

活動と資料

看護師が行う心不全患者とその家族への意思決定支援に関する文献検討



大野 彩加¹⁾, 糸島 陽子²⁾, 小野あゆみ²⁾, 荒川千登世²⁾

¹⁾ 滋賀県立大学大学院人間看護学研究科

²⁾ 滋賀県立大学人間看護学研究院

要旨 看護師が行う心不全患者とその家族への意思決定支援について文献検討を行った。医学中央雑誌 Web 版を用い、「心不全」「意思決定支援」をキーワードとして検索した結果、対象文献は 9 件であった。文献から意思決定支援を行う時期、場所、患者と家族に行う支援内容について抽出し、質的帰納的に分析した。看護師は、【患者のこれまでの病気との歩みを知り患者の価値観や今後の希望を把握する】【患者の意思が病状の変化で変わっていないか確認しながらインフォームドコンセントの場を調整して患者の意思決定を支える】【患者の意向に沿えるようにチームで情報共有を行う】【できる限り可能な選択肢を模索・提案して、患者の希望の実現をあきらめない】などを、家族へは、【家族の思いを知りつつ、患者の意思と家族の意思が互いに知れるように調整する】【家族が患者の代わりに意思決定する場合はじっくり考える時間や場を設ける】などの意思決定支援を行っていた。

キーワード 心不全患者、家族、意思決定支援、看護師

I. 背景

わが国における 2022 年の死亡者数を死因順位別で見ると、第 1 位が悪性新生物、第 2 位に心疾患が続く（厚生労働省, 2022）。心不全はこの心疾患の 41% を占める。

心不全は、治療により速やかに急性増悪時の身体症状が改善する特徴があり、予後予測や治療のエンドポイントを見極めることが困難である。そのため、治療や療養場所の選択についての意思決定支援を行うタイミングを逃しやすいことが課題となっている。そのためアドバンス・ケア・プランニング（以下、ACP と略す）の実施が推奨されてきた（日本循環器学会, 2017）。実際に、高齢者の約 7 割が終末期の治療やケアについて自己決定を望んでいる（西岡, 荒井, 2016）一方で、高齢者は死について語る心理的抵抗があり、最期は家族や医師に任せる傾向がある（渡辺, 富田, 赤林, 2000）。古くから集団性の文化がある日本では特に家族を含めた関わりの必要性が高く（大濱, 福井, 2019）、個の意思を尊重する欧米のような ACP の取り組みは日本において難しい。

また、心不全患者のほとんどは一般的な経過の理解ができておらず、家族ともしものときのことについて話し合っていない（高田, 2015）。しかし、がんの分野と比較すると心不全に焦点を当てた研究は少なくその具体的な内容は明らかとなっていない。

そこで本研究では、看護師が心不全患者とその家族へ行う意思決定支援内容を文献検討より明らかにする。看護師による具体的な意思決定支援内容が明らかになれば、病状の経過に応じた患者と家族の意向に添った意思決定支援への示唆を得ることができる。

II. 目的

看護師が心不全患者とその家族に対してどのような意

Literature review on decision making support for heart failure patients and families by nurses

Ayaka Ono¹⁾, Yoko Itojima²⁾, Ayumi Ono²⁾, Chitose Arakawa²⁾

¹⁾ Graduate School of Human Nursing, The University of Shiga Prefecture

²⁾ Faculty of Human Nursing, The University of Shiga Prefecture

2023 年 9 月 30 日受付, 2024 年 1 月 22 日受理

連絡先: 糸島 陽子

滋賀県立大学人間看護学研究院

住 所: 彦根市八坂町 2500

電 話: 0749-28-8648

F A X: 0749-28-9516

e-mail: itojima.y@nurse.usp.ac.jp

思決定支援を行っているのかを文献検討より明らかにする。

Ⅲ. 用語の定義

意思決定支援：今後予想される疾患の経過を患者・家族と共有した上で、患者の人生や価値観を家族と共有し、治療やケアについて患者と家族が決定するための支援のこと。

心不全患者：心不全という病名で一回以上入院経験のある人。

Ⅳ. 方法

A. 文献の選定

2018年に厚生労働省からACPの概念を含む「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスのガイドライン」が策定されたため、その前後5年を目安に、医学中央雑誌Web (Ver.5)を用いて、2012年から2022年までの範囲で「心不全」「意思決定支援」をキーワードとして検索した(最終検索日2022年8月15日)。

検索した55件から会議録と解説を除き、看護師が心不全患者とその家族に行っている意思決定支援が記述されている文献を抽出した。文化的背景を考慮して、本研究では国内の文献のみを対象とした結果、対象となる文献は9件であった。

