

2018 年度調査研究委員会報告

当会の調査研究委員会では、2018 年度事業として「医療機関等との情報共有における介護支援専門員の実態調査」を実施しました。

調査内容は、今回の介護報酬改定において介護支援専門員と医療機関との連携強化を推進していることから、「入院時情報連携加算にかかる調査に関して」「退院時連携加算に関する調査に関して」「人生の最終段階における医療、ケアの意思決定支援にかかる調査及びターミナルケア加算の取得状況の調査に関して」を軸に作成いたしました。

掲載する調査結果は、調査研究委員会で集計・考察をしたものです。一部抜粋にてご報告申し上げます。

最後に、調査にご協力いただきました皆様、お忙しい中にも関わらずありがとうございました。総数 1,959 名の方からご回答いただきました。この場をお借りして、重ねてお礼申し上げます。

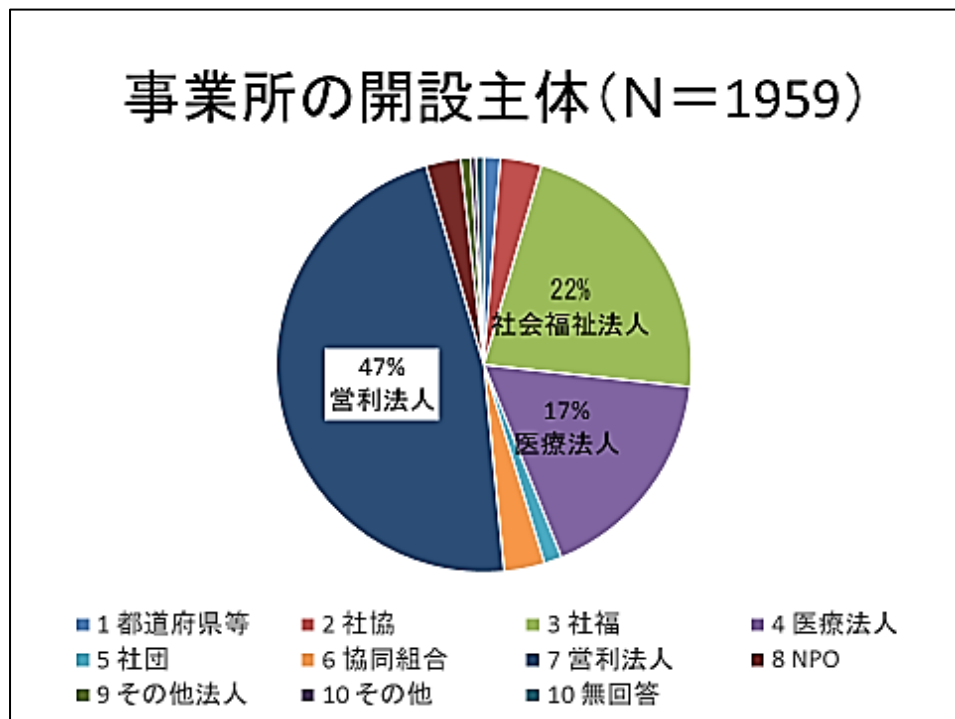
「調査概要」

「調査名」

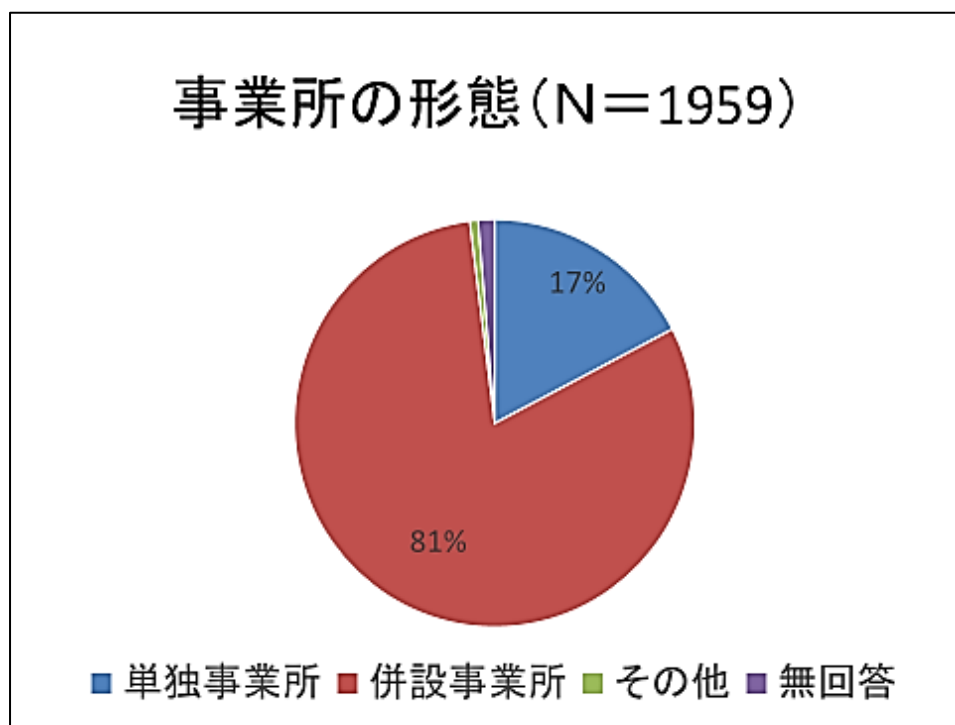
医療機関等との情報共有における介護支援専門員の実態調査
送付先／千葉県内の居宅介護支援事業所(約 2,000 箇所)
対象者／上記送付先の介護支援専門員
調査時期／平成 30 年8月末～9月末

