

熟練看護師の慢性心不全患者に対する緩和ケア実践

Palliative Care for Patients with Chronic Heart Failure by Skilled Nurses

浅野実希¹⁾・岩佐由美²⁾・齋藤雅子²⁾

1) 八尾徳洲会総合病院 診療看護師 (NP), 2) 森ノ宮医療大学大学院 保健医療学研究科

要 旨

【目的】

熟練看護師の慢性心不全患者への緩和ケア実践を明らかにすることを目的とした。

【対象と方法】

循環器疾患患者の看護経験が5年以上の看護師を対象にインタビューを行い、慢性心不全患者の事例においてどのように緩和ケアを実践したか質問した。緩和ケア実践に焦点を当て文章をコード化した。類似コードをまとめカテゴリーを作成し名前をつけた。

【結果】

4名の看護師による7名の患者事例から、熟練看護師の緩和ケア実践の主要カテゴリーとして、①『緩和ケアに向けた働きかけ』、②『明確な目標をもとに判断する』、③『普段の様子から緩和ケアの必要性をのがさず捉える』、④『今後の緩和ケア提供における課題』、⑤『緩和ケアへの意見の違いを受け入れる』、⑥『次のケアにつながる感情』の6つが作成された。

【結論】

主要カテゴリー①②③では、看護師は普段の様子から患者の変化をのがさず捉え、意図的な意思確認や、希望の実現に向けた働きかけをしていた。苦痛の除去と患者の思いを優先したい看護師の明確な目標に基づく、知識と経験、深い倫理観に支えられた実践であった。④⑤⑥は、緩和ケアの課題や、どうにかしたい、うまくいってよかったという実践に伴う感情で、次の緩和ケア実践につながる重要なものと考えられた。実践は診療看護師(NP)に必要とされる能力と共通した能力に基づいていた。緩和ケアの促進に向けて看護師の役割や実践を明確にする必要がある。

Key Words : 緩和ケア, 心不全, 熟練看護師, アドバンス・ケア・プランニング

I. 緒言

日本における慢性心不全患者は今後増加すると予測されており、2025年には37万人以上が新たに心不全を発症することを想定しているデータもある¹⁾。慢性心不全においても治療とケアの充実が求められており、特に治療困難になった際、心不全の苦痛や予後はがんと似て

いているものの、緩和ケアを受ける頻度ががんよりはるかに低い傾向があることが指摘され²⁾、ケアは十分といえない可能性がある。2023年度の緩和ケアチーム登録報告によれば、緩和ケアチームへの依頼件数のうち、非がんの占める割合は5.7%と低い³⁾。

慢性心不全患者の緩和ケアが不十分である理由として、大石は慢性心不全患者は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、積極的治療が追加される傾向があること、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が、患者・家族・医療者にとって困難であることを挙げている⁴⁾。また医療者の緩和ケアに対する知識不足や、緩和ケアそのものをターミナルケアと誤解していることも明らかになっている²⁾。

こうした中、日本循環器学会は終末期を含めた未来の状態の変化に備えるためのアドバンス・ケア・プランニング (Advance Care Planning: 以下、ACP) を行うことが重要としている。しかし「医療従事者や循環器医は、患者や家族から明確な希望がなければ、最期まで積極的治療を選択するのが通常である」という日本循環器学会の緩和ケアの提言からも分かるように、現状では多くの医療機関でガイドラインにあるACPの実施は十分にできているとは言い難い現状であると推察される⁵⁾。慢性心不全患者へのACPが進んでいない状況は国外も同様で、心不全の患者へ医師が予後不良について説明していた割合は8%と低いことが示されている⁶⁾。

ACPを含め、慢性心不全患者の緩和ケアに携わるのは医師だけではないが、看護師もまた、病状や予後の見通しが持ちづらく、治療と患者の希望のどちらを優先すべきか判断が難しいなど緩和ケア提供に困難を感じているとされる⁷⁾。竹内らは、慢性心不全の末期患者に対して最期まで積極的な治療を行う例を挙げ、なぜ患者の安楽を第一に考えた治療をもっと早くしないのかなど、看護師には医師との見解の相違があると指摘している⁸⁾。他にも、循環器領域の熟練看護師の終末期予測の直感は優れており、循環器医も客観視する際に参考にしているとする研究もあり⁹⁾、これらから、看護師は知識と経験に基づいた独自の思考から緩和ケアへの移行を判断している可能性が高く、緩和ケア実践において一定の役割を担っていると考えられる。緩和ケアにおける看護師の役割は多様であるが、特に熟練看護師がどのような経験や判断を基に実践しているかは体系的に明らかにされていない。

そこで本研究は、循環器の熟練看護師の慢性心不全患者に対する緩和ケア実践を明らかにすることを目的とした。熟練看護師の実践は慢性心不全患者の緩和ケアを促進する際に参考になるとともに、診療看護師 (NP) の緩和ケア実践に対しても示唆を与えるものであると考え

