

在宅療養高齢者の看取り場所の希望と 「介護者の満足度」に関連する要因の検討

—終末期に向けてのケアマネジメントに関する全国訪問看護ステーション調査から—

ヒグチ キョウコ コンドウ カツノリ マキノ タダヤス
樋口 京子*1 近藤 克則*2 牧野 忠康*3
ミヤタ カズアキ スギモト ヒロアキ
宮田 和明*4 杉本 浩章*5

目的 高齢者一人ひとりの「死の迎え方」(看取り方)の希望を尊重するケアが求められている。「介護者の満足度」でターミナルケアの質を評価した場合、自宅で死亡することは常に質が高いと言えるのか、どのようなケアが質を高めるのかを明らかにする目的で、介護者の「死の看取り方」の希望やケアマネジメントに着目して実際の死亡場所と「介護者の満足度」に関連する要因を検討した。

方法 1998年8月現在の全国の訪問看護ステーション全数2,935のうち、「調査に協力する」とした856ステーション(29.2%)に質問紙を郵送した。高齢者や介護者の「死の迎え方」(看取り方)の希望や実際の死亡場所、ケア過程、看護者が推定した「介護者の満足度」(5段階)等を含む調査票への記載を訪問担当看護者に依頼した。427ステーションから回答が得られ(回収率49.9%)、訪問看護を受けた後1999年9月から11月の3か月間に死亡した65歳以上の高齢者1,305人を分析対象とした。

結果 在宅療養高齢者の平均年齢は82.8歳、在宅死亡割合(在宅死亡人数/総死亡人数)は、50.4%(658人/1,305人)であった。入院理由は、呼吸困難や急変などの医学的理由が73%であった。「介護者の満足度(5段階)」の平均±標準偏差は 3.7 ± 1.2 で、「自宅で死にたい」かどうかについての「本人の希望」より「介護者の希望」により強く関連していた。自宅死亡で常に介護者の満足度が高いとは限らず、介護者が病院を希望していたが「自宅で死亡」した場合には、「介護者の満足度」は 2.8 ± 1.2 で、病院に入院して死亡した群よりも低かった($p=0.03$)。また、丁寧なケアマネジメントの実施が「介護者の満足度」に影響を及ぼすことが推察された。たとえば、自宅を希望し「病院で死亡」した人で見ると、満足度が4～5段階と高かった群で、在宅療養を希望した理由の実現度(5段階)が高かったこと(4.1 vs 3.2 , $p<0.01$)、段階的な死の教育を行い(77.4% vs 45.5% , $p=0.04$)、看取り場所の希望の再確認(93.8% vs 63.6% , $p=0.02$)をしていた人が有意に多かった。

結論 高齢で介護力があり、訪問看護者が在宅で看取ることに積極的である場合、①訪問看護を受けていた在宅療養高齢者が終末期前後に入院する最大の理由は医学的理由であり、自宅で死亡するとむしろ「介護者の満足度」が低い場合も見られ、自宅死亡は病院死亡よりも質が高いと一概には言えないことが示された。②「介護者の満足度」は、高齢者本人および介護者をアセスメントし、「死の迎え方(看取り方)」の希望に基づきゴールを設定すること、終末期から臨死期の経過を予測し、家族への段階的な死の教育や「看取り方」の再確認など、ケアマネジメントを丁寧に実施することで、高められる可能性が示唆された。

キーワード 在宅高齢者、訪問看護、ターミナルケア、ケアマネジメント、介護者、満足度

*1 岐阜大学医学部看護学科講師 *2 日本福祉大学助教授 *3 同教授 *4 同教授 *5 同大学院研究生

I 緒 言

高齢社会を迎え、高齢者一人ひとりの価値観に基づいた「死の迎え方」の希望も多様化してきている。その希望や意思決定を尊重する幅広い選択肢を備えたターミナルケアが求められている^{1)~3)}。しかし、一部には「自宅で死にたい」という一般世論の大きさなどを根拠に、「自宅での死亡」が「病院での死亡」よりも、質が高いことを暗黙の前提とした見方がある。それに対し、医療の現場からは、治療すれば回復する可能性がある急性疾患の場合でも、「自宅死亡」を実現するために、必要な入院加療などが受けられない、いわゆる「みなし末期」の看取りが行われることで、かえって質が低下するのではないかと懸念がある⁴⁾。

高齢者のターミナルケアは多くの論議を呼んでいるが、その基礎資料となる実証的な研究は少ない⁵⁾。また、従来のターミナルケアについての研究は主にかん患者を中心としたものであった⁶⁾。そこで我々は、高齢者の在宅でのターミナルケアの質の向上に向けた基礎資料を得る目的で、全国の訪問看護ステーションを対象に2次にわたる探索的な調査研究を行った。

