

循環器病棟に勤務する看護師の心不全緩和ケアにおける困難 —経験年数に着目して—

Difficulties in Heart Failure Palliative Care for Nurses Working in Cardiovascular Wards
— Focusing on Years of Clinical Experience —

三輪 一美¹⁾, 古川 智恵²⁾
Kazumi Miwa, Chie Furukawa

キーワード 心不全, 緩和ケア, 看護師, 困難, 経験年数

Key words heart failure, palliative care, nurse, difficulties, years of nursing Experience

抄 録

目的 本研究の目的は、看護師の経験年数と心不全緩和ケアにおける困難の関連要因を明らかにすることである。

対象 日本循環器学会認定の循環器専門医研修施設のうち看護部長の承諾を得た234施設の循環器病棟に勤務する看護師1,926名を対象とした。

方法 無記名自記式の質問紙調査を行った。質問紙の内容は、属性、心不全の緩和ケアの実践での困難と対処、および自身の考えとした。循環器病棟での看護師の経験年数を従属変数、心不全の緩和ケアの実践での困難と対処を独立変数として重回帰分析を行った。

結果と考察 循環器病棟での経験年数との関連要因として、[医師に相談する]が正の要因であり、[病棟師長または先輩看護師（チームリーダー）に相談する]、および[疼痛]が負の要因であった。心不全緩和ケアが必要な患者に対して看護師は、患者と家族の希望だけでなく、治療方針や医師の個別性に応じて対応することが求められる。一方で、看護師経験が短い看護師は看護実践が限られており、ケアに苦慮していることが明らかとなった。

Abstract

Purpose This study aimed to clarify the difficulty of palliative care for heart failure by focusing on nursing experiences among nurses working in cardiovascular wards.

Subjects The study encompassed 4,889 nurses employed in the cardiac care units of 234 facilities, all of which had obtained approval from director nurses within cardiovascular specialist training facilities certified by the Japanese Circulation Society. Of which 1,926 nurses were participated in this study.

Methods This study was an anonymous self-administered questionnaire-based survey. The questionnaire covered participant demographics, challenges encountered, heart failure palliative care coping strategies, and personal beliefs.

Results and Discussion Ninety-one-point-two percent of the subjects were women. The average number of nursing experiences was 11.5 years, of which 5.3 years experienced in the cardiovascular ward. Regarding difficulties in practicing palliative care for heart failure, nurses with less than three years of experience found it difficult to perform multidisciplinary team medical care (cooperation). To deal with difficulties in heart failure palliative care, nurses with less than three years of experience should “consult the head nurse or senior nurse (team leader)”, and nurses with more than three years of experience have practiced “consult with a doctor”. In heart failure palliative care, it has become clear that nurses with less than three years of experience are required to receive support from senior nurses, and nurses with more than three years of experience are required to be able to consult with doctors and other multidisciplinary professionals.

1) 元姫路大学看護学部 School of Nursing, Himeji University (previous)

2) 聖泉大学看護学部 Faculty of Nursing, Seisen University

I. 緒言

わが国における心不全患者数は、新型コロナウイルスにより入院患者数は減少したものの、コロナ以前の入院患者数に戻りつつあり（一般社団法人日本循環器学会，2022）、現在の超高齢社会の現状を鑑みると、わが国の死亡原因における心疾患の割合は今後も増加することが見込まれる（厚生労働省，2019）。しかしながら、脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る診療提供体制の在り方に関する検討会（2017）によると、心不全の病像は大きく変化している。かつて心不全は若年で、仕事・家族があり、駆出率は低下し、合併症は少なく、心機能の低下が原因で死亡する例が多かった。しかし最近では、高齢で、独居または老老介護、駆出率は保たれているが多様な疾患を合併し、他疾患や衰弱が原因で死亡している（磯部，2020）。そのため、入院をして心不全の治療を受ける患者への看護目標もこれまでとは違ってくると考えられる。

これまで、心不全緩和ケアの看護実践報告として、認定看護師の緩和ケアの実践（岡田ら，2023；山口ら，2020）や心理的苦痛（都ら，2023）、高齢心不全患者の緩和ケアの実態とその関連要因（種市ら，2022）、看護師の認識（中村ら，2022）、意思決定支援（安川，2020）など散見される。一方で、心不全緩和ケアを実践する看護師がどのような困難を抱えているかを明らかにした報告は、希望を叶える支援（櫻庭ら，2020）や呼吸困難に対する症状緩和（田島，2020）、といった症例報告に留まっており、困難の特徴を明らかにした報告はこれまでのところ見られない。

一方で、先行するがん緩和ケアでは、困難感を軽減のための取り組みとしてパスを活用した多職種カンファレンスの導入（山田ら，2023）や、スピリチュアルペインとケアに関する学習の評価（望月，2020）などが行われている。厚生労働省（2017）は、循環器疾患の患者に対する緩和ケア提供体制のあり方についてがん緩和ケアを心不全緩和ケアに応用する提案を行っている。しかし、心不全は最期まで治療を継続することができるため、ギアチェンジの時期が不明確であり、そのことが心不全緩和ケアを難しくさせている。高齢心不全患者が増加することが見込まれる中で、人生の最後の段階をその人らしく生活してもらうため

