総 説

慢性心不全患者のアドバンスケアプランニングの 概念分析

A Concept Analysis of Advanced Care Planning for Chronic Heart Failure Patients

西田志穂^{1),*}

Shiho Nishida

キーワード：慢性心不全患者，アドバンスケアプランニング，継続的・反復のプロセス，概念分析

Key words：chronic heart failure patients, advanced care planning, continuous and repetitive process, concept analysis

Abstract

Purpose: The purpose of this study was to analyze the concept of advanced care planning for patients with chronic heart failure.

Method: The analysis was conducted on 49 reports using the Rodgers' evolutionary concept analysis.

Results: The following eight categories were extracted as attributes of advanced care planning: *information that needs to be shared and discussed, exploring of humanity, foresee the end-of-life, promoting decision-making process, construction of system for seamless care, partnership, dialogue, and continuous and repetitive process.* In addition, seven antecedents were extracted: *social background, cultural background, background of medical personnel, timing of confirmation of intention by individual judgment, gap of heart failure perception, uncertainty of medical condition, treatment and care of heart failure, and lack of end-of-life care.* Finally, five considerations were extracted: *improvement of patient and family satisfaction, relief of total human suffering of patients and families, internal change of patient, realization of that patients' way of life, and medical outcomes improvement.*

Conclusion: Advanced care planning for chronic heart failure patients is defined as a process whereby, in preparation for the decline of the patients' decision-making ability, patients, families and healthcare professional dialogue as they explore the patients' humanity while looking at the disease processes specific to chronic heart failure, and continuously and repeatedly work together for the realization of the patients' autonomous intentions and desired way of life.

要 旨

目的：慢性心不全患者のアドバンスケアプランニングの定義を明らかにする。

方法：49 文献を対象に Rodgers の方法を用いて概念分析を行った。

結果：8 つの属性：共有と議論が必要な医療とケアに関する情報，その人を知る，エンドオブライフ (EoL) を見通す，決めるプロセスの推進，シームレスなケアのための体制構築，パートナーシップ，対話，継続的・反復的なプロセス，7 つの先行要件：社会的背景，文化的背景，医療従事者の背景，個別

受付日：2020 年 8 月 11 日 受理日：2021 年 2 月 5 日

1) 聖路加国際大学大学院看護学研究科博士後期課程 Graduate School of Nursing Science, St. Luke's International University

* E-mail: 18dn011@slcn.ac.jp

の判断による意向確認のタイミング、心不全に対する認識のズレ、心不全の病態と治療・ケアの不確実性、終末期ケアの不足、5つの帰結：患者・家族の満足度の向上、患者・家族の全人的苦痛の緩和、患者の内的変化、その人らしい人生の実現、医療的アウトカムの向上が抽出された。

結論：本概念を「慢性心不全特有の病いのプロセスのなかで先を見通し、対話を通してその人らしさを探究し、自律した意思決定と望む生き方を実現するための継続的・反復のプロセス」と定義した。

I. 緒 言

心不全の臨床経過は、寛解と増悪を繰り返しながら徐々に身体機能が悪化し末期から終末期へ移行するという、局面が曖昧な経過をたどる。それゆえ、予後の特定が非常に困難であり（前田，2013），患者・医療者はともに予後に対する認識に現実との解離があることが知られている（Allen et al., 2008）。また、緩解という経験を繰り返すために患者は「治る」ことを期待し、エンドオブライフが現実的に考えられず、意思決定上の葛藤を生じやすい。以上の特徴から、慢性心不全の質の高い終末期医療の実現においてはタイミングを逸することなく、将来の意思決定能力の低下に備えて、望む治療と生き方を事前に患者・家族と対話するアドバンスケアプランニング（Advance Care Planning；以下、ACP）が重要であるとされている（Yancy et al., 2013）。

日本においても、ACPはエンドオブライフを見据えた意思決定支援のアプローチ方法として注目され、急性・慢性心不全診療ガイドライン（2018）では、「ACPとは、意思決定能力が低下する前に患者や家族が望む治療と生き方を医療者が共有し、事前に対話しながら計画するプロセス全体を指し、終末期に至った際に納得した人生を送ってもらうことを目標とする」としている。学会等でも提言がなされ、ACPの認識は広まり、関連する文献での報告が増加している。しかしながら、慢性心不全患者のACPの概念分析は行われていない。慢性心不全患者のACPの明確な概念がないことが、医療従事者がその実践における介入や役割を具体的に理解することを困難にしているのではないかと考えた。そこで、慢性心不全患者のACPの概念がどのような特徴をもち、どのような文脈の中で用いられ、その結果何が生じているのかを明らかにし、慢性心不全患者のACPの実践における有用な介入について検討する必要があると考えた。

II. 研究方法

Rodgers & Kanaf（2000）の概念分析の方法を用い

た。この方法は、概念を普遍的ではなく社会文化的背景や経時的に変遷するものと捉え、その文脈に置かれている人々によって使われ、洗練され発展していくという哲学的基盤をもつ。慢性心不全においては、心臓移植医療や再生医療などの治療の多様化・複雑化に伴ってエンドオブライフを見据えた意思決定への支援における人々のニーズと医療者の役割は変化しており、多様な状況への適応という文脈の中で利用される慢性心不全患者のACPの概念分析には、概念が文脈に依拠し、時間や状況を超えて発展するものであるというRodgersらの方法が適切であると考えた。

