

在宅療養高齢者の看取りを終えた介護者の満足度の関連要因

—在宅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から—

シマダ チホ コンドウ カツノリ ヒグチ キョウコ
 島田 千穂*1 近藤 克則*2 樋口 京子*3
 ホンゴウ スミコ ノナカ タケシ ミヤタ カズアキ
 本郷 澄子*4 野中 猛*2 宮田 和明*5

目的 在宅ターミナルケアのアウトカム評価として、訪問看護師が介護者の満足度を推定して用いる際の留意点を検討するため、1)介護者本人が評価した満足度と、訪問看護師が推定した「介護者の満足度」との一致度を明らかにし、2)これら2つの満足度に関連する要因との比較を行うことを目的とした。

方法 3次に分けて行われた調査から得られたデータを統合し、訪問看護師を対象とした2次調査と介護者を対象とした3次調査の両方のデータが得られた65歳以上の高齢者229事例を対象とした。

結果 介護者本人が評価した満足度と、訪問看護師が推定した「介護者の満足度」とはおよそ7割が一致しているが、「悔い」については双方が一致していたのは3割であった。また、これら2つの介護者の満足度に関連する要因は異なることが明らかとなった。介護者本人が評価した満足度は、「できる限りの介護ができ(オッズ比5.0)」、「死への心構えや準備ができた(オッズ比3.0)」介護者ほど高くなり、看護師は、「死の時期の予測ができ(オッズ比3.4)」、「死亡場所が自宅(オッズ比2.5)」であるほど「介護者の満足度」が高いと推定していた。

結論 介護者は、主観的な思いが満足度を高める要因であったのに対し、看護師は、客観的な指標に基づき「介護者の満足度」を推定していた。看護師の推定する「介護者の満足度」を在宅ターミナルケアの評価指標として生かすためには、看護師がずれを発生させる要因を自覚し、ケアの過程で本人や家族の思いが表出できる機会を作り受けとめたり、死後の介護者へのグリーフケアで心理的な援助をするとともに、介護者の思いを確認する機会とするなど、看護師の推定した満足度とのずれを縮小させる方法が必要と考えられる。

キーワード 在宅ターミナルケア、高齢者、介護者満足度、アウトカム評価

I はじめに

入院日数の短縮化、脱施設の流れの中で、在宅で最期を看取ることのできるシステムづくりは不可欠である。そのためのアウトカム評価に関する研究が必要であり、特にこれまであまりなされてこなかった高齢者を対象としたターミナルケアの評価に関する研究は、今後の蓄積が

期待されている¹⁾。

在宅ケアのアウトカムを評価する重要性については、日本でも以前から議論されてきているが²⁾³⁾、その手法の確立には至っていない。アウトカム評価の先進国アメリカのホスピス協会(National Hospice Organization)では、ターミナルケア終了後のアウトカムを、①安全安楽な死のプロセス、②自己決定した死の迎え方、

* 1 社会福祉法人かがやき会地域ケア福祉研究所研究員 * 2 日本福祉大学社会福祉学部教授

* 3 岐阜大学医学部看護学科講師 * 4 四国大学短期大学部生活科学科講師 * 5 日本福祉大学学長

③悲嘆からの回復で評価しようとしている⁴⁾。ターミナルケアの評価では、死にゆく患者自身による評価⁵⁾⁶⁾も試みられているが、方法上、倫理上の問題が大きいことから、家族や介護者による評価が多くなされてきた。

日本において、在宅ターミナルケアの実践者は、患者自身が安楽に死を迎えられるよう支えること、後に残された介護者の悔いが最小限にとどめられるように支えることをめざしており⁷⁾、訪問看護師が在宅ターミナルケアの中で行った家族への支援に焦点を当てた評価の研究が報告されている⁸⁾⁹⁾。われわれも「残された介護者の満足度」を指標の1つとして用いる試みを報告した¹⁰⁾。

