

令和 2 年 6 月 18 日現在

機関番号：33936

研究種目：若手研究(B)

研究期間：2016～2019

課題番号：16K20778

研究課題名(和文)慢性心不全患者の末期・終末期ケアの質評価指標の開発

研究課題名(英文)Development of a qualitative assessment indicators of end-of-life care for patients with chronic heart failure

研究代表者

大林 実菜 (Obayashi, Mina)

人間環境大学・看護学部・講師

研究者番号：80590009

交付決定額(研究期間全体)：(直接経費) 2,200,000円

研究成果の概要(和文)：本研究では、専門・認定看護師を対象にしたデルファイ調査により68項目の慢性心不全末期・終末期ケアの質評価指標を開発した。またその指標を用いて、全国の循環器科で働く看護師を対象に、ケアの実態調査と指標の妥当性の検討を行った。その結果、看護師らは時間の確保が困難な状況のなか、患者の苦痛を緩和するため日々ベッドサイドでのケアに時間を割いている状況であることが分かった。また所属機関に介入チームがあることや研修会や勉強会の参加経験が、看護師の末期・終末期ケアへの認識を向上させ、高いケアの実施状況につながっていることが考えられた。さらに指標の妥当性を検討した結果、妥当性を確認できたと考える。

研究成果の学術的意義や社会的意義

慢性心不全患者に必要な看護ケア全体を網羅した心不全末期・終末期ケアの質評価指標を開発したことにより、指標は看護師のケアの振り返り等に活用できると考える。それにより末期・終末期ケアを意識した看護ケアを提供できること、さらに病棟単位等で不十分なケアの傾向の検討も可能となり、部署全体の課題としての取り組みやその評価における活用もできると考える。さらに今回その指標を用いて全国の循環器科で働く看護師を対象にした実態調査も行ったことにより、ケアの実施状況が確認され、課題を明らかにすることができた。さらに所属機関の介入チームの存在の有無や研修会等の参加経験の有無の重要性が改めて認識できた。

研究成果の概要(英文)：In this study, we developed 68 qualitative assessment indicators of end-of-life care for patients with chronic heart failure through a Delphi survey to specialized nurses. Using the indicators, we conducted a survey for nurses working in cardiology departments nationwide about the implementation status of care and examined the validity of the indicators. As a result, we found that nurses are taking time for bedside care every day in order to alleviate the suffering of patients, while being busy and having difficulty securing time. In addition, we consider that the presence of an intervention team at the hospital and the experience of participating in training or study sessions helped raise awareness of end-of-life care among nurses and led to higher levels of care implementation. Furthermore, as a result of examining the validity of the indicators, we believe that the validity was confirmed.

研究分野：臨床看護学

キーワード：慢性心不全 末期・終末期ケア

## 様式 C - 19、F - 19 - 1、Z - 19 (共通)

### 1. 研究開始当初の背景

近年高齢化に伴い、慢性心不全患者は増加の一途をたどっており、慢性心不全の末期・終末期ケアへの注目が高まってきている。

日本では2010年、「循環器疾患における末期医療に関する提言」が発表された<sup>1)</sup>。その提言のなかで、末期・終末期における看護介入に関しての重要性が言及されている。しかし、慢性心不全は急性増悪と寛解を繰り返すという疾患の特徴がゆえ、介入するタイミングが難しく、十分なケアが提供できているとは言えない状況にある。またこれまでの研究では、実践報告や小規模な研究にとどまり、心不全末期・終末期の看護ケア全体の現状や課題について明らかとなっている研究は少ない。

心不全末期・終末期ケアには、看護師の適切なアセスメント能力、判断力、またコミュニケーション能力などが必要だと考えるが、看護師の知識と経験、緩和ケアチームの存在の有無等の施設の特徴によってケアの質が異なる可能性もある。そこで、本研究では看護師に求められる、慢性心不全患者への必要な末期・終末期ケアが網羅されたケアの質指標を開発し、ケアの質の向上を目指すことが必要と考えた。さらに開発した質評価指標を用いて、末期・終末期ケアの実態調査と指標の妥当性の検討を行い、課題やその要因を明らかにしていくこと、また指標をより活用しやすいものにすることが必要だと考えた。また本指標は今後、看護師のケアの振り返りに活用され、末期・終末期ケアを意識した看護ケアを提供できること、さらに病棟で不十分なケアの傾向の検討も可能となり、病棟全体の取り組みやその効果の評価における活用もできることが期待された。

