

人生の終盤に向かう過程の事前準備支援に関する 対話へのケアマネジャーの関与

シマダ チホ イトウ ミオ コダマ ヒロコ
島田 千穂*1 伊東 美緒*2 児玉 寛子*3

目的 人生の終盤を支えるエンドオブライフケアの質向上のためには、ケア利用者の意思に添ったケア計画が求められる。本研究は、利用者や家族との人生の終盤に向けた対話へのケアマネジャーの関与の実態とその程度に関連する要因を把握することを目的とした。

方法 居宅介護支援事業所5,612カ所に調査票を郵送し、管理者と最も多くの利用者を担当する所属ケアマネジャー最大3名を対象として自記式調査を実施した。返信用封筒を個別に添付し、回収した。調査内容は、人生の終盤に向けた対話への関与の程度、ケアマネジャーの属性、担当利用者属性（要介護度、独居、訪問診療利用者、認知症利用者など）、ケアマネジャーの介護規範意識である。

結果 人生の終盤に向けた対話へのケアマネジャーの関与には個人差があり、担当する利用者の6割以上と対話経験があるケアマネジャーは、回答者3,320名のうち25.7%であった。一方、6割以上の利用者家族との対話は、36.2%が実施していた。ロジスティック回帰分析の結果、利用者本人との対話は、経験年数に加えてケアマネジャーの介護規範意識と有意に関連し、「家族が看取りにかかわるべき」と考える人ほど本人との対話は少なかった（ $p=0.038$ ）が、利用者家族との対話と介護規範意識とは有意な関連が見られなかった。

結論 人生の終盤に向けた事前の対話は、本人より家族と実施しやすく、本人との対話はケアマネジャーの介護に対する規範意識と関連し、家族との対話はケアマネジメント業務上の必要性に基づく動機で開始されやすい可能性が考えられる。本人との事前対話の推進のためには、規範意識の変容をサポートする介入の必要性が示唆されたと考える。エンドオブライフケアを家族のみの責任としてとらえるのではなく、本人の意思に基づき社会で担うという考え方に基づくことで、事前準備のための対話への関与を高められる可能性があるだろう。本研究は、限られた地域のケアマネジャーを対象とした点で限界があるが、人生の終盤に向けた事前の対話に関与しているケアマネジャーの実態を示した初めてのデータとして価値があると考えられる。

キーワード エンドオブライフケア、アドバンスケアプランニング、ケアマネジメント、対話、ケアマネジャー、人生の終盤

I はじめに

近年、アドバンスケアプランニング（以下、ACP）、すなわち将来の医療・ケアについて、

本人を尊重した意思決定の実現を支援するプロセス¹⁾への関心が高まっている。事前指示書等で記録を残すことによって、本人の意思に基づく選択を保証する仕組みが進められてきたが、

*1 東京都健康長寿医療センター研究所福祉と生活ケア研究チーム研究副部長

*2 群馬大学大学院保健学研究科准教授 *3 青森県立保健大学健康科学部准教授

将来の希望を書く作業は困難であり²⁾³⁾、書かれた書類が必要な時に活用できない可能性があることなどから、本人の意思を尊重した決定を可能にするための新たな考え方が求められていると言える。2017年にはデルファイ法により、ACPは将来の医療的ケアに関する個人的な価値観、人生の目標、選好を理解し共有するプロセスであり、その目的は、自分自身の価値と一致した医療的ケアを受けられることを保証することと定義されている⁴⁾。

日本においては、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が改訂され⁵⁾、ケアチームと本人と家族とで、繰り返し話し合うことが強調された。また、2019年に日本老年医学会が発表した「ACP推進に関する提言」では、ACPは事前決めておくだけではなく、変わる可能性のある保留された決定を繰り返すプロセスであることが強調されている¹⁾。筆者らの研究からも、人生の終盤に至るまでの治療の選択について、思考を整理したり提示された書式に記録することは容易ではなく、繰り返し段階を経る必要性が推察された⁶⁾⁷⁾。

