

公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団  
2016 年度在宅医療助成（後期）  
一般公募「在宅医療研究への助成」完了報告書

テーマ：

「ケアマネジャーの在宅の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」

申請者：須佐 公子<sup>1)</sup> 郷原 志保<sup>2)</sup>

所 属：1) 大東文化大学スポーツ・健康科学部 看護学科

2) 国際医療福祉大学保健医療学部看護学科

提出年月日：平成 30 年 3 月 31 日

# I. はじめに

高齢化の急激な伸展や認知症高齢者の増加に伴い、意思表示の困難さや療養期間の延長などから、高齢者においては延命治療や看取りの場に関する意思決定の課題が増加している。現在、死亡者の8割以上が病院で死亡しており、在宅での死亡者は2割以下となっている。多くの高齢者は、自宅で最期を迎えたいと考えていても、それを実現することは難しく、希望と現実には大きな乖離が生じている。

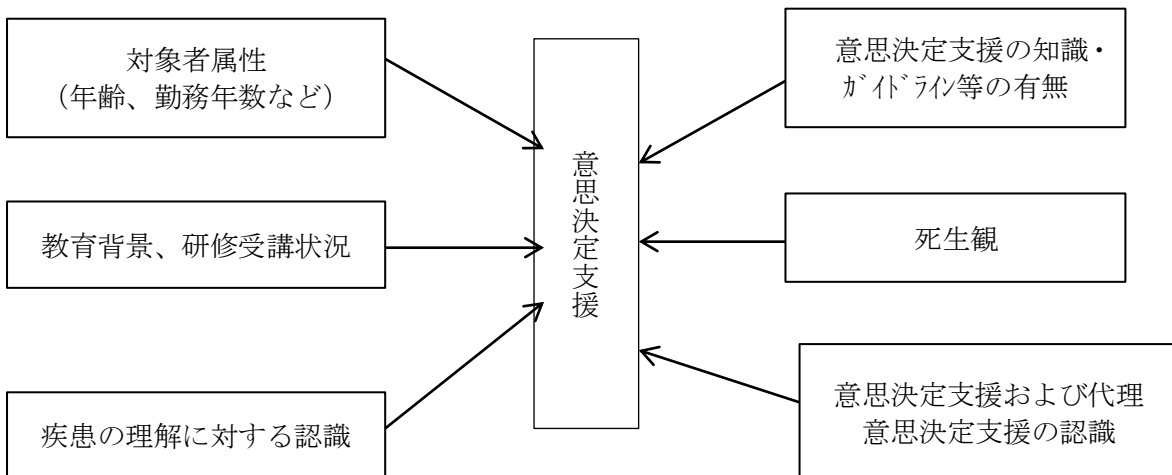
そのような背景から近年、エンド・オブ・ライフケアの重要性が言われるようになった。エンド・オブ・ライフケアとは、「診断名、健康状態、年齢にかかわらず、差し迫った死、あるいはいつか来る死について考えることが、生が終わるときまで、最善の生を生きることができるよう支援すること」である。そのためには、高齢者がどこで、どのように最期を迎えたいのかという意思を知り、尊重することが必要である。また、本人の好きなことや希望を実現することが看取りの満足感につながると言われており、希望や好きなことを知ることも重要である。

しかし、日本は死へのタブー視などの文化的背景もあり、高齢者自らが死について、話すということも少なく、認知症や重篤な疾患などから意思が確認できないことも多い。そのため、意思の確認や意思決定支援が重要となる。厚生労働省や日本老年医学会では、意思決定プロセスのガイドラインを提示しており、本人の意思の尊重と本人・家族・医療職の合意形成の重要性が示されている。本人の意思確認として、リビングウイルや事前指示書が用いられる。しかし、厚生労働省の調査では、事前指示書の作成について約7割は賛成しているが、実際に作成している人は3.2%にとどまっている。

意思決定支援に関する研究では、がん患者を看護する看護師や訪問看護師を対象としたものが多い。それらからは、意思把握の内容や意思決定支援の方法、意思決定支援に伴う看護師の葛藤やストレスがあることなどが明らかにされている。

しかし、在宅での看取りや在宅生活の継続を支援する重要な役割を担う、ケアマネジャーを対象とした在宅での看取りに関する意思決定支援に関する研究はほとんどみられない。そこで、本研究では、ケアマネジャーの在宅での看取りに関する意思決定支援の実践内容や認識およびその関連要因を明らかにすることを目的とする。

## <研究概念図>



## II. 研究方法

### 1. 研究対象

WAMNET より無作為抽出した全国の介護支援事業所のケアマネジャー 2000 名

### 2. 研究方法

郵送法によるアンケート調査

### 3. 研究期間

平成 29 年 3 月～平成 30 年 2 月

### 4. 調査内容

1) 対象者属性（年齢、性別、資格、経験年数、知識、研修参加状況など）

2) 意思決定支援の実践内容、利用者および家族の希望の確認方法など

3) 意思決定支援に関する知識、ガイドライン使用の有無など

4) 意思決定支援に関する認識（役割意識や困難感など）

\* 3) 4) の項目については、意思決定に関する先行研究および在宅看取り経験のあるケアマネジャーに聞き取り調査し内容分析を行い、質問項目を抽出した。

5) 死生観

平井啓の「死生観尺度」を使用する。本尺度は、使用許諾は必要なく、必要な因子を抽出して使用することも認められている。

6) 自由記載

なお、調査内容は、在宅で看取りの支援実践経験のあるケアマネジャーおよび看護研究の研究者 8 名にプレテストを実施し、研究者で検討し修正を行った。

### 5. 分析方法

1) 属性、役割意識、死生観と意思決定支援時の困難感について相関係数を用いて関連を分析した。

2) 属性、役割意識、死生観と意思決定支援内容について相関を分析した。

なお、分析には統計ソフト SPSS を使用した。

### 6. 倫理的配慮

本調査は、無記名とし個人や施設が特定されるように実施した。回答はすべて統計的に処理し、データの管理を厳重に行い、情報の保護をおこなった。調査依頼は、紙面（調査依頼書）にて行った。調査依頼書に、調査データは研究以外の目的で使用しないこと、回答の任意性、調査に協力しない場合でも個人や施設に一切不利益は生じないこと、調査用紙の返信をもって調査協力の同意とすること、調査用紙は無記名で行うため返信後の撤回は出来ないこと、本調査結果の看護福祉系の学会または論文等での公表予定、問い合わせ先等を記載した。

なお、本研究は、研究者所属の研究倫理審査委員会の承認を得て実施した。

### Ⅲ. 用語の定義

1. 「ターミナル期」とは、病状が不可逆的かつ進行性で、その時代に可能な最善の治療により病状の好転や進行の阻止が期待できなくなり、近い将来の死が不可避となった状態、と定義する。疾患は、がんとは限らず、老衰や全ての疾患を対象とする。  
(2001年 日本老年医学会より引用)
2. 「家族」とは、戸籍や血縁関係だけでなく、患者を取り巻く重要他者も含める。

