

看取りケアサービスの質 QOL から QODD への視座

山 崎 百 子

The Quality of Welfare Services including the last bedside care
From the standpoint of the Quality of life to the Quality of Dying and Death

YAMAZAKI Momoko

抄 録

“看取りケアサービス”の質の向上と、その評価方法の追試検証を目的とし、Y県内ホスピスでフィールド調査を実施した。“「患者の要求に合うサービス」が質の高いサービスである”と定義し、支援される患者10事例、支援する職員等7事例について、順に半構造化面接による聴き取りを行い、その全てを逐語記録にした。逐語記録の前者から1要求1項目「～したい」、後者から1サービス1行動「～する」を品質項目としてそれぞれ帳票を作成した。それらをKJ法にて分類整理後、行列の2元表で示した。行列の関係の強さを4尺度（0～3）で評価後、数量化3類にて構造解析を十数回実行した。解析実行中、行列からはじきだされた“要求があるのに提供がないサービス”（行）と、“提供があるのに要求がないサービス”（列）が抽出され、それぞれ「不足サービス」と、専門職判断によるニーズに基づく「当たり前サービス」と命名された。前者については補填、後者には付加価値を、残りのサービス実態構造からは維持と拡大が、それぞれ今後の具体的な対応策として示され、かつ評価方法が追試検証された。

キーワード：ホスピス

看取りケアサービスの質の向上

不足サービス

当たり前サービス（専門職判断によるニーズに基づくサービス）

追試検証

1. 研究の目的と背景

超高齢社会においては、加齢や寿命による普通死 (normative death) や長寿を全うした死はますます増加すると考えられ、人々は概ね在宅での安らかな死を望む傾向がある¹⁾。安らかな死とは、質の高い死、“満足死”の可能性が高い²⁾。このため、福祉現場では施設でも在宅でも看取りを含むケアサービスの質が問われる可能性がある³⁾⁴⁾。例えば、特別養護老人ホームは、介護型の“終の棲家”で、看取りの問題は避けて通れない³⁾⁴⁾。在宅での看取りが概ね家族介護の問題を孕むことから困難事例が増え、それに伴い⁵⁾、施設、在宅を問わず質の高い“看取りケアサービス”の需要はますます今後も増えると予想される³⁾⁴⁾⁵⁾。

施設サービスの質は、QOLを目的として主に生活の質が問われるが⁶⁾⁷⁾、これに看取りの質を加えることは、サービスを提供する新人支援専門職などへの有効な情報となる⁸⁾。顧客が概ね後期高齢者となる事実は、どのような種類の施設でも、在宅であっても、看取りを含むサービスの質が、死の質 (Quality of Dying and Death) として今後支援専門職に問われることを意味する⁹⁾¹⁰⁾¹¹⁾。

本稿の調査はホスピス診療所で行われたが、終の棲家としての機能は、介護福祉施設であれ、病院・診療所であれ、更には在宅であれ、看取り場面についての快適な環境が要求されるのはどこにおいても同じであろう¹²⁾。これまで、看取りについての文献では、支援する側の意識に関する考察は多くあっても⁴⁾¹²⁾¹³⁾¹⁴⁾、支援される側から問われる質の高い看取りケアについて深化した考察はあまり見当たらない¹⁵⁾。

超高齢社会で働く若い支援専門職の人々が、高齢者の死に遭遇することが当たり前となりつつある今、質の高い看取りを含むケアサービスの本質を考え、サービスを実施して欲しいと考えた。すなわち本研究の目的は、“看取りケアサービス”について、支援者からの要求ではなく、支援される側の要求ないし意向に支援専門職がどのようにだけ添えるかを考察することにあつた。さらには調査方法として、定性データを数量化3類で解析するために数値に変換し、定性と定量の両データの統合を試みた。すなわち、本研究の目的の第二は、ケア効果の判定など、定性データを扱う際問題となる、目に見えない検証の可視化を目指す評価方法の妥当性を追試検証することであつた。

