

北見市医療・介護連携支援センター ニュースレター



北見市医療・介護連携支援センター
〒090-0837 北見市中央三輪2丁目302-1
医療法人社団高翔会 北星記念病院内
TEL 0157-51-1244

専門性の越境は多職種連携の進展につながるか

北見市医療・介護連携支援センター 関 建久

北見市医療・介護連携支援センターでは北見市が主催する自立支援型地域ケア個別会議への運営協力や北海道理学療法士会道東支部にご協力頂き、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を実施しています。多職種連携は今後、益々重要となるテーマです。しかし医療・介護資源の減少や超高齢者の人口増の時代を迎えるにあたり、このままではマンパワーが不足します。そこでこれからの多職種連携の在り方について、意見を掲載します。

■ 事例検討における職能の専門性と意見・提案

数年前まで、多職種が集まり事例検討を行う際、私が気になっていたことがありました。それは「医師として」とか「リハビリでは」といった自己の職能を前置する発言です。もちろん医師でない者が診断や治療をすることはできません。そうではなく、職能を前置することで発言を自己擁護しているような態度を感じたのです。しごくもつともな話です。医療機関内で実施するカンファレンスのように、患者さんや利用者の情報をすべて知っているわけでもなく、発言の責任を負う院内の医療チームのメンバーでもありませんから当然です。きっとそれはよく知らない患者さんや利用者に対する「遠慮」のようなものなのかもしれません。多職種が意見をいう場では恐らくこういった遠慮という「配慮」が多職種連携による各職能の知見の効果を狭めたり、もう一步連携を進めたいのに進まない楔形(くさび)のようなものだと私は感じていたのでしょう。

そういう意味で多機関の地域関係者が集まる事例検討の場における多職種の発言は、「意見や提案」の扱いであり強制力はありません。であればもう一步踏み込んで、多様な意見や職能の枠にとられない形で事例検討が実施できないものかと考えていました。こういった「意見」は提出された事例を今後展開する上で、新たなそして大きな各職種の「気づき」となり、地域での支援を広げる効果をもたらすでしょう。

多職種による事例検討という事業の目的は、本人の意欲や強みを引き出し、生活の継続を支えられるような支援に近づけることです。こうした多職種とのやり取りが互いの視点の共有化につながり、連携の目的に近づきます。

■ 共通言語の活用と地域支援の充実

そこで北見市では令和5年度より地域ケア個別会議（北見市では「自立支援型地域ケア個別会議」と呼称しています）に適切なケアマネジメント手法を活用する運用を開始しました。従来の会議と異なるのは事例提供者の支援内容や多職種による助言や意見を適切なケアマネジメント手法に

おける「基本ケア項目(44項目)」を共通言語として用いて検討することです。

適切なケアマネジメント手法とは、要介護高齢者本人と家族の生活の継続を支えるために、介護支援専門員の先達たちが培ってきた知見に基づき、想定される支援を体系化し、その必要性や具体化を検討するためのアセスメント、モニタリングの項目を整理したものです。

会議では最低限の事例紹介ののち、検討したい事項を基本ケア項目に従い事例提供者が説明します。数点の多職種による質問を経て、提供者の提示した基本ケア項目や、追加するべき支援について基本ケア項目が提案されます。

適切なケアマネジメント手法を活用して効果的だと私が感じたのが、多職種は提案する基本ケア項目の理由「なぜこの支援が必要だと思うのか」を述べるだけで意見や提案が済むことでした。

従来であれば支援の理由に留まらず、「こういう支援をしてはどうか」という支援内容も説明が必要です。しかし既に基本ケア項目に詳しく記述されているのです。短時間で意見が済めば多くの他の意見や提案を会議で展開することが可能になり、会議の効率化につながります。それだけではなく、年間を通じて基本ケア項目の番号の頻度を調べることでより地域のケアマネジメントの課題も抽出できる副産物となります。

会議後に事例提供者は各職種から提案された意見と採用した意見のみならず、修正した支援内容と支援結果をA4サイズにまとめ会議運営者である北見市へ提出します。これに匿名性を確保した上で事例集としてまとめ、市内の多職種へ供覧するところまで実施します。これにより、多くの関係者が課題に対する支援のバリエーションを知り、かつ適切なケアマネジメント手法の普及につながります。

つまり会議の目的である、①地域におけるケアマネジメントの質の向上、②地域における課題の抽出、③適切なケアマネジメント手法の普及と活用の拡大に資する多職種による取り組みに繋がるようにしています。