### Ⅳ. 結果

#### 1. 回収率

調査用紙は、WAMNET より 1000 ヶ所の居宅介護支援事業所を無作為に抽出した。1 ヶ所に 2 通、合計 2000 名に対し調査用紙を配布した。

655 名より回答があり、回収率は 32.8%であった。そのうち、8割以上の回答があった 645 名を有効回答とした。有効回答率は、32.3%であった。

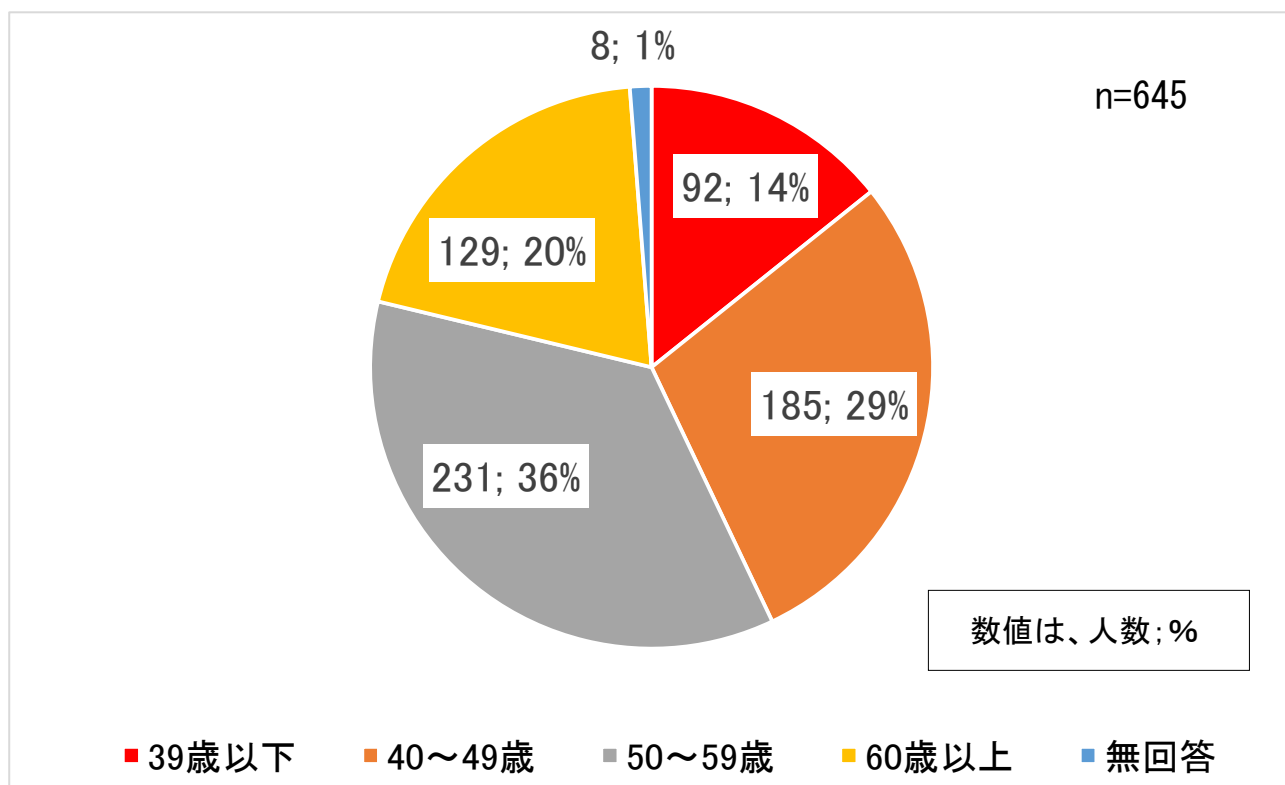
## 2. 対象者属性

### 1) 年齢

対象者の年齢は、平均 50.77 歳（最小 26 歳 最大 74 歳、標準偏差 ±9.48）であった。年齢を年代別に区分した結果を以下に示す。

	度数	パーセント
39歳以下	92	17.0
40～49歳	185	28.7
50～59歳	231	35.8
60歳以上	129	20.0
無回答	8	1.2

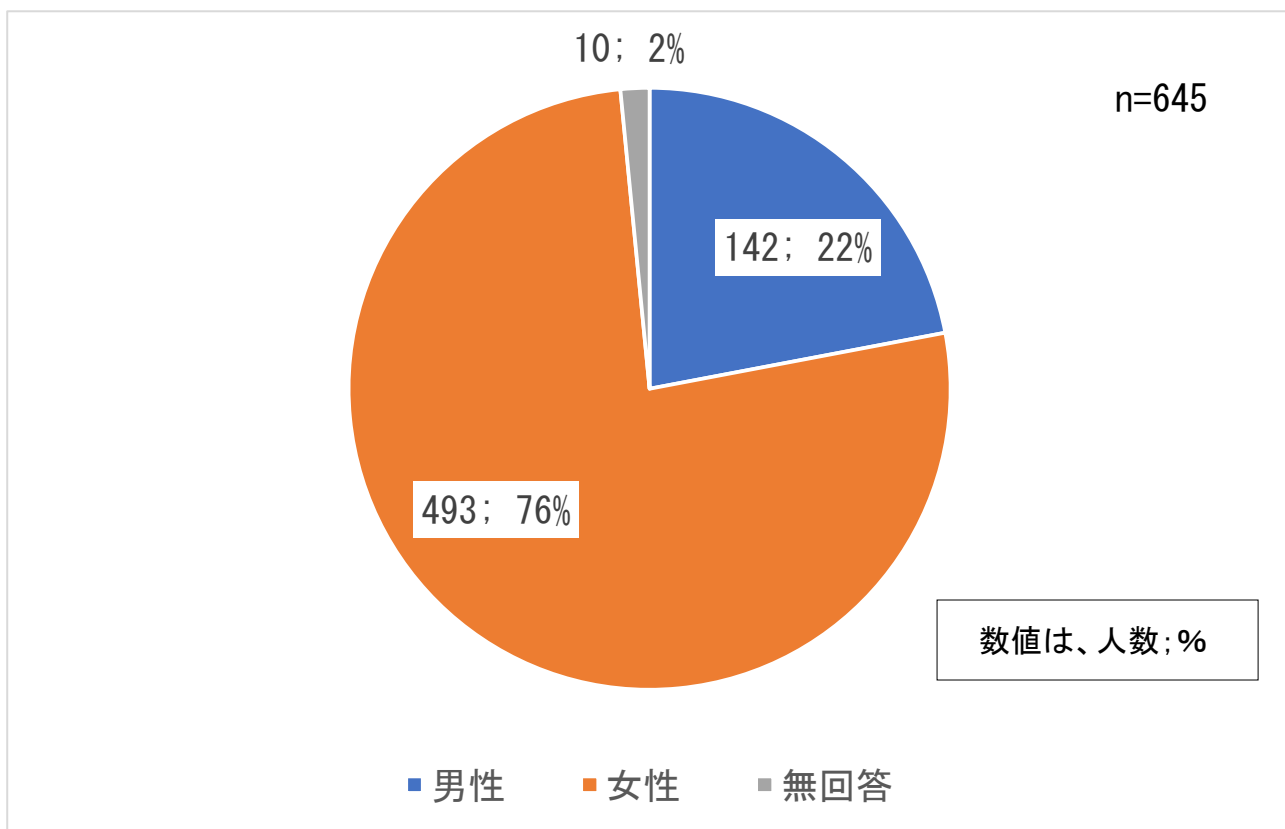
図一1 対象者属性：年齢



## 2) 性別

	人数	%
男性	142	22.0
女性	493	76.4
無回答	10	1.6

図一2 対象者属性：性別

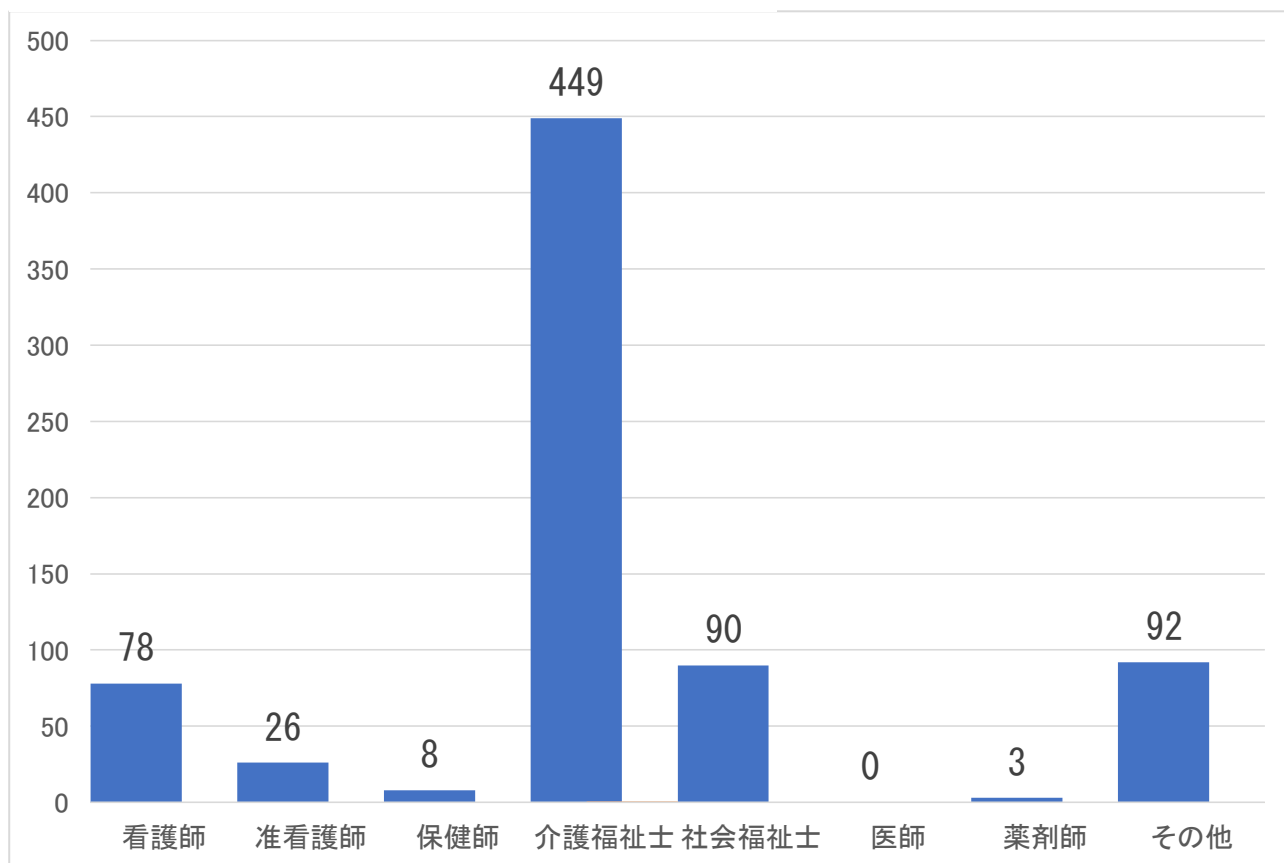


### 3) 所有資格

ケアマネジャーの資格取得のための所有資格を複数回答可で回答を求めた。

	人数	%
看護師	78	12.0%
准看護師	26	4.0%
保健師	8	1.2%
介護福祉士	449	69.2%
社会福祉士	90	13.9%
医師	0	0.0%
薬剤師	3	0.5%
その他	92	14.2%

図一3 対象者属性：所有資格

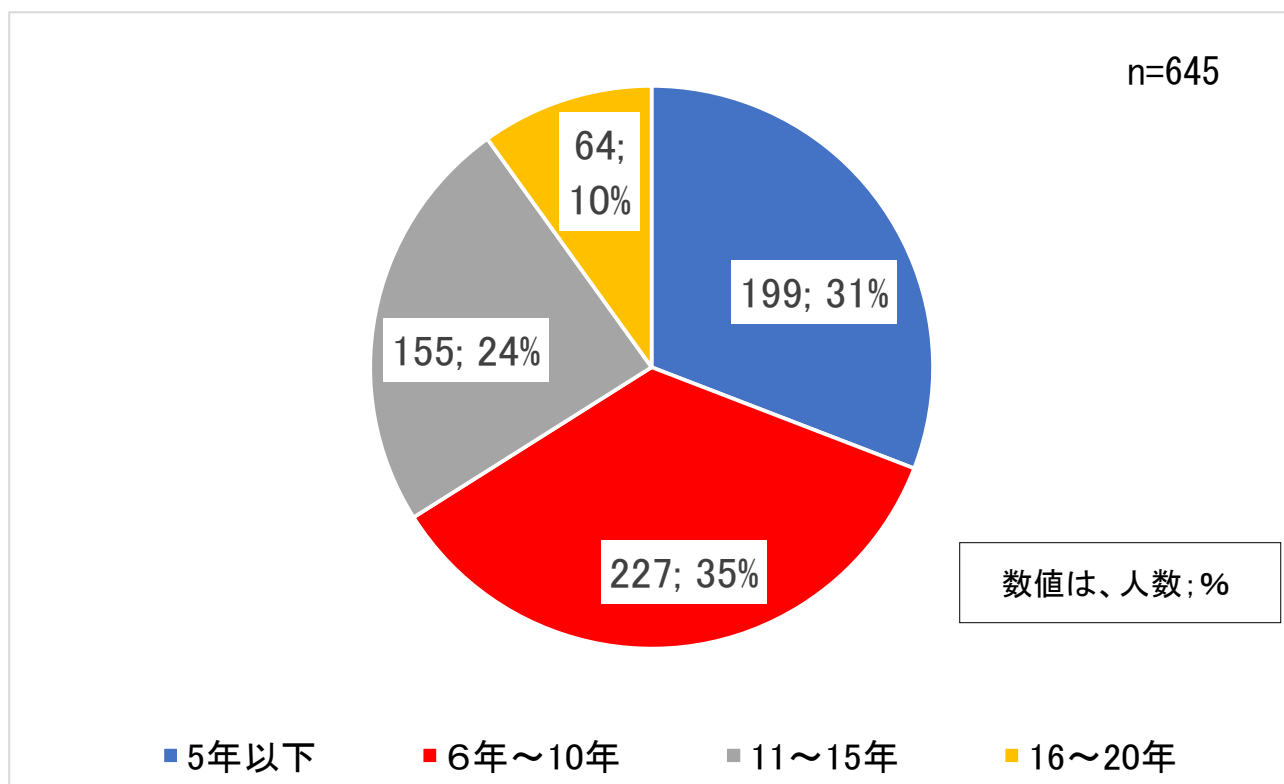


#### 4) ケアマネジャーとしての勤務年数

対象者のケアマネジャーとしての勤務年数は、平均 8.72 年（最小 1 年 最大 20 年、標準偏差 ±4.81）であった。勤務年数を区分した結果を以下に示す。

	人数	%
5年以下	199	30.9
6年～10年	227	35.2
11～15年	155	24.0
16～20年	64	9.9

図一4 対象者属性：勤務年数



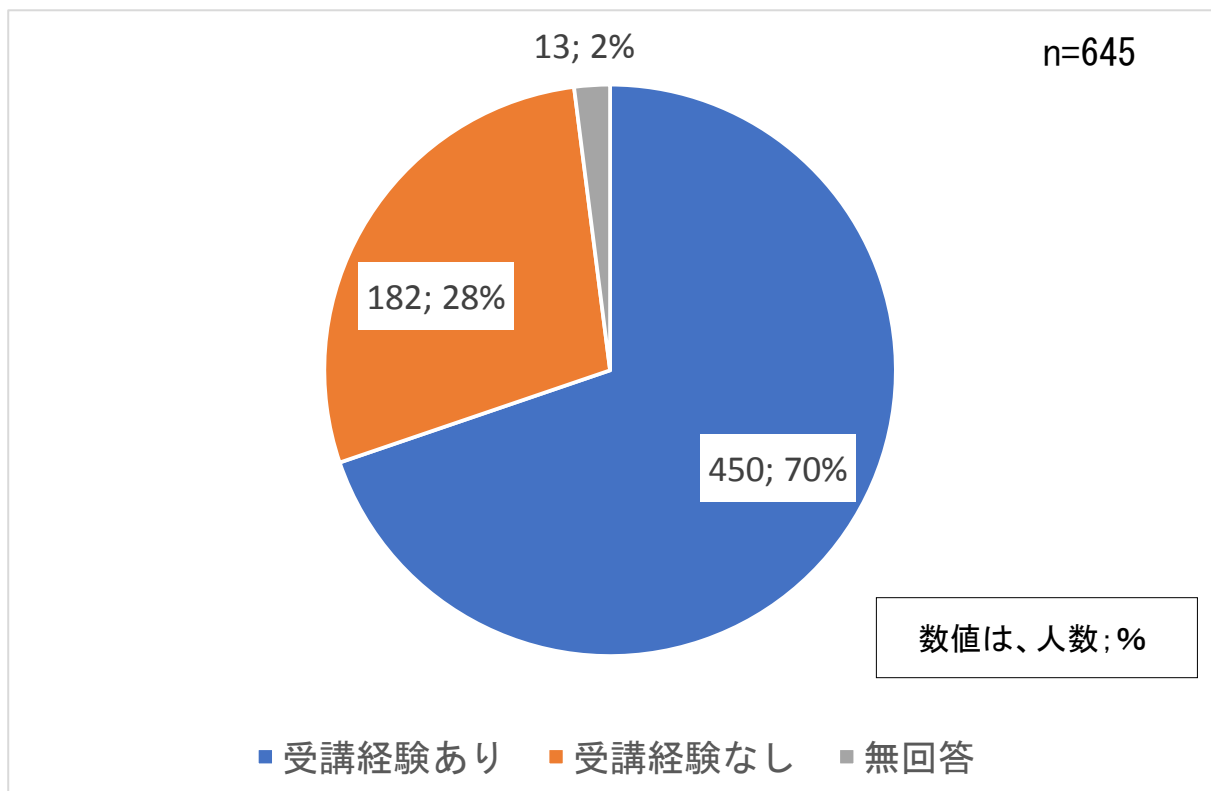


5) ターミナルケアに関する研修等の受講経験 (以下、「受講経験」とする)

