

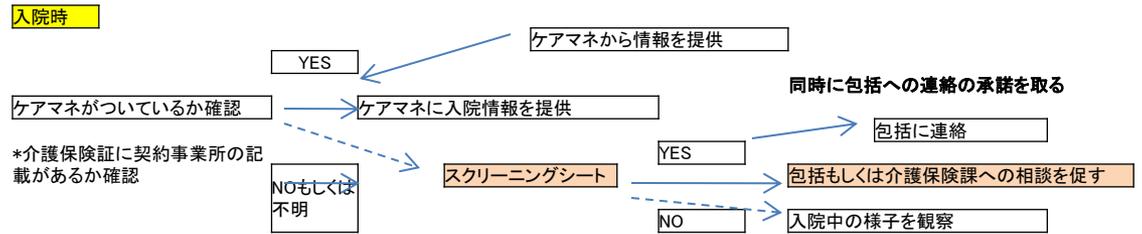
大東・四條畷医療と地域ケア連絡会（大東市）



- 平成24年度から大東市、四條畷市における医療と地域ケア体制を検討・推進するために「大東・四條畷医療と地域ケア連絡会」を立ち上げた。
- 両市エリアの医療機関、地域包括支援センター、保健所等と毎月連絡会を開催し、入退院調整ルール・入退院連携シートを作成。
- 医療機関の看護師・MSW、居宅介護支援専門員、地域包括支援センター職員等と研修、意見交換会を現在まで3回実施している。今後も研修、意見交換会を実施していく。

医療機関 記入	退院カン ファレンス		回目
退院時情報提供書			
ふりがな 利用者 氏名	(男 ・ 女)	生年 月日	M・ T・ S 年 月 日 歳
主治医 名	科	次回受 診予定 日	平成 年 月 日
入院期 間	入院日：平成 年 月 日～	退 院 (予定)日：平成 年 月 日	
疾 病 の 状 態	主 病 名		
	主 症 状 【感染症の有無/ 無・有 ()】		
	既 往 歴		
	服 薬 管 理 状 況 (自立 ・ 一部介助 ・ 全 介助 ・ その他)		

大東・四條畷地域ケア連絡会 入退院時連携チャート





地域包括ケアシステム構築に向けた取組事例（様式）

①市区町村名	大東市
②人口（※1）	125,150人（ ）
③高齢化率（※1） （65歳以上、75歳以上それぞれについて記載）	65歳以上：22.6%（ ） 75歳以上：8.8%
① 取組の概要	大東市、四條畷市における医療と地域ケアの連携体制を検討・推進するために「大東・四條畷医療と地域ケア連絡会」を立ち上げ、両市エリアで共通の入退院調整ルール・連携シートを作成し、使用する。
⑤取組の特徴	大東市・四條畷市エリアの医療機関と両市の地域包括支援センターならびに介護支援専門員が連携することにより、両市エリアでの入退院調整ルール、連携シートを検討するとともに、医療と地域ケアを担う両者がお互いの立場の理解を深めるための研修を実施している。
⑥開始年度	平成23年度
⑦取組のこれまでの経緯	平成24年4月から居宅介護支援事業所・地域包括支援センターにアンケートを実施し、入退院調整ルール・入退院連携シートの検討を行った。また、平成24年2月、7月、平成25年3月に医療機関、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所等と意見交換会や地域包括ケアについての研修を実施した。
⑧主な利用者とな数	平成24年2月研修・意見交換会：大東市ケアマネージャー研究会会員37名、非会員（医療機関・四條畷市の介護支援専門員）55名 平成24年7月研修・意見交換会：大東市ケアマネージャー研究会会員39名、非会員（医療機関・四條畷市の介護支援専門員）54名 平成25年3月研修・意見交換会：大東市ケアマネージャー研究会会員41名、非会員（医療機関・四條畷市の介護支援専門員）18名
⑨取組の実施主体及び関連する団体・組織	連絡会のメンバー「大東市・四條畷市エリアの医療機関6機関、四條畷保健所、大東市・四條畷市の地域包括支援センター、大東市・四條畷市、大東市社会福祉協議会により毎月連絡会役員会を実施。平成25年度から北河内薬剤師会も参加している。
⑩市区町村の関与（支援等）（※2）	大東市が事務局となり、研修等における会場費や講師の報償費等を負担している。（平成24年度）
⑪国・都道府県の関与（支援等）（※3）	連絡会役員として、四條畷保健所から1名参加している。
⑫取組の課題	連携シートについては退院時看護サマリーと共通することがあるため、二度手間になるという意見がある。
⑬今後の取組予定	平成25年6月に医師会理事会で入退院調整ルール、入退院連携シートについて説明を行い、利用実施する予定。
⑭その他	
⑮担当部署及び連絡先	大東市保健医療部高齢支援課 TEL：072-872-9065（直）FAX：072-872-8080

