

## 原 著

## 介護老人保健施設で看取りを行った遺族における 看取りの満足度との関連要因

コタケ リナ ハナリ キョウコ イワガミ マサオ オオコウチ ジロウ  
小竹 理奈\* 羽成 恭子<sup>2\*</sup> 岩上 将夫<sup>3\*,4\*</sup> 大河内二郎<sup>5\*,6\*</sup>  
ウエシマ ヒロアキ タミヤナ ナコ  
植嶋 大晃<sup>4\*,7\*</sup> 田宮菜奈子<sup>3\*,4\*</sup>

**目的** 介護老人保健施設（以下、老健施設）での看取りの実施割合は増加傾向にあり、老健施設での質の高い看取りを提供することは重要である。しかし、日本で老健施設における遺族による看取りの質の評価と施設の体制との関連を調査した研究はない。そこで本研究では、老健施設における看取りの質の指標のひとつである遺族の満足度と施設体制との関連を明らかにすることを目的とした。

**方法** 全国老人保健施設協会が2014年1月に実施した調査の個票匿名データを、二次的に分析した。調査対象は、同会会員施設の各施設で計画的な看取りを行った直近3ケースの遺族であった。従属変数は、遺族における看取りの「満足度」（「直後は悔いのない看取りだったと思えましたか」という5段階の質問に対して、最良の「大いに思えた」およびそれ以外）とした。独立変数は、各施設での各種説明体制（入所～死亡までにおける説明の状況など）、運営・教育等への取り組み状況とした。単変量解析および多変量ロジスティック回帰分析により、従属変数と独立変数との関連を検討した。

**結果** 分析対象は363人の遺族であった。このうち250人（68.9%）が「満足度」では「大いに思えた」を選択していた。多変量ロジスティック回帰分析の結果、遺族の看取り「満足度」と有意に正の関連を示したのは、利用者への定期的な診察があること、（オッズ比2.94, 95%信頼区間1.52-5.70）、入所時に利用者に対し疾病状態の説明が医師・多職種協働でなされていること（2.07, 1.01-4.25）、病態悪化時に利用者および家族に対し状況説明が医師・多職種協働でなされていること（3.12, 1.17-8.33）、施設職員のストレスマネジメントに取り組んでいること（3.63, 1.84-7.16）であった。

**結論** 遺族の看取りの高い満足度に関連する要因として、利用者および家族への説明において医師以外の職種の関わりが多いことや、管理医師が施設職員へのストレスに配慮していることが示唆された。施設の運営でこれらの要素を重視することによって、老健施設での看取りの質が向上する可能性がある。

**Key words** : 介護老人保健施設, 看取りの評価, 遺族の満足度, 施設調査, 管理体制, 説明状況

日本公衆衛生雑誌 2020; 67(6): 390-398. doi:10.11236/jph.67.6\_390

### I 緒 言

我が国の65歳以上の高齢者割合は2015年に26.7%に達し、世界最高水準を記録した<sup>1)</sup>。また、死亡率も近年はなだらかな上昇傾向にあり、国の人口推計<sup>2)</sup>では2060年には高齢化率は38.1%に、年齢階級別死亡率は16.8%に達すると見込まれている。従って、終末期医療の充実が我が国における重要な課題である。

このような状況の中で、人々の死亡場所は変化し

\* 筑波大学医学群医学類

<sup>2\*</sup> 筑波大学大学院人間総合科学研究科疾患制御医学

<sup>3\*</sup> 筑波大学医学医療系ヘルスサービスリサーチ分野

<sup>4\*</sup> 筑波大学ヘルスサービス開発研究センター

<sup>5\*</sup> 社会医療法人若弘会介護老人保健施設竜間之郷

<sup>6\*</sup> 東京大学大学院医学系研究科在宅医療学講座

<sup>7\*</sup> 京都大学医学部附属病院医療情報企画部

責任著者連絡先: 〒305-8575 つくば市天王台 1-1-1

筑波大学大学院人間総合科学研究科疾患制御医学専攻

羽成恭子

てきている。1988年に介護を必要とする高齢者の自立を支援し、家庭への復帰を目指すために設立された介護老人保健施設（以下老健施設）は、2017年全国に4,322施設あり<sup>3)</sup>、老健施設での死亡者数は、1989年は147人であったが、2017年には33,105人まで増加した<sup>4)</sup>。また、2016年の統計では老健施設退所者の12.0%が死亡であった<sup>5)</sup>。なお、入所者および家族が施設で終末を迎えることを希望した際に「応じる」と答えた老健施設は2003年に29.6%であった<sup>6)</sup>のが、2014年に61.7%、2015年に64.0%と増加傾向にある<sup>7)</sup>。老健施設における死亡者数の増加は、2009年にターミナルケア加算が新設されたことや、在所者のうち95.6%に認知症が認められる<sup>8)</sup>一方で、一般国民の63.5%が認知症が進行した場合には介護施設で人生の最終段階を過ごしたいと考えている<sup>8)</sup>ニーズとを照らし合わせると、最期の場所としての国民の期待に応えうる場としての役割を果たしている可能性がある。施設特性として入所者の在宅復帰を目指した支援をしつつ、社会ニーズに応える形で看取りも行う老健施設において、今後効果的に質の高い看取りを提供していく施設体制を整えることは重要である。

