

**訪問看護師による終末期がん患者とその家族への  
死亡場所の意思決定支援  
： 訪問看護師の視点から**

**SUPPORT BY VISITING NURSES FOR PATIENTS WITH  
END-STAGE CANCER AND THEIR FAMILY TO MAKE A  
DECISION ON WHERE TO DIE  
： The Viewpoint of Visiting Nurses**

**石川 孝子  
Ishikawa , Takako**

2015 年度 博士（看護学）論文

指導教員： 福井 小紀子

日本赤十字看護大学大学院  
看護学研究科

## 抄録

### I. 研究の背景

終末期に自宅死亡を希望する人は多く、一般国民を対象とした調査では 40～60%と報告されているが、自宅で最期を迎えた人は 12.8%にとどまっている。がん患者に限定した自宅死亡率は 8.9%であり、死亡場所の希望と実際の隔たりがさらに大きいことが推察される。終末期がん患者や家族の生活の質（Quality of Life; 以下 QOL）は低く、療養の場は QOL 改善に影響することから、がん患者の死亡場所の希望と実際の隔たりを縮小していくことが課題である。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および家族に予後理解を促すこと、希望死亡場所を確認し調整すること、といった死亡場所の意思決定支援を実践することが重要である。終末期がん患者への訪問看護師の支援は、希望死亡場所を実現する上で効果的であるとされている。しかし、訪問看護師による死亡場所の意思決定支援の実態は捉えきれていない現状である。このため、訪問看護師のよりよい死亡場所の意思決定支援の実践に寄与する関連を、多面的に明らかにすることが求められる。

### II. 研究の目的

- ① 訪問看護師が終末期がん患者およびその家族に対して実践する、死亡場所の意思決定支援の各構成要素についての実態を明らかにする。
- ② 訪問看護師が終末期がん患者および家族に対して実践する、死亡場所の意思決定支援と患者の希望死亡場所での死亡の実現との関連、および死亡場所の意思決定支援が行われるための訪問看護師からみた関連要因（看護師要因、医師要因、患者・家族要因）を明らかにする。

### III. 研究方法

#### A. 本調査で用いる概念枠組みと測定用具の完成

まず、概念枠組みとその構成要素を導くために、文献検討を行い、終末期がん患者の死亡場所の意思決定支援である、予後理解を促す支援と希望死亡場所の確認と調整の構成要素、および死亡場所の意思決定支援が行われるための関連要因を明らかにすること、および文献検討にて得られた概念枠組みとその構成要素が現場に即したものになっているかという調査の適切性、本調査で使用する概念枠組みの検討を行うことを目的に、予備調査としてインタビューを実施した。関東近郊にある在宅看取りを実施している訪問看護ステーションで、終末期がん利用者の終末期ケアを担当する 4 名の訪問看護師に対して、インタビュー時の直近にがんで死亡した患者各 2 名計 8 名について、患者属性、死亡場所、家族

属性、患者および家族の希望死亡場所、患者および家族の予後理解の程度、希望死亡場所の確認と調整をどのように行ったか、予後理解を促す支援をだれがどのように行ったかを尋ねた。死亡場所の意思決定支援を主として構成する要素として、文献検討と予備調査から導かれた予後理解を促す支援と希望死亡場所の確認と調整の2つに着目して、繰り返し丁寧に読み解釈をした。

文献検討の結果、希望する死亡場所を実現することは、終末期がん患者の QOL を高めるうえで必要な可能性があるが、日本においては ACP の実態が明らかになっていないため、ACP の知見を集積する必要があることが明らかになった。そして、得られた結果から概念枠組みを作成した。次に、インタビュー調査により3点の結果を得た。第一に、死亡場所の意思決定支援の構成要素として、予後理解を促す支援には【余命告知の確認】、【未告知の対応】、【余命の理解度の確認】、【生活上に関する予後の説明】があげられ、希望死亡場所の確認と調整には【希望死亡場所の確認】、【家族調整】が導かれた。第二に、死亡場所の意思決定支援では、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の支障の見通しについて、患者・家族が理解できるように伝えることが重要であり、これを【生活上に関する予後の説明】と定義した。第三に、死亡場所の意思決定支援が行われるための、訪問看護師からみた関連要因として看護師要因7項目、医師要因5項目、患者・家族要因7項目に分類され、概念枠組みとその構成要素の修正を行った。

次に、概念枠組みの完成および測定用具の適切性を評価し、その内容妥当性を含む調査の実施可能性、調査で得られたデータの分布やどの程度良質なデータが得られるかを検討し、測定用具を完成することを目的として、全国訪問看護事業協会正会員リストより無作為抽出した訪問看護ステーション100ヶ所で訪問看護を利用し、がんで死亡した患者を主に担当する訪問看護師38名（回収率39.2%）を対象にプレテストを実施した。回答内容をもとに概念枠組みとその構成要素の修正を行い、訪問時期を3期（訪問初期・悪化期・臨死期）に分けて死亡場所の意思決定支援の実施状況を捉えることができるように、測定用具を修正した。さらに、修正をした測定用具に対して訪問看護師6名に意見を求め、調査項目を完成した。

## **B. 調査方法**

全国訪問看護事業協会正会員リストより無作為抽出した1,000事業所のうち、3週間以上自宅で過ごした終末期がん患者を受け持った訪問看護師に、無記名式自記式質問紙調査

を実施した。調査項目は、1) 患者の死亡場所、2) 患者と家族の希望死亡場所、3) 訪問時期別の死亡場所の意思決定支援、4) 看護師要因：①属性、②教育、③職場環境、④経験、⑤人間関係の構築、⑥予後理解を促す支援の認識、⑦ターミナルケア態度尺度、5) 医師要因：①自宅看取りの知識・経験、②自宅看取りへの姿勢、③多職種連携、④コミュニケーション、⑤予後理解を促す支援の認識、6) 患者・家族要因：①属性、②病状・状態、③家族関係、④終末期への姿勢、⑤告知、⑥余命の理解度、⑦社会資源の活用である。

分析は、まず、希望死亡場所での死亡の実現および患者と家族の希望死亡場所の一致の評価は  $\kappa$  係数、訪問時期別の希望死亡場所および死亡場所の意思決定支援の実施状況は Q 検定で検証した。次に、希望死亡場所での死亡の実現および生活上に関する予後の説明の実施の有無を従属変数として、ロジスティック回帰分析を行った。

なお、日本赤十字看護大学研究倫理審査委員会の承認（第 2015-66）を受け、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。

#### IV. 結果

##### （１）対象者、患者の概要

1,000 通郵送（不達等 107 通）し、259 通の回答が得られた（回収率 29.0%）。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。回答した対象者である訪問看護師の特性は、女性 95.2%、平均年齢  $48.0 \pm 7.8$  歳、患者の特性は男性 53.5%、平均年齢  $74.7 \pm 13.6$  歳であった。

##### （２）死亡場所の実際と希望

患者の死亡場所は自宅 65.0%、病院 33.4%、施設 1.6%であった。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%、希望が実現したのは 73.8%であった。

##### （３）死亡場所の意思決定支援の実態と希望死亡場所での死亡の実現との関連

訪問全時期を通じて患者に対して看護師が実施した死亡場所の意思決定支援は、余命の告知の確認 79.7%、未告知の対応 8.7%、余命の理解度の確認 58.3%、生活上に関する予後の説明 37.7%、希望死亡場所の確認 86.9%であった。希望死亡場所の確認は高い割合であったが、予後理解を促す支援の実施は低い割合であった。家族に対しては、余命の告知の確認 91.7%、余命の理解度の確認 93.1%、生活上に関する予後の説明 84.6%、希望死亡場所の確認 97.5%、家族調整 37.6%であった。いずれの支援も、家族に対して実施する方が、患者に実施するよりも高い割合であった。

##### （４）訪問時期別の死亡場所の意思決定支援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と関連したのは、訪問全時期を通じて希望死亡場所の確認(調整オッズ比: 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)、悪化期の生活上に関する予後の説明(2.44: 1.05-5.66)であった。そして、生活上に関する予後の説明に関しては、「説明なし」に比べ、「複数回の説明あり」(2.94: 1.33-6.49)、「医師と看護師が説明」(3.37: 1.51-7.56)、「患者と家族に説明あり」(3.72: 1.57-8.78)のほうが有意に希望死亡場所での死亡の実現と関連していた。

また、看護師が訪問初期に生活上に関する予後を説明することに、影響を及ぼす関連要因として有意な関連が認められた変数は、看護師要因として、①終末期がん患者の自宅看取り経験が年間5人以上であること(オッズ比: 95%信頼区間 1.75: 1.01-3.05)、②生活上に関する予後の説明は看護師が実施すべきと認識していること(2.19: 1.04-4.59)、③患者への生活上に関する予後の説明の必要性を認識していること(1.56: 1.08-2.25)、患者・家族要因として、④患者への余命の告知あり(2.61: 1.45-4.70)の4項目であった。

## V. 考察

訪問看護師が患者に対して実施する死亡場所の意思決定支援のうち、予後理解を促す支援の実施は、低い割合であった。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、「生活上に関する予後」についての側面があり、「生活上に関する予後」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。患者への死亡場所の意思決定支援は、残された人生を「どうしていきたいか」を患者自身が考える機会を与えるといった、患者のQOLを考える実践である。一方で、悪化期において訪問看護師は、家族に対して「最終的な」死亡場所の確認または決断をしてもらう必要にせまられる。そのため、家族に対して実施する方が、患者に実施するよりも高い割合となっていたのではないかと考えられる。

患者の希望死亡場所は、一度決めても揺れがあるため、訪問全時期を通じて希望死亡場所の確認をしていくことが重要であり、悪化期に起こる症状の急激な変化を予測して生活上に関する予後の説明をすることが重要であることが示唆された。生活上に関する予後の説明は、生活行動の支援者でもある看護師が、看護ケアの提供とともにその役割を担える可能性が十分あると思われる。しかし、余命の告知に対して積極的ではない医師や家族、および患者が存在することも確かである。患者の身近な存在である看護師は、患者の望んでいることを把握することに努め、時には医師および家族へ適切に働きかけることにより、患者に対して予後理解を促す支援を行うことが重要である。

## I. Objective

Decision-making by patients with end-stage cancer about their preferred place of death requires support for their understanding of life expectancy and confirmation and adjustment of their chosen place of death. We examined support by visiting nurses for patients with end-stage cancer and their family in making a decision on where to die and how this decision is influenced by factors related to this support.

## II. Methods

A study was conducted using an anonymous questionnaire completed by visiting nurses. Questions examined place of death, support for decision-making about this place, and factors associated with nurses, physicians, patients and families. Univariate analysis of the process of the patient's choice of the place of death was performed using support for decision-making factors as dependent variables. Logistic regression was then conducted using items with  $p < .10$  as independent variables. The study was approved by the institutional review board of the Japanese Red Cross College of Nursing.

An "explanation of prognosis related to daily life" is defined as explaining probable daily disabilities until death due to disease progression in patients with end-stage cancer, in order to make patients and families understand the condition and to have a quiet death.

## III. Results

A total of 1,000 institutions were randomly chosen nationwide and requested to participate in the survey by providing up to 2 cases. A total of 259 responses (29.0%) based on 376 cases were received, and 374 of these cases were analyzed.

Regarding the place of death, 65.0% of patients died at home, 33.4% at hospital, and 1.6% at facilities. Among patients who were close to death, 60.4% wished to die at home, 20.3% at hospital, and 1.6% at facilities. Overall, 73.8% of patients died at their chosen place. The level of support for patients to make a decision on where to die was lower than that for their families. The percentage of patients who received an explanation of prognosis related to daily life was particularly low.

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 receiving an explanation of prognosis related to daily life (2.44, 1.05-5.66) at the progression stage. Factors related to death at the desired place included "Frequent explanation" (2.94, 1.33-6.49), "Explanation given by physicians and nurses" (3.37, 1.51-7.56), and "Explanation given to patients and their family" (3.72, 1.57-8.78).

Factors related to the explanation given by nurses in a early home visit included experience of home care for at least 5 patients with end-stage cancer (odds ratio: 1.75, 95% confidence interval: 1.01-3.05), recognition of the explanation by the nurse (2.19, 1.04-4.59), recognition of the need for an explanation to patients (1.56, 1.08-2.25), and notification of limited life expectancy (2.61, 1.45-4.70).

#### IV. Discussion

Support by visiting nurses for patients with end-stage cancer and their family regarding the decision on where to die is likely to be related to death at the desired place, but relatively few patients received an explanation of life expectancy from nurses. Therefore, nurses need to provide more support to patients through cooperation with doctors and families.

## 目次

I. 研究の動機と背景	1
II. 文献検討	4
A. 死亡場所の意思決定支援における希望死亡場所での死亡の実現を可能にする要因とQOL	4
B. 終末期の意思決定支援	6
1. 予後理解を促す支援	8
a. 予後理解を促す支援に関する看護師要因	11
b. 予後理解を促す支援に関する医師要因	12
c. 予後理解を促す支援に関する患者・家族要因	13
2. 希望死亡場所の確認と調整	14
a. 希望死亡場所の確認と調整に関する看護師要因	15
b. 希望死亡場所の確認と調整に関する医師要因	15
c. 希望死亡場所の確認と調整に関する患者・家族要因	16
3. 文献検討のまとめ	16
III. 研究の目的	19
IV. 研究の意義	20
V. 研究方法	21
A. 研究デザイン	21
B. 文献検討から導いた概念枠組みとその構成要素の適切性の検討（予備調査：インタビュー調査）	21
1. 予備調査（インタビュー調査）の概要	21
2. 研究参加者、対象者の概要	22
3. 予備調査（インタビュー調査）の結果	22
4. インタビュー調査の結果による概念枠組みとその構成要素の修正	23
C. 整理された概念枠組みに基づき作成した測定用具の適切性の評価および調査の実施可能性の検討（予備調査：プレテスト）	24
1. 予備調査（プレテスト）の概要	24
2. 対象者、患者の概要	25
3. 予備調査（プレテスト）の結果	25
4. プレテストの考察および概念枠組みとその構成要素および測定用具の修正	26



D. 本調査で用いる概念枠組みおよび測定用具の完成	27
E. 用語の定義	28
1. 終末期	28
2. 希望死亡場所での死亡の実現	28
3. 死亡場所の意思決定支援	29
a. 余命告知の確認	29
b. 未告知の対応	29
c. 余命の理解度の確認	29
d. 生活上に関する予後の説明	29
e. 希望死亡場所の確認	30
f. 家族調整	30
4. 訪問時期	30
a. 訪問初期	30
b. 悪化期	30
c. 臨死期	30
F. 測定用具	30
1. 希望死亡場所での死亡の実現	30
2. 死亡場所の意思決定支援	31
3. 死亡場所の意思決定支援を行うための看護師要因	31
a. 基本情報	31
b. 予後理解を促す支援の認識	31
c. ターミナルケア態度	32
4. 死亡場所の意思決定支援を行うための医師要因	33
5. 死亡場所の意思決定支援を行うための患者・家族要因	33
G. 調査方法	34
1. 母集団と標本抽出	34
2. 調査対象患者条件	34
3. データ収集方法	34
4. 調査期間	35
H. データ分析方法	35
I. 倫理的配慮	36

1. 研究の同意	36
2. 研究結果の発表	37
3. 研究に伴って予想される利益と不利益	37
VI. 結果	38
A. 対象者、患者の概要	38
B. 患者の希望死亡場所での死亡の実現の実態	39
1. 患者の実際の死亡場所と患者および家族の希望死亡場所	39
2. 患者と家族の希望死亡場所の一致	40
3. 患者および家族の希望死亡場所の推移	40
C. 訪問看護師が実施した訪問時期別の死亡場所の意思決定支援	41
1. 訪問看護師による死亡場所の意思決定支援の実態	41
2. 訪問看護師による死亡場所の意思決定支援に関する訪問時期別の実施状況	42
D. 訪問看護師が実施した訪問時期別の死亡場所の意思決定支援と希望死亡場所での死亡の実現との関連	42
1. 訪問看護師が患者に対して実施した訪問時期別の死亡場所の意思決定支援と希望死亡場所での死亡の実現との関連：単変量解析の結果	42
2. 訪問看護師が患者に対して実施した訪問時期別の死亡場所の意思決定支援と希望死亡場所での死亡の実現との関連：多変量解析の結果	43
3. 生活上に関する予後の説明と希望死亡場所での死亡の実現の実態	44
a. 生活上に関する予後の説明と患者と家族の希望死亡場所の一致および患者の希望死亡場所の表明との関連	44
b. 回数別の生活上に関する予後の説明と希望死亡場所での死亡の実現との関連	45
c. 実施者別の生活上に関する予後の説明と希望死亡場所での死亡の実現との関連	45
d. 対象者別の生活上に関する予後の説明と希望死亡場所での死亡の実現との関連	46
E. 訪問看護師が患者に対して訪問初期に生活上に関する予後の説明を実施することの関連要因	46
1. 訪問看護師が患者に対して訪問初期に生活上に関する予後の説明を実施することに影響を及ぼす要因の検討：単変量解析の結果	46

2. 訪問看護師が患者に対して訪問初期に生活上に関する予後の説明を実施すること に影響を及ぼす要因の検討：多変量解析の結果	47
VII. 考察	48
A. 患者の希望死亡場所での死亡の実現の実態	48
B. 訪問看護師による死亡場所の意思決定支援の実態	49
C. 訪問看護師が実施した死亡場所の意思決定支援と希望死亡場所での死亡の実現との 関連	53
D. 生活上に関する予後の説明と希望死亡場所での死亡の実現の実態	54
1. 生活上に関する予後の説明と希望死亡場所での死亡の実現との関連	54
2. 回数別の生活上に関する予後の説明と希望死亡場所での死亡の実現との関 連	55
3. 実施者別の生活上に関する予後の説明と希望死亡場所での死亡の実現との関 連	56
4. 対象者別の生活上に関する予後の説明と希望死亡場所での死亡の実現との関 連	57
E. 訪問看護師が患者に対して訪問初期に生活上に関する予後の説明を実施することの 関連要因	58
F. 看護への示唆	60
G. 研究の限界	63
VIII. 結論	66
謝辞	68
文献	69

## 図表・資料 目次

図1. 文献検討より整理された概念枠組みとその構成要素	18
図2. 文献検討およびインタビュー調査の結果より整理された概念枠組みとその構成要 素	24
図3. 概念枠組み	28
表1. 死亡場所の意思決定支援が行われるための看護師要因	81
表2. 死亡場所の意思決定支援が行われるための医師要因	82
表3. 死亡場所の意思決定支援が行われるための患者・家族要因	83

表 4. 患者および家族の死亡場所の実際と希望	84
表 5. 患者と家族の希望死亡場所の一致の状況	85
表 6. 患者および家族の訪問時期別の希望死亡場所の人数とその差異	86
表 7. 訪問時期別患者の希望死亡場所と実際の死亡場所	87
表 8. 訪問時期別家族の希望死亡場所と患者の死亡場所	88
表 9. 訪問看護師が実施した訪問時期別死亡場所の意思決定支援と希望死亡場所での死亡 の実現との関連	89
表 10. 訪問看護師が実施した訪問時期別死亡場所の意思決定支援の実施状況	90
表 11. 訪問看護師が患者に対して実施した訪問時期別死亡場所の意思決定支援と希望死亡 場所での死亡の実現との関連	91
表 12. 訪問看護師による生活上に関する予後の説明と患者と家族の希望死亡場所の一致と の関連	92
表 13. 回数別の生活上に関する予後の説明と希望死亡場所での死亡の実現との関 連	92
表 14. 実施者別の生活上に関する予後の説明と希望死亡場所での死亡の実現との関 連	92
表 15. 対象者別の生活上に関する予後の説明と希望死亡場所での死亡の実現との関 連	93
表 16. 訪問看護師が患者に対して訪問初期に生活上に関する予後の説明を実施することの 看護師要因	94
表 17. 訪問看護師が患者に対して訪問初期に生活上に関する予後の説明を実施することの 医師要因	95
表 18. 訪問看護師が患者に対して訪問初期に生活上に関する予後の説明を実施することの 患者・家族要因	96
表 19. 訪問看護師が患者に対して訪問初期に生活上に関する予後の説明を実施することの 関連要因	97
資料 1. 予備調査：対象者概要	98
資料 2. 予備調査：対象者（訪問看護師）の特性	99
資料 3. 予備調査：患者の特性	100
資料 4. 予備調査：訪問看護師の死亡場所の意思決定支援と結果	101
資料 5. 調査票対応表	102

資料 6. 調査票 . . . . .	103
資料 7. 研究依頼書（管理者用） . . . . .	108
資料 8. 参加依頼書（訪問看護師用） . . . . .	109
資料 9. FAX 返信シート . . . . .	110
資料 10. 調査票のお礼と催促の連絡 . . . . .	111

## I. 研究の動機と背景

終末期医療に関する国内外の調査報告書によると、死期が迫っている場合の療養場所として、多くの人は自宅で療養することを望んでいる（Fukui, Yoshiuchi, Fujita, et al., 2011; Gomes, Higginson, Calanzani, et al., 2012; 厚生労働省, 2008; Sanjo, Miyashita, Morita, et al., 2007）。研究者が修士論文として調査した都市部の一般市民に対する終末期意識調査の結果でも、47.7%が自宅療養を望んでいた（石川・福井・澤井, 2014）。しかし、実際は自宅死亡の割合が漸減し続け、1951 年は 82.5%であるのに対して、2012 年は 12.8%（厚生労働省, 2012b）である。健康保険法の改正による訪問看護制度が 1994 年、介護保険制度が 2000 年に施行し、在宅医療・ケアシステムが整備され十数年経過したが、いまだに終末期の療養場所・死亡場所について一般国民の希望と実際との間で隔たりがみられており、自宅における終末期医療・ケアが普及していない状況である。

日本の高齢化率は 2010 年では 23.0%（厚生労働省, 2012b）、2025 年には 30.3%（国立社会保障・人口問題研究所, 2012）にのぼると推計され、上昇している。これに伴い年間の死亡者数も増加し、ピークを迎える 2040 年には 166.9 万人が亡くなると推定されている（国立社会保障・人口問題研究所, 2012）。このような超高齢化社会、多死社会の到来により増加が見込まれる医療費の抑制を目的として、政策的にも、自宅で最期を迎える終末期患者の割合（自宅死亡率）を増やすという目標が掲げられ、終末期患者に対する在宅医療の推進に重点が置かれてきている。がん罹患数も、人口の高齢化に伴い増加している。2008 年のがん罹患数は 1985 年の約 2 倍となっている。2012 年の生涯がんに罹患する割合は、男性 58.0%、女性 43.0%であり、生涯がんで死亡する割合は、男性 26.0%、女性 16.0%（公益財団法人がん研究振興財団, 2013）を占めていた。しかしながら、がん患者に限定した自宅死亡率は 8.9%（厚生労働省, 2012b）にとどまっていた。終末期がん患者や家族の生活の質（Quality of Life; 以下 QOL）は低く（Miyashita, Misawa, Abe, et al., 2008）、希望する療養の場で過ごすことや死亡することは QOL 改善に影響する（Peters, & Sellick, 2006）ことから、終末期がん患者の死亡場所についての希望と実際の隔たりを少なくすること、つまり自宅死亡を希望する場合には自宅で、病院死亡を希望する場合は病院で最期を迎えるといった希望死亡場所を実現することは重要な課題である。

研究者がこれまでに行った終末期がん患者を担当した訪問看護師へのインタビュー調査の中で、「一度病院に行って、よくなったら帰ってこよう。」「病院に行ったらよくなるも

のと思っていました。」といった残された時間（予後：今後の病状についての医学的な見通し）を知らないがために希望死亡場所（自宅）での死亡が実現できなかった残念な事例を経験した一方で、予後を理解していない主介護者に対して、「そろそろですよ・・・」という医師や訪問看護師の言葉を聞いて主介護者が予後を理解し、患者の希望する自宅看取りを覚悟し、自宅看取りに至った事例を聞く機会があったことから、医療従事者が患者や家族に予後理解を促すことにより、漠然とした不安の解消や希望を表明し、希望死亡場所での死亡が実現することが多いのではないかと考えた。

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, Pring, Rich, et al., 2013; Hughes, Bath, Ahmed, et al., 2010; Meeussen, Van, Echteld, et al., 2011; Stein, Sharpe, Bell, et al., 2013; Somogyi-Zalud, Masaki, et al., 2010）など多くの有効性が明らかにされ、レビュー論文としてもまとめられている（Lorenz, Lynn, Dy, et al., 2006; Walling, Lorenz, Dy, et al., 2008）。米国、豪州、ドイツ、スペイン、シンガポール、香港では ACP プログラムの一つとして Respecting Choice の導入（片山, 2014）、米国、豪州、ドイツではアドバンス・ディレクティブ（Advance Directives; 以下 AD）作成の法制化（濱吉・河野, 2012）など ACP の実施が国の政策として位置付けられた。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。それまでは終末期の意思決定支援や ACP の内容の一つである AD に関する研究が実施されていたが、有効性に関する研究は少ない。このように、欧米と日本では意思決定支援に関する進度の違いが顕著であるが、その理由として考えられることは、終末期がん患者の療養場所が欧米では在宅が主体であるのに対して、日本では主として病院であるという医療体制の違い（福井, 2007）、医療制度や法律の状況、医療・介護・家族の価値観の違い、文化的背景等があげられ、これらを十分考慮することが必要となる。

がん患者の多くが希望する死亡場所である自宅死亡の関連要因として、先行研究では、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, Kawagoe, Sakai, et al., 2003; Gomes & Higginson, 2006; 鈴木央・鈴木荘一, 2005）、患者と家族の希望が一致していること（Grande & Ewing, 2008; 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（早瀬・森下, 2008）が明らかになっている。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（谷口他, 2005）につながっており、患者

への告知が必要である。ところが、患者への病名の告知は進んでいるものの、治癒の見込み、余命予測は告知が進んでおらず（田代・藤本・相澤他, 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、といった終末期の意思決定支援を実践することが重要である。

Fukui, Fujita, Tsujimura, et al. (2011) は、日本で訪問看護を利用することにより自宅死亡率は現行の 1 割未満から 5 割程度まで高まることを明らかにした。さらに、熟練訪問看護師の実践として、患者との信頼関係を有しているため、ACP のファシリテーターとして適任であること（片山, 2014）、死を肯定的に捉え（久山・吉岡, 2014）、病棟看護師と比較して死の看取り満足度が高い（横尾・吉原・松島他, 2010）ことがあげられている。以上より、終末期がん患者への熟練訪問看護師の支援は効果的であると考えられる。この熟練訪問看護師による効果的な支援をより確実に提供していくために、ACP がより適切にできる状況を捉えることが重要となる。しかしながら、日本における終末期がん患者の死亡場所の意思決定支援に関する研究は、一般病棟の看護師要因を対象にしたものが多く（早瀬他, 2008; 河野, 2014; 大川・吉田・藤田他, 2006; 吉田亜・藤田・大川他, 2006）、訪問看護師の研究は質的な研究のみ（松村・川越, 2001a; 吉田亜他）である。このため、多面的に訪問看護師のよりよい ACP 実施に寄与する関連を検討することが求められる。そこで、本研究では、訪問看護師が患者および家族に対して実践する死亡場所の意思決定支援の各構成要素についての実態、希望死亡場所での死亡の実現との関連、およびその関連要因を明らかにすることが必要であると考えた。



## II. 文献検討

終末期がん患者の QOL 向上に寄与すると考えられている訪問看護師が実践する終末期がん患者への死亡場所の意思決定支援の関連要因と、そのアウトカムである希望死亡場所での死亡の実現に関する文献を探索するために、主なキーワードを「看護師」「訪問看護師」「意思決定支援」「希望死亡場所」「がん」「終末期ケア」「緩和ケア」「告知」「在宅」「QOL」とし、医中誌 WEB の文献検索データベースより 36 件の文献を得た。同様に、海外文献については、主なキーワードを「nurse」「district nurse」「home care nurse」「advance care planning」「decision support」「place-of-death」「cancer」「end-of-life care」「palliative care」「truth telling」「home」「QOL」とし、Pub Med の文献検索データベースより 38 件の文献を得た。なお、「告知」「truth telling」を含めた理由は、希望実現のために不可欠な余命の理解の前提である告知の現状を把握する必要があると考えたためである。

得られた文献を概観し、A. 死亡場所の意思決定支援における希望死亡場所での死亡の実現を可能にする要因と QOL、B. 終末期の意思決定支援についての必要性、定義や構成要素、終末期の意思決定支援全般に関する有効性、希望死亡場所での死亡の実現との関連に関する文献をまとめた。次に、希望死亡場所での死亡の実現には、医療従事者が患者および家族への余命の告知の有無を確認し、予後の理解度を確認し、理解をしていない場合には予後理解を促す支援を実施するといった予後理解を促す支援と、患者が表明した希望死亡場所を医療従事者が確認し、患者と家族との間で不一致がある場合にはその調整を行うといった希望死亡場所の確認と調整が重要である可能性があるため、B-1. 予後理解を促す支援、B-2. 希望死亡場所の確認と調整それぞれの有効性に関する文献、関連要因に関する文献について検討した。

### A. 死亡場所の意思決定支援における希望死亡場所での

#### 死亡の実現を可能にする要因と QOL

希望死亡場所での死亡の実現に関する文献は、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った。Fukui et al. (2003) は、全国の訪問看護ステーションで終末期がん患者を受け持つ訪問看護師 465 人に質問紙調査を実施し、在宅死亡の関連要因を分析した結果、患者の希望（オッズ比 2.19）を報告した。Gomes et al. (2006) は、がん患者の自宅死亡に関する 58 論文のシステマティックレビューの結果、希望死亡場所の

表明は自宅死亡の重要な要因であったと報告している。Ikezaki et al. (2011) は、日本で訪問看護を利用して死亡したがん患者 1,664 名の調査結果から、患者と家族の両方が自宅死亡を希望した場合（オッズ比 57.0）に比べ、患者が望んでも家族が望まなかった場合（オッズ比 4.7）は、自宅死亡の可能性が 10 分の 1 以下であったことを報告している。Grande et al. (2008) の調査では、患者と家族の両方で死亡場所の意向が記録に残っていたケースにおける自宅死亡の達成は、患者と家族の両方が在宅死を望んだ場合 169 人中 122 人 (72.2%) であったのに対し、患者が望んでも家族は望まなかった場合は 32 人中 8 人 (25.0%) にとどまった。鈴木他 (2005) は、5 年間 74 人のターミナルケア症例を検討した結果、自宅死亡を可能にする要因として、「本人・家族の在宅死希望」が抽出され、家族・本人の意思確認が最も重要であると述べている。患者の希望死亡場所の表明は、自宅死亡の実現のための重要な要因である。しかし、患者と家族の両方が自宅死亡を希望した場合に比べ、患者が望んでも家族が望まなかった場合は自宅死亡の可能性が低く、患者と家族の希望の一致が患者の希望死亡場所での死亡の実現に関連していることが示唆された。

終末期がん患者が希望死亡場所を実現することには、QOL 向上の効果があるといわれている。終末期がん患者の QOL は低いことが指摘されている (Miyashita, Misawa, Abe, et al., 2008)。米国東部の三大がんセンター 215 名の告知を受けた入院および外来がん患者のうつ有病率は、全体の 38% であった (Derogatis, Morrow, Fetting, et al., 1983)。日本の調査結果でも、精神科医が面接して調べた結果、54% の患者に何らかの精神科診断がつけられ

(Minagawa, Uchitomi, Yamawaki, et al., 1996)、武居・伊藤・狩野他 (2005) は、外来で化学療法を行っているがん患者は、正常成人と比較して明らかに状態不安得点が高く、不安が強いものが多いと報告している。これは、がん患者は死への不安および恐怖、家族や医師への依存、人生目標の中断、人間関係の途絶、容姿の変貌、倦怠・痛み・においなどの不快感といった多くのストレスを伴うことによると考えられ、がん患者がもつ不安、恐怖、パニック、抑うつなどの精神的な反応は、最初に病院で受診するときから始まり、検査、診断、がん告知、治療、リハビリテーション、末期がん、終末期に至るまでさまざまに続く (河野・神代, 1995)。WHO は、QOL を「個人が生活する文化や価値観の中で、目標や期待、基準また関心に関連した自分自身の人生の状況に関する認識」と定義し、①身体的領域、②心理的領域、③自立のレベル、④社会的関係、⑤環境、⑥精神性／宗教的／信念の 6 つの概念に分類している (河野他)。つまり、QOL の概念には居住環境を含む環境が含まれているということである。Peters et al. (2006) は、オーストラリアの主要な緩和ケ

アセンターでリクルートされた 58 人の終末期がん患者（32 人は入院患者、26 人は自宅療養患者）にインタビュー調査を実施した結果、自宅療養患者は、入院患者よりも有意に高い QOL であったことを報告している。そのため、「自宅死亡を希望する場合には自宅で、病院死亡を希望する場合は病院で最期を迎える」といった希望する死亡場所を実現することは、終末期がん患者の QOL を高めるうえで必要なことであると考えられる。

## B. 死亡場所の意思決定支援

終末期の意思決定支援には ACP がある。ACP は、1990 年代にアメリカで終末期や同意能力を失った患者の意思決定をめぐる様々な問題を機に、その必要性が議論されるようになった意思決定支援の方法論である。ACP とは、National Health Service のガイドライン（NHS, 2008）によると意思決定能力がなくなった時に備えて、あらかじめ自分が大切にしていること、治療や医療に関する意向、代理意思決定者などについて患者・家族とあらかじめ話し合うプロセスのことである。NHS の ACP の内容（要素）には、患者や家族が病状や予後について理解すること、個人の関心や希望、重要な価値やケアのための個人的な目標、介護や治療の好みや希望が含まれる（pp. 4-5）。これらの希望を口頭および書面で残すことが AD である。大関（2012）によると「AD とは、患者（あるいは健常者）が将来判断能力を失った時に、自らに行われる医療行為に対する意向を前もって示すことと定義され、内容として①医療行為に関して医療者側に指示をする、②自らが判断できなくなった際の代理意思決定人を表明するという 2 つが含まれるものである。①を文章で示したものがリビングウィル（living will）と呼ばれる。リビングウィルに関しては、記載の難しさや一般市民の知識不足などの問題点などが指摘され、Emanuel, Danis, Pearlman, et al.（1995）は、単なるコンサルテーションや書面記載だけではなく、終末期医療における患者の意向表明プロセスを Advance Care Planning と呼んで紹介した。事前指示との大きな違いは、単に指示を記載することだけではなく、話し合いのプロセスを重視している点にある。」とされている。

欧米では ACP の有効性に関する研究がこの 10 数年で様々なされている。Detering, Hancock, Reade, et al.（2010）は、メルボルンの 1 つの大学病院において、80 歳以上の入院患者 309 例（疾患は心疾患・呼吸器疾患・転倒事故などが主体）を対象に、通常ケアに加えて ACP を行った群（介入群：154 例）と、通常ケアのみを行った群（コントロール群：155 例）とを比較した介入研究を実施した。その結果、6 ヶ月以内で死亡した 56 例の患者

は、終末期の意思は介入群でより明確にされ、それに従った終末期を過ごした（介入群 29 例中 25 例 86%、コントロール群 27 例中 8 例 30%、 $p<.001$ ）。介入群は、コントロール群と比較して死亡した患者家族の PTSD（Post Traumatic Stress Disorder; 心的外傷後ストレス障害）（介入群 5 例、コントロール群 15 例、 $p<.001$ ）、不安（介入群 0 例、コントロール群 3 例、 $p=.02$ ）、およびうつ傾向（介入群 0 例、コントロール群 5 例、 $p=.002$ ）の頻度が低かった。家族が認識する患者の満足度（ $p<0.001$ ）と家族の満足度（ $p=0.02$ ）も介入群で高かった。この研究の対象者にがん患者は含まれていないが、ACP 実践の効果を示す重要なエビデンスとなる研究である。終末期がん患者の効果を検証した研究では、Mack, Cronin, Keating, et al. (2012) は、アメリカの 1,231 人のステージⅣの肺および結腸直腸癌患者に、前向きコホート研究を実施した結果、早期の end-of-life (EOL) ディスカッションは、化学療法（ $p=.003$ ）、急性期医療（ $p<.001$ ）、またはいずれかの積極的なケア（ $p<.001$ ）を含めた積極的な治療減少と関連し、ホスピスケアを受ける（ $p<.001$ ）こと、ホスピスを早期に開始する（ $p<.001$ ）可能性が高かったと報告した。Abel et al. (2013) は、2 年半の間にホスピスに入院して死亡したすべての患者 969 人の後ろ向きコホート研究の結果、550 人（57.0%）は ACP を実践し、ACP の実践が自宅死亡とコスト削減に関連したと報告している。Hughes et al. (2010) は、イギリスの一般診療医 2,096 名（回収率 60.0%）に横断的無作為郵送調査を実施した結果、8.4%が ACP を実施し、ACP の実施によりがん患者の自宅死亡の割合が増加することを報告している。Meeussen et al. (2011) は、ベルギーとオランダの一般開業医に質問紙調査を実施した結果、1,072 人の非突然死患者のうち約 1/3 に ACP が実施され、癌で死亡（オッズ比 1.46; 95% 信頼区間 1.1-2.0）、自宅で死亡（2.16; 1.5-3.0）が ACP 実践に関連していたことを報告している。Stein et al. (2013) は、オーストラリアの 120 名の進行癌患者を対象として、積極的介入による意思決定支援の効果を検証する無作為化比較試験（対照: 無介入）を行った結果、情報パンフレットとディスカッションによる介入は、院内死頻度を低下させた（19.0% vs. 50.0%）と報告している。Chan et al. (2014) は、香港の 108 組の患者とその家族介護者にホームケア提供者である 58 人の看護師によって 8 週間の ACP を含む在宅緩和ケアプログラムを提供した結果、患者は予後を理解し、死亡場所を決定したことを報告している。

