
原 著

訪問看護師が捉える終末期高齢がん患者の未告知がもたらす様相

長谷康子¹⁾, 今井芳枝²⁾

¹⁾田岡病院訪問看護ステーション

²⁾徳島大学大学院医歯薬学研究部

(令和6年3月11日受付) (令和6年4月3日受理)

訪問看護師の視点で終末期高齢がん患者の未告知がもたらす様相を明らかにすることを目的とした。2021年5月～9月に関西圏の訪問看護事業所に所属する訪問看護師15名を対象に半構造化面接を実施した。訪問看護師がとらえる終末期高齢がん患者の未告知がもたらす様相として【患者が人生最期にやりたいことができない】などの6カテゴリーが抽出された。訪問看護師がとらえる終末期高齢がん患者の未告知がもたらす様相のカテゴリーより、自宅にいるにもかかわらず、人生最期の暮らしてあることを患者が自覚できない、患者の最期に関わる家族や訪問看護師が惜別で全力を注げないという特徴が示された。これより、未告知の選択が、意図せず患者の人生の締めくくりを奪い、また、人間関係がより深まる在宅終末期の良さが十分発揮されないまま終わることが示唆された。

少子高齢多死社会を迎えたわが国は、限られた医療資源を効率的に活用することを重要課題として、医療制度維持の観点から病院死を減らし自宅や施設を看取り場所とする体制整備が推進されている¹⁾。高齢となっても住み慣れた地域で自分らしく最期まで暮らすという地域包括ケアシステムの構築が進められ、高齢者自身が最終的な生き方を自己決定していく Advance Care Planning (以下、ACP) は、愛称を“人生会議”として国民に啓発されている²⁾。ACP とは、必要に応じて信頼関係のある医療・ケアチーム等の支援を受けながら、本人が現

在の健康状態や今後の生き方、さらには今後受けたい医療・ケアについて考え、将来の心づもりをして、家族等と話し合うことである³⁾。ACP の考え方は、自分の身体の老化に直面し、死と向き合い、受け入れ、自己統合していく高齢期の発達段階とも合致している⁴⁾。

しかし、悪性新生物（以下、がん）に関する ACP は病院や外来では浸透しておらず⁵⁾、その背景の一つとして病状や予後の未告知が考えられている⁶⁾。日本においては、がんの病名告知率は大きく向上しているが⁷⁾、治療効果が得られなくなった終末期がん患者の未告知が報告されている⁸⁾。終末期がん患者の未告知に関しては、家族が高齢である患者の精神的負担の増大を危惧して伝えられない現状⁹⁾がある。特に、終末期高齢がん患者の在宅移行期は、生命予後や入院期間の短縮のために、ギアチェンジの意思決定および退院後の療養場所の選択に十分な時間をかけることが困難となっており¹⁰⁾、未告知のままの在宅移行が生じやすい。在宅における終末期がん患者への未告知に関する先行文献では、訪問看護師が患者への未告知に関する先行文献では、訪問看護師が患者の対応に困難を感じる事が報告され¹¹⁾、ケアに支障をきたし在宅療養継続の障害となる事が報告されている^{12,13)}。しかし、未告知がもたらす様相に焦点をあてた研究は見当たらない。

そこで、本研究では在宅移行期から患者や家族に関わり合っている訪問看護師の視点から、未告知から生じる様相を明らかにすることで、終末期高齢がん患者のよりよい意思決定支援を検討していくための看護の示唆を得

ることを目的とした。

I. 用語の定義

未告知：病状告知もしくは予後告知など、患者が自らの置かれている状況が説明されていないこと。

終末期高齢がん患者：65歳以上で余命6ヵ月以内であると医師が判断したがん患者。

II. 研究方法

1. 研究デザインと研究協力者

質的記述的研究デザインとした。研究協力者の選定は厚生労働省の介護サービス情報公表システム（2020）情報から関西圏の訪問看護事業所を対象に緊急対応のある事業所40施設の事業所の管理者宛に研究の依頼状、研究の内容を示した文章と承諾書を郵送した。電話で管理者に趣旨を口頭にて説明し、研究協力の同意を確認したうえで、研究協力候補者の紹介を受け、同意の得られた訪問看護師15名を対象とした。