「調査結果」 * 抜粋

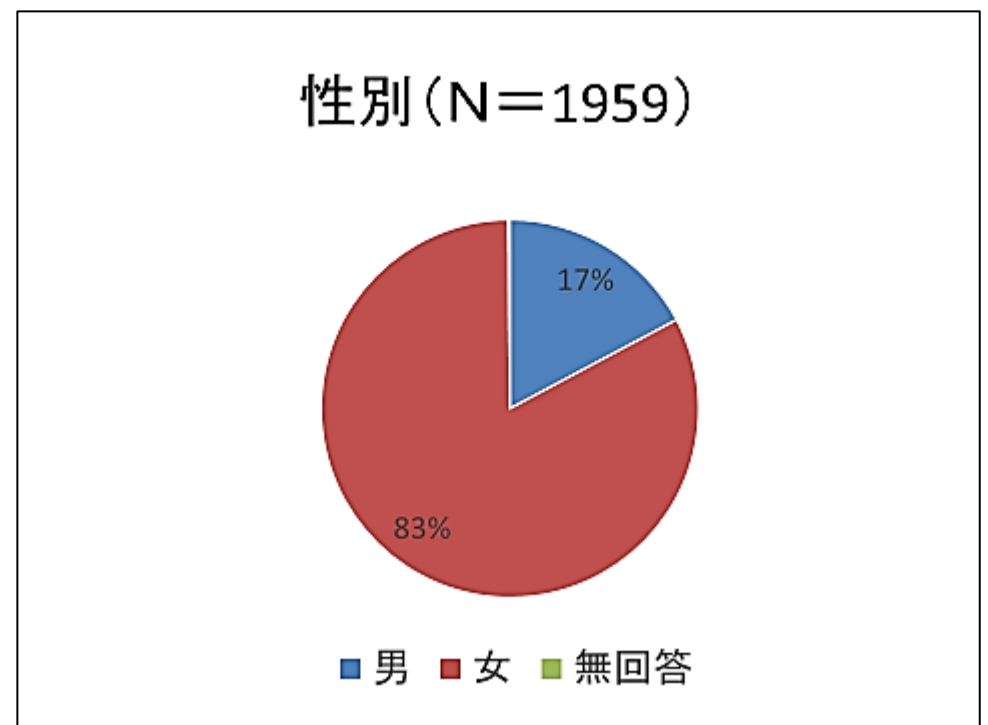
Q 2 所属先（事業所）の開設主体



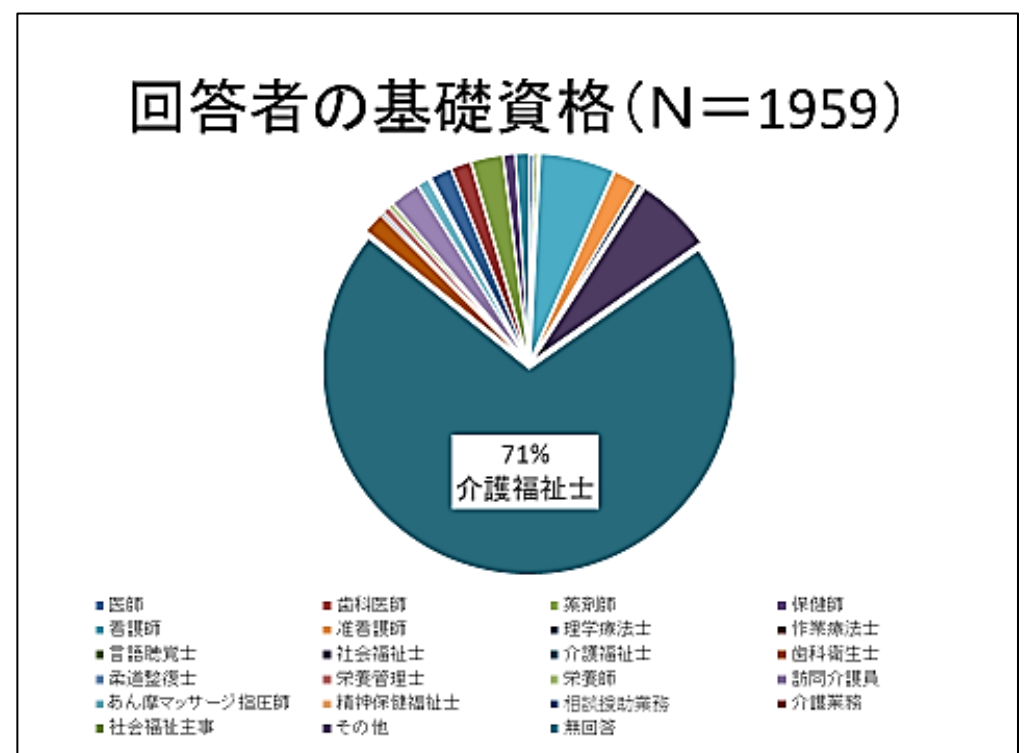
Q 3 所属先（事業所）の形態



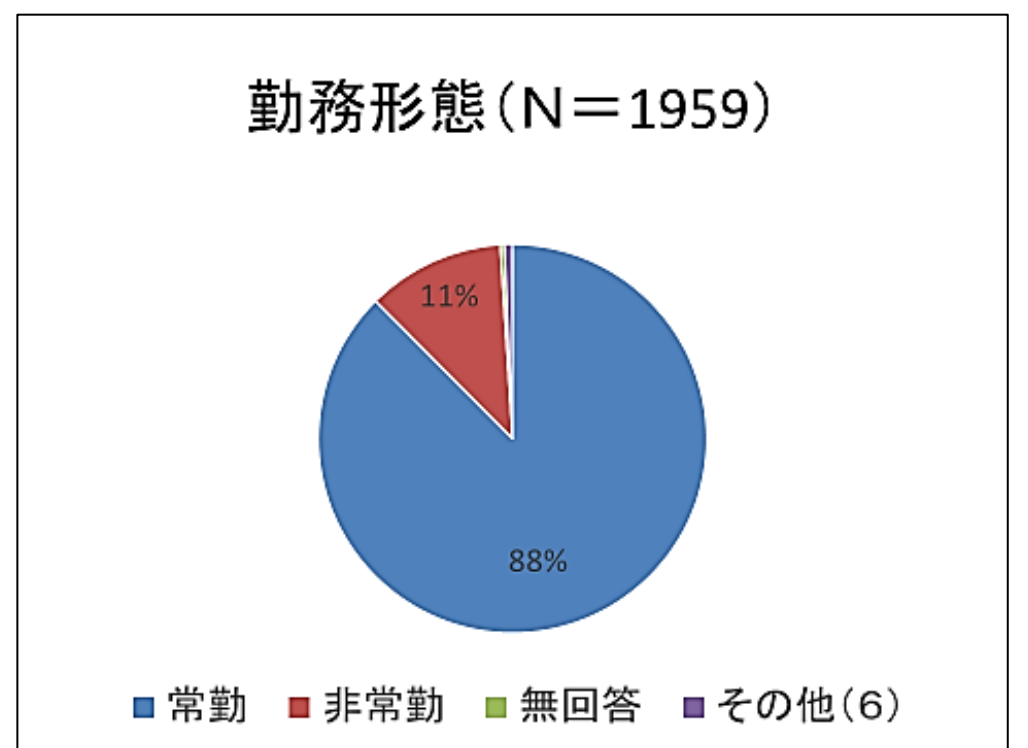
Q 4 性別



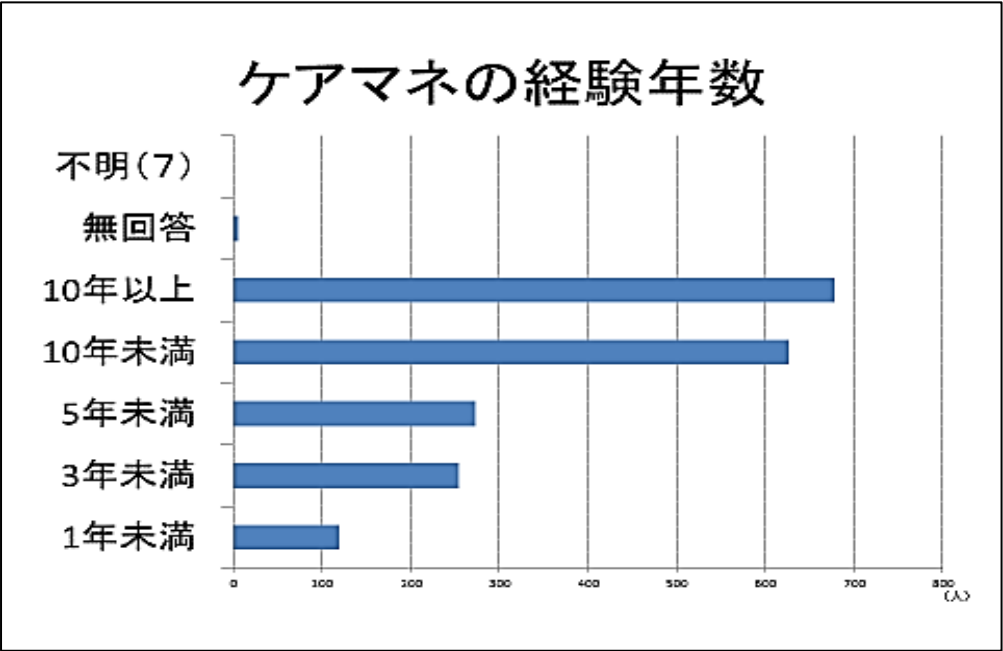
