

令和4年度 隠岐地域保健医療対策会議 在宅医療部会

と き：令和5年1月26日（木）14:00～16:00

と ころ：隠岐支庁 6階会議室、島前集合庁舎 各事業所

1. あいさつ

2. 検討事項

① 隠岐圏域の病床機能及び島前病院の病床機能変更について 資料1

② 第8次保健医療計画について 資料2

3. 報告事項

① 隠岐広域連合と隠岐の島町立診療所の一元化について 資料3

② 圏域の健康づくり施策と医療介護連携について 資料4-1、資料4-2

4. 意見交換

・ 隠岐管内診療機関のヒアリングのまとめ 資料5

5. 閉会あいさつ

**令和4年度 隠岐地域保健医療対策会議 在宅医療部会
出席者名簿**

構成団体	所属	職名	氏名	出欠	備考
島後医師会	(高梨委員)	会長	高梨 俊夫		Web
島前医師会	(国保海士診療所)	会長	木田川利行	欠席	
隠岐広域連立立隠岐病院		事務部長	野津 信吾		
		診療部長	加藤 一朗	欠席	
隠岐広域連立立隠岐島前病院		事務部長	中尾 清司		Web (島前HP)
隠岐歯科医師会	(酒井歯科医院)	会長	酒井 榮一	欠席	
島根県看護協会 隠岐支部	(隠岐病院)	支部長	青田 和恵		
島根県薬剤師会 隠岐支部	(スイングおき薬局)	薬剤師	前川 望		Web
島根県訪問看護ステーション連絡協会 隠岐支部		看護師	古岡 志摩子		Web
島根県老人福祉施設協議会 特養部会 隠岐支部	(諏訪苑)	支部長	涌井 健次	欠席	
島根県老人福祉施設協議会 養護部会 隠岐支部	(清松園)	支部長	松田 康弘		
島根県老人福祉施設協議会 デイ部会 隠岐支部	(ふれあい五箇)	支部長	池田 真理香		Web
島根県老人福祉施設協議会 ヘルパー部会 隠岐支部	(共生)	支部長	名越 英貴		
隠岐地域介護支援専門員協会	(共生)	会長	斎藤 昭博		
島根県保険者協議会	(島根県国民健康保険団体連合会)	会長	星野 充正	欠席	
海士町		健康福祉課長	淀 晋作		Web (海士町役場)
西ノ島町		健康福祉課長	富谷 和明		Web (西ノ島町役場)
知夫村		村民福祉課長	崎 博一		Web (知夫村役場)
隠岐の島町		保健福祉課付課長	広江 和彦		
		事務局長	齋賀 光成		
隠岐広域連立事務局		介護保険課長	藤野 実	欠席	
		警防課長	黒澤 聡		
隠岐広域連立消防本部		救急係長	西藤 慎吾		

【事務局】

隠岐保健所		所長	柳樂 真佐実		
		総務保健部長	伊藤 修		
	島前保健環境課	調整監	中村 祥人		Web (島前集合庁舎)
		地域健康推進課長	大場 裕子		
		総務医事課長	松尾 みどり		
	地域包括ケア推進スタッフ	企画員	川畑 裕子		
		企画員	本池 圭奈子		

隠岐圏域の病床機能について

【資料 1】

		高度急性期	急性期	回復期 (うち地域包括ケア病床)	慢性期	合計	
保健医療計画策定時点	隠岐病院	0	91	0	0	91	※(内訳) 医療療養病床 : 8 介護療養病床* : 16
	隠岐島前病院	0	20	24	0	44	
	合計	0	111	24	0	135	
現状 (隠岐病院 : R 5.1) (隠岐島前病院 : R 5.1)	隠岐病院	0	38	53 (53)	0	91	(内訳) 一般病床 : 53 (53)
	隠岐島前病院	0	20	24	0	44	※現在(内訳) 医療療養病床 : 8 介護療養病床* : 16 ↓ ※変更後(内訳) 医療療養病床 : 24 介護療養病床 : 0
	合計	0	58	77	0	135	
【目安】H37(2025)年度における必要病床数推計(『島根県保健医療計画 隠岐圏域編(H30.4)』)							
H37(2025)年度	合計	8	39	50	38	135	

注釈：各用語の意味

〈病床機能について〉(『H30年度病床機能報告マニュアル(厚生労働省H30.9)』より)

- 高度急性期 : 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能☒
- 急性期 : 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
- 回復期 : 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能
特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能(回復期リハビリテーション機能)
- 慢性期 : 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能
長期にわたり療養が必要な重度の障害者(重度の意識障害者を含む)、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

〈地域包括ケア病床の役割〉

- ①急性期からの受入(ポストアキュート)
- ②在宅・生活復帰支援
- ③緊急時の受入(サブアキュート)

〈補足〉*介護療養病床・・・病床に入院する医療措置の必要性の低い患者。H35(2023)年度末までに廃止

第 8 次保健医療計画の策定について

1. 計画の改定について

- 現行の保健医療計画は、平成 30 年度から令和 5 年度までの 6 年間で計画期間であり、来年度が計画の最終年度。
- 「医療計画」については、国において次期計画の策定内容について取りまとめた上、今年度末に指針として示される予定。これを受け、県においては令和 5 年度中に策定する。
- 「健康増進計画」及び「健やか親子しまね計画」についても、保健医療計画に併せ改定する。

2. 計画期間

令和 6 年度 ～ 令和 11 年度（6 年間）

3. 今後の予定（県）

令和 5 年 3 月末頃	国が医療計画作成指針等を公表予定
令和 5 年 8 月頃	第 1 回医療審議会（保健医療計画骨子について審議）
令和 5 年 12 月頃	第 2 回医療審議会（保健医療計画素案について審議）
令和 6 年 1 月頃	意見照会、パブリックコメント等
令和 6 年 3 月頃	第 3 回医療審議会（保健医療計画最終案を諮問） →答申を受け第 8 次保健医療計画策定
令和 6 年 4 月～	第 8 次保健医療計画の実施

運営主体一元化に向けて準備を開始します

運営主体一元化 町立診療所 × 隠岐病院

隠岐の島町・隠岐広域連合

隠岐の島町と隠岐広域連合では、隠岐の島町の医療従事者不足や医療機関の効率化への対応について、町内の医療関係者で構成された医療連携体制検討委員会で検討を行いました。その結果、隠岐の島町における持続可能な医療提供体制の整備を図る観点から、運営主体を一元化することが望ましいとの判断に至り、隠岐の島町立診療所等と隠岐広域連合立隠岐病院の運営を隠岐広域連合立に一元化する方向で検討を開始しました。

一元化の目的

医師をはじめとする医療従事者の人材不足が続いている中、少子高齢化が進み医療と介護を必要とする後期高齢者が増加し、在宅医療の需要も増加しています。限られた医療資源の中で、必要な医療サービスが効率的・継続的に、また一体的に提供される体制の整備が必要となっていることから、隠岐の島町において行政が担っている医療提供体制の一元化を図ることを目的とします。

一元化の時期

令和6年4月1日を予定しています。

一元化の目的

Q1：診療所の診療内容(職員体制・診療日数等)に変更はありますか？

⇒ 一元化時には診療内容(職員体制・診療日数等)の見直しは行いません。

Q2：医師や看護師は変わりますか？

⇒ 基本的には現在勤務している職員が引き続き勤務しますが、人事異動に伴う変更はあります。

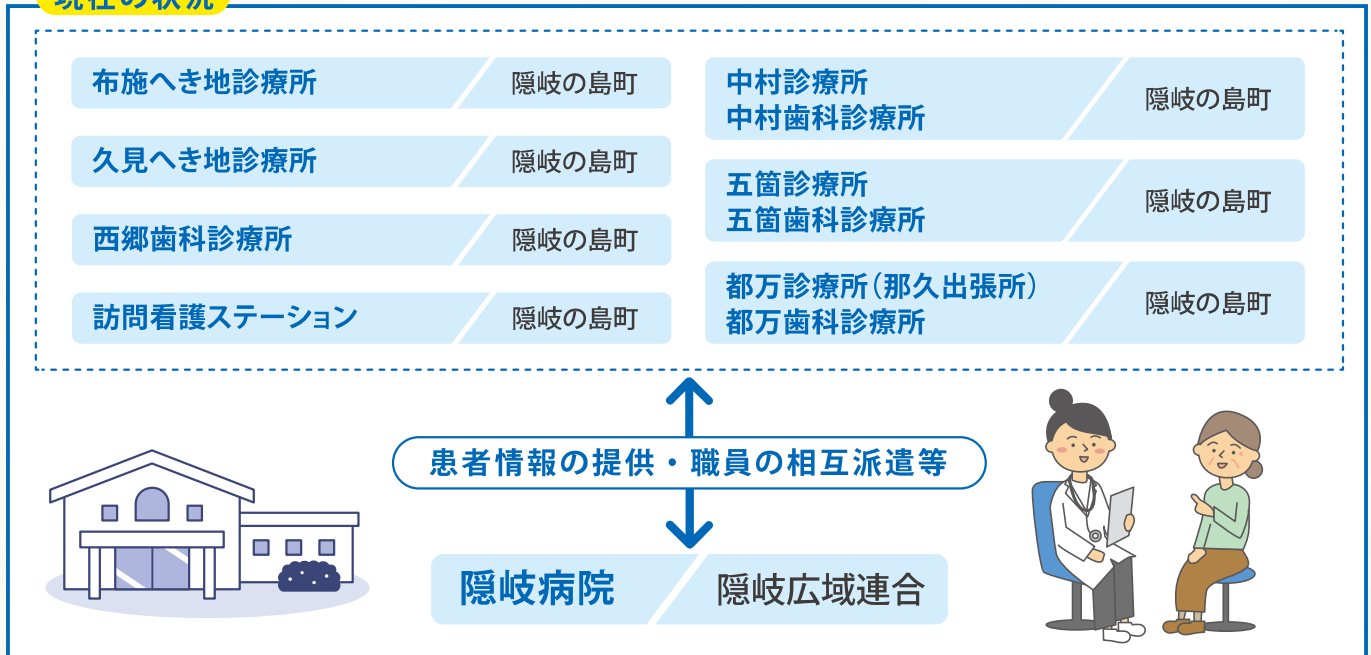
Q3：メリットはなんですか？

- ⇒ ①医療従事者の交流・支援等の実施により、柔軟な診療体制(医師、看護師の不在時の対応、隠岐病院医師による診療所の診療等)の構築が可能となります。
- ⇒ ②医師をはじめとした医療従事者の働く場としての選択肢が広がることによって、特に医師招聘が容易となることが期待できます。
- ⇒ ③隠岐広域連合立隠岐病院と隠岐の島町立診療所が同じ組織となることで、電子カルテシステム等の一元化が可能となり、患者様の疾病情報などがリアルタイムで共有できるなど、更に連携が強化できます。
- ⇒ ④入院から退院、在宅療養に向けて、一貫した継続的な医療の提供が期待できます。
- ⇒ ⑤診療材料や医薬品及び医療機器が共有でき、効率的な運営が可能となります。
- ⇒ ⑥どの地域でも同様な医療の提供が期待できます。

