

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 第7回会議

日時：令和2年2月10日（月）19：00～
場所：函館市医師会病院 5階講堂

【次第】

1 開 会

2 議 事

○報告事項

- (1) はこだて入退院支援連携ガイドを活用した研修会報告（資料1, 2）
- (2) はこだて入退院支援連携ガイドに係るアンケート調査報告（資料3）

○協議事項

- (1) はこだて在宅療養支援ガイド（案）について（資料4）

3 その他

- (1) 次回の部会日程について

4 閉 会

【配付資料】

- 1 R1.10.10 はこだて入退院支援連携ガイドを活用した研修会 GW模造紙まとめ
- 2 R1.10.10 はこだて入退院支援連携ガイドを活用した研修会 アンケート集計結果
- 3 R1.12 「はこだて入退院支援連携ガイド」に係るアンケート調査 集計結果
- 4 「はこだて在宅療養支援ガイド素案」

**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 第7回会議 出席者名簿**

※★…部会長および副部会長 ●…分科会長 ○…幹事

(敬称略)

分野	所属団体	連携ルール作業部会（退院支援分科会）	
		氏名	勤務先等
医療	公益社団法人 函館市医師会	(★部会長 恩村 宏樹) ※欠席	
		○佐藤 静	函館市医療・介護連携支援センター
	一般社団法人 函館歯科医師会	高見 浩	タカミ歯科クリニック
	一般社団法人 函館薬剤師会	高橋 正治郎 ※欠席	あおぞら薬局 日吉店
	公益社団法人 北海道看護協会 道南南支部	白川 一美	医療法人社団 函館脳神経外科病院
	道南在宅ケア研究会	鈴木 幸子 ※欠席	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 退院サポート室
	函館地域医療連携実務者協議会	(★副部会長 亀谷 博志) ※欠席	
	奥山 ちどり	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 入退院支援室	
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	岩城 朋美	医療法人道南勤労者医療協会 道南勤医協 函館稜北病院	
介護	函館市居宅介護支援事業所連絡協議会	高橋 淳史 ※欠席	指定居宅介護支援事業所 社会福祉法人函館共愛会 共愛会病院
	函館市地域包括支援センター連絡協議会	●分科会長 福島 久美子	函館市地域包括支援センター こん中央
	函館市訪問リハビリテーション連絡協議会	岩崎 祐介	通所リハビリテーション 医療法人道南勤労者医療協会 道南勤医協 函館稜北病院
	道南訪問看護ステーション連絡協議会	(★副部会長 保坂 明美)	
		高橋 陽子	訪問看護ステーション ケンゆのかわ
道南地区老人福祉施設協議会	山石 卓弥 ※欠席	特別養護老人ホーム 社会福祉法人函館共愛会 愛泉寮	

R1.10.10 はこだて入退院支援連携ガイドを活用した研修会 GW模造紙まとめ

【1G】

- ・サマリー入院時に記載している、ひと手間。(院内で記載するには無理)
- ・病院在宅の共有するタイミングが難しい。
- ・サマリーは字が小さいのでファックスにすると字がつぶれている。
- ・Dr. によって対応や考えも違うのでそれによりけり。
- ・病棟看護師とMSWのスクリーニングが違っているときがある。
- ・CMと直接会って情報共有したい。
- ・医療処置がある場合は訪看へ直接依頼したい。
- ・入院直後はCMから連絡をするタイミングがわからない。加算の関係で会って持ってきてもらうため？
- ・ENT時だけではなくHP, 在宅の情報共有の場を持てるといい。

【2G】

- ・連携サマリーについて、ジェノグラム等に時間はかけず、生育歴、生活歴等を丁寧に。是非伝えたいことは赤字で書くと良い。
- ・転院等ワンクッションあるときは事前に教えてほしい。

【3G】

- ・つつい聞きたいことをある程度まとまったところでまとめて連絡する。
- ・MSWから濃い情報がある。(経済状況, 家族状況, 介護力)
- ・病棟ナース→大声 OP後落ち着くと生活リズムが整い, せん妄も落ち着く。
- ・CM→早い段階でデータが欲しい。「あさって退院」あたりで連絡が来る, 最悪。
- ・訪看→認知の状態が知りたい。 装具がどうのこうのよりお薬情報。
- ・事例があったので事例の話になった。事例がなくても話はできたし広がったと思う。
- ・退院カンファしたとき本人家族の状況がまるっきり違う。「これもできるあれもできる」全く違い, 正しい情報ください。
- ・物品は前の日にください。
- ・CMも積極的にHPへ声掛けをする。

【4G】

- ・何か問題がなければ関わらない。
- ・定期通院に来ないなど外来から連絡があり市役所へ問い合わせ。
- ・在宅側からHPへは窓口に悩む。(連携室, 直接外来)
- ・CM選定→実際は退院間際。自宅で初めて顔合わせが実情。

【5G】

- ・病院が欲しい情報を言ってほしい。
- ・連携サマリーの活用だが, 打ち込み時間手間がある。
- ・連携サマリーは病棟に届いている? 中身見てくれているか。
- ・退院の情報が欲しい。
- ・情報, スクリーニング時には使用したい。
- ・情報, ダブってくることも。戸惑う。
- ・介護側から医療側へやっぱり苦手。(昔から)
- ・Dr. の理解などだいぶ良くなってきたかな。
- ・家屋調査誘って欲しい。
- ・退院許可が出ない前は早すぎる。タイミングがずれる。

【6G】

- ・訪看ではこのサマリーを使っている。使っている病院にはサマリーを送っている。
- ・情報ツールを使っても帰ってこない。病院「知らないよ」。
- ・入力したサマリーを医療・介護連携支援センターで閲覧できる仕組みがあればいつでもどこでも情報を得ることができる。⇒その為には医療介護共有ツールとしてみんなが使う必要あり。
- ・病院によっては対応がまちまち、入院時点で退院支援をMSWと上手に調整が必要。

【7G】

- ・病院側は自宅で元気だった時の情報がCMから欲しい。
- ・病院側からの伝え方。顔の見える関係性を作る。
- ・医療看護師が退院カンファレンスの重要性を理解していない。
- ・暫定で利用できることを医療従事者は知らない。
- ・入院時にカンファレンスをしてほしい。(家族介護力を伝えることができる。知らないうちの退院を防げる)
- ・医療用語がわからない。(ポイントを知りたい)
- ・往診を紹介してもらいたい。
- ・退院準備のため早めに連絡がほしい。
- ・相談員の対応が病院によって違う。
- ・病院内の連携が良くない。
- ・直前になって「できない」と言われた。
- ・共有に時間がかかる。
- ・サマリーの量が多い。入院時の経過がわかる書式が良い。
- ・日ごろの付き合いが大切。

【8G】

- ・情報の書式が違う。

【9G】

- ・家族→通所サービスには迎えに来るから連絡しケアマネには連絡しない。通所サービスからCMに連絡がないことがある。
- ・CMが家族とあまり連絡を取り合っておらず、家族の連絡先を知らないこともある。
- ・普段の外来受診で退院後の事を伝えるのは有効かも。
- ・保険証、病棟では確認しない。CM発見につながっていないこともあるのではないか。
- ・在宅施設は入浴、リハビリの禁止指示ははっきりしてほしい。病院側は数値だけでは決められないというため、ギャップがある。

R1.10.10 はこだて入退院支援連携ガイドを活用した研修会 アンケート集計結果 分析

n = 47 (回収率 90.4%)

1. 所属機関をお聞かせください。

・病院	19	(40.4%)
・診療所	0	(0.0%)
・訪問看護事業所	10	(21.3%)
・地域包括支援センター	10	(21.3%)
・居宅介護支援事業所	8	(17.0%)

2. 現在、従事されている職種をお聞かせください。

・保健師	1	(2.1%)
・看護師	20	(42.5%)
・リハビリスタッフ	0	(0.0%)
・相談員	13	(27.7%)
・ケアマネジャー	13	(27.7%)

3. 研修会を受講し、医療・介護関係者の相互理解は深まりましたか？

・深まった	41	(87.2%)
・どちらともいえない	5	(10.7%)
・あまり深まらなかった	0	(0.0%)
・無回答	1	(2.1%)

【ご意見等】

- ・職種が違くと今までにない気づきがありました。
- ・ケアマネ側の思いや病院側の思いを知れました。
- ・各機関職種の声を直接聞くことができ良かったです。
- ・ケアマネ、訪看がダブって同じ情報をサマリーに書いている。お互い欲しい情報を明確にしてほしい。
- ・他職種の方が必要としている情報や知らなかった活動内容等日ごろの思いやジレンマ等に触れ話し合うことができたと思い、良かったです。
- ・GWは盛り上がった。あっという間に時間が過ぎました。まだまだ話し足りないくらいでした。
- ・つぶやきが多く出たので見てほしい。
- ・互いにやってほしいことや欲しい情報について理解できた。
- ・各業種の方との意見交換で日ごろの疑問が解消できて良かった。
- ・訪看や病棟看護師がいて日ごろ聞けないことが聞けて面白かった。連携を深めるため活動していること、考えていることが把握できた。
- ・居宅、訪看、MSW、地域包括の役割を知ることができた。
- ・他職種協働にはそれぞれの立場を理解する、欲しい情報は異なることもあるという理解もとても大切だと思います。ひと昔前に比べて随分相互理解が深まっていると実感しています。
- ・1時間では深まらない。

- ・GWにおいて介護側(在宅)は病院の仕組みやMSWの立場など理解したうえでより良い支援に向けての意見を出すのが、グループ内MSWからは「できない理由」についての返答が多く正直「連携は無理だな」と感じてしまう。もっと前向きな討論ができると良いと思いました。
- ・理解を深めるための第1歩だと思います。
- ・訪問看護やケアマネが必要と思っている情報がわかった。

