

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11回会議

日 時：令和6年3月4日（月）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」に係るアンケート調査報告 (資料1)
- (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 (資料2)
- (3) 「はこだて療養支援のしおり」令和5年度更新内容について (資料3)
- (4) 「入退院支援連携強化研修（ガイド編）」研修について (資料4・5)

○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6)
- (2) 「はこだて療養支援のしおり」の見直しについて (資料7)
- (3) 「令和6年度 入退院支援連携強化研修会（ガイド編）」について (資料8)
- (4) 在宅看取り冊子について (資料9)

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」令和5年度アンケート集計結果
- 2 「はこだて療養支援のしおり」令和5年度アンケート集計結果
- 3 「はこだて療養支援のしおり」令和5年度更新内容
- 4 「入退院支援連携強化研修（ガイド編）」アンケート結果
- 5 「入退院支援連携強化研修（ガイド編）」グループワークで出た意見まとめ
- 6 「はこだて入退院支援連携ガイド」見直し案
- 7 「はこだて療養支援のしおり」見直し案
- 8 「令和6年度 入退院支援連携強化研修会（ガイド編）」（案）
- 9 「住み慣れたおうちで最期まで 大切な方の旅立ちを支える皆様へ」

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11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 久保田 達也 ※欠席	久保田内科医院
		○幹事 近藤 純香	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	白石 剛士	独立行政法人 国立病院機構 函館病院
	一般社団法人 函館薬剤師会	田中 秀幸	石川中央薬局
	公益社団法人 北海道看護協会 道南南支部	吉田 美奈子	医療法人雄心会 函館新都市病院
	道南在宅ケア研究会	廣瀬 量平	独立行政法人 国立病院機構 函館病院
	函館地域医療連携実務者協議会	★副部会長 亀谷 博志	社会福祉法人函館厚生院 函館中央病院
		奥山 ちどり	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	社会福祉法人函館厚生院 函館中央病院	
介護	函館市居宅介護支援事業所連絡協議会	渡部 良仁	居宅介護支援事業所 アニー
	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	松田 泰樹	社会医療法人高橋病院 訪問リハビリテーションひより坂
	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	訪問看護ステーション フレンズ
		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	佐藤 大典	特別養護老人ホーム桔梗みのりの里	

# はこだて入退院支援連携ガイド

## 令和5年度 アンケート集計結果

## 【年度別回収率】

種別	令和3年度			令和4年度			令和5年度		
	配布数	回答数	回収率	配布数	回答数	回収率	配布数	回答数	回収率
病院	25	20	80.0%	24	15	62.5%	25	10	40.0%
居宅	98	44	44.9%	97	51	52.6%	95	29	30.5%
包括	10	4	40.0%	10	5	50.0%	10	6	60.0%
施設	147	50	34.0%	189	42	22.2%	190	26	13.7%
合計	280	118	42.1%	320	113	35.3%	320	71	22.2%

病院＝病床があり相談員のいる機関

施設＝特定施設入居者生活介護（地域密着型含む），認知症対応型共同生活介護

介護老人福祉施設（地域密着型含む），介護老人保健施設，介護医療院

サ高住・有料老人ホーム

### 1. 「はこだて入退院支援連携ガイド」（以下「連携ガイド」と表記）をご覧になった事がありますか。

- ・はい 60 (84.5%)
- ・いいえ 11 (15.5%)

## 【所属機関別】

	はい	いいえ
病院	8	2
居宅	25	4
包括	6	0
施設	21	5
合計	60	11

## 【年度別回答】

回答	令和3年度	令和4年度	令和5年度
はい	77.7%	91.2%	84.5%
いいえ	22.3%	8.8%	15.5%

### 2. （1. で「はい」と答えた方）「連携ガイド」をどのような機会にお使いですか。（複数回答可）

- ・患者・利用者との面談時 10 (11.2%)
- ・新人教育や研修等 17 (19.1%)
- ・業務の確認等 30 (33.7%)
- ・活用する機会がなかった 30 (33.7%)
- ・その他 2 (2.2%)
- ・未記入 0 (0.0%)

## 【所属機関別】

	面談	研修	業務	機会ない	その他	未記入
病院	1	2	2	5	0	0
居宅	6	7	18	13	0	0
包括	1	3	3	3	1	0
施設	2	5	7	9	1	0
合計	10	17	30	30	2	0

## 【年度別回答】

回答	令和3年度	令和4年度	令和5年度
面談	13.1%	13.0%	11.2%
研修	10.9%	10.7%	19.1%
業務	32.1%	37.4%	33.7%
機会ない	39.4%	38.2%	33.7%
その他	3.6%	0.8%	2.2%
未記入	0.7%	0.0%	0.0%

「その他」でのご意見

（包括）看護実習生への講義資料

（施設）入院時

### 3. 「連携ガイド」を使用してのご意見をお聞かせ下さい。

#### 患者・利用者との面談時（合計：9件）

##### （病院）

- ・退院カンファレンスの進行の参考にさせていただいています。
- ・初めて見させていただきました。流れがわかりやすいと思いました。勉強になりました。退院前カンファレンスの事がくわしく記入されていたのでわかりやすい。次回のカンファレンスの時チェックしながらカンファレンスをしてみます。

##### （包括）

- ・利用者支援や各機関との際に業務の確認ができた。

##### （居宅）

- ・退院前カンファレンスの際に使用、確認すべき事の確認ができ助かる。
- ・担当者会議前等、確認のために使用しています。
- ・退院前カンファレンスの流れなどを把握することができて分かりやすかった。流れなどを把握することにより利用者にとどのように支援していくか目的目標が定めやすく統一しやすいと思いました。

##### （施設）

- ・ご家族が近くにおらず代わりに病院への対応をする際に入院、退院の流れが参考になり、ご家族への説明がしやすかった。
- ・カンファレンス前の確認のために使用していました。
- ・面談に使いたい。

#### わかりやすく記載されている（合計：7件）

##### （居宅）

- ・入院前から退院後までの連携の流れがわかりやすくて助かります（3件）
- ・退院支援における連携の在り方は利用者様の入退院時にケアマネジャーとして何をすればよいか等が具体的に分かりやすく書いてあり参考にさせていただいています。
- ・フローチャートがわかりやすくて良いと思います。
- ・わかりやすいです。現実もこのとおり進めばいいのになと思いました。

##### （施設）

- ・分かりやすくまとめてあると思います。今後も活用していきます。

#### 業務の確認等（合計：8件）

##### （病院）

- ・確認して臨めるため、ありがたいです

##### （居宅）

- ・確認に使用する事が多いですが、今後面談や研修でも利用していきたいと思います。
- ・業務上での確認のため使用（2件）
- ・医療機関に連絡する為の内容確認など
- ・退院時などで確認
- ・入退院の流れ等自らの業務の確認ができ、新人から聞かれた際にも役立っている。

##### （施設）

- ・CMや介護事業所などから依頼される書類関係（診療情報提供書や指示書）について医療機関側はその内容等を理解してもらいCMや介護事業所にはその窓口や依頼の仕方がわかるといいと思います。

#### 新人教育や研修等（合計：5件）

##### （包括）

- ・看護実習生への講義資料
- ・新任職員研修等で活用しており大変参考になる。

##### （施設）

- ・新人教育に使いたいと思っているが、まだあまり機会がない状況でした。NSやCWの教育にも使ってもらえたらいいと思っています。
- ・新人教育のため確認に必要
- ・新しく入職した相談員や介護スタッフにも退院までの流れや関わる職種について分かりやすい内容となっているため重宝しています。

#### 活用する機会がなかった（合計：1件）

##### （居宅）

- ・業務が忙しく連携ガイドを熟読したり活用する場面がなかった

#### その他（合計：4件）

##### （居宅）

- ・活用させていただいております。（2件）
- ・初めて連携ガイドを拝見したので今後また活用する機会があったら使用してみたいと思います。

#### 4. 「連携ガイド」をご覧になって、今後使いやすくする為のご意見をお願いいたします。

##### ガイド自体の形について

- 退院支援フローチャートがもう少し見やすいといい。（病院：1件）
- 枠で囲っている部分の文字が小さく見づらいので、もう少し大きな文字にしてほしい。（居宅：1件）
- イラストやイメージ図，色を使い分ける等すると見やすい。（病院：1件，居宅：1件，施設：1件）
- 簡易版があると活用しやすい。（包括：1件，居宅：1件）
- ケアマネジャー，ソーシャルワーカー，在宅医療，病院の役割別にマニュアルを作成してほしい。  
（居宅：1件）

