

日本の病院における高齢者のエンドオブライフケア質評価票の開発
Development of End-of-life care quality evaluation form for older people in hospitals in Japan

2024 年

【博士論文要約】

千葉大学大学院看護学研究科

段 暁楠

I. 緒言

エンドオブライフケア（以下：EOL ケア）は 1990 年代米国やカナダで高齢者医療と緩和ケアを統合する考え方として提唱されている¹⁾。日本では 2013 年前後から EOL ケアの日本語にあたる「人生の最終段階の医療」という言葉が公的に使用され、かつて「終末期医療」と呼ばれていた言葉を変更したものとして認識されている²⁾。長江³⁾は、EOL ケアが医療者にとって生物学的な「命」を最優先してきた時代から、人間としての尊厳ある生き方としての「いのち」を含めて考えることの重要性を示す用語であり、EOL ケアがその人の人生に関心を寄せ、その人の生活と必要な医療・ケアを結びつけていく看護の本質であり、病院や地域の保健福祉、在宅ケアなど多様な現場で働く看護師を支える看護の心であると示している。

総務省⁴⁾によると、2021 年の日本の高齢者人口（65 歳以上の人口）は、総人口の 29.1%と過去最高となり、世界でもっとも高い高齢化率である。2055 年には 65 歳以上の人口は 3626 万人、高齢化率は 39.4%となる。今後日本では高齢者の人口は増え続けると予測できる。

高齢者が人生の最終段階において受けている医療・ケアは医療職への教育と密接に関係すると考えられる。しかし、日本老年医学会⁵⁾は、日本の多くの医療・介護・福祉従事者など終末期の医療およびケアに携わる者は終末期医療およびケアについて特別な教育は受けていないと指摘し、卒前教育や卒後研修中に、日本人の死生観や死の受容過程など、いわゆる「死の教育」を必修科目として位置づけるとともに、終末期患者の症候の管理、看護・介護技術、患者とのコミュニケーション技術などについても実践的な教育がなされるべきであると示している。

1990 年代から病院における死亡数は総数の 7 割以上⁶⁾で経過し、2019 年の病院における死亡数は総数の 71.3%を占めている⁷⁾。しかし、遺族による終末期ケアの評価では、病院と特別養護老人ホームを比較し、「症状への対応」「協働の意思決定」「患者を尊重したケア」などの 6 分野においていずれも病院の方が「不十分」とする割合が高い⁸⁾。

医療を受ける高齢者について、入院患者のうち 65 歳以上の高齢者は全患者の 7 割以上、75 歳以上の高齢者は全患者の 5 割以上を占める⁹⁾ 状況を考慮し、特に病院における高齢者の終末期ケア、すなわち、高齢者の EOL ケアの質向上が喫緊の課題であると考えられる。

多忙な病院の現場では、看護職が多重の業務に奔走し、ケアの不十分なところに気付かない状況がある。そこで、一定の基準があれば、看護管理職や看護職個人はそれを用いて、病棟あるいは自身が行っている高齢者の EOL ケアを振り返りつつ評価し、不十分な点を見出すこと、基準を実践のきっかけとして活用することができ、病院における高齢者の EOL ケアの質向上につながる。また、看護管理職は基準と照らし合わせて、高齢者の EOL ケアに関する体制の不備を明らかにし、基準を参照し必要とされる体制を構築できると考える。

前段階の研究では、まず、高齢者の終末期ケア質指標¹⁰⁾を基盤として、文献検討を行い、看護の「過程」をメインとする「日本の病院における高齢者のエンドオブライフケア質指標」（以下：質指標）を作成した。次に、全ての質指標を評価項目とし、「1：全くできていない」～「4：必ずできている」の 4 段階のリッカート尺度を用いて、病院で勤務している看護管理職および看護職が病棟又は自身で行っている高齢者の EOL ケアの質の監査に使用する「日本の病院における高齢者のエンドオブライフケア質評価票案 Ver. 1」を作成した。そして、病院で勤務している老人看護専門看護師と高齢者ケアにおいて、臨床経験、管理経験および臨床での教育経験が豊富な看護管理者を対象に質問紙調査を行った。質問紙調査では、Ver. 1 の評価項目の質指標としての内容の妥当性を 6 側面から検討し、フィードバックされた意見と評価に基づき項目を洗練した¹¹⁾¹²⁾。また、質評価票案 Ver. 1 の利用可能性を 3 側面から検討してもらい、ポジティブな評価を得た。専門家の検討を経て、質評価票案 Ver. 1 を Ver. 2 へ改善した。¹²⁾

