

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

医療専門職におけるケアマネジメント支援について【寄稿】

北見市南部地区地域包括支援センター 米田 将基さん(理学療法士)

本年5月に東京で開催されたWorld Physiotherapy Congress 2025「世界理学療法連盟学会2025」にて、米田 将基さん(北見市南部地区地域包括支援センター 理学療法士)がポスター発表しました。タイトルは“Enhancing Consultation Skills of Japanese Physiotherapists Through Educational Reforms in a Care Management Assistance Project”(ケアマネジメント支援事業を活用した教育改変による日本理学療法士の相談援助スキル向上)です。これまで当センターが実施したケアプラン支援事業をベースとした理学療法士としての活動をまとめたものです。そこで地域やケアマネジメント支援における医療専門職の取り組みや意義について米田さんへご寄稿をお願いしました。

北海道理学療法士会道東支部は、北見市が実施した「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」を当会の実践研修としても活用しました。ケアプラン支援事業は助言を通じて間接的にケアプランを支援するものですが、単にケアマネジャーの思案を手助けするに留まらず、理学療法士側の職能教育にとって最も重要な“倫理のコア”を醸成する機会になると考えたからです。

利用者とケアマネジャーの“思い”に寄り添って助言を作成するプロセスは、主に医療機関で働いていたことに退院後の姿(即ち高齢者の日常)とそれに向き合うことの大切さを教えてくれました。そして、「〇〇部門だから」、「〇〇専門職だから」といった衣を取り払い、“人として人の願いとどう向き合えるか”についての考えを強制させました。理学療法士側の研修のある場面では、あるセラピストが助言することを「重い」と表現し、それに全参加者が同意していたシーンが印象的でした。この重圧は、わたしたちが有する専門的知識、特に手技や評価に立脚しない正否なき知見(臨床推論)が真に人生を支援し得るかといった責任と、そんな存在でありたいと願う自分たちの初心を思い起こさせ、職能アイデンティティと視野を拡張させることにつながっています。

ともすれば我々はこれまで、所属機関のユニフォームで自らを守ることで連携を形骸化させ、本当に向き合うべきことから逃げていたのかもしれませんが。この研修は自分／仲間の取り組みとして助言を体験しながらときに仲間とアドバイス合うことで、その感覚を加速させる機会を与えてくれました。多職種連携におけるケアマネジメント支援と専門職教育のこれから

ついに2025年に到達し、我が国では人口減・高齢社会における対応の訴求性がますます高まっています。これを乗り越えるためには新たな連携の形

とそれに適応できる職能人材の育成が重要です。社会の縮小は止められないため、従前の連携は通用し

なくなってきました。縦に広がる高度化・分科された医療・介護体制はもちろん重要ですが、そこに絡まって専門職が垣根を越えて支え合える“横へ拡がる・ゆとりのあるネットワークの構築”は特に必要になってくると思われます。あくまで理想像としての私見



目次：

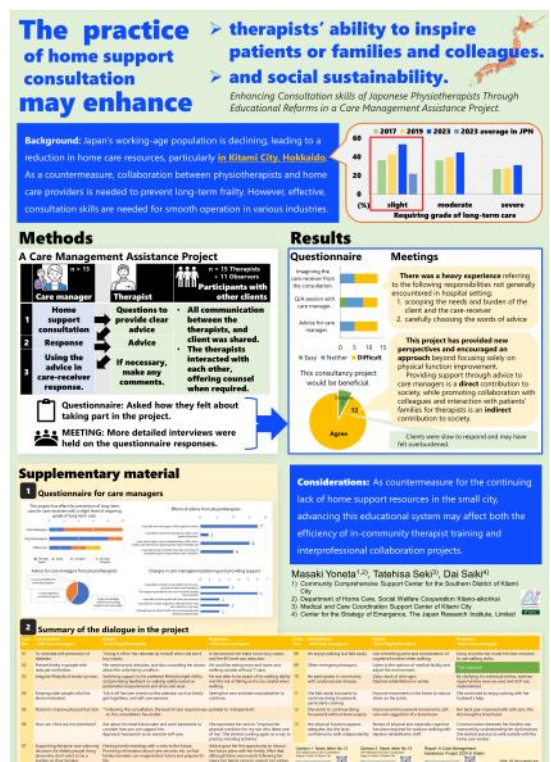
医療専門職におけるケアマネジメント支援について【寄稿】	1
高齢者の家族が医療的対応に納得しているかどうかの調査協力をお願い	2
縮小社会における医療・介護連携	3
令和7年度の取り組みについて -参加者を募集します-	4



