

高齢造血器腫瘍患者の意思決定をチームとして 継続的に支えるケアのあり方

世俵 智恵子¹⁾ 梅津 美香²⁾

Continuous Team Care to Support Decision Making by Elderly Patients with Hematopoietic Tumors

Chieko Yodawara¹⁾ and Mika Umezu²⁾

● 要旨 ●

本研究の目的は、高齢造血器腫瘍患者の意思決定をチームとして継続的に支えるケアのあり方を検討することである。

筆頭筆者は、病棟看護師と共に考案した取り組み方法を用いて3事例の看護実践に取り組んだ。終了後、看護師に効果や変化、今後の課題についてアンケート調査を行い、取り組みを評価した。

取り組み方法に基づく実践では、患者の意思の変化をタイミングを逃さず捉え、家族との話し合いの場を設定したことによる療養の場の意向の実現、セルフケアの獲得に向けたケアによる前向きな治療継続の意思決定、価値観を共有した上での情報提供による生き方に合わせた意思決定などにつなげることができた。評価では、本人が望んでいることを知る大切さを再認識した等の意見があった。

意思決定を継続的に支えるためには「早期からタイミングを逃さず継続的に患者・家族の意思や意向を引き出す」「自己効力感を高め、患者自身がセルフケアを獲得できるよう関わる」「軌跡を踏まえ価値観を共有し、患者・家族と意思決定を共に考える」ことが必要である。

チームとしてケアを充実する方法として、「プライマリー体制の充実」「ケアの可視化」「意思決定支援カンファレンスによるケアの検討と評価」等のケア体制を基盤に、実践を強化することが、看護師の意識の向上、さらには病棟全体の統一したケアの継続性と質の確保の実現につながると考える。

キーワード：造血器腫瘍、高齢者、意思決定、ケアの継続性

I. はじめに

高齢者は、人生の統合に向けこれまでに築いた価値観に基づき、軌跡の延長線上を自分らしく生きることが望んでいる。造血器腫瘍は高齢での罹患率が高いことから、高齢造血器腫瘍患者は人生の終盤に病や治療が重なりあった軌跡をたどる。

その治療過程は、寛解を目指し治療を選択するも、ADLの低下や、副作用や合併症に伴う治療の中断、急激な状態悪化のリスクが高く経過の予測が難しい。こうした状況下で、高齢造血器腫瘍患者が意思決定をすることには困難が生じやすい。しかし、病と共に生きる中で、人生を振り返り今後の生き方を選択・判断し決定するという意思決定ができれば、納得した人生を送ることにつながると考える。そのため看護師は、高齢者の人生の軌跡を踏まえ、何を大切にどのように過ごしていきたい

受付日：2024年9月8日 受理日：2025年2月25日

1) 名古屋学芸大学 Nagoya University of Arts and Sciences

2) 岐阜県立看護大学 Gifu College of Nursing

かを把握し、意思決定を継続的に支えることが重要である。しかし、田中ら（2017）は、「看護師は、高齢がん患者の意思決定支援の必要性や重要性を感じていながらも実際に関わることができていない状況があり、早急な意思決定支援方法の確立が喫緊の課題である」と述べている。著者らの先行研究（世俵ら, 2023）においても、高齢造血管腫瘍患者の意思決定を継続的に支えるケアに対し、看護師は「患者と家族の意向を確認する介入のタイミングの予測が困難」「治療や現在生じている副作用の緩和に追われ意向を継続的に把握することが困難」などケアの困難さがあることが確認されている。また、高齢慢性心不全患者の望む生活や、高齢患者の意向の実現に焦点を当てた看護実践研究において、チームにおける看護師間の情報共有やケアの検討の重要性が報告されている（浅井ら, 2019；宇佐美ら, 2018）。しかし、高齢造血管腫瘍患者に焦点を当て、その治療過程の特性を踏まえ、意思決定をチームとして継続的に支えるケアの充実を目指した方法に焦点を当てた研究を確認することは出来なかった。

そこで、著者らはチームとして高齢造血管腫瘍患者の意思決定を継続的に支えるケアの充実を目指し、血液内科専門病棟であるW病院X病棟にて看護実践研究に取り組んだ。その中で、高齢造血管腫瘍患者の治療の意思決定の実態と看護師の意思決定支援の現状を質問紙調査から確認し、看護師と共に課題を整理し、チームとして意思決定を継続的に支えるケアの充実を目指した取り組み方法を考案してきた（世俵ら, 2023）。その考案した取り組み方法に基づき、X病棟で看護実践をすることにより、チームとして高齢造血管腫瘍患者の意思決定を継続的に支えるケアのあり方を探求する必要があると考える。これにより、患者が今後の生き方の意思決定を行い、納得した人生を送ることにつながると同時に、チームとして意思決定を継続的に支えるケアを充実する方法を見いだせると考える。

本研究の目的は、先行研究で考案した取り組み方法を用いて対象患者に意思決定支援を実践し、評価する過程を通して、高齢造血管腫瘍患者の意思決定をチームとして継続的に支えるケアのあり方を検討することである。

II. 用語の定義

高齢造血管腫瘍患者とは、おおむね根治の可能性がある移植治療の対象外である75歳以上の患者とする。

高齢造血管腫瘍患者の意思決定とは、患者が病と共に生きる中で、治療や療養の場の選択、生活の再構築など様々な局面で、今後の生き方を選択・判断し決定することを指す。

意思決定を継続的に支えるとは、患者自身が今後の人生を組み立てる主体的な決定を繰り返す中で、意向に沿った生活を送ることを継続的に支える事とする。

III. 研究方法

1. 研究期間

2020年7月から2020年10月である。

2. 研究対象

X病棟の看護師（師長、副師長、移植コーディネーターの資格を持つ看護師を含む）のうち研究協力の同意が得られた者とする。なお、X病棟の看護師は、血液内科専門病棟で移植患者等を受け入れていることもあり意思決定支援に対しモチベーションが高く、カンファレンスや勉強会など積極的に開催している。