Q. . ターミナルケアに関する研修等の受講経験はありますか。

	人数	パーセント
受講経験あり	450	69.8
受講経験なし	182	28.2
無回答	13	2.0

図一5 対象者属性：受講経験

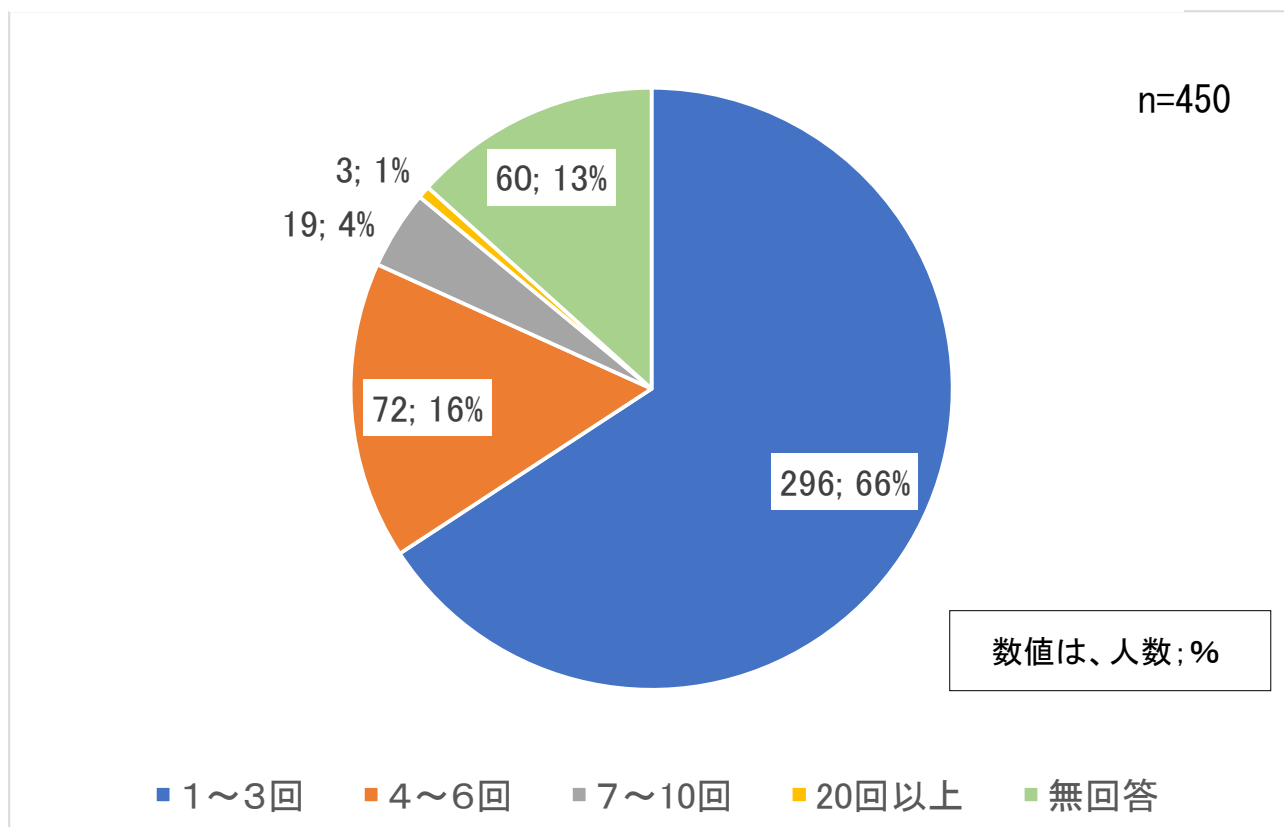


## 6) ターミナルケアに関する研修等の受講経験ありの人の受講回数

ターミナルケアに関する研修等の受講経験があると回答した人（450名）の受講回数を以下に示す。

受講回数	人数	%
1～3回	296	65.8%
4～6回	72	16.0%
7～10回	19	4.2%
20回以上	3	0.7%
無回答	60	13.3%

図一6 対象者属性：受講経験ありと回答した人の受講回数



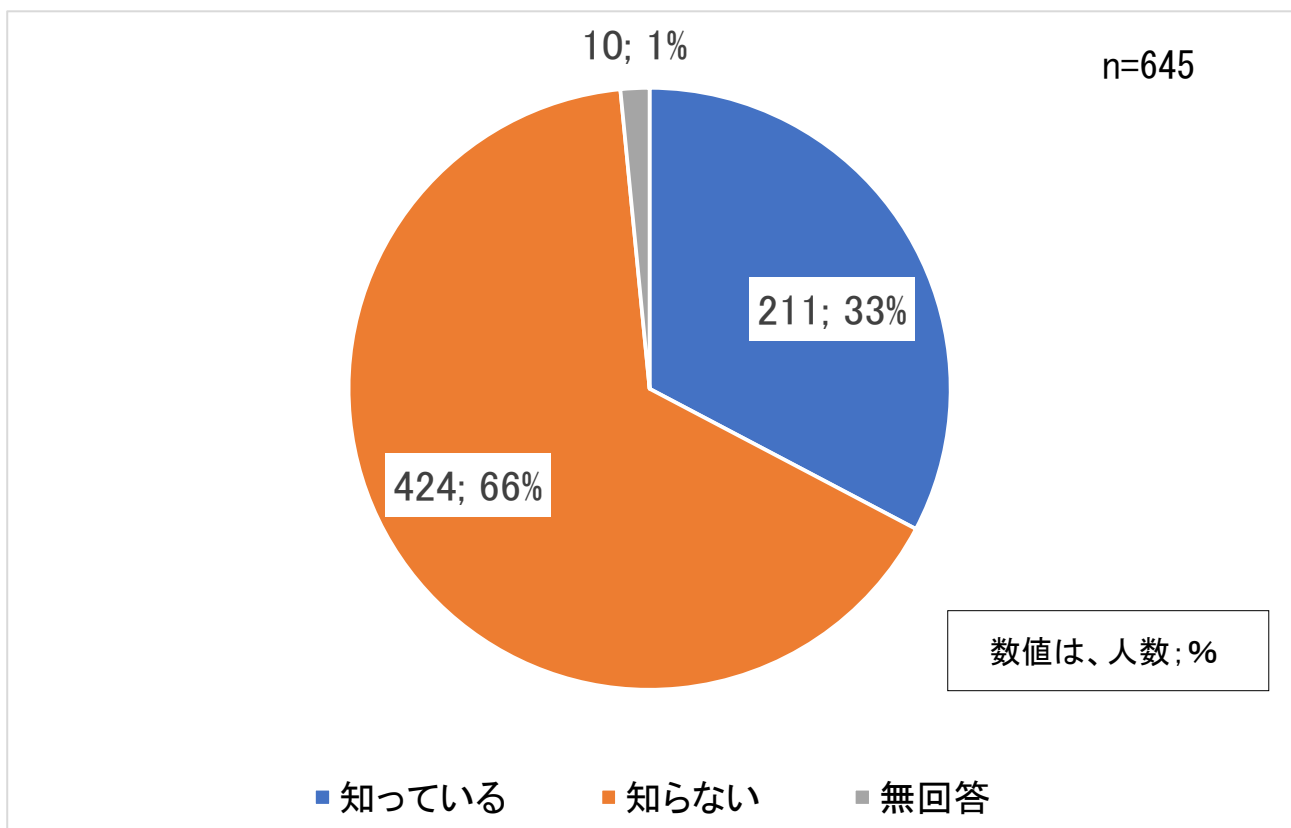
## 2. 意思決定支援に関する経験及び認識

### 1) ガイドライン等の認識

Q. 厚生労働省や学会等で提示されている意思決定支援に関するガイドラインやマニュアルを知っていますか。

	人数	パーセント
知っている	211	32.7
