

科学研究費助成事業 研究成果報告書

平成 30 年 6 月 14 日現在

機関番号：24403

研究種目：基盤研究(C) (一般)

研究期間：2014～2017

課題番号：26463316

研究課題名(和文)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モデルの開発

研究課題名(英文)Development of a decision-making support model to help patients with chronic heart failure choose treatment and care options for their end-of-life

研究代表者

旗持 知恵子 (HATAMOCHI, CHIEKO)

大阪府立大学・看護学研究科・教授

研究者番号：70279917

交付決定額(研究期間全体)：(直接経費) 3,400,000円

研究成果の概要(和文)：本研究では、慢性心不全患者のエンド・オブ・ライフに向けての療養法選択に関わる意思決定支援モデルをEganの看護介入モデル開発プロセスに基づき帰納法的に作成した。その結果、熟練看護師によるインタビューからは、現段階で14カテゴリーの看護様式(mode)が、6カテゴリーの介入のゴールが見出された。海外視察時の情報収集を含め、慢性心不全患者の意思決定支援は予防期、発症期、急性増悪期、回復期、慢性期、終末期の時期に行われること、看護者の役割として、病状や選択肢の理解を促すための教育的役割、患者・家族・医療者それぞれの状況を俯瞰し、調整する役割の重要性が明らかになった。

研究成果の概要(英文)：This study reports a decision-making support model to help patients with chronic heart failure choose treatment and care options for end-of-life, created inductively based on Egan's process for developing nursing intervention model. Analysis of interviews with veteran and advanced nurses yielded 14 categories of nursing modes and 6 categories of intervention goals. Our findings, viewed in conjunction with data collected during oversea inspections, demonstrate the importance of providing decision-making support for chronic heart failure patients at the prevention, symptom onset, acute exacerbation, recovery, chronic, and terminal phases of the disease. Furthermore our findings show the importance of nurses' role as educators, by helping patients understand their condition and treatment options, as well as coordinators, by considering the respective situations of patients, family members, and medical professionals, and integrating the whole picture to make adjustments to their care.

研究分野：看護学

キーワード：意思決定支援 慢性心不全患者 エンド・オブ・ライフ 看護介入モデル

1. 研究開始当初の背景

(1) 本邦の慢性心不全患者は、現在、推計100万人と言われ、高齢化や慢性心不全の主な基礎心疾患である虚血性心疾患の生存率の上昇に伴い、今後も増加すると言われている。特に近年の心室再同期療法(ICD)、両室ペーシング機能付き植込み型除細動器(CRT-D)、血液浄化療法など機械的補助療法の導入により、延命治療のみならず、末期心不全状態においても、ある程度身体機能が回復し、退院する場合もある。延命治療や終末期医療の境界が曖昧になってきた結果、末期状態での過剰なCRT-D作動による患者の苦痛の増大などの療養上の問題が生じていることが報告されている。心不全の終末期(end-of-life)は妥当な医療の継続にもかかわらず、死が間近かに迫っており、脳機能の回復が困難な状態と定義され、治療により増悪と緩解、入院と退院を繰り返す心不全末期(end-stage)とは区別される(循環器疾患における末期医療に関する提言、2010)。したがって患者や家族の終末期の治療や療養の場に関わる意思決定は心不全末期までの間に行う必要があるが、治療により一時的に循環動態が回復する場合も多く、医療者も家族も治療停止などを含めた療養法の決断ができない状況がある。

(2) 海外においては事前指示やDNAR(do not attempt resuscitation)などについて家族と医療者が事前検討することが報告されている(Haupmam PJ et al., 2008)。本邦においても末期状態心不全の終末期(end-of-life)に至る前の心不全末期(end-stage)から末期状態であることや予後について伝えること、療養法に関わる意思決定支援の重要性は指摘されている。しかし実際には、慢性心不全患者の療養法の選択に関わる意思決定支援が十分に行われていない状況である。その理由として予後予測の難しさや多くの患者が生命予後不良であることに気づいていないこと、患者や家族の回復への期待が大きいことなどがあげられる。慢性心不全の病状や予後について医療者と患者、家族がいつどのように情報を共有し、療養場所や治療法などを検討していくかなどの具体的方法や評価法について明らかにしていく必要がある。

