

研究報告

心不全患者へのアドバンス・ケア・プランニングに対する 看護師と医師の認識と双方に対する思い

Nurses' and Physicians' thoughts for each other and perceptions for
advance care planning of patients with heart failure

廣部 愛子¹⁾, 新村 和世¹⁾, 吉野 萌美¹⁾,
赤坂 弘子¹⁾, 堀口 智美²⁾

Aiko Hirobe¹⁾, Kazuyo Shinmura¹⁾, Megumi Yoshino¹⁾,
Hiroko Akasaka¹⁾, Tomomi Horiguchi²⁾

¹⁾ 金沢大学附属病院, ²⁾ 金沢大学医薬保健研究域保健学系

¹⁾ Kanazawa University Hospital

²⁾ Faculty of Health Sciences, Institute of Medical, Pharmaceutical and Health Sciences, Kanazawa University

キーワード

心不全, アドバンス・ケア・プランニング, 看護師, 医師, 循環器内科

Key words

heart failure, advance care planning, nurse, doctor, cardiology medicine

要 旨

目的：心不全患者に対するアドバンス・ケア・プランニング (advance care planning : ACP) は、その疾患の特徴から容易ではない。ACPを促進するためには、看護師と医師が共通認識をもつことが必要である。既存文献では、看護師と医師の認識は明らかにされているが、双方に対しどのような思いをもっているかは明らかになっていない。そこで本研究は、循環器内科病棟勤務の看護師（以下、看護師とする）と循環器内科医師（以下、医師とする）のACPに対する認識および看護師と医師双方に対する思いについて明らかにすることを目的とした。

方法：看護師と医師を対象に無記名自記式質問紙調査法を用いて、基本情報、ACPに対する認識、ACPにおける看護師と医師双方に対する思いを調査した。

結果：看護師23名、医師25名の有効回答を得た。ACPの理解度では「概ね理解している」「少し理解している」との回答を併せると看護師と医師共に8割を超え、ACPの必要性は、看護師は91.3%、医師は88.0%が「必要である」と回答した。また、初回ACPの最適な導入時期についてはそれぞれ半数

連絡先 (Corresponding author) : 堀口 智美
金沢大学医薬保健研究域保健学系
〒920-0942 石川県金沢市小立野5-11-80

が「心不全による複数回の入院があった時」を選択した。ACPを意識した関わりをできていると評価した看護師はおらず、医師は1名ができていると評価した。看護師と医師双方に対する思いでは、それぞれ半数以上が連携において双方へ要望やジレンマがあり、看護師では6つのカテゴリー、医師では5つのカテゴリーが抽出され、看護師と医師は双方の役割の重要性を感じていた一方で、双方に対する思いの相違が示された。

結論：心不全患者を対象にしたACPをより促進させるためには、看護師と医師が双方に期待している役割についての思いを共有する必要性が示唆された。

はじめに

アドバンス・ケア・プランニング (advance care planning: ACP) とは、将来の変化に備え、将来の医療およびケアについて、患者を主体に、その家族や近い人、医療・ケアチームが、繰り返し話し合いを行い、患者の意思決定を支援するプロセスのことである¹⁾。ACPの目標は、重篤な疾患や慢性疾患の際に、患者が自身の価値観や目標、希望に沿った医療を受けられるようにすることであり²⁾、ACPを促進する必要がある慢性疾患の一つに心不全がある。

心不全において、アメリカ心臓協会は末期心不全患者の意思決定に関して積極的なACPを推奨しており³⁾、日本循環器学会/日本心不全学会による「急性・慢性心不全診療ガイドライン」では、末期心不全のみならず心不全が症候性となった早期の段階からACPに取り組むことを推奨している⁴⁾。しかし、心不全は増悪と寛解を繰り返しながら徐々に進行していく疾患であり、また突然死や予測できない急性増悪が生じることもあるため、心不全におけるACPはそのタイミングが難しく、患者・家族は疾患の寛解への期待から意思決定上の葛藤を生じやすい⁵⁾。そのような中で看護師は、患者・家族が望む生き方を実現できるよう、心不全の病態、患者・家族の思いを捉えながら、彼らが疾患や治療方針をどのように受け止めて、何を大切に生きていきたいのか、どのような負担や経験を避けたいと思っているのかといった意向を確認し、支援する必要がある。

