原 著

訪問看護師による終末期がん患者へのアドバンスケア プランニングと希望死亡場所での死亡の実現との関連

Association between Advance Care Planning by a Visiting Nurse and Achieving the
Desired Place of Death for Patients with End-stage Cancer

石川孝子^{1),*}, 福井小紀子²⁾, 岡本有子²⁾

Takako Ishikawa, Sakiko Fukui, Yuko Okamoto

キーワード：アドバンスケアプランニング，生活予後の説明，希望死亡場所の確認，終末期がん患者，訪問看護師

Key words：Advance Care Planning, an explanation of the prognosis including problems likely to occur in daily life,
confirmation of the chosen place of death, patients with end-stage cancer, visiting nurses

Abstract

Purpose: To examine the association between advance care planning (ACP) by a visiting nurse and achieving the desired place of death for patients with end-stage cancer.

Methods: A cross-sectional nationwide questionnaire survey was conducted for visiting nurses at 1,000 randomly selected home care agencies. Items included the actual place of death, patients' preferences for place for death, ACP (support for understanding of life expectancy and confirmation and adjustment of the chosen place of death) by nurses at each home visit, and factors related to ACP in nurses' practice. Logistic regression was conducted with achieving the desired place of death as the dependent variable.

Results: A total of 374 responses were analyzed. Regarding the place of death, 65.0% of patients died at home and 73.8% died at their chosen place. The rate of an explanation of the prognosis, including problems likely to occur in daily life was low (27.8–31.8%). Factors related to death at the desired place included confirmation of the chosen place of death during the whole period (adjusted odds ratio: 19.92, 95% confidence interval: 9.48–41.87; 21.10, 9.53–46.71; 187.35, 51.79–677.64) and the explanation of the prognosis (2.44, 1.05–5.66) at the progression stage.

Conclusions: These results suggest that patients are more likely to die in their desired place if visiting nurses confirm the chosen place of death repeatedly until close to the end of life and explain the influence of the disease prognosis on daily life, with updates of this information based on changes in symptoms.

要 旨

目的：訪問看護による終末期がん患者への訪問時期別のアドバンスケアプランニング（Advance Care Planning；以下 ACP）の実態を把握し，希望死亡場所での死亡の実現との関連を明らかにする。

方法：全国より無作為抽出した 1,000 事業所の訪問看護師に，受け持った終末期がん患者についての

受付日：2016 年 9 月 28 日 受理日：2017 年 3 月 19 日

1) 上智大学総合人間科学部看護学科 Department of Nursing, Faculty of Human Sciences, Sophia University 2) 日本赤十字看護大学 The Japanese Red Cross College of Nursing

* E-mail: t-ishikawa@sophia.ac.jp

郵送式質問紙調査を実施した。調査項目は、患者の死亡場所および希望死亡場所、訪問時期別の ACP（予後理解を促す支援および希望死亡場所の確認と調整）の実践、希望死亡場所での死亡実現のための関連要因とし、希望死亡場所での死亡の実現を従属変数としてロジスティック回帰分析を行った。

結果：374 名を分析対象とし、65.0%は自宅死亡、73.8%の希望が実現した。

ACP のうち、生活上への支障を含めた予後の説明（以下、生活予後の説明）の実施割合は 27.8~31.8%と低く、希望死亡場所での死亡の実現には、訪問全時期を通じて希望死亡場所の確認（調整済オッズ比：95%信頼区間；訪問初期，19.92：9.48-41.87，悪化期，21.10：9.53-46.71，臨死期 187.35：51.79-677.64），悪化期の生活予後の説明（2.44：1.05-5.66）が関連した。

結論：希望死亡場所での死亡の実現には、終末期を通しての繰り返しの希望の確認、症状悪化時に予後予測に基づいて生活予後の説明をすることが重要であることが示唆された。

I. 緒 言

終末期に自宅死亡を希望する人は、40~60%と報告されている（Fukui et al., 2011；Gomes et al., 2012）。しかしながら、自宅で最期を迎えた人は 12.8%であり、がん患者に限定すると 9.9%（厚生労働省，2014）と、死亡場所の希望と実際の隔たりが大きい。終末期がん患者や家族の生活の質（Quality of Life；以下 QOL）は国民標準値に比べて低く（Miyashita et al., 2008）、療養の場は QOL 改善に影響する（Peters & Sellick, 2006）ことが明らかになっている。QOL の概念には、居住環境を含む環境の要素が含まれており（WHO, 1997）、希望する死亡場所で最期を迎えることは、終末期がん患者の QOL を高めるうえで必要なことである。

希望死亡場所での死亡の実現のための文献は、自宅死亡の実現をアウトカムとして研究されているものがほとんどであり、このうち阻害要因として、家族の負担および急変時の不安（厚生労働省，2008）、知識不足（伊賀瀬ら，2007）、医療・介護の認識（佐藤ら，2007）、介護者の状態（伊木ら，2001）があり、促進要因として、往診医の存在（田宮ら，1990）、患者・家族が予後を理解していること（谷口・松浦，2005）、患者が希望を表明すること（Fukui et al., 2003）、患者と家族の希望が一致していること（Ikezaki & Ikegami, 2011）、医療従事者が患者や家族の希望を確認していること（Degenholtz et al., 2004）があげられていた。

