

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～

キーワード: ACP、エンド・オブ・ライフケア、慢性心不全

○平島 洸 (北入院棟 3 階)

はじめに

慢性心不全は急性増悪を繰り返しながら進行性に悪化するという経過をたどる。そのため日常生活における健康管理が重要となってくるが様々な要因で悪化し A 病棟に再入院する患者も多い。昨年改訂された「急性・慢性心不全診療ガイドライン」¹⁾に ACP 実践が推奨されており、心不全パンデミックへ備えていく背景がある。A 病棟においても今年度は再入院する間隔が短くなったケースや心不全ステージ C、D の対象において心不全カンファレンスを活用しながら多職種で ACP 導入の検討を行い、発展途上ではあるがチームでの介入に取り組んでいる。一般的に心不全末期・終末期の看護ケアにおいて①意思決定支援②苦痛の緩和③予期悲嘆への援助④家族ケアが重要²⁾と述べられており、その中で心不全患者の①意思決定支援は予後予測が難しいことから介入のタイミングなどが明確にされていない現状がある。今回 ACP を開始した事例を振り返り、先行研究や文献と照らし合わせながら看護の課題を整理すると共に看護師の役割について検討したので報告する。

用語の定義

ACP: アドバンスケアプランの略語。意思決定能力低下に備えて、今後の治療・療養について患者・家族と医療従事者があらかじめ話し合う自発的なプロセス。

I 研究目的

本研究では、ACP を実践した 3 例の患者との一連の関わりを振り返り、心不全患者に対する意思決定支援における看護師の役割を明らかにする。

II 研究方法

1 研究期間: 2019 年〇月～〇月

2 研究対象: 慢性心不全のステージ C-D に該当し、意思決定能力のある患者 3 名とその家族。

3 データの収集方法

3 例の患者に対し行った一連の関わり・意思決定支援を振り返り、ACP の 4 つのステップに当てはめ情報整理を行った。また、介入前後で行った心不全カンファレンスや継続面談を通して、患者の死生観や病状の理解度、現時点での考えや思いを整理し、介入の妥当性の評価を行った。患者・家族には神戸大学が作成した「これからの治療・ケアに関する話し合い-アドバンス・ケア・プランニング-」³⁾の冊子を渡しており、思いや考えを整理してもらうと同時に、面談は冊子の内容に沿って行った。日々のコミュニケーションで表出された思い等も併せ、看護記録として記録した。

4 データの分析方法

ACP 実践により得た患者の反応や多職種からの意見等を踏まえ、先行研究・文献と照らし合わせながら看護介入についての考察を行った。

III 倫理的配慮

当院の倫理審査委員会での承認を得て研究対象者やその家族に研究の目的・内容を説明し、研究参加は自由意思であること、途中で辞退可能なこと、辞退した場合も不利益を得ないことを伝えた。また匿名化を行い、プライバシーの保護に努める事を説明し同意を得た。

IV 事例紹介 (詳細は添付資料 1 に記載)

A 氏: 80 歳台男性。今回は旅先での塩分過量摂取、飲酒にて心不全再増悪し入院となった。今回入院時より ACP を開始した。

B 氏: 60 歳台男性。今年に入り一度心不全再増悪を認め入院している。その際に心不全ステージ D であることが IC されるも、自己管理不足による心不全再増悪を認め再び入院となった。今回入院にて ACP を開始した。