##### ガイド内に追加する事の提案について

- 介護施設の種類（特養，老健，介護医療院，グループホーム，有料老人ホーム）の紹介もあるといい。  
（施設：1件）

##### その他

- 研修に使用する際には動画があるとよいのではと思います。
- 現状のままでよいと思います。

# はこだて療養支援のしおり

## 令和5年度 アンケート集計結果

## 【年度別回収率】

種別	令和3年度			令和4年度			令和5年度		
	配布数	回答数	回収率	配布数	回答数	回収率	配布数	回答数	回収率
病院	189	79	41.8%	191	58	30.4%	191	49	25.7%
居宅	98	45	45.9%	97	40	41.2%	97	28	28.9%
包括	10	3	30.0%	10	7	70.0%	10	8	80.0%
通所系	101	24	23.8%	138	18	13.0%	137	7	5.1%
訪問系	147	44	29.9%	188	37	19.7%	188	18	9.6%
施設系 (ショート含む)	166	54	32.5%	231	46	19.9%	231	26	11.3%
合計	711	249	35.0%	855	206	24.1%	854	136	15.9%

通所系 = 通所介護、通所リハビリ、小規模多機能、看護小規模多機能

訪問系 = 訪問介護、訪問看護、福祉用具

施設系 = 特定施設入居者生活介護（地域密着型含む）、認知症対応型共同生活介護  
介護老人福祉施設（地域密着型含む）、介護老人保健施設、介護医療院  
サ高住、有料老人ホーム、ケアハウス、ショートステイ

### 1 「はこだて療養支援のしおり」（以下「療養支援のしおり」と表記）をご覧になった事がありますか。

- ・はい 94 (69.1%)
- ・いいえ 42 (30.9%)
- ・未回答 0 (0.0%)

## 【所属機関別】

	はい	いいえ	未回答
病院	32	17	0
居宅	23	5	0
包括	7	1	0
通所系	5	2	0
訪問系	11	7	0
施設系 (ショート含む)	16	10	0
合計	94	42	0

## 【年度別回答】

	令和3年度	令和4年度	令和5年度
はい	45.6%	64.1%	69.1%
いいえ	52.6%	34.0%	30.9%
未回答	1.8%	1.9%	0.0%

### 2 (1で「はい」と答えた方) 日常業務において「療養支援のしおり」を活用する機会がありましたか。

- ・はい 54 (57.4%)
- ・いいえ 40 (42.6%)
- ・未記入 0 (0.0%)

## 【所属機関別】

	はい	いいえ	未回答
病院	14	18	0
居宅	18	5	0
包括	4	3	0
通所系	3	2	0
訪問系	7	4	0
施設系 (ショート含む)	8	8	0
合計	54	40	0

## 【年度別回答】

	令和3年度	令和4年度	令和5年度
はい	45.6%	45.5%	57.4%
いいえ	52.6%	54.5%	42.6%
未回答	1.8%	0.0%	0.0%

「はい」\*どのような場面での活用だったか、お聞かせください（複数回答あり）

◆しおり内の項目について

- 限度額について（合計：4件）（病院：1件，居宅：3件）
- 病院の連絡先，病棟種類一覧（合計：14件）（病院：3件，包括：2件，居宅：6件，施設系：3件）
- 急変時対応シート活用，急変時について（合計：3件）（居宅：2件，施設系：1件）
- 訪問看護の利用について（合計：2件）  
（病院：1件）長期留置透析用カテーテル留置の患者様が退院する際，訪問看護利用について活用。  
（訪問：1件）訪問看護が利用できる場所と要件を確認。
- 各相談窓口の活用（合計：2件）（居宅：2件）
- その他  
（病院）他職種へ介護制度の説明をする際に使った。  
包括支援センターの案内をする予定があった為。  
（居宅）初回アセスメント時に体重減少を心配されていた方に栄養面でのサポートが受けられる選択肢として提案できました。  
基本マナーの振り返り  
（包括）2号非該当の利用者で障がいサービスを利用する方を担当した時。

◆活用時期，場面について

- 新人教育，研修会などで活用（合計：8件）  
（病院：3件，包括：1件，居宅：1件，訪問系：1件，施設系：2件）
- 業務中での確認，振り返り，自己学習など（合計：20件）  
（病院：3件，包括：6件，居宅：3件，通所：2件，訪問：5件，施設系：1件）
- 実務の相談時に活用（合計：14件）  
（病院：6件）独居の高齢者の支援の時（3件）  
患者さまご家族へ転院先の相談の際  
患者さんから相談を受けた時  
母親（認知症）の介護施設がまったくない状況でどのように話を進めたらよいか困っていた時  
（包括：1件）地域住民ケース対応時  
（居宅：4件）利用者の入退院時に活用（2件）  
利用者様やご家族からの質問があり活用（2件）  
（通所：2件）利用者に聞かれた時に活用（2件）  
（施設系：1件）地域住民の方対応時

「いいえ」\*活用しなかった理由をお聞かせください（複数回答あり）

- しよりの事を忘れていた。内容を把握しておらず活用できなかった（合計：3件）  
（包括：1件，施設：2件）
- 活用する事案がなかった（合計：20件）  
（病院：11件）クリニック来院者で活用対象となることがなかったため等  
（包括：4件，通所：1件，訪問：2件，施設系：2件）
- みなくても支援できた，知っている内容だった（合計：13件）  
（病院：7件，包括：1件，居宅：4件，訪問：1件）
- 連携先，職場，ネット検索などで対応できたので，活用していない（合計：5件）  
（病院：2件，包括：1件，施設系：2件）
- 知りたい情報がなかった（合計：3件）  
（通所：1件，施設系：2件）

### 3「療養支援のしおり」について、ご意見ご要望をお聞かせ下さい。

#### ◆しおりの周知について

- もっと宣伝してもいいと思います。
- 「しおり」上の支援対象者が身近に目にとめるようにするには支所等公共機関で手にとれる冊子で置いておくなどの工夫が必要と思います。
- 見る機会もありませんでした。冊子として手元があれば活用の機会があるかもしれない。

#### ◆しおり内容について

- 内容は充実している、見やすい、分かりやすい。(25件)
  - \*最新(作成時)の情報が分かりやすい。問い合わせ先が必要な場面で記載されており見やすい。介護側と医療側とで、それぞれに思う疑問や気になる点が記載されており参考になる。
- さらに詳しく知りたいところのリンク先がQRコードで調べられるようになっていところは助かります。(2件)
- 福祉や医療に関わっている人だけではなく一般市民の方でもわかりやすく書かれていると思う。
- 連携推進の基本マナーは日々の仕事を改められるよい振り返りとなりました。

#### ◆その他

- 日々の業務に活用したい。(6件)
- この度見せていただいて改めてきちんと整理されている為活用しようと思った。(2件)
- アンケート調査ではじめて知った。まず読みます。(4件)
- 手に取れるところに保管している。重宝している。(4件)
  - \*パソコン上へ取り込み常に見られるようにしている。外勤時に持ち歩きをしている。
- 今後も継続したアップデートをご期待いたします。
- すべてが網羅されている分、本人やご家族にお渡しすると混乱される可能性があるのではないか。
- ほとんど情報は見なくてもしっているが、今後新規で窓口等の一覧を作成する場合は活用できると思う。
- 新聞をみた担当圏域の町会長より欲しいと依頼があり届けた。



はこだて療養支援のしおり 令和5年更新内容

- ・リンク先と同様の、二次元バーコードを掲載。

P13：病床の仕組みを知りたい

●各病院の病床一覧

- ・国立病院機構函館病院：結核病床廃止
- ・高橋病院：一般病床廃止
- ・函館おおむら整形外科病院：地域包括ケア病床廃止
- ・函館おしま病院：療養（介護）病床廃止
- ・函館脳神経外科病院：地域包括ケア病床廃止，回復期病床開始
- ・森病院：療養（介護）病床廃止，介護医療院開始
- ・ななえ新病院，なるかわ病院の情報を追加

