

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7回会議 会議録（要旨）

1 日 時

令和2年2月10日（月）19：00～20：15

2 場 所

函館市医師会病院 5階講堂

3 出席状況

メンバー：保坂副部長，福島分科会長，高見メンバー，白川メンバー，奥山メンバー，
岩城メンバー，岩崎メンバー，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，中村，鎌田

事務局：函館市地域包括ケア推進課 栗田主任主事

4 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
- (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

○協議事項

- (1) はこだて在宅療養支援ガイド（案）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

栗田地域包括ケア推進課主任主事

それでは定刻になりましたので，始めさせていただきます。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7回会議を開催いたします。私は函館市役所地域包括ケア推進課の栗田と申します。よろしくお願いたします。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6回の会議録についてですが，事前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，特に修正のご意見等ございましたので，原案どおり第6回会議録を確定させていただき，市のホームページ上で公開させていただいております。

次に欠席者ですが，本日は，恩村メンバー，亀谷メンバー，山石メンバー，鈴木メンバー，函館薬剤師会の高橋メンバー，居宅介護支援事業所連絡協議会の高橋メンバーが所要により欠席となっております。そして，本日は函館歯科医師会の高見先生が初めてのご参加という

ことで一言お願いいたします。

高見：函館歯科医師会

初めまして。函館歯科医師会の高見と申します。今年からメンバーに入れていただいたということで、内容等よくわからないので皆さんよろしくお願いいたします。

栗田地域包括ケア推進課主任主事

高見先生、ありがとうございました。

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から資料4までの合計5部を送付しております。尚、差し替えとなっている資料が一部ございます。資料3となっております。送付した資料及び、差し替えの資料、お手元にない方はいらっしゃいませんか。また、あらかじめ机の上に座席表と出席者名簿を配布させていただいております。

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。それでは福島分科会長よろしくお願いいたします。

福島分科会長

皆様こんばんは、よろしくお願いいたします。それでは、次第に従いまして議事を進めていきたいと思っております。

まず報告事項(1)はこだて入退院支援連携ガイドを活用した研修会の報告についてということで、中村幹事からよろしくお願いいたします。

中村幹事

皆様こんばんは、幹事の中村でございます。昨年7月1日から函館市医療・介護連携支援センターにて相談員として勤務しております。退院支援分科会への出席はこの度が初めてとなりますので改めまして皆様どうぞよろしくお願いいたします。

それでは次第の2、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の報告について、ご説明いたします。こちらの研修会は、昨年同様「はこだて入退院支援連携ガイド」を活用しながら、自職種のスタンダードな連携のあり方と所属機関によって異なる連携、及び他職種の動きの確認についてディスカッションを行っております。そのことにより自職種の役割の再認識と他職種の役割や動きについて知る機会となること、及びガイドの活用促進を目的として年1回開催しており、今年度は昨年10月10日に開催しております。今年度は、看護協会様の協力を頂き急性期病棟の看護師の方にもご参加いただきました。

資料1をご覧ください。こちらは「はこだて入退院支援連携ガイドを活用した研修会」において、グループワーク内で話し合われた意見をまとめたものとなっております。今回、グループワークで使用した模造紙にどんなことでも書き込める「つぶやき欄」を設けたことにより、それぞれの立場からの率直な意見が伺えました。例えば1グループでは「病院在宅での共有するタイミングが難しい」等のどこが障壁となっているのかという具体的な意見や、3グループでは「ケアマネも積極的に医療機関へ声掛けする」等、スムーズな連携のために自職種で何ができるかに焦点を当てた意見交換ができていたことがわかります。また、今

回は59名の方に参加いただいておりますが、将来的には各団体同士、協力しながら企画・開催していただくことを期待し、グループワークのファシリテーターを昨年ご参加いただいた研修経験者の方をお願いいたしました。

次に資料2をご覧ください。こちらは研修会終了後のアンケートの集計になります。設問3の「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？」について、41名の方（全体の87.2%の方）に「深まった」との回答をいただいております。その他、「職種が違くと今までにない気づきがありました」「介護側、医療機関側の声を直接聞けて良かった」「日頃の疑問が解消できた」等のご意見をいただき、本研修の効果を実感していただけたのではないかと感じております。設問4.「今回のようなガイドを活用した研修会を続けてほしいですか？」について、「続けてほしい」が全体の93.6%を占めており、設問6.「その他のご意見」として「ガイドを使つての連携についてや、普及のために自分たちの立場でできることなどをグループワークで試してみてもどうか？」というご提案もいただいております。