大河原ら<sup>9)</sup>は、文献検討により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を調査し、高齢者ケア施設での質の高い看取りのためには、施設長・看護管理職の役割が重要であり、彼らへのアプローチが有効であることを示唆している。しかし同文献は同時に、日本の高齢者ケア施設における看取りの質に関する研究は、主に施設の医療介護提供者が調査対象であることも示している。一方、世界的には遺族による代理評価によって看取りのケアの質を評価する試みが標準となっており<sup>10)</sup>、Londonらによるエンドオブライフケアの経験や質をどのように評価するかを調査した Systematic Review<sup>11)</sup>においては、看取りの質に関しては主に遺族調査がなされていることが示されている。我々が調査した範囲では、特別養護老人ホームでは看取りをした家族の満足度の要因の特徴が調査された文献<sup>12)</sup>が一つ認められるが、老健施設における看取りの質に関する調査研究で、遺族を対象とした研究は認められなかった。

そこで本研究は、老健施設の看取りの質の指標として遺族の看取りの満足度を使用し、これに関連する老健施設の体制要因を調査することを通して、今後の老健施設における看取りの質を向上させるための実践可能な施設体制を見出すことを目的とした。

## II 研究方法

### 1. 調査対象と調査時期

本研究は、全国老人保健施設協会（以下、全老健）が全老健加盟の全老健施設3,528施設を対象として2014年1月に実施した「介護老人保健施設の管理医師の有効活用による医療と介護の連携の促進に関する調査研究事業」<sup>13)</sup>におけるアンケート調査データ（有効回収率：15.6%）と、2013年12月に実施した「地域における介護老人保健施設の役割に関する調査研究事業」<sup>14)</sup>におけるアンケート調査データ（有効回収率：31.5%）を二次利用した。

まず、老健施設における看取りの質の指標として遺族の看取りの満足度と、各老健施設体制の情報を「介護老人保健施設の管理医師の有効活用による医療と介護の連携の促進に関する調査研究事業」<sup>13)</sup>調査データより得た。調査票は全老健施設に郵送され、調査対象は、各老健施設の管理医師と、各施設で計画的な看取りを行った直近3ケースの遺族であった。管理医師は、老健施設において、高齢者の心身および環境の問題を把握し、その人らしく過ごすための援助を行う医師と定義され、管理医師調査票への回答が求められた。遺族を対象とした調査票（家族等調査票）は、各施設が各遺族に調査に関する説明の上、記入を依頼した。なお、家族等調査票では対象者は匿名化されていたが、どの施設から配布されたものか識別が可能な状態であった。管理医師、遺族が回答した調査票は、各施設を介さず直接全老健に返送された。

加えて、各老健施設の入所定員数と施設類型を得るため、「地域における介護老人保健施設の役割に関する調査研究事業」<sup>14)</sup>調査データを用いた。なお、この調査研究事業の調査票（施設管理者票）への回答は、各施設管理者であった。

### 2. 解析対象者の選択

得られた家族等調査票の回答票のうち、「看取った直後は、悔いのない看取りだったと思えましたか」に未回答の回答票は除外し、回答の得られた回答票が配布された老健施設の管理医師調査票と施設管理者票を同定した。なお、家族等調査票において、先の設問に回答が得られても、配布された老健施設の管理医師調査票、施設管理者票が得られない回答票は、解析対象者から除外した。

### 3. 分析項目

各施設の看取りの質の指標として、従属変数は遺族の看取りに対する「満足度」とした。これは家族等調査票に含まれる調査項目「看取った直後は、悔いのない看取りだったと思えましたか」に対し、5

段階評価（「大いに思えた」「やや思えた」「どちらでもない」「やや思えなかった」「思えなかった」）から得られた回答に基づき、「大いに思えた」と回答した対象者（68.9%）を満足群、それ以外の対象者を非満足群と定義した。なお、より高い満足度と関連する施設要因を見出すため、「やや思えた」と回答したもの（24.2%）は非満足群に含めることとした。

独立変数は老健施設の体制要因として、管理医師調査票から管理医師の性別、年齢、利用者への定期的な診察の有無、利用者や家族に対する入所時の疾病状態・治療方針・病状悪化時の状況の説明への取り組み、病床回転率向上への取り組み、職員の学会発表等に関する指導への取り組み、他施設との連携への取り組み、職員のストレスマネジメントへの取り組みを用いた。管理医師の年齢以外の変数はリッカート尺度による回答であったので、2値変数に変換をして分析に用いた。家族等調査票から得た遺族の年齢、臨終の際の立ち合いの有無、故人との終末期医療に関する話し合いの有無と、施設管理者票から得た入所定員数および施設類型（従来型および療養型、在宅強化型の従来型および療養型）は、調整変数として用いた。

