

中部地区 12 市町村 在宅医療・介護連携推進事業 令和5年度 活動報告書



令和6年 3 月



在宅ゆい丸センター

中部地区医師会 在宅医療・介護連携推進事業

令和5年度
中部地区 12 市町村 在宅医療・介護連携推進事業 活動報告書

< 目次 >

1. 当センター基本理念、目標	1
2. 当事業について	2
3. 当事業の活動の経過	3
4. 年間計画と達成率	4
5. 事業活動の連動性を示す図	5
6. 各ブロック推進会議 課題整理表	6
7. 現状の課題結果	8
8. 項目別活動報告(各取り組み)	9
・ 医療・介護おたすけマップ	9
・ 在宅医療・介護連携推進会議	10
・ 中部地区合同会議	12
・ 中部地区訪問介護事業所連絡会	13
・ 在宅看取り部会	14
・ 相談窓口	16
・ 出前講座	17
・ 講演会	18
・ その他普及啓発	19
・ ホームページ	20
・ 入退院支援連携マナーブック	21
・ 介護施設等における在宅・救急連携の基本的な心得	22
・ 多職種研修会	23
・ DVD 貸出研修	27
・ 高齢者シリーズ研修	28
9. まとめ、総括(成果と課題、今後)	29

1.中部地区医師会 基本理念

<中部地区医師会 基本理念>

～本人、家族の在宅医療・介護の選択肢を増やす支援～

中部地区医師会 在宅ゆい丸センターでは、医療と介護を必要とする高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らしが続けられるよう、また本人や家族の意向を尊重した医療と介護のサービスが提供できるよう多職種連携の体制構築の推進を図る。

中部地区医師会 カテゴリー別の基本目標

<中部地区医師会 カテゴリー別の基本目標>

入退院支援

- 本人や家族の意向を尊重し、病院と在宅の関係者が協働する「連携体制」
長期目標:本人の望む場所に戻り、医療やケアを受けながら不安なく生活を再開できる。
短期目標:互いの専門性を理解し、本人や家族のための情報共有を行う。

療養生活支援

- 本人が医療や介護が必要になっても地域での暮らしを支える「連携体制」
長期目標:地域住民が外来診療・在宅療養等を選択し、自分らしく生活を継続できる。
短期目標:地域住民が地域の在宅医療・介護の資源を把握し、在宅療養の知識を付ける。

急変時対応

- 日頃から本人や家族、関係者との情報共有を心がけた「連携体制」
長期目標:状態変化時に本人の望む治療を受けることができる。
短期目標:多職種間の情報共有の体制を強化する。

看取り支援

- 本人や家族が安心して最期の時を過ごせる「連携体制」
長期目標:住み慣れた地域、本人の望む場所で不安なく最期まで生活する。
短期目標:医療・介護関係者や地域住民へ看取り等に対する理解を深める。

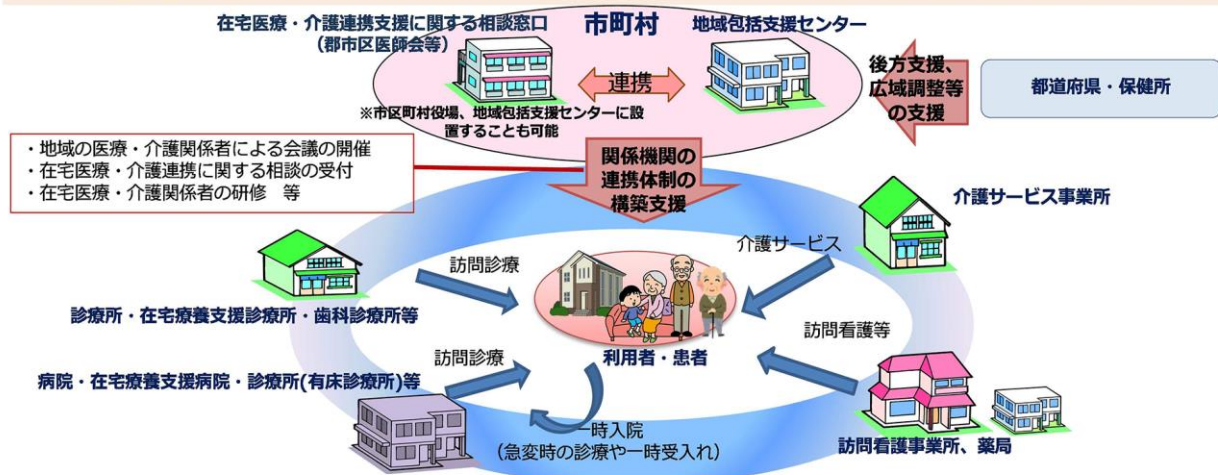


2. 在宅医療・介護連携推進事業について

- 医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、在宅医療と介護を一体的に提供するために、医療機関と介護事業所等の関係者との協働・連携を推進することを目的とする。
- PDCA サイクルに沿った取組を行う中で必要なサービスの整備等に関する課題が浮上する場合もあるが、都道府県の医療計画や市町村の介護保険事業計画等に基づく、医療提供や介護サービスの提供体制そのものを評価し、整備を進めることを目的とするのではなく、地域における現状の社会資源を正確に理解し、住民のニーズに基づき、地域のめざすべき姿はどのようなものかを考えた上で、医療・介護関係者との協働・連携を円滑に進めることで、包括的かつ継続的な在宅医療・介護の提供を推進する。

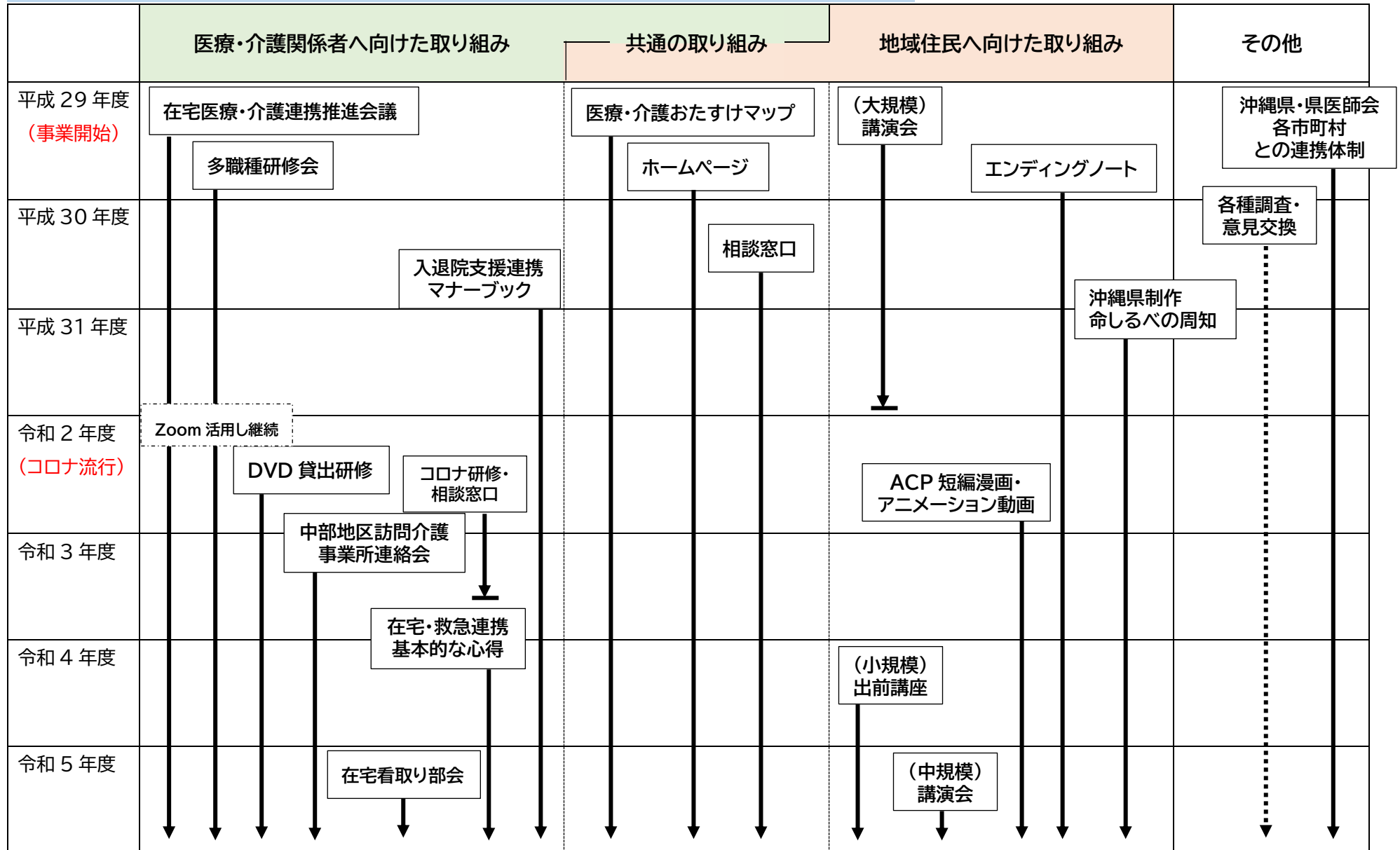
在宅医療・介護連携の推進

- 医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、地域における医療・介護の関係機関（※）が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護を提供することが重要。
 (※) 在宅療養を支える関係機関の例
 - ・診療所・在宅療養支援診療所・歯科診療所等（定期的な訪問診療等の実施）
 - ・病院・在宅療養支援病院・診療所（有床診療所）等（急変時の診療・一時的な入院の受入れの実施）
 - ・訪問看護事業所、薬局（医療機関と連携し、服薬管理や点滴・褥瘡処置等の医療処置、看取りケアの実施等）
 - ・介護サービス事業所（入浴、排せつ、食事等の介護の実施）
- このため、関係機関が連携し、多職種協働により在宅医療・介護を一体的に提供できる体制を構築するため、都道府県・保健所の支援の下、市区町村が中心となって、地域の医師会等と緊密に連携しながら、地域の関係機関の連携体制の構築を推進する。



引用:在宅医療・介護連携推進事業の手引きVer. 3

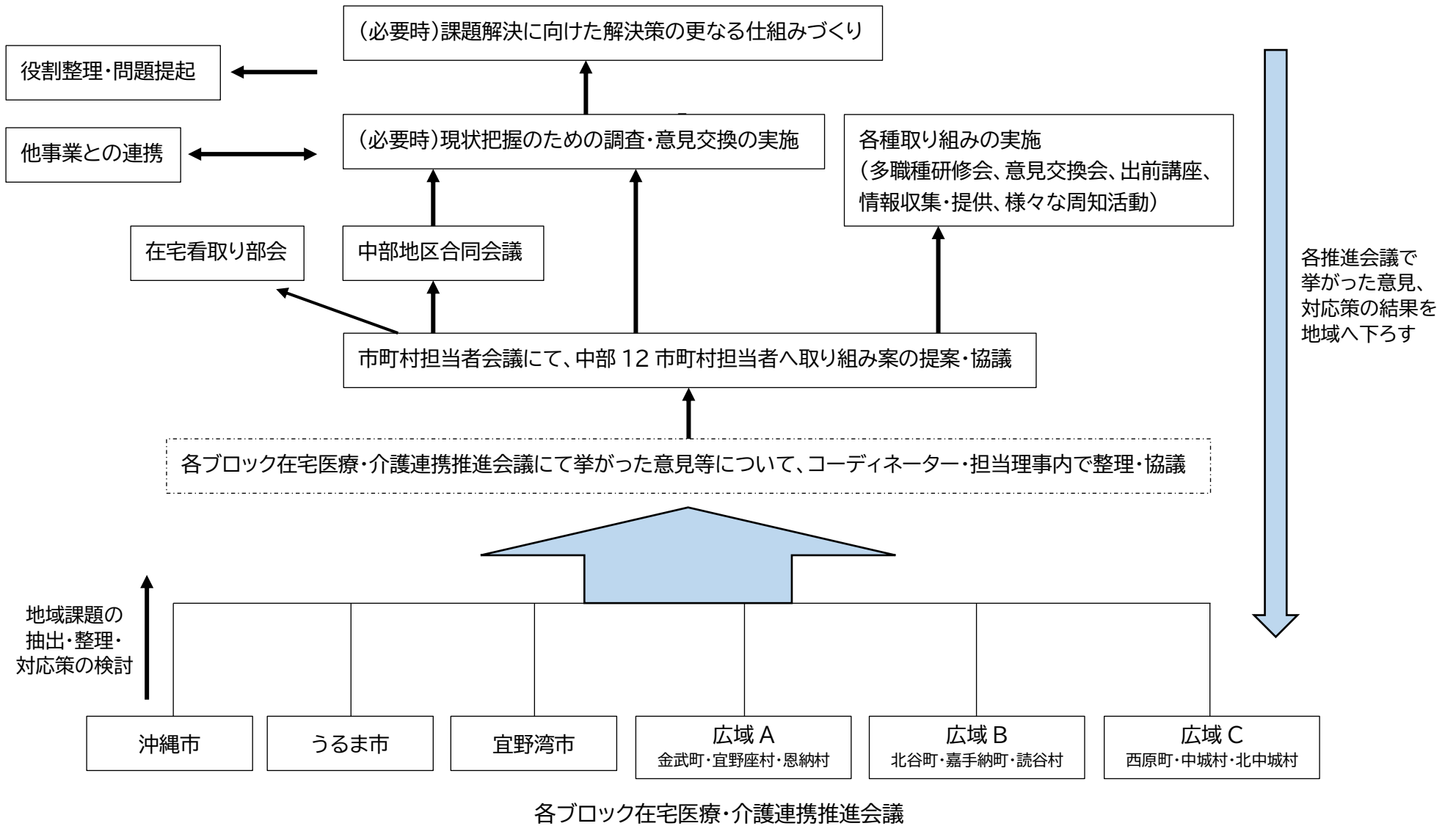
3. 中部地区医師会 在宅医療・介護連携推進事業の活動の経過(概要)



