

調 査 報 告

緩和ケア病棟でのデスカンファレンスの効果 Effects of death-conference in the Palliative care ward

岩橋 千代^a, 安藤 満代^{b†}
Chiyo Iwahashi, Michiyo Ando[†]

^a 純真学園大学保健医療学部 看護学科

^b 第一薬科大学看護学部

Department of Nursing, Faculty of Health Sciences, Junshin Gakuen University

Faculty of Nursing, Daiichi University of Pharmacy

要旨

緩和ケア病棟で勤務する看護師には、患者の死後に自分たちの行った看護に対する後悔や困難感への対処としてデスカンファレンスがあるが、その効果は明らかになっていない。そこで本研究では、デスカンファレンスの効果を調べるために、看護師のターミナルケア態度と死生観の変化を調べた。A 病院緩和ケア病棟看護師の 12 名に対しデスカンファレンス前後の死生観と終末期ケア態度の変化を調べた結果、デスカンファレンス前後の FormB-J 及び臨老式死生観尺度の平均得点に有意差は認められなかったが、デスカンファレンス参加回数と臨老式死生観尺度との間に相関がみられた。デスカンファレンスにより臨老式死生観尺度に変化がみられたことから、デスカンファレンスを継続する意義が示唆された。

緒言

わが国では死亡者数が出生数を上回り「少産多死」の時代が到来している。国立社会保障・人口問題研究所¹⁾によると、国民の総死亡数は2000年より一貫して増加を続け、2010年には約120万人であった死亡者数は、2038年（平成50年）には約166万人に達する可能性がある指摘されている。そのような中で看護師は患者の死と向き合うことが日常多々あり、死別体験を幾度となく繰り返しており、中でも緩和ケア病棟で勤務する看護師は、常に自分の声かけや苦痛緩和の対応が良かったのか、もっと良い対応があったのではないかと困難感を抱きやすく、ストレスに感じることもある。そのため、死が迫っている患者との関わりに対して困難感が強くなると、患者とのコミュニケーションが不足し、その結果、患者は看護師に苦痛を十分に理解してもらえず、ニーズに沿ったサポートを得ることが困難になり、ひいては身体的・心理的苦痛を抱えたまま死を迎える可能性が大きくなることが考えられる。患者とその家族が病院でよりよい死を迎えるには、看護師から質の高いターミナルケアを受けることも大切な要素であり、看護師にはEnd-of-Life (=EOL) ケアを提供するという重要な役割がある。

内藤ら²⁾によると看護師が実施したケアを振り返る手段としてデスカンファレンスがある。デスカンファレンスの参加前まで自責の念や悔みというマイナスの感情が、スタッフやアドバイザーの意見で、自己の看護・ケアが認められることにより、初めて満足感や達成感が生じると述べ、デスカンファレンスは看取りや緩和ケアに関する知識や技術及び考え方を学び、実践に結び付ける機会として、また看護を見つめケアを考える機会として有効であったという。また秋元ら³⁾は、デスカンファレンスが参加者のストレスの軽減につながったと報告している。更に、笹原ら⁴⁾は「看護師は自分自身の知識・技術不足により、終末期患者の症状緩和ができない、と感じている」と述べている。

しかし、デスカンファレンスによって、看護師の態度、死生観がどのように変化したのかの実証的な研究は大変少ない。看護師の死生観や態度に関しては以下のような先行研究がある。上田⁵⁾によると死生観に影響を及ぼす要因として、「年齢や経験年数」「ホスピス、緩和ケア病棟経験の有無」「死別体験の有無」「家族の死を意識するような病気や事故の経験の有無」「死の話をする機会の頻度」を挙げている。山本⁶⁾は看護師の死生観は、看護者自身を支える職業的価値をもち、看護の質に大きく影響を及ぼすと述べている。更に、小松⁷⁾は終末期医療に係る看護師の9割以上がストレスを感じていることを報告し、河野⁸⁾は看護師が困難感を感じる背景として、看護師自身の中に死の恐怖心が生じ、それに対する防衛のために患者とのコミュニケーションができなくなると述べ、困難感を感じないための1つの解決策は、死生観を明らかにすることであると報告している。また、山本⁶⁾は看護師が確固たる死生観をもたないと、看護師自身のなかに死の恐怖が生じ、それへの防衛のために患者とのコミュニケーションができなくなると述べている。