福祉サービスの評価は、医療サービス評価の後を追いかけて現在に至った経緯がある⁷⁾。また、死の質についての評価は、QODないしはQODDとしての試案がある⁹⁾¹⁰⁾¹¹⁾。本研究では過去において、特別養護老人ホームにおけるサービスの質の評価を行った筆者が、今回、看取りを含むケアサービスの質評価についての解析を先の論文と同一手法で実施し、追試検証も目指した⁷⁾。

2. QOL と QODD 「だれの死か」

QOL (quality of life) は、生活者の満足感・安定感・幸福感を規定しているさまざまな要因の質と考えられる。近年 QOL から QOD (Quality of death) ないし QODD

(Quality of dying and death) が提唱された⁹⁾¹⁰⁾¹¹⁾。前者の QOL は“生活の質”あるいは“生命の質”の日本語訳が広く浸透しており、サービス利用者がよりよく生きるための生を基底とする。したがって、例えば看取りにおける緩和ケアを含む“緩和リハビリテーション”等の目的も、ケアであるため QOL の向上となる¹⁶⁾。他方、QOD ないし QODD は、サービスを使う当事者の死に至るプロセスと、当事者に固有な 1 回性の死の質を含むため“一人称の死”を対象とする。以上の様に死の質を考察する際、「それは誰の死か」を問うことは重要であると思われる。この支援される側とする側をつなぐ「死の人称」についての考察が、死と看取りケアの質に関わる可能性がある¹⁷⁾。“一人称の死”とは己の死であるが故に他者は知りえない。かつ、データの収集も当該者の死後に家族からの収集が多い⁹⁾¹⁰⁾¹¹⁾¹²⁾。また、“二人称の死”の悲嘆ケア(グリーフケア grief-care)が必要とされる場合は、サービスを利用する者を愛する他者がケアの対象となる。二人称の死は、このように愛する人の死を悼む対象喪失を癒す課題として扱われてきた。したがって、QODD の本質は一人称の死ではあるが、看取りケアの質からみれば、一人称と二人称の死とが混在する死として理解することが妥当である。ちなみに二人称と同じ他者の死の“三人称の死”は、無機質で数値的死とも言われる¹⁷⁾。先の満足死を提唱する疋田医師が、満足死を“本人と家族と医療関係者三者による満足いく死である”と定義するのは、この三者によって共に創造すべき死の質を示唆している可能性がある²⁾。人称による死で対応を考えれば、ここにおいて本人は一人称の死、家族は二人称の死、医療関係者は三人称の死をそれぞれ対象とすると理解される。

質の高い看取りが行われる際の死は「他者の死」であっても、一人称と二人称の死を感知できる支援専門職が支援される側に常に寄り添うべきであろう。そこには己自身の死を感得し、深く洞察することで他者の死から自らの死への認識へとつなげられる支援専門職がいる¹⁷⁾。支援専門職は、この様な死に対する深い考察と、死の質(QODD)の、死に行く過程(dying)か、死(death)そのものか、あるいは両者が繋がる死かを意識すべきであろう。なぜならケアにおける死の質は他者の死である三人称の死が重なり、二人称の死の質は己の死をふまえた共感が存在するからである。したがって、QOL の目的はあくまでも生の質だが、支援専門職による共感作業により QOL と QODD は生と死で重なり、かつ人称でも連動し、看取りケアサービスの質に結びつく可能性がある。

2-1. サービスの質：不足サービスと専門職判断による当たり前サービス（以下「当たり前サービス」）

本稿調査者は学位論文にて、サービスとは「人が要求するニーズと、人が提供するサービスとが、互いに充足する場合の一つのシステムである」と定義した⁷⁾。この定義から、サービスの質とは、要求と提供サービスとが互いに充足した場合の強さに関係すると考えた。したがって、本稿の“看取りケアサービス”の質とは、患者の要求(ニーズ)と、行われている提供サービスとが互いに充足し合う度合い、強さであると定義し