また、医療従事者が希望死亡場所を確認する前提として「病名の告知」「不治の告知」「余命の告知」があげられ、これらが自宅死亡の実現（谷口・松浦，2005）につながっている知見が示されていることから、患者への告知が必要であるといえる。ところが、患者への病名の告知は進んできているものの、治癒の見込み、余命予測は告知が進んでおらず（田代ら，2013）、終末期がん患者の希望死亡場所の確認をしていくうえでも

影響している可能性がある。このことから、終末期がん患者の希望死亡場所での死亡の実現には、医師による余命の告知の有無を確認し、必要な場合には看護師が医師に余命の告知を促し患者・家族に予後理解を促すこと、希望を確認すること、といった意思決定支援を実践することが重要である。

終末期の意思決定支援としてアドバンスケアプランニング（Advance Care Planning；以下 ACP）に関して、欧米では 1990 年代からその必要性が注目され、終末期がん患者の自宅死亡実現（Abel et al., 2013；Stein et al., 2013）、患者の QOL 向上（Detering et al., 2010）、抑うつ減少（Bakitas et al., 2009）といった介入研究による有効性が明らかにされている。一方、日本では、ACP は 2010 年頃よりがん医療の領域で用いられ始めたが、このような介入研究は無く、ACP の重要性が指摘され始めたところである（木澤，2012；西川ら，2011）。これら 2 文献では ACP の要素として終末期の場所をあげており、日本においては、終末期の療養場所に関する知識を提供して、希望死亡場所を確認してゆくことが求められていると考えられるため、本研究は ACP を、予後理解を促す支援および希望死亡場所の確認と調整と定義した。

これまで、患者・家族に予後理解を促すための要因として、看護経験および職場環境（Cohen & Nirenberg, 2011）、予後理解を促す支援の認識（Li et al., 2008）、希望死亡場所を確認するための要因として、人間関係の構築（Munday et al., 2009）、患者の病状・介護への不安および家族関係（早瀬・森下，2008）が明らかになっている。しかし、ACP の実態は明らかになっておらず、ACP の知見を集積する必要がある。加えて、終末期がん患者の希望死亡場所は、一度決めても変化する（葛西，2006）ため、ACP がどのような時期に行われているのかを明らかにする必要がある。しかし、訪問看護師による ACP の実態を経時的に捉えた研究は見当た

らない。そこで、本研究は訪問看護師が終末期がん患者に対して訪問時期別に実践する ACP の実態を把握し、患者の希望死亡場所での死亡の実現との関連を明らかにすることを目的とした。

Ⅱ. 研究方法

1. 調査方法

調査対象は、全国訪問看護事業協会正会員リスト（2015 年 6 月 30 日現在）に掲載されている全 4,255 事業所より無作為抽出した 1,000 事業所において、3 週間以上自宅で過ごし、自宅または病院で死亡した終末期がん患者（対象が複数の場合は、直近で死亡した患者）を担当した訪問看護師とした。調査対象に、これら患者の状態と対応に関する郵送法による無記名式質問紙調査を実施した。同時に、対象者不在の場合には FAX の返送を依頼した。データ収集期間は、2015 年 7 月から 8 月であった。

2. 調査項目

1) 希望死亡場所での死亡の実現

従属変数である希望死亡場所での死亡の実現の有無については、訪問看護師が最後に患者に確認できた時点での希望死亡場所（自宅、病院、施設）と、実際の死亡場所が一致したかどうかで判断した。

2) 訪問看護師が実施する ACP

訪問看護師が実施する ACP について、文献検討（Degenholtz et al., 2004；Fukui et al., 2003；Ikezaki & Ikegami, 2011；谷口・松浦, 2005）より構成要素を抽出し、がん患者の自宅看取りの経験がある訪問看護師に臨床的妥当性のある構成要素に洗練させるためのインタビューを実施し、次のように作成した。1. 予後理解を促す支援として①余命告知の確認、②未告知の対応（医師からの余命の告知を受けていないとき、医師に対して説明をするよう依頼し、患者に説明することを拒否する家族に対して必要性を理解できるように働きかけること）、③余命の理解度の確認、④生活予後の説明（その方らしく最期を迎えるために、終末期がん患者の病期が進むことによって生じる、看取りまでに起こる生活上への支障を含めた生命に関する見通しについて、患者および家族が理解できるように伝えること）、2. 希望死亡場所の確認と調整として①希望死亡場所の確認、②家族調整（患者および家族の希望死亡

場所の不一致がある場合に、家族に対して何らかの支援を行うこと）。

各構成要素を質問項目として示し、1-③余命の理解度の確認、1-④生活予後の説明、および 2-①希望場所の確認については、どのような時期に支援が行われているのかを明らかにするために、「訪問初期」「悪化期」「臨死期」の訪問時期別に支援の実施の有無を尋ねた。その他の構成要素に関しては、訪問全期間を通じての実施の有無を尋ねた。なお、「訪問初期」とは、訪問開始から 1 週間の時期とし、「悪化期」とは、食事・意識状態・呼吸状態の変化、活動性の低下（歩行困難、痛みの増強）などの終末期の症状悪化が表れはじめてから 1 週間の時期（山田ら, 2008）とし、「臨死期」とは、最後の入院時または自宅死亡前の 1 週間の時期とした。

