

第1回会議 会議録（要旨）

1 日 時

平成28年7月14日（木）19：00～20：45

2 場 所

函館市総合保健センター2F 健康教育室

3 出欠状況

メンバー全員出席

部会運営担当：函館市医師会（函館市医師会病院）伊藤部長，川村事務局：市介護保険課）小棚木課長，京野主査，前田主任主事

4 議 事

- (1) 取組の概要（国，市）
- (2) 医療・介護連携に関わる課題整理
- (3) 課題の詳細について
- (4) 協議への臨み方・スタンスについて（お願い）
- (5) 退院支援分科会の取組の到達目標および成果品のイメージ
- (6) 先進地事例について
- (7) 取組工程について
- (8) 全体スケジュールについて
- (9) 次回に向けた作業について

5 会議の内容

小棚木医療・介護連携担当課長

定刻になりましたので、ただ今から函館市医療・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1回会議を開催します。最初にお断りしますが当会議の公開・非公開につきましては、原則、公開により行いたいと思います。ご了承願います。

また、今日の会議の概要につきましては、後日、運営担当で要旨を作成しまして、市のホームページ上に公開してまいりたいと考えております。

それでは、本日の資料を確認します。事前に次第、資料の1から資料の7までを送っておりますが、本日お持ちでない方、いらっしゃいますか。

机上に名簿を配布しておりますので、ご確認願います。本日の分科会につきましては、昨年来開催してまいりました協議会におきまして、医療・介護連携推進に係る種々の取り組みに関して検討を重ねてきたところがございますけれども、その中で個別の具体的な実務協議が必要とされた3つの事項でございますが、連携ルール、情報共有ツール、多職種連

携研修，こちらの3つについて，協議会に設置した部会で，連携ルール作業部会に専門の退院支援分科会を設置しました。皆様にお忙しいところご参画をいただき，誠にありがとうございます。

それでは開会にあたりまして本日の進行を務めていただきます高柳分科会長から一言ご挨拶をいただきたいと思ひます。

高柳分科会長挨拶

こんばんは。退院支援分科会長を担うこととなりました函館市医師会病院の高柳でございます。

本日はお忙しい中ご出席いただきまして，ありがとうございます。

函館市医療・介護連携推進協議会の退院支援分科会の，第1回会議の開催にあたり，一言，ご挨拶を申し上げます。

医療・介護の連携につきましては，従来から問われ続けてきた重要な課題の一つだと思ひます。

函館におきましても，急性期の病院さんや，あるいは，福祉系の在宅の方々に，独自のルールと言ひますか，そういうものが存在してひて，それがどうも円滑にそれが活用されてひない場面が多々あったかと思ひます。この辺は，問題が山積してひるのかなと思ひます。

こうひった状況に対応するために，国の方で地域包括ケアシステムの推進という事業がスタートしてひます。

私ども函館市の地域の現状を踏まえまして，今後の方向性などにつきまして，活発なご議論をいただきまして，取組を推進してまいりたいと思ひております。忌憚の無ひご意見を皆様から頂戴出来ればと思ひます。どうぞよろしくお願ひします。

小棚木医療・介護連携担当課長

本日，最初の会議ですので，皆様より自己紹介をお願ひします。

<メンバー，運営担当，事務局自己紹介（省略）>

高柳分科会長

次第に従ひまして議事を進めてまいります。運営担当から説明をお願ひします。

小棚木医療・介護連携担当課長

<資料一括説明（省略）>

高柳分科会長

それでは，委員の皆様から順にご意見を頂戴したいと思ひます。

医療と在宅の間に入ってですね，日々，色々な課題で難渋されてひると思ひます，ケアマネの居宅連協の高橋委員からお願ひします。

高橋：居宅連協

今回，会議に来る前にですね，資料を拝見させてもらひまして，なかでも，アンケートを

見て、それぞれの所属だったり立場からの視点の、見え方、考え方もありますし、その中で、どうやってそのギャップを埋めていくかということも必要だと思うが、アンケートの生の声が色々多岐にわたっていたので、まとまりが見つからないところが正直あるんですけども、ただ全体を通じて感じたのはやっぱり、これから、例えば、特に、退院支援に関する事で話し合っていく中で、スピード感が、これからすごく求められてくる。

その点に関しては、居宅のケアマネジャー、特に在宅に関わっている人間というのは、病院がと言いますか、医療が終わって退院に向かうまでのスピードというものを、もうちょっと早めていくというか、スピード感を持って取り組んでいく必要というか、そういう意識を持っていく必要があるのではないかなと感じます。

