

## ケアマネジメントにおける ACP の取り組みづらさ調査結果

### 1. 調査の目的

- 1) 高齢者の希望する療養場所や延命措置に対する希望など、本人の意思を実現するための関係機関間の連携体制の構築へ向け、比較的元気な時期からの ACP への取り組みについてケアマネジャーを対象とした研修会を開催するための資料とします。
- 2) 研修では要介護者らが人生の最終段階を利用者自身のこととして考えられるための、ケアマネジャーの面接技術を想定しています。

### 2. 調査対象

- 1) 居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、小規模多機能型居宅介護等に勤務するケアマネジャーの 197 名。

### 3. 調査期間

- 1) 令和 6 年 8 月 5 日(月)より同年 8 月 16 日(金)まで

### 4. 方法と回収率

- 1) インターネットによる回答(Google フォームを使用)
- 2) 回収率 78 件(n=196) 回収率 39.7%

### 5. 調査項目

- 1) 基本事項
- 2) ターミナルケア加算について
- 3) DNAR について
- 4) ACP について
- 5) 本人の医療・ケアに関する意思の引き継ぎについて
- 6) その他

### 6. 調査結果【「7.調査結果」のグラフの番号に対応しています】

- 1) ターミナルケア加算を算定した経験を持つ介護支援専門員は経験年数 20 年以上が最も多く、次に 10 年から 15 年であった。【6-1】
- 2) ターミナルケア加算の非対象（末期の悪性腫瘍の利用者以外）の看取り経験は、ターミナルケア加算を算定した経験を持つ者と同様で、経験年数 20 年以上が最も多く、次に 10 年から 15 年であった。【6-2】
- 3) ターミナルケア加算を算定しなかった 39 名のうち、算定しなかった理由で最も多かったのは、「要件を満たしているかどうか不安だった」という理由が最も多く、次に「疾患が末期の悪性腫瘍ではなかった」であった。【6-3】
- 4) ACP の経験割合では、介護支援専門員の方が主任介護支援専門員より少し高いが、大きな差は認められなかった。【6-4】
- 5) ACP の経験割合では、介護支援専門員の経験年数別との差は認められなかった。【6-5】
- 6) ACP を実施している介護支援専門員(回答者の 35.8%)は、DNAR の実施割合も高かった。【6-6】
- 7) ACP を実施した者のうち、対話の結果の取り扱いでは、「かかりつけ医や訪問看護師など医療従事者に周知した」が最も多く、次に「何かあれば情報提供している」であった。【6-7】

- 8) ACP を実施した 42 名で ACP を実施したタイミングで最も多かったのは、「医師から看取り期であると診断された時」であり、次にほぼ同数で、「家族から相談があった時」、「病期、病状が悪化した時」であり、「利用者から対話の意向があった時」と回答したのは 11 名であった。【6-8】
- 9) ACP を開始すべき時期について最も多かったのは「健康なうち」からが 48 名で最も多く、次に「医師からの話しがあった時」や「利用者からの意向があった時」であった。【6-9】
- 10) 「どのようなことがあると ACP を実施できるか」の問いに対する回答(78 名)で最も多かったのは、「ACP 全般を学ぶ研修会を受講する(39 名)」でほぼ同数で「ACP に対する利用者や家族へなど、地域住民への周知が進む(37 名)」であった。続いて「ACP における面接や対話の技術に関する研修会を受講する」や「ACP を実践しているケアマネジャーの取り組みを聞く」が 33 名と多かった。【6-10】
- 11) ACP をしていない 36 名に対し、ACP をしていない理由で最も多かったのは「話し合いを実施する時期(タイミング)が分からない」が最も多く 20 名で、次に「本人からの話し合いの希望がない(12 名)」、「話し合い(ACP)の知識が不足している(11 名)」の順であった。【6-11】
- 12) 高齢者施設入所の際の医療・ケアに関する意思の引き継ぎについては「情報を提供すべきである」と回答した割合が高く、85.8%であった。但し「そこまでの責任を背負う事に不安がある(言った言わないなど)」という意見もあった。【6-12】
- 13) 【自由回答】ACP へ取り組めるようになるために必要だと思うことに対し以下の意見があった。(抜粋)
  - ① 当事者が ACP に取り組むことの必要性が動機付けが高まらないと難しい。また、ケアマネジャーだけでなく、医師、看護師、家族、行政機関等が ACP の整理に必要な時間的なコストを分担したり、労力にかかる報酬的な評価も必要。
  - ② 「どうやって死にたいか」「死ぬ前提の話」ではないことを市民へ周知できると本人や家族の理解が得られやすいのでは。「ケアラー」がテレビやマスコミから流れ自然見聞きできるようになり「聞いたことある」人が多く理解しやすい状況になってきているのと同じように、それが「最後までどうやって生きたいか」であることと理解してもらえるようになることが近道ではないかと考えます。
  - ③ 今でも作成書類が多く業務が多い。年々増えるばかりで減る事が無い。書類の削減と、世の中の「何でもケアマネに相談して」との風潮をなくしてケアマネが本来の仕事に集中できるようにすること。
  - ④ 状態が悪化すると、医療が主になって来るので、それ以前に元気はうちからの関わりができればいいと思う。
  - ⑤ ACP について理解を深め、ケアマネの立場でできることに気づく。利用者との信頼関係。
  - ⑥ アセスメント時に本人の意向の確認をする際、最後はどのように考えているか確認することはご利用者の代弁者として必要と思います。しかしご利用者のとらえ方によっては不安を煽ることもなりかねないので、慎重に進めていくことが必要。特に信頼関係のまだ出来上がっていない初回面談等でどのようにアプローチするのがよいか、技術を高めたいと考えています。
  - ⑦ ケアマネジャーだけでなく、一般の人も内容や必要性を把握すること。
  - ⑧ ケアマネジャーがなぜ ACP に取り組まなければならないかを理解でき、住民も必要性を感じる事ができれば取り組めると思う。
  - ⑨ ある程度、マネージャーと利用者との人間関係が出来て、家族が居ない独居、または、体調が思わしくない時に、これからどうしていききたいですかと確認してもよいかと思います。ストレートに延命などの話は怒り出す可能性が高いので難しい。
  - ⑩ ACP の実施事例を繰り返し学べる環境を整える、プランに位置付けるルールになれば必然的に取り組む

