【部会長案】

名 称	平成28年度 第2回函館市医療・介護連携多職種研修会
目的	先進地の取り組みを学び、より良い医療・介護連携のあり方について議論を深め、当地域ならではの課題解決などの共有を図りながら、次年度以降の研修継続に向けた題材を抽出、さらには顔の見える連携の強化を目指す
テーマ	私たちの地域で何ができる?~先進地事例を通じて学ぼう~
内容	 北見市における医療・介護連携推進の取り組みに関する講演講師: 道東脳神経外科病院 副院長 関 建久氏 講演内容を通じて、当地域で出来ること・必要なことに関するグループワーク
参加対象	医療・介護関係従事者
参加人数	200~300名程度

【副部会長案】

名 称	平成28年度 第2回函館市医療・介護連携多職種研修会
目 的	医療と介護の連携に関するアンケート結果を踏まえ、当市に於いて解決すべき課題を整理したが、単に個々の病院内での連携がうまくいっておらず、外部と接触した際にそれが露呈されてしまっているケースや、退院に際しては、介護側(特にケアマネジャー)が関わるタイミングが非常に遅い場合が多く、退院後の在宅生活で支障が発生する状況がみられている。また、疾病や患者の於かれている環境が特殊で、連携が困難なケースも少なくないようだが、このようなケースは一概にこうすればいいという事にはならず、今後も何かしらの不都合が発生するものと想定できる。そこで、本研修会では、一般的な疾病から要介護状態に陥ってしまうケースに着目し、疾病ごとに大筋の対応と医療と介護の連携の在り方を確認し合い、ルール化に向けた取り組みがなされるよう支援する
テーマ	より良い連携を目指して(連携のメカニズム)
内容	【講義1】 Ⅰ. 院内(職場内)での連携を良くするために Ⅱ. 医療機関のみの連携 ①急性期や回復期・療養型・クリニックなどの医療機関同士の連携に関して、いつ、だれが、どこで、どのように行っているのか現状を知る ②複数の診療科を受診されている患者に関して、同一院内または病院とクリニックなどとの連携に、どのように関わっているのかを知る Ⅲ. 医療機関と介護事業者の連携(医療と介護の連携が必要となる場合の整理) ①医療が先行し介護が関わってきた場合 ・糖尿病で何年も通院されていたが、状態が悪化し介護が必要となり、介護保険サービス利用に繋がった ②介護が先行し医療が関わってきた場合 ・介護保険サービスは利用していなかったが、冬期間の除雪サービスや地域支援事業などに参加されていたが、疾病により病院通いが始まり、食事や入浴にも支障が及び介護保険サービスを利用するようになってしまった。 ③医療と介護同時に関わる様な場合 ・普段病院通いなんでしたことがなかったのに、自宅で転倒し骨折してしまい、介護が必要になってしまった。・認知症が進行し、精神科受診と介護サービス利用が同時に始まった。 【グループワーク】 要介護状態に陥りやすい一般的な疾病ごとに、医療の関わりはどうなっているのか?また、介護が必要になった時にどのような関わりはどうなっているのか?また、介護が必要になった時にどのような関わりはどうなっているの病ごとに時系列で患者の状況を示し、医療機関の対応や介護サービスが関わる場面での対応など、具体的に理想的な対応はどうあるべきかを医療介護分野の多職種が一同に集まって考える。 ①単に一つの病院・施設での連携についてはどうあるべきか? ②医療機関同士の連携は果たしてうまくいっているのか? ③医療機関と介護事業者の連携はどうあるべきか? (主治医とケアマネの果たすべき役割について) 【講義2】 『函館市医療・介護連携支援センターの果たすべき役割について』
参加対象	医療・介護関係従事者
参加人数	1,000名程度

【幹事案】

名	称	平成28年度 第2回函館市医療・介護連携多職種研修会
目	的	広範な職種を対象とした研修 ・函館市医療・介護連携支援センターのアナウンス ・医療・介護の連携が困難な点の問題抽出と相互理解 ・研修会後の懇親会の開催
テ -	ー マ	「切れ目がある医療・介護連携に焦点をあてる」
内	容	【テーマ】切れ目がある医療・介護連携に焦点をあてる ・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・介護の現場で起こっている実例を通して、双方にとって難渋していることや負担となっている現状を認識し、切れ目のない医療・介護連携の推進に際して、『函館市医療・介護連携支援センター』が担う具体的な支援の内容をイメージする 【講 義】函館市医療・介護連携支援センターについて ・函館市保健福祉部 医療・介護連携担当 ・函館市医療・介護連携支援センター職員 【事例報告・グループワーク】 多職種それぞれの立場から事例の問題点や課題と考えられることをグループで検討し発表する ・○○病院 MSW ・介護○○施設 ケアマネージャー ≪ 想定事例 ≫ ・80代女性(認知症、誤嚥性肺炎) ・函館市在住、40代の長女と二人暮らし ・肺炎でA病院に入院していたが、急性期治療は終了しリハビリ目的でB病院へ転院することになった ・転院2か月後、B病院より介護施設(グループホーム)へ入所となる ・入所後まもなく薬が無くなるとのことで、A病院へスタッフと供に予約なしで外来受診した ・施設側としては、B病院退院時に今後は紹介元のA病院を受診するよう指示を受けたとのこと
参加対象		医療・介護関係従事者
参加人数		200~300名程度