

取組工程とメンバー発言内容の対応表(退院支援分科会)

① 課題の認識 ～ アンケート調査結果等の詳読	
発言者	発言内容
高柳:	函館においては、各医療機関や介護サービス事業所それぞれに独自のルールが存在しており、円滑に活用されていない場面があると思う。
高橋: 居宅連協	アンケートを拝見した。それぞれの立場の多岐にわたる声がある。どうやってそのギャップを埋めていくかということが必要だと思う。全体を通じて特に感じたのは、退院支援に関する取組にスピード感が求められていること。
高橋: 居宅連協	医療機関により、取組へのスピード感も違うと思われ、一概には、一律の対応は難しい気がする。
高橋: 居宅連協	個々のケアマネジャーのスキルにすぐばらつきがあるのは確かである。退院支援に関しては、経験を重ねてスキルアップしていくものである。
福島:	10年が経過し、医療機関との連携も進み、医療機関にもよるが、かなり、対応までの時間を考慮した連絡が来るようになっており、連携もしやすくなり、退院前カンファレンスなどに参加する機会も増えた。ただし、それは全ての医療機関ではなく、一部の医療機関との関係構築にとどまっている。
高柳:	双方の立場でのすり合わせをしなければならない問題がたくさんあると思う。
岩崎:	リハビリは、切れ目のないサービス提供が効果的だが、利用者がサービスを選択する場面で後回しになってしまう現状がある。利用者が医療機関から退院された時点から、実際に訪問リハビリのサービス利用を開始するまで、リハビリの期間が途切れることが多い。
岩崎:	サービスの利用をスタートするとき、どこにどういう情報を求めて連携するかといった手法を確立しておらず色々困る場面がある反面、訪問リハビリがまだまだ他の職種から認知されていないという自覚もある。
山石:	医療・介護の各専門職の間の相互理解が必要だと感じた。施設では実際、一人の入居者に対し、介護職、看護職が意見し合う場もあるが、相互理解が不足していると感じることがある。
山石:	入居者の安全な生活をきちっと作っていくことが目標であり、各専門職がお互いにフォローできればいいと考える。
高柳:	老人施設には、それぞれの施設の特徴(自立度の高低など)があることについて、医療サイドの認識不足がある。入退院による利用者の状況や自立度の変動(寝たきりになった、胃ろう、など)により、入院前に入所していた施設に戻れなくなる状況も発生する。
岩城:	医療機関への入院をきっかけに介護や障害サービスの利用を開始する例や、既に介護を受けている者の医療必要度の上昇により医療機関と繋がらなければいけない例などにおいて、生活の再構築を必要とする場合、医療・介護関係者の協働や密な連携と、そのスピードがより求められることになってきている。
岩城:	地域で生活されている患者・利用者は、その抱えている疾患や必要な支援も複雑になってきており、また、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多く必要になってきていると思う。
岩城:	私が所属する北海道医療ソーシャルワーカー協会南支部は、急性期、回復期、維持期などの様々な医療機能を持つ医療機関の者が集まった団体であり、どのような協力、どのような体制が取れるのかということについて、所属団体に持ち帰り、改めてそれぞれの立場で考えていただく必要がある。
鈴木:	私が函館五稜郭病院内に退院サポート室という部署を立ち上げて7年目である。アンケート調査結果を見たが、なかなか自分たちのやっていることが伝わっていない、伝えられていないと反省している。
鈴木:	アンケート調査結果で、それぞれの医療機関によって退院支援のやり方が違うという意見があった。
鈴木:	また、窓口の一本化に関する意見も多かったが、どうしても、うちの病院であれば事務部と看護部が関連部署となるが、統合して同じ業務を行うのは困難な部分がある。
水澤:	毎年の役員会でも、他の職種との間の連携について、研修会の内容や、どの職種を対象として意見交換を行うかを検討しているが、模索しているのが現状。
水澤:	課題としては、同一医療機関内の関係多職種においても、共通理解ができていない部分があるという認識であり、そのような状況の中で、なおかつ地域の在宅へ向けた関係多職種との連携に関する理解については、まだまだ看護師ひとりひとりの力量に差異があると思う。
高橋: 薬剤師会	退院支援と調剤薬局との関わりについて、在宅に取り組んだことのある調剤薬局は、実は2割くらいしかない。

② 先進地事例の詳細による疑義の確認について(不明な点など)	
発言者	発言内容
③ 先進地の取組と、現状の函館市の取組の相違点などの確認について(函館市バージョンの作成の視点)	
発言者	発言内容