ACPでは、患者本人を中心として、主に患者の治療を担当する医師と看護師が密に連携して、ACPの開始時期や話し合いの内容を相談しながら進める、チームアプローチが大切である⁶⁾。チームメンバー間の意見の相違はACP実施に対する障壁となり⁷⁾、また、ACPを促進する要因として「連携体制が構築されている」「医療者間の話し合いを共有できる仕組みがある」ことが示されている⁸⁾。鷲田は、心不全チームの必要な要件と

して、目的・情報を共有すること、他職種の役割・活動を認識することを挙げており⁹⁾、看護師と医師が共通認識をもつ重要性を述べている。しかし、心不全患者へのACPに対し循環器病棟に勤務する看護師（以下、看護師とする）と循環器内科医師（以下、医師とする）の認識に違いがあることや¹⁰⁾、看護師の6割以上が医師との間に患者の治療・ケアについて意見の違いを感じていること¹¹⁾、看護師が心不全患者・家族の意思決定を支援する際に経験する困難として、看護師と主治医の情報共有不足が報告されている¹²⁾¹³⁾。このように心不全患者に対するACPにおいて看護師と医師が共通の認識をもつことに課題があることがうかがえる。前述した看護師と医師の認識に関する研究は、ACPに対して看護師と医師それぞれがどのような認識をもっているのかについてであり、双方に対してどのような思いをもっているのかについては明らかになっていない。看護師と医師が双方に対しどのような思いをもっているのかを明らかにすることは、看護師と医師が共通認識をもつための示唆を得ることにつながり、心不全患者へのACPを促進すると考えられる。そこで本研究では、心不全患者へのACPにおける看護師と医師それぞれのACPに対する認識に加え、看護師と医師双方に対する思いについて明らかにすることを目的とした。

用語の定義

認識：意識、理解、評価していること

思い：考えや感情、思うこと

研究方法

1. 研究デザイン

実態調査研究である。

2. 調査期間

2019年11月 - 2020年3月

3. 研究対象者

対象者はA病院循環器内科病棟に勤務する看護

師と循環器内科医師とした。心不全患者の看護および治療経験が1年未満の者を除き、さらに本研究の研究者である看護師3名を除き、看護師23名、医師は25名となった。

また、当該病棟では、関連分野の専門看護師、認定看護師の所属はなく、多職種カンファレンスは月に1回実施され、病棟勤務の看護師と医師で構成されていた。

4. 調査方法

無記名自記式質問紙調査法を用いた。看護師への調査依頼は、まず研究者が該当病棟の看護師長に研究目的、研究内容について口頭および文書にて説明を行い、看護師長より研究実施の許可を得た後、研究者が研究説明文書、質問紙を対象となる看護師に配布した。

医師への調査依頼は、本研究に理解の得られた医師1名に研究目的、研究内容について口頭および文書にて説明を行ない、当該医師が研究対象者である循環器内科医師に研究説明文書および質問紙を配布した。

調査用紙の回収は、回収ボックスを病棟に設置し各自投函する方法を用いた。

5. 調査内容

1) 基本情報

看護師より年齢（30歳未満、30-39歳、40-49歳、50歳以上）、看護師経験年数、循環器内科病棟経験年数について、医師より年齢、循環器内科医師経験年数についての情報を収集した。

2) ACPに対する看護師と医師の認識

先行研究²⁾³⁾を参考に質問項目を独自に作成した。質問項目および回答方法は次の通りである。

(1) ACPの理解度：「概ね理解している」「少し理解している」「言葉は聞いたことがあるが内容は全く知らない」「ACPという言葉は初めて聞いた」の多肢選択単数回答

(2) ACPの必要性：「必要である」から「全く必要ではない」の5段階リッカート法

(3) 初回ACPの最適な導入時期：「心不全による初回入院時」「心不全による複数回の入院があった時」「心不全により再入院までの期間が短くなった時（6か月以内の繰り返し入院がある）」「点滴・内服薬を最大限投与している時、治療抵抗期、心不全末期」「死が間近に迫り、治療の可能性のない状態、終末期」の多肢選択単数回答