長江は、意思表明プロセスとして、①対話と啓発、②疾病や障害を持つ人が、個別の状況に応じて人生最期の医療やケアを考える、③人生の最終段階に必要な選択をする、の3段階を提唱している⁸⁾が、方法論やシステム構築については議論の余地が残されている。

人生の終盤に向かう備えを促す活動として、医療者、哲学者、その他の様々な立場の問題意識を持つ人による、対話の場づくりの地域における啓発活動が広がっている。書店に並ぶエンディングノートや、看取りに関する報道にも啓発的な効果があると考えられる。関心の高い人にアプローチし、その人から地域全体の意識を高める方向へと長期的な波及効果が期待されている。しかしながらこれらの手法では、無関心な人への発信が不十分になることが課題である。啓発から取りこぼされたまま、老化と死に直面する人に対するアプローチを考える必要がある。

将来の衰えた自分の生活を想定して考える機

会がなければ、一般的には、身体機能や認知機能の低下に伴い生じる生活の不自由さの解消と、体調管理や疾病治療に焦点化した生活上の問題に対処しているうちに、回復不可能な状態になって初めて死にゆく過程を意識するよう告げられ、否応なく選択を迫られることになる。その時点では本人の意思確認が困難になっていることが多く、本人の意思が伝えられていない状況下での家族による代理選択が求められることもある。上述の決定プロセスに関するガイドライン⁵⁾では、本人の意思が確認できない場合、関わる周囲の人による本人の意思の推定が求められる。意思を推定するためには、本人が直接明言したことだけでなく、本人の生活上の価値観や選好に関する情報が必要になる。この推定のための情報を、事前に収集する過程がACPといえる。

したがって、ACPは人生の最期だけを考えるのではなく、本人の意思に基づく医療・生活ニーズを解決するためのサービスや、生活状況の選択の仕方に反映された価値観などの情報とも言える。繰り返し作成されるケアプランが、本人の価値観や選好に基づくものであるならば、そこにACPに必要な情報が含まれている⁹⁾ことが理解できよう。そう考えると、要介護状態になった時から関わるケアマネジャーの役割として、人生の終盤の過ごし方に関する事前の情報収集を含むACPを位置づけることは不自然ではないが、現状はどうであろうか。

ケアマネジメントは、生活上の目標や選好など生活ニーズをアセスメントし、生活支援のケアプランを立案することを中心とする¹⁰⁾。生活の質の視点から、医療の活用はニーズ把握の対象に含まれるが、医療との連携に苦手意識を持つ¹¹⁾⁻¹³⁾ケアマネジャーが多く、ACPは敬遠されがちで、関わり方に個人差がある。また、ケアマネジャー自身の意識の中にある意思決定の拠り所が、本人と家族とのどちらに寄るかによって、対話の仕方が変わることが想定される。

そこで、ケアマネジャーによる、人生の終盤に向けた利用者や家族との対話への関与の仕方の状況と、その差に関連するケアマネジャーの

特徴を明らかにし、今後地域におけるACP促進に向けたケアマネジャー啓発活動への示唆を得ることを目的とした。

Ⅱ 方 法

(1) 対象と調査方法

大都市を含む東京都、東京近郊通勤圏の埼玉県、山間部を含む栃木県、降雪の多い山間部を含む青森県と多様な地域が含まれる計4都県に在る居宅介護支援事業所のうち、2014年3月までに指定を受けた事業所5,612カ所（東京都3,079、埼玉県1,544、栃木県504、青森県485）を対象とし、2016年9月に調査票を郵送した。回答者は、管理者と最も多くの利用者を担当する所属ケアマネジャーとし、各事業所最大3名までとした。本調査は、他研究プロジェクトの一環として実施し、県単位で全数の居宅介護支援事業所を対象とする必要があったため、限られた予算内で配布できた特徴的な4都県を選択した。

管理者宛に3通まとめて郵送し、返信用封筒を個別に添付し、個別に回収した。

(2) 調査内容

人生の終盤に向けた本人と家族との対話への関与の程度を主要項目とし、関連要因として、ケアマネジャーの属性、担当利用者属性（要介護度、独居、訪問診療利用者、認知症利用者など）、ケアマネジャーの看取り介護規範意識を自記式調査票によって調査した。