一元化のイメージ

医師をはじめとする医療従事者の人材不足が続いている中、少子高齢化が進み医療と介護を必要とする後期高齢者が増加し、在宅医療の需要も増加しています。限られた医療資源の中で、必要な医療サービスが効率的・継続的に、また一体的に提供される体制の整備が必要となっていることから、隠岐の島町において行政が担っている医療提供体制の一元化を図ることを目的とします。

現在の状況



◆関係地区説明会を開催しますので、ぜひご参加ください！

前述した内容についての関係地区説明会を開催します。開催日時等の詳細については、お知らせ便及びホームページでお知らせします。

お問い合わせ先 病診一元化準備委員会(隠岐広域連合事務局総務課内) TEL: 6-9150

保健所の健康づくり施策で感じている課題と対応

資料 4-1

隠岐保健所 地域健康推進課



【生活習慣病対策】 相変わらず、隠岐は壮年期の死亡が多い！ 県平均で平均余命が男性で1歳短い。

①具体的に何を改善したらデータ改善できるのか考える→管内担当者会議を開催（予定）

国保データヘルス計画等と連動

②保健・医療と一緒に疾患の適性管理・重症化予防を考える→糖尿病手帳等の活用で情報共有

【アルコール対策】 県平均を上回る飲酒量、飲酒頻度！ 精神保健で対応に苦慮。

①健康を害さないお酒のつきあい方の啓発：隠岐版AUDITチラシの作成・活用中

②アルコール健康障がい対策連絡会の開催：保健 依存症にならない・増やさない取組

医療 依存症を重症化させない取組

福祉 依存症を孤立させない取組 の検討

【社会とのつながりの切れない仕組みづくり】 コロナで薄れつつあるつながりの再確認・再構築！

①健康づくりグループ、サロン活動の継続を応援：表彰事業等のPR強化、健康情報発信の充実

②健康寿命延伸プロジェクトで隠岐の島町北方をモデル地区として応援：地域活動と健康づくりを
コラボ

③隠岐の医療・介護を知り、元気な時から最期のことを考えておく啓発：近所で支え合える関係
の大切さ+アドバンスケア・プランニングの啓発

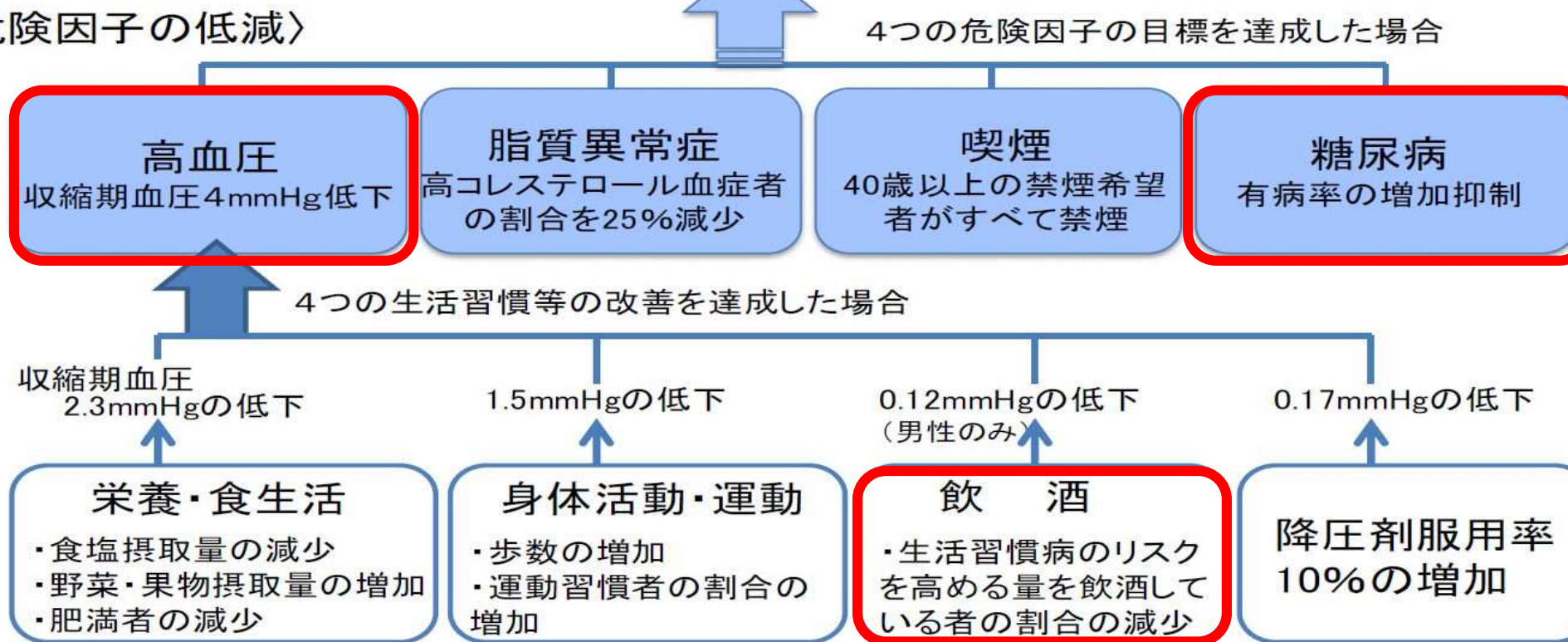
令和4年度 隠岐保健所 保健・医療・介護の連携を意識した業務展開

保健	医療	福祉・まちづくり
①働き盛りの「がん」「循環器疾患」対策の充実		
<ul style="list-style-type: none"> ★健診（検診）受診の徹底 ★<u>全世代で健康的な生活習慣の改善</u>（禁煙・適正飲酒・減量・減塩等） ★精密検査受診の徹底 	<ul style="list-style-type: none"> ★<u>適正治療・疾患管理＋生活習慣の改善で重症化予防の取組強化</u> ★保健・医療の治療管理の目線合わせ（担当者会議等） 	<ul style="list-style-type: none"> ★地域・職域で健康づくり・介護予防を取り組みやすくなる応援 ★<u>延伸PJ（北方区）の取組を他地域に波及</u>
②アルコール対策の継続		
<ul style="list-style-type: none"> ★未成年の飲酒防止・喫煙防止 ★アルコールの害（循環器疾患・認知症・依存症）の啓発強化 ★<u>AUDITで適正飲酒の啓発</u> 	<ul style="list-style-type: none"> ★<u>アルコール健康障がい対策連絡会の開催</u>（医療・保健・福祉で共通した支援・ツール検討） 	<ul style="list-style-type: none"> ★<u>酒害を正しく知り、地域で「飲み過ぎない」声かけ</u> ★孤立させない取組：酒害相談の利用、受診勧奨、各種相談の窓口PR
③隠岐で「住み続けられる仕組み」「社会との繋がりが切れない仕組み」づくり		
<ul style="list-style-type: none"> ★<u>お薬手帳・糖尿病手帳 血圧手帳等の活用促進し 自身の健康管理の意識高揚</u> ★<u>隠岐の医療・介護を知り、元気な時から今後のことを考える啓発（ACP）</u> ★災害時の保健活動の強化 	<ul style="list-style-type: none"> ★<u>入退院連携ルールを検討し円滑な連携を図る</u> ★医療的ケアの受け皿検討 ★誤嚥性肺炎の予防のため医療・施設従事者の食形態・口腔ケアの情報共有＋勉強会の開催 	<ul style="list-style-type: none"> ★各町村ごとに住み続けられるまちづくりの検討（地域包括ケアシステムの構築） ★精神障がい者の地域定着支援の具体化（居場所づくり・ボランティア・近所の協力者育成・社協活動とコラボ等）

〈循環器疾患の予防〉



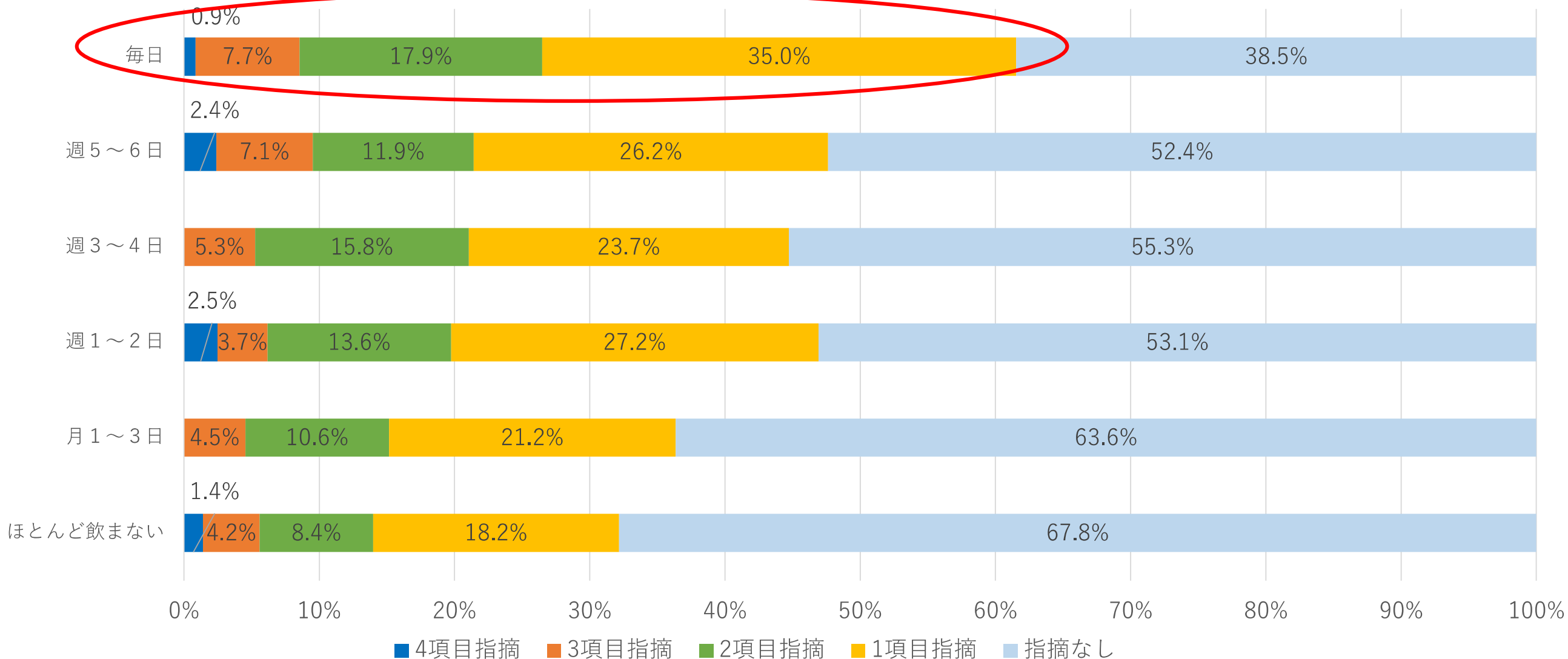
〈危険因子の低減〉



「生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している人の割合を減少させること」が必要

R3.9月～11月実施 隠岐圏域独自お酒に関するアンケート調査 集計結果から

【健診結果上位4項目（血圧・中性脂肪・腹囲・LDLコレ）の指摘項目数×飲酒頻度】



飲酒頻度が多いほど、健診における指摘項目が多くなる

補足) ブリーフ・インターベンション&HAPPYプログラム研修の学び

- 働き盛り世代の健康を守るためにアルコール対策は大切なこと
- 生活習慣の行動変容を目指す：キーワードは共感・励まし・褒める
本人が変わろうとする気持ちを支援する = 自己肯定感を高める関わり
- 節酒でも身体的健康・QOLは改善する→医療費にも反映
断酒よりも継続しやすい→節酒から断酒につながることもある
- 注意されると、問題を隠し、否認するようになる
その人の考える「お酒の効用」を認めつつ「お酒の害」に気づく働きかけ

