

# 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5回会議 会議録（要旨）

### 1 日 時

平成30年3月8日（木）19:00～20:10

### 2 場 所

函館市医師会病院 5階講堂

### 3 出席状況

メンバー：亀谷副部会長，保坂副部会長，福島分科会長，川村メンバー，高橋正治郎メンバー，鈴木メンバー，奥山メンバー，岩城メンバー，高橋淳史メンバー，岩崎メンバー，高橋陽子メンバー，山石メンバー

部会運営担当：函館市医療・介護連携支援センター）佐藤，柳谷，長谷川，川村

事務局：市介護保険課）小棚木課長，京野主査

### 4 議 事

#### ○報告事項

- (1) はこだて入退院支援連携ガイドの周知について
- (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

#### ○協議事項

- (1) アンケート調査結果について
- (2) はこだて入退院支援連携ガイドの見直しについて
- (3) 今後の取り組みについて

### 5 その他

- (1) 次回の部会日程について

### 6 会議の内容

#### 小棚木医療・介護連携担当課長

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5回会議を開催させていただきます。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、御了承願います。次に、第4回、前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、特に修正の御意見ございませんでしたので、原案どおりで、第4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。本日事前にですね、御欠席の連絡をいただいていたのが、恩村メンバーが所用により欠席となっております。それでは、まず最初に

本日の資料を確認させていただきます。事前に会議次第を1枚、資料1から資料5まで、こちら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でしょうか。大丈夫でしょうか。よろしいですね。また、今日はあらかじめ机上にですね、座席表と出席者名簿を配布させていただいております。続きまして、メンバーの交代がございましたので、私の方から御紹介をさせていただこうと思います。まずはですね、今日御欠席されておりますけれども、公益社団法人北海道看護協会道南南支部、水澤様にかわりまして、医療法人社団函館脳神経外科病院の白川様にメンバーに御就任いただいておりますが、本日残念ながら所用により、御欠席の連絡をいただいております。また、函館地域医療連携実務者協議会、函館市医師会病院の地域医療連携センター、クローバーのですね、高柳様にかわりまして、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から、奥山様が部会メンバーとして御就任をいただきました。奥山様には簡単に結構なんですけど、一言自己紹介と御挨拶をいただければと思います。宜しくお願いいたします。

### **奥山：函医連協**

函館中央病院の退院支援室の看護師をしております、奥山と申します。今後とも宜しくお願いいたします。

### **小棚木医療・介護連携担当課長**

奥山様ありがとうございます。また、前回までこの分科会の分科会長を務めていただいた、函館地域医療連携実務者協議会の高柳様にかわりまして、本日新たに分科会長を務めていただく任務をですね、函館市地域包括支援センター連絡協議会のこん中央の福島様に御快諾をいただきましたので、改めて御紹介をさせていただきます。新しく連携ルール作業部会退院支援分科会長に御就任をいただきました、福島様でございます。福島様には簡単に結構なんですけど、一言自己紹介と御挨拶をいただければと思います。宜しくお願いいたします。

### **福島分科会長**

皆様こんばんは。改めまして、地域包括支援センター連絡協議会から来てます、福島と申します。今紹介いただきましたが、分科会長ということで、拙い司会になるかとは思いますが、どうぞ宜しくお願いいたします。一応、医療介護の連携ということでは、仕事の中で常日頃、課題をいっぱい抱えて、思ってるところがたくさんありますので、私は司会をするんですけども、できれば色々なアイデアを皆さんの方からいただければありがたいので、どうぞ、御協力宜しくお願いいたします。

### **小棚木医療・介護連携担当課長**

はい、福島様ありがとうございます。それでは、本日の会議の議事、こちらの進行につきましては、皆様の特段の御配慮と御協力をお願いいたします。早速でございますが、進行につきましては、福島分科会長にお願いをいたします。宜しくお願いします。

### **福島分科会長**

はい、それでは、次第に従いまして議事を進めてまいりたいと思っています。まず、報告

事項1, はこだて入退院支援連携ガイドの周知ということで, 佐藤幹事から宜しくお願いたします。

### 佐藤幹事

はい, 皆様こんばんは。幹事の佐藤でございます。次第の2, 報告事項(1)はこだて入退院支援連携ガイドの周知について, 御報告いたします。資料1を御覧ください。こちらは, はこだて入退院支援連携ガイドの周知活動を行いました詳細となります。連携ガイドの説明会の開催や, 各種の研修会等の場で, 函館市医療・介護連携支援センターの機能の説明とあわせて周知を行ったほか, 文書にて各関係機関に周知を行った機会の一覧となります。説明会等による周知は, 平成29年2月25日医療連携実務者向け説明会のほか, 12回。文書による周知は医師会員, 介護事業所にあてたものが, 計538件となっております。報告事項(1)はこだて入退院支援連携ガイドの周知についての, 御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。それでは今報告のありました事項に関しまして, 皆様の方から, 御質問ですとか御意見いただければと思いますが, ございますでしょうか。では, 次に進めさせていただきたいと思っております。では次ですね, 入退院支援連携ガイドに係わるアンケート調査の報告ということで, 続きまして, またお願いたします。

### 佐藤幹事

報告事項の(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の報告について, 御報告いたします。資料2, 資料3を御覧ください。資料2は, 各機関に配布いたしましたアンケートの文書となります。資料3は, 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。アンケートは平成30年1月25日から2月の9日を期限として, 函館市医療・介護連携推進協議会に参画および各部会, 分科会に所属していただいている医療・介護関係の各団体に対し, それぞれの団体の会員の皆様に対し, アンケートの調査の周知と実施をお願いし, 回収しております。全体で575件のアンケートの配布を行い, 185件の回収となっております。各団体の内訳は資料3の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御連絡がありまして, 今回のアンケートは実施しておりません。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当センターの方で判断いたしまして, アンケートの依頼は行っておりませんでした。また, 函館地域医療連携実務者協議会は, 医療ソーシャルワーカー協会と会員が重なっているという理由から, 合算したかたちで提示させていただいております。資料3の2でございますが, 資料2のアンケート調査(1)の設問の集計となります。ガイドを見たことがあると回答してくださった方が115件ありまして, いいえの回答が70件となっております。各団体の内訳は, 御覧のとおりです。資料3の3につきましても, ガイドを見たことがあると御回答の方, 115件のうち, 日常業務において活用の機会をお聞きしておりまして, はいと御回答いただいた方が33件, いいえの回答が82件となっております。活用していない方の理由としましては, 「入退院支援に係わる機会がなかった」が最も多く, 次いで「医療介護連携のとれ

