

函館市医療・介護連携推進協議会 第3回会議

日時：平成27年10月22日（木）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) 地域の医療・介護の資源の把握について

ア 医療機関調査の結果について

イ リストの公表について

(2) 在宅医療・介護連携に関する相談支援について

・ 相談支援窓口について

(3) 医療・介護関係者の情報共有の支援について

・ 情報共有ツールについて

(4) 医療・介護関係者の研修について

3 その他

(1) 次回の協議会について

4 閉 会

【配付資料】

- 1 議事（1） 地域の医療・介護の資源の把握について
- 2 議事（2） 在宅医療・介護連携に関する相談支援について
- 3 議事（3） 医療・介護関係者の情報共有の支援について
- 4 情報共有ツール対応図（回答添付用）
- 5 先進事例参考様式
- 6 議事（4） 医療・介護関係者の研修について
- 7 次回スケジュールの確認票

【医師会提案資料】

「仮称：医療・介護連携支援センター」の構想について（案）～当日配布

函館市医療・介護連携推進協議会 顧問・委員名簿

(顧 問)

(敬称略)

分野	所属団体	職名	氏名	勤務先	第3回 出欠
1	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
2	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
3	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	出席
4	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	出席

(委 員)

(敬称略)

分野	所属団体	職名	氏名	勤務先	第3回 出欠
1	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
2	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
3	一般社団法人 函館薬剤師会	常務理事	ミズコシ ヒデミチ 水越 英通	はこだて調剤薬局 美原店	出席
4	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
5	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	出席
6	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
7	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 セイイチ 酒本 清一	独立行政法人国立病院機構 函館病院	出席
8	函館市居宅介護支援事業所連絡協議会	会 長	ナカムラ キョウアキ 中村 清秋	居宅介護支援事業所 ひなたぼっこ	出席
9	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
10	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	出席
11	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	出席
12	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	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） 地域の医療・介護の資源の把握について

- ア 医療機関調査の結果について ～ p. 2 「調査結果一覧」参照
イ リストの公表について ～ p. 5 「ホームページイメージ」参照

論点 1 公表にかかる注意書きの内容について

①このリストは平成27年8月1日現在の情報に基づくものであり、内容が変更されている可能性がありますので、ご利用の際は必ず直接医療機関に内容をご確認ください。

(主旨等) 時点経過の断り書き。

②在宅医療につきましては、各医療機関が受け持っている患者様の人数や繁忙等の状況により、必ずしも利用が確約されているわけではありませんので、在宅医療を希望される際は、必ず直接医療機関にお問い合わせください。

(主旨等) 診療拒否などの誤解の回避。

③現在かかりつけの在宅医療機関があるが、諸事情により他の在宅医療機関への転院を検討しているといった状況の場合は、その医療機関の間の情報の連携が必要となりますので、必ず、両方の医療機関にその旨をご相談ください。

(主旨等) 転院時のトラブルの回避。

④各医療機関様へのお願い：

掲載している情報につきまして、訂正やお気づきの点がありましたら、お手数ですが当協議会事務局へご連絡願います。

(主旨等) 情報の更新の頻度については、年1回程度を予定。

→ 具体的な更新手順等は、今後のマップ化の検討の際に整理する。

論点 2 リストの公表までの取り組みについて

- ・ 公表の了解を得た医療機関に対し、リストの内容確認・校正と、公開の概要のお知らせを行う。

論点 3 広報について

- (1) 「市政はこだて」による周知
- (2) 報道機関への周知

論点 4 リスト公表後の運用について

- ・ 相談支援窓口の開設（平成29年度）まで、試行として公表。
→ 問い合わせ対応は、現時点では正誤に関するものを除き対応しない。

調査結果一覧

○在宅医療を行っている医療機関

項 目		公表・非公表	件 数	総数(※1)	割 合
医科	病院	公表	13	—	—
		非公表	2	—	—
		病院計	15	29	51.7%
	診療所	公表	44	—	—
		非公表	23	—	—
		診療所計	67	181	37.0%
歯科 (参考)		非公表	34	132	25.8%
薬局 (参考)		公表	60	178	33.7%

参考：上記の件数のほか、今後実施予定の回答について診療所6件あり。

○在宅医療を支援している入院医療機関

項 目		公表・非公表	件 数	総数(※1)	割 合
医科	病院	公表	14	—	—
		非公表	1	—	—
		病院計	15	29	51.7%
	診療所 (有床)	公表	5	—	—
		非公表	1	—	—
		診療所計	6	31	19.4%

○回答率

項 目		回答数	照会数(※2)	回答率
在宅医療の実施の有無に関する調査				
医科	病院	26	29	89.7%
	診療所	169	175	96.6%
在宅医療の支援（入院受入）の有無に関する調査				
医科	病院	26	29	89.7%
	診療所	26	31	83.9%

※1 総数はH27.9.1現在。

※2 照会数は、休止中の医療機関を除く。

調査結果一覧(医療機関名一覧:公表可のみ)

○在宅医療を行っている医療機関(医科)

〔病院〕13件

- ・ 函館市医師会病院
- ・ 医療法人社団健和会函館おおむら整形外科病院
- ・ 医療法人敬仁会函館おしま病院
- ・ 共愛会病院
- ・ 医療法人社団協立消化器循環器病院
- ・ 市立函館恵山病院
- ・ 市立函館南茅部病院
- ・ 医療法人尚仁会竹田病院
- ・ 特定医療法人富田病院
- ・ 北海道社会事業協会函館病院
- ・ 社会医療法人仁生会西堀病院
- ・ 道南勤医協函館稜北病院
- ・ 函館渡辺病院

〔有床診療所〕8件

- ・ 医療法人社団善智寿会飯田内科クリニックいしかわ
- ・ 岡和田産婦人科医院
- ・ 医療法人社団清邑会楳法華クリニック
- ・ 医療法人社団花園眼科医院
- ・ 医療法人社団秀道会ひでしま内科クリニック
- ・ 医療法人社団山樹会平山医院
- ・ 深瀬医院
- ・ 医療法人秀真会藤岡眼科

〔無床診療所〕36件

- ・ あらし循環器科内科クリニック
- ・ 医療法人社団善智寿会飯田内科クリニック
- ・ 小笹内科医院
- ・ 医療法人社団恩村内科医院
- ・ 医療法人社団慶六会葛西内科小児科医院
- ・ 医療法人社団川崎眼科
- ・ 久米整形外科医院
- ・ ケアプラザ新函館・たけだクリニック
- ・ 医療法人社団ごとう内科胃腸科
- ・ こにし内科・心臓血管クリニック
- ・ 医療法人社団藤紀会さいとう内科循環器内科医院
- ・ 斉藤内科クリニック
- ・ 医療法人社団佐藤皮膚科・循環器内科医院
- ・ 佐藤内科小児科医院
- ・ 医療法人社団杉山クリニック
- ・ 医療法人社団向仁会住慶クリニック
- ・ 医療法人社団高野外科・整形外科
- ・ 医療法人社団大裕会竹中内科消化器科
- ・ 医療法人社団多田内科医院
- ・ 富岡町森内科クリニック
- ・ 中川内科クリニック
- ・ 仲屋内科
- ・ 函館パートナークリニック
- ・ 長谷川循環器内科クリニック
- ・ はらだ内科消化器科クリニック
- ・ はら内科クリニック
- ・ ピュアこころのクリニック
- ・ 日吉皮膚科クリニック
- ・ 藤原眼科
- ・ みなと内科脳外科医院
- ・ 医療法人社団美原腎泌尿器科
- ・ 柳川内科胃腸科
- ・ 医療法人社団やなせ皮フ科クリニック
- ・ 医療法人社団弥生坂内科クリニック
- ・ ゆのかわ温泉整形外科
- ・ 渡部外科クリニック

○在宅医療を支援している入院医療機関

〔病院〕14件

- ・ 函館市医師会病院
- ・ 医療法人社団健和会函館おおむら整形外科病院
- ・ 医療法人敬仁会函館おしま病院
- ・ 医療法人社団協立消化器循環器病院
- ・ 独立行政法人国立病院機構函館病院
- ・ 函館五稜郭病院
- ・ 市立函館恵山病院
- ・ 市立函館南茅部病院
- ・ 医療法人雄心会函館新都市病院
- ・ 特定医療法人富田病院
- ・ 社会医療法人仁生会西堀病院
- ・ 医療法人社団函館脳神経外科病院
- ・ 道南勤医協函館稜北病院
- ・ 函館渡辺病院

〔有床診療所〕5件

- ・ 医療法人社団善智寿会飯田内科クリニックいしかわ
- ・ 医療法人社団函館敬愛会好和会クリニック
- ・ 医療法人社団清邑会榎法華クリニック
- ・ 医療法人社団山樹会平山医院
- ・ 深瀬医院

プレビュー



函館市 City of HAKODATE

TOP > 組織 > 医療・介護連携担当
TOP > 分野 > 健康・福祉, 高齢者・介護
TOP > 属性 > 事業概要・刊行物

在宅医療・介護連携関係機関リストを掲載しました

2015年10月21日

在宅医療・介護連携関係機関リストを掲載しました

函館市では、市民の医療・介護へのアクセスの向上を支援することや、医療・介護関係者の連携に必要な情報を提供し、照会先や協力依頼先を適切に選択、連絡できるようにすることを目的として、関係機関の協力のもと以下のリストを掲載いたします。
なお、ご利用に当たりましては、以下の注意書きをご確認のうえご利用ください。

