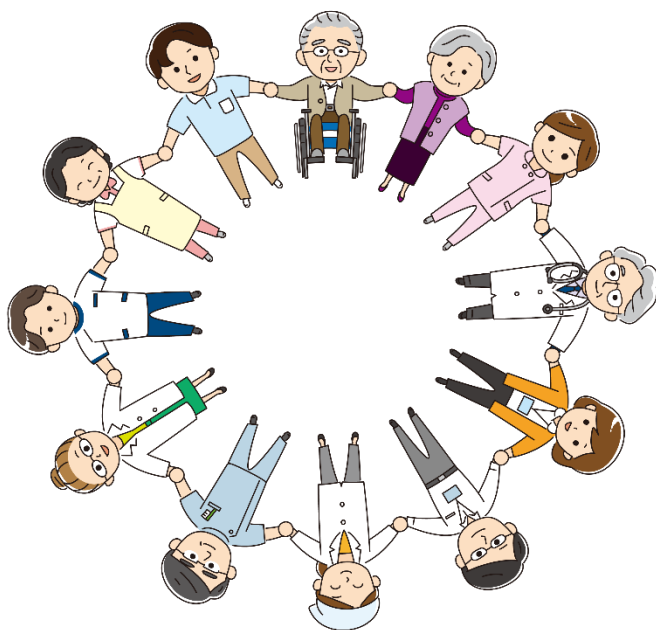


中部地区 12 市町村 在宅医療・介護連携推進事業 令和 6 年度 活動報告書



令和 7 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 6 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. 項目別活動報告(各取り組み)	6
・ 医療・介護おたすけマップ	6
・ 在宅医療・介護連携推進会議	7
・ 在宅看取り部会	9
・ 中部地区訪問介護事業所連絡会	11
・ 相談窓口	12
・ 出前講座	13
・ 講演会	14
・ その他普及啓発	16
・ ホームページ	18
・ 入退院支援連携マナーブック	19
・ 介護施設等における在宅・救急連携の基本的な心得	20
・ 多職種研修会	21
・ 高齢者シリーズ研修会	25
・ DVD 貸出研修	27
7. まとめ、総括(成果と課題、今後)	28

基本理念

<中部地区医師会在宅ゆい丸センター 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。

カテゴリー別の基本目標

<中部地区医師会在宅ゆい丸センター 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。

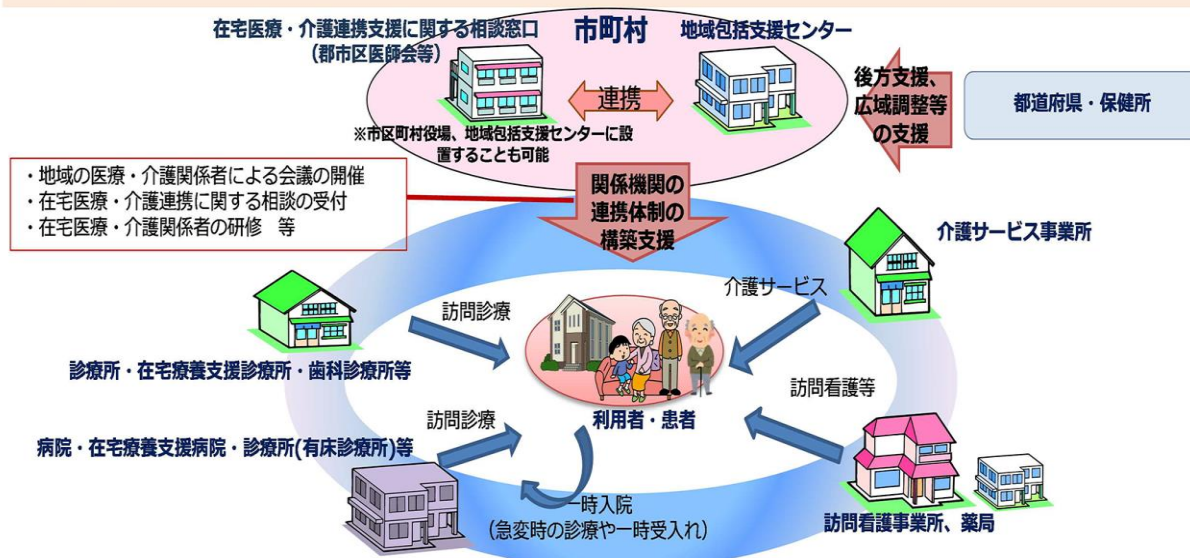
在宅医療・介護連携の推進

- 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

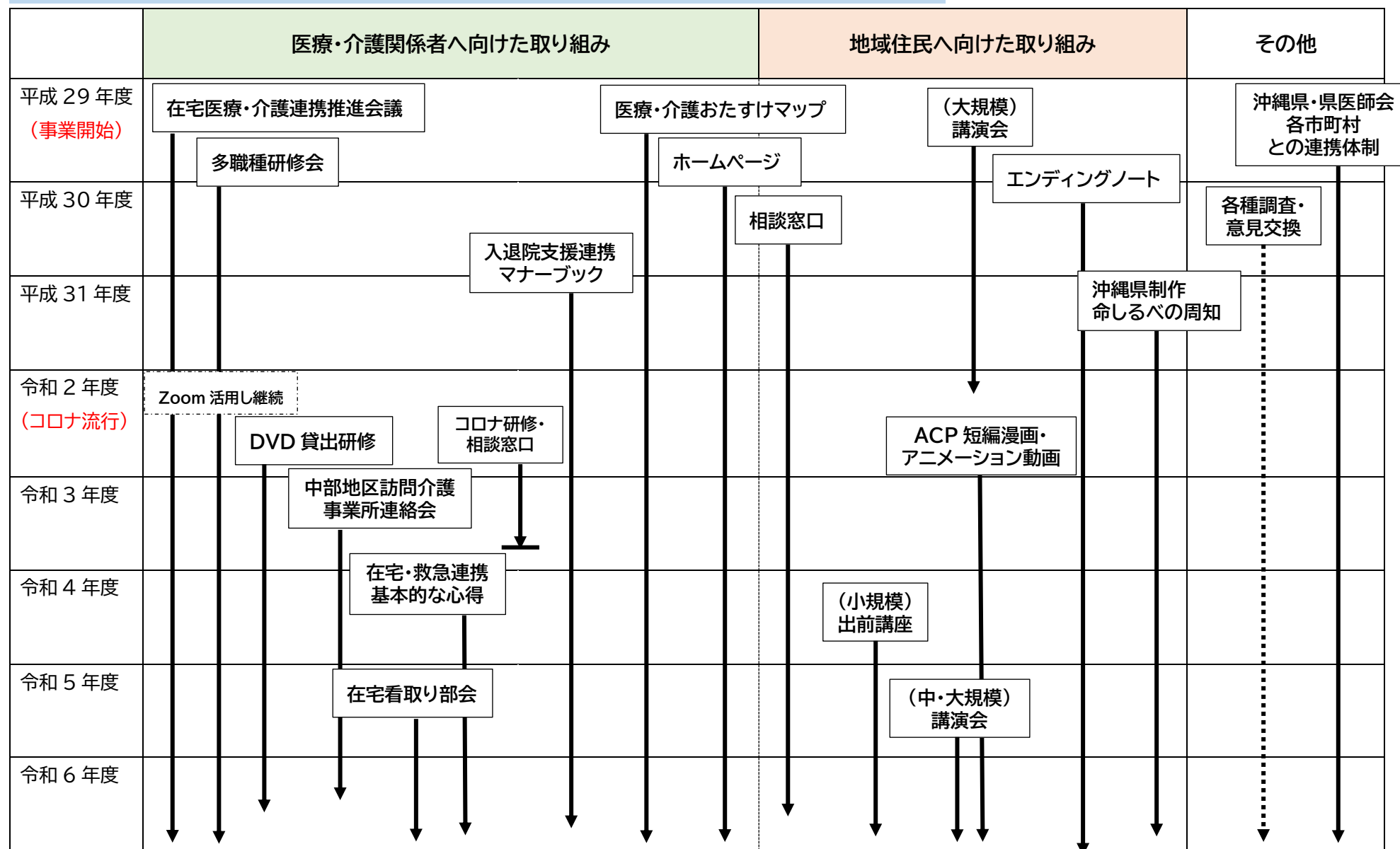
- ・診療所・在宅療養支援診療所・歯科診療所等（定期的な訪問診療等の実施）
- ・病院・在宅療養支援病院・診療所（有床診療所）等（急変時の診療・一時的な入院の受入れの実施）
- ・訪問看護事業所、薬局（医療機関と連携し、服薬管理や点滴・褥瘡処置等の医療処置、看取りケアの実施等）
- ・介護サービス事業所（入浴、排せつ、食事等の介護の実施）

