

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 会議録（要旨）

1 日 時

令和5年3月9日（木）19：00～20：45

2 場 所

函館市医師会病院 5階講堂

3 出席状況

メンバー：福島分科会長，亀谷副部会長，保坂副部会長，高見メンバー，
田中メンバー，余田メンバー，奥山メンバー，岩城メンバー，
高橋陽子メンバー

部会運営担当：函館市医療・介護連携支援センター 佐藤，近藤，花輪

事務局：函館市地域包括ケア推進課 根崎主事

オブザーバー：ほくと・ななえ医療・介護連携支援センター 眞嶋

4 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
- (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
- (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
- (4) 「入退院支援連携強化研修（ガイド編）」動画公開について

○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
- (2) 「はこだて療養支援のしおり」の見直しについて
- (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
- (4) はこだて在宅看取りガイド（仮）について

5 そ の 他

- (1) 次回の部会日程について

6 会議の内容

根崎主事

ただ今から，函館市医療・介護連携推進協議会の連携ルール作業部会退院支援分科会の第10回会議を開催いたします。前回の会議でも確認いたしておりますが，この会議は原

則公開により行いますので、ご了承願います。

次に、第9回の会議録についてですが、昨年6月に各メンバーの皆様にご確認をさせていただきました。事務局の方には、特に修正のご意見がございませんでしたので、原案どおりで第9回会議録を確定し、市のホームページ上で公開させていただいております。

本日は、公益社団法人函館市医師会の久保田メンバー、道南在宅ケア研究会の廣瀬メンバー、函館市居宅介護支援事業所連絡協議会の高橋メンバー、函館市訪問リハビリテーション連絡協議会の岩崎メンバー、道南地区老人福祉施設協議会の山石メンバーが所用により欠席となっております。北海道看護協会 道南南支部の余田メンバーは、業務の都合上遅れての参加となっております。

それでは、本日の資料を確認させていただきます。事前に、会議次第1枚、資料1から8まで全部で裏表の印刷含め、合計9部を送付しておりますが、本日お持ちでない方はいらっしゃいますか。

次に、幹事の交代がございましたので、ご紹介させていただきます。医療・介護連携支援センターに2月1日から新しく配属になりました花輪様です。花輪様に一言、ご挨拶をいただきたいと存じます。よろしくお願いいたします。

花輪幹事

ただいまご紹介にあずかりました花輪と申します。2月から、こちらでお世話になっております。これからよろしくお願いいたします。

根崎主事

花輪様、ありがとうございます。本日の会議の議事の進行につきましては、皆様の特段のご配慮とご協力をお願いいたします。福島分科会長、お願いします。

福島分科会長

皆さん、こんばんは。なるべく議事がスムーズにいくように進めたいと思いますので、ご協力よろしくお願いいたします。

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について、幹事から説明をお願いいたします。

近藤幹事

皆様こんばんは、幹事の近藤です。よろしくお願いいたします。

それでは、報告事項(1)「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について、ご報告いたします。

資料1、参考資料としてアンケート調査用紙もありますので、そちらも併せてご覧ください。アンケートの配布先ですが、入退院支援にかかわる職種の中でマネジメントに携わる職種の方を対象に実施いたしました。例年同様に、センターから直接配布するという形で行っております。「ガイドを見たことがある」との回答ですが、前年度は77.7%

今年度は、91.2%となっております。「どのような機会に使うのか」についての回答としましては、「面談等」と回答した割合が約13.0%、「新人教育や研修」との回答割合は約10.7%、「業務の確認」と回答した回答割合は約37.4%、「その他」を含め、活用したとの回答の合計は、全体の61.9%、活用する機会がなかったとの回答は全体の38.2%となっております。ガイドを活用する機会がなかった要因としましては、日頃から入退院支援を行っている方々ですので、活用しなくても支援を行えているという実情があると思われます。しかし、「活用する機会はなかったが、携帯している」、「機会がなかったが、今後機会は増えると思うのでカンファレンス時に確認していきたい」などのご意見があり、ガイドを活用するであろう場面について「業務の確認」と回答した方の割合が、前回と比較すると若干ではありますが上がっています。そのため、今後も業務の確認の場面でガイドを活用する機会はあるのではないかと考えております。

次のページの4、「今後使いやすくするためのご意見」についてですが、「ガイド自体の形について」は、「文字数が多い」、「施設版、病院版、簡易版があるとよい」などのご意見が寄せられました。ガイド自体には、医療機関側と在宅・施設側の動きを掲載しており、当初のねらいとしては、相互の動きが見えるように作成したものです。そのため、ガイドの形態の変更は行わず、ご意見にもあるように研修や様々な機会を通じてガイドの使い方やねらい等の周知をしていく必要があると考えています。いただいたご意見を参考にしたガイドの見直し案につきましては、後ほど、協議事項の中でお伝えさせていただきたいと思っております。

報告事項(1)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報告についての説明は以上です。

福島分科会長

それでは、報告事項(1)に関して、皆様からご発言をいただきたいと思っております。ご質問、ご意見等はございませんか。毎年ガイドを更新していて、少しずつ地域に浸透してきているのではないかと私は感じており、内容についてのご意見をいただけるということは、ガイドを見ているということですし、活用している証拠なのではないかと思っておりました。

この後の協議事項の中でも見直し案として、こうしたらいいのではないかと皆さんからのご意見をいただきたいと思っております。では、報告事項(1)に関しては終了させていただき、次に進めたいと思っております。

それでは次に、報告事項(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についておよび報告事項(3)令和4年度における「はこだて療養支援のしおり」の更新箇所について、併せて幹事から説明願います。

