



介護職員の看取りに対する認識と認識に影響する要因—混合研究法を用いた探索的研究—

川上, 嘉明 ; 浜野, 淳 ; 小谷, みどり ; 桑田, 美代子 ; 山本, 亮 ; 木澤, 義之 ; 志真, 泰夫

(Citation)

Palliative Care Research, 14(1):43-52

(Issue Date)

2019

(Resource Type)

journal article

(Version)

Version of Record

(URL)

<https://hdl.handle.net/20.500.14094/90006106>



介護職員の看取りに対する認識と認識に影響する要因—混合研究法を用いた探索的研究—

川上 嘉明¹⁾, 浜野 淳²⁾, 小谷みどり³⁾, 桑田美代子⁴⁾, 山本 亮⁵⁾,
木澤 義之⁶⁾, 志真 泰夫⁷⁾

1) 東京有明医療大学 看護学部 看護学研究科, 2) 筑波大学 医学医療系, 3) シニア生活文化研究所,

4) 青梅慶友病院 看護介護開発室, 5) 佐久総合病院佐久医療センター 緩和ケア内科,

6) 神戸大学医学部附属病院 緩和支援診療科, 7) 公益財団法人筑波メディカルセンター

【目的】高齢者施設における介護職員の看取りに対する認識とその認識に影響する要因を明らかにすること。【方法】全国の高齢者施設に勤務する介護職員 500 人に対しインターネットによるアンケート調査(質問調査)を行い, その中から 10 人の介護職員にインタビュー調査を行った。【結果】質問調査では, 看取りをするために重要と考える施設・制度について, 施設の方針(41%), 医療職との連携(38%)などが選択され, 心配なこととして利用者の容態が急に変化し亡くなること(53%)などが選択された。インタビュー調査では看取り経験にかかわらず, 看取りの経過がわからず不安があり, 看取りに関する体系的な学習および経験をすることで変化する看取りへの思いが述べられた。【結論】看取りに対する体系的な学習および実際に看取りを経験することが, 高齢者施設で看取りを進める際に介護職員の認識に影響する重要な要因であることが示唆された。

Palliat Care Res 2019; 14(1): 43–52

Key words: 高齢者施設, 看取り, エンドオブライフ・ケア, 介護職員

緒 言

わが国の総死亡数は 2040 年に約 168 万人に達し, 75 歳以上の後期高齢者死亡は 85.1%を占めるようになると推計されている¹⁾。その高齢者の死亡場所について, 2016 年には老人保健施設および老人ホーム(特別養護老人ホーム, 養護老人ホーム, 軽費老人ホームおよび有料老人ホーム)での死亡数が高齢者死亡全体の 10%を超え増加を続けている²⁾。今後は独居高齢者の増加, 家族介護力の低下等から, 高齢者が入所しケアを受ける施設での死亡数はさらに拡大することが予測されている³⁾。

ところが原則として看取りをしないことを方針とする施設や, 看取りに関する介護保険報酬の加算要件である「看護職員との 24 時間の連絡体制の確保」「看取りに関する職員研修の実施」が困難との理由で看取りが

できない, またこうした加算要件は満たせないが看取りを行っている施設等があり^{4,5)}, 施設における看取りの取り組みにはばらつきがある。

そして, 施設の管理者を対象とした調査によると, 看取りに直接的に関わる介護職員の負担が増すことの懸念が, 看取りに取り組めない理由の一つとなっている^{6,7)}。そのため施設における看取りの促進や質の向上には, 介護職員の負担の軽減につながるやりがいや満足感等介護職員の認識が重要であると考えられている^{8,9)}。

また, 介護職員の「看取りに前向きな認識」や「看取りを恐れない態度」といった態度や認識には, 看取りの経験および看取り研修の体験が影響するとされている^{10–12)}。しかし, すでに看取りが行われているグループホームや有料等老人ホーム等を含む施設で働く介護職員について, 看取りに対する認識やその認識に影響を与える具体的な内容については明らかにされていない。

本研究の目的は, 高齢者が入所しケアを受けている施設の介護職員を調査対象として, 看取りに対する認識とその認識に影響する要因を具体的に明らかにすることである。また, 副次的に看取り経験に関連する認識を検討する。

受付日 2018 年 7 月 29 日 / 改訂日 2019 年 1 月 28 日 / 受理日 2019 年 2 月 1 日

Corresponding Author: 川上嘉明

東京有明医療大学 看護学部 看護学研究科

〒135-0063 東京都江東区有明 2-9-1

TEL 03-6703-7000 FAX 03-6703-7100

E-mail: y-kawakami@tau.ac.jp

方 法

用語の操作的定義

(1) 高齢者施設：老人保健施設(以下、老健)および老人ホーム、グループホーム(以下、GH)、介護が必要な高齢者を集合的にケアしている施設と定義する。

(2) 看取り：全国老人福祉施設協議会による「近い将来、死が避けられないとされた人に対し、身体的苦痛や精神的苦痛を緩和・軽減するとともに、人生の最期まで尊厳ある生活を支援すること」¹³⁾を看取りの定義とする。

