

2. 心不全の緩和ケアを充実させるために

B. 看護からの視点

高田弥寿子

(国立循環器病研究センター 特定行為研修部)

はじめに

医療の現場は多忙を極めており、働き方改革で労働時間の管理が厳格化されているなか、効率化が求められている。心不全の緩和ケアを充実させるためには、循環器診療に従事する医療従事者が基本的緩和ケアの実践能力をもち、実践していく能力を育成することが鍵になる。

当院では、2013年から心不全緩和ケアチームが院内で活動しており、緩和ケアの専門的な知識をもつ認定看護師、専門看護師が構成メンバーとして入っている。本稿ではこれからの時代背景を踏まえ、心不全緩和ケアを充実させるために、どう人材育成をすればよいか、緩和ケアチームの看護師が果たすべき役割について、チーム活動での経験から考察したい。

心不全緩和ケアを充実させるための役割

1. コンサルテーションを通して、看護師の基本的緩和ケアの能力の向上に寄与する

心不全の緩和ケアを実践する臨床現場には、緩和ケアの実践を促進するファシリテーターとなる人材がいるとはいえない。したがって、緩和ケアチームの看護師がコンサルテーション活動を通して現場教育を行うことは、看護師の緩和ケアの関心を高め、基本的緩和ケアの知識・スキルを向上するうえできわめて重要な支援の1つである。

コンサルテーションは、さまざまな資源を用いて問題解決や変化を起こし、主治医チームを支援するプロセスであり、単なる「相談」ではなく援助過程であり、コンサルタント（緩和ケアチーム）とコンサルティ（主治医チーム）の相互作用をも

つ。つまり、緩和ケアチームの看護師が、相談者の相談内容をよく聴き、解決すべき問題は何か、問題の本質は何かを見極め、その問題に対してどのように介入するべきなのか（直接介入すべきなのか、間接介入なのかを含めて）、相談者と情報共有しながら判断し、よりよい支援を共に考えるプロセスであり、相談者の成長を促すことができる。

当院における看護師からの緩和ケアチームへのコンサルテーションは、「痛みの緩和をしたいが、どのようにアプローチすればよいか分からない」「ACPが必要だと思うが、主治医がまだ早いと言っており、どう進めてよいか分からない」「延命治療を望んでいないと推測される患者の家族が延命治療を希望しており、どう家族と対峙してよいか分からない」といった、症状緩和から倫理的問題への対応に及ぶ多様なものである。その背景には、緩和ケアに対する基本的な知識やスキルが不足していること、多職種との調整や倫理的問題の解決の方法に関する理解が不十分なため、問題解決の方法に自信がもてていないケースが多い。人材育成につながる支援で大切なのは、相談者からの情報のみで、どのように介入すればよいかという助言を安易に述べないことである。

コンサルティ側は「どうすればよいか」といった方法論のアドバイスを欲することが多いが、問題解決に必要な情報が収集されていない場合が多い。たとえば、疼痛緩和の場合には、部位や強さは収集されているが、症状のパターンや性質、増悪・寛解因子、日常生活への影響、治療による反応は収集されていない。その際には、症状の評価の内容とアセスメントがアプローチ方法を定めることを共有し、コンサルティとともに追加情報を

カルテから確認したり、ベッドサイドで情報収集し、情報収集内容からアセスメントした結果を共有し、支援内容を助言するようにする。このプロセスをたどることで、情報収集→アセスメント→介入内容の思考過程を踏むことができ、その経験を次の患者のケアに活かすことができるようになる。

基本的緩和ケアにおける症状緩和において、患者のベッドサイドの最も近くにいるすべての看護師は、まず、基本的な患者の苦痛症状の観察・評価を的確に行う力を身につけることが重要であり、意識して介入していくと質が高まっていく。

一方、医師との調整や倫理的問題への対応について困っている場合には、コミュニケーションの問題、複雑な問題が絡んでいる場合が多く、多職種カンファレンスが必要な場合が多い。そのため、リーダー以上の経験年数を経た看護師に求められる役割であると考えられる。日常臨床では、ベテランナースであっても、多職種との見解の違いを知覚すると、「関係を壊したくない」「言っても無駄じゃないか」と、ネガティブな感情から話し合いに一步踏み出せない場合がよくある。見解の違いの背景にある価値・思いを十分に話し合っていない場合がほとんどであるため、各専門職による見解の違いは当然起こるものであることを共有し、相手の見解とその背景にある価値に耳を傾けること、そして、看護専門職としての自己の見解とその理由を、患者・家族のQOLの視点でどう最善なのかを他者に述べるができるように支援することが重要である。

