

函館市医療・介護連携推進協議会
連携ルール作業部会 退院支援分科会 第10回会議

日 時：令和5年3月9日（木）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) 「はこだて入退院支援連携ガイド」に係るアンケート調査報告 (資料1)
- (2) 「はこだて療養支援のしおり」に係るアンケート調査報告 (資料2)
- (3) 「はこだて療養支援のしおり」令和4年度更新内容について (資料3)
- (4) 「入退院支援連携強化研修（ガイド編）」動画公開について (資料4)

○協議事項

- (1) 「はこだて入退院支援連携ガイド」の見直しについて (資料5)
- (2) 「はこだて療養支援のしおり」の見直しについて (資料6)
- (3) 「入退院支援連携強化研修会（ガイド編）」の次年度開催について (資料7)
- (4) はこだて在宅看取りガイド（仮）について (資料8)

3 その他

- (1) 次回の部会日程について

4 閉 会

【配付資料】

- 1 「はこだて入退院支援連携ガイド」令和4年度アンケート集計結果
- 2 「はこだて療養支援のしおり」令和4年度アンケート集計結果
- 3 「はこだて療養支援のしおり」令和4年度更新内容
- 4 「入退院支援連携強化研修（ガイド編）」動画公開について
- 5 「はこだて入退院支援連携ガイド」見直し案
- 6 「はこだて療養支援のしおり」見直し案
- 7 「入退院支援連携強化研修会（ガイド編）」（案）
- 8 はこだて在宅看取りガイド（仮）

函館市医療・介護連携推進協議会 連携ルール作業部会
退院支援分科会 第10回会議 出席者名簿

※★…部会長および副部会長 ●…分科会長 ○…幹事

(敬称略)

分野	所属団体	連携ルール作業部会 (退院支援分科会)	
		氏名	勤務先等
医療	公益社団法人 函館市医師会	★部会長 久保田 達也 ※欠席	久保田内科医院
		○幹事 近藤 純香	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	高見 浩	タカミ歯科クリニック
	一般社団法人 函館薬剤師会	田中 秀幸	石川中央薬局
	公益社団法人 北海道看護協会 道南南支部	余田 睦美	独立行政法人 国立病院機構 函館病院
	道南在宅ケア研究会	廣瀬 量平 ※欠席	独立行政法人 国立病院機構 函館病院
	函館地域医療連携実務者協議会	★副部会長 亀谷 博志	社会福祉法人函館厚生院 函館中央病院
		奥山 ちどり	社会福祉法人函館厚生院 函館中央病院 総合医療支援センター 入退院支援室
	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	岩城 朋美	社会福祉法人函館厚生院 函館中央病院
	介護	函館市居宅介護支援事業所連絡協議会	高橋 淳史 ※欠席
函館市地域包括支援センター連絡協議会		●分科会長 福島 久美子	函館市地域包括支援センター こん中央
函館市訪問リハビリテーション連絡協議会		岩崎 祐介 ※欠席	通所リハビリテーション 医療法人道南勤労者医療協会 道南勤医協 函館稜北病院
道南訪問看護ステーション連絡協議会		★副部会長 保坂 明美	訪問看護ステーション フレンズ
		高橋 陽子	訪問看護ステーション ケンゆのかわ
道南地区老人福祉施設協議会	山石 卓弥 ※欠席	特別養護老人ホーム 社会福祉法人函館共愛会 愛泉寮	

はこだて入退院支援連携ガイド 令和4年度 アンケート集計結果

資料 1

【年度別回収率】

種別	令和3年度			令和4年度		
	配布数	回答数	回収率	配布数	回答数	回収率
病院	25	20	80.0%	24	15	62.5%
居宅	98	44	44.9%	97	51	52.6%
包括	10	4	40.0%	10	5	50.0%
施設	147	50	34.0%	189	42	22.2%
合計	280	118	42.1%	320	113	35.3%

1. 「はこだて入退院支援連携ガイド」(以下「連携ガイド」と表記)をご覧になった事がありますか。

- ・はい 103 (91.2%)
- ・いいえ 10 (8.8%)

【所属機関別】

	はい	いいえ
病院	15	0
居宅	48	3
包括	5	0
施設	35	7
合計	103	10

【年度別回答】

回答	令和3年度	令和4年度
はい	77.7%	91.2%
いいえ	22.3%	8.8%

2. (1. で「はい」と答えた方)「連携ガイド」をどのような機会にお使いですか。(複数回答可)

- ・患者・利用者との面談時 17 (13.0%)
- ・新人教育や研修等 14 (10.7%)
- ・業務の確認等 49 (37.4%)
- ・活用する機会がなかった 50 (38.2%)
- ・その他 1 (0.8%)
- ・未記入 0 (0.0%)

【所属機関別】

	面談	研修	業務	機会ない	その他	未記入
病院	3	6	4	8	0	0
居宅	8	3	31	16	0	0
包括	1	3	4	3	1	0
施設	5	2	10	23	0	0
合計	17	14	49	50	1	0

【年度別回答】

回答	令和3年度	令和4年度
面談	13.1%	13.0%
研修	10.9%	10.7%
業務	32.1%	37.4%
機会ない	39.4%	38.2%
その他	3.6%	0.8%
未記入	0.7%	0.0%

「その他」でのご意見
(包括) 自己学習

3. 「連携ガイド」を使用してのご意見をお聞かせ下さい。

• わかりやすく記載されている（合計：13件）

（病院：2件）（居宅：5件）（包括：5件）（施設：1件）

• 業務の確認等（合計：10件）

振り返る時や基本に戻りたい時に使える。（病院：1件）

入退院時、施設入所時に確認できる。（居宅：3件）（包括：4件）

業務の確認時に読むことにより、スムーズに調整ができる。（居宅：2件）

• 患者・利用者との面談時（合計：9件）

退院前カンファレンスの司会進行の時に活用しています。（病院：1件）

利用者（患者）や家族への説明、理解を得るために使用しています。（病院：1件）（居宅：1件）

退院前カンファレンスの際に、タイムテーブルとして使用できるほか、事前準備に活用できるためとても助かります。（居宅：1件）

医療機関、支援対象者、家族、在宅、施設の関わりや流れが説明できるのがいいと思う。（居宅：3件）

入院時、退院前カンファレンス時に使用。（施設：2件）

• 新人教育や研修等（合計：5件）

新人や実習生への指導には大変役立っています。（病院：2件）

未経験などの新任ケアマネに対する教育時に活用させてもらっています。（居宅：2件）

新人研修に役立ちます。特に相手の役割がわかるガイドになっているので良いと思います。（包括：1件）

• 活用する機会がなかった（合計：4件）

内容を深く理解するために読み込む時間がなく、活用には至らなかった。（居宅：1件）

活用する機会はありませんでしたが、常時携帯しています。（包括：1件）

機会がなかったが、今後機会も増えると思うのでカンファレンスの時に確認していきたい。（包括：1件）

使用の機会はありませんが、新任職員の育成機会等があれば活用しようと考えています。（施設：1件）

• その他

◆病院

コロナの為退院前カンファレンスまで出来ず、個別で相談員や訪問看護のみやケアマネのみ来院してもらうなどの状況もあります。

入退院支援に興味のある職員にアナウンスしています。

入退院に際し、関係機関がそれぞれ支援の内容を把握することでスムーズな在宅生活への移行ができると感じる。

◆居宅

連携サマリーを送っていますが、今日退院しましたという電話だけだったり、まったく連絡がない所もあります。きちんとカンファレンスを開催しているところもあり、対応がいまだに様々です。（2件）

