

「終末期ケアの質を高める 4 条件」の妥当性と有用性

杉本 浩章

福山平成大学 福祉健康学部
(福祉学科)

E-mail : sugimoto@heisei-u.ac.jp

【要旨】

目的：「終末期ケアの質を高める 4 条件」（条件 1；意思表示，条件 2；介護力，条件 3；医療ケア，条件 4；ケアマネジメント）と終末期の質との関連を量的に検討する。

方法：A 市内すべての居宅介護支援事業所 623 か所に質問紙を配付した。調査対象とした介護支援専門員 225 人から回答が得られ，そのうち看取りに携わった 143 名のケースを分析対象とした。4 条件それぞれの有無で 2 群にわけ，「終末期の質」を χ^2 検定と単変量ロジスティック回帰分析で比較した。

結果：「終末期の質」について，条件 2 では“介護力「高」”群（ref：“介護力「低」”）でオッズ比が 3.60 ($p < .05$) で最も高く，条件 1，条件 3，条件 4 でも有意であった。

結論：4 条件はケアの質の向上に結びつくことが示唆され，終末期ケアの指標としての妥当性と有用性が明らかになった。

KEY WORDS：高齢者，終末期ケアの質を高める 4 条件，妥当性と有用性

はじめに

わが国では地域包括ケアシステムの構築を見据え、臨床レベルから政策レベルにわたって専門職間協働（Inter Professional Work；IPW）が推進されている。IPWは対人援助職が共通の目標を目指す協働¹⁾と理解されるものの、異なる専門性を持つ多職種間での連携には困難さが多い²⁾。

他方で、IPWが求められる終末期ケア^{注1)}において、その質を高めるためのプロセスを明らかにするために事例検討が重ねられ、「終末期ケアの質を高める4条件」（条件1；利用者・家族の意思表示、条件2；ケアを支える介護力やサポート、条件3；終末期ケアを支える医学医療ケア、条件4；利用者や家族の願いを実現するためのケアマネジメント）が導き出された^{注2)}。そして、4つの条件の整備を多職種で進めることが、終末期ケアの質の向上につながると考えられている^{5, 6)}。

しかし、終末期ケアの質の高さとそれらの条件の有無との関連は量的に確認されたものではなかった。今回、介護支援専門員がかかわった終末期ケアのケースから、両者間の関連を検証し、「終末期ケアの質を高める4条件」の妥当性と有用性を検討したので報告する。

方法

調査対象は、A市内すべての居宅介護支援事業所623事業所（2013年12月1日時点）であり、調査方法は質問紙を用いた郵送調査とした。回答者については、2013年4月～同年11月末日までの間に看取り終えた利用者の介護支援専門員（複数例ある場合は直近1例）を指定し、2013年12月に配付・回収した。調査対象とした介護支援専門員225人から回答が得られ、そのうち143名が当該期間内に看取りに携わっており、それらのケースを分析対象とした（回答数に占める割合63.6%）。

質問票は、A4版で10ページ。質問内容は、①回答者の属性4問、②事業所の属性4問、③先のケースの利用者・家族の属性9問、④③に対する介護支援専門員の支援状況、⑤④にかかる在宅療養支援診療所との連携状況13問、⑥同じく訪問看護ステーションとの連携状況、の合計6領域48項目で構成した。

目的変数とした「終末期の質」の高さは、介護支援専門員が当該ケースの利用者の死および死に至る過程の質を6件法で評価したもので、明確に質が高いと評価できた（「非常に質が高い」、「質が高い」）“終末期の

質「高」群と、それらを除く評価であった“終末期の質「低」群の2群とした。

ここで用いた「終末期の質」とは、厳密には4つの条件を整えることで向上を目指す「終末期“ケア”の質」とは同一ではない。しかし、看取りにかかる質の評価に関する多くの先行研究では両者を厳密に区別していない⁷⁾。また、「終末期ケアの質」の向上と「終末期の質」の高まりは密接に関連し、ともに第一義的にはクライアントのQOLやQODを高めることを目指すものであることから、本稿では便宜的に両者を同一のものとみなす^{注3)}。

