

函館市医療・介護連携推進協議会
多職種連携研修作業部会 第19回会議

日時：令和6年3月13日（水）19：00～

場所：函館市医師会病院 5階講堂

【次第】

1 開 会

2 議 事

○報告事項

1. 令和5年度 多職種連携研修計画 実施報告（資料1, 2, 3）
2. センターホームページ「コラム」の掲載について（資料1）
3. 研修情報の一元化と提供について（資料4）

○協議事項

1. 令和6年度 多職種連携研修計画（案）（資料5）

3 その他

4 閉 会

【配付資料】

資料1：報告事項

資料2：令和5年度 多職種連携研修計画実績表

資料3：第8回 函館市医療・介護連携多職種研修会 分析・考察

資料4：ホームページ上で掲載した研修情報一覧（令和5年4月～令和6年2月）

資料5：令和6年度 多職種連携研修計画（案）

函館市医療・介護連携推進協議会 多職種連携研修作業部会
第19回会議 出席者名簿

※★…部会長および副部会長 ○…幹事

(敬称略)

分野	所属団体	氏名	勤務先等
	公益社団法人 函館市医師会	○幹事 花輪 拓哉	函館市医療・介護連携支援センター
	一般社団法人 函館歯科医師会	川村 曜補	カワムラ歯科クリニック
	一般社団法人 函館薬剤師会	★部会長 水越 英通	(株)はこだて調剤薬局昭和店
	公益社団法人 北海道看護協会 道南南支部	鹿角 棹司 ※欠席	特定医療法人 富田病院
	道南在宅ケア研究会	川口 篤也	医療法人道南勤労者医療協会 函館稜北病院
	函館地域医療連携実務者協議会	船山 俊介	社会福祉法人函館厚生院 函館五稜郭病院 医療総合サービスセンター
	一般社団法人 北海道医療ソーシャルワーカー協会 南支部	★副部会長 阿部 綾子	医療法人社団 函館脳神経外科病院
	北海道柔道整復師会函館ブロック	室田 多哉	室田整骨院
	函館鍼灸マッサージ師連絡協議会	益井 基	益井東洋治療院
介護	函館市居宅介護支援事業所連絡協議会	宮城 智美	居宅介護支援事業所 医療法人社団 函館脳神経外科病院
	函館市地域包括支援センター連絡協議会	京谷 佳子	函館市地域包括支援センター ゆのかわ
	函館市訪問リハビリテーション連絡協議会	山上 雄大	社会医療法人仁生会 訪問リハビリテーション西堀病院
	道南訪問看護ステーション連絡協議会	白川 直子	社会福祉法人函館厚生院 函館五稜郭病院 在宅療養支援室 訪問看護係
	道南地区老人福祉施設協議会	齋藤 禎史	特別養護老人ホーム シンフォニー

○報告事項

1. 令和5年度 多職種連携研修計画 実施報告

(1) 相互理解の促進

①オープンカンファレンス

共 催：市立函館病院

日 時：令和5年11月29日（水）18：30～19：45

場 所：市立函館病院2F 講堂

進 行 役：函館稜北病院 副院長 川口 篤也 様

登 壇 者：医師・看護師・がん相談員・訪問看護師・定期巡回職員・ケアマネジャー

内 容：血液内科の事例（患者への意思決定支援の関わり、訪問診療から
施設での看取りまで）

参加人数：118名

②研修会等コーディネート

各関係団体窓口一覧の更新 令和5年9月7日更新内容掲載済み

(2) 連携強化

①看取り

(ア) 人生の最終段階における医療・ケア体制整備事業

本人の意向を尊重した意思決定のための相談員研修会

在宅医療・施設ケア従事者版 E-Field Home 函館開催

～生活の場・暮らしの場におけるガイドラインの活用およびACP～

日 時：令和5年6月10日（土）9：30～17：30

場 所：函館市民会館 展示室

対 象：函館市，北斗市，七飯町の医療・介護関係者

講 師：函館稜北病院

宇都宮宏子オフィス

あおいけあ

医療法人社団 悠翔会

山梨市立牧丘病院

慶応義塾大学医学部コミュニティヘルス研究機構

川口 篤也 様

宇都宮 宏子 様

加藤 忠相 様

佐々木 淳 様

古屋 聡 様

山岸 暁美 様

参加人数：74名（うち修了証発行人数 71名）

(イ) はこだて関係団体共催研修会

日 時：令和5年6月11日（日）13：30～16：30

場 所：競輪場テレシアター

対 象：地域の医療・介護関係者

講 師：函館稜北病院 川口 篤也 様
宇都宮宏子オフィス 宇都宮 宏子 様
あおいけあ 加藤 忠相 様
医療法人社団 悠翔会 佐々木 淳 様
山梨市立牧丘病院 古屋 聡 様
慶応義塾大学医学部コミュニティヘルス研究機構 山岸 暁美 様