には、心不全緩和ケアは喫緊の課題であると言える。そこで、看護師が心不全緩和ケアにおいてどのような困難を抱えているかを明らかにする必要があると考えた。また、先行研究では、看護師経験年数が長い者や現在の役割数が多い者、配置換え経験がある者、学会参加が多い者ほど看護実践能力が高い（井下，山本，2022）ことから、循環器病棟に勤務する看護師の経験年数に着目して心不全緩和ケアの困難感を明らかにすることは、キャリアに応じた看護師への対応策が提案でき、的確な支援に繋がり、患者に質の高いケアを提供することが可能となることから意義があると考えた。

II. 目的

本研究の目的は、循環器病棟に勤務する看護師の経験年数に着目して心不全緩和ケアの困難感を明らかにすることである。

III. 操作的用語の定義

1) 心不全緩和ケア

心不全緩和ケアは、がん緩和ケアのようなギアチェンジがわかりにくいことから、看護師は心不全緩和ケアを実践している認識がないことが推察される。そこで、本研究では、心不全患者とその家族のニーズに応じて患者の生活の質（QOL）を損なっている問題点を整理し、症状や社会的問題、精神心理的問題などに対する多職種連携や意思決定支援、アドバンス・ケア・プランニング（ACP）について実践していることとする。

2) 困難

困難とは、看護師が経験する戸惑いや葛藤、苛立ち不安などの予期しないでき事に苦勞することとする。

IV. 方法

1. 研究デザイン

質問紙を用いた横断的観察研究

2. 対象者

日本循環器学会認定の循環器専門医研修施設のうち看護部長の承諾を得た234施設の循環器病棟

に勤務する看護師4,889名とした。

3. 調査方法

調査方法は、無記名自記記入式質問紙調査とした。調査は、1) 日本循環器学会認定の循環器専門医研修施設1,014施設(2018年9月21日現在)のうち、300床以上の一般病床を有する717施設を選定した。2) 717施設の看護部長宛に研究協力の依頼文と質問紙の見本を郵送し、調査協力の可否と対象者数の返信を依頼した。3) 調査協力の承諾が得られた234施設の看護部長宛に依頼文と質問紙、返信用封筒を1セットとして対象者数分を送付し、対象者への配布を依頼した。4) 対象者には、依頼文を読んで質問紙に回答し、投函することを依頼した。5) 対象者の同意は質問紙の回収によって確認した。調査期間は、2019年12月から2020年5月であった。

4. 調査内容

調査内容は、項目原案の内容妥当性を確保するために、心不全緩和ケア経験のある看護系大学の教員1名と心不全看護認定看護師2名、循環器専門医1名および研究者の5名の専門家会議で検討した。さらに、項目原案の表現の妥当性については、心不全緩和ケア経験のある看護師あるいは看護教員を対象に予備調査を行い、項目の答えやすさなどを検討した。

1) 属性

属性として、性、年齢、看護師経験年数、循環器病棟での経験年数、職位、心不全緩和ケアに関連した専門資格、心不全緩和ケア経験、がん緩和ケア経験、心不全緩和ケアに関する研修参加について尋ねた。また、所属施設の心不全緩和ケアの現状を概観するため、自施設にがん専門看護師がいるか、心不全緩和ケアチーム、心不全カンファレンス、およびデスカンファレンスについて尋ねた。

2) 心不全緩和ケアの実践での困難

心不全緩和ケアの実践での困難として、先述の5名の専門家で心不全緩和ケアを実践するうえで困難と思われる項目を出し合い、質問項目を作成した。最終的に質問項目は、包括的アセスメント(全人的苦痛に対するアセスメント)、(心不全)緩和ケア導入の調整、症状緩和、スピリチュアルケア、心理的ケア、社会的支援(在宅医療を含む)、

終末期ケア(死が近づいたときの対応)、ACP(アドバンス・ケア・プランニング)、患者と十分な話し合いの時間をもつ、家族と十分な話し合いの時間をもつ、患者自身の病状把握への援助、家族の病状把握への援助、患者の意思の把握、家族の意思の把握、患者の医療者へのニーズの把握、家族の医療者へのニーズの把握、患者の生活の質の尊重、多職種チーム医療(連携)、倫理的な問題への対応、家族ケア(予期悲嘆)、グリーフケア(遺族ケア)の21項目とした。質問への回答方法は、7:とても困難に思う、6:困難に思う、5:やや困難に思う、4:どちらでもない、3:あまり困難に思わない、2:困難に思わない、1:まったく困難に思わない、の7件法とした。

3) 看護師が心不全緩和ケアを実践するうえでの困難について自身の考え

看護師が心不全緩和ケアを実践するうえでの困難について、日ごろ感じていること、思っていることについて自由記載を依頼した。

4) 心不全緩和ケアに苦慮する身体症状

心不全緩和ケアに苦慮する身体症状として、疼痛、呼吸困難、浮腫、倦怠感、うつ、不安、不眠、せん妄、嘔気・嘔吐、便秘、の10症状を例示し、当てはまるもの3つを選択するよう依頼した。

5) 心不全緩和ケアの実践で困難に感じた時の対処

心不全緩和ケアの実践で困難に感じた時の対処として、心不全緩和ケアカンファレンスで話し合う、病棟カンファレンスで話し合う、医師に相談する、慢性心不全看護認定看護師または緩和ケア認定看護師に相談する、病棟師長または先輩看護師(チームリーダー)に相談する、困難の内容に関する勉強会や研修に参加し、知識・技術を習得する、の6つを例示し、当てはまるもの3つを選択するよう依頼した。

5. 分析

本研究の目的は、循環器病棟に勤務する看護師の心不全緩和ケアにおける困難を明らかにすることである。そこで、本研究では、心不全緩和ケア経験がないと回答した対象者についても、8割以上の回答があることから実践するうえで困難に感じていることはあるのではないかと考え、分析対象に含めることとした。