～ 注意書き ～

- ① このリストは平成27年8月1日現在の情報に基づくものであり、内容が変更されている可能性がありますので、ご利用の際は必ず直接医療機関に内容をご確認ください。
- ② 在宅医療につきましては、各医療機関が受け持っている患者様の人数や繁忙等の状況により、必ずしも利用が確約されているわけではありませんので、在宅医療を希望される際は、必ず直接医療機関にお問合せください。
- ③ 現在かかりつけの在宅医療機関があるが、諸事情により他の在宅医療機関への転院を検討しているといった状況の場合は、その医療機関の間の情報の連携が必要となりますので、必ず両方の医療機関にその旨をご相談ください。
- ④ 各医療機関様へのお願いになりますが、掲載している情報につきまして、訂正やお気づきの点などがありましたら、お手数ですが当協議会事務局（0138-32-1512）へご連絡願います。

○在宅医療を行っている医療機関

- ・ 医科 ～ 在宅医療を行っている医療機関リスト（PDF）
- ・ 歯科 ～ 在宅歯科医療連携室（0138-76-0039）にお問い合わせください。
- ・ 薬局 ～ 在宅医療支援薬局リスト（平成27年6月現在）

（外部リンク：[一般社団法人 函館薬剤師会のホームページ](#)）

○在宅医療を支援している医療機関

- [入院医療機関](#) ～ [在宅医療を支援している医療機関リスト \(PDF\)](#)

○介護を行っている機関

- [介護保険事業所リスト](#)
- [介護サービス事業所等体制一覧](#)

関連ワード

[在宅医療](#) [介護](#) [医療と介護の連携](#)

お問い合わせ

保健福祉部 医療・介護連携担当

保健所地域保健課 医療・介護連携担当

電話：0138-32-1512 ファクシミリ：0138-32-1505 E-Mail：jryo-kaigo@city.hakodate.hokkaido.jp

函館市役所 〒040-8666 北海道函館市東雲町4番13号

TEL：0138-21-3111(代) MAIL：hakodate@city.hakodate.hokkaido.jp(代)

[各課へのお問合せ先はこちら](#)

[函館市のホームページについて](#) | [著作権・免責事項・リンク](#) | [プライバシーポリシー](#) | [ホームページへのご意見・ご提案](#) |

議事（2） 在宅医療・介護連携に関する相談支援について

1 前回会議（第2回会議）での議論

○相談支援窓口の機能について（基本機能の方向性）

- (1) 多職種による在宅医療・介護連携の支援
 - ア 多職種連携ルールの確認・普及
 - イ 情報共有システムの利用促進
- (2) 在宅医療に係る研修
 - ア 医療・介護関係者のための研修会の開催
- (3) 入院医療機関と在宅の間の連携コーディネート
 - ア 退院支援
 - イ 急変時の対応
- (4) 市民への啓発・市民からの相談

○アンケート調査結果の概要（「課題整理」抜粋） ～ p. 2 参照

2 基本機能等を踏まえた運営のあり方について

- (1) 法令等による相談支援窓口の条件付けの状況 ～ p. 3 参照
- (2) 運営形態 ～ 地域の医療関係者の能動的な役割が不可欠
- (3) 運営主体 ～ 公益社団法人 函館市医師会 ～ p. 5 参照

論 点 相談支援窓口の構想原案について

○医師会からの原案提示

医師会提案資料：「仮称：医療・介護連携支援センター」の構想について

アンケート調査結果の概要（「課題整理」抜粋）

1 退院支援・調整について

- (1) 退院支援・調整のルールの統一化などのあり方
- (2) 退院前カンファレンスの参加拡充
- (3) 患者，利用者および家族への丁寧な病状説明
- (4) 主治医等との連携強化
- (5) 医療・介護双方向の情報提供のあり方

2 日常の療養支援について

- (1) 医療・介護関係者の仕事の内容理解を深める機会づくり（主治医意見書等の文書の作成意義の理解など）
- (2) 多職種連携を進める情報共有システム，関係者間の共通書式等の統一などのあり方
- (3) 多職種との研修機会の拡大や顔の見える関係構築のための機会づくり

3 急変時の対応について

- (1) 急変時対応に係る連携体制のあり方
- (2) 各サービス事業所における急変時対応のルール作り
- (3) 入院医療機関の急変時の受入対応のあり方
- (4) 認知症への救急対応強化

4 看取りについて

- (1) 各サービス事業所における看取りの体制強化
- (2) 看取りに関し，在宅医療に関わる医療関係者の数の拡大，関係者間の連携強化

法令等による相談支援窓口の条件付けの状況

1 事業の実施者 ～ 医療に関する専門的知識を有する者

○介護保険法第115条の45第2項第4号（抜粋）

2 市町村は、（中略）地域支援事業として、次に掲げる事業を行うものとする。

四 医療に関する専門的知識を有する者が、介護サービス事業者、居宅における医療を提供する医療機関その他の関係者の連携を推進するものとして厚生労働省令で定める事業

2 事業の主旨 ～ 医療・介護関係者からの専門的な相談対応

○介護保険法施行規則第140条の62の8第5号（抜粋）

法第115条の45第2項第4号の厚生労働省令で定める事業は、次に掲げる事業とする。

五 地域の医療・介護関係者からの在宅医療・介護連携に関する相談に応じ、必要な情報の提供及び助言その他必要な援助を行う事業

3 事業実施の構図 ～ 地域の医師会等との協働

○介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針（平成27年3月18日厚生労働省告示第70号：抜粋）

第一 サービス提供体制の確保及び事業実施に関する基本的事項

一 地域包括ケアシステムの基本的理念

（略）

2 在宅医療の充実及び在宅医療・介護連携を図るための体制の整備

地域包括ケアシステムの構築に必要な在宅医療の提供体制は在宅医療を受ける患者の生活の場である日常生活圏域での整備が必要であることから、国又は都道府県の支援のもと、市町村が主体となって地域の医師会等と協働して、在宅医療の実施に係る体制の整備や、在宅医療や訪問看護を担う人材の確保・養成を推進することが重要である。

（略）

そのために、医師、歯科医師、薬剤師、看護師又はリハビリテーションの提供に当たる理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士等の医療関係職種と介護福祉士、介護支援専門員等の介護関係職種との連携が重要であり、市町村が主体となって、医療及び介護の連携の核となる人材の育成を図りつつ、地域の医師会等と協働し在宅医療・介護連携の推進を図ることが重要である。

4 具体的な取り組みおよび運営主体の例示

○介護保険の地域支援事業における在宅医療・介護連携推進事業の手引きについて
(厚生労働省老健局老人保健課長通知：平成27年3月31日付け老老発0331第5号：抜粋)

(オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援

地域の在宅医療・介護連携を支援する相談窓口の運営を行い、地域の医療・介護関係者、地域包括支援センター等からの、在宅医療・介護連携に関する事項の相談の受付を行う。また、必要に応じて、退院の際の地域の医療関係者と介護関係者の連携の調整や、患者・利用者又は家族の要望を踏まえた、地域の医療機関等・介護事業者相互の紹介を行う。さらに、相談対応の窓口やその役割が関係者等に明確に理解されるよう、「在宅医療・介護連携支援センター」等の名称を設定し、関係者等に周知する。

【実施内容・実施方法】

(1) 看護師、医療ソーシャルワーカーなど医療に関する知識を有し、かつ、介護支援専門員資格を持つ者など介護に関する知識も有し、実務経験を有する人材を配置することが望ましい。

【留意事項】

(1) 在宅医療・介護連携を支援する相談窓口の運営は、市区町村が自ら実施する以外に、医療に関する専門的知識と地域の在宅医療関係者との関係を有する郡市区医師会等や、地域包括支援センターに委託することが考えられる。なお、地域の実情に応じて、地域の医療機関等や医療関連団体に委託することも差し支えないが、運営の公平性に留意する。

運営主体に関する整理

- ・ 相談支援窓口については、在宅医療に関する市民からの相談対応のほか、函館市全域の医療・介護関係者の多職種の連携を包括的に支援する役割を担う。
- ・ 関係多職種として想定されているのは、医師、歯科医師、薬剤師、看護師またはリハビリテーションの提供に当たる理学療法士、作業療法士もしくは言語聴覚士等の医療関係職種と介護福祉士、介護支援専門員等である。
- ・ 患者・利用者への医療・介護サービスの提供を開始する場面では、関係多職種の中でも「医師」の診断や判断がその起点となることから、在宅医療・介護連携の推進にあたっては、医師の能動的な取り組みや関わりが必須であり重要であると思われる。
- ・ また、在宅医療と介護の連携の局面のうち、「退院支援」、「日常の療養支援」、「急変時の対応」および「看取り」の全ての局面において、在宅医療機関と入院医療機関のそれぞれの医師が密接に情報共有し連携することが必要となる。
- ・ さらに、在宅医療機関の数が十分とは言えない状況から、1人の在宅療養患者に対する在宅医療機関同士の医師の相互の協力連携体制の構築も必要となることが想定される。
- ・ 加えて、入院医療機関においては、国の方針により高度急性期、急性期、回復期、慢性期の病床機能の分化に取り組む方向性が示され、「退院支援」の局面にあっては患者が在宅医療に移行する前に、急性期の病床機能を持つ入院医療機関から回復期の病床機能を持つ入院医療機関への転院を要する場合があるなど、入院医療機関の間の医師の相互の協力連携体制も必要となることが想定されている。
- ・ このような役割を持つ医師の取り組みや関わりに関し、円滑に事業を推進するためには、全市的な医師の状況を把握し、かつ医師の間のネットワークを構築する取り組みが必要である。
- ・ つまり、相談支援窓口の運営については、医療と介護の関係多職種の連携のコーディネートに加え、全市的に医師の情報を網羅し、医師の間の連携のコーディネートが可能であり、かつ医師を始めとした関係多職種の業務を専門的に理解できる人員を擁することができる機関が担うことが望ましいと考えられる。
- ・ 国の指針では、在宅医療・介護連携の推進にあたっては「地域の医師会等の協力を得つつ、」と明文化しているとおおり、医師会等の協力を前提とした事業の制度設計を行っている。
- ・ このことから、相談支援窓口を担う機関としては、当協議会で設定しようとしている基本機能を鑑みた場合、実質的には医療・介護関係の機関の中でも、函館市医師会が最も適切だと判断される。
- ・ なお、大多数の函館市内の医療機関がその構成員となっている函館市医師会は、「医道の高揚、医学及び医術の発達並びに公衆衛生の向上を図り、もって国民の健康と社会福祉の増進に寄与する」ことを目的とする公益社団法人であり、公益目的事業を実施する主体として、運営の公平性が保持されている。