(令和5年6月現在)

	一般	地域包括ケア	回復期	療養（介護）	ホスピス 緩和ケア	精神	療養（医療）	療養（介護）	感染症	結核
亀田北病院						●				
亀田花園病院	●						●			
亀田病院	●	●	●	●						
共愛会病院	●	●		●			●			
国立病院機構函館病院	●	●								●
市立函館恵山病院							●			
市立函館病院	●								●	●
市立函館南茅部病院	●						●			
高橋病院	●	●	●							
富田病院	●					●	●			
ななえ新病院		●	●				●			
なるかわ病院						●	●			
西堀病院	●	●	●	●						
函館おおむら整形外科病院	●	●								
函館おしま病院					●		●			
函館記念病院				●		●	●			
函館協会病院	●	●	●	●			●			
函館五稜郭病院	●									
函館市医師会病院	●	●		●						
函館新都市病院	●		●							
函館赤十字病院	●	●								
函館中央病院	●									
函館脳神経外科病院	●	●	●							
函館稜北病院	●	●	●							
函館渡辺病院	●					●				
森病院					●		●			

P16：病院の相談窓口がわかりにくい

●病院相談窓口一覧

- ・亀田病院：直通番号を追加
- ・国立病院機構函館病院：「相談支援室」から「地域医療連携室」へ変更
- ・市立函館恵山病院：「看護科」から「医療連携室」へ変更
- ・高橋病院：「医療福祉相談・地域連携室 入退院支援室」から「総合支援センター」へ変更
- ・ななえ新病院，なるかわ病院の情報の追加
- ・函館おおむら整形外科病院：代表番号から直通番号へ変更
- ・函館おしま病院：「医療相談室」から「入退院支援室」へ変更
- ・函館協会病院：「地域医療福祉相談室」から「地域医療福祉連携室」へ変更
- ・函館五稜郭病院：「医療相談課・在宅療養支援室」から「地域連携・PFMセンター（Patient Flow Management）」へ変更  
代表番号から直通番号へ変更

【函館市および近郊 病院相談窓口一覧】 \*五十音順 (令和5年6月現在)

医療機関	相談窓口	連絡先
亀田北病院	地域連携室 認知症疾患医療センター	46-4651 (代表)
亀田花園病院	地域連携室	33-2501 (直通)
亀田病院	地域連携室	40-1500 (代表) 41-8883 (直通)
共愛会病院	入退院支援室	33-1166 (直通)
国立病院機構函館病院	地域医療連携室	51-0229 (直通)
市立函館恵山病院	医療連携室	85-2001 (代表)
市立函館病院	患者サポートセンター	43-2000 (代表)
市立函館南茅部病院	事務	25-3511 (代表)
高橋病院	総合支援センター	23-7221 (代表)
富田病院	地域医療連携室	52-1114 (直通)
ななえ新病院	ソーシャルサポートセンター	65-8879 (直通)
なるかわ病院	医療相談室	65-7131 (代表)
西堀病院	地域連携課	78-0102 (直通)
函館おおむら整形外科病院	地域連携課	47-5333 (直通)
函館おしま病院	入退院支援室	56-2308 (代表)
函館記念病院	地域医療連携室	42-0769 (直通)
函館協会病院	地域医療福祉連携室	53-5511 (代表)
函館五稜郭病院	地域連携・PFMセンター (Patient Flow Management) ・入院および外来受診予約 ・入院中・通院中患者・介護関連の相談	51-5699 (直通) 51-2498 (直通)
函館市医師会病院	医療・介護連携課 医療福祉相談係	43-4873 (直通)
函館新都市病院	医療支援課連携係	46-1321 (代表)
函館赤十字病院	医療相談室	52-4363 (直通)
函館中央病院	医療福祉相談室	52-1231 (代表)
函館脳神経外科病院	医療相談室	31-0606 (直通)
函館稜北病院	医療福祉相談課	31-1791 (直通)
函館渡辺病院	渡辺病院 患者総合サポートセンター 一般科，精神科診療の窓口(入院・受診等の予約)	59-2357 (直通)
	渡辺病院 医療福祉支援科 入院中患者，通院中患者の総合相談	59-4198 (直通)
	ゆのかわメンタルクリニック 精神科診療の窓口(入院，受診等)	59-3331 (代表)
森病院	医療相談室	47-2222 (代表) 83-1711 (直通)

P17：お薬についての相談は？

掲載文章の変更

P24：生活困窮者への支援方法は？

●生活困窮者自立支援制度

掲載文章の変更，函館市 HP のリンクを追加

●生活福祉資金

掲載文章の変更，北海道社会福祉協議会 HP のリンクを追加

P25：通院の移動手段がなく困っている方がいる

●1人で公共交通機関を利用することが困難な方の移動手段について

- ・車への乗降について（通院等乗降介助）

問い合わせ先の追加

P27・28：曜日・時間帯別の医療機関のかかり方について知りたい

函館市 HP のリンクを追加

P32：歯科，栄養管理に関する相談窓口は？

●函館歯科医師会 道南圏域在宅歯科医療連携室

受付時間の変更（10時から9時に変更）

●北海道栄養士会「栄養ケアステーション函館支部」

北美原認定栄養ケア・ステーション

北海道栄養士会 栄養ケアステーション函館支部の住所変更

P33：柔道整復師，鍼灸師・マッサージ師に訪問してもらい治療や施術を受ける事はできる？

●柔道整復師による訪問

函館ブロックの会長変更に伴い，連絡先の変更

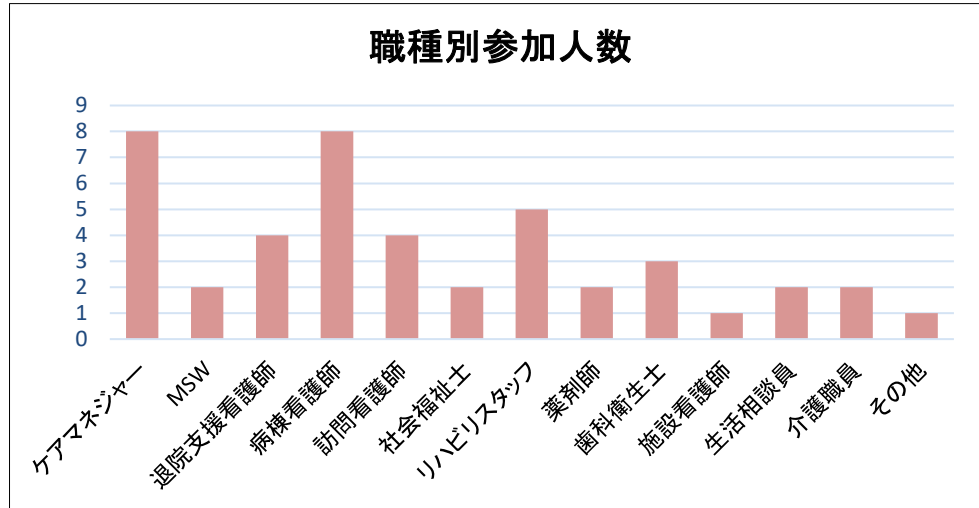
●鍼灸師・マッサージ師による訪問

掲載文章の変更

## 令和5年度 入退院支援連携強化研修会(ガイド編) アンケート集計結果

n = 41 (回収率: 93.2%)

研修参加人数: 44名  
職種別参加人数



### 1. 所属機関をお聞かせください。

・医療機関	20	(48.8%)
・介護機関	21	(51.2%)
・その他	0	(0.0%)

### 2. 現在、従事されている職種をお聞かせください。

・保健師	0	(0.0%)
・看護師	16	(39.0%)
・ケアマネジャー	10	(24.4%)
・相談員	3	(7.3%)
・社会福祉士	2	(4.9%)
・リハビリスタッフ	4	(9.8%)
・薬剤師	2	(4.9%)
・歯科衛生士	3	(7.3%)
・その他	1	(2.4%)
(介護福祉士)		

### 3. 今回の研修はいかがでしたか。

・よかった	40	(97.6%)
・どちらともいえない	0	(0.0%)
・よくなかった	1	(2.4%)
・無回答	0	(0.0%)



