

## 函館市医療・介護連携推進協議会 平成30年度第1回会議 会議概要

### ■ 日 時

平成30年11月20日（火） 19：00～20：45

### ■ 場 所

函館市総合保健センター2F 健康教育室

### ■ 議 事

- (1) 平成29年度函館市医療・介護連携支援センターの業務報告および収支報告について
- (2) 函館市医療・介護連携支援センターの活動報告について
  - ア 地域の医療・介護の資源の把握
  - イ 医療・介護関係者の情報共有の支援
  - ウ 医療・介護連携に関する相談支援
  - エ 市民への普及啓発
  - オ 医療・介護関係者の研修
  - カ 切れ目のない医療・介護の提供体制の構築
- (3) 「看取り」の局面に関する取組について
- (4) 次回の協議会について

### ■ 配布資料

- |      |                                       |
|------|---------------------------------------|
| 資料1  | 業務実績、収支報告                             |
| 資料2  | 医療・介護資源把握関係資料                         |
| 資料3  | 情報共有ツール関係資料                           |
| 資料4  | 相談統計                                  |
| 資料5  | 普及啓発活動一覧                              |
| 資料6  | 研修関係資料                                |
| 資料7  | 入退院支援関係資料                             |
| 資料8  | 急変時対応関係資料                             |
| 資料9  | 人生の最終段階における医療・ケアの普及・啓発の在り方に関する報告書（要旨） |
| 資料10 | もしもプロジェクトはこだて関係資料                     |
| 参考資料 | 「もしもプロジェクトはこだて」について                   |

### ■ 出席顧問・委員（12名）

本間顧問，田嶋顧問，熊川顧問，恩村委員，岩井委員，水越委員，九嶋委員，岡田委員，  
亀谷委員，荒木委員，渡部委員，松野委員，保坂委員，齋藤委員，平井委員

■ 欠席顧問・委員（2名）

氏家顧問，寺田委員

■ 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

■ 事務局

（市役所）

本吉保健福祉部次長，

地域包括ケア推進課）小棚木課長，三戸主査，二木主査，栗田主事

高齢福祉課）佐藤課長

保健所）山田所長，深草次長

（函館市医療・介護連携支援センター）

佐藤係長，長谷川氏，柳谷氏，鎌田氏

## ■ 会議要旨

### 小棚木地域包括ケア推進課課長

この会議は原則公開により行う。

前回の第10回の会議録について、事前に各顧問・委員に確認し、特に修正の意見等なかったため、原案通りで市のホームページ上で公開している。

次に、保健福祉部長からご挨拶をお願いしたい。

### 平井座長

この4月に函館市の保健福祉部長として着任し、函館市医療・介護連携推進協議会の担当部長になった。

函館市は全国より早く少子高齢化、そして高齢化率も高まってきている。今年9月末現在、高齢者数は89,000人を超え、高齢化率は34.5%。介護認定者数は約19,000人。7年後の2025年、高齢化率がピークになると言われており、高齢者数87,000人と少し減少するが、高齢化率は36.7%、介護認定者数も20,000人を超えると私どもは予測をしている。こうした中で高齢者の方々が誰もが自分らしく安心して地域で暮らしていく、そうするためには医療と介護の連携、そして地域との連携が非常に大切だということで、地域福祉計画というものを策定している。そうした中でもこの介護と医療の連携が非常に大きな課題であると捉えている。当協議会では地域の現状、課題を踏まえながら、その連携を進めるための大変重要な議論の場であると考えている。是非とも今後の取り組みなどについて活発な議論をよろしくをお願いしたい。

### 小棚木地域包括ケア推進課課長

次に、顧問の交代があったので紹介したい。本日は欠席されているが、4月から函館市病院局長に就任された氏家良人様に、吉川前局長に代わり就任いただいた。

また、委員にも交代があったのでご紹介したい。一般社団法人北海道医療ソーシャルワーカー協会からは、酒本前委員に代わり、函館市病院局の荒木英世様、函館市居宅介護支援事業所連絡協議会からは中村前委員に代わり、居宅介護支援事業所アニーの渡部良仁様が就任された。(荒木委員、渡部委員から一言ずつ挨拶)