B. 分析方法

対象となる文献から意思決定支援を行う時期、場所、患者と家族に行う支援内容について抽出し、一覧表を作成した。抽出した意思決定支援内容は、質的帰納的に分析した。

Ⅴ. 結果

A. 選定文献の概要

今回の研究の対象となった文献は、計9件あった。年代別で見ると、2022年が1件、2021年が1件、2020年が2件、2019年が1件、2018年が2件、2015年が2件であった。そのうち老年期を対象としたものが8件、成人期を対象としたものが1件であった。文献のうち、6件は病棟、2件は入院時から退院後の外来心臓リハビリテーションの場、1件は外来で意思決定支援を行っていた。意思決定支援が行われた時期としては、入院中が1件、入院中に継続的が5件、入院から退院後の外来までが2件、外来が1件であった。

B. 意思決定支援の内容

文献より、看護師が心不全患者に行っていた意思決定支援内容(表1)、家族に行っていた意思決定支援内容(表2)に整理した。意思決定支援の実際を「」,文献検討した結果、まとめられた意思決定支援内容を【】にて表す。

1. 心不全患者へ行う意思決定支援

看護師は、入院時より「在宅療養を希望していることを確認する(藤井, 2020)」や、「患者の発言から自宅に帰りたい、最後まで家にいたい思いを確認する(岡本, 加藤, 勝浦, 2021)」ことをしていた。また、「本人が施設に帰りがっていること、入院したくない思いがあること人生の最期を施設で迎えたいと考えていることを患者の発言から知り主治医や退院支援看護師と情報共有する(五林, 長谷川, 2018)」ことや、「入院中よりACPに向け、本人と家族を含め、生きがいや患者が生活の中で大切にしていること、今後の希望について聞き取りを行う(森野, 木股, 高木, 奥村, 平山, 林, 佐藤, 川中, 山村, 槻本, 曾田, 木原, 笹田, 2018)」などをして【患者のこれまでの病気との歩みを知り患者の価値観や今後の希望を把握する】ことをしていた。

入院をきっかけに、「適切な時期を捉えて身体感覚を解釈して病状を捉えられるような機会を設ける(旗持, 上林, 中村, 浅井, 南村, 2022)」や「入院のたびに病みの軌跡、症状の理解を指導する(岡本ら, 2021)」など、状態が悪いときから回復した過程での身体症状を聞き、自己の身体感覚を知るための働きかけをしていた。また、「病気や病状の理解不足があると考え、医師に相談し病状の説明の場を設け病状理解を促す(岡本ら, 2021)」などを行い、積極的に患者の身体感覚を問うこと、医師からの病状説明の機会を調整することで患者の病状理解につなげていた。入院してから状態が悪化しても、看護師は「患者の状態が悪化していく中で患者の思いを聞く(戸田, 2015)」ことをしていた。患者の思いや希望を確認した上で、看護師は「主治医や退院支援看護師と情報共有をする(五林ら, 2018)」や、「補助人工心臓の装着も心臓移植を受けたくない患者の思いを確認して主治医と共有する、患者の治療についての希望を母と確認する(戸田, 2015)」など患者の意思を医療スタッフや家族と共有していた。「症状の悪化や頻回な入院から患者が人生の最終段階にあることを意識していることを把握する(岡本ら, 2021)」や「患者の治療に対する意思の変化を確認し、医師にもう一度治療の説明を依頼する(森野ら, 2018)」など【患者の意思が病状の変化で変わっていないか確認しながらインフォームドコンセントの場を調整して患者の意思決定を支える】ことをしていた。

