

循環器病棟に勤務する看護師の心不全緩和ケアの 認識と意思決定支援の現状

－がん緩和ケア経験の有無に焦点を当てて－

三輪 一美¹⁾・古川 智恵²⁾・大石 醒悟³⁾

Heart Failure Palliative Care for Nurses Working in Cardiovascular Wards Awareness and Decision Support: Focusing on Whether or Not You Have Experience in Cancer Palliative Care

Kazumi Miwa¹⁾, Chie Furukawa²⁾ and Shogo Oishi³⁾

要旨

本研究の目的は、循環器病棟に勤務する看護師の心不全緩和ケアの認識と意思決定支援の現状についてがん緩和ケア経験の有無に焦点を当てて検討することである。日本循環器学会認定の循環器専門医研修施設のうち、看護部長の承諾を得た234施設に勤務する4,889名を対象に、その属性、心不全緩和ケアに関する認識、および意思決定支援の現状について検討した。

有効回答は1,934名（有効回答率39.6%）であった。がん緩和ケア経験の有無で検討した結果、循環器病棟に勤務する看護師は、49.5%ががん緩和ケアを経験していた。また、心不全緩和ケアに関する認識では、看護師は心不全の緩和ケアはがんと比べて難しく、心不全緩和ケアの勉強会・研修会の頻度が少ないと認識していた。心不全緩和ケアの意思決定支援の現状では、看護師は患者あるいは家族は患者の病状を正確に理解しているとは認識しておらず、またアドバンス・ケア・プランニング（ACP）が行えていないため、家族の意思（意向）は尊重されていないと思っていることが示唆された。

今後は、参加者の知識や経験に合わせた心不全の緩和ケアの勉強会の頻度を増やし、医師にも積極的に病状の説明に参加してもらう必要性が示唆された。

キーワード：心不全緩和ケア、がん緩和ケア、意思決定支援

1) 元姫路大学 看護学部

2) 姫路大学大学院 看護学研究科

3) 兵庫県立はりま姫路総合医療センター 循環器内科

Abstract

The purpose of this study was to examine the recognition of heart failure palliative care and decision-making support of nurses working in cardiovascular wards, focusing on whether or not they have experience in cancer palliative care. We examined the attributes, perceptions and decision-making support for heart failure palliative care among 4,889 nurse participants working at 234 cardiologist training facilities accredited by the Japanese Society of Cardiology, and with the consent of the Director of Nursing.

There were 1,934 valid responses (valid response rate: 39.6%) . As a result of examining whether or not they had experience with palliative care for cancer, 49.5% of nurses working in cardiovascular wards had experienced palliative care for cancer. In addition, nurses recognized that palliative care for heart failure was more difficult than cancer, and that study sessions and workshops on palliative care for heart failure were less frequent. In the current state of decision-making support for palliative care for heart failure, nurses do not recognize that the patient or family has an accurate understanding of the patient's condition, and because ACP is not performed, it is suggested that the will (intention) of the family is not respected.

In the future, it is necessary to increase the frequency of study sessions on palliative care for heart failure according to the knowledge and experience of the participants, and to have doctors actively participate in the explanation of the condition.

Keywords: heart failure palliative care, cancer palliative care, decision-making support

I. はじめに

本邦における心不全患者数は、2030年には130万人にまで増加すると予測されており¹⁾、高齢心不全患者が大幅に増加する「心不全パンデミック」状態となることが指摘されている²⁾。心不全は、増悪と寛解を繰り返し、長期化することから、高齢者の療養や看取りの場が病院から在宅へシフトしつつある³⁾。そのため、急性期病院に勤務する看護師は、在宅療養を見据えたケアが求められ、看護の多様化が心不全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る。

2018年に厚生労働省が示した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⁴⁾では、心不全緩和ケアを推進するためには、まず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。また、一般病床に入院する末期心不全の患者に対して専従の緩和ケアチームによる診療が行われた場合に、「緩和ケア診療加算」が算定⁵⁾できるようになったことも、心不全緩和ケアの推進に繋がっていると考えられる。しかしながら、2021年に改訂された循環器疾患における緩和ケアについての提言⁶⁾において、心不全はがんと同様あるいはそれ以上に不良な予後を有しながらも、症状そのものは急性期治療によって速やかに改善することから、患者や家族は病識に乏しく、介入が難しいにもかかわらず緩和

