

介護老人保健施設長による 日本版バリューズヒストリーの構成項目に対する評価

An assessment of items on the Japanese version of the Values History Form by the heads of long-term care facilities for the elderly

高橋 方子¹⁾・菅谷 しづ子¹⁾・鈴木 康宏¹⁾

高橋 和子²⁾・竹本 由香里²⁾・布施 淳子³⁾

Masako TAKAHASHI¹⁾, Shizuko SUGAYA¹⁾, Yasuhiro SUZUKI¹⁾,

Kazuko TAKAHASHI²⁾, Yukari TAKEMOTO²⁾ and Junko FUSE³⁾

【目的】本研究は日本版バリューズヒストリー（以下、日本版 VH）の構成項目に対する介護老人保健施設長（以下、施設長）の評価を明らかにすることを目的とした。

【研究方法】調査方法は郵送法による質問紙調査であった。対象者は介護老人保健施設（725 施設）の施設長とした。調査内容は対象者の属性、日本版 VH を構成する項目の重要度の 5 段階評価とした。分析にあたり、「絶対に重要である」および「まあまあ重要である」を『重要である』とし単純集計を行った。

【結果】26 人の施設長より回答があった（回収率、3.5%）。平均年齢は 62.4 歳で施設長としての平均経験年数は 7.3 年であった。日本版 VH の構成項目として 80%以上の人が『重要である』と回答した項目は「人生に対する姿勢」、「自分の人生に対する満足感」など 23 項目であった。

【考察】80%以上の対象者が『重要である』と回答した 23 項目のうち、「健康上の問題と向き合う姿勢」などの 7 項目は米国版バリューズヒストリーの構成項目のなかには認めず、訪問看護師を対象とした調査をもとに作成された項目であった。これらの項目は日本版 VH として特徴的な項目であると考えられた。

連絡先：高橋 方子 mastakahashi@cis.ac.jp

1) 千葉科学大学看護学部看護学科

Department of Nursing, Faculty of Nursing, Chiba
Institute of Science

2) 宮城大学看護学群看護学類

Department of Nursing, Faculty of Nursing, Miyagi
University

3) 山形大学医学部看護学科

School of Nursing, Faculty of Medicine, Yamagata
University

(2021 年 9 月 8 日受付, 2022 年 1 月 25 日受理)

I. はじめに

近年わが国では長寿社会の到来とともに、人生の最期の迎え方について深く考える必要性が増してきた。医療技術が進歩した現在、最期まで自分らしい人生を送るためには、とくに人生の最終段階における医療をどのように選択するかについて考えることは重要である。しかし、実際には人生の最終段階における医療について考えることは困難であり、そのため、米国ではバリューズヒストリーが活用されている¹⁾。バリューズヒストリーは人生の最終段階における医療の意思決定をする際に根拠となる各個人の価値観歴である。バリューズヒストリーの質問項目に答えることにより、自身が意思決定する際に大切にしている価値観に気づくことができ、それにより自

身の人生の最終段階における医療についての意思を顕在化することができる²⁾。

このバリューズヒストリーはわが国でも有効と考えられるが、米国とは文化が異なり、そのまま用いることは適切ではない。そのため、わが国の事情に即したバリューズヒストリーを開発するために、人生の最終段階における医療の意思決定を支援する立場の対象者に対する調査が有効と考え、研究を継続してきた。

また、近年は介護老人保健施設での看取りが増加している。2012年には介護老人保健施設でも「ターミナルケア加算」が認められ、2005年には、介護老人保健施設において0.7%であった死亡者数割合は2013年には1.9%と増加傾向にある³⁾。

このように介護老人保健施設での看取りが増える中、小野ら⁴⁾の介護老人保健施設における看護管理者を対象とした調査によれば、80.6%の看護管理者が介護老人保健施設における看取りの質は高いと回答している。各施設の看取りの方針は施設長の考えによるところも大きく⁵⁾、日本版バリューズヒストリーの開発には施設長の認識を検討することが重要と考えられる。しかし、介護老人保健施設長を対象とした先行研究は殆ど見当たらない。そこで本研究は介護老人保健施設の施設長による日本版バリューズヒストリーの構成項目に対する評価を明らかにすることとした。