質評価票案 Ver. 1 の利用可能性の検討では、専門家から「尺度の結果をどう読み取って考察するか」との意見があり、研究分野内の研究会では、「どのように項目をケアの改善に活かすのか」の指摘があった。これらは今後の課題であると考える。

看護の質改善において、看護管理者は「結果だけでなく、プロセスにも目を向ける」「業務改善を行う」役割を担っている。¹³⁾ また、臨床指標やナースィング・センシティブ・インディケータを通じた質の評価により、自院において改善が必要な課題を把握することができる。¹⁴⁾ 医療・看護の質を改善するためには PDCA サイクル（計画-実施-評価-改善サイクル）を回す必要があり、¹⁴⁾ 質指標を使用し、PDCA サイクルを展開し

た研究は、日本¹⁵⁾と中国¹⁶⁾などで行われている。

したがって、本研究では、病棟の看護管理職が主導する、病棟やリーダー看護職個人が行っている高齢者の EOL ケアの質を、「過程」の側面から評価しケアの課題を探り出し、PDCA サイクルによるケアの質向上を図るツールを完成させることによって、病院における高齢者の人生の最終段階のケアが不十分という課題の解決に貢献できると考える。

II. 研究目的

日本の病院における高齢者のエンドオブライフケア質評価票を開発する。

III. 用語の定義

1. 病院

精神科病院を除く急性期病院、慢性期病院、ケアミックス病院など高齢者の終末期医療・ケアを担う病院と定義する。

2. 高齢者のエンドオブライフケア質評価票

高齢者のエンドオブライフケア質評価票は、高齢者の終生期ケア質指標を基盤とし、看護職が高齢者のエンドオブライフケアの質評価及び質向上に使用できるツールである。正木ら的高齢者の終生期ケア質指標の定義¹⁰⁾を参照し、本研究で的高齢者のエンドオブライフケア質評価票を、「老いや病いを人間の一生の厳粛な事実として捉え、そのような状況や場面にケア提供者としてかかわる看護職者が、単なる健康上の問題解決に終わらず、高齢者の豊かな最晩年を創出する専門技術的なケアの質を明文化したものを基盤とし、看護職者が高齢者のエンドオブライフケアの質評価及び質向上に使用できるツールである」と定義する。

IV. 研究構成

本研究は3つの研究で構成する。研究1と研究2はそれぞれ2段階で構成する。

研究1第1段階では、質評価票案 Ver. 2 に「質評価領域」「課題抽出領域」「質向上領域」「質再評価領域」を作成し、「質評価票の全体説明」の内容を追加した。研究1第2段階では、研究分野内の看護専門家によって新たに作成した領域などの内容の妥当性を検討し、Ver. 3 へ洗練した。

研究 2 第 1 段階では、質問紙調査による Ver. 3 の「質評価領域」の回答分布を確認し、統計分析によって項目を削減し、回答のしやすさを検討した。研究 2 第 2 段階では、半構造化インタビューによって、Ver. 3 の「質評価票の全体説明」「課題抽出領域」「質向上領域」の内容の妥当性と、4 領域の使用可能性を検討して洗練した。研究 2 の 2 段階を経て、Ver. 4 へ改善した。

病院の病棟における Ver. 4 の実践適応のパイロットスタディを行い、その実行可能性と有用性を検討した。

V. 研究方法

1. 1.1 研究 1 第 1 段階：質評価票案 Ver. 2 における「質評価領域」「課題抽出領域」「質向上領域」「質再評価領域」の作成および「全体説明」の内容の追加

質評価票の評価項目を短時間で使用できるように、質評価票案 Ver. 2 の 141 項目を 8 章に分けた。第 1 章から第 7 章では、「過程」の質指標の項目を元にした 4 段階で評価する「第 1 領域：質評価領域」、「重要度」から優先的に解決する課題を抽出する「第 2 領域：課題抽出領域」、PDCA サイクルの元にする「第 3 領域：質向上領域」、ケアの質向上ができたかを再検討するための第 1 領域と同様の「第 4 領域：質再評価領域」を作成した。第 8 章では、病棟に必要とされる体制を探り出すために、「構造」の質指標の項目に 3 段階のチェック欄を設け、チェック領域を作成した。

1.2 研究 1 第 2 段階：研究分野内における質評価票案 Ver. 2 の「全体説明」「課題抽出領域」「質向上領域」「質再評価領域」の内容の妥当性の検討と洗練