実質問題ケアマネジャーにも、長くやっている人もいれば、キャリアの浅い方もいるので、そこら辺は、個々のケアマネジャーの力というのは、すごくばらつきがあるのは確かなんですけれども、ああしてくれなかったとか、こうしてくれなかったとか、愚痴みたいなものもたくさん出てきますけれども、ただ、そういう失敗を重ねてケアマネジャーは力を付けていくとっていて、もちろん患者さん、家族にも、健康だとか生命だとかに影響を及ぼしてしまうものではないですけども、調整の中で、ひとつやふたつの失敗だとか、つまづきだとか、そういうのは経験をしながら、やっぱり、だんだん力を付けていくのではないかなと感じたところでした。

高柳分科会長

ありがとうございます。

実際に、ケアマネジャーさん方の個々のスキルの問題というのはあるんでしょうけれども、固有名詞は出しにくいと思うんですが、函館市内で急性期の医療機関さんだとか、様々な独自のルールがありまして、ここの病院はすごくやり良いよ、連携取りやすいよとか、そういう生の声って、居宅連協の方へ上がってきていますでしょうか。逆に、すごく、こことは調整しづらいだとか、間に入ってくれだとか、ケアマネジャーさんのご相談とかありますか。

高橋：居宅連協

協議会の運営メンバーは、大体その幹事会とか、代表の集まりの中ではキャリアの長い人が中心なので、なんとなく暗黙でやっている部分はあると思うんですよね。

お付き合いの仕方と言いますか、私自身は、自分の所属が共愛会なので、どうしても自分のところを中心にがちで、勝手もわかっているし、自分のところの短所もわかっているので、そこそこの病院のカラーとか、あるいは、さっきもお話した、スピードの増し方というのも、そこそこで違うと思うので、一概に全部一緒くたには、難しいという気もしないでもない。

高柳分科会長

ありがとうございました。続きまして包括連協の福島さんお願いします。

福島：包括連協

包括だからというわけでは無いんですが、包括が立ち上がって10年経ちましたけれども、

一番最初のころは、具体的な話、明日退院だからとか、明後日退院だからと連絡がポンと病院の方から入って、それを、在宅の方でフォローして下さいって言われた時に、1日2日でどんなことができるのっていうのが、すごく多かったですね。

それが、10年たって、色々、連携会議だとか、皆さんとのやり取りがあって、今は、皆さん仰る通りで、医療機関にはよりますけれども、かなり、時間を追った連絡が来るようになっていきますし、連携もしやすいし、退院カンファレンスとか、そういうのも出ることも増えました。

それが、やっぱり病院によるということと、あと、こちら側、包括なり、ケアマネジャーなりの力量にもよるんでしょうけれども、情報をもらうだけが、こちらの言い分ではなく、こちらも、入院した時に情報を、渡さなきゃいけないということを、忘れてるところがあったという反省もありますし、その辺のところを、経験にもよるんでしょうけれども、ケアマネジャーなら、包括なら、このことを分かっている、入院したと同時に、病院と連携しようという歩み寄りみたいなものがあつた方が良いのかなというのは、今のところの私の考えですね。

高柳分科会

ありがとうございます。

退院するにあたって、ご本人の状況が変わってらっしゃる方もいらっしゃいますから、できるだけ早めの連絡をしていただければ、それに見合った在宅への準備が整えられるのに、連絡がなかなかいただけないとか、来ないとかいうのも実情だと思います。

ただそこには、病院それぞれの機能があって、病院の役割というのもありますから、医療側からの言い分というのものもあるかもしれませんし、そういう問題なんですよ。

急性期の病院からすると、何も無い状況で、救急車がぼんと来た時に、この方がどこでどういう生活をしてたのか全く分からない。後からケアマネジャーさんから情報を持ってきてもらって、こういう生活をなさっていたんだという医療側の思いもある。

そこら辺のすり合わせをしなければならぬ問題がたくさんあるのかなということで。ありがとうございます。

岩崎委員、お願いできますか。

岩崎：訪問リハビリ連携

訪問リハビリという立場から、どちらかという、リハビリというのは、切れ目のないサービスをしている方が本当は効果的ではあるんですけども、選ぶ順番からすると、かなり後回しになってしまう現状があります。

結構、退院から医療から回る瞬間に、一回切れることが多いというか、それで、やはり必要だから利用したいんですけどもというときに、どこにどういう情報を求めていくのかというのが色々困ったりするところもあります。

僕たち訪問リハビリ側の立場からすると、認識がまだまだこう、認知されていないんだなというところでは、受け身ではなくて、自分たちがこう、自分たちからも行かなければいけないんだなという、連携を取らなきゃいけないというところを意識はしているんですけども、どういう風を取っていったら良いんだというところが、きちんと整わないというところ