- 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

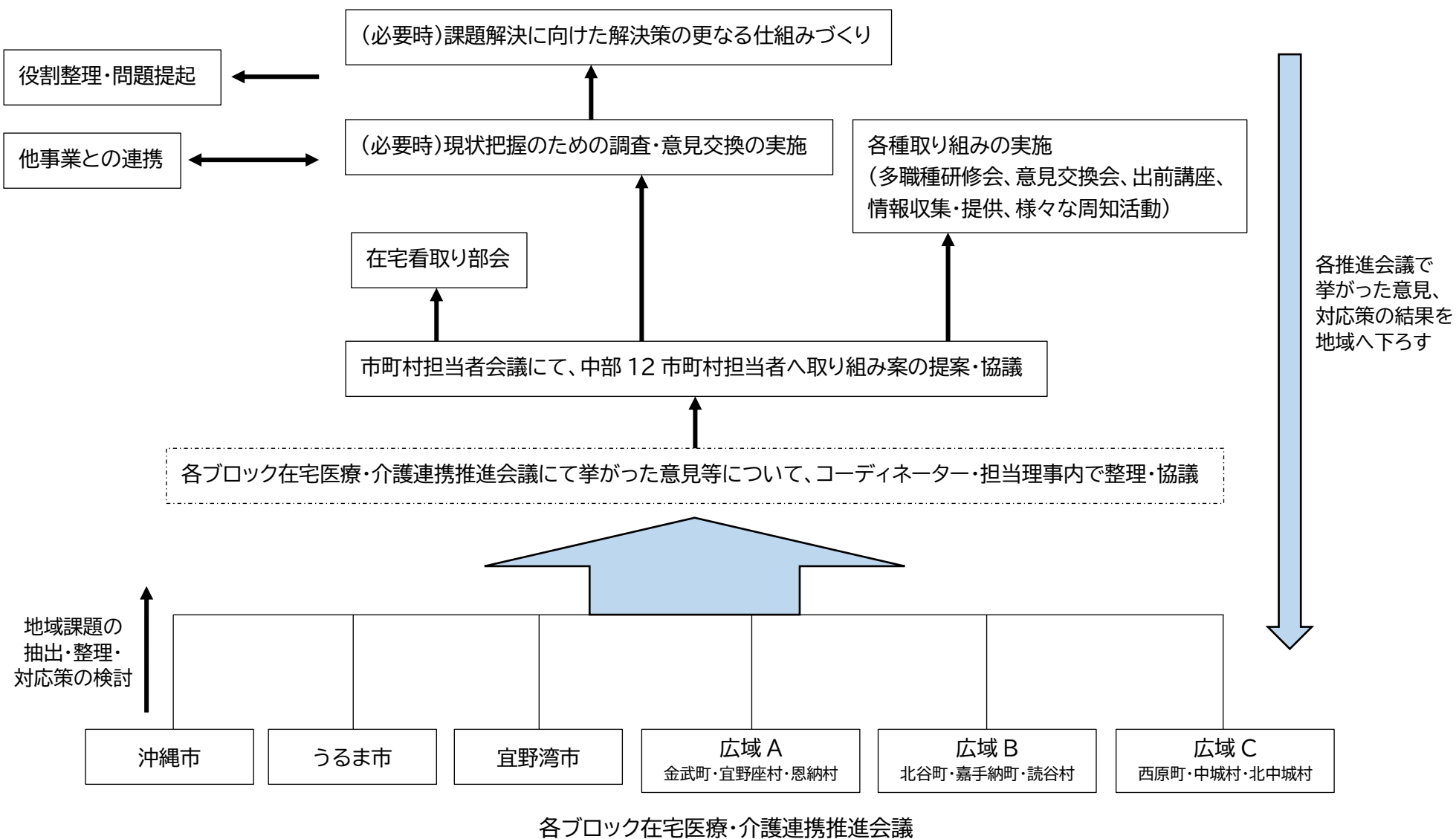
4. 中部地区医師会在宅ゆい丸センター 在宅医療・介護連携推進事業の活動の経過(概要)



5. 令和 6 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 72%
	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①～④ 各 3 回ずつ開催 ・最終目標である「仕組み作り」を各 WG にて構築
		連携強化型在宅療養支援診療所連絡会への参加	毎月	100%	
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)	適宜	100%	10 件
		講演会(中、大規模)	適宜	100%	・沖縄市、うるま市、広域 C、読谷村、嘉手納町にて講演会を開催
		その他普及啓発	適宜	100%	・宜野湾市:ラジオ番組 ・金武町、恩納村:福祉まつりにて ACP ブース出展 ・ラジオゲスト出演(4 回)
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の改定	7 月	100%	・診療報酬・介護報酬改定にあわせた冊子情報の見直し ・加算データ修正 ・制度改定に伴う情報整理 ・医療機関の情報整理
		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	59%	目標:100 本 実績:59 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	4 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%	

6. 中部地区医師会在宅ゆい丸センター 在宅医療・介護連携推進事業 各取り組みの連動性



9. 令和6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 1793 件

※沖縄県、九州厚生局ホームページにて公開されている新規・廃止の

医療・介護事業所を確認し、掲載作業を行っている。

【詳細情報登録】

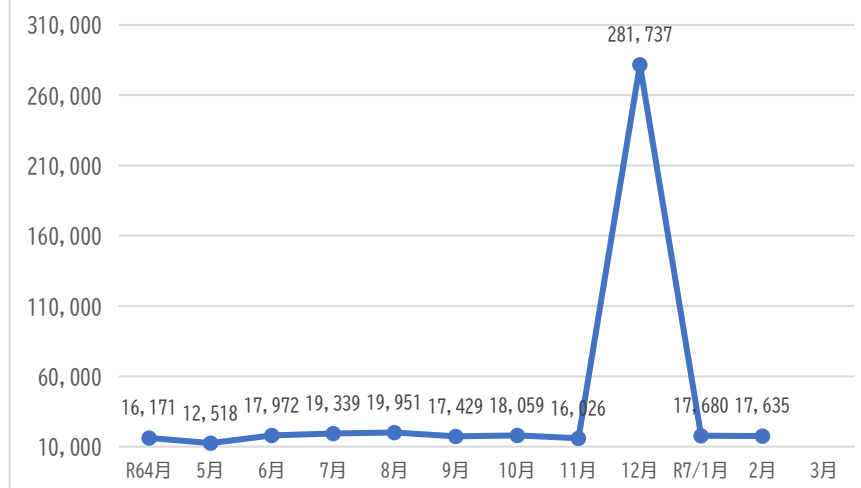
1794 件中 1284 件(71.6%)

