

ほくと・ななえ 医療・介護連携支援センター説明会

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

センターの概要と事業内容

令和3年7月29日
ほくと・ななえ 医療・介護連携支援センター

地域の医療と介護をつなぐ ほくと・ななえ医療・介護 連携支援センター



所在地

〒041-8522
函館市富岡町2丁目10番10号
(函館市医師会病院内1階)



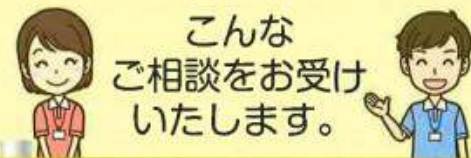
最寄りのバス停「医師会病院前」(赤川通り沿い)
駐車場 90台(病院となり)

ホームページのご案内

ほくと・ななえ医療・介護連携支援センターでは、函館市医療・介護連携支援センターのホームページ上に北斗市・七飯町に所在する在宅医療に携わる医療機関、介護施設、薬局などを掲載した「在宅医療・介護連携マップ」のほか、各種研修会の情報などを公開しています。どなたでもご覧いただけますので、お役立てください。



【HP】 <http://hakodate-ikr.jp>



こんな
ご相談をお受け
いたします。

市民の皆さまから

- 退院したあとに在宅医療を受けたい。
- 医療や介護の分からないことを聞きたい。
- 訪問看護を受けたいがその方法が分からない。
- 在宅で受ける医療や介護サービスについて不安がある。

医療・介護関係者の皆さまから

- 退院調整をどのように進めればよいか分からない。
- 入院している支援対象者のことで病院に相談したいが、誰に相談してよいか分からない。
- 医療処置の対応が可能な施設を知りたい。

相談方法

- 電話面接または訪問により対応します。
- まずはお気軽にお電話ください。

【お問合せ先】

TEL 0138-42-1232

FAX 0138-42-1233

相談料や利用料はかかりません。

【受付時間】 平日 8:30~17:00

土曜 8:30~12:30

(日曜・祝日を除く)

ほくと・ななえ 医療・介護連携支援センターとは

このセンターでは、医療と介護の両方を必要とされる高齢者が、住み慣れている地域で安心して自分らしく生活していけるように、地域の皆さまからの在宅医療などに関する不安やお悩みのご相談をお受けしたり、医療機関や介護事業所などの情報提供を行っております。また、高齢者の医療・介護に携わる関係者の方々の連携のサポートも行っておりますので、お気軽にご相談ください。

在宅医療・介護連携に関する相談支援

地域の皆さまからの在宅医療などに関する不安やお悩みのご相談や、地域の医療・介護関係者および地域包括支援センターなどからの連携の調整に関するご相談に対応します。



医療・介護関係者の研修

地域の医療・介護関係者の連携を推進するために、多職種連携研修の企画・実施、地域での研修情報の提供などを行います。

切れ目のない医療・介護の提供体制の構築

入退院支援・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関わり、地域の医療・介護関係者と協働し、連携の基本となる各種の仕組みや、ルール作りを行います。

医療・介護関係者の情報共有の支援

地域の医療・介護関係者の連携に必要な、標準的な情報共有ツールを整備します。

ほくと・ななえ 医療・介護連携支援センター

地域住民への普及啓発

在宅医療や介護サービスに関する講演活動や、リーフレットの作成・配布などにより、地域住民へ在宅医療の仕組みなどをお知らせします。

地域の医療・介護資源の把握、情報提供

地域の医療機関、介護事業所の所在地や機能などを把握し、これまでに自治体が把握している情報と合わせて、リストまたはマップを作成、公開します。

ほくと・ななえ 医療・介護連携支援センター概要

北斗市・七飯町から函館市医師会への委託事業

- ・R3年4月センター準備室発足
- ・R3年7月センター開設

場所：函館市医師会病院内(1F地域医療連携センタークローバーに隣接)

センター長：岡和田 敦(函館市医師会病院医療部長)

配置職員：1人(MSW)

※函館市医療・介護連携支援センター(4人)