知らない	424	65.7
無回答	10	1.6

図一七 意思決定支援の認識：ガイドライン等の認識

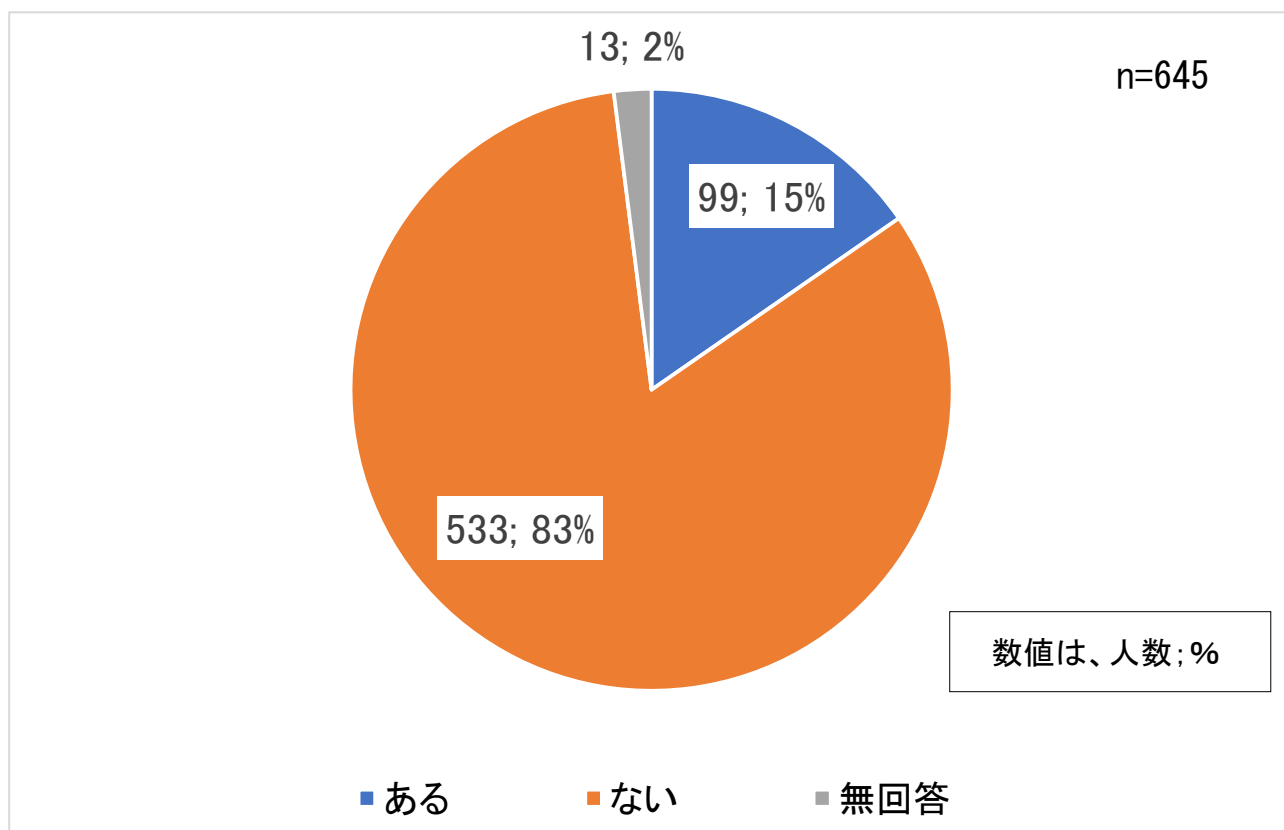


## 2) 事業所におけるガイドライン等の作成

Q. 貴施設には、医療の希望に対する意思決定支援に関連したガイドラインやマニュアルはありますか。

	人数	%
ある	99	15.3
ない	533	82.6
無回答	13	2.0

図一8 意思決定支援の認識：ガイドライン等の作成

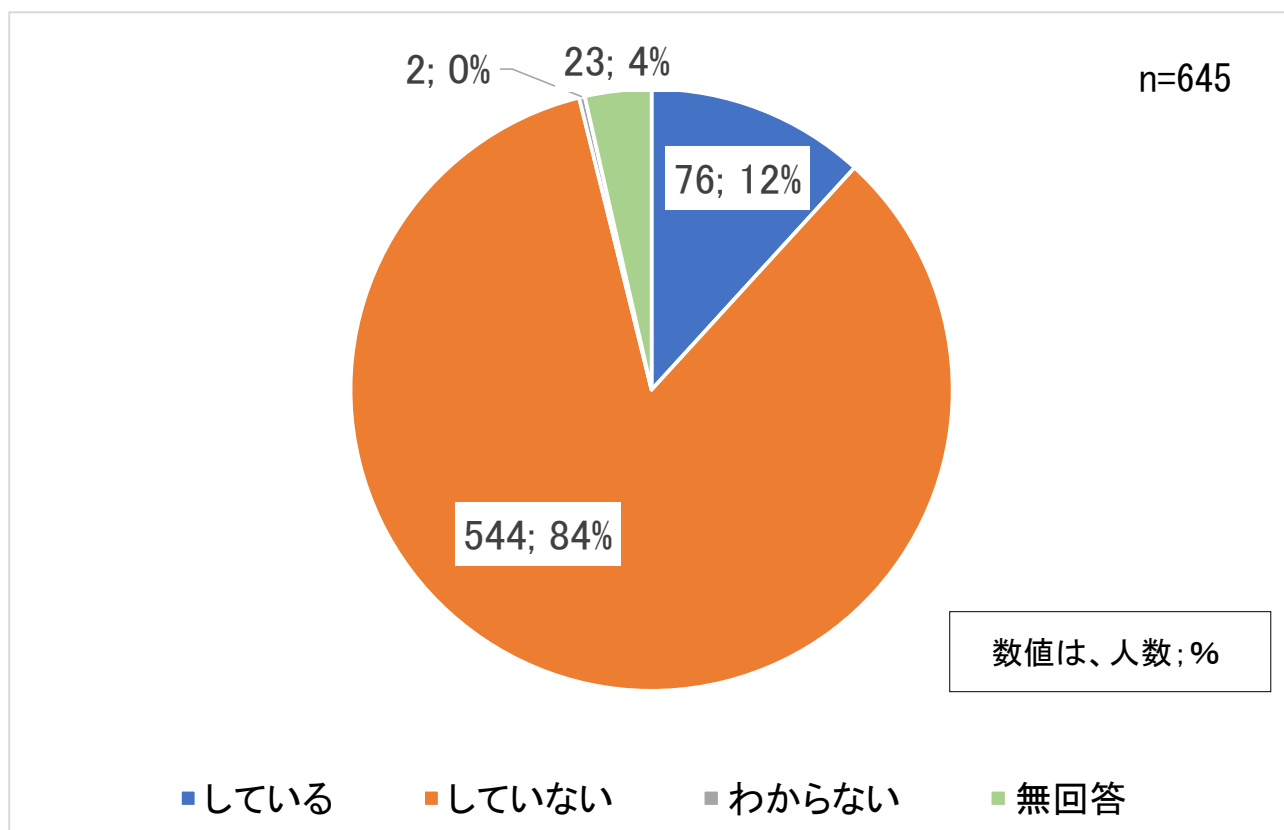


### 3) ガイドライン等の活用

Q. 意思決定支援時にガイドラインやマニュアルを活用していますか。

	人数	パーセント
している	76	11.8
していない	544	84.3
わからない	2	.3
無回答	23	3.6

図一9 意思決定支援の認識：ガイドライン等の活用



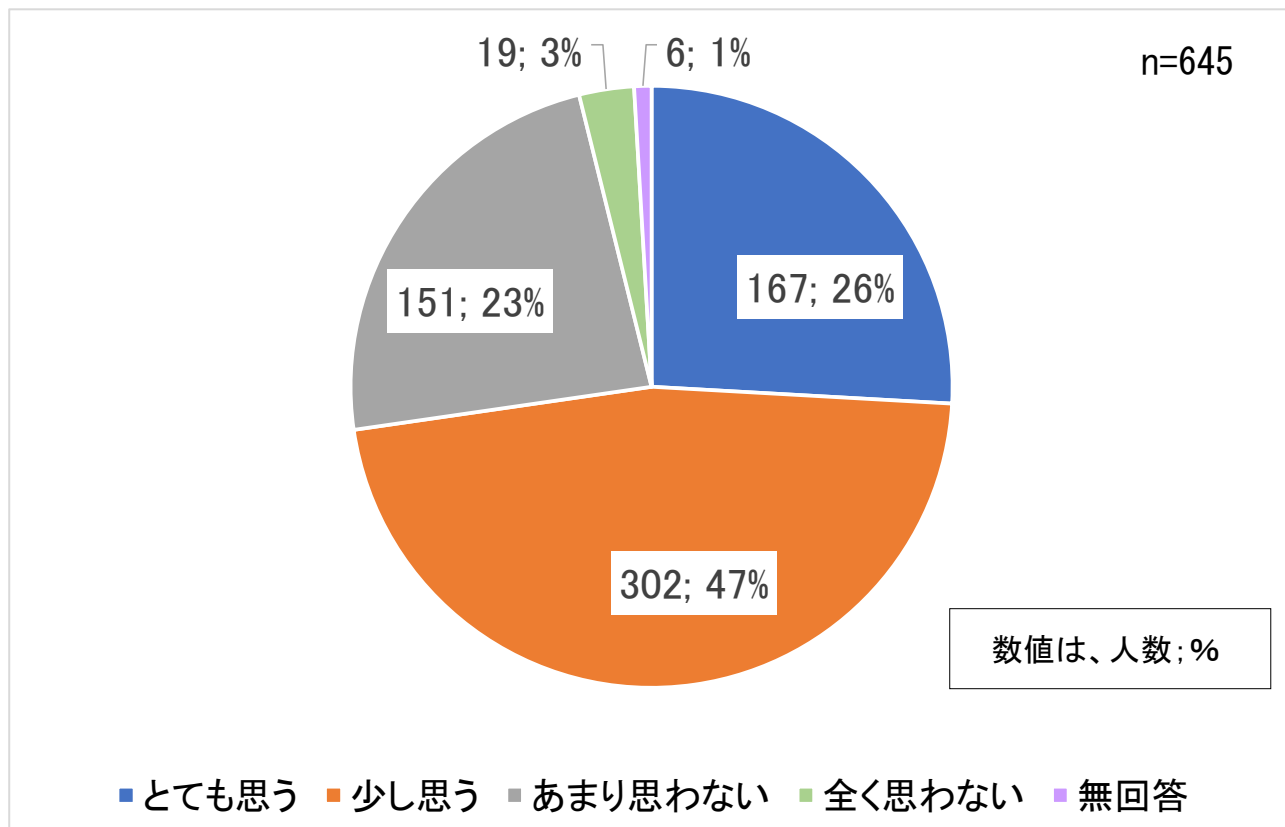
#### 4) 意思決定支援はケアマネジャーの役割であるか

(以下、「役割意識」とする)