公益社団法人 函館市医師会が考える

「仮称：医療・介護連携支援センター」
の構想について(案)

4つの局面において、地域の対応力が不足している部分は何か？

① 日常の療養支援

② 急変時の対応

③ 退院支援

④ 看取り

【介護側へのアンケート調査から見た事・・・抜粋】

① 日常の療養支援

- ・かかりつけ医や病院との日常における連携の強化。
- ・多職種との連携や研修の機会。

② 急変時の対応

- ・急変時における対応のモデルケースの提案と普及。特に夜間や休日。
- ・認知症・精神疾患の方の救急対応。
- ・身寄りのない方が受診した際の同意書等に関するルール作り。

③ 退院支援

- ・退院支援・退院調整のモデルケースの提案と普及。
- ・退院カンファレンス等への参加拡充。情報共有・情報提供の仕組み作り。

④ 看取り

- ・看取りへの不安に対する看取りへの支援や連携の強化。研修の機会。

4つの局面において、地域の対応力が不足している部分は何か？

① 日常の療養支援

② 急変時の対応

③ 退院支援

④ 看取り

どれも重要であるが、特に②・③の局面における課題の解決が優先されると考える

相談支援・窓口の設置について

函館市医師会からの提案

函館市医師会病院内の
「地域医療連携センター・クローバー」
の体制と機能を参考とし、また、連携を図り
ながら「相談支援・窓口」としての
環境整備を進める。

函館市医師会病院が現在取り組んでいる事

① 日常の療養支援

- ◆ かかりつけ医等からの外来・検査・入院依頼等の応需・・・紹介率90%
- ◆ 地域包括ケア病棟(47床)でのポストアキュートの受入れ
- ◆ 地域の医療従事者・介護スタッフ向けの各種研修会開催
感染対策、医療安全、最新の医療情報、看護技術の指導・紹介等、年間20回以上開催
- ◆ 訪問診療・・・訪問診療室による在宅医療。(現在・・・定員MAX)
- ◆ 地域医療連携センターでの多職種による様々な相談・支援

函館市医師会病院が現在取り組んでいる事

② 急変時の対応

- ◆ 二次救急輪番・・・平成27年10月より月3回担当
- ◆ 医師会員(かかりつけ医)からのオンコール＝24時間365日対応
- ◆ 医師会病院が在宅医療を提供している患者・家族・施設からのオンコール＝24時間365日対応
- ◆ 地域包括ケア病棟(47床)でのサブアキュートの受入れ
- ◆ 地域医療連携センターでの多職種による様々な相談・支援

函館市医師会病院が現在取り組んでいる事

③ 退院(入院)支援

- ◆ 多職種連携による様々な退院(入院)相談や支援
- ◆ // 入院前の聞き取り調査とカンファレンス
- ◆ // 退院前のカンファレンス
- ◆ // 退院前の家屋調査
- ◆ // 退院後のケアやサポート

函館市医師会病院が現在取り組んでいる事

④ 看 取 り

- ◆ 医師会病院が在宅医療を提供している家族・施設からのオンコール
=24時間365日対応
- ◆ 多職種による患者・家族・介護スタッフへのケアやサポート

函館市医師会病院が現在取り組んでいる事

地域医療連携センター・クローバーが院内・外の様々な局面をコーディネート

地域の皆様をサポート致します。



医 師

薬 剤 師

看護部(看護師・保健師・介護福祉士)

リハビリ(OT・PT・ST)

管理栄養士

診療放射線技師

臨床検査技師

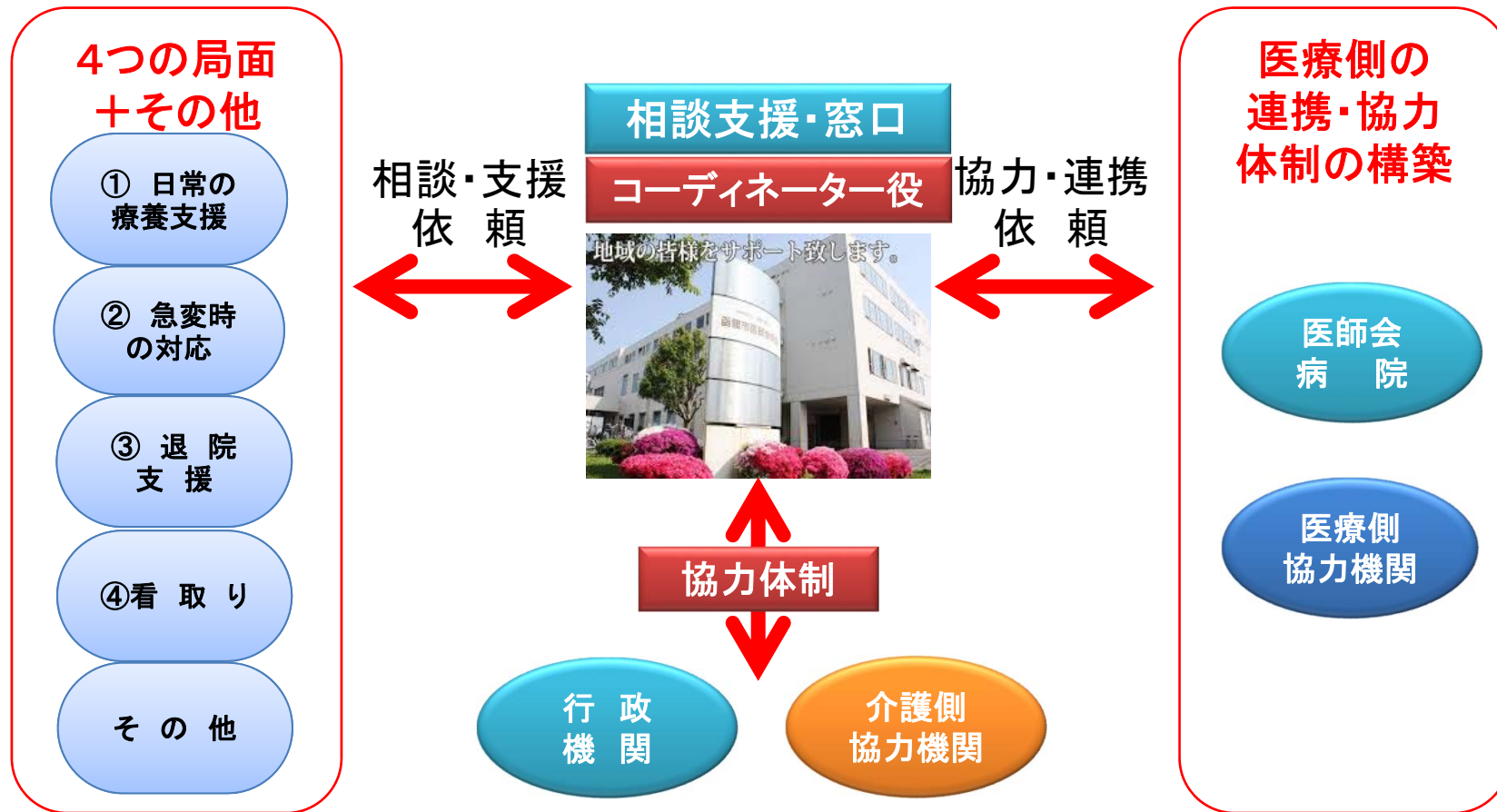
臨床工学技士

社会福祉士(MSW)

事 務 部

仮称：医療・介護連携支援センターの構想（案）

相談支援・窓口の設置イメージ



仮称：医療・介護連携支援センターの構想（案）

相談支援・窓口の設置について

以上の通り、函館市医師会病院では「**4つの局面**」全てにおいて、医療と介護を結びつける相談業務や支援を、通常業務の中で既に行っていることから、そのノウハウを生かし、函館市医療・介護連携推進事業としての「相談支援・窓口」を設置する最適の環境であると考えます。

仮称：医療・介護連携支援センターの構想（案）

相談支援・窓口の設置について

しかし、当然のことながら、医師会病院が単独で行うには限界があります。様々な局面を乗り越えるためには、医師会員をはじめ、医療側・介護側の双方から、ご自身が協力できることについて手挙げをしていただき、地域住民をみんなで支える協力体制を構築することが大切です。

