

原著論文

# 病院における高齢心不全患者への アドバンス・ケア・プランニング（ACP）の 実施の現状と関連要因

Current Status and Related Factors of Implementing Advance Care Planning (ACP)  
for Older Patients with Heart Failure in Hospitals

臼井咲耶<sup>1)</sup>

Sakuya Usui

南崎眞綾<sup>2)</sup>

Maya Minamizaki

土肥眞奈<sup>3)</sup>

Mana Doi

叶谷由佳<sup>2)</sup>

Yuka Kanoya

キーワード：病院, 高齢者, 心不全, アドバンス・ケア・プランニング

Key Words: Hospital, Aged, Heart Failure, Advance Care Planning

## 要旨

【目的】 高齢心不全患者へのアドバンス・ケア・プランニング（Advance Care Planning：ACP）の現状と関連要因を明らかにする。

【方法】 全国の循環器診療の 2865 施設の看護部長と 1 病棟の看護師長を対象として、2020 年 7 月～9 月に質問紙調査を実施した。高齢心不全患者への ACP 実施の有無における関連要因を検討するため、多重ロジスティック回帰分析を行った。

【結果】 高齢心不全患者への ACP 実施は 141 施設（42.0%）であり、そのうち 1/4 未満の患者へ実施している施設が 81 施設（57.9%）と最も多かった。ACP 実施には近隣の施設と情報交換（オッズ比：4.50, 95%信頼区間 1.22-16.61）、病棟師長の ACP 重要性の認識（オッズ比：6.24, 95%信頼区間：1.79-21.76）が関連していた。

【考察】 高齢心不全患者への ACP を普及させることが課題である。ACP の普及と推進のためには、地域との連携や組織として ACP に取り組む体制づくりが必要であることが示唆された。

## Abstract

[Objective] The purpose of this study is to clarify the current status and related factors of advance care planning (ACP) for older patients with heart failure.

[Method] A nationwide survey was conducted between July and September 2020, targeting the director of nursing

---

Received : October. 17, 2023

Accepted : February. 15, 2024

1) 社会福祉法人伸こう福祉会訪問看護クロスハート藤沢本町

Shinkofukushikai social welfare corporation Home-visit Nursing station Crossheart Fujisawahonmachi

2) 横浜市立大学医学部看護学科

Yokohama City University, School of Medicine, Nursing Course

3) 東京医療保健大学千葉看護学部看護学科

Tokyo Healthcare University, Chiba Faculty of Nursing, Division of Nursing

E-mail : sakuya.shimizu0398@gmail.com

E-mail : mkan@yokohama-cu.ac.jp

department and a ward head nurse in 2865 hospitals that provided cardiovascular treatment. Multiple logistic regression analyses were conducted to identify the related factors for implement of ACP for older patients with heart failure.

[Results] ACP was performed at 141 hospitals (42.0%) for older patients with heart failure. Of these most hospitals (81 facilities, 57.9%) conducted ACP for <25% of the total patients. Information exchange with nearby facilities (odds ratio: 4.50, 95% confidence interval 1.22-16.61) and recognition of the importance of ACP by the ward chief (odds ratio: 6.24, 95% confidence interval: 1.79-21.76) were related to ACP implementation.

[Discussion] Disseminating ACP to older patients with heart failure is challenging. Our results suggest that to cooperate with the community and create a system to address ACP as an organization is suggested as necessary in order to disseminate ACP.

## I. 緒言

国内外における社会の高齢化に伴い、高齢者の心不全有病率は増加している（坂田ら，2020）。高齢者の心不全は、心臓を含む多臓器の老化を基礎としており根治が望めず、憎悪による再入院を繰り返して死に至る進行性かつ致死性の疾患である（日本心不全学会，2016）。高齢心不全患者は、症状の自覚がないことや、説明を受けた症状と出現している症状を結び付けて考えることの難しさを感じており（平野ら，2021）、症状の増悪と改善を経るプロセスを辿ることから、人生の最終段階について現実的に考えて意思決定することが困難となりやすいことが推察される。人生の最終段階においては、約7割の人が意思決定できなくなるが、事前に意思表示をした者の97.1%は望むケアを受けることが出来ていると言われている（Silveira et al., 2010）。人生の最終段階への準備が必要な高齢心不全患者に対しては、早期からの意思決定支援が喫緊の課題である。