対象患者は、選定する時点で言語的コミュニケーションが可能なX病棟に入院中の75歳以上の高齢造血管腫瘍患者のうち、入院時に意思決定の課題があり、入院中に介入の必要性が高く、且つ研究の同意が得られた者とする。

3. 考案した取り組み方法に基づく看護実践

考案した取り組み方法の理解と、関心を高めることを目的に筆頭筆者が看護師を対象に学習会を行う。学習会の内容は①高齢造血管腫瘍患者の意思決定の実態を踏まえた意思決定支援の重要性、②意思決定支援の困難な現状と課題、③考案した取り組み方法の目的と活用方法とし、資料を配付し説明する。

看護師は、X病棟に入院中の高齢造血管腫瘍患者を対象に、考案した取り組み方法（世俵ら, 2023）に基づき支援を実践する（表1）。筆頭筆者は研修生として週1回程度看護師とともに患者や家族と関わる。取り組み方法は、3つの基本方針を基盤とした13の項目（aからmで示す）から構成される。取り組み方

表1 チームとして高齢造血器腫瘍患者の意思決定を継続的に支えるケアの充実を目指した取り組み方法

ケアの充実を目指した取り組み方法	
基本方針1 プライマリナーズの役割を発揮し信頼関係を構築する	
a. プライマリナーズとしての自覚を持ち日頃から患者と積極的に関わる姿勢を持つ	
b. 早期から患者の思いや価値観・大切にしていること、望む生活や退院後の生活状況を把握する	
c. 状態の変化に合わせて患者の不安や苦痛の軽減を図る	
d. 患者の状態の変化に合わせて家族の意向を確認する	
e. 入院中から望む生活に向けた支援を行う	
基本方針2 意思決定支援シート・フローチャートを作成し早期から患者と家族の意向を確認し情報共有する	
f. 意思決定支援に必要な情報収集と看護介入のタイミングを把握する	
g. 患者自身が今後のことを考えるきっかけや考えを整理する機会とする	
h. 早期にプライマリナーズが情報収集する。得られなかった情報は電子カルテの掲示板を活用し受け持ち看護師が収集する	
i. 得た情報をカルテに記載し記録の統一・情報の共有を図る	
基本方針3 定期的な意思決定支援カンファレンスを開催し意思決定を支える介入方法を検討する	
j. これまで歩んできた人生の軌跡を捉え意思決定支援シートを活用し対象を理解する	
k. フローチャートの検討内容に沿って意思決定を支えるための看護支援を検討する	
l. 検討した内容をカルテに記載し看護職・多職種と情報共有 / 医師と看護師間で方向性の確認をする	
m. 意思決定支援における看護師の困難さや不安についても話し合う	

法を実践するにあたり、看護師の意見から作成した、意思決定支援に必要な情報を把握し共有する「意思決定支援シート」（以下、シート）と、ケアのプロセスを可視化した「意思決定支援フローチャート」（以下、フローチャート）のツールを活用する。シートの項目は、『疾患や治療の思いや受け止め』『病気や治療、生活について心配なこと』『意思決定時の相談相手』『大切にしていること』『今後どのように過ごしていきたいか』『家族の思いや受け止め』などである。フローチャートは、シートによる情報収集から、入院時と退院前、病期の変化時に開催する意思決定支援カンファレンス、退院後の振り返りカンファレンスまでの一連の流れを図示する。入院時にプライマリナーズやその日の受け持ち看護師は、シートを75歳以上の患者全員に用いて情報収集し、意思決定の課題の有無、支援の必要性を判断する。意思決定支援の必要性が高いと判断された患者に対し、入院時と退院前は意思決定支援カンファレンスを、退院後は振り返りカンファレンスを開催する。

診療録や看護記録、カンファレンス記録、筆頭筆者と患者と家族との会話から意思や意向に関連する言動や介入、筆頭筆者と師長・副師長、看護師との話し合いの内容をデータとする。話し合いの内容は、終了後すぐにできるだけ忠実に記録する。分析方法は、各事例において、筆頭筆者がデータから取り組み方法を用いて実施した意思決定支援に関する内容を抽出し、意味内容を損なわないように要約し経過に沿って整理する。基本方針に基づく実践の概要を簡潔に文章で説明する。

4. 取り組みの評価

取り組み終了後、X病棟看護師を対象に筆頭筆者が調査の目的・方法を説明し無記名自記式アンケート用紙を配付し回答を依頼する。調査項目は、①取り組みの効果②取り組みを通して変化したこと③今後の課題とする。調査項目①は3段階の選択肢で回答を求める。①の選択肢の理由と②③は自由記述とする。アンケートの回答をデータとし、選択肢は回答毎に単純集計し、自由記述は意味内容を損なわないよう記述毎に要約し、類似性に沿って分類・整理する。

5. 倫理的配慮

研究協力者である対象患者と看護師に、本研究の趣旨や目的、方法、倫理的配慮、本研究への協力は自由意思であることについて口頭と文書を用いて説明し書面にて同意を得た。看護師に、業務に支障が出ないよう配慮した。対象施設の個人情報保護に関する取り扱い規定を遵守した。本研究は、岐阜県立看護大学大学院看護学研究科論文倫理審査部会の承認を得て実施した（承認年月：令和元年7月、通知番号：2019-A006M-3）。

IV. 結果

1. 考案した取り組み方法に基づく看護実践

取り組み方法を用いた実践に入る前に学習会を開催した。学習会に参加した看護師は11名であり、開催時間は約30分であった。参加できなかった看護師13名には筆頭筆者が資料を配付した。

対象患者3名の概要を表2に示す。3名とも取り組み開始時に、言語的コミュニケーションは良好であり、意思や意向の把握は可能であった。以下、

表2 事例の概要

事例	事例1 A氏	事例2 B氏	事例3 C氏
年齢 / 性別	70 歳代 / 女性	70 歳代後半 / 女性	80 歳代 / 男性
疾患名	悪性リンパ腫	びまん性大細胞 B 細胞 リンパ腫	成人 T 細胞白血病リンパ腫
治療時期	初回治療	初回治療	再発治療
転帰	自宅診療	自宅退院・外来治療	自宅退院・外来治療
入院期間	43 日間	18 日間	7 日間
取組期間	33 日間	14 日間	7 日間

