

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6回会議

日時：平成31年2月14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を活用した研修会報告（資料1, 2）
- (2) 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3, 4）
- (3) はこだて入退院支援連携ガイド「別冊ガイド」作成の状況報告  
（資料5-1, 5-2）

○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4, 資料6-1, 資料6-2）

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を活用した研修会 次第
- 2 はこだて入退院支援連携ガイドを活用した研修会 アンケート 集計結果
- 3 「はこだて入退院支援連携ガイド」に係るアンケート調査 実施依頼
- 4 「はこだて入退院支援連携ガイド」に係るアンケート調査 集計結果
- 5 はこだて入退院支援連携ガイド「別冊ガイド素案」
- 6 修正箇所

**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6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 恩村 宏樹) ※欠席	
		○佐藤 静	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 ※欠席	カワムラ歯科クリニック
	一般社団法人 函館薬剤師会	高橋 正治郎	あおぞら薬局 石川店
	公益社団法人 北海道看護協会 道南南支部	白川 一美	医療法人社団 函館脳神経外科病院
	道南在宅ケア研究会	鈴木 幸子	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 退院サポート室
	函館地域医療連携実務者協議会	(★副部会長 亀谷 博志)	
	奥山 ちどり ※欠席	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	医療法人道南勤労者医療協会 道南勤医協 函館稜北病院	
介護	函館市居宅介護支援事業所連絡協議会	高橋 淳史	指定居宅介護支援事業所 社会福祉法人函館共愛会 共愛会病院
	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	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)	
		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	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を活用した研修会

日 時：平成30年11月14日（水）

18：00～19：30

会 場：函館市医師会病院 5階 講堂

17：30 開 場（受付開始）

18：00 開 会

挨拶

（函館市医療・介護連携推進協議会 連携ルール作業部会） 退院支援分科会長  
函館市地域包括支援センターこん中央 センター長 福島 久美子

18：05 事例説明

テーマ「退院支援が必要な事例」

（函館市医療・介護連携推進協議会 連携ルール作業部会） 退院支援分科会メンバー  
社会福祉法人函館厚生院 函館中央病院 退院支援看護師 奥山 ちどり

18：15 グループワーク

「事例をもとにガイドを活用し適切な連携のあり方を確認」

19：15 実際の退院調整の報告

19：20 アンケート記入

19：25 閉 会

挨拶

函館市医療・介護連携支援センター 医療・介護連携係長 佐藤 静

# はこだて入退院支援連携ガイドを活用した研修会 アンケート集計結果 分析

n=41 (回収率 100%)

## 1. 所属機関をお聞かせください。

・病院	19	(46.3%)
・診療所	1	(2.4%)
・訪問看護事業所	10	(24.4%)
・地域包括支援センター	5	(12.2%)
・居宅介護支援事業所	5	(12.2%)
・その他(介護老人保健施設)	1	(2.4%)

## 2. 現在、従事されている職種をお聞かせください。

・保健師	2	(4.9%)
・看護師	19	(46.3%)
・リハビリスタッフ	1	(2.4%)
・相談員	10	(24.4%)
・事務員	0	(0.0%)
・ケアマネジャー	9	(22.0%)
・その他	0	(0.0%)

## 3. 研修会を受講し、医療・介護関係者の相互理解は深まりましたか？

・深まった	40	(97.6%)
・どちらともいえない	0	(0.0%)
・あまり深まらなかった	1	(2.4%)

### 【ご意見等】

- ・地域のフットワークのよさを認識できた。
- ・カンファレンスは形にこだわらず、入院後早期に在宅関係もチームに入ってもらえることが重要と再認識しました。
- ・お互いの考えや事情(そのように動く理由)が実際のエピソードと合わせて聞けたのでよかったです。
- ・病院側、地域側の多職種の意見が聞けて良かった。
- ・包括支援センターの職員、ケアマネジャーの方にもっと多く参加してもらった方が、在宅支援者サイドの話が聞けると思います。
- ・やはり、いろいろな視点を「生」で聞けることは非常にメリットがあることだと思いました。事例を深めながら他院、事業所の考え方もわかり、考え方だけではなく動き方も見えたので良かったです。
- ・大変学びになりました。
- ・他職種の方の意見を聞くことができ、参考になりました。
- ・医療機関側と在宅側双方の立場からの現状を聞くことができ、連携するうえでの大変さや調整の大切さをより実感することができた。
- ・立場が違うことで、それぞれの考え方、見方が違うという事が具体的にわかった。
- ・有意義な意見交換ができました。
- ・病院が欲しい情報とこちらの認識が少しずれていることが解りました。ふだん電話だけのやりとりでしたが、直接話ができ分かりやすかった。
- ・病院でのスクリーニングの実際の状況、取り組み方や認定看護師の活用、協力など、なるほど！という発見がたくさんありました。

- ・ケアマネとして思っていることや、このように考えて業務をしているということを伝えられた。
- ・バランス良い配分のメンバーだったので、「ああなるほどな」と思うような事もあり、相手の立場なども理解できました。
- ・スクリーニングのあれこれ、退院前カンファレンスは直前だけでなく、治療、退院までの方向性が見えたところで実施するとCMは動きやすい。
- ・深まった。(新たに認識ではなく、再認識ということ)
- ・スクリーニングは具体的な動きについて理解が深まった。
- ・病棟Ns、在宅Ns、介護職、ヘルパー、全てのサービス間でつながる研修会が必要かと思います。
- ・他の職種の見えていなかった動きや視点がわかり、良かったです。
- ・それぞれの立場での考え方、(支援が必要な方のスクリーニングどのように退院調整していくのかの流れなど)が理解できました。
- ・病院でほしい情報や在宅からもお願いしたいことなど話すことができた。
- ・職種や立場が異なるGWで視点が変わることの大切さを学びました。異なる視点から相互の理解が深まると感じます。
- ・時間が足りませんでした。
- ・それぞれの立場から情報をいただき、知らない事が知れて良かった。
- ・話しやすい人数でした。