4. 令和5年度在宅医療・介護連携推進事業 年間計画と達成率

事業項目		計画内容・回数等		達成率	備考
1	地域資源の把握、提供	医療・介護おたすけマップの運用	通年	70%	・基本情報の登録 100% ・詳細登録率目標 75%:実績 71.4%
	地域課題の抽出、対応策の検討	各ブロック 在宅医療・介護連携推進会議	4回	100%	・全ブロック年4回開催 ・すべて会場開催
	切れ目ない在宅医療・介護サービス提供体制の構築推進	中部地区合同会議	1回	100%	
		中部地区訪問介護事業所連絡会	3回	100%	
		在宅看取り部会		100%	・ワーキンググループ①②③ 各2回ずつ開催 ・全体会議1回開催 ・アンケート調査実施
		連携強化型在宅療養支援診療所連絡会への参加	毎月	100%	
	在宅医療の推進を図るための情報収集	適宜	100%	・在宅医療実施医療機関の把握を目的としたアンケート調査の実施	
2	相談支援	医療介護連携に関する相談窓口	通年	100%	
3	地域住民への普及啓発	出前講座(小規模) 講演会(中、大規模)	適宜	90%	・ACP 出前講座 13回実施 ・外部講師による講演会をうるま市、広域Bで開催
		既存ツールを活用した普及啓発	適宜	100%	・市町村広報誌 ・地域ラジオ、地域情報誌
4	医療・介護関係者の連携支援	ホームページの運用、情報提供	通年	100%	
		入退院支援連携マナーブック	適宜	100%	・研修会時に活用、周知
		在宅・救急連携の基本的な心得	適宜	100%	・研修会時に活用、周知
	医療・介護関係者への研修	カテゴリー別の多職種研修会	4回	100%	
		DVD 貸出研修	通年	65%	目標 100本:実績 65本
		高齢者シリーズ研修会	2回	100%	
	その他	市町村担当者調整会議	6回	100%	
		課長会議(事業報告会)	1回	100%	
		沖縄県・県医師会主催の連絡会への参加	適宜	100%	2回参加
各地区医師会コーディネーター会議		毎月	100%		

5. 中部地区医師会 在宅医療・介護連携推進事業 各取り組みの連動性



6. 各ブロック在宅医療・介護連携推進会議 課題整理表(これまでに挙げた課題概要一覧)

	入退院支援	療養生活支援	急変時対応	看取り支援
沖縄市	<ul style="list-style-type: none"> ・身寄りがいない、キーパーソン不在の方への対応や支援ニーズの高まり。関係多職種、行政、地域全体で課題に取り組む必要がある(施設探し、サービスへの繋ぎ、身元保証や金銭管理等の課題) ・退院後の施設入所調整や転院調整が困難。 ・身寄りがいない方のご遺体引き取りに関する課題。 ・退院カンファレンス開催がない、または退院直前の開催、タイムリーな事前情報の共有不足により本人や家族の希望する在宅生活に繋がりにくい。 ・介護保険認定までに時間がかかる退院調整やサービス調整が困難。 ・病院機能や介護保険制度、在宅療養イメージ等に関する地域住民への普及啓発活動に関する課題 	<ul style="list-style-type: none"> ・身寄りがいない方、キーパーソン不在の方の通院継続困難や介護サービスへの繋がりにくさ(本人の支援や治療拒否を含む)による緊急搬送や入退院を繰り返しがあ ・成年後見人制度や日常生活自立支援事業の活用状況やニーズ把握の必要性および活用方法に関する情報共有、また、人材確保育成に関する課題。 ・最後まで本人の希望通りに暮らせる医療・介護体制整備(施設の人員確保が難しい、訪問介護不足等) ・身寄りのない方のサービス調整(サービス引受けない事業所の増加見込み)、転院・退院調整、住まい確保困難。 ・本人、家族のセルフケア能力不足による療養生活困難。 ・セルフケア力や意識の向上、地域との繋がりがや見守り体制、(平時、緊急時の)相互扶助等の地域づくりの必要性。 ・災害時の療養生活継続に関する検討の必要性。 	<ul style="list-style-type: none"> ・緊急医療情報キットの普及、最新の情報更新の課題。(救急搬送時に最新情報更新がされておらず古いまま) ・看取りが行えない施設からの救急搬送が多い。 ・看取りを行える施設体制づくりが必要。(施設介護職への看取り支援研修やOJT、施設管理者への理解等) ・人生の最終段階における医療ケアのあり方、ACP普及啓発の促進。 ・自宅看取りの際に、望まない救急搬送とならないためキーパーソンとの十分なやり取りや看取り時連携体制の確認が必要。 ・介護職が、急変につながりそうな前兆症状へ気付き、気付いたときに報告、連絡、相談ができるような顔の見える多職種連携体制が必要。 	<ul style="list-style-type: none"> ・本人の意思を尊重した施設看取り、在宅看取りができるための多職種連携やサポート体制が必要。 ・責任から生じる不安で受入れに消極的な施設も巻き込み本人の意思を尊重した看取り体制づくりの検討が必要。 ・看取りを行える高齢者施設が少ないという課題に対する数値目標の設定が必要。 ・地域住民へのACP普及啓発の促進。 ・看取り対応ができる施設という考え方でなく、最期まで本人の希望を叶えられる施設、寄り添う事ができる施設、という考え方で事業推進を図れると良い。
うるま市	<ul style="list-style-type: none"> ・独居や身寄りのない方の対応。 ・障害者施設との連携の必要性が高まっている。 ・医療介護関係者の医療機関および施設種別機能や役割についての認識不足。 ・退院後、在宅側からの報告等があると良い。在宅のイメージが湧きにくい。 ・施設や訪問診療所の受け入れ状況を迅速に把握できるツールがあると助かる。 ・地域住民が病院機能や介護保険制度及び在宅療養をイメージすることが難しい。 	<ul style="list-style-type: none"> ・身寄りのない方、キーパーソン不在が深刻化している。各関係機関の役割を整理、明確化する必要がある。 ・現在地域に身寄りのない方がどれくらいいるか把握し、支援介入方法を考える必要がある。 ・沖縄県外の移住者や生活保護受給者が増えている。 ・在宅サービスの知識理解(医療介護関係者、地域住民) ・精神科の訪問診療医が少ない。 ・療養生活継続の為に介護予防からの介入、連携が必要。 ・適切な医療介入ができず入退院を繰り返すことがある。 ・災害時の療養生活継続について検討する必要がある(自助力強化、地域連携強化)。 	<ul style="list-style-type: none"> ・本人が医療拒否し救急搬送を断るケースが葛藤する。 ・人生の最終段階における医療ケアのあり方やACPについて理解が不十分(医療介護関係者、地域住民) ・最後まで暮らせる医療介護体制整備(人員確保が難しい、訪問介護不足) ・適切な救急要請の推進 	<ul style="list-style-type: none"> ・看取りの不安、経験不足 ・看取りができる施設へのサポートと差別化 ・現在関心のある施設へアプローチ ・制度はあっても、担当者によって機能・活用できていない事がある ・施設の方針、看取り時の経営的メリットがない(有料老人ホーム等) ・訪問診療、往診ができる医師が少ない ・ケアマネや施設関係者の対応力に差がある
宜野湾市	<ul style="list-style-type: none"> ・オンライン体制が未整備の医療機関との連携がとりづらい。 ・急な退院、事前情報と違う状態の事がある。 ・退院時サマリー等は、療養生活に不必要な項目が多い為、必要な情報を貰える提案は必要。 ・医療度の高い方、身寄りのない方の帰来先やうけ入れ先が少ない。 ・フォーリーカテテルや胃ろう等の交換できる医療機関や訪問看護も少ない為、どのように対応したらよいか課題。 ・介護保険申請～調査～認定までに時間がかかり退院調整、サービス調整が困難。 	<ul style="list-style-type: none"> ・口腔機能の低下で嚥下や介護状態を悪化させる。介護予防の為に歯科の早期受診、定期的な受診が必要。 ・生活保護受給者の医療介護サービス導入が難しい場合がある。 ・入所施設のサービス内容、受け入れ状況、医療行為等の情報の把握が難しい。 ・県外からの移住者が高齢になり、キーパーソンが遠方や関係悪化などの問題があると治療方針の決定も難しい。 ・家族機能の代行が行える社会資源の活用や掘り起こしをしっかりとしないといけない。 ・入退院を繰り返す人は薬剤管理が出来ていない事が多い ・外国籍の方が増えていて、翻訳機では対応困難な用語もあり、意思疎通や契約が難しい。対応が必要。 	<ul style="list-style-type: none"> ・救急搬送をしない場合する場合を取り決める事で、望まない搬送を減らせるのではないかと。 ・以前宜野湾市で作成した情報提供書が活用されているか把握できていない。 ・自宅看取りについて話し合いを行っても救急要請する事もあるのでACPの普及啓発は重要。 ・救急隊と医療介護との連携体制、互いの役割理解が不十分。 	<ul style="list-style-type: none"> ・施設の方針により看取り体制も異なる。経営的メリットがない施設もあり、看取りに対するモチベーションや意識がなければ行えない。メリットの理解や対応策が必要。 ・施設職員の看取りに対する不安感、恐怖心がある。 ・本人の生き方、考え方の尊重と本人、家族の希望の確認、多職種での連携、共有を行う事が必要だと思う。 ・看取り支援を行いたい、ヘルパーは高齢化して後にく人もいない。人員確保が難しい。 ・住民が考える施設看取りと実際の看取りには違いがある為、地域住民向けの講演会を積極的に行った方が良い。 ・本人の意思の尊重や本人が意思疎通困難な状態や判断能力がない場合、本人と家族の意向の違いや家族間の意向の違いがあると対応が難しい。