※詳細情報の登録依頼を各事業所に行っている。

【月別アクセス数】

	アクセス数	前月比
4 月	16,171	-785
5 月	12,518	-3,653
6 月	17,972	+5,454
7 月	19,339	+1,367
8 月	19,951	+612
9 月	17,429	-2,522
10 月	18,059	+630
11 月	16,026	-2,033
12 月	281,737	+265,711
1 月	17,680	-264,057
2 月	17,635	-45
月平均	41,320	-

月別マップアクセス数



【詳細情報登録依頼文書の郵送】

1 回目：7 月／1758 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／536 施設（詳細情報が登録されていない事業所へ郵送）

◆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 | <ul style="list-style-type: none"> ●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27日(月)	上記参照
第2回	8月26日(月)	●身寄りのない方の退院支援・受け入れについて ●身寄りのない高齢者を受け入れている施設の体制内容共有→自事業所でできる事はあるか?意見交換
第3回	11月25日(月)	●各事業所に持ち帰った結果の共有と更なる検証(身寄りのない方の支援対応に係る自助努力)
第4回	2月25日(火)	●検証結果報告、共有 ●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:「医療・介護・住民が連携し、適切な救急要請につなげる」

第1回	5月20日(月)	上記参照
第2回	8月19日(月)	●テーマ『医療・介護・住民が連携し適切な救急要請につなげる』の具体的計画について。(効果的な手段、周知方法、周知後の評価等)
第3回	11月18日(月)	●適切な救急要請へ向け、判断材料の一つとするツール(簡易版・詳細版)について(詳細版:ガイド掲載内容の検討)

第4回	2月17日(月)	●適切な救急要請へ向け、判断材料の一つとするツール(簡易版・詳細版)について(簡易版:ポスター掲載内容の検討など) ●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:「災害時における医療介護連携(自助・互助)」

第1回	5月30日(木)	上記参照
第2回	8月22日(木)	●災害時における具体的な自助・互助の困り事や課題の共有、意見交換
第3回	11月28日(木)	●住民、医療介護関係者へ向けた災害時における医療介護の情報発信について(住民向け:ポスター掲載内容の検討、医療介護関係者:発信方法の検討)
第4回	2月27日(木)	●住民、医療介護関係者へ向けた災害時における医療介護の情報発信について ・住民向け:ポスター周知後の評価方法の検討 ・医療介護関係者:活動計画の報告 ●今年度推進会議の振り返り、次年度に向けて

金武町・宜野座村・恩納村 協議テーマ:「療養者の希望に沿えるサービスを提供・繋ぐ事ができる」

第1回	5月22日(水)	上記参照
第2回	8月21日(水)	●短期目標「少ない資源を有効活用し、3町村で協力し合える体制を作る」の達成に向けて。 (どのような協力体制があるか?どのような手段が効果的か?)
第3回	11月20日(水)	●テーマ達成へ向けての計画について(3町村交流会の目的等)
第4回	2月19日(水)	●3町村交流会の振り返り、次年度に向けて

北谷町・嘉手納町・読谷村 協議テーマ:「本人や家族の意向をあらかじめ確認できていて、それを関係者間で確認できる」

第1回	5月29日(水)	上記参照
第2回	8月28日(水)	●テーマ「望ましい退院」を叶えるための意向確認について ・委員の各事業所の意向確認内容の共有 ・望ましい退院を叶えるために必要な意向は? ・どのような準備が必要か?
第3回	11月27日(水)	●意向確認シート(5W1H)参考後の、各現場での意向確認について
第4回	2月26日(水)	●「意向(希望)伝えるシート」の活用・普及・評価方法について ●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:「スムーズな入退院連携に向けた医療と在宅のネットワーク作り」

第1回	5月21日(火)	上記参照
第2回	8月20日(火)	●実行策「3町村医療と在宅のネットワーク作り交流会」の企画検討(交流会の構成、手法、トークテーマ等)
第3回	11月19日(火)	●医療と在宅のネットワーク交流会開催
第4回	2月18日(火)	●ネットワーク交流会の振り返り、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

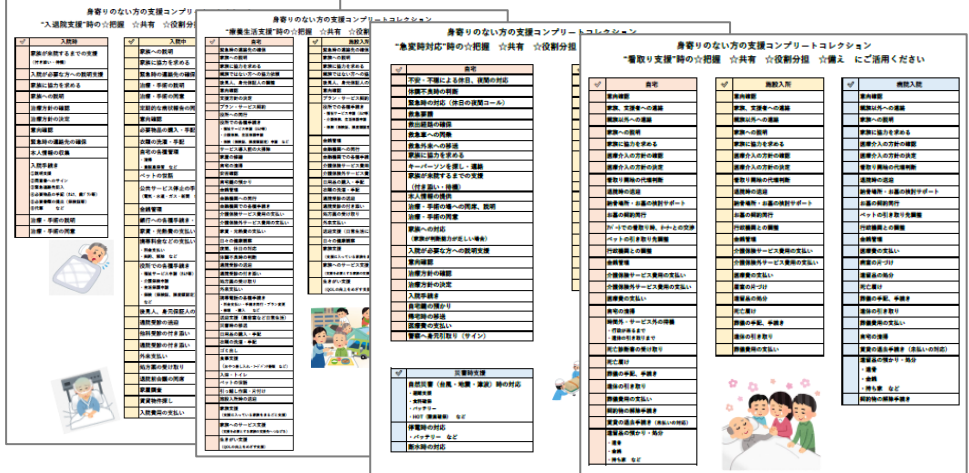
(1)在宅看取り部会

【趣旨・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て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ため、現在実施している当事業の各種取り組みとの連動性を加味しながら、当事業が行える効果的な取り組みを検討、決定する。

ワーキンググループ①最期まで過ごせる場所を増やす(体制整備)	
最終目標	絞った方向性の具体的な対応策の検討、形作り
ゴール設定	穏やかな看取りをすべての施設で行える、イメージできるよう仕組み作りを行う
実行策	★看取りを行った事がない、または不慣れな施設の看取り体制を整えるため、毎年開催している看取り支援研修会と連動し、<u>支援フロー</u>を構築。 看取り支援研修会 ↓ 施設説明会 ↓ 相談支援 施設看取りの一連の流れをイメージできるような、不安感などを少しでも解消できるような研修会を開催する。 研修内容を持ち帰ってもらい、施設内で共有。そこで発生した疑問点や、さらなる不安感などを解消するため、支援チームが施設へ出向き説明会を開催する。 研修会・施設説明会を受け、実際に体制を整えていきたい！という施設に、いつでも相談を受け付け、助言などを行う相談支援を行う。

ワーキンググループ②普及啓発	
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
ゴール設定	小冊子(リーフレット)データ・特設ページの作成
実行策	★ACP 導入として、既存活動やツールに繋げるため、<u>全世代を対象にしたリーフレットデータを作成。</u>   掲載内容: 世代別キャッチフレーズ、ACP 概要、Q&A、各種活動の紹介、ACP のメリット、行動を促すメッセージ、ACP のステップ、アンケート

ワーキンググループ③身寄りのない高齢者	
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
ゴール設定	身寄りのない方へのそれぞれの立場で行っている支援を見える化(整理)し、共有する
実行策	★可視化する事で支援者間の連携、役割分担等の一助とするため、<u>身寄りのない方の支援内容を整理し一覧化した表を作成。</u> 「身寄りのない方の支援コンプリートコレクション」 表の概要: 下記 4 場面において医療や介護を受けながら生活する上で必要な支援一覧 ・入退院支援(入院時・入院中・退院時) ・療養生活支援(自宅・施設入所・病院入院) ・急変時対応(自宅・施設入所) ・看取り支援(自宅・施設入所・病院入院) 