※1 一部地域に限定した実施の場合は、当該地域の人口・高齢化率を（ ）内に記載してください。





- ※2 市町村から財政的支援が行われている場合には予算額等を含めて記載ください。
- ※3 国や都道府県から財政的支援を受けている場合は、補助金や交付金等の名称、額等を含めて記載ください。





地域包括ケア体制整備事業

大東・四條畷医療と地域ケア連絡会

<連絡会の主旨>

団塊の世代が75歳以上の後期高齢者となる2025年へ向けて、地域中学校区単位で、個々人のニーズに応じて、365日24時間、医療・介護等の様々なサービスが適切に提供できるような地域での体制整備が必要である。

そのなかで、高齢者が安心して在宅生活を続けることができるようにするため、診療所や訪問看護などの医療サービスと介護保険サービスが有機的に連携することが必要であり、医療機関との連携も欠かすことができない課題である。

今後、高齢者が急増する一方で、医療機関での入院期間の短縮が図られることは周知のことであり、高齢者の医療機関へ入退院が頻繁になることから、医療機関からの退院時に地域ケアが必要な高齢者に、もれなくサービスが提供される体制づくりを2025年に向けて、今から準備を進める必要がある。

<連絡会の目的>

本連絡会は、この医療と地域ケアの連携体制を検討、推進するために発足する。

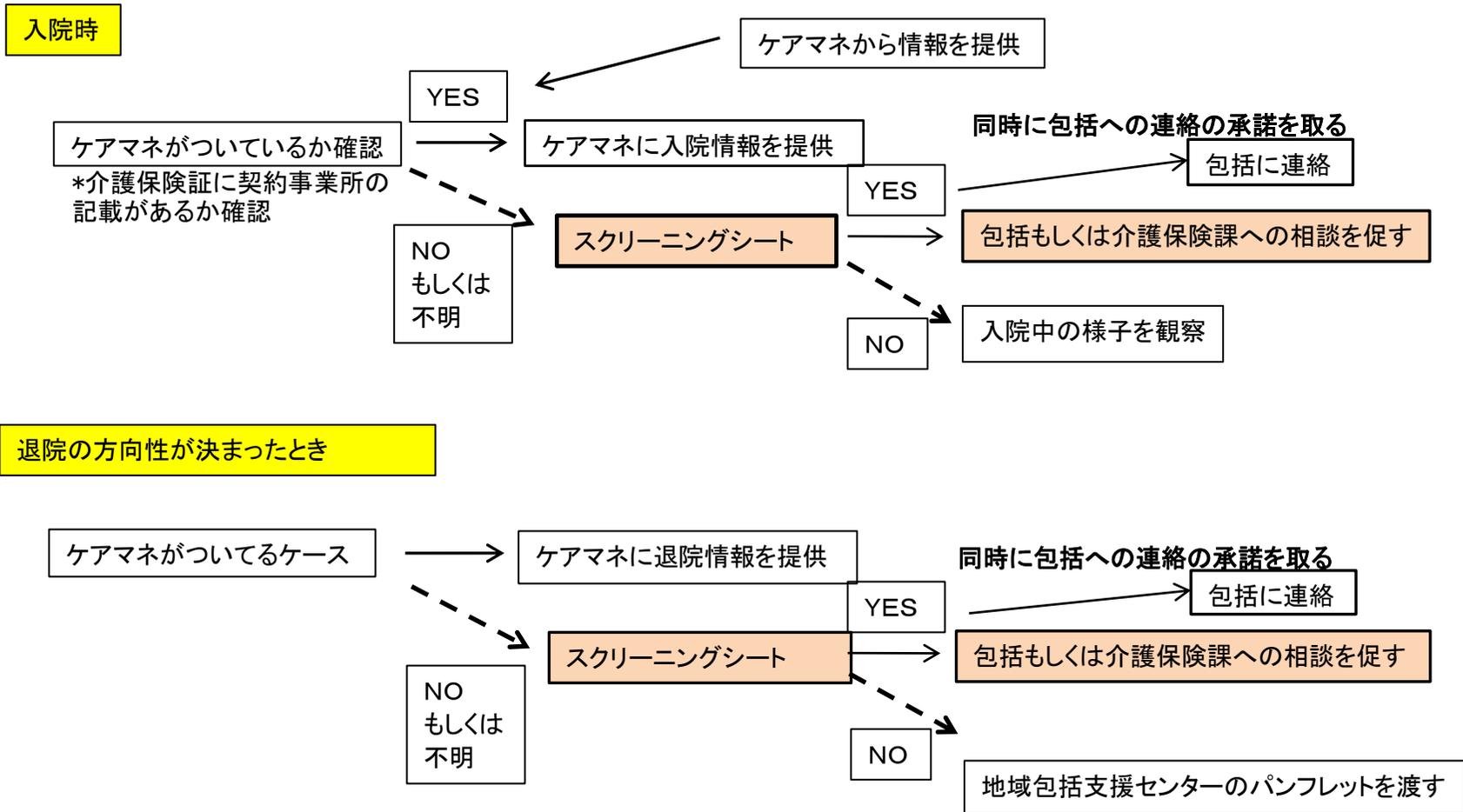
<連絡会の運営委員会の役割>

よって、本連絡会では、大東市・四條畷市エリアの医療機関と両市の地域包括支援センターならびに介護支援専門員が連携することにより、両市のエリアでの入退院調整ルールを検討するとともに、医療と地域ケアを担う両者がお互いの立場の理解を深めるための研修などの企画を行う。





大東・四條畷地域ケア連絡会 入退院時連携チャート



*これは、あくまでも、ご本人、家族の承諾の元での情報交換
 *ただし、単身高齢者、高齢者世帯の場合はかなり、説明に時間と手間がかかるため、
 包括が他のケースで病院に来ているといういで、ケースと会う機会をつくる必要がある