#### 4. 分析方法

まず初めに、管理医師調査票・家族等調査票・施設管理者票の有効回答に関する単純集計を行った。その後、管理医師調査票から得た老健施設の体制要因を独立変数として単変量解析（*t*検定または $\chi^2$ 検定）を行い、看取りの満足度に関して満足群と非満足群の比較を行った。次に遺族の看取りに対する「満足度」を従属変数として、管理医師調査票より得た独立変数のうち単変量解析にて*P*値0.1未満の項目と、家族等調査票および施設管理者票より得た調整変数を用いた多変量ロジスティック回帰分析を行い、「満足度」と関連のある老健施設の体制要因を分析した。この際、「入所時の治療方針の説明の取り組み」は「入所時の疾病状態の説明の取り組み」との相関係数が0.63と高く、多重共線性を考慮し、独立変数から除外した。統計学的有意水準は5%と設定し、統計ソフトはStata14.2 MP (Stata Corporation, College Station, Texas, USA)を使用した。

#### 5. 倫理的配慮

本研究において利用したデータは、受領した時点で研究対象者の個人を識別する符号を含まない形で提供を受けており、研究対象者のプライバシーは保護されている。

本研究は、2017年3月3日に筑波大学医の倫理委員会の承認を得た。（承認番号：第1162号）

### Ⅲ 研究結果

#### 1. 分析対象者数

分析対象者決定までのフローを図1に示す。得られた家族等調査票の回答（*n*=877）において、「看取った直後は、悔いのない看取りだったと思えたか」に未回答の239人を除き、回答の得られた回答票が配布された老健施設の管理医師調査票169人の回答と、施設管理者票167人の回答を同定した。なお、家族等調査票において、先の設問に回答が得られても、配布された老健施設の管理医師調査票、施設管理者票が得られない回答票275人は解析対象者から除外し、最終分析対象は363人の回答票となった。

#### 2. 分析対象者の属性および看取りの満足度と施設属性

家族等調査票から得られた分析対象者と、施設管理者票から得られた各施設の属性を表1に示す。家族等調査票の最終分析対象363人における看取りに対する満足度は、満足群250人（68.9%）、非満足群113人（31.1%）であった。施設属性では入所定員数が40人以下の施設が70.1%を占めていた。