### 小棚木地域包括ケア推進課課長

進行は平井部長をお願いしたい。

### 平井座長

次第に従い議事を進めてまいりたい。はじめに報告事項(1)平成29年度函館市医療・介護連携支援センターの業務報告および収支報告について、事務局からお願いしたい。

## 小棚木地域包括ケア推進課課長

※資料1「業務報告、収支報告」に基づき説明

## 平井座長

何か質問はあるか。

(特に無し)

続いて、函館市医療・介護連携支援センターの活動報告について、アからカまで一括してセンターから説明をお願いしたい。

## 佐藤係長：函館市医療・介護連携支援センター

※資料2「医療・介護資源把握関係資料」

資料3「情報共有ツール関係資料」

資料4「相談統計」

資料5「普及啓発活動一覧」

資料6「研修関係資料」

資料7「入退院支援関係資料」

資料8「急変時対応関係資料」

以上の資料に基づき説明

## 平井座長

在宅医療・介護連携マップをホームページ上で運用しているということだが、閲覧回数ほどのくらいか。

## 小棚木地域包括ケア推進課課長

月平均5～6000ページはあったと思う。

## 平井座長

専門職が見るのはもちろんだが、市民の方々が困ったとき見ていただければ、かかる側からのアプローチができやすくなると思った。見やすいホームページのようだ。15職種の話は非常に興味深い。親であれば、子どもの将来を考える上でも興味深いと思う。

他に質問はあるか。

## 本間顧問

素晴らしい活動だ。『はこだて医療・介護連携サマリー』は、アンケートでは40%くらいの方が使ったことがあるようだが、もっと数字を上げたい。もっと使ってもらうための工夫は何か考えているか。

次に、急変時対応の問題。これは我々医療サイドの、特に搬送される側の二次病院の問題。我々医師会として、院長が変わった病院もあるが、もう1回きちんと確認していきたい。病

院側の対応だけではなくて、送る側の勉強会もしていきたい。お互いのケースをもとに、「こういうときはどうしたら良いのか」のようなものを、勉強会形式でやっても良いのかなと思った。たとえばオーバーナイトの話で、病院に着いたときには患者さんが元気になっていて、「もう帰りたい」と言ってきた場合など、必ずオーバーナイトとならないケースもあると思うし、その辺をどう考えるかなど、臨機応変にということだが、一番難しいところだと思う。この辺は救急隊にも大変ご厄介になる。送る側、送られる側、救急隊、その三者の合意事項というか、「こういうケースはこうだよ」と、共通認識をもつことは大事だと思うので、そういう勉強会をやっていくことを提案したい。

### 平井座長

勉強会をこれからやっていこうという提案は、センターとしても函館市としてもそういう場合協力していければと思う。

一つめの、サマリーをもっと使うための工夫について、センターから何かあるか。

### 佐藤係長：函館市医療・介護連携支援センター

サマリーについてはもっと活用していただきたいと、コアメンバー、部会メンバーとともに考えている。現段階で活用が少ない種別サービスの方々がどういったところなのか、大体今回のアンケートで把握できたところなので、アプローチを継続していきたい。また、「ガイドを活用した研修会」を企画して開催したところだが、「サマリーを活用した研修会」といったものも今後企画して開催していけたらと思う。サマリーを知らない方々に、サマリーに触れてもらう機会を持っていただきたい。ガイドとともに抱き合わせで開催する形になるかもしれないが、今後部会メンバーと協議していきたい。周知についても継続して進めていきたい。今回3ヶ月という短い期間でのアンケート調査だったので、次回は1月頃にもう一度アンケート調査を予定している。さらに活用件数が増えればと期待している。

また、急変時対応について。今年度はセンターとしても施設における急変時とは一体どういう状況なのかを知る機会として施設訪問をさせていただいている。いろいろな課題や、施設の事情等見えてきているところ。それを踏まえた上で、また今回のアンケート調査の参考にしながら、先ほどお話しいただいたような研修会、事例の検討会という形のものを、今後実務者と一緒に考えながら企画していけたらと思う。

### 平井座長

各関係団体と協議、調整しながら、皆さんに知っていただくため、使っていただくための努力を、市としても協力しながら進めていければと思う。

その他何かあるか。

### 岩井委員

この推進協議会も、立ち上げからもうずいぶんなるが、最近はそれぞれの部会に分かれていろいろやっており、その部会に入っていないと、「あ、こういうことやってたんだ」という