退院後の支援についてイメージしやすくなります。退院しても必要な連携はとっていただけることが確認出来る為、心強く思います。

入院中で在宅復帰困難な方の対応に役立てさせていただきたいと思います。

入退院時などの情報共有の際、サマリーを活用させていただいています。

◆包括

病院によって、退院に向けてのカンファレンスの時期や情報提供の内容が違うので、このようなガイドを活用してもらいたい。

◆施設

突発的な入院が多いため、加療後も病院相談員の方に色々対応していただく事が多い。

4. 『連携ガイド』をご覧になって、今後使いやすくする為のご意見をお願いいたします。

・ガイド内に追加する事の提案について

◆居宅

医療機関の入退院時の窓口・連絡先（直通電話・FAX）の一覧表を掲載してほしいと思います。
コロナ禍での連携のポイントなどが記されていると助かります。（3件）

◆包括

4月から包括が自立相談支援機関の役割も担っているので、8050世帯等同居している家族やKPの支援も必要となった場合のため、福祉拠点についてふれていただいてもよいと思う。

◆施設

連携ガイド内に各医療機関等の連携窓口の連絡先一覧等があるとありがたいと思います。（2件）

介護施設種別の詳細（どのような施設なのか等）があれば利用者本人、家族も分かりやすいのではないかと考えます。

介護施設の違いをフォローチャートの中に「サービスについての理解」等として自身でも学ぶ必要性の提示をする
とよいのではないかとと思う。

・ガイド自体の形について

◆居宅

情報を過不足なく載せてあると思うが、ページ数が多いと感じる。もう少し情報が少なくてもいい。（3件）

◆包括

丁寧なので文字数が多い。簡易版があると使いやすいのかなとも思います。

◆施設

ポケットサイズの冊子になっていれればと思います。

全てが一冊になっているので、施設版、病院版と分かれている方が見やすいと思いました。

・ガイド（医療介護の連携）の周知について

◆居宅

内容を医療・介護・福祉の職員各々が共通認識する取組が必要かと思えます。

具体例などもあれば、ご家族様や本人様への利用も可能になるのではと思えます。

新入社員が入職するため定期的に研修を開催してほしい。難病対応可能な医療機関を載せてほしい。

◆包括

どのような場面でガイドを使っているか具体的に知りたいです。

・現状でよい

（病院：1件）（居宅：2件）（施設：1件）

・その他

◆病院

各施設で部署の役割等が異なりますし、分業化等も行われているのでマニュアルとするのは難しいと考えます。

◆居宅

医療機関により、連絡いただくタイミングなど異なる事もあり、必要な部分の情報が確認出来れば臨機に対応
していくことでいいのかと思っています。

はこだて療養支援のしおり 令和4年度 アンケート集計結果

資料2

【年度別回収率】

種別	令和3年度			令和4年度		
	配布数	回答数	回収率	配布数	回答数	回収率
病院	189	79	41.8%	191	58	30.4%
居宅	98	45	45.9%	97	40	41.2%
包括	10	3	30.0%	10	7	70.0%
通所系	101	24	23.8%	138	18	13.0%
訪問系	147	44	29.9%	188	37	19.7%
施設系 (ショート含む)	166	54	32.5%	231	46	19.9%
合計	711	249	35.0%	855	206	24.1%

通所系 = 通所介護、通所リハビリ、小規模多機能、看護小規模多機能

訪問系 = 訪問介護、訪問看護、福祉用具

施設系 = 特養、老健、グループホーム、サ高住、有料老人ホーム、ケアハウス、養護老人ホーム、ショートステイ

1. 『はこだて療養支援のしおり』(以下「療養支援のしおり」と表記)をご覧になった事がありますか。

- ・はい 132 (64.1%)
- ・いいえ 70 (34.0%)
- ・未記入 4 (1.9%)

【所属機関別】

	はい	いいえ	未回答
病院	31	24	3
居宅	31	9	0
包括	7	0	0
通所系	11	7	0
訪問系	24	13	0
施設系 (ショート含む)	28	17	1
合計	132	70	4

【年度別回答】

回答	令和3年度	令和4年度
はい	45.6%	64.1%
いいえ	52.6%	34.0%
未回答	1.8%	1.9%

2. (1. で「はい」と答えた方) 日常業務において『療養支援のしおり』を活用する機会がありましたか

- ・はい 60 (45.5%)
- ・いいえ 72 (54.5%)
- ・未記入 0 (0.0%)

【所属機関別】

	はい	いいえ	未回答
病院	10	21	0
居宅	21	10	0
包括	2	5	0
通所系	2	9	0
訪問系	11	13	0
施設系 (ショート含む)	14	14	0
合計	60	72	0

