

筑波大学

博士（医学）学位論文

介護老人保健施設におけるアドバンス・
ケア・プランニングに関する研究

2018

筑波大学

横 谷 省 治

目次

第1章 研究の背景	1
1-1 日本における死亡数と要介護者の増加	2
1-2 在宅死の期待と介護負担	2
1-3 日本における死亡場所の現状	3
1-4 エンド・オブ・ライフケアとは	3
1-5 介護老人保健施設の概要とエンド・オブ・ライフにおける役割の変化	3
1-6 老人保健施設におけるエンド・オブ・ライフケアの状況	4
1-7 エンド・オブ・ライフケアと緩和ケア	5
1-8 エンド・オブ・ライフケアにおけるアドバンス・ケア・プランニングの重要性	5
1-9 介護老人保健施設におけるエンド・オブ・ライフケアの現状を調査する必要性	6
第2章 研究の目的	8
2-1 研究の目的	9
第3章 研究の方法	10
3-1 対象	11
3-2 研究デザイン	11
3-3 質問紙の作成	11
3-4 回答方法と回収	13
3-5 統計学的手法	13
3-6 倫理的配慮	14
第4章 結果	16
4-1 回収状況と回答者の属性	17
4-2 過去の看取りの数	17
4-3 看護職に対する教育の状況	17
4-4 看護職のアドバンス・ケア・プランニングの実践	18
4-5 看護職のアドバンス・ケア・プランニングの重要性についての認識	18
4-6 アドバンス・ケア・プランニングの実践と重要性の認識との乖離	19
4-7 エンド・オブ・ライフケア教育の提供とアドバンス・ケア・プランニングの実践との関連	19
4-8 エンド・オブ・ライフケア教育の提供とアドバンス・ケア・プランニングの重要性についての認識との関連	20
4-9 看護職の緩和ケア提供の困難感	20

4-10 エンド・オブ・ライフケア教育の提供と緩和ケア提供の困難感との関連	21
第5章 考察	22
5-1 アドバンス・ケア・プランニングの実践とその重要性の認識との乖離	23
5-2 介護老人保健施設における専門家支援を得ることの困難	24
5-3 エンド・オブ・ライフケア教育の影響	25
5-4 本研究の限界と今後の展望	26
第6章 結論	29
第7種 謝辞	31
第8章 参考文献	33
第9章 図表	39
附録	55

第 1 章

研究の背景

1-1 日本における死亡数と要介護者の増加

日本では高齢化の進行に伴って、国民の死亡総数も 2040 年までは増え続けると推計されている¹。2016 年の総死亡数 131 万人²に対して 2026 年の推計値は 145 万人、2040 年の推計値は 168 万人である。今後の日本における死亡総数の急速な増加は、「多死社会」と呼ばれるように看取りの場所の不足や介護力不足、望むような死が迎えられないなどの社会問題となっている。

また、高齢化の進行は要介護者の増加も意味している。人は高齢になるに従って認知機能障害、フレイル、慢性疾患の多重罹患 (multimorbidity) などによって介護の必要度が高まっていく³⁻⁵ためである。

1-2 在宅死の期待と介護負担

病気が進行した状態であっても最期まで自宅で過ごしたいと考えている人は多く、世界的には市民の 49-70%が⁶、日本では 55%が⁷ 自宅での死を望んでいる。Sano らの研究では、エンド・オブ・ライフの自宅介護は、患者のその人らしさが死の時まで継続でき、患者と家族の絆が深まり、介護者の 90%が自宅介護は介護者自身にも有益だったと振り返っていることを示した⁸。しかし自宅での介護は家族介護者に時間的、経済的、身体的、精神的に多大な負担を掛ける⁹⁻¹² 現実もある。De Korte-Verhoef らの研究では、エンド・オブ・ライフの自宅介護において、重度の負担を感じている主介護者の割合は、患者の死亡の 2-3 ヶ月前には 32%だったのに対して死亡の 1 週間前には 66%と大幅に増加した¹³。介護を手伝ってくれる人や介護相談ができる人がいると、主介護者の負担感は軽減するが¹⁰、多死社会かつ人口減少が進む日本では、家族内でこれらの援助者を確保することは困難になっていくことが予想される。

1-3 日本における死亡場所の現状

自宅で死亡する割合は国によって大きく異なる。米国では 65 歳以上の高齢者が自宅で死亡する割合は 1989 年の 15%から 2007 年には 24%と増えている¹⁴。これに対して日本では統計のある 1951 年以降 2000 年頃まで一貫して自宅で死亡する割合が減り続け、2000 年以降は 13%前後で推移しており、約 85%が病院やその他の施設で死亡している²。2016 年の死亡者の死亡場所は病院 73.9%、診療所 1.9%、介護老人保健施設 2.3%、老人ホーム 6.9%、自宅 13.0%、その他 2.1%であった²。

1-4 エンド・オブ・ライフケアとは

エンド・オブ・ライフケアの明確な定義はないが、死が避けられなくなってから死亡までのケアやサポートを指し、その期間は罹患している疾病の病状によって数日から数年と幅がある^{15,16}。日本の厚生労働省はかつて「終末期医療」と呼んでいたが、現在は「人生の最終段階における医療」と呼んでいる。

1-5 介護老人保健施設の概要とエンド・オブ・ライフにおける役割の変化

日本の要介護高齢者のための施設には、特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、グループホーム、介護付き有料老人ホームなど多数の選択肢がある（表 1）。利用する介護施設は要介護度、必要なサービス、利用者の経済状況などに応じて選択される。なお、介護療養型医療施設は 2018 年 4 月以降、廃止されていく見込みである。介護施設のうち、特別養護老人ホームは終生そこに居住することが想定されている施設である。

介護老人保健施設は、入所者の居宅における生活への復帰を目指すものでなければならぬと定められており（平成 11 年度厚生省令第 40 号）、リハビリテーションを提供するとともに在宅復帰、在宅療養支援のための施設と位置づけられている¹⁷。2015 年の政府統計によると、全国の病院の病床数 1,673,669 に対して介護老人保健施設の入所定員は 339,142

である。介護老人保健施設 1 施設あたりの平均で入所定員は 97.9、従業員数は 52.4 人、うち医師 1.1 人、看護職 9.9 人、介護職 28.1 人、リハビリテーション専門職 3.2 人である。介護老人保健施設の施設長は医師であることが多いが、医療面で主要な役割を担いかつ入所者の生活面も把握しているのは看護職である¹⁸。

介護老人保健施設は、入所者の在宅への復帰を目指すのが本来であるが、介護老人保健施設の介護報酬に「ターミナルケア加算」が設けられていることから、当初から看取りへの取り組みも役割の一つとして想定されていたことがわかる。実態としても、長期療養が必要な要介護高齢者の介護老人保健施設への入所が増えている。これは高齢化の進行と介護施設数の不足による特別養護老人ホームの入所待ちの長期化、いわゆる社会的入院として長期入院していた医療ニーズの比較的高い要介護高齢者の受け皿の必要などを背景としてる。

介護老人保健施設の施設数および入所者数は年々増加している上に、介護認定が要介護 4,5 と要介護度の高い入所者の割合も増加している¹⁹。また、現状では介護老人保健施設での死亡者数は少ないものの、年々増加している。年次毎の介護老人保健施設での死亡者数と死亡総数に対する割合は、2001 年 5,461 人 (0.6%)、2006 年 8,162 人 (0.8%)、2011 年 18,393 人 (1.5%)、2016 年 30,713 人 (2.3%) である²。これらのことから、介護老人保健施設も現実的にエンド・オブ・ライフケアや看取りの役割を担う必要が増している。

1-6 老人保健施設におけるエンド・オブ・ライフケアの状況

2012 年の調査に基づく政府の推計では、100 床あたりの年間看取り件数は、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）で 9.9 であるのに対して介護老人保健施設では 5.8 と少ない。しかし、介護老人保健施設の 10.8%では 17.1 以上の看取り件数があり、施設間でのばらつきが大きいことが推測される。Hirakawa らの 2003 年の調査では、全国の介護老人保健施設の施設長（回収率 40.3%）のうち、エンド・オブ・ライフケアに積極的な方針を示したのは 40.7%だった²⁰。

2002-2004年に滋賀県の特別養護老人ホームで行われた調査では、入所者家族が入所者の死亡場所として80.9%がその施設を希望したのに対して、40.7%がエンド・オブ・ライフに入院し病院で死亡した²¹。終生居住する性質の施設である特別養護老人ホームですら、本人や家族が最期まで施設にいたいと希望しても、死が近くなると病院に搬送され入院するという現象が多く起こっており、介護老人保健施設ではより多く起こっている可能性がある。2006年にある一つの県で行われた介護老人保健施設152施設の看護職責任者を対象とした調査（回答率71.7%）では、入所者のエンド・オブ・ライフには医療機関へ搬送する方針としたのは72%だった²²。

1-7 エンド・オブ・ライフケアと緩和ケア

エンド・オブ・ライフケアの概念は緩和ケアの概念とともに発展してきた。世界保健機関は緩和ケアを、生命を脅かす疾患による問題に直面している患者とその家族に対して、痛みやその他の身体的問題、心理社会的問題、スピリチュアルな問題を早期に発見し、的確なアセスメントと対処（治療・処置）を行うことによって、苦しみを予防し、和らげることで、クオリティー・オブ・ライフ（生活の質）を改善するアプローチであると定義している²³。エンド・オブ・ライフに行われるケアは、概ね緩和ケアと同義と考えられる。

緩和ケアは、疼痛その他の症状の緩和、満足度の向上、生活の質の向上、生存期間の延長などエンド・オブ・ライフに正の影響を及ぼすことが分かっている²⁴⁻²⁶。

1-8 エンド・オブ・ライフケアにおけるアドバンス・ケア・プランニングの重要性

Hiraiらの日本の進行癌患者に対する構造化インタビューによる質的研究²⁷では、「よい死」の要素として痛みや身体的心理的症状からの解放と並んで、希望の場所または環境で死ぬこと、尊厳を保つこと、自己コントロール感を保つこと、延命をしないこと、未来をコン

トロールすることなどが挙げられた。これらの達成には自らの意思によって治療やケアを選択しなければならないが、エンド・オブ・ライフにおいては、認知機能の低下などで約 70% は意思決定が不可能であると報告されている²⁸。そのため、アドバンス・ケア・プランニングの重要性が指摘されている²⁹。

アドバンス・ケア・プランニングは、その人自身が、医療提供者や家族やその他重要な人々と話し合いながら、自らの将来の医療やケアについて予め決断していくプロセスである³⁰。本人の同意の下、話し合いの結果が記述され、定期的に見直され、ケアに関わる主な人達の間で共有されることが望ましい。アドバンス・ケア・プランニングで話し合われることは、例えば本人自身の気掛かり、価値を置いていること、ケアの目標、病状や予後の理解、将来的に行うかもしれない治療やケアについての選好とその提供状況などである³¹。また、将来の意思決定能力の低下に備えて代理意思決定者を選定することも課題の一つである³²。

アドバンス・ケア・プランニングは本人の自己コントロール感を高め³³、代理意思決定者と医師とのコミュニケーションを改善し³⁴、エンド・オブ・ライフケアにおける本人と家族の満足度を高め³⁵、遺された関係者のストレス、不安や抑うつを軽減する^{35,36}。またエンド・オブ・ライフにおける集中治療室への入院を減らし³⁷、介護施設においては入院率と医療資源の使用の両方を減少させる³⁸。

Sharp らによるシステマティックレビューでは、高齢者の 61% から 91% がエンド・オブ・ライフケアの話し合いを望んでおり、大部分の高齢者が健康なうちから話し合うことを希望していた³⁹。

1-9 介護老人保健施設におけるエンド・オブ・ライフケアの現状を調査する

必要性

介護施設や療養型病床におけるエンド・オブ・ライフの医療行為、例えば意志疎通が困難な重度の認知症患者に対する経管栄養療法について、1980 年代から 1990 年代には、果た

してこれが患者の尊厳に叶う行為なのかという視点で議論されてきた。それが 2000 年前後になって生存期間の延長や誤嚥防止の効果があるのかというような、根拠に基づく医療 (Evidence based medicine) の視点から議論されるようになった。そして現在はアドバンス・ケア・プランニングの視点が重視されるようになっている²⁹。

平川らが 2003 年に介護老人保健施設において実施した調査では、エンド・オブ・ライフケアの実施に積極的な方針を持っている施設ほどスタッフ教育がなされ、実際に緩和ケアがなされていることが示された^{20,40}。介護老人保健施設におけるエンド・オブ・ライフケアに関する全国規模の研究は平川らのもの以降なく、アドバンス・ケア・プランニングについての調査は行われていない。

