

函館市医療・介護連携推進協議会 令和2年度第1回会議

(書面開催)

○ 報告事項

- (1) 函館市医療・介護連携推進協議会委員の交代について
※資料1
- (2) 令和元年度函館市医療・介護連携支援センターの業務報告について
※資料2
- (3) 新型コロナウイルス感染症予防対策事業について
※資料3
- (4) 令和2年度(上半期)函館市医療・介護連携支援センターの活動報告
について
※資料4～資料11

【資料】

- 1 函館市医療・介護連携推進協議会委員の交代について
 - 2 令和元年度の業務報告
 - 3 新型コロナウイルス感染症予防対策事業について
 - 4 医療・介護資源把握関係資料
 - 5 情報共有ツール関係資料
 - 6 相談統計
 - 7 普及啓発活動
 - 8 研修関係資料
 - 9 入退院支援関係資料
 - 10 急変時対応関係資料
 - 11 在宅看取りアンケート実施報告
- 記入用紙(ご意見等の記入用)

○函館市医療・介護連携推進協議会委員の交代について

令和2年度の各団体における役員改選により、以下の委員を新たに指定。

新	旧
函館市地域包括支援センター連絡協議会 会長 小杉 あゆみ 氏 (函館市地域包括支援センター神山)	函館市地域包括支援センター連絡協議会 会長 松野 陽 氏 (函館市地域包括支援センターたかおか)

函館市医療・介護連携推進協議会 顧問・委員名簿

R2.12.1
(敬称略)

(顧問)

分野	所属団体	職名	氏名	勤務先
医療	公益社団法人 函館市医師会	会長	ホンマ 哲 本間 哲	医療法人社団 本間眼科医院
	一般社団法人 函館歯科医師会	会長	サワキ 健 澤木 健	澤木歯科医院
	一般社団法人 函館薬剤師会	会長	クマカワ マサキ 熊川 雅樹	あおい薬局
行政	函館市病院局	局長	ウジケ ヨシヒト 氏家 良人	函館市病院局

(委員)

(敬称略)

分野	所属団体	職名	氏名	勤務先
医療	公益社団法人 函館市医師会	副会長	オンムラ ヒロキ 恩村 宏樹	医療法人社団 恩村内科医院
	一般社団法人 函館歯科医師会	副会長	イワイ ユウジ 岩井 祐司	戸井歯科診療所
	一般社団法人 函館薬剤師会	常務理事	ミズコシ ヒデミチ 水越 英通	はこだて調剤薬局 昭和店
	公益社団法人 北海道看護協会 道南南支部	支部長	キタムラ カズヒロ 北村 和宏	社会医療法人 高橋病院
	道南在宅ケア研究会	幹事	オカダ シンゴ 岡田 晋吾	医療法人社団 守一会 北美原クリニック
	函館地域医療連携実務者協議会	世話人	サキノ テルヒロ 崎野 輝彦	函館市病院局
	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	理事	アラキ ヒデヨ 荒木 英世	函館市病院局
介護	函館市居宅介護支援事業所連絡協議会	会長	ワタベ ヨシヒト 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	会長	コスギ あゆみ 小杉 あゆみ	函館市地域包括支援センター神山
	函館市訪問リハビリテーション連絡協議会		テラダ マサヒロ 寺田 昌弘	社会医療法人 仁生会 西堀病院
	道南訪問看護ステーション連絡協議会		ホサカ アケミ 保坂 明美	株式会社トラントユイット 訪問看護ステーション フレンズ
	道南地区老人福祉施設協議会	会長	サイトウ タダフミ 齋藤 禎史	介護老人福祉施設シンフォニー
行政	函館市保健福祉部	部長	オオイズミ ジン 大泉 潤	函館市

(オブザーバー)

函館市医師会事務局 函館歯科医師会事務局 函館薬剤師会事務局 渡島総合振興局 情報共有ツール有識者

(事務局等)

函館市保健福祉部 市立函館保健所 函館市医療・介護連携支援センター

1 函館市医療・介護連携支援センター業務報告（令和元年度）

（1）情報共有ツール作業部会関係業務

- 医療・介護関係者の情報共有の支援
 - ・ 他団体主催研修会での情報共有ツール「はこだて医療・介護連携サマリー」PRを2回実施
 - ・ 入退院支援連携強化研修会（「はこだて医療・介護連携サマリー」を活用した研修会）を4回開催
 - ・ 「はこだて医療・介護連携サマリー」活用状況調査を2回実施

（2）多職種連携研修作業部会関係業務

- 医療・介護関係者の研修
 - ・ 多職種連携研修会を計6回開催（大規模1，中小規模5）
 - ・ 函館オープンカンファレンスを2回開催（開催病院との共催）
 - ・ 函館市医療・介護連携「施設看取り研修会」を1回開催
 - ・ 施設医・在宅医・病院医，それぞれの立場からの看取りについてのコラムをホームページに掲載

（3）連携ルール作業部会関係業務

- 切れ目のない医療・介護の提供体制の構築
（退院支援分科会関係）
 - ・ 「はこだて入退院支援連携ガイド」を活用した研修会を1回開催
 - ・ 入退院支援連携ガイドの別冊版ガイドとして，「（仮）はこだて療養支援のしおり」の素案を作成
 - ・ 「はこだて入退院支援連携ガイド」活用状況等のアンケート調査を実施
- 急変時対応分科会関係）
 - ・ 急変時対応に関する連携ルール検証のため，介護施設や医療機関の実態を調査

（4）その他

- 地域の医療・介護の資源の把握
 - ・ 「在宅医療・介護連携マップ」をホームページ上で運用
 - ・ センターホームページの活用に関するアンケートの実施
 - ・ マップの情報（R1.10月現在）の更新，機能の追加
- 医療・介護連携に関する相談支援
 - ・ 新規相談件数 206件（延べ件数586件）
- 市民への普及啓発
 - ・ リーフレットの配布，ホームページによる広報・周知
 - ・ 市民向け出前講座，医療・介護関係者向け出張講座などにより，医療・介護連携を推進するセンター機能のPR活動を実施

新型コロナウイルス感染症予防対策事業について

● 経 過

- ・ 函館市医療・介護連携推進協議会 特別分科会（介護施設等集団感染に関する連携会議）令和2年7月2日開催
- ・ 特別分科会において、介護施設における集団感染対策には、感染症に対する正しい知識の習得の機会の確保が重要であるなどの意見があったことから日本感染管理ネットワーク北海道支部道南ブロックに所属する感染管理認定看護師（C N I C）と協働し、感染症予防対策事業に取り組んだ（資料3-2）。（資料、会議録は9月7日に函館市ホームページにて公開）

● 事業内容

1 施設ラウンド

施設・居住系の介護保険事業所104施設のうち、希望のあった事業所を訪問し、C N I Cが感染予防に関する助言を行った。

- （1）期 間 令和2年8～9月
- （2）訪問実績 11事業所

2 新型コロナウイルス感染症対策に関するQ&Aの作成と公開

特別分科会での質疑や、施設ラウンド時等に施設職員等から寄せられた質問に対し、C N I Cや市担当課等が回答を作成し、それをとりまとめ、Q&Aを作成のうえ、函館市医療・介護連携支援センターホームページに公開。（資料3-3）

新型コロナウイルス感染症予防対策事業

1 目的

現在、社会福祉施設において新型コロナウイルスが発生した場合、集団感染が起こる可能性が非常に高く、札幌市の集団感染事例の状況が発生する事態も想定し、事前の感染予防対策が重要と考え、各医療機関に所属している感染管理認定看護師と連携し、新型コロナウイルス感染症への予防を図る。

2 事業内容

(1) 新型コロナウイルス感染症対策 Q&A の作成

介護事業者向けの Q&A を作成し、函館市医療・介護連携支援センターホームページ内に掲載

(2) 感染管理認定看護師が施設居住系介護施設（104施設）の中で、新型コロナウイルス感染症予防のレクチャーを希望する施設を訪問しアドバイスなどを行う

(3) その他新型コロナウイルス感染症予防対策に必要な事項

新型コロナウイルスに関するQ&A

はじめに

平素より函館市、および函館市医療・介護連携支援センターの業務にご協力いただきありがとうございます。
とうございます。

この度、新型コロナウイルスに関して各関係団体から事前に寄せられた質問のほか、新型コロナウイルス感染症の拡大予防を目的に、感染管理認定看護師（以下C N I C）が各施設に赴き、感染症に対するアドバイスを行う事業（次頁参照）を執り行った際に、寄せられた質問や施設ラウンド時にC N I Cが伝えたアドバイス等をQ&Aとしてまとめましたので公開いたします。

皆さまの施設における感染予防対策の一助となることができましたら幸いです。

なお、この事業にご協力いただきました道南ブロックに所属しているC N I Cの皆さま、またこのQ&A集の作成にご協力いただきました施設の皆さまにこの場をお借りしてお礼申し上げます。

函館市保健福祉部地域包括ケア推進課、指導監査課、管理課

市立函館保健所

函館市医療・介護連携支援センター

【事業概要】

- 1 事業名：新型コロナウイルス感染症予防対策事業
- 2 訪問期間：令和2年8月7日～令和2年9月30日（土日祝日を除く）
- 3 対象施設：函館市内の下記の介護保険事業所のうち、申し込みのあった事業所
介護老人福祉施設，介護老人保健施設，介護医療院，
特定施設入居者生活介護，認知症対応型共同生活介護，
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護，
地域密着型特定施設入居者生活介護
- 4 協力機関：日本感染管理ネットワーク北海道支部道南ブロック
木村 繭 氏，埜畑 有子 氏（市立函館病院）
山根 のぞみ 氏，山本 亜希子 氏（函館五稜郭病院）
加藤 由美子 氏（函館中央病院）
栗山 陽子 氏（国立病院機構函館病院）
川内谷 美帆 氏（函館新都市病院）
須田 直也 氏（共愛会病院）
上野 久美子 氏（西堀病院）
戸田 五代 氏（八雲総合病院）
亀山 敏 氏（函館市医師会病院）

【Q & A 集作成協力施設】（申し込み順）

特別養護老人ホームおおぞら
グループホーム香雪園
地域密着型特別養護老人ホーム谷地頭緑蔭園
特別養護老人ホーム函館はくあい園
特別養護老人ホーム桔梗みのりの里
グループホーム高丘
介護老人福祉施設シンフォニー
特別養護老人ホーム「松濤」
特定施設入居者生活介護グッドタイムホーム桔梗
ふれあいの里グループホームゲース
地域密着型特定施設入居者生活介護ゆう

目次

1. 各団体からの事前質問編

2. 施設ラウンド編

- 新型コロナウイルスについて
- 換気について
- イベント等について(カラオケやリハビリ等共有スペースでの注意点)
- 面会について
- 手指衛生・手指消毒剤の管理について
- 食事の際の感染対策について
- 入浴の際の感染対策について
- 排泄の際の感染対策について
- シンク周囲の環境について
- 施設内の清掃に関して
- 個人防護具(PPE)について
- 個人防護具(PPE)の備蓄について
- 感染症者発生時の対応について
- ゾーニングについて
- 施設内研修について

【留意事項】

この Q&A は令和2年11月18日現在の情報です。新型コロナウイルスに関わる情報は日々刻々と変化がありますので、最新の情報への留意が必要です。

1. 各団体からの事前質問編

Q1. 施設内感染発生時のゾーニング、防護服の装備の仕方、ガウンテクニックの仕方、リネン、ごみ（オムツ含む）の出し方、食事の出し方等について事前レクチャー、及び発生時にレクチャーの機会がほしい。

A. 希望したご施設には、感染管理認定看護師がラウンドに伺い、直接説明させて頂きました。感染症発生時は、管轄保健所が介入しますので、保健所の指示に従ってください。その際、必要だと判断されれば、感染管理認定看護師が介入させて頂く場合もあります。平常時からの対応としては、厚生労働省でも介護事業所等へ向けて「介護事業所等における新型コロナウイルス感染症への対応等について」を提示しておりますのでご参照ください。

厚生労働省ホームページ

[「介護事業所等における新型コロナウイルス感染症への対応等について」](#)

Q2. 軽症、中等症、重症の診断基準が分からない。施設内感染発生時、施設内で介護を継続する場合と、入院治療する場合の線引きはどのような症状が基準となるか？（介護施設の看護体制では限界がある。）

A. 診断基準は「新型コロナウイルス感染症 COVID-19 診断の手引き 第3版(9.4改訂)」(厚生労働省)の中に重症度分類(基準)があります。

厚生労働省ホームページ

[「新型コロナウイルス感染症 COVID-19 診断の手引き 第3版\(9.4改訂\)」](#)

軽症で酸素投与が不要であっても、急速に病状が進行することがありますし、基礎疾患などリスク因子のある方は入院適応と考えられます。

迅速な対応のためにも、入所者の背景や病状などを把握し、症状増悪時に速やかに報告・連絡、相談できる体制づくりを施設の特性に合わせて構築しておく必要があります。

Q3. 施設内感染発生時、陽性の利用者さん、もしくは陰性の利用者さん(濃厚接触者)の定期処方時や、ケガ等にて病院受診しなければならないときはどのように対応すると良いのか？

A. 各々の医療機関で対応が異なりますので、かかりつけの医療機関がある場合には直接問い合わせるか、医療情報案内センター(フリーダイヤル 0120-20-8699)、北海道保健福祉部健康安全局地域保健課(011-204-5020:24時間)または所管保健所へ電話で相談し指示を仰いでください。

【参考】定期処方やオンライン診療に関する特例的措置として、「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて(その10)」(令和2年4月10日厚生労働省保険局医療課事務連絡)が発出されています。

厚生労働省ホームページ

[「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて\(その10\)」\(令和2年4月10日厚生労働省保険局医療課事務連絡\)](#)

[「新型コロナウイルス感染症の感染拡大を踏まえたオンライン診療について」](#)

Q4. 施設内感染発生時、容態が変化して施設から病院に搬送しなければならないとき、感染者非感染者共にどの様な手順でどのように対応すればよいのか？

A. 基本、保健所の指示のもとに搬送方法が決定されます。

※救急車は養生を施し、搬送ルートの確認、防護服の着用の準備後に保健所を通じて搬送可能な旨の連絡が施設へ入ります。

Q5. 施設内感染発生時、不足する可能性のある物品(マスクや防護服)を確保できるよう、公的にネットワーク体制を確保する予定はあるか？(業者や他施設、医療機関等の仲介)

A. 函館市では、社会福祉施設等で集団感染が発生したときのために、マスクや防護服などの備蓄を進めております。

また、医療機関用としては、社会福祉施設等とは別に保健所で備蓄を進めています。これら備蓄品は所管する部署が異なりますが、一方の備蓄に不足が生じた場合などには、互いに融通し合うこととしており、今後も所管部局間の連携をとりつつ進めていきます。

各所管部署と関係機関(医療機関や社会福祉施設等)との連絡体制は整っていることから、業者等を交えた公的ネットワーク体制の構築は今のところ考えておりません。

Q6. 職員が無症状感染、濃厚接触者となった場合、自宅に帰らずに待機できるホテル等を公的に確保する予定はあるか？

A. 無症状感染者や軽症者が自宅以外で療養する、いわゆる宿泊療養施設については、北海道が整備を進めており、地域ごとに、病床の利用状況や患者の発生状況を踏まえて、宿泊療養施設の設置が必要と判断した場合に速やかに開設できるよう事前の準備を進めています。なお、施設の設営や人員確保のため、「必要」となってから実際に開設するまで、1週間程度かかるとされています。

高齢者施設等で、感染者発生時に帰宅困難となる施設等職員(非感染者)がホテル等に宿泊

する場合、その費用はかかり増し経費として、函館市介護サービス事業所等サービス継続支援事業費補助金による補助の対象となります。また、当該補助の上限額を超えた場合は、北海道が実施している「新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金」による補助の対象となります。(いずれの補助も、事業所ごとに1回のみ申請することができます。)

濃厚接触者については、感染確定ではないため、宿泊療養施設での療養対象とはなりません。施設等が確保したホテル等で待機させる場合は、その費用は、上記と同様にかかり増し経費として補助の対象となります。

ただし、いずれの場合も、宿泊先は原則として各施設で確保する必要があります。

(2020.10.14修正)

Q7. 施設内感染発生時、介護及び看護職員等が不足した際に備え、法人や介護・医療の枠を超えたマンパワーの協力体制作りは予定しているか？(看護職員が不足すると医療サービスが停止し、深刻な状況に至るケースも。例：経管栄養、痰吸引等)
(感染の状況に伴い、介護職員や看護職員が不足した場合、確保できるのか？)

A. 介護職員については、北海道が「介護職員等派遣事業」を実施することとなっており、以下の資料のとおり、応援職員の派遣調整を行う仕組みを構築中です。

[「介護職員等派遣事業\(案\)について」\(北海道作成\)](#)

また、看護職員の派遣については、北海道が北海道看護協会の協力を得て「COVID-19支援ナース事業」を実施しています。実施要項によると、医療機関や社会福祉施設等(受援施設)で新型コロナ感染症やそれによるクラスターが発生した場合に、受援施設の派遣要請に応じて、北海道と看護協会が派遣調整等を行う、とされています。

「北海道COVID-19支援ナース事業」 [実施要項](#) [事業概要](#)

いずれの事業についても、地域や全国の感染状況により、施設の要望どおりの派遣が困難な状況もあり得ますので、どういう状況でどれだけ職員が足りなくなるか、法人内での調整がどこまで可能かなど、具体的にシミュレーションしておくことが望ましいです。

Q8. 緊急事態制限解除等で面会制限の条件を緩和している医療機関、介護施設もあるが、函館市として医療機関、介護施設等における面会のあり方等に統一見解を持つ予定はあるか？
家族へ説明するときの留意点を教えてほしい。

A. これまでに発出された厚労省通知によると、高齢者施設等においては「新型コロナウイルスの感染経路の遮断という観点から、緊急やむを得ない場合を除き、(面会を)制限すること。テレビ電話等の活用を行うこと等の工夫をすることも検討すること。」とされています。

面会の取扱いについては、厚労省通知の内容を踏まえたうえで、市内、道内及び全国の感染状況と、各施設等の特性や利用者の状況を勘案して、各施設・法人ごとに決定するようお願いいたします。状況に応じて、制限するばかりではなく、感染対策をとったうえでの面会やICTの活用なども検討してください。その際は、厚労省通知の他、北海道の段階的緩和基準(北海道庁

ホームページ)や、全国老人福祉施設協議会などの関係団体で発出している情報なども参考になります。

また、面会の制限や制限の解除を行う場合は、なるべく文書で、事前に職員および利用者・家族に、具体的かつ丁寧に説明してください。

参考:ある病院では、1日1回1患者につき2名まで、病室(居室)以外のデイルームで15分以内を基本の面会時間として設定しています。面会時には有事(コロナ陽性時の早期対応)に備え、面会者の居住地および連絡先を記載していただくようにしています。

厚生労働省老健局

[介護保険最新情報 Vol.834「高齢者施設等におけるオンラインでの面会の実施について」](#)

全国老人福祉施設協議会HP

[R2.5.29【老施協通知】いわゆる「新しい生活様式」に関する留意点について\(改訂その1\)](#)

Q9. コロナ禍における避難訓練の方法は？

A. 今年度は防災訓練単体ではなく、感染症対策を網羅した訓練が必要だと考えます。厚労省など下記関連団体の指針等を参考に、実施検討していくことが望まれます。

【参考】※各関連学会の指針も日々更新されており、定期チェックが必要です。

内閣府

[新型コロナウイルス感染症を踏まえた災害対応のポイント](#)

一般社団法人 日本災害看護学会

[COVID-19 禍中での医療機関における自然災害発生時の対応の留意点](#)

一般社団法人 日本災害看護学会

[地域防災/自主防災組織の感染予防対策](#)

一般社団法人 日本災害看護学会

[避難所を担当する行政職を対象とする Covid-19 感染予防マニュアル](#)

Q10. 施設内にて陽性者が出たとき、ゴミ、廃棄物を別にしなければいけないと思うが、どのように処分すると良いか？(集配する職員への感染のことも考えなければいけない)

A. 感染者に対応した物品を排出する場合、廃棄物は全て感染症として取り扱うため、ゴミ袋の二重密閉、清拭消毒の実施、処理する方の手洗い・手指消毒、個人防護具(PPE)の着脱タイミングが重要です。

★部屋に入る前に、手指消毒→エプロン→マスク→ゴーグル→手袋の順に装着します。

①ビニール袋を二重にし、その中に室内で使用したゴミを入れます。

②感染性廃棄物容器もしくは自治体のルールに沿った専用袋へ入れてください。

※廃棄量は多くても袋の八分目を目安とし、超えないようにします。

③ゴミ袋を室外へ出す際には、60%以上のアルコールもしくは0.05%の次亜塩素酸ナトリウム溶液に含浸させたガーゼクロス等で外側を清拭してから排出します。※ゴミ袋自体の放置時間は不要です。作業および手洗いは室内で完結するようにしましょう。

★部屋から出る前に、手袋→手指消毒→エプロン→ゴーグル→マスクの順で外し手指消毒または手洗いを実施します。

PPEを外す場所は、周囲環境を汚染させない場所に設置してください。

Q11. 上記同様に排せつ物に対する処理での注意点は？

A. コロナ対策に限りませんが、標準予防策に加え接触予防策、目の保護(ゴーグルまたはフェイスシールド着用)が重要となります。

具体的には、入所者がいるエリア(室内)に入る前に个人防护具(長袖ガウン、サージカルマスク、ゴーグルまたはフェイスシールド、手袋)を装着し、処理(オムツ交換などの処置)が終わったら室内で排泄物を処理した物品や使用済みの个人防护具をゴミ袋(漏れ防止のため二重)へ入れて密封します。

<陰部洗浄やオムツ交換時の留意点>

同じ方であっても不潔→清潔行為となるタイミング(例;陰部洗浄、オムツ外す→新しいオムツに取り換えるとき)で手袋を交換するようにしてください。

手を介した伝播(直接接触)、環境表面を介した伝播(間接的な接触感染)がないように、最後に手洗いを行ってから部屋を退出します。手の汚れ(たんぱく質)を洗い流すには流水と石鹸での手洗いが第1選択となりますが、手洗い場所がない場合は、アルコールでの手指消毒を入念に行い、廃棄物処理後に手洗いを実施してから次の行動にうつってください。

Q12. マスク、手洗い、換気、消毒等の基本となる予防の他に何か参考になる予防対策があれば教えてほしい。

A. 職員(委託含む)、入所者、面会家族にて実施して頂きたい項目を挙げてみました。

①3密(密閉、密集、密接)の回避

デイルーム、食事スペース、トイレ、会議、送迎バス、事務室などの環境整備、会合は職場単位で貸し切り(または個室)・参加人数の取り決め等の使用ルールを決定。

②共有スペースの使用毎の消毒・日常清掃の徹底

60%以上のアルコール等で清拭、消毒を食事提供後に実施する。

③飛沫回避の工夫

カラオケなど、飛沫が飛散する催しの場合はマスク着用、1人毎のマイクの消毒、長時間利

用を避ける, 常時換気+歌い手と聴き手の身体的距離(2m)+目の保護対策をとる。食事の際に直面させないよう配置を工夫する。

④健康管理(職員, 入所者, 面会家族)

毎朝の体温測定, 有症状, 行動歴, 接触歴の確認。発熱がある場合は, 出勤しない(させない), 体調不良を素直に申告できる環境づくりは大切だと思います。面会者の条件等(2週間以内に居住地以外に行ったり, 居住地以外から来た人と接触していない等)。

⑤エラーの回避

目・鼻・口をむやみに触らない, あちこち利き手で触らない・共有スペースの利用制限。

Q13. 施設内にて陽性者が出て軽症と判断された場合, 入院になるのか, 施設内での隔離になるのか?(ここの対応によって施設内での対応が全くといって異なってくるので, 一番この点が知りたい)

A. 施設内で感染者が確認された場合は, 原則管轄保健所が介入し, 入院療養か自宅療養か等の判断や必要な対策の指導を行います。基本的には入院になると思いますが, 病床については北海道で管理しており, 地域での流行状況によっては病床が逼迫している可能性もあるため, 即入院できるかは行政と相談しながら決定することになると思います。施設内での対応を余儀なくされる場合があるかもしれませんので, 施設内での対応も想定し, どちらの場面でも対応できるようにしておくことが望ましいと思います。

※施設で対応する場合に備え, 「高齢者介護施設における感染対策第1版」「Q&A 第2版」を参考に現状の確認をされるとよろしいかと思います。

一般社団法人 日本環境感染学会

[「高齢者介護施設における感染対策第1版」\(日本環境感染学会作成;令和2年4月3日\)](#)

[「Q&A 第2版」\(日本環境感染学会作成;令和2年5月26日\)](#)

Q14. 施設内にて陽性者が出たとき, 保健所等の医師や看護師さんから介助方法や環境整備の指導を受けられる体制は函館市ではあるのでしょうか?

A. 管轄保健所が, 施設の体制や環境の確認を実施しています。また, 函館市でも「新型コロナウイルス感染症予防対策事業」として, 施設居住系介護施設で, 感染管理認定看護師の訪問を希望したご施設に対し, コロナ対策に関する直接の提案や助言をさせて頂いております。陽性者が出る前に, 対策を講じ, 発生時には感染拡大しない(させない)という目的のもと, 介入して参ります。

Q15. 消毒の効果(例えば、消毒した手すりに一度触れたら、消毒の効果はすぐに無くなってしまふのか)木製とプラスチック、鉄等の素材によつての消毒の効果や違いについて知りたい。

A. ★高頻度接触面(ドアノブやベッド柵、床頭台、手すり等)の清拭消毒

- ①表面が金属・鉄:0.05%(500ppm)の次亜塩素酸ナトリウム液で清拭。10分後に水拭き
※錆防止
- ②表面が木製:木製の素材物品は次亜塩素酸ナトリウムを不活性化する作用があるため、0.1%(1,000ppm)の次亜塩素酸ナトリウム液で清拭。10分後に水拭きしてください。

その他、現在では界面活性剤含有の家庭用洗剤の使用も有効とされております。家庭用洗剤や住居用洗剤の場合、製品に記載された使用方法に従い、使用上の注意を守り正しく使用してください。

有効な界面活性剤を含む洗剤リストや洗剤の使い方は NITE(ナイト)Webサイトで確認することができます。(ノロウイルスなど、他の病原体への効果は検証していません)

参考:「NITE が行う新型コロナウイルスに対する消毒方法の有効性評価に関する情報公開」

参考:ポスター「ご家庭にある洗剤を使って身近なものの消毒をしましょう」

※経済産業省・NITE から情報発信

★物品を浸漬消毒する場合

十分に有機物を取り除いた後、0.01%(100ppm)次亜塩素酸ナトリウム液では1時間、0.02%(200ppm)次亜塩素酸ナトリウム液では30分間の浸漬が必要。

次亜塩素酸ナトリウムは有機物(血液、体液などのたんぱく質)により不活性化を受けやすいです。洗浄+すすぎを十分にするか、もしくは濃度を0.05%以上に調製してから使用することをお奨めします。

素材による効果の違いについてですが、上記のように適切な濃度の消毒薬を用いることで対応が可能です。消毒後の環境に手が触れるなどの接触があれば、消毒直後よりは消毒効果が低下すると考えます。しかしながら誰か一人が触るごとに消毒を繰り返すということは現実的には難しいと考えます。そのため、不特定多数の人が触れる箇所は、定期的な清掃・消毒で汚染をリセットすること、接触する可能性のある人々は、手洗いや手指消毒後の清潔な手指で接触することを心掛けましょう。消毒した手すり等は、手が触れなくても落下菌や埃により徐々に汚染されていきますので、いずれにしても定期的な清掃や消毒が必要になります。

2. 施設ラウンド編

○ 新型コロナウイルスについて

Q1. コロナウイルスとはどのようなウイルスなのか知りたい。

A. 風邪の原因となるウイルスの 1 つです。元々、4 種類のコロナウイルスと SARS, MARS と 2 種類のウイルスがありました。今年、新たに COVID(コビット)-19(以下、新型コロナウイルス)が流行しています。遺伝子情報が RNA のウイルスで、ノロウイルスとは異なり、アルコール以外の消毒薬でも効果があることが報告されています。

・今までには分類されていなかったウイルスではありますが、感染経路は飛沫感染および接触感染が主で、手指衛生、咳エチケット等の感染対策が重要です。

Q2. 目から感染するのか？

A. 目の粘膜から感染する可能性があります。目の粘膜を保護するためフェイスガードやゴーグルの着用が効果的です。汚染された環境に触れた手で、目や鼻をこすったりしないように意識することが重要です。接触感染のリスクを低減させるためには手指衛生も重要になります。

Q3. 函館ではすぐに PCR 検査を受けることができるのか？

A. 検査は、発熱など症状がある方が、事前にかかりつけ医やお近くの医療機関、受診・相談センターに電話相談のうえ、受診した医療機関の医師(かかりつけ医)が必要と判断した場合に、函館市衛生試験所、函館市医師会PCRセンターとその他市内いくつかの医療機関において受けることができます。詳しくは、函館市のホームページにある[「新型コロナウイルス感染症発生状況について」](#)の[「PCR 検査実施までの流れ」](#)の項目で紹介されています。

Q4. コロナが流行しているが、インフルエンザワクチンは接種した方がいいのか？

A. インフルエンザワクチンは、是非、接種をご検討ください。

・インフルエンザワクチンは、インフルエンザの発症や重症化の予防に効果があるといわれています。

・ワクチンは、必要量が医療機関に、一括納入されているわけではなく、期間中に分納されています。そのため、ワクチンを接種する日程、人数は調整して行われています。ワクチンの効果が持続する期間は約 5 か月とされていますが、接種してもすぐには免疫が作られないので医療機関に相談の上、計画的にワクチン接種をすることをお勧めします。

CNICからのアドバイス

症状だけでは、新型コロナなのか、インフルエンザなのかの判別は不可能です。その場合、新型コロナを疑った対応とした方が良い場合があります。

〇 換気について

Q1. 空気感染の可能性とその対策について教えてほしい。

A. 新型コロナウイルスは飛沫感染と接触感染が主な感染経路です。ただし、狭く換気の悪い閉鎖空間において近距離で会話する等、一定の条件下であれば、マイクロ飛沫により感染を拡大させるリスクがあります。そのため、換気やサージカルマスクの着用等を徹底し感染リスクを軽減する事が必要になります。

平常時からサージカルマスクを正しく装着し、3密を避ける、手洗いをを行う事も対策のひとつです。

CNICからのアドバイス

1)換気について

換気の悪い密閉空間を改善するため、換気を多くしてください。1時間に2回以上(30分に1回以上、数分、窓全開)、二方向の窓の開放、もしくは窓とドアを開けるよう推奨されています。

入居者さんが寒がるのでなかなか窓を開けて換気ができないという理由もあるかもしれませんが、換気の悪い密閉空間を改善するため、窓を開ける等、換気をお願いします。利用者さんに直接風が当たらない位置の窓の開放など、入居者さんに配慮した工夫が必要です。

2)マスク着用について

施設訪問時、スタッフの方々、デイサービス利用者さん等、みなさんマスクを着用されていましたが、中にはマスクを正しく着用出来ていない方もおられましたので、マスク着用方法に関して再度ご検討をお願いします。特にデイサービス利用者さんは家庭(社会)から来られるので、手指衛生や施設内でのマスク着用等についてご検討をお願いします。また、入所者の方々も飲食時、テーブル着席時に3密状態となる可能性もありますので、座る位置など配慮が必要となります。

～情報提供～

厚生労働省HPで正しいマスクのつけ方、正しい手の洗い方についての動画が配信されています。

参照 厚生労働省HP:[新型コロナウイルス感染予防のために](#)

3)施設内の乾燥予防対策として、加湿器や濡れタオルを使用する場合

加湿器を使用される場合には、定期的な清掃(1回/日以上)、水の交換、容器や本体の乾燥等、細菌の温床とならないように適切な管理をお願いします。

濡れタオルを廊下の手すり等に設置されている場合は、不特定多数の方が触れる事や、危険性(転倒防止)を考えると、タオル自体の汚染につながる可能性がありますので、管理方法の再検討をお願いします。

○ イベント等について(カラオケやリハビリ等共有スペースでの注意点)

Q1. お祝いの会(敬老会等)の開催の是非について。

A. 面会制限・イベント自粛等で、ご本人、ご家族が抱える不安やストレスは大きいと察します。

イベント開催に関しては以下の点も踏まえご検討ください。

- ・規模の縮小・実施回数を分ける(3密を避ける)
- ・収容人数はフロア定員の1/3を目安とする
- ・十分な換気を行う
- ・外部からの参加者にも感染対策の徹底をお願いする

Q2. カラオケについて。

A. 飛沫が発生しやすい状況となり、昼カラでクラスターが発生していることも鑑みると、お薦めすることはできません。

しかし、カラオケを実施することが利用者さんにとって介護予防や認知機能の向上等のために効果があると認められる場合は、下記の感染対策が必要になります。

- ・飛沫が他の利用者さんに掛からない様にする(利用者さん同士の位置を検討)
- ・換気を行う(空気の流れを確認)
- ・利用者さんの手指衛生やマスク着用等の対策を実施
- ・ソーシャル・ディスタンスを確保できるよう、利用人数を制限する
- ・対面で座らないように配慮する
- ・マイクは利用者さん毎に消毒する



CNIC からのアドバイス

1) 外出行事の開催

コロナ禍によるストレス解消に外出レク等の行事の開催も重要と考えます。参加人数、移動人数の調整(少人数とする)、人との距離を確保するなど 3密を避けるよう工夫してください。また、手指衛生を徹底し、出来るだけマスク着用を促してください。

2) レクリエーション及びリハビリテーションの際の注意点

小規模多機能型居宅介護のように、泊りと通いの利用者さんが共有するような事業所(スペースや器具等)では、特に通いの利用者さんは社会に戻る方々なので、対応に注意が必要です。「高齢者介護施設における感染対策マニュアル改訂版」(厚生労働省)では、リハビリテーション等を共有スペースで実施する場合は、「3密」を避ける必要があることから、以下に留意するよう通達されています。

- ・可能な限り同じ時間帯、同じ場所での実施人数を減らす
- ・定期的に換気を行う

- ・利用者同士の距離について、互いに手を伸ばしたら手が届く範囲以上の距離を保つ
- ・声を出す機会を最小限にすることや声を出す機会が多い場合は咳エチケットに準じてマスクを着用
- ・清掃を徹底し、共有物(手すり等)については必要に応じて消毒を行う
- ・職員、利用者ともに手指衛生の励行を徹底する

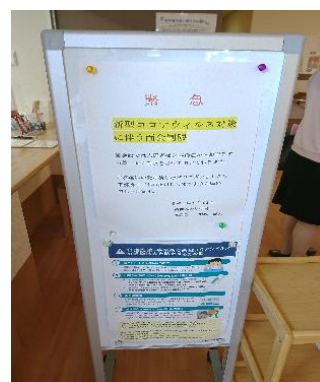
利用者さん同士、距離を取って過ごすことが難しい場合、レクリエーション時にはマスクの着用、定期的な室内の換気を行うなど、3密環境を作らないような工夫をお願いします。

○ 面会について

Q1.「面会制限」について、遠方から面会に来たご家族に説明するも、理解を得られない場合がある。

A. 高齢者施設等での面会制限は、感染拡大防止のため必要な対応であり、厚生労働省も制限等の対応をすべきと通知しています(10月15日付け厚労省事務連絡)。

ルールを守っていただけない場合は、施設内での感染拡大防止のため、面会そのものをお断りせざるを得ない場合もあり得ると考えます。



CNICと函館市からのアドバイス

【できるだけ事前に説明し理解と協力を】

面会制限(または制限の緩和)の内容やその理由等については、あらかじめ利用者さんやご家族等に、具体的かつわかりやすく丁寧に説明・周知し、感染対策への理解と協力を得る必要があります。説明文の配布、ホームページやお便りへの掲載、チラシ・ポスター掲示など、工夫して説明・周知を行ってください。

【感染状況の変化に応じて制限の強化・緩和を検討】

面会の取扱いについては、地域の感染状況等および各施設等の特性や利用者の状況を勘案して、各施設・法人ごとに決定していただいておりますが、函館市内や道内等の感染状況の変化に応じて、制限内容の強化・緩和を検討し、臨機応変に対応するよう努めてください。

【各施設等で実践している面会時の感染対策の一例】

あくまで例示ですので、実践に当たっては、感染状況等に応じて各施設等でご判断ください。(一部または複数の対策を組み合わせている場合もあります。)

- ・ 標準的な感染対策(マスク着用・手指消毒・換気など)以外の制限なし
- ・ 体調や行動歴の確認, 検温, 来所者名簿へ記載
- ・ 時間や人数を必要最小限に(「1回につき2人まで, 10分程度」「一家族週〇回まで」など)
- ・ 居室での面会は避け, 施設内の換気可能な個室でのみ面会
- ・ 施設内の立入りは不可とし玄関等でガラス越しに対面

- ・ 標準的な感染対策のうえで面会可だが接触は不可、または手を触れる程度の接触は可（顔を寄せ合う、抱き合うなどは不可）
- ・ 面会者が個人防護具着用の上で面会、接触も可
- ・ オンライン、リモートによる非接触での面会のみ可
- ・ 全面禁止（「緊急事態宣言の期間中」など）

※ 「各団体からの事前質問編」項目8も参照してください。

Q2. 利用者さんのご家族が子供を連れてきたが、説明しても理解を得られない場合。

A. マスク着用などの感染対策が困難な乳幼児や、感染しても無症状であることが多い子供や若年者との面会は、避けてもらうか、非接触での面会のみとすることが望ましいと考えます。対応については、Q1で挙げた対策例を参考にして検討してください。

Q3. やむを得ない場合の入館・患者との接触について。

（通院の場合、ご家族に付き添いをお願いしているため、ご家族との接触が生じてしまう。

また、通院先の病院で不特定多数の患者さんと接する事でコロナウイルスを持ち帰って来ないか心配。）

A. 対応については下記を参考にご検討ください。

- ・ 付き添いのご家族のマスク着用、体調確認、手指消毒を実施する
- ・ 通院されるご本人もマスク着用、外出時・帰院時に手指消毒を実施する
- ・ 通院先では密にならないような場所で待機してもらう。通院後は健康観察を実施する

○ 手指衛生・手指消毒剤の管理について

Q1. 手指衛生剤のノズルヘッド部分（プッシュする場所）は汚染した手で触るので、頻回な消毒が必要か。

A. ヘッド部分は頻回に消毒する必要はありません。

手指衛生は感染対策の中で最も重要な行動のひとつです。正しいタイミングと正しい方法で実施できるように再度確認してください。

CNIC からのアドバイス

1) 手指衛生について

感染対策の基本となる標準予防策の中でも手指衛生は最も重要な行動となります。2019年3月に厚生労働省から出された「高齢者介護施設における感染対策マニュアル改訂版」でも、