4. 今回のようなガイドを使った研修会を続けてほしいですか？

・続けてほしい	44	(93.6%)
・どちらともいえない	2	(4.3%)
・続けなくても良い	0	(0.0%)
・無回答	1	(2.1%)

【ご意見等】

- ・ガイドで認識を統一できるとより良い支援につながると思うので。
- ・機会があれば参加したいと思いました。
- ・連携ツールを活用することは必要があるが、それぞれのやり方(サマリー等)もあり色々なツールがあるのもひと手間。それぞれの役割を理解して使えるともっと有効的に使えるのではないか。在宅を見据えた支援を検討するときに入院中にもう少し関わる担当者の情報共有できる場があると良いのではないか。全体を通して顔の見える関係であることも連携という部分ではとても重要だと思う。
- ・まだ考えている以上に立場の違いでずれがあることがわかったので、上手な使い方を学びたい。
- ・リハ職が出席しても面白いかも。
- ・病棟看護師の方や訪問看護師等日ごろ話をなかなかできない方とのGWは面白い。
- ・病院の都合等がわかり勉強になりました。
- ・ヘルパーさんの参加もあれば良いと思います。
- ・病院看護師なので多職種との関わりを持つために続けてほしいと思う。
- ・出たことのない事業所、病院にこそ参加していただきたい。
- ・看護サマリーをすべてこの基本ツールにする取り組みをしてほしいです。
- ・研修GW中にガイドを確認する時間を取れるととても良いと思います。
- ・もっとCMが出席できていたらと思いました。

5. 今後、どのような内容の研修会を希望されますか？

【ご意見等】

- ・地域包括連携について。
- ・病院機能の紹介の場を作る。(お互いを知る)
- ・多職種で意見交換できるもの。
- ・同様の内容で看護師も病棟師長、主任などの出席がもしあるともう少し医療職内でも普及するのかもと考えます。内容は同じで大丈夫だと思います。
- ・事例検討。
- ・事例を通して具体的な話ができたと思います。
- ・症例検討、報告等。
- ・今回初めてこのツールを知りました。様々な情報が入っており使いやすいので函館のどの施設でもこの用紙を使うような、もっとこのツールを広めるような研修を希望。
- ・リハビリ、病棟看護師も含めた研修(Dr. も)今回同様にGWを複数回行うなど。

6. その他、ご意見等ございましたらお書きください。

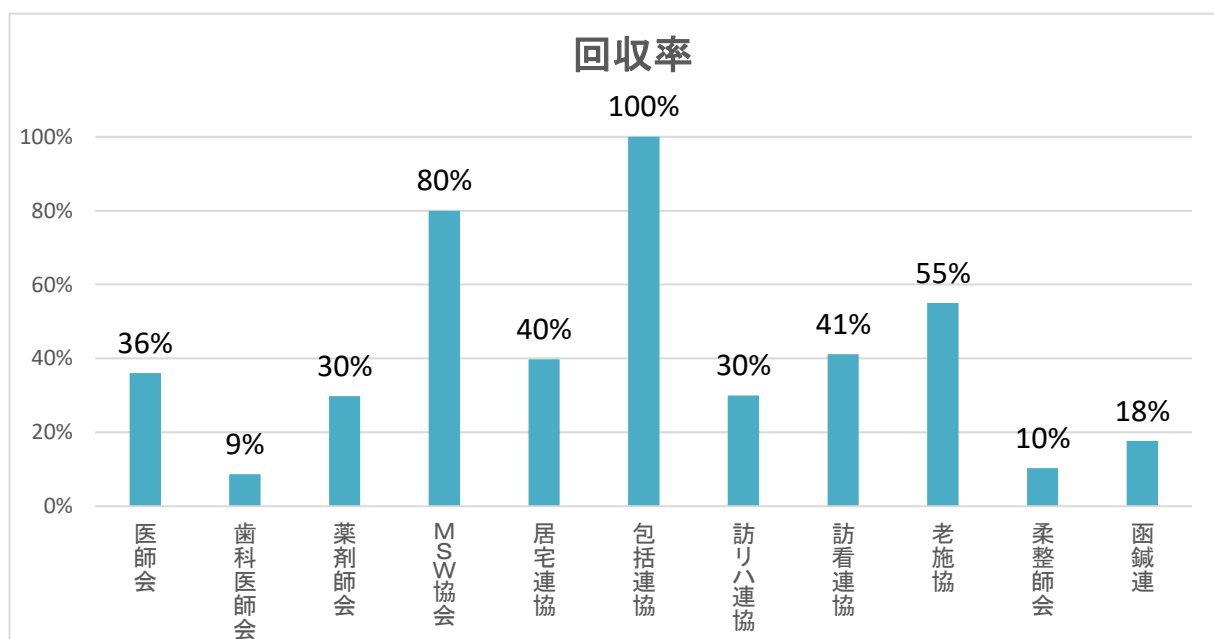
- ・運営お疲れさまでした。
- ・出席メンバーの固定化(マンネリ化)があるような気がします。続けていくのは決して悪いことではないです。ある程度人数がいる機関や部署の方々への案内時には「出たことが無い方」「前回とは別の方」と条件を付けるのも面白いかも知れません。②参加者に「ガイドを使っての連携について」「普及のために自分たちの立場でやれること」等グループワークを試してみるのも面白いかもしれません。
- ・他職種で話ができて良かったです。
- ・ファシリテーターとして参加させていただきました。大変勉強になりました。ありがとうございます。
- ・時間が少し短かったです。
- ・実りある研修ありがとうございます。準備から開催にかけて大変お疲れさまでした。
- ・顔の見える関係づくりもできた。MSWとのつながりを深めたい。
- ・時間外ではなく時間内の開催を希望。可能なら土曜日の午前とか。
- ・他の職種の方々とお話しできることが良かったです。

連携ルール作業部会 退院支援分科会

「はこだて入退院支援連携ガイド」に係るアンケート調査 集計結果 R1.12

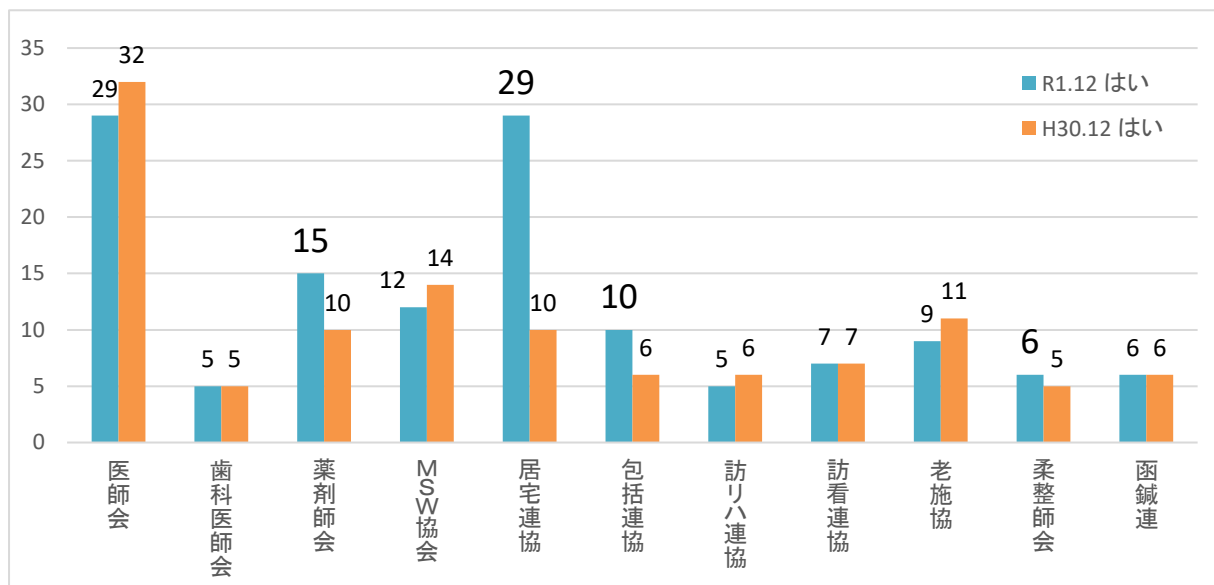
1. 貴所属機関等についてお聞きします

	R1.12			H30.12
	配布件数	受取件数	回収率	受取件数
医師会	175	63	36%	54
歯科医師会	127	11	9%	9
薬剤師会	114	34	30%	13
MSW協会	15	12	80%	15
居宅連協	78	31	40%	10
包括連協	10	10	100%	6
訪リハ連協	20	6	30%	7
訪看連協	17	7	41%	7
老施協	20	11	55%	11
柔整師会	58	6	10%	5
函鍼連	68	12	18%	9
	702	203	29%	146