### 2. 研究の目的

本研究では、看護師に求められる、慢性心不全患者に必要な末期・終末期ケアが網羅されたケアの質指標を開発し、さらに開発した質評価指標を用いて、末期・終末期ケアの実態調査と指標の妥当性の検討を行った。

### 3. 研究の方法

本研究では【研究1】デルファイ法による慢性心不全患者の末期・終末期ケアの質評価指標の開発を行った後、【研究2】開発した慢性心不全患者の末期・終末期ケアの質評価指標を用いたケアの実態調査と指標の妥当性の検討を行った。

#### (1) 研究1

デルファイ法は専門家の意見を集約・収束させて妥当な結論を導く方法であり、収束するまで同じ対象者に繰り返し調査を行っていく方法である。本研究では、まず文献検討より抽出された慢性心不全末期・終末期ケアの構成要素から、各構成要素の指標項目を作成、76項目の指標原案を作成した。その後その指標について、認定看護師や専門看護師を対象に、デルファイ法による3回の質問紙調査を行った。9段階評価で指標項目としての適切性を評価した。「中央値7以上で不適切回答者がいない項目」という条件で項目を採用し、また表現の修正や別案の意見なども参考にしながら指標を精選・修正した。

#### (2) 研究2

全国の循環器病棟で勤務する看護師へ質問紙調査を行った。

調査内容：慢性心不全患者の末期・終末期ケアの質評価指標を用いて、ケアの実施状況と重要性を4段階評価(実施状況：1 = 全くしていない、2 = ほとんどしていない、3 = 時々している、4 = いつもしている、重要性：1 = 全く重要でない、2 = あまり重要でない、3 = まあまあ重要である、4 = とても重要である)で回答を求め、実施状況と重要性の評価に差がある場合(例：とても重要と思っているが、全く実施していない)、その理由についても自由記述で求めた。また年代、臨床経験年数、循環器分野での経験年数、最終学歴、資格の有無、心不全末期・終末期に介入するチームの有無、チームメンバーか否か、心不全末期・終末期ケアに関する研修会や勉強会への参加状況について回答を求めた。

分析方法：実施状況と重要性ともに、各指標項目における平均値・中央値・最頻値を算出し、実施状況および重要性の認識を把握した。さらに、指標の妥当性を検討するため、4要素で構成される指標において、その合計得点や各要素の合計得点と属性や施設の状況に関する回答内容について、相関係数の算出や得点の平均の比較を行い、関連を検討した。年代と最終学歴はKruskal Wallis検定、臨床経験年数と循環器分野経験年数はスピアマンの順位相関係数を算出、資格の有無やチームの有無、チームメンバーか否か、研修会等の参加状況については、t検定を用いた。

統計解析にはSPSS Statistics 25を使用し、有意水準は5%とした。

### 4. 研究成果

#### (1) 研究1

第1回調査30名、第2回調査27名、第3回調査26名から回答を得た。第1回調査では、76項目中17項目を修正、1項目を削除した。第2回調査では7項目を修正、6項目を削除した。第3回調査では、1項目が採用条件を満たさず削除となった。最終的に68項目、各項目の中央値は9で収束した。