仮称：医療・介護連携支援センターの構想（案）

相談支援・窓口の設置について

出来ることから少しずつ始め、医療側・介護側を結びつけるコーディネーター、ファシリテーターとしての役割を果たして行くことが我々の責務であると考えます。

目指すは「関係機関」の強力な「**協働体制**」のもと、全国に誇れるモデルケースの構築であります。

仮称：医療・介護連携支援センターの構想（案）

相談支援・窓口の設置について

最後に・・・

「高齢者が住み慣れた環境で、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街 **函 館** 」

を、共に協力し合いながらみんなで構築して行きましょう☆



議事（3） 医療・介護関係者の情報共有の支援について

1 函館市第6期介護保険事業計画

患者・利用者の在宅療養生活を支えるため、その状態の変化等に応じて、医療・介護関係者間で速やかに情報共有できるよう、ネットワーク環境の充実を促進するほか、医療と介護における共通言語の構築などを支援します。

2 在宅医療・介護連携推進事業の手引き

情報共有の手順等を含めた情報共有ツール（※）を整備するなど、地域の医療・介護関係者間の情報共有を支援する。

※ 情報共有ツール：情報共有シート、連絡帳、地域連携クリティカルパス等

【目的】

患者・利用者の在宅療養生活を支えるために、患者・利用者の状態の変化等に応じて、医療・介護関係者間で速やかな情報共有が行われること。

3 先進事例参考様式 ～ 資料5参照

- ・ 函館地域医療連携推進会議 共通様式
- ・ 名古屋市在宅医療・介護連携サマリー
- ・ 横須賀市退院前カンファレンスシート

4 情報共有ツールの必要性について

- ・ アンケート調査結果の概要 ～ 日常の療養支援について
→ 多職種連携を進めるための情報共有システムや書式の導入の必要性を感じているのは、各サービス事業所とも70%を超えているが、実際の導入状況は各サービス事業所とも35%以下となっている。

論 点

既存の情報共有ツールの活用状況の調査について

- ・ 協議会委員の各団体の傘下の関係機関に情報収集していただき、代表的な情報共有ツールを調査し、協議会へ報告頂きたい。
- ・ 情報共有ツール対応図（回答添付用） ～ 資料4
- ・ 回答〆切：平成27年12月2日（水）まで事務局へ提出
- ・ 回答集約後の取り組み ～ 情報共有ツールの統一化の必要性等について

5 参考：共有すべき情報の例（厚生労働省の例示）

- ・ 主治医や担当の介護支援専門員に関する情報（氏名・連絡先）
- ・ 患者・利用者とその家族の今後の療養についての希望
- ・ 介護提供時等に得られた患者・利用者の状況や体調の変化、服薬状況
- ・ 患者・利用者の食事摂取状況、排泄状況等の ADL
- ・ 患者・利用者の家屋の状況
- ・ 家族による介護の対応可能性
- ・ 患者・利用者の疾病、使用薬剤等に関する情報
- ・ 患者・利用者とその家族への病状の説明内容と受け止め方
- ・ 予測される体調の変化及び対応方法、急変時に対応する医療機関（医療機関が決まっている場合）、急変時の医療処置等に関する希望（希望が明確になっている場合）
- ・ 在宅療養における注意点
- ・ 在宅生活支援や介護の際の留意点

6 その他：ICTについて（2の国の手引きから抜粋）

ICTを利用した情報共有ツールの導入を検討する際には、ICT導入や活用による費用対効果、その地域の多くの地域の医療・介護関係者にとって実際に使いやすいツールであるかどうか等について慎重に検討する。

なお、本事業では、情報共有の方法やツール等を検討する際の会議、情報共有ツールの使用方法等の説明会の開催、情報共有の使用状況の把握と改善の検討に係る費用等を想定しており、情報共有のためのPCやモバイル機器等の購入費用、システム使用料等のいわゆるランニングコストについては対象にならない。

情報共有ツール対応図（回答添付用）

貴団体名	種別	情報共有ツール名称	
<p>貴団体の傘下の関係機関に調査・照会して頂き、各関係機関の情報共有ツールを情報収集し、各団体において、今後の医療・介護連携推進に有用な、代表的な情報共有ツールを選定して頂き、当協議会に報告・提案して頂き、今後の調査です。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・アポイントシート ・退院支援 ・日常の療養支援 ・急変時対応 ・看取り ・その他 		在宅医療機関
	<ul style="list-style-type: none"> ・アポイントシート ・退院支援 ・日常の療養支援 ・急変時対応 ・看取り ・その他 		入院医療機関
	<ul style="list-style-type: none"> ・アポイントシート ・退院支援 ・日常の療養支援 ・急変時対応 ・看取り ・その他 		歯科
	<ul style="list-style-type: none"> ・アポイントシート ・退院支援 ・日常の療養支援 ・急変時対応 ・看取り ・その他 		薬局
	<ul style="list-style-type: none"> ・アポイントシート ・退院支援 ・日常の療養支援 ・急変時対応 ・看取り ・その他 		訪問看護 ステーション
	<ul style="list-style-type: none"> ・アポイントシート ・退院支援 ・日常の療養支援 ・急変時対応 ・看取り ・その他 		訪問リハビリ テーション 事業所
	<ul style="list-style-type: none"> ・アポイントシート ・退院支援 ・日常の療養支援 ・急変時対応 ・看取り ・その他 		居宅介護 支援事業所
	<ul style="list-style-type: none"> ・アポイントシート ・退院支援 ・日常の療養支援 ・急変時対応 ・看取り ・その他 		地域包括支援 センター
	<ul style="list-style-type: none"> ・アポイントシート ・退院支援 ・日常の療養支援 ・急変時対応 ・看取り ・その他 		協力医療機関 (施設・ 居住系)
	<ul style="list-style-type: none"> ・アポイントシート ・退院支援 ・日常の療養支援 ・急変時対応 ・看取り ・その他 		介護老人 福祉施設等 (施設・居住 系)

先進事例参考様式

- 函館地域医療連携推進会議 共通様式
- 名古屋市在宅医療・介護連携サマリー
- 横須賀市退院前カンファレンスシート

様式1 地域医療連携推進カード

キリトリ線

このカードは医療保険証と一緒に保管してください。

地域医療連携推進カード

氏名 様 M・T・S 年 月 日生

担当している 支援事業 所等の情報	名称
	連絡先
	担当者
介護保険情報	
平成 年 月 日	要支援 1・2 (申請中)
平成 年 月 日	要介護 1・2・3・4・5
平成 年 月 日	要支援 1・2 (申請中)
平成 年 月 日	要介護 1・2・3・4・5
平成 年 月 日	要支援 1・2 (申請中)
平成 年 月 日	要介護 1・2・3・4・5
(□独居・単身 □高齢者世帯 □その他)	
備考	

※私は、地域医療連携を積極的に推進いたします。
 ※連携の必要性が生じた時は、速やかにご連絡をお願いします。
 函館地域医療連携推進会議

キリトリ線

このカードは医療保険証と一緒に保管してください。

地域医療連携推進カード

氏名 様 M・T・S 年 月 日生

担当している 支援事業 所等の情報	名称
	連絡先
	担当者
介護保険情報	
平成 年 月 日	要支援 1・2 (申請中)
平成 年 月 日	要介護 1・2・3・4・5
平成 年 月 日	要支援 1・2 (申請中)
平成 年 月 日	要介護 1・2・3・4・5
平成 年 月 日	要支援 1・2 (申請中)
平成 年 月 日	要介護 1・2・3・4・5
(□独居・単身 □高齢者世帯 □その他)	
備考	

※私は、地域医療連携を積極的に推進いたします。
 ※連携の必要性が生じた時は、速やかにご連絡をお願いします。
 函館地域医療連携推進会議

キリトリ線

このカードは医療保険証と一緒に保管してください。

地域医療連携推進カード

氏名 様 M・T・S 年 月 日生

担当している 支援事業 所等の情報	名称
	連絡先
	担当者
介護保険情報	
平成 年 月 日	要支援 1・2 (申請中)
平成 年 月 日	要介護 1・2・3・4・5
平成 年 月 日	要支援 1・2 (申請中)
平成 年 月 日	要介護 1・2・3・4・5
平成 年 月 日	要支援 1・2 (申請中)
平成 年 月 日	要介護 1・2・3・4・5
(□独居・単身 □高齢者世帯 □その他)	
備考	

※私は、地域医療連携を積極的に推進いたします。
 ※連携の必要性が生じた時は、速やかにご連絡をお願いします。
 函館地域医療連携推進会議

キリトリ線

このカードは医療保険証と一緒に保管してください。

地域医療連携推進カード

氏名 様 M・T・S 年 月 日生

担当している 支援事業 所等の情報	名称
	連絡先
	担当者
介護保険情報	
平成 年 月 日	要支援 1・2 (申請中)
平成 年 月 日	要介護 1・2・3・4・5
平成 年 月 日	要支援 1・2 (申請中)
平成 年 月 日	要介護 1・2・3・4・5
平成 年 月 日	要支援 1・2 (申請中)
平成 年 月 日	要介護 1・2・3・4・5
(□独居・単身 □高齢者世帯 □その他)	
備考	

※私は、地域医療連携を積極的に推進いたします。
 ※連携の必要性が生じた時は、速やかにご連絡をお願いします。
 函館地域医療連携推進会議

記入例

様式1 地域医療連携推進カード (拡大図)