#### 4. ガイドを活用した研修会として今回の方法はどうか？

##### ①グループワークの方法について

- ・病院と地域の実状を知ることができたので、職種割りも含めて良かったと思う。
- ・職種のバランスがとても良い。
- ・よかったです。
- ・入院前の情報作成背景が各事業所でも検討されていることがわかった。介護連携サマリーがあることで「連携をしよう」という意識が高まると感じた。
- ・一緒に作業をするというより、意見交換が中心となりましたが、7-8人規模で活発に話し合えたのは良かったです。
- ・事例の時間軸を活用しながら行われたので、よりイメージしやすく意見が出しやすかったと感じた。
- ・病院サイド、在宅支援事業者サイドの意見交換ができて良かったです。
- ・時系列に沿って進めることが出来てわかりやすかったです。医療機関側と在宅側に分けて記入する方法も、それぞれの立場が明確になり、良かったと思います。
- ・よかったですと思います。話に夢中になって、ガイドをみながら考えながらはできなかったです。
- ・模造紙があってわかりやすい。司会の方がスムーズに入ってくれて、進行できました。ガイドの「どこをみる」が参考になりました。
- ・リーダーが司会をしながら、ガイドを振りかえるような進め方だった為、とっても良かった。
- ・人数も適切で進めてくれる司会の方もいたため、スムーズに話の流れがあったと思います。
- ・多職種の方の意見を聞く事が出来たので、お互いの立場を理解し合えたと思います。今後このように関わっていくと良いんだなあと言うのがわかったので、良かったと思います。
- ・他職種の方の意見がきけておもしろかった。日頃思っただけでも病院側に遠慮をしている事が多々あるなど。お互いに気を遣わず話せる関係性が築けるよう、また研修会に参加したいです。
- ・良かったと思います。他病院の対応を聞き、当院はまだまだだな~と思った次第です。看護師としてです。
- ・ファシリテーターの方がよくリードしてくださって発言しやすかった。症例だけでなく一般的なこと、ケアマネがついている場合等の話もできて良かった。
- ・様々な立場での意見が聞けて良かった。それぞれの視点の違いを理解して互いに情報交換したり、連携していくことの重要さをあらためて感じた。ガイドを活用してみて細かい点を確認できた。(可視化できたことが特に良いと思った)

- ・司会の方が、しっかりと進行していただいたので発言もしやすかった。また、何について検討されているかもわかりやすかったので、進行役は重要な役割だと思う。
- ・医療と在宅のそれぞれの立場で話ができ良かった。
- ・職種ごとの視点やそれぞれの守備範囲からの意見が新鮮でした。
- ・ファシリテーターの進行が良くスムーズな流れで終わった。
- ・色々な考え方や進め方が聞けて良かった。
- ・司会の方が脱線しないようきってくれたので、やりやすかったです。(事例の内容ではなく、流れ)に着目。
- ・問題ないです。
- ・司会の方が、しっかりと進行していただいたので発言もしやすかった。また、何について検討されているかもわかりやすかったので、進行役は重要な役割だと思う。うまく進めてくださったので活用していかと思います。皆ざっくばらんに話せたと感じました。
- ・在宅、病院と同人数なので、やりやすく流れもスムーズだったと思います。
- ・最初から紙に書かれていて時系列で見られるのでスムーズでした。
- ・初めから、司会等、役割が決まっていた時間短縮となった。経過表があつてわかりやすかった。
- ・他職種の方の話を聞くことが出来、参考になりました。
- ・多施設、専門分野の方の意見聞く事が出来、参考になりました。
- ・ガイドの活用という点では、あまり活用されてなかったですが、入院～退院への支援についての事例検討としては良かったと思います。
- ・事例を通じてGWすることでディスカッションしやすくなる。いろいろな事例を積み上げて。
- ・お互いの立場で場面場面での意見交換が出来てよかった。内部事情も含めて本音トークができた→これがお互いを理解するうえで大切だと思う。正直なところ、ガイドの活用…よく解りません(どの点が活用になっているのか)
- ・多職種で1つの事例とガイドの流れを確認できたことは良かったが、ガイド内容を、やはり把握していなければ、スタンダードがどうなのか見えにくかった。
- ・場面設定を分けて、グループワークも3つくらいに分けて振り返りもすると良かった。
- ・時系列でのディスカッションもいいのですが、時系列に落とし込むところからやらないと、事例の分岐点が見えず深く考えれないと思います。事前課題にして、自分でトラジェクトリに落とすことからやると、継続すべき事がクローズUPされて来ます。
- ・模造紙に書き込む方法は少しわかりにくかったです。
- ・事例検討に少し流されていきそうになるため、少し検討の仕方が難しかった。(事前に説明はうけましたが)
- ・人数的にちょうどよく、皆の意見が言えたと思う。どうしても、事例検討にいつてしまうので大変だった。各職種の思いをきくことができて良かった。事例によっては、もう少し職種を少なくして(各グループ)検討してみてもいいかも。
- ・ガイドはあまり活用してない。

## ②時間配分について

- ・ちょうど良い。(12件)
- ・良かった。(3件)
- ・ちょうど良かったです。(少し足りない位が、ちょうど良いのかと思います)
- ・意見をふくらませる時間もあつて良かった。
- ・長いと思ったが、実際には短かった。
- ・ちょうど良かった。あつという間でした。
- ・時間配分はこの事例では丁度いいと思う。
- ・案外、時間があつという間でした。ちょうど良かったです。
- ・集中して話げできました。ちょうど良かったです。
- ・実際に話をすると短く感じられましたが、丁度良いのかもしれない。