2. 調査期間およびデータ収集方法

2021年5月～9月に半構造化面接を行った。面接はZOOMによる個別の遠隔インタビューおよび、対面の場合はプライバシーの確保される場所で密閉・密集・密接を回避し感染予防対策を行いながら実施した。研究者が作成したインタビューガイドに基づき「未告知であることから生じたこと」などについて自由な語りを促した。面接内容は研究協力者の許可を得てICレコーダーに録音し、その後逐語録にした。面接は1回で面接時間は30分から1時間とした。

3. データ分析方法

データ分析は、はじめに個別分析として、録音した面接内容の逐語録を作成し、繰り返して読み、未告知から生じている様相が語られている前後の文脈を考慮して解釈し、その内容が象徴的に示されるように命名し、簡潔な文章でコードを作成した。さらに類似するコードをまとめてサブカテゴリーとした。次に、全体分析として、

個別分析より得られたすべてのサブカテゴリーを集めて比較検討し、さらに意味内容が類似したものを集めて、訪問看護師がとらえる終末期高齢がん患者の未告知から生じる様相として本質的意味を表すようにカテゴリーとして表現した。分析の真実性を確保するため、研究の全過程を通して、がん看護や質的研究に精通した研究者2名にスーパーバイズを受けた。

4. 倫理的配慮

本研究は倫理審査委員会の承認（承認番号:3864）を得て実施した。すべての対象者に文章と口頭にて研究趣旨や方法について説明し、同意書を得て調査を実施した。その際、本研究への参加は自由意思に基づき、参加拒否による個人の人権侵害はないこと、秘匿性を確保し、個人や施設が特定されない形で発表することを説明した。また、緊急訪問の要請などの業務を優先して面接を行った。

III. 結果

1. 研究協力者の背景

本研究への協力の同意が得られた研究施設は11施設、研究協力者は表1に示す通りであった。研究協力者は全員女性であり、看護師経験年数は平均27.7年（範囲17

表1. 研究協力者の概要

対象者	年齢区分	看護師経験年数	訪問看護師経験年数
A	50歳代	34年	25年
B	50歳代	31年	26年
C	50歳代	30年	22年
D	40歳代	23年	7年
E	50歳代	31年	22年
F	30歳代	17年	7年
G	40歳代	22年	10年
H	40歳代	22年	14年
I	60歳代	47年	26年
J	50歳代	34年	16年
K	40歳代	20年	4年
L	40歳代	28年	10年
M	50歳代	32年	10年
N	50歳代	26年	20年
O	30歳代	18年	2年

年～47年)で訪問看護師としての経験は平均14.7年(範囲2年～26年)であった。インタビュー時間は平均で0.8時間であり、遠隔インタビューが10名と対面が5名であった。

2. 訪問看護師がとらえる終末期高齢がん患者の未告知がもたらす様相

訪問看護師がとらえる終末期高齢がん患者の未告知がもたらす様相に関する内容は、37コード、15サブカテゴリー、6カテゴリーが抽出された。詳細については表2に示した。以下、各カテゴリーについて、その内容を説明する。また、結果においてカテゴリーは【 】,サブカテゴリーは[],研究協力者の語りを「斜字」で示す。

1) 【患者が人生最期にやりたいことができない】

これは、[最期だとわかっていないが故にやりたいことを見つけられない][最期にやりたいことをするタイミングを失う]の2つのサブカテゴリーから構成された。未告知が故に自分には時間がまだあると思い、患者は人生の最期にやりたいことを考えずに後回しにしていた。未告知は、患者の人生の集大成の時にやりたいことや、やるべきことを奪いかねない様相があることを示していた。