(4) ACPを意識した関わりの自己評価：「できている」から「全くできていない」の5段階リッカート法

3) ACPにおける看護師と医師の双方に対する思い

(1) ACPにおける看護師と医師の連携における要望やジレンマ：有無を問う二項選択法

(2) 「心不全患者のACPの導入に際して医師／看護師に求めることや医師／看護師との関わりでジレンマを感じることにについて具体的に記載してください」との質問項目による自由記載

6. データ分析方法

集計したデータは単純集計、自由記載については、心不全患者のACPの導入に際する医師／看護師への要望と医師／看護師との関わりにおけるジレンマについて、類似性、相違性に基づいて、カテゴリー化を行なった。

7. 倫理的配慮

本研究は金沢大学医学倫理審査委員会の承認を得て実施した（承認番号：3157-1）。研究対象に、研究目的、研究内容（調査方法、データの保存方法や破棄方法）、研究結果の公表方法、自由意思による参加であること、参加の有無により今後の業務に影響することはないことについて文書にて説明を行った。

結 果

1. 質問紙回収状況

質問紙の回収数は看護師23名、医師25名で各回収率は100%であり、各有効回答率は100%であった。

2. 対象者の概要

看護師の年代は20代10名（43.5%）、30代10名（43.5%）、40代2名（8.7%）、50代以上1名（4.3%）で、平均看護師経験年数±標準偏差は8.9±6.5年、平均循環器内科病棟経験年数±標準偏差は4.1±2.4年であった。医師の年代は20代1名（4.0%）、30代15名（60.0%）、40代6名（24.0%）、50代以上3名（12.0%）で、平均循環器内科医師経験年数±標準偏差は9.9±6.7年であった。

3. ACPに対する看護師と医師の認識

1) ACPの理解度（図1）

看護師と医師共に「概ね理解している」「少し理解している」との回答を併せると8割に達していた。

2) ACPの必要性（図2）

看護師は91.3%、医師は88.0%が「必要である」と回答した。なお、看護師、医師共に「あまり必要ではない」「全く必要ではない」を選択したものはいなかった。

3) 初回ACPの最適な導入時期 (図3)

看護師と医師共に「心不全による複数回の入院があった時」が最も多く、全ての看護師が「心不全により再入院までの期間が短くなった時」までに導入すべきという回答であった。なお、看護師では「点滴・内服薬を最大限投与している時、治療抵抗期、心不全末期」を選択したものはいなかった。また、看護師、医師共に「死が間近に迫り、治療の可能性のない状態、終末期」を選択したものはなかった。

4) ACPを意識した関わりの自己評価 (図4)

看護師では「できている」と評価したものはなく、「少しできている」「どちらともいえない」がそれぞれ34.8%、「全くできていない」と評価したものは1名であった。医師では、「できている」と評価したものは1名で、「少しできている」と評価したものは56.0%と半数を超え、「全くできていない」との評価はなかった。

4. ACPにおける看護師と医師の双方に対する思い

1) 看護師と医師の連携における要望やジレンマ (図5)

看護師と医師共に「要望やジレンマがある」との回答は、それぞれ73.9%、60.0%と半数を超え、看護師の方が医師より要望やジレンマがあるという回答が多かった。

2) ACPにおける看護師の医師に対する思い (表1)

延べ31の記載内容から、要望として【医師より共有して欲しいACPに関する情報】【ACPを開始するのは医師】【医師間で統一させて欲しいACPに関する方針】の3つのカテゴリー、ジレンマとして【医師と共にACPを行いたい看護師任せの医師】【看護師も交えたACPを期待するが医師単独で進むACP】【ACPに関して看護師としての意見を医師に伝えるが反映されない看護の視点】の3つのカテゴリーが抽出された。

3) ACPにおける医師の看護師に対する思い (表2)

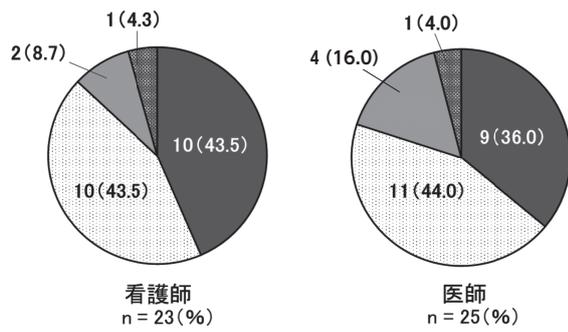
延べ18の記載内容から、要望として【看護のACPにおける役割への期待】【看護のACPへの継続的な関わりの必要性】【ACPについて話し合える関係構築の必要性】の3つのカテゴリー、ジレンマとして【看護師とACPに関する情報を直接共有したいが話しかける隙がない看護師】【期待とは違う看護師のACPに対する姿勢】の2つのカテゴリーが抽出された。