次年度以降の研修会のあり方についてですが、『はこだて入退院支援連携ガイドを活用した研修会』では入退院の場面において、『はこだて医療・介護連携サマリー』を活用して情報共有を図る場面があることから、退院支援分科会コアメンバーの協議の中では、今後、情報共有ツール作業部会との合同研修の案が出ております。この合同研修に関しましては、情報共有ツール作業部会の研修目的等もあるかと思っておりますので、すり合わせの上で可能かどうかを協議していければと考えております。また、これまでは各職種が均等に参加できるようにと思い、各団体から人数を決めて参加者の参集をしておりましたが、そのような形ではなくフリーで参加者を募ることで、『はこだて入退院支援連携ガイド』を広く周知することができ、さらに活用していただけるのではと考えております。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』についての説明は以上でございます。

福島分科会長

ありがとうございました。この研修会、今年度で2回目となっていました。参加したメンバーもこの席にいらっしゃると思いますが、前回と違う点に関しては今回、急性期病棟の看護師さんに参加していただいたということが大きい変化でした。また、事例を通したグループワークをするときの模造紙に「つぶやき欄」というのを設けて、そこに皆さんの思いを、生の声を書いてもらったのがこの資料1ということでした。参加していただいた方は思い出しながら、ご意見、ご感想、疑問などありましたら出していただけたらと思っておりますが、いかがでしょうか。

保坂副部会長

お疲れ様です。実は私、この研修会の内容を昨年11月28日に東京で全国訪問看護ステーションの管理者さんが集まった所で、函館市の取り組みということでこれを発表させていただきました。その時にすごく好評で、色々なところから「参考にしたい」とか、「函館に行くので話を聞かせて」とか、嬉しい言葉は確かに聞かれたのですが、ある人からは、「紙媒体でやるのはどうなのか。看護師なんだから看護師同士、もう少し紙を使わなくてもできるような仕組みを構築するべきなのではないか」というアドバイスは頂きました。この『は

こだて入退院支援連携ガイド』に書いてある連携職種は看護師同士だけではなくて、ケアマネジャーなどの多職種が入っていますよね。「だから紙媒体が必要なんですよ」という話はしたのですが、看護師同士が退院支援看護師とどうやって共同作業するかというところを紙媒体でやるのはいかがかという話を何度かされました。確かにずっとこのガイド普及に取り組んできて、訪問看護ステーション連絡協議会の中の話としては、もう少し看護師同士が、「この場面の時にどう看護師たちが関わるのか」というのを深めていった方がいいのではないかとという声も出ています。退院支援看護師とケアマネジャー等との連携というのも大事だけれども、看看連携というところがもう少し深まればという声が出ているのは確かにあります。そういう中で資料1の中を見てもやはりそういう声がそこそこ出ているのではないかと思いますので、退院支援だけではなく情報共有ツール作業部会の方でも、せっかく作ったサマリーとガイドを進展させていくためには、ケアマネジャーももちろんなのですが、看看連携というものを充実させていかなければならないと感じました。

福島分科会長

ありがとうございます。今、看看連携、看護師同士の連携という話が出たので、看護師さんから話を伺えればと思います。いかがでしょうか。

白川：看護協会

看護協会の白川です。看看連携はするべきだと思いますが、具体的にどういうふうにやっていったらいいのかというところでは、この機会はとてもよかったのではないかと感じました。この研修にファシリテーターで参加させていただきましたが、グループの中に今回急性期病棟の看護師さんも入っておいりました。その看護師さんは、「退院支援は師長さんが全部やるので、どうやってやるのかわからない」とおっしゃっていました。この研修はいい機会になったと感じていらっしゃったようでしたが、実際、関わっている師長さんだとか、各医療機関さんの病棟の中で退院支援のキーパーソンとなっている人たちに出てもらえたらよかったのかなと少し感じていたところです。

福島分科会長

ありがとうございます。訪問看護の立場から高橋さんいかがでしょうか。

高橋：訪問看護

道南訪看連協の高橋と申します。保坂所長から看看連携の話題が出ましたが、やはり病院との連携というのも大事だし、在宅に帰るというところではやはりケアマネジャーさんとかヘルパーさんだったり、今回はヘルパーさんは出ていみせんでしたが、病院のソーシャルワーカーさんだっりの連携もすごく大事かとは思っています。ガイドを活用した今回のこの研修会でいえば、ソーシャルワーカーさんや急性期病棟の看護師さんが出てくれたことで、まずはガイドがこういうものだということがわかってもらえて、今後活用していけるものかどうかはわかりませんが、活用できると思ってもらえたらいいと思います。そして参加してくれた方が他のスタッフの方に、こういうガイドを参考に在宅連携していくのだということを広めていただくのが一番いいのかと思っています。もちろん看護師同士の連携も大事だと思う