## (2) 研究2

### 対象者の概要

承諾が得られた91施設1742名に調査票を郵送した。回収数は533(回収率30.6%)、うち有効回答の得られた531件を分析対象とした。

対象者の年代は、20歳台186名(34.9%)が最も多く、続いて30歳台170名(31.9%)、40歳台127名(23.8%)、50歳台45名(8.4%)であった。臨床経験年数は平均 $12.6 \pm 8.8$ 年で、循環器分野での経験年数は平均 $5.7 \pm 5.0$ 年であった。最終学歴は専門学校416名(78%)が最も多く、続いて大学76名(14.3%)、短期大学33名(6.2%)、大学院1名(0.2%)であった。認定看護師や専門看護師などの有資格者は38名(7.1%)であり、うち17名は慢性心不全看護認定看護師であった。所属機関に心不全末期・終末期ケアに介入するチームがあると回答した人は369名(69.2%)で、名称は様々であったが、そのほとんどが心不全に関連したチームや緩和ケアチームが介入していた。これまでに心不全末期・終末期に関する研修会や勉強会に参加したことがあると回答した人は312名(58.5%)であった。

### 慢性心不全末期・終末期ケアの実施状況(表1)

実施状況において、68項目中平均値3.5以上、中央値・最頻値ともに4だった項目は、9項目あった。平均値が3.0に満たない項目は、10項目あった。平均値が3.0に満たなかった項目に挙げられていた自由記述については、表2に示す。

### 慢性心不全末期・終末期ケアの重要性の認識(表1)

68項目全ての項目において、平均値3.5以上、中央値・最頻値ともに4だった。

対象者年代・経験年数・最終学歴・資格の有無・介入チーム存在の有無・チームメンバーか否か・研修会等参加経験の有無による指標項目得点の比較

実施状況の指標合計得点・各要素合計得点において、年代(20歳台、30歳台、40歳台、50歳台)と最終学歴(専門学校、短期大学、大学、大学院)のそれぞれ4群間をKruskal Wallis検定を用いて比較した。その結果、年代と最終学歴による得点差は有意ではなかった。

経験年数との間で算出したスピアマンの順位相関係数においては、臨床経験年数・循環器分野での経験年数ともに、得点との有意な相関は認められなかった。

実施状況の指標合計得点・各要素合計得点において、資格の有無・介入チーム存在の有無・チームメンバーか否か・研修会等参加経験の有無、それぞれ2群間をt検定を用いて比較した。その結果、資格の有無による有意な得点差はなかった。介入チーム有り群では、指標合計得点において、平均値 $221.82 \pm 29.66$ 点が無し群の平均値 $211.66 \pm 30.12$ 点より有意に高く( $t=3.42, p<.01$ ) また各要素合計得点においても、全ての要素で介入チーム有り群の平均値が無し群の平均値より有意に高かった。チームメンバーである群では、指標合計得点において、平均値 $229.20 \pm 25.07$ 点がメンバーでない群の平均値 $219.99 \pm 30.77$ 点より有意に高く( $t=2.49, p<.05$ ) また「苦痛の緩和」「家族へのケア」の要素においてメンバーである群の平均値がメンバーでない群の平均値より有意に高かった。参加経験のある群では、指標合計得点において、平均値 $224.43 \pm 28.61$ 点が参加経験のない群の平均値 $210.43 \pm 30.43$ 点より有意に高かった。( $t=5.11, p<.01$ ) また各要素合計得点においても、全ての要素で参加経験のある群の平均値が参加経験のない群の平均値より有意に高かった。

表1 慢性心不全末期・終末期ケアの実施状況と重要性の認識

(黄色: 平均値3.5以上、中央値・最頻値4の項目、青色: 平均値3未満の項目)