調査対象

インターネットリサーチ会社に登録する全国の介護職員 2,459 人(2017 年 5 月現在)のなかで、高齢者施設で 1 年以上介護に従事している 20～69 歳の男女に質問調査への回答を求めた。なお、インターネットによるアンケート調査を利用した先行研究から^{14,15)}、妥当なサンプル数として有効回答した先着回答者 500 人を調査対象者とした。

そのなかでインタビュー調査に協力可能と返答した 36 名のうち、老健、特別養護老人ホーム(以下、特養)、GH、その他の施設に勤務する者の中から看取り経験がある者 6 名、経験がない者 4 名に対しインタビュー調査を行った。

調査方法

インターネットによるアンケート調査(以下、質問調査)は、登録者数が最も多いとされる株式会社クロスマーケティングに依頼し、ウェブサイトを活用した回答の結果を Excel データにて受け取った。その後、同調査で協力可能と回答した介護職員に対しインタビューガイドに沿ってインタビュー調査を実施した。インタビューガイドは特養の施設長として看取りを行っていた研究者(Y.K.)が起案し、本研究の研究者全員で検討し作成した。面接は 1 人あたり 50 分程度の半構造化面接とし、研究者(Y.K.)が行った。看取りの操作的定義は提示せず、調査対象者のもつ看取りの概念にゆだね調査を行った。調査期間は、2017 年 5 月～10 月であった。

調査項目

1. 質問調査

(1) 質問調査対象者の属性

介護職員の基本属性(年齢、性別、所属施設、取得資格、経験年数)、および 2016 年 4 月から 1 年間の看取りの経験数を尋ねた。

(2) 看取りに対する介護職員の認識に関する調査項目

看取りに関する介護加算を算定できない理由についての調査結果や看取りについて特養の介護職員が考えている内容から^{5,11,16)}、次の質問項目を作成した。

(ア) 高齢者施設で看取りをするため重要と考える施設・制度に関すること

「高齢者施設の看取りに対する方針」「施設長の看取りに対する考え方」「医師との連携」「看護師やスタッフとの連携」「職員への教育」「夜勤の介護職員の増員」「看取りのガイドラインまたは基準の明確化」「看取りのマニュアルの整備」「利用者・家族への看取りについての周知と意思の確認」「看取りのための環境整備(看取り時の個室や家族の宿泊のためのスペース)」「介護職員の理解と協力」「介護職員の精神的負担へのケア」「介護報酬等の増額」「その他」「上記に当てはまるものはひとつもない」の中から、重要と考えるものを 3 つ選択することを求めた。

(イ) 勤務する施設で看取りを行う上で心配するケアに関すること

「利用者がいつ亡くなるのか、判断できないこと」「利用者や家族にどのように声をかければよいか、わからないこと」「利用者やその家族の意向に沿う看取りができるか、わからないこと」「医師や看護師とうまく連携できるか、わからないこと」「利用者の容態が急に変化し、亡くなること」「施設内で看取りを行うことで、利用者の不安が増すこと」「看取りの経験や知識の不足のため、看取りに対する自分自身の不安があること」「その他」「上記のような心配なことはとくにない」について、心配なことを複数選択可として回答を求めた。

(ウ) 看取りに関して学習したことがあること

「人が死に至る自然の経過について」「心肺停止など、急に状態が変化した時にどう対応するか」「心肺停止時における救命処置」「利用者やその家族と話し合う方法や看取りの方針を決めるやり方について」「心肺停止時における救命処置以外の対応」「遺体のケア(死後処置)について」の各項目に対して、その学習の有無を尋ねた。

2. インタビュー調査

(1) インタビュー調査対象者の属性

介護職員の基本属性(年齢、性別、所属施設、取得資格、経験年数)および 2016 年 4 月から 1 年間の看取りの経験数を尋ねた。

(2) 看取りの認識と認識に影響する要因

インタビュー調査では、(ア)医師・看護師との連携：「医師とはどのように連携していますか。また死亡診断はどのようにされていますか。看護師とはどのように連携していますか」、(イ)施設の看取り方針と自分の考え：「看取りの方針はありますか、それについてどのように考えますか」、(ウ)看取りの実施の有無と考えについて：「看取りをしていること、していないことについて、どのように考えますか」、(エ)看取り経験

がある場合はその思いや課題：「看取りについてどう受け止めていますか、また課題に思うことはどのようなことですか」、(オ)看取りに関する施設内研修の有無や内容：「施設では研修が行われていますか、行われている場合、どのような内容ですか」、(カ)必要と考える学習内容：「看取りをする上で必要と考える学習の内容はどのようなことですか」について質問をした。