目次：

専門性の越境は多職種連携の進展につながるか	1
認知症通所者のケアの工夫について意見交換をしました	2
高齢者施設の急変時に備えた対応を考える第2回在宅医療・救急医療セミナーを開催しました	3
ケアマネジャーと多職種向け「望む生活・暮らしの意向」から始める対話とACPの研修会を開催しました	4



北見市医療・介護連携支援センター
ホームページ

北見市医療・介護連携支援センターのホームページです。是非ご覧下さい

年3回(6月・10月・2月)発行

北見市内医療機関・介護保険事業所・医療・介護関係団体等全256ヶ所へ配信しています。配信希望の方はセンターまでメールをお願いします。

■ 薬剤師の発言による多職種連携の可能性

北海道薬剤師会北見支部による研修会で、ある薬剤師の方の発言が印象に残りました。「これまで薬剤師は薬学的観点や薬剤管理についての助言・指導に留まっていた。これからは介護現場での視点を共有して、ケースに寄り添った気づきを薬剤師として伝える事が必要なのではないか」というものです。在宅医療や在宅ケア領域において多職種が連携する目的は利用者本人や家族の自立支援と生活の質の向上です。指導よりも介護現場での困りごとである、脱水・栄養失調、転倒・誤嚥、認知機能低下、生活不活発、慢性疾患の増悪、家族との関係の介入などに対し、いわば「越境し

た」気持ちで発言していくことがこれからの多職種連携の姿になると気づいたのです。

地域の多職種連携では、チームワークモデルの3つの類型のうち、急性期やICUなど医師の指示に基づき、あらかじめ決められた役割をこなす「マルチモデル」ではなく、在宅・地域ケアチームのような、多職種間で役割固定がなく、横断的な支援を行う「トランスモデル」を意識したモデルが関係者に浸透していくような取り組みを今後も進めていきたいと思えます。(下記図を参照)令和7年2月25日(火)の夜に今回の記事をテーマとした「在宅医療・介護の多職種連携研修会」が開催されます。是非お申込みください。

チームワークモデルの特徴

	図	相互作用性	役割の開放性	階層性	特徴
マルチモデル (権威モデル) 急性期・ICU		〈小〉 独立実践が基本	〈無〉 専門職の役割の明確化 高度な専門性の駆使	〈有〉 医学モデルに基づく課題は専門職別に達成	医師の指示に基づき、あらかじめ決められた役割をこなす 院内のカンファレンス
インターモデル (コンセンサスモデル) 回復期・慢性期		〈大〉 専門職相互の意思決定	〈一部あり〉 役割の重複 平等主義	〈無〉 異なるスキルを用いて専門職が協働	各職種の専門性を基に活発に意見交換する 退院前カンファレンス
トランスモデル (マトリックスモデル) 在宅・地域・施設		〈大〉 他専門職の知識技術の相互吸収	〈有〉 役割の代替可能性 高度な技術使用の可能性は低い	〈無〉 意思決定過程における専門職の知識技術の寄与 相互依存性と平等性	多職種間で役割固定がなく、横断的な支援を行う 在宅ケアチームのカンファレンス

保健医療福祉領域における「連携」の基本的概念整理;吉池,栄(桃山学院大学総合研究所紀要 第34巻第3号)

在宅医療・介護の多職種連携研修会申し込み
<https://forms.gle/mQqwatvLL4PQo7mX6>
 (Googleフォームが開きます)



認知症通所者のケアの工夫について意見交換をしました

第6回 通所サービス意見交換会 開催報告

去る令和7年1月14日に第6回目となる通所サービス意見交換会を開催し、30名が参加しました。今回は通所事業所における認知症利用者のケアの工夫や通所介護との連携による事例をご紹介します。



【事例1】事業所の外へ出たがる利用者をスタッフで情報共有し、対応により外出欲求が低減した例

80歳代の男性利用者の帰宅願望に対する取り組みです。スタッフ間での情報共有と観察に基づいて、上着を見えない位置に保管するなどの対応策を実施した結果、帰宅願望が大きく減少しました。利用者の行動観察とスタッフ間の情報共有が重要で、個別のケアに時間と労力を費やすことの必要性が報告されました。