(3) 分析方法

記述統計と、以下の変数を用いたロジスティック回帰分析を行った。IBM SPSS Ver25を用いた。有意水準を5%とした。

1) 従属変数

従属変数として、人生の終盤に向けた事前の対話への関与の程度を用いた。「利用者本人が自分自身の人生の最期をどのように迎えたいか」と「利用者の家族が利用者をどこでどのように看取りたいか」の2項目それぞれについて、

これまで自分が担当した利用者のうち、何割の利用者または家族に確認したことがあるか、「8割以上」「6割から8割」「4割から6割」「2割から4割」「2割未満」「全くない」の6カテゴリーの自己評価とした。

ロジスティック回帰分析の従属変数として、「6割から8割」「8割以上」とそれ以下の2値に再カテゴリー化した。

2) 独立変数

人生の終盤に向けた事前の対話への関与の程度に関連するケアマネジャーの個人特性として、以下の変数を選択した。

① ケアマネジャーの個人属性

ケアマネジャーの属性として、性別、基礎資格、ケアマネジャーとしての経験年数、24時間連絡体制担当の有無、所属事業所の所在地を用いた。

② ケアマネジャーの介護規範意識

家族介護規範として「高齢者介護は家族が担うべき」、家族看取り規範として「看取りには家族が関わるべき」、自宅看取り規範として「本人の希望があれば自宅で看取るべき」の3項目を用いた。それぞれ、「大いに賛成（5点）」から「大いに反対（1点）」の5段階で回答してもらい、「大いに賛成」「賛成」とそれ以下との2値に再カテゴリー化して独立変数とした。

(4) 倫理的配慮

本研究は、東京都健康長寿医療センター研究部門倫理委員会で審査され、承認された（平成28年6月1日開催平成28年度第1回審査受付番号14、平成28年7月14日承認）。

Ⅲ 結 果

(1) 回収数

回答した事業所数は1,529カ所（回収率27.2%）、ケアマネジャーの回答数は3,320通であった。都道府県別にみると、東京都801（26.0%）、栃木県363（23.5%）、埼玉県164（32.5%）、青森県201（41.4%）であった。

(2) 属性

回答者3,320名のうち、81.0%が女性、年齢は50歳以上が55.2%を占めた。ケアマネジャーとしての経験年数は平均7.3年（標準偏差4.5）であった。基礎資格のうち最も多かったのが介護福祉士で67.1%、次いで社会福祉士9.3%、看護師8.3%であった。24時間連絡体制を担当する人は52.5%であった。現在看取りケアを提供している利用者がいない人は70.9%で、在宅看取りを希望している利用者を担当している人は53.5%であった。在宅看取りを希望する利用者がいた場合、担当すると回答した人は65.4%、積極的ではないが担当すると回答した人は30.9%で、合計すると9割を超える人が看取りを担当する意向があった。独居利用者数、認知症診断者数、訪問診療利用者数、重度要介護者（要介護度4および5）数の平均値と標準偏差を表1に示した。

(3) 利用者の人生の終盤に向けた事前対話

8割以上の利用者と事前に人生の終盤に向けた対話を行ったケアマネジャーは12.0%、6割から8割の利用者と対話したのは13.7%で、合計すると25.7%のケアマネジャーは6割以上の利用者と対話していた。5.9%は全く話したことがなかった。8割以上の利用者家族と対話したケアマネジャーは20.3%、6割から8割の利用者と対話したのは15.9%で、合計すると36.2%のケアマネジャーは6割以上の家族と話しており、利用者本人と6割以上話していたケアマネジャーの1.4倍であった。分布を表2に示した。

介護する家族を対象とした要介護者の人生の終盤に備えるための心理的準備支援は、97.8%が必要と回答した。看取りケアマネジメントの困難度は、「非常に困難」「やや困難」を足すと

表1 調査に回答したケアマネジャーの属性と利用者状況

	平均値	標準偏差
ケアマネジャーとしての経験年数(年)	7.3	4.5
独居利用者数(人)	6.6	5.0
認知症診断者数(人)	12.8	7.1
訪問診療利用者数(人)	3.8	4.1
重度要介護者数(要介護4+要介護5)(人)	4.9	3.3