ケアのリソースが十分に活用されていないことが課題となっている。

これまで心不全緩和ケアに関する報告は、入院を繰り返す高齢慢性心不全患者の療養生活における体験⁷⁾といった症例報告や1施設の循環器病等に勤務する看護師33名を対象とした緩和ケアの実態調査⁸⁾、あるいは慢性心不全看護認定看護師と緩和ケア認定看護師を対象とした全国調査⁹⁾は見られるものの、急性期病院で心不全緩和ケアを実践する看護師の認識や意思決定支援について横断調査を実施した報告は我々が調べたところ見当たらない。

その一方で、がん緩和ケアにおいて、木村ら¹⁰⁾は、がん緩和ケア経験がある熟練看護師は、終末期がん患者への多様で個別的な安楽性を意識的に思考し、患者のリスクと利益を天秤にかけながら、患者・家族・看護師間で納得できる点を探り、同時に患者を看取る家族が後悔しない方法や看護師自身の葛藤のなかで最善な方法を検討していることを明らかにしている。また、大石ら¹¹⁾は、緩和ケア病棟を併設していない病院の療養病棟において、緩和ケア・麻薬処方熟練した医師の存在により看護師の困難感を軽減させることを示しており、がん緩和ケアでの実践が心不全緩和ケアの実践に応用できることも少なくないと考ええる。

そこで、本研究では、循環器病棟に勤務する看護師の心不全緩和ケアの認識と意思決定支援の現状についてがん緩和ケア経験の有無に焦点を当てて検討することを目的とする。本研究は、今後ますます増える慢性心不全患者に対し、熟練した実践能力が求められる病棟看護師の心不全緩和ケアの現状に着目した研究であり、心不全緩和ケアを実践していく上での課題を見いだすための基礎的資料となると考える。

Ⅱ. 用語の定義

心不全緩和ケアとは、心不全患者とその家族のニーズに応じて患者の生活の質（QOL）を損なっている問題点を整理し、症状や社会的問題、精神心理的問題などに対する多職種連携や、意思決定支援・ACPについての話し合いを実践することとする。

Ⅲ. 方法

1. 対象者

日本循環器学会認定の循環器専門医研修施設のうち看護部長の承諾を得た234施設の循環器病棟に勤務する看護師4,889名とした。

2. 調査方法

調査方法は、無記名自記記入式質問紙調査とした。調査は、1) 日本循環器学会認定の循環器専門医研修施設1,014施設（2018年9月21日現在）のうち、300床以上の一般病床を有する717施設の看護部長宛に研究協力の依頼文と質問紙の見本を郵送し、2) 看護部長に調査協力の諾否と対象者数の返信を依頼した。3) 調査協力の承諾が得られた234施設の看護部長宛に依頼文と質問紙、返信用封筒を1セットとして対象者数分を送付し、対象者へ配布を依頼した。4) 対象者には、依頼文を読んで質問紙に回答し、投函を依頼した。5) 対象者の同意は質問紙の回収によって確認した。

3. 期間

調査期間は、2019年12月から2020年5月であった。

4. 調査内容

調査内容は、項目原案の内容妥当性を確保するために、心不全緩和ケア経験のある大学教員と心不全緩和ケア経験のある臨床看護師、および循環器専門医の助言を受けて作成した。さらに、項目原案の表現の妥当性については、心不全緩和ケア

経験のある看護師を対象に予備調査を行い、項目の答えやすさなどを検討した。

1) 属性

属性として、性、年齢、看護師就業年数、循環器病棟での就業年数、職位、慢性心不全看護認定看護師・緩和ケア認定看護師・がん看護専門看護師の専門資格の有無、心不全緩和ケア経験の有無、がん緩和ケア経験の有無、心不全緩和ケアに関する研修参加の有無について尋ねた。

2) 心不全緩和ケアに関する認識

心不全緩和ケアの認識として、心不全の緩和ケアの勉強会・研修会の頻度が少ない、心不全の緩和ケアの知識・技術が不足している、心不全の緩和ケアに自信がある、心不全の緩和ケアは難しい、心不全の緩和ケアはがんと比べて難しい、心不全の緩和ケアを常に行っている、心不全の緩和ケアは必要である、心不全の緩和ケアは終末期に行われるものである、の8項目について尋ねた。各項目は、「まったくそう思わない」、「そう思わない」、「あまりそう思わない」、「どちらでもない」、「ややそう思う」、「そう思う」、「非常にそう思う」の7件法とした。

3) 心不全緩和ケアの意思決定の現状

心不全緩和ケアの意思決定の現状として、最期までその人らしく過ごせることである、患者・家族が後悔しないことである、痛みや苦しみがなく過ごせることである、患者・家族の希望が1つでも多く叶えられることである、生活の質（QOL）が尊重されることである、十分に患者・家族・医療者と話し合うことである、患者の意思が尊重されることである、家族の意思が尊重されることである、患者・家族の意思が尊重されることである、

