができればよかった

③ ケアマネジャー

- 自宅に帰ることにに対して不安が強かったので, 退院後よい状態を保つことは難しいのではと思っていた。しかし, 家族と各サービスの皆に支えられよい時間を過ごせたと感じる

④ 主治医

- 経過が早かったが, 症状緩和が良好にでき, 家族やサービスの支えがあり, 在宅で2か月過ごすことができた

《本事例の問題点》

- ①夫や長男は、サービス提供側に対してどこまで頼んでよいかわからなかった。電話をするタイミングもわからなかった
- ②夫や子どもたち、B氏の両親の「最期まで一緒にいたい気持ち」「入院して1分1秒でも長生きしてほしい」という思いが、B氏の状態変化によって変わるなかでのかわり方

《今後活かせること》

- ①各サービス提供側が、自分たちがどのようなことを実施するスタッフなのか、また何ができるのかをサービス開始後もアピールしていく必要がある
- ②連絡ノートの他に、サービススタッフが電話をかけ、家族が心配なことや困っていることなど、直接話す機会をもつことが大切である
- ③各サービスで判断をしかねたときや、B氏の状態変化のときの夫を交えた調整会議では、かわり方について話すことができた。サービス提供側の目標の統一にもなるため、今後も継続する
- ④妻を亡くした夫、親を亡くした子ども、娘を亡くした両親ではそれぞれの悲嘆の度合いが違い、1回の遺族訪問ではケアしきれないグリーフがある。今後もグリーフケアを実施する必要がある

■ 在宅におけるデスカンファレンスとは

全国の訪問看護ステーションにおいて、遺族訪問や死亡後のカンファレンスを実践しているところは少なくない。STウすだも、遺族訪問は実施していたが、登録者が約240名もいる大規模なステーションのため、日ごろの業務に追われ、遺族訪問の報告やケアの振り返りができていなかった。

しかし、2009年からデスカンファレンスを実施した結果、「他職種との連携が、意外とできて

いないことにびっくりした」「各サービススタッフのもっている情報で、知らないこともあった」「死期が近い方のかかわり方にいつも悩んでいた」「遺族がどうしているのか気になっていたので、話が聞けてよかった」という反応を得たことで、日ごろの業務以外にも積極的に目を向ける必要性に気づかされた。

リンダ・エスピー氏は「全人的ケアの提供を期待されている医療スタッフは、死について・喪失と悲嘆・病むということ・スピリチュアルケア・文化の相違・トラウマなどについても学ぶ必要がある」と述べている¹⁾。STウすだは年間約50名の看取りにかかわり、各事例において各々が死について考えたり、悲嘆のケアを実施したり、スピリチュアルな痛みや苦痛をどのように看護していけばよいか検討する。しかし、これらの学びは振り返られなければ次に活かされることなく看護師の脳裏から消えていってしまう。

デスカンファレンスでは、明確に次の看護につなげる意識をもって振り返りの機会をもつことで考えを深め、スタッフの学びを整理するよい機会となる。また、デスカンファレンスのなかで遺族訪問の報告をすることは、遺族の様子や各サービスへの感謝の言葉を聞くことができ、スタッフの活力になることも実感できた。デスカンファレンスを開催することは、在宅ケアの質向上につながるとともに、スタッフの精神的なケアになると考えられる。さらに、在宅で実施するデスカンファレンスは、病棟の関係者だけでなく、地域で働く福祉や行政、また他病院・診療所のメディカル、コメディカルスタッフと開催することができる。一定の場所で働く医療・介護者にとって、視野を広げるよい機会となる。二重、三重の意味で在宅におけるデスカンファレンスは非常に有効であるため、今後も続けていく必要がある。

引用文献

- 1) リンダ・エスピー：私たちの先生は子どもたち！、青海社、2005。