内 容：「病院の移行期からの在宅・施設場面での意思決定支援について」

参加人数：123名

②看取り&連携強化

第8回函館市医療・介護連携多職種研修会

日 時：令和5年10月21日（土）14：00～17：00

場 所：函館国際ホテル

テ ー マ：「点から線につながろう」

～本人の想いを聞いてますか？連携による地域の変化と今後の課題～

目 的：多職種連携によるこれまでの地域の変化と今後の課題を共有し、
本人の想いを叶える支援力を高めるために、医療・介護の連携と
協働を強化する。

対 象：函館市・北斗市・七飯町の医療・介護関係者

座 長：函館稜北病院 副院長 川口 篤也 様

内 容：【連携による地域の変化と課題】

・急変時対応の場面での取組報告

「高齢者救急医療」の現状

市立函館病院 救命救急センター センター長 武山 佳洋 様

・入退院支援の場面での取組報告

「おうちに帰りたい」を叶えるために ～看護師の私が出来ること～

函館五稜郭病院 地域連携・PFM センター 看護師主任 井上 美佳 様

【本人の想いを叶えるための支援】

・日常の療養支援から看取りの場面での取組報告

「自分らしい生き方」に寄り添う

小規模多機能ホーム らしさ七重浜 ホーム長 波並 孝 様

参加人数：176名

③入退院支援

(ア) 入退院支援連携強化研修会（ガイド編）

日 時：令和5年11月17日（金）18：30～20：00

場 所：函館市医師会病院 5階講堂

テ ー マ：関わっているその人のイメージ、ズれているかも？

～病院・在宅・施設間のズれないイメージの情報共有とは～

開催方法：集合開催

内 容：①事例を通して、イメージのズレを考える

発表者～北海道 MSW 協会南支部 医療相談員 岩城 朋美 様

②グループワーク

発表を受けて事例をもとに、普段の日常業務でのイメージのズレはなぜ起こるのか？ズれる事での困り事についてを話し合い、今後に向けてグループ内でディスカッションする。

参加人数：44名

(イ) 入退院支援連携強化研修会（サマリー編）

○函館市医師会 在宅医療医会 第1回研修会

共 催：道南 Medlka, 函館市医療・介護連携推進協議会（情報共有ツール作業部会）

日 時：令和5年9月29日（金）18：30～19：00

場 所：函館中央病院 南棟8階講堂

テ ー マ：かかりつけ医の行う在宅医療 ～ICTの活用と多職種連携～

開催方法：集合開催

座 長：函館稜北病院 副院長 川口 篤也 様

講 師：北美原クリニック 岡田 晋吾 様

参加人数：86名

○令和5年度 函館市医療・介護連携 ID-Link 活用推進研修会

共 催：道南 Medlka, 函館市医療・介護連携推進協議会（情報共有ツール作業部会）

日 時：令和5年12月2日（土）14：00～16：00

場 所：函館市民会館 大会議室

テ ー マ：当院でのID-Linkの活用と今後の展望について

開催方法：集合開催

内 容：[講演] 函館稜北病院 副院長 川口 篤也 様

[活用実践発表]

・医療関係者から「施設とのID-Link連携について」

発表者：高橋病院 訪問診療室 室長 山田 佳世 様

・介護関係者から「在宅支援チーム内でのID-Link連携について」

発表者：訪問看護ステーションフレンズ 統括所長 保坂 明美 様

参加人数：76名

④急変時対応

令和5年急変時対応研修会

日時：令和6年2月7日（水）18：30～20：00

場所：競輪場テレシアター

テーマ：救急医療・救急搬送の現状について

開催方法：集合開催

内容：パネルディスカッション

座長：函館中央病院 事務次長 亀谷 博志 様

パネリスト：市立函館病院 救命救急センター センター長 武山 佳洋 様

函館市消防本部 救急課救急係 係長 市川 浩二 様

参加人数：202名

(3) 多職種連携の専門性の向上

- ・令和5年6月29日（木）、令和6年1月18日（木）

在宅歯科医療連携室との意見交換会

- ・令和5年9月21日（木）

函館市医師会病院地域医療支援病院講演会

(4) 人材育成

- ・各医療・介護系の学校へセンター主催研修会の案内配布を都度実施。
- ・令和5年度センター主催研修会への見学参加はなかった。

2. センターホームページ「コラム」の掲載について

○令和5年7月～「医療・介護連携マップで検索できる各機関の機能」について
2～3ヶ月毎コラム掲載中

- ・7月25日掲載「調剤薬局」

株式会社函館調剤薬局 執行役員薬剤部長 水越 英通 様

- ・10月16日掲載「訪問入浴について」

SOMPO ケア株式会社 北海道第4事業部 部長 五十嵐 常泰 様

- ・12月22日掲載「介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）について」

社会福祉法人敬聖会 特別養護老人ホーム 桔梗みのりの里

施設長 佐藤 大典 様

- ・令和6年2月5日掲載「訪問介護について」

訪問介護ステーション輪 管理者 酒井 雅子 様

【令和5年度 多職種連携研修計画実績表】

目的（テーマ）および内容	形式				主催/共催	定員	参加者数	時期（実施日時）
	規模（会場）	形態	対象者	レベル				
（1）相互理解の促進								
①オープンカンファレンス	中規模 （市立函館病院2階講堂）	対話体験（事例報告）	医療・介護関係者	初級～上級	市立函館病院 と共催	100名程度	118名	11月29日（木）
② 研修会等コーディネート 各関係団体窓口一覧の内容変更の有無を確認	—	—	—	—	／	—	／	9月7日（木） 更新済み
（2）連携強化								
①看取り （ア）人生の最終段階における医療・ケア体制整備事業 「本人の意向を尊重した意思決定のための相談員研修会 在宅医療・施設ケア従事者版 E-Field Home 函館開催 ～生活の場・暮らしの場におけるガイドラインの活用およびACP～」	中規模 （市民会館展示室）	混合型 （座学・GW・個人ワーク）	医療・介護関係者	中級～上級	ほ・なセンター と共催	80名程度	74名	6月10日（土）
（イ）はこだて関係団体共催研修会 「病院の移行期からの在宅・施設場面での意思決定支援について」	大規模 （競輪場テレシアター）	対話体験型 （シンポジウム）	医療・介護関係者	中級～上級	ほ・なセンター ほか複数団体との共催	200名程度	123名	6月11日（日）
②看取り&連携強化 ・第8回函館市医療・介護連携多職種研修会 「点から線につながろう ～本人の想いを聞いていますか？連携による地域の変化と今後の課題～」	大規模 （函館国際ホテル）	対話体験型 （シンポジウム・GW）	医療・介護関係者	中級～上級	ほ・なセンター と共催	250名程度	176名	10月21日（土）
③入退院支援 （ア）「入退院支援連携強化研修会（ガイド編）」（退院支援分科会主催） 「関わっているその人のイメージ、スレているかも？ ～病院・在宅・施設間のスレないイメージの情報共有とは～」	小規模 （医師会病院5階講堂）	対話体験型 （GW）	医療・介護関係者	中級～上級	主催	40名程度	44名	11月17日（金）
（イ）「入退院支援連携強化研修会（サマリー編）」 ・函館市医師会 在宅医療医会 第1回研修会 「かかりつけ医の行う在宅医療 ～ICTの活用と多職種連携～」	中規模 （函館中央病院南棟8階講堂）	対話体験型 （シンポジウム）	医療・介護関係者	中級～上級	ほ・なセンター ほか複数団体との共催	100名程度	86名	9月29日（金）
・令和5年度 函館市医療・介護連携ID-Link活用推進研修会 「当院でのID-Linkの活用と今後の展望について」 ※各団体・機関との共催、退院支援分科会・情報共有ツール作業部会との協働	中規模 （市民会館大会講室）	対話体験型 （シンポジウム）	医療・介護関係者	中級～上級	ほ・なセンター ほか複数団体との共催	100名程度	76名	12月2日（土）
④急変時対応（急変時対応分科会実務者会議主催） ・令和5年急変時対応研修会 「救急医療・救急搬送の現状について」	中規模 （競輪場テレシアター）	対話体験型 （シンポジウム・GW）	医療・介護関係者	中級～上級	ほ・なセンター と共催	100名程度	202名	R6年2月7日（水）
（3）多職種連携の専門性の向上								
（ア）在宅歯科医療連携室との意見交換会	小規模 （歯科医師会館）	対話体験型	医療・介護関係者	初級～中級	／	30名程度	／	6月29日（木） R6年1月18日（木）
（イ）函館市医師会病院地域医療支援病院講演会	小規模 （医師会病院5階講堂）	講師：センター職員	医療・介護関係者	初級～中級	出張講座	50名程度	／	9月21日（木）
（4）人材育成								
センター主催研修会への見学参加 ※各医療・介護系の学校への案内	随時	見学・座学講義	医療・介護学生 （教員）	未経験者	／	0名	／	随時

