

H 31年 3月 13日

2018年度 公益財団法人日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団

調 査 ・ 研 究 報 告 書

調査・研究課題

特別養護老人ホームに入居している認知症をもつ人の
人生の最終段階における
ケアの満足度を測定するツールの開発

所 属 機 関 ・ 職
調査・研究代表者氏名

東京大学大学院医学系研究科 大学院生
福井 千絵

I. 調査・研究の目的・方法

特別養護老人ホーム入居者の 97%以上が認知症をもっており（厚生労働省, 2018）、今後人生の最終段階を迎える場所の 1 つとして期待されている。したがって、特別養護老人ホームに入居している認知症をもつ人の人生の最終段階におけるケアを客観的に評価できる指標を開発し、改善策を検討する必要がある。日本の特別養護老人ホームにおける先行研究では、希望や提案が受け入れられたこと（中川, 2013）、看護師の援助（内山, 2016）が人生の最終段階におけるケアの満足度の高さに関連していることが示唆されている。緩和ケア病棟に入院していた患者の家族を対象として開発された Care Evaluation Scale ver.2（CES2.0; Miyashita, 2017）は、先行研究で明らかになった関連因子を含んだ尺度である。そのため、CES2.0 は、特別養護老人ホームに入居している認知症をもつ人の家族介護者が認識する人生の最終段階における医療・ケアの満足度を測定する尺度として有用であると考えられた。

したがって、本研究の目的は、特別養護老人ホームに入居している認知症をもつ人の人生の最終段階におけるケアの満足度を評価する客観的指標を開発し、妥当性・信頼性を検証することとした。

II. 調査・研究の内容・実施経過

CES2.0 の開発者である Miyashita M（2017）より本研究の実施について許諾を得た後、予備調査、本調査、再調査の順で実施した。予備調査は、特別養護老人ホームの職員 13 名と家族介護者 17 名を対象に実施した。本調査と再調査は ID が付与された自記式質問紙を用いて実施した。

1. 予備調査

まず、特別養護老人ホームの職員 13 名（生活支援相談員、介護福祉士、看護師、管理栄養士、ケアマネジャー）を対象に、特別養護老人ホームの現状に一致しない部分や表現に不相当なところがないかを尋ねた。職員の意見を基に、概念が変化しないように留意して質問紙の修正を行った。指示文においては、特別養護老人ホームの入居者における人生の最終段階を過ごす期間としては短すぎることから、評価する期間を「30 日以内」から「90 日以内」へ修正した。項目における表記においては、特別養護老人ホームで用いられている表現へ変更するため、「患者」から「利用者」へ、「病室」から「居室」へ、「スタッフ」から「介護職員」へ、「医療」から「医療（ケア）」へ修正し、カテゴリ名も項目の表記に合わせて修正した。

次に、特別養護老人ホームを退居した者の家族介護者 17 名（特別養護老人ホームまたは自宅または病院で亡くなった者の家族介護者）を対象に、修正した質問紙への回答を依頼し、

回答所要時間を確認した。その後、認知的インタビューを行い、表現がわかりにくかった点や回答が困難であった点を確認した。回答所要時間は2分34秒（範囲：0分50秒から6分12秒）であった。回答が欠損となった項目はなかった。「該当なし」が選択された項目は、下位概念「身体的ケア（医師）」「説明・意思決定（利用者）」「医療・ケアの利用しやすさ」と共通した。下位概念「身体的ケア（医師）」において、「該当なし」と回答した者が17名中5名であった。理由としては、「医師に会ったことがないため」「医師が入居者に身体的ケアをしていたかどうかは見たことがなく判断できないため」「医師に期待していなかったため」「医師はこちらが言えば対応してくれるが、医師から自発的に何かをしてもらったことがないため」等の意見が得られた。人生の最終段階におけるケアの満足度は、医師との接触が影響すること（Dy SM, 2008）、看取り介護指針・説明支援ツールにおいて、医師の役割として診断と健康管理が明記されていることから、下位概念「身体的ケア（医師）」はケアプロセスの満足度を測定するCES2.0に備える必要があると判断し、修正は加えなかった。また、下位概念「説明・意思決定（利用者）」においては、「利用者のことを考慮されていたとは考えられない」との理由から、「該当なし」が選択された。下位概念「医療の利用しやすさ」においては、「入院や治療をすることが一度もなかったため」との理由から、「該当なし」が選択された。これらのことから、「該当なし」の回答には、経験がないだけでなく、「全くそう思わない」に類似する否定的な感情から「該当なし」を選択される傾向を含むことが推測された。本研究では、これらを加筆・修正することはせず、本尺度の特徴として留意することとした。以上のように、全ての過程は研究者チームで共有し議論され、最終的な修正版は開発者である宮下光令の承認を得て、CES2.0 特別養護老人ホーム版として本調査に使用した。

