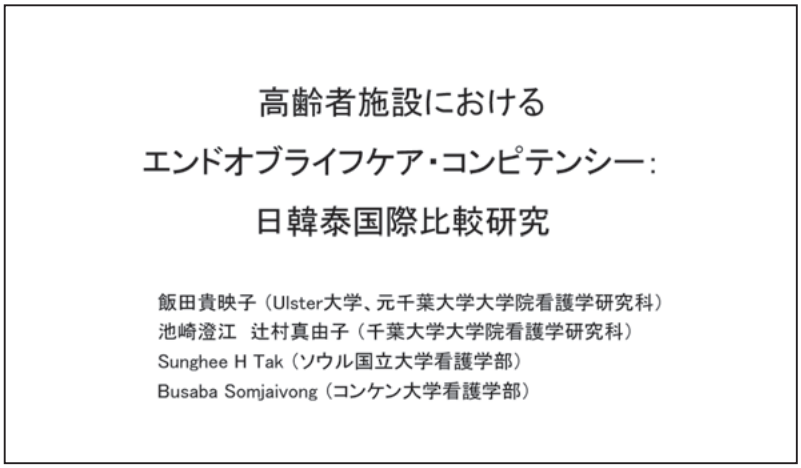
高齢者施設におけるエンドオブライフケアコンピテンシー：日韓泰国際比較研究

飯田　貴映子
Ulster University School of Nursing　博士課程
（助成時：千葉大学大学院 看護学研究科看護システム管理学専攻病院看護システム管理学　講師）

【スライド1】

今回このような機会をいただき、また、研究助成金をいただき、誠にありがとうございます。昨年度より所属が変わりまして、現在は英国の北アイルランドのアルスター大学というところで、博士課程に在籍しております。

スライド 1



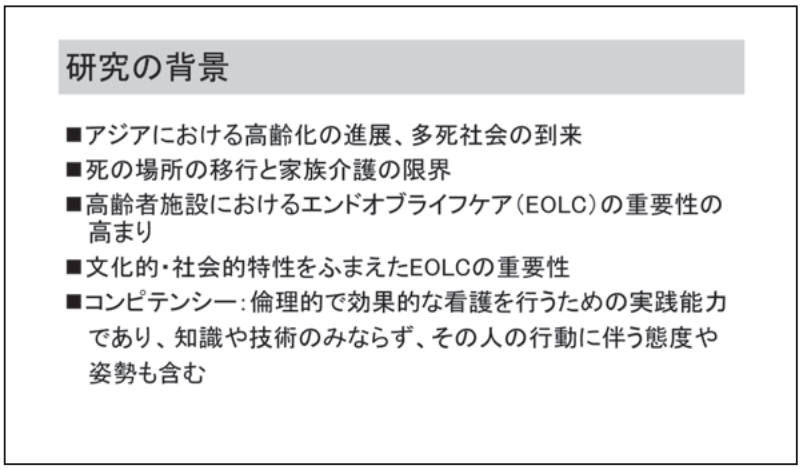
【スライド2】

本研究の背景です。

世界的な人口の高齢化の中で、日本のみならずアジア諸国においても急速な高齢化が進むと同時に、多死社会の到来が見込まれています。

高齢者ケアの場も病院から地域へと移行し、同時に家族構成の変化等により家族による介護も限界を迎えています。

スライド 2



高齢者施設で死を迎える高齢者も増加する方向で、医療施設とは異なり医療職の配置が少なく介護が高齢者の生活を支える生活ケアが中心の施設において、より質の高いエンドオブライフケアが求められています。

人が亡くなりゆくことへの支援は、社会背景を踏まえた極めて文化的なことであると言えると思われます。

より質の高いケアを提供するためコンピテンシーを基盤とする人材育成が広がりを見せ

ています。コンピテンシーには諸定義がありますが、本研究においては対象は看護職ということもあり、倫理的で効果的な看護を行うための実践能力であり、知識や技術のみならず、その人の行動に伴う態度や姿勢も含むと定義して取り組みました。欧米では緩和ケアやエンドオブライフケアの専門職のコンピテンシーが開発されていますが、特にアジアにおいて、また、高齢者施設という場においてのコンピテンシーはまだ作成されておりません。