第1次調査では、訪問看護ステーションや地域の特性などが、在宅死亡割合（在宅死亡人数／総死亡人数）に及ぼす影響をステーション単位で検討した。第2次調査では、個別事例についての情報提供を依頼した。これまでに、在宅高齢者のターミナルケアの実態と「死亡場所」や「介護者の満足感」などに関連する要因についての分析結果を報告した⁷⁾⁸⁾。

本稿では、第2次調査データをもとに、介護者の看取り方の希望や終末期に向けて実施されたケアマネジメントなどのケア過程が、「介護者の満足度」にどのように関連するのかを実際の死亡場所（自宅・病院）群別に分析した。その結果、ケアの質を評価する一つの指標として用いた「介護者の満足度」で見る限り、自宅死亡が病院死亡よりも質が高いとは一概には言えず、丁寧なケアマネジメントによって「介護者の満

足度」を高めうる可能性など、興味ある知見が得られた。

II 対象と方法

(1) 対象

1998年8月の時点での全国の訪問看護ステーション全数⁹⁾2,935のうち第1次調査において「第2次調査に協力する」とした856ステーション(29.2%)。回答のあった427ステーション(回収率49.9%)から訪問看護を受けた後、1999年9月から11月の3か月間に自宅または自宅以外で死亡した利用者全数1,422人のうち、65歳以上の高齢者1,305人を分析対象とした。

(2) 方法

郵送による質問紙法（担当した訪問看護者に質問票の記載を依頼）。

(3) 調査実施期間

1999年12月～2000年1月

(4) 調査内容

質問票は、Denabedianの提唱した「①構造(structure)」「②過程(process)」「③成果(outcome)」の枠組みに沿って、在宅ケア用にAlbrechtが拡張した評価モデルなどを参考に設計した^{10)~13)}。内容は、①在宅療養者本人、家族の属性、②臨死期から死亡までの状況、③ケア過程、④ケアを終えての評価（担当看護者が推定した「介護者の満足度」（5段階）および「死および死に至る過程」の質に対する評価、判断の根拠の記述を含む）、⑤関わった各専門職属性の5領域にわたる合計87項目である。ケア過程については、訪問看護開始前後から死亡までの期間に実施されたケアだけでなくケアマネジメント（アセスメント、ゴール設定、予後予測、介入、モニタリングなど）についても尋ねた。この期間を橋本ら¹⁴⁾の分類を参考に4つに区分し、次のように定義した。①訪問開始期：訪問開始前後から2週間までの期間、②安定期：訪問開始後3週目頃から終末期の前までの期間、

③終末期：死亡の1週間前頃から死亡3日前頃までの期間、④臨死期：死がさし迫っている徴候があらわれた死亡3日前頃から死亡までの期間。

(5) 分析方法

連続変数の平均の比較にはt検定及び一元配置分散分析、比率の比較には χ^2 検定を用いて検討した。「介護者の満足度」については、連続変数と見なして分析した。統計解析には、SPSS for Windows (Ver.10) を用い、5%以下の危険率を有意とみなした。

Ⅲ 結 果

(1) 在宅高齢者および家族、関わった専門職の主な特徴

訪問看護ステーションから訪問看護を受けた後、死亡した在宅高齢者本人および家族、関わった専門職の主な属性を表1に示した。平均年齢は82.8歳で、主病名は、脳血管障害30.0%が悪性腫瘍26.4%よりも多く、6か月前の日常生活自立度が最重度のCランクの人が33.2%を占めていた。「介護力」(介護に専念できる主介護

者を1人、補助的介護者を0.5人として表したものの¹⁵⁾では、1.5人以上であった人は59.8%であった。看護者が評価した専門職の「在宅で看取ることに対する姿勢」の評価(「積極的」が5から「消極的」が1までの5段階)の平均±標準偏差は、主治医で3.4±1.3であり、「やや積極的」「積極的」をあわせると516人(43.0%)であった。一方、訪問看護者(自己評価)では、4.1±0.9であり、「やや積極的」「積極的」をあわせると847人(72.6%)であった。

(2) 在宅高齢者の「死の迎え方」および介護者の看取り場所についての希望

「自宅で死にたい」という本人の希望の表明は、文書で6人(0.5%)、口頭で314人(24.1%)であった。希望がなかった人は345人(26.4%)、意思表示できなかった人(意識障害や痴呆等)は218人(16.7%)であった。一方、介護者の希望は、自宅が588人(45.1%)、病院は291人(22.3%)、迷っていた人は172人(13.2%)などであった。