- ・あっという間に感じましたが、丁度良いと思います。
- ・60分GWがあり、余裕があり良かったと思う。
- ・ワークが盛り上がったので少し時間が足りなかったが、1時間くらいが丁度良かった。
- ・短かったです。
- ・全体としては足りないです。
- ・入院前、中、後と流れで話し合うことができ、時間はあっという間で足りないほどでした。
- ・最終的なまとめは、簡単にしかできなかった。各部門での意見交換なので、意見や質問も多く、時間が少ないように感じる。
- ・時間が足りなくなってしまう、退院時連携の部分にもう少し時間を使いたかった。
- ・GWは少したりなかった。
- ・もう少し、あと15～20分くらいあれば、もう少し深められたかも…あっという間でした。
- ・上記のようにワークを分けて行っても良かった。
- ・時間が不足かと。もし可能なら半日使うといいかなあ～。
- ・60' GWでポイントはおさえられたと思います。時系列で進めたのでわかりやすかった。
- ・充分勉強になりました。
- ・良かった。ラスト10分の前に30分経過のお知らせがあると良いと思うほど意見が多く出たと思います。

##### 5. その他(こんなやり方の研修会もあるのでは等)、ご意見ありましたらお書きください。

- ・連携部門のみではなく、現場のスタッフも参加できるような取り組みがあると病院と地域の垣根を更に低くできると思います。形式は事例検討等。
- ・連携実務者だけでなく、現場のNsやリハビリスタッフにも参加して理解を深めたいと思いました。
- ・予定入院の場面に外来の時点からの情報共有の仕方(入院前からの共有方法検討)
- ・ガイドがもう少し周知できればいい。
- ・このくらいの規模で、また実施していただければぜひ参加させていただきたいです。
- ・連携するうえで病棟の意識を高めるためにも、カンファレンスというかたちだけではなく、情報交換、共有ができる場を作ることが、よりよい連携につながると思いました。
- ・実際に現場で働くスタッフ(病棟Ns)が参加できる形式のグループワーク等あれば良いと思います。
- ・施設と在宅(自宅)を分けて、事例あげて話し合ってもいいかもしれない。
- ・居宅のケアマネさんに多く参加いただいて話をききたかった。
- ・事例に固執しないように(片寄らないように)しなければならぬように配慮が必要かと思う。今日のやり方も悪くはない。
- ・また同じ形式で参加したいと思います。ありがとうございました。
- ・みんなベテランだからできた研修会、という言葉に、それもそうかも…とも思いました。
- ・連携ガイドですが、包括に実習に来る看護学生さん相手に医療介護連携の話をする時に活用させてもらってます。
- ・病院内でも連携に課題あり。(病棟、外来Nsやセラピストも入るとよいのか?)
- ・今回のように普段の業務の中で感じている事が気楽に話し合える形式が良い。
- ・今後は、ヘルパーさん向け、施設、介護職と施設Nsも含めた研修が必要かと考えます。
- ・野中式事例検討会(多職種)。これは対象者理解アセスメントの視点ですが、おもしろいかとも思います。(2～3時間かかりますが)やってみたいです。
- ・「ガイドを活用して」というのは…。活用しながら話し合いを進めるとなると全く時間がたりません。
- ・事例を通して実際にサマリーをかいてみる。CMはここが書くのが大変なんだとか、ここまで網羅されたわかりやすいというのが、実感ができればよいのではないかと思います。
- ・グループワークは、入院前からのやりとりについて話し合ったが、実際の退院調整の報告は、退院時何をしたらただけだったので、もう少し、くわしい説明があっても良いと思った。
- ・研修の開始時間が早いので、冬場だと開始に間に合わないと思いました。
- ・いつもお疲れ様です。医療・介護連携支援センターの研修のおかげで、顔の見える繋がりが増えています。

平成30年12月吉日

関係者各位

函館市医療・介護連携支援センター  
センター長 檜木 賢三

## 「はこだて入退院支援連携ガイド」に係わるアンケート調査の実施について(依頼)

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お礼申し上げます。

さて、当センターでは昨年4月より運用開始となりました「はこだて入退院支援連携ガイド」の運用の標準化を目指し、活用を推奨して参りました。まだまだ内容的には不足する場面や記述などもあり、さらに内容を充実させ多くの関係者の皆様にご活用して頂けるように皆様方のご意見を参考にさせて頂きたく存じます。

つきましては、お忙しいところ大変恐縮ではございますが、下記の要領でアンケート調査を実施致しますので、ご理解とご協力を賜りますよう宜しくお願い申し上げます。

## 記

1. 各機関で入退院支援に携わっている方がご回答ください。(各機関1枚)
2. 別紙1をご確認の上、別紙2調査用紙の設問に順次ご記入ください。
3. ご回答後は、平成30年12月21日(金)迄に当センターへFAXにて、ご返信をお願いいたします。

## 【添付資料】

- 別紙1 「はこだて入退院支援連携ガイド」のご案内  
別紙2 「はこだて入退院支援連携ガイド」に係わるアンケート調査

以上

## [ お問い合わせ先 ]

函館市医療・介護連携支援センター (函館市医師会院内)

電話：43-3939 FAX：43-1199

Mail：[ikr-center@hakodate-ishikai-hp.jp](mailto:ikr-center@hakodate-ishikai-hp.jp)