【スライド3】

本研究は、アジアにおいて高齢化のスピードが極めて高い3カ国…日本、韓国、タイの研究者と共に共同研究を行っております。

各国について…特に韓国とタイについて簡単にご紹介します。

スライド 3

日本・韓国・タイの概要

	日本	韓国	タイ
人口	12,693万人(2017年)	5,098万人(2017年)	6,829万人(2017年)
高齢化率 (65歳以上人口割合)	27.3%(2017年) →31.2%(2030年予測) →37.7%(2050年予測)	13.4%(2016年) →24.3%(2030年予測) →35.9%(2050年予測)	11.4%(2017年) →19.5%(2030年予測) →30.1%(2050年予測)
平均寿命	女性87.1　男性80.9　(2016年)	女性85.6　男性79.5　(2016年)	女性79.3　男性71.8　(2016年)
公的に介護を支援する仕組	介護保険制度(2000年～)	老人長期療養保険制度 (2008年～)	なし
高齢者施設の種類	介護保険施設、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、グループホーム　等	老人療養施設、 老人療養共同生活家庭(グループホーム)	公的入所高齢者施設、公的療養病院、民間高齢者住宅、民間療養病院　等
死の場所 (日本2017年、韓国2012年、タイ2017年)	医療機関 75.8%	医療機関 70.1%	医療機関 45.1% (バンコク68.7%、コンケン25.4%)
	施設 9.2%	施設ほか 11%	
	在宅 13%	在宅 18.8%	在宅　54%

Source:平成30年度版高齢社会白書、World Bank、World Health Statistics 2018、厚生労働省2017年海外情勢報告、ニッセイ基礎研究所(2016)

韓国、タイ共に、現時点では高齢化率は10％の前半ですが、2050年には日本とかなり近く35％前後に近づくと予測されており、非常に速いスピードで高齢化が進んでいます。韓国では、日本の介護保険制度を参考にした老人長期療養保険制度が開始され、この制度の下、施設サービスにおいては、老人療養施設とグループホームにおいてケアが提供されています。死の場所は、日本同様、医療施設が70％を超えています。タイでは日本の介護保険制度のようなものはなく、基本的にコミュニティケアとなっています。また、施設はあるのですが、主に身寄りのない貧困層のための施設という位置付けであり、看取りは地域もしくは病院が中心となっています。また、都市部と地方によっても死の場所の割合は大きく異なり、都市部では医療機関が70％近いのですが、地方都市、特に今回共同研究を行ったコンケン大学があるコンケン県では25％と、かなりの開きがあります。

【スライド4】

本研究は、3年間のプロジェクトであり、そのうちの1年間をファイザーヘルスリサーチ振興財団より助成いただきました。

これまでアジアの高齢者施設におけるエンドオブライフケアの多くが明らかになっていなかった中で、まずは日本、韓国、タイの高齢者施設におけるエンドオブライフケアの現状を明らかにすること、専門職と非専門職が共に働き、生活ケア中心の高齢者施設で働く看護職に求められるエンドオブライフケアコンピテンシーを明らかにすること、もって、アジア文化を踏まえたより質の高いエンドオブライフケアを目指すため、高齢者施設におけるエンドオブライフケア教育プログラム構築に向けた基盤資料とすること、を目的とし

ました。

これらの目標を達成するため2段階の研究を実施しました。研究1では各国の高齢者施設における現状調査、研究2ではデルファイ法により高齢者施設で働く看護職に求められるエンドオブライフケアコンピテンシーの明確化を行いました。

スライド 4

研究目的

1. 日本・韓国・タイの高齢者施設におけるEOLCの現状を明らかにする
2. 専門職と非専門職がともに働き、生活ケア中心の高齢者施設で働く看護職に求められるEOLCコンピテンシーを明らかにする
3. アジア文化を踏まえたより質の高いEOLCを目指すため、高齢者施設におけるEOLC教育プログラム構築に向けた基盤資料とする