一方、遺族に回答を求めるような第三者による評価は、倫理的にも手続き的にも難しく、かかわった訪問看護師などが介護者の満足度を推定して評価する方法で研究されることが多い。われわれもこれまでに、訪問看護師が推定した介護者の満足度を指標としたいくつかの研究発表を行ってきた^{11)~15)}。

Singerらは、終末期ケアの質を評価する側面が医療専門職と患者とでは異なることを示しており¹⁶⁾、介護者本人が評価した満足度と、訪問看護師が推定した「介護者の満足度」との一致度や関連する要因の特性の検討は研究すべき課題である。

そこで、本研究では、在宅ターミナルケアのアウトカム評価として、訪問看護師が評価した介護者の満足度を用いる際の留意点を検討するため、介護者本人が評価した満足度と、訪問看護師の推定した「介護者の満足度」との一致度を明らかにし、これら2つの満足度に反映する要因との比較を行った。

II 対象と方法

(1) データ収集方法

本研究は、3次に分けて行った調査¹⁷⁾から得られたデータの一部を統合し、再分析したものである。各調査の概要は表1に示した。本研究の分析対象は、訪問看護師を対象とした2次調査と主介護者を対象とした3次調査の両方のデータが得られた65歳以上の高齢者229事例である。

(2) 分析方法

介護者の満足度については、①訪問看護師が推定した「介護者の満足度」について、介護者の発した言葉などの根拠と共に回答を求めたもの(2次調査)と、②介護者本人が看取りの1年後に当時の満足度を評価したもの(3次調査)との2つを用いた。いずれも5段階(「満足した」から「悔いが残った」)で評価した。一致度の分析では「満足した」と「やや満足した」を「満足した群」、

「悔いが残った」と「やや悔いが残った」を「悔いを残した群」とし、「どちらでもない」と回答した群との3段階に再カテゴリー化した。その他の分析では、「満足した」と「やや満足した」を「満足した群」とし、それ以外の回答をした群と比較した。

関連要因としては、3次調査の介護者による回答を用いた。「本人の死亡場所の

表1 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の概要

	調査時期	調査対象	回収数 (回収率)	主な調査項目
第1次調査 ¹²⁾	1999.11	1998年8月時点で開設されていた全国の訪問看護ステーション2,914事業所	1,325事業所 (45.5%)	ステーション単位のターミナルケアへの取り組み状況、在宅看取りに対する医師・看護師の意識、ケアマネジメントの内容など
第2次調査 ¹³⁾	1999.12 ~2000.1	第2次調査への協力を承諾した856事業所から訪問看護を受けて在宅療養をした後に1999年9月1日から11月30日までに死亡した全ケース	428事業所 (50.0%) 1,404事例(うち65歳以上1,305事例)	個別事例の死亡場所、療養者や家族の状況、ケアマネジメントの経過、看護師からみた家族の満足度やケアに対する看護師の評価など
第3次調査 ¹⁴⁾	2000.11 ~2001.1	第2次調査回答事例の主介護者	428事業所に主介護者への調査票配布を依頼し、うち304事業所が承諾 253事例(うち65歳以上229事例)	看取りの状況、主介護者からみた看取りの評価、在宅療養中の状況、看取りを終えた当時の満足感など

希望(自宅, 非自宅, 知らない)」、「実際の死亡場所(自宅, 非自宅)」, 介護中に得られたケアに関する「不安な時期の専門職への相談(した, しなかった)」、「専門職による死後の支えや慰め(あった, なかった)」, 看取りの状況について、「死の時期の予測ができた」「死への心構えや準備ができた」「死亡直前まで家で過ごせた」「できる限りの介護ができた」「死亡した者の望みが

かなえられた」の5項目(「あてはまる」から「あてはまらない」までの5段階)で評価した。看取りの状況についての5項目については、「あてはまる」と「ややあてはまる」を「できた」群とし、それ以外の回答をした群との2値とした。

介護者本人が評価した満足度と、訪問看護師が推定した「介護者の満足度」との一致度は、Cohenの一致度係数 κ を用いた¹⁸⁾。

介護者本人が評価した満足度と、訪問看護師が推定した「介護者の満足度」とに関連している要因を検討するため、それぞれについて、Spearmanの順位相関係数と多重ロジスティック回帰分析を行った。