1. 対象となる文献の選定

対象となる英文献の選択はPubMed, EMBASE, 和文献は医中誌の検索システムを利用し、英文献では「“advance care planning” AND “chronic heart failure” OR “heart failure”」、和文献では「“アドバンスケアプランニング”OR“アドバンス・ケア・プランニング”AND“慢性心不全”OR“心不全”」を用いて検索した。重複文献を除外した後、英文献82件、和文献は、ACPに関する原著論文は限られており、会議録と総説・解説も含めて79件であった（2018年9月1日現在）。急性・慢性心不全診療ガイドライン（2018）とSudore et al.（2017）の示したACPの定義を参考にし、タイトルと抄録にACP、エンドオブライフケア（EoL Care）、事前指示（AD）、意思決定に関する内容を含まない文献を除外した。さらに抄録と本文を精読し、患者・家族の治療選択や生き方の意向に関する文献、患者の意向の理解と共有に関するものやその介入の実態について記述されていると判断した文献を選定した。さらに、分析対象文献に引用されていた英論文4件を追加し、49件（英文献29、和文献20）を分析対象とした。

2. データ分析方法

論文を精読し、文献の内容から概念を構成する属性、慢性心不全のACPがどのような文脈で生じているのかを示す先行要件、その概念の結果として生じる帰結に該当する内容をコーディングシートに抽出した。デー

タ分析は、コーディングシートから属性、先行要件、帰結をそれぞれカテゴリー化し、カテゴリー間の関連性を概念図に示した。分析の信頼性の確保については、博士後期課程に属する多領域の専門家との意見交換を行うとともに、理論看護学、在宅看護学専門家のスーパーバイズを受けた。

Ⅲ. 結 果

分析の結果、8つの属性、7つの先行要件、5つの帰結が明らかになり、それぞれの中核にある内容が見出された。以下、中核になる内容は『 』、カテゴリーは【 】, サブカテゴリーは[], コードは〈 〉で示した。

1. 属性 (表 1)

属性として8つのカテゴリーが抽出され、『慢性心不全特有の不確かさの状況のなかで、ともにEoLを見通し、その人らしく生きることをプランニングする』が見出された。以下、8つのカテゴリーについて説明する。

1) 【共有と議論が必要な医療とケアに関する情報】

〔心不全の病いのプロセス〕は、現状と予後を含めた今後起こりうるリスクについての情報である。〔治療・ケアの選択肢、その限界と終了、介入の影響〕は、医療・ケアの選択肢と長所と短所、研究のエビデンス、コスト、その限界と不確実性および利用可能な医療やケアが患者個々の日常生活にどのように影響するののかについての情報である。医療・ケアに関する十分な説明は、患者が現状や予後をより深く理解することを助け、意思決定の準備をさらに進めるために必要であり (Janssen et al., 2013)、経時的に共有し議論することが必要な情報として示された。しかし、十分な説明を受けた後でも、患者・家族がその治療がいったい何を意味し、どのような結果をもたらすのかを想像することは大変難しい (Briggs et al., 2004)。医療従事者と患者間に予後や病状に対する認識の不一致が生じえることを踏まえて、〔共有された情報の確認〕を一緒に行き、医療従事者が伝えたい情報だけでなく、患者が知りたいと望む情報を伝えること (関根, 2016)、必要であれば代替情報を提供すること (Kirchhoff et al., 2012)、患者が知りたくないという思いや知らない権利についても配慮する必要があること (阿部, 2012) が示されていた。

2) 【その人を知る】

〔医療・ケアの意向と選好〕〔人生における価値観や希望〕には、希望、目標、病気や将来に関する価値観といったその人らしさを表す情報が含まれていた。患者は自分の目標を必ずしも理解しておらず、〔自分らしさに気付く〕は、〈ライフレビューにより自分の価値観や人生観が見えてくる〉ことにより、これまで意識していなかった自分の本心に気付き、自分にとって重要な優先事項を探っていくことである (Detering et al., 2010)。〔相互理解〕は、関わる人々が〈患者・医療者としての価値観と一個人としての価値観〉を自覚したうえでお互いを尊重・理解すること、その人らしさを〈全員で共有する〉ことを示していた。

3) 【エンドオブライフ (EoL) を見通す】

〔治療とQOLの配分を推し量る〕は、予後の不確かさのなかで話し合いながら医療・ケアの選択肢と患者の重要な優先事項とを統合して (Wordingham et al., 2016) 〈長期的な転帰と治療・ケアのゴールを見通し〉、患者にとって〈最善となる延命治療と緩和ケアの配分を推し量る〉ことである。そして、医療と人生の両方を含んだ〈個々の信念や好みに焦点化したEoL〉について考え、最期まで自分らしく生きるための〔EoLの準備〕をしていくことを示していた。

4) 【決めるプロセスの推進】

医療従事者が家族間の意見の不一致や気持ちの〔揺らぎに寄り添い〕、〈患者の意思を中心におく〉を中核に、これまで共に時間を過ごしてきた〈家族の思いを含めた相互合意を形成〉することは、誰もがその人らしいと思える〔その人になじむ選択・決定を支える〕ことになる。そして、〔意思表明と書面化〕は、適切な時期に患者の思いを周囲に伝える (和田, 2013) ことでもあった。

5) 【シームレスなケアのための体制構築】

総合的なケアを提供するためには、緩和ケアチームなどの〈人とケアのコーディネート・マネジメント〉、〈多職種・多施設のチーム構築と協力体制〉、〈信頼関係の構築〉といった〔医療・ケア提供体制の構築〕や、生活の場や関わる人が変わってもシームレスにACPを引き継いでいけるように〈病院と家庭をシームレスに橋渡す〉ことで〔地域における連携体制の構築〕を図り、チームでアプローチすることが効果的である。