【年度別回答】

回答	令和3年度	令和4年度
はい	45.6%	45.5%
いいえ	52.6%	54.5%
未回答	1.8%	0.0%

「はい」*どのような場面での活用だったか、お聞かせください（複数回答あり）

• 病院相談窓口一覧を活用（合計：19件）

（病院：2件）（居宅：5件）（包括：1件）（通所系：1件）（訪問系：2件）（施設系：8件）

• 病床一覧を活用（合計：17件）

（訪問系：3件）（施設系：8件）

患者さんやご家族へ転院先の紹介をする際に病床一覧が役立ちました。（病院：2件）

函館市各病院の病床一覧、転院先について利用者から聞かれた時に利用。（居宅：4件）

• 教育・勉強会・出前講座の資料として活用（合計：9件）

新人教育の資料などで活用。（病院：1件） 勉強会など。（訪問系：2件） 院内研修で活用。（施設系：1件）

事業所での研修、新人教育、ケアマネや家族の相談時に活用。（居宅：4件）

出前講座の資料として利用した。（包括：1件）

• 急変時シートや救急の連絡先を活用（合計：5件）

急変時の対応について、患者さんに説明する時に利用しています。（病院：2件）

急変時対応シートを救急搬送リスクの高い利用者宅に用意し、サービス事業所等が活用できるようにした。

（居宅：1件）

急変時の対応がわかりやすくまとまっていたので、介護員に見せた。（訪問系：1件）

急変時対応シートを利用者宅に置いてあるファイルに入れている。（訪問系：1件）

• その他の活用

◆病院

包括支援センターを探す際に利用させていただきました。（2件）

介護保険と高齢者福祉の手引きを外来患者に対する相談業務の情報として活用している。

◆居宅

道外で治療療養していた利用者が帰函した際のフォローアップの時に利用。

わからないこと・知りたいことを調べる時や、再確認の時に利用。（4件）

利用者（家族）に対して医療費の相談先を情報提供する時に活用。（2件）

利用者から医療的な部分を聞かれた際に参考にさせていただきました。

◆包括

確認、振り返りに利用。

◆通所系

自宅近くの病院を知りたい、薬局を調べたい時に医療、介護マップが便利だった。

介護保険の仕組みや申請の際に受付窓口や各包括の担当地区の確認のため使用。

◆訪問系

利用者家族からの問い合わせがあった際や、業務の確認などに活用。（3件）

◆施設系

医療機関や行政機関等と連絡を取る際、各種窓口の情報等を確認する時に利用。（3件）

共有スペースや談話室に設置して入居者さんが見れるようにしている。

各ユニット内で回覧できるようにしている。

リハビリを受けたいと相談があった時に活用。

訪問マッサージを利用している利用者様があり、医療保険が適用されることを認識してもらえた。

「いいえ」*活用しなかった理由をお聞かせください（複数回答あり）

• 活用する事案がなかった（合計：40件）

（病院：9件）（居宅：3件）（包括：4件）（通所系：6件）（訪問系：9件）（施設系：9件）

• 連携先、職場などで対応できたので、活用していない（合計：9件）

（病院：2件）（居宅：3件）（通所系：1件）（訪問系：2件）（施設系：1件）

• 見なくても支援できた、知っている内容だった。（合計：7件）

（病院：5件）（包括：1件）（訪問系：1件）

• 知りたい情報がなかった（合計：3件）

（通所系：1件）（施設系：2件）

• しよりの事を忘れていた

（病院：2件）

• その他

しっかり中身を把握できていなかった。（通所系：1件）

3. 「療養支援のしおり」について、ご意見ご要望をお聞かせ下さい。

・しおり内に追加する事項の提案について

◆病院

身寄りがない認知症の方についての相談先、民間の保障会社など、成年後見では対応できない医療の同意、保障人の支援をしてくれる所をのせてほしい。

北斗市、七飯町の情報も載せてほしい。

・しおり自体の形について

◆居宅

ページの端を色分けするなどして、見出しがあると利用しやすいと思います。

◆包括

P24の自立相談支援機関についても含め、QRコードから市のホームページに移動できると便利だと感じました。

・しおりの周知について

◆居宅

研修などの機会があれば良いと思いました。

在宅での看取りについて、たくさんの事例を知りたいと思います。

冊子にして各事業所に配布したり、市政はこだてに入れて各家庭に配布するなど、ネット環境がない方も閲覧できるようにするとよいのではないかと思います。

◆包括

若い世代が親の事を知りたい時にスマホ版で選択してページに飛べる函館のLINEのようなアプリがあるといいと思います。伝えたい事が膨大なので、簡易版を市内の病院や郵便局などに置いて周知すればいいと思います。

◆施設系

1軒に1冊配布するのもよいと思います。（経費が掛かりますが、または60歳65歳70歳の節目に配布するとか）

・その他

◆病院

内容も良いと思いますし、医療介護関係者や利用者にも有効（4件）

今回のアンケートをきっかけに初めてしっかり目を通しました。とても魅力的な内容であり、これからの業務に活用させていただきます。（2件）

入退院支援に関わる他職種や通院されている患者様へ必要時に紹介したり活用させていただきます。（2件）

知りたい項目ごとに分かれており見やすいと思う。（2件）

特に必要性を感じなかったが、今後は活用する機会も増えると考えられる。

◆居宅

共通課題からおさえておくポイントやそこに合わせた事業所の紹介など大変わかりやすいと思います。（5件）

常時持ち歩いて、医療や福祉制度を確認できるようにしている。

医療のわからない部分が解説されていて良いと思います。

今回のFAXで色々詳しい内容が確認できました。業務で使わせていただきます。

令和4年9月入社の新社員教育時に久しぶりに参照し「こんなに活用できるようになっていたんだ」と驚きました。

「広めなくては」と感じています。

一般の方への活用を広げたら良いと思いました。

医療機関の連絡窓口一覧が記載されており、今後活用したい。（2件）

在宅復帰が困難な方の対応にとっても役立つと思います。

◆包括

あらためて見るととても分かりやすく、支援をする時や実習生等の学びに活用できると思いました。（4件）

相談先など一般の方が見ても見やすく書かれているので分かりやすいです。

◆通所系

今後、活用していこうと思います。（3件）

知りたい情報がスムーズにわかればよい、少し量が多くネットで検索してしまう。

とてもわかりやすく書かれており連絡先などの掲載もよいと思いました。当事業所でも相談のマニュアルに加えて使用したいと思います。（2件）

ケアマネがついていない（サービスを使わないとケアマネがない）ことをご存じない先生もおられます。しおりが周知されるといいと思う。

◆訪問系

今までは見る機会がありませんでしたが改めて見ると内容も分かりやすくとても参考になりました。今後は積極的に活用させていただきたいと思います。(7件)

関係機関に繋ぐ前段階で自らが知っておくとよい内容が載っているので、所内のミーティングの際に職員にも伝えていきたい。病床機能(病院)一覧について参考になりました。

様々な情報があり大変わかりやすく、今後活用したいと思い、まずは事務所内に置きました。

今のところ現状のままでもいいと思います。

自分で調べるには大変なことや、ご利用者様へお伝えできる内容も分かりやすく載っており便利だと感じました。

◆施設系

医療側と介護側の分野で確認する事が出来てわかりやすいと感じます。医療や各関係機関が一覧となっている為、別紙資料として活用させていただきます。

今回しおりを拝見し、今までは相談者に口頭で説明をしていましたが、今後はしおりを見ていただきながら、わかりやすい説明ができると思いますので、活用していきたいと思います。(7件)

病床の仕組み等、今まで疑問に思っていた事をわかりやすく知る事ができました。

今後も市内の病床再編や医療・介護の制度改正等を反映し、引き続き新たな情報を提供していただければと思います。

カラーイラストもあり見やすいと思いました。

とてもわかりやすく利用者や家族へのとっさの対応にも役立つと思います。

療養支援のしおりは勉強会等に使用させていただきます。

「はこだて療養支援のしおり」令和4年度更新内容

P6

●介護保険のサービスを利用するには？

- ・函館市の受付窓口の名称変更，修正
- ・函館市包括支援センターの電話番号の変更，修正

◎函館市の受付窓口については下記をご参照ください。

函館市保健福祉部高齢福祉課 相談支援担当（市役所2階）	21-3025
亀田福祉課 介護・高齢・障がい相談窓口（亀田支所1階）	45-5482
湯川福祉課（湯川支所1階）	57-6170
銭亀沢支所（銭亀沢支所1階）	58-2111
戸井支所 市民福祉課	82-2112
恵山支所 市民福祉課	85-2335
樞法華支所 市民福祉課	86-2111
南茅部支所 市民福祉課	25-6045

◎函館市地域包括支援センターについては以下をご参照ください。

⇒函館市HP「[函館市地域包括支援センター](#)」


函館市地域包括支援センター		担当地区
あさひ	27-8880	入舟町 船見町 弥生町 弁天町 大町 末込町 元町 青柳町 谷地頭町 住吉町 宝来町 東川町 豊川町 大手町 栄町 旭町 東雲町 大森町
こん中央	27-0777	松園町 若松町 千歳町 新川町 上新川町 海岸町 大樽町 松川町 万代町 中島町 千代台町 堀川町 高盛町 宇賀浦町 日乃出町 的場町 金堀町 広野町
ときとう	33-0555	大川町 田家町 白鳥町 八幡町 宮前町 時任町 杉並町 本町 梁川町 五稜郭町 柳町 松陰町 人見町 乃木町 柏木町
ゆのかわ	36-4300	川原町 深堀町 駒場町 湯浜町 湯川町1～3丁目 花園町 日吉町1～4丁目
たかおか	57-7740	戸倉町 榎本町 上野町 高丘町 滝沢町 見晴町 鈴蘭丘町 上湯川町 銅山町 旭岡町 西旭岡町1～3丁目 鯉川町 寅沢町 三森町 紅葉山町 庵原町 亀尾町 米原町 東畑町 鉄山町 蝦眉野町 根崎町 高松町 志海苔町 瀬戸川町 赤坂町 銭亀町 中野町 新渡町 石倉町 古川町 豊原町 石崎町 鶴野町 白石町
西 堀	78-0123	富岡町1～3丁目 中道 1～2丁目 鍛冶 1～2丁目
亀 田	40-7755	美原 1～5丁目 赤川1丁目 赤川町 亀田中野町 石川町 北美原 1～3丁目 昭和 1～4丁目
神 山	76-0820	山の手 1～3丁目 本通 1～4丁目 陣川町 陣川1～2丁目 神山町 神山 1～3丁目 東山町 東山 1～3丁目 水元町 亀田大森町
よろこび	34-6868	浅野町 吉川町 北浜町 港町 1～3丁目 追分町 亀田町 桔梗町 昭和町 桔梗 1～5丁目 西桔梗町 亀田本町 亀田港町
社 協	82-4700	戸井地区 樞法華地区 恵山地区 南茅部地区
ランチかやバ	25-6034	※地域の相談を受け、地域包括支援センターにつなげるための窓口です。