III 結果

(1) 対象者の属性(表2)

回答者である介護者の属性についてみると、65歳未満が52.4%、65歳以上が47.6%であり、共に女性が8割以上を占めた。配偶者、実子、義理の子がそれぞれおよそ3分の1の割合となっていた。死亡者の性別は、85歳未満では男性が6割、85歳以上では女性が7割であった。

療養者の死亡場所の希望については8割の介護者が知っており、そのうち9割以上、全体の7割以上169人の療養者が自宅での死亡を希望していたが、実際に自宅で死亡した者の割合は6割未満であった。

(2) 専門職から得られたケア(表2)

介護中の不安について、専門職に相談した介護者は全体の7割であり、相談しなかった介護者の7割は不安がなかったとしている。

看取りを終えた後に訪問看護師や医師などによる支えや慰めが得られた介護者は7割であり、死後の支えや慰めを受けていない介護者75人の3割は必要を感じながらもケアを受けられていない状況にあった。

(3) 看取りについての思い(表2)

「死の時期の予測」ができた介護者は65.1%、「死への心構えや準備」ができた介護者は66.7%

表2 介護者と死亡者の属性および介護中に受けたケアと看取りの状況

	度数	%
介護者の年齢・性別		
65歳未満	118	52.4
男女	13	11.0
105歳以上	105	89.0
男女	107	47.6
介護者の続柄	20	18.7
配偶者	87	81.3
実子の他	80	34.9
義理の子	67	29.3
その他	76	33.2
死亡者の年齢・性別	6	2.6
65歳～84歳	114	49.8
男女	74	64.9
85歳以上	40	35.1
男女	115	50.2
死亡場所の希望	37	32.2
自宅	78	67.8
自宅以外	169	73.8
知らない	11	4.8
死亡場所	49	21.4
自宅	134	58.5
自宅以外	95	41.5
介護中の不安について専門職への相談	154	67.2
した	75	32.8
しなかった	16	21.3
不安がなかった	51	68.0
不安があった	8	10.7
専門職による死後の支えや慰め	154	67.2
あった	75	32.8
なかった	22	29.3
必要を感じなかった	41	54.7
必要性を感じた	12	16.0
死の時期の予測	136	65.1
できた	73	34.9
死への心構えや準備	140	66.7
できた	70	33.3
死亡直前まで家で介護	187	89.5
できた	22	10.5
できる限りの介護	204	94.0
できた	13	6.0
死亡者の望みが	151	72.6
かなえられた	57	27.4

であり、3割以上の介護者は、死の時期を予測したり、心構えや準備をしたりできずに看取りを終えていた。

また、9割の介護者は、「死亡直前まで家で介護」することができたと思っており、9割を超える介護者が「できる限りの介護」ができたと思っていた。一方、「死亡した人の望み」をかなえられたと思っていた介護者は7割であった。

(4) 看取りについての満足度 (表3)

介護者本人の看取りについて「満足した」「やや満足した」と評価していた事例は、148 (73.3%) であった。このうち、訪問看護師も「満足した」「やや満足した」と推定したのは116であり、78.4%で「満足した」との評価が一致していた。また、介護者本人が「悔いが残った」「やや悔いが残った」と評価していた事例は35 (17.3%) であり、そのうち訪問看護師も「悔いを残した」と推定した事例は10で、28.6%であった。

一致度をCohenの κ 係数でみると0.13となり、5%水準で有意であった。

(5) 満足度の関連要因 (表4・表5)

Spearmanの順位相関係数で、介護者本人が評価した満足度、訪問看護師が推定した「介護者の満足度」のそれぞれについて関連要因との関係を見ると(表4)、介護者本人が評価した満足度、訪問看護師が推定した「介護者の満足度」ともに有意な相関があったのは、「死への心構えや準備ができた(介護者評価と0.23, 看護師推定と0.20)」「死亡者の望みがかなえられた(介護者評価と0.14, 看護師推定と0.22)」であった。介護者の評価した満足度のみと有意に関連したのは、「できる限りの介護ができた(0.22)」であり、訪問看護師が推定した「介護者の満足度」と有意に関連したのは「死亡場所の希望を知っていた(0.21)」「死の時期の予測ができた(0.29)」「死亡直前まで家でできた(0.21)」「専門職による死後の支えや慰めが得られた(0.16)」であった。