手洗いに関して「1ケア1手洗い」、「ケア前後の手洗い」が基本と明記されています。手洗いのタイミングや正しい方法について再度確認をお願いします。

2)手指消毒剤増設の提案

手指消毒剤が廊下等に1か所程度の設置となっている場合、手指消毒剤の設置場所の増設をおすすめします。また、手指消毒剤は開封後6か月を目安に使用してください。

正しく手指消毒が行われないと職員や環境が媒介となり汚染や病原体を広げる可能性があります。アルコール性手指消毒剤は適正使用量(プッシュタイプボトルのノズルヘッドを下まで押し切って出る量)を手に取り手指～手首まで擦り込んで下さい。また、手指消毒剤の使用量を定期的に確認することで1日の手指衛生回数等を把握し、行動変容にもつなげることができます。

- ・アルコール性手指消毒剤の設置場所を増やしましょう
- ・設置した製剤の使用量を定期的に確認しましょう

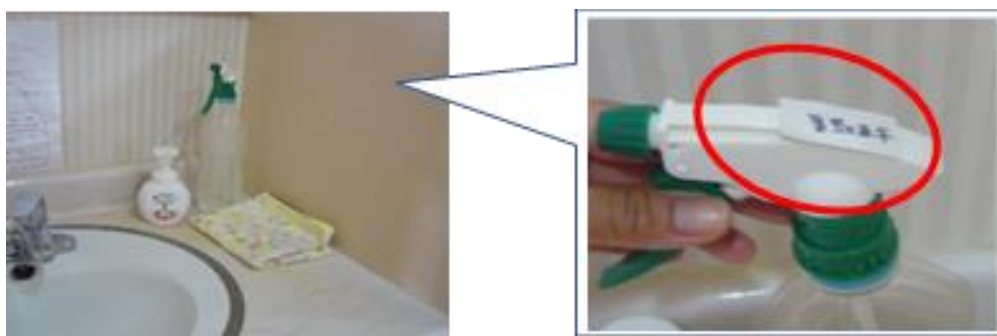
《手洗いのタイミング》

外から戻ったあと・多くの人が触れたと思われる場所を触った時・咳やくしゃみ・鼻をかんだ後・ケア前後・料理を作る前・食事の前・自分のトイレの後・家族やペットの排泄物の世話をした後

3)次亜塩素酸ナトリウム希釈液ボトルの管理と表示について

次亜塩素酸ナトリウムは、直射日光や室内の光、温度の影響により変性しやすくなります。希釈した次亜塩素酸ナトリウムの保管は、透明な容器ではなく、遮光された容器を使用して下さい。また、一度希釈した消毒剤は時間経過と共に消毒の効果が低下していきます。24 時間を目安に交換されることをお勧めします。

加えて、中の内容物が不明な事により間違った使用となり事故が起こる可能性があります。ボトルには薬品名のほかに①消毒薬の濃度(0.05%), ②希釈日(作成日)を明記して品質保証と安全管理を行ってください。※毎日交換が必要です。



～情報提供～

次亜塩素酸ナトリウム希釈液の濃度は、製品によって原液濃度が異なりますので、注意が必要です。

《希釈液の計算方法例》

6%原液の場合(トータル 600ml で作成すると計算しやすい)

業務用ハイター®5L(原液)のキャップ1杯分=約 20ml 程度

0.1%希釈液:水 590ml:ハイター®原液 10ml(=600ml)

0.05%希釈液:水 595ml:ハイター®原液 5ml(=600ml)

4)次亜塩素酸水の噴霧, 散布について

次亜塩素酸水(上記, 次亜塩素酸ナトリウム液とは別物)自体の消毒効果については, 現時点では感染防止対策上, 科学的根拠が多く出ておりません。また, 空間や衣服などへの散布・噴霧の行動自体も, 消毒の効果という視点では確実な効果を得られるものではありません。

加えて, 加湿器等からの消毒剤(アルコールも含め)散布については, 吸入毒性などの人体への影響から推奨はできません。

5)消毒剤, 手洗い洗剤の注ぎ足し使用は注意が必要です

洗剤等が細菌汚染を受ける要因は, 容器の洗浄不足, 濃厚原液を希釈調製する際の汚染, 継ぎ足しおよび詰め替え作業時の汚染などが考えられます。これらの状況は接触感染から細菌の温床になるリスクが高いです。容器を繰り返し使用する場合は, 施設の責任のもと, 容器とノズルを洗浄して乾燥させるなどの管理をしてください。

6)手指消毒剤の容器について

アルコール性手指消毒剤はプッシュタイプボトルのノズルヘッドを下まで押し切って出る量が適正使用量となります。市販のスプレー容器では適正使用量が確保されていない可能性があります。アルコール性手指消毒剤の1回適正使用量を再度確認し, ご利用のスプレー容器では何回プッシュが必要か容器に表記するなど, 正しい方法で効果的な消毒をお願いします。

7)手指消毒薬はアルコール(消毒用エタノール)をお勧めします

現在, アルコール手指消毒薬が欠品にて, ベンザルコニウム等, 他の手指消毒薬を使用している施設があると伺いました。一般にアルコールはベンザルコニウムよりも速乾性があり, 多くの微生物に効果があるとされますので購入できるのであれば手指消毒薬はアルコール(消毒用エタノール)をお勧めします。

○ 食事の際の感染対策について

Q1. 食卓テーブルは飛沫防止などで各自仕切った方がよいのか？

A. 仕切り板を設置しなくても, 食事の時に対面で座らず, 斜めに座る又は横並びに座る事で飛沫を防ぐ事ができます。座る位置を変更する事が難しい場合は, 食事の時間をずらす事で, 密集状態を避ける事が可能になります。

Q2. 野菜は生で食べずに必ず火を通した方がよいのか？

A. 生野菜に必ず火を通さなければならない事はありません。調理する際の手洗い, 手袋を着用しての盛り付け(手袋は排泄介助用とは別にする), 作り置きをしない事が大切です。食中毒対策として, まな板・包丁の消毒が重要になります。

CNIC からのアドバイス

マスクを外す必要がある場合のケアの対策について

食事介助時、入居者さんはマスクを外す事になります。飛沫を浴びないために、介助時は正面に向き合わないで、横から行うなど立ち位置を工夫する事など意識してください。

○ 入浴の際の感染対策について

Q1. 入浴時のマスク着用について。

A. 入浴介助時はマスク装着をおすすめしますが、以下のことに注意してください。

- ・利用者さんの飛沫を直接顔に浴びないような立ち位置を確保
- ・湯を張り替えている間に窓を開け、十分な換気を実施
- ・熱中症の危険もあるので、水分補給・クールダウンを心掛ける
- ・マスクが濡れるとフィルター性能が落ちるので適宜交換

～情報提供～

飛沫を拡散させないという目的を満たすのであれば、耐水性(防水性)のある「プール用のマスク」も発売されています

Q2. 浴室は利用者毎に浴槽を清掃、湯の張り替えを行っているが、コロナ疑いの方が発生した場合、どのように管理したら良いのか。

A. 現行の管理方法で問題ありませんが、シャワーヘッドも一緒に清掃し、清掃時には窓を開け換気もお願いします。

CNIC からのアドバイス

1)浴室の換気について

訓浴室、各フロアの浴室、脱衣所に窓がない場合は、空調や扇風機を利用するなどして空気の入替えを心掛け、乾燥させてください。

2)浴槽の湯の張り替えについて

湯を掛け流しにしており常に入れ替わっている状態でしたら、現行の管理方法で問題ありません。常に同じ湯が停滞している様でしたら、入浴者毎に湯の張り替えが必要となります。清掃時、スタッフが触るシャワーヘッドも一緒に清掃して下さい。

Q1. 感染者の便などで感染するのか？

A. 便からコロナウイルスが検出されている研究報告はされております。排泄物を介した感染の可能性はあるとされていますが、明らかになっていないところもあります。

排泄物の処理の際に適切な防護具を使用することで感染のリスクを大きく下げることが可能です。

CNIC からのアドバイス

1)陰部洗浄用シャワーボトルについて

シャワーボトルの共有は望ましくありません。やむを得ず共有する場合は、使用毎に洗浄後、0.02～0.1%次亜塩素酸ナトリウム溶液に浸漬消毒してから利用してください。

～情報提供～

詳しい情報は、厚労省HP

- ・厚生労働省HP：[感染性胃腸炎\(特にノロウイルス\)について](#)
- ・[ノロウイルス食中毒予防対策リーフレット](#)
- ・[ノロウイルスに関するQ&A](#)

2)浸漬消毒の徹底

次亜塩素酸ナトリウムはタンパク質等、有機物の存在により効力が低下する場合があります。先に洗浄し有機物を除去してください。陰部洗浄ボトル等を洗浄後に浸漬消毒する場合、消毒液に十分浸からずにプカプカ浮いていたり、直射日光の当たる場所に蓋をせず置かれていると十分な効果が得られません。消毒する物品が消毒液に接触していなければ、消毒した事になりませんので、消毒液の中にしっかりと沈めて、接触していない部分をなくする事が大切です。

また、容器に蓋をしない状態していると、消毒薬の成分が揮発し、消毒効果が減弱してしまいます。濃度低下や吸入毒性を防ぐため、フタ付きの容器を使用する必要があります。

3)おしり拭き用タオル(濡れタオル)等の管理方法について

タオルを濡れた状態で保温しながら保管する場合は、時間経過と共に雑菌が繁殖する可能性があるため、保管時間を明確にした管理をお願いします。

～情報提供～

医療施設の現状を記した論文です。

参照 [国内医療施設を対象とした患者清拭タオルの管理に関する実態調査](#)

4)トイレ後の手拭きタオルの管理方法について

グループホームなどの入所者さんの特性上、ユニット内に石鹸やペーパータオルを設置できない、頻繁な手指消毒が行えない等の対応として、共用で使用する手拭きタオルを設置している状況の場合、共有物は使用者毎に清掃や消毒する事が基本となります。排泄後、タオルを共有する事は感染症を蔓延させるリスクが高くなりますので、タオルの交換頻度を多くする、タオルの共有を中止するなどの検討が必要です。食事に誘導する時に流水+石鹸での手洗いを実

施する、テーブルに揃った時におしぼりで手を拭くなどの代替案を提案します。

5) トイレへの手指消毒剤の配置と清掃について

トイレの中に手洗いの設備がない場合は、入所者さん、もしくは介助する職員がトイレから手洗いシンクのある洗面所まで手洗いができないまま移動することになりますので、職員がトイレ内での介助後に手指消毒ができるよう手指消毒剤の配置の検討と、トイレのドアノブ等の定期的な清掃についてご検討ください。



6) 車椅子トイレ入り口にカーテンを使用する場合は、カーテンを定期的に交換してください

車椅子トイレのドアが重い、利用者さんによるドアの開閉が困難等の理由で、カーテンを設置している場合は、複数の方が頻繁にカーテンに触れることになりまますので、汚染される可能性が高くなります。カーテンは定期的に交換することをお勧めします。

○ シンク周囲の環境について

CNIC からのアドバイス

1) シンクの使い分けの検討を提案します

手洗いシンクに入所者のケア用品(おしり洗浄容器, ニップ等)を置くことで交差感染のリスクが高くなります。

シンクは手洗い専用のスペースとし、ケア物品の洗浄・保管場所の検討をお願いします。



2) SKシンク周囲の環境整備

SKシンク周囲に、廃棄容器・ゴム手袋等を置くと、汚水槽を使用する毎に跳ね返りによる汚染の危険があります。

食器用スポンジやテーブル布巾の管理方法も確認が必要です。スポンジは水切れが悪いと細菌の温床となりやすいので、使用後は絞って水切りを意識する事と早めの交換をお願いします。



～情報提供～

次亜塩素酸ナトリウムの希釈濃度や管理方法についての情報

参照 厚生労働省HP:

・[ノロウイルス食中毒予防対策リーフレット PDF](#)

コロナウイルスに関する清掃に関して、経済産業省が 5/21 に独立行政法人製品評価技術基盤機構と共に情報発信しています。

参照 独立行政法人 製品評価技術基盤機構HP:

・[新型コロナウイルスに対する消毒方法の有効性効果に関する情報公開](#)

3)ペーパータオルの設置方法についてご検討ください

ペーパータオルを袋のままシンク付近に設置し、手洗い後に濡れた手でペーパータオルを取ると他のペーパータオルが汚染されてしまいます。また、手洗い時の水はねや埃の堆積などで不衛生になりがちです。ホルダーを設置するなどの対応が必要です。

○ 施設内の清掃に関して

Q1. 消毒は1日何回するといいいのか。

A. 日常的清掃は、共有スペースのソファや手すり等の共有物は、少なくとも1日1回以上の清掃をして下さい。その他、汚染した場合も清掃を追加して下さい。食卓テーブルは側面や裏側、椅子も肘掛けや背もたれ等も忘れず清掃して下さい。

CNIC からのアドバイス

1)施設内の清掃に関して

居室や共同生活室の他に、各フロアの手すりやエレベーターのボタン、共有スペースへ設置してある椅子やリハビリスペースにあるリハビリ道具などについても清掃頻度を意識し、不特定多数の人が利用する物やスペースは、原則1日1回以上の清掃をお願いします。

入居者に対して常に清潔で衛生的な生活環境を提供・維持する必要があり、埃や汚れを除去することが基本となります。食事、リハビリやレクリエーション前後等、使用頻度・時間等を考慮して清掃して下さい。また、環境清掃と共に、利用者さん含め自分たち(スタッフ)も手洗いや手指消毒を実施する事で、環境汚染を減らす事が出来ます。

ノロウイルスなど感染性胃腸炎が蔓延した場合は、次亜塩素酸ナトリウムでの清拭清掃の必要がありますが、タンパク質や有機物が付着したまま消毒(ハイター®希釈液、アルコール消毒液も同様)すると汚れを固着させ、汚れの下は消毒されない為、最初に界面活性剤入りの家庭用洗剤(除菌洗剤など)で汚れを落としてから消毒して下さい。



～清掃のポイント～

- ・環境清掃は奥から手前へ、一方向に S 字を描くように拭く
- ・ベッド柵やベッドサイドの備品、日常頻回に接触する物品の表面は毎日清掃を行う
- ・壁などの垂直面、窓、カーテンなどは、目に見える汚染がある時に、清掃・交換する
- ・床面は、細菌や埃が飛散しないよう注意深く除塵し、きれいなモップで丁寧に拭く
- ・高頻度接触環境表面は、環境用清掃クロスを用いて、1日1回以上清掃する
- ・湿潤環境は細菌が繁殖しやすいので、清掃により清潔環境の維持、乾燥を心がける

2)換気口の定期清掃

換気口に埃がたまっていると換気効率が悪くなります。
週に1回を目安に清掃をお願いします。

(参考取り組み)

不特定多数が触れる場所(エレベーターのボタン等)をビニール等で保護し、直接触れないようにしてアルコールや次亜塩素酸水を設置し拭き取り清掃している施設がありました。

不特定多数の人物が触れる場所が感染の媒介とならないように清掃等も積極的に実施されていました。



～情報提供～

不特定多数が触れる可能性のある高頻度接触面の清掃・消毒は見えない菌やウイルス等の感染リスクを低下させます。また手洗いや手指消毒した清潔な手も清掃・消毒されていない高頻度接触面に触れることにより汚染や感染リスクの可能性が考えられます。消毒薬等の在庫状況により、住宅用洗剤(マイペット等)の界面活性剤も新型コロナウイルスの不活化に有効ですのでご検討ください。

参照 厚生労働省HP:[新型コロナウイルスの消毒・除菌方法について](#)

また、コロナウイルスに関する清掃の薬剤として、次亜塩素酸ナトリウム、アルコール、他に家庭用洗剤も効果があるという情報を経済産業省が5/21に独立行政法人製品評価技術基盤機構と共に情報発信しています。下記を参照して下さい。

ご家庭にある洗剤を使って身近な物の消毒ができます。

参照 ・独立行政法人製品評価技術基盤機構HP

[新型コロナウイルスに対する代替え消毒手法関係情報](#)

・[ご家庭にある洗剤を使って身近な物の消毒しましょう](#)

○ 個人防護具(PPE)について

CNICからのアドバイス

1)標準予防策について

手指衛生、個人防護具の着脱、環境整備等はスムーズに行動できるよう平常時から教育が必要です。感染症患者が発生した場合、標準予防策に飛沫感染予防策や接触感染予防策等の経路別予防策を追加して実施しなくてはならない場合が多くあります。他の感染症発生時はガウンの複数回使用のため、室内でガウンの着脱を行っているところもありますが、新型コロナウイルスに対するゾーニングではガウンは単回使用とし、汚染区域に入る前に装着して、使用後のガウンは汚染区域で脱衣し、清潔区域へ持ち出さないようにしてください。

2) 個人防護具の着脱場所の指定・確保, 更衣スペースが必要です。

- ・更衣場所のそばには感染性廃棄容器や手指消毒薬を設置する
- ・防護具を脱ぐ際には周囲に触れないように空間確保する必要がありますので、環境を整えてください

3) 個人防護具の着脱について

個人防護具は着衣時より脱衣時に汚染しないで外す事が重要です。脱衣時にエラーを起こすと汚染をひろげてしまうこととなります。行動に不安を感じた時は、途中で手指衛生を追加実施してください。また、平常時から感染対策の基本となる標準予防策が実践できるように教育が必要です。

- ・個人防護具の着脱方法を確認し、普段から実践できるよう学習会などを実施し確認しておく
- ・個人防護具の着脱方法をポスター等で表示して正しく実施できるよう工夫する
- ・更衣場所に鏡を設置して、個人防護具できちんと身体が覆われているか確認
- ・脱衣時も鏡の前で確認しながら外す
- ・一人で脱がず客観的に確認する人を確保する
- ・個人防護具を脱いだ後は手指衛生を腕までしっかりする

4) フェイスガードの管理方法について

保管中に汚染を受けないように管理してください。

- ・内側(顔側)は保管している最中に汚染を受けないように注意してください。

○ 個人防護具(PPE)の備蓄について

CNIC からのアドバイス

1) 衛生・防護用品等の備蓄

普段使用しているマスク・手袋等の他に、感染症発生時に追加で必要となる衛生用品等(ガウン・エプロン、ゴーグル、フェイスシールド等)のストックも必要です。初期対応分の個人防護具は準備してください。

手袋・ガウン等は一回のケアごとの単回使用としてください。そのうえで使用対象者の想定人数、係わる職員の人数や利用者に接する回数などから備蓄量をご検討いただくとよいと思います。冬季に向けて予期せず新型コロナウイルス以外の感染症が発生した場合でも対応できる量の確保が望ましいと考えます。他の感染症発生時はガウンを室内にかけておいて複数回使用していたとのお話もありましたが、単回使用でも対応できる量の確保をご検討ください。プラスチック手袋やガウンは「コロナ対応」に限らず、疥癬やノロウイルス感染症等でも使用しますので、それらの初期対応分の準備は必要です。更に予備として数箱程度多く備蓄できるかご検討をお願いします。

2)防護具について

備品不足の対策で、長袖ガウンの代替代品としてレインコートを準備されている施設がありました。

- ・ゴミ袋を利用したガウン、100均で調達できる物品で作成するフェイスシールドの作り方等について[五稜郭病院から提供の資料\(別紙\)](#)で確認して下さい
- ・手袋交換のタイミング、手指衛生のタイミングを再度確認して下さい
- ・防護具は着衣する時よりも、脱衣する時に汚染を受けるリスクがあります。可能なら脱衣を確認する人を確保して下さい

防護具着用時、サージカルマスクを2枚着用する必要はなく1枚で良いです

・マスクを2枚重ねた場合、空気抵抗が増し、マスクの周囲から空気が漏れ込んで来ようになります。マスクは枚数を増やすのではなく、1枚で十分です

- ①ノーズクリップで鼻の形に合わせ隙間を無くする
- ②プリーツを伸ばして鼻から顎にかけて覆うように正しく着用して下さい

○ 感染症発生時の対応について

Q1. 利用者から陽性者が確認された場合の対応、接触スタッフが他の利用者を送迎しても良いのか知りたい。

A. 陽性者と対面で接してもマスクを着用していた場合は濃厚接触者には該当しませんので、感染対策を講じたうえでの送迎は問題ありません。(利用者・ご家族の心情は別です)

- ・陽性者が確認された場合、保健所の指示のもと動くこととなります。施設側では、速やかな対応のために職員や利用者さんの健康状態、利用状況(接触の有無)等の情報提供が必要となりますので、日頃から体温や酸素飽和度、咳嗽の有無や排痰状態等を記録しておく事をお勧めします。

Q2. 陽性者が発生した場合の同室者の対応について知りたい。

A. 高齢者施設で陽性者が発生した場合、優先的に PCR 検査等を実施する事になっています。陽性者が確認された場合、保健所の指示のもと行動する事になります。速やかな対応のために職員や利用者の健康状態、利用状況(接触の有無)等の情報提供が必要となりますので、日頃から記録しておく事をお勧めします。

同室者に関しても保健所の指示のもと対応する事になりますが、検査結果が判明するまでは陽性患者と同様の対応が望ましいと考えます。

感染拡大防止の観点から基本的には個人防護具は入所者毎に交換する事をお勧めします。手袋は汚染処置毎(標準予防策)、ガウン(レインコート)は患者毎(接触感染予防策)に交換としますが、防護具の備蓄量やその時の流通状況で防護具を十分に確保出来ない状況となる可能

性もあります。その場合は、例えば1人に1ガウン準備し再使用する(着脱時、職員が汚染を受け
るリスクが高まりますので取り扱い方法や保管方法に注意が必要)、1枚のガウンで入所者毎に
汚染部を消毒して次の入所者と接する等の代替策が考えられますが、入所者の状態や介
入頻度から考慮する必要があります。

陽性者の対応の際、個人防護具脱衣時など、不安を感じた場合は、いつでも何回でも手指衛
生を追加して下さい。

～情報提供～

同室者の対応に関して、厚生労働省から2020年8月7日に「高齢者施設における新型コ
ロナウイルス感染者発生時等の検査体制について」という通知が出ています。

参照

- ・厚生労働省HP:[介護事業所等における新型コロナウイルス感染症への対応等について](#)
- ・[高齢者施設における新型コロナウイルス感染者発生時等の検査体制について](#)

Q3. 隔離者対応職員を決めた方が良いか、隔離者への接触時間に制限はあるか。

A. 担当者は固定し最小限の人数での対応をした方が良いです。接触時間には制限はありません
が、接触が多くなるとそれだけ感染リスクは増えます。

～情報提供～

参照

厚生労働省HP:[介護事業所等における新型コロナウイルス感染症への対応等について](#)

Q4. 新型コロナウイルス感染症を疑う発熱者への対応について。

A. 対応については下記を参考にご検討ください。

【食器の取り扱い方法】

- ・食器の取り扱い方法:熱湯 80℃・10分以上の洗浄であれば問題ありません。

【送迎者の管理方法】

- ・送迎車の管理方法については、発熱だけで咳やくしゃみ等呼吸器症状が無い場合は、
有症状者、職員共にマスクを装着し、シールドを着用するなどの対応も検討して下さい。

車内をビニールカーテンなどで間仕切りした場合でも、適宜換気を行って下さい。使用後
に清掃を実施しますが、ドアレバーやアシストグリップ等、高度接触面を意識して清掃して下
さい。

【部屋の空間分離方法】

- ・天井からのビニールカーテンを下げて空間分離する事については、飛沫感染防止の観点
では、ついでに、フェイスシールド、距離をとるなどでも飛散防止は可能となります。
視覚的な目印にはなりますが、設置した場合は清掃が必要になります。

CNIC からのアドバイス

感染症患者発生時の対応について

入所者が新型コロナウイルス感染症に罹患した場合は、慌てずに、診断を受けた病院や保健所の指示に従ってください。

新型コロナウイルス感染症対応をしている場合、職員の精神的な負担も考慮し、現場が混乱しないような方法で最大限の感染防護に努める必要があります。

ビニールカーテンやついたての設置については、清掃等の管理が出来るか、入所者の安全や精神的負担が無いかなども考慮して下さい。

○ ゾーニングについて

Q1. ゾーニングが適切かどうか。

A. 感染対応者と日常業務者が交差しないように考える必要があります。

陽性者が発生した場合を想定して、施設内グリーン・イエロー・レッドゾーンとしてエリアを明確に分け、エレベーターの利用規制や配膳車・スタッフの動線等も検討が必要です。



Q2. 陽性者が発生した時の対応と施設内のゾーニングについて知りたい。

A. 陽性者が確認された時は必ず保健所が介入し、基本的には保健所の指示のもと行動します。ゾーニングも陽性者が確認されたのが職員か入所者か等、色々な条件をもとに検討されます。速やかな対応のために、職員や利用者の健康状態、利用状況(接触の有無)等の情報提供が必要となりますので、日頃から記録しておく事をお勧めします。

・現時点でゾーニングについて施設側でも動線を考え区域分けされている事と思いますが、患者発生状況により、ゾーニング区域も変化していく必要があります。

CNIC からのアドバイス

ゾーニングの考え方

施設内の一部の区域に感染症発症者を隔離する場合は、汚染区域(レッド)、準汚染区域(イエロー)、清潔区域(グリーン)に分けるゾーニングを行います。具体的には、感染者が滞在する区域をレッド、個人防護具を脱ぐ区域をイエロー、個人防護具を装着する区域をグリーンとして区分します。ただし施設内の状況により、レッドとグリーンのみで運用せざるを得ない場合もあると思います。その場合は、レッド内に個人防護具を脱ぐスペースを確保するなどの対応をしてください。

発生状況にもよりますが、患者を個室で管理できる(隔離が可能な)場合は、廊下をグリーンゾーン(防護具を着るエリア)とし、部屋の出入口付近をイエローゾーン(防護具を脱ぐエリア)、患者のベッドサイドをレッドゾーン(防護具を着用して関わるエリア)とするのが一般的なゾーニングです。テープで囲うなどして視覚的にエリア分けすると職員さんの不安も軽減されます。

複数人の感染者が発生した場合は、同じ感染症であれば集団隔離も可能です。居室単位では無く、ユニットやフロア単位でゾーン分けする場合があります。

また、感染が疑われる入所者に対しても隔離し、発症者と同様の対応が必要となります。

○ 施設内研修について

CNIC からのアドバイス

1)施設内研修に手洗いに関する教育を盛り込んでください。

ラウンド時、ケア毎の手洗いやアルコール消毒について教育をお願いします。排泄ケアの後で違う作業にとりかかる場合、手袋を外した後にも手洗いが必要です。正しいタイミングで手洗いが行われないと職員が媒介となり汚染や病原体を広げる可能性があります。また職員自身も汚染を受ける可能性がありますので、手洗いのタイミング、方法を再度確認してください。

2)介護スタッフの行動変化の動機付けをするのに効果的な方法について

自分達が実施している感染対策が感染予防に効果があるかどうか、感染対策行動の意識改革やモチベーション UP には、各ユニットのアルコール性手指消毒薬の使用量や、手洗い行動等を定期的に確認し、確実に実践できている事を賞賛することも大切になります。

市中の流行状況や、施設内でのインフルエンザ等感染症の流行状況、手指衛生の遵守、実践状況や防護具の使用状況等を共有し、職員さんの実践が感染症予防に繋がっていることを周知して下さい。情報共有が大切になります。

医療・介護資源把握関係資料の要点等

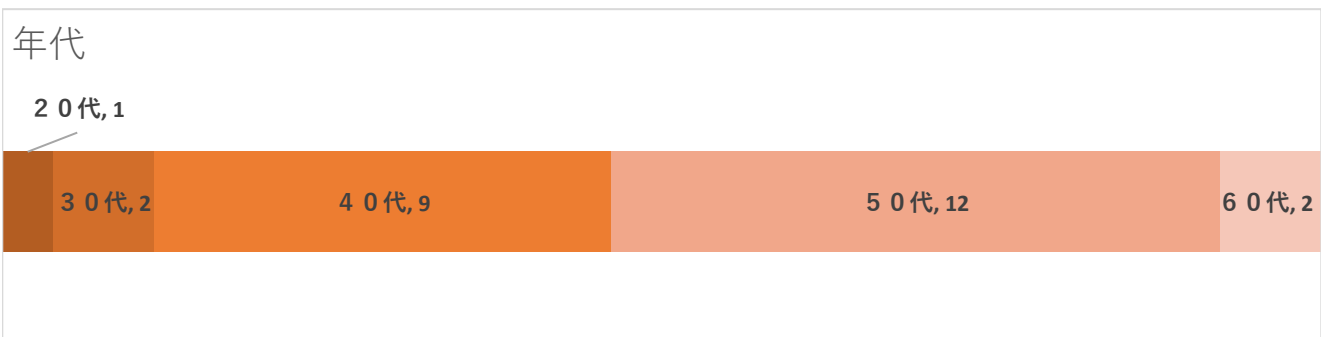
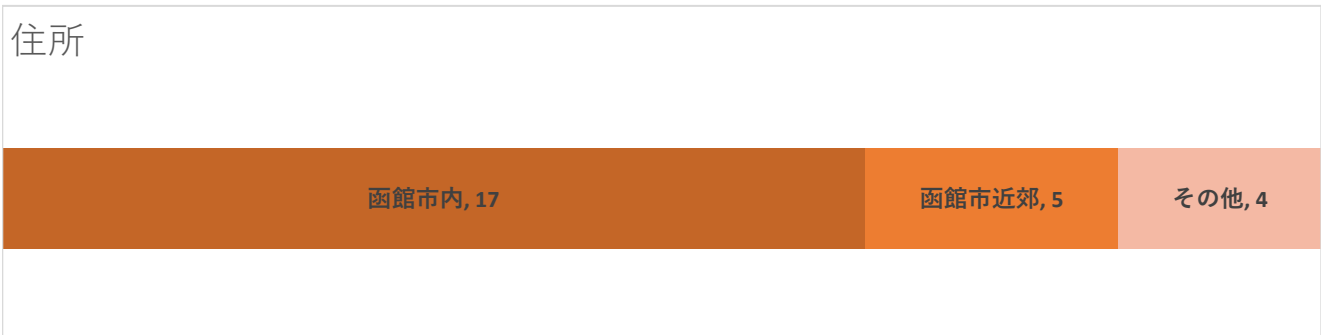
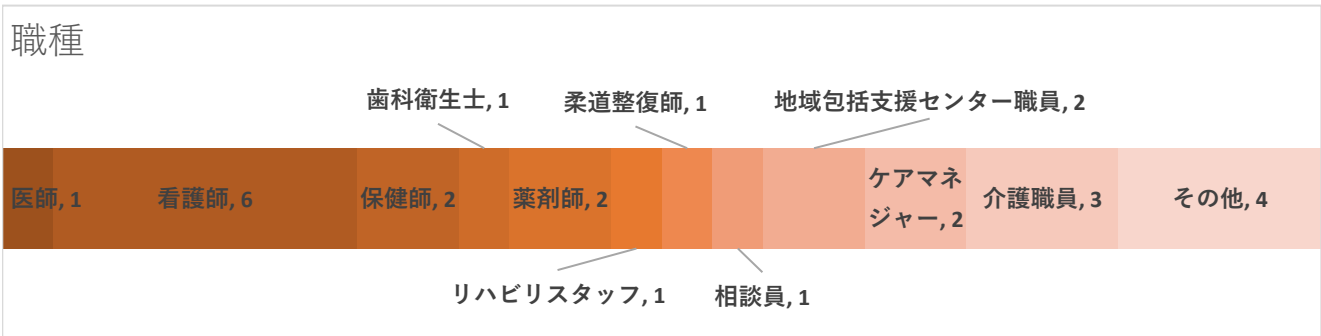
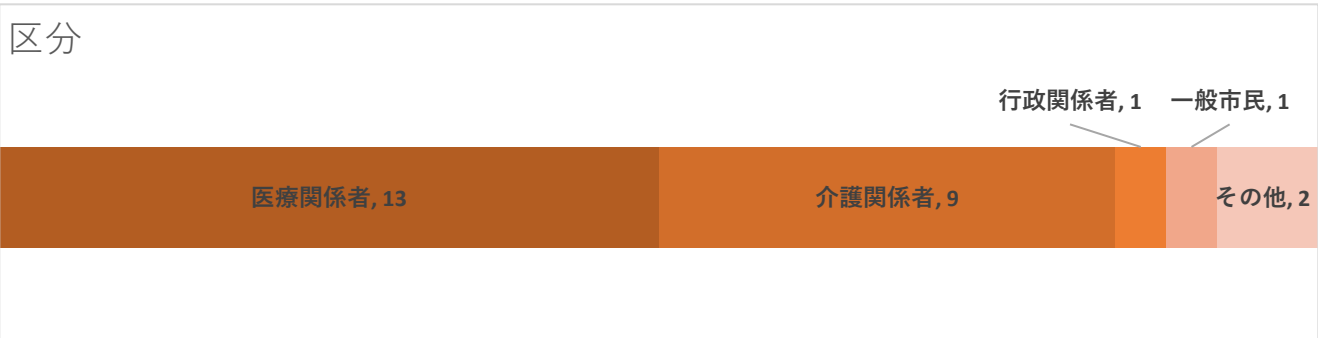
- 函館市医療・介護連携支援センターホームページの充実
以下のコンテンツを追加し、ホームページの内容を拡充
- 函館市医療・介護連携支援センターホームページ 活用状況等に関するアンケート結果
(R 2. 5月～R 2. 7月分)
集計結果は資料 4 - 2 参照
- 認定看護師のコラムの掲載
地域で活躍する認定看護師の役割について知っていただく機会として、分野別に各認定看護師にコラム作成を依頼し、7月の感染管理認定看護師からスタートし、以後2ヶ月ごとに掲載。
※これまでの掲載(資料 4 - 3 参照)
感染管理認定看護師(7月)
緩和ケア認定看護師(9月)
乳がん看護認定看護師(11月)
- その他
 - ・在宅医療・介護連携マップの更新(新規追加含む)状況
(既存情報の更新～令和2年10月1日現在の情報にて更新作業中)
 - ・「多職種からのお役立ち情報」を追加
(コロナ渦における各団体の取り組みを周知)

※これまで掲載した団体等

- ・道南圏域在宅歯科医療連携室
- ・函館市有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅ネットワーク
- ・沖縄県中部地区医師会 在宅医療介護連携推進支援センター

函館市医療・介護連携支援センターホームページ

○アンケート集計結果 2020.5~2020.7分 (n=26)



どのように知ったか

当センター職員による
紹介（研修会等）, 2

以前から利用していた,
11

関係者からの紹介, 3

検索サイト, 8

その他, 2

閲覧頻度

よく見る（週に数回）,
3

たまに見る（月に数
回）, 11

あまり見ない（年に数
回）, 5

今回が初めて, 7

閲覧目的

お知らせ, 5

研修情報, 7

在宅医療介護連携マッ
プ, 11

コラム, 1

その他, 2

役に立ったか

とても役に立った, 6

役に立った, 17

あまり役に立たなかつ
た, 3

利用しやすいか

とても利用しやすい, 4

利用しやすい, 22

認定看護師の役割と活動

第1回 『感染管理認定看護師』

日本感染管理ネットワーク北海道支部道南ブロック

公益社団法人函館市医師会 函館市医師会病院

かめやま さとし
亀山 敏 様

令和2年7月掲載

感染管理認定看護師は、日本看護協会が認定する分野の中では最も多く、全国では約2,900人、道南地域では13名が活動しております。自施設の状況を評価し、感染予防対策やシステムを構築する役割があり、状況の確認や職員の研修など、日々奮闘しております。

他にも、診療報酬の感染対策加算などによって医師や薬剤師、検査技師とチームを組んで他の施設と連携を図り、地域の感染状況や情報交換のカンファレンスや研修会に加わっております。

道南地域は、北海道の中でも早くから地域での活動に取り組んでおり、毎年7月には研修会を開催し、医療機関や介護施設、グループホームなどに協力を賜り、多くの方々に参加していただいておりますが、今年度は新型コロナウイルスの影響により、開催することができませんでした。研修会を継続し、多くの方が感染予防、感染防止を理解し、施設に合った実践ができるようにつなげることを目的のひとつ

に掲げておりましたが、残念ながら延期となりました。

この新型コロナウイルスは、これまでに経験がないほどの影響を及ぼしました。感染予防策の基本となる「標準予防策」の手指衛生や環境整備に必要な薬剤の不足、マスクやガウン、

ゴーグルなどの個人防護具の不足、咳エチケット、

リネンの処理や廃棄物、器材の消毒、従事者の

教育等、標準予防策の基本となることが、物の

不足によってできなくなりました。「いつものように」は、「当たり前のように」ではなくなりました。



しかし、良かったこともあります。感染対策として、小さな子供から高齢者まで標準予防策が浸透したことでした。手指衛生、咳エチケットは特に実感しました。マスクを着用していない人を見つける方が難しくなり、手指衛生用の擦式アルコール製剤は売り切れとなりました。マスクやフェイスシールドの作成が紹介されるなど、物が無い中での感染対策についても、毎日の報道の効果はすごいと感心いたしました。実践される方が多くなったことを率直に感じました。

主な感染経路は、飛沫感染と接触感染となっていますが、傷のない健康な皮膚の手が触れた場合や物に触れてもすぐに感染は起きません。

手指衛生を行えば感染は起こらないとされます。過剰すぎる感染予防策も心理面で疲れてしまいますので、理解してほしいと思います。

ウイルスの特徴として、これからも感染予防策として対応する状況が続くと思いますが、標準予防策は、「自分を守る」「身近な人を守る」ということを理解して忘れないでほしいです。

地域には、経験の豊かで相談できる感染管理の看護師がおります。これからも、我々の活動をよろしくお願いします。



●現在、道南ブロック内では下記の病院に在職しています●

市立函館病院・函館五稜郭病院・函館中央病院・国立病院機構

函館病院・函館新都市病院・共愛会病院・西堀病院・八雲総合

病院・函館市医師会病院

認定看護師の役割と活動

第2回 『緩和ケア認定看護師』

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 がん相談支援センター

けいら ちかこ
計良 千香子 様

令和2年9月掲載

現在、2人に1人ががんになり、3人に1人ががんで亡くなる時代とされています。がん患者さんやそのご家族は、身体や気持ちのつらさを抱えながら日々を送っています。そのつらさを和らげるお手伝いをするのが緩和ケア認定看護師の役割です。

