

看護師が行う心不全患者の終末期に至る局面の判断と実践

Clinical Judgement and Care Practice Performed by Nurses for Heart Failure Patients
at the Phase near the End-of-life Stage

山根 加奈子¹⁾*, 中島 真由美¹⁾
Kanakano Yamane, Mayumi Nakajima

キーワード 心不全患者, 終末期, 看護師, 局面, 判断, 実践

Key Words heart failure patients, end-of-life stage, nurses, phase, clinical judgement, practice

抄 録

目的 心不全患者が終末期に至る局面での看護師の判断と実践を明らかにする。

方法 循環器病棟経験5年以上の看護師3名を対象とし半構成的面接調査を行った。語られた内容を質的記述的に分析した。

結果 看護師は、【予後予測が難しく看取りが近いことの実感が湧かないから終末期と判断できない】【明らかな心不全末期の状態にある】【患者の苦痛がだんだん増強している】【以前に比べて明らかに状態が悪い】【医師が末期であることを判断した】ことで心不全が終末期に至る局面と判断していた。【家族の苦痛を緩和する】【患者の尊厳を守り希望に添う】【患者の苦痛を緩和する】【試行錯誤しながら医師と協働する】【医師以外の職種と相談し協働する】【看護師同士で相談し協働する】という実践だった。

考察 看護師は、予後予測が難しいが患者の苦痛や状況から心不全が終末期に至る局面であると判断していた。その判断から患者の苦痛を緩和することや、患者の尊厳を守り希望に寄り添う実践を行っていた。

1) 聖泉大学看護学部看護学科 School of Nursing, Seisen University

* E-Mail yamane-k@seisen.ac.jp

I. 緒言

高齢化が進む我が国において、年々非がん疾患による死亡者が増加している。2018年の年間死亡者のうち心疾患は208,210人（15.3%）であり、非がん疾患の死亡の中で最も多い死因である。あらゆる心疾患の終末期像が心不全であり心不全患者は今後も増加することが予測される。

心不全の一般的な経過は、長期にわたり間欠的に急性増悪と緩解を繰り返し、死を迎える（Murray SA et al. 2005）。心不全で入院した約35%の患者が退院後1年以内に心不全増悪により再入院している（Tsuchihashi-Makaya et al. 2009）。心不全の急性増悪は発症する度に心機能が低下し生命予後を悪化させ（Gheorghiade et al. 2005）、最期は比較的急速に病態が変化する進行性の経過を辿る。心不全の典型的な経過は予後予測が難しく、さらに回復への期待感をもつ（仲村ら、2008）ため、医療者は治療を優先し、治すことに全力を尽くすと推測される。そのような特徴から、心不全患者の積極的治療と緩和的治療の見極めが困難であることが考えられる。

病みの軌跡における主要な概念の一つは軌跡であるが、軌跡の局面移行は、慢性の病気がその行路を経るときにさまざまな変化を表す。局面全体は、上に向かう時（立ち直り期）と下に向かう時（下降期あるいは臨死期）、そして同じ状態を保つ時（安定期）、生命が脅かされる時（クライシス期）がある。慢性状況におけるケアの焦点は治癒にあるのではなく、病気とともに生きることであり、生活の質が維持できることが目標となる（黒江ら、2004）。クライシス期の管理の目標は生命への脅威を取り去ることであるが、下降期に向かう時の管理の目標は機能障害の増加に対応することであり、臨死期に向かう時の管理の目標は平和な終結となる。心不全患者は慢性的な経過のなかで徐々に全身の機能が低下し、終末期に至る軌跡をたどる（谷本ら、2015）ため、心不全患者が終末期に至る局面の見極めにおける看護師の関わりが非常に重要であると考えた。治療の場での終末期に至る局面におけるケア実践では、家族、医療者とともに了解しながら患者を支え続けることができる支持的環境が必要であることが明らかとなっているが、一方でその局面における判断は難しいことも明らかとなっている（谷本ら、2015）。そこ

