

令和 6 年 6 月 17 日現在

機関番号：32693

研究種目：若手研究

研究期間：2020～2023

課題番号：20K19068

研究課題名（和文）慢性心不全患者のACPを推進するための情報共有ツールおよび運用モデルの開発

研究課題名（英文）Development of information sharing tools and operational models to promote ACP in patients with chronic heart failure

研究代表者

樋口 佳栄（Higuchi, Yoshie）

日本赤十字看護大学・看護学部・准教授

研究者番号：00460098

交付決定額（研究期間全体）：（直接経費） 1,300,000円

研究成果の概要（和文）：目的：慢性心不全患者のACPを促進する情報共有ツールおよび運用モデルの試案を作成することである。方法：文献検討と実践的視点での調査を行った。成果：国内外の文献から、看護師が中心となって調整を行うモデルの有用性が示唆された。実践的視点での調査は、専門看護師ら14名の参加者を得て面接調査を行った。結果は1：暮らしを軸にしたACPの基本概念と共有の重要性、2：2つのレベルのACPの対話、3：具体的に繋ぐエピソードが抽出された。そこから、暮らしを軸としたACPの理念および実践構造について図で示し骨子を記述した。

研究成果の学術的意義や社会的意義

本研究が取り組む慢性心不全患者のACPを促進する情報共有ツールおよび運用モデルの開発は、患者が望む医療やケアを実践する場の実情に照らしつつシームレスに繋がることに貢献できると考える。

研究成果の概要（英文）：OBJECTIVE: To develop a draft information sharing tool and operational model to facilitate ACP in patients with chronic heart failure. METHODS: A literature review and a practical perspective were conducted. RESULTS: The national and international literature suggested the usefulness of a nurse-led coordination model. For the survey from a practical perspective, interviews were conducted with 14 participants, including professional nurses. The results were as follows: 1) the basic concept of ACP based on daily life and the importance of sharing it, 2) dialogue between the two levels of ACP, and 3) specific episodes of connecting the two levels. From this, the principles and practice structure of ACP based on livelihoods were illustrated in a diagram and the framework was described.

研究分野：基礎看護学 当事者の経験 身体論

キーワード：アドバンスケアプランニング 慢性心不全 多職種連携

科研費による研究は、研究者の自覚と責任において実施するものです。そのため、研究の実施や研究成果の公表等については、国の要請等に基づくものではなく、その研究成果に関する見解や責任は、研究者個人に帰属します。

様式 C-19、F-19-1 (共通)

1. 研究開始当初の背景

高齢化が加速する日本において、高齢者の病である慢性心不全患者は **2035 年には 130 万人**にまで増加すると推計されている (Okura et al, 2008)。平成 25 年度 (2013 年度) より「生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底」(厚生労働省, 2012, p. 19) が図られる一方で、終末期医療も重点化され、**2018 年 3 月**より、医療保険上において末期心不全の患者の緩和ケアが承認されるようになった。末期心不全患者の緩和ケアを促進するためにも、患者自身が望む医療やケアについて医療者ととも考え、タイミングを逸することなく早期から共有することが重要である。

慢性心不全患者は病状に応じて療養の場が変化する。それに伴って、外来/クリニックあるいは訪問看護、入院施設のある医療機関等、複数の医療施設の医療者が関わることになる。患者が望む暮らしを最期まで支えていくためには、それら複数の施設の医療者と、患者の ACP に関連した情報を共有し繋いでいく必要がある。

しかしながら現状では、長い経過をたどる慢性心不全患者の ACP に関する情報は十分に共有されていない (河野, 2021; 平岡, 2019)。病棟・外来あるいは地域の医療施設で交わされた ACP に関連する患者との対話や情報をどのように関係者で共有していけばよいのかといったことは喫緊の課題であった。