66.7%となり、約3分の2が苦手意識を感じていた。一方、「ケース全般と比較して困難さは変わらない」が31.5%で、対応によって困難さが克服できる可能性も示唆された。

(4) 看取りに関連する介護規範意識

家族介護規範は「大いに賛成」「まあ賛成」を合わせると19.7%が肯定した。家族看取り規範は81.3%が肯定的で、看取りに家族は関わるべきであると考える人が多数を占めた。一方、自宅看取りについて肯定的に受け止めた人は42.0%であり、看取りには家族が関わるべきだが、必ずしも自宅である必要はないと考える人が多数派であった。分布を表3に示した。

(5) ロジスティック回帰分析結果

人生の終盤に向けた過ごし方について利用者本人との事前対話の程度を従属変数にして、独立変数を基礎資格、24時間連絡体制の担当の有無、介護規範意識として、所在地を統制変数とするロジスティック回帰分析を行った。結果を表4に示した。経験年数が長いケアマネジャーほど本人と対話し、家族の看取り規範意識が高い人ほど本人と話していなかった（オッズ比0.737, 0.553-0.983）。家族との事前対話の程度と経験年数は、本人との事前対話を従属変数にした場合と同様に有意な関連がみられたが、規範意識とは有意な関連が見られなかった。また、24時間連絡体制を担当していることは、本人との対話には関連しなかったが、家族との会

表2 人生の終盤に向けた事前対話の程度の回答状況 (%)

	全くない	2割未満	2-4割	4-6割	6-8割	8割以上
本人との事前対話の程度	5.9	32.7	17.5	18.2	13.7	12.0
家族との事前対話の程度	3.0	25.2	19.2	16.4	15.9	20.3

表3 介護規範意識の回答状況 (%)

	大いに反対	まあ反対	どちらでもない	まあ賛成	大いに賛成
高齢者介護は家族が担うべき	3.3	8.6	68.3	17.5	2.2
家族は看取りに関わるべき	0.2	0.7	17.8	44.1	37.2
本人の希望があれば自宅で看取るべき	0.4	2.2	55.5	32.8	9.2

話にはオッズ比1.270
で有意に関連した。

Ⅳ 考 察

ケアマネジャーの
97.8%が、人生の終盤
に備えるための準備支
援が必要と回答し、そ
の必要性は高く認識さ
れているにもかかわらず

ず、8割以上の利用者に対して事前に対話して
いた人は12.0%にとどまった。8割以上の家族
と対話がある人は20.3%となり、本人より家族
と話す人の割合が高くなっていった。人生の終盤
に向けた対話は、本人より家族となされることが
多い可能性が示された。この結果は、後藤
ら¹⁴⁾が介護老人福祉施設の職員を対象にした看
取りケア評価の研究において、意思決定支援の
中で特に「本人の意向を推察する」の実施度お
よび到達度の得点が、家族の意向確認や望ま
ない医療の確認などよりも低い得点を示したこ
とと一致する。エンドオブライフケアにおけ
る意思決定において、家族の意向に依存しやす
い現状を示したと考える。本人の意思を尊重
するためには、医療依存度が低く、認知機能
が保たれている早期の段階から対話を始め、
記録として蓄積することが有効と考えられる。

人生の終盤に向けた事前対話頻度が高いケ
アマネジャーは、経験年数が長い傾向が有意
に示され、家族との対話についても同様の傾
向がみられた。ケアマネジャーの経験は、事
前対話の必要性を認識させる要因の一つであ
ることが示唆された。ケアマネジャーが意図
的に死に関する話を日常支援の中で取り上げ
ることは、不安や躊躇があるものの、意思を
伝えておくことの意義を実感する経験があ
ると、その必要性が認識され、行動をとれる
ようになることがインタビューから分析され
ている¹⁵⁾。本研究の量的調査でも同様の傾
向が把握できたと考える。