し、在宅の部分でいろんな職種の方と連携していくうえで、このガイドはやはり広めていく価値はあると思っています。以上です。

福島分科会長

ありがとうございます。看看連携もそうだけれども、やはり在宅では、ヘルパー、ケアマネジャー、いろんな職種があって、そこもやはりお互い知らなければいけないですね。

保坂副部長

「看看連携しなさい」と著名な方が言ったのですが、それはそれです。さっき言った通りヘルパーさん、ケアマネジャーさん、在宅チームがこのガイドを使っていくのも大事ですし、もう一歩先に進んで看護師同士のこういう研修会というものをもうけられたらいいなとも思っています。そうしたら少しずつ質が上がってくるのかなというイメージです。

福島分科会長

ありがとうございます。病棟内の退院支援のキーパーソンになる看護師さんの出席をと仰っていただいたんですが、次回またこの研修会を開催するにあたり、周知する方法としては各分野に何人ずつでもお願いしますというようなことで今まではお願いしていたのですが、そうすると同じ方が何回も出てくる可能性が大きいと。次は違う方にとってもなかなか出てくるのが難しいという現状があるということを知っているのですが、できれば病院内でも実際に退院支援のキーパーソンとなる方が出席しやすい方法を次回には検討していきたいと思っています。それがフリーで参加者を募るというのも一つの方法かなということで報告させていただきました。あともう一つ、情報共有ツール作業部会との合同の研修会もいいのではないかという意見も出ていましたので、それもまた案に入れながら令和2年度の研修会に向けていきたいかなというところでしょうか。では、取り組みに関しての検討をまたコアメンバーの方で話し合います、まずは秋の開催になると思うんですけど、それに向けて計画していきたいと思えます。では報告事項(1)に関してはこのあたりでよろしいでしょうか。

では次、報告事項(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についてということで幹事からよろしくお願ひいたします。

中村幹事

報告事項の(2)はこだて入退院支援連携ガイドにかかわるアンケート調査報告について、ご報告いたします。資料3をご覧ください。こちら、はこだて入退院支援連携ガイドに係るアンケート調査の集計結果でございます。アンケートは令和元年12月に実施いたしました。函館市医療・介護連携推進協議会に参画しております各部会、分科会に所属する医療・介護関係の各団体長様から会員の方にアンケートの調査の周知をしていただき、実施へのご協力を頂いたことで、203件のご回答をいただいております。各団体の内訳は1.をご覧ください。なお、看護協会は、会員への配布が困難との理由から前年度同様、アンケートは実施していません。また、道南在宅ケア研究会につきましても、多職種が会員となられている団体であるため、職種ごとの判別が難しいとの理由から前年度同様、アンケートは実施して

おりません。

次に、函館地域医療連携実務者協議会につきましては、医療ソーシャルワーカー協会に所属している会員が多いという理由から合算したかたちで提示しております。

次に2. でございますが、「ガイドを見たことがある」と回答して下さったのが133件、いいへの回答が70件となっております。下のグラフをご覧ください。各団体の内訳として函館市居宅介護支援事業所連絡協議会が昨年と比較しますと「はい」の回答が10件から29件に増えております。

次に、3. につきましては、ガイドを見たことがあると回答した133件のうち、日常業務における活用機会を尋ねておまして、「はい」の回答が37件、「いいえ」の回答が96件となっており、活用率は全体で28%となっております。下のグラフをご覧ください。函館市居宅介護支援事業所連絡協議会からの「はい」の回答が昨年と比較しますと3件から15件とグッと増えている他、函館市医師会、函館市地域包括支援センター連絡協議会、函館訪問看護ステーション連絡協議会も「ガイドの活用の機会があった」と答えていただいた数がわずかではあります昨年より増えております。活用していない方の理由としましては、「入退院支援に関わる機会がなかった」が最も多く、次いで「既存の業務に沿って対応しているので活用していない」となっております。その他、記載の通り、多くのご回答をいただいております。

次に4. ですが、「ガイドを活用している」と回答した方の具体的な活用場面になります。

「入退院連携が必要なケース支援時に確認」が最も多く、次いで「カンファレンスなどで使用している」となっており、その他には、「職員研修や実習生受け入れ時の活用や入退院支援の相談対応時、自己学習に活用している」というご回答を頂いております。