ワーキンググループ④顔の見える関係作り	
最終目標	ワーキンググループ①～③で挙げ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の実策の検討、仕組みづくりを行う
ゴール設定	近隣にある事業所の強みや体制が分かる、名刺を見て気軽に相談できる関係性を作る
実行策	★顔の見える関係作りを一番の目的とした、<u>顔の見える交流会の開催に向けた仕組み構築。</u> テーマ: ・医療者の敷居を低くする(医療者に対するイメージの払拭) ・顔の見える関係作り 開催時期: 6 月中旬(毎年開催) 対 象: 中部地区 12 市町村の医療介護関係者 ※工夫点 ・在宅療養支援診療所・病院へ足を運び交流会の案内を行う。 ・気軽に参加し、職種を意識せず交流ができるよう、アイスブレイクを設ける等、プログラムを工夫する。 ・案内に際に、名刺をたくさん持ってくるよう伝える。 ・名刺シールを胸元に貼り、名前が分かるようにする。 ・令和 7 年度はワーキンググループ委員に運営協力いただき、翌年以降は協力者が 1 名ずつ他薦しメンバーを増やしていく。 

◆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 131 か所のうち、67 か所登録(全体の約 51%)

【令和6年度 活動内容】

第 1 回	令和6年 6 月 18 日(火) 14 時～16 時	中部地区医師会 3 階ホール
第 2 回	令和6年 10 月 22 日(火) 14 時～16 時	中部地区医師会 3階健診フロア
第 3 回	令和7年 2 月 18 日(火) 14時～16 時	中部地区医師会 3 階ホール

【今年度の活動】

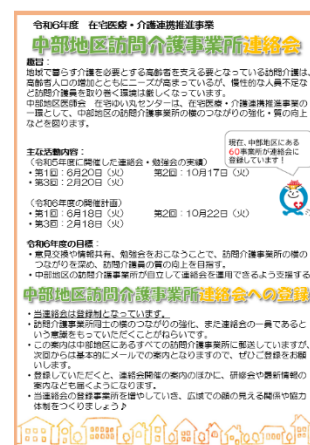
- ・令和7年度以降の自主運営に向け、6名のコアメンバーと定期ミーティングを重ね、丁寧な引継ぎ(後方支援)を実施。
- ・コアメンバーとともに、令和7年度以降の自主運営を見据えた次年度年間計画の立案。

【今後の方向性】

- ・令和 7 年度以降は、コアメンバーを中心に自主運営(継続運営)を行い、当センターは後方支援者として連絡会にオブザーバー参加する。

【意見交換内容】

第1回	『4 月 3 日 津波警報発表 ～その時、あなたの事業所ではどのような対応をしましたか？ 今後必要な準備とは？～』 ○グループワーク実施。避難経路と車の渋滞・安否確認を含む情報共有・避難の優先度・利用者や家族、職員の動き・BCP・備蓄品について多く話し合われた。
第2回	『あなたもできる！AI を使った介護業務』 ○AI を活用して業務を行っている事業所をプレゼンターとして呼び出し、“PLAUD NOTE”を活用した会議録作成について紹介。
第3回	『AI 活用による業務』『人材募集・確保のための SNS 活用方法』『HIV・エイズ感染者の受け入れについて』 ○前回連絡会からの AI 活用状況把握。人材確保の現状と SNS 活用の情報交換。HIV 感染者勉強会内容報告。



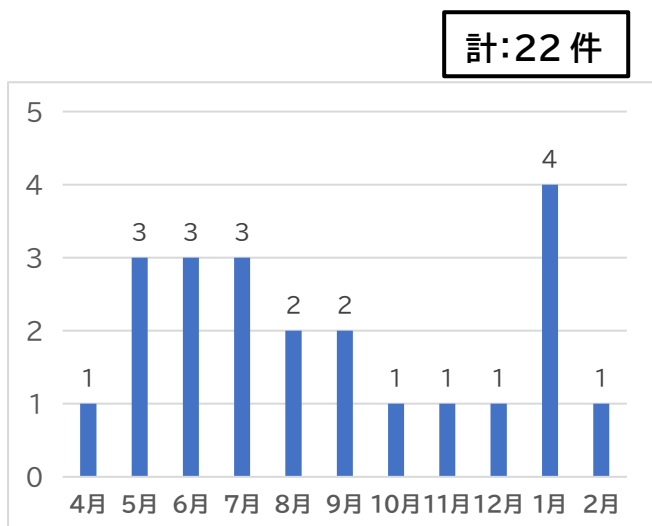
◆相談支援

(1)在宅医療・介護連携に関する相談窓口

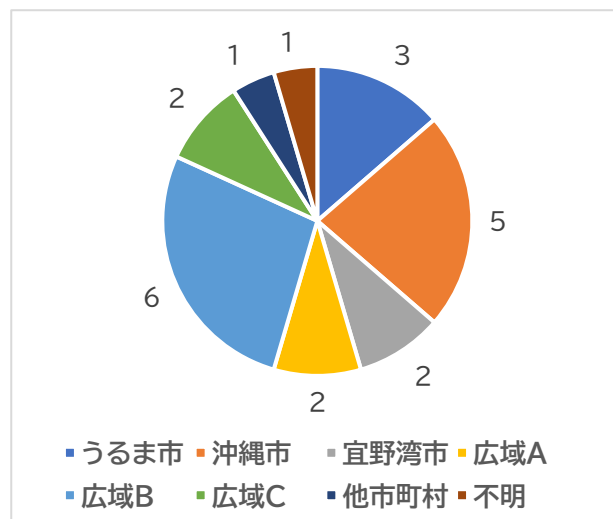
【目的】

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
 - ・医療保険が県外にある方。医療保険で訪問看護（ST のリハビリ）の利用希望。
 - ・胃ろうの方を受入れている施設を知りたい。
 - ・外国人（本人・英語）対応している入所施設を知りたい（県全域）。
 - ・当院入院中の患者を法人関連施設（特定施設）へ転所予定だが食事管理が難しく特別訪問看護指示書で訪問看護を入れたい。
 - ・ALS 患者で有料老人ホーム等の利用可能施設を教えてください

●新型コロナに関すること

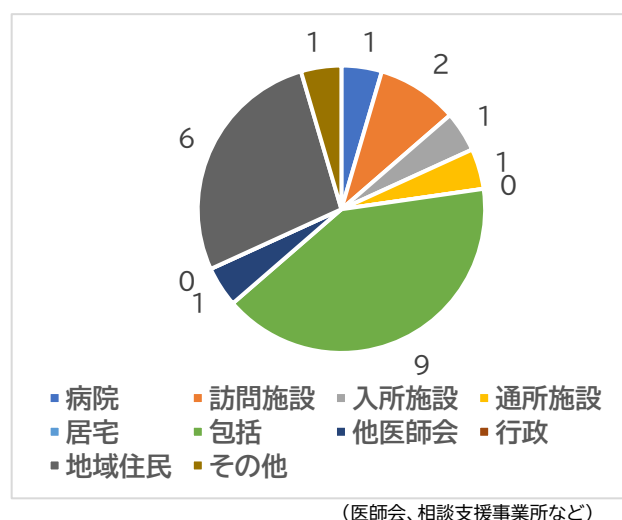
- ・認知症のある方及び同居家族全員がコロナ罹患し、同居家族による介護対応が一時的に困難な為、入院させる事はできないか。

●その他

- ・生活保護の方で介護4。人口透析も行っている。
施設を検討したいが、おたすけマップで探せるか教えてほしい

など

【事業所別割合】※2 月末までの集計



(医師会、相談支援事業所など)

