

函館市医療・介護連携推進協議会 第7回会議

日時：平成29年2月15日（水）19：00～

場所：総合保健センター 2階 健康教育室

【次第】

1 開 会

2 議 事

(1) 部会・分科会の進捗状況について

- ア 退院支援分科会（連携ルール作業部会）
- イ 情報共有ツール作業部会
- ウ 多職種連携研修作業部会
- エ 急変時対応分科会（連携ルール作業部会）

(2) 函館市医療・介護連携支援センターについて

(3) 平成29年度のスケジュールについて

3 その他

4 閉 会

【配付資料】

- 1 議事項目レジュメ
- 2 はこだて入退院支援連携ガイド（案）
- 3 はこだて医療・介護連携サマリー（基本ツール）（案）
- 4 はこだて医療・介護連携サマリー（応用ツール）（案、一例）
- 5 研修概要書
- 6 平成29年度研修計画（案）
- 7 「急変時の対応」が特に必要な患者・利用者のイメージについて
- 8 高齢者の急変時の対応に関する体制の構築について
- 9 急変時対応フローについて
- 10 函館市医療・介護連携支援センターの概要
- 11 ホームページイメージ
- 12 函館市医療・介護連携推進協議会・部会 協議スケジュール

函館市医療・介護連携推進協議会 顧問・委員名簿

H29.2.15

(敬称略)

(顧 問)

分野	所属団体	職名	氏名	勤務先	第7回 出欠
1 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	出席
	一般社団法人 函館歯科医師会	会 長	タジマ 久士 田嶋 久士	たじま歯科医院	出席
	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	欠席
4 行政	函館市病院局	局 長	ヨシカワ オサミ 吉川 修身	函館市病院局	欠席

(委 員)

(敬称略)

分野	所属団体	職名	氏名	勤務先	第6回 出欠
1 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	出席
	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	出席
	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	欠席
	公益社団法人 北海道看護協会 道南南支部	支部長	タカハシ ジュンコ 高橋 純子	医療法人 道南勤労者医療協会 道南勤医協 函館稜北病院	出席
	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	欠席
	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	社会福祉法人函館厚生院 函館中央病院	出席
	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	事務局長	サケモト セイチ 酒本 清一	独立行政法人国立病院機構 函館病院	欠席
8 介護	函館市居宅介護支援事業所連絡協議会	会 長	ナカムラ キョウキ 中村 清秋	居宅介護支援事業所 ひなたぼっこ	出席
	函館市地域包括支援センター連絡協議会	会 長	マツノ ヨウ 松野 陽	函館市地域包括支援センター厚生院	出席
	函館市訪問リハビリテーション連絡協議会	会 長	テラダ マサヒロ 寺田 昌弘	社会医療法人 仁生会 西堀病院	欠席
	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	株式会社トランユイット 訪問看護ステーション フレンズ	出席
	道南地区老人福祉施設協議会	会 長	サイトウ タクフミ 齋藤 禎史	介護老人福祉施設シンフォニー	出席
13 行政	函館市保健福祉部	部 長	フジタ ヒデキ 藤田 秀樹	函館市	出席

(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

(事務局)

函館市保健福祉部

議事（１） 部会・分科会の進捗状況について

ア 退院支援分科会（連携ルール作業部会）

（ア） 「はこだて入退院支援連携ガイド」（案） ～ 資料 2 参照

（イ） 連携ガイドの周知と利用促進について

- ① 協議会および部会（分科会）の参加者を通じ各団体へ周知
- ② 説明会の開催 ～ 平成 29 年 3 月中を予定
- ③ 連携ガイドの運用開始時期 ～ 平成 29 年 4 月から

（ウ） 来年度（平成 29 年度）の活動予定内容

- ① 連携ガイドの利用状況の検証と内容の更新
 - ・ 利用状況のモニタリング（アンケートなど）を実施
 - ・ モニタリングを踏まえ、内容を更新

論点 「はこだて入退院支援連携ガイド」（案）および関連する取組について

イ 情報共有ツール作業部会

（ア） 情報共有ツールについて

- ① 「はこだて医療・介護連携サマリー」基本ツール（案） ～ 資料 3 参照
- ② 「 同 上 」 応用ツール（案 ※一例） ～ 資料 4 参照

（イ） 各ツールの運用開始にあたっての課題について

第 3 回部会（平成 28 年 11 月開催）で提示された各ツール（案）の運用に向けた医療機関の実務者との意見交換の中で、以下の懸念などが示された。

- ① 基本ツールについて
 - ・ この様式を全市的に統一された規格として運用する方向で取組を進めるにあたり、医療機関によっては、それぞれ既に患者の基本情報をデータ化し、電子システムにより情報共有シートを作成しているところがあり、この基本ツールを、その情報共有シートとは別に改めて記入作成することについては、2重の手間や労力となり、また、紙ベースの手作業であることから、情報転記時のエラーのリスクがあり、効率的では無い。
 - ・ 各医療機関のシステムを改修する場合、その費用の問題があり、また、改修に要する時間的な影響から、運用開始時期が統一できないおそれがある。
 - ・ ツールの運用にかかる手間や労力の増加について、記入作成を実際に行う者の理解を得るプロセスが、高いハードルとなる。

② 応用ツールについて

- ・ 基本情報の情報共有ツールとは異なり、個々の専門に特化した内容の全市場的な統一規格のツールであり、記入作成の事務も重複しないことから、その導入は有用との評価がある。

(ウ) 本格運用までに必要な作業について

基本ツールに関し、記入作成に携わる関係者の過大な負担とならないよう、更なる簡素化に向けた修正を検討

(エ) 運用までのスケジュール（予定）について

- ① 平成29年2月 基本ツールの修正，関係機関のコンセンサス取得
- ② 3月 第4回部会の開催，情報共有ツール（案）の確定
- ③ 4月 試行運用（デモ）による検証
- ④ 4～10月 説明会開催
- ⑤ 11月 運用開始予定

(オ) 来年度（平成29年度）の活動予定内容

- ① 情報共有ツールの利用状況の検証と内容の更新
 - ・ 利用状況のモニタリング（アンケートなど）を実施
 - ・ モニタリングを踏まえ，内容を更新
- ② 効果的な運用拡大方法の検討

論点 各ツール（案）および関連するスケジュールや取組について

ウ 多職種連携研修作業部会

(ア) 第2回函館市医療・介護連携多職種研修会について

研修概要：資料5参照

開催日時：平成29年2月11日（土） 14:00～17:00

参加予定：272名（グループワーク参加245名，懇親会参加134名）

※ 平成29年1月20日時点

(イ) 次年度（平成29年度）の研修計画（案）について

研修計画（案）：資料6参照

(ウ) 研修情報の一元化と提供の方法について

- ・ センターのホームページに，各団体から収集した研修開催情報を一元化して掲載し，情報提供する。
- ・ 事例検討や研修方法について，先進的な活動を行っている医療・介護関係者との協働を図る。

論点 研修計画（案）および研修情報の一元化と提供の方法について

エ 急変時対応分科会（連携ルール作業部会）

(ア) 目的 ～ 高齢者の「急変時の対応」に関する仕組み作り

(イ) 課題 ～ 入院医療機関の急変時の受入対応のあり方

(ウ) 「急変時の対応」における体制について

① 「急変時の対応」が特に必要な患者・利用者のイメージについて

資料7参照

② 体制の内容について

資料8参照

(エ) 体制づくりに向けた実務者レベルでの協議・確認の状況

① 急変時対応フローについて 資料9参照

② 二次救急病院実務者（コアメンバー）との協議

コアメンバー：函館中央病院，函館五稜郭病院，市立函館病院

・ 函館地域医療連携実務者協議会における説明会の実施協議

③ 協力医療機関実務者（コアメンバー）との協議

コアメンバー：共愛会病院，亀田病院，高橋病院

・ 協力医療機関のネットワーク形成に関する協議

④ 函館市消防本部との協議

・ 救急医療に関する講演会の実施協議

・ 急変時の情報共有に関する意見交換

(オ) 体制の周知と説明について

① 説明会の開催 ～ 平成29年3月中の開催を予定

② 体制の運用開始時期 ～ 平成29年4月から

(カ) 来年度（平成29年度）の活動予定内容

① 体制の検証

議事（２） 函館市医療・介護連携支援センターについて

ア 函館市医療・介護連携支援センターの概要 資料１０参照

イ オープンにかかる広報について

（ア）市政はこだて４月号への掲載

（イ）報道機関への報道依頼

（ウ）リーフレットの配布

ウ ホームページの公開について 資料１１参照

（ア）公開時期 平成２９年４月１日から

（イ）アドレス <http://hakodate-ikr.jp>

（ウ）「函館市在宅医療・介護連携マップ」 ～ 平成２９年２月公開済

議事（３） 平成２９年度のスケジュールについて

資料１２参照

医療と介護の連携を支援する

はこだて入退院支援連携ガイド(案)



平成29年 4月

函館市医療・介護連携推進協議会

はじめに

医療と介護のニーズを併せ持つ高齢者が増加している中で、ますます医療・介護関係者の連携推進が求められております。

今後、高齢者が療養から看取りまで、地域で暮らし続けていくためには、様々な場面に適したサービス提供を、その場面に関わる医療と介護のそれぞれの専門職が連携して行い、取り囲むように温かく支援していくことが望まれます。

そのためには、専門職がそれぞれの垣根を越えて、他の専門職と手をつなぎ、協力し、入院から在宅への移行支援をスムーズに進める切れ目のない連携体制が不可欠です。

これまでの連携は一部の関係者・グループという局所的なもので、ローカルルールが地域のあちこちで展開され、連携がスムーズにできた時、できない時があったのではないかと思います。このような不安定な連携の環境の下では、関係者それぞれが持つ専門性を発揮しながら、適切で満足度の高いサービス提供を必ずしも十分にできていなかったのではないかと感じています。

医療と介護が必要な高齢者の増加、ニーズの増大に適切に対応していくため、望ましい連携の形を可視化させ、また、必要な仕組みやルールを全市的な視点で作り上げ、まとめて、標準化をめざす検討に取り組んできました。

その検討の場が、函館市が設置した医療・介護連携推進協議会であり、そのもとに置いた専門部会・分科会です。

この地域に暮らす人々、ご家族の意思決定支援を常に念頭に置き、協議会・部会の委員・メンバーが頭を突き合わせて、意見を出し合い、その成果はこの「はこだて入退院支援連携ガイド」として結実しました。