た。

先の論文では、要求があるのに、提供サービスがないサービスを“不足サービス”、逆に、提供があるのに要求がないサービスを“当たり前サービス”と定義した。本稿でもこれらの定義を踏襲し、前者は要求項目があるのに対応する提供サービスがなく、後者は、要求項目がないのに対応する提供サービスだけがある専門職判断によるサービスを示し、“専門職判断による「当たり前サービス」”と定義する。

3. 方法 フィールド調査

3-1. 聴き取り作業と倫理的配慮

Y県内にあるDペインクリニック（以下DPC）で調査した。DPCは19床で、そのうち2床は緊急時に備え常時“あきベッド”であった。主に末期がんの患者が入院していたが、漢方外来を含む一般診療も行い、隣接して訪問看護センターがあった。

DPCは在宅医療に力をいれ、地域にとっては欠かせない存在であった。季節に応じてさまざまなイベントが地域を巻き込んで企画され、調査者はさまざまなイベントに参加し、患者や職員、或いは地域の人たち及びボランティアらと交流をもった。

支援される側の患者ないし家族から同意書を入手後、聴き取りを開始し、次いで支援する側の主に職員に対し聴き取りを行った。聴き取りはすべてレコーダーにて録音し、全て逐語記録にした。調査は、DPCの日程に合わせ、月平均1から2回を原則とし（月）か（木）の午後、患者の状態を考慮するため、医師ないしは看護師長の診察後、原則として各患者の個室にて実施した。1回の所要時間は約1時間であった。医師から患者へ本研究の目的等の説明後、調査者は患者の個室に入った。録音と記録の許可及び同意書の確認を行った後、調査者の自己紹介等を行い、支援専門職を教育している立場から「若い将来の支援専門職を目指す学生などに対し特に今要望することなどを自由にお願いします」と開始する半構造化面接を行った。聴き取りの最中、医師や職員などは不在であった。

支援する側の聴き取りは、医師や職員などに対し1名ずつ行った。業務の都合に合わせて1回1時間程度を原則とし、事前に予約をいれ「看取りケアについて、特に心を砕くことや心に残った事例などを自由にお願いします」と聴き取りを開始した。

3-2. 対象者（表1、表2）

表1と2は、それぞれ支援される側及び支援する側のプロフィールである。前者の患者は、平均年齢65歳で（45歳から89歳で平均65.2歳）男性3名、女性7名の患者と3名の家族であった。患者の病名は全員癌で、表1の事例1、7、10の3事例は医師の判断で本人からの聴き取りが難しかったため家族から聴き取った。後者の支援する側の職員は7名で、医師が2名（男女）、看護師（1名が音楽療法士を兼任）が2名（男女）、補助人の女性、2名のボランティア（女性）であった。

表1 支援される側

No.	氏名	性別	年齢	疾患
事例1	M	男性	45	直腸がん
事例2	K	女性	74	卵巣がん
事例3	G	女性	71	肺がん
事例4	N	男性	89	胃がん
事例5	M	女性	73	脳腫瘍・肺がん
事例6	Y	女性	81	肺がん
事例7	W	男性	60	肺がん
事例8	T	女性	54	直腸・大腸がん
事例9	U	女性	59	肺がん
事例10	S	女性	46	末期がん

表2 支援する側

No.	氏名	性別	職種
スタッフ1	O	女性	看護師長
スタッフ2	Y	男性	看護師・音楽療法士
スタッフ3	K	女性	援助者（ケア）
スタッフ4	T	女性	医師
スタッフ5	C	男性	医師
ボランティア	M	女性	ボランティア
ボランティア	N	女性	ボランティア

4. 手続き

4-1. KJ法による整理分類

聴き取り結果の逐語記録から、行と列の2元表を以下のように作成した。行の支援される側の要求項目の帳票を1要求1要求項目「～したい」（ニーズ）とし、列の支援する側の品質項目（提供サービス）の帳票を、1サービス1品質項目「～する」（サービス）とし、それぞれ抽出した。その結果、要求項目が一次レベルでは435項目であったが、KJ法による整理で45項目、同じく品質項目の327項目が46項目となり、最終的に行（要求項目）列（品質項目）が、それぞれ45×46の2元表となった。