近藤幹事

報告事項の(2)「はこだて療養支援のしおり」に係るアンケート調査について、ご報告いたします。資料2および参考資料をご覧ください。

アンケートの配布についてですが、医療・介護関係の全事業所に配布しております。「しおりを見たことがある」との回答ですが、前は45.6%、今回は64.1%となっております。「しおりを活用する機会はあったか」との問いについては、「はい」の回答が全体の45.5%、「いいえ」の回答が全体の54.5%となっております。次のページになりますが、「どのような場面での活用だったか」との問いには、前回のアンケートでも意見があった「ガイドの中の病院相談窓口一覧や病床一覧を活用した」、「院内研修や勉強会に活用した」とのご意見や、「急変時に、急変時対応シートや救急の連絡先を活用した」等のご意見がありました。「活用しなかった理由」については、前回同様に「活用する事案がなかった」が合計40件と多くなっております。また、活用する事案があっても、「ガイドを見なくても知っている内容だったので、支援できた」、「連携先や職場などで対応できた」との理由で、活用していないという意見もありました。「知りたい情報がなかった」との意見もありましたが、知りたい情報についての具体的な提案はありませんでした。その他としましては、「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」、「あらためて見ると、とてもわかりやすい」等の意見があり、今後も継続して周知を図っていく必要があると感じました。今回のアンケートでいただいたご意見を参考にしたしおりの見直し案につきましては、後ほど協議事項の中でお伝えさせていただきます。

資料3「はこだて療養支援のしおり」令和4年度更新内容をご覧ください。前回、承認いただいた見直し案の「重度心身障害医療費助成制度」、「特定医療費（指定難病）」を、しおりのP10、11に追加掲載しました。掲載項目に関しては、関係機関へ確認をとり、制度変更による内容変更や病院の相談窓口および病床一覧の変更、生活困窮者自立支援窓口の変更、二次救急の当番病院数の変更や掲載文章の変更などを行っております。今後も、毎年6月末までに変更箇所についての確認を行い、毎年7月に更新をしていく予定です。

報告事項（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についておよび報告事項（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の説明は、以上です。

福島分科会長

それでは、報告事項（2）、（3）に関して、皆様からご発言をいただきたいと思っております。

アンケートで意見がたくさん寄せられていましたが、ご覧になって皆さんいかがですか。亀谷さんは、何か気づいたことなどはないですか。

亀谷メンバー

ないです。大丈夫です。

福島分科会長

色々な機関から意見が寄せられていて、病院からは「身寄りがない認知症の方についての相談先、民間の保証会社、成年後見人では対応できない医療同意、保証人の支援をして

くれる機関について載せてほしい」という意見もありましたが、病院にいる方々からはいかがでしょうか。

岩城メンバー

アンケートに回答した医療機関では、実際に身寄りがない方を担当する中で、相談先がなくて困った経験があるのではないかと思います。また、アンケートの回答を見て感じたのは、基本的な物事を知るための手引きとして使うというよりは、実用的なツールとしてしおりを使いたいという意見なのではないかということです。

活用機会についての問いがありますが、実際に日常場面でしおりを使っていくためには、欲しい知識がそこに載っていてほしいですとか、関連する窓口を載せてほしいですとか、そういうニーズが高くなってきていて、医療機関からの回答には、「具体的な窓口が知りたい」という内容が多くなっているのではないかと思います。そういう思いが見え隠れするような回答というのは、今後しおりの中身を見直していく際の参考になると感じました。

福島分科会長

ありがとうございます。民間の会社名を掲載してスタンダードなものを作ろうとするのは、やはり難しいのかなと思うのですが、それだけ皆さんがこのしおりを見てくれていて、このしおりに頼りたい、活用したいという気持ちになってくれているということだと思います。アンケートの意見の中には、「QRコードを載せてほしい」という意見や、「簡易版がほしい」、「市民全員に配るといいのでは」など、様々な意見が出ていて、専門職に限らず色々な方が使えるしおりとして、皆さんが認識してくださっているのかなと思います。

他にどうでしょうか。意見等がないようでしたら、報告事項（2）、（3）に関しては以上で終了し、次の議事に進めます。

それでは、報告事項（4）入退院支援連携強化研修会（ガイド編）動画公開について、幹事から説明願います。

近藤幹事

報告事項の（4）入退院支援連携強化研修会（ガイド編）動画公開について、ご報告いたします。資料4が研修会の案内文となっておりますのでご覧ください。

入退院支援連携強化研修会（ガイド編）ですが、3月末の動画公開に向けて、現在編集集中となっております。テーマは「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？～」とし、各職種での困りごとや工夫したことについて座長とパネリストでディスカッションを行う形式の動画としました。対象者は、函館市、北斗市、七飯町の医療・介護関係者で、全事業所へ配信案内をする予定です。当初は40名ほどの集合開催とし、グループワークを行う予定でしたが、新型コロナの感染状況に鑑み、今年度は動画研修としました。

研修内容については、コロナ禍という状況に関係なく、入退院支援の連携の中で協力し合い、お互いの事情等を知る機会になればと考え、はこだて入退院支援連携ガイドの内容

に沿ったディスカッションを行い、ガイドについてアピールできるように計画しました。また、動画研修という形態にすることによって、好きな時間に何回でも視聴できるため、より多くの方の目にとまるのではないかと期待しております。