また、齊藤ら⁹⁾の看護職の死をめぐる考え方について調査を行った文献では、患者の臨終に立ち会うことで患者にとって良い死とは何かを考え、看護師自身の死生観を形成する良い機会になり、経験を重ねることによって、患者の死を看取るという専門職の意識に変化していくと述べている。

一方、デスカンファレンスについては次のような先行研究がある。田中¹⁰⁾によるとデスカンファレンスとは、亡くなった患者を振り返り、行ったケアを評価して患者との関わりから学んだことを共有することで、自分と異なるスタッフの役割や行為の意味を理解することを可能にする手法として、臨床経験の中から確立されたといわれている。安藤ら¹¹⁾によると近年、わが国では一般病棟でもデスカンファレンスが実施されているが、その方法や機能は一様でなく、各施設で試行錯誤がなされているという現状である。デスカンファレンスは看取りや緩和ケアに関する知識や技術及び考え方を学び、実践に結び付ける機会として、また看護を見つめケアを考える機会として有効であると安藤は言う。さらに秋元ら³⁾は、デスカンファレンスによって参加者のストレスの軽減につながったこと、田中¹²⁾はデスカンファレンスを単なる振り返りではなく、今後のターミナルケアへ活かしていくという意識が高まったと報告している。

看護師の死生観や態度と、デスカンファレンスに関する先行研究から考え、デスカンファレンスによって、看護師のターミナルケアの態度や死生観は変化するのではないかと、2)ターミナルケアの態度や死生観は、看護師の経験年数や緩和ケア病棟経験年数、デスカン

ファレンスへの参加の回数と関連があるのではないかと考えられた。

研究目的

本研究では、緩和ケア病棟におけるデスカンファレンスの効果を明らかにするために以下のことを調べた。1) デスカンファレンス前後の看護師のターミナルケアの態度と死生観を調べる、2) 看護師のターミナルケアの態度と死生観の関連を調べる、3) デスカンファレンス前後において死生観のどの要因が変化するかを調べる。

方法

対象者：本研究の対象は、看護師の経験年数は問わず A 病院の緩和ケア病棟看護師 12 名とした。本研究の趣旨を文書及び口頭で説明し、研究参加の承諾が得られた看護師とした。

研究デザイン：本研究は質問紙調査研究とした。

質問紙：

1) フェイスシート：看護師の経験年数や緩和ケア病棟経験年数、デスカンファレンスへの参加の回数、身内の看取り経験、宗教の有無を尋ねた。

2) 臨老式死生観尺度：

平井らが作成した死生観を測定する尺度である。「死後の世界観」「死への恐怖」「開放としての死」「死からの回避」「人生における目的意識」「死への関心」「寿命観」という 7 つの因子で、27 項目からなる。「1：当てはまらない」から「7：当てはまる」まであり、得点が高いとその因子の意識が高いことを示す。

3) FormB-J：

Frommelt のターミナルケア態度尺度を日本語版にした尺度を用いた。「1：全くそう思わない」から「5：非常にそう思う」まであり、得点が高いほどターミナルケアの態度が積極的であることを示す。

調査方法：

1) 緩和ケア病棟内で説明した後に、「フェイスシート」「臨老式死生観尺度」「FormB-J」及び研究趣意書、研究承諾書を配布した。

2) デスカンファレンスは、週に 1 度行った。デスカンファレンス前に、デスカンファレンスに関する一般的な知識を 5 分から 10 分程度で研究者がプレゼンテーションする。デスカンファレンスの進め方についての内容はパワーポイント資料を作成し、デスカンファレンス開催の都度、プレゼンテーションを行った。

3) 研究期間内に、デスカンファレンスを合計 10 回行った。

4) 最終日に「フェイスシート」「臨老式死生観尺度」「FormB-J」を配布し回収、その後集計

を行った。

- 5) 調査期間は、2013年8月～10月に行った。
- 6) 分析方法は、基本データをもとに、FormB-Jの平均得点とおよび臨老式死生観尺度の平均得点をデスカンファレンス前後でノンパラメトリック検定の対応サンプルによるWilcoxonの符合付き順位検定を行った。