3

P7

●医療費について知りたい

- ・医療費に負担割合：制度の変更あり内容変更，修正



介護側

医療費について知りたい

●**公的医療保険について**

◎後期高齢者医療制度についてはこちらをご参照ください。
⇒函館市HP「[後期高齢者医療制度・函館市](#)」

◎国民健康保険（こくほ）についてはこちらをご参照ください。
⇒函館市HP「[国民健康保険・函館市](#)」

◎全国健康保険協会（協会けんぽ）についてはこちらをご参照ください。
⇒協会けんぽHP「[協会けんぽ](#)」

◎健康保険組合の方は保険証に記載の健康保険組合へ各自ご確認ください。

●**医療費の負担割合について**

原則として75歳以上（後期高齢者医療制度）は1割（令和4年10月1日より、一定以上の所得のある方は2割）、70歳から74歳までは2割、70歳未満は3割となります。いずれの場合も現役並み所得者（Ⅰ～Ⅲ）（P9参照）は3割となります。

P10・11

●医療費について知りたい

- ・重度心身障害者医療費助成制度
- ・特定医療費（指定難病）
- * 2項目を新規で追加

P12

●病床の仕組みを知りたい

- ・説明文章の一部変更
- ・療養病棟（病床）

2024年3月廃止予定の為，文章追加

P13

●病床の仕組みを知りたい

【函館市各病院の病床一覧】の変更, 修正

- ・高橋病院：療養（介護）病床廃止
- ・函館協会病院：一般病床開始

(令和4年6月現在)

	一般	地域連携 ケア	回復期	療養 ケア	ホスピス 緩和ケア	精神 科	療養 病棟 (種別) 病棟	療養 病棟 (種別) 病棟	感染症 病棟	結核
亀田北病院						●				
亀田花園病院	●						●			
亀田病院	●	●	●	●						
共愛会病院	●	●		●			●			
国立病院機構函館病院	●	●								●
市立函館恵山病院							●			
市立函館病院	●								●	●
市立函館南茅部病院	●						●			
高橋病院	●	●	●							
富田病院	●					●	●			
西堀病院	●	●	●	●						
函館おおむら整形外科病院	●	●								
函館おしま病院					●			●		
函館記念病院				●		●	●			
函館協会病院	●	●	●	●			●			
函館五稜郭病院	●									
函館市医師会病院	●	●		●						
函館新都市病院	●		●							
函館赤十字病院	●	●								
函館中央病院	●									
函館脳神経外科病院	●	●								
函館稜北病院	●	●	●							
函館渡辺病院	●					●				
森病院					●		●	●		

(五十音順)

P16

●病院の相談窓口がわかりにくい

【函館市内 病院相談窓口一覧】

- ・函館稜北病院：窓口名称変更, 修正
- ・函館渡辺病院：窓口名称変更, 修正

【函館市内 病院相談窓口一覧】

(令和4年6月現在)

医療機関	相談窓口	連絡先
亀田北病院	地域連携室 認知症疾患医療センター	46-4651 (代表)
亀田花園病院	地域連携室	33-2501 (直通)
亀田病院	地域連携室	40-1500 (代表)
共愛会病院	入退院支援室	33-1166 (直通)
国立病院機構函館病院	相談支援室	51-0229 (直通)
市立函館恵山病院	看護科	85-2001 (代表)
市立函館病院	患者サポートセンター	43-2000 (代表)
市立函館南茅部病院	事務	25-3511 (代表)
高橋病院	医療福祉相談・地域連携室 入退院支援室	23-7221 (代表)
富田病院	地域医療連携室	52-1114 (直通)
西堀病院	地域連携課	78-0102 (直通)
函館おおむら整形外科病院	地域連携課	47-3300 (代表)
函館おしま病院	医療相談室	56-2308 (代表)
函館記念病院	地域医療連携室	42-0769 (直通)
函館協会病院	地域医療福祉相談室	53-5511 (代表)
函館五稜郭病院	医療相談課・在宅療養支援室	51-2295 (代表)
函館市医師会病院	医療・介護連携課 医療福祉相談係	43-4873 (直通)
函館新都市病院	医療支援課連携係	46-1321 (代表)
函館赤十字病院	医療相談室	52-4363 (直通)
函館中央病院	医療福祉相談室	52-1231 (代表)
函館脳神経外科病院	医療相談室	31-0606 (直通)
函館稜北病院	医療福祉相談課	31-1791 (直通)
函館渡辺病院	渡辺病院 患者総合サポートセンター 一般科、精神科診療の窓口 (入院・受診等の予約)	59-2357 (直通)
	渡辺病院 医療福祉支援科 入院中患者、通院中患者の総合相談	59-4198 (直通)
	ゆのかわメンタルクリニック 精神科診療の窓口 (入院、受診等)	59-3331 (代表)
森病院	医療相談室	47-2222 (代表) 83-1711 (直通)

P17



●専門職の役割を知りたい

- ・函館市医療・介護連携支援センターHP・コラム
認定看護師の役割と活動 追加

P24

●生活困窮者への支援方法は？

- ・生活困窮者自立支援制度：窓口変更により修正
- ・生活福祉資金：函館市社会福祉協議会へ確認、
一部文章変更

 医療側	～共通課題～ 生活困窮者への支援方法は？	 介護側			
<p>●生活困窮者自立支援制度</p> <p>生活困窮者自立支援法が平成27年4月に施行されたことに伴い、経済的に困窮または社会的に孤立しているなど、今後の生活に不安を感じている方の相談窓口を下記のとおり設置しています。※生活保護受給者の方は対象外です。</p>					
<p>◎自立支援相談窓口についてはこちらをご参照ください。 ⇒函館市HP「函館地域包括支援センターのご案内」 ※令和4年度から市内の各センターが相談窓口を担っています。</p>					
<p>【相談窓口】</p> <table border="1"><tr><td>「函館市地域包括支援センター」</td><td>P6参照</td></tr></table>			「 函館市地域包括支援センター 」	P6参照	
「 函館市地域包括支援センター 」	P6参照				
<p>●生活福祉資金</p> <p>他の貸付が利用出来ない低所得者、高齢者、障害者世帯の経済的自立と生活の安定を目指しお住まいの市町村社協が窓口となって資金貸付の相談を行い、北海道社会福祉協議会での審査により貸付可否決定となります。具体的な利用目的がある場合に、該当する資金の貸付を行う制度で、原則として、未払・未契約の費用が対象です。その他、臨時特例つなぎ資金などの資金貸付があります。</p>					
<p>◎資金貸付の詳細についてはこちらをご参照ください。 ⇒函館市社会福祉協議会HP「資金貸付について・函館社協」</p>					
<p>【相談窓口】</p> <table border="1"><tr><td>函館市社会福祉協議会</td><td>函館市若松町33番6号</td><td>23-2226</td></tr></table>			函館市社会福祉協議会	函館市若松町33番6号	23-2226
函館市社会福祉協議会	函館市若松町33番6号	23-2226			

