



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

多職種連携の共通言語として適切なケアマネジメント手法を活用する (座談会)

北見市は令和4年度の在宅医療介護連携推進事業として「適切なケアマネジメント手法実践研修」を実施しました。本手法はケアマネジメントの標準化を目指すほか、多職種連携の際に相互の考え方を繋ぐ共通言語としての活用も想定されています。本手法を学んだケアマネジャーと専門職にお集りいただき、多職種連携の際の効果的な適切なケアマネジメント手法の活用方法について話を伺いました。

Ⅰ 適切なケアマネジメント手法とは

「適切なケアマネジメント手法(本手法)」は、これまでのケアマネジャーの知見を基に、要介護高齢者の状況や疾患群に応じ、「想定すべき支援の仮説」を体系的に整理したものです。将来の生活予測におけるケアマネジャーの知識水準の確保と、多職種連携の推進を目的に厚生労働省老健局で検討されています。令和2年度に「基本ケア(44項目)」及び5つの「疾患別ケア」(脳血管疾患、大腿骨頸部骨折、心疾患、認知症、誤嚥性肺炎の予防)がとりまとめられました。

実践研修では「基本ケア(以下を参照)」を活用し、全4回、のべ11時間かけ、支援内容の抜け漏れへの気づき、見直しをグループワークで実施しま

した。北見市内外の25か所の居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、介護保険施設から47名の介護支援専門員が受講しました。

本座談会にご参加いただいた団体、関係機関は以下の通りです。(座談会の様子は次頁より)

関係団体

- 北見地域介護支援専門員連絡協議会
- 北海道理学療法士会道東支部
- 北海道訪問看護ステーション連絡会北見地区
- オホーツク圏域在宅歯科医療連携室
- 北海道栄養士会オホーツク支部
- 北見市保健福祉部 地域包括ケア担当主幹 オブザーバー参加
- (株)日本総合研究所 創発戦略センター
- 厚生労働省 老健局 認知症施策・地域介護推進課

適切なケアマネジメント手法 基本ケア44項目 (日本総合研究所)

Ⅰ 尊厳を重視した意思決定の支援			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	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	Ⅱ-1 予測に基づく支援	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
		2 併存疾患の把握の支援			21 水分の摂取の支援
		3 口腔内の異常の早期発見と歯科受診機会の確保			22 口腔ケア及び摂食嚥下機能の支援
		4 転倒・骨折のリスクや経緯の確認			23 継続的な受診・療養の支援
		5 望む生活・暮らしの意向の把握			24 継続的な服薬管理の支援
	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		Ⅱ-1-3 継続的な自己管理の予防の支援	25 体調把握と変化を伝えることの支援
		7 食事及び栄養の状態の確認			Ⅱ-1-4 心身機能の維持・向上の支援
		8 水分摂取状況の把握の支援			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			27 継続的なリハビリテーションや機能訓練の実施
		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			28 感染症の予防と対応の支援体制の構築
Ⅰ-2 意思決定過程の支援	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	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	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
		12 転倒などのからだに負担の掛かるリスクの予測			30 休養・睡眠の支援
		13 感染症の早期発見と治療			31 口から食事を摂り続けることの支援
		14 緊急時の対応			32 フレイル予防のために必要な栄養の確保の支援
		15 本人の意思を促すためのエピソード等の把握			33 清潔を保つ支援
	Ⅰ-2-1 本人の意思を促す支援	16 日常生活における意向の尊重		Ⅱ-2-2 食事の支援	34 排泄状況を確認して排泄を続けられることを支援
		17 意思決定支援の必要性の理解			35 喜びや楽しみ、強みを引き出し高める支援
		18 意思決定支援体制の整備			36 コミュニケーションの支援
		19 将来の生活の見通しを立てることの支援			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
		20 将来の生活の見通しを立てることの支援			38 持っている機能を発揮しやすい環境の整備
Ⅲ 家族等への支援	Ⅲ-1 家族等への支援	40 家族等の生活を支える支援及び連携の体制の整備	Ⅲ-2 ク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
		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			44 同意してケアに参画するひとへの支援
		42 本人や家族等にかかわる理解者を増やすことの支援			
		43 本人を取り巻く支援体制の整備			
		44 同意してケアに参画するひとへの支援			
	Ⅲ-2 クアに参画するひとへの支援	45 同意してケアに参画するひとへの支援			
		46 同意してケアに参画するひとへの支援			
		47 同意してケアに参画するひとへの支援			
		48 同意してケアに参画するひとへの支援			
		49 同意してケアに参画するひとへの支援			

目次：

多職種連携の共通言語として適切なケアマネジメント手法を活用する	1
北見地域における高齢者医療と救急搬送の課題を考える	3
リハビリテーション前置ケアプラン支援事業の評価と次年度以降の取り組み	4



