

笹川保健財団 研究助成  
助成番号：2021A-006

(西暦) 2022 年 3 月 7 日

公益財団法人 笹川保健財団  
会長 喜多悦子 殿

2021 年度笹川保健財団研究助成  
研究報告書

標記について、下記の通り研究報告書を添付し提出いたします。

記

研究課題

在宅医療におけるデスカンファレンスのあり方に関する研究

所属機関・職名 名古屋大学大学院医学系研究科総合保健学専攻・助教

氏名 杉村 鮎美

## 1. 研究目的

近年、ターミナル期の療養や死を迎える希望の場所として「自宅」と回答する人は5割を超え（Sanjo, 2007；厚生労働省, 2017）、在宅終末期医療に対するニーズが高まっている。しかし、在宅終末期医療の中心的役割を担う多くの訪問看護師が、終末期ケアに対して戸惑いや困難感を抱えていると報告されており（古瀬, 2013；花里, 2018）、より質の高い終末期ケアを提供するために訪問看護師らを支える方略を検討することは喫緊の課題であると言える。

デスカンファレンスは、「死亡事例の終末期ケアに関する検討会」と定義され（安藤, 2010）、事例の振り返りを通して、今後の課題の明確化や倫理的教育、医療者自身のグリーフケアを目的としている。緩和ケア病棟を始めとする多くの一般病棟で開催され、近年では在宅においても広まりつつある。デスカンファレンスの開催は、喪失感やがん看護に対する困難感の改善をもたらすことが報告され（大友, 2014;小澤, 2020）、近年では在宅看取りに関する調査において、死亡後に施設内でカンファレンスを行っている施設は看取りに積極的であることが報告されている（日本訪問看護財団, 2021）。これらのように、デスカンファレンスの終末期ケア向上に与える影響は大きいと考えられるが、在宅デスカンファレンスの実施割合は3-5割に留まっている（工藤, 2016；日本訪問看護財団, 2021）。緩和ケア病棟や一般病棟を対象とした調査では、開催しても感情表出まで到達しない、時間や対象など制約が多く目標共有が困難である等の問題点が指摘されているが、在宅におけるその実態や運営上の課題は明らかとなっていない。

そこで、本研究は全国の訪問看護ステーションの看護管理者を対象に、在宅デスカンファレンスの実態や運営上の課題、関連要因の調査を通して今後の在宅デスカンファレンスの在り方を検討することを目的とする。

## 2. 研究内容

1) 研究デザイン：横断研究 郵送自記式質問紙調査

2) 研究方法

(1) 研究対象

全国の訪問看護ステーションの内、看取り対応をしている施設の看護管理者を対象とした。訪問看護ステーションの経営のみに参加している看護管理者は除外した。

(2) 調査方法

各都道府県の介護サービス情報公表システムで「看取りあり」と登録のある訪問看護ステーション 9557 施設（2021.08.31 現在）から、都道府県別の設置数比率に合わせて無作為抽出した 1522 施設を抽出した。当該施設へ依頼文と調査票を発送し、看護管理者 1 名に回答を依頼した。

(3) 調査内容

- ・対象者背景：性別、年齢、看取り経験、専門資格、研修受講状況 等
- ・施設背景：開設後年数、年間看取り件数、運営形態、加算状況 等

- ・死にゆく患者のケアに対する態度：

死にゆく患者に対する医療者のケア態度を測定するために Frommelt らによって開発されたターミナルケア態度尺度の日本語版(以下、FATCOD-B-J) (中井ら, 2006) を使用した。

- ・緩和ケアに関する医療者の意欲

緩和ケアに関する訪問看護師の自信や意欲を測定するために、緩和ケアに関する医療者の自信・意欲尺度 (Shimizu, 2016) を使用した。

- ・看取り後のグリーフケア

患者の死別後に訪問看護師が遺族へどのようなケアを行っているか測定するために、看取り後のグリーフケア尺度 (小野, 2011) を使用した。

- ・デスカンファレンス開催の有無

- ・デスカンファレンス非開催理由 (自由記述)

