

# 心不全で緩和ケアを受ける患者の意思決定支援の現状と 課題に関する文献検討

三輪 一美<sup>\*1</sup> 古川 智恵<sup>\*1</sup>

## Examining Decision-Making Support for Patients Receiving Palliative Care for Heart Failure: A Literature Review

Kazumi Miwa<sup>\*1</sup>, Chie Furukawa<sup>\*1</sup>

### 要旨

本研究の目的は、心不全で緩和ケアを受ける患者の意思決定支援の現状と課題を明らかにすることである。医学中央雑誌Web版 (Ver.5) およびCiNiiを使用し、「心不全」or「意思決定支援」を掛け合わせ、2011年から2021年に発表された原著論文を対象とし検索した。13論文を検討し、心不全で緩和ケアを受ける患者の意思決定支援の現状と課題について記載されている内容を分析した結果、【知識・技術を身につけ実践につなげる】、【人を繋ぐよきコーディネーターとなる】、【緩和ケアの体制を整える】の3つのカテゴリーに集約された。看護師は、増悪と寛解を繰り返す心不全患者の状況に合わせた緩和ケアを実践するための知識・技術を身につけ、多職種間をつなぐよきコーディネーターとなるために、専門看護師や認定看護師などのリソースナースと協力し合いながら実践する必要があることが示唆された。

キーワード：心不全、緩和ケア、意思決定支援、文献検討

### Abstract

This study aimed to clarify the current status and issues of decision-making support for patients receiving palliative care for heart failure. For this purpose, we searched original research papers from 2011–2021, on Ichushi Web (Ver. 5) and CiNii, using the terms “heart failure” and “decision-making support.” We analyzed 13 papers to examine the current status and issues in decision-making support for patients receiving palliative care for heart failure, and subsequently obtained three categories: “acquiring knowledge and skills, and apply them to practice”, “becoming a coordinator who is good at connecting with people”, and “developing a palliative care system”.

Furthermore, the results emphasized the necessity of practicing under the supervision of specialists and certified nurses, among other nursing resources, to acquire the knowledge and skills to practice palliative care suitable to the heart failure patients' condition, who alternate between exacerbations and remissions, and to become a good coordinator that facilitates a multi-professionals' network.

Key Words : Heart Failure, Palliative Care, Decision-Making Support, Literature Review

### I. 緒言

本邦における循環器疾患の死亡数は、がんに次いで第2位となっており (厚生労働省, 2019), 循環器疾患のうち心疾患死亡の24.4%を心不全が占める (総務省, 2021). 65歳以上の心不全新規発症推定数の推移 (坂田ら, 2020) では、2010年の17.4%から2030年には、31.6%に増加することが見込まれ、今後高齢化が進むにつれて高齢の心不全患者が増加することが推察され

る。心不全は、増悪と寛解を繰り返し、薬物療法を行っても呼吸困難感や倦怠感などの自覚症状を改善することができず、病状が悪化する (白石, 2021). このような症状コントロールに早期から取り組むため、2017年に改訂された急性・慢性心不全診療ガイドライン (筒井, 2017) では、緩和ケアの項目が追加された。さらに、2018年度の診療報酬改定では、緩和ケア診療の対象疾患として末期心不全が追加され (厚生労働省, 2020), 心不全患者の緩和ケアへの取り組みが喫緊の課題となっている。

\*1：姫路大学看護学部・Himeji University, School of Nursing

緩和ケアを受けるがん患者においては、本人の意思を尊重した医療の提供や最期の迎え方を考える意思決定支援の重要性が認識されつつある(西川ら, 2016)。厚生労働省は、認知症などで意思決定能力が低下した場合に備えて、どのような医療・療養を受けたいか、家族や医療者が話し合うアドバンス・ケア・プランニング(以下、ACP)を人生会議と名付け、国民への普及に取り組んでいる(厚生労働省, 2018)。しかしながら、心不全患者は、先述したように、増悪と寛解を繰り返し、最期に至るまで寛解する可能性があるため、積極的治療を追加していく傾向があり、最終局面が近いと思われた段階で最期の迎え方について判断することは、患者、家族、医療者にとって困難であり(大石, 2015)、緩和ケアの実践を難しくさせているのではないかと考えられる。