キリトリ線

キリトリ線

キリトリ線

このカードは医療保険証と一緒に保管してください。

地域医療連携推進カード

氏名 ○○ ○○ 様 M・T・S 7年 7月 7日生

担当している 支援事業 所等の情報	名称 居宅介護支援事業所 ○○○○
	連絡先 0138-××-1234
	担当者 ○○ ○○
介護保険情報	
平成 22 年 4 月 1 日	要支援 1 ・ 2 (申請中)
平成 23 年 3 月 31 日	要介護 1 ・ ② ・ 3 ・ 4 ・ 5
平成 年 月 日	要支援 1 ・ 2 (申請中)
平成 年 月 日	要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
平成 年 月 日	要支援 1 ・ 2 (申請中)
平成 年 月 日	要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
(<input type="checkbox"/> 独居・単身 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input checked="" type="checkbox"/> その他)	
備考	

キリトリ線

※私は、地域医療連携を積極的に推進いたします。

※連携の必要性が生じた時は、速やかにご連絡をお願いします。

函館地域医療連携推進会議

診療情報提供書

平成 年 月 日

医療機関名

医師氏名 御侍史

いつも大変お世話になっております。

下記の患者様について情報提供を賜りますようお願い申し上げます。

指定居宅介護支援事業所

電話 FAX

介護支援専門員 拝

患者様氏名	様	性別	<input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女
電話番号		生年月日	<input type="checkbox"/> 明治年 <input type="checkbox"/> 大正月 <input type="checkbox"/> 昭和日生 (歳)
患者様住所			
情報提供及び照会の目的			

上記患者様については次のとおりです。

傷病名	生活機能低下の原因になっているもの		
	発症日：昭和・平成 年 月 日		
	発症日：昭和・平成 年 月 日		
その他の病名			
傷病の経過及び治療状況			
指示事項	禁忌及び注意事項	1.リハビリ：血圧 () 体温 (°C) 以上禁 2. 食事、水分量： _____ 3. 入浴：血圧 () 体温 (°C) 以上禁 4. その他、感染症等：	
	医療系サービス指回示	1. 通所リハビリテーション (1週間あたりの利用回数： _____ ~ _____ /週回程度) 2. 訪問リハビリテーション (1週間あたりの利用回数： _____ ~ _____ /週回程度) 3. 訪問看護サービス (1週間あたりの利用回数： _____ ~ _____ /週回程度) 4. 短期入所療養介護 (ひと月あたりの利用日数： _____ ~ _____ /月回程度) 5. その他 ()	

障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2
認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V

医療機関名

所在地

連絡先

医師氏名



※私は、地域医療連携を積極的に推進いたします。
 ※連携の必要性が生じた時は、速やかにご連絡をお願いします。
 函館地域医療連携推進会議

診療情報提供書

記入例

平成 年 月 日

医療機関名 ○○病院

医師氏名 ○○ ○○ 御侍史

いつも大変お世話になっております。

下記の患者様について情報提供を賜りますようお願い申し上げます。

指定居宅介護支援事業所 ○○○○

電話 ○○○-××× FAX ×××-○○○

介護支援専門員 ○○ ○○ 様

患者様氏名	○○ ○○ 様	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女
電話番号	0138-43-1111	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 7年 7月 7日生 (78歳)
患者様住所	函館市富岡町1丁目1番1号		
情報提供 及び 照会の目的	このところ、身体状況（ADL）の低下が見られ転倒等も増えてきている状況にあり、通所リハビリの利用をお勧めしたところご利用を希望されています。そのため、利用に関してのご指示を頂きたく照会させていただきます。		

上記患者様については次のとおりです。

傷病名	生活機能低下の原因になっているもの		
	発症日：昭和・平成 年 月 日		
	発症日：昭和・平成 年 月 日		
その他の病名			
傷病の経過及び治療状況			
指示事項	禁忌及び注意事項	1.リハビリ：血圧（ ） 体温（ °C）以上禁 2.食 事、水分量： _____ 3.入 浴：血圧（ ） 体温（ °C）以上禁 4.その他、感染症等：	
	医療系サービス利用回数指し	1.通所リハビリテーション（1週間あたりの利用回数： _____ ～ _____ /週回程度） 2.訪問リハビリテーション（1週間あたりの利用回数： _____ ～ _____ /週回程度） 3.訪問看護サービス（1週間あたりの利用回数： _____ ～ _____ /週回程度） 4.短期入所療養介護（ひと月あたりの利用日数： _____ ～ _____ /月回程度） 5.その他（ _____ ）	

障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2
認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V

医療機関名
所在地
連絡先
医師氏名

※私は、地域医療連携を積極的に推進いたします。
※連携の必要性が生じた時は、速やかにご連絡をお願いします。
函館地域医療連携推進会議



退院・退所情報提供書

（面談日）平成 年 月 日

情報提供元の医療機関・施設名

所 属

電 話 番 号

フリガナ 利用者氏名	(男・女)				
生年月日	(明・大・昭)	年	月	日	(歳)
入院期間	入院日	平成	年	月	日 ~ 退院(予定)日 平成 年 月 日

	入院・入所中の状況	(特記事項)
疾患の状態	主病名 主症状 既往歴 服薬状況	(感染症等)
食事		
口腔ケア		
移動		(独自の方法・転倒危険)
入浴		
排泄		(留置カテーテル等)
夜間の状態	(良眠) (状態:	
療養上の留意事項 及び 必要な介護サービスなど		

※私は、地域医療連携を積極的に推進いたします。
 ※連携の必要性が生じた時は、速やかにご連絡をお願いします。

退院・退所情報提供書

記入

(面談日) 平成 22 年 月 日

情報提供元の医療機関・施設名 〇〇病院
 所 属 医療連携室
 電 話 番 号 〇〇〇—××××

フリガナ	〇〇 〇〇
利用者氏名	〇〇 〇〇 (男 <input checked="" type="radio"/> 女 <input "="" type="radio"/> 昭 <input type="radio"/>) 15 年 月 日 (70 歳)
入院期間	入院日 平成 22 年 10 月 10 日 ~ 退院(予定)日 平成 22 年 11 月 15 日

	入院・入所中の状況	(特記事項)
疾患の状態	主病名 アルツハイマー型認知症、脱水 主症状 せん妄、発熱 既往歴 服薬状況(一部介助) 食事ごとに本人に渡している。	(感染症等) 脱水は点滴によって改善し、せん妄や発熱の症状もなくなっている。再度脱水を起こさないように水分摂取量に注意が必要。軽度の認知症があり、入院中も見守りや声かけを要することが多かった。
食事	(自立) (普通)	脱水で入院している。先生より水分は1500mlは摂取するように本人に話している。
口腔ケア	(一部介助)	洗面所まで誘導し、必要な物品を手渡す。動作の声かけをすると自力で行うことができる
移動	(見守り) (杖) 多少ふらつき見られるが、杖を使用し歩行できる。	(独自の方法・転倒危険) 病院では点滴のため臥床期間も長かったため、転倒しないように見守りしている。先生は動くようになれば歩行は良くなると話している。
入浴	(一部介助) 背部洗身に介助、移動の介助している。	一般浴での入浴は可能だが、歩行にふらつきがあるため浴槽の出入りや浴室内の移動は介助する
排泄	(見守り) (トイレ夜間のみ) トイレまで誘導が必要	(留置カテーテル等) 排泄後、しっかり拭き取りできているか確認が必要
夜間の状態	(良眠) (状態: 夜に数回トイレに起きるがすぐに眠る)	21時頃に消灯で、22時の巡回時には眠っている。朝は6時頃に起床する
療養上の留意事項及び必要な介護サービスなど	<ul style="list-style-type: none"> 十分に水分を摂れるように、時間を決めて水分補給するように(1500ml/日) 歩行時のふらつきがあるため、リハビリを行った方が良い(通所系サービスの利用) 	

※私は、地域医療連携を積極的に推進いたします。

※連携の必要性が生じた時は、速やかにご連絡をお願いします。

函館地域医療連携推進会議

在宅情報提供書

記載日

TEL (0138) -
FAX (0138) -

記載者

【基本情報】

フリガナ		性別		生年月日		歳	
氏名	様	男					
住所	〒 -			電話			
家族構成 □=男性 ○=女性 ◎=本人 KP=キーパーソン [] = 同居枠	緊急時連絡先	1	氏名	住所	続柄	TEL	
						携帯	
		2	氏名	住所	続柄	TEL	携帯
		3	氏名	住所	続柄	TEL	携帯
かかりつけ医療機関				医師名	先生		
年月日	医療機関・医師名	病名	症状等				
			<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経観中 <input type="checkbox"/> その他				
			<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経観中 <input type="checkbox"/> その他				
			<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経観中 <input type="checkbox"/> その他				

【保険情報等】

介護保険	()	被保険者番号	0	0	0	0	1	保険者名	函館市
年金の種類	()								
障害等認定	(<input type="checkbox"/> 身障 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 難病 (種 級)								
	障害名 :								

