

原 著

高齢者施設ケアスタッフに対する Advance Care Planning 実践教育プログラムの効果評価

Effects of an “Advance Care Planning” Educational Program for Care Staff in a Nursing home

濱吉 美穂

HAMAYOSHI Miho

後藤 小夜子

GOTO Sayoko

松岡 千代

MATSUOKA Chiyo

河野 あゆみ

KONO Ayumi

抄 録

【目的】 Advance Care Planning (以下 ACP) の専門職者に対する教育機会はまだまだ少ない。よって本研究は、高齢者施設における ACP 実践教育プログラムの開発と効果評価を目的とする。

【方法】 A 高齢者施設のケア従事者 25 名を研究対象者とした 1 群の事前・事後テストデザインである。介入前・全プログラム直後・3ヶ月後に質問紙調査を行った。AD 態度尺度、死生観尺度等の変化を分析し、自由記述は質的記述的に分析した。

【結果】 AD 態度尺度では、介入前から 3ヶ月後では AD に前向きな態度が上昇した ($p < .001$)。死生観尺度においては、「死への恐怖」において介入前から 3ヶ月後に有意に低下した ($p=.02$)。“改めて利用者の希望を確認していく”といったカテゴリーが導きだされた。

【結論】 ACP 教育プログラム参加により、AD への態度や「死への恐怖」意識の低下など本プログラムによる一定の効果が示唆された。

キーワード ■ Advance Care Planning, Advance Directive, End of Life Care,

教育プログラム

Purpose: The present study aimed to examine the effects of an ACP educational program in nursing home.

Method: The design was a single-arm study to evaluate staff attitudes pre- and post-program. A 90-minute intervention program was three times during the 3 month, along with self-directed study. The study outcomes included attitudes towards Advance Directives (AD), the Death Attitude Inventory (DAI), and the Frommelt Attitude Toward Care of Dying scale (FATCOD-Form B-J). We used Wilcoxon signed-rank test and Friedman test the data of baseline, immediately after, and after 3 months. Statistical analysis was performed using IBM SPSS Statistics 20. As a program evaluation, comments on participant's questionnaires from two questions were categorized and evaluated.

Result: Participants of this study was 25 care staffs. (Average age was 36 years old). The most common occupational description was care worker (n=17). "Attitudes towards AD score" was increased from 9.0 to 10.0, which statistically significant ($p=.00$). The score for 'Death anxiety' in the DAI decreased from 21.0 to 16.5, which statistically significant ($p = .02$). As a program evaluation, comments on participant's questionnaires were categorized and evaluated. They thought that "Will check the clients wish, again".

Conclusion: These results suggest that the present ACP educational program was effective at improving staff attitudes towards the end of life care of patients.

Key Words ■ Advance Care Planning, Advance Directive, End of Life Care, Education Program

I. 研究背景

我が国では、2025年には年間死亡者数が160万人を超える「多死社会」の到来が予測されており¹⁾、その対策は急務となっている。多死社会では特に「最期を迎える場所」が課題とな

るが、2005年に80%を超えていた病院死は微減しつつあり、代わって2006年に介護保険施設での看取りが微増を続けている。認知症が進行し、身の回りの手助けが必要で、かなり衰弱が進んできた場合に「人生の最終段階において、医療・療養を受けたい場所」として一般国民が選択したのは“介護施設”が51.0%と最も高く²⁾、今後ますます高齢者施設における End of Life Care (以下 EOL ケア) の質の担保が求められているが、EOL ケアへの恐れや不安、倫理的ジレンマを感じる者も多く³⁾、高齢者介護施設において安定した EOL ケアを行える体制基盤の確立が急務である⁴⁾。また、諸外国では本人の望む EOL ケアを提供するために Advance Care Planning (以下 ACP) の実践が進められている。ACP は本人や家族の意向を取り入れながら、本人の終末期ケアへの希望を含む将来的なケアを計画化でき、実践できるなど、EOL ケアの質向上に有益であることが既に明らかとなっている^{5,6,7)}。さらに ACP の実施は、病院死や病院への再入院の減少といった効果も明らかになっている^{8,9)}。我が国でも、近年 ACP の実施による EOL ケアの質向上に対する関心が高まりつつあるが^{10,11)}、日本における ACP の具体的な実施方法は確立されているとは言えず、日本の文化に即した ACP 実践方法の検討とその効果評価のデータを積み重ね、より良い EOL ケア実践への道筋を作っていく必要がある。

そこで本研究では、高齢者施設における ACP 実践教育プログラムを検討し、その ACP 実践教育プログラム介入による教育効果を評価して、高齢者施設ケアスタッフの EOL ケア実践能力向上への一助となることを目指す。

Ⅱ. 研究目的

本研究の目的は、高齢者施設における ACP 実施教育プログラムの検討とプログラム実施による効果を評価することである。ACP 実施教育プログラム介入によるケアスタッフの EOL ケアへの意識変化を目標とし、ケアスタッフの EOL ケアに対する意識変化の有無と ACP 教育プログラム参加による意識の変化を評価する。