## 【ご意見等】

### 【ケアマネジャーからの意見】

- ・医療の現場の話を受けました。
- ・他職種での意見をきけて情報提供時に気を付けようと思える研修となった。
- ・他の職種の方の意見が聞けました。お互いに思う事が理解できた。
- ・病棟看護師さんが在宅に戻ったあとの生活を気にしているということがわかり、直接支援している看護師とのやりとりできると嬉しいと思いました。
- ・グループワークを各職種から様々な意見をきけてとても良かったです。ただ入退院支援というところをテーマとしてワークを行っていく時に事例の中身について入り込みすぎてしまってテーマにそったワークができていないと感じたので、ファシリテーターの軌道修正があればと思ってしまいました。
- ・多職種の方々と話ができただけでよかった。
- ・どういった場面でズレが生じるか多職種の話をきけた。
- ・施設として色々な職種の方と話す事ができて良かったです。歯科衛生士さんの話はとても良かったです。
- ・他職種で事例検討グループワークすることで顔の見える関係づくりの機会となった。
- ・他職種の方との交流が出来よかったです。

### 【医療機関：看護師からの意見】

- ・各職種での話がとても勉強になった。退院をみすえた関わりをしていきたい。
- ・他職種の方と退院に向けてのお話しができて大変勉強になりました。今後、病棟看護師として退院に向けての関わりで意識していけるよう頑張りたいと思いました。
- ・他職種の方達の意見、考えを直接きくことができ参考になりました。
- ・よくある事例から発展させ意見交換ができました。すごくよかったです。
- ・地域包括ケア病棟の看護師です。地域へつなぐ役割として在宅チームとの連携強化、患者中心の退院支援は必須ですが、なかなかうまくいかないのが現状です。研修の中では(違う研修でも)看護師は忙しいから会えないという声が聞かれる。私達はそう思っていなかったのも、もっと対面で話す機会を設けたい。
- ・他職種の方の意見や看護師とのやりとりのしづらいケース等、具体的に知る事ができ院内だけではなく外部の方達ともよりよい関係性を築けるよう普段から意識しようと思えました。また改めて退院支援について考える事ができ今後につなげていきたいと思えました。
- ・ディスカッションが活発にされて、とても楽しく学ぶことができました。
- ・グループワークで色々な職種と交流ができ良かった。病棟看護師がもっと出ればもっと良い。
- ・同じ悩み、疑問を持っていることが、わかって少し自信がもてました。
- ・様々な職種の方の立場から意見をたくさん聞く事ができすごく勉強になりました。
- ・他職種の方とお話しができ共感することができた。病院で勤務していると在宅のことが少しくずくなっていたため、在宅側の考えを聞く事ができて良かったです。

### 【介護機関：看護師からの意見】

- ・多職種の思い考えをきくことができ勉強になりました。
- ・多職種で話し合えてとても勉強になりました。
- ・もう少し時間があつたらいいかな。
- ・他職種の考え方や知りたい事、疑問などをたくさん聞きこれから入退院に関わりをしていく中での伝え方、目標の決め方を考え直す機会となった。

### 【相談員からの意見】

- ・様々な意見や思いは聞けた。
- ・色々な職種の人達とのグループワークはとてもよかったです。色々な意見を聞けたので参考になりました。
- ・他職種の方の考え方を聞いて貴重な体験ができた。

### 【社会福祉士からの意見】

- ・テーマがよかった。
- ・自分とは違う職種の方の視点から見た認識のズレを知ることができて、今後自分が連携するとき気をつけたいと思うことができました。

### 【リハビリスタッフからの意見】

- ・他職種の意見交換はよかったです。共感を受けてもらったと感じています。
- ・看護師やケアマネが感じている課題とリハビリで感じている課題にギャップがあり、そこを学べた事がよかったです。具体的に入院時カンファレンスを開いて、ケアマネやリハビリなどが情報共有できると本当によいと思いました。
- ・医療介護機関、両方の意見を聞く事ができ、また経験年数も様々でたくさん学びがありました。
- ・普段受ける側である事が多いので、急性期の方との情報交換ができてよかった。

### 【薬剤師からの意見】

- ・他の職種の考え方を知る事ができました。やはり顔の見える関係が大切だと思います。
- ・今まで知らなかった他の職種からの視点や知りたい情報を知る事ができた。

### 【歯科衛生士からの意見】

- ・多職種でのグループワークは初めてでしたが、色々な意見が聞けた。口腔への関心ももっていただける事が知れた。
- ・対面での研修でグループワークできたのがよかったです。顔の見える関係作りが大切だと思います。
- ・他職種との研修会に初めて参加をさせていただきました。1人の患者さんの為に色々な職業の方が同じゴールをめざす、歯科衛生士として今後の関わりを深くしていきたいと思いました。ありがとうございました。

### 【介護福祉士からの意見】

- ・様々な職種の方からの意見を聞く事が出来て良かった。又あったら良いと思う案も今後は増えるように考えてみたいと思いました。

## 4. 今後、入退院支援連携について、どのような内容の研修会を希望されますか？

### 【事例検討・現場の実際の共有】

- ・退院前カンファレンスの色々な事例ケースの共有
- ・グループワークで事例について理解をさらに深められる内容
- ・入退院のカンファレンスについて、薬の連携について
- ・多職種の連携について
- ・現場の看護師セラピストに介護の現場の実際を伝達できる内容の研修はどうか。
- ・医療側(病院側)に求めていることを知りたいです。

### 【在宅での介護サービスについて知りたい】

- ・介護分野、サービスの種類が知りたい。
- ・介護サービスについてや介護度によるサービスの内容の違いや在宅でのサービス調整の仕方などが知りたいです。

### 【研修方法の希望】

- ・単純に交流会
- ・もっと集まる機会を作ってほしい。ゴールのイメージを共有していきたい。
- ・今回のように他職種の方とのグループワークができる研修がよいと思いました。
- ・在宅と医療(病棟)、ケアマネとMSWと病棟との共働、今回の機会の研修
- ・今後もグループワークで話し合えるとよいと思います。
- ・今回初めて参加させていただいたので、また同じような内容で参加したいです。
- ・看看連携について(2件)
- ・入院や退院を後で本人から聞く事がありますが、どこかで関われば良いと思っています。今日の研修も患者さんの生活を良くするための色々な意見がありました。こういう機会があると参加したいです。
- ・また多職種で顔の見える研修が増えるといいなと思いました。
- ・ロールプレイ

### 【参加職種の希望】

- ・病棟看護師、介護福祉士をよんでほしい。
- ・もっと多くの職種の方の意見を聞きたい。





## 5. その他、ご意見・ご質問等がございましたらご記入ください。

### 【次回にむけてのご意見】

- ・ GWで事例の深掘り, 事例検討になりかけてどうしようかと思いました。
- ・ GW1回目のファシリテーターさんがもっと話を深めて行ってほしかった。
- ・ 集合研修がよいです。
- ・ とても勉強になりました。他職種の方の意見が聞けて良かったです。
- ・ 久しぶりの医療関係者の方とワークができてとてもよかったです。
- ・ 一つの考えにとらわれずにしたいです

### 【感想】

- ・ 学びの多い研修になりました。本当にありがとうございました。
- ・ 大変勉強になりました。在宅, 医療は患者中心です。また参加したいです。
- ・ 参加できてよかったです。ありがとうございました。
- ・ 貴重な経験, ありがとうございました。
- ・ 今日の研修はとても良かったです。
- ・ とても参考になりました。
- ・ 初めて参加しましたが, とても有意義な時間でした。ありがとうございました。
- ・ また機会がありましたら, 参加したいと思います。ありがとうございました。