た。

II. 方法

1. 研究デザイン

熟練看護師が慢性心不全患者の緩和ケア支援を、どのように実践しているか具体的に明らかにするため、質的記述的研究方法を用いた。

2. 用語の定義

- ・緩和ケア：ACPの実施を含めた患者がその人らしく生きるために支援を優先することと定義する。緩和医療と終末期医療は同義ではなく、治療よりも苦痛の緩和を重視しているが治療の中止は意味しない
- ・熟練看護師：5年以上の循環器患者の看護経験を有する看護師と定義する¹⁰⁾。
- ・実践：日本看護協会の定義を参考に、看護の対象である人々の問題点に気づき、ケアの必要性の判断し生命や健康に働きかけることと定義する¹¹⁾。

3. 研究対象者

近畿圏内の循環器系病棟に勤務し、循環器病棟経験年数5年以上の看護師を研究対象者とした。対象者は機縁法で選出することとした。

4. データの収集方法

研究対象者に、本研究への参加についてメールにて同意が得られた後、個別にインタビューを行う日時について相談し日時・場所を決定した。インタビューに先立ち、緩和ケアに関連して印象に残っている慢性心不全患者を想起しておいてもらった。

インタビューの際は、看護師の背景を明らかにするために、フェイスシートを記載してもらい、個別にインタビューを実施した。インタビュー時間は30–40分程度で最大60分とした。インタビュー内容は研究対象者に了解を得て、メモを取り、ICレコーダーで録音した。インタビューは2024年3月に実施した。

1) フェイスシートの記載内容

- ①看護師経験年数、②循環器病棟経験年数、③所持資格、④心不全・循環器疾患の研修歴

2) インタビュー内容

(1) 質問内容

・印象に残っている慢性心不全患者の事例を通して、どのように緩和ケアのアセスメントや判断、実践をしたか

6. データの分析方法

インタビュー内容の分析は、グレッグ著を参考に実施した¹²⁾。録音したデータを、Nottaアプリを用いて音声から自動で文章化した後、研究者が音声を聞きながら、音声と文章の相違がないよう内容を修正し逐語録を作成した。インタビューから作成した逐語録を繰り返し読み、緩和ケア実践につながる内容に焦点を当てて、発言の意味を捉えられるよう区切りコードとした。

コードはExcelに入力後印刷し、カードにして類似の意味を持つもので集めた。集めたものに名前をつけサブカテゴリーとし、サブカテゴリー同士で意味が近いカテゴリーを作成した。サブカテゴリーとカテゴリーの作成と名前つけは、看護師が緩和ケア実践をどのようにしているか、実践の特徴が具体的に捉えられる意味となるよう繰り返した。

7. 倫理的配慮、個人情報の取り扱いについて

研究説明書を用いて研究目的、方法と協力が任意であることを説明し、同意書による同意を得た。同意撤回書を渡し、同意の撤回がいつでも可能であること、話したこととは話さなくていいことも説明した。病棟看護師長にも同意を得た。質問時は対象者の気分が悪くならないように配慮した。

研究の対象は治療や緩和ケア・看護ケアの内容とし、患者が特定できる個人情報を含まず万一インタビューの過程で個人情報を含んだ場合はメモや逐語録には残さず、分析も行わないよう実施した。メモ・録音データを逐語録にする際に、対象者個人が特定できないよう符号化した。森ノ宮医療大学研究倫理審査部会の承認を得た(2023-065)

III. 結果

1. 研究対象者の概要

A 病院循環器病棟勤務中の看護師にインタビューを

行った。4名のインタビューを終えた時点で患者の状態が良くないと捉えた症状や、実践内容、緩和ケアの考えなどで、同じような内容が出てくることが増えたため、内容が飽和に達したと判断した。

4名の対象者とインタビュー内容の概要は表1の通りで、看護師経験年数は8年（最小）から20年（最大）だった。循環器病棟経験年数は全員6年以上の経験で、6年（最小）から18年（最大）だった。

2. 分析対象

表2の通り、4名の看護師から7名の慢性心不全患者に対する緩和ケア提供事例が語られた。事例の中で1名、転帰が「軽快」の患者がいたが、「急性・慢性心不全診療ガイドライン」では、緩和ケアは終末期から始まるものではなく、心不全が症候性となった早期の段階からとされており¹³⁾、ケアの結果として改善はしたもの、本研究で定義した「緩和ケア」に該当する事例として扱った。

全コードは418コードであったが、緩和ケア支援につながる実践に関係しないコードは分析対象から外した。4名の対象者から緩和ケア支援につながる実践に関するコードとして391のコードが抽出できた。

3. カテゴリー作成

カテゴリー作成に当たり、上記のコードをばらばらにして混ぜ、似た意味を持つコードを集め表にした。実践の特徴が明確になるように、名前とカテゴリーの内容の修正を、研究者3名で2回繰り返し、その後、そのうちの2名で内容を検討しながら再度飽和状態になるまで2回繰り返してサブカテゴリーとカテゴリーを作成して名前をつけた。分析過程では、先入観が混入する可能性を念頭に置き、生データに戻りながら分析を進めた。