患者は自分の病状を正確に理解している、家族は患者の病状を正確に理解している、患者・家族ともに病状を正確に理解していない、ACP（アドバンス・ケア・プランニング）が行えている、患者の意思（意向）の確認はできている、家族の意思（意向）の確認はできている、患者と家族の意思（意向）は確認できていない、患者の意思（意向）は尊重されている、家族の意思（意向）は尊重されている、患者と家族の意思（意向）は尊重されていない、の19項目について尋ねた。各項目は、「まったくそう思わない」、「そう思わない」、「あまりそう思わない」、「どちらでもない」、「ややそう思う」、「そう思う」、「非常にそう思う」の7件法とした。

4. 分析方法

本研究は、循環器病棟に勤務する看護師の心不全緩和ケアの認識と意思決定支援の現状についてがん緩和ケア経験の有無に焦点を当てて検討することを目的としているため、がん緩和ケア経験の有無の2群に分けた。

2群間の検定には、 χ^2 検定、Fisher検定、およびMann-Whitney検定を用いた。

心不全緩和ケアの認識に関する8項目と心不全緩和ケアの意思決定に関する19項目について、「非常にそう思う」、「そう思う」、「ややそう思う」を『思う』に、「まったくそう思わない」、「そう思わない」、「あまりそう思わない」、「どちらでもない」を『思わない』に分類した。

解析には、IBM SPSS Statistics ver.28（IBM社、Armonk, NY, USA）を使用し、有意水準を0.05未満とした。

5. 倫理的配慮

研究者は、看護部長の承諾を得た後、対象者に依頼文を用いて、質問紙は無記名であり、研究へ

の参加は自由意思であること、研究への参加・不参加によって不利益を生じないこと、分析の際は無記名で行うこと、研究データの使用目的と管理、守秘義務、同意の撤回、研究結果の公表について説明し、投函により同意を確認した。

本研究は、姫路大学研究倫理委員会の承認後（2019-No 9）に実施した。

Ⅳ. 結果

質問紙は、4,889名に送付し、1,947名から回収

できた（回収率39.8%）。回答に記載不備のあるものを除外した結果、有効回答は1,934名（有効回答率39.6%）であった。がん緩和ケア経験の有無で検討した結果、がん緩和ケア経験ありと回答した者は957名（49.5%）（以下、あり群）であり、がん緩和ケア経験なしと回答した者は977名（50.5%）（以下、なし群）であった。

1. 属性

属性について表1に示した。性、職位、専門資格、心不全緩和ケア経験、および心不全緩和ケア研修会参加の5項目で有意差を認めた。性では、

表1 属性における2群間の比較

n=1,934

		がん緩和ケア経験		p
		あり n=957	なし n=977	
性	男性	71 (7.4)	96 (9.8)	<.001
	女性	885 (92.6)	881 (90.2)	
年齢（歳） ¹⁾	20-29	265 (27.7)	509 (52.1)	0.98
	30-39	336 (35.1)	274 (28.0)	
	40-49	281 (29.4)	132 (13.5)	
	50-59	74 (7.7)	60 (6.1)	
	60以上	1 (0.1)	2 (0.2)	
就業年数（年） ²⁾		13.8±8.3	9.3±8.3	0.08
循環器病棟就業年数（年） ²⁾		5.4±4.3	5.1±4.3	0.32
職位	看護師長	45 (4.7)	26 (2.7)	<.001
	副看護師長	50 (5.2)	27 (2.8)	
	主任	124 (13.0)	65 (6.6)	
	スタッフ	738 (77.1)	859 (87.9)	
専門資格 ¹⁾	緩和ケア認定看護師	1 (0.1)	0	0.03
	慢性心不全看護認定看護師	15 (1.6)	23 (2.4)	
	なし	939 (98.1)	954 (97.6)	
	無回答	2 (0.2)	0	
心不全緩和ケア経験	あり	768 (80.3)	521 (53.3)	<.001
	なし	187 (19.5)	453 (46.4)	
	無回答	2 (0.2)	3 (0.3)	
心不全緩和ケア研修会参加	あり	314 (32.8)	272 (27.8)	<.001
	なし	643 (97.2)	702 (71.9)	
	無回答	0	3 (0.3)	