4-2. 数量化3類による解析（QFD ツール・ソフト^{注1)}）

「数量化3類」は、定性データを数値化した後、相関係数を活用して構造化する多変量解析である。本稿では、行列をそれぞれニーズ（要求項目）とサービス（品質項目）とし、両者の関係の強さ、すなわち質を4尺度（0、1、2、3）で表す評価を2名で行った。数量化3類の計算は、行列の対角構造化を目的に、行列スコア値の組み換えについて相関係数が最大となるようQFD ツール^{注1)}で行われ、以下の操作をしつつ十数回実行した：①要求項目と品質項目の並べ替え。②各要求項目と品質項目の関連を見直す（関連が薄いデータをゼロに書き換える）。③評点3以外の値を全てゼロとする。④品質項目との関連がなくなった要求項目（行のデータが全てゼロ）と、要求項目との関連がなくなった品質項目（列のデータが全てゼロ）を表から除く。この結果、行列の相関係数が最大になるスコアが決定され、行列の各項目が降順に並べ替えられた結果、表3を得た。操作途中、上述④については、行があるのに列がないものを「不足サービス」、行がないのに列があるものを「当たり前サービス」とし、別途表4と表5に整理した。

表3 構造化されたホスピスの実態サービス

要求項目 対 品質項目	本音でぶつかる	人恋しさを理解する	専門的相談にのる	温泉入浴を提供する	イベントを企画する	身体サインを察知しすぐに手を打つ	心配事に寄り添う	人は同じ(死)と共感する	在宅死を支援する(いつでも帰宅できる)	ストレスを軽減させる	つらさ(気持ち)を理解する	聴き・感じる	死を演出する(生前葬式など)	空間をわかちあい時間を共有する	一緒に楽しむ	死の受容を支援する	人間として学ぶ	最後が大事と理解する
事実を隠さず言ってほしい 本音の対応がいい	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
本音をわかってほしい(言葉の裏をわかってほしい)	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
(生きている間に) 親しい人に会いたい	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
人に寄り添いたい 安心したい	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
意識を清明に保ってほしい	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
家族の気持ちを理解してほしい(家族介護のたいへんさ)	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
気分転換したい	0	0	0	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
今の環境をたのしみたい 今の環境に満足している	0	0	0	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
楽しみたい 自分自身を楽しみたい 楽しい話をしたい	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
第三者の明るさが欲しい 第三者に言いたい 違う刺激	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
痛みをコントロールしたい 症状をコントロールしたい	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
心配りをしてほしい(気遣いをしてほしい やさしくしてほしい)	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
人は皆同じと納得したい	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
在宅医療で地域で死ねたらいい	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0
悪い夢をみたくない	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0
気持ちと感情を理解してほしい	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0
辛い話したくない(言いたくない)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0
専門家(医療関係者)に言いたい 医療関係の不安	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0
心を開きたい つらくても心を開きたい	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	0	0	0	0	0
メッセージを残したい 人にパワーを与えてほしい	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0
他者とわかりあいたい 時間を共有したい	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	0	0	0
宿命を受け入れたい	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	0
生き様を理解してほしい	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3

表4 不足サービス

1	つらさを紛らわせたい
2	自然を理解していたい(満喫したい、大事にしたい)
3	昔の話(ふるさと・戦争)の話がしたい
4	学生はピュアでいい
5	生きがいをもちたい 誇りをもちたい
6	「がん」を理解してほしい 急に「がん」になったのを理解してほしい 「がん」により得た苦しみを分かってほしい
7	身体のコントロールをしたい 身体の調子を分かってほしい 体調を理解してほしい 身体の調子がよくなりたい
8	誰かのために役立ちたい
9	年齢差を理解してほしい
10	コミュニケーションをうまくしたい 人とうまく話したい 共通の話題を話し合いたい 話をはずませたい
11	仕事に戻りたい
12	最期は「死」しかないことをわかってほしい 「助けて」をわかってほしい
13	信頼がほしい
14	人の心配りをしたい 心配したい
15	満足感を得たい
16	チームワークをしてほしい 情報の共有をしてほしい(病院内の職員が仲が良いといい) (医者も1人の人間だ)
17	死んでもいきでいたい 奇跡を信じたい 退院したい
18	死をマネージしたい 心地よく死にたい 眠るように死にたい
19	時間を止めたい 時間がほしい
20	家族といつまでもいたい
21	自分のしてきたことの満足をしめしたい 後悔したくない
22	家族の話をしたい 家族の自慢をしたい

