



Title	九州地区訪問看護事業所看護師が関わる地域在住者に役立つアドバンス・ケア・プランニング認知度とその関連要因：横断的研究
Author(s)	森木, 友紀; 竹下, 悠子; 勝久, 美月 他
Citation	大阪大学看護学雑誌. 2025, 31(1), p. 35-42
Version Type	VoR
URL	https://doi.org/10.18910/100227
rights	©大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻
Note	

The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA

<https://ir.library.osaka-u.ac.jp/>

The University of Osaka

九州地区訪問看護事業所看護師が関わる地域在住者に役立つ アドバンス・ケア・プランニング認知度と その関連要因：横断的研究

Awareness of Advanced Care Planning, and Related Factors Which is Useful for Local Residents Involved
with Visiting Nurses in the Kyushu Region : a Cross-Sectional Study.

森木 友紀¹⁾・竹下 悠子²⁾・勝久 美月²⁾・齊前 裕一郎²⁾・藤井 美咲²⁾・糀屋 絵理子²⁾・竹屋 泰²⁾
Yuki Moriki¹⁾, Yuko Takeshita²⁾ Mizuki Katsuhisa²⁾, Yuichiro Saizen²⁾, Misaki Fujii²⁾, Eriko Koujiya²⁾,
Yasushi Takeya.²⁾

要 旨

目的：地域在住者のアドバンスケアプランニング（ACP）に関わる、九州地区の訪問看護事業所勤務の看護師を対象に、ACP 認知度と関連要因を探求することである。

方法：2023 年 9～11 月に無記名郵送で、訪問看護師を対象とし調査した。従属変数は ACP の認知の有無、独立変数は管理者か否か、年齢、性別、資格、ACP 教育・研修の有無などとした。単変量解析で $P < 0.05$ の有意差のあった 14 変数に対してロジスティック回帰分析を行った。

結果：質問紙を 600 事業所 3,000 名に配布、141 事業所 380 名の回答（回答率 12.7%）で、欠損を除いた 355 名が対象となった。分析の結果「当事者との意見交換でニーズ把握」OR 3.23、「ACP 研修を受けた」OR 8.48、「ACP を知らず研修開催も不明」OR 0.11「人生会議が ACP の愛称だと知っている」OR 3.79 が関連要因として抽出された。

結論：ACP 認知の訪問看護師は ACP の研修に参加し、人生会議の愛称を知り、当事者のニーズ把握をしていた。今後は ACP 認知だが ACP 実践経験が乏しい場合や、ACP 認知ではない訪問看護師に対する研修等の必要性が示唆された。

キーワード：訪問看護師、アドバンス・ケア・プランニング（ACP）、在宅看取り、横断研究

Keywords : visiting nurse, advance care planning (ACP), local residents, a cross-sectional study

I. 緒言

WHO の定義では、超高齢社会とは、65 歳以上の総人口における比率：高齢化率が 21%以上とされる。長寿を誇る我が国は、令和 6 年版高齢社会白書で高齢化率はすでに 29.1%となり、超高齢社会の様々な課題に直面している。2025 年に約 800 万人といわれる「団塊の世代」が後期高齢者となり、国民の 3 人のうち 1 人が高齢者¹⁾という社会状況である。生産労働人口の減少から、社会保障、

医療、介護、年金などが限界に達すると予測され、社会全体で喫緊の課題となっている。高齢者が、急激に増えたことから死亡者数も増加し、年間死亡者は約 160 万人に達する多死社会が到来している²⁾。しかし、従来「死を予測し備えることは、忌むべきものであり、縁起が悪い」とタブー視され、なかなか議論が進まなかった³⁾。

ところが、昨今はエンドオブライフケアにおける本人の意思決定支援で、もしもの時に、どうし

¹⁾千里金蘭大学看護学部、²⁾ 大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻、¹⁾ Senri Kinran University, Department of Nursing,