本文中の患者・家族と看護師の発言を「」で示した。取り組み方法に基づいた支援は「」とし、該当する取り組み方法の記号を末尾に示した。a～m の項目は、事例により異なるものの、3事例のすべてあるいはいずれかに実践されていた。

1) 基本方針に基づくA氏への実践の概要

A氏は70歳代女性で、悪性リンパ腫と診断され治療目的で入院となった。治療後、腹水や貧血によるADLの低下が見られ、治療の意思決定に対する迷いや揺らぎを考慮した意向の把握や介入のタイミングの困難さの課題があり、治療や望む生活を支えるために意思決定支援を開始した。基本方針1を基に看護師は、早期からタイミングを逃さず継続的に患者・家族の意思や意向を引き出し、治療に対し前向きな意思を尊重して関わった。状態悪化時は、基本方針2を踏まえタイミングを逃さず患者の意思の変化を捉え、基本方針3では家族と話し合いの場を設定し、患者と家族の意向の実現を目指した支援につなげた。以下、経過に沿って実践内容を説明する。

(1) 開始後から患者・家族の意思や意向を把握した時期

取り組み5日目、プライマリーナースは「A氏の体調を見計らい、家族（娘）の面会時にシートを活用しA氏と家族の意向を確認した(b,d)」。A氏の「家族との時間を大切にしたい、家族に迷惑をかけないで頑張りたい」意向を、家族とプライマリーナース間で共有した。プライマリーナースは「得た情報を電子カルテに記載し情報の共有を図り(i)」、「A氏の活動意欲を尊重し離床に向けた援助を行った(e)」。

筆頭筆者は、A氏のプライマリーナースと取り組みへの思いや困難感を確認した。プライマリーナースから、「[A氏の体調と家族（娘）の面会の際、患者と家族の意向を把握するタイミングと判断し

た(f)]」「[取り組み開始からプライマリーナースとしてA氏を継続して受け持ち、関係の構築が図れ(a)]、[患者や家族の思いや生きがいまで聞くことができた(b)]」「普段から患者の思いや生きがいなどを聞くべきだが、聞いていなかった。シートがあり聞きやすかった。患者と家族の意向や趣味や生きがいを知る機会となった」等の意見があった。意向の把握のタイミングは「家族と一緒に情報収集し、家族が患者の意向や生きがいを知ることができた」との意見があった。筆頭筆者は、師長とシートによるA氏と家族の意向と、プライマリーナースの取り組みへの思いを共有した。

取り組み20日目、A氏は治療の効果が得られず、A氏と娘に治療の継続か、緩和へ移行かの選択のICが行われた。A氏は「治療を続けたい。その前に一度家に帰りたい」と強く希望した。プライマリーナースは「インフォームド・コンセントに同席し(a)」、[IC後のA氏と家族の不安や意向を確認し寄り添い(c)]「A氏の意向を尊重した在宅支援の調整をすすめた(e)」。

(2) 意思決定支援カンファレンスにおいてケアを検討し実践した時期

A氏の急変に伴い「療養の場の選択を趣旨とした意思決定支援カンファレンスを開催した(k)」。

10名が参加し約20分行った。筆頭筆者は「A氏のシートとフローチャートを参加者全員に配付し(j)」[カンファレンスの司会を行い、記録を看護師に依頼した(j)]。意思決定支援カンファレンスでは、「治療経過とともに、取り組み開始から治療困難時のA氏と家族の意向、A氏の生きがいを共有し(j)」、「A氏と家族の望む生活に向けた看護支援を話し合った(k)」。

[プライマリーナースは、A氏が夫と息子夫婦三世代で暮らす中で、友人や娘家族を自宅に

迎え食事を囲みながら大勢で賑やかに過ごす時間が生きがいであったこと、家族に迷惑をかけたくない思いから治療の意思決定を行ったこと、A氏が家族との時間を大切に、自宅で過ごしたい思いを家族と共有した経緯の情報提供を行った(j)。

話し合いからA氏の意向を尊重した看護介入として、[A氏が家族と過ごすことを望んでおり、家族との時間を作ること、家族の思いや希望を丁寧に聞いていくこととした(l)]。

取り組み28日目、A氏は回答できる程度に意識が回復し、筆頭筆者は「A氏が思いを表出できるタイミングと捉え確認した(f)」。

A氏は「もう病気治らんでいい。家に帰りたい」と話したため、その日の受け持ち看護師にA氏の意向を報告した。

[筆頭筆者と受け持ち看護師は、病状の変化と共に早期にA氏の意向の変化をとらえ(b)]、[家族が来棟後話し合う場を設ける(c,g)]と、[A氏は「家に帰りたい」と娘の手を握って話した。家族は「希望を叶えてやりたい」とA氏の意向を尊重し在宅医療を希望した(d)]。

[受け持ち看護師やプライマリナースはMSW、緩和ケアチームと連携し(1)]、[看護師である家族(孫)に在宅での麻薬管理指導を行い、訪問看護、福祉サービスの調整や情報提供を実施(e)]後、自宅退院となった。

(3) 振り返りカンファレンスにおいてケアを評価した時期

振り返りカンファレンスは退院前日に開催し、12名が参加し約10分を行った。看護師は「[シートやフローチャートを活用し早期に意向を捉え介入することができた]」「高齢患者の特性により、家族が患者の状態変化に追いつけず、最期まで治療を希望するケースが多く、自宅に帰るタイミング逃してきた。早期から患者と家族の意向を把握し、病状の変化と共にタイミングを逃さず意向を把握することは、本人の意思を汲み取った支援となり、ターミナル期の移行や退院支援につながり重要である」との意見があり、看護師間で共有した(k)。

2) 基本方針に基づくB氏への実践の概要

B氏は70歳代女性で、悪性リンパ腫と診断され化学療法の目的で娘に付き添われ入院となった。B氏は独居であり、既往の脳梗塞による右麻痺があるもADLは自立していた。高齢での発症と初回治療の入院により、疾患や治療に対する不安が強