医療・介護連携シート

医療機関記入		退院カンファレンス		回目
退院時情報提供書				
ふりがな				
利用者氏名	(男・女)	生年月日	M・T・S	年 月 日 歳
主治医名		科	次回受診予定日: 平成	年 月 日
入院期間	入院日: 平成 年 月 日～		退院(予定)日: 平成 年 月 日	
疾病の 状態	主病名			
	主症状	【感染症の有無/ 無・有 ()】		
	既往歴			
	服薬管理 状況	内服薬(処方内容) (自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ その他)		
	入院中の 経過			
生活上の 注意点	必要なサービスのチェック項: 通所介護・通所リハ・訪問介護・訪問看護・住宅改修・福祉用具・その他			
食事	自立・一部介助・全介助・その他() / ペースト・キザミ・軟食・普通・治療食() / 経管栄養			
アレルギー	無・有(食品: / 薬品:)			
排泄	自立 ・ 見守り ・ 全介助 ・ オムツ(常時・夜間のみ) ・ その他()	尿意(有・無)	便意 (有・無)	
入浴	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ 不可 (シャワー ・ 清拭)			
更衣	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助			
移動	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ その他 () / 見守り・杖・歩行器・シルバーカー・車椅子			
視力	普通 ・ 見えにくい(日常生活に支障 有 ・ 無) ・ 全く見えない			
聴力	普通 ・ 聞こえにくい(日常生活に支障 有 ・ 無) ・ 全く聴こえない			
言語	話せる ・ 話しにくい(日常生活に支障 有 ・ 無) ・ 話せない			
意思疎通	普通 ・ やや悪い ・ 悪い	認知症	有 ・ 無	
周辺症状	無 ・ 有(失見当識 徘徊 不潔行為 不穏・興奮 幻視・幻覚 妄想)			
その他 留意事項				