◆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】

もしバナゲーム、ACP 普及啓発アニメーション動画、命しるべパンフレット、エンディングノート等を活用した ACP 普及啓発講座を実施し理解促進を深める。老人会・町内会等のコミュニティへ伺い、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	0	0
6月	1	10
7月	1	20
8月	1	12
9月	1	28
10月	1	8
11月	3	31
12月	1	11
1月	1	4
2月	0	0
3月	1	56
計	11件	180名

【参加・理解について】

参加について	割合
とても良かった	70%
良かった	29%
どちらともいえない	1%
未回答	0%

理解について	割合
とても理解できた	60%
まあまあ理解できた	33%
どちらともいえない	0%
あまり理解できなかった	3%
全く理解できなかった	2%
未回答	2%

【開催場所】

- ・宜野湾市 4 地域包括支援センター職員
- ・宜野湾市健康づくり推進員定例会
- ・大謝名区ミニデイ
- ・越來にじカフェ(認知症カフェ)
- ・読谷村サポータースキルアップ講座
- ・おきなわ長寿苑地域ボランティア
- ・介護老人保健施設池田苑 相談員、リハ職
- ・北谷町連続終活講座
- ・中城村認知症サポーター養成講座ピーナッツ
- ・中部地区 MC 協議会 ACP 勉強会

【参加者の感想(一部抜粋)】

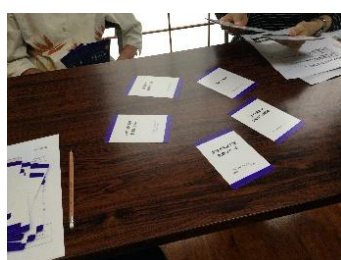
もしバナゲームを通して人生の価値観を考える事ができて、話し合いながら色々な気づきを得られて、とても良かったです。

自分のこれからの人生をどう生きるかを考える機会になってとても良かった。人生会議を子どもたち家族でやっていきたい。

話し合いにくい、聞きにくいことをカードでやることで、スムーズに言えることがとても良い方法だと思いました。

命しるべ(自分らしい生き方)とは、ふだん何となく生きてきてこの 70 代になって自分らしく生きてきたか、これからどう自分らしく生きて人生の最後を向かえたらいいのかとても考えさせられました。

人生終末を考えるきっかけとなり感謝です。



◆地域住民への普及啓発

(2)講演会

うるま市



開催日時:令和 6 年 11 月 17 日(日)10:00～12:00

開催場所:うるま市役所

「元気な今だからこそ考える～あなたらしい終活～」

講演:東嵩西寿枝(沖縄県立中部病院 老人看護専門看護師)

東嵩西寛寿(沖縄県メモリアル整備協会 終活アドバイザー)

榮野川満代(うるま市地域包括支援センター具志川北)

参加者:45 名 また参加したい:93%

【参加者の声】

- ・これからの生き方を考える事が大切な事に気づかされた。
- ・終活について考える機会になり、大変良かった。
- ・どの講演もわかりやすかった。両親が自分自身に置きかえて学びになった。
- ・自分自身の事だけでなく、親に対しても考えさせられる事があったので、これからの対応の参考になった。
- ・今日の講演を聞けなかった姉に聞かせたい。また参加したい。

開催日時:令和 7 年 1 月 30 日(木)13:30～15:00

開催場所:沖縄市産業交流センター

「あなたは人生の最期をどのように迎えたいですか？

～想いをつづる命しるべ～Part4」

講演:犬尾仁(沖縄リハビリテーションセンター病院 医師)

奥村和也(マリン在宅クリニック 在宅医)

工藤真由美(沖縄市地域包括支援センター東部南)

参加者:55 名 満足度:93%

【参加者の声】

- ・「在宅医療」は、テレビでは何度か観ていて知っていたが、身近にあるとは知らなかったの、とても心強く安心した。
- ・皆さん(フロアーから含め)貴重な体験談を聞けて良かった。
- ・なかなか聞く事ができない内容だった。感動し、考えさせられた。
- ・誰でも平等に訪れる人生の最期に向き合うきっかけになった。
- ・地域包括支援センターが何をするといいのかなのか知れてよかった。

沖縄市



読谷村



同テーマ・内容にて開催

「生き方も逝き方も自分で決める！～書いて伝える、私の想い～」

講演：三木邦子（沖縄県メモリアル整備協会 終活アドバイザー）

第1回 開催日時：令和7年2月10日（月）14:00～16:00

開催場所：読谷村文化センター

参加者：64名 満足度：86%

第2回

開催日時：令和7年2月20日（木）

14:00～15:30

開催場所：かでな未来館

参加者：20名 満足度：89%

【参加者の声】

- ・講師の実体験の話があり、分かりやすく、とても良かった。
- ・人生最期の迎え方について家族と相反する気持ちを話し合っていたい。
- ・終活のスタートをきる良いきっかけになった。
- ・今日の講演会をキッカケに、自分自身の事も考えつつ、母と話す時間を少しずつでも増やしていきたいと思った。
- ・エンディングノートを今日から書いてみようと思った。

嘉手納町



広域C

（西原町・中城村・北中城村）

開催日時：令和7年2月2日（日）14:00～16:00

開催場所：中城村吉の浦会館

「最期まで自分らしく生きるための道しるべ（命しるべ）」



寸劇：うるま市民芸術劇場附属演劇集団こかげ

講演：金城隆展（琉球大学病院 臨床倫理士）

参加者：91名 満足度：88%

【参加者の声】

- ・残された人生をより良く生き、終わりを迎えるため適度な選択肢をもつことは大切である事を理解できた。
- ・劇を見たあとの講演はとても内容が理解しやすかった。
- ・自分の最後についてできるだけ考えたくなかったが、深刻な問題を笑いの中で楽に近づけてよかった。
- ・終活という言葉に誘われて参加したがすごく意義深い時間だった。
- ・すごく考えさせられた。暗い思いになりがちなテーマだが、もっと単純な事なんじゃないかと思った。
- ・寸劇と講演の組み合わせで楽しく深く考えさせられてよかった。

◆地域住民への普及啓発

(3)その他、既存ツール・媒体などを活用した普及啓発

宜野湾市



FM ぎのわん 1 か月限定ラジオ番組「自分らしい生き方を大切に！」

※高齢者のみならず働き盛りの世代等にも耳に入るよう、ラジオ活用。

放送日時:令和 6 年 11 月 毎週日曜日 12:30~13:00(30 分間)

1 回目 令和 6 年 11 月 3 日(日)

2 回目 令和 6 年 11 月 10 日(日)

3 回目 令和 6 年 11 月 17 日(日)

4 回目 令和 6 年 11 月 24 日(日)

ゲスト出演:山内洋勝(ふれあい介護センター)

石田浩(すこやか薬局野嵩店)

金城敬(地域包括支援センターぎのわん)



放送内容:事業紹介、ACP 周知、ゲスト仕事内容紹介

金武町



「金武町ぬちぐすいま~さむんフェア」ACP ブース出展

日時:令和 6 年 12 月 1 日(日)9:00~16:00

活動内容:①ACP アニメーション動画の上映

②もしバナカードゲームの説明・開催(短縮バージョン)

③命しるべ・エンディングノートの配布

④ACP・人生会議に関するパネル展示

【もしバナゲーム】

体験者:住民 27 名(お一人、夫婦、友人など)

ゲーム回数:14 回(1 名~4 名 計 14 組)

「恩納村健康福祉まつり」ACP 講座プログラム

日時:令和 6 年 12 月 8 日(日)14:30~15:30

活動内容:○「命しるべ」冊子パネル展示

○「命の道しるべ~命しるべ~」アニメーション動画放映

○「もしバナカードゲーム」開催

○中部地区医師会 在宅ゆい丸センター紹介

【もしバナゲーム】

体験者:15 名 ゲーム回数:4 回(3~4 名 計 4 組)