Q 5 基礎資格



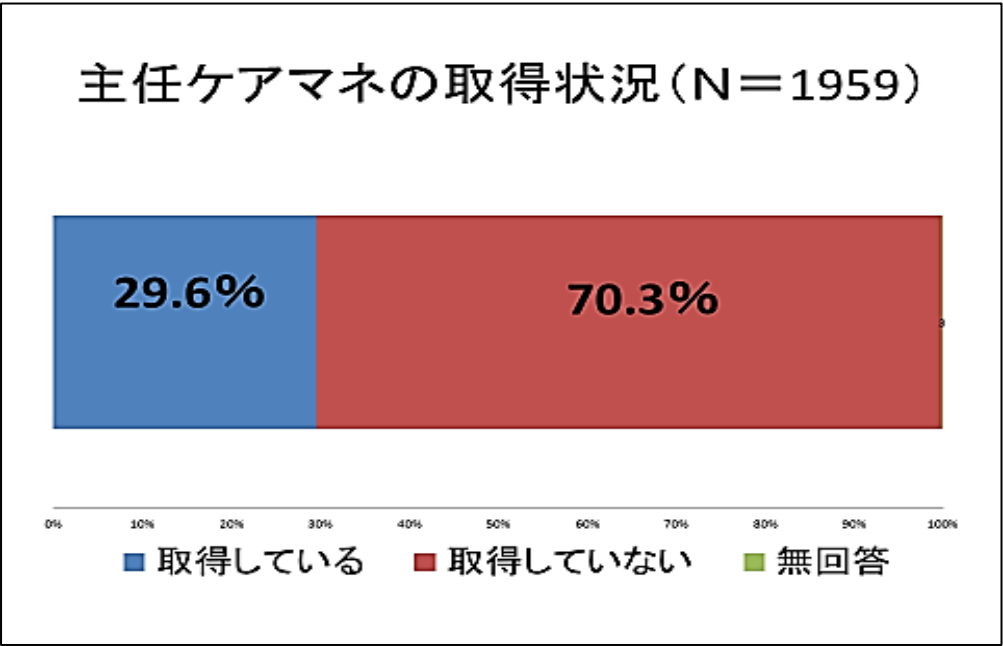
Q 6 勤務形態



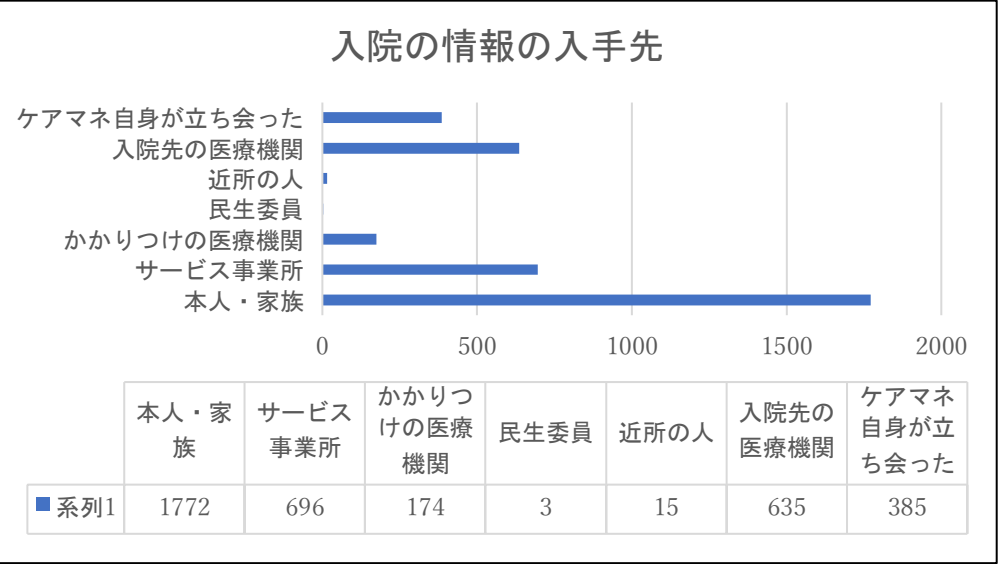
Q 7 ケアマネジャーとしての経験年数



Q 8 主任ケアマネジャーの取得



Q12 入院した情報の入手先 (複数回答可)