	入退院支援	療養生活支援	急変時対応	看取り支援
広域A	<ul style="list-style-type: none"> ・急な退院となる(なっている)ことがある。 ・連携体制、情報提供体制が不十分。 ・キーパーソン不在の方の対応が難しい(各種申請手続き、身元保証:保証人協会の対応地域外)。 ・在宅療養のイメージがわからない、誰にどんな相談をすればいいのかわからない(地域住民) ・病院や介護施設、在宅サービスの機能や種類について知識理解が不十分(医療介護関係者、地域住民)。 	<ul style="list-style-type: none"> ・セルフケア能力不足(服薬管理、生活習慣、通院等) ・医療機関が少なく受診時に交通費がかかるため経済的な負担が大きい。透析通院の対応が特に難しい。 ・訪問診療医が少ない。 ・支援困難者(閉じこもり、独居、キーパーソン不在、精神疾患、認知症等)への対応 ・医療ニーズが高い方の受け入れ体制が不十分(対応可能な施設やサービスが少ない)。 ・地域力強化(集いの場、地域交流、見守り体制)。 ・関係者間の情報共有、連携体制の構築。 ・地域のみんなで考えていく必要がある。 	<ul style="list-style-type: none"> ・気が動転して看取りの方の救急搬送を行う場合がある ・在宅医と関わっていない場合の判断に悩む。 ・救急隊の役割の理解が不十分、普及啓発が必要。 ・本人や家族の意思の確認、ACPの実施、関係機関と情報共有が不十分。 ・年齢に関係なく救急搬送についての確認は必要。 ・救急搬送時の連携不足。情報不足。急変時の連携を円滑にするための情報連携ツールが必要。 	<ul style="list-style-type: none"> ・入所施設、通所施設で受け入れを断られることがある。 ・施設職員の看取りに対する不安や恐怖心。 ・人員不足、受け入れ体制不十分。 ・医師との連携が難しい、躊躇してしまう。 ・在宅医不在の際の対応、医師同士の連携。 ・本人と家族間における死生観の違いがある。 ・本人や家族に必要な情報が伝わっていない。 ・終末期や看取り期に過度な加療を求められる。
広域B	<ul style="list-style-type: none"> ・キーパーソン不在の場合、身元保証の部分で施設受け入れ対応できない。 ・急性期より急な退院。施設体制が整わず在宅移行後、入退院を繰り返す。 ・誤嚥性肺炎、尿路感染症など施設ケア、実践力不足により入退院を繰り返す。 ・連携方法としてオンラインやICT活用が有効。 ・住民が医療機能、在宅諸制度の知識不足により入退院時に望む生活が選択できない。 ・入退院時に必要な情報が取れず退院後、本人の目指す姿がイメージしにくい。 	<ul style="list-style-type: none"> ・台風時、災害時に事業継続困難となり療養者の療養生活に支障あり(情報収集、整理、事前の備えの必要性) ・自助力強化、セルフケア能力向上への取り組み＝療養継続、入退院を繰り返さない。 ・独居高齢者・身寄りのない方、自己判断が乏しい(認知症、精神疾患)場合の意思決定支援、ガイドライン周知や事例検討研修の必要性。 ・ACPについて元気なうちから考え備える地域住民・医療関係者への普及啓発不足。 ・地域の医療や介護関係者の、顔の見える連携体制構築、地域で相談できる体制構築が必要である。 	<ul style="list-style-type: none"> ・かかりつけ医と連携し療養中の変化に備え事前に話し合い日頃よりACPについてチーム間での連携・共有が重要。 ・誤嚥性肺炎や尿路感染症等、悪化防止への症状アセスメントを医療者と協働で実施し急変を未然に防ぎ備える。 ・救急や医療機関の役割について地域住民へ理解してもらう働きかけも必要である。 ・救急時の情報連携について救急キットや情報ツール活用し連携を円滑にする。 	<ul style="list-style-type: none"> ・看取り支援では、統一した視点でACPを繰り返し対応力向上へ医療介護関係者と協働し実践していく。 ・看取り支援経験が少なく不安、施設種別により外部サービス導入困難、金銭的なメリットがない等で看取り支援対応できない場合もある。 ・看取り成功体験を重ねていくことで看取りを積極的に実施。医療者の関わり、看取り支援の振り返りが必要。 ・医師や看護師の理解・協力が得られず本人の望む最期の支援へ繋がらない(老人福祉施設等) ・地域住民が人生の最期をどのように迎えたいかイメージできない。意向が伝えられない。
広域C	<ul style="list-style-type: none"> ・病院側と在宅側で、情報共有タイミングや退院調整タイミングにズレがある。 ・ICT情報共有ツールの活用でスムーズな入退院連携に向けた取り組みの検討の必要性。 ・各関係者が持っている情報を有効活用ができ豊富な情報が得られる。 ・病院側の在宅生活イメージが不十分なため、急な退院や不十分なサービス調整での退院がある。 ・退院後、安定した療養生活が継続できる事を考慮した退院調整が大事。 ・顔の見える多職種連携の場が必要。(相手の事情を知り、理解する事でより良い支援へ繋がる) ・身寄りがいない方や護保険に繋がっていない方等の入退院支援や転院、施設入所調整困難。 ・(施設からの入院)病院側はいつまでも施設ベッドが確保されているものだと誤解をしている。 	<ul style="list-style-type: none"> ・身寄りがいない、キーパーソン不在の方のサービス調整や転院・入所等の調整困難。 ・必要時にレスパイトやショートステイサービスを利用することができない。(特に医療ニーズが高い方) ・ICT情報共有ツール活用で、安定した療養生活のためのスムーズな多職種間連携に向けた取り組みの検討。 ・夜間救急搬送時等に家族がいない、身寄りがいない等の理由で施設入所ができない現状がある。 ・高齢者施設と病院が求めるキーパーソンや身元保証人の役割に違いがあるため整理が必要。 ・成年後見人制度や身元保証に関して、今後身寄りのない高齢者の増加を考え行政サポートの検討が必要。 ・地域主体の身元保証支援の仕組み作り等の検討が必要。 	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅看取りを希望される場合、訪問診療への適切なタイミングでの繋ぎやACP確認が重要。 ・地域住民へのACP普及啓発の促進。 ・在宅医療や救急搬送しない選択肢があること等を含めた在宅看取りについての理解、促進の必要性。(地域住民および医療・介護関係者) ・地域住民への救急搬送(救急車の適正利用等)や病院機能等についての周知や理解が必要。 ・見守りシステム等の機器類に加え、ボランティア等の人材活用の検討が必要。 	<ul style="list-style-type: none"> ・地域住民へのACP普及啓発およびエンディングノートの周知や普及の促進。 ・在宅看取りの際、ACPを繰り返し行い、本人の意思が尊重されるよう、本人、家族、医療・介護関係者間でしっかりと確認を行うことが重要。 ・何かあれば救急搬送ではなく、訪問看護や在宅診療医へ相談できることを伝える等、今後起こりうることやその対応について事前に話し合っておくことが重要。 ・看取り体制の施設の差は経験の差である事が多いため、安心して看取り経験を行えるサポート体制が必要。 ・介護職員は医療職への敷居の高さを感じている。 ・在宅看取り、施設看取り、身寄りがいない方やキーパーソン不在の方の看取りに関する意見交換が必要。 ・看取り前提で入所できる施設が少ない。

7.現状の課題結果、課題の集約、現在実施している対応策と今後（要約図）

課題の結果	課題の集約	対応策
本人の意向や生活環境に合わせた医療介護の選択ができる地域資源の把握・地域作りの必要性	地域住民が医療介護が必要な時に多様な医療介護サービスを選択できる地域体制構築	<p>●ACP、在宅医療への理解促進・普及啓発活動、地域における各種団体との連携</p> <p><今後検討する内容> ・医療介護関係者・包括支援センターとの協同開催による出前講座・講演会の開催</p> <p>●医療・介護関係者への在宅医療介護の理解促進・連携強化</p> <p><今後検討する内容> ・事業活動周知・在宅医との連携強化、地域交流会の開催、各種研修会への促し</p> <p>●相談支援、地域資源の把握・情報発信、災害時における事業継続</p> <p><今後検討する内容> ・地域包括支援センターとの相談内容共有・整理、地域課題の抽出 ・地域資源、レスパイト、自費サービス把握・情報提供 ・地域 BCP・連携促進</p> <p>●療養生活支援をテーマとした多職種研修会</p> <p><今後検討する内容> ・「認知症者の在宅・地域連携」「身寄りのない方の看取り～死後について～」 ・医療・介護関係者の資質向上(口腔、摂食嚥下、栄養評価等) ・療養者セルフマネジメント生活質向上への取り組み</p>
入院時に退院を見据えた医療機関・在宅サービスへのスムーズな入院退院連携が構築されていない	在宅療養を見据えた入院退院連携の促進と多職種の役割理解・促進	<p>●入退院支援をテーマとした多職種研修会、必要に応じ意見交換会(一次・二次連携)</p> <p><今後検討する内容> ・入退院マナーブックの活用・周知 ・必要時、意見交換(医師、連携室 等)</p> <p>●入退院連携に関わる各種データ把握・情報連携方法の検討</p> <p><今後検討する内容> ・加算データ収集、分析、評価 ・効果的な情報連携方法の検討(ICT 活用、連携ツール 等)</p> <p>●地域住民への出前講座(普及啓発)・各種団体との地域づくり</p> <p><今後検討する内容> ・地域住民へ知ってほしい在宅医療・サービス・制度について</p>
病状変化や救急搬送時の適切な患者情報提供や急変に備えた話し合いが事前に行われず患者の意向に沿った医療提供ができない	・かかりつけ医、関係者との段階に応じたACPの理解・促進 ・適切な情報提供によるスムーズな連携体制構築	<p>●急変時対応をテーマとした多職種研修会</p> <p><今後検討する内容> ・かかりつけ医・関係者へ ACP 普及啓発 ・段階に応じた ACP、医療介護、消防 各種関係者の役割・理解 ・「介護施設等における在宅・救急連携の基本的な心得」の周知</p> <p>●地域住民への出前講座(普及啓発)・各種団体との地域づくり</p> <p><今後検討する内容> ・地域住民へ知ってほしい救急の役割・医療について</p>
・介護施設等の人員不足、医療介護職の看取り理解・経験不足、施設方針により看取りを行えない ・地域住民の看取りへの理解不足	・医療介護機関、多職種連携による看取り体制の整備 ・地域住民を対象にした ACP普及への取り組み	<p>●看取り支援をテーマとした多職種研修会</p> <p><今後検討する内容> ・医療介護関係者・多職種連携による看取り支援研修</p> <p>●地域における各種団体との連携・地域作り/出前講座・講演会</p> <p><今後検討する内容> ・地域住民に知ってほしい ACP(命しるべ、エンディングノート、短編動画、もしバナカードゲーム)</p> <p>●看取り部会(WG①最期まで過ごせる施設の体制整備 WG②普及啓発 WG③身寄りのない方支援 WG④繋がり連携)</p> <p><今後検討する内容> ・令和 7 年度施行へ向け、各種 WG 部会開催し対応策検討</p>

●各ブロック在宅医療・介護連携推進会議
(課題抽出・共有・整理・対応策の検討)

●在宅看取り部会 (①最期まで過ごせる体制整備 ②普及啓発 ③身寄りのない方の支援 ④繋がり連携強化)

8. 令和5年度 在宅医療・介護連携推進事業 活動実績

地域の医療・介護資源の把握、提供

(1)医療・介護おたすけマップ

医療・介護おたすけマップ



【目的】

地域の医療・介護関係者の連携に必要な情報を提供することにより、地域の医療・介護関係者が、照会先や協力依頼先を適切に選択、連絡できるようにする。さらに、把握した情報を活用して、地域住民の医療・介護へのアクセスの向上を支援する。

中部地区医師会、北部地区医師会、南部地区医師会、那覇市医師会との共同運用による「医療・介護おたすけマップ」を管理。

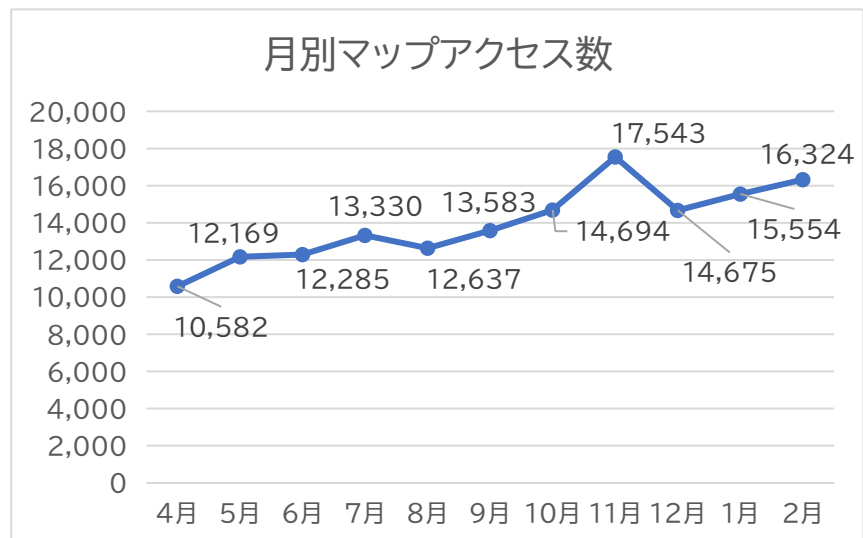
【基本情報登録】 中部地区の医療機関・介護施設 1743 件

【詳細情報登録】 1743 件中 1245 件(71.4%)



【月別アクセス数】

	アクセス数	前月比
4月	10,582	+1,693
5月	12,169	+1,587
6月	12,285	+116
7月	13,330	+1,045
8月	12,637	-693
9月	13,583	+946
10月	14,694	+1,111
11月	17,543	+2,849
12月	14,675	-2,868
1月	15,554	+879
2月	16,324	+770
月平均	13,522	-



【詳細情報登録依頼文書の郵送】

1回目：6月／1744 施設（基本情報が登録されている全事業所へ郵送）

2回目：12月／546 施設（詳細情報が登録されていない事業所へ郵送）

【サイト内一部修正作業】

- ・通所、入所の介護事業所の詳細項目欄に、「地域密着型の有無」を追加。
- ・受け入れ可能患者、在宅管理可能な医療行為のチェック欄に、「コロナ療養者、コロナ診療」を追加。
- ・自宅で利用するサービスの施設選択欄に、「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」を追加。
- ・その他、営業時間や土日祝の対応、受け入れ可能分野の選択欄を簡素化。

等

地域課題の抽出・整理・分析、対応策の検討

(1)在宅医療・介護連携推進会議

【目的】

地域の医療・介護関係者等が参画する会議をブロック別に定期開催し、在宅医療・介護連携の現状の把握と、課題の抽出、解決策の検討を行う。前年度実施した事業活動アンケート調査結果を踏まえ、今年度は各ブロック協議テーマを1つに絞り協議を深める事とする。