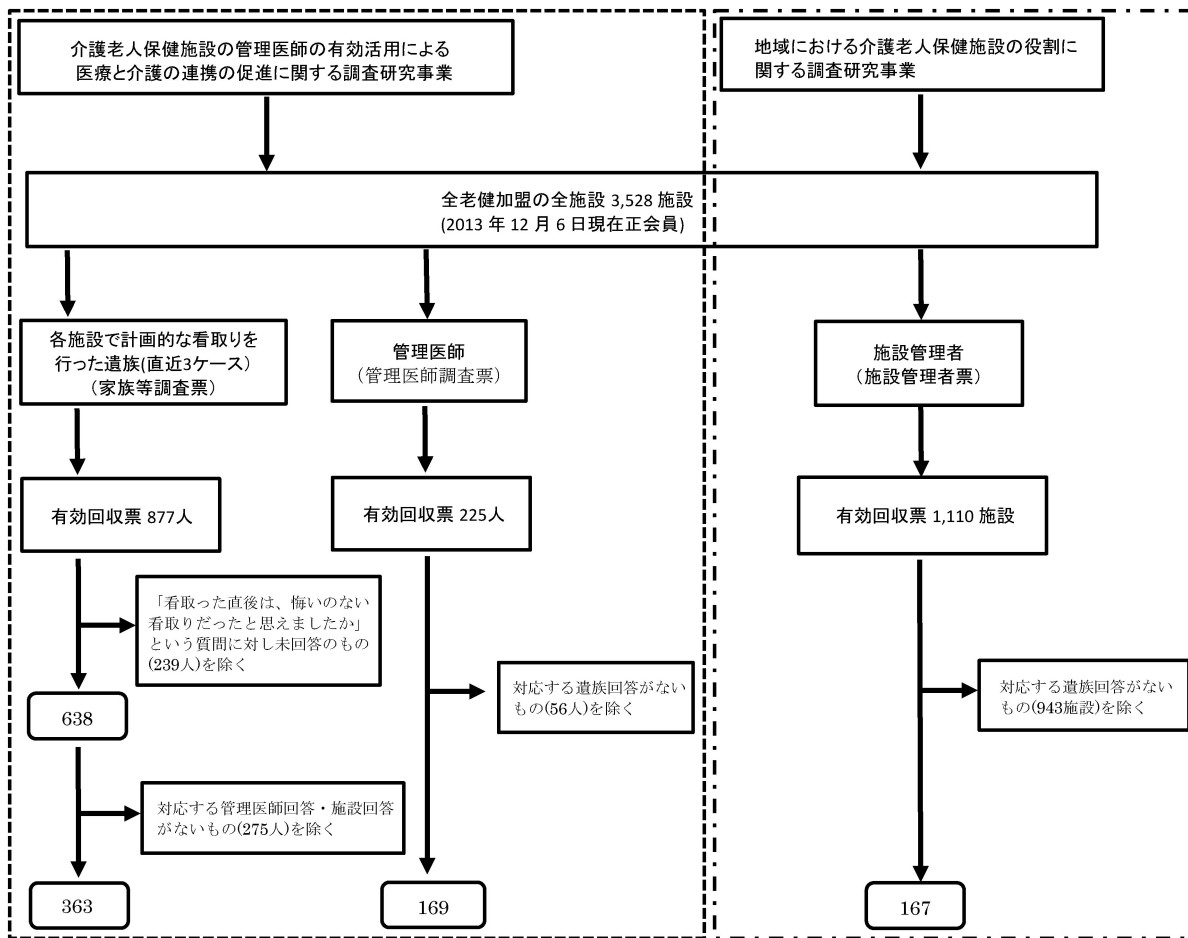
#### 3. 単変量解析結果

看取りの満足度に関して、管理医師調査票から得た老健施設の体制要因を独立変数として、満足群と非満足群の比較を行った（表2）。満足群に有意に正の関連を示したのは、管理医師が女性、利用者への定期的な診察があること、入所時に利用者に対し疾病状態の説明が医師・多職種協働でなされていること、入所時に利用者に対し治療方針の説明が医師・多職種協働でなされていること、病態悪化時に利用者および家族に対し状況説明が医師・多職種協働でなされていること、ベッド回転率の向上へ取り組んでいること、職員の学会や研究会での発表についての指導や助言へ取り組んでいること、関連の福祉施設やホーム等との連携に取り組んでいること、地元の福祉施設やホーム等との連携に取り組んでいること、施設職員へのストレスマネジメントに取り組んでいることであった。

#### 4. 多変量ロジスティック回帰分析結果

多変量ロジスティック回帰分析の結果を表3に示す。看取りの満足度において満足群であることと有意に正の関連を示したのは、利用者への定期的な診察があること、（オッズ比2.94、95%信頼区間1.52-5.70）、入所時に利用者に対し疾病状態の説明が医師・多職種協働でなされていること（2.07、1.01-4.25）、病態悪化時に利用者および家族に対し状況説明が医師・多職種協働でなされていること（3.12、

図1 分析対象者決定までのフロー



1.17-8.33), 施設職員のストレスマネジメントに取り組んでいること (3.63, 1.84-7.16) であった。

#### IV 考 察

本研究は、老健施設の看取りの質の指標として遺族の看取りの満足度を使用し、これに関連する老健施設の体制要因を調査することを通して、今後の老健施設における看取りの質を向上させるための実践可能な施設体制を見出すことを目指した。全老健が実施した、老健施設で看取りを経験した遺族、およびその遺族が看取りを経験した老健施設の管理医師と施設長に対するアンケート調査データの二次利用により、看取りの満足度は老健施設の体制要因の中でも、入所時に利用者に対し疾病状態の説明が医師・多職種協働でなされていること、病態悪化時に利用者および家族に対し状況説明が医師・多職種協働でなされていること、施設職員のストレスマネジメントに取り組んでいること、利用者への定期的な診察があることと正の関連があることが明らかとなった。

我々の調査では、老健施設入所時の利用者に対す

る疾病状態の説明や、病態悪化時の利用者および家族に対する状況説明が、医師のみでなされるのではなく、医師・多職種協働でなされると、遺族の看取りの満足度が高くなることが示唆された。これは、医師の説明への看護師の補助的説明が患者の理解度を上げたという井上らによる研究<sup>15)</sup>や、「医師の不適切な説明」が遺族の緩和ケアへの不満の要因の一つとしてあげられた Shiozaki らの研究<sup>16)</sup>と類似の結果がみられており、医師のみの説明では十分な理解が難しく、多職種による説明が利用者家族の理解をより向上し、満足度の向上という現象が共通して起きているのかもしれない。一方、老健施設基準は、医師は常勤1人および100対1を満たす必要があると定められており、本調査に含まれる老健施設のほとんどが100床未満であり、各施設に医師は1人であると思われ、担うことのできる業務に限界がある。医師が協働する他職種は、看護師・介護職員、支援相談員や介護支援専門員があげられる。先行研究では、看護師、支援相談員および介護支援専門員の役割には、利用者の家族への連絡、対応や指導が含まれていることが調査されており<sup>17)</sup>、特に看護師

表1 回答者属性

	n (%)	平均±標準偏差
施設回答 (n=167)		
入所定員数		
0-20	41(25.0)	
21-40	74(45.1)	
41-60	29(17.7)	
61-80	13(7.7)	
81-100	5(3.0)	
101-	2(1.2)	
施設類型		
従来型・療養型	146(87.4)	
従来型・療養型 (在宅強化)	21(12.6)	
遺族回答 (n=363)		
年齢 (歳)		64.7±9.8
性別		
女性	202(55.8)	
男性	160(44.2)	
臨終の際に立ち会いましたか?		
はい	221(61.1)	
いいえ	141(39.0)	
生前、故人と終末期の医療に対する希望等を話し合いましたか?		
はい	197(55.3)	
いいえ	159(44.7)	
看取った直後は、悔いのない看取りだったと思えましたか?		
満足群		
大いに思えた	250(68.9)	
非満足群		
やや思えた	88	
どちらでもない	17	
やや思えなかった	6	
思えなかった	2	