※ 新型コロナウイルスの状況等により、研修会の中止および開催時期、方法等が変更となる場合があります。

※ 例年実施している医療関係者・介護関係者それぞれを対象とした研修会は、「E-Field Home 函館開催」を実施したため、休止しました。

第8回 函館市医療・介護連携多職種研修会 分析・考察

開催方法：集合開催

テーマ：「点から線につながろう」

～本人の想いを聞いていますか？連携による地域の変化と今後の課題～

目的：多職種連携によるこれまでの地域の変化と今後の課題を共有し、本人（患者・利用者）の想いを叶える支援力を高めるために、医療・介護の連携と協働を強化する

目標：・本人の想いを叶える支援を目指し、医療・介護関係者が互いに努力・協力してきたこれまでを共有する。

・本人の想いを叶える支援のため、今後の多職種連携の必要性を考える。

・上記を踏まえ、明日から自分たちができることを考える。

【アンケート内の意見】※一部抜粋

<歯科医師>

歯科医師として関われる場面は、日常の療養支援と思われるが、その中でも口腔に関連する歯や口の中の疾患、入れ歯、口腔ケア、摂食嚥下などがあげられます。私も訪問歯科診療を行っています。治療や口腔ケアに時間をとられ患者さんやご家族とお話をする時間があまり取れていないのが今日のお話を介して思いました。このようなお話だけの訪問の時間もとってみたいと思います。

<薬剤師>

利用者様をケアしていく上で、日頃よりチームワークを高めていく必要があります。忙しい中でもできるだけ利用者様のお話に対して耳を傾けていくことが大事だと思いました。そして、話してくれたことに対しては、耳を傾けて記録に残すことが重要だと思いました。ACPはとろろと躍起になるものではありません。常日頃より自然に話しやすい、話せるような関係を築いていくことが重要なことだと知りました。また、入退院支援や救急の現状についても今回もまた一つ新たな知識を得る事ができました。

<看護師>

救急場面でのACPの話をする難しさや大変さが理解出来ました。看護師として普段からの患者さんとの関わり方などを振り返ることができました。入退院調整 NS としての大変さ、立上げの話にはとても共感できる部分がありました。新しいセクションを立ち上げる時まず院内に理解してもらわなければならない大変さ…難しいですね。らしさの動画は号泣です。その人に寄り添うとはいつも普段の自分がどうなのか？背筋が伸びる思いです。

<鍼灸・マッサージ師>

普段の自らの職域以外のことはわからないことが多く、今回は特に救急医療の現場の声を聞くことは貴重な機会であり救急搬送の手配をしたら自分にやれる事はないと感じていました。ですが、DNAR に関して微力ながら自分にもきっかけになる会話が生じる可能性があると感じていました。その他、他の職種の方の悩みや情熱に触れることができ、とても良い勉強になりました。

<ケアマネジャー>

それぞれの3つの発表で改めて単純に本時（本人、サービス事業所など）を想う気持ちを大切にすることがチームとして1番なのだと思います。できる事、できない事はあるけれどまずは聞いて検討してみる事、方向性をみんなで確認していきたいです。

<相談員>

高齢者救急医療の現状が聞いて勉強になりました。ACP もこれからの課題として行っていきたい。常に利用者さんの想いを家族に代弁者として伝えていけたらと思います。

<介護職員>

発表の方たちの内容が現在の私の勤める施設とリンクするところがあり考えさせられ、施設へ持ち帰り共有、話し合いをしたいと思います。職員の考えや積極性もあります。上に立つ立場のリーダーシップが大きい様に思います。お互いの職員同士の想いを共有し合うのが大切であると思います。

【分析・考察】

事業所によっては、多数の方々が参加する研修会などへ制限をかけているなか、176名の参加となった。

アンケートは、176名の内128名からの回収となっている。図2の研修テーマへの意見として、125名の方はよかったというご意見があった。どちらともいえないというご意見は3名おり、その方々からは「もう少し少人数、小規模でグループワークを行う研修会がよい」、「遅れての参加のため内容がわからない」、「医療職のことはすべて受け入れることができない、参考になるくらい」とあり、テーマ自体[△]のご意見ではなかった。その為、概ねテーマ自体は関心をもっていただけたと思われる。

アンケート内の意見から、鍼灸・マッサージ師からは「他職種の方々の現状を知れた」、看護師や施設相談員、ケアマネジャーからは「ACP の普及の必要性を確認した」というご意見。薬剤師からは「講師の方々の熱量の強さや悩み、課題を知れた。利用者をケアしていく上で、日頃よりチームワークを高めていくことや利用者のお話に対して耳を傾けて記録に残すことが重要」という内容のご意見が多数あった。

このことから、本研修の目標にあげた、本人の想いを叶える支援を目指し、医療・介護関係者が互いに努力・協力してきたこれまでを共有すること、本人の想いを叶える支援のため、今後の多職種連携の必要性を考えること、明日から自分たちができることを考えることについて、研修を通じて共有し、考えることができたのではないかとと思われる。

図3の今後希望する研修については、アンケートから「多職種連携の具体例について知りたい」といった内容が多く、内容としては、「看取りや ACP にかかわる事例などを学びたい」といったご意見もあり、日々の業務の中そのような場面に遭遇する頻度が増えていることも関係していると思われる。ACP への関心が強まっていると考えられるため、次年度は ACP に焦点を当てたテーマにて、事例などを含めた講演、多職種でのグループワークや意見交換を行い、多職種の連携や強化が図られる内容が求められていると考える。