表5 当たり前サービス

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
家庭関係を理解する	家族関係を修復・改善させる	ペットを連れてこさせる	音楽を楽しませる	死期を悟らせる	症状(様子)を理解する	死を見守る	治療の達成感なしを我慢する	人のために生きる	無理させない(自由にさせる)	家庭の料理(手作り料理)を提供する	トータルペインを理解する	気持ちをコントロールする	パニックに対応する	プライバシーを守る	毅然とさせる	受容する	自発性を持つ(変容を見守る)	治療については逆らわない	問題の交通整理を手伝う	冷静に判断する	ほどほどを大切ににする	モチベーション(動機付け)を維持させる	症状(状態)をアシメントする	水入らずを察する	未来を聞く	生きる力を与える	感動をもらう

5. 結果

表3は、上述の表4の不足サービス(22項目)と、表5の当たり前サービス(28項目)を除いた行列23×18の結果である。この結果は、患者の要求項目とそれに対応した現状ホスピスの提供サービス(品質項目)の一実態を示したものと言える。表の構造は、大きく6要求対6サービスで、以下のように分類された(表中太線で囲まれた分類構造)。主な要求対、対応のサービス項目分類は以下となった: “本音の要求”には“本音の対応”、“意識清明の要求”には“専門的相談”、“楽しみの要求”には“イベントの企画”、“痛みのコントロール”には“身体サインの察知”、“心を開きたい”要求には“傾聴や感性による対応”、“宿命を受け入れる要求”には“時間と空間の共有”などであった。表3中4番目に分類された構造の行列対応の結果で以下が明らかとなった。例えば“心配りをして欲しい”対“心配事に寄り添う”、“痛みをコントロールしたい”対“身体サインを察知する”、“悪い夢をみたくない”対“ストレスを軽減させる”など、1要求対1サービスの固有な構造結果が確認できた。また、要求と対応の強さの関係よりむしろ対応する各項目内容の吟味から、支援される側からする側など、人間の要求を媒体とした提供サービスとのつながりや、両者の意味の類似性や同義性が確認できた。

「不足サービス」の要求項目は表4、「当たり前サービス」の品質項目は表5で、それぞれ以下のように整理された: 表4では不条理な要求、例えば“時間をとめたい”“死んでも生きてみたい”などや、個別的な要求、例えば“家族の自慢をしたい”“仕事に戻りたい”など、対応が難しい要求が多かった。ただし、“つらさを紛らわせたい”“誰かのために役にたちたい”などの要求や、“死”しかないことをわかってほしい”“チームワークや情報の共有をしてほしい”“コミュニケーションをうまくしたい”など、支援専門家の共感的理解や傾聴による対応で充足が可能な要求も確認できた。

表5の「当たり前サービス」では、家族関係の重視や、症状及び状態のアセスメントの理解やケアの基本事項など、例えば“プライバシーを守る”“(患者の)自発性を待つ”“見守る”“受容する”等、支援する側の基本的なサービスが確認された。

6. 考察

6-1. QOL から QOD ないし QODD

「他者がもつ死の不安への自己投影は、自己の死に対する不安からしか生じず、このことは、医療的ケアへの道に通じる唯一の方途である」と、洪山は死と死の臨床との関係について、ハイデッカーの実存主義哲学などから他者性と各自性ないし個別性を考察した¹⁷⁾。この文言から明らかなように、ケアは究極的に自己でなく他者を扱うため、特に個別的事象の死を扱う臨床死生学を考察するには、まずは自己と他者との死の質的差異を感得すべきであることがわかる。したがって、厳密に言えばQODDにおける死の質は、死に逝く当事者のみが唯一感得できるもので、他者性とは、二人称及び三人称の死が第三者である他者の死であることを意味する。ここから、ケアであればその質は、

