様　式　Ｃ－１９、Ｆ－１９－１、Ｚ－１９　（共通）

科学研究費助成事業　　研究成果報告書

平成 ２９ 年　 ６ 月 ２６ 日現在

機関番号：８２６１０
研究種目：基盤研究(C)（一般）
研究期間：2013～2016
課題番号：２５４６３３９９

研究課題名（和文）介護老人福祉施設の看取りケアを遺族が評価する評価尺度の開発

研究課題名（英文）Development of a scale for bereaved families to rate end-of-life care at nursing homes

研究代表者
永田　文子（NAGATA, Ayako）

国立研究開発法人国立国際医療研究センター・その他部局等・講師

研究者番号：３０３１５８５８

交付決定額（研究期間全体）：（直接経費）　　4,000,000円

研究成果の概要（和文）：日本人の約75%は病院で死亡しているが、近年老人ホームでの死亡が増加傾向にある。質の高い看取りケアを提供するためにがん患者の遺族を対象とした評価尺度は開発されているが、老人ホームの入所者の遺族を対象としたものはない。そのため、本研究では特別養護老人ホームで望ましい看取りを実現するために、遺族による看取りケア評価尺度を作成し信頼性と妥当性を検討することを目的とした。
43項目の質問項目を作成し、郵送法による質問紙調査を実施した。427人を分析対象とし、項目分析、探索的因子分析、基準関連妥当性の検討、信頼性係数の算出により、信頼性と妥当性を検証した。

研究成果の概要（英文）：In Japan, approximately 75% of deaths occur in hospitals. However, in recent years, the number of elderly individuals who die in nursing homes has been gradually increasing. Although rating scales have been developed for the bereaved families of cancer patients to provide high-quality end-of-life nursing care, no such scales have been developed for the families of elderly individuals who die in nursing homes. To implement desirable end-of-life nursing care at nursing homes, we developed a rating scale for bereaved families and investigated the reliability and validity of the scale.We developed a questionnaire containing 43 items, and conducted a mail survey of 427 bereaved families. Item analysis, exploratory factor analysis, criterion-related validity analysis, and the estimation of reliability coefficient were performed to assess the reliability and validity of the scale.

研究分野：高齢者看護

キーワード：看取りケア　特別養護老人ホーム　遺族　評価

１．研究開始当初の背景

日本人の死亡場所は 74.6%が病院、老人ホーム(特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホームの総称)6.3%であるが、老人ホームでの死亡は近年増加傾向にある(政府統計の総合窓口, 2015)。増加の理由として 2006 年の介護保険報酬改訂による「看取り介護加算」や「重度化介護加算」が新設されたこと、医療依存度の高い人が入所していること(菊地雅洋, 2003)、病院ではなく介護老人福祉施設での看取りを希望する入所者や家族がいること(永田ら, 2014)が報告されている。そのため、今後は死亡場所として増加することが予測される特別養護老人ホーム(以下、特養とする)での看取りケアに着目した。