が、手探り状態だったので、是非、こういう機会の時に、学び、組み込まれていくと良いと思っております。

高柳分科会長

ありがとうございます。リハビリテーションについて、介護保険下でのリハビリテーションがあったり、医療保険だったり、色々制度の違いなどもあって、混乱する場面が、利用者さんにとっては、多いのかなと感じることもあります。

その辺で一番良い方法をコーディネートする役割の方が、ケアマネジャーさんだったりするんでしょうけれども、ケースバイケースで、なかなかすんなりはいかないと、主治医の問題も出てくるんでしょうけども。

続きまして、高橋委員お願いします。

高橋：訪看連協

訪問看護ステーションの立場からというところの前に、質問ですが、先程説明していただいた工程で、これは、30年度までという風になっているんですけども、これは、30年度までに、例えば手引きを作成するということですが、何年間かけてということでしょうか。

今年度、会議は5、6回くらいしか無いんですよ。その間に、みんなで話しをして全部決めていくという、それとも、1年くらいかけてということでしょうか。

小棚木医療・介護連携担当課長

平成29年4月から、連携支援センターが立ち上がって、実際に医療・介護関係者の、連携に関する悩み事を、スーパーバイズ、コーディネートをしていく。それをやるためには、標準的なルールだとか、仕組みだとか、ベースが無いと、何もコーディネート、支援できる拠り所が無いと思うんですよ。

ですので平成29年4月にスタートさせるまでに、一定程度、形作られたルールが整っていると、いうことを目標にしたいと考えております。

高橋：訪看連協

訪問看護ステーションの方からは、ここに保坂所長さんもいらっしゃるんですけども、私もこの資料をちょっと読ませていただいたんですけども、全部は読んでいなかったんですが、連携についての入院する時の情報提供書と退院する時の情報提供書が一緒になっていて、それをお互いに作成して、病院と訪問看護ステーション、在宅の部分とで、やり取りするような方向で行きましょうというような、統一されたものが中に入っていたんですよ。

そういうふうな、函館市内で統一できるような、ツールもそうなんですけれども、書面上の情報提供書などがあると、みんなが同じように書いてくださるといふか、一番私たちが助かるかなというのと、今そこそこの病院さんとか、色々な施設さんとかで、全く別のものが扱われていて、訪問看護ステーションは同じですが、欲しい情報が無かったりとか、例えば、帰ってくるのに点滴をしているはずなのに、点滴の情報が無かったりとかということがあったりとか、必要な情報が無かったりするんで、必要な情報全てが入ったような情報提供書

というツールのところに私は目がいってしまったので、そういうものが統一されて、できたら在宅と病院とでもっと連携がとれて、情報交換がうまくいくのかなと思っています。

高柳分科会長

ありがとうございます。

これだけのボリュームのある作業をやっていく中で、来年の平成29年の4月までに形作りたいというところなんです。

ですから、2ヶ月に1回の会ですから次は9月です。ですから今日帰るまでには、何かしらの宿題みたいなものが、委員の皆様をお願いして、次回、より内容の濃い物を積み重ねていかないと、なかなか形としては見えてこないのかなと。あせりはありますよね。

高橋：訪看連協

回数が少ないから難しいかなと思います。

高柳分科会長

書式等については、また別の情報共有ツール作業部会がありまして、そちらの方で、議論を進めている状況ではございますね。

続きまして、山石委員お願いします。

山石：道南老施協

私のところは有床施設なものですから、今まで発言された方とスタンスが違うのかなと、いうところが正直あります。

実際、病院から退院されて施設に来るわけですがけれども、すぐ来るわけでは無くて、やはり、一定の待機期間を経て来る。その間、どこかにいたり、まあ、在宅にいたりとかということで、どちらかということ、向こうの流れでは無くて、こちら側の流れで対応させていただいているところが大きいのかなと思っています。

その中でですね、実際に、退院してからの対応をどうしようということについて、最終的に、在宅で看取りたいとか、施設で看取ってほしいとか、という部分でも方向性が変わると思いますし、在宅で見るけれどもやっぱり駄目だと、施設で頼みたいなという部分は、じゃあどうするかと、でも、施設は今、結構、入所待機者が多くて、ショートステイも結構満床状態だという場合も、当然どうするかと、ということが結構あるんですけれども、今回この流れの中で、どこかの部分にそういうものも加味されながら、進めていくのかなという気がしています。

この資料を見させていただきますと、資料4だと、お互いにこう、専門職が相手のスキル不足だとか、認識不足だとかですね、それぞれの専門の中で、もうちょっと、相手を理解してというシーンがあっても良いのかなと。私たち実際その、入居を受け入れるときに、施設の中で、介護職、看護職などの専門職がひとりの入居者に対して色々、意見しあったりするんですけれども、やっぱり、お互いに恥ずかしい話ですけれども、看護の方は介護の方のスキルをいうこともありますし、介護の方は、看護は生活というものを分かっているという事で、やりとりが結構あります。でもお互いに目的は、ひとりの方の生活をきちっと作っ