ご協力ありがとうございました。

グループワークで出た意見まとめ  
「令和5年度 入退院支援連携強化研修会（ガイド編）」

【日 時】令和5年11月17日（金）18：30～20：00

【内 容】

テーマ：関わっているその人のイメージ，ズレているかも？

～病院・在宅・施設間のズレないイメージの情報共有とは～

① 事例を通して，イメージのズレを考える

発表者：北海道MSW協会南支部 医療相談員 岩城 朋美 様

② グループワーク

発表で出された事例をもとに，普段の日常業務でのイメージのズレはなぜ起こるのか？ズレる事での困り事を話し合い，今後に向けてグループ内でディスカッションをします。

◆イメージがズレる原因

（医療側）

- ・生活がイメージできない。
- ・入院前の状態が想像できない（本当に歩いていた？と思ってしまう事がある）
- ・本人の安全ばかり気にして，不要な手すりを準備して能力をさげていた。
- ・病院でできることが在宅でもできるだろう
  - \*サクション：医療側1～2回，介護側どうするの？
  - 介護のサービスの限度がある事をしらない
- ・在宅でできる事をしらない（少しでもできないと施設入所となる事がある）
- ・院内での情報共有不足
  - 在宅がイメージできているNS，想像できないNSによって違う（経験）
- ・情報のズレ
  - スタッフの認識不足で紹介した時と状態がかわっている事が伝わっていない
  - 在宅を想像して情報を伝えられていない

（介護側）

- ・入院前の状態と病院で「治った」という状況に差（ズレ）があるため，こんな状態で帰すなんて！の不満になる
- ・高齢者が入院するという事の理解がちがう。
  - 例）100歳の患者。ただでさえADLは落ちていく状況。入院するとADLが下がるのは理解しているのか。ACPどうなっていたのか？
- ・車いすでしか会う事のない利用者のイメージができない
- ・本当に歩いていた？ごはん食べていた？入院前の認識のズレ
- ・入院前からADL落ちていたのでは？時間軸のズレ
- ・サマリー作成のタイムラグがある

## (共通)

- あいまいな言い回しのためイメージがズれる  
具体的な表現の不足→人により受け取り方が違う  
例)「ちょっと」「たくさん」「前は」など
- 思いやりが欠けている
- 職種として見方がちがう
- それぞれの解釈が違う  
年相応についてなど解釈  
移動等 1 つの事を意図的に確認しないとズれる  
やわらかい食事(歯を入れないで食べれるものにされているだけ?)とは
- 在宅ケアマネだと利用者の生活について頭にイメージがあり、病院側だとその時の状態のイメージがあるので双方にズレがでる
- 家族はできていると思っているけど、ケアマネ情報はできていない事がある
- 時間軸でアセスメントできていない(アセスメントは共同作業)  
各サービスからの情報提供、ズレがいつから生じているかについてのアセスメント  
時間軸・入院前からADLおちていた可能性がある(病院側から意見)
- 退院前カンファ  
情報ズれている。病院：情報もっていない人参加している?
- 知識技術に差がある。(患者の思いを聞ける技術など)
- お互い今の目の前の情報しか伝えきれていない
- 高齢者が入院するという事に認識のズレ

## ◆イメージのズレに対する対応

### (医療側)

- 生活イメージできるため、在宅の情報は早めに知りたい
- 家屋調査で現場をみる

### (介護側)

- 自宅の様子を伝える  
\*こういう人でも生活しているんだ

## (共通)

- 病院内での正確な情報共有  
介助かや住環境、一部介助ってどんな介助かの詳細な情報  
例)トイレ入るとできる、トイレまでの移動  
「できるADL」「しているADL」を分けて伝える  
タイムリーな口頭での情報  
フレッシュな情報  
伝える、見える化：画像、動画  
目で見える情報が必要  
• 家屋調査(入院時、退院前など)

- ・病院リハビリ見学

入院することでの時間軸のズレからまた基線に戻る為にも、家でどうしたいのかイメージを共有

介護士さんもカンファレンスに参加（介助がうまい、よく状態をみている）

利用者の情報が少ない時は他のサービスの情報をもらい情報収集

「思う」ではなく確実な情報

共通言語

- ・ゴールを決める→退院近くの姿（カンファレンスを2～3回）

入院時に帰るためのゴールを共有する

例）歩けば帰れる？車いすでもOK？など・・・

在宅が望む退院時の患者像と家族が望む退院像と病院の退院像とズレがあってはいけない。

退院前カンファレンスで分かり合える事がある

- ・入院の早い段階でのカンファレンスも大切

一度話したからといって伝わっているとは限らない

アセスメントは共同作業で、登場人物を多くする

- ・話しやすい関係性、良好な関係性を築く

＊気をつかうことも必要だが、お互い遠慮せず細やかなやりとりがズレを防げる？

文字、書式も大事だがズレをうめきれない

言葉使い

伝え方（在宅病院双方への配慮）

書面だけではなくその後の確認、興味を持つ

聞いた事を聞き直す

聞くタイミング

- ・IDリンク活用、はこだてサマリー（共通のツールをもっと有効活用）

- ・知識が足りないスタッフを育成する事（患者の思いを聞ける人材）

### ◆各職種からの意見

- ・転ばないようにではなく、起き上がれるように（専門職）
- ・歩ける工夫がもっとできたのではないか（福祉用具がすべてではない）
- ・歯をいれて食べているかまで確認。
- ・軟食とはどの程度？誤嚥？肺炎の要因として、口腔ケアしていたか？
- ・のみ忘れなのか飲まない原因を探る。

例）自分では「薬のんでいる」実際は飲めていない

## はこだて入退院支援連携ガイド 見直し（案）

## （変更内容）

1, P11 : (3) 入院中〔医療機関〕④在宅・施設担当者との協力  
9行目文章変更

退院後、訪問診療が必要な場合、対応が可能か、かかりつけ医に相談しましょう。かかりつけの患者の場合のみ対応する医師もいます。（在宅医療・介護連携マップ>函館市医療・介護連携支援センターHP <http://hakodate-ikr.jp> 参照）



退院後、訪問診療が必要な場合、対応が可能か、かかりつけ医に相談しましょう。かかりつけの患者の場合のみ対応する医師もいます。  
施設の体制や訪問診療の情報など、函館市医療・介護連携支援センターHP 医療・介護連携マップにおいて検索が可能です。（検索方法は●ページ：8医療・介護連携マップ参照）

2, P11 : (3) 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  
8行目文章追加

施設の体制（医療処置の対応）については、函館市医療・介護連携支援センターHP 医療・介護連携マップにおいて検索が可能です。（検索方法は●ページ：8医療・介護連携マップ参照）

## 3, 最終ページに、函館市医療・介護連携支援センターHP 医療・介護連携マップの情報を掲載する

\* 1, 2, 3における参考意見

- ・介護施設の種類（特養，老健，介護医療院，グループホーム，有料老人ホーム）の紹介もあるといい。

## はこだて療養支援のしおり 見直し案

北斗市・七飯町の情報について、令和5年度に病院相談窓口と病床一覧を追加したが、それ以外の項目については、しおり本体ではなく別冊として、問い合わせ先やHPのリンクを掲載する。

### [掲載項目ページ]

- ・P5 介護保険の仕組みや内容を知りたい
- ・P5 介護保険のサービスを利用するには？
- ・P7 医療費について知りたい
- ・P15 担当の介護支援専門員がわからない
- ・P18 訪問看護を利用したい
- ・P20 認知症が疑われる場合は？
- ・P23 身寄りのない方への支援方法は？
- ・P24 生活困窮者への支援方法は？
- ・P25 通院の移動手段がなく困っている方がいる
- ・P26 苦情の相談窓口は？
- ・P27 曜日・時間帯別の医療機関のかかり方について知りたい
- ・P35 地域の社会資源/高齢者の住まい

例) 別冊「はこだて療養支援のしおり」北斗市・七飯町の窓口について

#### 医療側



介護保険のサービスを利用するには？

#### ●介護保険の申請

介護保険サービスを利用するには、要介護認定を受けるための申請が必要になります。第1号被保険者の方は、介護や支援が必要な方。(病気やけがの種類は問われません。)第2号被保険者の方は、初老期における認知症や脳血管疾患など、国が定める16種類の特定疾病が原因となって介護が必要な方が申請できます。

#### 【申請方法】

- ・ご本人、ご家族が直接、市の窓口で申請
- ・居宅介護支援事業所(介護支援専門員のいる事務所)や地域包括支援センターに代行申請を依頼

◎居宅介護支援事業所についてはこちらをご参照ください。

⇒北斗市HP「[北斗市 介護保険サービス事業者一覧](#)」



⇒七飯町HP「[七飯町 町内介護保険サービス事業所一覧](#)」



## 令和6年度「入退院支援連携強化研修会」(ガイド編)：案

### 研修内容設定の趣旨

令和5年度の本研修では、多職種が連携して対象者に寄り添った入退院支援をするためには、対象者の生活イメージを共有することが重要であるということを、事例をもとにグループワークを行い、関係者間で共有することができた。