報告事項（４）入退院支援連携強化研修（ガイド編）動画公開についての説明は、以上です。

福島分科会長

ありがとうございます。動画の公開時期は、３月中になるのでしょうか。

近藤幹事

３月中の公開を目指しています。

福島分科会長

１月末にパネリストの皆さんと頑張って撮った動画ですが、動画がアップされた際にはぜひ皆さんに見ていただきたいと思ひますし、その後で意見交換ができればなと思ひております。パネリストとして出演してくださった方に一言感想をいただきたいと思ひます。

高橋陽子メンバー

動画ということで緊張してうまく言えたかはわかりませんが、皆さんに見ていただけたらと思ひます。ただ、動画の時間が長いため、最後まで見てもらえるかなという気持ちもあります。見てもらえたら嬉しいです。

奥山メンバー

皆で協議を重ねてシナリオを作ったので、見る側の立ち位置によって捉え方が違うとは思ひますが、私達が伝えたい内容が伝わればいいと思ひています。少し長いかなとは思ひますが、皆さんに見てもらえるといいなと思ひています。

福島分科会長

本来であればシンポジウムですので、視聴している方との意見交換がZoomでもできるのですが、今回それは叶いませんでした。ただ、その分頑張って作り上げることができたと思ひます。コロナ禍だからという部分もかなり意識していますが、コロナ禍でなくてもそもそもスタンダードなガイドに沿った形で連携したいと、改めて私達も考える機会になったと思ひます。

動画は記録として形に残るものだと思うので、コロナ禍で大変だったことが風化しないように、落ち着いた頃に「こんなことがあって大変だった」、「こんな良いこともあって今も続けられている」などの話ができたらいいなと思ひています。

余田メンバー

Y o u T u b e みたいな形での配信ですか。

近藤幹事

当センターのホームページから視聴する形になるため、お申し込みいただいた方にパスワードをお知らせします。センターホームページ内の「動画はこちら」という所をクリックしてパスワードを入力すると、動画が出てくるようになっております。

余田メンバー

申し込んだ方限定ですか。

近藤幹事

そうです。フリー公開は行っていないので、対象者を申し込みいただいた方のみとしています。後々フリー公開もできればとは考えていますが、講師の方の承諾も必要になってくると思います。長い動画ですので、分割して視聴する方法や、公開期間を3～4週間ほどとって、その間に細切れで見ていただく等の方法をお示しして、自分の都合に合わせて動画を視聴していただけるよう準備をしています。

余田メンバー

1回見て続きはまた後で、ということもできるのですね。

近藤幹事

そうです。何回でも、どんな時間にでも見るができますので、ぜひよろしく願いいたします。

余田メンバー

公開期間は、3週間くらいですか。

近藤幹事

だいたい、3～4週間としています。

保坂メンバー

公開期間が過ぎたら、もう出さないのですか。

近藤幹事

一旦は終了しますが、要望があれば機会をみて再度公開することもできると思います。

保坂メンバー

申し込んでくれた方の名簿の中に、伝えたい方達の名前があればいいのですが、パスワードの入力の際に、小文字やアンダーバーを打てない方もいると思うので、そういう人達のためにも定期的に流してもらえるといいのかなと思います。Y o u T u b e みたいにしたいです。

佐藤幹事

いつもそんなに難しいパスワードにはしていないので、大丈夫かと思っています。

保坂メンバー

できる限り広く見てもらいたいので、苦手意識を持たれないように工夫してほしいです。今回3～4週間を公開期間として、間を空けてもう一回公開して、とするのがいいと思います。ケアマネジャーの困りごとについて話し合っている内容であれば、なおさら繰り返し公開していただきたいです。DVDとして発売するのはどうでしょうか。

近藤幹事

今までも「動画を見逃した」、「自部署での勉強会に使用したい」といった要望があった際には、動画をDVDにして貸し出したこともあります。そういう対応であれば、可能かと思っています。

保坂メンバー

多職種のディスカッションの場면을、看護学生さんにも見せたいです。そして、動画を見た学生さんの反応も見たいですね。色んな場面で使える動画だと思います。

近藤幹事

医師会病院でも看護学生が実習で連携課に来た時に、研修の映像を見せたこともあります。そういう場面でも使えますので、皆さんの部署でご入用でしたらお知らせください。

保坂メンバー

そういう取り組みをしたほうが、ガイドに沿った退院支援の連携が浸透していくと思います。例えば、病院内の勉強会でDVDを見せると、病棟の看護師さんなどは、在宅側の「こうしてほしい」という意見やケアマネの意見を知ることができるのでいいと思います。

佐藤幹事

動画での研修は回を重ねる都度、参加者が増えている状況です。今回も多くの方に視聴していただけるのではないかと考えています。研修動画としては視聴時間が長いとは思いますが、通常の集合研修だと考えるとこのくらいの時間はかかるかと思っています。あとは分割して配信するなどの工夫を考えているところです。

保坂メンバー

あるものを有効活用して浸透させていくことは大事だと思いますし、そうすることでガイドも浸透していくのではないかと思います。

福島分科会長

多職種の方が見ただけではなく、その方達の所属する団体内でも動画を広めてもらい、活用していただけたらと思います。動画の中でケアマネさんの意見も多数出ているので、「あの時そうだったよね」と思う方がいっぱいいると思いますし、共感するだけでもいい内容になっています。また、参加者を分析することによって今後の方向性の検討にもつながると思います。

報告事項（4）については以上で終了し、次に進めさせていただきます。

それでは、続きまして協議事項（1）「はこだて入退院支援連携ガイド」の見直しについて幹事から説明願います。

近藤幹事

協議事項（1）「はこだて入退院支援連携ガイド」の見直しについてご説明いたします。資料5をご覧ください。先ほどご報告いたしました、ガイドのアンケートで寄せられたご意見の中から、3つのご意見を参考にした見直しを提案いたします。