3) 希望する場所での死亡が実現するための関連要因（調整変数の候補）

本研究では、Gomes & Higginson（2006）の概念モデルを応用し、看護師要因、医師要因、患者・家族要因の 3 側面から包括的に検討することとした。看護師要因は①属性（年齢、性別）、②経験（訪問看護の経験年数、終末期がん患者の自宅看取り経験）（Cohen & Nirenberg, 2011）、③人間関係の構築（患者と訪問看護師との関係性）（Munday et al., 2009）、④予後理解を促す支援の認識（予後理解を促す支援の役割認識、患者への説明の必要性）（Li et al., 2008）とした。医師要因は①自宅看取りの知識・経験（症状コントロール力）、②自宅看取りへの姿勢とした。患者・家族要因は①属性（年齢、性別）、②病状・状態（原発部位、症状コントロールの程度、患者および家族の自宅療養の不安、介護負担感）（厚生労働省, 2008）、③家族関係（患者と家族との関係性）（早瀬・森下, 2008）、④終末期への姿勢（患者のがん治癒に向けた治療への姿勢、患者の病院医療の限界についての理解）（佐藤ら, 2007）、⑤告知（患者への余命の告知）（谷口・松浦, 2005）、⑥社会資源の活用（訪問診療医の存在）（田宮ら, 1990）とした。

3. 分析方法

まず、希望死亡場所での死亡の「実現あり」「実現なし」と、希望する場所での死亡が実現するための関連要因を単変量解析（ χ^2 検定、フィッシャーの正確確率検定、Mann-Whitney 検定のいずれか）で分析した。

次に、希望死亡場所での死亡の「実現あり」「実現なし」を従属変数、ACPの各構成要素を独立変数、単変量解析で $P < .10$ の関連のみられた変数を調整変数として強制投入し、ロジスティック回帰分析を実施した。なお、各変数間の多重共線性はVIF (Variance Inflation Factor: 分散拡大要因)を確認したうえで変数として投入した。有意水準は両側5%とし、分析ソフトはSPSS ver. 17.0を用いた。

また、日本赤十字看護大学の研究倫理審査委員会の承認(第2015-66)を受けた。調査票は個人情報を含まない質問内容とし、研究への参加と同意は、調査票の返送をもって得られることとした。

Ⅲ. 結 果

1. 訪問看護師、医師および患者の概要

1,000通郵送し、259通の回答が得られた。対象者不在71件を含む不達等が計107通見られたため、回収率は29.0%であった。1事業所につき最大2事例の調査を依頼した結果、376名分の回答が得られ、未回答の多かった2名を除いた374名を分析対象とした。

訪問看護師の特性は、女性95.2%、平均年齢 48.0 ± 7.8 歳であった(表1)。回答が得られた施設と、対象者不在との返答のあった施設を比較すると、看護師平均常勤換算数が各 6.3 ± 5.4 人、 4.4 ± 1.9 人であり、回答が得られた施設で有意に多かった($P < .001$)。患者の特性は男性53.5%、平均年齢 74.7 ± 13.6 歳、訪問診療医ありは78.9%、訪問初期に余命の告知があったのは29.4%であった(表1)。

2. 訪問看護師が実施した訪問時期別のACPの実態と希望死亡場所での死亡の実現との関連

患者の最終的な希望死亡場所は自宅60.4%、病院20.3%、施設1.6%、患者の死亡場所は自宅65.0%、病院33.4%、施設1.6%であった。訪問時期により、36.9%の患者は希望死亡場所が変化していた。最終的な希望死亡場所での死亡が実現した患者は、73.8%であった。

訪問看護師が実施したACPは、余命の告知の確認79.7%、未告知の対応8.7%、訪問全時期を通じて余命の理解度の確認45.5~49.7%、生活予後の説明27.8~31.8%、希望死亡場所の確認79.4~82.4%、家族調整37.6%であった(表2)。

ACPが希望死亡場所での死亡の実現に関連しているかどうかを検証した。余命の理解度を確認すること(訪

問初期、悪化期、臨死期; $P = .001$, $P = .001$, $P < .001$)、生活予後の説明を実施すること(訪問初期、悪化期、臨死期; $P = .003$, $P < .001$, $P < .001$)、希望死亡場所の確認をすること(訪問初期、悪化期、臨死期; $P < .001$, $P < .001$, $P < .001$)には有意な関連が認められた。余命の告知を確認することには関連がみられなかった($P = .542$)。訪問初期に余命の告知がなかった204名の患者に対して、未告知の対応をすること($P = .066$)および患者と家族の希望死亡場所の不一致があった117名の家族に対して何らかの支援を行う家族調整をすること($P = .060$)には、関連する傾向が認められた(表2)。

希望死亡場所での死亡の実現について、交絡要因を補正してACPの構成要素との関連を検証するために、訪問時期別に、ACPの各構成要素と調整変数を強制投入してロジスティック回帰分析を実施した。なお、各変数間の多重共線性は認められなかった。関連したのは、「訪問初期」は希望死亡場所の確認をすること(調整オッズ比: 95%信頼区間19.92: 9.48-41.87)、「悪化期」は生活予後の説明をすること(2.44: 1.05-5.66)、および希望死亡場所の確認をすること(21.10: 9.53-46.71)、「臨死期」は希望死亡場所の確認をすること(187.35: 51.79-677.64)であった(表3)。