く聞かれた。看護師は、B氏の高齢独居患者の退院後の療養生活を踏まえたセルフケアの獲得を課題とし、支援を行った。基本方針1では、看護師はB氏の治療に対する不安な思いに寄り添い、積極的に介入し、基本方針2を基に患者の理解度や受容、意向を把握した。基本方針3では本人が実施可能なセルフケアを考慮し、次のタイミングの意思決定に向けた情報提供を行った。次第に患者自身が主体的に不安や疑問を表出し、看護師はセルフケアの獲得に向けたケアを行った結果、B氏は自己効力を高めたことにより、外来治療を継続する前向きな生き方の意思決定につながった。以下、経過に沿って実践内容を説明する。

(1) 開始後から患者の思いに寄り添い、理解度や受容について把握した時期

取り組み開始時は、プライマリナースが不在であった為[その日の受け持ち看護師がシートを活用し、入院前の生活状況や不安について確認する(h)]とB氏は「[入院すること自体不安]と話した(b)」。

[受け持ち看護師は、初回入院や治療による不安な思いを受けとめ(c)]、[理解度や受容、意向を確認した(b)]。

[受け持ち看護師は、治療に伴うB氏の不安な思いを主治医に報告し、主治医よりB氏と娘に疾患や治療についての情報提供が行われた(c)]。

治療開始時「不安でいっぱい」というB氏に対し、[その日の受け持ち看護師は医師と共にB氏の不安を共有し、主治医はB氏に投与スケジュールと副作用の情報提供を行った(c)]。

B氏は「難しいことはわかりませんがお願いします」と話し、治療が開始となった。

受け持ち看護師は「治療を安全・確実に実施(e)」し、[副作用症状の観察を適宜行い、B氏に副作用症状の情報提供を行った(c)]。

治療後B氏は「無事に終わり安心した。明日も続くね」と話した。

受け持ち看護師は「B氏の思いに寄り添い、今後の副作用症状の情報提供と、出現時は看護師に知らせるよう伝えた(c)」。

(2) 意思決定支援カンファレンスにおいてケアを検討し実践した時期

B氏の意思決定支援カンファレンスは、取り組み7日目に開催した。8名が参加し約15分を行った。筆頭筆者は、[B氏のシートとフローチャートを参加者全員に配付した(j)]。

[司会は普段カンファレンスを進行するリーダー看護師に依頼し、フロー

チャートに沿った進行と検討内容の調整(j)]を行い、記録は他のスタッフに依頼した。B氏のプライマリーナースは、[シートと治療経過から情報提供を行い、B氏が高齢で発症し初回治療であること、配偶者の死の体験から疾患や治療に対し不安が強いこと、脳梗塞の後遺症からコミュニケーションに対し不安を抱いているというB氏の軌跡を踏まえた対象の把握と、不安な思いを看護師間で共有した(j)]。看護介入として、[B氏の治療経過に沿って不安に寄り添い、思いが表出できる関係の構築を図る(k)] こととした。高齢で独居のB氏への退院後の療養生活を見据え、[疾患や治療、感染予防等に対する情報提供は、不安の程度や難しいことや覚えることはもうしたくない意向を尊重し、B氏が実施可能なセルフケアを検討する(k)] こと、[外来で治療を続け入院前の生活を続けたい意思を尊重し、別居の家族(娘)関係の良好さを活かし、家族を巻き込んだ情報提供と退院後の服薬管理を実施する(l)] こととした。

取り組み8日目、B氏は治療の副作用の血球減少と便秘が出現し、薬剤投与が行われた。B氏は「注射ですね、お願いします」「下剤を飲もうか相談したくて」と話した。その日の受け持ち看護師は[B氏の相談や不安の訴えを傾聴(c)]し、退院後の生活を見据え[B氏の理解度に合わせ家族に協力を得ながら服薬管理などの情報提供(e)]を行った。

取り組み14日目の退院当日、B氏は「看護師さんが退院後の生活についてパンフレットで分かりやすく説明してくれたので、気をつけることがわかった」「新しい薬が増えたが、退院後は娘がみてくれるし管理できそう」「通院治療は娘が送迎してくれるから安心」と話した。筆頭筆者はB氏の家族(娘)に対し、[B氏の、外来で苦痛なく治療を継続していきたい。今後、治療困難時は苦しい治療はしたくない。最期は娘たちのそばで過ごしたい意思を伝えた(d)]。[娘は「私も母の面倒を最期まで見ていきたい」意向を話した(d)]。筆頭筆者とその日の受け持ち看護師は家族のB氏に対する思いを共有し、[介護や体調をねぎらう言葉を伝え、必要時社会資源の活用についての情報提供を行った(e)]。B氏は自宅退院の喜びを表出し退院となった。

(3) 振り返りカンファレンスにおいてケアを評価した時期

振り返りカンファレンスは、退院1週間後に開催し10名が参加した。筆頭筆者は[リーダー看護師に司会を、看護師に記録を依頼(j)]し、[フローチャートに沿ってB氏的意思決定支援の振り返りを行った(k)]。プライマリーナースは[[B氏の不安に寄り添い、積極的に関わることで関係構築につながった(a)]との意見があった。看護師から「高齢独居患者の意向を尊重した意思決定支援について、[B氏の理解度や受容、意向を考慮し積極的に関わった結果、次第にB氏自身が主体的に意向を表出し、セルフケアを獲得して自信をつけたことが外来治療を継続する意思決定につながった]との意見があり、看護師間で共有した(K)]。今後の課題は、COVID19の影響も含め、[家族の意向を把握する困難さと、病棟と外来化学療法室との連携が挙げられ、今後、外来化学療法室との継続看護に向けた支援の検討を共有した(m)]。

3) 基本方針に基づくC氏への実践の概要

C氏は80歳代男性で、成人T細胞白血病リンパ腫の再発により化学療法目的で約1週間の入院となった。退院後は外来治療に移行する予定のため、看護師は意思決定支援の課題の対象にあてはまらな感じていた。しかし、今後の状態予測から早期より望む生活を踏まえ、患者の意思を尊重した意思決定支援が必要との課題から支援を行った。基本方針1・2を基に看護師は、軌跡から価値観や人生観を共有した上で、基本方針3から、病状悪化を予測し、早期から望む生活の実現に向け多職種と連携し情報提供を行った結果、患者自身が生き方に合わせた意思決定支援につながった。以下、経過に沿って実践内容を説明する。