「緩和ケア」という言葉を耳にすると、「終末期」をイメージされる方が多いように思いますが、今はがんと診断された時から緩和ケアを行うことの重要性が言われています。診断時から痛みなどの症状がある場合には鎮痛剤の処方となされ、病名告知による気持ちの落ち込みには心理的支援が行われます。治療期には抗がん剤や放射線治療の副作用の予防や対処が必要となります。がんの診断時から緩和ケアを並行して行い、がん治療を支えるとともに常に苦痛の緩和を目指しています。

院内の活動としましては、緩和ケアチームの看護師として患者さ

んのケアを行ったり，スタッフからがん患者さんのケアに関する相談を受けたり，院内でのがん看護・緩和ケアに関する研修を企画・実施しています。また，がん相談支援業務も行っており，患者さんやご家族から相談を受けたり，ピアサポートの活動であるがんサロン・がんヨガの運営にも携わっています。がんサロンは，同じ病気を持つ仲間との語り合いの場となっており，病気のことや治療のことなどについて話をして仲間から元気をもらえる場となっています。がんヨガは，インストラクターもがんサバイバー（がんと診断された直後から治療中の人も含むすべての「がん体験者」のこと）であり，呼吸と笑顔をテーマに行っています。癒しの場であり仲間と会える場として機能しています。新型コロナウイルスの影響でどちらもお休みしていましたが，患者さんからの要望もあり，サロンに関しては7月から，ヨガに関しては8月から再開することといたしました。がん相談支援センターでは，どこの病院にかかっている方も相談することができます。実際，他院入院中の患者さんのご家族が相談にいらっしゃったこともありました。

地域での活動としましては，がん関連の認定看護師が参加している「道南がん看護研究会」にて，毎年5月に医療従事者向けに研修会を

開催し、多くの方に参加していただいております。研修会を継続していくことで、多くの方にがん看護についての知識を広め、それぞれの施設での実践につなげることを目的にしておりますが、残念ながら今年度は新型コロナウイルスの影響により開催できませんでした。

また、MOPN（南渡島地域包括緩和ケアネットワーク）の世話人としても活動しています。MOPNでは、市民の皆様向けに市民公開講座として、緩和ケアに関する最新的话题をお届けしています。しかし、こちらも新型コロナウイルスの影響により延期となっています。

市内にはたくさんの緩和ケアの仲間達が活動しておりますので、何かお困りの際はいつでもがん相談支援センターにお立ち寄りください。これからもよろしくお願いいたします。

●現在、道南ブロック内では下記の病院に在職しています●

市立函館病院・函館五稜郭病院・函館中央病院・国立病院機構

函館病院・函館協会病院・函館おしま病院・森病院



認定看護師の役割と活動

第3回 『乳がん看護認定看護師』

北美原クリニック乳腺センター

むらかみよしみ

看護師長 村上佳美 様



令和2年11月掲載

認定看護師とは、ある特定の看護分野において熟練した看護技術と知識をもつ看護師のことをいいます。色々な分野の認定看護師がいる中で、私は「乳がん看護」という分野を専門としています。他の分野は治療に特化していることが多いのに対し、なぜ乳がんなのかということについて、少しお話したいと思います。

乳がんは、女性の罹患する癌の中では一番多い癌であり、女性の11人に1人が乳がんになるといわれています。一方で、死亡率は他の癌に比べて高くはなく、早期に見つけることができれば治癒を期待できる癌でもあります。乳がん検診受診を促す背景はここにあるわけです。また、乳がん罹患する年齢をみると、40歳代後半から急激に患者数が増えてくるという特徴があります。40歳代後半以降というのは、女性の一生において、仕事・子育てなど重要な

時期でもあります。どんなに早期に発見したとしても、乳がんに罹患すると、様々な生活上の変化を経験することになります。実際に仕事や子育てと治療を両立するにはどうしたらよいかと、様々な悩みを抱える方々も多くいらっしゃいます。そのような方々に寄り添い、乳がん治療についての知識を駆使しながら、共にどうしたらよいのかを考えていくのが、私たち乳がん看護認定看護師の役割です。

ここで私自身の活動についてご紹介します。私が勤務しているのはクリニックなので、クリニックに通院している方に対する直接的ケアが、主な活動となっております。乳がん治療に伴う様々な治療選択における意思決定支援や、ボディイメージの変化に対するケアなど行いながら、できるだけその方らしい生活を送れるよう支援しています。また、ゆっくりお話を聴いてほしいという方への看護相談を行ったり、患者さん同士の交流の場として患者会を行うなどもしています（現在は、新型コロナウイルス感染予防のため休止しています）。院外においては、市内の乳がん診療を行っている先生方とともに道南乳腺疾患研究会の世話人として活動しております。いかをシンボルとしたピンクリボンバッチの作成のほか、医療従事者で行う地域乳腺がんサーボードの実施、五稜郭タワーのライトアップ

プや、市民公開講座の開催などを行っております。また、市内のがん関連の認定看護師で構成される道南がん看護研究会へも参加させていただき、様々な分野の認定看護師の皆様とともに、市内のがん看護の質を上げるため、医療者向けの勉強会などを行っております。

私のように、乳がん看護を専門としている認定看護師は市内に 3 名しかおりません。しかし、それぞれの施設におられる他分野の認定看護師の皆様と協力しながら、この地域で暮らす乳がん患者さんが、少しでも安心して過ごせるよう今後も努めていきたいと考えております。よろしくお願いいたします。

●現在、函館市内では下記の病院に在職しています●

国立病院機構函館病院・函館五稜郭病院・北美原クリニック

情報共有ツール関係資料の要点等

- 令和2年7月に実施した『はこだて医療・介護連携サマリー』活用状況調査集計結果について（資料5-2）
 - 配布件数 418件 回収件数 138件
 - 「活用したことがある」と回答した機関・事業所の割合 55%
- はこだて医療・介護連携サマリー Q&A集（令和2年10月掲載分）サマリーに関する要望などについて回答（資料5-3）

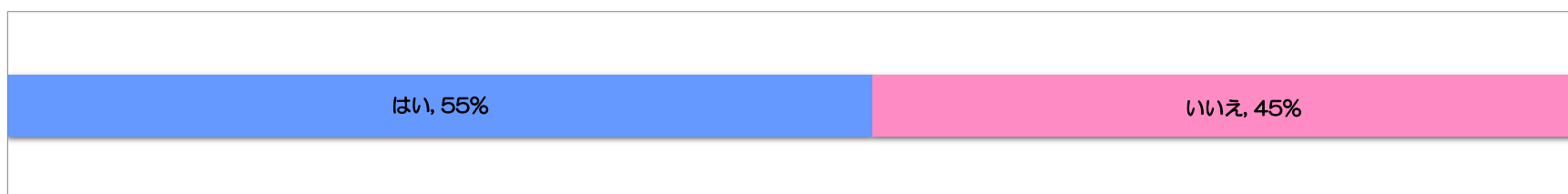
情報共有ツール作業部会 はこだて医療・介護連携サマリー モニタリング
 ○活用状況調査集計結果 R2.1.1～R2.6.30分

《所属機関》

種 別	(n=138)			(n=184)		
	第5回			第4回		
	R2.1.1～R2.6.30分			R1.7.1～R1.12.31分		
	配布件数 (a)	回収件数 (b)	種別ごと 回収率 (b) / (a)	配布件数 (a)	回収件数 (b)	種別ごと 回収率 (b) / (a)
① 入院医療機関	24 件	16 件	67%	25 件	20 件	80%
② 居宅介護支援事業所	103 件	34 件	33%	105 件	59 件	56%
③ 包括支援センター	10 件	7 件	70%	10 件	9 件	90%
④ 訪問看護	25 件	10 件	40%	24 件	11 件	46%
⑤ 短期入所生活介護	29 件	5 件	17%	31 件	11 件	35%
⑥ 短期入所療養介護	10 件	0 件	0%	10 件	0 件	0%
⑦ 特定施設入居者生活介護	12 件	6 件	50%	14 件	8 件	57%
⑧ 小規模多機能型居宅介護	22 件	5 件	23%	20 件	8 件	40%
⑨ 認知症対応型共同生活介護	46 件	14 件	30%	48 件	20 件	42%
⑩ 地域密着型特定施設入居者生活介護	13 件	5 件	38%	15 件	5 件	33%
⑪ 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	5 件	3 件	60%	5 件	5 件	100%
⑫ 看護小規模多機能型居宅介護	5 件	1 件	20%	5 件	1 件	20%
⑬ 介護老人福祉施設	17 件	11 件	65%	17 件	10 件	59%
⑭ 介護老人保健施設	8 件	4 件	50%	8 件	2 件	25%
⑮ 介護医療院	3 件	0 件	0%	3 件	0 件	0%
⑯ サ付・有料	86 件	17 件	20%	79 件	15 件	19%
合 計	418 件	138 件		419 件	184 件	

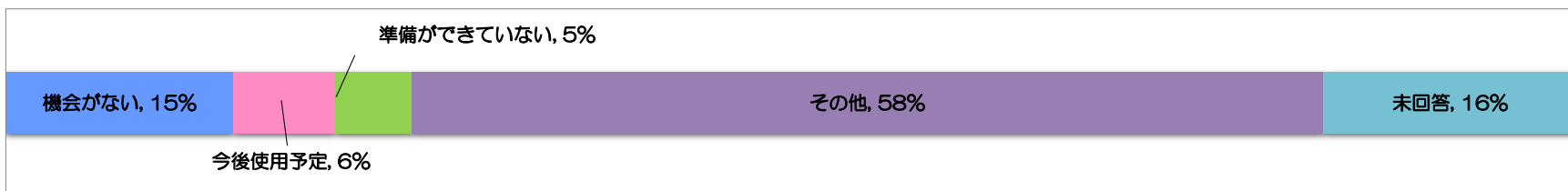
(1) 貴所属機関では、「はこだて医療・介護連携サマリー」（以下「サマリー」と表記）を作成し、情報共有に活用されたことがありますか。

項目	第5回		第4回		第3回		第2回		第1回	
	R2.1.1~R2.6.30分		R1.7.1~R1.12.31分		H31.1.1~R1.6.30分		H30.7.1~30.12.31分		H30.3.26~30.6.30分	
	受取件数	割合	受取件数	割合	受取件数	割合	受取件数	割合	受取件数	割合
① はい	76件	55%	94件	51%	82件	54%	77件	48%	67件	40%
② いいえ	62件	45%	91件	49%	70件	46%	82件	52%	97件	59%
③ 未回答	0件	0%	0件	0%	0件	0%	0件	0%	1件	1%
合計	138件		185件		152件		159件		165件	



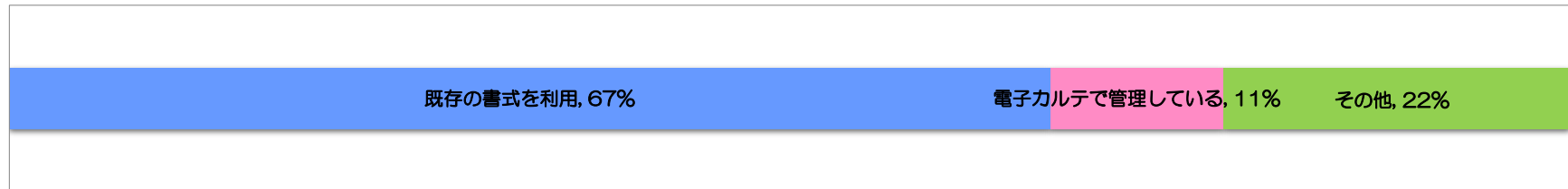
・②いいえの理由。

項目	第5回		第4回		第3回		第2回		第1回	
	R2.1.1~R2.6.30分		R1.7.1~R1.12.31分		H31.1.1~R1.6.30分		H30.7.1~30.12.31分		H30.3.26~30.6.30分	
	受取件数	割合	受取件数	割合	受取件数	割合	受取件数	割合	受取件数	割合
■活用していないとの回答のうち	62件		91件		70件		82件		97件	
① 機会がない	9件	15%	23件	25%	16件	23%	17件	21%	39件	40%
② 今後使用予定	4件	6%	1件	1%	2件	3%	7件	9%	10件	10%
③ 準備ができていない	3件	5%	1件	1%	10件	14%	4件	5%	7件	7%
④ その他	36件	58%	52件	57%	36件	51%	43件	52%	31件	32%
⑤ 未回答	10件	16%	14件	15%	6件	9%	11件	13%	10件	10%



・②いいえのうち、その他の理由。

項目	第5回		第4回		第3回	
	R2.1.1~R2.6.30分		R1.7.1~R1.12.31分		H31.1.1~R1.6.30分	
	受取件数	割合	受取件数	割合	受取件数	割合
■その他との回答のうち	36件		52件		36件	
① 既存の書式を利用	24件	67%	42件	81%	32件	89%
② 電子カルテで管理している	4件	11%	1件	2%	1件	3%
③ その他	8件	22%	9件	17%	3件	8%



(2) (1)で「①はい」とお答えされた方にお伺いします。

ア 令和2年1月1日から令和2年6月30日までの期間で、何件の「サマリー」を作成されましたか？

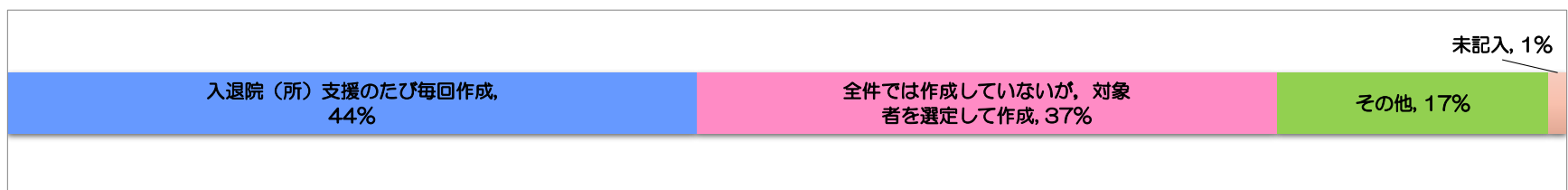
<ul style="list-style-type: none"> ・最大作成件数は836件 ・1機関の平均活用件数は21件

イ どのような機会に作成し、活用していますか。(複数回答あり)

項目	第5回		第4回		第3回		第2回		第1回	
	R2.1.1~R2.6.30分		R1.7.1~R1.12.31分		H31.1.1~R1.6.30分		H30.7.1~30.12.31分		H30.3.26~30.6.30分	
	受取件数	割合	受取件数	割合	受取件数	割合	受取件数	割合	受取件数	割合
① 入院(所)時	60件	58%	75件	69%	67件	66%	63件	70%	62件	90%
② 退院時	9件	9%	7件	6%	16件	16%	10件	11%	3件	4%
③ 転院時	5件	5%	4件	4%	2件	2%	2件	2%	1件	1%
④ サービス事業所へ(新規依頼時等)	15件	14%	14件	13%						
⑤ その他	15件	14%	8件	7%	11	11%	15件	17%	1件	1%
⑥ 未記入	0件	0%	0件	0%	6件	6%	0件	0%	2件	3%
合計	104件		108件		102件		90件		69件	

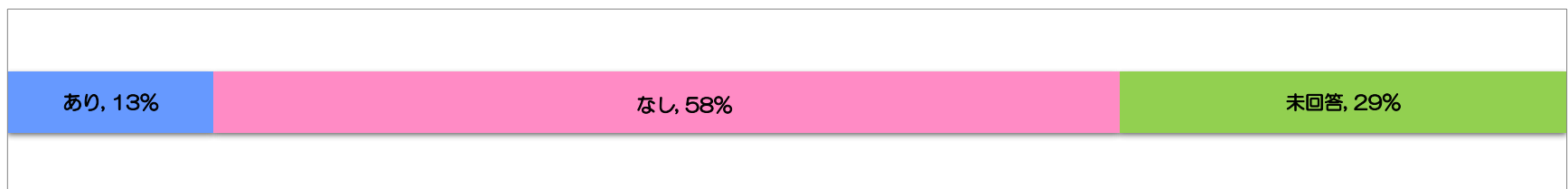
ウ どのくらいの頻度でお使いですか。

項目	第5回		第4回		第3回		第2回		第1回	
	R2.1.1~R2.6.30分		R1.7.1~R1.12.31分		H31.1.1~R1.6.30分		H30.7.1~30.12.31分		H30.3.26~30.6.30分	
	受取件数	割合	受取件数	割合	受取件数	割合	受取件数	割合	受取件数	割合
① 入退院（所）支援のたび毎回作成	38件	44%	35件	37%	42件	55%	34件	38%	36件	54%
② 全件では作成していないが、対象者を選定（または限定）して作成	32件	37%	45件	48%	28件	36%	43件	48%	22件	33%
③ その他	15件	17%	11件	12%	7件	9%	13件	14%	9件	13%
④ 未記入	1件	1%	3件	3%						
合計	86件		94件		77件		90件		67件	



(3) 「サマリー」の内容について、見直しが必要な箇所があると思われますか。

項目	第5回		第4回		第3回		第2回		第1回	
	R2.1.1~R2.6.30分		R1.7.1~R1.12.31分		H31.1.1~R1.6.30分		H30.7.1~30.12.31分		H30.3.26~30.6.30分	
	受取件数	割合	受取件数	割合	受取件数	割合	受取件数	割合	受取件数	割合
① あり	18件	13%	24件	14%	22件	14%	28件	18%	30件	18%
② なし	79件	58%	107件	60%	82件	54%	77件	49%	74件	45%
③ 未回答	39件	29%	46件	26%	48件	32%	53件	34%	61件	37%
合計	136件		177件		152件		158件		165件	



○ 作成しない理由抜粋

- ・ 所属組織の書式等で対応しているため（他25件有）
- ・ 体制が整っていないため（他5件有）
- ・ 使用機会がない、少ないため（他12件有）
- ・ 必要性を感じないため（他1件有）
- ・ サマリー作成に時間を割けないため（他2件有）
- ・ ボリュームがあり過ぎて記入に時間と手間が掛かるため（他3件有）
- ・ 今後活用予定（他2件）
- ・ 知らなかったため
- ・ ケアマネジャーや病院から情報を得ており作成していないため
- ・ 現状では先方の医療機関でもはこだて医療・介護連携サマリーを使用している所が少ないと感じる

○ 見直し等の意見抜粋

- ・ 医療機関側と介護施設側、双方で同じ書式（サマリー）で使用するよう定めてほしい
- ・ 情報量が多く助かっている
- ・ 大変わかりやすく、在宅から施設、病院から施設でも連携が取りやすいと思う（他1件）
- ・ このサマリーをそのままフェイスシート等に活用できれば使用の枠が広がると思う
- ・ 入退院時双方にサマリーがほしい（入院時サマリーを送っても退院時サマリーをもらう事ができていない）
- ・ 各事業所で使用している書式での情報提供ができるようにしてほしい（連携サマリー、各事業所で使用している情報の書式が統一されると全国的にも行っていない取り組みになると思う）
- ・ 基本情報から氏名を入力した際、フェイスシート①の氏名欄にもフリガナを反映してほしい
- ・ 原本の基本ツールと②の家族連絡先が反映する関数を入れてほしい（他1件有）
- ・ 身体、生活機能の備考欄がほしい（基本ツールだけではADLのイメージがつきにくい）
- ・ 現状を記入するページ、罫線があった方がよい
- ・ 主病名の診断年月日、アレルギーの有無、感染症の有無の記入欄がほしい
- ・ 経過、現在の病状、治療、ケアや本人、ご家族の希望、思い、疾病に対する受けとめ等の記入欄がほしい
- ・ FAX番号一覧がほしい（医療機関以外のFAX番号がわからない時、電話でのFAX番号聞き取りが不安）
- ・ ADLに関する欄を増やしてほしい（別紙⑩が必要になることが多いため）
- ・ 医療情報欄を増やしてほしい（行を増やして使用していた）
- ・ 事業対象者、区変中等を記載する欄がほしい
- ・ 既往歴欄を増やしてほしい（他1件有り）
- ・ 見やすくしてほしい（他5件有）
- ・ 項目が多く時間がかかるため、簡素化希望（他1件）
- ・ FAX使用時にも見やすくなるようにしてほしい（他1件有）
- ・ 医療・介護の連携がどの程度図れたのかを知りたい
- ・ 他施設がどの程度サマリーを活用しているのか知りたい
- ・ 既往歴がないため、応用ツール⑩でも記載されてくることがあまりない
- ・ 特別な医療の項目が多すぎる
- ・ 応用ツール以外は基本情報で良いのではないか
- ・ 所属組織等の書類やシステムからの転記が手間（他2件有）
- ・ 入院中や在宅での経過を応用ツール⑩に記入しているが、病院からは看護サマリー＋基本ツールが送付されてる



はこだて医療・介護連携サマリー Q&A集

(R2年10月掲載分)

Q1. 事業対象者、区変中等を記載する欄がほしいです。

A : 「事業対象者」に関しては、基本ツールの「●基本情報等」内の「要介護度」欄の選択項目に含まれています。「区変中」は選択項目に追加いたしました。最新のサマリーをダウンロードしてご活用ください。

Q2. 基本ツールと基本ツール2の家族情報、PC入力でも反映されない為、手間が掛かるので見直してほしい。

A : R1年7月の活用状況調査にて同様のご意見をいただいております。R1年9月にサマリーを修正しております。R1年9月以前のサマリーをご活用の場合は、最新のサマリーをダウンロードしてご活用ください。

(参考：(R2年6月4日 掲載分) Q1 (R1年9月24日 掲載分) Q3)

Q3. 基本情報から氏名を入力した際にフェイスシート①の氏名欄にもフリガナが反映されると良いかと思えます。

A : R1年5月に行った元号変更に伴う修正のタイミングにてフェイスシート①の氏名欄にもフリガナ表示がされるように修正しております。最新のサマリーをダウンロードしてご活用ください。

Q4. このサマリーをそのままフェイスシート等に活用できれば使用の枠が広がると思えます。

A : H30年7月26日にフェイスシート版サマリーを公開しております。是非ご活用ください。

(参考：下記 ホームページ公開時のお知らせ文)

介護関係者等からのご要望に基づき、介護サービス計画書作成の前提として具備

しなければならない「課題分析標準項目」のうち「基本情報に関する項目」（注1）を網羅する様式として利用できるよう作成したものであり、これまでのサマリーの様式に加えてこの様式を出力できる機能が追加された内容になっております。

通常の様式作成と同じように情報を入力すると、フェイス①②のシートに反映されるかたちとなっており、基本ツール・基本ツール②に無い項目については、フェイス①②のシートに直接入力していただくことになります。

この様式は、あくまでも基本情報に関する項目を備えている様式としてご理解いただき、課題分析（アセスメント）に関する項目について網羅しているものではないことをご了承願います。

なお、この様式につきまして、函館市保健福祉部指導監査課にもご確認いただき、フェイスシートとして活用することについて了解をいただいておりますことを申し添えます。

※このフェイスシート版サマリーは、プルダウン式のみ作成しております。

ジェノグラム欄は、基本ツールとフェイス①どちらも作成していただくかたちになりますが、いずれかで作成したジェノグラムをコピーして貼り付けることが可能です。

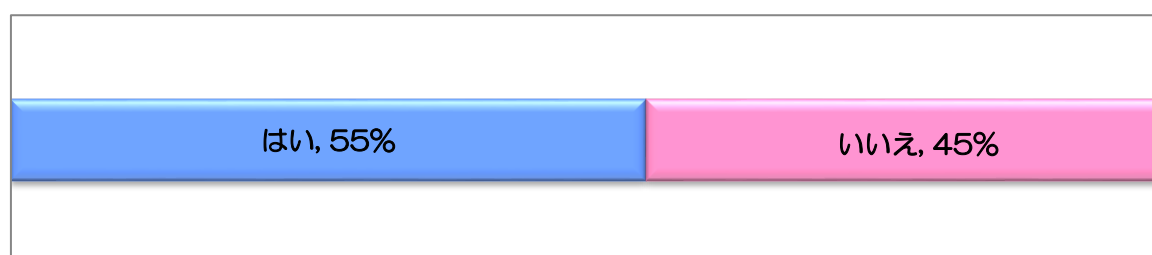
注1 「介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について」
（H11.11.12 厚生省老人保健福祉局企画課長通知）別紙4別添の表参照

参考（ホームページ掲載用モニタリング結果）

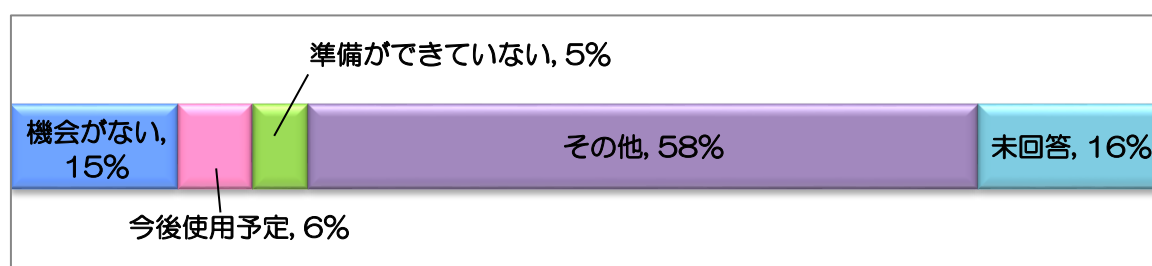
R2年7月調査分

情報共有ツール作業部会 はこだて医療・介護連携サマリー 活用状況調査集計結果 R2.1.1～R2.6.30分（n=138）

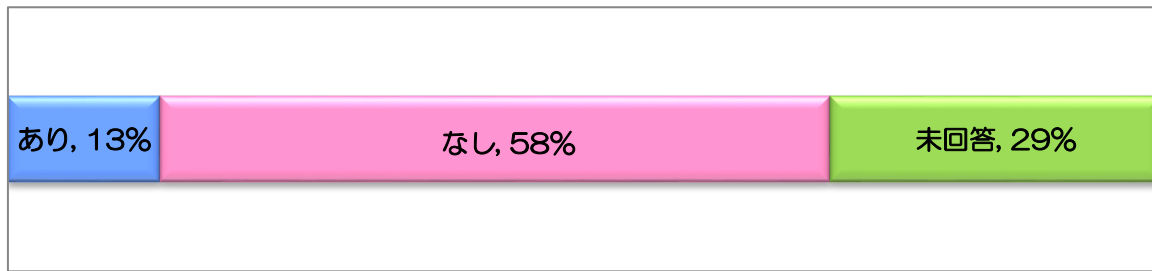
○貴所属機関では、「はこだて医療・介護連携サマリー」（以下「サマリー」と表記）を作成し、情報共有に活用されたことがありますか。



○上記いいえの理由。



○「サマリー」の内容について、見直しが必要な箇所があると思われますか。



別記第2号様式

相談統計(令和2年4月～令和2年9月)

1 新規の相談

(1)相談内容別

(単位:件)

区分	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
退院支援・調整	1	2	3	2	4	2							14
日常の療養支援	12	2	11	6	2	5							38
急変時の対応	1	0	0	1	0	1							3
看取り	0	0	0	0	0	0							0
その他	3	2	3	8	4	3							23
合計	17	6	17	17	10	11							78
(参考)前年度の合計	17	17	10	27	21	16	13	11	18	24	14	19	207

(2)相談依頼者別

(単位:件)

区分	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
本人	1	0	1	3	0	0							5
家族	5	1	5	6	4	4							25
在宅医療機関(診療所)	2	0	0	0	1	0							3
在宅医療機関(病院)	0	0	0	0	1	0							1
入院医療機関(診療所)	0	0	0	0	0	0							0
入院医療機関(病院)	3	1	6	5	0	2							17
医療機関(歯科)	1	0	0	0	0	0							1
薬局	0	0	0	0	0	1							1
地域包括支援センター	2	0	1	0	0	1							4
居宅介護支援事業所	2	2	0	0	0	0							4
訪問看護ステーション	0	0	0	0	0	0							0
老人福祉施設	0	0	1	0	1	0							2
介護保険事業所	0	0	0	0	1	0							1
その他	1	2	3	3	2	3							14
合計	17	6	17	17	10	11							78
(参考)前年度の合計	17	17	10	27	21	16	13	11	18	24	14	19	207

2 新規および継続の相談対応方法別

(単位:件)

区分	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
電話	22	5	22	36	17	12							114
訪問	0	0	0	1	1	0							2
来所	5	2	3	1	1	1							13
文書	0	0	0	0	0	0							0
メール	2	4	0	6	2	6							20
関係者協議	4	0	6	4	2	2							18
その他	4	0	3	0	0	0							7
合計(延べ件数)	37	11	34	48	23	21							174
(参考)前年度の合計	58	67	32	92	66	40	40	30	28	41	28	65	587

別記第2号様式

相談統計(平成31年04月01日～令和02年03月31日)

1 新規の相談

(1)相談内容別

(単位:件)

区分	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計	平均
退院支援・調整	6	1	3	6	5	0	0	1	1	3	3	2	31	2.6
日常の療養支援	10	13	6	11	13	6	11	8	9	19	6	16	128	10.7
急変時の対応	0	1	0	0	1	0	0	0	2	0	0	0	4	0.3
看取り	0	2	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	5	0.4
その他	1	0	0	9	2	10	2	2	6	2	4	0	38	3.2
合計	17	17	9	27	21	16	13	11	18	24	14	19	206	17.2

(2)相談依頼者別

(単位:件)

区分	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計	平均
本人	2	3	1	4	3	3	0	2	3	7	1	0	29	2.4
家族	4	4	6	7	3	4	3	4	5	8	4	8	60	5.0
在宅医療機関(診療所)	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.1
在宅医療機関(病院)	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	1	4	0.3
入院医療機関(診療所)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0
入院医療機関(病院)	6	1	2	7	6	1	3	2	3	1	4	2	38	3.2
医療機関(歯科)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0
薬局	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0
地域包括支援センター	3	2	0	1	2	1	3	1	3	2	1	1	20	1.7
居宅介護支援事業所	1	3	0	3	3	2	0	1	2	2	2	4	23	1.9
訪問看護ステーション	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.1
老人福祉施設	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	3	0.3
介護保険事業所	0	1	0	3	1	0	3	1	1	1	0	2	13	1.1
その他	1	1	0	1	1	4	0	0	0	3	2	1	14	1.2
合計	17	17	9	27	21	16	13	11	18	24	14	19	206	17.2

2 新規および継続の相談対応方法別

(単位:件)

区分	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計	平均
電話	24	29	9	49	31	26	23	7	18	14	13	35	278	23.2
訪問	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	3	0.3
来所	11	8	8	18	12	5	5	4	5	13	3	7	99	8.3
文書	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.1
メール	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	7	0.6
関係者協議	21	28	14	24	22	7	11	18	4	11	10	19	189	15.8
その他	0	0	0	1	1	1	0	0	0	2	1	3	9	0.8
合計(延べ件数)	58	67	31	92	66	40	40	30	28	41	28	65	586	48.8

普及啓発活動

新型コロナウイルスの影響により町会活動等が中止となったため、出前講座の機会も減少し、令和2年度上半期の開催は2回となっている。

【市民向け出前講座】

R2.09.09 谷地頭老人福祉センター（老人福祉センター体験会） 30名

【出張講座】

R2.09.15 障害者生活支援センターぱすてる（要約筆記登録員実技研修会 模擬現場）
13名

研修関係資料の要点等

● 令和 2 年度 多職種連携研修の実施状況

新型コロナウイルス感染症の影響により、当初計画をしていた研修会が開催できない状況となったため、医療関係者、介護関係者向けの研修会を動画配信によって開催（各 1 回）。今後も、従来の開催方法ではなく動画配信による研修会を開催予定。

※令和 2 年度上半期 多職種連携研修実績および予定表（資料 8 - 2）参照

● センターホームページ「コラム」の掲載について

- (1) 令和元年度に開催した『第 5 回函館市医療・介護連携多職種研修会』の座長、講師のコラム

「医師・施設相談員・在宅ヘルパー・病院看護師～それぞれの立場からの看取り～」掲載（資料 8 - 3）

- (2) 令和 2 年 7 月～「認定看護師の役割と活動」（2 か月毎に掲載）

※（資料 4 - 3）に重複

感染管理認定看護師（7 月）

緩和ケア認定看護師（9 月）

乳がん看護認定看護師（11 月）

● 研修情報の一元化と情報提供について

- (1) 令和 2 年 4 月から令和 2 年 9 月に、医療・介護連携支援センターのホームページ上に掲載した研修の件数（資料 8 - 5）

- ・ 他団体主催・共催 5 件
- ・ センター主催・共催 2 件 合計 7 件

【令和2年度上半期 多職種連携研修実績および予定表】

目的（テーマ）	内容	形式				定員	時期
		規模（会場）	形態	対象者	レベル		
(1) 相互理解の促進	① 医療関係者向け研修 『訪問看護師の機能と役割』 講師：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在宅療養支援室 訪問看護 看護師主任 白川 直子 様		動画にて講義	医療関係者	初級～中級		9月11日 ～9月30日 まで公開 (終了)
	② 介護関係者向け研修 『高齢者の身体的特徴（フレイル）と 主治医に伝わりやすい報告の仕方』 講師：医療法人社団 恩村内科医院 院長恩村 宏樹先生		動画にて講義	介護関係者	初級～中級		8月11日 ～8月31日 まで公開 (終了)
	『正しい病院のかかり方（医療介護連携編）』 講師：社会福祉法人函館厚生院函館五稜郭病院 法人内・法人外連携推進担当課長 船山 俊介様		動画にて講義	介護関係者	初級～中級		近日公開 予定 ※昨年度中止分
	③ オープンカンファレンス	中規模	対話体験（事例報告）	医療・介護関係者	初級～上級	100名程度	未定
	④ 研修会コーディネート 各関係団体窓口一覧の作成、24団体長宛てに配信 各関係団体窓口一覧の作成に関する規定について						5月に配信済 5月に掲載済
⑤ 第6回函館市医療・介護連携多職種研修会 相互理解～在宅医療と介護、地域との繋がりについて～	大規模（中規模） （国際ホテル）	映画上映（99分） 講演会（30分）	医療・介護関係者	初級～中級	150名程度	11月21日 (中止)	
(2) 連携強化	① 看取り 施設看取りへの支援 『施設等での看取りケアの事例報告』*各団体との共催 在宅看取りへの支援 『アンケート結果の報告・在宅看取りの事例報告』					未定	
	② 入退院支援 「はこだて入退院支援連携ガイド」活用促進 「はこだて医療・介護連携サマリー」活用促進 ※各団体・各機関との共催 ※退院支援分科会・情報共有ツール作業部会との協働					未定	
	③ 急変時対応（急変時対応分科会実務者会議主催） 『急変時対応研修会』	中規模 （テレシアター）	パネルディスカッション	医療・介護関係者	中級～上級	100名程度	未定 ※昨年度中止分
(3) 多職種連携の 専門性の向上	① 函館市における多職種連携への理解の促進 ※各団体・各機関との共催	小規模	座学講義 講師：センター職員	医療・介護関係者	初級～中級	30名程度	未定
(4) 人材育成	① センター主催研修会への見学参加 ※各医療・介護系の学校への案内 ※出前講座メニューの更新	随時	動画にて講義	医療・介護学生（教員）	未経験者	数名	未定

第1回 『 医 師 』

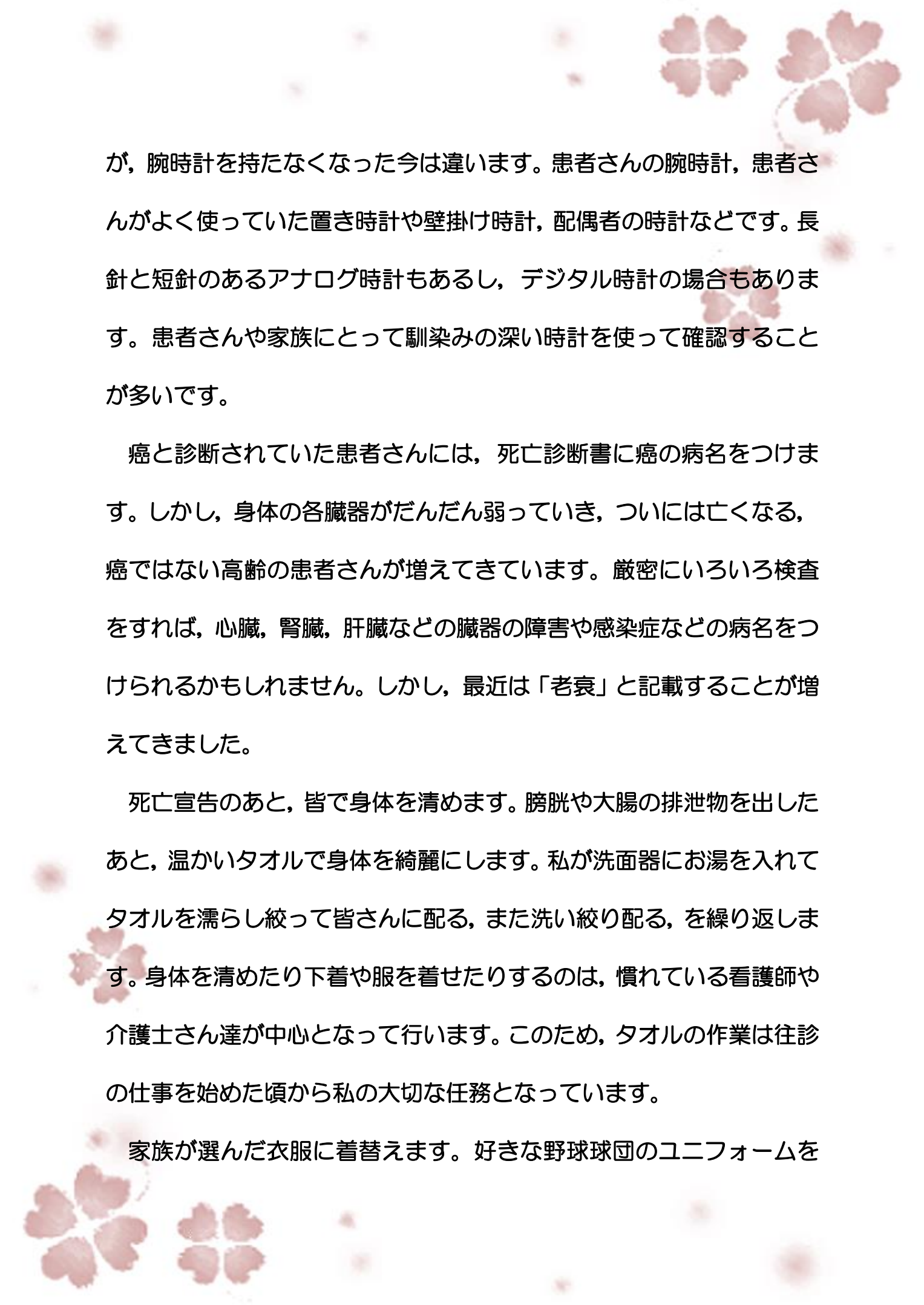
〈看取りの場面で医師の役割〉

職種による役割が比較的明瞭な病院内部の看取りと違い、自宅や施設の看取りは、医師もチームの一員として働く場合が多いので、医師としての役割は少ないように思います。

まず、一般論を説明して、次に施設で亡くなられた患者さんの1例を紹介します。

〈一般論〉

「息をしていない、冷たくなっている、反応がない。」などの連絡が病院に入り、往診します。部屋に入ると皆さんの視線が一拳に私達の方に向けられます。まず、その場に集まっている家族を含めた人達に、「皆さんご苦労さまでした。」と“ねぎらい”の言葉をかけます。すぐには死亡確認をしません。沈黙の時間が流れます。その場にいる人達の表情を見ていると、亡くなった人に向かっていた気持ちがふと私に移り、私がこれから何をしようとしているのかが分かる雰囲気になります。その時「それでは確認させていただきます。」と言って確認の作業に移ります。時計で時刻を確認して死亡宣告します。昔は私の腕時計でした