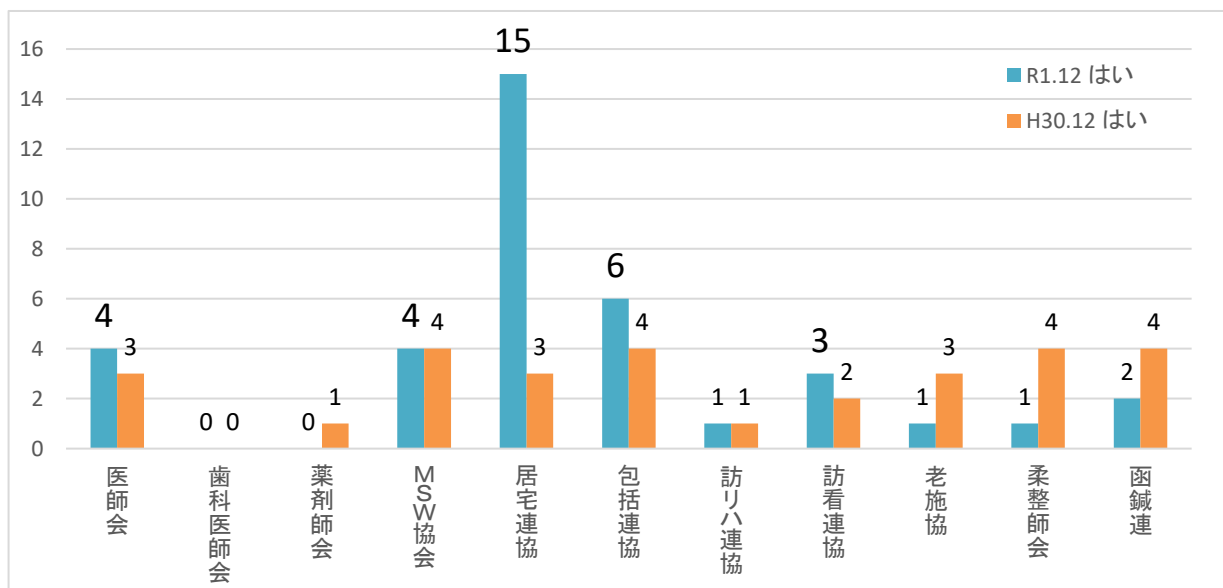
2. 貴所属機関等では、「はこだて入退院支援連携ガイド」（以下「連携ガイド」と表記）をご覧になったことがありますか

	R1.12		H30.12	
	はい	いいえ	はい	いいえ
医師会	29	34	32	22
歯科医師会	5	6	5	4
薬剤師会	15	19	10	3
MSW協会	12	0	14	1
居宅連協	29	2	10	0
包括連協	10	0	6	0
訪リハ連協	5	1	6	1
訪看連協	7	0	7	0
老施協	9	2	11	0
柔整師会	6	0	5	0
函鍼連	6	6	6	3
	133	70	112	34



3. ア 日常業務において「連携ガイド」を活用する機会がありますか

	R1.12			H30.12	
	はい	いいえ	活用率	はい	いいえ
医師会	4	25	14%	3	29
歯科医師会	0	5	0%	0	5
薬剤師会	0	15	0%	1	9
MSW協会	4	8	33%	4	10
居宅連協	15	14	52%	3	7
包括連協	6	4	60%	4	2
訪リハ連協	1	4	20%	1	5
訪看連協	3	4	43%	2	5
老施協	1	8	11%	3	8
柔整師会	1	5	17%	4	1
函鍼連	2	4	33%	4	2
	37	96	28%	29	83



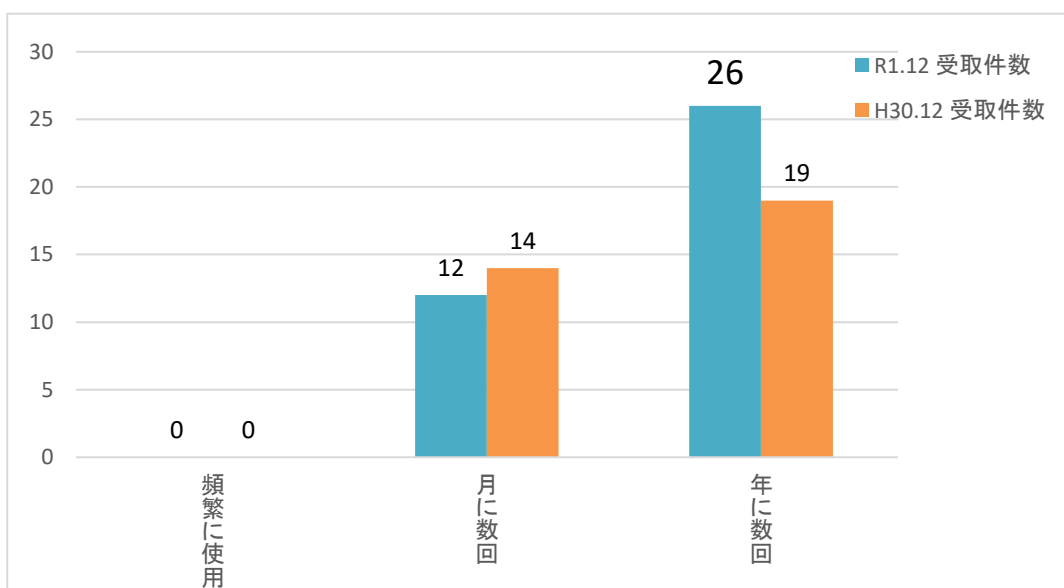
- 機会がなかった 24件
- 既存の業務に沿って、対応しているため活用していない 4件
- 連携について特に支障なく対応できているため
- 入退院支援にかかわらない 4件
- 現在、機会はないが、今後活用したい 3件
- 入院ベッドを置いていないこと 2件
- 連携先が決まっている 1件
- 最初に隅々まで拝読した（周知している） 2件
- こちらで活用しなくてもケアマネジャーがうまくやってくれる 1件
- 入退院については院内別部署が担当しているため 1件
- 入院後各病棟のSWがスムーズな介入をしているため 1件
- 大切なことは書かれていると思うが日々の業務内で活用するほど身近なものとなっていない 1件

4. イ どのような機会に活用していますか

- ・入退院連携が必要なケース支援時に確認 11件
- ・カンファレンスなどで使用している 5件
- ・職員研修や実習生の受け入れ時の参考資料として 4件
- ・患者さんの御家族から相談（入退院支援に関する）があったとき 3件
- ・自己学習（入退院支援の場면을イメージする、他職種の理解など） 2件

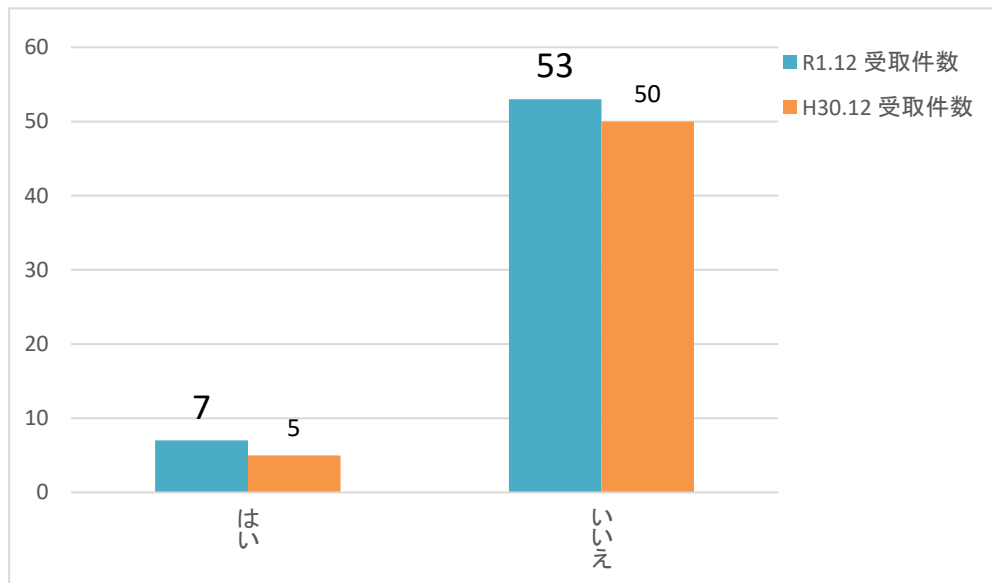
5. ウ どのくらいの頻度でお使いですか

	R1.12		H30.12	
	受取件数	割合	受取件数	割合
頻繁に使用	0	0%	0	0%
月に数回	12	32%	14	42%
年に数回	26	68%	19	58%
	38		33	



6. 「連携ガイド」の内容について、見直しが必要と思われますか

	R1.12		H30.12	
	受取件数	割合	受取件数	割合
はい	7	12%	5	9%
いいえ	53	88%	50	91%
	60		55	



- 新たな情報や改正時には必要。余談ですが医療ソーシャルワーカーのイラスト顔が見た目嫌です。
- 医療機関側が在宅側（ケアマネ）から情報を頂く際、電話、FAXの情報提供方法ですと正直なところあまりメリットはありません。ケアマネに来院していただいて対面で情報提供いただくことで、はじめて加算算定できます。ガイドやルールで考慮いただきたいです。
- 在宅・施設のスタッフに薬剤師を加えていただくと在宅に薬剤師が関わっていることが少しでも認知されると思いますのでご検討していただければ幸いです。
- どんな時に利用または勧めるのかわからない。
- 退院時はいいのですが、転院の問題も取り込んで欲しい。
- 場所によってどこの包括センターか分かれば良いと思う。
- 必要時には使用させていただきたく存じます。
- 文字が多い印象～専門職同士が活用するものなので省けるところが多くあると思います。フローチャートが見にくい。フローチャートを工夫すると文字数を減らせるのかと思います。

イ どのような機会に活用していますか

意見等

患者さんに御家族の入院後の事について相談頂いた際に。
当施設で作成することはないが、新規利用時の情報提供として連携ガイドを受けとっている。
退院時の情報としてもらう
フローチャートや退院支援における連携のあり方に参考にさせていただきました。
居宅内及びサービス事業間まで家族等への説明などに活用しています。
退院時の流れの確認等
入他院時、カンファレンス時等
家族等への情報提供
入退院される利用者さんがいるとき
入退院の際に活用しています
入他院支援、医療・介護の連携等の研修の時に活用しています
入退院支援が必要な方が発生した場合
入院時の情報提供や訪問看護等医療系サービス依頼の時
入院時
入退院支援が必要な方が発生した場合の手引きとして
連携のための基本的なマナー等をガイドを活用し研修しております。
少しでも地域のためになればと参考にしております
入退院のタイミングで関わる事が無い為
今後活用する機会があれば使っていこうと思っています。宜しくお願い致します。
医療と介護の連携推進のための基本マナーを読み、在宅で多職種の方々とお会いする時に役立てています。
転院や退院支援等
カンファレンス時確認
在宅医療や入院医療の検索や研修情報収集のため
退院調整の手引きとして
入退院支援が必要な方が発生した場合の手引き
入退院時
退院前カンファレンスのタイムテーブル例を参考にします。
包括支援センターへの連絡時に使用
カンファレンス準備に参考になっております。
利用者が入退院する際
研修の紹介など、GWに使用
新規依頼時の情報提供や退院時のサマリー、情報提供時
事業所職員の啓発
自身の入退院支援の調整時に確認しています。また、職員から相談をうけた際に活用しています。
特にフローチャートを参考にしています。
研修会・退院ケースがあるとき
実際の支援時ではなく確認や検証に活用している。
各病院の退院時の連携方法を確認させていただいています退院時の流れ、退院時のカンファレンス
退院カンファレンス
実習生の指導時
ケアマネへの引継ぎや退院時