また、退院に向けて療養場所を決定していくにあたり、

表 1 心不全患者へ行う意思決定支援内容

文献	時期	場所	患者への意思決定支援
芳野裕子 (2015)	入院15日目 胃瘻造設時 退院14日前 退院 7 日前	病棟	<ul style="list-style-type: none"> 患者の発言から家に帰りたい思いを把握する 本人にリスクを踏まえ説明し本人が経鼻チューブより胃瘻を強く希望していることを把握する 患者と家族が自宅でできる限り安楽にまた満足した時間が過ごせるように病棟看護師でカンファレンスを行う 在宅療養を実現させるために点滴において血管確保が困難となり在宅での点滴管理は厳しいと考え医師に点滴を内服薬に変更してもらえないか相談する
戸田美和子 (2015)	入院時 治療について説明時 病状悪化時 容体急変時	病棟	<ul style="list-style-type: none"> 患者の意思を自然に聴き取れるようになるために何気ない会話も意図的に行い冗談をいえる関係性を築く 補助人工心臓の装着も心臓移植も受けたくない患者の意思を確認し主治医と患者の意思を共有する 末期から終末期に移行することを見込みできるだけ生活背景を知ることができるよう意図的に家族のことやかかりつけ病院での入院生活を聴取する 心臓移植について祖父母同席のもと個室で患者に話を聞く 状態が悪化していく中で患者の思いを聞く 治療においてデメリットが勝つようになったころ患者の「私はもう死ぬんだね。最大限の治療をしたからお爺ちゃんとお婆ちゃんが納得できる」という患者の思いと症状緩和のためにCHDFを希望していることを確認する 患者の希望通り母と2人でデバイス抜去術の説明を医師から受けた際に患者の治療についての希望を母がいる場で確認する 症状緩和やストレスコーピングのために不眠に対して精神科介入してもいい症状緩和を目的に副作用を十分に検討した上で塩酸モルヒネを導入する 患者の家族に元気な姿を見たいという患者の望みを実現するために鎮静剤や麻薬のコントロールを行う 医師と看護師でカンファレンスを開き患者の希望する治療が継続できるように努力をする 鎮静剤の使用により患者が混乱したり誤嚥をおこしていても最後まで患者の希望通りに内服や引水を継続することを医師と相談する
森野智史 (2018)	入院中 外来心臓 リハビリテーション	病棟 外来心臓 リハビリテーション	<ul style="list-style-type: none"> 入院中よりACPに向け本人と家族を含め、生きがいや患者が生活の中で大切にしていること今後の希望について聞き取りを行う 長期入院による気力体力低下から医師より説明された心臓再同期療法（以下CRT）に消極的であることを把握する 退院に向けて患者について心臓リハビリテーションチームでカンファレンスを行う 多職種カンファレンスで今後の治療方針や援助方法や患者と家族の持つ治療への悩みを情報共有する 患者の気力や体力が低下してことから患者が重大な意思決定を行うのは困難であり現時点では意思決定を先送りしたほうが良いと判断し相談タイミングをうかがう 患者の家族で過ごしたいという希望を叶えるために医師に点滴から経口強心薬への変更を提案する 患者が治療選択（CRT）に対する意思決定支援ができるよう外来心リハを提案する 心リハでは患者にセルフモニタリングなどの教育的関わりと不安などを傾聴する指示的な関わりを行う 集団リハビリを通して他者の経験を聞き、自身の経験を語る機会を提供する 患者の治療にたいする意思の変化を確認し医師にもう一度治療（CRT）の説明を依頼する
五林郁子 長谷川浩美 (2018)	入院3日目 入院4日目 入院7日目 退院前	病棟	<ul style="list-style-type: none"> 本人が施設に帰りがっていること入院したくない思いがあること人生の最期を施設で迎えたいと考えていることを患者の発言から知り主治医や退院支援看護師と情報共有する 患者の望みである施設で最期を迎えられるように施設に看取りが可能であるか確認する 入院4日目と7日目にインフォームドコンセンツの場を設け病状や今後の治療方針退院に向けての対応などの話し合いを行い、本人と甥夫婦の意思確認を行う
久保咲子 (2019)	病状が安定している 外来受診時	外来	<ul style="list-style-type: none"> 病状や予後について尋ねて命が短くなる可能性はあるが今以上の治療や侵襲的な処置は受けたくない強く希望していることを知る 治療や療養上の生活の選択に関して尋ねて最期の場所は病院でありたいと希望しているが、妻が同席していない時は本当は自宅で迎えられたらとの考えも少しはあるが、これ以上妻に最期まで迷惑をかけたくない患者の思いを知る 自分の考えを伝えられなくなった場合、快適さを優先した治療を希望していることを知る 無理せず自然に任せて生活したい自然な形で苦痛なく最期を迎えたい思いがあることを知る 代理意思決定について尋ね代理意思決定者は妻であることを把握する
平島 光 (2020)	入院時	病棟 心臓リハビリ外来	<ul style="list-style-type: none"> 心不全カンファレンスで情報共有し、問題提起してACP導入時期であると判断する 主治医から心不全の原因・予後・今後終末期に向けて家族と話し合う必要性が説明される ACPのパンフレットを渡し思いを整理してもらう 定期外来や心臓リハビリ外来で継続的にACPも行う ACPパンフレットに記載されている意向を確認する 面談や面談中以外の関わりでエンド・オブ・ライフケアに関する自身の思いや考えを訴える場面があった時に適宜カンファレンス等で医師と多職種に発信を行う 日々の関わりの中で医療チームがともに最善の選択について考えることを伝え、不安の傾聴やコミュニケーションを図りつつ患者と医療者での共同意思決定を意識して介入する
藤井利江 (2020)	入院中 退院前	病棟	<ul style="list-style-type: none"> 在宅療養を希望していることを確認する 在宅療養するにあたりいろいろな問題がでてくる可能性があるが退院までに在宅サービス調整・家屋評価・試験外出・外泊を行い安心して自宅で過ごしてもらえよう体制を整えることは可能であること説明する 退院5日前に患者・家族・CNS・病棟看護師・ケアマネジャー・訪問看護師で退院前カンファレンスを行い在宅の生活についてと福祉用具・医療機器についての最終確認を行う
岡本佳奈 (2021)	入院中	病棟	<ul style="list-style-type: none"> 症状の悪化や頻回な入院から患者が人生の最終段階であることを意識していることを把握する 患者の発言から「自宅に帰りたい、最後まで家にいたい、入退院の繰り返しはやだ」という本人の意思を確認する 入院のたびに病みの軌跡、症状の理解を指導する 病気や病状理解不足があると考え医師に相談し病状説明の場を設け、病状理解を促す 他職種チームで患者の思いを聴き対話を重ねる 多職種カンファレンスで情報共有し、心情の変化や人生の最終段階への希望などについての思いを聞き出す関わりをする 多職種チームで人生の最終段階におけるの価値観と意向を尊重した医療とケアを実現するために丁寧な対話を重ねる 退院支援調整看護師・訪問看護師と話し合い訪問診療の導入など在宅療養と看取りの環境調整を行う

