

介護支援専門員の終末期ケアマネジメントと死生観の実態

成松 順子¹⁾ 田中 美延里²⁾ 田中 昭子²⁾ 長尾 奈美²⁾

入野 了士²⁾ 鳥居 順子²⁾ 野村 美千江³⁾

1) 愛媛県西条保健所 2) 愛媛県立医療技術大学保健科学部看護学科 3) 聖カタリナ大学

【目的】介護支援専門員（以下、CM）の終末期ケアマネジメント、アドバンス・ケア・プランニング（以下、ACP）の学習や理解、及び死生観の実態を把握し、それらの関連要因を明らかにすることを目的とする。

【方法】愛媛県内の居宅介護支援事業所のうち、主任介護支援専門員が配置されている235事業所の介護支援専門員942名を対象に無記名自記式質問紙調査を実施した。調査内容は、基本属性、看取りの経験、終末期ケアマネジメント、ACPの学習・理解、終末期ケアの振り返り（死後の訪問、デスカンファレンス、事例検討会、看取り後の振り返り）、死生観とした。

【結果】分析対象者は495名（有効回答52.5%）であり、平均経験年数は10.0年で、主任CMの経験は41.3%にあった。終末期ケアマネジメントの実施は79.6%にあり、経験年数、基礎資格、主任CMの経験、看取りの経験が関連していた。ACPの理解は42.0%にあり、理解には主任CMの経験が関連し、理解しているほうが多職種でのデスカンファレンスへの参加率が有意に高かった。死生観の7因子のうち、「死への不安・恐怖」「死からの回避」「人生における目的意識」「死からの不安」の4因子で、年齢、基礎資格、主任CMの経験、身近な人の看取り、ACPの学習・理解及び役割認識、死亡後の訪問、多職種でのデスカンファレンス、事例検討や振り返りの機会との関連が確認された。

【結論】ACPの理解は「死への不安・恐怖」や「死からの回避」を軽減し、死亡後の訪問や多職種でのデスカンファレンスは「死への関心」を高め、かつ「人生における目的意識」を醸成する可能性があることが推察された。今後は、グリーンケアとしての訪問による家族との対話をACPの機会として捉え、多職種での振り返りによる気づきを、終末期ケアマネジメントの質の向上に活用することが重要と考えられた。

Key words : 介護支援専門員、終末期ケアマネジメント、死生観、アドバンス・ケア・プランニング、振り返り

I. はじめに

わが国では、高齢化の急速な進展による65歳以上人口の増加により死亡数が増加し、2040年に年間死亡数は168万人と1989年の2倍の水準を迎えることが見込まれている¹⁾。今後迎える多死社会では、高齢者の看取りを取り巻く状況は変化していくことが予測され、終末期医療やケアのあり方が重要となっている。2022年に厚生労働省が実施した意識調査では、最期を迎えたい場所として自宅と回答した者は、一般国民、医療従事者・

介護職員では43.8～58.1%を占めているが²⁾、実際の死亡場所としては、人口動態調査によると自宅は13.6%で³⁾、大きなギャップがある。

2007年に厚生労働省は、「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」を策定し、終末期の在り方を決定する際には、本人による意思決定を基本とし、医療・ケアチームによって慎重に判断することの重要性を示した⁴⁾。その後、2015年に「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」に名称を変更し、2018年にアドバンス・ケア・プランニング（以下、ACP）

の概念を盛り込んだ内容に改訂した。その中では、医療・ケアチームのメンバーに介護支援専門員（Care Manager：以下、CM）等介護従事者が含まれることを明確化し、「どのような生き方を望むのか」を日頃から話し合うことの重要性を強調している⁵⁾。

また、終末期ケアを内包する新しい考え方として、2012年に長江らはエンド・オブ・ライフケア（End-of-Life Care：以下、EOL ケア）を、「診断名、健康状態、年齢にかかわらず、差しせまった死、あるいはいつかは来る死について考える人が、生が終わるときまで最善の生を生きることができるよう支援すること」⁶⁾と定義しており、EOL ケアのプロセスとしての ACP の概念は、CM の間に共有されつつある。

一方で、居宅介護支援事業所の CM は、要介護者等が在宅サービスを適切に利用できるように、本人・家族の希望や思いを聴き取り、課題やニーズを把握したうえで、サービス担当者会議を開催し、ケアプランを決定している。サービス開始後は、月に1回は訪問によるモニタリングを実施する一連のケアマネジメントの中で、本人・家族と信頼関係を構築し、終末期に向けて高齢者が望む生活を意思表出できるよう、ACP 実践に積極的に関与することが求められている。