そこで、本研究では、心不全で緩和ケアを受ける患者の意思決定支援の現状と課題を明らかにすることを目的とする。これにより、増悪・寛解を繰り返す心不全患者の緩和ケアにおいて患者の意思決定が尊重される看護実践について検討する一助とする。

## II. 方法

### 1. 操作的用語の定義

#### 1) 緩和ケア

心不全の増悪・寛解を繰り返す患者とその家族に対して、全人的苦痛を早期に発見し、的確なアセスメントと対処(治療・処置)を行うことによって苦しみを予防・緩和することとし、終末期ケアを含む。

#### 2) 意思決定支援

看護師が行う看護実践のうち、心不全で増悪・寛解を繰り返す患者や家族が希望する治療や症状緩和の選択を支える看護師の働きかけとし、人生の最終段階の医療・ケアについて本人が家族等や医療チームと事前に繰り返し話し合うプロセス(大石, 2015)であるACPを含む。

### 2. 対象文献の選定

心不全で緩和ケアを受ける患者の意思決定支援の現状と課題を把握するため、医学中央雑誌(Web版 Ver.5)を使用し、2011年から2021年に発表された文献を検索した(2021年7月5日)。検索ワードは「心不全」and「終末期or緩和ケア」and「意思決定支援」とし、「原著」を条件に絞り込み検索を行ったところ3編が該当した。しかし、該当数が少なかったため、検索ワードを「心不全」and「意思決定支援」に変更し、再検索を行った結果、25編が該当した。さらに、CiNiiにて同様の検索ワードで検索したところ47編が該当した。重複論文を除外した後、心不全で緩和ケア

を受ける患者の意思決定支援の現状と課題を概観するために、本研究に合致しないもの、論文の形式を満たさないもの、看護師が著者でないものを除外した13編(医学中央雑誌9編, CiNii 4編)を対象文献とした(2021年7月6日)。

### 3. 分析方法

対象文献を精読し、著者名、掲載誌、発行年、タイトル、研究目的、研究方法、対象、研究デザイン、結果・考察の項目で内容を整理した。さらに、心不全で緩和ケアを受ける患者の意思決定支援の現状と課題について記載されている内容を抽出し、文脈から意味を損なわないように意味内容の類似性と相違性に基づき分類し、カテゴリー化した。データの収集、分析においては、研究者2名で繰り返し検討し、分析の信頼性・妥当性の確保に努めた。

### 4. 倫理的配慮

引用・参考文献の著作権を侵害しないように留意した。

## III. 結果

### 1. 対象文献の概要

対象文献を表1に示す。対象文献のうち、事例・症例研究8編、質的記述的研究3編および量的研究2編であった。発表年は、2014年1編、2015年1編、2017年2編、2018年1編、2019年2編、2020年5編、2021年1編であった。主な内容は、末期心不全患者に対する緩和ケア・意思決定支援などの看護を振り返り、看護の現状や看護師の役割について検討した研究(文献1, 2, 3, 5)や、慢性・末期心不全患者へのACPプロセスを用いた意思決定支援の現状および困難、看護師の役割についての研究(文献6, 7, 8, 11, 12)であった。また、心不全の緩和ケアにおけるチーム医療・多職種連携の現状と課題についての研究(文献8, 9, 11, 12)や、2020年以降では、慢性心不全看護認定看護師、急性・重症患者専門看護師による医療チーム内での役割や課題についての研究報告がみられた(文献9, 11, 12, 13)。

### 2. 慢性心不全で緩和ケアを受ける患者の意思決定支援の現状と課題

分析の結果、心不全で緩和ケアを受ける患者の意思決定支援の現状と課題として、68コード、9サブカテゴリー、3カテゴリーに集約された(表2)。以下、カテゴリーを【 】、サブカテゴリーを[ ]、コードを〈 〉にて表す。