**連携ルール作業部会 退院支援分科会**  
**「はこだて入退院支援連携ガイド」に係るアンケート調査 集計結果 H30.12**

1. 貴所属機関等についてお聞きします

	H30.12		(前回) H30.2	
	受取件数	割合	受取件数	割合
医師会	54 件	37%	65 件	35%
歯科医師会	9 件	6%	24 件	13%
薬剤師会	13 件	9%	13 件	7%
MSW協会	15 件	10%	13 件	7%
居宅連協	10 件	7%	19 件	10%
包括連協	6 件	4%	9 件	5%
訪リハ連協	7 件	5%	6 件	3%
訪看連協	7 件	5%	8 件	4%
老施協	11 件	8%	11 件	6%
柔整師会	5 件	3%	11 件	6%
函鍼連	9 件	6%	6 件	3%
<b>合計</b>	<b>146 件</b>		<b>185 件</b>	

2. 貴所属機関等では、「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  
 ご覧になったことがありますか

	H30.12		(前回) H30.2	
	はい	いいえ	はい	いいえ
医師会	32	22	27	38
歯科医師会	5	4	8	16
薬剤師会	10	3	6	7
MSW協会	14	1	13	0
居宅連協	10	0	18	1
包括連協	6	0	9	0
訪リハ連協	6	1	4	2
訪看連協	7	0	8	0
老施協	11	0	10	1
柔整師会	5	0	7	4
函鍼連	6	3	5	1
<b>合計</b>	<b>112</b>	<b>34</b>	<b>115</b>	<b>70</b>
<b>総計</b>	<b>146 件</b>		<b>185 件</b>	

### 3. ア 日常業務において「連携ガイド」を活用する機会がありますか

	H30. 12		(前回) H30. 2	
	はい	いいえ	はい	いいえ
医師会	3	29	1	26
歯科医師会	0	5	1	7
薬剤師会	1	9	0	6
MSW協会	4	10	4	9
居宅連協	3	7	8	10
包括連協	4	2	6	3
訪リハ連協	1	5	1	3
訪看連協	2	5	5	3
老施協	3	8	3	7
柔整師会	4	1	2	5
函鍼連	4	2	2	3
<b>合計</b>	<b>29</b>	<b>83</b>	<b>33</b>	<b>82</b>
<b>総計</b>	<b>112 件</b>		<b>115 件</b>	

- ・機会がなかった。12件
- ・既存の業務に沿って、対応しているため活用していない。9件
- ・退院支援の頻度が少ないため。5件
- ・現在、機会はないが、今後活用したい。5件
- ・診療所のため。2件
- ・一般論しか書かれていないからだろうと思います。
- ・スタッフへの周知不足。
- ・入退院される方が来ることを想定するため

### 4. イ どのような機会に活用していますか

- ・入退院連携が必要なケース支援時に確認。11件
- ・カンファレンスなどで使用している。5件
- ・職員研修や実習生の受け入れ時の参考資料として。4件
- ・患者さんの御家族から相談（入退院支援に関する）があったとき。3件
- ・自己学習（入退院支援の場면을イメージする、他職種の理解など）。2件
- ・包括支援センターにつなげたい場合の連絡先確認と方法。
- ・ステーションに常備し、必要時回覧できるようにしています。
- ・居宅療養管理指導期間中のサービス担当者会議がある場合の手引き書として。
- ・昨年父親が入院してリハビリ、退院までの準備までいったので今回見せて頂きました。

5. ウ どのくらいの頻度でお使いですか

	H30. 12		(前回) H30. 2	
	受取件数	割合	受取件数	割合
頻繁に使用	0 件	0%	0 件	0%
月に数回	8 件	28%	14 件	42%
年に数回	21 件	72%	19 件	58%
	<b>29 件</b>		<b>33 件</b>	

6. 「連携ガイド」の内容について、見直しが必要と思われますか

	H30. 12		(前回) H30. 2	
	受取件数	割合	受取件数	割合
はい	5 件	9%	7 件	11%
いいえ	50 件	91%	55 件	89%
	<b>55 件</b>		<b>62 件</b>	

- ・内容は非常に良いです。各施設の一覧があると非常に助かるのですが…
- ・P2名乗り合う～フルネームと生年月日は誰のですか？利用者それとも支援者？P3ケアマネタイムはあっていないような状態です。P6医療機関も日頃より患者の介護保険証を確認することでCMの有無も把握できる。



医療と介護の連携を支援する

# はこだて在宅療養ガイド(仮)

☒

平成〇〇年〇〇月

函館市医療・介護連携推進協議会

## はじめに

人は、それぞれ自分らしく生き、自分らしい最期を迎えたいという考えを持っています。自分らしい最期を迎えたいという考えについては、元気な時から、これから受ける医療やケアについてご自身の考えを家族や医療者と話し合い、ご自身の意志を明確にしておく事が大切です。

元気な現在、これからの豊かな人生を目指して、自分らしい最期を迎えるために考えてみてはいかがでしょうか。

そして、ご自身が住み慣れた場所で自分らしい生き方を望む時、この冊子を在宅での療養の材料としてご活用ください。

自分らしいありのままにその時を迎えるために



## ● も く じ ●

- 1 住み慣れた場所へ帰りたい・・・・・・・・・・ 1
- 2 在宅療養に関するおもな相談窓口・・・・・・・・ 2
- 3 在宅療養と在宅看取り・・・・・・・・・・ 3
- 4 在宅療養に関する各制度と費用について・・・・ 4
- 5 関係各種の紹介・・・・・・・・・・ 5～6
  
- 【関係先機関一覧】・・・・・・・・・・ 7
- 【緊急時の連絡先】・・・・・・・・・・ 7

## 1 住み慣れた場所へ帰りたい

入院中の病院から退院や転院の話があった時、もしくは長期入院中で、「住み慣れた場所へ帰りたい」という思いがあるとしたら身近で一番話しやすい人に思いを伝えましょう。そして、不安な気持ちや心配なことがあるかもしれません。迷いや悩み、色々なことを話しましょう。

