

北見の在宅医療連携

北海道医療計画「在宅医療の提供体制」を読み、行動する！

北海道各地の在宅医療連携のとりくみ

2025.4.19

北見市医療・介護連携支援センター

医療法人社団高翔会 北星記念病院

ソーシャルワーカー 関 建久

オレンジの下線部は関係する資料のリンクを貼ってあります

在宅医療の二つの取り組みの方向性



在宅医療を実施する医師や看護師の増加

医師・看護師が不足する地域で拡大は難しい



在宅医療を不要とする住民、患者の増加

機能低下をケアプラン支援や多職種連携の推進で防ぐ

【内容・要旨】

1. 通所介護で機能維持・改善ができるように
2. 医療職によるケアプラン支援で要介護の重度化率を低減。「適切なケアマネジメント手法」を多職種コミュニケーションの共通言語へ
3. 望む最期を過ごせる多機関、多職種間の規範的統合
4. 連携拠点の立場で在宅医療の提供体制を読む

通所サービス意見交換会

現状と課題	1. 要介護認定更新時の要介護悪化率が高値 59.5%(要支援) 2. 通所介護へ通っても機能低下する利用者が存在している 3. 個別機能訓練加算Ⅰ・Ⅱを届け出している15事業所のうち、評価指標が改善した利用者いたのは6事業所のみだった(63ヶ所中)
目的	1. 要支援、介護者の重症化予防と悪化率の低減
方法	1. 通所介護事業所同士の業務の工夫や情報交換の会を開催 2. 機能訓練の実施状況の調査、情報提供と方法の提案 3. 令和5年度より開始し、これまで6回開催
結果と効果	1. 過去ほばなかった他事業所間の交流で所属事業所の業務が客観視できた 2. 機能訓練への関心の喚起、具体的方法を知ることができた 3. 機能低下を防ぐ視点やチームケアへの関心が高まった 4. ケアマネジャーのケアプランと通所介護計画の連動性が重要と気づく
今後	1. 参加事業所割合は全体の3割くらい、参加率向上を目指す 2. 事業所ごとの紹介動画(5～10分)を作成し、利用者やケアマネジャーへ供覧 3. 介護職員不足で「手」がかけられない。業務の省力化やDX活用が急務 4. 事業所全体で評価指標を提出し、事業所の「通信簿」ができないか 5. 医療機関所属の理学療法士等を派遣する調整もありか

適切なケアマネジメント手法を活用したケアプラン支援事業

現状と課題	1. 要介護認定更新時の要介護悪化率が高値59.5%(要支援) 2. ケアプラン立案の際、身体機能の予後予測をケアマネジャーは知らない 3. 疾病予防の支援内容について、医療職の助言が受けられない 4. 医療職へ相談したくても、どのように聞いていいかわからない、窓口や方法もない
目的	1. 要介護認定認定更新時の悪化率の低減(重度化の予防) 2. 適切なケアマネジメント手法を共通言語とした多職種コミュニケーションの向上
方法	1. 適切なケアマネジメント手法(適ケア)実践研修、多職種セミナーの開催 2. 理学療法士によるケアプラン助言 (北海道理学療法士会 道東支部協力) 3. 地域ケア個別会議における適切なケアマネジメント手法の活用と分析 4. 会議や助言の事例集の発行
結果と効果	1. 適ケアは多職種間での検討課題の焦点化と解決方法の提案に活用しやすい 2. ケア会議で検討された基本ケア項目の集約と分析で地域課題が把握できた 3. 理学療法士からの助言は具体的で短期目標に活用でき、利用者と共同した目標達成への関係構築につながった(ケアマネジャーより) 4. ケアプランで支援内容の「抜け漏れ」が減少、疾病予防や機能維持につながった 5. 多職種連携の目的は職能の縄張り争いではなく、患者・利用者の「望む生活・暮らしの意向の把握」の実現であることを多くの職種が理解した
今後	1. ケアプラン助言事業協力団体に理学療法士会に加え、北海道薬剤師会北見支部も協力予定(参画職能団体を募集予定) 2. 各団体の主催持ち寄りの多職種連携の在宅医療研修会を拠点でやろうかな