ている患者さんがほとんどのため」となっております。その他多くの御回答をいただいておりますが、記載のとおりとなっております。資料3の3ページの4ですが、ガイドを活用していると御回答いただいた方の具体的な活用場面になります。「医療・介護連携システムの確認」および社内での情報共有(研修)が最も多く、次いで「入院時の情報収集等」となっております。その他多くの回答をいただいております。続きまして5、活用の頻度です。年に数回が19件、月に数回が14件、頻繁に使用が0件という結果となっております。最後に6となりますが、ガイドの見直しの必要性があると回答した方が7件、無いと回答いただいた方が55件となっております。御意見の中で、「現時点での見直しは必要ないが必要があれば都度、更新が必要」という御意見が、最も多い回答となっております。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御説明は、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。ただ今の報告に関しまして、皆さんの方から御質問ありますか。意見皆さん無いですか。無かったですでしょうか。ありがとうございます。では、次に移りたいと思います。では、続きまして協議事項に入りたいと思います。まず(1)アンケート調査結果につきまして、続けてお願いいたします。

### 佐藤幹事

協議事項(1)アンケート調査結果について、御説明いたします。資料5の(1)を御覧ください。こちらは、資料3の2ページ目、3のアより、入退院支援の場面で頻繁に関わる機会が多いと思われる職種、医療ソーシャルワーカー、ケアマネジャー、包括支援センターの職員、訪問看護師さん、施設職員さんの58名のうちですね、32名が活用機会が無いと御回答いただいております。これをもとにセンターの中で協議いたしまして、来年度は各団体との協働で、ガイドを周知することを目的としたことも含め、ガイドを使用した形での研修会等の開催を考えております。具体的には、事例をもとにガイドにそってシミュレーションを行い、実践力を高めるような研修会や、グループワークを行い、入退院支援の場面での他職種の役割を再確認できるような研修を想定しております。できればまず、入退院支援の場面で頻繁に関わる機会が多いと思われる、医療ソーシャルワーカー協会、居宅介護支援事業所連絡協議会、包括支援センター連絡協議会、訪問看護連絡協議会等をですね、対象に考えております。この他、皆様の方からも「より活用していただける方法」や「さらに活用していただける為の魅力付け」などについて、ご協議をいただければと存じます。協議事項(1)アンケート調査の結果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す。では今のアンケートの結果をふまえて、御提案もあったんですが、皆さんの方からアンケート結果も含めつつ、まあなかなかこれが周知されるとか、活用するとかってというのがちょっと難しい気はしてます。私もそうなんですけれども。皆さんの方からそのあたりの御意見とか、あるいは研修会の話がありましたけれども、それをするにつれて皆さんの方から、こんなやり方があるんじゃないかというような、御意見がいただけたら

と思います。

### 高橋：薬剤師会

薬剤師会の高橋です。やっぱりその、どうやって使うかっていうイメージがわからないなっていうのが、私自身感じてたことなので、今佐藤さんがおっしゃったように実際使ってシミュレーションするっていう研修会は、すごく大切になってくるのかなと思います。その辺をふまえて、薬剤師はなかなか、こう退院支援に関わる機会がありませんので、なかなか周知が難しい現状があるのかなと思います。私からは以上です。

### 川村：歯科医師会

歯科医師会の川村です。昨年というか、今年度研修会も数多く開かれて、かなりの多くの方が出席して、だいぶ盛り上がってきてるんだなとは感じたんですが、58名のうち32名が活用機会が無いと言っているのは、どうしてなのかなと素朴に不思議に思ったりするんですけど、自分たちですでに活用してる、使ってるものが一番慣れ親しんでて、必要なこともそこに記載できるし、そうしたことでこのアンケートの数字で、アンケートじゃないや、この退院支援のガイドですね、これは使う必要が無いと答えているんでしょうね、きっとね。その辺また、色々考えて、皆さんで考えて、アイデア出し合っていけたらいいかなと思います。以上です。

### 鈴木：在宅ケア研究会

道南在宅ケア研究会の鈴木です。私が、このガイドにおいては、退院支援フローチャートっていうのもありますし、あとそれぞれ機関毎に役割分担がされているので、とても見やすいかなと思ってはいます。アンケート結果で、確かに医療と介護の連携が取れている患者さんがほとんどだとか、あとは、有資格者であればできなくてはならない内容と感じている、というようなことが書いてあるんですけど、そもそも私これは、基本的な考え方をおさえるっていうところでは、必要なものであって、例えば新人教育だとか、あと私たち自身も、確かに経験を積んでいくことに慣れて、こういうものが不要なのかなとは思っただけでも、でも私たちも基本に戻るって、とても大事なことなので、確かに頻回に見る機会は無いかも知れないですけども、新人と共に自分たちも振り返る物のガイドとしては、すごくいいのかなと思うので、そういう理由も含めて、きちっと勉強会でお伝えしながら、やって行くっていうことが、必要なのかなと。じゃあ慣れているけれども、実際に病院機関に在宅の情報が、全ての事業所から情報が来ているかっていうと、そうでもないですし、自分たちも分かっているけれども、きっと忙しくて持って来れない、だけでも医療機関も、そして他職種も共通認識を持ったうえで連携を図っていこうというところでは、大事かなとは思っています。以上です。

### 奥山：函医連協

鈴木さんがおっしゃっててくれたんですけども、私たちもなかなか業務の中で、これを見ながら振り返っていくのが、なかなか出来ないのが現状なんですけども、結構これに沿いながら連絡していただける居宅のケアマネジャーさんとかが増えてはきているので、その中で