表3 看取りについての介護者の満足度

介護者本人が評価した満足度	訪問看護師が推定した介護者の満足度			総数
	「悔いが残った」または「やや悔いが残った」	どちらでもない	「満足」または「やや満足」	
「悔いが残った」または「やや悔いが残った」	10 28.6 33.3	4 11.4 18.2	21 60.0 14.0	35 100.0 17.3
どちらでもない	4 21.1 13.3	2 10.5 9.1	13 68.4 8.7	19 100.0 9.4
「満足」または「やや満足」	16 10.8 53.3	16 10.8 72.7	116 78.4 77.3	148 100.0 73.3
総数	30 14.9 100.0	22 10.9 100.0	150 74.3 100.0	202 100.0 100.0

注 上段：度数
中段：主介護者評価に対する訪問看護師推定の%
下段：訪問看護師推定に対する主介護者評価の%
 $\kappa=0.13$ (p=0.018)

表4 介護者の満足度と関連要因の相関 (Spearmanの順位相関)

	介護者本人による評価	訪問看護師による推定
介護中の不安について専門職への相談	0.03	-0.03
死亡場所の希望を知っていた	-0.02	0.21**
死の時期の予測ができた	0.08	0.29**
死への心構えや準備ができた	0.23**	0.20**
死亡直前まで家でできた	0.12	0.21**
できる限りの介護ができた	0.22**	0.02
死亡者の望みがかなえられた	0.14*	0.22**
専門職による死後の支えや慰め	0.12	0.16*

注 **：p<0.01, *：p<0.05

介護者本人が評価した満足度と、訪問看護師が推定した「介護者の満足度」を従属変数としたロジスティック回帰分析の結果を表5に示した。独立変数は、年齢、死亡場所、続柄と、表4に示した項目のうち、介護者本人が評価した満足度と、訪問看護師が推定した「介護者の満足度」のいずれかに有意な相関がみられた項目を加えた。「死亡直前まで家で介護」の項目は、自宅で看取った介護者で「できなかった」と回答した者が0であったため、独立変数から除いた。

介護者本人が評価した満足度は、できる限りの介護ができたと感じ(オッズ比5.0)、死への心構えや準備ができ(オッズ比3.0)、死亡場所の希望を知らず(オッズ比2.9)、専門職による死後の支えや慰めが受けられたと感じている

(オッズ比2.2) 介護者ほど高くなっていた。一方、訪問看護師が推定した「介護者の満足度」は、死の時期の予測ができ(オッズ比3.4)、介護者が配偶者以外で(オッズ比3.0)、自宅で看取ることができた(オッズ比2.5) 介護者ほど高いと推定されていた。

IV 考 察

(1) 介護者本人が評価した満足度と訪問看護師が推定した「介護者の満足度」との一致度

本研究の結果から、介護者本人が評価した満足度と訪問看護師が推定した「介護者の満足度」とはおよそ7割が一致しているが、「悔い」については双方が一致していたのは3割であり、一致度を表す κ 係数は有意ながら低いことが示され、特に後悔の感情を把握することの課題が示唆された。

McPhersonら¹⁹⁾は、介護者と療養者本人の状態把握の一致度に関する研究のレビューを行い、利用しているサービスの評価、療養者の症状、ADLなど観察しやすい点については一致度が高い一方で、痛みや感情などの主観的な体験については一致度が低い傾向を示したと報告している。本研究は満足度という主観を対象としており、同様の結果が示されたと言える。