表 1 慢性心不全患者のアドバンスケアプランニングの属性

カテゴリー	サブカテゴリー	コード	文献
共有と議論が必要な医療とケアに関する情報	心不全の病いのプロセス	病いのプロセス（病気と起こり得るリスク、死ぬまでのプロセス）の説明	Adams et al. (2018) ; Alonso et al. (2017) ; Bekelman et al. (2011) ; Janssen et al. (2011) ; 角田 (2015) ; 高田 (2015)
		患者の医学的状態（重症度）、望むならば予後についての説明	阿部 (2012) ; Alonso et al. (2017) ; Detering et al. (2010) ; 木澤 (2015) ; Siouta et al. (2016) ; Wordingham et al. (2016)
		正しい情報提供：患者が望む情報をわかりやすく過不足なく	阿部 (2012) ; 平原 (2017) ; Kirchhoff et al. (2012) ; 関根 (2016) ; 角田 (2015) ; 弓野 (2017b)
	治療・ケアの選択肢、その限界と終了、介入の影響	病期に応じたエビデンスに基づく治療の選択肢、限界と終了、介入の影響	Adams et al. (2018) ; Briggs et al. (2004) ; Detering et al. (2010) ; Dev et al. (2012) ; El-Jawahri et al. (2016) ; Janssen et al. (2013) ; 野々木 (2017) ; 高田 (2015) ; 竹内ら (2015) ; Wong et al. (2015)
		ケアの選択肢：アドバンスディレクティブ、緩和ケア、ホスピスケア	Bekelman et al. (2011) ; Dougherty et al. (2007) ; El-Jawahri et al. (2016) ; Janssen et al. (2011) ; Stuart (2007)
		積極的治療：挿管、ICD と合併症および機能停止、補助人工心臓について	Dev et al. (2012) ; Murthy et al. (2011) ; Stuart (2007) ; 弓野 (2017b)
		予測される心肺停止時の蘇生とその程度 DNR/ DNAR	Bekelman et al. (2011) ; 木澤 (2015, 2017) ; 長江 (2014) ; 角田 (2015) ; 鶴若ら (2016)
		医療者と患者間の予後と認識における矛盾を認識する	Briggs et al. (2004) ; Kirchhoff et al. (2012) ; Siouta et al. (2016)
	共有された情報の確認	患者がケアの選択肢について一貫性のある正確な情報を得ているか	Detering et al. (2010) ; Strachan et al. (2009)
		患者・家族の病気、病状や予後の理解度・認識の確認と代替情報の提供	Briggs et al. (2004) ; Detering et al. (2010) ; Kirchhoff et al. (2012) ; 木澤 (2015, 2017) ; 下川ら (2017)
		患者のヘルスリテラシー、ビデオ視聴による理解と認識への効果	Engelhardt et al. (2006)
	医療・ケアの意向と選好	将来の治療・ケアの意向と選好、そのゴールについて話し合う	Detering et al. (2010) ; De Vleminck et al. (2014) ; 木澤 (2015, 2017) ; 銘苅ら (2011) ; 角田 (2015) ; 鶴若ら (2016)
		治療や療養の場所、死に場所や方法、ケア提供者、ケア提供体制の意向	Janssen et al. (2013) ; 木澤 (2017) ; 銘苅ら (2011) ; Stuart (2007) ; 角田 (2015)
		治療の終了 (withdraw) や差し控え、生命維持の撤退の選好	Janssen et al. (2011) ; 銘苅ら (2011) ; Strachan et al. (2009) ; 角田 (2015) ; 弓野 (2017b)
		代理意思決定人設定の意向とその裁量権について	鶴若ら (2016)
その人を知る	人生における価値観や希望	人生における価値観や大切にしたいこと、目標、人生観、死生観	木澤 (2015, 2017) ; 和田 (2013) ; 弓野 (2017a)
		人生観・死生観・価値観・気がかり、望み (wish) の共有と尊重	木澤 (2015) ; Murthy et al. (2011) ; 野々木 (2017) ; 大森 (2017) ; 下川ら (2017) ; 角田 (2015) ; 高田 (2015) ; 弓野 (2017b)
		患者と家族の希望	下川ら (2017)
		決めないという意向	阿部 (2012) ; Stuart (2007)
	自分らしさに気付く	ライフレビューにより自分の価値観や人生観が見えてくる	Detering et al. (2010) ; 竹内ら (2015) ; 横江 (2013)
		自分のゴール・価値観・信念を振り返ることにより、今後の治療に対する意向を考える	Detering et al. (2010) ; 竹内ら (2015) ; Wordingham et al. (2016)
	相互理解	患者家族間、医療者間、関与する全員で共有する患者として、医療者としての価値観と一個人としての価値観の尊重と理解	木澤 (2015) ; 大森 (2017) ; 関根 (2016)
			阿部 (2012)
エンドオブライフ (EoL) を見通す	治療と QOL の配分を推し量る	フォーカスを治療から QOL・患者のゴールへとシフトする	Adams et al. (2018)
		最善となる延命治療と緩和ケアの配分を推し量る	関根 (2016)
		長期的な転帰と治療・ケアのゴールを見通す	Adams et al. (2018) ; Dev et al. (2012) ; Janssen et al. (2013) ; 木澤 (2015) ; 野々木 (2017) ; Wordingham et al. (2016)
	EoL の準備	個々の信念や好みに焦点化した EoL について考える機会	Adams et al. (2018) ; Engelhardt et al. (2006) ; McIlvenna et al. (2016) ; Rogers et al. (2017) ; Wordingham et al. (2016)
		最善を支え最悪に備える心構え、覚悟、End-of-Life preparation	Alonso et al. (2017) ; 木澤 (2015) ; McIlvenna et al. (2016) ; Rogers et al. (2017)
		家族とのいい思い出作りをする時間	Dougherty et al. (2007)

表 1 (続き)