は臨終を迎える場を整える状況において、利用者や家族の意思確認や、家族が看取りに参加できるような働きかけをしていることが示唆されている<sup>18,19)</sup>。医師と多職種が効果的に状況を説明している施設では、利用者・家族の理解が深まり、満足の向上に至った可能性が考えられる。なお、全国老人保健施設協会の看取りのガイドライン<sup>20)</sup>には、看取りは「終末期にある利用者に対し、利用者本人の意思と権利を最大限に尊重し、利用者本人の尊厳を保つと共に、安らかな死を迎えるための終末期にふさわしい最善の医療、看護、介護、リハビリテーション等を行う」一連の過程であることが明示されており、本調査結果は、看取りの満足度に多職種による関わりが重要であることを改めて示したと思われる。ただし、本調査では、どの職種が具体的にどのように

説明に関わっていたかは明確ではないため、さらなる調査が必要である。

また本調査では、施設職員のストレスマネジメントに取り組んでいることが遺族の看取りの満足度に正の関連を示していた。仕事におけるストレスは仕事のパフォーマンス悪化<sup>21,22)</sup>やケアの質低下に関連が指摘されており<sup>23)</sup>、一方、仕事に対する高い満足度は職業能力の向上との関連が指摘されている<sup>24)</sup>。これらは職員のストレスを緩和し、満足度を高めるマネジメントは、患者のケアの質向上につながることを示唆しており、本調査結果と関連すると考えられる。先行研究は、バーンアウトに関連する要因として、介護士では亡くなった患者に関するグリーフケアへの取り組みを<sup>25)</sup>、介護士や看護職員を含む施設職員では、利用者からの暴力を指摘している<sup>26)</sup>。また、バーンアウトは構造的な職場環境要因に影響されており、多様なストレスに対するマネジメントにおいては、組織的な介入が必要であることが示唆されている。本調査では、施設管理医師の回答として職員のストレスマネジメントに取り組んでいる施設において遺族の看取りの満足度が高かったのは、組織的なストレスマネジメントが職員のストレスを緩和し、患者のケアの質向上をもたらしていた可能性が考えられる。なお、介護施設で勤務する介護士の仕事満足度を増す組織的な要因として、リーダーシップがある職場、介護に関する手法が職場として確立されていること、様々な仕事のプレッシャーに適応できるゆとりあるスタッフ、スペース、時間が保たれていることとの関連が示されており<sup>27)</sup>、本調査において職員のストレスマネジメントをしていた施設は、これらを充足するような取り組みをしていた可能性も考えられる。具体的にどのような職員へのストレスマネジメントが、遺族の看取り満足度に関連していたかまでは、本調査では指摘ができないため、今後の課題である。

また、本調査では、老健施設の体制要因の中でも、利用者への定期的な診察があることが、遺族の看取りの満足度と関連していた。1週間に1回以上の定期的な診察を実施している施設は、実施していない施設と比較して施設利用者の変化を早期に発見し、速やかな治療開始や介護やケアの見直しや充実を図り、家族への説明がなされていたと考えられ、結果として遺族の看取りに対する満足度が高くなった可能性がある。

本研究の限界として、老健施設のすべてが看取りを行っているわけではないこと、各施設の看取りに対する姿勢は調査できていないこと、用いた両アンケート調査データ回収率が低いことが挙げられる。

