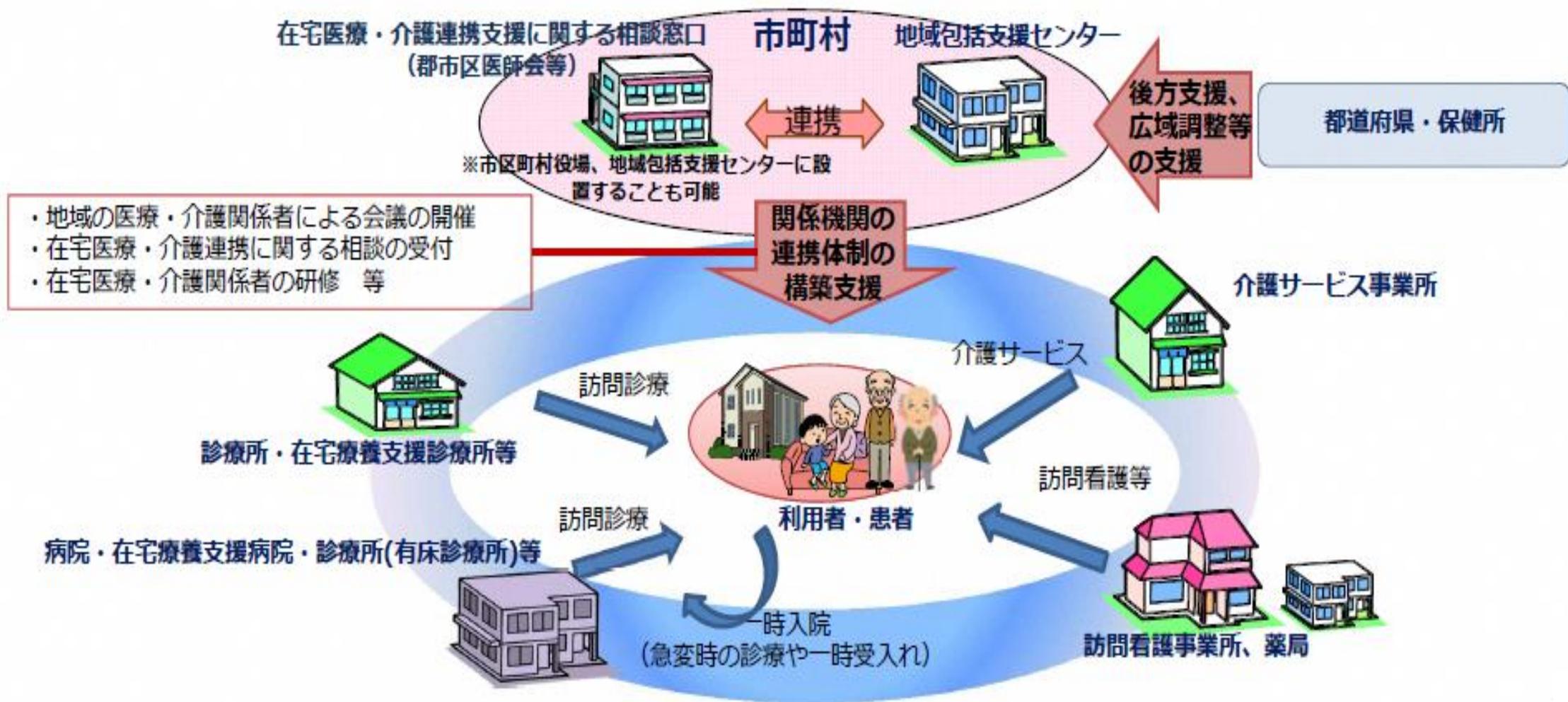


# 令和5年度

## 第2回 在宅医療・介護連携推進協議会

令和6年2月7日  
宮古島市高齢者支援課

# 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。

# 【R4年度】 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、関係職種との研修会など検討</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会</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・診療につないではどうか</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つの目標を設定