「患者が自分で自分の答えを出す、そんな本人のやりたいことを見つけてもらうことができなかった」とA氏は語った。

2) 【患者が自分の意思を話す機会が与えられない】

これは、[患者がいない所で患者についての話し合いが行われる][患者に確認せず医療が決定される]の2つのサブカテゴリーから構成された。患者のための訪問診療にもかかわらず、患者抜きで隠れるように医療者と家族の間で患者の話し合いが行われていた。未告知は、患者自身に関することにもかかわらず、そこに参画する権利を奪う様相を示していた。

「この人だったら自分の病気を受け止めることができたん違うかなって思う。家族は、この人は受け止められないって告知はしなかったけど、わかっていたら逆に周りが止めるくらいの勢いでやりたいことをしていたかもしれない」とD氏は語った。「別室で先生と家族が話を

しているのを私たちは本人にきかれないようにしている。誰のための訪問診療なんだろう」とJ氏は語った。

3) 【今の病状から考えると病院ではなく自宅にいることに納得できない】

これは[自分の状態にあってない治療状況だと患者が不信感を抱く][患者が悪くなっていく病状に疑問を抱いている]の2つのサブカテゴリーから構成された。病状の進行に伴って、患者が自分の身体状況について疑問を感じ、周囲の説明にも納得できず、病状変化を受け入れられていなかった。未告知によって、患者は自分の身体にもかかわらず、何が起きているのかが分からない不確かで不安な状況となり、孤立した状態となり、今の状態を心から受容できていないということを示していた。

「患者が『誰も何も教えてくれない。痛いって言っても何もしてくれない。皆はぐらかす、皆が自分をだましている』と言いだした」とO氏は語った。

4) 【患者に偽ることで家族が苦しむ】

これは、[日常的に嘘をつくことに家族が疲弊する][患者に意見を聞けないことから家族で決められずに悩む][亡くなった後で家族が知らせなかったことを後悔する]の3つのサブカテゴリーから構成された。終末期高齢がん患者と生活を共にしている家族は、病状が悪化していく患者に対峙する中で自ら選択した未告知によって、嘘をつくことや家族間で意見が割れることに苦しみ、迷い、疲れていた。家族は未告知に囚われ、患者との貴重でかけがえのない最期の時を共に過ごすことに集中できず、患者の死別後も後悔を背負うということを示していた。

「家族が『今まで嘘を言ったことがなかったのに最期まで嘘をつきとおさないといけないのが、しんどくてたまらない』という。仲良しの夫婦なのに」とA氏は語った。「患者さんが亡くなった時に『私何もできなかった、これも話してない。何も言っていない、お父さんの声も聴いていない』って家族が後悔していた。後悔はあの家族が生きている限り解消されないんですよね。亡くなった人に対してこうしてあげればよかったという後悔なので一生解決しない後悔を抱えさしてしまったと思って」と