Q. あなたご自身は、療養者や家族の意思決定支援はケアマネジャーの役割であると思いますか。  
この調査での「家族」とは戸籍や血縁関係だけでなく、患者を取り巻く重要他者も含めます。

	人数	パーセント
とても思う	167	25.9
少し思う	302	46.8
あまり思わない	151	23.4
全く思わない	19	2.9
無回答	6	.9

図一10 意思決定支援の認識：役割意識

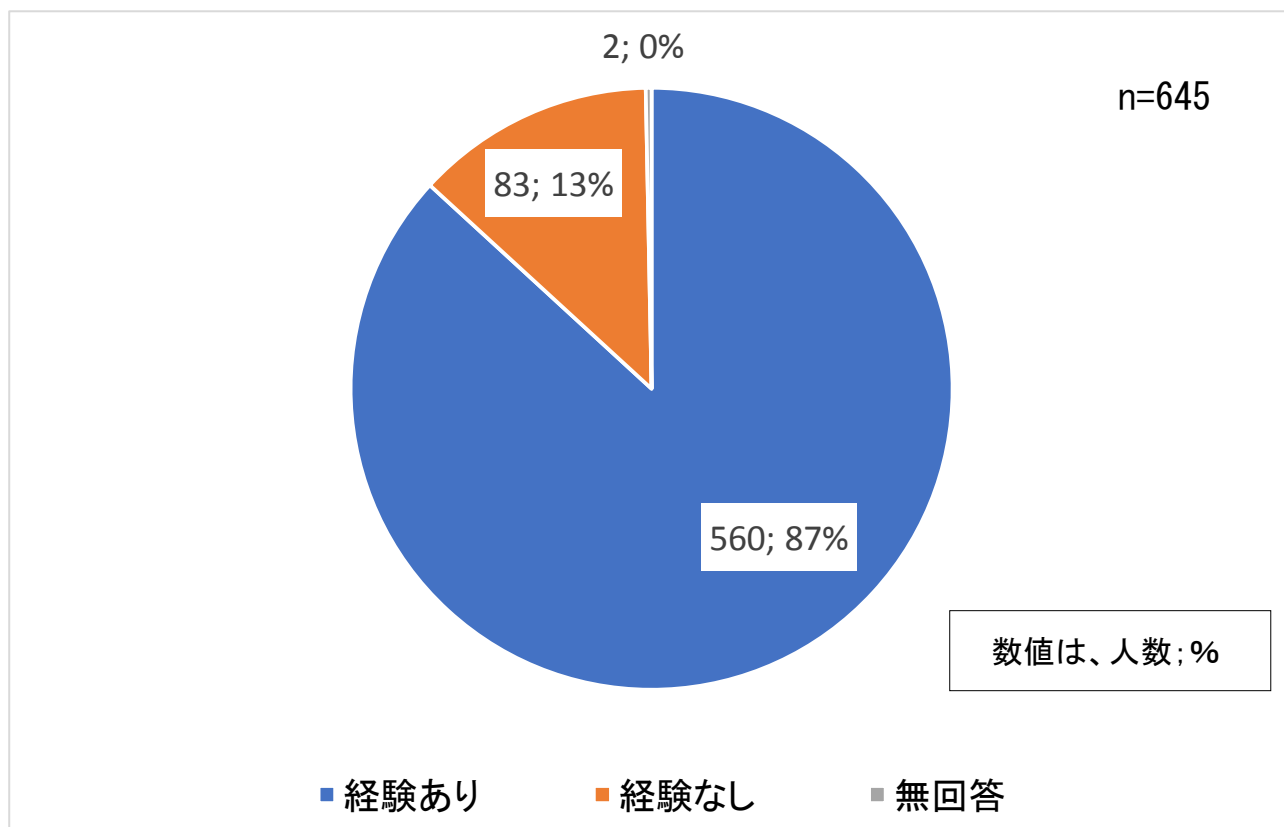


## 5) ターミナル期の療養者の担当経験

Q. ターミナル期の療養者を担当したことがありますか。

	人数	パーセント
経験あり	560	86.8
経験なし	83	12.9
無回答	2	.3

図一11 意思決定支援の経験：ターミナル期の療養者の担当経験

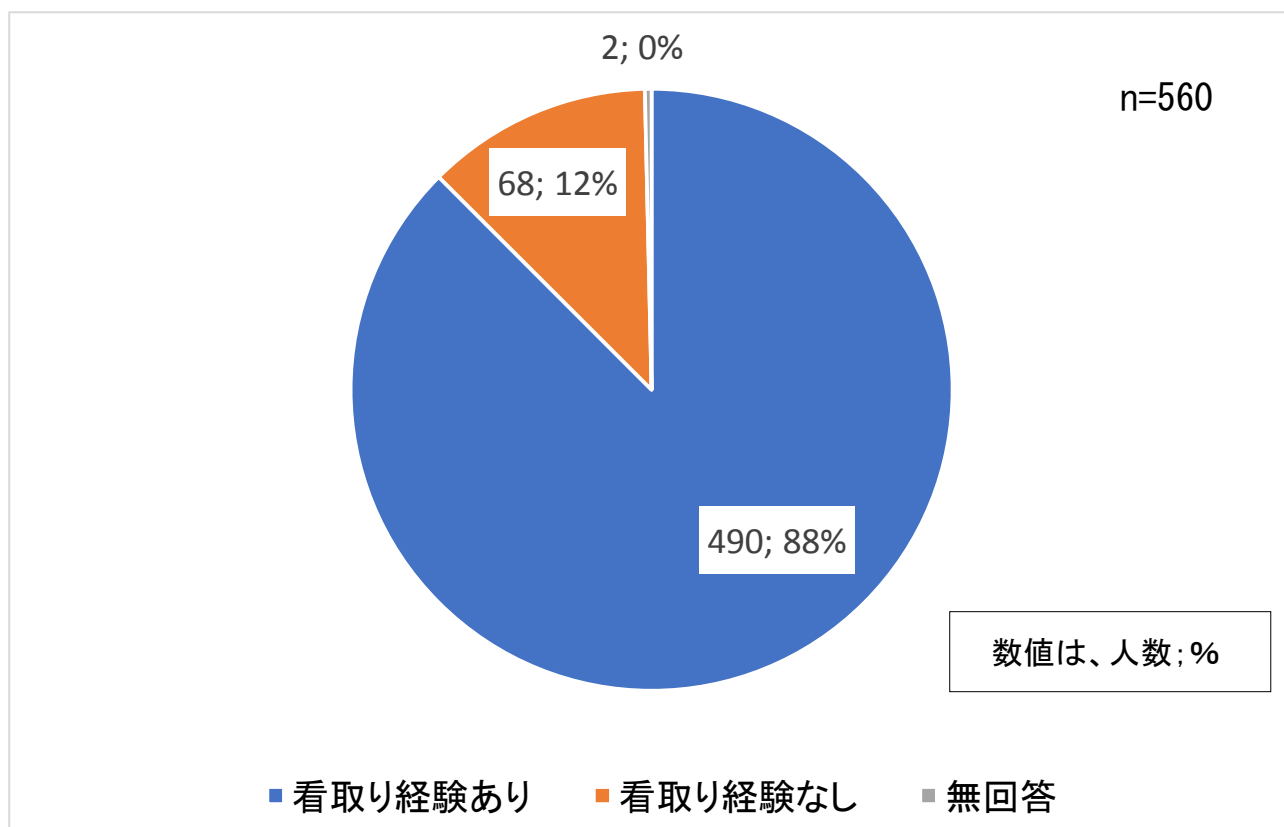


## 6) 在宅看取りの担当経験

Q. 在宅で看取りをされた療養者を担当したことがありますか。

	人数	パーセント
看取り経験あり	490	87.5%
看取り経験なし	68	12.1%
無回答	2	0.4%

図一12 意思決定支援の経験：在宅で看取った療養者の担当経験





## 7) ターミナル期における意思決定支援の困難感

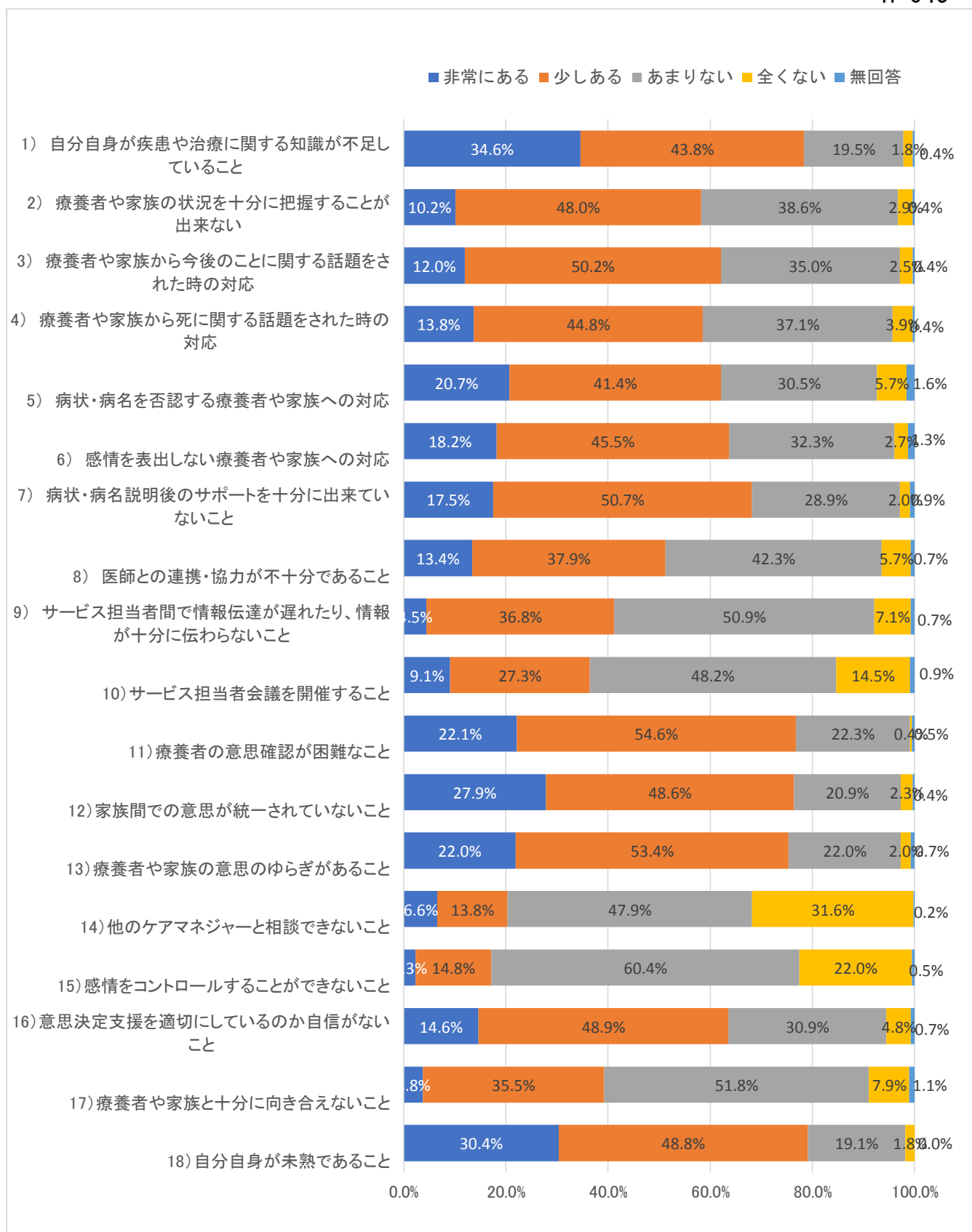
Q. ターミナル期における意思決定を支援するうえで、以下の項目について、どの程度困ったり、悩んだりすることがありますか。当てはまる番号に○を付けて下さい。

ターミナル期における意思決定支援について、「全くない」～「非常にある」の4段階で回答を求めて 1～4の点数を付与した。各項目の点数の平均でみると、「自分自身が疾患や治療に関する知識が不足していること」(3.12)、「自分自身が未熟であること」(3.08)が高かった。

質問項目		非常にある	少しある	あまりない	全くない	無回答	平均
1) 自分自身が疾患や治療に関する知識が不足していること	人数	194	245	109	10	2	3.12
	%	34.6%	43.8%	19.5%	1.8%	0.4%	
2) 療養者や家族の状況を十分に把握することが出来ない	人数	57	269	216	16	2	2.66
	%	10.2%	48.0%	38.6%	2.9%	0.4%	
3) 療養者や家族から今後のことに関する話題をされた時の対応	人数	67	281	196	14	2	2.72
	%	12.0%	50.2%	35.0%	2.5%	0.4%	
4) 療養者や家族から死に関する話題をされた時の対応	人数	77	251	208	22	2	2.69
	%	13.8%	44.8%	37.1%	3.9%	0.4%	
5) 病状・病名を否認する療養者や家族への対応	人数	116	232	171	32	9	2.78
	%	20.7%	41.4%	30.5%	5.7%	1.6%	
6) 感情を表出しない療養者や家族への対応	人数	102	255	181	15	7	2.80
	%	18.2%	45.5%	32.3%	2.7%	1.3%	
7) 病状・病名説明後のサポートを十分に出来ていないこと	人数	98	284	162	11	5	2.85
	%	17.5%	50.7%	28.9%	2.0%	0.9%	
8) 医師との連携・協力が不十分であること	人数	75	212	237	32	4	2.59
	%	13.4%	37.9%	42.3%	5.7%	0.7%	
9) サービス担当者間で情報伝達が遅れたり、情報が十分に伝わらないこと	人数	25	206	285	40	4	2.39
	%	4.5%	36.8%	50.9%	7.1%	0.7%	
10) サービス担当者会議を開催すること	人数	51	153	270	81	5	2.31
	%	9.1%	27.3%	48.2%	14.5%	0.9%	
11) 療養者の意思確認が困難なこと	人数	124	306	125	2	3	2.99
	%	22.1%	54.6%	22.3%	0.4%	0.5%	
12) 家族間での意思が統一されていないこと	人数	156	272	117	13	2	3.02
	%	27.9%	48.6%	20.9%	2.3%	0.4%	
13) 療養者や家族の意思のゆらぎがあること	人数	123	299	123	11	4	2.96
	%	22.0%	53.4%	22.0%	2.0%	0.7%	
14) 他のケアマネジャーと相談できないこと	人数	37	77	268	177	1	1.95
	%	6.6%	13.8%	47.9%	31.6%	0.2%	
15) 感情をコントロールすることができないこと	人数	13	83	338	123	3	1.97
	%	2.3%	14.8%	60.4%	22.0%	0.5%	
16) 意思決定支援を適切にしているのか自信がないこと	人数	82	274	173	27	4	2.74
	%	14.6%	48.9%	30.9%	4.8%	0.7%	
17) 療養者や家族と十分に向き合えないこと	人数	21	199	290	44	6	2.36
	%	3.8%	35.5%	51.8%	7.9%	1.1%	
18) 自分自身が未熟であること	人数	170	273	107	10	0	3.08
	%	30.4%	48.8%	19.1%	1.8%	0.0%	