医療介護連携の取組について

【病院の病床機能報告】

	全体	高度急性期	急性期	回復期	慢性期
隠岐病院	91	0	91	0	0
島前病院	44	0	20	24	0
計	135	0	111	24	0

【実際】

	全体	高度急性期	急性期	回復期	慢性期
隠岐病院	91	0	38	53 うち地域包括ケア病床 53	0
島前病院	44	0	16	28 うち医療療養病床 8 介護療養病床 16 地域包括ケア病床 4	0
計	135	0	54	81	0

〔補足 2025年度における必要病床数推計〕

	全体	高度急性期	急性期	回復期	慢性期
2025年度	135	8	39	50	38

【医療介護の病床・定員数】

病院) 回復リハ病棟 (一般+療養) 0・医療療養8・介護療養16 (島前病院)
 診療所) 有床診療所0
 介護) 介護老人保健施設70・特別養護老人ホーム270

【課題】

- ◆ 高齢化が進み、医療介護が必要な住民が増えるが、医療介護のベットには限りがある。
- ↓
- ◆ 医療介護のあまり必要のない自立した高齢者が最後まで島で住める。
- ↓
- ◆ 壮年期からの生活習慣病予防・疾患の適正管理が必要。

+	精神病床	感染症	=	総数
	22	2		115

「医療的ケアが必要になると長期入院・施設入所が難しくなる」という現実

隠岐圏域地域連携ハンドブック：令和2年度隠岐地域保健医療対策会議 在宅医療部会・難病対策部会で情報提供

【隠岐圏域地域連携ハンドブックについて】

- ・ 隠岐圏域の医療・福祉機関の支援体制・対応可能な医療処置等を関係者間で共有する目的で平成27年度に作成。今年度、現状把握のために27年度と同様の調査を実施。
- ・ 内容：支援体制の一覧（島前・島後別）・各機関の情報（1枚毎にシート作成）

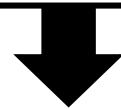
【R2の結果から見えてきたこと】

◆医療的ケアが必要になると、長期入院や施設入所の受け入れが難しい→特に島後

- ・ 人工呼吸器・気管切開・頻回な喀痰吸引・中心静脈栄養等の処置について、受け入れ不可能の診療所・施設が多い。施設看護職が少なく、日勤中心の配置になり、24時間対応が難しい

【2つの部会で話し合ったこと】

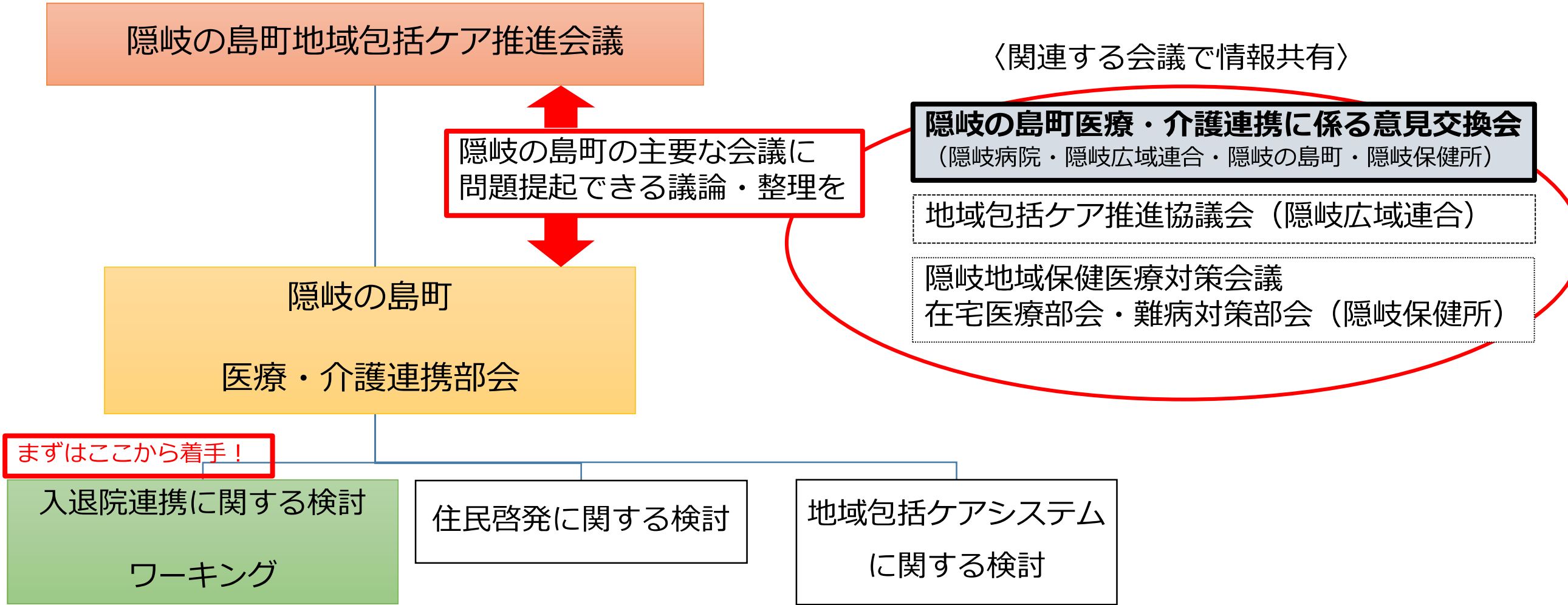
- 医療的ケアが必要な方の長期療養の受け皿の検討が必要
- 病院・行政・介護関係者と「できることから」話し合い改善できることに着手することが必要
- 島民に現状を理解し、健康管理＋今後の心づもりを意識する啓発が必要



次年度の会議を待たず、隠岐の島町関係者で話し合いの場を持とう！

隠岐の島町医療・介護連携に係る意見交換会を開始

隠岐の島町の医療・介護の会議を連動させていこう！



「5年後10年後を見越した仕組みづくりを考える」ことが大切！

R3.6.10第1回隠岐の島町入退院連携に係る意見交換会 課題抽出

〈今見えている課題〉

【医療・看護】

- ・ 医療的ケアが必要な方の受け皿不足
- ・ 医療・看護の人材不足

【介護・リハ】

- ・ 在宅サービス不足
- ・ 入所までの中間施設の確保

【生活支援・すまいとすまい方】

- ・ 身寄りのない方等の退院後の支援
- ・ 通院困難者の通院手段
- ・ 高齢者、従事者の住まいの確保

【保健・福祉】

- ・ 住民啓発の必要性
- 1) 疾患管理＋重症化予防
- 2) 医療・介護の現状理解
- 3) ACP/意思決定支援

〈今後検討していくこと〉

①入退院連携ルールの確立

- ・ 入退院連携ツールの検討
- ・ 医療・介護まめネットの活用

★多職種研修会の開催

②医療介護のベットコントロール

- ・ 全体集約の仕組みづくり
- ・ 施設の特性に合わせた利用

③町で地域包括ケアシステムを検討

- ・ 実践できる仕組みづくり
- 例) 高齢者、従事者向け住宅の確保
総合相談支援体制づくり
(生活困窮者・退院困難者等)

④住民啓発の実施

- ・ 医療・保健・福祉共通の情報発信
(年度末に作成した媒体を活用等)



日常の療養支援

★安定した療養生活を送ることが出来る

【視点】

- ・住民が、自ら生活習慣病予防を意識した生活を送ることが出来る。
(減塩・バランス食・適度な運動・適正飲酒等の生活習慣の獲得)
- ・住民が自分の病気を理解し、重症化予防に取り組むことが出来る。
(定期受診・疾患管理の徹底、適切な生活習慣改善)
- ・元気な時から、最期どうありたいか考えておくことが出来る。
(高齢者の過ごし方教室の実施、エンディングノート・リビングウィルカードの作成)

急変時の対応

★急変時に本人が望む医療を受けられる

【視点】

- ・夜間・休日の救急外来の利用が増えないように、平時の健康管理を住民に啓発できる。
- ・急変時の対応が心配な本人・家族へ、対応方法について説明し、理解が出来る。
また、ケアマネや訪問看護、施設関係者との目線あわせを定期的に行うことが出来る。
- ・本人がリビングウィルカードを作成・常時携帯し、必要な場面で活用出来る。

隠岐の島町の高齢者がどこに住んでも
安心して医療・保健・介護サービスを受けることができる

退院支援

★本人及び家族が安心して退院できる

【視点】

- ・入退院連携ツールを作成・活用し、保健・医療・介護の関係者が同じ目線で情報共有・情報交換が出来る。
- ・本人・家族が安心して退院し、退院後の療養生活が安定して送れることで、重症化予防に取り組むことが出来る。

看取り

★穏やかな最期を迎えることが出来る

【視点】

- ・離れて住む近親者と本人が、元気な時から終末期のことを話し合い、意志決定できた上で看取りの時間を大切に送ることが出来る。
- ・保健・医療・福祉関係者が連携し、本人・家族に適切な意志決定支援を行うことが出来る。

【一緒に取り組むことで期待できること】

- ①隠岐の島町民の健康管理の意識が高まり、疾患の重症化予防につながる。
- ②医療的ケアが必要な患者が減少し、町内完結出来る患者が増える。また、医療・介護現場の負担の軽減につながる。
- ③入退院に必要な情報がタイムリーに交換できることで、早期退院・入退院の繰り返し事案が減少することにつながる。

【啓発チラシ一部】 隠岐の島町で自分らしく生きる！

～元気な時から今後のことを考えよう！～

健康で過ごすヒント



□受けている治療や今後の療養について主治医に相談する

★隠岐の島町の高齢者施設では、医療処置を受けることが出来ない場合があります。
★自分がどこで、どんな治療を受けたいか、主治医や家族と相談して選択しましょう。

□高血圧・糖尿病等の治療を続けて重症にしない



□元気な時から医療や介護サービスを知っておく



★健康手帳を上手に活用しよう！
血圧や検査・健診の結果、先生に指導されたこと等記録しておくことで健康管理に役立ちます。
★詳しくは保健福祉課へお問い合わせください。
(電話2-8562)



