

## 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～

五 林 郁 子      長谷川 浩 美

Key Word: 終末期心不全, アドバンスケアプランニング

### 要 約

終末期心不全患者の施設での看取りを含めた意思決定支援の経験をした。この経験を先行研究と比較することで本人の意思に寄り添えた結果となった要因を明らかにし、今後の課題を見出すことを目的とした。対象はA氏、90歳前半に狭心症、心不全、貧血と診断され初回受診した。発症から6年後に心不全により初回入院となった。その後入退院を繰り返し、100歳前半に脱水・貧血のため最後の入院を迎えた。A氏の最後の入院時の関わりを看護記録と看護師への聞き取りから振り返り、坪井らの「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」の5カテゴリーに分類し経過を整理した。カテゴリー分類結果では、1.甥夫婦はA氏が終末期である事を理解し本人の帰りたい思いに寄り添い退院を支援し協力的であった。2.A氏の希望と家族の不安を、医師・看護師・退院支援看護師が共有し協力していた。3.入退院を繰り返す中でA氏が大切にしている事や人生観について耳にする機会が多く、終末期であると認識した早期から看取りを含めた意思決定支援に取り組むことができた。4.治療方針や退院の方針が早期に決定し、多職種が退院へ向けて準備した。5.A氏は退院を希望し、甥夫婦はA氏の病状や通院の苦痛を心配していた。多職種と施設職員、甥夫婦が退院後の環境を整えることで安心して退院を迎えることができた。

A氏は、早期から自らの人生観を周囲に伝えておりそれを支える甥夫婦の思いが早期の意思決定支援に繋がった。A氏の「施設で最期を迎えたい」思いに寄り添い、A氏を取り巻く多職種や施設職員が協力して退院を支援した。患者の人生観に寄り添った対応を多職種・家族・施設職員で協力した結果、希望通りに在宅で穏やかな最期を迎えることができた。今回の経験を大切に、終末期を迎える前から望む治療と生き方を患者・家族と対話するプロセス(アドバンスケアプランニング)が重要であり、手順を整備していくことが今後の課題である。

### はじめに

「終末期医療およびケアの決定方針は医療・ケアチームにより行われ、本人との話し合いが繰り返し行われる事が重要である。」<sup>1)</sup>とされている。しかし、「高齢者心不全の終末期医療は、終末期であることの判断がしばしば困難であることやエビデンスに乏しいことなどから、具体的な記述が困難な領域」<sup>2)</sup>であり、急性期と慢性期を繰り返し、予後予測が困難なため「患者自身が最期までどの様に生きたいか、医療者や家族と共有しないまま最期を迎えることが多い。」<sup>2)</sup>そのため、意思決定の場を十分与えられていないとされている。また、先行研究も少なく慢性心不全患者の意思決定支援の実態は明らかではない。これまで多くの終末期心不全患者が望んだ通りの最期の迎え方ができたか疑問が残る。患者をとりまく家族・医師・ケアチームは患者にとって最善な治療・ケアは何か、今も試行錯誤を続けている。

今回、ある終末期心不全患者の退院支援・施設での看取りを含めた意思決定支援の貴重な経験をした。先行研究である坪井らの「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」<sup>3)</sup>と比較することで、今回の意思決定支援が本人の意思に寄り添えた結果となった要因を明らかにし今後の課題を見出す目的で分析した。

### I 事例紹介

A氏は90歳前半に狭心症、心不全、貧血と診断され初回受診した。

病院近くの一軒家に独居、夫とは死別し実子なし。駐車場の管理をしながら生計をたてていた。甥夫婦の月数回の訪問と週2回ヘルパーの介入により生活していた。教会へ通うことを習慣とし、穏やかな性格だった。高度難聴と物忘れはあるが認知症はなかった。自然の景色が好きで

旭川赤十字病院 6階みなみ病棟

Experience in decision support including discharge support for patients with end-stage heart failure and their families  
-Comparison with nurses' difficulties related to terminal care-

Ikuko Gobayashi, Hiromi HASEGAWA

Asahikawa Red Cross Hospital 6th south

元気な頃は畑作業もしていた。

発症から6年後に心不全により初回入院となった。

それまで炊事・洗濯は自分で行っていたが、転倒や家事での火傷を繰り返していた。心配する甥夫婦が施設入所を勧めていたが拒んでいた。しかし、この入院をきっかけに甥夫婦に説得されて了承した。施設はA氏が通っていた教会の近くにあり、週末は甥夫婦が送迎する約束をしていた。畑作業も希望があればできる自然豊かな環境であった。退院後に施設入所となった。