Ⅳ. 考 察

1. 訪問看護師が実施する患者へのACPの実態

本研究で訪問看護師が実施したACPの実態を調査した結果、生活予後の説明をしたのは27.8から31.8%と少ないことが明らかになった。看護師による予後理解を促す支援の実践状況を調査した研究は、研究者が検索し得た範囲では見当たらないため、先行研究結果と比較することは出来ない。川越(2013)は、「そろそろお迎えがきたのかな」というような理解をする患者には、あえて告知をする必要はないと述べていることから、生活予後の説明をする必要がない患者も存在したと考えられる。また、多くの看護師には終末期患者と接することに対する困難や、悪い知らせを伝えることに対する苦手意識があり(Munday et al., 2009)、生活予後の説明は、患者に対して直接悪い知らせを伝えることになる難しい支援であるため、本研究の結果、この時期の実施の割合が低くなったのではないかと考えられる。さらに、未告知の患者や家族の場合には、看護師は真実を言えない辛さがあり、患者と家族から

表 1 希望する場所での死亡が実現するための看護師、医師、患者・家族要因

	全対象者 <i>n</i> = 374	希望死亡場所実現 <i>n</i> = 276	希望死亡場所非実現 <i>n</i> = 98	χ^2/z 値 (df)	<i>P</i> 値
【看護師要因】					
①属性					
年齢 (平均±SD)	48.0 ± 7.8	48.3 ± 7.8	47.1 ± 7.8	1.742	.081 ^a
性別					
男性	9 (2.4)	4 (1.4)	5 (5.1)		.060 ^b
女性	356 (95.2)	264 (95.7)	92 (93.9)		
不明	9 (2.4)	8 (2.9)	1 (1.0)		
②経験					
訪問看護の経験年数 (平均±SD)	9.6 ± 6.1	9.7 ± 6.3	9.3 ± 5.6	0.307	.759 ^a
終末期がん患者の自宅看取り経験 1 年間 5 人以上	113 (30.2)	87 (31.5)	26 (26.5)	0.854 (1)	.355
③人間関係の構築					
患者と訪問看護師との関係性 ^c	3.9 ± 0.9	4.0 ± 0.8	3.7 ± 0.9	2.737	.006 ^a
④予後理解を促す支援の認識					
予後理解を促す支援の役割認識 ^d					
看護師が実施すべき	47 (12.6)	34 (12.3)	13 (13.3)	0.059 (1)	.808
患者への説明の必要性の認識 ^e	4.3 ± 0.9	4.2 ± 0.9	4.3 ± 0.9	0.638	.523 ^a
【医師要因】					
①自宅看取りの知識・経験					
症状コントロール力良好 ^f	169 (45.2)	131 (47.5)	38 (38.8)	2.204 (1)	.138
②自宅看取りへの姿勢					
自宅看取りへの姿勢良好 ^g	232 (62.0)	176 (63.8)	56 (57.1)	2.316 (1)	.128
【患者・家族要因】					
①属性					
年齢 (平均±SD)	74.7 ± 13.6	74.3 ± 13.9	75.8 ± 12.5		
75 歳未満	160 (42.8)	121 (43.8)	39 (39.8)	0.483 (1)	.487
性別					
男性	200 (53.5)	146 (52.9)	54 (55.1)	0.118 (1)	.732
女性	173 (46.3)	129 (46.7)	44 (44.9)		
不明	2 (0.5)	1 (0.4)	1 (1.0)		
②病状・状態					
原発部位					
胃、大腸、直腸、食道	107 (28.6)	84 (30.4)	23 (23.5)	1.718 (1)	.190
肺	70 (18.7)	48 (17.4)	22 (22.4)	1.216 (1)	.270
肝臓、胆のう、膵臓	69 (18.4)	44 (15.9)	25 (25.5)	4.401 (1)	.036
乳、子宮、卵巣	46 (12.3)	37 (13.4)	9 (9.2)	1.195 (1)	.274
前立腺、膀胱、腎臓	23 (6.1)	19 (6.9)	4 (4.1)	0.984 (1)	.321
その他	57 (15.2)	43 (15.6)	14 (14.3)		
臨死期の疼痛コントロールの程度 ^h	3.6 ± 1.3	3.6 ± 1.3	3.5 ± 1.4	0.545	.586 ^a
臨死期の呼吸困難コントロールの程度 ^h	3.5 ± 1.4	3.5 ± 1.4	3.7 ± 1.3	1.419	.156 ^a
臨死期の患者の自宅療養の不安 ⁱ	2.7 ± 1.4	2.6 ± 1.4	2.9 ± 1.4	2.083	.037 ^a
臨死期の家族の自宅療養の不安 ⁱ	3.3 ± 1.5	3.1 ± 1.5	3.7 ± 1.4	3.497	<.001 ^a
臨死期の介護負担感 ^j	3.7 ± 1.3	3.6 ± 1.3	3.9 ± 1.2	2.613	.009 ^a
③家族関係					
患者と家族との関係性 ^k	4.0 ± 1.1	4.0 ± 1.1	4.1 ± 1.1	1.199	.231 ^a
④終末期への姿勢					
臨死期の患者のがん治癒に向けた治療への姿勢 ^l	4.4 ± 1.0	4.5 ± 0.9	4.0 ± 1.1	3.821	<.001 ^a
患者の病院医療の限界についての理解 ^m あり	105 (28.1)	87 (31.5)	18 (18.4)	6.197 (1)	.013
⑤告知					
訪問初期の患者への余命の告知あり	110 (29.4)	91 (33.0)	19 (19.4)	6.427 (1)	.011
⑥社会資源の活用					
訪問診療医あり	295 (78.9)	221 (80.1)	74 (75.5)	1.397 (1)	.237