資料の2ページ目をご覧ください。1つ目のご意見として、「8050世帯等の支援が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こともありかと思う」とありました。ガイド8ページの「入院直後（医療機関）⑤虐待等が疑われる場合の対応」にある「また、虐待の他にも～」から始まる文章は福祉拠点に関わる内容と考え、「包括支援センター（福祉拠点）へ支援依頼しましょう」というように、（福祉拠点）を追加したいと考えております。また、その支援を考える上でスクリーニングを行い、退院支援が必要かどうかの判断をしていますが、令和4年度診療報酬改定の際に、質の高い入退院支援を推進する観点からスクリーニング項目が追加されています。それをふまえて、ガイド7ページの「入院直後（医療機関）①スクリーニングを行う」の中に、「退院支援が必要な場合」という項目を追加したいと考えております。

次に、資料3ページ目をご覧ください。2つ目のご意見として、「コロナ禍における連携のポイントなどが記されていると助かります」とありました。ガイドは行動や判断の基準になる内容になっておりますので、コロナ禍だからといって特別なことはないと考えておりますが、連携を行う上で相手側の事情を把握する必要があると考えました。そのことをふまえて、ガイド9ページの「入院直後（在宅・施設）②入院時の連携を積極的に進める」において、今後の連絡先や連絡方法、時間、入院先の面会などの取り決め等についても確認するよう文言を追加したいと考えています。

次に、資料4ページ目をご覧ください。3つ目のご意見として、「介護施設の違いをフローチャートの中に入れて、サービスの違い等について自身でも学ぶ必要性を示した方がいいのでは」とありました。支援対象者を支援するにあたり、施設側はどこまで対応でき

るか、医療機関では退院に向けてどこまで指導したか等、双方向での情報共有が必要になると考え、ガイド11ページの「入院中（医療機関）④在宅・施設担当者との協力」および「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」、ガイド12ページの「入院中（在宅・施設）②医療機関担当者との協力」において、医療側と介護側がコミュニケーションをとるよう促す文章を追加したいと考えております。また、資料5の最後のページになりますが、ガイド12ページの「入院中（在宅・施設）③情報収集の際の留意事項」について、いただいたご意見にはありませんが、文章を並び替えることでより伝わりやすくなるのではと考えました。これらの見直しにつきましては、皆様からご承認いただいた後、行っていきたいと考えております。

協議事項（1）「はこだて入退院支援連携ガイド」の見直しについての説明は、以上です。ご協議をよろしくお願いいたします。

福島分科会長

一つずつ協議していこうと思います。まずは資料5の1「スクリーニングを行う」に項目を追加したいという提案がありました。⑨の生活困窮者については、地域包括支援センターが福祉拠点になったという点も鑑みて、経済的に何か事情がある方に対して、支援につなげやすくなるのではと期待できます。⑩の排泄に介助を要することや⑪の長期的な低栄養状態になると見込まれるものという項目を追加することについては、何か根拠があるのでしょうか。

近藤幹事

もともと病院のスクリーニング項目ではあるものなのですが、現在のガイドには項目を全ては掲載せずに「など」としていました。そのため、病院側はこういった点にも着目しているということを介護側に知ってもらうためには、あえて掲載することがいいのではないかと考えました。

保坂メンバー

病院では、高齢者総合的機能評価、CGAというものをやっていますよね。退院支援スクリーニングと高齢者の機能をセットして評価し、2項目を行うと点数がとれます。その中に排泄機能や栄養状態などのADL的な部分の機能評価があり、何ができて何ができないかというのをチェックすればいいのかと思います。スクリーニングの中に盛り込むのか、それとは別にするのかというところだと思いますが、皆さん別々にやっています。入院からの機能評価は病棟看護師が行って、スクリーニングは退院支援看護師が行って、点数が取れるシステムみたいですが、全部退院支援看護師が行うのは大変だと思うので、もしやるのであれば2本立てでやるほうがいいのではと思います。どの時点でやるのかは病院で決めることですが、サマリーが送られてきてからチェックするのではなく、情報は3日～1週間内に提供してもらい、その情報と実際に入院してきた患者さんを見て照らし合わせています。

奥山メンバー

退院支援加算1では、48時間以内にスクリーニングを行うことになっていますが、当院では病棟看護師が行っています。予約入院の患者さんについては、あらかじめ外来看護師が行いますが、予約入院の方でも病棟看護師もスクリーニングを確認し、その時にADLをふまえて看護計画を立てています。

亀谷メンバー

どの段階でスクリーニングをしているかで違うと思います。入院時にスクリーニングするのであれば、二つ同時に行うのは難しいと思いますが、トータル的にスクリーニングするのであれば、その二つのスクリーニングが必要だと思います。ただし、入院直後のスクリーニングは項目を限定しているので、各々の病院の取り組みでやったほうが良いと思います。

保坂メンバー

スクリーニングの中に機能評価が入ってくると大変じゃないかと思いますが、現状問題がないのであれば、それでいいかなとも感じます。ただ、煩雑な仕事の中で病棟看護師が色々やるのは大変かなと思いました。

亀谷メンバー

1日30～40人と入院する中で、退院支援看護師が1回1回病棟に行ってスクリーニングをするのは無理だと思います。即時入院でも予約入院でも、病棟看護師がスクリーニングした結果を退院支援看護師がアセスメントして介入する形が一番いいと思うし、加算の算定基準の流れもそのようになっています。