(3) これまでの研究成果からは慢性心不全診断初期の患者においても、今後の療養や生活を考える上で、病気の経過、予後について情報共有することを望んでいるが、医療者とは十分に話し合えていない現状が明らかになった(角野他、2013)。回復期、慢性期における循環器疾患患者の生活管理においては患者自身が身体や生活状況を医療者とともに評価し、テーラーメイドの療養法を選択することの重要性が明らかになった(簗持、2011)。人生のしめくくりとしての終末期に

向けて自分の状況を医療者と共有し、療養法を選択することは患者と家族にとってさらに重要となる。慢性心不全患者のエンド・オブ・ライフに向けての療養法選択への意思決定支援モデルを開発することは、慢性心不全の終末期に向けた看護実践の改善や発展の基盤となると考えられる。

2. 研究の目的

本研究では、循環器疾患の終末期である慢性心不全患者のエンド・オブ・ライフに向けての療養法選択に関わる意思決定支援モデルを作成し、評価することを目指す。その成果は慢性心不全の終末期に向けた意思決定を促進する系統的な看護実践と評価の基盤として活用できる

3. 研究の方法

本研究では Egan の看護介入モデルの開発プロセス(EG.Egan, 1979)に基づき、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モデルを作成する。

(1) 文献検討と海外視察

文献検討と海外での情報収集を通して、意思決定やエンド・オブ・ライフなどのケアに関わる現状や看護の役割などモデルに関わる重要概念と前提(Assumption)などを明らかにする。

(2) 熟練看護師へのインタビュー調査

循環器疾患患者のケアに携わっている熟練看護師9名のインタビューの結果から意思決定に関わる状況や体験を抽出し、モデルの構成要素の観点から分類して、記述した。

半構成的インタビュー調査

慢性心不全患者の終末期に向けての療養法に関わる意思決定支援が実践できた事例、実践できなかった事例各々について、以下の内容を含むインタビューガイドを用いて面接する(a.患者と病気の経過、治療や療養法の意思決定に至るまでおよびその後の経過、b.意思決定に関わる看護師の役割と実践内容や方法/意思決定へのケアのタイミング等 c.ケアの評価方法、d.意思決定を行う上での問題点等)。

収集したデータの分析

インタビュー内容に関しては逐語録を作成し、意思決定に関わる内容を以下の介入モデルの構成要素の観点で抽出し、コード化、カテゴリー化する(患者を取り巻く問題状況、最終的なゴール、看護行為の様式・方法等)。

(3) モデルの作成と評価

熟練看護師、慢性看護の研究者が参加する慢性看護研究会にて、臨床の実践事例からモデルの評価、修正を複数回行った。

研究計画段階においては本邦の患者・家族へのインタビュー調査を実施予定であった。しかし現在の本邦の医療の状況や、調査に伴う当事者の心身の負担を考慮し、見合わせ、熟練看護師への調査と海外視察時の患者、家族への調査のみ実施した。

4. 研究成果

(1) 海外視察から得られた心不全患者のエンド・オブ・ライフに向けた意思決定支援

米国ミシガン州の Arbor Hospice とハワイ州 Hospice Hawaii ホスピスケアにおける意思決定支援について視察を行った。

ナースマネージャ - や医師の講義、ホスピスケアに携わる看護師、ケースワーカーや臨床心理士、ホスピスケアを受けている対象や家族へのインタビューなどの結果から得られた知見は以下のとおりである。①～③が Arbor Hospice 視察、④～⑥が Hospice Hawaii から得られた知見である。