したがって、本研究では、CES2.0 特別養護老人ホーム版を用いて、入居者が死亡した場所で死亡90日以内に受けた医療・ケアのプロセスの満足度を測定した。全28項目、10下位尺度「説明・意思決定（利用者・家族）」「身体的ケア（医師・看護師）」「精神的ケア」「設備・環境」「家族への配慮」「費用」「医療の利用しやすさ」「連携・継続」で構成されている。回答は、「0. 該当しない」「1. まったくそう思わない」「2. そう思わない」「3. あまりそう思わない」「4. ややそう思う」「5. そう思う」「6. 非常にそう思う」の7件法である。各下位尺度得点（0-18点）、および「0. 該当なし」を除いた得点を百分率に換算した上で合計得点を算出した（0-100点）。

2. 本調査・再調査

1) 対象者

家族介護者の包含基準は、当該施設を6ヵ月以内に死亡退去した者、かつ緊急時第一連絡先に登録されていた者とした（同居・血縁は問わず、友人・成年後見人は除く）。

2) リクルート

本調査の調査場所については、東京都・埼玉県・神奈川県・千葉県・茨城県および大阪府

の全特別養護老人ホーム 2396 件に研究協力を依頼し、95 件より研究協力の承諾を得た。研究協力を承諾を得られなかった理由は、「個人情報保護に違反するため」「全ての研究・調査に協力しない方針であるため」「日々の業務に追われており、研究に割く時間がないため」「看取りに対応していないため」「家族介護者と連絡を取り合っていないため」「依頼できる家族介護者がいないため」であった。研究協力施設において、包含基準を満たす対象者は 716 名であったが、研究協力施設の判断により、対象者 512 名が除外された。除外された理由は、「家族介護者への負担が大きい」(n = 385, 74.9%)、「その他（施設での看取りができていないため」「家族員が不在」「宛先不在）」(n = 91, 17.7%)、「家族と施設との関係性の都合」(n = 38, 7.4%) であった。対象者が除外されたことにより、研究協力施設は 50 件、質問紙が配布できる対象者は、家族介護者 202 名となった。113 名より返送があり（回収率 55.9%）、そのうち認知症をもつ人の家族介護者 85 名を分析対象とした。

3) 調査内容

本調査の調査内容は、家族介護者と入居者の基本属性、CES2.0 特別養護老人ホーム版、簡易版悲嘆質問紙 Brief Grief Questionnaire (BGQ; Ito, 2012)、認知症ケアの質に関する尺度 (Hara, 2011)、抑うつ尺度 Patient Health Questionnaire 9 (PHQ9; Muramatsu, 2007) とした。

再調査の調査内容は、信頼性を検証するため、本調査に参加した対象者を対象として、本調査から 1 ヶ月以内に CES2.0 特別養護老人ホーム版の回答を依頼した。本調査から 2 カ月以上経過した場合は分析から除外した。