C 氏: 70 歳台男性。心不全再増悪のため入院。NPPV 管理・薬剤調整にて症状軽快していたが、入院中感冒症状をきっかけに再度 LOS によるシ

ヨック状態となった。そのため、心臓再同期療法が行われ徐々にカテコラミンの離脱が出来た。既往にDM・CKDあり、今後再増悪のリスクも高くACPを開始した。

V 結果 添付資料 1 参照

VI 考察

慢性心不全の終末期に至るまでの経過は、突然死や、感染症・致死的不整脈等の合併により比較的急速に終末期に陥る症例が多い。一方、長期間小康状態を維持する症例や退院可能な状態まで改善する症例もあり経過は様々であるため、最終局面の判断が極めて困難である⁴⁾とされている。症状が急激に増悪しシビアな状況に立たされた時、患者・家族は突然治療選択を迫られることもあり、危機的状況に陥る。A氏、B氏のように増悪と寛解を繰り返す患者またはその家族は、今回もまた良くなるのではないかと期待し予後について現実的に考えられない⁵⁾現状がある。また、C氏のように急激な病態の変化により、治療・ケアの選択のタイミングを逃すことも少なくない。今回ACPを行った3例は、心不全による再入院であり、AHAが推奨する意思決定支援のタイミング「心不全入院、とくに再発」「症状悪化やQOL低下」「運動耐容能の低下」等の項目に該当しており、介入のタイミングとしては適切であったと言える。

3例ともにACP実践の場において、面談中や面談以外での関わりにおいても、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多くあった。日々の看護場面でそのような発言等が見られた際は適宜カンファレンス等で医師・他職種に発信を行った。その結果、患者自身の生活の目標が今回のACPにおいての目標になり、多職種でのアプローチを行うことができた。ACPのステップ3「目標と意思を確認する」において、看護師は中心的な役割を担うことが期待されている。⁶⁾看護師は日々治療の補助・日常生活援助を行っており、患者と関わる機会も多いことから、患者との関係を

構築しやすい環境にある。そのため、3例の患者においての細かな思いの変化に気づくことが出来た。このことから、患者の意思を尊重し、患者が適切な時期で適切な治療・ケアの選択が行えるように、意思決定の場においても看護師はアドボケートとしての役割を担っていることがわかった。

エンド・オブ・ライフケアに関する意思決定は複雑な感情をもたらす。患者は病気であり、不安や恐怖、ストレス、コントロール感の喪失があることが予想される。また、日本人は死をタブー視する文化があり、間近に迫る死について考えることにより心理的危機に陥る可能性もある。⁵⁾⁶⁾C氏は面談後、告知の結果を受け止め今後についての考えを述べられていたが、A氏はACPの面談後落胆する様子が見られ、B氏は面談直後「先のことは考えたくない」といった発言も見られていた。このようにACPの実践・エンド・オブ・ライフケアの選択は心理的負担が大きい。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ながら、不安の傾聴やコミュニケーションを図りつつ、患者-医療者での共同意思決定を意識し介入を行った。結果としては、A氏・B氏ともに病状を受け止め、退院後や今後の生活に関する目標を考えることができた。看護師はACP実践後も日々関わっていくため、患者・家族双方の身体面や精神面に関するモニタリングやマネジメントを行い、患者に合ったアフターケアを行っていく必要がある。

A氏・B氏のように心理的負担が大きいことも事前に予想されるため、ACP実践にあたっては患者・家族の心身の状態の情報収集や、環境の調整を行い、患者にとってACPを行うタイミングは適切か総合的にアセスメントをしておく必要がある。また、C氏のように看護師に表出する思いと他職種に表出する思いが異なる場合もあるため、事前に多職種で情報共有・カンファレンスを行い、医療チーム全体でACP実践について検討しておく必要がある。ACPは患

者-医療者間のみではなく、医療関係者間のコミュニケーションの促進にも効果がある⁷⁾とされている。看護師は、患者はもちろん、各医療職者と接する場面が多い。そのため、患者状態の総合的なアセスメントをもとに、多職種間での連携・調整を担うコンシェルジュ的役割がある。そして、医療チームの中心となって、ACPの実践に繋げていくことが求められる。

ACPはAD(advance directive)やDNAR(do not attempt resuscitation)と同義語として誤解されることもあるが、AD・DNARを含む広い概念で、対話のプロセスに焦点が当たっていることが特徴である。⁶⁾ ACPはあくまでプロセスであり、A氏・C氏のようにエンド・オブ・ライフケアに関する具体的な案を提示されるケースもあれば、B氏のように病状理解の段階で留まり、具体的な案は検討している段階といったケースもみられる。心不全の病態は不確実性があるため、継続したACPが必要である。B病院循環器内科においては、定期外来日とは別に心臓リハビリ外来を展開しており、心臓リハビリ担当の看護師が患者の自宅での生活や自己管理について、ACP実践後の思いの変化等を捉えている。A氏・B氏は心臓リハビリ外来を利用しており、その場で思いや生活に関する疑問点・不安点等を訴えられることもある。このように病棟看護師、外来看護師、心臓リハビリ担当看護師が連携し、ACPの継続介入に携わっており、ACP継続実践の場においても役割を發揮していることが分かった。