Ⅲ. 用語の定義

1) EOL ケア：本研究では、終末期ケア・ターミナルケア・看取りケアを含む対象者の人生の最終段階に関わる全てのケアとして取り扱う。

2) Advance Directive (以下 AD)：将来自らが判断能力を失った際に自分に 行われる医療行為に対する意向を前もって意思表示する事、その書面。

3) Advance Care Planning (以下 ACP)：今後の治療・療養について患者・家族と医療従事者があらかじめ話し合う自発的なプロセス。

IV. 研究方法

1. 研究デザイン

研究デザインは、対照群を伴わない 1 群の事前・事後テストデザインである。

2. 研究期間

2016 年 2 月～8 月

3. 調査方法

研究対象施設は、研究者が B 区の医療・介護従事者に向けて行った EOL ケアの質向上に関する研修で本研究参加を呼び掛けた際に、参加意志を伝えられた A 高齢者施設である。研究参加者は研究概要を施設長に説明後、書面にて施設職員へ内容を周知の上同意を得た A 高齢者施設に勤務するケアスタッフ 25 名である。研究開始前に予め ID 番号を付与した介入前・全プログラム実施直後・3 ヶ月後の質問紙と資料をファイルにして各参加者へ配布し、介入前・全プログラム実施直後・3 ヶ月後の各調査時に同ファイルの調査用紙への解答を依頼し回収した。プログラム評価としての自由記載の質問紙に関しては、全プログラム実施直後にのみ記載を依頼し回収した。質問紙の回収に関しては、介入前・直後データは、研究説明後に承諾を得た者に回答を求めてその場で回収ボックスへ提出を求めた。3 ヶ月後の質問紙回収は、研究対象者外の施設責任者への提出を依頼し回収した。

4. 評価項目

質問項目は研究参加者の特徴（年齢・性別・職務経験年数・AD に関する事前知識の有無）と、「自身の AD 作成の有無」「自身の AD 作成意思の有無」「EOL ケア実践の苦手意識」「家族と終末期についての話し合いの経験の有無」の自記式質問項目と、AD attitude survey¹²⁾の邦訳版 AD 態度尺度¹³⁾、臨老式死生観尺度¹⁴⁾、Frommelt らが開発した尺度の邦訳版ターミナルケア態度尺度日本語版の短縮版¹⁵⁾（以下、FATCOD-Form BJ-SV と示す）の 3 つの尺度を用いることとした。EOL ケアの中心概念に ACP があると考えられている¹⁶⁾が、EOL ケアの苦手意識や ACP の阻害因子には、EOL ケアへの困難感と自身の死生観との関係や、意志決定支援も含めての教育機会の不足といった課題が示唆されている^{17,18,19)}。また、厚生労働省による「人生の最終段階における医療に関する意識調査」では、「事前指示書作成に関して賛成である」と答えた医療従事者は 80%近いにも関わらず、「実際に自身が作成している」者は 10%にも満たない状況から、まずは自身の AD についても考える体験をすることが必要と考えた。以上のことから、AD に対する態度を評価する邦訳版 AD 態度尺度と、死生観を評価する死生観尺度、EOL ケアへの態度を評価する FATCOD-Form BJ-SV を測定尺度として設定した。使用する

それぞれの尺度は、既に信頼性妥当性が検証されている。AD 態度尺度は、11 項目からなり、0-11 点の間で評価する。高いスコア点数ほど AD に対する前向きな態度であることを示す。死生観尺度は 27 項目からなり、それぞれ 4 項目ごとに“あてはまる”から“あてはまらない”の 7 段階評定法にて、「死後の世界観」「死への恐怖」「解放としての死」「死からの回避」「人生における目的意識」「死への関心」「寿命観」の 7 要因の程度を 4-28 点の間で評価する（寿命観のみ 3-21 点）ものである。点数が高いとそれぞれの要因に関する死生観が高いということを示す。FATCOD-Form BJ-SV は、6 項目からなり、「死にゆく患者へのケアの前向きさ」と「患者・家族を中心とするケアの認識」の 2 要因に関する下位尺度に関して、“非常にそう思う”から“全くそう思わない”の 5 段階評定法にて、その合計点数を算出し 3-15 点の間で評価する。点数が高いほどそれぞれの要因に対する傾向が高いということを示す。実践教育プログラムの評価として、全プログラム実施直後の質問紙調査票にて“本研修を受けて、自分自身に新たな発見が何かあったか”“明日からのケアで実践してみようと思うことは何か”の 2 つの質問について自由記述で回答を求め、それらの結果を質的記述的に分析し評価した。

5. 実践教育プログラム（以下プログラム）の開発過程

本プログラムは、Ajzen らが提唱した Theory of planned Behavior（以下 TPB）の理論²⁰⁾に基づき、人の行動を直接規定する要因とされる「態度」と「主観的規範」、「行動の統制感」の 3 要因を意識して構成した。本理論は、AD 作成行動化に向けた教育プログラム研究²¹⁾や ACP 実践への行動変容等²²⁾でも活用され、一定の効果が示唆されている。さらに、厚生労働省が提示している「人生の最終段階における医療の決定プロセスにおけるガイドライン」に示されているように、“専門多職種 of 医療・介護従事者から構成される医療・ケアチームと話し合いを行う”ことを念頭に、「人生の最終段階における医療体制整備事業相談員研修会」における研修²²⁾の内容も参考にした上で、共同研究者と共にプログラム内容を検討した。プログラム 1 回に要する時間等は、研究参加施設の施設長らと事前に調整を行った。