図一13 意思決定支援の認識：意思決定支援の困難感

n=645

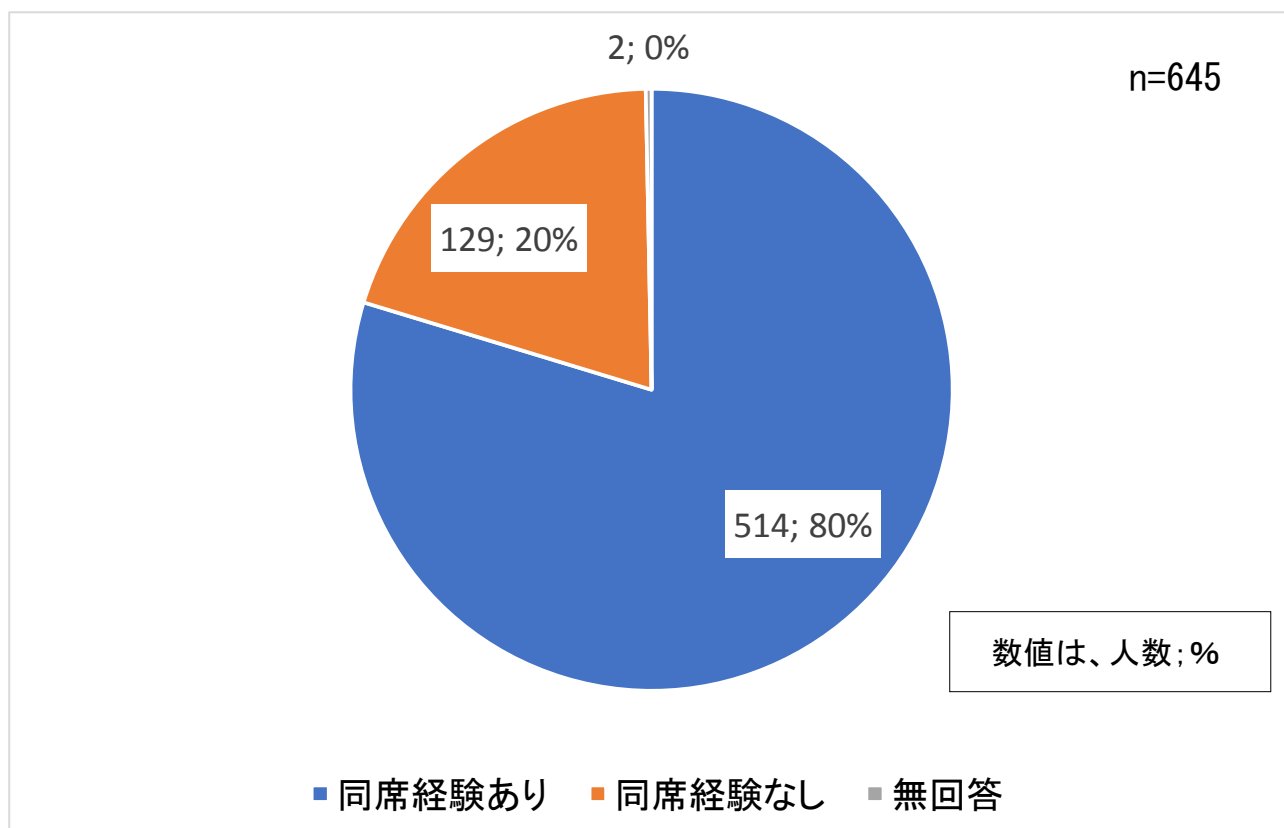


## 8) 病状説明時の同席経験

Q. 医師から療養者や家族への病状説明の場に同席したことはありますか。

	度数	パーセント
同席経験あり	514	79.7
同席経験なし	129	20.0
無回答	2	.3

図一14 意思決定支援の経験：病状説明時の同席経験



## 9) 病状説明時の援助行動

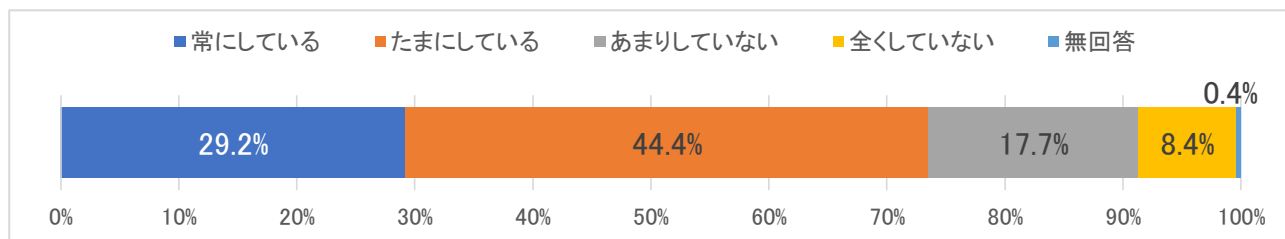
Q. 医師から療養者や家族への病状説明に同席した際のあなたご自身の行動についてお聞かせ下さい。  
あなたご自身の行動に当てはまる番号に○を付けてください。

* 番号は、質問紙の番号を示す。	常にしている		たまにしている		あまりしていない		全くしていない		無回答	
	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
1) 医師と療養者や家族が話し合える機会を持てるように調整している	150	29.2%	228	44.4%	91	17.7%	43	8.4%	2	0.4%
2) 医師の病状説明の場には同席をしている	132	25.7%	321	62.5%	51	9.9%	10	1.9%	0	0.0%
3) 療養者と家族が説明の内容を理解できているか確認している	253	49.2%	204	39.7%	51	9.9%	6	1.2%	0	0.0%
4) 医師からの説明に対して理解が不足しているときは補足している	150	29.2%	252	49.0%	93	18.1%	17	3.3%	2	0.4%
5) 説明後、医師に思いを伝えられたか療養者や家族に確認している	210	40.9%	208	40.5%	79	15.4%	15	2.9%	2	0.4%
6) 直接伝えられない療養者や家族の思いを医師に伝えることが出来ている	139	27.0%	252	49.0%	103	20.0%	19	3.7%	1	0.2%
7) 療養者や家族の希望に対応できるよう、社会資源などの情報提供をおこなっている	235	45.7%	214	41.6%	56	10.9%	8	1.6%	1	0.2%

図—15 意思決定支援の経験：病状説明時の援助行動

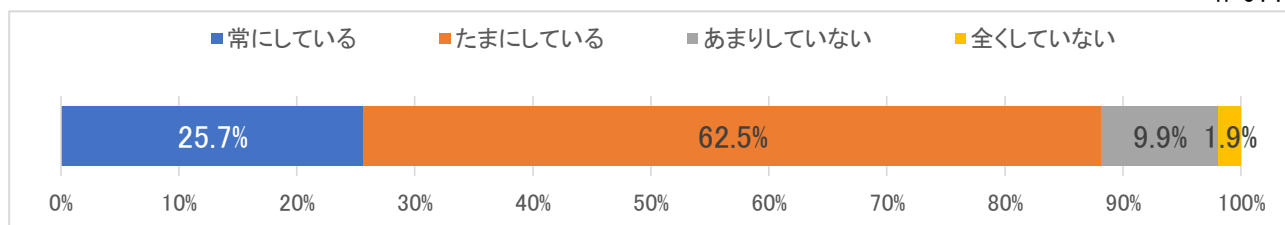
1) 医師と療養者や家族が話し合える機会を持てるように調整している

n=514



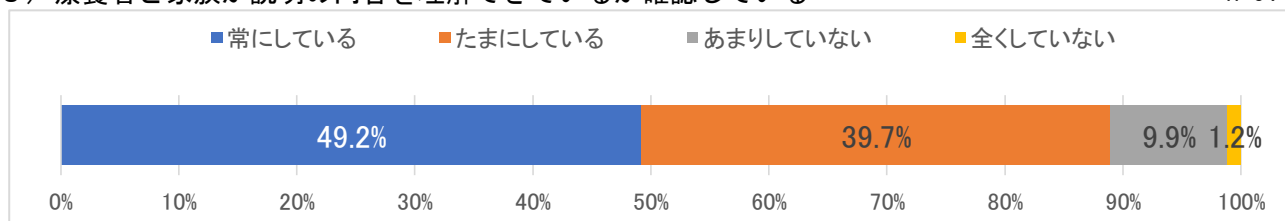
2) 医師の病状説明の場には同席をしている

n=514



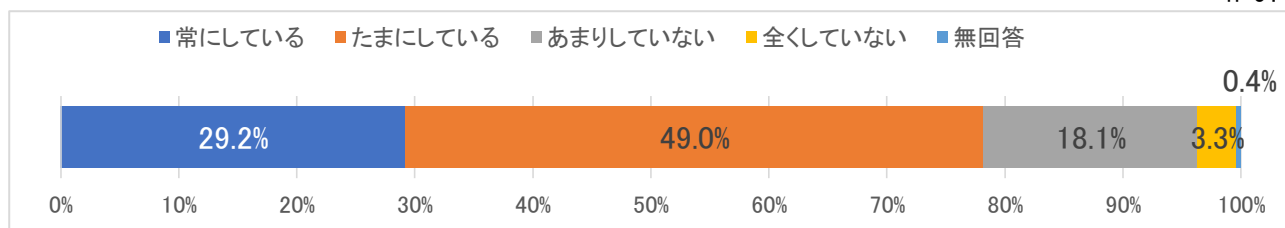
3) 療養者と家族が説明の内容を理解できているか確認している

n=514



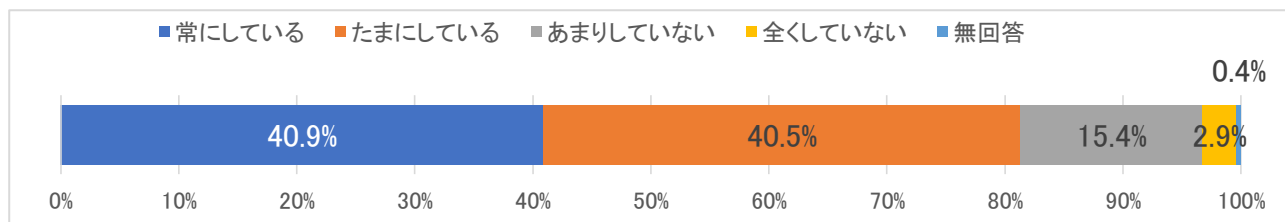
4) 医師からの説明に対して理解が不足しているときは補足している

n=514



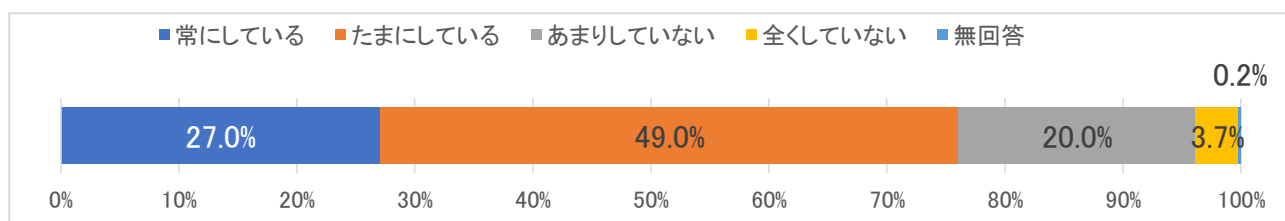
5) 説明後、医師に思いを伝えられたか療養者や家族に確認している

n=514



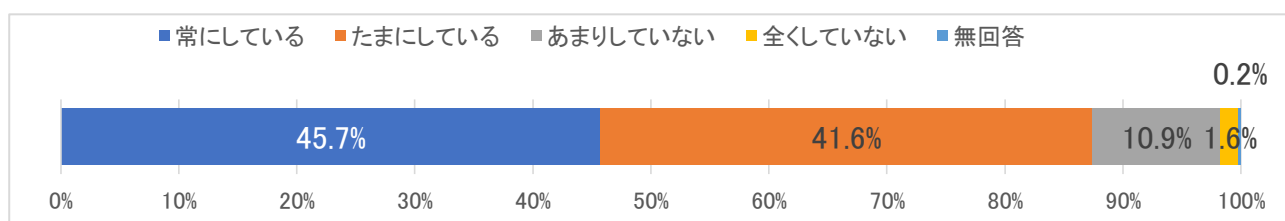
6) 直接伝えられない療養者や家族の思いを医師に伝えることが出来ている

n=514



7) 療養者や家族の希望に対応できるよう、社会資源などの情報提供をおこなっている

n=514



## 10) 代理意思決定支援に対する認識：困難感

Q. 家族の代理意思決定の支援を行ううえで、あなたご自身はどのようなことを感じていますか。  
あなたご自身の考えにあてはまる番号に○を付けて下さい。

この調査における代理意思決定とは「療養者本人の意思が確認できない状態で、家族が本人の代わりに延命や治療について決定すること」とします。

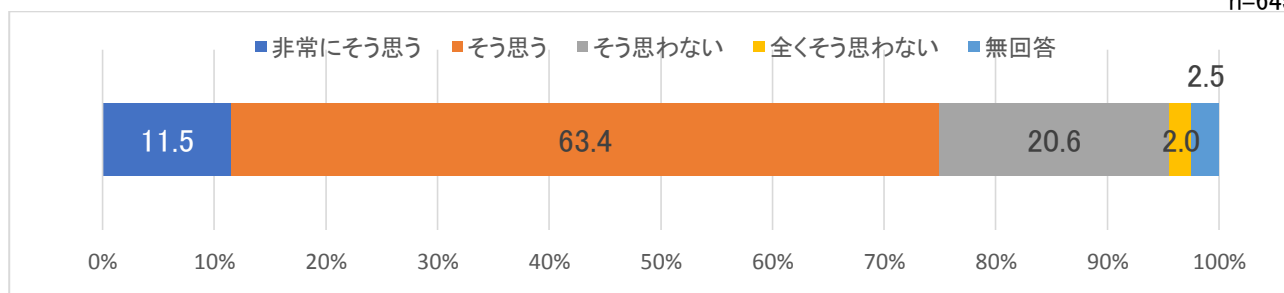
\* 番号は、質問紙の番号を示す。

	非常にそう思う		そう思う		そう思わない		全くそう思わない		無回答	
	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
1) 家族が療養者の状態を十分に理解できているのか分からず悩むことがある	74	11.5	409	63.4	133	20.6	13	2.0	16	2.5
2) 家族の決定に対し、肯定的に受け止めることができず悩むことがある	24	3.7	261	40.5	305	47.3	36	5.6	19	2.9
4) 家族の揺れ動く気持ちへの対応に困ったことがある	92	14.3	349	54.1	165	25.6	18	2.8	21	3.3
5) 家族に対する情報提供が十分であったか悩むことがある	81	12.6	369	57.2	159	24.7	18	2.8	18	2.8
6) 家族の決定により、療養者の希望を実現できないことを辛く感じる	91	14.1	330	51.2	185	28.7	18	2.8	21	3.3
7) 家族と十分に話す時間がとれない	32	5.0	254	39.4	299	46.4	40	6.2	20	3.1