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

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。



「Ctrl」を押しながらポスターをクリックすると拡大します

ですが、各事業所や機関同士の接続だけでなく、その専門職同士が（いっそ民間企業や地域住民までもが巻き添えになって）、気軽に連絡を取り合えるようなゆるやかな連動環境が整うと、社会資源のネットワークがよくたわんでしっかりと地域を受け止められるだけでなく（介護の重度化によって住民が地域から転げ落ちない・排斥されない）、お互いの職務を支え合って社会の持続力を支持する構造体へ発展できるかもしれません。

この観点で、報告したような多職種連携のあり方は情意教育としても生きてくるでしょう。効果的な相談援助スキルの習得は、例えば医療機関内において患者や家族、他の医療従事者との円滑な協力関係に寄与するだけでなく、院外や地域に対する社会的な連動を可能にして、退院支援や復職支援、地域づくりといった側面にも貢献します。地域の安定や介護の重度化予防

の促進は、入院・受診に伴う医療機関への圧力軽減にも（社会資源が縮小する時代においては特に）効果が期待されます。いったん専門職を脱ぎ捨てて疾患等ではなくその人の意思と全員で向き合うことは、専門家としてのunlearningとチームワーク促進以上に、社会から求められている地域のあり方なのかもしれません。

地域社会における理学療法士の重要性

参加した理学療法士は活動を通じて地域社会における自分たちの重要性を再認識し、新たな出発をはじめたところです。今後、本事業には北海道薬剤師会北見支部が参画する予定もあると聞かしています。理学療法士会としてはこの動きを追い風にして内外からこの火種を絶やさぬよう、引き続き地域が求めるところにわたしたちの職能を活用させていきたいと思ひます。

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協力をお願い

令和7年度の在宅医療・救急医療ワーキングチーム会議の活動について

令和7年度の在宅医療・救急医療ワーキングチーム会議では、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を実施する予定です。調査対象は特別養護老人ホームをはじめ、有料老人ホームなどを対象予定としています。

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を抜いた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る。	・ACPI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意思表示の事業数は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。 ・在宅や施設での最期を希望する人は一定数過半数であることが分かった。自宅および老人ホーム死は全国平均より札幌市より高い。	・在宅や施設で最期が過ぎ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変容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。	・ACPI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対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)」(神明総合診療 大友 吉 医師 作成)

在宅医療・救急医療ワーキングチーム会議では、本人の意思に反した（延命を望まない患者の）救急搬送が散見され、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、その結果、救急現場や医療現場での対応に課題が生じていることなどの課題解決に取り組んでいます。その活動目標の一つに「高齢者の家族が、医療的対応に納得することができる」を挙げています。

令和7年度ではこの現状を把握するため、高齢者施設入所し、死亡退所された方のご遺族に対するアンケート調査を検討しています。最期の医療やケアの対応に対する家族の納得を測るのは非常にデリケートな領域ですが、これらに関係者が把握することでよりよい最期の医療やケアの対応につなげていきたいと考えています。

調査票は現在作成中であり、令和7年8月より各施設へご協力をお願いする予定です。現段階で検討中の設問例として「亡くなる前1カ月間の患者の療養生活」に対し①痛みが少なく過ごせた、②からだの苦痛が少な

く過ごせた、③おだやかな気持ちで過ごせた、④望んだ場所で過ごせた、⑤ご家族やご友人と十分に時間を過ごせた、⑥ひととして大切にされていたなどの項目を想定しています。また亡くなった場所で患者さんが受けた医療・ケアについて、①医療者は患者さんのつらい症状にすみやかに対応していたか、②患者さんの不安や心配をやわらげるように、医師、看護師、介護職員は努めていたか、③医師の患者さんへの病状や治療内容の説明は十分だったか、などの項目を検討中です。