意見等

アセスメントとして使用することを習慣にすれば良いと思うのですが、ソフトに入っているものを使ってしまいます。来年度の課題にしたいと思います。

新たな情報や改正時には必要。余談ですが医療ソーシャルワーカーのイラスト顔が見た目嫌です。

医療機関側が在宅側（ケアマネ）から情報を頂く際、電話、FAXの情報提供方法ですと正直なところあまりメリットはありません。ケアマネに来院していただいて対面で情報提供いただくことではじめて加算算定できます。ガイドやルールで考慮いただきたいです。

在宅・施設のスタッフに薬剤師を加えていただけると在宅に薬剤師が関わっていることが少しでも認知されると思いますのでご検討していただければ幸いです。

どんな時に利用または勧めるのかわからない！

退院時はいいのですが、転院の問題も取り込んで欲しい

連携サマリーになるのですが、内容を少しまとめていただいて、基本ツールを中心にもう少し大きく見やすくして頂けると助かります。

場所によってどこの包括センターに分かれば良いと思う

必要時には使用させていただく存じます

項目数を最小限度にする

文字が多い印象～専門職同士が活用するものなので省けるところが多くあると思います。フローチャートが見にくい。フローチャートを工夫すると文字数を減らせるのかと思います。

医療と介護の連携を支援する

はこだて在宅療養支援ガイド（案）



令和 〇〇年 〇〇月

函館市医療・介護連携推進協議会

はじめに

平成29年4月「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 退院支援分科会では、入退院時以外の日常の在宅療養の場面で、医療・介護、それぞれの専門職の連携がより円滑となるよう、別冊「在宅療養支援ガイド」を作成させていただきました。

通院治療や在宅療養は、入院治療と比較し「できるだけ普段通りに近い日常生活を送りながら治療を受けることができる」といったメリットがあります。しかし、支援者から寄せられる相談の多くは、『日常の療養生活を送るうえでの悩み事』となっています。

ここでは、通院治療含め在宅療養されている方の不安や困りごとの解決に向け、私たち専門職が医療と介護の連携で行えること、そして、知っていたら便利な相談窓口等をこの1冊にまとめています。しかし、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ることで広くいきわた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や見直し等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、評価を頂けるものに育てていきたいと思っておりますので、ご協力の程宜しく申し上げます。

このガイドブックにかかわる方々

本ガイドブックは函館市の介護保険事業計画の医療・介護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

- ・在宅で療養している65歳以上の方やご家族
- ・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
- ・ケアマネジャー ・地域包括支援センター ・訪問看護 ・ヘルパー ・歯科医師
- ・歯科衛生士 ・薬剤師 ・鍼灸師 ・柔道整復師 ・栄養士
- ・住宅型居住施設の担当者 ・相談員 ・介護職員 ・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）

● 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
- 3 時期別対応
 - (1) 健康な時期・・・・・・・・・・・・・・・・・・5
 - (2) 通院中・・・・・・・・・・・・・・・・・・12
 - (3) 入院前・・・・・・・・・・・・・・・・・・22
 - (4) 入院中・・・・・・・・・・・・・・・・・・26
 - (5) 訪問診療中・・・・・・・・・・・・・・・・・・27
 - (6) 終末期・・・・・・・・・・・・・・・・・・29
 - (7) その他・・・・・・・・・・・・・・・・・・30
- 4 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－（情報共有ツール）」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。

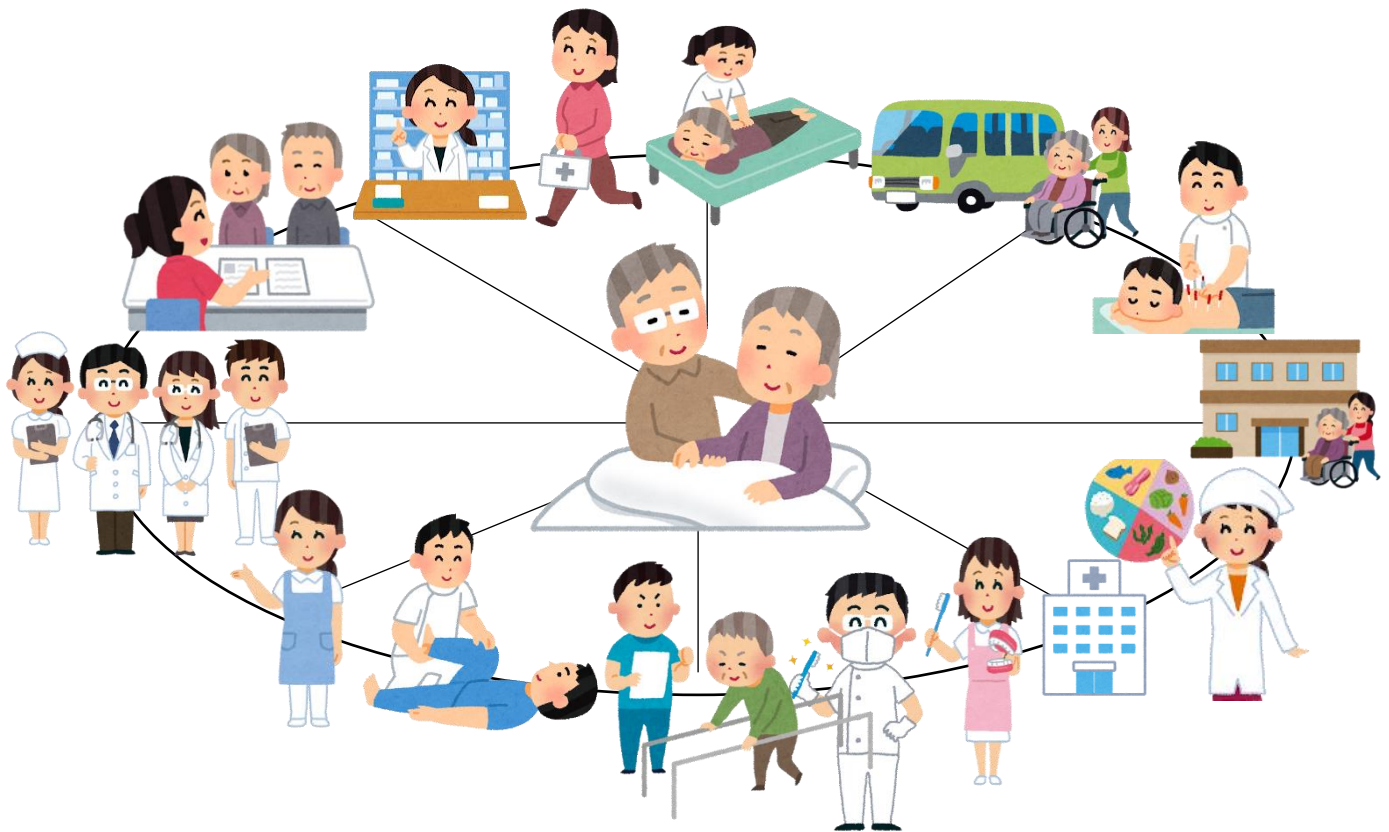
多職種対象の研修(函館市医療・介護連携支援センターHP <http://hakodate-ikr.jp> 参照)などに積極的に参加し交流することで、多職種の「顔」や「人となり、背景」を知ることができます。そこで得た人脈を職場に持ち帰って生かすことで、お互いに手応えのある連携の可能性が高まります。

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、さらに時期別に下記の表へまとめています。詳細については指定のページをご覧ください。

	<div style="border: 1px solid red; border-radius: 10px; padding: 5px; display: inline-block;">医療側</div> 	<div style="border: 1px solid blue; border-radius: 10px; padding: 5px; display: inline-block;">介護側</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) 病床機能の仕組みはどうなっているの？(P10)
(2) 通院中	<ul style="list-style-type: none"> 在宅療養に関わる専門職と役割を知りたい。(P12) ケアマネジャーとの連携はどう図る？(P13) 	<ul style="list-style-type: none"> 医療機関との連携はどう図る？(P18) 病院の相談窓口がわからない。(P18) 病院への苦情窓口は？(P20) お薬についての相談は？(P20) 認知症が疑われる場合は？(P21)
(共通課題)		
<ul style="list-style-type: none"> 通院の車がなくて困っている方がいる。(P14) 身よりの無い方への支援方法は？(P15) 生活困窮者への支援方法は？(P16) 訪問看護を利用したい。(P17) 		
(3) 入院前	<ul style="list-style-type: none"> 急変時の対応について知ってもらいたい。(P22) 	<ul style="list-style-type: none"> 急変を防ぐためにできることって？(P24)
(共通課題)		
<ul style="list-style-type: none"> どんな情報を提供するといいの？(P25) 		
(4) 入院中～ 退院直後	<ul style="list-style-type: none"> 医療処置が必要な方が入所できる施設を知りたい(P26) 	<ul style="list-style-type: none"> 訪問診療している医療機関を知りたい(P26)
<p>※この時期の連携に関しては、「はこだて入退院支援連携ガイド」をご参照ください</p>		