研究者3名の意見が一致した最終カテゴリーとして、熟練看護師の慢性心不全患者に対する緩和ケア実践として83のサブカテゴリーが作成され、19のカテゴリーが作成された。19のカテゴリーは、さらに上位の概念としての6の主要カテゴリーに大別された。結果を3人の研究参加者に確認し、研究者が作成した内容に相違がないかを確認した。

4. 熟練看護師の慢性心不全患者に対する緩和ケア実践

分析結果の記述について表3に示す。以下、研究対象者を01から04と匿名化して表記し、以下、主要カテゴリーを『』、カテゴリーを【】、サブカテゴリーを〔〕、また研究対象者が語った言葉から作成されたコードは〈〉で示す。以下に代表的データを挙げて説明する。

1)『緩和ケアに向けた働きかけ』

『緩和ケアに向けた働きかけ』として、緩和ケアの方向性を決めるうえで患者の意思を引き出すことが重要と考え、【より思いに沿ったACPに向け努力する】ことをまず行っていた。

例えば、[心不全の治療後すぐから今後起こることについて話す]というサブカテゴリーでは、〈心不全の導入は、しんどいときでないとわからないため、しんどさが少し取れた状態で話す〉(02)、〈心不全では亡くなるまでの道筋が見えにくいため、治療後の医師との心不全指導ではグラフを使いイメージしてもらう〉(04)のように、亡くなるまでの道筋が、患者にも理解できるよう指導を行っていた。慢性心不全指導する際にも、心不全教室などで【年齢関係なく心不全治療では自身の意思が重要と伝える】よう働きかけていた。

この背景には、過去に意思が不明確なまま最期まで治療したような経験から、[患者の意思が明確でないまま終わりにしたくない]と思い、例えば〈「コロッテ逝けたら簡単だけど」と伝え、希望がわからないとそうならないのが今の医療であると説明している〉(02)と伝えていた。

また患者の意思を確認する際の精神的な影響に配慮し、[患者の思いを引き出すためのラポール形成]や、[ACPを行うことでの患者のショックに配慮する]ことをしていた。

患者の思いを把握しても、緩和ケアにおいて医師と看護師の関わりだけでは、緩和ケアの方向性の違いによりうまくいかないと考えており、医師への働きかけや、全人的に患者ヘアプローチする必要性から、【多職種に緩和ケアを働きかけ（る）】ていた。

自宅など患者の希望する療養場所をかなえるためには、病院内だけでなく地域施設、家族とも連携が必要であり、安心して生活できる環境を作るために、【療養の場をかなえるために連携する】ことや、患者の希望は明確であっても阻害する要因により、患者の希望がかなえ

表1. 対象者（看護師）の概要

対象者番号	看護師経験年数（年）	循環器病棟経験年数（年）	所持資格	勤務経験がある病棟と年数	心不全、循環器疾患の研修歴	インターネットビュー時間（分）	逐語録の文字数
01	13	6	看護師、呼吸療法認定士	消化器内科／耳鼻科／泌尿器科 病棟4年、ICU／SCU／HCU3年、循環器病棟6年	心不全カンファレンスの参加、院内の勉強会に参加（不整脈など）	54.01	8910
02	8	6	看護師、心不全療養指導士	手術室2年、循環器病棟6年	看護師からの研修（不整脈、心不全指導について）		
03	18	18	看護師、心不全療養指導士	循環器病棟18年	院内の医師、慢性心不全認定学会発表、院内勉強会で年に1回発表、心不全の集団教室開催、緩和ケアチームメンバー	53.31	9559
04	20	14	看護師、保健師、慢性心不全認定看護師、心臓リハビリテーション指導士、循環器病棟6年、ICU／CCU	循環器病棟6年、外来1年	学会開催、緩和ケアチームメンバー	37.25	13988
					学会発表、院内勉強会で年に1回発表、心不全の集団教室開催、緩和ケアチームメンバー	50.01	11427

表2. 事例の概要

年齢	性別	退院場所	疾患	転帰	家族構成	希望	経緯	事例を語った対象者(看護師)
1： 80歳代 女性	病院	うつ血性心不全	死亡	自宅 息子と同居	自宅	1年間で9回入院し自宅で亡くなった。	01	
2： 不明 女性	自宅	うつ血性心不全	死亡	自宅 4世代同居	自宅	自宅で過ごしたかったが、家族に気を使い言えなかつた。最後の入院の時に家族に自身の希望を伝えることができて、自宅退院し、自宅で亡くなつた。	02	
3： 不明 男性	自宅	うつ血性心不全	軽快	不明	自宅	お酒が好きで、何度も入院していた。入院させられていると治療にも消極的であったが、孫と過ごすのが好きという本人の価値観、孫の成人式を見たいという希望があることを情報収集した。その後から患者に対しアプローチしたところ、生活習慣を改め入院回数が大きく減少した。	02	
4： 80歳代 女性	自宅	うつ血性心不全	死亡	病院 夫と同居	不明	本人の希望を表出するタイプではなかつたが、夫と過ごす時間を大切にしていた。最期が近いと思われたとき、看護師が本人へ希望を聞いたところ家族に決めてもらいたいと希望され、病院で症状緩和しながら亡くなつた。	03	
5： 80歳代 男性	自宅	うつ血性心不全	死亡	自宅 妻と同居	自宅	自宅退院希望しており、強心薬を点滴した。たまま退院。数か月後自宅で亡くなつた。	04	
6： 70歳代 男性	自宅	心サルコイドーシス	死亡	自宅 妻と同居	自宅	自宅で過ごすことに頑なであった。入院の必要性を検討されたこともあつたが、そのまま自宅で過ごし亡くなつた。	04	
7： 不明	不明	うつ血性心不全	肺水腫 不明	不明	不明	肺水腫でNPPV装着していたが、身の置き所のない苦痛があり夜間も眠れていなかったため、看護師からデクスマデトミジンを使用し呼びかけで覚醒する程度の鎮静を提案したが、医師は深く鎮静をかけると考え導入までに時間がかかった	04	