また、何をもちいて終末期の“質”と捉えその“高い・低い”を評価するのは、個々人の価値判断によるところが大きく、特定の客観的指標のみで測定できるものではない。本調査における「終末期の質」の高さは介護支援専門員による主観的評価によるが、近年、医療の評価において主観的評価の信頼性や重要性は広く認識されてきている。また、この評価は、利用者の状態や家族の条件、提供された医療・福祉サービス等の客観的指標を含んだ総合的なものである。客観的指標を基礎とした多面的な評価となるため、「終末期の質」の高さを表す指標として一定の信頼性を担保しようと考えられる。

説明変数には、表1に示す4つの条件を表す項目それぞれについての評価を求めた。

条件1は、その構成要素となる「高齢者の尊厳と自己決定の尊重」や「希望と期待」などをもとに、4件法で評価した「利用者との終末期や死についての話合いの程度」を採用し、「よく話合った」と「話合った」の“話合い「多」群と“話合い「少」群とした。条件2でも同様に、「家族のニーズへの対処と負担感の軽減」や「希望と期待」などの構成要素から、介護サービス等の利用を含む介護力を取り上げ、介護力があつた“介護力「高」群と“介護力「低」群の2群に分けた。条件3では、「症状マネジメント」や「過不足のない治療」などを参考に、死亡前14日間における症状マネジメントの状況のうち疼痛コントロールを取り上げ、問題となる症状がなかったか適切に緩和できていた“疼痛なし”群と“疼痛あり”群とした。条件4については、「ケアマネジメント（継続したケア、一貫したケアができるための調整）」から、24時間の往診や訪問看護の体制があり地域の介護・福祉サービス事業所とも連携することが要件となる在宅療養支援診療所（在宅療養支

援病院を含む)の利用の有無を問い,“利用”群と“非利用”群に分けた。

表1 終末期ケアの質を高める4条件と構成要素

| 条件 | 構成要素 | 変数 |
|------------------------------|------------------------------------|----------------------|
| 条件1 本人・家族の意思表示 | 高齢者の尊厳と自己決定の尊重 | 終末期・死についての本人との話合いの程度 |
| | 全般的 QOL | |
| | 死にゆく過程の全般的な状況 | |
| | 希望と期待 | |
| | 満足度 | |
| 条件2 ケアを支える介護力や周りの人々のサポート | 家族のニーズへの対処と負担感の軽減 | 介護力の程度 |
| | 死別および死別後の家族へのケア | |
| | 希望と期待 | |
| | 満足度 | |
| 条件3 終末期ケアを支える医学医療ケア | 症状マネジメント | 死亡前14日間の疼痛コントロール |
| | ケア提供者との関係 | |
| | 過不足のない治療 | |
| | 質の高いケア技術の実施 | |
| 条件4 本人や家族の願いを実現するためのケアマネジメント | 高齢者と家族・社会との関係を調整 | 在宅療養支援診療所との連携 |
| | ケアマネジメント(継続したケア,一貫したケアができるための調整など) | |

※補図ら⁶⁾の表をもとに筆者作成

分析は,まず,「終末期の質」の高さと4条件それぞれの関連を χ^2 検定で検討した。次に,「終末期の質」の高さに対して4つの条件のうちどの条件がどれくらい重要なのかを明らかにするため,主病名(“癌”ないし“非癌”)と評価者の実務経験平均年数(“7.5年以内”ないし“7.5年超”)を調整変数^{注4)}とし,4つの条件それぞれを強制投入する単変量ロジスティック回帰分析を行った。

統計学的検定には,IBM SPSS Statistics 23 for Windowsを用い,設問ごとに「不明」「記入なし」を除いたものを有効回答とみなし,5%未満を有意水準として分析した。

結果

1. 結果の概要

介護支援専門員及び利用者等に関する結果の概要を示す(表2)。

介護支援専門員143名の実務経験平均年数±標準偏差は7.5±3.6年で,基礎資格は約半数が介護福祉士であった。看取りに対する意識を問うたところ,利用者が「回復の見込みがなく徐々に悪化して死に至る病状」であった場合,7割弱(95人,66.9%)は自宅での療養が望ましいとし,過半数(78人,55.3%)が「利用者や家