日本医療機能評価機構の病院機能評価では、質を評価する Quality indicator として患者の満足度を項目の 1 つとしている。つまり、質の高い看取りケアを実施するためには、特養においてもサービスを受けた人によって看取りケアを評価する仕組みが必要である。この場合、ケアを受けた入所者は死亡しているため遺族が対象者となる。わが国では、がん患者の遺族を対象にした Good Death Inventory(Miyashita ら, 2008)があるが、特養の入所者の多くはがん患者よりも ADL が低く、認知症が多いという特徴があるため、Good Death Inventory を改変せず特養で使用することは難しい。1988 年 1 月から 2010 年 3 月までに発表された長期療養施設(long-term care facility)の終末期ケアの質を測定する評価尺度を調べた研究（van Soest-Poortvliet, 2011）では 11 の評価尺度が報告されており、多くは遺族を対象者としていたが終末期ケアを受けた場所は病院や緩和ケア病棟、自宅も対象で、nursing home だけを対象に調査したものはなかった。長期ケア施設(long-term care facility , nursing home, residential care, assisted living)に限定すると Family Perception of Care Scale（Vohra ら, 2004）、Family Perception of Physician-Family caregiver Communication（Biola ら, 2007）、Quality of Dying in Long-Term Care（Munn ら, 2007）3 つの評価尺度があった。しかし、わが国の特養は常勤医がほぼいないため Family Perception of Physician-Family caregiver Communication は適用が難しく、Quality of Dying in Long-Term Care は遺族ではなく入所者のみを対象としており、この 2 つの評価尺度はわが国の特養で遺族が評価する看取り尺度として使用することは困難であると考えた。Family Perception of Care Scale（以下 FPCS とする）（Vohra ら, 2004）はカナダの緩和ケア協会が作成したホスピスにおける緩和ケア実践基準と文献をもとに作成した 27 項目からなる尺度で Long-term care facility で死亡した 203 人の遺族インタビューによって作成されたものである。27 項目中 25 項目が 7 段階のリッカートスケールである。26 項目目は、25 項目のうち最も重要だと考える 3 項目をあげてもらう質問、27 項目目は、25 項目以外で重要だと考えるケアについて記述してもらうものである。25 項目は、因子分析の結果【入所者へのケア】、【家族のサポート】、【コミュニケーション】、【療養環境】の 4 つの領域に分類されたが、チャプレンサービスなどわが国の文化と馴染みのない質問項目がある。したがって、わが国の特養での看取りケアを評価する仕組みを作るためには、わが国オリジナルの看取りケア評価尺度の作成が必要であると考えた。しかし、わが国では特養の遺族を対象とした先行研究がみあたらないため、2011 年～2012 年に特養で看取りケアを受けた遺族を対象に看取りケアについてインタビューを実施して、質的帰納的に分析し、遺族が良いと考える看取りケアについて明らかにした。そして、その結果をもとに、評価項目案を作成し、質問紙調査を実施し信頼性と妥当性の検討を行うことが必要であると考えた。

２．研究の目的

特別養護老人ホームで望ましい看取りを実現するために、遺族による看取りケア評価尺度を作成し、信頼性と妥当性を検討する。

３．研究の方法

(1) 研究対象施設の選定
厚生労働省の介護事業検索介護サービス情報公表システムを用いた。2013 年 10 月 1 日時点でこのデータベースに登録されている全ての特養のうち、看取り介護加算を取得している全ての施設 3,488 件のうち、入所定員が 50 人以上で、かつインタビュー調査を実施していない 3,339 施設を対象とした。

(2) 研究対象者の選定
Vohra ら（2004）の研究を参考に、対象施設の特養で入所者が亡くなってから 3～15 ヶ月が経過している遺族を、1 施設あたり 1～3 人選定していただいた。この場合の遺族は入所者のキーパーソンで、以下を除外基準とした。認知症がある、質問紙へ回答することによって強いストレスを引き起こす可能性があると特養が判断した遺族。

(3) データの収集方法
郵送法による無記名自記式質問紙調査を実施した。対象施設に研究協力依頼を行い、協力が得られた施設に研究対象者への質問紙を送付した。研究対象者は対象施設から質問紙を受け取り、回答後に投函して、研究者が直接受け取った。

(4) 仮尺度の作成
2011 年～2012 年のインタビューデータをもとに、インタビューを実施した施設の職員とともに 45 項目の質問紙を作成した。仮尺度の項目の回答方法は、“ 1

全くそうではなかった”、“2 そうではなかった”、“3 どちらともいえない”、“4 そうだった”、“5 全くその通りだ”の 5 項目のリッカートスケールとし、反転する項目は逆順に 1～5 点に得点化した。

(5) 予備調査の実施
2011 年～2012 年のインタビューの協力者 18 人に予備調査を実施した。その結果について仮尺度を作成した施設の職員とともに検討し、3 項目を削除、1 項目を追加、わかりにくい質問文を 5 カ所修正し、最終的に 43 項目とした。また、全体的な満足度を 10 点満点で評価してもらった。

(6) 分析方法
各質問項目の平均値、標準偏差、天井効果、床効果、欠損の割合、項目間相関を確認した。基準関連妥当性として、Vohra ら（2004）の FPCS を著者の許可を得て翻訳、逆翻訳して用い合計得点の相関係数を算出した。作成した質問項目は探索的因子分析を行い、全体及び因子毎の内的一貫性はクロンバックαを算出した。統計的有意差は $p<.05$ とし、分析には IBM SPSS statistics version 22 を用いた。