表2. 訪問看護師がとらえる終末期高齢がん患者の未告知がもたらす様相

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
患者が人生最期にやりたいことができない	最期だとわかっていないが故にやりたいことを見つけれられない	最期の過ごし方の希望が引き出せない 最期とわかっただけでやりたいことがあるはず やるべきことがあるのにできない やりたいことを後回しにしたためできない 退院の決断が遅れ自宅で過ごす時間が少なくなる
	最期にやりたいことをするタイミングを失う	
患者が自分の意思を話す機会が与えられない	患者がいない所で患者についての話し合いが行われる	患者のいない隙に病状の話をする 患者に訊かれないように別室で話をする 考える力があるのに、その機会が与えられない
	患者に確認せず医療が決定される	患者の拒否する医療処置が内緒で行われる 患者に説明なく医療や療養を決定する
今の病状から考えると病院ではなく自宅にいることに納得できない	自分の状態にあってない治療状況だと患者が不信感を抱く	今の状態で在宅医療になることに疑問や不信を示す 自分の状態にあう医療処置ではないと拒否をする 状態が悪いのに治療しないことに疑いを持つ
	患者が悪くなっていく病状に疑問を抱いている	病状が進行するにつれて何度も訊いてくる どうして悪くなるのか尋ねてくる 患者が検査や治療を受けたいという
患者に偽ることで家族が苦しむ	日常的に嘘をつくことに家族が疲弊する	嘘に疲れ告知したほうが良いのではと悩む 患者の様子から告知すればよかったと話す
	患者に意見を聞けないことから家族で決められずに悩む	家族が今後の治療の決定に悩み混乱する 患者の希望を聞けないので家族の意見が割れる
	亡くなった後で家族が知らせなかったことを後悔する	本当の気持ちを聴けなかったと後悔する 亡くなった後、告知すべきだったと後悔する
患者に関わる人々が取り繕った人間関係になる	患者を取り巻く人々が自由に話せない	何事も家族に確認しなければ患者と話せない 患者の理解がわからず下手に話ができない 患者に言いたいことが言えず会話がちぐはぐになる
	患者に真実を悟られないようにごまかす	ケアの説明をごまかしながらやる 患者からの病状の質問に嘘で取り繕ろう
	患者、家族、医療関係者が互いに深く関われない	人生の最期を迎える患者の思いを受け止めたいのにできない 患者の疑念と苛立ちにどう対応してよいかわからず距離を置く 未告知でなければ安易な励ましではなく、違う提案ができる 説明が十分にできず患者の安心に繋がらない 最期の時間を家族で過ごすことの大切さを伝えることができない
患者が望む最期の生き方を支援したいのにできない	患者の最期の希望がわからず支援の方向性がたたない	患者が望む最期の支援がわからない 望みがわからないのでケアが見通せない 家族の指示にしたがうケアしかできない
	患者より家族の意思が優先される	看護の対象である患者を中心にできない 患者の意向を確認しないままケアを行うことになる

M氏は語った。

5) 【患者に関わる人々が取り繕った人間関係になる】

これは、[患者を取り巻く人々が自由に話せない]
[患者に真実を悟られないようにごまかす] [患者、家

族、医療関係者が互いに深く関われない] の3つのサブカテゴリーから構成された。伏せられた真実が患者に悟られてしまうことを周囲が恐れ、患者に対し表面的な関わりしかできず、患者のみならず家族と訪問看護師がぎ

くしゃくして互いに真摯に向き合えない状況を引き起こしていた。未告知は、患者の人生最期の場面で関わりを持つ、限られた信頼されるべきはずの家族、訪問看護師から誠実さを奪い、後ろめたさを感じさせる関係を作り出すということを示していた。

「自分を見せながら相手も見ながらという人間対人間というお付き合いの中で、そこで私も全身全霊で応えたいけど、告知したらだめというか壁があるから、見透かされないかなって。死に向かうというか、どんなふうに生きるか一緒に考えたいし、サポートしたい。けれど、核心には触れないように話を持っていくとなったら、うわだけになってしまいますよね。それが嫌なんです。全力で来ているのにこちらは8割で行かなあかなくて。なんか失礼ですよ、最期の命のときに、やっぱり失礼やわって」とO氏は語った。

6) 【患者が望む最期の生き方を支援したいのにできない】

これは、[患者や家族に必要な提案や情報を伝えることができない] [患者の最期の希望が分からず支援の方向性がたたない] [患者より家族の意思が優先される] の3つのサブカテゴリーから構成された。未告知ゆえに、訪問看護師は患者に正しい情報や知識の提供、患者の意思を反映した支援を提供することができず、家族の意思を優先することしかできない自分に情けなさを痛感していた。未告知は、訪問看護師として終末期高齢がん患者が最期に選んだ生き方を何よりも優先して支えるという専門職者としての役割が果たせないことを示していた。

「家族は血圧が下がってきたら昇圧剤を使ってというけれど、本人の希望が分からないし、そういう時に治療は要らない、おかしいと思っても言えない」とB氏は語った。「退院してきた時に『こういう時間、今まで持てなかったですよ。だから本当にいい時間過ごしてくださいね』って家族さんや患者に言う時があるけど、そういうのも言えない」とI氏は語った。