ガイドブック作成にご協力をいただきました皆様に、この場をお借りし、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、このガイドブック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、広く行き渡るものにしていきます。

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、ご協力のほどお願いします。

● も く じ ●

1	このガイドブックにかかわる方々・・・・・・・・・・	1
2	医療と介護の連携推進のための基本マナー・・・・・・・・	2
3	退院支援フローチャート・・・・・・・・・・	4
4	退院支援における連携のあり方	
	（1）入院前・・・・・・・・・・	6
	（2）入院直後・・・・・・・・・・	7
	（3）入院中・・・・・・・・・・	9
	（4）退院前カンファレンス・・・・・・・・	12
	（5）退院時・・・・・・・・・・	16
	（6）退院後・・・・・・・・・・	18
5	はこだて医療・介護連携サマリー・・・・・・・・	20
6	関係職種の紹介・・・・・・・・	21
	【関係先機関一覧】・・・・・・・・	23
	【参考文献】・・・・・・・・	23

1 このガイドブックにかかわる方々

本ガイドブックは、本市の介護保険事業計画の医療・介護連携推進事業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

入退院支援が必要と判断される方で、次に該当する本人および家族

- ・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

【医療機関】

- ・医師 ・看護師 ・退院支援看護師 ・医療ソーシャルワーカー
- ・リハビリスタッフ ・薬剤師 ・栄養士 など

【在宅生活を支える担当者】

- ・かかりつけ医、看護師 ・ケアマネジャー ・地域包括支援センター職員
- ・訪問看護師 ・リハビリスタッフ ・介護事業所職員 ・歯科医師
- ・かかりつけ薬局薬剤師 ・保健師
- ・その他（住宅改修や医療機器レンタルの事業者など）

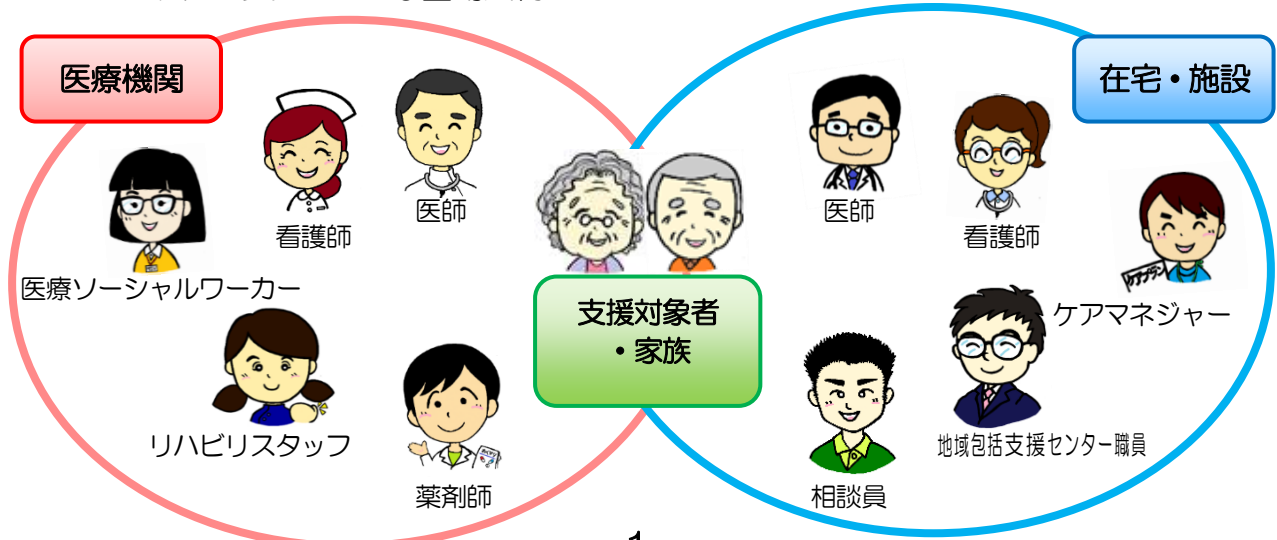
【施設生活を支える担当者】

- ・医師 ・看護師 ・施設ケアマネジャー ・相談員 ・介護職員
- ・リハビリスタッフ など

【その他】

- ・支援対象者にかかわる民生委員、近隣者など

○このガイドブックのおもな登場人物



2 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見てください。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、心配りをあらわす「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、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・介護連携サマリー（情報共有ツール）」（P20参照）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、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重要です。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、緊急な場面での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。（在宅医療・介護連携マップ>函館市医療・介護連携支援センターHP <http://hakodate-ikr.jp> 参照）

◆ 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、生活のことなど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 <http://hakodate-ikr.jp> 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。

3 退院支援フローチャート

退院支援は、医師から退院の指示があったときからではなく、入院時あるいは外来で入院が必要となったときから、退院に向けた支援が必要となります。












下記のフローチャートを参考にしてください。












【退院支援フローチャート】

各項目の詳細については、6ページからの「4 退院支援における連携のあり方」をご覧ください。

○…各項目で対応する職種

◎…各項目で主となって対応する職種

医療機関					支援対象者・家族	在宅・施設				
										
(1) 入院前										
P6					介護保険証 など携帯	P6				
○ ○ ○ ①外来患者に気を配る						○ ○ ○ ○ ○ ①日頃から情報収集に努める				
						○ ○ ○ ○ ○ ②ケアマネジャーと連携しやすいように工夫する				
(2) 入院直後										
P7						P8				
○ ◎ ○ ①スクリーニングを行う						○ ○ ○ ○ ○ ①入院先の状況を把握する				
						○ ○ ○ ○ ○ ②入院時の連携を積極的に進める				
○ ○ ○ ○ ○ ②必要な情報を集める、伝える (はこだて医療・介護連携サマリーの活用)						P9				
P8						○ ◎ ○ ○ ○ ○ ○ ③医療機関へ情報提供を行う (はこだて医療・介護連携サマリーの活用)				
○ ○ ○ ○ ○ ③医療機関内で情報共有し、連携する										
○ ○ ○ ○ ○ ④介護保険要介護認定等の有無の確認										
○ ○ ○ ○ ○ ⑤虐待等が疑われる場合など						○				

医療機関					支援対象者・家族	在宅・施設					
 医師	 看護師	 医療 ソーシャルワーカー	 リハ ^レ リスタッフ	 薬剤師	 支援対象者・家族	 医師	 ケアマネジャー	 看護師	 相談員	 地域包括支援 センター職員	
(3) 入院中											
P9											
		○	○								
	①主になる退院支援担当者の決定										
P10											
		○	○								
	②退院へ向けた計画づくり ③支援対象者や家族への配慮										
		○	○	○	○						
	④在宅・施設担当者との協力									P11~12	
							○	◎	○	○	
							①入院中の支援対象者の情報収集 ②医療機関担当者との協力 ③情報収集の際の留意事項				
P11											
	○	◎	○	○	○		○	◎	◎	○	
	⑤医療機器の操作や医療処置の実技指導										
(4) 退院前カンファレンス											
P12~15											
	○	◎	◎	○	○		○	◎	○	◎	
	①退院前カンファレンスの目的と日程調整 ②退院前カンファレンスの時期と回数 ③退院前カンファレンスの進め方 ④退院前カンファレンスの内容の共有						①退院前カンファレンスの開催の判断 ②退院前カンファレンス参加者への連絡・調整 ③退院前カンファレンスの心構え ④サービス担当者会議の内容の共有				
(5) 退院時											
										P17	
		○	○							○	
	①ケアプランの作成と情報提供										
P16											
	○	◎	◎	○	○		○	◎	◎	○	
	①退院に向けての最終調整										
		○	○								
	②退院時の情報提供 (はこだて医療・介護連携サマリーの活用)										
		○	◎	◎	○				◎	○	
	③その他必要な準備										
(6) 退院後											
										P18	
	○	○								○	
	①退院後の情報提供										
P18											
	○	○	○				◎	○	○	○	
	①急変時の対応						②急変時のかかりつけ医または施設協力医の役割				
	○	○	○				○	○	○	○	
	②外来時の対応										

4 退院支援における連携のあり方

(1) 入院前

医療機関



医師



看護師



医療ソーシャルワーカー

① 外来患者に気を配る

日頃から、支援対象者については、外来で関わる中で、できるだけ把握しておく
と、入院時の対応がスムーズに進みます。

在宅・施設



医師



ケアマネジャー



看護師



相談員



地域包括支援センター職員

① 日頃から情報収集に努める

かかりつけ医やケアマネジャーは、日頃から支援対象者、家族のニーズを把握す
ることが可能です。

入院が必要な状態になる前から、支援対象者の病歴や服薬の状況、キーパーソン
などの情報を把握し、仮に入院した場合にどのように退院に向けて調整すべきかを
意識することも大切です。

② ケアマネジャーと連携しやすいよう工夫する

支援対象者には、「介護保険証」のほか、ケアマネジャーの氏名・連絡先などを
記入したメモなどを、「医療保険証」とともに携帯するよう勧めておくと、入院の
際に、医療機関がケアマネジャーを把握しやすく、入院時のスムーズな連携に役立
ちます。

(2) 入院直後

医療機関



医師



看護師



医療ソーシャルワーカー



リハビリスタッフ



薬剤師

① スクリーニングを行う

医療機関では患者が入院した際、退院支援が必要（※）かどうかスクリーニング票を使用するなどして判断します。スクリーニングは、外来で入院が必要と判断した時に実施する場合がありますが、入院直後のできるだけ早い段階で対応することが多いです。

※ 退院支援が必要な場合

- ① 再入院を繰り返している場合
 - ② がんや難病のように、進行する疾患を抱えながら退院する場合
 - ③ 退院後も医療管理や医療処置等が継続する場合
 - ④ 入院前に比べ ADL（日常生活動作）が低下し、退院後の生活様式の再編が必要な場合
 - ⑤ 独居あるいは家族と同居であっても、介護を十分に提供できない場合
 - ⑥ 理解力や認知能力の低下が見受けられる場合
 - ⑦ 虐待が疑われる場合
- …など

