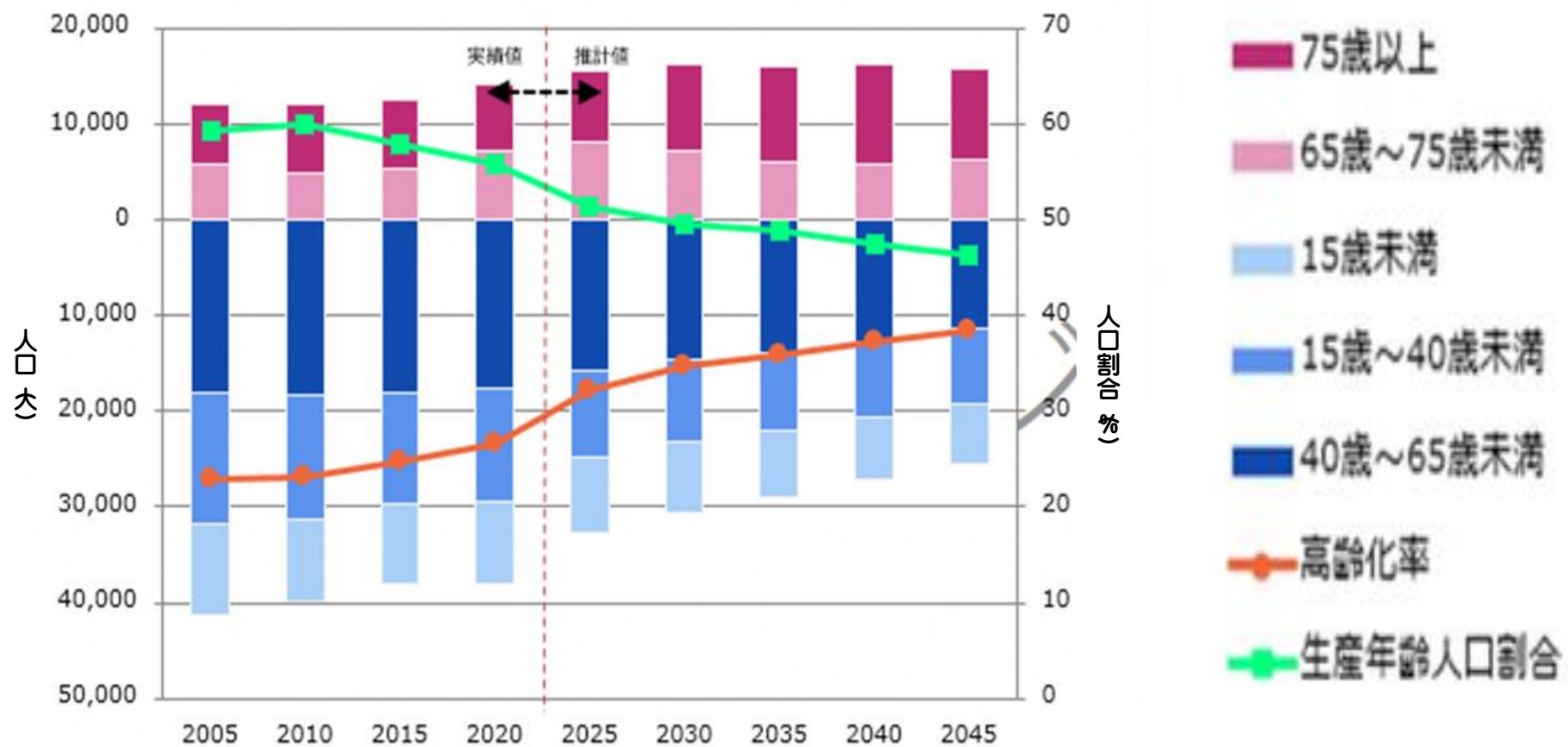


令和5年度

第1回 在宅医療・介護連携推進協議会

令和5年8月16日
宮古島市高齢者支援課

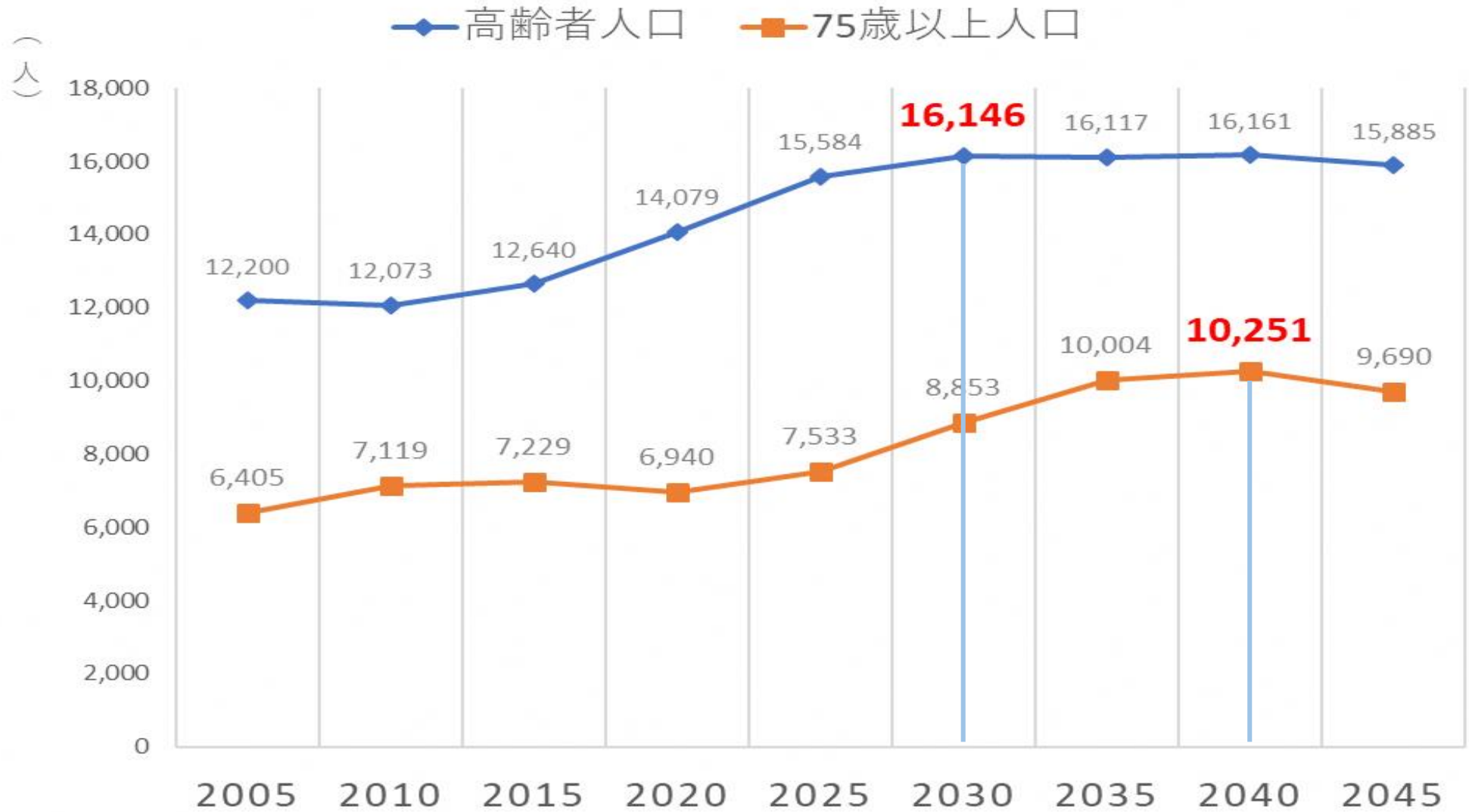
宮古島市 人口の推移



(出典) 2000年～2020年まで：総務省「国勢調査」

2025年以降：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30（2018）年推計）」