【知識・技術を身につけ実践につなげる】は、〈慢性心不全の増悪と緩和を繰り返す中で徐々に患者の意思

表1 分析対象文献

No.	著者名 (掲載誌/発行年)	タイトル	研究目的	対象	研究 デザイン	結果・考察
1	戸田美和子 (倉敷中央病院 年報, 2014)	若年拡張型心筋症患者の末期 心不全における倫理調整の実 際	急性・重症患者看護専門看護 師として、倫理調整した看護 実践の振り返り	20歳代女性	事例	患者と家族の意思に相違がないように橋渡しを 行う意思決定支援や患者が絶望に陥らないよう に最大限の苦痛緩和を保障すること、医療者の 心理的サポートを行うことが有効な看護実践で ある。
2	芳野菊子ら (ホスピスケアと 在宅ケア/2015)	慢性心不全終末期における意 思決定支援にむけた病棟看護 師の役割	慢性心不全終末期における意 思決定支援について振り返り 病棟看護師の役割を明確にす る	60歳代後半男性	事例	病棟看護師には、患者の病状や予後についての 確にアセスメントし、今後必要なケアについて 見通しを立てて患者・家族が理解できるよう説 明できる能力が必要であり、医療チームの中心 となって家族の選択を尊重し意思決定を支援す る。
3	山部さおり (日本循環器看 護学会誌/2017)	循環器疾患患者が住み慣れた 地域でその人らしく生活でき る地域連携とは 心不全患者 が住み慣れた場所で最期まで 生活するための地域連携とは	2事例の意思決定を比較し、 看護の課題を明らかにする	低左心機能の患者 2名	事例	低左心機能で終末期にある患者へのケアでは、 医療だけでなく介護との統合ケアが必要であり、 慢性心不全看護認定看護師はコーディネーター としての役割を担っている。
4	岡本保奈美ら (奈良県立医科 大学看護部紀要 /2017)	心不全患者の終末期ケアに対 する看護師が抱く精神的負担	看護師の心不全患者の終末期 ケアに対する精神的負担感を 明らかにする	循環器内科病棟に 所属するキャリア 開発ラダーⅡ以上 の看護師5名	質的記 述的	看護師の精神的負担を軽減するためには、思い を共有する場が必要であり、インフォームドコ ンセントに同席し、デスカンファレンスを行う など振り返りの場を設ける必要がある。
5	佐藤照美ら (市立千歳市民 病院医誌/2018)	心不全患者に対する緩和ケア 介入時期の明瞭化 当科での 緩和ケアへの取り組みについ ての実態調査	患者や家族の希望に沿った支 援を行うために慢性心不全患 者に行った看護を振り返る	心不全による再入 院歴があり死亡転 なった患者5名	症例	心不全緩和ケアにおいて介入時期の明確化は困 難であるが、心不全緩和ケアにおいてACPの実 施は有用であり、ACPは意思決定支援として行 われるべきである。入退院を繰り返す心不全患 者の特徴を踏まえて入院時にACPを実施するこ とが心不全緩和ケアとなる。
6	五林郁子ら (旭川赤十字病院 医学雑誌/2019)	終末期心不全患者・家族の退 院支援を含めた意思決定支援 の経験 看護師の終末期看護 に関わる困難感との比較	終末期心不全患者の施設での 看取りを含めた意思決定支援 での患者の意思に寄り添えた 要因を明らかにし、今後の課 題を見出す	100歳女性	事例	入退院を繰り返すかわりの中で、患者の意向 を確認し、終末期を迎える前から望む治療と生 き方を患者・家族と対話するプロセスが重要で あり、手順を整備していく必要がある。
7	久保 咲子 (福岡赤十字看 護研究会集録 /2019)	ACPプロセスを用いた意思 決定支援 末期心不全患者が望むエンド オブライフを迎えるために	ACPプロセスを用いてQOL を尊重した末期心不全患者の エンドオブライフに対する価 値観を見だし、意思決定支 援について検討する	70代男性	事例	外来フォロー患者にも視野を広げたACP介入に 向けて主治医、外来看護師とも共同して意思決 定支援を実践していく必要がある。