【スライド5】

まず研究1では、高齢者施設の視察、および高齢者施設で働く職員へのインタビュー調査を行いました。フィールドノートやインタビュー逐語録で、高齢者施設で働く看護職のエンドオブライフケア実践や求められる能力に関する部分を抜き出して、内容分析を行いました。

スライド 5

研究1　日本・韓国・タイの高齢者施設におけるEOLCの現状

方法

- 高齢者施設の視察およびインタビュー調査
- 対象の選定：各国の研究者を介したネットワークサンプリング
- インタビュー内容：高齢者施設におけるEOLCの実践内容、各職種の役割、教育体制、課題等
- 韓国・タイでは通訳が同行し逐語通訳を実施
- 分析：フィールドノート、インタビュー逐語録を高齢者施設で働く看護師のEOLC実践や求められる能力に関する部分を抜き出し、内容分析を実施
- 研究者所属大学の研究倫理審査の承認を得て調査を実施

【スライド6】

研究1の結果です。

日本においても同様のインタビュー調査を行いましたが、本報告では韓国とタイについてを中心に報告いたします。

韓国では、ソウルの老人療養施設4カ所において、看護職と社会福祉士の背景を持つ対

スライド 6

研究1　結果　インタビュー協力者の概要とEOLCの状況

	韓国（ソウル）	タイ（コンケーン）
協力者	老人療養施設　施設長3名（看護師、社会福祉士）、看護管理者2名	ナーシングホーム施設長1名（シスター）、地域病院看護師長2名、ヘルスセンター看護師長1名、ヘルスボランティア1名
EOLCの状況	• 療養保護士が日常生活ケアの中心 • 施設での薬剤使用は内服・貼用薬のみ。輸液・注射は不可。 • 宗教や信仰を配慮したケア • 臨終の場を家族の和解の場とする • EOLCの意思確認と書面化の徹底：入所時と臨終が近づいた時 • 療養保護士へのEOLやホスピスケア教育 • 職員への死に対する哲学・意識の教育 • 死亡時の嘱託医や近隣病院との連携	• 施設は貧しく身寄りのない人を対象 • コミュニティにおけるEOLCが中心。ボランティアの活躍 • 基幹病院、地域病院、ヘルスセンター、市民の連携 • 高齢者本人や家族は死を恐れず受け入れる傾向 • EOLCの意思確認と書面化の徹底：入所時と臨終が近づいた時 • 宗教や信仰に配慮したケア • 専門職はじめボランティアや介護者への緩和ケア研修の機会 • 在宅死の場合、村長が死亡を確認し届を提出

象にインタビューを行いました。タイでは、コンケン県において、キリスト教系のナーシングホーム、基幹病院や地域病院の訪問部門そしてヘルスセンターでインタビューを実施しました。

韓国の施設においては療養保護士という介護士がケアの中心となっており、彼らに対するエンドオブライフケア教育も施設内で実施されていました。入所時にエンドオブライフケアの方針の確認と書面化を厳密に行っており、基本的には積極的な治療は行わず生活の場で死に向かっていく方を支えるという姿勢でケアが行われていました。特に多く語られていたのが、臨終の場を家族の和解の場とするということで、家族間で問題のあった場合でもそうでない場合であっても、臨終のときに家族を呼んでお互いの思いを伝え合う場を意識的に作る、というようなことが行われておりました。

一方、タイでは地方都市であったため、ナーシングホームは貧しく身寄りのない方が入居する施設という位置付けで、高齢者に特化された施設ではありませんでした。しかし、医療職のいない中でも、本人の意思に沿ってコミュニティや地域病院との連携の下、エンドオブライフケアを実施し、その施設での看取りも行われていました。高齢者の死は自然な流れとして、本人、家族共に受け入れられていることが語られていました。