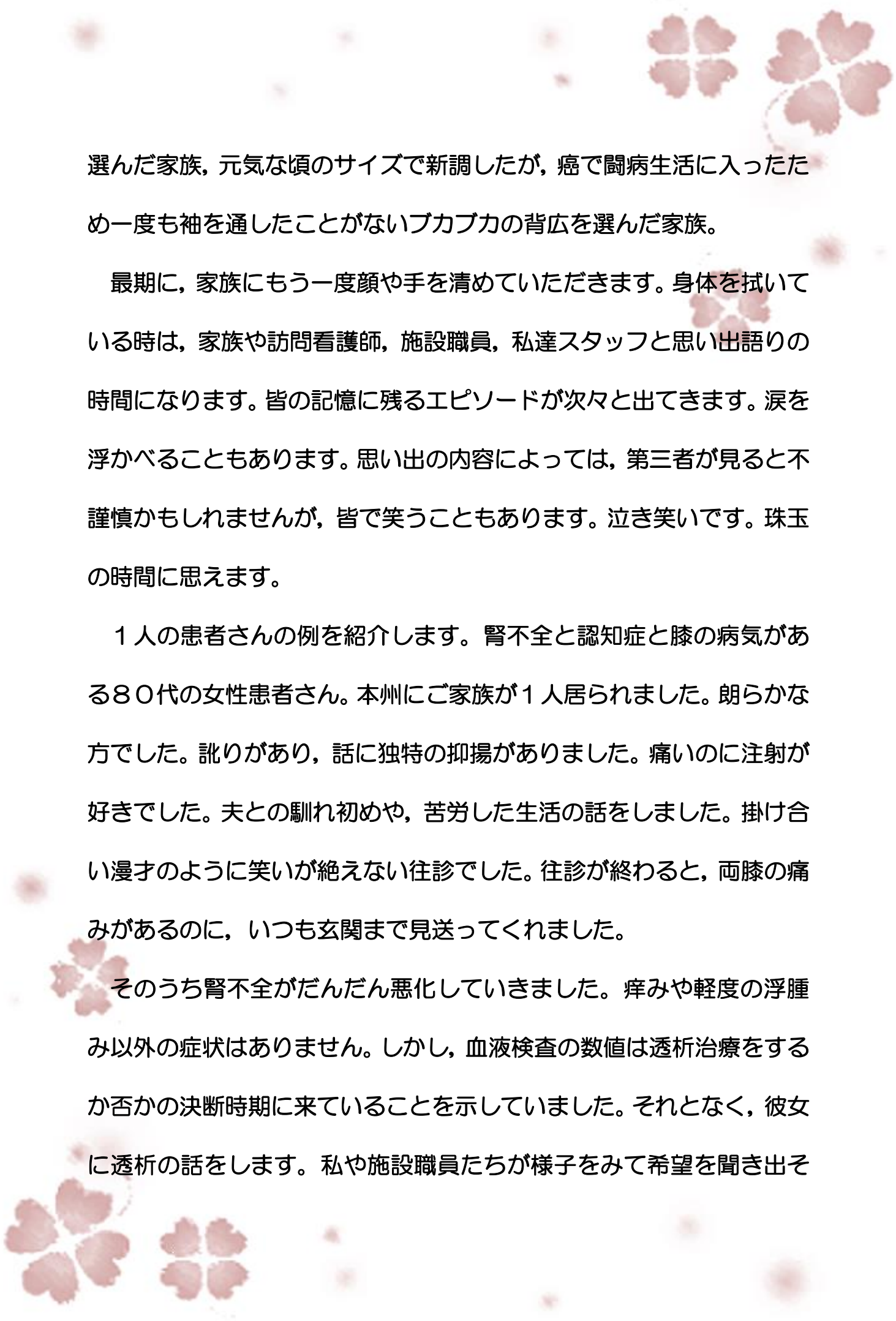


が、腕時計を持たなくなった今は違います。患者さんの腕時計，患者さんがよく使っていた置き時計や壁掛け時計，配偶者の時計などです。長針と短針のあるアナログ時計もあるし，デジタル時計の場合もあります。患者さんや家族にとって馴染みの深い時計を使って確認することが多いです。

癌と診断されていた患者さんには，死亡診断書に癌の病名をつけます。しかし，身体の各臓器がだんだん弱っていき，ついには亡くなる，癌ではない高齢の患者さんが増えてきています。厳密にいろいろ検査をすれば，心臓，腎臓，肝臓などの臓器の障害や感染症などの病名をつけられるかもしれませんが。しかし，最近は「老衰」と記載することが増えてきました。

死亡宣告のあと，皆で身体を清めます。膀胱や大腸の排泄物を出したあと，温かいタオルで身体を綺麗にします。私が洗面器にお湯を入れてタオルを濡らし絞って皆さんに配る，また洗い絞り配る，を繰り返します。身体を清めたり下着や服を着せたりするのは，慣れている看護師や介護士さん達が中心となって行います。このため，タオルの作業は往診の仕事をはじめた頃から私の大切な任務となっています。

家族が選んだ衣服に着替えます。好きな野球球団のユニフォームを

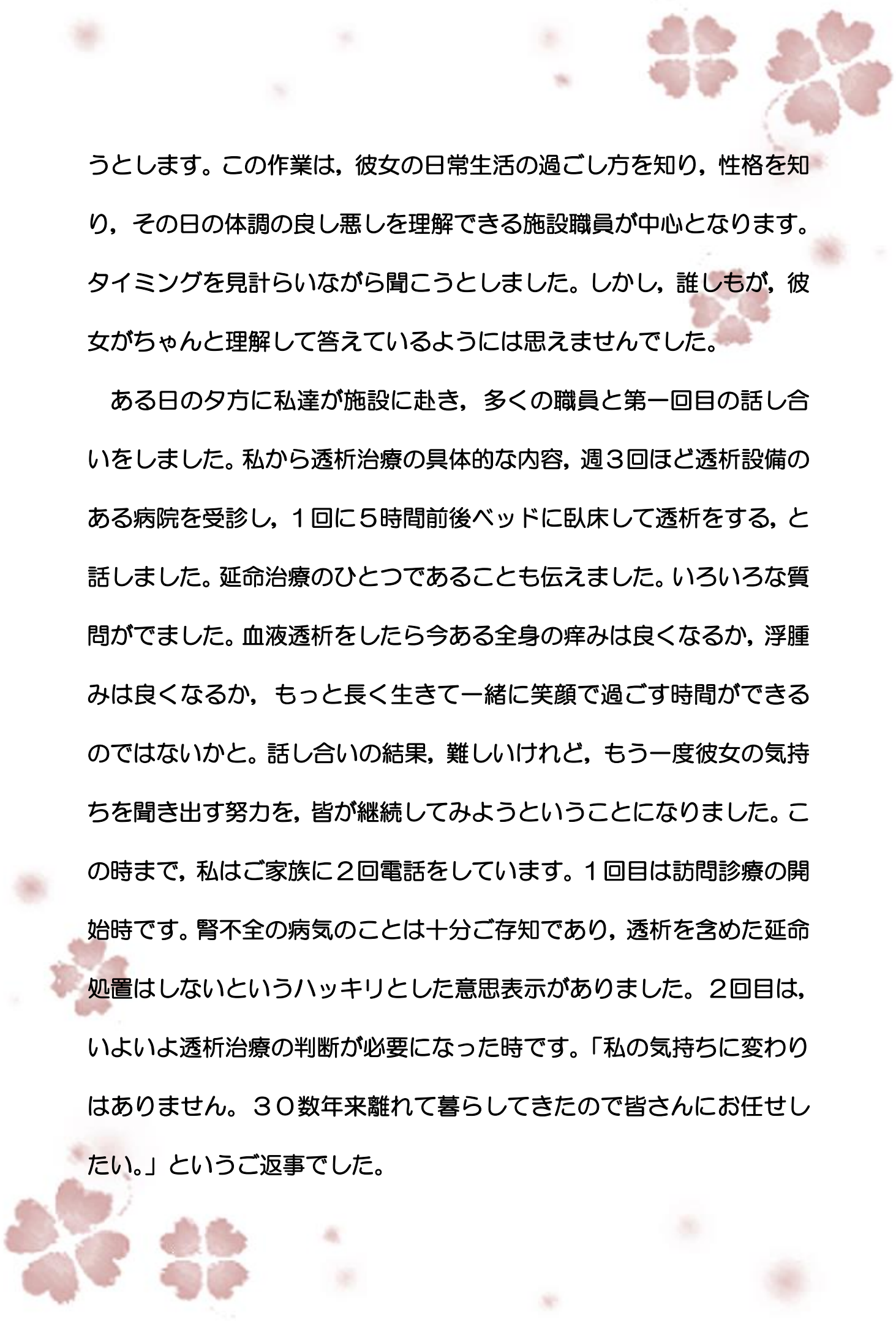


選んだ家族、元気な頃のサイズで新調したが、癌で闘病生活に入ったため一度も袖を通したことがないブカブカの背広を選んだ家族。

最期に、家族にもう一度顔や手を清めていただきます。身体を拭いている時は、家族や訪問看護師、施設職員、私達スタッフと思い出語りの時間になります。皆の記憶に残るエピソードが次々と出てきます。涙を浮かべることもあります。思い出の内容によっては、第三者が見ると不謹慎かもしれませんが、皆で笑うこともあります。泣き笑いです。珠玉の時間に思えます。

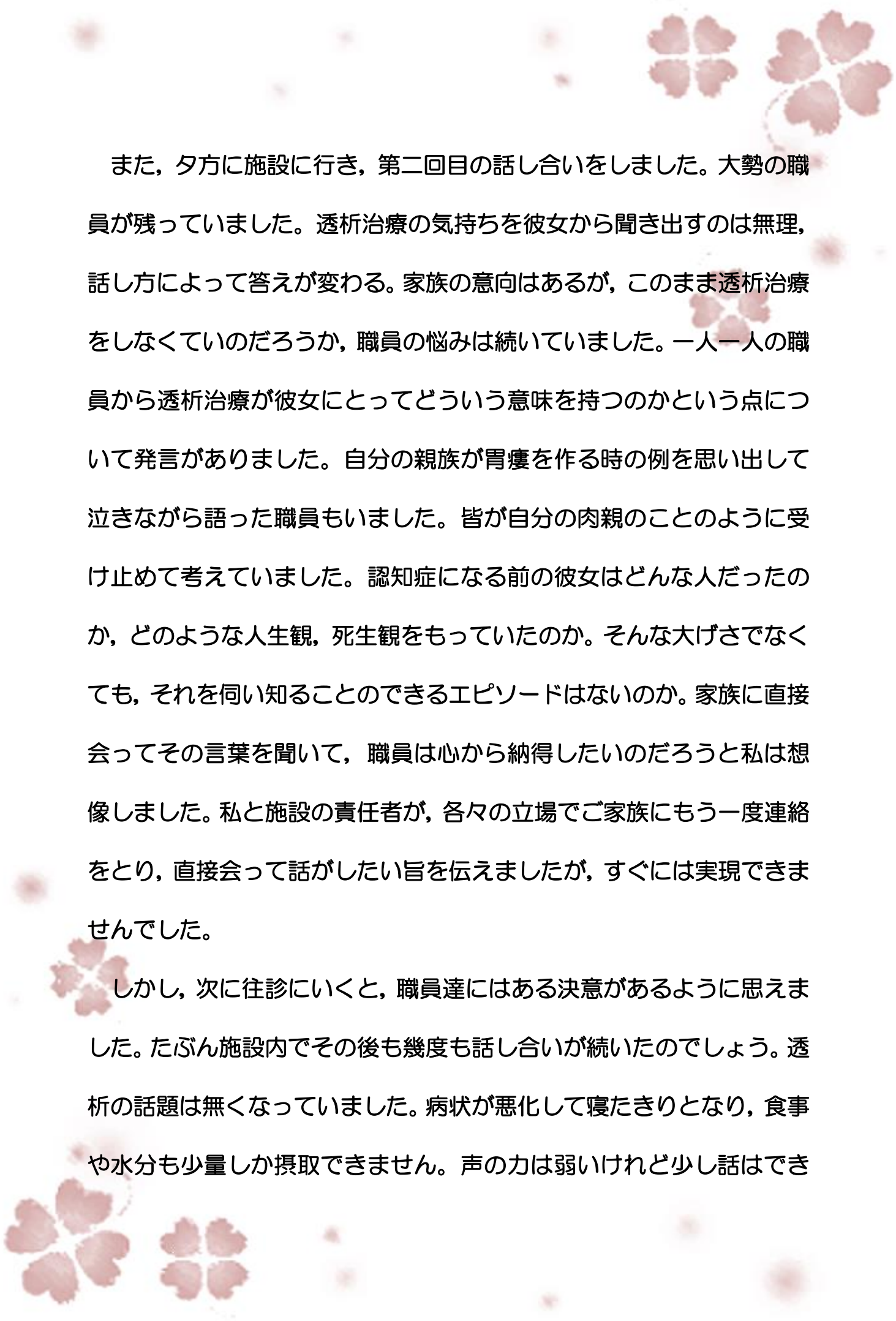
1人の患者さんの例を紹介します。腎不全と認知症と膝の病気がある80代の女性患者さん。本州にご家族が1人居られました。朗らかな方でした。訛りがあり、話に独特の抑揚がありました。痛いのに注射が好きでした。夫との馴れ初めや、苦労した生活の話をしました。掛け合い漫才のように笑いが絶えない往診でした。往診が終わると、両膝の痛みがあるのに、いつも玄関まで見送ってくれました。

そのうち腎不全がだんだん悪化していきました。痒みや軽度の浮腫み以外の症状はありません。しかし、血液検査の数値は透析治療をするか否かの決断時期に来ていることを示していました。それとなく、彼女に透析の話をします。私や施設職員たちが様子を見て希望を聞き出そ



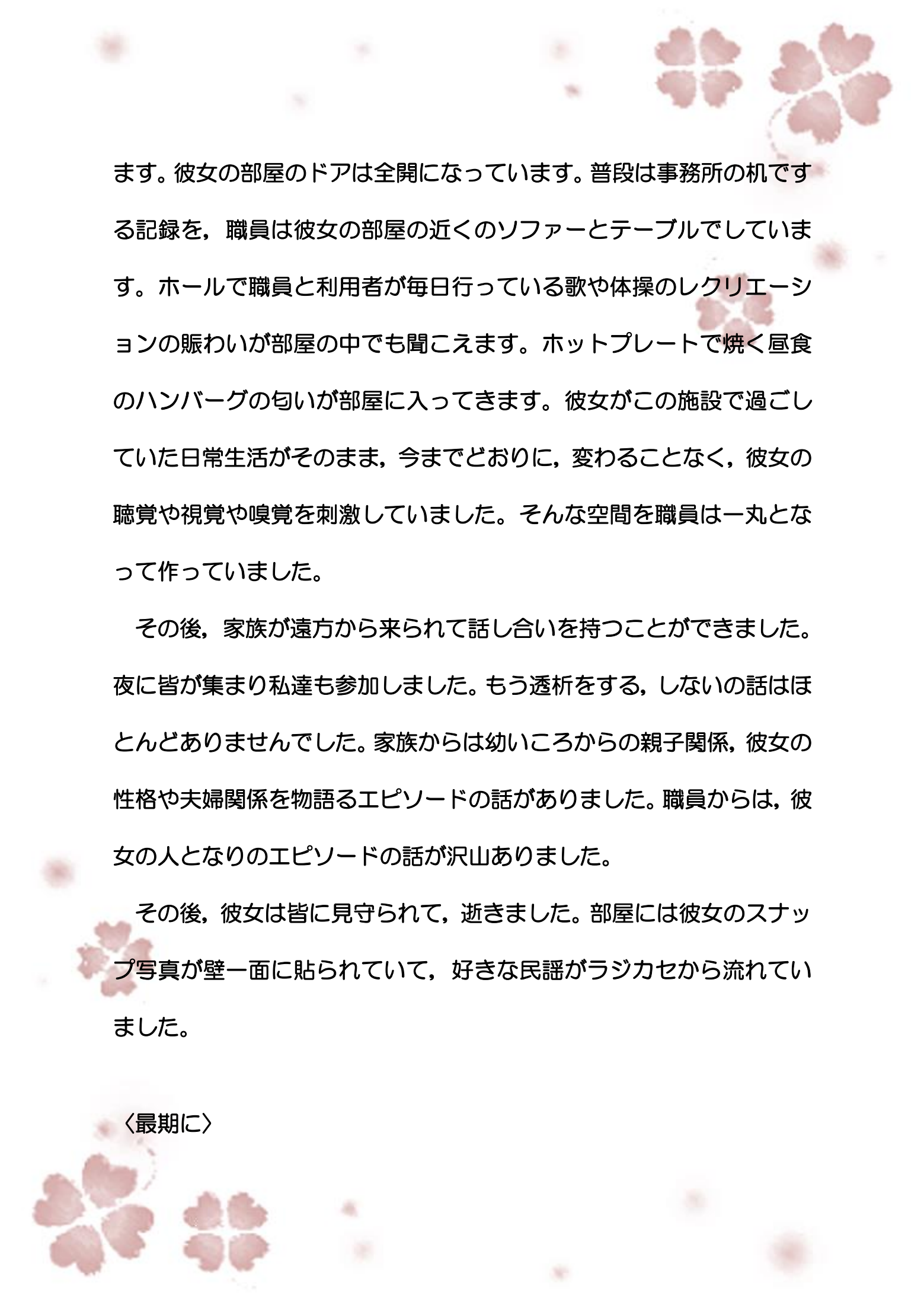
うとします。この作業は、彼女の日常生活の過ごし方を知り、性格を知り、その日の体調の良し悪しを理解できる施設職員が中心となります。タイミングを見計らいながら聞こうとしました。しかし、誰しもが、彼女がちゃんと理解して答えているようには思えませんでした。

ある日の夕方に私達が施設に赴き、多くの職員と第一回目の話し合いをしました。私から透析治療の具体的な内容、週3回ほど透析設備のある病院を受診し、1回に5時間前後ベッドに臥床して透析をする、と話しました。延命治療のひとつであることも伝えました。いろいろな質問がでました。血液透析をしたら今ある全身の痒みは良くなるか、浮腫みは良くなるか、もっと長く生きて一緒に笑顔で過ごす時間ができるのではないかと。話し合いの結果、難しいけれど、もう一度彼女の気持ちを聞き出す努力を、皆が継続してみようということになりました。この時まで、私はご家族に2回電話をしています。1回目は訪問診療の開始時です。腎不全の病気のことは十分ご存知であり、透析を含めた延命処置はしないというハッキリとした意思表示がありました。2回目は、いよいよ透析治療の判断が必要になった時です。「私の気持ちに変わりはありません。30数年来離れて暮らしてきたので皆さんにお任せしたい。」というご返事でした。



また、夕方に施設に行き、第二回目の話し合いをしました。大勢の職員が残っていました。透析治療の気持ちを彼女から聞き出すのは無理、話し方によって答えが変わる。家族の意向はあるが、このまま透析治療をしなくていいのだろうか、職員の悩みは続いていました。一人一人の職員から透析治療が彼女にとってどういう意味を持つのかという点について発言がありました。自分の親族が胃瘻を作る時の例を思い出して泣きながら語った職員もいました。皆が自分の肉親のことにように受け止めて考えていました。認知症になる前の彼女はどんな人だったのか、どのような人生観、死生観をもっていたのか。そんな大げさでなくても、それを伺い知ることのできるエピソードはないのか。家族に直接会ってその言葉を聞いて、職員は心から納得したいのだろうと私は想像しました。私と施設の責任者が、各々の立場でご家族にもう一度連絡をとり、直接会って話がしたい旨を伝えましたが、すぐには実現できませんでした。

しかし、次に往診にいくと、職員達にはある決意があるように思えました。たぶん施設内でその後も幾度も話し合いが続いたのでしょう。透析の話題は無くなっていました。病状が悪化して寝たきりとなり、食事や水分も少量しか摂取できません。声の力は弱いけれど少し話はでき



ます。彼女の部屋のドアは全開になっています。普段は事務所の机でする記録を、職員は彼女の部屋の近くのソファとテーブルでしています。ホールで職員と利用者が毎日行っている歌や体操のレクリエーションの賑わいが部屋の中でも聞こえます。ホットプレートで焼く昼食のハンバーグの匂いが部屋に入ってきます。彼女がこの施設で過ごしていた日常生活がそのまま、今までどおりに、変わることなく、彼女の聴覚や視覚や嗅覚を刺激していました。そんな空間を職員は一丸となって作っていました。

その後、家族が遠方から来られて話し合いを持つことができました。夜に皆が集まり私達も参加しました。もう透析をする、しないの話はほとんどありませんでした。家族からは幼いころからの親子関係、彼女の性格や夫婦関係を物語るエピソードの話がありました。職員からは、彼女の人となりのエピソードの話が沢山ありました。

その後、彼女は皆に見守られて、逝きました。部屋には彼女のスナップ写真が壁一面に貼られていて、好きな民謡がラジカセから流れていました。

〈最期に〉

私は何をしたのだらうと振り返ります。私が何かをしたのではない、患者さんや家族、施設職員の気持ちがまずそこにある、それに私や同僚看護師や訪問看護師やケアマネジャーや患者さんにかかわる全ての人達の心が揺り動かされる、そして何とかしたい、何とかしよう、という気持ちになる。チームの気持ちがだんだん昇華していく。彼女のことは、ずっと脳裏に残る、大切な時間を共有したと思います。1人ではできない、本当の意味のチーム、患者さんに対して、1回きりのオーダーメイドのチームの作業。

往診をしてご自宅や施設の看取りを経験していく中で、私の死生観も少しずつ変化していきました。幼少期に祖父の死に立ち会い、祖父が骨になった場面を見てからは、ずっと死は恐ろしいものでした。しかし、今は違います。私が死んだら、私の事を知っている人達の記憶に数年でもいいから残り、時々思い出してもらい、そしてだんだん消えていく。それで良いと思っています。

ご回答していただいた方

医療法人道南勤労者医療協会函館稜北病院

内科医長・訪問診療科科長 よこくら もと 横倉 基 先生

それぞれの立場からの看取り

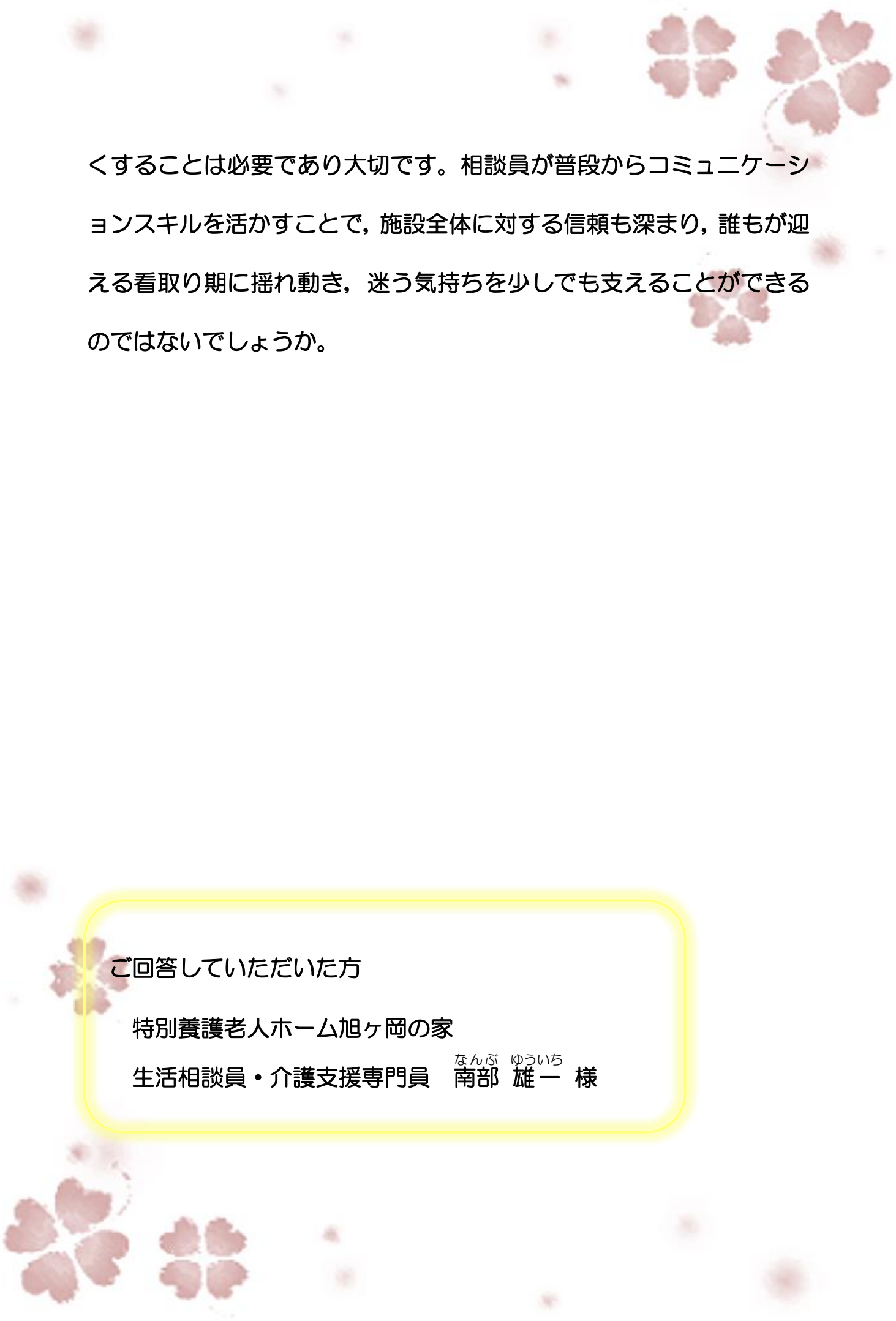
第2回 『施設相談員』

今回、「看取り場面での相談員の役割」というテーマでコラムを書かせていただくことになりましたが、相談員の役割は看取り場面においても、基本的には日常と変わらないと思っています。なぜなら、「看取り介護」とは「普段の生活の延長」であるからです。普段からのご本人やご家族、他職種（スタッフ）との関わりが重要となります。

相談員の仕事内容は多岐に渡り、事業所によって仕事内容も異なるとは思いますが、下記のようなコミュニケーションスキルが、どの場面においても重要になるとは思います。

- 事業所が提供するサービスを丁寧にわかりやすく説明できる。
- ご意見に耳を傾けニーズを把握し、将来的なニーズを想像できる。
- ニーズに答えられるように、スタッフと話し合って答えを出せる。
- 施設としてのケアに関する見解をわかりやすく伝え、提案できる。
- 普段、直接身体介護や看護を行わないため、適度な距離感を保ちやすく客観的な判断ができる。

そして、看取り期は、その方の人生の総まとめの時期ですから、普段よりも時間にゆとりを持ち、思い出話などを交えながら、かかわりを多



くすることは必要であり大切です。相談員が普段からコミュニケーションスキルを活かすことで、施設全体に対する信頼も深まり、誰もが迎える看取り期に揺れ動き、迷う気持ちを少しでも支えることができるのではないのでしょうか。

ご回答していただいた方

特別養護老人ホーム旭ヶ岡の家

生活相談員・介護支援専門員 なんぶ ゆういち 南部 雄一 様



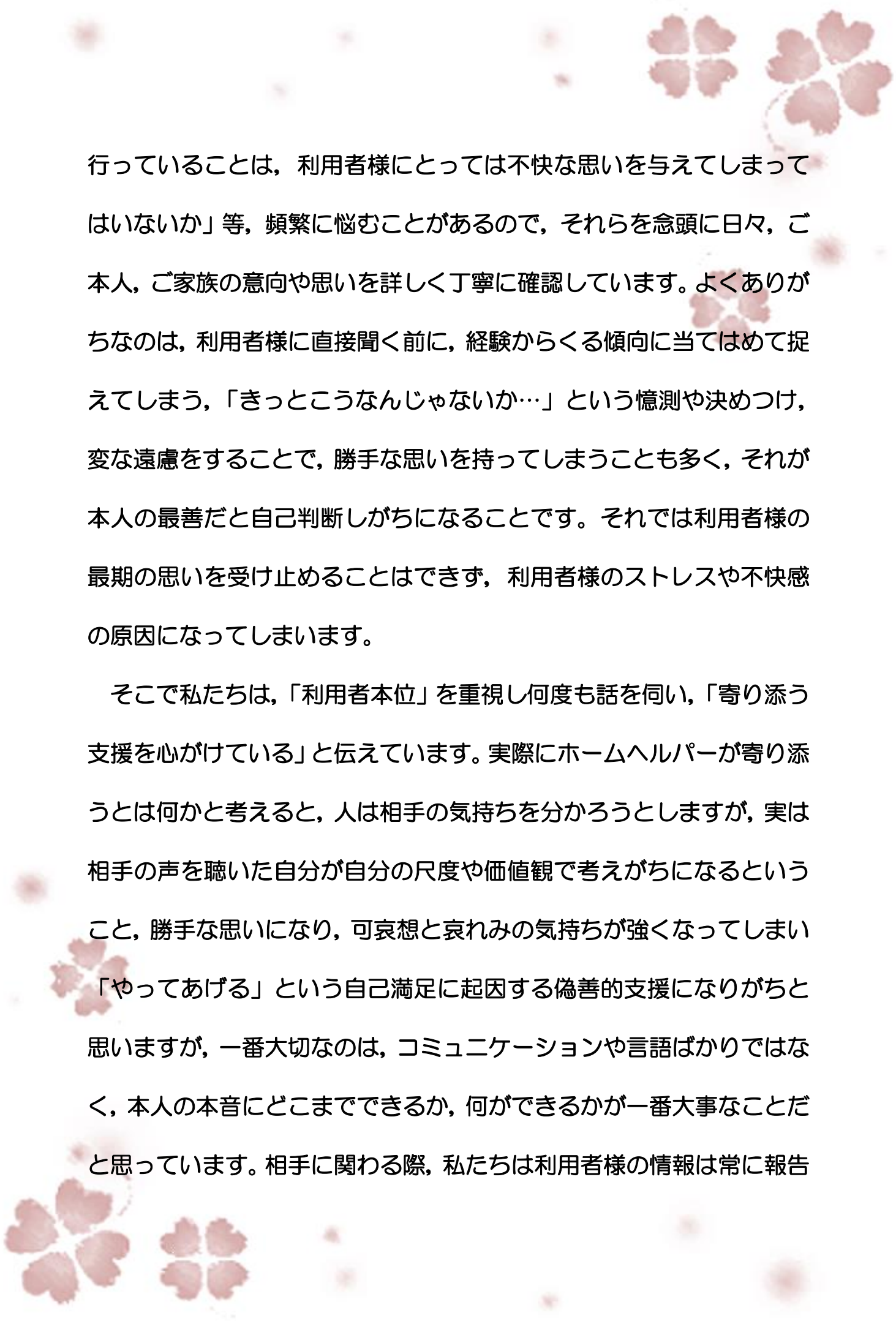
それぞれの立場からの看取り

第3回 『在宅ヘルパー』

最近、在宅における看取りの依頼が増加しているように見受けられます。その背景には、アドバンス・ケア・プランニング（ACP）の理解や必要性等の情報を耳にすることが多くなったことで意識が高まり、個々の利用者様の気持ちを素直に話せる機会が増えると共に、介護専門職も利用者様の気持ちに寄り添うことの重要性や意識が高まり、関わり方の質の変化や多職種との連携が密になったことも一つかと思えます。

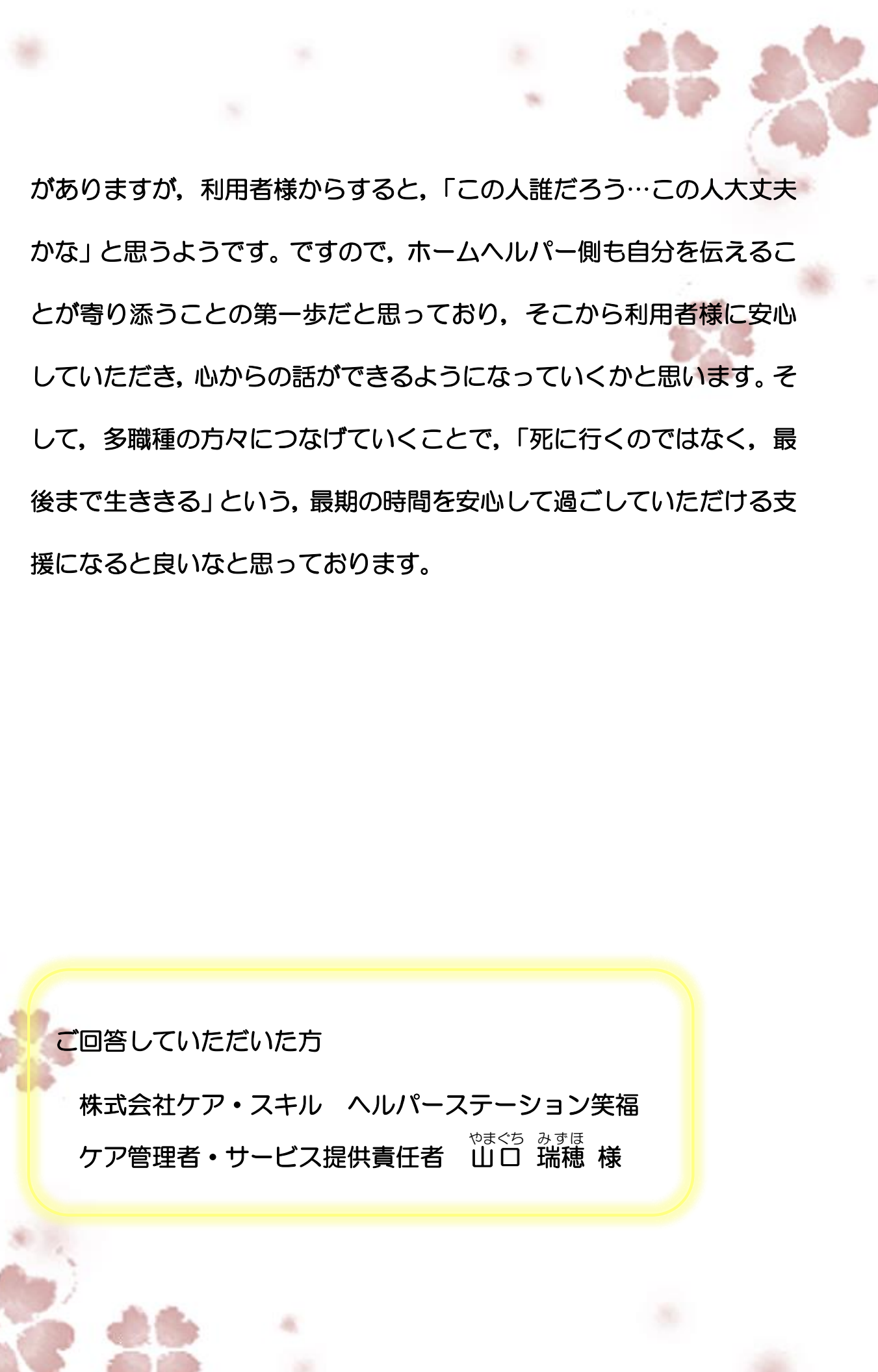
私はホームヘルパーとして20年余り携わっておりますが、10年ほど前までは利用者様が「自宅で過ごしたい」と訴えても、医療依存度が高いなどの理由とヘルパー側の体制確保の問題から難しい現状があったと思いますが、ここ最近では、本人の気持ちを事前に確認できる体制が確保され、支援が始まる前に、利用者様を含めての関係専門職の方々と話す機会も増え、意見交換が多くなってきていると感じております。

ホームヘルパーの立場から見ると、ご本人を目の前にするとまだまだ悩むことが多いのが現状です。しかし、常に思うことは、「利用者様やご家族にどのように携わることが最善に繋がるのだろうか」「自分が



行っていることは、利用者様にとっては不快な思いを与えてしまっているのではないか」等、頻繁に悩むことがあるので、それらを念頭に日々、ご本人、ご家族の意向や思いを詳しく丁寧に確認しています。よくありがちなのは、利用者様に直接聞く前に、経験からくる傾向に当てはめて捉えてしまう、「きっこうなんじゃないか…」という憶測や決めつけ、変な遠慮をすることで、勝手な思いを持ってしまうことも多く、それが本人の最善だと自己判断しがちになることです。それでは利用者様の最期の思いを受け止めることはできず、利用者様のストレスや不快感の原因になってしまいます。

そこで私たちは、「利用者本位」を重視し何度も話を伺い、「寄り添う支援を心がけている」と伝えていきます。実際にホームヘルパーが寄り添うとは何かと考えると、人は相手の気持ちを分かろうとしますが、実は相手の声を聴いた自分が自分の尺度や価値観で考えがちになるということ、勝手な思いになり、可哀想と哀れみの気持ちが強くなってしまい「やってあげる」という自己満足に起因する偽善的支援になりがちだと思いますが、一番大切なのは、コミュニケーションや言語ばかりではなく、本人の本音にどこまでできるか、何ができるかが一番大事なことだと思っています。相手に関わる際、私たちは利用者様の情報は常に報告



がありますが、利用者様からすると、「この人誰だろう…この人大丈夫かな」と思うようです。ですので、ホームヘルパー側も自分を伝えることが寄り添うことの第一歩だと思っており、そこから利用者様に安心していただき、心からの話ができるようになっていくかと思えます。そして、多職種の方々につなげていくことで、「死に行くのではなく、最後まで生ききる」という、最期の時間を安心して過ごしていただける支援になると良いなと思っております。