続きまして5. 活用の頻度ですが、年に数回が26件、月に数回が12件、頻繁に使用が0件となっております。

最後、6. について、ガイドの見直しの必要性があると回答した方が7件、無しの回答が53件となっております。見直しに関してのご意見は記載の通りとなっております。ガイドの見直しに関しましては今回行わずに、頂いたご意見の中で2つ目の情報提供の方法、3つ目の薬剤師の関り、5つ目の転院時の問題等につきましては、今後研修会等で理解を深めることができるような企画を考えていけたらと思います。報告事項(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についての説明は、以上でございます。

福島分科会長

ありがとうございました。活用をしていただいている方が増えているという事実ですね。居宅介護支援事業所連絡協議会さんは別ですけど件数はそんなにグッと増えてはいないですけど、でも減ってはいないということですね。ただその活用の仕方が入退院支援の時に使うという方の次に、看護学生、新人の職員の方への説明に使っている等の意見があり、いろんな使い方があるんだと、想定していたかとは思いますが、本当にそうだったんだということが確認できたと思います。皆さんの方から説明を聞いた中で確認したいことですか、ご感想などないでしょうか。ガイドの見直しに関しては今はしませんがという報告がありましたが、少し気になったのが、情報提供の方法として、ケアマネジャーが来院して情報提供をしていただくことによって加算が付くから、それを書いてほしいという内容だったと

思うんですが、これは逆もあって、居宅介護支援事業所のケアマネジャーが病院からの情報提供を退院して1か月以内に訪問すると加算が付くから早めに情報くださいという逆の要望があったりするんですね。ケアマネジャーの高橋さんが今日出席されていたら、そういう話をするかもしれないと思っていたんですけど。そんな目線でもいいのですが、もし追加するとか、このガイドの見直しにあたり、「色々研修もやったけど、こうじゃないかな」とか思うようところがあれば、皆さんの方からありませんでしょうか。

岩崎：訪リハ連協

訪問リハビリ連絡協議会の岩崎です。リハビリの立場からというあまり意見はないのですが、このガイドを良くしていくということを考えていくうえでは見直しというよりも、(使う側が) どうしてほしいのかというのを検討していかなければこれを広く活用してもらえるものにはなっていないだろうなとは思っているので、そういう意見をどうやって捨っていくのか、そういうところを少し考えながら、それをどういったかたちにしていけばいいのかというところまで意見をもらえるようなかたちでできればいいのかなと思いました。

福島分科会長

ありがとうございます。情報提供の仕方のほかに薬剤師さんの関りとか、あるいは転院時の問題というのが出ていたんですけど、今、色々な意見を拾うようにということで、おそらく研修会とかアンケートをとるということがその一つの方法にはなっているとは思いますが、そのやり方を考えた方がいいということでしょうか。

岩崎：訪リハ連協

意見を集めるだけではなく、それをどうしていくのかというところと、具体的にどういったかたちのものを求めているのかというところを少し踏み込んで聞いたらいいのかなと。求められているものはなんとなくわかって、ではそれをどうやったら活用してもらえるものに変えられるのかというところは、やはり現場の意見はものすごく大事なものだと思うので、そのうえで職場のものとか、既存のものを使っているという意見、そういうものを参考にしながらできるだけ統一したものにしていくということが目的だと思いますので、統一していればいいのではないかと思います。

福島分科会長

ありがとうございます。研修会の後に「これをどうやって周知したらいいの」とか「どういう意見を求めたらいいの」というのをディスカッションしたらいいのではないかと、という意見もどこかにあったんですが、今岩崎さんが仰ったようなことを研修会を受けながら感じていた方もおられたということですね。高見先生、初めてこんな話を聞かれてなにか高見先生の方からごさいませんか。

高見：函館歯科医師会

本当に初めてで、内容に関しては資料を頂いて一通り目は通してきたんですけども、こういうガイドは少しずつかたちを変えていくのが一番で、変えなくてもいいよという意見が

多いのかもしれませんが、少しでも良くするためには少しずつでも変えていくことが必要だと思うんです。その為にはやはり、いろんな勉強会なりやった中の意見というのを取り上げて、そこから小さい件かもしれないですけど、「こういう意見ありましたよ」というときに今度「私も実はそう思っていた」、というふうなかたちが出てくると思うんですね。だから岩崎さんもそう仰ったと思うんですが、少数意見であっても実はすごい重要な意見だったりするので、それをくみ上げるというか、それが大事なんだなというふうには感じます。