カテゴリー	サブカテゴリー	コード	文献
決めるプロセスの推進	その人になじむ選択・決定を支える	患者・家族が積極的に考え、納得のいくケアが選択できるように支援	Pere (2012); 角田 (2015); 横江 (2013)
		意思決定への支援の希望がある	角田 (2015)
		強制的でなく自発的・自律性の重視	Briggs et al. (2004); 木澤 (2015)
		患者の意思を中心におく	島田ら (2015); 弓野 (2017a)
		家族の思いを含めた相互合意の形成	島田ら (2015)
	揺らぎに寄り添う	全人的に多方面から患者と家族の揺らぎに寄り添う	平原 (2017); 関根 (2016)
		家族間の意見の不一致に対する家族間の調整	下川ら (2017); 和田 (2013)
	意思表示と書面化	家族や医療従事者に将来の医療・ケアの意向を表明する	Alonso et al. (2017); 角田 (2015); 鶴若ら (2016)
		意思を書面に残す: リビングウィルや事前指示書	Dev et al. (2012); 木澤 (2015); 銘苅ら (2011); 大森 (2017); Rosenfeld et al. (2003); 和田 (2013); 弓野 (2017b)
シームレスなケアのための体制構築	医療・ケア提供体制の構築	多職種・多施設のチーム構築と協力体制	大石 (2017); 大森 (2017); 鶴若ら (2016); Wong et al. (2015); 弓野 (2017a)
		人とケアのコーディネート・マネジメント	Engelhardt et al. (2006); Stuart (2007); Wong et al. (2015)
		関係者との信頼関係の構築	阿部 (2012); 木澤 (2017); 下川ら (2017); 鶴若ら (2016)
		倫理的なコンセンサスの形成	野々木 (2017)
	地域における連携体制の構築	病院と家庭をシームレスに橋渡しする	Dev et al. (2012); Stuart (2007)
		病院と地域医療との継続的な連携体制の構築	野々木 (2017)
	ケア提供者のスキル	十分な対話ができるチーム力	野々木 (2017)
		多職種間の相談と助言, 倫理的問題の討議, 勉強会, 教育, 啓発	横江 (2013)
パートナーシップ	家族をパートナーとして認識する	コミュニケーションスキル	El-Jawahri et al. (2016); Lorenz et al. (2008)
		医療者が患者の生活の中で家族・代理決定者を認識すること	鶴若ら (2016)
		家族・介護者を近い将来看取りを経験する人として認識する	鶴若ら (2016)
	家族や関係者の参加	医療者, 患者, 代理決定者 (多くの場合は家族), 友人の共同作業	阿部 (2012)
		意思決定に家族が参加する	Briggs et al. (2004); Janssen et al. (2013)
	対話の多方向性	家族間・代理意思決定者とのコミュニケーションの促進	Briggs et al. (2004); 木澤 (2015); 竹内ら (2015)
対話	オープンな対話	患者・家族を含む多職種コミュニケーションの速度と有効性を高める	Dougherty et al. (2007); El-Jawahri et al. (2016); Lorenz et al. (2008); 大森 (2017)
		家族と生と死について語るチャンスを与えてくれる	Briggs et al. (2004); Dougherty et al. (2007); 銘苅ら (2011); Pere (2012); 角田 (2015)
		正直なコミュニケーションの機会が本音を引き出す	関根 (2016); Strachan et al. (2009)
		インフォーマルな会話	角田 (2015)
	対話のタイミングを図る	オープンなコミュニケーションが EoL を向上する	Dev et al. (2012); Strachan et al. (2009); 竹内ら (2015)
		患者のナラティブを聴き取る	高田 (2015)
		病状や精神状態が安定し, 患者に考える時間が充分にある早い時期	Adams et al. (2018); Murthy et al. (2011)
		意思決定能力の低下に備えて	阿部 (2012); 銘苅ら (2011)
		高度な治療選択の前段階から QOL・EoL を踏まえた議論をする	Janssen et al. (2013)
		患者のレディネスの評価	Janssen et al. (2013); Kirchhoff et al. (2012); 木澤 (2017)
継続的・反復的なプロセス	見直し	定期的かつ病状変化のたびに経過を見直し	高田 (2015)
		患者の意向, 治療・ケアのゴールについて反復的に議論する	銘苅ら (2011); 高田 (2015)
	積み重ね	定期的にごまめに積み重ねる	銘苅ら (2011); 島田ら (2015); 高田 (2015); 弓野 (2017a)
		対話を重ねる	Murthy et al. (2011); 長江 (2014); 弓野 (2017a)