旗持知恵子 (2022)	病状悪化時 日常生活の中で 機能低下したとき	病棟	<ul style="list-style-type: none"> ・多職種で患者の病状や療養に関する思いや価値・意思決定内容を確認し共有する ・患者の意思を確認する環境を整える ・患者の意思が変化することを考慮して慎重に確認する ・適切な時期を捉えて身体感覚を解釈して病状を伝えられるような機会を設ける ・治療への反応に応じて時期を捉えて病状の見直しを伝える ・患者の受入れ状況の合わせて病状を伝える ・患者と家族がお互いの思いを共有できるように調整する ・患者や家族の意思を調整する場やきっかけをつくる ・病状を伝える適切な時期を医師と調整する ・家庭内の意思決定パターンを知る ・家族が患者の病状が理解できるように調整する ・タイミング、内容、家族の状況を考慮して選択肢を提示する ・患者・家族の希望を実現するために諦めない姿勢を持つ ・患者家族の希望の実現可能性を検討する ・患者家族の決定内容を支持する ・患者の治療や療養に関する思いが治療に反映できるように医師との間のかけ橋になる ・患者の価値観や希望を考慮して多職種でケア方針を検討するための調整を行う ・患者や家族が多職種を活用できるように調整する
-----------------	------------------------------	----	--

患者の希望する療養場所について意思が確認できた場合は、「在宅療養するにあたり、いろいろな問題がでてくる可能性があるが、退院までに在宅サービス調整、家屋評価、試験外出・外泊を行い、安心して自宅で過ごしてもらえるように体制を整えることは可能であること説明する(藤井, 2020)」ことをしていた。さらに、「患者家族の希望の実現可能性を検討する(旗持ら, 2022)」ことや「エンド・オブ・ライフケアに関する自身の思いや考えを訴える場面があった時に適宜カンファレンス等で医師と多職種に発信を行う(平島, 2020)」、「多職種チームで人生の最終段階における価値観と意向を尊重した医療とケアを実現するために丁寧な対話を重ねる(岡本ら, 2021)」などを行い、【患者の意向に沿えるようにチームで情報共有を行う】ことをしながら、【できる限り可能な選択肢を模索・提案して、患者の希望の実現を諦めない】ようにしていた。

さらに、「患者の気力や体力が低下していることから患者が重大な意思決定を行うのは困難であり現時点では意思決定を先送りしたほうが良いと判断し相談しタイミングをうかがう(森野ら, 2018)」と、患者の心理的側面に触れながら【患者が重大な治療における意思決定ができる状態であるか見極める】ことをしていた。「患者が治療選択に対する意思決定ができるように外来心リハを提案する(森野ら, 2018)」ことや、「定期外来や心臓リハビリ外来で継続的にACPを行う(平島, 2020)」など、退院後も継続して意思決定支援が行えるような調整を行っていた。森野ら(2018)においては、入院中から退院後も外来心臓リハビリテーションまで継続的に患者の意思決定支援を行ったことで、患者が入院中では決定できなかった心臓再同期療法の植え込みについての意思の変化を感じ取り、医師へ治療についての説明を依頼する調整までを行っていた。加えて、「ACPパンフレット渡し思いを整理してもらい、定期外来や心臓リハビリ外来で継続的にACPを行う(平島, 2020)」や、「病状が安

定している外来受診時に病状や予後について尋ねて命が短くなる可能性はあるが今以上の治療や侵襲的な処置は受けたくない」と患者が強く希望していることを知る(久保, 2019)、「代理意思決定について患者に尋ね代理意思決定者が妻であることを把握する(久保, 2019)」など、意思決定支援を継続的にを行い、【病状が落ち着いているときに自分の意思と向き合う機会を設けていた】。

2. 家族へ行う意思決定支援

看護師は患者と伴走してきた家族の思いを知るために、「家族の思いを聞く(藤井, 2020)」、「入院中よりACPに向け本人と家族を含め生きがいや患者が生活の中で大切にしていること今後の希望について聞き取りを行う(森野ら, 2018)」ことや、「インフォームドコンセントの場を設け、病状や治療方針、退院に向けての対応等の話し合いを行い、本人と甥夫婦の意思確認をする(五林ら, 2018)」などを行いながら【家族の思いを知りつつ、患者の意思と家族の意思が互いに知れるように調整する】ことを行っていた。

入院中に患者の容体が悪化した場合は、看護師は「家族が落ち着いて患者の病状や予後を考えられるように、透析や人工呼吸器を装着することのメリットとデメリットを理解したうえで、病棟看護師と話し合う時間を設ける(芳野, 太田, 山本, 天野, 2015)」や、「病棟看護師は家族が意思決定できるように透析や人工呼吸器を装着することは本人が望んでいたことなのか・治療をしてもなくても状態は実は患者の苦しさは変わらないのではないか、このままの状態に家に帰ることを考えてもよいのではないかなど話しかける(芳野ら, 2015)」ことをしながら患者が望んでいた事を推察できるように家族に話しかけていた。患者本人の決断を家族が受け入れられなかったときは、「患者の病状悪化時家族と患者が互いの思いを話している時に家族に患者が今日までどれだけ頑張ってきたかを説明する(戸田, 2015)」など患者の思いや努力を代弁していた。看護師は患者が望んでい