(3) 在宅高齢者の死亡状況と看取り後の「介護者の満足度」

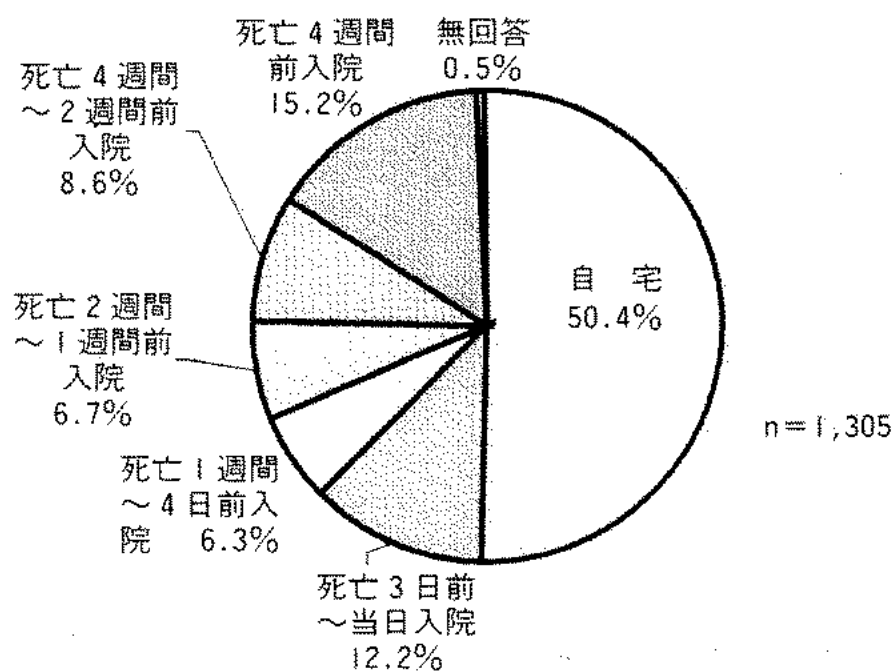
各ステーション利用者のうち、調査を実施した3か月間に死亡した人数の平均±標準偏差は、3.4±2.5人であった。在宅死亡割合(在宅死亡人数/総死亡人数)は、50.4%(658人/1,305人)であった。自宅以外で死亡した647人の入院時期別割合は、死亡当日から2週間前までをあわせて329人(25.2%)で、2週間以上の入院は25%弱にすぎなかった(図1)。主な入院および入所理由は、急変や呼吸

表1 在宅高齢者本人および家族、専門職の主な属性

項 目	人 数 (%)
性 別	男性667 (51.1), 女性638 (48.9)
死亡平均年齢±標準偏差	82.8±8.1, 男性80.9±7.7, 女性84.8±8.1
訪問看護開始時の主な病名	脳血管障害391 (30.0), 悪性腫瘍345 (26.4), 呼吸器疾患104 (8.0), 心疾患90 (6.9) 等
日常生活自立度Cランク※	死亡6か月前433 (33.2), 死亡1か月前798((61.1)
経 済 力	低い41 (3.1), やや低い97 (7.4), ふつう616 (47.2), やや余裕あり234 (17.9), 余裕あり276 (21.1)
世 帯 類 型	独居58人 (4.4), 高齢者夫婦世帯308人 (23.6), 2世代同居488人 (37.4), 3世代同居380人 (29.1)
主 介 護 者	配偶者493人 (37.8), 子世代732人 (56.1)
介 護 力**	1.5人以上:777人 (59.5), 1.0人:373人 (28.6), 補助的介助者1人以下131人 (10.0) 等
訪問看護ステーション	1事業所当たりの従事者総数:3.6人, 24時間連絡体制加算の届け出あり:64.9%
主治医の所属機関	病院・有床診療所:725 (55.6), 無床診療所:563 (43.1) 等
主治医の在宅で看取ることに対する姿勢	消極的134 (10.3), やや消極的127 (9.7), ふつう400 (30.7), やや積極的198 (15.2), 積極的363 (27.8)
訪問看護者の在宅で看取ることに対する姿勢	消極的12 (0.9), やや消極的18 (1.4), ふつう283 (21.7), やや積極的462 (35.4), 積極的485 (37.2)

注 n=1,305
※旧厚生省の「障害老人の(寝たきり度)判定基準」
**介護に専念できる主介護者を1人、補助的介護者を0.5人として表したもの

図1 死亡場所と入院時期



困難などの病状によるものが73.8%と一番多かった（複数回答）（図2）。また、終末期を自宅で過ごした人で臨死期に向けて急変などを予測し、事前に入院先のめどをつけていた人は、483（全体の37.0%）であった。

看取り後、担当看護者が評価した「介護者の満足度」（「満足」が5から「悔いが残る」が1までの5段階）の平均±標準偏差は、 3.7 ± 1.1 であった。「満足」21.8%、「まあ満足」34.2%で、「悔いが残る」3.6%、「やや悔いが残る」12.5%を合わせると16.1%の人が悔いを残していた。