分析方法

質問調査では、回答者の基本属性について記述統計量を算出した。看取り経験数別(0人、1～5人、6人以上)に回答者を3グループに層別化しこれを説明変数とし、高齢者施設で看取りをするため重要と考える施設・制度に関すること、勤務する施設で看取りを行う上で心配するケアに関すること、看取りに関し学んだ経験がある内容をそれぞれ目的変数として、Spearmanの順位相関係数を用いて解析を行った。有意水準を0.05以下とし、両側検定とした。統計ソフトはJMP Pro 14を使用した。

インタビュー調査の分析については質的研究の評価として、Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ)¹⁷⁾を用いた。

調査の内容をICレコーダーに記録し逐語録を作成後、各質問の回答に相当する記載を意味単位としてテキストの切り出しを行い、その回答者の看取り経験の有無を記載した。次に意味内容が同じテキストをテキスト単位群として、テキストの注目すべき語句を含みテキスト単位群を説明するサブカテゴリを作成した。その後、それらが意味をもってつながるテーマを捉えてカテゴリを作成した。

分析は、研究者(Y.K.)と、看取りの経験と研究が豊富な共同研究者(M.K.)との協議によって合意が得られるまで繰り返し検討した。さらに緩和ケア領域を専門とする共同研究者により結果が納得できるものか確認するメンバーチェックを行った。

倫理的配慮

東京有明医療大学の倫理審査委員会の承認を得て実施した(承認番号—有明医療大倫理承認第216号、同一有明医療大倫理承認第237号)。

結 果

1. 質問調査

(1) 調査対象者の属性(表1)

調査の対象となった介護職員500人の基本属性であるが、介護職員の平均年齢は47歳±10歳で、性別は男性が55%であった。所属施設の種別では、特養が36%、老健が18%、有料老人ホーム17%、GH16%、その他の施設は12%であった。取得資格は介護福祉士

表1 質問調査の対象となった介護職員の属性(n=500)

項目	n	%
年齢		
平均±SD	47±10	
20～29	35	7%
30～39	144	29%
40～49	175	35%
50～59	118	24%
60～	28	6%
性別		
男性	276	55%
女性	224	45%
施設種別		
特別養護老人ホーム	182	36%
老人保健施設	92	18%
有料老人ホーム	85	17%
グループホーム	81	16%
その他の高齢者入所施設	60	12%
取得資格		
介護福祉士	395	79%
その他の介護職関連資格	92	18%
無資格	13	3%
経験年数		
1年以上3年未満	50	10%
3年以上5年未満	77	15%
5年以上	373	75%
看取りの経験数(2016年4月から1年間)		
0人	198	40%
1～5人未満	235	47%
5人以上	67	13%

が79%、その他の関連資格18%、無資格3%で、経験年数は、1年以上3年未満が10%、3年以上5年未満が15%、5年以上が75%であった。2016年4月から1年間の看取り経験数0人が40%、1～5人未満が47%、5人以上が13%であった。

(2) 看取りに対する介護職員の認識(表2)

(ア) 高齢者施設で看取りをするため重要と考える施設・制度に関すること

回答数が多かったものから「高齢者施設の看取りに対する方針」206件、「看護師やスタッフとの連携」192件、「利用者・家族への看取りについての周知と意思の確認」138件、「医師との連携」127件であった。

(イ) 勤務する施設で看取りを行う上で心配するケアに関すること

回答数が多かったものから「利用者の容態が急に変化し、亡くなること」265件、「利用者がいつ亡くなるのか、判断できないこと」225件、「看取りの経験や知識の不足のため、看取りに対する自分自身の不安があること」164件であった。

表2 看取り経験数別 看取りに対する介護職員の認識 (n=500)