表2 慢性心不全患者のアドバンスケアプランニングの先行要件

カテゴリー	サブカテゴリー	文献
社会的背景	多様性を持つ社会への変化	Lorenz et al. (2008)；銘苅ら (2011)；Rosenfeld et al. (2003)；角田 (2015)；和田 (2013)；弓野 (2017a)
	医療提供体制の変化	銘苅ら (2011)；弓野 (2017a)
	高齢慢性心不全患者の増加	平原 (2017)；大石 (2017)；Strachan et al. (2009)；弓野 (2017a)
文化的背景	パターナリズムに価値をおく	関根 (2016)；高田 (2015)
	文化的背景（遠慮、察するという文化）	関根 (2016)；高田 (2015)
	医療者が抱える困難感や倫理的ジレンマ	木澤 (2017)；関根 (2016)
医療従事者の背景	システムとマンパワー不足	De Vleminck et al. (2014)；El-Jawahri et al. (2016)；Siouta et al. (2016)；Waterworth et al. (2010)；Wordingham et al. (2016)；横江 (2013)
	心不全診断時	大石 (2017)
個別の判断による意向確認のタイミング	病状の進行、積極的治療が功を奏さなくなった時	Janssen et al. (2012)；関根 (2016)；Strachan et al. (2009)；Stuart (2007)；角田 (2015)；鶴若ら (2016)；弓野 (2017a)
	生活の質の変化	木澤 (2015)；Strachan et al. (2009)
	家族の介護力不足や介護負担・不安	Strachan et al. (2009)；角田 (2015)；鶴若ら (2016)
	心不全に対する認識のズレ	Alonso et al. (2017)；De Vleminck et al. (2014)；木澤 (2015, 2017)；Murthy et al. (2011)；関根 (2016)；島田ら (2015)；高田 (2015)；弓野 (2017a)
心不全の病態と治療・ケアの不確実性	予後や現状に対する医療者と患者の認識のズレ	Siouta et al. (2016)
	心不全の本質的不確実性	De Vleminck et al. (2014)；Dougherty et al. (2007)；木澤 (2015)；野々木 (2017)；大石 (2017)；大森 (2017)；Rosenfeld et al. (2003)；Siouta et al. (2016)；高田 (2015)；鶴若ら (2016)
	治療技術の発展に伴う治療の終了を含めた治療選択肢の多様化と複雑化	Dougherty et al. (2007)；野々木 (2017)；大森 (2017)；下川ら (2017)；Strachan et al. (2009)；高田 (2015)；弓野 (2017b)
終末期ケアの不足	終末期における積極的医療の実施	Janssen et al. (2013)；Kirchhoff et al. (2012)；野々木 (2017)；島田ら (2015)；Siouta et al. (2016)；高田 (2015)；和田 (2013)
	終末期の意思確認・決定の難しさとその範囲の欠如	Adams et al. (2018)；平原 (2017)；Janssen et al. (2013)；木澤 (2015, 2017)；島田ら (2015)；角田 (2015)；高田 (2015)；和田 (2013)
	終末期ケアの充実の必要性	平原 (2017)；野々木 (2017)；高田 (2015)；Waterworth et al. (2010)；横江 (2013)

そのチームには、〈チーム力〉〈コミュニケーションスキル〉等の「ケア提供者のスキル」が求められている。

6) 【パートナーシップ】

「家族をパートナーとして認識する」，「家族や関係者の参加」による患者・家族と医療従事者の共同作業であることを示していた。

7) 【対話】

「対話の多方向性」とは、家族・患者・医療従事者間だけでなく介護者等を含む多職種コミュニケーションである。また、対話は、家族に単に情報を与えるのみならず、患者と家族と一緒に学び (Briggs et al., 2004)，〈家族と生と死について語るチャンスを与えてくれる〉ことを示していた。「オープンな対話」は、家族を含む多職種で構成されるチームメンバーが本音で語れるような効果的で有効なコミュニケーションである。「対話のタイミングを図る」では、将来の〈意思決定能力低下に備えて〉早い時期からの対話が必要とされるが、開始のタイミングの共通認識はない。〈患者のレディネ

スの評価〉に応じて行うこと、高度な治療とその限界も含めた治療の結果について〈高度な治療選択の前段階から QOL や EoL を踏まえた議論をする〉ことが示された。

8) 【継続的・反復的なプロセス】

患者の意向や治療・ケアのゴールを継続的・反復的に確認し「見直す」こと、〈対話を重ね〉、〈定期的にこまめに〉「積み重ね」るプロセスを示していた。

2. 先行要件 (表 2)

先行要件として【社会的背景】【文化的背景】【医療従事者の背景】【個別の判断による意向確認のタイミング】【心不全に対する認識のズレ】【心不全の病態と治療・ケアの不確実性】【終末期ケアの不足】の7カテゴリーが抽出され、『患者・家族と医療従事者が置かれている不確実な状況』が見出された。

3. 帰結 (表 3)

帰結として、【患者・家族の満足度の向上】【患者・

表3 慢性心不全患者のアドバンスケアプランニングの帰結

カテゴリー	サブカテゴリー	文献
患者・家族の満足度の向上	意思決定・意思表示の促進	Engelhardt et al. (2006) ; Janssen et al. (2012) ; 関根 (2016) ; 高田 (2015) ; 竹内ら (2015)
	意向が尊重された医療・ケアの実現	Dev et al. (2012) ; El-Jawahri et al. (2016) ; Gries et al. (2008) ; Janssen et al. (2012) ; 木澤 (2017) ; Lorenz et al. (2008) ; 野々木 (2017) ; 大森 (2017) ; 下川ら (2017) ; 角田 (2015) ; 高田 (2015) ; 竹内ら (2015)
	ケアへの満足感	Briggs et al. (2004) ; Detering et al. (2010) ; Dixon et al. (2015) ; Janssen et al. (2013) ; 大石 (2017) ; 高田 (2015) ; 和田 (2013) ; Wordingham et al. (2016)
患者・家族の全人的苦痛の緩和	適切な治療と緩和ケアの統合	阿部 (2012) ; Bekelman et al. (2011) ; Brännström et al. (2015) ; Dougherty et al. (2007) ; 木澤 (2017) ; 野々木 (2017) ; 大石 (2017) ; Rogers et al. (2017) ; Siouta et al. (2016) ; Strachan et al. (2009) ; Wong et al. (2015) ; Wordingham et al. (2016)
	家族・介護者へのケア	Alonso et al. (2017) ; Detering et al. (2010) ; Gries et al. (2008) ; Janssen et al. (2011, 2012) ; 木澤 (2015, 2017) ; Lorenz et al. (2008) ; 大石 (2017) ; Pere (2012) ; 角田 (2015) ; 高田 (2015) ; 竹内ら (2015) ; 和田 (2013) ; 弓野 (2017a)
患者の内的変化	病いと共に生きる力と希望	Detering et al. (2010) ; Dougherty et al. (2007) ; 高田 (2015)
	自尊心・自己コントロール感の向上	Dev et al. (2012) ; Engelhardt et al. (2006) ; 木澤 (2017) ; 銘苅ら (2011) ; 高田 (2015)
	現状理解の促進	Detering et al. (2010) ; Dixon et al. (2015) ; 銘苅ら (2011)
その人らしい人生の実現	その人らしく生きること	Brännström et al. (2015) ; 木澤 (2015, 2017) ; 野々木 (2017) ; 大石 (2017) ; Rogers et al. (2017) ; 鶴若ら (2016) ; 和田 (2013) ; Wong et al. (2015) ; 横江 (2013)
	その人らしい人生の締めくくり	Dixon et al. (2015) ; 木澤 (2017) ; Lorenz et al. (2008) ; 野々木 (2017) ; Pere (2012) ; 高田 (2015) ; 横江 (2013) ; 弓野 (2017b)
医療的アウトカムの向上	医療経済への影響	Dixon et al. (2015) ; Lorenz et al. (2008) ; Rosenfeld et al. (2003) ; 竹内ら (2015) ; Wong et al. (2015)
	医療従事者への影響	下川ら (2017) ; 竹内ら (2015)