今後、介護老人保健施設においてエンド・オブ・ライフケアの質を高める方策を検討していくためには、アドバンス・ケア・プランニングの実践状況、またエンド・オブ・ライフケアの核をなす緩和ケアの提供に困難があるのであれば、その困難の内容を明らかにする必要がある。

第 2 章

研究の目的

2-1 研究の目的

本研究の目的は、日本の介護老人保健施設に勤務する看護職のアドバンス・ケア・プランニングの実践状況、アドバンス・ケア・プランニングについての重要性の認識、緩和ケアを提供する上での困難の現状を明らかにすること、またこれらとエンド・オブ・ライフケアに関する教育の機会の有無との関連を明らかにすることとした。

第 3 章

研究の方法

3-1 対象

全国の介護老人保健施設のうち 2012 年 2 月末の時点で公益社団法人全国老人保健施設協会の会員であった 3,437 施設の看護職責任者を対象とした。

直近の厚生労働省統計によると 2011 年 1 月末時点で全国の介護老人保健施設数は 3,533 であり、本研究の対象とした施設数は全国の介護老人保健施設の 90%以上を網羅した。

3-2 研究デザイン

本研究は自記式質問紙の郵送による横断研究である。

本研究は、「わが国の老人保健施設における看取りの実態、緩和ケア、アドバンス・ケア・プランニングに関する実態調査」の一部である。

3-3 質問紙の作成

質問紙では回答者の属性、所属施設の属性、過去 3 年間の看取り数、看護職への教育の提供の有無、施設利用者の入所前後におけるアドバンス・ケア・プランニングに関する実践状況、アドバンス・ケア・プランニングの重要性の認識、そして緩和ケアを提供するにあたっての困難感について調査した。

質問紙は 2003 年に行われた平川らによる老人保健施設でのエンド・オブ・ライフケアに関する質問紙調査^{20,40}のほか、エンド・オブ・ライフケアや看取りに関する老人保健施設での先行研究^{22,41,42}、特別養護老人ホームでの先行研究⁴³⁻⁵⁰を参考にして著者らが原案を作成した。内容的妥当性を検討するために老年医学やエンド・オブ・ライフケアを専門とする研究者 2 名、経験の豊富な高齢者医療を専門とする医師 1 名、経験の豊富な老年看護専門看護師 1 名の計 4 名を招いて会議を行い、そこでの意見に基づいて質問紙を修正し合意を得た。また、最終的に質問紙作成に関わっていない医師 2 名、看護師 1 名によって表面的妥当性を確認した。

回答者の属性として年齢、性別、臨床経験年数、介護老人保健施設での勤務年数を尋ね、施設の属性として設立年、入所定員を尋ねた。

看護職への教育の提供については、医学や看護・ケアに関する継続教育の有無、エンド・オブ・ライフケアについての教育の有無を尋ねた。これらの教育は施設内での提供および施設外で行われる研修の受講推奨を含むこととした。

看護職による入所前後のアドバンス・ケア・プランニングの実践とアドバンス・ケア・プランニングの重要性の認識については、木澤らが緩和ケア病棟の医師に対する調査のために開発した調査票⁵¹を用いた。アドバンス・ケア・プランニングの実践は、「入所者の病状理解を確認する」、「入所者の治療・ケアの目標を確認する」、「入所者に（既存の）アドバンスディレクティブがあるかを尋ねる」、「入所者に、将来の意思決定能力の低下に備えて、医療に関する代理意思決定者を尋ねる」などの8項目（附録 設問 VII 参照）、アドバンス・ケア・プランニングの重要性の認識は実践と同じ項目に、「入所者一家族間で治療・ケアの目標が共有できるよう促す」、「入所者に心肺停止時の心肺蘇生を実施するか否かについての希望を尋ねたうえで、DNR（Do-Not-Resuscitate）オーダーを行う」、「入所者に、将来の意思決定能力の低下に備えて、人工呼吸器の使用についての意向を尋ねる」などを加えた15項目（附録 設問 VIII 参照）で、それぞれのCronbach's α は0.884、0.881と信頼性の高いことが報告されている⁵¹。各質問はアドバンス・ケア・プランニングの実践について、「行っていない」、「あまり行っていない」、「時々行っている」、「たいてい行っている」、「常に行っている」の5段階Likertスケールで、アドバンス・ケア・プランニングの重要性の認識について、「とても重要である」、「やや重要である」、「どちらでもない」、「あまり重要でない」、「全く重要でない」の5段階Likertスケールで回答を求めた。

看護職の緩和ケアを提供するにあたっての困難感については、緩和ケアに関する困難感尺度（Palliative Care Difficulties Scale）⁵²を用いた。これは緩和ケアに関して医師、看護師、薬剤師、心理職など多職種で使用可能な尺度として開発されたものである。1) 症状緩

和、2) 専門家の支援、3) 医療・介護者間のコミュニケーション、4) 入所者・家族とのコミュニケーション、5) 地域連携の 5 つのドメイン毎に 3 項目、計 15 項目（附録 設問 VI 参照）の質問からなり、各ドメイン内の Cronbach's α はそれぞれ 0.87、0.92、0.93、0.91、0.85 と信頼性の高いことが報告されている⁵²。各質問は、「非常によく思う」、「よく思う」、「時々思う」、「たまに思う」、「思わない」の 5 段階 Likert スケールで回答を求めた。各ドメインのスコアの取り得る範囲は 3–15、合計スコアの取り得る範囲は 15–75 で、スコアの高いほど困難感が強いことを表している。

それぞれの質問で、原調査票で「患者」と表記されている部分は全て「入所者」に置き換えた。

3-4 回答方法と回収

2012 年 5 月に対象となった老人保健施設の看護職責任者宛てに、質問紙を研究趣意書、返送用封筒とともに郵送した。回答は任意で無記名とし、回答済みの質問紙は一緒に送付した封筒に入れて研究事務局に返送するものとした。回答率を高めるために、初回の質問紙送付から 5 週間後の時点で回答の返送がなかった施設の看護職責任者に対して、督促を郵送（葉書）で 1 回行った。

3-5 統計学的手法

年齢、性別、臨床経験年数、介護老人保健施設における勤務年数、施設の設立からの経過年数、施設の入所定員、過去 3 年間の看取り数、医学や看護・ケアに関する継続教育の有無、エンド・オブ・ライフケア教育の提供、アドバンス・ケア・プランニングの実践、アドバンス・ケア・プランニングの重要性の認識、緩和ケア提供の困難感について記述統計を行った。アドバンス・ケア・プランニングの実践の各項目については、「常に行っている」、「たいてい行っている」と回答したものを実践しているとみなした。アドバンス・ケア・プラン

ニングの重要性の認識の各項目については、「とても重要である」、「やや重要である」と回答したものを重要と認識しているとみなした。実践している割合と重要と認識している割合を比較した。

以下の解析においては回答者をエンド・オブ・ライフケア教育の提供がある施設の回答者（エンド・オブ・ライフケア教育提供群）とない施設の回答者（エンド・オブ・ライフケア教育非提供群）の 2 群に分けた。また、施設の看取り数は、過去 3 年間の定員 100 床あたりの年平均数を中央値で分けて 2 つのカテゴリ変数に変換し、中央値以上を看取り経験が多い、中央値未満を看取り経験が少ないとした。

アドバンス・ケア・プランニングの実践、アドバンス・ケア・プランニングの重要性の認識、緩和ケア提供の困難感について 2 群で比較するために単変量解析を行った。カテゴリ変数に対してはカイ二乗検定を、連続変数に対してはデータ分布の正規性を考慮してスチューデントの t 検定またはマン・ホイットニーの U 検定を用いた。次いで、エンド・オブ・ライフケア教育の有無との関連について回答者の属性（年齢、性別、臨床経験年数、介護老人保健施設における勤務年数）、所属施設の属性（施設の設立からの経過年数、施設の入所定員）、施設の看取り経験の多寡で調整するために多変量解析を行った。アドバンス・ケア・プランニングの実践についてはロジスティック回帰分析を行い、調整オッズ比とその 95% 信頼区間を算出した。緩和ケア提供の困難感については重回帰分析を行い、標準化偏回帰係数 (β) を算出した。これらにおいて相関係数 0.5 以上の変数については意味を考慮し一方を選択して投入した。

いずれの解析でも有意水準を 0.05 未満とした。

解析には IBM SPSS Statistics 24 for Windows（日本 IBM、東京）を用いた。

3-6 倫理的配慮

対象者の個人的な考えを回答してもらうことによる心理的負担は、匿名化を行うこと、研

究への参加および質問紙への回答は任意であることを研究趣意書に明示することにより軽減した。また、質問紙の記入にかかる時間的負担については、あらかじめ必要となることが予想される時間を研究趣意書に明示することで配慮した。施設における看取りの実態について回答を求めたが、調査項目には入所者等の施設利用者に関する個人情報は含まれないようにした。回収率を高めるために督促状を送る目的および同意撤回の申し出があった際に選別して廃棄する目的で、返送用封筒に施設を同定するための施設番号を付したが、この番号は質問紙の回答とは切り離して記録し、施設名－施設番号対応表は督促の終了後に破棄した。回収した質問紙は、コンピュータへのデータ入力後、裁断して廃棄した。対象者へは、研究の背景、目的、方法、倫理的配慮について文書で説明し、質問紙の返送をもって同意を得たと解釈することを明示した。また質問紙返送後 1 ヶ月を同意の撤回が可能な期間とし、撤回方法についても趣意書に明示した。返送された封筒は同意撤回期間を過ぎてから開封した。

本研究は筑波大学医学医療系医の倫理委員会により承認された（通知番号 635；2012 年 3 月 9 日）。

第 4 章

結果

4-1 回収状況と回答者の属性

3,437 施設に質問紙を送り、そのうち 844 人の介護老人保健施設看護職責任者から回答があった。回答率は 24.5% だった。

回答者および回答者の所属施設の属性を表 2 に示した。回答者は女性が 95.0%、年齢の中央値は 53 歳（四分位範囲 49–59 歳）、臨床経験の中央値は 28 年（四分位範囲 20–34 年）、介護老人保健施設での勤務経験年数の中央値は 7.5 年（四分位範囲 4–12 年）だった。所属施設の設立からの経過年数の中央値は 9 年（四分位範囲 6–13 年）、入所定員の中央値は 100 床（四分位範囲 80–100 床）だった。

4-2 過去の看取りの数

看取りの実数は、回答施設の合計で入所定員 100 床あたり 2009 年が 3.8 人、2010 年が 4.9 人、2011 年が 5.6 人であった。回答施設毎の 3 年間の平均では入所定員 100 床・年あたり 4.4 人、中央値は 2.0 人（四分位範囲 0–6.3 人）で最大値は 66.7 人だった（表 3）。3 年間で 1 人も看取りがなかった施設は 210 施設（25.8%）だった。

4-3 看護職に対する教育の状況

回答者の所属施設における看護職への教育の提供の有無を表 4 に示した。医学、看護、ケアに関する継続教育の提供は 797 施設（94.4%）でなされ、エンド・オブ・ライフケアに関する教育の提供は 517 施設（61.3%）でなされていた。5 施設からは回答がなかった。

回答者および所属する施設の属性をエンド・オブ・ライフケア教育提供群と非提供群で比較すると、いずれも有意差はなかった。看取り経験の多寡については、エンド・オブ・ライフケア教育提供群で有意に看取り経験の多い施設の割合が多かった（67.8% 対 21.8%、 $p < 0.001$ ）（表 5）。

4-4 看護職のアドバンス・ケア・プランニングの実践

看護職のアドバンス・ケア・プランニングの実践について図1に示した。各項目について実践している割合は、「家族の治療・ケアの目標を確認する」が81.3%、「入所者の治療・ケアの目標を確認する」が78.9%、「家族の病状理解を確認する」が75.7%、「入所者の希望する治療・療養の場所を確認する」が72.7%、「入所者の病状理解を確認する」が68.5%だった。さらに、「入所者に、将来の意思決定能力の低下に備えて、医療に関する代理意思決定者を尋ねる」が30.4%、「入所者に（既存の）アドバンスディレクティブがあるかを尋ねる」が27.5%、「入所者に、将来の意思決定能力の低下に備えて、アドバンスディレクティブを表明するように奨める」が18.1%だった。