2. 研究の目的

研究者はこれまでの研究で慢性心不全患者の ACP に関するガイドブック作成 (アドバンスケアプランニング <ACP> 実践ガイドブック ~慢性心不全とともに生きる人と家族への ACP~ : 科研番号 JSPS 科研費 JP16H05582 : 代表者; 守田美奈子) に携わった。それを土台にして、さらに今回の研究では ACP に関連する情報としてどのようなことを共有しようとしているのか、どのようにしたら関係者間で共有できるのかといった実践的視点で調査を行い、慢性心不全患者の ACP を促進する情報共有ツールおよび運用モデルの試案を作成することを目的とした。

3. 研究の方法

(1) 文献検討

モデル案 (試案) 作成にあたり、関連する知見に焦点を当てて再度文献検討を行った。

医学中央雑誌、CNAHL、MEDLINE を用いて、「慢性心不全 (CHF)」、「ACP (アドバンスケアプランニング)」、「SDM (Shared Decision Making)」、「Information Share」等の用語を組み合わせ、国内外の過去 5 年間の文献を検索し抄録などを概観してテーマと関連があると判断したものを選択、その他引用文献などを参考にして広く収集した。海外文献 36 件、国内文献 28 件を得て、具体的な課題と方策の手がかりを探索した。

(2) デルファイ法を手掛かりにした研究デザイン

デルファイ法は、課題に対する合意を得るなどの目的で、専門家によるグループを設置し、アンケート調査を繰り返す手法とされる (Grove, Burns & Rray, 2013/2015)。今回の課題は、出来る限り実施可能なモデルを目指す点でより個別の事象を具体的に調査、分析する必要がある。デルファイ法の手法を手掛かりにしつつ、インタビューの手法を用いて実施した。

具体的には以下の通りであった。

病院や地域で慢性心不全患者に関わっている分野の認定/専門看護師 (地域看護 CNS, 訪問看護 CN, 慢性疾患看護 CNS, 慢性心不全看護 CN, 急性・重症患者看護 CNS, 救急看護 CN / 集中ケア CN, 緩和ケア CN) のなかから、参加者計 20 名程度を目指し、日本看護協会で公開されている氏名、所属施設名の情報を得て、3 名ずつ無作為に選出して説明資料を郵送した。出来るだけ多くの分野の方に参加してもらうよう、参加者の少ない分野については追加で説明資料を郵送した。参加者には、実践内容について 2 回調査を実施した。データの分析は以下の手順で行った。

ACP に関連する情報として何を誰とどのように共有しているか、現状と課題といった視点から参加者毎に整理。参加者全体の内容を統合し () 実践者が大事にしている ACP に関連した理念、 () の理念に照らした情報、 () 情報の流れ (場と人と方法および時期) について整理。

整理した結果を記述しモデル図 (試案) を作成。記述内容及びモデル試案について参加者から意見を収集し洗練させた。本研究は日本赤十字看護大学の研究倫理審査委員会の承認を得て実施した (承認番号 2021-069)。

4. 研究成果

(1) 文献検討

本研究の視点 : 本研究は当事者を中心軸にした探求が必要と考える。Eccles & Mittman が「研究は、医療サービスや医療従事者がその知見を実践に取り入れられない限り、転帰を変えることはできない」と述べるように、実践に取り入れられてこそ意義のある探求となる (2006, p. 1)。

心不全患者に対しての ACP の定義およびモデル : 慢性疾患患者に対する ACP の概念について川原は「患者の適切な時期に、【自己決定を行うための理解】を通して【情緒的なゆらぎ】を経験しながら、治療やケアのゴールが導き出され【自己決定】が行われる過程であり、それは患者・家族とヘルスケア提供者のコミュニケーションにより繰り返し行われる」(2021, p.284)と

定義している。経過の長い慢性疾患のなかで、「適切な時期」に「繰り返し行う」という部分について具体的にしていく必要がある。

西田は慢性心不全患者の ACP の概念について「慢性心不全特有の病いのプロセスのなかで、先を見通し、対話を通してその人らしさを探求し、自立した意思決定と望む生き方を実現するための継続的・反復的プロセス」(2021, p.7)と定義している。「慢性心不全特有の病いのプロセス」に沿うという視点は重要である。