佐藤幹事

ここで挙げているのは、あくまでも国で出しているスクリーニングの項目の中で高齢者に当てはまるものを抜粋して掲載しています。これとは別に、児童に当てはまるものなどもありますが、それらは掲載していません。この部分についてはどちらかというところ、医療機関の方に示しているというよりは介護関係の方に「こういう項目で医療機関はスクリーニングをしているんだ」と知ってもらえれば、理解がさらに進むのではと思います、今回見直しの提案をしたところです。

保坂メンバー

2つのスクリーニングをして、そこに在宅の情報が合わさることで、その人の全体像が見えてくると思います。そうすることで、退院後家に帰るのか施設に入るのかという話になった時に、本人の意思を聞いた支援につながっていくと思います。

福島分科会長

基本的に入院時には、在宅での状況やケアマネ、看護師からの情報も含めてスクリーニングを行いますよね。ただし、入院時の状況だけではなく、今までの生活について含めてスクリーニングを行っているかどうかは個々の機関でバラバラなので、今回の項目をスタンダードなガイドの中にあえて追加して示したいとのことでしょうか。

近藤幹事

病院側は、患者が入院したらすぐ退院に向けてのスクリーニングを行い、病気に関するものだけではなく、普段の排泄に介助を要するかどうかや、家族の介護力なども見ていますよね。スクリーニング項目はたくさんあるので、現場の方は大変だと思いますが、そういった様々な項目を加味して入院直後から退院支援に向けて関わっているということ、在宅側の方に知ってもらいたいと考えて、提案させていただきました。

福島分科会長

退院後の介護についても考えた上で、排泄と食事に関して評価しなければいけないため、在宅の人達にも知ってもらいたいということで、あえて提案したということですね。⑫の児童等の家族から、介護等を日常的に受けていることという項目は、いわゆるヤングケアラーを考慮した項目ですね。⑧から⑫を追記したいとの案ですが、いかがでしょうか。もっと追記した方がいい項目などはありますでしょうか。

亀谷メンバー

国の診療報酬に合わせているのでいいと思います。

福島分科会長

ありがとうございます。資料5の2つ目「虐待等が疑われる場合」についてですが、「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」との表現にしました。気持ちとしては、虐待だけではなく生活困窮についてや、介護対応者に児童がいる場合についてなど、全部入れたいところですが、そうすると膨大になるので、「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」という表現にしています。

次ですが、「入院時の連携を積極的に進める」といった観点から、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てお互いに連絡調整しましょうという文言を追加しました。入退院連携の場で、いきなり病棟に行って「情報をください」と言うケアマネがいて大変だとか、退院の連絡を待っていたのに連絡がこないまま退院になったとか、お互いの困りごとがあるので、この文言があることによって、互いに配慮し合いながら連携できればいいなと思います。

近藤幹事

コロナ禍での連携のポイントを載せてほしいという意見がありましたが、コロナ禍に限らず、お互いの事情を汲んで連携するということをはっきり文章で示していなかったため、今回このような形で提案しました。

福島分科会長

今までは「情報共有を積極的に行う」としかお示ししていませんでしたが、「積極的に行う」とはどういうことかについて、かみくだいて今回お示ししました。次に、在宅・施設担当者との協力についてですが、施設には施設の事情があり、医療処置や観察等、できることとできないことがあるため、施設に丸投げされるのは困るという事情があると思います。追加した文言から、そういった点も汲み取っていただければと思いますが、これについてもよろしいでしょうか。（異議なし）

よいということで確認がとれましたので、提案通りで更新したいと思います。続きまして、協議事項（２）「はこだて療養支援のしおり」の見直しについて、幹事から説明願います。

近藤幹事

協議事項の（２）「はこだて療養支援のしおり」の見直しについてご説明いたします。資料６をご覧ください。

先ほどご報告いたしました、しおりのアンケートで寄せられたご意見を参考に、見直しを提案いたします。「北斗市、七飯町の情報も載せてほしい」とのご意見があり、変更案として、しおりの１３ページ目の函館市各病院の病床一覧および１６ページ目の函館市内病院相談窓口一覧に、ななえ新病院、なるかわ病院の情報を追加掲載したいと考えております。それ以外の項目についても、北斗市、七飯町の窓口の掲載について検討していこうと思っております。身寄りのない認知症の方についての相談窓口、民間の保証会社、医療同意や保証人の支援をしてくれる機関を載せてほしいとの意見もありましたが、民間の会社の情報を掲載できないことや、医療同意についても状況によって対応方法が多岐にわたることを考えると、しおりへの掲載は見合わせることにしました。これらの見直しにつきましては、次回の更新時期である、今年の６月に合わせて行っていきたいと考えております。

協議事項（２）「はこだて療養支援のしおり」の見直しについての説明は、以上です。ご協議をよろしくお願いいたします。

福島分科会長

それでは、協議事項（２）に関して、皆様からご発言をいただきたいと思っております。

保坂メンバー

はこだて療養支援のしおりに、北斗市や七飯町の情報を載せていいのかという点についてですが、膨大になりませんか。

亀谷メンバー

そうなのでもいいように「はこだて」と平仮名にしたので、大丈夫です。

佐藤幹事

亀谷さんの提案で、しおりの名前を漢字の「函館市」ではなく平仮名の「はこだて」としています。

保坂メンバー

了解です。

福島分科会長

函館方面ということですね。では、これに関しても了承ということでもいいでしょうか。
(異議なし)