（4）「介護者の満足度」と高齢者本人の希望と実際の死亡場所との関係

高齢者本人の希望と実際に死亡した場所が一致していたか否かが、「介護者の満足度」にどのように関連しているかを検討した。対象は、「介護者の満足度」（5段階）と本人の希望の両方に記載があった人で、自宅希望群305人と「自宅を希望していなかった」群（以下「自宅希望なし群」）284人である。それぞれの群について実際の死亡場所が自宅か、病院か（入院時期が「死亡前7日未満（当日含む）」と「死亡7日以上前入院」に細分）に分けて、「介護者の満足度」の平均±標準偏差を比較検討した（図3）。

自宅希望群で「自宅で死亡」の人（n=224）は 4.1 ± 1.0 で最も高いのに対し、「死亡前7日未満（当日含む）入院」の人（n=42）は 3.3 ± 1.2 で、「死亡7日以上前入院」の人（n=39）は $3.8 \pm$

図2 入院理由（複数回答）

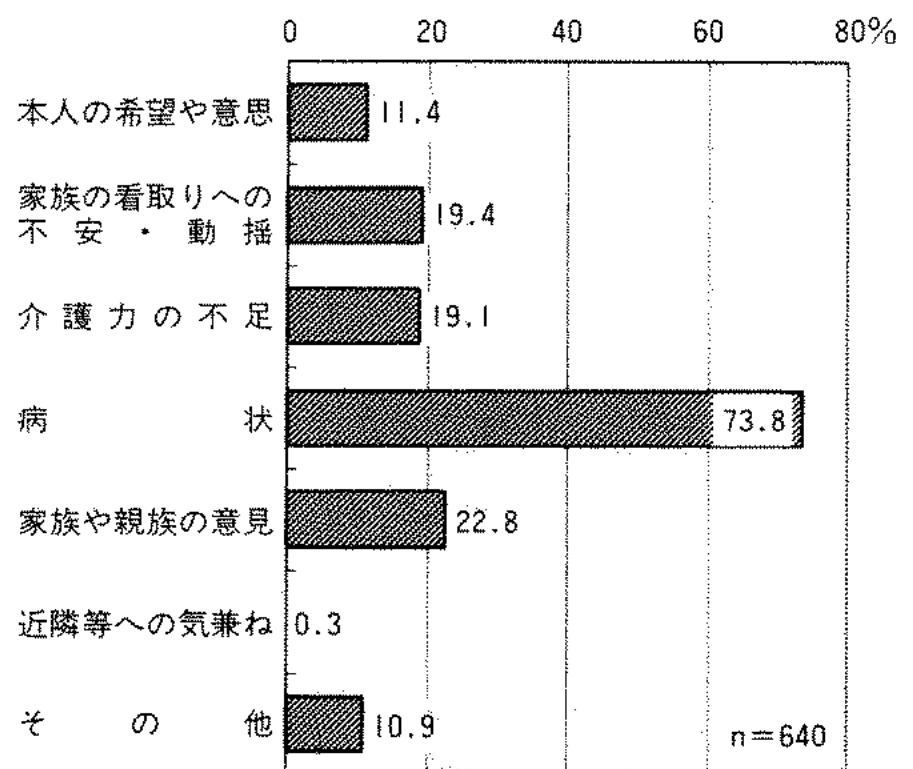
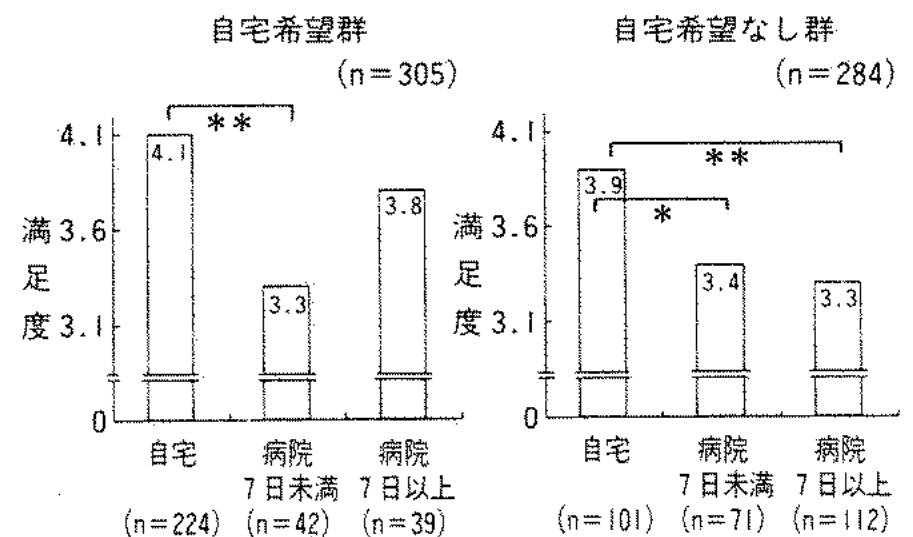