事がいろいろある。先ほど説明にあったとおり、急変時、医療側と施設側の問題点がいろいろ出てくると思うので、それをまとめながらいろいろ話し合っていけば良いなど、まさしく思った。

もうひとつ、資料6の研修会について、川口先生がやっているオープンカンファレンスがすごく評判良いそうだが、オープンカンファレンスで出た問題点等、何かあれば簡単に教えていただきたい。

#### **佐藤係長：函館市医療・介護連携支援センター**

課題や問題点はその回ごとに違うが、函館市内の社会資源についてなど、たとえば函館市から郊外に出た地域への訪問診療や訪問看護など、対応してくれるところが少ないのではというような問題が出たことがある。

#### **保坂委員**

参加しているのでご説明するが、オープンカンファレンスは、何か問題があってそれを解決するものではない。「こういう事例の中にどれだけの人が関わったか」ということや、「地域にはこれだけのものがある」ということを紹介するもの。前回国立病院でやった際、民生委員にも来ていただいた。地域で独居の人を支えることはこれだけのことがあって出来ているということをみんなに教える、プレゼンするという部分と、一人の亡くなったケースを紹介してもらったことで自分がこれから仕事していく中で「こういう場面になったときにどうすれば良いのか」を考えるきっかけになるという部分がある。回を重ねるごとに、函館には色々な資源があることがわかってくる。参加する人たちがそこで、その資源が使えるという事がわかると、本当に地域で支えるということが実現していけるのではないかと思う。

ただ、そろそろ方向を少し変えなければいけない時期に来ているのではないかという話題も訪問看護師サイドでは出ている。

#### **佐藤係長：函館市医療・介護連携支援センター**

たしかに、事例の対応についての課題を求めるというカンファレンスではない。函館市内の社会資源がどういう状況なのかという話はよく出る。その中で、先ほどお話しした、郊外にいく医療機関等が少ないという話題が過去に出たことがある。

#### **岩井委員**

どんどん形が変わってくるのだろう。

#### **保坂委員**

そう思う。続けていくことでもっと見えてきて、もっと知恵を出し合ったり、深まってくる気がする。継続は力なりになってくれればと思う。

## 本間顧問

今のカンファレンスの話だが、方向性がないというのが最初のうちだと思う。いろいろなケースが出てきて、問題点が出てきて、携わる人間も増えて。では最終的にどういう方向にもっていったらいいのかということを読み出す中で、ある程度煮詰まってきたら「こういうケースはこういうふうにいきましょう」という一つの方向性を保坂委員のような方から提案していくように内容を変えていくと良いと思う。答えを出せとは言わないが、「大体こういう方向だね」という方向性を、上になっている方が示すのが必要かと思う。

## 平井座長

できることから少しずつ、よろしくお願ひしたい。他に質問はあるか。

## 本間顧問

追加で。郊外というか市外の方々の問題は、前から実は出ていた。せつかく良いサマリーやいろいろな手本ができたので、できれば渡島全体で広げたい。ただ、行政のいろいろなハードルがある。そこは函館市さんにお任せするしかないと思うが。たとえば我々の医師会であれば函館市医師会、渡島医師会、北部檜山医師会、檜山医師会と、その4つを取りまとめることはそんなに難しいことではない。実際にドクターヘリで、ほとんどが急性期病院、高度急性期病床に来るのは函館市に集まるが、ヘリコプターでは函館に来るが、そういう患者さんの移動に関しては、医師会間ではまったく問題なくできる。医療・介護連携も、私はできると思う。やはり行政の問題だとか、地域ですでに決まった形ができあがってるから壊したくないとか、特に困っていないから良いのではという考え方はあると思うが。全体でまとめるために一つのツールを作る、共有することはすごく大事だと思う。その辺はどうしたら良いのか分からないが、行政に関しては平井部長に頑張ってもらいたいと思っている。

## 平井座長

ドクターヘリが運行したときもそうだったが、定住自立圏の中で渡島全体を取りまとめたということもある。定住自立圏のなかで首長会議もあるので、そういった席でたとえばこの取り組みを首長の方々に知っていただくとか。そういうところから始めるのも一つ手かなと思う。どんな仕掛けができるのか少し考えさせていただきたい。