離れて住む家族とも話しておくといいですね。



□健康を保つ生活習慣
□毎年健診を受ける

□治療や療養先をどこにするか考えて、家族等と決めておく

★隠岐の島町は「エンディングノート」や「リビングウィルカード」を活用して元気な時から最期の迎え方を考えて心づもりをしておくことを勧めています。
★詳しくは地域包括支援センターへお問い合わせください。(電話2-4500)



かかりつけ医に相談し、自分の病気を正しく知り、病気とつきあっていくことが大切です！

開業医・診療所（外来治療）

- ・ 高血圧や糖尿病等の治療を続けましょう。
- ・ 高血圧等を管理して脳卒中や心臓病といった大きな病気につながらないように気をつけましょう！

隠岐病院（外来治療・入院治療）

- ・ 必要な入院治療が終わったら、退院になります。
- ・ 入院中から、退院後の生活について準備しておくことが必要です。



本土の医療機関（外来治療・入院治療）

- ・ 島内で受けられない専門的な治療を受けることができます。
- ・ 病状によって、島内の施設入所が難しくなる場合もあります。事前に説明を受けて、家族と相談しておきましょう。



退院後の療養先として・・・

①家に住みながら、必要時 介護サービスを利用できます。（ヘルパー派遣・配食サービス・福祉用具 等）

- ・ 訪問診療や訪問看護を受けて在宅治療・在宅看取りも可能です。（主治医に要相談）
- ・ 部分的に施設サービスを利用も可能です。（デイサービス・ショートステイ 等）

②施設を利用する（特別養護老人ホーム・養護老人ホーム・グループホーム等の入所）

* 介護保険の認定を受けると、ケアマネジャーさんにサービス調整等の相談に乗ってもらうことができます。



★療養先は、医師や看護師、地域連携室で相談に乗ってもらうことができます。

★分からないこと、不安なことは、メモにまとめておくこと、説明されたことを記録しておくといいですね。

★もし介護保険の申請を勧められたら、隠岐の島町役場保健福祉課高齢者福祉係（電話 2-4500）へ介護認定の申請をしましょう。

★申請から認定を受けるまで1か月程度かかります。申請の際は主治医意見書も必要です。



令和4年度 隠岐の島町多職種研修会の概要

【日 時】 令和4年12月20日（火） 18:30～20:00

【テーマ】 隠岐の島町入退院連携ツールを活用し、よりよい連携を図ろう！

【参加者】 43名（ケアマネ・訪問看護・病院・行政関係者）

【内 容】 近況報告

隠岐の島町入退院連携ツールの紹介

グループワーク

（ツールの活用・ケース会議のタイミング 他）

近況報告

- 隠岐病院：現在一般病床74床/91床が稼働。（コロナ病床・改装のため減床）1日5名の新規入院患者受け入れ。毎週水曜日15時から院内入院調整会議を開催。退院・転院・手術入院の調整を実施。
- 隠岐広域連合：病診一元化の協議中。次年度、第9期介護保険計画の見直し。
- 隠岐の島町包括：地域の通いの場が不足、検討が必要。町サービス一覧の紹介。
- 隠岐保健所：コロナ患者の届出・登録の変更アナウンス。施設の感染予防の実際を紹介。

隠岐の島町入退院連携ツールの紹介

【主旨】

- 隠岐病院・隠岐病院・隠岐の島町地域包括支援センターが中心になり、入院時に必要な情報、退院時の生活支援を考えるために必要な情報を、1つにまとめて、情報の共有化を図る。
- 退院調整に必要な会議のタイミングと、参集者、協議内容について共通理解を図る。
- 活用しながら、随時内容を更新する。（今後も話し合いは継続！）

* 作成に関わった隠岐病院病棟師長の声

「ケアマネの意見も聞いて参加してもらい、参考になった。」

「入院時からACPの共有がしたい。ますますツールの活用が必要だと認識。」

グループワークの主な意見（1）

【ツールの内容について】

- 在宅に帰ることが出来るかどうか、判断するためにもADLの情報は、より細かく病棟に知ってほしい。もっと細かく書きたい。
- 退院時にも同じようなツールがほしい。1つで入退院連携の情報が見られると便利。経過が追えると、より様子が分かる。
- 書く人によって解釈が違ってくる。記入の仕方について、マニュアルがあるとよい。

★連携に必要な情報って何なのか？見つめなおすきっかけ！

★職種・立場によって、欲しい情報は違う！



グループワークの主な意見（2）

【カンファレンス等連携について】

- 入退院の会議にケアマネの参加は必要。声をかけよう。
- 訪問看護にいつから入ってほしいか、具体的に示してほしい。
- 共有するポイント・情報提供の時期の確認につながった。
医師説明も併せて共有できるとよい。
- ツールの情報だけでなく、関係者が
意見を交わし、目線合わせが大切。

- ★生活状況を理解することが、退院の生活を描くことに大切な情報！
- ★多職種と話すことは、自分にはない視点に気づくきっかけ！



グループワークの主な意見（3）

【入力・情報管理について】

- 既存の様式に慣れているので、変更することは負担。
- 新規の人から、このツールで入力してみようと思う。
- 病診の一元化に併せて、電子化の検討が出来たらよい。
- もし、まめネットにするなら、
ソフトやランニングコスト
について、勉強会をしてほしい。

- ★コロナで中断したが、形になって良かった！
- ★これが完成形ではない。引き続き検討を！



隠岐の島町 入退院連携ツールの運用について

隠岐の島町地域包括支援センター

隠岐病院

隠岐広域連合

隠岐支庁 隠岐保健所

はじめに

★隠岐の島町において、高齢化が進み、慢性疾患による療養が必要な方が増えています。

隠岐の島町の医療・介護資源を守りながら、最期までわがまちで療養生活ができる仕組みづくりが必要であり、保健・医療・介護関係者が一緒に目線あわせをしながら、連携していくことが大切です。

★この度、現場の医療職・介護職のみなさんと、入退院連携で必要な情報を確認し、共通ルールを作ることにしました。

★共通な視点で患者本人・家族の情報を整理し、早期退院・早期介入につながることを期待します。

入退院連携ツールの必要性

- ★患者の入院前の情報が、今後の療養調整に活かされます。
 - ・今までの生活歴等を把握し、これからどこで療養したいか、今後望んでいる生き方を確認すること（意思決定支援）が大切です。
 - ・「必要な情報」が共通整理されると、情報提供やカンファレンス等で目線あわせが容易になります。
 - ・治療の方向性を把握し、療養生活で注意するポイントや重症化予防につながる関わり方が確認でき、安定した療養支援の仕組みづくりにつながります。

入退院連携を取り組み期待できること

★隠岐の島町の保健・医療・介護関係者の連携が進むことで、次の効果が期待できます。

- ①隠岐の島町民の健康管理の意識が高まり、疾患の重症化予防につながる。
- ②医療的ケアが必要な患者が減少し、町内完結出来る患者が増える。また、医療・介護現場の負担の軽減につながる。
- ③入退院に必要な情報がタイムリーに交換できることで、早期退院・入退院の繰り返し事案が減少することにつながる。

入退院連携ツールの様式

★現在、次の様式があります。

関係するみなさんと協議をして作成しました。

【病院あて】

入院時情報提供書（ケアマネ等が病院へ情報提供）

【施設あて】

情報提供書（ケアマネが新規で事業所へ依頼する場合）

情報提供書その2（ケアマネが退院後継続で事業所へ依頼する場合）

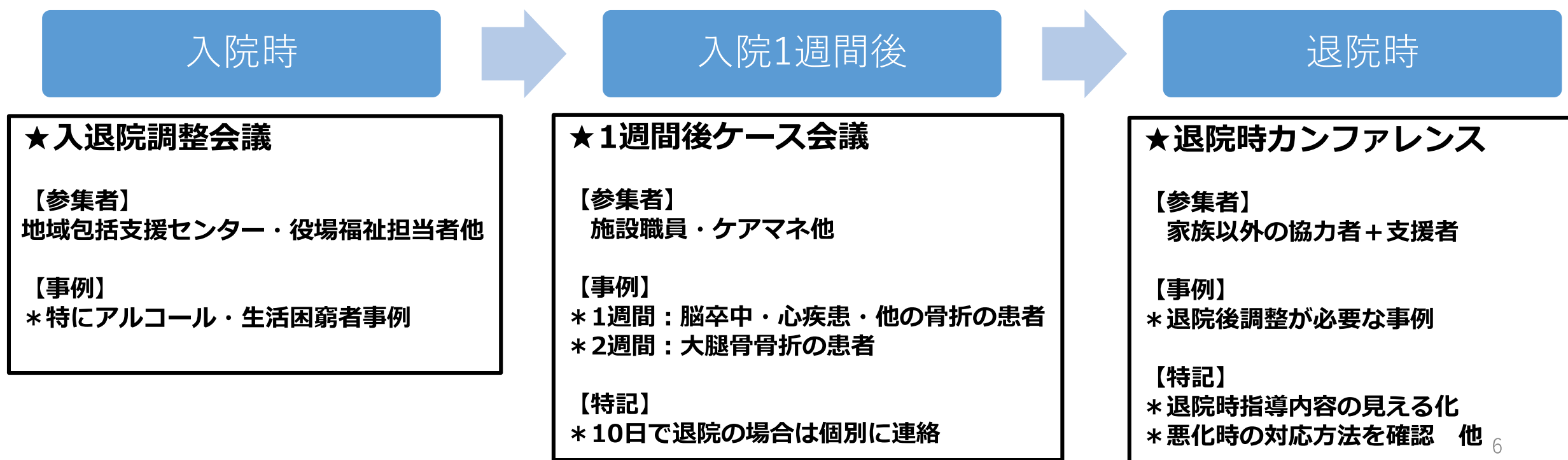
栄養情報提供書（退院時病院栄養科から施設へ情報提供する場合）

【会議準備】

退院前カンファレンスアセスメント（病院が関係者へ提供）

入退院連携で大切になる会議と会議の持ち方

- ★入退院連携ツールだけではなく、関わる方々がチームになって退院後の支援を組み立てることで、再入院・重症化を防ぐことができます。
出来るだけ、早めに会議の開催と会議前後の情報共有を意識しましょう。
- ★会議の目的・主治医意見・調整が必要なこと等が活字として手元に残るように、当日レジюмеやアセスメントシート等の資料を提供しましょう。



【参考】 隠岐の島町入退院連携情報共有ツール+検討の場 まとめ

入院時

入院1週間後

退院時

	入院時	入院1週間後	退院時
基本情報	<ul style="list-style-type: none"> 患者氏名 年齢・性別 生年月日 住所・電話番号 住環境（戸建て・集合住宅） 年金等の種類 行政の関わりの有無（生保・障がい・包括等） 世帯構成 キーパーソン 	<ul style="list-style-type: none"> 入院前の生活状況・生活歴 在宅生活に必要な要件（介護保険・生保申請等） 障害認定の有無 世帯に対する配慮 退院後の主介護者 介護力の有無 虐待等の配慮 本人・家族の意向 経済状況 	<ul style="list-style-type: none"> 最新のADL状況 最新の食形態・口腔機能の状況 自宅や施設に帰る際に必要な環境調整 インフォーマルサービス利用状況 家族以外の協力者・友人等の情報 退院後の受診方法・頻度等の確認 急変時の対応
施設調整	<ul style="list-style-type: none"> ◆ADL情報（特に排泄・食） ◆退院の対応が出来ないケースは早めに行政へ連絡 	<ul style="list-style-type: none"> 施設の利用が必要か 該当する施設の整理 医療的ケアの有無 	<ul style="list-style-type: none"> 施設の空き状況 順番待ちの間の支援 医療的ケアで工夫できることの調整 急変時のルール作り ◆退院時カンファレンスアセスメント表の活用