【事例3】ケアマネジャーと通所介護サービスとの情報共有、統一した関わりで認知症症状が低減できた例

中等度認知症の80歳代の女性の方です。骨折後の退院後の通所介護が中断してしまいました。ケアマネジャーは当初のアプローチを反省し、Aさんの生活歴や希望を詳しく聞き取り、小規模な通所サービスへの変更と自宅での役割回復を目指す新たな方針を立てた結果、通所先で実施したお手伝いに他の利用者から「ありがと」と感謝され生き生きと暮らせるようになりました。認知症患者の全体像と個別のニーズに着目したケアプランの重要性が報告されました。(下記スライド参照)

【事例2】通所、訪問やお泊りなどのサービスの活用とスタッフ間の情報共有や統一したケアにより認知症状が軽減した例

90歳代女性、要介護5の暴言・暴力がある小規模多機能型居宅介護の利用者です。従来のケア方法を見直し、利用者の個別ニーズに焦点を当てるアプローチを行い、スタッフは利用者の立場に立って考え、より柔軟なケアを提供するようにした結果、利用者の表情が穏やかになり、感謝の言葉が増え、食事量の増加などの成果が見られました。またスタッフが「できる方法で考える」姿勢を重視するとともに、スタッフの意見を否定せず受け止めることの大切さや、利用者の気持ちを理解する「当事者意識」の重要性が報告されました。

「役割を取り戻す、活かす」生活へ目標を変更

- ・生活歴を再度聞き取りアセスメント
 - ・専業主婦で家族以外と交流することはなかった。大人数のデイサービスが苦手。
 - ・次男嫁が家事を担い、家族に迷惑がかかる。役割の喪失。
 - ・「転ばない」以前の目標から、「役割を取り戻す、活かす」生活へ目標へ変更。
 - ・本人・家族と目指すべき方向が納得した上で再度通所サービスを利用。
- ・事業所を小規模へ変更、基本情報書を再作成しケアプランを修正
 - ・長期目標：食後の茶碗洗いの役割が担えるようになる。
 - ・短期目標：食べ終わった茶碗は台所まで運べるようになる。
 - ・支援内容の修正：サービス内容に通所利用時の茶碗洗いの練習や配膳・下膳を明記。
 - ・理由：入院時に作成した基本情報書は生活歴の内容も薄く、事業所へ支援依頼をする際にも有用ではなかった。生活歴をしっかりと記載することで、利用依頼時にも担当者会議の中でも、今後の生活について説明ができるようにした。

高齢者施設の急変時に備えた対応を考える

第2回在宅医療・救急医療セミナーを開催しました

第15号

去る令和6年11月22日に「第2回 在宅医療・救急医療セミナー」を開催しました。参加者数は102名と多くの方にご参加いただきました。本人と家族のやり取りや、医療・介護関係者間などの情報の共有という全体の課題を、各機関や施設の立場を踏まえた上で実施していくことが重要であることを確認しました。セミナーの実践報告を紹介します。

■在宅医療・救急医療セミナーとは

本セミナーは北見市の在宅医療・介護連携推進事業にて設置した「在宅医療・救急医療ワーキングチーム会議」の事業です。多くの住民が人生の最期を自宅等の住み慣れた場所で迎えることを希望しています。しかし実際には、事前に家族と話し合いを行っておらず望まない救急搬送が行われていたり、急変時では自らの意思を表明できない状態で救急搬送されることから、救急現場や医療現場での対応に課題が生じています。在宅医療の需要増や、高齢者の救急搬送件数の増加を踏まえ、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を目的としてセミナーを開催しました。

【報告1】高齢者施設の救急対応やACP等の課題

北見市医療・介護連携支援センター

高齢者施設を対象に、急変時の対応とACPの取り組みについて調査を行いました(n=50)。救急搬送時に救急隊へ提供する情報を事前にまとめている施設は30%、ファイルを確認し口頭で伝えている施設は66%でした。ACPへの取り組みについて44%の施設が「既に取り組んでいる」と回答し、「取り組みたいが方法が分からない、自信がない」「今後検討していきたい」と回答した施設は34%でした。

【実践報告2】高齢者施設の救急搬送の現状と課題

北見地区消防組合

次の3点が令和5年の調査として報告されました。①高齢者施設からの救急要請は、全体の約10%である。②CPA(心肺停止)事案のうち約25%は高齢者施設となっており、一般的な場所よりも約3倍遭遇する確率が高い。③DNARという情報が救急隊へ知らされず、本人の意思とは異なる救命処置が行われ3次医療機関へ搬送となってしまった事案があった。