## 本間顧問

良いアイデアが出た。定住自立圏の話は今まで出てこなかった。

## 平井座長

そういうことも一つの方法かなと思うので、担当部局のほうに投げかけてみたいと思う。他に質問はあるか。

(特に無し)

次に、協議事項に移らせていただく。看取りの局面に関する取り組みについて、事務局か

ら説明をお願いしたい。

### 小棚木地域包括ケア推進課課長

※資料9「人生の最終段階における医療・ケアの普及・啓発の在り方に関する報告書(要旨)」に基づき説明

これまで看取りの局面に関する取り組み、どのように展開していくか情報収集を進めていく中で、市立函館病院さんのリビングウィルワーキンググループにおいて、先行してこの取り組みを進めていると伺い、この間、私どもも会議に参加させていただいた。このワーキンググループでは、市立函館病院だけの取り組みではなくて、将来的には市内全域にアドバンス・ケア・プランニングの概念を広く普及啓発させていきたい、一医療機関の枠にとどまらず精力的に普及啓発を進めていきたいというお話をこれまで伺っていた。このことから、私どもとしても全市的に普及啓発する取り組みを支援させていただくことが必要なのかと考え、本日その取り組みの概要をご説明いただくために、市立函館病院の緩和ケア科科長の山崎先生にお越しいただいた。このあとの時間は、山崎先生にご解説をいただきたい。

### 山崎医師：市立函館病院

市立函館病院の方でリビングウィルワーキンググループを取りまとめている関係で私からご説明をさせていただきたい。

※参考資料「もしもプロジェクトはこだてについて」、資料10「もしもノート」に基づき説明

また、北海道新聞さんに11月10日に『もしもノート』についての記事を掲載していただいた。その後数件の問い合わせがあり、やはり一般市民の間でも終末期にどのように過ごせば良いのか、そのような事前指示を書くノートに対するニーズが非常に強いのだと感じた。

### 平井座長

こちらは協議事項である。これに関し、センターで今後取り組んでいくということについて意見等あるか。

### 本間顧問

私どもがこの間の多職種連携の勉強会やったときにも一部出てきたお話。特にお年寄り、終末期も含めて、在宅でも施設でもそうだが、その辺の意思を入所の際に必ず確認をしておくこと、そういう方々にこういう『もしもノート』を活用させていただくということは非常に大事だと思うが、先生も途中で言及されたが、この『もしもノート』は同じ事を3回聴いている。これは本人やご家族が途中で意思が変わってくるケースが多々あるということですのでそのように同じ質問を何回もするということか。



山崎医師：市立函館病院

はい。

### 本間顧問

最終的には3回目なら3回目の意思が最終決定ということか。

山崎医師：市立函館病院

いいえ。もしもノートの中の2ページ目の「ご本人へ」のところに「記入欄が足りなくなったら新しいノートに何回目として書いて下さい」ということを書いた。何回でも状況が変わるたび、時間が経過するたびに書き直していただきたいと思っている。

### 本間会長

ただ、この『もしもノート』を活用するとなると、実際急変したときに、例えば誰か相談する人が2名ほどいて、そこに連絡がつけば良いが、つかないときにはどうするかとか。やはり急変したときはご本人の意思も無くなっていたりするし、搬送先の病院で「どうしますか」となったとき、一番最後にあるこのカードをご本人が携帯していれば、それを見て判断するということが最終的にはなるのか。

山崎医師：市立函館病院

このノートにも患者さんの願いはもちろん書いてあるが、私どもが考えているのは相談窓口を作って相談員が実際に相談を受けるという形。そしてすでに『もしもノート作成支援用紙』も作った。どうしてそのような考えを持つに至ったのかを、ちゃんとサマライズして記入する。そうするとそれは患者さんおよび相談窓口の相談員の双方が持っている形になり、その病院に来る限りにおいては、患者さんがどういう考えでそういうふうになっているのか、患者さんが自分で自分の考えを言えなくなったときにも、もしこの患者さんが自分の意思をしっかりと言えたらこういうふうを考えるのではないかということをご家族や医療機関が共有できるようにしたいと考えている。ただ、必ず同じ病院に来るとは限らないという問題があるので、全市的に共有する取り組みが必要だと思った。