- ・地域で従事している多職種で構成し、顔の見える関係を作る。
- ・地域の現状を把握し地域課題を抽出し、整理・分析を行う。
- ・多職種の委員から地域課題の対応策に関する意見や要望等を拾い上げ、対応策の検討を行う。

【構成委員】

・中部地区医師会在宅ゆい丸センターコーディネーター、各市町村事業担当者が会議主体。

参加職種 医師、歯科医師、薬剤師、医療ソーシャルワーカー、入退院支援看護師、訪問看護師、介護支援専門員、訪問介護員、介護福祉士、施設管理者、施設相談員、理学療法士、地域包括支援センター、その他テーマに応じたオブザーバー等

ブロック

沖縄市 …… 13名	金武町・宜野座村・恩納村(広域A) … 8名
うるま市 … 13名	北谷町・嘉手納町・読谷村(広域B) … 8名
宜野湾市 … 12名	西原町・中城村・北中城村(広域C) … 8名

【開催詳細】

- 第1回 ●当事業の基本理念・目標、事業計画の共有
 ●各市町村の目指す姿、介護保険計画等の説明
 ●地域課題の共有、今年度協議するテーマに関する意見交換
- } 全ブロック共通

沖縄市 協議テーマ:「身寄りのない方の退院支援」

第1回	5月22日(月)	上記参照
第2回	9月4日(月)	●介護予防日常生活圏域ニーズ調査、事業所調査報告書の結果・分析の共有 ●身寄りのない方の退院支援について ・沖縄市推進会議における目指す姿の共有 ・手段の検討
第3回	11月20日(月)	●病院への入退院連携に関するヒアリング調査結果報告、共有 ●開催予定の行政との意見交換内容について
第4回	2月19日(月)	●保護課、介護課給付係、管理課からの質問回答の共有、意見交換 ●今年度推進会議の振り返り、次年度に向けて

うるま市 協議テーマ:「地域課題について、うるま市で出来ること」

第1回	5月25日(木)	上記参照
第2回	9月14日(木)	●災害時における医療介護連携について 介護長寿課・福祉政策課・保護課・障がい福祉課・危機管理課・消防本部、ケアマネうるま支部長 参加
第3回	11月30日(木)	●地域住民向け講演会、出前講座について ●第2回推進会議の振り返り、台風6号を踏まえた今後の備えについて

第4回	2月29日(木)	<ul style="list-style-type: none"> ●自助力強化および災害時の連携について ●今年度推進会議の振り返り、次年度に向けて
-----	----------	--

宜野湾市 協議テーマ:「顔の見える関係作り、相談体制」

第1回	6月15日(木)	上記参照
第2回	9月21日(木)	<ul style="list-style-type: none"> ●宜野湾市推進会議における目指す姿の共有 ●認定給付係・生活保護課との意見交換会 ・保護費の適正利用、過不足のない適切なサービス提供体制に向けて ・顔の見える関係作り
第3回	12月21日(木)	<ul style="list-style-type: none"> ●台風時の医療介護連携について ●保護受給者の訪問サービス導入の目安に関する保護課との意見交換会
第4回	3月21日(木)	<ul style="list-style-type: none"> ●今年度推進会議の振り返り、次年度に向けて ●救急搬送に関する情報提供、高齢者施設の虐待問題の現状把握

金武町・宜野座村・恩納村 協議テーマ:「入退院支援及び療養生活支援における資源不足について」

第1回	5月17日(水)	上記参照
第2回	8月16日(水)	<ul style="list-style-type: none"> ●入退院および療養生活支援における資源不足について ・困っている事、課題解決の優先順位 ・次回会議で話し合う方向性の検討
第3回	11月15日(水)	●入退院支援・療養生活支援における資源不足について
第4回	2月21日(水)	<ul style="list-style-type: none"> ●委員各自の見つけた好事例の共有、連携強化に向けた具体策の検討 ●今年度推進会議の振り返り、次年度に向けて

北谷町・嘉手納町・読谷村 協議テーマ:「望ましい退院支援に向けて」

第1回	5月18日(木)	上記参照
第2回	8月17日(木)	<ul style="list-style-type: none"> ●望ましい退院支援に向けた意見交換 ・広域 B 推進会議における目指す姿の共有 ・現状の課題や要因、手段の検討
第3回	11月16日(木)	●「望ましい退院支援へ向けて」情報共有シート活用後の意見交換
第4回	2月15日(木)	<ul style="list-style-type: none"> ●「望ましい退院へ向けて」連携をどのように図ったらよいか ●今年度推進会議の振り返り、次年度に向けて

西原町・中城村・北中城村 協議テーマ:「入退院支援の連携について」

第1回	5月29日(月)	上記参照
第2回	9月6日(水)	<ul style="list-style-type: none"> ●入退院支援の「連携」について ・広域 C 推進会議における目指す姿の共有 ・手段の検討、次回会議に向けて
第3回	11月27日(月)	<ul style="list-style-type: none"> ●病院への入退院連携に関するヒアリング調査結果報告、共有 ●入退院連携時の情報共有について
第4回	2月26日(月)	<ul style="list-style-type: none"> ●「情報共有のタイミング」「情報整理」まとめの共有と意見交換 ●今年度推進会議の振り返り、次年度に向けて



切れ目のない在宅医療・介護のサービス提供体制の構築推進

(1)中部地区合同会議

【目的】

中部地区の医療介護連携における広域的な課題について、地域包括ケアシステムの構築推進に向け、今後、より現状に即した効果的な取り組みを行えるよう、各ブロック在宅医療・介護連携推進会議の委員の代表を招集し、現状の共有を含め、当事業における効果的と思われる取り組みについて意見交換を行う。

令和5年度は、「入退院時における医療介護連携の課題の対応策について」をメインテーマとして以下の通り開催した。

【構成委員】

・各ブロック在宅医療・介護連携推進会議の委員の代表、各市町村事業担当者、中部地区医師会で構成。

参加職種 医師、医療ソーシャルワーカー、施設関係者、介護支援専門員、訪問看護師、病棟看護師 等
(入退院支援の課題に関するテーマに沿った職種を選定)

【開催日時・開催方法】

令和5年9月20日(火)19時～21時/会場+Zoom

【意見交換内容】

テーマ	入退院時における医療介護連携の課題の対応策について
主な意見	<ul style="list-style-type: none">●入退院支援連携マナーブックの活用が効果的と思われる入退院支援の課題に対して・冊子内にもある情報共有シートを皆がしっかり活用できると連携もスムーズになるのでは。・病院では電子カルテとの連動が難しく、既存の看護サマリーやリハビリサマリーの作成との重複する手間も考えて、シートの活用方法の検討を行えるといい。・急性期と回復期の動きも見えるといい。・冊子としてだけでなく、カレンダー付き等だと使い勝手がよく利用されやすいのでは。・これからの時代は紙媒体だと普及に限界があるため、専用ウェブページ開設等、デジタル化できると周知もしやすいのでは。・まずしっかり各ブロック推進委員に、各団体へ持ち帰ってもらい活用方法について検討、評価してもらおう。・新規開業した医療機関にマナーブックを郵送する。・冊子内の情報共有シートについて、使い勝手が良い状態のデータを掲載している他県の情報も参考にするといいのでは。・病棟機能や介護施設種別、退院から在宅への繋ぎ方等、基本的な情報だけでなく、実際に現場で参考になるプラスアルファの情報を掲載できるといい。●それ以外の入退院支援の課題に対して・介護保険の申請時期の目安を明確化し、ある程度統一できるといい。

➡ 上記意見を参考に、入退院支援連携マナーブックの今後の周知方法や、その他入退院支援時の医療介護連携の課題解決に向けた対応策の検討を図る。

切れ目のない在宅医療・介護のサービス提供体制の構築推進

(2)中部地区訪問介護事業所連絡会

【目的】

在宅介護の要となる訪問介護員の資質向上及び事業所間の顔の見える関係作りを目的とする。中部地区訪問介護事業所連絡会設立の支援をおこない、一次連携の構築による訪問介護事業所間の横の繋がりの強化、実用的な勉強会を通して質の向上、継続的な連絡会運営の支援を行うことによりスムーズな多職種連携の一助とする。

【登録事業所】

- ・本連絡会は登録制とする。(横のつながりの強化、連絡会の一員であるという意識を持ってもらうため)
- ・中部地区にある訪問介護事業所 122 か所のうち、62 か所登録 (全体の約 51%)

【令和5年度 活動内容】

第1回	令和5年 6月20日(火) 14時～16時	中部地区医師会 3階ホール
第2回	令和5年 10月17日(火) 14時～16時	中部地区医師会 3階ホール
第3回	令和6年 2月20日(火) 14時～16時	中部地区医師会 3階ホール

【今年度の活動】

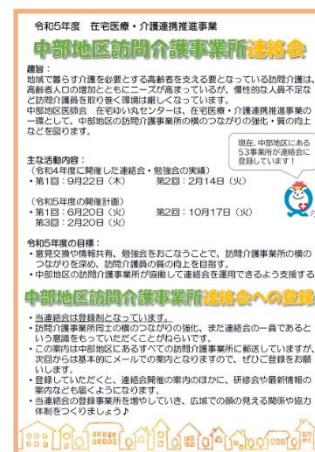
- ・令和5年度支援方針計画を見直し、当初予定していた「伴走・並走支援」から「後方支援」へ支援方針変更
- ・令和7年度以降の自主運営に向け、6名のコアメンバーと定期ミーティングを重ね、丁寧な引継ぎを実施
- ・コアメンバーとともに、令和7年度以降の自主運営を見据えた次年度年間計画の立案

【今後の方向性】

- ・登録事業所(仲間)を増やしつつ、コアメンバーと共に令和7年度以降の自主継続運用に向け検討
- ・令和7年度以降の自主運営(継続運営)向け、コアメンバーとの定期ミーティングの継続実施
- ・コアメンバー以外に、協力メンバー(会場設営等を単発的に協力してもらう登録事業所メンバー)を募り、ヘルパー連絡会登録全事業所が主体性を持って連絡会を盛り上げ、継続運営していけるような工夫や仕掛けをコアメンバーと共に検討(連絡会冒頭の在宅医師からヘルパーへ向けた応援ビデオレター継続等)

【意見交換内容】

- ・業務でやりがいを感じた事やチームや多職種との取り組みでうまく行った事として、「DV被害者や通院拒否の利用者支援で良い支援ができた」「多職種連携で相談しやすい環境が作れた」「多職種連携で利用者の状態が改善した」「処遇面でヘルパー経験数により給与面に差をつけ調整ができた」等の意見があった。
- ・看取りに関する事例紹介と意見交換では、「他事業所の看取り支援を知ることでの今後の参考になった」「敷居の高い医師との繋がりができるといい」等の意見があった。
- ・(テーマ設定なし)フリートークによる他事業所の取り組みや悩み相談ができる場(横の繋がりが欲しい。その他トーク内容:難しい利用者やクレーム対応、書類整理、BCP、報酬改定、自事業所の強み、離職予防



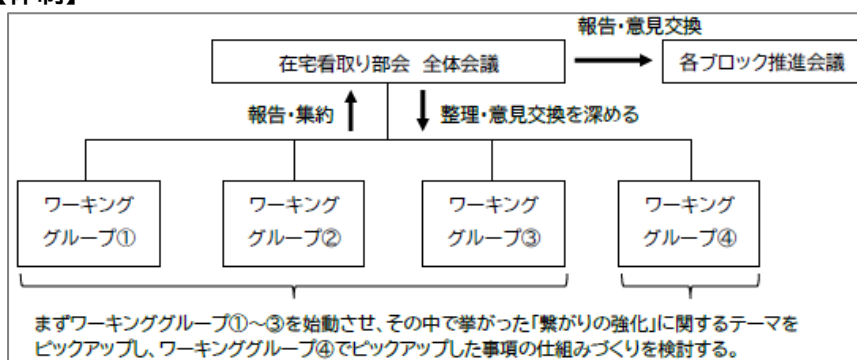
切れ目のない在宅医療・介護のサービス提供体制の構築推進

(3)在宅看取り部会

【目的】

高齢化が急速に進行しても切れ目のない医療と介護サービスを提供し、地域住民一人一人が住み慣れた地域で自分らしく療養生活を送り、自身の希望する療養場所で最期を迎えられるよう中部地区における在宅(施設・自宅)看取り体制を構築する事を目的とし、在宅看取り部会を設置。現在発生している課題、今後の人口動態の移り変わりに伴って発生する課題に対し、現在実施している当事業の各種取り組みとの連動性等を加味しながら、当事業が行える効果的な取り組みを検討、決定する。