② 必要な情報を集める、伝える

在宅生活時の状況を支援対象者や家族から十分に聞き取るとともに、支援対象者または家族の同意を得たうえで、かかりつけ医やケアマネジャー等の在宅・施設担当者からも情報収集を行います。基本的な情報を網羅できるよう作成している「はこだて医療・介護連携サマリー（情報共有ツール）」（※）の活用を推奨します。

また、情報収集に際しては、情報収集の窓口や希望する提供方法（FAX、電話、面談など）を明確にしておくことで、よりスムーズな情報収集が可能となります。

※ はこだて医療・介護連携サマリー（情報共有ツール）

医療・介護関係者の連携のための情報共有ツール（P20参照）です。

基本的な情報を網羅する「基本ツール」と、詳細な医療情報等を記入する「応用ツール」等で構成されており、どの職種の方にも「分かりやすく」「見やすく」「連携しやすく」なるよう作成されたものです。関係者間の迅速な情報共有と積極的な多職種連携推進のために、医療・介護連携推進協議会ではこの様式の活用を推奨いたします（平成29年度中の運用を予定）。

●各機関において現在活用されている独自様式の利用を妨げるものではありません。

③ 医療機関内で情報共有し、連携する

知り得た情報は医療機関内で適切に管理し、医師や病棟スタッフ等で共有できるようにします。

また、退院予定日を医師へ確認し、全体で把握して退院支援を進めます。

④ 介護保険要介護認定等の有無の確認

介護保険要介護認定等の有無を確認し、各種申請など必要な支援を行うほか、担当しているケアマネジャーがいない場合は、支援対象者や家族の意向を確認し、函館市地域包括支援センター（以下「包括支援センター」）や居宅介護支援事業所の紹介を行います。

⑤ 虐待等が疑われる場合の対応

支援の経過の中で、虐待が疑われる場合には、早急に、函館市保健福祉部高齢福祉課もしくは担当地域の包括支援センターへ報告しましょう。また、虐待の他にもスムーズなサービス利用につながらない状況にある場合は、包括支援センターへ支援依頼しましょう。（関係機関連絡先P23参照）

在宅・施設



医師



ケアマネジャー



看護師



相談員



地域包括支援センター職員

① 入院先の状況を把握する

支援対象者が入院した際には、医療機関へ問い合わせがスムーズに進められるよう、家族などから病名、入院している診療科、病棟入院日を確認します。

② 入院時の連携を積極的に進める

退院時のスムーズな連携は、入院時の連携から始まります。積極的かつ適切に対応していくことが重要です。

入院先の退院支援部門の把握、担当医、担当看護師、医療ソーシャルワーカーとの情報共有は積極的に行い、また、入院中、支援対象者や家族には、安心して過ご

(2) 入院直後つづき

せるように、入院医療機関の退院支援相談窓口を知らせ、橋渡しするなど、退院へ向けて協働で進めていけるように努めます。

③ 医療機関へ情報提供を行う

入院医療機関に対しては、支援対象者・家族の同意を得たうえで、在宅での状況について速やかに情報提供します。本人や家族に開示が難しい情報は会話による伝達を行うなど配慮（※）が必要です。

「はこだて医療・介護連携サマリー（基本ツール）」は、入院後、7日以内を目安に医療機関に提供しましょう。また、医療機関から求めがあった場合は、迅速に提供できるよう作成に努めましょう。

そのほか医療機関への訪問・電話等のやりとりの中で、より詳細な在宅での情報を提供する場合は、「応用ツール」を活用してください。応用ツール等の記載・提供に関しては、各専門職（訪問看護師等）と相談するなど、より詳細な情報提供ができるよう心がけましょう。

※ 医療機関への情報提供で注意する点

- ① 医療機関へ訪問し、面談での情報提供を心がける
- ② やむを得ずFAXなどを使用する場合は、
 - ・ 相手方にその旨連絡し了承を得て、専用の提出先を再確認
 - ・ 送信票をつけ、送信元がわかるようにする
 - ・ 個人情報特定できないよう氏名、生年月日は記入しない（FAXの後、電話で知らせる）…など、個人情報の取り扱いに十分注意が必要です。

(3) 入院中

医療機関



医師



看護師



医療ソーシャルワーカー



リハビリスタッフ



薬剤師

① 主になる退院支援担当者の決定

医療機関の退院支援部門には、看護師や医療ソーシャルワーカーなどが配置されていますが、支援対象者や家族、在宅・施設担当者がわかりやすいように、主に対応する退院支援担当者を決めるなど、相談窓口を明確にしましょう。

② 退院へ向けた計画づくり

退院支援担当者は、ケアマネジャーなどから得た情報をもとに、入院後早期に、支援対象者が必要とする支援、利用できる社会資源を確認し、退院に向けてどのような準備をすべきかを記載した「退院支援計画書」(※)の作成を行います。

作成した計画は、支援対象者・家族に説明し同意を得て、退院に向けたスケジュールについて共通理解を図ります。

入院期間が長期となる場合や支援対象者・家族の状況に変化があった場合、予想される退院先に変更があった場合等には「退院支援計画書」の見直しが必要です。

※ 退院支援計画書の主な記載内容

- 退院困難な要因
- 退院にかかる問題点、課題等
- 退院へ向けた目標設定、支援期間、支援概要
- 予想される退院先
- 退院先として利用が予想される社会資源 など

③ 支援対象者や家族への配慮

支援対象者が、入院後すぐに退院の話をされることに対して「早く出そうと思っているのでは？」と不信感を抱くことなく、納得して退院に踏み出せるように、十分なコミュニケーションをとる必要があります。支援対象者や家族の意向を確認しながら、できるかぎりいくつかの選択肢を提案し、退院後の生活について具体的なイメージを持てるよう支援することを心がけましょう。支援対象者が遠慮して本心を言えずに、1つの提案をそのまま受け入れてしまうことがないようにしましょう。

また、退院支援の方向性や内容を決めるうえで、家族関係や介護力なども重要な要素となります。入院中にできるだけ、支援対象者に関わる家族の状況などを把握し、退院後の生活を支える在宅・施設担当者との情報共有するなど、いかに家族の負担や不安を軽減できるかという視点でも、積極的に支援するよう心がけましょう。

④ 在宅・施設担当者との協力

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

退院支援担当者は、ケアマネジャーが新たに決まる場合や、入院によって状態変化がある場合、ケアマネジャーが支援対象者・家族に行うアセスメントの際に、今後の方針を決めるための打合せを行うと円滑に支援が進みます。

次の段階で、支援対象者を担当する複数の医療機関担当者・退院後の生活を支える在宅・施設担当者による打合せを行うと、より円滑に支援が進みます。

また、ケアマネジャーなど在宅・施設担当者は、退院へ向けた準備に一定程度の時間を要します。退院予定日は早い段階で知らせ、退院に向けて協働しやすいように考慮しましょう。

医療機関のリハビリスタッフ等が家屋調査を行う場合は、ケアマネジャーへ同行を依頼し、住環境の整備調整（住宅改修や福祉用具の活用）がスムーズにできるよう、情報共有しましょう。

⑤ 医療機器の操作や医療処置の実技指導

支援対象者や家族が、退院後も利用する医療機器の操作や医療処置の手技等を入院中に習得することが必要な場合があります。

その際、ケアマネジャーや訪問看護師等の在宅担当者、もしくは看護師等の施設担当者も立ち会えば、退院後の医療処置等がよりスムーズになるのはもちろんのこと、支援対象者や家族の大きな安心にもつながります。

また、介助の方法やリハビリについても、入院期間中に指導しておくことで、支援対象者が安心して退院することができます。退院までに時間がなく、指導が十分ではない場合には、医療機関でどの程度まで指導ができているか在宅・施設担当者へ情報提供しましょう。

在宅・施設



医師



ケアマネジャー



看護師



相談員



地域包括支援センター職員

① 入院中の支援対象者の情報収集

在宅・施設担当者は、支援対象者が利用する在宅サービスによって、退院時の調整に時間を要する場合もあることを考慮し、医療機関に対し、支援対象者の病状や経過などについて、早い段階から積極的に情報収集するように心がけましょう。

② 医療機関担当者との協力

新たにケアマネジャーとなった場合や、入院によって状態変化がある場合、ケアマネジャーは支援対象者・家族と面談し、アセスメントを行います。その時に合わせて、今後の方針を決めるための打合せを行うと円滑に支援が進みます。

③ 情報収集の際の留意事項

医療機関の体制によって、支援対象者に退院支援担当者が必ずいるとは限りません。医療機関に対し、支援対象者や家族と相談しながら退院支援に向けて動いていることを伝え、対応してくれるスタッフ、窓口を把握するように努めましょう。

また、個人情報保護の視点からも、ただ情報が欲しいというだけでは情報提供できません。支援対象者を担当しているケアマネジャーであることを証し、支援対象者や家族から情報提供を受けることについて了解を得ていることを説明しましょう。どのような目的で、どのような情報を聞きたいのかを明確にすることも大切です。

面会の約束をせずに直接病棟へ出向き医療スタッフから情報収集することは控え、付き添いやインフォームド・コンセント時に立ち会う場合は、支援対象者や家族を通して病院や医師にその旨を伝え、了解を得ましょう。

退院への移行準備において重要なポイント

- ① 支援対象者の状況を的確に把握しているかどうか
- ② 支援対象者や家族が希望する場所で安定した生活を送れるかどうか
- ③ 支援対象者や家族が納得しているかどうか

(4) 退院前カンファレンス

医療機関



医師



看護師



医療ソーシャルワーカー



リハビリスタッフ



薬剤師

① 退院前カンファレンスの目的と日程調整

退院前カンファレンスは、病状が落ち着いた段階で、退院後の療養や生活面の課題等について関係する多職種間で情報共有し、支援内容や方法を確認するために行

(4) 退院前カンファレンスつづき

うとともに、支援対象者や家族の希望を確認し、より安定した療養生活に向けて準備を進めるために行います。

医療機関の退院支援担当者から関係者（※）に連絡をし、日程調整しますが、介護事業所などに対しては、ケアマネジャーから連絡してもらうよう依頼するとスムーズです。参加者の日程調整や準備に要する時間を考慮し、開催日程はできるだけ早く伝えましょう。

医療依存度が高い支援対象者の場合や、支援対象者に訪問診療の必要性がある場合などは、かかりつけ医や訪問看護師、施設の看護師等が参加できるように調整しましょう。

このカンファレンスを踏まえ、在宅・施設担当者による受け入れ準備が行われます。医療機関側でも、カンファレンスの情報をもとに退院後の生活を見据え、必要に応じ重ねて、支援対象者や家族へ医療処置等の説明や実技指導・調整を行います。