(2) 介護者本人が評価した満足度に関連する要因

介護者本人が評価した満足度にどのような要因が反映されているかをロジスティック回帰分析の結果からみると、介護者が評価した満足度には、「できる限りの介護ができた」「死への心構えや準備」という介護者の主観的な思いが強く関連していた。満足度は、期待が小さいほど大きくなるというように期待の大きさと逆の関連を示し²⁰⁾、「できる限り」という介護者が自己限定した範囲内での達成度が満足度につながっていると考えられる。在宅療養中の介護者は「在宅で看取る」ことについて揺らぎや不安を感じることは既に報告した¹¹⁾。Mahonもまた、死を迎える過程における介護に対する期待は一定

表5 介護者本人が評価した満足度と訪問看護師が推定した介護者の満足度の関連要因(多重ロジスティック回帰分析)

	オッズ比	95%信頼区間
介護者本人が評価した満足度		
死亡者の年齢が80歳以上 ²⁾	1.8	0.8-4.1
死亡場所の希望は非自宅 ³⁾	2.9	0.3-26.8
死亡場所の希望は知らなかった ³⁾	2.9*	1.1-7.7
死亡場所が自宅 ⁴⁾	1.5	0.7-3.5
介護者が配偶者以外 ⁵⁾	0.8	0.3-1.8
死の時期の予測ができた	0.6	0.3-1.4
死への心構えや準備ができた	3.0*	1.3-7.1
できる限りの介護ができた	5.0*	1.3-19.3
死亡者の望みがかなえられた	1.1	0.4-2.6
専門職による死後の支えや慰め	2.2*	1.1-4.5
訪問看護師が推定した介護者の満足度		
死亡者の年齢が80歳以上 ²⁾	0.6	0.2-1.6
死亡場所の希望は非自宅 ³⁾	0.6	0.1-2.9
死亡場所の希望は知らなかった ³⁾	0.9	0.4-2.3
死亡場所が自宅 ⁴⁾	2.5*	1.1-5.7
介護者が配偶者以外 ⁵⁾	3.0*	1.1-8.2
死の時期の予測ができた	3.4**	1.4-8.1
死への心構えや準備ができた	1.2	0.5-2.9
できる限りの介護ができた	1.0	0.2-5.4
死亡者の望みがかなえられた	2.2	0.9-5.5
専門職による死後の支えや慰め	1.6	0.7-3.7

注 1) **: $p < 0.01$, *: $p < 0.05$
 2) 80歳未満と比較
 3) 死亡場所の希望が自宅と比較
 4) 死亡場所が自宅でないものとの比較
 5) 配偶者と比較
 6) その他は「しなかった」「できなかった」ものとの比較

であるかどうかについて考慮する必要があると述べている²¹⁾。これらのことから、訪問看護師は介護者が「できる範囲」や「心構え」などをどのように認知しているかを必要な時期に何度でもアセスメントし、在宅療養中に家族ができることの限界を状況に応じて伝えることによって「できる限りできた」という介護者の思いを支え、介護者満足につなげることができると考えられる。

さらに、介護されていた者の死後、専門職による支えや慰めの重要性も示された。死後のグリーフケアの内容に関するわれわれの研究においても、多くの介護者が看護師によるお悔やみの訪問を肯定的に評価し、慰めや励ましなどを一番多く提供してくれる人として、看護師を評価していた²²⁾。専門職による介護者への心理的なアプローチの重要性が示されたと考える。

一方、療養している対象者の死亡場所の希望を知らなかった介護者の満足度が高いことが示された。療養者本人の意思の確認は、死にゆく過程の自己決定を尊重するという点で重要なア

セメント項目である⁹⁾。結果では示さなかったが、死亡場所別の「生前の死亡場所の希望」と介護者の満足度との間には有意な関連はみられなかった。本人の死亡場所についての意思表示と介護者の満足度との関連については、今後の研究課題となろう。

