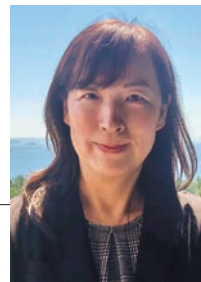


在宅要介護高齢者のエンド・オブ・ライフ期のケアマネジメント

—最期まで在宅療養を望む高齢者の願いを叶えるために—

横浜市立大学 医学部看護学科 助教 金田 明子



1 人口の高齢化と在宅療養におけるケアマネジメント

人口の高齢化は世界共通の現象であるが、わが国は急速に高齢社会が進展していることが特徴的であり、2035年以降は85歳以上の高齢者の増加により死亡者数が増加する高齢多死社会へと向かう¹⁾。2018年の厚生労働省の国民調査では、国民の69.2%が最期まで住み慣れた自宅で過ごすことを希望している一方で、在宅死亡率は13.7%にとどまっており²⁾、このギャップを埋めることが喫緊の課題と考える。先行研究では、高齢者は自身が最期まで自宅で過ごすことによって、家族や友人に負担がかかることを懸念していることが報告されており²⁾、最期まで自宅で過ごしたい人が、それを実現するためには家族や友人に過度の負担がかからないよう、地域に点在する多様な社会資源を効果的に活用し、加齢とともに変化するニーズに最適な支援が提供されるようにしていく必要がある。対象者のニーズに応じた社会資源を用いて支援することをケアマネジメントといい、欧米においては、遡ること1980年代にはその有用性について、施設入所レベルの心身状態であってもケアマネジメントによって地域生活を継続できると報告されている³⁾。英国では1990年にコミュニティ・ケア法の中で、地域生活継続を支援する方法としてケアマネジメントが導入され、その後、各国に広まった⁴⁾。わが国では、2000年に施行された介護保険制度においてケアマネジメントが導入され、ケアマネジメントを担う新たな専門職として介護支援専門員が誕生した。わが国におけるケアマネジメントは、対象者の生活上のニーズを充足させるために適切な社会資源を結びつけること⁴⁾、対象者や家族が納得できる地域生活を営むことができるように様々な配慮をおこない、社会資源を活用しながら地域生活を支えていくこと⁵⁾、複合

的なニーズを持つ対象者が安全で安定した自分らしい生活を自宅で長期的に維持できるように対象者のためのケアをマネジメントすること⁶⁾と述べられており、わが国においてもケアマネジメントは対象者のニーズに応じた適切な社会資源を用いて支援することといえる。今後、焦点を当てるべきこととして、多死社会における高齢者の人生の最終段階における支援があげられる⁷⁾。高齢者が家族や友人への負担を懸念して地域生活をあきらめることのないように、多様化・複雑化している社会資源を活用できるケアマネジメントを確保する必要がある。

人生の最終段階は、エンド・オブ・ライフ期ともいい、緩和ケアやターミナルケアを包含するケアと定義されている^{8,9)}。いつかやってくる死について考え始めた高齢者に対し、医療・介護・福祉の多職種が高齢者・家族とともに最善のケアを創造していくプロセスが展開される期間といえる。また、エンド・オブ・ライフ期に住み慣れた場所で安心して過ごせるようにするためには、従来の医療機関でのケアのほか、地域においても必要なケアが滞りなく提供されるケア体制を確立する必要がある。特に要介護状態の高齢者のエンド・オブ・ライフ期には、加齢に伴う脆弱性や恒常性の低下などに加えて医療的なニーズが増加することや、家族介護者自身のニーズへのケアなど複合的なニーズが予測されるため、タイミングを逃さずにニーズを捉えて、後手にならないケアマネジメントをおこなうことが重要であると考えられる。

2 わが国のケアマネジメントの特徴

わが国では、2000年に施行された介護保険法にもとづく公的介護保険制度においてケアマネジメントを担う介護支援専門員が誕生したが、海外ではケアマネジメントの担い手は、一定の教育を受けた看護師や社会福祉士