さて、実際「住み慣れた場所へ帰る」ためには、どうしたら良いでしょう。はじめに、主治医や看護師といった身近な医療従事者に聞いてみるのが良いでしょう。入院している病院に「相談室」「連携室」があったら、そこにいる医療相談員（MSW）に在宅療養について聞いてみましょう。かかりつけ医がいる時は、その医師にも相談しましょう。訪問看護ステーションは強力な味方となるでしょう。

☒

「住み慣れた場所へかえりたい」その思いが大切です。あなたの帰りたい気持ちを大切に、みんなで一緒にこれからの事を考えましょう。在宅療養の準備を整え、在宅ケアが開始となることが理想的です。そのためには概ね1週間以上前から、様々な調整を行います。診療情報の申し送りや、退院前カンファレンスといった多職種連携の機会を設けることで、スムーズな対応が可能になります。なお、試験的に外泊し、心配なことや不便なことを確認しておくで安心です。

準備万端でなければ帰れないというわけではありません。すぐ帰りたい時や準備が間に合わない時は、まずは帰って様子をみながら必要なサービスを利用していくという方法もあります。



## 2 在宅療養に関するおもな相談窓口

- ・病院の相談室

病院の中にある相談室(医療相談室、地域医療連携室など)にいる退院支援看護師や医療相談員(MSW)が在宅療養に関する質問や経済面の心配ごと等の相談に対応します。

- ・地域包括支援センター

高齢者や介護保険利用者を対象に支援を行う拠点です。保健師、社会福祉士、主任ケアマネジャーが在宅での療養に関する様々な制度の利用や介護・福祉の相談に対応します。

- ・かかりつけ医(クリニック、診療所)

かかりつけの開業医がいる場合は相談しましょう。かかりつけ医が訪問診療や往診対応可能なこともあります。また、対応が困難でも他の在宅医を紹介してくれる場合もあります。

- ・市区町村の窓口

役所の窓口(介護保険課、高齢福祉課、障害福祉課、国民健康保険課など)で相談に対応します。各制度に関する情報提供を受けることができます。

- ・訪問看護ステーション

専門的な知識と技術をもった看護師がかかりつけ医等と連携し、訪問による看護サービスや在宅療養の具体的なシステムや制度などの情報提供を受けることができます。

- ・相談支援センター

がんに関する相談に対応します。がん診療連携拠点病院(市立函館病院、函館五稜郭病院)に設置されており、その病院にかかっているなくても相談できます。

- ・医療・介護連携支援センター

在宅療養などに関する相談に対応します。函館市医師会病院内(はこだて医療・介護連携支援センター)に設置されており、医療機関や介護事業所などの情報提供を受けることができます。

☒

### 3 在宅療養と在宅看取り

在宅療養には何が必要？何から考えれば良いのでしょうか。

訪問や往診してくれる医師はどこにいるのか  
介護保険を使うにはどうしたら良いのか  
ベッドや手すりを使いたいが、どうしたら良いか

色々なことを考えることは大事です。その前にご自身の気持ちを整理しましょう。

もしご自身が、「最期を住み慣れた場所で迎えたい」「延命処置を望まない」と考え、在宅療養を希望した場合、ご自身の覚悟とご家族の理解が必要となるでしょう。

同居のご家族のほか、遠方のご家族や親族、親しい人たちにもご自身の意志を伝えておくことも大切です。緊急時や急変時にご自身の気持ちを医師に伝えることができるとは限りません。周囲の人たちが戸惑う事がないようご自身の意志を明確にしておきましょう。

#### ◆ ご自身の意志を伝える「リビング・ウィル」

リビング・ウィルとは、現在の医療では死を回避することが困難な状況となった時、どのような医療を受けたいか、または受けたくないのかをあらかじめ意思表示することを【リビング・ウィル(生前の意思表示)】といいます。

リビング・ウィルの内容に関しては、医師や家族等とも話し合い互いの理解を深めることが大切です。医療の水準は日々進歩していきます。ご自身の気持ちの変化もあるでしょう。リビング・ウィルの定期的な内容の見直しを推奨します。

☒

## 4 在宅療養に関する各制度と費用について

### ・医療保険制度

在宅療養は医療保険(健康保険)が適用されます。かかった医療費の1～3割が自己負担金となりますが、訪問の際にかかる交通費などは保険適用外になるものもあります。

### ・高額療養費制度

毎月の健康保険の自己負担額が一定以上になった場合、払い戻しが受けられます。上限額は年齢や所得等によって異なります。なお、払い戻しを受けるには申請が必要です。健康保険証に記載された問い合わせ先(保険者)に確認しましょう。

### ・介護保険制度

介護や支援が必要になった時、市区町村の認定を受け介護サービスを利用できる制度です。かかった介護サービス費の1～3割が自己負担金となります。対象者として65歳以上の方(1号被保険者)と40歳以上の方で「特定疾病(16種類)」に該当する方(2号被保険者)です。主治医の意見書が必要となりますので事前に相談することをお勧めします。

## ◆ 在宅療養の費用はどのくらいかかる？

医療機関、ご自身の状態、地域によっても費用の仕組みが異なります。確認することをお勧めします。

### 例) 週1回の訪問診療と週3回の訪問看護を利用した場合

在宅時医学総合管理料(院外処方の場合)	〇〇, 〇〇〇円
在宅医の訪問診療料(月4回)〇, 〇〇〇円×4回	〇〇, 〇〇〇円
訪問看護(月12回)〇, 〇〇〇円×12回	※2) 〇〇, 〇〇〇円
訪問看護ターミナルケア療養費	〇〇, 〇〇〇円
24時間連絡体制加算(訪問看護)	〇, 〇〇〇円