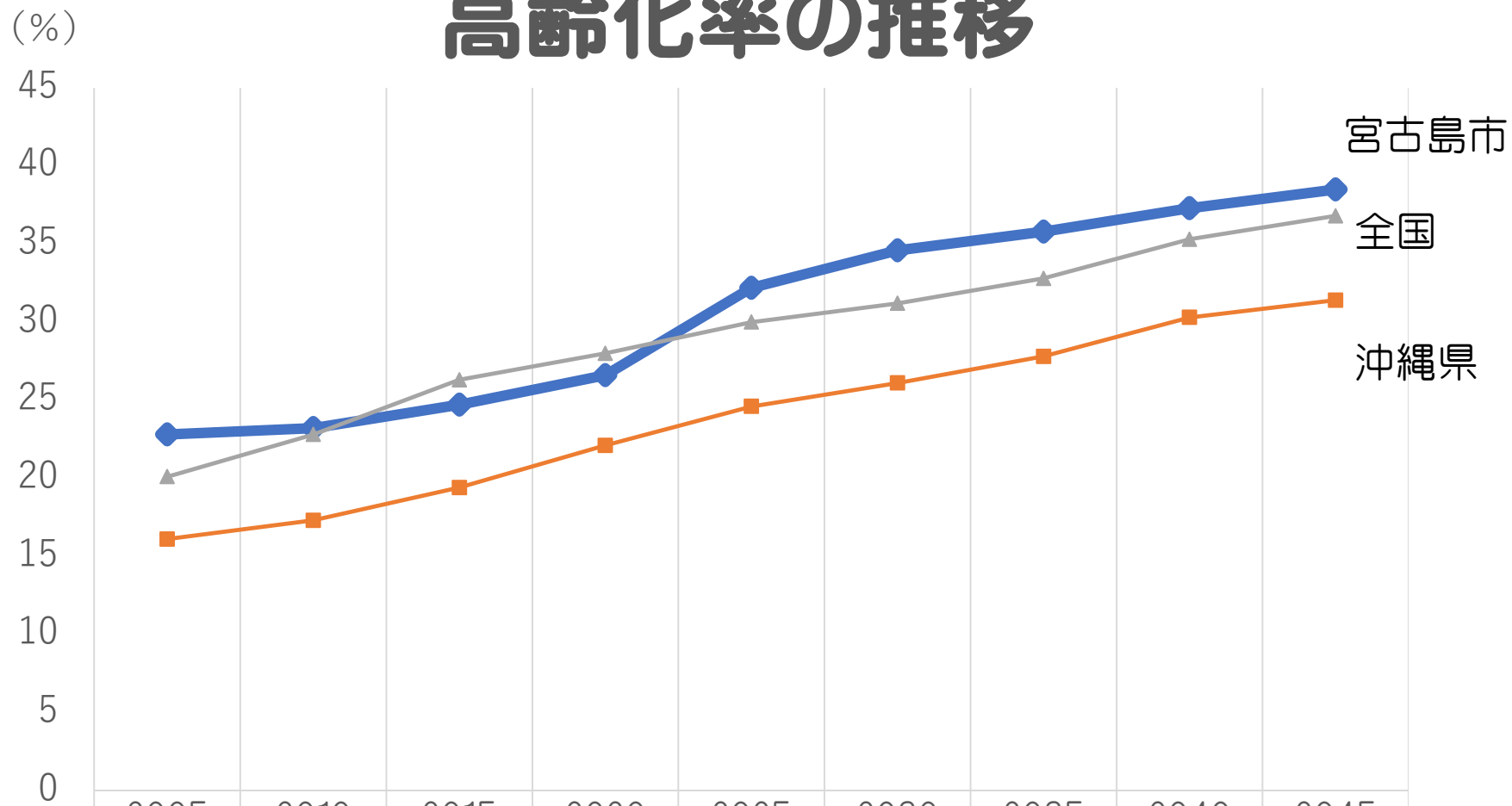
宮古島市の高齢者人口の推移



2000年～2020年まで：総務省「国勢調査」

2025年以降：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30年（2018年）推計）」

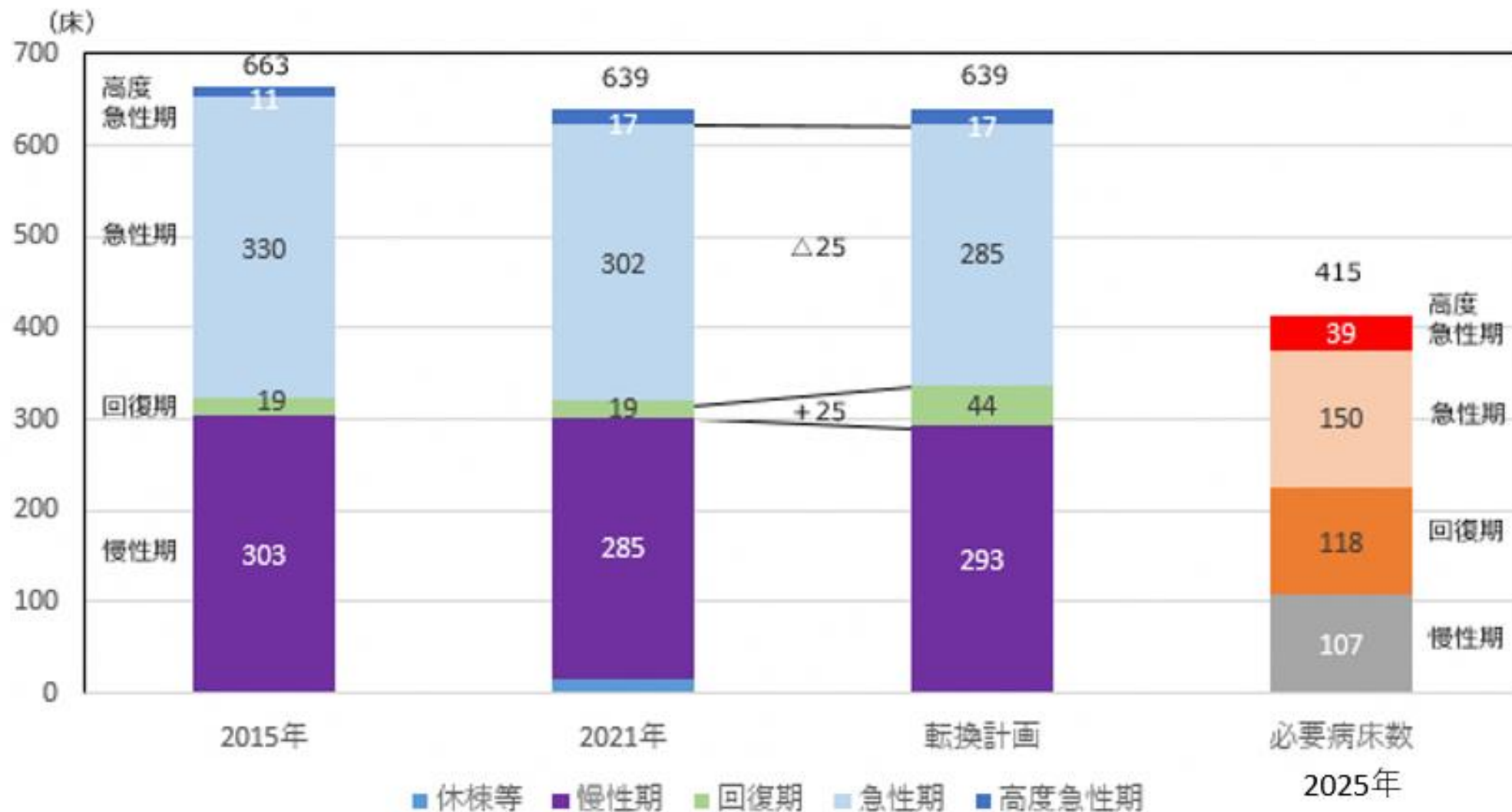
高齢化率の推移



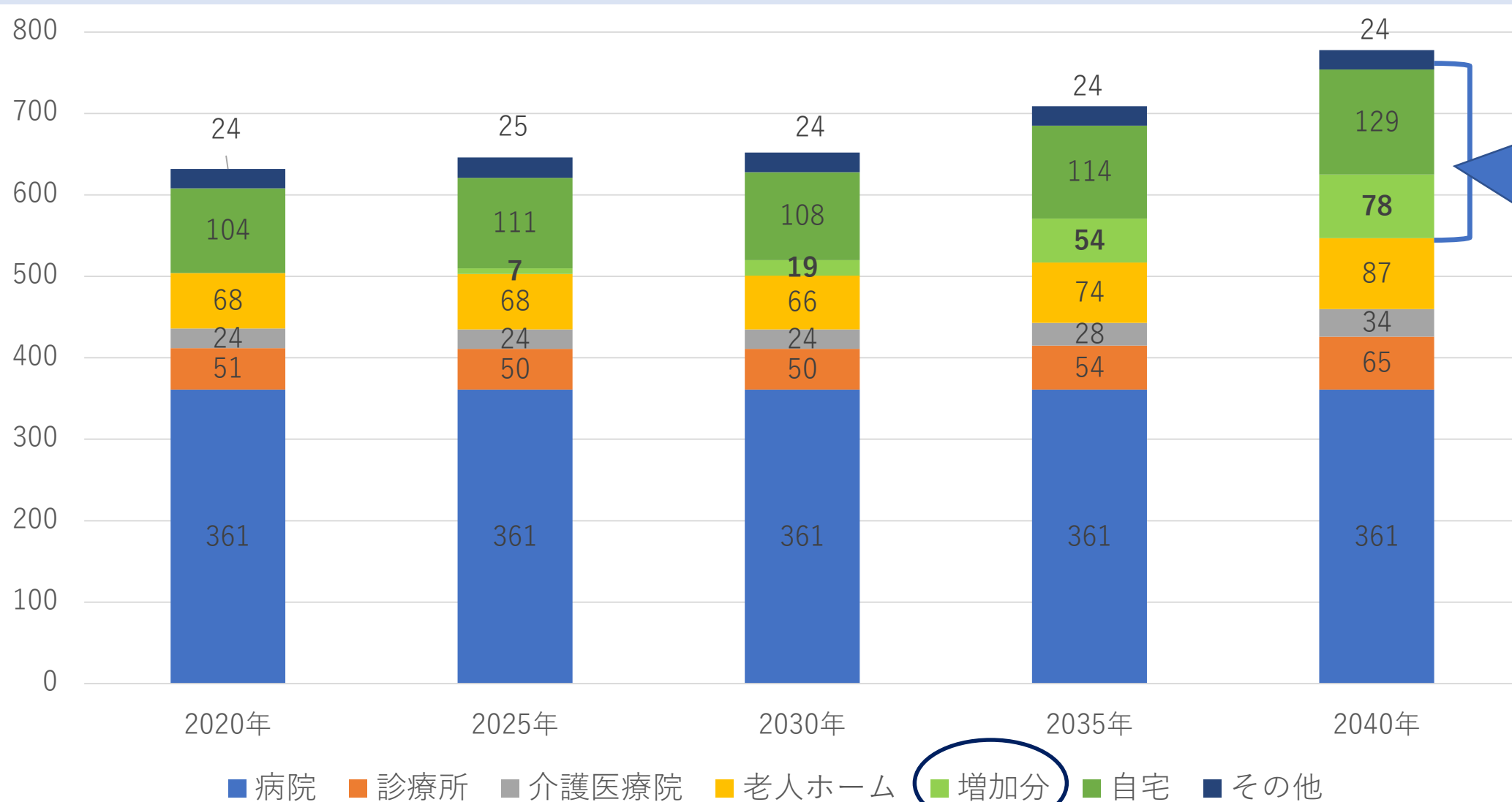
	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045
◆ 高齢化率(宮古島市)	22.8	23.2	24.7	26.6	32.2	34.6	35.8	37.3	38.5
■ 高齢化率(沖縄県)	16.1	17.3	19.4	22.1	24.6	26.1	27.8	30.3	31.4
▲ 高齢化率(全国)	20.1	22.8	26.3	28.0	30.0	31.2	32.8	35.3	36.8