が多い¹⁰⁾。わが国の特徴は、介護支援専門員資格取得の前提として多様な基礎資格に門戸が開けられていることである。介護福祉士・社会福祉士・医師・歯科医師・歯科衛生士・看護師・保健師・助産師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・栄養士などの多様な資格を有する者が、定められた年数の勤務経験後に、介護支援専門員になるための研修受講資格を得る試験を受験する。この試験に合格すると介護支援専門員になるための研修受講資格が与えられ、研修受講後に介護支援専門員資格が与えられ、ケアマネジメントを実践していく。2019年の介護支援専門員の基礎資格の内訳は、介護・福祉職59.5%、看護師18.7%、2021年では介護・福祉職が68.1%、看護師16.8%であり、今後も介護・福祉職の介護支援専門員が増加すると予測されている¹¹⁾。医療的なニーズが高まるエンド・オブ・ライフ期に、在宅療養生活を継続するためには、医療面と生活面の両面から支援する質の高いケアマネジメントが課題としてあげられている²⁾。在宅要介護高齢者のエンド・オブ・ライフ期のケアマネジメントにおいては、予後予測のもと高齢者の変化する体調に応じて臨機応変・迅速に対応すること^{12,13)}、症状をコントロールできる医療体制を確保したうえで、点滴などの医療行為の有効性を考慮すること^{13,14)}など、より医療的なアセスメントが必要である。先行研究では、介護・福祉職を基礎資格とする介護支援専門員は、医療面のニーズ対応に不安を抱えていることや、医療職との連携に困難感を抱えていること、ケアマネジメント実践に力量差があることが報告されており¹⁵⁾、医療ニーズに適したケアマネジメントの構築に看護師が貢献できる可能性がある。

3 在宅要介護高齢者のエンド・オブ・ライフ期におけるケアマネジメントの概念

エンド・オブ・ライフは新しい概念であるため、在宅要介護高齢者のエンド・オブ・ライフ期におけるケアマネジメントの概念構造についてRogersの手法を用いて分析をおこなった(図1)。その結果、2つの先行要件、6つの属性、2つの帰結が抽出された⁹⁾。属性をもとに、在宅要介護高齢者のエンドオブライフケアマネジメントの定義を検討し、在宅要介護高齢者のエンド・オブ・ライフ期におけるケアマネジメントは「エンド・オブ・ライフ期を支える環境を整え、対象者の望む暮らしと望む最期を明

確化するための意思決定支援をおこない、対象者の望みの実現に向けてケアチームが協働し、必要な時にタイミングを逃さず身体面・精神面・スピリチュアル面のケアを提供できるようにするための活動」と定義づけた。

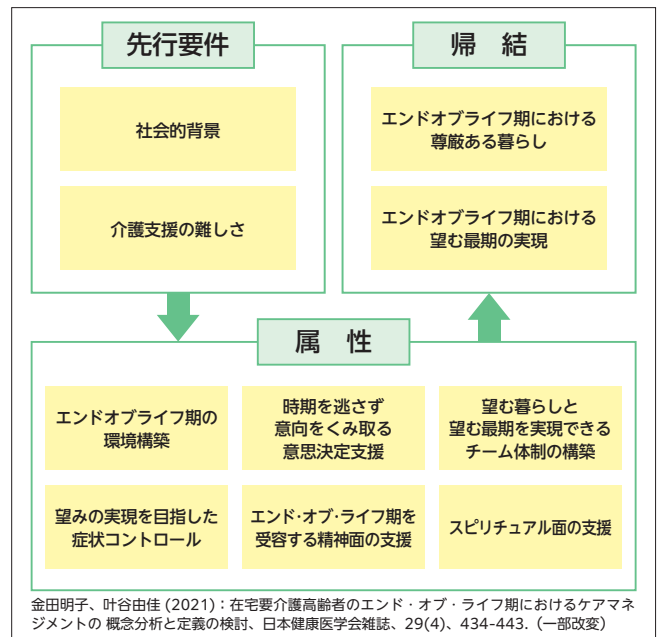


図1 在宅要介護高齢者のエンド・オブ・ライフ期におけるケアマネジメントの構成概念

4 地域の多職種がエンド・オブ・ライフ期の在宅要介護高齢者に実践しているケアマネジメント

医療ニーズの高まるエンド・オブ・ライフ期におけるケアマネジメントは、医療、介護、福祉といった幅広い社会資源を活用して支援していくことが必要である。医療面については、予後予測のもと状況に応じて臨機応変にケア計画を立案し運用していくことが求められ、ケアマネジメントには生活面の支援だけではなく医療面からの支援も必要である。質の高いケアマネジメントを確保することは、要介護高齢者の在宅生活の継続を可能にするにつなげるため、医療ニーズの高まるエンド・オブ・ライフ期のケアマネジメントに医療面の視点をいかに組み込んでいくかが課題であると考えられる。在宅要介護高齢者を支える実践の場では、介護支援専門員をはじめとし、在宅療養支援診療所の医師や訪問看護師、訪問介護サービス提供責任者、居宅療養管理指導をおこなっている薬剤師、退院調整看護師、退院調整社会福祉士などが関わっている。筆者らがおこなった地域の多職種対象のインタビュー調査¹⁶⁾では、多職種は高齢者の望む