図3 高齢者本人の希望と死亡場所別「介護者の満足度」



1.2で、3群間に有意な差を認めた（ $p < 0.01$ ）。自宅希望なし群でも、「自宅で死亡」の人（n=101）は 3.9 ± 1.03 で最も高く、「死亡前7日未満（当日含む）入院」の人（n=71）は 3.4 ± 1.1 で、「死亡7日以上前入院」の人（n=112）は 3.3 ± 1.1 で、3群間に有意な差を認めた（ $p < 0.01$ ）。本人が自宅を希望していようといまいと自宅で看取った場合に、「介護者の満足度」は高くなっていた。

（5）「介護者の満足度」と介護者の希望と実際の死亡場所との関係

次に、介護者の看取り場所の希望別（自宅か病院か）に、同様の検討を行った。「介護者の満足度」（5段階）と介護者の看取り方についての希望の両方に記載があった、自宅希望群563人と

病院希望群227人について、比較検討した(図4)。

自宅希望群で「自宅で死亡」の人(n=455)の満足度の平均±標準偏差は 4.2 ± 0.9 で最も高く、「死亡前7日未満(当日含む)入院」の人(n=51)は 3.8 ± 1.0 で、「死亡7日以上前入院」の人(n=57)は 3.6 ± 1.1 で、3群間に有意な差を認めた($p < 0.01$)。注目すべきことに、病院希望群では、逆に「自宅で死亡」の人(n=18)は 2.8 ± 1.2 で最も低く、「死亡前7日未満(当日含む)入院」の人は 3.3 ± 1.1 、「死亡7日以上前入院」の人(n=137)は 3.5 ± 1.0 と、むしろ入院死亡の方が、しかも入院期間が長いほど「介護者の満足度」は有意に($p = 0.03$)高くなっていた。

(6) 「介護者の満足度」に関連する要因の検討

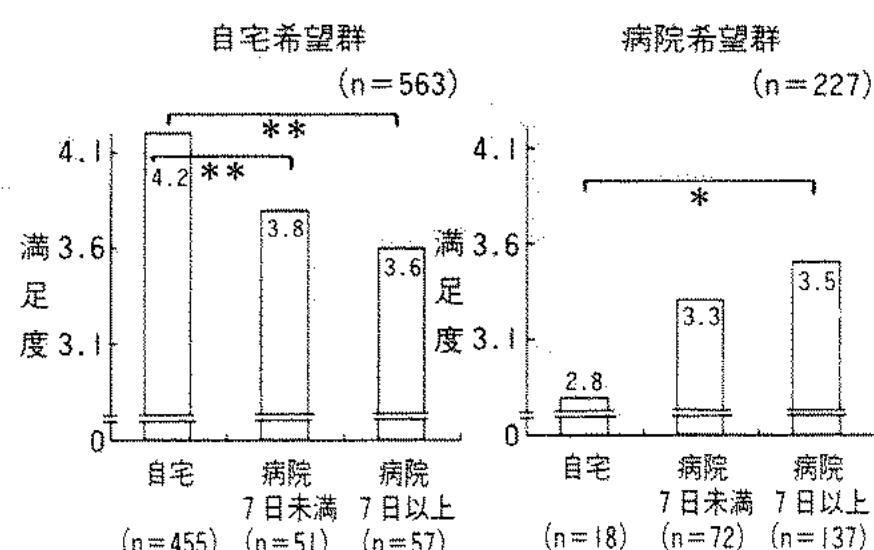
「介護者の満足度」は、看取り場所についての希望と実際の死亡場所により異なる傾向を示した。しかし、希望と死亡場所が同じ群の中にも満足度の高い群と低い群があったことから、他の要因も影響していることが推察できる。そこで、関連する要因を探るため、介護者の希望別(自宅・病院)×死亡場所(自宅・病院)別4群に分けて、満足度が4～5段階と高かった人と、満足度が1～2段階と低かったでケアマネジメントの過程などの特徴を比較検討した。

1) 自宅希望群で「自宅で死亡」した場合

自宅希望群で「自宅で死亡」の人(n=455)では、満足度が4～5段階と高かった人は387人(81.4%)、1～2段階と低かった36人(7.5%)であった。満足度が高かった群に有意に多かった項目は、在宅療養を希望した理由(自由な時間や家族や友人と過ごす時間の確保、好きなものを食べ、自由に入浴するなど)の実現度(5段階)が高かったこと(満足度が高かった群4.3 vs 満足度が低かった群3.7, $p < 0.01$, 以下同様に示す)や、終末期から臨死期に至る過程が事前の家族への説明通りであったこと(92.3% vs 75.8%, $p < 0.01$)であった。