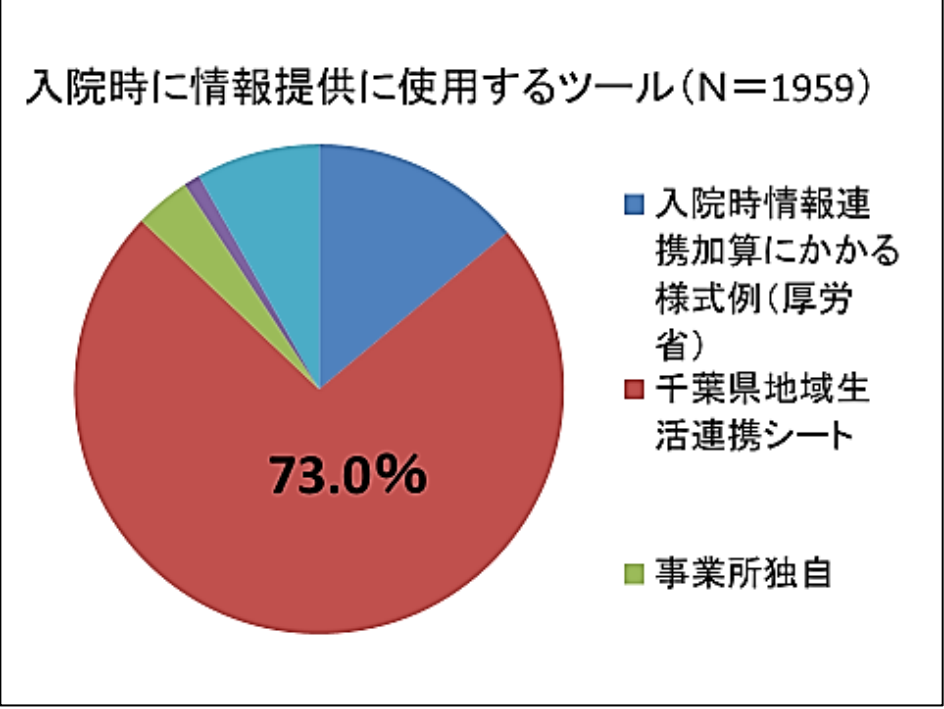
回答: 1,869 件

入院の情報の入手先は、本人・家族からが最も多く、次いでサービス事業所、入院先の医療機関となっている。入院と情報提供にタイムラグが生じている可能性がある。

入院の事実は出来る限り迅速に入手することで、より早く本人の入院までの生活状況等を医療機関に提供することが可能になる。医療機関の入院当日に情報が欲しいという声も聞かれる。