恩納村



●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



●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」です。

アドバンス・ケア・プランニング (ACP) を知っていますか？ 将来の変化に備え医療及びケアについて、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ことです。「人生会議」とも呼ばれています。

自分自身、また親や祖父母など大切な人が、人生の最期まで自分らしく過ごすことができるように、元気なうちから好きなこと・嫌いなこと・大切に感じることなどをゆんたくしてみませんか？

命の道しるべ
～ゆるゆる～

命の道しるべ、エンディングノートは、下記で配布しています。

問 介護保険課 地域支援担当 (市役所 地下2階) (内線 3086)
沖縄市地域包括支援センター (※連絡先は左記 P6 の市民相談窓口に掲載)

もしものときのために、——「人生会議」

人生会議をご存じですか？

自分らしい人生を生きるために、ご自身が望む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・ケアチームと繰り返し話し合いを行い、本人の意思決定を支援する取り組みのことを「人生会議(ACP:アドバンス・ケア・プランニング)」といいます。

なぜ、人生会議をするの？

誰でも、いつでも、命に関わる大きな病気やけが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、多くの人が自分の思いを伝えられず、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が一途に悩むことが、将来に及ぼすことがあります。

元気なうちから「ご自身がこれまでどう生きて、何を大切にしているか、これからどこで、誰と、どのように過ごしていきたいかなど」を、話し合いませんか？

「人生会議」の話をききたいとして、命の道しるべにエンディングノートを希望に届けておきます。ご希望の方は、お問い合わせください。

お問い合わせ先:
地域包括支援センター(福祉課) ☎966-1207

11月30日は「人生会議」の日

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のことを「人生会議」アドバンス・ケア・プランニング(ACP)と呼びます。

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・嫌いなこと・大切に感じること等について、話しませんか？

宜野湾市介護長寿課では、地域包括支援センター、中部地区医師会在宅ゆい丸センターとともに、地域の方々へ普及啓発活動を行っています。命の道しるべ、エンディングノートは介護長寿課の窓口で配布しています。

問 介護長寿課 内線4131

「アドバンス・ケア・プランニング(ACP:人生会議)」を知っていますか？

～人生の最後まで自分らしく過ごすために～

誰でも、いつでも、命に関わる大きな病気やけがをする可能性があります。もしものときのために備え、自らが望む医療やケアについて前もって考え、ご家族や信頼できる人、医療従事者と一緒に繰り返し話し合い、共有しておくことをアドバンス・ケア・プランニングといいます。

自分自身やご家族など、大切な人が人生の最期まで自分らしく過ごすことができるよう、元気なうちから、将来の医療やケアだけではなく、好きなこと・嫌いなこと・大切に感じることなど、ゆんたくしてみませんか？

あなたの大切にしていることはどんなことですか？
自分や大切な人のために何度でも繰り返し考え、話し合いませんか？

中部地区医師会 在宅医療・介護連携推進事業
イメージキャラクター ゆい丸くん

【お問い合わせ】 福祉課 介護支援係 ☎98-945-4791

11月11日は介護の日

アドバンス・ケア・プランニング (ACP) を知っていますか？

将来医療やケアについて、本人を中心に家族や近しい人、医療・ケアチームが繰り返し話し合いを行い、本人の意思決定を支援するプロセスのことです。「人生会議」とも呼ばれます。
[11月30日は「いい看取り・いい看取られ」人生会議の日]に制定されています。

アドバンス・ケア・プランニングの進め方

1. 治療する前に、大切にしたいことを考えてみましょう。
「家族や友人など大切な人に、好きなことを伝えたい」「家族に負担をかけたくない」など。
2. もしものとき、あなたの思いを伝えてくれる人を選びましょう。
3. かかりつけ医に質問してみましょう。
「希望する医療やケアについて話し合います」
「一人にしないで行い、入退院の意思を伝える」など。
4. 希望する医療やケアについて話し合います。
5. アドバンス・ディレクティブ書き留めておきましょう。
「自分一人での意思決定に不安を感じ、周囲と共有していきましょう」

希望や思いは、時間の経過や健康状態によっても変化していくものです。何度も繰り返し考えていきましょう。

いつか来る自分の最期を考えてみませんか？

①もし生きる時間が限られているとしたら、あなたにとって大切なことはどんなことですか？ (複数選択可能)
☐ 家族や友人のそばにいたいこと ☐ できる限りの治療を受けられること ☐ 自分が経済的に困らないこと
☐ 家族の負担にならないこと ☐ 好きなことができること ☐ 今はわからない ...など

★いざという時に家族や親しい人が困らないために、あなたに関するさまざまな情報を書き残しておくためのノートが「エンディングノート」です。
※「命の道しるべ」を受け取ることができます。

エンディングノート 命の道しるべ

問 福祉課 (中城地域包括支援センター) ☎98-695-1738 (直通)

11月30日は「いい看取り・いい看取られの日」

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。ご自分を中心に家族などの近しい人、医療・介護のケアチームが、ご自分が受けた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」「大切に感じること」などからゆんたくしてみませんか？

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、「命の道しるべ(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)

5 広報ちゃん 2023年11月号

●ラジオゲスト出演

- ・FM コザ「沖縄県認知症行方不明者家族の会」カララジ(5/30、11/21)
- ・FM ぎのわん「さきまあつしのハッピートーク」(11/6)
- ・FM うるま「OKINAWA Future Innovation」(12/3)





◆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】

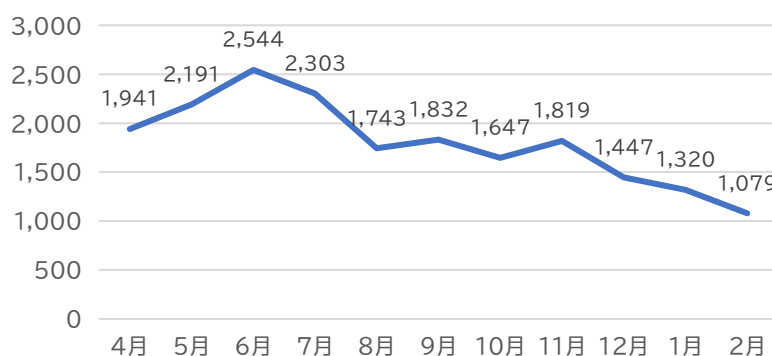
患者・利用者の在宅療養生活を支えるために、患者・利用者の状態の変化等に応じて、医療・介護関係者間で速やかな情報共有が行われるよう支援するため、ホームページ・メーリングリストを活用して研修等の速やかな情報提供を行う。

【月別アクセス数】

	アクセス数	前月比
4月	1,941	+417
5月	2,191	+250
6月	2,544	+353
7月	2,303	-241
8月	1,743	-560
9月	1,832	+89
10月	1,647	-185
11月	1,819	+172
12月	1,447	-372
1月	1,320	-127
2月	1,079	-241
月平均	1,806	-



月別アクセス数



【実績】

	記事投稿回数	メール送信回数	登録者数
4月	3	2	862
5月	4	4	861(-1)
6月	5	6	863(+2)
7月	3	3	863
8月	5	4	863
9月	3	4	864(+1)
10月	4	4	864
11月	4	4	865(+1)
12月	5	5	865
1月	3	2	865
2月	1	2	865
計	40回	40回	865