IV. 考察

研究結果に基づいて、訪問看護師がとらえる終末期高齢がん患者の未告知がもたらす様相の特徴について考察する。

1. 自宅にいるにもかかわらず、人生最期の暮らしであることを患者が自覚できない

訪問看護師がとらえる終末期高齢がん患者の未告知がもたらす様相として得られた【患者が人生最期にやりたいことができない】【患者が自分の意思を話す機会が与えられない】【今の病状から考えると病院ではなく自宅にいることに納得できない】の3つのカテゴリーは、最期だとわかっていれば持てるであろう患者の希望や意思、納得が未告知によって奪われ、せっかく自宅で過ごしていても、長く培ってきた個別的なその人らしい生き方が最期にできないことを示していた。このことから訪問看護師がとらえる終末期高齢がん患者の未告知がもたらす様相は、自宅にいるにもかかわらず、人生最期の暮らしであることを患者が自覚できないという特徴が考えられた。

高齢期は生きてきた自分の人生を否定することなく、ありのままに受け入れることが発達課題であり、課題を克服し自己統合に向かう⁴⁾とされている。また、治療を断念したがん患者は有限である人生で何を成すべきかに患者の意識が向かうとき、自分が他者にとって何者にも代えがたい固有の存在であることが喚起される¹⁴⁾とある。がんの終末期は病状が急激に悪化する経過を辿ることが多く、死に至る期間は在宅療養開始から長くは残されていない¹⁵⁾ことが明らかになっており、患者にとって短くとも人生の貴重な締めくくりの時間である。しかし、この時間が自分なりにどういう意味があるものなのか考えることすら患者には与えられず、統合や自己との対峙に至るプロセスが踏めないまま人生の最期に向かうと訪問看護師はとらえたと考える。

未告知という状況が生み出される背景には、高齢であり、がん終末期といった患者をこれ以上苦しめたくない、希望を無くし衝撃を与えたくないという家族の患者

擁護¹⁶⁾がある。しかし、その時点で患者は自分の最期にもかかわらず、やりたいことやその意思を表出する機会が奪われた状態となっていた。Kesslerは死にゆく人の意見をないがしろにすることや情報を与えず会話の外に置くことは、生きているうちに亡くなった人と表現し、患者の尊厳の喪失¹⁷⁾を指摘している。このような倫理的な状況を訪問看護師がとらえた背景には、自宅での看取りの経験から、死を通して人生を意味づけ育まれた死生観¹⁸⁾と患者の個別性を考慮しその人だけのスペシャルメニューで支援することをやりがいとする¹⁹⁾訪問看護師ならではの看護観が影響したと考える。病を抱えながらも自宅で個性的、唯一無二なそれぞれの暮らしを生きる患者の日々を目の当たりにしている訪問看護師であるからこそ、未告知によってその人らしい、その人しかできない最期を奪われることを示していたと考える。

2. 患者の最期に関わる家族や訪問看護師が惜別に全力を注げない

【患者に偽ることで家族が苦しむ】【患者に関わる人々が取り繕った人間関係になる】【患者が望む最期の生き方を支援したいのにできない】の3つのカテゴリーは死に向かう患者との貴重な時間に、患者、家族や訪問看護師それぞれが深い関わりを持つことが可能な在宅の強みを活かせない現象を引き起こすことを示し、様相の根底には、患者の最期に関わる家族や訪問看護師が惜別に全力を注げないという特徴があると考えられた。

関根は在宅で患者を看取る家族の構えとして“看取りへの専心”をあげ、患者を尊ぶ心を基に患者と関わり、可能な限り家族の日常性を護るようにして介護に力を注ぐこと²⁰⁾としている。広辞苑によると専心とはそのことだけに心を注ぐこと²¹⁾とある。しかし、未告知の状況下では家族は未告知に囚われるように患者とのいつもの会話にさえも気を使い、互いの思いを伝え合うこともできず、取り繕うという余分なエネルギーを使い、全力で患者と過ごし別れを惜しむような時間に心を注げない状態になると考えられる。その結果、家族がこれでよかったのかと患者の死後にも遺恨にも繋がる²²⁾と推測される。がん治療は終了し、治療に向かうがん患者としての