暮らしと望む最期の実現を見据えた支援やタイミングを逃さず意向をくみ取る意思決定支援、望みの実現を目指した症状のコントロールなど、自身が在宅要介護高齢者とかかわる際に必要であると判断した際には、随時、ケアが途切れることなく円滑に提供されるようにケアマネジメントの要素をおこなっていることが明らかになった。多職種は自身の役割以外にも、高齢者の望む暮らしと望む最期の実現のために必要なケアが継続して提供できるように意識して行動しており、これらから、在宅要介護高齢者にかかわる介護、医療、福祉などの多職種は、他の職種と境界を設けずに在宅要介護高齢者の望みを叶えるというゴールを共通認識したうえで、他職種に配慮しながら必要なケアが円滑に継続して提供できるようにケアマネジメント機能を有しているといえる。今後、在宅療養が推進される中で多死社会を迎えることを鑑みると、多職種が医療ニーズの高まるエンド・オブ・ライフ期のケアマネジメント内容を共有し、自身の職域の役割を果たしつつ、付加機能としてケアマネジメント機能を発揮することは非常に重要である。

5 最期まで自宅で暮らすことを望むエンド・オブ・ライフ期の在宅要介護高齢者のケアマネジメント実践評価尺度の開発とその有用性

エンド・オブ・ライフ期のケアには医療・看護・介護・福祉など幅広い領域を含むケアが必要である。エンド・オブ・ライフ期のケアを受ける場として在宅を選択した要介護高齢者のケアマネジメントを担うのは、介護保険上では介護支援専門員であるが、要介護高齢者のエンド・オブ・ライフ期に使用できる標準化されたスケールがないため、在宅でのケアマネジメントは介護支援専門員の個々の能力に任されている側面がある。しかし、非医療職の介護支援専門員は、医療ニーズへの対応に困難感を抱いている¹²⁻¹⁵⁾。エンド・オブ・ライフ期のケアマネジメントでは、徐々に医療面のケアが欠かせない状況になるため、さらに困難感が増すと考えられる。そのため、生活面と医療面の両方の側面からアセスメントし、ケアを提供できることに向けて、特に一人開業の介護支援専門員など身近に看護師が存在しない場合は、エンド・オブ・ライフ期にどのようなケアマネジメントが必要であるかを把握し、また、担

EOLCM尺度項目	1	2	3	4	5
利用者が積極的に自身のケアマネジメントに参加できるようにしている					
利用者の望みの実現に向けてケアチームが協働して支援する雰囲気醸成している					
利用者の望みを叶えるためにケアチームの他職種の不安の軽減をしている					
介護支援専門員主導で情報を集約した後にケアチームで共有している					
利用者と家族の意思が不一致である場合は、医療知識や予後の情報を共有しながら、折り合いがつくよう支援している					
どのようにすれば利用者の望みを叶えられるかケアチームで提案している					
意思決定支援のタイミングをアセスメントしている					
ケアチーム内では自身と他職種との仕事内容に境界線を引かずに必要な支援を補完し合っている					
意思決定支援では、かわり始めた早い時期から利用者の希望する過ごし方について気持ちを引き出している					
利用者の変化する気持ちに寄り添い、その時の気持ちをケアプランに反映している					
ケアチームの構築では医療職がケアチーム構成員に対して医療面でフォローする関係性を構築できるようにしている					
エンド・オブ・ライフ期全体の家族介護力を見据えた支援をしている					
利用者の身体状況の変化を予測してスピーディーにケアプランを展開している					
ケアが手遅れにならないよう急変の前兆を見逃さないようにしている					
医療職と連携して疾患の軌跡(がん、臓器不全、認知症・老衰)による症状経過の見通しをケアチームで共有している					
家族が在宅介護を継続できることを念頭に症状に応じ医学的対応を検討できるようにしている					
家族の心の準備を意図して死に向かう経過の説明を行っている					
在宅で十分に苦痛症状の緩和がされ家族が看取りを行えるように支援している					
ケアチーム全体で家族の死の受容過程を意識して支援する体制を整える					
死に対する苦悩に寄り添っている					
利用者の死生観を尊重している					
苦痛症状を感じることなく在宅で過ごせるようにしている					
加療が行われる際は、利用者が安楽でいられることを優先して検討できるようにしている					
	小計				
	得点範囲23点から115点	合計			

Akiko Kaneda, Mana-Doi-kannno, Yuka Kanoya : Development of an end-of-life care management scale for assessing the care of older adults who wish to spend the end-of-life period at home. Geriatrics & Gerontology International, <https://doi.org/10.1111/ggi.14525> (一部改変)