表3. 熟練看護師の慢性心不全患者に対する緩和ケア実践のカテゴリー

『主要カテゴリー』	【カテゴリー】	【サブカテゴリー】
緩和ケアに向けた動き きっかけ	より思いに沿ったACPに向け努力する	本人が動けるうちに患者の思いを引き出すためのラボール形成／患者の意思を確認するきっかけを作れる／年齢関係なく心不全治療ではなく自身の意思が重要と伝える／心不全の治療後すぐから今後起ることについて話す／患者の意思が明確でないまま終わりにしたくない／心不全増悪時に繰り返しACPを実施／ACPを行うことでの患者のショックに配慮する
多職種に緩和ケアを働きかける	全人的ケアには緩和ケアチームの積極的な介入が必要／看護師が医師に歩み寄る必要性／緩和ケアではスタッフ間のペクトルを一致させることが必要	
療養の場をかなえるために連携する	退後の生活を予測した連携／家族の自宅退院への抵抗感を捉える／最期まで自宅で過ごせるよう治療を調整する／地域施設との情報共有／病棟と外で患者を支える	
希望を阻害する要因を取り除く	退院後の家族の不安を捉え支援する／自宅退院希望と家族への負担の葛藤を傾聴／家族に意思を伝えるのを助ける／患者の希望に向けて周囲の環境を情報収集する／心不全の予後改善を目的とした患者指導／自宅療養したい末期患者へ支援／本人の気持ちを支える	
明確な目標をもとに 苦痛の除去を一番の目標と考える 判断する	侵襲的治療のデメリットや負担／医師の優先するものとの違いが解消できない／苦痛が最期まで続くことを容認したくない／苦痛を捉え苦痛緩和の必要性を提案する／本人の希望が不明なまま苦痛の緩和はできない／苦痛を軽減させたい思い／副作用を避け症状緩和が遅れる	
わからなりに患者の思いを優先したい わかる	患者の思いが優先されないと判断する／一番優先すべき点は患者の思い／最期まで希望する治療が不明確／本人の思いが病状に合はないと判断する	
過去の経験から早めのモルヒネ投与でいい と考える	治療で症状改善しないときは平行した苦痛緩和を提案したい／麻薬の早期使用による呼吸苦軽減と心負荷の軽減のメリット／症状のある患者に対する少量の経口モルヒネ内服の検討／モルヒネ投与による副作用症状の呼吸抑制と傾眠に注意が必要	
普段の様子から緩和 ケアの必要性をのが さず捉える	生活者として患者の全体像を捉える看護師の総合的判断／心不全増悪による入院回数の増加／繰り返す心不全による心機能低下と薬剤投与期間の延長／左心機能不全／貧血の合併による心不全増悪リスク／内服薬投与量の増加／医師からの情報	
ACPで注意が必要な患者を捉える み取る	本人の思いが把握できない認知症患者／自分の病状を楽観的に捉え医療者が危機感を持つた患者／心不全治療に合わせた生活ができる患者・家族／心不全管理に重要な自己管理ができない患者／心不全を悪化させる生活スタイルの患者／自分で自分のことはしたい価値観の患者	
データよりも苦痛症状の経過から悪化を読 む	心不全治療継続しても変化しない症状／呼吸回数の増加や浅く早い呼吸への変化／心不全悪化の判断はデータよりも症状／治療理解の不十分さを優先したいものがある／自覚症状がないことでの病状認識の不足／治療しないことに対する家族の罪悪感察する	
患者と家族の病状・治療理解の不十分さを 洞察する	家族は最期まで治療に望みを持つ／病状認識できていない家族の反応に気づく／家族は末期でも病状以外に不眠、意識変容、精神状態の変化が出現／今までと異なる様子（話し方・表情・動き）／会話をも苦痛な状態	
普段の様子から本心を捉える 医療者間で緩和ケアの意見を合わせる 医療者がない	治療を続けるより家で過ごしたい希望／長生きして孫の成長を見たい希望 心不全の特性は患者・家族に理解してもらいたいにくい における課題 今後の緩和ケア提供	
看護師に求められるACPの役割を遂行で きない	ACPの推進には業務調整が必要／看護師に幅広い経験と知識の蓄積が求められる／看護師にとってもACPの実施は心理的ハードルがある	
自家退院を阻害する患者側の要因 異なる緩和ケアプロセスを示す	自家退院できる全身状態の維持が難しい／心不全の在宅医療に対し潜在的な抵抗感 症状改善のために治療継続／医師の考え方を汲み取り提案することの必要性／症状より客観的データ（全身状態と検査データ、尿量）による治療判断／心不全の治療と緩和ケアのバランスをとる難しさ	
緩和ケアへの意見の 違いを受け入れる 次のケアにつながる 感	うまくいくってよかったですと思う／うまくいかずどうにかしたいと思う	