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. 高齢者施設施設 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。 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 ⑥ 施設入所時におけるACPの引継ぎルールについて検討。	・ 取組の推進の事例紹介を主に研修会を開催する。 ・ 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。 ・ ACP推進の指標や推進のための方法や、入所の際・退所時で欲しい情報などを検討する会議を開催する。
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	⑦ ケアマネジャー等に対するACP取組の研修を実施する。(北見赤十字 病院/パートナー委員会協力を得て実施)	・ ケアマネジャーの取組事例や課題の 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 救急要請時の不備をフィードバック作成や、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 北見Snet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組について協議を行う。	・ 医療機関、消防組合、高齢者施設等で フィードバック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 より呼びかける。
4. ACP啓発を目的 として市民向け講 義会の開催	⑩ 地域住民向けに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、家族等の専門的知能などの講演会 の開催に協力する。
5. 担い手、他機関 との協働	⑪ 北見市医療福祉情報連携協議会が運用している「北見Snet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。 ⑫ 北見在宅医療連携協議会における「在宅医療において情報的役割を担う医療 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円滑な実施、 可能な限り協力を行う。

まずは令和7年7月に開催される在宅医療・救急医療ワーキングチーム会議にて検討を行います。その前段階として令和7年7月1日に開催される「第2回 高齢者施設意見交換会(4ページ参照のこと)」にて、参加される高齢者施設の皆さんよりご意見を頂戴します。

急変時における関係機関の連携体制の構築や、高齢者施設における急変時対応と情報伝達の均てん化を通じ、本人の意思を尊重するための対応の充実のため、是非ご協力をいただきますようお願いいたします。

医療・介護連携を考える上で前提となるのは人口の減少です。北見市も減少が続き、令和7年1月末時点では109,844人となりました。15年後の2040年には87,124人になり、現在より20.68%の減少と推計され、生産年齢人口は25.5%減少します。そこで縮小する社会における医療・介護連携のあり方について、考えたことを掲載いたします。

外来診療から訪問診療へ

ある医師からの言葉で気づいたことがありました。外来診療をACPの起点としてはどうかというものです。まずは通院から訪問診療への切り替えのタイミングで実施してはどうでしょうか。通院が困難となり、これまでのかかりつけ医が訪問診療医へ診療情報を提供する際、ACP情報も併せて提供してはどうでしょう。訪問診療の開始にあたり、これまでの診療情報以外に本人の社会的な背景や意向を訪問医が改めて聞き取るのは難しいのだろうと想像します。訪問診療が選ばれる理由は身体機能の低下のみならず人生の最終段階に近づいている場合もあり、単なる診療情報提供とは異なります。高齢患者にとってかかりつけ医が変わるということは大きな変化ですから変更のダメージを軽減させる配慮は必要だと思います。

ACPのはじめづらさの壁

そこでACPは通院中の段階から医師が高齢者に対し、望む医療・ケアの検討を外来医師が提案してはどうでしょうか。高齢者医療において、ACP(アドバンス・ケア・プランニング)の推進が求められています。当センターが昨年ケアマネジャーを対象に実施した調査によるとACPを実施している介護支援専門員は58%でした。しかしACPの開始にあたりケアマネジャーは悩んでいます。「どう言ったらいいかわからない」「開始するタイミングが難しい」というのです。ACPは事前指示書と異なり、本人の医療・ケアに対する意向です。人工呼吸器や気管挿管をするのかしないのか、といった医療処置の意思決定ではありません。しかしどうしてもACPには事前指示(AD)と同様の医療処置に対する意思表示の選択というイメージがつかまいます。介護支援専門員のみならず患者さんも医療処置の選択というイメージを持ってしまふことがACPの推進にブレーキをかけているのではないのでしょうか。

医師がスイッチを押す

そこで提案したいのが、ACPの開始を前述の外来診療から訪問診療へ切り替わるタイミングのみならず、通院中の高齢者に対し早い段階から患者さんが望む医療・ケアの検討を外来医師が提案してはどうでしょうか。またこれを医師から家族やケアマネジャーへ話しよう促したり、場合によっては、介護支援専門員へ伝えてはどうでしょうか。