【体制】



【ワーキンググループ】

ワーキンググループ①	最期まで過ごせる場所を増やす（資源の体制整備）
検討項目：高齢者施設（特に有料、サ高住など）、自宅 中間目標：実態数の把握のためのアンケート調査内容を部門で検討し、調査結果からより効果的な取り組みに繋げるために方向性を絞る（優先順位を付ける）。 最終目標：絞った方向性の具体的な対応策の検討、形作り。	
ワーキンググループ②	普及啓発（知識の普及）
検討項目：地域住民、医療・介護関係者 中間目標：実行可能かつ効果的な手段、テーマの検討。 最終目標：看取り体制構築に向け、地域住民や医療介護関係者へ知ってほしい知識普及ツールの形作り。	
ワーキンググループ③	身寄りのない高齢者（問題の整理）
検討項目：問題の整理、役割の明確化、各所への問題提起 中間目標：実態数の把握のためのアンケート調査内容を部門で検討し、調査結果を踏まえ問題の整理を行う。 最終目標：整理した問題に対する役割の明確化、関係各所への問題提起に繋げる。	
ワーキンググループ④	顔の見える関係作り（繋がり強化）
検討項目：職種間連携、地域との繋がり 最終目標：ワーキンググループ①～③で学がった繋がりや連携に関する課題を拾い上げ、当事業で行える事、他事業等と連携して行える事具体策の検討、仕組みづくりを行う。	

※中間目標は令和5年度末、最終目標は令和6年度末までを指す。



【アンケート調査】

目的:中部地区における看取り体制及び身寄りのない高齢者の現状把握のため
 対象:高齢者入所施設、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、病院、消防
 期間:令和5年9月20日(水)～令和5年11月10日(金)

アンケート調査結果報告書
 下記 QR コードより
 ご覧いただけます。



施設種別	調査対象数	回答数	回答率
高齢者入所施設	263	101	38.4%
居宅介護支援事業所	196	80	40.8%
地域包括支援センター	28	24	85.7%
病院	27	21	77.7%
消防本部	7	7	100%
合計	521	233	44.7%

【開催日・意見交換内容】

ワーキンググループ① 体制整備	開催日:令和5年7月19日(水)、令和6年1月17日(水)
	<p>ワーキンググループ①の目指す姿:本人の意向に沿った最期優先的に取り組むべき課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療介護連携での課題 ・看取りを行う上での課題 ・看取りを行えていない要因 <p>キーワード</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療的ケア ・調整 ・相談 ・マッチング ・意向確認、伝達(ACPの記録と共有) ・特色を活かす
ワーキンググループ② 普及啓発	開催日:令和5年9月12日(火)、令和6年1月17日(水)
	<ul style="list-style-type: none"> ・高齢者だけでなく若い世代へのアプローチも必要。SNS活用強化。 ・住民がいつでも目や手が届く範囲にあるような周知も同時に実施する事が重要。 ・12市町村で一律に同じ活動をおこなえるとは限らない。冊子等だと統一しやすい。 ・YouTube にあがっている既存動画の QR コードや現在の活動内容、例えば出前講座の動画などを小冊子にまとめるのはどうか。様子もイメージしやすく、興味があればここに問い合わせてくださいと案内もできる。 ・在宅ゆい丸センターホームページに特設ページを作って小冊子と同じ情報を掲載する事もできるのでは。
ワーキンググループ③ 身寄りのない高齢者	開催日:令和5年7月13日(木)、令和6年1月17日(水)
	<ul style="list-style-type: none"> ・身寄りのない高齢者の支援内容に関する役割分担を行うための話し合う場が必要では。 ・実際に起こっている事の情報を蓄積する意味でも、完全にグレーゾーンとなっている部分の役割分担について会議の中で話し合っていく事で、うまくいくところと難しいところが見えてくるのでは。その前に明白な部分の役割分担も。 ・地域ケア会議の中に身寄りのない方のケースを一つ入れる等して話し合いの場を増やすのもいいのでは。 <p>方向性↓</p> <ul style="list-style-type: none"> ・まずはホワイトの部分の役割整理を行い、次にグレーゾーンの部分に移る形で進めたい。 ・各職種が行える支援の限界値(こういう事ならできる等)の共有が行えるといい。

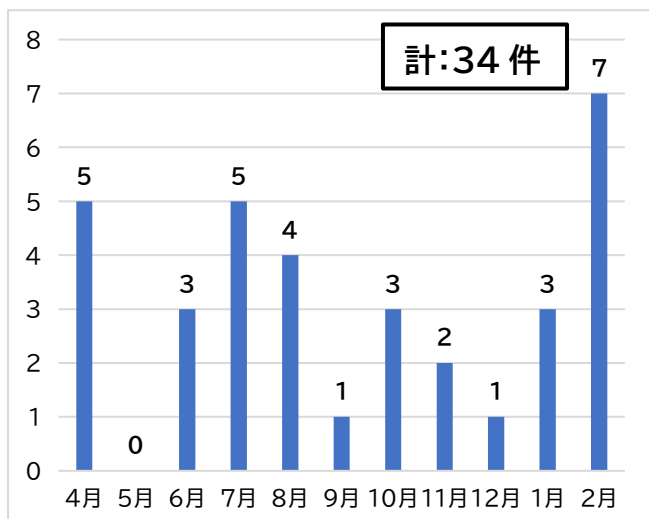
相談支援

(1)在宅医療・介護連携に関する相談窓口

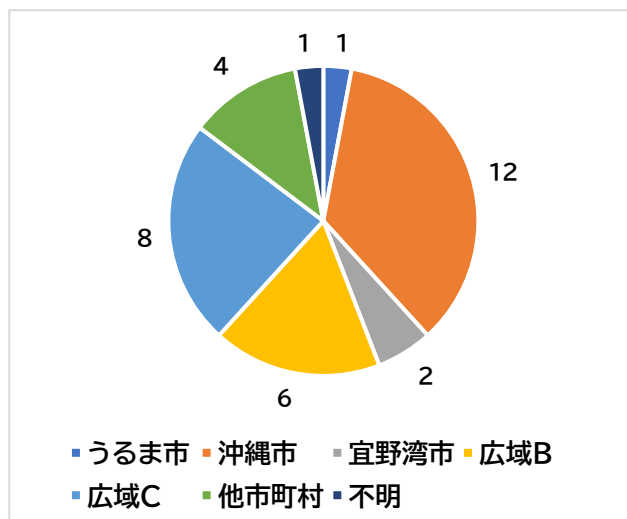
【目的】

在宅医療・介護連携を支援する相談窓口を設置することにより、地域の医療・介護関係者や地域包括支援センター、地域住民から、在宅医療・介護連携に関する相談等を受付け、連携調整、情報提供等により、その対応を支援する。

【月別相談件数】※2月末までの集計



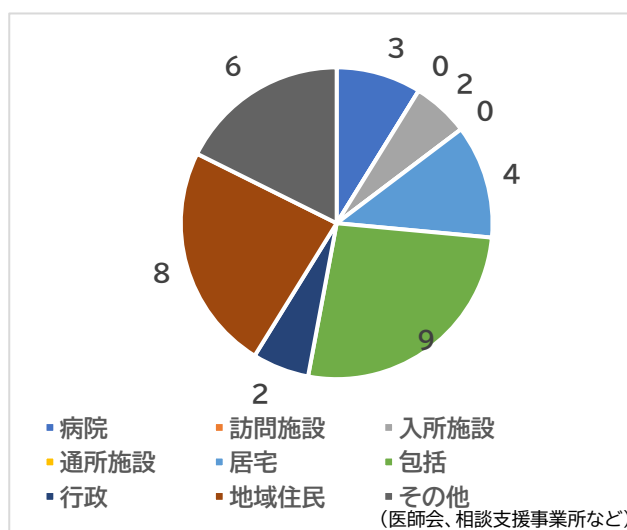
【市町村別割合】※2月末までの集計



【主な相談内容】

- 地域資源の情報提供に関すること
 - ・レスパイト入院、医療度の高い方を受け入れ可のショートステイ、入所先を探している。
 - ・栄養士が利用者宅へ訪問して栄養指導を行える事業所または栄養士を探している。
 - ・人工呼吸器や吸引が必要な方の台風時のレスパイト入院先はあるか。
 - ・介護保険外サービスのヘルパーを探している。
 - ・人工透析の送迎があるクリニックを探している。
 - ・中部地区にある看護小規模多機能について教えてほしい。
- 新型コロナに関すること
 - ・コロナ患者対応可能な介護タクシーを探している。
 - ・コロナ診療体制における医療機関の確保について、相談先や相談方法を教えてほしい。
 - ・(上記相談に関連して)かかりつけ医が協力できない場合どうしたら良いか。
- その他
 - ・在宅介護をするためにはどうすれば良いか情報を教えてほしい。
 - ・在宅ゆい丸センターの活動内容について詳しく教えてほしい。

【事業所別割合】※2月末までの集計



など

地域住民への普及啓発

(1) ACP(アドバンス・ケア・プランニング:人生会議)出前講座

【趣旨・ねらい】

地域住民が自分らしい暮らし、人生のあり方を考えるきっかけになるように、ACP 普及啓発アニメーション動画、命しるべ・エンディングノート冊子等を活用した ACP 普及啓発講座を実施し理解促進を深める。なお、コロナ禍のため地域で行われている老人会・町内会等のコミュニティを対象とし、当センターコーディネーターによる出張型の出前講座を実施する。

【月別開催件数と参加人数】

	件数	人数
4月	0	0
5月	3	72
6月	1	28
7月	0	0
8月	2	38
9月	2	33
10月	1	11
11月	2	45
12月	1	13
1月	1	5
2月	0	0
3月	0	0
計	13件	245名

【参加・理解について】

参加について	割合
とても良かった	65%
良かった	28%
どちらともいえない	2%
未回答	5%

理解について	割合
とても理解できた	63%
まあまあ理解できた	30%
どちらともいえない	2%
あまり理解できなかった	0%
未回答	4%

【主な開催場所】

- ・西原町、北谷町、うるま市民生委員会
- ・西原町、宜野湾市自治会
- ・金武町地域ケア会議
- ・恩納村認知症カフェ
- ・金武町介護事業所職員研修
- ・沖縄市地域包括支援センター
- ・中城村認知症サポーター養成講座

【参加者の感想(一部抜粋)】

- 考えてもなかった老後について、考えるきっかけになり良かった。
- 理解し易い説明で、老後について自分がどう考え、何を優先して取組んでいけばいいのか参考になった。まずは、健康で日々を過ごすことが大事。
- もしバナゲームを通して自分の思いを改めて考える事ができて良かったです。ぜひ家族と話し合いのきっかけにて、ゲームをしてみたいです。
- 考えたことがなくて、カードを見ていろいろ考えさせられました。ほんとに元気なうちに考える必要があると実感しました。家族と話すことの大切さを感じました。
- 最期について考えるのは初めてだったので、良いきっかけになった。



地域住民への普及啓発

(2)講演会

【趣旨・ねらい】

医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができよう、必要な医療・介護について学び地域住民の理解を深める事を目的とする。

【開催詳細】

- うるま市:令和5年10月1日(日)14:00~16:00/うるま市民芸術劇場(参加者:65名)
令和5年10月22日(日)10:00~12:00/うるマルシェ(参加者:30名)
「元気な今だからこそ考える ～あなたらしい終活～」 ※両日同テーマ



- 嘉手納町:令和6年2月21日(水)14:00~15:30/かでな未来館(参加者:24名)
- 読谷村:令和6年3月6日(水)14:00~15:30/読谷村文化センター(参加者:52名)
- 北谷町:令和6年3月8日(金)14:00~16:00/ちやたんニライセンター(参加者:63名)
「生き方」も「逝き方」も自分で決める! ~書いて伝える、私の思い~ ※3地区同テーマ



【参加者の感想(一部抜粋)】

とても貴重な講演でした。考えるキッカケ、家族と話し合うキッカケ作りになりました。
今日からエンディングノートを書いてみたいと思いました。とても心に残る講演会でした。ありがとうございました
残る人、私の大事な人に想いを伝えることが、とても大事なことだと思いました。ありがとうございました。
”思いを形にする”実行したいと思います。
(知行合一)行動してエンディングノート作成して行きます。
心のあるお言葉が沢山、自分の心に響いています。これからの人生に役にたてます。
他人事だと考えていた終活、今日の講演会で他人事では済まされないと思いました。
命(ぬち)について考えたい(終活)自分をみつめ、今をよりよくじぶんらしく生きる
自分の思いを伝えたい人にはちゃんと伝えたいと思いました。1.01の法則、がんばっていくぞ!!