- ・デスカンファレンスの運営方法：開催の有無、開催頻度、参加人数、参加する職種等)

- ・デスカンファレンスを運営するためにこころがけていること

研究者らで行った緩和ケア病棟及び一般病棟に対するデスカンファレンスの実態調査で用いたデスカンファレンスのファシリテーターが行うべき内容を問う 21 項目 5 因子 (「発言しやすい雰囲気づくり」「安心して感情を表出できるための配慮」「効率的な開催」「無理のない肯定的な捉え方の共有」「ルールや目的・内容に関する情報共有」) で構成した。「全く行っていない」～「常に行っている」までの 5 段階で回答を得て、集計は因子毎に合計点を算出した。本研究で用いるにあたり、訪問看護師数名に対する聞き取り調査を通して在宅医療の現状へ調整した。

#### (4) 調査結果の集計と分析

「デスカンファレンスの運営方法」の実態を明らかにするために、記述統計を行った。

また、より質の高いデスカンファレンスの運営に関する要因を明らかにするため、施設背景及び個人背景と「デスカンファレンスを運営するためにこころがけていること」の関連を  $\chi^2$  検定及び t 検定を用いて解析し、関連の認められた変数を独立変数、「デスカンファレンスを運営するためにこころがけていること」を従属変数として、重回帰分析を行った。デスカンファレンス開催の有無と遺族へのグリーフケアや緩和ケアに関する医療者の意欲・自信の関連を明らかにするため、t 検定を用いて解析した。

#### (5) 倫理的配慮

名古屋大学大学院生命倫理審査委員会の承認を得て実施した。

### 3. 実施経過

6-8 月：「看取り看護体制あり」の訪問看護ステーションに勤務する訪問看護師数名に対する訪問看護ステーションにおけるデスカンファレンスの現状に関する聞き取り調査

9 月：質問紙調査の作成及び訪問看護師へ内容妥当性の確認

10 月：所属施設の生命倫理審査委員会への倫理申請

11 月：質問紙の印刷及び郵送準備

## 12月-1月：質問紙の回収

調査票を配布した施設の研究対象者より、結果概要の公開を希望する意見が研究事務局にあったため、生命倫理審査委員会と協議の結果、全ての研究協力施設へ結果概要を郵送することを決定する。生命倫理審査委員会への再申請及び承認を得る。

## 2月：データの入力および解析・まとめ、研究協力施設への結果概要の郵送

## 4. 研究の成果

1522施設の内、住所不明で郵送不能であった26施設を除いた1496施設へ郵送し、247施設から返答を得て（回収率：16.5%）、220施設を有効回答とした（有効回答率：89.1%）。

## 1) 研究対象者背景（表1）

年齢は50歳代（50.0%）が最も多く、次いで40歳代（30.9%）であった。看護師経験年数は26.5±8.3年、訪問看護師経験年数は10.8±7.1年、訪問看護管理者経験年数は5.6±5.1年であった。デスカンファレンスを開催している施設の看護管理者は、開催していない施設と比較して認定看護師の有資格者割合が高く、デスカンファレンス研修の受講者割合が高かった（ $p < 0.05$ ）。

表1. 研究対象者の個人背景

	合計(n=220)			デスカンファレンスあり (n=113)			デスカンファレンスなし (n=107)			p	d	φ
	n	%	M±SD	n	%	M±SD	n	%	M±SD			
年齢												
30-39歳	20	9.1		12	10.6		8	7.5				
40-49歳	68	30.9		31	27.4		37	34.6	0.64		0.09	
50-59歳	110	50.0		58	51.3		52	48.6				
60歳以上	22	10.0		12	10.6		10	9.3				
最終学歴												
専門学校2年制	56	25.5		22	19.5		34	31.8				
専門学校3年制	115	52.3		66	58.4		49	45.8				
短大	24	10.9		12	10.6		12	11.2	0.15		0.18	
大学	12	5.5		5	4.4		7	6.5				
大学院	10	4.5		7	6.2		3	2.8				
n.a	3	1.4		1	0.9		2	1.9				
看護師経験年数			26.5±8.3			27.2±8.4			25.6±8.2	0.17	0.19	
訪問看護師経験年数			10.8±7.1			11.4±6.9			10.1±7.3	0.20	0.18	
一般病棟管理者経験年数			2.6±5.6			3.1±6.1			2.1±5.0	0.21	0.19	
訪問看護管理者経験年数			5.6±5.1			6.1±5.2			5.2±5.0	0.19	0.18	
在宅看取り人数												
10名未満	27	12.3		12	10.6		15	14.0				
10-20名未満	40	18.2		15	13.3		25	23.4				
20-30名未満	37	16.8		17	15.0		20	18.7	0.11		0.17	
30名以上	110	50.0		64	56.6		46	43.0				
n.a	6	2.7		5	4.4		1	0.9				