²⁾ Osaka University Graduate School of Medicine, Division of Health Sciences

たいかを話し合うアドバンス・ケア・プランニング (Advance Care Planning: 以下 ACP とする) が注目されている。ACP とは「将来の変化に備え、将来の医療及びケアについて、本人を主体に、そのご家族や近い人、医療・ケアチームが、繰り返し話し合いを行い、本人による意思決定を支援するプロセス」⁴⁾とされている。欧米では 1910 年代より療養者の自己決定権が主張され、日本より早期に ACP が着目されるようになった⁵⁾。一方、我が国では 1987 年に「終末期医療の在り方に関する検討会」を開始し、終末期医療に対する指針を出している²⁾。厚生労働省は 2018 年に ACP を「人生会議」の愛称を付け、国民に向けて普及活動を開始した⁶⁾。

ACP の一例を挙げると、療養者がどのような最期を望むのか、どこで最期を迎えたいか、つまり、看取りの場所はどこなのか、具体的には在宅か、通いなれた病院か、施設かなどを話し合うことである。森木らの、日本の後期高齢者の男女約 6000 名を対象とした先行研究でも、最期を迎えたい場所の話し合いでは、希望の場所の話し合いをする女性は在宅を望まず、話し合いをしない男性は在宅を望む傾向であった⁷⁾。話し合いをしない男性の望む在宅での最期は、住み慣れた自身の居場所で周囲に気を遣わず、生活者として自然な死を迎えることができるメリットがある。一方、話し合いをする後期高齢女性の懸念として、苦痛のコントロール、急変時の対応、家族の介護負担などがデメリットとなり⁸⁾ 在宅を望まなかったことが推察される。

2019 年の新型コロナウイルス感染症 (Coronavirus disease 2019、以後 COVID-19) のパンデミックが発生する以前は、我が国では 7 割を超す水準で療養者は病院で死を迎えていた。しかし、パンデミックになると感染予防による面会・外出制限で、病院に入院後、家族や親しい人に会えないまま死を迎えることがあった。そういった孤独な死を避けるため、在宅で死を迎えることのニーズが増え⁹⁾、在宅看取りが 2019 年の 13.6% から、2022 年では 17.4% と増えている¹⁰⁾。

ニーズの増えた在宅看取りを支え、療養者のケアや家族対応を中心的に担うのは、訪問看護師である。訪問看護師は、療養者や家族に一番身近で対応できるため、実際のケアのみならず、医師への報告、多職種との連携、急変時の対応、家族の悩みの相談など、在宅療養での基軸となる存在で

ある¹¹⁾。実際に療養者が、在宅で最期の時を迎えるまでに、家族、多職種を繋いで ACP を実施し担えるのは、訪問看護師なのではないかと考えた。

先行研究や令和 5 年度の報告では、看護師の ACP 認知度は 45.8%¹²⁾であり、生活介護事業所に勤務する看護師の ACP 認知度は 20.0%(全職員では 12.1%)¹³⁾など調査、報告されている。ACP 認知度に焦点化したのは、ACP を聞いたことがあり、具体的にイメージできる認知があれば、対象者に対する説明や、運用がスムーズにいくのではないかとという仮説を立てたためである。その上、認知に関連する要因を明らかにし、要因を高めるような取り組みをすれば、ACP の普及につながると考えた。また、先行研究で訪問看護師が ACP の資料を用いて、療養者 121 名 (90%) の ACP 実施が可能であり、希望の看取り場所を 75% 実現できたが、単一施設の限られた状況であり、一般化は難しいという結論であった¹⁴⁾。しかしながら、どのような訪問看護師が、どの程度 ACP を知っているのか、また、実際に活用できているのか、ACP を活用する為に在宅療養者のニーズ把握などはできているのか、研修などに参加しているのかなど、従来の研究ではあまり明らかにされていない。そのため、訪問看護師にターゲットを絞って、ACP の実態調査や ACP の認知度、それらに関連する要因などの調査をすることが必要である。

今回の研究では、比較的若い地域 (沖縄県) と高齢化が進み深刻な地域 (長崎県等) を包括する九州地区¹⁵⁾をターゲットとした。地域在住者の ACP に関わる、九州地区訪問看護事業所勤務の訪問看護師を対象に、将来の全国調査に向けた第一段階として、ACP の認知度とそれに関連する要因を探求することを目的とした。

