はこだて入退院支援連携ガイド　改善箇所　＊令和５年４月変更＊

＊１，２における参考意見
8050 世帯等の支援も必要となった場合のために，福祉拠点についてふれていただく事も有りかと思う。

１，P7：入院直後（医療機関）①スクリーニングを行う

※　退院支援が必要な場合

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

（変更）

「＊退院支援が必要な場合」の項目に，⑧～⑫を追加掲載する

⑧要介護状態であると疑いがあるが要介護認定が未申請である場合
⑨生活困窮者である場合
⑩排泄に介助を要する場合
⑪入院治療を行っても長期的な低栄養状態になると見込まれる場合
⑫児童等の家族から，介護等を日常的に受けている場合

２，Ｐ８：入院直後（医療機関）⑤虐待等が疑われる場合の対応

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

↓

（変更）

文章内の，包括支援センターの後に（福祉拠点）を追加

また，虐待の他にもスムーズなサービス利用につながらない状況にある場合は，包括支援センター（福祉拠点）へ支援依頼しましょう。

＊３における参考意見
　コロナ禍での連携のポイントなどが記されていると助かります。

３，Ｐ９：入院直後（在宅・施設）②入院時の連携を積極的に進める

　退院時のスムーズな連携は，入院時の連携から始まります。積極的かつ適切に対応していくことが重要です。
　入院先の退院支援部門の把握，担当医，担当看護師，医療ソーシャルワーカーとの情報共有は積極的に行い，また，入院中，支援対象者や家族には，安心して過ごせるように，入院医療機関の退院支援相談窓口を知らせ，橋渡しするなど，退院へ向けて協働で進めていけるように努めます。

（変更）

文章の変更

　入院先を把握したら，入院先の退院支援部門へ連絡し，支援対象者の在宅・施設の担当者である事を伝え，情報共有を行いましょう。その際に，主となる退院支援担当者が誰になるのかを確認し，今後の連絡先，連絡方法や時間，面会をする際の入院先の取り決め等を確認しましょう。・・・・（以下の文章は変更なし）

＊４，５，６における参考意見
介護施設の違いをフローチャートの中に「サービスについての理解」等として自身でも学ぶ必要性の提示

４，Ｐ１１：入院中（医療機関）④在宅・施設担当者との協力

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

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

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

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

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

（変更）

文章の並び替え，施設の体制として対応が可能かどうかを確認する等の文章を追加

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

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

施設入居者の場合は，施設の体制として支援対象者の状態変化に対応できるかの確認が必要になります。

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

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

※連携での注意点

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

５，Ｐ１１：入院中（医療機関）⑤医療機器の操作や医療処置の実技指導

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

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

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

（変更）

施設体制で医療処置は可能かどうかを相談する旨の文章追加

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

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

施設入居者の場合，施設の体制として医療処置の対応が可能かどうか変わってくるため，施設の種別や体制の確認，対応の可否について施設担当者と相談しましょう。・・・・・（以下の文章は変更なし）

６，P12：入院中（在宅・施設）②医療機関担当者との協力

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

（変更）

文章の変更，支援対象者の状況と自施設での対応が可能かどうかについての文章の追加

新たにケアマネジャーとなった場合や入院によって状態変化がある場合，ケアマネジャーは支援対象者・家族と面談しアセスメントを行います。アセスメントをした結果の生活環境や介護体制などを考慮した在宅生活のイメージについて，医療機関担当者と共有しておきましょう。その上で今後の方針を決めるための打合せを行うと，円滑に支援が進みます。

施設担当者は，情報共有の際に自施設での体制状況（医師や看護師の配置体制，夜勤状況など）や自施設の体制で対応可能な支援対象者の状態像についてもお伝えしましょう。それをふまえて，今後の方針を支援対象者や家族，医療機関担当者と共に考えていきましょう。

７，P12：入院中（在宅・施設）③情報収集の際の留意事項

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

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

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

（変更）

文章の並び替え

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

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

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

はこだて入退院支援連携ガイド　改善箇所　＊令和４年３月変更＊

１，（参考意見）

「令和２年６月修正（センターHP 上）とあるが、表紙は平成２９年のままだったので細かく直してくれると助かります」

（改善内容）＊表紙・裏表紙について＊

表紙の発行日を削除し，裏表紙に発行日と更新日を掲載。表紙に「連携ルール作業部会　退院支援分科会」名称追加。

【改善前】

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

平成29年　4月

函館市医療・介護連携推進協議会

【改善後】

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

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

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
平成29年（2017年）4月　発行
令和4年（2022年）6月更新
作　成　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
編　集　函館市医療・介護連携支援センター
住　所　〒041－8522
函館市亀岡町2丁目10番10号　函館市医師会病院内
電　話　0138-43-3939