ホスピスケア選択の意思決定時の“good communicator”としてのスキルの活用

ホスピスケアの適応についての患者や家族への説明は、まず大学病院の診療科専門医が緩和ケアの必要性を話す。その後、緩和ケア専門医がホスピスケアの適応性を説明し、いくつかのホスピスを紹介し、患者・家族がその中から希望のホスピスを選択する。ホスピスナースが事前訪問し、ホスピスケアの内容やメリットを伝え、サービス内容を決め、ケアが開始される。患者・家族のホスピスケア選択の決め手になったことは、医師の説明と患者の症状悪化、著明な心身機能の低下であった。

療養の場やケアの選択の際に鍵を握るのは、医療者のコミュニケーションスキルである。医療者は積極的な治療の利益と負担、cure ではなく comfort care が必要であること、様々な選択肢などを伝える必要がある。緩和ケアを受けることは治療ができないのではなく、心地よい状況にするためのケアを受けるといことへ医療の焦点が変わることを患者や家族に理解してもらうことが重要となる。

命の最期について話すタイミングを図り、意思決定のプロセスを患者・家族 - 医療者で共有する

患者と家族に配布されるホスピスケアガイドには、アドバンスディレクティブ(事前指示)や蘇生処置拒否指示書(Do Not Resuscitate: 以下 DNR)とは何か、どこで入手できるのか、そのためには何をすべきかなどが掲載されている。ホスピスではケア導入時に DNR の確認がなされ、サインをしていない患者の場合、定期的に意思確認を行うこととなっている。しかし、命の最期の時や

死について話をするタイミングの判断は非常に難しい。ホスピスの医師は、「非がん患者の場合、病気は認めるが、死ぬということを認めることは難しい。患者自身が病状が良くなったと感じなくなったらホスピスに行くタイミングだと話す。患者自身は自分の病状がどれだけ進み、重症化しているのか知っている。病気の経過や今後について話をしたいか聞き、そのニーズがある際には話をする。様々な選択肢と医療者の判断も伝え、患者や家族を知り、決断できればよい。患者や家族の意思決定の結果が医療者の価値と異なるものでも、医療者の責任として、そのようなプロセスが重要である」と述べていた。医療者、患者・家族で療養法を決定していくというプロセスの重要性が示された。

ホスピスケア・緩和医療の教育と啓発

米国においても緩和医療、ホスピスケア、は死をイメージさせるものであり、積極的な治療から緩和、ホスピスケアに移行することは必ずしもスムーズではない。Arbor Hospice では地域で実施されている健康関連行事や記念日の際にコミュニティの住民に対しホスピスケアに関連する教育活動を行っている。特に、エンド・オブ・ライフに向けての自分の意思を明確にすることは周囲の人への“ギフト”となることを医療系学部の学学生や一般住民へ教育することの重要性が話された。

慢性心不全患者の意思決定支援では shared decision model としての意思決定支援、コミュニケーションスキル、医療者、一般住民へのホスピス・緩和医療の選択に関する教育啓発の必要性が示唆された。

心疾患患者のホスピスケアなど療養法に関する意思決定支援のタイミング

下記一つでも当てはまればそのタイミングである

- ・代償障害のための複数回入院
- ・酸素依存
- ・左室駆出率 < 20%
- ・NYHA クラス
- ・最適治療を受けているが改善しない
- ・最少労作、安静時の呼吸困難による ADL 低下がある
- ・標準的治療時でも症状がある
- ・手術療法等侵襲的技法の適応ではない、あるいは拒否している
- ・心停止の既往や 75 歳以上の高齢
- ・臨床学的な検査の低下 等

多職者チームによる意思決定支援

心不全患者の意思決定支援のためには、終末期医療の事前指示書(Physicians Order for Life-Sustaining Treatment)をきっかけにして、患者や家族の希望を(hope)を聞き、多職者でケアのゴールを決定する。

看護師の役割は教育 (education) と調整 (coordination) である。

Appreciative Inquiryとしてのアプローチ
ホスピスにおける心不全患者の意思決定支援は Appreciative Inquiry (以下 AI) が重要である。これは D. L. Cooperrider らにより提唱されたものであり、価値をもたらす強みに注目し、それを拡大、強化するポジティブアプローチである。意思決定支援も含めたホスピスケアでは問題の原因や誘因を取り除くことができないことも多く、問題解決アプローチの限界があり、AI というアプローチ法が重要となる。