そのため、近藤は、より質の高い終末期ケアの実現を支援するためのツールとして振り返りシート等を開発し、シートを用いた事例検討を通してケアマネジメントプロセスの振り返りを行い、個人やチームとしての到達点や課題を明らかにするなど、活用例を示している⁷⁾。また、後藤らは「終末期ケアの質には、介護職員自身の死生観や看取り観が大きく影響することから、人の死と向き合い、深く学ぶ姿勢をもつような体験や教育の機会が必要である」⁸⁾と述べている。海老根は死生観の育成に関する先行研究において実証的なものの多くは、看護師や看護学生を対象にしたものが中心であると報告しており⁹⁾、CM の死生観の実態に関する研究は少ない。

そこで、本研究では、CM の終末期ケアマネジメント、ACP の学習や理解、及び死生観の実態を把握し、それらの関連要因を明らかにすることを目的とする。

Ⅱ. 方法

1. 用語の定義

本研究で用いる用語は、以下のように定義した。「終末期ケアマネジメント」：生命予後が半年以内と予測される、高齢者の看取りを見据えたニーズを捉え、必要な社会資源と結び付けて、本人・家族の願いを実現させるためのケアを組み立てるプロセスとする。

「死生観」：生と死に対するものの見方・考え方とする。

「アドバンス・ケア・プランニング」：将来の医療・ケアについて、本人を人として尊重した意思決定の実現を支援するプロセスとする¹⁰⁾。

2. 対象および調査方法

愛媛県内の居宅介護支援事業所のうち、主任 CM が配置されている 235 事業所の全ての CM942 名とした（厚生労働省介護サービス情報公表システム：2019 年 12 月公表）。主任 CM は、概ね 5 年以上の実務経験があり、業務に関し十分な知識と経験を有し、主任介護支援専門員研修を修了した者である。2006 年度の介護保険制度改正により設けられた資格であり、地域の CM の人材育成や地域包括ケアシステムの構築に向けた地域づくりのリーダーとしての役割を担うことが期待されている。2018 年度介護報酬改定において、原則、居宅介護支援事業所の管理者要件を主任 CM に変更し、猶予措置はあるものの、2027 年を目途にすべての居宅介護支援事業所に配置される見通しであることから、今回、主任 CM が配置されている事業所を選定した。データ収集は、無記名自記式の質問紙調査により、2022 年 8 月 31 日～9 月 28 日に実施した。居宅介護支援事業所の管理者に質問紙の配布を依頼し、回収は、調査対象者からの個別返送とした。

3. 調査内容

調査項目は、以下の 1)～6) の内容で構成した。

1) 基本属性は、年齢、CM 及び主任 CM の経験年数、基礎資格、CM として働く以前に勤務経験のある職場とし、基礎資格は CM 実務（養成）研修の受験資格とした。

2) 看取りの経験は、これまでに CM として高齢者

を看取った経験、CMとして働く以前の職場で看取った経験、身近な人を看取った経験とした。

3) 終末期ケアマネジメントは、これまでの高齢者の終末期ケアマネジメントの実施の有無とした。

4) ACPの学習・理解に関する項目は、ACPの学習の機会・学習方法、ACPの理解度(4件法)、ACPの役割認識(4件法)とした。

5) 終末期ケアの振り返りに関する項目は、高齢者の死亡後の家族への訪問の有無、多職種でのデスカンファレンスへの参加の有無、過去1年間の事業所内での終末期の事例に関する支援途中での事例検討の機会及び看取り後の事例の振り返りの機会の有無とした。

6) 死生観は、平井らが開発し¹¹⁾、信頼性が高く妥当性も検証されている臨老式死生観尺度を用いた。この尺度は「死後の死生観」「死への不安・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因子、27項目で構成されている。測定は、「当てはまる」「かなり当てはまる」「やや当てはまる」「どちらでもない」「やや当てはまらない」「当てはまらない」のリッカートスケール(7件法)により行った。

4. 分析方法

個人要因(年齢、経験年数、基礎資格、主任CMの経験等)、看取りの経験、終末期ケアマネジメント等全ての項目は、欠損値・無回答を除き各項目における割合を整理した。なお、基礎資格は、薬剤師、保健師、看護師、准看護師、管理栄養士、作業療法士、歯科衛生士の医療系の資格と、社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士、ホームヘルパー、相談員の福祉系の2群に分けた。

ACPと主任CMの経験等との関連、終末期ケアマネジメントの関連要因は、クロス表を作成し χ^2 検定を行った。なお、経験年数は平均値で2群に分けた。ACPの理解度は、「理解している」「だいたい理解している」を「理解している」、「あまり理解していない」「理解していない」を「理解していない」に、ACPの役割認識は、ACPをCMの役割だと「非常にそう思う」「そう思う」を「役割認識あり」、「そう思わない」「全くそう思わない」を「役割認識なし」の2群に分けた。