今後、本人・家族と話し合い、担当ケアマネジャーとして医療機関からもすぐに連絡がいただける方法を実施した方が良いと考える。

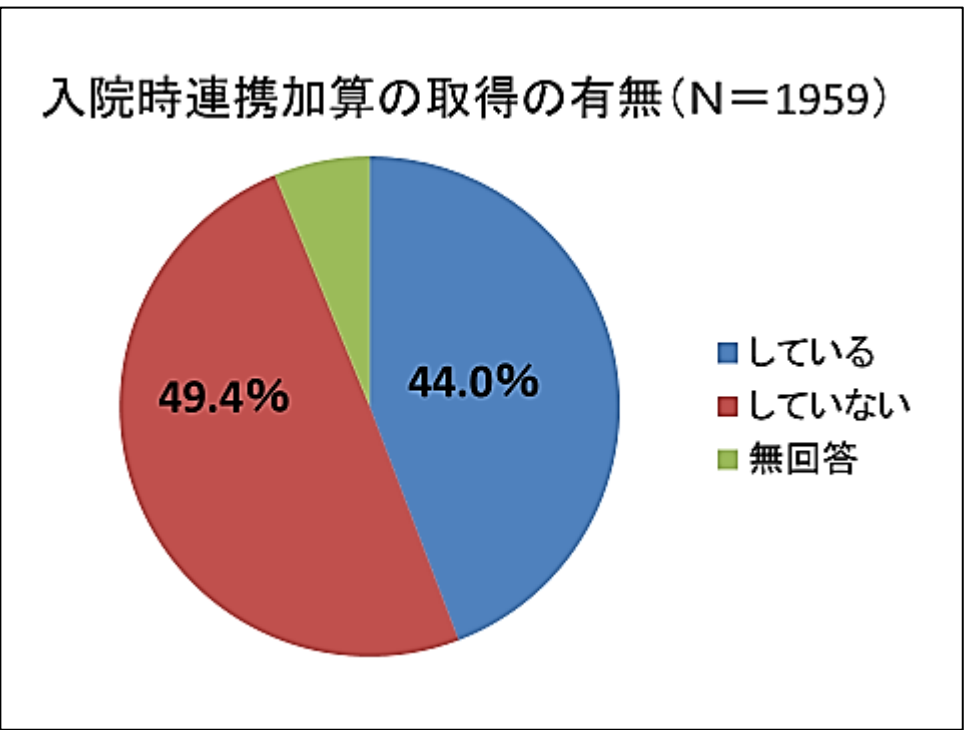
Q13 情報提供にはどのような連携シートを使用していますか



入院時、情報提供に資料するツールは、「千葉県地域生活連携シート」使用が7割以上と、県内事業所には浸透している結果と思われる。平成30年度の制度改革正時、厚生労働省版の様式が出され県中心に多職種で検討を重ね、千葉県独自の連携シートも改訂されている。