少なくとも医師からこういった話を切り出し、患者さんが考えるきっかけだけでも作ることができれば、介護支援専門員や訪問看護師は医師の提案を受け、時間をかけ患者さんとその話しをすることができそうです。高齢の患者さんに対し、まずは医師がACPのスイッチを押す。これで多くの方が急変時の「気持ちの準備」へ切り替えることができるのではないのでしょうか。むしろこういった取り組みを既に実施している医師もいるのは承知しています。さらに地域全体でこういった流れができないだろうと思うのです。

縮小社会における医療・介護連携

厚生労働省が昨年公表した資料(第12回 新たな地域医療構想等に関する検討会)では将来、北網2次医療圏域における診療所の勤務する医師数は2022年の87名から2050年では43名へ半減する調査結果が報告されました。もっともこの推計の条件は診療所医師が80歳で引退し承継がなく、かつ新規開業がないと仮定した場合です。しかし残念ながら起こりうる可能性の高い未来と思います。人口減少は地域の重要インフラである医師数も減少するという点で、縮小社会は既に始まっています。(株)日本総合研究所が発表したオピニオンの「縮小社会とテクノロジー」では“人口減少には歯止めが掛からず、地域社会を「高齢化」の側面で語る段階は終わり、縮小していくことを受け止めたうえでどのように地域の暮らしを継続させていくかを考えねばならない段階に来ている。”と述べています。これを踏まえると今後の医療・介護連携とは、縮小する医療・介護資源を効率的に利用する方法を促す取り組みになるでしょう。そこで具体的に以下を提案したいと思います。

1. 訪問診療の対象となる患者像を関係者で共有し、少ない訪問診療資源で需要をコントロールする。
2. 心身機能が低下しても通院を支援する公的、私的サービスを整える。
3. 心身機能が低下しにくい介護サービスの充実と地域の取り組み。特に住民主体の通いの場を整備する。
4. テクノロジーとヒトが協働する仕組みに挑戦する。

縮小社会における医療・介護連携へ向けた取り組み

通所介護へ通っているのに訪問診療を受けている方がいます。少ない訪問診療の資源を枯渇させぬよう通院困難の原因を探り、通院を可能にする介護サービスの充実が求められます。また通院困難の原因は様々です。交通インフラが不足していたり、送迎する家族がいないなどもあります。また認知症が進み、長い待ち時間に耐えられないという場合もあるでしょう。医療機関の受診時に待ち時間に耐えられない患者に対し、医療機関側の配慮も必要です。また住民主体の通いの場を活用した「元気な高齢者」の協力も検討すべきです。要介護認定率は北見市の場合約21%です。ということは残り約8割の方は「元気な高齢者」です。これらの方の協力も求めなければなりません。なにしろヒトがいないのです。

また高齢者自身が自らの暮らしをチェックしたり、社会との接点をつくり社会的フレイルを遠ざける取り組みが重要ですが、人口減社会にあってそれをヒトが実施していくことは現実的ではありません。当職は高齢者が自身のスマートフォンと対話して普段の健康状態や生活状況の変化をモニタリングする対話AIの実証実験にも協力しています。他者との交流や対話の減少が社会的フレイルの入口であることは既知のことです。ヒトではなく、テクノロジーに代替させるという「勇気や挑戦」がこれからは必要ででしょう。縮小社会への移行を見据えながら、医療・介護に留まらない取り組みが求められます。

令和7年度の取り組みのご紹介 -参加者を募集します-

令和7年度も、適切なケアマネジメント手法、高齢者施設意見交換、通所サービス事業所意見交換、医療と介護の実践報告会や市民フォーラムを開催いたします。皆様にご予定いただき、是非ご参加ください。

現在申し込み中のイベントについては、申し込みのURL及びQRコードを掲載しました。

第3回 適切なケアマネジメント手法セミナー

日時：令和7年6月11日(水) 18:30～20:00

場所：北見市役所5階 505会議室(オンライン参加あり)