死生観尺度の信頼性を検討するため、Cronbach

の α 係数を算出した。正規性を検討するためShapiro-Wilk検定を行い、正規分布に従っていないことを確認した。死生観尺度の得点は、因子ごとに関連要因の項目ごとの関連性をみるためMann-WhitneyのU検定を行った。年齢は、平均値で2群に分けた。統計解析には、IBM SPSS Ver.27を使用し、有意水準は5%とした。

5. 倫理的配慮

調査対象者へは、研究の目的、調査への協力は任意であること、研究協力を拒否しても不利益がないこと、匿名性の保持を文書で説明した。質問紙は無記名自記式とし、質問紙の返信をもって調査協力の同意を得たものとした。なお、本研究は愛媛県立医療技術大学研究倫理審査委員会の承認を得て実施した(承認番号20-005)。

III. 結果

調査対象者942名のうち、600名から回答を得た(回収率63.7%)。そのうち年齢、CMの経験年数、CMとしての看取りの経験、終末期ケアマネジメントの実施、ACPの理解度、死生観尺度に欠損がある者及び基礎資格で医療系と福祉系の複数回答をした者105名を除いた495名(有効回答率52.5%)を分析対象とした。

1. 分析対象者の概要

平均年齢は50.5 \pm 8.7歳で、分析対象者495名のうち40歳代が191名(38.6%)、50歳代が172名(34.7%)と多かった。CMの経験年数は、平均年数10.0 \pm 6.0年(最小3か月~最大20年9か月)、うち5~9年が130名(26.3%)、10~14年が140名(28.3%)と多かった。主任CMの経験があるCMは204名(41.3%)であった。基礎資格は、医療系116名(23.5%)、福祉系377名(76.5%)で、福祉系が医療系の3倍以上であった。CMとして働く以前に経験した職場(複数回答)は、在宅型サービス298名(60.4%)、施設型サービス215名(43.6%)、医療機関156名(31.6%)であった。

2. 看取りの経験、終末期ケアマネジメント、終末期ケアの振り返りの概要(表1)

CMとしての看取りの経験は、391名(79.0%)がしており、CMとして働く以前の職場での経験あり263名(53.2%)よりも割合は高かった。身近な人の看取りの経験は、282名(57.2%)がしていた。

終末期ケアマネジメントの実施は、394名(79.6%)がしていた。死亡後の家族への訪問は393名(81.7%)、多職種でのデスカンファレンスへの参加は49名(10.0%)がしていた。過去1年間の終末期の事例検討の機会は157名(32.2%)、看取り後の事例の振り返りの機会は112名(23.0%)にあった。

表1 看取りの経験、終末期ケアマネジメント、終末期ケアの振り返りの概要

	n	(%)
看取りの経験		
CMとしての高齢者の看取りの経験	(n=495) あり 391	(79.0)
CMとして働く以前の職場での高齢者の看取りの経験	(n=494) あり 263	(53.2)
身近な人の看取りの経験	(n=493) あり 282	(57.2)
終末期ケアマネジメント		
終末期ケアマネジメントの実施	(n=495) あり 394	(79.6)
終末期の振り返り		
死亡後の家族への訪問	(n=481) あり 393	(81.7)
多職種でのデスカンファレンスへの参加	(n=489) あり 49	(10.0)
過去1年間の事業所内での終末期の支援途中での事例検討	(n=487) あり 157	(32.2)
過去1年間の事業所内での看取り後の事例の振り返り	(n=486) あり 112	(23.0)

欠損値は除く

3. ACPの学習・理解の概要と関連要因

ACPの学習の機会は492名中205名(41.7%)にあり、学習方法は、研修会の受講が176名(85.9%)で最も多く、次いでインターネット27名(13.2%)、専門誌の購読26名(12.7%)、関連学会への参加16名(7.8%)であった。

ACPの理解度は、「理解している」は495名中208名(42.0%)、役割認識では、441名中321名(72.8%)がCMの役割であると答えていた。

また、主任CMの経験あり・学習の機会ありは203名中103名(50.7%)で、主任CMの経験なし・学習の機会あり288名中102名(35.4%)より有意に学習の機会が多かった。主任CMの経験がありACPを理解している者は204名中105名(51.5%)で、主任CMの経験がなく理解している者290名中103名(35.5%)より有意に多かった。ACPの役割認識には主任CMの経験の有無により有意差はなかった。

ACPと多職種でのデスカンファレンスの参加率では、ACPの学習機会あり・参加ありは204名中31名(15.2%)で、学習機会なし・参加あり282名中17名(6.0%)より有意に高かった。同様にACPを理解している・参加ありは206名中32名(15.6%)で、理解していない・参加あり283名中17名(6.0%)より有意に高く、役割認識では参加率に有意差はなかった。