II.用語の定義

本研究で、アドバンス・ケア・プランニング (Advance Care Planning: ACP) とは、訪問看護師が「将来の変化に備え、将来の医療及びケアについて、本人を主体に、その家族や近い人、医療・ケアチームが、繰り返し話し合いを行い、本人による意思決定を支援するプロセス」⁴⁾と定義する。

また、訪問看護事業所とは「自宅で継続して療養を受ける状態にある人に対し、その主治医が必要と認めた場合、看護師などが主治医の指示を受けて本人の居宅を訪れ、療養上の世話や必要な診療補助を行う」「利用者の自宅を訪問し療養生活

を支える機関」¹⁶⁾であり、厚生労働省の以下の設置基準を満たしている事業所¹⁶⁾である。「保健師、看護師又は准看護師（看護職員）常勤換算で2.5以上となる員数うち1名は常勤」「理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士は指定訪問看護ステーションの実情に応じた適当数が必要」「指定訪問看護の提供に当たる看護職員を適当数必要」であり、「管理者は専従かつ常勤の保健師又は看護師であって、適切な指定訪問看護を行うために必要な知識及び技能を有する。」

III. 研究の方法

1. 研究対象者

本研究は、選定基準として全国訪問看護事業協会正会員リスト https://www.zenhokan.or.jp/business_society/member_list/の九州地区の事業所から無作為抽出法で訪問看護事業所を抽出した。対象者は、それらの訪問看護事業所に勤務する常勤、非常勤を問わず、自らの意思で研究に関わる同意の得られた看護師資格を持った管理者、及び訪問看護師とした。また、訪問看護事業所に理学療法士資格で勤務していても、看護師の資格も同時に取得している場合は対象者とした。

除外基準は、現在訪問看護事業を休止している事業所とした。対象者の除外基準としては、訪問看護事業所に勤務する理学療法士、作業療法士などの看護師以外のスタッフとした。

2. データ収集

本研究の調査期間は2023年9～11月とした。

1) 調査項目

訪問看護事業所に勤務する訪問看護師を対象に①ACPの認知度調査、②ACPの認知度関連要因の調査を目的に、訪問看護事業所へのACP認知度質問票（「訪問看護事業所看護師のアドバンス・ケア・プランニングの認知度と実態調査」）を作成した。質問票では、質問項目を基礎情報、事業所の概要、在宅療養者・家族の状況、ニーズの把握方法（「6.当事者と意見交換でニーズを確認」に対して、Yesならば数字に○印を記載など）、ACPの認知度（1.聞いたことがない～6.よく知っ

ていて指導できるの6段階のリッカート尺度）、人生会議の認知度（「1.人生会議がACPの愛称だと知っている」に対して、Yesならば数字に○印を記載）ACP支援の有無、教育、研修体制の有無（「1.ACP研修を自施設で実施している」、「1.ACP研修を受けたことがある」など）に対して、Yesならば数字に○印を記載）などとした。項目は、先行研究、文献レビュー、先駆的实践家の助言、厚生労働省「人生の最終段階における医療に関する意識調査」などから策定した。さらに、老年医学専門の教授、老年看護学の教員、大学院生を含めた老年看護研究者のうち、看護師の資格を持つものが、研究の主旨に沿って必要な項目を絞り、プレテストを行い、必要最小限の労力15分程度で、回答できる分量に差配し、質問項目の内容の妥当性の検証を行い、訪問看護師の負担にならないよう配慮した。

2) サンプルサイズ

サンプルサイズについては、事業所への配布数を設定する為、先行研究、令和5年度常勤看護師数平均4.8名¹⁷⁾、母集団の規模、許容誤差±5%、回答比率、信頼レベル95%を設定し必要サンプル数の算出を行った。母集団は、九州地区の訪問看護事業所(2151事業所×4.8名)とした。ACP認知度の回答比率に関しては、令和5年度の厚生労働省の看護師の認知度45.8%を参照し、0.46で設定、必要サンプル数は368とした。