一方日本では、このような介入研究は皆無で、その重要性が指摘され始めたところである。その理由として、終末期がん患者の療養場所について、欧米では在宅が主であり、ACP が促進されているのに対して、日本では主として病院であり、ACP が促進されていないと

いう相違が指摘されている（福井, 2007）。木澤（2012）は ACP について「自分がこれから重篤な病気や状態になった時に、どこでどのようにどうやって過ごしたいかを話し合うプロセス」であると定義した。また、西川・三浦・松浦（2011）は、がん医療における ACP の重要なテーマとして治療選択と未選択と中止（手術・抗がん剤・放射線療法）、居住系施設を含む在宅緩和ケアへの移行、終末期の場の選択（療養場所・最期の場所）をあげている。いずれも 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た。

ACP に関する患者や家族側の課題については、そのひとつとして、終末期特有の病状や予後の理解の程度があげられる。竹之内（2012）は、米国で看護師として働き、身近で ACP の大切さを体験した経験をもとに ACP における看護師の役割として、①患者や家族の、予後に関する理解を促すこと、②患者とのやり取りの中から、患者が大切にしていること、希望や目標を知ること、③②を患者や大切な人に共有し、絆を深められるよう患者をエンパワーすることと述べている。Barnes, Jones, Tookman, et al.（2007）は、22 人のがん患者にフォーカスグループインタビューをした結果、ACP の内容として診断および予後の理解、医療専門家、親しい人、親族とのコミュニケーションのレベル、健康の悪化可能性と将来の治療についての意思決定などとし、ACP を議論するためのタイミングとして、患者が予後不良と理解したときが最適であることを明らかにした。終末期がん患者の希望死亡場所での死亡の実現にむけての支援として、予後理解を促すことが重要視されていた。

以上より、ACP のうちの死亡場所の意思決定支援の構成要素として、予後理解を促す支援と希望死亡場所の確認と調整の 2 つが導き出され、まず予後理解を促す支援をしていくことが必要であることが明らかになった。そこで、死亡場所の意思決定支援の 1 つ目である予後理解を促す支援について述べる。

## 1. 予後理解を促す支援

Lorenz et al.（2008）は、緩和ケアと終末期ケアを改善するための介入についてのエビデンスを評価する目的で 33 のシステマティックレビューおよび 89 の介入研究をレビューした結果、患者が自分自身の予後を理解することは、希望死亡場所の意思決定のために重要であると強調している。谷口他（2005）は、在宅・病院でがん患者を看取った主介護者 15 名（病院死亡 13 名、自宅死亡 2 名）を対象に非構成的面接を実施した結果、「病名の告知」

「不治の告知」「余命の告知」が自宅死亡実現に関連する可能性がある」と報告している。Aabom, Kragstrup, Vondeling, et al. (2005) は、デンマークで癌で死亡した 3,445 人の患者の後ろ向きコホート研究の結果、正式なターミナル診断は入院を減少させ、自宅死亡の可能性を増加したと報告している。Chen, Lin, Liu, et al. (2014) は、台湾全国の 24 病院の末期がん患者 2,188 人に質問紙調査を実施した結果、予後を知っていると自宅死亡の希望を表明する ( $p=0.032$ ) と報告している。田中・小川・池谷他 (2007) は 2005 年 4 月から 2 年間にチームが介入した患者 566 例のがん告知率を調査し、「告知なし」11%、「原疾患まで」28.0%、「転移まで」52.0%、「予後まで」9.0%であり、「告知なし」は高齢、女性で有意に高いこと、「告知なし」は圧倒的に死亡退院となったが、「予後まで」は在宅・転院の転帰をたどる割合が高く、予後を伝えることで患者は残された人生に対する目標を持ち、それを達成すべく行動していることが想定されると述べている。Tang, Liu, Tsai, et al. (2008) は、台湾全体の 24 病院から末期がん患者とその家族 1,108 組の質問紙調査を実施した結果、余命告知は、患者・家族の希望死亡場所の一致を促進し、家族介護者の介護負担が軽減すると報告した。Justo, Simms, & Harding, et al. (2009) は、キューバの進行癌患者 91 人の緩和的アウトカムスケール調査を実施した結果、診断を知っていた（告知 41.0%、患者自らが気づく 9.0%）患者は、不安が軽減したと報告した。予後理解の中でも、生命に関する予後の理解を促すことが、自宅死亡の実現、希望死亡場所の表明、患者と家族の希望の一致につながっており、さらに患者・家族の不安の軽減、家族の介護負担の軽減につながることから、患者への告知が必要である。

患者・家族への「告知」の現状として、告知を含む終末期ケアに対する考え方は、文化の違いが影響する (Bou, 2013)。患者の自律、自己決定に重きを置いた米国では、1977 年頃にはがん告知がほぼ 100%に近づいた (岩崎・大森, 2012; 正木, 1996)。一方、日本では、1990 年代初頭から、医師は徐々に患者にがん診断を知らせ始めた (Miyata, Tachimori, Takahash, et al., 2005)。日本医師会の生命倫理懇談会 (1992) は、「末期医療に臨む医師の在り方」の中で「原則として病名は告知すべきである」とし、余命についても「患者が生前に計画を立てられる様に期間を示す事も必要」と述べた (正木)。しかしながら、1994 年に厚生省が行った末期がん患者を直接ケアした遺族 1,590 名 (回答率 83.6%) を対象に「病名の情報開示」について面接調査を行った結果では、直接がんということを本人が告知されていたのはわずかに 20.2%であった。2013 年に在宅支援診療所医師に実施したがん患者の遺族への調査結果 (田代他, 2013) では、患者への病名の告知は 76.6%に実施されてい

たものの、質的予後（治癒の可能性）は 46.2%、量的予後（余命の予測）は 24.5%にとどまった。在宅医学会大会に参加した医師 123 人（急性期病院医師：35 名、地域医師：88 名）の調査結果（沼田・清水・東間, 2006）では、急性期医師の告知に関する回答は「病名はするが余命告知はしない」25.7%、「病名・余命の告知をする」28.6%、「家族の希望に沿う」が 42.9%であり、1/4 は「余命告知をしない」であった。日本では、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、終末期がん患者の希望死亡場所確認のうえでも影響している可能性がある。

訪問看護師による終末期がん患者と家族への支援について、葛西（2006）は、訪問看護師 5 名の参加観察および半構成的面接の結果、訪問開始準備期に患者・家族の病状受け止めを確認し、病院医療者による病状説明を促し、症状出現時に患者家族に真実を伝えることで、残された時間の過ごし方を自己決定でき、納得のいく最期を迎えられると述べている。園田・石垣（2007）は、関東 2 カ所、東海 1 カ所、関西 2 カ所の訪問看護師 5 名に半構成的面接を実施した結果、患者の死が間もないと予測される状況における家族間での希望死亡場所の意向不一致の際には、家族に在宅療養決定を急き立てる実践を行うことを明らかにした。これら 2 論文に共通していることは、看護技術の提供とともに生活への支援者でもある訪問看護師により「症状出現時」「患者の死が間もないと予測される状況」といった生活上の変化を及ぼし始めるときに病状やこれからの症状について説明がされ、終末期の場の選択（療養場所・最期の場所）や過ごし方を話し合っていることである。希望死亡場所での死亡の実現のためには、予後理解を促す支援として、生命に関する予後の理解である余命の告知を進めていくとともに、生活上の変化に着目し、それを患者および家族に説明することが有効である可能性が考えられた。

次に、本研究において死亡場所の意思決定支援の関連要因を検討するにあたって、これまで実施されたがん患者の意思決定支援の関連要因に関する研究の概念モデルを検索した。Gomes et al.（2006）は終末期がん患者の自宅死亡実現をアウトカムとした系統的レビューを行い、終末期がん患者の自宅死亡の関連要因として、疾病要因（がんの種類、疾患の期間、機能状態）、個人要因（人口統計学的属性、社会的情勢、希望の表明）、環境要因（ヘルスケア、社会サポート、マクロ社会的要因）の 3 つに包括的に整理した。がん患者の意思決定支援の関連要因を検討した先行研究では、この概念モデルを利用し、病院から在宅療養への移行支援の実施の関連要因を看護師要因、病院・病棟要因、患者・家族要因の 3 側面で検討されている（福井, 2007）。そこで、本研究でも Gomes et al.の概念モデルを一部

応用し、①看護師要因（環境要因）、②訪問看護師からみた医師要因（環境要因）、③患者・家族要因（疾病要因、個人要因、環境要因）の3側面から包括的に検討することとした。まず、死亡場所の意思決定支援の一つである予後理解を促す支援に関する現時点で明らかにされた関連要因についての知見をまとめる。

#### a. 予後理解を促す支援に関する看護師要因

Cohen, & Nirenberg (2011) は、ACP の看護師の実践に関する論文をレビューした結果、看護師の情報の欠如、役割認識、看護師の態度があることを報告した。Huang, Tang, Liu, et al. (2014) は、台北がんセンターの看護師 70 名に質問紙調査を実施した結果、末期についての真実の説明をしたことがある看護師の関連要因として、ロジスティック回帰分析の結果、患者と「蘇生措置拒否 (do not resuscitate ; DNR)」について話すことの困難が少ないこと、病棟での末期についての真実の説明をすることの承認の度合いが高いこと、がん患者の看護経験を抽出した。大山・狩野・神田 (2000) は、がん専門病院の看護者は「患者の知る権利」「患者の希望」を大切にしたが、一般病院の看護者は「家族の希望」を優先しており、それは、一般病院よりがん専門病院の方がより多くのケースを経験することで、がん患者の反応パターンがわかっており、対応する手段を持っているのではないかと考察している。

河野 (2014) は、病棟に勤務する看護師 428 名に質問紙調査を実施した結果、死について語るができない看護師は 63.8%であり、患者と死について語るができる看護師ほど患者・家族への余命の確認を積極的に実施していたと報告している。吉田亜他 (2006) は、9 つの総合般病院の病棟・地域連携相談室・訪問看護ステーションでがん患者のケアを 5 年以上実践している看護師 15 名（勤務場所の内訳は不明）に半構成的面接を実施した結果、終末期がん患者の在宅ケアへの移行に向けての取り組みの阻害要因として「予後告知がされていないので在宅ケアへの移行について話題にできない」「本人が病状を知らないため、在宅へ移行する気にならない」をあげ、それを【在宅ケアへの移行に対する看護師の消極的態度】とカテゴリー化し、終末期の療養の場を決定していく上で患者や家族の意向を十分確認できないまま、医療者のこれまでの経験や地域の終末期医療に対する考え方などを判断基準に用いていること、人間の生死について語り合うことのできない人間関係構築などの力量の問題があること、患者への病名告知を促すことにより意思決定を支える、という看護援助が提供できていない問題点があることを指摘している。終末期患者へ向き



合う姿勢など看護師のターミナルケア態度が、予後理解を促す支援に関連している可能性が明らかになった。

川上・大町（2003）は、医師 5 名・看護師 6 名に面接をともなった参加観察を実施した結果、医師と看護師はがん告知の主導権は医師にあり、看護師の告知の役割を医師の不十分な部分の補足、医師の行った説明内容に自己の言動を統一させること、と認識していたことは看護の専門家としての主体的な行動をおこしておらず、受動的な行動にとどまっていると述べている。Li et al.（2008）は、中国の 243 人のオンコロジー看護師に質問紙調査を実施した結果、告知は担当医によって行われるべきであるが、告知のプロセスに看護師が重要な役割を果たしていると報告した。Georgaki, Kalaidopoulou, Liarmakopoulos, et al.（2002）はギリシャのオンコロジー専門看護師 148（回収率 74%）に質問紙調査を実施した結果、看護師の 83.8%は患者に病気が不治であることを告げず、86 人（58.1%）が医師のみが真実を明らかにするべきと考えていることを報告した。Huang et al.（2014）は、真実を告げることは医師の役割である、と看護師のほとんどが認識しているが、70.6%は予後の説明を行ったことを報告した。狩野・大山・神田（2000）は、告知の際には患者に最も身近に接する看護者の意見や判断が必要であり、患者の精神的サポート役としても看護師の役割は特に重要であると述べている。医療従事者の予後理解を促す支援の認識が、予後理解を促す支援に関連していることが明らかになった。一般的に予後理解を促す支援の役割の主導権は医師にあると認識しているため、看護師が予後理解を促す支援を行うことを阻害する可能性があることが示唆された。

以上より、予後理解を促す支援に関する看護師要因として、「経験（終末期がん患者の看護経験）」、「職場環境（承認の度合い）」、「予後理解を促す支援の認識」、「ターミナルケア態度」があげられた。

#### **b. 予後理解を促す支援に関する医師要因**

田中他（2007）は、一般病院医師 68 名（回収率 76%）に告知に関する質問紙調査を実施した結果、全医師は告知が必要と考えているが、経験年数が少ないほど「家族に聞いてから告知を決める」割合が高かったと報告している。Jiang, Li, Liu, et al.（2006）は、中国のオンコロジー医師 232 人（回収率 90.6%）に質問紙調査を実施した結果、患者が早期がんの方が末期がんに比べ真実を告げるべきであり（ $p<.001$ ）、医師の専門性により真実を告げる態度が異なっていたと述べている。大山他（2000）は、がん専門病院に入院中のがん

患者 186 名と、10 施設の一般病院に入院中のがん患者 412 名について病名告知についての病棟責任者（看護師）記載による一斉調査を実施した結果、医師の告知状況は、「がんまたは悪性腫瘍」として真実を告げている割合が、がん専門病院では 84.4%であり、一般病院の 54.1%に比べると約 30.0%高くなっており（ $p<.001$ ）、この原因として、がん専門病院は患者の年齢が若く、早期がんの占める割合が高いこと、一般病院は入院中のがん患者を取り巻く環境条件が整っていないことを考察した。Keating, Landrum, Roger, et al. (2010) は、アメリカの 4,074 人の医師に質問紙調査、ロジスティック回帰分析を実施した結果、患者と予後について議論することの関連要因として、外科医や腫瘍内科医、年齢が若い、男性、末期患者を多く受け持つ、患者と終末期のオプションを議論する十分な知識があげられたことを報告している。

以上より、予後理解を促す支援に関する医師要因として、「年齢」、「性別」、「経験」、「専門性」、「知識」があげられた。

#### c. 予後理解を促す支援に関する患者・家族要因

朝日新聞（2013）は、2,322 人（回収率 77.0%）の死生観に関する全国世論調査の結果、「治る見込みのない病気で余命が限られていることがわかった場合」に、自分の余命を知らせてほしい人は 76.0%であったが、家族に余命は知らせたくない 52.0%、知らせたい 37.0%であると報告した。日本では、医療に関する意思決定は家族主体で行われている（沼田他, 2006）。狩野他（2000）は、810 名の入院がん患者の担当看護師に質問紙調査を実施した結果、「家族の希望」が患者本位の告知を行う上での障壁になっていることを明らかにした。吉田智・小島（2006）は、緩和ケア病棟に入院中の 75 歳までの成人患者 8 名にインタビュー調査を実施した結果、緩和治療・ケアの場の決定時には必ず家族が関わっており、家族が決定過程に影響する要因として大きな力を持っていたと報告した。藤本・橋口・上野他（2004）は、大腸癌術後に原癌死した 187 症例中 95 例の遺族に質問紙調査を実施した結果、告知に関しては遺族の考えが強く反映されており、患者と家族の告知への意見が乖離する場合は、家族が反対しても患者が希望するなら告知すべきと回答したものが 50.0%であったと報告している。

以上より、予後理解を促す支援に関する患者・家族要因として、家族主体の意思決定があげられた。

これまで、死亡場所の意思決定支援の構成要素の 1 つ目である予後理解を促す支援に関

する有効性についての文献、関連要因に関する文献を述べた。次に、2 つ目である希望死亡場所の確認と調整について述べる。

## 2. 希望死亡場所の確認と調整

Degenholtz, Rhee, & Arnold. (2004) は、1993 年から 1995 年の研究期間内に死亡（突然死、予期せぬ死亡を除外）した 70 歳以上の高齢者 539 人は、ACP によりリビングウィルを持った高齢者の方が自宅死亡を実現したことを報告し、医師は、ACP プロセスを通して、死亡場所の患者の希望を議論するべきであると述べている。Jeurkar, Farrington, Craig, et al. (2012) は、自宅死亡を希望する進行がん患者がその希望を実現するためのホスピスの役割として、ホスピスケア開始時に死亡場所の希望の質問を組み込むこと、疼痛緩和や事前指示など自宅死亡の関連要因について、必要な患者に適切なケアを提供すること、ケアの目標を明らかにすることであると報告している。日本においても、看護師と医師の意見の一致や、患者の在宅希望と医療者の方針の一致が在宅移行の実現に結びついていた（早瀬他, 2008）ことや、要介護高齢者あるいは家族の意向を訪問看護師が把握していた場合には要介護高齢者の実際の死亡場所が意向通りになる割合が高かった（佐々木・新井・荒井, 2008）ことが報告されている。

日本における死亡場所の確認に関する実態について、小林・川瀬・中村他（2003）は、病院死した患者の 33.0%は死を迎える場所について意思を確認されていないか、自宅の希望があったにもかかわらず病院死であったと述べている。福井（2007）は、在宅療養移行を希望した末期がん患者および家族はいずれも 6 割であったのに対して、実際に在宅療養移行を検討した患者は 3 人に 1 人の割合（33.4%）であり、入院中の末期がん患者の在宅療養移行の検討が希望に沿って十分に行われていない可能性があると述べている。福本・榊本・滝下（1999）は、京都市内の訪問看護ステーションを利用した死亡者 80 名（回収率 55.6%）の遺族に質問紙調査を実施した結果、希望死亡場所の表明率は 31.0%であったと報告した。樋口・近藤・牧野他（2001）は、全国の訪問看護を利用して死亡した 65 歳以上の高齢者 1,305 人に質問紙調査を実施した結果、希望死亡場所の意思確認をしたのは文書 6 人（0.5%）、口頭 314 人（24.1%）、希望なし 345 人（26.4%）であり、意思が把握されていなかったのは、意思表示できなかった人（意識障害や痴呆等）218 人（16.7%）を含めて 49.0%であったと報告している。日本では、希望死亡場所確認の割合は低く、訪問看護利用者においても 49.0 から 69.0%と半数以上が確認されておらず、希望死亡場所の確認

の実施率を高めていく必要性がある。

次に、希望死亡場所の確認と調整に関する現時点で明らかにされた関連要因についての知見を①看護師要因、②医師要因、③患者・家族要因の3側面でまとめる。

#### a. 希望死亡場所の確認と調整に関する看護師要因

Munday, Petrova, & Dale. (2009) は、患者と死亡場所について話し合う際の配慮や苦悩について、医療者 36 名（一般医 17 名、訪問看護師 16 名、緩和ケア専門看護師 3 名）にインタビュー調査を実施した結果、患者と向き合うことの困難さ、ターミナルケア態度、コミュニケーションの問題などがあることを報告している。早瀬他（2008）は、在宅移行における阻害要因として、看護師の在宅移行に対する意識の低さからタイムリーな移行支援ができないこと、看護師と医師の意見の一致や、患者の在宅希望と医療者の方針の一致が在宅移行の実現に結びつくこと述べている。松村他（2001a）は、訪問看護経験 5 年未満の訪問看護師 6 名に患者・家族の希望死亡場所不一致の際の支援について半構成的面接にて調査した結果、促進要因として【安定感】【ポジティブな姿勢】【意思決定に関わるという姿勢】【体験】【ケアチーム連携の十分さ】【裁量権があること】の 6 カテゴリーが抽出され、阻害要因として【逃避の姿勢】【意思決定に関われないという認識】【不安】【ケアチーム連携の不十分さ】の 4 カテゴリーが抽出されたことを報告した。

以上より、希望死亡場所に関する看護師要因として、「ターミナルケア態度」、「人間関係の構築（コミュニケーション）」、「多職種連携」があげられた。

#### b. 希望死亡場所の確認と調整に関する医師要因

杉本・近藤・樋口他（2003）は、全国の訪問看護ステーション 1,114 か所に質問紙調査を実施し、重回帰分析をした結果、医師の在宅看取りの積極性が自宅死亡率に関連し（ $p<.01$ ）、終末期の方針確認を行うことが積極姿勢の結果であると考察している。Nakazawa, Kizawa, Maeno, et al. (2013) は、日本のすべてのホスピス緩和ケア認定医に対して ACP についての質問紙調査を実施した。203 人の医師のうち、99 人（回収率 49.0%）から回答が得られ、医師の 86.9%が ACP は効果的な方法であると答えたにもかかわらず、約 50%は ACP を実践していなかったと報告し、患者・家族とのコミュニケーションに焦点をあてた教育をすることが効果的であると述べている。Vleminck, Pardon, Beernaert, et al. (2014) は、フランダース、ベルギーの 36 人の一般開業医の 5 つのフォーカスグループによる話し合い

の結果、治療選択肢についての知識不足、多職種との連携不足が ACP の障壁であると報告した。Keating et al. (2010) は、患者と希望死亡場所の議論をする関連要因としてがん専門以外、年齢が若い、患者と終末期のオプションを議論する十分な知識があげられたと報告している。

以上より、希望死亡場所の確認と調整に関する医師要因として、「年齢」、「専門性」、「知識」、「多職種連携」、「自宅看取りへの姿勢」、「コミュニケーション」があげられた。

### c. 希望死亡場所の確認と調整に関する患者・家族要因

松村・川越 (2001b) は、5 年以上経験のある訪問看護師 5 名に参加観察・インタビューを実施した結果、患者・家族間の死亡・療養場所の選択における意思決定の不一致には過去から繋がる家族の関係性があり、互いを思い合うがために不一致が生じている状況と、家族関係の困難さから感情の行き違い不一致が生じている状況があると述べている。早瀬他 (2008) は、在宅移行における阻害要因として、患者が病状への不安や家族への遠慮から在宅移行を躊躇してしまうこと、家族が介護への不安や無関心から在宅移行を受け入れられないことを明らかにした。石附・和気・遠藤 (2009) は、居宅介護支援事業所利用者 427 人に対して質問紙調査を実施した結果、患者と家族の終末期希望が一致するための一つとして、家族関係がよいことを報告している。Gauthier (2005) は、南東部テキサス州の 2 つの在宅ホスピス機関から募集した 14 人の終末期患者の意思決定要因を調査した結果、身体的な依存が増えること、機能が衰えること、痛みが影響していることを報告している。

以上より、希望死亡場所の確認と調整に関する患者・家族要因として、「病状」、「自宅療養の不安 (病状・介護への不安)」、「介護負担」、「家族関係 (家族への遠慮・介護への無関心)」があげられた。

## 3. 文献検討のまとめ

文献検討の結果、次の 3 点が明らかになった。第一に、希望する死亡場所を実現することは、終末期がん患者の QOL を高めるうえで必要な可能性があることである。希望死亡場所での死亡の実現のために有効な支援の一つとして ACP があげられた。日本においての ACP 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死亡場所の意思決定支援であると考えられた。

第二に、日本においては ACP の実態が明らかになっていないため、ACP の知見を集積

する必要があることである。海外においては、ACP の有効性が介入研究によって検証され、政策的にも位置付けられていた。一方、日本ではこのような介入研究は皆無であり、その重要性が指摘され始めたところである。そのため、日本における ACP である、死亡場所の意思決定支援の実態および、その支援と希望死亡場所での死亡の実現との関連について明らかにすることが必要である。

第三に、死亡場所の意思決定支援およびその支援を行うための関連要因の構成要素が明らかになったことである。患者への病名の告知は進んでいるものの、治癒の見込み、余命予測は告知が進んでおらず、告知を受けていない患者に対して死に対しての会話をすることは難しいため、終末期がん患者の希望死亡場所の確認をしていくことは難しいのではないかと考えられた。そこで、ACP における本研究で扱う死亡場所の意思決定支援について、ACP の前提である予後理解の確認と促進を「予後理解を促す支援」とし、終末期の場の選択を「希望死亡場所の確認と調整」、その結果として希望の場所での死亡となる「希望死亡場所での死亡の実現」と位置付けることとする。終末期がん患者の希望死亡場所を実現するために、在宅においても予後理解を促す支援と希望死亡場所の確認と調整をしていく支援が求められており、予後理解を促す支援のうち生活上の変化を及ぼし始めるときに病状やこれからの症状について説明をすることは訪問看護師もその役割の一端を担っていることが示唆された。そして、死亡場所の意思決定支援に関連する①看護師要因（環境要因）、②医師要因（環境要因）、③患者・家族要因（疾病要因、個人要因）も含め、文献検討より明らかにされた概念枠組みとその構成要素を図 1 に示す。この関連要因を検討することにより、患者に対して死亡場所の意思決定支援を実施するための指標となるであろう。

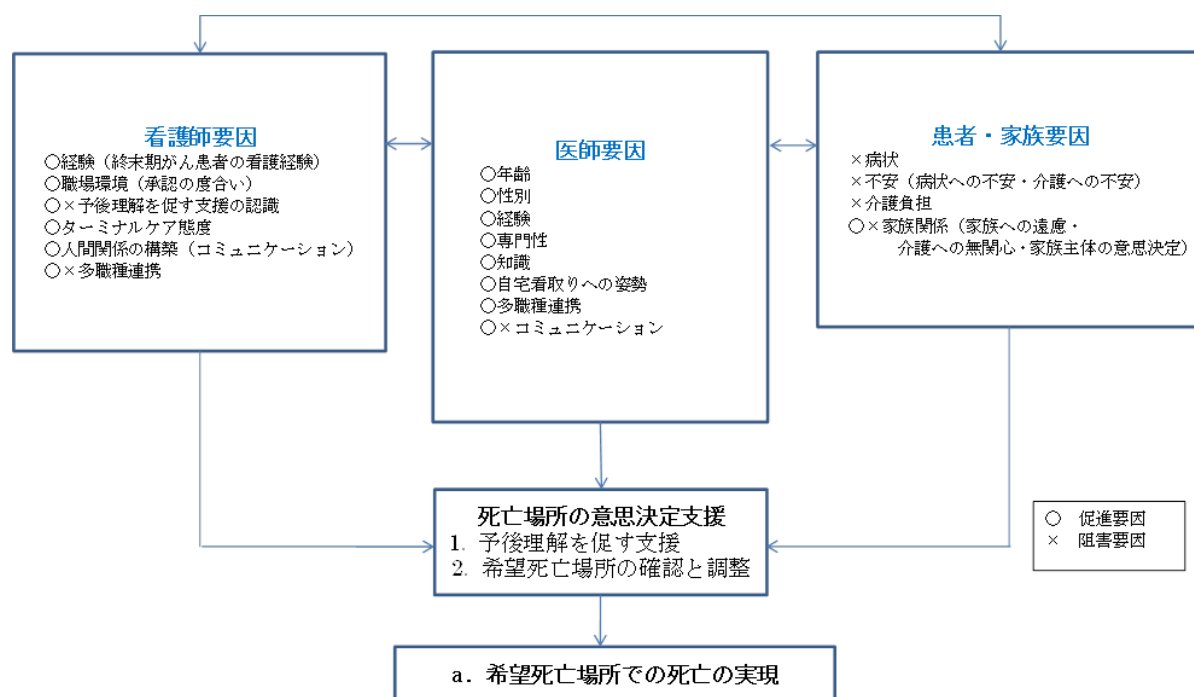


図 1. 文献検討より整理された概念枠組みとその構成要素

### Ⅲ. 研究の目的

本研究の目的は、以下の２点である。

- ① 訪問看護師が終末期がん患者およびその家族に対して実践する、死亡場所の意思決定支援の各構成要素についての実態を明らかにする。
- ② 訪問看護師が終末期がん患者および家族に対して実践する、死亡場所の意思決定支援と患者の希望死亡場所での死亡の実現との関連、および死亡場所の意思決定支援が行われるための訪問看護師からみた関連要因（看護師要因、医師要因、患者・家族要因）を明らかにする。



#### IV. 研究の意義

日本における終末期がん患者の死亡場所の意思決定は、病名告知以外の治癒の見込みや余命予測の告知が進んでいないことから、余命いくばくもない時期となって迫られることが多く、死亡場所の希望と実際との間には隔たりがみられていることから、医療従事者のよりよい支援方法の検討が求められている。特に、訪問看護師は、社会的に看取りを見据えた看護支援が期待されており、終末期がん患者とその家族の意思決定を支援していくスキルは必須といえる。しかしながら、これまで日本で行われた研究は質的研究が大半であり、訪問看護師による死亡場所の意思決定支援の実態は明らかにされてこなかった。

そこで、本研究により、訪問看護師による終末期がん患者およびその家族に対する死亡場所の意思決定支援において、患者および家族の希望死亡場所の変化のパターン化と患者の希望が実現したか否か、患者と家族の希望死亡場所の一致・不一致の状況にともなう死亡場所の意思決定支援の実施状況を可視化できると考える。また、患者の希望死亡場所での死亡の実現のための関連要因を探索することが可能である。これらにより、死亡場所の意思決定支援の実施による希望死亡場所での死亡の実現への効果の実態、適切な支援の実施の状況といった死亡場所の意思決定支援を訪問看護師が実施するための示唆を得ることができ、終末期がん患者とその家族にとって質の高い終末期ケアの提供および QOL 向上に寄与する可能性があると考ええる。

さらに、死亡場所の意思決定支援の関連要因について、看護師、医師、患者家族というそれぞれの側面から多面的に明らかにすることで、訪問看護師が死亡場所の意思決定支援を実施するために必要な支援内容や教育体制を検討するための示唆を得ることができると考える。

これらのエビデンスを基に、訪問看護師が、自宅療養中に患者や家族が納得のいく療養生活を送ることを支援し、QOL を高め、ひいては、患者の希望する死亡場所で最期を迎えられるための意思決定支援のあり方を具体的に提示していきたい。

## V. 研究方法

### A. 研究デザイン

関連探索型研究

### B. 文献検討から導いた概念枠組みとその構成要素の適切性の検討

(予備調査：インタビュー調査)

#### 1. 予備調査（インタビュー調査）の概要

文献検討の結果、次の2点が明らかになった。第一に、死亡場所の意思決定支援である予後理解を促す支援および希望死亡場所の確認と調整は、日本では実践が広まっていない状況であり、実践を普及および浸透するための研究知見の集積が必要である。第二に、死亡場所の意思決定支援の状況、役割、認識、関連要因について調査した文献は少なく、訪問看護師の実践についてはさらに文献が少ないことである。そこで、文献検討から導いた概念枠組みおよびその構成要素の適切性を検討するにあたり、予備調査（インタビュー調査）を実施することにより訪問看護師が関わった在宅終末期がん患者に対する死亡場所の意思決定支援の構成要素およびその関連要因を明らかにすることが必要であると考えた。

まず、インタビュー調査の目的は、次の2点である。第一に、関わった在宅終末期がん患者に対して、死亡場所の意思決定支援である予後理解を促す支援と希望死亡場所の確認と調整の構成要素、および死亡場所の意思決定支援が行われるための関連要因を明らかにすることである。第二に、文献検討にて得られた概念枠組みとその構成要素が現場に即したものであるかという調査の適切性、本調査で使用する概念枠組みの検討の一助とすることである。

次にインタビュー調査の方法である。関東近郊にある在宅看取りを実施している訪問看護ステーションで、終末期がん患者の終末期ケアを担当し、研究への同意が得られた4名の訪問看護師（研究参加者）に対して、インタビュー時の直近にがんで死亡した患者（対象者）2名についてのインタビューを実施した。インタビュー内容は、患者属性、死亡場所、家族属性、患者および家族の希望死亡場所、患者および家族の予後理解の程度、希望死亡場所の確認と調整をどのように行ったか、予後理解を促す支援をだれがどのように行ったかである。さらに、希望死亡場所実現のために意思決定支援を実践することに対する認識や、重要と思われることについて自由に語っていただいた。その内容は、同意を得て

IC レコーダーに録音し逐語録に起こし、死亡場所の意思決定支援である予後理解を促す支援と希望死亡場所の確認と調整の 2 つに着目して繰り返し丁寧に読み解釈をした。なお、日本赤十字看護大学研究倫理審査委員会の承認（第 2014-18）を受けた。

## 2. 研究参加者、対象者の概要

研究参加者である 4 名の訪問看護師は、全員女性、看護師平均経験年数は  $21.9 \pm 10.1$  年、訪問看護平均年数は  $9.1 \pm 5.3$  年、面接時間は、1 事例につき平均  $35.2 \pm 10.0$  分であった。対象者である終末期がん患者 8 名のデータが得られた。対象者は平均年齢  $78.9 \pm 11.0$  歳、男性 4 名、女性 4 名、訪問看護提供期間は平均  $13.1 \pm 12.3$  日であった（資料 1）。

## 3. 予備調査（インタビュー調査）の結果

インタビュー調査により、次の 2 点の結果を得た。第一に、訪問看護師特有の死亡場所の意思決定支援の構成要素を導いた。まず、死亡場所の意思決定支援の構成要素のうち、【予後理解を促す支援】には【余命告知の確認】、【未告知の対応】、【余命の理解度の確認】、【生活上に関する予後の説明】があげられた。訪問看護師は、退院時カンファレンスや病棟からの引継ぎにより余命告知の有無を確認し、医師が使ったそのままの言葉を利用して余命の理解を確認していた。本研究では、これらのことを【余命告知の確認】、【余命の理解度の確認】とした。そして、患者の精神的な崩れを不安に思った家族の心配により告知が行われなかったケースに対し、訪問看護師は患者が納得してケアを受けなければ、患者は「良くなる」という希望を持ち続けてしまうことで、やり残したことを行えなくなってしまうこと、周囲も声掛けに悩むことを家族に説明したうえで、医師に告知を促す支援を行っていた。これを【未告知の対応】とした。このように、訪問看護師は生命に関する予後の理解である余命の告知を進めていくとともに、症状や生活上の変化に着目し、それを患者および家族に説明していた。この説明をすることが有効であり重要な支援である可能性が考えられた。本研究では、これを【生活上に関する予後の説明】とし、着目することとした。

次に、死亡場所の意思決定支援の構成要素のうち、【希望死亡場所の確認と調整】には【希望死亡場所の確認】、【家族調整】があげられた。訪問看護師は家族の希望、不安により患者の希望死亡場所である自宅を受け入れられなかったケースに対して、家族に「病院での医療の限界」や「自宅でも病院と同様の医療が受けられること」について説明を行い、

繰り返し希望死亡場所の確認を行っていた。本研究では、これを【希望死亡場所の確認】とした。そして、訪問看護師は患者および家族の希望死亡場所の不一致があるケースに対し、病院がいいと考えている家族の気持ち、および患者が考えている希望死亡場所を言葉にすることや、家族全員が集まる機会を設けることで患者・家族が希望死亡場所を共有できるような場面作りをしていた。これにより、患者と家族の希望が一致し、患者の希望の実現につながっていた。これを【家族調整】とした。

第二に、文献検討では得ることができなかった訪問看護師特有の死亡場所の意思決定支援の訪問看護師からみた関連要因を捉えた。その内容には、看護師要因として「職場環境（指導者の存在、アセスメント用紙の活用）」、「教育」、「人間関係の構築（訪問期間）」、医師要因として「予後理解を促す支援の認識」、患者・家族要因として「介護者・副介護者の存在」、「病状・状態（予後予測のしやすさ、意識障害、コミュニケーションの障害）」、「終末期への姿勢（余命告知に対する認識）」、「告知」、「余命の理解度」、「社会資源の活用」があげられた。