8	平島 洸 (福岡赤十字看 護研究会集録 /2020)	慢性心不全患者へのACPへ の導入における看護師の役割 ～事例を通して考える～	ACPを開始した患者を対象 に看護の課題を整理し、看護 師の役割について検討する	ACPを開始した 男性患者3名	事例	看護師は意思決定支援の場あるいは継続的な ACP実践の場において、患者のアドボケーター としての役割があり、多職種から構成される医 療チーム内でのコンシユルジエの役割がある。
9	浅井克仁ら (大阪府立大学看 護学雑誌/2020)	熟練看護師が捉える慢性心不 全患者のエンド・オブ・ライ フに向けた意思決定支援にお ける問題状況	慢性心不全の意思決定支援に おける問題状況を明らかに し、介入の焦点化とそのため の看護の役割や体制整備など の方策を検討する	5年以上慢性心不 全患者の看護に関 わっている看護 師、認定看護師及 び専門看護師9名	質的記 述的	意思決定支援の不十分さには、医療者、患者・ 家族の思いが十分に共有されていない状況が あり、看護師は終末期に向けた療養法の決定に医 療者・患者・家族が参画できるように看護師の調 整役割の強化、意思決定支援の評価体制の充実 を図る必要性がある。
10	平野美樹ら (日本循環器看 護学会誌/2020)	生きる希望を失くした患者と 一日でも長く生きてほしいと 願う家族への意思決定支援	患者の意思と家族の意向に懸 隔がある事例での医学的判断 の合意形成を目指す支援につ いて検討する	80歳代女性	事例	患者と家族が、医療者と共に今後の治療につ いて考える場を提供し、患者本人が意思を伝えら れるよう家族を含めた支援が重要である。
11	渡邊梨紗ら (Palliative Care Research/2020)	慢性心不全患者とその家族と 行うアドバンス・ケア・プラ ンニングの必要性に関する循 環器病等に関する看護師の認 識	慢性心不全患者とその家族と 多職種チームが行うACPに 関する看護師の認識を明らか にする	全国のICD/CRT 認定施設の循環器 病棟に勤務する看 護師207名	質問紙 調査	看護師はACPの中でも患者への予後告知に慎重 であること、認定看護師は患者や家族のその人 らしさを重視する傾向がある。
12	稲垣範子 (日本看護科学 会誌, 2020)	重症心不全患者の治療選択に おけるシェアード・ディス ジョンメイキングへの看護師 参画に対する急性・重症患者 専門看護師の認識	重症心不全患者の治療選択に おけるSDMへの看護師の参 画の実態に対する急性・重症 患者専門看護師の認識を明ら かにする	重症心不全患者の 意思決定支援の経 験がある病院に勤 務する5年以上の 経験がある急性・ 重症患者専門看護 師10名	質的記 述的研 究	急性・重症患者専門看護師は看護師参加不十分 な現状打開に向け、看護師へのACPやSDM参 画に向けた働きかけや重症心不全患者の苦悩に 向き合う看護師へのSDM参画に向けた働きか け、医療チームの意思決定パターン改革に向け た取り組み、VAD・心臓移植に進む場合の支援、 心臓移植に進まず緩和を目指す場合の支援を認 識していた。
13	鈴木姿子 (横浜看護学会 誌/2021)	末期心不全患者に対する緩和 ケア実践状況と循環器看護 経験年数および緩和ケア研修 受講経験との関連	末期心不全患者に対する緩和 ケアの実践状況と循環器看護 経験年数および緩和ケア研修 受講経験との関連を明らかに すること	心臓血管外科病 棟、循環器内科病 棟、冠動脈集中治 療に1年以上所属 する看護師62名	質問紙 調査	末期心不全患者への緩和ケアにおいて、身体的 ケア、精神的ケアは、概ね実施されていたが、 呼吸困難や精神症状の客観的評価の実施、精神 的ケアとしての心臓リハビリテーションの活用 は十分ではなく、教育的支援の必要性が示唆さ れた。