---

1ヶ月の医療費総額	合計〇〇〇, 〇〇〇円
例) 1割負担の場合	※1) 〇〇, 〇〇〇円

※1) 自己負担額は、上記金額の1～3割になります。

※2) 訪問看護の初回は〇〇, 〇〇〇円となります。

## 5 関係各種の紹介

職 種	働いている場所・機関	仕事内容・役割
医師	病院・診療所 施設（入所・通所）	診察・治療・薬の処方などを行い、病気や健康状態の管理をします。かかりつけ医として、定期的な訪問診療や急な住診にも対応し、本人や家族主体の医療を提供します。
看護師	病院・診療所 施設（入所・通所） 訪問看護ステーション	医師の診察・治療を行う際の補助や、病気や怪我のケアをします。また、ご自宅に伺い健康状態の確認、必要な医療処置、入浴・排せつなどの日常生活の介助、栄養指導、リハビリ等もします。
保健師	市役所・保健所	地域住民に対して、健康増進や病気の予防・早期発見を目的に健康相談や保健指導などを行います。
歯科医師	病院・歯科診療所	歯の治療・保健指導・健康管理などをします。かかりつけ歯科医として、寝たきりや施設に入所し歯科診療所に通えない方のために、訪問して虫歯の治療だけではなく、入れ歯や口の中の状態をチェックする検診や口腔ケアをします。
歯科衛生士	病院・歯科診療所 施設（入所・通所）	歯科医師の診察・治療を行う際の補助や、口の中の清掃・機能低下予防の指導など、口の中の健康を支え『食べる楽しみ』のお手伝いをします。
薬剤師	病院 調剤薬局	処方箋による調剤の他、処方された薬の説明や、残薬管理、飲み合わせ・副作用等の相談にのり助言します。また、医師の指示に基づき、ご自宅に薬を届けるだけではなく、服薬カレンダーのセットや、薬が飲みにくい場合の工夫・提案もします。
管理栄養士・栄養士	病院・診療所 施設（入所・通所）	医師の指示に基づき、本人の状態に合わせて栄養・食事に関する必要な情報や、食事療法に関する相談・指導をします。施設においては、食事計画等を作成し、栄養状態や身体機能の維持・向上を図ります。
リハビリスタッフ	病院・診療所 施設（入所・通所） 訪問リハビリ事業所 訪問看護ステーション	<b>【理学療法士】</b> 病気や怪我などで身体に障がいのある方や、障がいの発生が予測される方に対して、様々な運動等により日常生活に必要な体力をつけたり、動作能力の改善を図ります。
		<b>【作業療法士】</b> 身体や精神に障がいのある方や、障がいの発生が予測される方に対して、様々な作業活動等により諸機能の回復・維持・開発を目指し、心と身体の機能改善を図ります。
		<b>【言語聴覚士】</b> 言語や音声・発音、聴覚、認知などの機能が損なわれて起こるコミュニケーション障がいの方、食べたり飲み込んだりすることなどに困難がある摂食・嚥下障がいの方や、障がいの発生が予測される方に対して、テストや検査を実施し評価を行った上で、必要に応じ訓練・指導・助言等を行います。

職 種	働いている場所・機関	仕事内容・役割
柔道整復師	病院・整骨院 施設（入所・通所）	骨折および脱臼（医師の同意が必要）、捻挫・打撲・肉ばなれなど、各種損傷に対して手術などの外科的方法ではなく、人間の持つ自然治癒力を最大限に発揮させて施術します。また、怪我などにより歩行が困難になった高齢者の自宅や施設に訪問し施術したり、在宅・施設・整骨院内の機能訓練指導員として、日常生活を営むために必要な機能改善や、現状能力の維持・減退防止のために訓練します。
鍼灸師・マッサージ師	病院・整骨院 鍼灸マッサージ院 施設（入所・通所）	はり師・きゅう師・あん摩マッサージ指圧師の3つの国家資格を合わせ持つ専門家で、現代医学的や伝統医学的な視点から鍼灸・マッサージ施術を行い、様々な疾病の治療や健康増進を促します。また、歩行が困難になった高齢者の自宅や施設に訪問し、医師の同意書により治療やリハビリを行います。
相談員	病院・診療所 施設（入所・通所）	【医療相談員（医療ソーシャルワーカー）】 医療機関の中で、本人や家族の抱える経済的・心理的・社会的問題に関する相談にのり、安心して退院後の在宅生活を送れるようケアマネジャーや、他の専門職と連携して問題を解決・調整し、社会復帰の促進を図ります。
		【施設（生活）相談員】 施設の中で、本人や家族の抱える経済的・心理的・社会的問題に関する相談にのり、ケアマネジャーや、他の専門職と連携して問題を解決・調整し、生活の質の向上に務めます。
地域包括支援センター職員	地域包括支援センター	主な設置主体は市町村等各自自治体で、高齢者が住み慣れた地域で安心して生活が出来るよう、介護予防や日々の暮らしを様々な側面からサポートします。  【社会福祉士】 消費者被害や高齢者虐待の防止など高齢者の権利を守るために関係機関との連携を図りながら相談・支援をします。
		【保健師】 高齢者が健康な生活を送れるようサポートし、介護予防のための助言・指導をします。
		【主任ケアマネジャー】 地域のケアマネジャーからの相談を受け、助言・指導を行うなどの後方支援を行う他、地域の社会資源の発掘や医療機関などを含めた様々な関係機関とネットワークを構築します。
ケアマネジャー	居宅介護支援事業所 施設（入所）	介護保険利用者の方がその人らしく暮らすことが出来るよう、本人や家族の相談にのり、ケアプランを作成し、医療機関・介護事業所や施設内の多職種との調整をします。
介護職員	介護事業所 施設（入所）	高齢者などがその人らしく暮らすことが出来るよう、介護計画等に沿って、食事・着替え・入浴など日常生活上の介護を行います。
福祉用具専門相談員	福祉用具貸与・販売事業所	介護保険を適用して福祉用具を利用する際に、選定や使い方などの相談・調整を行います。