4-5 看護職のアドバンス・ケア・プランニングの重要性についての認識

看護職のアドバンス・ケア・プランニングの重要性についての認識を図2に示した。各項目について重要と認識している割合で上位7つは、「家族の病状理解を確認する」が96.8%、「家族の治療・ケアの目標を確認する」が95.8%、「入所者の治療・ケアの目標を確認する」が95.0%、「入所者の病状理解を確認する」が93.2%、「入所者の希望する治療・療養の場所を確認する」が92.9%、「入所者—家族間で治療・ケアの目標が共有できるよう促す」が92.4%、「家族に心肺停止時の心肺蘇生を実施するか否かについての希望を尋ねたうえで、DNRオーダーを行う」が89.2%だった。

次に中位4つは、「入所者に（既存の）アドバンスディレクティブがあるかを尋ねる」が79.6%、「入所者に、将来の意思決定能力の低下に備えて、医療に関する代理意思決定者を尋ねる」が76.7%、「入所者に心肺停止時の心肺蘇生を実施するか否かについての希望を尋ねたうえで、DNRオーダーを行う」が75.1%、「入所者に、将来の意思決定能力の低下に備えて、経管栄養の実施についての意向を尋ねる」が74.5%だった。

最後に下位4つは、「入所者に、将来の意思決定能力の低下に備えて、人工呼吸器の使用

についての意向を尋ねる」が 68.6%、「入所者にアドバンスディレクティブを表明するように奨める」が 68.5%、「入所者に、将来の意思決定能力の低下に備えて、輸液の実施についての意向を尋ねる」が 67.5%、「入所者に、将来の意思決定能力の低下に備えて、抗菌薬の使用についての意向を尋ねる」が 54.6%だった。

4-6 アドバンス・ケア・プランニングの実践と重要性の認識との乖離

図 3 に看護職のアドバンス・ケア・プランニングの実践と重要性の認識との比較を示す。8 項目全てにおいて実践している割合は重要と認識している割合を下回った。比較的差が大きかったのは、「入所者に（既存の）アドバンスディレクティブがあるかを尋ねる」が 52.1 ポイント、「入所者にアドバンスディレクティブを表明するように奨める」が 50.3 ポイント、「入所者に、将来の意思決定能力の低下に備えて、医療に関する代理意思決定者を尋ねる」が 46.4 ポイントだった。

4-7 エンド・オブ・ライフケア教育の提供とアドバンス・ケア・プランニングの実践との関連

図 4 にエンド・オブ・ライフケア教育の有無による看護職のアドバンス・ケア・プランニングの実践の比較を示した。8 項目全てでエンド・オブ・ライフケア教育提供群においてアドバンス・ケア・プランニングの実践が有意に多かった ($p < 0.001$)。

表 6a-6c に、エンド・オブ・ライフケア教育の提供とアドバンス・ケア・プランニングの実践との関連について回答者と所属施設の属性および看取り経験で調整するために行ったロジスティック回帰分析の結果を示す。変数のうち、回答者の臨床経験年数は年齢との相関が高かった ($r = 0.673$, $p < 0.001$) ため除外した。従属変数にアドバンス・ケア・プランニングの実践、独立変数にエンド・オブ・ライフケア教育の提供、性別、年齢、介護老人保健施設での勤務経験年数、施設の設立からの経過年数、施設の入所定員、施設の看取り経

験を投入してロジスティック解析を行った結果、エンド・オブ・ライフケア教育の提供は、年齢、性別、介護老人保健施設での勤務経験年数、所属施設の設立からの経過年数、入所定員数、看取り経験で調整しても、最も強くアドバンス・ケア・プランニングの実践に関連していた。調整オッズ比が最も大きかったのは、「入所者にアドバンスディレクティブを表明するように奨める」で 2.56 (95%信頼区間 1.62–4.05、 $p < 0.001$)、最も小さかったのは、「入所者に、将来の意思決定能力の低下に備えて、医療に関する代理意思決定者を尋ねる」で 1.57 (95%信頼区間 1.10–2.24、 $p = 0.01$) だった。エンド・オブ・ライフケア教育の提供と看取り経験は有意に関連していたが、ロジスティック回帰モデルに看取り経験を投入した場合としなかった場合でエンド・オブ・ライフケア教育の提供および他の独立変数における調整オッズ比の傾向は変わらず、多重共線性の影響は小さいと判断した。

4-8 エンド・オブ・ライフケア教育の提供とアドバンス・ケア・プランニングの重要性についての認識との関連

エンド・オブ・ライフケア教育提供群においてアドバンス・ケア・プランニングの重要性の認識が有意に多かったのは、「入所者—家族間で治療・ケアの目標が共有できるよう促す」($p = 0.044$)、「家族に心肺停止時の心肺蘇生を実施するか否かについての希望を尋ねたうえで、DNR オーダーを行う」($p = 0.008$)、「入所者に、将来の意思決定能力の低下に備えて、経管栄養の実施についての意向を尋ねる」($p = 0.005$) の 3 つだった。これら 3 つについて重要と認識している看護職の割合は、エンド・オブ・ライフケア教育提供群と非提供群でそれぞれ、94.5% 対 88.8%、92.1% 対 84.4%、77.6% 対 69.2% だった。これらの差は有意であったがその絶対値は小さかった。

4-9 看護職の緩和ケア提供の困難感

表 7 に緩和ケアに関する困難感尺度の点数を示した。困難感尺度の平均±標準偏差は

37.0±10.9 だった。各ドメインは、専門家の支援が 9.3±3.8、症状緩和が 7.8±2.6、医療・介護者間のコミュニケーションが 7.0±3.0、入所者・家族とのコミュニケーションが 6.9±2.4、地域連携が 6.0±3.1 と、専門家の支援に関する困難感が相対的に強かった。

4-10 エンド・オブ・ライフケア教育の提供と緩和ケア提供の困難感との関連

表 8 にエンド・オブ・ライフケア教育の有無による緩和ケア提供の困難感の比較を示した。緩和ケアに関する困難感尺度の総スコア ($p < 0.001$) および下位ドメインの全て、専門家の支援 ($p < 0.001$)、症状緩和 ($p < 0.001$)、医療・介護者間のコミュニケーション ($p < 0.001$)、入所者・家族とのコミュニケーション ($p = 0.006$)、地域連携 ($p = 0.003$) でエンド・オブ・ライフケア教育提供群の方が有意に困難感の強さを示すスコアが低かった。

表 9 に、エンド・オブ・ライフケア教育の提供と緩和ケアに関する困難感尺度総点数との関連について回答者と所属施設の属性および看取り経験で調整するために行った重回帰分析の結果を示す。年齢、性別、介護老人保健施設での勤務経験年数、所属施設の設立からの経過年数、入所定員数、看取り経験で調整しても、エンド・オブ・ライフケア教育の有無が最も強く緩和ケアに関する困難感尺度に関連 ($\beta = -0.182, p < 0.001$) する因子として残った。下位尺度も全てエンド・オブ・ライフケア教育の有無が最も強く関連していた。

第 5 章

考察

これは介護老人保健施設に勤務する看護職に対して、アドバンス・ケア・プランニングの実践、その重要性の認識そして緩和ケアの提供の困難感を評価した日本で最初の全国調査である。特記すべき結果として次の3点が得られた。1) アドバンス・ケア・プランニングについて、重要性の認識は高いものの実践は少なく、認識と実践に乖離が見られた。2) 緩和ケアの提供において、専門家の支援を得ることの困難感が高かった。3) エンド・オブ・ライフケア教育の提供はアドバンス・ケア・プランニングの実践の多さと緩和ケア提供の困難感の低さに関連していた。

5-1 アドバンス・ケア・プランニングの実践とその重要性の認識との乖離

アドバンス・ケア・プランニングの実践とその重要性の認識には乖離があった。特に大きな乖離があったのは、入所者にアドバンスディレクティブがあるか尋ねること（実践が27.5%に対し、重要性の認識が79.6%）、アドバンスディレクティブを表明するように奨めること（18.1% 対68.4%）、医療に関する代理意思決定者を尋ねること（30.4% 対76.8%）であった。

アドバンス・ケア・プランニングの様々な構成要素のうち、これら3つは、入所者に対して意思決定を促し、それを明示させる直接的な働きかけの部分である。Nakazawa らによる日本の緩和ケア医に対する調査⁵¹でも、意思決定とその表明を促すような患者への直接的な働きかけについて同様の傾向であった。この先行研究では患者に心肺停止時に心肺蘇生を行うかどうかの希望を尋ねたうえでDNRオーダーを出すことや、アドバンスディレクティブを表明するように奨めることについて、多くが重要性を認識しているにもかかわらず、実践しているのは少数であるとの結果が示された。

Sanjo らの質問紙調査⁷では、日本の一般成人の17%が、生命予後が1-2ヶ月と予想される時点であっても、予後の推定について教えて欲しくないと答えており、自らの死を直視したくない人も一定数いることがうかがわれる。これは日本人に限らない。英国における高齢

者のフォーカスグループ研究では、高齢者自身が死に関連することを考え、議論することの困難さが示された⁵³。

また、日本では、エンド・オブ・ライフの意思決定において患者自身の関与が弱い一方、家族の関与は強い傾向にある^{54,55}。これは韓国、台湾、シンガポールなど他の東アジア諸国でもよく見られる特徴であり、家族の調和と子の親に対する責任を重視する儒教文化の影響で説明されることが多い^{56,57}。アジア人とアメリカ人の看護大学院生に対する研究では、アジア人学生の方が死についての議論を避ける傾向にあり、それぞれの文化的背景の影響が示唆されている⁵⁸。

本研究の調査対象である介護老人保健施設の看護職は、こういった死に直面したくないという一般的な考えや日本の家族中心の伝統的な文化背景を考慮して、入所者と死を連想させる事柄について話し合うことを避けている可能性がある。

一方で、日本の多くの患者や家族は共同意思決定を好むことが多く、十分な情報を伝えられていれば医療に関する意思決定へ積極的に参加する姿勢を示す人が多数であることが報告されている⁵⁹。介護老人保健施設の看護職へエンド・オブ・ライフケアの教育を提供することで、入所者に意思表示を促すなど、適切なアドバンス・ケア・プランニングの実践が増える可能性がある。

5-2 介護老人保健施設における専門家支援を得ることの困難

介護老人保健施設の看護職が緩和ケアを提供するにあたって、特に専門家の支援を得ることの困難感が強かった。これは、大学病院、がんセンター、緩和ケア病棟のある市中病院の看護師を対象に緩和ケアに関する困難感尺度を用いて行われた研究^{52,60}において、専門家の支援が相対的に最も困難感の少ないドメインであったことと対照的である。介護施設の入所者は、症状のコントロールが不十分で、死が避けられず余命が極めて短いと予想される時点で急性期病院へ搬送されて侵襲的な処置を受けるなど、不適切なエンド・オブ・ライ

フケアを受けていることが多いとの報告がある^{61,62}。介護老人保健施設において緩和ケア医など専門家への対診ができれば、エンド・オブ・ライフケアの質の改善ができる可能性がある⁶¹。また、日本看護協会が認定する緩和ケア認定看護師など、エンド・オブ・ライフケアの専門性を身につけた看護師を配置することによっても、緩和ケアの提供に関する困難感の軽減が期待できる⁶³。

5-3 エンド・オブ・ライフケア教育の影響

エンド・オブ・ライフケア教育を提供している施設の看護職の方が、エンド・オブ・ライフケア教育を提供していない施設の看護職より、アドバンス・ケア・プランニングの実践が多く、緩和ケア提供の困難感が少なかった。看取り経験の多い施設でエンド・オブ・ライフケア教育の提供が多かったが、多変量解析によって看取り経験で調整しても、アドバンス・ケア・プランニングの実践や、緩和ケア提供の困難感の少なさに関連しているのは教育であることが分かった。

この結果は、本調査と同時に行った介護老人保健施設の施設長を対象とした質問紙調査⁶⁴でも支持された。その調査では、23.3%の施設長がエンド・オブ・ライフケアを提供できないと回答し、その主な理由として介護職がエンド・オブ・ライフケア教育を受けていないこと（74.1%）、看護職員の不足（71.7%）、介護職員の看取ることへの不安（69.9%）、看護職の看取ることへの不安（60.8%）、施設の構造上の問題（58.4%）、看護職がエンド・オブ・ライフケア教育を受けていないこと（54.8%）を挙げた。介護老人保健施設における看護職、介護職へのエンド・オブ・ライフケア教育の提供と、看護職、介護職の看取りの不安の解消が、エンド・オブ・ライフケアの提供を後押しする可能性が、施設長への調査では示唆された。