要素	カテゴリ	指標項目	実施状況			重要性			
			平均値	中央値	最頻値	平均値	中央値	最頻値	
意思決定支援	患者・家族の現状から認識や意向を早期に提供する	1 患者・家族が病状や現行治療をどの程度理解しているか確認する	3.4	3	3	3.9	4	4	
		2 心不全発症早期から一般的な心不全の経過について説明する機会を設ける	2.9	3	3	3.7	4	4	
		3 入院を繰り返すようになると、終末期に望む医療や過ごす場所の意向について家族を含め話し機会を持つ	2.7	3	3	3.7	4	4	
		4 患者の意思を代弁できる意思決定代理人を確認する	2.8	3	4	3.7	4	4	
	現状や今後の見通しについて十分な情報を提供する	5 病状や今後の見通しまたは今後の説明をするタイミングを医師や他医療者ととも検討する	3	3	3	3.7	4	4	
		6 病状経過について患者・家族が理解し、現実的に考えることができるよう継続的に説明する	3.1	3	3	3.7	4	4	
		7 悪い病状経過を説明する際は、患者が絶望感に陥らないよう伝え方について検討する	3.2	3	4	3.7	4	4	
		8 患者・家族の現行治療などに対する理解度に応じ、医師へ説明を依頼する	3.3	3	3	3.8	4	4	
		9 治療の選択をする際は、各選択肢の生活面におけるメリット・デメリットを説明する	2.8	3	3	3.6	4	4	
	患者・家族の認識に相違がないようにする	10 積極的治療の差し控えがある場合は、後に予測される患者の変化について患者本人や家族等へ説明する	3	3	3	3.7	4	4	
		11 医師や他医療者に今後の見通しの考えと、そのことについて患者・家族に対しどのような説明がなされているか確認する	3.3	3	3	3.8	4	4	
		12 医師から病状や今後の見通しについての説明があるとき、同席し患者・家族の反応を確認する	3.1	3	3	3.8	4	4	
		13 説明後、患者・家族がどのように感じているか確認し、質問・心配事について尋ねる	3.5	4	4	3.8	4	4	
		14 患者・家族が落ち着いて考えられる時間を設け、その後看護師と話し合う場面を持つ	2.8	3	3	3.6	4	4	
		15 患者・家族の病状や現行治療に対する理解に誤解があれば修正する	3.4	3	4	3.8	4	4	
		16 患者・家族の治療や看護に関する希望を確認する	3.3	3	4	3.8	4	4	
		17 意思に相違があった場合は患者の代弁者として間に入って調整する	3.1	3	3	3.6	4	4	
		18 患者・家族の意思について多職種で情報を共有する	3.4	4	4	3.8	4	4	
		19 医療職者の認識に相違がある場合は話し合う機会を持ち、同じ目標に向かえるようにする	3.1	3	3	3.8	4	4	
意思決定を尊重する	20 患者・家族に、意思を尊重し支えることを伝える	3.3	3	4	3.8	4	4		
	21 患者・家族の揺れる意思に理解を示し、決定した意思は変更できることを伝える	3.3	3	4	3.8	4	4		
	22 患者・家族の気持ちを出させ変化に留意する	3.2	3	3	3.7	4	4		
	23 意思の変化がみられた場合は、多職種で連携を取りながら意思に沿うために必要なことを検討する	3.2	3	3	3.7	4	4		
	24 本人の意思決定ができない場合は、意思決定代理人に本人の最善が何が考えられるように促す	3	3	3	3.7	4	4		
苦痛の緩和	治療やケアの調整を図り、身体的苦痛を緩和する	25 身体症状がどの程度日常生活動作に影響を与えているかアセスメントする	3.6	4	4	3.8	4	4	
		26 患者にとって何が1番苦痛となっているか確認する	3.6	4	4	3.9	4	4	
		27 症状を悪化させない日常生活上の工夫を一緒に考える	3.4	3	4	3.8	4	4	
		28 治療や看護により身体症状の軽減が図れているかアセスメントする	3.6	4	4	3.8	4	4	
		29 疼痛や呼吸困難に対し、オピオイド使用を医師とともに検討する	2.9	3	3	3.7	4	4	
	患者にとっても安心できる緩和する	30 鎮静薬を使用する場合は、投与の適切性や患者・家族が希望する鎮静の程度になっているか評価する	3.3	3	4	3.8	4	4	
		31 薬剤や医療処置以外の方法でも症状緩和や安楽が図れるケアを実践する	3.4	3	4	3.8	4	4	
		32 褥瘡・表皮剥離など患者の容貌変化が最小限になるようケアを行う	3.7	4	4	3.8	4	4	
		33 意図的に患者の思いを聴く機会を作る	3.2	3	3	3.8	4	4	