図1 【参加者（アンケート回答者）の職種】

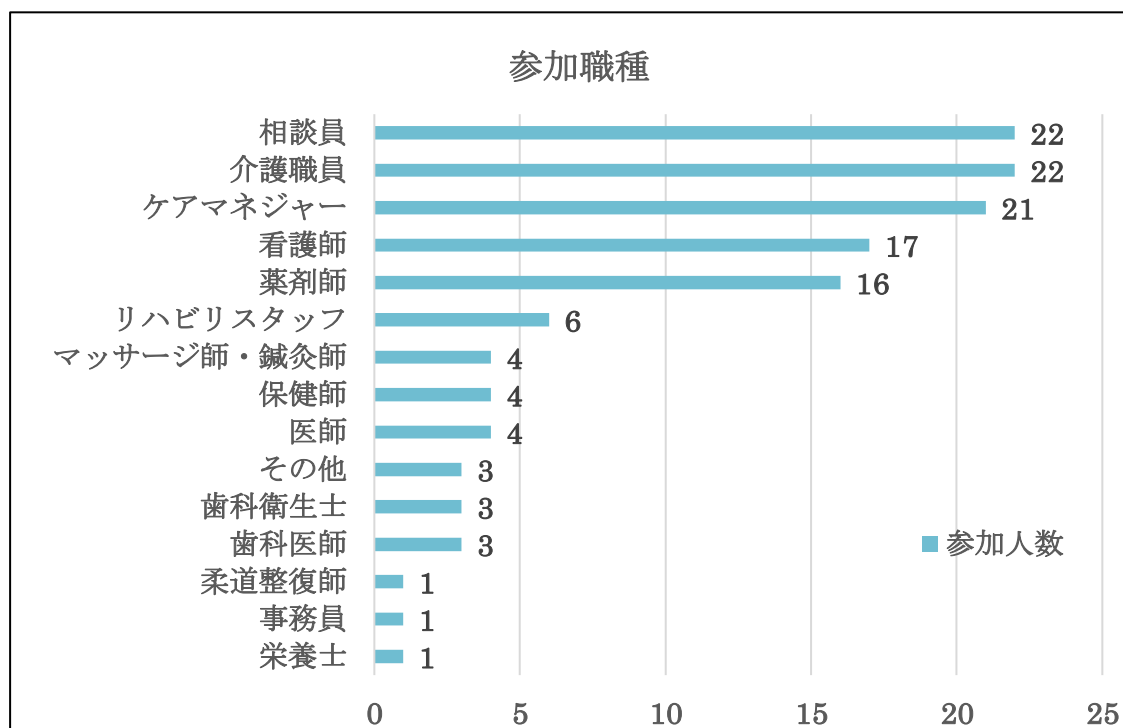


図2 【研修テーマへの意見】

よかった	125人	(97.7%)
どちらともいえない	3人	(2.3%)
よくなかった	0	(0%)

図3 【希望する研修】

多職種連携の具体例	9件
連携に関するテーマでの研修	2件
看取り、緩和ケアに対するテーマ	2件
それぞれの職種の立場でのケーススタディ	2件
多職種での意見交換またはグループワーク	1件
ACPに関わる内容	1件
医療の研修	1件

ホームページ上で掲載した研修情報一覧（令和5年4月～令和6年2月）

月	研修名称（団体名）	件数
4月		0件
5月	「膝・股関節 臨床の実際～保存療法から人工関節まで～」R5年5月27日開催 （函館鍼灸マッサージ師連絡協議会主催）	2件
	「宇都宮宏子の部屋」R5年6月12日開催 （訪問看護ステーションフレンズ主催）	
6月	第24回 道南摂食嚥下研究会 「食べる姿勢の基本をおさらいしよう！ ～実際に車いすやベッドを使って実習しましょう～」 （道南摂食嚥下研究会主催）	3件
	令和5年度 厚生労働省委託事業 人生の最終段階における医療・ケア体制整備事業 「本人の意向を尊重した意思決定のための研修会 在宅医療・施設ケア従事者版相談員研修会 ～生活の場、暮らしの場でのガイドラインの活用およびACP～」 （筑波大学主催）	
	「RIFCR™研修会」R5年6月24日、25日開催 （函館市、北海道子どもの虐待防止協会道南支部、函館中央病院主催）	
7月	函館市子ども未来部委託事業 令和5年度 函館市小児慢性特定疾病児童等自立支援事業 第1回療育支援講演会「私らしく生きる～社会生活編～」R5年7月29日開催 （サポートセンターぱすてる主催）	4件
	令和5年度道南在宅ケア研究会会員総会並びに第54回定例会 「地域包括支援センターの自立相談支援機関について知ろう」R5年8月18日開催 （道南在宅ケア研究会主催）	
	令和5年度南渡島地域包括緩和ケアネットワーク会員総会並びに第17回定例会 「認知症高齢者の緩和ケア」R5年8月30日開催 （南渡島地域包括緩和ケアネットワーク主催）	
	国立函館病院合同教育講座（在宅医療医会設立キックオフ タイアップ研修会） 「長崎在宅Drネット」R5年8月25日開催 （国立病院機構函館病院主催）	
8月	第1回家族交流ネットワーク学習会 「家族がいまできること」R5年9月9日開催 （北海道精神保健福祉士協会道南ブロック主催）	2件
	「在宅医療医会設立総会および第1回研修会」R5年9月29日開催 （函館市医師会在宅医療医会主催）	
9月	日本死の臨床研究会北海道支部「秋の研修会in函館」R5年10月14日開催 （日本死の臨床研究会北海道支部主催）	1件
10月	令和5年度七飯町ケアラー（介護者等）支援研修会～関係者編～ 「～支える人をひとりにしない～」R5年10月21日開催 （七飯町役場主催）	5件
	「令和5年度函館市認知症カフェフォーラム」R5年11月6日開催 （函館市保健福祉部高齢福祉課主催）	
	第25回道南摂食嚥下研究会 「オーラルフレイルの気づきと対策」R5年11月14日開催 （道南摂食嚥下研究会主催）	
	「令和5年度 成年後見セミナー」R5年11月16日開催 （函館市社会福祉協議会函館市成年後見センター主催）	
	令和5年度函館市難病患者在宅療養支援学習会 「在宅難病患者の症状理解とこころの支援」R5年11月21日開催 （市立函館保健所保健予防課主催）	

11月	北海道言語聴覚士会（HST）道南支部主催研修会 「吃音のある人の内面と社会的バリアー」R5年12月2日開催 （北海道言語聴覚士会(HST)道南支部主催）	6件
	函館市子ども未来部委託事業 令和5年度 函館市小児慢性特定疾病児童等自立支援事業 第2回療育支援講演会 「成長期のお子さんの口腔ケアの大切さ～口腔ケア実践を親子で学ぼう～」 R5年12月2日開催 （サポートセンターぱすてる主催）	
	令和5年度歯・口腔に関わる在宅療養支援サポート研修会 「困っていませんか？利用者さんのお口のこと」R5年12月4日開催 （道南圏域在宅歯科医療連携室主催）	
	函館市医師会在宅医療医会第2回研修会 R5年12月8日開催 （函館市医師会在宅医療医会主催）	
	函館緩和ケア医療連携セミナー 「患者さんに寄り添った終末医療を考える」R5年12月14日開催 （中外製薬株式会社主催）	
	令和5年度多職種合同研修 「患者とその家族の満足度をあげるための連携とは」R5年12月16日開催 （北海道渡島総合振興局保健環境部保健行政室主催）	
1月	函館鍼灸マッサージ師連絡協議会 新年交礼会講演会 「新しい腰痛・下肢痛の概念と鍼灸治療」R6年1月27日開催 （函館鍼灸マッサージ市連絡協議会主催）	3件
	第18回 MOPN定例会 「がん終末期における積極的治療の止めどきは？ ～病院から在宅へとつながる多職種連携～」R6年2月29日開催 （南渡島地域包括緩和ケアネットワーク主催）	
	三団体合同研修会「地域を変えよう！身元保証入居問題の解決に向けて」R6年3月2日開催 （北海道社会福祉十会道南地区支部主催）	
2月	第26回道南摂食嚥下研究会 「生活期の嚥下お困り相談会」R6年3月16日開催 （道南摂食嚥下研究会主催）	1件
合 計		27件