ていく、そして施設での安全な生活を作っていくという目標のもとでの、お互いの感じ方だ
と思うんですけれども、だからそこを言葉で出さないで、フォローし合えば、良いんじゃない
かなと思うんですけれども、やはり、そういう部分が目についちゃったりするところで、
それが逆に、地域の中で出た時は、お互いに違う場所でのやり取りになっちゃうので、
それは今度、ひとりの利用者の次の生活のステージを作っていく上で妨げにならないように、
しなきゃならないということが必要なのかなと、資料を見ながら感じてました。

スケジュール等につきましては、先程のお話で、今年度中にできればと、4月に合わせて
やっていきたいとのことで、それは良いと思います。

やはり、有床施設ということで先程も申しましたように、すぐ入りたい人が、すぐ入れな
いところは、課題として感じておりました、そのために、私たちは、空いたら担当のケアマ
ネジャーさんのいる病院のソーシャルワーカーさんの方に連絡をして、次空きましたから、
この方、順番ですよという流れはあるんですけれども。逆にその緊急性を要する連絡とい
うのは、あまりないですね。地域のケアマネジャーさんの方から、こういう方がいるのだけ
れども、まだ入れないだろうかとか、病院の方からも、こういう方が退院するんだけど
も、在宅でのケアは、ちょっと厳しいのだけれどもとか、あまりないです。ですから、そう
いうような、情報なども来ると、施設の中での入所判定の会議の中でも、優先度を高めま
しょうとか、ということはできると思いますね。そういうような情報のやりとりは今後は
できるのかなと感じておりました。

高柳分科会長

どうもありがとうございました。

老人施設に関しましては、それぞれの施設の特色というのが、それぞれにあると思うん
ですよ。そこは多分、医療側の勉強不足だったり、認識が足りないところもたくさんある
と思います。全部ではないですけれども、医師によっては、治療したので施設戻っても
良いよと、ただその施設は自立度が高い施設であったと、この度の治療で寝たきりにな
ったと、食べれないよと、胃ろうですよとなったときには、そこには、戻れないと、こ
ういうような状況も少なくないのかなと。

山石：道南老施協

愛泉寮は、経管の方も基本的には受け入れると、ただ、全てを受け入れてしまうと、
経管の方だけの施設になってしまう危険性も、危険性という言い方は正しくはない
ですけれども、そのあたりはこの、介護の手が足りなくなったり、かえって手が回ら
なくなるということもありますので、定員が160人なんですけれども、40人を
目処に経管の方を受け入れてます。経管の方が亡くなったりした場合は、地域
なり他の病院から経管の人を受け入れると、そういうのはやりますね、ただその
経管の研修がありますが、基本的に介護職員にもやってもらいます。それが、
なかなかこう順番がまわらないというところが、またその10時間の研修
の中での、フォローアップがなかなかできないというような課題は、施設の中
ではあります。ですから、新しい人が来ても、なかなかこう研修させてあげられ
ないとか、そして、研修を終わらせるは、どこかの病院で受けなければならない。
うちは共愛会病院で受けますが、今後、介護の学校を出た方はそういう研修を
受けて施設の中で経管の対応ができるよう

になるというのがありますけども、そういう新卒の方が来ても研修フォローができないというのがあります。そういうのを確立していくと、いろんな施設で経管の方も受け入れる、体制がとれていくと思いますし、もっとその在宅の方を施設としてフォローする基盤が広がっていくのかなと感じています。

高柳分科会長

はい、どうもありがとうございました。

続きまして、函館地域医療連携実務者協議会から、亀谷副部長をお願いします。

亀谷：実務者協議会

退院支援に関しては色々と難しいのかなと、あくまでも、地域包括ケアシステムは、在宅が基本で、先程、委員の皆様が仰っていた、スピードというのもあると思うんですけども、急性期は、函病さん、五病さん、医師会病院さんもちろんそうだと思うんですけども、いかに、入院する前から、退院支援と対峙していくか、これから鍵になっていくと思いますし、救急入院と予定入院は、うちの場合は半分半分なんですけれども、その中でいかに、救急で来た人、予定入院できた人、在宅に結び付けるか、家の生活にどれだけしっかり戻してあげられるか、日々考えていく中で、僕らも行きつくところは、連携という部分ですね、情報だけ渡せば良いのか、情報だけ貰えば良いのか、だけではなくて、やっぱり地域の方々と一緒に動くことが、協働するというのを、今後は大切にしていきたい。