られないと考え、【希望を阻害する要因を取り除く】ことを行っていた。

2)『明確な目標をもとに判断する』

看護師は【苦痛の除去を一番の目標と考える】ことを目標としており、医師との意見の違いから、苦痛がある患者への医師の指示に疑問を感じていた。例えば、看護師として、〈医師の目標は治療だが、看護師は苦痛症状をとるや、楽にしてあげたい思いでやっている〉(04)という思いがあり、医師の治療上の指示や治療、検査が患者の今後の改善につながるのかについて疑問を持っていた。そのため【過去の経験から早めのモルヒネ投与でいいと考え（る）】ていた。

また、緩和ケアで大切なことは患者の希望であり、患者の希望を優先したいと思っているが、優先されないことがある現実を認識し、【わからないなりに患者の思いを優先したい】と考えていた。

3)『普段の様子から緩和ケアの必要性をのがさず捉える』

主要カテゴリーの『普段の様子から緩和ケアの必要性をのがさず捉える』では、看護師が緩和ケアの必要性を判断した患者の反応についてのカテゴリーがあった。

【心不全の知識と経験から予後の悪さを予測する】、【ACPで注意が必要な患者を捉える】、【データよりも苦痛症状の経過から悪化を読み取る】、【患者と家族の病状・治療理解の不十分さを察する】、【その人らしさが失われた様子を捉える】、【普段の様子から本心を捉える】というカテゴリーが含まれていた。

具体的には、慢性心不全治療を行ってもある程度で心臓に限界が来ると考え、【その人らしさが失われた様子を捉える】ことや、【データよりも苦痛症状の経過から悪化を読み取る】こと、心不全増悪による入院回数の増加、薬剤投与期間の延長や薬剤の增量、心機能低下、貧血、医師からの情報など、【心不全の知識と経験から予後の悪さを予測する】関わりをしていた。

ACPを実施していく上では、【ACPで注意が必要な患者を捉える】など、より配慮が必要な患者の特徴を捉えていた。

また、看護師は普段の様子や何気ない会話から、【患者と家族の病状・治療理解の不十分さを察する】ことや、【普段の様子から本心を捉える】ことを行っていた。【自覚症状がないことでの病状理解の不足】や病状認

識できていない反応に気づいていた。また家族の反応から、【家族は末期でも病状以外に優先したいものがある】や、【自覚症状がないことでの病状理解の不足】、【治療しないことに対する家族の罪悪感】を読み取っていた。例えば〈自宅療養では点滴をしないため、病院にいるより浮腫まないと思うが、家族は「点滴しないのはどうなの？」と思っている〉(03) があった。

4)『今後の緩和ケア提供における課題』

『今後の緩和ケア提供における課題』として、慢性心不全の特性から、【心不全の特性は患者・家族に理解してもらいにくい】と考えていた。そのため、医師と看護師の考えを共有し、看護師の判断も患者に結びついていけばよいが、【医療者間で緩和ケアの意見を合わせるチャンスがない】ことに課題を感じていた。また【知識と経験がある【看護師にとってもACPの実施は心理的ハードルがある】ことや、知識・経験を持つ熟練看護師が介入する時期も遅いと感じており、【看護師に求められるACPの役割を遂行できない】と考えていた。

他方で、慢性心不全は状態の維持が難しく、【自宅退院を阻害する患者側の要因】により自宅退院を希望しても叶えられないこともあると考えていた。

5)『緩和ケアへの意見の違いを受け入れる』

治療することで症状緩和になるため、医師としては治療継続したいと考えていると看護師は思っていた。そのため看護師は、【異なる緩和ケアプロセスを持つ医師に理解を示す】ことが必要であると考えていた。その治療に対する【医師の考えを汲み取り提案することの必要性】と、医師の【症状より客観的データ（全身状態と検査データ、尿量）による治療判断】も汲み取りながら、うまく医師へ提案する必要があると考えていた。

6)『次のケアにつながる感情』

看護師の目標に対し、働きかけとその結果によって、【緩和ケアに対する感情】が生まれていた。具体的には、目標とする患者の思いに沿えたときには、やりがいや、喜びといった2種類の【うまくいってよかったと思う】感情が生じていると考えられた。患者の希望に沿う働きかけに手応えがあったことでのやりがいと、患者の希望をかなえることができたという好ましい状況に反応した喜びがあった。