	1年間の看取り経験数(人)						(n=500)		p value
	0 (n=198)		1-5 (n=235)		6- (n=67)				
	n	%	n	%	n	%	total	%	
高齢者施設で看取りをするため重要と考える施設・制度に関する こと(3つ選択)									
高齢者施設の看取りに対する方針	80	40%	99	42%	27	40%	206	41%	0.924
看護師やスタッフとの連携	68	34%	93	40%	31	46%	192	38%	0.195
利用者・家族への看取りについての周知と意思の確認	45	23%	73	31%	20	30%	138	28%	0.140
医師との連携	49	25%	63	27%	15	22%	127	25%	0.734
職員への教育	55	28%	45	19%	12	18%	112	22%	0.064
看取りのガイドラインまたは基準の明確化	39	20%	39	17%	9	13%	87	17%	0.457
看取りのマニュアルの整備	32	16%	39	17%	14	21%	85	17%	0.655
介護職員の精神的負担へのケア	37	19%	35	15%	9	13%	81	16%	0.455
夜勤の介護職員の増員	39	20%	26	11%	8	12%	73	15%	0.032
介護職員の理解と協力	26	13%	35	15%	9	13%	70	14%	0.862
看取りのための環境整備(看取り時の個室や家族の宿泊のための スペース)	17	9%	27	11%	6	9%	50	10%	0.577
介護報酬等の増額	19	10%	22	9%	5	7%	46	9%	0.867
施設長の看取りに対する考え方	16	8%	21	9%	5	7%	42	8%	0.909
上記に当てはまるものはひとつもない	9	5%	8	3%	3	4%	20	4%	0.815
その他	1	1%	2	1%	1	1%	4	1%	0.730
勤務する施設で看取りを行う上で心配するケアに関すること(複数 選択)									
利用者の容態が急に変化し、亡くなること	102	52%	123	52%	40	60%	265	53%	0.491
利用者がいつ亡くなるのか、判断できないこと	102	52%	96	41%	27	40%	225	45%	0.059
看取りの経験や知識の不足のため、看取りに対する自分自身の 不安があること	81	41%	70	30%	13	19%	164	33%	<0.001
利用者やその家族の意向に沿う看取りができるか、わからない こと	62	31%	78	33%	23	34%	163	33%	0.870
利用者や家族にどのように声をかければよいか、わからないこ と	50	25%	75	32%	18	27%	143	29%	0.294
医師や看護師とうまく連携できるか、わからないこと	43	22%	45	19%	15	22%	103	21%	0.567
施設内で看取りを行うことで、利用者の不安が増すこと	38	19%	36	15%	13	19%	87	17%	0.568
上記のような心配なことはとくにない	31	16%	37	16%	11	16%	79	16%	0.569
その他	3	2%	4	2%	0	0%	7	1%	0.570
看取りに関し学習したことがあること									
人が死に至る自然の経過について	149	75%	211	90%	58	87%	418	84%	<0.001
心肺停止など、急に状態が変化した時にどう対応するか	134	68%	191	81%	55	82%	380	76%	<0.001
心肺停止時における救命処置	124	63%	167	71%	43	64%	334	67%	0.158
利用者やその家族と話し合う方法や看取りの方針を決めるやり 方について	69	35%	140	60%	48	72%	257	51%	<0.001
心肺停止時における救命処置以外の対応	57	29%	128	54%	36	54%	221	44%	<0.001
遺体のケア(死後処置)について	55	28%	111	47%	36	54%	202	40%	<0.001

(ウ)看取りに関し学習したことがあること(以下、
学習したことがあること)

回答数が多かったものから「人が死に至る自然の経過について」418件、「心肺停止など、急に状態が変化した時にどう対応するか」380件、「心肺停止時における救命処置」334件であった。

(3)看取りの経験と看取りに対する介護職員の認識との関係

看取り経験がない介護職員は看取り経験がある介護職員より「夜勤の介護職員の増員」($p=0.032$)が重要と回答し、「看取りの経験や知識の不足のため、看取りに対する自分自身の不安があること」($p<0.001$)が心配と回答した職員が多かった。

また看取り経験がない介護職員は看取り経験がある

介護職員より「人が死に至る自然の経過について」($p<0.001$)、「心肺停止など、急に状態が変化した時にどう対応するか」($p<0.001$)、「利用者やその家族と話し合う方法や看取りの方針を決めるやり方について」($p<0.001$)、「心肺停止時における救命処置以外の対応」($p<0.001$)、「遺体のケア(死後処置)」($p<0.001$)の項目について、学習したことがあると回答した職員が少なかった。

2. インタビュー調査

(1) 調査対象者の属性(表3)

調査の対象となった10名の基本属性であるが、介護職員の年齢の中央値は41歳、性別は男性が7名であった。所属施設の種別では、特養が2名、老健が4名、GH3名、その他2名であった。取得資格は介護福祉士が8名、その他の関連資格が2名、経験年数は、1年以上3年未満が1名、3年以上5年未満が2名、5年以上が7名であり、2016年4月から1年間の看取り経験数なしが4名、1～5人未満が4名、5人以上が2名であった。

(2) 看取りの認識と認識に影響する要因(表4)

介護職員の看取りの認識に影響する要因に関して、「死亡診断に関わる配置医師、看護師との昼夜の連携」「施設の看取り実施方針」「『看取りたい』という気持ち

表3 インタビュー調査の対象となった介護職員の属性(n=10)

年齢	
(中央値 範囲)	41(35～61)
性別	
男性	7
女性	3
施設種別	
特別養護老人ホーム	2
老人保健施設	4
グループホーム	3
その他の高齢者入所施設	2
取得資格	
介護福祉士	8
その他の介護関連資格	2
経験年数	
1年以上3年未満	1
3年以上5年未満	2
5年以上	7
看取りの経験数(2016年4月から1年間)	
0人	4
1～5人未満	4
5人以上	2