		34 患者の思いに傾聴・共感し、患者にとっての1番の精神的苦痛や支えは何かアセスメントする	3.4	3	3	3.8	4	4	
家族へのケア	家族の身体的負担を減らし、精神的負担を減らす	35 患者にとって精神的支えになるものを患者・家族と共に見つけ大切にすること	3.1	3	3	3.7	4	4	
		36 患者の不安などの精神症状が増強する要因についてアセスメントする	3.3	3	3	3.7	4	4	
		37 悪化傾向にある間も患者の希望が維持できるように介入する	3.1	3	3	3.7	4	4	
		38 睡眠状況や精神状態をアセスメントし、必要に応じて薬剤の使用を検討する	3.5	4	4	3.8	4	4	
		39 不安や抑うつ症状の有無、程度を評価し、必要に応じて専門家へ相談する	3.3	3	3	3.8	4	4	
		40 家族が思いや感情を表出できる環境を作る	3.2	3	3	3.8	4	4	
チームアプローチ	家族の身体的負担を減らし、精神的負担を減らす	41 代理意思決定を迫られた際は、決定について自分たちだけで抱え込まないよう寄り添う	3.1	3	3	3.7	4	4	
		42 家族が恐怖や不安、自責感などの感情を表出できるようにする	3.1	3	3	3.7	4	4	
		43 家族の労をねぎらう	3.5	4	4	3.8	4	4	
		44 家族の関係性、家族内のサポート状況をアセスメントし、負担に偏りがないよう助言・調整する	3.1	3	3	3.7	4	4	
		45 家族の心身の調子を把握し、疲労時には休息を促す	3.4	3	4	3.8	4	4	
		46 家族の状況をアセスメントし、必要に応じて専門家の家族介入を依頼する	3	3	3	3.7	4	4	
	患者へのケア	悲嘆に対する援助	47 病状・治療の内容、今後の見通しについて伝える場面を持ち、現状を理解できるようにする	3.2	3	3	3.8	4	4
			48 今後起こり得る身体的・精神的变化を家族に伝える	3.1	3	3	3.7	4	4
			49 家族の希望を支えつつ、今できる治療・ケアについて伝える	3.2	3	3	3.7	4	4
			50 患者にとっての最善は何か、一緒に考える	3.3	3	4	3.8	4	4
ケアの課題を見出す	多職種の中心となって介入する	51 患者のためにしたいことを確認し、可能な範囲で叶えることができるように介入する	3.2	3	3	3.8	4	4	
		52 手足を擦る・意識がなくても声をかける、など家族ができるケアを伝え一緒に行う	3.4	4	4	3.8	4	4	
		53 家族とともに患者の人生について振り返る場面を持ち、悲しみや想いを表出できるようにする	2.9	3	3	3.7	4	4	
		54 面会時間を増やし、患者と家族ができるだけ一緒にいられるように配慮する	3.3	3	4	3.8	4	4	
		55 患者が家族に直接言えない感謝の気持ちを家族へ伝える	2.9	3	3	3.7	4	4	
		56 患者と家族が最期の時間を落ち着いて過ごせるよう環境を整える	3.4	4	4	3.8	4	4	
		57 臨終時に家族が立ち会えるように配慮する	3.7	4	4	3.9	4	4	
		58 家族の希望に応じて可能であればエンゼルケアを一緒に行う	3.3	4	4	3.8	4	4	
ケアの課題を見出す	多職種の中心となって介入する	59 多職種と連携し、退院支援、在宅療養支援を行う	3.6	4	4	3.9	4	4	
		60 患者へ適切な介入が行われているか多職種と協働し評価する	3.4	3	4	3.8	4	4	
		61 多職種間で介入内容や目標が多職種間でずれないように調整する	3.3	3	4	3.8	4	4	
		62 多職種間で定期的にケアカンファレンスを開催し情報共有・意見交換をする	3.3	3	4	3.8	4	4	
		63 看護の視点を生かした見解を多職種へ伝えケアの調整を図る	3.2	3	3	3.8	4	4	
		64 患者・家族の思いを代弁して多職種へ伝えケアを提案する	3.2	3	3	3.8	4	4	
		65 患者・家族の状態をアセスメントし、専門看護師・認定看護師・臨床心理士など、専門家の介入を検討する	3.1	3	3	3.7	4	4	
		66 カンファレンスでケアの困難さを共有し、解決策を一緒に考える	3.2	3	3	3.7	4	4	
67 デスクカンファレンスを開催し、医療職者が終末期ケアに関する思いを吐露できる環境を作る	2.4	2	2	3.6	4	4			
68 終末期ケアを振り返り、医療者自身の心理的状況を理解し、ケアの課題を見出す	2.5	3	3	3.6	4	4			