このような背景から、人生の最終段階における意思決定支援の一つとして、アドバンス・ケア・プランニング（Advance Care Planning：以後 ACP）が推進されている。ACP とは、人生の最終段階における医療・ケアについて、本人が家族等や医療・ケアチームと繰り返し話し合うプロセスを指す（厚生労働省，2018）。心不全患者への ACP は、心不全に苦しむ患者の生活の質、終末期ケアに対する患者の満足度、終末期コミュニケーションの質を改善することが、ランダム化比較試験のメタ分析を通じて明らかとなっている（Schichtel et al., 2020）。とくに、わが国の高齢者が捉える“良い死”には、死を迎える場所やその人の価値観といった個人的な経験が要素として含まれており（Hattori, 2006）、高齢心不全患者が望む最期を迎えるためには、自身の思いを踏まえた個人的な経験を尊重したプロセスを経る必要がある。わが国においては、人生の最終段階における高齢心不全患者への ACP の重要性は提言されているものの（日本循環器学会，2017；日本心不全学会，2016）、高齢心不全患者に対する予後説明の実施率の低さが明らかになっている（鈴木ら，2021；大上ら，2022）。しかし、ACP 実施状況や ACP に至る要因に関する報告は

単施設もしくは一事例での報告であり（松戸ら，2022；岡本ら，2022；近藤ら，2021；土田，2018）、大規模調査による基礎資料が必要であると考えた。そこで本研究では、高齢心不全患者への ACP 実施の現状と関連要因を明らかにすることを目的とした。本研究結果により、高齢心不全患者に対する ACP の実践や導入への示唆を得ることができると考える。

## II. 方法

### 1. 調査方法

本研究は、無記名自記式質問紙調査による横断研究である。地方厚生局に循環器診療を登録している病院 2,865 施設の看護部長と看護師長の計 5,730 名を対象とし、2020 年 7 月 1 日から 9 月 15 日に調査を実施した。研究対象施設の看護部長宛てに看護部長用調査用紙、病棟師長用調査用紙を郵送し、循環器患者が主に入院する 1 病棟の病棟師長（以降、病棟師長）の選定を依頼し、病棟師長用調査用紙の配布を依頼した。看護部長用の質問紙と看護師長用の調査用紙にはそれぞれ事前に研究用 ID を付与し、返送された質問紙の研究用 ID の突合にて同施設からの回答を確認した。

### 2. 調査項目

調査項目に関しては、心不全患者への ACP に関する解説や報告を参考に設定した。施設全体での取り組みを広げることの重要性（大石ら，2017；中島，2018）、院内・地域との連携（大石ら，2017）、スタッフの ACP への重要性の理解（安井，2016；中島，2018）が心不全患者への ACP を実施する上で重要と報告されている。また、多くの施設が緩和ケアチームや在宅支援チームで病棟看護師が中心となって心不全患者の ACP を実施していることが明らかになっている（堀部ら，2018；大石ら，2017；土田，2018；南嶋ら，2018）。さらに、ACP を実施している施設の報告によると、ACP の推進と均てん化に向けてマニュアルの周知・作成、パンフレットの作成（高田，2015；南嶋ら，2018）や、患者・医療者間、医療者同士のコミュニケーションの強化の重要性が報告されている（坪井ら，2018）。

以上の先行研究を基に、施設の看護体制全体を周知していると考えられる看護部長へは、病院の属性、緩和ケア、退院支援状況、教育体制、連携、ACP 実施の院内体制を ACP の実施の関連要因として尋ねた。また病棟の状況を把握していると考えられる病棟師長へは、病棟の属性、患者カンファレンスの頻度、医療従事者への循環器疾患や意思決定支援に関するガイドライン周知の有無、回答者の属性、ACP 実施の有無と実態を尋ねた。回答は選択式とし、独立変数は、循環器看護を専門とする研究者、高齢者看護を専門とする研究者にて検討して独自に設定し、ACP 実施において特に重要な内容と考える独立変数 23 項目を主要独立変数とした。従属変数は、ACP 実施の有無として「人生の最終段階における医療・ケアについて、患者・家族等と医療・ケアチームがあらかじめ繰り返し話し合うプロセスとして、患者本人の気がかりや意向、患者の価値観や目標、病状や予後の理解について話し合っている」かについて尋ねた。なお、カンファレンス頻度と ACP の実態については、過去 1 年の間における概算での回答を依頼した。

### 3. 分析方法

高齢心不全患者への ACP 実施有無を従属変数とし、関連要因を独立変数として、ロジスティック回帰分析を行った。まず、高齢心不全患者への ACP 実施の有無における関連要因を検討するために単変量解析を行った。主要独立変数 23 項目に加え、単変量解析において  $p < 0.05$  の関連のみられる変数について多重共線性を確認後、多重ロジスティック回帰分析（尤度法：変数増加法）に投入した。SPSS statistics version25 を使用し、有意水準は  $p < 0.05$  とした。