家族の全人的苦痛の緩和】【患者の内的変化】【その人らしい人生の実現】【医療的アウトカムの向上】の5カテゴリーが抽出され、『日常の中で希望を見出し、自分らしい人生を生きていることを実感する』が見出された。

4. 概念モデル

分析の結果から、『患者・家族と医療従事者が置かれている不確実な状況』のなかで、【共有と議論が必要な医療とケアに関する情報】と【その人を知る】ことを通して【EoLを見通】し、その人らしい選択ができるように【決めるプロセスの推進】が示され、これらは相互に行き来して必要な情報や選択肢をその人に合ったものにアレンジしながら、本人になじむ決定ができるように形を整えていくという循環プロセスとして示された。このプロセスでは常に【対話】が行われ、これらの5つの属性は、【継続的・反復的なプロセス】として捉えられた。また、このプロセスを効果的に促進させるためには、【シームレスなケアのための体制構築】と【パートナーシップ】が影響することが示された。そして、そのプロセスを通して、『日常の中で希望を見出し、自分らしい人生を生きていることを実感する』が見出され、その概念モデルを図1に示した。

Ⅳ. 考 察

1. 慢性心不全患者のACPの概念の定義

慢性心不全患者のACPの概念を、「慢性心不全特有の病いのプロセスのなかで先を見通し、対話を通してその人らしさを探究し、自律した意思決定と望む生き方を実現するための継続的・反復のプロセス」と定義した。

2. 慢性心不全患者のACPの特性

1) 不確かさのなかで希望を見出して生きていく

先行要件で見出された『患者・家族と医療従事者が置かれている不確実な状況』は、本概念の特性のひとつといえる。その不確かさゆえに、今後の見通しについて検討するとき、その特性に依拠した予後という不確実で死に焦点化した予測だけに偏ってしまいがちである。一方で、属性で抽出された【EoLを見通す】は、完治が望めず、不確かな予後のなかにあっても、慢性心不全とともに信念や好みに焦点化した日々を生きていくことの見通しと準備であった。ACPにおいて重要なのは予後だけではなく、その人の信念・好み・QOLを構成している様々な要素であり、それは【その人を知る】のサブカテゴリーである〔医療・ケアの意向と

『 』:中核になる内容 【 】:カテゴリー

図1 慢性心不全患者のアドバンスケアプランニングの概念図

選好] [人生における価値観や希望] といったその人らしさである。そこには、医療とケアの希望、医療や療養の場所、死に場所と家族の希望等が示されていた。希望は人間の生きる意味と関わり合っているといわれ (Flankl, 1977), 進行がんなどのエンドステージにある患者は、治療よりもむしろ、自分らしさ、生きざまといった“生きる”というシンプルなテーマに希望を見出すという (濱田・佐藤, 2002; 射場, 2000)。不確かさのなかで【EoLを見通す】ことは、その人の信念や好みに焦点化したEoLを“生きる”ことを支えるためであり、自分らしく“生きる”という希望を支えることでもある。帰結において、[病いと共に生きる力と希望]が抽出され、また治るという希望がもはや現実的でなくなり、制限されていく生活の中でも、『日常の中で希望を見出し、自分らしい人生を生活していることを実感する』という帰結をいかに見出せるかが慢性心不全患者のACPにおいて重要な点であると考えられる。

2) 予後という時間軸と人生の時間軸という視点

先行要件において『患者・家族と医療従事者が置かれている不確実な状況』が見出されたことは前述したが、これが医療従事者にとってのACPの障壁となっているという報告もある (De Vleminck et al., 2014; Murthy & Lipman, 2011)。不確実な状況にあるからこそ、患者と医療者間で[医療とケアの意向と選好] [人生における価値観や希望]を共有し、ゴールについて話し合うことがより重要であると考えられる。しかし、決めるプロセスにおいては、患者に情報と選択肢を提示し意向を問うだけでは成立せず、これまでの人生や周囲の人、環境といった要因が関与し、経験や関係性のなかから湧き上がってくるものである (水野, 2019)。本概念において、〈自分のゴール・価値観・信念を振り返ることにより今後の治療に対する意向を考える〉〈ライフレビューにより自分の価値観や人生観が見えてくる〉といった、これまで意識していなかった価値観や人生観を見つめて [自分らしさに気付く] が抽出され、予後

という不確実な時間軸の予測や単に将来という前向きの視線だけでなく、過去を振り返ることにより将来に視線を向け、将来の自分のゴールや希望に向かって何を選択するのかといった、過去から将来へ、将来から今へとといった人生の時間軸の中を行き来するような時間的な視点が ACP には含まれていることが示されていた。

V. 研究の限界と課題

本研究の限界は、限られた文献における用語の使用について分析を行ったものであることが挙げられる。また、患者の生活は個別的であり、ACP のプロセスに影響を与える個別的要因が存在すると考えられる。今後、概念を精練させ、慢性心不全患者に対する実践での検証を行っていく必要がある。

付記：本論文の内容の一部を、第 17 回日本循環器看護学会学術集会で発表した。

謝辞：本研究における分析の過程で貴重なご助言を下さいました元聖路加国際大学大学院の田代順子教授と博士後期課程クラスの皆様、論文としてまとめるにあたりご指導くださいました聖路加国際大学大学院の山田雅子教授に心より感謝いたします。

利益相反：本研究における利益相反は存在しない。

文 献

阿部康之 (2012)：もしものことをあらかじめ話し合おう！アドバンスケアプランニングの実践、緩和ケア, 22(5), 416-419.