<p>(5) 訪問診療中</p>	<p>(共通課題)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・がんの相談窓口は？ (P27) ・歯科・栄養の相談窓口は？ (P28) ・訪問マッサージについて知りたい (P28)
<p>(6) 終末期</p>	<p>(共通課題)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ACP・DNARについて (P29) ・自宅の看取りって？ (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 (P30) ・高齢者の住まいについて知りたい (P31)



3 時期別対応

(1) 健康な時期

医療側

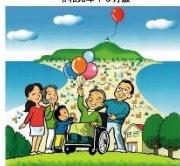


介護保険の仕組みや内容を知りたい

⇒函館市のHP「[介護保険と高齢者福祉の手引き](#)」をご参照ください。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

—令和元年10月版—



もくじ

介護保険制度のしくみ	1
介護保険料とその納め方	2
介護保険サービスを利用するには	3
第1号～2号の区分とサービス	4
第1号・2号には非該当者が利用可能なサービス	5
第1号・2号の区分とサービス	6
サービスの利用と負担と給付の額について	14
介護予防について	16
健康増進の取組と介護予防の取組について	20
その他の高齢者支援サービス	21
各担当窓口	23

函 館 市

介護が必要になった高齢者を社会全体で支える仕組みが介護保険制度です。

対象者：65歳以上の第1被保険者

40歳～64歳の第2号被保険者

介護保険の適用対象：日常生活で支援が必要な状態、認知症などで介護が必要な状態、第2号被保険者の場合は末期がん等の国が定める16疾病に該当し健康保険に加入していることが条件です。



介護保険のサービスを利用するには？

●介護保険の申請について

介護保険サービスを利用するためには要介護認定を受けなければなりません。その為要介護認定には申請が必要になります。申請の方法は、ご本人、ご家族が直接、市の窓口で申請する方法、または地域包括支援センターや居宅介護支援事業所（ケアマネジャーのいる事務所）に代行申請を依頼する方法があります。要介護状態と認定された場合は、申請日にさかのぼって介護保険が適応となります。

【認定申請の受付窓口】

・市役所、支所

高齢者・介護総合相談窓口（本庁舎 2 階）	電話	21-3025
介護・高齢・障がい相談窓口（亀田支所 1 階）	電話	45-5482
湯川支所湯川福祉課	電話	57-6170
銭亀沢支所	電話	58-2111
戸井支所市民福祉課	電話	82-2112
恵山支所市民福祉課	電話	85-2335
椴法華支所市民福祉課	電話	86-2111
南茅部支所市民福祉課	電話	25-6045

・「[地域包括支援センター](#)」 函館市HP

（お住まいの圏域に分かれており、函館市内は以下の10ヶ所となります）

＜西部＞		
あさひ		
旭町4番12号 (函館総合在宅ケア-あさひ内) 電話：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

＜中央部第1＞		
こん中央		
松風町18番14号 電話：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

＜中央部第2＞		
ときとう		
時任町35番24号 (こんクリニック時任内) 電話：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

＜東中央部第1＞		
ゆのかわ		
湯川町3丁目29番15号 (介護老人保健施設ケンゆのかわ内) 電話：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	

＜北東部第1＞		
西堀		
中道2丁目6番11号 (西堀病院内) 電話：52-0016		
富岡町1～3丁目		
中道1～2丁目		
鍛冶1～2丁目		

＜北東部第2＞		
亀田		
昭和1丁目23番8号 電話：40-7755		
美原1～5丁目		
赤川1丁目	赤川町	
亀田中野町		
北美原1～3丁目	石川町	
昭和1～4丁目		

＜東中央部第2＞		
たかおか		
高丘町3番1号 (介護老人福祉施設タカオカ内) 電話：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

＜北東部第3＞		
神山		
神山1丁目25番9号 電話：76-0820		
山の手1～3丁目		
本通1～4丁目		
陣川1～2丁目	陣川町	
神山1～3丁目	神山町	
東山1～3丁目	東山町	
亀田大森町	水元町	

＜北部＞		
よろこび		
桔梗1丁目14番1号 (11ヶ型介護医療院喜郷内) 電話：34-6868		
浅野町	吉川町	北浜町
港町1～3丁目	追分町	
桔梗1～5丁目	桔梗町	
亀田町	西桔梗町	昭和町
亀田本町	亀田港町	

＜東部＞	
社協	ランチかやべ
館町3番地1 (函館市戸井支所内) 電話：82-4700	川汲町1520番地 (函館市南茅部支所内) 電話：25-6034
戸井地区 椴法華地区	恵山地区 南茅部地区

・居宅介護支援事業所

函館市HP「[介護保険事業所一覧](#)」や函館市医療・介護連携支援センターHP「[在宅医療・介護連携マップ](#)」をご参照ください。

介護側



医療費について知りたい

●医療サービスの負担割合

原則として75歳以上は1割、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自己負担額が高額になった場合、一定の金額（[自己負担限度額](#)）を超えた分が、あとで払い戻される制度です。（自己負担限度額は次のページをご参照ください）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](#)」を提示する方法が便利です。

【申請窓口】「高齢受給者証」「限度額適用・標準負担額減額認定証」（低所得者Ⅰ，Ⅱのみ）

～国民健康保険・後期高齢者保険の方～

市民部国保年金課高齢者医療担当 市役所1階③番窓口	電話 21-3145
湯川支所 函館市湯川町2丁目40番13号	電話 57-6163
銭亀沢支所 函館市銭亀町124番地	電話 58-2111
亀田支所 函館市美原1丁目26番8号	電話 45-5582
戸井支所市民福祉課 函館市館町3番地1	電話 82-2112
恵山支所市民福祉課 函館市日ノ浜町127番地	電話 85-2335
椴法華支所市民福祉課 函館市新浜町156番地1	電話 86-2111
南茅部支所市民福祉課 函館市川汲町1520番地	電話 25-6043

※「[後期高齢者医療制度 医療費のしくみ](#)」函館市HP

～全国健康保険の方～

協会けんぽ 011-726-0352

※[協会けんぽ](#)HPから健康保険高額療養費支給申請書をダウンロードできます。

●自己負担限度額について

《70歳以上》（2018年8月診療分から）

※75歳以上は後期高齢者保険となりますが、区分、上限額は「国保」と同様となります。

	区分	外来 (個人ごと)	月の上限額 (世帯)
現 役 並 み 所 得 者	年収 1,160 万円以上 健保：標準報酬月額 83 万円以上 国保（後期高齢者）：課税所得 690 万円以上	252,600 円 + (医療費 - 842,000 円) × 1% (年4回目以降：140,100 円)	
	年収 770 万～1,160 万円 健保：標準報酬月額 53 万～83 万円未満 国保（後期高齢者）：課税所得 380 万円以上 690 万円未満	167,400 円 + (医療費 - 558,000 円) × 1% (年4回目以降：93,000 円)	
	年収 370 万～770 万円 健保：標準報酬月額 28 万～53 万円未満 国保（後期高齢者）：課税所得 145 万円以上 380 万円未満	80,100 円 + (医療費 - 267,000 円) × 1% (年4回目以降：44,400 円)	
一般所得者 年収 156 万～370 万円 健保：標準報酬月額 26 万以下 国保（後期高齢者）：課税所得 145 万円 未満等	18,000 円 (年間上限 144,000 円)	57,600 円 (年4回目以降：44,400 円)	
低所得者Ⅱ（後期高齢者は区分Ⅱ）住民 税非課税。年金収入 80 万～160 万円	8,000 円	24,600 円	
低所得者Ⅰ（後期高齢者は区分Ⅰ）住民 税非課税。年金収入 80 万円未満		15,000 円	

《70歳未満》（健保・国保ともに3割）

区分	月の上限額
年収 1,160 万円以上 健保：標準報酬月額 83 万円以上 国保：年間所得 901 万円超	252,600 円 + (医療費 - 842,000 円) × 1% (年4回目以降：140,100 円)
年収 770 万～1160 万円 健保：標準報酬月額 53 万～83 万円未満 国保：年間所得 600 万円超 901 万円以下	167,400 円 + (医療費 - 558,000 円) × 1% (年4回目以降：93,000 円)
年収 370 万～770 万円 健保：標準報酬月額 28 万～53 万円未満 国保：年間所得 210 万円超 600 万円以下	80,100 円 + (医療費 - 267,000 円) × 1% (年4回目以降：44,400 円)
～年収約 370 万円 健保：標準報酬月額 28 万円未満 国保：年間所得 210 万円以下	57,600 円 (年4回目以降：44,400 円)
低所得者(住民税非課税)	35,400 円 (年4回目以降：24,600 円)

※所得段階のお問い合わせについて

函館市では個人情報保護により、原則、ご本人や委任状をお持ちの方しかお伝えできないことになっております。



病床機能の仕組みはどうなっているの？

- 一般病棟**：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。
- 回復期病棟**：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、病名と病気・怪我を発症してから入院するまでの期間、病棟に入院できる期間が決められています。
 - 脳血管疾患・脊髄損傷・頭部損傷・脳腫瘍・脳炎など 150日まで
 - 高次脳機能障がいを伴う脳血管障がい・重度の脊髄障がいなど 180日まで
 - 腿骨や骨盤、膝関節、2肢以上の多発骨折 90日まで
 - 外科手術や肺炎が起因での廃用症候群となり、手術後または発症後 90日まで
 - 大腿骨、骨盤などの神経、靭帯などの損傷 60日まで
 - 股関節や膝関節の置換手術 90日まで
- 障がい者病棟**：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、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。身体障がい者手帳は特に必要ありませんが、肢体不自由1・2級をお持ちの方は、脳卒中・認知症による障がいであれば対象となります。
- 地域包括ケア病棟**：急性期病院での集中的な治療を終え、病状が安定した患者が住み慣れた地域に戻れるよう支援する病棟です。地域包括ケアは在宅（介護施設）へ戻ることを前提とした入院となるため、救急の状態になり急性期病院へ転院すること以外で、別の病院へ転院することが難しい病棟になっています。最大入院日数は60日と決められています。60日以内に退院できるように治療やリハビリを行います。
- 療養病棟（医療保険）**：急性期が過ぎ、慢性期に入った患者が療養をしながら、医療・看護・介護を受ける事のできる病院です。必要な治療は継続して受けられるので安心です。
- ホスピス病棟**：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**：精神障がいのある患者を治療・保護する病棟です。状態に応じて閉鎖病棟と開放病棟があります。