【在宅サービスの利用状況】

介護保険サービス利用の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
サービス内容	

【心身・ADLの状況】

障害高齢者の日常生活自立度		身長	cm	/	体重	kg
認知症高齢者の日常生活自立度		周辺症状	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()			
視力状態	日常生活に支障	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()				
聴力状態	日常生活に支障	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()				
意思の伝達	日常生活に支障	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()				
1	寝返り	()	6	食事	()	
2	起き上がり	()	7	更衣	()	
3	立ち上がり	()	8	排泄	()	
4	座位	()	9	入浴	()	
5	歩行	()	10	その他	()	
便秘	3日以上の便秘の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()					
尿失禁	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	便失禁	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	頻度	便 1 / 日	尿 7 / 日
口腔衛生	問題の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()			歯磨き	()
嚥下障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()					
食事形態	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> きざみ食 <input type="checkbox"/> 経管 () <input type="checkbox"/> その他 ()					
食事制限	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()					
栄養状態	問題の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 体重減少 <input type="checkbox"/> 栄養不良 <input type="checkbox"/> 栄養過多)				
特記事項						

【家屋状況】(※わかっている範囲で結構です)

住居	自宅・借家 / 戸建・集合住宅 / 専用居室 無・有 (階)					
住宅改修の必要性の有無	無 (改修済・未改修) / 有 ()					
	<input type="checkbox"/> トイレ <input checked="" type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> 自室 <input type="checkbox"/> 玄関 <input type="checkbox"/> 屋外 <input type="checkbox"/> その他 ()					
危険箇所	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()					
整理整頓の状況	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 ()					
トイレ	<input type="checkbox"/> 洋式 <input type="checkbox"/> 和式 / 手すり <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		浴室	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 / 手すり 無 有		
就寝状況	<input type="checkbox"/> 固定ベッド <input type="checkbox"/> 手動ギャッチ <input type="checkbox"/> 電動 <input type="checkbox"/> 布団 <input type="checkbox"/> その他 ()					
特記事項						

在宅情報提供書

記載日 平成22年7月1日

函館市港町99丁目99番99号
指定介護予防支援事業所
函館市地域包括支援センター ○○ ○○
TEL (0138) 99 - 9999
FAX (0138) 99 - 9999

記載者 ○○ ○○

【基本情報】

フリガナ	○○ ○○	性別		生年月日	昭和7年7月7日	83 歳
氏名	○○ ○○ 様	男				
住所	〒 041 - 0801 函館市富岡町1丁目1番1号	電話			0138-43-	
家族構成	<p>□=男性 ○=女性 ◎=本人 KP=キーパーソン [] = 同居枠</p> <p>緊急時連絡先</p>	1 氏名 ○○ ○○ 続柄 長男 住所 函館市富岡町99-99-99 TEL 46- 携帯 999-9999-9999	2 氏名 ○○ ○○ 続柄 長女 住所 函館市富岡町99-99-99 TEL 46- 携帯 999-9999-9999	3 氏名 ○○ ○○ 続柄 弟 住所 函館市富岡町99-99-99 TEL 46- 携帯 999-9999-9999		
かかりつけ医療機関	○○診療所	医師名		○○	先生	
年月日	医療機関・医師名	病名	症状等			
平成22年12月12日	○○診療所	脳梗塞	<input checked="" type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経観中 点滴中 <input type="checkbox"/> その他			
平成22年12月13日	○○診療所	心筋梗塞	<input checked="" type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経観中 投薬中 <input type="checkbox"/> その他			
平成22年12月14日	○○診療所	高血圧	<input checked="" type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経観中 観察中 <input type="checkbox"/> その他			

【保険情報等】

介護保険	要支援2 (~H22.5.31)	被保険者番号	0 0 0 0 9 9 9 9 9 9	保険者名	函館市
年金の種類	国民年金 (約6万/2ヵ月)				
障害等認定	有 (<input type="checkbox"/> 身障 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 療育 <input checked="" type="checkbox"/> 難病 (2 種 4 級)				
	障害名 : 人工肛門				

【在宅サービスの利用状況】

介護保険サービス利用の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有
サービス内容	デイサービス週に2回利用(月・木) 配食サービス週に2回(水・土曜日の夕食)、緊急通報システム設置

〇〇 〇〇 様

記載日 平成22年7月1日

【心身・ADLの状況】

障害高齢者の日常生活自立度	B1	身長		cm	/	体重	kg
認知症高齢者の日常生活自立度	I	周辺症状	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	(徘徊)			
視力状態	日常生活に支障	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	(全盲)				
聴力状態	日常生活に支障	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	(高度難聴)				
意思の伝達	日常生活に支障	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	(構音障害)				
1	寝 返 り	見守り (柵あれば)	6	食 事	見守り (全盲のため)		
2	起き上がり	見守り (柵あれば)	7	更 衣	見守り (麻痺側のため)		
3	立ち上がり	見守り (手すりあれば)	8	排 泄	見守り (オムツ)		
4	座 位	見守り (要支え)	9	入 浴	(シャワーのみ)		
5	歩 行	見守り (車椅子)	10	そ の 他	(特に無し)		
便秘	3日以上便秘の有無		<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	(下剤使用している)			
尿失禁	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	便失禁	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	頻度	便 1 / 日	尿	7 / 日
口腔衛生	問題の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	(食塊の残多い)		歯磨き	自立 (うがいのみ可)	
嚥下障害	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	(むせこみ有)					
食事形態	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 粥 <input checked="" type="checkbox"/> きざみ食 <input type="checkbox"/> 経管 () <input type="checkbox"/> その他 ()						
食事制限	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	(減塩食)					
栄養状態	問題の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	(<input type="checkbox"/> 体重減少 <input checked="" type="checkbox"/> 栄養不良 <input type="checkbox"/> 栄養過多)				
特記事項							

【家屋状況】(※わかっている範囲で結構です)

住 居	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅・ <input checked="" type="checkbox"/> 借家 / 戸建・集合住宅 / 専用居室 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (1 階)						
住宅改修の 必要性の有 無	無 (<input checked="" type="checkbox"/> 改修済・未改修) / 有 ()						
	<input type="checkbox"/> トイレ <input checked="" type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> 自室 <input type="checkbox"/> 玄関 <input type="checkbox"/> 屋外 <input type="checkbox"/> その他 ()						
危険箇所	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	(浴室入り口 段差有)					
整理整頓 の状況	<input type="checkbox"/> 良 <input checked="" type="checkbox"/> 不良	(自力では行えない為、煩雑になっている。)					
トイレ	<input type="checkbox"/> 洋式 <input checked="" type="checkbox"/> 和式 / 手すり <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有		浴室	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 / 手すり 無 有			
就寝状況	<input type="checkbox"/> 固定ベッド <input type="checkbox"/> 手動ギャッチ <input type="checkbox"/> 電動 <input checked="" type="checkbox"/> 布団 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (板の間)						
特記事項							

名古屋市における
在宅医療・介護連携ガイドライン

平成27年3月

名古屋市在宅医療・介護連携サマリー

【介護支援専門員 → 医療機関】

(1)入院先の医療機関等名称 様		当該利用者についての情報の提供及び取得は、下記同意者の同意の上行っています。 同意者氏名		(2)発行日(面談日)	平成 年 月 日
				(3)入院日(退院日)	平成 年 月 日
(4)利用者氏名 (ふりがな)	(5)生年・性別等 明治 年 月 日 大正 年 月 日 昭和 年 月 日 男 女 (満 歳)	(6)生活保護 無し 有り	(7)障害等認定 無し 療育 身障(級) 精神(級) 特定疾患		
(8)要介護度	認定有効期間 ~ 年 月 日	(9)障害高齢者日常生活自立度(寝たきり度)	(10)認知症高齢者日常生活自立度		
(0)医療保険種類 社会保険 国民健康保険 後期高齢者 その他	(0)公費の有無 有り 無し				
(12)同居家族 無し 配偶者 兄弟姉妹 その他 子 子の配偶者	(13)住居 戸建(階) アパート マンション(階) 施設 (エレベータ: 有り 無し)				
(14)主介護者 続柄 同居 別居 電話	就労状況	健康状態			
(15)キーパーソン 続柄 同居 別居 電話	(16)緊急連絡先				

(17)かかりつけ情報等(医師・歯科医師・訪問看護ステーション・薬局等)

主病名	医療機関等名称	診療科名等	受診状況等	電話番号	特記事項(既往歴等)
1					
2					
3					

身体・生活機能等

		(18)評価日	平成 年 月 日	入院時 入院中 退院時 地域生活期 その他
(19)麻痺の状況 無し 軽度 中度 重度	麻痺の部位 左上肢 右上肢 その他 左下肢 右下肢	(50)具体的内容		
(20)褥瘡の有無 無し 有り(部位:)	(21)皮膚疾患 無し 有り			
(22)視力 新聞等の字が見える ほとんど見えない 目の前の物が見える 判断不能	(23)眼鏡 無し 有り			
(24)聴力 日常生活に支障なし ほとんど聞こえない 大声なら何とか聞こえる 判断不能	(25)補聴器 無し 有り			
(26)意思の伝達 可 時々可 ほとんど不可 不可	(27)失語症 無し 有り 不明			
(28)認知症症状 無し 記憶障害 幻覚・妄想 昼夜逆転 介護への抵抗 徘徊 抑うつ・不安 暴言・暴力 不潔行為 その他				
(29)睡眠の状態 良眠 睡眠障害	(30)眠剤 無し 時々 毎晩			
(31)起居動作 起き上がれる 介助が必要 立ち上がれる 介助が必要 寝たきり	(32)移動 自立 介助 杖無し 杖 歩行器 車椅子			
食事摂取 (34)食形態 普通 刻み 嚥下障害食 ミキサー	(35)水分トロミ 無し 有り			
(36)食動作 自立 見守り 一部介助 全介助	(37)食事制限 無し 有り			
口腔 (40)口腔ケア 自立 見守り 一部介助 全介助	(39)義歯使用 良 不良 不使用 義歯不要			
排泄 (42)排尿介助 自立 見守り 一部介助 全介助	(45)PTイレ使用 無し 夜間 常時			
(44)排便介助 自立 見守り 一部介助 全介助	(46)オムツ使用 無し 夜間 常時			
(47)衣服の着脱 自立 見守り 一部介助 全介助	(48)服薬管理 自立 一部介助 見守り 全介助			
(48)特別な医療 1.自動換流装置 2.透析液供給装置 3.酸素療法(/min) 4.吸引器 5.中心静脈栄養 6.輸液ポンプ 7.経管栄養(経鼻 経胃:チューブサイズ 日に1回交換) 8.留置カテーテル(サイズ 日に1回交換) 8-1.間欠導尿 11.ドレーン(部位) 9.人工呼吸器(陽圧式 陰圧式:設定) 10.気管カニューレ(サイズ) 12.人工肛門 13.人工膀胱 14.その他()				
(51)介護上、特に注意すべき点等	(52)介護・看取りに関する本人・家族の意向等			