（その他）

函館市医療・介護連携支援センター主催	3件
ほくと・ななえ医療・介護連携支援センター主催	2件
各団体との共催	3件
函館市医療・介護連携支援センター、ほくと・ななえ医療・介護連携支援センター共催	3件

令和6年度 多職種連携研修計画（案）

（1）相互理解の促進

①医療・介護関係者向け研修

目 的：「相互理解」というテーマで、医療関係者には介護側の事情を介護関係者に医療側の事情を知っていただく機会とし、お互いの距離や隔たりを縮め、顔の見える関係の中で更に連携を高めることを目的とする

a. 医療関係者向け研修

目 標：・退院後のご本人がどういった環境でどのような生活をしているかを知ること
とで、退院後の生活のイメージを深めることができる
・イメージを深めることで、病院での受け入れ時の対応や情報整理、退院調整時の連携力の向上となる

テ ー マ：仮）退院後、施設でどういった生活をしているか知っていますか？

講 師：介護老人福祉施設 or 有料老人ホームの看護師か相談員

研修時間：1時間

内 容：・施設の紹介（配置職員の紹介、利用者の視点で施設の1日の流れ等）
・施設でできるケアについて（施設で行っている医療処置について等）
例）施設では安全に配慮しつつ、施設内の移動も生活リハビリの一環として行っている等
・退院時の情報共有の必要性について
例）食形態等病院からの情報によって、退院後の生活時に工夫をしている等
・施設の困りごとや事情について
・事例紹介（軽度の利用者、重度の利用者のように振り分けも検討）
・医療・介護連携マップについて
・各施設種別の紹介

開催方法：集合開催（キャラバン方式 全3回実施予定）

- ・1, 2回目は、函館市内の病院（候補としては、函脳外と日赤）
- ・3回目は、医師会病院とする。

開始時間は、1, 2回目は、17:30~18:30（予定）

3回目、18:30~19:30（予定）

時 期：医療向け研修も介護向け研修も5月、8月、年明けの2月を予定

b. 介護関係者向け研修

目 標：・介護関係者に、医療機関の病床機能やこの先の医療政策の展開を理解してもらうことで、適切な連携につなげることができる
・病院の中で行われている入退院支援の流れや現在の病院での困りごとを知ること、どのような連携が必要かを理解できる

テ ー マ：仮）急性期病院の事情について ~思いやりのある連携~

講 師：急性期病院の医療相談員

研修時間：1時間

内 容：・急性期病院の機能と役割

急性期病院の機能と役割をより明確にして、本来の役割を実施する必要性

・地域医療支援病院，紹介受診重点医療機関としての機能と役割

※地域医療支援病院かつ，紹介受診重点医療機関である病院は函病

・入退院時の連携について（入退院時の加算要件や情報共有などを含めた話）

・急性期病院の困りごとや事情について

開催方法：集合開催（同じ会場を使用し，計3回実施予定）

時 期：医療向け研修も介護向け研修も5月，8月，年明けの2月を予定

②オープンカンファレンス（年度中に検討）

③研修会等コーディネート

各関係団体へ連絡・確認：6月に確認書類 配布

*医療・介護各関係団体窓口一覧の内容の確認，更新

（2）連携強化

①第9回函館市医療・介護連携多職種研修会

（ほくと・ななえ医療・介護連携支援センター共催）

日 時：令和5年10月19日（土）14：00～17：00（予定）

場 所：国際ホテル

方 法：集合開催

形 態：講演，ロールプレイ，グループワーク

対 象 者：函館市・北斗市・七飯町の医療・介護関連従事者

目 的：その方らしい生き方を実現していくため，加齢や疾病による影響から心身の状態が変化していく本人の不安や葛藤などに寄り添い，もしもの時に本人の想いを見逃さないように支援に関わる一人ひとりが意識していけることを目的とする

目 標：・もしもの時のために利用者の想いをどのようなタイミングでどのような方法で行うのかを理解する
・もしもノートを活用しながら ACP を行う際の留意点などを知る
・本人の想いを叶える支援の実現を目指し，医療・介護関係者が情報共有していく必要性を考える

テ ー マ：仮）「地域でつなげよう ACP の輪」

～この地域での ACP 連携を目指して～

内 容：・もしもノートについて（概論）

・もしもノートができるまで（経緯，経過等）

・サマリーと併せた活用法・事例

・ロールプレイ

もしもノートの聞き取り実践

※職員役/利用者役の二人一組（どちらの役も実施）

- ・グループワーク
もしもノートの聞き取り実践後における意見交換
- 講師：座長～現在打診中
講師～これから選定（情報共有ツール部会のコアメンバー）

②入退院支援

- 「入退院支援連携強化研修会（ガイド編）」（退院支援分科会主催）
 - 「入退院支援連携強化研修会（サマリー編）」（情報共有ツール作業部会主催）
- ※各部会・分科会にて開催検討

③急変時対応（急変時対応分科会実務者会議主催）

- ※実務者会議にて検討

（3）多職種連携の専門性の向上

- 函館市における多職種連携への理解の促進
 - ・出張講座メニューの追加・更新及び各関係団体へ周知・案内の継続

（4）人材育成

- センター主催研修会への見学参加
 - ・市内の医療系・福祉系の教育機関に研修案内・出前講座を継続する
 - ・出前講座メニューの追加・更新及び各教育機関への周知・案内の継続

はこだて医療・介護連携サマリーに

応用ツール⑩

本人の意向を尊重した意思決定支援のための情報

シートが追加になりました!!

* 以前の応用ツール⑩特記事項は応用ツール⑨に変更しています

ご本人の意向確認の際のお供に!!

もしもノートはこだて-人生会議の説明書-

が公開になりました!!