4) 分析

妥当性については、因子的妥当性、収束・弁別的妥当性、併存的妥当性を検証した。因子的妥当性を検証するため、探索的因子分析により、最尤法（プロマックス回転）により固有値 1 とした場合の因子分析の結果を参照した。収束・弁別的妥当性を検証するため、質問項目と帰属する下位尺度との相関係数を算出した。併存的妥当性を検証するため、各変数の相関係数を算出して開発論文の値と比較した。信頼性については、内的一貫性と再現性を検証した。内的一貫性を検証するため、本調査・再調査における尺度全体と各下位尺度のクロンバックの α 係数を算出した。再現性を検証するため、本調査と再調査における CES2.0 得点の級内相関係数を算出した。

5) 倫理的配慮

本研究は東京大学大学院医学系研究科・医学部の倫理審査委員会（承認番号 11852）、および各研究協力施設の施設長からの承認を得て実施した。本研究により、複雑性悲嘆を呈している可能性の高い対象者（BGQ 8 点以上の者）を検出した場合は、市町村のウェブサイトで公開されている悲嘆に関する情報や相談窓口・家族会などの情報資源を郵送した。

Ⅲ. 調査・研究の成果

1. 対象者の属性

有効回答者 113 名のうち、認知症をもつ人の家族介護者は 85 名、認知症をもたない人の家族介護者は 28 名であった。認知症をもつ人の家族介護者 85 名において、年齢は平均 65.1 歳、女性は 52 名 (61.2%)、続柄が実の子どもである者は 56 名 (65.9%)、同居介護の経験がある者は 47 名 (55.3%)、同居介護の年数は平均 7.6 年であった。認知症をもたない人の家族介護者 28 名において、年齢は平均 65.8 歳、女性は 17 名 (60.7%)、続柄が実の子どもである者は 20 名 (71.4%)、同居介護の経験がある者は 15 名 (53.6%)、同居介護年数は平均 5.0 年であった。

認知症をもつ人 85 名のうち、女性が 70 名 (82.4%)、死亡時年齢が 90 歳から 94 歳であった者が 29 名 (34.1%)、死亡場所が特別養護老人ホームであった者が 60 名 (70.6%)、認

表 1. 認知症をもつ人と認知症をもたない人の家族介護者の比較 N = 113

	認知症をもつ人の家族介護者 (n = 85)					認知症をもたない人の家族介護者 (n = 28)					P
	n	%	mean ± SD	median	[range]	n	%	mean ± SD	median	[range]	
年齢			65.1 ± 8.6	65.1	[48-90]			65.8 ± 9.5	67.0	[49-88]	.798 ^{a)}
性別											1.000 ^{b)}
男性	33	38.8				11	39.3				
女性	52	61.2				17	60.7				
続柄											.477 ^{b)}
配偶者	10	11.8				2	7.1				
実の子ども	56	65.9				20	71.4				
養理の子ども	13	15.3				2	7.1				
その他 (兄弟姉妹、姪、甥)	6	7.1				4	14.3				
同居介護の経験あり	47	55.3				15	53.6				.981 ^{b)}
同居介護年数			7.6 ± 7.5	5.0	[0.5-30]			5.0 ± 3.1	4.7	[0.5-13]	.062 ^{a)}
認知症ケアの質に関する尺度			68.8 ± 20.2	72.5	[20-100]			68.4 ± 19.5	77.0	[37-93]	.070 ^{a)}
PHQ9			3.8 ± 4.6	2.1	[0-20]			2.5 ± 4.6	1.9	[0-10]	.928 ^{a)}
CES2.0			78.9 ± 14.5	81.1	[35-100]			78.1 ± 11.6	81.1	[51-100]	.871 ^{a)}
BGQ合計得点 g)			3.6 ± 2.7	3.3	[0-10]			3.6 ± 2.4	3.6	[0-10]	.909 ^{a)}
BGQ5点未満	55	64.7				17	60.7				
BGQ5-7点	22	25.9				10	35.7				.567 ^{b)}
BGQ8点以上	8	9.4				1	3.6				
入居者の性別											1.000
男性	15	17.6				4	14.3				
女性	70	82.4				24	85.7				
入居者の死亡時年齢											.592
65~70歳	1	1.2				0	0				
70~79歳	4	4.7				1	3.6				
80~89歳	28	32.9				11	39.3				
90~99歳	50	58.8				16	57.1				
100歳以上	2	2.4				0	0				
入居者の死亡場所											.811
特別養護老人ホーム	60	70.6				21	75.0				
医療機関 ^{b)}	25	29.4				7	25.0				
認知症の種類											
アルツハイマー型	34	40.0									
脳血管型	6	7.1									
レビー小体型	1	1.2									
不明・その他	44	51.8									