族が望む場所での療養や看取りの支援」が最も看取りの質に影響すると考えていた。

介護支援専門員の所属先をみると,約6割(57.4%)が株式会社等の営利法人であり,同一法人もしくは診療報酬という「特別の関係」にある法人に医療機関をもつ事業所は25.5%と4分の1程度であった。

利用者の享年は83.9±10.4歳で女性がやや多い(76人,55.9%)。主な病名では,悪性腫瘍が54.0%(75人)と最多で,次いで心疾患(13人,9.4%)、脳血管疾患(10人,7.2%)の順であった。利用者の世帯類型は2世代同居が最多(50人,35.2%)だが,独居も2割(30人,21.1%)を占めた。介護サービス利用を除く主な介護者では,配偶者(51人,35.7%)、娘(38人,26.6%)、息子の嫁(20人,14.0%)となっており,家庭の介護力は,「主介護者と補助的介護者に相当」(48人,33.6%)と「主介護者1人に相当」(44人,30.8%)がそれぞれ約3割ずつみられた。

次に,目的変数及び説明変数となる項目の概要を示す(表3)。

目的変数とした「終末期の質」の高さの2群は,“終末期の質「高」”群が61人(42.4%)と“終末期の質「低」”群の83人(57.6%)に別れ,6件法の最低評価

「非常に質が低い」とした回答はなかった。

説明変数の4つの条件それぞれの回答状況を見ると、条件1（利用者・家族の意思表示）は“話し合い「多」”群が50人（36.0%）と“話し合い「少」”群が89人（64.0%）であった。同様に、条件2（ケアを支える介護力やサポート）は“介護力「高」”群が91人（63.6%）と“介護力「低」”群が52人（36.4%）、条件3（終末期ケアを支える医学医療ケア）は“疼痛なし”群が89人（69.0%）と“疼痛あり”群が40人（31.0%）、条件4（利用者や家族の願いを実現するためのケアマネジメント）では“利用”群が105人（72.9%）と“非利用”群が39人（27.1%）のそれぞれ2群に分けられた。

表2 結果の概要（1）

| | 項目 | 実数（割合%） |
|------------------------|--|------------|
| 介護支援専門員の属性 | 実務経験平均年数±標準偏差 | 7.5±3.6年 |
| | 基礎資格（上位3つ） | |
| | 介護福祉士 | 67 (47.2) |
| | 看護師・准看護師 | 30 (21.1) |
| | 社会福祉士・精神保健福祉士 | 14 (9.9) |
| | 「回復の見込みがなく徐々に悪化して死に至る病状」の場合の望ましい療養場所（上位3つ） | |
| | 自宅 | 95 (66.9) |
| | ホスピス等の専門医療機関 | 16 (11.3) |
| | わからない | 9 (6.3) |
| | 「看取りの質」に最も影響を与える支援（上位3つ） | |
| 利用者や家族が望む場所での療養や看取りの支援 | 78 (55.3) | |
| 利用者が望む療養生活上の希望の実現の支援 | 27 (19.1) | |
| 利用者や家族が死別の心構えや準備ができる支援 | 19 (13.5) | |
| 事業所の属性 | 運営法人の種類（上位3つ） | |
| | 株式会社等の営利法人 | 81 (57.4) |
| | 医療法人 | 27 (19.1) |
| | 社会福祉法人 | 19 (13.5) |
| 医療機関の有無 | 有り | 36 (25.5) |
| 利用者・家族の属性 | 享年±標準偏差 | 83.9±10.4年 |
| | 性別 | |
| | 男性 | 60 (44.1) |
| | 女性 | 76 (55.9) |
| | 主な病名（上位3つ） | |
| | 悪性腫瘍 | 75 (54.0) |
| | 心疾患 | 13 (9.4) |
| | 脳血管疾患 | 10 (7.2) |
| | 看取り時点での要介護度 | |
| | 要介護度5 | 55 (39.0) |
| | 要介護度4 | 32 (22.7) |
| | 要介護度3 | 20 (14.2) |
| | 要介護度2 | 21 (14.9) |
| | 要介護度1 | 12 (8.5) |
| | 世帯類型 | |
| | 独居 | 30 (21.1) |
| | 高齢者夫婦世帯 | 38 (26.8) |
| 2世代同居 | 50 (35.2) | |
| 3世代同居 | 18 (12.7) | |
| 主介護者の続柄（上位3つ） | | |
| 配偶者 | 51 (35.7) | |
| 娘 | 36 (26.6) | |
| 息子の嫁 | 20 (14.0) | |
| 家庭の介護力 ※介護サービス利用を除く | | |
| 主介護者2人以上に相当 | 15 (10.5) | |
| 主介護者と補助的介護者に相当 | 48 (33.6) | |
| 主介護者1人に相当 | 44 (30.8) | |
| 補助的介護者1人に相当 | 14 (9.8) | |
| 夜間のみ介護者あり | 7 (4.9) | |