※ 想定される関係者

- ① 支援対象者・家族など
家族は、事情によっては参加しないケースもありますが、家族がキーパーソンになることが一般的です。
- ② 医療機関
・医師 ・看護師 ・退院支援看護師 ・医療ソーシャルワーカー
・リハビリスタッフ ・薬剤師 ・栄養士 など
- ③ 在宅生活を支える担当者
・かかりつけ医、看護師 ・ケアマネジャー ・地域包括支援センター職員
・訪問看護師 ・リハビリスタッフ ・介護事業所職員 ・歯科医師
・かかりつけ薬局薬剤師 ・保健師
・その他（住宅改修や医療機器レンタルの事業者など）
- ④ 施設生活を支える担当者
・医師 ・看護師 ・施設ケアマネジャー ・相談員 ・介護職員
・リハビリスタッフ など
- ⑤ その他
・支援対象者にかかわる民生委員、近隣者 など

② 退院前カンファレンスの時期と回数

支援対象者の治療状況や、入院前の生活状況、医療機関の体制などにより、カンファレンスの開催時期や回数は異なります。退院後に予想される課題解決のためにも、在宅・施設担当者が支援対象者の退院に向けて受け入れ準備を行うことを考慮し、できるだけ早い段階での開催が望ましいでしょう。遅くても退院予定日の1週間前までに1回以上は行いましょう。

(4) 退院前カンファレンスつづき

③ 退院前カンファレンスの進め方

支援対象者や家族が気軽に発言できるように、参加者の情報を事前に伝えておきます。また、参加者の人数に応じ、病棟のカンファレンスルームや面談室等の場所を用意し、できるだけ個室で行うなどし、個人情報保護に配慮しましょう。

支援対象者の状況に応じて所要時間に長短の差がでますが、関係者の負担を軽減し、効果的な話し合いの場とするために、「30分程度」を目標にタイムテーブル（※1）をつくるほか、事前にできる準備など（※2）を整えて臨みましょう。

※1 退院前カンファレンスのタイムテーブル（例）

	内容	おもな発言者	所要時間
1	司会者あいさつ	退院支援担当者	1分
2	参加者の紹介	退院支援担当者	1分
3	開催の趣旨説明	退院支援担当者	1分
4	病状の経過と治療内容、予後について	担当医	2分
5	入院中のADLや、必要な支援内容	担当看護師など	2分
6	支援対象者・家族の意向、心配なこと	支援対象者・家族	5分
7	退院後の担当医の確認、療養の方針	かかりつけ医など	2分
8	薬剤管理、服薬支援	薬剤師	2分
9	医療処置、介護方法の習得状況等	担当看護師など	1分
10	今後の課題と対策	担当看護師など	3分
11	緊急時の体制の確認	退院支援担当者	1分
12	在宅生活の目標と必要なサービス	ケアマネジャー	2分
13	医療機関への質問・要望	ケアマネジャー	3分
14	在宅・施設担当者への質問・要望	退院支援担当者	3分
15	まとめ	退院支援担当者	1分

※2 事前に準備できること

- ①在宅・施設担当者から質問を確認し、事前に回答を準備しておく
- ②伝えたい情報の要約や尋ねたい内容を箇条書きしておく
(情報の整理には「はこだて医療・介護連携サマリー」を活用するとより効率的です。)
- ③効率的に行うために時間配分を確認する
- ④退院支援担当者とケアマネジャーの間で、支援対象者の意向と家族の意向に相違がないかなどの確認をしておく
- ⑤参加者全員が理解できるように略語や専門用語は、極力使わない
- ⑥緊急連絡先・連絡方法・移送方法などをまとめておく

④ 退院前カンファレンスの内容の共有

カンファレンスで話し合われた内容については、文書として記録を残し、退院支援にかかわる多職種、支援対象者・家族に配付し、共有します。カンファレンスの中で改めて出た課題などについて整理し、解決策などを目に見える形で示すことで、支援対象者や家族が退院後の療養生活を安心して迎えることができます。

在宅・施設



医師



ケアマネジャー



看護師



相談員



地域包括支援センター職員

① 退院前カンファレンスの開催の判断

退院前カンファレンスは、医療機関が主体的に進めていくものです。一方で、ケアマネジャーなど在宅・施設担当者が、支援対象者の退院後の療養生活を整えていくうえで、医療機関側との情報共有はとても重要なものです。ケアマネジャーが退院前カンファレンスの必要性を感じた場合は、医療機関の退院支援担当者（医療ソーシャルワーカーや看護師等）とよく相談し、検討してもらうようにしましょう。

② 退院前カンファレンスの参加者への連絡・調整

医療機関から開催の連絡があった場合、ケアマネジャーは、ほかの在宅・施設担当者に対して連絡し、日程調整しましょう。

また、地域の民生委員、近隣者などが支援対象者の在宅支援に携わるため、病状等の情報共有や関係者間の顔合わせが必要と思われる場合は、医療機関に必要な手続き（支援対象者・家族の同意を得るなど）を確認し、同席可能か調整すると良いでしょう。

③ 退院前カンファレンスの心構え

カンファレンスに確実に参加できるように、退院支援担当者などにカンファレンスの開催時期を事前に確認するようにしましょう。

カンファレンス前には、確認したい点や質問事項など要点を整理し、医療機関へ伝えておくと、より効率的にカンファレンスが進みます。想定される退院後のケア内容に関しての中止基準や禁忌事項についても、担当医から指示をもらえる

(4) 退院前カンファレンスつづき

よう準備をしておきましょう。

カンファレンス時、医療機関の担当医やかかりつけ医は、急患への対応などで退席することもありますので、前段で情報収集するなど工夫すると良いでしょう。

また、カンファレンスを踏まえ、引き続きサービスの調整や契約などを行う場合は、事前に医療機関の退院支援担当者等に了承を得て行いましょう。

④ サービス担当者会議の内容の共有

カンファレンスと同時に、もしくは引き続き、サービス担当者会議を開催する場合があります。話し合われた内容については、文書として記録を残し、在宅・施設生活を支える担当者や、支援対象者・家族に配付し、共有します。話し合いの中で改めて出た課題などについて整理し、解決策などを目に見える形で示すことで、支援対象者や家族が在宅や施設での生活を安心して送ることができます。

(5) 退院時

医療機関



医師



看護師



医療ソーシャルワーカー



リハビリスタッフ



薬剤師

① 退院に向けての最終調整

在宅での医療処置や介護方法の具体的な指導、必要な医療機器や物品の準備、服薬指導、移送手段の確保など、退院後の療養生活に支障が出ないように、最終調整を行います。ケアマネジャーと情報共有し、退院後に利用する制度やサービスなども確認しましょう。

② 退院時の情報提供

退院支援担当者は、退院時の支援対象者の情報（「はこだて医療・介護連携サマリー（基本ツール）」など基本情報のほか、必要に応じて「応用ツール」や看護サマリーなど）を、できるだけ正確に在宅・施設担当者に引き継ぎます。特に、入院期間が短く十分なカンファレンスができなかった場合は、できるだけ詳細な情報を引き継ぐようにしましょう。

在宅・施設



医師



ケアマネジャー



看護師



相談員



地域包括支援センター職員

① ケアプランの作成と情報提供

ケアマネジャーは、退院にあわせて、ケアプランの作成、各介護事業所等との調整を行います。ケアプランの作成後は、必要に応じてその写しを退院支援担当者に渡しましょう。

② 介護事業所間での情報共有

医療機関から「函館市医療・介護連携サマリー（基本ツール）」および「応用ツール」などの提供を受けた場合には、ケアマネジャー、訪問看護ステーションやその他の介護事業所間（施設入所者の場合は施設職員間）で情報共有できると、支援対象者の状態が把握しやすくなります。

③ その他必要な準備

在宅サービスの調整および必要な福祉用具の搬入など、退院後の療養生活に支障が出ないように、最終調整を行います。退院支援担当者とは情報共有し、在宅での医療処置や介護方法の具体的な指導、必要な医療機器や物品の準備、服薬指導、移送手段の確保なども確認しておきましょう。

(6) 退院後

医療機関



医師



看護師



医療ソーシャルワーカー

① 急変時の対応

退院後、症状が悪化して再入院となる場合などの際に迅速な対応をするためにも、医療機関担当者と在宅・施設担当者との継続的な連携は大変重要です。カンファレンスの際に、緊急時の体制について確認した内容を、医療機関担当者間で常に確認しておきましょう。

② 外来時の対応

支援対象者の外来来院時には、在宅での療養において困っていることがないか、家族の介護状況に問題がないかなどを確認し、在宅・施設担当者と連携しながら療養の調整などを行いましょう。

在宅・施設



医師



ケアマネジャー



看護師



相談員



地域包括支援センター職員

① 退院後の情報提供

ケアマネジャーは、退院後の療養生活について、必要に応じて医療機関担当者に情報提供を行うことを心がけましょう。特に、支援対象者が在宅での療養において準備不足だったり、困っていることがあれば、医療機関担当者へ積極的に情報提供し、支援対象者や家族が安心して療養生活を送れるように支援しましょう。

② 急変時のかかりつけ医または施設協力医の役割

かかりつけ医または施設協力医は、支援対象者が急変した際の対応について、緊急を要する症状や状態がどのようなものか、どこに連絡し、どのように対応すれば良いかなど、具体的に整理し、在宅で介護する家族や介護事業所へ伝えましょう。

急変時の対応に関する体制について（※1）

軽症・中等症で搬送される高齢者の方で、入院の判断とならず帰宅となるケースがあります。

帰宅後に急変するケースの発生を可能な限り避けるため、「入院し、経過観察する」というような幅を広げた判断をすることとしています。

◎患者受入体制

(1) 通常の体制（重症の方）

- ・ 救急医療体制により、初期（夜間急病センターなど）・二次・三次救急医療機関で受診（※2）
- ・ 入院した場合、経過を見て各医療機関の連携室機能により、在宅復帰・介護施設への受け渡しや、継続して治療が必要な場合の転院・転棟・転床を行う