II. 目的

本研究の目的は介護老人保健施設長による日本版バリューズヒストリーの構成項目に対する評価を明らかにすることである。

III. 研究方法

1. 研究デザイン

量的研究（無記名自記式質問紙調査）

2. 研究対象者

看取りを行う介護老人保健施設の施設長を対象とした。WAM ネットから看取りの表示がされている施設2400件を抽出したのち、47都道府県ごとに3割の老健施設を無作為に抽出した。その結果得られた725施設の施設長に調査を依頼した。

3. 調査時期

2020年2月～3月

4. 調査内容

- 1) 対象者の属性（性別、年齢、施設長としての経験年数）
- 2) 施設の概要（設置主体、施設のタイプ、入所定員）
- 3) 日本版バリューズヒストリー（以下、日本版VH）を構成する項目の評価
- 3) の回答には「絶対に重要でない」を1、「重要でない」を2、「どちらともいえない」を3、「重要である」

を4、「絶対に重要である」を5として5段階のリッカート尺度を用いた。

5. 分析方法

分析方法は1～3の回答を『～ない』、4、5の回答を『～ある』の2群として記述統計量を算出した。

6. 日本版バリューズヒストリーを構成する項目の作成

日本版バリューズヒストリーを開発するに当たり、その調査項目の設定は、意思決定能力のある在宅療養高齢者の意思に添う終末期医療が提供できたと訪問看護師が判断した事例から抽出された意思把握に必要な情報⁶⁾を基本にした（表3※1）。

そして、この情報にLambertら²⁾による米国版バリューズヒストリーの質問内容を追加して設定した計57項目を調査項目とした。なお、これらの調査項目についてはUNM Health Sciences Center Institute for Ethicsのホームページに掲載されているバリューズヒストリー¹⁾の内容と比較検討を行い追加・修正する項目がないことを確認した。

またLambertらによる米国版バリューズヒストリーの翻訳内容と表現の妥当性については、留学経験のある日本人1名と翻訳を専門とするnative speaker 1名および英語教育者であるnative speakerの大学教員1名の計3名に依頼し確認を行った。

IV. 倫理的配慮

本研究は千葉科大学人を対象とする研究倫理審査委員会の承認を得て実施した（承認番号R1-11）。対象者に研究目的、分析方法等の研究内容、調査への参加は自由であること、参加しないことによる不利益はないこと、調査用紙の提出を以て研究参加の同意とすること、統計処理をした結果を公表することなど研究参加における自由意思と同意の示し方および研究結果の公表時の匿名性の確保について研究説明書にて説明した。

V. 結果

26人から回答があり、回収率は3.5%であった。

1. 対象者の属性

性別は男性が22人（84.6%）、女性が4人（15.4%）であった。平均年齢（SD）は62.4（±14.3）歳で29歳から88歳の幅があった。また老健施設長としての平均経験年数（SD）は7.3（±6.6）年で最小年数は1年で最大年数は23年であった（表1）。

2. 施設の概要

設置主体は医療法人と回答した人が最も多く16人（61.6%）、次いで社会福祉法人と回答した人が5人（19.2%）であった。

施設のタイプは超強化型と回答した人が最も多く13人（50.0%）、次いで加算型と回答した人が6人（23.1%）

であった(表2)。

平均入所定員数(SD)は99.3(±30.2)人であった。

3. 日本版バリューズヒストリーの構成項目についての評価

最も重要であると回答した人が多かった項目は「臨終の際に最も重要だと思うこと」が25人(96.2%)であった。次いで「病気や障害を持った時や加齢の影響がある時でも安心していられる環境」が24人(92.3%)であった。80%以上の人が『重要である』と回答した項目は23項目あり、上記2項目のほかに、「大事にしたいこと」、

「自分の介護に必要な資金の心配」、「健康上の問題と向き合う姿勢」などであった。

最も回答が少なかった項目は「自分が希望する終末期医療に対する友人の同意」で3人(11.5%)だった。また『重要である』と回答した割合が50%未満の項目は「受診状況」、深刻な病気に対する見方についての宗教の影響、「信仰する宗教の内容」、「自分の葬式の準備」など13項目であった。詳細は表3に示した。