研究分野内のゼミでは、看護専門家より、質評価票案 Ver. 2 の「質評価票の全体説明」「第 2 領域：課題抽出領域」「第 3 領域：質向上領域」「第 4 領域：質再評価領域」の内容の分かりやすさ、適切性、一貫性などを検討した。データ収集期間は 2022 年 10 月であった。データ分析では、検討内容ごとに、専門家の意見に基づき、洗練方針を明確にし、質評価票案 Ver. 3 へ洗練した。

2. 2.1 研究 2 第 1 段階：質問紙調査による Ver. 3 の「質評価領域」の回答分布の確認と項目の削減、回答のしやすさの検討

病院の病棟で勤務している看護管理職とリーダー看護職に向けて、質問紙調査を行った。看護管理職とリーダー看護職に病棟や自身が実施している高齢者ケアを振り返るとともに、質評価票案 Ver. 3 の第 1 章から第 7 章の「第 1 領域：質評価領域」の 5 段階で

のチェックと、5段階の評価にあたって判断が難しい項目に関する意見の記入を依頼した。そして、看護管理職に、第8章の「チェック領域」の3段階のチェックと、3段階のチェックにあたって判断が難しい項目に関する意見の記入を依頼した。データ収集期間は2022年12月～2023年2月であった。

データ分析では記述統計、Kolmogorov-Smirnov 検定、Spearman 順位相関係数で Ver. 3の「第1領域：質評価領域」の回答結果を分析した。項目の平均値、カテゴリーの項目数、カテゴリー内容の飽和、研究者の臨床経験に基づく項目の必要性を考慮しながら、欠測値、天井効果・床効果、項目間相関を検討し、項目の削減を行った。研究対象者から記述された意見に基づき、項目の削除を検討した。

2.2 研究2第2段階：半構造化インタビューによる質評価票案 Ver. 3の「全体説明」「課題抽出領域」「質向上領域」の内容の妥当性と、4領域の使用可能性の検討と洗練

病院の病棟で勤務している看護管理職とリーダー看護職に向けて、半構造化インタビューを行った。質評価票案 Ver. 3の「全体説明」「第2領域：質評価領域」「第3領域：質向上」の「分かりやすさ」と「適切性」、4領域で構成する Ver. 3の使用可能性に関して検討した。データ収集期間は2023年2月であった。

データ分析では、検討内容ごとに、対象者の意見の類似性により意見を分類し、分類した意見を統合し、洗練方針を明確にし、質評価票案 Ver. 4へ洗練した。

3. 研究3：質評価票案 Ver. 4の実践適応による実行可能性と有用性の検討と洗練

質的と量的の混合研究法を用いて、パイロットスタディを行った。病院の病棟の看護管理職と看護職に、「EOL ケア質向上グループ」を構築し、グループ会議を行いながら質評価票案 Ver. 4を実際に使用し、その実行可能性と有用性を検討した。

Ver. 4の実行可能性を検証する3つの視点と有用性を検証する7つの視点に基づき、「看護実践の卓越性自己評価尺度－病棟看護師用」「Integrated Palliative care Outcome Scale (IPOS)」「日本語版の Client Satisfaction Questionnaire 8項目版」、半構造化インタビューなどを用いて、データ収集をした。データ収集期間は2023年9月～12月であった。

3つの尺度などの量的なデータの分析では、記述統計、Kolmogorov-Smirnov 検定、Wilcoxon 符号付順位検定を用いて分析した。半構造化インタビューによって収集した質的なデータは質的記述的分析を行った。また、看護管理職と看護職への半構造化インタビューで確認できた Ver. 4の使用が困難である意見と、研究者が把握できた Ver. 4の

使用が困難となる状況に基づき、Ver. 4 を最終版へ洗練した。

4. 倫理的配慮

研究 2 第 1 段階の質問紙調査と第 2 段階の半構造化インタビュー、研究 3 のパイロットスタディの実施にあたって、千葉大学大学院看護学研究院倫理審査委員会の承認を得た（承認番号は R 4 -89, NR 4 -89, NR 5 -4）。研究協力に関する全ての研究対象者に対し、研究の内容と研究対象者の権利について文書と口頭で説明し、同意を得た。