考 察

1. ACPに対する看護師と医師の認識

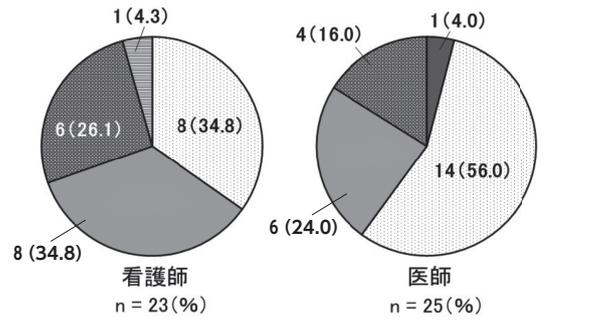
本研究では看護師と医師のACPに対する認識において大きな違いはみられず、ACPの理解度は理解していると認識しているものがそれぞれ8割に達し、ACPの必要性についてはほとんどが必要だと回答していた。がん患者の看護に携わっている一般病棟の看護師を対象にした、2017年に発表された研究では、ACPの意味を認識しているとの回答は対象の2割にとどまっていた¹⁴⁾。一方、本研究は2019-2020年に実施され、心不全患者への看護に携わっている看護師を対象とした調査であり、2018年の「急性・慢性心不全診療ガイドライン」⁴⁾においてACPが推奨されていたこと、当該病棟において月に1回多職種カンファレンスが実施されていたことなどの環境が、ACPに対する理解度や必要性の認識へ寄与していたものと考えられた。

一方、ACPを意識した関わりの自己評価では「できている」と評価した看護師はいなかった。厚生労働省より2018年に報告された「人生の最終段階における医療に関する意識調査」では、人生の最終段階の患者・利用者に対してACPを実践していると回答した看護師は25.8%であり¹⁵⁾、本研究の看護師のACPを意識した関わりの自己評価は厚生労働省の意識調査の結果と比較して低いと考えられた。心不全患者に対するACPの困難感として、予後・経過予測の難しさ、主治医と看護師間の情報共有不足、看護師自身の病状・治療への理解不足、患者との場面の設定不足が明らかになっている¹²⁾¹³⁾。同様に、本研究においても種々の困難さが看護師自身の関わりへの評価に影響したと推察された。「ACPに対する自信」は心不全患者のACPにおける看護師の取り組みに関連することが示され¹⁶⁾、藤井の多職種心不全チームの取り組みの報告では¹⁷⁾、心不全チームで介入することにより「自信をもって介入できる」というチームメンバーの発言があったことが述べられている。これらから、チームアプローチは医療者の自信を涵養する機会となり、ACPを促進すると考えられる。よって、チームメンバーが認識している困難をチームで共有していくことで、効果的なチームアプローチにつながり、ACPを促進すると考えられた。他方、医師はACPについて「できている」と「少しできている」との認識を合すると5割を超えていた。ACPにおいて話し合う項目の1つに「治療や医療に関する意向」があり¹⁸⁾、



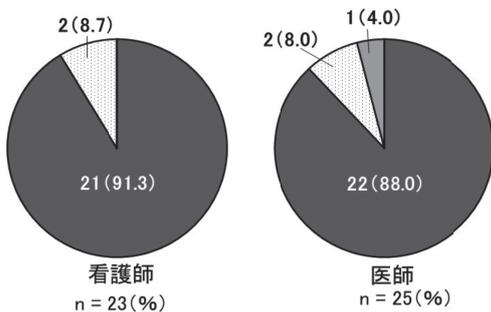
■ 概ね理解している □ 少し理解している
 ■ 言葉は聞いたことがあるが内容は全く知らない ■ ACPという言葉は初めて聞いた