【実践報告3】特別養護老人ホームこもれびの里

入所契約時、看取り意向の確認をするが、殆どのご家族は話し合いをしていない。「今はわからない。考えられない。」「最期は病院で見てもらえるんじゃないの?」「看取りってなに?」「施設で看取ってもらえるならそうしたい。」「以前から延命しないって言っていた。」という回答が多くみられる。また特養は医師が常勤しておらず、夜間は看護師がオンコールで対応している。そのため急変時に家族が看取りや延命を希望しない場合は、救急搬送となる。ACPIについては入所してから話し合うのではなく、在宅で生活している時よりケアマネジャーや主治医と話し合いを実施して欲しい。

【実践報告4】認知症グループホームふれやか

急変した利用者が看取りケアの方が救急搬送対応の方を職員全員が周知、理解している事が重要である。そのため日常的に体調の変化等を発見し、早期受診につなげている。急変時の容態を判断するにも観察力や経験、訓練が必要で、特に1人勤務の際、慌てない対応が求められる。

【実践報告5】サービス付き高齢者住宅 オカリナ館

緊急時の連絡体制は文書化しており、救搬時に対応している。しかし現状は管理者へ連絡を入れ指示を仰ぐ場合も



ある。急変の際の救急隊や医療機関への情報提供は独自で作成した「個人カード」を使用している。しかし発熱があると、搬送先を探すことに時間を要し搬送先が決まらない。また、ご家族が遠方の場合、救急搬送に職員が付き添っている。しかし夜勤は介護職員1人の勤務ため、別の職員を出動させ、そのあと救急車を要請することがある。困っている点は、明らかにいつもと様子が違う、しかし救急車を呼ぶまでもないような気がする。また本当に救急車を要請してもよいのか等介護スタッフでの判断がつかないときである。ACP・看取りについてはご家族に意思確認をしたものの、急変の際、延命を要求をされる場合がある。また看取りに対して、経験が浅いスタッフもあり、定期的な看取りの研修、勉強会が必要。

★

【全体討論】全体討論では以下のことが話し合われました。

【救急隊】救急搬送時の病院選定にあたり、かかりつけ医の確認が重要。しかし申し出ても現在は通院していない事案もある。

【在宅医】ACPを堅苦しいもの、きっちりしたものと考えないようにしたい。普段の暮らしの対話のなかで、過去のエピソードを聞きながら近い将来のことを聞くといった進め方でもよいのではないかと。また近年のコロナ禍より、主治医、入所者と家族との会話が減少した結果、互いの意思疎通が出来なくなったこともあるだろう。

【救急医療機関医師】報告のあった高齢者施設はこれまでの取り組みの成果である。大きな苦勞があったと推察する。しかしすべてがそういう施設ではない。救急医療を担当する側として、治療に対する方針や程度を出来れば事前に話しておいて欲しい。例えばキーパーソンが誰か、本人の意思表示の有無やこれまでの対話の経過などをフォーマットでまとめているだけでも救急現場では方針決定に役立つ。

【介護支援専門員】元気なうちから今後の医療・ケアについては必要だと考えているが、どう聞いたらよい分からないケアマネジャーも多い。認知症が進行した時点で本人の意思を確認することは難しいが、そのきっかけがつかめないのが現実である。

【訪問看護師】訪問先で施設へ声かけを行い、ACP開始を提案することがある。現場で困っている介護職員もいる。施設職員を対象とした研修の実施があれば協力が可能である。

【救急科医師】高齢者施設の救急研修のテーマは色々ある。施設の種別により求める対応も異なる。どういったニーズかを把握した上で、まずはとっさの時に慌てずに対応できることが目標であろう。

【まとめ】

高齢者施設では医療職の配置がなく、ACPや救急対応に苦慮していることが明らかとなりました。搬送時にACPや病状を統一した書式にしたり、ACPの研修を行うなど、セミナーを今後も継続して開催するとともに、多くの高齢者施設へ参加や関心を持っていただくよう取り組んで参ります。

ケアマネジャーと多職種向け「望む生活・暮らしの意向」から始める対話とACPの研修会を開催しました

令和6年8月に北見地域介護支援専門員連絡協議会等の協力を得てケアマネジャーを対象に、ACPへの取り組みや取り組みづらさについての調査を実施しました。その結果、35.8%の介護支援専門員がACPを実施していました。またACPを開始すべき時期について61.5%の介護支援専門員が「健康なうち」からと回答しました。この結果から最期はもとより、比較的安定した病期において「今後の生活の意向」といったACPのなかでも比較的初期の段階での「対話のあり方、方法」を介護支援専門員が知ることが、ケアプランの立案も含めてACPの推進に有効ではないかと考えました。そこで「望む生活・暮らしの意向の把握」とを基礎とした研修会を令和6年12月に開催しました。研修会の報告内容を紹介します。