表3 結果の概要（2）

| 変数名 | 項目 | 実数（%） | 群分け | |
|-------------------------|---------------------------|--------------|------------|---------|
| 利用者の死および死に至る過程の質（終末期の質） | 1.非常に質が高い | 16 (11.1) | ケアの質「高」 | |
| | 2.質が高い | 45 (31.3) | | |
| | 3.どちらかといえば質が高い | 67 (46.5) | ケアの質「低」 | |
| | 4.どちらかといえば質が低い | 14 (9.7) | | |
| | 5.質が低い | 2 (1.4) | | |
| | 6.非常に質が低い | 0 (0.0) | | |
| 終末期ケアの質を高める4条件 | 条件1 終末期・死についての本人との話し合いの程度 | 1.よく話合った | 11 (7.9) | 話し合い「多」 |
| | | 2.話合った | 39 (28.1) | 話し合い「少」 |
| | | 3.あまり話合わなかった | 41 (29.5) | |
| | | 4.話合わなかった | 48 (34.5) | |
| | 条件2 介護力の程度 | 1.十分な介護力があつた | 30 (21.0) | |
| | | 2.介護力があつた | 61 (42.7) | 介護力「低」 |
| | | 3.やや介護力があつた | 36 (25.2) | |
| | | 4.介護力があつた | 16 (11.2) | |
| | 条件3 死亡前14日間の疼痛コントロール* | 1.痛みなし | 43 (29.9) | |
| | | 2.苦痛なし | 46 (31.9) | 疼痛あり |
| | | 3.苦痛あり | 40 (27.8) | |
| | | 4.不明 | 15 (10.4) | |
| | 条件4 在宅療養支援診療所の利用 | 1.利用していた | 105 (72.9) | |
| | | 2.利用していなかった | 36 (25.0) | 非利用 |
| | | 3.不明 | 3 (2.1) | |

※ 問題となる症状がなかった場合には1を、症状があつても緩和できていれば2に該当

2. 「終末期の質」と4つの条件との関連

「終末期の質」の高さと4つの条件との χ^2 検定の結果を表4に示す。

まず、「終末期の質」の高さと条件1について、“話し合い「多」”群における“終末期の質「高」”群の割合は62.0%と6割を超える一方で、“話し合い「少」”群では32.6%と3割程度にとどまり、その差は有意であった（ $\chi^2=11.29$, $p<.01$ ）。

条件2、条件3、条件3においても、より条件が整えられているとみなすことのできる群において、“終末期の質「高」”群との有意な関連がみられた。介護力の程度を問うた条件2では、“介護力「高」”群に占める“終末期の質「高」”群が7割（70.0%対34.8%、 $\chi^2=12.00$, $p<.01$ ）、同様に、疼痛コントロールの状態をみた条件3では“疼痛なし”群で5割強（51.7%対30.0%、 $\chi^2=5.24$, $p<.05$ ）、在宅療養支援診療所の利用の有無による条件4では“利用”群で5割強（46.7%対27.8%、 $\chi^2=3.93$, $p<.05$ ）を占めていた。

表4 終末期の質と4つの条件との関連 (χ^2 検定)