ナーシングホームにおける質的研究では、スタッフへの教育の欠如がアドバンス・ケア・プランニングの妨げになり、継続的な教育がアドバンス・ケア・プランニングを促進するこ

とが示された⁶⁵。さらに先行研究では、教育はスタッフのエンド・オブ・ライフケアについての知識や態度を向上させるのみでなく、実践や自信も向上させることが明らかにされている^{66,67}。

緩和ケア提供の困難感についても教育によって軽減したことが、医師を対象とした Kizawa らの研究⁶⁸で示されている。Hanson らの質の改善活動 (quality improvement) 介入による研究では、ナーシングホームの現場での教育によって、緩和ケア医への対診、疼痛コントロール、アドバンス・ケア・プランニングに沿った話し合いが増加したことが示された⁶⁹。エンド・オブ・ライフケアの教育、特にアドバンス・ケア・プランニングと緩和ケアの教育が、アドバンス・ケア・プランニングの実践とその重要性の認識との乖離を改善するために重要である。

本研究で、介護老人保健施設におけるエンド・オブ・ライフケア教育の提供は、看護職の緩和ケアに関する困難感尺度のスコアが低いことと有意に関連していた。困難感の下位ドメインで見ると 5 つ全てで有意だったが、症状緩和、入所者・家族とのコミュニケーション、地域連携の 3 つは、エンド・オブ・ライフケア教育の有無によるスコアの差が 1 ポイント未満と絶対値は小さかった。これは、施設で提供されている教育の内容において、これら 3 つが不十分であるためかもしれない。介護老人保健施設で提供されているエンド・オブ・ライフケア教育の内容について明らかにする研究が望まれる。

5-4 本研究の限界と今後の展望

本研究にはいくつかの限界がある。第一に回答率が 24.5%と低かったためにレスポンスバイアスを排除できないことである。回答者は非回答者に比べてエンド・オブ・ライフケア、アドバンス・ケア・プランニング、緩和ケアに関心の高い看護職が多く含まれている可能性がある。介護老人保健施設は入所者の在宅復帰を目指すものとされているため、エンド・オブ・ライフの時期にある人の入所を受け入れない方針の施設もあり、そのような施設に勤務

する看護職が非回答者に多く含まれている可能性もある。ただし、入所者の在宅復帰に熱心に取り組む施設が、エンド・オブ・ライフケアには熱心でないとは限らない。2013年の介護報酬においてターミナルケア加算を算定している施設の割合は、在宅強化型介護老人保健施設（在宅復帰率が50%を超え毎月10%以上のベッドが回転している）で34%、在宅復帰・在宅療養支援加算を取得している介護老人保健施設（在宅復帰率が30%を超え毎月5%以上のベッドが回転している）で23%、それ以外の介護老人保健施設で19%であった⁷⁰。また2016年の厚生労働省の委託調査では、看取りの基本的な方針として、在宅復帰率の高い施設ほど「積極的に施設内看取りをおこなっている」と回答している⁷¹。これらのことからむしろ在宅復帰支援機能の高い施設ほどエンド・オブ・ライフケアにも力を入れていることが推測される。

第二に、調査対象を介護老人保健施設に勤務する全看護職ではなく、看護職責任者に限定したことである。看護職責任者は一般に経験が豊富であることや管理者としての視点を持っていることから、その他の看護職とは異なる考えを持っている可能性がある。

第三に、質問紙の設問文においてアドバンス・ケア・プランニングを実践している主体、緩和ケア提供の困難感を持っている主体が不明瞭であったため、回答者自身のことではなく施設全体のこととして回答された可能性がある。

第四に、横断研究であるためエンド・オブ・ライフケア教育の提供の有無とアドバンス・ケア・プランニングの実践およびその重要性の認識や緩和ケア提供の困難感との間に関連があったものの、因果関係は不明なことである。教育に熱心な施設では同時にアドバンス・ケア・プランニングの実践や緩和ケアの提供に積極的である可能性がある。また、施設によって認知症の程度や介護度、医療必要度の面で入所者層が異なるために、アドバンス・ケア・プランニングの実践や緩和ケアの提供に差がある可能性がある。

今後は、アドバンス・ケア・プランニングの実践や緩和ケアの困難について入所者の特性による違いを明らかにすること、インタビューやカルテレビューによる質的研究で緩和ケ

ア提供の困難な要因を詳細に探索すること、職員に提供されている教育内容を分析することで、介護老人保健施設で必要とされるエンド・オブ・ライフケア教育の内容を明らかにすることが必要である。その上で介護老人保健施設におけるエンド・オブ・ライフケア教育の介入研究を行い、教育とアドバンス・ケア・プランニングの実践や緩和ケアの提供との因果関係を明らかにしていく必要がある。

第 6 章

結論

日本の介護老人保健施設において、看護職はアドバンス・ケア・プランニングの重要性を高く認識しているものの、アドバンス・ケア・プランニングの実践率は低く、両者の間に乖離が見られた。特に大きな乖離が見られたのは、入所者にアドバンスディレクティブがあるか尋ねること、アドバンスディレクティブを表明するように奨めること、医療に関する代理意思決定者を尋ねることであった。緩和ケアを提供する上での困難感、専門家の支援に関して最も顕著であった。エンド・オブ・ライフケア教育の提供は、アドバンス・ケア・プランニングの実践が多く、緩和ケアを提供する上での困難感が低いことと関連していた。介護老人保健施設においてアドバンス・ケア・プランニングを含むエンド・オブ・ライフケアの教育を提供することで、これらの乖離を最小限に抑え、質の高いエンド・オブ・ライフケアの提供を促せる可能性がある。

第 7 章

謝辭

謝辞

神戸大学大学院医学研究科先端緩和医療学 教授 木澤義之先生には、本研究の遂行と参考論文の作成にあたり、ひとかたならぬご指導を賜りました。深く感謝申し上げます。

筑波大学大学院人間総合科学研究科地域医療教育学 講師 前野貴美先生と教授 前野哲博先生には本論文と参考論文の作成にあたり、ひとかたならぬご指導を賜りました。心より感謝申し上げます。

本研究の質問紙の作成にあたって、エキスパートパネルとして貴重なご意見を下さいました先生方に感謝申し上げます。

研究資金

本研究は、公益財団法人笹川記念保健協力財団 2011 年度在宅ホスピス緩和ケア研究助成金「わが国の老人保健施設における看取りの実態、緩和ケア、アドバンス・ケア・プランニングに関する実態調査」（研究代表者：木澤義之）により行われた。

第 8 章

参考文献

参考文献

1. 国立社会保障・人口問題研究所. 日本の将来推計人口 平成 29 年推計. *人口問題研究資料*. 2017(336).
2. 厚生労働省. 人口動態統計. 2017.
3. Huang HL, Shyu YI, Chen MC, et al. Family caregivers' role implementation at different stages of dementia. *Clin Interv Aging*. 2015;10:135-146.
4. Fried LP, Tangen CM, Walston J, et al. Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype. *J Gerontol Med Sci*. 2001;56(3):M146-M157.
5. Marengoni A, Angleman S, Melis R, et al. Aging with multimorbidity: a systematic review of the literature. *Ageing Res Rev*. 2011;10(4):430-439.
6. Gomes B, Calanzani N, Gysels M, Hall S, Higginson IJ. Heterogeneity and changes in preferences for dying at home: a systematic review. *BMC Palliat Care*. 2013;12:7.
7. Sanjo M, Miyashita M, Morita T, et al. Preferences regarding end-of-life cancer care and associations with good-death concepts: a population-based survey in Japan. *Ann Oncol*. 2007;18(9):1539-1547.
8. Sano T, Maeyama E, Kawa M, et al. Family caregiver's experiences in caring for a patient with terminal cancer at home in Japan. *Palliat Support Care*. 2007;5(4):389-395.
9. Rowland C, Hanratty B, Pilling M, van den Berg B, Grande G. The contributions of family care-givers at end of life: A national post-bereavement census survey of cancer carers' hours of care and expenditures. *Palliat Med*. 2017;31(4):346-355.
10. 牧迫飛雄馬, 阿部勉, 阿部恵一郎, 他. 在宅要介護者の主介護者における介護負担感に関与する要因についての研究. *日老医誌*. 2008;45(1):59-67.
11. Grov EK, Fossa SD, Sorebo O, Dahl AA. Primary caregivers of cancer patients in the palliative phase: a path analysis of variables influencing their burden. *Soc Sci Med*. 2006;63(9):2429-2439.
12. Rha SY, Park Y, Song SK, Lee CE, Lee J. Caregiving burden and the quality of life of family caregivers of cancer patients: the relationship and correlates. *Eur J Oncol Nurs*. 2015;19(4):376-382.
13. De Korte-Verhoef MC, Pasma HR, Schweitzer BP, Francke AL, Onwuteaka-Philipsen BD, Deliens L. Burden for family carers at the end of life; a mixed-method study of the perspectives of family carers and GPs. *BMC Palliat Care*. 2014;13(1):16.
14. Teno JM, Gozalo PL, Bynum JP, et al. Change in end-of-life care for Medicare beneficiaries: site of death, place of care, and health care transitions in 2000, 2005, and 2009. *JAMA*. 2013;309(5):470-477.
15. National Institute on Aging. What Is End-of-Life Care?
<https://www.nia.nih.gov/health/what-end-life-care>. Accessed 14 January, 2018.

16. The National Health Service. What end of life care involves. 2015.
<https://www.nhs.uk/Planners/end-of-life-care/Pages/what-it-involves-and-when-it-starts.aspx>. Accessed 14 January, 2018.
17. Japan Association of Geriatric Health Services Facilities. Geriatric Health Services Facility in Japan. Tokyo: Japan Association of Geriatric Health Services Facilities; 2014.
18. 丸山泰子, 櫛直美, 横尾美智代. 介護老人保健施設の看護職の役割・認識とやりがい感との関連. *日看研会誌*. 2015;38(5):23-32.
19. 厚生労働省. 平成 28 年度介護給付費等実態調査の概況. 2017.
20. Hirakawa Y, Masuda Y, Kuzuya M, Iguchi A, Uemura K. Director perceptions of end-of-life care at geriatric health services facilities in Japan. *Geriatr Gerontol Int*. 2007;7(2):184-188.
21. 村井淳志, 川合一良, 塩榮夫. 特別養護老人ホームでのターミナルケア. *日老医誌*. 2008;45(6):609-611.
22. 草場美千子. 2006 介護老人福祉施設(特養)・介護老人保健施設(老健)における看取りの現状. *日看会論集: 地域看*. 2008(38):118-120.
23. World Health Organization. WHO Definition of Palliative Care.
<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>. Accessed 14 January, 2018.
24. Higginson IJ, Finlay IG, Goodwin DM, et al. Is there evidence that palliative care teams alter end-of-life experiences of patients and their caregivers? *J Pain Symptom Manage*. 2003;25(2):150-168.
25. Zimmermann C, Riechelmann R, Krzyzanowska M, Rodin G, Tannock I. Effectiveness of specialized palliative care: a systematic review. *JAMA*. 2008;299(14):1698-1709.
26. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med*. 2010;363(8):733-742.
27. Hirai K, Miyashita M, Morita T, Sanjo M, Uchitomi Y. Good death in Japanese cancer care: a qualitative study. *J Pain Symptom Manage*. 2006;31(2):140-147.
28. Silveira MJ, Kim SY, Langa KM. Advance directives and outcomes of surrogate decision making before death. *N Engl J Med*. 2010;362(13):1211-1218.
29. Shimada C, Hirayama R, Wakui T, et al. Reconsidering long-term care in the end-of-life context in Japan. *Geriatr Gerontol Int*. 2016;16 Suppl 1:132-139.
30. Singer PA, Robertson G, Roy DJ. Bioethics for clinicians: 6. Advance care planning. *Can Med Assoc J*. 1996;155(12):1689-1692.
31. Henry C, Seymour J. Advance Care Planning: A Guide for Health and Social Care Staff. 2008;
<http://www.ncpc.org.uk/sites/default/files/AdvanceCarePlanning.pdf>. Accessed 13 January, 2018.
32. McMahan RD, Knight SJ, Fried TR, Sudore RL. Advance care planning beyond advance directives: perspectives from patients and surrogates. *J Pain Symptom Manage*.