福島分科会長

ありがとうございます。あと病院と病院、転院するときの関わりに活用してはどうでしょうかということが出ていましたが、奥山さん、どうでしょうか。病院と病院で連携する時にこういう事が困るんだよなという事があれば。

奥山：函医協

医療連携実務者協議会の奥山です。これを今見ていて、転院の問題とは具体的にどういう事かなと自分でも考えていたのですが、ケアマネジャーさんに実際転院とかで何か困っているような事、在宅側として困っているような事って何かお聞きしたりしていますか？転院の問題も取り組んでほしいというのは具体的にどういう事かなと思ったんですけど。

中村幹事

ケアマネジャーは、担当した方が入院すると入院先の方に在宅での情報をもって行きますが、その方の症状が安定して急性期病院からリハビリのために転院する時にその情報は転院先の病院へそのまま伝わっているんじゃないかと思っていることが多いんですけど、実際は転院先の病院へ在宅の情報が伝わっていなかったりというケースかと思います。

奥山：函医協

すみません、そこそこの病院さんの仕組みですよ。自分のところの病院で言えば、基本的に在宅のケアマネジャーがついている方であれば情報はそのままお渡しします。全部転院先のソーシャルワーカーさんに渡しながら、「担当の方はこういう方です、今後こういう方向性でいく予定です」というふうに伝えていくので、そこは病院によって転院する時にやりとりする情報って違うんだと思うんですよ。中央病院は書類を全部こう揃えてこういうふうに送るといのが作られているんですけど、受け手側の病院さんの方がその辺り、各病院さん違うんじゃないかなと思ったのですが。

岩城：MSW協会

ソーシャルワーカー協会の岩城です。今回転院の問題も取り込んで欲しいなという要望が、在宅や介護側の方たちが転院したとしても情報がきちんと伝わるように、そういった意味合いを取り込んで欲しいというご要望であれば確かにごもっともかなと思いますし、もう一方で医療機関同士のさらに急性期、回復期、維持期、療養となった時の病院間の連携も取り込んで欲しいという意味合いであれば、確かに医療機関同士のルールが若干違ったり、相手先によって「この用紙にしてください」だとか、「この情報をうちは頂くことになってます」

等、独自のルールが確かにまだ今ありますので、立場によってもこの転院の問題はすごく今でも複雑かなとは思っていました。

佐藤幹事

貴重なご意見ありがとうございます。『はこだて入退院支援連携ガイド』というのは医療と介護の連携の中での入退院支援のスタンダードなスタイルでのものというかたちで推奨させていただいて作成したのになります。ですので、転院というところとなると、どこがスタンダードなのかというポジションからまず始めていく形になるのかなというふうに思うところがあります。そうすると少々こちらの問題に取り組んでいくには、検証であったり意見の聴取であったり、そういったところからスタートして慎重に事を進めていく必要があるのかなと思っております。同様に今回頂いていましたご意見は、加算の事であったり、果たしてこれがすべての病院さんで当てはまるのか、すべての介護事業所で当てはまるのか、そういったところの検証を踏まえていかなければならないというふうに当センターの方でも思っておりますので、今回のご意見が果たして皆さんのご意向という形なのか、それともいち病院さんのご意向なのか、これをスタンダードとして当てはめていいのかどうかというところも含めて検証していければと思っております。細やかにガイドを更新していくという作業も、もちろん大切な事であるとは思いますが、函館市の中での医療・介護連携、スタンダードなスタイルでというところで、慎重に事を進めさせていただければと思います。ありがとうございます。

福島分科会長

何をもってのスタンダードかというのはそれぞれの機関のルール、やり方みたいなのがありますからね。その辺を検証しながら、意見を聞きながら、拾いながら進めていければと思っております。ありがとうございます。それでは報告事項(2)に関しましては終了させていただいてよろしいでしょうか。

では次に進めて参ります。協議事項に入ります。『はこだて在宅療養支援連携ガイド(案)』でございますが、事務局の方でまとめていただいたものを皆さんにあらかじめ配らせていただきました。これに関して説明をお願いします。