開設時間： 月～金曜日 8:30～17:00

土曜日 8:30～12:30

センター(直通)TEL42-1232 FAX42-1233

在宅医療・介護の推進に当たっての課題

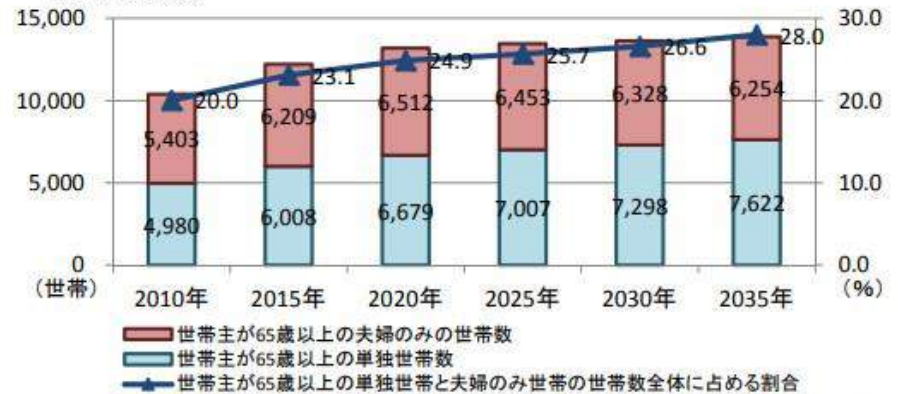
- 65歳以上高齢者のうち、「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者が増加していく(図1)。
- 世帯主が65歳以上の単独世帯や夫婦のみの世帯が増加していく(図2)。
- 在宅医療・介護を推進するには、地域における医療・介護の関係機関の連携が重要であるが、現状では、訪問診療を提供している医療機関の数も十分とは言えず(図3)、また、連携も十分には取れていない(図4)。

(図1)「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者の数と65歳以上高齢者に占める割合



出典:「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者数について(厚生労働省)

(図2)世帯数



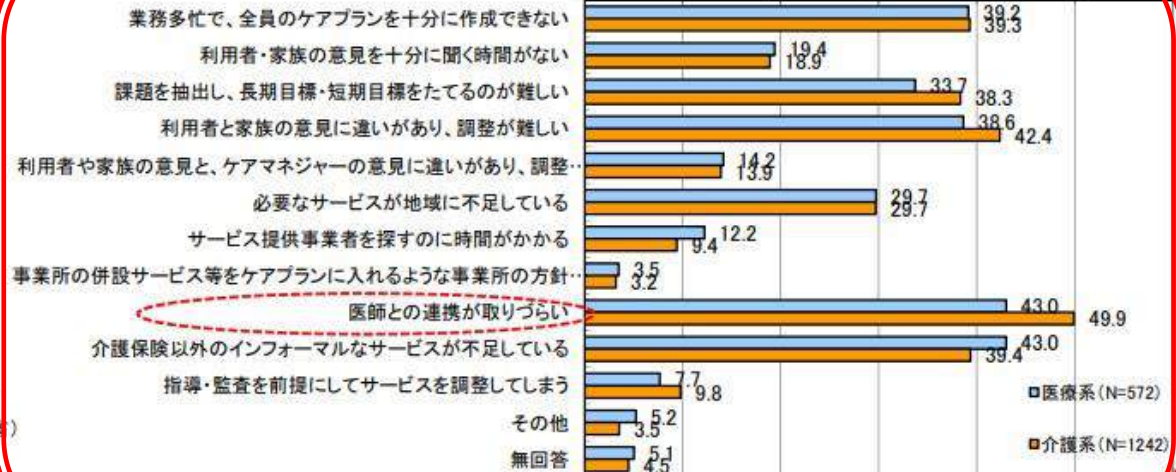
出典:日本の世帯数の将来推計(全国推計)(社会保障・人口問題研究所)

(図3)訪問診療を実施している医療機関

| 箇所 | 数 | 対全数の割合(%) |
|------------|--------|-----------|
| 病院 | 2,692 | 31.7 |
| 診療所 | 20,597 | 20.5 |
| 訪問看護ステーション | 7,092 | — |

出典:病院、診療所「医療施設(静態・動態)調査」(平成26年)(厚生労働省)
訪問看護ステーション「介護給付費実態調査」(平成26年)(厚生労働省)

(図4)ケアマネジャーが困難に感じる点



出典:居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の実態に関する調査報告書(平成21年度老人保健健康増進等事業)

在宅医療・介護連携推進事業（介護保険の地域支援事業、平成27年度～）

- 在宅医療・介護の連携推進については、これまで医政局施策の在宅医療連携拠点事業（平成23・24年度）、在宅医療推進事業（平成25年度～）により一定の成果。それを踏まえ、介護保険法の中で制度化。
- 介護保険法の地域支援事業に位置づけ、市区町村が主体となり、郡市区医師会等と連携しつつ取り組む。
- 実施可能な市区町村は平成27年4月から取組を開始し、平成30年4月には全ての市区町村で実施。
- 各市区町村は、原則として（ア）～（ク）の全ての事業項目を実施。
- 事業項目を郡市区医師会等（地域の医療機関や他の団体を含む）に委託することも可能。
- 都道府県・保健所は、市区町村と都道府県医師会等の関係団体、病院等との協議の支援や、都道府県レベルでの研修等により支援。国は、事業実施関連の資料や事例集の整備等により支援するとともに、都道府県を通じて実施状況を把握。

