

函館市医療・介護連携推進協議会 令和5年度第2回会議

日時：令和6年3月27日（水）19：00～

場所：函館市役所 8階大会議室

【次第】

1 開 会

2 議 事

○ 報告事項

- (1) はこだて医療・介護連携サマリーの全国展開に向けて（進捗報告）

○ 協議事項

- (1) 令和6年度 函館市医療・介護連携支援センター事業内容（案）について
- (2) 在宅看取り冊子「住み慣れたおうちで最期まで 大切な方の旅立ちを支える皆様へ」（案）について

3 その他

- (1) 次回協議会について

4 閉 会

【配布資料】

- 1－1 はこだて医療・介護連携サマリー【基本ツール】（改正案・現行）
- 1－2 科学的介護推進に関する評価（通所・居住サービス）
- 2－1 令和6年度 函館市医療・介護連携支援センター事業内容（案）
- 2－2 令和6年度 多職種連携研修計画（案）
- 3 在宅看取り冊子「住み慣れたおうちで最期まで 大切な方の旅立ちを支える皆様へ」（案）

函館市医療・介護連携推進協議会 顧問・委員名簿

2024/3/28

(顧問)

(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	会長	オオハラ マサノリ 大原 正範	独立行政法人国立病院機構 函館病院
	一般社団法人 函館歯科医師会	会長	イワイ ヒロユキ 岩井 宏之	岩井歯科医院
	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 松風店
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	クボタ タツヤ 久保田 達也	久保田内科医院
	一般社団法人 函館歯科医師会	副会長	タカミ ヒロシ 髙見 浩	タカミ歯科クリニック
	一般社団法人 函館薬剤師会	常務理事	ミズエ ヒロミチ 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	カメヤ ヒロシ 亀谷 博志	函館中央病院
	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	支部長	アベ アヤコ 阿部 綾子	函館脳神経外科病院
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	ツネノ タケヒサ 常野 剛永	函館市地域包括支援センター亀田
	函館市訪問リハビリテーション連絡協議会	会長	ヨシアラ タツヤ 吉荒 龍哉	介護老人保健施設 ケンゆのかわ
	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	サトウ ツトム 佐藤 任	函館市

※欠席

(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 北斗市 七飯町 ほくと・ななえ医療・介護連携支援センター
--

(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

はこだて医療・介護連携サマリー【基本ツール】(改正案)

情報提供先 施設名称	御中	情報提供先 担当者名	様	資料1-1
---------------	----	---------------	---	-------

● 基本情報等

(フリガナ) 氏名	生年・性別等	生 生活保護	障害等 認定	() () ()
現住所	電話番号			
居住	※居住階、施設名等を下記に記載 ()	※エレベーター	医療保険種類	その他 ()
要介護度	認定有効期間	～	年 月 日	障害高齢者日常生活自立度(要たきり度)
同居家族	その他 ()			
連絡先①	続柄	電話	関係	()
連絡先②	続柄	電話	関係	()

● 医療情報等

*歯科医師等が摂食や口腔ケアに介入されている場合は、応用ツール④を作成下さい。

主病名	医療機関等名称	診療科名等	担当医	受診状況等	*特記

*特記[有]場合は応用ツール⑩を作成して下さい。

● 身体・生活機能等

評価日	()
-----	-----

食事	食事・水分制限						
椅子とベッド間の移乗	移動	⇒ その他()					
整容	オムツ使用(パッド含む)						
トイレ動作	PTトイレ使用						
入浴	*認知症症状						
平地歩行							
階段昇降							
更衣	意思の伝達など	意思の伝達					
排便コントロール		失語症					
排尿コントロール	服薬管理	主観的健康感 ← (検討中)					
口腔・栄養	身長	体重	歯の汚れ	むせ	水分ロミ	歯肉の出血・腫れ	義歯使用
麻痺の状況	cm	kg					
視力[日常生活に支障]							
聴力[日常生活に支障]							
*特別な医療等	必要時は、右記の()内に指定応用ツールを作成下さい。						
在宅介護サービス等	その他 ()						
*介護上、特に注意すべき点等	[有]の場合応用ツール⑩ 作成			*医療・ケアに関する本人・家族の意向等			
				[有]の場合応用ツール⑩ 作成			