一方、24時間連絡体制は、家族との事前
対話のみで関連が有意となった。24時間連
絡体制の

表4 利用者本人と家族との事前対話に対する関連要因（二項ロジスティック回帰分析）

	利用者本人との対話 ¹⁾			家族との対話 ¹⁾		
	オッズ比	95%信頼区間	有意確率	オッズ比	95%信頼区間	有意確率
基礎資格：社会福祉士 ²⁾	1.135	0.705-1.827	0.601	0.977	0.658-1.450	0.908
基礎資格：看護師 ²⁾	1.411	0.960-2.075	0.079	1.301	0.953-1.777	0.097
基礎資格：その他 ²⁾	1.163	0.846-1.600	0.353	1.081	0.832-1.405	0.558
介護支援専門員経験年数	1.081	1.052-1.110	0.000	1.092	1.069-1.115	0.000
24時間連絡体制担当	1.193	0.947-1.503	0.135	1.270	1.054-1.529	0.012
家族介護規範 ³⁾	1.277	0.956-1.706	0.098	1.100	0.865-1.398	0.437
家族看取り規範 ³⁾	0.737	0.553-0.983	0.038	0.907	0.716-1.150	0.421
自宅看取り規範 ³⁾	1.179	0.933-1.490	0.168	0.902	0.746-1.091	0.289

注 1) 6割以上の利用者と家族との対話 = 2、6割未満の利用者と家族との対話 = 1
 2) 基礎資格が介護福祉士が参照カテゴリー
 3) 規範的意識に賛成、または大いに賛成 = 2、どちらでもない、反対、大いに反対 = 1
 4) 統制変数として、事業所所在地を投入した

担当者は、夜間等緊急時に対応する可能性が
高い。エンドオブライフケアにおける対応を
判断するための情報が必要であり、そのため
に家族との対話を高い頻度で行っていたと考
えられる。本人との対話において有意な関
連がみられなかったことは、緊急時の判断
についても、家族の意向に依存しやすい傾
向を表している可能性がある。

ケアマネジャーの基礎資格との関連を
みると、利用者本人、家族との事前対話
頻度との有意な関連は見られなかった。
介護福祉士が71.5%を占め、分布の偏
りが大きいことの影響も考えられるが、
事前対話への関与を動機づける要因は、
医療的知識だけに依存するものではない
ことを示しているともいえる。終末期
がん患者を対象としたケアマネジメント
への態度に関する研究においても、基
礎資格による差がないことが報告され
ている¹⁶⁾。人生の終盤に向けた事前
対話への関与は、基礎資格に関連しな
い実態が示された。

また、ケアマネジャーの介護に対する
介護規範意識によって、本人との事前
対話への関与の程度は異なり、所属事
業所の所在地の要因を統制しても有意
となった。家族が看取りにかかわるべ
きと考える人ほど、本人との対話は少
なくなっていた。

一方、家族との対話の程度は、介護
規範意識との有意な関連がみられな
かった。家族との対話は、ケアマネ
ジャーの介護に対する態度よりも、
必要性に基づく動機で開始されやす
い可能性が考えられる。人生の終盤
に向けた本人との

対話の実施は、ケアマネジャーの介護に対する考え方によって左右される可能性が示されたことから、本人との事前対話の推進のためには、規範意識の変容をサポートする介入の必要性が示唆されたと考える。

看取りを家族内の問題と捉えたと、介護の責任を意識する家族介護者は、自ら情報を集める責任を感じ、介護の基準と範囲を確定する役割までを担わなければならない¹⁷⁾。特に、エンドオブライフケアにおいては客観的な正解がなく、どこまで介護するのが良いのかの判断が、家族のみに任される状況は負担が大きい。本人の意思を事前に把握する作業を、家族以外の第三者を巻き込んで担うことで、家族の重責を緩和する可能性がある。その役割をケアマネジャーが担うためには、介護支援専門員の実務研修や更新研修で、ターミナルケア事例の検討に加え、ターミナル期ではない時期からの心理的準備支援のための対話のあり方について取り上げることが提案したい。規範意識はそれまでの生活歴や地域特性など多様な要因からの影響を受けることを前提にしながらも、本人を中心に人生の終盤に向けて準備支援を進める重要性について啓発することで、事前対話が浸透する可能性があると考えられる。

本研究は、ケアマネジャーの人生の終盤に向けた準備支援への関与には個人差が大きく、必要性の認識や看取りに対する考え方など、ケアマネジャー個人の考え方に依存している状況を示した初めてのデータである。一方、本研究の限界は、対象が限られた地域のケアマネジャーのデータであったことである。今後は、全国規模のデータによる分析が求められる。

謝辞

本調査は、2015年度ニッセイ財団高齢社会実践的課題研究助成を受けて実施した。感謝申し上げます。

文 献

- 1) 日本老年医学会. ACP推進に関する提言. (https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/press_seminar/pdf/ACP_proposal.pdf.) 2019.8.15.