4. 終末期ケアマネジメントの実施の関連要因(表2)

終末期ケアマネジメントの実施ありの割合は、CMの経験年数が長いほど高く、10年以上では255名中235名(92.2%)が実施しており、10年未満の240名中159名(66.3%)より有意に割合が高かった。基礎資格では、医療系は116名中106名(91.4%)が実施しており、福祉系の377名中286名(75.9%)より有意に割合が高かった。主任CMの経験の有無では、経験ありは204名中190名(93.1%)が実施しており、経験なしの290名中203名(70.0%)より有意に割合が高かった。その他、身近な人の看取りの経験、CMとして働く以前の職場で高齢者を看取った経験があるほうが、有意に割合が高かった。

表2 終末期ケアマネジメントの実施と個人要因の関連

	計	終末期ケア マネジメント 実施あり	終末期ケア マネジメント 実施なし	P値
		n (%)	n (%)	
CM経験年数	(n=495)			<0.001
10年未満	240	159 (66.3)	81 (33.7)	
10年以上	255	235 (92.2)	20 (7.8)	
基礎資格	(n=493)			<0.001
医療系	116	106 (91.4)	10 (8.6)	
福祉系	377	286 (75.9)	91 (24.1)	
主任CMの経験	(n=494)			<0.001
経験あり	204	190 (93.1)	14 (6.9)	
経験なし	290	203 (70.0)	87 (30.0)	
身近な人の看取りの経験	(n=493)			0.018
経験あり	282	235 (83.3)	47 (16.7)	
経験なし	211	157 (74.4)	54 (25.6)	
CMとして働く以前の職場で 高齢者を看取った経験	(n=494)			0.01
経験あり	263	221 (84.0)	42 (16.0)	
経験なし	231	172 (74.5)	59 (25.5)	

欠損値は除く
χ²検定
有意水準5%

5. 死生観の関連要因(表3)