緩和でも終末医療或いは看取りであっても、QODDとは異なるQOLを目的とする。したがって、ケアは生きるための質を目指し、QOLとQODDは生と死で対比され、ケアされると、する側が明瞭に際立つ限界をもつ。

しかしながら本稿表3で示したサービスの1実態であった要求と対応サービスのそれぞれの分類構造結果は、支援される側とする側の連続性が確認された。このことは、支援する側による「もし自分が死の床にあるならば」などの、される側に対する深い共感的理解や想像力などが、画一的な1要求対1サービス対応に付加価値を与える可能性、すなわち質の向上ないし個別対応サービスを期待できるのかもしれない。

では表4の不足サービスとされた不条理で個別的なニーズへの対応はどうか？ 結果は己自身でのみ充足が可能な要求と、それに対応するサービスで示された。筆者による先行研究での施設におけるサービスの質の解析においても同様な結果であった。マズローによる高次欲求の“自己実現欲求”に対応するサービスとは、自ら創造することのみでしか充足が可能とならないサービスが中心となった⁷⁾。今回、看取り場面におけるサービスを含んでも同様な結果であったことは、個別的対応サービスこそがQOLとQODDの質的つながりを示唆するものと理解できた。すなわち、他者性と個性性を意識してこそ当事者固有のニーズに対応する看取りサービスの質の向上が得られる可能性がある。

表5の当たり前な、支援専門職によるサービスが示したケアの基本は“パニックの理解”や“トータルペインの理解”など、他者援助における支援専門家が周知の基本的なサービスが多かった。したがって、これらサービスは、現状以上のサービスの質的要求、すなわち付加価値が求められている可能性がある。例えば、“手作りの家庭料理”だけでなく、レストランの料理や個人的な趣味嗜好に合う、選択が可能な、多様な選択肢を提供できる支援する側の余裕など、支援される側の潜在的な要請に精一ぱい応える努力を具現化するサービスである。結論として、専門職判断による対応のサービスは、支援する側の基本的なサービスにおける最低ガイドラインとして捉えるものが多かった。

人が何かを他者へ要望する際、そこには期待が含まれる場合が多い¹⁸⁾。期待を含む要求に応えるQODDを考慮した支援は、先述したように己の死についての深い洞察をふまえる必要がある。今回不足とされたサービスの中には個別的な体調管理、例えば“身体の調子をわかってほしい”や“つらさを紛らわせたい”“生きがいをもちたい”“満足感を得たい”など、支援する側による日常環境内の工夫次第で、支援される側の要求を充足及び満足させられる可能性あるサービスがあった。しかしながら、本調査の結果は、ある静止した1サービスの実態構造であり、不足であり、専門職判断のサービスであった。環境と個体及び両者の関係は、全て時間の経過により時々刻々と変容する。したがって、支援する側は、常にサービスの不足に気を配り、当たり前と受け取られるサービスには工夫を加え、現状サービスの維持について、質の管理を行う努力が常に求められることは認識すべきであろう。

従来、サービスの評価は、上からのガイドライン提示などにより評価されることが多かった。この傾向は看取りを含んでも同様である。この事実、終末期の支援される側の要望等について、支援する側からだけで考えた結果となる危うさがある。患者自らが自らの死について何を要求し、どのようなサービスを受けたいのか、についての課題を他者の死の観点から考えていることを示す¹²⁾¹³⁾¹⁴⁾。支援する側は常にこの危うさに注意を払う必要がある。

本稿の結果である支援されるとするサービス両者の関係から得られた不足と当たり前サービスは、今後の医療福祉サービスの対応について一つの示唆を提供したと思われる。また、1サービスの実態構造分類は、要求と提供の呼応する強さとつながりを構造化、すなわち質の一端を可視化した。各要求項目は、個々の患者からのニーズであり、それに対応した実態であり、結果の不足であり、当たり前のサービスであった。ただし本調査はフィールドの性質上、対象者は全員がん患者であった。この対象者の症状は、今後の看取りにおけるチームワーク対応のあり方が、特に疾病を伴う場合などを含め、施設在宅を問わず、地域での医療中心チームによるシステムの構築がキーとなる可能性を示唆したものである^{19)注2)}。