3) 配布数の決定

欠損による除外を考慮し、600事業所に対して、常勤看護師数平均4.8名を参照し、1事業所当たり5部ずつ同封し、無記名郵送調査として合計3000部を配布した。

4) 同意の確認

対象者には、本研究における質問票への回答に対する依頼文書（管理者、担当者への説明文書、同意のチェックリスト等）を作成した。それらにより、研究に対する同意の確認は、同意のチェックリストと、同封した返信用封筒に回答した質問

票を郵送で返信されたことで実施した。

3. データ解析方法

収集したデータで、従属変数は ACP の認知の有無とした。具体的には、「アドバンス・ケア・プランニング (Advance Care Planning : ACP) をご存じですか」の設問に対し、「1. 聞いたことがない、2. ほとんど知らない、3. 聞いたことがあるがよく知らない」と回答した訪問看護師を ACP 非認知群とし、「4. ある程度知っている、5. よく知っている、6. よく知っていて、人に指導できる」と回答した訪問看護師を ACP 認知群とした。独立変数は、質問項目の管理職か否か、取得資格、年齢、性別などの基礎情報とニーズの把握、ACP 事例に似たような経験がある、施設での ACP 研修の有無、ICT 活用などとした。回答の中に 1 つでも欠損のある対象者は除外し、欠損データを除いたコンプライトデータで分析した。その後、単変量解析で、カイ二乗検定と t 検定で $P < 0.05$ となった変数に対して、名義ロジスティック回帰分析を各変数で行った。回帰分析では、対応するオッズ比、95%信頼区間、 P 値を算出した。各項目の多重共線性を示す VIF に関しては、全てが 10 未満であり、項目間で強い相関性はなかった。また、対象者のコンプライトデータに関して、各項目の欠損データとの感度分析では、Rubin の法則に従い比較され確認された。分析は JMP pro 17、SAS バージョン 9.4 (SAS Institute, Inc., Cary, NC, 米国) を使用し実行された。

IV. 倫理的配慮

調査参加にあたり、研究内容と匿名性を対象者に説明した。すべての対象者は、自発的参加であり、書面によるインフォームド・コンセントが提供され、さらに、個人情報を含む書類は、鍵をかけた場所に 10 年間保管し、調査の終了後に破棄されることを説明された。同意の確認は同意のチェックリストにチェックがあることと

した。本研究は「高齢者・障がい者・家族の日本独自のアドバンス・ケア・プランニング支援」として、大阪大学臨床研究審査委員会・倫理審査委員会(承認番号 21503-5)により承認され、ヘルシンキ宣言で指定された要件に従った。

V. 結果

本調査では、質問票を 600 事業所 3000 名の対象者に配布、141 事業所の看護師以外の理学療法士、作業療法士などの回答を除外し、380 名から回答を得た(回答率 12.7%)。回答に欠損がある者は除外し、355 名を解析の有効対象者とした。対象者の内訳は 319 名 (89.9%) が女性で、平均年齢±標準偏差は 45.5±9.8 歳、看護師平均勤務歴±標準偏差は 21.0±9.9 年、訪問看護師平均勤務歴±標準偏差は 5.6±6.1 年であった。(Table 1)

Table1 対象者の基本属性 ($n = 355$)

項目	回答数 (%)
事業所管理者である	71(29.5%)
性別(女性)	319(89.9%)
平均年齢±標準偏差	45.5±9.8歳
平均看護師経験年数±標準偏差	21.0±9.9年
平均訪問看護師経験年数±標準偏差	5.6±6.1年
<重複資格>	
ケアマネジャー	19(5.4%)
介護福祉士	0(0%)
社会福祉士	1(0.003%)
精神保健福祉士	0(0%)
保健師	18(5.1%)
助産師	0(0%)
理学療法士	1(0.003%)
作業療法士	0(0%)
言語聴覚士	0(0%)

訪問看護師 241 名が ACP を認知しており、ACP 認知度は 67.9%であった。ACP 事例を経験していたのは 298 名 (83.9%)、ACP の事例を経験していながら、ACP を認知していない対象者は 56 名 (16.0%)、ACP を用いて穏やかな看取り事例を経験した対象者は 291 名(82.0%)であった。(Table 2)