今回の3例の患者に対するACP実践を通しての看護師の役割として、患者の一番身近に関わる機会も多く、思いの変化等を捉えやすい環境にあることから、アドボケーターとしての役割を担っていることが分かった。また、医療チームでACPを実践していく上でのコンシェルジュ的役割も担っており、継続介入の場面においても役割を發揮していることが導き出された。

VII 結論

1) 看護師は意思決定支援の場面において、患

者のアドボケーターとしての役割がある。

2) 多職種から構成される医療チーム内でのコンシェルジュ的役割がある。

3) ACPの継続的な実践の場面でも役割を担っている。

VIII 今後の課題

本研究においては心不全カンファレンスを通してACP介入の妥当性を評価し、3症例に対し介入を行った後、4ステップアプローチ法等を用いて情報整理を行った。ACPのプロセスにおいては、延命治療の選択に焦点を当てるのではなく患者のエンドオブライフに対する価値観や意思決定パターンを理解し、自由な意思決定を尊重しつつ、継続的にステップを踏み家族を含めた目標設定をすることが重要である。⁵⁾ A病棟でのACP実践は発展途上であるため、看護師・多職種のACPに関する専門性の向上とAsk-tell-Ask法等のコミュニケーションスキルを身につけることが求められる。看護師として、また医療チームの一員としてACPの普及にむけた土台作り・看護の質の向上に努めていきたいと考える。

引用・参考文献

- 1) 日本循環器学会/日本心不全学会合同ガイドライン 急性・慢性心不全診療ガイドライン 2017年改訂版
<http://www.asas.or.jp/jhfs/pdf/topics20180323.pdf> (参照 2019年12月17日)
- 2) 循環器の診断と治療に対するガイドライン(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 2010
- 3) 木澤義之: これからの治療・ケアに関する話し合い-アドバンスケアプランニング オスカージャパン株式会社 2018年3月 p14
- 4) 高田弥寿子(2015年9月): 難治性心不全診療における意思決定支援 週刊医学のあゆみ 254巻11号 p1057-1062
- 5) 高田弥寿子、菅野康夫(2015年11月): 慢性心不全の緩和ケア 月刊薬事 vol.57 no.12 p33-38
- 6) 眞茅みゆき: 早期から始める心不全のトータルケア-長期の療養を支え、最期までQOLを維持するための看護 2018年 p50.51
- 7) 長江弘子: 我が国におけるアドバンスプランニング どう生きたいかについて意思表示を支え、よりよいエンドオブライフケアのために 看護展望 第43巻 11号 2018年 p14-19