6-2. 定性と定量データの統合

保健・医療分野における定量的研究と定性的研究のパラダイム間のつながりについての議論は、多くの場合混乱したものである²⁰⁾。なかでも、定性データを定量化、すなわち数値に置き換える作業には恣意性が混入するため、常に妥当性が問われる。本稿の場合、サービスの質を行列関連度合いの強さと定義した。次いで、定性言語データの逐語記録から関連度合いの定義を数値化するため、行列2元表を作成した。すなわち、行について支援される側の1要求項目、列について支援する側の1サービス行動とし、言語データをKJ法で分類整理した。その後、行列の関連度合いを質として数値で置き換え、定量化した。最後にそれら数値について相関係数を最大にする行列計算、すなわち数量化3類による解析結果で行列各項目のスコア値により行列の項目を降順に並び替え、その結果、支援される側とする側のマッチングされた状態を対角可視化させた。この行列構造化解析の結果は、定性データの関連性の強さを質と定義し、それを数量データで示すことで質を可視化できた。数値による評価は2名で実施したが、対角構造化された行と列の各項目結果はほぼ同じであった。この結果は、定性データであっても数量のそれであっても解析結果は両者共、妥当性があることを示した。すなわち、一人称の死と二及び三人称の死が連続するように、定性と定量データは連続し、これらを統合できる可能性がある。大きくこれは生と死の課題がつながり、ケアを中心にQOLとQODDとが重なることと同じかもしれない。同様に、福祉サービスも看取りケアの質も、ニーズとサービスが整合する質の強さとして収斂できる可能性がある。QODDの評価及び定義は、QOLと同様、患者及び家族の主観的評価に依存するといわれる⁹⁾¹⁰⁾¹¹⁾。したがって、サービスの質も主観的かつ個別性ある結論としての限界をもつ。同じく、

定性であっても定量であっても死の定義とその評価は、両者とも限りなく客観性を求めながらも主観的かつ個別性ある結論となる可能性がある。要は、定性か定量か、或いは客観か主観かの二者択一の発想ではなく、全てを融合（包摂）する支援が専門的支援であり質の高い支援と言えるのではないだろうか。

謝 辞

フィールド提供および聴き取り調査についてお心遣いをいただいた“どちペインクリニック”の土地邦彦先生、長田牧江先生、患者の皆様、ご家族の皆様、職員の皆様、加えて、データ処理に関わってくださった健康科学大学助手の飯沼愛子氏に記して深謝いたします。

注

注1) QFD ツール・ソフトは、山梨大学大学院工学研究科院生ユルソナ・アナン氏（インドネシア）によるオリジナルソフトであり、2元表で表示された数値を数量化3類にて自動的に計算し対角化させる機能をもつ。

注2) この構想は、すでに厚生労働省による2010年「地域包括ケアシステム」に見ることができる。

文献

- 1) 鈴木隆雄：介護予防の基本的な考え方「介護予防とは何か 何を予防するのか」. Aging Health 54:6-11 (2010).
- 2) 奥野修司：満足死 寝たきりゼロの思想. 講談社現代新書 1880, (2007).
- 3) 清水みどり・柳原清子：特別養護老人ホーム職員の死の看取りに対する意識—介護保険改定直前のN県での調査—. 新潟青陵大学紀要 7:51-62 (2007).
- 4) 小楠範子・萩原久美子：特別養護老人ホームで働く職員の終末ケアのとらえ方. 老年社会科学, 29 (3): 345-354 (2007).
- 5) 藤丸千尋：在宅ターミナルケアの新しい展開に関する研究—ニードオリエンテッド・アプローチの視点から—. 九州社会福祉研究, 26号: 93-108 (2001).
- 6) 塚原貴子, 宮原伸二：特別養護老人ホームにおけるターミナルケアの検討—全国の特別養護老人ホームの調査より—. 川崎医療福祉学会誌, 11 (1): 17-24 (2001).
- 7) 山崎百子：発達遅滞児の特殊教育に関する研究と品質機能展開の福祉サービスへの応用. 山梨大学大学院工学研究科, 学位論文: 41-123 (1998).
- 8) 小林尚司, 木村典子：特別養護老人ホームの新人介護職員の看取りのとらえ方. 老年社会学, 32 (1): 48-55 (2010).
- 9) Donald L. Patrick, Ph. D., MSPH; J. Randall Curtis, MD, MPH; Ruth A. Engelberg, PhD, and et. al.: Measuring and Improving the Quality of Dying and Death. Annals of Internal Medicine, Vol 139, (5), 410