医療機関名			病棟
住所			
電話番号			
記載日	平成 年 月 日	記載者:	

情報提供日	平成 年 月 日
カンファレンス 出席者	

※ 退院の方向性が決まりましたら、ご記入後担当ケアマネに原紙をお渡し下さい。





医療・介護連携シート

ケアマネジャー記入

入院時情報提供書

基本情報	ふりがな			(男・女)	生年月日	M・T・S	年	月	日	歳	
	利用者氏名										
	介護度	申請中・支1・2・介1・2・3・4・5			有効期限	平成 年 月 日～平成 年 月 日					
	既往歴										
	心身状況										
	緊急連絡先										
	生活環境	(住宅環境)									
		<input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> 集合住宅 (階) / EV (有・無) 手すり (有・無) ・ 段差等 (有・無)									
	サービス利用状況	<input type="checkbox"/> 訪問介護: 月 回		<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与		品目		<input type="checkbox"/> その他			
		<input type="checkbox"/> 訪問看護: 月 回		(品名)							
		<input type="checkbox"/> 通所介護: 月 回									
		<input type="checkbox"/> 通所リハ: 月 回									
		<input type="checkbox"/> ショートステイ: 月 日									
	視力	普通 ・ 見えにくい (日常生活に支障 有・無) ・ 全く見えない									
	聴力	普通 ・ 聴こえにくい (日常生活に支障 有・無) ・ 全く聴こえない 補聴器の使用 (有・無)									
	言語	話せる ・ 話しにくい (日常生活に支障 有・無) ・ 話せない									
	食事	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ その他 () / ペースト・キザミ・軟食・普通・/ 経管栄養									
	口腔ケア	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ その他 () 義歯 (有・無)									
	移動	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ その他 () / 見守り・杖・歩行器・シルバーカー・車椅子									
	入浴	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ 不可 (シャワー ・ 清拭)									
排泄	自立 ・ 見守り ・ 全介助 ・ オムツ(常時・夜間のみ) ・ その他 ()		尿意 (有・無)		便意 (有・無)						
睡眠状況	良眠 ・ 不眠 (状態)										
意思疎通	普通 ・ やや悪い ・ 悪い			認知症	有 ・ 無		失見当識	有 ・ 無			
徘徊	有 ・ 無		不潔行為	有 ・ 無		不穏・興奮	有 ・ 無		幻覚・妄想		有 ・ 無
その他留意事項											

かかりつけ医		住所	
--------	--	----	--

居宅介護支援事業所名	
住所	
電話番号	担当ケアマネ

作成日	
平成	年 月 日





第6章 計画の推進体制

第1節 保健・医療・福祉等の連携による推進体制の強化

1. 庁内連携の強化

高齢者の生活の質の確保や介護予防の取り組みを推進していくためには、保健・医療・福祉等の各分野が連携し、総合的に実施していく必要があります。

そのため、介護保険制度の普及及び地域支援事業等の推進にあたり、より密接な連携を図り、情報交換や専門的ケア及び保健・福祉サービス等の調整を実施します。

また、高齢者の住宅対策やまちづくりについて、大阪府の「福祉のまちづくり条例」を踏まえ、都市整備や下水道などのまちづくり担当課等とも連携しながら積極的な推進を図ります。

さらに、健康づくり、生きがいくづくり等の施策・事業について、生涯学習・健康づくり・地域福祉等の各部門相互が連携を強化し、内容の充実と効果のある展開を図ります。

2. 関係機関との連携強化

保健・福祉サービスの提供にあたっては、医療機関や民間サービス事業者等とも連携を強化し、退院後の在宅における各種サービスが迅速、的確に受けられるよう努めるとともに、支援を必要とする高齢者のニーズ把握や情報交換、保健・福祉サービス等の調整を図るため、「地域ケア会議」を中心に定期的に連絡・調整を行うほか、大阪府の認知症疾患医療センター、保健所等の専門機関との連携強化も図っていきます。

また、社会福祉協議会については、介護保険制度の導入に伴って、より一層地域福祉施策の担い手としての重要性が増大してきており、事業型社協へと転換を促進するとともに、生活支援機関として連携を強化し、保健・医療・福祉事業の円滑な実施に向けた連携・指導の強化を図ります。