はこだて医療・介護連携サマリー

記載日 令和 年 月 日

応用ツール⑩ 本人の意向を尊重した意思決定支援のための情報

※本応用ツールはご本人の思いをつなぐための書式としてご活用ください。
下記は 時点 で確認できている情報です。今後も意向は変化していく
可能性があります。適宜、対話を繰り返してくださいようお願いいたします。

1. 氏名 生年月日 年齢 12

2. 意思決定支援機関 意思決定者 (相談員等)

3. 意思決定対象者 本人 家族や友人等: (氏名) による推定意思の確認

※ACP実施の有無にかかわらず会話等により聞き取れた本人の思いがある場合も下記に記入。

4. ACPを実施する上で参考にしたツール もしもノートはこだて 機関独自のツール ()
 なし その他 ()

5. もし生きることができる時間が限られているとしたら、大切にしたいこと (複数回答あり) 家族 友人 仕事や社会的な役割 趣味
 身の回りのことが自分でできること 経済的なこと
 できる限りの治療が受けられること ひとりの時間がもてること
 家族の負担にならないこと その他 ()

6. もし自分の意思をはっきりと示せなくなり、生きることができなくなる時間があるとしたら、希望する医療・ケア 身体に大きな負担がかかっても、できる限り長く生きられる治療
 身体に大きな負担がかかる処置は希望しないが、そのうえで少しでも長く生きられる治療
 延命的な治療はおこなわず、できる限り苦痛を緩和して自分らしい時間を過ごすこと
 今はわかりません
 その他 ()

7. 人生の最期を過ごしたいと希望する場所 自宅 今まで治療を受けていた病院 (医療機関)
 ホスピスや緩和ケアを中心に行っている病院 (医療機関)
 老人ホーム、介護施設など
 今はわかりません
 その他 ()

8. 自分の意思が示せなくなったとき本人が望む医療・ケアを推定できる人はいるか? いる いない
*「いる」の場合 家族 友人 その他 ()
※本人の思いを推定できる人が家族・友人以外の場合、「その他」に記入。
本人が信頼を寄せ人生の最終段階を支える存在であれば、家族や友人以外でも構いませんが、医療・介護等の支援者がここに当たる場合もありません。

9. 会話等から確認できた本人の思いなど

- ご本人の大切にしたいこと
 - 希望する医療やケア
 - 人生最期に過ごしたい場所
- など記載できます!

- どのように意向をきいたらいいの?
 - どう説明したらいいか?
- そんな時に活用してください!

思いを繋ぐツールとしてお使いください!!

～点から線につながろう～

地域みんなで、

ご本人の思いをつなぎましょう!!

医療・介護支援者からの説明用

もしもノートはこだて-人生会議の説明書-

もしも、突然事故にあったら...
もしも、重い病気になったら...

将来、自分で自分のことを決められなくなるかも知れません。そんな『もしも』の時に備えて、今のあなたの思いや願いを整理してみましょう。

「もしもノートはこだて」は、あなたが大切にしていることや人生の最期に望むことを、ご家族や医療・介護支援者と話し合う「人生会議」についての説明書になっています。

最期の瞬間まで「あなたらしく」生きるために、ご自分の思い、願いについてご家族や医療・介護支援者と話し合ってみませんか。



はこだて医療・介護連携サマリー

(二次元コード)



こちらからダウンロード出来ます!!

当センターHPの「お知らせ」の「はこだて医療・介護連携サマリー」の中に「はこだて医療・介護連携サマリー、及び各種マニュアルのダウンロードについて」と「『もしもノートはこだて』について」のページがあります!!

もしもノートはこだて

(二次元コード)



医療・介護支援者からの 説明用

もしもノート はこだて -人生会議の説明書-

もしも、突然事故にあったら．．．
もしも、重い病気になったら．．．

将来、自分で自分のことを決められなくなるかも知れません。
そんな『もしも』の時に備えて、今のあなたの思いや願いを
整理してみましょう。

「もしもノートはこだて」は、あなたが大切にしていること
や人生の最期に望むことを、ご家族や医療・介護支援者と話
し合う「人生会議」についての説明書になっています。

最期の瞬間まで「あなたらしく」生きるために、ご自分の思
い、願いについてご家族や医療・介護支援者と話し合ってみ
ませんか。





人生会議とは



「人生会議」をご存知ですか？

最近の世論調査で、一般市民の9割は厚生労働省が発表した終末期の治療方針についてのガイドラインがあることを知らないことがわかりました。その一方、終末期に受ける医療について身近な人と具体的に話し合ったことがある割合は約1/4にとどまりましたが、話し合いたいという希望がある割合は2/3にのぼりました。

人生の最期の時にどのような医療やケアを望むかについて、くり返し話し合い記録するプロセスは「アドバンス・ケア・プランニング（ACP）」と呼ばれ、ACPを行うことでより自分らしい最期の時間を過ごせることがわかってきました。しかしわが国では馴染みがない言葉であり、具体的にイメージが浮かびやすい「人生会議」という愛称が付けられたのです。

話し合いのきっかけに

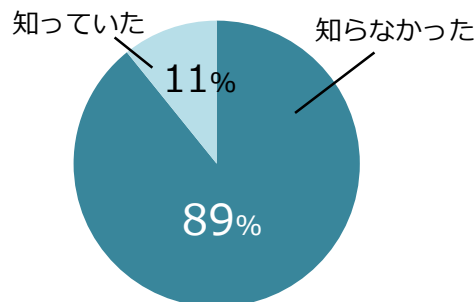
アメリカやカナダなど複数の国では「事前指示書」が法制化されています。事前指示とは、回復が難しい状態になった場合に、延命治療をしないことをあらかじめ決めておくことです。さらに、自分で自分のことを決められなくなった場合に代わりに決定をする人（＝代理人）を指名しておきます。

しかし、事前指示書を書くだけでは、患者さんもお家族も十分な満足が得られないことがわかりました。書面だけでは実際に生じる複雑な状況に対応できないからです。そのため、終末期になった場合に望む医療やケアについての思いを、ご家族や医療者とくりかえし話し合い共有すること＝ACPが重視されるようになりました。

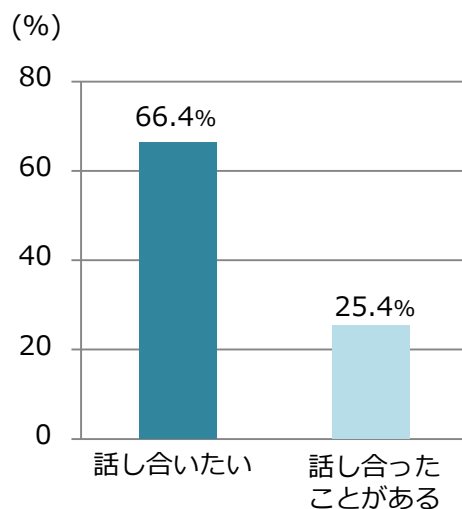
もちろん人生の最期まで自分のことを自分で決められれば、それに越したことはありません。しかし、終末期には約7割の人が、自分で意思決定をできなくなることが知られています。