地域住民への普及啓発

(3) その他、既存ツールを活用した普及啓発

① YouTube、在宅ゆい丸センターホームページにてアニメーション動画掲載



※YouTube 視聴回数:8.5 万回視聴(令和 6 年 3 月 18 日時点)

②市町村担当者と調整し、市町村広報誌 11月号等に ACP 記事掲載

11月30日はいい看取り・看取られ「人生会議の日」

人生会議をご存じですか？
将来の変化に備え、これからの医療やケアについて、本人を中心にご家族や近しい人、医療・ケアチームが繰り返し話し合いを行い、本人による意思決定を支援するプロセスのことです。

なぜ、人生会議をするの？
誰でも、いつでも、命にかかわる大きな病気やケガをする可能性があります。そのような人生の最終段階において、多くの人が自分の想いを伝えられず、望む医療やケアを受けられないことがあります。また、ご家族もどうするかで悩むことが一層多いのが、判断に迷うことがあります。
元気なうちから「自分がこれまでもどう生きてきて、何を大切にしているか、これからどうを、誰と、どのように過ごしていきたいか」などを、ゆんたくしてみませんか？
命しるべ、エンディングノートは恩納村地域包括支援センターにて配布しています。

●カードを使ってゲームのように人生会議を行う「もしバナゲーム」をやってみませんか？自治会やサークルなどみなさんが集まる場所へ出前講座を行っています。もしバナゲーム希望の方や介護についてのお悩みや相談などは、恩納村地域包括支援センターへ気軽にお問い合わせください。

お問い合わせ：恩納村地域包括支援センター(福祉課内) ☎966-1207

11月30日は「いい看取り・看取られの日」

自分や家族の「もしもの時」に備えて ACP(人生会議)してみませんか？

ACP(アドバンス・ケア・プランニング)は「人生会議」とも呼ばれています。ご自身を中心に家族などの近しい人、医療・介護のケアチームが、自分が受けたい医療やケアについて何度も話し合いを行うことで、ご自分の「こんな最期を迎えたい」「そのために何をしたらいいか」などの意思決定を支援していくことです。

自分や親、祖父母などの大切な人が、自分らしく最期まで過ごすことができるよう、元気なうちから「やってほしいこと」「やってほしくないこと」「大切だと感じること」などをあらかじめ伝えておきたいですか？
北谷町地域包括支援センターでは公民館などでカードゲームを使ったACPの講座を開いたり、「命しるべ(医療と介護の連携/パンフレット)」や「エンディングノート」などの冊子をお配りしています。ぜひお気軽にお問い合わせください。

冊子の配布・お問い合わせ 北谷町地域包括支援センター(福祉課高齢者福祉係内) ☎936-1234(内線2130)

健康・福祉

いい看取り・看取られ アドバンス・ケア・プランニング

11月30日は、厚生労働省が定める「人生会議」(アドバンス・ケア・プランニング:略称"ACP")の日です。
将来の変化に備え、将来の医療およびケアについて、本人を中心に「ご家族や近しい人、医療・ケアチームが繰り返し話し合いをおこない、本人による意思決定を支援するプロセス「人生会議」。

宜野湾市では、中部地区医師会在宅ゆい丸センターに委託し、地域の方々へ普及啓発活動をおこなっています。自分自身、また親や祖父母などの大切な人が、人生の最期まで住み慣れた地域や場所で自分らしく過ごすことができるよう、元気なうちから、好きなこと・嬉しいこと・大切に感じることなど、お話ししてみませんか？

介護長寿課にて命しるべ、エンディングノート無料配布中(100冊限定)

ACPアニメーションはコチラ▶

問 介護長寿課 内線4131

知っていますか？人生会議
(アドバンス・ケア・プランニング:ACP)

○人生会議とは
11月30日(いい看取り・看取られ)は「人生会議」の日です。「人生会議」とは、もしもの時に備えて、あなたが望む医療やケア、大切にしたい暮らしをあらかじめ考え、家族や信頼できる友人、医療や介護の専門家など周りの人々と、前もって話し合うことを「アドバンス・ケア・プランニング(ACP)」といいます。
人生の最期まで住み慣れた地域や場所で自分らしく過ごすことができるよう、元気なうちに信頼する人たちと話し合ってみませんか？

○人生会議(アドバンス・ケア・プランニングシート)を活用してみよう
もしものときに備えて自分の想いや希望を書き留しておくための「命しるべ」「エンディングノート」を北中城村地域包括支援センター窓口にて配布していますのでぜひご活用ください。(数に限りがございますのでご了承ください)

【問い合わせ】北中城村地域包括支援センター ☎935-5922

お知らせ
「エンディングノート」
「命しるべ」無料配布

福祉課 地域包括支援センター ☎982-9234

11月30日(いい看取り)は人生会議の日です。人生会議とは、人生の最期まで自分らしい暮らしを続けるためにご家族やご友人、医療や介護の関係者へ自分の希望を伝え、話し合う方法です。あなたの大切なことを元気なうちに書き残しておきませんか？

QRコードから人生会議についてのアニメーション動画「命の道しるべ」(中部地区医師会編)が視聴できます。

③ラジオ出演

FM コザ「沖縄県認知症行方不明者家族の会」カラララジオ出演し事業周知(6/8、11/9、12/14)





医療・介護関係者の情報共有支援

(1)在宅ゆい丸センターホームページ

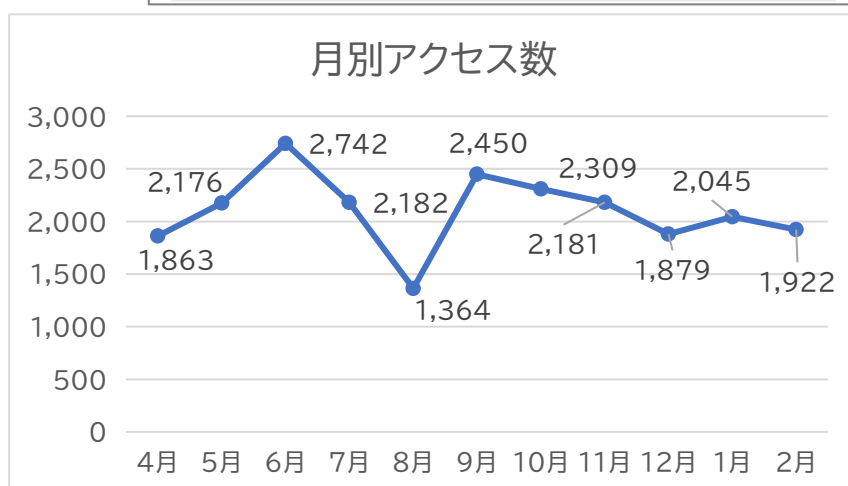
【目的】

患者・利用者の在宅療養生活を支えるために、患者・利用者の状態の変化等に応じて、医療・介護関係者間で速やかな情報共有が行われるよう支援するため、ホームページ・メーリングリストを活用して研修等の速やかな情報提供を行う。



【月別アクセス数】

	アクセス数	前月比
4月	1,863	-46
5月	2,176	+313
6月	2,742	+566
7月	2,182	-560
8月	1,364	-818
9月	2,450	+1,086
10月	2,309	-141
11月	2,181	-128
12月	1,879	-302
1月	2,045	+166
2月	1,922	-123
月平均	2,101	-



【実績】

	記事投稿回数	メール送信回数	登録者数
4月	2	2	841
5月	3	3	847(+6)
6月	7	5	838(-9)
7月	3	2	844(+6)
8月	0	0	844
9月	6	5	845(+1)
10月	4	4	845
11月	6	6	849(+4)
12月	6	6	850(+1)
1月	7	7	851(+1)
2月	6	6	852(+1)
計	50回	46回	852

【ページ一覧】

- トップページ
- お知らせ・ニュース
- 活動報告
- 医療・介護おたすけマップ
- 活動内容
- 職種紹介
- お問合せ
- リンク集
- ダウンロード
- 採用情報
- 個人情報保護方針



医療・介護関係者の連携支援

(2)入退院支援連携マナーブック

【主旨・目的】

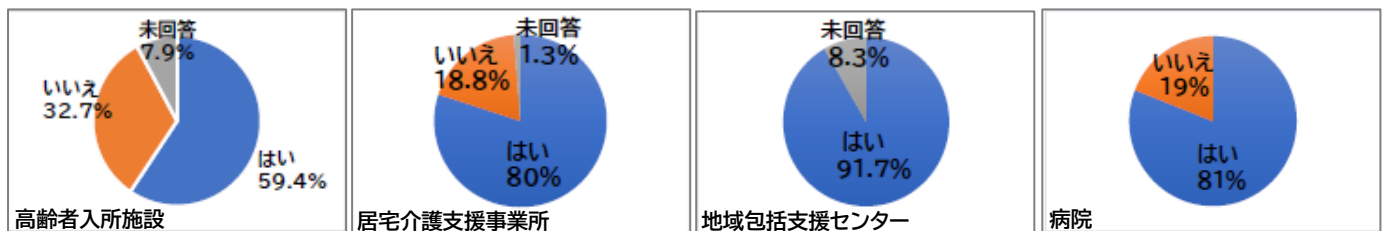
以前より、入退院時の多職種連携において、「入退院を繰り返す」「情報共有不足、欲しい情報にずれがある」等の課題が挙がっている。当事業では、本人の意思を尊重した支援を行えるよう、病院側と在宅側のスムーズな連携体制構築に向け、入退院時における連携・支援のポイント、マナー等についてまとめた「入退院支援連携マナーブック」を平成 30 年度に作成、配布・周知活動を継続実施している。

【主な掲載内容】

- 入退院支援における共通マナー(P4)
- 病院とケアマネの動き、フローチャート(P5～6)
- 地域の医療と住宅サービス(P7～15)
- 医療介護連携にかかる主な介護報酬・診療報酬加算(P16～17)
- 連携時の参考シート一覧(P18～20)
- 中部地区圏域 病院連携窓口一覧(P25～27)
- 中部地区圏域 在宅療養支援診療所一覧(P27～33)



【冊子の認知度】※令和 5 年度在宅看取り部会アンケート調査結果より



【使用した方の声と活用例】 ※令和 2 年 1 月アンケート調査結果より一部抜粋

- ・今まではどこに連絡するかわからなかったもので、探しやすくなった。
- ・往診対応病院の体制等の説明に活用しました。
- ・各職種・機関の特徴や動きの流れが図やフローチャートでわかり易かった。
- ・入居者が入院した際、退院時の調整に役立ちました。在宅支援診療所、包括の一覧があり相談調整する時に役立ちました。
- ・一般常識としてのマナーの記載がある事でより意識することができる。
- ・勉強会等にて使用(活用)できる。
- ・相手の立場を考えて連携できるので良い。

【令和 5 年度の活動内容】

- ・入退院支援多職種研修会にあわせて冊子を増刷、参加者へ配布し周知。
- ・在宅ゆい丸センターホームページにて、データ上で情報提供。
- ・挨拶回りの際に、冊子の紹介。

(3)介護施設等における在宅・救急連携の基本的な心得



【主旨・目的】

高齢者入所施設や自宅で最期まで療養することを希望している高齢者の病状が急変した際に、本人の意思に沿わず救急搬送されている現状がある。

当事業の一環として、人生の最終段階における医療・ケアに関する本人の意思が尊重されるよう、下記2点の体制強化を推進する事を目的とする。

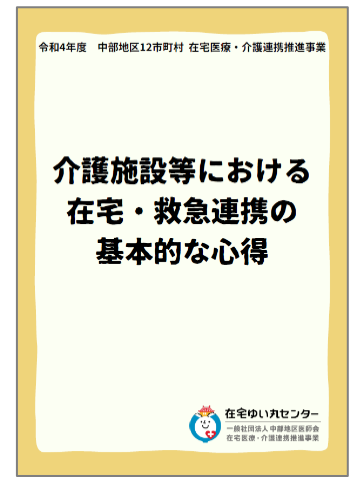
- ①日頃から、本人や家族が希望する医療やケアを確認し、関係者間で共有する。
- ②本人の急変時の対応方法について関係者間で検討、共有する。

【主な掲載内容】

- 「介護施設向け」の心得・ポイント(P3)
- 「かかりつけ医向け」の心得・ポイント(P4)
- 「病院向け」の心得・ポイント(P5)
- 「救急隊向け」の心得・ポイント(P6)
- その他、補足の情報(P7)

【令和5年度の活動内容】

- ・在宅ゆい丸センターホームページにて、データ上で情報提供。
- ・急変時対応多職種研修会にあわせて冊子を増刷、参加者へ配布し周知。
- ・挨拶回りの際に、冊子の紹介。
- ・周知強化に向けて冊子の増刷。