(3) 介護者本人が評価した満足度と訪問看護師が推定した「介護者の満足度」とに関連する要因の比較

介護者本人が評価した満足度と、訪問看護師が推定した「介護者の満足度」とでは、関連する要因が以下のように異なっていた。

第一に、訪問看護師は、看取りの時に「死の時期の予測ができた」と考えた場合に、予測ができなかった場合より「介護者の満足度」が高いと推定していた。死の時期の予測は、最期の場合を整えるために必要なものとされ²³⁾、専門的な知識を必要とされる領域でもある。また、死の時期の予測をすることにより看護師側が描く理想の「よりよい看取り」が実現しやすいとも言える。介護者本人が評価した満足度の関連要因から考えると、死の時期の予測を、介護者の「死への心構えや準備」のためや、「できる限りの介護ができた」という思いを強化するために生かしたりすることができた場合に介護者の満足度を高めることができると考えられる。

第二に、訪問看護師は、死亡場所が自宅である場合に「介護者の満足度」が高いと推定していた。「在宅で最期を迎えられたこと」は評価の客観性において優れているが、介護者本人が評価した満足度は、死亡場所との関連はみられないことが再確認された。このことは言い換えれば、たとえ在宅で看取りができなくとも、満足できる終末期ケアが実現できる可能性を示唆している。

第三に、訪問看護師は、介護者が配偶者である場合に満足度が低くなると推定していた。同様に、介護者が実子である場合に満足度が高くなるという報告もある²⁴⁾が、この報告も記録と訪問看護師へのインタビューをデータとしており、訪問看護師は配偶者である場合の介護者の

満足度を低く推定しやすい傾向がある可能性が考えられる。一方、配偶者の死は、HolmesとRaheのライフイベント²⁵⁾からみると大きなストレスであることが知られている。介護者調査を行ったのは看取りから1年経過した後であり、介護者はある程度の「死の受容」が進んだ可能性もある。今回の結果には、調査を行った時期が影響している可能性も考えられる。

以上、訪問看護師が推定する「介護者の満足度」には客観的で専門性が求められるような要素が、介護者本人が評価する「満足度」には主観的な認知に関連する要素が反映していることが示唆された。このずれは、訪問看護師が自らのケアを評価する上で自覚しておくべきことであると考えられる。

このずれを解消する1つの方法として、ターミナルケアの過程で、死を自分や家族の問題として話し合える機会をつくるのがケアの提供者に求められている。利用者、家族の思いを確認し、ケアチーム内で情報を共有するための記録様式を用いた報告²⁶⁾や、ケア計画を説明する方法²⁷⁾を用いた実践報告²⁸⁾などでみられるように、利用者や家族の思いとケアがずれないように配慮が必要である。

また、死後の訪問、すなわちグリーンケアも介護者の満足度を確認する機会として生かすことができると考えられる。死後の訪問時に、介護者と共に看取りの過程をふりかえることは、介護者の満足度を高めると同時に、看護師の思いと看護者の思いとのずれを知り、ケアの質をより適切に評価する機会にもすることができる。

(4) 本研究の限界

本研究の対象者の6割は在宅で死亡していた。当時の人口動態統計によれば、死亡者のうち在宅での死亡者は3割未満である。本研究の対象者が、訪問看護を受け、在宅療養ができていた高齢者を対象としていたこと、訪問看護ステーションを通して依頼をし、看取りの1年後の3次調査にも協力を得られた対象に限られていたことによる避けがたいバイアスがある。したがって、この結果はあらゆる高齢者に普遍化でき

セメント項目である⁹⁾。結果では示さなかったが、死亡場所別の「生前の死亡場所の希望」と介護者の満足度との間には有意な関連はみられなかった。本人の死亡場所についての意思表示と介護者の満足度との関連については、今後の研究課題となろう。

(3) 介護者本人が評価した満足度と訪問看護師が推定した「介護者の満足度」とに関連する要因の比較

介護者本人が評価した満足度と、訪問看護師が推定した「介護者の満足度」とでは、関連する要因が以下のように異なっていた。

第一に、訪問看護師は、看取りの時に「死の時期の予測ができた」と考えた場合に、予測ができなかった場合より「介護者の満足度」が高いと推定していた。死の時期の予測は、最期の場合を整えるために必要なものとされ²³⁾、専門的な知識を必要とされる領域でもある。また、死の時期の予測をすることにより看護師側が描く理想の「よりよい看取り」が実現しやすいとも言える。介護者本人が評価した満足度の関連要因から考えると、死の時期の予測を、介護者の「死への心構えや準備」のためや、「できる限りの介護ができた」という思いを強化するために生かしたりすることができた場合に介護者の満足度を高めることができると考えられる。