中村幹事

協議事項の(1)『はこだて在宅療養支援連携ガイド(案)』についてご説明いたします。資料4をご覧ください。作成状況ですが、退院支援分科会第6回会議後、定期的に協議・検討を重ねて参りました。はこだて入退院支援連携ガイドの別冊ガイドとして、在宅での療養生活の場面を健康な時期、通院中、入院前、入院中、訪問診療中、終末期、その他の7つに分類し、その場面、場面での支援者の困りごとに対し、参考となるような関連情報の提供や関係機関先の紹介等を盛り込んだものとなっております。『はこだて在宅療養支援ガイド(案)』の3ページと4ページをご覧ください。こちらに掲載しております「よくある相談」につきましては、当センター開設時から昨年までの間に、支援者からより多く寄せられた実際の相談内容を抜粋したものとなっております。実務の場面で少しでも役に立つガイドとなるようこのような形とさせていただきました。尚、掲載させていただいている各関係機関や

団体につきましては、まだ承認が取れていないものも多くございますので、現段階では（素案）として皆様へ報告させていただきました。この素案をもとにコアメンバーの方々とさらに協議・検討を継続して行く予定であり、可能であれば今年4月中にはリリースできればと考えております。まだまだ、改良すべき点が多いのではと考えているこのガイドにつきまして、本日、皆様へご協議願いたいのは、さらにより良いものにしていくためのご意見を頂ければと思いますのでよろしくお願いいたします。報告事項（3）はこだて在宅療養支援ガイド（案）の作成状況についての説明は、以上でございます。この件につきまして皆様にご協議いただければと存じます。

福島分科会長

先ほどまでの『はこだて入退院支援連携ガイド』の別冊ガイドとして『はこだて在宅療養支援ガイド』というものを作りましょうということで、今まで協議を重ねてきたものなんです。「これは一体何のためのガイドなのか、一体誰に対してのガイドなのでしょうか」など、もしかしたら疑問が沸いたのではないかと思います。みなさんの方から感想、ご意見を頂けたらと思います。

保坂副部会長

まず、これは誰が使うのか。中身としてはよく函館市が配布する内容とかも入ったりしているんで、いいかなと思ったんですけど、若干気になったのが終末期のところにACPの事を書いているんですね。終末期にこれを持ってくるのではなく、できれば健康な時からACPもアドバンス・ディレクティブも全部、こっち（『健康な時期』のページ）に持ってきた方が療養支援ナースも地域包括支援センターも取り組むべき人達も、元気な時からそこを考えましょうよというところに来れるのかなと思います。そうすると、終末期になった時に渡せるようになってくるものなのかなと思うので、少々そこだけは気になります。

福島分科会長

ありがとうございます。今のお話について、奥山さん、いかがですか。

奥山：函医協

そうですね、今聞いていてやはり、保坂所長の言うようにACPは終末期に考えるのではなくて、もっと前の健康な段階からだなと思いました。その通りだなと思ったんですけど、なかなか最初からというのは難しいところがありますよね。タイミングってすごく大事ななと。逆に最初の段階でACPって言われて、「今から？」となる人もいます。そのタイミングはすごく難しい。おそらく、皆さんこの手引きを見ながら「じゃあ、どうやって進めたらいいのかわかるか」と思っていくのかなと思います。

保坂副部会長

それを検討するのが、こういう会議になってくるんだと思うんですね。例えば地域包括支援センターさんが市民啓発するときに、例えばACPとか人生会議というのは重苦しいから、「ねえねえ、これからの人生どうしたいか簡単に考えようよ」という呼びかけをすると

か、あと、今、盛んに言われている“暮らしの保健室”みたいなところで、私も少々やっていますけど、そういったところに訪れてきた街の人に聞いてみるなどというような取り組みを推奨していくとか、そういう場面もガイドに載せるのか載せないのかも含めて、切り口をどうしていくかというところを、こういう会で検討していけばいいのかなと思います。

福島分科会長

ちょうど今話題として、一般の会合、健康づくりというところで、実際に一人暮らししている方にお話を聞くと、触れてこなかったことについて、誰かの話を聞くことですごく役に立つ、ということがこの頃少し聞こえてくるようになりまして、「あなたのためにこれを行っているんだ」という事ではなく、一般に何となく皆さんが見ていただいている中で、対話方式でもなんでもいいんですけど、「私こんなこと気になるんだよね」という事で話をしてもらえるようなことがあったらいいなって言われたばかりなんです。この頃、いわゆる終活というか考えなければいけないことを皆さんの中で一般化してきたというか、興味を持ち出してきたというか、ちょうどそんな時期だったんです。その中で終末期が云々かんぬんとか、そういうところから入るのではなく、これからもよりよく生きるために「私たちってこんなことを踏まえていたらいいよね」という話をする機会は持ちたいと考えていました。要望があればですけど。