人数（%）

無回答を除く

χ^2 検定, Fisher検定¹⁾, Mann-Whitney検定²⁾

あり・なし群ともに女性が9割以上を占めていた。職位では、あり群で主任以上が219名(22.9%)を占めていたが、なし群では118名(14.6%)にとどまっていた。また、専門資格では、あり群で緩和ケア認定看護師や慢性心不全看護認定看護師が16名(1.7%)含まれていたが、なし群では認定看護師はいなかった。心不全緩和ケア経験では、あり群では、768名(80.3%)を占めていた一方で、なし群では、521名(53.3%)にとどまっていた。さらに、心不全緩和ケア研修会参加では、あり・なし群に関わらず、研修会への参加は約3割であった。

年齢と就業年数、循環器病棟就業年数では有意差を認めなかった。

2. 心不全緩和ケアに関する認識

心不全緩和ケアに関する認識における2群間の

比較を表2に示した。がん緩和ケア経験の有無で、「心不全の緩和ケアの勉強会・研修会の頻度が少ない」、「心不全の緩和ケアに自信がある」、「心不全の緩和ケアはがんと比べて難しい」、「心不全の緩和ケアは終末期に行われるものである」の4項目に有意差を認めた。

「心不全の緩和ケアの勉強会・研修会の頻度が少ない」では、あり群では759名(79.3%)、なし群では695名(71.1%)が勉強会・研修会の頻度が少ないと回答していた。「心不全の緩和ケアに自信がある」では、あり群では906名(94.7%)、なし群では943名(96.5%)が心不全の緩和ケアに自信があると思わないと回答していた。「心不全の緩和ケアはがんと比べて難しい」では、あり群では583名(60.9%)、なし群では469名(48.0%)が心不全の緩和ケアはがんと比べて難しいと回答

表2 心不全緩和ケアに関する認識における2群間の比較

n=1,934

項目		がん緩和ケア経験		p
		あり n=957	なし n=977	
心不全の緩和ケアの勉強会・研修会の頻度が少ない	思う	759 (79.3)	695 (71.1)	<.001
	思わない	198 (20.7)	282 (28.9)	
心不全の緩和ケアの知識・技術が不足している	思う	841 (87.9)	840 (86.0)	0.123
	思わない	116 (12.1)	137 (14.0)	
心不全の緩和ケアに自信がある	思う	51 (5.3)	34 (3.5)	<.001
	思わない	906 (94.7)	943 (96.5)	
心不全の緩和ケアは難しい	思う	57 (6.0)	66 (6.8)	0.125
	思わない	900 (94.0)	911 (93.2)	
心不全の緩和ケアはがんと比べて難しい	思う	583 (60.9)	469 (48.0)	<.001
	思わない	374 (39.1)	508 (52.0)	
心不全の緩和ケアを常に行っている	思う	575 (60.1)	585 (59.9)	0.795
	思わない	382 (39.9)	392 (40.1)	
心不全の緩和ケアは必要である	思う	946 (98.9)	967 (99.0)	0.62
	思わない	11 (1.1)	10 (1.0)	
心不全の緩和ケアは終末期に行われるものである	思う	605 (63.2)	588 (60.2)	0.023
	思わない	352 (36.8)	389 (39.8)	

χ^2 検定

していた。「心不全の緩和ケアは終末期に行われるものである」では、あり群では605名（63.2%）、なし群では588名（60.2%）が心不全の緩和ケアは終末期に行われるものであると回答していた。

なお、「心不全の緩和ケアの知識・技術が不足している」、「心不全の緩和ケアは難しい」、「心不全の緩和ケアを常に行っている」、「心不全の緩和ケアは必要である」では有意差を認めなかった。

3. 心不全緩和ケアに関する意思決定支援の現状

心不全緩和ケアに関する意思決定支援の現状における2群間の比較について表3に示した。がん緩和ケア経験の有無で、「痛みや苦しみがなく過ごせることである」、「十分に患者・家族・医療者と話しあうことである」、「患者の意思が尊重されることである」、「家族の意思が尊重されることである」、「患者・家族の意思が尊重されることである」、「患者は自分の病状を正確に理解している」、「家族は患者の病状を正確に理解している」、「ACP（アドバンス・ケア・プランニング）が行えている」、「患者の意思（意向）の確認はできている」、「家族の意思（意向）の確認はできている」、「家族の意思（意向）は尊重されている」の11項目に有意差を認めた。

「痛みや苦しみがなく過ごせることである」では、あり群では936名（97.8%）、なし群では944名（96.6%）が痛みや苦しみがなく過ごせることと回答していた。「十分に患者・家族・医療者と話しあうことである」では、あり群では942名（98.4%）、なし群では953名（97.5%）が十分に患者・家族・医療者と話しあっていると回答していた。「患者の意思が尊重されることである」では、あり群では934名（97.6%）、なし群では942名（96.4%）が患者・家族の意思が尊重されていると回答していた。「家族の意思が尊重されることである」では、あり群では866名（90.5%）、な