Table 2 Advance Care Planningについて (n=355)

<ACP関連>	
ACPを知っている	241(67.9%)
アンケート記述にある事例を経験した	298(83.9%)
事例は経験したが、ACPIは知らない	56(16.0%)
アンケート記述にある事例のような穏やかな看取りを経験した	291(82.0%)

*ACP(Advance Care Planning)

*アンケートには、看護専門家のスーパーバイズに基づいたACPの事例について、ACPとは知らせずこのような事例に似た経験はありますかと記述し、回答を求めている

単変量解析で $P < 0.05$ であり有意差のあった14変数(Table 3)に対して、多変量解析で、名義ロジスティック回帰分析を行ったところ、以下の結果であった。

Table 3 ACPを認知していることに関連項目 (単変量解析) n=355

項目	カイ二乗値	P値
事業所管理者である	13.97	0.0002
事業所の管理者ではない	12.85	0.0003
ケアマネジャーである	4.29	0.04
ACPの研修は事業所などで開催された	51.27	<.0001
アプリやデータベース等を使用し、活用できている	5.74	0.02
ACP研修を受けたことがある	21.39	<.0001
当事者との意見交換でニーズを把握している	9.70	0.003
事例に基づいた穏やかな看取りの経験がある	20.90	<.0001
事例に似たような経験がある	21.39	<.0001
ACPの愛称が「人生会議」だと知っている	101.68	<.0001
ACPを知らないし、研修が開催されたかわからない	78.00	<.0001
ACPの研修を受けたことがない	115.40	<.0001
都度、カンファレンスを開いて、医療従事者と共に終末期まで、療養者、主介護者、家族の希望を聞いている	6.83	0.01
必要な教育制度、研修実施はどちらでもない	8.15	0.008

* <.0001は、 $P < 0.0001$, ACP(Advance Care Planning)

*アンケートには、看護専門家のスーパーバイズに基づいたACPの事例について、ACPとは知らせずこのような事例に似た経験はありますかと記述し、回答を求めている

訪問看護師の ACP 認知の関連要因は「当事者との意見交換でニーズを把握している」 Odds Ratio (OR) 3.23、95% confidence interval (CI) 1.30-8.06、 $P = 0.012$ 、「ACP 研修を受けたことがある」 OR 8.48、95% CI 2.21-32.58、 $P = 0.002$ 、「ACP を知らないし、開催されたかもわからない」 OR 0.11、95% CI 0.03-0.45、 $P = 0.002$ であり、「人生会議

が ACP の愛称だと知っている」 OR 3.79、95% CI 1.79-8.01、 $P = 0.001$ であった。(Table 4)

Table 4 ACPを認知していることに関連項目 (多変量解析：ロジスティック回帰分析) n=355

項目	OR	95%信頼区間	P値
当事者との意見交換でニーズを把握している	3.23	1.30-8.06	0.012
ACP研修を受けたことがある	8.48	2.21-32.58	0.002
ACPを知らないし、研修が開催されたかわからない	0.11	0.03-0.45	0.002
ACPの愛称が「人生会議」だと知っている	3.79	1.79-8.01	0.0005

*ACP(Advance Care Planning) , OR (Odds Ratio)

VI. 考察

本研究の目的は、地域在住者の ACP に関わる九州地区の訪問看護事業所に勤務する訪問看護師を対象に、ACP 認知度と、それに関連する要因を探求することであった。判明した訪問看護師の ACP 認知度の関連要因は、当事者との意見交換で、その方に必要なニーズを把握していること、また、ACP 研修を受けたことがあること、人生会議が、ACP の愛称であると知っていることであった。ACP の先行調査では、看護師の ACP 認知度は 45.8%¹²⁾であり、本研究で訪問看護師の認知度は 67.9%で、比較すると、ACP 認知度は一般の看護師より、本研究の訪問看護師の方が認知度は高かった。先行文献¹⁸⁾によると、ACP 支援において、話し合いプロセスの形成からルーティーン化に至るまでの基盤にあるのは、〈介護環境の安定化〉〈本人の目標を確認する〉〈家族を支持し利用者が尊重される〉といった訪問看護における【日常的ケア】が必要とある。病棟看護師は、入院中の限られた時間で患者家族と関わる。一方、訪問看護師は、退院後の長い経過において、自宅訪問で療養者、家族と話し合いのルーティーンが可能である。そこに ACP 支援が存在し、必然的に訪問看護師が学び、ACP の認知度が上がってい