本研究は、千葉大学の全方位イノベーション創発博士人材養成プロジェクトの助成を受けて行った。本研究の利益相反はない。

VI. 結果

1. 1.1 研究 1 第 1 段階の結果

質評価票案 Ver. 2 に、「第 1 章：I. 看護職の基本姿勢と態度」～「第 8 章：XI. 組織の体制づくり」の 8 章、「第 1 領域：質評価領域」「第 2 領域：課題抽出領域」「第 3 領域：質向上領域」「第 4 領域：質再評価領域」の 4 領域などを作成した。

1.2 研究 1 第 2 段階の結果

研究分野の大学教員 6 人、博士後期課程 3 年目の研究者 1 名、計 7 人の専門家より、Ver. 2 の「質評価票の全体説明」、「第 1 領域：質評価領域」の評価基準、「第 2 領域：課題抽出領域」と「第 3 領域：質向上領域」の「分かりやすさ」と「適切性」に関する意見、計 12 点を得た。専門家の意見に基づき、洗練方針を明確にして Ver. 2 の洗練を行い、質評価票案 Ver. 3 へ改善した。

2. 2.1 研究 2 第 1 段階の結果

11 研究協力施設より、看護管理職とリーダー看護職、計 55 名の有効回答を得た。質評価票案 Ver. 3 の「第 1 領域：質評価」の 141 項目から、天井項目が見られた項目のうちの 8 項目と、高い項目間相関が見られた項目のうちの 7 項目、計 15 項目を削減した。その結果、質評価票案 Ver. 4 の「第 1 領域：質評価」の 125 項目となった。

2.2 研究 2 の第 2 段階の結果

5 施設より看護管理職 4 名、リーダー看護職 4 名、計 8 名の協力を得た。5 回のインタビューの逐語録から、質評価票案 Ver. 3 の「質評価票の全体説明」「第 2 領域：課題

抽出領域」「第3領域：質向上領域」の分かりやすさと適切性、および4領域で構成する質評価票の使用可能性の洗練に使用できる意見、計65点を抽出した。検討内容ごとに、対象者の意見の類似性により意見を分類し、分類した意見を統合し、洗練方針を明確にして洗練を行った。その結果、質評価票案 Ver. 4の「質評価票の全体説明」「第2領域：課題抽出」「第3領域：質向上」となった。

3. 研究3の結果

循環器内科、呼吸器内科と外科、脳神経内科の混合病棟の1病棟の看護管理職2名と看護職9名、高齢者5名の協力を得た。グループ会議計8回を開催し、質評価票案 Ver. 4の2章の5カテゴリの6項目について、4領域を展開した。

Ver. 4の実行可能性について、11名の看護職が、1点～5点（全くできていない～とてもできた）のうち、4点の「まあまあできた」あるいは5点の「とてもできた」を選択した。

Ver. 4の有用性について、Ver. 4の使用前後、看護管理職と看護職が評価した「看護実践の卓越性自己評価尺度」の項目や下位尺度に有意差（ $P < 0.05$ ）が見られた。使用後、Ver. 4の使用で展開できたケアと関連するIPOSの項目に、高齢者の疾病による症状の緩和と不安の軽減、家族とのコミュニケーションの改善などが見られた。使用後、5名の高齢者の患者満足度は29点±2.00点であった。そして、Ver. 4の有用性について、看護管理職と看護職のインタビューより、「Ver. 4の評価項目をチェックすることで高齢ケアの質を認識するきっかけになった」「Ver. 4は高齢者のEOLケアの質向上のためのツールとして役立つ」などに関する25カテゴリを導きだされた。

Ver. 4の実際の使用状況と看護職の意見に基づき、Ver. 4を微修正した。Ver. 4の使用によって、看護管理職と看護職の看護実践の質の向上、高齢者の状態の改善が見られたため、洗練したVer. 4の名称を「日本の病院における高齢者のエンドオブライフケア質向上ツール」（以下:質向上ツール）へ変更し、最終版とした。

VII. 考察

質向上ツールの質評価領域の「看護職の基本姿勢と態度」「認知症高齢者の意向の把握」「人工的水分・栄養補給法の選択と導入への関与」のカテゴリ内容は既存の高齢者ケアの質指標にほとんど含まれていない内容であり、本ツールの内容的な特徴と考える。また、日本国内外の先行研究では、ケアの質評価から質向上まで導くことができる研究成果は見られていない。4領域の構成によって高齢者のEOLケアの質評価から質向上に導くことができる点が、本ツールの新規性であり、構造的な特徴となる。病院の現場ではEOLケアの概念はいまだ浸透していない現状であるため、4領域