さらに、看護師が抱える困難は新人看護師と経

験のある看護師では、困難の様相も異なると考えた。Bennerは「一人前」看護師を病棟内で中心となって活動し、中堅看護師として期待される役割行動がとれる臨床経験3年以上の看護師としており、経験年数が長い看護師も新たな部署では新人看護師としてのキャリアを始める時期(Benner/井部, 1984/2005)であることから循環器看護師としての経験年数を「3年未満」と「3年以上」に分けて検討することとした。

心不全緩和ケアの実践での困難の2群の比較にはMann-Whitney検定を用いた。心不全緩和ケアに苦慮する身体症状と心不全緩和ケアの実践で困難に感じた時の対処法の2群の比較には χ^2 検定を用いた。

解析には、IBM SPSS Statistics ver. 28(IBM社, Armonk, NY, USA)を使用し、有意水準を0.05未満とした。

また、自由記載のデータは、看護師が心不全緩和ケアの実践で困難に感じている内容を詳細に分析するため、看護師の経験年数での区分は行わなかった。

自由記載では、「心不全緩和ケアについて、看護師が日ごろ感じていること、思っていること」についての内容を抽出し、文脈から意味を損なわないように意味内容の類似性と相違性にに基づき分類し、コード化した。さらに、コードをサブカテゴリ、カテゴリと抽象度を高め、カテゴリを「医師の要因」、「患者・家族の要因」、および「看護師の要因」に分類した。データの抽出と分析においては、研究者2名で繰り返し検討し、分析の真実性の確保に努めた。

6. 倫理的配慮

研究者は、看護部長の承諾を得た後、対象者に依頼文を用いて、質問紙は無記名であり、研究への参加は自由意思であること、研究への参加・不参加によって不利益を生じないこと、分析の際は無記名で行うこと、研究データの使用目的と管理、守秘義務、同意の撤回、研究結果の公表について説明し、投函により同意を確認した。

本研究は、姫路大学研究倫理委員会の承認後(2019-No9, 2019/8/20)に実施した。

V. 結果

質問紙は、4,889名に送付し、1,947名から回収できた(回収率39.8%)。回答が質問項目の8割に満たない質問紙を除外した結果、有効回答は1,926名(有効回答率39.4%)であった。

1. 対象者について

対象者の属性を表1に示す。対象者は、91.2%が女性で、年齢は20代が40.0%と最も多く、次いで30代が31.5%であった。看護師の経験年数は、平均11.5年、中央値7.5年で、そのうち循環器病棟での経験年数は、平均5.3年、中央値4.5年であった。対象者の82.3%がスタッフとして従事しており、専門資格のある看護師は2.0%いたが、最も多かったのは、慢性心不全看護認定看護師で、がん看護専門看護師はいなかった。心不全緩和ケアの経験があると回答した看護師は66.8%であり、心不全緩和ケアに関する研修会に参加している看護師は30.3%であった。59.9%の看護師が自施設にがん専門看護師がいると回答しているが、自施設に心不全緩和ケアチームがあると回答した看護師は20.7%であり、心不全カンファレンスの実施をしていると回答した看護師はわずか16.8%であった。一方で、デスカンファレンスの実施は56.2%と高かった。

2. 心不全緩和ケアの実践での困難について

心不全緩和ケアの実践での困難について表2に示す。「3年以上」と「3年未満」で比較したところ、多職種チーム医療(連携)について「3年未満」が有意に困難($p=0.012$)に感じていた。他の項目で有意差を認めた項目はなかった。

3. 看護師が心不全緩和ケアを実践するうえでの困難の自由記載について

看護師が心不全緩和ケアを実践するうえでの困難の自由記載の結果を表3に示す。288名(15.0%)の自由記載から、297初期コードを抽出し、分析により34サブカテゴリ、9カテゴリにまとめ、【医師の要因】、【患者・家族の要因】、【看護師の要因】に分類した。以下、要因を【 】、カテゴリを《 》、サブカテゴリを[]で表す。

【医師の要因】では、心不全緩和ケアについて医師がどのように考えているかわかりづらく、治

表 1 属性

		n(%)
性	男性	167(8.7)
	女性	1,757(91.2)
年齢 (歳)	20-29	770(40.0)
	30-39	607(31.5)
	40-49	408(21.2)
	50-59	133(6.9)
	60以上	3(0.2)
看護師経験年数 (年) 1)		7.5 (4, 17)
循環器病棟での経験年数 (年) 1)		4.5 (2, 7)
職位	看護師長	71(3.7)
	副看護師長	77(4.0)
	主任	188(9.8)
	スタッフ	1,585(82.3)
心不全の緩和ケアに関連した専門資格	あり	39 (2.0)
	慢性心不全看護認定看護師	38(97.4)
	緩和ケア認定看護師	1(2.6)
	がん専門看護師	0
	なし	1,883(97.8)
心不全緩和ケア経験	あり	1,287(66.8)
	なし	632(32.8)
がん緩和ケア経験	あり	953(49.5)
	なし	967(50.2)
心不全緩和ケアに関連する研修会の参加	あり	584(30.3)
	なし	1,337(69.4)
自施設にがん専門看護師がいるか	いる	1,153(59.9)
	いない	495(25.7)
	わからない	265(13.8)
心不全緩和ケアチーム	あり	398(20.7)
	なし	1,350(70.1)
	わからない	171(8.9)
心不全カンファレンス	あり	323(16.8)
	なし	1,313(68.2)
	わからない	245(12.7)
デスカンファレンス	あり	1,083(56.2)
	なし	697(36.2)
	わからない	140(7.3)

n=1,926

欠損値あり

1) 中央値 (四分位範囲)