表4 看取りの認識と認識に影響する要因

カテゴリ	サブカテゴリ	切り出されたテキスト	看取り経験
死亡診断に関わる配置医師、看護師との昼夜の連携	医師と連絡がとれない 夜間や休診日	「夜間は連絡が取れないんです。硬直しかけているのに、家族も来ているのに、医者は来ないんですね」	有
		「休診日には先生は来ません。来られなくて2日ほどベッドの上で冷やして置いたこともあります」	有
	時間と労力をかけて得る死亡診断	「亡くなったら、昼間ならば施設の車、夜間なら葬儀社の車を呼んで系列病院まで運ぶんですね。病院の医師に診断してもらって、また施設まで運んでくるんです」	有
		「夜間に亡くなった時は次の日の昼に死亡診断に来ます」	有
	避けたい「異状死」扱い	「利用者が検視となったり、行政解剖となったりすることは絶対避けたいです」	無
		「死亡診断が得られる体制が整えばいいです」	無
	看護師不在の不安	「常に看護師がいないことの強い不安はあります」	無
		「夜勤はひとりなので、看取りは怖い」	無
	看護師の夜勤あり、オンコール、訪問など看護師との協力態勢	「老健なので、看護師の夜勤があります」	有
		「看護師の夜勤はないです。オンコールです」	有
施設の看取り実施方針	看取りをする施設の方針	「グループホームは看護師がいないので、看取りは訪問看護師を使います」	有
		「看取りをしていく方針です」	有
		「法人全体で看取りの方針ですから」	有
	看取りをしない施設・管理者の方針	「園長が看取りをと言っています」	有
		「基本的に施設は看取りをしないということです」	無
		「看取りはしていないのですが、看取りをしたいと思ってます」	無
		「役職クラスで決められていて、入り込む余地がないです」	無
		「グループホームは看取りに至る前的高齢者が対象という方針です」	無

表4 (つづき)

カテゴリ	サブカテゴリ	切り出されたテキスト	看取り経験
「看取りたい」という気持ちに変化する看取りの経験	ケアの利用者を看取りたい思い	「看取りにあたりたくないけど、看取ってあげたいと思います」	有
		「施設で暮らしたお年寄りですので、僕らでお世話して看取りたいです」	有
		「自宅が一番と思いますが、希望があれば看取りはしたいです」	有
	接したくない利用者の死	「看取りはほんとうに迷う、人が死ぬところをみたいくないです」	無
		「長く接している利用者の死はショックですよ」	無
		「こんなふうに見取れるんだあと…、看取りをして思いが変わりました」	有
	経験して変わる看取りへの思い	「こうやって亡くなるんだと思ったんですね。ああ、楽になってよかったと思いましたね」	有
		「人が亡くなる瞬間を見たことがなく、最初は怖かったですよ」	有
		「苦しんでいない感じですね、家族もわきあいあいとしているし、自然の流れでよいかなと…」	有
	今後とも看取りを続ける	「親族を看取ったんですが、看取りは特別なものではないと思えました」	無
		「ベストではないけど、病院より施設がいいと思いますよ」	有
		「特養の看取りはいいと思います」	有
	看取りに関する不安と未学習状態	「今後、まあ切れない仕事ですよ」	有
		「希望があれば、これからも受けていくということですね」	有
		「とくに自然の流れでいいかなって、思っていますけど」	有
	突然の死と死までの経過がわからないことへの不安	「看護から、亡くなる前の様子が変わってきたことの気づきが不十分と言われたんです」	有
		「毎日勤務していないので、経過がとびとびで、連続してみたいという気持ちがあります」	有
		「夜間、どのタイミングで訪問の看護師にオンコールするかがわからないです」	有
看取りに関する体系的学習の要求	組織として継続的な研修がない状態	「予期しないときに、動けるかどうか…」	有
		「突然死は、心の準備ができていないので、不安です」	有
		「ちょっとした変化に介護は混乱しますからね」	有
	看取りの経過に合わせたケアの学習要求	「看取りに関して、とくに施設でも研修はないです」	有
		「職場で2-3ページの資料は渡されました、これだけかって」	有
		「個人的興味で、グリーフケアなどの研修は行きます」	有
	死の時と死後の家族への関わり方への学習要求	「施設長がやる研修はあります」	有
		「介護長が配った資料はありますけど」	無
		「近くの老健でやっている看取りの話は聞きに行きました」	無
		「医学的に、今はこういう状態で…ということがわかればいいなと思います」	有
		「看取りになるまでの状態の経過がわかれば、と思いますがね」	有
		「苦しい呼吸が楽にできて、楽に送り出せればと思います」	有
		「実際は研修の内容とはちがうので、微熱が続いている時の見極めとか…」	有
		「苦しまないで亡くなってほしいので、そのことかな」	有
		「看取りが近くなった人への接し方ですね」	無
		「ご家族との関係性はいちばん重要だと思うので…」	有
		「看取り後の家族のことは気になります」	有
		「死んだときの対応がわかりません」	無