続きまして、協議事項(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、幹事から説明願います。

近藤幹事

協議事項の(3)についてご説明いたします。資料7をご覧ください。

ガイドの内容を通じて適切な連携の在り方を考え、職種間での相互理解ができることを目標とし、研修テーマ(案)は「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?～」としました。このテーマを挙げた理由としましては、先日の研修動画撮影において、お互いのADLなどのイメージのズレについての話があり、いかに情報を共有するかが課題ではないかと感じたためです。ガイドの内容を通じて、どの時期にどのような情報をどのように共有するのが良いのか、事例を用いてグループワークできるとよいのではないかと考え、集合開催を予定しております。参加者ですが、職種を均等に参集する案1と職種の均等はず参集する案2の2パターンを考えており、参加者の参集については分科会のメンバーの皆さんにも声掛け等のご協力をお願いできればと思っております。詳細な企画の検討については、今年度のコアメンバーとしてご協力いただいております6名の皆さんに、今後ともご協力いただきたいと思いますと思っております。

協議事項(3)についての説明は、以上です。研修案につきまして、ご協議をよろしくお願いいたします。

福島分科会長

それでは、協議事項（3）に関して、皆様からご発言をいただきたいと思います。研修会は毎年1回ずつ開催できておりました。集合開催でグループワークを行う場合、今までであれば様々な職種の人達が関われるようなグループ編成にして協議をしたことがありますが、今回もその方法で行うのか、職種の偏りは気にせず参加者を集めるのかという部分についてご意見をいただければと思います。

いつも看護師や相談員、居宅ケアマネなどが多く参加してくださっていますが、薬剤師や歯科衛生士、歯科医師がこういった研修に参加することについてはどうでしょうか。メインは医療と介護の連携ですが、介護予防や健康づくりの観点から参加するのはいかがでしょうか。

田中メンバー

実際、調剤薬局の薬剤師はあまり入退院支援に関与していないと思っています。こういう研修会で私達が学ぶ点は多くあると思うのですが、職種を均等に集めようとして、仮に人数合わせのように入退院支援に関与していない薬剤師が参加したとすると、その人は何も発言できなくて、ただ話を聞くだけになってしまうのではないかという懸念もあります。薬剤師といっても、すごく入退院支援に関わっている人とそうでない人がいるので、そうでない人が参加してしまうと、発言が意味を持たず、むしろグループワークの話についていけないという可能性もあるため、悩ましいです。

福島分科会長

病院薬剤師や栄養士などは、どうでしょうか。入退院時の医療・介護のやり取りの中に入っても、何か違うという感じなのでしょうか。

岩城メンバー

実際私達自身も、薬剤師や栄養士や歯科口腔に関わる方に何をお願いできるのか、何をお願いできないのかをきちんと把握できていないと思います。患者さんの退院後の生活について考えた時に、薬の管理は自宅に帰った時にどのようにされるべきなのかとか、口で食べられる方の口腔ケアの継続についてまでは、退院調整の時には考えられていなかった部分があるのではと感じています。

薬の管理の仕方や口の衛生管理について、退院後はどのように関わられるかということについて、多職種で話し合えるというのはメリットが大きいのではないかと思いますし、参加者が普段あまり接点のない職種の方と話をすることで、「こんなこともお願いできるんですか」と気づくきっかけになると思います。

例えば、在宅で生活されている悪性腫瘍の方の対応については、薬剤師との打ち合わせが密になってくると思うのですが、奥山さんいかがでしょうか。

奥山メンバー

私がイメージしたのは癌の患者さんですが、実際に私達はちょっとした症状の変化で困った場合や薬の効能について、どういう薬を追加すれば楽になるのかなど、常に薬剤師さんと情報共有しながら対応しています。在宅側、特にケアマネなどがアセスメントしてケアプランを立てるためには知っていたほうがいいし、自分達の今後の強みにもなり、患者さんのためにもなるので、グループワークに入ってもらって、薬剤師の立場からの意見をもらうのは、すごくいい機会だなと思います。私達は身近に薬剤師さんがいるので、すぐに相談できますが、在宅側ではなかなか接する機会がないかと思うので、お話できる機会があったほうがいいのかと思いました。

佐藤幹事

入退院支援の連携の中で退院前カンファレンスに在宅の訪問薬剤師に参加していただいた機会があったと思います。入退院支援の連携の研修会においては、是非薬剤師の方にもご参加いただきたいと思うのですが、仮ではありますが、今回のテーマだとなかなか難しいと田中さんもお話しされていたと思います。

保坂メンバー

それはあると思いますが、認知が進んでいる人が家に帰って薬を口まで運ぶという動作や嚥下ができるかとか、そういったADLの面では歯医者さんも薬剤師さんも関係あると思います。

佐藤幹事

今回の動画研修の中で出された課題だったのですが、在宅でケアマネがイメージして病院側に伝えている情報とその情報から病院が受けた印象が全く同じではない場合があり、それは逆もしかりで、病院側で入院中にとらえている患者さんのイメージと在宅に帰る時のケアマネのイメージにずれが生じているというのがあります。そういった部分について病院側と在宅側とでずれの差をより少なくするためには、どのように情報提供をし合えばいいだろうかということを検討したいと思い、このテーマにしました。

保坂メンバー

まさに今、明日明後日のうちに帰ってくる患者さんは、病院ではご飯を食べている、食べられているとの評価ですが、ではどのくらい食べますかと聞くと、「3口食べている」との評価で、ADLの面ではできるとの評価でした。「3口で食べられるという評価なのですか、他はどうしているのですか」と聞くと、「介助して、全量食べている」との回答でした。介助で7割だったら、食べられているではなく食べさせられているになると思いますか。そののできるできないの部分について、例えば、なぜ食べられないのかということ、嚥下の問題なのか、口腔ケアの問題なのか、薬の副作用でそうなっているのではないかなどについて、話し合えたらおもしろいかと思います。