6. プログラムの概要

本プログラムは、集合研修 3 回（各 90 分）と個人ワーク 1 回の全 4 回で、各プログラムは 1 ヶ月のインターバルを開けて実施した。プログラム 1,2 は ACP の「行動意図」を醸成するための EOL ケアと ACP に関する基礎的な講義と、筆者らが作成した認知機能が低下した際の意思決定や AD 作成に関するドラマ仕立ての視聴覚教材²³⁾の自宅での視聴（30 分）と、自身の AD を検討する個人ワークとした。プログラム 3 は、「主観的規範」を刺激することを目的として「End of life に関する自分の価値観を知る」ために多職種による事例検討ワークショップを行った。個人ワークの自身の事前指示書検討後の振り返り（20 分）を行った後、2 事例の検討を行った（60 分）後、全体でのフィードバックを行った（10 分）。プログラム 4 は、ACP

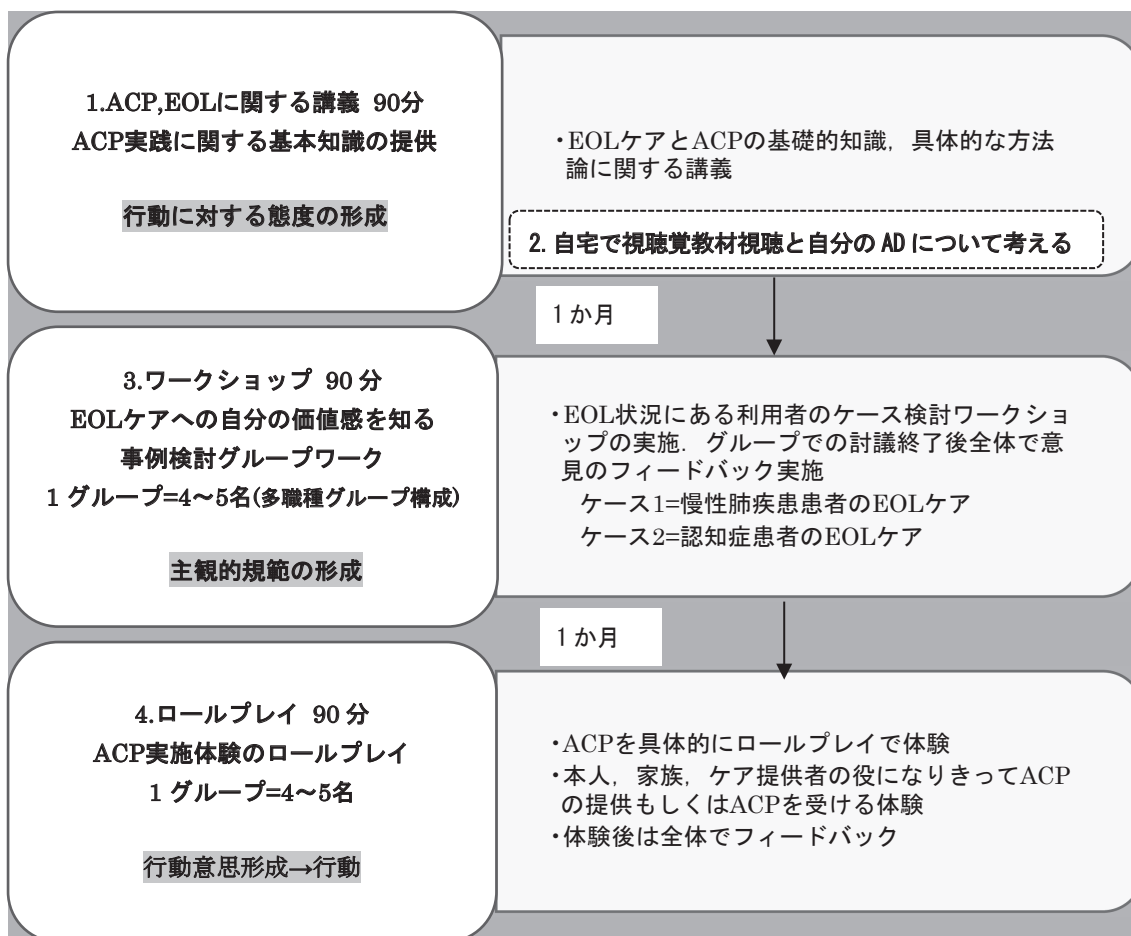


図1 プログラムの概要

実践の「行動の統制感」を醸成するために、「ACPを実践してみる」をテーマとし、本人・家族・ACP実施者・オブザーバーの役割になりきってACPの実際（ロールプレイング）を体験し、最後に全体で振り返りとまとめ（20分）を実施した。アジアの文化圏では特に患者・家族等両者の関与が重要であるという示唆²⁴⁾があることから、ロールプレイのシナリオに家族間の考え方や葛藤を感じられるような設定を組み込んでいる。（図1）

7. 分析方法

AD態度尺度, 死生観尺度, ターミナルケア態度尺度点数の変化に関する分析は, それぞれ介入前と, 全プログラム実施直後・3ヶ月後の点数の中央値の変化を Wilcoxon の符号付き順位検定により分析した。分析対象者は, 介入効果の過大評価を避けるために ITT 解析の概念を用いて, プログラム1参加後, 全プログラムに参加できなかった者も分析対象者とした。全プログラム実施直後に質問紙を回収できた19名と, その3ヶ月後のフォローアップ時に質問紙を回収できた22名をそれぞれ分析対象者とした。介入による効果の時系列変化の確認のために, 対応のある3時点での尺度点数の変化の評価として Friedman 検定を行った。解析に

は IBM SPSS Statistics 20 を用いた。プログラム評価としての自由記述回答の結果は、質的記述的に分析を行った。Mayring の質的内容分析の手法²⁵⁾を参考に、まずは研究者2名で記述内容を全て精読し、意味が損なわれないような簡潔な一文を抽出し、コード化を行った。次にコードを検討し、意味内容が類似したものを集めてサブカテゴリーを導き出し、その後カテゴリー化を行った。分析過程では、研究者2名で確認し合意を得るまで検討して妥当性の確保につとめた。