### 4. 倫理的配慮

研究対象者には、研究の趣旨と目的を書面で説明し、質自記式質問紙の同意欄への回答により研究参加の同意を確認した。横浜市立大学ヒトゲノム・遺伝子研究等倫理委員会の承認を得た。（承認番号：A191100001）

## Ⅲ. 結果

看護部長 434 件（回答率：15.1%）、病棟師長 358 件（回答率：12.5%）の回答が得られた。なお、欠損値があると最終分析であるロジスティック回帰分析のモデルが成立しなかったため、看護部長、看護師長両方の回答が揃い、従属変数と主要独立変数に欠損がない 159 施設（回答率：5.5%）を最終分析対象とした。

### 1. 病院の概要（表 1）

平均全病床数は  $257.1 \pm 189.7$  床、一般病床数は平均  $190.3 \pm 175.8$  床であった。総常勤看護師数は平均  $209.4 \pm 216.6$  人であった。一般病院が 365 施設（85.7%）と最も多く、循環器専門医研修認定施設は 159 施設（37.6%）が該当し、循環器専門医は 279 施設（68.7%）に在籍していた。

緩和ケアに関する部署は 203 施設（47.0%）が有しており、退院支援に関する部署は 386 施設（90.6%）が有していた。認定看護師を有する病院は 288 施設（67.8%）であり、専門看護師を有する病院は 97 施設（23.6%）、リンクナースを有する病院は 326 施設（77.8%）であった。看護部として事例検討を実施している病院は 340 施設（80.0%）、看護研究を推奨している病院は 387 施設（91.1%）、学術集会への参加を推奨している病院は 387 施設（91.3%）であった。地域住民への健康に関する講座・セミナーを開催している病院は 330 施設（77.3%）であり、終活などの内容を含むのは 127 施設（38.5%）であった。院内で情報交換を行う病院は 390 施設（92.0%）、近隣施設と情報交換を行う病院は 371 施設（86.9%）、近隣施設と研修会を行う病院は 298 施設（69.8%）であった。ACP の推進者を有する病院は 261 施設（62.0%）であり、ACP に関連する部署や委員会を有する病院は 191 施設（44.6%）、ACP に関連する院外の研修や勉強会への意図的な参加体制を有している病院は 250 施設（58.5%）であった。

### 2. 循環器患者が主に入院する病棟の概要、病棟師長の個人属性（表 2, 3）

病床数は平均  $62.2 \pm 75.3$  床、常勤病棟看護師は平均  $26.8 \pm 14.2$  人で、固定チームナースが 96 件（28.8%）と最も多かった。インフォームドコンセントへの看護師の同席頻度は、ほとんど同席していると回答した病棟が 144 件（40.6%）と最多であった。看護師間、他職種間で患者カンファレンスを行っている割合は週に 1, 2 回の病棟が最も多く（看護師間：161 件 46.0%、院内に所属する職種間：205 件 61.6%）、近隣施設間では全く行っていない病棟が最も多かった（161 件、53.1%）。医療従事者への循環器疾患や意思決定支援に関するガイドラインを周知している病棟は 123 件（35.8%）であり、「人生の最終段階における医療・ケア決定プロセスに関するガイドライン」が 106 件（86.2%）と最も多く周知されていた。

病棟師長の看護師経験年数は平均  $25.6 \pm 5.8$  年、循環器看護経験年数は平均  $8.1 \pm 7.0$  年、循環器看護師長経験年数平均  $2.33 \pm 2.9$  年であった。看護師以外の保有資格はない者が最も多く（237 人、73.1%）、ACP の重要性の認識に関しては「思う」と回答した者が 285 人（81.0%）であり、ACP 実施の課題としては「看護師の ACP に関する知識・経験不足」と回答した者が 260 人（73.9%）と最も多かった。

### 3. 高齢心不全患者への ACP の実施有無と ACP の現状（表 4）

高齢心不全患者へ ACP 実施有無の設問に対し回答が得られた 336 施設のうち、高齢心不全患者へ ACP を実施している施設は、141 施設（42.0%）であった。ACP 実施施設のうち、ACP を実施している患者の割合は 1/4 未満であると回答した施設が 81 施設（57.9%）と最も多かった。ACP 実施時の確認項目は急変時の蘇生についてが最