図1 ACPの理解度



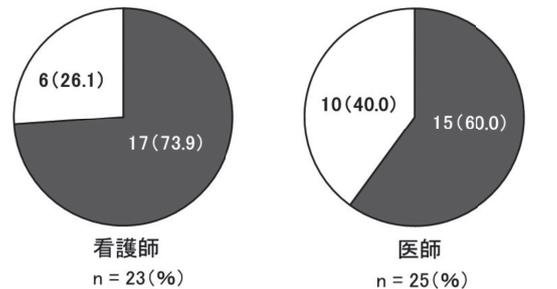
■ できている □ 少しできている ■ どちらともいえない
 ■ あまりできていない ■ 全くできていない

図4 ACPを意識した関わりの自己評価



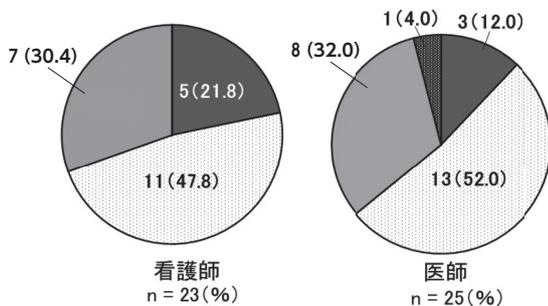
■ 必要である □ 少し必要である ■ どちらともいえない
 ■ あまり必要ではない ■ 全く必要ではない

図2 ACPの必要性



■ 要望やジレンマがある □ 要望やジレンマがない

図5 ACPにおける看護師と医師の連携における
 要望やジレンマの有無



■ 心不全による初回入院時
 □ 心不全による複数回の入院があった時
 ■ 心不全により再入院までの期間が短くなった時 (6か月以内の繰り返し入院がある)
 ■ 点滴・内服薬を最大限投与している時 治療抵抗期、心不全末期
 ■ 死が間近に迫り、治療の可能性のない状態、終末期

図3 初回ACPの最適な導入時期

医師は患者の病態を把握して治療や医療について患者・家族に説明をする役割を担っている。説明の際には、患者・家族の意思を確認することが必要であり、このことが医師のACPを意識した関わりの自己評価につながっていると考えられた。

初回ACP導入の最適な時期については、「心不

全による初回入院時」と回答したのは看護師で21.8%、医師で12.0%であった。植え込み型除細動器および／または心臓再同期療法の国内認定施設427施設を対象とした調査では¹⁰⁾、初回入院時と回答したのは看護師39.5%、医師30.7%であり、本研究の看護師・医師の約半数は初回ACP導入の最適な時期として「心不全による複数回の入院があった時」を選択していた。本研究の対象者はACP導入を初期段階から実施するとの回答が前述した調査に比べ少ないといえるが、その理由として、本研究は単施設での調査であったために、調査施設の特徴が現れたと考えられた。つまり、調査施設は第3次医療機関であり、患者・家族側においては治療に対する期待感が大きいと考えられること、医療者側においては治療提供に対して高い意識をもっていることが調査施設の特徴であると考えられ、早期のACP導入の難しさが存在した可能性が推察された。ACPのデメリットとして、「自分の終末期について具体的に考える」心の準備ができていないと利益よりも害が多いこ