で本研究では、看護師が心不全患者の予後予測や終末期をどのように捉えて患者を支えているか、局面の移行に関する判断と実践を明らかにすることを目的とした。

II. 研究方法

1. 用語の定義

1) 心不全終末期

循環器疾患における末期医療に関する提言（2010）で「循環器疾患での繰り返す病像の悪化あるいは急激な増悪から、死が間近に迫り、治療の可能性のない末期状態」と定義している。本研究では、心不全終末期とは、繰り返す病状の悪化や急性増悪により死が間近に迫り治療の可能性がない状態と定義する。

2) 局面

局面とは、事のなりゆき、情勢（広辞苑）であるが、ストラウスらの慢性疾患の病みの軌跡の考え方に基づき定義する（Pierre Woog et al. 1995）。慢性疾患患者は病とともに生きてきた歴史から8つの軌跡の局面（前軌跡期・軌跡発現期・クライシス期・急性期・安定期・不安定期・下降期・臨死期）があるとされる。本研究において、局面とは、心不全増悪によって生命が脅かされた状況から身体状態が進行性に悪化し終末期に至る局面（クライシス期・下降期・臨死期）をいう。

2. 研究デザイン

本研究は質的記述的研究法を用いた。

3. 研究対象者

A県内の急性期病院循環器病棟にて、病状の悪化や問題を認識することができる能力を有するとされる（ベナー、2005）経験5年以上の看護師で本研究の主旨に賛同し、同意した者とした。リクルート方法はA県内の2病院の看護部へ研究協力を依頼した。研究の了承が得られた看護部長・病棟師長に対象となる研究参加者を紹介していただき、対象の条件に合う方を紹介いただいた。主任研究者から研究の趣旨を説明し、承諾の得られた看護師を研究対象者とした。

4. データの収集方法

面接はインタビューガイドに基づいた半構成的

面接調査を行った。面接時間は、集中力を考慮に入れて30分から60分とし、面接回数は1人1回とした。対象者の性別、年齢、看護経験年数、循環器看護経験年数を質問し情報を得た。インタビュー内容は「印象に残っている心不全で亡くなった患者の終末期に至った局面と判断した場面の詳細、実践」について自由に語ってもらった。面接の日程は対象者に了解を得られた日に行った。面接場所は個室で行い、面接内容は対象者に承諾を得てICレコーダーで録音した。

5. 分析方法

面接調査で得られた内容は質的記述的に分析した。面接内容は逐語記録を作成し、心不全患者の終末期に至る場面での局面移行の判断と実践について述べられている内容に焦点を絞りコード化した。意味内容の類似したコードを集めサブカテゴリー化した。さらに類似性に着目してカテゴリーを生成した。分析は質的研究の経験をもつ指導者からスーパーバイズを受け、信用性・厳密性に努めた。

6. 研究期間

2018年12月～2019年4月。

7. 倫理的配慮

本研究は、聖泉大学人を対象とする研究倫理委員会の審査を受け、承認を得て実施した（承認番号：018-010、承認日2018年12月4日）。

各病院の看護管理者に書面および口頭で本研究の趣旨を説明し、同意を得た。研究対象者に対しては文書を用いて十分な説明を行った。研究への参加は任意であり、参加に同意しなくても不利益な対応を受けないこと、参加に同意した場合であっても、不利益を受けることなく途中で撤回できることを保障した。研究対象者には承諾書に署名を得た。取得したデータは個人が特定できないように匿名性を守り、守秘義務を遵守した。

Ⅲ. 結果

1. 研究対象者の基本属性と概要

研究に同意が得られた研究対象者は3名であった。性別は3名中2名が女性、1名が男性であった。年齢は34～45歳（平均40.7歳）、看護経験年

数は11～24年（平均15.3年）、循環器看護経験年数は6～12年（平均9.7年）であった。面接回数は1人1回で、面接時間は1人32分～53分（平均46分）であった。

2. 心不全患者の終末期における局面での看護師の判断と実践

分析の結果、局面において看護師が行う判断と実践について191コードが得られ、34サブカテゴリー、11カテゴリーを抽出した。心不全患者の終末期における局面での看護師の判断と実践は、【予後予測が難しく看取りが近いことの実感が湧かないから終末期と判断できない】【明らかな心不全末期の状態にある】【患者の苦痛がだんだん増強している】【以前に比べて状態が悪い】【医師が末期であることを判断した】、【家族の苦痛を緩和する】【患者の尊厳を守り希望に添う】【患者の苦痛を緩和する】【試行錯誤しながら医師と協働する】【医師以外の職種と相談し協働する】【看護師同士で相談し協働する】であった。以下、カテゴリーは【 】, サブカテゴリーは< >, 実際の看護師の語りは「 」で示す。