#### 4. インタビュー調査の結果による概念枠組みとその構成要素の修正

インタビュー調査により、次の2点の概念枠組みとその構成要素の修正が必要であると判断した。第一に、死亡場所の意思決定支援の構成要素の修正である。文献検討では、死亡場所の意思決定支援の構成要素を「予後理解を促す支援」と「希望死亡場所の確認と調整」の2側面とした。インタビュー調査により、訪問看護師特有の死亡場所の意思決定支援の構成要素を詳細に導くことができたため、図1の「文献検討より整理された概念枠組みとその構成要素」にこれらの構成要素を追加し、図2にまとめた。

第二に、図1でまとめた死亡場所の意思決定支援の関連要因に、インタビュー調査の結果から導き出された、訪問看護師からみた構成要素を追加し、看護師要因7項目、医師要因5項目、患者・家族要因7項目に分類し、図2にまとめた。

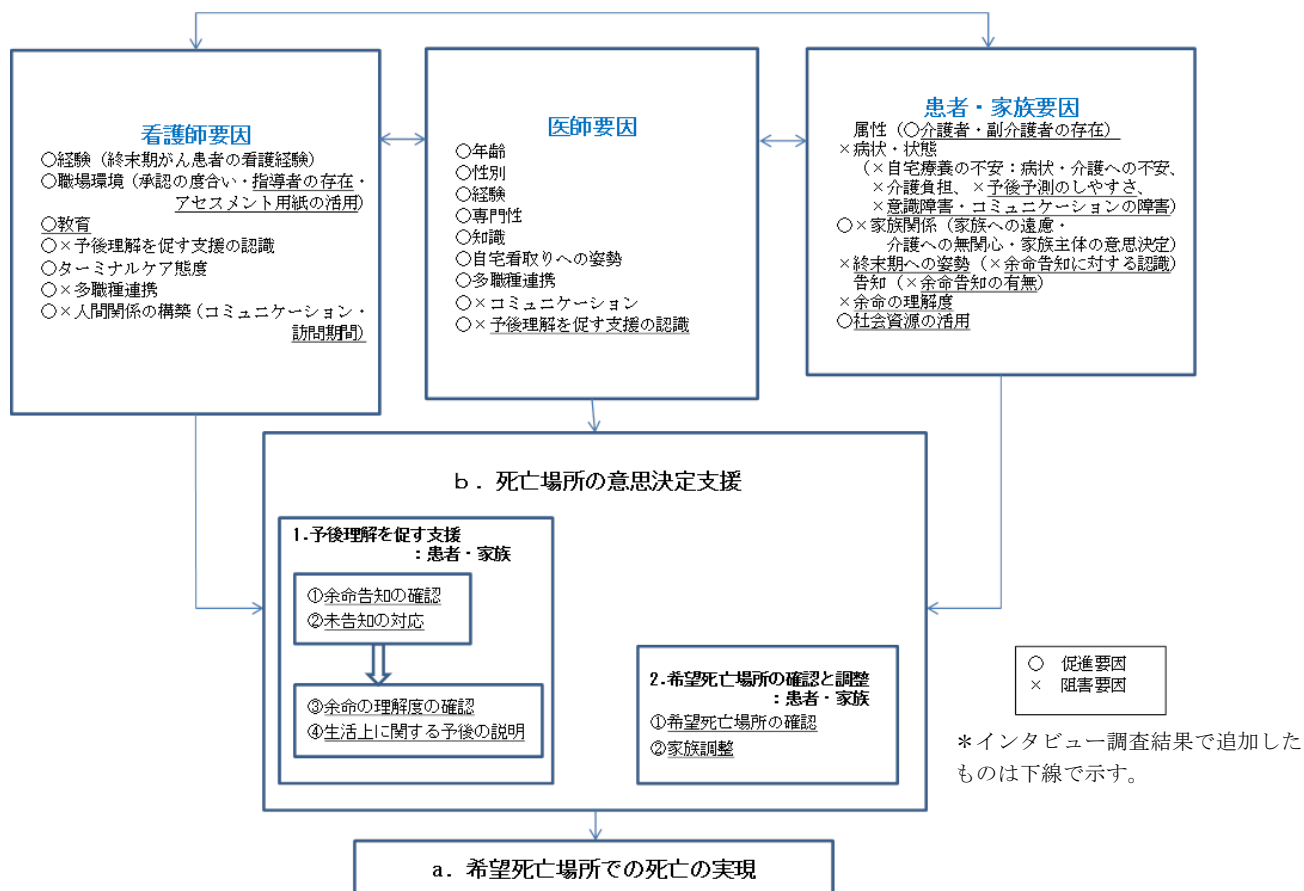


図 2. 文献検討およびインタビュー調査の結果より整理された概念枠組みとその構成要素

### C. 整理された概念枠組みに基づき作成した測定用具の適切性の評価

#### および調査の実施可能性の検討（予備調査：プレテスト）

##### 1. 予備調査（プレテスト）の概要

文献検討および訪問看護師へのインタビュー調査により、訪問看護師特有の死亡場所の意思決定支援の構成要素および関連要因を明らかにしたうえで、概念枠組みとその構成要素を整理し、測定用具を作成した。そこで、次の 2 点の目的で訪問看護師に対してプレテストを実施した。第一に、概念枠組みの完成および測定用具の適切性を評価することである。第二に、測定用具の内容妥当性を含む調査の実施可能性、調査で得られたデータの分布やどの程度良質なデータが得られるかを検討し、測定用具を完成することである。

プレテストの研究方法は次のとおりである。全国訪問看護事業協会正会員リストより無作為抽出した訪問看護ステーション 100 ヶ所で訪問看護を利用し、がんで死亡した患者を主に担当する訪問看護師を対象に終末期がん患者を担当している訪問看護師に、プレテス

トへの協力を依頼した。各変数について記述統計を算出したのち、単変量解析（フィッシャーの正確確率検定およびマンホイットニーU検定）にて希望死亡場所での死亡の実現と死亡場所の意思決定支援との関連、およびその支援の関連要因を明らかにした。なお、日本赤十字看護大学研究倫理審査委員会の承認（第 2014-114）を受けた。

## 2. 対象者、患者の概要

100 事業所に郵送（不達 3 通）し、38 通の回答が得られた（回収率 39.2%）。対象者である訪問看護師は、女性 37 名（97.4%）、平均年齢は  $47.2 \pm 7.4$  歳、看護師平均経験年数は  $23.1 \pm 6.4$  年、訪問看護師平均年数は  $8.4 \pm 6.3$  年であった（資料 2）。

患者の平均年齢は  $71.0 \pm 15.5$  歳、男性 16 名（42.1%）、死亡場所は自宅 29 名（50.5%）、病院 8 名（21.1%）、施設 1 名（2.6%）であった（資料 3）。

また、患者の希望する死亡場所は訪問開始初期には自宅 19 名（50.0%）、病院 4 名（10.5%）、施設 0 名（0%）、決められない 7 名（18.4%）、死亡および入院直前には自宅 25 名（65.8%）、病院 7 名（18.4%）、施設 0 名（0%）、決められない 3 名（7.9%）であり、家族の希望する死亡場所は訪問開始初期には自宅 15 名（39.5%）、病院 10 名（26.3%）、施設 0 名（0%）、決められない 9 名（23.7%）、死亡および入院直前には自宅 26 名（68.4%）、病院 10 名（26.3%）、施設 1 名（2.6%）、決められない 1 名（2.6%）であった。

## 3. 予備調査（プレテスト）の結果

プレテストにより、次の 2 点の結果を得た。第一に、予後理解を促す支援として、余命の理解度の確認は、訪問開始時には患者 9 名（23.7%）・家族 24 名（63.2%）、死亡および入院直前には患者 11 名（28.9%）・家族 26 名（68.4%）に実施し、余命の理解度が十分であったのは患者 3 名（7.9%）、家族 8 名（21.1%）であった。医師および訪問看護師のいずれかが生活上に関する予後の説明をしたのは患者 25 名（65.8%）・家族 33 名（86.8%）であった。そのうち、訪問看護師が説明をしたのは患者 3 名（61.7%）・家族 6 名（85.2%）であった（資料 4）。医師および訪問看護師による生活上に関する予後の説明（訪問看護師のみの実践は 3 名と少ないため、プレテストでは医師および訪問看護師による実践で分析をした）と、希望死亡場所での死亡の実現に関連はみられなかった（ $p=.396$ ）。生活上に関する予後の説明の関連要因を検討したところ、有意な関連および有意な傾向が示されたのは、副介護者が同居していること（ $p=.050$ ）、患者に余命の告知がされていること（ $p=.034$ ）、

患者に認知機能の障害がないこと ( $p=.024$ )、医師のコミュニケーションが優れていること ( $z=1.840, p=.066$ ) の 4 項目であった。

第二に、希望死亡場所の確認と調整として、訪問開始時に患者 30 名 (78.9%)・家族 34 名 (89.5%)、死亡および入院直前には患者 35 名 (92.1%)・家族 38 名 (100%) に希望死亡場所の確認をした (資料 4)。希望死亡場所の確認と、希望死亡場所での死亡の実現に有意な関連がみられた ( $p=.014$ )。希望死亡場所の確認に関連する要因を検討したところ、有意な関連および有意な傾向が示されたのは、訪問看護師の年齢が高いこと ( $z=2.278, p=.016$ )、看護師経験が長いこと ( $z=2.091, p=.035$ )、訪問初期に家族の不安が少ないこと ( $z=2.057, p=.048$ ) の 3 項目であった。

#### 4. プレテストの考察および概念枠組みとその構成要素および測定用具の修正

プレテストで回答された内容に対して、無回答の割合や回答全体の分布に極端な偏りがないかを確認し、質問の仕方の工夫や回答のしやすさについて検討した。それにより、次の 3 点での概念枠組みとその構成要素および測定用具の修正が必要であると判断した。

第一に、生活上に関する予後の説明の定義の修正である。プレテストでは、生活上に関する予後の説明の定義を回答者に明確に伝えられず、実施したと回答する割合が低くなった可能性がある。そのため、生活上に関する予後の説明をすることと死亡場所の実現に関連がみられなかったことも考えられる。訪問看護師のみの実践は 3 名と少ないため、プレテストでは医師および訪問看護師いずれかが生活上に関する予後の説明を実施することと希望死亡場所での死亡の実現との関連を検証した。そのため、プレテストで検定は行っていないが、訪問看護師が生活上に関する予後の説明を実施している 3 名は、すべて希望死亡場所が実現していた。そこで、生活上に関する予後の説明の定義をさらに洗練して明記することとし、データ数を増やし、さらなる分析をしていくことが必要である。

第二に、死亡場所の意思決定支援の実施時期に関する概念枠組みとその構成要素および測定用具の修正である。プレテストでは、生活上に関する予後の説明は一時点で、希望死亡場所の確認は二時点での実施の有無を尋ねた。プレテストへの意見として、生活上に関する予後の説明は複数にわたり説明をすること、医師と看護師両者での説明が実施されることが自由記載に明記されていたため、再度予備調査 (インタビュー調査) の結果を振り返ると、訪問開始時、病状の症状出現時にあわせて病状の説明や病状の変化に応じて死亡場所の希望が実現するかどうかについての複数回にわたる説明、そしてその説明がどのよ

うに理解されているかの確認が行われていた。そこで、調査項目は訪問時期を3期（訪問初期・悪化期・臨死期）に分けて死亡場所の意思決定支援の実施状況を捉えることができるように概念枠組みとその構成要素および測定用具を修正した。

第三に、家族関係に関する測定用具の修正である。「患者と家族が意思表示できる関係性であるかどうか」を質問していたが、回答者には「認知機能障害などにより意思表示できない」ことと混同されていた可能性があるため、項目の表現を修正した。

また、プレテストの回収率が36.8%と低かった。訪問看護師に調査を実施した他の先行研究でも回収率が低いものが多い。比較的回収率の高い（有効回答率69.0%）Fukui et al. (2011)の研究を参考に、本研究が対象とする患者が利用者に含まれない訪問看護ステーションを把握できるように、アンケート調査とは別にFAX返信シートを返すよう依頼することとした。

#### D. 本調査で用いる概念枠組みおよび測定用具の完成

上記の手順により、死亡場所の意思決定支援の構成要素および関連要因に関して、図3に概念枠組みをまとめた。訪問看護師による死亡場所の意思決定支援（概念枠組みb）は、余命告知の確認および未告知の対応を行った後に患者に対して余命の理解度を確認し、訪問開始時や症状出現時にあわせて症状の説明や症状の変化に応じて死亡場所の希望が実現するかどうかについての複数回にわたる説明、そしてその説明がどのように理解されているかの確認や希望死亡場所の確認と調整が繰り返し行われていた。そして、訪問看護師による死亡場所の意思決定支援には、(1) 看護師要因、(2) 医師要因、(3) 患者・家族要因（概念枠組み(1)、(2)、(3)）が関連していた。

その概念枠組みをもとに作成した測定用具は、さらに訪問看護師6名に回答を依頼し、生活上に関する予後の説明の定義が適切に表現されているか、質問の意味および内容が明確に伝わるかについて検討を重ねた。その結果、概念枠組みの各構成要素を表す測定用具の意味は適切に捉えられていることを確認し、測定用具を完成した。



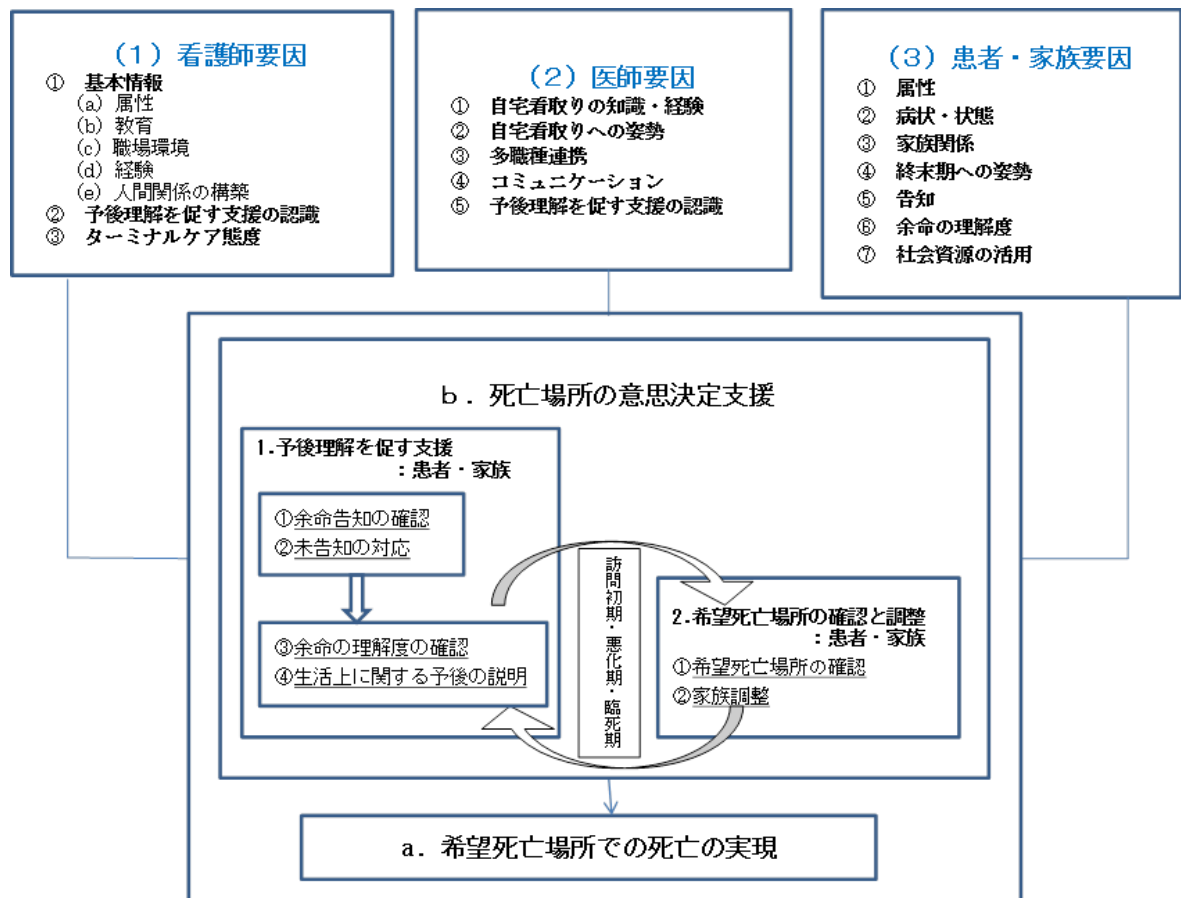


図3. 概念枠組み

## E. 用語の定義

### 1. がんの終末期

病状が不可逆かつ進行性で、その時代に可能な最善の治療によっても病状の好転や進行の阻止が期待できなくなり、近い将来の死が不可避となった状態（日本老年医学会，2001）。

### 2. 希望死亡場所での死亡の実現

希望死亡場所での死亡の実現とは、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が①自宅であった場合に自宅死亡となること、②病院であった場合に病院死亡となることとする。つまり、初回確認時に患者が自宅死亡を希望していたとしても、症状悪化（疼痛や呼吸困難）、不安の増強、介護負担の増加などの理由により最終的に病院を希望し病院で死亡した場合は、希望死亡場所が実現したと判断する。

### 3. 死亡場所の意思決定支援

文献検討および予備調査（インタビュー調査）の結果から、患者が希望死亡場所を表明し、家族との希望の一致を促すことで、希望死亡場所での死亡を実現するための意思決定につながることを導いた。そのための支援として、1. 予後理解を促す支援（①余命告知の確認、②未告知の対応、③余命の理解度の確認、④生活上に関する予後の説明）、および2. 希望死亡場所の確認と調整（①希望死亡場所の確認、②家族調整）が重要であることを導いた。そこで、本研究ではこの2側面に焦点をあて、死亡場所の意思決定支援と定義することとした。

#### a. 余命告知の確認

告知には、「病名の告知」、「不治の告知：治癒の可能性（質的予後）」、「余命の告知：余命の予測（量的予後）」がある（田代他, 2013）。本研究では、主に医師が役割を担う「余命の告知」を、生命に関する予後の説明とし、余命告知の確認とは、生命に関する予後について、医師からの説明を受けているかどうかを確認することと定義した。

#### b. 未告知の対応

生命に関する予後について医師からの説明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と定義した。

#### c. 余命の理解度の確認

生命に関する予後について、患者や家族がどのように理解しているかを確認することと定義した。

#### d. 生活上に関する予後の説明

その方らしく最期を迎える（やり残していることを叶え、望んだ場所で過ごすまたは亡くなるといった最期の希望を表明し実現する）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と定義した。

**e. 希望死亡場所の確認**

患者本人および家族が希望している、患者の死亡場所を確認することと定義した。

**f. 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と定義した。

**4. 訪問時期**

**a. 訪問初期**

訪問開始から 1 週間の時期とする。

**b. 悪化期**

訪問初期から臨死期の間の 1 週間の時期とする。訪問期間が長期となる場合は、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 週間の時期とする（山田・井伊・上野他, 2008）。

**c. 臨死期**

「最後の入院時」または「自宅死亡」前の 1 週間の時期とする。

**F. 測定用具**

以下に、概念枠組み（図 3）に沿って完成した測定用具それぞれの設問と尺度の内容について述べる。そして、資料 5 に調査票への対応表をまとめた。測定が難しいと考えられる項目については、以下に測定方法の詳細についても述べることとする。

**1. 希望死亡場所での死亡の実現**

メインアウトカムである希望死亡場所での死亡の実現については、臨死期の希望死亡場所（自宅、病院、その他）と実際の死亡場所（自宅、病院、その他）が一致したかどうかで判断する。実現の評価として、意思決定の程度（本人の意思で決定したかどうか、家族が患者の希望を把握していたかどうか）、家族が患者の希望死亡場所を把握していたかどうか、訪問看護師の評価する希望実現の満足度を尋ねることとした。

訪問看護師の希望実現の満足度は、「とても満足」を 10「とても不満」を 1 として得点化した。

## **2. 死亡場所の意思決定支援**

収集する情報は、1. 予後理解を促す支援として①訪問初期の余命告知の確認の有無、②未告知の対応の有無、訪問初期・悪化期・臨死期の③余命の理解度の確認の有無および④生活上に関する予後の説明（患者・家族への実践の有無、実践者）とし、2. 希望死亡場所の確認と調整として①訪問初期・悪化期・臨死期の希望死亡場所の確認の有無、および②家族調整の有無とした。

## **3. 死亡場所の意思決定支援を行うための看護師要因**

### **a. 基本情報**

収集する情報は、①属性（年齢、性別）、②教育（看護における最終学歴、終末期関連の研修会参加の有無）、③職場環境（職場の経営主体・規模、アセスメント用紙の有無、指導者の存在、生活上に関する予後の説明に対する理解）、④経験（訪問看護・看護職全般の経験年数、終末期がん患者の自宅看取り経験）、⑤人間関係の構築（訪問看護提供期間、患者および家族との関係性）とした。

生活上に関する予後の説明に対する理解に関しては、「とてもある」を 5、「全くない」を 1 とし、患者および家族との関係性に関しては、関係性が構築できたかどうかについて「とてもできた」を 5、「全くできなかった」を 1 とした 5 段階評価とした。

### **b. 予後理解を促す支援の認識**

収集する情報は、生活上に関する予後の説明の役割認識、生活上に関する予後の説明の必要性の認識とした。

生活上に関する予後の説明の役割認識に関しては、「医師が実施すべき」、「医師と看護師がともに実施すべき」、「看護師が実施すべき」の各項目について、「非常にそう思う」「そう思う」「どちらともいえない」「そう思わない」「全くそうは思わない」の 5 肢とする。生活上に関する予後の説明の必要性の認識に関しては、「とてもある」を 5、「全くない」を 1 とした 5 段階評価とした。

### c. ターミナルケア態度

本研究では訪問看護師のターミナルケア態度を調査するために、中井・宮下・笹原他(2006)の Frommelt のターミナルケア態度尺度 日本語版 (Frommelt Attitudes toward care of the dying scale 日本語版; 以下 FATCOD-B-J) を用いた。これは米国の Frommelt が開発した看護師、医師、セラピストなどのケア提供者の「死にゆく患者へのターミナルケア態度尺度」を測定する Frommelt Attitudes toward care of the dying scale を翻訳したものであり、一般病棟の看護職を対象とした調査では日本語版尺度、短縮版共に信頼性は検証されている(中井他; 中西・志自岐・勝野他, 2012)。また、この尺度を用いた研究も多く実施され、訪問看護師は死を肯定的に捉えていること(久山他, 2014)、病棟看護師と比較して死の看取り満足度が高いこと(横尾他, 2010)が明らかになっている。

終末期ケアへの態度を測定する尺度には、日本語版 FATCOD-B-J の他、看護師のがん看護に対する困難感尺度(小野寺・熊田・大桐, 2013)、看護師のスピリチュアリティケア測定尺度(江口・落合・塚原他, 2011)、看取りケア尺度(吉岡・小笠原・中橋, 2009)、看護師の死生観尺度(岡本・石井, 2005)などがある。看護師のがん看護に対する困難感尺度は、コミュニケーション面の困難感で構成されており、看護師のスピリチュアリティケア測定尺度および看護師の死生観尺度は、霊的アプローチの必要性や死生観などから構成されており、いずれも終末期ケアへの態度の評価は難しいと考えた。看取りケア尺度は、ケアの問題点や対策を検討するためのツールとして活用されることが期待されたツールであるため、本研究の目的ではないと判断した。そこで、国内外で多くの研究がなされている FATCOD-B-J を用いることが妥当であると判断した。

FATCOD-B-J は、ターミナル患者と家族に対するケア提供者のターミナルケア態度に関する 2 因子(「死にゆく患者へのケアの前向きさ: 3 項目」、「患者・家族を中心とするケアの認識: 3 項目」)、6 項目で構成され、「非常にそう思う」「そう思う」「どちらともいえない」「そう思わない」「全くそうは思わない」の 5 肢から選択し、それぞれ 5 点、4 点、3 点、2 点、1 点として得点化した(問 3-⑩- (2)、(3) は逆転項目)。ターミナルケア態度が積極的なほど得点が高くなる。

なお、尺度の使用許諾に関しては、FATCOD-Form B-J 使用マニュアルに、「本尺度の利用にあたって、特に許可を得る必要はない」との記載がある (p.4)。

#### 4. 死亡場所の意思決定支援を行うための医師要因

医師要因については、訪問看護師による主観的な判断で評価した。医師要因について収集する情報は、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、③多職種連携（訪問看護師との連携）、④コミュニケーション（患者・家族への態度）、④予後理解を促す支援の認識（生活上に関する予後の説明の役割認識）とする。

生活上に関する予後の説明の役割認識に関しては、「医師が実施すべき」、「医師と看護師がともに実施すべき」、「看護師が実施すべき」、「予後理解を促す支援は不要である」、「不明」、「その他」の6肢とした。自宅看取りへの姿勢、訪問看護師との連携に関しては、「積極的」「どちらともいえない」「積極的ではない」の3択、症状コントロール力、患者・家族への態度に関しては、「優れている」「どちらともいえない」「優れていない」の3択とした。

#### 5. 死亡場所の意思決定支援を行うための患者・家族要因

患者・家族要因については、訪問看護師による主観的な判断で評価した。患者・家族要因について収集する情報は、①属性（患者の年齢・性別、主介護者の有無、副介護者の有無）、②病状・状態（原発部位、症状コントロールの程度、悪化期の症状出現時期、要介護度、認知症高齢者の日常生活自立度、日常生活自立度、自宅療養に対する不安、介護負担感、予後予測のしやすさ）、③家族関係（患者と家族との関係性、家族主体の意思決定の有無）、④終末期への姿勢（がん治癒に向けた治療への姿勢、病院医療の限界についての理解の有無）、⑤告知（病名・治癒の可能性・余命の予測の告知の有無）、⑥余命の理解度、⑦社会資源の活用（往診医の有無、介護保険申請の有無）とした。

症状（呼吸困難・疼痛）コントロールの程度に関しては、「良好」を5、「不良」を1とした5段階評価とした。自宅療養に対する不安に関しては、「強い」を5、「弱い」を1とした5段階評価とした。介護負担感に関しては、「高い」を5、「低い」を1とした5段階評価とした。看護師の予後予測は「7日以内」、「8～30日」、「1～3ヶ月」、「3～6ヶ月」、「6ヶ月～1年以内」、「1年以上」に分類（Christelle, Charlotte, Francis, et al., 2010）して評価し、予後予測のしやすさに関しては、「予測しやすい」を5、「予測しにくい」を1とした5段階評価とした。患者と家族との関係性に関しては、利用者が主介護者にどの程度率直に希望を伝えているかについて、「とても率直である」を5、「全く率直でない」を1とした5段階評価で評価することとした。がん治癒に向けた治療への姿勢に関しては、「緩和ケアを

希望」を5、「治療を希望」を1とした5段階評価とした。余命の理解度に関しては、患者・家族の理解度は「理解あり」を5、「理解なし」を1とした5段階評価とした。回答をそれぞれ5点～1点として得点化した。

## G. 調査方法

### 1. 母集団と標本抽出

本研究の母集団は、自宅看取りを実施している訪問看護ステーションに勤務し、終末期がん患者を担当した訪問看護師である。全国訪問看護事業協会正会員リストより予備調査時に郵送した100ヶ所を除いた訪問看護ステーション1,000ヶ所で訪問看護を利用し、がんで死亡した患者を担当した訪問看護師とした。

ロジスティック回帰分析の標本数設定の根拠である Peduzzi, Concato, Kemper, et al. (1996) の論文を根拠に、標本数を2,000(1ステーションにつき最大2事例を依頼するため、1,000ヶ所に調査票を配布)に決定した(最大独立変数の数  $30 \times 10 \div$  イベント割合(死亡場所の意思決定支援実践割合)  $50\% \div$  予想回収率  $30\% = 2,000$ )。

### 2. 調査対象患者条件

実際に死亡場所の意思決定支援が実践できたかどうかは、過去に関わった事例において評価をすることとする。そこで、本研究では以下の選定条件に適合した患者を受け持った訪問看護師に、実践事例での支援内容について想起したうえで、調査票への回答を依頼した。

- ① 医師により、がん終末期と診断され訪問看護を利用し、既に死亡している患者。
- ② 死亡場所は、自宅でも病院でも可とする。
- ③ 3週間以上自宅で過ごした患者。
- ④ 対象患者が複数いる場合は、直近に死亡した患者2事例とする。

### 3. データ収集方法

自宅看取りを実施している訪問看護ステーションに勤務し、調査対象患者選定条件に該当する終末期がん患者を担当している訪問看護師に、調査票(資料6)と研究についての説明と協力依頼の文書(資料7,8)を送付し、研究への協力を依頼した。複数の適格な患者がいたときは、直近の患者2名を選択するように依頼した。調査票は回答後、同封した

研究者宛の返信用封筒に入れて対象者が投函する。なお、調査協力の同意は、返送をもって得られるとすることも明記した。返信期日は調査票到着日より4週間以内とした。適格な患者がいないステーションを把握できるように、アンケート調査とは別にFAX返信シート（資料9）を返すよう依頼した。調査票の回収率を高めるために、調査票発送2週間後、適格な患者がいないステーション以外に、はがきで調査票のお礼と催促の連絡（資料10）を行った。

#### 4. 調査期間

2015年7月27日～8月24日

#### H. データ分析方法

分析の手順は以下のとおりである。

- ① 各変数について記述統計を算出した。
  - ② 患者の実際の死亡場所と患者および家族の希望死亡場所の一致、患者と家族の希望死亡場所の一致は $\kappa$ 係数を算出した。患者および家族の訪問時期別の希望死亡場所の人数の差異と、看護師および医師が実施した訪問時期別死亡場所の意思決定支援の実施状況の差異はコ克兰のQ検定で検証した。
  - ③ 患者に確認できた時点での希望死亡場所と、実際の死亡場所が一致した場合を希望死亡場所での死亡の「実現あり」、それ以外を「実現なし」とした2値変数を設定した。
  - ④ 希望死亡場所での死亡の実現と死亡場所の意思決定支援との関連を検証するために、希望死亡場所での死亡の「実現あり」「実現なし」を従属変数とした。まず、従属変数と死亡場所の意思決定支援（余命の告知の確認の有無・未告知の対応の有無・余命の理解度の確認の有無・生活上に関する予後の説明の有無・希望死亡場所の確認の有無および家族調整の有無）との関連を $\chi^2$ 検定にて検証し、リスク比を算出した。
- 次に、従属変数と訪問看護師からみた関連要因（1）看護師要因、（2）医師要因、（3）患者・家族要因（患者の症状や予後理解の状況などの経時的に収集したデータに関しては、希望死亡場所での死亡の実現には臨死期の状況が関連するため、臨死期のものを用いた）を $\chi^2$ 検定、フィッシャーの正確確率検定、マンホイットニーU検定で分析し、 $p<.10$ の関連のみられた変数を調整変数として、死亡場所の意思決定支援との関連を「訪問初期」「悪化期」「臨死期」の時期別に、それぞれロジスティック回帰分析



にて検証した。

- ⑤ 希望死亡場所での死亡の実現の実態と生活上に関する予後の説明との関連を検証するために、希望死亡場所での死亡の「実現あり」・「実現なし」を従属変数とした。まず、従属変数と④と同様の調整変数を用いて、「訪問時期別」（訪問初期・悪化期・臨死期）、「回数別」（1回・複数回）、「実施者別」（医師・看護師）、「対象者別」（患者・家族）に、それぞれロジスティック回帰分析で関連を明らかにした。
- ⑥ 訪問看護師が患者に対して訪問初期に、生活上に関する予後の説明を実施することの関連要因を探索するために、生活上に関する予後の説明を「実施している」・「実施していない」を従属変数とした。従属変数と訪問看護師からみた関連要因（1）看護師要因、（2）医師要因、（3）患者・家族要因（経時的に収集したデータに関しては、訪問初期の支援の状況を検証するため、訪問初期のものをを用いた）を $\chi^2$ 検定、フィッシャーの正確確率検定、マンホイットニーU検定で分析し、 $p<.10$ の関連のみられた変数を独立変数として強制投入したロジスティック回帰分析を実施し、影響を及ぼす独立変数を明らかにした。

分析は、統計解析ソフト SPSS Statistics for Windows ver17.0 を使用し、検定において有意水準は  $p<.05$  とした。

## 1. 倫理的配慮

本研究実施にあたって、日本赤十字看護大学研究倫理委員会の承認（第 2015-66）を受けたうえで実施した。

### 1. 研究の同意

訪問看護ステーションで終末期がん患者の終末期ケアを担当した訪問看護師に対し、調査票郵送時に、①研究の目的・方法、②研究に参加するか否かは自由意思によるものであること、③参加に同意しなくても、不利益が発生することはないこと、④研究で得られたデータは博士論文（Web 上の公開を含む）、学術誌、学会発表として使用し、研究目的以外に使用しないこと、⑤研究結果の報告にあたっては、プライバシーを遵守すること、について十分に説明する管理者用研究依頼書（資料 3）、訪問看護師用参加依頼書（資料 4）を同封した上で調査協力を依頼した。また、調査協力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、その旨を説明文に記載した。調査票は無記名で個人が特定されない。

プライバシー保持のために、研究に必要な個人情報はずべて匿名化して保存・活用するとともに、鍵のかかる場所で厳重に管理・保存を行った。また、研究で得られたデータは、研究目的以外には使用しない旨を説明文に記載した。

## **2. 研究結果の発表**

本研究の主たる結果は、学術論文にまとめ、研究協力者個人々人を特定できないかたちで国内の学術雑誌や学会集会等において公表する。プライバシーを遵守し、訪問看護師および訪問看護師を通して得られた、患者・家族・主治医の個人が特定されるような情報は使用しない。研究協力が得られ結果概要を希望する訪問看護師には、メールで結果返信希望の旨を申し出ていただき、本研究の結果の概要をメールにて送付することとした。

## **3. 研究に伴って予想される利益と不利益**

予想される利益については、調査票内容に回答することによりがん終末期患者のケアを振り返ることで、患者および家族の QOL 向上に効果的な終末期ケアを提供するための実践を再検討する機会となることである。

予想される不利益は、研究参加者に対して調査に関する時間的負担がかかる（回答時間約 20 分）ことである。また、終末期に関する調査内容のため、辛いことを想起する可能性がある。そのため、参加しない場合でも不利益をこうむることは一切ないことを書面に記載し説明した。

## VI. 結果

### A. 対象者、患者の概要

1,000 ステーションに郵送（宛先不明 36 通、対象者不在 71 件）し、259 ステーションから回答が得られた（回収率 29.0%）。1 ステーションにつき最大 2 事例の調査を依頼した結果、376 名分の回答が得られ、そのうち未回答の多かった 2 名分を除いた 374 名を分析対象とした。

対象者である訪問看護師の特性は、女性 356 名（95.2%）、平均年齢  $48.0 \pm 7.8$  歳、看護師全般の通算平均経験年数  $23.1 \pm 6.4$  年、訪問看護師平均経験年数は  $9.6 \pm 6.1$  年であった。勤務する訪問看護ステーションの経営主体は、医療法人 128（34.2%）、営利法人 61（16.3%）、社会福祉法人 38（10.2%）、医師会 28（7.5%）、看護協会 26（7.0%）であった。規模は、看護師平均常勤換算数が  $6.3 \pm 5.4$  人、看護師平均常勤数は  $4.8 \pm 3.4$  人であった（表 1）。対象者不在の訪問看護ステーションに FAX の返送を依頼した結果、71 件（返答率 7.4%）の返答があった。対象者不在の訪問看護ステーションの経営主体は、医療法人 29（40.8%）、営利法人 17（23.9%）、社会福祉法人 9（12.7%）、医師会 1（1.4%）、看護協会 0（0%）であった。規模は、看護師平均常勤換算数が  $4.4 \pm 1.9$  人、看護師平均常勤数は  $3.5 \pm 1.6$  人となっており、フィッシャーの正確確率検定の結果、対象となる訪問看護ステーションと対象者不在の訪問看護ステーションの規模に有意な差がみられた（看護師平均常勤換算数  $p < .001$ ，看護師平均常勤数  $p < .001$ ）。

往診医がいる割合は、295 名（78.9%）であった（表 3）。医師の特性として訪問看護師の評価が最も高かった項目は、自宅看取りへの姿勢良好 232 名（62.0%）、評価が最も低かった項目は、自宅看取りの知識・経験として症状コントロール力 169 名（45.2%）であった。予後理解を促す支援は医師が実施すべきと認識している医師は、10 名（2.7%）であった（表 2）。

患者の特性は、平均年齢  $74.7 \pm 13.6$  歳、男性 200 名（53.5%）、主介護者あり 363 名（97.1%）、副介護者あり 245（65.5%）、がんの原発部位は胃・大腸・直腸・食道 107 名（28.6%）、肺 70 名（18.7%）、肝臓・胆のう・膵臓 69 名（18.4%）、余命の告知があったのは 110 名（29.4%）であった（表 3）。