a) 2変量のカイ2乗検定またはFisherの正確確率検定, b) Mann-WhitneyのU検定, c) 医療機関は病院・療養型病床を指す

知症の種類がアルツハイマー型である者が 34 名（40.0％）であった。認知症をもたない人 28 名のうち、女性が 24 名（85.7％）、死亡時年齢が 90 歳から 94 歳である者が 10 名（35.7％）、死亡場所が特別養護老人ホームであった者が 21 名（75.0％）であった。

2. 妥当性

探索的因子分析の結果、8 個の因子が抽出され、「設備」と「家族への配慮」、「利用者への説明・意思決定」と「家族への説明・意思決定」が同じ因子にまとまって抽出された。収束・弁別的妥当性の結果、質問項目はそれぞれ帰属する各下位尺度との相関係数が最も大きいことが示され、先行研究で示されている 10 下位尺度に分類された。探索的因子分析の結果は 8 因子であったが、収束・弁別的妥当性を考慮すると、本研究においても、先行研究と同様に 10 下位尺度の概念で構成されていると考えた。

併存的妥当性の検証において、人生の最終段階における医療・ケアの満足度と各変数との関連を検討した。認知症ケアの質に関する尺度と有意な正の相関が示され（ $r = .473, p < 0.01$ ）、複雑性悲嘆と有意な負の相関が示された（ $r = -.266, p < 0.01$ ）。BGQ（ $r = -.133, p > 0.05$ ）、PHQ9（ $r = -.156, p > 0.05$ ）は有意な関連は示されなかったが、負の傾向が示された。本研究で開発した人生の最終段階における医療・ケアの満足度は、認知症ケアの質に

表 2. 収束・弁別的妥当性の検証

N = 85

	身体的ケア (医師)	身体的ケア (看護師)	精神的支援	利用者への説明・ 意思決定	家族への説明・ 意思決定	設備	家族への配慮	コスト	入院・治療	連携
身体的ケア（医師）										
CES(1)	.901**	.551**	.459**	.296**	.316**	.129	.334**	.298**	.272*	.325**
CES(2)	.926**	.575**	.469**	.294**	.330**	.100	.260*	.266*	.274*	.299**
CES(3)	.875**	.568**	.361**	.313**	.258*	-.190	.239*	.159	.271*	.214*
身体的ケア（看護師）										
CES(4)	.553**	.901**	.589**	.479**	.447**	.229*	.283**	.327**	.253*	.306**
CES(5)	.588**	.932**	.653**	.546**	.540**	.258*	.307**	.396**	.266*	.329**
CES(6)	.592**	.903**	.591**	.527**	.501**	.195	.288**	.377**	.312**	.313**
精神的支援										
CES(7)	.515**	.705**	.932**	.637**	.626**	.259*	.297**	.401**	.302**	.472**
CES(8)	.438**	.547**	.840**	.658**	.584**	.264*	.249*	.353**	.202	.446**
CES(9)	.443**	.538**	.873**	.706**	.623**	.211	.262*	.370**	.311**	.441**
利用者への説明・意思決定										
CES(10)	.301**	.496**	.544**	.913**	.647**	.137	.293**	.284**	.357**	.426**
CES(11)	.296**	.455**	.550**	.890**	.649**	.135	.290**	.311**	.347**	.491**
CES(12)	.331	.494**	.694**	.905**	.719**	.174	.263*	.384**	.250*	.413**
家族への説明・意思決定										
CES(13)	.356**	.554**	.642**	.759**	.937**	.392**	.393**	.526**	.343**	.526**
CES(14)	.297**	.500**	.579**	.698**	.915**	.351**	.308**	.566**	.410**	.543**
CES(15)	.345**	.559**	.642**	.690**	.886**	.336**	.394**	.534**	.250*	.512**
設備										
CES(16)	.126	.271*	.306**	.209	.357**	.880**	.381**	.330**	.042	.415**
CES(17)	.154	.302**	.316**	.176	.417**	.912**	.434**	.428**	.050	.495**
CES(18)	.055	.174	.263*	.260*	.370**	.848**	.442**	.383**	.047	.475**
家族への配慮										
CES(19)	.171	.274*	.313**	.324**	.417**	.448**	.892**	.389**	.139	.397**
CES(20)	.267*	.297*	.286**	.222*	.316**	.414**	.890**	.397**	.059	.410**
コスト										
CES(21)	.306**	.451**	.401**	.370**	.579**	.407**	.447**	.928**	.201	.495**
CES(22)	.196	.354**	.352**	.331**	.510**	.478**	.373**	.934**	.205	.545**
医療の利用しやすさ										
CES(23)	.431**	.372**	.384**	.414**	.433**	.101	.341**	.239*	.631**	.318**
CES(24)	.407**	.216*	.221*	.208	.183**	.068	.078	.117	.741**	.220*
CES(25)	.450**	.366**	.413**	.512**	.430**	.130	.234**	.303**	.668**	.322**
連携・継続										
CES(26)	.321**	.302**	.467*	.449**	.519**	.385**	.405**	.413**	.240*	.878**
CES(27)	.267*	.293**	.431**	.404**	.491**	.451**	.363**	.527**	.173	.939**
CES(28)	.452**	.448**	.542**	.403**	.586**	.412**	.288**	.570**	.264*	.762**