表1 対象者の属性

項目		人(%)	最小-最大
<i>n</i> = 26			
性別	男性	22 (84.6)	
	女性	4 (15.4)	
平均年齢(SD)		62.4 (14.3)	29-88
施設長経験年数(SD)		7.3 (6.6)	1-23

表2 施設の概要

項目		<i>n</i> = 26	
		人	(%)
設置主体	医療法人	16	(61.6)
	社会福祉法人	5	(19.2)
	社団法人	2	(7.7)
	その他	2	(7.7)
	無回答	1	(3.8)
タイプ	超強化型	13	(50.0)
	加算型	6	(23.1)
	基本型	4	(15.5)
	強化型	1	(3.8)
	その他	1	(3.8)
	無回答	1	(3.8)
平均入所定員(SD)	99.3 (30.2)	19-165 (最小~最大)	

表3 介護老人保健施設長による日本版VHの構成項目の評価

項目	<i>n</i> = 26		
	『重要である(絶対に重要・重要)』と回答した人数(%)	訪問看護師の面接調査から抽出された項目※1	デルファイ法による訪問看護師を対象とした調査で選択された項目※2
臨終の際に最も重要だと思うこと	25 (96.2)		
病気や障害を持った時や加齢の影響があるときでも安心していられる環境	24 (92.3)		○
健康上の問題と向き合う姿勢	23 (88.5)	○	○
大事にしたい事	23 (88.5)	○	○
自分の介護に必要な資金の心配	23 (88.5)		○
病状の悪化が役割や能力に与える影響	22 (84.6)		○
人生における家族の価値	22 (84.6)		
人生に対する姿勢	22 (84.6)		○
自分が望む生活	22 (84.6)	○	○

表3 介護老人保健施設長による日本版VHの構成項目の評価 (前頁続き)

項目	『重要である(絶対に重要・重要)』と回答した人数(%)	訪問看護師の面接調査から抽出された項目※1	デルファイ法による訪問看護師を対象とした調査で選択された項目※2
末期疾患になった場合の延命処置に対する希望	22 (84.6)		○
死に対する考え方	22 (84.6)		○
安心できる環境	22 (84.6)		○
最近の自分の健康状態	21 (80.8)		○
健康上の問題に対する医師から説明内容	21 (80.8)	○	○
余命についてどう思っているかとその理由	21 (80.8)	○	○
医師以外のケアサービスの関わり方の希望	21 (80.8)		○
人の世話を受けなくてはならなくなった時の希望	21 (80.8)		○
自分が希望する終末期医療に対する家族の同意	21 (80.8)		○
生きる事に対する幸福感 (n=25)	21 (80.8)		○
自分の人生に対する満足感	21 (80.8)		○
共に過ごしたい人	21 (80.8)	○	○
意識の回復が困難になった場合の延命処置に対する希望	21 (80.8)		○
自分の意思決定の特徴 (n=25)	21 (80.8)	○	○
主治医に対する信頼	20 (76.9)		○
重篤な認知症になった場合の延命処置に対する希望	20 (76.9)		○
臨終の際の家族の同席に対する希望	20 (76.9)		
責任を果たしたい事 (n=25)	20 (76.9)	○	○
自分のコミュニケーションの特徴	19 (73.1)	○	○
過去10年間に一緒に住んでいた人	19 (73.1)		
自分の介護にかかる費用の方針	19 (73.1)		○
代わりに判断を頼みたい具体的な状況	18 (69.2)		○
代わりに判断する人の承諾の有無	18 (69.2)		○
自分が恐れていること	18 (69.2)		○
臨終場所の希望	18 (69.2)		○
自分の葬式についての希望	18 (69.2)		
日常生活動作で困難なこと	17 (65.4)		
人の世話になる事についての考え方	17 (65.4)		○
趣味、テレビ鑑賞など自分が好きな活動	17 (65.4)		
自分の健康状態について知ってもらいたいこと	16 (61.5)		
自分の代わりに終末期医療の判断をしてくれる人の希望	16 (61.5)		
やり残したことがあると感じている内容	16 (61.5)		
主治医の選択理由	14 (53.8)	○	
今後の目標/将来の目標	14 (53.8)		
自分を笑わせる事	13 (50.0)		