*起居動作[自立・見守り]以外は応用ツール⑩を、認知症症状[無]以外は応用ツール③を作成下さい。

*食形態・動作・口腔ケアの項目で[普通・自立]以外を選択した場合は応用ツール④を、服薬管理[自立]以外は応用ツール⑩を作成下さい。

本サマリーの記入者	所属名	
電話	FAX	記入者
		作成日

*応用ツール以外の書式を添付する場合は応用ツール①を必ず作成下さい。

はこだて医療・介護連携サマリー【基本ツール】(現行)

情報提供先施設名称	御中	情報提供先担当者名	様
-----------	----	-----------	---

● 基本情報等

(フリガナ) 氏名	生年・性別等	生	生活保護	障害等認定	() () ()
現住所	電話番号				
居住	※居住階、施設名等を下記に記載 ()		※エレベーター	医療保険種類	その他 ()
要介護度	認定有効期間	～	年 月 日	障害高齢者日常生活自立度(寝たきり度)	認知症高齢者日常生活自立度
同居家族	その他 ()				
連絡先①	続柄	電話	関係	()	
連絡先②	続柄	電話	関係	()	

● 医療情報等

*歯科医師等が摂食や口腔ケアに介入されている場合は、応用ツール④を作成下さい。

主病名	医療機関等名称	診療科名等	担当医	受診状況等	*特記
					<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>

*特記☑の付く場合は応用ツール⑯を作成して下さい。

● 身体・生活機能等

評価日	令和	年	月	日	()
-----	----	---	---	---	-----

*起居動作	移動	⇒	・その他()
麻痺の状況	麻痺の部位	・	・その他()
視力【日常生活に支障】	()	・眼鏡	
聴力【日常生活に支障】	()	・補聴器	
意思の伝達	失語症		
*認知症症状	その他 ()		
食事摂取	*食形態	普通	水分ロミ
	*食動作		食事・水分制限
口腔	*口腔ケア		義歯使用 <input type="checkbox"/> 要アセスメント
	排泄	排尿介助	Pトイレ使用
	排便介助		オムツ使用(パッド含む)
衣服の着脱			*服薬管理
入浴(保清等)			
*特別な医療等	必要時は、右記の()内に指定応用ツールを作成下さい。		
在宅介護サービス等	・その他 ()		
*介護上、特に注意すべき点等	([有]の場合応用ツール⑱ 作成)	*医療・ケアに関する本人・家族の意向等	([有]の場合応用ツール⑱ 作成)

*起居動作[自立・見守り]以外は応用ツール⑱を、認知症症状[無]以外は応用ツール③を作成下さい。

*食形態・動作・口腔ケアの項目で[普通・自立]以外を選択した場合は応用ツール④を、服薬管理[自立]以外は応用ツール⑱を作成下さい。

本サマリーの記入者

電話	FAX	記入者	作成日
----	-----	-----	-----

*応用ツール以外の書式を添付する場合は応用ツール①を必ず作成下さい。

科学的介護推進に関する評価（通所・居住サービス）

評価日 令和 年 月 日
 前回評価日 令和 年 月 日
 記入者名

氏名 殿
 障害高齢者の日常生活自立度：自立、J1、J2、A1、A2、B1、B2、C1、C2
 認知症高齢者の日常生活自立度：自立、I、IIa、IIb、IIIa、IIIb、IV、M

基本情報	保険者番号	生年月日 明・大・昭・平 年 月 日
	被保険者番号	
	事業所番号	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女

総論	既往歴〔前回の評価時より変化のあった場合は記載〕〔任意項目〕		
	服薬情報〔任意項目〕		
	1. 薬剤名 () (/日) (処方期間 年 月 日～ 年 月 日)		
	2. 薬剤名 () (/日) (処方期間 年 月 日～ 年 月 日)		
	・		
〔任意項目〕			
同居家族等 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他) (複数選択可)			
家族等が介護できる時間 <input type="checkbox"/> ほとんど終日 <input type="checkbox"/> 半日程度 <input type="checkbox"/> 2～3時間程度 <input type="checkbox"/> 必要な時に手をかす程度 <input type="checkbox"/> その他			
ADL	自立	一部介助	全介助
・食事	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
・椅子とベッド間の移乗	<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> 10← (監視下)	
	(座れるが移れない) →	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
・整容	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
・トイレ動作	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
・入浴	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
・平地歩行	<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> 10← (歩行器等)	
	(車椅子操作が可能) →	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
・階段昇降	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
・更衣	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
・排便コントロール	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
・排尿コントロール	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
在宅復帰の有無等〔任意項目〕			
<input type="checkbox"/> 入所/サービス継続中			
<input type="checkbox"/> 中止 (中止日:)			
<input type="checkbox"/> 居宅 (※) <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設入所 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設入所 <input type="checkbox"/> 介護医療院入所 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設入所			
<input type="checkbox"/> 医療機関入院 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他			