る可能性がある。そのため、訪問看護師は在宅で療養者や家族と密接で、病院看護師より比較的長く関わることや、多死社会となる社会のニーズ、国が普及活動で ACP に人生会議と愛称をつけるなどの影響や効果があったと考える。

本研究の対象となった九州地区は、令和 5 年 10 月 1 日での推計人口調査¹⁹⁾結果報告で、高齢化率 29.0%よりもやや高い、地区全体の平均高齢化率が 31.1%(福岡県：28.0%、佐賀県：31.3%、長崎県：34.4%、大分県：34.2%、熊本県：32.3%、鹿児島県：34.0%、沖縄県：23.5%)であった。例えば、人口割合で沖縄と長崎を比較すると、沖縄 146 万 8375 名、長崎 126 万 6334 名であり、概算で沖縄の高齢者は 34 万 5068 名、長崎の高齢者は 43 万 5622 名であり、長崎の方が人口は少ないが、高齢者は約 9 万人多かった。更に、沖縄は 15 歳未満の人口割合が 16.1%で、75 歳以上の人口割合 11.3%を上回ったのは国内唯一であり、若者が多い県である。本研究では、高齢者の多い県や若者が多い県も網羅した。

Table5 九州地区75歳以上千人当たりの訪問看護事業所登録数
訪問看護事業所登録数 75歳以上人口 (千人) 人口千人当たりの事業所数

訪問看護事業所登録数	75歳以上人口 (千人)	人口千人当たりの事業所数
福岡県	412	0.53
佐賀県	58	0.44
長崎県	82	0.35
熊本県	162	0.54
大分県	88	0.43
宮崎県	80	0.43
鹿児島県	121	0.44
沖縄県	121	0.73

*全国訪問看護事業協会正会員リスト：訪問看護ステーション (2024年12月2日参照)

*人口に関しては2023年10月1日現在 (内閣府統計)

一例として、Table5 では、九州地区県別訪問看護事業所登録数と 75 歳以上人口(千人)で割り概算した。高齢要介護者の 88.7%が後期高齢であり、訪問看護事業所を選びたいと思った時、地域格差があることが判明した。もちろん、登録していない事業所や、後期高齢でも要介護ではない場合や、医療保険で訪問看護を必要とする場合も考えられ、これだけでは正確な判断とは言えない。しかし、沖縄のように高齢者が少なく、事業所が多い

自治体の方が、事業所選択の幅がある。そのような地域の特徴を知っておくことも、地域在住者に役立つ ACP 普及への示唆になると考える。

対象となった訪問看護師は看護師として、様々な療養者、家族へのケア経験から ACP に類する事を自然に経験していると考えられる。とはいえ、正確な ACP の概念を知らず、その時の状況判断で、終末期の話し合いを行っている場合では、時期の選定がうまくできず、本人が意思を表明できないようになってから、本人以外の意思決定支援となり、問題が生じていても、訪問看護師は気が付かない可能性がある。それを裏付けるように、16.0%の訪問看護師は、ACP の事例を経験していたが、ACP のことは認知していなかった。その背景として、本研究での平均は、看護師経験年齢が約 21 年、訪問看護歴が約 5.6 年であり、看護師として長く経験を積んでいるため、経験知で様々な問題を解決に導けたと推察される。