### 図一16 代理意思決定支援の認識：困難感

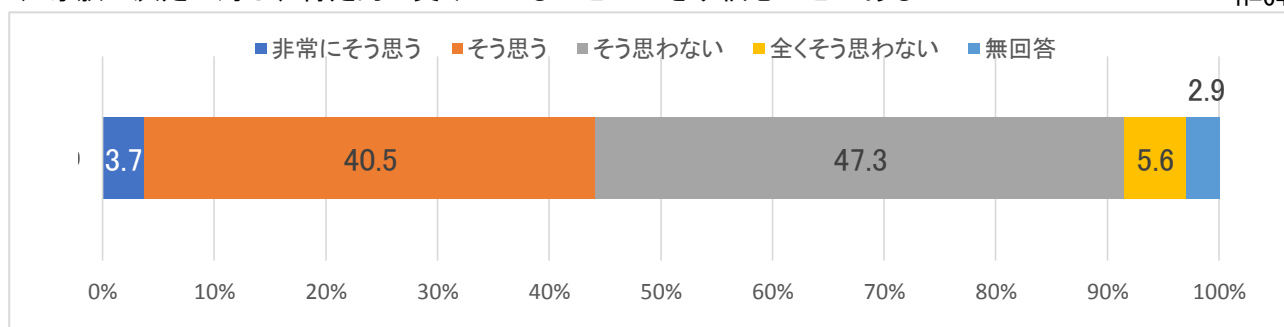
1) 家族が療養者の状態を十分に理解できているのか分からず悩むことがある

n=645



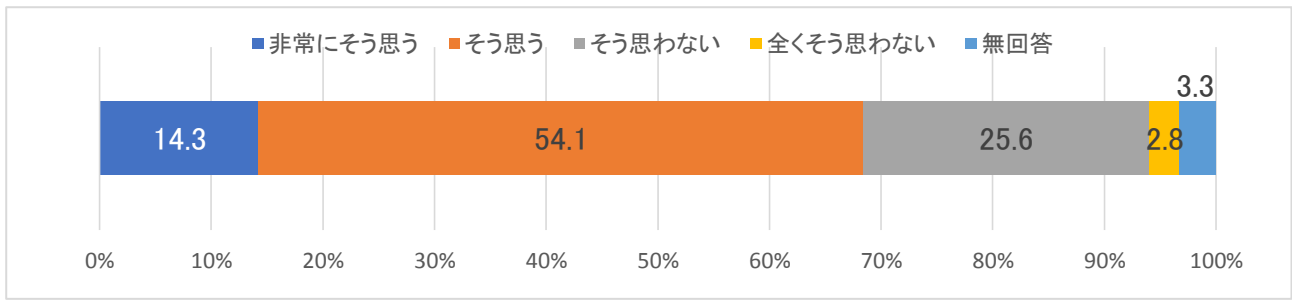
2) 家族の決定に対し、肯定的に受け止めることができず悩むことがある

n=645



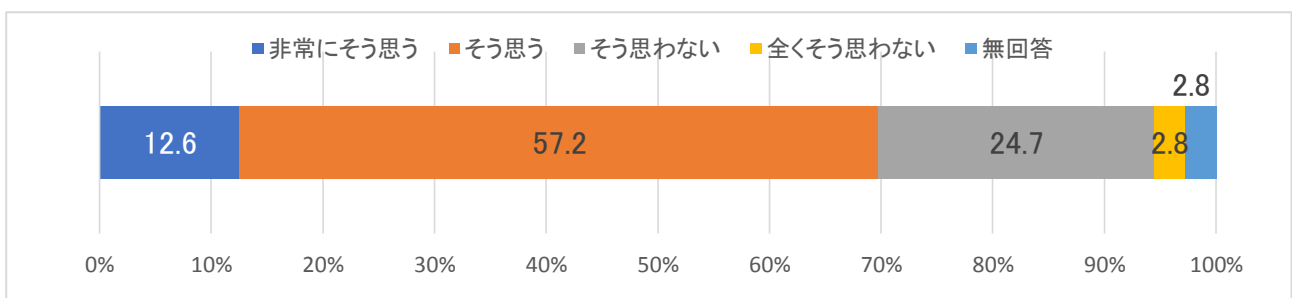
4) 家族の揺れ動く気持ちへの対応に困ったことがある

n=645



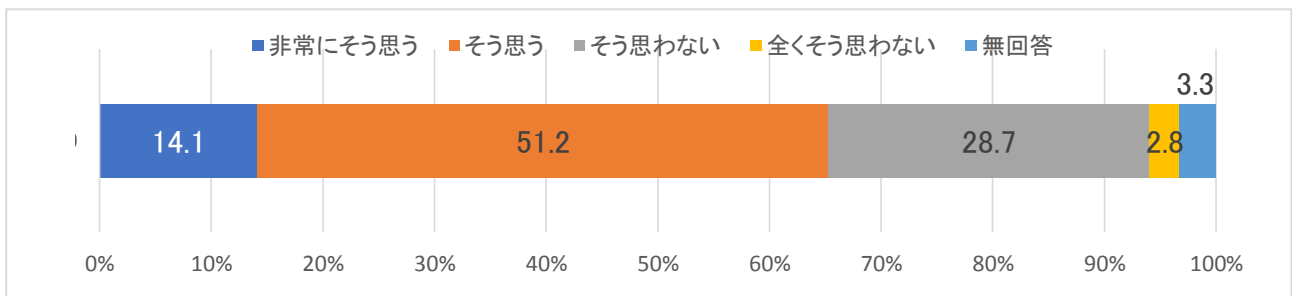
5) 家族に対する情報提供が十分であったか悩むことがある

n=645



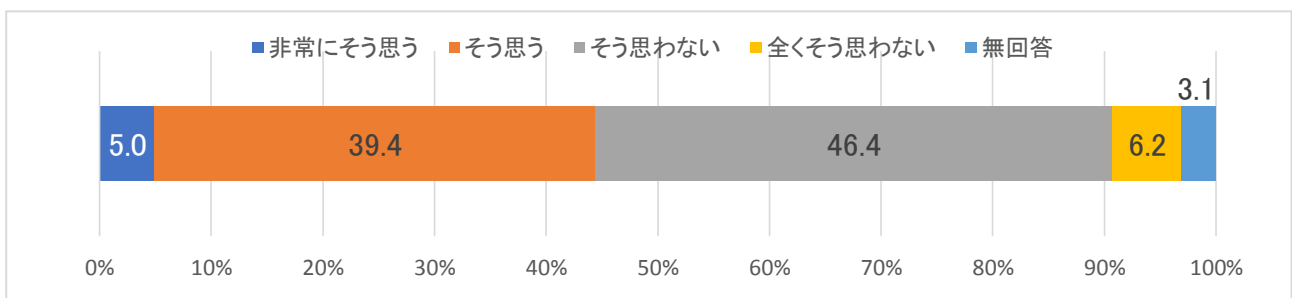
6) 家族の決定により、療養者の希望を実現できないことを辛く感じる

n=645



7) 家族と十分に話す時間がとれない

n=645



## 11) 代理意思決定支援に対する認識：肯定感

Q. 家族の代理意思決定の支援を行ううえで、あなたご自身はどのようなことを感じていますか。  
あなたご自身の考えにあてはまる番号に○を付けて下さい。

この調査における代理意思決定とは「療養者本人の意思が確認できない状態で、家族が本人の代わりに延命や治療について決定すること」とします。

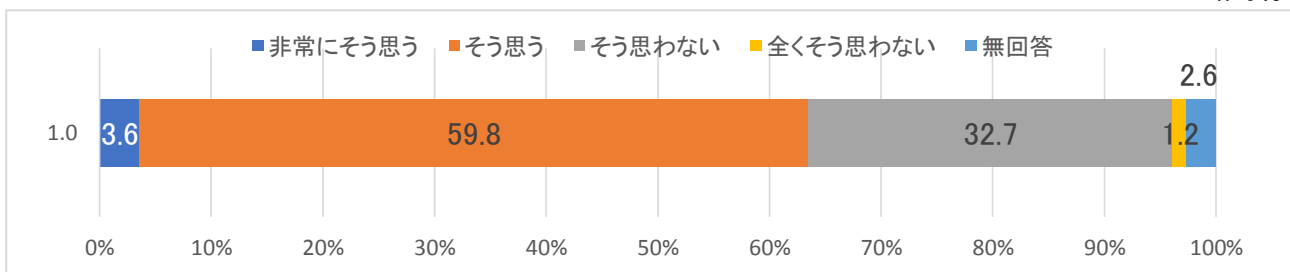
\* 番号は、質問紙の番号を示す。

	非常にそう思う		そう思う		そう思わない		全くそう思わない		無回答	
	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
3) 家族の決定は療養者の意思を反映していると感じる	23	3.6	386	59.8	211	32.7	8	1.2	17	2.6
8) 療養者と家族の状況を他のサービス担当者と共有できている	79	12.2	462	71.6	84	13.0	3	.5	17	2.6
9) 意思決定支援の際、最善の治療方針などをサービス担当者がチームで話し合うことが出来ている	63	9.8	385	59.7	173	26.8	7	1.1	17	2.6