表2 看取り直後の看取りの満足度と各回答項目との単変量解析結果（無印： $\chi^2$ 検定，\*： $t$ 検定）

	看取りの満足度		$\chi^2$ 値	P 値		
	満足群 (n=250)				非満足群 (n=113)	
	n (%)	平均±標準偏差			n (%)	平均±標準偏差
管理医師回答 (n=169)						
年齢 (歳)		65.7±12.2		67.8±12.2	0.124*	
性別						
女性	38(82.6)		8(17.4)		4.64	
男性	212(66.9)		105(33.1)		0.031	
利用者への定期的な診察						
あり						
1週に1回以上の頻度	82(78.9)		22(21.2)		6.77	
なし	165(64.7)		90(35.3)		0.009	
1週に1回程度	44		30			
2-3週に1回程度	31		15			
1か月に1回程度	51		29			
2-3か月に1回程度	25		10			
行っていない	14		6			
入所時に利用者に対し、疾病状態の説明						
医師・多職種協働	80(79.2)		21(20.8)		6.98	
多職種の一部として医師が協力して行っている	55		10		0.008	
主に医師以外が行っている	25		11			
医師中心	169(64.8)		92(35.3)			
ほとんど医師が行っている	95		57			
医師を中心として行っている	74		35			
入所時に利用者に対し、治療方針の説明						
医師・多職種協働	85(77.3)		25(22.7)		5.20	
多職種の一部として医師が協力して行っている	59		20		0.023	
主に医師以外が行っている	26		5			
医師中心	165(65.2)		88(34.8)			
ほとんど医師が行っている	88		53			
医師を中心として行っている	77		35			
病態悪化時に利用者および家族に対し、状況説明						
医師・多職種協働	57(85.1)		10(14.9)		10.06	
多職種の一部として医師が協力して行っている	47		9		0.002	
主に医師以外が行っている	10		1			
医師中心	193(65.2)		103(34.8)			
ほとんど医師が行っている	109		48			
医師を中心として行っている	84		55			
ベッド回転率の向上について						
取り組んでいる	223(70.8)		92(29.2)		4.11	
熱心に取り組んでいる	71		27		0.043	
どちらかと言えば取り組んでいる	85		34			
どちらともいえない	53		27			
少し	14		4			
取り組んでいない	27(56.3)		21(43.8)			
取り組んでいない						
職員の仕事や研究会での発表についての指導や助言について						
取り組んでいる	200(72.2)		77(27.8)		6.05	
熱心に取り組んでいる	50		28		0.014	
どちらかと言えば取り組んでいる	84		25			
どちらともいえない	39		14			
少し	27		10			
取り組んでいない	50(58.1)		36(41.9)			
取り組んでいない						
関連の福祉施設やホーム等との連携は						
取り組んでいる	214(72.5)		81(27.5)		9.90	
熱心に取り組んでいる	43		20		0.002	
どちらかと言えば取り組んでいる	82		29			
どちらともいえない	53		28			
少し	36		4			
取り組んでいない	35(52.2)		32(47.8)			
取り組んでいない						
地元の福祉施設やホーム等との連携は						
取り組んでいる	206(72.3)		79(27.7)		7.19	
熱心に取り組んでいる	39		13		0.007	
どちらかと言えば取り組んでいる	68		30			
どちらともいえない	60		31			
少し	39		5			
取り組んでいない	41(54.7)		34(45.3)			
取り組んでいない						
施設職員のストレスマネジメントに取り組んでいますか						
取り組んでいる	209(73.3)		76(26.7)		12.32	
熱心に取り組んでいる	19		7		<0.001	
どちらかと言えば取り組んでいる	88		36			
どちらともいえない	66		24			
少し	36		9			
取り組んでいない	41(53.2)		36(46.8)			
取り組んでいない						

表3 看取り直後の看取りの満足度と各回答項目との多変量ロジスティック回帰分析結果

	オッズ比	95%信頼区間	P値
管理医師回答			
年齢(歳)	1.01	0.99-1.04	0.430
性別			
男性	1.00		
女性	2.32	0.85-6.34	0.102
利用者への定期的な診察			
なし	1.00		
あり	2.94	1.52-5.70	0.001
入所時に利用者に対し、疾病状態の説明			
医師中心	1.00		
医師・多職種協働	2.07	1.01-4.25	0.047
病態悪化時に利用者および家族に対し、状況説明			
医師中心	1.00		
医師・多職種協働	3.12	1.17-8.33	0.023
施設職員のストレスマネジメントに取り組んでいますか			
医師中心	1.00		
医師・多職種協働	3.63	1.84-7.16	<0.001

※遺族要因(年齢、臨終の際の立ち合いの有無、故人との終末期医療に関する話し合いの有無)、施設要因(入所定員数、施設類型)は調整変数として投入した

これは各老健施設の管理医師が、本調査内容に興味・関心を持っていない場合に、回答が得られないという選択バイアスが生じている可能性がある。また、各施設に医師が1人のみであることが想定され、多忙な業務の中での回答が困難であった可能性も考えられる。加えて、本調査では、看取りを行った直近3ケースの遺族を各施設に選択してもらうことで、各施設における選択バイアスを避けるように図られているものの、実際にはどのように遺族の選択がなされたかは不明瞭である。また、遺族から得られた家族等調査票とこれに対応する老健施設の管理医師調査票、および施設管理者票を組み合わせ用いていることより、調査対象数が減少しているといった選択バイアスも生じている。また本研究では施設ごとに複数ケース(直近3ケース)があるという2層構造のデータであり、理想的にはマルチレベル分析等の施設のクラスター効果を考慮した解析を行うことが好ましい。しかし、最終的に含められた363人について、施設ごとのケースが1ケースになってしまうこともあり、マルチレベル分析を適切に行うことができなかった。このため、たとえば、最終的に得られたオッズ比の信頼区間が本来よりも多少狭くなってしまっている可能性等がある。本調査結果を一般化して考える際には、これらの研究の限界について考慮が必要であるが、老健施設にお

ける看取りの質に関する調査研究で、遺族を対象とした先行研究は認められておらず、本研究は老健施設における看取りの質を向上していくための知見の一助になると考えられる。

また、老健施設の体制要因である入所時・病態悪化時の状況説明、ストレスマネジメントへの取り組みなどの詳細な内容は本調査では明らかではない。今後、より具体的な内容を調査していく必要があると考える。