1) 【予後予測が難しく看取りが近いことの実感が湧かないから終末期と判断できない】

このカテゴリーは、<患者の看取りが近いとは思えないし良くなるのではないかと思う><まだ良くなるかもしれないのに何もしないのは辛い><入院されてきた時点ではわからないし予後予測が難しい><判断のタイミングが合っているかわからない>の4つのサブカテゴリーで構成された。<まだ良くなるかもしれないのに何もしないのは辛い>は、「これでいいのかな、なんかさみしいなと思ったのは、確かに腎機能は悪いけどまだしゃべれたりしてはるし、ご飯もきちっと10割入院当初から食べれてはったのに、その段階でもう看取りの方向性になってしまうのが。」という語りで表現された。

2) 【明らかな心不全末期の状態にある】

このカテゴリーは、<さまざまな既往歴があり再入院を繰り返している><心不全が難治性で治らない><再入院までの期間が短い><以前の入院より明らかに状態が悪い>の4つのサブカテゴリーで構成された。

3) 【患者の苦痛がだんだん増強している】

このカテゴリーは、<患者からの苦痛の訴えや

表 1-1 心不全患者の終末期に至る局面での看護師の判断と実践

カテゴリー (11)	サブカテゴリー (34)	コード(191)
予後予測が 難しく看取り が近いことの 実感が湧か ないから 終末期と判断 できない	患者の看取りが近いとは思えないし良くなるのではないかと思う	<ul style="list-style-type: none"> ・はじめて患者さんを受け持ったとき浮腫が強かったが意志疎通もでき看取りの方向性という実感が湧かなかった ・妻も主治医にもう治らないと言われていたが「またよくなるかもしれない」という期待感を持っていた
	まだ良くなるかもしれないのに何もしないのは辛い	<ul style="list-style-type: none"> ・腎機能は悪いがお話もできご飯も食べられていたのにその段階で看取りの方向性になってしまうのがこれでもいいのかと思った ・患者さんが良くなるような治療をしないことに虚しさを感じる
	入院されてきた時点ではわからないし予後予測が難しい	<ul style="list-style-type: none"> ・入院されてきた時点ではわからなかった ・妻も今回もいつもと同じように良くなって帰れると思っていた
	判断のタイミングが合っているかわからない	<ul style="list-style-type: none"> ・情報共有や症状緩和についてあまり自信がないスタッフも多い ・呼吸苦の指示があるのに患者さんに使ったことがなくタイミングがわからない ・麻薬の指示があっても一番初めに使うのは抵抗がある ・はじめて判断して行くことは度胸がいりし勇気もいる ・自覚症状は数値で測れないので判断が難しい ・自分の判断が○×つけられるものではなく正解かわからない ・麻薬を使ってすぐ亡くなれると使ってたのかと思う
明らかな 心不全末期 の状態にある	さまざまな既往歴があり再入院を繰り返している	<ul style="list-style-type: none"> ・もともと心機能が悪いながらも外来リハビリに通っていた患者さんで、ステージ D になってしまい入退院を繰り返すようになった ・6年前からずっと入退院を繰り返していた患者さんが肺炎で入院し心機能が悪くどんどん浮腫んでいった ・50代腎機能も心機能も悪くステロイド使用、入院時は全身浮腫が著明だった