P27

- 曜日・時間帯別の医療機関のかかり方について知りたい
- ・函館市の救急医療体制：二次救急の当番病院の病院数
11→9 病院に変更，修正

●函館市の救急医療体制
救急医療機関を重症度に応じて3段階に分けて対応しています。

段階	患者の状態	医療機関	緊急度	
初期救急 (※1)	軽症患者	函館市夜間急病センター 休日当番医	小	
医師の判断で転送		↓	より詳しい検査や入院が必要な時	
二次救急 (※2)	重症患者	市内の9病院が当番制で対応	大	
医師の判断で転送		↓		高度な医療が必要な時
三次救急 (※3)	生命に危険がおよぶ患者	市立函館病院救命救急センター		

P33

- 柔道整復師，鍼灸師・マッサージ師に訪問してもらい治療や施術を受ける事ができる？
- ・鍼灸師・マッサージによる訪問：函館鍼灸マッサージ師連絡協議会へ確認
一部文章変更

P36

- 関係機関一覧
- ・函館市包括支援センター：住所，電話番号の変更に伴い修正
- ・市関係窓口：名称変更に伴い修正，追加項目に関する窓口の追加

令和5年3月吉日

関係者各位

函館市医療・介護連携推進協議会
連携ルール作業部会退院支援分科会
分科会長 福島 久美子

「入退院支援連携強化研修会（ガイド編）」動画公開について

拝啓

時下ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。平素は格別のご高配を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、この度、退院支援分科会で発行している「はこだて入退院支援連携ガイド」に沿って、コロナ禍での入退院の連携についてお互い共有できる機会として、下記の内容で動画公開をすることとなりました。この研修会は、函館市の医療・介護関係者の皆さんで構成された退院支援分科会と当センターとの共催となっております。貴事業所職員の皆様におかれましても、ぜひお誘い合わせのうえ参加していただきますよう、よろしくお願い申し上げます。

敬具

記

「入退院支援連携強化研修会（ガイド編）」動画公開

【日 時】令和5年3月●日（月）14時～●月●日（日） 動画公開

【場 所】函館市医療・介護連携支援センター ホームページ上

【対 象】函館市、北斗市、七飯町の医療・介護関係者

【内 容】「**ここが知りたい！入退院時の医療・介護の連携**
～会えない！行けない！どうしていますか？～

① 発表者の職種での困り事や工夫した事の発表

② 座長の進行により、座長とパネリストにてディスカッションをします。

(座長)

函館市地域包括支援センター連絡協議会 保健師 : 福島 久美子 様

(パネリスト：発表者)

函館市居宅介護支援事業所連絡協議会 ケアマネジャー : 高橋 淳史 様

一般社団法人 北海道MSW協会南支部 医療相談員 : 岩城 朋美 様

道南訪問看護ステーション連絡協議会 看護師 : 高橋 陽子 様

(パネリスト)

函館地域医療連携実務者協議会 看護師 : 奥山 ちどり 様

道南在宅ケア研究会 医療相談員 : 廣瀬 量平 様

【申込方法】 申込は各所属事業所・機関よりお願いいたします。

*参加申込書にご記入のうえ、**令和5年●月●日()**までにご連絡をお願いいたします。

申し込みをいただいた医療機関(部署)及び事業所にのみ、閲覧の為のパスワードをお知らせいたします。

【お問い合わせ先】

函館市医療・介護連携支援センター(函館市医師会病院内) 担当: 近藤

電話: 43-3939 FAX: 43-1199 E-mail: ikr-center@hakodate-ishikai-hp.jp

函館市医療・介護連携支援センター行
FAX：43-1199・メール：ikr-center@hakodate-ishikai-hp.jp

閲覧申込書

『入退院支援連携強化研修会（ガイド編）』動画公開

テーマ：ここが知りたい！入退院時の医療・介護の連携
～会えない！行けない！どうしてですか？～

場所：函館市医療・介護連携支援センター ホームページ

公開期間：令和4年●月●日（月）14時～●月●日（日）

動画時間：●●分程

医療・介護機関の専門職種で、入退院時にお互いに困っている事や
困難事にどのように工夫しているかの話をする予定です！

連携のヒントを得て、
皆で頑張りましょう！



令和5年●月●日

【所属エリア（○をつけてください）】 函館市 北斗市 七飯町

【貴医療機関・介護事業所名】

【ご担当者】

【TEL】

【閲覧希望人数】 名

閲覧用パスワードをお知らせする為の、希望される連絡方法 FAX 番号またはメールアドレスをご記入下さい。

FAX 【 】

メール 【 】

閲覧申込書にご記入のうえ、●月●日（月）までにご返信ください。

*部署毎に申し込みされる場合は、こちらの用紙をコピーしてお使い下さい。

はこだて入退院支援連携ガイド 見直し（案）

1, P7：入院直後（医療機関）①スクリーニングを行う

※ 退院支援が必要な場合

- ① 再入院を繰り返している場合
 - ② がんや難病のように、進行する疾患を抱えながら退院する場合
 - ③ 退院後も医療管理や医療処置等が継続する場合
 - ④ 入院前に比べ ADL（日常生活動作）が低下し、退院後の生活様式の再編が必要な場合
 - ⑤ 独居あるいは家族と同居であっても、介護を十分に提供できない場合
 - ⑥ 理解力や認知能力の低下が見受けられる場合
 - ⑦ 虐待が疑われる場合
- …など



（変更案）

「*退院支援が必要な場合」の項目に、⑧～⑫を追加掲載する

- ⑧要介護状態であると疑いがあるが要介護認定が未申請であること
- ⑨生活困窮者であること
- ⑩排泄に介助を要すること
- ⑪入院治療を行っても長期的な低栄養状態になると見込まれるもの
- ⑫児童等の家族から、介護等を日常的に受けていること

2. P8：入院直後（医療機関）⑤虐待等が疑われる場合の対応

支援の経過の中で、虐待が疑われる場合には、早急に、函館市保健福祉部高齢福祉課もしくは担当地域の包括支援センターへ報告しましょう。また、虐待の他にもスムーズなサービス利用につながらない状況にある場合は、包括支援センターへ支援依頼しましょう。



（変更案）

文章内の、包括支援センターの後に（福祉拠点）を追加

また、虐待の他にもスムーズなサービス利用につながらない状況にある場合は、包括支援センター（福祉拠点）へ支援依頼しましょう。

* 1, 2における参考意見

8050 世帯等の支援も必要となった場合のために、福祉拠点についてふれていただく事も有りかと思う。

3, P9：入院直後（在宅・施設）②入院時の連携を積極的に進める

退院時のスムーズな連携は、入院時の連携から始まります。積極的かつ適切に対応していくことが重要です。

入院先の退院支援部門の把握、担当医、担当看護師、医療ソーシャルワーカーとの情報共有は積極的に行い、また、入院中、支援対象者や家族には、安心して過ごせるように、入院医療機関の退院支援相談窓口を知らせ、橋渡しするなど、退院へ向けて協働を進めていけるように努めます。



（変更案）

文章の変更

入院先を把握したら、入院先の退院支援部門へ連絡し、支援対象者の在宅・施設の担当者である事を伝え、情報共有を行いましょう。その際に、主となる退院支援担当者が誰になるのかを確認し、今後の連絡先、連絡方法や時間、面会をする際の入院先の取り決め等を確認しまししょう。・・・（以下の文章は変更なし）

* 3における参考意見

コロナ禍での連携のポイントなどが記されていると助かります。

4, P 1 1 : 入院中 (医療機関) ④在宅・施設担当者との協力

退院後、訪問診療が必要な場合、対応が可能か、かかりつけ医に相談しましょう。かかりつけの患者の場合のみ対応する医師もいます。(在宅医療・介護連携マップ>函館市医療・介護連携支援センターHP <http://hakodate-ikr.jp> 参照)