役割²³⁾を終えて患者は自宅に戻ってくる。本来であれば、今までの頑張りを患者と家族が称え労い、最期に家族としての時間を取り戻し、別れを惜しむようにいつもの生活を営むことが優先される在宅のよさ²⁴⁾を十分に生かすことができなくなると考える。

訪問看護師もまた、未告知によって患者や家族との関係性の中で専心できないに状態に陥ると考えられる。看護師は患者に関心を向け注意を集中し専心することで、患者の世界に入り患者を理解し、結果として患者の利益に繋がる²⁵⁾とされる。また、患者のみならず患者を看取る家族に対しても訪問看護師は人として家族に寄り添いともある関係性を育み、2.5人称と表現される家族のような、という看護観を持ちながら、患者同様に家族にも深く関わる²⁶⁾とある。しかし、本研究での訪問看護師の語りからは、患者にも近寄れず、家族とも距離を感じながら、自分自身の役割遂行、2.5人称としての立ち位置につけない不全感を強く感じていると考えられた。

患者と家族のプライベートな空間である自宅に入ることを許され、死にゆく患者と看取る家族の人生最期の大切な時に傍らに居させてもらえる者²⁷⁾として、訪問看護師は自宅での看取りについて自らの立ち位置や役割を自覚しながら人として長年生き歩んできた患者や遺される家族に対し礼を尽くした惜別に全力を尽くせないことを示していた。

今回、本研究において訪問看護師がとらえる終末期高齢がん患者の未告知がもたらす様相として、自宅にいるにもかかわらず、人生最期の暮らしであることを患者が自覚できない、患者の最期に関わる家族や訪問看護師が惜別に全力を注げないという特徴が示唆されたことは新知見であるといえる。自宅とは、終末期高齢がん患者にとって自分らしい生き方で最期の人生を締めくくれる場所である。家族や訪問看護師にとっては、患者の自宅だからこそ患者の最期の希望を全力で支えることができる場所である。それ故に、自宅にいるにもかかわらず、人生最期の暮らしであることを患者が自覚できないということは、患者が希望をなくさないようにという家族の未告知の選択²⁸⁾が、意図せず患者の人生の締めくくりを

も奪う状況を引き起こすことが考えられた。また、患者の最期に関わる家族や訪問看護師が惜別に全力を注げないということは、人間関係がより深まる在宅終末期の療養の良さ²⁴⁾が発揮できないままに終わることが考えられた。以上より、終末期がん患者が療養場所を選択する意味を理解して自宅に戻ってくることが望まれる。そのためには、療養場所を選択する時期にACPを行い、終末期がん患者がその意思決定の意味を理解した上で選択できるように話し合いが行われることが重要である。

また、未告知で自宅に戻ってきた場合は、移行期時に患者や家族、訪問看護師間でACPを行い、患者の意思を尊重するために何が最善なのかを繰り返して話し合う必要があると考える。その際に、終末期高齢がん患者の未告知がもたらす様相を情報提供していくことも有用であると考え。かつ、病院側と在宅支援者間で患者の意思が尊重され、患者と家族が最期を自宅で過ごす意味を考えられるような告知の在り方を話し合い、協働していく必要があると考える。

V. 研究の限界

本研究において、訪問看護師がとらえる終末期高齢がん患者の未告知がもたらす様相が明らかになった。しかし、対象者が15名のみでのデータ収集のため、結果を一般化するには限界がある。また、今回の対象者は関西圏在住であり、在宅医療の地理的な地域性が影響を与えることも否めない。加えて、本研究では家族と同居している対象者ばかりであったため、独居の方の様相までは明らかにできなかった。今後は、さらに症例数や地域性、家族背景を考慮して検討を行う必要がある。