表1 ACPにおける看護師の医師に対する思い（医師への要望とジレンマを感じることの自由記載より）

分類	カテゴリー	記載内容
要望	医師より共有して欲しい ACPに関する情報	<p>患者への説明内容が簡略されておりわからない</p> <p>医師の方針、今何をして今後どうするのかがわかりにくい</p> <p>方針がわかりにくい</p> <p>最低限詳しい記録を書いて欲しい</p> <p>医師と患者間でどんな話し合いをしているかわからない</p> <p>医師と患者との間でどのような話し合いが行われているかがわかりにくい</p> <p>医師と患者間のみで話していることもあり記録にないのでわかりにくいときがある</p> <p>患者のみに説明されており、看護師まで情報がこないことがある</p> <p>医師が患者にどこまで病状を説明しているのか、どのような話をしたかわかりにくい</p> <p>主治医から具体的な内容でのIC、特に予後に関わることについての話がなければなかなか聞き出すことができない</p> <p>主治医から今後のことについてどのような説明がされているかわからないことがあり、看護師からACPに関して話しづらい</p> <p>医師がどのような意向をもっているかわかりづらい</p> <p>医師とのコミュニケーションが不十分であり患者の今後の方針がわかりにくい。カルテ記載だけではわかりにくい</p>
	ACPを開始するのは 医師	<p>医師が最初に話をしてくれないと始めにくいと思った</p> <p>医師からどのように説明されているのか詳しくわからないこともあり、どこまでつっこんで話していいのかわからない</p> <p>医師から深刻なICがなされていない患者に話を聞きづらくてできない</p> <p>主治医から具体的な内容でのIC、特に予後に関わることについての話がなければなかなか聞き出すことができない</p> <p>早期からACPに関して患者・家族に説明して欲しい</p>
	医師間で統一させて 欲しいACPに関する方針	<p>医師間でもACPに対する考えや思いが統一されていないと感じる</p> <p>医師同士での連携が取れていないことがあること</p> <p>医師間での方針・考え方が違う</p>
ジレンマ	医師と共にACPを行いたい が看護師任せの医師	<p>求められることが大きすぎて“できない”と思うことがある</p> <p>カンファレンスを行なっているにもかかわらず看護師で思いをもっと聞いて欲しい、看護師でどうにかしておいて欲しいと言われることが多い</p> <p>忙しい中で全ての情報を看護師が聞き出さなければならないようで辛い</p> <p>患者の想いを聞くのは看護師の役割だという雰囲気大きい</p>
	看護師も交えたACPを 期待するが医師単独で 進むACP	<p>厳しい病状説明の日が突然決まり、同席が求められると同席する看護師の調整に困る</p> <p>それぞれの考えや思い、今後のことについて確認、調整が必要なため、医師、患者、家族、看護師を交えてICする場を設けて欲しい。医師が患者にさらっと話すこともあるため</p> <p>看護師に声をかけて欲しい</p> <p>可能であれば説明時に立ち会いたい。無理なら医師と直接どんな話を聞いたり、どんな風に対応したら良いか話し合いたい</p>
	ACPに関して看護師と しての意見を医師に 伝えるが反映されない 看護の視点	<p>治療を拒否していることを医師に伝えてもあまり何も動きがないこと</p> <p>看護師としては、家での生活や医師の思うやり方などが現実的に難しいと思うこと</p> <p>でも（医師が）進めていってしまうことがある</p>

ACP : advance care planning, IC : informed consent

表2 ACPにおける医師の看護師に対する思い（看護師への要望とジレンマを感じることの自由記載より）

分類	カテゴリー	記載内容
要望	看護のACPにおける役割への期待	<p>医師には把握することが難しい、生活上の希望などの情報共有をして欲しい</p> <p>患者の社会背景、目標を把握して欲しい</p> <p>患者、家族と多くの時間を共有し意思を引き出して欲しい</p> <p>医師には言えないような希望を聞いた場合に意見の共有</p> <p>本人、家族と多くの時間を共有し、理解を深めたり、意思を引き出して欲しいが、日常の業務があるためそこまで時間を割くことは難しいと感じる。ただし、しっかりと時間を割いて欲しい</p> <p>医師には把握できない（することが困難な）、社会背景とか、患者の性格、生活上の希望など情報共有をして欲しい</p> <p>医師は病態やデータなどからできる限りの治療方法を行う傾向にあるが、患者や家族の希望や思いに対しては話し合う機会が看護師に比べて少ない</p>
	看護のACPへの継続的な関わりの必要性	<p>外来で継続的にサポートできる医療従事者（看護師）がいない</p> <p>外来で病状を知っている看護師の同席があるとよい</p>
	ACPについて話し合える関係構築の必要性	<p>患者の人生にある意味一番関わることができる職業が看護師だと思うが、ある程度ACPを含めた職種間のflatな関係が必要になってくるが、そのような関係が必要</p> <p>看護師が患者、家族に病状についてどこまで説明するかを統一しておく必要がある</p>
ジレンマ	看護師とACPに関する情報を直接共有したいが話しかける隙がない看護師	<p>担当者が日々変わるため、カルテや紙面上で伝えきれない患者や家族との雰囲気などを毎回伝えることに苦勞する</p> <p>看護師が多忙すぎてなかなか病状説明時の同席を頼みにくい</p> <p>さまざまな情報をチームとして共有すべきである</p> <p>担当者が日々変わるのでカルテや紙面上で伝えきれない患者や家族との雰囲気など毎回お伝えするのに苦勞することがあった。申し送りや詳細をカルテに記載していても個人の受け止め方には多少の差があると思う</p> <p>病状説明時に看護師に同席をして欲しいが、看護師も多忙すぎてなかなかIC同席を頼みづらい</p>
	期待とは違う看護師のACPに対する姿勢	<p>看護師全員がIC同席することに対して重要性を感じているかが疑問に感じることがある</p> <p>看護師全員が病状説明時に同席をすることに対して重要性を感じているかが疑問に思う</p>