P 値に a と提示したものは Mann-Whitney 検定, b と提示したものはフィッシャーの正確確率検定, それ以外は χ^2 検定を用いた. c: 患者と訪問看護師の関係性: 全く構築できなかった 1 点~とてもできた 5 点の 5 件法で評価. d: 予後理解を促す支援の役割認識: 医師が実施すべき・医師と看護師が共に実施すべき・看護師が実施すべきを, それぞれ全くそう思わない 1 点~非常にそう思う 5 点の 5 件法で評価し, 看護師が実施すべきを一番強く評価したもの. e: 患者への説明の必要性の認識: 全くない 1 点~とてもある 5 点の 5 件法で評価. f: 症状コントロール力: 3 件法で尋ね, 優れている/どちらともいえない・優れていないで 2 群に分けた. g: 自宅看取りへの姿勢: 3 件法で尋ね, 積極的/どちらともいえない・積極的ではないで 2 群に分けた. h: 症状 (呼吸困難・疼痛) コントロールの程度: 良好 5 点~不良 1 点の 5 件法で評価. i: 臨死期の患者/家族の自宅療養の不安: 弱い 1 点~強い 5 点の 5 件法で評価. j: 臨死期の介護負担: 低い 1 点~高い 5 点の 5 件法で評価. k: 患者と家族との関係性: 「患者は家族にどの程度率直に希望を伝えているか」全く率直でない 1 点~とても率直であるの 5 点の 5 件法で評価. l: 患者の患者のがん治癒に向けた治療への姿勢: 治療を希望 1 点~緩和ケアを希望 5 点の 5 件法で評価. m: 患者の病院医療の限界についての理解: 3 件法で尋ね, あり「理解していた」/なし「理解していない・不明」で 2 群に分けた.

表2 訪問看護師が実施した ACP と希望死亡場所での死亡の実現との関連 (単変量解析)

	全対象者 <i>n</i> = 374	希望死亡場所実現 <i>n</i> = 276	希望死亡場所非実現 <i>n</i> = 98	χ^2 値 (df = 1)	<i>P</i> 値
1. 予後理解を促す支援					
①余命告知の確認あり	298 (79.7)	222 (80.4)	76 (77.6)	0.371	.542
②未告知 (<i>n</i> = 264) の対応あり	23 (8.7)	20 (11.1)	3 (3.6)	2.437	.066
③余命の理解度の確認あり					
訪問初期	184 (49.2)	150 (54.3)	34 (34.7)	11.177	.001
悪化期	186 (49.7)	152 (55.1)	34 (34.7)	12.014	.001
臨死期	170 (45.5)	143 (51.8)	27 (27.6)	17.168	<.001
④生活予後の説明あり					
訪問初期	104 (27.8)	88 (31.9)	16 (16.3)	8.719	.003
悪化期	119 (31.8)	104 (37.7)	15 (15.3)	16.690	<.001
臨死期	107 (28.6)	94 (34.1)	13 (13.3)	15.308	<.001
2. 希望死亡場所の確認と調整					
①希望死亡場所の確認あり					
訪問初期	297 (79.4)	257 (93.1)	40 (40.8)	120.992	<0.001
悪化期	308 (82.4)	263 (95.3)	45 (45.9)	121.301	<0.001
臨死期	303 (81.0)	271 (98.2)	32 (32.7)	201.956	<0.001
②家族調整 (<i>n</i> = 117) あり	44 (37.6)	13 (54.2)	31 (33.3)	3.529	.060

 χ^2 検定

遠のいてしまう現状にあった (加利川・小河, 2013) と指摘している。本研究においても、患者に対して余命の告知がされていたのは 29.4%であったことから、訪問看護師による生活予後の説明の割合も低くなっているということが考えられる。しかしながら、がん患者の 74.0 から 96.1%は診断を知りたいと考え (Seo et al., 2000)、一般国民の 86.1%が診断の完全な開示を望んでいた (Miyata et al., 2005)。患者本人は、医療者や家族が考えるよりも病名や余命に関しての正しい情報を知りたいことを希望したことが窺われる。予後理解を促す支援には、「生命予後」についての側面である医師が行う余命の告知と、終末期における病状が生活上に与える影響の説明である「生活予後」についての側面がある。生活予後の説明は、看護師もその役割を担うことができる支援である。医師からの告知を待つだけでなく、看護師も予後理解を促す支援を実施することが重要であると考えられる。

訪問看護師による希望死亡場所の確認は、本研究では訪問全時期を通じて 79.4 から 82.4%であった。先行研究では、訪問看護利用者であっても 49.0 から 69.0%と半数以上の患者に希望死亡場所の確認がされていなかった (福本ら, 1999; 樋口ら, 2001) という結果と比べると、本研究の結果は高い割合であったといえる。本研究で対象とした訪問看護ステーションは、対象患者が不在であったステーションに比べて看護師の常勤換算数が有意に多く、すなわち職場の規模が大きかつ