- 2013;46(3):355-365.
33. Morrison RS, Chichin E, Carter J, Burack O, Lantz M, Meier DE. The effect of a social work intervention to enhance advance care planning documentation in the nursing home. *J Am Geriatr Soc.* 2005;53(2):290-294.
 34. Teno JM, Mitchell SL, Kuo SK, et al. Decision-making and outcomes of feeding tube insertion: a five-state study. *J Am Geriatr Soc.* 2011;59(5):881-886.
 35. Detering KM, Hancock AD, Reade MC, Silvester W. The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: randomised controlled trial. *BMJ.* 2010;340:c1345.
 36. Sampson EL, Jones L, Thune-Boyle IC, et al. Palliative assessment and advance care planning in severe dementia: an exploratory randomized controlled trial of a complex intervention. *Palliat Med.* 2011;25(3):197-209.
 37. Khandelwal N, Kross EK, Engelberg RA, Coe NB, Long AC, Curtis JR. Estimating the effect of palliative care interventions and advance care planning on ICU utilization: a systematic review. *Crit Care Med.* 2015;43(5):1102-1111.
 38. Molloy DW, Guyatt GH, Russo R, et al. Systematic implementation of an advance directive program in nursing homes: a randomized controlled trial. *JAMA.* 2000;283(11):1437-1444.
 39. Sharp T, Moran E, Kuhn I, Barclay S. Do the elderly have a voice? Advance care planning discussions with frail and older individuals: a systematic literature review and narrative synthesis. *Br J Gen Pract.* 2013;63(615):e657-668.
 40. Hirakawa Y, Masuda Y, Kuzuya M, Iguchi A, Uemura K. Non-medical palliative care and education to improve end-of-life care at geriatric health services facilities: A nationwide questionnaire survey of chief nurses. *Geriatr Gerontol Int.* 2007;7(3):266-270.
 41. 梅津美香, 小野幸子. 老人保健施設の看護職者の施設内死亡に対する意識. *老年看.* 2002;7(1):119-127.
 42. 平川仁尚, 植村和正, 葛谷雅文. 高齢者介護施設における終末期ケアの実施および施設長向け教育に関する課題. *医教育.* 2008;39(4):245-250.
 43. 小野幸子, 田中克子, 梅津美香, 他. G 県の特別養護老人ホームにおける看取りの実態. *岐阜看大紀.* 2001;1(1):134-142.
 44. 塚原貴子, 宮原伸二. 特別養護老人ホームにおけるターミナルケアの検討 全国の特別養護老人ホームの調査より. *川崎医療福祉会誌.* 2001;11(1):17-24.
 45. 早崎幸子, 小野幸子, 坂田直美, 他. 特別養護老人ホームにおける死の看取りの実態(その 1) G 県下 H と S 地区の看護職を対象に. *岐阜看大紀.* 2003;3(1):29-35.
 46. 林幸子, 小野幸子, 坂田直美, 他. 特別養護老人ホームにおける死の看取りの実態(その 2) G 県下 C と T 地区の看護職を対象に. *岐阜看大紀.* 2004;4(1):45-51.
 47. 山田美幸, 岩本テルヨ. 特別養護老人ホームのターミナルケアにおける看護職の役割と課題. *南九州看研誌.* 2004;2(1):27-37.

48. 山田美幸, 加瀬田暢子, 岩本テルヨ. 特別養護老人ホームのターミナルケアにおける看護職者の課題 特別養護老人ホームの全国調査から. *南九州看研誌*. 2005;3(1):23-31.
49. 清水みどり, 柳原清子. 特別養護老人ホーム職員の死の看取りに対する意識 介護保険改定直前のN県での調査. *新潟青陵大紀*. 2007(7):51-62.
50. 曾根千賀子, 千葉真弓, 細田江美, 他. 長野県の介護老人福祉施設の終末期ケア体制の特徴 看取りへの対応に焦点をあてて. *長野看大紀*. 2010;12:21-31.
51. Nakazawa K, Kizawa Y, Maeno T, et al. Palliative care physicians' practices and attitudes regarding advance care planning in palliative care units in Japan: a nationwide survey. *Am J Hosp Palliat Med*. 2014;31(7):699-709.
52. Nakazawa Y, Miyashita M, Morita T, Umeda M, Oyagi Y, Ogasawara T. The palliative care self-reported practices scale and the palliative care difficulties scale: reliability and validity of two scales evaluating self-reported practices and difficulties experienced in palliative care by health professionals. *J Palliat Med*. 2010;13(4):427-437.
53. Seymour J, Gott M, Bellamy G, Ahmedzai SH, Clark D. Planning for the end of life: the views of older people about advance care statements. *Soc Sci Med*. 2004;59(1):57-68.
54. Schäfer C, Putnik K, Dietl B, Leiberich P, Loew TH, Kölbl O. Medical decision-making of the patient in the context of the family: results of a survey. *Support Care Cancer*. 2006;14(9):952-959.
55. Pardon K, Deschepper R, Vander Stichele R, et al. Preferred and Actual Involvement of Advanced Lung Cancer Patients and Their Families in End-of-Life Decision Making: A Multicenter Study in 13 Hospitals in Flanders, Belgium. *J Pain Symptom Manage*. 2012;43(3):515-526.
56. Tay K, Yu Lee RJ, Sim SW, Menon S, Kanesvaran R, Radha Krishna LK. Cultural influences upon advance care planning in a family-centric society. *Palliat Support Care*. 2017:1-10.
57. Glass AP, Chen LK, Hwang E, Ono Y, Nahapetyan L. A cross-cultural comparison of hospice development in Japan, South Korea, and Taiwan. *J Cross Cult Gerontol*. 2010;25(1):1-19.
58. Kao SF, Lusk B. Attitudes of Asian and American graduate nursing students towards death and dying. *Int J Nurs Stud*. 1997;34(6):438-443.
59. Sekimoto M, Asai A, Ohnishi M, et al. Patients' preferences for involvement in treatment decision making in Japan. *BMC Fam Pract*. 2004;5(1):1.
60. Sato K, Inoue Y, Umeda M, et al. A Japanese region-wide survey of the knowledge, difficulties and self-reported palliative care practices among nurses. *Jpn J Clin Oncol*. 2014;44(8):718-728.
61. Casarett D, Karlawish J, Morales K, Crowley R, Mirsch T, Asch DA. Improving the use of hospice services in nursing homes: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2005;294(2):211-217.

62. Levy CR, Fish R, Kramer AM. Site of death in the hospital versus nursing home of Medicare skilled nursing facility residents admitted under Medicare's Part A Benefit. *J Am Geriatr Soc.* 2004;52(8):1247-1254.
63. 田村直子, 棚橋さつき, 清水美和子, 今井弥生, 山下喜代美, 梨木恵実子. 特別養護老人ホームで働く看護師の業務への意識 訪問看護サービス導入を検討するにあたって. *高崎健福大紀.* 2013(12):91-104.
64. Kanoh A, Kizawa Y, Tsuneto S, Yokoya S. End-of-Life Care and Discussions in Japanese Geriatric Health Service Facilities. *Am J Hosp Palliat Med.* 2017;35(1):83-91.
65. Ampe S, Sevenants A, Smets T, Declercq A, Van Audenhove C. Advance care planning for nursing home residents with dementia: Influence of 'we DECide' on policy and practice. *Patient Educ Couns.* 2017;100(1):139-146.
66. Parks SM, Haines C, Foreman D, McKinstry E, Maxwell TL. Evaluation of an educational program for long-term care nursing assistants. *J Am Med Dir Assoc.* 2005;6(1):61-65.
67. Anstey S, Powell T, Coles B, Hale R, Gould D. Education and training to enhance end-of-life care for nursing home staff: a systematic literature review. *BMJ Support Palliat Care.* 2016;6(3):353-361.
68. Kizawa Y, Morita T, Miyashita M, et al. Improvements in Physicians' Knowledge, Difficulties, and Self-Reported Practice After a Regional Palliative Care Program. *J Pain Symptom Manage.* 2015;50(2):232-240.
69. Hanson LC, Reynolds KS, Henderson M, Pickard CG. A quality improvement intervention to increase palliative care in nursing homes. *J Palliat Med.* 2005;8(3):576-584.
70. 厚生労働省老人保健課. 社会保障審議会介護給付費分科会第 105 回(H26.8,.7)資料 1. 2017.
71. 三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社. 平成 27 年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査 (平成 28 年度調査) (3)介護老人保健施設における施設の目的を踏まえたサービスの適正な提供体制等に関する調査研究事業 報告書.

第 9 章

図表

表 1 日本の介護施設の種類

	種 類	名 称
公的施設	介護保険施設	介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）
		介護老人保健施設
	病院	介護療養型医療施設（介護療養病床）
	福祉施設	ケアハウス（軽費老人ホーム C 型）
民間施設	介護保険事業	認知症高齢者グループホーム
	有料老人ホーム	介護付き有料老人ホーム
		住宅型有料老人ホーム
高齢者用住宅	サービス付き高齢者向け住宅	

表 2 回答者と所属する施設の属性 $n = 844$

変数			
性別, n (%) ^a			
男性	41	(4.9%)	
女性	802	(95.0%)	
	中央値	IQR	(範囲)
年齢	53	49–59	(25–86)
臨床経験, 年	28	20–34	(0–52)
介護老人保健施設での勤務経験, 年	7.5	4–12	(0–24)
介護老人保健施設の設立からの経過, 年	9	6–13	(0–25)
介護老人保健施設の入所定員, 床	100	80–100	(14–200)

IQR = interquartile range ; 四分位範囲

^a 欠損値が 1 つあるため合計が 100%にならない

表 3 回答施設の看取り数

年	回答数	回答施設合計看取り数 (100床あたり)	1施設あたり看取り数, 中央値, 範囲, 四分位範囲 (2009–2011年の100床・年あたり)
2009年, $n = 765$		3.8	
2010年, $n = 788$		4.9	4.4, 2.0, 0–66.7, 0–6.3
2011年, $n = 811$		5.6	

表 4 看護職への教育の提供の有無 $n = 844$

	提供		非提供	
	<i>n</i>	(%)	<i>n</i>	(%)
医学、看護、ケアに関する継続教育 ^a	797	(94.4%)	40	(4.7%)
エンド・オブ・ライフケアに関する教育 ^b	517	(61.3%)	322	(38.2%)

^a欠損値：7個 ^b欠損値：5個

表 5 回答者と所属する施設の属性および施設の見取り経験の有無についてのエンド・オブ・ライフケア教育の有無による比較

変数	看護職への End-of-life ケア教育						p 値
	提供群 n = 517			非提供群 n = 322			
性別, n (%) ^a							
男性	24	(4.6%)		17	(5.3%)		0.74 ^d
女性	492	(95.3%)		305	(94.7%)		
	中央値	IQR	(範囲)	中央値	IQR	(範囲)	
年齢	53	48–59	(25–86)	54	49–59	(27–83)	0.48 ^e
臨床経験, 年	27	20–34	(0–52)	30	20–35	(1–49)	0.28 ^e
介護老人保健施設での勤務経験, 年	8	4–13	(0–24)	7	3–12	(0–24)	0.09 ^e
介護老人保健施設の設立からの経過, 年	9	6–14	(0–25)	9	6–14	(0–23)	0.93 ^e
介護老人保健施設の入所定員, 床	100	80–100	(25–200)	100	78–100	(14–200)	0.09 ^e
施設の看取り経験が多い ^b , n (%) ^c	341	(67.8%)		67	(21.8%)		<0.001 ^d

IQR = interquartile range ; 四分位範囲

^a 欠損値が 1 つあるため合計が 100%にならない

^b 看取り経験が多い : 過去 3 年間の定員 100 床あたりの年間看取り経験 2.0 件以上

^c 回答数に対する割合 (回答数 : 提供群 503, 非提供群 307)

^d p 値はカイニ乗検定で算出した ^e p 値はマン・ホイットニーの U 検定で算出した

表 6a エンド・オブ・ライフケア教育の提供と看護職のアドバンス・ケア・プランニングの実践についてのロジスティック回帰分析（1）
n = 844

	家族の治療・ケアの目標を 確認する			入所者の治療・ケアの目標を 確認する			家族の病状理解を確認する		
	調整オッズ比	95%信頼 区間	p 値	調整オッズ比	95%信頼 区間	p 値	調整オッズ比	95%信頼 区間	p 値
エンド・オブ・ライフケア教育 (提供= 1, 非提供= 0)	2.11	1.39–3.22	<0.001	2.03	1.36–3.03	<0.001	2.40	1.65–3.51	<0.001
性別 (男性 = 1, 女性 = 0)	0.74	0.33–1.65	0.46	0.75	0.34–1.64	0.47	0.45	0.22–0.91	0.03
年齢	1.02	0.99–1.04	0.18	0.99	0.96–1.01	0.26	1.00	0.98–1.02	0.86
介護老人保健施設での勤務経験年数	0.97	0.94–1.01	0.09	0.98	0.95–1.01	0.27	0.99	0.96–1.02	0.44
介護老人保健施設の設立からの経過年数	1.01	0.98–1.05	0.52	1.03	0.99–1.07	0.11	0.98	0.95–1.01	0.23
介護老人保健施設の入所定員	1.00	0.99–1.01	0.92	1.00	0.99–1.01	0.75	1.00	1.00–1.01	0.51
施設の看取り経験 (多い= 1, 少ない= 0) ^a	1.31	0.86–2.02	0.21	0.95	0.64–1.42	0.81	1.08	0.73–1.58	0.71