ACP：アドバンスケアプランニング

SDM：シェアード・ディシジョンメイキング

VAD：補助人工心臓

決定能力が失われていく) 状況の中で, [病状の変化をタイムリーに読み取る] ための知識・技術を身につけ, [身体的苦痛を緩和する] 選択肢を増やし, 症状コントロールができた状態で, 患者と家族が話し合う機会を提供する。[患者と家族が互いを思う気持ちを尊重する] 実践ができるように【知識・技術を身につけ実践につなげる】ことを表す。

【人を繋ぐよきコーディネーターとなる】は, 心不全患者の治療やケアには多職種が関わっており, 看護師は [患者・家族と医療者をつなぐアドボケートになる] 必要がある。心不全は最後に至るまで寛解する可能性があるため, <治療法の選択には医師に任せているなど, 看護師が他職種の領域に踏み込みにくい現状がある>。しかしながら, <医師の方針が明確であれば, その方針に従って多職種がそれぞれの役割を遂行でき, 円滑な退院調整につながる> ので, 看護師は積極的に [治療方針について医師と連携する] 必要がある。患者・家族および医師の意向を理解したうえで [多職種協働をコーディネートする] ことで, [医療者の精神的負担を軽減する] 援助につながり, <カンファレンスやデスクカンファレンスを開き, 医療者の心理的サポートに努める> といった【人を繋ぐよきコーディネーターとなる】ことを表す。

【緩和ケアの体制を整える】は, 患者や家族の希望に寄り添うためには, <ACPにより患者と家族の終末期や死に対する思いを把握し, チームで共有することが大切である>。しかしながら, <医療者, 患者・家族間, 医療者間のチームでの取り組みが不十分である> 現状があるため, 医療チーム間でカンファレンスを行い [患者・家族の希望を多職種で共有する] ことが必要である。心不全の緩和ケアはがん緩和ケアと比べて立ち遅れており, <患者・家族が意思決定を支援するための看護師の知識や技術が十分でない> 現状や <医療者の緩和ケアに対する認識が浸透していない> 現状がある。専門看護師や認定看護師などの [リソースナースを中心とした緩和ケアの体制を整える] ことで, 心不全緩和ケアの知識・技術習得に向けた教育的支援の強化, 緩和ケアに対する医療者の認識の浸透に繋がることを表す。

#### Ⅳ. 考察

##### 1. 心不全で緩和ケアを受ける患者の意思決定支援の現状

心不全で緩和ケアを受ける患者の意思決定支援について, 2018年以降に発表された文献が13編中9編である。このことから研究の動向として, 厚生労働省における循環器疾患患者に対する緩和ケアの取り組みの強

化により, 心不全患者に対する緩和ケアの重要性の認識が高まり, 臨床での緩和ケアの実践から, 具体的な現状や看護師の役割が検討されるようになってきたのではないかと考える。以下, カテゴリーごとに考察を述べる。

【知識・技術を身につけ実践につなげる】について, <退院の際には治ったと認識している患者や家族が多く, 終末期であっても回復に望みを持つ患者が多い> ことや <急激な病状の変化により, 治療・ケアの選択のタイミングを逃すことがある> ために, 看護師は [病状の変化をタイムリーに読み取る] ことが難しいと感じている。緩和ケアを受ける心不全患者にみられる呼吸困難や浮腫, 疼痛などの [身体的苦痛を緩和する] ことは, 患者が苦痛なく最期の時を迎えるための重要な支援である。下西ら (2017) の心不全終末期患者へのターミナルケア態度に関する報告では, 看護師の困難感の知識・技術が低いほど, 「死にゆく患者へのケアの前向きさ」の得点が高い。つまり, 緩和ケアに対する知識・技術が不足すると十分なケアが行えないことから, 心不全患者の状況に応じた知識・技術の不十分さを認識しているのではないかと推察される。さらに, 下西ら (2017) は, 知識・技術の獲得方法として, 院外研修の有無では有意差を認めないものの, 院内受講経験ありや, 看取り経験あり, 心不全患者看取り経験ありでは有意に知識・技術の獲得の得点が高いと述べており, 研修内容は, 院内の状況を踏まえて研修を計画すると学習効果が高いことが推察される。河野は (2019), 慢性心不全患者のACPの取り組みとして, 4ステップケアアプローチを用いて, ask-tell-ask技法や具体的な会話の例を提示し, 医療者のスキルアップに取り組んだ結果, 医療者の対話のスキル不足や患者のレディネス (心理的準備性) を考慮しないACPには患者に大きな精神的侵襲を与えることを明らかにしており, <患者の意思が明確であれば家族も本人の意思に沿って意思決定することにつながる> ことから, コミュニケーション能力を高める教育を強化することで [患者と家族が互いを思う気持ちを尊重する] ことにつながる【知識・技術を身につけ実践につなげる】ことができるのではないかと考えられる。