尺度の信頼性を検討するため算出した

表 3 死生観尺度の因子別関連要因

	n	死後の世界		死への不安・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	
		中央値 (四分位範囲)	P値	中央値 (四分位範囲)	P値	中央値 (四分位範囲)	P値	中央値 (四分位範囲)	P値	中央値 (四分位範囲)	P値	中央値 (四分位範囲)	P値	中央値 (四分位範囲)	P値
個人要因															
年齢			0.747		0.011		0.682		0.211		0.971		0.049		0.062
50歳未満	239	17.0 (15.0-20.0)		18.0 (14.0-22.0)		15.0 (10.0-17.0)		12.0 (7.0-15.0)		16.0 (13.0-18.0)		15.0 (12.0-18.0)		12.0 (9.0-15.0)	
50歳以上	256	17.0 (15.0-20.0)		16.0 (12.0-19.0)		15.0 (10.0-16.0)		11.0 (6.0-14.0)		16.0 (13.0-18.0)		14.0 (10.0-17.0)		12.0 (11.0-15.0)	
CM経験年数			0.253		0.649		0.292		0.775		0.462		0.981		0.700
10年未満	240	17.0 (15.0-19.5)		16.0 (13.0-20.5)		14.0 (9.5-16.0)		11.0 (7.0-15.0)		16.0 (12.0-18.0)		15.0 (10.5-18.0)		12.0 (9.0-15.0)	
10年以上	255	17.0 (15.5-20.0)		17.0 (13.0-21.0)		15.0 (11.0-17.0)		11.0 (6.0-14.0)		16.0 (13.0-18.0)		15.0 (11.0-18.0)		12.0 (9.0-15.0)	
基礎資格			0.878		0.507		0.292		0.048		0.870		0.402		0.651
医療系	116	17.0 (15.0-20.0)		17.0 (12.0-20.0)		15.5 (10.0-17.5)		10.0 (5.0-13.0)		16.0 (12.5-18.0)		14.0 (10.5-17.5)		12.0 (9.5-15.0)	
福祉系	377	17.0 (15.0-20.0)		17.0 (13.0-21.0)		14.0 (10.0-16.0)		12.0 (7.0-15.0)		16.0 (13.0-18.0)		15.0 (11.0-18.0)		12.0 (9.0-15.0)	
主任CMの経験			0.912		0.835		0.557		0.442		0.013		0.492		0.524
あり	204	17.0 (15.0-20.0)		17.0 (13.0-20.0)		14.5 (10.0-16.0)		11.0 (6.0-14.0)		16.0 (13.0-18.0)		15.0 (12.0-18.0)		12.0 (9.0-15.0)	
なし	290	17.0 (15.0-20.0)		17.0 (12.0-21.0)		15.0 (10.0-17.0)		11.0 (7.0-15.0)		16.0 (12.0-18.0)		15.0 (10.0-18.0)		12.0 (10.0-15.0)	
看取りの経験															
身近な人の看取りの経験			0.496		0.109		0.596		<0.001		0.088		0.103		0.488
あり	282	17.0 (16.0-20.0)		16.0 (12.0-20.0)		15.0 (10.0-16.0)		10.0 (6.0-13.0)		16.0 (13.0-18.0)		15.0 (11.0-18.0)		12.0 (9.0-15.0)	
なし	211	17.0 (15.0-20.0)		17.0 (14.0-21.0)		15.0 (10.0-16.5)		12.0 (8.0-16.0)		16.0 (12.0-17.0)		14.0 (10.0-17.0)		12.0 (10.0-15.0)	
CMとしての看取りの経験			0.581		0.917		0.676		0.355		0.373		0.870		0.237
あり	391	17.0 (15.0-20.0)		17.0 (13.0-21.0)		15.0 (10.0-16.0)		11.0 (6.0-14.0)		16.0 (13.0-18.0)		15.0 (11.0-18.0)		12.0 (9.0-15.0)	
なし	104	17.0 (16.0-20.0)		16.0 (14.0-20.0)		16.0 (10.0-17.0)		12.0 (7.0-15.5)		16.0 (12.0-17.5)		14.0 (10.5-18.0)		12.0 (11.0-15.5)	
CM以前の職場での看取りの経験			0.639		0.288		0.157		0.024		0.843		0.115		0.815
あり	263	17.0 (15.5-20.0)		17.0 (12.0-21.0)		15.0 (10.0-17.0)		10.0 (5.0-14.0)		16.0 (12.0-18.0)		15.0 (12.0-18.0)		12.0 (9.0-15.0)	
なし	231	17.0 (15.0-20.0)		17.0 (14.0-20.5)		14.0 (10.0-16.0)		12.0 (8.0-15.0)		16.0 (13.0-18.0)		14.0 (10.0-17.0)		12.0 (9.5-15.0)	
ACPの学習・理解															
ACPの学習機会			0.873		0.137		0.243		<0.001		0.097		0.132		0.810
あり	205	17.0 (16.0-20.0)		16.0 (12.0-20.0)		15.0 (10.0-17.0)		9.0 (5.0-13.0)		16.0 (13.0-18.0)		15.0 (12.0-18.0)		12.0 (9.0-15.0)	
なし	287	17.0 (15.0-20.0)		17.0 (14.0-21.0)		14.0 (10.0-16.0)		12.0 (8.0-16.0)		16.0 (12.0-17.0)		14.0 (10.0-17.0)		12.0 (9.0-15.0)	
ACPの理解度			0.926		0.019		0.870		<0.001		0.048		0.112		0.931
理解している	208	17.0 (16.0-20.0)		16.0 (11.5-20.0)		15.0 (10.0-17.0)		9.0 (5.0-13.0)		16.0 (13.0-18.5)		15.0 (11.0-18.0)		12.0 (9.0-15.0)	
理解していない	287	17.0 (15.0-20.0)		17.0 (14.0-21.5)		15.0 (10.0-16.0)		12.0 (8.0-16.0)		16.0 (12.0-17.0)		14.0 (10.0-17.0)		12.0 (9.0-15.0)	
ACPの役割認識			0.089		0.782		0.085		0.278		0.008		<0.001		0.173
あり	321	18.0 (16.0-20.0)		17.0 (13.0-20.0)		15.0 (10.0-17.0)		11.0 (6.0-14.0)		16.0 (13.0-18.0)		15.0 (12.0-18.0)		12.0 (10.0-15.0)	
なし	120	16.0 (14.5-19.0)		17.0 (12.0-21.0)		14.0 (8.0-16.0)		10.5 (6.0-16.0)		16.0 (11.0-17.0)		12.0 (8.0-16.0)		12.0 (9.0-15.0)	
終末期ケアマネジメントの実施															
終末期ケアマネジメントの実施			0.482		0.989		0.643		0.330		0.032		0.728		0.382
あり	394	17.0 (15.0-20.0)		17.0 (13.0-21.0)		15.0 (10.0-17.0)		11.0 (6.0-14.0)		16.0 (13.0-18.0)		15.0 (11.0-18.0)		12.0 (9.0-15.0)	
なし	101	18.0 (16.0-20.0)		16.0 (14.0-21.0)		14.0 (10.0-16.0)		12.0 (7.0-15.0)		16.0 (11.0-17.0)		15.0 (10.0-18.0)		12.0 (10.0-15.0)	
終末期ケアの振り返り															
死亡後の訪問			0.388		0.887		0.234		0.520		0.851		0.049		0.385
あり	393	17.0 (15.0-20.0)		17.0 (13.0-21.0)		15.0 (10.0-17.0)		11.0 (7.0-14.0)		16.0 (13.0-18.0)		15.0 (11.0-18.0)		12.0 (9.0-15.0)	
なし	88	17.0 (16.0-20.5)		16.0 (12.5-21.0)		14.0 (8.0-16.0)		11.0 (6.5-16.0)		16.0 (13.0-17.5)		13.0 (10.0-16.5)		12.0 (11.0-15.0)	
デスクカンファレンスの参加			0.432		0.454		0.137		0.157		0.628		0.016		0.644
あり	49	16.0 (15.0-20.0)		16.0 (12.0-20.0)		16.0 (12.0-17.0)		9.0 (5.0-13.0)		16.0 (13.0-18.0)		16.0 (13.0-19.0)		12.0 (9.0-15.0)	
なし	440	17.0 (15.0-20.0)		17.0 (13.0-21.0)		15.0 (10.0-16.0)		11.0 (7.0-14.5)		16.0 (13.0-18.0)		15.0 (11.0-17.5)		12.0 (9.5-15.0)	
終末期の事例検討の機会			0.168		0.442		0.064		0.450		0.021		0.114		0.822
あり	157	18.0 (16.0-20.0)		17.0 (14.0-21.0)		14.0 (9.0-16.0)		11.0 (5.0-15.0)		16.0 (13.0-19.0)		15.0 (11.0-18.0)		12.0 (9.0-15.0)	
なし	330	17.0 (15.0-20.0)		17.0 (13.0-20.0)		16.0 (10.0-17.0)		11.0 (7.0-14.0)		16.0 (12.0-17.0)		14.0 (11.0-17.0)		12.0 (10.0-15.0)	
看取り後の振り返りの機会			0.250		0.110		0.950		0.600		0.046		<0.001		0.326
あり	112	18.0 (16.0-20.0)		18.0 (13.5-22.0)		15.0 (10.0-16.0)		11.0 (5.5-14.0)		16.0 (13.0-19.0)		17.0 (13.5-19.0)		12.0 (10.0-15.0)	
なし	374	17.0 (15.0-20.0)		17.0 (13.0-20.0)		15.0 (10.0-17.0)		11.0 (7.0-14.0)		16.0 (12.0-18.0)		14.0 (10.0-17.0)		12.0 (9.0-15.0)	