表1 病院の概要

	N=434		
	回答数	n (%)	or mean±SD
全病床数 (床)	434	257.1	±189.7
一般病床数 (床)	433	190.3	±175.8
総常勤看護師数 (人)	427	209.4	±216.6
病院属性			
病院の種類 (複数回答)	426		
一般病院		365	(85.7)
地域医療支援病院		105	(24.6)
特定機能病院		17	(4.0)
臨床研究中核病院		3	(0.7)
循環器専門医研修施設認定有 (†)	423	159	(37.6)
循環器専門医有 (†)	406	279	(68.7)
緩和ケア, 退院支援状況			
緩和ケアに関する部署有 (†)	432	203	(47.0)
退院支援に関する部署有 (†)	426	386	(90.6)
教育体制			
認定看護師有 (†)	425	288	(67.8)
認定看護師を活用する体制有	288	116	(40.3)
専門看護師有 (†)	411	97	(23.6)
専門看護師を活用する体制有	97	55	(56.7)
リンクナースの体制有	419	326	(77.8)
看護部企画の教育有			
事例検討 (†)	425	340	(80.0)
患者の意思決定支援 (†)	416	235	(56.5)
倫理 (†)	426	346	(81.2)
高齢者看護の特徴 (†)	421	305	(72.4)
ACP (†)	419	159	(37.9)
学術集会参加推奨有 (†)	424	387	(91.3)
連携について			
地域住民への健康に関する講座・セミナー開催有	427	330	(77.3)
終活などの内容有	330	127	(38.5)
院内での情報交換有 (†)	424	390	(92.0)
近隣施設との情報交換有 (†)	427	371	(86.9)
近隣施設との研修会有 (†)	427	298	(69.8)
ACP について			
ACP について推進者有 (†)	421	261	(62.0)
ACP に関する部署や委員会 (†)	428	191	(44.6)
ACP に関する院外研修参加体制有 (†)	427	250	(58.5)

主要独立変数は (†) で明示した

も多かった (132 施設, 93.6%)。ACP 実施時の患者・家族への説明ツールに関しては, 44 施設 (31.2%) が有していた。ACP 導入時期の基準がある施設は 44 施設 (32.6%) であり, 心不全症状が悪化した時に実施している施設が最も多かった (34 施設, 77.3%)。心不全症状が悪化したときに ACP の再評価をする施設が最も多かった (132 施設, 94.3%)。ACP を導入して効果があったと 6 割以上が回答した項目は, エンドオブライフに向けて考える機会となった (94 施設, 69.6%), 家族の思いの表出につながった (87 施設, 64.4%), 患者の思いの表出につながった (81 施設, 60.0%) であった。

#### 4. 高齢心不全患者への ACP 実施と独立変数の関連

単変量解析において主要独立変数以外に  $p < 0.25$  の関連のみられた項目は, 病院病床数, 一般病院, 地域医療支援病院, 特定機能病院, 一般病床, 精神病床, 救急医療体制, 病棟病床数, 看護体制, 病棟師長の看護師資格のみの保有, 病棟師長の保健師の保有, 病棟師長の認定看護師の保有, 病棟師長の ACP 重要性の認識, ACP 実施の課題として ACP 導入時期の判断が困難であること, 看護師の ACP に関する知識・経験不足の課題があること, 患者・家族間の意見の相違の課題があることの 16 項目であった。