療を優先したい医師とのコミュニケーションが難しいことが挙げられる。カテゴリは、《医師と心不全緩和ケアについてのコミュニケーションが難しい》や《医師の心不全緩和ケアをどのように考えているかわかりづらい》、《医師と心不全緩和ケアについての考え方が異なる》の3つで構成されている。【患者・家族の要因】では、患者自身が認知症やせん妄などで心不全緩和ケアについて説明しても認識が難しいことや治ることを期待している家族には心不全緩和ケアの受け入れが難しいことが挙げられる。カテゴリは、《患者自身の心

不全緩和ケアに対する認識が難しい》や《家族の受け入れが難しい》、《家族間で心不全緩和ケアに対する考え方が異なる》の3つで構成されている。【看護師の要因】では、看護師の心不全緩和ケアに対する知識や技術が不足しているとともに時間をかけて対応する余裕がない職場環境による限界が挙げられる。カテゴリは、《職場環境による心不全緩和ケアを実践することの限界》や《看護師の知識・技術の不足による心不全緩和ケアの難しさ》、《退院後の継続支援の難しさ》の3つで構成されている。

表2 心不全の緩和ケアの実践での困難

項目	3年以上 (n=1,384)		3年未満 (n=542)		p
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	
包括的アセスメント (全人的苦痛に対するアセスメント)	4.9	1.1	5.0	1.0	0.411
(心不全) 緩和ケア導入の調整	5.2	1.1	5.1	1.1	0.276
症状緩和	4.7	1.3	4.7	1.2	0.495
スピリチュアルケア	5.2	1.1	5.1	1.1	0.567
心理的ケア	5.2	1.1	5.1	1.2	0.925
社会的支援 (在宅医療を含む)	5.0	1.2	4.9	1.2	0.819
終末期ケア (死が近づいたときの対応)	5.0	1.3	5.0	1.2	0.359
ACP (アドバンス・ケア・プランニング)	5.1	1.1	5.0	1.0	0.088
患者と十分な話し合いの時間をもつ	4.8	1.2	4.7	1.2	0.320
家族と十分な話し合いの時間をもつ	4.8	1.2	4.7	1.3	0.155
患者自身の病状把握への援助	4.9	1.2	4.9	1.1	0.914
家族の病状把握への援助	4.7	1.2	4.7	1.1	0.153
患者の意思の把握	4.6	1.2	4.5	1.2	0.341
家族の意思の把握	4.5	1.2	4.4	1.2	0.849
患者の医療者へのニーズの把握	4.6	1.2	4.5	1.2	0.268
家族の医療者へのニーズの把握	4.6	1.2	4.5	1.2	0.629
患者の生活の質の尊重	4.7	1.2	4.7	1.2	0.527
多職種チーム医療 (連携)	4.3	1.4	4.6	1.3	0.012
倫理的な問題への対応	4.7	1.2	4.7	1.3	0.312
家族ケア (予期悲嘆)	5.1	1.2	5.0	1.2	0.499
グリーフケア (遺族ケア)	5.1	1.2	5.1	1.2	0.333

n=1,926

Mann-Whitney検定

表3 看護師が心不全緩和ケアを実践するうえでの困難

要因	カテゴリ	サブカテゴリ	コード数
医師の要因	医師と心不全緩和ケアについてのコミュニケーションが難しい	治療を優先したい医師との連携が難しい	24(8.1)
		医師と看護師間の心不全緩和ケアが必要だと思うタイミングの違い	19(6.4)
	医師の心不全緩和ケアをどのように考えているかわかりづらい	医師とのコミュニケーションが難しい	12(4.0)
		医師の心不全緩和ケアの理解が乏しい	27(9.1)
		患者への説明がわかりづらい (していない)	17(5.7)
		医師の考えがわかりづらい	4(1.3)
	医師と心不全緩和ケアについての考え方が異なる	医師が心不全緩和ケアに積極的でない	14(4.7)
		医師との意見の相違	5(1.7)
		医師の対応が多様	4(1.3)
患者・家族の要因	患者自身の心不全緩和ケアに対する認識が難しい	認知症やせん妄で本人の意思の確認が難しい	12(4.0)
		心不全緩和ケアの説明をしても病状を受け入れられず患者の協力が得にくい	10(3.4)
		患者と家族の考えが異なる	9(3.0)
		医療者と患者の認識の違い	1(0.3)
	家族の受け入れが難しい	家族は治ると思っていて心不全緩和ケアの受け入れができない	13(4.4)
		疎遠な家族とのやり取り	9(3.0)
		家族に心不全緩和ケアについて説明しても理解してもらえない	6(2.0)
家族間で心不全緩和ケアに対する考え方が異なる	独居や老老介護により支援体制が維持できない	3(1.0)	
	本人の意思が尊重されないケースが多々ある	4(1.3)	
	家族の判断で患者に病状を説明しないときの対応	3(1.0)	
看護師の要因	職場環境による心不全緩和ケアを実践することの限界がある	業務が多く患者や家族と関わる時間が少ない	16(5.4)
		告知後の家族に時間をかけて関わるのが難しい	8(2.7)
		心不全緩和ケアのチーム体制が整っていない	8(2.7)
		治療を優先して患者の希望を叶えられていないと感じる	8(2.7)
		がん緩和ケアチームとの連携が難しい	4(1.3)
	反省を繰り返すだけのデスカンファを行う	1(0.3)	
	看護師の知識・技術の不足による心不全緩和ケアの難しさ	身体的苦痛へのケアの介入方法がわからない	10(3.4)
		悲嘆的な患者など心理的なことは介入が難しい	7(2.4)
		看護師の心不全緩和ケアに対する知識の不足	7(2.4)
		看護師の薬剤の調節に対する理解の不足	6(2.0)
心不全緩和ケア導入のタイミングが難しい		6(2.0)	
退院後の継続支援の難しさ	予後の見通しが難しい	5(1.7)	
	不安の強い患者・家族に対する対応	2(0.7)	
	心不全緩和ケアを必要としている患者の転院先の調整が難しい	9(3.0)	
	グリーフケア (遺族ケア) については難しい	4(1.3)	