## B. 患者の希望死亡場所での死亡の実現の実態

### 1. 患者の実際の死亡場所と患者および家族の希望死亡場所

患者の死亡場所は自宅 243 名 (65.0%)、病院 125 名 (33.4%)、施設 6 名 (1.6%) であった。患者の臨死期の希望死亡場所は自宅 207 名 (55.3%)、病院 69 名 (18.4%)、施設 4 名 (1.1%)、決められない 23 名 (6.1%)、看護師が未確認 71 名 (19.0%) であった (表 4)。患者が希望死亡場所を決められない、および看護師が未確認である場合を含めた臨死期における患者の希望死亡場所と、実際の死亡場所が一致 (希望死亡場所での死亡の実現) したのは、268 名 (71.7%) であった。

このうち、患者が希望死亡場所を決められない、および看護師が未確認の場合を除いた場合、すなわち、臨死期に患者が希望死亡場所を表明し、看護師が患者の希望死亡場所を確認した場合の患者の希望死亡場所での死亡の実現は、自宅 197 名 (95.2%)、病院 67 名 (97.1%)、施設 4 名 (100%) であり、家族の臨死期の希望死亡場所での死亡の実現は、自宅 217 名 (97.3%)、病院 96 名 (94.1%)、施設 3 名 (75.0%) であった。訪問看護師が希望死亡場所を確認し、患者が希望を表明していると、希望死亡場所での死亡が実現する可能性がさらに高かった。訪問時期別による実際の死亡場所と希望死亡場所での死亡の実現状況は、患者において訪問初期は中等度の一致 ( $\kappa=.490$ )、悪化期はかなりの一致 ( $\kappa=.642$ )、臨死期は高い一致 ( $\kappa=.895$ ) を示した。家族において訪問初期は中等度の一致 ( $\kappa=.541$ )、悪化期はかなりの一致 ( $\kappa=.734$ )、臨死期は高い一致 ( $\kappa=.911$ ) を示した (表 4)。患者の実際の死亡場所と希望死亡場所は、訪問全時期を通じて患者の希望死亡場所より家族の希望死亡場所との一致率の方が高く、患者が死に近づくにつれて患者、家族ともに高い一致率を示した。

なお、本研究では、臨死期において患者が希望死亡場所を決められない、および看護師が未確認である場合は、最後に患者に確認できた時点での希望死亡場所を用いた。その結果、最終的な患者の希望死亡場所は自宅 226 名 (60.4%)、病院 76 名 (20.3%)、施設 6 名 (1.6%)、訪問全時期を通じて希望死亡場所を決められない 17 名 (4.5%)、看護師が未確認 49 名 (13.1%) であり、希望死亡場所が実現した患者は 276 名 (73.8%)、希望死亡場所が実現しなかった患者は 98 名 (26.2%) であった。希望死亡場所が実現した患者の内訳は、自宅 203 名 (89.8%)、病院 68 名 (89.5%)、施設 5 名 (83.3%) であった ( $\kappa=.755$ ) (表 4)。

## 2. 患者と家族の希望死亡場所の一致

訪問時期別に、患者と家族の希望死亡場所の一致の状況を確認し結果を表 5 に示した。各時期において患者と家族の希望死亡場所が一致したのは、自宅 71.5～88.4%、病院 87.0～88.4%、施設 40.0～75.0%であった。看護師が患者および家族の希望死亡場所を確認し、希望死亡場所を表明した場合の、患者と家族の希望死亡場所と患者の実際の死亡場所は、訪問初期および悪化期はかなりの一致 ( $\kappa=.761$ ,  $\kappa=.778$ )、臨死期は高い一致を示した ( $\kappa=.875$ )。患者が死に近づくにつれて、患者の希望死亡場所と家族の希望死亡場所は高い一致を示した。

## 3. 患者および家族の希望死亡場所の推移

患者は、希望死亡場所をどのように変更しながら決定したのかを確認するために、患者の訪問時期別希望死亡場所の人数の差をコクランの Q 検定にて確認し、結果を表 6 に示した。さらに訪問時期別患者の希望死亡場所人数の内訳を表 7 に示した。患者の希望死亡場所の推移は、各期を通じて自宅 49.7～56.7%、病院 16.0～18.4%、施設 1.1～1.3%、決められない 6.1～9.9%、看護師が未確認 17.6～20.6%であった。訪問時期別と有意差が認められたのは、自宅死亡を希望した人数 ( $p=.002$ ) であり、多重比較検定の結果、悪化期に自宅を希望した人数は、訪問初期より多かった ( $p=.002$ )。また、希望死亡場所を決められなかった人数と訪問時期別についても有意差が認められ ( $p=.035$ )、多重比較検定の結果、臨死期に希望死亡場所を決められなかった人数は、訪問初期より少なかった ( $p=.022$ )。一方、訪問時期別と有意差が認められなかったのは、病院死亡および施設死亡を希望した人数 ( $p=.217$ ,  $p=.846$ )、看護師が未確認であった人数 ( $p=.150$ ) であった。訪問全時期を通じて希望死亡場所に変化がなかった患者は 236 名 (63.1%)、希望が変化していた患者は 138 名 (36.9%) であり、変化なしの内訳は、自宅希望 179 名 (75.8%)、病院 54 名 (22.9%)、施設 3 名 (1.3%) であった (表 6)。約 1/3 の患者が希望死亡場所を変更しており、自宅を希望する割合は微増し、希望死亡場所が決められない割合は激減した。表 7 の内訳をみると、希望死亡場所が決められない患者の多くは、自宅死亡へ希望を変更していた。

次に、家族の時期別希望死亡場所の人数の差をコクランの Q 検定にて確認し、結果を表 6 に示した。さらに訪問時期別家族の希望死亡場所人数の内訳を表 8 に示した。家族の希望死亡場所は、各期を通じて自宅 43.0～61.4%、病院 26.2～28.7%、施設 0.8～1.4%、決められない 5.2～16.8%、未確認 4.1～10.7%であった。訪問時期別と有意差が認められたの

は、自宅死亡を希望した人数 ( $p<.001$ ) であり、多重比較検定の結果、悪化期に自宅を希望した人数は、訪問初期より多く ( $p<.001$ )、臨死期に自宅を希望した人数は、悪化期より多かった ( $p<.001$ )。希望死亡場所を決められなかった人数と訪問時期別についても有意差が認められ ( $p<.001$ )、多重比較検定の結果、臨死期に希望死亡場所を決められなかった人数は、訪問初期より少なく ( $p<.001$ )、臨死期は悪化期より少なかった ( $p<.001$ )。そして、看護師が未確認であった人数と訪問時期別についても有意差が認められ ( $p<.001$ )、多重比較検定の結果、臨死期に看護師が未確認であった人数は、訪問初期より少なく ( $p<.001$ )、臨死期は悪化期より少なかった ( $p<.001$ )。一方、訪問時期別と有意差が認められなかったのは、病院死亡および施設死亡を希望した人数 ( $p=.428, p=.223$ ) であった。訪問全時期を通じて希望死亡場所に変化がなかった家族は 226 名 (62.3%)、希望が変化していた患者は 137 名 (37.7%) であり、変化なしの内訳は、自宅希望 146 名 (64.6%)、病院 77 名 (34.1%)、施設 3 名 (1.3%) であった (表 6)。患者と同様に、約 1/3 の家族が希望死亡場所を変更しており、自宅を希望する割合が激増し、希望死亡場所が決められない割合と看護師が希望を確認していない割合が激減した。表 8 の内訳をみると、希望死亡場所が決められない家族の多くは自宅死亡へ希望を変更していた。

### C. 訪問看護師が実施した訪問時期別の死亡場所の意思決定支援

#### 1. 訪問看護師による死亡場所の意思決定支援の実態

予後理解を促す支援のうち患者に対して訪問看護師が余命の告知の確認をしたのは 298 名 (79.7%) と多かったが、余命の理解度の確認をしたのは訪問初期 184 名 (49.2%)、悪化期 186 名 (49.7%)、臨死期 170 名 (45.5%) と半数程度で、生活上に関する予後の説明をしたのは訪問初期 104 名 (27.8%)、悪化期 119 名 (31.8%)、臨死期 107 名 (28.6%) と訪問全時期を通じて 3 割程度にとどまった。余命の告知があったのは 110 名 (29.4%) であったが、そのうち未告知の対応をしたのは 23 名 (8.7%) であった。そして、希望死亡場所の確認をしたのは、訪問初期 297 名 (79.4%)、悪化期 308 名 (82.4%)、臨死期 303 名 (81.0%) と多く実施されていた (表 9)。

次に、予後理解を促す支援のうち家族に対して訪問看護師が余命の告知の確認をしたのは 333 名 (91.7%)、余命の理解度の確認をしたのは訪問初期 308 名 (84.8%)、悪化期 329 名 (90.6%)、臨死期 331 名 (91.2%)、生活上に関する予後の説明をしたのは、訪問初期 224 名 (61.7%)、悪化期 284 名 (78.2%)、臨死期 282 名 (77.7%) であった。余命の告知

が未告知であった 264 名の患者に対して、看護師が家族および医師に対して何らかの未告知の対応をしたのは 23 名 (8.7%) であった。そして、希望死亡場所の確認をしたのは、訪問初期 324 名 (89.3%)、悪化期 341 名 (93.9%)、臨死期 348 名 (95.9%)、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したのは 44 名 (37.6%) であった (表 9)。いずれの支援も、家族に対して実施する方が、患者に実施するよりも高い割合を示した。

## 2. 訪問看護師による死亡場所の意思決定支援に関する訪問時期別の実施状況

訪問時期別の訪問看護師が実施した患者への死亡場所の意思決定支援の実施状況を、コクランの Q 検定にて確認し、結果を表 10 に示した。訪問時期別と有意差が認められた支援はみられなかった ( $p=.050$ ,  $p=.062$ ,  $p=.150$ )。つまり、患者に対して死亡場所の意思決定支援を実施した人数には訪問時期別に違いがないという結果であった。

次に、訪問時期別の訪問看護師が実施した家族への死亡場所の意思決定支援の実施状況を、コクランの Q 検定にて確認した結果訪問時期別と有意差が認められたのは、余命の理解度の確認 ( $p<.001$ )、生活上に関する予後の説明 ( $p<.001$ )、希望死亡場所の確認 ( $p<.001$ ) であった。多重比較検定の結果は、すべての支援において悪化期および臨死期は訪問初期より多く実施していた ( $p<.001$ ) (表 10)。つまり、家族への死亡場所の意思決定支援は症状出現以降に実施されているという結果であった。

### D. 訪問看護師が実施した訪問時期別の死亡場所の意思決定支援と

#### 希望死亡場所での死亡の実現との関連

#### 1. 訪問看護師が患者に対して実施した訪問時期別の死亡場所の意思決定支援と希望死亡場所での死亡の実現との関連：単変量解析の結果

訪問看護師が実施した死亡場所の意思決定支援が希望死亡場所での死亡の実現に寄与しているかどうかを、 $\chi^2$  検定にて検証し結果を表 9 に示した。訪問看護師が患者に対して余命の理解度を確認すること (訪問初期, 悪化期, 臨死期;  $p=.001$ ,  $p=.001$ ,  $p<.001$ )、生活上に関する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実施すること (訪問初期, 悪化期, 臨死期;  $p<.001$ ,  $p<.001$ ,  $p<.001$ ) と、希望死亡場所での死亡の実現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と希望死亡場所での死亡の実現には関連がみられなかった ( $p=.542$ )。そして、患者に対

して看護師が余命の理解度を確認すると 1.8～2.2 倍、生活上に関する予後の説明をすると 2.0～2.6 倍、希望死亡場所の確認をすると 5.5～8.8 倍希望死亡場所が実現した（表 9）。

訪問看護師が家族に対して、悪化期および臨死期に余命の理解度の確認すること（ $p=.041, p=.057$ ）、訪問初期および臨死期に生活上に関する予後の説明を実施すること（ $p=.076, p=.060$ ）、余命の告知が未告知であった 264 名の患者に対して、看護師が家族および医師に対して何らかの未告知の対応をすること（ $p=.066$ ）、希望死亡場所の確認を実施すること（訪問初期、悪化期、臨死期； $p<.001, p<.001, p<.001$ ）、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（ $p=.060$ ）と、希望死亡場所での死亡の実現には有意な関連および関連する傾向が認められた。余命の告知の確認をすること（ $p=.403$ ）、訪問初期に余命の理解度の確認すること（ $p=.629$ ）、悪化期に生活上に関する予後の説明を実施すること（ $p=.370$ ）と希望死亡場所での死亡の実現には関連がみられなかった。そして、家族に対して訪問看護師が希望死亡場所の確認をすると、2.2 倍～5.6 倍希望死亡場所が実現した（表 9）。いずれの支援も、患者に対して実施する方が、家族に実施するよりも高いリスク比を示した。つまり、患者に対して死亡場所の意思決定支援を実施するほうが希望死亡場所での死亡の実現に寄与している可能性があるという結果であった。

## 2. 訪問看護師が患者に対して実施した訪問時期別の死亡場所の意思決定支援と希望死亡場所での死亡の実現との関連：多変量解析の結果

希望死亡場所での死亡の実現と最終的な関連要因を検証するために、「訪問初期」「悪化期」「臨死期」の訪問時期別に、死亡場所の意思決定支援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。調整変数は、希望死亡場所での死亡の実現の有無を従属変数として、訪問看護師からみた関連要因（1）看護師要因、（2）医師要因、（3）患者・家族要因と単変量解析を実施し、 $p<.10$  の関連がみられた変数とした。なお、各変数間の多重共線性を確認したところ、患者の余命の理解度と余命の告知に強い相関（ $r=.80$ ）が認められたため、患者の余命の理解度は投入しないこととした。希望死亡場所での死亡の実現と関連したのは、「訪問初期」は、訪問看護師が患者に対して希望死亡場所の確認をすること（調整済オッズ比：95%信頼区間 19.92：9.48-41.87）であった。「悪化期」は、訪問看護師が患者に対して生活上に関する予後の説明をすること（2.44：1.05-5.66）、および訪問看護師が患者に対して希望死亡場所の確認をすること（21.10：9.53-46.71）であった。



「臨死期」は、訪問看護師が患者に対して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 11）。モデル  $\chi^2$  検定の結果は訪問全時期  $p<.001$  で有意であり、ホスマー・レメシヨウの検定結果は訪問初期  $p=.786$ 、悪化期  $p=.634$ 、臨死期  $p=.560$ 、判別の中率は訪問初期 84.8%、悪化期 86.0%、臨死期 90.5%と良い結果であった。

希望死亡場所での死亡の実現には、希望死亡場所の確認が最もオッズ比の高い関連要因であったが、生活上に関する予後の説明も単変量解析では訪問全時期に、多変量解析では悪化期に実施されることが有意に関連していた。

### 3. 生活上に関する予後の説明と希望死亡場所での死亡の実現の実態

#### a. 生活上に関する予後の説明と患者と家族の希望死亡場所の一致および患者の希望死亡場所の表明との関連

患者と家族の希望死亡場所の一致の状況では、患者に死が近づくにつれ患者と家族の希望死亡場所の一致が高くなっていた（表 5）。そこで、看護師が実施した生活上に関する予後の説明と、臨死期の患者と家族の希望死亡場所の一致との関連を、 $\chi^2$  検定にて検証し結果を表 12 に示した。患者に対しては、看護師が実施した生活上に関する予後の説明と、臨死期の患者と家族の希望死亡場所の一致には、訪問全時期を通じて有意な関連が認められた（訪問初期, 悪化期, 臨死期;  $p=.005$ ,  $p=.001$ ,  $p=.002$ ）（表 12）。

患者の希望死亡場所の推移では、約 1/3 の患者が希望死亡場所を変更しており、自宅を希望する割合は微増し、希望死亡場所が決められない割合は激減していた（表 6）。訪問時期別希望死亡場所の人数の内訳で確認をすると、希望死亡場所が決められない患者の多くは自宅死亡を希望していた（表 7）。具体的には、訪問初期に希望死亡場所を決められない患者 37 名が悪化期に希望死亡場所を自宅と表明したのは 20 名（54.1%）であった。この悪化期に希望死亡場所を自宅と表明した 20 名に対して、看護師が生活上に関する予後の説明をしたのは 14 名（70.0%）、説明をしなかったのは 6 名（35.3%）であり、 $\chi^2$  検定の結果、希望死亡場所を自宅と表明した患者の方が看護師による生活上に関する予後の説明が有意に多く行われた。つまり、患者の希望死亡場所の表明と生活上に関する予後の説明には有意な関連が認められた（ $\chi^2=4.457$ ,  $p=.035$ ）。

#### **b. 回数別の生活上に関する予後の説明と希望死亡場所での死亡の実現との関連**

次に、生活上に関する予後の説明と希望死亡場所での死亡の実現の実態をさらに詳細に検証するために看護師が患者に対して実施した生活上に関する予後の説明を、「訪問時期別（訪問初期・悪化期・臨死期）」「回数別（1回・複数回）」「実施者別（医師・看護師）」「対象者別（患者・家族）」にそれぞれ分類し、希望死亡場所での死亡の実現の有無との関連をロジスティック回帰分析にて検証した。ロジスティック回帰分析の実施における調整変数は、希望死亡場所での死亡の実現の有無を従属変数として、訪問看護師からみた関連要因（1）看護師要因、（2）医師要因、（3）患者・家族要因と単変量解析を実施し、 $p<.10$  の関連がみられた 16 変数のうち多重共線性を考慮した 1 変数を除いた 15 変数とした。

訪問看護師が実施した訪問時期別の生活上に関する予後の説明の実施状況を確認した結果では、患者に対して生活上に関する予後の説明をした人数には訪問時期別に違いがなく、訪問初期に説明している看護師は悪化期、臨死期にも説明をしており、訪問初期に説明していない看護師は悪化期、臨死期にも説明をしていないという結果であった（表 10）。そこで、訪問時期に関しては、訪問時期別に分類をしないこととし、説明回数別に「説明なし」「1 回説明あり」「複数回の説明あり」の 3 カテゴリーに分類した。訪問全時期を通じて、「説明なし」は 233 名（62.3%）、「1 回説明あり」は 38 名（10.2%）、「複数回の説明あり」は 103 名（27.5%）であった。この 3 カテゴリーと調整変数を強制投入して、希望死亡場所での死亡の実現との関連をロジスティック回帰分析にて検証した。「説明なし」に比べ「複数回の説明あり」のほうが有意に希望死亡場所での死亡の実現と関連していた（調整オッズ比：95%信頼区間 2.94 : 1.33-6.49）（表 13）。モデル  $\chi^2$  検定の結果は  $p<.001$  で有意であり、ホスマー・レメシヨウの検定結果は  $p=.650$ 、判別的中率は 74.2%と良い結果であった。

#### **c. 実施者別の生活上に関する予後の説明と希望死亡場所での死亡の実現との関連**

生活上に関する予後の説明を、実施者（医師および看護師）別に「説明なし」「医師のみによる説明」「医師と看護師による説明」「看護師のみによる説明」の 4 カテゴリーに分類し調整変数を強制投入して、希望死亡場所での死亡の実現との関連をロジスティック回帰分析にて検証した。訪問全時期を通じて、「説明なし」は 154 名（41.2%）、「医師のみによる説明」は 79 名（21.1%）「医師と看護師による説明」は、115 名（30.7%）、「看護師のみによる説明」は 26 名（7.0%）であった。「説明なし」に比べ「医師と看護師が説明」のほ

うが有意に希望死亡場所での死亡の実現と関連していた（調整済オッズ比：95%信頼区間 3.37 : 1.51-7.56）（表 14）。モデル  $\chi^2$  検定の結果は  $p<.001$  で有意であり、ホスマー・レメシヨウの検定結果は  $p=.736$ 、判別的中率は 76.8%と良い結果であった。

#### d. 対象者別の生活上に関する予後の説明と希望死亡場所での死亡の実現との関連

生活上に関する予後の説明を、対象者（患者および家族）別に「説明なし」「患者のみに説明あり」「患者と家族に説明あり」「家族のみに説明あり」の4カテゴリーに分類し調整変数を強制投入して、希望死亡場所での死亡の実現との関連をロジスティック回帰分析にて検証した。訪問全時期を通じて、「説明なし」は52名（14.3%）、「患者のみに説明あり」は4名（1.1%）、「患者と家族に説明あり」131名（36.1%）、「家族のみに説明あり」は176名（48.5%）であった。「説明なし」に比べ「患者と家族に説明あり」のほうが有意に希望死亡場所での死亡の実現と関連していた（調整済オッズ比：95%信頼区間 3.72 : 1.57-8.78）（表 15）。モデル  $\chi^2$  検定の結果は  $p<.001$  で有意であり、ホスマー・レメシヨウの検定結果は  $p=.569$ 、判別的中率は 74.5%と良い結果であった。

以上より、生活上に関する予後の説明は、終末期がん患者と家族の希望死亡場所の一致および患者の希望死亡場所の表明と関連し、希望死亡場所での死亡の実現と関連するのは、訪問看護師が生活上に関する予後の説明を、複数回、医師と看護師が連携して、患者と家族に対して実施することである、という実態であった。

### E. 訪問看護師が患者に対して訪問初期に

#### 生活上に関する予後の説明を実施することの関連要因

##### 1. 訪問看護師が患者に対して訪問初期に生活上に関する予後の説明を実施することに影響を及ぼす要因の検討：単変量解析の結果

訪問初期に生活上に関する予後の説明を行うことに関連する要因を探索した。訪問初期に訪問看護師が実施した生活上に関する予後の説明の有無と、訪問看護師からみた関連要因（1）看護師要因、（2）医師要因、（3）患者・家族要因の単変量解析の結果を表 16、表 17、表 18 に示した。訪問看護師が訪問初期に生活上に関する予後の説明をすることと（1）看護師要因については、①看護における最終学歴が大卒以上（ $p=.023$ ）、②生活上に関する予後の説明の指導者あり（ $p=.094$ ）、③生活上に関する予後の説明に対する職場の理解度あり（ $p=.001$ ）、④終末期がん患者の自宅看取り経験数が年間5人以上（ $p=.031$ ）、⑤患者と

訪問看護師との関係性の構築ができた ( $p=.010$ )、⑥生活上に関する予後の説明の役割として、看護師が実施すべきと認識している ( $p=.002$ )、⑦患者への生活上に関する予後の説明の必要性を認識している ( $p<.001$ ) の 7 変数に有意な関連もしくは有意に関連する傾向が認められた (表 16)。(2) 医師要因については、⑧看護師が評価する自宅看取りへの姿勢良好 ( $p=.084$ ) の 1 変数に有意に関連する傾向が認められた (表 17)。(3) 患者・家族要因については、⑨患者の年齢が 75 歳未満 ( $p=.027$ )、⑩原発部位が肺 ( $p=.012$ )、⑪認知症高齢者の日常生活自立度がⅢ以上 ( $p=.015$ )、⑫予後が予測しやすい ( $p=.075$ )、⑬患者にコミュニケーション障害がある ( $p=.027$ )、⑭患者の自宅療養の不安が強い ( $p=.031$ )、⑮患者が病院医療の限界について理解がある ( $p=.002$ )、⑯患者への余命の告知あり ( $p<.001$ )、⑰患者が余命の理解がある ( $p<.001$ ) の 9 変数に有意な関連もしくは有意に関連する傾向が認められた (表 18)。なお、目的 1 と同様に多重共線性を考慮し、患者の余命の理解度は変数として投入しないこととした。そのため、多変量解析のために使用した変数は、単変量解析で  $p<.10$  であった 17 変数のうち、16 変数とした。

## 2. 訪問看護師が患者に対して訪問初期に生活上に関する予後の説明を実施することに影響を及ぼす要因の検討：多変量解析の結果

看護師が終末期がん患者に対して訪問初期に生活上に関する予後の説明をすることに、影響を及ぼすと思われる最終的な関連要因を明らかにするために、表 19 に以上の手順で選択した変数を強制投入法で検討したロジスティック回帰分析の結果を示した。その結果、看護師が訪問初期に生活上に関する予後の説明をすることと関連のみられた変数は、(1) 看護師要因として、①終末期がん患者の自宅看取り経験が年間 5 人以上であること (オッズ比 : 95%信頼区間 1.75 : 1.01-3.05)、②生活上に関する予後の説明の役割として、看護師が実施すべきと認識していること (2.19 : 1.04-4.59)、③患者への生活上に関する予後の説明の必要性を認識していること (1.56 : 1.08-2.25) の 3 項目に有意な関連が認められた。(2) 医師要因には、関連する項目が認められなかった。(3) 患者・家族要因として、④患者への余命の告知あり (2.61 : 1.45-4.70) の 1 項目に有意な関連が認められた (表 19)。モデル  $\chi^2$  検定の結果は  $p<.001$  で有意であり、ホスマー・レメショウの検定結果は  $p=.374$ 、判別率の中率は 76.7%と良い結果であった。

## VII. 考察

### A. 患者の希望死亡場所での死亡の実現の実態

本研究における希望死亡場所での死亡の実現（実際の死亡場所と最終的な患者の希望死亡場所との一致）の割合は、71.7%であった。患者の希望死亡場所での死亡の実現に関するレビュー論文（Bell, Somogyi-Zalud, Masaki, et al., 2010）では、専門的なホームケアを受けている患者の 59.0～91.0%の希望死亡場所が実現したことが報告されており、本研究結果はこの範囲内であった。そして、終末期がん患者の死亡場所において、自宅死亡は希望と実際の隔たりが大きいことが指摘されている。本研究では、訪問初期から臨死期にかけて自宅を希望した患者の割合は増加傾向にあり、実際の死亡場所が自宅であった割合は 65.0%であった。この結果は、がん全体の自宅死亡割合が 8.9%（厚生労働省, 2012）であることと比較して高かった。訪問看護の利用により終末期がん患者の自宅死亡の割合が高まることが明らかになっている（Fukui et al, 2011）。訪問看護を利用することで終末期がん患者の自宅死亡が実現し、希望死亡場所での死亡の実現につながっていることが示唆された。

本研究の結果、訪問看護師が希望死亡場所を確認し、患者が希望を表明していた場合のみに関して希望死亡場所が実現する可能性は、患者が希望死亡場所を決められない、および訪問看護師が希望死亡場所を未確認である場合と比較してさらに高かった。1999 年に日本の一都市の訪問看護ステーションにおいて実施した研究では、死亡場所を表明（表明率 31.0%）していても、そのうち実際の死亡場所との一致率は 37.0%と低いことを報告している（福本他, 1999）。本研究の結果では、希望死亡場所の表明率は 74.9%で、そのうち実際の死亡場所との一致率は 95.7%であった。本研究の結果、訪問看護期間を通じて患者、家族ともに自宅死亡を希望する人数が有意に増加、決められない人数が有意に減少、決められない人が自宅に変更しており、希望死亡場所での死亡の実現は、患者に死が近づくにつれて患者と家族ともに一致の割合が高くなっていた。訪問看護利用により、患者が希望死亡場所を表明する割合が増え、希望死亡場所での死亡の実現割合が高くなっていることが推測される。

また、本研究の結果では患者の死亡場所の実際と希望の一致と比べて家族の希望の一致の方がやや高い結果となっていた。この結果は、先行研究の結果と一致した（Grande et al, 2008; Ikezaki et al., 2011）。医療者は患者よりも家族の意向を大切にしている（沼田他, 2006;

佐藤武・佐藤和典・佐藤暁他, 2011; 杉谷・吉岡・吉川他, 2011) との報告がある。患者と家族の両方が自宅死亡を希望した場合に比べ、患者が望んでも家族が望まなかった場合は自宅死亡の可能性が低く、希望死亡場所での死亡の実現には、患者と家族の希望の一致が重要であると考えられる。本研究の結果、臨死期での家族への希望死亡場所の未確認が有意に減少し、自宅死亡を希望する人数が有意に増加していた。患者に死が近づくにつれて患者と家族の希望死亡場所が一致する割合が高くなったことから、訪問看護師が家族への希望死亡場所を確認したことにより患者と家族の希望死亡場所が一致し、希望死亡場所での死亡の実現につながったのではないだろうか。訪問看護を利用することで終末期がん患者の自宅死亡が実現し、希望死亡場所での死亡の実現につながっている理由の一つであると推察された。

#### **B. 訪問看護師による死亡場所の意思決定支援の実態**

本研究において、患者への余命の告知があった割合は 29.4%であった。日本のがんの余命告知率を調査した結果では、2005 年は 9.0% (田中他, 2007)、2013 年は 24.5% (田代他, 2013) であったことが報告されており、本研究の結果はこれをやや上回ったものの、いまだに患者への余命の告知は進んでいない現状が明らかになった。余命の告知が自宅死亡実現に関連するとの報告がある (Aabom et al., 2005; Chen et al., 2014; 谷口他, 2005)。田中他 (2007) は、余命の告知により残された人生の目標を持ち、それを達成すべく行動していると述べている。これらのことから、患者の希望死亡場所での死亡の実現のためには、予後理解を促す支援が必要である。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、「生活上に関する予後」についての側面がある。「生活上に関する予後」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。そのため、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ろう。

本研究で訪問看護師が実施した死亡場所の意思決定支援の実態を調査した結果、患者に対して余命の告知の確認をしたのは 79.7%と多かったが、余命の理解度の確認をしたのは訪問全時期を通じて 58.3%で、生活上に関する予後の説明をしたのは 37.7%にとどまった。看護師による余命の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みあたらないため、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、生活上に関する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。しかし、本研究の結果、臨死期において余命を理解していた患者は 34.8%と低かったことを考慮すると、生活上に関する予後の説明の必要性がある患者に対しても、説明がなされていなかった可能性があり、本研究における予後理解を促す支援の実施割合は低いものであったと推察する。

一方で、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 86.9%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（福本他, 1999; 樋口他, 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職場の規模が大きかった。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の平均経験年数は、9.6 年と長いものであった。そのため、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。

また、訪問時期別にコクランの Q 検定にて死亡場所の意思決定支援の実施状況を検証した結果、患者に対して実施した人数に、訪問時期別に有意な違いはみられなかった。実施パターンとして、1 回でも実施している看護師は訪問全期間を通じて実施をしており、訪問初期に実施していない看護師は 1 回も実施をしていないことがあげられた。一方、家族への死亡場所の意思決定支援は、悪化期である症状出現以降に実施されていた。そして、いずれの死亡場所の意思決定支援の構成要素も、家族に対する実施割合が、患者に対するものよりも高かった。悪化期において訪問看護師は、「最終的な」死亡場所の確認または決断をしてもらう必要にせまられるため、家族に対して実施する方が、患者に実施するよりも高い割合となっていたのではないかと考える。それに対して患者への死亡場所の意思決定支援は、残された人生を「どうしていききたいか」を患者自身が考える機会を与えるといった、患者の QOL を考える実践である。QOL を測定することができないのは、本研究の限界である。しかし、患者は希望死亡場所を表明し、それを実現できたことで、満足した死が迎えられたのではないだろうか。

本研究の結果、予後理解を促す支援ではいずれにおいても家族に対する実施割合は、患者に対する実施割合よりも高かった。日本において、依然として告知は患者よりも家族に

行われている実情があり、死亡場所の意思決定支援のうち余命の告知の確認、余命の理解度の確認および希望死亡場所の確認は、患者に対して直接確認をしなくても患者の態度や家族からの情報により把握しやすかったのではないだろうか。しかし、生活上に関する予後の説明は、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、実施の割合が特に低くなったのではないかと考えられる。

看護師が生活上に関する予後の説明をすることを難しいと考える理由には、次の2点があげられる。第一に、多くの看護師には、終末期患者と接することに対しての困難、および悪い知らせを伝えることに対する苦手意識があることである。中西他（2012）は、ターミナル期の患者に関わる看護師のターミナルケア態度を測定した結果、最も点数が低かった項目は、「死にゆく患者と差し迫った死について話をするを気まずく感じる」であったと報告している。この結果は、本研究の結果と一致した。Robert（1991/2000）は、悪い知らせを伝えることに対する苦手意識は、患者との面談を始める前から存在しており、社会的要因として、高齢者、病人は社会の主流からはずれ、社会の辺縁に位置するとみなされるという現代社会の病気の捉え方、患者側の要因として患者の苦痛、医療従事者側の要因として患者に苦痛をもたらすことの恐れ、非難されるのではないかという恐れ、教育不足などに起因しており、これらは現代社会の問題であり、個人だけの問題ではないと述べている（p. 14）。先行研究では、患者と死亡場所について話し合うことには苦悩があり

（Munday et al., 2009）、インフォームドコンセントが患者へおよぼすマイナスの影響を恐れている（Hancock, Clayton, Parker, et al., 2007; 小林他, 2003）との報告がある。

第二に、悪い知らせ（真実）を伝えることの価値を把握していないことである。その価値を把握していないことにより、悪い知らせを伝えることを躊躇する原因となっていると考えられる。患者側の価値として、患者が余命を理解することで残された時間を自覚し、やり残したことを達成するための時間として費やすことができ、QOL 向上につながる可能性があることである。患者と死の可能性を適時に話題にすることは、不必要な入院を避けることにつながり（Lakasing, Kulkarni, Sparkes, et al., 2014）、患者が予後を知ることで自宅死亡の可能性が増加し（Aabom et al., 2005; Chen et al., 2014; Tang et al., 2008）、患者に診断の正しい情報を伝えることは恐怖感を軽減し、治療を自分の意思で選択する必要性を自覚させ、意思決定プロセスと正面から対峙することを助ける（国府, 2008）、患者本人の意思を尊重した遺族は、看取りに関する満足度が高い（城内・池田・中澤他, 2008）との報告がある。そして、患者は家族より長く予後を認識している（佐藤・目時・井川, 2013）た



め、患者に正しい情報を伝えることが必要であるといえる。医療者側の価値として、Robert (1991/2000) は、適切に悪い知らせを伝えることは、医療従事者としての人生に満足感をより多く与えることであり、満足感を得られないままに回復する見込みのない患者や治療できない患者をみることは、医療従事者を疲れさせ、後に“燃え尽き”の原因とも成り得ると述べている (p. 7)。

また、家族が患者に対して予後を知らせることを希望しないことにより、生活上に関する予後の説明を実施することができない可能性がある。高崎・山本 (2009) は、告知する、しないの判断が本人の希望に基づいて行われるのならよいが、実際には家族の希望に基づいていることも多く、それは本人の意向と同じであるとは限らないと述べている (p. 92)。家族は患者に悪い知らせを伝えたがらない (森, 2004)、家族は高齢患者に真実を伝えることが不必要であると思っている (Hu, Chiu, Chuang, et al., 2002) との報告があることから、家族の意向のみに頼るのではなく、患者本人の状態をアセスメントして適切な方法で予後理解を促す支援を実施していくことが必要となる。「看護者の倫理綱領」(日本看護協会, 1988) には、「自己決定においては、十分な情報に基づいて自分自身で選択する場合だけでなく、知らないでいるという選択をする場合や、決定を他者に委ねるという選択をする場合もある。看護者は、人々のこのような意思と選択を尊重するとともに、できるかぎり事実を知ることに向き合い、自分自身で選択することができるように励ましたり、支えたりする働きかけも行う。個人の判断や選択が、そのとき、その人にとって最良のものとなるように支援すること」と明記されている。残された時間をどのように生きるのかを決めるのは、家族ではなく患者である。患者の身近な存在である看護師は、患者の望んでいることを把握することに努め、家族に対して、予後についての十分な説明を受けることは患者の権利であることが理解できるように説明をすることも大切な役割である。

しかし、余命を知りたくない并希望する患者が存在することは、確かである (Sanjo et al, 2007)。この患者の希望に対しては、本人の意向を尊重することも大切なことである。このような患者に対しては、看護師は患者から遠のいてしまうとの報告がある (加利川・小河, 2013; Kendall, 2006; Hancock et al., 2007)。訪問看護師が関わりを絶つことなく繰り返し対話を続けることで、充実した終末期を過ごすための支援を実施していくことが求められる。これも、終末期がん患者の QOL を高める上で重要なことである。常に身近な存在として位置する看護師は、医師に比べて患者の状態を適切にアセスメントし、告知をするべきではない患者を見極めることができる可能性がある。訪問看護の現場においては、短期間で

人間関係を構築し、死亡場所の意思決定支援を実施する必要がある。この支援に関しては、今後さらに探求していくことが必要であろう。

### C. 訪問看護師が実施した死亡場所の意思決定支援と

#### 希望死亡場所での死亡の実現との関連

訪問看護師が実施した訪問時期別死亡場所の意思決定支援と、希望死亡場所での死亡の実現の有無との関連を検証した結果、希望死亡場所での死亡の実現と関連したのは、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、生活上に関する予後の説明をすることであった。