(53)本サマリーの記入者

所属	担当	住所
電話	FAX	Eメール
		(54)ケアプラン 済 未

※ケアプランの第3表(週間サービス計画表)を添付してください。

名古屋市在宅医療・介護連携サマリー使用上の留意点

1 名古屋市在宅医療・介護連携サマリ－の使用方法（入院時）

本サマリーは、居宅介護支援事業所等の担当介護支援専門員が、記入対象者である介護サービス利用者本人または家族の同意を得たうえで、利用者の身体機能等の情報について記入し、入院先の医療機関に送付するものです。

2 名古屋市在宅医療・介護連携サマリ－の使用方法（退院・退所時）

本サマリーは、居宅介護支援事業所等の担当介護支援専門員が、利用者の退院・退所の際、入院先の医療機関または入所先の施設の職員と面談し提供された利用者情報を記入しておき、居宅サービス計画の作成等に活用するためのものです。

3 個人情報の取り扱いについて

本サマリーには、利用者等の身体機能等、数多くの個人情報が含まれておりますので、取り扱いには最大限の注意を払ってください。

本サマリ－の記入及び送付に当たっては、必ず利用者（患者）または家族の同意を得てください。また、情報の取得についても、必ず利用者（患者）または家族の同意を得てください。

特に、本サマリーをFAX等で医療機関に送付する際は、一旦、利用者及び主介護者等の氏名の欄を空欄にして医療機関に送付した後、医療機関に電話連絡し、医療機関のほうで氏名を記入してもらう等の配慮に努めることが望ましいでしょう。

また、本サマリーは、利用者（患者）及び家族等が見ることを前提に作成してください。そのため、記入する内容

4 名古屋市在宅医療・介護連携サマリ－の記入頻度等について

利用者の入院時に迅速に対応できるという点から、概ね半年に一度、利用者の在宅安定時の状況を本サマリーに記入し、保管しておくことが望ましいでしょう。

また、月一回のモニタリングの際、本サマリーをモニタリングシートとして使用することもできます。

ただし、利用者の身体機能等に変化があった場合には、その都度、本サマリーに直近の情報を記入してください。

なお、認定調査結果や主治医意見書等を参考に本サマリーを記入する場合には、認定調査結果や主治医意見書等に記載されている利用者の身体機能等の情報と、直近の情報が異なる場合には、直近の情報を優先して記入してください。

5 家族等との連絡体制

利用者（患者）が入院した際、居宅介護支援事業所等の担当介護支援専門員に対し、家族等から即時その旨の連絡がなされるよう連絡体制を整備しておくことが望ましいでしょう。

また、利用者（患者）及び家族等には、日頃から本サマリ－の趣旨を説明し、利用者（患者）が入院した際には医療機関に対し情報提供を行うことや医療機関等から情報収集を行うことについて同意を得ておくことが望ましいでしょう。

6 入院先の医療機関への送付について

利用者（患者）が入院した際、利用者（患者）が入院してから7日以内を目安に本サマリーを医療機関に持参または郵送、FAX等により送付してください。

また、サマリーを送付した際は、居宅介護支援経過に、入院日、送付日及び送付先の医療機関等名称を必ず記録してください。

（記入例）

「平成27年4月1日△△病院に入院。平成27年4月2日△△病院に名古屋市在宅医療・介護連携サマリーを送付し情報提供した」

なお、サマリーを送付する際の手段（郵送、FAX等）や、医療機関がサマリーを受領したか否かを確認する際の手段（電話、FAX等）については、あらかじめ医療機関へ確認しておくことが望ましいでしょう。

7 名古屋市在宅医療・介護連携サマリ－の取り扱い留意事項

医療情報については、主治医の医療機関等に直接確認したり、診療情報提供書等で確認したりして内容の確認をできるようにしてください。

情報連絡票

医療機関 介護サービス
 介護支援事業 その他 ()

送 信
(月 日)

事業所名

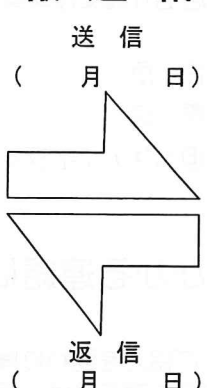
事業所番号

担当者名

TEL

FAX

E-Mail



医療機関 介護サービス
 介護支援事業 その他 ()

返 信
(月 日)

事業所名

事業所番号

担当者名

TEL

FAX

E-Mail

* 別添資料 (本誌含まず) 枚 返信期日: 月 日迄 * 別添資料 (本誌含まず) 枚

(フリガナ)

氏 名 介護保険証番号

性 別 () TEL

1. 変更 ケアプラン変更 要介護状態区分 ケア内容 サービスコード
 日 時 回 数 単位数 その他 ()

2. 停廃止 サービス停止 → 体調不良 ショートステイ 入院 その他 ()
 月 日 未定 ~ 月 日 未定 まで 未定
 サービス廃止 → 死亡 転居 入所 その他 ()

3. その他照会事項
 問題点要約及び希望対応 (案) 等について
 居宅サービス計画 (個別援助計画) の作成 (変更の必要性) についての照会事項
 その他 ()

[Large empty box for additional information or notes]

4. 返信欄

[Large empty box for reply]

平成 年 月 日

医療機関名

居宅介護支援事業所名

主治医

様

住 所

電 話

FAX

担当ケアマネジャー

居宅サービス計画の作成にかかる連絡について（主治医連絡票）

平素は、円滑な介護保険の推進にご理解とご協力を賜わり厚くお礼申し上げます。

この度、先生が担当されている下記の方から依頼を受け、居宅サービス計画（ケアプラン）を作成し、居宅介護支援（ケアマネジメント）を受け持つことになりました。

つきましては、居宅サービス計画作成依頼者（利用者）の状況をお知らせいたしますので、ご指導を賜わりますようお願い申し上げます。

なお、ご返信は、ご多忙中お手数をおかけいたしますが、FAXまたは郵送にてお願いいたします。

【ケアマネジャー記入欄】

居宅サービス計画作成事由：新規・更新・区分変更・事業所変更・その他（ ）		
利用者氏名		
利用者住所		
認定期間	平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日	
要介護度	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5	従前（ ）
介護認定審査会の意見		
添付ケアプラン	あり（第1表・第2表・週間計画表・利用票・別表）計__枚 ・ なし	
備 考		

【主治医記入欄】

主治医意見・要望	1 計画通り 2 意見・要望あり 3 説明希望（面接・電話・ ）
居宅療養管理指導	あり（Ⅰ・Ⅱ） ・ なし

上記居宅サービス計画作成依頼者（利用者）の状況について確認しました。

平成 年 月 日

主治医氏名

在宅療養連携推進

よこすかエキネット集



発行 横須賀市

企画 横須賀市在宅療養連携会議

様 退院前カンファレンス

病院

病棟

年

月

日

司会：ケアマネジャー/MSW/退院調整 Ns など適宜

☆自己紹介 2分(時間は目安です)

1. 現在までの経過と治療(病棟主治医または看護師が説明。記載する必要はない) 3分

2. 入院中の ADL とケア

(看護師が説明。記載する必要はない) 5分

① 移動と移乗、入院中のリハビリテーション

② 食事の内容と食事介助の方法

③ 排泄

④ 寝具と体位交換、皮膚トラブルの有無

⑤ 入院中の入浴・保清の方法と頻度

⑥ 睡眠・更衣・口腔ケア・その他

⑦ 認知機能・精神面

⑧ 行なっている医療処置

- 必要な医療器具・福祉機器はあるか。
また、使い方は習得できているか
- 自宅に帰ってから使用する消耗品など
はあるか

⑨ 介護指導の内容と計画

□ 介護方法・介助方法は習得できているか

⑩ 定時薬と頓用薬

□ 必要な定時薬・頓用薬は処方されたか

3. 本人・家族の希望と心配 3分

4. 質疑 5分

5. ケアプランの説明(ケアマネジャー) 5分

6. ケアの調整 5分

退院日

□ 退院後に利用する医療・介護の事業所
は退院日を知っているか

退院後の日程

緊急連絡先や方法

- 患者や家族は体調が変わった時の緊急
連絡先を知っているか
- 診療情報提供書と看護サマリーを用意
したか

7. まとめ 2分

横須賀市退院前カンファレンスシートの活用について

- このシートは、患者様が病院から退院して、スムーズな在宅療養生活をスタートさせることができるように、次の二つの視点から作成した多職種連携ツールです。
 - ①病院スタッフから在宅療養支援スタッフへ必要な情報が漏れなく提供される。
 - ②在宅療養支援スタッフが情報を共有することができる。
- このシートは、平成 25 年 11 月に病院で試行いただき、その後、病院スタッフや多職種の皆さんから寄せられた意見をもとに改訂しました。
- 退院前カンファレンスでこのシートをご利用いただくと次のような効果が期待できます。
 - ①在宅療養支援スタッフは、在宅療養スタートにあたり、必要な情報を忘れずに病院から聴いてくることができる。(聴き忘れ、確認漏れが減る。)
 - ②多職種が、この同じシートをもっていると、カンファレンスがスムーズに進む。
 - ③病院スタッフは、在宅療養支援スタッフに伝える内容の準備ができる。
 - ④未経験スタッフも、このシート活用でカンファレンスをイメージできる。