佐藤幹事

このテーマをちょっと違った視点から見てみるのも、またおもしろいですね。

保坂メンバー

そこを研修までにまとめてもらえればと思います。退院連携を考えると、多職種がたくさん入っているほうが、色々な視点の話が出てお互いの学びになると思います。

佐藤幹事

その人のADLを理解するために、多職種の評価の在り方を学ぶ機会にするのはどうでしょうか。

保坂メンバー

そこはコアメンバーで考えていただいていた方がいいですよ。

高見メンバー

私達からすると、声を掛けていただいて、色々な経験をさせてもらうのは歓迎で、逆に私達の方からも歯科の地域連携室を通じて、皆さんに声掛けして交流したいという風に考えています。是非こういう機会には、少しでも参加できればと思っています。

福島分科会長

患者、利用者のイメージ合わせという言葉が出たんですけれども、それを多職種が同じように合わせるのは難しいですが、それぞれの見方があるんだということを理解するには、このテーマで色々な職種に参加してもらおうというのがいいのかなと思います。皆さんの意見をもとに、その辺をふまえてコアメンバーで詰めていきたいと思っています。

協議事項（3）に関しましては以上です。続きまして、協議事項（4）はこだて在宅看取りガイド（仮）について幹事から説明願います。

近藤幹事

協議事項の（4）についてご説明いたします。資料8をご覧ください。はこだて在宅看取りガイド（仮）ですが、現在発行している「はこだて療養支援のしおり」の作成時に、看取りに関しては、しおりに掲載せず別冊として作成するのがよいのではないかと、看取りに至るまでのどの時期のものを作成するかに関しては、まずは終末段階の時期のものがよいのではないかと話になり、「はこだて在宅看取りガイド（仮）」として令和2年2月の分科会で素案を出させていただき、さらにコアメンバーの協力を得ながら作成を進めてまいりました。この冊子は、ガイド（仮）内の「はじめに」にも掲載していますが、自宅で看取りを考えたご家族に向けて作成したものです。仮のタイトルでは、「在宅看取りガイド」としていますが、一般の方向けですので、ガイドではなくパンフレットとした方がよいのではないかと考えており、一般の方がわかりやすい物であれば、在宅に関わるどの職種の

方でもわかりやすく共有できるのではないかと考えています。

ガイド（仮）の1，看取りについてですが、「在宅主治医や介護サービスに関わる専門職に相談しましょう」、「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」という文言を載せましたが、「在宅主治医」という表現でよいのか疑問に思っています。他にも悩む箇所がありますが、タイトルや文章の表現等について、活用するにあたってのご意見をいただきたいと思います。また、8ページ目の文章ですが、出典元が定かではなく、使用が難しいため、表紙のイラストと同様に別文章の検討が必要となります。

協議事項（4）についての説明は以上です。「在宅主治医」という文言についておよび最後の文章の有無，本ガイドの構成，内容について等，何かお気づきの点がありましたら，ご発言をよろしくお願いいたします。

福島分科会長

それでは，協議事項（4）に関して，皆様からご発言をいただきたいと思います。このガイドに着手し始めたのは令和2年で，なかなか進まず今に至るという状況ですが，対象を誰にするかや，誰に向けて発信するか，中身はどうするのか，話の順番はどうするのか等を協議して，最終的に今皆様のお手元にある形までにはできあがっています。一つずつ確認していこうと思います。

保坂メンバー

タイトルですが，いつも皆さんが言っているように，住み慣れたおうちで大切な方の立ちを最期までお手伝いする皆様へのお手紙，もしくはお便りという形にするのはどうでしょうか。また，人生の最後に至る軌跡についてのグラフですが，一般の人が見た時に何を意味するのかわからないかもと感じましたが，いかがでしょうか。

福島分科会長

グラフについての説明ですかね。

佐藤幹事

グラフの下に説明はあるのですが。

保坂メンバー

グラフを見ながら文章を見るけど，入退院を繰り返しているうちに徐々に弱っていくという説明を加えると，一般の方もわかるのではないのでしょうか。

近藤幹事

グラフの下の説明を，もう少しかみくだいた形で記載するなどでしょうか。

保坂メンバー

グラフに矢印と説明を加えるとよりわかりやすいのではないのでしょうか。学生の講義にも、このようなグラフをよく使うのですが、矢印と説明文があればよく理解してくれます。

奥山メンバー

数字を入れてしまうと、それに固執してしまう方がいるかもしれないですね。家族などが、その数字を気にしてしまう部分はあるかなと考えていて、このくらいになったら、こうなるんだよねということに囚われたら嫌だなという思いがあります。

保坂メンバー

確かに、今家で看ている人はそうかもしれないですが、まったく元気な人が、これを手にとって住み慣れたおうちで最期までいれるんだと知った時に理解できるのでしょうか。家で在宅看取りに入る段階に、「おうちで看取るということは……」と言って渡すのであれば、説明しながらお話しできるとは思いますが、例えばこのガイドを函館のコンビニに置きますとなった場合、手に取った人に伝わらないのではないかととも思います。そこはコアメンバーで話し合っただけであればと思います。

佐藤幹事

もともとこのガイドは、入退院支援の時にご家族に説明できるものが欲しいなという思いからスタートしました。そのため、ガイドのイメージとしては、今必要としている方に対して説明できるような文章になっているかどうかだと思います。もちろん広く活用することも重要だとは思いますが。