高橋：訪看 連協	資料中に、入院時の情報提供書と、退院時の情報提供書が先進地事例で提示されており、医療サイド、介護サイドの双方向が作成する共通様式があった。そういった情報共有ツールが現状では事業所によりバラバラであり、統一されれば連携が進むと感じた。
高柳：	連携ルールや手引きをゼロベースから作るの難しいとお話もある。率直に言うと、先進地事例のいずれかの都市のものを採用し、函館市バージョンとして検討するのもひとつの意見だと思う。それをベースにして、アレンジしていく方法もあると思う。そして、函館の独自のものを作り上げていければいいのかなと思っている。
④ その他の先進地事例の提供について	
発言者	発言内容
高橋：薬剤 師会	今回のルール作りに関し、事前資料を全て確認した。他都市の状況をインターネットで検索し、福島（ http://www.pref.fukushima.lg.jp/sec/21120a/tiikihoukatsu.html ）と鹿児島（ https://www.pref.kagoshima.jp/ak06/chiiki/kagoshima/kenko/20150201.html ）の事例を発見した。
⑤ 函館市の手引きを作成するにあたり、ひな形とする先進地事例の選定	
発言者	発言内容
⑥ ひな形をベースとして、函館市バージョンの手引きを作成	
発言者	発言内容
福島：	地域包括支援センターが立ち上がって10年が経った。最初の頃は、医療機関からの突然の、利用者の退院の連絡と在宅フォローの対応を求められるなど、対応困難な場面が発生することがすごく多かった。
福島：	また、介護サイドの関係者の力量にもよるが、情報共有に関し、退院時に介護サイドが医療サイドから情報をもらうだけのスタンスではなく、介護サイドからも、入院時に医療機関に対し情報を渡すというスタンスを取らなければならないというところを、忘れていた部分があったと思う。ベテランのケアマネジャーや地域包括支援センターの職員であれば、このことを承知している。
福島：	例えば、入院時から医療機関と連携するという内容のマニュアルが必要ではないかと考えている。
高柳：	退院時の連絡の遅れにより、在宅への準備を整えるのが困難となるケースがあるのが実情だと思う。ただし、そこには、医療機関それぞれの機能や役割が影響している場合もあり、医療サイドの言い分もあるかもしれない。そういう問題だと思う。
高柳：	また例えば、急性期の病院の立場でいうと、救急搬送された患者の情報が全く分からない場合があるが、担当のケアマネジャーから早急に情報提供してもらわないと対応が困難となるケースなど、医療サイドの思いもある。
高柳：	リハビリについては、介護保険や医療保険の制度の違いなどの影響もあり、利用者が混乱する場面が多いと感じることがある。コーディネートする役割のケアマネジャーの対応も、ケースバイケースでなかなかスムーズに進まない場合があり、また、主治医の問題もある。
山石：老施 協	退院支援について、在宅看取り、施設看取りの方向性が必要。
山石：老施 協	在宅生活の継続が困難で、施設は待機者が多く、ショートステイなども満床の場合の対応について、この退院支援に関する協議に加味されて進めることになると思う。
山石：老施 協	入所可能な状況になった時に、ケアマネジャーやMSWに連絡する流れはある。
山石：老施 協	緊急性を要する場合の入所対応の流れは無い。入所判定の会議の中で入所の優先度を上げる議論や調整はできる状況にある。
岩城：	これまで、関係者間の連携については、個別のケースの積み重ねで繋がってきている部分があるが、この分科会の、退院支援の仕組みやルールを作成する過程を通じて、連携の在り方を見直していく機会になると思う。

亀谷:	急性期病院においては、いかに入院する前から退院支援と対峙していくか、というところが鍵になっていると思う。
亀谷:	救急入院と予定入院は、函館中央病院ではその割合が半分半分。いずれの入院形態でも、いかに在宅に結び付けるか、家の生活にしっかり戻してあげられるかを考えなければならない。
亀谷:	行きつくところは「連携」という部分。医療・介護関係者の情報のやり取りだけを整えるのではなくて、患者・利用者を取り巻く地域の方々と一緒に動く、協働するということが今後は大切にしていきたい。
鈴木:	自分たちも、自分たちのやり方で、自分たちのルールでやってきており、他のそれぞれの医療機関がどのような退院支援を行っているかを知らないできている。今後は、他の医療機関の退院支援の内容を把握し、お互いに高めあっていくような必要があると感じた。
鈴木:	私は看護職であり、また、在宅療養支援室という部署を立ち上げて運営している。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土台作り、看護職の教育や医師への教育などを行い、その活動について、函館市内の他の医療機関の参考になるような活動ができれば、お互いに情報共有して高めあうことができるものと考えている。