資料 1

Step 1 : 場所と参加者の設定をする	Step 2 : 患者が知っていることと知りたいたいことを確認する	Step 3 : 患者の意向を確認し目標を設定する	Step 4 : 患者や家族と共に目標に基づいた治療と決定について考える
<p>A 氏 80 歳代</p> <ul style="list-style-type: none"> ・連合弁膜症術後、慢性心原細動による心不全 ・妻と 2 人暮らし ・再入院を繰り返している ・塩分過多で再入院 ・心不全ステージ C 	<p>《ACP 面談前》</p> <p>「食事は塩分を減らさないといけないのはわかる」</p> <p>「自由にしたい事をして生きるにはどうしたらいいか」</p> <p>→本人・妻に対し IC・ACP 面談行われる。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を医師より説明。</p>	<p>《ACP 面談後》</p> <p>直後は落胆する様子が見られた。</p> <p>「妻と今まで通り楽しく生きていきたい」「再入院はたたくないが、いざとなったら病院で看取られたい。延命治療は望まない。」「ここまで悪いと思っていなかったから、きちんと話してもらって良かった。」</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・定期外来+心臓リハビリ外来で継続フォローとなる。ACP 継続介入も併せて行っていくこととなる。 ・再入院しないために減塩管理の面で栄養士より宅配食導入進められ、今回より利用している。 ・心不全手帳活用し、血圧・体重管理の自己モニタリングを強化している。 ・退院後、今後を見据えて遺書を作成したと ・急変時は DNAR の同意が得られている
<p>B 氏 60 歳代</p> <ul style="list-style-type: none"> ・拡張型心筋症 ・数年前に初発心不全指摘され、外来フォロー中。 ・昨年 1 回、今年 2 回入院している ・仕事を休職している ・妻・娘と 3 人暮らし ・心不全ステージ D 	<p>《ACP 面談前》</p> <p>「営業一筋で仕事をやってきた。仕事にはもどれるのだろうか」</p> <p>「自分の寿命は早く終わるのか」</p> <p>→本人・妻に対し IC・ACP 面談行われる。心不全の原因、予後について話される。拡張型心筋症があり、今後心不全増悪のリスクが高いことが説明される。ACP のパンフレット渡し、思いを整理してもらおう。</p>	<p>《ACP 面談後》</p> <p>「仕事に関してはデスクワークとかに変更されるのもストレス。自宅療養中に考えます。」</p> <p>「パンフレットは読んだけど、かしこまった内容だけ、今はまだ最期のこととか、先のことは考えたくないかな」</p> <p>「孫の顔が見たいから、それまでは何が何でも長生きしたい。自分の母親よりは若い年齢で死ぬのいや。食事とか我慢することとはせんといかんかな一つおもつとよ。」</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・氏と話し、定期外来+心臓リハビリ外来で継続フォローしていくこととなる。ACP 継続介入も併せて行っていくこととなる。 ・妻の協力を得ながら減塩管理・禁煙行っている ・心不全手帳を活用し、血圧・体重管理のモニタリング強化を行っている ・精神的ダメージ強く、不安や経験した症状などを心臓リハビリ外来時にヒアリング行っている。 ・ACP パンフレットを説明し渡しているがまだ考えたくないという本人の思いを尊重している段階。 ・難病申請を行った
<p>C 氏 70 歳代</p> <ul style="list-style-type: none"> ・妻、娘 2 人との 4 人暮らし ・一昨年より心不全指摘。 ・LOS による急性心不全で入院 ・心アミロイドーシスあり、長期予後不良 ・入院中に CRT-D 挿入。 ・心不全ステージ D 	<p>《ACP 面談前》</p> <p>「自分はあと何年生きられるか」</p> <p>「死期が近づいてきている気がする」</p> <p>「僕の使命は信仰を全うすること。だから自分の体について詳しく知りたい。」</p> <p>→本人・妻・長女、次女夫婦へ IC・ACP 面談行われる。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を医師より説明。ACP パンフレットも渡す。</p>	<p>《ACP 面談後》</p> <p>「残りの人生は自己管理を完璧にやって、宗教活動をした、CRT 挿入も受けるよ」</p> <p>PT に対し「心臓の機能を考慮した具体的なリハビリの方法について知りたい」</p> <p>「心不全とはずっと付き合っていくよ。治療やケアを受けながら残りの時間を有意義に過ごそうとおも」</p> <p>→予後を受け止め、自己管理を完璧に行いながら、再入院せず疾患と向きあっていくと意思表示あり。</p> <p>→いつか旅行に行くことが目標と。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・栄養士、理学療法士、薬剤師が介入し、個別での生活指導が行われた。 ・共同指導実施も実施され、ダイケア・訪問看護の調整が行われた。入院前よりサービスを増やし、自宅退院。今後は外来でフォローされていく予定。 ・自宅退院後はセルフモニタリングを積極的にしている ・定期外来で ACP 後の経過を捉えている。 ・延命治療について ACP パンフレットへ自分の意向を記入して持参された。「ICU には入りたくない」「胃薬は作りたくない」「出来るだけ自然な形で死を迎えたい」と記載あり。妻は内容に納得されている。