2000年～2020年まで：総務省「国勢調査」
2025年以降：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30年（2018年）推計）」

沖縄県地域医療計画

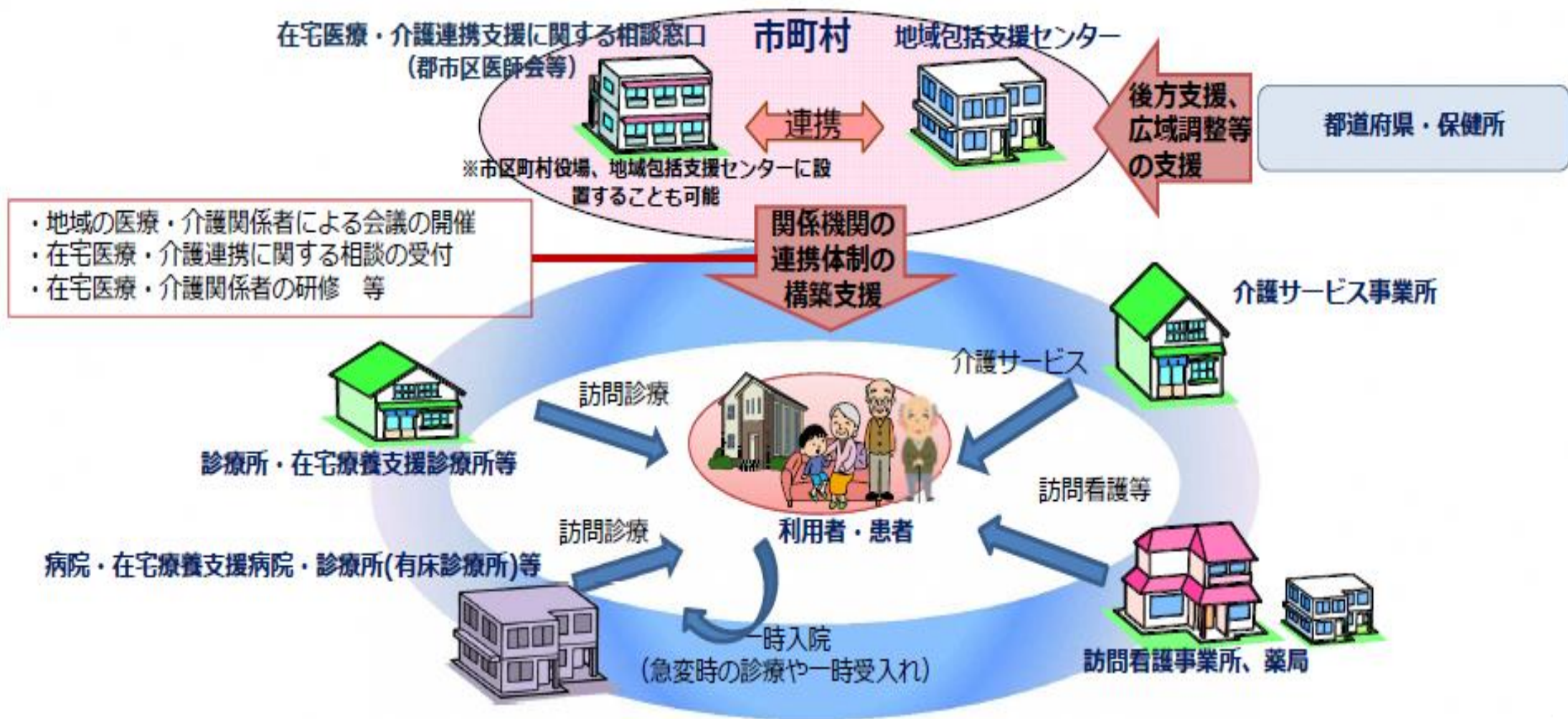


場所別死亡者数の将来推計



在宅での
看取りが
2020年より
103人増加

在宅医療・介護連携事業



在宅医療・介護連携事業

①現状分析・課題抽出・施策立案

- (ア)地域の医療・介護資源の把握 (イ)在宅医療・介護連携の課題の抽出
(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

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 (キ)地域住民への普及啓発
(エ)医療・介護関係者に情報共有の支援 (カ)医療・介護関係者の研修

③対応策の評価・改善

※必要なサービスの整備等（介護保険計画など）に関する課題がでる場合があるが、ここでは医療・介護関係者と協働・連携を勧めることで包括的かつ継続的な在宅医療・介護の提供を推進することを目的とする。