VI. 結論

訪問看護師の視点で、終末期高齢がん患者の未告知がもたらす様相を明らかにすることを目的に、訪問看護師15名に半構造化面接を行い、質的記述的に分析を行っ

た。その結果、終末期高齢がん患者の未告知が引き起こす様相は【患者が人生最期にやりたいことができない】【患者が自分の意思を話す機会が与えられない】【今の病状から考えると病院ではなく自宅にいることに納得できない】【患者に偽ることで家族が苦しむ】【患者に関わる人々を取り繕った人間関係になる】【患者が望む最期の生き方を支援したいのにできない】という6つのカテゴリーにより表された。これより、終末期高齢がん患者の未告知がもたらす様相として、自宅にいるにもかかわらず、人生最期の暮らしであることを患者が自覚できない、患者の最期に関わる家族や訪問看護師が惜別に全力を注げないという特徴が示唆された。

謝 辞

本研究の実施にあたり調査にご協力いただきました研究協力者の皆様と研究施設の関係者の皆様に深く御礼を申し上げます。

なお、本研究は、公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団の助成を受けた研究である。

利益相反

本研究における利益相反は存在しない。

文 献

- 1) 厚生労働省第1回 新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会：<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000138754.html>, (accece October 4th, 2020)
- 2) 厚生労働省：人生会議してみませんか。 https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_02783.html (access January 18th, 2022)
- 3) Miyashita, J., Shimizu, S., Shiraishi, R., Mori, M., *et al.*: Culturally Adapted Consensus Definition and Action Guideline : Japan's Advance Care Planning.

- Journal of Pain and Symptom Management, 64(6) : 602-613, 2022
- 4) Erik, H. Erikson., Joan, M. Erikson.: THE LIFE CYCLE COMPLETED. W W Norton & Co Inc, 1997; 村瀬孝雄, 近藤邦夫 (訳) ライフサイクルその完結: 増補版, みすず書房, 東京, 2001, pp. 162-165
 - 5) 田代真理, 藤田佐和: がん患者のアドバンスケアプランニングの看護支援についての実態調査. 高知女子大学看護学会誌, 46(1) : 31-40, 2020
 - 6) 小松恵, 島谷智彦: がん患者緩和ケアにおけるアドバンス・ケア・プランニングに関する一般病棟看護師の認識. 日本緩和医療学会誌, 12(3) : 701-707, 2017
 - 7) 国立がん研究センターがん情報サービス: 院内がん登録全国集計, がん情報サービス. https://ganjoho.jp/public/qa_links/report/hosp_c/hosp_c_registry.html (accece December 28th. 2021)
 - 8) 田代志門, 藤本穰彦, 相澤出, 諸岡了介: 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一. 緩和ケア, 23(5) : 411-415, 2013
 - 9) 瀬沼麻衣子, 手塚明星, 塚越徳子, 二渡玉江: 治療期の高齢がん患者の意思決定における家族の思いに関する文献レビュー. 群馬保健学研究, 42 : 32-41, 2022
 - 10) 森一恵, 杉本知子: 高齢がん患者の終末期に関する意思決定支援の実際と課題. 岩手県立大学看護学部紀要, 14 : 21-32, 2012
 - 11) 長内さゆり, 清水準一, 河原加代子: がん終末期患者の訪問看護導入時に生じる訪問看護師の困難感. 日本保健科学学会誌, 14(1) : 5-12, 2011
 - 12) 大園康文, 福井小紀子, 川野英子: 終末期がん患者の在宅療養継続を促進・阻害する出来事が死亡場所に与えた影響・経時的なパターンの分類化. 日本緩和医療学会誌, 9(1) : 121-128, 2014
 - 13) 古瀬みどり: 訪問看護師が終末期がん療養者ケアで感じた困難. 日本がん看護学会誌, 27(1) : 61-66, 2013
 - 14) 川端愛: がんの集学的治療を断念した患者を支える希望の意味. 日本がん看護学会誌, 29(2) : 62-70, 2015
 - 15) 沼田久美子: 緩和医療 終末期患者の緩和ケアと在宅療養移行. 東京女子医科大学雑誌, 77(4) : 213-218, 2007
 - 16) 谷村千華, 松尾ミヨ子, 平松喜美子: 終末期がん患者へのがん告知を拒否した家族の体験. 日本がん看護学会誌, 18(2) : 38-46, 2004
 - 17) David, Kessler.: The Rights of the Dying : A Companion for Life's Final Moments. Harpercollins, 1997; 椎野淳 (訳) 死にゆく人の17の権利, 集英社, 東京, 1998, pp. 3-6
 - 18) 横尾誠一, 大町いづみ: 訪問看護師の死生観 個人背景との関連. 日本在宅ケア学会誌, 17(2) : 29-36, 2014
 - 19) 森下和恵, 長谷康子, 多留ちえみ: 訪問看護師が看護実践の中で感じている“やりがい”. 日本在宅看護学会誌, 9(1) : 53-64, 2020
 - 20) 関根光枝, 長戸和子, 野嶋佐由美: 在宅でがん患者の看取りに取り組む家族のコミットメント. 家族看護学研究, 16(1) : 2-10, 2010
 - 21) 広辞苑第7版. 岩波書店, 東京, 2018
 - 22) 森雅紀: 遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究3, 終末期がん患者と死を前提とした話や行動をしたか否かについての遺族の後悔, 公益財団日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団, 182-187, 2016
 - 23) 星名美幸: ギアチェンジ期におけるがん患者の役割期待に関する研究 - 病棟看護でみる役割理論からの概念枠組みの構築 -. 技術マネジメント研究, 15 : 3-15, 2016
 - 24) 石本万里子: 終末期がん患者を在宅で介護する家族にもたらされる Enrichment. 日本がん看護学会誌, 23(1) : 31-43, 2009
 - 25) 牧野耕次, 比嘉勇人: 患者・看護師関係における