倫理的配慮：研究をすすめるにあたり、研究の目的・内容を明らかにし、強制ではなく、途中で辞退可能であること、本研究以外で使用しないことなどを含め対象に協力を要請し、同意を得たうえで調査を実施し、個人が特定されないよう、データは適切な方法で処理を行うこととした。また、本研究を行うにあたり聖マリア学院大学院の倫理審査委員会（承認番号：H26-008）およびA病院の臨床研究審査（承認番号：研14-0705）の承諾を得て研究を行った。

結果

1. 基本データ：

研究参加者は、緩和ケア病棟に勤務する看護師12名であった。年齢の分布は、20歳代：2名、30歳代：5名、40歳～50歳代：5名であった。看護師の経験年数は、15年以内：6名、16年以上：6名であった。緩和ケア病棟経験年数は、5年以内：7名、6年以上：5名であった。また、デスカンファレンス参加回数は、1回のみ参加から、最大7回参加していた。身内の看取り経験は、経験者：2名、経験なし：10名であった。宗教の有無は、宗教あり：2名、宗教なし：10名であった。

2. 各尺度のデスカンファレンス前後の変化

基本データをもとに、Form B-Jの平均得点とおよび臨老式死生観尺度の平均得点をデスカンファレンス前後でノンパラメトリック検定の対応サンプルによるWilcoxonの符合付き順位検定をおこなったところ、デスカンファレンス前後の得点差に有意差はみられなかった（Table 1）。

Table 1 デスカンファレンス前後の得点平均値の比較

	デスカンファレンス前	デスカンファレンス後	有意差
FormB-J	116.6	117.8	$p=.08$
臨老式死生観尺度	105.0	104.1	$p=.50$

$p<.05$

3. デスカンファレンス後の基本データと各尺度の関連

年齢、看護師経験年数、緩和ケア病棟経験年数、デスカンファレンス参加回数、身内の看取り経験の有無、宗教の有無と各尺度の相関分析をSpearmanの順位相関係数を用いた。

その結果、デスカンファレンス参加回数と臨老式死生観尺度との間には負の相関が認められた ($r = -.68, p < .05$) (Table 2)。

Table 2 デスカンファレンス後の基本データと各尺度の相関

	FormB-J	臨老式死生観尺度
年齢	.11	-.20
看護師経験年数	-.25	-.41
緩和ケア病棟経験年数	.40	.17
デスカンファレンス参加回数	-.15	-.68*
身内看取りの有無	-.07	.05
宗教の有無	-.07	-.26

* $p < .05$

4. デスカンファレンス前後の臨老式死生観尺度の項目別の得点変化

デスカンファレンス前後で平均得点が上昇した因子は「開放としての死」であった。デスカンファレンス前後で平均得点が低下した因子は「死後の世界観」「死への恐怖不安」「死からの回避」であった。