もしもノートはこだてをきっかけに、ご自分の希望、思いについて話し合ってみませんか。

問：厚生労働省から発表された終末期の治療方針の決定手順などをまとめたガイドラインについて知っていますか



問：終末期に受ける医療について身近な人と具体的に話し合ったことがありますか、また話し合いたいですか



*出典「2018年日本の医療に関する世論調査」

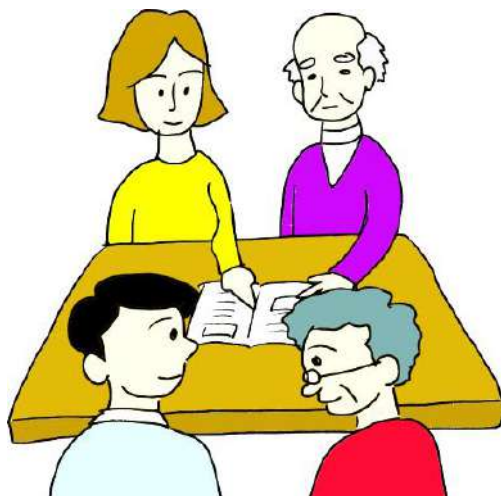
🗨️ もしものときに備える-1 🗨️

もしもノートはこだて（以下「もしもノート」）は、自分で自分のことを決められなくなる「もしも」の時に備えて、あらかじめあなたの思いやその時に望む医療・ケアについて、ご家族や信頼している方、支援者（医療・介護ケアチーム）に伝え、相談するためのノートです。

まず本書をじっくりと読んで、あなたの思いを、ご家族や信頼している方、支援者（医療・介護ケアチーム）とともに話し合いたいでしょう。

ステップ0 もしもの時を考える前に・・・

- 気持ちの落ち着いている時に考えましょう。
 - 家族や信頼している方と話し合いながら考えてみましょう。
 - 年齢や状況によって考えは変わります。
考えが変わったら、何度でも話し合いたいでしょう。
 - 定期的に見直しましょう。
- ※ ステップ2「あなたが希望する医療、ケアを考える」、ステップ3「人生の最期をどこで過ごすかを考える」について、具体的なイメージができない場合は無理に考えず、スキップしても構いません



もしものときに備える-2

ステップ1 あなたの思い、願いを整理する

- もしもノート1つめの項目は「生きることができている時間が限られているとしたら」あなたが何を大切にしたいかです。
- もしもの場合に、ご家族や信頼している方があなたの気持ちを知り、判断するのに役立つでしょう。
- いくつ選んでも結構です。



Q: 「生きることができている時間が限られる」とはどんなときですか？

A: 進行性の病気、重篤な外傷などで、現代医学では治癒が難しく、全身状態が悪化しているとき が考えられます

① もし生きることができている時間が限られているとしたら、わたしが大切にしたいことは下記の項目です。

- ・ 家族
- ・ 友人
- ・ 仕事や社会的な役割
- ・ 趣味
- ・ 身の周りのことが自分でできること
- ・ 経済的なこと
- ・ できる限りの治療が受けられること
- ・ ひとりの時間が持てること
- ・ 家族の負担にならないこと
- ・ その他

自分が大切に思うことをいくつでもチェックしてみましょう！

ステップ2 あなたが希望する医療、ケアを考える

- もしもノート2つめの項目は、あなたが生きることができる時間が限られた状態となり、その時に**自分の意思をはっきりと示せない場合に望む医療やケア**のことです。
- どんな治療を選んでも、つらい症状の緩和は行われますが、希望をあらかじめ伝えておくことで、望まない医療やケアを避けることができます。
- 「精一杯病気と闘って、一日でも長く生きたい」、「延命治療は行わず、自然な死を迎えたい」... 思いは様々です。今の気持ちに率直に選んでみましょう。
- いわゆる延命治療 = 「身体に負担がかかる治療」については、8ページと9ページに掲載しているので参考にしてください。延命治療については必ずメリットとデメリットがあります。実際の場面では担当医としっかり相談しましょう。

Q: 「自分の意思をはっきりと示せない場合」とはどんなときですか？

A: ①急な病気や事故で意識不明になったとき、
②認知症が進行したとき、
③その他の状況で意識不明の状態が続いているとき が考えられます。

②

もしわたしが自分の意思をはっきりと示せなくなり、そのときに生きることができる時間が限られているとしたら、ここに記したような治療を希望します。

- 身体に大きな負担がかかっても、できる限り長く生きられる治療
- 身体に大きな負担がかかる処置は希望しないが、そのうえで少しでも長く生きられる治療
- 延命的な治療は行わず、できる限り苦痛を緩和して自分らしい時間を過ごすこと
- 今はわかりません
- その他 []

今の気持ちにもっとも近いものを選んでみましょう。



このステップはスキップしても構いません

ステップ3 人生の最期をどこで過ごすかを考える

- もしもノート3つめの項目は、**あなたが人生の最期を過ごしたい場所**についてです。
- もっとも今のあなたの希望に当てはまる項目を選んでください。決められないときは「今はわかりません」を選んでいただいて結構です。
- 今まで治療を受けていた病院とは、いわゆる急性期病院であり、一般的には長期の入院は難しいです。担当医との相談が必要です。
- ホスピスや緩和ケアを中心に行っている病院では、症状の緩和は十分に行います。しかし例えば抗がん剤治療などは行っていません。
- ご自宅で過ごす場合、訪問診療や訪問看護、ヘルパーなどを利用して不自由なく過ごすことが可能になってきました。介護してくれるご家族と話し合ってみましょう。

③

わたしが人生の最期を過ごしたいと希望する場所をここに記しますので、尊重してください

- ・ 自宅
- ・ 今まで治療を受けていた病院（医療機関）
- ・ ホスピスや緩和ケアを中心に行っている病院（医療機関）
- ・ 老人ホーム、介護施設など
- ・ 今はわかりません
- ・ その他

[]

今の気持ちにもっとも近いものを選んでみましょう。



このステップはスキップしても構いません

ステップ4 あなたの思いを推定できる人を決定する

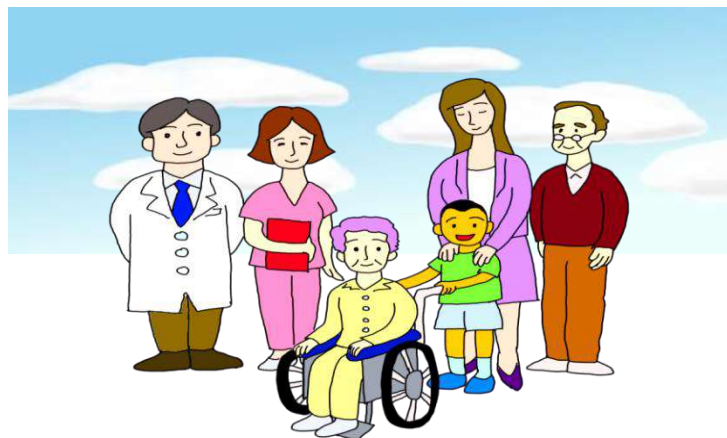
- あなたの思いを推定できる人とは、自分で自分のことを決められなくなったときに、あなたに代わってあなたが希望する医療・ケアを伝えてくれる人のことです。
- ご家族でも、親しい友人でも構いません。信頼して任せることができる人をお願いしましょう。