ただし「医療者がみる病いのプロセス」と当事者が経験している「病いのプロセス」の認識にはずれが生じている可能性があり、患者のニーズや背景と情報を一致させることが必要である (Kuipers et al, 2021, p.1015)。特にステージ C 移行の段階では、「アドバンス・ケア・プランニングを開始する適切な時期であるかという問題」(Kim et al, 2018, p.450)があることも指摘されており、「このトピックに関する意見の多様性は、予後が不確実であることや、その結果、確実な医療の問題に対処するための意思疎通が困難であることから生じているのかもしれない」とも言われている (Kim et al, 2018, p. 450)。

山本らは、心不全の ACP について「患者が家族・医療者とともに価値を探求し、疾患管理のための生活のケアの見直しをしながら、最悪の事態への備えとして、病みの軌跡に関する認識を合わせることや、納得したケアゴールに向けた対話を繰り返し、患者の意思をつむいでいくプロセス」(2020, p. 542)と定義している。これらからは、慢性心不全患者がたどる身体的な軌跡と照らして、患者自身の認識や経験していることに関する情報が不可欠であることを示唆していると考えられる。特に山本らの定義に照らすと「生活」というキーワードは欠かせない。

循環器疾患における緩和ケアについての提言では、ACP の定義には狭義のものと広義のものがあるとしたうえで、広義の考え方が採用されている。つまり、意思決定ができなくなった時に備えて行うというよりは、「本人の価値観、大切なこと、希望、人生の目標、将来の医療に対する選好などを考慮しながら、本人、家族、本人の意思を推定する者、医療提供者の間で将来の治療・ケアのプランを話し合うプロセスである」(日本循環器学会他, 2021, p. 17)。

慢性心不全患者は、一般的にがん疾患が迎える軌跡とは異なる側面がある。心不全の予後は不確実であることから特に緩和ケアや終末期に関するコミュニケーションは難しく、患者が話したいことや時と医療者のタイミングや話す内容にはギャップがあることも指摘されている (Strachan et al, 2009, Kim et al, 2018)。がん領域の ACP のモデルが先行するなかで、それらを踏まえつつ心不全を持つ患者のプロセスの特徴に沿った心不全患者の ACP のモデルの検討も始まっている (Kim et al, 2018, Takada et al, 2019)。

本研究においては、これらの知見から、「患者が経験していること」「患者の生活」に照らした、今の暮らしのなかで実現したい暮らしのなかの希望というキーワードを軸に、そのための具体的なコミュニケーションについて検討していくことが重要であると考えた。

複数の専門職者がかかわるモデル : Légarè ら(2011)は、プライマリ・ケアにおける専門職間連携と意思決定のプロセスについて、個人(ミクロ)レベルと2つの医療システム(メゾとマクロ)レベルの3つのレベルを持つモデルを提案している。

本研究では、当事者である患者に最前線の実践者に焦点を当てているゆえ、ミクロレベルに注目したい。Légarè によると、個人レベルでのステップは6つのステップが提示されている。

しかしながら、実際の現場では、直線的にそのプロセスを進めることは難しく、その時々状況に即して実践する必要がある。加えて、慢性心不全患者と医療者とのコミュニケーションやケアにはギャップが生じているといわれており「地域と病院をつなぐシームレスなケアを促進するためには、患者による十分な情報に基づいた共通の意思決定に基づき、個別化された事前ケアプラン(ACP)を作成すべきである」(Strachan. et al, 2009)と述べられている通り、慢性心不全患者の ACP は「その人」が生きて暮らしている生の様相に沿ったものでなければならない。

つまり、Kuipers らが「プロトコルから患者の嗜好へ」(2021)というように、プロトコルありきではなく、視点をもちつつ患者の経験を優先した実践でなければならない。