【スライド7】

インタビューから、エンドオブライフケア実践において看護職に求められる能力を抽出しました。

共通して出された能力としては、高齢者の尊厳を守る、また、自然な最期を支える姿勢、エンドオブライフケア期における心身のアセスメント能力、宗教や信仰への配慮、などが挙がりました。

韓国ではコミュニケーション…特にスキンシップや非言語的なコミュニケーションを大切にする姿勢、家族の喪失や悲嘆へのケアが抽出されました。タイにおいてはコミュニティが中心であり、看護職の役割としては、病院、ヘルスセンター、家族との連携、そしてケアマネジメント能力というものが非常に重要であることが挙げられました。

スライド 7

研究1　結果　EOL実践において看護職に求められる能力

韓国	タイ
• 高齢者の尊厳を重視 • 尊厳のある生の締めくくりの支援 • EOL期の見極め • EOL期にある高齢者の心身のアセスメント • 宗教や信仰に配慮したケア • スキンシップや非言語的コミュニケーション • 家族の喪失に対するケア • 本人、家族、職員間の連携	• 高齢者の尊厳を保ちながら最期に寄り添う姿勢 • EOL期にある高齢者の心身のアセスメント • 症状や苦痛への対処 • 宗教や信仰に配慮したケア • 病院、コミュニティや家族との連携、ケアマネジメント

【スライド8】

これらを基に、研究2では、高齢者施設でエンドオブライフケアを実践する看護職に求められるコンピテンシーについて、各国のエキスパートをパネルとして、エキスパート間の合意形成を行うデルファイ法調査を行いました。

スライド 8

研究2　デルファイ法調査
高齢者施設でEOLCを実践する看護職に求められるコンピテンシー

方法

1. パネルの選定：高齢者ケア、長期ケア、緩和・EOLケアに関するエキスパート（実践家、教育・研究者）
2. クラシックデルファイ法（Keeney et al. 2011）による質問紙調査

第1ラウンド	分析	第2ラウンド	分析	第3ラウンド	分析
•コンピテンシーを質的に記述	•内容分析	•コンピテンシーの重要度の5段階判定	•記述統計	•重要度を再判定	•記述統計

5. 「とても重要」が70%以上の合意が得られたコンピテンシーを採用

パネルは高齢者ケア、長期ケア、緩和ケア、エンドオブライフケアに関するエキスパートで、実践家と教育研究者を対象としました。クラシックデルファイ法を用い、まず第1ラウンドとしては、エンドオブライフケアを実践する看護師に求められるコンピテンシーを質的に記述を依頼し、内容分析の後リスト化をし、第2ラウンドで、コンピテンシーのリストに対して重要度を5段階で評価していただきました。そして、第3ラウンドでは、第2ラウンドで合意に至らなかったコンピテンシーと文言に関してコメントのあったものを見直し、再度重要度の5段階評価をしていただきました。

そして、とても重要と評価した内容が70％に至ったものを、合意が得られたとしてコンピテンシーとして採用しました。

【スライド9】

スライド 9

研究2　結果　デルファイ法調査　パネルの概要

日本　パネル25名
- 教育・研究者12名
- 高齢者施設に勤務する高度看護実践者13名
  （老年看護専門看護師、認知症認定看護師、緩和ケア認定看護師、認定看護管理者）

韓国　パネル21名
- 教育・研究者11名
- 高齢者関連施設に勤務する看護実践者10名
  （老年看護専門看護師、看護師）

デルファイ法の結果ですが、現在日本では終了したのですけれども、韓国は最終段階にあります。タイにおいては、高齢者施設の設置状況がもともとの共同研究者のいるコンケン地区では少なかったということで、改めて都市部であるバンコクで調査を開始しているため、まだ結果は出ておりません。今回は日本を例にしてお話したいと思います。

日本ではパネル25名で、内訳は、教育・研究者が12名、そして高齢者施設に勤務する高度実践看護職13名ということで、老年看護の専門看護師や認定看護師が対象となっています。