訪問全時期を通じて、希望死亡場所の確認をすることが希望死亡場所での死亡の実現と関連した。この結果は、先行研究の結果と一致した（Degenholtz et al, 2004; 早瀬他, 2008; Jeurkar et al., 2012; 佐々木他, 2008）。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（東・永木・吉本, 1997; 廣畑・林・松下他, 2007; 葛西, 2006）。本研究の結果、患者の希望死亡場所が訪問時期により変化していた患者は、36.9%にも上った。訪問初期に希望死亡場所が決められない患者は9.9%であったが、臨死期には6.1%に減少しており、すなわち希望死亡場所を表明する患者が増えたこととなる。訪問全時期を通じて希望死亡場所の確認をしていくことが重要であることが示唆された。

悪化期には、生活上に関する予後の説明をすることが、希望死亡場所での死亡の実現に関連していた。終末期がん患者は、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）。この不安を解消しないまましていると、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。看護師は、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説明をし、対応をすることが求められよう。

研究者は、予備調査（インタビュー調査）により死亡場所の意思決定支援の構成要素を導いた。死亡場所の意思決定支援は、まず、余命の告知の確認、余命の理解度の確認といった医師からの情報に対する理解の確認、理解が不足していた際には未告知の対応、生活上に関する予後の説明といった情報の提供により予後理解を促す支援を実施することである。次に、希望死亡場所の確認、患者と家族の間に希望の不一致があった際には、家族調整をするといった希望の確認と調整をすることである。これらの支援を患者や家族と医療従事者の間で相互に繰り返し実施するプロセスが、死亡場所の意思決定支援である。本研

究では、このプロセスを一側面ずつ、経時的な支援の実施の有無について点で捉えて希望死亡場所での死亡の実現との関連を検証するという方法をとった。そのため、死亡場所の意思決定支援と希望死亡場所での死亡の実現との関連を、プロセス全体で捉えているとはいえない。しかし、希望死亡場所での死亡の実現のための支援を、エビデンス（根拠）に基づいて実践をしていくためには、プロセス全体での希望死亡場所での死亡の実現との関連を検証するだけではなく、死亡場所の意思決定支援の各構成要素それぞれの支援との関連を捉えることも重要なことである。

このように、生活上に関する予後の説明は希望死亡場所での死亡の実現に寄与している可能性があるにもかかわらず、本研究では生活上に関する予後の説明の実施割合が低いことが明らかになった。そこで、訪問看護師が実施した生活上に関する予後の説明に焦点をあて、訪問看護師が実施する生活上に関する予後の説明がどのように希望死亡場所での死亡の実現に結びついているのかを検証したため、次項で詳細を述べる。

#### **D. 生活上に関する予後の説明と希望死亡場所での死亡の実現の実態**

本研究の結果、生活上に関する予後の説明は、終末期がん患者の希望死亡場所の表明および患者と家族の希望死亡場所の一致と関連し、希望死亡場所での死亡の実現と関連するのは、訪問看護師が生活上に関する予後の説明を、複数回、医師と看護師が連携して、患者と家族に対して実施することである、という実態が示された。

##### **1. 生活上に関する予後の説明と希望死亡場所での死亡の実現との関連**

これまで、訪問看護利用により、患者が希望死亡場所を表明する割合が増え、希望死亡場所が一致し、希望死亡場所での死亡の実現につながった可能性があることを述べた。そこで、看護師が実施する生活上に関する予後の説明が、患者の希望死亡場所の表明、患者と家族の希望死亡場所の一致と関連しているのか、どのように希望死亡場所での死亡の実現に結びついているのかを検証した。本研究では、訪問初期に希望死亡場所が決められない患者 37 名のうち、希望死亡場所を自宅と表明した 20 名の患者に対して、訪問看護師は有意に多く（70.0%）生活上に関する予後の説明を実施していたことから、訪問看護師が患者に生活上に関する予後の説明をすることで、患者は希望死亡場所の表明をすると推測された。そして、訪問看護師が実施した生活上に関する予後の説明と、臨死期の患者と家族の希望死亡場所の一致には、訪問全時期を通じて有意な関連が認められた。先行研究か

ら、患者が希望死亡場所を表明すること (Fukui et al, 2003; Gomes et al, 2006; 鈴木他, 2005)、患者と家族の希望が一致していること (Grande et al., 2008; Ikezaki et al., 2011)、医療従事者が患者や家族の希望を確認していること (早瀬他, 2008) と希望死亡場所での死亡の実現には関連があることが明らかになっているため、生活上に関する予後の説明を実施するという意思決定支援により、希望死亡場所での死亡の実現に結びついていることが示唆された。

## 2. 回数別の生活上に関する予後の説明と希望死亡場所での死亡の実現との関連

訪問看護師が生活上に関する予後の説明を複数回実施することが、希望死亡場所での死亡の実現と関連していた。Barnett (2006) は、患者は診断をよく理解しているが、多くは完全に彼らの予後を理解していないと述べている。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%にとどまり、そのうち訪問初期に患者が余命を理解していたのは 25.4%、臨死期には 34.2%であり、全員が余命を理解できていなかった。そして、生活上に関する予後の説明を 1 回実施することは有意な関連要因ではなかったことから、複数回実施することが有用であると考えられる。

複数回の生活上に関する予後の説明を実施するためには、臨死期以外にも行う必要がある。本研究では、訪問初期、悪化期、臨死期の 3 時点で調査した。廣畑他 (2007) は、A 訪問看護ステーションで訪問看護を行った過去 1 年間 23 例の死亡者の看護記録を後ろ向きに検討し、安定期の時から最期をどのように迎えたいのかを一緒に考えておくことは重要であると報告した。患者の状態が悪化期に入る前から死亡場所の意思決定支援を行う必要性を述べている。Temel, Greer, Muzikansky, et al.や Chan et al.は、緩和ケアを早期に実施するという介入研究により、患者および家族の QOL の向上がみられたことを報告した (Temel et al., 2010; Chan et al., 2014)。彼らの緩和ケアの介入内容には、疼痛の緩和に加えて、患者が予後を認識し、終末期に向けた医療や過ごし方を意思決定するためのコミュニケーションプログラムが含まれていた。これにより適切な時期に抗がん剤での治療の中止、終末期近くの積極的な治療の減少、そして希望死亡場所の表明といった効果が得られていた。つまり、緩和ケアの内容には死亡場所の意思決定支援が含まれる必要があり、死亡場所の意思決定支援を早期に行うことで、患者および家族の QOL 向上の効果につながる、希望死亡場所での死亡の実現となる可能性が高くなるといえよう。

終末期がん患者の在宅療養期間は約 1 か月と短期間であり (医療経済研究機構, 2006; 島

内・鈴木, 2008)、がん患者は、死の1ヶ月前頃になると状態が急激に悪化し、日常生活の遂行に困難を来し、最後の2週頃には苦痛を緩和するために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始めている、または既にみられているケースが多いことが予測される。訪問初期から死亡場所の意思決定支援を実施しないことによる問題は2点あげられる。第一に、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ことである。Silveira, Kim, & Langa (2010) は、終末期患者においては、意思決定が必要な時に76.6%が意思決定能力を持っていないことを報告している。第二に、一時的な症状悪化の際に入院したまま退院できず、病院で死亡する可能性が高くなることである。杉谷他(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。終末期がん患者を自宅で支えていくためには、訪問看護は24時間体制で支えていくことが不可欠である。訪問看護では夜勤は当番制で、受け持ちではない患者の対応をせざるを得ない。患者が自宅死亡の希望を明確に表明していない場合には、身体症状のみの判断で緊急入院となる可能性が高くなる。予備調査(インタビュー調査)の結果において、「私たち(訪問看護師)が、そこ(生活上に関する支障の出現)のタイミングでまず介入していかないと、家族は不安で、すぐ病院へ入院になったりする。」と述べられている。訪問初期から対応をしていかなければ、患者の希望死亡場所を確認し、調整していくことは不可能となってしまうかもしれない。以上より、訪問看護を利用する終末期がん患者は、訪問初期から対応をしていかなければ、訪問看護師は患者の希望死亡場所を確認することができず、希望死亡場所での死亡の実現に向けた支援の提供は不可能となってしまう。したがって、希望死亡場所での死亡の実現のためには、訪問初期の早期から対応をすることが求められる。

### 3. 実施者別の生活上に関する予後の説明と希望死亡場所での死亡の実現との関連

生活上に関する予後の説明を実施する専門職として、医師からの告知だけでは患者は十分に理解することができない可能性があり、看護師も連携をして行うことが必要とされる。患者が最も信頼する情報源は医師である(Hesse, Nelson, Kreps, et al., 2005; 瀬戸山・中山, 2011)との報告がある。しかし、医師の告知やインフォームドコンセントに対する先行研究からは、次の3つの問題点が明らかになっている。第一に、医師が伝える内容は、患者や家族にとって十分ではない可能性がある(Yoshida, Hirai, Morita, et al., 2011)。川越(2013)は、医師の説明により、患者は病名と不治の病であることは理解できていても、短い余命

についての説明は欠けていることが多く、退院後の患者と家族の貴重な時間の浪費につながる、と指摘している (p.11)。そして、平岡・山内・信岡 (2002) は、患者は医師の説明に不満足で、患者の 74.9% は自分の受ける治療について看護師による説明を必要としていると述べている。

第二に、患者や家族への精神的サポートができていないといった、医師の告知の際の態度に問題がある (Jiang et al., 2006) ことである。秋山・的場・武林他 (2009) は、一般診療所医師 69 名アンケート調査を実施した結果、がん患者の精神的サポートを実施していない医師は 44 名 (88.0%) であり、今後もサポートを行うことは不可能であると回答した医師は 24 名 (55.0%) であったと報告している。

第三に、告知に積極的でない医師が存在することである。告知に対する認識は文化的背景に影響を受け、患者の自律、自己決定に重きをおいた西洋文化とは異なり (Bou, 2013)、日本では、病名の告知は進んでいても、余命の告知をしていないことが多いといわれている (田代他, 2013)。さきに述べたように、本研究においても、患者に対して余命が告知されていたのは 29.4%、訪問初期および臨死期に余命を理解していた患者はそれぞれ 25.4%、34.2% であった。多くの患者が、訪問初期には自分の残された時間を認識しておらず、症状の変化が顕著になってからも、余命を理解できていた患者は低い割合であった。以上より、看護師による医師の業務へのサポートや、患者の予後理解促進のためのサポートが求められているといえよう。

McLennon, Uhrich, Lasite, et al. (2013) は、患者に予後に関連する情報を伝えるためには、医師と看護師が協働で実施することが最適であると述べている。本研究の結果からも、医師と看護師が生活上に関する予後の説明を実施することが、希望死亡場所での死亡の実現に関連していた。終末期がん患者の症状の変化は急激に進行することが多いため、身近に居る訪問看護師の方が、医師に比べて患者の状態の変化を早目にとらえ、適時に患者に生活上に関する予後の説明をすることが可能であることが多いと思われる。医師と看護師が協働して、ときには看護師が先導して生活上に関する予後の説明を実施できることで、患者や家族のよりよい理解につなげていくことが可能となるのではないだろうか。

#### 4. 対象者別の生活上に関する予後の説明と希望死亡場所での死亡の実現との関連

告知に関して、柏木 (1995) は、「家族には告げるが本人には告げない」が日本的な特徴であると述べている。本研究もこれと同様の結果であり、患者に対して余命の告知がされ

ていたのは 29.4%、家族に対しては 87.3%と家族への告知の方が多かった。これには、医療者側と家族側の問題があげられる。医療者側の問題として、医療者は患者よりも家族の意向を大切にしていること（沼田他, 2006; 佐藤武他, 2011; 杉谷他, 2011）、家族側の問題として、家族は患者に悪い知らせを伝えたがらないこと（森, 2004）、家族は高齢患者に真実を伝えることが不必要であると思っていること（Hu et al., 2002）、が指摘されている。一方で、患者に真実を伝えることに対する効果が報告されていることは、さきに述べたとおりである。本研究の結果、患者に対して生活上に関する予後の説明をしたのは訪問全時期を通じて 3 割であったことと比較し、家族に対しては 6~8 割と、患者よりも家族に実施する方が高い割合を示した。しかし、家族に比べて患者に説明をする方が希望死亡場所での死亡の実現に寄与している可能性（リスク比）が高く、患者と家族に生活上に関する予後の説明をすることが希望死亡場所での死亡の実現と関連していたことから、家族だけではなく患者に対しても生活上に関する予後に関する説明を実施していくことが必要であろう。

#### **E. 訪問看護師が患者に対して訪問初期に**

##### **生活上に関する予後の説明を実施することの関連要因**

本研究により、訪問看護師が患者に対して訪問初期に生活上に関する予後の説明を実施することの関連要因として、終末期がん患者の自宅看取り経験が年間 5 人以上であること、生活上に関する予後の説明は看護師が実施すべきと認識していること、患者への生活上に関する予後の説明が必要であると認識していること、患者への余命の告知があることの 4 項目が抽出された。

まず、本研究の結果、患者への余命の告知があることと患者に対して訪問看護師が生活上に関する予後の説明をすることに関連がみられた。しかし、本研究の結果では患者への余命の告知は 29.4%と低い割合であり、訪問看護師による患者への生活上に関する予後の説明の割合も 37.7%と低くなっているということが考えられる。この理由として、さきに述べた、看護師は終末期患者と接することに対して困難を感じていることがあげられる。患者が未告知の場合には、さらに患者に接することに困難を感じる看護師が多いことが推察される。加利川他（2013）は、看護師は未告知の患者や家族には真実を言えない辛さがあり、患者と家族から遠のいてしまう現状にあったと報告している。この結果は、日本だけではなく諸外国でも同様であった（Kendall, 2006; Hancock et al., 2007）。

一方で、がん患者の 74.0 から 96.1%は、診断を知りたいと考え (Seo, Tamura, Shijo, 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ることを希望したと考えられる。患者が希望死亡場所を表明し、希望死亡場所での死亡の実現につながるためには、たとえ医師からの告知がなくても、看護師は、医師や家族に対して患者への告知を促す働きかけをし、患者や家族へ生活上に関する予後の説明をすることが求められる。

次に、本研究では、生活上に関する予後の説明の役割について、看護師自身であると認識している訪問看護師は 47 名 (12.6%) と低かった。真実を告げる役割についての先行研究の結果では、医師の役割であるとするものが多く (Jiang et al., 2006; Jiang, Liu, Li, et al., 2007; Li, Liu, Zou, et al., 2008)、病名の告知のみならず、生活上に関する予後の説明も医師の役割であるとする看護師は多いことが推察された。しかしながら、看護師は、疾病により生じる生活上の支障についてある程度の予測はアセスメントできることであり、それを伝えることも十分可能であろう。

また、患者は疾病の真実について看護師に聞くのを好む (Sasahara, Miyashita, Kawa, et al., 2003)、との報告がある。平岡他 (2002) は、医師が予後に関する看護師の説明を求める、と回答した割合は 10.4%であったが、患者が回答した割合は 46.5%であったことから、患者は医師による説明を十分に理解していないか、あるいは満足していないことが伺える、と述べている。患者は悪い知らせを聞く際に看護師との関わりを求めており、看護師の関わりが患者の希望を実現することにつながっている可能性がある。生活上に関する予後の説明は看護師が実施すべきと認識し、患者に伝える必要性を強く認識することで、看護師が患者に生活上に関する予後を説明することにつながると考えられる。

一方、患者に生活上に関する予後の説明をすることは、悪い知らせを伝えることであり、慎重に扱われるべき問題である。訪問初期は、患者や家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ため、訪問看護を提供する上で最も重要な時期である。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。そのため、訪問初期から生活上に関する予後の説明をしていくことは、経験が必要になると推察する。本研究の結果、訪問看護師が訪問初期に生活上に関する予後の説明をする要因として、看護師の自宅看取り経験が年間 5 人以上であることがあげられた。宇都宮 (2015) は、看護師が悪い知らせを伝えるための提言として「看護師が自然に任せる選択肢を提示できるか



どうかには、“積極的な治療を提供しない選択をしても、患者の QOL を落とすことなく看取ることができた”という成功体験があるかどうかという面も大きい。地域で患者の姿を見る機会を設けることだと思います。」と述べている。生活上に関する予後の説明を実施するためには、研修会などを利用してロールモデルとなる看護師の実践を目にする機会を設け、試行錯誤しながら実践をしていくことで、成功体験を積み重ねることが必要である。これまで希望死亡場所での死亡の実現との関連が明らかになっている緩和ケアの知識、患者の医学的情報の収集、医師の協力など、とあわせて自宅看取りの経験を積むことで、訪問初期に生活上に関する予後の説明を実施していく看護師が増えていくのではないだろうか。

#### F. 看護への示唆

本研究から、死亡場所の意思決定支援および生活上に関する予後の説明は、患者の希望死亡場所での死亡の実現に関連する支援である可能性が明らかになった。しかし、これまで述べてきたように、現実には生活上に関する予後の説明を実施する上でのさまざまな問題があることも確かである。生命に関する予後の説明である「告知」は医師が行うものであるという、医療上の制度の問題、余命を伝えないほうが良いと思われる患者も確かに存在するという問題である。

余命を伝えることが患者への説明の義務を果たす、という医療者側からの一方的なものであってはならない。余命についての悪い知らせだけでなく、患者と一緒に関わる医療従事者として何ができるか、というポジティブな説明をすることが患者の不安を軽減できるとも考えられている (Morita, Akechi, Ikenaga, et al., 2004)。Glaser & Strausess (1965/1988) は、告知がどんな形でなされようとも、そのショックを和らげる方法がある。それは、「私たちが責任もって痛みをコントロールします」と伝えることであると述べている (p.127)。苦痛や症状を取ることができるという情報を積極的に与えることで、悪い知らせを知ることの精神的ダメージを、ある程度軽減できる可能性がある。こういった問題を考慮しつつも、患者や家族と深く関わる看護師が、生活上に関する予後の説明が実施できるようになることが求められていくと思われ、その実践を広めていく必要があるのではないかと。本研究の結果、訪問看護師が患者に対して、訪問初期に生活上に関する予後の説明を実施することの関連要因として、生活上に関する予後の説明は看護師が実施すべきと認識している

こと、患者への生活上に関する予後の説明の必要性を認識していることが抽出された。そのために行うべき看護への示唆を述べる。

第一に、患者に予後理解を促すことで、患者の希望死亡場所での死亡が実現する可能性があることを普及、啓発することである。予後理解を促す支援のうち、生活上に関する予後の説明は、生活行動の支援者でもある看護師が看護ケアの提供とともに、その役割を担える可能性が十分あると思われる。インフォームドコンセントの法的根拠は、医療法第 1 条の 4 第 2 項の「医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療の担い手は、医療を提供するにあたり、適切な説明を行い、医療を受ける者の理解を得るように努めなければならない。」と示されていることにある。生活上に関する支障を予測し、適切な説明を行うことを意味する生活上に関する予後の説明は、インフォームドコンセントの一環として看護師が実施する役割でもあることを強調する必要がある。本研究の結果から、生活上に関する予後の説明をするのは、看護師の役割ではないと認識している看護師が多いことが明らかになった。看護師が生活上に関する予後の説明をしている場面を、実際にみることが出来る機会を設けることが必要であろう。それにより、患者や家族からの反応を目の当たりにすることとなり、成功体験を積むことにつながると推察される。「看護師はこんなことまで説明をしてもいい」という認識の変化となることが考えられる。あわせて、患者に予後理解を促すためには、医師の協力が不可欠である。余命の告知に積極的ではない医師に対して、適切に対応をしていくということも必要である。

第二に、看護師が終末期患者に悪い知らせを伝えるためのコミュニケーションスキルを広めていくことである。看護師の緩和ケアスペシャリストとして、1996 年にがん看護専門看護師、1999 年には緩和ケア認定看護師（当初はホスピスケア認定看護師、2008 年度より緩和ケア認定看護師と改名）、がん性疼痛認定看護師といった認定制度が整備され、現在がん看護専門看護師が 581 名、緩和ケア認定看護師が 1851 名、がん性疼痛認定看護師 769 名が登録されている（日本看護協会）。しかし、均てん化された緩和ケアが、がんと診断された早期から実施されるためには、スペシャリストの養成のみに頼るのではなく、一人でも多くの看護師が質の高い体系化された緩和ケアの教育を受けることが必要である。看護師のための体系化された緩和ケア教育としては、アメリカのエンドオブライフ（End-of-Life; 以下 EOL）看護教育協議会により作成された教育プログラム（End-of-Life Nursing Education Consortium; 以下 ELNEC）を、2005 年に日本語版として開発した ELNEC Japan（ELNEC-J）（竹之内・田村, 2009）がある。良いテキストは終末期医療・看護の質を

高めるのに重要な情報源となる (Carron, Joanne, & Patrick, 1999) ことから、これらの体系化された教育システムにおける学習には効果が得られる可能性がある。この教育プログラムは次の 10 モジュールで構成されている。①EOL ケアにおける看護、②痛みのマネジメント、③症状マネジメント、④EOL ケアにおける倫理的問題、⑤EOL ケアにおける文化への配慮、⑥コミュニケーション-患者の意思決定を支えるために、⑦喪失・悲嘆・死別、⑧臨死期のケア、⑨高齢者の EOL ケア、⑩質の高い EOL ケアの達成である。このうちの、④EOL ケアにおける倫理的問題において、患者に真実を伝えること、悪い知らせを伝えるコミュニケーション技法について述べられている。

これまで、看護師が悪い知らせを伝えることに対する問題が指摘されている。まず、さきに述べたように、看護師には悪い知らせを伝えることに対しての苦手意識があげられる。次に、看護師は終末期患者の支援に自信がないことにより、医師への依存傾向があること (加利川他, 2013; 杉谷他, 2011) があげられる。これでは、生活上に関する予後の説明をすることの必要性を理解していたとしても、説明をするという実践にはつながりにくいであろう。しかし、日本だけでなく世界的にも「悪い知らせ」を伝える際のコミュニケーションについての教育は、これまで系統的に行われてきておらず、世界的にも終末期患者と接するためにコミュニケーションスキルが重要であるとの見解が示されている (James, 2005)。近年では、コミュニケーションスキルの一例として、Baile, Buckman, Lenzi, et al. (2000) によって開発された「SPIKES」という 6 ステップのコミュニケーションスキルトレーニング法があり、日本の看護師を対象に行った介入研究にて、患者の QOL と心理状況の改善、患者のナースへの満足感の向上といった有効性が示されてきた (福井, 2010)。この「SPIKES」のスキルを広めていくことで、看護師は終末期がん患者への支援に自信を持ち、終末期がん患者に対して生活上に関する予後の説明をすることにつながる可能性がある。

河野他 (1995) は、終末期患者に関わる医療者の態度について、次のように述べている。「死への過程をみる医療者は、しっかりとした死生観、それは各人ではさまざまであるが、大まかに言えば、死を暗いものとみず、死をひとつの自然な出来事であり、決して阻止するものではなく、時には望ましいものであるという見方をもつことが望ましいように思う。死は暗く、悲しい、あつてはならないものにとらえた死生観の持ち主である医療者に看取られることは、死に逝く者にとって死はさらに暗いものとなり、耐えられないものとなるであろう。そのような死生観を持つ医療者が、死に逝く人を見ることは不適切である。

医療者は常に死生観を問われ続けていることを自覚しなければならない (p67)。」Friedrichsen, & Milberg (2006) は、緩和ケアにおいて実存的なことから話して、他の人を助けることができるようになるためには、医療者は、自分自身の死生観に直面しておく必要があると延べている。森・石川・茂木 (2012) は、人間の死には、3 人称の死 (他人ごとの死)、2 人称の死 (近隣者や親友など自分の深い関わりのある人の死)、1 人称の死 (自分の死) があり、1 人称の死とは、自分はどのような人生の締めくくりをし、死の迎え方をしたいのかという、自分自身の死に対する考え方や態度、つまり死生観のことをさすと述べている。看護師一人一人が、日頃から 1 人称の死を意識して終末期がん患者のケアを実践することが、ひいては、患者の QOL 向上につながるケアを実践することにつながるであろう。

最後に、意思決定支援の基本は、看護師が決定をするのではなく、患者が主体となって決定をすることである。そして、残された時間をどのように生きるのかを決めるのは、家族ではなく患者である。患者の身近な存在である看護師は、患者の望んでいることを把握することに努める必要がある。Glaser et al. (1965/1988) は、死にゆく患者が生物学的に死ぬ前に社会的、人間的に死ぬためには、「オープン」認識文脈 (真実を告知する) を前提とし、患者、医療スタッフ、家族の協力が重要であると述べている (p.306)。死亡場所の意思決定は患者や家族のみで行うのではなく、看護師は意思決定をともに行う存在であることを患者や家族に対して示していくことが重要である。

## G. 研究の限界

本研究には、6 点の限界がある。第一に、回答サンプリングの問題があげられる。対象となる訪問看護ステーションと対象者不在の訪問看護ステーションを比較したところ、職場の規模は、看護師常勤換算数がそれぞれ  $6.3 \pm 5.4$  人、 $4.4 \pm 1.9$  人 ( $p < .001$ )、看護師常勤数は  $4.8 \pm 3.4$  人、 $3.5 \pm 1.6$  人 ( $p < .001$ ) であり、訪問看護ステーション間の規模に有意な差がみられた。看護職員が 5 人未満の小規模の訪問看護ステーションであるほど職員一人当たりの訪問件数が少なく (日本看護協会, 2008)、規模が小さい訪問看護ステーションの方が 24 時間対応体制加算を届出している割合が少ない (厚生労働省, 2012a) という報告がある。自宅看取りを行う訪問看護ステーションの特徴として、看護職員数が多く、24 時間対応体制加算を届出していることが考えられ、本研究において、訪問看護ステーションに偏りがみられた可能性がある。

第二に、回収率が 29.0%と低く、終末期がん患者のケアに意識の高い訪問看護師が回答した可能性があることである。予備調査(プレテスト)の回収率が 36.8%と低かったため、本調査では、適格な患者がいない訪問看護ステーションを把握できるように、アンケート調査とは別に FAX 返信シートを返すよう依頼した。しかし、プレテストよりさらに回収率が下がる結果となった。この原因としては、調査期間が業務繁忙期と重なったこと、調査票の内容が複雑であった可能性がある。今後の調査の際には、調査時期の検討、調査項目をさらに洗練する必要がある。

第三に、死亡場所の意思決定支援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に関して、実施の有無だけで検証するということは、量的研究の限界である。今後、質的研究や混合研究法での研究デザインを取り入れ、どのような支援がどのように希望死亡場所での死亡に関連したのか、一人の患者、一つの家族それぞれの特徴を踏まえた実践の内容を記述していくことが必要である。

第四に、研究参加者である訪問看護師全員が、生活上に関する予後の説明の定義を正しく理解できていない可能性があげられる。そのため、実施の割合が低くなっていたと考えられる。概念枠組みとその構成要素、および測定用具の適切性の評価の過程で、多くの訪問看護師から意見を伺い定義を洗練した。しかし、生活上に関する予後の説明は、本研究で新たに抽出された概念であり、今後さらに探求していくことが必要であろう。

第五に、医師要因および患者・家族要因は、訪問看護師に調査票記入を依頼する研究デザインをとったため、訪問看護師の主観的評価に頼っている。そのため、訪問看護師の視点からの評価であるという研究の限界がある。また、医師が実施した患者や家族に対する生活上に関する予後の説明は、訪問看護師が実施状況を把握できていない可能性があり、過小評価であるかもしれない。

第六に、統計学的分析を行うため、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が、訪問看護提供期間が 3 週間以内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ことである。今後、3 週間未満のケースについても検討する必要がある。

以上の点から一般化には限界があるが、これまで死亡場所の意思決定支援である生活上に関する予後の説明のプロセスを、訪問看護師に着目して訪問時期別に捉えた研究は見あたらないことから、死亡場所の意思決定支援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られる。今後は、生活上に関する予後の説明が看護師の役割として本当に必要な支援であるのか、実践の状況を捉え

つつ探求を続けることが求められよう。そして、今回は死亡場所の意思決定支援の開始時期については検証ができなかった。研究方法をあらためた上で、希望死亡場所実現の効果をあげるための死亡場所の意思決定支援のタイミングについて、さらなる研究をしていく必要がある。

## VIII. 結論

1. 本研究における希望死亡場所での死亡の実現率は先行研究と同程度であり、自宅死亡の実現率は高かった。訪問看護師が希望死亡場所を確認し、患者が希望死亡場所を表明していると、希望死亡場所での死亡が実現する可能性がさらに高かった。
2. 患者の実際の死亡場所と希望死亡場所は、訪問全時期を通じて患者の希望死亡場所より家族の希望死亡場所との一致率の方が高く、患者が死に近づくにつれて患者、家族ともに高い一致率を示した。
3. 患者および家族の希望死亡場所は、訪問全時期を通じて約 1/3 が希望死亡場所を変更しており、ともに自宅希望が増え、決められない割合が減少し、決められない患者および家族の多くが自宅希望に変更していた。そして、患者が死に近づくにつれて、患者の希望死亡場所と家族の希望死亡場所は高い一致を示した。
4. 予後理解を促す支援の実施割合は低い割合であったが、希望死亡場所の確認は高い割合であり、いずれの支援も、家族に対して実施する方が、患者に実施するよりも高い割合であった。予後理解を促す支援のうち、生活上に関する予後の説明の実施割合が特に低くなっていた。
5. 患者に対して死亡場所の意思決定支援を実施した人数には訪問時期別に違いはなく、家族に対して死亡場所の意思決定支援を実施した人数は、症状出現以降に実施されていた。いずれの支援も、患者に対して実施する方が、家族に実施するよりも高いリスク比を示した。つまり、患者に対して死亡場所の意思決定支援を実施するほうが希望死亡場所での死亡の実現に寄与している可能性があるという結果であった。
6. 訪問看護師が実施した死亡場所の意思決定支援と、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」（訪問初期から臨死期の間の 1 週間の時期で、終末期の症状悪化が表れはじめてから 1 週間）に生活上に関する予後の説明をすることであった。
7. 訪問看護師が実施した生活上に関する予後の説明は、終末期がん患者の希望死亡場所の表明および患者と家族の希望死亡場所の一致と関連し、生活上に関する予後の説明と患者の希望死亡場所での死亡の実現と関連するのは、生活上に関する予後の説明を、複数回、医師と看護師が連携して、患者と家族に対して実施することであった。また、訪問看護師が患者に対して訪問初期に生活上に関する予後の説明をす

ることと関連するのは、看護師要因として、①終末期がん患者の自宅看取り経験が年間5人以上であること、②生活上に関する予後の説明は看護師が実施すべきと認識していること、③患者への生活上に関する予後の説明が必要であると認識していること、患者・家族要因として、④患者への余命告知ありの4項目であった。



## 謝辞

本研究は、多くの方々のご協力とご支援によりまとめることができました。

予備調査（インタビュー調査およびプレテスト）、質問紙調査にご協力くださいました全国の訪問看護師の皆様に心より御礼を申し上げます。

本論文作成にあたり、ご指導を賜りました福井小紀子教授、岡本有子講師をはじめ、地域看護学領域の先生方、院生の皆様に心より感謝申し上げます。

なお、本研究は 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」にて実施しました。ここに深く感謝の意を表します。

## 文献

- Aabom, B., Kragstrup, J., Vondeling, H., Bakkevig, LS., & Stovring, H. (2005) . Defining cancer patients as being in the terminal phase: who receives a formal diagnosis, and what are the effects? *Journal Of Clinical Oncology*, 23 (30), 7411-7416.
- Abel, J., Pring, A., Rich, A., Malik, T., & Verne, J. (2013) .The impact of advance care planning of place of death, a hospice retrospective cohort study. *BMJ Support Palliative Care*,3(2),168-173.
- 秋山美紀・的場元弘・武林亨・中目千之・松原要一 (2009) .地域診療所医師の在宅緩和ケアに関する意識調査.*Palliative Care Research*,4(2),112-122.
- 朝日新聞 (2013/11/4) .死生観 本社世論調査.
- Baile, WF, Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, EA., & Kudelka, AP. (2000) . SPIKES - A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist*,5(4),302-311.
- Barnes, K., Jones, L., Tookman, A., & King, M. (2007) . Acceptability of an advance care planning interview schedule: a focus group study. *Palliative Medicine*,21(1),23-28.
- Barnett, MM. (2006) . Does it hurt to know the worst?-psychological morbidity, information preferences and understanding of prognosis in patients with advanced cancer.*Psycho-Oncology*,15(1),44-55.
- Bell, CL., Somogyi-Zalud, E.,& Masaki, KH. (2010). Factors Associated with Congruence Between Preferred and Actual Place of Death. *Journal of Pain and Symptom Management*,39(3),591-604.
- Bou, KR. (2013) .Attitudes, beliefs and perceptions regarding truth disclosure of cancer-related information in the Middle East: a review. *Palliative Support Care*,11(1),69-78.
- Carron, AT, Joanne, L., & Patrick, K. (1999) .End-of-life care in medical textbooks. *Annals Of Internal Medicine*,130,82-86.
- Chan, CWH., Chui, YY., Chair, SY., Sham, MMK., Lo, RSK., Ng, CSM., Chan, HYL., & Lai, DCY. (2014) .The evaluation of a palliative care programme for people suffering from life-limiting diseases. *Journal of Clinical Nursing*, 23, 113-123.
- Chen, CH., Lin, YC., Liu, LN., & Tang, ST. (2014) . Determinants of preference for home death among terminally ill patients with cancer in Taiwan: a cross-sectional survey study. *The*

- Journal Of Nursing Research*, 22 (1), 37-44.
- Christelle, CD., Charlotte, C., Francis, G., & Martinet Y. (2010) .How accurate are physicians in the prediction of patient survival in advanced lung cancer?*Oncologist*,15(7),782-789.
- Cohen, A., & Nirenberg, A. (2011) . Current practices in advance care planning: implications for oncology nurses. *Clinical Journal of Oncology Nursing*,15(5),547-553.
- Degenholtz, HB., Rhee, Y., & Arnold, RM. (2004) .Brief communication: the relationship between having a living will and dying in place.*Annals of Internal Medicine*,141(2),113-117.
- Derogatis LR. Morrow GR. Fetting J. Penman D. Piasetsky S.Schmale AM. Henrichs M. Carnicke CL Jr ( 1983 ) .The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA* ,249(6),751-757.
- Detering, KM., Hancock, AD., Reade, MC., & Silvester, W. (2010) .The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: randomised controlled trial.*BMJ*,23,340:c1345.
- 江口富子・落合宏・塚原節子・上野栄一 (2011) .看護師のスピリチュアルケア測定尺度の開発. *富山大学看護学雑誌*,10(1),15－27.
- Emanuel, LL., Danis, M., Pearlman, RA., & Singe,r PA. (1995) .Advance care planning as a process: structuring the discussions in practice.*Journal Of The American Geriatrics Society*,43(4),440-446.
- FATCOD-Form B-J 使用マニュアル.  
[http://plaza.umin.ac.jp/~fatcod/fatcod\\_manual.pdf](http://plaza.umin.ac.jp/~fatcod/fatcod_manual.pdf) より,2015/10/18 検索。
- Friedrichsen, M., & Milberg, A. (2006) .Concerns about losing control when breaking bad news to terminally ill patients with cancer: physicians' perspective. *Journal of Palliative Medicine*,9(3),673-682.
- 藤本肇・橋口陽二郎・上野秀樹・望月英隆 (2004) .癌告知と終末期診療における患者対応のあり方に関する検討－癌死患者の遺族調査から－. *日本消化器外科学会誌*,37(10),1610-1615.
- 福井小紀子 (2007) .入院中末期がん患者の在宅療養移行の検討に関連する要因を明らかにした全国調査. *日本看護科学会誌*,27(2),92-100.
- 福井小紀子 (2010) .ナースが「バッドニュース」を伝えることとは. *月刊ナーシング*,30(14),14-15.
- Fukui, S., Fujita, J., Tsujimura, M., Sumikawa, Y., Hayashi, Y., & Fukui, N. (2011) .Late referrals to

- home palliative care service affecting death at home in advanced cancer patients in Japan: a nationwide survey. *Annals of Oncology*, 22(9), 2113-2120.
- Fukui, S., Kawagoe, H., Sakai, M., Nishikido, N., Nagae, H., & Miyazaki, T. (2003). Determinants of the place of death among terminally ill cancer patients under home hospice care in Japan. *Palliative Medicine*, 17(5), 445-453.
- Fukui, S., Yoshiuchi, K., Fujita, J., Sawai, M., & Watanabe, M. (2011). Japanese People's Preference for Place of End-of-Life Care and Death: A Population-Based Nationwide Survey. *Journal of Pain and Symptom management*, 42(6), 882-892.
- 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. *京都府立医科大学医療技術短期大学部紀要*, 9(1), 35-44.
- Gauthier, D.M. (2005). Decision making near the end of life. *Journal of hospice and palliative nursing*, 7(2), 82-90.
- Georgaki, S., Kalaidopoulou, O., Liarmakopoulos, I., & Mystakidou, K. (2002). Nurses' attitudes toward truthful communication with patients with cancer. A Greek study. *Cancer Nursing*, 25, 436-441.
- Gomes, B., & Higginson, IJ. (2006). Factors influencing death at home in terminally ill patients with cancer: systematic review. *BMJ*, 332, 515-521.
- Gomes, B., Higginson, IJ., Calanzani, N., Cohen, J., Deliens, L., Daveson, BA., Bechinger-English, D., Bausewein, C., Ferreira, PL., Toscani, F., Meñaca, A., Gysels, M., Ceulemans, L., Simon, ST., Pasman, HR., Alber, S. G., Hall, S., Murtagh, FE., Haugen, DF., Downing, J., Koffman, J., Pettenati, F., Finetti, S., Antunes, B., & Harding, R. (2012). Preferences for place of death if faced with advanced cancer: a population survey in England, Flanders, Germany, Italy, the Netherlands, Portugal and Spain. *Annals of Oncology*, 23(8), 2006-2015.
- Grande, G., & Ewing, G. (2008). Death at home unlikely if informal carers prefer otherwise: implications for policy. *Palliative Medicine*, 22(8), 971-972.
- Glaser, BG., & Strauss (1965) / 木下康仁 (1988) .死のアウェアネス理論と看護 死の認識と終末期ケア. 医学書院
- 濱吉美穂・河野あゆみ（2012）.認知機能低下を想定した Advance directive の作成意義と可能性に関する文献検討. *大阪市立大学看護学雑誌*, 8, 41-49.
- Hancock, K., Clayton, JM., Parker, SM., Walder, S., Butow, PN., Carrick, S., Currow, D., Ghersi,

- D., Glare, P., Hagerty, R., & Tattersall, MH. (2007) .Truth-telling in discussing prognosis in advanced life-limiting illnesses: a systematic review.*Palliative Medicine*,21(6),507-517.
- 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.*高知女子大学看護学会誌*,33(1), 39-47.
- Hesse, BW., Nelson, DE., Kreps, GL., Croyle, RT., Arora, NK., Rimer, BK., & Viswanath, K. (2005) . Trust and Sources of Health Information. The Impact of the Internet and Its Implications for Health Care Providers: Findings From the First Health Information National Trends Survey.*Archives of Internal Medicine*,165,2618-2624.
- 東清巳・永木由美子・吉本美浦子・河崎秀美 (1997) .在宅癌末期患者の自己決定・家族の意思決定の内容と意味-在宅死の転帰をとった 7 事例の分析から-.*熊本大学教育学部紀要*,46,127-138.
- 樋口京子・近藤克則・牧野忠康・宮田和明・杉本浩章 (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-.*厚生指標*,48(13),8-15.
- 平岡敬子・山内京子・信岡利枝 (2002) .看護婦（士）役割に関する医師と患者の意識差 インフォームド・コンセントに関して看護婦（士）に期待されていること.*看護管理*,12(3),214-217.
- 廣畑直子・林和子・松下まや・岩岡布志子 (2007) .A 訪問看護ステーションにおけるターミナル患者の現状報告-本人や家族の希望に添えるターミナルケアの充実に向けて-.*日本看護学会論文集（第38回地域看護）*.121-123.
- 久山かおる・吉岡伸一 (2014) .認知症対応型グループホーム職員の看取りと死に関する態度-訪問看護ステーション職員との比較-.*米子医学会誌*,65,6-18.
- Huang, SH., Tang, FI., Liu, CY., Chen, MB., Liang, TH., & Sheu, SJ. (2014) .Truth-telling to patients' terminal illness: What makes oncology nurses act individually? *The Official Journal Of European Oncology Nursing Society*.
- Hughes, PM., Bath, PA., Ahmed, N., & Noble, B. (2010) .What progress has been made towards implementing national guidance on end of life care? A national survey of UK general practices. *Palliative Medicine*,24(1),68-78.
- Hu, WY., Chiu, TY., Chuang, RB., & Chen, CY. (2002) .Solving family-related barriers to truthfulness in cases of terminal cancer in Taiwan.A professional perspective. *Cancer*

*Nursing*, 25 (6), 486-492.