た。小規模なステーションであるほど職員一人当たりの訪問件数 (医療保険と介護保険の合計数) が少ない (日本看護協会, 2008) という報告があることから、本研究で対象とする訪問看護ステーションは、経験を積んだ訪問看護師が多く勤務していることが推測される。実際、本研究の訪問看護師平均経験年数は 9.6 年と長いものであり、本研究では希望死亡場所の確認の実施割合が高くなっていた可能性がある。

2. 訪問看護師が実施した ACP と希望死亡場所での死亡の実現との関連

希望死亡場所での死亡の実現には、「訪問初期」「悪化期」「臨死期」の訪問全時期を通じて希望死亡場所の確認が有意に関連していた。これは、訪問初期から臨死期に至るまで希望死亡場所の確認を行う必要性が示されたということである。終末期がん患者は在宅療養期間が約 1 ヶ月と短期間 (医療経済研究機構, 2006) で、死亡 1 ヶ月前頃になると状態が急激に悪化し、最後の 2 週頃には多くの介護や処置が必要となる (恒藤, 1999)。そのため、訪問看護開始と同時に生活上の変化が見られているケースが多いことが予測される。患者の 76.6%は、終末期の意思決定が必要な時に意思決定能力を持っていない (Silveira et al., 2010) との報告があることから、訪問初期から希望死亡場所の確認を実施しないと、患者本人の意思を知ることができない可能性が高くなると考えられる。訪問初期は、患者や家

表3 訪問看護師が患者に対して実施した ACP と希望死亡場所での死亡の実現との関連 (多変量解析)

n = 374

訪問初期	調整済 オッズ比	95%信頼区間	
		下限	上限
患者への余命告知の確認あり	1.34	0.65	2.79
未告知の対応 ^a あり	2.77	0.65	11.75
訪問初期の余命の理解度の確認あり	0.82	0.37	1.81
訪問初期の生活予後の説明あり	1.21	0.55	2.66
訪問初期の希望死亡場所の確認あり	19.92	9.48	41.87
家族調整 ^b あり	0.94	0.47	1.87
Hosmer & Lemeshow : .786, モデル χ^2 検定: $P < .001$, 判別率: 84.8%			
悪化期			
患者への余命告知の確認あり	1.18	0.57	2.45
未告知の対応 ^a あり	1.65	0.42	6.45
悪化期の余命の理解度の確認あり	0.49	0.21	1.16
悪化期の生活予後の説明あり	2.44	1.05	5.66
悪化期の希望死亡場所の確認あり	21.10	9.53	46.71
家族調整 ^b あり	0.86	0.42	1.77
Hosmer&Lemeshow : .634, モデル χ^2 検定: $P < .001$, 判別率: 86.0%			
臨死期			
患者への余命告知の確認あり	1.44	0.62	3.38
未告知の対応 ^a あり	1.03	0.24	4.39
臨死期の余命の理解度の確認あり	0.49	0.15	1.61
臨死期の生活予後の説明あり	1.55	0.56	4.29
臨死期の希望死亡場所の確認あり	187.35	51.79	677.64
家族調整 ^b あり	0.61	0.26	1.42
Hosmer&Lemeshow : .560, モデル χ^2 検定: $P < .001$, 判別率: 90.5%			

希望死亡場所の実現の有無と $P < 0.1$ の関連のみられた変数で調整し、ACP の構成要素を強制投入しロジスティック回帰分析を実施した。調整変数は以下の変数である。(1) 看護師要因: ①年齢, ②性別, ③患者と訪問看護師との関係性。(2) 医師要因: 変数なし。(3) 患者・家族要因: ④原発疾患 (肝臓, 胆のう, 膵臓), ⑤臨死期の患者の自宅療養の不安, ⑥臨死期の家族の自宅療養の不安, ⑦臨死期の介護負担感, ⑧臨死期の患者のがん治療に向けた治療への姿勢, ⑨患者の病院医療の限界についての理解, ⑩患者への余命の告知従属変数は希望死亡場所の実現「あり」= 1, 「なし」= 0 とした。
a: 患者に余命の告知をしていた場合には, 未告知の対応ありとした。
b: 家族調整は家族に対して実施し, 患者と家族の希望死亡場所が一致していた場合には, 家族調整ありとした。

族にとって最も不安が強く (川越, 2013), 症状も不安定であることが多い。訪問看護師にとっても, 患者や家族との人間関係の構築ができていない段階から, 症状緩和, 療養環境のアセスメントを同時に行わなければならない大変な時期である。患者が希望する死亡場所での死亡の実現を目指した ACP を行うためには, 訪問初期から ACP を行うことの必要性を理解しておくことが重要であると考え。また, 終末期がん患者の希望死亡場所は, 一度決めても揺れがある (葛西, 2006)。本研究の結果, 患者の 36.9% が訪問時期により変化し

た。希望死亡場所の確認をすることが自宅死亡の実現と関連している (Degenholtz et al., 2004) ことから, 患者の希望死亡場所の確認は, 訪問初期から繰り返し実施することが必要であることが示唆された。