先行研究では、訪問看護師が ACP を用いて、療養者の意向確認をするタイミングの分析をしていた¹⁹⁾。前述したが、ACP の概念を知らない場合、ACP の適切な時期、実施の仕方などが定まらず、更に、最期の願いは本人、家族の状況により変化していくため、適宜、適切な ACP を訪問看護師が実施できているのか疑問である。療養者の一番身近にいる職種である訪問看護師が、常に新しい知識を吸収し、経験と照らし合わせて、療養者自身の意思決定支援に向けて、より良いケアに結び付けることが、療養者の QOL を向上させることにもつながる。それらを達成するため、長いキャリアがある看護師であっても、新しい概念である ACP 研修や事例に基づいた学習会などに参加できるよう、更なる普及施策が必要である。

本研究で明らかになった ACP を認知している訪問看護師は、当事者である療養者と意見交換をしてニーズを把握していた。別の先行研究²⁰⁾によると、ACP を促進する要因として【迅速な支援と技術で意向を実現するタイミングを逃さない】

【療養者から専門職として信頼される】【療養者の意向を明らかにする】とあり、当事者と意見交換をしてニーズ把握をしていることで、ニーズを満たすための情報検索などを行い、厚生労働省の広報などの ACP の概念に触れることが増えたと考える。また、ACP 研修を受講し、人生会議が、ACP の愛称だと知っている看護師は ACP を認知していた。このことから、積極的に療養者に介入し、新しい知識に関しても興味と関心を持って行動する訪問看護師の ACP 認知度が高いことが判明した。そのため、ACP の認識と ACP の実践が、結びつくような研修や学習の機会が必要であると示唆された。

研究の限界は、横断研究で一時点の結果であり、正確な因果関係を明らかにできないことである。また、高齢化率の低い地域から高い地域まで対象とし、全国平均に類する地区を選定したが、限られた九州地区の状況が、全国の状況を反映し一般化できるかは不明である。

また、本研究で「ACP を知っている」という従属変数に関しても、個人差があり、どの程度内容を知っているのか不明点もある。将来の研究では、適切な把握方法に対する追加の記述、配慮が必要である。今後の示唆として、回収率をあげるために、例えば、二段階調査として、第一段階で、FAX やメールなどで QR コードを読み込み、参加表明をした事業所に、第二段階で、必要数を配布することで、効果的な配布、回収につながることを考えられる。

本研究では、地域在住者の一番身近な訪問看護師の ACP 認知度の要因を明らかにした。これらを踏まえて、看護職による ACP の普及に関する政策の立案、さらなる研究など、看護学への寄与が期待される。

VII 結論

本研究に参加した訪問看護師は、看護のキャリアが平均で 20 年以上の経験者で、訪問看護師と

しても 5 年以上の経験を積んでいた。ACP 認知度の関連要因から ACP を認知している訪問看護師は、勤務している事業所などで、ACP の研修があり、その研修に参加し、人生会議という愛称を知り、当事者の必要なケアのニーズ把握をしていた。もちろん、ACP の認知をしていることだけで、ACP を実践しているとは言い切れない。一方、16%の訪問看護師は、ACP 事例の経験をしていたが、ACP を認知していなかった。そのため、ACP を認知しているが実践できていない、あるいは、ACP を認知していない訪問看護師に対しては、地域在住の療養者・家族の意思決定支援の観点から、ACP の概念や認識、実践の確認などの支援が示唆された。今後は、より適切な ACP 普及・運用のために、それらの訪問看護師に対する研修や、実践の確認の機会などの支援を増やす必要がある。

本研究に開示すべき COI 状態はない。

謝辞: 本研究に参加していただいた九州地区の訪問看護事業所看護師の皆様に、厚く御礼申し上げます。

参考文献

- 1) 内閣府.(2024).令和 6 年版高齢社会白書. https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2024/zenbun/06pdf_index.html (2024.9.4 検索)
- 2) 厚生労働省.(2006).今後の高齢化の進展 ～ 2025 年の超高齢社会像～ <https://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/09/dl/s0927-8e.pdf> (2024.7.5 検索)
- 3) 坂本佳鶴恵.(2013).現代日本の死生観 —— 末期がん患者の死の「受容」と死生観をめぐって.お茶の水女子大学人文科学研究 第 9 巻,59-70
- 4) 厚生労働省.(2017). アドバンス・ケア・プランニング いのちの終わりについて話し合いを始める, <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000173561.pdf> (2024.7.2 検索)