○事業項目と取組例

（ア）地域の医療・介護の資源の把握

- ◆ 地域の医療機関の分布、医療機能を把握し、リスト・マップ化
- ◆ 必要に応じて、連携に有用な項目（在宅医療の取組状況、医師の相談対応が可能な日時等）を調査
- ◆ 結果を関係者間で共有



（エ）医療・介護関係者の情報共有の支援

- ◆ 情報共有シート、地域連携パス等の活用により、医療・介護関係者の情報共有を支援
- ◆ 在宅での看取り、急変時の情報共有にも活用

（キ）地域住民への普及啓発

- ◆ 地域住民を対象にしたシンポジウム等の開催
- ◆ パンフレット、チラシ、区報、HP等を活用した、在宅医療・介護サービスに関する普及啓発
- ◆ 在宅での看取りについての講演会の開催等



（イ）在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

- ◆ 地域の医療・介護関係者等が参画する会議を開催し、在宅医療・介護連携の現状を把握し、課題の抽出、対応策を検討

（オ）在宅医療・介護連携に関する相談支援

- ◆ 医療・介護関係者の連携を支援するコーディネーターの配置等による、在宅医療・介護連携に関する相談窓口の設置・運営により、連携の取組を支援。

（ウ）切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進

- ◆ 地域の医療・介護関係者の協力を得て、在宅医療・介護サービスの提供体制の構築を推進

（カ）医療・介護関係者の研修

- ◆ 地域の医療・介護関係者がグループワーク等を通じ、多職種連携の実際を習得
- ◆ 介護職を対象とした医療関連の研修会を開催等

（ク）在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

- ◆ 同一の二次医療圏内にある市区町村や隣接する市区町村等が連携して、広域連携が必要な事項について検討

「8つの事業項目」から「PDCAサイクルに沿った取組」への見直しイメージ

①地域の医療介護連携の実態把握、課題の検討、課題に応じた施策立案

(ア) 地域の医療・介護の資源の把握

- 地域の医療機関、介護事業所の機能等を情報収集
- 情報を整理しリストやマップ等必要な媒体を選択して共有・活用

(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

- 地域の医療・介護関係者等が参画する会議を開催し、在宅医療・介護連携の現状を把握・共有し、課題の抽出、対応策を検討

②地域の関係者との関係構築・人材育成

(カ) 医療・介護関係者の研修

- 地域の医療・介護関係者がグループワーク等を通じ、多職種連携の実践を習得
- 介護職を対象とした医療関連の研修会を開催等

③(ア)(イ)に基づいた取組の実施

(ウ) 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進

- 地域の医療・介護関係者の協力を得て、在宅医療・介護サービスの提供体制の構築を推進

(エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援

- 情報共有シート、地域連携バス等の活用により、医療・介護関係者の情報共有を支援
- 在宅での看取り、急変時の情報共有にも活用

(オ) 在宅医療・介護関係者に関する相談支援

- 医療・介護関係者の連携を支援するコーディネーターの配置等による、在宅医療・介護連携に関する相談窓口の設置・運営により、連携の取組を支援

(キ) 地域住民への普及啓発

- 地域住民を対象にしたシンポジウム等の開催
- パンフレット、チラシ、区報、HP等を活用した、在宅医療・介護サービスに関する普及啓発
- 在宅での看取りについての講演会の開催等

(ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

- 同一の二次医療圏内にある市区町村や隣接する市区町村等が連携して、広域連携が必要な事項について検討

事業全体の目的を明確化しつつPDCAサイクルに沿った取組を実施しやすくする観点、地域の実情に応じてより柔軟な運用を可能にする観点からの見直し

地域のめざす理想像

●切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築

①現状分析・課題抽出・施策立案

(ア) 地域の医療・介護の資源の把握

- 地域の医療機関、介護事業所の機能等を情報収集
- 情報を整理しリストやマップ等必要な媒体を選択して共有・活用

(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出

- 将来の人口動態、地域特性に応じたニーズの推計（在宅医療など）

(ウ) 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進

- 地域の医療・介護関係者の協力を得て、在宅医療・介護サービスの提供体制の構築を推進

②対応策の実施

(オ) 在宅医療・介護関係者に関する相談支援

- コーディネーターの配置等による相談窓口の設置
- 関係者の連携を支援する相談会の開催

(キ) 地域住民への普及啓発

- 地域住民等に対する講演会やシンポジウムの開催
- 周知資料やHP等の作成

+

<地域の実情を踏まえた柔軟な実施が可能>

(エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援

- 在宅での看取りや入退院時等に活用できるような情報共有ツールの作成・活用

(カ) 医療・介護関係者の研修

- 多職種の協働・連携に関する研修の実施（地域ケア会議含む）
- 医療・介護に関する研修の実施

●地域の実情に応じて行う医療・介護関係者への支援の実施

③対応策の評価・改善

都道府県主体の役割へ変更

（都道府県は、地域医療介護総合確保基金や保険者機能強化推進交付金等の財源を活用。また、保健所等を活用し、②対応策の実施も必要に応じ支援。）

●総合事業など他の地域支援事業等との連携

センター開設の背景

地域包括ケアシステムの構築

2025年問題：医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制



関係法令の施行

地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律



在宅医療・介護連携推進事業

平成27年度以降取組を開始し、平成30年4月には全国の自治体で取り組む

南渡島2次医療圏について

急性期(救急)医療は函館市が中心

函館市の急性期病院で治療を行い、治療後は地元に戻る

生活圏と医療圏が大きく違うのが南渡島地域の特徴

地域包括ケアシステムの構築には、医療と介護の市町を超えた連携が必須となるが・・・

北斗市、七飯町、函館市と市町を超えた医療と介護の連携を行う体制は整っていなかった

北斗市

ほくと・ななえ
医療・介護連携支援センター

七飯町

委託

委託

函館市医師会

委託

函館市

函館市医療・介護連携支援センター
※平成29年開設

相談窓口

普及啓発

情報ツール

ほくと・ななえ

医療・介護連携

支援センター

連携ルール

医療・介護
連携マップ

研修

センターの事業内容

- (ア) 地域の医療・介護の資源の把握、情報提供
- (ウ) 切れ目のない医療・介護の提供体制の構築
- (エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援
- (オ) 医療・介護連携に関する相談支援
- (カ) 医療・介護関係者の研修
- (キ) 地域住民への普及啓発

(ア) 地域の医療・介護の資源の把握

- 地域の医療機関、介護事業所の機能等を情報収集
- 情報を整理しリストやマップ等必要な媒体を選択して共有・活用

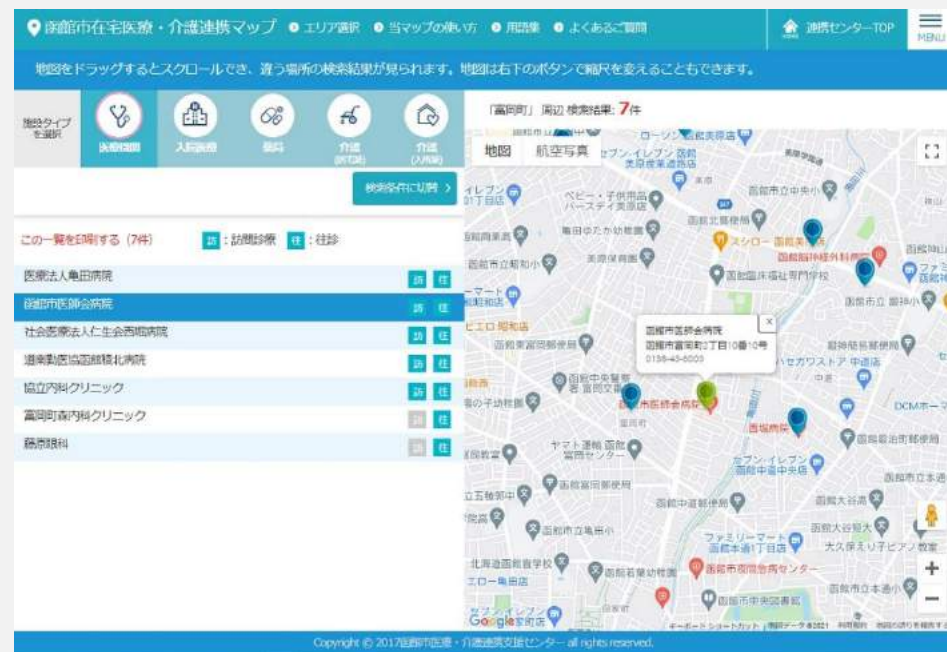
地域の医療・介護資源の把握、リスト・マップ (ホームページへの掲載)

函館・北斗・七飯の病院、診療所、
薬局、介護事業所などについて
インターネット上で位置情報の
確認や施設情報を表示します。

在宅医療・介護連携マップ



URL: hakodate-ikr.jp
(スマートフォン対応)