表1. 研究対象者の個人背景 (続き)

	合計(n=220)			デスカンファレンスあり (n=113)			デスカンファレンスなし (n=107)			p	d	φ
	n	%	M±SD	n	%	M±SD	n	%	M±SD			
身近な死別体験												
あり	202	91.8		105	92.9		97	90.7		0.61		0.04
専門看護師資格												
あり	6	2.7		4	3.5		2	1.9		0.68		0.05
認定看護師資格												
あり	20	9.1		16	14.2		4	3.7		0.01		0.19
研修受講歴												
看護管理	146	66.4		80	70.8		66	61.7		0.20		0.09
緩和ケア	164	74.5		89	78.8		75	70.1		0.27		0.09
終末期ケア	180	81.8		98	86.7		82	76.6		0.08		0.12
デスカンファレン	55	25.0		35	31.0		20	18.7		0.04		0.14
FATCOD-B-J												
死にゆく人へのケアの前向きさ			12.4±1.6			12.4±1.7			12.4±1.5	0.99		<0.01
患者家族中心のケア			10.7±1.9			10.5±2.0			10.9±1.6	0.16		0.19

## 2) デスカンファレンスの運営実態 (表 2)

220 施設の内、113 施設がデスカンファレンスを開催していると回答した (51.4%)。デスカンファレンスを開催している 113 施設から回答を得た開催の実態を表 2 に示す。

表2. デスカンファレンスの開催実態

	n=113			n=113	
	n	%		n	%
参加人数			所要時間		
5名以下	49	43.4	15分以下	18	15.9
6-10名	50	44.2	16-30分	55	48.7
11名以上	10	8.9	31-45分	21	18.6
n.a	4	3.5	46分以上	16	14.2
参加者 (複数回答)			n.a	3	2.7
医師 (精神科医含む)	32	28.3	開催時期		
薬剤師	7	6.2	逝去後1週間以内	21	18.6
PCTメンバー	11	9.7	逝去後1ヵ月以内	57	50.4
栄養士	6	5.3	逝去後3ヵ月以内	21	18.6
理学療法士	30	26.5	逝去後半年~1年以内	8	7.1
作業療法士	20	17.7	n.a	6	5.3
MSW	11	9.7	開催頻度		
看護助手	5	4.4	1-3回/週	2	1.8
病棟看護師	10	8.8	1回/2週	2	1.8
がん相談員	1	0.9	1回/月	16	14.2
ケアーク	4	3.5	不定期	89	78.8
その他	20	17.7	n.a	4	3.5

表2. デスカンファレンスの開催実態 (続き)

n=113

	n	%		n	%
効果 (複数回答)			ケース選択 (複数回答)		
ケアの振り返り	103	91.2	全ケース	22	19.5
次に生かす	100	88.5	困難ケース	24	22.1
遺族ケア	20	17.7	対応に困ったケース	23	20.4
スタッフ教育	75	66.4	不全感の残るケース	24	21.2
情報共有	50	44.2	関係形成困難であったケース	15	13.3
心理的疲労軽減	69	61.1	訪問看護を中断したケース	1	0.9
スタッフのグリーフケア	72	63.7	在宅看取りできなかったケース	8	7.1
チームの思い結束力	44	38.9	多職種連携できたケース	12	10.6
スタッフの自信	69	61.1	患者や家族の意向に添えたケース	9	8
多職種間理解	35	31	満足度の高いケース	4	3.5
故人との絆	10	8.8	意思決定困難であったケース	13	11.5
看護観の共有	56	49.6			
死生観の育成	50	44.2			