<h3>介護施設向け</h3> <ol style="list-style-type: none"> 入所時にACPを含めた意向の確認を行います。命しるべパンフレットを活用できます。 医療処置に関する確認は、かかりつけ医と相談し情報の共有を行います！ 入所者が積極的な延命治療を希望していない事が分かったら、看取りを行えるか、医療・介護ケアチームで検討しましょう。 ACPを含む入所者の情報をまとめた情報共有シート等を作成し、日頃より施設関係者間で共有しましょう。また、定期的な情報の更新を行います。 積極的な延命治療を希望していない入所者が過院固となった場合、往診を行う事ができるか、かかりつけ医に確認しましょう。 病状の変化を起こす可能性が高い入所者について、医療・介護ケアチームでACPや対応方針等を共有しましょう。 上記のような入所者の対応等の共有を行う事で、職員の安心に繋がります！ 迅速に指示の確認を行えるよう、あらかじめかかりつけ医療機関の窓口を把握しておきましょう！ 救急搬送は救命を目的としているため、搬送中に心臓蘇生等の処置を行います。ACPやDNRの意向確認が行われている場合、かかりつけ医に相談して救急車を要請するか判断しましょう。 救急搬送の際は、情報共有シート等を利用して救急隊へ情報提供を必ず行いましょう。情報提供が不十分だと、聞き取りに時間を要する事があります。 	<h3>かかりつけ医向け</h3> <ol style="list-style-type: none"> 施設職員やケアマネジャー等からかかりつけ患者のACPに関する相談や話し合いを求められた際は、可能な限り応じ、医療情報の提供や今後についてともに検討しましょう。 かかりつけ患者が積極的な延命治療を希望していないことが分かったら、往診を行えるか事前に施設関係者に伝えましょう。 ◎対応できない場合は、往診を行っている医療機関に紹介する等の検討を行います！ 日頃より、施設関係者を含めた医療・介護ケアチームでかかりつけ患者のACPや疾患の情報、病状が変化した場合の対応方針等を共有しましょう。 かかりつけ患者が救急搬送された場合は、速やかにACPの内容を含めた診療情報の提供を行います。 <p>●往診対応が可能な医師の探し方</p> <p>住み慣れた施設や自宅で最期まで過ごすことを希望している場合、方が一時的にかかりつけ医による施設や自宅への往診対応が重要となります。</p> <p>「医療・介護おたすけマップ」で在宅医療を行っている医療機関を検索するか、在宅ゆい丸センターまでご連絡ください。</p> <p>●医療・介護ケアチームとの情報共有について</p> <p>かかりつけ患者の病状が変化した場合等に開催される担当者会議に参加していただき、医療・介護ケアチームで情報共有する事で、かかりつけ患者の希望に沿った支援に繋がります。</p>	<h3>病院向け</h3> <ol style="list-style-type: none"> 介護施設等に入所している、もしくは退院後に新規入所する患者が退院する際には、かかりつけ医やケアマネジャーに対してACPを含む患者情報の提供を行います。 積極的な延命治療を希望していない方も、診断もしくは症状緩和と治療を目的に病院を受診（救急搬送含む）する事はあります。その際は、本人の意向を確認し適切な医療を行います。 介護施設等から救急搬送される患者について、施設職員同業の有無で受け入れの判断をしないようにしましょう。 職員が不足している時（特に夜間等）は、救急車に同乗する事で残された入所者の見守りができず危険にさらされてしまうため同乗が困難です！ 施設職員の同業があった場合、長時間院内に引き留めないようにしましょう。救急一病棟間などでスムーズな院内連携を図り、患者情報の共有を行います。 ◎院内に長時間拘束されている間、本業行うべき業務ができず介護施設の負担が大きくなってしまいます！ <p>●ケアマネが必要な情報</p> <p>看護リマリー、リハビリリマリー、診療情報提供者（医師の同意の上）、処方情報、入院中の経過や状態、退院後は必ず「ききま」（次回の受診先、受診日時など）、入院中に確認した本人・家族の意向や希望 など</p> <p>退院時の患者状態が、サマリーに記載されている情報と異なっている事があります。退院時の本人情報（身体、食事など）も必要です。</p> <p>退院前に新規でケアマネが付く場合は、上記情報に加え、病院が持っている本人・家族の基本情報 など</p>	<h3>救急隊向け</h3> <ol style="list-style-type: none"> 介護施設等の入所者を救急搬送する際は、施設内の状況（夜間等、職員不足など）によっては施設職員が同乗できない場合がある事を理解しましょう。 ◎職員が不足している時に同乗を求めると、残された入所者の見守りができず危険にさらされてしまいます！ <p>●救急業務とは</p> <p>(1) 医療機関へ緊急に搬送する必要のあるものを、救急車によって、医療機関等へ搬送すること（乗客者が医師の管理下に置かれるまでの間において、緊急やむを得ないものとして、応急の手当てを行うことを含む）をいいます。（消防法第二条第九項）</p> <p>(2) 救急隊員は、傷病者を医療機関その他の場所に収容し、又は救急現場に医師が到着し、傷病者が医師の管理下に置かれるまでの間において、傷病者の状態その他の条件から応急処置を施さなければその生命が危険にさらされ、又はその状態が悪化する恐れがあると思われる場合には応急処置を行います。（救急隊員の行う応急処置等の基準第三条）</p> <p>※補綴メディカルコントロール協議会 平成27年12月18日開催 DNR（蘇生指示）指針書と救急車乗務対応について（依頼）通知文書より</p> <p>●高齢者福祉施設等における救急ガイドブック</p> <p>救急搬送や救急要請のポイント、救急連絡シートと記入例等がまとめたガイドブックを、うるま市消防本部が作成しています。（定期的な改訂あり）</p> <p>救急連絡シートの項目を、各施設のシートと照らし合わせ、不足がある場合は、参考にして項目の追加などを検討しましょう。</p>
---	--	--	--

(1)カテゴリー別の多職種研修会



●「入退院支援」をテーマとした多職種研修会

【テーマ】

「調整力～切れ目のない医療・介護連携に向けて～」

【目的】

- ・日常生活～入院～退院～在宅療養における流れを理解し、切れ目のない医療・介護連携がイメージできる。
- ・互いの役割を理解することでそれぞれの視点がイメージできる。
- ・情報を受け取る側の役割もイメージしたうえで、情報提供を行うことができる。

【開催日時／開催方法】

令和5年7月26日(水)19:00～21:00／沖縄市民会館

【研修協力者】

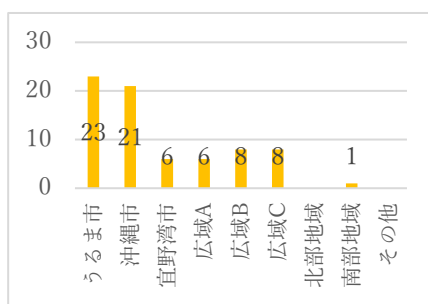
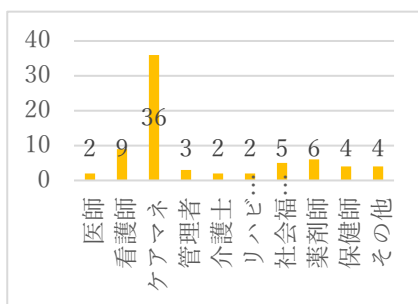
挨拶	末永 正機(中部地区医師会老人保健担当理事)	
座長	仲間 直崇(北谷病院)	
登壇	與儀 篤(中部徳洲会病院)	大嶺 洋(北中城若松病院)
	前田 耕平(イズ C&S)	喜屋武 善高(住宅型有料老人ホーム アイリーぐしかわ)
ファシリ	久場 良朗(居宅介護支援事業所 LIB)	花城 ちさと(居宅介護支援事業所 島の風)
	喜納 剛(CAREPLAN RESPO)	工藤 清美(ケアプラン愛)
	大城 真也(ケアプランセンター愛聖)	新垣 淑公(中部地区医師会居宅介護支援事業所)
	金城 裕介(ケアプランセンターWAN STYLE)	金城 智希(ケアプランセンター愛聖)
	新垣 俊(介護支援センターさんだん花)	玉那覇 修作(介護支援センターさんだん花)
	古堅 綾乃(介護支援センターさんだん花)	宮川 育子(ケアプランアシスト)
	古波蔵 充(ケアプランななふく)	志良堂 幸次(ケアプランニングらいふりい)
	仲宗根 善人(居宅介護支援事業所 盛楽)	

【研修結果】

参加者：94名

満足度：91%

今後に活かせるか：96%



●「療養生活支援」をテーマとした多職種研修会

【テーマ】

「在宅療養生活における服薬管理～各職種の関わり方と多職種連携～」

【目的】

- ・療養生活における医療・介護関係者の支援による服薬管理の重要性を理解する。
- ・事例を通して、日々の業務において各職種の視点から服薬管理の不十分さに繋がっている細かな要因がないか意識する。
- ・グループワークを通して、顔の見える関係作りを行う。

【開催日時／開催方法】

令和5年9月28日(木)19:00～21:00／会場(NBC 結婚式場)+オンライン(Zoom)

【研修協力者】

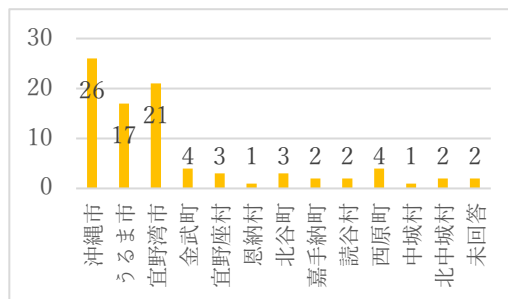
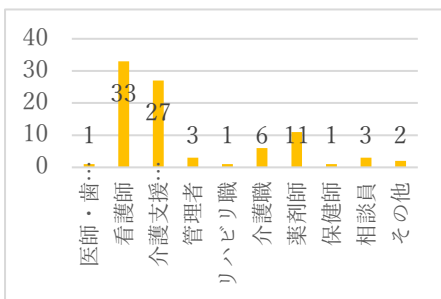
挨拶	末永 正機(中部地区医師会老人保健担当理事)	
座長	東 賢志(おかえり在宅クリニック)	
登壇	石田 浩(すこやか薬局野嵩店)	仲田 栄寿(訪問看護ステーションかいほう)
	古堅 綾乃(介護支援センターさんだん花)	

【研修結果】

参加者：116名

満足度：96%

今後に活かせるか：99%



●「看取り支援」をテーマとした多職種研修会

【テーマ】

「看取り支援における情報共有とコミュニケーション～本人・家族の意向に沿った支援を多職種で行うには～」

【目的】

- ・登壇者による事例発表やグループワークを通して、看取り期に多職種間で必要となる情報共有やコミュニケーションについて学ぶことができる。
- ・多職種間での情報共有やコミュニケーションの工夫点や問題点等の整理ができる。
- ・グループワークを通して、顔の見える関係作りを行う。

【開催日時／開催方法】

令和5年12月13日(水)19:00～21:00／会場(エリスリーナ西原)+オンライン(Zoom)

【研修協力者】

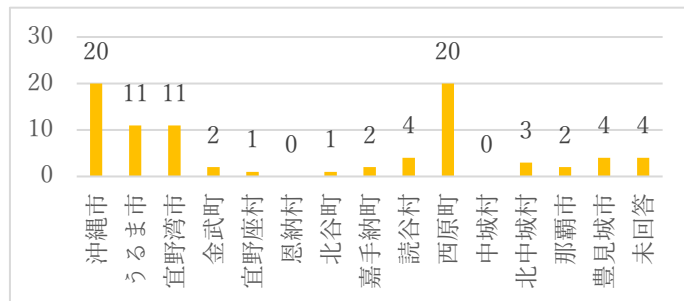
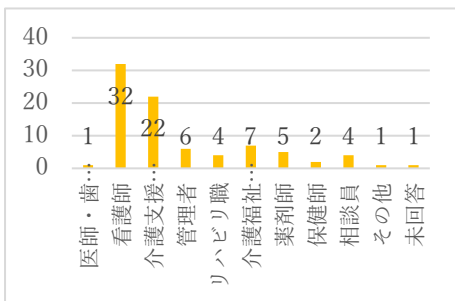
挨拶	末永 正機(中部地区医師会老人保健担当理事)	
座長	森田悦雄(玄米クリニック)	
登壇	桑鶴 松枝(特別養護老人ホーム知花の里)	久場 良吾(ろかい在宅クリニック)
	玉城 竜一(比謝川の里)	新垣 玲(ケアプランセンター西原敬愛園)

【研修結果】

参加者：109名

満足度：72%

今後に活かせるか：90%



●「急変時対応」をテーマとした多職種研修会

【テーマ】

「事例を通して考える 段階に応じた ACP と多職種連携～その人が、その人らしく、いられるために～」

【目的】

- ・ACP、日頃の体制や搬送時の連携体制作りの重要性、各専門職の役割等を理解する。
- ・グループワークを通して顔の見える関係作りを行う。
- ・“介護施設等における在宅・救急連携の基本的な心得”の周知、理解促進を図る。

【開催日時／開催方法】

令和 6 年 3 月 14 日(木)19:00～21:00／会場(NBC 結婚式場)+オンライン(Zoom)