	1	2	3	4
目標 (目指す姿)	関係者間の情報共有ができる	普段から人生について考える地域	病院と関係者の連携が進む	医療のつながりができる
方法	情報共有ツールの作成	看取りに関する市民への普及啓発	在宅支援情報交換会の活用	医療のつながり
具体的方法	<ul style="list-style-type: none"><li>作業部会の実施</li><li>入退院連携にかかる流れの見える化</li><li>救急搬送→入院→退院の流れをスムーズにする</li><li>ツールづくり</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>医師会と協力し、CMや講演会の実施</li><li>エンディングノートの活用</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>宮古病院で定例（3か月毎）実施している会議の活用（宮古病院副院長・看護部長・各病棟師長・地連師長、包括、訪看、ケアマネ協会、市役所が参加）</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>検討事項</li></ul>

## 作業部会の流れ

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

## 作業部会メンバーを決定

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

## 令和5年度 事業計画

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	

# 令和5年度 進捗状況

目標 1	関係者間の情報共有ができる
方法	情報共有ツールの作成
具体的に 実施したこと	作業部会の実施（3回）

# 作業部会でやるべきこと

1. 入退院のルールを見える化し、入退院の情報共有をスムーズにする

- ①各病院の問い合わせの窓口を見える化
- ②入院情報共有のシートづくり
- ③退院情報共有のシートづくり

2. 市民の皆さんがケアマネージャーや居宅支援事業所を入院の際に伝えることができる環境づくり

- ①住民への知識の普及や周知に関するPRをしていく

# 今年度やるべきことは？

## 1. 急いでやること

- 「入院」に絞って「ルール」と情報連携「シート」を作る
- シートができたならお試しで使ってみて、利点と欠点を明確化する

## 2. すぐにできそうなこと

- 市民や各関係機関、各専門職に向けて、入院時にケアマネや居宅支援事業所を伝える手段に関する周知活動

# 入院の連携は？

- 誰を対象に？
- どの誰と？
- どんな情報を？
- どんな方法で？
- どんな工夫が必要か？



# 誰を対象にするか？

明確にすること	作業部会で話し合ったこと	ルール化したこと	入退院ルール掲載ページ番号
対象の明確化	<p>誰を連携の対象とするか</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. 入院前にケアマネージャーが決まっている方</li><li>2. 入院前にケアマネージャーが決まっていない方で、退院時に情報共有が必要な方</li></ol>	医療と介護の連携が必要となってくる方を対象とする	P1

# どこの誰と連携するか？

明確にすること	作業部会で話し合ったこと	ルール化したこと	入退院ルール 掲載ページ 番号
各病院のどの窓口 へ問い合わせるか	1.どの窓口を明確にして欲しい か？という点をピックアップ	宮古島市病院窓口 一覧を作成	P2
(相談内容に応じて、どの窓口・ど の担当に問い合わせるか)	2.病院サイドが明確にできる窓口 情報を提供		
	1と2をマッチングし、担当窓 口・時間帯・連絡先を「見える 化」する		

# どんな情報を共有するか？

明確にすること	作業部会で話し合ったこと	ルール化したこと	入退院ルール 掲載ページ 番号
お互いにどんな 情報を共有した いか	1.病院が入院時必要としてい る情報を出してもらった	入院連携シートの項 目を決定した	P3~6
	2.入院時どこまでの情報を提 供すればよいか。できるだけ 簡素化してほしい		
	既存の入院連携シートを参考 にし、情報提供の項目を絞っ た		

# どんな方法で？

明確にすること	作業部会で話し合ったこと	ルール化したこと	入退院ルール 掲載ページ 番号
<p>情報共有する シートは 何を使用するか</p>	<p>1.既存のシートを活用し、統一したシートを作成しよう</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>宮古島市入院連携シートを使用し、メールかFAXで情報提供する</li> </ul>	<p>P3~6</p>
	<p>2.できるだけメールでの情報提供とするが、メールに抵抗を示す年齢層のことも考慮し、FAXでも可とするようにした</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>メール用FAX用のシート作成（内容は全く同じ）</li> </ul>	