生活予後の説明は, 「悪化期」に実施されることが希望死亡場所での死亡の実現と関連していた。悪化期は, 身体の変化, 日常生活動作の低下などが急激に起こり, 本人および家族もそれを自覚し, 不安が生じやすい (川越, 2013)。杉谷ら (2011) は, 死亡場所の意思決定ができていない段階で状態が悪く入院をすると, 患者や家族は選択を病院に任せてしまうと述べていることから, この不安を解消しないままでは, 病院へ入院になり, 自宅での療養生活を継続することができずに, 自宅死亡を希望していたとしても実現が困難となる可能性がある。しかし, 佐藤ら (2011) は, がん患者には臨死期に至るまでに看取りに関する教育が十分になされた場合, 臨死期に比較的落ち着いて看取りが可能となると述べている。この看取りに関する教育は生活予後の説明として行われていると捉えられるため, 臨死期に至る前の段階である悪化期に生活予後の説明をすることで, 希望死亡場所での死亡の実現につながる可能性が考えられる。以上より, 看護師は悪化期の症状の変化が起こるタイミングを逃さず, 患者や家族の不安の原因となることを予測して生活予後の説明を行うことが重要であることが示唆された。

3. 研究の限界と意義

本研究を解釈する上では, 回答サンプリングの問題, がん患者の ACP への関心が高いもののみが回答した可能性を考慮する必要がある。また, 悪化期に入る前にも訪問看護のかかわりのあるケースに限定して対象としたため, 少なくとも 3 週間自宅で過ごした終末期がん患者を対象とした。そのため, 訪問看護提供期間が 3 週間未満の短期間のケースに関しては結果を適応することができない。

以上の点から一般化には限界があるが, これまで ACP のプロセスを, 訪問看護師に着目して訪問時期別に捉えた研究は見当たらないことから, ACP の実態および終末期がん患者の希望死亡場所での死亡の実現に寄与するデータを示すことは有意義であると考え。

V. 結 論

本研究における ACP は, 生活予後の説明の実施は低

い割合であった。訪問看護師が実施した ACP と終末期がん患者の希望死亡場所での死亡の実現と関連するのは、訪問全時期を通じて希望死亡場所の確認をすること、悪化期に生活予後の説明を実施することであった。

謝辞：本研究は、日本赤十字看護大学大学院博士後期課程の博士論文の一部であり、2014 年度学校法人日本赤十字学園「教育・研究及び奨学金基金」助成を受けて行った。本研究に御協力頂きました全国の訪問看護師の皆様に深謝いたします。

利益相反：本研究における利益相反は存在しない。

著者資格：TI, SF, YO は研究の着想およびデザインに貢献；TI は統計解析の実施および草稿の作成；SF, YO は原稿への示唆および研究プロセス全体への助言。全ての著者は最終原稿を読み、承認した。