^a 看取り経験多い：過去 3 年間の定員 100 床あたりの年間看取り経験 2.0 件以上、少ない：2.0 件未満

表 6b エンド・オブ・ライフケア教育の提供と看護職のアドバンス・ケア・プランニングの実践についてのロジスティック回帰分析（2）
n = 844

	入所者の希望する治療・療養の場所を確認する			入所者の病状理解を確認する			入所者に、将来の意思決定能力の低下に備えて、医療に関する代理意思決定者を尋ねる		
	調整オッズ比	95%信頼区間	p 値	調整オッズ比	95%信頼区間	p 値	調整オッズ比	95%信頼区間	p 値
エンド・オブ・ライフケア教育 (提供= 1, 非提供= 0)	2.05	1.41–2.97	<0.001	2.24	1.58–3.20	<0.001	1.57	1.10–2.24	0.01
性別 (男性 = 1, 女性 = 0)	1.09	0.49–2.40	0.84	0.78	0.39–1.56	0.47	1.24	0.61–2.50	0.55
年齢	0.99	0.96–1.01	0.21	1.01	0.99–1.03	0.59	1.01	0.99–1.03	0.40
介護老人保健施設での勤務経験年数	0.96	0.93–0.99	0.01	0.98	0.95–1.01	0.14	0.97	0.95–1.00	0.08
介護老人保健施設の設立からの経過年数	0.99	0.96–1.02	0.44	1.00	0.97–1.03	0.77	1.00	0.98–1.03	0.74
介護老人保健施設の入所定員	0.99	0.99–1.00	0.03	1.00	1.00–1.01	0.61	1.00	0.99–1.00	0.71
施設の看取り経験 (多い= 1, 少ない= 0)) ^a	1.26	0.87–1.83	0.22	0.73	0.52–1.04	0.08	1.06	0.76–1.49	0.74

^a 看取り経験多い：過去 3 年間の定員 100 床あたりの年間看取り経験 2.0 件以上、少ない：2.0 件未満

表 6c エンド・オブ・ライフケア教育の提供と看護職のアドバンス・ケア・プランニングの実践についてのロジスティック回帰分析（3）
n = 844

	入所者に（既存の）アドバンス ディレクティブがあるかを尋ねる			入所者に、将来の意思決定能力の 低下に備えて、アドバンスディレ クティブを表明するように奨める		
	調整オッズ比	95%信頼 区間	p 値	調整オッズ比	95%信頼 区間	p 値
エンド・オブ・ライフケア教育 （提供= 1, 非提供= 0）	1.97	1.35–2.89	<0.001	2.56	1.62–4.04	<0.001
性別（男性 = 1, 女性 = 0）	1.39	0.67–2.90	0.38	1.56	0.70–3.47	0.28
年齢	1.01	0.99–1.03	0.21	1.00	0.98–1.03	0.73
介護老人保健師施設での勤務経験年数	0.98	0.95–1.01	0.14	0.98	0.94–1.01	0.22
介護老人保健施設の設立からの経過年数	1.02	0.99–1.05	0.31	1.01	0.98–1.05	0.47
介護老人保健施設の入所定員	0.99	0.99–1.00	0.03	1.00	0.99–1.00	0.22
施設の看取り経験（多い= 1, 少ない= 0） ^a	1.32	0.93–1.88	0.12	1.00	0.67–1.49	0.99

^a 看取り経験多い：過去 3 年間の定員 100 床あたりの年間看取り経験 2.0 件以上、少ない：2.0 件未満

表 7 看護職の緩和ケア提供の困難感 $n = 844$

	平均 ± 標準偏差	取り得る範囲
緩和ケアに関する困難感尺度スコア	37.0 ± 10.9	15–75
専門家の支援	9.3 ± 3.8	3–15
症状緩和	7.8 ± 2.6	3–15
医療・介護者間のコミュニケーション	7.0 ± 3.0	3–15
入所者・家族とのコミュニケーション	6.9 ± 2.4	3–15
地域連携	6.0 ± 3.1	3–15

表 8 エンド・オブ・ライフケア教育の有無による看護職の緩和ケア提供の困難感の比較

	エンド・オブ・ライフケア教育		p 値 ^a
	提供	非提供	
	n = 517	n = 322	
	平均 ± 標準偏差	平均 ± 標準偏差	
緩和ケアに関する困難感尺度スコア	35.3 ± 10.2	39.7 ± 11.3	< 0.001
専門家の支援	8.8 ± 3.8	10.1 ± 3.7	< 0.001
症状緩和	7.6 ± 2.5	8.2 ± 2.6	< 0.001
医療・介護者間のコミュニケーション	6.5 ± 2.7	7.7 ± 3.2	< 0.001
入所者・家族とのコミュニケーション	6.7 ± 2.3	7.1 ± 2.6	0.006
地域連携	5.7 ± 2.9	6.4 ± 3.2	0.003

^a p 値はスチューデントの t 検定で算出した

表9 エンド・オブ・ライフケア教育の提供と看護職の緩和ケア提供の困難感についての重回帰分析 $n = 844$

	緩和ケアに関する困難感尺度スコア											
	総スコア		専門家の支援		症状緩和		医療・介護者間のコミュニケーション		入所者・家族とのコミュニケーション		地域連携	
	β	p 値	β	p 値	β	p 値	β	p 値	β	p 値	β	p 値
エンド・オブ・ライフケア教育 (提供= 1, 非提供= 0)	-0.182	<0.001	-0.138	<0.001	-0.109	0.006	-0.166	<0.001	-0.083	0.037	-0.118	0.003
性別 (男性 = 1, 女性 = 0)	0.004	0.913	-0.048	0.18	0.041	0.25	0.022	0.54	-0.008	0.814	0.008	0.81
年齢	-0.104	0.004	-0.067	0.06	-0.069	0.06	-0.059	0.10	-0.109	0.003	-0.058	0.11
介護老人保健施設での勤務経験年数	0.059	0.112	0.071	0.05	0.021	0.57	-0.031	0.39	0.071	0.051	0.085	0.02
介護老人保健施設の設立からの経過年数	0.050	0.177	0.017	0.64	0.046	0.21	0.008	0.83	0.055	0.127	0.038	0.30
介護老人保健施設の入所定員	-0.030	0.412	-0.026	0.46	-0.024	0.50	-0.061	0.08	-0.051	0.15	0.080	0.03
施設の看取り経験 (多い= 1, 少ない= 0)) ^a	-0.023	0.571	-0.058	0.14	-0.017	0.67	-0.050	0.20	-0.041	0.305	0.009	0.83