【函館市各病院の病床機能一覧】

※医療機関により病床機能を変更されている場合があります。詳細については各医療機関へお問い合わせください。

(令和2年〇月現在)

	一般	回復期	障がい	地域包括 ケア	ホスピス	精神	療養 (医療)
亀田病院	●	●	●	●			
亀田北病院						●	
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	●						
函館渡辺病院	●					●	
函館脳神経外科病院	●			●			
函館稜北病院	●	●		●			
森病院					●		●

(五十音順)

(2) 通院中

医療側



在宅療養に関わる専門職と役割を知りたい

- 「[専門職ができること～15 職種を紹介](#)」として函館市医療・介護連携支援センターのHP上にコラムを掲載しております。
- 「[はこだて入退院支援連携ガイド](#)」P21～P22「関係職種の紹介」をご参照ください。

補足として・・・

医師（訪問・往診）	在宅医療には大きく分けて「訪問診療」と「往診」の2つがあります。訪問診療は定期的な診療，往診は突発的に体調不良になった時など医師が訪問し診療します。
歯科医師（訪問歯科）	ご本人の通院が難しい場合，歯科医師がご自宅を訪問して，診療や治療を行います。
歯科衛生士	訪問し口腔内の清掃や機能低下の予防の指導等，口の中の健康を支え食べる楽しみのお手伝いをします。
リハビリスタッフ	（理学療法士）医師の指示のもと，運動機能回復のために，運動療法，マッサージなどを行います。
	（作業療法士）医師の指示のもと，日常生活を送るために必要な生活活動（食事，料理，掃除等）の訓練を行います。
	（言語聴覚士）医師の指示のもと，「話す」「聞く（理解する）」「食べる」といった面に不自由さを抱えている人のリハビリテーションを行います。
薬剤師（居宅薬剤管理指導）	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。
看護師（訪問看護）	医師の指示のもと，看護師が自宅を訪問して体調管理や医療処置等を行います。
介護職員（訪問介護）	自宅等で生活している高齢者の食事・排泄・入浴などの日常生活上の介護を行います。
福祉用具専門相談員	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。
相談員	（医療）病院の中にある相談窓口の役割を担っています。患者はもちろん，在宅支援者からの様々な相談に対応します。在宅療養にかかる金銭面，主治医との連携支援や他科受診のアドバイスをしています。

相談員	(施設) 施設の中でご本人の抱える経済的・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	介護・医療・福祉・保健等、専門的側面から高齢者を支える「総合相談窓口」です。介護保険の申請窓口も担っています。
介護支援専門員 (ケアマネジャー)	介護が必要になった時にその方の適切なケアプランを作成し介護サービス事業所との連絡調整を行います。介護を必要とする方と、福祉・医療・保健サービスを結ぶ架け橋となる重要な役割を持っています。



介護支援専門員（ケアマネジャー）との連携はどう図る？

●担当の介護支援専門員（ケアマネジャー）がわからない場合

平成30年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。まずはそれらをご確認いただいたうえでなお、ご不明な場合については、地域包括支援センターや市の介護保険課（P6）へお問い合わせください。

●介護支援専門員（ケアマネジャー）への苦情について

利用者から相談があった場合は、まずは担当の介護支援専門員又は、介護支援専門員が所属している居宅介護支援事業所の管理者へご相談ください。

ともに最善な方法を検討していきましょう。

医療側



～共通課題～

通院の移動手段がなく困っている方がいる

介護側



●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（函館市HPから抜粋）
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（通院乗降等介助）

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。介助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、各事業者へ個別にお問い合わせください。

参考：「[福祉輸送事業者一覧](#)」HP

・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個別にお問い合わせください。

参考：「[福祉有償運送実施団体一覧](#)」HP

・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。

利用にあたっては、保健福祉部高齢福祉課（電話 21-3025）へお問い合わせください。



～共通課題～

身寄りのない方への支援方法は？



●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も不十分な方々は、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。

函館市成年後見センターとは、成年後見制度に関する相談から制度の利用に至るまでのワンストップ窓口として、また、市民後見人を支援するための専門機関です。

【相談窓口】

- ・「[函館市成年後見センター](#)」 函館市社会福祉協議会HP
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 電話 23-2600
- ・「[函館市地域包括支援センター](#)」(P6)
- ・「[法テラス函館](#)」
函館市若松町6番7号 ステーションプラザ函館5階 電話 0570-078390

●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。

・ 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)

※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。)

詳しくは函館市社会福祉協議会HP「[函館市成年後見センター](#)」 電話 23-2600

医療側



～共通課題～

生活困窮者への支援方法は？

介護側



●自立支援相談窓口

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。

【相談窓口】

函館市役所2階（函館市東雲町4番13号）

保健福祉部生活支援第1課（生活困窮者自立支援担当） 電話 21-3089

●生活福祉基金

「生活福祉資金貸付制度」は、低所得者や高齢者、障がい者の生活を経済的に支えるとともに、その在宅福祉及び社会参加の促進を図ることを目的とした貸付制度です。

【お問合せ】 函館市社会福祉協議会 函館市若松町33番6号 電話 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。生活に困窮されている方は、以下の窓口で生活保護の相談を実施しています。なお、地域の民生委員に事前に相談のうえ来所されても結構です。

【相談窓口】 函館市福祉事務所

・本庁管内の方

生活支援第1課（市役所本庁舎2階） 函館市東雲町4番13号 電話 21-3285

・湯川支所・銭亀沢支所・東部4支所管内の方

湯川福祉課（湯川支所内） 函館市湯川町2丁目40番13号 電話 57-6170

・亀田支所管内の方

亀田福祉課（亀田支所内） 函館市美原1丁目26番8号 電話 45-5483



～共通課題～

訪問看護を利用したい



訪問看護の利用は医師の指示が必要となります。また、介護認定を受けている方、いない方もしくは病名によっても医療保険なのか介護保険なのかの優先順位が決められています。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。

※[訪問看護ステーションの事業所](#)については函館市HP「[介護保険事業所一覧](#)」でご確認ください

●訪問看護を受けられる場所

	訪問看護 (介護保険)	訪問看護 (医療保険)
自宅・サ高住	要介護者	厚生労働大臣が定める疾病（※1）等 特別訪問看護指示期間 要介護認定を受けていない
GH・特定施設	×	厚生労働大臣が定める疾病等 特別訪問看護指示期間
(看護)小規模多機能 ※(宿泊時)	×	厚生労働大臣が定める疾病等 特別訪問看護指示期間 (サービス利用前30日以内患家で訪問看護を実施している場合、利用開始30日まで)日中は× 末期の悪性腫瘍の場合、サービス利用前30日以内に実施している場合、利用開始後の制限なし
特別養護老人ホーム	×	末期の悪性腫瘍
短期入所生活介護	×	末期の悪性腫瘍 (サービス利用前30日以内患家で訪問看護を実施している場合)

(※1) 厚生労働大臣が定める疾病等

○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, オリー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

介護側



医療機関との連携はどう図る？

まずは、事前に対応可能な都合の良い時間（ケアマネタイム等の時間帯等「[在宅医療・介護連携マップ](#)」をご参照ください）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。もしも、医師から介護側へ「在宅はもう無理なんじゃない？」と言われた場合など、医師が無理だと判断した根拠についてしっかり確認していきましょう。

もしかしたら、医療機関に勤務している医師や看護師は、在宅サービスをあまり深く知らない方もいるのかもしれませんが。また、同じように介護側も医療の様々な事情を知らないのが事実です。

そんな時にこそ在宅サービスを伝えていく連携のチャンスではないでしょうか。

また、病院には医療連携室等の部署があり、医療相談員や看護師が医療機関と在宅サービス側との架け橋となっております。悩まず、抱え込まずにまずは相談してみましょう。

また、情報提供につきましては是非、「[はこだて医療・介護連携サマリー](#)」をご活用いただけますようお願いいたします。



病院の相談窓口がわからない

函館市内の病院には医療相談員や退院支援看護師が配置されており、外来患者や入院患者の相談に対応するほか、医療機関間の連携、在宅サービス事業所との連携の対応窓口となっております。

- 受診への同席方法についてのアドバイス
- 医師への確認事項
- 主治医意見書の相談
- 医療系サービス意見書について
- 通院先の変更や他科受診の相談など

函館市内の病院相談窓口は次ページをご参照ください。

尚、クリニックや診療所に関しては医療相談員が配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等様々ですので、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年〇月現在

	相談窓口	連絡先
亀田病院	地域連携室	40-1500
亀田北病院	地域連携室	46-4651
共愛会病院	地域医療連携室	51-2111
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
市立函館南茅部病院	事務	25-3511
市立函館病院	患者サポートセンター	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
西堀病院	地域連携課	78-0102
函館おおむら整形外科病院	地域連携課	47-3300
函館おしま病院	医療相談室	56-2308
函館記念病院	地域医療連携室	42-0171
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
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)
函館渡辺病院	外来医事課	59-2221
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)
森病院	医療相談室	47-2222 (代表) 83-1711 (直通)

(五十音順)



病院の苦情窓口は？

病院への苦情については、まずはかかりつけ病院の相談員や苦情担当窓口へご相談ください。ともに最善の方法を検討していきましょう。

【その他の窓口】

●函館市医療安全支援センター（医療相談窓口）

市立函館保健所（3階）地域保健課内 相談専用電話 32-1528

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にしています。

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。



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よう。

●函館市薬剤師会（45-1572）

●かかりつけ薬局について・・・いくつかの病気があると、たくさんの病院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。