に変化する看取りの経験」「看取りに関する不安と未学習状態」「看取りに関する体系的学習の要求」の5つのカテゴリを作成した。

第1に「死亡診断に関わる配置医師、看護師との昼夜の連携」であるが、看取りの経験がある介護職員は死亡確認について「医師と連絡がとれない夜間や休診

日」は、連絡が取れるまで利用者をそのままにしておく、または医師がいる病院まで利用者運ぶという「時間と労力をかけて」死亡診断を得ると述べる者もいた。看取りの経験がない職員は「異状死扱い」となることを避けたいと述べ、常に看護師がいらないことについて「看護師不在の不安」を述べていた。

第2に「施設の看取り実施方針」について、経験がある介護職員は「看取りをする施設の方針がある」と述べており、経験がない職員は、「看取りをしない施設・管理者」の方針のもとにあると述べていた。

第3に「『看取りたい』という気持ちに変化する看取りの経験」であるが、経験がある介護職員は「僕らでお世話して看取りたい」と述べる一方、経験がない職員は「利用者の死はショック」と述べた。経験がある介護職員は「利用者を看取りたい思い」があり「今後も看取りを続ける」等、「経験して変わる看取りの思い」を述べた。経験がない職員は、利用者の死には「接したくない」と述べていた。

第4に「看取りに関する不安と未学習状態」であるが、経験がある介護職員は「突然の死と死までの経過がわからないことへの不安」を述べていたが、看取りの経験の有無にかかわらず組織として継続的な学習の機会がなかった。第5に「看取りに関する体系的学習の要求」について、看取り経験の有無にかかわらず「看取りの経過に合わせたケアの学習要求」および「死の時と死後の家族の関わり方への学習要求」があった。

考 察

質問調査およびインタビュー調査の結果から、看取りに対する介護職員の認識と認識に影響する要因として、以下の3点が明らかになった。

第1に質問調査から明らかになったこととして、介護職員は「高齢者施設の看取りに対する方針」が最も重要であると認識していたことである。インタビュー調査においても、看取り経験のある介護職員は全員施設の方針のもとで看取りを行っていた。一方インタビュー調査において、介護職員が看取りをしたいと思っても「看取りをしない施設・管理者の方針」によって看取りができない状況があった。施設が看取りを行うことを決定するのは、施設管理者の裁量によるところが大きい^{18,19)}。管理者が施設で看取りを行う方針をもつことは、介護職員が看取りに取り組む際、その認識の前提となる要因と考えられた。

第2に質問調査から、介護職員は「看護師やスタッフとの連携」および「医師との連携」が重要であると認識していることが明らかとなった。インタビュー調査においても、看取り経験のある介護職員は看護師との協力態勢があると述べており、時間と労力をかけ医師と連携することにより死亡診断を得ていた。ところが看取り経験がない介護職員は時間帯により看護師が不在となることや、介護職員一人で夜勤を担当していることへの不安を述べていた。また医師との連携がないなかで高齢者の死が異状死扱いとなることは避けたいと述

べていた。看護師による24時間の支援体制、またとくに死亡診断に関する医師との連携が看取りに不可欠であることは施設管理者に対する調査でも明らかにされており^{5,6,16)}、実際にケアにあたる介護職員の看取ることの認識に影響する重要な要因であることが示された。

第3に質問調査において介護職員は看取りの経験の有無にかかわらず「利用者・家族への看取りについての周知と意思の確認」が重要と考えている一方、周知や意思の確認内容に関わる「利用者の容態が急に変化し、亡くなること」「利用者がいつ亡くなるのか、判断できないこと」が心配であると認識していた。インタビュー調査からも、看取りの経験があっても「突然の死と死までの経過がわからないことへの不安」は、看取りの認識に影響する重要な要因と考えられた。

以上より、第1に高齢者施設が看取りをする方針を持ち、第2に医師・看護師といった医療職との連携を確保することは介護職員の看取りの認識に影響する基礎的な要因と考えられる。

施設管理者が看取りに取り組めないのは「職員への負担増への不安」「介護職員の経験・力量不足」によるという調査結果があるが²⁷⁾、第3に明らかにされた「突然の死と死までの経過がわからないことへの不安」は介護職員が高齢者施設で看取ることの認識に影響する要因であり、この不安を除くことは介護職員の負担軽減につながる。そのためには看取りの経験の有無にかかわらず「看取りに関する体系的な学習の要求」を満たすことは職員の力量を高め、看取りに大きく影響する要因と考えられる。そして調査の結果から、その体系的な学習に含む必要がある内容として、(ア)突然の死への対応、(イ)高齢者が死に至る経過、(ウ)看取りに関する利用者や家族の理解や意思の確認、(エ)看取りについて利用者・家族と話し合い看取りの方針を決める方法、(オ)看取りの経過とそのケアといったことであることが示唆された。