発症から9年後、100歳前半のX月とX+2月に脱水・貧血にて入院した。

X+7月に脱水・貧血のため入院となった。終末期を迎えていることを医療者間で共通認識した。施設退院を希望する本人の意向を尊重し訪問看護・訪問診療を行うことを調整し入院Y日目に施設退院となった。

退院後Y+11日の初回訪問診療には病棟看護師も同行した。食欲はなく臥床しがちであったが主治医の訪問に笑顔がみられ、起き上がって会話に応じていた。Y+24日に施設にて甥夫婦と施設職員に看取られ亡くなった。主治医が訪問し死亡確認をした。

## Ⅱ 方 法

### 1. 研究デザイン

質的帰納法、事例研究

### 2. 方法

事例への関わりを看護記録と看護師への聞き取りから振り返り、坪井らの先行研究である「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」の5カテゴリーに分類し経過を整理分析した。カテゴリーの内容は「患者・家族の病状・治療に対する理解不足」「主治医と看護師間の情報提供不足」「看護師が患者の病識・意思の確認についての十分な場面設定の不足」「病状経過や治療の見通しについての知識・技術不足や患者への指導不足」「本人と家族の治療についての思いの相違」である。

### 3. 倫理的配慮

事例のデータは個人が特定されないように適切に処理することを家族に口頭で説明し研究に使用する事への同意を得た。また、研究への参加は自由意志であり看護師から聞き取りした内容は研究のみに使用し個人の不利益とならないことを口頭で説明し同意を得た。

## Ⅲ カテゴリー分類結果

### カテゴリー 1: 患者家族の病状・治療に対する理解不足

入院3日目に主治医から甥夫婦へ心不全末期の状態であることの説明がされた。本人へ終末期であることの説明はなかったが、「施設で最期を迎えたい、もう入院したくない」との言葉が聞かれた。甥夫婦には胃ろうなどの侵

襲的な治療は適応ではないこと、今後も悪化と軽快を繰り返して急激に悪くなっていくことを説明され、病状は理解できたようだが「いつまでここで診てもらえるのか。施設に帰っても寝ているばかりでどうして良いかわからない。転院した方が良いのか?」と入退院を繰り返している現状に不安がある様子だった。最終的には本人の意思を尊重し看取り対応を含めて施設への退院を了承した。

### カテゴリー 2: 主治医と看護師間の情報共有不足

主治医は入院当初から、ある程度脱水が改善し経口摂取が可能となれば退院の方針であることを看護師に伝えていた。病院食以外の間食の許可を得て本人が希望する時間に食べられる環境を整え対応し、ADLの維持を目的にリハビリテーションの介入を依頼した。また、本人が施設に帰りがたっており「もう入院したくない」との思いがある事や、人生の最期を施設で迎えたいと考えている事を主治医や退院支援看護師と情報共有した。次に、施設での看取りが可能であるかを確認した。施設ではこれまで看取りの経験がなく、A氏の状況を相談し病院と連携するため訪問看護を開始することを調整した。また、A氏は主治医を慕っており受診を楽しみしている反面、待ち時間が長く苦痛に感じている事を考慮し、主治医が訪問診療をする事となった。

### カテゴリー 3: 看護師が患者の病識、意思の確認についての十分な場面設定の不足

A氏は入退院を繰り返すなかで独居から施設入所しており病棟看護師や退院支援看護師、医療ソーシャルワーカーとの関係性ができていた。周囲の自然が豊かで、信仰している教会に近い今の施設が大好きである事は以前からよく耳にしていた。最後の入院時も早く施設に帰りたいと訴えていた。甥夫婦は本人の意思を尊重したい半面、入院を繰り返すことに不安があった。入院日数4日目と7日目に甥夫婦へ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、退院へ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行った。