その中で、情報提供するとか、そういうものと一緒に、さっき高橋さん（訪看連協）も仰っていたんですけども、ツールと言いますか、共通認識できるものですよ、それを、函館方式という形で導入していったら、どの職種の方でも、その様式や情報を見ただけで、ある程度、状態像をイメージ出来たりとか、できれば良いのかなと。

色々な患者さんを見て、皆さん色々なお悩みをお持ちだと思うんですけども、できれば、地域にそういうところを還元できていければ良いのかなという風に思っています。

具体案を皆様と一緒に考えていければなと思っています。

高柳分科会長：

ありがとうございます。それでは、病院繋がり、岩城委員をお願いします。

岩城：MSW協会

医療機関に勤めるスタッフとして、感じていることにもなるんですけども、この間の状況を見ると、医療機関への入院をきっかけに、介護や障害サービスにつながる例もあれば、介護を受けられている方の、医療必要度が高くなって、医療機関と繋がらなければいけないという中で、患者・利用者様の生活の再構築ということについて、関わるスタッフや、関わる機関の協働というのが、より、すごくスピードが求められることにもなりますし、密に連携を求められるようになっていくと思うんですが、なかなか地域で生活されている方々の、抱えている疾患ですとか、必要な支援も複雑になってきたりだとか、その方の社会背景やご家族の状況などを考えると、以前よりも、関わるスタッフが、重点的に担っていかなければいけないですとか、代わりに動いていかなければいけないとか、すごく多くあるのかなと思

っていました。

これまで、連携ということでも、患者様や利用者様を通して、個別のケースの積み重ねで繋がってきた連携も、このような機会を通してですね、あらためて自分たちがやってきた連携って何なのだろうと、相手を考えた連携って何なのだろうという、ツールを作成する過程を通して、その在り方を見直していかなければならないのかなと思っています。

医療ソーシャルワーカー協会も、医療機関とは言いながらも、様々な役割を担う医療機関が集まった団体なので、急性期や回復期、維持期を含めて、医療機関として、どういう協力ができるか、体制が取れるかというのは、持ち帰ってみて、あらためて、それぞれの立場で考えて、また、お話しができればと今の時点では思っていました。

高柳分科会長

ありがとうございます。鈴木委員お願いします。

鈴木：在宅ケア研究会

まず、アンケート調査を見た結果なんですけれども、私が退院サポート室を立ち上げて7年目ですね、なかなかやっぱりこう自分たちの業務というか、やっていることが伝わっていない、伝えられていないというところがあるのかなと、すごく反省はしています。

今回、色々アンケート調査の中で、それぞれの医療機関によってやり方が違うというところが出ていたかと思うんですけれども、やはり自分たちも、自分たちのやり方、ルールでやってきたものですから、なかなかそれぞれの医療機関が、どのような支援体制とか、システム化を行ってやっているのかというところを知っていなかったのも、その部分は今後、自分たちのところだけでは無く、他の医療機関がどのようにやっているのかというところも、きちっと知っていく必要があるのかなと思いました。

例えば、お互いの医療機関同士で、高めあうというところでは、お互いのシステムだとか、支援ルールだとかというところも解しながら、高めあっていく必要もあるのかなという風にアンケート調査を見ながら思いました。

あとは窓口の一本化というところでも、たくさん意見がありました。

どうしても、事務部と、うちの病院であれば看護部というのがやはり、組織上ですね、縦組織になっているものですから、そこはやっぱりくっつけて同じような業務をするというのは、正直困難な部分があります。

自分たち、私は看護職なので、看護職の中で、または、在宅療養支援室というのを立ち上げてやっていますので、まずは、自分たちのできることから、または、自分たちの院内での、しっかりと看護職教育だとか、医師への教育だとか、土台作りをしっかりと行いながら、それをまた、函館の医療機関の方に、何かこう、参考になったりするところがあれば、お互いに情報共有しながら、高めていければなというところを思いました。

まずは私、ここに参加するまでは、まずは自分の院内をしっかりと、土台を作ってやっていくというのが目標で、取組んでいるんですけれども、これから、皆さんとともに、函館市が少しでも良い街づくりができるように頑張っていきたいと思いますので、今後ともよろしくお願いいたします。

高柳分科会長

どうもありがとうございます。水澤委員お願いします。

水澤：看護協会

看護協会の中でも、地域包括ケアに関しての興味も大きいですし、どうしていくか、という思いが、必要性をすごく感じているんです。

私たちは、毎年の役員会とかでも、次はどういう研修会とか、どういう人たちと連携取って、意見を言う場を作っていくかという話し合いをしているんですが、なかなか、じゃあどこに、誰に、というところが、うまくできないというところで、模索しているというのが現状なんです。