(ウ) 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進

- 地域の医療・介護関係者の協力を得て、在宅医療・介護サービスの提供体制の構築を推進

入退院支援、急変時対応のルール作りなど

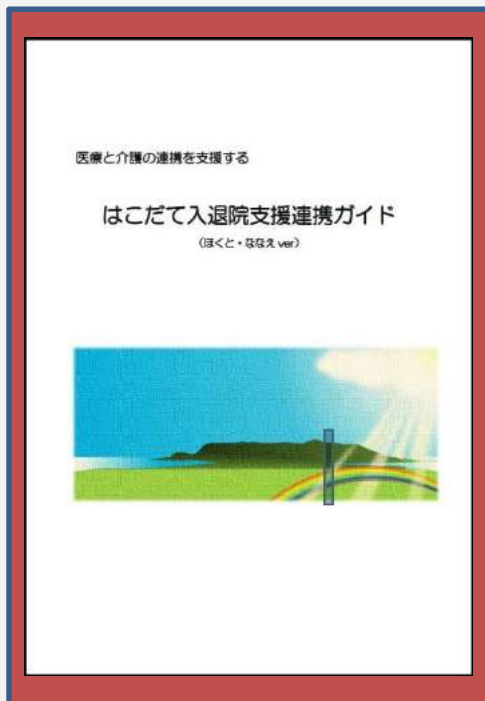
《 ガイドの活用方法 》

入退院支援に関する相談や支援依頼に対する標準対応方法として活用

各団体、各事業所の新規職員への指導の場面や研修会等での活用

多職種連携に携わる実務者が参考書的に活用

医療機関関係者と、在宅、施設の介護関係者の入退院支援に関する相互の働きや動きが把握でき、関係多職種の相互理解の促進に有用



(工) 医療・介護関係者の情報共有の支援

- 在宅での看取りや入退院時等に活用できるような情報共有ツールの作成・活用

医療・介護関係者間で情報を共有するための共有ツールの作成・活用促進

(基本, 応用ツール)

(は) 医療・介護連携サマリー【基本ツール】

| | | | |
|---|---|---|---|
| 医療提供先 施設名 | 御中 | 介護提供先 担当者名 | 様 |
| ● 基本情報等 | | | |
| (フリガナ) 氏名 | 生年・ 性別等 | 生 活 保 険 | 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 障害等 認定 |
| 現住所 | 電話番号 | 無 <input type="checkbox"/> 身体(後) 障害 <input type="checkbox"/> 精神(後) | 特定疾患(後) |
| 居住 | 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> | 健康保険 | 国民健康保険 |
| 介護度 | 認定有 効期間 | 障害高齢者日常生活自立(要たきり度) | 認知症高齢者日常生活自立度 |
| 同居家族 | 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() | | |
| 連絡先の 続柄 | 同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> | 関係 | 主介護者 <input type="checkbox"/> キーパーソン <input type="checkbox"/> その他() |
| 連絡先の 続柄 | 同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> | 関係 | 主介護者 <input type="checkbox"/> キーパーソン <input type="checkbox"/> その他() |
| ● 医療情報等 *歯科医師等が協会や口腔ケアに介入されている場合は、応用ツールを作成下さい。 | | | |
| 主病名 | 医療機関等名称 | 診療科名称 | 担当医 |
| | | | 受診状況等 |
| | | | *特記 |
| | | | |
| *特記の付く場合は応用ツールを作成して下さい。 | | | |
| ● 身体・生活機能等 | | | |
| *起居動作 | 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> | 移動 | 自立 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> その他() |
| 麻痺の状況 | 無 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> | 麻痺の部位 | 左上肢 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> その他() |
| 視力【日常生活に支障】 | 無 <input type="checkbox"/> 有⇒() | 眼鏡 | 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> |
| 聴力【日常生活に支障】 | 無 <input type="checkbox"/> 有⇒() | 補聴器 | 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> |
| 意思の伝達 | 可 <input type="checkbox"/> 時々可 <input type="checkbox"/> ほとんど不可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> | 失語症 | 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> |
| *認知症症状 | 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"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 抑うつ・不安 <input type="checkbox"/> | | |

どの職種でもわかりやすく、見やすく、連携しやすいことを重視して作成。
 ・フェイスシートとなる基本ツールと特別な医療等をより詳細に情報共有する応用ツールを作成。
 ・函館市では平成30年3月から本格運用を開始し、市内関係機関で活用中。