【スライド10, 11】

これは最終的にコンピテンシーとして合意に至った項目です。全部で71項目になりました。そして、8つのドメインに分類しました。各ドメインについて項目を抜粋して載せて

います。

今回、時間の関係であまり言えないのですが、ドメインとしては、エンドオブライフケアの基本について、高齢者ケアとしての基盤、多職種連携と協働、コミュニケーション、家族支援、意思決定支援、高齢者施設におけるエンドオブライフケア、そして、看護職としての基本的なところ、というところが挙がりました。

スライド 10

研究2　結果
EOLCを実践する看護職に求められるコンピテンシー（抜粋）：日本

EOLとEOLケアの基本　10項目	• EOL期の身体的苦痛（痛み、倦怠感等）についての知識に基づくケアを提供できる • EOL期の不安定な状況においても、高齢者にかかる負荷とQOLを総合的に検討したうえで身体的ケアのタイミングを逃さず実施する決断力がある
高齢者ケアの基盤 13項目	· 高齢者の価値観や尊厳を尊重する姿勢がある · 最期までその人らしく生ききることを支援する姿勢がある · 高齢者の予後を見据えた医療的介入の適用や必要性の判断ができる
多職種連携と協働 12項目	· それぞれの職種の専門性を尊重する姿勢がある · 医師とEOLケアの方向性について対等に話し合いができる · 介護職に対して分かりやすい言葉を用いて説明や助言ができる
コミュニケーション 6項目	· 言葉として表出できない苦痛や意思を察知し、ケアにつなげることができる · 高齢者本人や家族に対し丁寧かつ分かりやすい説明ができる · 高齢者本人や家族が、思いや考えを表出できるよう支援ができる

スライド 11

研究2　結果
EOLCを実践する看護職に求められるコンピテンシー（抜粋）：日本

家族支援 10項目	· 高齢者本人だけでなく家族も満足できるEOLケアを目指す姿勢がある • EOL期にある高齢者本人と家族のプライバシーに配慮したケアができる • EOL期にある高齢者本人の心身の状況の変化について、家族に説明ができる
意思決定支援 9項目	· 高齢者本人の望みや希望を優先する姿勢がある · 代理決定者としての家族の選択や決定を支援できる • EOLケアの開始時期について、高齢者本人や家族と話し合いができる
高齢者施設におけるEOLケア　8項目	· 所属施設における看取りの文化を醸成できる · 自然な死の過程を理解し尊重する姿勢がある · 限られた数の医療職として、自立・自律的に状況を判断し、対応できる
看護職としての基盤 3項目	· 自ら学び続ける姿勢がある · 倫理的な問題に気付くことができる · 倫理的な問題への調整や対処ができる

【スライド12】

最後にまとめです。

アジア3カ国で高齢者施設の設置状況やエンドオブライフケアの状況はかなり違う中で、共通して、過剰な医療的な介入をせずに自然な死を迎えることを支援するという方向性が見られました。

スライド 12

まとめ・結論

- アジア3か国間での高齢者施設の設置状況やEOLCの状況の違い
- 過剰な医療的介入をせず自然な死を迎えることを支援する方向性
- 高齢者施設の看護職に求められるEOLCコンピテンシー：高齢者が自然な死を迎えるための身体的、精神的、社会的な支援とともに、家族支援や多職種によるケアの管理的な役割、他機関との連携、を遂行する力
- アジア各国で求められるコンピテンシーに基づく現任教育を開発する必要性
- 継続課題：
  - コンピテンシーの3か国間の比較検討と精錬
  - アジア文化を踏まえた高齢者施設EOLCの質の向上を目指す教育プログラムの検討

看護職に求められるコンピテンシーとしては、まだ途中段階ではあるのですが、高齢者が自然な死を迎えるための身体的、精神的、社会的な支援と共に、家族支援や多職種によるケアの管理的な役割、他機関との連携を推進・遂行する力等、多様な能力が求められることが明らかになりました。