ことになると思う。

- ⑪ 地域住民への周知。それをすることが当たり前になるような下地づくりが必要。
- ⑫ 積極的な治療を望まない方が施設での看取りを希望した場合、訪問診療や訪問看護など看取りの体制が整理されていないと、関わっている施設職員の対応に負担がかかってくる。入居者が急変した場合に、医療の知識がない職員だけが対応となると、職員としては、どの様に対応して良いか判断に困る。日頃から、利用者の疾患から終末期にどの様な状況になり、どの様に施設で看取るのか、どの専門職が具体的に関わるのか、医療機関と介護が ACP に対して対応する共通の認識、知識が持てる様な研修会を是非開催してほしい。また病院には特に北まる net に登録をして頂き、スムーズに情報提供や支持を頂ける様をお願いしたい。
- ⑬ ACP を実践しているケアマネジャーの取り組みを聞くこと。
- ⑭ かかりつけ医からの助言や、ACP を話題に出すことが普通となるように周知すること。
- ⑮ 利用者、家族との信頼関係、対人援助者としてのスキルを身に付けること。
- ⑯ 年々業務範囲が広がっている事や、その報告で言った言わないになる可能性がある事、初回に聞き取っても年数の経過と共に意向が流動的になる場合があると思われる。更新のタイミングなどが分からない。家族本人が何らかの ACP に関する独自の北見市としてのノートなどがあれば、良いのではないかとサポートするという立場なら可能かとは考える。
- ⑰ 多職種でチームとなって関わり、役割分担ができるといいと思います。また、本人やその家族が、関わっているチームの支援者（誰でもいいので）に希望を伝えてもらえるような関係作りが必要と感じます。意思決定は、ずっと変わらない人もいれば、その時の状況によって気持ちが変わる人もいますので、気持ちを共有し、寄り添った関りを心がけたいと思います。
- ⑱ 末期癌の利用者では、関われる期間が少なく信頼関係ができない間はかえって聞きづらく感じる。