退院支援担当者は、ケアマネジャーが新たに決まる場合や、入院によって状態変化がある場合、ケアマネジャーが支援対象者・家族に行うアセスメントの際に、今後の方針を決めるための打合せを行うと円滑に支援が進みます。

次の段階で、支援対象者を担当する複数の医療機関担当者・退院後の生活を支える在宅・施設担当者による打合せを行うと、より円滑に支援が進みます。

また、ケアマネジャーなど在宅・施設担当者は、退院へ向けた準備に一定程度の時間を要します。退院予定日は早い段階で知らせ、退院に向けて協働しやすいように考慮しましょう。

医療機関のリハビリスタッフ等が家屋調査を行う場合は、ケアマネジャーへ同行を依頼し、住環境の整備調整(住宅改修や福祉用具の活用)がスムーズにできるよう、情報共有しましょう。



(変更案)

文章の並び替え、施設の体制として対応が可能かどうかを確認する等の文章を追加

退院支援担当者は、ケアマネジャーが新たに決まる場合や、ケアマネジャーが支援対象者・家族に行うアセスメントの際、入院によって状態変化がある場合などに、今後の方針を決めるための打合せを行うと円滑に支援が進みます。

次の段階で、支援対象者を担当する複数の医療機関担当者・退院後の生活を支える在宅・施設担当者による打合せを行うと、より円滑に支援が進みます。

施設入居者の場合は、施設の体制として支援対象者の状態変化に対応できるかの確認が必要になります。

退院後、訪問診療が必要な場合は、対応が可能かをかかりつけ医に相談しましょう。かかりつけの患者の場合のみ対応する医師もいます。（在宅医療・介護連携マップ>函館市医療・介護連携支援センターHP <http://hakodate-ikr.jp> 参照）

医療機関のリハビリスタッフ等が家屋調査を行う場合は、ケアマネジャーへ同行を依頼し、住環境の整備調整（住宅改修や福祉用具の活用）がスムーズにできるよう情報共有をしましょう。

※連携での注意点

ケアマネジャーなどの在宅・施設担当者は、退院へ向けた準備に一定程度の時間を要します。退院予定日は早い段階で知らせ、退院に向けて協働しやすいように考慮しましょう。

5, P 1 1 : 入院中 (医療機関) ⑤医療機器の操作や医療処置の実技指導

支援対象者や家族が、退院後も利用する医療機器の操作や医療処置の手技等を入院中に習得することが必要な場合があります。

その際、ケアマネジャーや訪問看護師等の在宅担当者、もしくは看護師等の施設担当者も立ち会えば、退院後の医療処置等がよりスムーズになるのはもちろんのこと、支援対象者や家族の大きな安心にもつながります。

また、介助の方法やリハビリについても、入院期間中に指導しておくことで、支援対象者が安心して退院することができます。退院までに時間がなく、指導が十分ではない場合には、医療機関でどの程度まで指導ができているか在宅・施設担当者へ情報提供しましょう。



(変更案)

施設体制で医療処置は可能かどうかを相談する旨の文章追加

支援対象者や家族が、退院後も利用する医療機器の操作や医療処置の手技等を入院中に習得することが必要な場合があります。

その際、ケアマネジャーや訪問看護師等の在宅担当者、もしくは看護師等の施設担当者も立ち会えば、退院後の医療処置等がよりスムーズになるのはもちろんのこと、支援対象者や家族の大きな安心にもつながります。

施設入居者の場合、施設の体制として医療処置の対応が可能かどうか変わってくるため、施設の種別や体制の確認、対応の可否について施設担当者と相談しましょう。・・・・・・ (以下の文章は変更なし)

6, P12 : 入院中（在宅・施設）②医療機関担当者との協力

新たにケアマネジャーとなった場合や、入院によって状態変化がある場合、ケアマネジャーは支援対象者・家族と面談し、アセスメントを行います。その時に合わせて、今後の方針を決めるための打合せを行うと円滑に支援が進みます。



（変更案）

文章の変更，支援対象者の状況と自施設での対応が可能かどうかについての文章の追加

新たにケアマネジャーとなった場合や入院によって状態変化がある場合、ケアマネジャーは支援対象者・家族と面談しアセスメントを行います。アセスメントをした結果の生活環境や介護体制などを考慮した在宅生活のイメージについて、医療機関担当者と共有しておきましょう。その上で今後の方針を決めるための打合せを行うと、円滑に支援が進みます。

施設担当者は、情報共有の際に自施設での体制状況（医師や看護師の配置体制，夜勤状況など）や自施設の体制で対応可能な支援対象者の状態像についてもお伝えしましょう。それをふまえて、今後の方針を支援対象者や家族，医療機関担当者と共に考えていきましょう。

* 4, 5, 6における参考意見

介護施設の違いをフローチャートの中に「サービスについての理解」等として自身でも学ぶ必要性の提示

7, P12 : 入院中（在宅・施設）③情報収集の際の留意事項

医療機関の体制によって、支援対象者に退院支援担当者が必ずいるとは限りません。医療機関に対し、支援対象者や家族と相談しながら退院支援に向けて動いていることを伝え、対応してくれるスタッフ、窓口を把握するように努めましょう。

また、個人情報保護の視点からも、ただ情報が欲しいというだけでは情報提供できません。支援対象者を担当しているケアマネジャーであることを証し、支援対象者や家族から情報提供を受けることについて了解を得ていることを説明しましょう。どのような目的で、どのような情報を聞きたいのかを明確にすることも大切です。

面会の約束をせずに直接病棟へ出向き医療スタッフから情報収集することは控え、付き添いやインフォームド・コンセント時に立ち会う場合は、支援対象者や家族を通して病院や医師にその旨を伝え、了解を得ましょう。



（変更案）

文章の並び替え

医療機関の体制によって、支援対象者に退院支援担当者が必ずいるとは限りません。医療機関に対し、支援対象者や家族と相談しながら退院支援に向けて動いていることを伝え、対応してくれるスタッフ、窓口を把握するように努めましょう。

面会の約束をせずに、直接病棟へ出向き医療スタッフから情報収集することは控え、付き添いやインフォームド・コンセント時に立ち会う場合は、支援対象者や家族を通して病院や医師にその旨を伝え、了解を得ましょう。

また、個人情報保護の視点からも、ただ情報が欲しいというだけでは情報提供はできません。支援対象者を担当しているケアマネジャーであることを証し、支援対象者や家族から情報提供を受けることについて了解を得ていることを説明しましょう。どのような目的で、どのような情報を聞きたいのかを明確にすることも大切です。

はこだて療養支援のしおり 見直し（案）

（参考意見）北斗市，七飯町の情報も載せてほしい。

（変更内容）

① P 1 3 「病床一覧」， P 1 6 「病院相談窓口一覧」に追加掲載

*追加病院：ななえ新病院・なるかわ病院

② 項目ごとに北斗市・七飯町の窓口の掲載についても検討

- ・介護保険・医療費・介護支援専門員・訪問看護・認知症・がんの相談窓口
- ・身寄りのない方・生活困窮者・通院の移動手段・苦情の相談窓口
- ・曜日・時間帯別の医療機関のかかり方・地域の社会資源/高齢者の住まい