※居宅サービスを利用する場合 (介護サービスを利用しなくなった場合は、その他にチェック)

口腔・栄養	身長 (cm)	体重 (kg)	褥瘡の有無〔任意項目〕 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	口腔の健康状態		
	・硬いものを避け柔らかいものばかり食べる	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
	・入れ歯を使っている	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
・むせやすい	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
誤嚥性肺炎の発症・既往 (※) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (発症日: 年 月 日) (発症日: 年 月 日)			

※初回の入力時には誤嚥性肺炎の既往、二回目以降の入力時は前回の評価後の誤嚥性肺炎の発症について記載

認知症の診断						
□なし □あり(診断日 年 月 日: □アルツハイマー病 □血管性認知症 □レビー小体病 □その他())						
認知症	DBD13 (認知症の診断または疑いのある場合に記載)					
		まったくない	ほとんどない	ときどきある	よくある	常にある
	・ 日常的な物事に興味を示さない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	・ 特別な事情がないのに夜中起き出す	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	・ 特別な根拠もないのに人に言いがかりをつける	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	・ やたらに歩きまわる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	・ 同じ動作をいつまでも繰り返す	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	〔以下、任意項目〕					
	・ 同じ事を何度も何度も聞く	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	・ よく物をなくしたり、置き場所を間違えたり、隠したりする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	・ 昼間、寝てばかりいる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	・ 口汚くののしる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	・ 場違いあるいは季節に合わない不適切な服装をする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	・ 世話をされるのを拒否する	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	・ 物を貯め込む	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
・ 引き出しや箆笥の中身をみんな出してしまう	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vitality Index						
・ 意思疎通	□自分から挨拶する、話し掛ける □挨拶、呼びかけに対して返答や笑顔が見られる □反応がない					
〔以下、任意項目〕						
・ 起床	□いつも定時に起床している □起こさないと起床しないことがある □自分から起床することはない					
・ 食事	□自分から進んで食べようとする □促されると食べようとする □食事に関心がない、全く食べようとししない					
・ 排せつ	□いつも自ら便意尿意を伝える、あるいは自分で排尿、排便を行う □時々、尿意便意を伝える □排せつに全く関心がない					
・ リハビリ・活動	□自らリハビリに向かう、活動を求める □促されて向かう □拒否、無関心					