病院スタッフのみなさまへ

- このカンファレンスシートは、在宅療養支援スタッフが知りたい情報をまとめたものです。決して、このシートに書き込んでいただくものではありません。このシートの記載項目に沿って、情報提供をしてください。
- また、カンファレンスができない場合には、記載項目のうち、**□この記号を付した項目(2-⑧⑨⑩、6の一部)**について、**確認した上で退院させてください**。そうしていただくと、在宅療養支援スタッフが助かります。

在宅療養支援スタッフのみなさまへ

- 退院前カンファレンスに参加される場合に、このカンファレンスシートをご活用ください。必ず使わなければならないシートではありません。活用は自由です。
- これは、みなさんが病院から入手する情報に漏れないようにするためのチェックシートです。決して、記入したものが病院から配布されるわけではありません。
- 横須賀市ホームページからダウンロードできますので、不足項目の付け足し、不要項目の削除など、自由に改変の上お使いいただいてもかまいません。
横須賀市ホームページのトップページから カンファレンスシート で検索してください。

このカンファレンスシートが関係職種のみなさまの連携のために少しでもお役に立つことを願っています。

企画・作成 横須賀市在宅療養連携会議

事務担当 横須賀市健康部地域医療推進課

〒238-0046 横須賀市西逸見町 1-38-11 ウェルシティ市民プラザ 3 F

TEL 046-822-4332 FAX 046-822-4363

E-mail iryouseisaku@city.yokosuka.kanagawa.jp

退院前カンファレンスシートダウンロード

https://www.city.yokosuka.kanagawa.jp/3120/zaitaku/conference_sheet.html



[ホーム](#) > [健康・福祉・教育](#) > [健康・医療](#) > [地域医療](#) > 横須賀市退院前カンファレンスシートについて

更新日：2015年4月20日

横須賀市退院前カンファレンスシートについて

横須賀市は、住み慣れた我が家で療養したいという方が、在宅での療養・さらには看取りという選択ができるように地域医療の体制づくりを進めています。そのために、在宅療養を支える医療と介護のさまざまな職種のスタッフが連携しやすい環境を整えることは、とても大切です。また、治療を終えて、病院から自宅へ退院する際に、病院スタッフから在宅療養を支えるスタッフに適切な情報が伝わることも大切です。そこで、退院して在宅療養をスタートする前に、病院内で行われる会議（退院前カンファレンス）で活用するための標準的な横須賀版カンファレンスシートを作成しました。病院での退院前カンファレンスに参加される病院スタッフ、在宅療養支援スタッフのみなさまにダウンロードの上、自由に活用いただければ幸いです。

退院前カンファレンスシート

退院前カンファレンスシート等はこちらからダウンロードしてください。

- [シート\(PDF:161KB\)](#)
- [シート\(改変活用可\)\(ワード:39KB\)](#)
- [シート裏面「カンファレンスシートの活用について」\(PDF:164KB\)](#)

※シート裏面は、必要な場合のみご利用ください。

このカンファレンスシートは横須賀市在宅療養連携会議が作成しました

- 横須賀市在宅療養連携会議は、医療関係者・介護関係者・市職員を構成員として、市民の在宅療養・在宅看取りを支援するために多職種連携をすすめ、課題解決について検討する会議です。
- この会議には、3つの専門部会がありますが、このうち多職種連携の課題解決に取り組んでいる「連携手法検討専門部会」が、病院退院後に在宅療養へスムーズに移行できるように、また多職種が情報共有しやすいように、この市内共通の退院前カンファレンスシートを作成しました。

医療関係者・介護関係者のみなさまへ

カンファレンスシートの活用について

- このシートは、患者様が病院から退院して、スムーズな在宅療養生活をスタートさせることができるように、次の二つの視点から作成した多職種連携ツールです。
 1. 病院スタッフから在宅療養支援スタッフへ必要な情報が漏れなく提供される。
 2. 在宅療養支援スタッフが情報を共有することができる。
- 退院前カンファレンスでこのシートをご利用いただくと次のような効果が期待できます。
 1. 在宅療養支援スタッフは、在宅療養スタートにあたり、必要な情報を忘れずに病院から聴いてくることできる。(聴き忘れ、確認漏れが減る。)
 2. 多職種が、この同じシートをもっていると、カンファレンスがスムーズに進む。
 3. 病院スタッフは、在宅療養支援スタッフに伝える内容の準備ができる。
 4. 未経験スタッフも、このシート活用でカンファレンスをイメージできる。

病院スタッフのみなさまへ

- このカンファレンスシートは、在宅療養支援スタッフが知りたい情報をまとめたものです。決して、このシートに書き込んでいただくものではありません。このシートの記載項目に沿って、情報提供をしてください。
- また、カンファレンスができない場合には、記載項目のうち、□この記号を付した項目(2-8,9,10と6の一部)について、確認した上で退院させてください。そうしていただくと、在宅療養支援スタッフが助かります。

在宅療養支援スタッフのみなさまへ

- 退院前カンファレンスに参加される場合に、このカンファレンスシートをご活用ください。必ず使わなければならないシートではありません。活用は自由です。
- これは、みなさんが病院から入手する情報に漏れがないようにするためのチェックシートです。決して、記入したものが病院から配布されるわけではありません。

議事（4） 医療・介護関係者の研修について

1 函館市第6期介護保険事業計画

在宅医療や介護の充実に向け、市内の医療機関や介護サービス事業者など、より多くの医療と介護の関係者に理解を深めてもらうため、研修会等を開催します。

2 在宅医療・介護連携推進事業の手引き

地域の医療・介護関係者の連携を実現するために、多職種でのグループワーク等の研修を行う。また、必要に応じて、地域の医療関係者に介護に関する研修会の開催、介護関係者に医療に関する研修会の開催等の研修を行う。

3 実施予定時期

- ・ 平成28年1～2月頃

4 北海道医療ソーシャルワーカー協会南支部の提案について

- ・ 提案書 ～ p. 2参照

論 点 提案について

医療・介護連携に関わる多職種を対象とした研修の実施提案について

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

1. 提案趣旨

平成27年度から各市町村において、在宅医療・介護連携推進に必要な取り組みの検討が本格化している。

函館市においても、本年度から医療・介護の各団体の代表者等で構成する函館市医療・介護連携推進協議会が設置され、鋭意、協議検討が進められている。

こうした医療・介護に携わる関係職種を取り巻く環境が大きく変化する中であって、関係職種の資質向上に加え連携の強化は、ますます求められている。

当協会としては、道南圏域において医療・介護連携の推進にあたり、先進的に検討を進めている函館市と連動する形での関係多職種を対象とした研修の実施を提案するとともに、今後、医療・介護関係団体の連携による研修実施体制のあり方を形づくる契機としてまいりたい。

2. 研修の目的

- ・医療・介護に携わる関係職種の相互理解と連携強化
- ・4局面における課題抽出と解決を目指す実践的な研修の企画・継続実施
- ・研修実施体制（例：関係団体の連携組織の確立など）のあり方の考察

3. 研修実施計画（案）

・初回は、4局面のうち患者・家族を中心に置いた「より良い退院支援」を目指し、諸課題を浮き彫りにするとともに、研修実施体制のあり方についても考察する。

よって初回の研修では、MSWや介護関係職の退院調整実務者を対象として、意見交換・課題抽出を図る。

・2回目以降は、研修実施体制を確立した上で、初回の研修での抽出課題をテーマとし、幅広い関係団体、関係職種参画のもと実践に即した研修を企画実施することが望ましいと考える。

4. 初回研修の日程・概要（案）

- ・日 時：平成28年1～2月頃
- ・開催テーマ：退院支援と研修実施体制のあり方を中心とする
- ・概要：基調講演、事例発表、グループワークなど

次回スケジュールの確認票

貴所属団体名 _____

お名前 _____

1 次回協議会開催スケジュールについて

(1) 次回協議会開催希望日（2月）

ご都合が取れない日程に、×をつけてご回答願います。

※開始時刻は19：00を予定しております。

平成28年2月				
16日	17日	18日	19日	22日
(火)	(水)	(木)	(金)	(月)

(2) 回答連絡先（いずれでも結構です。）

FAX：0138-32-1505

郵送：〒040-0001 函館市五稜郭町23番1号 市立函館保健所地域保健課
函館市医療・介護連携推進協議会事務局 行き

E-mail： iryo-kaigo@city.hakodate.hokkaido.jp