また、看護者に記入を求めた「介護者の満足度」を判断する根拠となった介護者の発言内容

図4 介護者の希望と死亡場所別「介護者の満足度」



注 ** : $p < 0.01$ * : $p < 0.05$

を見ると、満足度が高かった群で、「本人の希望であった家で看取れてよかった」「苦しまなかった」「自分たちの最善を尽くして看取れた」などであった。満足度が低かった群で、「死に目に立ち会えなかった」「病状説明もなく、予期していない死であった」「説明を受けていたが、予想より早かった」「高熱が続き、苦しみながら死んだ」などであった。

2) 自宅希望群で「病院で死亡」した場合

自宅希望群で「病院で死亡」した人(n=108)では、満足度が高かった人は77人(70.7%)、低かった人は17人(15.6%)であった。満足度の高かった群に有意に多かった項目は、在宅療養を希望した理由の実現度が高かったこと(4.1 vs 3.2, $p < 0.01$)、段階的な死の教育の実施(77.4% vs 45.5%, $p = 0.04$)や、看取り場所の希望の再確認(93.8% vs 63.6%, $p = 0.02$)、病院所属の医師が主治医(68.8% vs 41.2%, $p = 0.03$)であった。

満足度が高かった理由は、「一時期、自宅で過ごせて満足」「自宅にいる間に思い出づくりができた」「介護に追われていたのでかえってゆっくり話す時間が持てた」などであった。満足度が低かった理由は、「最期まで自宅で看取りたかった」「こんなに早く逝くとは」「もう一度家へ帰るつもりだった」などであった。

3) 病院希望群で「病院で死亡」した場合

病院希望群で「病院で死亡」の人(n=209)のうち、満足度が高かった人は115人(55.1%)、低かった人は46人(22.0%)であった。満

足度の高かった群に有意に多かった項目は、終末期から臨死期に至る過程が事前の家族への説明通りであったこと (83.8% vs 50.0%, $p < 0.01$) や、主治医との間で看取り方についての事前同意 (86.6% vs 65.2%, $p = 0.03$)、家族への看取り場所の再確認 (86.6% vs 65.4%, $p = 0.02$)、病院所属の医師が主治医 (77.4% vs 60.9%, $P = 0.03$) や、コーディネーターがいたこと (88.6% vs 76.1%, $p = 0.04$) であった。

満足度が高かった理由は、「少しでも自宅で過ごせて満足」「自宅での看取りは初めから考えていなかった」「家族が介護できる限界まで在宅だった」などであった。満足度が低かった理由は、「こんなに早いとは」「もう少し早く入院したら苦しまなかったかも」「入院先の方針が違った。家の方が長生きできたのでは」などであった。

4) 病院希望群で「自宅で死亡」した場合

病院希望群で「自宅で死亡」の人は18人であった。満足度が低かった人は8人、満足度が高かった人は6人であった。満足度が低かった理由は、「こんなに早く逝くとは」「2週間ほど病状が不安定であったが入院の指示がないまま家で死んでしまった」などであった。満足度が高かった理由は、「本人の希望の通りになってよかった」高齢者夫婦世帯の例で「自分ひとりで最期まで看取れて安堵した」などであった。

IV 考 察

訪問看護ステーションから訪問看護を受けた後死亡した在宅療養高齢者の主な特徴は、がん患者以外の人75%であり、意思表明率が低く、寝たきり期間が長いなどであった。在宅での高齢者のターミナルケアの質を高めるためには、従来のがん患者中心ではなく、これらの特徴を踏まえた研究に基づくプログラムの開発が必要であることが示唆された⁵⁾⁶⁾。

在宅死亡割合は、50.4%であった。人口動態統計¹⁶⁾によれば、日本における65歳以上の自宅で死亡する人の割合は15.9%であり、80歳以上でも20.7%であるのに比べ高い。しかし、訪問看護を受けている場合に限ると、日本訪問看護

振興財団の調査結果では49.3%¹⁷⁾、川越らの調査¹⁸⁾では49.6%で、我々の第1次調査の結果は46.5%であった。今回の第2次調査に協力していただいた看護者がより在宅ターミナルケアに積極的な姿勢をもつ者を多く含むと推定されることを考慮しても、訪問看護を受けている場合の在宅死亡割合は50%弱の水準であると思われる。

今回の結果では、次の2つの点から、自宅死亡というだけではケアの質が高いとはいえないことが明らかになった。

1) 入院して死亡した高齢者の入院理由をみると、472人 (74%) が呼吸苦や急変などの医学的理由であった。これは全体の36%にあたる。また、臨死期に向けて主治医と担当看護者が急変などを予測し、事前に入院先のめどをつけていた人は483人 (全体の37%) であった。高齢者の場合でも終末期や臨死期に至る過程で緩やかな経過ばかりでなく、病状の急激な変化が3割強程度起こりうることを示された。急激な変化の後に、今回の対象者のように死に至るのか、それとも回復するのかを事前に予測することは難しい。したがって、このような患者を入院させないと「みなし末期」(治療の可能性があるにもかかわらず治療に反応しない末期とみなす) につながる危険性が高い。