# どんな工夫が必要か？

明確にすること	作業部会で話し合ったこと	ルール化したこと	入退院ルール 掲載ページ 番号
入院のルールを 明確にする	シートの提出方法や受け取った 後の確認方法を決定	入院連携ルールを 作成	全て
	メール送付時、メールロックの 方法をルールに掲載する（PCを 使い慣れていない方向けに） など・・・		
情報連携の迅速 化を図る方法は 何か	通院・入院あんしんセットのチ ラシの内容について共通認識。	委員メンバーも含め てPRしていく	P11

# 宮古島市入院のルール

## 宮古島市入退院連携ルール

### 目的

医療・介護を必要とする方が、島内のどの病院に入院しても、切れ目なく必要な医療・介護サービスが受けられ、安心して在宅へ戻り本人の住み慣れた地域や本人の望む場所ですらなく最後まで過ごす事を目指し、関係者間での情報共有をスムーズに行う事を目的とする。

### I. 対象者

医療と介護の連携が必要となってくる方。

1. 入院前にケアマネジャーが決まっている方。
2. 入院前にケアマネジャーが決まっていない方で、退院時に情報共有が必要な方。  
\*退院時に情報共有が必要な方に関しては、退院シート作成時に併せて検討していく。

### II. 入院時の情報共有について

1. 本人・家族は、入院したことをケアマネジャーへ連絡する。  
独居でキーパーソンがない等、ケアマネジャーへの連絡が難しい場合、ケアマネジャーを病院が把握できている時は、入院後 5 日以内に病院がケアマネジャーへ連絡する。
2. ケアマネジャーは、利用者が入院したらできるだけ早く病院窓口一覧（表1）を参照に、病院の担当窓口へ宮古島市入院連携シート（P3もしくはP5）を提出する。  
\*入院連携シートは、宮古島市 HP およびケアプロからダウンロード可能にする予定。
3. 入院連携シートの提出方法。  
FAX もしくはメール（できる限りメール）で行う。  
\*メールで送信する際のデータファイルの「ロックのかけ方」や「解除の方法」は、P7～P10を参照。
4. 入退院連携シートを受け取った後は、受け取った旨を返信、報告する。
5. 利用者の入院を早期に把握できるよう、日頃から下記の工夫をする。  
◇ケアマネジャーや居宅事業所。
  - 1) 本人や家族へ、ケアマネジャーの名刺を介護保険証と一緒に保管するように伝える。
  - 2) 本人や家族へ、入院したらケアマネジャーへ連絡するよう伝える。
  - 3) 日頃から、通院・入院あんしんセット（P11参照）について周知を行う。
 ◇病院やその他関係機関。
  - 1) ケアマネジャーがいる場合は、入院の際は病院の窓口へ介護保険証を提示すること

や、入院した旨を早めにケアマネジャーへ伝える必要があることを利用者へ向けて周知する（通院・入院あんしんセットのチラシ等を活用する）。

【表1】 <入退院連携 病院窓口一覧>

連携窓口名	入院前連携担当窓口 その他担当部署	介護保険主治医連携 課・介護課の窓口・ 電話	
宮古島市立市民病院	総合窓口 入院受付 電話 FAX メール	入院連携担当 9:00~17:00 *休日は休み 73-2800 (代表) 73-2807 (緊急) 098-2411000 ami1.t.com	介護課 9:00~17:00 *休日は休み 73-2800 (代表) 73-2807 (緊急) 098-2411000

連携窓口名	入院前連携担当窓口 その他担当部署	介護保険主治医連携 課の窓口・電話	介護課 （2階・東側に 番号の付いた窓口）
宮古島市立市民病院	総合窓口 入院受付 電話 FAX メール	入院連携担当 9:00~17:00 *休日は休み 73-1000 (代表) 73-1000	9:00~17:00 *休日は休み 73-1000 (代表) 73-1000

連携窓口名	入院前連携担当窓口 その他担当部署	介護保険主治医連携 課の窓口・電話	介護課 （2階・東側に 番号の付いた窓口）	介護課 （2階・東側に 番号の付いた窓口）	介護課 （2階・東側に 番号の付いた窓口）
宮古島市立市民病院	総合窓口 入院受付 電話 FAX メール	入院連携担当 9:00~17:00 (月～金) *休日は休み 73-2100 (代表) 73-2100	9:00~17:00 (月～金) *休日は休み 73-2100 (代表) 73-2100	9:00~17:00 (月～金) *休日は休み 73-2100 (代表) 73-2100	9:00~17:00 (月～金) *休日は休み 73-2100 (代表) 73-2100