8. 倫理的配慮

所属大学にて、「人を対象とする研究」倫理審査委員会にて承認を受けた (H27-29) 上で、参加者に対して文書を用いて本研究への参加は自由であること、途中脱落も可能であること等を説明し同意を得た。本研究では、ID 番号によって介入前後の連結を行った。研究依頼時に、研究依頼説明書、同意書、介入プログラム資料等、介入前、後、3ヶ月後の質問紙が入ったファイルを配布した。ファイルに入っている質問紙には、それぞれ ID が記載されており、研究協力者には、ファイル内にある質問紙にて回答を求め、提出を依頼するため連絡票も必要なく個人も特定されないことを説明した。

V. 研究結果

1. 研究参加者の概要

プログラム1参加者は25名、プログラム2.3参加者は22名、プログラム4参加者は19名であった。3ヶ月後のフォローアップ時に質問紙を収集できたのは22名であった。結果として全プログラム参加者は19名、プログラム2.3の2回不参加者は3名、プログラム4も含む3回不参加者は3名であった。研究参加者のプログラム参加とデータ収集の流れを(図2)に示す。最終データとなる質問紙の回収率は88%、有効回答率は100%であった。

研究開始当初の参加者は25名、平均年齢は36歳 (SD=8.9)、参加者の職種は介護福祉士17名、看護師2名、社会福祉士1名、管理栄養士1名、ヘルパー2名、その他の職種2名であった。職務経験は平均10.2年 (SD=7.7)、ADの存在を介入前から既に知っていたのは9名、介入前にADを既に作成していたのは1名であったが、全プログラム実施直後に11名、3ヶ月後に17名へと増加した。介入前からAD作成意志があると答えたのは12名、家族との終末期についての話し合いの経験があったのは14名、EOLケアへの苦手意識があると答えたのは8名であった。(表1参照)

2. AD 態度尺度、死生観尺度、ターミナルケア態度の変化

Wilcoxon の符号順位検定によるベースラインと全プログラム実施直後の時点の得点の変化

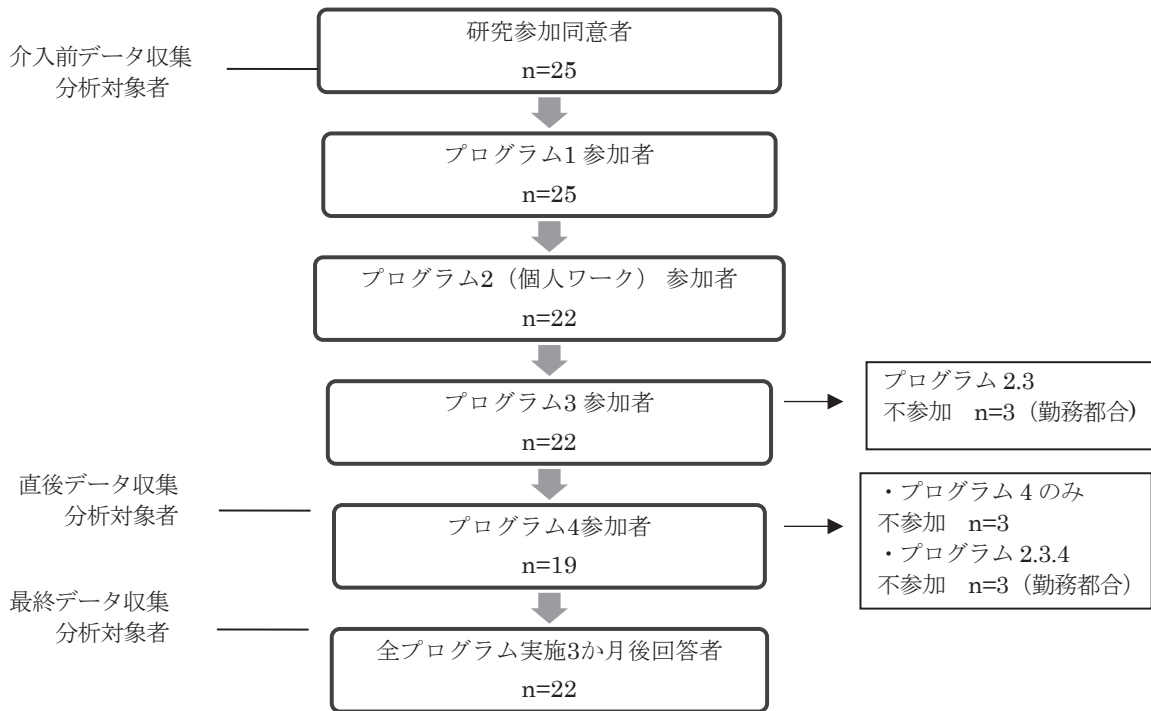


図2 研究参加者の流れ

では、AD 態度尺度点数が、介入前 9.0 から全プログラム実施直後に 10.0 へと AD に対する前向きな態度が有意に上昇していた ($p=.00$)。死生観尺度においては、「死への恐怖」において介入前 21 点から介入直後に 19 点へと有意に低下していた ($p=.05$)。