表2 心不全患者の家族へ行く意思決定支援内容

文献	時期	場所	家族への意思決定支援
芳野菊子 (2015)	入院15日目 胃瘻造設時 退院14日前 退院7日前	病棟	<ul style="list-style-type: none"> ・妻と息子は自宅での介護は困難と思っていたが長女が家族を説得して在宅療養が退院のゴールとなった経緯を把握する ・入院15日目に主治医より家族に患者の状態が厳しいという病状説明後に家族の発言から「どうしても家に帰らせてあげたいので透析をお願いしたい」という意思があることを確認する ・日勤夜勤を問わずどの看護師が担当でも終末期の病状の変化が受け入れられるよう病状経過を説明したりケアを一緒に行う ・入院15日目に主治医より家族に患者の状態が厳しいという病状説明後に家族の発言から「どうしても家に帰らせてあげたいので透析をお願いしたい」という意思があることを確認する ・家族が落ち着いて患者の病状や予後を考えられるように透析や人工呼吸器を装着することのメリットとデメリットを理解した上で病棟看護師と話し合う時間を設ける ・病棟看護師は家族が意思決定できるように透析や人工呼吸器を装着することが本人が望んでいたことなのか・治療をしてもしなくても状態は実は患者の苦しさは変わらないのではないか、このままの状態に家で帰ることを考えてもよいのではないかなど話しかける ・長女にもう一度考える機会設け家族で話し合ってもらい意思決定をしてもらう ・退院14日前に家族の意思確認を目的に病棟看護師・退院調整看護師と家族との間でカンファレンスを実施し患者の病状と予後について説明して家族間の意思を確認して退院日時を決定する ・患者と家族が自宅でする限り安楽にまた満足した時間がすごせるように病棟看護師でカンファレンスを行う ・家族が決めた意思決定を受け入れる
戸田美和子 (2015)	入院時 治療について説明時 病状悪化時 容体急変時	病棟	<ul style="list-style-type: none"> ・患者の希望通り母と2人でデバイス抜去術の説明を医師から受けた際に患者の治療についての希望を母と確認する ・患者の治療への希望を知ったうえで患者の思いに沿うという母の価値観を明確にする ・患者の容体急変時にCRT-D再留置についてリスクが高いことを説明した上で母がCRT-Dに望みを託していることを確認する ・患者の病状悪化時家族と患者が互いの思いを話している時に家族に患者が今日までどれだけ頑張ってきたかを説明する ・家族が意思決定できるように家族だけで話し合う時間を設ける
森野智史 (2018)	入院中 外来心臓 リハビリテーション	病棟 外来心臓 リハビリテーション	<ul style="list-style-type: none"> ・入院中よりACPに向け本人と家族を含め生きがいや患者が生活の中で大切にしていること今後の希望について聞き取りを行う
五林郁子 長谷川浩美 (2018)	入院3日目 入院4日目 入院7日目 退院前	病棟	<ul style="list-style-type: none"> ・入院3日目に甥夫婦だけに医師より病状説明がされた後甥夫婦の発言から病状の理解を推奨する ・甥夫婦が本人の意思を尊重して看取り対応を含めて施設への退院を了承していることを把握する
久保咲子 (2019)	病状が安定している 外来受診時	外来	<ul style="list-style-type: none"> ・無理せず自然に任せて生活したい自然な形で苦痛なく最期を迎えたいという患者の発言に妻がうなずいていることを確認する ・代理意思決定を妻にし託していることや患者の治療やケアに対する思いを知ったうえで妻が「本人の意思を尊重できなくなっても今の思いを先生に伝えると思う」という反応を確認する ・入院4日目と7日目にインフォームドコンセントの場を設け病状や今後の治療方針退院に向けての対応などの話し合いを行い本人と甥夫婦の意思確認を行う
平島洸 (2020)	入院時	病棟 心臓リハビリ外来	<ul style="list-style-type: none"> ・ACPパンフレットに記載されている患者の意向内容に妻が納得していることを確認する
藤井利江 (2020)	入院中 退院前	病棟	<ul style="list-style-type: none"> ・家族の思いを聞く ・患者が在宅療養を希望していることを受け妻も不安もあながら在宅療養を希望していることを確認する ・在宅療養にむけて栄養指導が受けられる機会を設ける ・在宅療養のために点滴ポンプの取り扱いも勉強する考えであることを確認し取り扱い方について指導する
岡本佳奈 (2021)	入院中	病棟	<ul style="list-style-type: none"> ・患者の最期まで家にいたいという思いから「好きなようにさせてやりたい。自宅で看取りたい」との意思表示を確認する ・病気や病状の理解不足から医師に相談し、病状説明の場を設け病状理解を促す
旗持知恵子 (2022)	病状悪化時 日常生活の中で 機能低下したとき	病棟	<ul style="list-style-type: none"> ・家庭内の意思決定パターンを知る ・患者や家族の意思を調整する場やきっかけをつくる ・患者と家族がお互いの思いを共有できるように調整する ・家族が患者の病状が理解できるように調整する ・患者・家族の希望を実現するために諦めない姿勢を持つ ・患者家族の希望の実現可能性を検討する ・患者や家族が多職種を活用できるように調整する ・患者家族の決定内容を支持する