内容：「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等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。ケアマネジャーのみならず、退院支援やサービス担当者会議などの場面で、多職種間で患者や利用者の課題や支援内容を検討する際の共通言語として活用できます。多くの方に本手法をご理解いただくとともに、令和7年度のケアプラン支援助言団体の募集を行います。

申し込み：

<https://forms.gle/zwTqZFbnHvzxYiYz6>

締め切り：令和7年6月6日(金)



令和7年度北見圏域市民フォーラム

日時：令和7年10月25日(土)13:30～15:00

場所：北見市民会館 小ホール

特別講演：健康と疾患の共存、健康とは疾患がない状態ではない -在宅医からみた地域と病院の新しい挑戦-(仮題)

講師：オホーツク勤医協北見病院 院長 菊地 憲孝先生(予定)
要旨：健康とは疾患がない状態ではありません。持病があっても生き生き暮らすことはできます。多くの方の診療を通じて思索を続けてきた医師が、健康について、疾患があっても生き生き暮らすことについて、また、生きることと死ぬことについてお話しします。

その他、実践報告を予定しています。

申し込み：

<https://forms.gle/ceKE1pi45nELTNd5A>

締め切り日 令和7年10月17日(金)まで



第2回 高齢者施設意見交換会

日時：令和7年7月1日(火) 15:00～17:00

場所：北見市役所 5階 505会議室

対象：特養、老健、認知症GH、有料老人ホーム、サ高住などの職員の方

内容：(意見交換の予定)

- 急変時に救急隊や医療機関へ提供する情報項目(共通フォーマット)の作成について
- 救急対応力を高める研修内容について
- 入所時に施設側で欲しい情報(ACP)など
- DNARやACPの取り組み推進する方法について
- これからの高齢者施設運営について

申し込みURL：

<https://forms.gle/KzF7Rqn6t7ZrS4Br9>

締め切り：令和7年6月25日(水)



第4回 北見市医療と介護の実践報告会

日時：令和7年10月25日(土)15:30～17:10

場所：北見市民会館 小ホール

演題を募集中です(6演題)

演題申し込み：

<https://forms.gle/RM5ZchNnArLhSgii7>

参加申し込み：

<https://forms.gle/ykdBk7WLK6oZSTLd9>

締め切り：令和7年10月20日(月)まで



第7回通所サービス意見交換会

日時：令和7年7月18日(金)13:30～15:00

場所：北見市役所5階 505会議室・入礼室

内容：通所を休まず継続する通所介護事業所の工夫や、ケアマネジャーと通所介護事業所の情報交換や連携により対応する事例を報告していただき、多様な対応方法を意見交換することで、休みがちな利用者への対応力を向上します。

事前アンケートにもご協力ください

事前アンケート：

<https://forms.gle/j19pLyQJ6TG5Ww4c7>

参加申し込みURL

<https://forms.gle/KzF7Rqn6t7ZrS4Br9>

締め切り：令和7年7月14日(月)



居宅・施設ケアマネジャー向けACP研修会(名称仮題)

日時：令和7年11月21日(金) ※変更あり 15:00～17:00

場所：北見市役所 5階 505会議室・入礼室

対象：北見市と近隣町の居宅および施設のケアマネジャー

1) 実践報告 現場のケアマネジャーより

2) 講義 ACPへの誤解とケアマネジャーが実施すべき対話(仮)

要旨：ACPIはどのような医療やケアを受けたいかという本人の意思の話し合いですが、どこで亡くなるか、気管挿管をするかどうかなどの「結果や結論」に指向しがちです。そこでACPとは具体的にどのような話し合いでよいのかについて講義を行います。病状の安定期から最終段階までの話し合いのレベルを学びます。

3) 意見交換：施設入所時のACPの引継ぎとその必要性(案)

趣旨：高齢者施設へ入所する段階では本人の意思確認は難しく、入所後のケア方針の立案が難しいという話しを聞きます。その実態と状態が安定している時期でのACP開始の難しさについて意見交換を行います。医療機関から在宅、在宅から施設入所と看取りまでの各過程で各支援者の役割について考えます。

申し込み：令和7年9月頃にご案内予定です