慢性心不全患者の意思決定支援は、チームアプローチであり看護師は時期を見極めながら、教育者、コーディネーターとしての役割の遂行が求められていた。

(2) 熟練看護師のインタビューから得られた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

熟練看護師が語った慢性心不全患者の意思決定の内容

9名の熟練看護師は30歳代～50歳代あり、循環器内科病棟で勤務する看護師、慢性心不全看護認定看護師として組織横断的に活動している者、急性・重症患者看護の専門看護師、集中ケア認定看護師であった。循環器看護に携わっている年数の中央値は15年であった。

慢性心不全患者の意思決定の内容は療養場所に関する事、移植医療の登録に関する事、埋め込み型除細動器の中止やモルヒネの使用、塩分制限の緩和や中止など治療の選択に関わるものであった。

意思決定支援に関わる前提と問題状況

前提・信念・価値としては 医療者は様々な選択肢を諦めてはいけない 医療者が選択の機会を奪ってはいけない 多様な価値をもつ患者の意思決定支援を支える必要がある など12カテゴリーが見出された。

問題状況としては、医療者側の問題状況として 看護師が患者や家族の思い、気がかり、必要な情報が聞けない 患者の選択肢を実現するための知識や技術がない 治療法や療養法の決定の際に患者の思いが置き去りにされている など6カテゴリー、21サブカテゴリーが抽出された。患者側の問題状況として、患者と家族の双方が納得した意思決定ができていない 《生活や生命に侵襲的な選択を迫られるため時間がかかる》という2カテゴリー、5サブカテゴリーが、双方の問題状況として 意思決定に関わる社会・文化的な障壁がある の1カテゴリー、3サブカテゴリーが抽出された。

意思決定支援の看護様式とゴール

看護行為の様式 (mode) は、《意思決定支援のための土台をつくる》《チームで協働する》《患者を理解する》《患者の病状の理解を促す》《患者と家族が思いを共有できるようにする》《医療者が患者の意思を実現するための選択肢を検討する》など14カテゴリー、34のサブカテゴリーに分類され、さらにその下位の具体的な方法 (means) が抽出された。

意思決定支援のゴールとしては、《その人らしさが保てる》《患者に満足をもたらす》《患者に平静や安らぎがある》《患者が希望を保持しながら最期を迎えられる》《家族も患者の最期に満足できる》《意思決定の結果は周囲の人にとって生きていく力になる》の6つに分類された。

(3) 作成した慢性心不全患者のエンド・オブ・ライフに向けての看護介入モデルの特徴、課題と今後の展望

コミュニケーション方法、選択肢の提示に関する具体的方法の提示

今回、明らかになった意思決定支援に関わる問題状況や看護様式からは看護師のコミュニケーション力が意思決定支援の基盤になることが示された。これまでガイドライン等では意思決定支援のコミュニケーションの方法の原則は提示されていたが、具体的に看護様式のサブカテゴリーや具体的方法としての means を示すことで、実践の場面での活用が可能となると考える。また、患者への選択肢を提示するための準備や具体的方法においても同様により具体的方法を提示することが可能となった。

慢性心不全患者の意思決定支援の時期の明確化

熟練看護師はインタビューにおいて、《患者を理解する》という看護様式は診断早期から開始され、《病状の理解を促す》支援は、病状が変化した時期、1年間に入退院を繰り返すようになった時期などに行う必要があることが語られた。加えて海外視察では発症前の時期や診断時からの人生の最期の段階に関する意思を明確にするための健康教育の必要性が強調されていた。慢性心不全患者の意思決定支援は予防期、発症期、急性増悪期、回復期、慢性期、終末期の時期に行われること、最終段階におけるホスピスケアや緩和ケアの移行時の判断基準も明確になった。

意思決定支援における教育的役割、調整的役割の重要性

明らかになった問題状況や看護様式などから慢性心不全患者への意思決定支援において、患者や家族の病状の理解やチームでの協働が重要な観点となっていた。エンド・オブ・ライフに向けた意思決定支援における看護