また、倫理的問題への対応については、医学的な判断、患者の意向、周囲の状況（家族の意向や療養場所の状況など）という観点から多職種チームで情報共有し、患者にとっての最善の選択について合意形成する必要がある。そのため、緩和ケアチームの看護師が役割モデルとなり、カンファレンスができる環境を意図的につくっていくことが望ましい。そして、倫理的問題を考える際の看護師の責務であるアドボカシーの概念（患者との対話を通して患者の価値観や思いをくみとり、価値観に応じた選択ができるように支援すること）を共有する。看護師は、患者・家族の「延命治療

は受けたくない」という選択の背景にある価値観や思いを十分に引き出せていない、自分の価値観と患者・家族の価値観とを十分識別できないまま、個人の価値観で意思決定に至ることが少なくない。したがって、ジレンマを共有し看護専門職者として、患者・家族の選択の背景にある価値観や思いを十分に理解できているか、受け止められるように働きかけることが重要である。

2. ACPのファシリテーターとしての役割を發揮する

わが国では、少子超高齢社会により生産年齢人口が減少し、社会保障制度の破綻が目前にきており、病院で最期を迎えることが難しい時代に入っている。住み慣れた場所でその人らしい人生を送ることができるよう、地域で患者・家族を支えていかなければならない。したがって、心不全パニックである現代において、心不全患者のACPの推進は、その人らしい人生を送ることができるための鍵である。

その実現において、QOLの視点から地域での療養選択肢や緩和ケアを見据えた患者の望む生活、人生の実現のための話し合いを行うことが不可欠となる。このような観点から、ACPの実施は、医師が単独で実施するよりも多職種が協働して、患者が望む生活や目標を踏まえた療養場所や治療に関する選択についての支援を行うほうが望ましいと考える。

カナダで開発された多職種協働による共有意思決定モデル（inter-professional shared decision making model）では、多職種が協働して意思決定に患者を関与させ、ヘルスケアサービスと保健事業を統合した継続的なケアを促進することで、意思決定の質を向上させる可能性がある¹⁾と述べている。このモデルでは、多職種チームが効果的に機能するうえでの特異的な役割として、イニシエーター、ディビジョンコーチが必要であることが示されている。イニシエーターは中心的な役割で、健康問題を特定できる専門家（医師、高度実践看護師、薬剤師）、ディビジョンコーチはファシリテーターの役割で、意思決定への患者の関与をサポートするように訓練された医療者で、

支持的で中立的な立場である看護師、MSW、心理士などが推奨されている。

当センターにおいても、近年、緩和ケアチームにコンサルテーションのあった患者に対して多職種協働のACPの実践を展開しており、コンサルテーション件数も増えている。緩和ケアチームの看護師は、患者の心理的準備性や病状説明の受容の状態をアセスメントしながら、望む医療や生活について考えられるようにファシリテーターとして機能し、その反応をチームにフィードバックする。このことにより患者の望む生活の実現につながっている。

看護の仕事は、対象の健康状態に応じた生活を整え支える仕事であり、健康上の問題に対する人間の反応を全人的な側面から捉えることができる専門職である。また、看護は、患者の選択における価値・信念をくみとる責務を有しており、ACPのファシリテーターとして役割発揮する人材としてふさわしいと実感する。

まずは、看護師1人ひとりがACPの必要性を認識し、患者の病状経過を踏まえ、主治医と協働しながら、人生の最終段階に患者の望む生活や療養場所について対話を通して確認するところから始めてはどうだろうか。

今後は、ACPに関わる教育研修の方法論を学び、心不全緩和ケアにおけるACPのファシリテーターの育成プログラムの構築につなげたい。システムとして整えていくことで組織全体の能力向上につながることを期待できる。組織全体の能力開発のためのシステムを構築することも、高度実践看護師の重要な役割である。

おわりに

高度実践者には、チェンジエージェントとしての役割発揮が求められている。緩和ケアに関与する各施設の高度実践看護師は、今こそ一丸となって、現場での教育を充実させるための方略の共有や、継続させるためのシステムについて検討し、臨床現場でいきいきとチーム医療におけるリーダーシップを発揮する姿を見せる。そのことが、心不全緩和ケアの充実において重要である。

文献

- 1) Légaré F, Stacey D, Gagnon S, et al : Validating a conceptual model for an inter-professional approach to shared decision making: a mixed methods study. *J Eval Clin Pract* 17 : 554-564, 2011