n=288

コード数: 297

4. 症状緩和で困難を感じる項目について

症状緩和で困難を感じる項目について表4に示す。[呼吸困難] ($p=0.006$) および [倦怠感] ($p=0.006$) は「3年以上」の看護師が有意に困難と感じており、[疼痛] ($p=0.007$)、[うつ] ($p=0.042$) および [不安] ($p=0.011$) については「3年未満」の看護師が有意に困難と感じていた。[浮腫]、[不眠]、[せん妄]、[嘔気・嘔吐]、および [便秘] については有意差を認めなかった。

表4 心不全の緩和ケアに苦慮する身体症状

項目	n(%)		p
	3年以上 (n=1,384)	3年未満 (n=542)	
疼痛	237(17.1)	120(22.1)	0.007
呼吸困難	1013(73.2)	365(67.3)	0.006
浮腫	394(28.5)	135(24.9)	0.064
倦怠感	583(42.1)	194(35.8)	0.006
うつ	302(21.8)	139(25.6)	0.042
不安	537(38.8)	242(44.6)	0.011
不眠	334(24.1)	127(23.4)	0.397
せん妄	589(42.6)	248(45.8)	0.111
嘔気・嘔吐	59(4.3)	28(5.2)	0.229
便秘	45(3.3)	12(2.2)	0.144

n=1,926

数字は項目を選択した回答者数

χ^2 検定

5. 心不全緩和ケアで困難を感じたときの対処について

心不全緩和ケアで困難を感じたときの対処について表5に示す。[医師に相談する] ($p<0.001$)、および [慢性心不全看護認定看護師または緩和ケア認定看護師に相談する] ($p=0.006$) は「3年以上」の看護師が有意に実施しており、[病棟

表5 心不全の緩和ケアで困難を感じたときの対処

項目	n(%)		p
	3年以上 (n=1,384)	3年未満 (n=542)	
心不全の緩和ケアカンファレンスで話し合う	255(18.4)	92(17.0)	0.250
病棟カンファレンスで話し合う	1,162(84.0)	446(82.3)	0.205
医師に相談する	1,113(80.4)	373(68.8)	<0.001
慢性心不全看護認定看護師または緩和ケア認定看護師に相談する	532(38.4)	175(32.3)	0.006
病棟師長または先輩看護師(チームリーダー)に相談する	796(57.5)	367(67.7)	<0.001
困難の内容に関する勉強会や研修に参加し、知識・技術を習得する	133(9.6)	85(15.7)	<0.001

n=1,926

数字は項目を選択した回答者数

χ^2 検定

師長または先輩看護師(チームリーダー)に相談する] ($p<0.001$)、および [困難の内容に関する勉強会や研修に参加し、知識・技術を習得する] ($p<0.001$) は「3年未満」の看護師が有意に実践していた。

[心不全緩和ケアカンファレンスで話し合う] と [病棟カンファレンスで話し合う] については有意差を認めなかった。

VI. 考察

1. 心不全緩和ケアの実践での困難について

心不全緩和ケアの困難について、「3年以上」と「3年未満」に分けて検討したところ、[多職種チーム医療(連携)] について、「3年未満」の看護師が有意に困難を感じていた。都ら(2023)は、看護師は高齢末期心不全患者の心理的苦痛に対する看護実践として「患者の全人的理解を深めるために多職種で情報共有する」実践を明らかにしており、苦痛を緩和するために、多職種が協働することで、質の高い緩和ケアの提供が可能になると述べている。その一方で、田口ら(2022)は、新人看護師は、「医学的治療的要素を多く含む実践が難しい」ことに次いで「協働する他の医療者との関係構築が難しい」ことを明らかにしている。本研究においても、「3年未満」の看護師は、[多職種チーム医療(連携)] について困難を感じていることから、[多職種医療チーム(連携)] を進めていくためには新人看護師が積極的にチーム医療に関われるよう体制を整えていく必要があると考える。

2. 看護師が心不全緩和ケアを実践するうえでの困難の自由回答について

看護師が心不全緩和ケアを実践するうえでの困難の自由回答から、医師の要因として、[医師の心不全緩和ケアの理解が乏しい]や[医師の考え方がわかりづらい]といったことから《医師と心不全緩和ケアについてのコミュニケーションが難しい》ことがある。また、《医師と心不全緩和ケアについての考え方が異なる》ことから看護師は《医師と心不全緩和ケアについてのコミュニケーションが難しい》と考えている。特に、新人看護師は、組織内でのコミュニケーションに対する苦手意識があり、医師や同僚に自分から話しかけられない(田中, 2022)ことに困難を感じているため、心不全緩和ケアについて医師と情報共有することは難しいことが推察される。その一方で、経験の長い看護師は、熟練したコミュニケーション技術で医師の考えを引き出し、ディスカッションを重ねることで、患者や家族の希望を医師に伝えるとともに、医師と看護師の心不全緩和ケアに対する考え方の違いに折り合いをつけ、ケアに還元する役割が求められていると言えよう。