の構成によって、病院における高齢者の EOL ケア の概念と実践の普及に直接活用できる点は、ツールの構造的な特徴である。

質向上ツールは病院における実行可能性が高いツールである。質向上ツールを有効に使うために、計画の立案に向けて看護職が学習を強化すること、目標と計画の立案に向けて看護専門家が関与すること、立案した計画を展開するために看護管理職がリードすること、グループ会議を定期的に行い、皆がよく話し合うことが必要である。

質向上ツールの使用は高齢者ケアの振り返りの機会となり、4 領域の展開とともに看護職の看護実践の質の即時かつ全面的な向上が検証できた。また、ツールの使用後、高齢者の心身の状態の改善が検証できた。地域医療福祉サービスの患者満足度の調査結果¹⁷⁾と比較し、ツールの使用後、高い患者満足度に至った。ツールの使用を通して、ケアの質を認識できた点とケアの質向上に至った点から、質向上ツールは病棟の電子カルテの看護計画の補助として、ケアの質改善に活用できる。

VIII. 結論

質向上ツールは、習慣化してしまった病院の高齢者ケアを監査し、ベストプラクティスの展開に伴い、看護職の看護実践をより良い方向へ導き、高い患者満足度を達成できた。ゆえに、本研究では、病院に入院する高齢者の人生の最終段階のケアが不十分である課題の解決に貢献できるツールを完成した。

IX. 引用文献

- 1) 正木治恵, 真田弘美: 老年看護学概論「老いを生きる」を支えることは, 改定第 2 版, 南江堂, 295, 2017.
- 2) 三浦久幸: 高齢者のエンドオブライフ・ケアの現状
<https://www.tyojyu.or.jp/net/topics/tokushu/koreisha-end-of-life-care/endoflifecare-genkyo.html> (検索日: 2023 年 8 月 20 日)
- 3) 長江弘子: 看護実践にいかす エンド・オブ・ライフケア, 第 2 版, 日本看護協会出版会, 7, 2019.
- 4) 総務省: <https://www.stat.go.jp/data/topics/pdf/topics129.pdf> (検索日: 2023 年 11 月 20 日)
- 5) 日本老年医学会: 日本老年医学会の立場表明 2012
<https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/proposal/pdf/jgs-tachiba2012.pdf> (検索日: 2023 年 11 月 20 日)
- 6) 厚生労働省: 人口動態統計年報 主要統計表

- <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/suii04/>（検索日：2021年8月20日）
- 7) e-Stat 統計で見える日本：人工動態調査 人工動態統計 確定数 死亡，死亡場所に見た年次別死亡数・百分率 <https://www.e-stat.go.jp/dbview?sid=0003411652>（検索日：2023年11月20日）
 - 8) 池上直己，池崎澄江：遺族による終末期ケアの評価 病院と特別養護老人ホームの比較，日本医療・病院管理学会誌，50（2），127-128，2013.
 - 9) 厚生労働省：平成29年（2017）患者調査の概況 結果の概要 推測
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/17/index.html>（検索日：2023年8月20日）
 - 10) 正木治恵：高齢者の終末期ケア質指標（未発表）基盤研究（B）「高齢者の豊かな最晩年を創出する終末期ケア質指標の開発」，2012-2014.
 - 11) 段暁楠，山崎由利亜，正木治恵：日本の病院における高齢者のエンドオブライフケア質指標の作成とその内容の妥当性の検討，千葉看護学会会誌，28（1），23-33，2022.
 - 12) 段暁楠：日本の病院における高齢者のエンドオブライフケア質評価票の作成，千葉大学修士論文（未発表），2021.
 - 13) 小林美亜：看護学テキスト 統合と実践－看護管理，最良の看護を提供するための基本と実践のプロセス，学研メディカル秀潤社，62-64，2013.
 - 14) 前掲書 12) p. 69
 - 15) 徳本しのぶ，原瑞恵，村山由香，その他：PD 看護活動の改善へ QI (Quality Indicator) を生かす－組織全体で PDCA サイクルを実践する－，腹膜透析，77 巻別冊，97-98，2014.
 - 16) Luo L, Wang L, Zhnag M, Liao B: Application of obstetric nursing-sensitive quality indicators in continuous quality improvement, American journal of translational research, 14(1), 643-655, 2022.
 - 17) Seiichi Yokoo, Sumihisa Honda, Ryoichiro Iwanaga, Goro Tanaka : Factors associated with overall satisfaction level of older people regarding medical-health and long-term care service within residential area, Acta Med. Nagasaki 64, 45-51, 2020.