実数 (%)

| | | 終末期の質の高さ | | 合計 |
|--------------------------|---------|-----------|-----------|-------------|
| | | 終末期の質「高」 | 終末期の質「低」 | |
| 条件1** 本人との終末期・死についての話し合い | 話し合い「多」 | 31 (62.0) | 19 (38.0) | 50 (100.0) |
| | 話し合い「少」 | 29 (32.6) | 60 (67.4) | 89 (100.0) |
| 条件2** 介護サービス等の利用を含む介護力 | 介護力「高」 | 21 (70.0) | 9 (30.0) | 30 (100.0) |
| | 介護力「低」 | 39 (34.8) | 73 (65.2) | 112 (100.0) |
| 条件3* 疼痛コントロール | 疼痛なし | 46 (51.7) | 43 (48.3) | 89 (100.0) |
| | 疼痛あり | 12 (30.0) | 28 (70.0) | 40 (100.0) |
| 条件4* 在宅療養支援診療所の利用 | 利用 | 49 (46.7) | 56 (53.3) | 105 (100.0) |
| | 非利用 | 10 (27.8) | 26 (72.2) | 36 (100.0) |

** : $p < 0.01$, * : $p < 0.05$

分析の第二段階として、主病名と実務経験平均年数を調整変数とし、4つの条件を単独で説明変数として投入した単変量ロジスティック回帰分析の結果を表5に示す。

最もオッズ比が高かったのは条件2の介護サービス等の利用を含む「介護力「高」」(ref:「介護力「低」」)の3.60 ($p < 0.05$)であった。次いで、条件1の終末期・死についての本人との「話し合い「多」」(ref:「話し合い「少」」)の2.88 ($p < 0.05$)、条件3の症状マネジメント「疼痛なし」(ref:「疼痛あり」)の2.62 ($p < 0.05$)、条件4の在宅療養支援診療所の「利用」(ref:「非利用」)の2.56 ($p < 0.05$)、の順となった。

表5 4つの条件との関連 (ロジスティック回帰: 強制投入法)

| | 条件 | 説明変数 | Exp (B) | CI 95% | |
|----------|-----|------------------------------------|---------|--------|------|
| | | | | 下限 | 上限 |
| 終末期の質の高さ | 条件1 | 終末期・死についての本人との話し合い「多」(ref:話し合い「少」) | 2.88* | 1.33 | 6.24 |
| | 条件2 | 介護サービス等の利用を含む介護力「高」(ref:介護力「低」) | 3.60* | 1.47 | 8.81 |
| | 条件3 | 症状マネジメント 疼痛なし (ref:疼痛あり) | 2.62* | 1.13 | 6.04 |
| | 条件4 | 在宅療養支援診療所の利用 (ref:非利用) | 2.56* | 1.08 | 6.10 |

* | $p < 0.05$

考察

今回、「終末期ケアの質を高める4条件」と「終末期の質」との関連を量的に確認できたものの、次の点に留意する必要がある。まず、4つの条件を表すとみなした変数が説明できる範囲の限界である。説明変数は各条件の構成要素(表1)をもとに決定したが、構成要素そのものが抽象的な概念であり、取り上げた変数が構成要素のすべてを網羅しているとは言い切れず、本分析は当該変数が説明できる範囲内における「終末期の質」との関連をみたものである。また、分析に用いたデータは横断的研究によるもので、因果関係を直接的に示すとは限らない。しかし、4つの条件は「終末期の質」の評価が定まる以前に存在したもので、これらの条件が「終末期の質」に影響をもたらした可能性が高い。

これらを踏まえたうえで、2つの視点から考察を行う。

1. 「4つの条件」はなぜ「終末期の質」と関連するのか

看取りにかかる質の評価手法をみると、ケアの成果だけではなく、最期のときを迎えるまでの過程やケアの構造への着目など多様であり、測定する概念や枠組みは定まっていない^{6, 7)}。そこで本調査では、介護支援専門員が評価した「終末期の質」の高さを指標とし、4つ条件との関連を検証した。

条件1に含まれる利用者の終末期医療等の希望を取り上げると、近年ではLet Me Decideの思想やりビング・ウイルへの理解に広がりが見られるものの、いまだ広く

一般に定着しているとはいえない⁹⁾。また、終末期医療の希望伝達の方法をみると、会話と記録がともにない者と記録がない者を合わせると9割近くにのぼり¹⁰⁾、大多数は意思表示の書面を作成していない¹¹⁾。このような現状では、かかわる専門職による丁寧なアセスメントがなければ、利用者の意思を尊重した看取りの実現は難しい。