* 5 %有意水準, ** 1 %有意水準

関する尺度とは有意な正の相関、複雑性悲嘆とは有意な負の相関が示され、先行研究と同様の結果であった。抑うつとの関連においては、先行研究で示されている有意な関連は示されなかったが、負の関係性の傾向があることは先行研究と同様の傾向として確認された。これらのことから、併存的妥当性の担保については一部課題が残るため、今後も検討が必要だが、本尺度の一定の妥当性が確認された。

表 3. 人生の最終段階における医療・ケアの満足度と各変数との関連 n = 85

	平均得点	標準偏差	範囲	認知症ケアの質 に関する尺度	PHQ9	複雑性悲嘆 (あり／なし)	BGQ合計得点
				r	r	r	r
身体的ケア（医師）	62 ± 31.9		[0-100]	-.061	.075	-.194	.011
身体的ケア（看護師）	68.3 ± 29.7		[0-100]	.048	-.027	-.302**	-.151
精神的支援	69.8 ± 30.3		[0-100]	.188	-.054	-.276*	-.068
利用者への説明・意思決定	69.4 ± 32.0		[0-100]	.126	-.191	-.380**	-.190
家族への説明・意思決定	76.1 ± 28.6		[0-100]	.256*	.001	-.228*	-.099
設備	80.1 ± 18.0		[0-100]	.314**	-.120	.131	.109
医療の利用しやすさ	62.6 ± 34.8		[0-100]	.126	.055	.049	.220*
連携・継続	80 ± 15.6		[22-100]	.239*	.147	.066	.163
家族への配慮	47.1 ± 17.1		[0-66]	-.106	.052	-.068	.160
コスト	54.3 ± 9.7		[11-67]	.441**	-.186	-.114	-.045
合計得点	78.7 ± 13.8		[35.3-100]	.473**	-.156	-.266*	-.133

* 5%有意水準, ** 1%有意水準

3. 信頼性

内的一貫性の検証において、尺度全体のクロンバックの α 係数は.936であった。下位尺度ごとのクロンバックの α 係数は、「身体的ケア（医師）」は.977、「身体的ケア（看護師）」は.985、「精神的ケア」は.961、「説明・意思決定（利用者）」は.955、「説明・意思決定（家族）」は.938、「設備・環境」は.842、「家族への配慮」は.814、「費用」は.843、「医療の利用しやすさ」は.912、「連携・継続」は.749であった。本研究の結果は、先行研究と同等の結果であった（Miyashita, 2017）。