●お薬の配達・・・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。函館薬剤師会HP「[在宅支援薬局一覧](#)」もしくは「[在宅医療・介護連携マップ](#)」をご参照ください。



認知症が疑われる場合は？

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へご相談ください。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。

●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。

(医療機関は五十音順に掲載しています。)

医療機関名	所在地	電話
亀田北病院 認知症疾患医療センター	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	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	湯川町1丁目31番1号	0120-596-676

●函館市認知症ケアパス・・・函館市では認知症と疑われる症状が発生した場合に、いつでも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認知症ケアパスを作成しています。

・函館市HP「[函館市認知症ケアパス](#)」参照

認知症の疾病の理解と状況に合わせた相談機関を掲載しております。

【その他の相談窓口】

- ・函館市HP「[認知症についての相談先](#)」参照
- ・地域包括支援センター（P6参照）
- ・高齢福祉課介護予防・認知症担当 市役所2階 電話 21-3081
- ・東部保険事務所（東部4支所管内） 榎法華支所2階 電話 86-3033
- ・函館市医療・介護連携支援センター 電話 43-3939
- ・函館認知症の人を支える会 若松町33番6号 あいよる21 3階 電話 23-8969
- ・赤とんぼの会 若松町33番6号 あいよる21 3階 電話 27-4060

(3) 入院前

医療側



介護側へ急変時の対応について知ってもらいたい

日中から症状があるときや、翌日の朝まで待てる状態のときは、できるだけ日中の診療時間内にかかりつけ医や専門の医療機関を受診してください。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。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。

	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	二次救急病院		

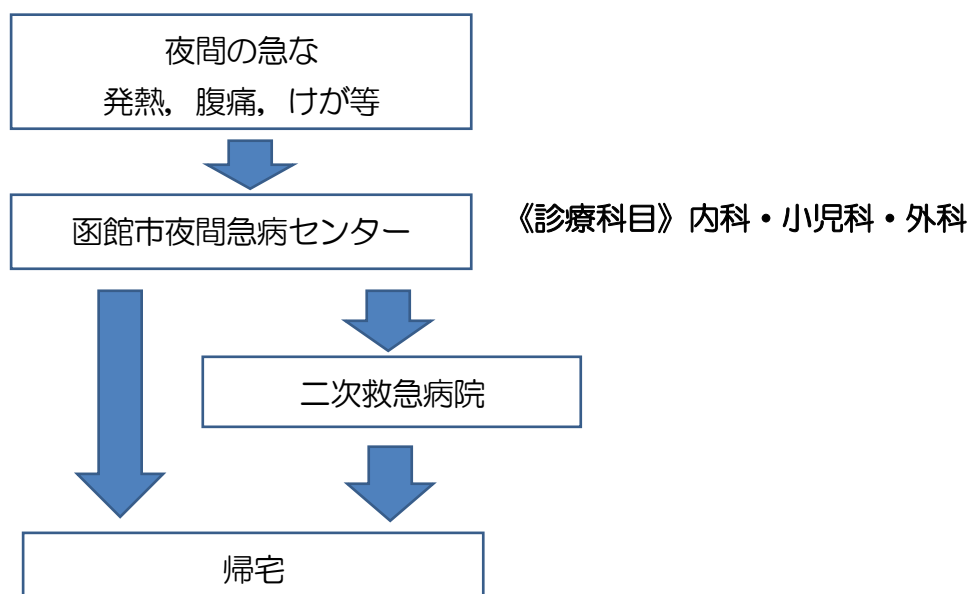
段階	患者の状態	医療機関	緊急度	
初期救急	軽症患者	<u>函館市夜間急病センター</u> <u>休日当番医</u>	小	
医師の判断で転送 ↓ より詳しい検査や入院が必要なとき				
二次救急	重症患者	市内の 1 1 病院が当番制で対応	大	
医師の判断で転送 ↓ 高度な医療が必要なとき				
三次救急	生命に危険がおよぶ患者	市立函館病院救命救急センター		

- 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
- 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）
- 三次救急医療機関・・・高度な医療が必要となるなど、生命に危険が及び患者を受け入れる医療機関

●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 電話 30-1199

【受診時の流れ】





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シート（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 (<https://hakodate-ikr.jp/>) よりダウンロードできます。

急変時対応シート (Ver.2 H29.8) 下記に必要項目を記入の上、救急隊へお渡しください!

基本情報記載日 平成 年 月 日

氏名	住所 密着市 町 丁目 番 号
性別 男・女 年齢者 (名)	入所施設名
TEL ()	TEL ()
緊急時 連絡先	緊急時 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。

緊急対応日 平成 年 月 日

◎その他、いつもと違う場合、様子がおかしい場合

医療側



介護側



～共通課題～

どんな情報を提供するといいの?

はこだて医療・介護連携サマリー(基本ツール)

情報提供先 氏名 住所 電話番号

患者情報

氏名 性別 年齢 生年月日 入院歴 既往歴 手術歴 転院歴

連絡先

連絡先① 連絡先②

医療連携等

連携先 連携先 連携先

身体・生活機能

意識 言語 歩行 食事 排泄 入浴 睡眠

認知機能

認知機能

在宅介護サービス

在宅介護サービス

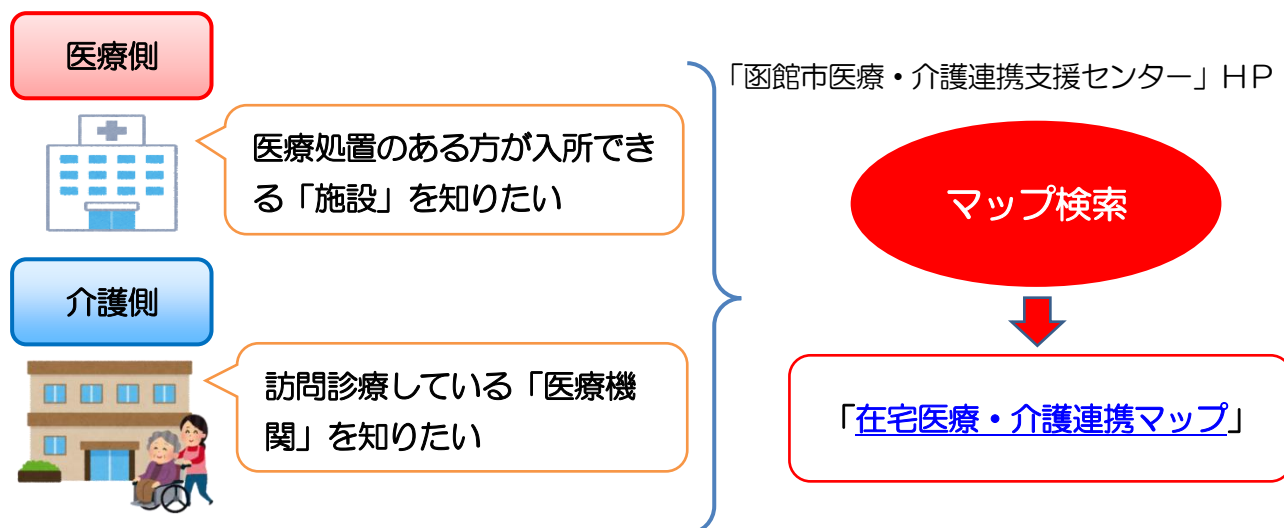
本サマリーの記入者

入退院時の情報提供には情報共有ツール「はこだて医療・介護連携サマリー」を是非活用ください。そうすることで退院後のその方をイメージした治療やリハビリ、介護側との連携がスムーズに行えます。

函館市医療・介護連携支援センターHPの「[サマリーについて](#)」よりダウンロードできます。

(4) 入院中 退院直後

※こちらの場面での医療・介護の連携に関しては、平成29年から運用を開始しております「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](#)」をご参照ください。



●[在宅医療・介護連携マップ](#)

このマップは、函館市医療・介護連携支援センターHP内にあります。在宅医療に携わる医療機関と入所機能のある介護施設、居宅サービス事業所等を対象としてアンケート調査を実施し、掲載希望の回答があった医療・介護機関の情報を掲載しております。また、「公開はしないが問い合わせには情報提供しても良い」という医療機関や施設情報もあるため、必要時には函館市医療・介護連携支援センター（43-3939）までお問い合わせ願います。

●「在宅療養支援診療所・支援病院」・・・患者を直接担当する医師または看護師が、患者およびそのご家族と24時間連絡がとれ、24時間往診可能な体制をとっています。担当医師の指示のもと、訪問看護ステーションと連携し、緊急時には連携する保険医療機関において検査・入院時のベッドを確保し、その際に円滑な情報提供がなされます。

お探しの方はこちら ⇒ [「在宅医療・介護連携マップ」](#) (<https://hakodate-ikr.jp/>)

【操作方法】

- ① 「在宅医療」をクリック
- ② 「在宅療養支援診療所または支援病院」をチェック
- ③ 「一覧を表示」をクリック



在宅療養支援診療所
または支援病院



一覧を表示 >

(5) 訪問診療中

医療側



介護側



～共通課題～

がんの相談窓口は？

市内には4か所の「がん相談支援センター」があります。

●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 電話 43-2000

函館五稜郭病院 電話 51-2295

●北海道がん診療連携指定病院（道指定）

国立病院機構函館病院 電話 51-0229

函館中央病院 電話 52-1231

「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。

【相談方法】

- ・対面相談、電話相談（FAX相談、電子メール相談）

※病院によって異なるため事前に確認が必要です。

【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など。

※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。

他にも函館市のHPには「[がんに関する情報](#)」を掲載しております。

医療側



～共通課題～

歯科・栄養の相談窓口は？

介護側



●道南圏域 「[在宅歯科医療連携室](#)」 歯科医師会HP

訪問歯科診療の相談ができます。

受付時間 月曜～金曜 10:00～16:00 (木曜は午前のみ)