(注) 任意項目との記載のない項目は必須項目とする

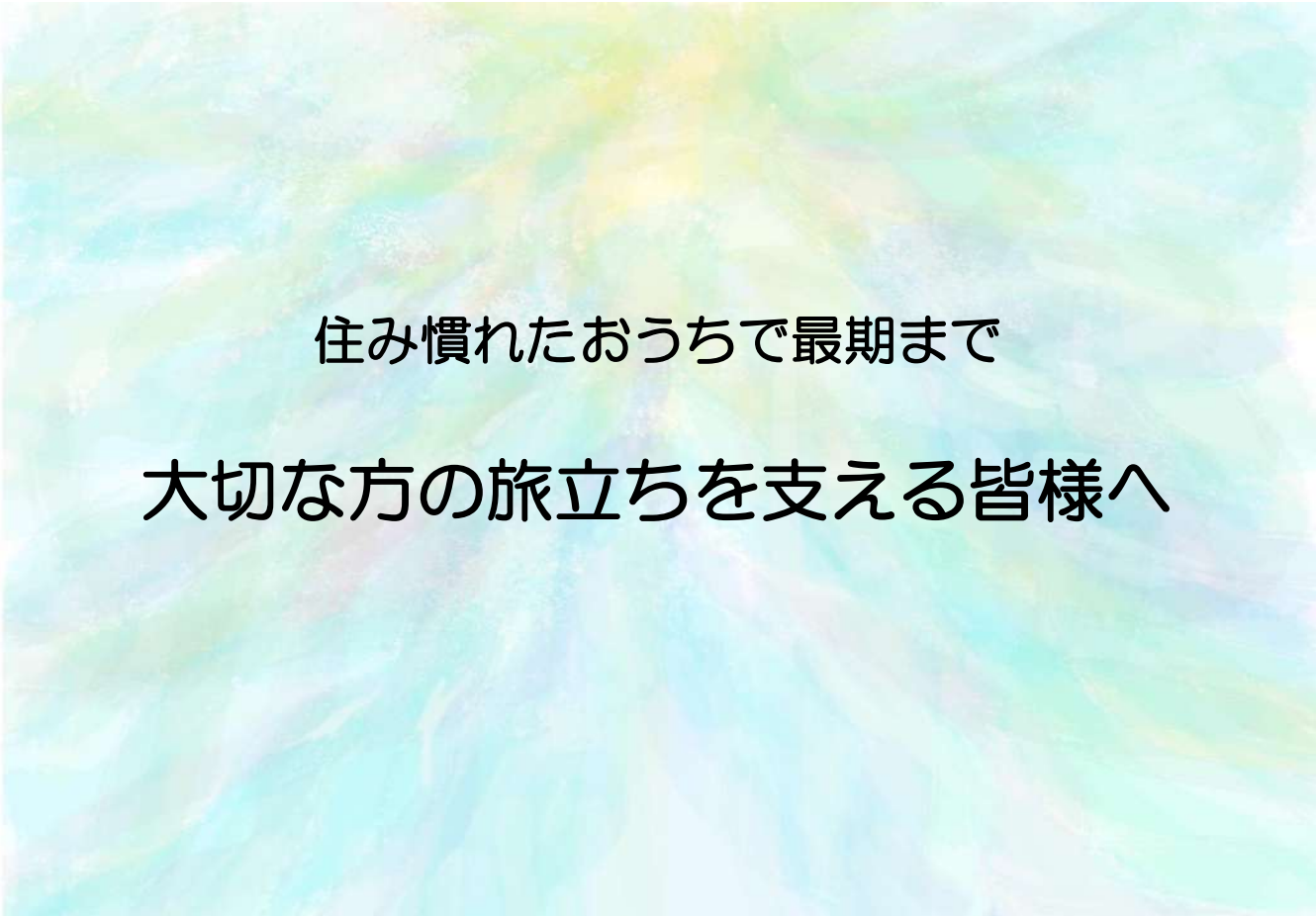
令和6年度 函館市医療・介護連携支援センター事業内容（案）

事業項目	具体的な内容	協議・取組の所管
ア 地域の医療・介護の資源の把握		
○ ホームページの活用促進および充実	<ul style="list-style-type: none"> ・一般市民へのホームページ活用方法等の周知 ・医療・介護関係者への周知、データ掲載促進 ・コラム等において、各医療・介護機関の紹介（マップで検索可能な医療・介護機関とその検索項目について） 	医療・介護連携支援センター
○ 「医療・介護連携マップ」の機能向上	<ul style="list-style-type: none"> ・マップ掲載情報の充実更新（年1回） ・専門職を対象としたアンケート調査の実施・分析を行い、新たな掲載項目等を検討 	
イ 医療・介護関係者の情報共有の支援		
○ 「はこだて医療・介護連携サマリー」の活用促進	<ul style="list-style-type: none"> ・センター主催研修会等において医療・介護関係者にサマリー、ID-Linkの紹介 	
○ 「はこだて医療・介護連携サマリー」のモニタリング、更新	<ul style="list-style-type: none"> ・サマリーについてのアンケート調査を年2回（7月、1月）実施・分析し、部会においてサマリーの更新を検討 ・サマリーの全国展開に伴う様式の修正等の検討 	
○ 各種マニュアルの整備・更新	<ul style="list-style-type: none"> ・サマリーQ&Aの充実更新およびホームページへの掲載 ・各種マニュアルの更新（サマリー修正後、必要に応じて更新） ・ACPの普及に向けた応用ツール^⑩と「もしもノートはこだて」の活用方法の周知（研修会等）および活用状況調査の実施 	情報共有ツール作業部会
○ ICT活用に向けての取組み	<ul style="list-style-type: none"> ・医療・介護連携 ID-Link活用推進ワーキンググループにおいて、医療と介護の連携における、ID-Linkの適切な運用のあり方（サマリー活用含む）および介護事業所等への周知方法について検討 	
ウ 医療・介護連携に関する相談支援		
○ 総合相談窓口の体制の強化および周知	<ul style="list-style-type: none"> ・相談支援スキルの向上に繋がる各種研修会への参加（道南医学会、日本在宅医療連合学会、相談員研修等） ・窓口の周知、広報活動 ・医療・介護関係機関（事業所）等へのリーフレット配置依頼 	医療・介護連携支援センター
○ 相談対応の標準化	<ul style="list-style-type: none"> ・センター内相談対応指針、フォーマット等の修正更新（フロー、マニュアル、情報の整理等）および日報管理の機能向上の検討・実施 ・相談分析を行い、地域の課題を抽出・対応の検討（マップに掲載がない診療科や疾患等） 	
エ 市民への普及啓発		
○ 医療・介護連携支援センターの取り組みに関する周知活動	<ul style="list-style-type: none"> ・高齢者大学や町会、老人福祉センターへの出前講座等の実施および各種イベントへの参画 ・センターのリーフレット配布 ・市民公開講座の開催（6月）：映画「オレンジ・ランプ」の上映およびトークショー 	医療・介護連携支援センター