### 本間会長

全市的にとなると、おしま病院さんだとか、そういうところはターミナルの方を抱えており、がっちり取り組めると思うが、たとえば函館市内であれば11ある、いわゆる二次救急を受ける急性期の病院に急変時担ぎ込まれることが多々あるため、そういう病院さんに、「こういうことで来る患者さんがいたときのために一緒に勉強しましょう」みたいな形で共有することは、なかなか時間のかかることだと思う。やろうと思えば可能だと思うが。他の医療機関でもこういう事を共有するかどうか。医師会が必要だとなれば、そのような勉強会から始めていくことになろうかと思う。実際にその相談員さんが、患者さんやご家族と話し合うのに非常に時間かかるはず。丁寧に一人一人お話する時間を持つことは、相談員さんの数と

か関わるドクターの数とかによって左右されると思うので、相談員の養成を早急にやるべきなのか。今日ここで先生にお話いただいた目的は、この協議会でこれに関わることなので、必要であれば関わっていこうと思うが、どの辺の範囲までどのようにやったら良いか、具体的にどうしたら良いか、早速明日からやろうという訳にはいかないのかなど。何回も何回もこういうお話で、我々が今いろいろなことをやっているようなグループをつくって話し合っ  
て、具体的にこういうことから始めようみたいなことでやっていくのが良いのかと思う。

### 山崎医師：市立函館病院

相談員に関しては、とりあえず研修を受けてきた3人がコアメンバーとして、院内で相談員を養成する取り組みをこれからやっていくため、市立病院に関しては、相談員はだんだん増えていく。ただ、それだけでは一病院としての取り組みにしかならないため、他の病院の方にも来ていただく、こちらから出張するなどして、相談員を養成していきたい。そこについて、この医療・介護連携推進協議会のご協力もいただけたらと考えている。

### 保坂委員

私たちが訪問看護ステーションで、2年前に札幌市立大学のスージー先生をお呼びして、アドバンス・ディレクティブの研修会を開催した。彼女は、こういうものは町会の集まったところに行って、元気なうちに「もうそろそろこれをやりましょうよ」という働きかけをやっていかないと浸透していかない、亡くなる寸前に「もしも」ではなくて毎日「もしも」でいなくてはいけない、日々考えられる時間を提供するのが我々の仕事だということを仰っていた。もし本当にこれをみんなで函館市として使っていくなら、医療・介護連携支援センターや包括支援センター中心で、これを地域住民に落としていきたい、例えば70代の人が「俺には関係ない」とか言っても、「でも考えようよ」という流れづくり、自分の誕生日ごとにチェックして行って、また来年元気だったときに振り返ってまたチェックをするという習慣づけにもっていく。タンスの何番目にこれが入っているというのが分かれば、家族がそれ持って救急搬送なり何なりができると思う。

また、これは医療的なことがメインで書かれているが、在宅から言うと、やはり最期は誰に手を握ってもらい、誰の声を聞いて、どこで人生を終わりたいのかという、その辺が盛り込まれているとすごく良いと思う。たとえば「俺は母ちゃんの手を握って死にたい」という父ちゃんがいて、だったらその母ちゃんの手はずっと病院で握ってられるのか、そうではなくて、これは家でしようとなったら、そういうアセスメントに変わってくると思う。できればそういうようなものも盛り込むとACPの、アドバンス・ケア・プランニングのいちばん要のところまで見えてくると思う。

### 山崎医師：市立函館病院

そのような願いがあるのはもちろん承知している。たとえば4ページ目に、「あなたの思い、願いを自由にお書き下さい」という自由記入欄があるので、そういったことを書いていただきたいと思う。また、相談員は、「人生においてあなたが大事にしたいことは何ですか」

と必ず聞く。そういうところで、たとえば最期まで奥さんに見守られていたいとか、そういう思いを是非みんなで共有したいと思っていた。また、地域の中で、医療機関というより広く介護関係であるとか、町会とかにも置いていただけるならすごく良いと思うが、その場合やはり問題になるのは相談窓口。これは書きっぱなしでは絶対いけないので。