また、介護保険サービスがあったとしても在宅での介護において家族の役割は大きく、それだけ「終末期の質」にも影響を及ぼす。在宅療養開始時には介護者に不眠によるつらさ¹²⁾があり、長期化すれば主介護者のQOLの低さや介護負担感の強さに結びつくことになる¹³⁾。さらに、介護者の精神的安定は在宅療養の満足や看取り時の満足とも関連¹⁴⁾するだけでなく、家族の介護負担の大きさは利用者の精神状態や疼痛にも関連するという¹⁵⁾。つまり、条件2が整えられない環境下では、利用者とともに介護者のQOLをも低めることとなる。

条件3にかかり日本老年医学会の立場表明¹⁶⁾は、苦痛の緩和とQOLの維持・向上への最大限の配慮の必要性を謳っており、それを「最善の医療およびケア」とする。実際に、訪問看護師は看取りの時期を家族の絆を深める時期と捉え¹⁷⁾、その価値は療養者のQOLの優先にあり¹⁸⁾、寄り添いながら最期の過ごし方の意向を引き出している¹⁹⁾。このような利用者や家族の思いをもとにした目標志向的な取り組みは、直接的な医学医療ケアの充実にとどまらず、条件4の「利用者や家族の願いを実現するためのケアマネジメント」の取り組みにもつながっていくだろう。ただし、それは過不足のない医学医療ケアの提供があつてのことである。介護支援専門員が抱える在宅ホスピスケア困難要因²⁰⁾をみると、往診医の不在や医師との連絡の困難さなど、医療提供体制や医療職との連携の不備が困難さをもたらしていた。このことから、条件4の“利用”群では、医療と介護の連携を進める在宅療養支援診療所の利用を通してケアマネジメント（継続したケア、一貫したケアができるための調整）がなされ、終末期の質に影響を及ぼす結果となったと推察される。

これらの検討を踏まえ、4つの条件の整備を進めることは「終末期の質」を高めることに結びつく可能性が示唆され、妥当性があると考えられる。

2. 4つの条件の妥当性が示された意義と有用性の課題

看取りにおける患者と家族への質の高いケア提供を目的としたツールには、Liverpool Care Pathwayがあり、その有用性が示されている²¹⁾。ツールの使用主体を医療職とし、死までの限られた時間の中で特定の問題の解決を図るには有効なツールといえる。

他方、4つの条件の特徴は、ケアの開始期から多職種でゴールを共有する目標志向型アプローチを前提とすることにある⁶⁾。

終末期ケアは高い専門性が要求される一方で、細田²⁾がチーム医療の4つの要素の相克関係を示しているように、専門性が違えば視点や重要性の認識も異なり、専門性志向が優位となることの弊害もある。問題解決のために問題志向を強めればかえって協働を難しくするため、IPWでは目標志向型アプローチが基本となる。今回、4つの条件の妥当性が確認できたことは、IPWにおける共通目標としての有用性を示すことにもなるだろう。

それでは、4つの条件をもとにした多職種協働による看取りの課題は何か。すでに、4つの条件をケアに活かすためのツールが示され⁵⁾、そのツールを用いた研修プログラムも開発されている⁸⁾。換言すれば、そのような仕掛けがなければ、4つの条件の整備を専門性が異なる多職種のチームで意識し続けることは難しい。

特に在宅療養ともなれば、地域の多機関・多職種で構成されたチームがかかわることになる。職種ごと、分野ごと、ではなく、実際にチームを組む現任の多職種を対象とした教育の機会が必要である。しかし、現実はその機会の創出は、自己研鑽に取り組む個々の倫理観と所属先等の理解にゆだねられている。「地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針」²²⁾などが示されているが、4つの条件を整えられるIPWを推進するためには、そのための教育を受ける機会の創出や費用面での優遇などの選択的誘因をマクロレベルで検討する必要もあるだろう。

結語

本研究では、「終末期ケアの質を高める4条件」の妥当性と有用性を量的に実証するため、介護支援専門員が評価する「終末期の質」との関連を検討した。その結果、条件1；利用者・家族の意思表示、条件2；ケアを支える介護力やサポート、条件3；終末期ケアを支える医学医療ケア、条件4；利用者や家族の願いを実現する