先程、病院によってちょっと違いますというのがありましたけれども、参加されていらっしゃる、五稜郭さんとかね、色々なところは良いんでしょうけれども、うちはやっぱり課題として、まだ、病院の中でも職種のなかで共通言語じゃないんですけど、共通理解ができていない部分があって、なおかつ地域の方に、患者さんをお願いするにあたって、どなたに、というところの部分の理解が、まだ看護師ひとりひとりの力量に差がかなりあるので、病院の中でまずその理解をどうやって高めていくかということと、職種間で同じ共有しているものを、外の方達ともいかに共有するかという、共有の部分が、すごく今、何をどうしていくかというのが、課題になっているかなと思っています。

この会議に出てくるまでは、どうやって進めるのかなと思っていましたが、今回の取組の内容で、函館全体で取り組んで、共通理解ができるものに、本当に、タイムリーにやっていたら良いのかなと思いました。私も勉強させていただきながら、考えたいと思いますので、よろしくお願いします。

高柳分科会長

ありがとうございます。高橋委員（函館薬剤師会）お願いします。

高橋：函館薬剤師会

私、函館薬剤師会から参りましたが、私はすごく複雑なポジションにいて、病院の薬剤師をしているんです。病院薬剤師会と函館薬剤師会という2つの会があって、イメージで言うと、病院に勤務している薬剤師というのは、ほぼ病院薬剤師会に所属していて、調剤薬局に勤務している薬剤師は、ほぼほぼ、日本薬剤師会、函館薬剤師会の方に所属しています。

私、今年の3月から西堀病院の方に勤務しておりますので病院の経験がとても浅いんです。

退院支援と、調剤薬局というところを考えた時に、在宅に取り組んだことのある薬局というのは、実は2割くらいしかないんです。この4月になって、調剤報酬の改定があって、在宅に取り組んでいく薬局というのが増えてきています。ただ、昨年までは、研修会なんかも、「在宅」という言葉が付くと本当に参加率が悪い状況でした。

昨年までの調剤薬局、保険薬局のイメージと、今年の4月以降の保険薬局のイメージというのは変わってきます。在宅に前向きな薬局が増えてきている現状にあります。

退院支援カンファレンスはとても大事だと思うんです退院支援するにあたって。皆と顔を

合わせて、わからない点をその場で確認できるというとてもありがたいシステムですが、残念ながら、退院カンファレンスというものには、ほぼほぼ参加しておりません。

私、病院に勤務していますが、残念ながら退院のカンファレンスには参加したことが今のところありません。それは、マンパワー的な問題です。ただ、何もしなくても良いのかということ、全く考えていなくてですね、まず、保険薬局時代に感じたのは、入院したことを知らないでいる、退院したことを知らないでいる、という中で仕事をしてきました。

当然、看護師さんとの連携だったり、その中でも、何故この治療が必要なのかということを知るのに、診療情報提供書というのを見せさせていただいた。そういったものは、今、病院の中にいるので、電子カルテを開けば閲覧できる、確認できる状況にいます。病院の薬剤師と、調剤薬局の薬剤師というのは、全然違う環境にあるんです。

どうやって、退院時の支援をしていくかということに関しては、宿題にさせていただきます。

今回のルール作りに関してなんですが、資料を私も来る前に全て見させていただきました。他のところも、インターネットで検索したら、福島の事例と鹿児島事例を発見したんですけども、とにかく、ルール、それぞれの事業所さん、病院さんで運用していた、フォーマット、ルールというものがあるので、それを、いかに分かりやすく院内に使ってもらうかというのが、肝だと思っているんですよ。

できれば図をたくさん使って、厚いものではなくて、本当に、できれば、10ページくらいで収まってしまうようなものを目指すのが一番良いのかなと私は考えています。以上です。

高柳分科会長

ありがとうございます。

最近の話ですが、薬剤師さんが在宅に訪問されて、患者さんや利用者さんの薬を管理してくれるケースが増えてきているのかなと感じます。

今まではそこを訪問看護さんが担っていたり、ヘルパーさんが見守りしていたり、というところに専門家が入ってきているということ、我々はすごく心強く感じているところでございます。

ただ、まだまだそういう関わりを持ってくれるケースが、マンパワー的には難しいと思いますので、病院あたりは救急車でボンと来た時に、持参薬を見てもバラバラで、全然飲めてなかったのかなと思いますし、逆に整えて、在宅施設に送り出した後も、それがきちんと飲んでいるのかなという心配もありますし、薬剤師の方々の、力がどんどん必要になってくるのかなという思いはあります。