(2) 医療・介護連携を視点に、拡充する受入体制

（軽症・中等症で経過観察が必要な方）

- ・ かかりつけ医または施設協力医へ連絡し、指示を仰ぐ
- ・ かかりつけ医または施設協力医の判断・指示のもとに、現行の救急医療体制を適用し、初期（夜間急病センターなど）・二次・三次救急医療機関で受診（対象者はオーバーナイト）
- ・ 各医療機関の連携室機能により、在宅復帰・介護施設への受け渡しや、転院・転棟・転床を行うこととし、各医療機関の連携室機能では対応困難な場合のみ、翌営業日、函館市医療・介護連携支援センターに連絡・相談を行う
- ・ センターは転院・転出先となる協力医療機関等に1週間以内の受入を目指す

※1 医療・介護連携推進協議会の連携ルール作業部会の急変時対応分科会において、「入院医療機関の急変時の受入対応のあり方」を協議し、上記の体制により対応することで合意を得ています。

※2 初期救急医療機関とは

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

二次救急医療機関とは

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）

三次救急医療機関とは

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

5 はこだて医療・介護連携サマリー

☆ はこだて医療・介護連携サマリー【情報共有ツール】とは

医療・介護連携推進協議会において、医療・介護関係者の連携にかかる課題を把握するために、アンケート調査を実施したところ、情報にバラツキの無い、地域で統一された“情報共有ツール”の整備を強く望む、多くの意見がありました。

このことから、医療・介護サービスを必要としている高齢者等の情報を一元的に把握するためのツールとして、どの職種の方にも「分かりやすく」、「見やすく」、「連携しやすく」という点を重視した『はこだて医療・介護連携サマリー』を作成しました。

このサマリーは、支援対象者の病状や生活・環境等の変化により調整支援が必要となった場合の、『「医療側」・「介護側」の双方向連携』の場面において活用するツールであり、基本的な情報を網羅する「基本ツール」と、詳細な医療情報等を記入する「応用ツール」等で構成しております。

このサマリーにより、関係職種（機関）間の連携が充実し、より良い医療や介護サービスが提供されることを願い、**活用を推奨**いたします。（平成29年度中の運用を予定）

・はこだて医療・介護連携サマリー（基本ツール）

はこだて医療・介護連携サマリー【基本ツール】	
情報提供先 施設名称	種
利用者氏名	種
性別	種
生年・月・日	種
住所	種
電話番号	種
医療機関	種
介護施設	種
医療情報等	種
身体・生活機能等	種
その他	種
本サマリーの記入者	種

このサマリーは、医療と介護の円滑な連携を推進するために構成されています。

各職種、各施設においては「診療情報提供書」や「看護添書」、「フェイスシート」など様々な様式が存在し活用されておりますが、必要に応じてこのサマリーと併用していただければ幸いです。

このサマリーは、既存の様々な様式の利用を制限するものではありません。

6 関係職種の紹介

職 種	働いている場所・機関	仕事内容・役割
医師	病院・診療所 施設（入所・通所）	診察・治療・薬の処方などを行い、病気や健康状態の管理をします。かかりつけ医として、定期的な訪問診療や急な住診にも対応し、本人や家族主体の医療を提供します。
看護師	病院・診療所 施設（入所・通所） 訪問看護ステーション	医師の診察・治療を行う際の補助や、病気や怪我のケアをします。また、ご自宅に伺い健康状態の確認、必要な医療処置、入浴・排せつなどの日常生活の介助、栄養指導、リハビリ等もします。
保健師	市役所・保健所	地域住民に対して、健康増進や病気の予防・早期発見を目的に健康相談や保健指導などを行います。
歯科医師	病院・歯科診療所	歯の治療・保健指導・健康管理などをします。かかりつけ歯科医として、寝たきりや施設に入所し歯科診療所に通えない方のために、訪問して虫歯の治療だけではなく、入れ歯や口の中の状態をチェックする検診や口腔ケアをします。
歯科衛生士	病院・歯科診療所 施設（入所・通所）	歯科医師の診察・治療を行う際の補助や、口の中の清掃・機能低下予防の指導など、口の中の健康を支え『食べる楽しみ』のお手伝いをします。
薬剤師	病院 調剤薬局	処方箋による調剤の他、処方された薬の説明や、残薬管理、飲み合わせ・副作用等の相談にのり助言します。また、医師の指示に基づき、ご自宅に薬を届けるだけではなく、服薬カレンダーのセットや、薬が飲みにくい場合の工夫・提案もします。
管理栄養士・栄養士	病院・診療所 施設（入所・通所）	医師の指示に基づき、本人の状態に合わせて栄養・食事に関する必要な情報や、食事療法に関する相談・指導をします。施設においては、食事計画等を作成し、栄養状態や身体機能の維持・向上を図ります。
リハビリスタッフ	病院・診療所 施設（入所・通所） 訪問リハビリ事業所 訪問看護ステーション	<p>【理学療法士】 病気や怪我などで身体に障がいのある方や、障がいの発生が予測される方に対して、様々な運動等により日常生活に必要な体力をつけたり、動作能力の改善を図ります。</p> <p>【作業療法士】 身体や精神に障がいのある方や、障がいの発生が予測される方に対して、様々な作業活動等により諸機能の回復・維持・開発を目指し、心と身体の機能改善を図ります。</p> <p>【言語聴覚士】 言語や音声・発音、聴覚、認知などの機能が損なわれて起こるコミュニケーション障がいの方、食べたり飲み込んだりすることなどに困難がある摂食・嚥下障がいの方や、障がいの発生が予測される方に対して、テストや検査を実施し評価を行った上で、必要に応じ訓練・指導・助言等をします。</p>

職 種	働いている場所・機関	仕事内容・役割
柔道整復師	病院・整骨院 施設（入所・通所）	骨折および脱臼（医師の同意が必要）、捻挫・打撲・肉ばなれなど、各種損傷に対して手術などの外科的方法ではなく、人間の持つ自然治癒力を最大限に発揮させて施術します。また、怪我などにより歩行が困難になった高齢者の自宅や施設に訪問し施術したり、在宅・施設・整骨院内の機能訓練指導員として、日常生活を営むために必要な機能改善や、現状能力の維持・減退防止のために訓練します。
鍼灸師・マッサージ師	病院・整骨院 鍼灸マッサージ院 施設（入所・通所）	はり師・きゅう師・あん摩マッサージ指圧師の3つの国家資格を合わせ持つ専門家で、現代医学的や伝統医学的な視点から鍼灸・マッサージ施術を行い、様々な疾病の治療や健康増進を促します。また、歩行が困難になった高齢者の自宅や施設に訪問し、医師の同意書により治療やリハビリを行います。
相談員	病院・診療所 施設（入所・通所）	【医療相談員（医療ソーシャルワーカー）】 医療機関の中で、本人や家族の抱える経済的・心理的・社会的問題に関する相談にのり、安心して退院後の在宅生活が送れるようケアマネジャーや、他の専門職と連携して問題を解決・調整し、社会復帰の促進を図ります。
		【施設（生活）相談員】 施設の中で、本人や家族の抱える経済的・心理的・社会的問題に関する相談にのり、ケアマネジャーや、他の専門職と連携して問題を解決・調整し、生活の質の向上に努めます。
地域包括支援センター職員	地域包括支援センター	主な設置主体は市町村等各自治体で、高齢者が住み慣れた地域で安心して生活が出来るよう、介護予防や日々の暮らしを様々な側面からサポートします。
		【社会福祉士】 消費者被害や高齢者虐待の防止など高齢者の権利を守るために関係機関との連携を図りながら相談・支援をします。
		【保健師】 高齢者が健康な生活を送れるようサポートし、介護予防のための助言・指導をします。
		【主任ケアマネジャー】 地域のケアマネジャーからの相談を受け、助言・指導を行うなどの後方支援を行う他、地域の社会資源の発掘や医療機関などを含めた様々な関係機関とネットワークを構築します。
ケアマネジャー	居宅介護支援事業所 施設（入所）	介護保険利用者の方がその人らしく暮らすことが出来るよう、本人や家族の相談にのり、ケアプランを作成し、医療機関・介護事業所や施設内の多職種との調整をします。
介護職員	介護事業所 施設（入所）	高齢者などがその人らしく暮らすことが出来るよう、介護計画等に沿って、食事・着替え・入浴など日常生活上の介護を行います。
福祉用具専門相談員	福祉用具貸与・販売事業所	介護保険を適用して福祉用具を利用する際に、選定や使い方などの相談・調整を行います。

【関係先機関一覧】

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10-10	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4-12	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18-14	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35-24	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29-15	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3-1	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6-11	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23-8	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25-9	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14-1	34-6868
函館市地域包括支援センター社協	函館市浜町538-2	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	函館市東雲町4-13	21-3025
函館市保健福祉部介護保険課 管理・計画担当	//	21-3041

【参考文献】

- 福岡市 退院時連携の基本的な進め方の手引き
- 名古屋市における在宅医療・介護連携ガイドライン
- よこすかエチケット集（横須賀市）
- 福井県「退院支援ルール」
- 在宅移行の手引き（公社）全国国民健康保険診療施設協議会
- 東京都退院支援マニュアル

はこだて医療・介護連携サマリー【基本ツール】（案）

資料3

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

利用者氏名 (ふりがな)	生年・性別等	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日生 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 (満 歳)	生活保護	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 障害等認定	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 特定疾患 <input type="checkbox"/> 身障(級) <input type="checkbox"/> 精神(級)
現住所	住居	<input type="checkbox"/> 戸建(階) <input type="checkbox"/> アパート(階) <input type="checkbox"/> マンション(階) <input type="checkbox"/> 施設() ※エレベータ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	医療保険種類	<input type="checkbox"/> 健康保険 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> その他()	
電話番号	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	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他()				
主介護者	続柄	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 電話	就労状況	健康状態	
キーパーソン	続柄	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 電話	緊急連絡先		

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③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⑩を作成して下さい。