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

Ⅰ 適切なケアマネジメント手法を学び、ご自身の今までのケアマネジメントと比べどんな変化がありましたか。

本手法を学んだ結果、今まではケアマネジャーという支援者側が関心を持つことばかりを情報収集していたことに気づきました。本手法を活用した



結果、利用の暮らしを理解する支援者としての幅が広がった気がします。また他職種への相談の際に、「どう聞か」や「なぜ聞か」を本手法で確認できるとともに、手法に記載されていることにより、根拠があるのだと自信をもって相談ができるようになったと感じます。これを更に推進していく上で、本手法はケアマネジャーのみならず相談相手の専門職も理解していると更に良いと感じました。

またモニタリングの際は、これまでは新たな課題に気が付かなければ素通りしていました。しかし本手法の活用により、水分や体重などを確認するなかで、ケアマネジャー側で気づかなかった利用者の暮らしの意向の発見につながりました。その結果、水分や体重など疾病管理の支援は疾病の再発防止に留まらず、本人の望む生活へ近づけることになると考えられるようになりました。本人の意向を確認していると、他職種へ相談する際、「なぜそれを尋ねるのか」にあたっての根拠や理由づけとして活用できます。

Ⅰ 専門職から見て、本手法における基本ケアの分類と考え方についてご意見をお聞かせください。

管理栄養士として本手法を共通言語として活用するためには、我々も本手法を理解しておくことが重要だと感じます。ケアマネジャーからの相談を、手法の項目に沿って問われることで、例えばなぜ栄養状態を確認したいのかが分かったと、具体的な助言に早くに辿り着くことが可能となります。



看護師からみて、本手法の項目は私たちに馴染みのある項目であり、私たちが日頃観察したり、聞き取ったりすものに近いと感じました。また本手法の項目すべての情報をケアマネジャーだけが収集するより、他の職種と共同し、チームとして情報収集を実施するのがよいでしょう。

歯科領域でも単に「治療をお願いしたい」と依頼される手前の段階で本手法の項目に沿い、ケアマネジャーから相談していただければ、生活課題と口腔の関連から歯科受診に至らず、助言が可能な場合もあります。

理学療法士会では地域包括支援センターのケアマネジャーへ個別事例の助言事業を実施した経験があります。これを含めて本手法では、ケアマネジャーから利用者の課題を焦点化して質問されるので、理学療法士として今までより具体的に深い内容を問われると感じました。また一つの項目の支援内容の検討は、他の項目へも連動することから、ケアマネジャーと専門職との相互の気づきにつながっています。

Ⅰ 本手法は今後どんな場面で活用できそうでしょうか。

北見市では個別事例を検討する会議を実施しています。今後この手法を会議でも活用することで、利用者の意向の実現や課題の解決を進めやすいと感じています。今ある会議に本手法を取り入れる変更を現在検討中です。令和5年度からの実施を検討しています。

またケアプラン点検について、北見市では居宅介護支援事業所の指導に本手法を活用してケアプラン点検を実施しました。脳卒中と骨折の事例に対し、疾病の管理の観点から、血圧値の把握や再発予防のための水分量の把握などをケアマネジャーと一緒に検討しました。本手法の項目に沿い、支援内容の必要性について「あたり」をつける作業はケアマネジャーと一緒に進めやすいと感じました。

Ⅰ 今後介護支援専門員の技能の均てん化の観点から職能団体としてどのように展開できそうでしょうか。

今回の実践研修は47人が受講しました。このうち北見市から受講したケアマネジャーは35人で、北見市で働くケアマネジャー約300人の約1割強に過ぎません。今後はすそ野を広げて本手法が活用できるよう、ケアマネジャーの職能団体として、2ヶ月に1回実施している事例検討会での場面で活用し、本手法を理解するケアマネジャーを増やす予定です。また事業所内で実施している事例検討会での活用も実施してみるなど、職場内の研修(OJT)として使えると思います。

令和5年度は本手法を会員へさらに積極的に拡大したいと考えています。まずは居宅介護支援事業所の管理者らを対象に今年度と同様の基本ケア項目を中心とした実践研修を開催し、令和6年度には疾患別ケアへも展開したいと考えています。

Ⅰ 本実践研修は厚生労働省の事業として実施しました。今後本手法を普及するにあたり、事業受託者の日本総合研究所よりアドバイスをいただきました。

この手法を知るケアマネジャーのすそ野を広げる活動は引き続き大事だと思います。

加えて、今回受講した方へに対しては、より実践で活用するための研修の実施を提案します。今回の実践研修で活用した「自己点検シート」の結果から、受講した多くの方が苦手と感じた項目を抽出し、あえてその項目に関して「どのように利用者や専門職へ聞いていくか」や「誰にどんな言い方で聞か」などを話し合う研修会です。より実践へ結びつく研修をとるのではないのでしょうか。既に、本手法の項目を理解した上の次の段階として、こういった研修を実施している地域もあります。