【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】

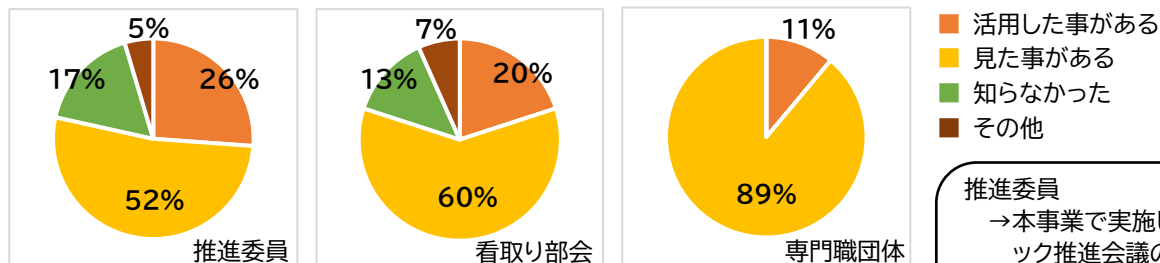
以前より、入退院時の多職種連携において、「入退院を繰り返す」「情報共有不足、欲しい情報にずれがある」等の課題が挙がっている。当事業では、本人の意思を尊重した支援を行えるよう、病院側と在宅側のスムーズな連携体制構築に向け、入退院時における連携・支援のポイント、マナー等についてまとめた「入退院支援連携マナーブック」を平成 30 年度に作成、配布・周知活動を継続実施している。

【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)
- 訪問看護の「介護保険」「医療保険」の使い方(P21)
- 中部地区圏域 病院連携窓口一覧(P26～28)
- 中部地区圏域 在宅療養支援診療所一覧(P29～36)



【冊子の認知度・活用状況】 ※令和 6 年度事業活動評価アンケート調査結果より



推進委員
→本事業で実施している各プロジェクト推進会議の委員
看取り部会
→本事業で実施している在宅看取り部会ワーキンググループ
①～④委員

【使用した方の声・活用例】

- ・9 ページ～ 病院機能の考え方は利用者さんへの説明に役立っている。
- ・ケアマネの人材育成場面で活用している。
- ・入退院連携支援における共通マナーと病院とケアマネの動き、加算など。
- ・医療機関の適切な連絡先などは特に助かった。相談が早く行えた。
- ・経験の浅い職員への指導用として活用している。
- ・医療機関の種類を説明する時や、医療保険の訪問看護について説明する時に活用している。

【令和 6 年度の活動内容】

- ・令和 6 年度 診療報酬改定、介護報酬改定に合わせて加算等の情報修正、医療機関の情報更新を実施。
- ・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。

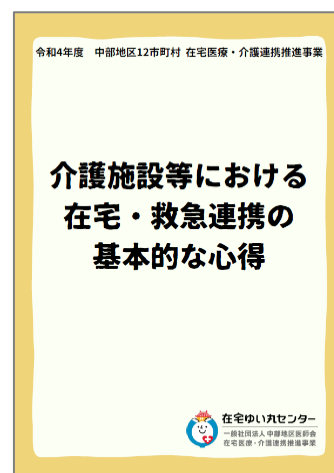
(3)介護施設等における在宅・救急連携の基本的な心得



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。

- 「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)

- ・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。



介護施設向け

- 入所時にはACPを含めた意向の確認を行います。命しるべインフレットを活用できます。
医療室に貼る確認は、かかりつけと相談し情報の共有を行いましょ！
- 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、看取りを行えるが、医療・介護チームで検討します。
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す。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半数となった場合、診察を行う事ができるが、かかりつけに確認します。
- 病状の変化を起こす可能性が高い入所者について、医療・介護チームでACPや対応方針等を共有します。

○上記の上記の入所者の対応等の共有を行う事で、職員の仕事に役立ちます。

○さらに指示の確認を行う事で、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、搬送中に心肺蘇生等の処置を行います。ACPやDNARの意向を確認している場合、かかりつけに相談して処置手帳を要請することができます。

救急搬送の際は、情報共有シート等を活用して救急医療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。

かかりつけ医向け

- 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、可能な限り迅速に、医療情報の提供や今後についてにも検討を行います。
- 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、診察を行えるが事前に施設関係者に伝えましょう。
○対応できない場合は、診察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・介護チームでかかりつけ患者のACPや医療の経過、病状が変化した場合の対応方針等を共有します。
- 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。

●**診察対応が可能な医師の探し方**
住み慣れた施設や自宅と最寄りまで通うことを希望している場合、万が一の時にかかりつけに当たる限りで医療への対応が可能な方が望ましいです。
「医療・介護連携支援プログラム」を在宅医療を行っている医療機関を検索するが、在宅以外にセンターまでご連絡ください。

○**医療・介護チームとの情報共有について**
かかりつけ患者の状況が変化した場合等共有される担当者情報に参加していただく、医療・介護チームで情報共有する事で、かかりつけ患者の病状に合った支援に繋がります。

病院向け

- 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治療を目的に入院を受診（救急搬送含む）の事があります。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た患者について、施設職員同僚の同意で受け入れの判断をしないようにします。
職員が不足している時（特に夜間等）は、救急搬送を受ける事でかかりつけ医の受け取りができず危険にさらされてしまうため危険です！
- 施設職員が積極的な場合、長時間入院に引き留めないようにします。救急・医療機関間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、本来行うべき業務ができず介護施設の負担を大きくさせていただきます！

●**ケアマネが必要情報**
看取り資料、リハビリ資料、診療情報提供書（医師の同意の上）、受診情報、入院中の経過や通院、退院後注意すべき事項（医師の診察や、処方情報など）、入院中に確認した本人、家族の意向や相談 など
退院時の患者情報が、サリリに記入されている情報をもとにすることがあります。退院時の本人情報（身体、食生活など）も必要です。

退院前に新規でケアマネが持つ場合は、上掲情報に加え、病院側が持っている本人・家族の基本情報 など

救急隊向け

- 介護施設等の入所者を救急搬送する際は、施設内の状況（夜間病棟、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時間を求めると、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！

●**救急業務とは**

- 医療機関へ搬送する必要があるものを、救急隊によって、医療機関へ搬送すること（傷病者が医師の管理に置かれるまでの間に、救急車も有償のものとして、救急の手術を行うことを含む）をいいます。（消防法第3条第1項第2号）
- 救急隊員は、傷病者を医療機関やその他の施設に収容し、又は医療機関に医師が搬出し、傷病者が医師の管理に置かれるまでの間に、傷病者の状態その他の事件から応急処置を施さなければならないものをいいます。又はその事件が状況する恐れがあると認められる場合に応急処置を行うものをいいます。（救急隊員の行う応急処置等の基準第三条）

消防隊士がカルテコントロールに同意 平成27年12月18日消防庁DNAR（断行）指針（省）を改定した内容（消防、消防関係）

高齢者福祉施設等における救急ガイドブック

救急隊員が救急業務のポイント、救急搬送シートに記入し、等がまとめられたガイドブックで、うるを準備済みの物が作成しています。（定期的な更新あり）

救急搬送シートは、各施設に貼られ、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。

◆医療・介護関係者への研修

(1)カテゴリー別の多職種研修会

在宅ゆい丸センターHP

活動報告ページ



●「入退院支援」をテーマとした多職種研修会

【テーマ】

「在宅生活の継続のために必要な入退院支援の多職種連携とは？」

【目的】

- ・多職種の視点や考え方を理解し、各職種が連携を図るためのポイント(どのタイミングで、どのような連携・調整が必要か)を知る事ができる。
- ・グループワークを通して、顔の見える関係作りができる。
- ・連携時に必要なマナー等を知ること、スムーズな連携を図ることができる。