保坂メンバー

読んでみると一般の人でもわかりやすそうな内容なので、最後の文言もこうやって経過していくんだな、そばにいてもいいし、さわってもいいんだなと伝わってくる内容なので、家族に渡してもいいし、これから家での看取りを考えている人達に見せてもいいのかなと思いました。

佐藤幹事

コアメンバーの皆さんから意見をいただいて今の形まで作り上げたので、この先も皆さんの意見をふまえて一緒に検討していきたいと思います。よろしく願いいたします。

福島分科会長

他にはいかがでしょうか。

保坂メンバー

在宅主治医という表現が堅苦しいように感じます。

佐藤幹事

在宅主治医という言葉は一般的でしょうか。

亀谷メンバー

タイトルの、「大切な方の旅立ちをお手伝い」という表現に違和感があって、気になります。看取りを「お手伝い」という言葉で表現しないほうがいいかと思います。

保坂メンバー

「支える」という表現になるでしょうか。

福島分科会長

在宅主治医という言葉については、どうでしょう。

近藤幹事

在宅医など色々な言葉があるのですが、在宅で診てくれる主治医ということでこの表現にしてみました。この表現で通じるのかどうかで迷っています。

亀谷メンバー

一般的にいうと、在宅医かと思いますが。

高橋陽子メンバー

在宅医でも主治医でもいいかと思います。その人にとっての主治医だから、主治医か在宅医になるかと思います。

佐藤幹事

在宅主治医ではなくて、在宅医か主治医にするのがいいでしょうか。

高橋陽子メンバー

そのほうが聞き馴染みがあると思います。

佐藤幹事

訪問診療をしてくれる主治医をイメージしているので、在宅医のほうがいいのかなと思いますが。

高橋陽子メンバー

在宅医療を行う医師と載せていますしね。

近藤幹事

1 ページ目には説明文を載せていますが、後には在宅主治医だけ記載しています。在宅医のほうが、ピンとくるのでしょうか。

奥山メンバー

主治医のほうが、しっくりくるような気がします。当院でも最期まで急性期の先生が診るということがありますが、在宅主治医という表現を見た時に、訪問診療を入れないと駄目なんだと受け取ってしまいました。そのため、高橋さんの言うように、「その人の主治医」ということで「主治医」と表現したほうがいいと思います。

佐藤幹事

そうなると、訪問診療ありきに見える表現を変えるということでしょうか。

保坂メンバー

急性期の先生から離れたくないという患者さんもいるので、そうなると主治医という表現がいいのかなと思います。急性期の病院にかかっている患者さんに何かあった場合、連絡先は主治医の先生になるので。

佐藤幹事

例えば、主治医という表現にして、在宅医療についてもどこかで紹介する感じでしょうか。最初の文章には「在宅医療が必要です」と書いてありますが、それとは別に在宅医療の紹介はどこかでして、ガイドの主な医師のあり方としては主治医という表現で話を進めていくほうがいいのかということですか。

福島分科会長

主治医という表現でいいということですね。次に最後の文章についてです。これを載せるには、出典が定かではないとのことですが。

近藤幹事

いただいた文章なのですが、提供してくれた方が作成したわけではなく、その方もどこから引用したのかははっきりとしていないため、使用は難しいと思われます。

佐藤幹事

コアメンバーからもらった文章なのは間違いないのですが、調べても出典元が不明であり、全て引用することは著作権の関係上できないため、文言を変える必要があります。そ

もそも、このような文章をここに掲載するのかどうかと、このような形でガイドを締めるかどうかについては何かご意見はありますか。

福島分科会長

出典元がわかる、もっといい文章があればいいですね。

奥山メンバー

過去の資料にあるかもしれないので、探してみます。

福島分科会長

確認して、できれば載せたいということでもいいですね。あとは、ガイドの全体の流れとしてはこれで大丈夫でしょうか。ご意見がなければ、このままでもよろしいでしょうか。

保坂メンバー

7ページ目ですが、「息を引き取る瞬間に」という表現ではなくて、下の文章に「旅立てた」とあるので、「旅立つ瞬間に」がいいかと思います。

福島分科会長

他に何か気になることはありますか。順番としてはこのような感じでしょうか。

保坂メンバー

いいと思います。最後の文章は出典を確認するか、もしかすると文章を考えてくれるコアメンバーがいるかもしれないですね。

福島分科会長

おおむね流れはこの通りで、ご意見のあった文言の修正と最後の文章の出典元を探すということで、今後も協議をしていきたいと思います。

では、最後に全体を通して何かご意見等はございませんか。

余田メンバー

はこだて療養支援のしおり13ページ病床一覧ですが、重症心身障害の方の病棟ができたので、障がい丸をつけていただいてもいいですか。

佐藤幹事

更新の時期にまた修正させていただきますが、障がい者病棟というくくりであれば、しおりの病床一覧では、丸にはならないですね。

余田メンバー

しおりの障がい欄は、一般的な障がい病床ということですね。わかりました。

福島分科会長

他にありませんか。それでは、次回の分科会に関しまして、幹事から説明願います。

近藤幹事

次回の分科会は、皆様にお伺いをさせていただく案件が出てまいりました時に、随時、改めて日程等を各メンバーの方々にお伺いして開催しようと考えておりますので、ご了承願います。

福島分科会長

ありがとうございます。それでは、全ての議事が終了しましたので、進行を事務局にお返しします。

根崎主任主事

福島分科会長， どうもありがとうございます。

それでは， 以上をもちまして， 函館市医療・介護連携推進協議会の連携ルール作業部会退院支援分科会の第10回会議を終了いたします。皆様お疲れさまでした。