川村先生お願いします。

川村：歯科医師会

歯科はですね、数年前から、国が地域包括ケアシステムを提唱する前は、訪問歯科診療に関しては、自分のところに通ってきている患者さんが、高齢になって、病院に入院したとか、または、通院できなくなったと、そうした場合に、その人の自宅なり、病院なりに訪問して、入れ歯の調整をしたり、新しく作ったりとか、簡単な抜歯とかを、行っていたところなんです。

ところが国がこういう制度を導入してきて、保険の点数などでもかなり、訪問歯科診療に

手厚くなってきたところなんです。それが、施設に訪問診療するよりも、居宅の人に、1人、診に行く方が点数が高いということで、歯科医師会としても、日本歯科医師会ですよ、としても、このままでは置いてかれてしまうから、こういう制度に乗って、歯科医師会も活動していかないと、時代に取り残されてしまうぞということで、遅ればせながら、昨年度函館でもですね、在宅歯科医療連携室というのを、ここの1階に歯科があるんですけども、そこを本部にしまして、歯科衛生士が常に4～5名常駐して、市民からの電話があった場合に、衛生士が取って、まず最初は、衛生士が無料でその人の家に訪問してですね、その患者さんと家族の方、それからケアマネジャーさんとお話しして、一体どういう風に困っているのかとか、身体状況などもきちっと、僕も何件も行きましたけれども、きちっと情報提供していただきまして、こういうお薬飲んでいるだとか、こういう病気で入院していたとか、そうしたことも全て教えていただいたうえで、例えば入れ歯を作ったりとか、今使っている入れ歯を調整したりだとか、そういう活動を去年からやっております、かなり、月20名近く訪問診療を歯科医師会でやっているとします。

結構、驚いてしまうのは、周知はしているつもりですが、歯医者先生が訪問診療してくれるとは思いませんでした、というお宅もあつたりしまして、歯科医師会としてはもう少し市民に対して、周知をすることに力を入れなければならないなとは思っております。

もうひとつは、退院支援ということですが、退院した後に、やはり、ものを食べて飲み込みができるのかどうか、そういう機能が落ちていることも考えられると思います。

僕は、STさんですね、言語聴覚士さんの小林さんという方が、フリーでやっていらっしゃる方がおりますけれども、その人に個別にお願いしてですね、歯科医師会ではなくて、私自身ではその人にお願いして、この患者さんがどういう風に、飲み込みができるのか、嚥下評価をしていただいて、その小林さんという人が、こういう固形物なら食べられるよ、ということで、家族の方に説明したり、施設にいた場合も、きざみ食を食べているようだけれども、もう少し固いものでも食べられるよとか、そういう方とで指導をして、なるべく、固形のもので、その方が、患者さんが喜ぶますので、例えば、おせんべいとか、漬物を薄く切って食べれたとなると、すごく喜ぶんですよ、そういうところを目標にしながらやっているとございます。

歯科医師会は、はっきり言って新参者ですので、ここに揃っていらっしゃる皆様は、多かれ少なかれ、お互いに情報共有というか、連携は既にできているのかなと思うんです。歯科も、これから色々勉強してですね、皆様とともに、函館市の役に立っていければなと思っておりますので、分からない部分もかなり多いのですが、何卒よろしくお願ひします。

高柳分科会長

ありがとうございました。

口腔ケアの問題は、どの場面でも、それが原因で肺炎を起こしてしまったとか、入れ歯が合わなくて摂食不良を起こして、解決しないまま在宅に戻ってしまつて、通院もままならなくてというよう状況が珍しくないですから、理想は入院中に嚥下評価などをした上で、在宅につなげるときに、先生方のお力を借りれるような連携が取れると、素晴らしいことになるとかなと思つてます。

川村：歯科医師会

わかりました。

高柳分科会長

保坂副部会長お願いします。

保坂：訪看連協

皆様が仰っていた意見を聞きながら、書いていったんですけれども、共通するところは、やっぱり、函館全体で使える書式があれば、その中に何を盛り込めば良いのか、そこに集中するというのが一番大事なのかなという気がしました。

皆様からいただいた言葉を整理していきますと、ケアマネさんの高橋さんから出たそのケアマネさんにとっても、十人十色というところがあり、これから学んでいかなければならないという部分も多分にあると思うんですね。そこは、これからの研修のメンバーの方に移していく中で、函館全体で底上げしていくという方向になってくるのかなと思いました。

包括の福島さんから言われたのもやはり、この10年間で、非常にその連携というものの在り方が変わってきたという話がある。やはりそこに必要になってくるのは、お互いが見えるような情報のツールがあれば、もっとこの、連携のしやすさが一歩でも二歩でも進むんじゃないかなって思いました。