身体・生活機能等

評価日 平成 年 月 日

起居動作	<input type="checkbox"/> 起き上がれる <input type="checkbox"/> 立ち上がれる <input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 介助が必要	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖無し <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 車いす
麻痺の状況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度	麻痺の部位	<input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 ()
視力	<input type="checkbox"/> 新聞等の字が見える <input type="checkbox"/> 目の前の物が見える <input type="checkbox"/> ほとんど見えない <input type="checkbox"/> 判断不能	眼鏡	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
聴力	<input type="checkbox"/> 日常生活に支障なし <input type="checkbox"/> 大声ならなんとか聞える <input type="checkbox"/> ほとんど聞えない <input type="checkbox"/> 判断不能	補聴器	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
意思の伝達	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 時々可 <input type="checkbox"/> ほとんど不可 <input type="checkbox"/> 不可	失語症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明
*認知症症状	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 幻覚・妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言・暴力 <input type="checkbox"/> 不潔行為	<input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 抑うつ・不安 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> その他()	
食事摂取	*食形態 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 嚥下障害食 <input type="checkbox"/> ミキサー *食動作 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	水分トロミ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
口腔	*口腔ケア <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	食事・水分制限	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
排泄	排尿介助 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 排便介助 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	義歯使用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 要アセスメント
衣服の着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	Pトイレ使用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時
入浴(保清等)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	オムツ使用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時
*特別な医療等	<input type="checkbox"/> 褥瘡 (応用ツール① 作成) <input type="checkbox"/> 皮膚疾患 (応用ツール⑫ 作成) <input type="checkbox"/> 認知症 (応用ツール② 作成) <input type="checkbox"/> 食事摂取困難 (応用ツール③ 作成) <input type="checkbox"/> 自動腹膜灌流装置 (応用ツール④ 作成) <input type="checkbox"/> 透析液供給装置 <input type="checkbox"/> 酸素療法 (応用ツール⑤ 作成) <input type="checkbox"/> 吸引器 <input type="checkbox"/> 輸液ポンプ <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 (応用ツール⑥ 作成) <input type="checkbox"/> 在宅自己注射(インスリン) (応用ツール⑦ 作成) <input type="checkbox"/> 経管栄養 (応用ツール⑧ 作成)	<input type="checkbox"/> 留置カテーテル (応用ツール⑨ 作成) <input type="checkbox"/> 自己導尿 (応用ツール⑩ 作成) <input type="checkbox"/> 腎瘻・尿管皮膚瘻 (応用ツール⑪ 作成) <input type="checkbox"/> ドレーン(部位:) <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 (応用ツール⑬ 作成) <input type="checkbox"/> 気管カニューレ (応用ツール⑭ 作成) <input type="checkbox"/> 人工肛門・人工膀胱 (応用ツール⑮ 作成) <input type="checkbox"/> 感染症 (応用ツール⑯ 作成) <input type="checkbox"/> リハビリテーション (応用ツール⑰ 作成) <input type="checkbox"/> 癌末期疼痛管理 (応用ツール⑱ 作成) <input type="checkbox"/> その他 (応用ツール⑲ 作成)	
在宅介護サービス等	<input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 訪問歯科診療 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問リハ <input type="checkbox"/> 通所サービス <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> 福祉用具 <input type="checkbox"/> その他()	服薬管理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
*介護上、特に注意すべき点等 ([有]の場合応用ツール⑲ 作成)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	*介護・看取りに関する本人・家族の意向等 ([有]の場合応用ツール⑲ 作成)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有

*認知症症状[無]以外は応用ツール②を、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③を作成下さい。

*服薬管理[自立]以外は応用ツール⑮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	

はこだて医療・介護連携サマリー【基本ツール】

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

利用者氏名 (ふりがな)	生年・性別等	<input type="checkbox"/> 明治年 <input type="checkbox"/> 大正年 <input type="checkbox"/> 昭和日生 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 (満歳)	生活保護	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 障害等認定	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 特定疾患 <input type="checkbox"/> 身障(級) <input type="checkbox"/> 精神(級)
現住所	住居	<input type="checkbox"/> 戸建(階) <input type="checkbox"/> アパート(階) <input type="checkbox"/> マンション(階) <input type="checkbox"/> 施設() ※エレベータ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	医療保険種類	<input type="checkbox"/> 健康保険 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> その他()	
電話番号	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)	障害高齢者日常生活自立度	認知症高齢者日常生活自立度	
同居家族	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他()	主介護者	続柄 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 電話	就労状況	健康状態
キーパーソン	続柄 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 電話			緊急連絡先	

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③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⑩を作成して下さい。

身体・生活機能等

起居動作	<input type="checkbox"/> 起き上がれる <input type="checkbox"/> 立ち上がれる <input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 介助が必要	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖無し <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 車いす
麻痺の状況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度	麻痺の部位	<input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 ()
視力	<input type="checkbox"/> 新聞等の字が見える <input type="checkbox"/> 目の前の物が見える <input type="checkbox"/> ほとんど見えない <input type="checkbox"/> 判断不能	眼鏡	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
聴力	<input type="checkbox"/> 日常生活に支障なし <input type="checkbox"/> 大声ならなんとか聞える <input type="checkbox"/> ほとんど聞えない <input type="checkbox"/> 判断不能	補聴器	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
意思の伝達	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 時々可 <input type="checkbox"/> ほとんど不可 <input type="checkbox"/> 不可	失語症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明
*認知症症状	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 幻覚・妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言・暴力 <input type="checkbox"/> 不潔行為	<input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 抑うつ・不安 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> その他()	
*食形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 嚥下障害食 <input type="checkbox"/> ミキサー	水分ロミ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
*食動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	食事制限	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
*口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	義歯使用	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不使用 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 義歯不要
排泄	排尿介助 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 排便介助 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	Pトイレ使用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時
衣服の着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	オムツ使用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時
入浴(保清等)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	*服薬管理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助

*特別な医療等

<input type="checkbox"/> 褥瘡 (応用ツール① 作成) <input type="checkbox"/> 皮膚疾患 (応用ツール⑩ 作成) <input type="checkbox"/> 認知症 (応用ツール② 作成) <input type="checkbox"/> 食事摂取困難 (応用ツール③ 作成) <input type="checkbox"/> 自動腹膜灌流装置 (応用ツール④ 作成) <input type="checkbox"/> 透析液供給装置 <input type="checkbox"/> 酸素療法 (応用ツール⑤ 作成) <input type="checkbox"/> 吸引器 <input type="checkbox"/> 輸液ポンプ <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 (応用ツール⑥ 作成) <input type="checkbox"/> 在宅自己注射(インスリン) (応用ツール⑦ 作成) <input type="checkbox"/> 経管栄養 (応用ツール⑧ 作成)	<input type="checkbox"/> 留置カテーテル (応用ツール⑨ 作成) <input type="checkbox"/> 自己導尿 (応用ツール⑩ 作成) <input type="checkbox"/> 腎瘻・尿管皮膚瘻 (応用ツール⑪ 作成) <input type="checkbox"/> ドレーン(部位:) <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 (応用ツール⑫ 作成) <input type="checkbox"/> 気管カニューレ (応用ツール⑬ 作成) <input type="checkbox"/> 人工肛門・人工膀胱 (応用ツール⑭ 作成) <input type="checkbox"/> 感染症 (応用ツール⑮ 作成) <input type="checkbox"/> リハビリテーション (応用ツール⑯ 作成) <input type="checkbox"/> 癌末期疼痛管理 (応用ツール⑰ 作成) <input type="checkbox"/> その他 (応用ツール⑱ 作成)
---	---

在宅介護サービス等

<input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 訪問歯科診療 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問リハ <input type="checkbox"/> 通所サービス <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> 福祉用具 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	*介護・看取りに関する本人・家族の意向等 (有)の場合応用ツール⑩ 作成 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
---	---	---

*認知症症状[無]以外は応用ツール②を、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③を作成下さい。

*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	記入者	作成日
電話	FAX	

この「連携サマリー」は医療と介護の円滑な連携を推進するために構成されています。各職種、各施設に於いては「診療情報提供書」や「看護添書」、「フェイスシート」等様々な様式が存在し活用されておりますが、必要に応じてこの連携サマリーと併用して頂ければ幸いです。この連携サマリーは、既存の様々な様式を制限するものではありません。

【情報共有ツール】はこだて医療・介護連携サマリー ツール一覧

① 基本ツール

② 付帯ツール

③ 応用ツール

応用ツール ①	褥瘡管理	検討中－函館中央病院
応用ツール ②	認知症患者管理	検討中－認知症疾患センター協議会
応用ツール ③	食事摂取困難患者管理	検討中－道南圏域在宅歯科医療連携室 等
応用ツール ④	自己腹膜灌流管理	校正中－情報共有ツール作業部会
応用ツール ⑤	酸素療法管理	検討中－函館市医師会病院
応用ツール ⑥	中心静脈栄養法管理	検討中－函館市医師会病院
応用ツール ⑦	糖尿病治療管理	校正中－函館市医師会病院
応用ツール ⑧	経管栄養法管理	検討中－函館市医師会病院
応用ツール ⑨	膀胱留置カテーテル管理	検討中－函館市医師会病院
応用ツール ⑩	自己導尿管理	五稜郭病院にて検討済み 校正中－情報共有ツール作業部会
応用ツール ⑪	腎瘻・尿管皮膚瘻管理	五稜郭病院にて検討済み 校正中－情報共有ツール作業部会
応用ツール ⑫	人工呼吸療法管理	五稜郭病院にて検討済み 校正中－情報共有ツール作業部会
応用ツール ⑬	気管カニューレ管理	五稜郭病院にて検討済み 校正中－情報共有ツール作業部会
応用ツール ⑭	人工肛門・人工膀胱管理	五稜郭病院にて検討済み 校正中－情報共有ツール作業部会
応用ツール ⑮	感染に関する管理	検討中－函館市医師会病院
応用ツール ⑯	リハビリ管理	検討中－函館市訪問リハビリテーション連絡協議会
応用ツール ⑰	緩和ケア情報共有シート	MOPN(南渡島地域包括緩和ネットワーク)「緩和ケア情報共有シート」活用予定
応用ツール ⑱	特記事項	校正中－情報共有ツール作業部会

平成 年 月 日

気管カニューレ管理連携ツール (応用ツール案：一例)