第二に、訪問看護師は、死亡場所が自宅である場合に「介護者の満足度」が高いと推定していた。「在宅で最期を迎えられたこと」は評価の客観性において優れているが、介護者本人が評価した満足度は、死亡場所との関連はみられないことが再確認された。このことは言い換えれば、たとえ在宅で看取りができなくとも、満足できる終末期ケアが実現できる可能性を示唆している。

第三に、訪問看護師は、介護者が配偶者である場合に満足度が低くなると推定していた。同様に、介護者が実子である場合に満足度が高くなるという報告もある²⁴⁾が、この報告も記録と訪問看護師へのインタビューをデータとしており、訪問看護師は配偶者である場合の介護者の

満足度を低く推定しやすい傾向がある可能性が考えられる。一方、配偶者の死は、HolmesとRaheのライフイベント²⁵⁾からみると大きなストレスであることが知られている。介護者調査を行ったのは看取りから1年経過した後であり、介護者はある程度の「死の受容」が進んだ可能性もある。今回の結果には、調査を行った時期が影響している可能性も考えられる。

以上、訪問看護師が推定する「介護者の満足度」には客観的で専門性が求められるような要素が、介護者本人が評価する「満足度」には主観的な認知に関連する要素が反映していることが示唆された。このずれは、訪問看護師が自らのケアを評価する上で自覚しておくべきことであると考えられる。

このずれを解消する1つの方法として、ターミナルケアの過程で、死を自分や家族の問題として話し合える機会をつくるのがケアの提供者に求められている。利用者、家族の思いを確認し、ケアチーム内で情報を共有するための記録様式を用いた報告²⁶⁾や、ケア計画を説明する方法²⁷⁾を用いた実践報告²⁸⁾などでみられるように、利用者や家族の思いとケアがずれないように配慮が必要である。

また、死後の訪問、すなわちグリーンケアも介護者の満足度を確認する機会として生かすことができると考えられる。死後の訪問時に、介護者と共に看取りの過程をふりかえることは、介護者の満足度を高めると同時に、看護師の思いと看護者の思いとのずれを知り、ケアの質をより適切に評価する機会にもすることができる。

(4) 本研究の限界

本研究の対象者の6割は在宅で死亡していた。当時の人口動態統計によれば、死亡者のうち在宅での死亡者は3割未満である。本研究の対象者が、訪問看護を受け、在宅療養ができていた高齢者を対象としていたこと、訪問看護ステーションを通して依頼をし、看取りの1年後の3次調査にも協力を得られた対象に限られていたことによる避けがたいバイアスがある。したがって、この結果はあらゆる高齢者に普遍化でき

るものではないことに留意が必要である。

謝辞

本研究は、平成11年度(財)長寿社会開発センター、平成11年度(財)住友海上福祉財団、平成12・14年度社会福祉・医療事業団、平成14年度笹川医学医療研究財団の助成を受けて行った研究の一部である。記して感謝します。