欠損値は除く
Mann-WhitneyのU検定
有意水準5%

Cronbach の α 係数は、0.82 から 0.94 の範囲であり、内的整合性を確認した。また、因子分析（探索的因子の最尤法）を行い、7 因子構造を再現できた。死生観尺度の因子別に、得点の中央値を比較すると 7 因子のうち以下の 4 因子に関連要因が確認された。「死への不安・恐怖」の因子は、得点が高いほど死への不安や恐怖が高いことを示し、年齢では、「50 歳未満」が「50 歳以上」より、ACP を「理解していない」ほうが「理解している」より有意に割合が高かった。「死からの回避」の因子は、「死について考えることを避けている」など得点が高いほうが死を回避していることを示しており、基礎資格では「医療系」より「福祉系」、「ACP を理解していない」ほうが「理解している」より有意に割合が高かった。また、身近な人の看取りや CM 以前の職場での看取りの経験がないほうが、有意に割合が高かった。「人生における目的意識」の因子は、「人生にはっきりとした使命と目的を見出している」など得点が高いほど人生の目的を肯定的に捉えていることを示しており、主任 CM の経験がある、ACP を理解している、ACP を CM の役割だと認識している、事例検討や振り返りの機会があるほうが、有意に割合が高かった。「死への関心」の因子は、得点が高いほど死について関心が高いことを示しており、50 歳未満、ACP の役割認識がある、死亡後の訪問や多職種でのデスカンファレンスの参加、看取り後の振り返りの機会があるほうが、有意に割合が高かった。

IV. 考 察

1. 終末期ケアマネジメントの実施とその関連要因

終末期ケアマネジメントの実施は 79.6% にあり、約 8 割の CM が終末期の支援に従事していることが明らかになった。須佐らの CM を対象とした類似した先行調査での問いでは、645 名 560 名 (86.8%) に担当経験があり¹²⁾、ほぼ同様の結果であった。

終末期ケアマネジメントの実施に関連のある個人要因は、CM の経験年数、基礎資格（医療系）、主任 CM の経験、看取りの経験であった。今後は、終末期ケアマネジメントを実施していない約 2 割の背景の分析や実施に向けた支援策が必要と考える。