再現性の検証において、再調査に参加した対象者 93 名のうち、認知症をもつ人の家族介護者 73 名を対象とした。本調査と再調査における各下位尺度における級内相関係数は 0.69－0.79 であり、尺度全体の級内相関係数は 0.73 であった。本研究の結果は、先行研究と同等の結果であった（Miyashita, 2017）。

これらのことから、本尺度は十分な信頼性が確認されたと考えた。

IV. 今後の課題

本研究の限界は、大きく 2 点ある。1 つ目は、対象者の偏りがあったことである。本研究のリクルートに際して、研究協力施設の判断により負担が大きいと想定される家族介護者は除かれていること、研究協力施設との関係性が比較的良好な家族介護者に偏ったと考えられることから、精神的状態が比較的良好であり、人生の最終段階における医療・ケアの満足度が高い集団であった可能性がある。そのため、本研究の結果の一般化可能性には留意が

必要である。2つ目は、サンプル数の不足により検出力が低下したことである。今後、十分なサンプルサイズを確保した上で、確証的因子分析や併存的妥当性等を検証していく必要がある。

本研究では、特別養護老人ホームに入居している認知症をもつ人の人生の最終段階におけるケアの満足度を評価する客観的指標である CES2.0 特別養護老人ホーム版を開発した。妥当性と信頼性の検証において、開発論文と概ね類似した傾向を示す結果であったことが確認できた。したがって、CES2.0 特別養護老人ホーム版は、特別養護老人ホームに入居している認知症をもつ人の家族介護者において使用を許容できると考えた。今後、CES2.0 特別養護老人ホーム版を用いて、認知症をもつ人の人生の最終段階における、本人と家族へのよりよいケアの提供に活用されることが望まれる。

V. 調査・研究の成果等公表予定（学会、雑誌等）

雑誌：The Gerontologist へ 2019 年中に投稿：<https://academic.oup.com/gerontologist>

参考文献

1. 厚生労働省（2018c）平成 29 年度介護サービス施設・事業所調査の概況。
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service17/index.html> [cited at Mar-10, 2019]
2. 中川文子（2013）家族アンケートからみる看とりケアの振り返り．愛仁会医学研究誌, 44: 246-247.
3. 内山孝子（2016）特別養護老人ホームにおける看取りケアに関する文献検討 看護職による看取りケアと入居者・遺族の体験．日本赤十字看護学会誌, 16(1): 17-24.
4. Miyashita M, Aoyama M, Nakahata M, Yamada Y, Abe M, Yanagihara K, Miyamoto A. (2017). Development the Care Evaluation Scale Version 2.0: a modified version of a measure for bereaved family members to evaluate the structure and process of palliative care for cancer patient. BMC palliative care, 16(1), 8.
5. Dy SM, Shugarman LR, Lorenz KA, Mularski RA, Lynn J, RAND—Southern California Evidence-Based Practice Center. (2008). A Systematic Review of Satisfaction with Care at the End of Life: (See editorial comments by Dr. Jean S. Kutner, 160–162). Journal of the American Geriatrics Society, 56(1), 124-129.
6. Ito M, Nakajima S, Fujisawa D, Miyashita M, Kim Y, Shear MK, Wall MM. (2012). Brief measure for screening complicated grief: reliability and discriminant validity. PloS one, 7(2), e31209.
7. Hara S, Mikane S, Futouy Y, Nakajima K. (2011). Development of a measure to evaluate the quality of dementia care provided by caregivers at unit care geriatric health service facilities. Kawasaki Journal of Medical Welfare, 16(2), 64-65.
8. Muramatsu K, Miyaoka H, Kamijima K et al. (2007). The Patient Health Questionnaire, Japanese version: validity according to the Mini-International Neuropsychiatric Interview-Plus. Psychological Reports 101: 952-960.