## 【関係先機関一覧】

名 称	所在地	電話番号
函館市医療・介護連携支援センター	函館市富岡町2丁目10-10	43-3939

### ●函館市地域包括支援センター（高齢者あんしん相談窓口）

名 称	所在地	電話番号
函館市地域包括支援センターあさひ	函館市旭町4-12	27-8880
函館市地域包括支援センターこん中央	函館市松風町18-14	27-0777
函館市地域包括支援センターときとう	函館市時任町35-24	33-0555
函館市地域包括支援センターゆのかわ	函館市湯川町3丁目29-15	36-4300
函館市地域包括支援センターたかおか	函館市高丘町3-1	57-7740
函館市地域包括支援センター西堀	函館市中道2丁目6-11	52-0016
函館市地域包括支援センター亀田	函館市昭和1丁目23-8	40-7755
函館市地域包括支援センター神山	函館市神山1丁目25-9	76-0820
函館市地域包括支援センターよろこび	函館市桔梗1丁目14-1	34-6868
函館市地域包括支援センター社協	函館市浜町538-2	82-4700

### ●市関係窓口

名 称	所在地	電話番号
函館市保健福祉部高齢福祉課 高齢者・介護総合相談窓口	函館市東雲町4-13	21-3025
函館市保健福祉部地域包括ケア推進課 医療・介護連携担当	〃	21-3042

## 【緊急時の連絡先】

名称	連絡先：電話番号
①	( ) —
②	( ) —
③	( ) —
④	( ) —
⑤	( ) —
⑥	( ) —
⑦	( ) —

医療と介護の連携を支援する

# はこだて在宅看取りガイド(仮)

☒

平成〇〇年〇〇月

函館市医療・介護連携推進協議会

## ● も く じ ●

1	住み慣れた場所での看取りについて	
	(1) これからどうなるの・・・・・・・・・・・・・・・・	1～3
	(2) 点滴について考えること・・・・・・・・・・・・	4
	(3) 看取りについて理解してほしいこと・・・・	5～6
	【関係先機関一覧】・・・・・・・・・・・・・・・・	7
	【緊急時の連絡先】・・・・・・・・・・・・・・・・	7



## 1 住み慣れた場所での看取りについて



そのときが、近づいてきました

この先のページには、大切な方もしくは自身の最後の様子が書かれています。

別れたくない、怖い、失いたくない、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。

ただ、大切な方を想う時や自身が、安らかに幸せにその時を迎えたいと思った時には、

ほんの少しの勇気をもって、この先を読んで下さい。



(1) これからどうなるの

- 1週間前頃～の変化

段々と睡眠時間が長くなっていきます

夢と現実を行き来するような状態になる場合があります。

- 1、2日～数時間前の変化

声をかけても目を覚ますことが少なくなります

眠気が増すことがあります。眠気があることで苦痛が緩和されることが多くなります。



☒

のどもとでゴロゴロという音がすることがあります

だ液を飲み込めなくなるためです。だ液を減らす薬もあります。



☒

呼吸のリズムが不規則になったり息をすると同時に肩や顎が動くようになります。

呼吸する筋肉が収縮するとともに、肺の動きが悪くなって首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  
血圧が下がり循環が悪くなるためです。

※8割の方はゆっくりとこのような変化がみられます。2割の方は上記のような変化がなく急に息をひきとられることがあります。

すべての方が同じ経過をするものではなく、個々によって異なります。医師や看護師と一緒にその時の状態を確認してください。

- その他、よくある変化として  
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

おしっこの量が少なく濃くなります

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ります

- 心臓や呼吸がとまるとき／止まっているのに気付いたとき  
全身状態が悪くなった患者さんの場合、  
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。静かに見守ることを事前に医師や  
看護師と話し合っておくと良いでしょう。

## (2) 点滴について考えること

・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量が少なくなってきます。病気そのものに伴う症状で「食事を食べれないから病気がすすむ」ではありません。

### ・ご家族の気持ち

「食べれない、飲めないので点滴をしてほしい」と思うことでしょう。

### 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。むしろ、腹水や胸水などの副作用が出ることもあります。

### ・ご家族に望むこと

#### 少しでも食べれる工夫を

1. 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栄養士や看護師と一緒に工夫してみましょう。
2. 食事の時間を楽しくすることで、食欲が湧くこともあります。好きな食べ物を持ち寄り、ご家族と一緒に食事をするのも良いでしょう。

#### できることは全てできる工夫を

1. 口の湯きをいやすために、氷やアイスクリームの差し入れをされると喜ばれることが多いです。
2. 食事が摂れなくてもマッサージ、ご家族のことを話す、好きな音楽をかけるなど食事以外のことも喜ぶことがないか一緒に考えましょう。

☒

### (3) 看取りについて理解してほしいこと

- 主治医の変更もありえる

在宅で最期を迎えるためには「在宅主治医がいる」ことが必須条件です。まず、在宅主治医を持ち、よく相談しましょう。

- 救急車を呼ぶ意味

本人、家族も在宅での最期を決心しても、死が間近にせまると、あわてて救急車をよ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等です。

救急搬送後は、受け入れ先の救急医療機関では、可能な限り救命処置を行います。もしかすると、本人が望まないことかもしれません。急変時にどうするか事前に決めておくことも大事です。

- 限られた時間と向き合う

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。ただし、家族や親族とのお別れの準備など、様々なことがあります。大まかな時間をお伝えします。

食べられなくなったら 1 週間くらい

尿が出なくなったら 2～3日くらい

※個人差がありますのであくまで目安と考えて下さい。

☒

- 看取りについての誤解

亡くなる時に「医師が立ち会っていないと死亡診断書をかいてもらえない」と思っている方が多いようです。それは誤解です。在宅医療を受けていれば、そんなことはありません。