たことを家族が推察できるように関わりながらも、【家族が患者の代わりに意思決定する場合はじっくり考える時間や場を設ける】ことをしていた。患者の容体が悪化し、治療の選択について家族が代理意思決定した内容については、「患者家族の決定内容を支持する（旗持ら，2022）」ことや、「家族が決めた意思決定を受け入れる（芳野ら，2015）」など、家族の苦悩に寄り添いながら【家族が悩みながら決めた意思決定を否定せずに受け止める】ようにしていた。

また、「在宅療養にむけて栄養指導が受けられる機会を設ける（藤井，2020）」ことや「在宅療養のために点滴ポンプの取り扱いも勉強する考えであることを確認し取り扱い方について指導する（藤井，2020）」など、入院中から退院後の生活を見据えて【患者が望む療養環境の実現のための方法を家族に指導する】ことも行っていた。

VI. 考 察

A. 意思決定支援の対象と時期

文献9件中8件は高齢期にある心不全患者を対象としていた。実際に心不全患者の約70%以上が70歳以上の高齢者であり、今後さらなる高齢の心不全患者が増加していく。真茅（2018）は、治療の普及に伴い、心不全患者の予後は改善されてきており、地域で生活する心不全患者は増加していくと述べている。このことから、本人の意思に添いながら治療や療養場所、生活の調整などの意思決定において看護師の役割は更に重要になってくると考える。

対象文献では、病棟で行われている意思決定支援が6件、入院中から退院後まで継続して行われた意思決定支援が2件、外来での意思決定支援が1件であった。慢性・急性心不全ガイドライン（2017年）でも、入院時・退院時・外来通院時などの継続的な意思決定支援が必要とされる中で、継続した意思決定支援の研究は2件だけであった。これはがんとは異なり、最終局面を見極めにくい心不全ならではの病気の特徴を反映していると考えられる。

B. 意思決定支援の特徴

1. 心不全患者に行う意思決定支援の特徴

看護師が行なう心不全患者への意思決定支援として、入院時から、患者の大切にしている事や希望を聞くことをしながら（旗持ら，2022；戸田，2015）も、患者の発言から患者の希望を見出していた（藤井，2020；芳野ら，2015）。また、患者の発言から人生の最終段階にあることを知っていた（岡本ら，2021）。そして、知り得た患者の意思をチームで共有していた（五林ら，2018，戸田，2015）。具体的な方法には、直接聞く方法もありながら、

「患者の意思を確認する環境を整える（旗持ら，2022）」、「集団リハビリを通して他者の経験を聞き、自分の経験を語る機会をつくる」など、患者が先ずは自分の意思に気付くための支援を行っていた。患者が自分の思いを、患者の語りだけではなく、看護師が患者に聞くことや、自分の経験を語る場や意思を確認する環境を整えるなど、看護師側からも患者の意思にアプローチしていた。

永田，佐藤，眞嶋（2022）は、慢性心不全認定看護師による意思決定支援として、病状と療養方法の理解を促進する、患者の意思を引き出し患者が望む生き方の実現につなげる、患者の今後を予測し患者が自分の意思を表出できる時期に働きかけるなどを挙げている。患者が望む生き方の実現につなげるためには、患者が意思表示できるように予後予測を含め現状を認識してもらう支援と、意思決定後も患者と関わり支え続けることが重要となる。

心不全という病気特有の治療により速やかに身体症状が回復することが、病気をもたらす本来の機能低下と、患者自身が自覚する深刻さに差があるために、患者と医療者との間で疾患の理解に乖離が生じやすいと言われていた中で、旗持ら（2022）のように、患者に状態が悪いときから入院を経て回復した過程での身体症状を聞き、自己の身体感覚を知るための働きかけをすることは、患者が自分の身体感覚と向き合う契機となる。心不全患者は慢性的だが時期ごとに急性増悪を体験しながら全体的に機能低下していく。その中で、患者に現在の症状を問うことや、急性増悪期から寛解期まで継続的に意思を確認し続けることは重要であると言える。平島（2020）や久保（2019）が行っていた【病状が落ち着いているときに自分の意思に向き合う機会を設ける】ことは、まさに継続的に意思を確認し続けることに繋がっており、患者が心不全の急性増悪期を脱し、寛解期で過ごす日常生活における自分の意思に気づくために適した時期だと言える。瀧（2022）が患者の意向や価値を明確化できていないときの意思決定支援は難しいと述べているように、急性期を脱して病状と心情が落ち着いている時期での意思決定支援も慢性疾患患者には必要だと言える。