表2 平均値3未満項目の自由記述内容

項目	自由記述内容
2.心不全発症早期から一般的な心不全の経過について説明する機会を設ける	時間がない、早期に関わる機会がない、自分の知識不足、患者の理解度に合わせ必要な患者のみ行う、医師が行う、入院時は積極的治療を行うため説明できない、など
3.入院を繰り返すようになったら、終末期に望む医療や過ごす場所の意向について家族を含め話す機会を持つ	実際話し合うタイミングが難しい、医師からの協力が得られない、看護師が介入して良いか迷う、医師からの説明内容や治療方針の相違によりできない、治療に前向きな患者には話しにくい、治療が優先されると、症状が改善されると患者も家族も終末期という認識がなくなる、複雑な家族関係によりできない、業務に追われ時間がない、など
4.患者の意思を代弁できる意思決定代理人を確認する	必要な患者に行う、キーパーソンの確認はするが意思決定代理としての確認はしていない、治療で症状が改善されると間(タイミング)を逃す、認知機能の低下により難しい、時間がない、など
9.治療の選択をする際は、各選択肢の生活面におけるメリット/デメリットを説明する	医師が行っている、医師の補助として行う、選択肢があまりない、説明できるほど知識がない、医師からの説明内容を把握していない、時間がない、医師が行うべき、医師から説明されているが生活面においては説明されていない、など
14.患者・家族が落ち着いて考えられる時間を設け、その後看護師と話し合う場面を持つ	ゆっくり関わる時間が取れない、同じ看護師がいつも関われない、説明するのみで終わっている、改めて話し合っていない、など
29.疼痛や呼吸困難に対し、オピオイド使用を医師とともに検討する	オピオイドを使用する例が少ない、医師が使用に消極的、口出しできない、チームが行う、医師の指示待ち、など
53.家族とともに患者の人生について振り返る場面を持ち、悲しみや想いを表出できるようにする	重要と思う時間がない、家族の面会時間が短く家族と関わるできない、切り出し方が分からない、必要な患者にしか行っていない、など
55.患者が家族に直接言えない感謝の気持ちを家族へ伝える	患者の意識がないことも多く伝えることができない、家族の面会が少ない、そのような場面にあたる機会がない、など
67.デスカンファレンスを開催し、医療職者が終末期ケアに関する思いを吐露できる環境を作る	デスカンファレンスを経験したことがない、経験がないため重要性が分からない、病棟にデスカンファレンスが浸透していない、開催する時間がない、重要だと思う現在の患者のカンファレンスが優先される、倫理的ジレンマを抱えた事例のみ行っている、など
68.終末期ケアを振り返り、医療者自身の心理的状況を理解し、ケアの課題を見出す	時間がない、スタッフやチーム全体での共有はしていない、振り返ることは必要だと思うができていない、ケアの課題は見出すことはあるが、心理的側面までは難しい、など

## 考察

指標項目全てにおいて、その得点の高さから重要性を認識していることが分かる。しかし比較的实施状況が低いと思われる項目 10 項目があったことから、重要だと感じているが、実施できない状況にあることが推察される。自由記述より、そこには介入するタイミングの難しさ、時間確保の困難、医師との連携の難しさ、認識の低さなどの要因があることが伺える。また増悪と寛解を繰り返すという心不全特有の経過より、これまで、治るという期待感がある<sup>2)</sup>ことや疾患の知識はあるものの病状の認識の低さがある<sup>3・4)</sup>ことについて報告されているが、今回の調査でも同様の結果を得た。患者・家族の認識の低さが介入するタイミングの難しさにつながり、さらに医師からどのように説明がされているかの把握など、医師との連携の難しさも看護師の介入困難な状況につながっていると考えられる。また、循環器領域では、急性期治療が中心に行われ時間の確保が困難な状況であることから、意思決定支援における話し合いができていない現状やデスカンファレンス開催につながっていない現状があることが明らかとなった。一方で、実施状況評価が高かった項目では、特に看護師が直接患者に関わる苦痛の緩和に関するケア項目が高かった。このことから、忙しく時間の確保が困難な状況のなか、看護師は患者の苦痛を緩和するため日々ベッドサイドでのケアに時間を割いている状況であることが考えられた。