ご回答していただいた方

株式会社ケア・スキル ヘルパーステーション笑福

ケア管理者・サービス提供責任者 やまぐち みすほ 山口 瑞穂 様



それぞれの立場からの看取り


第4回 『 病院看護師 』

人は、健康な時はその人らしく自分の生活を穏やかに過ごしていると思います。しかし、病気になると様々な表情を見せてくれます。治療が上手くいったときや検査データが正常化したときは満面の笑みを、症状が悪化したり退院が延期になった時は泣きながら不安や怒りを、時には精神崩壊寸前になり全く別人のようになってたりもします。一番ダメなのは、心を閉ざし無表情でしゃべらなくなることです。

看護師は、患者さんの喜怒哀楽を日々受け止めながら看護しており、嬉しいときは共に喜び、悲しいときは共に落ち込む、肉体労働というよりも感情労働と言った方がよいくらい患者さんの精神状態に影響される職業だと思います。そして、患者さんが生きてきた歴史や社会背景、価値観などすべてを受け入れ理解することが必要となります。

患者さんが終末期になり人生の最期を迎えるときは、なるべく苦痛を和らげ安楽に過ごせるよう医師や他職種と話し合い、みんなで知恵を出しながら症状緩和に努めます。

ご家族との会話は、元気なころはどういう人だったのか、どんな人生を送ってきたのかなど情報収集しながら、ご家族にもそろそろ「死」を

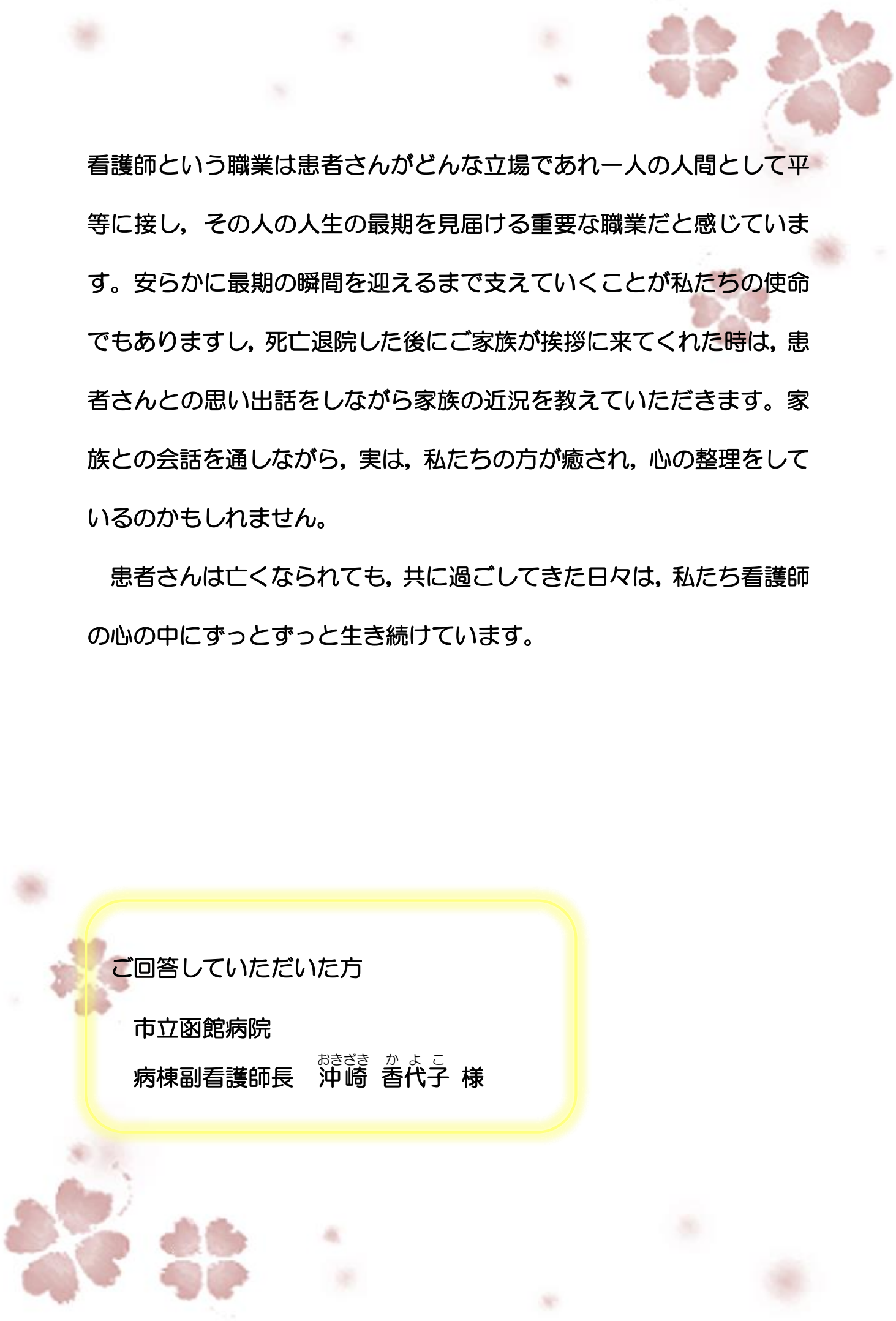


迎え入れる心の準備が必要であることをさりげない会話で伝えていきます。病状が長い患者さんのご家族は心の整理もつきやすいのですが、入院をしてすぐに容体が悪化した患者さんの場合は、ご家族自体がその現実を受け入れられずパニックになることがあります。そんな時も看護師は冷静にご家族の心情を理解し、支えていきます。

死期が迫るとご家族は、ご本人を目の前にして「あの時もっと早くに症状に気が付いて病院を受診すればよかった」「あんな辛そうに治療をしていたなら、入院させなきゃよかった」など様々な思いや後悔を口にします。しかし、どんな状況であれ、その選択は決して間違いではなかったことをご家族にお伝えし、自分を決して責めないように支えていきます。

病院での看取りは数えきれないほど経験していますが、その人の最期はその人らしさが見えてきます。沢山のの人に惜しまれながら亡くなられて逝く方、様々な事情で家族と疎遠な方は、孤独な最期を迎えることもあります。今後は単身者の増加や社会との疎遠者などが増加し、そのような方の死を病院が担当することが更に増えてくると予想されます。

看取りの現場はその人の生き方を感じてしまう場面でもありますが、



看護師という職業は患者さんがどんな立場であれ一人の人間として平等に接し、その人の人生の最期を見届ける重要な職業だと感じています。安らかに最期の瞬間を迎えるまで支えていくことが私たちの使命でもありますし、死亡退院した後にご家族が挨拶に来てくれた時は、患者さんとの思い出話をしながら家族の近況を教えてくださいます。家族との会話を通して、実は、私たちの方が癒され、心の整理をしているのかもしれません。

患者さんは亡くなられても、共に過ごしてきた日々は、私たち看護師の心の中にずっとずっと生きています。

ご回答していただいた方

市立函館病院

病棟副看護師長 おきざき かよこ 沖崎 香代子 様

ホームページ上で掲載した研修情報一覧（令和2年4月～令和2年9月）

月	研修名称（団体名）	件数
4月		0件
5月		0件
6月	第160回 国立函館病院合同教育講座 『都心の病院（慶應病院）におけるコロナ感染症への対応』 （国立病院機構函館病院）	1件
7月	函館ジェネラリスト・カレッジ vol.18 『コロナ禍で今後私たちの歩んでいく道は』 （函館ジェネラリスト・カレッジ・北海道ホームケア）	1件
8月	第161回 国立函館病院合同教育講座 『ヘリコバクターピロリ除菌時代の胃癌スクリーニング』 （国立病院機構函館病院）	1件
9月	「第162回 国立函館病院合同教育講座」 「最新ガイドラインに基づいた心不全診療のポイント」 （国立病院機構函館病院）	2件
	「第80回 五稜郭セミナー on Web」 「地域における在宅医療の役割」 「アブレーション治療と周術期抗凝固療法」 （函館五稜郭病院）	
合計		5件

(その他)

函館市医療・介護連携支援センター 主催・共催研修会 2件

入退院支援関係資料の要点等

- 昨年度末（令和元年度末）に行った『はこだて入退院支援連携ガイド』の活用状況を確認するためのアンケート調査によりいただいた意見等を参考に一部文言を修正（資料 9 - 2 参照）
- 上記ガイドの別冊ガイドとして、退院支援分科会にて『はこだて療養支援のしおり』を作成（資料 9 - 3 参照）。

【作成目的】

医療と介護の両方を必要とする高齢者については、健康な時期や外来通院中の時期から医療と介護の専門職の連携が重要であり、日常の療養支援体制が確立することにより、入退院時などの局面において医療と介護の連携がさらに促進されるものと考えられる。

函館市医療・介護連携支援センターへ寄せられる医療・介護専門職からの日常の療養支援に関する相談の多くは、情報提供により解決できるものであったことから、今回、専門職から寄せられた相談をもとに、医療と介護の連携場面において便利な情報をまとめたガイドとして作成した。

- ※ ガイドは、冊子で備付していただけるほか、函館市医療・介護連携支援センターのホームページでもダウンロードして閲覧できるようにし、スマートフォンやタブレットにも対応可能となっている。

入退院支援連携ガイドの修正について

〈修正箇所〉

ページ	変更前	変更後	変更理由
Pなし (はじめにのページ) 上から18行目	ご家族	家族	表現を統一するため
P1 (○支援対象者) 1行目	・入退院が必要と判断される方で、次に該当する本人及び家族	・入退院が必要と判断され、次に該当する方	家族も支援対象者ですが、このガイドの中では「支援対象者=本人」として表しており、整合性を図るため
P2 (◆きちんと名乗りあう) 7行目	特に名前は	特に支援対象者の名前は	具体的に示すため
P3 (◆自分の要件と相手方の受け入れ状況を見極める) 4行目	重要です	大切です	「重要」が重複しているため
P3 (◆わかりやすい言葉で、見やすい文字で) 6行目	訪問薬剤指導指示書	訪問薬剤管理指導指示書	正式名に訂正
P9 (③医療機関へ情報提供を行う) 2行目	本人	支援対象者	表現の統一

医療と介護の連携を支援する

はこだて療養支援のしおり



令和 2年12月

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

平成29年4月「はこだて入退院支援連携ガイド」の運用を開始し3年が経過しました。平素より、アンケートやガイドを活用した研修会への参加、運営へのご協力等を頂き大変感謝しております。この度、函館市医療・介護連携推進協議会 連携ルール作業部会 退院支援分科会では、さらに医療・介護、それぞれの専門職の連携が促進していくことを目的に「はこだて療養支援のしおり」を作成させていただきました。

医療と介護の両方を必要とする高齢者が、自分らしく住み慣れた地域で暮らし続けていくためには、高齢者が入院状態となる前、つまり健康な時期や外来通院中の時期から医療と介護の専門職の連携が必要なのではないかと考えます。この時期の連携体制が強化されることで、日常の療養支援体制が確立され、入退院時や急変時、看取りといった局面での連携がさらに促進されていくことと思います。実際に、当センターへ寄せられる医療・介護の専門職からの相談の多くは「病院の相談窓口が分からない」「医療処置が必要な方の受け入れが可能な介護施設について教えてほしい」といった日常の療養支援に関するものです。その多くは情報提供で解決できることもあり、知らないことで医療と介護の連携がスムーズにいかなく困っている事例です。専門職から寄せられたこれらの相談をもとに、医療と介護の連携場面で知っていたら便利な情報をこの1冊にまとめています。是非、日常の業務に活用していただければと思います。「しおり」作成にご協力いただきました皆様に、この場をお借りして御礼申し上げます。

まだ、内容的には不足する場面や記述などもあり、発展途上のものです。今後この「しおり」の利用拡大を函館市医療・介護連携支援センターが担っていく中でさらに内容を充実させ、多くの関係者に利用されて、広く行き渡るようにしていきます。是非ともご利用いただく中で、追記・見直しなど、たくさんのご意見を寄せていただき、多くの関係者の連携を確かに支え、また、評価をいただけるものに育てていきたいと思っておりますので、ご協力のほど宜しくお願いします。

この「しおり」にかかわる方々

この「しおり」は本市の医療・介護連携推進事業の取り組みの一環として作成しております。支援対象者と支援する関係者は次のような方を想定しています。

●支援対象者 次に該当する方

- ・65歳以上の方
- ・第2号被保険者で介護保険サービスを利用している方、これから利用を希望する方

●支援する関係者

- ・医師 ・看護師 ・保健師 ・退院支援看護師 ・医療ソーシャルワーカー
- ・介護支援専門員 ・地域包括支援センター職員 ・訪問看護師 ・介護職員
- ・歯科医師 ・歯科衛生士 ・薬剤師 ・鍼灸師 ・マッサージ師 ・柔道整復師
- ・栄養士 ・施設の担当者 ・リハビリスタッフ
- ・その他（住宅改修や医療機器レンタルの事業者など）

この「しおり」の活用方法について

- この「しおり」は当センターホームページ上で公開しており、ダウンロードが可能です。
- パソコン等のインターネット環境下でこの「しおり」を閲覧される場合
⇒本文にあります「[青字下線の文字](#)」をクリックすることで、関係するホームページ等へリンクが飛ぶようになっております。
- 冊子でご使用の場合
⇒「[青字下線の文字](#)」をインターネット検索していただくことで、関係情報が探しやすいようになっております。
- この「しおり」は毎年4月の情報を掲載しております。更新、見直しについては6月末までに行う事としておりますが、最新の情報に関しては各掲載機関へお問合せ願います。
- この「しおり」に掲載されている内容は本市独自の対応も含まれております。その為、本市以外の対応、お問い合わせにつきましては、各市町村へご確認をお願いいたします。

● も く じ ●

1	医療と介護の連携推進のための基本マナー	1
2	よくある相談	3
	● 介護保険	5
	● 医療費	7
	● 病床の仕組み	10
	● ACP・DNAR	12
	● 介護支援専門員／医師との連携	13
	● 病院の相談窓口	14
	● お薬相談／専門職の役割	15
	● 訪問看護	16
	● 認知症	17
	● がんの相談窓口	19
	● 身寄りのない方	20
	● 生活困窮者	21
	● 通院の移動手段	22
	● 苦情の相談窓口	23
	● 曜日・時間帯別の医療機関のかかり方	24
	● 急変を防ぐ	26
	● 情報の提供	27
	● 医療機関・施設の探し方	28
	● 歯科、栄養管理の相談窓口／柔道整復師、鍼灸師・マッサージ師の訪問	29
	● 看取りの現状	30
	● 地域の社会資源／高齢者の住まい	31
3	関係機関一覧	32

1 医療と介護の連携推進のための基本マナー

医療と介護にかかわる多職種が、お互いに気持ち良く仕事をするための基本マナーです。ついつい自分の職種の目線だけで仕事を進めていませんか？

以下の7項目を参考に、日々の仕事を改めて振り返ってみてください。他の職種を気遣うことで、よりスムーズな連携と切れ目のない支援につながります。

◆ 第一印象を大切に

「出会って数秒の第一印象で、全ての印象が決まる」と言われており、一度相手に与えてしまった悪い印象はなかなか消えず、払拭するためには、長い時間と労力が必要となります。

また、相手にどのように見られているか、どのような印象を与えているかを意識することは、相手の立場を考えるきっかけにもなります。相手への気配り、心配りを表す「身だしなみ」や「言葉遣い」を意識してみましょう。

◆ 相手の立場に立つ

専門職として高度な専門知識を有する他の職種と連携していくためには、それぞれの職種の立場を良く理解する必要があります。

職種によって、また医療機関や介護事業所によって、さまざまな立場や役割があり、できることとできないことがあります。自分の立場だけを考えずに、それぞれの背景にある制度や法律なども含め理解するよう心がけましょう。

◆ きちんと名乗りあう

急いでいるときなどは、特に早口になりがちです。情報のやり取りを始める前に、自分の勤務箇所、名前、職種などをはっきり正確に伝えたくて、相手方の名前、職種などもしっかり確認しましょう。

また、支援対象者の情報が誤って伝わらないように、「はこだて医療・介護連携サマリ－（情報共有ツール）」（P27参照）などを活用し、事前に正確な情報を用意すると便利です。

特に、支援対象者の名前は必ずフルネームで伝え、生年月日などもあわせて伝えられるように準備しておきましょう。

◆ 自分の用件と相手方の受入状況を見極める

日頃から、関係する医療機関や介護事業所などの情報を収集し、相手方が落ち着いて十分に対応できる時間帯、曜日などを確認しておきましょう。

また、自分の用件が、どのくらい重要で、どのくらい急ぐものなのかを見極めることも大切です。緊急性が低いときは、事前に確認した時間帯等に連絡することで、対応をスムーズに進めることができます。

特に、医療機関などに訪問して情報交換する場合は事前に対応可能なケアマネタイム等の時間帯を確認し、アポイントメントを取ってから訪問しましょう。（P13 参照）

◆ 医療機関や介護事業所ごとの体制を確認する

連絡を取っている担当者が不在の場合でも困らないように、医療機関や介護事業所ごとの担当者の連絡先や代わりに対応する方を確認しましょう。

また、時間外、休日などの対応が可能なのか、代わりに対応できる医療機関や介護事業所があるのかなど、さまざまな場面を想定して行動できるよう心がけましょう。

◆ わかりやすい言葉で、見やすい文字で

自分の職種の中ではあたりまえの言葉でも、他の職種と話すときには、共通に理解できているかを十分に確認しながら、わかりやすく説明するよう意識しましょう。

また、支援対象者の情報を記載する場合は、誰が見てもわかるように、見やすい文字で正確に書くよう心がけましょう。

特にかかりつけ医は、支援対象者が各サービスを利用するうえで重要な役割である「主治医意見書」「訪問看護指示書」「訪問薬剤管理指導指示書」などを書くことになり、正確で具体的な記載と迅速な提出が必要とされています。病歴や服薬の状況、生活のことも含めきめ細かな情報が記載されていることで、支援対象者が必要なサービスが何かわかり、スムーズな支援につながります。



◆ 顔の見える関係づくり

日々の仕事に追われる環境では、他の職種とのやり取りがどうしても事務的になってしまいがちです。

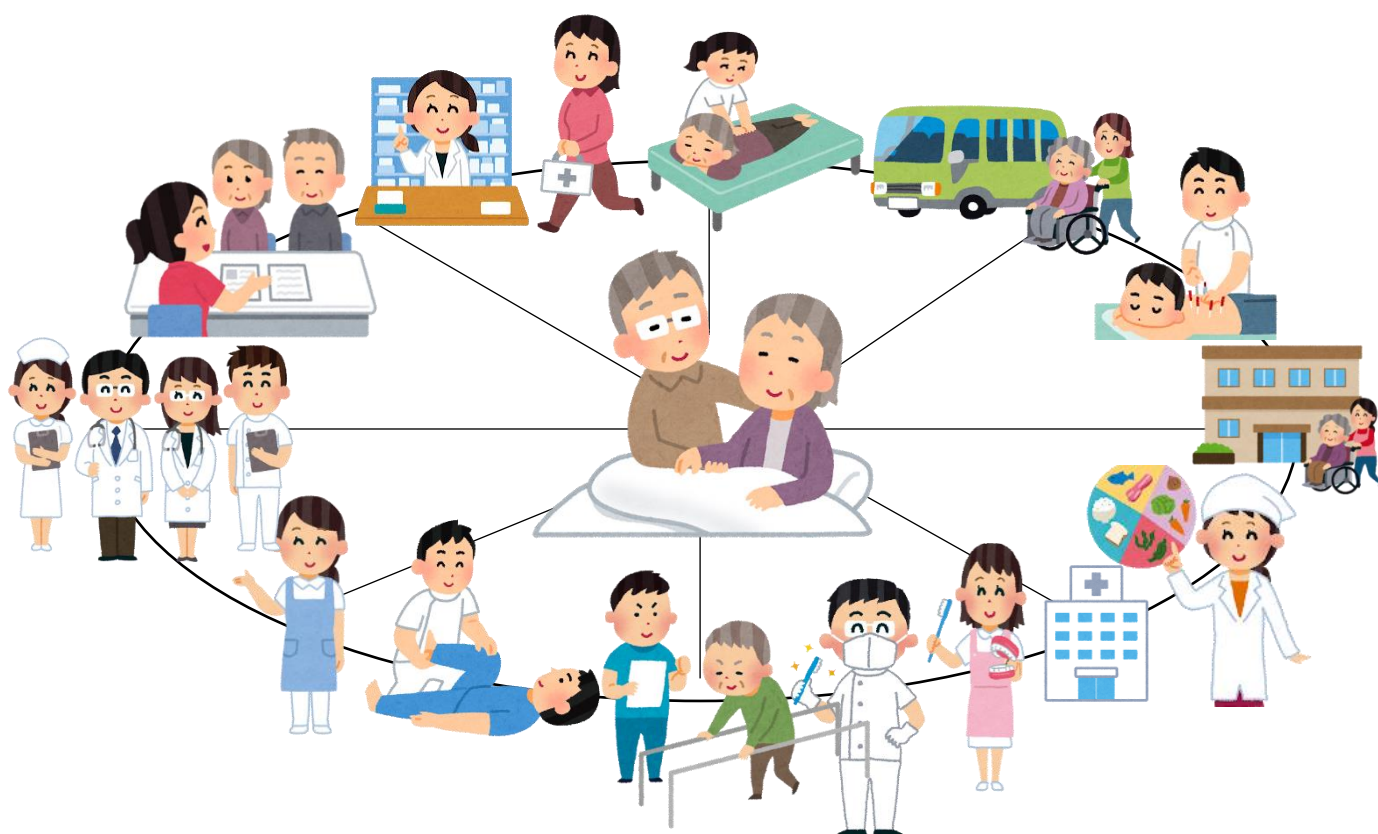
多職種対象の研修（[函館市医療・介護連携支援センターHP](#)参照）などに積極的に参加し交流することで、多職種の「顔」や「人となり、背景」を知ることができます。そこで得た人脈を職場に持ち帰って生かすことで、お互いに手応えのある連携の可能性が高まります。

2 よくある相談

函館市医療・介護連携支援センターが開設した平成29年4月より、地域の専門職の皆さんから寄せられたご意見・ご相談の中で比較的多く聞かれた内容を、医療と介護に分け記載しております。さらに各専門職から寄せられた相談が支援対象者のどんな状態の場面に寄せられたものなのかを整理し下記の表へまとめています。詳細については（ ）内のページをご覧ください。

場面	<div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border: 1px solid red; border-radius: 10px; padding: 5px; margin-right: 10px;">医療側</div>  </div>	<div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border: 1px solid blue; border-radius: 10px; padding: 5px; margin-right: 10px;">介護側</div>  </div>
(1) 健康な時期	<ul style="list-style-type: none"> ・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? (P5) 	<ul style="list-style-type: none"> ・医療費について知りたい (P7) ・病床の仕組みを知りたい (P10)
	(共通課題) <ul style="list-style-type: none"> ・ACP・DNARの違いは? (P12) 	
(2) 通院中	<ul style="list-style-type: none"> ・担当の介護支援専門員がわからない (P13) 	<ul style="list-style-type: none"> ・医師との連携はどう図る? (P13) ・病院の相談窓口がわかりにくい (P14) ・お薬についての相談は? (P15)
	(共通課題) <ul style="list-style-type: none"> ・専門職の役割を知りたい (P15) ・訪問看護を利用したい (P16) ・認知症が疑われる場合は? (P17) ・がんの相談窓口は? (P19) ・身寄りのない方への支援方法は? (P20) ・生活困窮者への支援方法は? (P21) ・通院の移動手段がなく困っている方がいる (P22) ・苦情の相談窓口は? (P23) 	
(3) 急変時		<ul style="list-style-type: none"> ・曜日・時間帯別の医療機関のかかり方について知りたい (P24) ・急変を防ぐためにできることって? (P26)

<p>(4) 入院～ 退院直後</p>	<p>◎この場面の連携に関してはこちらをご参照ください。 ⇒函館市医療・介護連携支援センターHP 「はこだて入退院支援連携ガイド 2019」</p> <p>(共通課題)</p> <ul style="list-style-type: none"> • どんな情報の提供をするといいの？ (P27) • 訪問診療をしている「医療機関」，医療処置のある方が入所できる「施設」を知りたい (P28)
<p>(5) 訪問診療中</p>	<p>(共通課題)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 歯科，栄養に関する相談窓口は？ (P29) • 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ことはできる？ (P29)
<p>(6) 人生の 最終段階</p>	<p>(共通課題)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 函館市の施設・在宅・病院での看取りの現状について知りたい (P30)
<p>(7) その他</p>	<p>(共通課題)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 地域の社会資源を知りたい (P31) • 高齢者の住まいについて知りたい (P31)



(1) 健康な時期

医療側



介護保険の仕組みや内容を知りたい

●介護保険制度

◎介護保険についてはこちらをご参照ください。

⇒函館市HP「[介護保険と高齢者福祉の手引き](#)」

市役所2階保健福祉部窓口、各支所窓口で配布の他、函館市のHPからダウンロードができます。

介護保険と 高齢者福祉の手引き



目 次

介護保険料のしくみ	1
介護保険料とその他の方	2
介護保険料と生活保護受給者	3
第1号被保険者としての利用サービス	5
第2号被保険者としての利用サービス	7
第1号被保険者としての利用サービス	12
第2号被保険者としての利用サービス	14
介護保険料について	18
認知症の方と介護保険の申請について	20
その他のお問い合わせ窓口	21
各支所窓口	23

介護保険制度は40歳以上の方が加入者（被保険者）となって保険料を納め、介護や支援が必要になった時にサービスを利用するしくみとなっています。

加入者（被保険者）

第1号被保険者：65歳以上の方

第2号被保険者：40歳～64歳の医療保険加入の方

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為の申請が必要になります。第1号被保険者の方は、介護や支援が必要であると認定された方。（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。

⇒函館市HP「[函館市介護保険事業所一覧](#)」

⇒函館市医療・介護連携支援センターHP

「[函館市在宅医療・介護連携マップ](#)」

◎函館市の受付窓口については下記をご参照ください。

函館市保健福祉部高齢福祉課 高齢者・介護総合相談窓口（市役所2階）	21-3025
亀田支所 介護・高齢・障がい相談窓口（亀田支所1階）	45-5482
湯川支所 湯川福祉課	57-6170
戸井支所 市民福祉課	82-2112
恵山支所 市民福祉課	85-2335
楸法華支所 市民福祉課	86-2111
南茅部支所 市民福祉課	25-6045

◎函館市地域包括支援センターについては以下をご参照ください。

⇒函館市HP「[函館市地域包括支援センター](#)」

函館市地域包括支援センター		担当地区
あさひ	27-8880	入舟町 船見町 弥生町 弁天町 大町 末広町 元町 青柳町 谷地頭町 住吉町 宝来町 東川町 豊川町 大手町 栄町 旭町 東雲町 大森町
こん中央	27-0777	松風町 若松町 千歳町 新川町 上新川町 海岸町 大縄町 松川町 万代町 中島町 千代台町 堀川町 高盛町 宇賀浦町 日乃出町 的場町 金堀町 広野町
ときとう	33-0555	大川町 田家町 白鳥町 八幡町 宮前町 時任町 杉並町 本町 梁川町 五稜郭町 柳町 松陰町 人見町 乃木町 柏木町
ゆのかわ	36-4300	川原町 深堀町 駒場町 湯浜町 湯川町1～3丁目 花園町 日吉町1～4丁目
たかおか	57-7740	戸倉町 榎本町 上野町 高丘町 滝沢町 見晴町 鈴蘭丘町 上湯川町 銅山町 旭岡町 西旭岡町1～3丁目 鱒川町 寅沢町 三森町 紅葉山町 庵原町 亀尾町 米原町 東畑町 鉄山町 蛾眉野町 根崎町 高松町 志海苔町 瀬戸川町 赤坂町 銭亀町 中野町 新湊町 石倉町 古川町 豊原町 石崎町 鶴野町 白石町
西 堀	52-0016	富岡町1～3丁目 中道1～2丁目 鍛冶1～2丁目
亀 田	40-7755	美原1～5丁目 赤川1丁目 赤川町 亀田中野町 石川町 北美原1～3丁目 昭和1～4丁目
神 山	76-0820	山の手1～3丁目 本通1～4丁目 陣川町 陣川1～2丁目 神山町 神山1～3丁目 東山町 東山1～3丁目 水元町 亀田大森町
よろこび	34-6868	浅野町 吉川町 北浜町 港町1～3丁目 追分町 亀田町 桔梗町 昭和町 桔梗1～5丁目 西桔梗町 亀田本町 亀田港町
社 協	82-4700	戸井地区 楸法華地区 恵山地区 南茅部地区
ランチかやべ	25-6034	※地域の相談を受け、地域包括支援センターにつなげるための窓口です。

介護側



医療費について知りたい

●公的医療保険について

◎後期高齢者医療制度についてはこちらをご参照ください。

⇒函館市HP「[後期高齢者医療制度](#)」

◎国民健康保険（こくほ）についてはこちらをご参照ください。

⇒函館市HP「[国民健康保険](#)」

◎全国健康保険協会（協会けんぽ）についてはこちらをご参照ください。

⇒協会けんぽHP「[協会けんぽ](#)」

◎健康保険組合の方は保険証に記載の健康保険組合へ各自ご確認ください。

●医療費の負担割合について

原則として75歳以上は1割（後期高齢者医療制度），70歳から74歳までは2割，70歳未満は3割となります。いずれの場合も現役並み所得者（Ⅰ～Ⅲ）（P9参照）は3割となります。

●医療費の負担軽減について

・高額療養費制度

高額療養費とは、同一月（1日から月末まで）にかかった医療費の窓口負担額が高額になった場合、一定の金額（P9参照「自己負担限度額」）を超えた分が、あとから支給される制度です。

[さらに負担を軽減する仕組み]

・世帯合算

お一人の一回分の窓口負担額では、高額療養費の支給対象とはならなくても、複数の受診や同じ世帯にいる他の方（同じ医療保険に加入している方に限ります）の窓口負担額を1か月(暦月)単位で合算することができます。その金額が一定額を超えたときは、超えた分を高額療養費として支給します。（ただし、70歳未満の方の受診については21,000円以上の自己負担のみ合算されます。）

・多数回該当

過去12か月間に、4回以上の高額療養費の支給があった場合（多数回該当の場合）には、4回目以降の上限額がさらに引き下がります。（P9表内 年4回目以降をご参照ください）

◎高額療養費制度についてはこちらをご参照ください。

⇒厚生労働省HP

[「高額療養費制度を利用される皆さまへ（平成30年度診療分から）PDF」](#)

◎高額療養費の支給申請についてはこちらをご参照ください。

⇒函館市HP「[こくほ：高額な医療費を支払ったとき](#)」

「[後期高齢者医療制度について](#)」

⇒全国健康保険協会HP

「[協会けんぽ 高額な医療費を支払ったとき（高額療養費）](#)」

医療費が高額になることが事前にわかっている場合には、「限度額適用認定証」または「限度額適用・標準負担額減額認定証（低所得者Ⅰ，Ⅱおよびオのみ）」を提示することで、医療費の支払い額が「自己負担限度額」までになります。（所得区分が一般、現役並みⅢの方は、限度額適用認定証は発行されません。）

【申請窓口】

国民健康保険・後期高齢者医療保険の方

函館市市民部国保年金課 給付担当（国民健康保険）	21-3145
函館市市民部国保年金課 高齢者医療担当（後期高齢者医療）	21-3184
湯川支所 民生担当	57-6163
銭亀沢支所	58-2111
亀田支所 民生担当	45-5582
戸井支所 市民福祉課	82-2112
恵山支所 市民福祉課	85-2335
楫法華支所 市民福祉課	86-2111
南茅部支所 市民福祉課	25-6043

全国健康保険協会（協会けんぽ）の方

協会けんぽ（北海道支部）	011-726-0352
--------------	--------------

健康保険組合の方

保険証に記載の健康保険組合へ申請

●自己負担限度額について

《70歳以上》（2018年8月診療分から）

適用区分	年 収 等	外 来 (個人ごと)	月の上限額 (世帯)
現役並みⅢ	年収 約 1,160 万円以上	252,600 円+ (医療費-842,000 円) × 1% 〈年4回目以降 (多数回該当) : 140,100 円〉	
現役並みⅡ	年収 約 770 万~約 1,160 万円	167,400 円+ (医療費-558,000 円) × 1% 〈年4回目以降 (多数回該当) : 93,000 円〉	
現役並みⅠ	年収 約 370 万~約 770 万円	80,100 円+ (医療費-267,000 円) × 1% 〈年4回目以降 (多数回該当) : 44,400 円〉	
一 般	年収 約 156 万~約 370 万円	18,000 円 〈年間上限 144,000 円〉	57,600 円 〈年4回目以降 (多数回該当) : 44,400 円〉
低所得者Ⅱ 後期高齢者 区分Ⅱ	住民税非課税世帯	8,000 円	24,600 円
低所得者Ⅰ 後期高齢者 区分Ⅰ	住民税非課税世帯 (年金収 入 80 万円以下など)		15,000 円

《70歳未満》

適用区分	年 収 等	月の上限額
ア	年収 約 1,160 万円以上	252,600 円+ (医療費-842,000 円) × 1% 〈年4回目以降 (多数回該当) : 140,100 円〉
イ	年収 約 770 万~約 1160 万円	167,400 円+ (医療費-558,000 円) × 1% 〈年4回目以降 (多数回該当) : 93,000 円〉
ウ	年収 約 370 万~約 770 万円	80,100 円+ (医療費-267,000 円) × 1% 〈年4回目以降 (多数回該当) : 44,400 円〉
エ	年収 ~約 370 万円	57,600 円 〈年4回目以降 (多数回該当) : 44,400 円〉
オ	低所得者(住民税非課税)	35,400 円 〈年4回目以降 (多数回該当) : 24,600 円〉

(注) 所得区分をわかりやすくするために目安の年収を示していますが、実際は年収によって区分が分かれているわけではありません。

介護側



病床の仕組みを知りたい

●「病床」と「病棟」について

「病床」は患者を入院させることができる施設・設備をいいます。医療法により「病床」は結核病床、精神病床、感染症病床、一般病床、療養病床の5つに区分されます。病床を診療ごと、あるいは種類ごとに分けたそれぞれの固まりのことを「病棟」と呼びます。

一般病棟（病床）

比較的重症な患者に対して標準的な治療を提供する病棟です。

地域包括ケア病棟（病床）

急性期治療後に病状が安定した患者に対して、在宅や介護施設への復帰支援に向けた医療や支援を行う病棟です。この病棟では、医療やリハビリを受けることができる日数は決まっており、最長でも60日が原則とされています。

回復期リハビリテーション病棟（病床）

脳血管疾患または大腿骨頸部骨折などの病気で急性期を脱しても、まだ医学的・社会的・心理的なサポートが必要な患者に対して、多くの専門職種がチームを組んで集中的なリハビリテーションを実施し、心身ともに回復した状態で自宅や社会へ戻っていただくことを目的とした病棟です。この病棟では、疾患別に入院できる期間が決められています。

障がい者病棟（病床）

パーキンソン病、筋萎縮性側索硬化症などの神経難病の患者や脳卒中など寝たきりで意識障がいのある患者の治療・看護・リハビリを行う病棟です。

ホスピス病棟（病床）・緩和ケア病棟（病床）

緩和ケアを専門的に提供する病棟です。名称としては緩和ケア病棟、ホスピス、緩和ケアセンターなどが用いられています。緩和ケア病棟は、心身の苦痛がある患者への対応や、人生の最期の時期を穏やかに迎えることを目的とした入院施設です。

精神科病棟（病床）

精神疾患の患者が入院する病棟です。入院形態には措置入院（緊急措置入院）・医療保護入院・応急入院・任意入院があります。また、状態により閉鎖病棟と開放病棟に分けられています。

療養病棟（病床）

長期にわたり療養を必要とする患者のための病棟です。医療保険制度が適用となる医療療養病床と、介護保険制度が適用となる介護療養病床があります。

感染症病棟（病床）

感染症の患者が感染症法等に基づき、早期に適切な医療の提供と重症化を防ぐための病棟です。

結核病棟（病床）

結核患者が入院する病棟で、適切な管理を行う構造・設備が整っています。

【函館市各病院の病床一覧】

病院により病床機能が変更になっている場合があります。詳細については各病院へお問い合わせください。

(令和2年10月現在)

	一般	地域包括ケア	回復期	障がい	ホスピス	精神	療養(医療)	感染症	結核
亀田病院	●	●	●	●					
亀田北病院						●			
亀田花園病院	●						●		
共愛会病院	●	●		●			●		
国立病院機構函館病院	●	●							●
市立函館恵山病院							●		
市立函館南茅部病院	●						●		
市立函館病院	●							●	●
高橋病院	●	●	●						
富田病院	●					●	●		
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	●	●		●					
函館循環器科内科病院	●						●		
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					●		●		

(五十音順)

医療側

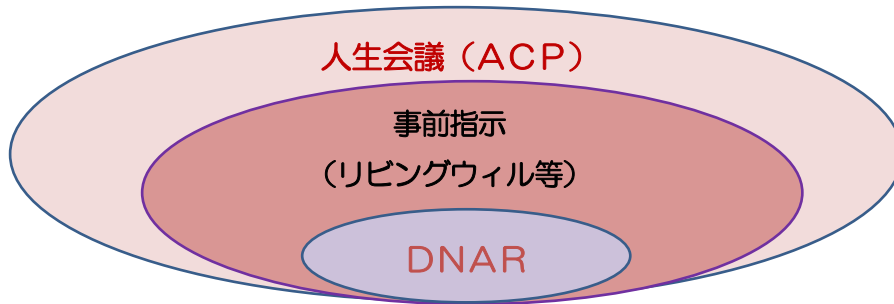


介護側



～共通課題～

ACP・DNARの違いは？



●人生会議・ACP (Advance Care Planning : アドバンス・ケア・プランニング)

人生の最終段階における医療・ケアについて、ご本人がご家族等や医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合うプロセスです。健康なうちから、自らが希望する医療・ケアを受けるために、大切にしていることや望んでいること、どこで、どのような医療・ケアを望むかを自分自身で前もって考え、周囲の信頼する人たちと話し合い、共有することが重要です。

※関連情報についてはこちらをご参照ください。

⇒厚生労働省 HP

[「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」](#)

●事前指示 (Advance Directive : アドバンス・ディレクティブ)

自身が医療・ケアの選択について判断できなくなった場合に備えて、どのような治療を受けたいか (受けたくないか) や、自分の代わりに誰に判断してもらいたいかなどを予め決めておくことです。