Ⅰ 厚生労働省よりコメントをいただきました。

本日現場で働く多職種の方々から評価の声を頂けたことで、本手法による多職種連携の効果をより期待するとともに、普及に努めて参ります。また介護支援専門員の法定研修として、昨年実施したパブリックコメントで令和6年度から本手法を学ぶこととする案をお示しました。しかし、法定研修のみならず、実践研修のように実践の場でより多くの介護支援専門員の方へ習得・活用して頂くことが肝要であり、各地域の団体より実施して頂くことが重要です。

多くの方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、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ています。また、生命の危険が迫った状態では多くの人が自らの意思を表明できない状態で救急搬送されることが多く、救急現場や医療現場で対応に苦慮しているようです。そこで北見市は、厚生労働省医政局が主催する「在宅医療・救急医療連携セミナー」を今年度2回実施しました。北見地域における、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について、関係者間で協議しました。セミナーで挙げられた課題と今後の取り組みについて、関係機関の方よりお話を伺いました。

Ⅰ 過日は在宅医療・救急医療連携セミナーへご参加いただき有難うございました。2回に渡るセミナーの結果、北見地域における課題と対策は以下の通りです。

- ACP（アドバンス・ケア・プランニング）や救急搬送に対する関係者の理解と啓発をしていくことが重要。
- 意思決定された情報の北まるnetでの共有と、日常の療養支援と緊急時の対応について関係者がトリアージできるルールづくりが必要。
- 上記をテーマとして広く関係機関・関係者を集める合議体を設置して継続協議することが必要。

Ⅱ 今日は特に高齢救急搬送時の課題をお尋ねします。北見地区消防組合消防本部 救急企画課の橋本課長、高齢者の救急搬送にはどんな課題がありますか。

高齢者の救急搬送時の課題としては、患者さんの情報収集に時間を要していることです。現場のイメージですが、北見地域では高齢者からの救急要請は独居の方が多く印象があり、緊急連絡先やかかりつけ医などの情報を聞き取る際の意思疎通に時間を要しています。また施設等からの要請による救急搬送の場合でも、多くの入所者情報に対し、少ないスタッフがあらかじめ熟知しておくことは難しいのか、ファイルで調べるなど意外に時間を要しています。救急要請先で救急隊の現地滞在時間が長くなれば、当然その分医療機関への搬送が遅れます。



橋本課長

Ⅲ 施設からの救急要請に対しても情報収集に時間を要するのは意外でした。治療などに対する本人の希望を含め、基本的な情報項目を事前に取りまとめておく必要がありそうです。では北見医師会副会長の木村先生へお尋ねします、脳神経外科医として高齢者の救急医療現場ではどんな課題がありますか。

救急医療機関では、搬送後にリスクを伴う検査や治療を開始する際、本人や家族の同意や意思確認が遅延し、症状の悪化を招くケースがあります。本人や家族の同意や意思が確認できない場合、「適正な医療」という観点から、緊急で院内の会議を開催する場合があります。特に自立できていない高齢者や認知症などを併存する



木村副会長

高齢者に対しリスクを伴う救急医療をどこまで行うかという問題があります。その際の「適正な医療」の度合いは本人の意思やその背景などを含めて判断しますが、この情報をどう得るかが課題となります。

Ⅳ 厚生労働省の田上さんへお尋ねします。国は在宅医療の関係者間で情報共有や連携のあり方に関するルールを策定し、次期の医療計画の指針において、消防機関や後方支援を行う医療機関を関係機関を含め、協議の場への参加を促すという方針が検討されています。

その通りです。この指針を北見地域で進めるにあたっては、在宅医療における対象を、若い方など広い範囲で捉えるのではなく、まず超高齢者の救急対応に限定して検討するのが良いかもしれません。対象となる高齢者の状態像をイメージしつつ、その方にとっての受けるべき医療やトリアージなど、地域の救急対応のあり方を、この地域の文化的な背景を含めて検討するのも方法の一つでしょう。



厚生労働省 田上様

Ⅴ 高齢者の意思を実現するために、救急要請時のルールや医療機関での「適正な医療」の実施には関係機関の協議による合意が不可欠です。関係機関の協力体制構築について、北見市としてはいかがですか。

北見市で暮らす高齢者の人生の最終段階に対し、その方の意思を実現することは行政としての責任があると考えます。北まるnet救急医



北見市 大貫主幹

療情報に住民の意思が記載され、関係者で共有されるのみならず、さらに関係機関による連携ルールの協議を進めることが意思決定を実現するために必要であると認識しています。そういった意味では広く関係機関による合議体を設置して協議していく必要があります。