- インボルブメントの概念分析. 日本看護科学会誌, 39 : 359-365, 2019
- 26) 須田彩佳, 河口てる子: 訪問看護師の2.5人称の立ち位置 - 「利用者・家族への親近感」と「専門職としての客観性」の尺度化の試み -. 日本在宅看護学会誌, 8(2) : 79-86, 2020
- 27) 福井里美: がん患者への終末期場面で看護のやりがいを感じる認定看護師・専門看護師の経験. 日本赤十字看護学会誌, 20(1) : 43-51, 2020
- 28) 牧野智恵: 未告知状況下におけるがん患者の家族と看護者の世界 - 現象学的方法論を用いた面接を通して -. 日本看護科学会誌, 20(1) : 10-18, 2000

The aspects brought about when withholding the truth about the prognosis from elderly patients with terminal cancer were identified from the perspective of visiting nurses

Yasuko Hase¹⁾, and Yoshie Imai²⁾

¹⁾*Taoka Hospital Home Visiting Nursing Station, Tokushima, Japan*

²⁾*Tokushima University Graduate School of Biomedical Sciences, Tokushima, Japan*

SUMMARY

Purpose : To clarify the aspects brought about when withholding the truth about the prognosis from elderly patients with terminal cancer from the perspective of visiting nurses. **Methods :** Semi-structured interviews were conducted with 15 visiting nurses of home visit nursing offices in the Kansai area from May to September 2021, and the obtained data were qualitatively and descriptively analyzed.

Results : Six categories of the aspects brought about when withholding the truth about the prognosis from elderly patients with terminal cancer were identified from the perspective of visiting nurses : [preventing patients from what they want to do] etc.

Discussion : These categories clarified 2 characteristics of the aspects brought about when withholding the truth about the prognosis from elderly patients with terminal cancer : preventing patients from being convinced that they are living their last period, even though they are in their own homes ; and making it impossible for all parties involved, including families and visiting nurses, to devote themselves to parting. Based on this, the choice to withhold the truth from patients may unintentionally deprive them of the chance for a good end of life, and let home end-of-life care, which further deepens interpersonal relationships in most cases, end before its benefits are fully realized.

Conclusion : Visiting nurses should support patients and their families for a good end of life that is possible only at home, while understanding these aspects brought about when withholding the truth about the by prognosis from the former.

Key words : end-of-life care, elderly patients with terminal cancer, withholding the truth about the prognosis, visiting nurses