し群では865名（88.5%）が家族の意思が尊重されていると回答していた。「患者・家族の意思が尊重されることである」では、あり群では942名（98.4%）、なし群では955名（97.7%）が患者・家族の意思が尊重されていると回答していた。「患者は自分の病状を正確に理解している」では、あり群では168名（17.6%）、なし群では203名（20.8%）が患者は自分の病状を正確に理解していると回答していた。「家族は患者の病状を正確に把握している」では、あり群では206名（21.5%）、なし群では239名（24.5%）が家族は患者の病状を正確に把握していると回答していた。「ACP（アドバンス・ケア・プランニング）が行えている」では、あり群では142名（14.8%）、なし群では176名（18.0%）がACPが行えていると回答していた。「患者の意思（意向）の確認はできている」では、あり群では416名（43.5%）、なし群では469名（48.0%）が患者の意思（意向）の確認はできていると回答していた。「家族の意思（意向）の確認はできている」では、あり群では523名（54.6%）、なし群では566名（57.9%）が家族の意思（意向）の確認はできていると回答していた。「家族の意思（意向）は尊重されている」では、あり群では822名（85.9%）、なし群では859名（87.9%）が家族の意思（意向）は尊重されていると思わないと回答していた。

なお、「最後までその人らしく過ごせることである」、「患者・家族が後悔しないことである」、「患者・家族の希望が1つでも多く叶えられることである」、「生活の質（QOL）が尊重されることである」、「患者・家族ともに病状を正確に理解していない」、「患者と家族の意思（意向）の確認はできていない」、「患者の意思（意向）は尊重されている」、「患者と家族の意思（意向）は尊重されていない」では有意差を認めなかった。

表3 心不全緩和ケアの意思決定支援の現状における2群間の比較

n=1,934

項目		がん緩和ケア経験		p
		あり	なし	
		957	977	
最後までその人らしく過ごせることである	思う	938 (98.0)	957 (98.0)	0.806
	思わない	19 (2.0)	20 (2.0)	
患者・家族が後悔しないことである	思う	935 (97.7)	949 (97.1)	0.103
	思わない	22 (2.3)	28 (2.9)	
痛みや苦しみがなく過ごせることである	思う	936 (97.8)	944 (96.6)	0.001
	思わない	21 (2.2)	33 (3.4)	
患者・家族の希望が1つでも多く叶えられることである	思う	921 (96.2)	944 (96.6)	0.401
	思わない	36 (3.8)	33 (3.4)	
生活の質 (QOL) が尊重されることである	思う	912 (95.3)	939 (96.1)	0.092
	思わない	45 (4.7)	38 (3.9)	
十分に患者・家族・医療者と話し合うことである	思う	942 (98.4)	953 (97.5)	0.005
	思わない	15 (1.6)	24 (2.5)	
患者の意思が尊重されることである	思う	934 (97.6)	942 (96.4)	0.002
	思わない	23 (2.4)	35 (3.6)	
家族の意思が尊重されることである	思う	866 (90.5)	865 (88.5)	0.003
	思わない	91 (9.5)	112 (11.5)	
患者・家族の意思が尊重されることである	思う	942 (98.4)	955 (97.7)	0.025
	思わない	15 (1.6)	22 (2.3)	
患者は自分の病状を正確に理解している	思う	168 (17.6)	203 (20.8)	0.004
	思わない	789 (82.4)	774 (79.2)	
家族は患者の病状を正確に理解している	思う	206 (21.5)	239 (24.5)	0.016
	思わない	751 (78.5)	738 (75.5)	
患者・家族ともに病状を正確に理解していない	思う	181 (18.9)	203 (20.8)	0.186
	思わない	776 (81.1)	774 (79.2)	
ACP (アドバンス・ケア・プランニング) が行えている	思う	142 (14.8)	176 (18.0)	0.003
	思わない	815 (81.1)	801 (82.0)	
患者の意思 (意向) の確認はできている	思う	416 (43.5)	469 (48.0)	<.001
	思わない	541 (56.5)	508 (52.0)	
家族の意思 (意向) の確認はできている	思う	523 (54.6)	566 (57.9)	0.012
	思わない	434 (45.4)	411 (42.1)	
患者と家族の意思 (意向) の確認はできていない	思う	463 (48.4)	487 (49.8)	0.428
	思わない	494 (51.6)	490 (50.2)	
患者の意思 (意向) は尊重されている	思う	507 (53.0)	512 (52.4)	0.632
	思わない	450 (47.0)	465 (47.6)	
家族の意思 (意向) は尊重されている	思う	135 (14.1)	118 (12.1)	<.001
	思わない	822 (85.9)	859 (87.9)	
患者と家族の意思 (意向) は尊重されていない	思う	525 (54.9)	559 (57.2)	0.082
	思わない	432 (45.1)	418 (42.8)	