函館市五稜郭町23番1号 函館市保健センター1階

電話・FAX 76-0039

●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。

函館市湯川町2丁目17番18号 湯の川女性クリニック内

電話 090-8631-7953

医療側



～共通課題～

訪問マッサージについて知りたい

介護側



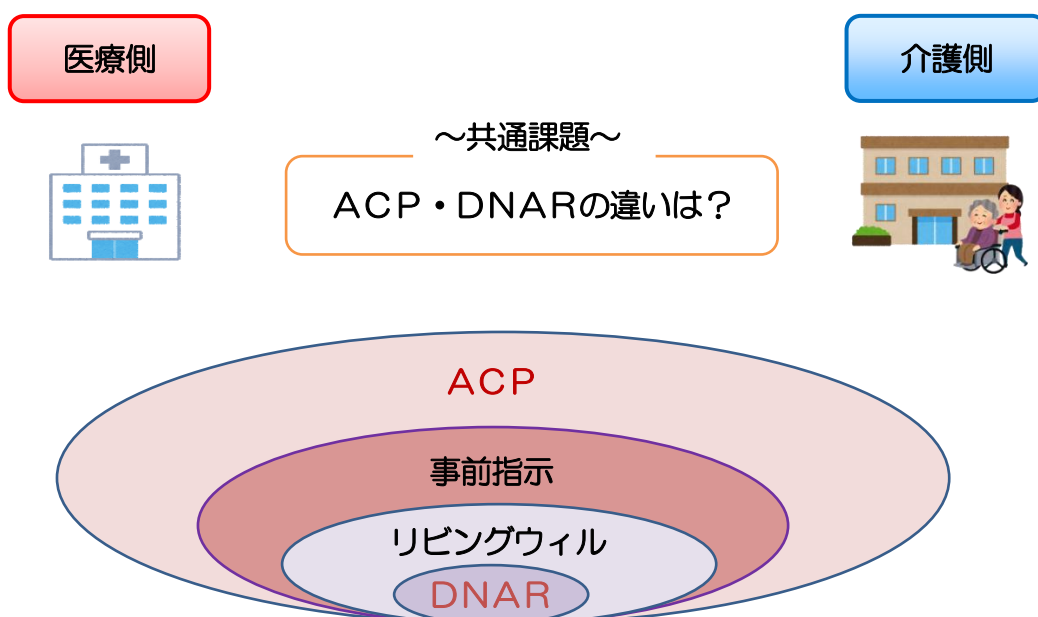
- 柔道整復師・・・骨折及び脱臼、捻挫、打撲、肉ばなれ等、各種損傷に対して手術などの外科的方法ではなく、人間の持ち自然治癒力を最大限に発揮させて施術します。また、怪我などにより歩行が困難になった高齢者の自宅や施設に訪問し施術したり、在宅・施設・整骨院内の機能訓練指導員として、日常生活に必要な機能改善や、現状能力の維持・減退防止のために訓練します。

北海道柔道整復師会 函館ブロック「[医療・介護連携往療整骨院](#)」 電話 51-4588

- 鍼灸マッサージ師・・・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。

函館鍼灸マッサージ師連絡協議会「[訪問治療可能治療院](#)」 電話 41-8901

(6) 終末期



● 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。

「[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](#)」

厚生労働省（平成 30 年）

● 事前指示 (Advance Directive)

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記載しておく書面のことです。

● リビングウィル (Living Will)

治る見込みがなく、死期が近いときには延命医療を拒否することを、あらかじめ書面に記しておき、ご本人の意思を直接確かめられないときは、その書面に従って治療方針を決定することです。

（「人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書」厚生労働省（平成 26 年））

● Do Not Attempt Resuscitation (DNAR)

「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。

気管内挿管、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。

医療側



介護側



～共通課題～

自宅での看取りって？

各支援者の連携によって、在宅看取りが可能となるケースは比較的多くあります。ご本人ご家族にとって、希望される看取りの場所が在宅であるのならば、できるだけその希望を叶えられるよう、支援チームの中で共に検討し、体制を整えていきましょう。在宅で最期を看取るためには、ご本人ご家族、そして支援チームにとって在宅主治医がいることがより安心できる体制となります。まずは、かかりつけ医によく相談しましょう。

●救急車を呼ぶ意味を考えましょう

在宅看取りを決心していても、いざその時がきたら、慌てて救急車を呼んでしまうご家族もいらっしゃいます。救急隊の本来の職務は「命を救う事」であるため、心肺停止が確認された場合、蘇生処置を行うこととなります。救急要請によりご本人ご家族が望んでいない救命処置を行うことになるかもしれません。事前にご家族や支援チームでその時の対応を決めておきましょう。

●死亡診断書について

在宅医療を受けていれば、呼吸停止の時に医師が立ち会っていなくてもその後の訪問により確認し、死亡診断書の作成は可能です。

(7) その他

医療側



～共通課題～

地域の社会資源を知りたい

介護側



函館市には介護保険サービス以外にも様々な社会資源があります。函館市のHPに下記の情報がありますので、ご参照ください。

●高齢者福祉サービス「[在宅生活を支えるサービス](#)」

保健福祉部 高齢福祉課 電話 21-3025

●函館市ボランティアセンター

函館市社会福祉協議会 電話 23-8909

「[函館市ボランティアセンター登録団体一覧](#)」

●「[HAKODATE まなびっと広場](#)」

函館市独自の単位認定制生涯学習システムです。対象となる講座・教室を受講すると学習単位が認定されます。

教育委員会生涯学習部 生涯学習文化課 電話 21-3495

医療側



～共通課題～

高齢者の住まいについて知りたい

介護側



高齢になってからの住み替えは・・・・・・・・

●函館市高齢福祉課 「[高齢者向け優良賃貸住宅制度](#)」

トーショウコーポレーション株式会社 電話 52-1144

※本ガイドに掲載されている内容は、函館市独自の対応も含まれております。その為、函館市以外の対応、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。

4 関係機関一覧

本ガイドに掲載している函館市内の関係機関の連絡先を一覧にしています。

<地域包括支援センター>

地域包括支援センター あさひ	23-8880
地域包括支援センター こん中央	27-0777
地域包括支援センター ときとう	33-0555
地域包括支援センター ゆのかわ	36-4300
地域包括支援センター たかおか	57-7740
地域包括支援センター 西堀	52-0123
地域包括支援センター 亀田	40-7755
地域包括支援センター 神山	76-0820
地域包括支援センター よろこび	34-6868
地域包括支援センター 社協	82-4700

<介護保険・高齢者福祉について>

函館市保健福祉部高齢福祉課 高齢者・介護総合相談窓口	21-3025
亀田福祉課 介護・高齢・障がい相談窓口	45-5482
湯川福祉課	57-6170
銭亀沢支所	58-2111
戸井支所 市民福祉課	82-2112
恵山支所 市民福祉課	85-2335
椴法華支所 市民福祉課	86-2111
南茅部支所 市民福祉課	25-6045

<介護保険料について>

函館市保健福祉部介護保険課 介護保険料担当	21-3033
-----------------------	---------

<介護サービスについて>

函館市保健福祉部介護保険課 介護サービス担当	21-3023
------------------------	---------

<要介護認定について>

函館市保健福祉部介護保険課 介護認定担当	21-3028
----------------------	---------

<認知症について>

函館市保健福祉部 介護予防・認知症担当	21-3081
東部保険事務所（東部4支所管内）	86-3033
函館認知症の人を支える会	23-8969
赤とんぼの会	27-4060

<認知症疾患医療センター>

亀田北病院	0120-010-701
富田病院	52-1101
函館渡辺病院	0120-596-676

<高齢者福祉サービスについて>

函館市保健福祉部 高齢者・介護総合相談窓口	21-3025
-----------------------	---------

<家族介護者のための窓口>

函館市保健福祉部高齢福祉課 家族介護支援担当	21-3065
------------------------	---------

<医療相談について>

函館市医療安全支援センター	32-1528
---------------	---------

<お薬について>

函館市薬剤師会	45-1572
---------	---------

<福祉サービスの苦情について>

函館市福祉サービス苦情処理委員事務局	21-3297
--------------------	---------

<成年後見制度について>

函館市成年後見センター	23-2600
-------------	---------

<在宅歯科医療について>

道南圏域 在宅歯科医療連携室	76-0039
----------------	---------

<栄養について>

北海道栄養士会 栄養ケア・ステーションあおい	090-8631-7953
------------------------	---------------

<後期高齢者 高額療養費手続き窓口>

- ・国民健康保険・後期高齢者保険の方

市民部国保年金課	21-3145
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
・全国健康保険の方 協会けんぽ	011-726-0352
＜自立支援相談窓口＞	
保健福祉部生活支援第1課（生活困窮者自立支援担当）	21-3089
＜生活福祉基金＞	
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＞	
函館市福祉事務所	
生活支援第1課	21-3285
湯川福祉課	57-6170
亀田福祉課	45-5483
＜地域がん診療連携拠点病院＞	
市立函館病院	43-2000
函館五稜郭病院	51-2295
＜北海道がん診療連携指定病院＞	
国立病院機構函館病院	51-0229
函館中央病院	52-1231
＜函館市ボランティアセンター＞	
函館市社会福祉協議会	23-8909
＜HAKODATEまなびっと広場＞	
教育委員会生涯学習部 生涯学習文化課	21-3495
＜函館鍼灸マッサージ師連絡協議会＞	
	41-8901
＜公益社団法人 北海道柔道整復師会＞ 函館ブロック	
	51-4588
＜高齢者の住まいについて＞	
函館市高齢福祉課 高齢者向け優良賃貸住宅制度	52-1144