(1) 開始後から患者の意思や意向を把握した時期

入院翌日より治療が開始となり、プライマリーナースは[C氏の治療経過を踏まえ副作用を観察しながら、タイミングを見計らい(f)] [シートを活用しC氏の思いを傾聴(h)]し、[積極的に介入した(a)]。筆頭筆者は、シートの活用状況をプライマリーナースに確認すると「シートをきっかけに患者とこれまでの人生観を共有し、入院時から患者のことを知ることができた。もっと知りたいと思った。プライマリーナースとして関係構築を図っていきたい。継続してC氏を受け持ち、プライマリーナースとしての役割を発揮している感じがある」

と意見があった。

(2) 意思決定支援カンファレンスにおいてケアを検討し実践した時期

意思決定支援カンファレンスは取り組み3日目に開催した。10名が参加し約15分行った。筆頭筆者は、[C氏のシートとフローチャートを参加者全員に配付した(j)]。[リーダー看護師は、自ら司会を行うとの申し入れがあり、プライマリナースも本日の意思決定支援カンファレンスに備え、自らC氏の軌跡を記録にまとめていた(j)]。これまでの[治療経過に伴うC氏の診断時から再発の思いについては、何度もつらい話は聞きたくないということ、C氏が家族の意向を尊重する理由として、2人暮らしの妻の思いを尊重し、意思決定を家族に一任していること、C氏の望む生活として、外来治療を継続し家族と一緒に過ごしたいというC氏の価値観や意向、望む生活を看護師間で共有した(j)]。残された入院期間に[C氏の価値観を尊重し望む生活の実現に向けた看護介入を話し合い、C氏の疾患の予後を踏まえ、今後、再発を繰り返すにつれ治療が困難であること、急変の可能性を共有し、早期にC氏と家族の意向を把握し、C氏の望む生活を送るための情報提供を行う(k)]とした。ケアの検討と共に看護師より[治療困難時の意向を把握するタイミングや関わり方の相談(m)]があった。経験のあるスタッフから、関係の構築の大切さと、コミュニケーション技法の指導があり、今後の意向の把握を検討した。

意思決定支援カンファレンスの検討内容や支援について[電子カルテの記載(i)]を活用し、[プライマリナースが不在時には、その日の受け持ち看護師がC氏に積極的に関わった(h)]。C氏より妻の負担を減らすための配食サービスや、訪問看護、ヘルパーの活用の相談があり、プライマリナースは早急にC氏の意向を踏まえた療養生活の対処方法を[多職種と連携(l)し情報提供(e)]を行った。その結果、[C氏は自己の軌跡を振り返る機会(g)]となり、今後は、治療の継続、妻の存在が生きがいであるため妻の意向を尊重、家族と一緒に過ごすことが望む生活との意思や意向が明確になった。

(3) 振り返りカンファレンスにおいてケアを評価した時期

振り返りカンファレンスはC氏の退院翌日に開催し、6名が参加し約15分行った。筆頭筆者は[C氏のフローチャートをスタッフに配布した(j)]。[司会と書記は看護師が自ら進んで担当した(j)]。取り組みを通して、看護師から[「病状悪化を予測し、早期から今後の生活に必要な情報提供を行ったことで、C氏の生き方に合わせた意思決定支援につながった」「患者と共に軌跡を振り返る機会を設けたことで、患者自身が大切にしたいこと、望む生活を整理した上で、治療や療養の場の意思決定につながった」との意見が挙がり、看護師間で共有した(k)]。意思決定支援カンファレンスのあり方については[「患者理解や支援の情報共有の場となる」と「若いスタッフの指導の場となりスキルの向上が病棟全体の看護の質の底上げにつながる」などの意見が挙がった(k)]。

2. 取り組みの評価

看護実践に関わった看護師24名のうち、異動・退職のため20名の看護師を対象に取り組み評価のアンケート用紙を配付し、回収率は100%であった。

1) 取り組みの効果

取り組みの効果については、20名が回答し、高齢造血器腫瘍患者の意思決定を継続的に支えるケアに「つながった」17名(85.0%)、「どちらともいえない」3名(15.0%)であった。つながった理由は12名から12記述あり、9つに分類された(表3)。以下、分類名は【】で示す。【患者の思いを把握しどのような支援が必要かを考えることができた】【入院時と退院時の患者の意向を確認し、変化に気づくきっかけとなった】などであった。どちらともいえない理由に3名から4記述あり、【患者によってはあまり効果的に実施できなかった】【治療を継続する患者が多く迷っている患者が少なかった】等があった。

2) 取り組みを通して変化したこと

取り組みを通して変化したことについては、14名が回答し9つに分類された。【早期から患者と家族の意思を確認し、よりよい看護を検討することができた】は3記述、【患者の治療や疾患の考えや今後の思いに寄り添い、傾聴しながらコミュニケーションを図ることができた】【本人や家族の意思を確認・傾聴しようと思うようになった】【意思決定支援に対する意識が変化した】は各2記述、【生