●リビングウィル (Living Will)

自分が意思表示をできなくなる前に、治る見込みがなく、死期が近い時には延命治療を拒否することを、予め書面に記しておくことです。

●DNAR (Do Not Attempt Resuscitation)

「心肺停止に対して心肺蘇生を試みない」ということに限定された指示です。抗菌薬使用、胃ろう造設、点滴、昇圧剤等の具体的医療行為をする・しないを決めるものではありません。

(2) 通院中

医療側



担当の介護支援専門員がわからない

●担当の介護支援専門員（ケアマネジャー）の把握方法

平成30年度の介護保険制度の改正では、「指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援の提供の開始に際し、あらかじめ、利用者又はそのご家族に対し、利用者について、入院する必要が生じた場合には、介護支援専門員の氏名及び連絡先を伝えるよう求めなければならない」となっています。その為、担当の介護支援専門員がすぐにわかるように、名刺やサービス内容の書かれたものを、お薬手帳や保険証等と一緒にしているところが増えていきます。ご本人やその家族に尋ねたり、お薬手帳や保険証を確認してもなお、担当の属する居宅介護支援事業所が不明な場合については、下記担当へご相談ください。

【問い合わせ窓口】

函館市保健福祉部介護保険課 介護サービス担当（市役所2階）	21-3023
-------------------------------	---------

介護側



医師との連携はどう図る？

介護側にとって医師との連携はどうしても敷居が高いと思ってしまうがちですが、実際には「関わっている介護関係者を知りたい」「患者のためにもっと連携をしていきたい」と感じている医師もいます。医師との連携のポイントとして具体的にどんな情報を聞きたいのかを整理し、簡潔・明瞭にまとめておく必要があります。

〈連携や相談方法の例〉

- ・病院の医療相談員に連絡し連携方法を確認する
（書面やファックスなどの他の方法の相談）
- ・ご本人の通院や訪問診療時に合わせて同席する
- ・事前に連絡し外来終了後に訪問する
- ・ケアマネタイム（医師が相談に比較的対応しやすい曜日や時間帯をあらかじめ示したもの）を活用する。

◎ケアマネタイムについてはこちらをご参照ください。

⇒函館市医療・介護連携支援センターHP

「[函館市在宅医療・介護連携マップ](#)」の「在宅医療」より検索ください

介護側



病院の相談窓口がわかりにくい

介護サービス事業所等からの相談対応窓口として、函館市内の病院には連携室や相談室が設置されています。これらの相談窓口には、医療相談員や退院支援看護師等が配置されており、外来患者や入院患者の相談に対応しています。各病院の相談窓口は下記をご参照ください。尚、クリニックや診療所に関しては、連携室や相談室が設置されていないところが多く、看護師や事務員の方が対応しているところもありますので、事前に確認が必要と思われます。

【函館市内病院相談窓口一覧】

(令和2年10月現在)

医療機関	相談窓口	連絡先
亀田病院	地域連携室	40-1500 (代表)
亀田北病院	地域連携室	46-4651 (代表)
亀田花園病院	地域連携室	33-2501 (直通)
共愛会病院	入退院支援室	51-2111 (代表)
国立病院機構函館病院	相談支援室	51-0229 (直通)
市立函館恵山病院	看護科	85-2001 (代表)
市立函館南茅部病院	事務	25-3511 (代表)
市立函館病院	医療連携室	43-2000 (代表)
高橋病院	医療福祉相談・地域連携室 入退院支援室	23-7221 (代表)
富田病院	地域医療連携室	52-1114 (直通)
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	47-3300 (代表)
函館おしま病院	医療相談室	56-2308 (代表)
函館記念病院	地域医療連携室	42-0171 (代表)
函館協会病院	地域医療福祉相談室	53-5511 (代表)
函館五稜郭病院	医療相談課・在宅療養支援室	51-2295 (代表)
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)
函館循環器科内科病院	医療相談室	52-2521 (代表)
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	患者相談支援担当窓口	54-3113 (代表)
函館渡辺病院	クリニック 地域連携室 ・精神科診療の窓口 (入院, 受診等)	59-3331 (代表)
	渡辺病院 地域連携室 ・一般科診療の紹介窓口 (入院・受診等)	59-2357 (直通)
	渡辺病院 総合支援科 ・入院中患者, 通院中患者の総合相談	59-4198 (直通)
森病院	医療相談室	47-2222 (代表)
	(直接の入院のご相談はお控えください)	83-1711 (直通)

介護側



お薬についての相談は？

医療機関から処方された薬の内容についての相談は、まずはかかりつけ医に相談が基本となります。しかし、日常的な服薬管理などは薬剤師へ相談してみましょう。

●かかりつけ薬局について

いくつかの病気があると、多くの医療機関にかかってしまう場合があります。そういう時は、違う名前でも同じお薬が出されてしまう事（重複投薬）があります。かかりつけ薬局では、お薬の交通整理を行うように、同じお薬や似たようなお薬が出されていないか、チェックをしています。また市販の薬との飲み合わせのチェックもしています。かかりつけ薬局を決めておけば、薬について何時でも、何でも相談できて安心です。

●処方薬の配達

ほとんどの調剤薬局で対応しています。配達料は店舗によって違うため各自お問い合わせください。

●訪問による服薬指導

調剤薬局の薬剤師がご自宅を訪問してお薬を適切に飲めるようにお手伝いします。

◎料金については各薬局へお問い合わせください。

◎訪問による服薬指導を実施している機関についてはこちらをご参照ください。

⇒ 函館薬剤師会HP

[「函館薬剤師会・在宅医療支援薬局リスト・お薬でお困りではありませんか」](#)

医療側



～共通課題～

専門職の役割を知りたい

介護側

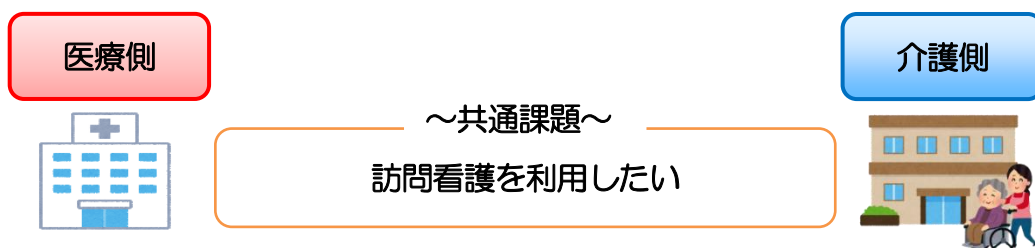


◎専門職の役割についてはこちらをご参照ください。

⇒函館市医療・介護連携支援センターHP

[「専門職ができること～15 職種を紹介」](#)のコラム

[「はこだて入退院支援連携ガイド 2019」](#) ※P21～P22 「6 関係職種の紹介」



訪問看護の利用は医師の指示が必要となります。原則として介護保険が医療保険より優先されますが、介護保険ではなく医療保険で訪問看護を利用できる場合もあります。

◎下記の制度の違いがありますので、詳しくは直接訪問看護ステーションへお問い合わせください

- ・要介護認定の有無、疾患名等により保険の優先順位が決められている
- ・医療保険では利用できる訪問看護の回数が定められている場合もある
- ・住居により訪問看護の利用の要件が決められている 等

◎訪問看護ステーションについてはこちらをご参照ください。

⇒函館市HP「[函館市介護保険事業所一覧](#)」

【訪問看護が利用できる場所と要件】

	介護保険	医療保険
自宅 サービス付き高齢者向け住宅	○	<ul style="list-style-type: none"> ・要介護認定を受けていない場合（非該当含む） ・厚生労働大臣が定める疾病等（※1）に該当する場合 ・主治医から特別訪問看護指示書が交付された場合（※2）
認知症対応型共同生活介護（グループホーム） 特定施設入居者生活介護	×	<ul style="list-style-type: none"> ・厚生労働大臣が定める疾病等（※1）に該当する場合 ・主治医から特別訪問看護指示書（※2）が交付された場合
（看護） 小規模多機能型居宅介護 ＊ご自宅で過ごしている時は介護保険、医療保険共に利用することが出来ますが、原則、施設への訪問はできません。しかし、疾病や疾患上の理由等によっては施設での泊りサービス利用時のみ医療保険で利用できる場合があります。	（自宅への訪問） ○	（自宅への訪問） ○
	（施設への訪問） ×	（施設への訪問）以下の場合のみ可能 泊まりサービス利用時のみ <ul style="list-style-type: none"> ・厚生労働大臣が定める疾病等（※1）に該当する場合 ・主治医から特別訪問看護指示書が交付された場合（※2） （尚、上記2点についてはサービス利用前30日以内に患家（患者のいる家）で訪問看護を実施している場合、利用開始30日までとなります。但し、末期の悪性腫瘍の場合、利用開始後の制限ありません）
特別養護老人ホーム	×	<ul style="list-style-type: none"> ・末期の悪性腫瘍の場合
短期入所生活介護	×	<ul style="list-style-type: none"> ・サービス利用前30日以内に患家で訪問看護を実施している末期の悪性腫瘍の場合

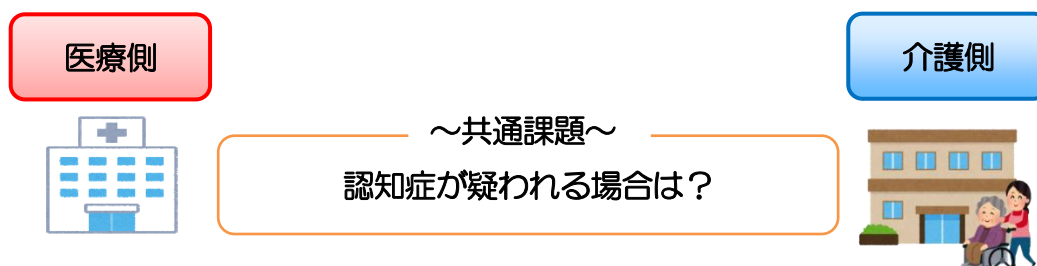
(※1) 厚生労働大臣が定める疾病等「特掲診療科の施設基準等別表第7に掲げる疾病等」

- 末期の悪性腫瘍 ○多発性硬化症 ○重症筋無力症 ○スモン ○筋萎縮性側索硬化症
- 脊髄小脳変性症 ○ハンチントン病 ○進行性筋ジストロフィー症
- パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺，大脳皮質基底核変性症，パーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ三以上であって生活機能障がい度がⅡ度又はⅢ度のものに限る）
- 多系統萎縮症（線条体黒質変性症，オリブ橋小脳萎縮症及びシャイ・ドレーガー症候群）
- プリオン病 ○亜急性硬化性全脳炎 ○ライソゾーム病 ○副腎白質ジストロフィー
- 脊髄性筋萎縮症 ○球脊髄性筋萎縮症 ○慢性炎症性脱髄性多発神経炎
- 後天性免疫不全症候群 ○頸髄損傷 ○人工呼吸器を使用している状態

(※2) 特別訪問看護指示書

主治医が診療により，急性感染症等の急性増悪期，末期の悪性腫瘍等以外の終末期又は退院直後で「週4日以上頻回の訪問看護の必要がある」と認められた場合に交付できるものであり，疾患や症状の制限はない

- ・14日間にわたり訪問看護が利用できる
- ・月1回交付できる（但し，気管カニューレを使用している状態，真皮を超える褥瘡の状態にある場合は，月に2回まで交付できる）



まずはかかりつけ医へ相談しましょう。かかりつけ医のいない方は専門の医療機関や下記の窓口等へご相談ください。

●はこだてオレンジケアチーム（函館市認知症初期集中支援チーム）

チーム員（医療・福祉・介護の専門職）がご家庭を訪問し，認知症の症状など困っていることについて相談に応じ，適切な医療や介護サービスにつなげるなど，ご本人やご家族の支援を集中的に行います。

◎はこだてオレンジケアチームについてはこちらをご参照ください。

⇒函館市HP「[はこだてオレンジケアチーム](#)」

【ご相談・情報提供など】

函館市保健福祉部高齢福祉課 介護予防・認知症担当（市役所2階）	21-3081
認知症疾患医療センター	P18参照
「 函館市地域包括支援センター 」	P6参照

●認知症疾患医療センター

かかりつけ医や地域包括支援センターなどと連携を図りながら、認知症の鑑別診断、急性治療、医療相談等の認知症専門医療を提供します。診察は予約制となっているところもあるため事前にご確認ください。

亀田北病院 認知症疾患医療センター	函館市石川町191番4号	0120-010-701
富田病院 認知症総合医療センター	函館市駒場町9番18号	52-1101
函館渡辺病院 認知症疾患医療センター	函館市湯川町1丁目31番1号	0120-596-676

(五十音順)

●函館市認知症ケアパス

認知症と疑われる症状が発生した場合に、いつ、どこで、どのような支援を受ければよいか理解できるよう、状態に応じた適切な医療や介護サービスなどの流れを示す「函館市認知症ケアパス」があります。誰もが認知症になっても住み慣れた地域で生き生きと暮らせるように、相談や介護サービス等の活用についてまとめて掲載されています。

◎認知症ケアパスについてはこちらをご参照ください。

⇒函館市HP「[知ってあんしん認知症ガイドブック第2版 函館市認知症ケアパス](#)」

●函館市認知症ガイド

認知症に早く気づき、症状を理解して適切な対応をしていただくために、様々な相談機関（市役所の担当課、お住まいの地域、医療機関など）を掲載した「函館市認知症ガイド」があります。

◎認知症ガイドについてはこちらをご参照ください。

⇒函館市HP「[認知症ガイド](#)」

下までスクロールすると中側、表のPDFがあります。

(内側を中にして3つ折りで使用できます。)

◎認知症についてのその他取り組みはこちらをご参照ください。

⇒函館市HP「[函館地区高齢者のためのSOSネットワーク](#)」
「[認知症カフェ](#)」

医療側



介護側



～共通課題～
がんの相談窓口は？

●がん相談支援センター

がん患者の方やそのご家族、さらには、地域の住民、医療機関等からの相談窓口です。

がん相談支援センターでは、がんの治療や予防などに関する一般的な情報や、地域の医療機関や医療従事者に関する情報の提供、セカンドオピニオンの提示が可能な医師の紹介、療養上の相談などに対応しています。がん相談支援センターのある病院にかかっているがん患者だけではなく、他の病院にかかっている患者やそのご家族、親戚、知人、医療関係者など誰でも利用することができます。相談料は無料です。

地域がん診療連携拠点病院 (厚生労働省指定)	市立函館病院	函館市港町1丁目10番1号	43-2000 (代表)
	函館五稜郭病院	函館市五稜郭町38番3号	51-2295 (代表)

北海道がん診療連携指定病院 (北海道指定)	国立病院機構 函館病院	函館市川原町18番6号	51-0229 (直通)
	函館中央病院	函館市本町33番2号	52-1231 (代表)

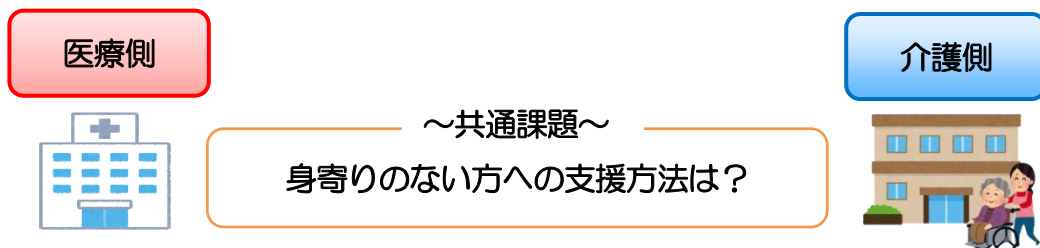
(五十音順)

【相談支援内容】

- がんによるつらい気持ちに対する心理的サポート
- 担当医と患者との間の円滑なコミュニケーションの支援
- 療養生活や治療に伴う不安に対する支援や提案
- 医療費、生活費、社会福祉制度に関する相談や制度の紹介
- ホスピス・緩和ケア・在宅医療に対する相談や情報提供 等
(担当医に代わって診断や治療方針を判断することはありません。)

◎がん対策についてはこちらをご参照ください。

⇒函館市HP「[がん対策](#)」



入院時の医療同意、身元保証に関すること、その方が亡くなった時等、様々な課題に対しての対応策を知っておくことで、相談に対する答えの幅が広がります。ここでは権利擁護についてご紹介いたします。

●成年後見制度

認知症、知的障がい、精神障がいなどの理由で判断能力の不十分な方々は、不動産や預貯金などの財産を管理したり、身のまわりの世話のために介護などのサービスや施設への入所に関する契約を結んだり、遺産分割の協議をしたりする必要があっても、自分でこれらのことをするのが難しい場合があります。また、自分に不利益な契約であってもよく判断ができずに契約を結んでしまい、悪徳商法の被害にあうおそれもあります。このような判断能力の不十分な方々を保護し、支援するのが成年後見制度です。

◎成年後見制度についてはこちらをご参照ください

⇒函館市HP「[成年後見制度](#)」

⇒函館市社会福祉協議会HP「[権利擁護について](#)」

【相談窓口】

「 函館市成年後見センター 」	函館市若松町33番6号 函館市総合福祉センター (あいよる21) 2階	23-2600
「 函館市地域包括支援センター 」	P6参照	

●日常生活自立支援事業

高齢や障がいにより、日常生活の判断に不安のある在宅で生活している方や、在宅で生活する予定の方を対象に以下の事業を実施しております。※1回1時間程度の利用で、1,200円と生活支援員の交通費実費がかかります。(生活保護を受けている方は、公費で補助されるので、無料です。)

- ・福祉サービス利用援助・・・福祉サービスについての情報提供や利用手続きのお手伝いをします。利用している福祉サービスの苦情を解決するための手続きのお手伝いをします。
- ・日常的金銭管理サービス・・・公共料金の支払いや年金受領の確認、預金からの生活費の払い戻しなど、日常的なお金の管理のお手伝いをします。
- ・書類等の預かりサービス・・・定期預金通帳や年金証書など、なくしては困る大切な書類の預かりをします。(金融機関の貸金庫を利用します)

◎日常生活自立支援事業についてはこちらをご参照ください。

⇒函館市社会福祉協議会HP「[権利擁護について](#)」

医療側



介護側



～共通課題～

生活困窮者への支援方法は？

●生活困窮者自立支援制度

生活困窮者自立支援法が平成27年4月に施行されたことに伴い、経済的に困窮または社会的に孤立しているなど、今後の生活に不安を感じている方の相談窓口を下記のとおり設置しています。※生活保護受給者の方は対象外です。

◎自立支援相談窓口についてはこちらをご参照ください。

⇒函館市HP「[生活困窮者の自立支援／生活困窮者自立支援制度](#)」

【相談窓口】

函館市保健福祉部地域包括ケア推進課 生活困窮者自立支援担当（市役所2階）	21-3089
--------------------------------------	---------

●生活福祉資金

他の貸付が利用出来ない低所得者、高齢者、障害者世帯の経済的自立と生活の安定を目指し市町村社協が窓口となって資金貸付の相談を行い、北海道社会福祉協議会での審査により貸付可否決定となります。具体的な利用目的がある場合に、該当する資金の貸付を行う制度で、原則として、未払・未契約の費用が対象です。その他、臨時特例つなぎ資金、応急生活資金などの資金貸付があります。

◎資金貸付の詳細についてはこちらをご参照ください。

⇒函館市社会福祉協議会HP「[資金貸付について](#)」

【相談窓口】

函館市社会福祉協議会	函館市若松町33番6号	23-2226
------------	-------------	---------

●生活保護制度

生活保護は、生活を維持するためにあらゆる努力をしても、病気になったり、障がいのため働けなくなったりなど、様々な理由で、生活費や医療費に困窮している方に、一定の基準に従って最低限度の生活を保障し、自立に向けて支援する制度です。

◎生活保護制度の詳細についてはこちらをご参照ください。

⇒函館市HP「[生活保護／生活保護制度](#)」

【相談窓口】

函館市福祉事務所	生活支援第1課	本庁管内の方	21-3285
	湯川福祉課	湯川支所・銭亀沢支所・ 東部4支所管内の方	57-6170
	亀田福祉課	亀田支所管内の方	45-5483

医療側



介護側



～共通課題～

通院の移動手段がなく
困っている方がいる

●一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

要介護者や障がい者など、一人で公共交通機関を利用することが困難な方の移動サービスについては、以下のものがあります。

・車への乗降について（通院等乗降介助）

介護保険の訪問介護サービスの一つで、要介護認定で要介護1以上の認定を受け、車の乗り降りに介助が必要な方が、通院、選挙の投票、公的機関の手続きの際に、訪問介護員（ヘルパー）の運転する車への乗降の介助を受けることができます。利用にあたっては、事前に担当の介護支援専門員へ相談し、ケアプランに位置付けてもらうことが必要です。介護サービス利用料の他に目的地までの運賃がかかります。

・福祉タクシー

一般タクシー事業者が福祉車両を使用して行う運送や、障がい者の方等の乗車に業務の範囲を限定した許可を受けたタクシー事業者が行う運送を指します。

利用にあたっては、各事業者（※）へ各自にお問い合わせください。

・福祉有償運送

NPO法人等の団体が、実費の範囲内で、かつ営利とは認められない範囲の対価によって、自家用自動車を使用し個別輸送サービスです。利用にあたっては、登録制、会費等、団体ごとの定めがあるため、詳細につきましては各実施団体（※）へ各自にお問い合わせください。

・東部地区外出支援サービス

東部地区に居住している高齢者で、車いすを利用している等の理由により、一般の交通機関を利用することが困難な方を対象に、居宅と医療機関等の間を移動する際に、リフト付車両により移送するサービスです。詳細については下記へお問い合わせください。

【お問い合わせ】

函館市保健福祉部高齢福祉課 相談支援担当（市役所2階）

21-3025

◎通院移動手段についてはこちらをご参照ください。

（※各事業者、各実施団体の一覧はこちらで確認ができます。）

⇒函館市HP「[一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](#)」

医療側



介護側



～共通課題～

苦情の相談窓口は？

ご本人やご家族からの苦情の相談を受けた場合は、まずはその医療機関・事業所の担当者へご相談ください。お互いの情報を共有することによって誤解が解け、解決できることもあるかもしれません。それでも解決に結びつかず、ご本人やその家族が納得できないという場合には、下記の相談窓口があります。

【医療機関の場合】

●函館市医療安全支援センター

市民からの医療に関する相談、苦情に対応し必要に応じ医療機関への情報提供を行うことで患者と医療機関との信頼関係を高めるとともに、市民が安心して医療を受けられる環境づくりの推進を目的としています。

対応内容：電話および面接を原則とします。なお、面接相談については、個室で相談を受けることを原則としておりますので予約制とさせていただきます。診療内容のトラブルについては、まず、当事者間での十分な話し合いが原則となります。「診断の内容」や「治療の方法」などの適否および過失の有無の判断はできません。病状に応じた特定の医療機関の紹介および健康相談については対応できません。

◎函館市医療安全支援センターについてはこちらをご参照ください。

⇒函館市HP「[函館市医療安全支援センター](#)」

【相談窓口】

函館市医療安全支援センター（市立函館保健所3階 地域保健課内）	32-1528
---------------------------------	---------

【介護事業所等の場合】

●函館市福祉サービス苦情処理制度

この制度は、福祉サービスの苦情について、公正な第三者（福祉サービス苦情処理委員）が、福祉サービスを利用される方の権利利益の擁護者として、公平かつ適正な目で、苦情の解決にあたります。

◎函館市福祉サービス苦情処理制度についてはこちらをご参照ください。

⇒函館市HP「[福祉サービス苦情処理制度](#)」

【相談窓口】

函館市福祉サービス苦情処理委員事務局（函館市保健福祉部管理課内）	21-3297
----------------------------------	---------

(3) 急変時

介護側



曜日・時間帯別の医療機関のかかり方について知りたい

下表を参考に、医療機関をご利用ください。受診した医療機関において、より詳しい検査や入院・手術の必要があると診断された場合は、直ちに二次救急医療機関に転送され、適切な処置が受けられます。日中の診療時間内は夜間にくらべて、医療スタッフなどの診療体制が充実しており、診察や検査がスムーズに受けられます。できるだけ日中に受診しましょう。ただし、生命に関わるような状態のときは、迷わず救急車を呼んでください。

また、急な病気やけがなど、いざという時に適切な処置が受けられるよう、病歴や服薬などの記録、日頃の健康状態を把握してくれる「かかりつけ医（ホームドクター）」を持つことがとても大切です。

	月～金	土曜日	日曜日・休日
午前	かかりつけ医		休日当番医
午後			
午後 7 時 30 分まで	夜間診療を行っている医療機関		
午後 7 時 30 分～深夜 0 時 30 分	函館市夜間急病センター		
深夜 0 時 30 分～午前 9 時	深夜 0 時 30 分以降に受診できる医療機関を探す 北海道救急医療・広域災害情報システム 0120-20-8699 携帯・PHS 011-221-8699		

◎受診可能な医療機関をお探しの方は、上記「北海道救急医療・広域災害情報システム」へお問合せ下さい。

●函館市の救急医療体制

救急医療機関を重症度に応じて3段階に分けて対応しています。

段階	患者の状態	医療機関	緊急度
初期救急 (※1)	軽症患者	函館市夜間急病センター 休日当番医	小 大
医師の判断で転送		より詳しい検査や入院が必要な時	
二次救急 (※2)	重症患者	市内の 11 病院が当番制で対応	
医師の判断で転送		高度な医療が必要な時	
三次救急 (※3)	生命に危険がおよぶ患者	市立函館病院救命救急センター	

- (※1) 初期救急医療機関：在宅当番医や夜間急病センターなど、休日および夜間において、比較的軽症の救急患者を受け入れる医療機関
- (※2) 二次救急医療機関：詳しい検査や入院治療を必要とするなど、重症の救急患者を受け入れる医療機関（市内の病院が当番制で対応）
- (※3) 三次救急医療機関：高度な医療が必要となるなど、生命に危険が及ぶ患者を受け入れる医療機関

◎救急についてはこちらをご参照ください。

⇒函館市HP「[みんなで守る救急医療～私たちにできること](#)」

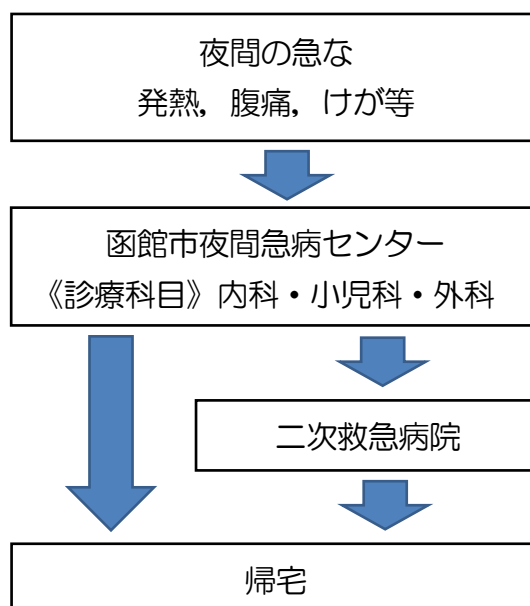
●**函館市夜間急病センター**

◎函館市夜間急病センターについてはこちらをご参照ください。

⇒函館市夜間急病センターHP「[函館市夜間急病センター／診療案内](#)」

函館市夜間急病センター	函館市五稜郭町23番1号 函館市総合保健センター2階	30-1199
-------------	-------------------------------	---------

【受診時の流れ】



介護側



急変を防ぐためにできることって？

救急搬送はご本人やご家族、そして関わる介護関係者にとって、とても負担が大きく、緊迫した状況の中で適切な判断を求められます。なるべく救急搬送にならないように、普段心がけておくべきポイント（施設などにおける急変時対応のポイント）や、救急車を呼んだ時に正確な情報を救急隊に伝えるための『急変時対応シート』をお知らせします。

●施設等における急変時対応のポイント

①予防救急

- ・普段からの体調の把握ができており、異常の早期発見と重症化の予防ができる。
- ・施設内での多職種の情報共有、連携ができる。
- ・急変時対応マニュアルが職員へ周知徹底されており、活用できる。（施設内研修等）

②重症化の予防

- ・日中帯にかかりつけ医、嘱託医、協力医療機関への適切な報告・相談ができる。
- ・医師に報告・相談後に適切な対応が取れ、職員間の情報共有ができる。
- ・必要に応じて応急手当ができる。

③救急搬送時の対応

- ・適切に通報し救急隊員到着までの間、患者の変化に注意して観察ができる。
- ・救急隊員への情報伝達（伝達シート等）が準備され、適切に情報提供ができる。
- ・適切に救急搬送時の対応ができる。（搬送ルートの確保、救急車への同乗、持参記録等の準備等）
- ・救急医療機関へ適切な引き継ぎができる。（救急車への同乗、医療機関への情報提供）

④再発防止のための対策

- ・かかりつけ医、嘱託医、協力医療機関との連携を取りながら、患者の変化に注意して、異常の早期発見に努めることができる。

①～④の流れを意識して、急変時対応に取り組みましょう!!

●急変時対応シート

急変時対応シートは消防庁のHPに重大な病気やけがの可能性のある「ためらわず救急車を呼んで欲しい症状」として掲載されている図に、救急隊が最低限伝達して欲しい情報を追加しております。函館市医療・介護連携支援センターHPからダウンロードが可能です。

◎急変時対応シートについてはこちらをご参照ください。

⇒函館市医療・介護連携支援センターHP

[「急変時対応シート」](#)

急変時対応シート (Ver. 2 4/29/18) 記に必要項目を記入の上、救急隊へお渡しください!

氏名	性別	年齢	住所	連絡先	備考
姓	姓	年	市	TEL	
名	名	月	区	TEL	
姓	姓	日	町	TEL	
名	名		丁目	TEL	
姓	姓		番	TEL	
名	名		号	TEL	

こんな症状がみられたら、ためらわずに119番に連絡してください!
重大な病気やけがの可能性あります

救急隊員への伝達事項 () 緊急対応日 年 月 日

顔

- 顔半分が腫れている
- 顔の裏側の歯がむくむ
- 口まわりの皮膚がむくむ
- 口まわりの皮膚が赤い
- 口まわりの皮膚が腫れている
- 口まわりの皮膚が乾燥している
- 口まわりの皮膚が乾燥している
- 口まわりの皮膚が乾燥している

頭

- 突然の激しい頭痛
- 突然のめまい
- 突然の意識障害
- 突然のけいこ
- 突然の嘔吐
- 突然のけいこ
- 突然のけいこ
- 突然のけいこ

胸や背中

- 突然の胸痛
- 突然の息苦しさ
- 突然の息苦しさ
- 突然の息苦しさ
- 突然の息苦しさ
- 突然の息苦しさ
- 突然の息苦しさ
- 突然の息苦しさ

手足

- 突然のしびれ
- 突然のしびれ
- 突然のしびれ
- 突然のしびれ
- 突然のしびれ
- 突然のしびれ
- 突然のしびれ
- 突然のしびれ

腹部

- 突然の激しい腹痛
- 突然の激しい腹痛
- 突然の激しい腹痛
- 突然の激しい腹痛
- 突然の激しい腹痛
- 突然の激しい腹痛
- 突然の激しい腹痛
- 突然の激しい腹痛

意識の障害

- 意識がない(目を覚めない)又はおかしい(もろろとして)
- ぐったりしている
- ぐったりしている
- ぐったりしている
- ぐったりしている
- ぐったりしている
- ぐったりしている
- ぐったりしている

吐き気

- 吐き気
- 吐き気
- 吐き気
- 吐き気
- 吐き気
- 吐き気
- 吐き気
- 吐き気

飲み込み

- 飲み込み
- 飲み込み
- 飲み込み
- 飲み込み
- 飲み込み
- 飲み込み
- 飲み込み
- 飲み込み

けいれん

- けいれん
- けいれん
- けいれん
- けいれん
- けいれん
- けいれん
- けいれん
- けいれん

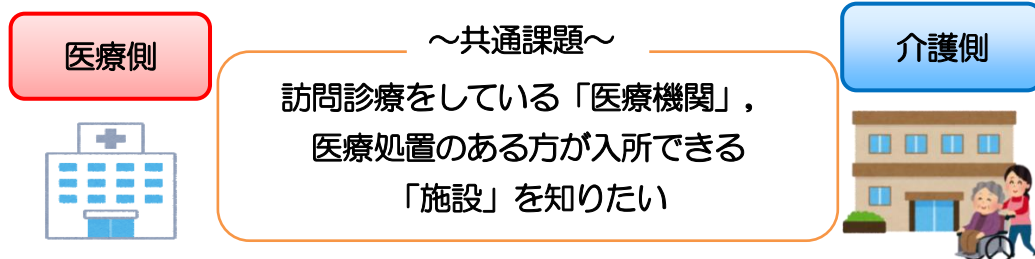
けが・やけど

- けが
- けが
- けが
- けが
- けが
- けが
- けが
- けが

事故

- 事故
- 事故
- 事故
- 事故
- 事故
- 事故
- 事故
- 事故

◎その他、いつもと違う場合、様子がおかしい場合



函館市医療・介護連携支援センターHPの「在宅医療・介護連携マップ」（以下マップ）では、函館市内の「在宅医療を行っている医療機関」または「在宅医療を支援している入院医療機関」「在宅支援を行っている薬局」「介護（居宅系）事業所」「介護（施設・居住系）事業所」の検索が可能となっています。例えば、医療機関の住所、電話番号や窓口担当者の他、ケアマネタイム（P13参照）、訪問診療や往診の可否等が確認することができます。また、介護事業所については「受け入れ可能な医療処置体制等」も検索することができます。

（このマップは、函館市内の医療・介護機関へ毎年アンケート調査を実施し、掲載希望の回答があった機関の情報を掲載しております。）

【問合せ先】

函館市医療・介護連携支援センター（函館市医師会病院1階）	43-3939
------------------------------	---------

◎在宅医療・介護連携マップについてはこちらをご参照ください。

⇒函館市医療・介護連携支援センターHP「[函館市在宅医療・介護連携マップ](#)」

○訪問診療と往診の違い

訪問診療は計画的な診療を行うことです。定期的に毎週〇曜日の〇時にと約束して医師が訪問し診療、治療、薬の処方、療養上の相談・指導等を行うことを言います。

往診は突発的に体調不良になった時等に医師が訪問し診療することを言います。

○在宅療養支援病院・支援診療所とは

在宅で療養している患者やその家族の求めに対し、24時間・365日体制で往診や訪問看護等の必要な医療を提供する病院・診療所のことを言います。

○在宅療養後方支援病院とは

在宅医療を提供している医療機関と提携し、あらかじめ当該病院を緊急時に入院を希望する病院として届け出ている患者について、緊急時に24時間・365日いつでも対応し、必要に応じて入院も受け入れる病院のことを言います。

(5) 訪問診療中

医療側



介護側



～共通課題～

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

口腔に関すること（口腔ケアや訪問歯科診療など）の相談ができます。

受付時間 月曜～金曜 10時～16時（木曜は午前のみ）

◎道南圏域在宅歯科医療連携室についてはこちらをご参照ください。

⇒函館歯科医師会HP「[道南圏域在宅歯科医療連携室](#)」

道南圏域 在宅歯科医療連携室	函館市五稜郭町 23 番 1 号 総合保健センター1 階 函館口腔保健センター内	76-0039 (FAX兼)
-------------------	--	-------------------

●公益社団法人 北海道栄養士会「栄養ケア・ステーション® あおい」

栄養面のサポートが受けられます。また，医師の指示により栄養食事指導が受けられます。

栄養ケア・ステーション® あおい	函館市湯川町 2 丁目 17 番 18 号 湯の川女性クリニック内	090-8631-7953
---------------------	--------------------------------------	---------------

医療側



介護側



～共通課題～

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
受けることはできる？

●柔道整復師による訪問

骨折及び脱臼，捻挫，打撲，挫傷（肉離れ）等，各種損傷に対して治療を行います。また，自宅で転倒などの怪我をされ，通院が困難な方の自宅に訪問し治療を行います。

◎訪問可能な整骨院についてはこちらをご参照ください。

⇒北海道柔道整復師会 函館ブロックHP「[医療・介護連携往療整骨院](#)」

公益社団法人 北海道柔道整復師会 函館ブロック	51-4588
-------------------------	---------

●鍼灸師・マッサージ師による訪問

医師による治療を補完するかたちで，痛みや体のさまざまな辛さや筋力の低下，筋麻痺，関節拘縮などに対して施術を行います。機能訓練指導員でもあるため，介護予防や身体機能の回復などのリハビリテーションを行うことも可能です。独歩で公共交通機関を使っての外出が困難な状態の方には，居宅や施設に赴き，訪問による施術を行うこともできます。往療費も保険適応が可能です。

◎訪問可能な治療院についてはこちらをご参照ください。

⇒函館鍼灸マッサージ師連絡協議会HP「[訪問治療可能治療院](#)」

函館鍼灸マッサージ師連絡協議会	41-8901
-----------------	---------

(6) 人生の最終段階

医療側

介護側

～共通課題～



函館市の施設・在宅・病院での
看取りの現状について知りたい



看取りとは、近い将来死が避けられないとされた方に対し、身体的苦痛や精神的苦痛を緩和・軽減するとともに、本人の意思と権利を最大限に尊重し人生の最期まで尊厳ある生活を支援することです。現在の日本は自宅で亡くなる方が少なくなり、病院で最期を迎える方のほうが多い状況となっています。しかし近年、「人生の最期の時期をどう過ごしたいのか」「どのような医療を受けたいのか」など、最期まで自分らしく過ごすということに関心が高まってきており、終末期等に関する意識調査でも、「住み慣れた場所で最期まで生活したい」と希望する方が少しずつ増えてきているという結果がみられています。

函館市においても、病院ではなく住み慣れた自宅や施設等で最期まで過ごしたいと希望されている方は少なくありません。実際に医療・介護関係者の連携によって、そのような希望を叶えられている方もいらっしゃいますが、中には様々な要因により、希望があっても思うように過ごすことができない方もいらっしゃいます。ご本人ご家族の意向を尊重し、望む選択ができ人生の最終段階を穏やかに過ごせるような地域になっていくためには、医療と介護の専門職が連携し看取りに向けた環境を整えていくことが大切です。

函館市医療・介護連携支援センターでは、そのような地域作りの支援として、様々な取り組みを行っております。参考となればと思いご紹介させていただきます。

◎函館市医療・介護連携多職種研修会「地域での看取りを知る」についてはこちらをご参照ください。

⇒函館市医療・介護連携支援センターHP～その現状とこれから～

[「開催報告 第4回 函館市医療・介護連携多職種研修会」](#)