# 宮古島市

# 入院連携シート

手書き・FAX用		宮古島市 入院連携シート ( 居宅→病院 / 居宅→サービス事業所 )	
送信先 FAX番号		様	送信日 年 月 日
送信者 事業所名 担当者		電話	<input type="checkbox"/> 退院時に情報を頂きたいので、退院が決まり次第連絡をお願い致します *退院後に情報が欲しい場合は☑する
フリガナ 氏名	性別 男 女	生年月日	年齢
住所 〒 市 町 丁目 番 号		電話	
居住状況 ( )階 <input type="checkbox"/> 戸建て <input type="checkbox"/> アパートなどの借家 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
世帯・家族情報 世帯主 配偶者 同居者 単身		島内在住者 島外在住者	
緊急連絡先 ①氏名 電話		続柄	②氏名 電話
介護保険・疾患等情報			
要介護度		要支援・要介護 ( ) / 申請中	
有効期限		年 月 日 ~ 年 月 日まで	
<input type="checkbox"/> 訪問介護 ( 回/週・月 ) <input type="checkbox"/> 訪問看護 ( 回/週・月 ) <input type="checkbox"/> 通所介護 ( 回/週・月 ) <input type="checkbox"/> 通所リハ ( 回/週・月 ) <input type="checkbox"/> 訪問リハ ( 回/週・月 ) <input type="checkbox"/> 短期入所 ( 日単位 ) <input type="checkbox"/> 高齢者見守り事業 <input type="checkbox"/> 配食サービス <input type="checkbox"/> 社会参加 <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 ( ) <input type="checkbox"/> 小規模多機能 ( ) <input type="checkbox"/> 福祉用具購入 ( )			
障害等認定		障害(疾患名) ( )    身体( 級 )    精神( 級 )    療育( 級 )	
現病歴	既往歴	かかりつけ医	
IADL/ADL情報 <b>**不明な点は未記入でもかまいません**</b>			
IADL・ADL		特記事項・補足情報	
調理	できる・不完全・できない・家族など		
掃除	できる・不完全・できない・家族など		
洗濯	できる・不完全・できない・家族など		
買い物	できる・不完全・できない・家族など		
金銭管理	できる・不完全・できない・家族など		
職業管理	できる・不完全・できない・家族など	お薬手帳 : あり・なし・不明	
食事	自立・見守り・一部介助・全介助・経管栄養 主食 普通・やわらかご飯・全粥・ミキサー 副食 普通・一口サイズ・ミキサー・とろみ付	転倒リスク 高・中・低	
嚥下経	あり・なし	せん妄・不穏 あり・なし	
口腔ケア	自立・見守り・一部介助・全介助		
義歯	装着 装着部・部分装着・自費・作成中・なし 部位 上下・上のみ・下のみ	視力	
移動	移動 自立・見守り・一部介助・全介助 移乗 自立・見守り・一部介助・全介助	□1m離れた視力確認表の図は見える □目の前の視力確認表の図は見える	
入浴	入浴 自立・見守り・一部介助・全介助 排溺 自立・見守り・一部介助・全介助	□ほとんど見えない □見えているのか判断不能	
排溺	失禁 あり・時々・まれにあり・なし 方法 トイレ・トイレ・オムツ・簡易トイレ	聴力	
着脱	上衣 自立・見守り・一部介助・全介助 下衣 自立・見守り・一部介助・全介助	□普通 □普通の声がかつと聞き取れる □かなり大きな声なら聞き取れる	
睡眠	良眠・不眠	□ほとんど聞こえない □聞こえているのか判断不能	
認知症等の症状			
その他			