## 7. 調査結果を踏まえた評価と今後の活動

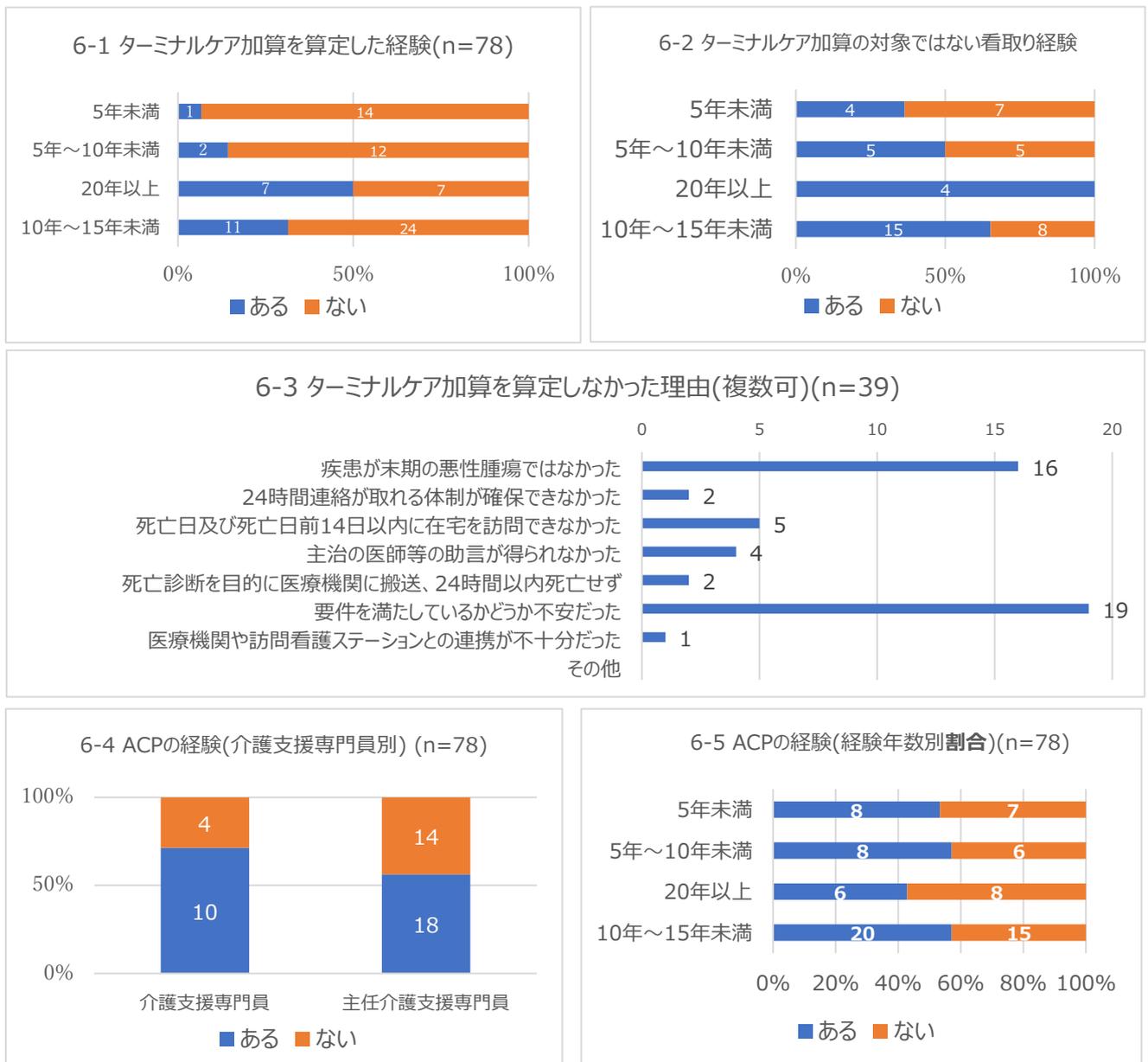
- 1) ACP を実施する介護支援専門員の増加への取り組み  
ACP を経験している介護支援専門員は 28 名(回答者の 35.8%)おり、ACP を実施する介護支援専門員を増加させていく必要がある。
- 2) 介護支援専門員に対する ACP 研修の実施  
「どのようなことがあると ACP を実施できるか」の問いに対する回答では「ACP 全般を学ぶ研修会の開催」、「ACP における面接や対話の技術に関する研修会を受講する」や「ACP を実践しているケアマネジャーの取り組みを聞く」が多く、このテーマで研修会を企画するとよいと思われる。
- 3) 地域住民に対する ACP の啓発活動  
ACP の推進に対し介護支援専門員からは「ACP に対する利用者や家族へなど、地域住民への周知が進む」が挙げられており、市民に対する啓発も実施する必要がある。
- 4) ACP 情報等の共通様式の作成と情報共有の方法  
ACP を実施した介護支援専門員のうち、結果の取り扱い、「かかりつけ医や訪問看護師など医療従事者に周知した」が最も多かった。どのような内容でどのような方法で情報共有しているかを確認の上、多職種で情報共有できる方法(北まる net など)の活用方法を検討していくことが求められる。
- 5) 病期に応じたさまざまな始期での ACP の開始  
ACP を実施してタイミングで最も多かったのは、「医師から看取り期であると診断された時」であり、次にほぼ同