#### 5. 高齢心不全患者の ACP 実施における関連要因 (表 5)

主要独立変数 23 項目と単変量解析において  $p < 0.25$  の関連のみられた 16 項目を加えた計 39 項目は, ロジス

表2 病棟の概要

	N=358		
	回答数	n (%)	or mean±SD
病床数 (床)	355	62.2	±75.3
常勤病棟看護師数 (人)	351	26.8	±14.2
看護体制	340		
チームナーシングシステム		96	(28.2)
患者受け持ち式		28	(8.2)
プライマリーナーシングシステム		29	(8.5)
機能別看護方式		12	(3.5)
モジュール型継続受け持ち方式		16	(4.7)
固定チームナーシング		98	(28.8)
パートナーシップナーシングシステム		53	(15.6)
その他		8	(2.4)
インフォームドコンセントに看護師が同席する頻度 (†)	355		
いつも同席している		94	(26.5)
ほとんど同席している		144	(40.6)
時々同席している		92	(25.9)
あまり同席していない		23	(6.5)
全く同席していない		2	(0.6)
看護師間での患者カンファレンス (†)	350		
毎日		56	(16.0)
5.6回/週		37	(10.6)
3.4回/週		67	(19.1)
1.2回/週		161	(46.0)
全く行っていない		29	(8.3)
院内に所属する職種間での患者カンファレンス (†)	333		
毎日		20	(6.0)
5.6回/週		28	(8.4)
3.4回/週		63	(18.9)
1.2回/週		205	(61.6)
全く行っていない		17	(5.1)
近隣の医療・介護施設・訪問看護ステーション間での患者カンファレンス (†)	303		
毎日		0	(0.0)
5.6回/週		3	(1.0)
3.4回/週		6	(2.0)
1.2回/週		133	(43.9)
全く行っていない		161	(53.1)
ガイドライン周知有 (†)	344	123	(35.8)
ガイドライン周知有の内訳 (複数回答)	123		
循環器病の診断と治療に関するステートメント		24	(19.5)
高齢心不全患者の治療に関するステートメント		10	(8.1)
急性・慢性心不全診療ガイドライン		22	(17.9)
人生の最終段階における医療・ケア決定プロセスに関するガイドライン		106	(86.2)

主要独立変数は†で明示した

表3 病棟師長の個人属性

	N=358		
	回答数	n(%)	or mean±SD
看護師経験年数(年)	352	25.6	±5.8
循環器看護経験年数(年)	337	8.12	±7.0
循環器看護師長経験年数(年)	337	2.33	±2.9
看護師以外の資格(複数回答)	324		
該当なし		237	(73.1)
専門看護師		3	(.9)
認定看護師		18	(5.6)
保健師		12	(3.7)
助産師		4	(1.2)
介護支援専門員		38	(11.7)
看護師長が考える ACP の重要性	352		
思う		285	(81.0)
やや思う		63	(17.9)
あまり思わない		4	(1.1)
思わない		0	(0.0)
看護師長が考える ACP 実施の課題(複数回答)	352		
看護師の ACP に関する知識・経験不足		260	(73.9)
ACP 導入時期の判断が困難		233	(66.2)
心不全の終末期管理が出来る状況の整備不足		160	(45.5)
患者・家族の病状や今後の見通しに関する理解不足		205	(58.2)
医師の ACP に関する知識・経験不足		202	(57.4)
医師から患者・家族への病状や今後の見通しに関する説明不足		198	(56.3)
医療従事者の ACP に対する重要性の認識の低さ		147	(41.8)

ティック回帰分析(尤度法:変数増加法)に投入した。結果、近隣の施設と情報交換(オッズ比:4.50, 95%信頼区間 1.22-16.61)と、病棟師長の ACP 重要性の認識(オッズ比:6.24, 95%信頼区間:1.79-21.76)が高齡心不全患者の ACP 実施における関連要因として示された。なお、モデル  $\chi^2$  検定は  $p < 0.001$  で、作成された回帰式は有意であった。Hosmer と Lemeshow の検定は  $p = 0.824$  で、モデルの適合度は良好であったが、判別の中率は 61.8%と予測精度はやや低い結果であった。

#### IV. 考察

本調査は、病院の繁忙度が高かった COVID-19 感染流行初期時点の調査となったため、先行研究(坂下ら, 2013)の回答率 37.7%と比べて低かったが、本研究の対象施設は、一般病院 85.7%, 全病床数平均 257.1 床であり、全国の病院を対象とした調査(厚生労働省, 2019)の対象施設(一般病院 87.3%, 全病床数 267 床)と類似しており、母集団を反映していると考えられる。

##### 1. 高齡心不全患者への ACP の現状について

本研究対象施設のうち、42.0%の施設で高齡心不全患者へ ACP を実施していた。これは高齡心不全患者に対して ACP の重要性が周知されてきた結果であると推測する。しかし、高齡心不全患者のうち ACP を実施している

割合は 1/4 未満である施設が最も多く、先行研究(鈴木ら, 2021; 大上ら, 2022)同様、未だ高齡心不全患者への ACP は一部の患者へしか実施されていない現状である。また、ACP 導入時期や再評価時期は、心不全症状の悪化時や身体機能の低下時との回答が多かった。ACP 導入や再評価を実施した要因としては、健康行動の促進要因の一つである脅威の認識(Rosenstock et al., 1988)が影響したと考える。しかし、高齡心不全患者は、他臓器の老化を基礎としており、体調悪化の脅威を認識した際には、既に意思決定能力が低下している恐れがある。そのため、看護師は高齡心不全患者と接触した早期から ACP を導入し、話し合いを重ねることで本人の意思を確認していくプロセスを経ることが重要であると考えられる。さらに、緩和ケア研修参加経験がある看護師は、高齡心不全患者に対する意思決定支援の実施率が高いことが明らかとなっているが(種市ら, 2023)、ACP に関する看護部教育の企画は 37.9%と半数に満たない結果であった。今後は、高齡心不全患者への ACP の重要性のさらなる普及とともに、ACP に関する教育体制の整備が必要であることが示唆された。