患者の希望通りにならないときに、もどかしさや、納得できない、あきらめるといった3種類の【うまくいか

【どうにかしたいと思う】感情が生じていると考えられた。例えば、〈思うことがあっても、先生の治療のお考えにもよるのかなっていうところ〉(03)のように、あきらめるという感情が生じていた。

IV. 考察

1. 熟練看護師の実践の全体像

研究対象者は、看護師経験年数は8年から20年、循環器病棟経験年数は6年から18年と豊富で、心不全チームの一員としての活動や、患者への心不全指導の活動、スタッフに対し心不全の基本的知識の勉強会も行っていた。

また、対象者1名は認定看護師（慢性心不全看護）、2名は心不全療養指導士の資格を有していることから、これらの実践は、熟練看護師の実践であるとともに一定の専門性を有し、日本NP教育大学院協議会の定める「診療看護師（NP）に必要とされる7つの能力」とも共通する能力に基づく実践だと考えた¹⁴⁾。

2. 熟練看護師の慢性心不全患者に対する緩和ケア実践

具体的には、本研究の熟練看護師は何よりも苦痛の除去や患者の思いを優先するという明確な目標を持っていました。心不全の予後の予測は難しいとしながらも、『普段の様子から緩和ケアの必要性をのがさず捉える』といったように、患者とこれまでの長い間の関わり、知識や経験から、病期の変化（症状、薬効）や心身の変化（動作、言動）を踏まえた上で、データよりも良くならない身体の変化を察知し先の予測を立てていた。予後予測が困難な慢性疾患特有の要因から、患者をよく見て常に患者の状態を評価していなければ、悪化は捉えられないことが推測される。そのため看護師はベッドサイドで患者と関わりながら、データに現れていないような普段の様子の変化を察知し、患者の悪化を捉えていた。これらの心身の変化や予後予測を踏まえた状態や緩和の必要性の把握は診療看護師（NP）に求められる能力のうちの「包括的健康アセスメント能力」であり、これらは、患者の尊厳を重視し苦痛が最後まで続くことが容認できない、本人の希望が分からまま苦痛緩和をしたくない、などという強い倫理観に支えられた「倫理的意意思決定能力」に基づく働きかけや判断だと考えられた。

川原は、慢性疾患の患者自身は実際よりも予後を長く見据えており、緩和ケアや終末期の問題を自らの問題としてとらえにくい現状があるとしている¹⁵⁾。慢性心不全患者にはこのような特徴があり、本研究の熟練看護師は【心不全の特性は患者・家族に理解してもらいにくい】と考えていた。病状を理解していない患者に死を前提とした質問をすることは難しい面もあるが、何気ない患者の言葉をのがさずに本心、価値観を捉え理解しようしたり、タイミングを見計らって患者の意思を意図的に引き出すことにつなげていた。

このような明確な目標を持ちながら、より良いACPや希望を阻害する要因への働きかけ、副作用を考慮した早めのモルヒネ投与の必要判断、積極的な「療養の場」調整や医療者間での目標の違いを統一に導く多職種協働への働きかけは、診療看護師（NP）に求められる能力のうちの「医療的処置マネジメント能力」「チームワーク・協働能力」に基づく実践であると捉えることもできる。

さらに本研究の看護師は、完璧な目標の実現が目の前の患者でできないとしても、個々の患者において緩和ケアへの意見の違いを受入れ、やり残した課題や感情を次の事例つなげようとしていた。これらは慢性心不全患者のより良い緩和ケアの促進をもたらす原動力になっていると考えられた。秋葉によると、中堅看護師らは物事を内省し、過去の経験からの学びを生かし、変化や困難を受け入れ前向きに対処行動をとったり、積極的に問題を解決するという¹⁶⁾。多様な方法を受け入れ、改善しようとしていることは重要であり、これらもうまくいかないという感情とともに、緩和ケアを良くしたいというエネルギーとして次の実践につなげていく「熟練した看護実践能力」に基づく熟練看護師の実践であると考えた。

3. 緩和ケア促進に向けた看護師の役割

先行文献では高齢者が終末期になると、大半の人が意思決定能力を喪失していたが、事前指示書がある患者は希望していた治療と強く関連していたことが明らかになっている¹⁷⁾。他にも、日本人では明確な意思表示を避ける傾向があることや、患者に精神的苦痛を与えることを危惧し、知識・技術不足からACP支援を躊躇する、看護師と医師間の協働体制の不備、時間や人員確保の難しさなど医療資源不足などが指摘されている¹⁸⁾。ACP

は適切に行わなければ侵襲的であることも指摘されており、侵襲的なACPとして患者との信頼関係ができずに、自分の価値観に踏み込む話を強要されることや、嫌なタイミングで話すことなどを挙げている¹⁹⁾。