## 3) デスカンファレンス開催に関する影響要因 (表3)

デスカンファレンスを運営するために心がけていることに関連した変数は、個人属性では「訪問看護師経験年数」「専門・認定看護師資格」「終末期ケアに関する研修受講」「緩和ケアに関する研修受講」、施設属性では「認定専門看護師の施設内所属」「デスカンファレンスの参加職種数」「看取りの年間実績数」「常勤看護師数」であった ( $p < 0.05$ )。

重回帰分析の結果、より質の高いデスカンファレンスの運営には、看護管理者の「専門・認定看護師資格」、多職種がカンファレンスに参加すること、看取り件数の多い施設であることが影響していた (表3)。

表3. 「デスカンファレンスを運営するために心がけていること」に影響する要因

n=113

	n	M ± SD	I 発言しやすい 雰囲気づくり		II 感情表出の 配慮		III 効率的な開催		IV 肯定的な 捉え方		V ルールの共有	
			標準偏回帰 係数β	p値	標準偏回帰 係数β	p値	標準偏回帰 係数β	p値	標準偏回帰 係数β	p値	標準偏回帰 係数β	p値
個人属性												
訪問看護師経験年数		11.4 ± 6.89										
専門・認定看護師資格の有無	あり 20				0.24	0.03			0.28	0.01		
終末期ケアに関する研修受講	あり 98											
緩和ケアに関する研修受講	あり 89											
施設属性												
認定専門看護師の所属	あり 24											
DCの参加職種数		1.4 ± 1.79					0.45	<.001			0.26	0.02
看取り年間実績		15.5 ± 11.3	0.34	0.00	0.24	0.03					0.25	0.02
常勤看護師数		5.7 ± 3.7										
R			0.34		0.41		0.47		0.29		0.46	
R <sup>2</sup>			0.12		0.17		0.22		0.08		0.22	
調整済みR <sup>2</sup>			0.08		0.12		0.20		0.05		0.17	

※性別・年齢は調整済み

## 4) デスカンファレンス開催とグリーフケア・緩和ケアに関する医療者の意欲の関連 (表 4)

デスカンファレンスを実施している施設では、実施していない施設と比べて、看護管理者がより高い頻度でグリーフケアを実施しており ( $p < 0.05$ )、「スタッフへの支援に対する自信」や「終末期ケアへの意欲」が高かった ( $p < 0.05$ )。

表4. デスカンファレンス開催とグリーフケア・緩和ケアに関する医療者の意欲の関連

	合計(n=220)		DCあり(n=113)		DCなし (n = 107)		p	d
	M	SD	M	SD	M	SD		
グリーフケア尺度								
家族の看取りの経験の共有と支持	37.20	6.17	38.14	5.34	36.22	6.83	0.02	0.32
生活再構築のための心理社会的側面の支援	28.24	7.39	29.13	7.32	27.29	7.38	0.03	0.25
社会活動の再開状況の把握	11.40	2.77	11.74	2.49	11.03	3.00	0.03	0.26
緩和ケアに関する医療者の意欲								
終末期ケアに対する自信	11.31	2.76	11.55	2.52	11.06	2.98	0.09	0.18
スタッフへの支援に対する自信	10.93	2.70	11.23	2.42	10.61	2.94	0.04	0.23
医師とのコミュニケーションへの自信	10.85	2.53	10.89	2.33	10.81	2.73	0.42	0.03
終末期ケアに対する意欲	12.73	2.39	13.04	2.16	12.39	2.58	0.02	0.28

## 5) 自由記載

## (1) デスカンファレンスを開催しない理由 (一部抜粋)

- ・業務多忙で時間がない
- ・現在検討中である
- ・スタッフ間で個別に話し合っているため、カンファレンスは開催していない
- ・「デスカンファレンス」を知らなかった。
- ・デスカンファレンスの進め方など運営に関する知識が不足している。