実施している ACP の現状として、ACP 実施時の確認項目では、緊急時の蘇生について確認をしている施設が 93.6%と最も多く、次いで病状の理解、予後の理解が多い結果となった。高齡心不全患者は症状理解の難しさがあるため(平野ら, 2021)、対象者の理解力に合わせた対応が

表4 高齢心不全患者へのACP 実施ありと回答した141 施設の高齢心不全患者へのACP の現状

	回答数	N=141	
		n	(%)
ACP 実施の頻度	140		
1/4 未満		81	(57. 9)
1/4 以上 1/2 未満		15	(10. 7)
1/2 以上 3/4 未満		14	(10. 0)
3/4 以上		12	( 8. 6)
すべて		18	(12. 9)
ACP 実施時の確認項目 (複数回答)	141		
急変時の蘇生について		132	(93. 6)
病状の理解		116	(82. 3)
予後の理解		112	(79. 4)
医療・療養場所への選好		104	(73. 8)
患者を取り巻く協力体制		102	(72. 3)
患者らしい人生について		97	(68. 8)
患者の目標		85	(60. 3)
患者・家族説明ツール有	141	44	(31. 2)
ACP 導入時期の基準有	135	44	(32. 6)
基準有の内訳 (複数回答)	44		
心不全症状が悪化した時		34	(77. 3)
心不全と診断されて入院した時		20	(45. 5)
ADL が低下した時		19	(43. 2)
QOL が低下した時		18	(40. 9)
患者・家族からの要望があった時		14	(31. 8)
ACP 再評価の時期について (複数回答)	140		
心不全症状が悪化した時		132	(94. 3)
QOL が低下した時		91	(65. 0)
ADL が低下した時		88	(62. 9)
患者・家族からの要望があった時		84	(60. 0)
看護師長が認識した ACP 導入の効果 (複数回答)	135		
エンドオブライフに向けて考える機会となった		94	(69. 6)
家族の思いの表出につながった		87	(64. 4)
患者の思いの表出につながった		81	(60. 0)
家族が納得する最後につながった		68	(50. 4)
家族と医療者の信頼関係の構築につながった		63	(46. 7)

表5 高齢心不全患者のACP 実施における関連要因

変数	係数 ( $\beta$ )	標準誤差	Wald $\chi^2$	p 値	オッズ比	N=159	
						95%CI	
						上限	下限
近隣の施設と情報交換 <sup>a</sup>	1. 51	0. 67	5. 1	0. 02	4. 50	1. 22	16. 61
ACP の重要性の認識 <sup>b</sup>	1. 83	0. 64	8. 25	<0. 01	6. 24	1. 79	21. 76

ロジスティック回帰分析 (尤度比: 変数増加法)

モデル  $\chi^2$  検定:  $p < 0. 001$ Hosmer と Lemeshow の検定:  $p = 0. 824$ 

判別率: 61. 8

a: 看護部長用調査用紙項目

b: 病棟師長用調査用紙項目



必要であり、積極的に緊急時の蘇生や病状の理解、予後の理解について確認をしていることが推測される。

病棟師長が認識した高齡心不全患者への ACP の効果については、患者・家族のエンドオブライフを考えるきっかけや、思いの表出につながったとの回答が多かった。心不全患者への ACP は、終末期コミュニケーションの質を改善することが明らかとなっており (Schichtel et al., 2020)、高齡心不全患者に対しても同様の効果が導かれることが推察される。また、約半数が「家族が納得する最後につながった」と回答しており、その後残される家族に対するグリーフケアの一部としても機能を果たす役割があると推測する。