適切なケアマネジメント手法 基本ケア(44項目)

(株)日本総合研究所 編

I 尊厳を重視した意思決定の支援		
大項目	中項目	想定される支援内容
I-1 現在の 全体像 の把握と 生活上 の将来 予測、備 え	I-1-1 疾病や心 身状態の理解	1 疾患管理の理解の支援
		2 併存疾患の把握の支援
		3 口腔内の異常の早期発見と歯科受診機会の確保
		4 転倒・骨折のリスクや経緯の確認
		5 望む生活・暮らしの意向の把握
	I-1-2 現在の生 活の全体像の把握	6 一週間の生活リズムとその変化を把握することの支援
		7 食事及び栄養の状態の確認
		8 水分摂取状況の把握の支援
		9 コミュニケーション状況の把握の支援
		10 家庭や地域での活動と参加の状況及びその環境の把握の支援
	I-1-3 目指す生 活を踏まえたリスクの 予測	11 口腔内及び摂食嚥下機能のリスクの予測 12 転倒などのからだに負荷の掛かるリスクの予測
	I-1-4 緊急時の 対応のための備え	13 感染症の早期発見と治療 14 緊急時の対応
I-2 意思決 定過程 の支援	I-2-1 本人の意 思を捉える支援	15 本人の意思を捉えるためのエピソード等の把握
	I-2-2 意思の表 明の支援と尊重	16 日常生活における意向の尊重 17 意思決定支援の必要性の理解
	I-2-3 意思決定 支援体制の整備	18 意思決定支援体制の整備
	I-2-4 将来の生 活の見通しを立てる ことの支援	19 将来の生活の見通しを立てることの支援

II これまでの生活の尊重と継続の支援		
大項目	中項目	想定される支援内容
II-1 予測に基 づく心身機能 の維持・向 上、フレイル や重度化の 予防の支 援	II-1-1 水分と栄養を摂ること の支援	20 フレイル予防のために必要な食事と栄養の確保の支援 21 水分の摂取の支援 22 口腔ケア及び摂食嚥下機能の支援
		23 継続的な受診・療養の支援 24 継続的な服薬管理の支援
		25 体調把握と変化を伝えることの支援
	II-1-2 継続的な受診と服薬 の支援	26 フレイルを予防するための活動機会の維持 27 継続的なリハビリテーションや機能訓練の実施
		28 感染症の予防と対応の支援体制の構築
	II-1-3 継続的な自己管理の 支援	29 一週間の生活リズムにそった生活・活動を支えることの支援
	II-1-4 心身機能の維持・向 上の支援	30 休養・睡眠の支援
	II-1-5 感染予防の支援	31 口から食事を摂り続けることの支援 32 フレイル予防のために必要な栄養の確保の支援
	II-2 日常的な 生活の継 続の支援	33 清潔を保つ支援 34 排泄状況を確認して排泄を続けられることを支援
		35 喜びや楽しみ、強みを引き出し高める支援
II-2 日常的な 生活の継 続の支援	II-2-1 生活リズムを整える支 援	36 コミュニケーションの支援
	II-2-2 食事の支援	37 本人にとっての活動と参加を取り巻く交流環境の整備
	II-2-3 暮らしやすい環境の保 持、入浴や排泄の支援	38 持っている機能を発揮しやすい環境の整備 39 本人にとっての活動と参加を取り巻く交流環境の整備
	II-3 家事・コミュ ニティでの役 割の維持あ るいは獲得 の支援	40 家族等の生活を支える支援及び連携の体制の整備 41 将来にわたり生活を継続できるようにすることの支援 42 本人や家族等にかかわる理解者を増やすことの支援
II-3 家事・コミュ ニティでの役 割の維持あ るいは獲得 の支援	II-3-1 喜びや楽しみ、強みを 引き出し高める支援	43 本人を取り巻く支援体制の整備
	II-3-2 コミュニケーションの支 援	44 同意してケアに参画するひとへの支援
II-3 家事・コミュ ニティでの役 割の維持あ るいは獲得 の支援	II-3-3 家庭内での役割を整 えることの支援	
	II-3-4 コミュニティでの役割を 整えることの支援	
III 家族等への支援		
大項目	中項目	想定される支援内容
III-1 家族等へ の支援	III-1-1 支援を必要とする家族 等への対応	40 家族等の生活を支える支援及び連携の体制の整備 41 将来にわたり生活を継続できるようにすることの支援 42 本人や家族等にかかわる理解者を増やすことの支援
	III-1-2 家族等の理解者を増 やす支援	
III-2 ケアに参画 するひとへ の支援	III-2-1 本人をとりまく支援体 制の整備	43 本人を取り巻く支援体制の整備
	III-2-2 同意してケアに参画す るひとへの支援	44 同意してケアに参画するひとへの支援