## V 結 語

本研究の結果から、利用者および家族への説明に医師のみならず多職種が関わることや、管理医師が職員への何らかのストレスマネジメントに取り組んでいるといった、多職種が効果的に役割をはたしていることが、遺族の看取りの満足度に関連することが示唆された。今後、老健施設の管理医師に、施設における多職種連携の重要性をさらに周知することによって看取りの質が向上することが考えられる。

調査にご協力いただいたご家族のみならずはじめ、関係者のみなさま、また、共同研究の機会をいただきました全国老人保健施設協会のみならず感謝申し上げます。

また、本研究は、平成29年度厚生労働科学研究補助金地域医療基盤開発推進研究事業「人生の最終段階における医療の在り方に関する調査の手法開発及び分析に関する研究(H28-医療一般-013)」の協力を得て作成された。

なお、本研究に開示すべきCOI状態はない。

(受付 2019.5.24)  
採用 2020.3.11)

## 文 献

- 1) 内閣府. 平成28年版高齢社会白書. 2014. [https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2016/zenbun/28pdf\\_index.html](https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2016/zenbun/28pdf_index.html) (2019年4月18日アクセス可能).
- 2) 国立社会保障・人口問題研究所. 日本の将来推計人口(平成29年推計)報告書. 2017. [http://www.ipss.go.jp/pp-zenkoku/j/zenkoku2017/pp29\\_ReportALL.pdf](http://www.ipss.go.jp/pp-zenkoku/j/zenkoku2017/pp29_ReportALL.pdf) (2019年4月18日アクセス可能).
- 3) 厚生労働省. 平成29年介護サービス施設・事業所調査の概況 結果の概要【基本票編】施設・事業所の状況. 2017. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service17/dl/kekka-gaiyou.pdf> (2019年11月20日アクセス可能).
- 4) e-Stat. 人口動態調査/人口動態統計確定数保管統計表 都道府県編(報告書非掲載表)死亡・乳児死亡. 2019. [https://www.e-stat.go.jp/stat-search/database?page=1&query=%E5%A6%99%E9%AB%98%E5%B8%82&layout=dataset&statdisp\\_id=0003215041](https://www.e-stat.go.jp/stat-search/database?page=1&query=%E5%A6%99%E9%AB%98%E5%B8%82&layout=dataset&statdisp_id=0003215041) (2019年11月20日アクセス可能).
- 5) 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 5. 介護保険施設の利用者の状況. 2016. [https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service16/dl/kekka-gaiyou\\_05.pdf](https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service16/dl/kekka-gaiyou_05.pdf) (2019年12月11日アクセス可能).
- 6) 日本看護協会政策企画室. 2003年介護保健施設サービスにおける看護実態調査. 日本看護協会調査研究報告 2004; 1-89.
- 7) 厚生労働省. 介護保健施設等における利用者等の医療ニーズへの対応の在り方に関する調査研究事業 結果概要. 2016. [https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu\\_Shakaihoshoutantou/0000116493.pdf](https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000116493.pdf) (2019年4月18日アクセス可能).
- 8) 人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会. 人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書. 2018. [https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/saisyuiryo\\_a\\_h29.pdf](https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/saisyuiryo_a_h29.pdf) (2020年1月8日アクセス可能).
- 9) 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. *Palliative Care Research* 2016; 11: 401-412.
- 10) Teno JM, Casey VA, Welch LC, et al. Patient-focused, family-centered end-of-life medical care: views of the guidelines and bereaved family members. *Journal of Pain and Symptom Management* 2001; 22: 738-751.
- 11) Lendon JP, Ahluwalia SC, Walling AM, et al. Measuring experience with end-of-life care: a systematic literature review. *Journal of Pain and Symptom Management* 2015; 49: 904-915, e901-e903.
- 12) 出村佳子, 村中孝枝. 特別養護老人ホームで看取りをした家族の満足感の要因の特徴—遺族へのアンケート調査の結果から. 日本看護学会論文集 地域看護 2010; 41: 155-158.
- 13) 公益社団法人全国老人保健施設協会. 介護老人保健施設の管理医師の有効活用による医療と介護の連携の促進に関する調査研究事業. 2014. [http://www.roken.or.jp/wp/wp-content/uploads/2012/07/H26\\_kanri\\_ishi.pdf](http://www.roken.or.jp/wp/wp-content/uploads/2012/07/H26_kanri_ishi.pdf) (2019年4月18日アクセス可能).
- 14) 公益社団法人全国老人保健施設協会. 地域における介護老人保健施設の役割に関する調査研究事業. 2014. [http://www.roken.or.jp/wp/wp-content/uploads/2012/07/H26\\_shisetsu\\_yakuwari.pdf](http://www.roken.or.jp/wp/wp-content/uploads/2012/07/H26_shisetsu_yakuwari.pdf) (2019年4月18日アクセス可能).
- 15) 井上裕美子, 神谷詠子, 立花 泉, 他. 肺癌臨床試験でのインフォームドコンセントにおけるナースの役割に関する検討. *肺癌* 2000; 40: 719-723.
- 16) Shiozaki M, Morita T, Hirai K, et al. Why are bereaved family members dissatisfied with specialised inpatient palliative care service? A nationwide qualitative study. *Journal of Palliative Medicine* 2005; 19: 319-327.
- 17) 林 隆司, 泉谷利彦, 縄井清志, 他. 介護老人保健施設における専門職の役割—リハビリテーション職・看護師・介護福祉士・ソーシャルワーカーの連携の視点から—. *医療保健学研究* 2010; 1: 41-54.
- 18) 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.
- 19) 小野光美. 介護老人保健施設の看取りにおける看護管理者の実践内容. 日本看護倫理学会誌 2015; 7: 68-76.
- 20) 学術委員会 公益社団法人全国老人保健施設協会. 介護老人保健施設における看取りのガイドライン. 2012. <http://www.roken.or.jp/wp/wp-content/uploads/2012/08/terminal.doc> (2019年4月18日アクセス可能).
- 21) Motowidlo SJ, Packard JS, Manning MR. Occupational stress: its causes and consequences for job performance. *Journal of Applied Psychology* 1986; 71: 618-629.
- 22) Nayeri ND, Negarandeh R, Vaismoradi M, et al. Burnout and productivity among Iranian nurses. *Nursing & Health Sciences* 2009; 11: 263-270.
- 23) Leveck ML, Jones CB. The nursing practice environment, staff retention, and quality of care. *Research in Nursing & Health* 1996; 19: 331-343.
- 24) Chamberlain SA, Gruneir A, Hoben M, et al. Influence of organizational context on nursing home staff burnout: a cross-sectional survey of care aides in Western Canada. *International Journal of Nursing Studies* 2017; 71: 60-69.
- 25) Harrad R, Sulla F. Factors associated with and impact of burnout in nursing and residential home care workers for the elderly. *Acta Biomedica* 2018; 89: 60-69.
- 26) Kandelman N, Mazars T, Levy A. Risk factors for burnout among caregivers working in nursing homes. *Journal of Clinical Nursing* 2018; 27: e147-e153.
- 27) Chamberlain SA, Hoben M, Squires JE, et al. Individual and organizational predictors of health care aide job satisfaction in long term care. *BMC Health Services Research* 2016; 16: 577.