Q：家族でなくても構いませんか？

A：今後は単身世帯が増えることが考えられます。ご本人が信頼を寄せ、人生の最終段階を支える存在であれば、法的な親族関係でなくても構いません。また複数人でも構いません。

ステップ5 もしもの時について相談する

- あなたの気持ちの整理が済んだら、もしくは整理するために、あなたの願い、医療やケアの希望について支援者（医療・介護ケアチーム）と話し合ってみましょう。



身体に負担がかかる治療とは

身体に負担がかかる治療とは、処置により痛みが生じたり、身体に機器がつながったり、副作用が生じる可能性がある治療のことをいいます。通常は、行うことで得られる利点と、行わないことで生じる不都合を十分に考え、患者さんと話し合いながら決めていきます。

●点滴（てんてき）

腕や足の静脈から入れる方法と中心静脈から入れる方法があります。食べ物を飲み込めなくなったり、必要な栄養や水分を口から取れなくなった場合に使用されます。

腕や足の静脈から入れる方法は、一般的で簡便ですが、十分な栄養を投与することはできません。

●中心静脈栄養（ちゅうしんじょうみやくえいよう）

鎖骨の下、首、太ももの太い静脈にカテーテル（管）を入れ、点滴を行う方法です。

長期間にわたり栄養を投与できる利点があります。欠点としては、入れるときに出血をおこしたり、あとから感染をおこすことがあります。

●経管栄養（けいかんえいよう）

鼻から胃にチューブを入れる方法（経鼻経管栄養：けいびけいかんえいよう）と、皮膚から胃に直接チューブを入れる方法（胃瘻：いろう）があります。食べ物を飲み込めなくなったり、必要な栄養や水分を口から取れなくなった場合に使用されます。

経鼻経管栄養では、鼻やのどの違和感が生じることがあります。

●胃瘻（いろう）

胃カメラまたは手術で、お腹の皮膚から胃に直接チューブを入れる方法です。鼻やのどの違和感がないので、長期間の使用に適しています。

チューブの周りの皮膚がただれることがあります。

●昇圧剤、強心剤（しょうあつざい、きょうしんざい）

血圧を上げるために使う薬で、主に点滴で入れます。

血圧を上げて脳や心臓などの重要な臓器に血液を送り、機能を保つことを目的としています。

●輸血（ゆけつ）

血液中の赤血球（酸素を運ぶ成分）、血小板や凝固因子（出血したときに血液が止まるように働く成分）などの機能や量が低下したときに、その成分を補充するため、点滴から献血由来の血液製剤を入れます。
まれにアレルギーを生じることがあります。

●人工透析（じんこうとうせき）

腎臓は、血液を濾過して体内の老廃物や余分な水分を尿として捨てる働きをしています。

腎臓が著しく悪くなった場合に、腎臓の代わりに機械で血液を濾過してきれいにすることを人工透析といいます。

●人工呼吸（じんこうこきゅう）

自力で十分な呼吸ができなくなった時に、体の外から肺に空気や酸素を送り込み、呼吸を補助する方法です。マスクから送る方法と、気管に直接管を入れて送る方法があります。

●気管挿管（きかんそうかん）

人工呼吸をするために、口または鼻から直接気管内に管を入れる処置です。苦痛を伴うため、通常は鎮静薬を使って人工的に眠らせて行います。

●気管切開（きかんせつがい）

人工呼吸をするために、喉（のど）を数cm切開し、気管に管を入れる方法です。長期間の人工呼吸や、口から喉の空気の通り道（気道）が狭くなっている場合に行います。

●人工呼吸器（じんこうこきゅうき）

自力で呼吸をしない、または、呼吸が不十分な場合、人工呼吸器を使って呼吸を補助します。苦痛を伴うことがあるので、鎮静薬を使う場合があります。

●除細動（じょさいどう）

放置しておくると死に至る不整脈が生じた時に、体の外から電気刺激を与えて、心臓の働きを戻すことを目的として行います。

通常、心肺蘇生処置として、心臓マッサージ（胸骨圧迫）と同時に行います。各所に設置されているAED（自動体外式除細動器）は不整脈を感知し、必要に応じて電気刺激を与える医療機器です。

●心臓マッサージ（しんぞうまっさーじ）

有効な心臓の収縮がなくなったときに、外部から心臓を圧迫することによって血液を心臓から押し出す処置のことをいいます。胸骨圧迫ともいいます。

④ もしもノート記憶シート ④

このノートを参考にわたしが考えたことは、わたしが今まで生きてきて何を大切にしていたのか、そして人生の最期に向けてどのように過ごしたいかについての希望です。

この希望について、わたしと一緒に考えて支持して下さった方たちがいる場合、その方たちはわたしの思いを推定し、わたしの代わりにわたしが希望する医療・ケアを伝えてくれる人になります。わたしが自分で意思表示できない場合はその方にお問い合わせください。

わたしが人生会議 = アドバンス・ケア・プランニング (ACP) を行った場合、下記にわたしの意思を確認している施設名と意思確認者 (相談員等) の名前を記入してあるので、お問い合わせください。

わたし _____ の思いを推定できる人 (信頼して任せられる人) は下記の人になります。

_____ 年 _____ 月 _____ 日

氏 名 _____

連絡先 _____

アドバンス・ケア・プランニング (ACP) : 意思確認実施機関

(_____)

アドバンス・ケア・プランニング (ACP) : 意思確認者 (相談員等)

(_____)

㊦ もしもノートはここで ㊦

- ◆ もしもノートは、函館市およびその近郊にお住まいの皆さんが、ご自分とご家族の将来について考え、『もしも』の時に備えて話し合う機会を広める取り組みです
- ◆ 現在わが国では「人生会議」とネーミングされた、人生の最終段階にどのような医療やケアを望むかをあらかじめ考え、医療・ケアチームと繰り返し話し合い、共有する取り組み = アドバンス・ケア・プランニング（ACP）をすすめています
- ◆ もしもノートを人生会議をはじめるきっかけとしてご活用ください



医療・介護関係者の皆さまへお願い

もしもノートは、現時点では【医療・介護関係者からの発信】**限定**で行っております。

患者さん・利用者さんの意思決定支援の際に必要なに応じて、もしもノートをご活用いただき【はこだて医療・介護連携サマリー】応用ツール^⑱「本人の意向を尊重した意思決定支援のための情報」にて医療・ケアチーム内で共有できるようご協力ください。

もしもノートについてのご質問、ご相談は【函館市医療・介護連携支援センター】で受け付けています。本活動へのご理解、ご協力をよろしくお願いいたします。

もしもノートはこだて

令和5年（2023年）11月 発行

発行者 函館市医療・介護連携推進協議会
情報共有ツール作業部会
（事務局：函館市医療・介護連携支援センター）

住 所 〒041-8522
函館市富岡町2丁目10番10号 函館市医師会病院内

電 話 0138-43-3939