独歩可能だが不安が強く、屋外歩行へつなげられない



ケアマネジャー

骨折既往があり一人で出歩くのに不安を持っています。歩行状態は充分と考えているため外出を促したい。



4:転倒・骨折のリスクや経緯の確認
19:将来の生活の見通しを立てることの支援
26:フレイルを予防するための活動機会の維持

9:コミュニケーション状況の把握の支援
12:転倒などのからだに負荷の掛かるリスクの予測
27:継続的なリハビリテーションや機能訓練の実施



本人の感じる抵抗感やまだ自立できないと考える理由は？ 認知・精神機能面の変化はありますか。本人の趣味や興味関心は何ですか。



理学療法士



ケアマネジャー

屋外歩行時は介助者付きで、杖はうまく使えません。玄関の坂道が特に不安です。見当識低下のエピソードが週2回程度あります。通所先で知人と会話することが楽しみで、老人クラブや庭の手入れが骨折前の日課でした。

本人の自信と外出経験のため、通所リハスタッフと目標を共有してはどうですか。バランスチェックを通じて自立歩行訓練を実施しては。促しや注意点をどの程度理解・記憶できるかといった認知面の配慮の程度を通所リハの協力を得て把握してください。



理学療法士



ケアマネジャー

通所リハ事業所からの情報をヘルパー事業所と共有して外出練習をしました。日記をつけて連絡帳代わりに家族とやり取りした結果、家族の疑問解決や振り返りのためのツールができました。本人・家族の理解が得られて「やってみよう」という意欲の変化が生まれました。

自立支援型地域ケア個別会議の事例

事例概要

- 80歳代、女性。要介護1、息子世帯と同居 主病名：糖尿病

相談内容

- **#1:疾患管理の理解の支援** HbA1cが高値で推移。インスリン10単位指示。訪問看護を拒否。
- **#7:食事及び栄養の状態の確認** 食事が不規則

会議での多職種の見解

- **医師・薬剤師・看護師** 訪問看護の導入。低血糖状態、インスリン量の確認。医師との橋渡しを依頼。
- **管理栄養士・作業療法士** 定期的な食事管理量の確認を家族へ協力を求めては。

変更した支援内容

- **#1:疾患管理の理解の支援** 訪問看護導入を本人や家族へ提案した。病院受診への同行を家族へ依頼。
- **#7:食事及び栄養の状態の確認** 冷汗は低血糖の可能性がある。食事は何を食べているか確認した。

利用者等の変化・結果

- **#1:疾患管理の理解の支援** 本人は自分でも対処できなかったことを悩んでいた。訪問看護を開始した。
- **#7:食事及び栄養の状態の確認** 本人、家族へ同席してもらい食事内容を確認し、偏っていたことが判明。受診の際、家族の同行協力が得られた。