指標の妥当性については、デルファイ法により指標の内容妥当性については確保できていた。ドナベディアン<sup>5)</sup>の医療の質評価における要素「構造」「過程」「結果」、これら機能的関係より本調査では妥当性を検討した。構造は施設、医療機器、医療スタッフの種類や数、看護師の教育歴や配置基準、資格を、過程は実際に行われた診療や看護の内容を、結果は行った診療や看護の結果を意味する<sup>5・6)</sup>。それにより本研究では、構造に値する質問項目と過程に値する看護の実施内容との関連性を検討した。所属機関に介入チームがある群、チームメンバーである群、研修会等に参加経験のある群のほうが有意に得点が高かったことより、機能的関係「構造」「過程」がある程度成立すると考える。看護の実施内容を評価する本指標について、ある程度妥当性が確保できたと考える。さらに、指標全項目の重要性の認識が高く評価されたことは、指標の内容妥当性を支持するものだと考える。また結果より、所属機関に介入チームがあることや研修会や勉強会の参加経験が、看護師の認識を向上させ、高いケアの実施状況につながっていることが考えられ、その重要性が改めて示唆された。

## 【引用文献】

- 1)日本循環器学会ほか：循環器病の診断と治療に関するガイドライン（2008-2009 年度合同研究班報告）循環器疾患における末期医療に関する提言．平成 27 年 10 月 5 日．[http://www.j-circ.or.jp/guideline/pdf/JCS2010\\_nonogi\\_h.pdf](http://www.j-circ.or.jp/guideline/pdf/JCS2010_nonogi_h.pdf)
- 2)猪口 沙織，甲 あかね，北川 利香（2013）．循環器病棟看護師の心不全患者への緩和ケアの現状．日本看護学会論文集：成人看護 1143 号，103-106
- 3)Susan E. Lowey, Sally A. Norton, Jill R. Quinn, et al. (2013). Living With Advanced Heart Failure or COPD: Experiences and Goals of Individuals Nearing the End of Life. Research in Nursing & Health, 36, 349-358
- 4)Marilyn Kendall, Emma Carduff, Anna Lloyd, et al. (2015). Different Experiences and Goals in Different Advanced Diseases: Comparing Serial Interviews With Patient With Cancer, Organ Failure, or Frailty and Their Family and Professional Carers. Journal of Pain and Symptom Management, 50(2), 216-224
- 5)Avedis Donabedian (著) / 東尚弘 (訳) (2013). Explorations in Quality Assessment and Monitoring, Volume The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment / 医療の質の定義と評価方法．認定 NPO 法人健康医療評価研究機構．
- 6)福井次矢 (監) (2015). Quality Indicator 2015 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質] を測り改善する．インターメディカ．

5. 主な発表論文等

〔雑誌論文〕 計0件

〔学会発表〕 計2件（うち招待講演 0件 / うち国際学会 0件）

1. 発表者名 大林実菜
2. 発表標題 慢性心不全の末期・終末期ケアの質評価指標作成に向けた文献検討
3. 学会等名 日本循環器看護学会学術集会
4. 発表年 2017年

1. 発表者名 大林実菜
2. 発表標題 慢性心不全の末期・終末期ケアの質評価指標の開発
3. 学会等名 日本循環器看護学会学術集会
4. 発表年 2019年

〔図書〕 計0件

〔産業財産権〕

〔その他〕

-

6. 研究組織

	氏名 (ローマ字氏名) (研究者番号)	所属研究機関・部局・職 (機関番号)	備考
--	---------------------------	-----------------------	----