Adams, E. E., Wrightson, M. L. (2018): Quality of life with an LVAD: a misunderstood concept, *Heart & Lung*, 47, 177-183.

Allen, L. A., Yager, J. E., Funk, M. J., et al. (2008): Discordance between patient-predicted and model-predicted life expectancy among ambulatory patients with heart failure, *JAMA*, 299(21), 2533-2542.

Alonso, W., Hupcey, J. E., Kitko, L. (2017): Caregivers' perceptions of illness severity in advanced heart failure, *Heart Lung*, 46(1), 35-39.

Bekelman, D. B., Nowels, C. T., Allen, L. A. (2011): Outpatient palliative care for chronic heart failure: a case series, *J. Palliat. Med.*, 14(7), 815-821.

Brännström, M., Boman, K. (2015): Effects of person-centered and integrated chronic heart failure and palliative home care, *PREFER: a randomized controlled study*, *Eur. J. Heart Fail.*, 16, 1142-1151.

Briggs, L. A., Kirchhoff, K. T., Hammes, B. J., et al. (2004): Patient-centered advance care planning in special patient populations: a pilot study, *J. Prof. Nurs.*, 20(1), 47-58.

Detering, K. M., Hancock, A. D., Reade, M. C., et al. (2010): The

impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: randomized controlled trial, *BMJ*, 340: c1345.

De Vleminck, A., Pardon, K., Beernaert, K., et al. (2014): Barriers to advance care planning in cancer, heart failure and dementia patients: a focus group study on general practitioners' views and experiences, *PloS One*, 9(1), e84905.

Dev, S., Abernethy, A. P., Rogers, J. G., et al. (2012): Preferences of people with advanced heart failure-a structured narrative literature review to inform decision making in the palliative care setting, *Am. Heart J.*, 164(3), 313-319.

Dixon, J., Matosevic, T., Knapp, M. (2015): The economic evidence for advance care planning: systematic review of evidence, *Palliat. Med.*, 29(10), 869-884.

Dougherty, C. M., Pyper, G. P., Au, D. H., et al. (2007): Drifting in a shrinking future living with advanced heart failure, *J. Cardiovasc. Nurs.*, 22(6), 480-487.

El-Jawahri, A., Paasche-Orlow, M. K., Matlock, D., et al. (2016): A randomized, controlled trial of an advance care planning video decision support tool for patients with advanced heart failure, *Circulation*, 134(1), 52-60.

Engelhardt, J. B., McClive-Reed, K. P., Toseland, R. W., et al. (2006): Effects of a program for coordinated care of advanced illness on patients, surrogates, and healthcare costs: a randomized trial, *Am. J. Manag. Care*, 12(2), 93-100.

Flankl, V. E. (1977)：夜と霧，池田香代子訳 (2004)，みすず書房，東京。

Gries, C. J., Curtis, J. R., Wall, R. J., et al. (2008): Family member satisfaction with end-of-life decision making in the ICU, *Chest*, 133(3), 704-712.

濱田由香，佐藤禮子 (2002)：終末期がん患者の希望に関する研究，日がん看会誌，16(2), 15-25.

平原佐斗司 (2017)：在宅認知症患者における慢性心不全治療のマネジメント，薬局，68(5), 112-117.

射場典子 (2000)：ターミナルステージにある癌患者の希望とそれに関連する要因の分析，日がん看会誌，14(2), 66-77.

Janssen, D. J., Spruit, M. A., Schols, J. M., et al. (2011): A call for high-quality advance care planning in outpatients with severe COPD or chronic heart failure, *Chest*, 139(5), 1081-1088.

Janssen, D. J., Spruit, M. A., Schols, J. M., et al. (2012): Predicting changes in preferences for life-sustaining treatment among patients with advanced chronic organ failure, *Chest*, 141(5), 1251-1259.

Janssen, D. J., Spruit, M. A., Schols, J. M., et al. (2013): Dynamic preferences for site of death among patients with advanced obstructive pulmonary disease, chronic heart failure, or chronic renal failure, *J. Pain Symptom. Manage.*, 46(6), 826-836.

Kirchhoff, K. T., Hammes, B. J., Kehl, K. A., et al. (2012): Effect of a disease-specific advance care planning intervention on end-of-life care, *J. Am. Geriatr. Soc.*, 60(5), 946-950.

木澤義之 (2015)：アドバンス・ケア・プランニング“もしもの時”に備え，“人生の終わり”について話し合いを始める，ホスピスケア在宅ケア，23(1), 49-62.