 χ^2 検定

V. 考察

1. 属性

循環器病棟に勤務する1,934名の看護師のうちがん緩和ケアと心不全緩和ケアの両方の経験がある看護師は768名（39.7%）であった。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⁴⁾では、心不全緩和ケアを推進するためには、まず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。しかしながら、山口ら⁹⁾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施設のみで、合同カンファレンスを行っている施設はほとんどないことを明らかにしている。また、本研究でも認定看護師は16名（0.8%）であることからがん緩和ケアと心不全緩和ケアの両方のケア経験のある看護師が中心となって心不全緩和ケアを推進していくことが期待される。

2. 心不全緩和ケアに関する認識

種市ら¹²⁾は、高齢心不全患者の緩和ケアにおいて、看護師の症状緩和の実施について調査した結果、呼吸困難は9割以上と高いが、全身倦怠感46.8%にとどまっていること、心理社会的問題や他職種連携についての実施も低いことを明らかにしている。このことは、慢性心不全は最期に至るまで寛解する可能性があり、積極的治療によって呼吸困難は軽減することが可能であるが、全身倦怠感に対する効果的な薬剤がないことも要因であると考えられる。さらに、心不全患者はがん患者のようなギアチェンジ期¹³⁾が明確でないことから、約6割の看護師は症状緩和を実践していても寛解に向けたケアと捉えて、そのような症状緩和の実践が緩和ケアとは認識しづらいことから、開始時期のタイミングが「心不全緩和ケアはがんと比べ

て難しい」と認識しているのではないかと推察された。Matsui et.al.¹⁴⁾は、看護師のターミナルケア態度の関連要因に、研修などの受講経験があることを挙げており、下西ら¹⁵⁾は、終末期ケアに対する困難感の知識・技術が低いほど、死にゆく患者へのケアへの前向きさが高いことを明らかにしている。つまり、自己の知識・技術が低いと認識している看護師は、心不全緩和ケアの難しさを認識していると言え、本研究の対象者の9割以上が「心不全の緩和ケアに自信がある」と思わない、の回答に繋がったのではないかと考える。石川¹⁶⁾は、専門的知識と技術を保有していることが、自信に影響を及ぼすことを明らかにしていることから、山本ら¹⁷⁾が述べているようにACPとは何をする事なのか、心不全患者の病みの奇跡や緩和ケアの必要性といった基本的な知識の提供するためには、参加者の知識や経験に合わせた心不全の緩和ケアの勉強会の頻度を増やすことが求められる。しかしながら、心不全緩和ケアチームの運営状況など施設ごとに実施状況が異なることから、浅井ら¹⁸⁾が述べているように自施設での実践事例を積み重ね、多職種と連携していくことが発展途上にある心不全緩和ケアを推進していくためには効果的な方法であると言えよう。

3. 心不全緩和ケアの意思決定支援の現状

今回の調査では、約8割の看護師は、「ACPが行えている」と思わないと回答しているが、Billingsら¹⁹⁾は、死期からほど遠い、または近すぎる状態でのACPは適切な意思決定がなされない可能性を指摘しており、このことも最期まで治療が可能な心不全患者のACPを含めた緩和ケアを難しくさせているのではないかと考える。しかしながら、高田²⁰⁾は、急性・重症患者看護専門看護師が、複雑な意思決定を迫られる重症心不全患者・家族へタイミングを逃さずに必要となる医

療者と協働し、合意形成に導いた事例報告をしており、稲垣²¹⁾は、急性・重症患者看護専門看護師の実践報告をしている。さらに、三輪ら²²⁾は、看護師が心不全緩和ケアの知識・技術を身につけるためにはリソースナースと協力し合いながら実践する必要性を示唆しており、リソースナースとの連携が心不全緩和ケアの推進に重要となるであろう。