海外においても Nursing Home 等における高齢者の死亡数が増加しており^{20~22)}、Nursing Home 等でエンドオブライフ・ケア(End of Life Care: EOLC)を提供する介護職員に対する教育プログラムが提供されている^{23,24)}。しかしケアを担う職員の高い離職率や人材不足、教育の機会が不足するなか、生命予後を踏まえたケア計画とそれに関する家族とのコミュニケーション等はEOLCの促進に関わる重要な課題となっている^{25~27)}。介護職員の教育については国内でも同様の課題があると考えられた。

最後に介護職員の看取りの経験について、インタビュー調査から「『看取りたい』という気持ちに変化する看取りの経験」といったテーマが描出されたよう

に、看護職員が実際に看取りを経験することは施設での看取りを進めるうえで、介護職員の認識の変化に影響する重要な要因となることが示唆された。

本研究の限界であるが、質問調査の対象はリサーチ会社に登録しアンケートに回答する積極的なユーザーに限定されていた。また質問調査の質問項目に介護職員が認識している選択肢が提示されていなかった可能性がある。そしてインタビュー調査の対象者は限定されたため、必ずしも介護職員の代表性を担保していない。また個々の回答者における看取りの概念にゆだね、調査を行ったため、看取りの捉え方に差異が生じていたと考えられた。

結 論

看取りに対する介護職員の認識とその認識に影響する要因を明らかにするため、量的・質的の混合研究方法により調査結果の分析を行った。その結果、高齢者施設の看取りに対する方針や医療職との連携、利用者・家族への看取りについての周知と意思の確認が重要と認識する介護職員が多かった。また、利用者の容態が急に変化し亡くなること、利用者がいつ亡くなるのか判断できないことを心配する介護職員が多く、これらに対しては看取りに関する体系的な学習に加え、看取りを経験することが施設での看取りを進めることに影響する要因であることが示唆された。

謝辞 調査にご協力くださいました介護職員の皆さまに心から感謝を申し上げます。本研究は、日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団の研究助成「高齢者施設におけるエンドオブライフ・ケア 調査研究プロジェクト(End of life care in Residential Aged Care Research Project: ERAC)」における研究の一部です。

著者の申告すべき利益相反なし

川上は研究のデザイン、データ収集、分析、データ解釈、原稿の起草に貢献；浜野、桑田は研究の構想、データ収集、分析、データ解釈、原稿の知的内容に関わる批判的な推敲に貢献；小谷、山本、木澤、志真は研究の構想およびデザイン、研究データの解釈、原稿の重要な知的内容に関わる批判的な推敲に貢献した。すべての著者は投稿論文ならびに出版原稿の最終承認、および研究の説明責任に同意した。

文 献

- 1) 国立社会保障・人口問題研究所. 死亡(死亡中位)推計(平成29年推計). http://www.ipss.go.jp/pp-zenkoku/j/zenkoku2017/db_zenkoku2017/db_s_suikeikekka_1.html

- (2019年1月1日アクセス)。
- 2) 厚生労働省. 人口動態調査. https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00450011&tstat=000001028897&cycle=7&year=20160&month=0&tclass1=000001053058&tclass2=000001053061&tclass3=000001053065&result_back=1&second2=1 (2019年1月1日アクセス)。
- 3) 二木 立. 地域包括ケアと地域医療連携. 勁草書房, 東京, 2015.
- 4) 厚生労働省. 平成28年介護サービス施設・事業所調査の概況. <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service16/index.html> (2019年1月1日アクセス)。
- 5) 全国老人福祉施設協議会 老施協総研. 第8回全国老人ホーム基礎調査報告書(平成24年度実績). 2015. <http://www.roushikyo.or.jp/contents/research/other/detail/232> (2019年1月1日アクセス)。
- 6) 厚生労働省. 介護老人福祉施設における医療的ケアの現状についての調査研究事業報告書. http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000158749.pdf (2019年1月1日アクセス)。
- 7) 埼玉県福祉部地域包括ケア課. 介護施設における看取り介護の手引き～現場力を高める～. 2018.3.
- 8) 大河原啓文, 深堀浩樹, 廣岡佳代, 他. 日本の高齢者ケア施設における看取りの質の評価・改善に関する研究の動向. *Palliat Care Res* 2016; 11: 401-12.
- 9) 泉田信行, 大河内二郎, 田宮菜奈子. 高齢者施設における看取りについて. *日老医誌* 2016; 53: 116-22.
- 10) 辻麻由美, 田淵康子. 介護職員のターミナルケア態度に関連する要因の検討—個人属性および死生観との関連—. *Palliat Care Res* 2016; 11: 217-24.
- 11) 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—. *新潟青陵大学紀要* 2007; 7: 51-62.
- 12) 川村みどり, 浅見 洋, 塚田久恵, 他. 特別養護老人ホームを対象とした“看取り”に関連する要因. *日本在宅ケア学会誌* 2016; 19: 34-41.
- 13) 全国老人福祉施設協議会. 看取り介護指針・説明支援ツール. <http://www.roushikyo.or.jp/contents/research/other/detail/224> (2019年1月1日アクセス)。
- 14) 森田一三, 外山敦史, 中垣春男. インターネットを利用した歯科質問調査の信頼性. *口腔衛生会誌* 2000; 50: 272-80.
- 15) 康永秀生, 井出博生, 今村知明, 他. インターネット・アンケートを利用した医学研究. *日本公衛誌* 2006; 53: 40-50.
- 16) 全国老人福祉施設協議会老施協総研. 特別養護老人ホームにおける看取りの推進と医療連携のあり方調査研究事業報告書. 2015.5. <http://www.roushikyo.or.jp/contents/research/other/detail/225> (2019年1月1日アクセス)。
- 17) Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care* 2007; 19: 349-57.
- 18) 神奈川県社会福祉協議会. 社会福祉施設における看取りに関する調査. 2013. <http://www.knsyk.jp/s/shiryou/pdf/25mitorityousahoukoku.pdf> (2019年1月1日アクセス)。