Helft は、がん患者との ACP に関する倫理的なコミュニケーションについて「率直さが公然と要求される場合を除き、患者が予後情報の流れの大部分を決定したり、それを避けたりできるようなコミュニケーションのスタイルが、倫理的な予後コミュニケーションの戦略」と述べ、そのような戦略を「必要な共謀(necessary collusion)」(Helft, 2005)と述べている。そのような戦略も含めて、個人レベルでかかわるそれぞれの専門職者自身の経験を尊重しながら、個々の状況に合わせた丁寧な進め方が求められる。

<誰が全体を調整しリードするのか>: 患者の「話したいタイミング」を見逃さず、その人の生活の情報を得つつ、ACP のプロセスをリードする専門職については、身体のアセスメントを行いながら患者の暮らしや生活に深くかかわる看護師(特に advanced practice registered nurses; APRNs)が適していると述べる論文は、複数みられた(稲垣, 2020; 平島, 2019; Fliedner et al, 2021; Holland et al, 2017; McGuinty et al, 2021)。地域包括ケアシステムを踏まえつつ、専門家間のコミュニケーションや共同意思決定モデル(Interprofessional Shared Decision-Making)、看護師に焦点を当てたモデル(Nursing model for Supporting Shared, NSSDM)などの考え方やプロセスなどの概念をベースに、日本の実情を考慮したモデルを構築するとよいことが示唆された。

(2) 調査

結果・考察

14名の参加者を得た。背景は心不全/慢性心不全認定看護師5名、本門看護認定看護師1名、緩和ケア認定看護師1名、慢性疾患看護専門看護師4名、地域専門看護師2名、重症・集中看護専門看護師1名であった。

調査から、1：患者・家族の暮らしを軸にしたACPの基本理念および理念共有の重要性、2：ACPコミュニケーションの階層構造（2つのレベルがあること<レベル1；関係者全員が可能であるが意識化して初めて情報となるレベルの会話><レベル2；生死に関連した話題に踏み込むレベルの会話；医療者側もその対話を行うことが適しているかといった判断が必要なレベルの会話>）、3：暮らしを軸にしたACPの理念を共有し関係者ととも具体的につなぐエピソード、が抽出された。

考察としては、ACPの理念はいまだ幅が広く、病院や在宅など実践の場の特性に照らして、医療者が焦点を当てるところが異なることが考えられた。まずは、中心を「患者・家族の暮らし」に据えたACPの理念について、関わる人々とともに共有することが重要と考えた。

その理念をもとにした情報をつなぎ、実現していくためのACPコミュニケーションには、2つのレベルがあると考えられた。レベル1では、どのように暮らしているのかといった暮らしに関する情報を得る段階で、すべての職種/経験レベルの人も可能である。一方でその人々が見聞きした事柄が、ACPに関連する情報として考えられるような意識づけを行う必要がある。レベル2のコミュニケーションは生死に関連する先の見通しなどを踏まえたコミュニケーションである。これは誰が行うかといった判断やタイミングが求められる。レベル3コミュニケーションで得られた「暮らし」に関する情報に照らしながら、関わる人々のなかで検討する必要がある。関係者で繋いでいくという視点で欠かせないのは、実際のACPのプロセスは非常に個別性が高いという点であることが分析の結果浮き上がった。終末期や死がある程度前提になっている概念ではあるが、そこにばかり焦点があたると会話自体が減ってしまう可能性がある(Wichmann et al, 2018, p.184)。Wichmannらは、テーマオーダーメイドACPというテーマを導き出しており(p.184) ACPに関する対話や実践の個別性の高さを指摘している。すべての参加者は、個別状況をエピソードの形式で語った。つまりエピソードで語ることに意味がある、あるいはエピソードでしか語れないものを含んでいると考えられた。そういったエピソードは、それを丸ごと共有することで、読む人の志向(つまり困りごとや注目する点)に照らして、その人に多くの実践の手がかりをもたらす可能性がある。