在宅医療を担う医療機関と救急医療機関・消防機関との連携の強化と介護の連携は益々欠かせません。高齢者救急をはじめとした課題を協議する場を検討していきます。

座談会は以下の方にご参加いただきました ありがとうございます

- 北見医師会 副会長 木村 輝雄先生（北見赤十字病院 脳神経外科部長）
- 北見地区消防組合消防本部 救急企画課長 橋本 貴幸様
- 北見市 保健福祉部 地域包括ケア推進担当主幹 大貫 幸代様
- 厚生労働省 医政局 地域医療計画課 外来・在宅医療対策室 田上 幸輔様 [司会] 北見市医療・介護連携支援センター 関 建久

リハビリテーション前置ケアプラン支援事業の評価と次年度以降の取り組み

リハビリテーション前置による重度化予防ケアプラン支援事業とは、ケアマネジャーによる介護予防ケアプランの立案に先立ち、プラン立案前に理学療法士による「できるADL(予後予測)」の助言(リハビリ前置)を受け、かつモニタリングや評価を共有する事業です。北見地域包括支援センター連絡協議会と北海道理学療法士会道東支部の協力を経て、今年度17人の方に試行的に実施しました。事業の効果や、今後の可能性について、事業に協力していただいた皆さんに伺いました。



会議の様子

Ⅰ ケアマネジャーのみならず利用者の意識が変わった

本事業に関わった地域包括支援センターから、利用者の具体的な身体機能の予後予測を専門職の助言を基にケアマネジャーが理解することで、利用者からの信頼関係が高まったと感じたそうです。その理由は、①助言を受けた支援内容をケアマネジャーが咀嚼した上で利用者へ直接説明でき、ケアマネジャー自身がしっかり理解したこと。②支援の過程と結果が利用者と共にできたことの2つであったようです。また専門職の助言を受け、アセスメントとモニタリングをケアマネジャー自身が行った結果、支援過程のすべてにケアマネジャーが関わったことも信頼関係が高めることにつながったと思われました。

理学療法士会からは、患者さんを直接見ず助言を実施する場合、一般的で広く浅い助言になってしまう可能性がある。今回は利用者の具体的な様子と課題をケアマネジャーと書面で複数回やり取りすることで個別性の高い助言が可能となった、という意見が聞かれました。

Ⅱ 本事業の効果と今後について

以下の意見を両会よりいただきました。

- 現在、同様の助言が得られる事業に自立支援型地域ケア個別会議があるが、回数やケアマネジャーが聞きたいタイミングでできない。本事業のようなタイムリーな場があるとよい。
- 利用者の意識が変わり、利用者にとって自助意識が高まる効果があった。確実な介護予防の効果になっていると思う。今回の事業がなければ、明らかな機能低下となった事例と認識している。
- 専門職が利用者へ機能低下への予後予測や支援内容を説明するのではなく、ケアマネジャーが直接利用者へ説明するのがポイントであった。
- 過去に利用者自身の自助意識、セルフケア能力を高めた取り組みはあったが、今回のように効果が得られた事業はない。助言を受け、利用者の好みや嗜好性に合わせるなど個別性を持ってケアマネジャーが提案できたこともポイントだろう。
- ケアマネジャーのモニタリングの意識が高まった。助言内容は理学療法士から受けたとしても、ケアマネジャーが利用者へ説明する際にケアマネジャー自身が咀嚼し、利用者の暮らし方に合わせた提案をしたことにより、モニタリングの評価項目をケアマネジャー自身が理解でき

たのではない。

- 介護予防教室等の集合事業では一般的な訓練方法は伝えられるが、本事業では予後予測を含め自分ごととして受け止められ個別性の高い提案になった。それが自助の意識を高める効果があったのではない。



本事業の流れ

Ⅲ 次年度へ向けた取り組み

今回の事業は地域包括支援センターの介護予防ケアプランのみを試行的に対象としました。今後居宅介護支援事業所へ拡大すると、潜在的に多くの利用者の機能改善などに役立つ可能性が高いと思われます。

次年度へ向けた取り組みとしては助言側(職能団体側)の助言人員の確保や体制づくりが必要です。今後は事業規模(事例数)の上限を定めた上で、各団体に対し協力の程度や実施可能な体制などの聞き取りを実施して改めて次年度の計画を検討いたします。

さらに、実施にあたっては同時並行で進めている「適切なケアマネジメント手法」の活用も有効です。事業の効果検証では、助言を受けた多くのケアマネジャーの方が、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)を活用して支援内容を見直していました。

今後は適切なケアマネジメント手法を理解して活用するための専門職向けの研修会の実施も検討していく必要があるでしょう。

ご協力いただいた北見市地域包括支援センター連絡協議会、北海道理学療法士会道東支部の皆様、ありがとうございました。