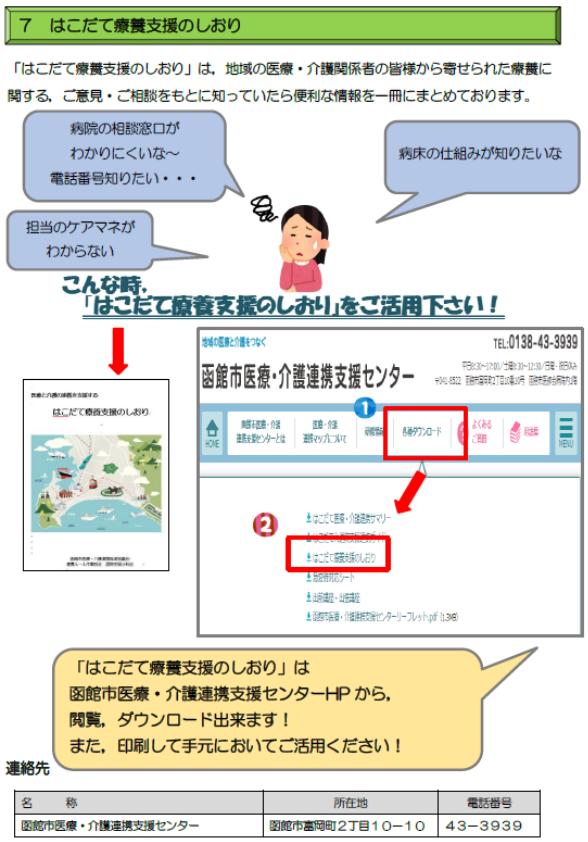
2，（参考意見）

「各病院の相談窓口の電話番号が記載されていれば使いやすいと思います」

（改善内容）＊P25 について＊

・「はこだて療養支援のしおり」に相談窓口一覧が掲載されているため，本文の最終ページにしおりの紹介ページを追加。

【改善後】



7　はこだて療養支援のしおり

「はこだて療養支援のしおり」は，地域の医療・介護関係者の皆様から寄せられた療養に関する，ご意見・ご相談をもとに知っていたら便利な情報を一冊にまとめております。

病院の相談窓口がわかりにくいな～電話番号知りたい・・・

病床の仕組みが知りたいな

担当のケアマネがわからない

こんな時，「はこだて療養支援のしおり」をご活用下さい！

TEL:0138-43-3939

函館市医療・介護連携支援センター

「はこだて療養支援のしおり」は函館市医療・介護連携支援センターHP から，閲覧，ダウンロード出来ます！また，印刷して手元においてご活用ください！

連絡先

名　称	所在地	電話番号
函館市医療・介護連携支援センター	函館市高岡町2丁目10－10	43－3939

- 22 -

3，その他の修正

（改善内容）＊P8 について＊

- ⑤虐待等が疑われる場合の対応の本文中に，相談先窓口を掲載（【関係先機関一覧】から移動）
- 移設する包括支援センターの所在地，電話番号の修正。
- 「高齢者あんしん相談窓口」名称を削除。

【改善前】

（2）入院直後つづき

③ 医療機関内で情報共有し，連携する

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

また，退院予定日を医師へ確認し，全体で把握して退院支援を進めます。

④ 介護保険要介護認定等の有無の確認

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

⑤ 虐待等が疑われる場合の対応

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

① 入院先の状況を把握する

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

② 入院時の連携を積極的に進める

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

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

- 8 -

【関係先機関一覧】

名　　称	所在地	電話番号
函館市医療・介護連携支援センター	函館市高岡町２丁目１０－１０	43－3939

●函館市地域包括支援センター（高齢者あんしん相談窓口）

名　　称	所在地	電話番号
函館市地域包括支援センターあさひ	函館市旭町４－１２	27－8880
函館市地域包括支援センターこん中央	函館市松風町１８－１４	27－0777
函館市地域包括支援センターときとう	函館市時任町３５－２４	33－0555
函館市地域包括支援センターゆのかわ	函館市湯川町３丁目２９－１５	36－4300
函館市地域包括支援センターたかおか	函館市高丘町３－１	57－7740
函館市地域包括支援センター西堀	函館市中道２丁目６－１１	52－0016
函館市地域包括支援センター亀田	函館市昭和１丁目２３－８	40－7755
函館市地域包括支援センター神山	函館市神山１丁目２５－９	76－0820
函館市地域包括支援センターよろこび	函館市枯梗１丁目１４－１	34－6868
函館市地域包括支援センター社協	函館市浜町５３８－２	82－4700

●市関係窓口

名　　称	所在地	電話番号
函館市保健福祉部高齢福祉課 高齢者・介護総合相談窓口	函館市東雲町４－１３	21－3025
函館市保健福祉部地域包括ケア推進課 医療・介護連携担当	〃	21－3042

【参考文献】

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

- 23 -

【改善後】

（2）入院直後つづき

③ 医療機関内で情報共有し，連携する

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

また，退院予定日を医師へ確認し，全体で把握して退院支援を進めます。

④ 介護保険要介護認定等の有無の確認

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

⑤ 虐待等が疑われる場合の対応

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

●函館市地域包括支援センター

名　　称	所在地	電話番号
函館市地域包括支援センターあさひ	函館市旭町４－１２	27－8880
函館市地域包括支援センターこん中央	函館市松風町１８－１４	27－0777
函館市地域包括支援センターときとう	函館市時任町３５－２４	33－0555
函館市地域包括支援センターゆのかわ	函館市湯川町１丁目１５－１９	36－4300
函館市地域包括支援センターたかおか	函館市高丘町３－１	57－7740
函館市地域包括支援センター西堀	函館市富岡町３丁目１２－２５	78－0123
函館市地域包括支援センター亀田	函館市昭和１丁目２３－８	40－7755
函館市地域包括支援センター神山	函館市神山１丁目２５－９	76－0820
函館市地域包括支援センターよろこび	函館市枯梗１丁目１４－１	34－6868
函館市地域包括支援センター社協	函館市能町３－１	82－4700

●市関係窓口

名　　称	所在地	電話番号
函館市保健福祉部高齢福祉課 高齢者・介護総合相談窓口	函館市東雲町４－１３	21－3025

- 8 -