本人の基本情報等をあらかじめ記入し、ファイルしておくことで入院時に追記をして、迅速は情報提供に役立つと考える。なお、定期的に内容の見直しは必要である。

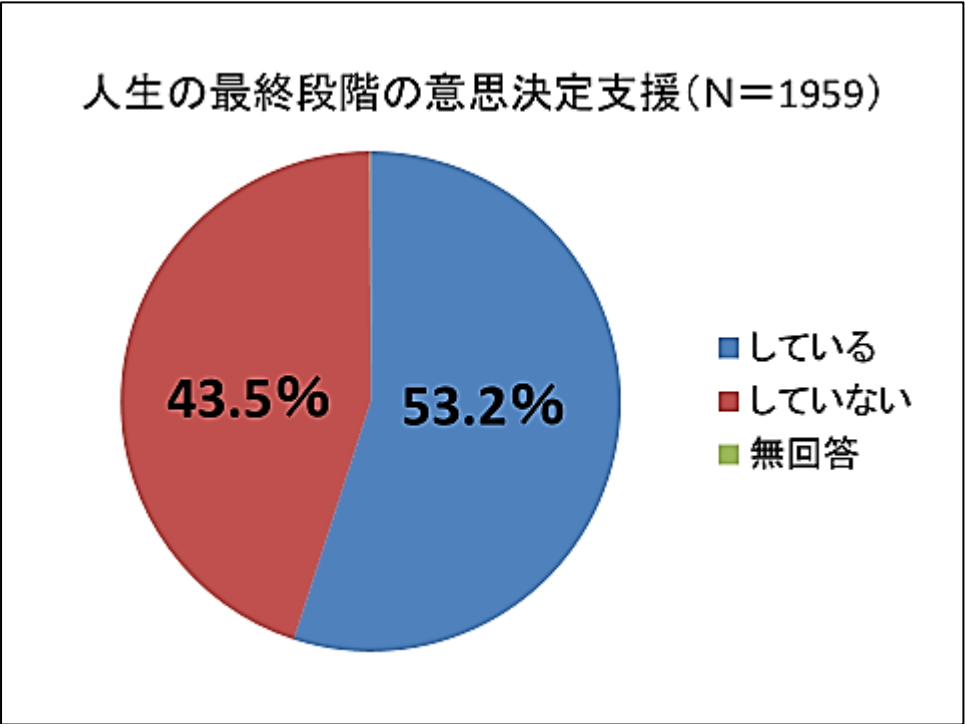
Q14 退院・退所加算について取得



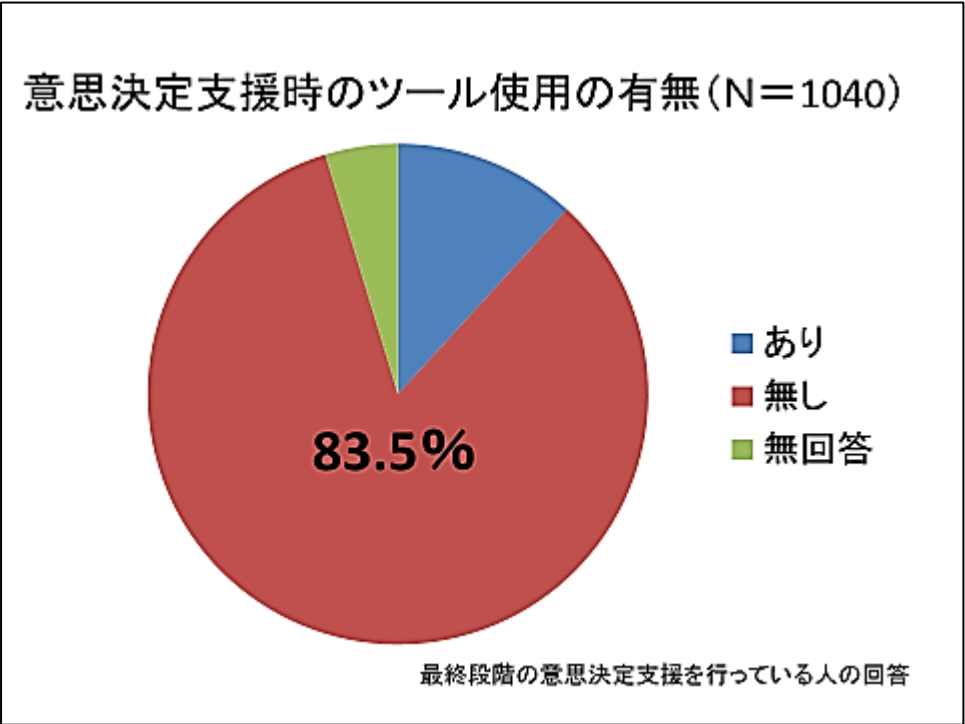
入院時連携加算の取得は、約半数のケースで「取得していない」という現状である。しかし、この中には「取得しなかった」と「取得できなかった」が含まれていると考える。

加算取得が、本人及び事業所、ケアマネジャーのためになるように追跡する必要があると考える。

Q16 人生の最終段階における医療、ケアについて、本人の意思決定支援をしていますか



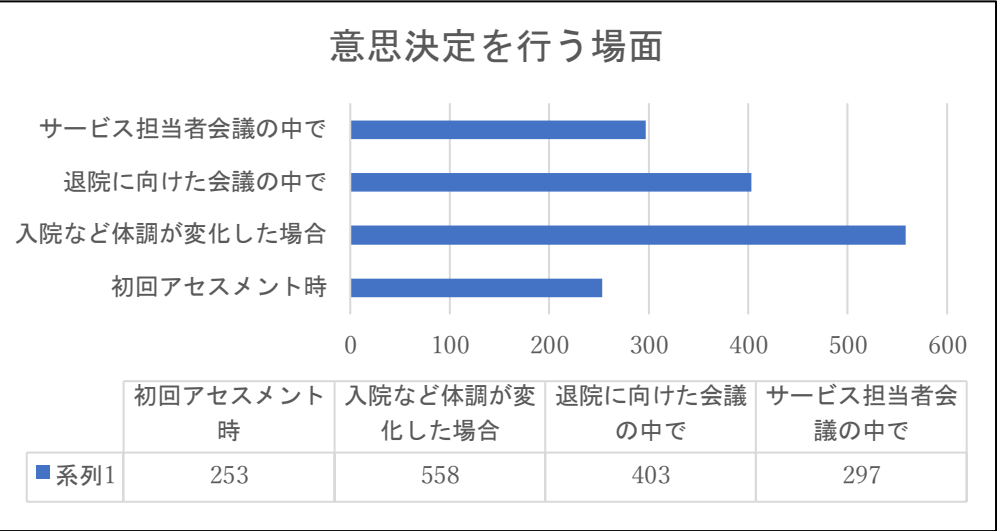
S Q16-1 上記で「している」と回答された方は、意思決定支援の際にツールを使用していますか



○意思決定支援の際に使用しているツール (N=123)

1 位：千葉県医師会「私のリビングウィル」	43 件
2 位：事業所独自のもの	18 件
3 位：松戸市「ふくろうプロジェクト」	15 件
4 位：柏市「私の望みノート」	6 件
その他	
「地域生活連携シート」	
「私の老後の生き方暮らし方ノート」	
「ネットでダウンロードした簡易的な終活ノート」など	