※今後サマリーの説明会を行う予定です。

(オ) 在宅医療・介護関係者に関する相談支援

- コーディネーターの配置等による相談窓口の設置
- 関係者の連携を支援する相談会の開催

医療・介護連携に関する相談窓口を設置。介護保険の知識を有する医療ソーシャルワーカー、看護師を配置し、支援対象者や地域の医療・介護関係者、地域包括支援センター等から相談を受け付け、必要に応じて情報提供や支援を行う。

(電話・訪問・来所・メール等で対応)

相談内容のイメージ

- ・通院するのが大変だから先生に来てもらいたいけど、どうしたらいいの
- ・家族が入院しているが、これからどうすればいいの
- ・在宅で看取り対応してくれる医療機関が見つからない
- ・入院できる病院を探したい



相談対応のイメージ

どのような相談でも受け、
内容を伺う

センターで対応できるものは対応
する

内容によっては、適切な機関等へ

繋ぐ

(力) 医療・介護関係者の研修

- 多職種での協働・連携に関する研修の実施（地域ケア会議含む）
- 医療・介護に関する研修の実施
- 地域の実情に応じて行う医療・介護関係者への支援の実施

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、医療関係者に介護に関する研修会、介護関係者に医療に関する研修会の開催等を行う。





1方向S字で拭く

報告した上で主治医からの指示が欲しい場合

明確な指示が欲しい場合

「クーリングで熱がさがらない時は、どうするといいですか？」

「食事、水分摂取はこまめにとれるようにしますが、
摂取がむずかしい時は土日でも相談していいですか？」等々

より具体的に聞くこと。

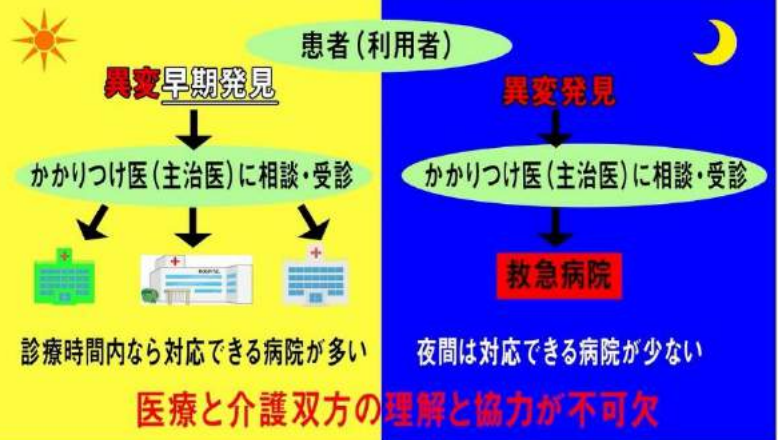
在宅でこんなことしてます

内服管理・指導はオーダーメイド



× 看護師側から一方的に提案する

○ ご本人と一緒に考えて工夫する



センターが研修のコーディネーター

様々(多職種)な意見を形にするサポート

地域で活躍する医療・介護に携わる多職種のニーズを把握し、それに対応した研修会を企画・運営

「こんな研修を企画してほしい」「一緒に研修会を企画してほしい」などの意見や要望があれば、施設や事業所ごとの研修会や勉強会を支援

ホームページ上で研修会情報を紹介

(キ) 地域住民への普及啓発

- 地域住民等に対する講演会やシンポジウムの開催
- 周知資料やHP等の作成

在宅医療や介護サービス等に関する講演会開催、リーフレットの作成、配付等により、地域住民の在宅医療・介護連携の理解を促進する。



高齢者大学等にて
出前講座を開催。

ほくど・ななえ 医療・介護連携支援センターとは

このセンターでは、医療と介護の両方を必要とされる高齢者が、住み慣れている地域で安心して自分らしく生活していけるように、地域の皆さまからの在宅医療などに関する不安やお悩みのご相談をお受けしたり、医療機関や介護事業所などの情報提供を行っております。また、高齢者の医療・介護に携わる関係者の方々の連携のサポートも行っておりますので、お気軽にご相談ください。

在宅医療・介護連携に関する相談支援

地域の皆さまからの在宅医療などに関する不安やお悩みのご相談や、地域の医療・介護関係者および地域包括支援センターなどからの連携の調整に関するご相談に対応します。

医療・介護関係者の情報共有の支援

地域の医療・介護関係者の連携に必要な、機密的な情報共有ツールを整備します。

地域住民への普及啓発

在宅医療や介護サービスに関する講演会、リーフレット作成・配布などにより、地域住民へ在宅医療・介護連携の理解を促進し、地域住民へ在宅医療・介護連携の理解を促進します。