図一17 代理意思決定支援の認識：肯定感

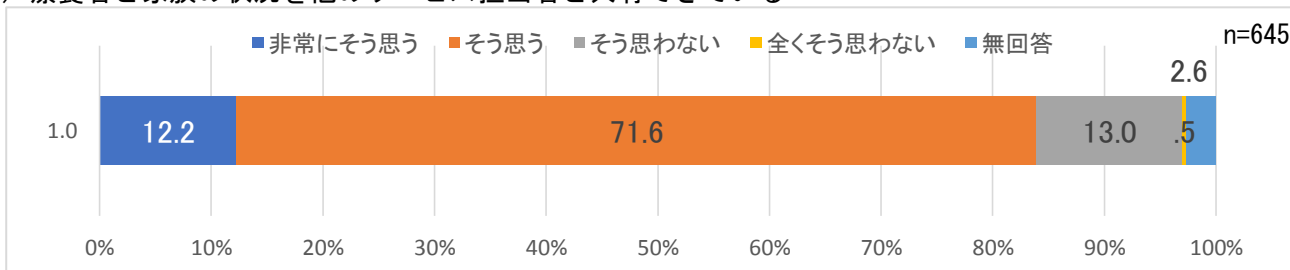
3) 家族の決定は療養者の意思を反映していると感じる

n=645



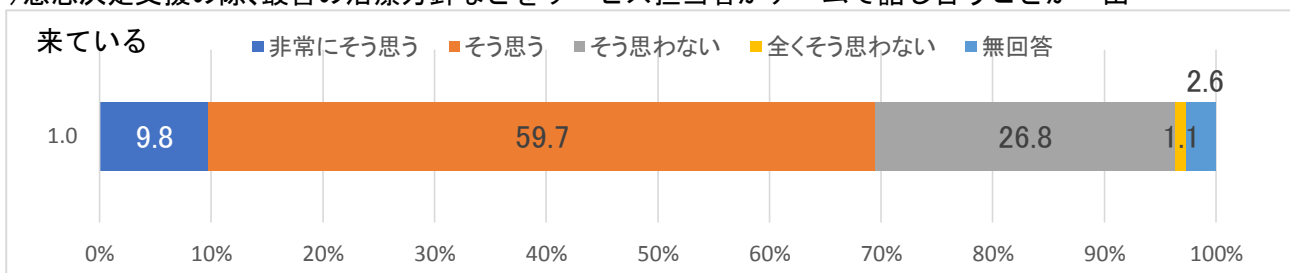
8) 療養者と家族の状況を他のサービス担当者と共有できている

n=645



9) 意思決定支援の際、最善の治療方針などをサービス担当者がチームで話し合うことが出来る

n=645





## 12) 死生観

Q. あなたご自身の考えに当てはまる番号に○を付けて下さい。

質問項目		当てはまらない	ほとんど当てはまらない	やや当てはまらない	どちらともいえない	やや当てはまる	かなり当てはまる	当てはまる	無回答
		人数	%	人数	%	人数	%	人数	
1) 死ぬことが怖い	人数	47	64	55	209	107	62	94	7
	%	7.3	9.9	8.5	32.4	16.6	9.6	14.6	1.1
2) 私は、死とはこの世の苦しみから解放されることだと思っている	人数	187	60	62	205	77	20	28	6
	%	29.0	9.3	9.6	31.8	11.9	3.1	4.3	.9
3) 私は死についての考えが思い浮かんでくると、いつもそれをはねのけようとする	人数	198	84	116	149	59	16	15	8
	%	30.7	13.0	18.0	23.1	9.1	2.5	2.3	1.2
4) 自分が死ぬことを考えると、不安になる	人数	114	102	74	121	115	54	59	6
	%	17.7	15.8	11.5	18.8	17.8	8.4	9.1	.9
5) 私は死をこの人生の重荷からの解放であると思っている	人数	229	79	80	157	61	14	18	7
	%	35.5	12.2	12.4	24.3	9.5	2.2	2.8	1.1
6) 私は死について考えることを避けている	人数	225	103	97	158	43	8	6	5
	%	34.9	16.0	15.0	24.5	6.7	1.2	.9	.8

(次ページ：図-18 に示す)

## 13) 死生観と意思決定支援困難感および病状説明時の援助行動との関連

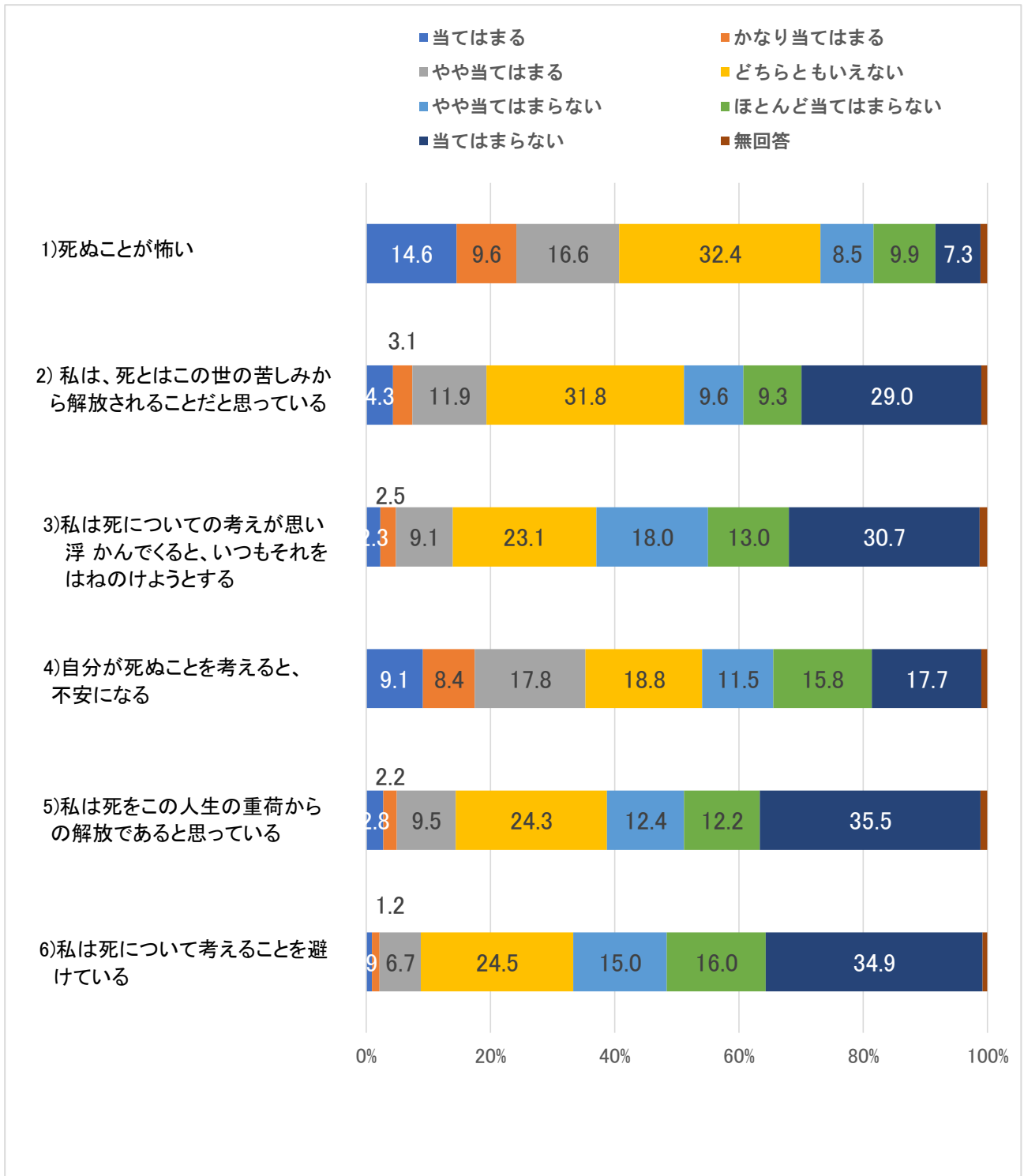
相関係数 (Spearman)

		意思決定支援 困難感平均	死生観-1	死生観-2	死生観-3	死生観-4	死生観-5	死生観-6
意思決定支援 困難感 平均	相関係数	—	.043	.013	.112*	.099*	.075	.134**
	有意確率 (両側)	.	.334	.768	.011	.024	.089	.002
病状説明時 援助行動 平均	相関係数	-.157**	-.039	-.027	-.032	.011	-.059	-.078
	有意確率 (両側)	.001	.381	.551	.469	.797	.188	.079

\*\* : 1% 水準で有意 (両側)

\* : 5% 水準で有意 (両側)

図一18 死生観



# 14) 意思決定支援困難感および病状説明時の援助行動の関連

相関係数 (Spearman)

		年齢	勤務年数	受講経験	ガイドライン等の認知	役割意識	病状説明時援助行動平均	代理意思決定困難感平均	代理意思決定肯定感平均	
意思決定支援困難感平均	相関係数	-.123**	-.141**	.010	.059	.036	-.157**	.555**	-.117**	
	有意確率(両側)	.005	.001	.814	.184	.417	.001	.000	.008	
年齢	相関係数	—	.388**	-.005	-.048	.071	.138**	-.068	.022	
	有意確率(両側)		.000	.903	.234	.075	.002	.093	.593	
勤務年数	相関係数		—	-.177**	-.113**	.038	.199**	-.160**	.181**	
	有意確率(両側)			.000	.004	.332	.000	.000	.000	
受講経験	相関係数			—	.190**	-.114**	-.114*	.020	-.098*	1:あり
	有意確率(両側)				.000	.004	.011	.628	.016	2:なし
ガイドライン等の認知	相関係数				—	-.134**	-.161**	.016	-.077	1:知っている
	有意確率(両側)					.001	.000	.692	.058	2:知らない
役割意識	相関係数					—	.276**	.120**	.132**	1:全くおもわない
	有意確率(両側)						.000	.003	.001	2:あまり思わない 3:少し思う 4:とても思う
病状説明時援助行動平均	相関係数						—	.016	.251**	
	有意確率(両側)							.722	.000	
代理意思決定困難感平均	相関係数							—	-.104**	
	有意確率(両側)								.010	

\*\* : 1% 水準で有意 (両側)

\* : 5% 水準で有意 (両側)

## V. 考察

我々は、在宅でのターミナルケア期の療養者の意思決定支援にケアマネジャーが重要な役割を果たすと考え本調査を実施した。対象者の87%がターミナル期の療養者の担当経験があり、うち88%が在宅で看取りを行っている療養者の担当経験があることから、多くのケアマネジャーが在宅でのターミナル期療養者に携わっていることが明らかとなった。ターミナル期においては、治療や療養の場所などを選択していく意思決定の場面が多くあると考えられる。ケアマネジャーは、意思決定支援において重要な役割とはたすと考える。しかし、厚生労働省や学会等の意思決定支援に関するガイドライン等があることを知っていたのは33%、事業所でガイドライン等を作成していたのは15%、ガイドライン等を活用していたのは12%と低かった。今回の調査の分析ではこれらのガイドラインの認識や活用等が困難感や援助行動には、有意な関連（相関）は認められなかったが、相関の傾向は認められた。ガイドライン等の周知や意思決定支援に関する研修が必要であると考えられる。

また、本調査では、「療養者や家族の意思決定支援はケアマネジャーの役割であると思いますか」に対し、「あまり思わない」23.7%、「全く思わない」2.9%で、合わせて26.3%の人は意思決定支援の役割意識に否定的であった。この背景としては、自由記載やプレテスト時のケアマネジャーからの意見から、療養者や家族の意思決定に関して医師などの医療従事者がコーディネイターとしての役割を果たしていることが考えられる。しかし、サービス担当者会議の開催や他職種との情報共有に関しては実施しているが高い割合だったことから、意思決定のプロセスを多職種で検討していると考えられる。

意思決定支援の困難感では、「自分自身が疾患や治療に関する知識が不足していること」(3.12)、「自分自身が未熟であること」(3.08)の項目が高かった。

意思決定支援の困難感の関連要因は、今回の調査分析結果では、有効な関連因子はみいだされなかった。病状説明時の援助行動と役割意識にやや低い正の相関が認められた ( $r=.276$ 、 $p=000$ )。役割意識があるほうが、病状説明時の援助行動を実施する傾向にあることが示唆された。

これらの結果から、ケアマネジャーは、医療や制度の知識はもちろんコーディネイトに関する能力など多様な能力が必要とされたため、意思決定支援に関する研修の充実が求められる。現在、アドバンスディレクティブケアの研修が病院の看護師等を対象に実施されているが、今後は在宅サービス従事者にも必要となってくると考える。

## VI. 研究の限界

今回の分析対象者は、645名であったため、本研究結果を一般化することはできない。

本調査では、研修の必要性が示唆されたが、対象者の研修受講の実際や研修ニーズは明らかにされなかった。さらに、本研究結果をふまえ、調査内容を見直し調査を実施していく必要がある。

# 謝 辞

ご多忙のところ、本研究にご協力いただきました居宅介護支援事業所のケアマネジャーの皆様に深く感謝申し上げます。

また、研究全般を通して研究内容および統計分析の助言をいただきました、大東文化大学 樺澤一之 教授、村松由紀 教授に感謝申し上げます。

なお、本研究は公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団の助成を受け実施した。

## 参考文献

- 1) 田中愛子：終末期患者の看護ケアに関連する要因の分析、山口県立大学看護学部紀要、1、1997、31-40
- 2) 吉岡さおり：終末期がん患者の家族支援に焦点を当てた看取りケア尺度の開発、日本看護科学学会誌、29（2）、2009、11-20
- 3) 南家喜美代他：在宅高齢者ターミナルケアにおける看護アドボカシー実践に関する研究、熊本大学医学部保健学科紀要、3号、2007、97-110
- 4) 上澤弘美：初療で代理意思決定を担う家族員への関わりに対して看護師が抱える困難と理由、日本クリティカル看護学会誌、9、（1）、2013、6-18
- 5) 瓜生浩子：社会資源活用に関する家族の意思決定、家族看護、1（1）、2003、62-78
- 6) 平井 啓：死生観尺度、緩和ケア、18（10）、2008、146-148