S Q16-2 上記で「している」と回答された方は、どのような状況で確認していますか（複数回答可）



回答：746 件

人生最終段階の意思決定支援では、半数以上で「支援をしている」と回答しているものの、意思決定を行う場面では、「入院など体調が変化した場合」「退院に向けた会議の中で」「サービス担当者会議の中で」という順になっている。また、ツールはほとんど使用しないという結果であった。

このことから「意思決定支援」の定義を理解しているのか疑問がある。また、国が提唱した「ACP（アドバンス・ケア・プランニング）」の概要等についても、専門職としての学びが必要と考える。今回、平成 31 年 2 月 24 日に千葉市で開催した『南関東ブロック研修会』（日本介護支援専門員協会主催）のテーマになったことで参加したケアマネジャーには少なからず「知識を持たなければ」と感じていただけたのではないかな。

S Q16-2 意思決定を行う場面（その他の自由記載部分一部抜粋）

1. 体調が安定している時期にモニタリング中に実施。
2. モニタリング等自然な会話の中でお聞きする。
3. 面会時、家族と一緒に。
4. 訪問時。
5. モニタリング等。
6. 必要時。
7. 医師と同席したり、一人だけのときに会いに行ってきたり。
8. 本人より先に家族に本人の意向を確認しているかを聞く。
9. 単身独居の場合はコミュニケーションが取れ、元気なうちに聞き取る。
10. 毎月の訪問時に確認。
11. 訪問モニタリング時の本人の訴えにより。
12. 訪問時（ふくろうプロジェクト参加依頼時）。
13. 支援経過の中で。
14. モニタリング時聞きやすいときに。
15. むしろお元気なときに。

Q17 人生の最終段階の意思決定支援について、聞き取りにくいこと、困っていること（自由記載部分一部抜粋）

1. なかなか聞くタイミングが難しいと感じる。

2. 本人に最終的に聞くことは難しいときもある。

3. 本人と家族の意向が違う場合。本人の意思決定能力が正常でない場合。

4. 本人が人儀機能低下し意思決定できない状況で家族の意思が決まってなく話がなかなか切り出せないこと。

5. 信頼関係ができていない状態では聞きづらい。

6. 体調の悪化時には聞き取りにくい。

7. 本人と家族の意向が明らかに違うことが予想される場合に聞きずらさを感じる。また、希望通りに対応することが本人のためにならないと思われるケースは聞きづらいことがある。

8. デリケートな問題なので「そんなこと聞かれると自分はもうすぐ死ぬのか」と勘違いする方が多い。

9. まだまだ終末期をどうするか（延命処置をするかしないか、延命するとどうなるのか）という議論がない状況で厚労省がガイドラインを作るのは先走りだと思う。そういう話を避けたい本人、家族が多いのではないか。

10. ご家族の考えがなかなか一つにならないことがあった。

11. 現在元気な方に聞きにくい。本人から積極的に話してくれれば聞く。

12. 意思決定支援は一般化することが困難なので聞き取りにくさが生じていると感じる。やはり一人で対応することには限界があり、多くの人々との連携が必要である。同じ方向を向いて支援したい。

13. 本人と家族の思いが異なったとき。

14. 担当者会議のときに、家族や本人に聞くようにしているが「その時にならないと分からない」という方が多い。

15. 本人、家族との間での意向のズレ、言葉に表れた意向と本当の思いとの揺れ動きなど、一概に決定できないこと。

16. 利用者本人の近い未来のことだと感じていることもあり、精神疾患の方などにはこの件は慎重に取り扱う必要があると思う。

17. 告知されていない方には、どのように確認したらよいか。

18. 本人の意思と家族の思いに大きなへだたりがあるときや、そんな先のことはとご家族がためらうとき、どんなふう話を聞きとったらいいのかわからない。

19. 病的に本人の意思決定が困難な状況である場合の本人の意思確認。

20. 身体機能が低下してきている中で、本人の気持ちがマイナスになっているときなど、最終段階の意思を聞いてしまうとよけいに落ち込ませてしまうのではないかと思い、聞き出せないことがある。