ひとりひとりの対象者が持つ生活はそれぞれ異なるため、様々な事例を学ぶことで、より円滑な入退院支援につなげることができると考え、令和6年度も令和5年度と同様の研修を実施することとしたい。

また、本研修は定員50名の小規模研修であるが、より多くの関係者が「生活イメージのズレ」についての知識を共有し、入退院支援の質を向上させる観点からも、複数回の実施が望ましいと考える。

日 時：令和6年未定 \*コアメンバーと日程調整

\*コアメンバー

函館市地域包括支援センター連絡協議会：福島 久美子様

道南在宅ケア研究会：廣瀬 量平様

函館地域医療連携実務者協議会：奥山 ちどり様

一般社団法人 北海道MSW協会南支部：岩城 朋美様

道南訪問看護ステーション連絡協議会：高橋 陽子様

開催方法：集合開催

研修形態：事例をもとに、グループワーク

参加人数：50名ほど

\*人数の内訳（予定）

- ・居宅・包括（10名）、施設関係（5名）・・・・・・・・・・15名
- ・訪問看護（5名）、リハビリ（5名）、病棟看護師（5名）・・・・15名
- ・MSW、退院支援看護師・・・・・・・・・・・・・・・・・・10名
- ・薬剤師（5名）、歯科衛生士（2名）・・・・7名

参集方法：下記①②の事業所に案内をFAX 配信

① ガイドアンケートを配布する事業所に配信

病院（診療所のぞく）

居宅・包括

特定施設入居者生活介護（地域密着型含む）・認知症対応型共同生活介護

介護老人福祉施設（地域密着型含む）・介護老人保健施設・介護医療院

軽費老人ホーム・住宅型・サ高住

② 訪問看護 ST

分科会のメンバーから依頼

[薬剤師] [リハビリ] [病棟看護師] [歯科・歯科衛生士]

\*参加が少ない時にメンバーに相談

[包括・居宅] [訪看] [MSW・退院支援看護師] [施設]

テーマ：関わっているその人のイメージズしているかも？

～病院・在宅・施設間のズれないイメージの情報共有とは～

目的：入退院の際に、関係職種が協働し情報提供を行う事で、一体的でスムーズな医療・介護サービスが提供され、患者・利用者が希望する場所で望む日常生活が過ごせるようになる

目標：・ガイドの内容を通じて、適切な入退院支援の連携の在り方を考え、入退院支援に関わる職種間で相互理解ができる

・研修での学びを通じて、明日から入退院支援に係る連携を強化できる

構成：①事例発表（事例提供者：北海道MSW協会南支部 岩城 朋美様）

\*入院から退院までの間の医療、介護間のイメージのズレについて

②グループワーク

\*GW 司会：ファシリテーターが担う

[役割]

- ・座長：分科会長
- ・ファシリテーター：退院支援分科会メンバー
- ・総合司会：センター

[方法]

◆事例（事例をヒントに経験した事もOK）について話し合う

- ① 事例内での認識のズレはどこにあるか、なぜズレるのかを考える
- ② ズれる事で起こるであろう事、回避するにはどうするとよいかを話し合う

◆ワールドカフェ風

①40分話す（模造紙に各々書いていく）

\*事例について個人ワーク（1分くらい）

\*内容①②について

事例についてだけでなくてもよい

エピソードを話してもよい

②席替え（ファシリテーターはそのまま）して20分

\*前のグループの人達の意見をふまえて再度話し合い、模造紙に記載する

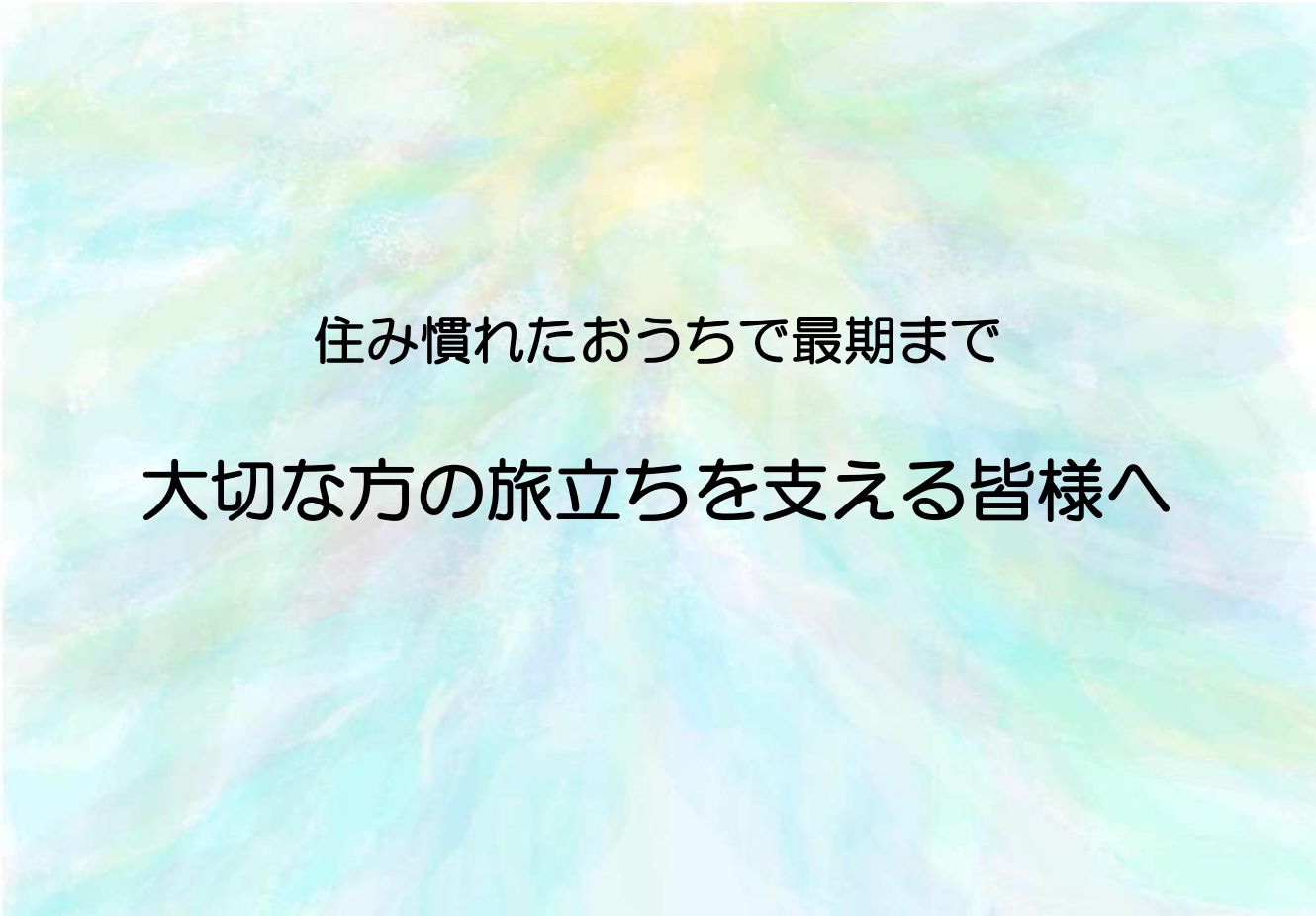
③そのままの席で発表する

\*2回目の席替えの時に司会から発表者を指名する

[発表]

- ・座長：分科会長





住み慣れたおうちで最期まで  
大切な方の旅立ちを支える皆様へ

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

## はじめに

この冊子は、住み慣れた地域で自分らしい暮らしをする中で、大切な方とのお別れが近づいている、または住み慣れたご自宅で最期を迎えたいと心づもりをされている方に読んでいただきたいと思い、作成いたしました。看取ることができるのか、何をすればいいのかと不安になることはあると思います。その不安をひとつひとつ紐解いて、心の準備をしていただければと思います。



### 大切な方の旅立ちを支える皆様へ

この先のページには、  
大切な方の旅立ちに向かう様子が書かれています。  
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。