保坂副部長

やはりそこからだね。終末期に持ってくるのではなくて健康な時期にACPとかDNA Rに関してはどうしたいかというのを全部ひっくるめて元気な時というところに持ってきた方がいいのかなと思います。そうするとすごくやりやすいと思います。

福島分科会長

表現の仕方かとも思います。健康な時期だからやるというよりも、「こんなこと気になりませんか」、「心づもり、よりよく生きるためにどうでしょうか」という感じがいいと思います。

保坂副部長

啓発していくのを健康な時期に持ってきて、「あーなるほどな」とってわかったら見た人が「そうやって進めてみようか」となるようなガイドになってくるんじゃないかな。本当にそれが在宅療養支援に繋がってくると思うので。

福島分科会長

そういう視点で入っていくのもかなり大切だと思います。実際にそれを求めているというか気になっている人がたくさんいるのは本当なので。

他に、高見先生から何かございませんか。

高見：函館歯科医師会

実際親が84歳を過ぎてとか、そういうことを感じる時期もありますし、僕自体は特に問

題ないけれども、でもその家族がいたりすると感じ始める時がある。で、そういう時代が今来ていて50歳、60歳の人たちが親を見てだんだんそれを感じ始めてきている。そういう時にこれをポンとこう、「健康な時からどうですか？」というように投げかけると、すごく次からそれは広がっていくんじゃないかなとは思いますが。

福島分科会長

心づもり、これからの良い生き方の為にというところですね。それは住民の方もそうだし、患者さんもその家族もそれを支援する皆さんもそういう視点でいくという、誰もが感じられればいいかなと。そして最初保坂さんの方から、これはいったい誰が使うのっていう話が出たのですが、いかがですか？これをざっと見ていただいた中でこれはいったい誰が使うんだろうと想像しながらご覧になりましたか？コアメンバーの方たちは最初から目標を持って作っているのだから、コアメンバーじゃない方に聞きたいんですけど。白川さん、これを読んでいただいて誰のために作ったものか感じられましたでしょうか。

白川：看護協会

在宅療養されている方も使えますし、在宅療養を支援する人も勉強になるというか、両方使えるのかなと思えました。

保坂副部長

私は端的にみんなが使える。市民も我々もみんなが使えて、これは市民の手元に行くことがすごい意味あると思ったんですね。ただ、ACPという言葉ではなくて、「心づもり」とかに変えて、市民に普及したら、「あーなるほどね」って思えるようになるものかなって思っていました。

佐藤幹事

ご意見ありがとうございます。この『はこだて在宅療養支援ガイド』ですが、当初は“支援される方に”というところで最初作成を始めたところでした。利用者さん、患者さんがご理解できる内容であれば、業務についたばかりの初任者の支援者であってもわかりやすいガイドになっていくのではないかとスタートの段階では考えていたのですが、コアメンバーとの協議を何度も重ねた結果、『はこだて入退院支援連携ガイド』がそうあったように、まずは支援者向けにガイドを作成するのが先なのではないだろうかという話になり、対象としてイメージしていたのは支援者側のイメージでいました。ただ、実際作成していく中でコアメンバーの皆様からの声もいただいたのですが、こういう内容であれば利用者さん、患者さんにも十分使える内容になってきたねというご意見を頂いておりました。実際の活用場面といたしましてはもしかしたら支援者だけではなく、支援する側される側、どちらにも活用されるガイドになっていければと考えておりました。

福島分科会長

見て読んでいただいたご感想等、実際色んな人に使えそうだねというご意見もいただけたので、これを4月に配布したいという目標もございまして、色々確認が必要とは思いますが

支援者側だけじゃなくという方向性で動いても大丈夫でしょうか。作成に至ったところで中村幹事が最初やったのと何回も変えて今この形になったのですが、説明の中に健康な時期、通院の時期、終末期、入院前等その時期で気になる事相談したいことってなんだろうねとした方が見る人は見やすいよねと、そういう事で時期ごとに変えたという事と、その時期ごとにどんな相談があったかなという過去の色々な研修会とかアンケートの集計の中から全部拾い出してそれぞれ時期にはめ込んでいるんですねこれ。なので、医療も介護もおそらく色々なことを分かっている方は、「これは一体何のためか」と思う人もいるかもしれないんですけど、私は介護とか福祉の方において、医療とか特にお金のことだとか実際に事がこれ一つに収まっているので、これ、いいなと思いつつながら見ているんですけど、見ていただいたときに「これは自分たちの職種の中で使えるかな」と思われたところはありますか？