メール用		宮古島市入院連携シート ( 居宅→病院 / 居宅→サービス事業所 )	
御中		送信日 :	
送信者	事業所名 担当者 電話	退院時に情報を頂きたいので、退院が決まり次第連絡をお願い致します	
フリガナ	性別	生年月日	年齢
氏名			
住所		電話	
居住・世帯・家族情報	階 同居者	島内在住者	島外在住者
緊急連絡先	①氏名 電話	続柄	②氏名 電話
介護保険・疾患等情報			
要介護度	有効期限		
サービス利用状況	訪問介護	訪問看護	通所介護
	短期入所	小規模多機能	高齢者見守り
	福祉用具貸与	福祉用具購入	配食サービス
障害情報	障害 疾患名	身体	級
	現病歴	既往歴	かかりつけ医
IADL/ADLおよびサービス情報 <b>**不明な点は入力していないこともあります**</b>			
調理		金銭管理	
掃除		服薬管理	
洗濯		お薬手帳	
買い物			
食事	食事 主食 副食	転倒リスク	
嚥下	嚥下 困難	せん妄・不穏	
口腔ケア			
義歯	義歯 部位	視力	
移動	移動 移乗	聴力	
入浴	排溺 失禁	認知症等の症状	
排溺	方法		
着脱	上衣 下衣		
睡眠			
その他			

# 通院・入院あんしんセットのPR

通院や急な入院に備えて

## 「通院・入院あんしんセット」

をひとまとめにして準備しておきましょう

通院・入院したときは「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



通院・入院あんしんセットに入れるもの



医療保険証



お薬手帳



かかりつけ医の  
診察券



担当ケアマネジャーのいる方は  
以下のものも入れておきましょう

介護保険証



ケアマネ  
ジャーの名刺

「入院した時」  
「退院予定や転院が決まったとき」など  
早めに  
担当ケアマネジャーへ連絡しましょう



宮古島市在宅医療・介護連携協議会 入退院連携作業部会



いろいろな  
な場面で



目標2	普段から人生について考える地域	
方法	看取りに関する市民への普及啓発	
具体的に実施したこと	宮古地区 医師会との 連携	R6年3月、医師会と連携し講演会実施の予定
	エンディング ノート の配布	「あんしんノート」を約900冊配布。 医療機関や居宅事業所、包括、社協、未来創造セ ンター、市役所総合相談やその他関係機関への配 布と窓口設置。

目標3	病院と地域関係者の連携がすすむ	
方法	在宅支援情報交換会の参加	
具体的に実施したこと	会議への参加：2回      書面での情報交換：1回	
	事例をとおしての情報交換	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 上手くいった事例、困難事例の共有。</li> <li>• R5.12月時点で15事例を共有。</li> <li>• 各専門職の実態を知ることができている。</li> </ul>
	各関係者間の情報交換	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 病院の各師長、介護、訪看など在宅医療・介護連携に関する情報交換ができる貴重な場と認識。</li> <li>• 宮古病院をはじめ、各専門職の現状を把握し、行政としてできることは何かを把握する機会と捉えている。</li> </ul>

<p>目標 4</p>	<p>医療のつながりができる</p>	
<p>方法</p>	<p>医療（医師）とのつながり・連携</p>	
<p>具体的に実施したこと</p>	<p>入退院作業部会 メンバーへ 追加検討</p>	<p>必要時参加依頼をしていく</p>
	<p>ドクターゴン診療 所・宮古地区医師会 と連携</p>	<p>R5.7月 「先島在宅医療介護連携フォーラム」 を実施</p>

# 令和6年度 事業計画

# 令和6年度 事業計画

	1	2		3	4
目標 (目指す姿)	関係者間の情報共有ができる	普段から人生について考える地域		病院と地域関係者の連携が進む	医療のつながりができる
方法	情報共有ツールの作成	看取りに関する市民への普及啓発		在宅支援情報交換会の活用	医療のつながり
具体的方法	作業部会の実施	医師会との連携	エンディングノートの活用	在宅支援情報交換会への参加	医師との連携
	3回実施 ・入院連携シートの改善 ・退院連携ルールとツールの作成をし、入退院ルールの完成	「看取り」の講演会	各関係機関、敬老会、介護パネル典等で配布	4回	作業部会等での情報交換等

## 会議等開催計画（案）

内容	回数	実施時期
在宅医療・介護連携推進協議会	2回	6月、1月末～2月頃
入退院連携作業部会	3回	7月～12月
講演会 * 医師会等と検討後決定	1～2回	7月～12月