【報告1】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 北見市医療・介護連携支援センター 関 建久

ケアマネジメントにおいてACPは必要だと思っても取り組みづらい実情を調査結果とともに報告しました。調査結果を踏まえ今後の取り組みを報告しました。

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」だった。次に同数で、「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。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。

【講義1】比較的安定した病期におけるACPの取り組み

北見赤十字病院 外来看護管理室 看護師長

慢性疾患看護 専門看護師 寺山 葉子氏

切羽詰まった状態での意思決定ではなく、余裕のあるときから少しずつ、どう生きるかを考えておくこともACPの取り組みであることを学びました。

意思決定能力が低下した時に備えた将来の医療・ケアに関する話し合い（延命治療等）という「狭義のACP」に対し、意思決定能力を失った時に備えた内容に限らず、患者の現在・未来にどのような治療・ケアを望んでいるかという「広義のACP」の2種類がある。

広義のACPでは、価値観・信念・思想・信条、人生観・死生観、大切にしていること、譲れないこと、願い・目標、気がかりや不安、代理意思決定者といったもの。

ACPと似ているものでALP (Advance Life Planning) という考え方がある。これは人生観や死生観をもとに、自分は何を大切にしているのか、どのような人生を歩みたいかについて考えるものであり、例えばどこで暮らしたい、どんなふうに暮らしたい、誰と過ごしたい、〇〇なら生きていく意味がないという選択にかかわるものでケアプランに活かせる考えである。

ACPには3つの要素がある(右上図参照)。重要なのが「本人の人生観、価値観をシェアする会話」である。どうやって生きたいか？、自分の価値観、人生の目標、治療に関する好み、好きなこと、楽しみ、大事にしていること、生きがい、欠かせない能力、嫌いなこと、譲れないこと、気がかりなこと。加えて、それはなぜか？を聞いてみる。ネガティブなことは最初は聞

ACPの3つの要素

本人の人生観、価値観をシェアする会話	代理意思決定者の指定	具体的な治療に関する希望の決定、事前指示(リビング・ウィル)の作成
--------------------	------------	-----------------------------------

もっとも大事！

できるだけ多くの周りの家族、支援者と共有する

かない。ポジティブなことから聞く。本人の人生観・価値観を周囲の人々が捉えていれば、本人が病状を理解して判断したり、明確な意思を表明できなくても、本人の意思を推定し、本人にとっての最善の判断につながる。

信頼関係を構築し、ポジティブな話だけでなく次第に、「こうなったら生きていく意味がないと思うことはありますか？」といったネガティブな話へと深掘りしていく。

【報告2】本人の意向から将来の医療・ケアに対する意思決定する取り組み実践

北見地域介護支援専門員連絡協議会 副代表

平林 美奈子氏(北見地域ケアプラン相談センター 管理者)

ケアマネジャーはいつ、どうやって話をしたらいいんだろう？といったACPに対する苦手意識がある。「コロッと死にたい」をキーワードとした事例を紹介していただきました。

90歳代女性、独居、要介護1。ある日親戚が亡くなり、本人から「コロッと死にたいわ」という言葉を聞いた。ケアマネジャーは「今の時代コロッとなんて死ねないよね。もし具合が悪くなったらどうする？身体が動かなくなったらどうする？」と問うと本人は「身体が動かなくなっても施設には行きたくない。具合が悪くなっても病院には行きたくない。ここで死にたい。90歳も過ぎたんだからいつ死んでもいいわ」と話される。

1年くらい経ち、外にできることが減って庭の草取りもしておらず、不調の訴えが増えてきた。ケアマネジャーより「調子悪くなったり、具合悪くなったらどうする？施設とか考える？」と聞くと本人は「年だから仕方ない。施設には行きたくない」

さらに1年後、トイレ以外は臥床で食事、水分摂取量が低下してきた。本人に施設について確認すると「仕方ない。それしかない。」息子さんと相談し、看取りのできる住宅型有料老人ホームへ入居となった。

意思疎通ができなくなる前にいつもの訪問の中で何気なく聞くには、これまでの生活など話をしていくなかで本人のことを知っていく。体調のことや身体のことなど話をしていく中できっかけを見つける。体調の変化、身体機能の変化、生活状況の変化を見逃さないということが重要である。