本研究の看護師も先行研究と同様に、理想どおりのACPの実施には課題を感じながらも、患者の意思表示ができなくなる前に意思や価値観を明確にしておくことが治療判断や緩和ケアにおいて重要と認識しており、患者への負担を考慮しながら普段の様子から患者の状態や、緩和ケアの必要性を評価し適切なタイミングを見計らい、患者の考えを引き出せるよう積極的に働きかけていた。この実践は、予後予測が難しく、比較的急速に終末期を迎える心不全患者の特性²⁰⁾を理解している熟練看護師の医学的適応だけでなく、患者にとっての適応を考えた実践である、と考えられた。

Schichtelは、専門の心不全看護師の実践は優れており、適切な時期について指示や合図を受けることで他の看護師や一部の医師もACPについての会話を開始しやすくなると述べている²¹⁾。熟練看護師による、明確な目標にもとづき、緩和ケアの必要性の評価した上で適切なタイミングでの働きかけは、ACPのプロセスにおいて重要であり、今後ますます大きな意味を持ってくると考える。慢性心不全患者同様に緩和ケア導入が困難とされる慢性呼吸器疾患患者においてACPの話し合いを阻害する要因の1つとして、誰がACPを行いその責任を持つのかについて、確立されたプロトコルがないことが挙げられていた²²⁾。高齢者人口がピークを迎える2040年に向けて循環器系疾患に対するより一層の対策が必要とされている中²³⁾、これらの熟練看護師のACPをはじめとする緩和ケアの働きかけをさらに活かしていくためにも、慢性心不全患者に対する緩和ケアの中で熟練看護師が緩和ケアの中心的役割を担えるようになるよう、実践を行う看護師の資格や経験が明確化されることが望ましい。

4. 研究の限界

本研究の限界として、対象者は循環器病棟経験年数が6年以上で、十分な心不全患者の看護経験を有していたものの、限られた施設の資格が統一されていない対象者で検討した結果であることが挙げられる。

本研究を起点として、研究対象者の資格・経験、緩和

ケアの時期や内容を限定し、実践を明確化することが必要である。

V. 結論

本研究の熟練看護師は慢性心不全患者の緩和ケアに明確な目標を持っており、死に向かう過程に焦点を当てて、苦痛の除去と本人の思いや価値観を大切にし、患者の尊厳を大切にしたいという看護師の深い倫理観に根差した目標であった。看護師は患者と信頼関係を築き、患者と普段から関わる中で様子の変化や、患者の思いを捉えながら、患者の変化を予測し、適切なタイミングで意図的な意思確認を図っていた。

これらは診療看護師（NP）に必要とされる能力に共通した能力に基づく看護実践であり、明らかにできた価値がある。

謝辞

本研究に協力いただいた関係各位に、この場を借りて厚くお礼申し上げます。調査にあたり、お時間をとってご協力いただいた看護師の皆様に心より感謝申し上げます。細部に渡るご指導いただきました、森ノ宮医療大学准教授岩佐由美先生、副指導の教授斎藤雅子先生には心よりお礼申し上げます。同級生各位、大学院生各位には、精神的にも支えられたことに心より感謝申し上げます

本研究は森ノ宮医療大学大学院保健医療学研究科看護学専攻NPコースの修士論文の一部であり、森ノ宮医療大学大学院研究費で行われました。本研究の一部は第10回日本NP学会学術集会で発表しました。

本研究遂行において利益相反は存在しない。

参考文献

- Shimokawa, H., Miura, M., Nochioka, K., et al.: Heart failure as a general pandemic in Asia. *Eur J Heart Fail*, 17 (9): 884-892, 2015. doi: 10.1002/ejhf.319.
- Kavalieratos, D., Mitchell, E. M., Carey, T. S.,