ためのケアマネジメント、の各条件は「終末期の質」の高さと関連することが確認できた。「終末期の質」を高めるための指標として「終末期ケアの質を高める4条件」の整備状況を問うことには妥当性があり、IPWの推進において有用である一方で、多職種が4つの条件にもとづくIPWを学ぶ機会の創出に課題がある。

謝辞 本研究はJSPS科研費JP26590120, JP17K04291の助成を受けたものです。

注

- 1) 本稿では、end-of-life careの訳語として「終末期ケア」の表現を用い、その定義は、日本エンドオブライフケア学会が定めたエンドオブライフケアの定義「すべての人に死は訪れるものであり、年齢や病気であるか否かに関わらず、人々が差し迫った死、あるいはいつかは来る死について考え、最期までその人らしい生と死を支えること、ならびに生と死を見送った家族が生きることを支えるケア」とする。
- 2) わが国では、「在宅で死を迎えることこそが望ましい死」という、いわば在宅死至上主義に基づき死が語られることが多かった。しかし、実際には、緩和ケア病棟に比べ在宅医療の質は低く³⁾、看取った遺族の満足度には「看取りの場」は関連していない⁴⁾。丁寧なケアマネジメントが終末期ケアの質を高める可能性が示され⁵⁾、様々な居所において最期を迎えるに至ったプロセスの検討が重ねられた結果、質の高い終末期ケアを実現するための必要条件として導き出されたのがこの4条件である。
- 3) 終末期(ケア)の質の評価指標は、患者・家族の視点で作成されたものとケア提供側の視点で作成されたものに整理でき、前者はより主観的なアウトカム指標を用いていることなどに相違点がある⁶⁾。また、「終末期の質」の評価は、end-of-lifeを評価するものとしてQOLやQODなど患者・家族側の要因に関心を持ち、「終末期ケアの質」の評価ではcareが直接的な評価対象と整理できるが、両者は明確に区別されないことが多い。本稿で取り上げた4つの条件は、「終末期ケア」の質を高める条件として紹介されているため、本稿では「終末期ケア」と表記する。
- 4) 主病名を調整変数としたのは、終末期ケアの質を基礎疾患別に比較した研究⁵⁾において、がんで高く脳卒中とその他の疾患で低く現れることが指摘されてい

ることによる。実務経験平均年数についても同様に、提供したケアの自己評価の変容には実務経験年数が影響する可能性が示されている⁸⁾ことから、調整変数として投入した。

文献

- 1) 埼玉県立大学編(2009)『IPWを学ぶ—利用者中心の保健医療福祉連携』中央法規出版
- 2) 細田満和子(2012)『「チーム医療」とは何か—医療とケアに生かす社会学からのアプローチ』日本看護教育出版会
- 3) 杉本浩章, 近藤克則, 樋口京子, 他(2007)「緩和ケア用MDS-PC日本語版の信頼性と有用性」『病院管理』44(3), 49-57
- 4) 樋口京子, 近藤克則, 牧野忠康, 他(2000)「在宅療養高齢者の看取り場所の希望と「介護者の満足度」に関する要因の検討」『厚生学』48(13), 8-15
- 5) 宮田和明, 近藤克則, 樋口京子(2004)『在宅高齢者の終末期ケア—全国訪問看護ステーションに学ぶ』中央法規出版
- 6) 樋口京子, 篠田道子, 杉本浩章, 他編(2010)『高齢者の終末期ケア—ケアの質を高める4条件とケアマネジメント・ツール』中央法規出版
- 7) Van Soest-Poortvliet MC, van der Steen JT, Zimmerman S, et al. (2011), Measuring the quality of dying and quality of care when dying in long-term care settings: a qualitative content analysis of available instruments. *J Pain symptom Manage*, 42(6), 852-863
- 8) 杉本浩章(2017)「地域包括ケアシステム下での看取りを実現するための研修プログラム開発」『地域ケアリング』19(10), 91-95
- 9) 中里和弘, 島田千穂, 高橋龍太郎(2015)「終末期医療やケアの希望の伝達:「ライフデザインノート」の取り組み」『介護人材Q&A』(123), 68-78
- 10) 島田千穂, 中里和弘, 新井和子, 他(2015)「終末期医療に関する事前の希望伝達の実態とその背景」『日本老年医学会雑誌』52(1), 79-85
- 11) 終末期医療に関する意識調査等検討会(2014)「人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書」. [cited 15 Sep 2017]. Available from: [- 53 -](http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-