表3 取り組みの効果

分類	記述内容
患者の思いを把握しどのような支援が必要かを考えることができた	入院時に情報を取り、その情報を基に自分自身考えるようになった
	入院前や退院後の患者の思いを聞いたことでどのような支援が必要なのかを考えられたと思うから
	高齢造血管腫瘍患者の継続的な意思決定支援を考えるきっかけになったから
入院時と退院時の患者の意向を確認し、変化に気づききっかけとなった	入院時と退院時の違いがわかり、思いを聞くきっかけとなった
	患者の考えを入院時ごとに確認することで変化などにも気づける
意思決定支援の重要性を共有できスタッフの意識が高まった	意思決定支援の重要性を共有できたため、今後の自分の看護に活かそうという意識が高まった
	意思決定についてカンファレンスを十分に行えたことでスタッフの意識も変わったと思う
状態悪化前から患者・家族の意向をくみ取り、意思決定支援につなげることができた	血内の患者は、徐々に状態が悪化する方が多く、長い入院生活を経て退院のタイミングを逃し亡くなってしまう方を多く見てきた。今回の取り組みから、状態悪化前から患者・家族の意向をくみ取り意思決定支援につなげることができたため
カンファレンスを通じて皆で情報を共有し患者と接することができた	カンファレンスを通じて皆で情報を共有し意見を基に患者と接することができた
患者本人が今後のことを考えるきっかけになった	介入することで患者本人が今後のことを考えるきっかけになった
シートに沿って介入し必要な質問を行うことができた	シートに沿って介入することでポイントを外さず必要な質問を行うことができた
患者の思いを把握し今後の治療に繋げていくことの大切さを理解した	思いを知り、それを今後の治療に繋げていくことの大切さについて改めて理解できたため
スタッフ間で統一した看護を継続できた	スタッフ間で統一した看護を継続できた

活歴や望んでいること知り、患者理解が深まった】
【本人が望んでいることを知る大切さを再認識した】【家族に必要な情報収集を把握し、コミュニケーションを図ることができた】**【カンファレンスを行い患者理解の統一や方針、ケアの共有ができた】**【プライマリーナースとしての意識が向上した】は各1記述であった。

3) 今後の課題

今後の課題は、14名が回答し**【意思決定支援カンファレンスの充実】**【シートを活用した情報収集の徹底】**【カンファレンスを通して患者の意向を医師と看護師間で共有】**【外来看護師と連携した継続支援】**【患者の意思を患者・家族と看護師間で話し考えること】**【プライマリー体制の充実】の6つに分類された。

V. 考察

1. 高齢造血管腫瘍患者の意思決定を継続的に支えるケアのあり方

1) 早期からタイミングを逃さず継続的に患者・家族の意思や意向を引き出す

A氏の実践では、初回治療の患者に対し看護師は、早期から意向を捉え、治療に前向きな意思を尊重し関わった。終末期にはタイミングを逃さず、

自宅に帰り家族と過ごしたいA氏の思いを汲み取り、家族と共有した上で家族の意向も把握した。さらに、意思決定支援カンファレンスを通して本人と家族の意向やケアをスタッフ間で共有し、在宅療養を実現する支援につなげた。小池ら（2014）は、「がん患者はがんと診断された時から終末期に至るまで継続的に意思決定を求められる。看護師が患者の権利を擁護しながら、意思決定のプロセスを支援することは重要である」と述べている。看護師が病状の変化を捉え、患者の思いを引き出したことにより、意思の変化に気づき、タイミングを逃さず意思の実現に向けた意思決定支援につながったと考える。

患者の病状の変化に伴い、家族の意思の把握も重要である。高齢造血管腫瘍患者の治療経過は病状変化の把握や予後の予測が難しく、家族は治療を続ける意向を持ちやすい。その結果、本人の意向との相違や、患者の急変により家族が判断を迫られる状況も少なくない。A氏の家族が緩和ケアへの移行と急変時の意思決定の選択を迫られた際、看護師は家族の思いに寄り添いA氏の意思を共有し、在宅療養に向けた意向や自宅の状況を確認した。その結果、家族も患者の意思を尊重した意思決定支援につながったと考える。梶山ら（2018）は、

「がん患者の意思決定は、患者の疾病経過とともにあり、治療方法の選択や社会生活の継続時等重要な局面において患者とその家族に判断を迫らなければならない現状がある」と述べている。家族は患者の最も近くで支え、患者の意思決定に欠かせない存在である。看護師は、早期から病状の変化とともに患者の意思を家族と共有し、望む生活に向けた支援を行うことは、家族にとっても患者の意思を尊重した意思決定につながると考える。

2) 自己効力を高め患者自身がセルフケアを獲得できるよう関わる

B氏の実践では、不安を抱く独居患者に看護師は寄り添い、不安や苦痛の緩和を図るよう働きかけた。治療に受け身な患者の、配偶者の看取りの体験や既往歴の軌跡を捉え、患者の理解度や受容、難しいことやつらい思いをしたくない、外来で治療を続け入院前の生活を続けたい意思を踏まえ、本人が実施可能なセルフケアを検討し、家族に協力を得ながら服薬管理などの情報提供を行った。次第に、患者自身が不安や疑問を表出し、セルフケアの獲得から自信につながり、外来治療を継続する意思決定となった。中島ら(2022)は、「発症や再発による度重なる衝撃や、継続する不安を抱えながらも、家族や医療者サポートを大きな支えとして患者が自主的に選択プロセスを進んでいくことは、造血器腫瘍患者における意思決定の特性である」と述べている。看護師が患者の思いに寄り添い、軌跡から疾患や治療の受容や理解度に合わせ、今後の意思決定に向けた情報提供を行った。その結果、B氏は前向きな生き方の意思決定支援につながったと考える。

3) 軌跡を踏まえ価値観を共有し、患者・家族と意思決定を共に考える

C氏の実践では、再発による短期間の入院治療であったが、看護師は治療困難時を予測し、早期から意向を踏まえた療養生活の対処方法を多職種と連携し、情報提供を行った。看護師が病期を予測し、早期から患者と共に軌跡を踏まえ価値観を共有し、意思決定を共に考える関わりが、C氏の生き方に合わせた意思決定支援につながったと考える。小池ら(2014)は「患者は看護師と対話を通して自らの価値観を認識し、それを支持されることで具体的・現実的な考えができるようになり、

納得したがん治療の意思決定ができる」と述べている。患者が自身の人生の軌跡を語る中で、価値観や人生観を意識し、今後の人生を組み立てていく意思決定は、最期まで自分らしく生きる力を引き出すことに繋がると考える。

今回、C氏のみが軌跡から今後の人生を組み立てていく意思決定支援につながった。C氏のように、再発で繰り返し入院する患者に対し、軌跡を踏まえ価値観を共有した関わりは必要がないと判断されやすい。しかし、短期間であっても状態悪化を予測し、先を見据え早期から患者や家族と軌跡を共有し、意思決定を共に考える関わりが重要であると考ええる。