大切な方の旅立ちについて考えた時に、  
本冊子をご覧いただきたいと思います。

これからの事を考えると、不安や心配を感じると思います。  
少しでも皆様の不安や心配が軽くなるよう  
お手伝いができれば幸いです。





## も く じ



- 1 看取りについて・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1P  
【緊急時の連絡先】・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 3P
- 2 人生の最期に至る軌跡・・・・・・・・・・・・・・・・ 4P
- 3 知ってほしいこと・ご家族ができること・・・・ 5P
- 4 これからの経過について・・・・・・・・・・・・・・・・ 7P
- 5 看取りの時・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 9P

## 1 看取りについて

### ◆主治医や介護サービスに関わる専門職に相談をしましょう

自宅（高齢者住宅等も含みます）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が必要となります。また、日々の介護をサポートするサービス（ケアマネジャーや訪問看護、訪問介護など）を利用することもできます。

どのような変化が起きるのか、どのように対応するといったのかなど様々な不安について、主治医やサービスに関わる専門職（ケアマネジャーや看護師など）に相談し、ご本人にとって何が一番よいのかを一緒に考えていきましょう。

訪問診療の対応を行っていない病院やクリニックの医師が主治医の場合、通院ができなくなった時や息を引き取った時に自宅に伺うことが難しい可能性があります。

自宅での看取りを希望する場合には、事前にきちんと主治医と話し合っておく必要があります。

### ◆救急車を呼ぶということについて

自宅での最期を決心しても、死が間近にせまると、あわてて救急車を呼んでしまうことがあるかもしれません。また、いざその時になると心境が変わることもあるかもしれません。119番通報することは、「救急隊に救急処置をしてほしい」「処置を継続して医療機関へ搬送してほしい」という意思表示になります。救急搬送中や受け入れ先の救急医療機関では、可能な限り人工呼吸や心臓マッサージ等の救命処置を行いますが、もしかすると、それは本人が望まないことかもしれません。

ご本人にとって何が一番よいのかをふまえて、容体が変化したらどうするのか、救急車を呼ぶのか、主治医に連絡するのかなど、主治医とサービスに関わる専門職（ケアマネジャーや看護師など）とよく相談し、皆で共有することが大切です。主治医やサービスに関わる専門職とともに連絡先等を共有することも必要です。

\* 3ページの「緊急時の連絡先」に記入しておきましょう。

## 自宅で最期を迎える時によくある疑問



### ◆介護者が疲れてクタクタになってしまったら、どうしよう？

介護者の方が休養をとるための、ショートステイの利用等もできます。主治医，看護師，ケアマネジャー等にご相談ください。

(利用予定先の施設の空室状況によっては，すぐに対応できない場合もあります)

### ◆最期の場所を自宅に決めたら，入院には変更できないの？

自宅で最期まで過ごすか入院するかは，いつでも変更できます。

もしつらい思いをしているのであれば，最期の場所を自宅に決めただからといって我慢することはありません。主治医，看護師等に相談してください。

(入院予定先の医療機関のベッドの空き状況によっては，すぐに対応できない場合もあります)

「もしものときに，どうしたいか」は，心身の状態に応じて変わっていくことがあります。変わっていくこともあるけれど，何度でも繰り返し，見直すことができます。ご本人や家族，主治医やサービスに関わる専門職（ケアマネジャーや看護師など）と一緒に考え，話し合みましょう。

## 人生会議（ACP：Advance Care Planning）

ご本人が大切にしていることや望んでいること，どこでどのように過ごしたいのか，またどのような医療・ケアを受けたいのかを，日頃から自分自身で考え，家族など大切な人たちと共有したり話しあっておくことはとても大切です。そのことを「人生会議」といいます。

\*人生会議の説明書として，函館市医療・介護連携推進協議会 情報共有ツール作業部会で発行している「もしもノートはこだて」があります。下記のリンクまたは二次元バーコードからご覧いただけます。

⇒函館市医療・介護連携支援センターHP

[「もしもノートはこだて」](#)



いざという時のために、連絡先を記入しておきましょう。

緊急時の連絡先



主治医など

名称	氏名・勤務先名称	電話番号
主治医	氏名：	
	勤務先：	
訪問看護師	氏名：	
	勤務先：	
ケアマネジャー	氏名：	
	勤務先：	
	氏名：	
	勤務先：	
	氏名：	
	勤務先：	
	氏名：	
	勤務先：	

家族や友人など

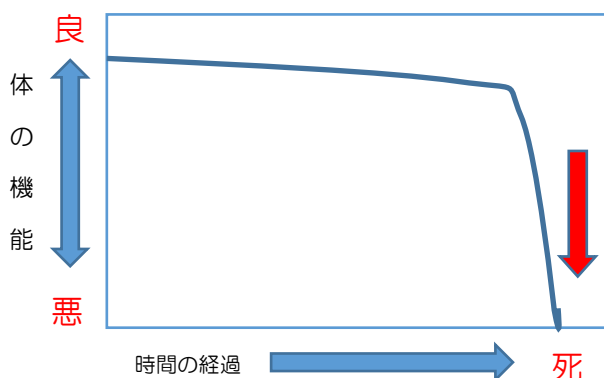
名称	氏名	電話番号
家族		
家族		

## 2 人生の最期に至る軌跡

### がん（悪性新生物）

がんは日本人の死亡原因の第1位（約3割）となっています。「寝たきり」の期間は、おおよそ1～2ヶ月とされています。個人差はありますが、亡くなる数日前まで仕事や趣味の時間を過ごされる方もいます。

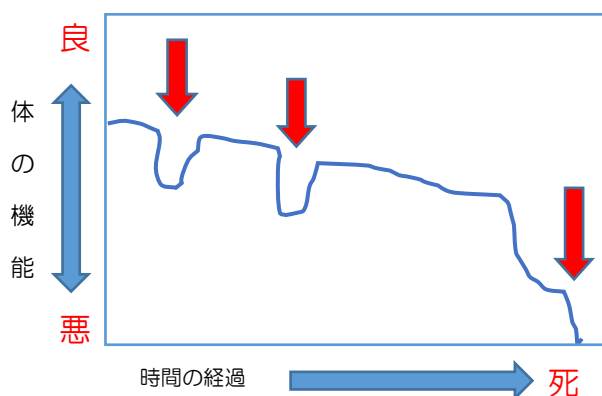
比較的長い時間、体の機能は保たれ、最期の数カ月で急速に機能が低下



### 心不全，呼吸不全

比較的長い間、病気の悪化で入院，改善して退院するという事を繰り返しながら徐々に体の機能が衰え，最期は比較的“急”な経過を迎えることがあります。「入院治療をすれば元の生活に戻れる」という見通しがつかなくなってきた時，本人の意思，家族の思いを踏まえた治療方針の決定が望まれます。