また、約8割の看護師は、患者あるいは家族は病状を正確に把握しているとは思わないと回答している。このことは、先述したように、慢性心不全は、増悪と寛解を繰り返すことから、看護師は、「患者は自分の病状を正確に理解しているとは思わない」、あるいは、「家族は患者の病状を正確に理解しているとは思わない」という先行文献⁶⁾と同様の結果を示したと考える。患者あるいは家族に患者の病状を正確に理解してもらうために、佐藤ら²³⁾は、入退院を繰り返す患者の特徴に合わせて、入院時からACPを行う必要性を示しており、医師にも積極的に病状の説明をしてもらう機会を設ける必要がある。しかしながら、鷲田²⁴⁾は、心不全医療は最終的に「生活」につなげていくことが重要であり、在宅医・訪問看護師・介護士を巻き込んだ地域完結型医療を目指す必要性を示していることから、早期から退院を見据えた心不全緩和ケアを実践していく必要がある。

「家族の意思（意向）が尊重されている」と思わないについて、鈴木ら²⁵⁾は、末期心不全患者に対する緩和ケア実施状況について患者・家族へ最後が近づいているときの状況を前もって伝えている実施率は27%であったことを明らかにしている。つまり、本研究で看護師が「家族の意思（意向）が尊重されている」と思わないと認識していることは、終末期心不全患者は呼吸困難あるいは全身倦怠感、不安抑うつ、疼痛など様々な症状を呈す

る²⁶⁾が、臨死期に生じる症状についてまとまった報告がないことも一因であろう。そのため、医師は最後まで積極的治療による症状緩和を図ろうとし、ACPについて患者や家族に説明するには倫理的葛藤が生ずる²⁷⁾ことから、話し合うタイミングは試行錯誤の段階であり、この曖昧な対応が看護師は「家族の意思（意向）が尊重されている」と思わないと捉えているのではないかと推察された。

4. 研究の限界と今後の課題

本研究は、日本循環器学会認定の循環器病棟に勤務する看護師を対象としており、がん専門病院や総合病院などがん患者を対象とする施設では、心不全緩和ケアに関する認識が異なることが推察される。また、有効回答率は39.6%であり、心不全緩和ケアに対して意識の高い人が回答者に集中している可能性があり、全体を捉えていると言い難い。そのため、本研究の成果を一般化する場合は、慎重に行わなければならない。また、本研究は、横断研究であるため、因果関係を推定することはできない。しかしながら、心不全緩和ケアに関する看護師の認識や意思決定支援について明らかにできたことは有用な結果を示したといえる。今後は、循環器病棟に勤務する看護師以外の職種や患者・家族にも対象を拡大し、心不全緩和ケアについて検討していくことが課題である。

利益相反は存在しない。

VI. 結語

本研究では、日本循環器学会認定の循環器専門医研修施設の循環器病棟に勤務する看護師1,934名を対象に、がん緩和ケア経験による心不全緩和ケアの認識と意思決定支援の現状についてがん緩

和ケア経験の有無に焦点を当てて検討した。

文献

- ①循環器専門医研修施設の循環器病棟に勤務する看護師は、49.5%ががん緩和ケアを経験していた。
- ②心不全緩和ケアに関する認識では、看護師は心不全の緩和ケアはがんと比べて難しく、心不全緩和ケアの勉強会・研修会の頻度が少ないと認識していた。
- ③心不全緩和ケアの意思決定支援の現状では、看護師は患者あるいは家族は患者の病状を正確に理解しているとは認識しておらず、またACPが行えていないため、家族の意思（意向）は尊重されているとは思っていないことが示唆された。
- ④以上のことから、今後は、参加者の知識や経験に合わせた心不全の緩和ケアの勉強会の頻度を増やし、医師にも積極的に病状の説明に参加してもらう必要性が示唆された。

謝辞

本研究にご協力いただきました調査施設の看護部長様、調査にご協力いただきました看護師の皆様に感謝し厚くお礼申し上げます。また、本研究に至る着想と調査方法をご教授くださいました故、奥祥子姫路大学看護学部元教授に深謝いたします。

付記

本研究は、第29回日本がんチーム医療研究会で発表した一部を修正・加筆したものであり、日本学術振興会科学研究費18K1033（基盤研究C）の助成を受けて行った研究の一部である。