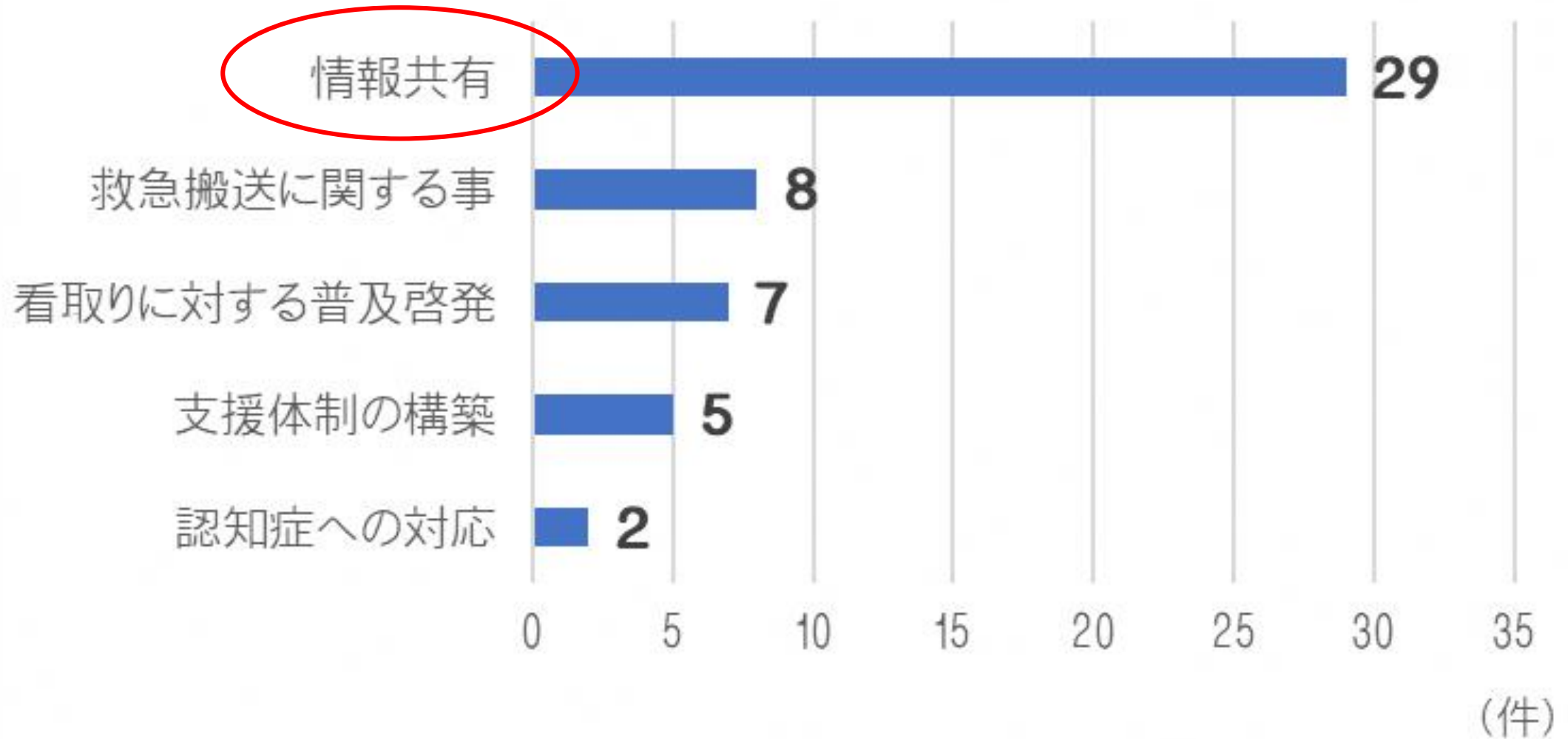
令和4年度 在宅医療・介護連携事業の流れ

R4.6.29	第1回 在宅医療・介護連携推進協議会	
R4.12.21	第2回 在宅医療・介護連携推進協議会	
R5.1.13	課題抽出に向けて の作業部会	日常の療養支援
R5.1.20		入退院連携
R5.1.27		急変時の対応
R5.2.3		看取り
R5.2.22	第3回 在宅医療・介護連携推進協議会	

各作業部会の日程と構成メンバー

	課題抽出のための 各作業部会メンバー	介護				医療							行政
		ケアマネ 協会	介護サー ビス事業 所連絡会	包括支援 センター	理学療法 士会	医師会	薬剤師会	歯科医師 会	訪問看護	徳洲会	宮古病院	リハビリ 温泉病院	消防
R5.1.13	日常の療養支援部会	○	○	○	○		○	○					
R5.1.20	入退院連携	○		○	○	○			○	○	○		
R5.1.27	急変時の対応	○		○		○			○		○		○
R5.2.3	看取り	○		○		○			○	○		○	○

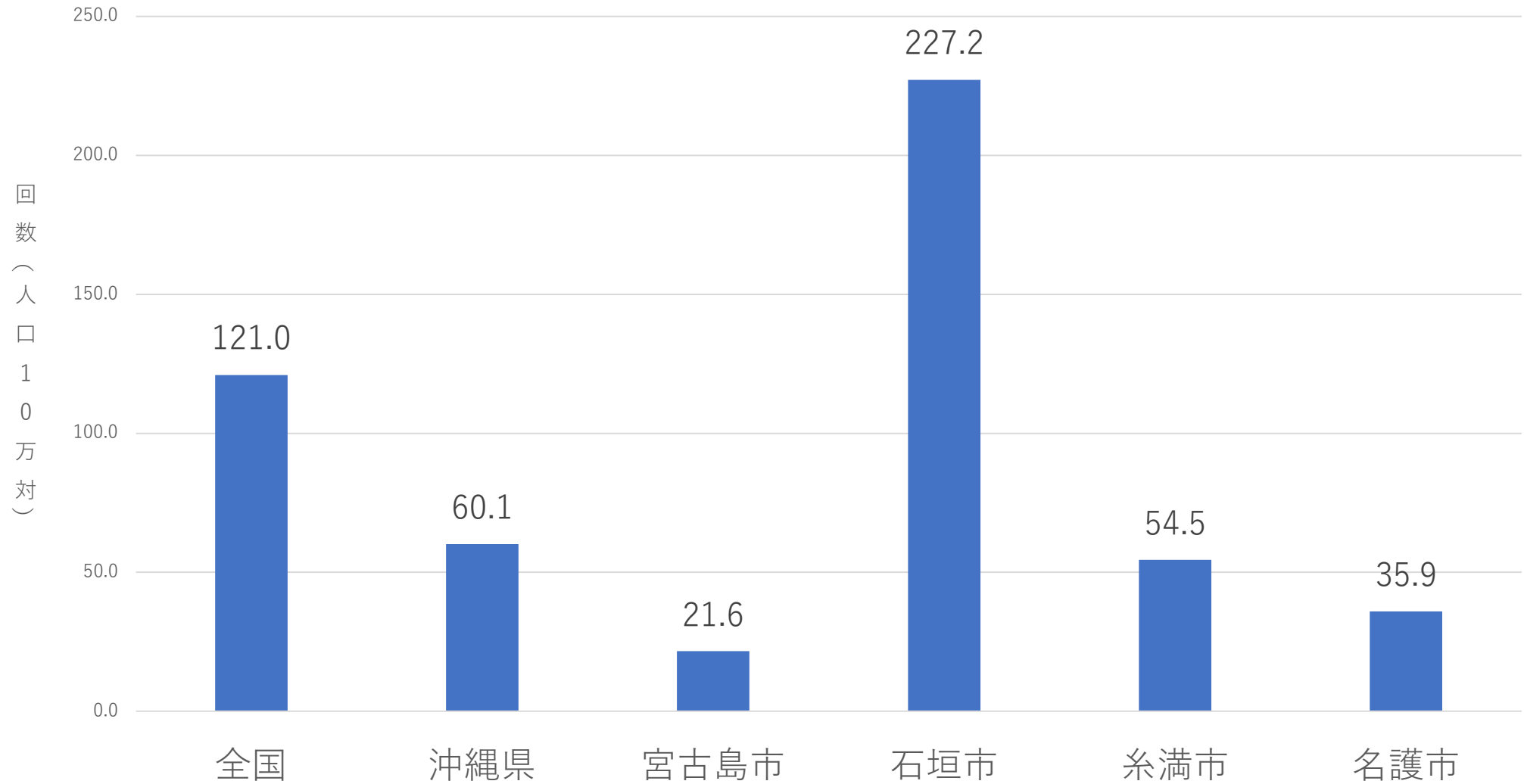
作業部会から出た課題の内容



情報共有の課題内訳

内容	入退院時の情報共有		退院の仕組みづくり		医師との連携			看取り時の情報共有		救急搬送時の情報共有	専門職間での認識の違い	
課題件数	9		6		5			4		3	2	
作業部会	入退院	看取り	入退院	看取り	療養	入退院	急変	急変	看取り	急変	療養	入退院
課題を感じている専門職	ケアマネ	訪問看護	訪問看護	訪問看護	ケアマネ	医師会	ケアマネ	包括	消防	消防	事業所	包括
	徳洲会		包括	医師会	包括		訪問看護		ケアマネ	包括		
	医師会											
	訪問看護											
	宮古病院											