在宅医療を受けている方は、亡くなる時に医師（在宅医療の主治医）が立ち会ってなくても問題ありません。死去後に改めて診察することで死亡診断書を作成することができるのです。

呼吸が止まりそうになっても、あわてなくて良いのです。

在宅医療では、多くの場合、看取りに立ち合うのはご家族です。ご家族で安らかに看取りましょう。呼吸が止まった時刻を覚えておき、あとで在宅主治医に報告して下さい。夜間に看取られた場合、夜明けを待って連絡しても遅くはありません。ゆっくりお別れをしていただいても良いのです。

☒

グリーフケアを用いた言葉を載せたらどうでしょう

例

大切な人が旅立ちました。

悲しくて、苦しくて、とめどなく流れる涙…

やり場のない想いを、どこに向ければよいのか…

がまんすることはありません。

泣きましょう、声に出して。

よく看取られました。よく頑張りましたね。

あなたは一人ではありません。

私たちは、これからもずっとあなたのそばにいます。

参考：たんぽぽ企画株式会社発行 家で看取ると云うこと

～人生の旅立ちは家族の声に包まれて～

## 【関係先機関一覧】

名 称	所在地	電話番号
函館市医療・介護連携支援センター	函館市富岡町2丁目10-10	43-3939

### ●函館市地域包括支援センター（高齢者あんしん相談窓口）

名 称	所在地	電話番号
函館市地域包括支援センターあさひ	函館市旭町4-12	27-8880
函館市地域包括支援センターこん中央	函館市松風町18-14	27-0777
函館市地域包括支援センターときとう	函館市時任町35-24	33-0555
函館市地域包括支援センターゆのかわ	函館市湯川町3丁目29-15	36-4300
函館市地域包括支援センターたかおか	函館市高丘町3-1	57-7740
函館市地域包括支援センター西堀	函館市中道2丁目6-11	52-0016
函館市地域包括支援センター亀田	函館市昭和1丁目23-8	40-7755
函館市地域包括支援センター神山	函館市神山1丁目25-9	76-0820
函館市地域包括支援センターよろこび	函館市桔梗1丁目14-1	34-6868
函館市地域包括支援センター社協	函館市浜町538-2	82-4700

### ●市関係窓口

名 称	所在地	電話番号
函館市保健福祉部高齢福祉課 高齢者・介護総合相談窓口	函館市東雲町4-13	21-3025
函館市保健福祉部地域包括ケア推進課 医療・介護連携担当	〃	21-3042

## 【緊急時の連絡先】

名称	連絡先：電話番号
①	( ) —
②	( ) —
③	( ) —
④	( ) —
⑤	( ) —
⑥	( ) —
⑦	( ) —



## (6) 退院後

### 医療機関



医師



看護師



医療ソーシャルワーカー

### ① 急変時の対応

退院後、症状が悪化して再入院となる場合などの際に迅速な対応をするためにも、医療機関担当者と在宅・施設担当者との継続的な連携は大変重要です。カンファレンスの際に、緊急時の体制について確認した内容を、医療機関担当者間で常に確認しておきましょう。

### ② 外来時の対応

支援対象者の外来来院時には、在宅での療養において困っていることがないか、家族の介護状況に問題がないかなどを確認し、在宅・施設担当者と連携しながら療養の調整などを行いましょう。

### 在宅・施設



医師



ケアマネジャー



看護師



相談員



地域包括支援センター職員

### ① 退院後の情報提供

**在宅・施設担当者**は、退院後の療養生活について、医療機関担当者に情報提供を行うことを心がけましょう。医療機関担当者へ積極的に情報提供を行うことで、**医療機関職員の医療ケアの向上等にも繋がります。**支援対象者や家族が安心して療養生活を送れるように支援しましょう。

### ② 急変時のかかりつけ医または施設協力医の役割

かかりつけ医または施設協力医は、支援対象者が急変した際の対応について、緊急を要する症状や状態がどのようなものか、どこに連絡し、どのように対応すれば良いかなど、具体的に整理し、在宅で介護する家族や介護事業所へ伝えましょう。

## 【関係先機関一覧】

名 称	所在地	電話番号
函館市医療・介護連携支援センター	函館市富岡町2丁目10-10	43-3939

## ●函館市地域包括支援センター（高齢者あんしん相談窓口）

名 称	所在地	電話番号
函館市地域包括支援センターあさひ	函館市旭町4-12	27-8880
函館市地域包括支援センターこん中央	函館市松風町18-14	27-0777
函館市地域包括支援センターときとう	函館市時任町35-24	33-0555
函館市地域包括支援センターゆのかわ	函館市湯川町3丁目29-15	36-4300
函館市地域包括支援センターたかおか	函館市高丘町3-1	57-7740
函館市地域包括支援センター西堀	函館市中道2丁目6-11	52-0016
函館市地域包括支援センター亀田	函館市昭和1丁目23-8	40-7755
函館市地域包括支援センター神山	函館市神山1丁目25-9	76-0820
函館市地域包括支援センターよろこび	函館市桔梗1丁目14-1	34-6868
函館市地域包括支援センター社協	函館市浜町538-2	82-4700

## ●市関係窓口

名 称	所在地	電話番号
函館市保健福祉部高齢福祉課 高齢者・介護総合相談窓口	函館市東雲町4-13	21-3025
函館市保健福祉部 <b>地域包括ケア推進課 医療・介護連携担当</b>	//	<b>21-3042</b>

## 【参考文献】

- 福岡市 退院時連携の基本的な進め方の手引き
- 名古屋市における在宅医療・介護連携ガイドライン
- よこすかエチケット集（横須賀市）
- 福井県「退院支援ルール」
- 在宅移行の手引き（公社）全国国民健康保険診療施設協議会
- 東京都退院支援マニュアル