利益相反

本研究における利益相反は存在しない。

- 1) 日高貴之, 木原康樹: 心不全のすべて-分子生物学から緩和ケアまで:beyond ガイドライン
さまざまな心不全-原因別に心不全を診て考える超高齢者の心不全超高齢者ならではの特殊性. 医のあゆみ 266 (13), 1159-1162, 2018.
- 2) 坂田泰彦, 後岡広太郎, 下川宏明: 心不全の疫学心不全パンデミック. 日内会誌. 109: 186-190, 2020.
- 3) 岡村知直: 急速に変わる緩和ケア-薬物療法の進歩からアドバンスケアプランニングまで心不全の緩和ケア今わかっていること, そしてこれから. 医のあゆみ 274 (8), 660-665, 2020.
- 4) 厚生労働省: 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>. (2022年12月18日閲覧)
- 5) 日本循環器学会/日本心不全学会合同ガイドライン: 2021年改訂版循環器疾患における緩和ケアについての提言. https://www.j-circ.or.jp/cms/wp-content/uploads/2021/03/JCS2021_Anzai.pdf. (2022年12月18日閲覧)
- 6) 厚生労働省健康局がん・疾病対策課: 循環器疾患における緩和ケアについて. <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10901000-Kenkoukyoku-Soumuka/0000185125.pdf> (2022年12月18日閲覧)
- 7) 浅井恵理, 北村直子: 入院を繰り返す高齢慢性心不全患者の療養生活における体験. 岐阜看護大紀. 22 (1), 121-127, 2022.
- 8) 中村仁美, 大竹瑛利, 小林秀佳, 他: 循環器病棟における心不全緩和ケアに対する看護師の

- 認識についての実態調査. 東邦看会誌. 19 (2), 47-54, 2022.
- 9) 山口史隆, 蔵垣内敬, 黒住祐磨, 他: 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, 2020.
- 10) 木村恵美子, 城丸瑞恵, 仲田みぎわ: 終末期がん患者の安全性と安楽性を考慮した日常生活援助に対する熟練看護師の思考. 日看技会誌. 19, 104-112, 2020.
- 11) 大石恵子, 村上真基, 綿貫成明, 他: 緩和ケア病棟を併設していない病院の療養病棟における緩和ケアの実態調査 療養病棟管理者への調査. Palliat Care Res. 13 (3), 245-250, 2018.
- 12) 種市由香里, 南崎眞綾, 土肥眞奈・他: 急性期病院における高齢心不全患者の緩和ケアの実態とその関連要因. 日健医会誌 31 (1), 30-41, 2022.
- 13) 大川宣容, 藤田佐和, 府川晃子, 他: がん医療におけるギアチェンジに関する文献的考察. 高知女大看会誌. 59, 73-80, 2010.
- 14) Matsui M, Kanai E, Kitagawa A, et.al: Care managers' views on death and caring for older cancer patients in Japan. International Journal of Palliative Nursing. 19, 12, 2014.
- 15) 下西みずえ, 久宗真理, 松井美帆: 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, 2017.
- 16) 石川智恵: 「自信」の概念分析 中堅助産師の自信への適用可能性. 日助産会誌. 32 (2), 85-100, 2018.
- 17) 山本美保, 吉岡さおり: 心不全患者のアドバンス・ケア・プランニングにおける看護師の取り組み測定尺度の開発と関連要因の検討. 日看科会誌. 41, 723-732, 2021.
- 18) 浅井恵理, 梅津美香: 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. 岐阜看大紀. 19 (1), 15-26, 2019.
- 19) Billings JA, Bernacki R: Strategic targeting of advance care planning interventions: the Goldilocks phenomenon. JAMA Intern Med. 174, 620-624, 2014.
- 20) 高田弥寿子: 本人を真ん中に“チーム”で意思決定を支えるアドバンス・ケア・プランニング2章事例本人の意思決定を支える慢性心不全患者へのACP支援. 看護. 71 (8), 038-044, 2019.
- 21) 稲垣範子: 重症心不全患者の治療選択におけるシェアード・ディシジョンメイキングへの看護師参画に対する急性・重症患者看護専門看護師の認識. 日看科会誌. 40, 544-552, 2020.
- 22) 三輪一美, 古川智恵: 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. 姫路大看紀. 13, 27-33, 2022.
- 23) 佐藤照美, 小倉智美, 張山栞: 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. 千歳市民病医誌14 (1), 38-42, 2018.
- 24) 鷲田幸一: “循環器疾患とフレイル対策・評価・マネジメント” 治す心不全を繰り返す高齢者どうセルフケア支援を行えばよいのか? Heart View. 24 (5), 459-464, 2020.
- 25) 鈴木姿子, 落合亮太, 徳永友里: 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. 横浜看護学雑誌. 14 (1), 1-8, 2021.
- 26) Solano J, Gomes B, Higginson I: A

Comparison of Symptom Prevalence in Far Advanced Cancer, AIDS, Heart Disease, Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Renal Disease.

J Pain Symptom Manag. 31 (1) , 58-69, 2006.

- 27) 鳥崎哲平, 大森崇史, 柏木秀行: “心不全の緩和ケアチーム医療で求められる実践力を身につける” 心不全緩和ケアにおける意思決定支援と倫理的葛藤. 薬局. 72 (2), 232-237, 2021.