- ス).
- 19) 小林尚司. 介護保険施設における高齢者の看取りに関する文献検討. 日本赤十字豊田看護大学紀要 2012; 7: 65-75.
- 20) CDC. Deaths by Place of Death, Age, Race, and Sex: United States, 1999-2005. <https://www.cdc.gov/nchs/nvss/mortality/gmwk309.htm> (2019 年 1 月 1 日アクセス).
- 21) Goodridge D, Bond JB Jr, Cameron C, et al. End-of-life care in a nursing home: a study of family, nurse and healthcare aide perspectives. *Int J Palliat Nurs* 2005; 11: 226-32.
- 22) Temkin-Greener H, Zheng NT, Xing J. Site of death among nursing home residents in the United States: changing patterns, 2003-2007. *J Am Med Dir Assoc* 2013; 14: 741-8.
- 23) Kelly K, Thrane S, Virani R, et al. Expanding palliative care nursing education in California: the ELNEC Geriatric project. *Int J Palliat Nurs* 2011; 17: 188-94.
- 24) Anstey S, Powell T, Coles B, et al. Education and training to enhance end-of-life care for nursing home staff: a systematic literature review. *BMJ Support Palliat Care* 2016; 6: 353-61.
- 25) Carlson AL. Death in the nursing home: resident, family, and staff perspectives. *J Gerontol Nurs* 2007; 33: 32-41.
- 26) Thompson GN, Menec VH, Chochinov HM, et al. Family satisfaction with care of a dying loved one in nursing homes: what makes the difference? *J Gerontol Nurs* 2008; 34: 37-44.
- 27) Unroe KT, Cagle JG, Lane KA, et al. Nursing home staff palliative care knowledge and practices: results of a large survey of frontline workers. *J Pain Symptom Manage* 2015; 50: 622-9.

Original Research

Recognition of End-of-life Care by Nursing Care Staff, and Factors Impacting Their Recognition: An Exploratory Research Using Mixed Methods

Yoshiaki Kawakami,¹⁾ Jun Hamano,²⁾ Midori Kotani,³⁾ Miyoko Kuwata,⁴⁾
Ryo Yamamoto,⁵⁾ Yoshiyuki Kizawa,⁶⁾ and Yasuo Shima⁷⁾

1) Department of Nursing, Tokyo Ariake University of Medical and Health Science,

2) Division of Clinical Medicine, Faculty of Medicine, University of Tsukuba,

3) Senior Lifestyle Lab,

4) Department of Research and Training on Geriatric Nursing Health Care, Oume Keiyu Hospital,

5) Department of Palliative Medicine, Saku Central Hospital Advanced Care Center,

6) Department of Palliative Medicine, Kobe University Hospital,

7) Department of Palliative Medicine, Tsukuba Medical Center Hospital

Objectives: Elucidate recognition of end-of-life care by nursing care staff in elderly care facilities, and factors influencing such recognition. **Methods:** We conducted an internet questionnaire with 500 nursing care staff working at elderly care facilities across Japan, and an interview with 10 nursing care staff out of 500. **Results:** In the questionnaire, facility policies (41%) and cooperation with medical staff (38%) were selected as facilities and systems that are important for end-of-life care, and as a concern, sudden change in the condition of the patient, leading to death (53%) was selected. The interview showed that nursing care staff had a certain level of anxiety regardless of their experience with end-of-life care, with participants discussing their thoughts on how systematic learning of, and actual experience in, end-of-life care changed end-of-life care. **Conclusion:** Our study showed that systematic learning and experience of end-of-life care were important factors in recognition of end-of-life care by nursing care staff when providing such care in elderly care facilities.

Palliat Care Res 2019; 14(1): 43–52

Key words: nursing home, end of life care, nursing care staff