また、渡辺，落合，徳永，三條，眞茅，宮下，石川，渡辺（2020）は、一般病棟の看護師よりも認定看護師や専門看護師のほうが、より全人的にスピリチュアルな面も含めて支援していたと報告していることから、今後は専門看護師や認定看護師などより高度実践者の意思決定支援の現状も明らかにし、患者の意思決定支援に役立てていく必要がある。

2. 家族へ行う意思決定支援の特徴

本研究では看護師は家族に対し、【家族の思いを知りつつ、患者の意思と家族の意思が互いに知れるように調整する】ことをしていた。退院後の生活の場に戻った心

不全患者とその家族は、入院中では知り得なかった生活レベルでの身体症状や困りごとに直面することになる。古くから集団性の文化がある日本では特に家族を含めた関りの必要性が高い（大濱ら，2019）特性からも、退院後の生活の中での小さな変化を見逃さず、家族を含め継続的に患者と家族の意思を確認していくことが日本における心不全患者とその家族への支援に求められると考える。そして、患者も家族も互いに寄り添った意思決定の実現のためには、生活をともにしている家族は切り離せない。看護師が人生の容体悪化時に患者の思いを家族に代弁することは、患者の本来の意思を忘れない事につながると考える。

また、本研究においても【患者の意向に沿えるようにチームで情報共有を行う】ことをしていた。浅井、梅津（2019）は、高齢慢性心不全患者の望む生活を実現する看護の在り方として、チームでの情報共有・ケアを行うことで患者の望む生活の実現に向けたケアの実践につなげていたことや、谷本ら（2015）は、非がん疾患患者に対するエンド・オブ・ライフケアとして、熟練看護師は患者の意向を日々捉えながら、家族や地域ケア体制に患者の意向を浸透させる調整を行ったことから、患者の意思と家族の意思を互いに知り、チームで共有することは患者が望む治療や生活に関して同じゴールに向かってチームでアプローチするために必要であると言える。

3. 研究の限界と課題

本研究では国内で発表されている看護師が行う心不全患者とその家族へ行われている意思決定支援に関する文献検討を行った。文献数が9件と限られており、その多くが事例報告であったこと、意思決定支援の介入時期が具体的に細かく明記されていなかったことは本研究の限界である。継続的な意思決定支援が必要と言われている中で、入院時から退院後まで継続した意思決定支援を行っている文献は2件と少なく、病棟で行われている心不全患者への意思決定支援がほとんどであった。今後は外来心臓リハビリテーションや心不全外来などで、どのように看護師が継続して意思決定支援を行っているのかを調査していく必要があると考える。

Ⅶ. 結 論

看護師は心不全患者に対して、入院をきっかけに【患者のこれまでの病気との歩みを知り患者の価値観や今後の希望を把握する】【患者の意思が病状の変化で変わっていないか確認しながらインフォームドコンセントの場を調整して患者の意思決定を支える】【患者の意向に沿えるようにチームで情報共有を行う】などを行い、患者の意思を確認しながら家族を含むチームで共有してい

た。そして、【できる限り可能な選択肢を模索・提案して、患者の希望の実現をあきらめない】ことをしていた。また、【患者が重大な治療における意思決定ができる状態であるか見極める】ことをし、時には退院後も継続して意思決定支援ができる環境を整えていた。また、【病状が落ち着いているときに自分の意思に向き合う機会を設ける】など、病状が安定している外来通院時も意思決定支援を行っていた。しかし、継続的な意思決定支援について述べられている文献は9件中2件と少なかった。

また、心不全患者の家族へは、【家族の思いを知りつつ、患者の意思と家族の意思が互いに知れるように調整する】【家族が患者の代わりに意思決定する場合はじっくり考える時間や場を設ける】【家族が悩みながら決めた意思決定を否定せずに受け止める】【患者が望む療養環境の実現のための方法を家族に指導する】などの意思決定支援を行っていた。

日々揺れ動き変化していく心不全患者とその家族の意思に寄り添うためには、入院中や退院時だけでなく、退院後の外来通院時などで継続的に意思決定支援を行う必要がある。

文 献

- ・浅井恵理，梅津美香（2019）．高齢心不全患者の望む生活を実現する看護の在り方．岐阜県立看護大学紀，19（1）．
- ・浅井克仁，旗持知恵子，上村里沙，中村雅美，南村二美代（2020）．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．大阪府大看誌，26（1），29-38．
- ・藤井利衣（2020）．多職種心不全チームの発足と介入の実際．日慢性看会誌，14（2），69-76．
- ・五林郁子，長谷川浩美（2018）．終末期心不全患者・家族の退院支援を含めた意思決定支援の経験～看護師の終末期看護に関わる困難感との比較～．旭川赤十字病医誌，31，11-14．
- ・旗持知恵子，上村里沙，中村雅美，浅井克仁，南村二美代（2022）．熟練看護師による慢性心不全患者のエンド・オブ・ライフケアに向けた意思決定支援．大阪府大看誌，28（1），1-11．
- ・平島洸（2020）．慢性心不全患者へのACP導入における看護師の役割 事例を通して考える．福岡赤十字看護会集録，34，9-12．
- ・厚生労働省（2018）．人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスにかんするガイドライン解説編．Microsoft Word-04 プロセスガイドライン【解説編】.docx（mhlw.go.jp）（最終アクセス日 11月28日）