オ 医療・介護関係者の研修		
○ 研修会の実施	<ul style="list-style-type: none"> ・相互理解、連携強化、多職種連携の専門性の向上を目的とした各種研修会の企画・実施（詳細は資料2-2を参照） ・人材育成を目的とした各種研修会への教員・学生の参加促進 ・次年度の研修計画（案）を作成し、部会で協議・確定 	多職種連携研修作業部会
○ 研修情報の一元化	<ul style="list-style-type: none"> ・各職能団体から研修情報を収集し、ホームページへ掲載（随時） 	
○ 研修会のコーディネート等	<ul style="list-style-type: none"> ・各関係団体窓口一覧の更新 	
カ 切れ目のない医療・介護の提供体制の構築		
○ 入退院支援	<ul style="list-style-type: none"> ・「はこだて入退院支援連携ガイド」のアンケート調査を年1回（11月）実施・分析し分科会において協議 ・入退院支援連携強化研修会（ガイド編）の開催 	退院支援分科会
○ 急変時対応	<ul style="list-style-type: none"> ・急変時対応空床情報システムの利用状況を把握し検証を行い、必要に応じて実務者と協議 ・急変時対応システムデータの管理・更新作業（毎週） ・医療・介護合同「急変時対応研修会（仮）」の継続 ・市民および介護関係者への急変時対応シートの周知 ・消防本部との意見交換による急変時対応シートの更新検討 	急変時対応分科会 （急変時対応実務者会議）
○ 看取り	<ul style="list-style-type: none"> ・函館市医師会在宅医療医会の活動への協力 ・在宅医療体制の検討（主治医・副主治制） ・MOPN（南渡島地域包括緩和ケアネットワーク）が開催する講演会等への参加 ・出前講座等にて、ACPの考え方の普及 	医療・介護連携支援センター
	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅看取り冊子「住み慣れたおうちで最期まで 大切な方の旅立ちを支える皆様へ」の公開、出張講座等による活用方法の周知 	退院支援分科会
○ 日常の療養支援	<ul style="list-style-type: none"> ・「はこだて療養支援のしおり」のアンケート調査を年1回（11月）実施・分析し、分科会において協議 	退院支援分科会
キ その他		
○ 医療・介護関係者への医療・介護連携支援センターの取り組みの周知（「顔の見える関係」の構築）	<ul style="list-style-type: none"> ・医療・介護関係者へのセンターの周知 ・新規立ち上げ事業所への挨拶訪問 ・研修会等において、センター事業および各種ツール（ガイド、しおり、サマリー、もしもノート、看取り冊子等）の紹介 ・他市町の事業の取り組みとの協働 	医療・介護連携支援センター