ACP : advance care planning, IC : informed consent

と、希望を失ってしまうことが明らかになっている¹⁹⁾。ACP導入の時期については調査施設ごとの特徴も踏まえつつ今後更に検討が必要であると考えられた。

2. 看護師と医師の双方に対する思いについて
 ACPにおける看護師と医師の連携における要望やジレンマについては、看護師と医師共に半数以上が要望やジレンマがあると回答していたが、看護師において医師よりもその割合が多かった。これは、看護師は医師よりも意見の対立に気づいている状況であったと解釈でき、これまでの報告¹⁰⁾¹¹⁾と同様の結果であった。自由記載では、心不全患者へのACPについて看護師と医師は双方

の役割の重要性を感じていた一方で、双方に対する思いの相違により、その役割が十分にACPに反映されていない現状であったことが示された。看護師は医師に対し【医師より共有して欲しいACPに関する情報】【ACPを開始するのは医師】というように、ACPにおいて医師が主導していく存在であると思っていた。また、医師の言動に対し【医師と共にACPを行いたい看護師任せの医師】と感じ、【看護師も交えたACPを期待するが医師単独で進むACP】【ACPに関して看護師としての意見を医師に伝えるが反映されない看護の視点】というように、看護の役割が尊重されていないと感じていた。その一方で医師は【看護の

ACPにおける役割への期待】【看護のACPへの継続的な関わりの必要性】【ACPについて話し合える関係構築の必要性】といったACPにおいて看護の役割が不可欠であると思っていた。しかし、

【看護師とACPに関する情報を直接共有したいが話しかける隙がない看護師】【期待とは違う看護師のACPに対する姿勢】というように、看護師との連携のしづらさを感じていた。

看護師と医師は【ACPを開始するのは医師】【看護のACPにおける役割への期待】といった双方に期待する役割があるが、【医師と共にACPを行いたい看護師任せの医師】【期待とは違う看護師のACPに対する姿勢】というように、それぞれ期待する役割を担ってくれないという不満が抽出された。藤井は、心不全チームは、包括的治療を行なう場合に有効とされる相互乗り入れチームモデルという意見交換だけでなく、患者の必要性がまず存在し、その必要性をそこに存在する医療者で区分して担当し、状況に応じて役割が変動する形態が望ましいのではないかと述べている¹⁷⁾。ACPをより促進するためには、看護師と医師をはじめとするチーム構成員が、患者の必要性を基盤に看護師と医師が双方に期待している役割についての思いを共有しながら連携を行なっていくことが必要であると考えられた。

本研究の限界

本研究の調査施設は第3次医療機関であり、それ以外の施設への適応には限界がある。

結 論

心不全患者へのACPにおける看護師と医師それぞれのACPに対する認識および看護師と医師双方に対する思いについて無記名自記式質問紙調査を行ったところ、看護師と医師それぞれのACPの理解度および必要性の認識は高く、初回ACPの最適な導入時期についてはそれぞれ約半数が「心不全による複数回の入院があった時」を選択した。ACPを意識した関わりの自己評価では、できていると評価した看護師はおらず、医師は1名ができていると評価した。看護師と医師双方に対する思いでは、看護師と医師共に半数以上が連携において双方へ要望やジレンマがあり、看護師の医師への要望とジレンマは合計6つのカテゴリー、医師の看護師への要望とジレンマは合計5つのカテゴリーが抽出され、看護師と医師は双方の役割の重要性を感じていた一方で、双方に対する