当するエンド・オブ・ライフ期にある在宅要介護高齢者のケアマネジメントの不足部分を自己評価して補足していく仕組みが必要である。そのため、筆者らはケアマネジメントの標準化に向けて尺度開発に取り組んだ。日本国内の全居宅介護支援事業所から無作為抽出法を用いて2,583事業所に勤務する介護支援専門員各事業所1名を調査対象とした46項目から成る質問紙調査をおこなった¹⁷⁾。回収数542(回収率20.1%)、有効回答数は477(有効回答率18.5%)であった。項目分析、探索的因子分析、確証的因子分析を経て開発された尺度(EOLCM尺度)は、4因子23小目から構成され、因子は「表明された本人の意向の実現に向けたチームの協働促進」、「状況の変化を予測したスピーディーなケアプランの展開」、「自宅で死を看取る家族の準備に向けた支援」、「本人の死生観や苦悩に寄り添う支援」であった。この尺度は医

療の視点が取り入れられており有用性として、介護職資格がバックグラウンドである介護支援専門員のスキルアップに活用できる点、エンド・オブ・ライフ期の在宅要介護高齢者のケアマネジメント実践を評価することにより、必要な支援あるいは不足している支援を把握でき必要とするアプローチにつなげることができる点である。今後、増加するであろう在宅でエンド・オブ・ライフ期を過ごす要介護高齢者のケアマネジメントにおいて医療の視点のあるEOLCM尺度を活用することは、介護支援専門員が生活面、医療面の両側面からの効果的なケアマネジメントにつながる。開発した医療・介護・福祉職がおこなっているケアマネジメントを融合した尺度の使用は、介護支援専門員の基礎資格に左右されずにエンド・オブ・ライフ期のケアマネジメントをおこなうことにつながる可能性がある。

【引用文献】

- 1) 国立社会保障・人口問題研究所：日本の将来推計人口 https://www.ipss.go.jp/pp-zenkoku/j/zenkoku2023/pp_zenkoku2023.asp (2023年8月1日アクセス)
- 2) 厚生労働省(2018)：人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書。 https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/saisyuiryo_a_h29.pdf (2023年8月1日アクセス)
- 3) Zawadski, R.T., & Ansak, M. L.(1983) : Consolidating community-based long-term care:early returns from the On Lok demonstration. *The Gerontologist*, 23 (4), 364 - 369. <https://doi.org/10.1093/geront/23.4.364>
- 4) 白澤政和著. ケアマネジメント論. ミネルヴァ書房, 東京, 2019.
- 5) 岡田進一著. ケアマネジメント原論 高齢者と家族に対する相談支援の原理と実践方法. ワールドプランニング, 東京, 2011.
- 6) 橋本泰子, 竹内孝仁, 白澤政和著. 海外と日本のケアマネジメント. 中央法規出版, 東京, 2002.
- 7) 日本老年医学会(2012)：日本老年医学会の立場表明2012. <https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/proposal/pdf/jgs-tachiba2012.pdf>
- 8) Izumi, S., Nagae, H., Sakurai, C., & Imamura, E.(2012) : Defining end-of-life care from perspectives of nursing ethics. *Nursing ethics*, 19 (5), 608-618. <https://doi.org/10.1177/0969733011436205>
- 9) 金田明子、叶谷由佳(2021)：在宅要介護高齢者のエンド・オブ・ライフ期におけるケアマネジメントの概念分析と定義の検討. *日本健康医学会雑誌*, 29(4), 434-443. https://doi.org/10.20685/kenkouigaku.29.4_434
- 10) 河合英利(2011)：終末期を在宅で迎えるときのケアマネジャーの役割. *日本老年医学会雑誌*, 48(3), 260-262.
- 11) 厚生労働省(2021)：第24回介護支援専門員実務研修受講試験の実施状況について. https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000187425_00008.html
- 12) 池田敦子(2004)：ターミナルケアとケアマネジャー. *介護支援専門員*, 6(4), 19-24.
- 13) 佐藤博文(2004)：ターミナルケアにおけるケアマネジメント. *介護支援専門員*, 6(4), 13-17.
- 14) 福本京子(2010)：今日一日をよりよく生きるためのケアを. *コミュニティーケア*, 12(5), 54-56.
- 15) 林 裕栄, 田中敦子, 津久井利恵, 五十嵐いずみ, 坂田伸子, 関 美雪, 中山久美子, 武田美津代, & 木村伸子(2012)：高齢者のターミナルケアマネジメントに関する調査：基礎資格として福祉系の資格を持つ介護支援専門員の不安や困難経験の実態. *保健医療福祉科学*, 2, 39-44.
- 16) 金田明子、叶谷由佳(2021)：多職種がエンド・オブ・ライフ期にある在宅要介護高齢者にケアマネジメントの視点から実践している内容. *日本プライマリ・ケア連合学会誌*, 44(2), 74-80.
- 17) Akiko Kaneda, Mana-Doi-kannno, Yuka Kanoya : Development of an end-of-life care management scale for assessing the care of older adults who wish to spend the end-of-life period at home. *Geriatrics & Gerontology International*, <https://doi.org/10.1111/ggi.14525>