護者の役割の特徴として、病状や選択肢の理解を促すための教育的役割、患者・家族・医療者それぞれの状況を俯瞰し、調整する看護師の調整的役割の重要性が示唆された。これまで、看護師の調整的役割は、専門看護師などの一部の高度実践看護師に委ねられていた。今後は意思決定支援においての調整的役割をどのような看護師が担うことが適切であるのか、検討していくことが課題である。また、調整が行える看護師のケアや能力の分析も重要となる。

意思決定内容による支援の特徴を確認する必要性

熟練看護師や看護研究者が参加する研究会によるモデル検討会では、慢性心不全患者の意思決定の内容（療養場所に関すること、移植医療の登録に関すること、埋め込み型除細動器の中止やモルヒネの使用、塩分制限の緩和や中止など治療の選択に関わるもの）により、介入方法が異なる可能性があるという意見が出された。今後、意思決定の内容別に介入方法等の特徴等を検討していくことが必要となる。

<引用文献>

EC. Egan: The process of developing a nursing intervention model、 Journal of nursing education、 1979、 19-25

角野雅春、籀持知恵子、 診断初期の男性慢性心不全患者のヘルスリテラシーの様相、 大阪府立大学看護学雑誌、 22(1)、 69-76、 2016

Hauptman PJ. et.al、 Physician attitude toward end-stage Heart Failure: A National Survey、 The American Journal of Medicine、 2008、 121-135

籀持知恵子: 虚血性心疾患患者のセルフモニタリングの実践の効果と影響要因-非実践者との比較から、科学研究費補助金 基盤研究(C)研究成果報告書、 2011

5 . 主な発表論文等

〔雑誌論文〕(計4件)

籀持知恵子、心不全の緩和ケアの特徴と看護師の役割、看護技術、査読無、63巻10号、2017、33-39

南村二美代、籀持知恵子、心不全患者のエンド・オブ・ライフにおける意思決定支援 - 米国 Hospice Hawaii の視察研修を通して考える -、大阪府立大学看護学雑誌、査読有、24巻1号、2018、111-117

籀持知恵子、南村二美代、土居洋子、米国における非がん患者のエンド・オブ・ライフ・ケア - Arbor Hospice における意思決

定支援の実際 -、大阪府立大学看護学雑誌、査読有、22巻1号、2016、63-68

土居洋子、余善愛、日比高志、藤田愛、横山淳子、籀持知恵子、南村二美代、他米国アーバーホスピスでの多職種による訪問活動、コミュニティケア、査読無、17巻9号、2015、60-69

〔学会発表〕(計3件)

浅井克仁、上村里沙、籀持知恵子、中村雅美、南村二美代、藪下八重、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、第15回日本循環器看護学会学術集会、2018年

上村里沙、浅井克仁、籀持知恵子、中村雅美、南村二美代、藪下八重、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看護行為の様式、第15回日本循環器看護学会学術集会、2018年

土居洋子、藤田愛、籀持知恵子、南村二美代、日比高志、横山淳子、慢性疾患(非がん)患者のエンド・オブ・ライフケア、第9回日本慢性看護学会学術集会、2015年

〔その他〕

籀持知恵子、心臓病を持ちながら、自分らしく生き抜くために、支えるために、MONTHLY BULLETINOSAKA HEART CLUB、査読無、41巻11号、2018、16

6 . 研究組織

(1)研究代表者

籀持 知恵子(HATAMOCHI Chieko)
大阪府立大学・看護学研究科・教授
研究者番号：70279917

(2)研究分担者

南村 二美代(MINAMIMURA Fumiyo)
大阪府立大学・看護学研究科・講師
研究者番号：00634015

藪下 八重(YABUSHITA Yae)
大阪府立大学・看護学研究科・講師
研究者番号：60290483

(3)連携研究者()
研究者番号：

(4)研究協力者

大阪府立大学慢性看護研究会(Nursing study group for chronic care of Osaka Prefecture University)