水澤:	まずは、医療機関内での関係多職種間の理解をどのように高めるかということと、医療機関外との関係多職種といかに連携し情報共有していくか、という点が課題だと考えている。
水澤:	函館全体で共通理解ができるようなルールや仕組み作りに取り組むことが、タイムリーにできたらいいと思う。
高橋：薬剤師会	退院前カンファレンスはとても大事であり、関係者が集い、不明な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。ただし、私自身は残念ながら、退院カンファレンスというものには、ほぼ参加していない。それは、マンパワー的な問題。ただし、何もなくてもいいとは、全く考えていない。
高橋：薬剤師会	ルールやフォーマットに関しては、それぞれの医療機関、介護サービス事業所を、いかに組織内部で分かりやすく使ってもらおうかというところが肝だと考えている。できれば、図をたくさん使って、10ページくらいのコンパクトなものを目指すのが一番いいと考えている。
川村：歯科	退院支援に関して、退院後は摂食・嚥下機能が落ちていることが考えられる。言語聴覚士（ST）と連携し、嚥下評価をして頂き、できるだけ固形物が食べられるように指導するなど、患者に喜ばれるような口腔ケアを目標としている。
高柳:	口腔ケアの問題は、入れ歯の不調による摂食困難や、肺炎の原因など色々な場面に関わる。理想としては、入院中に嚥下評価などをした上で、退院支援し在宅につなげるという連携が取れれば素晴らしいと思う。
⑦ 他部会・分科会との協議の要否の確認	
発言者	発言内容
高橋：訪看連協	資料中に、入院時の情報提供書と、退院時の情報提供書が先進地事例で提示されており、医療サイド、介護サイドの双方向が作成する共通様式があった。
高橋：訪看連協	そういった情報共有ツールが現状では事業所によりバラバラであり、統一されれば連携が進むと感じた。
高柳:	共通様式等の検討については、この分科会とは別に「情報共有ツール作業部会」を設置しており、そちらで議論を進めている状況。
亀谷:	関係者間の情報共有に関して、どの職種でも一定程度患者・利用者の状態像をイメージできるような、共通認識できるような情報共有ツールが形作られればいいと考えている。
水澤:	毎年の役員会でも、他の職種との間の連携について、研修会の内容や、どの職種を対象として意見交換を行うかを検討しているが、模索しているのが現状。
高橋：薬剤師会	昨年までは「在宅」と名がつく研修会では、本当に参加率が悪い状況だったが、今年4月以降の保険薬局のイメージは変わってくる。在宅に前向きな薬局が増えてきている現状にある。
川村：歯科	函館歯科医師会として、昨年度から在宅歯科医療連携室を立ち上げ、歯科衛生士を配置して相談電話を受けて、患者の家族や担当のケアマネジャーなどと情報交換し、服薬状況や既往歴を確認して訪問歯科診療を行う体制を整えた。歯科医師が訪問歯科診療に対応できるという情報が、市民に行き渡っていない状況であり、周知が課題。
保坂:	函館全体で利用できる情報共有ツールの作成が有効だと感じた。
保坂:	ケアマネジャーのスキルのばらつきについて、今後の研修を効果的に企画立案することにより、函館全体のスキルを底上げするという方向性が考えられる。
保坂:	関係多職種の連携について、お互いが見える、理解できるような情報共有のツールがあれば、更に連携が進むと感じた。
保坂:	医療機関内部での意識付けについても、情報共有ツールの利用、浸透がその一助となるように感じた。

保坂:	入退院に係り、歯や口腔の状況、嚥下の問題は重要だと感じる。この点も盛り込んだ情報共有ツールを作成することが望ましいと考える。
保坂:	私は情報共有ツール作業部会にも参加しており、ツールの作成に関し、メンバーの皆様の言葉から色々ヒントを得られ、進め方が見えたと感じている。
⑧ 手引きをどのように導入支援、伝播させるかという方法論の構築	
発言者	発言内容
高橋：薬剤師会	ルールやフォーマットに関しては、それぞれの医療機関、介護サービス事業所を、いかに組織内部で分かりやすく使ってもらおうかというところが肝だと考えている。できれば、図をたくさん使って、10ページくらいのコンパクトなものを目指すのが一番いいと考えている。
⑨ 手引きの更新方法の構築	
発言者	発言内容
恩村:	いかに良い連携ルールを作るかということも非常に大切だけれども、作った連携ルールを、どう進化させていくかということも大切。
その他	
発言者	発言内容
高柳:	ケアマネジャーが医療機関と連携する時に、困難さを感じ、居宅連協へ相談が上がってくるような状況はあるか。