### カテゴリー 4: 病状経過や治療の見通しについての知識・技術不足や患者への指導不足

入院してすぐに、ある程度経口摂取が可能となったら施設に退院する、と治療方針がはっきりしていた。そのため施設退院をゴールとして多職種がそれぞれに必要な援助を考えた。医師・看護師・退院支援看護師は情報を共有し具体的にどんな援助ができるか話しあう場を設けた。方針はスタッフ間で共有し日々のケアの工夫を行った。

### カテゴリー 5: 本人と家族の治療方針についての思いの相違

キーパーソンである甥夫婦は、4日目のインフォームドコンセントである程度経口摂取が可能となったら退院する方針であると説明をうけた。しかし、入退院を繰り返している状況に不安と戸惑いがあった。このような状況を繰り返すなら長期入院できる病院に転院したほうが良い

のか悩んでいた。6日目のICでは主治医から病状が安定しており施設に帰るチャンスである事、そして、希望があれば施設でも点滴や看取りが可能である事を説明され、「施設で最期を迎えたい」という本人の意思を支えたいという想いに変化した。10日目の退院支援合同カンファレンスでは本人の受診の負担を軽減するため主治医が訪問診療することや、訪問看護師と連携し必要な採血や点滴などスムーズに対応できることを知り安心して退院を迎える準備ができた。退院後24日目に施設でお亡くなりになった。甥夫婦と施設職員からは、「穏やかな最期だった。本人の意思に添えて最期を見送ることができて良かった。」との言葉が聞かれた。

#### IV 考 察

予後予測が困難といわれる高齢者心不全の終末期医療において、最期の過ごし方に関する意思決定の時間は多くはない。高齢慢性心不全患者は、多疾患有病者であることが多く記憶力の低下や認知症、視覚障害、難聴などの障害により終末期に意思決定をすることが困難な場合が多い。そのため終末期においては約70%の患者は、意思決定が不可能とされている<sup>4)</sup>。また、今回看護師への聞き取りにおいては、心不全増悪で入院しても退院の際には治ったと認識している患者や家族が多く、終末期であっても回復に望みを持つ患者が多いことがわかった。患者が死を悟ることで意欲を失う事を恐れる家族も多く終末期であることを告知されないケースもある。

高齢心不全患者に対する終末期医療の指針では「将来の意思決定能力の低下に備え、望む治療と生き方を事前に患者、家族と対話するプロセス(アドバンスケアプランニング:ACP)を持つことが重要<sup>5)</sup>とされる。A氏は、信仰している教会に近く自然に囲まれた施設が大好きであること、また予後を感じ取り「施設で最期を迎えたい」と伝えていた。A氏の意味がはっきりと示されていた事により、心配していた甥夫婦も本人の意思に寄り添って意思決定することができたと考える。

また、医師の方針がはっきりしていた事や、訪問診療を行うことを決断した事により多職種が協働して退院へ向けて準備を行った。目標が明確だったことで、看護師とリハビリスタッフは退院に向けたADLの維持や食事の工夫など具体的に関わった。また退院支援室看護師やメディカルソーシャルワーカーは訪問看護の準備や施設職員との連携をスムーズに行ったことにより、病状が安定したタイミングを逃さずに退院することにつながったと考える。

#### V 結 語

1. 終末期慢性心不全患者・家族の退院支援を含めた意思決定支援に関わった事例を検討した。
2. 患者の生き方や人生観に寄り添った対応を多職種・家族・施設職員で検討し協力した結果、希望通りに在宅で

穏やかな最期を迎えることができた。

3. 慢性心不全患者は急性期と慢性期を繰り返し予後予測困難で意思決定の場を十分与えられていないことが多い。今回の経験を大切にし、終末期を迎える前から望む治療と生き方を患者・家族と対話するプロセス(アドバンスケアプランニング)が重要であり、手順を整備していくことが今後の課題である。

本研究は平成30年11月28日第2回院内研究発表にて発表した。

#### 文 献

- 1)厚生労働省.人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン,2018.
- 2)日本心不全学会.高齢心不全患者の治療に関するステートメント,p51-55.ライフサイエンス出版,2016.
- 3)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,第48回日本看護学会論文集 p175-178,2018.
- 4)木澤義之.アドバンス・ケア・プランニング いのちの終わりについて話し合いを始める.第1回 人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会.資料3.厚生労働省,2017
- 5)日本心不全学会.急性・慢性心不全診療ガイドライン(2017年改訂版).ライフサイエンス出版,p124-125,2018.