</div>
<div data-bbox=)

- Iseikyoku-Soumuka/0000041847_3.pdf
- 12) 畑（富壽）ゆかり，原田三奈子，高岡智子，他（2015）「終末期の在宅療養者の家族は何をつらいとっていたか？」『Palliative Care Research』10（1），125-133
- 13) Meyers, J.L., Gray, L.N. (2001). The relationships between family primary caregiver characteristics and satisfaction with hospice care, quality of life, and burden, *Oncol Nurs Forum*, 28（1）, 73-82
- 14) 秋山明子，沼田久美子，三上洋（2007）「在宅医療専門機関における在宅での高齢者の看取りを実現する要因に関する研究－療養者の遺族を対象とした調査による検討－」『日本老年医学会雑誌』44（6），740-746
- 15) Harding, R., Higginson, I J., Donaldson, N. (2003). The relationship between patient characteristics and carer psychological status in home palliative cancer care. *Support Care Cancer*, 11（10）, 638-644
- 16) 日本老年医学会（2012）「「高齢者の終末期の医療およびケア」に関する日本老年医学会の「立場表明」2012」. [cited 15 Sep 2017]. Available from : <https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/proposal/pdf/jgs-tachiba2012.pdf>
- 17) 川上千春（2012）「終末期がん患者を在宅で看取る家族介護者の心の拠り所となるピリーフと苦悩の構造および訪問看護師の捉え方」『お茶の水看護学雑誌』6（1），36-53
- 18) 松村ちづか，筑後幸恵（2005）「訪問看護師の在宅での看取りに関する価値観」『埼玉県立大学紀要』7，35-41
- 19) 米澤純子，杉本正子，新井優紀，他（2014）「独居がん終末期患者の在宅緩和ケアにおける訪問看護師の支援と連携」『日保学誌』17（2），67-75
- 20) 原田小夜（2011）「介護支援専門員の在宅ホスピスケア困難要因と関連要因の検討」『日健医誌』2（1），31-37
- 21) 菅野雄介，平原優美，荒木和美，他（2014）「在宅緩和ケアにおけるLiverpool Care Pathway日本語版在宅バージョンの開発と実施可能性の検討」『Palliative Care Research』9（4），112-120
- 22) 厚生労働省（2016）「地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針（総合確保方針）」（平成28年12月26日一部改正版）。[cited 15 Sep 2017]. Available from : <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12401000-Hokenkyoku-Soumuka/0000146722.pdf>

Verification of Validity and Utility of “Four Conditions to Enhance Quality of End of Life Care”

Hiroaki SUGIMOTO

Department of Welfare Science,
Faculty of Welfare and Health Science
Fukuyama Heisei University

Abstract

This study aimed to quantitatively examine the relationship between “4 conditions to enhance the quality of end of life care” (Condition 1: Confirmation of intention, Condition 2: Care capacity, Condition 3: Medical care, Condition 4: Care management) and quality of life at terminal stage.

Method: This study distributed a questionnaire to all 623 home care support offices in City A and obtained responses from 225 care support specialists, who were the participants in the present study. Among these participants, analyzed 143 cases of those engaged in care for patients on their deathbeds. In analysis divided them into 2 groups according to the presence or absence of each of 4 conditions and compared “Quality of life at terminal stage” using a χ^2 test and univariate logistic regression analysis.

Results: For “Quality of life at terminal stage” in the case of Condition 2, the “care capacity “high” group (ref. “ care capacity “low” group) showed the highest odds ratio of 3.60 ($p<.05$), and Condition 1, Condition 3, Condition 4 were also significant.

Conclusion: Four conditions were suggested to link to enhancement of care quality, and their validity and utility as a care index were elucidated.

KEY WORDS : Elderly; Four Conditions to Enhance Quality of End of Life Care;
Validity and Utility