【 令和6年度 多職種連携研修計画 】（案）

目的（テーマ）	内容	形式				主催／共催	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 （仮）退院後、施設でどういった生活をしているか知っていますか？	中規模	座学講義 （キャラバン方式）	医療関係者	初級～上級	ほくと・ななえセンターと共催	100名程度	令和6年5月、8月、 令和7年2月
	②介護関係者向け研修 （仮）急性期病院の事情について～思いやりのある連携～	中規模	座学講義	介護関係者	初級～上級	ほくと・ななえセンターと共催	100名程度	令和6年5月、8月、 令和7年2月
	③ オープンカンファレンス	中規模	対話体験型（事例報告）	医療・介護関係者	初級～上級	未定	100名程度	適時
	④ 研修会等コーディネート 各関係団体窓口一覧の内容変更の有無を確認	—	—	—	—	—	—	令和6年6月頃
(2) 連携強化	①連携強化 「第9回函館市医療・介護連携多職種研修会」 （仮）「地域でつなげようACPの輪」～この地域でのACP連携を目指して～ ※情報共有ツール作業部会と協働	大規模 （国際ホテル）	対話体験型 （シンポジウム・GW）	医療・介護関係者	中級～上級	ほくと・ななえセンターと共催	200～300名程度	令和6年10月19日（土） 14時～17時
	②入退院支援 「入退院支援連携強化研修会（ガイド編）」※退院支援分科会との協働	小規模	対話体験型 （GW）	実務者	中級～上級	主催	40名程度	適時
	「入退院支援連携強化研修会（サマリー編）」※情報共有ツール作業部会との協働 （大規模研修において開催）	※大規模研修会と同様						
	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（仮）」	中規模	対話体験型 （シンポジウム）	医療・介護関係者	中級～上級	ほくと・ななえセンターと共催	100名程度	適時
(3) 多職種連携への理解の促進	各種出張講座等	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	各団体・各機関との共催	30名程度	随時
(4) 人材育成	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	随時	見学・座学講義	医療・介護学生 （教員）	未経験者	—	数名	随時



住み慣れたおうちで最期まで
大切な方の旅立ちを支える皆様へ

函館市医療・介護連携推進協議会

監修：公益社団法人 函館市医師会

他11団体

はじめに

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



大切な方の旅立ちを支える皆様へ

この先のページには、
大切な方の旅立ちに向かう様子が書かれています。
今は見たくない・・・
そんな時は、無理に読む必要はありません。

大切な方の旅立ちについて考えた時に、
本冊子をご覧いただきたいと思います。

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





も く じ



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

1 看取りについて

◆主治医や介護サービスに関わる専門職に相談をしましょう

自宅（高齢者住宅等も含みます）で最期を迎えるために、看取り対応をしてくれる在宅医療を行う医師が必要となります。また、日々の介護をサポートするサービス（ケアマネジャーや訪問看護、訪問介護など）を利用することもできます。

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

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

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

◆救急車を呼ぶということについて

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

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

* 3ページの「緊急時の連絡先」に記入しておきましょう。

自宅で最期を迎える時によくある疑問



◆介護者が疲れてクタクタになってしまったら、どうしよう？

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

(利用予定先の施設の空室状況によっては，すぐに対応できない場合もあります)

◆最期の場所を自宅に決めたら，入院には変更できないの？

自宅で最期まで過ごすか入院するかは，いつでも変更できます。

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

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

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

人生会議（ACP：Advance Care Planning）

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

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

⇒函館市医療・介護連携支援センターHP

[「もしもノートはこだて」](#)