文 献

- 1) Bosanquet N, Salisbury C. Providing a palliative care service; towards an evidence base. New York: Oxford university press, 1999; 130.
- 2) 村嶋幸代, 金曾任, 福井小紀子, 金川克子. ホームケアにおけるアウトカムについて. 看護研究 1997; 30: 351-63.
- 3) 島内節, 清水洋子, 友安直子, 他. 在宅の利用者アウトカムに影響するケア項目と実施度. 日本地域看護学会誌 2002; 4: 27-33.
- 4) Head B. Hospice outcomes; meeting requirements and developing a national consensus. Home Healthcare Nurse 2001; 19: 290-6.
- 5) Hinton J. How reliable are relatives' retrospective reports of terminal illness? Patients' and Relatives' accounts compared. Social Sciences and Medicine 1996; 43: 1229-36.
- 6) Ratner E, Norlander L, McSteen K. Death at home following a targeted advance-care planning process at home; The Kitchen Table Discussion. Journal of American Geriatrics Society 2001; 49: 778-81.
- 7) (財)日本訪問看護振興財団. 終末期ケア体制のあり方に関する研究; 訪問看護ステーションから見た終末期ケアの現状と課題. 2002; 平成13年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金事業(管理者インタビュー調査・スタッフグループインタビュー調査結果)
- 8) 松村ちづか, 川越博美. 熟練訪問看護者の意思決定の構造; 在宅療養者の自己決定への支援. 日本地域看護学会誌 2001; 3(1): 19-25.
- 9) 川越博美, 長江弘子, 酒井昌子, 他. 訪問看護の効果; 在宅ターミナルケア. 看護研究 2002; 35(1): 45-55.
- 10) 樋口京子, 近藤克則, 牧野忠康, 他. 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. 厚生」の指標 2002; 48: 8-15.
- 11) 近藤克則. 高齢者の在宅死と終末期ケアの質; 在宅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の結果から. 社会保険旬報 2002; 2129: 24-8.
- 12) 長寿社会文化研究会(代表=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報告書. 2000; 長寿社会開発センター委託事業.
- 13) 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; 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. 2000; 社会福祉・医療事業団(高齢者・障害福祉基金)助成事業.
- 14) 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; 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(第三次調査報告書). 2001; 社会福祉・医療事業団(高齢者・障害福祉基金)助成事業.
- 15) 樋口京子, 近藤克則, 宮田和明. 在宅高齢者におけるターミナルケアの質の評価に関する研究. ホスピスケアに関する研究報告. 2003; 笹川医学医療研究財団. 印刷中
- 16) Singer PA, Martin DK, Kelner M. Quality End-of-Life Care; Patients' perspectives. JAMA 1999; 281: 163-8.
- 17) 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; 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(総合版). 2001; 社会福祉・医療事業団(高齢者・障害者福祉基金)助成事業.
- 18) Cohen J. A Coefficient of Agreement for nominal scales. Educational and Psychological Measurement 1960; 20: 37-46.
- 19) McPherson CJ, Addington-Hall JM. Judging the quality of care at the end of life; can proxies provide reliable information? Social Science and Medicine 2003; 56: 95-109.
- 20) Owens DJ, Batchelor C. Patient satisfaction and the elderly. Social Science and Medicine 1996; 42: 1483-91.
- 21) Mahon PY. An analysis of the concept 'patient satisfaction' as it relates to contemporary nursing care. Journal of Advanced Nursing 1996; 24: 1241-8.
- 22) 本郷澄子, 近藤克則, 牧野忠康, 他. 在宅高齢者のターミナルケアにおいて介護者が求めている支援. ターミナルケア 2003; 13(5): 404-11.
- 23) 戈木クレイグヒル滋子. 最期の場を整える; 看護技術としての子どもの死の時期の予測. 日本看護科学会誌 2001; 21: 50-60.
- 24) 小林奈美. 要介護高齢者を看取り終えた介護者の感想とその満足に関連する要因の検討; 一都市における訪問看護指導対象者の調査から. 日本地域看護学会誌 1999; 1: 30-5.
- 25) Holmes TH, Rahe RH. The Social Readjustment Rating Scale. Journal of Psychosomatic Research 1967; 11: 213-8.
- 26) Linkewich B, Setliff AE, Poling M, et all. Communicating at life's end. The Canadian Nurse 1999; 41-4.
- 27) Norlander L, McSteen K. The Kitchen Table; A creative way to discuss end-of-life issues. Home Healthcare Nurse 2000; 18: 532-9.
- 28) Ratner E, Norlander L, McSteen K. Death at home following a targeted advance-care planning process at home; the Kitchen Table Discussion. Journal of American Geriatrics Society 2001; 49: 778-81.