(7) 倫理的配慮
研究対象施設と研究対象者には研究の目的、方法等、および強制ではないことを文書にて説明した。研究施設から研究対象者へ質問紙を送付してもらい、研究対象者記入後の質問紙は研究対象施設を通さず研究者に届くようにして個人が特定されないようにした。研究対象施設は返送用葉書を用いて研究協力の可否を確認し、研究対象者は質問紙への回答をもって研究に同意したとみなすと文書および質問紙に記載した。なお、本研究は国立国際医療研究センター倫理委員会の審査（NCGM-G-001539-00、NCGM-G-001539-01）を受けて実施した。

(8) 看取りケアとは
本研究で「看取りケア」とは箕岡真子(国際長寿センター, 2011)の定義を参考に「無益な延命治療をせずに、自然の過程で死にゆく高齢者を見守るケアをすること」とした。

4．研究成果

(1) 176 の施設から協力が得られ、研究対象施設は全体の 5.3%であった。

(2) 研究対象施設から、493 人の遺族のキーパーソンに質問紙を送付し、487 人（98.8%）から回答を得た。分析対象者は 427 人とした。分析対象者の除外基準は、特養ではなく病院で死亡した入所者、入所者の死亡日が調査時点から遡って 3 ヶ月～15 ヶ月以内ではない、43 項目もしくは FPCS に 7 割以上の欠損があるケース。

(3) 研究対象者の年齢は 26 歳～98 歳、平均 65.5±9.1 歳で、仕事をしている人は 44.3%であった。死亡した入所者との関係は、娘、息子、妻などであった。入所者が死亡する時に、そばについていたいと考えていた人 85.2%、ついていなくても良いは 4.0%、夜間などの場合はついていなくても良いと考えていた人 9.1%であった。自宅で介護をしていた人は 56.7%であった。

(4) 死亡した入所者の年齢は 49～109 歳で平均 91.4 歳±8.2 歳、死亡した特養で生活していたのは 2～312 ヶ月、平均 57.4 ヶ月±47.6 ヶ月であった。自宅での介護期間も含めると、6 ヶ月～756 ヶ月であった。死亡する前に胃ろうもしくは経管栄養を使用していたのは 11.5%、死亡の数日前に会話が可能だったのは 40.7%、自分の意思を伝えることができたのは 38.2%であった。

(5) 入所者が死亡した施設に、平日日中常に医師がいた割合は、はい 14.8%、いいえ 64.2%、わからない 18.7%で、夜間看護師が常にいた割合は、はい 48.7%、いいえ 24.6%、わからない 25.3%であった。

(6) 43 項目中、天井効果がみられたのは 23 項目、床効果はみられなかった。欠損割合は、0～22.0%で最も欠損割合が高かった質問項目は「食事がとれなくなり胃ろうの選択肢を説明されたとき、胃ろうの長所と短所について説明してもらった」であった。

(7) 43 項目の相関で Pearson の相関係数が 0.70 以上のペアは「職員は入所者に優しく声をかけてくれていた」と「床ずれができないようにしてくれた」の 1 ペアに認められたが、類似の質問ではないため削除はしなかった。

(8) 43 項目の合計得点は 43～215 点の範囲のところ、39～209 点で平均値は 170.3±23.2 点であった。全体的満足度を 10 点満点で評価してもらった結果、3～10 点の範囲で平均 9.2±1.1 点であった。ともに、満足度が高い結果が得られた。

(9) 43 項目のうち、欠損が多かった 1 つの質問項目を除く 42 項目で、主因子法、Kaiser の正規化を伴う Varimax 法で探索的因子分析を行った。固有値とスクリープロットの結果から因子数を 2 か 3 と判断し、いずれの因子負荷量も 0.35 未満である質問項目を削除し、因子分析を繰り返した。その結果、30 項目 3 因子構造からなる尺度となった。第 1 因子は 12 項目で、「よく見てもらっていると思っていた」、「職員は入所者に優しく声をかけてくれていた」、「見守りやケアなどで、職員が入所者のそばにいる時間は十分だった」等の質問項目が含まれたため、『穏やかに日常生活を送るためのケア』