岩崎：訪リハ協会

率直な感想ですが、ガイドというよりは用語集的な感じでわからないことを説明してくれているのでわかりやすくていいな、そこに詳しく情報があるのでそれはすごくいいのかなとは思っているので、用語集という活用の仕方できるとどちらも使えるんじゃないかなという印象を持って見ていました。

福島分科会長

訪問看護の看護師さんたちがこれを持って訪問したら役立つかと思うのですが、いかがですか。

高橋：訪看連協

今まで詳しく説明できなかった部分を説明することができるのでいいかなと思います。さっきのリビングウィルの話は最後ではなく、また終末期ってなるとなんか悲しくなるので表現を皆がわかりやすいものに変えるっていうのと、これをもって説明をするときには終末期という表現では出しにくい。さっきの話に戻りますが、その人によってのタイミングが違ったりするので“健康な時期”からという点はいいと思う。また救急のところは利用者さん患者さんに、「この時間だったらここに行くといいよ」というのが目で見てわかるので、説明しやすいかなと思っていました。

福島分科会長

ありがとうございます。何がいいかというところを具体的に出していただけたら作っている側もすごく自信をもってこれからも進められるのかなと、そんな気がしていました。もう少しそれぞれの分野にこの掲載内容の確認が必要という事ですが、掲載の了承が取れば4月に発行していくという方向でいいでしょうか。

佐藤幹事

貴重なご意見ありがとうございます。色々ご意見いただいた中でまずACPのところですね。保坂さん、高橋さんのご意見、もったもたなと感じていたところです。ACPとDNA Rの違いは？という疑問からのスタートだったので、ここ（終末期のページ）に入ってきて

しまったかなと思います。“死に方会議”ではなく“生き方会議”と考えますともう少し手前の方（健康な時期のページ）になりますが、DNARと一緒に掲載するとなると少しイメージが変わってくるのかなと感じさせていただきました。あと、岩崎さんの方からですね、用語集というお話を頂いておりました。こちら似たような表現になるのかなとは思いますが、中村が中心になり作成してきたものです。支援者を対象としてのガイドを作成していこうと、そして支援者からのよくある相談、ご意見というところから中心に作り上げていこうと考えたときに、この問題や意見が解決する方法はどんな方法があるんだろうと検討検索した結果ですね、函館市にはこんなにたくさんの情報がそろっているんだなということを改めて感じさせていただいたガイドになりました。これだけある情報を新たに作るというよりも、情報がある事を知ってもらうという形が今もしかしたら最も適しているこのガイドのスタイルになるのではないかと、実際、在宅療養の連携のガイドとは確かに異なっておりまして、表現が正しいかどうかはわかりませんが、ポータルガイド、どこにどのような情報があるのか、函館にはどんな情報や制度がありますよとか、こんな支援をしてくれる団体がありますよということを知っていただくということが支援者の大きな後押しになっていければなという思いで作成させていただいているところです。なので、皆さんが当初イメージしていたガイドとは少し違ってきているかもしれませんが、そのような意味合いで作成しているものであるということをお借りしてご説明させていただきました。ありがとうございます。

福島分科会長

ではこの方向で進むということ、対象者はいろんな方ということになりますか。これを初めて手にした方が見やすく、なるべくわかりやすくということで工夫してあるんですけど、でもこの辺もう少し工夫できそうだよねとか書き方や見せ方など、みなさんからご意見があれば、何度も見ていると気が付けないことが、ぱっと見ていると気が付けることがあるのではと思うのですが。『はこだて入退院支援連携ガイド』を作った時は字が多かったと。何をどう見ていったらいいのかわかりにくいということでイラストを入れたり色を工夫したりしました。いろんな職種を文字で並べるより、それを想像させる顔を入れたりとしていました。このガイドについてはまだこれから作り直ししながら進めていくものでもありますが概ねこの形で完成させて医療機関・介護事業所、住民の方が目に留まる場所に配布することによってよろしいでしょうか。具体的にはもう少し詰めてからですね。確認作業が途中なのでこれはまだ外には出さないということですね。

それでは協議事項でありました『はこだて在宅療養支援ガイド（案）』についてご意見を頂きましたが、全体を通してご意見がありましたらと思いますがいかがでしょうか。皆さんよろしいですか。

では次回の部会ということで幹事の方からお願いします。

中村幹事

次回の部会は、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

他になければ全ての議事が終了しましたので、進行を事務局の方にお返ししたいと思います。

栗田地域包括ケア推進課主任主事

福島分科会長どうもありがとうございました。それでは以上を持ちまして、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7回会議を終了いたします。皆様お疲れ様でした。