	心不全が難治性で治らない	<ul style="list-style-type: none"> ・難治性の心不全と聞くと「ああ、もう治らないんだな」と思う
	再入院までの期間が短い	<ul style="list-style-type: none"> ・退院後の再入院までのスパンが短くなってくる ・再入院のスパンが短くなってくると限界かなと考える
	以前の入院より明らかに状態が悪い	<ul style="list-style-type: none"> ・尿量の減少や酸素化が悪くなっているのを見るとき ・良くなっていらずに悪い症状が出てくると患者さんは回復しないのだと考える
	患者さんから苦痛の訴えや身の置きどころがない様子を読み取った	<ul style="list-style-type: none"> ・フィジカルアセスメントをして判断するより本人の訴えや身の置きどころがない感じを読み取って判断した ・家族から「しんどそうなので」という発言も判断になる
患者の苦痛 がだんだん 増強している	浮腫が強利尿剤や透析の効果がない	<ul style="list-style-type: none"> ・利尿剤を毎日投与していたが効果がなくどんどん浮腫みがひどくなっていった ・最初はオプソも1日1回が増えてきて透析で除水しきれず最期のほうは毎日透析
	呼吸が辛く眠れないことが続く	<ul style="list-style-type: none"> ・患者さんがしんどそうで眠れていなかったこと ・動いたらしんどいし夜も眠れていなかったとき
	「しんどい」という訴えはないが我慢している様子がみられた	<ul style="list-style-type: none"> ・酸素もしてしんどいはずなのにそういうこと言われない ・まだ50代で若いし見ていて明らかにしんどそうなのに本人は「大丈夫」言っていた
	自分で何でもしたい患者ができなくなった著しく急激にADLが低下した	<ul style="list-style-type: none"> ・自力で何でもしたい患者さんだったが酸素していても動くとしんどくなるようになった ・しんど過ぎて動けなくなり患者さんも諦めてオムツを使用した ・エンドステージになってくるとほぼ寝たきり状態になる ・家族も患者自身で動けなくなってきたことで悪くなってきていることを察する
	日に日に目に見えて悪くなってきている	<ul style="list-style-type: none"> ・日に日に悪くなるのが目に見えて明らかに分かったとき ・看取り間近ではあったがだんだん悪くなってきていた
	以前に比べて 状態が悪い	<ul style="list-style-type: none"> ・いつものどの入院のときよりもしんどそうだったとき ・看護師の介助を断る患者さんだったができなくなっていった
	医師が末期であることを判断した	<ul style="list-style-type: none"> ・今回の入院では今までと同じような治療を続けても良ならず悪くなっていった ・患者さんは常連さんだったので「また来られたわ」と思っていたが心機能が悪くなっていて透析で除水しきれない状態が続き悪くなっていった ・医師も治療してもあまり良くなっていかず今回は無理ではないかと思いはじめた ・高齢で腎臓も悪く血圧も高かったので利尿剤を投与していい方向に傾いたらいいけど厳しいのではないかと医師から聞いていた