- 5) 大濱悦子&福井小紀子.(2019). 国内外のアドバンスケアプランニングに関する文献検討とそれに対する一考察, *Palliative Care Research* 2019;14 (4): 269-79, DOI: <https://doi.org/10.2512/jspm.14.269> (2024.7.2 検索)
- 6) 厚生労働省.(2018). ACP (アドバンス・ケア・プランニング) の愛称を「人生会議」に決定しました、
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_02615.html (2024.7.2 検索)
- 7) Moriki Y, Haseda M, Kondo N, Ojima T, Kondo K, Fukui S.(2021). Factors Associated With Discussions Regarding Place of Death Preferences Among Older Japanese: A JAGES Cross-Sectional Study. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*.2021 Jan;38(1):54-61. doi: 10.1177/1049909120954813.
- 8) 厚生労働省.(2020).人生の最終段階における意思決定支援事例集. 令和元年度老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業)在宅における看取りの推進に関する調査研究事業
<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000661828.pdf> (2024.7.2 検索)
- 9) Sun Y, Iwagami M, Inokuchi R, Sakata N, Ito T, Taniguchi Y, Yoshie S, Tamiya N. Change in the Proportion of Death at Home during the COVID-19 Pandemic and Its Associated Factors in the Municipality Level: A Nationwide Study in Japan. *JMA J*. 2024;7(2):213-221. (2024.11.4 検索)
- 10) e-stat 政府統計の総合窓口 人口動態調査 人口動態統計 確定数 死亡
<https://www.e-stat.go.jp/dbview?sid=0003411665> (2024.7.5 検索)
- 11) 内田史江,谷垣静子.(2017). 訪問看護師による在宅療養がん患者の折り合いを支える看護支援. *日本看護研究学会雑誌* Vol. 40 No. 1; 35-43. doi:10.15065/jjsnr.20161103004 (2024.7.5 検索)
- 12) 厚生労働省(2023) 「人生の最終段階における医療に関する意識調査」(令和5年)
https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/saisyuiryo_a_r04.pdf (2024.7.2 検索)
- 13) 森木友紀、生田花澄、勝久美月...竹屋泰.(2024).在宅で障がい者を介護する高齢の介護者に関わる生活介護事業所職員におけるアドバンス・ケア・プランニング認知度とその関連要因：横断的研究.大阪大学看護学雑誌 30(1)12-20
- 14) 野口忍 (2023) 訪問看護師による訪問看護利用者へのアドバンス・ケア・プランニングの啓発と死亡場所の希望の実現率.ホスピスケアと在宅ケア,31 巻 3 号,263-266 (2024.7.2 検索)
- 15) 総務省(2023). 人口推計(2023年(令和5年)10月1日現在
https://www.soumu.go.jp/menu_news/s-news/01toukei03_01000118.html (2024.7.7 検索)
- 16) 厚生労働省(2023)訪問看護 厚生労働省 老健局 社会保障審議会 介護給付費分科会(第220)回資料3
<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001123919.pdf> (2024.7.2 検索)
- 17) 厚生労働省(2023)令和5年度介護事業経営実態調査結果厚生労働省老健局老人保健課
https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/jittai23/dl/r05_kekka.pdf (2024.7.2 検索)
- 18) 古瀬みどり、東海林美幸.(2021). 訪問看護師が要介護高齢者のアドバンス・ケア・プランニングを支援するプロセス. *家族看護学研究*.第27巻.第1号.63-75(2024.11.4 検索)
- 19) 鶴若麻理、大桃美穂、角田ますみ. (2016).アドバンス・ケア・プランニングのプロセスと具体的支援 訪問看護師が療養者へ意向確認するタイミングの分析を通して. *生命倫理* 26 巻 1 号.90-99. (2024.7.7 検索)
- 20) 大桃美穂、鶴若麻理. (2018) .アドバンス・ケア・プランニングの促進要因と障壁—独居高齢者—訪問看護師間のケアプロセスと具体的支援の分析を通して-.*生命倫理* 28 巻 1 号.11-21. (2024.11.4 検索)