高橋：居宅連協	居宅連協の運営メンバーはキャリアの長い人が中心であり、相談を受けている実態はあると思う。
高橋：訪看連協	取組工程のスケジュールを確認したい。今年度の5、6回の分科会の開催頻度で、全てを決めていくのか。
小棚木:	平成29年4月に函館市医療・介護連携支援センターを立ち上げ、医療・介護関係者の連携支援に関しコーディネートを開始する予定。このため、この時点までにこの支援に必要な標準的なルールや仕組みの基礎を形作ることが目標。
高柳:	ボリュームのある作業だが、平成29年4月までに形作りたい。分科会は2ヶ月に1回の開催予定であり、次回分科会は9月。
高柳:	メンバーの方々には次回開催までに、本日お願いする作業など、内容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と思う。
高橋：訪看連協	分科会の回数が少ないから難しいかなと考えている。
山石:	利用者が医療機関から退院し施設入所に至るまでの流れでは、直接すぐ施設入所することではなく、退院後の在宅等での一定の待機期間を経る。入所受入の対応の判断などは施設サイドの主体性によるところが大きい。
山石:	分科会スケジュールについては、今年度中ということで良いと思う。
山石:	有床施設の事情としては、いつでも入所できる体制では無いということ。
山石:	愛泉寮は、経管の方も基本的には受け入れるが、人員体制の事情もあり、全て受け入れられるわけではない。定員160人のうち、40人を目処に経管の方を受け入れている。
山石:	経管の方に対応できるよう研修の体制も整えているが、医療機関での実地研修が必要であるなど、人材育成が難しい。
山石:	このような体制が充実していくことによって、在宅療養されている方の受け入れの基盤が広がっていくものと考え。
水澤:	北海道看護協会道南南支部の中でも、地域包括ケアに関しての興味は大きく、取組への必要性をすごく感じている。
高橋：薬剤師会	西堀病院の薬剤師をしている。病院薬剤師会と函館薬剤師会という2つの会があり、病院勤務の薬剤師は、ほぼ病院薬剤師会に所属していて、調剤薬局勤務の薬剤師は、ほぼ函館薬剤師会に所属している。私は今年の3月から病院勤務であり、病院の経験がとても浅い。
高橋：薬剤師会	この4月に調剤報酬の改定があり、在宅に取り組む薬局が増えている。
高橋：薬剤師会	保険薬局に勤務していた時代は、患者の入退院の状況を知らないで仕事をしてきた。
高橋：薬剤師会	現在は病院勤務であり、電子カルテで閲覧し確認できる状況にいるが、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。
高橋：薬剤師会	退院支援の方法について、宿題にさせてほしい。

高柳:	薬剤師が在宅に訪問し、患者・利用者の服薬を管理してくれるケースが増えてきていると感じる。今までは、訪問看護師やヘルパーが見守りしていた部分であり、専門家が入ってきていることを心強く感じている。ただ、まだマンパワー的に厳しいと思う。
高柳:	救急患者の持参薬がバラバラで、全然飲めてなかった状況が伺えたり、整理して施設に送りだした後も、それがきちんと飲めているのかなという心配もある。薬剤師の力がどんどん必要になってくると思う。
川村: 歯科	地域包括ケアシステムが提唱される前は、訪問歯科診療に関しては、自院の患者が高齢で通院できなくなったり入院した場合に、その人の居るところに訪問して、入れ歯の調整や簡単な抜歯などを行っていた程度である。
川村: 歯科	地域包括ケアシステムの方向性から、保険点数が訪問歯科診療に手厚くなってきた。
川村: 歯科	函館歯科医師会として、昨年度から在宅歯科医療連携室を立ち上げ、歯科衛生士を配置して相談電話を受けて、患者の家族や担当のケアマネジャーなどと情報交換し、服薬状況や既往歴を確認して訪問歯科診療を行う体制を整えた。歯科医師が訪問歯科診療に対応できるという情報が、市民に行き渡っていない状況であり、周知が課題。
恩村:	これからの時代は、間違いなく在宅での訪問診療が増えていくし、非常にその質が問われる時代になるのは間違い無い。
まとめ	
高柳:	皆様のご意見を踏まえ、次回の会議につなげたい。
高柳:	函館市バージョンの多職種連携の手引き作りに取り組んでまいりたいと考えている。
高柳:	本日の資料について、それぞれの団体の代表の立場で、各団体に持ち帰っていただき、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う。
高柳:	2ヶ月に1回のスケジュールで進めるが、途中途中で、メール等でメンバーの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う。
高柳:	本日の資料等の詳読を、よろしく願います。