21. 親族等には聞きやすいが、クリアなご本人については直接的には聞きにくい。

22. 本人と家族との思いのずれ。

23. 本人の意思と家族の意思に相違が生じた場合。

24. 本人、家族の気持ちが変わる。家で看取ると決めていても動転して救急車を呼んでしまう。

25. 本人、家族は死を意識しておらず信頼関係構築の前に聞くのは困難なことがある。話すタイミングもあり、縁起悪い、失礼ではとか言われたこともある。

26. 聞き取るタイミング（元気なとき、衰弱時）が難しい。

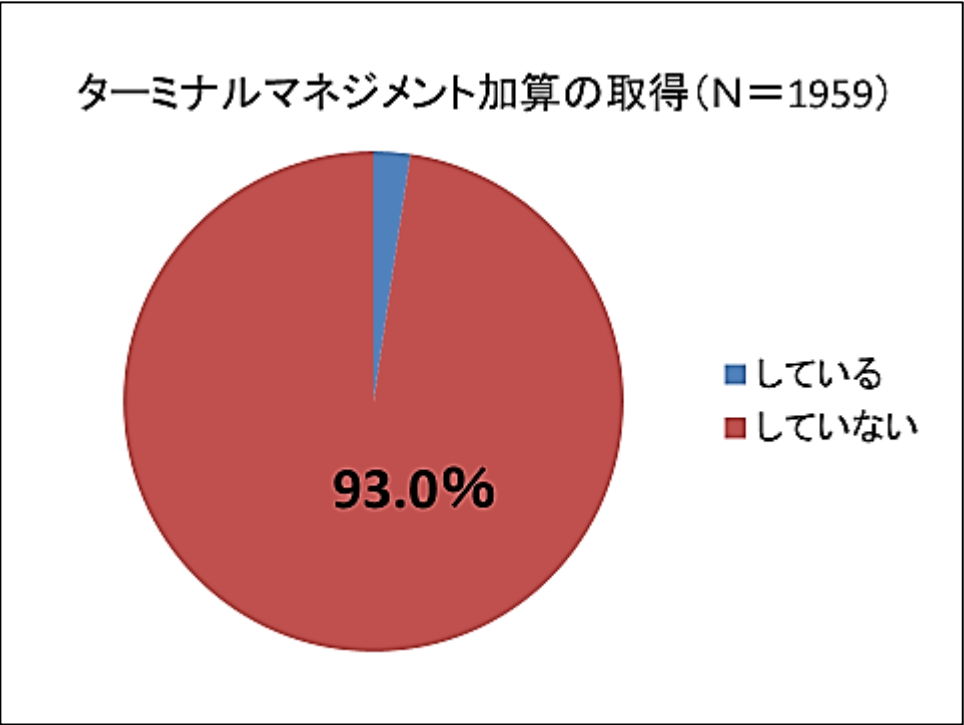
27. ご本人の体力が落ちてからでは聞くことが難しい。

28. 本人に確認して、これまでの関係性がこわれるのではと心配になるケアマネとして踏み込んでいい位置なのか。

29. 認知症の方に対する聞き取りが十分にできないと感じる。

30. ご本人と看取りの話をしていると、その方の妻から「縁起が悪い」と嫌がられた。

Q18 ターミナルケアマネジメント加算を取得しましたか



S Q18 ターミナルケア加算を算定しないまたはできなかった理由。（自由記載部分抜粋）

1. そのような対象になる方がいないため（多数）。

2. 訪問看護が併設でCMが電話をもつことがなく算定要件を満たさなかった。

3. 特定事業所加算を取っていないため。

4. 末期がんであったが急死が2件。最後に緩和ケアに入院してしまった。

5. 急激な状態で担当し、1ヶ月で他界。疲れるので訪問は必要時のみ。呼ばれていく程度。こちらの都合での訪問もできず、担当者会議もできなかった。訪看ともあまり情報共有できなかった。

6. 単身独居、本人に末期ガンが未告知だったため本人の同意がえられなかったため。

7. 医療サービスとの連携が弱いため。

8. 申請が遅れ、10月より算定する。

9. ターミナルケアマネジメント加算の基準及び整備ができていない。

10. 体制が整っていない。勉強不足等。

ターミナルケアマネジメント加算については、ほとんどのケアマネジャー（事業所）が取得していない。取得要件がきびしいこともあるが、今回のアンケート期間が制度改正から4ヶ月間という短い期間だったことも要因と考える。

《考察》

平成 30 年度介護報酬改定に伴う介護支援専門員の現状 —医療機関等との連携推進とケアマネジャーの役割—

今回の報酬改定は、団塊の世代が 75 歳以上となる 2025 年に向けて国民ひとりひとりが状態に応じた適切なサービスを受けられるよう、質が高く効率的な介護の提供体制の整備を推進することを目指し、4つの柱を立て進められることとなった。

居宅介護支援に関しては、第1の柱「地域包括ケアシステムの推進」中重度の要介護者も含め、どこに住んでいても適切な医療・介護サービスを切れ目なく受けることができる、体制を整備するための重点項目に改定内容が入っている。

「医療・介護の役割分担と連携の一層の推進」において、「入院時情報連携加算の見直し」・「退院・退所加算の見直し」が行われたが、より迅速な情報提供(入院後3日以内)の評価が行われ、入院情報をいかに早く入手するかがポイントとなった。これまでの利用者情報の管理方法を見直し、利用者本人及び家族に十分な説明をした上で、入院時に持参するものにケアマネジャーの存在を明記するなど、病院側がすぐに目に付くような工夫等を検討し、実践していく。しかし、医療機関の看護職や医療ソーシャルワーカー等、入院に関わるスタッフがその重要性を認識していなければ、見過ごされるリスクもある。平素より医療機関や入退院に関わるスタッフと「face-to-face(フェース・ツー・フェース)」で繋がることも重要となる。そのためにも退院・退所にあたってカンファレンス参加はチャンスであり、必要なツールとして「何を、どのように」使用するのか、ケアマネジャーとして利用者のスムーズな在宅生活構築に向けて、積極的に行動することが期待されている。

人生の最終段階における意志決定支援については、国が提唱した「ACP(アドバンス・ケア・プランニング)」について、利用者本人や家族が知らない新しいプロセスであり、多職種での関わりの中で、少しずつ理解を深めていただく必要を感じる。人生の最終段階を意識していない時からの支援が大切だが、それぞれの地域で勉強会を行いケアマネジャー自身が、その重要性を十分に認識し、地域ぐるみで、住民を巻き込むような活動が期待される。

「ターミナルケアマネジメント加算」については、経過を追って調査をしていきながら実態を把握していきたいと考える。