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 Palliative Care*, 10, 3.

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.

<http://www.ihep.jp/publications/report/search.php?y=2006> より, 2015/10/18 検索。

石川孝子・福井小紀子・澤井美奈子 (2014). 武蔵野市民の終末期希望療養場所の意思決定に関連する要因 年代別比較. *日本公衆衛生雑誌*, 61(9), 545-555.

石附敬・和気純子・遠藤英俊 (2009). 重度要介護高齢者の在宅生活の長期継続に関連する要因. *老年社会科学*, 31(3), 359-365.

岩崎のり子・大森美津子 (2012). 自ら余命告知を望んで死に直面しているがん患者の体験世界. *四国大学紀要*, 35, 7-18.

James, AT. (2005). Beyond Advance Directives: Importance of Communication Skills at the End of Life. *JAMA*, 294(3), 359-365.

Jeurkar, N., Farrington, S., Craig, TR., Slattery, J., Harrold, JK., Oldanie, B., Teno, JM., & Casarett, DJ. (2012). Which hospice patients with cancer are able to die in the setting of their choice? Results of a retrospective cohort study. *Journal of Clinical Oncology*, 30(22), 2783-2787.

Jiang, Y., Li, JY., Liu, C., Huang, MJ., Zhou, L., Li, M., Zhao, X., & Wei, YQ. (2006). Different attitudes of oncology clinicians toward truth telling of different stages of cancer. *Official Journal Of The Multinational Association Of Supportive Care In Cancer*, 14(11), 1119-1125.

Jiang, Y., Liu, C., Li, JY., Huang, MJ., Yao, WX., Zhang, R., Yao, B., Du, XB., Chen, J., Xie, K., Zhao, X., & Wei, YQ. (2007). Different attitudes of Chinese patients and their families toward truth telling of different stages of cancer. *Psycho-Oncology*, 16(10), 928-936.

Justo, RI., Simms, V., & Harding, R. (2009). Multidimensional problems among advanced cancer patients in Cuba: awareness of diagnosis is associated with better patient status. *Journal of Pain and Symptom Management*, 37(3), 325-330.

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.

狩野太郎・大山ちあき・神田清子 (2000). 入院がん患者の病名告知に関する看護者の意識. *群馬保健大学紀要*, 21, 33-38.

- 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. *日本がん看護学会誌*,20(2),39-49.
- 柏木哲夫（1995）. *死を学ぶ 最期の日々を輝いて*.医学書院
- 片山陽子（2014）.研修報告：カナダ BC 州におけるアドバンス・ケア・プランニングの実践と教育の展開. *香川県立保健医療大学雑誌*,5,37-43.
- 川越厚（2013）. *がん患者の在宅ホスピスケア*.医学書院.
- 川上陽子・大町弥生（2003）.高齢がん患者への病名告知に関する医師と看護師の認識. *滋賀医科大学看護学ジャーナル*,1(1),38-45.
- 河野博臣・神代尚芳（1995）. *サイコオンコロジー入門—がん患者の QOL を高めるために*.日本評論社
- Keating, NL., Landrum, MB., Rogers, SO Jr., Baum, SK., Virnig, BA., Huskamp, HA., Earle, CC., & Kahn, KL.（2010）. Physician factors associated with discussions about end-of-life care. *Cancer*,15;116(4),998-1006.
- Kendall S（2006）. Being asked not to tell: nurses' experiences of caring for cancer patients not told their diagnosis. *Journal Of Clinical Nursing*,15(9),1149-1157.
- 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.
- 小林督子・川瀬洋子・中村晶子・廣田晴美・清水澄江（2003）.在宅・転院した患者の最期を迎える場所の意思確認—医師・看護師の係わり—. *日本赤十字愛知短期大学紀要*,14,77-84.
- 国府浩子（2008）.初期治療を選択する乳がん患者が経験する困難. *日本がん看護学会誌*,22(2),14-22.
- 国立社会保障・人口問題研究所.日本の将来推計人口—平成 24 年 1 月推計—.2012.  
<http://www.ipss.go.jp/syoushika/tohkei/newest04/sh2401top.html> より,2015/10/18 検索。
- 公益財団法人がん研究振興財団（2013）. *がんの統計*‘13.23-24.
- 河野由美（2014）.病棟看護師の終末期患者への在宅療養に向けた退院支援に影響する要因. *日本看護科学会誌*,34(1),123-130.
- 厚生労働省（2008）.「終末期医療に関する調査」結果  
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/10/dl/s1027-12e.pdf> より,2015/10/18 検索。
- 厚生労働省（2012a）.平成 24 年度診療報酬改定結果検証に係る調査

<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000025686.pdf> より,2015/10/18 検索。

厚生労働省 (2012b) .人口動態統計

<http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/List.do?lid=000001108739> より,2015/10/18 検索。

Lakasing, E., Kulkarni, S., Sparkes, C., & Ravichander, R. (2014) .A practice-based survey of patients dying in hospital: can we do more to support end-of-life care at home?.*British Journal Of Community Nursing*,19(3),130-133.

Li, JY., Liu, C., Zou, LQ., Huang, MJ., Yu, CH., You, GY., Jiang, YD., Li, H., & Jiang, Y (2008) . To tell or not to tell: attitudes of Chinese oncology nurses towards truth telling of cancer diagnosis. *Journal Of Clinical Nursing*,17(18),2463-2470.

Lorenz, KA., Lynn, J., Dy, SM., Wilkinson, A., Mularski, RA., Hugarman, LR., Hughes, RG., Asch, SM., Rolon, C., Rastegar, A., & Shekelle, PG. (2006) .Quality Measures for Symptoms and Advance Care Planning in Cancer: A Systematic Review.*Journal of Clinical Oncology*,24(30),4933-4938.

Lorenz, KA., Lynn, J., Dy, SM., Shugarman, LR., Wilkinson, A., Mularski, RA., Morton, SC., Hughes, RG., Hilton, LK., Maglione, M., Rhodes, SL., Rolon, C., Sun, VC., & Shekelle, PG. (2008) . Evidence for Improving Palliative Care at the End of Life:A Systematic Review. *Annals of Internal Medicine*,148,147-159.

Mack, JW., Cronin, A., Keating, NL., Taback, N., Huskamp, HA., Malin, JL., Earle, CC., & Weeks, JC. (2012) . Associations Between End-of-Life Discussion Characteristics and Care Received Near Death: A Prospective Cohort Study.*Journal of Clinical Oncology*,30(35),4387-4395.

正木晴彦 (1996) .がん告知を巡る過去 20 年間の推移とその問題点.長崎大学教養部紀要 人文科学篇,37(1),77-109.

松村ちづか・川越博美 (2001a) .訪問看護婦の意思決定の促進要因・阻害要因の分析-5 年未満の訪問看護婦の意思決定の特徴-. *日本がん看護学会誌*,15(2),62-67.

松村ちづか・川越博美 (2001b) .熟練訪問看護者の意思決定の構造. *日本地域看護学会誌*, 3(1),19-25.

McLennon, SM., Uhrich, M., Lasiter, S., Chamness, AR., & Helft, PR. (2013) . Oncology nurses' narratives about ethical dilemmas and prognosis-related communication in advanced cancer patients. *Cancer Nursing*,36(2),114-121.



- Meeussen, K., Van, BL., Echteld, M., Bossuyt, N., Bilsen, J., Van, CV., Abarshi, E., Donker, G., Onwuteaka-Philipsen, B., & Deliens, L. (2011) . Advance care planning in Belgium and The Netherlands: a nationwide retrospective study via sentinel networks of general practitioners. *Journal of Pain and Symptom Management*,42(4),565-577.
- Minagawa, H, Uchitomi Y, Yamawaki S, Ishitani K (1996) .Psychiatric morbidity in terminally ill cancer patients ; a prospective study. *Cancer*,78,1131-1137.
- Miyashita, M., Misawa, T., Abe, M., Nakayama, Y., Abe, K., & Kawa, M. (2008) .Quality of life, day hospice needs, and satisfaction of community-dwelling advanced cancer patients and their caregivers in Japan. *Journal of Palliative Medicine*,11(9),1203-1207.
- Miyata, T., Tachimori, H., Takahash, M., Saito, T., & Kai, I. (2005) . Disclosure of cancer diagnosis and prognosis: a survey of the general public's attitudes toward doctors and family holding discretionary powers. *BMC Medical Ethics*,31,447–451.
- 森文子 (2004) .がん患者と家族の意思決定を支える.*がん看護*,9(4),306-309.
- 森和代・石川利江・茂木俊彦 (2012) .よくわかる健康心理学.ミネルヴァ書房
- Morita T, Akechi T, Ikenaga M, Kizawa Y, Kohara H, Mukaiyama T, Nakaho T, Nakashima N, Shima Y, Matsubara T, Fujimori M, Uchitomi Y. (2004) . Communication about the ending of anticancer treatment and transition to palliative care. *Annals of Oncology*.15(10),1551-1557.
- 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.
- 中井裕子・宮下光令・笹原朋代・小山友里江・清水陽一・河正子 (2006) .Frommelt のターミナルケア態度尺度 日本語版 (FATCOD-B-J) の因子構造と信頼性の検討--尺度翻訳から一般病院での看護師調査,短縮版の作成まで.*がん看護*,11(6),723-729.
- 中西美千代・志自岐康子・勝野とわ子・習田明裕 (2012) .ターミナル期の患者に関わる看護師の態度に関連する要因の検討. *日本看護科学会誌*,32(1),40-49.
- Nakazawa, K., Kizawa, Y., Maeno, T., Takayashiki, A., Abe, Y., Hamano, J., & Maeno, T. (2013) . Palliative Care Physicians' Practices and Attitudes Regarding Advance Care Planning in Palliative Care Units in Japan: A Nationwide Survey. *American Journal of Hospital Palliative Care*.

NHS ACP guideline 2008

- <http://www.ncpc.org.uk/sites/default/files/AdvanceCarePlanning.pdf#search='www.endoflifecareforadults'> より,2015/10/18 検索。
- 日本訪問看護振興財団（2012）.在宅看取りの推進をめざした訪問看護・訪問介護・介護支援専門員間の協働のあり方に関する研究.25
- 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.
- 日本看護協会.
- <http://www.nurse.or.jp/> より,2015/12/08 検索。
- 日本老年医学会（2001）.「高齢者の終末期医療およびケア」に関する日本老年医学会の「立場表明」. *日本老年医学会誌*,38(4),582-586.
- 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-. *癌と化学療法*,38(10),1577-1581.
- 沼田久美子・清水悟・東間紘（2006）.がん終末期患者の在宅医療・療養移行の課題-病名説明,告知の現状-. *厚生指標*,53(11),1-4.
- 岡本双美子・石井京子（2005）.看護師の死生観尺度作成と尺度に影響を及ぼす要因分析. *日本看護研究学会雑誌*,28,(4).53-60.
- 小野寺麻衣・熊田真紀子・大桐規子・浅野玲子・小笠原喜美代・後藤あき子・柴田弘子・庄子由美・仙石美枝子・山内かず子・門間典子・宮下光令（2013）.看護師のがん看護に関する困難感尺度の作成. *Palliative Care Research*,8(2),240-247.
- 大川宣容・吉田亜希子・藤田佐和・森下利子・鈴木志津枝（2006）.終末期がん患者の在宅ケアへの移行に向けての取り組みを阻む要因-看護師が捉える家族側の要因-. *高知女子大学紀要 看護学部編*,56,1-9.
- 大山ちあき・狩野太郎・神田清子（2000）.入院がん患者の告知状況に関する研究:がん専門病院と一般病院の比較. *群馬保健学紀要*,21,39-44.
- 大関令奈（2012）.アドバンス・ケア・プランニングとは何か?. *緩和ケア*,22(5),403-406.
- Peduzzi, P., Concato, J., Kemper, E., Holford, TR., & Feinstein, AR. (1996) . A simulation study of the number of events per variable in logistic regression analysis. *Journal of Clinical Epidemiology*,49(12),1373-1379.
- Peters, L., & Sellick, K. (2006) . Quality of life of cancer patients receiving inpatient and home-based palliative care. *Journal of Advanced Nursing*,53(5),524-533.

- Robert, B. (1991) /恒藤暁監訳 (2000) .*真実を伝える.診断と治療社.*
- Sanjo, M., Miyashita, M., Morita, T., Hirai, K., Kawa, M., Akechi, T., & Uchitomi, Y. (2007) . Preferences regarding end-of-life cancer care and associations with good-death concepts: a population-based survey in Japan. *Annals of Oncology*,18(9), 1539-1547.
- Sasahara, T., Miyashita, M., Kawa, M., & Kazuma, K. (2003) . Difficulties encountered by nurses in the care of terminally ill cancer patients in general hospitals in Japan.*Palliative Medicine*,17(6),520-526.
- 佐々木恵・新井明日奈・荒井由美子 (2008) .要介護高齢者における死亡場所の希望と実際－訪問看護師による把握－. *日本老年医学会雑誌*,45,622-626.
- 佐藤恭子・目時陽子・井川理映子・石黒博史・狩野真由美・宮森正 (2013) .主治医と患者・家族における「予後認識のずれ」についての研究.*死の倫理*,36(1),145-148.
- 佐藤武・佐藤和典・佐藤暁 (2011) .高齢者終末期での入院治療選択に関する署名による意思確認の試み. *日本老年医学会雑誌*,48(5),524-529.
- Seo, M., Tamura, K., Shijo, H., Morioka, E., Ikegame, C., & Hirasako, K. (2000) . Telling the diagnosis to cancer patients in Japan: attitude and perception of patients, physicians and nurses.*Palliative Medicine*,14,105-110.
- 瀬戸山陽子・中山和弘 (2011) . 乳がん患者の情報ニーズと利用情報源、および情報利用に関する困難—文献レビューからの考察—. *医療と社会*,21(3),325-336.
- 島内節・鈴木琴江 (2008) . 在宅高齢者の終末期ケアにおける経過時期別にみた緊急ニーズ. *日本看護科学会誌*,28(3),24-33.
- 城内景子・池田清子・中澤仁美・鈴木育子・叶谷由佳・佐藤千史 (2008) .在宅終末期の看取りに関する家族の満足度について-「看取りの場所」「意志の尊重」「苦痛の緩和」「一緒に過ごした時間」に焦点をあてて-. *神戸市看護大学紀要*,12,37-43.
- Silveira, MJ., Kim, SY., & Langa, KM. (2010) .Advance directives and outcomes of surrogate decision making before death. *New England Journal of Medicine*,362(13),1211-1218.
- 園田芳美・石垣和子 (2007) .癌末期高齢者のターミナルケアにおける家族間調整に関する質的研究 — 終末期の療養場所選択に焦点をあてて. *千葉看護学会会誌*,13(1),102-110.
- Stein, RA., Sharpe, L., Bell, ML., Boyle, FM., Dunn, SM., & Clarke, SJ. (2013) . Randomized Controlled Trial of a Structured Intervention to Facilitate End-of-Life Decision Making in Patients With Advanced Cancer.*Journal of Clinical Oncology*,31(27),3403-3410.

- 杉本浩章・近藤克則・樋口京子・久世淳子・牧野忠康・宮田和明（2003）.在宅死亡患者割合に関連する因子の研究-全国訪問看護ステーション調査-.*老年社会科学*,25(1),37-47.
- 杉谷藤子・吉岡佐知子・吉川洋子・高梨信子・川合政恵・春日順子（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.
- 鈴木央・鈴木荘一（2005）.何が在宅での看取りを可能にするのかー当院における末期がん在宅ターミナル・ケア 74 例の検討-.*プライマリ・ケア*,28(4),251-259.
- 武居明美・伊藤民代・狩野太郎・小野関仁子・前田三枝子・堤荘一・浅尾高行・桑野博行・神田清子（2005）.外来で化学療法を受けているがん患者の不安の分析.*北関東医学会誌*,55(2), 133-139.
- 竹之内沙弥香・田村恵子（2009）. End-of-Life Nursing Education Consortium Japan(ELNEC-J) 指導者養成プログラム.*ホスピス緩和ケア白書*,38-42.
- 竹之内沙弥香（2012）.体験が教えてくれたアドバンス・ケア・プランニングの大切さ.*緩和ケア*,22(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.*日本看護研究学会雑誌*,28(4),27-42.
- 田中俊行・小川哲史・池谷俊郎・竹吉泉（2007）. 患者因子と主治医因子から分析したがん未告知の現状について.*日本臨床外科学会雑誌*,68(8),1891-1895.
- Tang, ST., Liu, TW., Tsai, CM., & Wang, CH.（2008）. Patient awareness of prognosis, patient-family caregiver congruence on the preferred place of death, and caregiving burden of families contribute to the quality of life for terminally ill cancer patients in Taiwan. *Psycho-Oncology*,17(12),1202-1209.
- 田代志門・藤本穰彦・相澤出・諸岡了介（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.
- Temel, JS., Greer, JA., Muzikansky, A., Gallagher, ER., Admane, S., Jackson, VA., Dahlin, CM., Blinderman, CD., Jacobsen, J., Pirl, WF., Billings, JA., & Lynch, TJ.（2010）. Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non Small-Cell Lung Cancer. *New England Journal of Medicine*,363(8),733-742.
- 恒藤暁（1999）.*最新緩和医療学*.最新医学社.
- 宇都宮宏子・角田直枝・北澤彰浩（2015）. [座談会] 病院から地域への療養移行を再考する.*週刊医学界新聞*.第 3143 号.

- Vleminck, AD., Pardon, K., Beernaert, K., Deschepper, R., Houttekier, D., Audenhove, CV., Deliens, L., Vander, & Stichele R. (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*, 21;9(1),e84905.
- 山田雅子・井伊久美子・上野桂子・川越博美・野中博（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.
- 横尾誠一・吉原麻由美・松島由美・大町いづみ（2010）.訪問看護師のターミナルケア態度に関連する要因の分析ー一般病院看護師との比較ー.*保健学研究*,22(2),37-43.
- 吉田亜紀子・藤田佐和・大川宣容・森下利子・鈴木志津枝（2006）.終末期がん患者の在宅ケアへの移行に向けての取り組みを阻む医療従事者側の要因.*高知女子大学紀要 看護学部編*,55,1-9.
- Yoshida, S., Hirai, K., Morita, T., Shiozaki, M., Miyashita, M., Sato, K., Tsuneto, S., & Shima Y. (2011) .Experience with prognostic disclosure of families of Japanese patients with cancer. *Journal of Pain & Symptom Management*,41(3),594-603.
- 吉田智美・小島操子（2006）.緩和ケア病棟への入院を決定した肺悪性腫瘍再発患者の病状認知および緩和治療・ケアの場の決定に影響した要因.*大阪府立大学看護学部紀要*,12(1),59-65.
- 吉岡さおり・小笠原知枝・中橋苗代・伊藤朗子・池内香織・河内文（2009）.終末期がん患者の家族支援に焦点を当てた看取りケア尺度の開発.*日本看護科学会誌*,29(2),11-20.

表1. 死亡場所の意思決定支援が行われるための看護師要因

	全対象者 n= 374	希望死亡場所の 実現あり n= 276	希望死亡場所の 実現なし n= 98	$\chi^2/z$ 値 (df)	p値
①-(a)属性					
年齢(平均±SD)	48.0±7.8	48.3±7.8	47.1±7.8	1.742	.081 <sup>b</sup>
性別					
男性	9 (2.4)	4 (1.4)	5 (5.1)		.060 <sup>a</sup>
女性	356 (95.2)	264 (95.7)	92 (93.9)		
不明	9 (2.4)	8 (2.9)	1 (1.0)		
①-(b)教育					
看護における最終学歴					
大学以上	20 (5.3)	13 (4.7)	7 (7.1)	0.864 (1)	.358
終末期がん患者に関する研修会参加あり	306 (81.8)	226 (81.9)	80 (81.6)	0.181 (1)	.671
①-(c)職場環境					
職場の経営主体				1.296 (6)	.146
医療法人	128 (34.2)	98 (35.5)	30 (30.6)		
営利法人	61 (16.3)	45 (16.3)	16 (16.3)		
医師会	28 (7.5)	25 (9.1)	3 (3.1)		
社会福祉法人	38 (10.2)	28 (10.1)	10 (10.2)		
看護協会	26 (7.0)	20 (7.2)	6 (6.1)		
その他	81 (21.7)	49 (17.8)	32 (32.7)		
不明	12 (3.2)	11 (4.0)	1 (1.0)		
職場の規模					
常勤換算数(平均±SD)	6.3±5.4	6.6±6.0	5.5±2.5	0.696	.486 <sup>b</sup>
常勤者数(平均±SD)	4.8±3.4	4.9±3.6	4.5±2.3	0.083	.933 <sup>b</sup>
アセスメント用書式あり	92 (24.6)	74 (26.8)	18 (18.4)	3.000 (1)	.083
生活上に関する予後の説明指導者あり	128 (34.2)	91 (33.0)	37 (37.8)	0.549 (1)	.459
生活上に関する予後の職場の理解 <sup>g</sup>	4.0±0.9	4.0±0.9	4.1±1.0	0.652	.514 <sup>b</sup>
①-(d)経験					
訪問看護経験年数(平均±SD)	9.6±6.1	9.7±6.3	9.3±5.6	0.307	.759 <sup>b</sup>
看護師全般の通算経験年数(平均±SD)	23.1±6.4	23.5±8.0	21.5±8.1	2.010	.044 <sup>b</sup>
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
①-(e)人間関係の構築					
訪問看護提供期間				3.901 (4)	.420
3週間～1ヶ月	84 (22.5)	60 (21.7)	24 (24.5)		
1～3ヶ月	160 (42.8)	115 (41.7)	45 (45.9)		
4～6ヶ月	52 (13.9)	38 (13.8)	14 (14.3)		
6～12か月	31 (8.3)	23 (8.3)	8 (8.2)		
1年以上	43 (11.5)	37 (13.4)	6 (6.1)		
患者と訪問看護師との関係性 <sup>c</sup>	3.9±0.9	4.0±0.8	3.7±0.9	2.737	.006 <sup>b</sup>
家族と訪問看護師との関係性 <sup>c</sup>	4.1±0.9	4.1±0.8	3.8±1.0	2.519	.012 <sup>b</sup>
②予後理解を促す支援の認識					
生活上に関する予後の説明の役割 <sup>d</sup>					
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 <sup>e</sup>	4.3±0.9	4.2±0.9	4.3±0.9	0.638	.523 <sup>b</sup>
家族への説明の必要性の認識 <sup>e</sup>	4.6±0.7	4.6±0.7	4.7±0.7	1.421	.155 <sup>b</sup>
③ターミナルケア態度 <sup>f</sup>	3.9±0.8	3.9±0.8	3.9±0.6	1.054	.292 <sup>b</sup>

p値にaと提示したものはフィッシャーの正確確率検定、bと示したものはMann-Whitney検定、それ以外は $\chi^2$ 検定を用いた

c: 患者/家族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: 生活上に関する予後の説明の役割: 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/家族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: ターミナルケア態度: 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、ただしf1・2は逆転項目

g: 生活上に関する予後の説明に対する職場の理解: 全くない1点～とてもある5点の5件法で評価

表2. 死亡場所の意思決定支援が行われるための医師要因

	全対象者 n= 374	希望死亡場所の 実現あり n= 276	希望死亡場所の 実現なし n= 98	$\chi^2/z$ 値 (df)	p値
①自宅看取りの知識・経験 症状コントロール良好 <sup>c</sup>	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 <sup>d</sup>	232 (62.0)	176 (63.8)	56 (57.1)	2.316 (1)	.128
③多職種連携 看護師との連携良好 <sup>d</sup>	223 (59.6)	168 (60.9)	55 (56.1)	0.677 (1)	.411
④コミュニケーション 患者家族への態度良好 <sup>c</sup>	202 (54.0)	149 (54.0)	53 (54.1)	0.000 (1)	.987
⑤予後理解を促す支援の認識					.284 <sup>a</sup>
医師が実施すべき	10 (2.7)	7 (2.5)	3 (3.1)		
医師と看護師がともに実施すべき	286 (76.5)	215 (77.9)	71 (72.4)		
看護師が実施すべき	3 (0.8)	3 (1.1)	0 (0.0)		
生活上に関する予後の説明は不要である	3 (0.8)	1 (0.4)	2 (2.0)		
その他	41 (11.0)	26 (9.4)	15 (15.3)		
不明	31 (8.3)	24 (8.7)	7 (7.1)		

p値にaと提示したものはフィッシャーの正確確率検定、bと示したものはMann-Whitney検定、それ以外は $\chi^2$ 検定を用いた

c: 症状コントロール・患者家族への態度: 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

d: 自宅看取りへの姿勢・看護師との連携: 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

表3. 死亡場所の意思決定支援が行われるための患者・家族要因

	全対象者 患者n= 374 家族n= 363	希望死亡場所の 実現あり n= 276 n= 267	希望死亡場所の 実現なし n= 98 n= 96	$\chi^2/z$ 値 (df)	p値
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)		
主介護者あり	363 (97.1)	267 (96.7)	96 (98.0)		.735 <sup>a</sup>
副介護者あり	245 (65.5)	186 (67.4)	59 (60.2)	1.653 (1)	.198
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	3.6±1.3	3.6±1.3	3.5±1.4	0.545	.586 <sup>b</sup>
臨死期の呼吸困難コントロールの程度	3.5±1.4	3.5±1.4	3.7±1.3	1.419	.156 <sup>b</sup>
臨死期のその他の症状コントロールの程度	3.3±1.4	3.3±1.4	3.3±1.5	0.080	.937 <sup>b</sup>
要介護度					
要介護4・5	107 (28.6)	80 (29.0)	27 (27.6)	0.073 (1)	.787
認知症高齢者の日常生活自立度					
Ⅲ以上	42 (11.2)	27 (9.8)	15 (15.3)	2.213 (1)	.137
障害老人の日常生活自立度					
B・C	117 (31.3)	90 (32.6)	27 (27.6)	0.861 (1)	.354
臨死期の意識障害あり	227 (60.7)	168 (60.9)	59 (60.2)	0.013 (1)	.908
予後予測のしやすさ <sup>c</sup>	3.2±1.2	3.2±1.2	3.0±1.2	1.731	.082 <sup>b</sup>
患者のコミュニケーション障害あり	70 (18.7)	54 (19.6)	16 (16.3)	0.499 (1)	.480
家族のコミュニケーション障害あり	34 (9.4)	31 (11.6)	3 (3.1)	5.989 (1)	.014
臨死期の患者の自宅療養の不安 <sup>d</sup>	2.7±1.4	2.6±1.4	2.9±1.4	2.083	.037 <sup>b</sup>
臨死期の家族の自宅療養の不安 <sup>d</sup>	3.3±1.5	3.1±1.5	3.7±1.4	3.497	<.001 <sup>b</sup>
臨死期の介護負担 <sup>e</sup>	3.7±1.3	3.6±1.3	3.9±1.2	2.613	.009 <sup>b</sup>
③家族関係					
患者と家族との関係性 <sup>f</sup>	4.0±1.1	4.0±1.1	4.1±1.1	1.199	.231 <sup>b</sup>
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 <sup>g</sup>	4.4±1.0	4.5±0.9	4.0±1.1	3.821	<.001 <sup>b</sup>
臨死期の家族のがん治癒に向けた治療への姿勢 <sup>g</sup>	4.6±0.8	4.7±0.8	4.6±0.9	1.215	.224 <sup>b</sup>
患者の病院医療の限界についての理解 <sup>h</sup> あり	105 (28.1)	87 (31.5)	18 (18.4)	6.197 (1)	.013
家族の病院医療の限界についての理解 <sup>h</sup> あり	170 (46.8)	125 (46.8)	45 (46.9)	0.000 (1)	.992
⑤告知					
患者					
余命の告知あり	110 (29.4)	91 (33.0)	19 (19.4)	6.427 (1)	.011
家族					
余命の告知あり	317 (87.3)	233 (87.3)	84 (87.5)	0.003 (1)	.953
⑥余命の理解度					
患者: 臨死期の余命の理解あり	128 (34.2)	113 (40.9)	15 (15.3)	21.113 (1)	<.001
家族: 臨死期の余命の理解あり	308 (84.8)	230 (86.1)	78 (81.3)	1.315 (1)	.252
⑦社会資源の活用					
往診医あり	295 (78.9)	221 (80.1)	74 (75.5)	1.397 (1)	.237
介護保険申請あり	308 (82.4)	231 (83.7)	77 (78.6)	1.307 (1)	.253

p値にaと提示したものはフィッシャーの正確確率検定、bと示したものはMann-Whitney検定、それ以外は $\chi^2$ 検定を用いた

c: 予後予測のしやすさ: 予測しにくい1点～予測しやすい5点の5件法で評価

d: 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

e: 介護負担: 低い1点～高い5点の5件法で評価

f: 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

g: 患者/家族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

h: 患者/家族の病院医療の限界についての理解: あり「理解していた」/なし「理解していなかった・不明」で2群に分けた



表4. 患者の実際の死亡場所と患者および家族の希望死亡場所

		n= 374								
患 者	希望死亡場所	死 亡 場 所 ( 実 際 )						$\kappa^a$		
		自 宅		病 院		施 設			計	
訪 問 初 期	自 宅	155	(83.3)	29	(15.6)	2	(1.1)	186	(100.0)	.490
	病院	24	(34.8)	45	(65.2)	0	(0.0)	69	(100.0)	
	施設	0	(0.0)	2	(40.0)	3	(60.0)	5	(100.0)	
	決められない	22	(59.5)	15	(40.5)	0	(0.0)	37	(100.0)	
	未確認	42	(54.5)	34	(44.2)	1	(1.3)	77	(100.0)	
悪 化 期	自 宅	184	(86.8)	28	(13.2)	0	(0.0)	212	(100.0)	.642
	病院	9	(15.0)	50	(83.3)	1	(1.7)	60	(100.0)	
	施設	0	(0.0)	2	(40.0)	3	(60.0)	5	(100.0)	
	未確認	37	(56.1)	27	(40.9)	2	(3.0)	66	(100.0)	
	臨 死 期	自 宅	197	(95.2)	10	(4.8)	0	(0.0)	207	
病院		2	(2.9)	67	(97.1)	0	(0.0)	69	(100.0)	
施設		0	(0.0)	0	(0.0)	4	(100.0)	4	(100.0)	
決められない		9	(39.1)	14	(60.9)	0	(0.0)	23	(100.0)	
未確認		35	(49.3)	34	(47.9)	2	(2.8)	71	(100.0)	
最 終 希 望	自 宅	203	(89.8)	23	(10.2)	0	(0.0)	226	(100.0)	.755
	病院	8	(10.5)	68	(89.5)	0	(0.0)	76	(100.0)	
	施設	0	(0.0)	1	(16.7)	5	(83.3)	6	(100.0)	
	未確認／決められない	32	(48.5)	33	(50.0)	1	(1.5)	66	(100.0)	
	計	243	(65.0)	125	(33.4)	6	(1.6)	374	(100.0)	
家 族		n= 363								
訪 問 初 期	自 宅	136	(87.2)	19	(12.2)	1	(0.6)	156	(100.0)	.541
	病院	36	(34.6)	67	(64.4)	1	(1.0)	104	(100.0)	
	施設	1	(33.3)	0	(0.0)	2	(66.7)	3	(100.0)	
	決められない	41	(67.2)	20	(32.8)	0	(0.0)	61	(100.0)	
	未確認	22	(56.4)	16	(41.0)	1	(2.6)	39	(100.0)	
悪 化 期	自 宅	180	(93.8)	12	(6.3)	0	(0.0)	192	(100.0)	.734
	病院	20	(21.1)	74	(77.9)	1	(1.1)	95	(100.0)	
	施設	1	(20.0)	1	(20.0)	3	(60.0)	5	(100.0)	
	決められない	29	(59.2)	20	(40.8)	0	(0.0)	49	(100.0)	
	未確認	6	(27.3)	15	(68.2)	1	(4.5)	22	(100.0)	
臨 死 期	自 宅	217	(97.3)	6	(2.7)	0	(0.0)	223	(100.0)	.911
	病院	5	(4.9)	96	(94.1)	1	(1.0)	102	(100.0)	
	施設	1	(25.0)	0	(0.0)	3	(75.0)	4	(100.0)	
	決められない	9	(47.4)	10	(52.6)	0	(0.0)	19	(100.0)	
	未確認	4	(26.7)	10	(66.7)	1	(6.7)	15	(100.0)	
最 終 希 望	自 宅	219	(96.1)	9	(3.9)	0	(0.0)	228	(100.0)	.878
	病院	8	(7.2)	102	(91.9)	1	(0.9)	111	(100.0)	
	施設	1	(25.0)	0	(0.0)	3	(75.0)	4	(100.0)	
	未確認／決められない	8	(40.0)	11	(55.0)	1	(5.0)	20	(100.0)	
	計	236	(65.0)	122	(33.6)	5	(1.4)	363	(100.0)	

a 希望死亡場所「自宅」「病院」「施設」と実際の死亡場所「自宅」「病院」「施設」との比較

表5. 患者と家族の希望死亡場所の一致の状況

		患者 n= 374					家族 n= 363	
家族の希望死亡場所		患 者 の 希 望 死 亡 場 所						
		自宅	病院	施設	決められない	未確認	計	$\kappa$
訪問 初期	自宅	133 (71.5)	3 (4.3)	0 (0.0)	4 (10.8)	16 (20.8)	156	.761
	病院	20 (10.8)	60 (87.0)	0 (0.0)	5 (13.5)	19 (24.7)	104	
	施設	0 (0.0)	1 (1.4)	2 (40.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	3	
	決められない	22 (11.8)	1 (1.4)	0 (0.0)	22 (59.5)	16 (20.8)	61	
	未確認	8 (4.3)	2 (2.9)	1 (20.0)	3 (8.1)	25 (32.5)	39	
	家族(介護者)なし	3 (1.6)	2 (2.9)	2 (40.0)	3 (8.1)	1 (1.3)	11	
計		186 (100.0)	69 (100.0)	5 (100.0)	37 (100.0)	77 (100.0)	374	
悪 化 期	自宅	159 (75.0)	3 (5.0)	0 (0.0)	7 (22.6)	23 (34.8)	192	.778
	病院	19 (9.0)	54 (90.0)	0 (0.0)	6 (19.4)	16 (24.2)	95	
	施設	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (60.0)	0 (0.0)	2 (3.0)	5	
	決められない	25 (11.8)	2 (3.3)	0 (0.0)	14 (45.2)	8 (12.1)	49	
	未確認	2 (0.9)	1 (1.7)	0 (0.0)	2 (6.5)	17 (25.8)	22	
	家族(介護者)なし	7 (3.3)	0 (0.0)	2 (40.0)	2 (6.5)	0 (0.0)	11	
計		212 (100.0)	60 (100.0)	5 (100.0)	31 (100.0)	66 (100.0)	374	
臨 死 期	自宅	183 (88.4)	4 (5.8)	0 (0.0)	6 (26.1)	30 (42.3)	223	.875
	病院	7 (3.4)	61 (88.4)	1 (25.0)	10 (43.5)	23 (32.4)	102	
	施設	1 (0.5)	0 (0.0)	2 (50.0)	0 (0.0)	1 (1.4)	4	
	決められない	8 (3.9)	3 (4.3)	0 (0.0)	6 (26.1)	2 (2.8)	19	
	未確認	1 (0.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	14 (19.7)	15	
	家族(介護者)なし	7 (3.4)	1 (1.4)	1 (25.0)	1 (4.3)	1 (1.4)	11	
計		207 (100.0)	69 (100.0)	4 (100.0)	23 (100.0)	71 (100.0)	374	