表 1-2 心不全患者の終末期に至る局面での看護師の判断と実践

カテゴリー (11)	サブカテゴリー (34)	コード(191)
家族の苦痛を緩和する	患者の呼吸困難感が強く家族も看ているのが辛い	<ul style="list-style-type: none"> 呼吸困難感が強く家族も看ているのが辛い 家族の意向で塩酸モルヒネを開始
	患者さんにしんどい思いをさせない方が良いのではないかと家族に話す	<ul style="list-style-type: none"> 患者さんの意識レベルが低下し最期に近い段階になると家族との関わりに目が行く 呼吸困難感が強く家族も看ているのがつらいから緩和的な治療を家族に提案してみる
患者の尊厳を守り希望に添う	患者自身が死期を悟った様子に気づく	<ul style="list-style-type: none"> きっと本人ももうすぐあかんのかなど気づいていたのではないかと思う(本人の雰囲気) 違和感があつてすぐに亡くなったので本人が死期を悟っていたのではないかと感じた
	患者の関わらないでほしい様子を察することができるだけ患者の好きなときに好きなことができるように希望に添う	<ul style="list-style-type: none"> 患者さんからあまり関わらないでほしいような雰囲気を察する 呼吸困難によりトイレにも行けなくなったが、最期の最期までお世話になるのは嫌だった お酒が好きな患者さんだったので最期は医師の許可をもらいビールを持ってきてもらった・食事が入らなくなってきたときは栄養士と相談しメニューを変える・持ち込み食で調整 車椅子に乗って夜中に詰所に来て看護師と会話してお茶飲んだりすることで落ち着いて寝られたので良かったと思った
	排泄ケアは最期まで患者さんができることをできる限りする	<ul style="list-style-type: none"> しんどくても排泄はポータブルトイレに看護師2人介助で行っていた 患者さんが最期までトイレには行こうとされる
患者の苦痛を緩和する	麻薬を使う方が楽になることを患者さんに提案する	<ul style="list-style-type: none"> 患者さんに麻薬を使ったら楽になりますよと促してみる タイミングは難しいが麻薬は早めに使ったほうが患者さんは楽になれると思う
	麻薬を使ったことで患者さんが楽になった	<ul style="list-style-type: none"> オプソンの効果があり苦痛を緩和することができた 麻薬を使うことで患者さんはよく寝れたと言ってくれた
試行錯誤しながら医師と協働する	苦痛を緩和する指示を医師からもらえないときは他の指示で何とか対応する	<ul style="list-style-type: none"> 苦痛症状を緩和するような指示を医師からもらえないこともあり不安時とか不眠時のお薬でなんとか対処する
	医師に患者さんの苦痛を伝えて緩和的な治療を提案する	<ul style="list-style-type: none"> 患者さんが疲弊してしんどいというタイミングで提案する もう治る見込みがないときは主治医に「麻薬使ってはどうですか」と提案する 医師から細かい指示をもらえないことを見越して具体的な指示を事前にもらっておく
医師以外の職種と相談し協働する	リハビリと相談し協働する	<ul style="list-style-type: none"> 外来からずっと顔を知った患者さんなので情報交換が密にできる (PTに)どこまでの動きであれば負担が少ないかを相談する
	多職種カンファレンスを行う	<ul style="list-style-type: none"> 多職種でカンファレンスをおこなっている
	薬剤師に相談し協働して医師に提案する	<ul style="list-style-type: none"> 薬剤師から心不全の呼吸困難にはモルヒネの方が効果があることを提案してくれた 薬剤師さんが医師に提案したという記録が残っていて薬が変わったので薬剤師さんが提案するほうが先生の心には響く
看護師同士で相談し協働する	自分の判断が合っているか不安なので看護師同士で相談する	<ul style="list-style-type: none"> 先輩や一番歳の近い後輩の子に相談する 自分がしようと思うことが合っているか不安で話すことで安心する
	情報を共有しケアを統一する	<ul style="list-style-type: none"> 家族(息子)の思いをちゃんと聴いてケアの仕方はカルテに書いて共有した カルテの掲示板に記載して関わり方を統一した
	悩んでいることをカンファレンスで相談する	<ul style="list-style-type: none"> 受持ち看護師の経験が浅く悩むことがありカンファレンスで相談する 本人は意思を訴えることができないが息子の思いも強くその思いには応えるが本当は本人がそう思っているかはわからず倫理カンファレンスを開いた

身の置き所がない様子を読み取った><浮腫が強く利尿剤や透析の効果がない><呼吸が辛く眠れないことが続く><「しんどい」という訴えはないが我慢している様子がみられた><自分で何でもしたい患者ができなくなった><著しく急激にADLが低下した><日に日に目に見えて悪くなってきている>の7つのサブカテゴリーで構成された。

4) 【以前に比べて状態が悪い】

このカテゴリーは、<いつもの入院よりしんどそう><今までの入院とは違って治療しても回復していかない>の2つのサブサブカテゴリーで構成された。看護師は、「その方も常連さんやから、ああ、また来たわと思っただけですけど。(中略)しんどさが全然取れないまま、だんだんと、

だんだんと」と語っていた。

5) 【医師が末期であることを判断した】

このカテゴリーは、<医師が患者の回復は難しいと判断した>のサブカテゴリーで構成された。

6) 【家族の苦痛を緩和する】

このカテゴリーは、<患者の呼吸困難感が強く家族も看ているのが辛い><患者にしんどい思いをさせない方が良いのではないかと家族に話す>の2つのサブカテゴリーで構成された。

7) 【患者の尊厳を守り希望に添う】

このカテゴリーは、<患者自身が死期を悟った様子に気づく><患者が関わらないでほしい様子を察する><できるだけ患者の好きなときに好きなことができるように希望に添う><排泄ケアは最期まで患者ができることをできる限りする>の