患者・家族の要因として、[認知症やせん妄で本人の意思の確認が難しい]や[心不全緩和ケアの説明をしても病状を受け入れられず患者の協力が得にくい]といった《患者自身の心不全緩和ケアに対する認識が難しい》や[家族は治ると思っているが心不全緩和ケアの受け入れができない]といった《家族の受け入れが難しい》ことが挙げられた。また、[家族の判断で患者に病状を説明しない]ことを希望するなど《家族間で心不全緩和ケアに対する考え方が異なる》ことも心不全緩和ケアを実践していくうえでの困難となっていた。このことは、治療を優先したい医師が希望を含めた治療計画の説明をすることで患者や家族は今回も良くなると思いき、[心不全緩和ケアの説明をしても病状を受け入れられず患者の協力が得にくい]状態になるのではないかと推察される。患者・家族が病状を受け止め、今後のことが考えられるような説明となるよう医師に働きかけ、説明時には同席して患者や家族の受け止め方について情報を共有していく必要がある。また、わが国の高齢社会の現状や心不全治療薬の副作用により、患者が治療中に認知症やせん妄を発症することは想像に難くない。治療に伴うリスクが起りやすい患

者には早い段階で、今後の方針を決定できるよう取り組みを行っていく必要がある。

看護師側の要因として、[身体的苦痛へのケアの介入方法がわからない]や[不安の強い患者・家族に対する対応]について《看護師の知識・技術の不足による心不全緩和ケアの難しさ》とともに、[業務が多く患者や家族と関わる時間が少ない]や[心不全緩和ケアのチーム体制が整っていない]といった《職場環境による心不全緩和ケアを実践することの限界がある》。また、心不全緩和ケアを実践しても、[心不全緩和ケアを必要としている患者の転院先の調整が難しい]ことや[グリーフケア(遺族ケア)については難しい]と考えているなど《退院後の継続支援の難しさ》を含めて困難と感じていた。和田ら(2019)は、日々の関わりの中で看護師は患者の悲嘆からくる行動を受容することが難しく、時に患者から逃げたいと感じてしまうことがあると述べている。心不全患者は、最期まで治療を継続することができるため、患者自身が回復すると思っている中で、看護師はどのような声かけや関わりを行えば良いのか苦慮し、患者の思いを受け止め、親密な関わりを持つためには[業務が多く患者や家族と関わる時間が少ない]と感じているのではないかと考えられる。末期心不全患者への緩和ケアにおいて、呼吸困難、抑うつ、不安の客観的評価と抑うつ、不安へのケアとしての心臓リハビリテーションの活用の実施頻度が低いことが指摘されている(鈴木ら, 2021)。三輪と古川(2022)は、実践的なケアは病院ごとの取り組みの状況や活用できるリソースによって異なることから、学習会は病院ごとの特性を踏まえて実施する必要性があることを提案している。本研究の結果においても、自施設にがん専門看護師の有無や医療チームの構成の有無など施設ごとにリソースが異なることから、施設での課題を明確にし、研修プログラムを構築する必要性が示唆された。

3. 症状緩和で困難を感じる項目について

症状緩和で困難を感じる項目として、「3年以上」の看護師は、[呼吸困難]と[倦怠感]について困難を感じていた。庵地ら(2022)は、心不全緩和ケアチームへの依頼として[強い倦怠感]、[呼吸困難(感)]、[食思不振]が多いことを報告している。倦怠感、呼吸困難(感)、食思不振は

代表的な心不全症状でもあるため、まずは心不全治療が優先されるが、それでも取り切れない強い症状については、診療科では、対応が困難なため、心不全緩和ケアチームに依頼することとなる。「3年以上」の看護師は、患者の苦痛を取り除くため、これまでの経験を踏まえて、療養環境を整え、精神的な苦痛への対処を実践している。しかしながら、ケアだけでは十分に取り除くことができない症状である「呼吸困難」と「倦怠感」については、ケアの限界による困難を感じているのではないかと推察された。

一方で、「3年未満」の看護師は、「疼痛」と「うつ」、不安について困難に感じていた。「疼痛」コントロールは、患者の一番の願いであり、患者に付き添っている家族にとっても痛みを訴えている患者を見るのは辛く、担当する新人看護師は、なんとか対処したいと考えて困惑しているのではないかと考えられた。また、心不全患者における抑うつ合併はリスクが高く、その有病率は20～40%と推測され、予後悪化因子の1つとされる(高井, 2022)。鈴木ら(2021)は、末期心不全患者に対する緩和ケア実践状況として、26名の対象者の80%以上が精神症状に関連した看護計画の立案を行い、感情表出を促す援助を行っていることを明らかにしている。新人看護師は、患者の死に対する先輩看護師の態度に感情があってもいいのではないかと思ひ、先輩看護師の態度に納得できない(松本と城丸, 2023)感情を抱くことがある。「不安」や「うつ」によって患者や家族の希望が叶えられないことに指導者である先輩看護師が積極的にケアをしない態度から看護実践の困難を感じているのではないかと推察された。