表6. 患者および家族の訪問時期別の希望死亡場所の人数とその差異

					n= 374		
希望死亡場所	訪問初期	悪化期	臨死期	訪問全期間希望変化なし	Q(df=2)	p値	多重比較検定
<b>患 者</b>							
自宅	186 (49.7)	212 (56.7)	207 (55.3)	179 (75.8)	12.413	.002	訪問初期<悪化期(p=.002)
病院	69 (18.4)	60 (16.0)	69 (18.4)	54 (22.9)	3.057	.217	
施設	5 (1.3)	5 (1.3)	4 (1.1)	3 (1.3)	0.333	.846	
決められない	37 (9.9)	31 (8.3)	23 (6.1)		6.727	.035	訪問初期>臨死期(p=.022)
未確認	77 (20.6)	66 (17.6)	71 (19.0)		3.792	.150	
<b>家 族</b>							
自宅	156 (43.0)	192 (52.9)	223 (61.4)	146 (64.6)	58.155	<.001	訪問初期<悪化期(p<.001) 悪化期<臨死期(p<.001)
病院	104 (28.7)	95 (26.2)	102 (28.1)	77 (34.1)	1.696	.428	
施設	3 (0.8)	5 (1.4)	4 (1.1)	3 (1.3)	3.000	.223	
決められない	61 (16.8)	49 (13.5)	19 (5.2)		36	<.001	訪問初期>臨死期(p<.001) 悪化期>臨死期(p<.001)
未確認	39 (10.7)	22 (6.1)	15 (4.1)		23.436	<.001	訪問初期>臨死期(p<.001) 悪化期>臨死期(p<.001)

コクランのQ検定

表7. 訪問時期別患者の希望死亡場所と実際の死亡場所

患者の希望死亡場所					死亡場所(実際)			n=374
訪問初期	悪化期		臨死期		自宅死亡	病院死亡	施設死亡	
自宅	186	自宅	166	自宅	152	145	7	0
				病院	5	0	5	0
				決められない	1	1	0	0
				未確認	8	1	7	0
		病院	8	自宅	2	2	0	0
				病院	5	0	5	0
				施設	1	0	0	1
		施設	2	施設	1	0	0	1
				決められない	1	0	1	0
		決められない	6	自宅	2	2	0	0
				病院	2	0	2	0
				決められない	2	1	1	0
		未確認	4	自宅	1	1	0	0
				未確認	3	2	1	0
病院	69	自宅	15	14	1	0		
		病院	48	自宅	2	2	0	0
				病院	44	2	42	0
				未確認	2	2	0	0
		決められない	2	病院	1	0	1	0
				決められない	1	0	1	0
		未確認	4	自宅	1	1	0	0
				未確認	3	3	0	0
施設	5	施設	3	0	1	0		
		決められない	1	施設	2	0	0	2
				病院	1	0	1	0
		未確認	1	0	0	1		
決められない	37	自宅	20	自宅	15	15	0	0
				病院	3	0	3	0
				決められない	2	0	2	0
		病院	1	病院	1	0	1	0
				自宅	2	2	0	0
		決められない	16	病院	1	0	1	0
				決められない	12	5	7	0
				未確認	1	0	1	0
未確認	77	自宅	11	自宅	8	7	1	0
				決められない	1	0	1	0
				未確認	2	1	1	0
		病院	3	病院	2	0	2	0
				決められない	1	1	0	0
		決められない	6	自宅	2	1	1	0
				決められない	2	1	1	0
				未確認	2	1	1	0
		未確認	57	自宅	5	5	0	0
				病院	3	0	3	0
未確認	49			25	23	1		

表8. 訪問時期別家族の希望死亡場所と患者の死亡場所

n=363								
家族の希望死亡場所				患者の死亡場所(実際)				
訪問初期	悪化期		臨死期	自宅死亡	病院死亡	施設死亡		
自宅	156	自宅	133	自宅	129	125	4	0
			病院	3	0	3	0	
			決められない	1	0	1	0	
		病院	9	自宅	2	2	0	0
			病院	7	0	7	0	
		施設	1	施設	1	0	0	1
		決められない	9	自宅	5	5	0	0
			病院	2	0	2	0	
			決められない	2	1	1	0	
		未確認	4	自宅	2	2	0	0
未確認	2		1	1	0			
病院	104	自宅	19	自宅	19	19	0	0
		病院	78	自宅	9	9	0	0
			病院	66	4	61	1	
			決められない	1	0	1	0	
		未確認	2	2	0	0		
		決められない	5	自宅	2	2	0	0
			決められない	3	0	3	0	
		未確認	2	病院	1	0	1	0
			未確認	1	0	1	0	
		施設	3	施設	3	施設	3	1
決められない	61	自宅	29	自宅	25	24	1	0
			病院	4	1	3	0	
		病院	5	自宅	1	1	0	0
			病院	3	0	3	0	
			未確認	1	0	1	0	
		施設	1	病院	1	0	1	0
		決められない	26	自宅	10	9	1	0
			病院	7	0	7	0	
決められない	9		6	3	0			
未確認	39	自宅	11	自宅	11	11	0	0
		病院	3	自宅	1	1	0	0
			病院	1	0	1	0	
			未確認	1	1	0	0	
		決められない	9	自宅	5	5	0	0
			病院	2	0	2	0	
			決められない	2	1	1	0	
		未確認	16	自宅	2	2	0	0
病院	5		0	5	0			
未確認		9	1	7	1			

表9. 訪問看護師が実施した訪問時期別死亡場所の意思決定支援と希望死亡場所での死亡の実現との関連

		全対象者 患者n= 374 家族n= 363	希望死亡場所実現 n= 276 n= 267	希望死亡場所非実現 n= 98 n= 96	$\chi^2$ 値 (df=1)	p値	リスク比
①患者への余命告知の確認あり		298 (79.7)	222 (80.4)	76 (77.6)	0.371	.542	1.1
①家族への余命告知の確認あり		333 (91.7)	243 (91.0)	90 (93.8)	0.699	.403	0.7
②未告知(n=264)の対応あり		23 (8.7)	20 (11.1)	3 (3.6)	2.437	.066	2.4
患者への余命の理解度の確認あり							
1 予 後 理 解 度 の 確 認 を 促 す 支 援	③ 訪問初期	184 (49.2)	150 (54.3)	34 (34.7)	11.177	.001	1.8
	悪化期	186 (49.7)	152 (55.1)	34 (34.7)	12.014	.001	1.8
	臨死期	170 (45.5)	143 (51.8)	27 (27.6)	17.168	<.001	2.2
	訪問全期間 <sup>a</sup>	218 (58.3)	179 (64.9)	39 (39.8)	18.679	<.001	2.1
	家族への余命の理解度の確認あり						
	訪問初期	308 (84.8)	228 (85.4)	80 (83.3)	0.233	.629	1.1
	悪化期	329 (90.6)	247 (92.5)	82 (85.4)	4.184	.041	1.7
	臨死期	331 (91.2)	248 (92.9)	83 (86.5)	3.627	.057	1.6
	訪問全期間 <sup>a</sup>	338 (93.1)	252 (94.4)	86 (89.6)	2.536	.111	1.6
	④ 患者への説明 <sup>b</sup> あり						
	訪問初期	104 (27.8)	88 (31.9)	16 (16.3)	8.719	.003	2.0
	悪化期	119 (31.8)	104 (37.7)	15 (15.3)	16.690	<.001	2.6
	臨死期	107 (28.6)	94 (34.1)	13 (13.3)	15.308	<.001	2.6
	訪問全期間 <sup>a</sup>	141 (37.7)	122 (44.2)	19 (19.4)	18.961	<.001	2.5
	家族への説明 <sup>b</sup> あり						
	訪問初期	224 (61.7)	172 (64.4)	52 (54.2)	3.141	.076	1.4
	悪化期	284 (78.2)	212 (79.4)	72 (75.0)	0.803	.370	1.2
	臨死期	282 (77.7)	214 (80.1)	68 (70.8)	3.536	.060	1.4
	訪問全期間 <sup>a</sup>	307 (84.6)	233 (87.3)	74 (77.1)	5.611	.018	1.6
患者への確認 <sup>c</sup> あり							
2 希 望 死 亡 場 所 の 確 認 と 調 整	① 訪問初期	297 (79.4)	257 (93.1)	40 (40.8)	120.992	<0.001	5.6
	悪化期	308 (82.4)	263 (95.3)	45 (45.9)	121.301	<0.001	5.5
	臨死期	303 (81.0)	271 (98.2)	32 (32.7)	201.956	<0.001	8.8
	訪問全期間 <sup>a</sup>	325 (86.9)	276 (100.0)	49 (50.0)	158.806	<0.001	6.6
	家族への確認 <sup>c</sup> あり						
	訪問初期	324 (89.3)	248 (92.9)	76 (79.2)	13.855	<0.001	2.2
	悪化期	341 (93.9)	259 (97.0)	82 (85.4)	16.652	<0.001	5.6
	臨死期	348 (95.9)	265 (99.3)	83 (86.5)	29.170	<0.001	3.6
	訪問全期間 <sup>a</sup>	354 (97.5)	267 (100.0)	87 (90.6)	25.668	<0.001	4.1
	②家族調整(n=117)あり	44 (37.6)	13 (54.2)	31 (33.3)	3.529	.060	1.2

$\chi^2$ 検定

a 訪問全期間: 訪問全時期を通じて1回でも実施した人数と割合

b 説明: 生活上に関する予後の説明

c 確認: 希望死亡場所の確認

表10. 訪問看護師が実施した訪問時期別死亡場所の意思決定支援の実施状況

n= 374						
患 者	訪問初期	悪化期	臨死期	Q(df=2)	p値	多重比較検定
余命の理解度の確認	184 (49.2)	186 (49.7)	170 (45.5)	6.000	.050	
生活上に関する予後の説明	104 (27.8)	119 (31.8)	107 (28.6)	5.559	.062	
希望死亡場所の確認	297 (79.4)	308 (82.4)	303 (81.0)	3.792	.150	
n= 363						
家 族						
余命の理解度の確認	308 (84.8)	329 (90.6)	331 (91.2)	24.974	<.001	悪化期>訪問初期(p<.001) 臨死期>訪問初期(p<.001)
生活上に関する予後の説明	224 (61.7)	284 (78.2)	282 (77.7)	67.650	<.001	悪化期>訪問初期(p<.001) 臨死期>訪問初期(p<.001)
希望死亡場所の確認	324 (89.3)	341 (93.9)	348 (95.9)	23.436	<.001	悪化期>訪問初期(p<.001) 臨死期>訪問初期(p<.001)
コクランのQ検定						

表11. 訪問看護師が患者に対して実施した訪問時期別死亡場所の意思決定支援と希望死亡場所での死亡の実現との関連

訪問初期	オッズ比	n= 374 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 <sup>a</sup> あり	2.77	0.65	11.75
余命の理解度確認あり	0.82	0.37	1.81
生活上に関する予後の説明あり	1.21	0.55	2.66
希望死亡場所の確認あり	19.92	9.48	41.87
家族調整 <sup>b</sup> あり	0.94	0.47	1.87

Hosmer&Lemeshow: .786、モデル  $\chi^2$  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 <sup>a</sup> あり	1.65	0.42	6.45
余命の理解度確認あり	0.49	0.21	1.16
生活上に関する予後の説明あり	2.44	1.05	5.66
希望死亡場所の確認あり	21.10	9.53	46.71
家族調整 <sup>b</sup> あり	0.86	0.42	1.77

Hosmer&Lemeshow: .634、モデル  $\chi^2$  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 <sup>a</sup> あり	1.03	0.24	4.39
余命の理解度確認あり	0.49	0.15	1.61
生活上に関する予後の説明あり	1.55	0.56	4.29
希望死亡場所の確認あり	187.35	51.79	677.64
家族調整 <sup>b</sup> あり	0.61	0.26	1.42

Hosmer&Lemeshow: .560、モデル  $\chi^2$  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、「訪問初期」「悪化期」「臨死期」の時期別に、それぞれ死亡場所の意思決定支援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アセスメント用の書式の有無、④看護師全般の通算経験年数、⑤患者と訪問看護師との関係性、⑥家族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: ⑦原発疾患(肝臓、胆のう、膵臓)、⑧予後予測のしやすさ、⑨家族のコミュニケーション障害、⑩臨死期の患者の自宅療養の不安、⑪臨死期の家族の自宅療養の不安、⑫臨死期の介護負担、⑬臨死期の患者のがん治療に向けた治療への姿勢、⑭患者の病院医療の限界についての理解、⑮患者への余命の告知の有無

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、患者調整ありとした。



表12. 訪問看護師による生活上に関する予後の説明と患者と家族の希望死亡場所の一致との関連

		臨 死 期		合 計	n= 363	
看護師による生活上に関する予後の説明の有無		希望不一致 117	希望一致 246		$\chi^2$ 値 (df=1)	p値
患者に対して						
訪問初期	なし	96 (82.1)	167 (67.9)	263 (72.5)	7.971	.005
	あり	21 (17.9)	79 (32.1)	100 (27.5)		
悪化期	なし	94 (80.3)	156 (63.4)	250 (68.9)	10.597	.001
	あり	23 (19.7)	90 (36.6)	113 (31.1)		
臨死期	なし	97 (82.9)	165 (67.1)	262 (72.2)	9.897	.002
	あり	20 (17.1)	81 (32.9)	101 (27.8)		
家族に対して						
訪問初期	なし	52 (44.4)	87 (35.4)	139 (38.3)	2.766	.096
	あり	65 (55.6)	159 (64.6)	224 (61.7)		
悪化期	なし	31 (26.5)	48 (19.5)	79 (21.8)	2.271	.132
	あり	86 (73.5)	198 (80.5)	284 (78.2)		
臨死期	なし	32 (27.4)	49 (19.9)	81 (22.3)	2.526	.112
	あり	85 (72.6)	197 (80.1)	282 (77.7)		

$\chi^2$ 検定

表13. 回数別の生活上に関する予後の説明と希望死亡場所での死亡の実現との関連

	人数 (%)	オッズ比	95%信頼区間	
			下限	上限
説明なし	233 (62.3)	1.00		
1回説明あり	38 (10.2)	1.73	0.67	4.44
複数回の説明あり	103 (27.5)	2.94	1.33	6.49

Hosmer&Lemeshow: .650、モデル  $\chi^2$  検定:  $p < .001$ 、判別率: 74.2%希望死亡場所の実現と $p < .10$ の関連のみられた変数で調整したロジスティック回帰分析

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アセスメント用の書式の有無、④看護師全般の通算経験年数、⑤患者と訪問看護師との関係性、⑥家族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: ⑦原発疾患(肝臓、胆のう、膵臓)、⑧予後予測のしやすさ、⑨家族のコミュニケーション障害、⑩臨死期の患者の自宅療養の不安、⑪臨死期の家族の自宅療養の不安、⑫臨死期の介護負担、⑬臨死期の患者のがん治癒に向けた治療への姿勢、⑭患者の病院医療の限界についての理解、⑮患者への余命の告知の有無

従属変数は、希望死亡場所での死亡の実現「あり」=1、「なし」=0とする。

表14. 実施者別の生活上に関する予後の説明と希望死亡場所での死亡の実現との関連

	人数 (%)	オッズ比	95%信頼区間	
			下限	上限
説明なし	154 (41.2)	1.00		
医師のみによる説明	79 (21.1)	1.58	0.80	3.14
医師と看護師による説明	115 (30.7)	3.37	1.51	7.56
看護師のみによる説明	26 (7.0)	1.95	0.67	5.70

Hosmer&Lemeshow: .736、モデル  $\chi^2$  検定:  $p < .001$ 、判別率: 76.8%希望死亡場所の実現と $p < .10$ の関連のみられた変数で調整したロジスティック回帰分析

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アセスメント用の書式の有無、④看護師全般の通算経験年数、⑤患者と訪問看護師との関係性、⑥家族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: ⑦原発疾患(肝臓、胆のう、膵臓)、⑧予後予測のしやすさ、⑨家族のコミュニケーション障害、⑩臨死期の患者の自宅療養の不安、⑪臨死期の家族の自宅療養の不安、⑫臨死期の介護負担、⑬臨死期の患者のがん治癒に向けた治療への姿勢、⑭患者の病院医療の限界についての理解、⑮患者への余命の告知の有無

従属変数は、希望死亡場所での死亡の実現「あり」=1、「なし」=0とする。

表15. 対象者別の生活上に関する予後の説明と希望死亡場所での死亡の実現との関連

	人数 (%)	オッズ比	95%信頼区間	
			下限	上限
説明なし	52 (14.3)	1.00		
患者のみに説明あり	4 (1.1)	—	—	—
患者と家族に説明あり	131 (36.1)	3.72	1.57	8.78
家族のみに説明あり	176 (48.5)	1.79	0.85	3.76

Hosmer&Lemeshow: .569、モデル  $\chi^2$  検定:  $p < .001$ 、判別率: 74.5%希望死亡場所の実現と $p < .10$ の関連のみられた変数で調整したロジスティック回帰分析

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アセスメント用の書式の有無、④看護師全般の通算経験年数、⑤患者と訪問看護師との関係性、⑥家族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: ⑦原発疾患(肝臓、胆のう、膵臓)、⑧予後予測のしやすさ、⑨家族のコミュニケーション障害、⑩臨死期の患者の自宅療養の不安、⑪臨死期の家族の自宅療養の不安、⑫臨死期の介護負担、⑬臨死期の患者のがん治癒に向けた治療への姿勢、⑭患者の病院医療の限界についての理解、⑮患者への余命の告知の有無

従属変数は、希望死亡場所での死亡の実現「あり」=1、「なし」=0とする。

表16. 訪問看護師が患者に対して訪問初期に生活上に関する予後の説明を実施することの看護師要因

	全対象者 n= 374	生活上に関する 説明あり n= 104	生活上に関する 説明なし n= 270	$\chi^2/z$ 値 (df)	p値
①-(a)属性					
年齢(平均±SD)	48.0±7.8	46.9±7.8	48.4±7.8	1.499	.134 <sup>b</sup>
性別					
男性	9 (2.4)	2 (1.9)	7 (2.6)		1.000 <sup>a</sup>
女性	356 (95.2)	101 (97.1)	255 (94.4)		
不明	9 (2.4)	5 (4.8)	4 (1.5)		
①-(b)教育					
看護における最終学歴					
大学以上	20 (5.3)	10 (9.6)	10 (3.7)	5.184 (1)	.023
終末期がん患者に関する研修会参加あり	306 (81.8)	86 (82.7)	220 (81.5)	0.012 (1)	.912
①-(c)職場環境					
職場の経営主体				5.334 (6)	.377
医療法人	128 (34.2)	33 (31.7)	95 (35.2)		
営利法人	61 (16.3)	23 (22.1)	38 (14.1)		
医師会	28 (7.5)	9 (8.7)	19 (7.0)		
社会福祉法人	38 (10.2)	10 (9.6)	28 (10.4)		
看護協会	26 (7.0)	9 (8.7)	17 (6.3)		
その他	81 (21.7)	18 (17.3)	63 (23.3)		
不明	12 (3.2)	2 (1.9)	10 (3.7)		
職場の規模					
常勤換算数(平均±SD)	6.3±5.4	6.5±4.4	6.3±5.7	1.377	.168 <sup>b</sup>
常勤者数(平均±SD)	4.8±3.4	4.8±3.6	4.8±3.3	0.148	.882 <sup>b</sup>
アセスメント用書式あり	92 (24.6)	28 (26.9)	64 (23.7)	0.257 (1)	.612
生活上に関する予後の説明指導者あり	128 (34.2)	43 (41.3)	85 (31.5)	2.811 (1)	.094
生活上に関する予後の職場の理解 <sup>e</sup>	4.0±0.9	4.3±0.8	3.9±0.9	3.293	.001 <sup>b</sup>
①-(d)経験					
訪問看護経験年数(平均±SD)	9.6±6.1	10.0±5.4	9.4±6.3	1.119	.263 <sup>b</sup>
看護師全般の通算経験年数(平均±SD)	23.1±6.4	22.4±7.7	23.2±8.2	0.859	.391 <sup>b</sup>
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)	40 (38.5)	73 (27.0)	4.648 (1)	.031
①-(e)人間関係の構築					
訪問看護提供期間				5.387 (4)	.250
3週間～1ヶ月	84 (22.5)	27 (26.0)	57 (21.1)		
1～3ヶ月	160 (42.8)	45 (43.3)	115 (42.6)		
4～6ヶ月	52 (13.9)	16 (15.4)	36 (13.3)		
6～12か月	31 (8.3)	10 (9.6)	21 (7.8)		
1年以上	43 (11.5)	6 (5.8)	37 (13.7)		
患者と訪問看護師との関係性 <sup>c</sup>	3.9±0.9	4.1±0.8	3.8±0.9	2.561	.010 <sup>b</sup>
家族と訪問看護師との関係性 <sup>c</sup>	4.1±0.9	4.0±0.9	4.1±0.9	0.223	.823 <sup>b</sup>
②予後理解を促す支援の認識					
生活上に関する予後の説明の役割 <sup>d</sup>					
看護師が実施すべき	47 (12.6)	22 (21.2)	25 (9.3)	9.668 (1)	.002
患者への説明の必要性の認識 <sup>e</sup>	4.3±0.9	4.5±0.7	4.2±0.9	3.504	<.001 <sup>b</sup>
家族への説明の必要性の認識 <sup>e</sup>	4.6±0.7	4.7±0.6	4.6±0.8	1.331	.183 <sup>b</sup>
③ターミナルケア態度 <sup>f</sup>	3.9±0.8	4.0±0.6	3.9±0.8	0.171	.864 <sup>b</sup>
死にゆく患者をケアすることは、私にとって価値のあることである	4.4±0.7	4.5±0.7	4.3±0.8		
死にゆく患者と差し迫った死について話をすることを気まずく感じる <sup>g1</sup>	3.4±1.0	3.4±1.0	3.3±1.1		
私は死にゆく患者と親しくなることが怖い	4.2±0.8	4.3±0.7	4.2±0.9		
死にゆく患者の身体的ケアには、家族にも関わってもらわなければならない <sup>g2</sup>	4.0±0.8	4.0±0.8	4.0±0.8		
家族は死にゆく患者が残された人生を最良に過ごせるように関わるべきである	4.1±0.7	4.1±0.7	4.0±0.8		
死にゆく患者とその家族は意思決定者としての役割を担うべきである	4.0±0.7	4.0±0.7	4.0±0.7		

p値にaと提示したものはフィッシャーの正確確率検定、bと示したものはMann-Whitney検定、それ以外は $\chi^2$ 検定を用いた

c: 患者/家族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: 生活上に関する予後の説明の役割: 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/家族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: ターミナルケア態度: 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、ただしf1・2は逆転項目

g: 生活上に関する予後の説明に対する職場の理解: 全くない1点～とてもある5点の5件法で評価

表17. 訪問看護師が患者に対して訪問初期に生活上に関する予後の説明を実施することの医師要因

	全対象者 n= 374	生活上に関する 説明あり n= 104	生活上に関する 説明なし n= 270	$\chi^2/z$ 値 (df)	p値
①自宅看取りの知識・経験 症状コントロール良好 <sup>c</sup>	169 (45.2)	54 (51.9)	115 (42.6)	2.639 (1)	.104
②自宅看取りへの姿勢 自宅看取りへの姿勢良好 <sup>d</sup>	232 (62.0)	72 (69.2)	160 (59.3)	2.985 (1)	.084
③多職種連携 看護師との連携良好 <sup>d</sup>	223 (59.6)	63 (60.6)	160 (59.3)	0.054 (1)	.816
④コミュニケーション 患者家族への態度良好 <sup>c</sup>	202 (54.0)	59 (56.7)	143 (53.0)	0.429 (1)	.512
⑤予後理解を促す支援の認識					.870 <sup>a</sup>
医師が実施すべき	10 (2.7)	2 (1.9)	8 (3.0)		
医師と看護師がともに実施すべき	286 (76.5)	80 (76.9)	206 (76.3)		
看護師が実施すべき	3 (0.8)	1 (1.0)	2 (0.7)		
生活上に関する予後の説明は不要である	3 (0.8)	1 (1.0)	2 (0.7)		
その他	3 (0.8)	0 (0.0)	3 (1.1)		
不明	69 (18.4)	20 (19.2)	49 (18.1)		

p値にaと提示したものはフィッシャーの正確確率検定、bと示したものはMann-Whitney検定、それ以外は $\chi^2$ 検定を用いた

c: 症状コントロール・患者家族への態度: 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

d: 自宅看取りへの姿勢・看護師との連携: 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

表18. 訪問看護師が患者に対して訪問初期に生活上に関する予後の説明を実施することの患者・家族要因

	全対象者 患者n= 374 家族n= 363	生活上に関する 説明あり n= 104 n= 100	生活上に関する 説明なし n= 270 n= 263	$\chi^2/z$ 値 (df)	p値
①属性					
年齢(平均±SD)	74.7±13.6	74.4±13.9	75.5±12.6		
75歳未満	160 (42.8)	54 (51.9)	106 (39.3)	4.919	.027
性別					
男性	200 (53.5)	55 (52.9)	145 (53.7)	0.031 (1)	.860
女性	173 (46.3)	49 (47.1)	124 (45.9)		
不明	1 (0.3)	0 (0.0)	1 (0.4)		
主介護者あり	363 (97.1)	100 (96.2)	263 (97.4)	(1)	.507 <sup>a</sup>
副介護者あり	245 (65.5)	63 (60.6)	182 (67.4)	1.550 (1)	.213
②病状・状態					
原発部位					
胃、大腸、直腸、食道	107 (28.6)	31 (29.8)	76 (28.1)	0.101 (1)	.750
肺	70 (18.7)	28 (26.9)	42 (15.6)	6.377 (1)	.012
肝臓、胆のう、膵臓	69 (18.4)	14 (13.5)	55 (20.4)	2.382 (1)	.123
乳、子宮、卵巣	46 (12.3)	16 (15.4)	30 (11.1)	1.271 (1)	.260
前立腺、膀胱、腎臓	23 (6.1)	5 (4.8)	18 (6.7)	0.450 (1)	.503
その他	59 (15.8)	10 (9.6)	49 (18.1)		
訪問初期の疼痛コントロールの程度	4.1±1.2	4.0±1.2	4.1±1.2	0.706	.480 <sup>b</sup>
訪問初期の呼吸困難コントロールの程度	3.5±1.3	3.7±1.3	3.5±1.3	1.130	.258 <sup>b</sup>
訪問初期のその他の症状コントロールの程度	3.5±1.3	3.6±1.4	3.3±1.3	0.262	.794 <sup>b</sup>
要介護度					
要介護4・5	107 (28.6)	28 (26.9)	79 (29.3)	0.201 (1)	.654
認知症高齢者の日常生活自立度					
Ⅲ以上	42 (11.2)	5 (4.8)	37 (13.7)	5.960 (1)	.015
障害老人の日常生活自立度					
B・C	117 (31.3)	32 (30.8)	85 (31.5)	0.018 (1)	.894
訪問初期の意識障害あり	43 (11.5)	11 (10.6)	32 (11.9)	0.120 (1)	.729
予後予測のしやすさ <sup>c</sup>	3.2±1.2	3.3±1.2	3.1±1.2	1.782	.075 <sup>b</sup>
患者のコミュニケーション障害あり	70 (18.7)	12 (11.5)	58 (21.5)	4.879 (1)	.027
家族のコミュニケーション障害あり	34 (9.4)	13 (13.0)	21 (8.0)	2.147 (1)	.143
訪問初期の患者の自宅療養の不安 <sup>d</sup>	2.4±1.2	2.6±1.3	2.3±1.2	2.157	.031 <sup>b</sup>
訪問初期の家族の自宅療養の不安 <sup>d</sup>	3.3±1.4	3.5±1.4	3.2±1.4	1.613	.107 <sup>b</sup>
訪問初期の介護負担 <sup>e</sup>	3.1±1.3	3.1±1.3	3.2±1.3	0.314	.753 <sup>b</sup>
③家族関係					
患者と家族との関係性 <sup>f</sup>	4.0±1.1	4.0±1.1	4.0±1.1	0.914	.361 <sup>b</sup>
④終末期への姿勢					
訪問初期の患者のがん治癒に向けた治療への姿勢 <sup>g</sup>	3.7±1.4	3.9±1.4	3.7±1.4	1.372	.170 <sup>b</sup>
訪問初期の家族のがん治癒に向けた治療への姿勢 <sup>g</sup>	4.0±1.3	4.0±1.4	4.1±1.3	0.181	.856 <sup>b</sup>
患者の病院医療の限界についての理解 <sup>h</sup> あり	105 (28.1)	41 (39.4)	64 (23.7)	9.188 (1)	.002
家族の病院医療の限界についての理解 <sup>h</sup> あり	170 (46.8)	47 (47.0)	123 (46.8)	0.002 (1)	.968
⑤告知					
患者					
余命の告知あり	110 (29.4)	51 (49.0)	59 (21.9)	26.729 (1)	<.001
家族					
余命の告知あり	317 (87.3)	88 (88.0)	229 (87.1)	0.056 (1)	.812
⑥余命の理解度					
患者: 訪問初期の余命の理解あり	95 (25.4)	48 (46.2)	47 (17.4)	32.742 (1)	<.001
家族: 訪問初期の余命の理解あり	236 (65.0)	66 (66.0)	170 (64.6)	0.059 (1)	.808
⑦社会資源の活用					
往診医あり	295 (78.9)	85 (81.7)	210 (77.8)	0.054 (1)	.816
介護保険申請あり	308 (82.4)	85 (81.7)	223 (82.6)	0.038 (1)	.845

p値にaと提示したものはフィッシャーの正確確率検定、bと示したものはMann-Whitney検定、それ以外は $\chi^2$ 検定を用いた

c: 予後予測のしやすさ: 予測しにくい1点～予測しやすい5点の5件法で評価

d: 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

e: 介護負担: 低い1点～高い5点の5件法で評価

f: 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

g: 患者/家族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

h: 患者/家族の病院医療の限界についての理解: あり「理解していた」/なし「理解していなかった・不明」で2群に分けた

表19. 訪問看護師が患者に対して訪問初期に生活上に関する予後の説明を実施することの関連要因

n=374			
	オッズ比	95%信頼区間 下限	上限
(1) 看護師要因			
①-(b)教育			
看護における最終学歴	1.00		
専門学校・短期大学	1.72	0.56	5.25
大学・大学院			
①-(c)職場環境			
生活上に関する予後の説明の指導者なし	1.00		
生活上に関する予後の説明の指導者あり	0.85	0.47	1.54
生活上に関する予後の説明に対する職場の理解	1.11	0.78	1.58
①-(d)経験			
終末期がん患者の自宅看取り経験が年間4人以下	1.00		
終末期がん患者の自宅看取り経験が年間5人以上	1.75	1.01	3.05
①-(e)人間関係の構築			
患者と訪問看護師との関係性	1.13	0.80	1.60
②予後理解を促す支援の認識			
生活上に関する予後の説明の役割認識			
医師が実施すべき・協働で実施すべき	1.00		
看護師が実施すべき	2.19	1.04	4.59
患者への生活上に関する予後の説明の必要性の認識	1.56	1.08	2.25
(2) 医師要因			
②自宅看取りへの姿勢			
積極的ではない・どちらともいえない	1.00		
積極的	1.65	0.91	3.01
(3) 患者・家族要因			
①属性			
年齢75歳以上	1.00		
年齢75歳未満	0.89	0.51	1.57
②病状・状態			
原発部位			
肺以外	1.00		
肺	1.49	0.77	2.88
認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ未満	1.00		
認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上	0.68	0.22	2.06
予後予測のしやすさ	1.05	0.84	1.31
患者のコミュニケーション障害なし	1.00		
患者のコミュニケーション障害あり	0.57	0.26	1.26
患者の自宅療養の不安	1.18	0.96	1.46
④終末期への姿勢			
患者の病院医療の限界についての理解	0.81	0.59	1.10
⑤告知			
患者の余命の告知なし	1.00		
患者の余命の告知あり	2.61	1.45	4.70

Hosmer&Lemeshow: .374、モデル  $\chi^2$  検定:  $p < .001$ 、判別率: 76.7%

単変量解析 ( $\chi^2$  検定もしくはフィッシャーの正確確率検定、Mann-Whitney 検定) にて  $p < .10$  の関連を満たす変数を強制投入しロジスティック回帰分析を実施した。ただし、患者の余命の理解度は、多重共線性を考慮し変数として投入せず。