在宅医療・救急医療ワーキングチーム会議（緊急時の対応・看取り）

現状と課題	1. 本人の意思に反した（延命を望まない患者の）救急搬送が散見 2. あらかじめ家族等と話し合いを行っていないこと等から望まない救急搬送が行われる 3. 救急現場や医療現場での対応に課題が生じている
目的	1. 本人の意思を尊重するための在宅医療・救急医療の連携体制の構築 2. 在宅や施設でのACPの取り組みの推進 3. 高齢者施設における急変時対応力の向上と情報伝達の均てん化 4. DNAR意思の方の不搬送プロトコルの検討、関係機関の合意形成
方法 (Do)	1. 北見市の在宅医療・介護連携推進事業で関係団体からなる会議を開催(5回) 2. ケアマネジャー、救急隊、高齢者施設を対象とした調査を実施 3. 多職種による在宅医療・救急医療に関するセミナーを開催 4. ケアマネジャー対象に比較的元気な時期からのACPへの取り組み研修会の開催
結果と効果	1. ACPを実施している介護支援専門員は53.8%おり、開始すべき時期が多かったのは「健康なうち」からで61.5%であった 2. 令和5年のCPA件数は203件で、うちDNAR事案数は9件、このうち病院搬送8件、不搬送1件だった 3. かかりつけ医とDNARを事前に協議していたケースは稀と感じる(救急隊の印象) 4. ACPへの取り組みは44%の高齢者施設が「既に取り組んでいる」と回答した
今後	1. 高齢者の家族が医療的対応に納得したかの調査案の検討(対象・方法) 2. 急変時の対応や、ACP推進の研修会開催(高齢者施設向け) 3. ACPを実践しているケアマネジャーの取り組み研修会開催(ケアマネジャー)

令和6年度の在宅医療・救急医療ワーキングチーム会議 活動のまとめ(Doを除いたPDCA)

Plan 本会議の活動目標*	Check 評価・成果・結果	Action 改善
1. 高齢者が希望する医療を受けることができる。	介護支援専門員の42名(53.8%)が在宅でACPを実施しており、また44%の高齢者施設がACPに既に取り組んでおり、希望する医療・ケアが受けられていた。	ACPに取り組む介護支援専門員や施設は限定。実践者増加に取り組むとともに、評価指標についての検討が必要。
2. 高齢者が希望する最期の場所で過ごすことができる。	- 令和5年のCPAの203件に対するDNAR意思表示の事案数は9件だった。残り(194件)がすべて治療を希望していたかどうかは不明である。 - 在宅や施設での最後を希望する人は一定数過ごせていることが分かった。自宅および老人ホーム死は全国平均や札幌市より高い。	- 在宅や施設で最後が過ごせる選択肢の存在を市民へ啓発。 - 急変時の意思表示の方法の検討や、看取りに取り組む施設の課題を調査し、対策を講じることが必要。
3. 高齢者の家族が、医療的対応に納得することができる。	最期の対応に対する家族の納得は調査しておらず、不明である。	家族の納得に対する調査方法や調査時期について検討が必要。在宅および施設に協力していただくことが必要。
4. 高齢者施設、救急隊、救急医療医師、在宅医師、ケアマネジャーなどすべての関係者が疲弊しない持続可能な仕組みができる。	介護職員の不足と医師をはじめとしたマンパワーが不足が今後も進む。ロボットやICTによる情報共有、テクノロジーの活用で代替できる対策を検討する必要がある。	ACPに取り組んでいるケアマネジャーや医療関係者が、患者・利用者との対話内容を共有していく方策を検討していくことが必要。

*参照：「高齢者施設における在宅医療と救急医療コンセンサスシート(案)」(静明館診療所 大友 宣 医師 作成)

令和7年度事業計画 (在宅医療において必要な連携を担う拠点活動としても実施できるか)