2. 終末期ケアの振り返りの実態

介護報酬では評価されていない死亡後の家族への訪問は約 8 割に経験があったが、同じく報酬で評価されていない事業所内での看取り後の振り返りの機会は約 2 割と少ない結果であった。樋口は、「終末期ケアの質を高めるため、残された家族の悲嘆からの回復をサポートできるようグリーンケアを実施すること、ケアチームによる振り返りや介護者からの評価を得る機会を作ることが必要である」と述べている¹³⁾。CM は給付管理として死亡後の訪問を行う機会があるため、訪問場面での家族との対話が双方のグリーンケアとして必ずしも意味づけられていない可能性がある。グリーンケアを目的とした訪問では、家族への精神的支援による悲嘆からの回復のみならず、介護者としての振り返りを促し、できる限りの介護はできたという思いが死別を肯定的に受け止め、家族自身の ACP の機会となる可能性があると考えられる。また、CM 同士で訪問後に事例を共有し、本人・家族の願いを実現できたのか評価し合うことは、次の終末期ケアマネジメントのより良い実践への手掛かりになると考える。

多職種でのデスカンファレンスへの参加率は、約 1 割と少ない結果であった。鈴木らは、「医療機関の看護師の参加経験者は 48.7% であり、チーム全体のケアの質向上と看護職としての成長の機会となっていることが示唆された」¹⁴⁾ と報告している。CM が多職種でのデスカンファレンスに参加することは、医療職との連携を図るよい機会となり、多職種による終末期ケアの振り返りは、CM が余命予測を行ったうえで、最期の迎え方を家族と話し合い、家族の死別の準備を支えるための CM 自身の学習の機会となり、次の終末期ケアマネジメントの質の向上に活かされると考える。在宅医である木股らは、「在宅看取りの要件には、CM の終末期ケアチームへの積極的な関わりが必要であり、CM との看取り経験の振り返りは、今後の終末期ケアの方向性を考える貴重な基礎資料となり得る」と述べている¹⁵⁾。今後は、事業所の管理者でもある主任 CM を中心に、職場内での振り返りの意義を浸透させ、リフレクションによる気づきや新たな学びを促し、振り返りの機会を終末期ケアマネジメントの質の向上に活用することが重要である。

3. CMの死生観を形成する要因

個人要因では、年齢が高いほうが「死への不安・恐怖」が低く、年齢が関連していたが、CMの経験年数と各因子には有意な関連が認められず、経験はCMの死生観の形成に影響していないことが示された。

死生観の7つの因子のうちCMの個人的背景、ACPの学習・理解及び終末期ケアの振り返り等と関連が多かった因子は、「死への不安・恐怖」「死からの回避」「人生の目的意識」「死への関心」の4因子であった。

「死への不安・恐怖」はACPの学習・理解で軽減させる可能性があり、ACPの学習の機会を増やす必要がある。

「死からの回避」はACPの理解に加えて医療系の基礎資格の保有や身近な人の看取りの経験が影響しており、より身近に、多様な看取りを経験することは死を肯定的に受け止め、終末期ケアに積極的に関わることを可能にすると考えられる。

「人生における目的意識」には、主任CMを経験し、ACP実践での役割を認識し、事業所内での事例検討や振り返りの機会を確保していることが関連していた。目的意識には、自身のケアマネジメントを内省し、終末期における役割を実感し、高齢者・家族が人生最期までその人らしく生きることができるようエンドオブライフ（以下、EOL）を支えるという使命を持つことが影響するのではないかと推察する。

「死への関心」は、ACPをCMの役割だと認識していることも関連し、EOLケアのプロセスとして、重要な意思表示支援としてのACPの意義を学習し、必要性を認識することは、CMの死生観の形成に影響し、本人の意向を中心に据えた終末期ケアマネジメントの実践の促進につながると考える。

浅見は、「よりよいEOLを実現するためには、その時代とその地域に応じた死生観を把握する必要があり、住民とケアの実践者が望ましい人生最期の過ごし方について共に考え、学び合いながら各自の死生観とEOLへの関心を育てていくことが求められている」と述べている¹⁶⁾。CMは、医療・ケアチームと自らの実践を見つめ直す機会を持つことで、質の高い終末期ケアを目指して、最期は自宅で迎えたいという高齢者・家族の願いに寄り添いながら自身の死生観を育み、よりよい

EOLの実現に寄与する可能性があると考えられる。また、鈴木らは、医療機関で働く看護職の8割以上は死生教育に興味・関心があるが、研修の参加経験者は3割以下と少ない実態を明らかにし、学習ニーズとして看取りケアやグリーフケア等実践的なケアをあげていた¹⁷⁾。今後は、CMの死生教育に関する学習ニーズを把握し、ニーズに応じた学習内容の検討が必要である。