入退院調整会議

必要時、地域包括支援センターを招集
*特にアルコール・生活困窮者事例

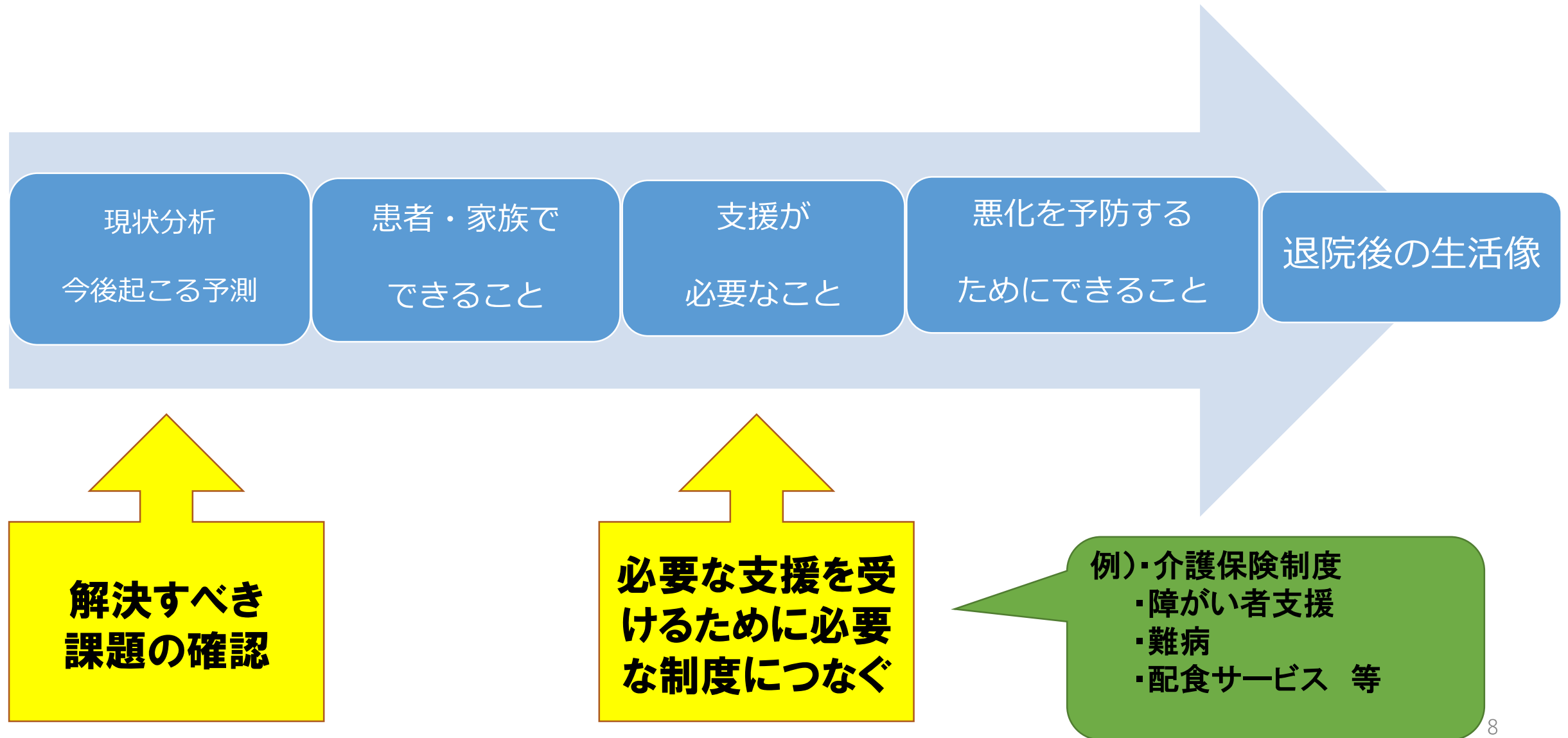
1週間後ケース会議

施設職員・ケアマネ等を招集
*1週間：脳卒中・心疾患・他の骨折
*2週間：大腿骨骨折
*10日で退院の場合は個別に連絡

退院時カンファレンス

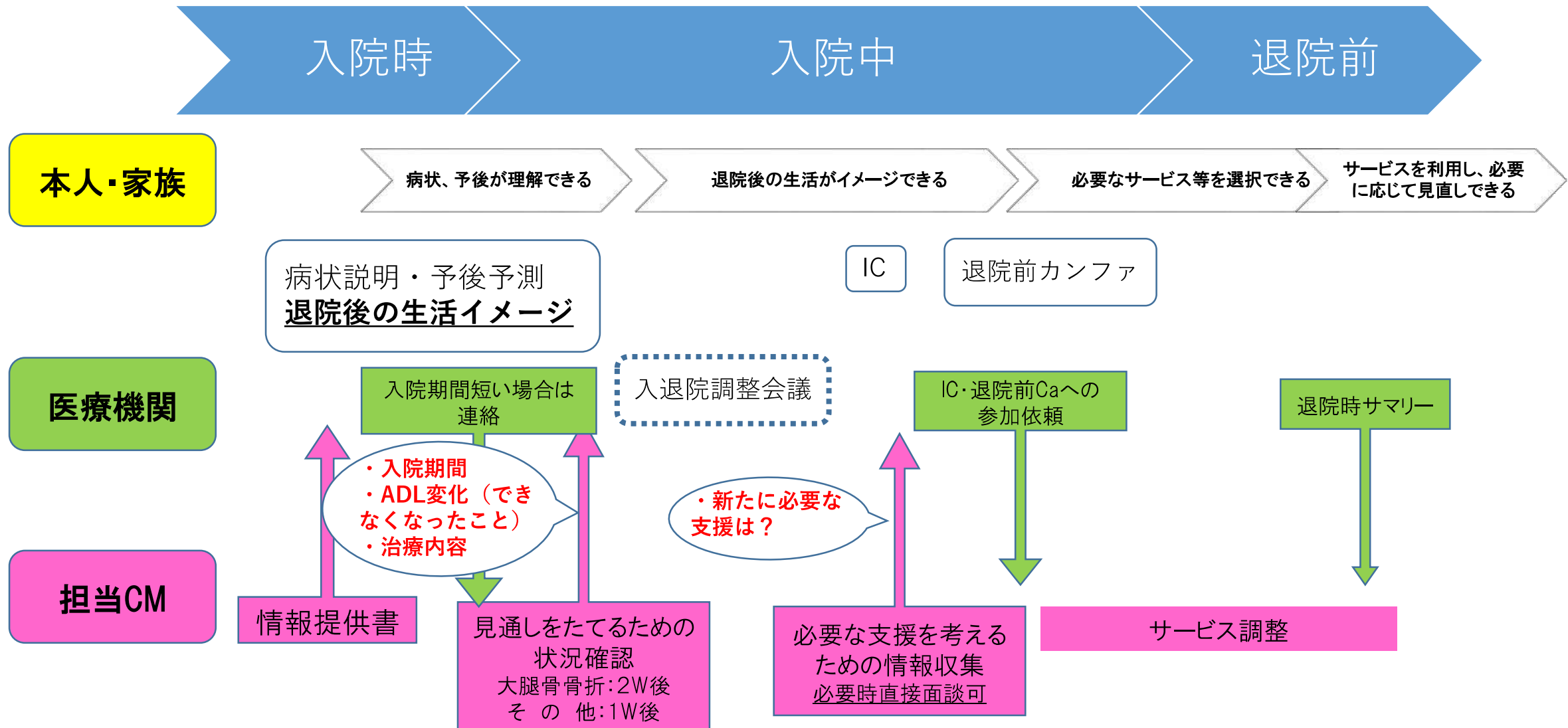
家族以外の協力者+支援者を招集
*伝えた内容が見える化し共有
*悪化時の対応方法を確認