### 保坂委員

説明する人と、相談を受けるところをしっかりとる必要がある。これを広めていくためには町会にしっかりと取り組んでいただかなければ。包括支援センターさんでも私は良いと思うが。これをみんなで共有した時に、やっとしっかりと地域に落とししていくことになるのではないかと思う。

### 本間顧問

こういうことは、周知が大事。それには我々もいろいろと努力はできるとは思うが、一番早く市民に周知させるには、テレビ、ラジオ、新聞といった報道機関。新聞で特集を週に1回でもやれば。もっと良いのはテレビ。特集などでやってもらうのがすごく良い。あと保険会社さんがいわゆるデスノートを広めており、そういう方々にも一躍買っていただくことも一工夫かと。周知がある程度徹底されたら今度は受ける方なので、窓口を増やすこと。先生が仰ったように相談員の数を増やす、そしてその施設を増やす。その辺は我々のこの協議会もある程度協力できると思う。その辺は、おいおい並行してやっていけば良いのかなと。ここで話題に出たことも一つの進歩だが、手っ取り早いのは報道機関の方にどんどんこういうことに関して報道していただくこと。その辺は、市から報道機関に後押しが必要だと思う。

### 平井座長

私の両親も亡くなっているが、病院からもう何ヶ月もないと言われたときに、どうしたいかを本人に聞くと、「もう長くないの？」とすぐ言われてしまった。保坂委員の言うように、やはり病気になってからでは遅い、元気なうちにこういうのは書いておかないといけない、みんなにそういう思いになってもらうことがすごく大事だと感じた。そのためには本間顧問が仰ったように、こういうものがあるということをもっとみんなに知ってもらう、この形であろうとなかろうと自分が何か書き留めておくということからスタートするということが、もしかしたら第一歩なのかなと感じた。他に何かご意見あるか。

### 齋藤委員

私たちの老人福祉施設の場合はもう認知症になって入所される方が多く、これをご自身が書けるかどうかという段階になるため、これをすぐに活用できるかは不明。しかし実際に看取りは今後老人福祉施設でも増えてくると思う。まず、こういう『もしもノート』をスタッフにやってもらい、自分たちがどう看取られたいかということを考える材料、テキストとして使っても良いのかなと思った。ちなみにこれ自体はまだ公開されていないのか。

**山崎医師：市立函館病院**

まだ公開はしていないが、使ってはいけないということはない。

**齋藤委員**

一時期私の施設でも看取りをやっていた時期がある。事前に入所の際に、加算の関係もあり、このようなアンケートを取っていた。入所時と、亡くなる直前に取ったものとは全く回答内容が変わっているというのもあった。そういうアンケートを自分で使ったことはなかったのですが、テキストとして使うのも一つの手だと考えさせられた。

**平井座長**

やはりやってみる、使ってみる、そしてみんなにこういうものがあるということを知っていただくということが第一歩。そして中身については、この協議会とか、センターの中か部会などで時間をかけて協議させていただくということで。函病さんでは、これをもう間もなく公表していくことになっていくのか。

**山崎医師：市立函館病院**

市民公開講座を開くタイミングで皆さんに公開したいと思っている。

**平井委員**

ではまたそういうときにあわせて協議会でも勉強させていただいた中で、今後の取り組みの方向性を明らかにしていくといった形で進めさせていただきたいと思うが、いかがか。

**亀谷委員**

少しよろしいか。函病さんから始めるというのは、函病さんの患者さんだけが対象ではないと考えるのがいかがか。

**山崎医師：市立函館病院**

はい。

**亀谷委員**

それであれば、このノートの周知を函病さんでは今どのタイミングで考えているのかが医療機関としては非常に大事なところ。救急でノートを持ってきたとき、「これなんだ？」となると思う。また、このノートには「市立函館病院」とか「函館市」とか書いていない。病院としては、必ず今リビングウィルの局面のなかでACPを導入することはトレンドになっているので、必ずやらなくてはいけないと思うが、この『もしもノート』の出所がはっきりしないまま、うちの病院に救急や入院時に持って来られたとき、どこに委ねたら良いか。

### 山崎医師：市立函館病院

想定なのだが、2ページめの真ん中くらいの段に、「わからないこと、詳しい内容について聞きたいときは何何にご相談下さい」と書いており、これを配布する医療機関の名前にするのが想定。函病で配布する場合には「市立函館病院なんでも相談コーナーにご相談ください」になり、中央病院であれば「中央病院の連携課にご相談ください」となると思われる。