Wilcoxon の符号順位検定によるベースラインと全プログラム実施 3 ヶ月後の得点の変化では、AD 態度尺度点数が介入前 9.0 から全プログラム実施 3 ヶ月後 10.0 へと有意に AD に対する前向きな態度が上昇した ($p=.00$)。死生観尺度においては、「死への恐怖」において介入前の 21.0 から介入 3 ヶ月後に 19.0 へと有意に低下した ($p=.02$)。ターミナルケア態度尺度の FATCOD-Form BJ-SV では、「死にゆく患者へのケアの前向きさ」に関して介入前 11.1 から介入 3 ヶ月後 12.0 へと有意に増加した ($p=.00$)。

Friedman 検定による介入効果の時系列変化の検証では、時系列による有意な変化が認められたのは、AD 態度尺度が有意に前向きな態度を示し ($p=.00$)、死生観尺度の「死への恐怖」が有意に低下した ($p=.02$) のみであった。(表 2 参照)

3. プログラム評価に関する質的記述的データ分析の結果

プログラム評価として設定した質問 1, 2 に対する自由記述の分析の結果、質問 1 では 6 つのカテゴリーが抽出され、質問 2 では 5 つのカテゴリーが抽出された。以下、カテゴリーを【 】で示す。質問 1 の“本研修を受けて発見した新たな自分自身への気づき”への回答からは、【EOL ケアの質向上への責任の重さ】、【今後のケアへの課題の認識】【EOL に関する他者との

表 1. 研究参加者の特徴

	事前 n=25		全介入直後 n=19		全介入3ヵ月後 n=22	
	n(SD)	%	n(SD)	%	n(SD)	%
性別						
男性	13	52.0	10	52.0	12	54.5
女性	12	48.0	9	47.0	10	45.5
年齢 (平均値・SD)	36.0 (8.9)		36.2 (8.7)		37.2 (9.0)	
職種						
看護師	2	8.0	1	5.0	2	9.1
社会福祉士	1	4.0	1	5.0	0	0
管理栄養士	1	4.0	0	0	1	4.5
介護福祉士	17	68.0	14	73.0	14	63.6
ヘルパー	2	8.0	2	10.0	2	9.1
その他	2	8.0	1	5.0	3	13.6
職務経験 (平均値・SD)	10.2 (7.7)			6.7 (6.8)		11.8 (1.4)
ADを知っていたか						
既に知っていた	9	36.0				
知らなかった	16	64.0				
AD作成状況						
既に作成している	1	4.0	11	57.9	17	77.3
作成していない	24	96.0	8	42.1	5	25.7
AD作成意思						
作成意思がある	12	48.0	11	57.8	16	72.7
作成意思がない	12	48.0	3	15.7	5	22.7
未回答	1	4.0	5	26.3	1	4.0
自身の家族との終末期に関する話し合いの経験						
話し合いの経験あり	14	56.0	9	47.3	14	63.6
話し合いの経験なし	10	40.0	8	42.1	8	36.4
未回答	1	4.0	2	10.0		
EOLケア実践の苦手意識						
苦手意識あり	8	32.0	3	15.8	5	22.7
苦手意識無し	17	68.0	16	84.2	17	77.3

意見交換の重要性理解】【ACP実践への前向きな気持ち】【自身の死生観の再確認】といったカテゴリーが導きだされた。質問2の“本研修を受けて明日から行動に移してみようと考えた事”においては、【利用者とのやりとりを丁寧に記録に残していく】【改めて利用者の希望を確認する意識を高める】【利用者・家族とのコミュニケーションの充実化】、【単身者への対応の検討】【死について意識しておくことの大切さを伝える】といったカテゴリーが導きだされた(表3, 4参照)。

表 2. ACP 実践教育プログラムによる AD 態度尺度, 死生観, EOL ケア態度 尺度の変化

中央値 (四分位範囲)								
	実施前 n=25	全介入直後 n=19	Z value	p value ¹⁾	3ヶ月後 n=22	Z value	p value ¹⁾	p value ²⁾
AD 態度尺度	9.0 (7.5-10)	10.0 (9-11)	-2.6	.00	10.0 (9-11)	-2.47	.01	.00
死生観尺度								
死後の世界観	15.0 (9-19)	16.0 (13-19)	-.84	.40	16.5 (12.5-19)	-2.74	.01	.19
死への恐怖	21.0 (16.5-24)	19.0 (15-24)	-1.9	.05	19.0 (12.7-22)	-2.32	.02	.02
解放としての死	21.0 (7.8-16)	12.0 (6-16)	-.69	.48	13.0 (7.5-16)	-1.85	.06	.32
死からの回避	10.0 (5.5-15)	11.0 (5-15)	-.37	.70	13.0 (7.5-15)	-1.28	.19	.48
人生における目的意識	15.0 (11-18)	14.0 (11-17)	-.28	.77	16.0 (11.5-18)	-.70	.48	.95
死への関心	15.0 (10.5-18)	15.0 (15-18)	-2.0	.04	14.5 (10.7-16)	-.37	.70	.95
寿命観	11.0 (5.5-12)	11.0 (3-12)	-1.2	.21	9.0 (6-12)	-.38	.70	.45
FATCOD-form BJ								
死にゆく患者へのケアの前向きさ	11.0 (9-12.5)	11.0 (10-13)	-.28	.77	12.0 (9-12)	-2.6	<.001	.24
患者家族を中心とするケアの認識	12.0 (10-12)	12.0 (11-13)	-.16	.86	12.0 (11-13)	-.46	.64	.51