入院前の生活を把握することで見えること



入退院連携のポイント 1

入院前にケアマネジャーが決まっている（介護保険サービスを利用している）場合

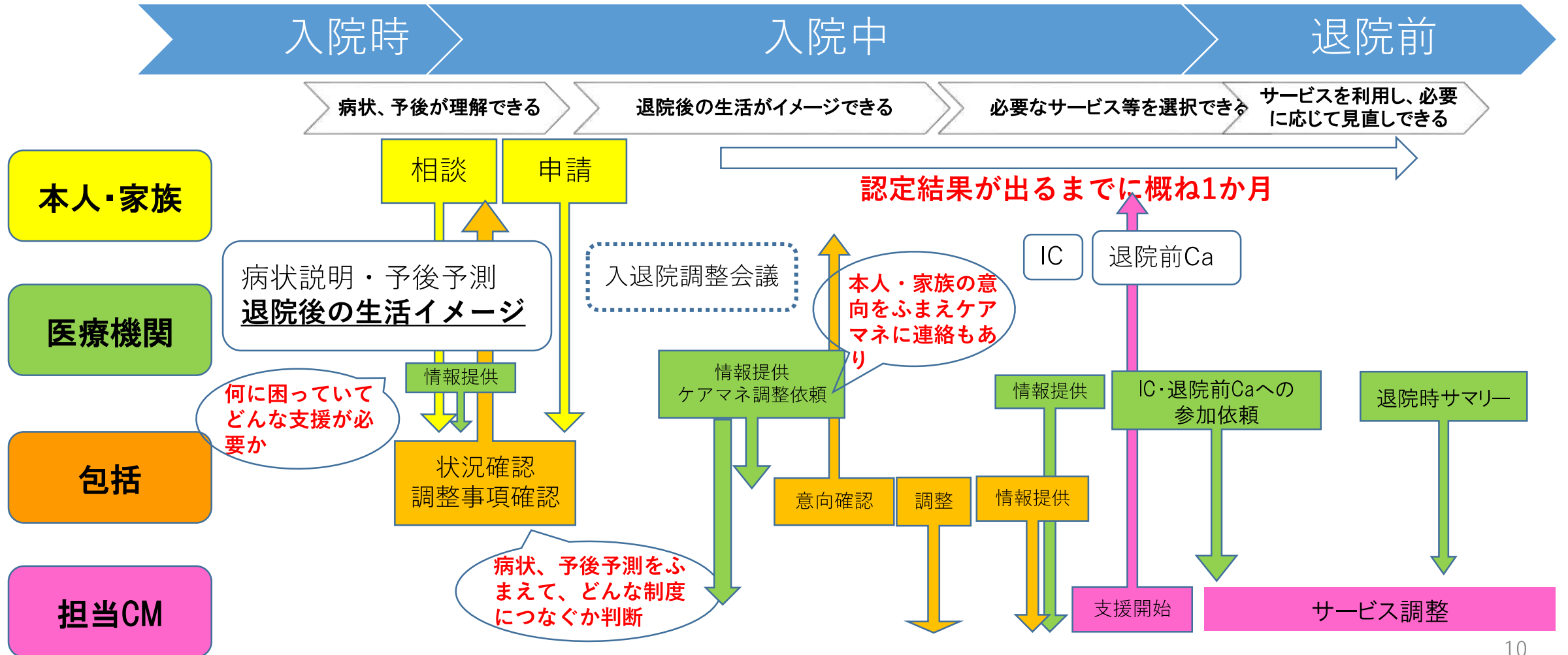


入退院連携のポイント 2

入院前にケアマネジャーが決まっていない

(退院後に新たに介護保険サービスを利用する) 場合

認定結果を待たずにサービス調整する場合

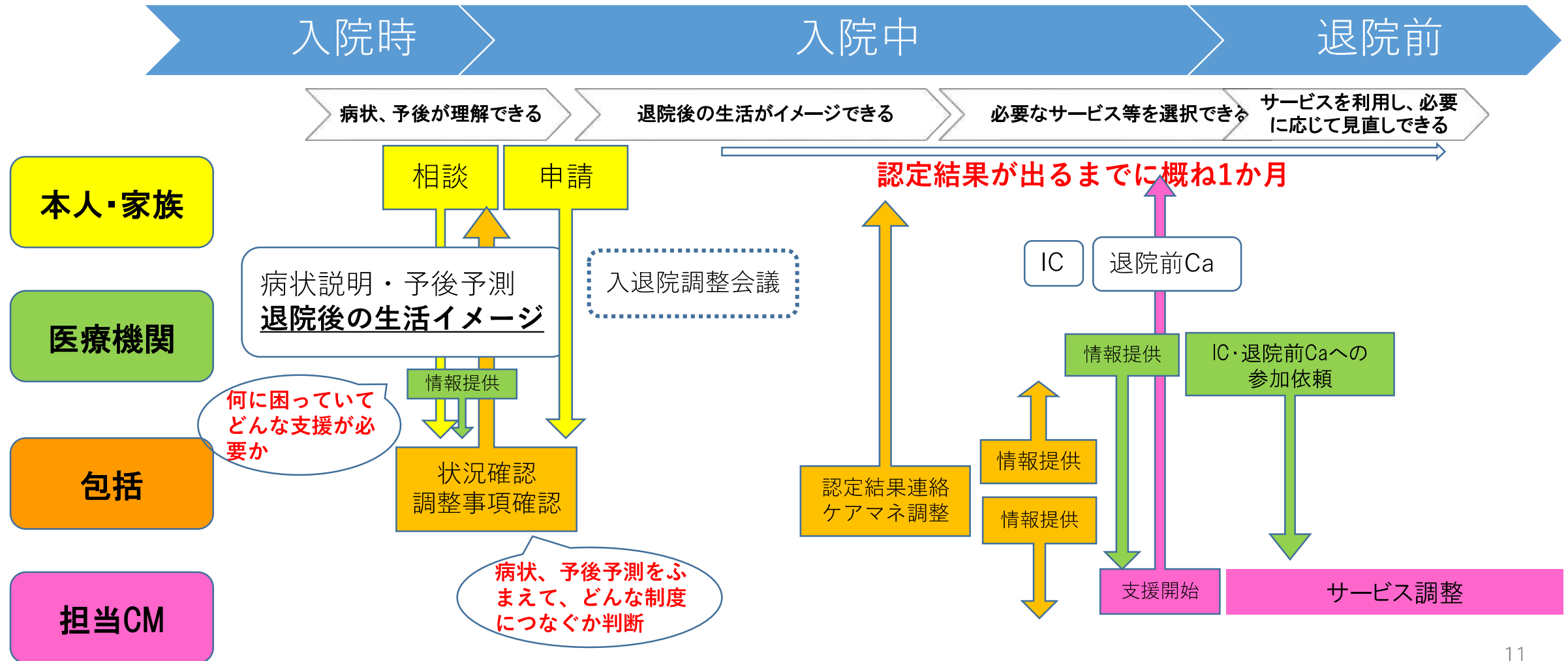


入退院連携のポイント 3

入院前にケアマネジャーが決まっていない

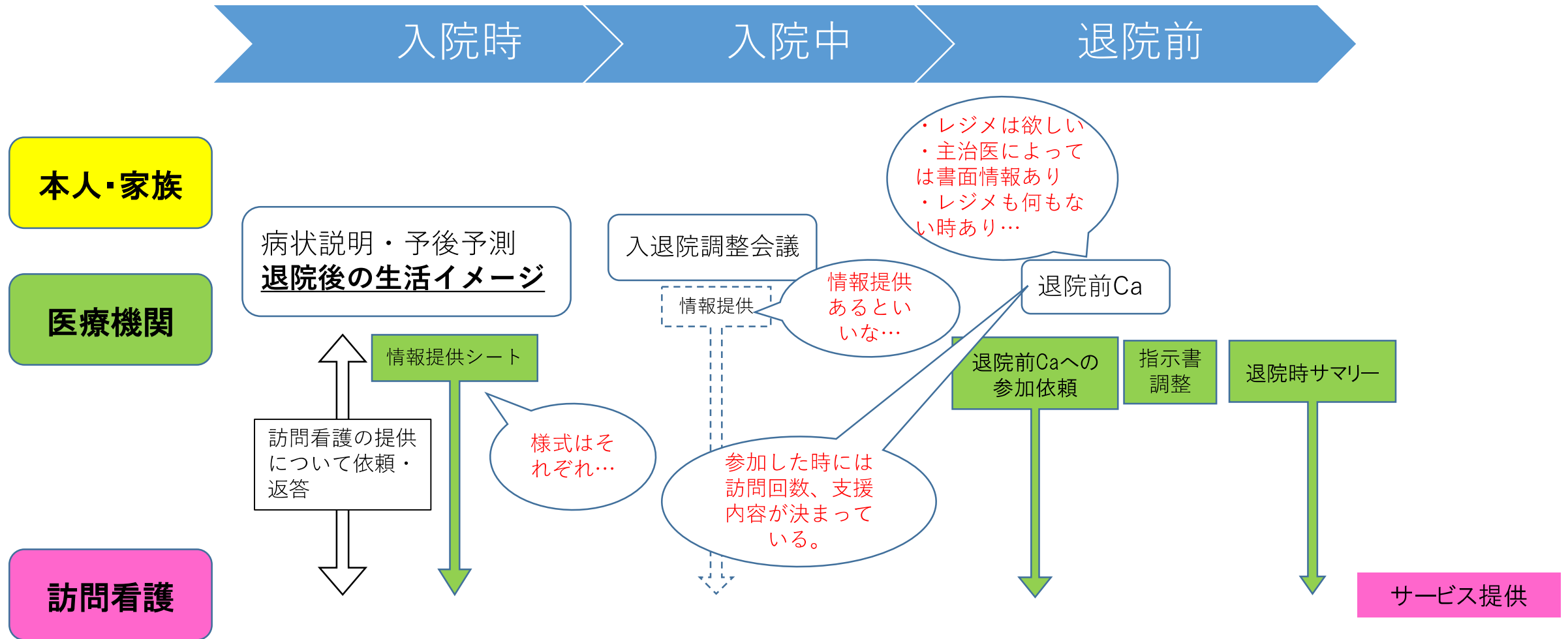
(退院後に新たに介護保険サービスを利用する) 場合

認定結果が出てからサービス調整する場合



入退院連携のポイント 4

医療保険で訪問看護を利用する場合



入退院を繰り返さないためにできること（1）

★退院時に病状管理のために必要なことを説明を受けます。

その内容を、本人・家族・支援者等が共有することが必要です。

【説明内容の確認方法】

- カンファレンスの参加
- 看護サマリー
- 外来予約表
- 糖尿病手帳など、病気の管理をする手帳・ツール
- おくすり手帳 等

★もし、退院時に約束したこと等が守れていない場合や、体調不良・服薬中断・酒量増加・食欲低下等の情報を、早めに病院連携室に情報提供しましょう。

入退院を繰り返さないためにできること（2）

★壮年期からの生活習慣病予防

- ・健康につながる生活習慣の獲得を地域ぐるみで取り組みましょう

★生活習慣病の早期治療・適性管理

- ・高血圧・糖尿病等を適性管理し、循環器疾患・血管性認知症を予防しましょう

★元気な時から、最期どうありたいか考えておく習慣化（ACP）

- ・隠岐の島町パンフレットを見たり、エンディングノート・リビングウィルカードを作成しましょう

隠岐の島町保健・医療・介護と連動した施策の方向性

日常の療養支援

★安定した療養生活を送ることが出来る

【視点】

- ・住民が、自ら生活習慣病予防を意識した生活を送ることが出来る。
(減塩・バランス食・適度な運動・適正飲酒等の生活習慣の獲得)
- ・住民が、自分の病気を理解し、重症化予防に取り組むことが出来る。
(定期受診・疾患管理の徹底、適切な生活習慣改善)
- ・元気な時から、最期どうありたいか考えておくことが出来る。
(高齢者の過ごし方教室の実施、エンディングノート・リビングウィルカードの作成)

急変時の対応

★急変時に本人が望む医療を受けられる

【視点】

- ・夜間・休日の救急外来の利用が増えないように、平時の健康管理を住民に啓発できる。
- ・急変時の対応が心配な本人・家族へ、対応方法について説明し、理解が出来る。
また、ケアマネや訪問看護、施設関係者との目線あわせを定期的に行うことが出来る。
- ・本人がリビングウィルカードを作成・常時携帯し、必要な場面で活用出来る。

隠岐の島町の高齢者がどこに住んでも
安心して医療・保健・介護サービスを受けることができる

退院支援

★本人及び家族が安心して退院できる

【視点】

- ・入退院連携ツールを作成・活用し、保健・医療・介護の関係者が同じ目線で情報共有・情報交換が出来る。
- ・本人・家族が安心して退院し、退院後の療養生活が安定して送れることで、重症化予防に取り組むことが出来る。

看取り

★穏やかな最期を迎えることが出来る

【視点】

- ・離れて住む近親者と本人が、元気な時から終末期のことを話し合い、意志決定できた上で看取りの時間を大切に送ることが出来る。
- ・保健・医療・福祉関係者が連携し、本人・家族に適切な意志決定支援を行うことが出来る。

【一緒に取り組むことで期待できること】

- ①隠岐の島町民の健康管理の意識が高まり、疾患の重症化予防につながる。
- ②医療的ケアが必要な患者が減少し、町内完結出来る患者が増える。また、医療・介護現場の負担の軽減につながる。
- ③入退院に必要な情報がタイムリーに交換できることで、早期退院・入退院の繰り返し事案が減少することにつながる。