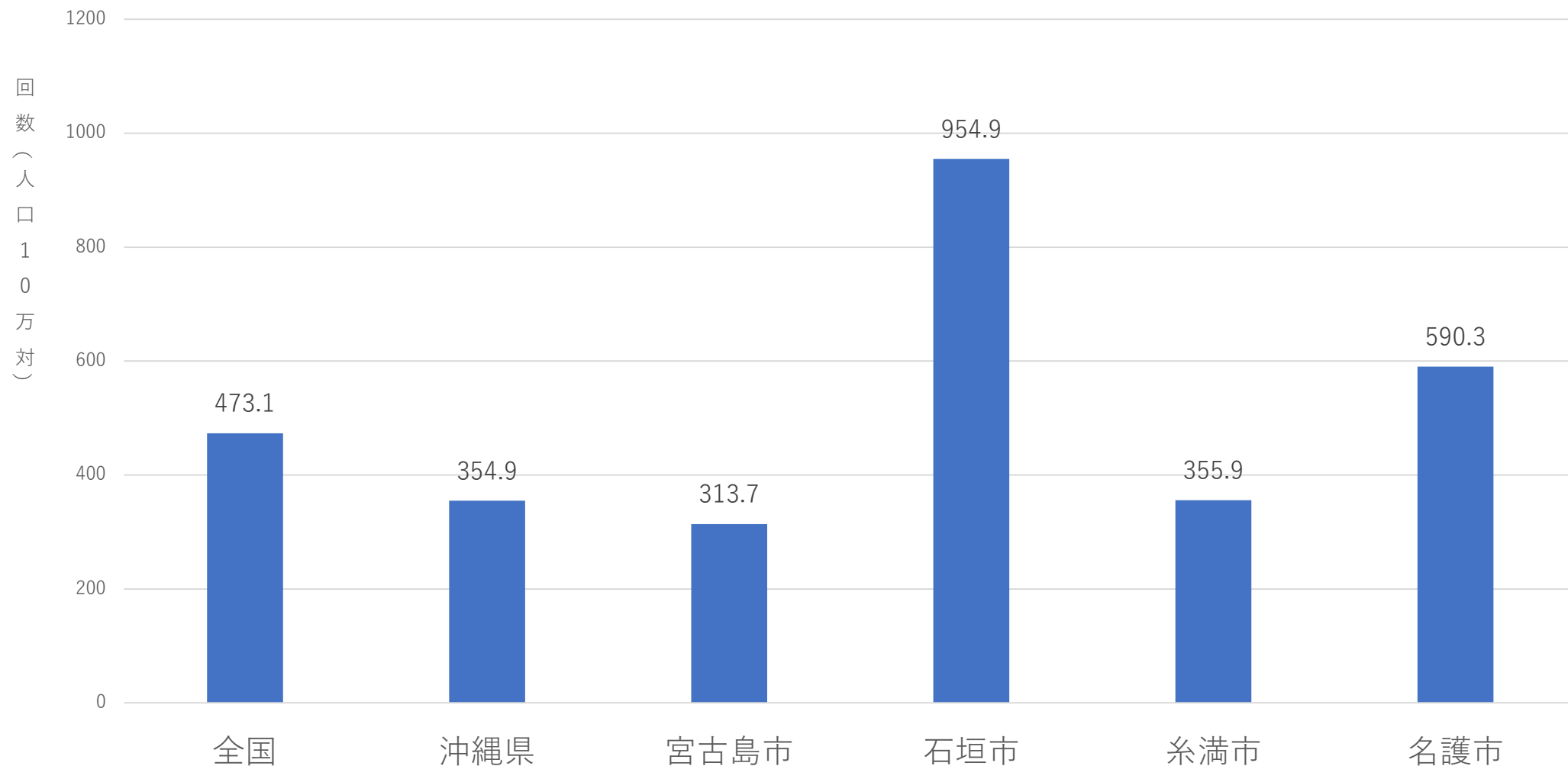
入院時情報連携加算の算定回数(令和3年:2021年)



(時点) 令和3年(2021年)

(出典) 厚生労働省「介護保険総合データベース」および総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査」

退院退所加算の算定回数(令和3年:2021年)



(時点) 令和3年(2021年)

(出典) 厚生労働省「介護保険総合データベース」および総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査」

作業部会のメンバーから出た 課題解決に向けての声

1. 入退院をスムーズに行うための 情報共有	2. 看取りに関する研修・ 知識の普及啓発	3. 在宅生活継続のための支援体制
<p>①情報共有ツールの活用。訪問看護で実際に使っているツールを活用した効果を情報発信していく</p> <p>②入退院情報をスムーズにおこなうため、退院時カンファレンスに活用するツール作成を行う</p> <p>③退院カンファレンスの検討。病棟看護師やサマリーの内容改善</p> <p>④上手くいったケースのフィードバックの場をつくる</p> <p>⑤利用者情報提出の迅速化の検討</p> <p>⑥ケアマネや事業所が分かる工夫やルール作りを行う</p>	<p>⑧救急連絡シートの活用とPR</p> <p>⑨看取りに対する知識の普及→CMなど</p> <p>⑩多職種で認識共有する場(研修会)の設置</p> <p>⑪看取りに対する普及啓発の機会を増やす</p> <p>⑫子供の教育現場や市民への普及啓発、関係職種の研究會など検討</p> <p>⑬日頃から最後をどう迎えるか家族観で話し合うような情報発信が必要→エンディングノートや講演會</p>	<p>⑦入院から退院までの流れを見える化。動画などで一連の流れを作成</p> <p>⑭救急通報したくなる症状をコントロールする。地域の病院、訪問看護・診療につないでどうか</p>