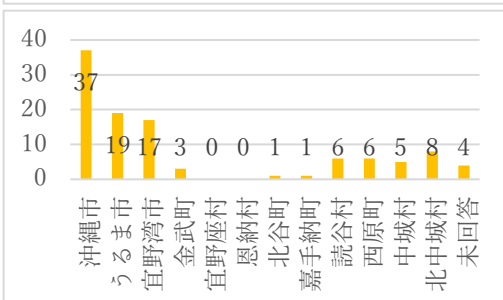
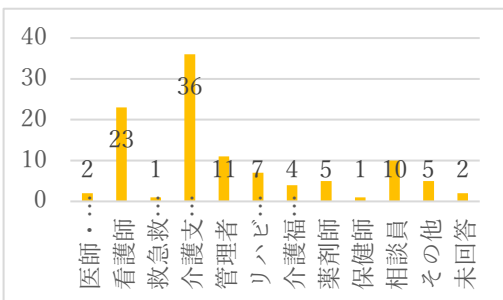
【研修協力者】

挨拶	末永 正機(中部地区医師会老人保健担当理事)	
座長	山入端 浩之(ファミリークリニックきたなかぐすく)	
登壇	仲村 尚司(中頭病院)	高良 清和(うるま市石川消防署)
	田木 聡一(ファミリークリニックきたなかぐすく)	知念 はるひ(サービス付き高齢者住宅いきがいのまち美里)
ファシリ	前田 耕平(ケアプランイズ C&S)	久場 良朗(居宅介護支援事業所 LIB)
	比嘉 盛浩(居宅介護支援事業所さくらケアステーション)	喜納 剛(CAREPLAN RESPO)
	具志堅 直也(うるま市地域保活支援センター いしかわ)	鶴永 昌弘(居宅介護支援事業所 寿楽)
	大城 真也(ケアプランセンター愛聖)	金城 智希(ケアプランセンター愛聖)
	本部 仁一(きづき居宅介護支援事業所)	石垣 憲作(西部南地域包括支援センター)
	伊禮 智子(ケアプランセンターWANSTYLE+)	仲門 文子(東部クリニック介護支援センター)
	新垣 淑公(中部地区医師会居宅介護支援事業所)	新垣 俊(介護支援センターさんだん花)
	古堅 綾乃(介護支援センターさんだん花)	比嘉 政枝(居宅介護支援センター幸笑)
	小橋川 由紀乃(ケアプラン花織)	宮川 育子(ケアプランアシスト)
	志良堂 幸次(ケアプランニングらいふりい)	新垣 玲(ケアプランセンター西原敬愛園)

【研修結果】参加者：152名

満足度：95%

今後に活かせるか：98%



医療・介護関係者への研修

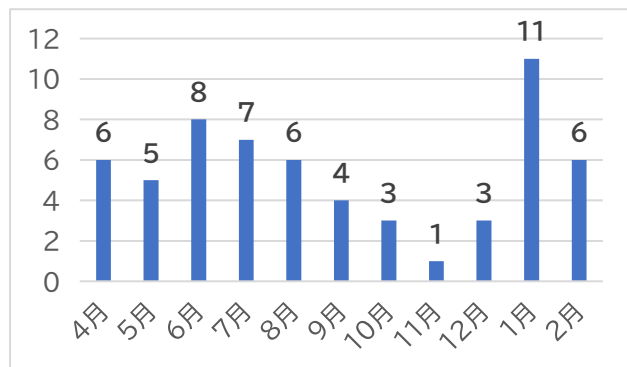
(2)貸出 DVD 研修

【目的】

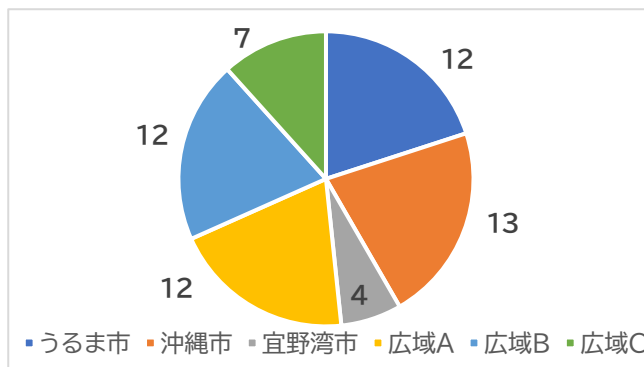
当事業では、医療・介護関係者を対象とした多職種研修会を定期開催しているが、人員不足や業務調整の難しさ等により介護職員が参加できない現状がある。新型コロナの発生もあった事から、施設内研修に役立てられるよう、令和2年度よりテーマ別のDVD貸出を実施、継続運用している。

【月別貸出本数】※2月末までの集計

計：60件



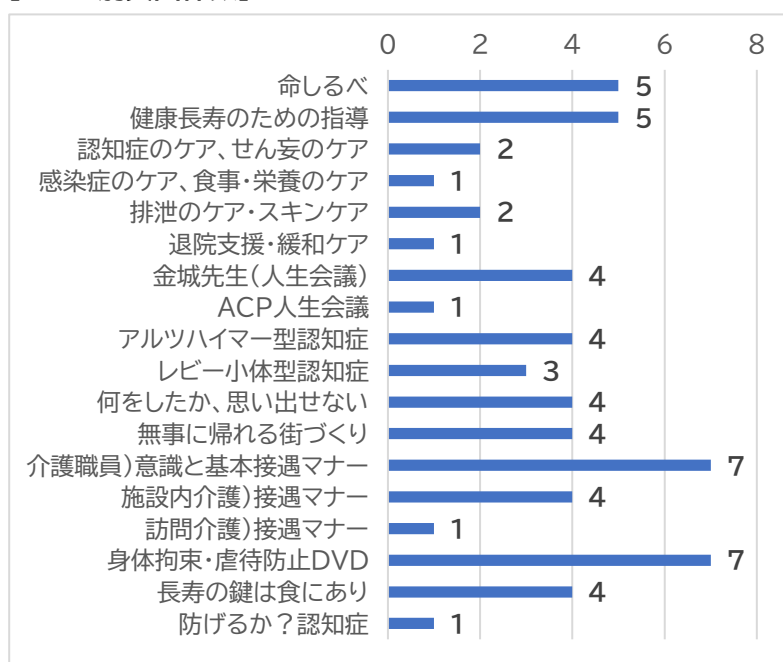
【市町村別貸出本数】



【事業所別貸出本数と視聴人数】

	貸出本数	視聴人数
病院	5	45
訪問看護	4	3
居宅	5	62
包括	1	5
訪問介護	2	11
通所介護	22	111
入所介護	8	84
行政	3	20
計	60本	341名

【DVD別貸出件数】



【DVD貸出研修を活用した方の声】

- ・今後も活用していきたい。急な研修にも対応してくれるので助かっています。
- ・場所を選ばずに研修を行えるので助かります。
- ・当日参加できない職員も後日DVDを視聴し学習できるのが良い点だと感じました。
- ・ご利用者様と一緒に食について学べたら良いと思いました。
- ・今後も継続してほしいです。 など

アンケート感想		
感想	回答数	割合
良かった	149人	88.2%
普通	20人	11.8%
あまり良く なかった	0人	0.0%
計	169人	100.0%

医療・介護関係者への研修

(3)高齢者シリーズ研修「身寄りのない人の意思決定支援」

【主旨】

近年、少子高齢化が進展し、単身の高齢者や高齢者のみの世帯が増加しており、これまで中部地区12市町村で行われてきた在宅医療・介護連携推進会議でも、単身高齢者やキーパーソン不在等の身寄りのない高齢者が、必要な医療や介護サービス等につながりにくいという課題が挙がっている。

判断能力や家族関係がどのような状態となっても、高齢者ひとり一人の意思が尊重され、医療や介護が必要となったときに安心できる適切な支援が受けられるよう、医療・介護および高齢者福祉に関わる多職種が、社会福祉制度やガイドライン活用等について学びを深めることが重要であると考え、6月に基礎編、10月に応用編として2回開催し、理解促進を図る。

【目的】

- ・本研修を通して、医療・介護および高齢者福祉関係者が、身寄りがなく意思決定が困難な人への支援について知識や理解を深めることができる。
- ・高齢者一人ひとりの意思が尊重され、尊厳を大切にされた支援につなげることができる。

【開催日時／開催方法】

第1弾(基礎編):令和5年6月30日(水)19:00~21:00/会場+オンライン(Zoom)

第2弾(応用編):令和5年10月25日(水)19:00~21:00/会場

会場:中部地区医師会立 ぐしかわ看護専門学校 講堂

【研修協力者】

挨拶	末永 正機 (中部地区医師会副会長 老人保健担当理事)
講師	寺田 明弘 氏 (ゆいま〜る法律事務所)

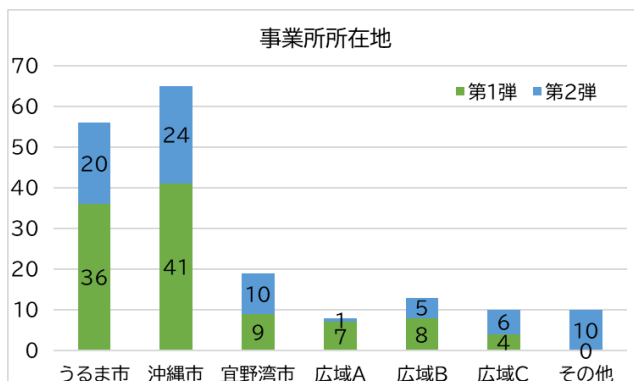
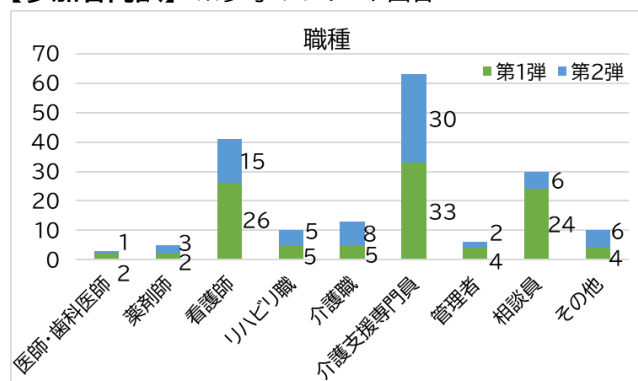


【研修結果】

	第1弾(基礎編)	第2弾(応用編)
参加者(会場+Zoom)	157名(86+71)	76名
アンケート回答率	67%	100%
満足度	91%	92%
今後に活かせるか	95%	99%



【参加者内訳】 ※参考:アンケート回答



9. 総括

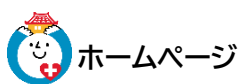
中部地区 12 市町村より在宅医療・介護連携推進事業を受託し7年目となる。医療と介護を必要とする状態になっても、住み慣れた地域で自分らしく過ごす事ができるよう、中部地区 12 市町村の事業担当者と協働し、各ブロック在宅医療・介護連携推進会議の委員(各地域の医療・介護専門職)の協力を得ながら様々な取り組みを実施した。

新型コロナウイルス感染症の流行により縮小していた活動に関して、オンライン開催の強みは活かしつつ、徐々に戻す事ができた。医療・介護関係者への研修は 6 回すべて会場開催を取り入れ、地域住民への普及啓発は出前講座の継続と中規模の講演会を 4 年ぶりに再開した。今後も、オンライン体制を強化しながら要望の多い各地区での開催など、柔軟な対応方法を検討して様々な手段を活用し継続的かつ効果的に実施していきたい。

また、今年度より在宅看取り部会を設置し、令和 6 年度末にはそれぞれ設定した目標に向けて 2 年計画で在宅看取りの推進に向け協議を行う事となった。アンケート調査実施により中部地区の現状を把握し、より協議を深めるための材料とする事ができた。

地域課題に関しては、推進会議の中で広域的な課題は十分に上がっており、それらを地域別に落とし込むための工夫・方法、さらに院内連携や一次連携等の課題への対応等が十分でないと感じられている。推進会議で話し合われた内容がどのような形で事業の参考となっているのか、そこから展開される活動の実施後の効果検証等、事業関係者への活動報告・フィードバックを十分に行いながら、一つ一つ確実に前進できるように行政とともに展開方法を検討・改善を行う。

さらに、事業活動の評価やより良い事業展開を目的として、市町村担当者、各ブロック推進委員、関わりのある専門職団体へ、今年度も事業活動に関するアンケート調査を実施し、当事業の理解度や、当事業や当センターへの思い、考え等を汲み取る事ができた。様々な疾患や問題を抱えた高齢者が増加していくため、しっかりとアンケート結果を今後に活かし、関係団体・関係事業所との顔の見える関係を深めながら、効果的な事業展開を行い、地域包括ケアシステムの構築推進を図る。



ホームページ



Instagram



Facebook



**中部地区 12 市町村 在宅医療・介護連携推進事業
令和5年度 活動報告書**

発行 令和6年 3 月
編集 一般社団法人中部地区医師会 在宅ゆい丸センター
住所 〒904-0006 沖縄県沖縄市八重島 2-11-12
TEL 098-921-2357
FAX 098-921-2358