- et al.: “Not the‘Grim Reaper Service’”: An assessment of provider knowledge, attitudes, and perceptions regarding palliative care referral barriers in heart failure. *J Am Heart Assoc*, 3 (1): e000544, 2014, doi: 10.1161/JAHA.113.000544.
- 3) 日本緩和医療学会：2023年度緩和ケアチーム登録（2022年度チーム活動）. https://www.jspm.net/jp/files/palliativeCareTeam/report_jsmpct_2023.pdf (2024年3月18日検索)
 - 4) 大石醒悟：難治性心不全の緩和ケア 多職種チームによる取組み. 医のあゆみ, 254 (11): 1045-1050, 2015.
 - 5) 日本循環器学会, 日本心不全学会, 日本脳卒中学会, 他：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 日本循環器学会/日本心不全学会合同ガイドライン. https://www.j-circ.or.jp/cms/wp-content/uploads/2021/03/JCS2021_Anzai.pdf (2024年8月21日検索)
 - 6) Adler, E. D., Goldfinger, J. Z., Kalman, J., et al.: Palliative Care in the treatment of Advanced Heart Failure. *Circulation*, 120 (25): 2597-2606, 2009. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.109.869123.
 - 7) 都菜々美, 木原優花, 浅木美帆：看護師が認識する高齢末期心不全患者の心理的苦痛と看護実践. 岡山県立大保健福祉紀, 29 (1): 43-51, 2022.
 - 8) 竹内真緒, 山本理衣子, 吉村美樹：医師の考える心不全終末期患者の治療のあり方. 日看会論集：ヘルスプロモーション・精看・在宅看, 51, 152-155: 2021.
 - 9) 坂本明子：心不全終末期患者へのend-of-life ケアの明確化 第一報 看護師のケアの移行に関する判断内容. 日循環器看会誌, 18 (1): 42-50, 2023.
 - 10) Benner, P., Tanner, C. A., Chesla, C. A. (早野ZITO真佐子訳)：看護実践における専門性 達人になるための思考と行動. 医学書院, 東京, 2015.
 - 11) 公益財団法人日本看護協会：(2023). 改訂版 看護にかかわる主要な用語の解説. 日本看護協会出版会, 東京, 21-22, 2023.
 - 12) グレッグ美鈴, 麻原きよみ, 横山美江：よくわかる質的研究の進め方・まとめ方 看護研究のエキスパートをめざして 第2版. 医歯薬出版株式会社, 東京, 64-84, 2016.
 - 13) 日本循環器学会, 日本心不全学会, 日本胸部外科学会, 他：急性・慢性心不全診療ガイドライン 2017年改訂版 (日本循環器学会／日本心不全学会合同ガイドライン). <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10901000-Kenkoukyoku-Soumuka/0000202651.pdf> (2024年8月21日検索)
 - 14) 草間朋子, 小野美喜：日本NP教育大学院協議会の定める「診療看護師（NP）に必要とされる7つの能力（コンピテンシー）」. 日本NP学会誌, 4 (2): 29-30, 2020.
 - 15) 川原佳代：慢性疾患患者に対するアドバンス・ケア・プランニングの概念分析. 日看科会誌, 41: 279-285, 2021.
 - 16) 秋葉由美, 富樫千秋：看護師の経験年数・役職別にみたレリジエンスに関わる因子. 千葉科学大紀, 15: 124-131, 20221.
 - 17) Silveira, M. J., Kim, S. Y. H., Langa, K. M.: Advance directives and outcomes of surrogate decision making before death. *N Engl J Med*, 362 (13): 1211-1218. 2010. doi: 10.1056/NEJMsa0907901.
 - 18) Chikada, A., Takenouchi, S., Nin, K., et al.: Definition and recommended cultural considerations for advance care planning in Japan: A systematic review. *Asia Pac J Oncol Nurs*, 8 (6): 628-638. 2021. doi: 10.4103/apjon.apjon-2137.
 - 19) 和田耕一：ACP（人生会議）のダークサイド そのACPだれのため?. 日本プライマリ・ケア連合, プライマリケアの理論と実践 第1版. 日本医事新報社, 東京, 20-21, 2021.
 - 20) 山本真弓：高齢慢性心不全患者のACPおよび意思決定支援—セルフマネジメントと医療連携の鍵となる治療情報の共有—. 山陽論叢, 30: 147-156, 2023.
 - 21) Schichtel, M., MacArtney, J. I., Wee, B., et al.:

- Implementing advance care planning in heart failure: A qualitative study of primary health-care professionals. *Br J Gen Pract*, 71 (708): e550-e560, 2021. doi: 10.3399/BJGP.2020.0973.
- 22) Meehan, E., Foley, T., Kelly, C., et al.: Advance care planning for individuals with chronic obstructive pulmonary disease: A scoping review of the literature. *J Pain Symptom Manage*, 59 (6): 1344-1361. doi: 10.1016/j.jpainsympman.2019.12.010.
- 23) 厚生労働省: 令和4年(2022) 人口動態統計月報 年計(概数)の概況 第7表 死亡数・死亡率(人口10万対), 性・年齢(5歳階級)・死因順位別. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/geppo/nengai22/index.html> (2024年8月21日検索)

Abstract

【Objective】

We aimed to identify the palliative care practices of skilled nurses for patients with chronic heart failure.

【Subjects and Methods】

Nurses with at least five years of experience in caring for cardiac patients were asked how they practiced palliative care. The text was put into code with a focus on palliative care practice. Similar codes were combined to create categories and given names.

【Results】

From seven patient case studies by four nurses, six-major categories were created; (1) "Encouragement toward palliative care" (2) "Decision making based on clear goals" (3) "Perceiving the need for palliative care from the patient's usual condition" (4) "Issues in providing palliative care in the future" (5) "Accepting differences in opinions about palliative care" and (6) "Feelings leading to the next level of care".

【Conclusion】

In (1), (2), and (3), nurses did not overlook changes in the patient's daily life, intentionally confirmed the patient's wishes, and encouraged the patient to realize his or her wishes. It was based on clear goals of nurses who wanted to eliminate pain and prioritize the patient's wishes. The practice was supported by knowledge, experience, and a deep sense of ethics. (4), (5), and (6) were issues felt in palliative care, feelings of being glad it went well, and feelings of wanting to do something about it, which were important to lead to the next palliative care. Practice was based on competencies similar to those required of nurse practitioners (NP). It is better to clarify the role and practice of nurses.

Key Words : Palliative Care, Heart Failure, Expert Nurses, Advance Care Planning