### 亀谷委員

病院に『もしプロアドバイザー』がいなければ配布することもできないのでは。

### 山崎医師：市立函館病院

うちに、もちろん来てもらっても良いのだが、理想的には配布するところには相談員はいたほうが良いと思っている。相談員の数は急に増えないので。

### 亀谷委員

相談員を養成する時間軸はどれくらいか。実際どのくらいの研修を経なければならないのか。どういう導入養成をやるのか。

### 山崎医師：市立函館病院

厚生労働省がやってる事業としての相談員養成は北海道、東北地域において年1回しかやっておらず、定員も限られている。みんながみんな受けられるわけではない。ただ、受けてきた者が、その全てを伝えられるわけではないが、ミニセミナーみたいなものをやり、相談員を育てていくのがベターではないかと思っている。そしてそのお手伝いを私たちは出来る。

### 亀谷委員

了解した。

### 保坂委員

在宅で訪問診療だったら何て書けば良いか。クリニックの先生の名前になるのか。

### 山崎医師：市立函館病院

相談員はドクターに限らないため、医療関係者であればどなたでもよろしいかと思う。

### 保坂委員

函病さんに行って患者さんがこれもらってきて、書いた次の日に具合悪くなって、その患者さんの訪問診療の先生が診て救急搬送するというときには、ここに書かれるのは配布したところである函病になるのか。でも搬送先が中病になって、訪問診療の先生が中病に電話して「すみません今こういう患者さん、これから送ります」、「はいわかりました」というやり取りをして、そしてこれ持って行ったときにここが函病になっていたら、中病ではどうすれば

良いのか。

**山崎医師：市立函館病院**

一つまずはっきりさせておきたいのだが、ここに書いてあるからといってその病院が受け入れ先になるという意味ではない。

**保坂委員**

分からなかったら問い合わせくださいと書いてあっても、在宅の患者さんがこれ書くときは、結構そばにいる私たちに相談して「看護師さんこれどういうこと？」など聞きながらやると思われる。

**山崎医師：市立函館病院**

聞かれたときに、その患者さんが例えば延命治療を希望していないのだとかということが分かるはず。大事なことは、搬送される医療機関に「この患者さんは延命治療を希望していませんでした」と伝えることだと思う。

**保坂委員**

ここはあまり考えなくて良いのか。

**山崎医師：市立函館病院**

ただ、どうしてここをそういうふうに記入したのかをご家族とかと情報共有しておく、その患者さんがたとえば急に脳梗塞になって全然自分の意思を伝えられなくなったとき、「この旦那さんだったらこういう状態になったとき、どういうふうに言うだろう」とか、それはご家族とか医療機関が話し合うことによって、「この患者さんだったら延命治療は希望しなかっただろう」とか、逆に「最期まで頑張りたいたいという人だったから、最期まで人工呼吸もして、昇圧剤もしっかり使って、最期まで頑張りたいたいうちのおじいちゃんだったら言うはずだ」などということ、自信をもってご家族が言えるのではないかと思う。そういったことのためのツールに使っていただきたい。

**平井座長**

この件に関しては、まだまだ今この場で最終形にもっていくことは難しいのではないかと思うので、まず市立函館病院さんで進めるというのを、一定程度山崎先生のほうでもう病院の中ではオーソライズされていると理解した。おそらく一番最初に始まるのは市立函館病院の相談員ということで空欄に入って、運用するということだと思われる。その状況を確認したり、今も「こうした場合はどうするの」とかあったが、それこそフローチャートやマニュアルなしには全市的に進めていくのは難しいのかなと思った。そうした内容についても、センター中心にもう少し相談し、勉強した上で、ただこういうものが大事なのだということだけは、市民の心に持っていただくような取り組みは進めていく流れで、今後少し勉強してか

ら全体に広げていくように考えていきたいと思うが、いかがか。

### 松野委員

実際病院にかかったときにこの意思の確認ってすごく大変なんだろうなと思った。以前も、在宅にいるうちからその意思を確認してほしいという意見があった。すごく大事な取り組みだと思う。