目指す姿

本人の住み慣れた地域や本人の望む場所で不安なく最後まですごす

4つの目標と指標を設定

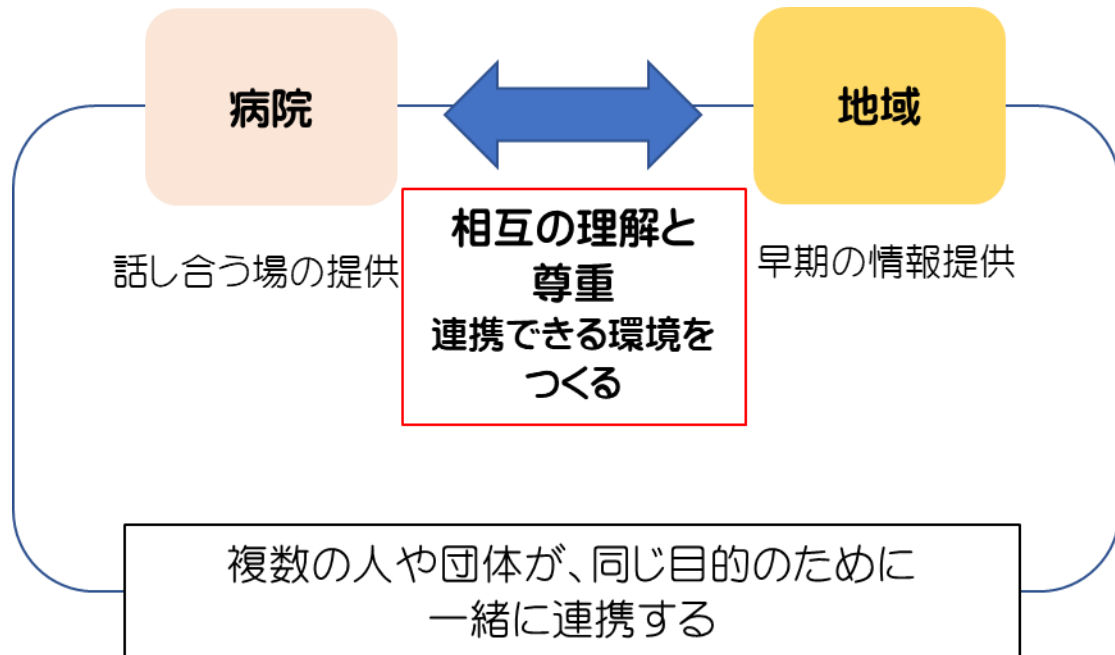
	1	2	3	4
目標	関係者間の情報共有ができる	病院と地域関係者の連携が進む	普段から人生について考える地域	医療のつながりができる
指標	情報共通ツールの作成	在宅医療情報交換会の活用	看取りに関する市民への普及啓発	医療のつながり
具体的方法	<ul style="list-style-type: none">作業部会の設置入退院連携にかかる流れの見える化救急搬送→入院→退院の流れをスムーズにするツールづくり	<ul style="list-style-type: none">宮古病院で定例(2~3ヶ月毎)実施している会議の活用(宮古病院副院長・看護部長・各病棟・地域連携室師長、包括2カ所、訪問看護ステーション、ケアマネ協会、宮古島市役所)	<ul style="list-style-type: none">医師会と協力し、CMや講演会の実施エンディングノートの活用	<ul style="list-style-type: none">検討事項

令和5年度 事業計画（案）

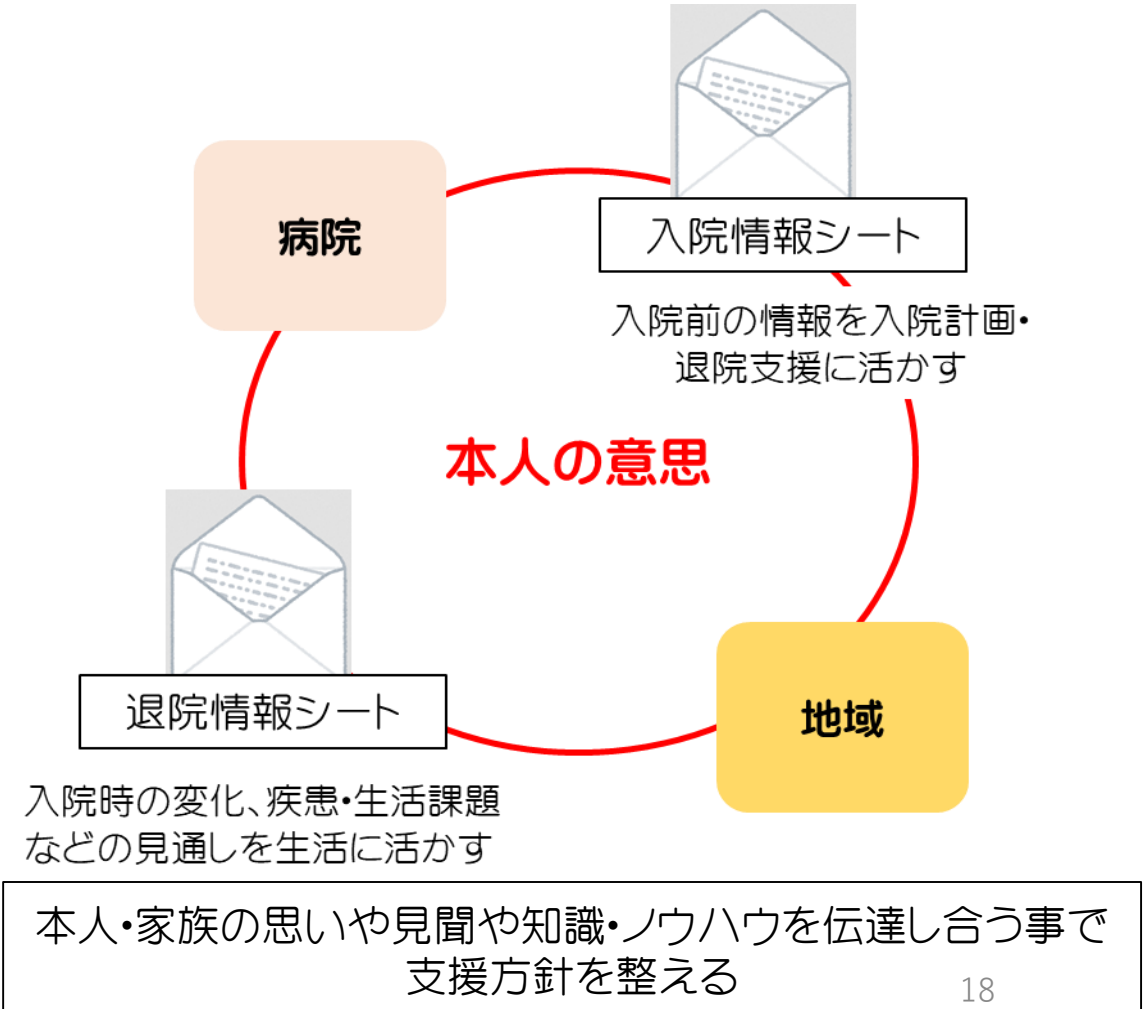
在宅医療・介護連携推進協議会	第1回	R5.8.16(水)
	第2回	R6.2.7(水)
作業部会	第1回	R5.10.4(水)
	第2回	R5.12.6(水)
	第3回	R6.2.28(水)
看取りに関する普及啓発	医師会等と連携実施	