私たちがどう答えていくか、このとおりにいけば素晴らしいんですけども、やっぱりこう順番どおりにいかないことも多々あるのが実情なんです。ただそこをどうしていくか、やっぱり連携をどうしていくかっていうところでは、これを活用する場面をもっともっとやっぱり、知らない方とか、やっぱりいらっしゃるんですよ。なので、今後の事を考えて、医療者も在宅側もツールを活用するような研修会がちょっとあれば良いのかなと思いました。

### 岩城：MSW協会

ソーシャルワーカー協会の岩城です。今回、入退院支援ガイドについて、ワーカー協会内で意見集約をしたうえでの発言ではないんですけども、今回のアンケートを見まして、実際に業務に当たっている経験者の中では、退院支援や調整にあたりまして、他機関の部門への発信だとか、設定の方法が、それぞれの個人でもうすでに確立されているっていうこともあって、日常業務の中でガイドを必要とする場面がなかったっていうのが、率直なところだなというふうには思っています。また、その今一度部内のみんなでだとか、ワーカー協会のみんなで方法を統一しましょうというような、ちょっと差し迫った状況にないというのも、あったのかなというふうには思っています。ただ、皆様から御発言もありましたが、今後教育課程や研修課程では、活用できる内容だと思っていますので、どちらもその新人研修の場面では、是非使ってみたいなというふうには思っています。このガイドは、今後どのように活用できますよだとか、こういった活用方法がありますよっていう、この研修をとおした御案内があると、今一度こちらの中身についても、見直す機会になるのかなと思いますので、そういう機会があるのがいいかなと思っていました。以上です。

### 福島分科会長

はい、ありがとうございます。全員にいいでしょうか。

### 山石：老施協

はい、道南老施協の山石です。私の方で全ての施設に確認したわけではないんですけども、うちの担当の者に確認しましたら、率直に言ってそういう機会が無かったというのものもあるんですけども、やはりこの各施設ですね、多分、私の施設もそうなんですけども、やはりその入所受入っていう部分の方法論なり、書式なりの施設の話になりますけれども、確立されているという部分がありまして、やはりこのスムーズな方向で行きたいなというところが、強くあると思います。そして病院さんの方もですね、ソーシャルワーカーさんの方が中心になって、色々な情報をそこでもういただけるとい部分ですね、あることと、それと施設の部分であれば、退所から入所までの期間が、やはりスピーディーに行きたいというところが正直なところなんです。1週間なり10日なりと、空きを少なく、空きをできるだけ少なくしたいという部分がありますので、そういうかたちになると短い期間で、病院さんの方でスタッフが参集できないような、お話もされていたというのが、うちの施設の担当者の方から報告がありました。ただ、この書式自体、ガイド自体は、やはりその共通認識でもって、こういう流れでいくという部分でのものだと思いますのでね、去年、まだ始まってね、1年ね、そういう部分では、色んな部分で、今まで活用された方もいらっしゃいますように、共通認識を持つんだよとか、これからこういう使い方の要素もありますよとかっていう部分で

やっていくと、研修の中でやっていくと徐々に、こう統一化されていくのかなっていうふうには思っておりました。以上です。

### 高橋：訪看連協

訪問看護ステーション連絡協議会の高橋と申します。宜しくお願いします。訪問看護として関わらせていただくのは、やっぱり入院中から退院前カンファレンス、退院時、退院後とかたちになると思うんですけども、先ほど皆様がおっしゃられたように、やはり新人さんの教育とかっていうので、こういうの本当に私たちも連絡を忘れてしまったりとか、ケアマネジャーさんには無いんですけども、他のサービスとかに連絡を忘れていたりするっていうことが、たまたまあるものですから、やはりこういうものを活用をなるべくして、漏れの無いようにしていくっていうのが、本当に大事なのかなと思いますので、そういうことを徹底まではできないんですけども、そのようなかたちで皆さんに周知していただくっていうのがいいのかなと思います。あとは、新人さんの教育としては、なんかこれと同じようなかたちで、なんていうかチェックリスト的な物を作ってもらったりすると、なんかこう漏れがなかったりとか、ここはこうですよとか、ここは違うとかっていうのが、もしかしたらうまく活用できるのかなというふうに感じていました。以上です。

### 岩崎：訪リハ連協

訪問リハビリテーション連絡協議会の岩崎です。訪問リハビリの方では、多分活用する機会っていうのは多分少ないっていうところで、基本的にどう使っているかっていうところもあまり具体的に見えてない現状があるんだろうなっていうふうには思っています。やっぱりその使い方っていう、そういう技術的なところがこう正直、技術的なところを上げてほしいかなっていうところと、あとは実際に使った事例とかそういうところって、こういう感じで、こううまく連携を図れたよとか、そういうような流れの事例報告とかっていうのが、こう細目に出てくると、なんかそれを1つの参考事例として、なんかこういうふうに使えんだっていうふうな理解が深まってくるのかなっていうふうに思いますので、なんかそういう事例をいっぱい集めていって、溜めてから報告っていうか、常に報告っていうよりも良いのかなっていう印象を持ちました。以上です。

### 高橋：居宅連協

はい、居宅介護支援事業所連絡協議会から参りました高橋です。活用機会が無いっていうのが58名中32名、職種書いてますけども、アンケートの記述の内容を見ても下の方に行くに従って書いてますけども、決してその活用機会が無く、マイナス、否定的に捉えるのも必ずしも、そう捉えなくていいのかなって、すでにやっていますよっていうか、案外できてたのかもしれない。ただ、現実問題として、居宅のケアマネジャーに関しても、やっぱり重複している機関での人事異動であったりとかが職員間で起こって、非常に経験の浅いケアマネさんがぽんと配置されるっていう、今まで施設のケアマネやってた人が急に在宅のケアマネをやるっていうのが結構ありますので、そういった中では、手探りで長くケアマネやってきた人たちが、手探りでやりながら体に身に付けてきたものが、こういったかたちで1つの方法論が示されてるっていうのは、やっぱり今後の育成っていう観点で見れば、すごく何倍も