医師の包括的指示にもとづき、療養者の気管カニューレの管理内容を、情報提供します。

1.利用者氏名 _____ 2.主治医 _____

3.設置理由 _____

4.設置日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

5.自己管理能力（該当するものに○）

1) 自己管理可 2) 指導のみ 3) 指導および実施の一部補完 4) 全面的補完（代行）

その他特記事項

6.経口摂取 1) 可 2) 不可

7.医療器材（提供機関 _____）

カニューレの名称（ _____ ）

交換頻度（ _____ 週に _____ 回）

カニューレの数（ _____ 本）

カフ用注射器（ _____ ml _____ 個）

8.消毒薬・衛生材料（提供機関 _____）

滅菌綿棒（ _____ 本）

滅菌Yガーゼ（ _____ 個）

絆創膏（ _____ ）

消毒液（薬品名： _____ 本）

9.トラブル時の対処

1) カニューレ抜去時の対応方法

2) 呼吸困難時の対応方法

3) 緊急時の対応方法

10.期限 次回変更日まで

所属 _____

担当者 _____

研修概要書

名 称	第2回 函館市医療・介護連携多職種研修会
目 的	<ul style="list-style-type: none"> 平成29年4月から稼働する「函館市医療・介護連携支援センター」の機能と役割を理解する。 医療・介護の現場の実例を通じて、双方の立場や悩み、または負担となっていることを関係多職種間で共通認識し、切れ目のない医療・介護が必要な局面での、適切な連携のあり方について協議する。 関係多職種間の「顔の見える関係づくり」や率直な意見交換の場として、研修会終了後に懇親会を開催する。
共 催	函館市（函館市医療・介護連携推進協議会） 函館市医師会（函館市医療・介護連携支援センター準備室）
日 程	平成29年2月11日（土） 14:00～17:00（予定） ※ 研修終了後、職種を超えた交流を目的とした懇親会を予定
会 場	ホテル函館ロイヤル （函館市大森町16-9 電話26-8181）
司 会	道南訪問看護ステーション連絡協議会 会長 高畑 智子
テ ー マ	「切れ目がある医療・介護連携に焦点をあてる」
内 容	<ul style="list-style-type: none"> 講演「函館市医療・介護連携支援センターについて」 演者 函館市医療・介護連携支援センター準備室 相談員（医療ソーシャルワーカー） 高柳 靖 事例「シームレス化できなかった事例」 発表 函館脳神経外科病院 医療ソーシャルワーカー 阿部 綾子 グループワーク（最大30テーブル／8人掛け） ① 同職種グループ「専門職の視点で見える問題点と適切な連携のあり方」 ② 多職種グループ「多職種の視点で見える問題点と適切な連携のあり方」
参加対象	市内の医療・介護関係者
参加人数	約250名（見込）
参加費用	無料（懇親会参加費用は別途徴収 ※金額は3,500円程度）
関係者参考	<p>【函館市医療・介護連携推進協議会 多職種連携研修作業部会】 北海道医療ソーシャルワーカー協会 酒本 清一 部会長 函館市居宅介護支援事業所連絡協議会 中村 清秋 副部会長 函館歯科医師会 岩井 祐司 函館薬剤師会 水越 英通 北海道看護協会 北村 和宏 道南在宅ケア研究会 佐藤 静 函館地域医療連携実務者協議会 船山 俊介 北海道柔道整復師会 齋藤 久剛 函館鍼灸マッサージ師連携会 益井 基 函館市地域包括支援センター連絡協議会 京谷 佳子 函館市訪問リハビリテーション連絡協議会 寺田 昌弘 道南訪問看護ステーション連絡協議会 高畑 智子 道南地区老人福祉施設協議会 齋藤 禎史</p> <p>【函館市医療・介護連携支援センター準備室】 センター長 檜木 賢三、伊藤 正純、高柳 靖、佐藤 静、長谷川 奈生子、川村 芙美子</p>
備 考	アンケート実施

平成 29 年度研修計画について（案）

テーマ：「相互理解」

（視点）

医療と介護をシームレスに提供するためには、医療や介護の関係多職種が日頃からお互いに知り合っている顔の見える関係が重要である。

多職種が相互の機能の理解や役割分担を通じ連携するためには、どのような取組を行うことが必要と考えられるか。

また、その際、異なる職種間での相互理解を促進するためにはどのような手立てが有効と考えられるか。

① 医療・介護関係者に対する研修

(ア) 多職種連携研修

- ・ 各団体の協力を得ながら、関係多職種が幅広く参加する比較的大規模な研修。複数の会場での同時開催も検討
- ・ 「顔の見える関係」作りを目的として研修終了後に懇親会を開催
- ・ 内容に関しては、講義形式、参加型など要検討

(イ) 医療関係者への介護に関する研修，介護関係者への医療に関する研修

- ・ 職種を絞り，50人程度の比較的小規模な研修。複数回の実施検討

<医療関係者に対する研修の例>

- ・ 介護保険制度の概要，介護保険で提供されるサービスの種類と内容，ケアマネジャー等の業務，地域包括ケアシステムを推進するための取組 など

<介護関係者に対する研修の例>

- ・ 各医療機関が担う機能（病院機能など）の相違などへの理解 など

(ウ) センターの役割の周知・啓発

- ・ 上記(ア)または(イ)と組み合わせた実施を検討
- ・ 函館市における医療と介護の連携の現状と問題意識の解説
- ・ 連携におけるセンターの役割の解説
- ・ センター職員による説明（出前講座形式等での対応）

② 市民への普及啓発

- ・ センター職員による，在宅医療や介護サービスの連携の仕組みやルールに関する説明や講演（高齢者大学や「ふらっとDaimon」などの高齢者が参集する様々な生涯学習機会を活用）

「急変時の対応」が特に必要な患者・利用者のイメージについて

1 現行の救急医療体制と患者・利用者イメージ

分 類	対 応	主な結果
急性期		
重症（生命に危険が及ぶ患者）	三次救急 （救命救急センターなど）	入院
重症	二次救急	入院
軽症・中等症	初期救急・二次救急	入院または 帰宅
軽症	初期救急 （夜間急病センターなど）	帰宅

2 患者・利用者イメージに関する視点

- ・ 軽症には、症状の軽重に幅があり、二次・三次救急医療機関においては、重症でない患者は、入院の判断にならない。
- ・ 入院の判断にならず帰宅となるケースに関する介護サイドへのプレッシャーの存在。

3 今後の方向性

- ・ 軽症・中等症の在宅や施設の高齢患者に係る、状況に応じたスムーズな入院受け入れ体制の構築
- ・ これまで救急医療機関で「帰宅」と判断されていた救急患者について、帰宅後に急変するケースの発生を可能な限り避けるため、「入院し経過観察する」というような幅を広げた判断も可能となるような仕組み作り

高齢者の急変時の対応に関する体制の構築について

1 重要事項

- (1) 初期(夜間急病センターなど)・二次・三次救急医療機関の患者受入体制
- (2) 二次・三次救急医療機関において入院後、転院先となる協力医療機関の体制
- (3) かかりつけ医機能の一層の強化

2 患者受入体制

(1) 現行の体制

- ・ 救急医療体制により、初期(夜間急病センターなど)・二次・三次救急医療機関で受診
- ・ 入院した場合、経過を見て各医療機関の連携室機能により、在宅復帰・介護施設への受け渡しや、継続して治療が必要な場合の転院・転棟・転床を行う。

(2) 今後、医療・介護連携を視点に、拡充する受入体制

対象者：資料7のカテゴリーの患者

- ・ かかりつけ医(主治医)へ連絡し、指示を仰ぐ
- ・ かかりつけ医(主治医)の判断・指示のもとに、現行の救急医療体制を適用し、初期(夜間急病センターなど)・二次・三次救急医療機関で受診(対象者はオーバーナイト)
- ・ 各医療機関の連携室機能により、在宅復帰・介護施設への受け渡しや転院、転棟、転床を行うことを原則とし、対応困難な場合に、翌営業日に函館市医療・介護連携支援センターに連絡
- ・ センターは転院・転出先となる協力医療機関等に1週間以内の受入を目指す。

3 函館市医療・介護連携支援センターの役割

(1) 体制スタート前

ア 医療機関・介護事業所との協議・確認

- ・ 連携に関わる実務者レベルで、患者受入にあたってのルールや流れ、転院先となる協力医療機関の構築も含め協議・確認を行う。
- ・ 併せてこれまで連携がスムーズにできなかったケースなど、課題の把握を行う。

(2) 体制スタート後

ア 関係機関の相談支援

平成29年4月より体制をスタートし、各医療機関および介護事業所において医療・介護連携上の課題が発生したときは、「函館市医療・介護連携支援センター」が相談連絡を受け、関係機関と協働し解決に努める。

イ 市民への周知啓発・多職種連携研修の開催

高齢者向けの各種教室・講座等，様々な機会を通じ，在宅医療や救急医療体制などの啓発を行い理解普及に努めるとともに，多職種を対象とした研修会を開催し，急変時の対応を含めた医療・介護連携に関わるルールの確認など研鑽を深める。

急変時対応フローについて

1 対象者 資料7のカテゴリーに該当する以下の患者

- ・ 65歳以上の者
- ・ 40歳から64歳までの医療保険加入者（介護保険の第2号被保険者）で特定疾病により介護保険サービスを利用している者

2 基本的な考え方

- ・ かかりつけ医（主治医）へ連絡し、指示を仰ぐ
- ・ かかりつけ医（主治医）の判断・指示のもとに、現行の救急医療体制を適用し初期（夜間急病センターなど）・二次・三次救急医療機関で受診（対象者はオーバーナイト）
- ・ 基本的には各医療機関の連携室機能により、在宅復帰・介護施設への受け渡しや転院、転棟、転床を行うこととし、対応困難な場合に、翌営業日に函館市医療・介護連携支援センターに連絡・相談を行う
- ・ センターは転院・転出先となる協力医療機関・介護施設等に1週間以内の受入を目指す