## 2. 高齡心不全患者への ACP 実施における関連要因について

### 1) 近隣の施設との情報交換について

近隣の施設と情報交換を実施している施設ほど、高齡心不全患者への ACP 実施に繋がっていた。入院中だけではなく退院後も患者を取り巻く近隣の関連施設に情報を共有しなければ、一貫性のある治療・ケアを実施することが困難となる可能性がある。高齡心不全患者が心不全症状の複雑さを捉えて在宅で自己管理することの難しさが示されており (平野ら, 2021)、加齢による認知機能や判断機能の低下を伴う高齡心不全患者においては、退院後も地域において継続的な支援を必要としている。しかし、訪問看護・介護ステーション、医療機関は、心不全患者の疾病管理に関する知識や情報共有が在宅心不全管理において最も障壁になっている (土川ら, 2018)。以上より、病院と近隣施設と心不全患者に関する情報交換を密に行うことが高齡心不全患者への支援として重要であり、高齡心不全患者が地域の中で安心して生活を送り、人生の最終段階において自分の望む医療・ケアを受けることが出来る地域の体制作りが必要であることが示唆された。

### 2) 病棟師長の ACP 重要性の認識

病棟師長が高齡心不全患者への ACP 実施が重要であると認識している施設ほど、高齡心不全患者への ACP の実施に繋がっていた。循環器を含む非がん看護においては、がん看護に比べて ACP 実施に対する意識が低いことが明らかとなっている (橋本ら, 2021)。病棟師長が高齡心不全患者への ACP の重要性を認識していることで、ACP 実施の認識が低いとされる循環器看護のスタッフに対して ACP の重要性を語ることや、カンファレンスで ACP の実施を提案することなど、循環器病棟での ACP が推進された可能性が考えられる。組織での取り組みは、ACP 実施における影響要因であり (橋本ら, 2021)、病棟師長の働きかけが病棟スタッフの高齡心不全患者への ACP の実施につながったと推察する。しかし、高齡心不全患者への ACP において、実施を考慮すべき臨床経過がガイドラインに示されてはいるものの (日本循環器学会/日本心不全

学会, 2017)、ACP 導入時期の基準がある施設は 32.6%と低い結果であった。病棟師長が高齡心不全患者への ACP の重要性を訴えるだけでなく、高齡心不全患者への ACP の実施に関する指針や対象患者を選定するスクリーニング方法を示すことで、病棟スタッフの ACP 実施への支援へとつながり、ACP 実施率の向上が見込まれると推測する。

今後は、高齡心不全患者への ACP を推進していくために、ACP の重要性の周知に加え、ACP 実施における指針の策定、スクリーニングの実施についての組織的取り組みにおける検討が必要であると考ええる。

## 3. 本研究の限界

1 点目は、研究デザインについてである。本研究は横断研究による調査のため、因果関係については明確に断定することが出来ない。2 点目は、対象者についてである。COVID-19 感染の流行初期と調査時期と重複したために、医療機関が様々に困難な状況を経験していた時期で、調査協力が得られにくく、目標よりも回答率が下回り、十分なサンプルサイズを確保することが出来なかった。サンプルサイズが小さいため、影響が少なくなるよう変数増加法を選択してロジスティック回帰分析を行ったが、オッズ比の信頼区間は広く、結果の解釈には留意が必要である。また、COVID-19 感染流行による困難な状況にありながら調査に協力した対象者は、高齡心不全患者の ACP への興味や意欲が高い集団である可能性があり、未回答者バイアスについても考慮する必要がある。3 点目は、ロジスティック回帰モデルの予測精度についてである。判別率的中率は 61.8%と予測精度が低い結果であった。回答率が想定より低く、投入する独立変数に対してサンプルサイズが小さかったため、モデルの予測精度が低下したと考える。今後の課題として、回答率向上のため、調査用紙の設計や回収方法の見直しの検討、高齡心不全患者への ACP 実施要因を経時的に調査していく必要があると考える。

## 倫理審査機関名と承認番号

横浜市立大学ヒトゲノム・遺伝子研究等倫理委員会  
承認番号：A191100001

## 付 記 (学位論文や学会発表の一部など)

横浜市立大学医学研究科看護学専攻修士学位論文 (令和 2 年度)

## 謝 辞

本研究の調査にご協力いただきました看護部長、病棟看護師長の皆様に厚く御礼申し上げます。なお、本研究は、一般財団法人横浜総合医学振興財団医学・医療関連事業助成 (令和元年度) の助成を受けて実施した。



## 利益相反の有無

なし

## 著者資格

US は研究の着想, デザイン, および研究データの取得・分析・解釈に貢献, US, MM は草稿の作成に貢献, MM, DM, KY は研究データの解釈, 原稿への示唆, および研究プロセス全体への助言を行った。すべての著者は最終原稿を読み, 承認した。

## 文 献

橋本容子, 長谷川智子 (2021). Advance Care Planning: ACP 推進に向けた看護師の ACP 支援の行動意図と影響要因 がん看護と非がん看護の比較. 日エンドオブライフケア会誌, 5 (1), 42-52.