早く独り立ちできることにも繋がるでしょうし、ほぼ今年の4月の改定でもって、こういったルールの部分ですとか、ひな形っていうところも、ある程度確立されていくことにつきましては、長く続けて行けば、定着していった、あくまでこれは1つの様式であって、本質的なところは、ちゃんとした連携が繋がればいいわけであって、ていうふうに捉えればいいんじゃないかなっていうふうに考えたりもしています。以上です。

### 福島分科会長

はい、ありがとうございました。

### 保坂：副部会長

せっかく良い御意見が出ているので、皆さんの御意見をちょっと私書き留めてました。やはり研修をして活用方法を深めるっていうことが、1つのテーマになるのかなっていうことが1つと、新人教育っていうところで活用していけば、下の者が育ってくるのではないかなっていうことがあるということと、実際自分の事業所でも、これを働いてくれる職員に函館市は今こういうのがありますよっていうことを提示して、これを使って函館市、オール函館でやるんだよっていうことを、自管理管理者ですから、下の者に教育していくっていう場面は作っているわけですから、それを函館市でやるっていうのは、必要かなっていうふうには感じています。そうするともっと活用されていくと、今度は見なくてもできるようになっていく、見て覚えて見てできるが、今度見なくてもできるようになっていけば、ガイドは多分そのあと色褪せて、どこかにぶら下がるだけになっていくんじゃないかなという、それが目指すところかなと思っておりますので、やはり研修を企画していかなきゃいけないかなと思いました。

### 亀谷：副部会長

すごい参考になって、皆さん本当に正直言うと皆さんは、もうこのマニュアルが無くてもやれる方々なんだとはもう重々分かってるんですけど、活用してもらっていうこれが、函館の中のバイブル的な存在になって、これが函館のスタンダードなんだよっていうのが、このしおりの役目なのかなって。まあまあ皆さんおっしゃっていただいたようなかたちで、個人が育つ、事業所が育つ、となると地域が育つっていうかたちで、函館の医療介護の連携のスタッフのスタンダードっていうのが、この連携のセンターの作っているしおりをもとに患者さんを支えていけるのが、一番理想なのかなというようには思います。手法とすれば、研修ももちろんそうだと思うんですけど、この研修を活かして、じゃあ例えば今色々退院支援もそうですし、在宅の方もそうですし、色々なプロセスが、加算取ったりとか患者さんを支援する中であると思うんですけど、そのプロセスを、今本州の方とかでも道内でもやってる所あるんですけど、例えば退院支援のパスを作ってみたりだとか、それがパスっていうか、それをチェックリストとしてですね、職員も見れる、患者さんも見れる、どちら側も見れて前方後方連携がとおして、要は医療と介護の繋ぎ目も、家族であるとかそういう部分が見れて、スタッフもそれに沿って搬送できるっていうのが、最終的な理想形なのかなっていうふうには思っています。ですから、このしおりをもとに研修、ガイドですね、もとに研修していきながら、高めていって、先ほど岩崎さんの方からも話があったと思うんですけど、やっ



ぱり事例ですね。僕も前方と後方両方やったんですけども、各々の病院とか各々の事業所で各々のルールがあるので、それで良しと終わってしまうところじゃなくて、そこで終わるんじゃないくて、今までやってたものを実際どうなのかって振り返るのもそんなんですけど、実はこっちの方がやりやすいんじゃないかとか、そういうのってやっぱり事例が無ければ、なかなか気づかないところも正直あると思うので、そういう研修でも事例を持ち合いながら、どうだったか、違う部会でも実際、実は事例があって、すごい参考になったことっていうのが実際あったものですから、実際この医療と介護のマッチするところっていうのは、本当に事例があって、お互い相互の自己満足じゃなくて、相互が満足できるような連携がやればいいのかと思いますので、研修をこのガイドを使った研修というのが、すごい僕も有用になると思いますし、ずっと続けられるんじゃないかなというように思ってます。以上です。

### 福島分科会長

はい、ありがとうございました。皆さんから今とても良いアイデアといいですか、意見が出されたかなと思います。事務局の方からも御提案あったとおり、研修会の実施ということで、平成30年度に開催できそうな、そんな予感がしてまいりました。ちょっと今まで出たアイデアを活用しながら、今後ちょっと進めていただければと思うんですが、まずは、今アンケート調査の結果についてということでの話し合いだったんですが、まずこの内容を含めて、次の議題の方に移ってみたいと思います。次、はこだて入退院支援連携ガイドの見直しというところで、また佐藤さんよろしくお願いします。

### 佐藤幹事

協議事項(2)はこだて入退院支援連携ガイドの見直しについて、御説明させていただきます。資料3の3ページの6を御覧ください。先程御報告いたしました、アンケート調査結果からは、ガイドの見直しが必要との御意見は少数でございましたが、センターで連携ガイドの内容を再確認いたしましたところ、何か所か修正箇所がございましたので御報告いたします。資料4を御覧ください。はこだて医療・介護連携サマリー(情報共有ツール)に関する記載の部分になりますが、情報共有ツール作業部会での協議のもと、サマリリーの運用については、本年3月末から開始となっております。資料の4に上げました、ガイドの7ページ目の下から2行目にございます、平成29年度中の運用予定を削除させていただくことと、20ページにございます、はこだて医療・介護連携サマリー(基本ツール)を正式版のものに差し替えさせていただきたいと考えております。また、アンケートの自由記載から施設一覧などあれば非常に便利かと思われる、特養、老健施設がどこなのかななどの他、現行のガイドを本体として、入院時、退院時、緊急時など、小冊子になっているものもあわせてあると良いかと思います。等のガイドの内容への追加を希望するような御意見もいくつか上がってまいりました。こちらについて、現在のガイドは入退院の場面に焦点を絞っているもので、患者さんが入院して退院するまでの医療と介護の関係者の動きが記載されておりますが、センターとしましては、例えば、そこを少し広げるイメージで、具体的には、急変時や在宅看取りの部分などを連携ガイドの別冊として作成をしたり、退院後の生活まで範囲を広げて現ガイドに追加をしていくというようなかたちを案として考えております。内容につきましては、メンバーの皆様にも、御意見等をいただきたいと思います。協議事項(2)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、以上でございます。この件につきましても皆様から、御協議をいただければと存じます。