こんなことを期待しています

ルールづくりの目的
医療と介護が包括的かつ継続的に受けられる



ツール作成の目的
質の高い情報・必要とする情報連携ができる



作業部会でやることは？

入退院連携にかかると見える流れ

⇒入退院連携のルールやそれに伴うツールを決めてはどうか
今あるものを生かして！

すでに既存の
物がある



沖縄県



那覇市



中部地区

こんなことが話し合えると良いのでは・・・



1

ケアマネ

↓
ご本人・ご家族へ

ご本人・ご家族へ名刺を渡し、入院時に担当ケアマネの氏名・所属を医療機関へ伝えるよう話しておきましょう。

POINT 1

日頃からご本人・ご家族へ「入院したらケアマネへ連絡をください」と依頼しておきましょう。

POINT 2

ケアマネの情報を医療保険証に入れておきましょう。医療保険証のない方は、お薬手帳に貼っておくよう依頼しましょう。

1

入院予約準備室※

↓
ご本人・ご家族へ

入院が決まったら、入院予約準備室はご本人・ご家族の同意を得て、ケアマネ及び保護受給の方は保護課へ連絡しましょう。もしくはご家族に連絡を依頼しましょう。

※入院予約準備室…病院によっては設置されていない場合もあり、また名称が異なることもあります。

2

ソーシャルワーカー

↓
ご本人・ご家族へ

入院が決まったら、介護認定の有無など必要な情報を確認しましょう。

病院連携窓口一覧

*平成 31 年 4 月に病院の連携窓口一覧の情報公開について同意回答を得られた病院のみ記載しています。

地区	医療機関名	郵便番号・所在地・代表TEL・代表FAX	ケアマネが入院時情報提供書を提出する窓口	退院調整・担当者会議等に関する連絡・相談窓口	介護保険主治意見書・指示書等の依頼・相談窓口	病状等に関する相談窓口	受診に関する相談窓口
メデイおもしろセンター	〒900-8556 那覇市上之屋1-3-1 TEL 867-2116 (代) FAX 861-2398 (代)	担当部署	地域医療連携室 (各病棟でも可) FAX 864-5066	MSW 新里 FAX 864-5066	医事課 FAX 867-5576	外来：地域医療連携室 外来看護師 入院：MSW FAX 864-5066	地域医療連携室 ※予約については医事課 FAX 864-5066
			時間帯	月～金 9:00～18:00 土 9:00～13:00 ※病棟であれば平日の午後。	月～金 9:00～18:00 土 9:00～13:00	月～金 9:00～18:00 土 9:00～13:00	月～金 9:00～18:00 土 9:00～13:00
友寄クリニック	〒900-0021 那覇市泉崎 2-2-6 TEL 855-0852 (代) FAX 855-0852 (代)	担当部署	受付・医師 ※医師がケアマネジャーの資格有 TEL 855-0852(代) FAX 855-0852(代)	医師 ※医師がケアマネジャーの資格有 TEL 855-0852(代) FAX 855-0852 (代)	受付・医師 TEL 855-0852(代) FAX 855-0852 (代)	医師 TEL 855-0852 (代) FAX 855-0852 (代)	医師 TEL 855-0852 (代) FAX 855-0852 (代)
			時間帯	月・火・水・金 9:00～18:00 木・土 9:00～13:00	月・火・水・金 9:00～18:00 木・土 9:00～13:00	月・火・水・金 9:00～18:00 木・土 9:00～13:00	月・火・水・金 9:00～18:00 木・土 9:00～13:00

専門職だけでなく一般市民も活用できる内容だと良い・・・

入退院支援ルール手引き冊子(関係者用)

さいたま市版
入退院支援ルール

医療と介護の切れ目ない
連携を目指して



さいたま市
さいたま市在宅医療・介護連携推進会議
入退院支援ルール等協議部会

令和4年3月

普及チラシ(配布用)

もしもの時に備えて・・・
「通院・入院時あんしんセット」
を準備しておきましょう

- 通院や急な入院に備えて「通院・入院時あんしんセット」を一緒のケース等に入れて準備しておきましょう。
- 通院、入院した時は「通院・入院時あんしんセット」を病院の担当者に見せてください。
- 入院したら、なるべく早く担当のケアマネジャーに連絡してください。
- 退院予定や転院が決まったときにも、必ずケアマネジャーに連絡してください。



通院・入院時あんしんセット (準備したら○をしましょう)		
①本人と家族の連絡先	②医療保険証	⑤お薬手帳
②医療保険証		⑥かかりつけ医の診察券
③介護保険証	③介護保険証	
④ケアマネジャーの名刺		④ケアマネジャーの名刺
⑤お薬手帳		⑦私の意思表示ノート (書いている場合)
⑥かかりつけ医の診察券		
⑦私の意思表示ノート (書いている場合)		

埼玉県作成(令和4年3月さいたま市改題)

作業部会の流れ(案)

R5年度	1回	目的、方向性、日程等の確認し連携ルールの大枠を検討
	2回	入退院連携ルールの大枠を検討
	3回	入退院連絡シートの中身を検討
R6年度	1回	入退院連絡シートの中身を検討
	2回	入退院連絡シートの中身を検討
	3回	実際に試した効果を検討・修正を行い、チラシ等作成

在宅医療介護推進協議会で宮古島市入退院ルールとして決定

作業部会メンバー（案）

医療	宮古病院 地域連携室
	徳洲会 地域連携室
	リハビリ温泉病院 地域連携室
	訪問看護ステーション連絡協議会
	宮古地区医師会
介護	介護支援専門員協会
	包括支援センター
行政 (事務局)	宮古島市高齢者支援課

入退院を決めるのは医師の指示

忙しい医師を巻き込むにはどうしたらいい？



事業の方向性

目 標	2023年度	2024年度	2025年度	期待できる効果
	R5年度	R6年度	R7年度	
関係者間の 情報共有ができる	通常の入退院連携の整備		救急搬送にかか る入退院連携の 整備	入退院の流れが理解できる(専門職、市民)⇒介 護保険制度へのつながりがスムーズに行え、在宅 生活の準備が整う⇒安心して在宅生活が送れ る⇒再入院が減る⇒医療・介護の負担軽減
病院と地域関係者の 連携が進む				
普段から人生について 考える地域	看取りへの周知と環境整備			本人の望む生き方を共有・理解できる⇒緊急時 の対応を関係者間で共有できる⇒不要な医療・ 介護負担が減る
医療のつながりができる				