いざという時のために、連絡先を記入しておきましょう。

緊急時の連絡先



主治医など

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

家族や友人など

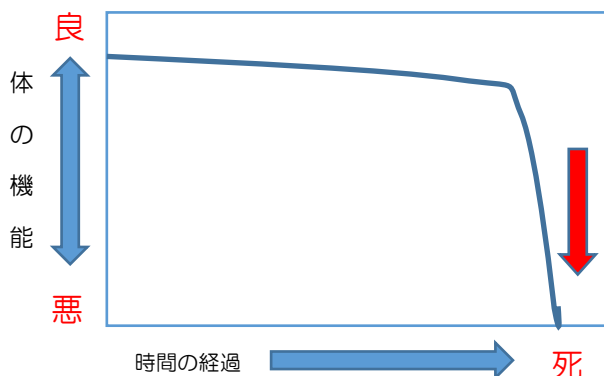
名称	氏名	電話番号
家族		
家族		

2 人生の最期に至る軌跡

がん（悪性新生物）

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

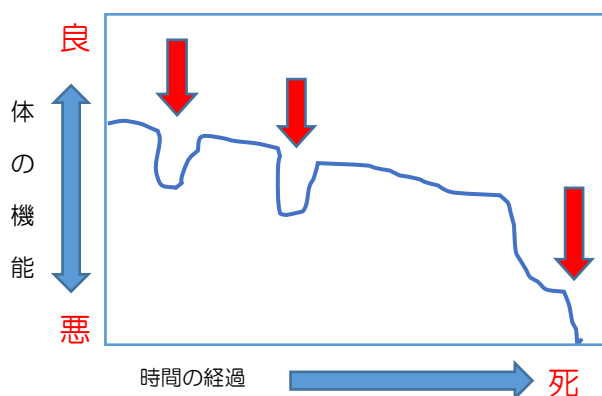
比較的長い時間、体の機能は保たれ、最期の数カ月で急速に機能が低下



心不全，呼吸不全

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

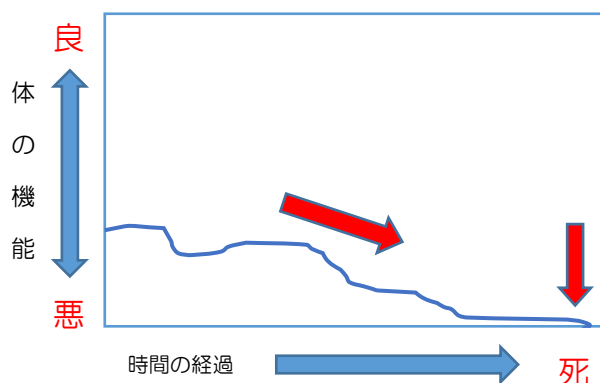
入退院を繰り返しながら，徐々に体の機能が衰え，最期は比較的急に機能が低下



認知症・老衰

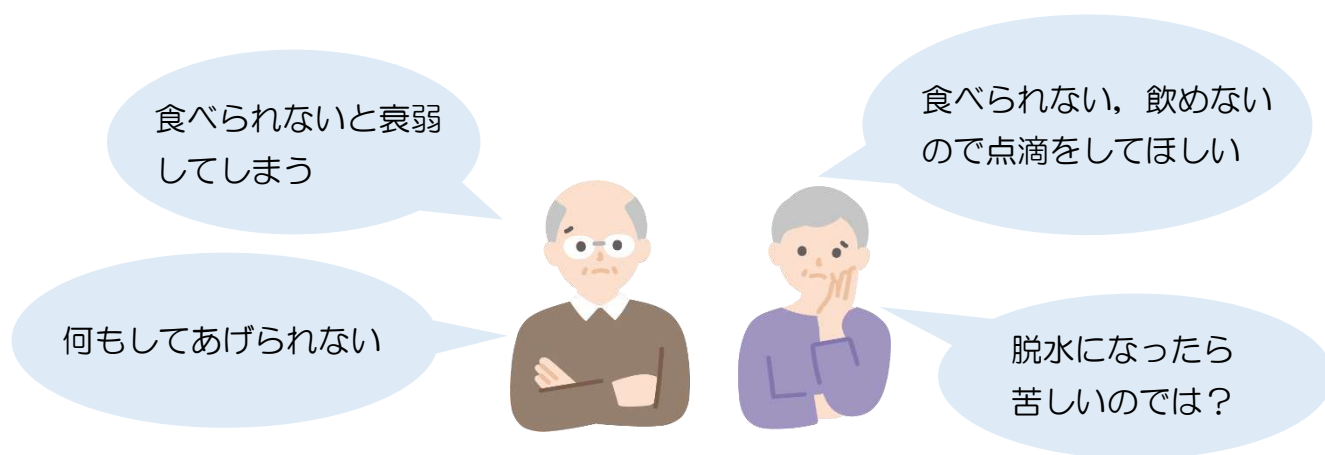
時間の経過にかなりの幅があり，場合によっては「寝たきり」の期間が10年以上におよぶこともあります。そのため最期を迎えるまでの見通しが難しく，また本人の意思決定能力が乏しくなる場合もあり，元気なうちから，本人の意思，家族の思いを話し合っておく必要があります。