4つのサブカテゴリーで構成された。

8) 【患者の苦痛を緩和する】

このカテゴリーは、＜麻薬を使う方が楽になることを患者さんに提案する＞＜麻薬を使うことで患者さんが楽になった＞の2つのサブカテゴリーで構成された。

9) 【試行錯誤しながら医師と協働する】

このカテゴリーは、＜苦痛を緩和する指示を医師からもらえないときは他の指示で何とか対応する＞＜医師に患者の苦痛を伝えて緩和的な治療を提案する＞の2つのサブカテゴリーで構成された。

10) 【医師以外の職種と相談し協働する】

このカテゴリーは、＜リハビリと相談し協働する＞＜多職種カンファレンスを行う＞＜薬剤師に相談し協働して医師に提案する＞の3つのサブカテゴリーで構成された。

11) 【看護師同士で相談し協働する】

このカテゴリーは、＜自分の判断が合っているか不安なので看護師同士で相談する＞＜情報を共有しケアを統一する＞＜悩んでいることをカンファレンスで相談する＞の3つのサブカテゴリーで構成された。

IV. 考 察

心不全患者は予後予測が困難であるが、終末に至る局面であると判断するのは【明らかな心不全末期の状態にある】ことであった。心不全の急性イベントを繰り返すことにより心機能は著しく低下する (Gheorghiadu et al. 2005)。特に＜再入院までの期間が短い＞ことは、心不全が終末期であることを示す状況として捉え、終末期に至る局面であると判断していた。さらに、＜心不全が難治性でもう治らないことがわかっている＞ことも、治療抵抗性の心不全であることが患者の回復が望めないと捉えている。さらに医師の判断も患者の状態を捉える情報のひとつであり、【医師が末期であることを判断した】ことも看護師は判断材料としていた。患者の治療が限界であるという場面は不明瞭であることが多く、終末に至る局面であるという判断を難しくしている。【明らかな心不全末期の状態にある】ことは、心不全の終末期を示す根拠をふまえて、心不全患者の状態を判断していた。【患者の苦痛がだんだん増強してい

る】ことで患者の苦痛が増強していると考え、終末期に至る局面であると判断していた。＜著しくADLが低下した＞は、患者が今までできていたことができなくなったことや、できるだけ「自分のことは自分でしたい」から手伝ってほしくないと言っていた患者の著しい変化を目の当たりにしたことで、看護師は患者の心不全が終末期に至る局面ではないかと考えていた。

心不全患者は慢性的な経過の中で入退院を繰り返す、看護師との付き合いが長い。【以前に比べて状態が悪い】は、明らかに違う患者の状態により局面であると判断していると考えられた。非がん疾患である心不全は、予後の予測が難しく、本人にも医療者にも分かりにくいまま終末期に移行していきることがあり (谷本ら, 2015)、【予後予測が難しく看取りが近いことの実感が湧かないから終末期と判断できない】につながっていると考えられる。

循環器疾患における末期医療に関する提言 (2010) によると、心疾患の終末期において死にゆく患者の60%に息切れ、疼痛、うつなどの症状が認められ、末期状態での苦痛が緩和されずに終末期を迎えるとされている。苦痛が増強し喪失体験をする患者に対して、看護師は【患者の尊厳を守り希望に添う】という実践をしていた。＜できるだけ患者の好きなときに好きなことができるように希望に添う＞ことや＜排泄ケアは最期まで患者ができることをできる限りする＞という実践は、患者の苦痛が増強する中でも最期までできることをしたいという患者の思いに寄り添った実践であると考えられる。さらに、そばに寄り添う家族に対しては、「穏やかな最期」あるいは「最期まで治療を望む」家族の意思を尊重した【家族の苦痛を緩和する】実践を行っていたと考える。病みの軌跡の考え方における終末期に至る臨死期の患者の目標は「平和な終結、および死」である (黒江ら, 2004)。看護師は、その人らしく穏やかに過ごせるように、麻薬を使うなど【患者の苦痛を緩和する】実践を行っていたと考えられた。

そして看護師は、【看護師同士で相談し協働する】や【試行錯誤しながら医師と協働する】、外来通院から付き合いのある患者は、心臓リハビリテーションでの情報を共有し【医師以外の職種と相談し協働する】ことで、連携している現状が明らかとなった。家族の支援を看護師間で統一する