思いの相違が示された。

心不全患者を対象にしたACPをより促進するためには、看護師と医師が双方に期待している役割についての思いを共有する必要性が示唆された。

謝 辞

本研究にご協力いただき、貴重なご意見をくださいました看護師の皆様、医師の皆様、病院関係者の皆様に深く感謝いたします。

利益相反

利益相反なし。

文 献

- 1) 日本医師会：アドバンス・ケア・プランニング (ACP), [オンライン, https://www.med.or.jp/doctor/rinri/i_rinri/006612.html], 日本医師会, 3. 9. 2023
- 2) Sudore RL, Lum HD, You JJ, et al.: Defining Advance Care Planning for Adults: A Consensus Definition From a Multidisciplinary Delphi Panel. *Journal of Pain and Symptom Management*, 53(5), 821–832, 2017
- 3) Allen LA, Stevenson LW, Grady KL, et al.: Decision Making in Advanced Heart Failure. *Circulation*, 125(15), 1928–1952, 2012
- 4) 日本循環器学会／日本心不全学会：急性・慢性心不全診療ガイドライン2017年度改訂版, [オンライン, https://www.j-circ.or.jp/cms/wp-content/uploads/2017/06/JCS2017_tsutsui_h.pdf], 3. 9. 2023
- 5) 高田弥寿子：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, *医学の歩み*, 254(11), 1057–1062, 2015
- 6) 竹之内沙弥香：アドバンス・ケア・プランニング支援のポイント, *日本呼吸ケア・リハビリテーション学会誌*, 30(2), 154–158, 2022
- 7) You JJ, Aleksova N, Ducharme A, et al.: Barriers to Goals of Care Discussions With Patients Who Have Advanced Heart Failure: Results of a Multicenter Survey of Hospital-Based Cardiology Clinicians. *Journal of Cardiac Failure*, 23(11), 786–793, 2017
- 8) 鶴若麻理：急性期病院の医師と看護師からみたACPを促進する要因と障壁, *生存科学*, 32(1), 89–106, 2021

- 9) 鷺田幸一：【チーム医療で心不全の再入院を回避する!!】心不全チーム医療を行うために必要なこと 心不全チームの作成, *Heart*, 3 (9), 50-56, 2013
- 10) Tokunaga-Nakawatase Y, Ochiai R, Sanjo M, et al.: Perceptions of physicians and nurses concerning advanced care planning for patients with heart failure in Japan, *Annals of Palliative Medicine*, 9 (4), 1718-1731, 2020
- 11) 松岡志帆, 奥村泰之, 市倉加奈子, 他：心不全患者の終末期に対する心臓専門医と看護師の認識 - ICD認定施設の全国調査 -, *日本心臓病学会誌*, 6 (2), 115-121, 2011
- 12) 坪井京子, 増田誠一郎：慢性心不全患者の最期の迎え方における意思決定を支援する看護師が経験する困難, *日本看護学会論文集：慢性期看護*, 48, 175-178, 2018
- 13) 土肥真奈, 秋元みなみ, 佐藤里奈, 他：高齢心不全患者と家族へのアドバンスケアプランニングに対する病棟看護師の認識, *日本循環器看護学会誌*, 16(1), 50-57, 2020
- 14) 小松恵, 島谷智彦：がん患者緩和ケアにおけるアドバンス・ケア・プランニングに関する一般病棟看護師の認識, *Palliative Care Research*, 12(3), 701-707, 2017
- 15) 厚生労働省：人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書, [オンライン, https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/saisyuiryo_a_h29.pdf], 平成29年度人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書, 8. 18. 2023
- 16) 山本美保, 吉岡さおり：心不全患者のアドバンス・ケア・プランニングにおける看護師の取り組み測定尺度の開発と関連要因の検討, *日本看護科学会誌*, 41, 723-732, 2021
- 17) 藤井利江：卓越した慢性看護の実践を支える仕組みづくり 多職種心不全チームの発足と介入の実際, *日本慢性看護学会誌*, 14(2), 69-76, 2020
- 18) The national council for palliative care: Advance care planning: a guide for health and social care staff, [online, <http://www.ncpc.org.uk/sites/default/files/AdvanceCarePlanning.pdf>], 3. 9. 2023
- 19) Johnson S, Butow P, Kerridge I, et al.: Advance care planning for cancer patients: a systematic review of perceptions and experiences of patients, families, and healthcare providers, *Psycho-oncology*, 25(4), 362-386, 2016