体の機能が衰えた状態が長く続き，さらにゆっくり機能が低下



3 知ってほしいこと・ご家族ができること

病状が進んでくると、病気そのもののため徐々に食事や水分をとる量が少なくなってきました。ご家族もつらい気持ちになることと思います。



◆点滴について知ってほしいこと

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

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

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

◆ご家族は、こんなことができます



- 食べやすい形・固さなどの工夫や，栄養補助食品の活用などを考えてみましょう。

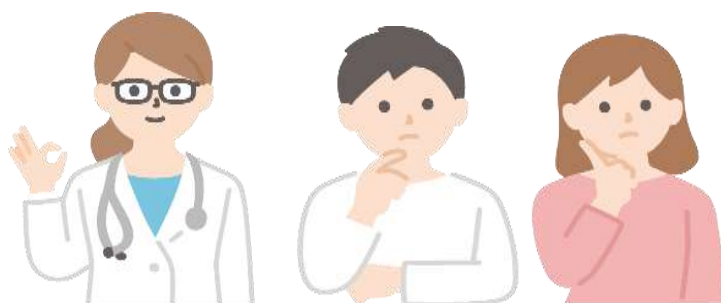
□あたりがよくカロリーのあるアイスクリーム
水分の多いかき氷やシャーベット状のもの など・・・



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

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

また，食事以外でも，ご本人が喜ぶことを一緒に考えましょう。



4 これからの経過について

人の体はとても複雑です。医師でも亡くなる瞬間を言い当てることはできません。看取りまでどのような経過をたどるのか、大まかな変化をお伝えします。

1 週間前頃からの変化

◆だんだんと睡眠時間が長くなっていきます。

- 時間、場所、相手がわかりにくくなります。
- つじつまの合わないことを言ったり、手足を動かしたりと落ち着きがなくなることがあります。

◆おしっこが少なくなり、色が濃くなってきます。

◆食べたり飲んだりすることが減り、飲み込みづらくなったりむせたりします。

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

残された時間は少なくなってきています。

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

ご家族もご本人の調子をみながら、お話ししましょう。

1～2日前から数時間前にかけての変化

◆声をかけても目を覚ますことが少なくなります。

聴力は最後まで残ると言われています。できるだけ声をかけてあげてください。

◆のどもとでゴロゴロという音がすることがあります。

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



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

◆呼吸が不安定になり、呼吸をしていない時間が生じるようになります。

- ・看取りが近くなるにつれて、息をすると同時に肩やあごが動くようになります。

◆手足の先が冷たく青ざめ、脈が弱くなります。 おしっこがさらに少なくなる、または出なくなってきました。

- ・血圧が下がり循環が悪くなるためです。

いよいよ看取りが近くなると、このような変化がみられます。

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

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

一緒に考え、看取りの時を迎えましょう。

* 3ページの「緊急時の連絡先」も確認しておきましょう。

5 看取りの時

その時がきました・・・

◆呼吸がとまる時／とまっているのに気づいた時

主治医または訪問看護師に、連絡をしましょう。

全身状態が悪くなった場合、人工呼吸や心臓マッサージなどで回復することはほとんどありません。心肺蘇生が苦痛となる可能性があります。救急車は呼ばず、必ず主治医または訪問看護師に連絡してください。

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

◆旅立つ瞬間に、そばで見守っていらなくても後悔しないでください。

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

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





大切な方の旅立ちを支える皆様へ

そばにいて，声をかけて，体に触れてあげてください。

温かいタオルで体を拭いて・・・ほっこり

髪をとかして綺麗にして・・・にっこり

毎日の生活の音を聴きながら，過ごしてください。

好きな音楽もいいかも・・・

声は最期まで届いています。たくさん声をかけてください。

幸せは，何気ない日常での小さなふれあいにあるのかもしれない。

ふれあうことで，あなたの想いはきっと伝わるでしょう。



【参考文献】

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

★MEMO★

住み慣れたおうちで最期まで
大切な方の旅立ちを支える皆様へ

令和●年（202●年） ●月 発行

発行者 函館市医療・介護連携推進協議会
連携ルール作業部会 退院支援分科会
（事務局：函館市医療・介護連携支援センター）

住 所 〒041-8522
函館市富岡町2丁目10番10号 函館市医師会病院内

電 話 0138-43-3939

監 修 函館市医療・介護連携推進協議会

- ・公益社団法人 函館市医師会
- ・一般社団法人 函館歯科医師会
- ・一般社団法人 函館薬剤師会
- ・公益社団法人 北海道看護協会 道南南支部
- ・道南在宅ケア研究会
- ・函館地域医療連携実務者協議会
- ・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
- ・函館市居宅介護支援事業所連絡協議会
- ・函館市地域包括支援センター連絡協議会
- ・函館市訪問リハビリテーション連絡協議会
- ・道南訪問看護ステーション連絡協議会
- ・道南地区老人福祉施設協議会