など、＜情報を共有しケアを統一する＞実践をしていた。チームで価値観を共有できるようなカンファレンスの試みは有効な対処であり（横浜ら、2013）、患者・家族への支援体制や目標を統一することは有効であると考えられる。

V. 研究の限界と今後の課題

本研究は A 県内でのみの調査であり研究対象者は 3 名と少ない。看護師の背景や地域性などデータが偏っていると考えられ、研究の限界があると考えられる。今後も継続して対象者と対象施設を拡大して調査していく必要がある。

VI. 結論

心不全患者の終末期における局面での看護師の判断と実践は、【予後予測が難しく看取りが近いことの実感が湧かないから終末期と判断できない】【明らかな心不全末期の状態にある】【患者の苦痛がだんだん増強している】【以前に比べて状態が悪い】【医師が末期であることを判断した】【家族の苦痛を緩和する】【患者の尊厳を守り希望に添う】【患者の苦痛を緩和する】【試行錯誤しながら医師と協働する】【医師以外の職種と相談し協働する】【看護師同士で相談し協働する】という 11 カテゴリーが見出された。看護師は、予後予測が難しいが患者の苦痛や状況から心不全が終末期に至る局面であると判断していた。その判断から患者が穏やかな最期を迎えられることを目標に、患者の苦痛を緩和することや、患者の尊厳を守り希望に寄り添う実践を行っていた。

付記

本研究は平成30年度聖泉大学看護学部研究助成費の助成を受けて実施したものである。

謝辞

本研究を行うにあたり、快くご協力してくださいました A 県内の病院の循環器病棟に勤務される看護師の皆様、本研究の遂行にご理解とご尽力くださいました病院の看護部長、副看護部長、慢性心不全看護認定看護師の皆様に心より感謝申し

上げます。

文献

- Gheorghide M, De Luca L, Fonarow GC, et al. (2005) : Pathophysiologic targets in the early phase of acute heart failure syndromes, *Am J Cardiol* 96 (6).
- 厚生労働省 (2018) : 平成30 年 (2018) 人口動態統計月報年計 (概数) の概況, <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/geppo/nengai18/index.html>, [検索日2019年11月26日].
- 黒江ゆり子, 藤澤まこと, 普照早苗. (2004) : 病いの慢性性 (Chronicity) における「軌跡」について—一人は軌跡をどのように予想し、編みなおすのか—, *岐阜県立看護大学紀要*, 4 (1), 154-160.
- Miyuki Tsuchihashi-Makaya, Sanae Hamaguchi, Shintaro Kinugawa, et al. (2009) : Characteristics and Outcomes of Hospitalized Patients With Heart Failure and Reduced vs Preserved Ejection Fraction. A Report From the Japanese Cardiac Registry of Heart Failure in Cardiology (JCARE-CARD), *Circ J*, 73 (10), 1893-1900.
- Murray SA, Kendall M, Boyd K, et al. (2005) : Illness trajectories and palliative care, *BMJ*, 330, 1007-1011.
- 長江弘子編集. (2018), 看護実践にいかすエンドオブライフケア第2版, 4-11, 日本看護協会出版社, 東京.
- 仲村直子, 岡田彩子. (2008) : 心不全のパリアティブケア, エンドオブライフケアとは, そして看護師の役割とは, *看護技術*, 54 (12), 155-156.
- パトリシア ベナー, 井部俊子訳. (2005) : ベナー看護論 新訳版 初心者から達人へ, 医学書院, 東京.
- Pierre Woog 編集, 黒江ゆり子訳. (2010) : 慢性疾患の病みの軌跡, コービンとストラウスによる看護モデル, 12-14, 医学書院, 東京.
- 谷本真理子, 高橋良幸, 服部智子, 他. (2015), 一般病棟における非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, *Palliative Care Research*, 10 (2), 108-115.
- 横浜優子, 森一恵. (2013) : ギアチェンジ後に一般病棟に転院したがん患者のターミナルケアを行う看護師のジレンマと対処方法, *日本がん看護学会誌*, 27 (3) 33-41

2008-2009年度合同研究班報告. (2010改訂): 循環器病の診断と治療に関するガイドライン, 循環器疾患における末期医療に関する提言, http://j-circ.or.jp/guideline/pdf/JCS2010_nonogi_h.pdf, [検索日2019年9月13日].