### 福島分科会長

はい、ただいまの説明の中で、もう一度確認したいことですか、お知りになりたいことは無かったですでしょうか。ただいまの話の中にガイドの見直しの拡大バージョンということで、退院後から例えば在宅に戻る、戻ってからの話ですね。入院するときに情報提供する、退院するときに情報をいただく、お互いに行ったり来たりするときの連携の仕方というところでは、このガイドが役立つだろうというところではあるんですけど、よく考えてみたら退院後、例えば在宅戻った後に急変したらどうしようとか、あるいは在宅での看取りが、今後支援していかなければいけないといった時に、それはどうしたらいいんだろうという、丁度その繋ぎの部分が少し欠けてるというか、まだちょっと考えてなかったかなということに今回、気が付いたといいますか、視野が広がったのかなと思います。そのあたり皆さんの方から、今のこのガイドを広げるというところでの、御意見をいただきたいと思うんですが、いかがでしょうか。

### 佐藤幹事

今ですね、センターの方で御提案させていただいたものの他に、こんなガイドがあればいいんじゃないかとか、こういうものが分かる、見える、そういうガイドになっていけばいいのではないだろうかというような御意見がですね、皆さんの方からありましたら是非お聞かせいただきたいなと思っております。

### 保坂：副部会長

退院するじゃないですか、これいまいまの話ではないんですけど、平成14年くらいから言ってることなんですけど、入院しました、入院した時の書式の情報提供の中にもう1枚こっち側に付けて、退院したら1週間後にバックするっていう用紙を作ってやってた時代があるんですね、実は。訪問看護ステーションで退院しましたって、そうしたらA3版なんですけど、退院する時が半分情報書かれて、半分を退院後に1週間したら入院先の病院にバックしてくださいと、1週間、帰ってから1週間の状態をバックしてくださいっていう紙を付けて、前事業協会でやってたのがあって、それを使ってやってたことがあるんですけど、いつの間にかそれも頓挫しちゃったんですけど、要するに必要なとか色々言われてね。でも本来基本的に退院した時に在宅に戻ったら、1週間以内にその人がどういう状態で過ごしてるか、家の状態をバックするって、戻すっていうのは、あるべき姿かなと思いつながら、今回情報共有ツールの方は作ってきたわけなんですけど、もしガイドに載せるとしたら、そういう看取りの部分、帰ってから在宅で看取るとかって話よくありますよね。退院した時は、病院に戻してくださいと病院に帰りたいって言ってますからって、家に戻ってみたら、家でやっぱり死にたいわになって、そこからの調整が始まるってことも結構あるんですよ。その時のその部分ですよ、きっと。その期間をどういうふうにガイドに載せていったらいいかとかっていうこともあるだろうし、急変、要するに今日退院しました、次の日救急搬送で戻りましたってこと、ついこの間もあったんですけど、そういうことですよ。そのときにどうい

う内容をガイドに盛り込めば良いかっていうことですよ。ガイドに盛り込むイコールそれってなんかかたちを作らなきゃないってことになります？要は、そこは今度ツールになってくるんで、そういうふうになりますよね、結局、分かりました。

### 佐藤幹事

そうですね、保坂さんの方から御意見いただいた、退院後何か起こった時にどうしたらいいとか、もちろん病院さんの方でも出した方がいいけど、その後どうなったのかなってというのが気になるという声を以前からね、耳にしたこともありましたので、それをアンサーできるような、そういう仕組み作りといいますか、そういった仕組みを今度このガイドの方で伝達していけるようなかたちというのも1つあるかなとは思いますが。その書式を作る、作らないとなりますと、今度は情報共有ツール部会の方での検討というかたちにはなると思うんですが、まずはそういう流れというものをガイドに提示するといった、御意見として、まずは参考にさせていただきたいなと思います。

### 保坂：副部会長

必要かどうかってことだよ。その御意見を皆さんから貰って、それをガイドのどこの部分に載せて、義務化するかどうかってことが一番問題ですよ。ガイドに載せちゃうとやらなきゃいけないってなっちゃうし、そこら辺センターとしてどうですか。

### 佐藤幹事

そうですね、このガイドもツールもそうだろうとは思いますが、使っていただきたい、できれば皆さんに御活用いただきたいとは思ってはいますが、あくまでも強制というかたちは今までもしてなかったんで、使っていただけるよう推奨していくというかたちにはなるので。

### 保坂：副部会長

推奨項目として載せるっていう部分ですよ。

### 佐藤幹事

そうですね、義務というかたちでの掲載にはならないと思います。なので、こういうかたちで、なんて言うんでしょう、ガイドの中の表現にあったかどうかあれですけども、マナーとしてこういうかたちで連携を図っていければいいですねっていうような掲載のかたちにはなるかなと思っています。

### 保坂：副部会長

じゃあ皆さんから、意見聞いて、きっと今のでだいぶイメージ付きましたよね。何をこうディスカッションすればいいかって、イメージが付いたと思うので聞いてみてください。

### 福島分科会長

はい、同じく言っていたら鈴木さんからじゃあ。意見を。

## 鈴木：在宅ケア研究会

実は、フィードバックの部分では、私、去年からの目標で在宅の方から来た情報には、看取りお願いして、こういうような状態で亡くなりましたっていうことに関して、病棟の方にも実はスタッフにも伝えたいと、自分たちのやってきたこと、あとは在宅でこんなことができるんだよ、そして患者さんの家族もこんなに素敵な看取りができたよとか、こういうことがやっぱりでも医療者側として在宅側で一生懸命やってたけども、自分たちはこういうことが足りなかったんだよっていうことを分かってほしいっていうのがずっとあったので、その実際に電話で連絡があったことを、自分たちで紙で起こして、それを病棟の方にカンファレンスを通して流しているっていうのが今現状なので、そういうふうなところがあれば、すごく病院側の教育っていうところでも良いと思いますし、病棟の看護師も頑張ったことがそういう反応があると、自分たちももっと頑張ろうっていうふうに思うので、すごく良いかなというところが一点と、あと私今在宅調整して困っていることが、退院後の生活とか看取りに関して、患者さんと面談をして伝える時に、そういった冊子が無いんですよ。退院後こういうことができますよとか、あと看取りってこういう感じですよ、あと金額がこういうことですよ、これくらいかかりますよっていうことが無いので、一部昔あったものを取り寄せてコピーをして、それをもとに患者さんに説明しているとか、あと訪問看護に関しては、金額のことってとても大きいので、実は堀口さん、保坂さんが作っていただいたパンフレット、あれを三人で活用してあれを使って医療費の説明をしたとかっていうのが今現状なので、その退院後の生活のその経済的なところ、看取りってこういうことができますよっていうものが、もしかしたらあれば、自分たちの患者さん家族にきちんと説明できるかなと思ってはいました。そしてさらにフィードバックもできれば、さらにいいなと。