- 2) Robinson, L, Dickinson C, Bamford C, et al. A qualitative study : Professionals' experiences of advance care planning in dementia and palliative care, 'a good idea in theory but...'. *Palliative Medicine* 2012 ; 27(5) : 401-8.
- 3) 島田千穂, 中里和弘. 特集生きざま, 死にざま, 終末を考える : 100%生かすエンディングノートの書き方. *月刊ケアマネジメント* 2015 ; 26(1) : 16-9.
- 4) Sudore RL, Lum HD, You JJ, et al. Defining Advance Care Planning for Adults : A Consensus Definition From a Multidisciplinary Delphi Panel. *J Pain Symptom Manage.* 2017 ; 53(5) : 821-832. e1. doi : 10.1016/j.jpainsymman.2016.12.331. 821-32.
- 5) 厚生労働省. 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. (<https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000079906.pdf>.) 2007(改訂2015) 2019.8.15.
- 6) Shimada C, Hirayama R, Wakui T, et al. Reconsidering Long-Term Care in the End-of-Life Context in Japan. *Geriatrics and Gerontology International*. 16(S1). 2016 : 132-9.
- 7) 島田千穂. 地域包括ケアシステムにおける人生の最終段階に向けた相談支援. *日本在宅医学会雑誌* 2016 ; 18(1) : 83.
- 8) 長江弘子. アドバンスケアプランニング : どう生きたいかについて意思表示を支え, よりよいエンドオブライフケアのために. 第二回非がん疾患のエンドオブライフケアセミナー. 一般社団法人日本エンドオブライフケア学会. 2018 : 175.
- 9) Sudore RL, Fried, T. Redefining the "planning" in Advance Care Planning : Preparing for End-of-Life Decision Making. *Ann Intern Med* 2010 ; 153(4) : 256-61.
- 10) 白澤政和. ケアマネジメントの本質 : 生活支援のあり方と実践方法 (中央法規出版). 2018 : 34.
- 11) 藤田淳子, 福井小紀子, 池崎澄江. 在宅ケアにおける医療・介護職の多職種連携行動尺度の開発. *厚生*の指標 2015 ; 62(6) : 1-9.
- 12) 平川仁尚. ケアマネジャーを悩ませる訪問看護師の行動傾向について. *日本農村医学会雑誌* 2014 ; 63(4) : 679-82.
- 13) 依田純子, 佐藤悦子, 泉宗美恵, 他. 訪問看護師がもつ介護支援専門員との連携の困難性と課題の構造. *日本地域看護学会誌* 2014 ; 16(3) : 13-21.
- 14) 後藤真澄, 小島健仁. 介護老人福祉施設の認知症エンドオブライフ・ケアにおける家族満足度, 職員によるケア評価に関連する要因. *日本認知症ケア学会誌* 2019 ; 18(2) : 467-77.
- 15) 菅沼真由美, 新田静江, 東福寺愛実, 他. 要介護高齢者の終末期への意思表示に関わるケアマネジャーの支援方法と心情. *老年看護学* 2019 ; 23(2) : 59-67.
- 16) 原田静香, 美ノ谷新子, 柴崎美紀, 他. 在宅終末期がん患者のケアマネジメントに関する介護支援専門員の認識-介護支援専門員の属性による差に焦点をあてて-. *日本プライマリ・ケア連合学会誌* 2016 ; 39(4) : 219-26.
- 17) 井口高志. 新しい認知症ケア時代の臨床社会学 認知症家族介護を生きる (東信堂). 2007 : 149-53.