1) ベースラインからそれぞれの地点の尺度点数の変化に対する Wilcoxon 検定

2) Friedman 検定

表 3 : ACP 実践教育プログラムを受けて発見した新たな自分自身への気づき

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
EOL ケアの質向上への責任の重さ	施設入所者の意思確認の難しさ	本人の真の意思確認が難しい 本人の意思尊重ができていないか自信がない
	入所者の EOL への責任の重さ	スタッフの考えに誘導してはならない思い 利用者の EOL への責任の痛感
	実際の行動化への困難さ	利用者の思いを実現することの難しさ
今後のケアへの課題の認識	自身のケアの振り返り	普段から利用者の思いをくみ取れているとの思いを感じる
	自身のケア実践に関する今後の課題の気づき	ケアに対する思考の幅の拡がりの実感 自身のケアの見直し 今後の自身の課題の明確化
EOL に関する他者との意見交換の重要性理解	自身の家族も含めた他者との意見共有の重要性	自身の家族との情報共有の重要性理解 他者との意見交換の重要性理解
	他者との意見交換による気づきの促進	他者との意見共有の重要性 他者の意見を聴くことの重要性理解
	他者の意見交換による理解への思考が拡がり	他者との意見の相違がケアの幅を拡げる 他者の意見を尋ねる事により思考が拡がる 多様な意見に触れることによる気づき
ACP 実践への前向きな気持ち	タイミングを逃さず本人の意思確認をすることの重要性	意思確認のシステム化を進める必要性 入所時の意思確認は絶対 意思確認のタイミングを逃さない 事前に意志確認しておくことの重要性
	ACP 実践への意欲	AD 作成への前向きな意欲 ACP 実践への前向きな気持ち ACP 実践への意欲
自身の死生観の再確認	自分の死を考える必要性理解	自身の死について考える事の必要性
	自身の死へのイメージの再確認	自身の死へのイメージの再確認
	死を考えることへの不安	自身の死に対する認識の確認 自身の死に対する不安の認識

表4：ACP実践教育プログラムを受けて明日から行動に移してみようと考えた事

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
利用者とのやり取りを丁寧に記録に残していく	日々の関わりを丁寧に記録に残す	利用者が話したこと、好きなことを丁寧に記録に残していく 普段のコミュニケーションの結果を記録に残す 後で振り返るように、日々の記録に残す 日々の気づきを丁寧に記録に充実させる
	改めて記録や所持品を確認してみる	本人の思いや手紙が残っているかもしれないので所持品を再確認してみる 利用者の記録を読み返してみる
改めて利用者の希望を確認する意識を高める	本人の記録を確認する意識を高める	意思表示のできるうちに今後の希望を聞き取る 利用者の判断ができるうちに今後について話しておく 意思がはっきりしない利用者の希望聴取方法を考えてみる
	代弁者としての意識を強く持つようにする	利用者の気持ちを代弁できるように意識的に関わる 相手の立場に立って考えるようにする これまで以上に利用者へ寄り添い思いをくみ取る努力をする
利用者、家族とのコミュニケーションの充実化	利用者とのコミュニケーションを密にとるようにする	もっと利用者とは話をして希望を聞き取る普段からもっと利用者とのコミュニケーションを増やす 日々の会話の中で聞けるときに色々と聞くことを実践する
	利用者だけでなく家族とのコミュニケーションもとるようにする	利用者家族とのコミュニケーションを深める 利用者・家族双方のコミュニケーションを密にする
単身者への対応の検討	身よりのいない高齢者への対応の再検討	家族のいない利用者へのケアに今回の学びを使う 身よりのない利用者の今後について何ができるのかを考えていく
死について意識しておくことの大切さを伝えていく	自分の死生観を意識することの大切さを伝えていく	事前指示書を自分も含め準備しておく 死について考えることの意義を家族に伝える 自身の家族とも死について話してみる
	利用者の家族に対してACP実践の必要性を伝えていく	ACP実践の理解を利用者の家族にもすすめていく

VI. 考 察

1. 高齢者施設ケアスタッフのAD態度の変化

全プログラム実施直後、3ヶ月後共に、AD態度尺度の有意な上昇が認められ、実際にAD作成者も増加していた。全プログラム実施直後だけでなく、3ヶ月経過後もADへの前向きな態度が有意に高いことから、教育プログラムによるAD作成意識と態度の維持効果が示唆される。厚生労働省による調査では、「事前指示書作成に関して賛成である」と答えた介護従事者は76%であったが、実際の作成者は2.7%のみであった²⁶⁾。しかし本プログラムへの参加によって実際的にEOLを自身のこととして考える機会を持ち、患者のEOLケアについて他者と検討する中で、ADの必要性を感じADに対する前向きな態度が上昇したと共に、実際にADを作成するに至ったことが考えられる。ACPで話し合われる内容はADのそれと大きくは変わらず、大きな違いは、“産物”としての指示書に焦点が当たっているのか、話合いのプロセスに焦点が当たっているのかという点である²⁷⁾といった示唆もあることから、ADへの関