*薬剤師会・柔整・鍼灸・歯科・栄養士については，北斗市・七飯町の情報はずでにある

「入退院支援連携強化研修会（ガイド編）」（案）

日 時：令和5年 未定

*コアメンバーと日程調整

*コアメンバー（令和4年度）：

函館市地域包括支援センター連絡協議会：福島 久美子様

道南在宅ケア研究会：廣瀬 量平様

函館地域医療連携実務者協議会：奥山 ちどり様

一般社団法人 北海道MSW協会南支部：岩城 朋美様

函館市居宅介護支援事業所連絡協議会：高橋 淳史様

道南訪問看護ステーション連絡協議会：高橋 陽子様

開催方法：集合開催

参加人数：40名ほど

研修形態：事例をもとに、グループワーク

参加者（案1）

職種を均等にして参集する

*退院支援看護師（ ），包括（ ），居宅（ ），訪問看護師（ ）
ワーカー協会（ ），病棟看護師（ ）

（案2）

職種の均等はせず参集する

テーマ：（仮）病院と在宅でのイメージの共有

できるADL, しているADL・・・何が違うの？

目 的：入退院の際に、関係職種が協働し情報提供を行う事で、一体的でスムーズな医療・介護サービスが提供され、患者・利用者が希望する場所で望む日常生活が過ごせるようになる

目 標：・ガイドの内容を通じて、適切な入退院支援の連携の在り方を考え、入退院支援に関わる職種間で相互理解ができる
・研修での学びを通じて、明日から入退院支援に係る連携を強化できる

構 成：・事例紹介

*事例提供者：未定

・グループワーク：事例をもとにガイドに沿ってディスカッション

(仮) はこだて在宅看取りガイド

大切な方の旅立ちをお手伝いする皆様へ

*イラスト掲載予定

はじめに

この冊子は、住み慣れた地域で自分らしい暮らしをする中で、大切な方を家で看取ると考えた時に理解していただきたいことをまとめてみました。自宅だからできる事がたくさんあります。しかし、看取ることができるのか何をするといいのかと不安になる事はあると思います。どのような変化があるのか、どのようにするとよいのかなどを理解する事で心の準備をしていただけたらと思います。



大切な方の旅立ちをお手伝いする皆様へ

この先のページには、大切な方のこれからの様子が書かれています。
今は見たくない・・・
そんな時は、無理に読む必要はありません。

大切な方の旅立ちについて考えた時に、本冊子をご覧いただきたいと思います。

これからの事を考えると、不安や心配を感じると思います。
少しでも皆様の不安や心配が軽くなるよう、お手伝いができれば幸いです。





も く じ



- 1 看取りについて・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1P
- 2 人生の最期に至る軌跡・・・・・・・・・・・・・・・・ 3P
- 3 知ってほしいこと・ご家族ができること・・・・ 4P
- 4 これからの経過について・・・・・・・・・・・・・・・・ 5P
【緊急時の連絡先】・・・・・・・・・・・・・・・・ 6P
- 5 看取りのとき・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 7P

1 看取りについて

• 在宅主治医や介護サービスに関わる専門職に相談をしましょう

在宅で最期を迎えるために、看取り対応をしてくれる在宅医療を行う医師（以下「在宅主治医」）が必要となります。また、日々の介護をサポートするサービス（ケアマネジャーや訪問看護，訪問介護など）を利用する事もできます。

どのような変化が起きるのか，どのように対応するといったいいのかなど様々な不安について，在宅主治医やサービスに関わる専門職（ケアマネジャーや看護師など）に相談し，ご本人にとって何が一番よいのかを一緒に考えていきましょう。

• 救急車を呼ぶ意味について

ご本人やご家族が在宅での最期を決心しても，死が間近にせまると，あわてて救急車を呼んでしまうことがあります。救急要請は「医療機関で救命処置をしてほしい」という意思表示と同じです。救急搬送後，受け入れ先の救急医療機関では，可能な限り人工呼吸や心臓マッサージ等の救命処置を行いますが，もしかすると，本人が望まないことかもしれない。

容体が変化したらどうするのか，救急車を呼ぶのか，在宅主治医に連絡するのかなど在宅主治医とよく相談して決めておく事が大切です。また，ご本人やご家族，在宅主治医やサービスに関わる専門職とともに，ご本人にとってなにが一番よいのかを考え，連絡先等を共有する事も必要です。



- **最期の場所を家に決めたら，入院には変更できないの？**

自宅で最期まで過ごすか入院するかは，いつでも変更できます。もしつらい思いをしているのであれば，最期の場所を家にと決めただからといって我慢することはありません。在宅主治医，看護師等に相談して下さい。

（入院予定先の医療機関のベッドの空き状況によっては，すぐに対応できない場合もあります）

- **介護者が疲れてクタクタになってしまったら，どうしよう？**

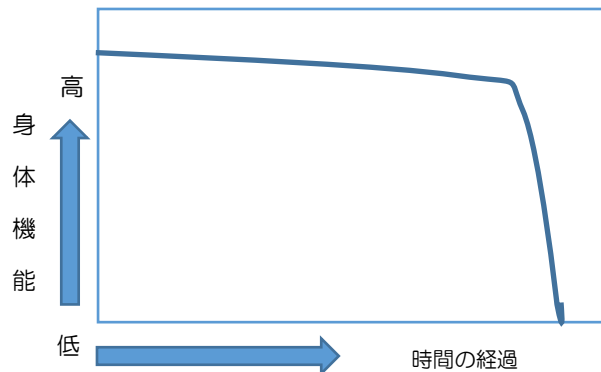
介護者の方が休養をとるための，ショートステイの利用等もできます。主治医，看護師，ケアマネジャー等にご相談下さい。

（利用予定先の施設の空室状況によっては，すぐに対応できない場合もあります）

2 人生の最期に至る軌跡

がん(悪性新生物)

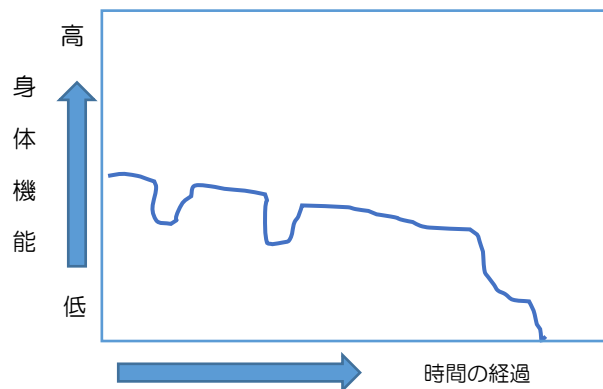
がんは日本人の死亡原因の第1位(約3割)とされています。「寝たきり」の期間は概ね1~2ヶ月とされています。個人差はありますが、亡くなる数日前まで仕事や趣味の時間を過ごされる方もいらっしゃいます。



比較的長い時間、機能は保たれ、最期の2か月で急速に機能が低下する経過

心不全, 呼吸不全

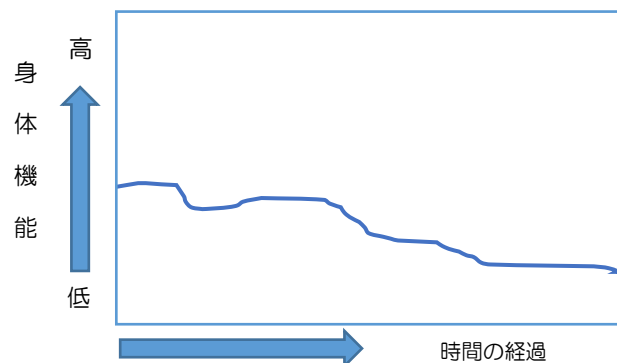
比較的長い経過, 時々憎悪(入院)~寛解(退院)があり, 最期も比較的“急”な経過が上げられます。「入院治療をすれば元の生活に戻れる」見通しがつかなくなってきた時, 本人の意思, 家族の思いを踏まえた治療方針の決定が望まれます。救急搬送時にそれを決定するのは容易ではないと言えるでしょう。