## (2) 死別後に行っているデスカンファレンス以外のケアの振り返り (一部抜粋)

- ・お悔やみ訪問を通してケアを振り返る機会を設ける。
- ・医師やケアマネージャー、遺族からのフィードバックを通して振り返る機会を設ける。
- ・サマリーの記載を通して振り返る機会を設ける。
- ・ケアの振り返りは特に行っていない。

## (3) 死別に携わったスタッフへ行っている精神的サポート (一部抜粋)

- ・看取り時は一人で担当しないように管理者が同行する。
- ・家族からの言葉をふまえて、よくできた点を意図的にフィードバックする。
- ・メンタルヘルス担当者と連携して対応する。

## 5. 今後の課題

本研究結果は現在分析中のため、継続して分析を進め、個人背景だけでなく地域や施設による影響を調整して、デスカンファレンスの開催が遺族へのグリーフケア実践や医療者の緩和ケアに関する意欲や自信に与える影響を検討していく必要がある。また、本研究結果と研究者らが過去に行ってきた一般病棟及び緩和ケア病棟におけるデスカンファレンスの実

態を調査した結果の検討を通して、在宅医療におけるデスカンファレンスの在り方を検討していきたい。

## 6. 研究の成果と公表の予定（学会、雑誌）

在宅ケア、看護系の学会誌への論文の投稿及び、学会発表を予定している。

### 【引用・参考文献】

- 安藤悦子・吉田美也子・岩田千波 他. 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—ホスピス・緩和ケア病棟師長の視点より—. 死の臨床, 33(1) 126-32, 2010.
- 花里陽子・芦谷知子. 終末期ケアにおける訪問看護師の負担感と関連要因. ホスピスケアと在宅ケア, 26(3), 329-334, 2018.
- 厚生労働省. 平成 29 年度人生の最終段階における医療に関する意識調査結果. [https://www.niph.go.jp/h-crisis/wp-content/uploads/2018/02/20180226103319\\_file\\_05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka\\_0000194867.pdf](https://www.niph.go.jp/h-crisis/wp-content/uploads/2018/02/20180226103319_file_05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka_0000194867.pdf), 2017.
- 古瀬みどり. 訪問看護師が終末期がん療養者ケアで感じた困難. 日本がん看護学会誌, 27(1), 61-66, 2013.
- 工藤朋子・古瀬みどり. 訪問看護ステーションにおける遺族ケアに関する全国調査. Palliative care research, 11(6), 128-136, 2016.
- 中井裕子・宮下光令・笹原朋代 他. Frommelt のターミナルケア態度尺度日本語版 (FATCOD-B-J)の因子構造と信頼性の検討—尺度翻訳から一般病院での看護師調査, 短縮版の作成まで—. がん看護, 11(6), 723-9, 2006.
- 日本訪問看護財団. 訪問看護師向け在宅看取り教育プログラムの開発事業報告書. <https://www.jvnf.or.jp/katsudo/kenkyu/2020/mitorihoukokusyo.pdf>, 2021.
- 小野若菜子. 家族介護者に対して訪問看護師が行うグリーフケアとアウトカムの構成概念の検討. 日本看護科学会誌, 31(1), 25-35, 2011.
- 大友宣・佐野かず江・島田千穂. 在宅療養支援診療所と訪問看護ステーションにおけるデスカンファレンスの意味づけ. 37(4), 69-373, 2014.
- 小澤美和・山本里美・後藤雪絵・内野聖子. 北海道と関東地方の訪問看護ステーション管理者によるターミナルケアの教育的支援デスカンファレンスにおける実態調査結果から. 28(1), 34-42, 2020.
- Sanjo M, Miyashita M, Morita T et al. Preferences regarding end-of-life cancer care and associations with good-death concepts: a population-based survey in Japan. Ann Oncol, 18(9), 2007.
- Shimizu M, Nishimura M, Ishii Y et al. Development and Validation of Scales for Attitudes, Self-Reported Practices, Difficulties and Knowledge among Home Care Nurses Providing Palliative Care. Eur J Oncol Nurs. 2016; 22: 8-12.