心が高まり、実際に自身の AD 作成を体験したことは、ACP 実践に有利に働くことが示唆される。

2. 高齢者ケアスタッフの死生観尺度の変化

死生観尺度では「死への恐怖」に関して、全プログラム実施直後、3ヶ月後共に有意に低下するといった結果がみられた。これは、本教育プログラム受講により、介入から3ヶ月経過後も、施設ケアスタッフの「死への恐怖」意識が低下していたことが示唆されることから、「死」について考える意識が変化したことが考えられる。EOL ケア実践を行う上で「死への恐怖心」は、多くの看護師が抱く意識であり²⁸⁾、高齢者施設の介護職員も個人属性による違いはあるが、ターミナルケアへの態度と死生観の「死への恐怖」は関連が示唆されている¹⁷⁾。よって、本教育プログラム実施3ヶ月後の時点でも「死への恐怖」に関しての低下が見られたことは、評価すべき点であると考えられる。また、“本研究を受けて発見した新たな自分への気づき”の質問に対する質的データ分析結果からも、【自身の死生観の再確認】といった自身の気づきを示すカテゴリーが、“本研修を受けた明日から行動に移してみようと考えた事”では、【死について意識しておくことの大切さを伝えていく】といったカテゴリーが導き出されており、「死」について向き合う姿勢や意識が変化したことが示唆される。

3. 結果から考えられる本教育プログラムの有用性の検討

本教育プログラム介入によって、3ヶ月後の評価時まで継続的に変化が認められたのは、「AD への前向きな態度」の上昇と死生観尺度の「死への恐怖」の低下の2項目だけであったが、その他にも、ケアスタッフの EOL ケアへの意識を評価する FATCOD-Form BJ-SV 尺度の「死に行く患者に対するケアの前向きさ」に関しては、全プログラム実施直後では有意な変化は認められなかったものの、3ヶ月後には有意に上昇していた。全プログラム実施直後ではなく、3ヶ月後の評価時点で「死に行く患者に対するケアの前向きさ」の点数が上昇した理由については、実際の EOL ケアの質変化と ACP 実施状況等の関連を検証した上で結論を出す必要があるが、少なくとも「死」についての意識変化が起これば、その後3ヶ月の間、日々の施設利用者との関わりや End of Life を意識したケア実践を行ったことにより、死にゆく患者に対するケア実践への意識が前向きに変化した可能性もある。また、プログラム評価としての質的分析の結果からは、具体的なケアの変革意識と行動への意識化が示唆されており、実際のケア実践に移した可能性もあり、本教育プログラムには EOL ケアへの前向きな意識の向上といった一定の効果が期待できると考える。

さらにプログラム評価の質的分析結果からは、【EOL ケアへの責任の重さ】や【今後のケアへの課題】といった自分自身のケア実践に対する気づきが促されるカテゴリーが導きだされており、【利用者とのやり取りを丁寧に記録に残す】や【改めて利用者の希望を確認する意識を

高める】、【利用者、家族とのコミュニケーションの充実化】といった、具体的にケアを変革させ実践しようとする意識も醸成されている。また、否定的な反応がなかったことから、教育プログラムとしては、一定の評価を得られたと考えられる。

これまで、諸外国における ACP 実践教育は、ケアスタッフだけではなく、患者やその家族に対しても実施され、その様々な効果が示唆されてきている^{29,30)}。Krystal らによる ACP 教育プログラム実施評価研究では、教育実践により ACP に関する会話や記録の充実化といった実際的な効果が示されていることから³¹⁾、ACP 実践を進めるにあたり、ケアスタッフへの教育プログラムの必要性は明らかである。本研究では実際的なケアの質の変化を含めた効果を検証するには至っていないが、今後は、本プログラム実践結果を基に、ケアの質の変化も含めた評価を行う必要がある。将来的に、より質の高い EOL ケア提供のため ACP 実践は重要な課題となる。加えて、継続的な教育の機会が必要であることも示唆されているため³²⁾、ACP を本邦で進めていくためには教育機会をどのように設けるかということも大きな課題となると考える。

4. 本研究の限界

本研究の限界点としては、対照群のない事前事後テストデザインであり、研究参加時点で EOL に関する意識の高い参加者が多かった可能性を排除できないことや、研究参加者の職種は介護福祉士が 60% 以上を占め、研究対象者数も少ないためグループ編成も偏っていたことが挙げられる。ACP は多職種で関与して実施していくことが望ましいとされていることから、今後の教育プログラム実施に際しても調整を行う必要がある。加えて今回の研究では、1 回のプログラムの時間等に関する参加者からの評価は確認できなかったが、参加者の中で数名の途中脱落者が存在したことなどからも、プログラム参加への負担感も考慮したプログラム実施方法についての再検討の必要があると考えられる。今後も他施設での追試を継続する中で検証していく事とする。

謝 辞

本研究実施にあたり、教育プログラム参加とアンケートの回答にご協力いただきました高齢者施設のケアスタッフの皆様、関係機関の皆様に厚く御礼申し上げます。

[文 献]

- 1) 厚生労働省：今後の高齢化の進展～2025年の超高齢社会像～。 <https://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/09/dl/s0927-8e.pdf> P4 (閲覧日：2023年11月1日)
- 2) 厚生労働省：人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書。 <https://www.mhlw.go.jp/>

toukei/list/dl/saisyuiryo_a_h29.pdf P40 (閲覧日: 2023年11月1日)