## 保坂：副部会長

今鈴木さん言ったのも、帯広バージョンなんですよ。帯広でそれ作ったんですね。帯広保健所と帯広のステーションの連絡協議会で作った冊子があるので、センターの方で必要だと言えば。

## 佐藤幹事

はい、是非。

## 福島分科会長

ありがとうございます。すみません、丁度病院の中の相談員さんの立場としてということだったので、奥山さんとその後、岩崎さんもお願ひしてよろしいですか。

## 奥山：函医連協

なかなかその退院した患者さんのフィードバックというところでは、やっぱりケアマネジャーさんも連絡くれる方はすごくくれるんですよ。それを私たちも退院支援で関わりながら、やっぱり病棟も思い入れがあるんですよ。そういう患者さんたちっていうのは。なので、やっぱりこう書面じゃなくても、言葉として私たちも毎日ラウンドに行っているので、

そこでこういう状況でしたよってということは、大切にしよう、もちろん施設に入った方もそうですね。やっぱり今こういうふうにして過ごしてますってということは、各病棟とかには伝えはしてるんです。だからそれをスタッフみんなに伝わるかっていうのは、ちょっとそこは課題かなとは思うんですよね。そこでみんなが見れるようなものがあれば、きっとまたみんなのケアが変わってくるんじゃないかなとは、すごい痛感はしているんです。今、鈴木さんと保坂所長の話聞きながら、昔々、訪看の時に家族の看取りっていうところで、小冊子どこかのステーションで作りましたよね。こういうふうにした流れで、御家族さんはこういう流れで患者さんが亡くなっていきますよって、でも耳は聞こえてますよとか、何か色んなちょっとした小冊子ありましたよね。それを見て家族が、心づもりするっていうふうな、確か十項目で何か昔あったと思うんですよね。それみたいなものがあれば、また家族に、病棟も使えると思うんですよね。病院も使えるし、そこでまた在宅側もそれを見ながらっていうので、一緒にそこで教育していけるかなと思うんですよね。それを盛り込めればちょっと良いのかなって、今、最後聞きながら思っていました。

### 福島分科会長

岩城さんもよろしいですか。

### 岩城：MSW協会

医療機関に勤めていて、退院調整、退院支援をする中で、すごく日常が率直に申し上げますと、すごく慌ただしく過ぎているような状況なんですね。1人退院をご案内したら、2、3人が入院してきてっていう中で、退院したあとの患者さんの状況をじっくり考える機会ってなかなか無いっていうのが、率直なところかなというふうには思うんですけど、そういう中で1つそういった機会、フィードバックするようなシステムがあることで、自分が退院設定した患者さんが、どういう生活をしていたのか、それはソーシャルワーカーだけじゃなくて、病棟のスタッフやリハビリスタッフもそうなんですけど、そういう機会があると改めて自分たちの退院支援を見直す機会にはなると思います。本来であれば、そういうことが無くっても、やりとりできる関係が望ましいのかなと思うんですが、残念ながらそういう機会を作っていただかないと、なかなか情報をこちらも見直す機会って無いのかな、無かったなというふうには、今ちょっと率直に反省点として思っているんですけど、あとはそのガイドやツールを使うことで、連携のしやすさや、情報の質の向上っていうことがすごく大切かと思しますので、そういうのを送り出した側や、受け入れた側が職人としてというか、1つの経験でやるのもこれまで多かったと思うんですけど、最低限そういう機会があると、皆様もれなく同じく質を保ってやっていけるのかなというふうにはお話を聞いていて思っていました。

### 福島分科会長

はい、ありがとうございます。丁度病院の中の相談員さんの御意見というところではあるんですが、逆に在宅側で今のお話を聞いての思いを高橋さんからお願いして良いですか。

### 高橋：居宅連協

はい、まずフィードバックですね。確かに大事だし、なるべくすぐ近いのは口頭でやったりはするんですが、書面でやったりっていうのは、あんまり正直、記録に忙殺されてできていないのが現状ではあります。おそらくいつの間にか消えていってしまったりっていう、以前やってた好取り組みが続かなかったのも、きっとそういうところがあるのかなって、でも大事なことは分かっているし、できればやりたいけれども、どうやって続けていくかたちでやるかっていうのが、難しいところかなって、その難しいけどもやんなきゃいけない大事なところだとは思いますが。もう1つは、ちょうどお話に合ったその看取りの部分ですね。ケアマネジャーの立場でも私も15年以上やってますけども、正直15年やってて、私自身看取りに関わった事例って4件か5件くらいなんですよね。そんなに多くないんですよ。今もふわふわしながらやってます、正直。何となく経験と何となくこっちだろうっていうのとアドバイスを貰いながら、勘で、勘ですね、勘で動いている色んな部分が多いのかなってというのは、お話聞きながら感じる部分ですね。だからこれが、ちゃんとしたある程度のこういう手順で行くとスムーズに行くよっていうのが、見れば分かるものがあれば、心づもりも出来るし、ケアマネジャーもやっぱり、看取りの支援をお願いしますって言われると、身構える人は結構多いと思うんですよ、やったこと無いって。決してこうまだまだ多いケースでは無いと思うので、もう1回そこを援助するワーカーが不安にやってたら、全家族が不安で、任せて大丈夫だろうかって思っちゃうんだと思うので、そこを上手くサポートする仕組みがあると、もっともっと色んなかたちがとれるんじゃないかなっていうふうな気はします。