分類	施設	強み	工夫していること	課題
外来	隠岐病院	外来対応の充実（化学療法等）	認定看護師が外来対応	外来看護師、クラークが不足
	島前病院	外来対応の充実（化学療法等）	院内カンファレンスで意思統一	
	診療所*	患者の生活・人柄にあわせた対応 患者に合わせた疾患管理・指導が可能 薬を飲まず、定期受診が遠のく	ケアマネ・行政との情報共有 糖尿病手帳等の活用 未受診時の電話確認	受診出来なくなった高齢者の増加 独居＋認知高齢者、高齢夫婦の生活把握 高齢者の服薬管理
	開業医	患者に合わせた疾患管理・指導が可能 開業医で化学療法等の対応が可能	糖尿病手帳等の活用	高額な薬剤・医療機器管理が負担
訪問診療	隠岐病院	在宅療養者・在宅看取りが増加	診療看護師が対応し医師負担軽減	
	島前病院	在宅療養者・在宅看取りが増加	病床が空いて病棟管理しやすい	
	診療所	受診出来なくなった患者の対応 できる限り在宅・悪化時に入院	満床で入院できない（島後）	隠岐病院と診療所の役割分担 隠岐病院の入院調整
	開業医	受診出来なくなった患者の対応		遠方家族との連絡
訪問看護	ステーション	定期的な病状管理が出来る 家族支援が手厚い 15～30分の見守り訪問が多い	ケアマネ・ヘルパーとの連携	看護師不足 家族の介護力不足 地域・家族の見守り体制の強化 在宅介護職の不足
施設巡回	島前病院	慢性期患者の療養先として活用	看護師間のこまめな連絡	施設看護師不足
	診療所	施設看取りの増加		
	開業医	施設看取りの増加		

診療所：島後地区の町立国保診療所群を指す

【共通課題】

1. 高齢者の受診・服薬管理→地域の見守り体制の強化
2. 島後の慢性期療養先が不足→施設療養の協力体制づくり
3. 病院・訪問看護・施設看護師と介護職の不足→隠岐全体で看護・介護職確保の検討
4. 病院・診療所・開業医の連携→病院外来の負担軽減、重層的な疾患管理へシフト

隠岐管内診療機関ヒアリング まとめ

【主旨】

- 管内医療機関の外来・訪問診療・施設内診療の状況を聞き取りし、現状と課題を把握した。
- 管内の共通課題と今後の方策を検討し、今後の在宅医療について、今回の部会で目線合わせをする。

外来（開業医・診療所）

【島後】 開業医1日30～50人・町立診療所1日20人前後

【島前】 海士 1日80人・知夫 1日20人・浦郷 1日 人

【年代】 60～90歳代

【主な対応疾患】

- ・ 高血圧・糖尿病・高脂血症等の生活習慣病
- ・ 90歳代以上は心不全・腎不全
- ・ 認知症・軽度認知障害
- ・ 変形性膝関節症・慢性腰痛等の痛み止め
- ・ 不眠のため眠剤処方 他

外来の課題（開業医・診療所） 1

①独居・高齢者夫婦の認知機能低下者の対応

- ・服薬管理ができない
- ・自己判断で、1か月処方しても定期受診しない
- ・生活状況の把握ができない
- ・介護保険の意見書を書いてほしいと来院されても、生活状況が分からず作成できない

【工夫していること】

- ・担当ケアマネ、ヘルパーと情報交換
- ・行政の地域連絡会で相談
- ・子どもが帰ってきた時に一緒に受診してもらおう
- ・受診が遠のいている人へ個別連絡

外来の課題（開業医・診療所） 2

- ②免許返納等で交通手段がなくなり受診できない人をどうするか
 - ・同居家族がいる場合は、家族受診で近況を確認し処方している
 - ・独居・高齢者世帯が今後困る
 - ・今の人数であれば訪問診療出来るが、対応者が増えると大変

- ③高額な薬剤・器材・医療材料を自院負担・管理することが大変
隠岐病院で一括購入・管理がしてもらえないか
 - ・例 麻薬、PCAポンプ等

外来（病院）

【島後】 1日400人前後

【島前】 1日150人

【年代】 島後20～80歳代、島前60歳代以上

【主な対応疾患】

(共通)

- ・ 高血圧・糖尿病・高脂血症等の生活習慣病
- ・ 高齢者は心不全・腎不全・認知症・軽度認知障害

(特徴)

島後：若年層のクローン病、壮年期の化学療法、高齢者の疼痛緩和

島前：糖尿病の増加、糖尿病の個別指導を充実

外来の課題（病院）

【島後】

- ・多岐に渡る処置対応が増えて、外来が忙しい。個別に丁寧な対応をしたいが限界もある。

【島前】

- ・若手医師と患者のコミュニケーション→がん告知等、フォローが必要な場合、ベテラン看護師が外来助手し対応。
- ・高齢で受診予約を忘れてきていることもある→来ない方には電話で安否確認、必要時訪問対応
- ・高齢者の服薬管理→ケアマネが管理、必要時に薬剤師指導

訪問診療（開業医・診療所）

【島後】開業医 3～10人・町立診療所 0～1人

【島前】海士 往診25件・50回、訪問診療45件、101回

知夫 2ケース

【主な疾患等】

- ・がんターミナル・看取り
- ・心不全・腎不全・肺線維症
- ・脳梗塞後遺症・神経難病
- ・高齢・寝たきりで通院できなくなった方の対応

【対応内容】点滴・疼痛管理

バルーン交換やストーマ管理は訪問看護で対応

訪問診療の課題（開業医・診療所）

- ① 隠岐病院外来で処置してもらえると助かる方の交通手段
- ② 専門性の高い疾患管理（神経難病等）
 - ・ 隠岐病院に相談
- ③ 入院先の調整
 - ・ 特に島前。島前病院の受け入れが難しい場合、別の医療機関を探すことが大変。

* 質問

隠岐病院の訪問診療は、どのように対象選定されるのか？

訪問診療（病院）

【島後】 26件

【島前】 20～30件

【主な疾患等】

- ・がんターミナル・看取り
- ・心不全・腎不全
- ・脳梗塞後遺症・神経難病
- ・高齢・寝たきりで通院できなくなった方の対応

【対応内容】 点滴・疼痛管理

胃ろう・腎ろう管理は通院処置（島後）

病院でしていることは在宅で全て出来る（島前）

訪問診療の課題（病院）

①スタッフ不足

- 診療看護師が訪問診療を担い、医師の負担軽減を図る（島後）
- ケースごとの診療計画・診療の方向性を目線あわせし、チームで対応することを意識する（島後）

②年々、訪問患者が増加

- 高齢者で受診出来なくなる方の支援が必要（島後）
- 高齢者が無理して外来受診しなくてもいいように、往診することが患者にとって有益だと病院内で意思統一（島前）

施設内診療（開業医・診療所）

【主な疾患等】

- ・基礎疾患管理
- ・老衰・看取り・心不全・腎不全・脳梗塞

【対応内容】 診察・薬物投与・看取り死亡診断

（バルーン交換・点滴は施設看護師が対応）

【課題】 入所者の心身機能低下→廃用予防のリハビリが大切

施設内診療（病院）

【対応状況】 島後はなし・島前は2か所（和光苑・みゆき荘）

【主な疾患等】

- ・基礎疾患管理
- ・老衰・看取り・心不全・腎不全・脳梗塞等

【対応内容】 診察・薬剤投与・看取りの死亡診断
処置（チューブ交換、褥瘡管理等）

【課題】 施設看護師の不足→病院看護師が施設へ応援に行く。

訪問看護（訪問看護ステーション）

【主な疾患等】

- ・がんターミナル・精神疾患・神経難病・老衰・看取り
- ・心不全・腎不全・脳梗塞

【対応内容】呼吸器管理（TPPV・NPPV・カフアシスト）
PCAポンプ、カウティープンプ管理
尿道カテーテル、尿管皮膚ろう、ストーマ管理
胃ろう観察

【課題】終末期患者管理が重なると多忙になる。人員不足。
コロナ自宅療養の健康管理業務がしんどかった。

在宅医療に関する意見 まとめ 1

(診療所・開業医)

- 医師の高齢化＋開業医が減ることへの不安
- 独居・高齢者世帯の疾患管理＋生活管理が心配→地域の見守る仕組みづくりが必要
- 外来と行政の保健活動の連携で、生活習慣病予防・適正管理をしていくことが大切（糖尿病手帳等のツールを共通活用）
- 隠岐病院と在宅医療について目線合わせと役割分担を
- 訪問看護師・施設看護師の人材確保が必要
- 離れて住む子ども・家族に、どのように実情を伝え、支援してもらえばいいだろうか ⇔ 高齢者の島外流出

在宅医療に関する意見 まとめ 2

(訪問看護ステーション)

- 病院医師からの指示、病院からの退院前連絡がタイムリーに得られるようになった。
- 要介護5（寝たきり）対応が減った。施設入所の増加。
要支援・要介護2までの支援が多い（服薬管理等）。
- 人工呼吸器をつけて、在宅生活出来ている。以前のように、「人工呼吸器をつけた人は島に戻れない」という説明だけでは、本人・家族の理解が得られない。「誰がキーマンになり、情報集約するか」「家族の介護力の評価」「病院以外の長期療養先の確保」がポイントになる。
- 施設看護師、在宅ヘルパーの不足。人材確保が必要。
- コロナ自宅療養で活用したように、Ipad等の活用で合理化を。

在宅医療に関する意見 まとめ 3

(病院)

□ 看護師の確保・現任教育

- ・ 新人を採用しても、中堅看護師の層が薄く、現任教育が大変。
- ・ パート看護師が多く、管理職になれる看護師が少ない。

□ 慢性期患者の増加→地域の受け皿確保

- ・ 施設の歩み寄り、具体的な役割分担が必要

□ 退院後の病状管理が上手くいかず、入退院を繰り返す

- ・ 病状管理の目線合わせが大切

□ 情報の一元化

- ・ ICT活用で、訪問看護・施設・診療所等との連携強化

退院前カンファレンスアセスメント項目

(隠岐保健所 地域健康推進課作成)

作成日 次回の評価

患者名【	】	病名【	】	性別	年齢
支援者	病院	隠岐の島町		保健所	

【治療状況・全身の影響の有無】
【入院歴・入院中の経過や関わり方について】 * 治療や今後の生活等について、どのように説明しどのくらい理解できているか
【主治医の意見】 主治医名
【病院の治療目標】
【本人・家族の考え・希望】
【病院が地域につなぎたい目的】
【ケース支援の目標・方向性】
【関係機関の役割分担】
【情報共有・評価をどの場面ですか】

隠岐の島町入退院連携ツール 入院時情報提供書

提供日 令和 年 月 日 入院日 令和 年 月 日

事業所名	ケアマネジャー名	☎
------	----------	---

フリガナ	性別	生年月日	年齢
氏名		年 月 日	歳

住所	電話	自宅: — 携帯: — —
----	----	------------------

連絡先(キーパーソン:★)			家族構成	
氏名	続柄	電話番号		

介護認定情報			障がい等認定有無		
<input type="checkbox"/> 介護認定:無			<input type="checkbox"/> 有		
<input type="checkbox"/> 介護認定:申請中			<input type="checkbox"/> 無		
<input type="checkbox"/> 介護認定:有	介護度		認定期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	