と命名した。第 2 因子は 9 項目で「おむつは定期交換以外は交換してくれなかった（反転）」、「職員は面会のときの私の様子から、私の健康面を気づかってくれた」、「私の気持ちを職員は十分聞いてくれた」等で『ニーズに敏感に対応するためのケア』と命名した。第 3 因子は「亡くなる前の体の変化（脱水、血圧の低下、手足が冷たくなる、呼吸状態の変化など）について事前に説明してもらっていた」、「食事摂取や意識状態など細かく情報を提供してもらっていた」、「職員は私が入所者の側で十分時間を過ごすことができるように面会や宿泊について配慮してくれた」等の質問項目が含まれたため、『死を受け入れるためのケア』と命名した。全体の累積寄与率は 47.7%だった。クロンバック α 係数は第 1 因子が.904、第 2 因子が.865、第 3 因子が.847、全体が.949 で十分な内的一貫性を有していた。

(10) 基準関連妥当性のために測定した FPCS は、25 項目中天井効果がみられたのは 18 項目で床効果がみられなかった。質問項目の欠損の割合は 0～25.8%で最も欠損割合が高かった質問項目は「私の家族のための宗教的サービスはすぐに利用することができた」であった。合計得点は 25～175 点の範囲のところ、18～175 点で平均値は 142.9±24.1 点であった。

(11) 43 項目の合計得点と FPCS の合計得点の spearman の相関係数は .748、p=0.000 で強い相関があった。

引用文献

- Biola H, Sloane PD, Williams CS, et al. Physician communication with family caregivers of long-term care residents at the end of life. Journal of the American Geriatrics Society, 55, 846-856, 2007.
- 菊地雅洋. 特別養護老人ホームにおける医療ニーズの高い高齢者の受け入れの現況と課題. 介護施設管理, 8(3), 4-11, 2003.
- Miyashita M, Morita T, Sato K, et al. Good Death Inventory: A Measure for Evaluating Good Death from the Bereaved Family Member's Perspective. Journal of Pain and Symptom Management, 35(5), 486-498, 2008.
- Munn JC, Zimmerman S, Hanson LC, et al. Measuring the quality of dying in long-term care. Journal of the American Geriatrics Society, 55, 1371-1379, 2007.
- 永田文子, 佐川美枝子, 水野正之. 入所者と遺族が病院ではなく特別養護老人ホームでの看取りを選んだ理由. 国立病院看護研究学会誌, 10(1), 2-12, 2014.
- 政府統計の総合窓口. 人口動態統計 死亡 2015 年 表番号 5-5 死亡の場所別にみた年次別死亡数百分率 http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/List.do?lid=000001158057. [Web page]. Accessed Apr 18, 2017.
- van Soest-Poortvliet MC, van der Steen JT, Zimmerman S ,et al. Measuring the quality of dying and quality of care when dying in long-term care settings: a qualitative content analysis of available instruments. Journal of Pain and Symptom Management, 42(6), 852-863, 2011.
- Vohra JU, Brazil K, Hanna S, et al. Family Perceptions of End-of-Life Care in long-term care facilities. Journal of palliative care, 20(4), 297-302, 2004.

５．主な発表論文等

（研究代表者、研究分担者及び連携研究者には下線）

〔雑誌論文〕（計 1 件）

① 永田文子、濱井妙子. 入所者と遺族が病院ではなく特別養護老人ホームでの看取りを選んだ理由、国立病院看護研究学会誌、査読有、10(1)、2014、2-12

〔学会発表〕（計 2 件）

① Nagata Ayako, Hamai Taeko(2015). Bereaved family perceptions of end-of-life care in Japanese nursing homes (poster). European Nurse Directors Association & World Academy of Nursing Science Congress 2015. Hannover, Germany.

② Nagata Ayako, Hamai Taeko, Mizuno Masayuki, Kawanishi Chiemi, Hirayama Yuko(2013). Reasons for selecting end-of-life care at a nursing home in Japan (poster). 3th World Academy of Nursing Science, Seoul, Korea.

６．研究組織

(1)研究代表者

永田 文子（NAGATA, Ayako）

国立研究開発法人国立国際医療研究センター・国立看護大学校・講師

研究者番号：30315858

(2)研究分担者

濱井 妙子（HAMAI, Taeko）

静岡県立大学看護学部・講師

研究者番号： 50295565