成果：冊子の具体的な内容

成果としては、文献検討および調査の結果・考察をもとに、a.プロセスの骨子をまとめた冊子(A4用紙10頁程度) b.エピソード集(25エピソード；A4用紙20頁程度)およびc.モデル図(試案)を作成した。

尚、プロセスの骨子の内容は、参加者の言葉をベースにして14名の声をテーマに即して再構成して文章化した。そのエッセンスを含んだエピソードと照らして読み合わせができるようにした。具体的な骨子の内容は以下に示した。

本報告書では、プロセスの骨子をまとめた冊子の目次のみ示す。

目次

はじめに

1. ACP理念と共有

2. 何がACPに関連する情報なのか

3. ACPコミュニケーション

(1) レベル1の対話、(2) レベル2の対話

4. 各ステージでの対話

(1) ACPコミュニケーションの土台をつくる<ステージA・B>、(2) ステージC、

(3) ステージD、(4) 終末期

5. つなぐ - その人の暮らしをつなぐACP

(1) 病院内、(2) 病院と在宅、(3) 在宅内

6. 家族とACP

7. 文書でつなぐ

(1) 心不全手帳、(2) サマリー(紹介状)

8. 悔いの残る経験と繋いでいく熱意 おわりに、にかえて

以上

<引用文献>

1. Ahluwalia, S.C., Levin, J. R., Lorenz, K. A., and Gordon, H. S. (2011). Missed opportunities for advance care planning communication during outpatient clinic visits. *Journal of general internal medicine*. 27 (4), 445-51.

2. Eccles, M. P., and Mittman, B.S. (2006). Welcome to implementation science. *Implement Science*. 1-1. doi:10.1186/1748-5908-1-1

3. Flidner, M., Halfens, R.J.G., King, C.R., Eychmueller, S., and Lohrmann, C.(2021). Roles and Responsibilities of Nurses in Advance Care Planning in Palliative

Care in the Acute Care Setting: A Scoping Review. *Journal of hospice and palliative nursing*. 23 (1), 59-68.

4 . 藤田 優一, 植木 慎悟, 北尾 美香他. (2018). 看護師を対象とするデルファイ法を用いた国内文献の研究手順の実態. *武庫川女子大学看護学ジャーナル*. 3, 35-42.

5 . Grove, S., Burns, N., and Gray, J. R. (2013/2015). 黒田裕子・中木高夫・逸見功 (監訳). *バーズ&グローブ看護研究入門原著第7版*. 391-393.

6 . Gordon, N. A., O'Riordan, D. L., Dracup, K.A., De Marco, T., and Pantilat, S.Z. (2017). Let Us Talk About It: Heart Failure Patients' Preferences Toward Discussions about Prognosis, Advance Care Planning, and Spiritual Support. *Journal of palliative medicine*. 20 (1), 79-83.

7 . Helft, P. R. (2005). Necessary Collusion: Prognostic Communication With Advanced Cancer Patients. *Journal of Clinical Oncology* 23(13), 3146-3150.

8 . 平岡栄治(2019). 病院と在宅診療所の関わり 協力してACPのアップデート, ACPのリーダー, ACPの共有を! - . *月間地域医学*. 33(6). 471-476.

9 . Holland, D.E., Vanderboom, C. E., Dose, A. Marie., Ingram, C. J., Delgado, A., Austin, C. M., Green, M. J., and Levi, B. (2017). Nurse-Led Patient-Centered Advance Care Planning in Primary Care: A Pilot Study. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*. 19(4), 368-375.

10 . 稲垣範子. (2020). 重症心不全患者の治療選択におけるシェアード・ディジシ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. *日本看護科学学会誌*. 40, 544-552. DOI: 10.5630/jans.40.544

11 . 川原佳代. (2021). 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. *日本看護科学学会誌*, 41, 279-285. DOI: 10.5630/jans.41.279

12 . 河野由枝(2021). 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.