今後、アジア各国で求められるコンピテンシーに基づいて現任教育を開発していくことが重要であるとともに、本研究の継続の課題としても、3カ国間のコンピテンシーの比較

をしていくということ、そしてアジア文化を踏まえた高齢者施設のエンドオブライフケアの質の向上を目指す教育プログラムを、3カ国で検討していきたいと思っています。

今回は看護師のコンピテンシーに焦点を当てたのですが、今後はケアの実践の大半を占めるケア職のコンピテンシーを支援していくための教育ということも考えていきたいと思っております。

質疑応答

会場： 非常に興味深いご発表をありがとうございます。アジアの各国のエンドオブライフケアコンピテンシーということだったのですが、もしも欧米でこういうものがあれば、それとの比較で日本の今回の結果の特徴とか、お気付きになった点があれば教えていただければと思います。

飯田： 欧米では、高齢者施設という場においてのコンピテンシーというものは見つけることができなかったのですが、緩和ケアの看護職のコンピテンシーであったり、緩和ケア全体の多職種のコンピテンシーのようなものは、特にヨーロッパのほうで開発されておりました。特に日本で特徴的だなと思ったのは、やはり宗教的なことです。スピリチュアルケアというところがデルファイ法で上がってはきたのですが、パネルの合意には至らなかったというところが興味深いなと思いました。韓国とタイの結果を、まだお示しできないのですけれども、こちらではキリスト教の文化であったり仏教の文化であったりというところで、必ず出てくるのではないかと思うのです。そこら辺、日本と少し違いがあるなということが、まず印象的だと思いました。

会場： 非常に参考になりました。ありがとうございました。

会場： 3カ国の比較をされたということで、いろいろ条件が違うという大変な中でまとめられたものと思っております。今回の研究のポイントをより良く理解したいと思っているので、2つ教えていただければと思います。

一つは今回「高齢者施設」ということでまとめられたと思いますが、先ほど「欧米では」いうご質問もあったので、これが例えば「在宅での」となったときに、今回出て来た内容とどこが変わるか。つまり「高齢者施設における」というところで「一番ポイントになるのはここかな」というところが、もしあれば、教えていただきたいと思います。それともう一つは、最後のほうで「今後介護職の方に」とおっしゃっていたのですが、今回は看護職ということで、「恐らくここが介護職

の方と違うポイントになるのかな」と、もし現時点でお考えのところがあれば教えていただけると幸いです。

飯田： 高齢者施設としてのポイントというか特徴は、職種が限られていて、本当にたくさんの人が入っている中、主に介護職が中心となってケアが行われていて、看護職は管理的な立場を取っている、そこが医療施設とはかなり違うところで、在宅とも違うところかと考えております。あとは、看護職は医療専門職なのですけれども、介護職は国家資格を持っていらっしゃる方もいれば、そうでない方もいる。本当に多様な教育背景を持っていらっしゃる方がたくさんいる中でゼネラリストとしてのエンドオブライフケアの教育をしていく必要があるというところで、その難度であったり、実際にどういうところに介護職の方がケアに入っていくのかということを、より検討していく必要があるかと思っております。

会場： 私はこのテーマに門外の者ですが、ただ、先生のこのタイトルを見たら、ちょっと疑問を持ちます。内容ではなくて、一般の疑問として聞いてほしいのですが。一般に比べるときは、同じリンゴとリンゴを比べます。リンゴとオレンジは比べないですね。だから、日･韓･タイの3国は疑問を持ちます。もし、例えば、ドイツ･日本・韓国なら、これは分かります。なぜなら、日本の介護はドイツから学んだですね。韓国は日本から学んだ。この3国は関連性あります。しかも、OECD加盟国で先進国。タイはちょっと違います。例えばタイ・フィリピン・ベトナム。これなら分かります。介護者、日本に来てます。インドネシアとか。そういう観点から、先生から教えてもらいますか？

座長： 時間の関係で私が代わりに申し上げますと、要するに、比較の対象の国をもう一度吟味しろと、そういうことですよね。
では、時間になりました。ありがとうございました。