β : 標準化偏回帰係数

^a 看取り経験多い : 過去 3 年間の定員 100 床あたりの年間看取り経験 2.0 件以上、少ない : 2.0 件未満

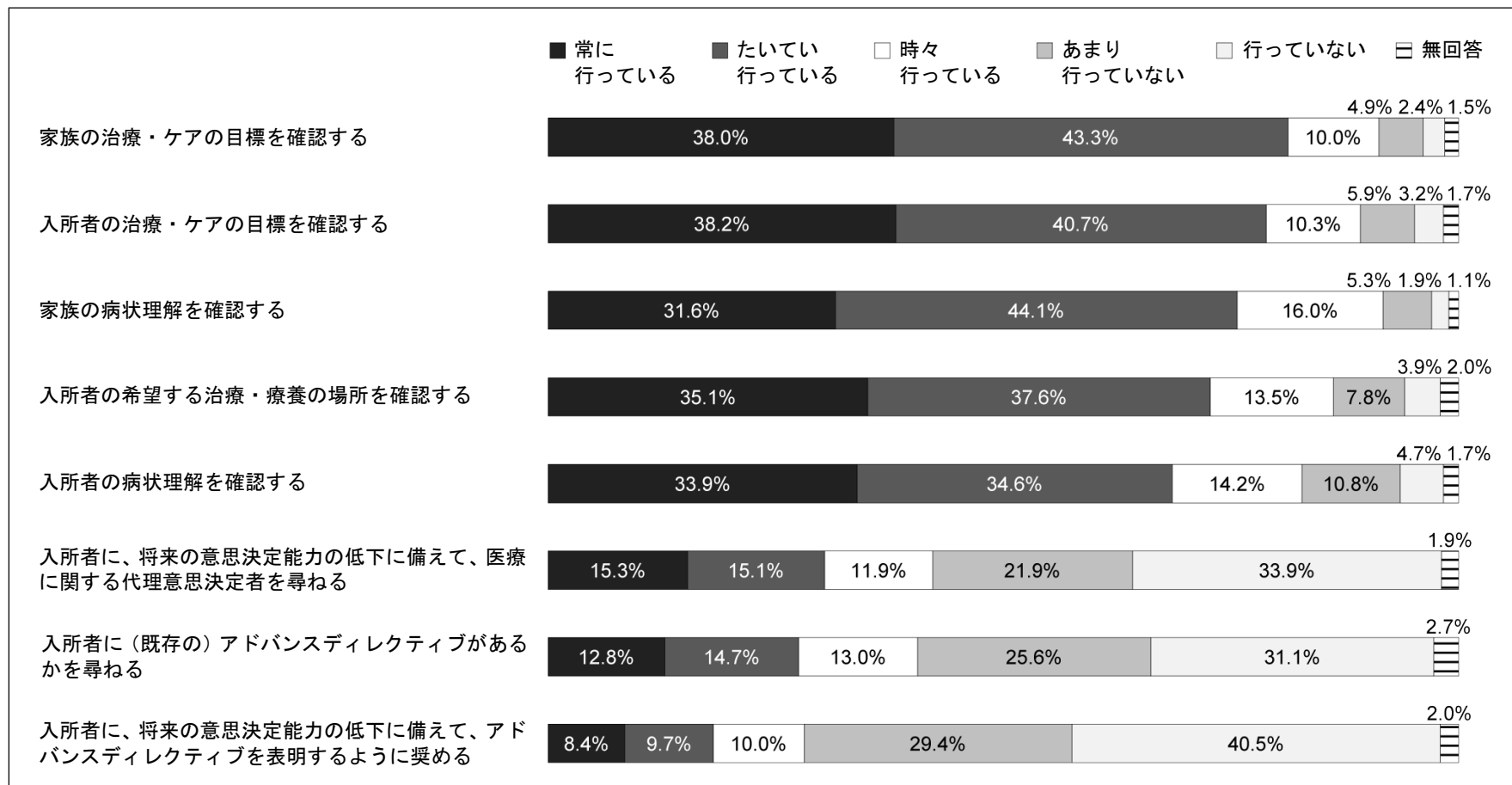


図 1 看護職のアドバンス・ケア・プランニングの実践 $n = 844$

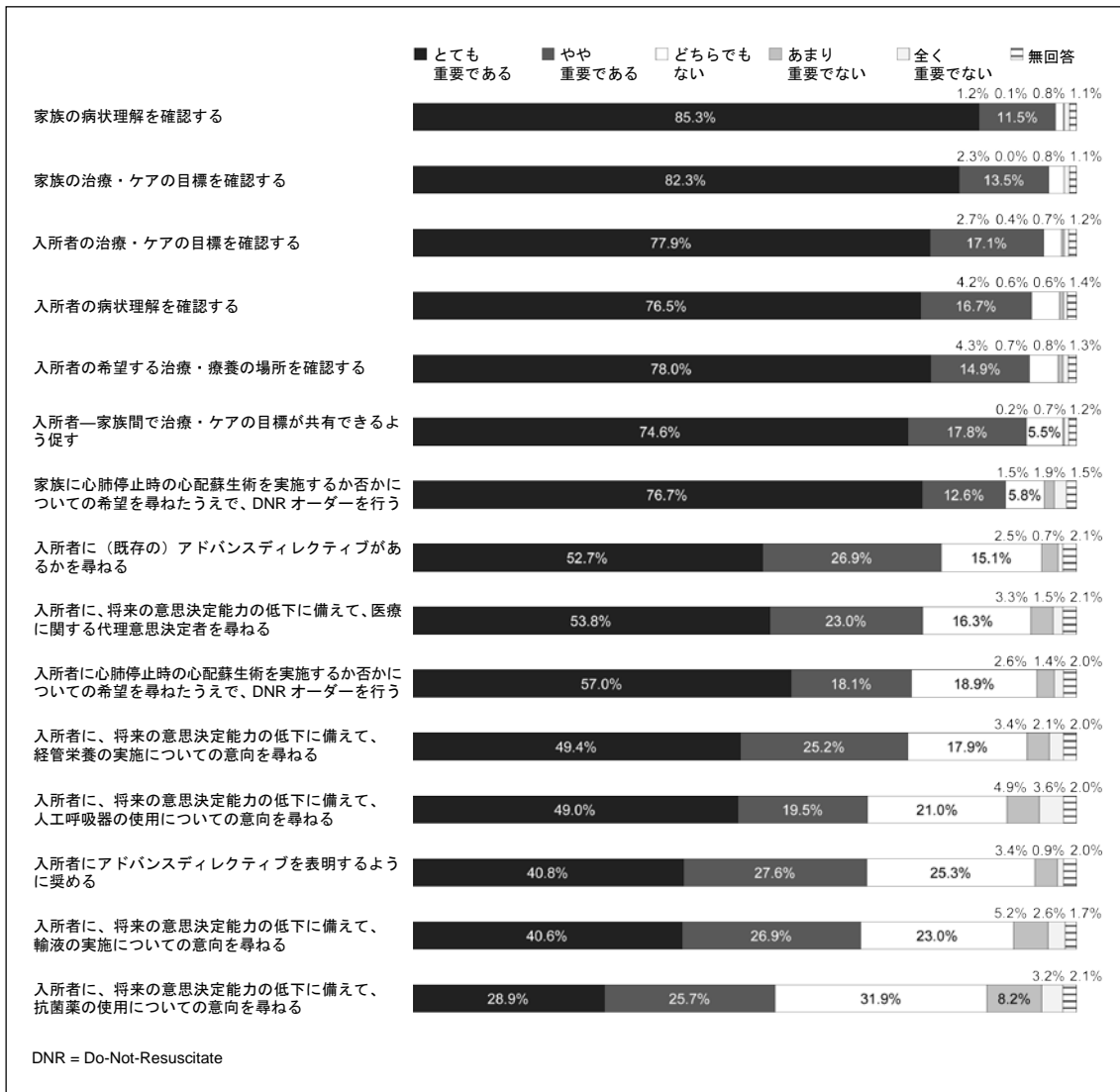


図2 看護職のアドバンス・ケア・プランニングの重要性についての認識 n = 844

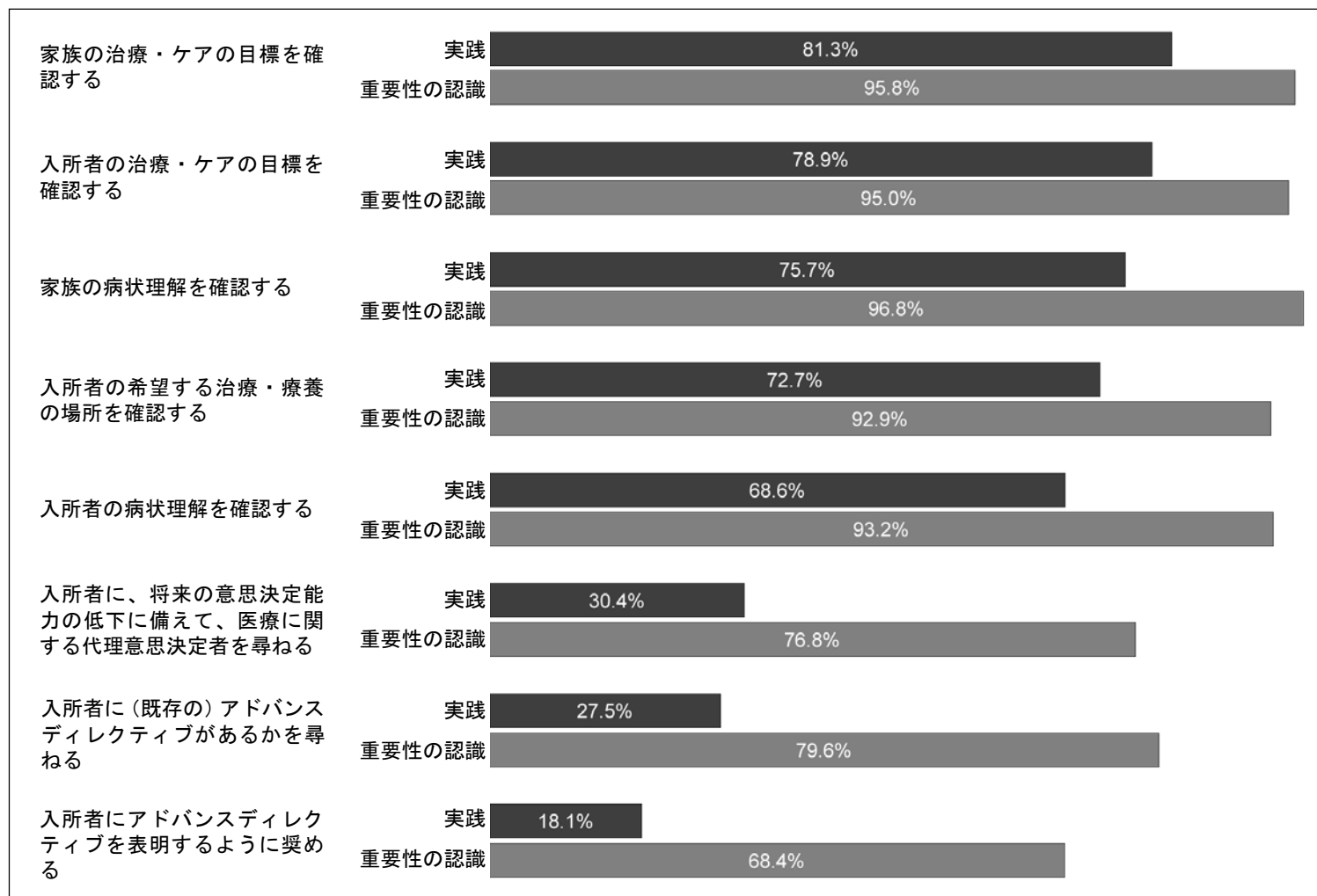


図3 看護職のアドバンス・ケア・プランニングの実践と重要性の認識との比較 $n = 844$

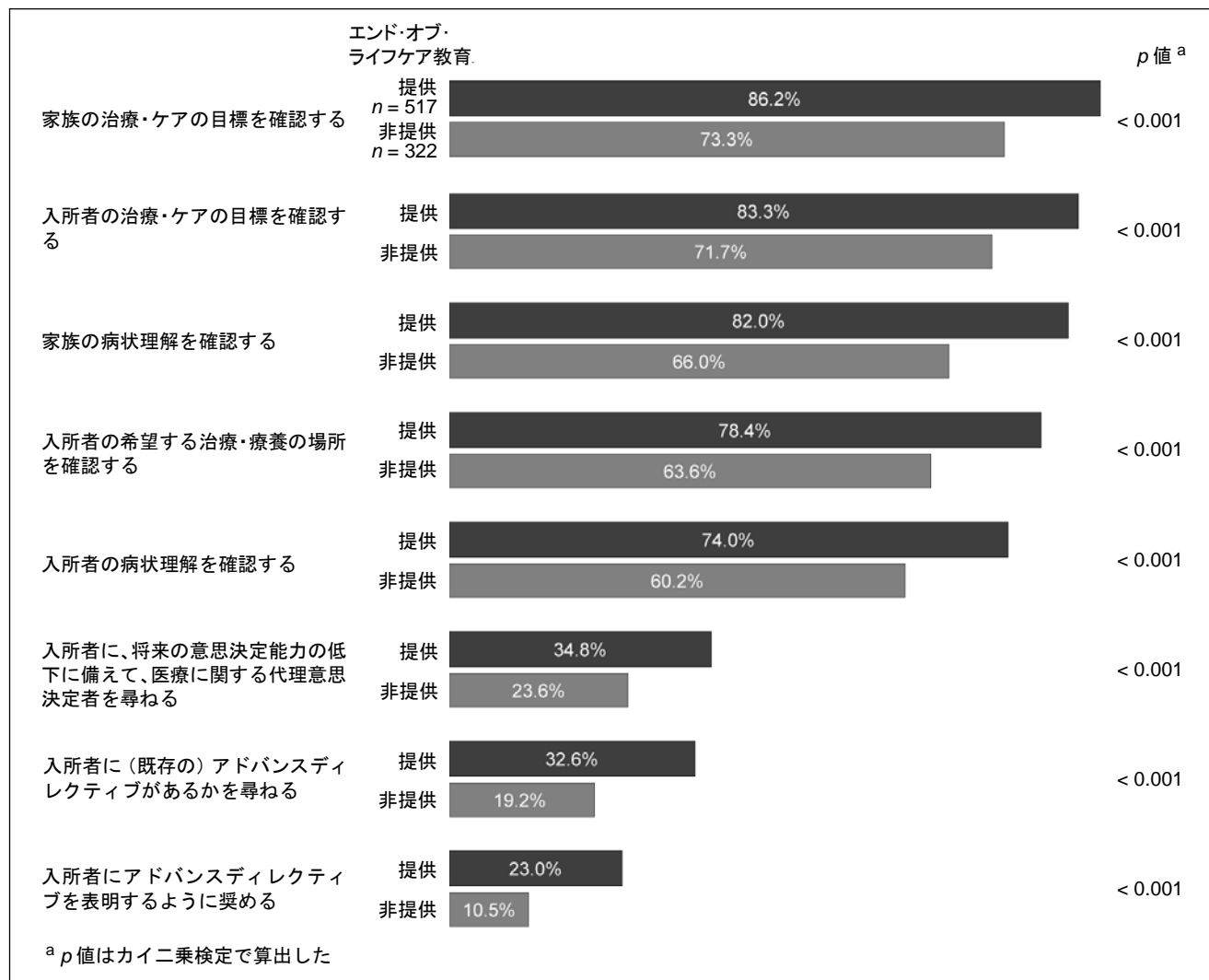


図 4 エンド・オブ・ライフケア教育の有無による看護職のアドバンス・ケア・プランニングの実践の比較

附 録

質問紙

介護老人保健施設における 終末期ケアと看取りに関するアンケート (看護職責任者記入用)

【本調査票への記入方法】

このシートでは介護老人保健施設における入所者のケアや終末期のケア、看取りについて、介護老人保健施設に勤務する看護職の責任者である看護師・准看護師の方に、ご自身の考え、および実際に施設で行っていることについて伺います。

シートは、I～IXの質問から構成されています。選択式の設問には、それぞれ最もあてはまると思われる番号に○をつけて下さい。アンケートは記入に20分程度時間がかかります。漏れなくご回答下さいますよう、お願いいたします。

【調査責任者】

公益財団法人 笹川記念保健協力財団 2011 年度在宅ホスピス緩和ケア研究助成
『わが国の老人保健施設における看取り、緩和ケア、
アドバンス・ケア・プランニングに関する実態調査』研究班
研究代表者 国立大学法人 筑波大学 医学医療系 木澤 義之
研究分担者 同 横谷 省治

【お問合せ先】

〒305-8575 茨城県つくば市天王台1-1-1
国立大学法人 筑波大学 医学医療系
Tel/Fax: 029-853-3189 E-mail: s-yokoya@umin.ac.jp (横谷)

I. あなたご自身のことについておたずねします。

1. 年齢

() 歳

2. 性別

1：男性	2：女性
------	------

3. 臨床経験年数

() 年

4. 介護老人保健施設で従事している年数

() 年

5. 資格

1：看護師	2：准看護師
-------	--------

II. あなたの勤務している施設についておたずねします。

1. 開設年

平成 () 年

2. 開設主体は次のうちどれにあてはまりますか。

- | | |
|-------------------|---------------|
| 1：都道府県・市区町村 | 2：広域連合・一部事務組合 |
| 3：日本赤十字社・社会保険関係団体 | 4：医療法人 |
| 5：社会福祉法人 | 6：社団・財団法人 |
| 7：その他の法人 | 8：その他 () |