13 . Kim, J., Kim, S., Shin, M. S., Jin, J. O., Kim, Y., and Lee, M. O. (2018). A Context-oriented Communication Algorithm for Advance Care Planning A Model to Assist Palliative Care in Heart Failure. *Journal of Cardiovascular Nursing*. 33(5), 446-452.

14 . 厚生労働省. (2012). 健康日本21(第2次)の推進に関する参考資料. 厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会・次期国民健康づくり運動プラン策定専門委員会. https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/kenkounippon21_02.pdf (2024/6/8. 取得)

15 . Kuipers, S. J., Nieboer, A. P., and Cramm, J. M. (2021). Making care more patient centered; experiences of healthcare professionals and patients with multimorbidity in the primary care setting. *BMC Family Practice*. <https://doi.org/10.1186/s12875-021-01420-0>

16 . Légarè, F., Stacey, D., Pouliot, S., Gauvin, F-P., Desroches, S., Kryworuchko, J., Dunn, S., Elwyn, G., Frosch, D., Gagnon, M-P., Harrison, M. B., Pluye, P., Graham, I. D. (2011). Interprofessionalism and shared decision-making in primary care: a stepwise approach towards a new model. *Journal of Interprofessional Care*, 25, 18-25.

17 . McGuinty, C., Downar, J., and Slawnych, M. (2021). Shared Decision Making and Effective Communication in Heart Failure-Moving from "Code Status" to Decisional Readiness. *The Canadian journal of cardiology*. 37 (4), 665-668.

18 . 日本循環器学会, 日本心不全学会, 日本脳卒中学会, 日本緩和医療学会. (2021). 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

19 . Okura, Y., Ramadan, M., Ohno, Y., Mitsuma, W., Tanaka, K., Ito, M., Suzuki, K., Tanabe, N., Kodama, M., and Aizawa, Y. (2008). Impending epidemic: future projection of heart failure in Japan to the year 2055. *Circulation Journal*, 72, 489-491.

20 . Strachan, P. H., Ross, H., Rocker, G. M., Dodek, P. M., and Heyland, D. K. (2009). Mind the gap: Opportunities for improving end-of-life care for patients with advanced heart failure. *The Canadian journal of cardiology*. 25(11), 635-640.

21 . Takada, Y., Hamatani, Y., Kawano, Y., Anchi, Y., Maiki, M., Sibuta, T., Suzuki, M., Nishikawa, M., Ito, H., Kato, M., Shiga, T., Fukumoto, Y., Izumi, C., Yasuda, S., Ogawa, H., Sugano, Y., and Anzai, T. (2019). Development and Validation of support tools for advance care planning in patients with chronic heart failure. *International Journal of Palliative Nursing*. 25(10). 494-502.

22 . 山本美穂・吉岡さおり. (2020). 心不全患者のアドバンス・ケア・プランニングの概念分析. *日本看護科学学会誌*. 40, 537-543.

23 . Wichmann, A. B., , Dam, H. V., Thoosen, B., Boer, T. A., Engels, Y., and Groenewoud, A. S. (2018). Advance care planning conversations with palliative patients: looking through the GP 's eyes. *BMC Family Practice* (2018) 19:184 <https://doi.org/10.1186/s12875-018-0868-5>.

5. 主な発表論文等

〔雑誌論文〕 計0件

〔学会発表〕 計1件（うち招待講演 0件 / うち国際学会 0件）

1. 発表者名 樋口佳栄
2. 発表標題 慢性心不全患者のACPIに関する対話を繋ぐ運用モデルの構築に関する文献検討
3. 学会等名 第41回日本看護科学学会学術集会
4. 発表年 2021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
研究協力者	吉田 みつ子 (Yoshida Mitsuko)		
研究協力者	加藤 まこと (Kato Makoto)		

7. 科研費を使用して開催した国際研究集会

〔国際研究集会〕 計0件

8. 本研究に関連して実施した国際共同研究の実施状況

共同研究相手国	相手方研究機関
---------	---------