4. 心不全緩和ケアで困難に感じたときの対処について

心不全緩和ケアで困難に感じたときの対処として、「3年以上」の看護師は、「医師に相談する」と「慢性心不全看護認定看護師または緩和ケア認定看護師に相談する」実践を行っていた。長谷部と升田(2017)は、5年以上20年未満の398人の中堅看護師を対象とした調査で、89.2%がプリセプターを、83.7%がチームリーダーを経験していることを明らかにしている。中堅あるいはベテラン看護師である「3年以上」の看護師は、チームリーダーとして、医師との調整や心不全緩和ケア

チームのメンバーである慢性心不全看護認定看護師や緩和ケア認定看護師と調整する役割を担っていることが窺える。そのため、チームの受け持ち患者について、自身あるいはチーム内で対処できない問題が出現した際には、医師や認定看護師に相談するという対処を行っていると考えられた。一方で、「3年未満」の看護師は、「病棟師長または先輩看護師(チームリーダー)に相談する」と「困難の内容に関する勉強会や研修に参加し、知識・技術を習得する」実践を行っていた。滝島(2017)は、新人看護師の困難の対処法として「先輩に訊く・相談する・助言を求める・アドバイスを求める」、次いで「先輩の行動を見る・まねる」、「自己学習する」ことを明らかにしており、本研究も同様の結果であった。新人看護師は先輩看護師から直接学ぶことが多い時期である。わからないことについては、プリセプターやリーダーに確認するように指導を受けるため、先輩看護師に確認し、学会や研修会に参加することで知識や技術を身に着けるといった対処方法を行っていることが推察された。

VII. 研究の限界と今後の課題

本研究の対象施設は日本循環器学会認定の循環器専門医研修施設のうちの32.6%であった。そのため、看護部が心不全緩和ケアに関心があったり、調査協力の体制が整えられていたりした施設が多かった可能性がある。一般的に看護師は慢性的な人材不足にあるため、調査に協力できなかった施設においては、心不全緩和ケアの取り組みの状況も異なっていた可能性がある。また、研究への同意が得られた研究対象者は、心不全緩和ケアに関心が強かったり、困難を抱えて解決策を求めたりしている看護師が多かった可能性がある。その一方で、心不全緩和ケア経験なしと回答した対象者が632名(32.8%)含まれていたことは、心不全緩和ケアは最期まで治療が可能なことから、心不全緩和ケアとわからないまま実践しているのか、未経験なのかについて質問項目から読み取れなかったことが本研究の限界である。

本研究では、対処法については、専門家会議で検討した結果を例示したが、自由記載では多岐にわたる回答があったことから、看護師の困難の対処としては限局した回答となった可能性は否めな

い。以上のことを踏まえ、今後は、医師や患者・家族の側面からも個別のデータを積み重ねることで問題の核心を見極め、課題を検討していく必要がある。

VIII. 結 語

本研究では、循環器病棟に勤務する看護師の経験年数に着目して心不全緩和ケアにおける困難を明らかにできたことは、今後の問題解決に向けた取り組みの基礎資料として貴重な結果を示すことができたと考える。以下の5点が明らかとなった。

1. 心不全緩和ケアの実践での困難では、3年未満の看護師が、多職種チーム医療（連携）について3年以上の看護師より困難に感じていた。

2. 症状緩和で困難に感じる項目では、3年以上の看護師は「呼吸困難」と「倦怠感」について、3年未満の看護師は「疼痛」、[うつ] および「不安」について困難に感じていた。

3. 心不全緩和ケアで困難に感じたときの対処では、3年以上の看護師は「医師に相談する」と「慢性心不全看護の認定看護師または緩和ケア認定看護師に相談する」実践を、3年未満の看護師は、「病棟師長または先輩看護師（チームリーダー）に相談する」実践を行っていた。

4. 心不全緩和ケアを実践する上での困難として、【医師の要因】、【患者・家族の要因】、【看護師の要因】が考えられる。【医師の要因】として、「医師と心不全緩和ケアについての考え方が異なる」ことから看護師は「医師と心不全緩和ケアについてのコミュニケーションが難しい」と考えている。【患者・家族の要因】として、「家族間で心不全緩和ケアに対する考え方が異なる」ことから看護師は「家族の受け入れが難しい」と考えている。さらに、【看護師の要因】として、「看護師の知識・技術の不足による心不全緩和ケアの難しさ」を感じているが、その一方で「職場環境による心不全緩和ケアを実践することの限界がある」と考えていることが明らかとなった。

5. 看護師は、心不全患者により良いケアを提供したいと考えており、そのためには、医師やコメディカル、患者と家族を含めた心不全緩和ケアについて問題の核心を見極め、課題を検討していく必要性が示唆された。

謝 辞

本研究にご協力いただきました調査施設の看護部長様、調査にご協力いただきました看護師の皆様へ感謝し厚くお礼申し上げます。また、本研究に至る着想と調査方法をご教授くださいました故、奥祥子元姫路大学看護学部教授および大石醒悟真星病院内科部長に深謝いたします。