デスカンファレンス前後の得点差がほとんどなかった因子は「人生における目的意識」「死への関心」「寿命観」であった (Fig. 1)。

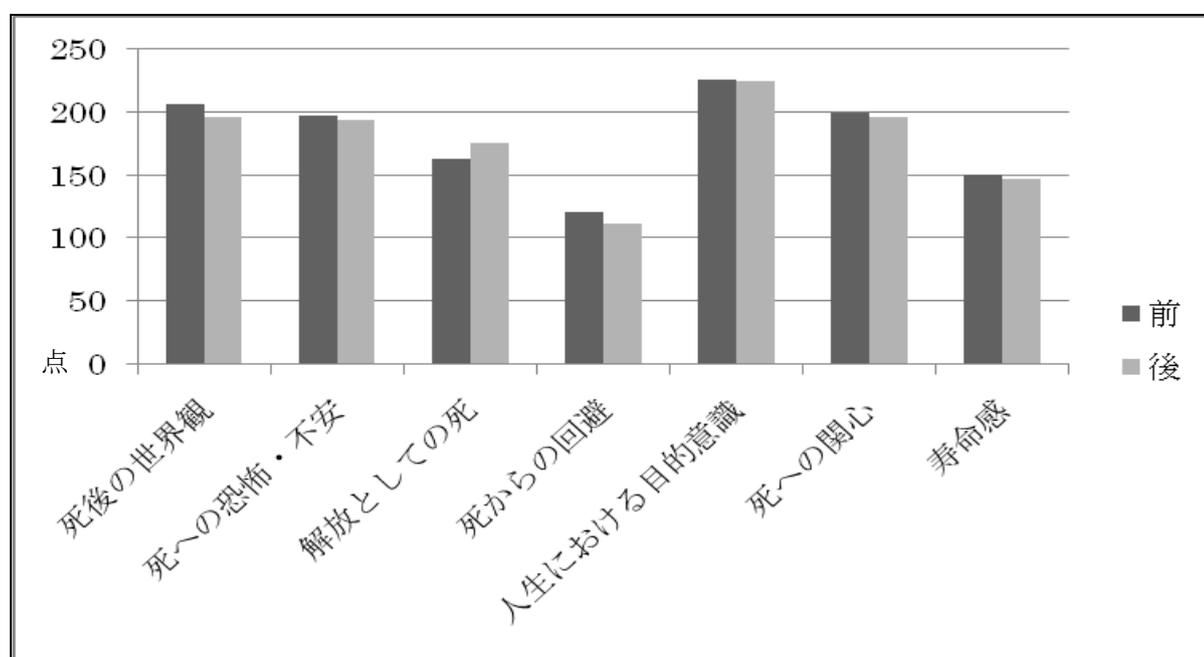


Fig.1 デスカンファレンス前後の死生観尺度の因子別の平均得点

考察

1. 対象者の特徴と基本データ

A 病院緩和ケア病棟では、緩和ケア病棟看護師は看護師の臨床経験 5 年以上を有する女性であることが条件となっている。そのため、一般的な病棟看護師と比較すると、年齢層が高いことが特徴のひとつである。

本研究で実施した「臨老式死生観尺度」の平均得点は、デスカンファレンス前は「FormB-J」が 116.6 点、デスカンファレンス後は「FormB-J」117.8 点であった。先行研究によると、「FormB-J」の平均得点は、109.04 点であった。

また「臨老式死生観尺度」の平均得点は、デスカンファレンス前は臨老式死生観尺度 105 点、デスカンファレンス後は臨老式死生観尺度 104.10 点であった。先行研究による「臨老式死生観尺度」の平均得点は 102.3 点である (Table 3)。これらのことから、本研究ではデスカンファレンス前後いずれも、先行研究での平均点よりも高かった。得点が高かった理由として、これまでの緩和ケア病棟看護師経験の中で培った経験知が終末期ケア態度として既に習得されている結果と考えられた。人生経験の中から長期間を経て、経験知、知識、個々の人生観、個々の価値観など様々な要因で「ケア態度」や「死生観」が成り立っていることが示唆された。

2. デスカンファレンス前後の得点平均値の比較

デスカンファレンスの効果として、ターミナルケアの態度や死生観に変化があるのではないかと考えたが、今回は有意差はみられなかった。その理由としては、「終末期ケア態度」や「死生観」は、看護師経験、緩和ケア病棟看護師経験、人生経験の中から長期間を経て、経験知、知識、個々の人生観、個々の価値感など様々な要因で成り立っており、短期間のデスカンファレンスによって変化するものではないためではないかと考えられた。

3. 基本データと臨老式死生観尺度との関連

デスカンファレンスの参加回数と臨老式死生観尺度には負の有意な相関があり、デスカンファレンスの参加回数が増加すると臨老式死生観尺度の得点が下がっていた。この結果は上田⁵⁾による加齢とともに経験を重ねることによって死に対する恐怖が和らぐとの結果と類似している。また、成田¹³⁾は死生観を生成していくには、臨死看護体験を素材にして、患者の人生、家族の悲歎、死にゆくことについて、患者に関わったチームで学んでいくプロセスが必要であると述べている。つまり、デスカンファレンス等で医療チームとして一緒に患者の死の体験について話し、その体験を意味づけることが看護師の死生観を生成していくことにつながると考えられた。丹下¹⁴⁾は直接的に他者の経験することのみが死生観を決定するのではなく、間接的な死の経験を通してであっても死生観は同様に生成されると述べていることから、今後、更なる看護教育やデスカンファレンスの充実やデスカンファレンスの継続が重要であることが示唆された。