- 3) 北島洋美, 杉澤秀博: 認知症末期にある特別養護老人ホーム入居者に対する介護スタッフのケアプロセス, *社会福祉学*, 51, 39-52, 2015.
- 4) 島田千穂, 堀内ふき, 他1名: 特別養護老人ホームにおける看取りケア実施状況と関連要因, *老年社会科学*, 34, 500-509, 2012.
- 5) Rebecca L.S. Anita L. Sara J.K.: Development and Validation of a Questionnaire to Detect Behavior Change in Multiple Advance Care Planning Behaviors, *PLOS ONE*, 8(9), 1-8, 2013.
- 6) Vandervoort, A. Houttekier, D.: Advance care planning and physician orders in nursing home residents with dementia: a nationwide retrospective study among professional caregivers and relatives, *J Pain Symptom Manage*, 47(2), 245-256, 2014.
- 7) Mullaney, S.E.: The association of nurse practitioners mortality risk assessments and Advance Care Planning discussions on nursing home patient clinical outcomes, *J Am Assoc Nurse Pract*, 28(6), 302-310, 2016.
- 8) Bischoff, KE.: Advance Care Planning influences quality of end-of-life care in older adults, *J Am Geriatr Soc*, 61(2), 209-214, 2013.
- 9) Arianne, B.S., Judith, AC.: The effects of advance care planning on end-of-life care: A systematic review, *Palliat Med*, 28(8), 1000-1025, 2018.
- 10) 木澤義之: アドバンス・ケア・プランニングと意思決定支援を行うためのコツ (現場で活用できる意思決定支援のわざ), *緩和ケア*, 25(3), 174-177, 015.
- 11) 平井啓: 意思決定支援と行動経済学. 終末期の意思決定 アドバンス・ケア・プランニングの実践をめぐって, *Mod Healthc*, 36(8), 881-885, 2016.
- 12) Murphy, C.P., Sweeney, M.A.: An educational intervention for advance directives. *J Professional Nurs*, 16(1), 21-30, 2000.
- 13) 濱吉美穂, 河野あゆみ: 地域高齢者に対する邦訳版 Advance Directive 知識度尺度と態度尺度の信頼性・妥当性の検討, *日地域看護会誌*, 16(3), 32-40, 2014.
- 14) 平井啓, 坂口幸弘: 死生観に関する研究: 死生観尺度の構成と信頼性 妥当性の検証, *死の臨*, 23(1), 71-76, 2000.
- 15) 中井裕子, 宮下光令, 他1名: Frommelt のターミナルケア態度尺度 日本語版 (FATCOD- B-J) の因子構造と信頼性の検討 — 尺度翻訳から一般病院での看護師調査, 短縮版の作成まで —. *がん看護*. 11(6): 723-729, 2006.
- 16) 西川満則: 地域におけるアドバンス・ケア・プランニングとエンド・オブ・ライフケア, *Jpn J Rehabil Med*, 54, 425-428, 2017.
- 17) 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, *Palliat Care Res*, 11(3), 217-224, 2016.
- 18) 西脇可織, 小松万喜子: 終末期がん患者の看護に携わる看護師の学習ニーズと経験年数およびケアの困難感の関連, *死の臨*, 34(1), 121-127, 2011.
- 19) 竹之内沙弥香: がん患者への意志決定支援の質を高める, *看管理*, 25(2), 131, 2015.
- 20) Ajzen, I.: Attitudes, traits, and actions: Dispositional prediction of behavior in personality and social psychology, *Advances in experimental social psychology*, 20, Academic Press, 1-63, 1987.
- 21) Hamayoshi, M.: Effects of an Education Program to Promote Advance Directive Completion in Local Residents, *General Medicine*, 15(2), 91-99, 2014.
- 22) Terri, R.F., Karen, B., 他1名: Understanding Advance Care Planning as a Process of Health

- Behavior Change, *J Am Geriatr Soc*, 57(9), 1547-1555, 2009.
- 23) 濱吉美穂, 後藤小夜子, 他2名: 視聴覚教材を用いた地域住民に対する事前指示書作成促進への介入効果, 佛教大学保健医療技術学部論集 第12号, 39-51, 2018.
- 24) Cheng-Pei, Lin, Shao-Yi Cheng.: Advance Care Planning for Older People with Cancer and Its Implications in Asia: Highlighting the Mental Capacity and Relational Autonomy, *Geriatrics*, 3,43, 2018. <https://doi.org/10.3390/geriatrics3030043>.
- 25) Mayring, P.: Qualitative Content Analysis, *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 1(2), 2001.
- 26) 厚生労働省: 人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書. https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/saisyuiryo_a_h29.pdf P42 (閲覧日: 2023年9月7日)
- 27) 阿部泰之, 木澤義之: 3-1 エンド・オブ・ライフケアを支えるアドバンス・ケア・プランニング, 看護実践に活かすエンド・オブ・ライフケア (長江弘子編), 日本看護協会出版会, 38-44, 2015.
- 28) 長尾匡子: 新人看護師が有する高齢患者の看取りについての意識, *ホスピスケア在宅ケア*, 25(2), 96-102, 2017.
- 29) Amanda, B., Kathleen, P., 他3名: Advance care planning (ACP) for specialists managing cirrhosis: A focus on patient-centered care, *Hepatology*, 67(5): 2025-2040, 2018.
- 30) Laura, ED., Joshua, BK.,: Integrating Advance Care Planning Into Practice, *CHEST*, 151(6): 1387-1393. 2017.
- 31) Krystal, S., Bhasker, A., 他1名: Advance Care Planning in rehabilitation: An implementation study, *J Rehabil Med*, 50, 652-660, 2018.
- 32) Rietze, L., Roberta H., 他1名: Identifying the factors associated with Canadian Registered Nurses' Engagement in Advance Care, *J Hosp Palliat Nurs*, 2(3), 230-236, 2018.

(はまよし みほ 看護学科)

(ごとう さよこ 甲南女子大学 看護リハビリテーション学部 看護学科)

(まつおか ちよ 甲南女子大学 看護リハビリテーション学部 看護学科)

(こうの あゆみ 大阪公立大学 看護学部 看護学科)

2023年9月7日受理