【人を繋ぐよきコーディネーターとなる】について, 日高ら (2018) は, 患者と家族と医療者の間で, 心不全や併存疾患の病態やたがいの希望・価値観について共有すること, 個々の患者ごとに治療のあり方を話し合うことにより多くの時間と労力を払う必要があると述べており, 患者の最も身近な存在である看護師は, [患者・家族と医療者をつなぐアドボケートになる] ために [治療方針について医師と連携する] 役割が求められている。その一方で, 看護師主体の介入だけで

表 2 心不全で緩和ケアを受ける患者の意思決定支援

カテゴリー	サブカテゴリー	代表的なコード
知識・技術を身につけ実践につなげる	病状の変化をタイムリーに読み取る	慢性心不全の増悪と緩和を繰り返す中で徐々に患者の意思決定能力が失われていく (3) 退院の際には治ったと認識している患者や家族が多く、終末期であっても回復に望みを持つ患者が多い (6) 今回もまたよくなるのではないかと期待してしまう (7) 急激な病状の変化により、治療・ケアの選択のタイミングを逃すことがある (8) 病状の見極めの困難さから、医療者は意思決定を急ぎ、患者の意思が置き去りにされたまま治療や療養場所が決まってしまう (9) 患者の希望を確認する機会を逃し、家族の意向を尊重した意思決定支援を進めることへの葛藤がある (10) 臨死期が近づいているときの状況を前もって伝えることができている (13)
	身体的苦痛を緩和する	最大限の苦痛の緩和を保障することが希望につながる (1) 身体的苦痛に対し苦痛緩和ができるよう援助する (5) 全人的苦痛やADLの低下を経験した患者はエンド・オブ・ライフに向けて考えることができる (7) 精神状態の客観的評価、精神的ケアとして心臓リハビリテーションの活用を推進する (13)
人を繋ぐよきコーディネーターとなる	患者と家族が互いを思う気持ちを尊重する	患者は他者の価値観に影響を受け、そこで苦悩が生じる可能性がある (1) 患者の意思が明確であれば家族も本人の意思に沿って意思決定することにつながる (6) 患者と家族の関係性が確立されていることが意思決定を見直すきっかけになる (7) 患者の本心を引き出すため、本心を聞き出せる関係性を構築する (1) 看護師は病状を理解し、患者の希望を代弁できる存在である (2)
	医療者と医師をつなぐアドボケートになる	患者が適切な時期で適切な選択ができるよう看護師はアドボケートとしての役割を担っている (8) 医療者主体で治療が進んでいる (9) 予後に焦点を当ててではなく、患者らしい生き方を実現する方法に焦点を当ててACPを進める (11) 患者と家族がどのような意思決定を行っても尊重して支援する (12) カンファレンスやデスカンファレンスを聞き、医療者の心理的サポートに努める (1) 終末期ケアにおいて自身が行った看護を振り返り、思いを共有する場が精神的負担を軽減する (4) ACPの実践エンドオブライフの選択は心理的負担が大きい (8) デスカンファレンスを通して効果的に支援を振り返ることで看護師自身の不全感が払拭され、次の支援につなげる (9) 予後告知が本人に与えるショックへの懸念 (11)
緩和ケアの体制を整える	治療方針について医師と連携する	医師からの患者・家族が意思決定に必要な情報提供が必要である (2) 医師が覚悟を持って早い段階から説明したことが患者・家族の受け入れに影響する (3) 医師のDNRの説明の後では早期緩和ケアの介入とは言えない (5) 医師の方針が明確であれば、その方針に従って多職種がそれぞれの役割を遂行でき、円滑な退院調整につながる (6) 治療法の選択は医師に任せているなど、看護師が多職種の領域に踏み込みにくい現状がある (9)
	多職種協働をコーディネートする	看護師は多職種間での連携・調整を担うコンシジェルの役割がある (8) 看護師には成員間の連携を取りもつコーディネーター (調整役) の役割が必要とされている (9) 患者や家族の希望に寄り添い、医師や退院調整看護師を含めた医療チームで意思決定を支援する (2) 病院と在宅間の情報の連携を円滑にする (4) ACPにより患者と家族の終末期や死に対する思いを把握し、チームで共有することが大切である (5) 主治医、外来看護師、とも共同して意思決定支援を実践していく必要がある (7) 多職種で情報共有・カンファレンスを行いACPについて検討しておく必要がある (8) 医療者、患者・家族間、医療者間のチームでの取り組みが不十分である (9) 看護師は多職種チームが予後に関する話し合いを行うことに慎重である (11)
		患者・家族が意思決定を支援するための看護師の知識や技術が十分でない (2) 医療者の緩和ケアに対する認識が浸透していない (5) 専門看護師や認定看護師などのリソースナースが活用できるような体制整備が必要である (9) 患者・家族の価値観を明確にし、本質を理解して取り組めるような医療者・市民への啓発が必要である (12)