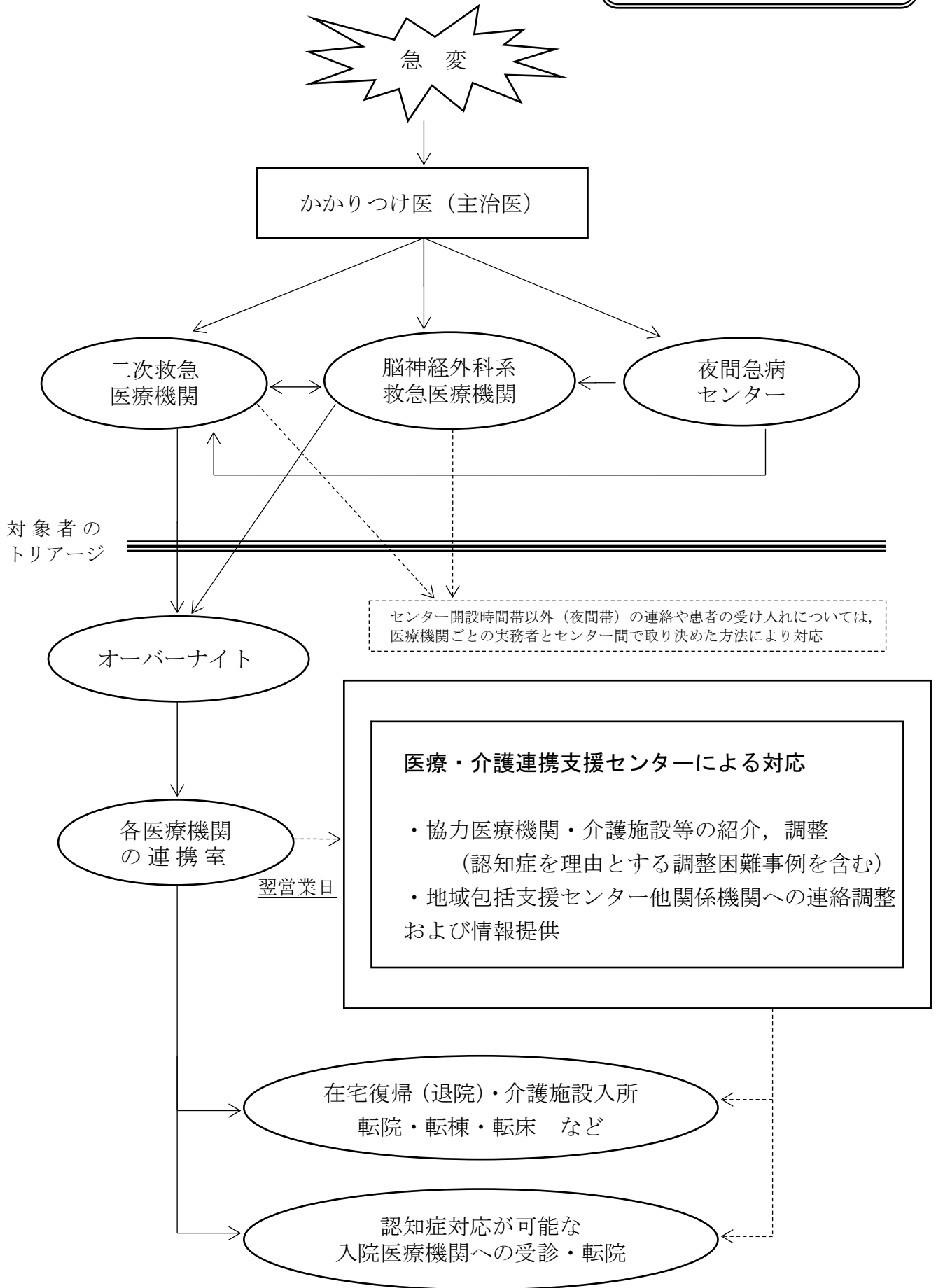
3 センター開設時間帯以外の対応について

- ・ 基本的にはオーバーナイト後の翌営業日の日中の開設時間帯にセンターへ連絡するフローであるが、開設時間帯以外（夜間帯）において、救急医療機関に空床が無くオーバーナイトが困難な場合など、必要やむを得ない場合のセンターへの連絡方法については、各救急医療機関や協力医療機関で救急対応や患者受け入れに関する医療機関内の様々な連絡体制があることから、個別の医療機関ごとの実務者とセンター間でその連絡方法について取り決めて対応する。

4 フローイメージ図 次ページ参照

(急変時対応フローイメージ図)

注：——→ 既存のルート
-----→ 拡充するルート



函館市医療・介護連携支援センターの概要

ア	オープン日時	平成29年4月1日（土）	8：30
イ	開設場所	函館市医師会病院内	
ウ	開設時間帯	月曜日から金曜日	8：30～17：00
		土曜日	8：30～12：30
エ	休業日	日曜日，祝日，年末年始（12／29～1／3） 函館市医師会病院開院記念日	
オ	スタッフ	センター長	檜木 賢三（函館市医師会病院副院長）
		管理者	伊藤 正純（函館市医師会病院事務部長）
		相談員	高柳 靖（医療ソーシャルワーカー）
		相談員	佐藤 静（医療ソーシャルワーカー）
		相談員	長谷川 奈生子（看護師）
		事務	川村 芙美子

カ センターの主な業務

- ① 医療・介護連携に関する相談支援
 - ・ 医療・介護関係者からの連携に関する相談対応
 - ・ 市民からの在宅医療などに関する相談対応
- ② 切れ目のない医療・介護の提供体制の構築
 - ・ 退院支援，日常の療養支援，急変時の対応，看取りなどの様々な局面に必要な仕組みやルールづくり
- ③ 地域の医療・介護の資源の把握
 - ・ 在宅医療・介護連携マップの提供と，資源の最新情報の収集および把握
- ④ 医療・介護関係者の情報共有の支援
 - ・ 情報共有ツールの作成と活用促進
- ⑤ 医療・介護関係者の研修
 - ・ 多職種連携研修の開催
 - ・ 市内の研修開催情報の一元化と提供
- ⑥ 市民への普及啓発
 - ・ 在宅医療に関する普及啓発として，講演活動およびリーフレット等の作成配付やホームページなどによる周知

キ リーフレットの作成と配付

ク ホームページ

- ① 公開時期 平成29年4月1日
- ② アドレス <http://hakodate-ikr.jp>
- ③ 「函館市在宅医療・介護連携マップ」 ～ 平成29年2月公開済

函館の在宅医療・介護の総合窓口

TEL:0136-43-3333

函館市医療・介護連携支援センター

平日8:30~17:00/土曜8:30~12:30/日曜・祝日休
〒041-8522 函館市富岡町2丁目10番10号 医師会病院内1

人生の最後まで
住み慣れた地域で
自分らしい暮らしを
続けられるように

函館市医療・介護
連携支援センターとは

お知らせ

研修情報

よくある
ご質問在宅医療・介護
連携マップ> エリア選択
> 当マップの使い方

どの施設をお探ししますか？

在宅医療

入院医療

薬局

介護
(居宅系)介護
(施設・居住系)

往診、訪問医療など、患者が在宅した状態で医療行為が受けられる医療施設を検索します。

函館市医療・介護連携支援センターとは

超高齢社会を迎えた函館市では、医療と介護のニーズを併せ持つ高齢者が増加しています。

こうした高齢者が住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、私たちは、退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取り等、様々な局面で包括的かつ継続的な在宅医療と介護が提供できることを目指しています。

このセンターは、函館市医師会が函館市からの委託を受け、平成29年4月に事業をスタートすることとなりました。

市民の皆様や医療・介護関係者の不安やお悩みへの相談窓口の運営をはじめ、地域の医療・介護資源の情報提供、医療・介護に関する各種研修会の開催など医療と介護の架け橋となれるよう業務を遂行してまいりますので、是非ご利用して頂きますよう、よろしくお願い申し上げます。

> センターについて

> 主な機能

> スタッフ紹介

> 交通アクセス

お知らせ

> [お知らせ一覧を見る](#)

> [活動報告一覧を見る](#)

> [研修会等一覧を見る](#)

函館市医療・介護 連携支援センター

TEL:0138-43-3939

FAX:0138-43-2030

〒041-8522 函館市富岡町2丁目10番10号

平日8:30~17:00/土曜8:30~12:30/日曜・祝日休み

関連サイト

[函館市医師会](#)

[函館薬剤師会](#)

[テキストテキストテキストテキスト](#)

[テキストテキストテキストテキスト](#)

[テキストテキストテキストテキスト](#)

[テキストテキストテキストテキスト](#)

ダウンロード

[サンプル1.pdf \(10KB\)](#)

[サンプル1.pdf \(10KB\)](#)

[サンプル1.pdf \(10KB\)](#)

[サンプル1.pdf \(10KB\)](#)

[サンプル1.pdf \(10KB\)](#)

[サンプル1.pdf \(10KB\)](#)

[お問い合わせ](#) | [サイトポリシー](#) | [サイトマップ](#) | [当サイトの使い方](#) | [よくあるご質問](#)

■ 函館市医療・介護連携推進協議会・部会 協議スケジュール

協議事項

協議会の開催	平成29年度												平成30年度以降(未定)	
	4月	第8回 5月	6月	7月	8月	9月	第9回 10月	11月	12月	1月	第10回 2月	協議会終了	(仮) センター運営委員会の設置	
在宅医療・介護サービスの情報共有による相談体制の構築														
ア 地域の医療・介護の資源の把握	○在宅医療・介護連携マップの公開, マップの情報更新												○マップの情報更新	
1 イ 医療・介護関係者の情報共有の支援	部会(必要の都度実施) ●情報共有ツールの協議 ●試行(デモ)運用開始 ●ICTの調査検討						部会(必要の都度実施) ●情報共有ツールの検証 ○本格運用開始						●情報共有ツールの検証, 更新	
ウ 在宅医療・介護連携に関する相談支援	○センター開設 ○相談支援業務開始						●相談支援業務の検証 ●連携課題の抽出と解決策の検討 ●平成30年度以降の運営体制の検討						●相談支援業務の検証 ●課題抽出と解決策の検討	
エ 地域住民への普及啓発	○センター開設の広報 ○リーフレット配布開始												【○講演活動やシンポジウムの開催などを通じた普及啓発を適時, 実施する。】	○普及啓発活動の実施
在宅医療・介護サービス提供体制の構築														
ア 医療・介護関係者の研修	部会(必要の都度実施) ○研修計画に基づき実施												●次年度に向けた研修計画を策定	○研修計画に基づき実施
2 イ 切れ目のない在宅医療・介護の提供体制の構築	部会 または 分科会(必要の都度実施) ●「はこだて入退院支援連携ガイド」の利用状況のモニタリングと内容の検証 ●「急変時の対応」の体制や仕組みの検証 ●「日常の療養支援」, 「看取り」の局面での連携支援にかかる取組の検討												●各局面の連携の体制や仕組みの検証	
ウ 関係市町との連携	【●他の市町から連携の協議依頼があった場合, 適宜対応する。】												●広域連携の検証	

注) ■■■■■...協議期間, 協議内容を示す。 ■■■■■...具体的な取組の実施を示す(協議会の協議状況により実施時期は柔軟に対応する)。 ●...協議事項 ○...実施事項