4. 研究の限界と今後の研究課題

本研究の限界は、研究対象が一県のCMに限定しており、全国的に代表性のある地域および集団とはいえないことである。また、回答した対象者が終末期ケアマネジメントに関心をもった集団であった可能性があり、一般化を行うには注意を要する。今後は、死亡後の訪問目的や訪問場面での対話、多職種でのデスカンファレンスの参加率が低い背景等の検討が必要と考える。

謝 辞

本研究にあたり、質問紙調査に御協力いただきました愛媛県の居宅介護支援事業所の介護支援専門員の皆様に心より感謝申し上げます。本論文は2020年度愛媛県立医療技術大学大学院保健医療学研究科修士論文の一部を加筆、修正したものです。

本論文に関して、開示すべき利益相反状態はありません。

文 献

- 1) 厚生労働省. 令和2年度版厚生労働白書. 平成の30年間と、2040年にかけての社会の変容. <https://www.mhlw.go.jp/stf/wp/hakusyo/kousei/19/index.html> (2023年10月20日アクセス可能)
- 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. 2022. https://www.whlw.go.jp/content/1_2601000/001103155.pdf (2023年10月20日アクセス可能)
- 3) 厚生労働省. 人口動態調査人口動態統計確定数, 死亡の場所別にみた年次別死亡数・百分率. 2019. <https://www.e-stat.go.jp/dbview?sid=0003411652> (2023年10月20日アクセス可能)

- 可能)
- 4) 厚生労働省. 終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン. 2007. <https://www.whlw.go.jp/shingi/2007/05/s0521-11.html> (2023年10月20日アクセス可能)
 - 5) 厚生労働省. 人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン. 2018. <https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Sidouka/0000197701.pdf> (2023年10月20日アクセス可能)
 - 6) 長江弘子. 生活文化に則したエンド・オブ・ライフケア. 長江弘子(編). 看護実践にいかすエンド・オブ・ライフケア第2版. 東京: 日本看護協会出版会. 2014; 2-16.
 - 7) 近藤克則. 終末期ケアマネジメント・ツールの全体像. 樋口京子, 篠田道子, 杉本浩章, 他編. 高齢者の終末期ケアの質を高める4条件とケアマネジメント・ツール. 東京: 中央法規. 2010; 60-64.
 - 8) 後藤真澄, 三上章允, 間瀬敬子, 他. 高齢者終末期ケアに携わる関係職種の死生観と看取り観について. 厚生指標 2014; 61(15): 28-34.
 - 9) 海老根理絵. 死生観に関する研究の概観と展望. 東京大学大学院教育学研究科紀要 2008; 48: 193-202.
 - 10) 日本老年学会. ACP推進に関する提言. 2019. https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/press_seminar/pdf/ACP_proposal.pdf (2023年10月20日アクセス可能)
 - 11) 平井啓, 坂口幸弘, 安部幸志他. 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. 死の臨床 2000; 23(1): 71-76.
 - 12) 須佐公子, 郷原志保. ケアマネジャーの在宅看取りに関する意思決定支援の実践内容および認識とその関連要因の分析. 勇美記念財団 2016年度「在宅医療研究への助成」完了報告書 2018: 15-16
 - 13) 樋口京子. 高齢者の終末期ケアの質の評価と4つの条件. 樋口京子, 篠田道子, 杉本浩章, 他編. 高齢者の終末期ケアの質を高める4条件とケアマネジメント・ツール. 東京: 中央法規. 2010; 32-43.
 - 14) 鈴木美代子, 千田睦美, 伊藤牧. 岩手県内の医療機関で働く看護職の看取りとデスカンファレンスの実態. 岩手看護学会誌 2019; 13(2): 41-56.
 - 15) 木股貴哉, 平川仁尚. 在宅の看取り症例を担当したケアマネジャーのリフレクション. Hospice and Home Care 2015; 23(1): 34-39.
 - 16) 浅見洋. エンド・オブ・ライフケアが必要とされる日本の社会的背景. 長江弘子(編). 看護実践にいかすエンド・オブ・ライフケア第2版. 東京: 日本看護協会出版会. 2014; 20-23.
 - 17) 鈴木美代子, 千田睦美, 伊藤牧. 医療機関で働く看護職の死生教育に関する学習ニーズ. 岩手看護学会誌 2020; 14(1): 11-26.

連絡先:

〒793-8516

愛媛県西条市喜多川 796-1

愛媛県西条保健所健康増進課

成松 順子

E-mail: narimatsu-jyunko@pref.ehime.lg.jp