( ) は文献番号

は、心血管イベントが抑制できないという報告もあり（佐藤，2018），多職種での継続的な支援が必要であり、〈看護師は多職種間での連携・調整を担うコンシェルジュ的役割がある〉ため、[多職種協働をコーディネートする]ことが求められている。また、〈カンファレンスやデスクカンファレンスを開き、医療者の心理的サポートに努める〉ことは、事例を振りかえることで、貴重な学びを共有する場となり、看護の検討に加え、病棟での質の高い看護の推進者としての役割など、自身の役割を再度見つめ直す機会にもなる（浅井ら，2019）。以上のことから、看護師には、質の高いケアを提供するために、患者、家族、多職種といった【人を繋ぐよきコーディネーターとなる】役割が求められていることが示唆された。

【緩和ケアの体制を整える】について、〈看護師は多職種チームが予後に関する話し合いを行うことに慎重である〉ため、〈医療者、患者・家族間、医療者間のチームでの取り組みが不十分である〉と考えており、患者、家族のアドボケーターである看護師が中心となって[患者・家族の希望を多職種で共有する]チーム体制を整える必要があると考えていることが明らかとなった。柴田ら（2021）は、大部分の緩和ケアを「基本的緩和ケア」として循環器医療従事者が提供する専門性の高い体制が必要であると述べている。そのためには、〈専門看護師や認定看護師などのリソースナースが活用できるような体制整備が必要〉であり、[リソースナースを中心とした緩和ケアの体制を整える]必要性が示唆された。

## 2. 心不全で緩和ケアを受ける患者の意思決定支援における課題

心不全は最後に至るまで寛解する可能性があり、緩和ケアの介入時期が難しいため、ガイドラインではまずは、既存の緩和ケアチームと心不全多職種チームが連携し、心不全多職種ケアチームとして協働することを提言している（厚生労働省，2018）。山口ら（2020）の調査では、心不全緩和ケアチームと緩和ケアの両方がある施設は539施設中25施設で、合同カンファレンスを行っている施設はほとんどないため、がん患者に対する緩和ケアや多職種連携（協働）の方法を心不全患者に援用するには限界があり、心不全患者の特性を踏まえた緩和ケアのあり方を検討する必要がある。具体的には、まず、看護基礎教育において心不全患者の緩和ケアについて【知識・技術を身につけ実践につなげる】ためのケア方法を修得し、新人看護師がリアルティショックを受けることなく、実践の場で活躍できるよう育成する必要がある。また、【人を繋ぐよきコーディネーターとなる】ためには、多職種協働・地域連

携のシミュレーション教育を看護基礎教育において実践し（柳原ら，2019），多職種協働における看護師の役割を学ぶことも重要であろう。さらに、【緩和ケアの体制を整える】ためには、専門看護師や認定看護師などの[リソースナースを中心とした緩和ケアの体制を整える]必要があり、リソースナースを中心とした病院内の緩和ケアの体制を整えられるよう支援することが今後の課題である。

## 3. 研究の限界

本研究では、国内で発表された心不全で緩和ケアを受ける患者の意思決定支援の現状と課題について検討したが、分析対象文献が13編と限られており、その多くが事例報告であることは本研究の限界である。心不全は、増悪と寛解を繰り返す疾患であるため、対処療法を実施することで緩和ケアを行っていても、患者・家族や看護師が緩和ケアと認識せず実践している可能性も否めない。しかし、世界で類を見ない超高齢化社会を迎えたわが国における、心不全で緩和ケアを受ける患者の意思決定支援に関する現状と課題を明らかにしたことは有用な結果を示したと言える。