文 献

- Abel J., Pring A., Rich A., et al. (2013): The impact of advance care planning of place of death, a hospice retrospective cohort study, *BMJ Support. Palliat. Care*, 3(2), 168–173.
- Bakitas M., Lyons K. D., Hegel M. T., et al. (2009): Effects of a palliative care intervention on clinical outcomes in patients with advanced cancer The Project ENABLE II Randomized Controlled Trial, *JAMA*, 302(7), 741–749.
- Cohen A., Nirenberg A. (2011): Current practices in advance care planning: implications for oncology nurses, *Clin. J. Oncol. Nurs.*, 15(5), 547–553.
- Degenholtz H. B., Rhee Y., Arnold R. M. (2004): Brief communication: the relationship between having a living will and dying in place, *Ann. Int. Med.*, 141(2), 113–117.
- 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: randomised controlled trial, *BMJ*, 23, 340: c1345.
- 福本恵, 榎本妙子, 滝下幸栄 (1999): 高齢者の終末期の看取りに関する研究 (1 報) 遺族に対する質問紙調査結果, 京都府医大医療技短大紀, 9(1), 35–44.
- Fukui S., Kawagoe H., Sakai M., et al. (2003): Determinants of the place of death among terminally ill cancer patients under home hospice care in Japan, *Palliat. Med.*, 17(5), 445–453.
- Fukui S., Yoshiuchi K., Fujita J., et al. (2011): Japanese people's preference for place of end-of-life care and death: A population-based nationwide survey, *J. Pain Symptom Manage.*, 42(6), 882–892.
- Gomes B., Higginson I. J. (2006): Factors influencing death at home in terminally ill patients with cancer: systematic review, *BMJ*, 332, 515–521.
- Gomes B., Higginson I. J., Calanzani N., et al. (2012): Preferences for place of death if faced with advanced cancer: a population survey in England, Flanders, Germany, Italy, the Netherlands, Portugal and Spain, *Ann. Oncol.*, 23(8), 2006–2015.
- 早瀬仁美, 森下利子 (2008): 終末期がん患者の在宅移行を支援する看護師の認知, 高知女大看会誌, 33(1), 39–47.
- 樋口京子, 近藤克則, 牧野忠康, 他 (2001): 在宅療養高齢者の看取り場所の希望と「介護者の満足度」に関連する要因の検討—終末期に向けてのケアマネジメントに関する全国訪問看護ステーション調査から—, 厚生指針, 48(13), 8–15.
- 伊賀瀬道也, 中村俊平, 越智雅之, 他 (2007): 末期がん患者の在宅療養の取り組み—退院支援の標準化に関する研究—, 日老医誌, 44(6), 734–739.
- Ikezaki S., Ikegami N. (2011): Predictors of dying at home for patients receiving nursing services in Japan: A retrospective study comparing cancer and non-cancer deaths, *BMC Palliat. Care*, 10, 3.
- 伊木雅之, 緒方昭, 梶田悦子, 他 (2001): 高齢者の療養と死亡の場所に影響する要因に関する疫学調査, 日公衛誌, 2, 87–93.
- 医療経済研究機構 (2006): 訪問看護利用者における終末期ケアに関する調査研究. Retrieved from <http://www.ihep.jp/publications/report/search.php?y=2006> (2016 年 12 月 10 日検索)
- 加利川真理, 小河育恵 (2013): ギアチェンジ期にあるがん患者の療養場所の移行を支援する一般病棟看護師の困難さ, ヒューマンケア研究学会誌, 4(2), 7–16.
- 葛西好美 (2006): 末期がん患者の病院から在宅への移行期における訪問看護師の認識と判断, 日がん看会誌, 20(2), 39–49.
- 川越厚 (2013): がん患者の在宅ホスピスケア (第 1 版), 医学書院, 東京.
- 木澤義之 (2012): 「もしも……」のことをあらかじめ話しておいたらどうなるか? 緩和ケア, 22(5), 399–402.
- 厚生労働省 (2014): 人口動態統計. Retrieved from <http://e-stat.go.jp/SG1/estat/List.do?lid=000001137965> (2016 年 9 月 5 日検索)
- Li J. Y., Liu C., Zou L. Q., et al. (2008): To tell or not to tell: attitudes of Chinese oncology nurses towards truth telling of cancer diagnosis, *J. Clin. Nurs.*, 17(18), 2463–2470.
- Munday D., Petrova M., Dale J. (2009): Exploring preferences for place of death with terminally ill patients: qualitative study of experiences of general practitioners and community nurses in England, *BMJ*, 339, b2391.
- Miyashita M., Misawa T., Abe M., et al. (2008): Quality of life, day hospice needs, and satisfaction of community-dwelling advanced cancer patients and their caregivers in Japan, *J. Palliat. Med.*, 11(9), 1203–1207.
- Miyata T., Tachimori H., Takahashi M., et al. (2005): Disclosure of cancer diagnosis and prognosis: a survey of the general public's attitudes toward doctors and family holding discretionary powers, *BMC Med. Ethics*, 31, 447–451.
- 日本看護協会 (2008): 訪問看護事業所数の減少要因の分析及び対応策のあり方に関する調査研究事業.
- 西川満則, 三浦久幸, 松浦俊博, 他 (2011): 高齢者総合的機能評価とがん医療—アドバンス・ケア・プランニングによる治療選択と在宅緩和ケア—, 癌と化療, 38(10), 1577–1581.
- Peters L., Sellick K. (2006): Quality of life of cancer patients receiving inpatient and home-based palliative care, *J. Adv. Nurs.*, 53(5), 524–533.
- 佐藤泉, 山本則子, 竹森志穂, 他 (2011): 終末期の訪問看護における時期別の期間と訪問頻度の違い—がんとがん以外の事例の比較—, 日看科会誌, 31(1), 68–76.

- 佐藤一樹, 宮下光令, 森田達也, 他 (2007): 一般集団における終末期在宅療養の実現可能性の認識とその関連要因, *Palliative Care Res.*, **2**(1), 101-111.
- Seo M., Tamura K., Shijo H., et al. (2000): Telling the diagnosis to cancer patients in Japan: attitude and perception of patients, physicians and nurses, *Palliat. Med.*, **14**, 105-110.
- Silveira M. J., Kim S. Y., Langa K. M. (2010): Advance directives and outcomes of surrogate decision making before death, *N. Engl. J. Med.*, **362**(13), 1211-1218.
- Stein R. A., Sharpe L., Bell M. L., et al. (2013): Randomized controlled trial of a structured intervention to facilitate end-of-life decision making in patients with advanced cancer, *J. Clin. Oncol.*, **31**(27), 3403-3410.
- 杉谷藤子, 吉岡佐知子, 吉川洋子, 他 (2011): 人権を尊重する視点からの「終末期に関する調査」報告 (Part III), *看護*, **63**(1), 96-99.
- 田宮菜奈子, 荒記俊一, 七田恵子, 他 (1990): ねたきり老人の在宅死に影響を及ぼす要因—往診医の存在, 年齢との関係を中心に—, *日公衛誌*, **1**, 33-38.
- 田代志門, 藤本稯彦, 相澤出, 他 (2013): 病院勤務医のがん患者への予後告知の現状—在宅緩和ケア遺族調査から—, *緩和ケア*, **23**(5), 411-415.
- 谷口友理, 松浦和代 (2005): がん患者の在宅ターミナルケアへの移行過程に関する研究, *日看研会誌*, **28**(4), 27-42.
- 恒藤暁 (1999): 最新緩和医療学, 最新医学社, 大阪.
- WHO (1997): WHOQOL Measuring Quality of Life. Retrieved from http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf (2016 年 12 月 10 日検索)
- 山田雅子, 井伊久美子, 上野桂子, 他 (2008): 高齢者のターミナルケア・看取りの充実に関する調査研究事業報告書, 社団法人全国訪問看護事業協会.