- ・厚生労働省 (2022). 令和4年人口動態統計月報年計の概況. gaikyouR4.pdf (mhlw.go.jp) (最終アクセス2023年11月28日)
- ・厚生労働省 (2004). 心疾患 - 脳血管疾患死亡統計概況. 厚生労働省: 心疾患 - 脳血管疾患死亡統計の概況人口動態統計特殊報告 (mhl.go.jp) (最終アクセス日2023年11月28日)
- ・久保咲子 (2019). ACPプロセスを用いた意思決定支援 終末期心不全患者が望むエンド・オブ・ライフケアを迎えるために. 福岡赤十字看護学会集録, 33, 35-38.
- ・森野智史, 木股正樹, 高木文子, 奥村紀子, 平山杏, 林真由香, 佐藤伸一郎, 川中文香, 山村篤史, 槻本康人, 曾田祥正, 木原晴美, 笹田侑子 (2018). 高齢心不全患者に心臓リハビリテーションチームが意思決定支援を行った一例. 市立大津市民病院雑誌, 第21, 80-81.
- ・真茅みゆき (2018). 日本と世界の心不全の疫学. 医のあゆみ, Vol. 266, No.13, 1022-1028.
- ・永田絵里香, 佐野元洋, 眞嶋朋子 (2022). 慢性心不全患者に対する慢性心不全看護認定看護師による意思決定支援. 日看研会誌, 46 (4), 647-655.
- ・中村仁美, 大竹瑛利, 小林秀佳, 四本竜一, 藤井弥生 (2022). 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. 東邦看護学会誌, 19 (2), 47-54.
- ・日本循環器学会 (2017). 急性・慢性心不全診療ガイドライン (最終アクセス日11月28日)
- ・日本循環器学会 (2021). 循環器疾患における緩和ケアについての提言 (最終アクセス日11月28日)
- ・西岡弘晶, 荒井秀典 (2016). 終末期の医療およびケアに関する意識調査. 日老医誌, 53, 374-378.
- ・大濱悦子, 福井小紀子 (2019). 国内外のACPに関する文献検討とそれに対する考察. 日本緩和医療学会誌, 14 (4), 269-279.
- ・岡田明子, 眞茅みゆき (2023). 心不全の緩和ケア. 日循環器予防誌, 58 (1).
- ・岡本佳奈, 加藤芽衣, 勝浦明恵 (2021). 患者の意向を尊重し多職種で協働介入した心不全終末期患者の一症例. 旭川赤十字病医誌, 34, 19-21.
- ・佐藤幸人 (2019). 心不全の緩和ケア. ICUとCCU, Vol43 (5), 283-290.
- ・清水政克 (2022). 心不全のACPと意思決定支援について. 治療, 104 (2), 184-188.
- ・高田弥寿子 (2015). 難治性心不全診療における意思決定支援—アドバンスケアプランニングの実践と課題. 医学のあゆみ, 254 (11), 1057-1062.
- ・瀧洋子 (2022). ICUに入室したステージCの慢性心不全患者に対する看護師の意思決定支援の実践と困難. 日循環器看護会誌, 17 (2), 55-62.
- ・重市由香里, 南崎真綾, 土肥真奈, 叶谷由香 (2022). 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. 日本健康医療学会誌, 31 (1), 30-41.
- ・谷本真理子, 高橋良幸, 服部智子, 田所良之, 坂本明子, 須藤麻衣, 正木治恵 (2015). 一般病院におけるがん疾患患者に対する熟練看護師のエンド・オブ・ライフケア実践. 日本緩和医療学会誌, 10 (2), 108-115.
- ・戸田美和子 (2015) 若年性拡張型心筋症の終末期心不全における倫理的調整の実践. 倉敷中央病院年報, 76, 171-175.
- ・渡辺梨沙, 落合亮太, 徳永友里, 三條真紀子, 眞茅みゆき, 宮下光令, 石川利之, 渡辺節子 (2020). 慢性心不全患者とその家族に行うアドバンス・ケア・プランニングの必要性に関する循環器病病棟に勤務する看護師の認識. 日本緩和医療学会誌, 15 (4), 265-276.
- ・渡邊祐紀, 富田真紀子, 赤林朗 (2000). 健康な中・高齢者における心肺蘇生法に関する意思決定について. 生命倫理, 10 (1), 111-119.
- ・芳野菊子, 太田憲司, 山本美雪, 天野和美 (2015). 慢性心不全終末期における意思決定支援に向けた病棟看護師の役割, ホスピスケア在宅ケア, 23 (1), 11-16.