## V. 結論

本研究では、国内で発表された心不全で緩和ケアを受ける患者の意思決定支援に関する現状と課題に関する13文献を検討した。その結果、【知識・技術を身につけ実践につなげる】、【人を繋ぐよきコーディネーターとなる】、【緩和ケアの体制を整える】の3つのカテゴリーに集約された。看護師は、増悪と寛解を繰り返す心不全患者の状況に合わせた緩和ケアができるための知識・技術を身につけ、多職種間をつなぐよきコーディネーターとなるために、リソースナースと協力しながら実践する必要があることが示唆された。そのため、知識・技術を身につけ実践につなげるためのケア方法を修得し、専門看護師や認定看護師などのリソースナースが活用できるような心不全患者の緩和ケアの体制を整えることが今後の課題である。

本研究における利益相反はない。

## VI. 引用文献

- 浅井恵理，梅津美香（2019）：高齢慢性心不全患者の望む生活を実現する看護のあり方，岐阜県立看護大学紀要，19（1），15-26。  
日高貴之，木原康樹（2018）：超高齢者の心不全 超高齢者ならではの特殊性，医学のあゆみ，266

- (13), 1159-1162.
- 厚生労働省 (2017) : 循環器疾患の患者に対する緩和ケア提供体制のあり方について  
<https://www.mhlw.go.jp/content/000571503.pdf>. (2021年10月28日閲覧)
- 厚生労働省 (2018) : 人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン, <https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000197701.pdf>. (2021年10月28日閲覧)
- 厚生労働省 健康局 がん・疾病対策課 (2019) : 循環器病対策の現状等について,  
<https://www.mhlw.go.jp/content/10905000/000585305.pdf>. (2021年10月28日閲覧)
- 厚生労働省 (2020) : 令和2年度診療報酬改定の概要 (③入院医療)  
[https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kyushu/iryo\\_shido/000124515.pdf](https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kyushu/iryo_shido/000124515.pdf). (2021年10月28日閲覧)
- 河野由枝 (2019) : 患者の意思決定を支える－人生会議 (ACP) の基本的な考え方と看護職への期待－慢性心不全患者のアドバンス・ケア・プランニング (ACP) の現状と未来予想図－患者と歩調を合わせて対話を重ねるACPを目指して, 医療, 75 (2), 154-156.
- 西川満則, 長江弘子, 横江由理子 (2016) : 本人の意思を尊重する意思決定支援 事例で学ぶアドバンス・ケア・プランニング, p.2, 東京: 南山堂.
- 大石醒悟 (2015) : 難治性心不全の緩和ケア, 医学のあゆみ, 254 (11), 1045-1050.
- 坂田泰彦, 後岡広太郎, 下川宏明 (2020) : 心不全の疫学: 心不全パンデミック日内会誌 109: 186~190.
- 佐藤幸人 (2018) : 心不全チーム医療に必要な人材・システムとは, 医学のあゆみ, 266 (13), 1043-1047.
- 柴田龍宏, 福本義弘 (2021) : これからの高齢者診療 -循環器医が人生100年時代にどう向き合うか? 高齢化社会におけるこれからのトピックス 緩和ケア, 循環器ジャーナル, 69 (1), 138-143.
- 下西みずえ, 久宗真理, 松井美帆 (2017) : 心不全終末期患者に対する看護師の症状マネジメントの実態とターミナルケア態度に関連する要因, *Palliative Care Research*, 12 (4), 723-730.
- 白石裕一 (2021) : 心不全患者の在宅医療 京都心不全ネットワーク, 再入院を防ぐ取組み, 京都医学会雑誌, 68 (1), 71-77.
- 総務省 (2021) : 政府統計の総合窓口 統計でみる日本  
<https://www.estat.go.jp/dbview?sid=0003411672>. (2021年10月28日閲覧)
- 筒井裕之 (2017) : 急性・慢性心不全診療ガイドライン (2017年改訂版), 111-115
- 柳原清子, 南香奈, 津田朗子, 他 (2019) : 退院調整場面を焦点化した多職種協働・地域連携教育の検討 アクティブラーニングを用いて, *Journal of Wellness and Health Care*, 43 (1), 91-99.
- 山口史隆, 蔵垣内敬, 黒住祐磨, 他 (2020) : 全国アンケート調査による, 慢性心不全看護認定看護師と緩和ケア認定看護師の心不全緩和ケアに対する取り組みの比較, 心臓, 52 (2), 128-135.