## Factors related to bereaved family's satisfaction with end-of-life care at geriatric health services facilities

Rina KOTAKE\*, Kyoko HANARI<sup>2\*</sup>, Masao IWAGAMI<sup>3\*,4\*</sup>, Ziro OKOCHI<sup>5\*,6\*</sup>,  
Hiroaki UESHIMA<sup>4\*,7\*</sup> and Nanako TAMIYA<sup>3\*,4\*</sup>

**Key words** : geriatric health services facilities, quality of end-of-life care, bereaved family's satisfaction, institutional survey, schemes of facility management, schemes of explanation

**Objectives** In Japan, the proportion of older people receiving end-of-life care in geriatric health services facilities (GHSF) is increasing. However, to our knowledge, there have been no previous studies investigating the relationship between the structure of GHSFs and the quality of end-of-life care evaluated by bereaved families.

**Methods** We secondarily analyzed data from the survey done by the Japan Association of Geriatric Health Services Facilities (JAGHSF) in January 2014. Study subjects were 3 recently bereaved family members who had experienced planned end-of-life care at different facilities of the JAGHSF. The dependent variable was the bereaved family members' satisfaction with end-of-life care, which was obtained based on the best answer out of a 5 point scale for the question "Didn't you regret your family member's death immediately after he/she died?" The independent variables included schemes of explanation of patients' conditions at GHSF, management, and education of facilities and staff by doctors. We conducted a univariate analysis, followed by a multivariable logistic regression analysis.

**Results** For the final analysis, we included 363 bereaved family members, of which 250 (68.9%) were satisfied with the end-of-life care. In a multivariable logistic regression analysis, family members' satisfaction was significantly associated with regular medical consultation by doctors for facility users (adjusted odds ratio 2.94, 95% CI 1.52–5.70), explanation about patients' conditions at the time of admission by facility staff other than doctors (2.07, 1.01–4.25), explanation about patients' conditions at the time of deterioration by facility staff other than doctors (3.12, 1.17–8.33), and stress management by doctors for facility staff (3.63, 1.84–7.16).

**Conclusions** Respect for the roles of the facility staff other than doctors, such as the participation of facility staff in explaining situations for facility users and family members and management of facility staff stress, may improve satisfaction with end-of-life care among bereaved family members. More attention is needed for these factors to improve the quality of end-of-life care in GHSFs.

---

\* School of Medicine, School of Medicine and Medical Sciences, University of Tsukuba

<sup>2\*</sup> Doctoral Programs in Medical Sciences, Graduate School of Comprehensive Human Sciences, University of Tsukuba

<sup>3\*</sup> Department of Health Services Research, University of Tsukuba

<sup>4\*</sup> Health Services Research & Development Center, University of Tsukuba

<sup>5\*</sup> Geriatric Health Services Facility of Tatsumanosato

<sup>6\*</sup> Department of Home Care Medicine, Graduate School of Medicine, Tokyo University

<sup>7\*</sup> Division of Medical Information Technology and Administration Planning, Kyoto University Hospital