高齢造血器腫瘍患者の意思決定は、予後の予想が立ちにくい治療経過の中で、残された人生をどのように生きるかの選択であり決断でもある。人生の統合に向けて、患者が自分らしく生きることを意思決定することは、納得した人生を送ることもつながる。患者の人生の軌跡を意味づけ、最期まで自分らしく生を全うすることは、本人の価値観や意思を尊重した支援となりQOLの維持・向上につながると考える。そのため、すべての高齢造血器腫瘍患者にこのような関わりが必要であると考ええる。

2. チームとして高齢造血器腫瘍患者の意思決定を継続的に支えるケアを充実する方法

1) チームにおけるケア体制の強化

(1) プライマリーの体制の充実

基本方針1を基盤とするプライマリーの体制の調整は、3事例の看護師の発言から、患者と家族の関わりを通して関係構築や対象理解につながり、プライマリーナースの自覚を体感していた。評価では【状態悪化前から患者・家族の意向をくみ取り意思決定支援につなげることができた】【プライマリーナースとしての意識が向上した】が挙げられた。このことから、看護師が「a.プライマリーナースとしての自覚を持ち日頃から患者と積極的に関わる姿勢を持つ」ことで、患者看護師間の関係が構築され、患者が意思や意向を看護師に表出しやすい環境となった。3事例を通して看護師は、患者との関わりを大切にし「c.状態の変化に合わせて患者の不安や苦痛の軽減を図る」ために、疾患や治療、今後の生活への不安や思いに寄り添い、

タイミングを逃さず意向を把握する姿勢をもって積極的に関わった。A氏の実践では、看護師が患者の意向や状態の変化に気づき、「d.患者の状態の変化に合わせて家族の意向を確認する」ことで、タイムリーに家族と共有する機会に繋がった。C氏の実践では、「b.早期から患者の思いや価値観・大切にしていること、望む生活や退院後の生活状況を把握する」ことで、患者の軌跡から望む生活を理解し「e.入院中から望む生活に向けた支援を行う」ことにつながった。また、意思決定支援カンファレンス時に看護師自らC氏の軌跡をまとめる姿勢がみられた。これらのことから、プライマリー体制の充実、プライマリーの役割を発揮し、患者の意向を尊重した支援につながったと考える。

(2) ツールを活用したケアの可視化

基本方針2を基盤とする意思決定支援に必要なツールを作成し、ケアを可視化した。シートは、入院した高齢患者全員を対象に使用した。評価の【シートに沿って介入し、必要な質問を行うことができた】【家族に必要な情報収集を把握し、コミュニケーションを図ることができた】から「f.意思決定支援に必要な情報収集と看護介入のタイミングを把握する」「h.早期にプライマリナースが情報収集する。得られなかった情報は電子カルテの掲示板を活用し受け持ち看護師が収集する」「i.得た情報をカルテに記載し記録の統一・情報の共有を図る」ことにより、看護師は患者と家族の意向を把握するタイミングを見計らい介入し、患者と家族が今後について話し合う機会につながった。C氏の実践では「g.患者自身が今後のことを考えるきっかけや考えを整理する機会とする」から、患者自身が今後の人生の過ごし方を整理する意思決定に繋がったと考える。

ケアの可視化は、早期から意思決定に必要な情報収集の統一化が図られ、介入するタイミングやカンファレンスの検討内容、プライマリーの役割が明確となり、一貫した意思決定を継続する支援につながるきっかけとなった。今回用いたツールは、病棟スタッフと検討を重ね考案した。患者の最も近くで関わる看護師の意見を尊重し、独自のツールの活用もチームとして一貫した意思決定を継続する支援につながったと考える。しかし、取

り組みの効果の「どちらともいえない」理由に【患者によってはあまり効果的に実施できなかった】から、急変時や短期入院の患者には展開が早く、ツールの通りには進まなかった。高齢患者の治療過程の特性を踏まえ更なる改良が必要と考える。

(3) 意思決定支援カンファレンスの開催によるケアの検討と評価

基本方針3を基盤とする意思決定支援カンファレンスは、継続化を図るため、看護師間での開催とした。評価の【カンファレンスを行い患者理解の統一や方針、ケアの共有ができた】や、C氏の実践では、看護師の意思決定支援カンファレンスのあり方について「若いスタッフの指導の場となりスキルの向上が病棟全体の看護の質の底上げにつながる」との意見から「j.これまで歩んできた人生の軌跡を捉え意思決定支援シートを活用し対象を理解する」「k.フローチャートの検討内容に沿って意思決定を支えるための看護支援を検討する」「l.検討した内容をカルテに記載し看護職・多職種と情報共有/医師と看護師間で方向性の確認をする」ことは、看護師間でケアを検討し共有する過程を通して、チームとして統一した意思決定支援につながったと考える。ケアの検討と共に、B、C氏の実践では「m.意思決定支援における看護師の困難さや不安についても話し合う」機会となった。これは、看護師の負担の軽減と新たなケアの視点が導かれ、ケアの向上につながると考える。よって、短時間においても看護師間でケアを検討し共有することが必要であると考えます。

入退院を繰り返す高齢造血管腫瘍患者に対し、取り組み後に開催したケアの成果や評価を行う振り返りカンファレンスは、入院時だけでなく外来や再入院へと切れ目のない継続したケアにつながると考える。中島ら（2022）は「変化しやすい不安定な状態を継続して観察、評価したことをチームで共有し、状況に応じて意思決定へ向けた適切な支援を提供するためには、他疾患と同様に多職種による専門的な知識・技術と情報共有などの密な連携が必要となる」と述べている。看護師は今後の課題に【カンファレンスを通して患者の意向を医師と看護師間で共有】【外来看護師と連携した継続支援】などを挙げていた。今後、外来や多職種と連携・協働し、情報共有や支援の検討を行

うことは、更なるチーム医療の向上に繋がると考える。

以上のことから、看護師の意見を尊重し考案した取り組み方法は、高齢造血管腫瘍患者の意思決定を継続的に支えるケアの充実につながったと考える。ケア体制の強化は、チームとして一貫した意思決定を継続的に支える看護実践の重要な土台となり必要と考える。