3. 開設形態は次のうちどれにあてはまりますか。

- 1：サテライト型小規模介護老人保健施設（本体施設：介護老人保健施設）
- 2：サテライト型小規模介護老人保健施設（本体施設：病院）
- 3：サテライト型小規模介護老人保健施設（本体施設：診療所）
- 4：医療機関併設型小規模介護老人保健施設（本体施設：病院）
- 5：医療機関併設型小規模介護老人保健施設（本体施設：診療所）
- 6：介護療養型老人保健施設
- 7：上記 1～6 以外の介護老人保健施設

4. 入所定員

() 人

5. 平成 23 年度（2011 年 4 月 1 日から 2012 年 3 月 31 日）における入所者の平均入所期間はどのくらいですか。

() 日

次の6, 7で**緊急時**とは、医師のいない時間帯に看護職員だけでは対応が難しい入所者が発生した時とします。

6. 常勤医師による緊急時の待機体制がとられていますか。	1：はい	2：いいえ
------------------------------	------	-------

7. 入院を受け入れてもらえる医療機関をあらかじめ確保していますか。	1：はい	2：いいえ
------------------------------------	------	-------

「はい」の場合、8, 9にお答え下さい。

8. その医療機関の、あなたの勤務している施設からの距離はどのくらいですか。	() km	
9. その医療機関は 24 時間受け入れ可能ですか。	1：はい	2：いいえ

10. 他施設に搬送することなく、あなたの勤務している施設で看取った入所者の人数をお教え下さい。	平成 21 年度 () 人
	平成 22 年度 () 人
	平成 23 年度 () 人

Ⅲ. あなたの勤務している施設での職員研修についておたずねします。

1. 次の職種の職員に対して、医学や看護、ケアに関する継続教育を、あなたの勤務している施設で提供しているか、または施設外での研修の受講を推奨していますか。

1) 看護職員	1：はい	2：いいえ
2) 介護職員	1：はい	2：いいえ

2. 次の職種の職員に対して、看取り※についての教育を、あなたの勤務している施設で提供しているか、または施設外での研修の受講を推奨していますか。

※ ここで看取りとは、1 週間以内に亡くなる可能性が高いと推定された時から亡くなるまで治療・ケアを行うこととします。

1) 看護職員	1：はい	2：いいえ
2) 介護職員	1：はい	2：いいえ

IV. あなたの勤務している施設で、普段、以下に特定する処置やケアを行っているかどうかについておたずねします。

それぞれ当てはまる番号ひとつに○をつけて下さい。

	全く 行って いない	あまり 行って いない	時々 行って いる	よく 行って いる
1) 点滴	1	2	3	4
2) 中心静脈栄養	1	2	3	4
3) 経管栄養（胃瘻チューブ）	1	2	3	4
4) 経管栄養（経鼻チューブ）	1	2	3	4
5) インスリン注射	1	2	3	4
6) 酸素療法	1	2	3	4
7) 痰の吸引	1	2	3	4
8) 鎮痛剤（非麻薬系）の使用	1	2	3	4
9) 鎮痛剤（麻薬系）の使用	1	2	3	4
10) 褥瘡の処置	1	2	3	4
11) 留置尿道カテーテルの使用	1	2	3	4
12) 間歇的導尿	1	2	3	4
13) ストーマの管理	1	2	3	4
14) 人工呼吸器の使用	1	2	3	4
15) 心肺停止時の心肺蘇生術	1	2	3	4

V. あなたの勤務している施設で、普段、入所者に対して行っていることについておたずねします。

それぞれ当てはまる番号ひとつに○をつけて下さい。

	行っていない	あまり行っていない	時々行っている	行っている	常に
【疼痛】					
• 入所者の疼痛を評価するため、入所者に直接痛みの強さを聞く、もしくは入所者が答えられない場合には共通した評価手段を用いている	1	2	3	4	5
• どんな時に疼痛が出現したのか、状況を把握している	1	2	3	4	5
• 鎮痛薬を臨時（頓用）で使用した場合、その効果を把握している	1	2	3	4	5

【呼吸困難】					
• 息苦しさを評価するため、入所者に直接息苦しきの強さを聞く、もしくは入所者が答えられない場合には共通した評価手段を用いている	1	2	3	4	5
• どんな時に息苦しくなるのか、状況を把握している	1	2	3	4	5
• 息苦しさを訴える入所者に対して、体位の工夫・室温調整・換気など環境を快適に保つようしている	1	2	3	4	5

【せん妄】					
• 時計・カレンダーを置くなど、せん妄の予防・改善のケアをしている	1	2	3	4	5
• せん妄症状を悪化させる不快な症状（尿意・便意・疼痛・不安など）がないか、評価している	1	2	3	4	5
• 入所者がせん妄になった時、家族がどう思っているか、聞いている	1	2	3	4	5

【死が近づいてきた時の対応】					
• 死が近づいてきた時、入所者の身体的な苦痛の程度を、定期的に評価している	1	2	3	4	5
• 死が近づいてきた時、それまで行われてきた処置・対応について必要性を評価している（体位交換、吸引、抑制、血液検査、尿量測定、点滴など）	1	2	3	4	5
• 死が近づいてきた時、家族がどんな心配を抱いているか、定期的に聞いている	1	2	3	4	5

【コミュニケーション】					
• 入所者・家族と重要な話をする時、静かでプライバシーが保てる場所で話している	1	2	3	4	5
• 入所者に質問をする時、「何かご心配はありますか」のような自由に回答できる質問にしている	1	2	3	4	5
• 入所者・家族に質問を促すなどして、病状の理解度について確認している	1	2	3	4	5

【入所者・家族中心のケア】					
• 入所者・家族にとって大切なことは何か、知ろうとしている	1	2	3	4	5
• 入所者・家族が何を希望しているか、知ろうとしている	1	2	3	4	5
• 入所者・家族のつらさについて、少しでもわかろうとしている	1	2	3	4	5

【多職種連携】

• 医師・介護職などとケアの目標を定期的に確認している	1	2	3	4	5
• 医師・介護職などと入所者のケアについて定期的に話し合っている	1	2	3	4	5
• 必要に応じて介護職などとケアの具体的な方法を共有している	1	2	3	4	5

VI. あなたの勤務している施設で、普段、入所者に対して行っているケアを振り返り、以下のようなことをどのくらいお感じになりますか。

それぞれ最も近い番号ひとつに○をつけて下さい。

非常に よく 思う	よく 思う	時々 思う	たま に 思う	思 わ な い
-----------------	----------	----------	---------------	------------------

【症状緩和】

• 疼痛を緩和する方法の知識が不足している	1	2	3	4	5
• 呼吸困難や消化器症状を緩和する方法の知識が不足している	1	2	3	4	5
• 症状緩和について、必要なトレーニングを受けていない	1	2	3	4	5

【専門家の支援】

• 症状緩和に関して、緩和ケアの専門家から支援を得ることが難しい	1	2	3	4	5
• 症状緩和に関して、相談できる緩和ケアの専門家がいない	1	2	3	4	5
• 入所者に症状緩和をしたい時、相談できる場所がない	1	2	3	4	5

【医療・介護職者間のコミュニケーション】

• 医師・看護職・介護職間で、症状に対する評価方法が一致していない	1	2	3	4	5
• 医師・看護職・介護職間で、症状緩和のための一貫した目標を設定することが難しい	1	2	3	4	5
• 医師・看護職・介護職間で、症状緩和に関するコミュニケーションをとることが難しい	1	2	3	4	5

【入所者・家族とのコミュニケーション】

• 入所者 から不安を表出された時、対応が難しい	1	2	3	4	5
• 家族 から不安を表出された時、対応が難しい	1	2	3	4	5
• 入所者が悪い知らせ（告知など）を受けた後、声のかけ方が難しい	1	2	3	4	5

【地域連携】

• 入所者が、在宅療養に移行するための、病院、診療所、訪問看護ステーション、ケアマネジャー等との間でのカンファレスがない	1	2	3	4	5
• 在宅療養に関する情報を得ることが難しい	1	2	3	4	5
• 病院、診療所、訪問看護ステーション、ケアマネジャー等との間で、情報共有が難しい	1	2	3	4	5

Ⅶ. あなたの勤務している施設の入所者に対して、入所前または入所中に行っていることについておたずねします。

各質問について最もあてはまるものに○をつけて下さい。

※ここでいうアドバンスディレクティブは、『自分の臨死期の対応と死後の対応について事前に他者に伝えておくこと』と定義します。対応の具体的な内容としては、今後の医療行為（人工呼吸器、経管栄養、輸液、抗菌薬の投与など）に関する事、蘇生処置の有無、医療に関する代理意思決定者は誰か、療養の快適さ、周囲からの配慮、死後の家族への希望などを含みます。

	行っていない	あまり行っていない	時々行っている	行っている	常に
• 入所者の病状理解を確認する	1	2	3	4	5
• 家族の病状理解を確認する	1	2	3	4	5
• 入所者の治療・ケアの目標を確認する	1	2	3	4	5
• 家族の治療・ケアの目標を確認する	1	2	3	4	5
• 入所者の希望する治療・療養の場所を確認する	1	2	3	4	5
• 入所者に（既存の）アドバンスディレクティブ*があるかを尋ねる	1	2	3	4	5
• 入所者に、将来の意思決定能力の低下に備えて、アドバンスディレクティブ*を表明するように奨める	1	2	3	4	5
• 入所者に、将来の意思決定能力の低下に備えて、医療に関する代理意思決定者を尋ねる	1	2	3	4	5

Ⅷ. 入所者をケアするにあたって、以下の医療者の行動に関するあなたのお考えについておたずねします。

最もあてはまるものに○をつけて下さい。

※ここでいう DNR オーダーとは、心肺停止時に、心肺蘇生を行わないという医師の指示のことを指します。

	とても重要である	やや重要である	どちらでもない	あまり重要でない	全く重要でない
• 入所者の病状理解を確認する	1	2	3	4	5
• 家族の病状理解を確認する	1	2	3	4	5
• 入所者の治療・ケアの目標を確認する	1	2	3	4	5
• 家族の治療・ケアの目標を確認する	1	2	3	4	5
• 入所者一家族間で治療・ケアの目標が共有できるよう促す	1	2	3	4	5
• 入所者の希望する治療・療養の場所を確認する	1	2	3	4	5
• 入所者に（既存の）アドバンスディレクティブがあるかを尋ねる	1	2	3	4	5
• 入所者にアドバンスディレクティブを表明するように奨める	1	2	3	4	5
• 入所者に心肺停止時の心肺蘇生を実施するか否かについての希望を尋ねたうえで、DNR オーダー*を行う	1	2	3	4	5
• 家族に心肺停止時の心肺蘇生を実施するか否かについての希望を尋ねたうえで、DNR オーダー*を行う	1	2	3	4	5

• 入所者に、将来の意思決定能力の低下に備えて、人工呼吸器の使用についての意向を尋ねる	1	2	3	4	5
• 入所者に、将来の意思決定能力の低下に備えて、抗菌薬の使用についての意向を尋ねる	1	2	3	4	5
• 入所者に、将来の意思決定能力の低下に備えて、経管栄養の実施についての意向を尋ねる	1	2	3	4	5
• 入所者に、将来の意思決定能力の低下に備えて、輸液の実施についての意向を尋ねる	1	2	3	4	5
• 入所者に、将来の意思決定能力の低下に備えて、医療に関する代理意思決定者を尋ねる	1	2	3	4	5

IX. あなたのお考えについておたずねします。

以下に挙げる質問の目的は、ケア提供者*が死にゆく人へのかかわりの場面において、どの様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、死にゆく人またはその家族に対するケアに関係するものです。「死にゆく人」とは終末期状態であり、余命が6ヶ月以内と考えられる人を想定してください。

あなた自身のお考えに最もよくあてはまる番号に○をつけて下さい。

※この調査で「ケア提供者」とは、家族以外で死にゆく人のケアをする
専門職・非専門職の方のことをさします。

	全くそう は思わない	そう 思わない	どちらとも 言えない	そう 思う	非常に そう思う
• 死にゆく人をケアすることは、私にとって価値のあることである。	1	2	3	4	5
• 死にゆく人と差し迫った死について話をするを気まずく感じる。	1	2	3	4	5
• 私は死にゆく人と親しくなることが怖い。	1	2	3	4	5
• 死にゆく人の身体的ケアには、家族にも関わってもらうべきだ。	1	2	3	4	5
• 家族は死にゆく人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
• 死にゆく人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

調査は以上で終了です。漏れなくご回答いただけただけでしょうか。今一度お確かめ下さい。
ご協力ありがとうございました。心より感謝申し上げます。