さらに、入院した高齢者の約半数の入院期間は2週間以内であった。1年以上訪問看護を受けた高齢者が約3割いたことを考慮すると、病院で死亡といっても死亡直前まで在宅で看ていたことがわかる。このことから、医学的な理由で2週間前後の入院の後に死亡した人を「自宅での死亡でない」という理由だけで質が低いと評価するのは妥当でないことが示唆された。

2) 「介護者の満足度」は、本人の希望よりも介護者の希望に沿っているか否かによって影響を受けることが示された。特に介護者が看取り場所として病院を希望していたにもかかわらず、自宅で死亡した場合には、「介護者の満足度」は病院死亡の場合と比べても低く、むしろ入院期間が長いほど満足度は高くなっていた。少なくとも今回のように、ターミナルケアの質を評価

する一つの指標として「介護者の満足度」を用いる場合、自宅死亡であってもそれが介護者の希望に沿っていないと一概に質が高いとはいえないことが示唆された。

次に、終末期に向けて丁寧なケアマネジメントを実施することによって、「介護者の満足度」を高めうる可能性が推察された。自由記述の内容などから、望まれるケアマネジメントの具体的内容は、時期別に次の3つにまとめられる。

①訪問開始期：高齢者本人および介護者の在宅療養を希望した理由や「死の迎え方（看取り方）」の希望とその理由を確認すること。アセスメントに基づいて実現可能なゴールについて選択肢を提示し、本人や家族、主治医、訪問看護師でゴールを共有すること。

②安定期：在宅療養を希望した理由が実現できるような援助をすること。終末期に向けて予後予測に基づき、看取り方の選択に広がりをもたせるような段階的な死の教育を実施すること。入院の可能性がある場合、かかりつけ医と病院との間で機能的な連携ができ、死の迎え方の方針が受け継がれるように調整すること。

③終末期から臨死期：死に至るまでの経過を予測し、その都度家族へ説明すること。現実に向き合ってきた死に対する家族の受容状況を的確に捉え、死の看取り方や場所を再確認するなどモニタリングを確実に実施すること。

①訪問開始期について、今回の結果では、高齢者本人の希望の表明率は低く、介護者の希望の方が「死亡場所」や「介護者の満足度」により関連していた。また、介護者の希望は高齢者本人の希望や主治医の積極性や所属機関、介護力と関連していた⁸⁾。介護者の希望は、これらの要因と高齢者との長年の人間関係に基づき形成される。そのため、訪問開始時点ではほぼ固まっていた変えようとしても遅く、尊重する以外にないとも言われている¹⁹⁾。介護者の希望を尊重すると同時に、本人が希望を表出できるような場を設定すること、介護者との間で希望が異なる場合は、高齢者本人の意思の軽視につながらないよう留意し、ゴールを共有できるような働きかけが必要になる。

②安定期について、家族が自宅での看取りを希望していたが、医学的理由等で入院せざるを得ない状況になった場合でも、上記のような援助を丁寧に実施することで、入院を納得して受け入れ「介護者の満足度」も高くなる可能性が示された。一方、介護者が入院を希望している場合は、終末期を迎える前後の早い段階で入院できるよう主治医や後方病院と調整することが、「介護者の満足度」を高めるための鍵になることが明らかになった。

③終末期から臨死期について、臨死期に向かうほど医療の必要度が高まり介護負担は大きくなり、家族の予想を超えた変化も起こりうる。そのため、終末期前後からのケアマネジメントでは、病状の予測と説明とともに家族の余力や限界を予測すること²⁰⁾²¹⁾、本人や家族の揺らぎ等の反応を的確に捉えモニタリングすること¹²⁾、死の迎え方の方針が場所を変えても受け継がれるような調整をすることが重要となる。

本研究は探索的研究であるため、方法論上いくつかの制約を抱えている。第一に、今回の対象は、在宅療養が可能であった介護力に恵まれた高齢者や、在宅ターミナルケアに積極的な活動を展開していた訪問看護ステーションや看護師に偏っていた可能性が高いことである。第2に今回用いた「満足度」は、主観的評価として有効な指標²²⁾ではあるが、信頼性と妥当性に疑問の余地がある²³⁾²⁴⁾とされている。今回は郵送による質問紙法という制約から、家族や本人に直接ではなく、担当看護師に評価を求めたこと、などの点で限界を持っている。「満足度」については、信頼関係に基づいた少数例に対する参与観察型研究でなければ成果を期待できないことも指摘されている。その意味でも、結果の一般化にあたっては慎重さが求められる。

以上から、①在宅での高齢者のターミナルケアの質を高めるためには、がん患者を対象とした研究のみでは不十分であること、②ターミナルケアの質を死亡場所が自宅か否か、本人や介護者の希望どおりであったか否かだけで評価することは適切でないこと、③丁寧なケアマネジメントの実施が「介護者の満足度」を高める可