従属変数は、生活上に関する予後の説明「あり」=1、「なし」=0とした。

a: 生活上に関する予後の説明に対する職場の理解: 全くない1点～とてもある5点の5件法で評価

b: 患者/家族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

資料1. 予備調査(インタビュー調査):対象者概要

対象者	年齢	性別	がん 原発部位	死亡 場所	初回訪問時				死亡場所の意思決定支援		
					予後理解		希望死亡場所		予後理解を 促す支援	希望死亡 場所確認	変 化
					対象者	家族	対象者	家族			
A	92	女	肝臓	自宅	不十分 <sup>b</sup>	不十分 <sup>b</sup>	自宅	病院	あり	あり	家族予後理解、希望の一致
B	59	女	腎臓	自宅	あり <sup>a</sup>	不十分 <sup>b</sup>	自宅	病院	あり	あり	家族予後理解、希望の一致
C	80	男	大腸	自宅	不十分 <sup>b</sup>	不十分 <sup>b</sup>	自宅	未確認	あり	あり	家族予後理解、希望の一致
D	84	男	腎臓	病院	不十分 <sup>b</sup>	不十分 <sup>b</sup>	未確認	自宅	なし	なし	
E	95	女	肺	病院	不十分 <sup>b</sup>	あり <sup>a</sup>	未確認	病院	なし	なし	
F	70	男	肺	病院	不十分 <sup>b</sup>	不十分 <sup>b</sup>	未確認	未確認	なし	なし	
G	74	女	膵臓	自宅	評価不能 <sup>c</sup>	あり <sup>a</sup>	自宅	未決定	あり	あり	希望の一致
H	77	男	胆のう	自宅	評価不能 <sup>c</sup>	不十分 <sup>b</sup>	自宅	病院	あり	あり	家族予後理解、希望の一致

a あり: 予後について十分に認識していた

b 不十分: 予後を2倍まで長く、または短く見積もっていた、回復すること、または長生きすることに自信が持てていなかった、完全に回復すると期待していた、非現実的に思っていた

c 評価不能: 評価できない

資料2. 予備調査(プレテスト):訪問看護師の特性

	n= 38
	人数(%)
属性	
年齢(平均±SD)	47.2±7.4
性別	
男性	0 (0.0)
女性	37 (97.4)
不明	1 (2.6)
看護における最終学歴	
専門学校	31 (81.6)
短期大学	2 (5.3)
大学	0 (0.0)
大学院	5 (13.2)
職場環境	
職場の経営主体	
医療法人	13 (34.2)
営利法人	8 (21.1)
医師会	1 (2.6)
社会福祉法人	3 (7.9)
看護協会	2 (5.3)
その他	11 (28.9)
職場の規模	
常勤換算数(平均±SD)	4.7±1.7
常勤数(平均±SD)	3.2±1.6
経験	
訪問看護経験年数(平均±SD)	8.4±6.3
看護師全般の経験年数(平均±SD)	23.1±6.4
終末期がん患者の看護経験	
経験あり	30 (78.9)
1年間の経験人数(平均±SD)	4.9±4.6
フォーマルな在宅看取り経験あり	33 (86.8)
1年間の経験人数(平均±SD)	5.3±4.1
インフォーマルな在宅看取り経験あり	19 (50.0)

p値にaと提示したものはフィッシャーの正確確率検定、bと示したものはt検定、それ以外は $\chi^2$ 検定を用いた



資料3. 予備調査(プレテスト):患者の特性

	n= 38
	人数(%)
属性	
年齢(平均±SD)	71.0±15.5
性別	
男性	16 (42.1)
女性	20 (52.6)
不明	2 (5.3)
がんの原発部位	
胃、大腸、直腸、食道	11 (28.9)
肺	6 (15.8)
肝臓、胆のう、膵臓	7 (18.4)
乳、子宮、卵巣	5 (13.2)
前立腺、膀胱、腎臓	3 (7.9)
その他	6 (15.8)
認知機能障害	
あり	11 (28.9)
訪問看護利用期間(平均±SD)	185.7±441.2
死亡場所	
自宅	29 (76.3)
病院	8 (21.1)
施設	1 (2.6)

資料4. 予備調査(プレテスト):死亡場所の意思決定支援と結果

	n= 38
	人数(%)
生活上に関する予後の説明	
【患者】	
説明者	
医師が説明	22 (57.9)
訪問看護師が説明	3 (7.9)
説明なし	4 (10.5)
不明	9 (23.7)
【家族】	
説明者	
医師が説明	27 (71.1)
訪問看護師が説明	6 (15.8)
説明なし	0 (0.0)
不明	5 (13.2)
希望死亡場所の確認	
訪問開始初期の患者への確認あり	30 (78.9)
訪問開始初期の家族への確認あり	34 (89.5)
死亡および入院直前の患者への確認あり	35 (92.1)
死亡および入院直前の家族への確認あり	38 (100.0)
患者の希望死亡場所の表明あり	32 (84.2)
患者・家族の希望の一致あり	29 (76.3)
患者の不安の軽減あり	13 (34.2)
家族の不安の軽減あり	17 (44.7)
家族の介護負担の軽減あり	10 (26.3)

資料5. 調査票対応表

資料3. 調査票対応表			質問項目		設問番号	3時点
(1) 看護師要因	① 基本情報	(a)属性	年齢		問3-①	
			性別		問3-②	
		(b)教育	看護における最終学歴		問3-⑤	
			終末期関連の研修会参加の有無		問3-⑩	
		(c)職場環境	職場の経営主体		問3-⑦	
			職場の規模		問3-⑧	
			アセスメント用紙の有無		問3-⑨	
			指導者の存在		問3-⑪	
			生活上に関する予後の説明に対する理解		問3-⑫	
		(d)経験	訪問看護経験年数		問3-③	
			看護職全般の通算経験年数		問3-④	
			終末期がん患者の自宅看取り経験		問3-⑥	
		(e)人間関係の構築	訪問看護提供期間		問1-④	
			患者	患者と訪問看護師との関係性	問1-⑳-1	
			家族	家族と訪問看護師との関係性	問1-⑳-2	
		② 予後理解を促す支援の認識	生活上に関する予後の説明の役割認識		問3-⑮	
			患者	生活上に関する予後の説明の必要性の認識	問3-⑬	
			家族	生活上に関する予後の説明の必要性の認識	問3-⑭	
		③ ターミナルケア態度	ターミナルケア態度尺度		問3-⑯	
(2) 医師要因	① 自宅看取りの知識・経験	症状コントロール力		問2-②-(1)		
	② 自宅看取りへの姿勢	自宅看取りへの姿勢		問2-②-(4)		
	③ 多職種連携	訪問看護師との連携		問2-②-(3)		
	④ コミュニケーション	患者・家族への態度		問2-②-(2)		
	⑤ 予後理解を促す支援の認識	生活上に関する予後の説明の役割認識		問2-③		
(3) 患者・家族要因	① 属性	患者	患者の年齢		問1-①	
			患者の性別		問1-②	
		家族	主介護者の有無		問1-⑥	
			副介護者の有無		問1-⑦	
	② 病状・状態	患者	原発部位		問1-③	
			症状(疼痛・呼吸困難)コントロールの程度		問1-⑮-(3)(4)(5)	○
			悪化期の症状出現時期		問1-⑭	
			要介護度		問1-⑨	
			認知症高齢者の日常生活自立度		問1-⑩	
			障害老人の日常生活自立度		問1-⑮-(1)	○
			意識障害の有無		問1-⑮-(2)	○
			コミュニケーション障害の有無		問1-⑪	
		家族	予後予測のしやすさ		問1-⑬-1,2	
			自宅療養の不安		問1-⑮-(6)	○
			自宅療養の不安		問1-⑮-(6)	○
	③ 家族関係	患者	自宅療養の不安		問1-⑮-(6)	○
			介護負担		問1-⑮-(6)	○
			コミュニケーション障害の有無		問1-⑪	
	④ 終末期への姿勢	患者	患者と家族との関係性		問1-⑧	
			家族主体の意思決定		問1-⑰(⑱-5)	○
	⑤ 告知	患者	がん治癒に向けた治療への姿勢		問1-⑮-(7)	○
			病院医療の限界についての理解の有無		問1-⑳-1	
		家族	がん治癒に向けた治療への姿勢		問1-⑮-(3)	○
			病院医療の限界についての理解の有無		問1-⑳-2	
	⑥ 余命の理解度	患者	余命告知に対する認識		問1-⑫-3	
			病名・治癒の可能性・余命告知の有無		問1-⑫-1	
	⑦ 社会資源の活用	家族	病名・治癒の可能性・余命告知の有無		問1-⑫-2	
余命の理解度			問1-⑰-(1)	○		
a. 希望死亡場所の実現	患者	余命の理解度		問1-⑱-(1)	○	
		往診医の有無		問2-①		
b. 死亡場所の意思決定支援	1. 予後理解を促す支援	介護保険申請の有無		問1-⑨		
		希望死亡場所の実現		問1-⑤,問1-⑰-(4)		
		評価 訪問看護師の希望実現の満足度		問1-⑳		
		患者	1-① 余命告知の確認の有無		問1-⑫-1	
			1-② 未告知の対応の有無		問1-⑫補問	
			1-③ 余命の理解度の確認の有無		問1-⑰-(1)	○
		家族	1-① 余命告知の確認の有無		問1-⑫-2	
			1-③ 余命の理解度の確認の有無		問1-⑱-(1)	○
			1-④ 生活上に関する予後の説明の有無		問1-⑰-(2)(3)	○
		患者	1-④ 生活上に関する予後の説明の有無		問1-⑱-(2)(3)	○
			2-① 希望死亡場所の確認の有無		問1-⑰-(4)	○
			2-② 家族調整		問1-⑱	
		家族	2-① 希望死亡場所の確認の有無		問1-⑱-(4)	○
			2-② 家族調整		問1-⑱	

# 終末期がん利用者の希望死亡場所実現のための 訪問看護師の実践に関する調査

1. 次の基準にあてはまる終末期がん利用者を担当された方がお答えください。  
＜対象とする基準＞ 自宅または病院で、**がんで亡くなられた利用者**  
**3週間以上自宅で過ごした利用者**  
なお、対象症例が複数いる場合は、**直近の利用者**についてご記入ください。
2. ご回答は、該当する番号に○をつけるか、回答欄に数値・文字をご記入ください。
3. 選択肢で「その他」を選ばれた場合は、具体的な内容もご記入ください。
4. 同封の封筒に入れ（切手不要）、**8月17日（月）までに** ポストに投函してください。
5. ご不明な点がございましたら、下記まで、お問い合わせください。

「終末期がん利用者の希望死亡場所実現のための訪問看護師の実践に関する調査」

研究者 日本赤十字看護大学 地域看護学分野 大学院生 石川 孝子  
指導教授 福井 小紀子

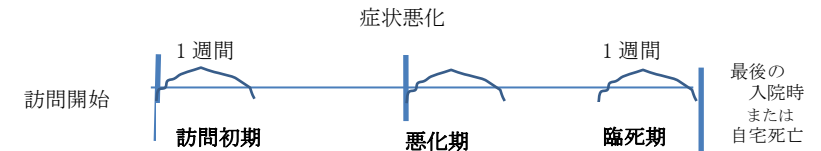
＜連絡先＞ 〒150-0012 東京都渋谷区広尾 4-1-3  
日本赤十字看護大学大学院 担当 石川  
電 話 03-3409-0889（福井研究室直通）

◆◆問 1 3週間以上自宅で過ごし、直近に亡くなられた  
終末期がん利用者・主介護者についてお伺いします◆◆

①利用者の年齢	訪問看護開始時 満（ ）歳
②利用者の性別	1. 男性 2. 女性
③がんの原発部位	1.肺 2.胃 3.食道 4.肝臓 5.胆のう 6.膵臓 7.大腸 8.直腸 9.乳房 10.腎臓 11.前立腺 12.膀胱 13.子宮 14.卵巣 15.血液 16.頭部 17.その他（ ）
④訪問看護利用期間	1.3週間～1ヶ月 2.1～3ヶ月 3.4～6ヶ月 4.6～12ヶ月 5.1年以上
⑤亡くなられた場所	1.自宅 2.病院 3.施設 4.その他（ ） 病院・施設で亡くなられた場合：入院(所)から死亡までの日数 約（ ）日
⑥主介護者	1. いる（続柄： ）：同居・別居（ ） 2. いない
⑦副介護者	1. いる（続柄： ）：同居・別居（ ） 2. いない
⑧あなたからみた利用者と主介護者との関係性について、利用者が主介護者にどの程度率直に希望を伝えているかをお尋ねします。5段階で評価してください。	
	1 2 3 4 5 全く率直でない とも率直である
⑨利用者の要介護認定の状況（訪問開始初期）	1.要支援 1 2.要支援 2 3.要介護 1 4.要介護 2 5.要介護 3 6.要介護 4 7.要介護 5 8.非該当 9.不明 10. 申請せず
⑩利用者の認知症の状況（訪問開始初期）	1.I 2.II a 3.II b 4.III a 5.III b 6.IV 7.V
⑪コミュニケーション障害の有無	1.利用者 1.あり 2.なし 2.主介護者 1.あり 2.なし
⑫-1 告知の状況（利用者）	1.病名（あり なし 不明） 2.不治（あり なし 不明） 3.余命（あり なし 不明）
⑫-2 告知の状況（主介護者）	1.病名（あり なし 不明） 2.不治（あり なし 不明） 3.余命（あり なし 不明）
⑫-3 余命告知に対して家族の反対がありましたか	1. あり 2. なし
⑫補問 利用者へ未告知の場合、未告知に対しての働きかけをしましたか（複数回答可）	
	1. 告知に反対していた家族に対して、告知を促す説明をした 2. 医師に対して、告知を促した 3. 未告知のまま、特に何も働きかけをしなかった 4. その他（ ）
⑬-1 訪問開始初期の看護師の予後予測	1. 7日以内 2. 8～30日 3. 1～3ヶ月 4. 3～6ヶ月 5. 6ヶ月～1年以内 6. 1年以上 7. 判断していない 8. 不明
⑬-2 利用者の予後予測のしやすさはいかがでしたか。5段階で評価してください。	
	1 2 3 4 5 予測しにくい 予測しやすい

訪問時期は、次の状態が出現した時期と定義します。

【訪問期間が長期となる場合】



- ① 訪問初期・・・訪問開始から1週間。
- ② 悪化期・・・訪問初期から臨死期の間の1週間。  
訪問期間が長期となる場合は、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）など終末期の症状悪化が表れはじめた時期から1週間とする。
- ③ 臨死期・・・「最後の入院時」または「自宅死亡」前の1週間。

⑭悪化期の症状が現れ始めた時期はいつ頃でしたか。	1. 入院および死亡前（ ）日くらい	2. 不明
--------------------------	--------------------	-------

訪問各期それぞれに、あてはまる数字に○をつけてください。 \* 疼痛・呼吸困難がない場合は「良好」に○をつけてください。

		訪問初期 訪問開始から1週間	悪化期 訪問初期から、臨死期の間の1週間	臨死期 最後の入院時または自宅死亡前の1週間
⑮ 利用者の状態	(1)ねたきり度	0. 不明    1. J 自立    2. A 準寝たきり 3. B 寝たきり(車椅子可)    4. C 寝たきり	0. 不明    1. J 自立    2. A 準寝たきり 3. B 寝たきり(車椅子可)    4. C 寝たきり	0. 不明    1. J 自立    2. A 準寝たきり 3. B 寝たきり(車椅子可)    4. C 寝たきり
	(2)意識障害の有無	1. あり    2. なし	1. あり    2. なし	1. あり    2. なし
	(3)疼痛コントロールの程度 *	不良    1    2    3    4    5    良好	不良    1    2    3    4    5    良好	不良    1    2    3    4    5    良好
	(4)呼吸困難コントロールの程度 *	不良    1    2    3    4    5    良好	不良    1    2    3    4    5    良好	不良    1    2    3    4    5    良好
	(5)その他の症状コントロールの程度 *	不良    1    2    3    4    5    良好	不良    1    2    3    4    5    良好	不良    1    2    3    4    5    良好
	(6)在宅療養に対する不安	弱い    1    2    3    4    5    強い	弱い    1    2    3    4    5    強い	弱い    1    2    3    4    5    強い
	(7)がん治癒に向けた治療への姿勢	治癒を希望    1    2    3    4    5    緩和ケアを希望	治癒を希望    1    2    3    4    5    緩和ケアを希望	治癒を希望    1    2    3    4    5    緩和ケアを希望
⑯ 主介護者の状態	(1)在宅療養に対する不安	弱い    1    2    3    4    5    強い	弱い    1    2    3    4    5    強い	弱い    1    2    3    4    5    強い
	(2)介護負担感	低い    1    2    3    4    5    高い	低い    1    2    3    4    5    高い	低い    1    2    3    4    5    高い
	(3)がん治癒に向けた治療への姿勢	治癒を希望    1    2    3    4    5    緩和ケアを希望	治癒を希望    1    2    3    4    5    緩和ケアを希望	治癒を希望    1    2    3    4    5    緩和ケアを希望

**生活上に関する予後の説明 とは、**

「その人らしく最期を迎える（やり残していることを叶え、望んだ場所で過ごす・亡くなるといった最期の希望を表明し実現する）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の支障の見通しについて、患者・家族が理解できるように伝えること。」と定義しています。

訪問各期それぞれに、あてはまる数字に○をつけてください。

		訪問開始初期 訪問開始から 1 週間	悪化期 訪問初期から、臨死期の間の 1 週間	臨死期 最後の入院時または自宅死亡前の 1 週間
⑪ 利用者への支援の状況	(1) 余命の理解度	理解なし <span style="display: inline-block; width: 100px; border-bottom: 1px solid black; position: relative; top: -10px;"> <span style="position: absolute; left: 0; top: -10px;">1</span> <span style="position: absolute; left: 20px; top: -10px;">2</span> <span style="position: absolute; left: 40px; top: -10px;">3</span> <span style="position: absolute; left: 60px; top: -10px;">4</span> <span style="position: absolute; left: 80px; top: -10px;">5</span> </span> 理解あり 6. 理解度確認はしていない 7. 評価不能	理解なし <span style="display: inline-block; width: 100px; border-bottom: 1px solid black; position: relative; top: -10px;"> <span style="position: absolute; left: 0; top: -10px;">1</span> <span style="position: absolute; left: 20px; top: -10px;">2</span> <span style="position: absolute; left: 40px; top: -10px;">3</span> <span style="position: absolute; left: 60px; top: -10px;">4</span> <span style="position: absolute; left: 80px; top: -10px;">5</span> </span> 理解あり 6. 理解度確認はしていない 7. 評価不能	理解なし <span style="display: inline-block; width: 100px; border-bottom: 1px solid black; position: relative; top: -10px;"> <span style="position: absolute; left: 0; top: -10px;">1</span> <span style="position: absolute; left: 20px; top: -10px;">2</span> <span style="position: absolute; left: 40px; top: -10px;">3</span> <span style="position: absolute; left: 60px; top: -10px;">4</span> <span style="position: absolute; left: 80px; top: -10px;">5</span> </span> 理解あり 6. 理解度確認はしていない 7. 評価不能
	(2) 医師は、生活上に関する予後の説明をしましたか。	1. した 2. しなかった	1. した 2. しなかった	1. した 2. しなかった
	(3) 看護師は、生活上に関する予後の説明をしましたか。	1. した 2. しなかった 3. あえてしなかった 4. 説明をする必要がなかった	1. した 2. しなかった 3. あえてしなかった 4. 説明をする必要がなかった	1. した 2. しなかった 3. あえてしなかった 4. 説明をする必要がなかった
	(4) 希望死亡場所はどこでしたか。	1. 自宅 2. 病院 3. 施設 4. その他の場所 ( ) 5. 決められない 6. 確認していない	1. 自宅 2. 病院 3. 施設 4. その他の場所 ( ) 5. 決められない 6. 確認していない	1. 自宅 2. 病院 3. 施設 4. その他の場所 ( ) 5. 決められない 6. 確認していない
⑫ 主介護者への支援の状況	(1) 余命の理解度	理解なし <span style="display: inline-block; width: 100px; border-bottom: 1px solid black; position: relative; top: -10px;"> <span style="position: absolute; left: 0; top: -10px;">1</span> <span style="position: absolute; left: 20px; top: -10px;">2</span> <span style="position: absolute; left: 40px; top: -10px;">3</span> <span style="position: absolute; left: 60px; top: -10px;">4</span> <span style="position: absolute; left: 80px; top: -10px;">5</span> </span> 理解あり 6. 理解度確認はしていない 7. 評価不能	理解なし <span style="display: inline-block; width: 100px; border-bottom: 1px solid black; position: relative; top: -10px;"> <span style="position: absolute; left: 0; top: -10px;">1</span> <span style="position: absolute; left: 20px; top: -10px;">2</span> <span style="position: absolute; left: 40px; top: -10px;">3</span> <span style="position: absolute; left: 60px; top: -10px;">4</span> <span style="position: absolute; left: 80px; top: -10px;">5</span> </span> 理解あり 6. 理解度確認はしていない 7. 評価不能	理解なし <span style="display: inline-block; width: 100px; border-bottom: 1px solid black; position: relative; top: -10px;"> <span style="position: absolute; left: 0; top: -10px;">1</span> <span style="position: absolute; left: 20px; top: -10px;">2</span> <span style="position: absolute; left: 40px; top: -10px;">3</span> <span style="position: absolute; left: 60px; top: -10px;">4</span> <span style="position: absolute; left: 80px; top: -10px;">5</span> </span> 理解あり 6. 理解度確認はしていない 7. 評価不能
	(2) 医師は、生活上に関する予後の説明をしましたか。	1. した 2. しなかった	1. した 2. しなかった	1. した 2. しなかった
	(3) 看護師は、生活上に関する予後の説明をしましたか。	1. した 2. しなかった 3. あえてしなかった 4. 説明をする必要がなかった	1. した 2. しなかった 3. あえてしなかった 4. 説明をする必要がなかった	1. した 2. しなかった 3. あえてしなかった 4. 説明をする必要がなかった
	(4) 希望死亡場所はどこでしたか。	1. 自宅 2. 病院 3. 施設 4. その他の場所 ( ) 5. 決められない 6. 確認していない	1. 自宅 2. 病院 3. 施設 4. その他の場所 ( ) 5. 決められない 6. 確認していない	1. 自宅 2. 病院 3. 施設 4. その他の場所 ( ) 5. 決められない 6. 確認していない

⑲利用者の主介護者の希望する死亡場所が不一致であった場合、何か対応しましたか。(複数回答可)		
1. 家族同士で話し合いをする機会を設けた 2. 利用者本人の本当の気持ちを、家族に伝えた 3. 特に何もできなかった 4. その他 ( )		
⑳病院の終末期医療が在宅とあまり変わらないことを理解していましたか。	1. 利用者	1. 理解していた 2. 理解していなかった 3. 不明
	2. 主介護者	1. 理解していた 2. 理解していなかった 3. 不明
㉑あなたとの関係性は構築できましたか	1. 利用者	<div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> <span>全くできなかった</span> <span>とてもできた</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> <span>1</span><span>2</span><span>3</span><span>4</span><span>5</span> </div>
	2. 主介護者	<div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> <span>全くできなかった</span> <span>とてもできた</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> <span>1</span><span>2</span><span>3</span><span>4</span><span>5</span> </div>

㉒対象とした利用者の希望死亡場所の実現について、「あなたの満足度」を10段階で評価してください。数字または目盛りに○をつけてください。

1 . . . . . 2 . . . . . 3 . . . . . 4 . . . . . 5 . . . . . 6 . . . . . 7 . . . . . 8 . . . . . 9 . . . . . 10 とても不満 <span style="float: right;">とても満足</span>
--

満足度の理由など、自由にご記入ください。

## ◆◆◆◇問2 終末期がん利用者を担当した医師についてお伺いします。◆◆◆◇

①在宅医(訪問医)は居ましたか。	1. いた 2. いなかった (医師の往診 あり・なし)
②あなたからみた、在宅医(居ない場合は治療担当医)について、あてはまるものに○をつけてください。	
(1) 症状コントロール力	1. 優れている 2. どちらともいえない 3. 優れていない
(2) 利用者・家族への態度	1. 優れている 2. どちらともいえない 3. 優れていない
(3) 訪問看護師との連携	1. 積極的 2. どちらともいえない 3. 積極的ではない
(4) 在宅看取りへの姿勢	1. 積極的 2. どちらともいえない 3. 積極的ではない
③「生活上に関する予後の説明」をする役割についての、往診医(居ない場合は主治医)の認識	
1. 医師のみが実施すべき 2. 医師と看護師がともに実施すべき 3. 看護師が実施すべき 4. 生活上に関する予後の説明は不要である 5. 不明 6. その他 ( )	

## ◆◆◆◇問3 あなたご自身についてお伺いします◆◆◆◇

①あなたの年齢	満 ( ) 歳
②あなたの性別	1. 男性 2. 女性
③訪問看護師の経験年数	( ) 年
④看護職全般の通算経験年数	( ) 年
⑤看護における最終学歴	1. 専門学校 2. 短期大学 3. 大学 4. 大学院
⑥H26年6月～H27年5月に、あなたが関わった利用者のうち、がんで在宅看取りまで担当したのは約何例ですか	1. 在宅看取り あり→ 経験数 約 ( ) 例 2. 在宅看取り なし

⑦所属機関の開設（経営）主体	1. 医療法人 2. 営利法人 3. 医師会 4. 社会福祉法人 5. 看護協会 6. その他（ ）										
⑧所属機関の看護職の人員配置	常勤換算数（ ）名 そのうち常勤者数（ ）名										
⑨あなたの所属する機関には、希望する最期の場所の確認や予後の理解度を確認するための「アセスメント用の書式（記録用紙など）」がありますか。	1. ある 2. ない										
⑩あなたは、終末期がん患者の在宅ケアに関連する研修会に参加したことはありますか。	1. ある 2. ない										
⑪あなたの所属する機関には、終末期がん利用者に「生活上に関する予後の説明」をするために、教育的に関わってくれる指導者がいますか。	1. いる 2. いない										
⑫看護師が「生活上の予後の説明」をすることに関して、周囲のスタッフの理解があるとと思いますか。5段階で評価してください。	<table border="1"> <tr> <td>1 全くない</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5 とてもある</td> </tr> <tr> <td colspan="5"> ----- </td> </tr> </table>	1 全くない	2	3	4	5 とてもある	-----				
1 全くない	2	3	4	5 とてもある							
-----											
⑬看護師が、利用者に対して「生活上の予後の説明」をする必要性を、5段階で評価してください。	<table border="1"> <tr> <td>1 全くない</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5 とてもある</td> </tr> <tr> <td colspan="5"> ----- </td> </tr> </table>	1 全くない	2	3	4	5 とてもある	-----				
1 全くない	2	3	4	5 とてもある							
-----											
⑭看護師が、主介護者に対して「生活上の予後の説明」をする必要性を、5段階で評価してください。	<table border="1"> <tr> <td>1 全くない</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5 とてもある</td> </tr> <tr> <td colspan="5"> ----- </td> </tr> </table>	1 全くない	2	3	4	5 とてもある	-----				
1 全くない	2	3	4	5 とてもある							
-----											

⑮利用者に対して「生活上に関する予後の説明」をする役割について、あなたの認識で最もあてはまる数字に○をつけてください。

	全く 思わない	そう 思わない	どちら とも いえない	そう 思う	非常に 思う
(1) 医師が実施すべきである	1	2	3	4	5
(2) 医師と看護師が共に実施すべきである	1	2	3	4	5
(3) 看護師が実施すべきである	1	2	3	4	5

⑯以下に挙げる質問の目的は、ケア提供者が死にゆく患者へのかかわりの場面において、どのようなことを感じているかを知ることにあります。全ての文は、死にゆく患者またはその家族に対するケアに関係するものです。

「死にゆく患者」とは終末期状態であり、余命が6ヶ月以内と考えられる患者を想定してください。

あなた自身のお考えに最もよく当てはまる数字に○をつけてください。

※「ケア提供者」とは、家族以外で死にゆく患者のケアをする専門職・非専門職の方のことです。

	全く 思わない	そう 思わない	どちら とも いえない	そう 思う	非常に 思う
(1) 死にゆく患者をケアすることは、私にとって価値のあることである	1	2	3	4	5
(2) 死にゆく患者と差し迫った死について話をするをを気まずく感じる	1	2	3	4	5
(3) 私は死にゆく患者と親しくなることが怖い	1	2	3	4	5
(4) 死にゆく患者の身体的ケアには、家族にも関わってもらうべきだ	1	2	3	4	5
(5) 家族は死にゆく患者が残された人生を最良に過ごせるように関わるべきである	1	2	3	4	5
(6) 死にゆく患者とその家族は意思決定者としての役割を担うべきである	1	2	3	4	5

【以上で質問は終わりです。ご協力、ありがとうございました。】



# 終末期がん利用者の希望死亡場所実現のための訪問看護師の実践に関する調査 ご協力をお願い

拝啓 時下ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

さて、このたび赤十字と看護・介護に関する研究助成を受け、終末期がん患者の希望する死亡場所実現のための訪問看護師の実践を明らかにする目的で標記調査を実施することとなりました。この調査は、全国の訪問看護ステーション 1,000 ヶ所を対象とし、郵送法により実施いたしております。

貴ステーションを対象とさせていただいたのは、訪問看護事業協会名簿より統計学上の手法に基づき無作為に抽出した結果によるもので、他意はございません。回答は無記名であり個人が特定されることはありませんし、頂いた回答は厳重に管理し、研究目的以外には使用いたしません。調査結果として公表するのは回収した全体の結果のみです。

管理者様には、次の基準にあてはまる利用者の**主担当をされた訪問看護師の方**を選定し、調査票へのご回答をお願いしていただきたく存じます。この際、研究参加は任意であることを管理者様からもお伝えいただき、調査票・訪問看護師様用依頼状・返信用封筒をご回答いただく訪問看護師の方へお渡しください。

- |                  |  |
|------------------|--|
| <b>＜対象とする基準＞</b> | <ul style="list-style-type: none"><li>・ 医師によりがん終末期と診断され、既に亡くなっている利用者</li><li>・ 死亡場所は、自宅でも病院でもかまいません</li><li>・ <b>3ヶ月以上</b>自宅で過ごした利用者</li><li>・ 対象症例が複数いる場合は、直近の2事例</li></ul> |
|------------------|--|

調査の概要は、下記のとおりです。

この調査は、アンケート用紙に回答していただく方法で行っております。アンケートの記入には20分程度を要します。記入後の用紙は同封されている返信用封筒に入れ、ご返送をお願い申し上げます。切手は不要です。返送は、アンケートをお受け取りになられてから、2週間以内にご投函いただければ幸いです。

調査はあなたの自由意思に基づいて行われるものですので、参加しない場合でも不利益をこうむることは一切ありません。

なお、本調査の結果は博士論文として実施します。調査結果は、学术论文等での公表の他インターネットでの公開を予定しております。プライバシーを遵守し、個人が特定されるような情報は公表しません。調査協力の参加と同意は、調査票の回答と返送をもって得られたものとさせていただきます。無記名でのアンケート調査のため、返送後の同意の撤回はできませんので、あらかじめご了承ください。

個別に結果の概要をご希望される場合は、メール（213D101@redcross.ac.jp）にてご連絡ください。

お忙しいところまことに恐縮ではございますが、何卒ご協力賜りますよう重ねてお願い申し上げます。アンケート内容に回答することによりがん終末期利用者のケアを振り返っていただくことで、利用者及び家族のQOL向上に効果的な終末期ケアを提供するための実践を再検討していただく機会となるのではないかと考えております。皆様の率直なお気持ちを私どもにお教えいただき、終末期看護のさらなる充実のために活かしてまいりたいと存じます。

敬具

平成 27 年 月

研究者 日本赤十字看護大学大学院

地域看護学分野 大学院生 石川 孝子

指導教授 福井 小紀子

◎ 調査に関するご質問があれば、下記までお問い合わせください。

＜連絡先＞ 〒150-0012 東京都渋谷区広尾 4-1-3

日本赤十字看護大学大学院 地域看護学分野 担当 石川 孝子

電話 : 03-3409-0889 (福井研究室直通)

FAX : 03-3409-0589

E-mail : 213D101@redcross.ac.jp

# 終末期がん利用者の希望死亡場所実現のための訪問看護師の実践に関する調査 ご協力をお願い

拝啓 時下ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

さて、このたび赤十字と看護・介護に関する研究助成を受け、終末期がん患者の希望する死亡場所実現のための訪問看護師の実践を明らかにする目的で標記調査を実施することとなりました。この調査は、全国の訪問看護ステーション 1,000 ヶ所を対象とし、郵送法により実施いたしております。

貴ステーションを対象とさせていただいたのは、訪問看護事業協会名簿より統計学上の手法に基づき無作為に抽出した結果によるもので、他意はございません。回答は無記名であり個人が特定されることはありませんし、頂いた回答は厳重に管理し、研究目的以外には使用いたしません。調査結果として公表するのは回収した全体の結果のみです。

管理者様よりご紹介いただいた次の基準にあてはまる利用者の主担当をされた訪問看護師の方に、調査票へのご回答をお願いいたたく存じます。

- |                  |  |
|------------------|--|
| <p>＜対象とする基準＞</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医師によりがん終末期と診断され、既に亡くなられている利用者</li> <li>・ 死亡場所は、自宅でも病院でもかまいません</li> <li>・ <b>3ヶ月以上</b>自宅で過ごした利用者</li> <li>・ 対象症例が複数いる場合は、直近の2事例</li> </ul> |
|------------------|--|

この調査は、アンケート用紙に回答していただく方法で行っております。アンケートの記入には20分程度を要します。記入後の用紙は同封されている返信用封筒に入れ、ご返送をお願い申し上げます。切手は不要です。返送は、アンケートをお受け取りになられてから、2週間以内にご投函いただければ幸いです。

調査はあなた様の自由意思に基づいて行われるものですので、参加しない場合でも不利益をこうむることは一切ありません。

なお、本調査の結果は博士論文として実施します。調査結果は、学术论文等での公表の他インターネットでの公開を予定しております。プライバシーを遵守し、個人が特定されるような情報は公表しません。調査協力の参加と同意は、調査票の回答と返送をもって得られたものとさせていただきます。無記名でのアンケート調査のため、返送後の同意の撤回はできませんので、あらかじめご了承ください。

個別に結果の概要をご希望される場合は、メール（213D101@redcross.ac.jp）にてご連絡ください。

お忙しいところまことに恐縮ではございますが、何卒ご協力賜りますよう重ねてお願い申し上げます。アンケート内容に回答することによりがん終末期利用者のケアを振り返っていただくことで、利用者及び家族のQOL向上に効果的な終末期ケアを提供するための実践を再検討していただく機会となるのではないかと考えております。皆様の率直なお気持ちを私どもにお教えいただき、終末期看護のさらなる充実のために活かしてまいりたいと存じます。

敬具

平成 27 年 月

研究者 日本赤十字看護大学大学院

地域看護学分野 大学院生 石川 孝子

指導教授 福井 小紀子

◎ 調査に関するご質問があれば、下記までお問い合わせください。

＜連絡先＞ 〒150-0012 東京都渋谷区広尾 4-1-3

日本赤十字看護大学大学院 地域看護学分野 担当 石川 孝子

電話 : 03-3409-0889 (福井研究室直通)

FAX : 03-3409-0589

E-mail : 213D101@redcross.ac.jp

## 【対象利用者が居ない時の連絡用紙】

- 本調査は、下記の基準に該当する利用者を、主に担当された訪問看護師の方にご記入をお願いしております。

＜対象とする基準＞	・ 医師によりがん終末期と診断され、既に亡くなられている利用者 ・ 死亡場所は、自宅でも病院でもかまいません ・ 3 週間以上自宅で過ごした利用者
-----------	---

対象となる利用者の方がいらっしゃらない場合は、  
お手数ですが、下記をご記入の上、〇月〇日（〇）までに  
FAXまたはE-mailで、連絡先（日本赤十字看護大学内）迄  
ご返送ください。

**FAX : 03-3409-3495**

**E-mail : 213D101@redcross.ac.jp**

\* ご連絡いただいた場合には、以後研究のお願いはいたしません。

### 【所属機関】

ステーション名

電話番号

開設（経営）主体

1.医療法人      2.営利法人      3.医師会  
4.社会福祉法人 5.看護協会 6.その他（      ）

看護職の人員配置

常勤換算数（      ）名、そのうち常勤数（      ）名

ご協力いただき、誠にありがとうございました。

日本赤十字看護大学大学院 地域看護学分野

大学院生 石川 孝子

指導教授 福井 小紀子

【連絡先】 本調査に関するお問い合わせは、下記までお願いいたします。

日本赤十字看護大学大学院 地域看護学分野 担当 石川 孝子

電話 : 03-3409-0889 (福井研究室直通), FAX:03-3409-3495

E-mail: 213D101@redcross.ac.jp

**「終末期がん利用者の希望死亡場所実現のための  
訪問看護師の実践に関する調査」  
ご協力への御礼と再度のお願い**

謹啓 時下益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。

さて先般、赤十字と看護・介護に関する研究助成を受け、終末期がん患者の希望する死亡場所実現のための訪問看護師の実践を明らかにする目的で標榜調査を実施することとし、貴訪問看護ステーションに勤務されている看護師の方へ調査票を配付していただきました。

本調査へのご理解とご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

まだご回答いただけていない場合には、先般お送りした調査票にご記入の上、平成27年〇月〇日（〇）までにご投函をお願いしておりますので、ご高配のほどよろしくお願い申し上げます。

本状と行き違いにすでにご回答いただいておりますら、ご容赦くださいますようお願いいたします。

謹白

平成 27 年〇月〇日

日本赤十字看護大学大学院 地域看護学分野

大学院生 石川 孝子

指導教授 福井 小紀子

<連絡先> 〒150-0012 東京都渋谷区広尾 4-1-3

日本赤十字看護大学大学院 地域看護学分野：担当 石川孝子

電話：03-3409-0889（福井研究室直通）

FAX：03-3409-0589 E-mail：213D101@redcross.ac.jp