-415 (2003).

- 10) J. Randall Curtis, MD, MPH, Donald L. Patrick, PhD, MSPH, Ruth A. Engelberg, PhD., and et. al.: A Measure of the Quality of Dying and Death: Initial Validation Using After-Death Interviews with Family Members. *Journal of Pain and Symptom Management*. 24 (1): 17-31 (2002).
- 11) 袖井孝子: 死の人間学. 金子書房 (2007).
- 12) Joseph M. Currier, Jason M. Holland and Robert A. Neimeyer: Making sense of loss: A Content Analysis of End-of-Life Practitioners' Therapeutic Approaches, *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 57 (2): 121-141 (2008).
- 13) 平川仁尚, 葛谷雅文, 他: 介護老人保健施設1施設における看護・介護職員の終末期ケアに関する意識と死生観. *ホスピスと在宅ケア*, 42 16 (1): 16-21 (2008).
- 14) 大友芳恵: 「看取り介護」実践が援助者にもたらすもの—職員調査からみた教育問題—. *北海道医療大学看護福祉学部学会誌*, 3 (1): 45-48 (2007).
- 15) 谷亀光則他: 在宅医療の地域展開の方法論と実施に関する研究—がんのターミナル期にある患者に対して. *在宅療養の促進のために何が必要か*: 32-43, (2005).
- 16) 余宮さのみ: 緩和リハビリテーション. *総合リハビリテーション*, 36 (5): 441-445 (2008).
- 17) 渋谷昌雄: 人間中心主義は本当に誤りか. 179-205, NHK 出版 (2007).
- 18) 日本工業標準調査会: 品質マネジメントシステム—基本及び用語. (2010).
- 19) 鷺見よしみ: 後期高齢者医療制度とターミナルケアマネジメント. *地域ケアリング*, 10 (3): 30-33 (2008).
- 20) 宮田裕章・甲斐一郎: 保健・医療分野における研究の評価基準—定量的基準と定性的基準の再構築. *日本公衛誌*, 53 (5): 319-327 (2006).

Abstract

The present study aims to improve the Quality of Welfare Service which includes the last bedside care. At the same time, it replicates the validity of the quality evaluation methods. The field survey was conducted at a hospice in Y prefecture. In this study the Quality of Service was defined as the which meets patients' individual needs. 10 patients who receive support and 7 staff members who provide the support were interviewed and verbatim records were made. Needs sought by the patients were refined into discrete entries, such as 'I need (one thing)'. Services offered by the staff were also refined as one entry 'I do (one thing.)' These entries are categorized by the K method and tabulated into the dual matrix table. In this table, demands by patients are placed in rows and services offered by staff are placed in columns. The strengths of the relationship between the rows and column were evaluated by a 4 point scale (from 0 to 3). Then, a structural analysis was performed, using the quantification method of type 3. During this process, the protruded items such as 'services which were not provided despite the demands,' and 'services which were available but no demands for them,' were labled as 'deficient service,' and 'services taken for granted' respectively. The study argues that amends are urged in the former cases, and added values should be recognized for the later ones.

Key words: Hospice

Quality of welfare service which includes the last bedside care

Improvement of quality

Insufficient service, Taken-granted service

Evaluation of replication