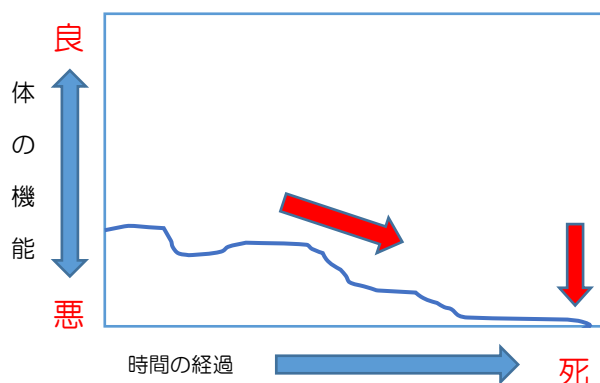
入退院を繰り返しながら，徐々に体の機能が衰え，最期は比較的急に機能が低下



### 認知症・老衰

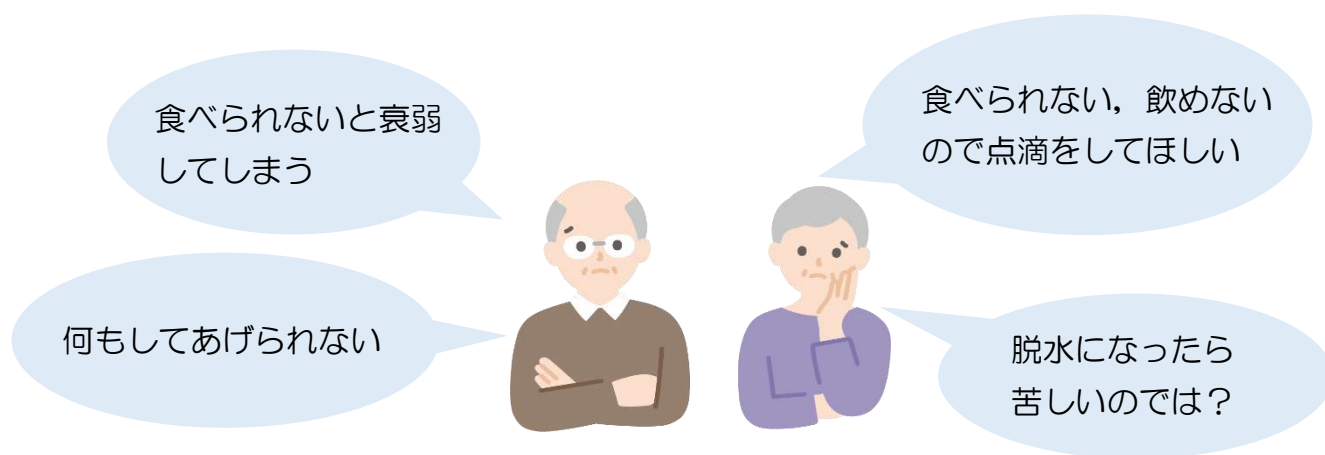
時間の経過にかなりの幅があり，場合によっては「寝たきり」の期間が10年以上におよぶこともあります。そのため最期を迎えるまでの見通しが難しく，また本人の意思決定能力が乏しくなる場合もあり，元気なうちから，本人の意思，家族の思いを話し合っておく必要があります。

体の機能が衰えた状態が長く続き，さらにゆっくり機能が低下



### 3 知ってほしいこと・ご家族ができること

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をとる量が少なくなってきました。ご家族もつらい気持ちになることと思います。



#### ◆点滴について知ってほしいこと

体の働きが衰えてくると、むくみがでてくることがあります。また、体力が低下すると、唾液や痰がからみやすく、自分で出すことが難しくなります。このような状態となった時は、点滴をすることでむくみや痰を増やしてしまい、かえって苦痛を増やしてしまうことも少なくありません。点滴を控えたり、量を減らすことで苦痛が和らぐこともあります。

点滴により水分や栄養を補うことを積極的に考えたほうが良い時期なのか、点滴により体の回復や安定が見込めないばかりか、逆に負担を増やしてしまう可能性がないかを、状態に合わせて検討する必要があります。

主治医や看護師と相談し、ご本人にとって何が一番よいのかを一緒に考えていきましょう。



## ◆ご家族は、こんなことができます



- 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を考えてみましょう。

□あたりがよくカロリーのあるアイスクリーム  
水分の多いかき氷やシャーベット状のもの など・・・



- 口の中をきれいにすることで，ご本人の気分がよくなり食べやすくなる場合があります。
- 好きなものなら食べられる場合があります。好きなものを楽しく食べられることが大切です。無理のない程度に食べさせてください。

お酒や刺激の強いものなどが好き，「これは大丈夫かな？」と思った時は，主治医や看護師に相談してください。

また，食事以外でも，ご本人が喜ぶことを一緒に考えましょう。



## 4 これからの経過について

人の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。看取りまでどのような経過をたどるのか、大まかな変化をお伝えします。

### 1 週間前頃からの変化

#### ◆だんだんと睡眠時間が長くなっていきます。

- 時間、場所、相手がわかりにくくなります。
- 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ることがあります。

#### ◆おしっこが少なくなり、色が濃くなってきます。

#### ◆食べたり飲んだりすることが減り、飲み込みづらくなったりむせたりします。

体の代謝が低下することで、変化が起こってきます。無理に食べさせたり飲ませたりはせず、やさしく穏やかに話しかけ、背中や手足などをさするなど、ご本人が安心できるように接しましょう。

残された時間は少なくなってきています。

目を開けて簡単な会話ができたり、手を握ることができるうちに、ご本人が会いたいと思う人と会う機会をつくりましょう。

ご家族もご本人の調子をみながら、お話ししましょう。

## 1～2日前から数時間前にかけての変化

### ◆声をかけても目を覚ますことが少なくなります。

聴力は最後まで残ると言われています。できるだけ声をかけてあげてください。

### ◆のどもとでゴロゴロという音がすることがあります。

- ・だ液をうまく飲み込めなくなり、のどの奥にたまり振動して音が出ています。



ご本人は苦しさを感じてはいない状態です。顔を横に向ける、上半身を少し上げるとよくなることもあります。ティッシュや綿棒で、だ液をぬぐい、口の中をきれいにします。

### ◆呼吸が不安定になり、呼吸をしていない時間が生じるようになります。

- ・看取りが近くなるにつれて、息をすると同時に肩やあご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。 おしっこがさらに少なくなる、または出なくなってきました。

- ・血圧が下がり循環が悪くなるためです。

いよいよ看取りが近くなると、このような変化がみられます。

しかし、上記の変化がなく急に息をひきとられることもあり、個々によって異なります。看取りに特別な技術はいりませんが、不安なことがたくさんあると思います。

主治医や看護師とともに、どのような時にどのような連絡をしたらよいのか等を決めておく必要があります。

一緒に考え、看取りの時を迎えましょう。

\* 3ページの「緊急時の連絡先」も確認しておきましょう。

## 5 看取りの時

その時がきました・・・

### ◆呼吸がとまる時／とまっているのに気づいた時

**主治医または訪問看護師に、連絡をしましょう。**

全身状態が悪くなった場合、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。救急車は呼ばず、必ず主治医または訪問看護師に連絡してください。

- 在宅医療を受けている方は、亡くなる時に主治医が立ち会っていても問題はなりません。主治医は、連絡を受けて訪問し、必要な処置を行い、死亡診断書の準備をします。
- 連絡は急がなくてもいいです。ご家族で十分なお別れをしてからでも大丈夫です。
- いつ亡くなったかわからなくても大丈夫です。気づいた時間を教えてください。

### ◆旅立つ瞬間に、そばで見守っていないなくても後悔しないでください。

家族が眠っている間やちょっと部屋を離れた間に亡くなっていたということはありうることです。しかし、その瞬間に立ち会うことよりも、それまでしてきた声かけや介護などがご本人にとってもっとも喜ばれ、思いが伝わることではないでしょうか。

誰も立ち会えなかったとしても、それは「誰も気が付かないほどに、穏やかに旅立てた」という証かもしれません。





大切な方の旅立ちを支える皆様へ

そばにいて，声をかけて，体に触れてあげてください。

温かいタオルで体を拭いて・・・ほっこり

髪をとかして綺麗にして・・・にっこり

毎日の生活の音を聴きながら，過ごしてください。

好きな音楽もいいかも・・・

声は最期まで届いています。たくさん声をかけてください。

幸せは，何気ない日常での小さなふれあいにあるのかもしれない。

ふれあうことで，あなたの想いはきっと伝わるでしょう。



#### 【参考文献】

- 医療法人ゆうの森 「家で看取ると云うこと」 出版：たんぽぽ企画（株）
- 横須賀市 「最期までおうちで暮らそう」 企画：横須賀市在宅療養連携会議
- 札幌市豊平区西岡・福住地区在宅医療連携拠点事業推進協議会  
（とよひら・りんく）「ご自宅でご家族を看取られる方へ」
- 緩和ケア普及のための地域プロジェクト 「これからの過ごし方について」
- 十勝連携の会 「ご自宅で最後まで介護されることを考える方々へ」
- 厚生労働省 「HP『人生会議』してみませんか」
- 日本医師会 「終末期医療 アドバンス・ケア・プランニング（ACP）から考える」

★MEMO★

住み慣れたおうちで最期まで  
大切な方の旅立ちを支える皆様へ

令和●年（202●年） ●月 発行

発行者 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  
（事務局：函館市医療・介護連携支援センター）

住 所 〒041-8522

函館市富岡町2丁目10番10号 函館市医師会病院内

電 話 0138-43-3939