そこで、我々包括支援センターからすれば独居の高齢者だとか、身寄りがいないとか疎遠とか関係が悪いとか、そういう方に大変多く出会うもので、「代理人」というところの捉えが非常に気になった。例えばサービスを利用されている方であれば家族よりもヘルパーさんとか訪問看護師さんとか、そういった方々のほうが信頼できるという人もいる。しかし代理人としてそこに名前を書いてくださいと言われたときには、おそらく書けない。これは非常に大事なところ。たとえば、このノートがどこにあるのか分かっていて、それを持って行くというだけの代理人ということであれば可能だと思うが、意思そのものを伝える役割になったときには、非常に重いと思われるので、その場合は本人の意思のみになるのかと思う。

また、このノートは基本的にご本人が持っているもので、どこにあるか分からない場合があると思うのだが、たとえば活用方法の一つとしては、函館市で安心ボトルというものがあるので、その中に入れておくというのは一つあると思う。そうすると救急搬送のときにボトルを冷蔵庫の中から持って行くので。そういう取り組みもできると思った。

### 平井座長

今のお話も、元気なうちに意識してもらおうということが一番大事なことで。代理人を誰にするかによって、施設に入った方などはあとになってご家族と揉める原因になっている現状もある。そういった点も整理していかなければならない大事なことだと思うので、もう少し勉強してからということで、まずは、函病さんの取り組みも今後また報告していただければ皆さんからまたご意見出ると思う。そのように進めさせていただく。

以上で用意した議事は全て終了する。

### 本間顧問

ひとつ、遅くなったついでに。今の話と少し離れるが。この間、9月6日の地震のあとに停電が起こり、函館市の医療機関等が停電で大変な思いをした。ついこの間、私から市の方をお願いして、北電さんとかN T Tさん、私、薬剤師会、歯科医師会も集まり、市の方々といろいろな検証会みたいな形のものをやった。同じようなことが起こったときにどうしたら良いかということで。市立病院の武山先生も参加していただいた。

我々医療機関にも少々不備はあったのだが、EMIS（イーミス）という、緊急時の各病院の、「どういう施設を持ってる」、「どういう患者さんを受け入れる」など、コンピューターに入力しておくものがある。病院や有床診療所がネットワークを持っている。特に病院、有床診療所以外でも、いわゆる介護施設とか在宅やっていると等EMISと同じような内容の情報があれば「ここに歩けない人がいるから助けに行かなければ」などということが

把握できるという意見が出た。ちょうど今日この会があるので提案させていただこうと思ったのが、そういう医療機関に入院している方以外の、施設あるいは在宅の方で、緊急時に搬送が必要な人の情報、実はこれ項目があるので武山先生にお願いしてアンケートみたいな形でお配りしたいと。そんなに詳しくではないが、そこの施設の災害時、緊急時の、どういう必要度、いわゆる緊急に救急隊が行ってほしいなどというのがよく分かるので、そういうようなものを把握しておくの良いなど。アンケート用紙みたいな形のものを、まだ出来ていないのだが、お願いしている状況。また次回の機会に出来上がったらお持ちしたいと思うので、各施設で書いていただくことは可能だろうか。そしてそういうものを集計するとリストアップできるので、そういったものを災害時に役立てたいと考えているところ。アンケート用紙できあがったらまたここでご紹介したいと思うので、そのときはご協力いただければと思う。

### 平井座長

地震のときは私どもも、次の日になっても電気が回復しないということで、各入居系の施設については全部電話連絡を始めた。その日のうちに連絡がつかなかったところは次の日うちで6班くらい班をつくり、全部状況を確認に行こうとしていたのだが、夜中のうちに電話が通じ、結局最後まで電話がつかず見に行ったのは2施設のみだった。今後の対応、さまざまな情報をつかんだ上でやれば、このような苦労もないのかもしれないので、是非この場を借りて、いろいろな取り組みを進めていければと思う。

進行を事務局にお返しする。

### 小棚木地域包括ケア推進課課長

今回は、センターの取り組みの進捗状況等を確認しつつ、2月から3月に改めて日程等を各顧問・委員にお伺いして開催予定である。

### 平井座長

以上を持って、函館市医療・介護連携推進協議会の平成30年度第1回会議を終了する。