医療・介護関係者の研修

地域の医療・介護関係者の連携を推進するために、多職種連携研修の企画・実施、地域での研修情報の提供などを行います。

切れ目のない医療・介護の提供体制の構築

入退院支援・日常の療養支援、急変時の対応・地域での様々な局面での連携など、切れ目のない医療・介護の提供体制の構築を行います。

センターのリーフレットを作成。
地域住民や関係機関へ配布。

在宅医療・介護連携マップについて

地域の医療と介護をつなぐ

TEL:0138-43-3939

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・祝日休み
〒041-8522 函館市富岡町2丁目10番10号 函館市医師会病院内1階



HOME

函館市医療・介護
連携支援センターとは

在宅医療・介護
連携マップについて

研修情報

各種ダウンロード



よくある
ご質問



用語集

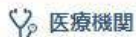


MENU



在宅医療・介護連携マップ

種別検索



医療機関



入院医療機関



薬局



介護
(居宅系)



介護
(施設・入所系)

施設名検索

例：医師会病院

検索

[函館市 地域包括支援センター](#)

[函館市 介護事業所・体制一覧](#)

[函館歯科医師会 \(在宅歯科医療のご相談はこちら\)](#)

[函館市 在宅医療を行っている医療機関](#)

[函館市 在宅医療を支援している医療機関](#)

高齢者対象サービス事業所(施設)の受入に関する調査

施設における医療依存度の高い方の受入情報の要望が多い

在宅酸素、胃ろう、透析、IVH、気管切開などの受入先が少ない

上記のような医療行為に対応しているかを検索することができる

受入対応可能な病名・処置内容

| | |
|---------------|-------------------|
| 褥瘡のケア | ○ |
| 認知症の受入体制(重度) | 他者に危害を加える方は難しい |
| 特別食の提供 | × |
| 自己腹膜灌流 | × |
| 人工透析 | × |
| 在宅酸素 | 症状・身体状態が安定されている方 |
| 点滴 | × |
| 中心静脈栄養 | × |
| インシュリン注射 | × |
| 経管栄養(鼻腔) | × |
| 経管栄養(胃ろう) | 人数に制限あり |
| 経管栄養(腸ろう) | × |
| 膀胱留置カテーテル | 交換は受診している |
| 自己導尿 | 安全に自分でできる方 |
| 胃ろう | × |
| 尿管皮膚ろう | × |
| 人工呼吸器の使用 | × |
| CPAP(シーパップ) | × |
| 気管切開 | × |
| たん吸引 | 24時間頻回に吸引される方は難しい |
| 人工肛門 | ○ |
| 人工膀胱 | × |
| 感染症(肝炎・MRSA等) | × |
| 終末期の受入体制(看取り) | ○ |

はこだて入退院支援連携ガイドについて

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

(ほくと・ななえ ver)



医療・介護の両方を必要とする方の、入退院の場面での医療・介護関係者の連携のあり方、関わり方、動き方について、標準的な望ましい連携ルールを作り、推奨していく、広げていく、ということを目標に作成。

入退院支援に関わる多職種の役割や介入のタイミング、ポイントなどをイラストを交えて解説。

● 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 | 関係職種を紹介 | 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）

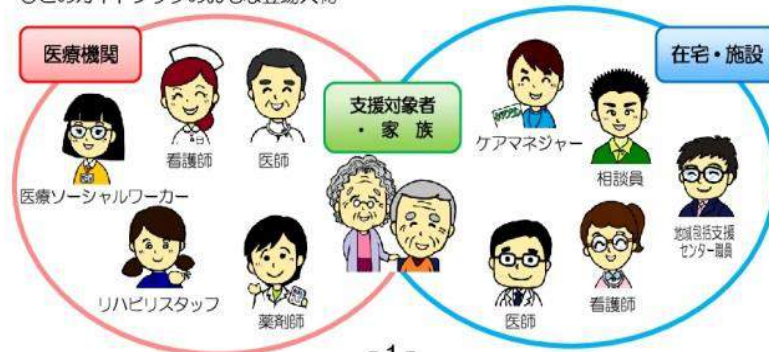
【施設生活を支える担当者】

- ・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、相手への対応はどうか、相手の立場を考えるきっかけにもなります。相手への敬意を示す「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協働する際には、相手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、業務の進め方ややり取りの方法が異なる場合があります。自分の立場だけでなく、相手の立場や業務の進め方、あるいは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たいので、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、「はこでて医療・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

支援対象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体制や対応方法を事前に確認しましょう。

また、代替の担当者や対応可能な方、代わりに対応できる医療機関や介護事業所があるか、想定して行動できるよう心がけましょう。

あたり前のことばかりですが...