#### 岩崎：訪リハ連協

そうですね、リハビリっていう立場からっていうのはちょっと難しいところはあるんですけども、そうですね、なんか話を聞いていて、そうですね、ガイドというツールっていうか、その希望があるなら作っておいて、見本というものとして示せばいいのかなっていうふうには思うんですけども、ツールとなるとやっぱり現状って、皆さん忙しい中で思いがあってもできていないっていうところがある中で、やっぱりこう使い勝手のいい物であったりとか、そういう物を考えて行かなければ、運用はされないんだろうなという気がしますし、あくまでも推奨っていうレベルで留まると、普及っていうものはなかなかしないんだろうなところもあるので、だからその辺の線引きをしっかりとしないといけないと、なんか作った方がいいけど、なんかそれで終わってしまうのであれば、なんか意味がないのかなってところもあるので、まずそのツールというよりは、まず1つガイドっていうところの1つ見本っていうものを示す。で、その反応を見てから、また考えていくことの方が良いのかなっていうふうには、ちょっと思いました。

#### 高橋：訪看連協

訪問看護ステーションなんですけど、在宅側としては、やっぱりいつも電話でお返りするっていうのがほとんどっていうか、文章ではなく電話でいただくっていうのが、ほとんど退院後の状況っていうのが、お伝えしている感じではあるので、本当に病棟の方とか外来の方とかにお伝えするには、そのような様式っていう物があった方が良いのかなっていうふうには感じました。今皆さんのお話を聞いていて。やはり訪問看護とかも病院とかも、どんどん新しい世代の方とかも入ってくるので、やはりなんていうか、新しい方たちには私たちから

やっぱり教育していくっていうことが大事だと思うので、もしそういうツールっていうか、ガイド的なもの、見本的なものがあると良いのかなっていうふうには感じました。あと看取りに関しては、私たちもネットから取ったりとか、おうちに帰ろうだったっけ、おうちに帰ろうっていう冊子を使って、患者さんに御説明したりだとか、ちょっとやっぱり自分たちの作ったものはやっぱりちょっと、うまくできていないっていうか、絵とかも上手に入れられなかったりとかするので、やはりそういうのではなくて、ネットから綺麗なものを取ったりとかして使用しているっていうような状況なので、ただ流れみたいなものは、やはり別冊子としてあっても良いのかなっていうのは、皆さんの話を聞いていて感じました。以上です。

### 山石：老施協

私どもの場合なんですけども、どうしてもこう最終的な受け入れ場所という位置づけになりますので、受け入れた後ですね、やはり今まで考えるとフィードバックっていうのは紙で、そういうデータとしてお渡しするという事は、やっていなかったですね。色んなワーカーさんとかですね、居宅の方にお会いした時に、「何とかさん、何々さんどうしてますか」とかね、「元気してますよ」みたいなかたちでのやりとりはありますけれども、それはこう報告っていう位置づけではなかったなというふうには思っておりました。このようなツールを作る場合はですね、やはり一定ルールが必要だと思いますし、出す側のルールもそうですし、あと受け側の方もですね、じゃあ最終的にはそれをどういうふう処理していくかというのも大事なのかなというの、やっぱりちょっと感じておりました。あと看取りの部分につきましては、私たちの施設の話になりますけれども、施設の中での看取りっていう部分もやっておりますので、色んな研修会に出たりとか、資料なんかもある程度出ておりますので、その施設の形態とか、あと施設に携わっていただく医療関係の中身の濃さでも変わってくるとは思うんですけれども、そういう研修会の資料とか、研修会に出たりとか、そういうふうなかたちで私どもは対応して行くかたちになりますね。

### 福島分科会長

全員に意見いただいていたので、できれば先生たちにもいただいて良いですか。

### 高橋：薬剤師会

薬剤師会の高橋です。退院したあとの患者さんがどうなっているのかなっていうのは、気にはなっているんだろうなとは思いますが。薬剤師っていうことなんですけど、まずその不安、まずお薬の紙ができないと退院はできないっていうのが、まず問題があって、退院をすでにしてしまった方っていうのは、どこの薬局に行くのかっていうのははっきりしていませんし、クリニックによって扱いがあるお薬が違って、同じ効果があるお薬でも保管の仕方も違うし、粉碎できる物もある、拝見だけできるものもあればって。なのでフィードバックしていただくっていうあまりその意味合いが、薬に関しては少ないのかなとは思いますが。あと、お薬手帳っていう良いツールがありますので、まだまだしっかり使えていない状況がないので、薬剤師会としては、お薬手帳をしっかり使っていきたいなとは思っています。

### 川村：歯科医師会

ちょっと歯科の方からの話になってしまうんですが、先ほどの資料の4のですね、7ページの所なんですけど、真ん中、中段の所、退院支援が必要な場合のところで、歯科はどこに関わるのかなと思いますと、①の再入院を繰り返している、例えば施設にいる患者さんが、誤嚥性肺炎を起こして、熱発起こして再入院繰り返しているとか、そういうことを繰り返していると、④にあるように入院前に比べてですね、体重が減ったりとか、口の中が悪化していて、食べることも困難になってたり、嚥下機能、喉の筋肉も落ちて、嚥下機能も落ちてるといふふうになってくるとさらに体重も落ちてきたりして、食形態も変わって、変えざるをえなくなったりしてくると、そうすると患者さんていうか、患者さんが食べたいものが食べられないっていうか、施設の中で周りの人たちが普通食なのに私だけ刻んでいて、トロミも付けなきゃなんないとかいうような不満が出てきたりもするケースが、僕の行ってる施設ではよくありますので、連携室の澤谷さんたちとかも昨日も話したんですけど、退院する函館には病院がたくさんありますし、退院する人1人1人に連携室の衛生士が行って口腔内の状況を把握するのは大変だよって話になったんですね。でもまあ本当は退院する時には、その人の口の中がどうなっているのかチェックしてですね、それから例えば退院先も自分の家になるのか、例えばどこか他の施設に入ってしまうのか、ていふふうになると自分のかかりつけの馴染の歯科医師じゃない別の歯医者さんに見られなきゃならないということで、これ結構不満に思ってる人も多いんですよ。ここにいつも来てる歯医者には嫌とか、でも本当は患者さんや家族の希望で訪問診療、歯科医師は訪問診療できるので、ある施設にずっと常駐してるような歯科医師がいたとしても関係無いですよ。その患者本人が希望して、私は何々先生に見てほしいからって、その人が訪問してくれれば訪問診療は可能、法律的に可能ですから。患者さんがどのように口腔内の問題を抱えていて、どういう食形態をとりたいのか、そういうのがチェックできると、より退院したあと食生活っていうか食形態を下げることなく、一度下がったとしても、上げるのはすごく大変だっていうのはもう実感してるんですけど、やっぱり生きていく最後、楽しみは食べることなんで、ほとんどが。その辺で歯科医師会としては介入できれば良いのかなとは思ってて、その為に連携室が今立ち上がってて、努力してるところでございますので、そうした要望があればいつでもお願いしますというところですよ。