付 記

本研究は、JSPS 科研費の18K10332の助成を受け、その一部を第42回日本看護科学学会学術集会で発表し、加筆修正したものである。

本研究における利益相反は存在しない。

文 献

- Abshire M, Xu J, Baptiste D, et al. (2015): Nutritional interventions in heart failure: a systematic review of the literature, *Journal of Cardiac Failure*, 21, 989-999.
- 庵地雄太, 北井豪, 青木竜男. 他. (2022): 心不全を抱える人への緩和医療—心療内科にできること・期待されること—循環器専門施設における心不全緩和ケア 心理臨床から見える景色, *日本心療内科学会誌*, 26 (2), 90-96.
- Benner P. (1984/2005) 井部俊子 (訳). ベナー看護論新訳版—初心者から達人へ. 11-32. 医学書院. 東京.
- 長谷部尚子, 升田由美子. (2017): 中堅看護師の看護実践能力の実態と影響要因, *日本看護学教育学会誌*, 27 (2), 15-26.
- 井下美恵, 山本裕子. (2022): ジェネラリスト看護師の看護実践能力の実態と影響要因からみた教育ニーズ, *畿央大学紀要*, 19 (1), 11-23.
- 磯部光章. (2020): 最新治療を学ぶ 心不全診療最新の動向 脳卒中・循環器病対策基本法によって変わる心不全診療, *Therapeutic Research*41 (10), 799-801.
- 北野大輔. (2020): 心不全に対する緩和医療, *日大医学雑誌*, 79 (4), 235-239.
- 厚生労働省 (2019): 循環器病対策の現状等について <https://www.mhlw.go.jp/content/10905000/000585305.pdf>.

- 厚生労働省 (2017) : 循環器疾患の患者に対する緩和ケア提供体制のあり方について
<https://www.mhlw.go.jp/content/000571503.pdf>.
- 松本蘭, 城丸瑞恵. (2023) : 卒業後2年目救急看護師の語りからみる新人救急看護師がエンド・オブ・ライフケアを行う際に抱く困難感, 日本クリティカルケア看護学会誌, 19, 36-46.
- 郡菜々美, 木原優花, 浅木 美帆. 他. (2023) : 看護師が認識する高齢末期心不全患者の心理的苦痛と看護実践, 岡山県立大学保健福祉学部紀要, 29, 43-51.
- 三輪一美, 古川智恵. (2022) : 心不全で緩和ケアを受ける患者の意思決定支援の現状と課題に関する文献検討, 姫路大学看護学部紀要, 13, 27-33.
- 望月久子. (2020) : スピリチュアルペインとケアに関する学習を用いたがん終末期ケアに対する一般病棟看護師の姿勢への働きかけ FATCOD-Form B-J を用いた学習前後の比較, 神奈川看護学会集録, 22, 112-114.
- 中村仁美, 大竹瑛利, 小林秀佳. 他. (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.
- 岡田紗羅, 加藤真紀, 竹田裕子. 他. (2023) : 末期心不全の後期高齢患者に対する認定看護師の緩和ケア実践, 日本看護研究学会雑誌, 46 (1), 9-19.
- 櫻庭義, 田中忍, 柴田麻由子. 他. (2020) : ご本人様の希望を叶える為チーム一丸となり奮闘した症例, あおもり協立病院医報, 16, 31.
- 脳卒中, 心臓病その他の循環器病に係る診療提供体制の在り方に関する検討会 (2017) : 脳卒中, 心臓病その他の循環器病に係る診療提供体制の在り方について <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10901000-Kenkoukyoku-Soumuka/0000173149.pdf>.
- 鈴木姿子, 落合亮太, 徳永友里. (2021) : 末期心不全患者に対する緩和ケア実践状況と循環器看護経験年数および緩和ケア研修受講経験との関連, 横浜看護学雑誌, 14 (1), 1-8.
- 田口智恵美, 坂本明子, 大内美穂子. 他. (2022) : 本学卒業生が新人看護師となって職場で直面した困難, 千葉県立保健医療大学紀要, 13 (1), 29-38.
- 田島安李咲. (2020) : 心不全末期患者における呼吸困難に対する症状緩和について 非がん疾患患者への緩和ケア, 川崎市立川崎病院事例研究集録, 22, 26-29.
- 高井靖. (2022) : 心不全緩和ケアの薬剤業務に関する進め方の解説, 日本病院薬剤師会雑誌, 58 (8), 883-888.
- 滝島紀子. (2017) : 新卒看護師が直面する看護実践上の困難点とその対処法に関する研究, 川崎市立看護短期大学紀要, 22 (1), 57-69.
- 田中広美. (2022) : 急性期病院に勤務する新卒看護師が直面する困難と就業継続にむけた支援のありかた, 日本看護学教育学会誌, 32 (1), 65-77.
- 種市由香里, 南崎真綾, 土肥真奈. 他. (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, 日本健康医学会雑誌, 31 (1), 30-41.
- 一般社団法人日本循環器学会 (2022) : 2022年循環器疾患診療実態調査報告書, https://www.j-circ.or.jp/jittai_chosa/media/jittai_chosa2021web.pdf.
- 山田育美, 鳥井真由美, 西元美. 他. (2023) : 緩和ケア病棟看護師の鎮静導入時における困難感軽減のための取り組み 看取りのパスを活用し多職種カンファレンスを試みて, 公立みつぎ総合病院誌, 28 (1), 20-22.
- 山口史隆, 蔵垣内敬, 黒住祐磨. 他. (2020) : 全国アンケート調査による慢性心不全看護認定看護師と緩和ケア認定看護師の心不全緩和ケアに対する取り組みの比較, 心臓, 52 (2), 128-135.
- 安川千晶. (2020) : 循環器病棟看護師の心不全患者に対する意思決定支援の実際と認識, 研究業績報告集 (循環器疾患看護研究助成) 2020年度, 27-38.
- 和田京子, 小松夏姫, 池田愛理. (2019) : 成人期終末期心不全患者との関わりの中で循環器病棟看護師が抱く思い, 日本看護学会論文集 : 急性期看護, 49, 135-138.