◆ 文字で

口頭でのやり取りでも、他の職種と話すときには、共通に理解できるように、わかりやすく説明するよう意識しましょう。

また、支援対象者の場合は、誰が見てもわかるように、見やすい文字で記載しましょう。

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「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、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、お互いに手助け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。入院前のADL（日常生活動作）や生活状況を把握し、退院した後も可能な限り入院前の状況に戻れるようQOL（生活の質）に配慮するなど、支援対象者に寄り添う視点と心構えが重要です。

【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 | | | | |
|--|-----|-------------|-------|--|
| 医師 | 看護士 | 医療ソーシャルワーカー | リハビリ士 | |
| P6 ①外来患者に気を配る | | | | |
| P7 ①スクリーニングを行う | | | | |
| P8 ③医療機関内で情報共有し、連携する | | | | |
| P8 ④介護保険要介護認定等の有無の確認 | | | | |
| P8 ⑤虐待等が疑われる場合など | | | | |
| P7 ②必要な情報を集める、伝える (はこでて医療・介護連携サマリーの活用) | | | | |
| P9 ②入院時の連携を積極的に進める | | | | |
| P9 ③医療機関へ情報提供を行う (はこでて医療・介護連携サマリーの活用) | | | | |
| P8 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 | | | | |

| 医療機関 | | | | | 支援対象者・家族 | | 在宅・施設 | | | | |
|--------------------------------------|-----|-------------|-------|-----|----------|-----|---|-----|-----|-----|-----|
| 医師 | 看護士 | 医療ソーシャルワーカー | リハビリ士 | 薬剤師 | 医師 | 介護士 | 看護師 | 福祉士 | 介護士 | 介護士 | 介護士 |
| (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 | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | 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 | | | | |
| | | | | | | | P15~16 ①ケアプランの作成と情報提供 ②介護事業所間での情報提供 ③その他必要な準備 | | | | |
| | | | | | | | P17 ①ケアプランの作成と情報提供 | | | | |
| | | | | | | | 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 | | | | |
| | | | | | | | P18 ②外来時の対応 | | | | |
| (6) 退院後 | | | | | | | | | | | |

どの職種が、
どんなタイミングで...

4 退院支援における連携のあり方

(1) 入院前

医療機関



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こと、入院時の対応がスムーズに進みます。

在宅・施設



① 日頃から情報収集に努め

かかりつけ医やケアマネジャー、在宅・施設担当者から情報収集を行うことが可能です。

入院が必要な状態になる前から、支援内容や必要な情報などを把握し、仮に入院した場合にどのように対応するかを事前に把握し、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



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もありますが、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。

どのような動きをしているのか

退院支援が必要な患者を抱えながら退院する場合、スクリーニング票を使用する場合があります。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もありますが、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。

退院支援が必要な患者や家族から十分に聞き取るとともに、支援対象者の意向を得たうえで、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。

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往診にも対応し、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 |
| 歯科医師 | 病院・歯科 | |
| 歯科衛生士 | | |
| 薬剤師 | | |
| 管理栄養士・栄養士 | 病院・診療所 施設（入所・通所） | |
| 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、必要に応じて訓練・指導・助言等を行います。</p> |

【北斗市・七飯町関係先機関一覧】

| 名称 | 所在地 | 電話番号 |
|-----------------------|----------------|---------|
| ほくと・ななえ 医療・介護連携支援センター | 函館市富岡町2丁目10-10 | 42-1232 |

●地域包括支援センター

| 名称 | 所在地 | 電話番号 |
|---------------------|---------------|---------|
| 北斗市地域包括支援センターかけはし | 北斗市中野通2丁目18-1 | 74-2530 |
| 七飯町地域包括支援センターかけはし支所 | 北斗市本町4丁目3-2 | 77-2941 |
| | 七飯町本町6丁目1-1 | 66-2488 |

入退院支援の
マニュアルとして活用を

| 電話番号 |
|---------|
| 73-3111 |
| 66-2488 |

最後に...

医療と介護、職種や立場は違いますが、患者・利用者を支援したいという思いは同じはずです。

思いが同じなのであれば、お互いのことを理解しあい尊重し、連携していくことで、よりよい支援ができるのではないのでしょうか。

北斗市・七飯町・函館市、同じ医療圏内の医療と介護が、連携しやすい環境を作っていく。その一翼を当センターが担っていければと思っております。

皆様、

「ほくと・ななえ 医療・介護連携支援センター」
への、ご協力、ご支援、ご活用をよろしくお願い
いたします。

ご清聴ありがとうございました。