## 福島分科会長

はい、ありがとうございます。皆様から今いただいた御意見の中で、フィードバックという言葉、このフィードバックがされることによって、より医療と介護の連携が深まるのではなかろうかというところ、それとあと具体的なツール、それを確定させることに至るかどうかはちょっとまだ分からないんですが、やっぱりそういうフィードバックの部分が、もう少しガイドの中に盛り込まれていたらいいんじゃないかっていうところの御意見をいただけたのかなと思います。では、この今までの話の中で出てこられた、皆さんからのガイドの見直しとか、あるいは研修会の開催などのことに関しまして、概ねそれをやるということで平成30年度ですね、皆さんの方から賛同いただければと思いますが、いかがでしょうか。よろしいでしょうか。はい、ありがとうございます。では、その研修会の開催ですとかガイドの見直しに関しまして、より具体的に進めていくうえでなんですけれど、実際に年度入りまして、それをどうやって進めていくかっていうことに話題を変えていきたいと思うんです



けれど、どうでしょう、今こちらにこの委員の方々全員そろっていただいているとは思いますが、この人数を毎回合わせて打ち合わせして進めていくっていうのは、ちょっとやっぱり具体的ではないかな、現実的ではないかなと思います。これは私からの提案になるのかなとは思いますが、ある程度の少人数で少し濃い打ち合わせの中で、コアメンバー的な方を抽出させていただいて、その方々を中心に検討、協議していただいて、話し進めていければ良いのかなと思ってます。ただ、そのコアメンバーじゃあ誰にするのというところではあるんですが、やはり今在宅と医療のちょうどその相談の直接の担当をというところでは、あるいはMSWの方、居宅ケアマネの方、あと訪問看護の方というところで提案させていただければ良いのかなと思うのですが、どうでしょうか。よろしいでしょうか。ではそれを御提案して事務局の方にお任せしたいと思います。宜しく願いいたします。それでは続きまして協議事項（3）に移りたいと思います。今後の取り組みについてというところで、佐藤さん宜しくお願いします。

### 佐藤幹事

協議事項（3）、今後の取り組みについて、御説明いたします。資料5の（3）を御覧ください。先ほどまで御協議いただきました、協議事項（1）（2）の他、今後の取り組みといたしましては、1つ目に「はこだて入退院支援連携ガイド」の活用推進メールの配信を継続していく予定でございます。センターの方から各団体長様宛てにガイドの運用標準化を目指し、活用推進のための会員様への周知をお願いする内容で、5月と11月の年2回の配信を予定しております。2つ目に「はこだて入退院支援連携ガイド」に関わるアンケート調査も継続していく予定でございます。今年度と同様に、1月もしくは、2月にアンケートを実施し、集計およびモニタリングを行い、内容に修正等の必要がある際には、随時更新をしていく予定でございます。その他、今後の取り組みについて、何か御提案等がございましたら、皆様より、御意見等をいただければと思います。協議事項（3）今後の取り組みについての説明は以上になります。この件につきまして、皆様に御協議をいただければと思います。

### 福島分科会長

はい、ありがとうございました。今お話がありましたとおり、活用メールの配信ですとか、あるいはガイド活用のモニタリングということで、今までもやられてきたものなんですが、まずこれを継続された方がよろしいかどうかという辺りなんですけれど、皆様いかがでしょうか。はい、では継続をお願いしたいということで、宜しくお願いいたします。これ以外のことで皆様の方から何か御提案がありましたら、御意見いただきたいと思うんですが、特にございませんでしょうか。では、次の議題に進めてよろしいでしょうか。ありがとうございます。それでは、次回の部会についてということで、担当の方から宜しくお願いします。

### 佐藤幹事

次回の部会の説明の前にですね、まず皆様の方から色々御意見いただきました、お話ありましたように、皆様の日々の業務の中でもう確立しているスタイルというものもあるかとは思いますが、何かの機会にですね、例えば新人研修であったりとか、御自身の業務を振り返る時に、ふと思い出していただけるガイドとなっていければなと思っておりますので、もう

少し活用場面がイメージしやすいような発信をセンターとしても、今後ですね、行っていければと思っております。せっかく皆様にお力をいただきながら、作成いたしましたガイドですので、できるだけ広く永く御活用いただけるようなかたちで、進めていきたいと思っておりますので、今後とも宜しく願います。それでは、次回の部会についてですが、次回の部会に関しましては、皆様にお伺いをさせていただく案件が出て参りましたときに随時御予定等を確認しながら、開催をしていこうと考えております。宜しく願います。

### **福島分科会長**

すいません確認なんですけど、先ほど言いましたコアメンバーに関しましては、事務局の方と協議、分科会長の私の方で相談させていただいて、随時皆さんの方に御提案申し上げて協力を仰ぎたいと思っておりますので、宜しく願います。では、最後に全体を通して何か今日の分科会に関しまして、御意見御質問などございませんでしょうか。大丈夫ですか。ありがとうございました。他になければ、全ての議事が終了いたしましたので、進行を事務局の方にお返ししたいと思います。

### **小棚木医療・介護連携担当課長**

はい、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の退院支援分科会の第5回会議を終了させていただきます。皆様お疲れ様でございました。