Hattori K, McCubbin MA, Ishida DN. (2006). Concept analysis of good death in the Japanese community. J Nurs Scholarsh. 38 (2), 165-170.

平野通子, 平田恭子 (2021). 高齢慢性心不全患者の在宅での自己管理の実態と課題に関する文献検討. ヒューマンケア研会誌, 12 (1), 21-28.

近藤智美, 山田由美, 石川真衣, 小川稔子, 亀山淳, 船生恵子, …山崎正雄 (2021). 末期心不全患者に対するチーム介入 部署、職種を超えた ACP の実現. ICU と CCU, 45, S62-S66.

厚生労働省 (2018). 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, <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000197721.pdf> (参照 2023 年 9 月 26 日)

厚生労働省 (2019). 令和元 (2019) 年医療施設 (動態) 調査・病院報告の概況結果の概要 I 医療施設調査, <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/19/dl/02sisetu01.pdf> (参照 2020 年 10 月 20 日)

松戸美幸, 大木麻衣, 宮本紗妃 (2022). 循環器病棟看護師の意思決定支援 ACP 活用に向けての現状と課題. 旭中医報, 44, 72-74.

南嶋裕美子, 迎美智子, 中島菜穂子, 柴田龍宏, 牛嶋浩子, 湯浅香代子 (2018). チームで取り組む循環器医療における Advance Care Planning 心不全患者教育に織り混ざる Advance Care Planning "いつのまにか緩和ケア" の実践. 日循環器会抄集, 82, CS1-3.

中島菜穂子 (2018). 【地域住民の意識から変える アドバンス・ケア・プランニング推進チームの活動】 ACP 推進のための各病院の取り組み 心不全支援ケアチームによる心不全患者教育の一環としての ACP 啓発. 看護展望, 43 (11), 1047-1051.

日本心不全学会 (2016). 高齢心不全患者の治療に関するステートメント. <http://www.asas.or.jp/jhfs/pdf/>

Statement\_HeartFailure.pdf, (参照 2023 年 9 月 26 日)

岡本佳奈, 加藤芽依, 勝浦明恵 (2022). 患者の意向を尊重し多職種で協働介入した心不全終末期患者の一症例. 旭川赤十字病医誌 (34), 19-21.

大石醒悟 (2017). 【超高齢社会における循環器疾患】循環器患者と ACP (Advance Care Planning). Cardiac Prac, 28 (2), 135-139.

大上耕作, 今村友香, 八木玲佳, 井上直美, 門恵子, 加藤貴雄, 白井由紀 (2022). 心不全患者の End of Life Discussion に関する現状調査. Palliative Care Research, 17 (3), 119-126.

Rosenstock, I. M., Strecher, V. J. & Becker, M. H. (1998). Social learning theory and the Health Belief Model. Health Educ Q, 15 (2), 175-183.

坂下玲子, 北島洋子, 西平倫子, 宮芝智子, 西谷美保, 太尾元美 (2013) 中・大規模病院における看護研究に関する全国調査. 日看科誌, 33 (1), 91-97.

坂田泰彦, 後岡広太郎, 下川宏明 (2020). 【令和時代の心不全診療】心不全の疫学: 心不全パンデミック. 日内会誌, 109 (2), 186-190.

Schichtel, M., Wee, B., Perera, R., Onakpoya, I. (2020). The Effect of Advance Care Planning on Heart Failure: a Systematic Review and Meta-analysis. J Gen Intern Med, 35 (3), 874-884.

Silveira, MJ., Kim, SY., Langa, KM. (2010). Advance directives and outcomes of surrogate decision making before death. N Engl J Med. 362 (13), 1211-1218.

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.

高田弥寿子 (2015). 慢性心不全における質の高い緩和ケアアプローチについて考える. 国立看護会誌, 11 (1), 65-71.

土田智也 (2018). 慢性心不全患者におけるアドバンスケアプランニング (ACP) の取り組み 心不全看護外来で継続的に関わった 1 事例を振り返って. 砂川病医誌, 31 (1), 37-39.

土川洋平, 足立拓史, 芦川博信, 浦野勝太, 山田純生 (2018). 慢性心不全患者の地域連携システム構築に向けた調査研究 訪問看護・介護、医療機関における在宅心不全管理の実態調査心臓リハ. 24 (2), 112-121.

安井博規 (2016). 【終末期の意思決定—アドバンス・ケア・プランニングの実践をめざして—】心不全の緩和ケアと意思決定支援. Mod Physician, 36 (8), 864-868.