2) 看護師の意識の向上

実践前に、3つの基本方針を基盤とした取り組み方法を確実に実施するため、看護師に学習会を開催した。取り組み後の評価では、【本人や家族の意思を確認・傾聴しようと思うようになった】【意思決定支援に対する意識が変化した】などが挙げられた。実践を通して看護師は、意思決定支援の大切さや患者や家族との関係構築の重要性、プライマリーナースとしての自覚、軌跡を踏まえた対象理解、カンファレンスの重要性に気づく機会となった。カンファレンスでは、取り組んだ体験や考えを振り返り、看護師間で共有した。これにより、個々の意識の変化や意思決定支援の具体的方法の実践につながったのではないかと考える。こうした一連の取り組みは、看護師のケアに対する一人一人の意識の変化・向上となり、患者と向き合う姿勢やカンファレンスの継続化、医療者間との連携につながり、病棟全体の意識と対応の変化に繋がったと考える。

3. 研究の限界と今後の課題

本研究は、1施設の血液内科専門病棟に入院する3名の高齢患者の実践からチームとして意思決定を継続的に支えるケアのあり方を検討したものである。高齢造血管腫瘍患者の意思決定は、予後の予想が立ちにくい治療経過の中で、繰り返し求められる。患者が納得した人生を送れるよう、今後の人生を選択・決断し決定する意思決定を継続的に支えるためには、今後も実践を積み重ね、多職種・他施設との連携した継続的支援を検討していく必要があると考える。

VI. 終わりに

チームとしてケア体制を基盤に、高齢造血管腫瘍患者が納得した人生を送るための意思決定支援の実践を強化することが、看護師の意識を向上さ

せ、さらには病棟全体の統一したケアの継続性と質の確保の実現につながると考える。高齢造血管腫瘍患者の意思決定をチームとして継続的に支えるケアのあり方を検討することでチームとして意思決定を継続的に支えるケアを充実する方法を見いだせることが示唆された。

謝辞

本研究にご協力を賜りました対象の皆様、病棟看護師及び関係者の方々に深く感謝申し上げます。

本稿は、令和2年度岐阜県立看護大学大学院看護学研究科の修士論文の一部に加筆し修正を加えたものである。本稿の一部は、看護実践研究学会第3回学術集会において発表した。なお、本研究における利益相反は存在しない。

文献

- 浅井恵理, 梅津美香. (2019). 高齢慢性心不全患者の望む生活の実現に向けたチームケア充実への取り組み. 岐阜県立看護大学紀要, 19(1), 15-26.
- 梶山倫子, 吉岡さおり. (2018). 終末期がん患者の在宅療養移行に向けた一般病棟看護師の意思決定支援に実態とその関連要因. 日本看護科学会誌, 13(1), 99-108.
- 小池瞬, 藤本桂子, 神田清子. (2014). がん治療における看護師の意思決定支援の内容. 群馬保健学紀要, 35, 61-70.
- 国立研究開発法人 国立がん研究センター. (2020). 高齢者のがん診療における意思決定支援の手引き. 2024-8-17.
https://www.ncc.go.jp/jp/epoc/division/psycho-oncology/kashiwa/research_summary/050/isikettei_pnf.pdf
- 中島優理菜, 吉田恵理子. (2022). 造血管腫瘍患者における意思決定の概念分析-国内文献レビュー-. ホスピスケアと在宅ケア, 30(1), 61-69.
- 田中里佳, 大久保仁司. (2017). 高齢がん患者の療養法意思決定支援の研究の動向と今後の課題. ホスピスケアと在宅ケア, 25(1), 12-20.
- 宇佐美利佳, 奥村美奈子. (2018). 病院における人生の終末にある高齢患者の意向の実現に向けた

援助. 岐阜県立看護大学紀要, 18(1), 77-87.

世俵智恵子, 梅津美香. (2023). 高齢造血器腫瘍患者の意思決定を継続的に支えるケアの充実を目指した取り組み方法の考案. 看護実践研究学会誌, 4(1), 53-64.

横田宣子, 上村智彦, 小田正枝. (2014). Jonsen4分割表を用いた同種造血幹細胞移植の意思決定期カンファレンスが看護師の思いやケアに与えた影響因子. 国際医療福祉大学学会誌, 19(1), 9-15.

Continuous Team Care to Support Decision Making by Elderly Patients with Hematopoietic Tumors

Chieko Yodawara¹⁾ and Mika Umezu²⁾

1) Nagoya University of Arts and Sciences 2) Gifu College of Nursing

● Abstract ●

The purpose of this study was to examine how care for elderly patients with hematopoietic tumors can be provided as a team to support their decision-making on an ongoing basis.

The first author worked with ward nurses to practice nursing care in three cases using an approach that was devised. After the completion of the study, a questionnaire survey was administered to the nurses regarding the effectiveness, changes, and future issues, and the efforts were evaluated.

In the practice based on the approach method, the change in the patient's intention was captured without missing the timing, the intention of the place of treatment was realized by setting up a place for discussion with the family, the decision to continue positive treatment was made through care to obtain self-care, and the decision was made in accordance with the way of life by providing information based on shared values. The evaluation showed that the patient was able to make the decision that he or she wanted to make. In the evaluation, some participants commented that they reaffirmed the importance of knowing what the person wants, etc.

In order to continuously support decision-making in elderly patients with hematopoietic tumors, it is necessary to “continuously elicit the will and intention of the patient and family from the early stage without missing the timing,” “increase the sense of self-efficacy and involve the patient so that he/she can acquire self-care,” and “share values based on the trajectory and think about decision-making with the patient and family together. The team needs to “share values based on the trajectory and think about decision-making together with patients and their families” .

As a way to enhance care as a team, strengthening practice based on care systems such as “enhancement of the primary system,” “visualization of care,” and “review and evaluation of care through decision support conferences” will lead to improved awareness among nurses, as well as to the realization of continuity and quality of care that is uniform throughout the ward We believe that this is the best way to achieve this goal.

Keywords: Hematopoietic tumors, Elderly, Decision making, Care continuity