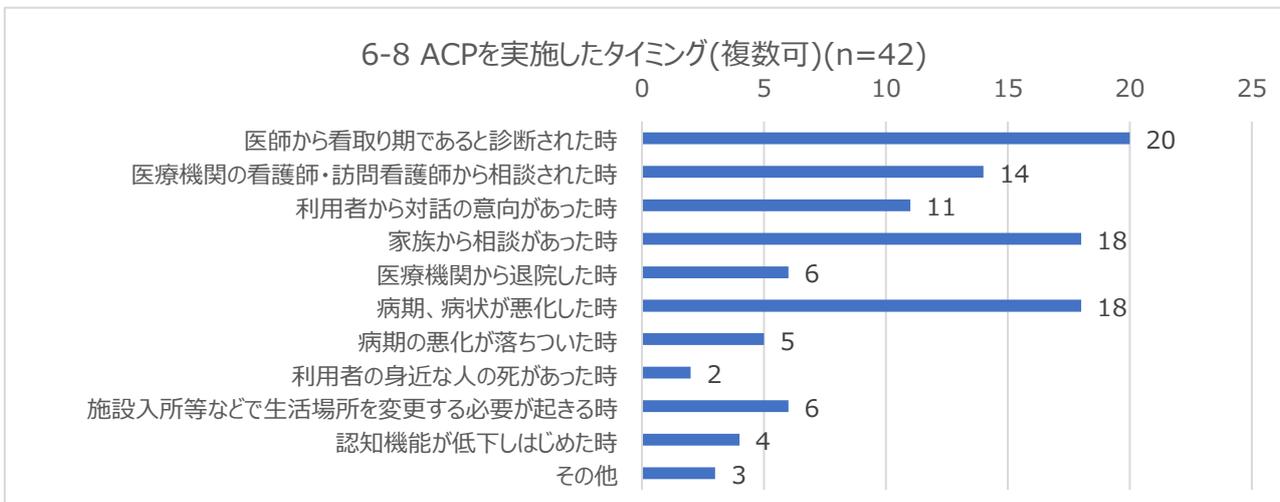
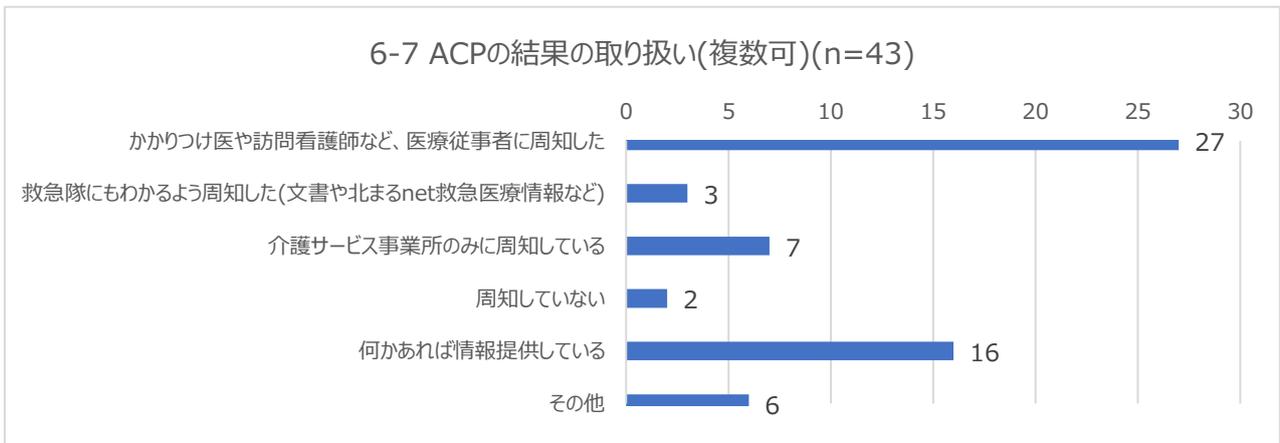
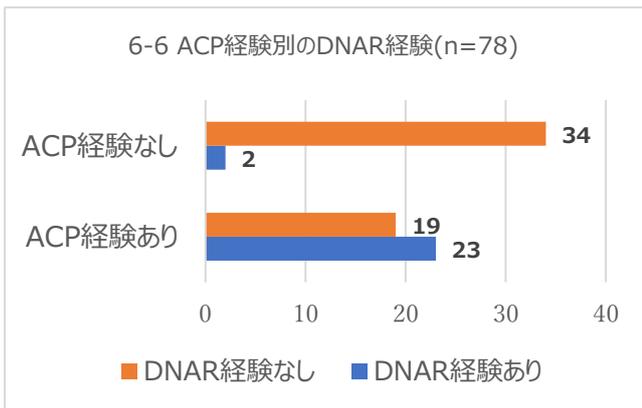
数で、「家族から相談があった時」、「病期、病状が悪化した時」であり、「利用者から対話の意向があった時」と回答したのは11名であった。患者、利用者の健康な時期から最終段階までの様々な病期に応じた始期でACPを開始する方法をケアマネジャー向けの研修で周知していく必要がある。これは、ACPをしていない理由で最も多かった「話し合いを実施する時期(タイミング)が分からない」という結果も踏まえる必要がある。