急性憎悪を繰り返しながら, 徐々に機能低下し最期は比較的急な低下

認知症・老衰・老弱

時間の経過にかなりの幅があり, 場合によっては「寝たきり」の期間が十年以上に及ぶこともあります。それ故に最期を迎えるまでの見通しは難しく, また本人の意思決定能力が乏しくなる場合もあり, 元気なうちから, 本人の意思, 家族の思いを話し合っておく必要があります。



機能が低下した状態が長く続き, さらにゆっくり機能が低下していく経過

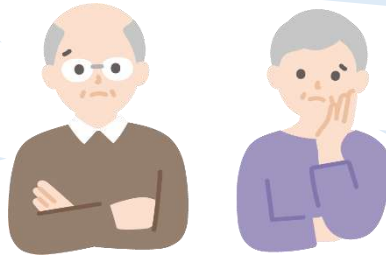
3 知ってほしいこと・ご家族ができること

病状が進んでくると、病気そのもののため徐々に食事や水分をとる量が少なくなってきました。ご家族もつらい気持ちになる事と思います。

食べられないと衰弱
してしまう

食べられない，飲めな
いので点滴をしてほし

何もしてあげられない



脱水になったら
苦しいのでは？

・点滴について知ってほしいこと

- ① 脱水傾向が苦痛の原因になることはほとんどありません。むしろ，やや水分が少ない状態のほうが，苦痛を和らげることが多いとされています。むくみや胸水，腹水があるときは点滴を減らすことで症状が和らぐこともあります。
- ② 点滴で水分や栄養分を摂っても，からだの回復につながることはほとんどありません。腹水や胸水などの副作用が出ることもあります。

点滴が必要な時期なのか？自然の経過として点滴をせず見ていくのがよいのか？在宅主治医や看護師と相談し，ご本人にとって何が一番よいのかを一緒に考えていきましょう。

・ご家族は，こんな事ができます

- ・食べやすい形，固さなどの工夫や栄養補助食品の活用など工夫していきましょう。

＊口あたりがよくカロリーのあるアイスクリーム

水分の多いかき氷やシャーベット状のもの など・・・



- ・口の中をきれいにすることで，ご本人の気分がよくなり食べやすくなる事があります。
- ・好きなものなら食べられる事があります。好きなものを楽しく食べれる事が大切です。無理のない程度に食べさせてください。

お酒や刺激の強いものなどが好き，「これは大丈夫かな？」と思った時は，在宅主治医や看護師に相談してください。
また，食事以外でも，ご本人が喜ぶ事を一緒に考えましょう。

4 これからの経過について

人の身体はとても複雑です。医師でも亡くなる瞬間を言い当てることはできません。看取りまでどのような経過をたどるのか、大まかな変化をお伝えします。

【1週間前頃からの変化】

- 段々と睡眠時間が長くなっていきます。
時間、場所、相手がわかりにくくなります。
つじつまの合わないことを言ったり、手足を動かしたりと落ち着きがなくなる事があります。
- おしっこの量が少なく、色が濃くなってきます。
- 食べたり飲んだりすることが減り、飲みにくくなったりむせたりします。

体の代謝が低下する事で、変化が起こってきます。無理に食べさせたり飲ませたりはせず、やさしく穏やかに話しかけ、背中や手足などをさするなど、ご本人が安心できるように接しましょう。

残された時間は少なくなってきています。目を開けて簡単な会話ができたり、手を握る事ができるうちに、ご本人が会いたいと思う人と会う機会をつくりましょう。
ご家族もご本人の調子をみながら、お話ししましょう。

【1～2日前から数時間前にかけての変化】

- 声をかけても目を覚ますことが少なくなります。

聴力は最後まで残ると言われています。できるだけ声をかけてあげてください。

- のどもとでゴロゴロという音がすることがあります。
だ液をうまく飲み込めなくなり、のどの奥にたまり振動して音が出ています。

ご本人は苦しさを感じてはいない状態です。
顔を横に向ける、上半身を少し上げると良くなる事もあります。
ティッシュや綿棒で、だ液をぬぐい、口の中をきれいにします。

- 呼吸のリズムが不規則になったり，呼吸をしていない時間が生じるようになります。
お看取りが近くなるにつれて，息をすると同時に肩やあごが動くようになります。
- 手足の先が冷たく青ざめ，脈が弱くなります。
おしっこが少なくなるまたは，出なくなります。
血圧が下がり循環が悪くなるためです。

いよいよ看取りが近くなると，このような変化がみられます。
しかし，上記の変化がなく急に息をひきとられることもあり，個々によって異なります。
看取りに特別な技術はいりませんが，不安な事がたくさんあると思います。
在宅主治医や看護師と共に，どのような時に連絡をしたらよいのか等を決めておく必要があります。

一緒に考え，お看取りのときを迎えましょう。

*いざという時のために，連絡先を記入しておきましょう。

【緊急時の連絡先】

名称	名称・電話番号	
在宅主治医	名称：	電話：
訪問看護師	名称：	電話：
ケアマネジャー	名称：	電話：
家族	名称：	電話：
家族	名称：	電話：
	名称：	電話：
	名称：	電話：

5 看取りのとき

その時がきました・・・

・呼吸がとまるとき／とまっているのに気づいたとき

在宅主治医または看護師に、連絡をしましょう。

- ・全身状態が悪くなった方の場合、人工呼吸や心臓マッサージなどで回復することはほとんどありません。心肺蘇生が苦痛となる可能性があります。救急車は呼ばず、必ず在宅主治医または看護師に連絡してください。

- ・在宅医療を受けている方は、亡くなる時に在宅主治医が立ち会ってなくても問題はありません。連絡を受けて訪問し、必要な処置を行い診断書の準備を行います。
- ・連絡は急がなくてもいいです。ご家族で十分なお別れをしてからでも大丈夫です。
- ・いつ亡くなったかわからなくても大丈夫です。気づかれた時間を教えてください。

・息を引き取る瞬間にそばで見守ってなくても後悔しないでください。

家族が眠っている間やちょっと部屋を離れた間に亡くなっていた・・・という事はありうる事です。

「誰も気が付かないほどに、穏やかに旅立てた」という事です。





旅立ちを支える皆さんの思いは一緒です。

食事のことが心配です。

なにも食べなくても大丈夫ですか？

水も飲まなくなりました。

点滴しなくても大丈夫ですか？

苦しめたくないけど、これ以上辛い思いはさせたくないけど

そばにいてもいいですか？

体にさわってもいいですか？

声をかけてもいいですか？

テレビや音楽はかけてもいいですか？

ずっと体を動かさないから、手や足を動かしてもいいですか？

シーツは交換したほうがいいですか？

体は拭いてあげてもいいですか？

髪の毛は拭いてあげてもいいですか？

何も反応がないけど、私のことはわかっていますか？

さびしい気持ちが募ります。

少しでも喜んでほしいです。どうしたら一番喜んでもらえますか？

あなたの想いはきっと伝わっていることでしょう



【参考文献】

- ・ 医療法人ゆうの森 「家で看取ると云うこと」 出版：たんぽぽ企画(株)
- ・ 横須賀市 「最期までおうちで暮らそう」 企画：横須賀市在宅療養連携会議
- ・ 札幌市豊平区西岡・福住地区在宅医療連携拠点事業推進協議会
（とよひら・りんく）「ご自宅でご家族を看取られる方へ」
- ・ 緩和ケア普及のための地域プロジェクト 「これからの過ごし方について」
- ・ 十勝連携の会 「ご自宅で最後まで介護されることを考える方々へ」

はこだて在宅看取りガイド（仮）

令和●年（202●年） ●月 発行

発行者 函館市医療・介護連携推進協議会

連携ルール作業部会 退院支援分科会

（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