4. デスカンファレンス前後の臨老式死生観尺度の7つの因子における差

デスカンファレンス前後で平均得点が下がった因子については「死への恐怖・不安」は死への恐れを示している。デスカンファレンス後に平均得点が低下していることから、死への恐怖・不安が低下し、否定的な側面が緩和される可能性があると考えられる。

また、「死からの回避」の得点も低下している。「死からの回避」の4項目は、「私は死について考えることを避けている」「どんなことをしても死を考えることを避けたい」「私は死についての考えが思い浮かんでくると、いつもそれをはねのけようとする」「死は恐ろしいのであまり考えないようにしている」となっている。緩和ケア病棟で勤務する看護師は、死は日常多々体験することであり、避けることができない状況にある。デスカンファレンスを通して、体験を共有し学びを得ることで、死からできるだけ回避したいという気持ちが緩和されたためではないかと考えられた。

5. 研究の限界と今後の課題

本研究では、対象者が12名と少なかったことや一施設一病棟での結果であり一般化には至らない。今後さらに対象者数を増やす必要があり、今後は、参加してからどのような変化があったかを調べるインタビュー研究などの質的研究も必要と考えられた。

そして、デスカンファレンスを継続するとともに、「終末期ケアの充実」「個々の死生観の確立」を深めていくことが課題である。

結論

本研究においては、デスカンファレンス前後での緩和ケア病棟看護師の死生観と終末期ケア態度の変化は認められなかったが、参加の回数と死生観尺度には関連が見られたことから、デスカンファレンスを継続していくことに意義があると考えられた。

【引用文献】

- 1) 国立社会保障・人口問題研究所
<http://www.ipss.go.jp/syoushikA/tohkei/newest04/sh2401top.html> 2021年1月閲覧
- 2) 内藤千春, 中居靖, 面幸子, 藪田由美子, 星野友美, 宮畑とよみ, ターミナルケアにおけるデスカンファレンスの効果～POMSを利用したストレス軽減の評価～, 看護管理, 39(111), 330-332 (2008).
- 3) 秋元美穂, 杉平栄子, 田辺久美子, 西本智美, デスカンファレンスがもたらした効果と進め方. 臨床看護, 37, 1110-1114 (2011).
- 4) 笹原朋代, 医療者のケア態度, 困難感, 満足度 一般病棟看護師の終末期がん患者のケアに対する困難感尺度, 緩和ケア, 18(Suppl), 114-117 (2008).
- 5) 上田稚代子, 看護婦の「死生観」と個人特性との関連死の不安尺度および死生観尺度に焦点をあてて, 月刊ナーシング, 18(12), 74-80 (1998).
- 6) 山本俊一, 死生学のすすめ, 医学書院, 東京 (1992).

- 7) 小松浩子, 小島操子, 岩井郁子, 手島恵, 渡邊真弓, 濱口恵子, 香春知永, 終末期医療に携わる看護婦のストレスに関する研究 (1) (1998).
- 8) 河野博臣, 死の不安への援助, 臨床看護, 14(6), 812-816 (1998).
ーストレス因子とストレス状態の関係ー. 第 19 回日本看護協会学会収録, 243-246.
- 9) 斉藤奈穂子, 水野正之, 小山智史, 坂口三枝子, 竹尾恵子, 看護展望, 25, 951-959 (2000).
- 10) 田中マキコ, バーンアウト回避への助言 丸川征四郎 編, 実践 救急ナースィング, 48-55 (2010).
- 11) 安藤悦子, 吉田美也子, 岩田千波, 益富美津代, 岩永喜久子, 山口智美, ホスピス・緩和ケア病棟におけるデスカンファレンスの機能ーホスピス・緩和ケア病棟の師長の視点より, 死の臨床, 33, 126-132 (2010).
- 12) 田中絵里子, デスカンファレンス見直し後の看護師の意識の変化, 山口大学看護研究集録, 23, 72-76 (2012).
- 13) 成田小百合, 看護婦の臨死看護体験と死生観, 神奈川県立看護大学校看護教育研究集録, 24, 27-33 (1995).
- 14) 丹下智香子, 死生観の展開, 名古屋大学教育学部紀要, 42, 149-156 (1995).

† 著者連絡先

e-mail : m-ando@daiichi-cps.ac.jp