木澤義之 (2017)：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（平成 29 年 8 月 3 日），Retrieved from: <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-1080>

- 1000-Iseikyoku-Soumuka/0000173561.pdf.
- Lorenz, K. A., Lynn, J., Dy, S. M., et al. (2008): Evidence for improving palliative care at the end of life: a systematic review, *Ann. Intern. Med.*, **148**(2), 147–159.
- 前田靖子 (2013): 心不全患者の末期医療における看護師の役割—意思決定支援の現状と課題, *移植*, **48**, 総会臨時, 170.
- McIlvenna, C. K., Allen, L. A. (2016): Palliative care in patients with heart failure, *BMJ*, **353**: i1010.
- 銘荊尚子, 住江浩美, 清家理 (2011): 日本の文化に即した Advance Care Planning の開発研究—患者および家族に対する意思決定支援実態調査からのアプローチ, *長寿医療研究開発費平成 25 年度総括研究報告*, Retrieved from: <https://www.ncgg.go.jp/ncgg-kenkyu/documents/25/25xx-12.pdf>.
- 水野英尚 (2019): 意思が立ち上がる場の風景, *訪問看護と介護*, **24**(6), 420–428.
- Murthy, S., Lipman, H. I. (2011): Management of end-stage heart failure, *Prim. Care*, **38**(2), 265–276.
- 長江弘子 (2014): エンド・オブ・ライフケアの概念とわが国における研究課題, *保健医療社論集*, **25**(1), 17–23.
- 日本循環器学会/日本心不全学会合同 (2018): 急性・慢性心不全診療ガイドライン改訂版, Retrieved from: <http://www.asas.or.jp/jhfs/pdf/topics20180323.pdf>. (2020 年 9 月 6 日検索)
- 野々木宏 (2017): 超高齢社会における緩和医療と終末期ケア, *Cardiac. Practice*, **28**(2), 131–134.
- 大石醒悟 (2017): 心不全の緩和ケアアドバンス・ケア・プランニングを実践する, *薬事*, **59**(4), 733–738.
- 大森崇史 (2017): がんとどこが違う? 心不全の ACP, *治療*, **99**(6), 764–769.
- Pere, K. (2012): Developing nursing expertise in caring for older advanced stage heart failure patients and their families—palliative and end-of-life care, *Can. J. Cardiovasc. Nurs.*, **22**(3), 12–17.
- Rodgers, B. L. (2000): Concept analysis an evolution view, In Rodgers B. L., Knafl K.A. (ed.), *Concept Development in Nursing Foundation, Techniques, and Applications* (2nd ed), 3–37, W. B. Saunders Company, Philadelphia.
- Rogers, J. G., Patel, C. B., Mentz, R. J., et al. (2017): The palliative care in heart failure (PAL-HF) randomized, controlled clinical trial, *J. Am. Coll. Cardiol.*, **70**(3), 331–341.
- Rosenfeld, K., Rasmussen, J. (2003): Palliative care management: a veterans administration demonstration project, *J. Palliat. Med.*, **6**(5), 831–839.
- 関根龍一 (2016): 心不全患者の ACP はどのようにしたらよいでしょうか?, *治療*, **98**(3), 429–431.
- 島田千穂, 中里和弘, 荒井和子, 他 (2015): 終末期医療に関する事前の希望伝達の実態とその背景, *日老医誌*, **52**(1), 79–85.
- 下川美穂, 久永貴之 (2017): がん終末期における植え込み型除細動器停止にどう対応するか, *Palliat. Care Res.*, **12**(3), 553–557.
- Siouta, N., Van, B. K., Preston, N., et al. (2016): Towards integration of palliative care in patients with chronic heart failure and chronic obstructive pulmonary disease: a systematic literature review of European guidelines and pathways, *BMC Palliative Care*, **15**:18.
- Strachan, P. H., Ross, H., Rocker, G. M., et al. (2009): Mind the gap: opportunities for improving end-of-life care for patients with advanced heart failure, *Can. J. Cardiol.*, **25**(11), 635–640.
- Stuart, B. (2007): Palliative care and hospice in advanced heart failure, *J. Palliat. Med.*, **10**(1), 210–228.
- Sudore, R. L., Lum, H. D., You, J. J., et al. (2017): Defining advance care planning for adults: a consensus definition from a multidisciplinary delphi panel, *J. Pain Symptom. Manage.*, **53**(3), 821–832.
- 角田ますみ (2015): 日本におけるアドバンスケアプランニングの現状: 文献検討と内容分析から, *生命倫理*, **25**(1), 57–68.
- 高田弥寿子 (2015): 難治性心不全診療における意思決定支援—アドバンスケアプランニングの実践と課題, *医のあゆみ*, **251**(11), 1057–1062.
- 竹内佐智恵, 犬丸杏里, 坂口美和, 他 (2015): Advanced care planning (ACP) に関する文献レビュー, *三重看護学誌*, **17**, 71–77.
- 鶴若麻理, 大桃美穂, 角田ますみ (2016): アドバンス・ケア・プランニングのプロセスと具体的支援, *生命倫理*, **26**(1), 90–99.
- 和田泰三 (2013): 抑うつスクリーニングと Advance care planning の適用可能性, *日老医誌*, **50**(3), 319–322.
- Waterworth, S., Gott, M. (2010): Decision making among older people with advanced heart failure as they transition to dependency and death, *Curr. Opin. Support. Palliat. Care*, **4**(4), 238–242.
- Wong, F. K. Y., Ng, Y. M., Lee, P. H., et al. (2015): Effects of a transitional palliative care model on patients with end-stage heart failure: a randomized controlled trial, *Heart*, **102**, 1100–1108.
- Wordingham, S. E., McIlvenna, C. K., Dionne-Odom, J. N., et al. (2016): Complex care options for patients with advanced heart failure approaching end of life, *Curr. Heart. Fail. Rep.*, **13**, 20–29.
- Yancy, C. W., Jessup, M., Bozkurt, B., et al. (2013): ACCF/AHA guideline for the management of heart failure: a report of the American college of cardiology foundation/American heart association task force on practice guidelines, *Circulation*, **128**(16), e240–e327.
- 横江由理子 (2013): スマイルチームによるアドバンス・ケア・プランニングの実践, *ナーシング・トゥデイ*, **6**, 38–42.
- 弓野大 (2017a): 高齢心不全患者の治療に関するステートメントが伝えたい: 高齢者心不全の終末期医療, *ハートナーシング*, **30**(5), 519–521.
- 弓野大 (2017b): 再入院を防ぐ心不全在宅医療, *新薬と臨*, **66**(5), 668–673.