表3 介護老人保健施設長による日本版VHの構成項目の評価（前頁続き）

項目	『重要である（絶対に重要・重要）』と回答した人数（％）	訪問看護師による面接調査から抽出された項目※1	デルファイ法による訪問看護師を対象とした調査で選ばれた項目※2
受診状況	12（ 46.2 ）		○
医療処置の決定を主治医にゆだねることの希望	12（ 46.2 ）		
深刻な病気に対する見方についての宗教の影響	12（ 46.2 ）		
死に対する考え方についての宗教の影響	12（ 46.2 ）		
自分がうろたえる事	11（ 42.3 ）		
信仰する宗教の内容	11（ 42.3 ）		
自分の葬式の準備	11（ 42.3 ）		
自分を悲しませる事	10（ 38.5 ）		
宗教的儀式に対する考え方	9（ 34.6 ）		
自分の葬式の相談者	9（ 34.6 ）		
自分が希望する終末期医療に対する家族以外の親族の同意	6（ 23.1 ）		
墓の準備	6（ 23.1 ）		○
自分が希望する終末期医療に対する友人の同意	3（ 11.5 ）		

※1 意思決定能力のある在宅療養高齢者の意思に添う終末期医療が提供できたと訪問看護師が判断した事例から抽出された意思把握に必要な情報から作成された項目

※2 2015年に実施した在宅訪問看護師・認定看護師を対象としたデルファイ法による調査において重要と選択された項目

VI. 考察

日本版バリュースヒストリーの構成項目の評価では、80%以上の対象者が『重要である』と回答した項目は23項目あった。この23項目のうち、「健康上の問題と向き合う姿勢」や「健康上の問題に対する医師からの説明内容」、「余命についてどう思っているかとその理由」、「自分の意思決定の特徴」、「共に過ごしたい人」「自分が望む生活」、「大事にしたいこと」の7項目は米国版バリュースヒストリーの構成項目のなかには認めず、意思決定能力のある在宅療養高齢者の意思に添う終末期医療が提供できたと訪問看護師が判断した事例から作成された項目⁶⁾（表3※1）であった。これらの項目は2015年に実施した在宅訪問看護師・認定看護師を対象としたデルファイ法による調査⁷⁾においても、選択された項目である（表3※2）。介護老人保健施設長と訪問看護師と立場は異なるものの認識が一致しており、日本版バリュースヒストリーとして特徴的な項目と考えられた。

また、「死に対する考え方」は『重要である』と回答した対象者が84.6%と高い割合であったが、「深刻な病気に対する見方についての宗教の影響」は12人（46.2%）などの宗教に関する項目は『重要である』と回答した割合

は低い傾向であった。

NHK放送文化研究所の調査によれば⁸⁾、1446人の回答を分析した結果「信仰している宗教はある」と回答した人は36%であり、「信仰心がある」と回答した人は26%であったとして、日本人の宗教離れが進んでいるかもしれないと考察している。

2015年調査結果においても宗教に関する項目について『重要であると』と回答した人の割合が低いという傾向があり⁷⁾、わが国においてはバリュースヒストリーの質問方法としては、宗教に限定せず死に対する考え方としての質問が理解されやすいと思われた。

介護老人保健施設長を対象とした本調査では、「末期疾患になった場合の延命処置の希望」など延命処置に関する質問項目は『重要であると』回答した人の割合が80%以上であったが、「代わりに判断を頼みたい状況」や「代わりに判断する人の承諾の有無」など代理判断に関する項目に対して『重要である』と回答した人の割合は70%程度となっていた。

人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドラインにおいて「本人による意思決定を基本としたうえで、人生の最終段階における医療・ケアを進めることが最も重要な原則である。」⁹⁾と記載されてい

るように延命処置について本人の意思により重点が置かれていると考えられた。

Ⅶ. 結論

1. 「健康上の問題と向き合う姿勢」や「健康上の問題に対する医師からの説明内容」、「余命についてどう思っているかとその理由」、「自分の意思決定の特徴」、「共に過ごしたい人」、「自分が望む生活」、「大事にしたいこと」の7項目は日本版バリューズヒストリーとして特徴的な項目である。
2. 宗教に関する項目は『重要である』と回答した対象者の割合が低い傾向にあり、わが国においてはバリューズヒストリーの質問方法としては、宗教に限定せず死に対する考え方としての質問が理解されやすい。