⇒函館市医療・介護連携支援センターHP～多職種の視点からみた看取りの実際～

[「開催報告 第5回 函館市医療・介護連携多職種研修会」](#)

◎函館市医療・介護連携多職種研修会「施設看取り研修会」についてはこちらをご参照ください。

⇒函館市医療・介護連携支援センターHP～介護施設等での看取りケアの取り組み～

[「開催報告 令和元年度施設看取り研修会」](#)

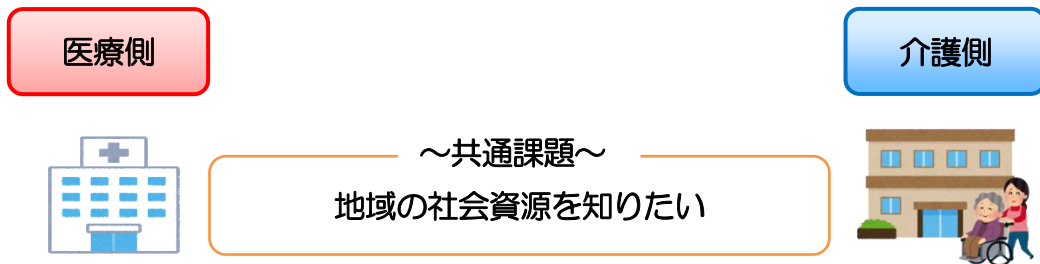
◎看取りに関わる専門職のコラムについてはこちらをご参照ください。

⇒函館市医療・介護連携支援センターHP

[「施設医・在宅医・病院医～それぞれの立場からの看取り～」](#)

[「医師・施設相談員・在宅ヘルパー・病院看護師～それぞれの立場からの看取り～」](#)

(7) その他



函館市には介護保険サービス以外にも介護や援助を必要とするひとり暮らしの高齢者（おおむね65歳以上）や高齢者のみの世帯の方々が、住み慣れた地域で安心して暮らすことができるよう、様々な社会資源があります。ここでは高齢者福祉サービスと介護予防についてご紹介します。

◎高齢者福祉サービスについてはこちらをご参照ください。

⇒函館市HP「[高齢者福祉サービス（介護保険以外のサービス）](#)」

- [在宅生活を支えるサービス](#)
- [介護者を支えるサービス](#)
- [認知症の方とご家族のためのサービス](#)
- [生きがいづくり・社会参加の促進のためのサービス](#)

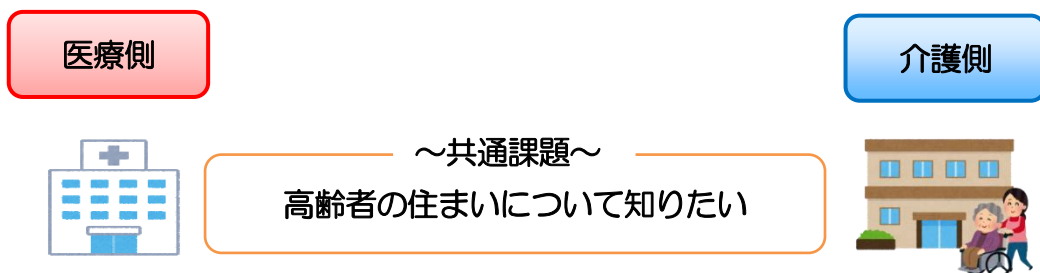
【問い合わせ先】下記へお問い合わせいただくと各担当窓口をご案内します。

函館市保健福祉部高齢福祉課 相談支援担当（市役所2階）	21-3025
-----------------------------	---------

◎介護予防についてはこちらをご参照ください。

⇒函館市HP「[介護予防](#)」

函館市保健福祉部高齢福祉課 介護予防・認知症担当	21-3081
--------------------------	---------



函館市医療・介護連携支援センターのHPには介護保険施設の他にも有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅等の情報が掲載されています。

◎介護保険施設やサービス付き高齢者向け住宅等の検索についてはこちらをご参照ください。料金や入居条件は各自お問い合わせください。

⇒函館市医療・介護連携支援センターHP「[函館市在宅医療・介護連携マップ](#)」

◎その他、高齢者向け優良賃貸住宅制度についてはこちらをご参照ください。

⇒函館市HP「[高齢者向け優良賃貸住宅制度](#)」

3 関係機関一覧

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番10号	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番12号	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番14号	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番24号	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番15号	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番1号	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番11号	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番8号	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番9号	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番1号	34-6868
函館市地域包括支援センター社協	函館市浜町538番2号	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（市役所2階）	函館市東雲町4番13号	21-3025
		介護予防・認知症担当（市役所2階）		21-3081
	介護保険課	介護認定担当（市役所2階）		21-3028
	管理課	函館市福祉サービス苦情処理委員事務局（市役所3階）		21-3297
	地域包括ケア推進課	生活困窮者自立支援担当（市役所2階）		21-3089
	生活支援課	（市役所2階）		21-3285
函館市市民部	国保年金課	給付担当（国民健康保険）	函館市五稜郭町23番1号	21-3145
		高齢者医療担当（市役所1階）		21-3184
市立函館保健所	地域保健課内	函館市医療安全支援センター（市立函館保健所3階）	函館市五稜郭町23番1号	32-1528

《参考》

- 厚生労働省 HP
- 国立がん研究センターHP
- 全国健康保険協会（協会けんぽ）HP
- 函館市 HP
- 函館市医療・介護連携支援センターHP
- 函館歯科医師会 HP
- 函館市社会福祉協議会 HP
- 函館市夜間急病センターHP／パンフレット
- 函館薬剤師会 HP
- 函館鍼灸マッサージ師連絡協議会 HP
- 北海道柔道整復師会 函館ブロックHP

医療と介護の連携を支援する

はこだて療養支援のしおり

令和2年12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

FAX 0138-43-1199

急変時対応関係資料の要点

- 令和2年7月に医療機関（急性期病院と後方支援病院）に対してヒアリング調査を実施
 - ・ 令和元年7月1日から令和2年6月30日までの期間で各病院が把握しているオーバーナイト対応患者 0件

- 令和2年7月、介護施設等に対してヒアリング調査を実施（資料10-2の1ページ（1）、（2）参照）
 - ・ 令和元年7月1日から令和2年6月30日までの期間で、夜間や休日に高齢者の容態が急変した際に救急医療機関へ受診対応（救急車の要請含む）した事例 88件
 - ・ その88件のうち、救急受診した際に、診察の結果、入院の判断とならずに帰宅となり対応に困ったケース 4件

- 急変時対応の調査にかかる施設訪問（資料10-2の2ページ参照）2件

高齢者の急変時の救急受診にかかわる調査（介護側へのヒアリング）

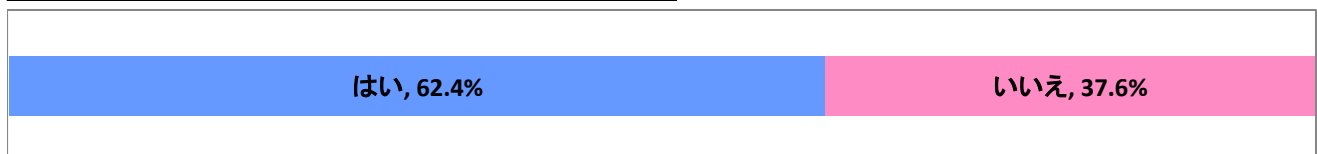
対象事業所～396件

回収～141件（回収率 35.6%）

種別	配布件数	回収件数	種別ごと回収率
① 居宅介護支援事業所	103件	38件	36.9%
② 包括支援センター	10件	8件	80.0%
③ 訪問看護	26件	9件	34.6%
④ 短期入所生活介護	29件	3件	10.3%
⑤	10件	1件	10.0%
⑥ 特定施設入居者生活介護	12件	7件	58.3%
⑦ 小規模多機能型居宅介護	22件	6件	27.3%
⑧ 認知症対応型共同生活介護	47件	15件	31.9%
⑨ 地域密着型特定施設入居者生活介護	13件	7件	53.8%
⑩ 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	5件	2件	40.0%
⑪ 看護小規模多機能型居宅介護	5件	2件	40.0%
⑫ 介護老人福祉施設	17件	10件	58.8%
⑬ 介護老人保健施設	8件	4件	50.0%
⑭ 介護医療院	3件	1件	33.3%
⑮ サ付・有料	86件	28件	32.6%
合計	396件	141件	

(1) 貴所属機関において、令和元年7月1日から令和2年6月30日までの期間で、夜間や休日に高齢者の容態が急変した際に救急医療機関へ受診対応（救急車の要請含む）した事例がありましたか？

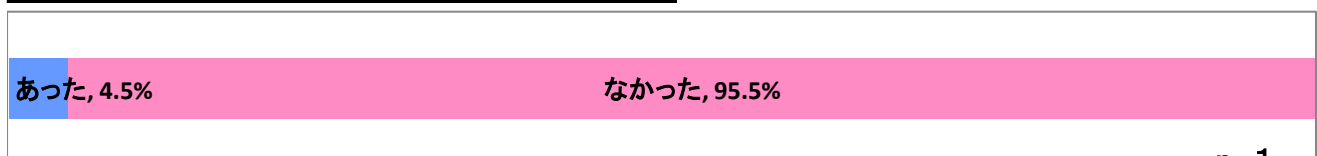
項目	受取件数	割合
① はい	88件	62.4%
② いいえ	53件	37.6%
合計	141件	



(2) (1)で「①はい」とお答えされた方にお伺いします。

救急受診した際に、診察の結果、入院の判断とならずに帰宅となり対応に困った事例はありましたか？

項目	受取件数	割合
① あった	4件	4.5%
② なかった	84件	95.5%
合計	88件	



急変時対応 施設訪問

訪問日	施設種別	施設名
令和2年6月23日	特別養護老人ホーム	函館はくあい園
令和2年6月29日	サービス付き高齢者向け住宅	ライフシップ石川

在宅看取りアンケート実施報告

1 目的

「人生の最終段階における医療」に対する国民の関心・希望が高まる中、医療・介護関係職においては日々、患者、家族と向き合いより良い支援を提供し続けている実情を鑑みて、今回『看取り』に関する意識調査も含めた実態を知り得るためアンケート調査の実施。

2 アンケート対象者

- ・ 病院・診療所に属する医師
- ・ 居宅介護支援事業所に属する職員
- ・ 地域包括支援センターに属する職員
- ・ 訪問介護事業所に属する訪問介護員
- ・ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所および夜間対応型訪問介護事業所に属する職員
- ・ 訪問看護ステーションに属する職員

3 調査方法

調査票は、一つの医療機関・介護事業所に対し「医療機関・介護事業所用査票」および「個人用調査票」の2種類を郵送し、郵送もしくはFAXにて回答。

4 回答状況

(1) 医療機関・介護事業所別

種別	配布数	回収件数	回収率
医療機関	78	35	44.9%
(うち在宅療養支援診療所)	(17)	(13)	(76.5%)
居宅介護支援事業所	105	64	61.0%
地域包括支援センター	10	10	100%
訪問介護事業所	88	27	30.7%
定期巡回・随時対応型訪問介護 夜間対応型訪問介護	18	3	16.7%
訪問看護ステーション	23	16	69.6%

(2) 医師・各事業所職員（個人調査）

種別	回収件数
医師	32
(うち在宅療養支援診療所)	(10)
居宅介護支援事業所	172
地域包括支援センター	77
訪問介護事業所	176
定期巡回・随時対応型訪問介護 夜間対応型訪問介護	32
訪問看護ステーション	82

(3) 回答者基本属性

種別	平均年齢	男	女	未回答	平均経験年数
医師	61歳	28名 (88%)	3名 (9%)	1名 (3%)	15年
居宅	50歳	40名 (23%)	130名 (76%)	2名 (1%)	8年
包括	43歳	30名 (39%)	47名 (61%)	—	7年
訪問介護	54歳	9名 (5%)	167名 (95%)	—	10年
定期巡回・夜間対応型	42歳	0名 (0%)	32名 (100%)	—	8年
訪問看護	45歳	2名 (2%)	80名 (98%)	—	15年

調 査 結 果

(1) 在宅看取りの経験の有無について

種別	行っている		行っていない	
医療機関	16	(50.0%)	16	(50.0%)
(うち在宅療養支援診療所)	8	(80%)	2	(20%)
居宅介護支援事業所	58	(33.7%)	114	(66.3%)
地域包括支援センター	7	(9.1%)	70	(90.9%)
訪問介護事業所	27	(15.3%)	149	(84.7%)
定期巡回・随時対応型訪問介護	18	(56.2%)	14	(43.8%)
夜間対応型訪問介護				
訪問看護ステーション	64	(78.0%)	18	(22.0%)

在宅看取りを行っている、もしくは在宅看取り経験があるという回答のうち、1件あたりのH30.10.1～R1.9.30の期間におけるおおよその在宅看取り件数は以下のとおりであった。

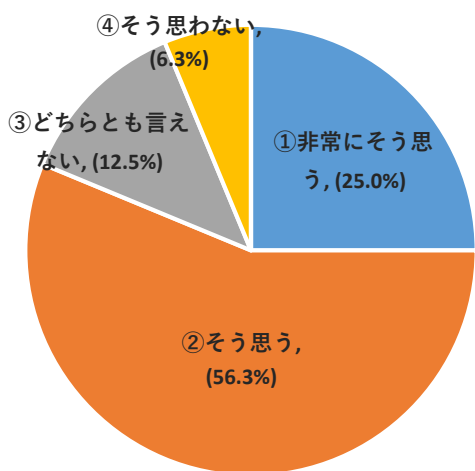
種別	有効回答数	合計件数	(平均)
医師	13	174	13.4件
居宅	19	22	1.2件
包括	1	1	1.0件
訪問介護	5	68	13.6件
定期巡回・夜間対応型	9	19	2.1件
訪看	33	238	7.2件

- ・訪問看護は、看取りの経験があると回答した割合が他職種と比べ高く、件数も多いことが分かった。
- ・包括は、看取りの経験があると回答した割合が10%未満であり、他職種と比べ低かった。基本的に要支援の方を担当しているためと思われる。

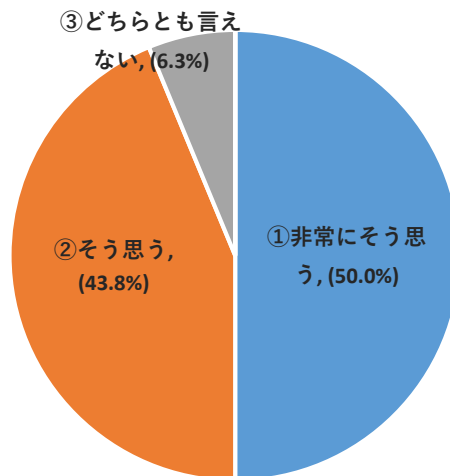
(2) 在宅看取りをすることは、あなたにとって負担が大きいと思いますか？

医師

行っていると回答した16名のうち

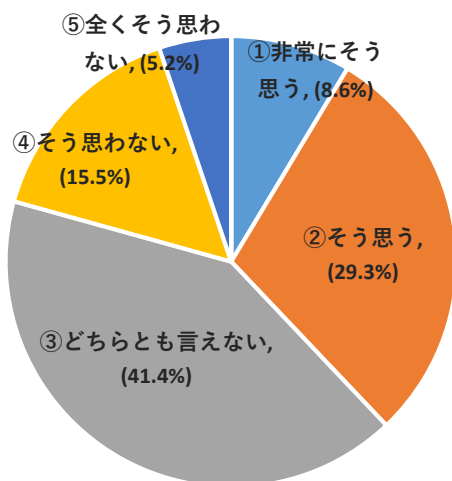


行っていないと回答した16名のうち

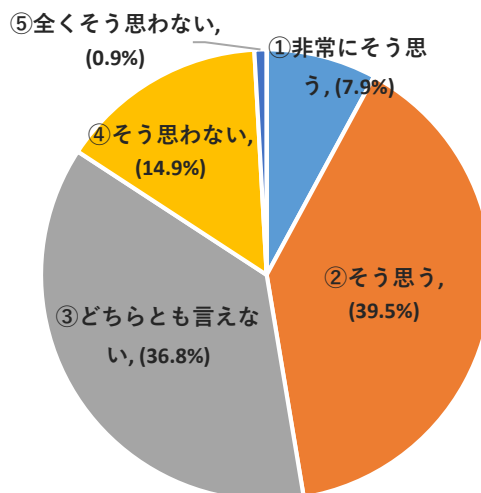


居宅

経験があると回答した58名のうち

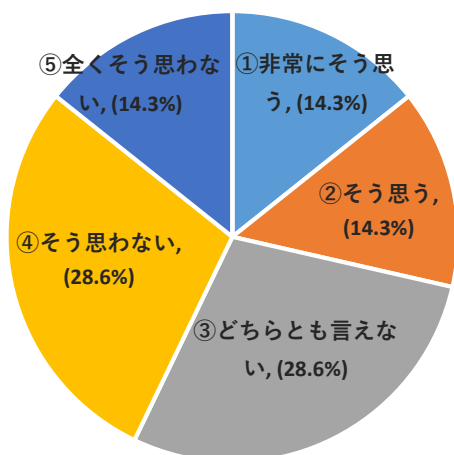


経験がないと回答した114名のうち

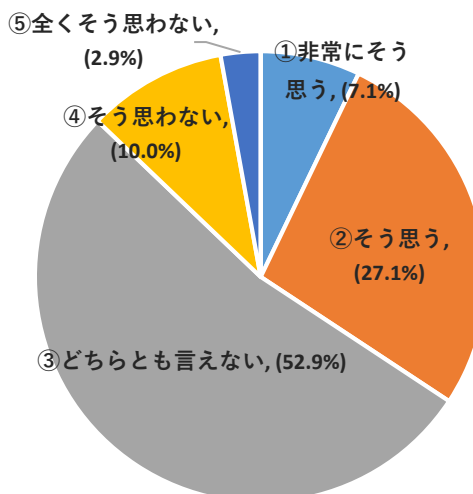


包括

経験があると回答した7名のうち

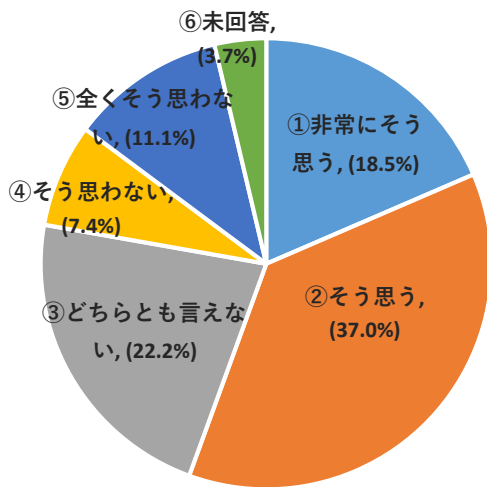


経験がないと回答した70名のうち

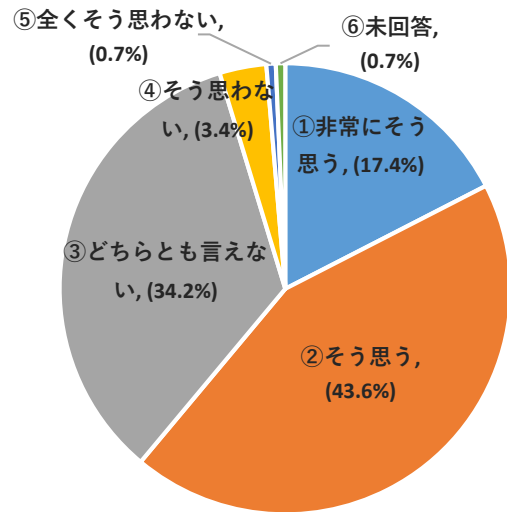


訪問介護

経験があると回答した27名のうち

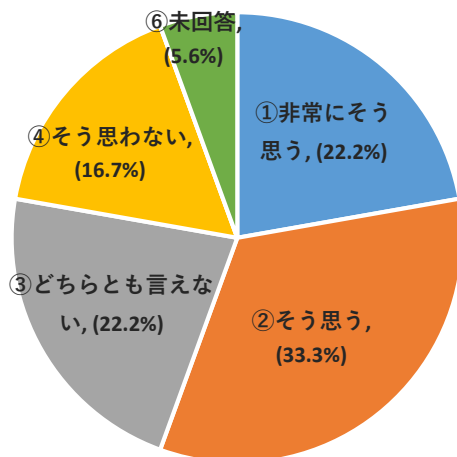


経験がないと回答した149名のうち

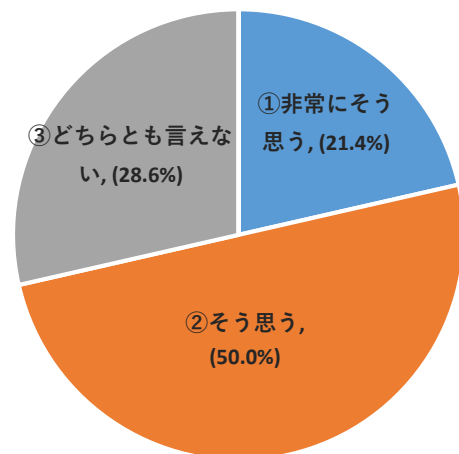


定期巡回・夜間対応型

経験があると回答した18名のうち

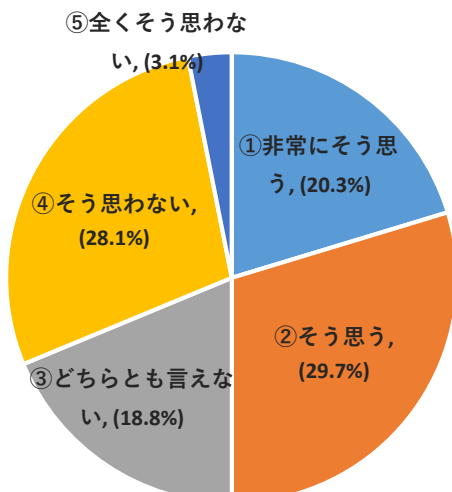


経験がないと回答した14名のうち

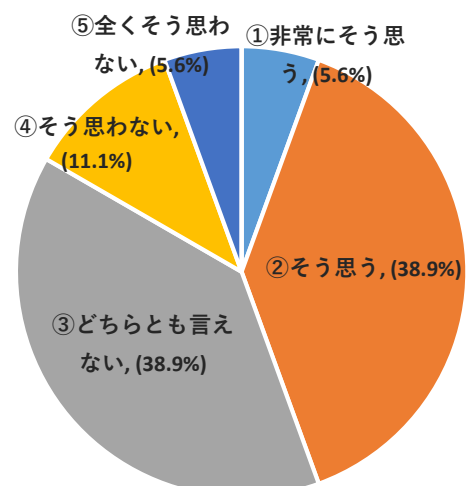


訪問看護

経験があると回答した64名のうち



経験がないと回答した18名のうち



ア 在宅看取り経験があるという回答のうち、負担が大きいと思っている割合（肢①または肢②を選んだ割合）

- ・医師 81.3%
- ・居宅 37.9%
- ・包括 28.6%
- ・訪問介護 55.5%
- ・定期巡回・夜間対応型 55.5%
- ・訪問看護 50.0%

イ 在宅看取りを行っていない、もしくは経験がないという回答のうち、負担が大きいと思っている割合（肢①または肢②を選んだ割合）

- ・医師 93.8%
- ・居宅 47.4%
- ・包括 34.2%
- ・訪問介護 61.0%
- ・定期巡回・夜間対応型 71.4%
- ・訪問看護 44.5%

- ・医師からの回答では、在宅看取り経験があると回答したうち80%超、経験がないと回答したうち90%超が負担が大きいと感じており、他職種に比べ負担を感じている割合が特に高い。
- ・在宅看取り経験があると回答した種別のうち訪問介護、定期巡回、訪問看護は50%以上が負担が大きいと感じており、経験がないと回答した種別のうち訪問介護、定期巡回が60%超が負担が大きいと感じている。

また、それぞれを選んだ理由についてフリー回答してもらい、その回答内容を精査し、理由の分類を行い、種別ごとの傾向や因子別の傾向について集計した。

（別添1表およびグラフ参照）

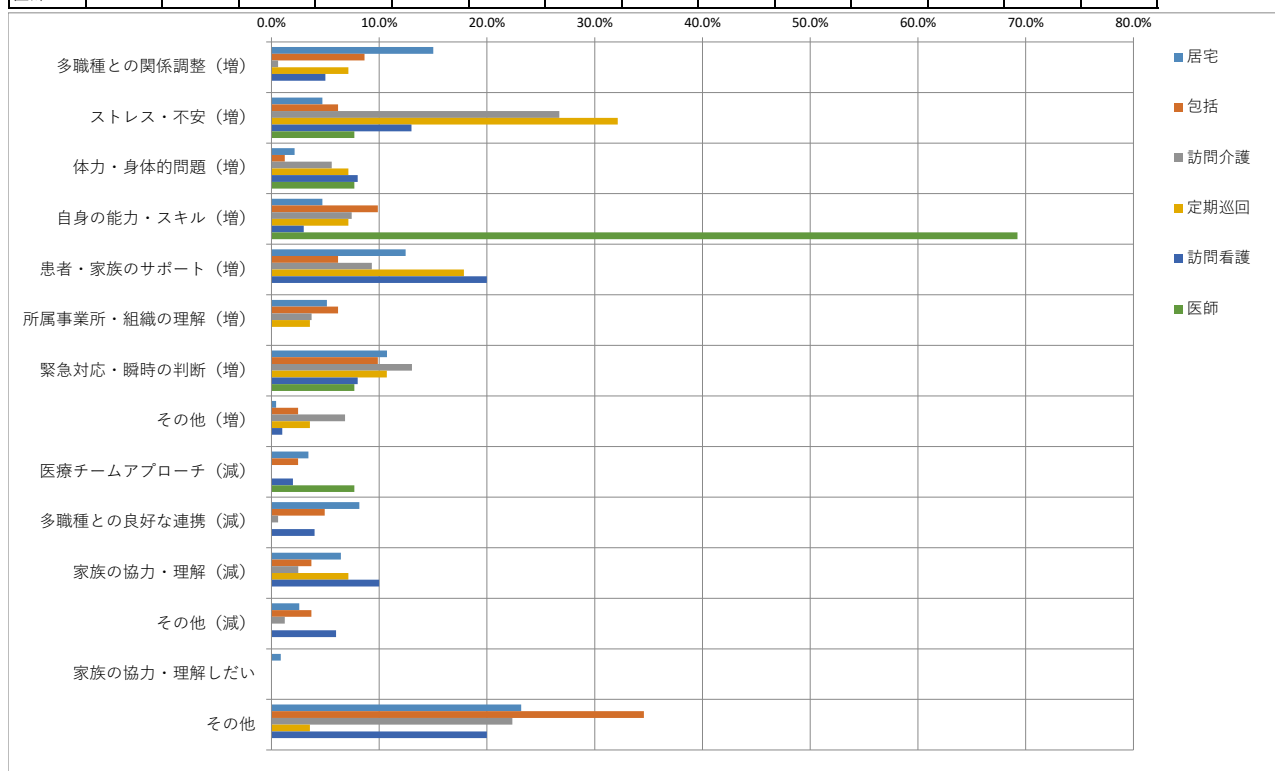
【記述内容から分類（複数該当あり）】

件数

	多職種との関係調整（増）	ストレス・不安（増）	体力・身体的問題（増）	自身の能力・スキル（増）	患者・家族のサポート（増）	所属事業所・組織の理解（増）	緊急対応・瞬時の判断（増）	その他（増）	医療チームアプローチ（減）	多職種との良好な連携（減）	家族の協力・理解（減）	その他（減）	家族の協力・理解したい	その他	計
居宅	35	11	5	11	29	12	25	1	8	19	15	6	2	54	233
包括	7	5	1	8	5	5	8	2	2	4	3	3	0	28	81
訪問介護	1	43	9	12	15	6	21	11	0	1	4	2	0	36	161
定期巡回	2	9	2	2	5	1	3	1	0	0	2	0	0	1	28
訪問看護	5	13	8	3	20	0	8	1	2	4	10	6	0	20	100
医師	0	1	1	9	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	13

パーセンテージ

	多職種との関係調整（増）	ストレス・不安（増）	体力・身体的問題（増）	自身の能力・スキル（増）	患者・家族のサポート（増）	所属事業所・組織の理解（増）	緊急対応・瞬時の判断（増）	その他（増）	医療チームアプローチ（減）	多職種との良好な連携（減）	家族の協力・理解（減）	その他（減）	家族の協力・理解したい	その他
居宅	15.0%	4.7%	2.1%	4.7%	12.4%	5.2%	10.7%	0.4%	3.4%	8.2%	6.4%	2.6%	0.9%	23.2%
包括	8.6%	6.2%	1.2%	9.9%	6.2%	6.2%	9.9%	2.5%	2.5%	4.9%	3.7%	3.7%	0.0%	34.6%
訪問介護	0.6%	26.7%	5.6%	7.5%	9.3%	3.7%	13.0%	6.8%	0.0%	0.6%	2.5%	1.2%	0.0%	22.4%
定期巡回	7.1%	32.1%	7.1%	7.1%	17.9%	3.6%	10.7%	3.6%	0.0%	0.0%	7.1%	0.0%	0.0%	3.6%
訪問看護	5.0%	13.0%	8.0%	3.0%	20.0%	0.0%	8.0%	1.0%	2.0%	4.0%	10.0%	6.0%	0.0%	20.0%
医師	0.0%	7.7%	7.7%	69.2%	0.0%	0.0%	7.7%	0.0%	7.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%



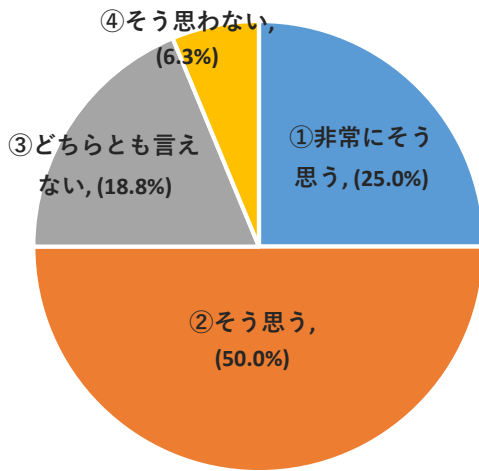
- ・「多職種との関係調整（増）」は、居宅が15.0%と最も高く、他種別では10%に満たない。
- ・「ストレス・不安（増）」は、定期巡回が32.1%と最も高く、次いで訪問介護で26.7%となっている。
- ・「体力・身体的問題（増）」は、訪問看護が8.0%と最も高いが、いずれの種別も10%に満たない。
- ・「自身の能力・スキル（増）」は、医師が69.2%と最も高く、他種別では10%に満たない。
- ・「患者・家族のサポート（増）」は訪問看護で20.0%と最も高く、次いで定期巡回で17.9%となっている。
- ・「所属事業所・組織の理解（増）」は、包括が6.2%と最も高いが、いずれの種別も10%に満たない。
- ・「緊急対応・瞬時の判断（増）」は、訪問介護が13.0%と最も高く、次いで居宅が10.7%となっている。
- ・「その他（増）」は、訪問介護で6.8%と最も高いが、いずれの種別も10%に満たない。
- ・「医療チームアプローチ（減）」は、医師で7.7%と最も高いが、いずれの種別も10%に満たない。
- ・「多職種との良好な連携（減）」は、居宅で8.2%と最も高いが、いずれの種別も10%に満たない。
- ・「家族の協力・理解（減）」は、訪問看護で10.0%と最も高く、他の種別では10%に満たない。
- ・「その他（減）」は、包括で3.7%と最も高いが、いずれの種別も5%に満たない。
- ・「家族の協力・理解したい」は居宅で0.9%と最も高く、他の種別では回答がない。

- 訪問介護の死に対する不安感と恐怖感が伝わった
- 介護支援専門員は多職種との連携に労力を要する
- 訪問看護は経験値が豊富であり不安より家族の支援に労力を要する

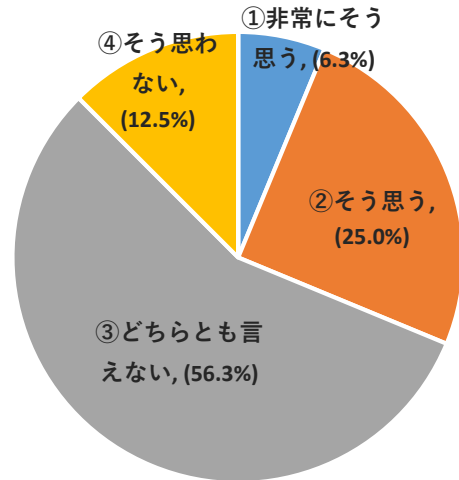
(3) 今後、この地域で在宅看取りのケースは増えていくと思いますか？

医師

行っていると回答した16名のうち

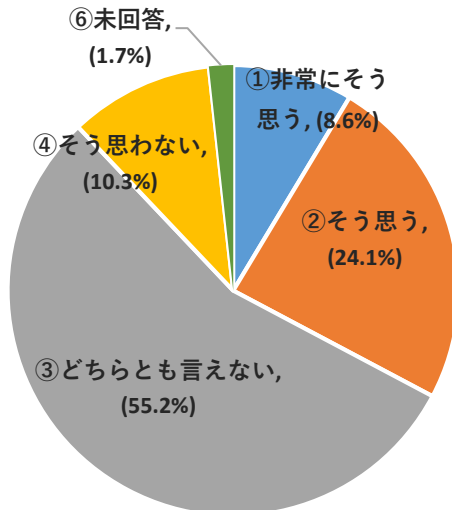


行っていないと回答した16名のうち

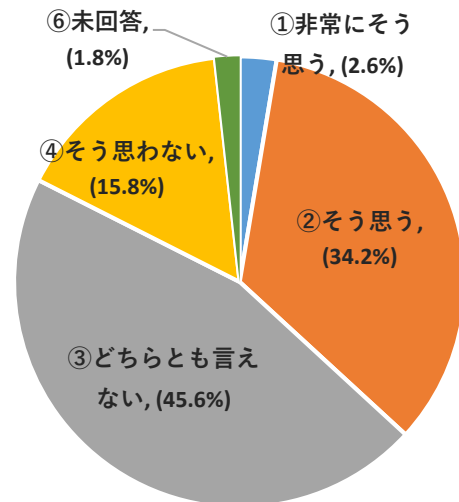


居宅

経験があると回答した58名のうち

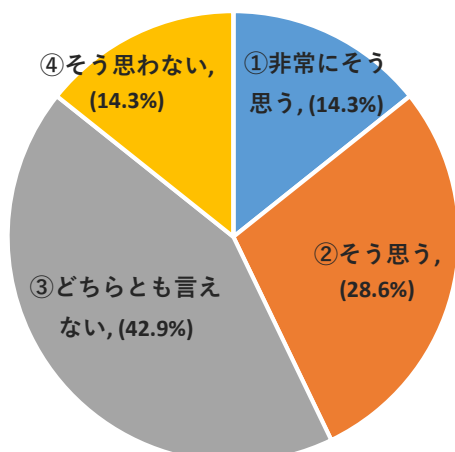


経験がないと回答した114名のうち

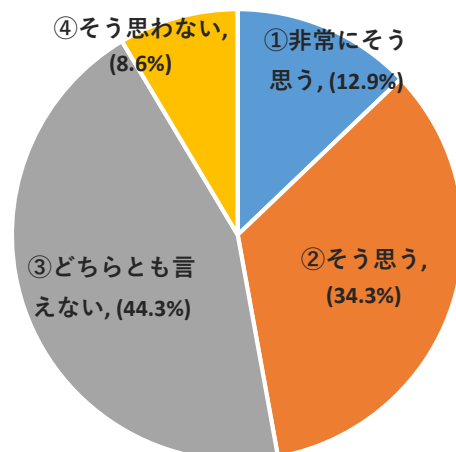


包括

経験があると回答した7名のうち

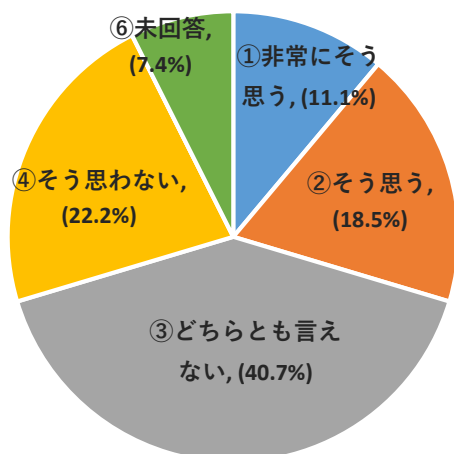


経験がないと回答した70名のうち

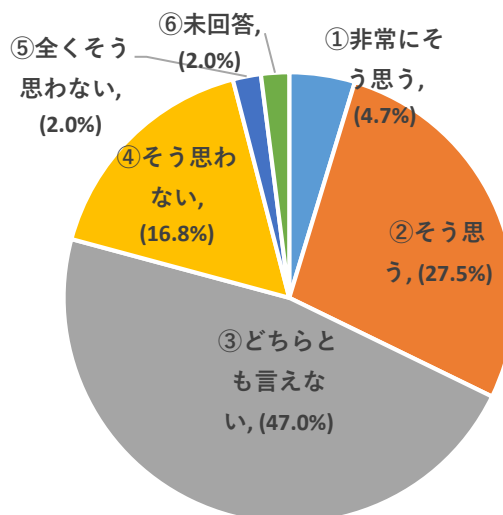


訪問介護

経験があると回答した27名のうち

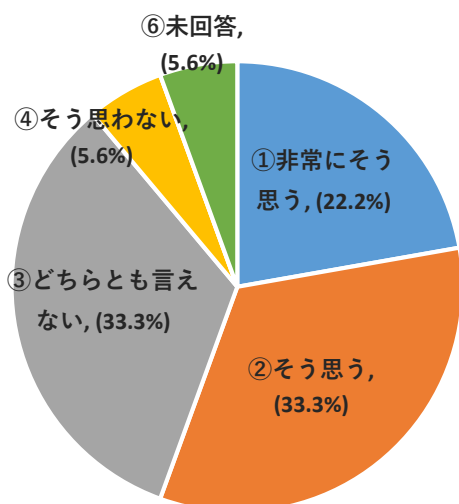


経験がないと回答した149名のうち

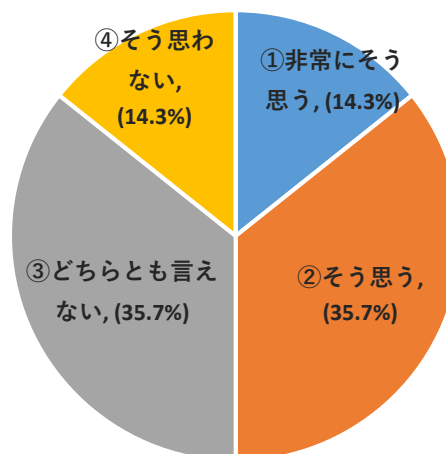


定期巡回・夜間対応型

経験があると回答した18名のうち

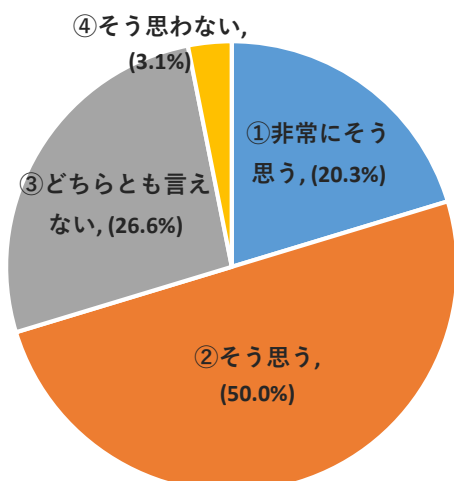


経験がないと回答した14名のうち

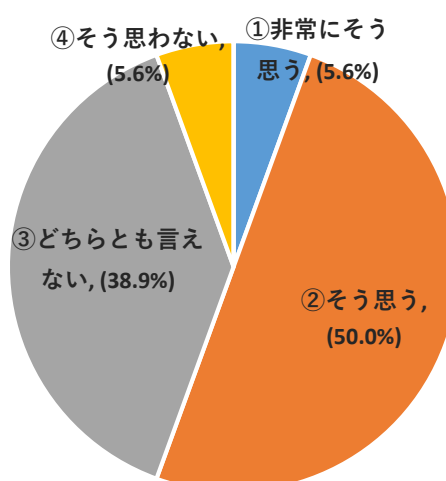


訪問看護

経験があると回答した64名のうち



経験がないと回答した18名のうち



ア 在宅看取り経験があるという回答のうち、看取りのケースは増えていくと思っている割合（肢①または肢②を選んだ割合）

- ・ 医師 75.0%
- ・ 居宅 79.3%
- ・ 包括 42.9%
- ・ 訪問介護 29.6%
- ・ 定期巡回・夜間対応型 55.5%
- ・ 訪問看護 70.3%