能性があること、などが示唆された。

今後、在宅ターミナルケアの質を高めるために、死亡場所以外の評価指標を開発すること、高齢者のがん患者以外にも適応できるケアプログラムやケアマネジメントの手法を開発することなどが求められている。

謝辞

お忙しい中、調査に協力いただき貴重な情報を提供してくださった全国の訪問看護ステーションに深謝いたします。

本研究は、「日本福祉大学在宅ターミナル研究会」が、平成11年度(財)長寿社会開発センター、住友海上福祉財団、12年度社会福祉・医療事業団の助成を受けた研究の一部である。なお、本研究の要旨は、第48回日本社会福祉学会で発表した。

文 献

- 1) 小笠原道男. 老人のターミナルケアのあり方. ターミナルケア 1992; 2(1): 7-10.
- 2) 植村和正, 井口昭久. ターミナルケア. 臨床医 2000; 26(2): 162-4.
- 3) 川越博美. 高齢者のターミナルケア. 保健の科学 1999; 41(5): 354-8.
- 4) 横内正利. 高齢者の自己決定権とみなし末期(上)ー自己決定権の落とし穴ー. 社会保険旬報 1998; 1991: 12-6.
- 5) 射場典子, 川越博美. わが国のターミナルケアに関する研究と今後の課題. 看護研究 2000; 33(4): 261-71.
- 6) Torren P. 岡村昭彦監訳. 成果, 失敗, そして未来: ホスピスを分析すると. シシリー・ソングス編著. ホスピスハンドブック. 東京: 家の光. 1984; 273-86.
- 7) 長寿社会文化研究会 (研究代表者 宮田和明). 介護保険下における在宅高齢者の介護問題とターミナルケアに関する調査研究報告書: (財)長寿社会開発センター (東京) 委託事業. 2000; 1-95.
- 8) 日本福祉大学福祉社会開発研究所. 在宅高齢者ケアのプライオリティに関する研究事業ー在宅高齢者のターミナルケアに関する全国訪問看護ステーション調査報告書ー: 社会福祉・医療事業団 (高齢者・障害福祉基金) 助成事業. 2000; 1-65.
- 9) 日本訪問看護振興財団. 日本訪問看護ステーション名簿. 1998年8月
- 10) Donabedian A. Outcome Measure in Home Care. Some Basic Issues in Evaluating the Quality of Health Care. National League for Nursing 1987; 3-28.
- 11) Albrecht M.N. The Albrecht Nursing Model for Home Health Care: Implications for Research, Practice, and Education. Public Health Nursing 1990; 7(2): 118-26.
- 12) 岡本玲子, 高崎絹子. 保健婦活動における在宅ケアマネジメント過程の質を構成する要素の検討. 日本在宅ケア学会誌 1998; 1: 46-55.
- 13) 近藤克則, 久世淳子, 牧野忠康他. 訪問診療・訪問看護対象患者の死亡場所に影響する因子. 在宅医療 2000; 26: 63-70.
- 14) 橋本恵美子, 正野逸子, 大田直美. 在宅療養のために提供されたケア. 橋本恵美子. 在宅において末期医療を受ける患者のケア評価ー医療・看護・福祉をとおしてー. 平成8年~10年科学研究補助金基盤研究(C)(2)研究成果報告書. 1999; 14-25.
- 15) 近藤克則, 安達元明. 脳卒中リハビリテーション患者の退院先決定に影響する因子の研究. 日本公衆衛生雑誌 1999; 46: 542-50.
- 16) 厚生省大臣官房統計情報部. 平成10年人口動態統計. 東京. 1998; 273
- 17) 日本訪問看護振興財団. 全国における訪問看護・家庭訪問サービス定点モニター調査. 東京. 1997; 29.
- 18) 川越博美 (アンケート集計・監修). 在宅高齢者に満足される「看取りのケア」. 訪問介護と看護 1998; 3(5): 321-32.
- 19) アリソンチャールズ, エドワーズ, 季羽倭文子監訳. 終末期ケアハンドブック. 医学書院. 東京. 1996; 7.
- 20) 川村佐知子. 訪問看護婦に求められる資質・能力・技術・教育. 看護 1995; 47(12): 34-44
- 21) Joyce V. Zerwekh. A Family Caregiver Model for Hospice Nursing The Hospice Journal. 1995; 10(1): 27-44.
- 22) Peter, A. Singer, Douglas K. Martin, Merrijoy Kelner. Quality End-of-Life Care. JAMA 1999; 281(2): 163-8.
- 23) 丸光恵. 「看護援助の効果」研究の意義と限界. インターナショナルナーシングレビュー. 1999; 22(2): 20-1.
- 24) ジュディアス, シャミアン. 看護の効果ー健康と費用効果の高い看護サービス. インターナショナルナーシングレビュー. 1999; 22(3): 35-41.