あと、色々感じるころはいっぱいありまして、五稜郭病院の鈴木さんだとか、国立病院の看護部長さんだとか言っておりました、病院の中での意識付けというのが、ものすごくこれから大変になってくるのかなと思って、そこにじゃあ、今、我々、ツールを作っていく中で、そのツールを利用しながら、浸透させていく方法は、ゼロでは無いような気が私の中ではしたので、これを使っていくことで試行錯誤して、どんどん変化していくにしても、これを使うんですよと提示していくことで、意識付けが付いてくるのかなと、安易な考えかもしれないけれども、そういう考えを持つことができたかなと思いました。

川村先生から今いただいお話の中で、入院・退院というところで、一番大事だというのが、歯の状況、口腔の中身の状況と、嚥下の問題がこれから一番大事になってくるのかなって、そこを盛り込んだ、ツールの作り方を、なおかつ、さっき分科会長が言いました、高柳さんが仰ったんですけれども、病院では嚥下の評価がバツであっても、家帰ったらご飯食べるといふ人が結構いるんですよ。そういうのも、視野に入れながら、今度は見ていけなくちゃいけないのかなっていう、そういうものを盛り込んだツールをこれから作っていくという、だから、今、皆さんからいただいた言葉の中からもうどんどんこうツールに入れていくものが、ちょっと私の中では見えたような気がした時間でした。ありがとうございました。

高柳分科会長

まとめていただきましたね。

保坂：訪看連協

すみません。

高柳分科会長

恩村先生お願いします。

恩村：医師会

私の方からはあまり、お話しすることはないんですけども、これからの時代はですね、間違いなく、私の立場でいえば、訪問診療というのが増えていくし、非常にその質が問われる時代になるのは間違いの無いことですので、いかに良いルールを作るかということも非常に大切だけれども、作ったルールを、どう進化させていくかということも大切ですし、今日ここで皆様一人ひとりの意見をお聞きした限り、多分かなり素晴らしいものができるのではないかなという感触を得ました。

ちょっと前にね、何人かで、部会長、分科会長で集まって話をしたときにはですね、これはとっても厳しいのではないの、という雰囲気だったんですけども、今日皆様のお話を聞きまして、ちょっと、見えてきたなという感じも、私も持ちました。

2ヶ月に1回ですけども、よろしくお願ひしたいと思います。

高柳分科会長

ありがとうございました。

委員の皆様、ご意見を多数いただきましてありがとうございました。

時間も迫っていますので、まとめていきたいと思ひます。

本日の会議は、1回目ですので、全体の概要と今後のスケジュールの確認の意味合いでございましたが、皆様のご意見を踏まえまして、次回の会議につなげていけたらなと思ひます。

その先には、函館市バージョンの多職種連携の手引きというようなものが形作られれば、形作らなければならないですけども、それに向けて取り組んでまいりたいと考えております。

冒頭、事務局の方からございましたけれども、今日お配りした資料を次回までにご詳読いただきまして、さらにできれば、それぞれの団体の代表の方々ですから、各団体に持ち帰っていただきまして、団体としての意見を、この会議に持ってきていただければと思ひます。

そのほか、委員の皆様からご意見ございますか。

高橋：函館薬剤師会

メーリングリストの件は、今日、皆さんにメールアドレスを伺って作るんでしょうか。

小棚木医療・介護連携担当課長

ご推薦をいただくときにメールアドレスも合わせていただいておりますので、その一覧を実は手元に作っているんですけども、ご了解いただかないと、皆様に配付もできないので、その意味でお尋ねしておりました。

今、ペーパーでもお渡しいたしますけれども、後ほど、メールでもそのデータにつきましては、送らせていただこうと思ひますので、是非、メンバー間でのやり取りですとか、ご相談をいただくときにお使ひいただければと思ひます。

高柳分科会長

2ヶ月に1回のスケジュールで進めてまいりますが、おそらく、途中途中でメール等で皆様にご連絡を申し上げたり、ご意見を頂戴する場面も出てくるかと思いますので、ご協力をよろしくお願いいたします。

それでは、資料をお持ち帰りいただきまして資料の内容精査や各団体のご意見をとりまとめ下さい。ご協力いただきたいと思います。次回の分科会につきまして、運営担当からお願いいたします。

小棚木医療・介護連携担当課長

資料の7ですが、次回のスケジュールを用意しています。ご都合をご回答願います。

高柳分科会長

最後に、全体を通して何かご意見はありますでしょうか。

次回の宿題としまして、ゼロベースから作るの難しいとのお話もありました。ぶっちゃけて言いますと、「横須賀のこれ、良いじゃない」というのも、ひとつの意見だと思います。それをベースにして、肉付けしていくという方法もあろうかと思えます。そして、函館の独自のものを作り上げていければ良いのかなと思っています。

小棚木医療・介護連携担当課長

以上をもちまして会議を終了します。お疲れ様でした。