イ 在宅看取りを行っていない、もしくは経験がないという回答のうち、看取りのケースは増えていくと思っている割合（肢①または肢②を選んだ割合）

- ・ 医師 31.3%
- ・ 居宅 36.8%
- ・ 包括 84.0%
- ・ 訪問介護 32.2%
- ・ 定期巡回・夜間対応型 50.0%
- ・ 訪問看護 55.6%

- ・ 在宅看取りの経験があると回答した医師，居宅，訪問看護では在宅看取りのケースが増えていくとの回答が70%以上となっており，訪問介護では30%に満たない。
- ・ 在宅看取りの経験がないと回答した包括，定期巡回，訪問看護では在宅看取りのケースが増えていくとの回答が50%以上となっており，そのうち包括は80%を超えている。

また，それぞれを選んだ理由についてフリー回答してもらい，その回答内容を精査し，理由の分類を行い，種別ごとの傾向や因子別の傾向について集計した。

（別添2表およびグラフ参照）

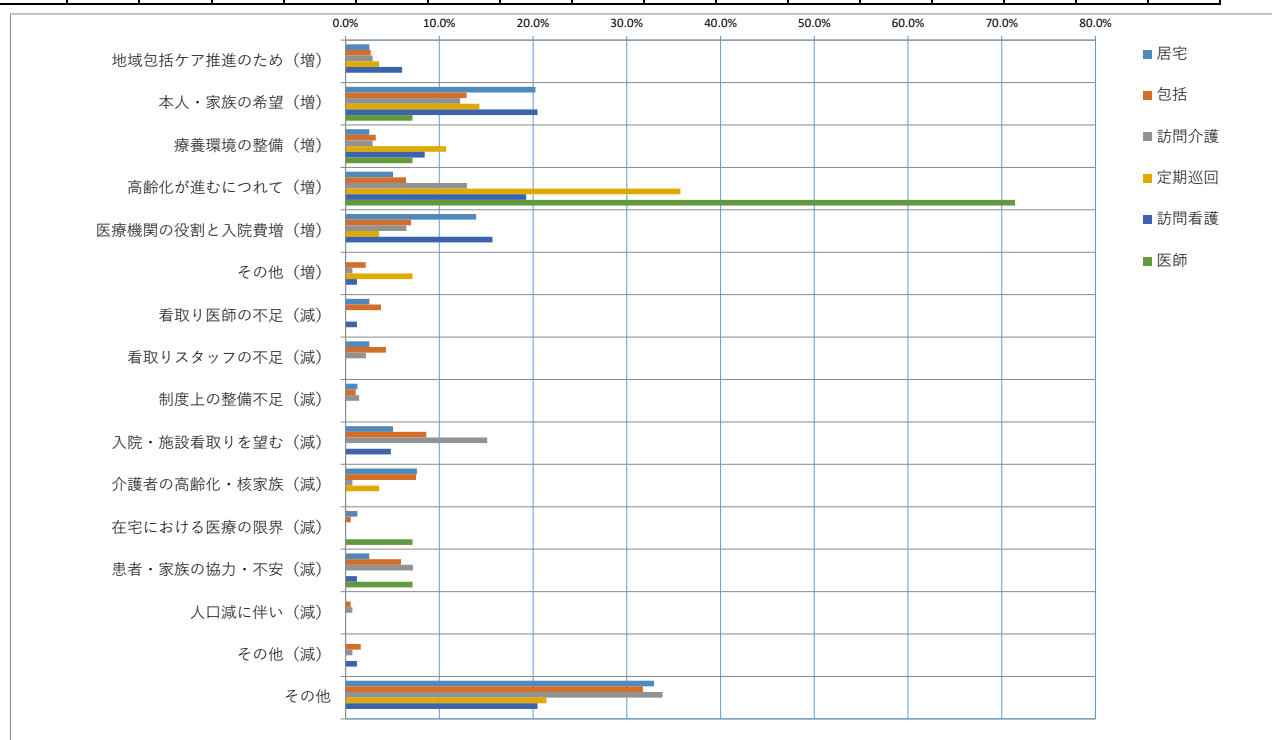
別添 2

【記述内容の分類（複数該当あり）】

	地域包括 ケア推進 のため (増)	本人・家 族の希望 (増)	療養環境 の整備 (増)	高齢化が 進むにつ れて (増)	医療機関 の役割と 入院費増 (増)	その他 (増)	看取り医 師の不足 (減)	看取りス タッフの 不足 (減)	制度上の 整備不足 (減)	入院・施 設看取り を望む (減)	介護者の 高齢化・ 核家族 (減)	在宅にお ける医療 の限界 (減)	患者・家 族の協 力・不安 (減)	人口減に 伴い (減)	その他 (減)	その他	計
居宅	2	16	2	4	11	0	2	2	1	4	6	1	2	0	0	26	79
包括	5	24	6	12	13	4	7	8	2	16	14	1	11	1	3	59	186
訪問介護	4	17	4	18	9	1	0	3	2	21	1	0	10	1	1	47	139
定期巡回	1	4	3	10	1	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0	6	28
訪問看護	5	17	7	16	13	1	1	0	0	4	0	0	1	0	1	17	83
医師	0	1	1	10	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	14

パーセンテージ

	地域包括 ケア推進 のため (増)	本人・家 族の希望 (増)	療養環境 の整備 (増)	高齢化が 進むにつ れて (増)	医療機関 の役割と 入院費増 (増)	その他 (増)	看取り医 師の不足 (減)	看取りス タッフの 不足 (減)	制度上の 整備不足 (減)	入院・施 設看取り を望む (減)	介護者の 高齢化・ 核家族 (減)	在宅にお ける医療 の限界 (減)	患者・家 族の協 力・不安 (減)	人口減に 伴い (減)	その他 (減)	その他
居宅	2.5%	20.3%	2.5%	5.1%	13.9%	0.0%	2.5%	2.5%	1.3%	5.1%	7.6%	1.3%	2.5%	0.0%	0.0%	32.9%
包括	2.7%	12.9%	3.2%	6.5%	7.0%	2.2%	3.8%	4.3%	1.1%	8.6%	7.5%	0.5%	5.9%	0.5%	1.6%	31.7%
訪問介護	2.9%	12.2%	2.9%	12.9%	6.5%	0.7%	0.0%	2.2%	1.4%	15.1%	0.7%	0.0%	7.2%	0.7%	0.7%	33.8%
定期巡回	3.6%	14.3%	10.7%	35.7%	3.6%	7.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	3.6%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	21.4%
訪問看護	6.0%	20.5%	8.4%	19.3%	15.7%	1.2%	1.2%	0.0%	0.0%	4.8%	0.0%	0.0%	1.2%	0.0%	1.2%	20.5%
医師	0.0%	7.1%	7.1%	71.4%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	7.1%	7.1%	0.0%	0.0%	0.0%



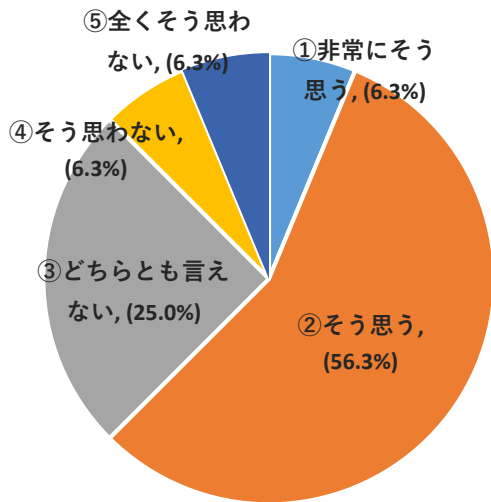
- ・「地域包括ケア推進のため(増)」は、訪問看護6.0%と最も高く、他種別では10%に満たない。
- ・「本人・家族の希望(増)」は、訪問看護20.5%と最も高く、次いで居宅が20.3%となっている。
- ・「療養環境の整備(増)」は、定期巡回が10.7%と最も高い。
- ・「高齢化が進むにつれて(増)」は、医師が71.4%と最も高い。
- ・「医療機関の役割と入院費増(増)」は、訪問看護が15.1%と最も割合が高い。
- ・「その他(増)」は、定期巡回が7.6%と最も高い。
- ・「看取り医師の不足(減)」は、包括が3.8%と最も高いが、いずれの種別も5%に満たない。
- ・「看取りスタッフの不足(減)」は、包括が4.3%と最も高いが、いずれの種別も5%に満たない。
- ・「制度上の整備不足(減)」は、訪問介護が1.4%と最も高いが、いずれの種別も2%に満たない。
- ・「入院・施設看取りを望む(減)」は、訪問介護が15.1%と最も高いが、いずれの種別も5%に満たない。
- ・「介護者の高齢化・核家族(減)」は、居宅が7.6%と最も高い。
- ・「在宅における医療の限界(減)」は、医師が7.1%と最も高いが、いずれの種別も10%に満たない。
- ・「患者・家族の協力・不安(減)」は、訪問看護が7.2%と最も高いが、いずれの種別も10%に満たない。
- ・「人口減に伴い(減)」は、訪問介護が0.7%と最も高いが、いずれの種別も1%に満たない。
- ・「その他(減)」は、包括が1.6%と最も高いが、いずれの種別も2%に満たない。
- ・「その他」は、訪問介護が33.8%と最も高く、次いで居宅が32.9%、包括が31%となっている。

- 医師の7割超は高齢化が在宅看取りが進むことを在宅看取りが進む要因として挙げている。
- 医師以外の種別では、在宅看取りが進む、もしくは進まない要因についての考えがバラついており、「その他」に分類せざるを得ない回答も医師以外の種別ではそれぞれ2～3割を占めた。

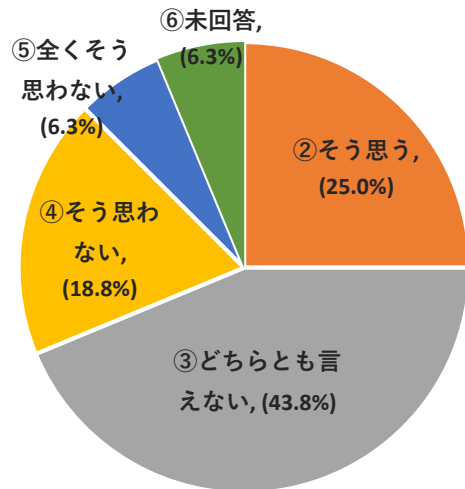
(4) この地域で在宅看取りをする場合、連携できる職種が整っていると思いますか？

医師

行っていると回答した16名のうち

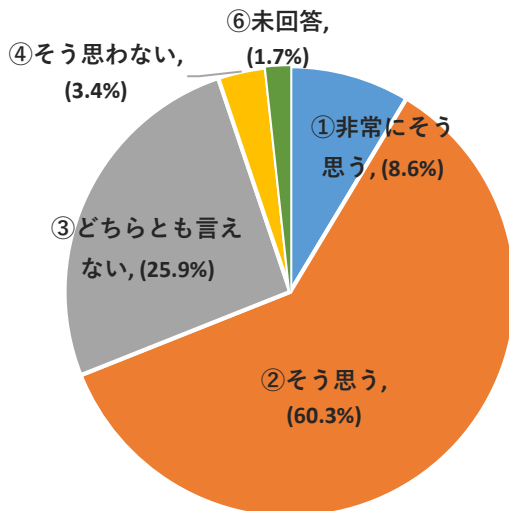


行っていないと回答した16名のうち

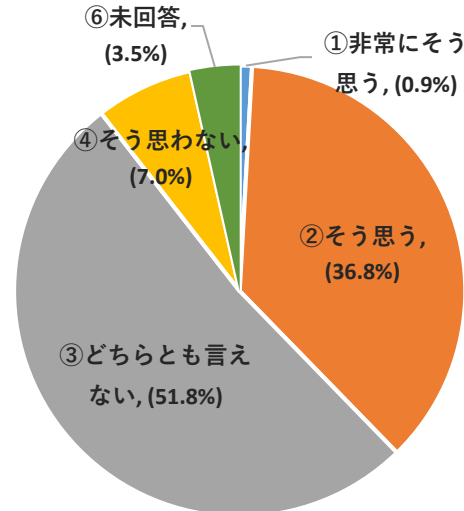


居宅

経験があると回答した58名のうち

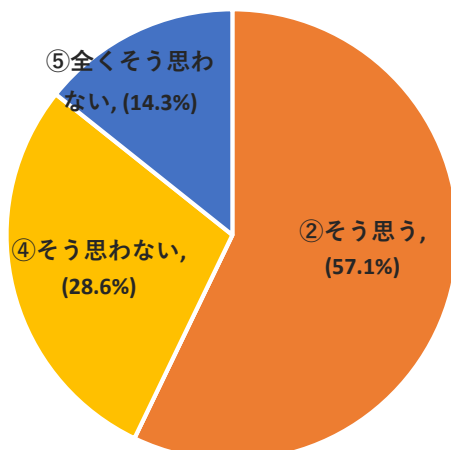


経験がないと回答した114名のうち

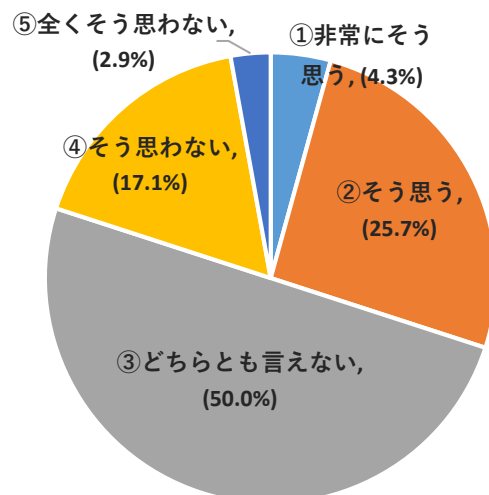


包括

経験があると回答した7名のうち

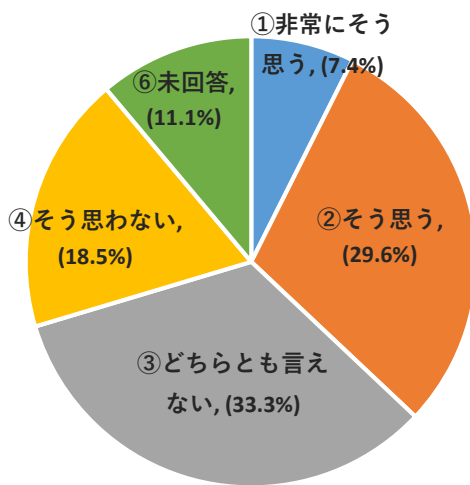


経験がないと回答した70名のうち

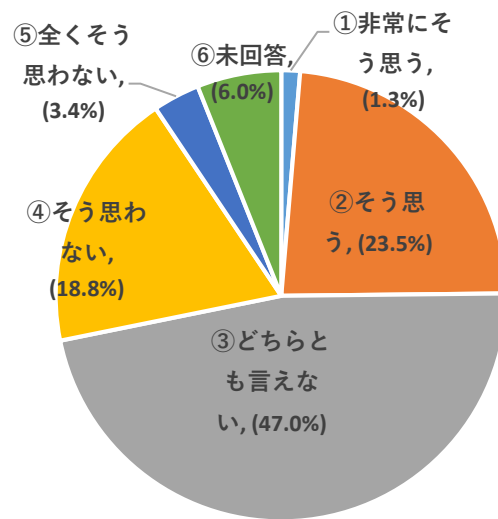


訪問介護

経験があると回答した27名のうち

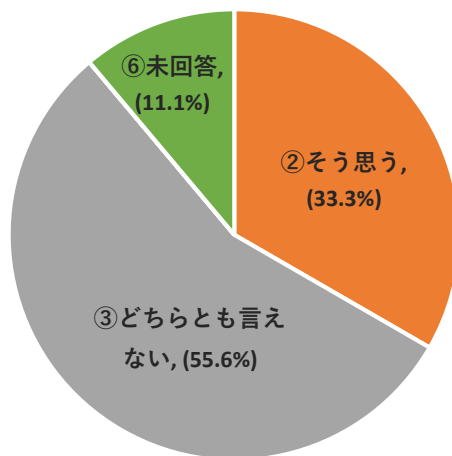


経験がないと回答した149名のうち

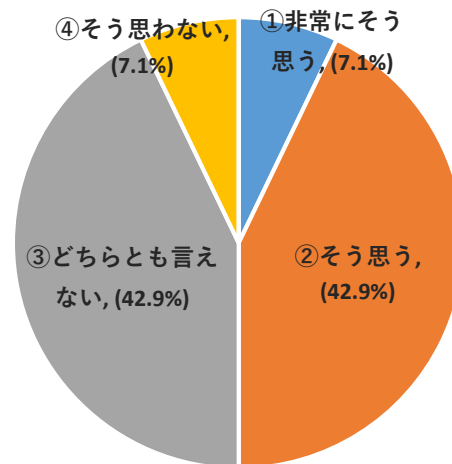


定期巡回・夜間対応型

経験があると回答した18名のうち

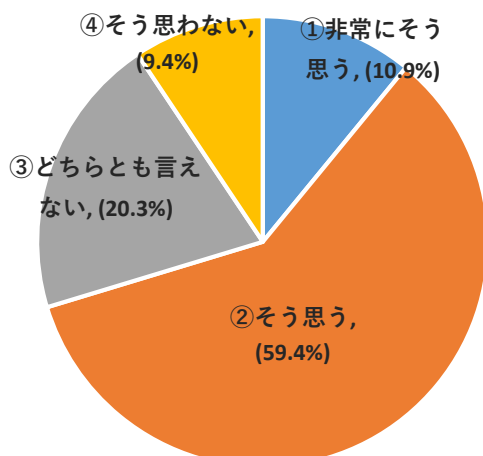


経験がないと回答した14名のうち

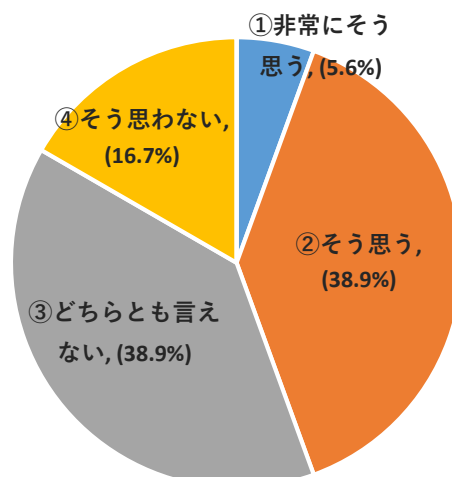


訪問看護

経験があると回答した64名のうち



経験がないと回答した18名のうち



ア 在宅看取り経験があるという回答のうち、連携できる職種が整っていると思っている割合（肢①または肢②を選んだ割合）

- ・医師 62.6%
- ・居宅 68.9%
- ・包括 57.1%
- ・訪問介護 37.0%
- ・定期巡回・夜間対応型 33.3%
- ・訪問看護 70.3%

イ 在宅看取りを行っていない、もしくは経験がないという回答のうち、連携できる職種が整っていると思っている割合（肢①または肢②を選んだ割合）

- ・医師 25.0%
- ・居宅 62.7%
- ・包括 30.0%
- ・訪問介護 24.8%
- ・定期巡回・夜間対応型 50.0%
- ・訪問看護 44.5%

- ・在宅看取りを行っているとの回答のうち医師，居宅，包括，訪問看護では連携できる職種が整っているとの回答が50%を超えている。
- ・在宅看取りを行っていないとの回答のうち居宅，定期巡回では連携できる職種が整っているとの回答が50%を超えている。

また、それぞれを選んだ理由についてフリー回答してもらい、その回答内容を精査し、理由の分類を行い、種別ごとの傾向や因子別の傾向について集計した。

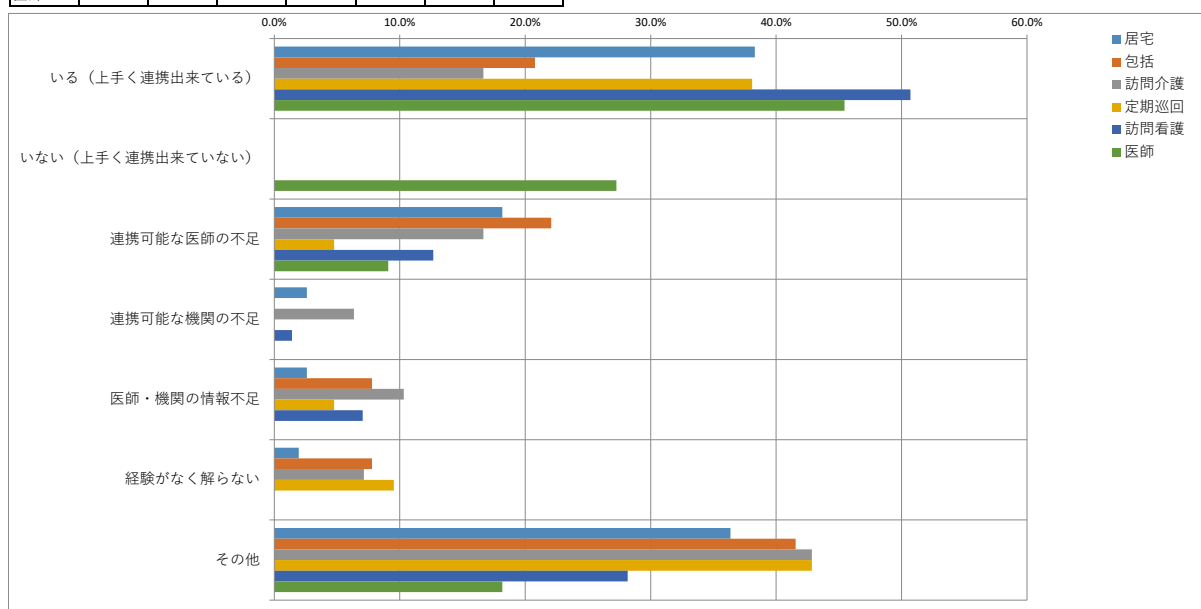
（別添3表およびグラフ参照）

【記述内容の分類（複数該当あり）】

	いる（上手く連携出来ている）	いない（上手く連携出来ていない）	連携可能な医師の不足	連携可能な機関の不足	医師・機関の情報不足	経験がなく解らない	その他	計
居宅	59	0	28	4	4	3	56	154
包括	16	0	17	0	6	6	32	77
訪問介護	21	0	21	8	13	9	54	126
定期巡回	8	0	1	0	1	2	9	21
訪問看護	36	0	9	1	5	0	20	71
医師	5	3	1	0	0	0	2	11

パーセンテージ

	いる（上手く連携出来ている）	いない（上手く連携出来ていない）	連携可能な医師の不足	連携可能な機関の不足	医師・機関の情報不足	経験がなく解らない	その他
居宅	38.3%	0.0%	18.2%	2.6%	2.6%	1.9%	36.4%
包括	20.8%	0.0%	22.1%	0.0%	7.8%	7.8%	41.6%
訪問介護	16.7%	0.0%	16.7%	6.3%	10.3%	7.1%	42.9%
定期巡回	38.1%	0.0%	4.8%	0.0%	4.8%	9.5%	42.9%
訪問看護	50.7%	0.0%	12.7%	1.4%	7.0%	0.0%	28.2%
医師	45.5%	27.3%	9.1%	0.0%	0.0%	0.0%	18.2%



- ・「いる（上手く連携できている）」は、訪問看護が50.0%と最も高く、次いで医師が45.5%となっている。
- ・「いない（上手く連携できていない）」は、医師が27.3%と最も高く、他の種別では回答がない。
- ・「連携可能な医師の不足」は、包括が22.1%と最も高い。
- ・「連携可能な機関の不足」は、訪問介護が6.3%と最も高い。
- ・「医師・機関の情報不足」は、訪問介護10.3%と最も高い。
- ・「経験がなく解らない」は、定期巡回が9.5%と最も高い。
- ・「その他」は、訪問介護および定期巡回が42.9%と最も高い。

- 訪問看護は、上手く連携できていると感じている職員が半数を超えており、在宅看取り経験の多さが影響しているものと考えられる
- 医師は、上手く連携できている医師と上手く連携できていない医師が二極化しているものと考えられる

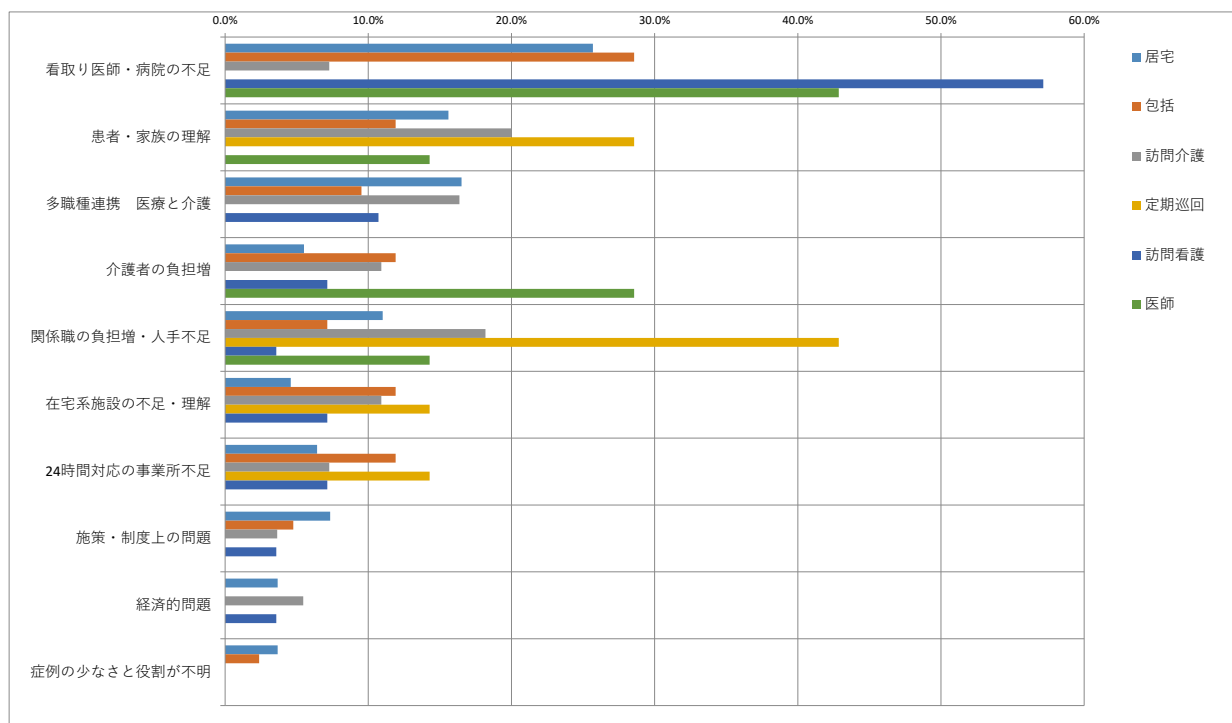
(5) この地域で在宅看取りに関して問題だと思うことや、その解決策

【問題だと思うこと；記述内容の分類（複数該当あり）】

	看取り医師・病院の不足	患者・家族の理解	多職種連携 医療と介護	介護者の負担増	関係職の負担増・人手不足	在宅系施設の不足・理解	24時間対応の事業所不足	施策・制度上の問題	経済的問題	症例の少なさと役割が不明	計
居宅	28	17	18	6	12	5	7	8	4	4	109
包括	12	5	4	5	3	5	2	0	0	1	42
訪問介護	4	11	9	6	10	6	4	2	3	0	55
定期巡回	0	2	0	0	3	1	1	0	0	0	7
訪問看護	16	0	3	2	1	2	2	1	1	0	28
医師	3	1	0	2	1	0	0	0	0	0	7

パーセンテージ

	看取り医師・病院の不足	患者・家族の理解	多職種連携 医療と介護	介護者の負担増	関係職の負担増・人手不足	在宅系施設の不足・理解	24時間対応の事業所不足	施策・制度上の問題	経済的問題	症例の少なさと役割が不明
居宅	25.7%	15.6%	16.5%	5.5%	11.0%	4.6%	6.4%	7.3%	3.7%	3.7%
包括	28.6%	11.9%	9.5%	11.9%	7.1%	11.9%	11.9%	4.8%	0.0%	2.4%
訪問介護	7.3%	20.0%	16.4%	10.9%	18.2%	10.9%	7.3%	3.6%	5.5%	0.0%
定期巡回	0.0%	28.6%	0.0%	0.0%	42.9%	14.3%	14.3%	0.0%	0.0%	0.0%
訪問看護	57.1%	0.0%	10.7%	7.1%	3.6%	7.1%	7.1%	3.6%	3.6%	0.0%
医師	42.9%	14.3%	0.0%	28.6%	14.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%



- ・「看取り医師・病院の不足」は、訪問看護が57.1%と最も高く、次いで医師が42.9%となっている。
- ・「患者・家族の理解」は、定期巡回が28.6%と最も高く、次いで訪問介護が20.0%となっている。
- ・「多職種連携 医療と介護」は、居宅が16.5%と最も高く、次いで訪問介護が16.4%となっている。
- ・「介護者の負担増」は、医師が28.6%と最も高く、他の種別ではいずれも15%に満たない。
- ・「関係職の負担増・人手不足」は、定期巡回42.9%と最も高い。
- ・「在宅系の施設の不足」は、定期巡回14.3%と最も高く、次いで包括が11.9%となっている。
- ・「24時間対応の事業所不足」は、定期巡回14.3%と最も高く、次いで包括が11.9%となっている。
- ・「施策・制度上の問題」は、居宅が7.3%と最も高く、他種別ではいずれも10%に満たない。
- ・「経済的問題」は、訪問介護が5.5%と最も高く、他種別ではいずれも5%に満たない。
- ・「症例の少なさと役割が不明」は、居宅が3.7%と最も高く、他種別ではいずれも3%に満たない。

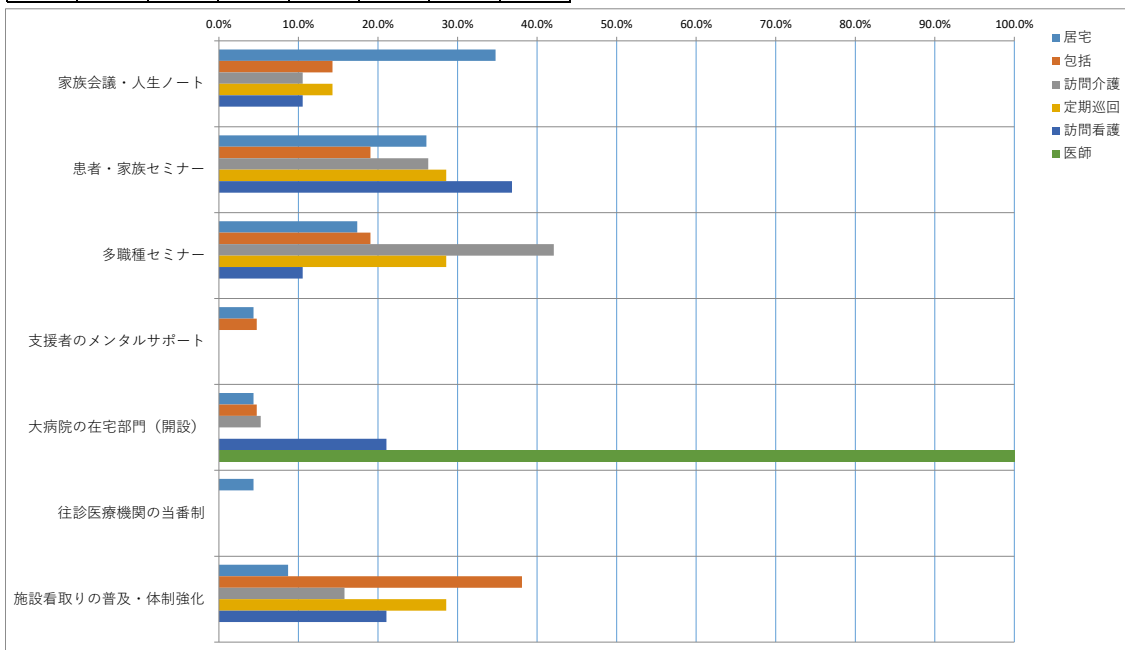
- 医師・訪問看護では半数前後が看取り医師・病院の不足を在宅看取りに関する問題点と考えていることが分かった。
- 定期巡回では、半数近くが関係職の負担増・人手不足を問題点と考えていることがわかった。
- その他の種別の回答はバラつきがあり、それぞれの職員が多様な問題点を感じていることが伺える。

【解決策；記述内容の分類（複数該当あり）】

	家族会議・人生ノート	患者・家族セミナー	多職種セミナー	支援者のメンタルサポート	大病院の在宅部門（開設）	往診医療機関の当番制	施設看取りの普及・体制強化	計
居宅	8	6	4	1	1	1	2	23
包括	3	4	4	1	1	0	8	21
訪問介護	2	5	8	0	1	0	3	19
定期巡回	1	2	2	0	0	0	2	7
訪問看護	2	7	2	0	4	0	4	19
医師	0	0	0	0	2	0	0	2

パーセンテージ

	家族会議・人生ノート	患者・家族セミナー	多職種セミナー	支援者のメンタルサポート	大病院の在宅部門（開設）	往診医療機関の当番制	施設看取りの普及・体制強化
居宅	34.8%	26.1%	17.4%	4.3%	4.3%	4.3%	8.7%
包括	14.3%	19.0%	19.0%	4.8%	4.8%	0.0%	38.1%
訪問介護	10.5%	26.3%	42.1%	0.0%	5.3%	0.0%	15.8%
定期巡回	14.3%	28.6%	28.6%	0.0%	0.0%	0.0%	28.6%
訪問看護	10.5%	36.8%	10.5%	0.0%	21.1%	0.0%	21.1%
医師	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%



- ・「家族会議・人生ノート」は、居宅が34.8%と最も高く、他種別ではいずれも15%に満たない
- ・「患者・家族セミナー」は、訪問看護が36.8%と最も割合が高く、次いで定期巡回が28.6%となっている
- ・「多職種セミナー」は、訪問介護が42.1%と最も高く、次いで定期巡回が28.6%となっている
- ・「支援者のメンタルサポート」は、包括が4.8%最も高いが、他種別ではいずれも5%に満たない
- ・「大病院の在宅部門（開設）」は、医師が100.0%と最も高く、次いで訪問看護が21.1%となっている
- ・「往診医療機関の当番制」は、居宅が4.3%と最も高く、他種別では回答がない
- ・「施設看取りの普及・体制強化」は、包括が38.1%と最も高く、次いで定期巡回が28.6%となっている

- 医師は、セミナーなどの相互理解の機会よりも、自職種の体制について関心や問題点を強く持っていることが伺える
- 医師以外の種別については、いずれも他職種や患者・家族、支援者などといった他者との交流に関心があることが伺える

【総評】

全体を通して、人材不足の問題、情報不足の問題、協力機関不足の問題などが多くの回答としてあげられた。

平成20年に厚生労働省が実施した「終末期医療に関する調査」では6割以上の国民が「最後まで自宅で療養することが困難である」と回答している。その理由の上位は「介護してくれる家族に負担がかかる」、「症状が急変した時の対応に不安」、「症状急変時すぐに入院できるか不安」、「経済的に負担が大きい」との声が寄せられている。今回の在宅看取りアンケート結果においても、医療・介護関係職から同様の回答があり地域全体の課題として捉えることができた。

このアンケート調査を基に、今後はこのような取り組みが有効と推察される。

- 1) 医師サポート体制の具体的検討の場。
- 2) 患者・家族への周知や市民公開講座の開催。
- 3) 全体研修から職種別にターゲットを絞った研修会・カンファレンス等。
- 4) 急性期病院（二次救急病院）介護施設、サービス付き高齢者住宅等の看取りに対する組織の取り組みの公開フォーラム等々。

解決策については、個々ではなく地域をターゲットにした取り組みが必要であると今後役に立つ回答を得ることができた。

在宅看取りアンケートの結果を経て、住民、地域、関係機関、行政等を巻き込んだ地域改革が必要であると専門職皆様からの思いが伝わり、今後この貴重なご意見を生かせるよう努めてまいりたいと考えている。

今後は、さらに各項目についての職種別の分析などを行うことで傾向を探り、今後の取り組みに積極的に活用していきたいと考えている。