6) 高齢者施設入所の際の意思の引き継ぎ書式の共通化

高齢者施設入所の際の医療・ケアに関する意思の引き継ぎについては「情報を提供すべきである」と回答した割合が高く、85.8%であったことから、医療機関、救急隊、高齢者施設や居宅ケアマネジャーとともに共通書式の作成を他地域の取り組みを調査の上協議していく必要がある。

8. 調査結果(グラフ)

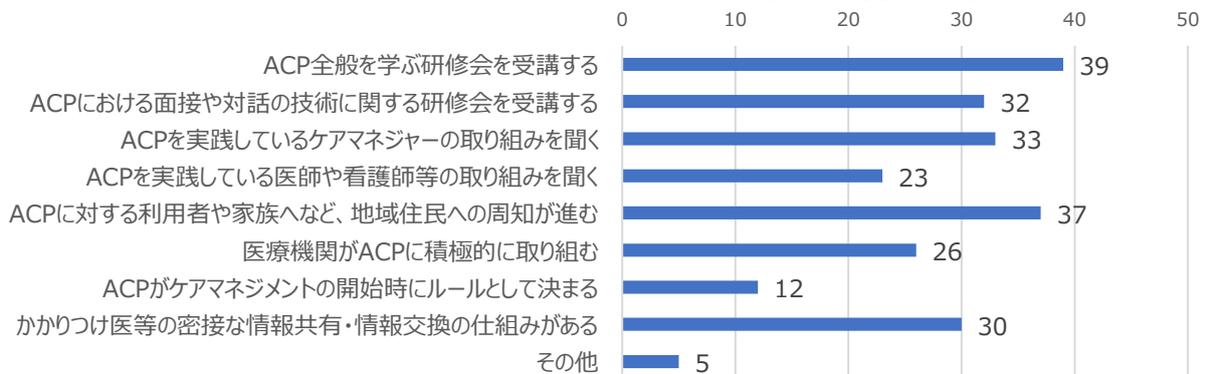




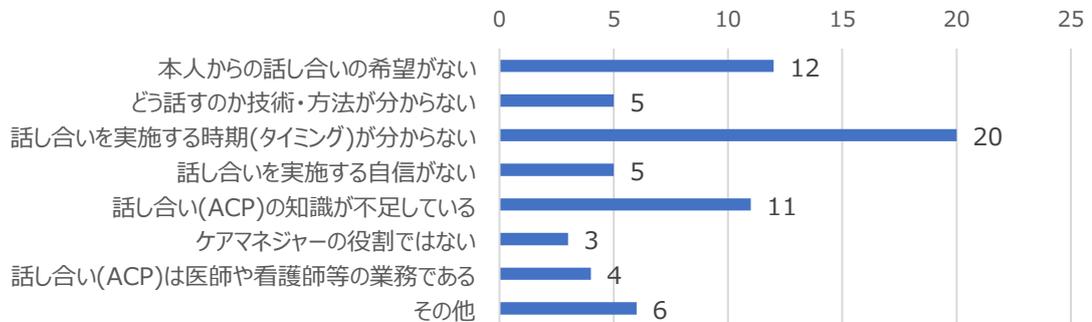
### 6-9 ACPを開始すべき時期(n=78)



### 6-10 どのようなことがあるとACPを実施できるか(複数可)(n=78)



### 6-11 ACPをしていない理由(n=36)



### 6-12 高齢者施設入所の際の医療・ケアに関する意思の引き継ぎについて(n=78)