大項目	中項目	具体的活動
1. 高齢者施設意見交換会の開催	① 高齢者施設におけるDNARやACPの取り組みの推進。 ② 高齢者施設における施設内救急対応力を高めるための研修内容の検討。 ③ 高齢者施設職員(介護職員)を対象とした救急対応の研修会の開催。 ④ 急変時に救急隊や医療機関へ提供する情報項目を医療機関等の協力を得て検討し、フォーマットを作成。	・ 取り組み施設の事例紹介を主に研修会を開催する。 ・ 意見交換会にて研修内容を検討する。 ・ 意見交換会にて検討を行い開催する。 ・ 意見交換会にて検討を行い、仮フォーマットで試行事業を実施できるか検討する。
2. 地域におけるACP推進のため、居宅および施設ケアマネジャー等を対象とした会議等の開催	⑤ 最期はもとより、状態が安定している時期からのACPの取り組み推進について検討。 ⑥ 施設入所時におけるACPの引継ぎルールについて検討。 ⑦ ケアマネジャー等に対するACP取り組みの研修を実施する。(北見赤十字病院ハートチーム委員会の協力を得て実施)	・ ACP推進の指標や推進のための方法や、入所の際に施設側で欲しい情報などを検討する会議を開催する。 ・ ケアマネジャーの取り組み事例や概論の研修会を開催する。
3. 在宅医療・救急医療ワーキングチーム会議の開催	⑧ 救急要請時の不搬送プロトコル作成や、高齢者家族が医療的対応に納得しているかどうかの調査設計などについて検討を行う。 ⑨ 北まるnet救急医療情報等に記載された情報に対する救急医療機関での取り扱いについて協議を行う。 ⑩ 高齢者施設(有料老人ホームおよびサービス付き高齢者向け住宅等)より本会議メンバーを追加する。	・ 医療機関、消防組合、高齢者施設等でプロトコル作成の必要性の時期を含め検討を行う。 ・ 高齢者の家族が、医療的対応に納得しているかどうかの調査方法を検討する。 ・ 第6回会議(7/24予定)より参加を事務局より呼び掛ける。
4. ACP啓発を目的とした市民向け講演会の開催	⑪ 地域住民に対しACPの啓発を目的とした市民向け講演会を実施する(在宅医療に必要な連携を担う拠点と協働*)。令和7年度は、救急医療機関やケアマネジャーからの匿名化した事例などを報告し、市民に対する動機付けを図る	・ 開催主体は未定だが、医師、ケアマネジャー、家族等の事例紹介などの講演会の開催に協力する。
5. 他団体、他機関との協働	⑫ 北見市医療福祉情報連携協議会が運用している「北まるnet救急医療情報」にACP情報を追加、し医療・介護関係者で共有する仕組みを作る。 ⑬ 北見在宅医療圏域における「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」及び「在宅医療に必要な連携を担う拠点」の活動に協力する。	・ 現行の入院時連絡票のACP情報活用について、1-④、2-⑤の会議で運用方法を検討する。 ・ 医療機関及び拠点の活動が判明次第、可能な協力を行う。

連携拠点の立場で在宅医療の提供体制を読む

消化事業にしない（言われたことをしていると何をしているか分からなくなる）

- 連携拠点に関する道・市の要項は「**取り扱い説明書**」と理解する。

「何がどうなればいいのか」を決める（取り組みゴールの明確化）

- 関係者のコンセンサスは重要だが「**とりあえず何がどうなればいいのか**」をはっきりさせておく。

現状維持でいい（というかそれがせいぜい）

- 理想はあるが達成は不可能。縮小社会で医療サービスが**破綻する時期をできるだけ遅らせる**。

多職種連携とは「新たな役割」への挑戦（恒常性バイアスからの脱却）

- 少ない医師や看護師で在宅医療が維持できる**コメディカル**の「**新たな役割**」の創造が急務。

そもそもの「在宅医療」の範囲を地域で確認しておく

- 対象は訪問診療か**入院医療以外**すべてか

北見で在宅医療連携をどう構築するか

在宅医療の供給量を増加させる(訪問診療医師の増がいいけれど…)

- 高齢者救急(多疾患併存)を受け入れる病院と在宅ケアチームの受け入れルール協議
- 通院困難患者の通院継続を開業医と地域のケアチームで考えられる場づくり

在宅・施設での機能低下を防ぐ多職種連携チーム(通院困難の解消)

- ケアマネジャーが医療専門職に気軽に相談できる仕組み(職能団体の社会貢献に期待)
- 安易に自宅退院困難と判断しない医療機関の退院支援の充実と在宅医療への理解

「望む生活・暮らしの意向の実現」が在宅医療の目的という規範的統合の醸成

- 退院前のACPや患者の意向や方針が、「退院後が変わるのは当然」という互いの理解
- 退院後の生活継続の担い手は在宅医療担当者のみならず、入院医療担当者も共に考える