サービス利用状況	利用しているサービス	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
----------	------------	----------------------------	----------------------------

	種別	回数	事業所		種別	事業所	回数
在宅	<input type="checkbox"/> 訪問看護	週 回			<input type="checkbox"/> 訪問介護		週 回
	<input type="checkbox"/> デイサービス	週 回			<input type="checkbox"/> デイケア(ともいきの郷)		週 回
	<input type="checkbox"/> 短期入所						
	<input type="checkbox"/> 福祉用具レンタル		<input type="checkbox"/> 特殊寝台	<input type="checkbox"/> 手すり	<input type="checkbox"/> 歩行支援用具()		
	<input type="checkbox"/> 配食サービス	週 回	<input type="checkbox"/> 車いす	<input type="checkbox"/> 電動車椅子・シニアカー	<input type="checkbox"/> その他()		

小規模	
-----	--

現在治療中の病気			医療機関	主治医	既往歴			発病年齢	手術有無
					<input type="checkbox"/> 悪性腫瘍		歳頃		
					<input type="checkbox"/> 心疾患		歳頃		
					<input type="checkbox"/> 脳血管疾患		歳頃		
					<input type="checkbox"/> 呼吸器疾患		歳頃		
					<input type="checkbox"/> 骨折		歳頃		
					<input type="checkbox"/> その他()		歳頃		

通院手段	<input type="checkbox"/> 自家用車	<input type="checkbox"/> バス	<input type="checkbox"/> タクシー	<input type="checkbox"/> その他()
------	-------------------------------	-----------------------------	-------------------------------	---------------------------------

最近3か月の入院歴	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 (月:医療機関)
-----------	----------------------------	---------------------------------------

内服薬の有無			
<input type="checkbox"/> 無			
<input type="checkbox"/> 有			
薬の管理	管理方法	服薬状況	
()	()		

アレルギーの有無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有: <input type="checkbox"/> 薬剤() <input type="checkbox"/> 食物() <input type="checkbox"/> その他()
----------	----------------------------	---

コミュニケーション		住環境	
視力 ()	聴力 ()	意思疎通 ()	生活の支障となる段差等
			<input type="checkbox"/> 無
			<input type="checkbox"/> 有

生活歴・職歴等	嗜好品
	飲酒 (合/日)
	喫煙 (本/日)

本人・家族の意向		
在宅生活についての意向	主治医からの説明内容	治療への希望
本人	本人	本人
家族	家族	家族
治療の説明を一緒に聞く人	自宅に向けて望むADL 本人： 家族：	生活上での大きな変化 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
相談にのってくれる人・助けてくれる人 ()	今回の入院で伝えておきたいこと	

身体・生活機能の状況

麻痺 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	褥瘡 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	皮膚トラブル <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
睡眠	眠剤服用 ()	
ADL	寝返り	
	起居	
	移動(室内)	<input type="checkbox"/> 手引き <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> その他()
	移動(屋外)	<input type="checkbox"/> 手引き <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> その他()
	移乗	
	更衣	
	入浴	<input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> 清拭
食事	食事	食事制限 () 水分制限 ()
	食事回数	朝: ___時頃 昼: ___時頃 夕: ___時頃 間食
	食事形態	とろみ
	摂取方法	
	嫌いな食べ物	()
口腔	嚥下機能	口腔内トラブル ()
	自歯	義歯
排泄	排尿動作	排尿方法 日中 トイレ 排尿方法 夜間 P-トイレ 回数 / 日
	排便動作	排便方法 日中 排便方法 夜間 回数 / 日
	下剤服用	
IADL	金銭管理	一部介助・全介助の場合の管理者 ()
	買い物	一部介助・全介助の場合の支援者 ()
	調理	一部介助・全介助の場合の支援者 ()
	洗濯	一部介助・全介助の場合の支援者 ()
	掃除	一部介助・全介助の場合の支援者 ()
精神面における療養上の問題	認知症	<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴力・攻撃性 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他
	専門医受診	

今後の在宅生活に関する展望(担当ケアマネの視点で)

在宅生活に向けての懸案事項	<input type="checkbox"/> 同居家族不在 <input type="checkbox"/> 住環境 <input type="checkbox"/> 介護力が低い <input type="checkbox"/> 疾病管理 <input type="checkbox"/> 経済	特記 ()
在宅生活に必要な条件		
性格、家族関係等特記事項		

隠岐の島町入退院連携ツール 情報提供書(サービス事業所)

提供日 令和 年 月 日

事業所名	ケアマネジャー名	☎
------	----------	---

フリガナ	性別	生年月日	年齢
氏名		年 月 日	歳

住所	電話
	自宅: - 携帯: - -

連絡先(キーパーソン:★)			家族構成
氏名	続柄	電話番号	

介護認定情報		障がい等認定有無	
被保険者番号		<input type="checkbox"/> 有	
<input type="checkbox"/> 介護認定:申請中		<input type="checkbox"/> 無	
<input type="checkbox"/> 介護認定:有	介護度	認定期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

サービス利用状況	利用しているサービス	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
----------	------------	----------------------------	----------------------------

	種別	回数	事業所		種別	事業所	回数
在宅	<input type="checkbox"/> 訪問看護	週 回			<input type="checkbox"/> 訪問介護		週 回
	<input type="checkbox"/> デイサービス	週 回			<input type="checkbox"/> デイケア(ともいきの郷)		週 回
	<input type="checkbox"/> 短期入所						
	<input type="checkbox"/> 福祉用具レンタル		<input type="checkbox"/> 特殊寝台	<input type="checkbox"/> 手すり	<input type="checkbox"/> 歩行支援用具()		
	<input type="checkbox"/> 配食サービス	週 回	<input type="checkbox"/> 車いす	<input type="checkbox"/> 電動車椅子・シニアカー	<input type="checkbox"/> その他()		

小規模	
-----	--

現在治療中の病気			医療機関	主治医	既往歴			発病年齢	手術有無
					<input type="checkbox"/> 悪性腫瘍		歳頃		
					<input type="checkbox"/> 心疾患		歳頃		
					<input type="checkbox"/> 脳血管疾患		歳頃		
					<input type="checkbox"/> 呼吸器疾患		歳頃		
					<input type="checkbox"/> 骨折		歳頃		
					<input type="checkbox"/> その他()		歳頃		

通院手段	<input type="checkbox"/> 自家用車	<input type="checkbox"/> バス	<input type="checkbox"/> タクシー	<input type="checkbox"/> その他()
------	-------------------------------	-----------------------------	-------------------------------	---------------------------------

最近3か月の入院歴	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 (月:医療機関)
-----------	----------------------------	---------------------------------------

内服薬の有無			
<input type="checkbox"/> 無			
<input type="checkbox"/> 有			
薬の管理	管理方法	服薬状況	
()	()		

アレルギーの有無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有: <input type="checkbox"/> 薬剤() <input type="checkbox"/> 食物() <input type="checkbox"/> その他()
----------	----------------------------	---

コミュニケーション		住環境	
視力	()	眼鏡	
聴力	()	補聴器	
意思疎通	()	生活の支障となる段差等	
		<input type="checkbox"/> 無	
		<input type="checkbox"/> 有	

生活歴・職歴等	嗜好品
	飲酒
	(合/日)
	喫煙
	(本/日)

本人・家族の意向	
在宅生活についての意向	在宅生活における心配事
本人	本人
家族	家族
サービス利用にあたり伝えておきたいこと	

身体・生活機能の状況

麻痺	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	褥瘡	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	皮膚トラブル	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
睡眠		眠剤服用			
A D L	寝返り				
	起居				
	移動(室内)	<input type="checkbox"/> 手引き <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> その他()			
	移動(屋外)	<input type="checkbox"/> 手引き <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> その他()			
	移乗				
	更衣				
	入浴	<input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> 清拭			
食 事	整容				
	食事	食事制限 ()	水分制限 ()		
	食事回数	朝: 時頃 昼: 時頃 夕: 時頃	間食		
	食事形態	とろみ			
	摂取方法				
口 腔	嫌いな食べ物	()			
	嚥下機能		口腔内トラブル ()		
排 泄	自歯		義歯		
	排尿動作	排尿方法 日中 トイレ	排尿方法 夜間 P-トイレ	回数 / 日	
	排便動作	排便方法 日中	排便方法 夜間	回数 / 日	
I A D L	下剤服用				
	金銭管理	一部介助・全介助の場合の管理者 ()			
	買い物	一部介助・全介助の場合の支援者 ()			
	調理	一部介助・全介助の場合の支援者 ()			
	洗濯	一部介助・全介助の場合の支援者 ()			
精 神 面 に お け る 療 養 上 の 問 題	掃除	一部介助・全介助の場合の支援者 ()			
	認知症	<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転			
	専門医受診	<input type="checkbox"/> 暴力・攻撃性 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 不潔行為			
		<input type="checkbox"/> その他			

今後の在宅生活に関する展望(担当ケアマネの視点で)

在宅生活に向けての懸案事項	<input type="checkbox"/> 同居家族不在 <input type="checkbox"/> 住環境 <input type="checkbox"/> 特記 () <input type="checkbox"/> 介護力が低い <input type="checkbox"/> 疾病管理 <input type="checkbox"/> 経済
在宅生活に必要な条件	
性格、家族関係等特記事項	

栄養情報提供書

御中 ご担当者様

作成者	施設名	
	職 種	
	氏 名	
	電 話	

氏 名	様	性別	生年月日			
		<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	年	月	日	歳

栄養補給法	<input type="checkbox"/> 経口 ⇒ <input type="checkbox"/> 一般食 ※付加食品等 (補助食品) <input type="checkbox"/> 特別食 食種 ()	
	<input type="checkbox"/> 経管栄養 ⇒	
摂取状況	主食	<input type="checkbox"/> 0-5 割 <input type="checkbox"/> 5-10 割 <input type="checkbox"/> ムラあり ()
	副食	<input type="checkbox"/> 0-5 割 <input type="checkbox"/> 5-10 割 <input type="checkbox"/> ムラあり ()
	栄養補助食品	<input type="checkbox"/> 0-5 割 <input type="checkbox"/> 5-10 割 <input type="checkbox"/> ムラあり ()
食事形態	主 食	備考 () ※とろみ剤の添加 ⇒ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	副 食	<input type="checkbox"/> 常菜 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> ブレンダー (<input type="checkbox"/> ポタージュ <input type="checkbox"/> カスタード <input type="checkbox"/> ムース) ※とろみ剤の添加 ⇒ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
	水 分	とろみ剤の添加 ⇒ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
	食物アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ ()
	禁止食品	
嚥下食コード (学会分類 2013)	食事の分類	<input type="checkbox"/> 0j <input type="checkbox"/> 0t <input type="checkbox"/> 1j <input type="checkbox"/> 2-1 <input type="checkbox"/> 2-2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 通常形態
	とろみ分類	<input type="checkbox"/> 段階 1 薄いとろみ <input type="checkbox"/> 段階 2 中間のとろみ <input type="checkbox"/> 段階 3 濃いとろみ
栄養管理に係る経過等		