研究の範囲と限界

本研究では調査票配布後から新型コロナウイルス感染症の影響が出始めたこともあり、回収率が極めて低かった。そのため得られた知見を一般化することはできず、他の調査結果と合わせて検討することにより、この結果を活かすことができる。

謝辞

新型コロナウイルス感染症の影響で大変な時期に調査にご協力いただいた皆様に心より感謝申し上げます。また、ご助言いただいた諸先生方に深く感謝申し上げます。

利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

研究助成情報

本研究は、JSPS 科研費の助成を受けたものである(18K10362)。

著者貢献度

すべての著者は、研究の構想およびデザイン、データ収集・分析および解釈に寄与し、論文の作成に関与し、最終原稿を確認した。

引用文献

- 1) UNM Health Sciences Center Institute for Ethics (2014) : Values History.
<http://hscethics.unm.edu/common/pdf/values-history.pdf>
(検索日 2012/5/12)
- 2) Lambert P, Gibson JM, Nathanson P : The values history : an innovation in surrogate medical decision-making. *Law Med Health Care* , 18(3), 202-212, 1990.

- 3) 内閣府 : 第 12 回健康・医療 WG 資料.
<https://www8.cao.go.jp/kisei-kaikaku/kaigi/meeting/2013/wg2/kenko/131108/agenda.html>. (検索日 2016/9/10)
- 4) 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*, 7 (1), 68-76, 2015.
- 5) 清水みどり : 介護老人保健施設での死の看取りを可能にする要因の考察, *新潟青陵大学紀要*, 5, 347-358, 2005.
- 6) 高橋方子, 布施淳子 : 在宅療養高齢者の終末期医療に対する意思把握に訪問看護師が必要とする情報, *日本看護研究学会誌*, 36(5), 35-47, 2013.
- 7) 高橋 方子, 菅谷 しづ子, 鈴木 康宏, 石津 みゑ子, 布施 淳子, 高橋 和子 : 訪問看護師を対象としたデルファイ法による日本版バリューズヒストリーの開発, *日本看護研究学会雑誌*, 40 (5), 771-782, 2017.
DOI : <https://doi.org/10.15065/jjsnr.20170506011>
- 8) 小林利行 : 日本人の宗教的意識や行動はどう変わったか, *放送研究と調査*, NHK 放送文化研究所, 69 (4), 52-72, 2019.
DOI : 10.24634/bunken.69.4.52
- 9) 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・ケアの決定プロセスに関するガイドライン 解説編, 平成 30 年 3 月.
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000197722.pdf>. (検索日 2021/7/31)

An assessment of items on the Japanese version of the Values History Form by the heads of long-term care facilities for the elderly

Masako TAKAHASHI¹⁾, Shizuko SUGAYA¹⁾, Yasuhiro SUZUKI¹⁾,

Kazuko TAKAHASHI²⁾, Yukari TAKEMOTO²⁾ and Junko FUSE³⁾

1) *Department of Nursing, Faculty of Nursing, Chiba Institute of Science*

2) *Department of Nursing, Faculty of Nursing, Miyagi University*

3) *School of Nursing, Faculty of Medicine, Yamagata University*

Objective: To determine how the heads of long-term care facilities for the elderly (denoted here as facility heads) would assess items on the Japanese version of the Values History Form (denoted here as the Japanese Values History).

Methods: A survey was conducted by mail. Subjects were heads of long-term care facilities for the elderly (725 facilities). The questionnaire asked about subjects' attributes, and the importance of items on the Japanese Values History was rated on a 5-point Likert scale. During analysis, items that were "absolutely necessary" and "somewhat necessary" were simply tallied as "necessary."

Results: Responses were received from 26 facility heads (response rate: 3.5%). Average age was 62.4 years, and respondents had an average of 7.3 years of experience as a facility head. Over 80% of facility heads responded that 23 items on the Japanese Values History such as "attitude toward life" and "satisfaction with life" were "necessary."

Discussion: Of the 23 items on the Japanese Values History that over 80% of facility heads considered "necessary," 7 were not found on the original Values History, such as "a willingness to face [one's] health problems." These items were created based on a study of visiting nurses. These items are particular to the Japanese version of the Values History Form.