【開催日時／開催方法】

令和6年7月30日(火)19:00～21:00／NBC 結婚式場

【研修協力者】

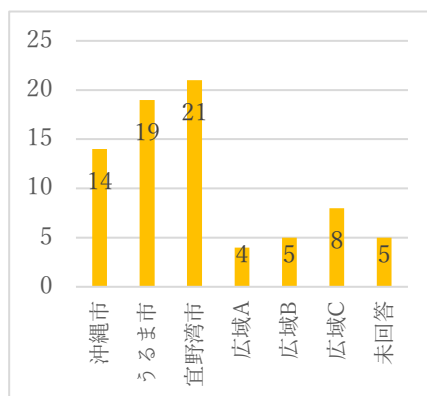
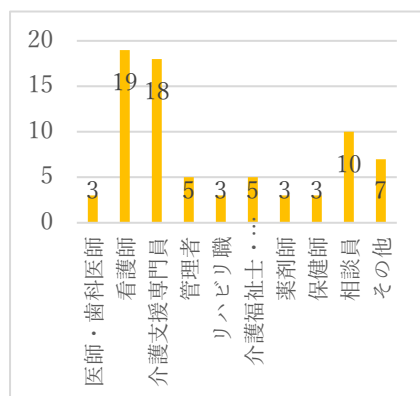
挨拶	末永 正機(中部地区医師会副会長)	
座長	多鹿 昌幸(読谷村診療所)	
登壇	屋宜 鮎美(ハートライフ病院)	稲嶺 孝(宜野湾記念病院)
	比嘉 久美子(ふれあいケアマネジメント宜野湾事業所)	高江洲 恵(介護老人保健施設池田苑)

【研修結果】

参加者：86名

満足度：95%

今後に活かせるか：93%



●「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口腔・栄養管理～入退院を繰り返さないための多職種連携～」

【目的】

- ・退院調整から療養生活維持に向けて必要な支援・多職種連携・課題等を学ぶ。
- ・事例を通して、日々の業務における各職種の視点や、療養生活維持に向けた口腔・栄養管理に関するポイント等を学ぶ。
- ・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】

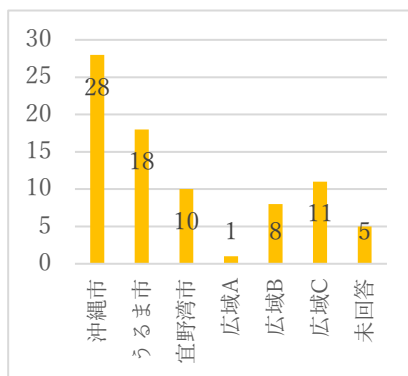
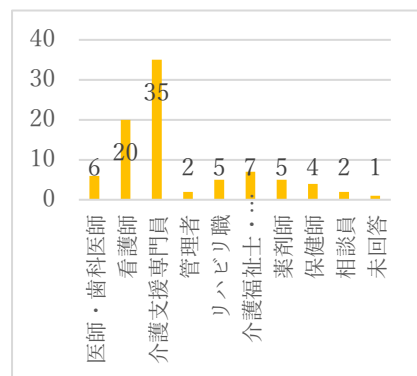
令和6年9月19日(木)19:00～21:00／会場(ちやたんニライセンター)+オンライン(Zoom)

【研修協力者】

挨拶	多鹿 昌幸(中部地区医師会老人保健担当理事)	
座長	喜屋武 望(室川ファミリー歯科)	
登壇	加藤 節子(にぬふぁ星 Das Essen)	比嘉 直樹(特別養護老人ホーム比謝川の里)
	野嵩 正恒(美らツネ)	
ファシリ	花城 ちさと(居宅介護支援事業所島の風)	鶴永 昌弘(居宅介護支援事業所寿楽)
	前田 耕平(居宅介護支援イーズ C&S)	久場 良朗(居宅介護支援事業所 LIB)
	野上 耕太郎(居宅介護支援事業所うるまの里)	具志堅 直也(うるま市地域包括支援センターいしかわ)
	大城 真也(ケアプランセンターなないろ)	金城 智希(ケアプランセンターなないろ)
	仲門 文子(東部クリニック介護支援センター)	伊禮 智子(ケアプランセンターWANSTYLE+)
	本部 仁一(きづき指定居宅介護支援事業所)	前外間 樹(ケアプランセンターWANSTYLE+)
	新垣 淑公(看護小規模多機能型居宅介護やえしま)	新垣 俊(介護支援センターさんだん花)
	桃原 隆(居宅介護支援事業所 TAKA)	渡名喜 未女(居宅介護支援事業所ぎのわん)
	小橋川 由紀乃(ケアプラン花織)	古波蔵 充(ケアプラン花織)
	志良堂 幸次(ケアプランニングらいふりい)	伊礼 ルイ子(居宅介護支援事業所なごみ)

【研修結果】

参加者：101名(会場60名、Zoom41名) 満足度：98% 今後に活かせるか：98%



●「看取り支援」をテーマとした研修会

【テーマ】

「地域に選ばれる施設になるには？～最期まで見守る力を育てる支援フロー、あります！～」

【目的】

- ・施設看取りの推進を図るため、参加対象を高齢者入所施設に限定。
- ・施設看取りの実際を知り、看取りの流れやイメージをつける事ができる。
- ・施設看取り体制の整備方法や、多職種とどのように連携すると良いか知る事ができる。
- ・看取りを行う事のメリット(気持ち、加算など)を知る事ができる。
- ・ワールドカフェ形式で看取り経験のある施設職員と参加者が話し合える事で、日頃感じている不安感や困り事等を解消できる。

【開催日時／開催方法】

令和6年12月19日(木)19:00～21:00／会場(NBC 結婚式場)

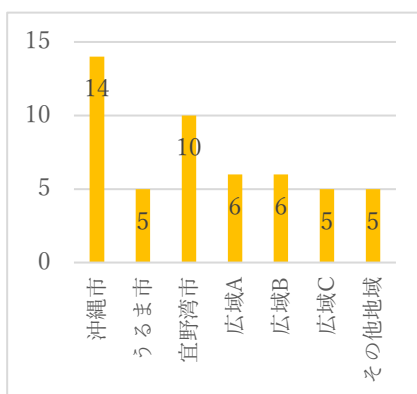
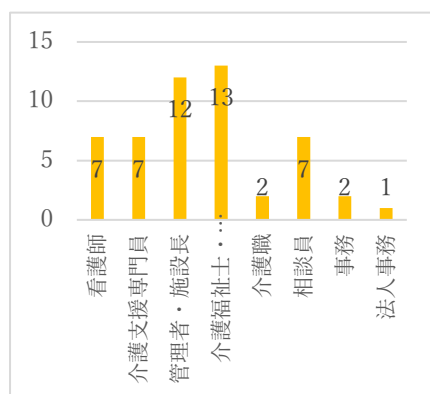
【研修協力者】

挨拶	多鹿 昌幸(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	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)	鈴木 大悟(SYM ケアサポート穂)
	山内 洋勝(ふれあい介護センター)	玉栄 睦美(中部地区医師会訪問看護ステーション)
	仲間 直崇(中部徳洲会病院・北谷病院)	佐久田 恵(看護小規模多機能型居宅介護 愛貴)
	大城 真也(ケアプランセンターなないろ)	田村 寿乃(小規模多機能ホームいきがいのまちうるま)
	平良 真和(特別養護老人ホーム比謝川の里)	
ファシリ	玉城 竜一(特別養護老人ホーム比謝川の里)	仲門 文子(東部クリニック介護支援センター)
	崎原 亜由美(中部地区医師会訪問看護ステーション)	

【研修結果】

参加者：60名 満足度：92% 今後に活かせるか：94%

看取りの一連の流れ等を知る事ができたか：96%



●「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 7 年 3 月 11 日(火)19:00～21:00／会場(NBC 結婚式場)

【研修協力者】

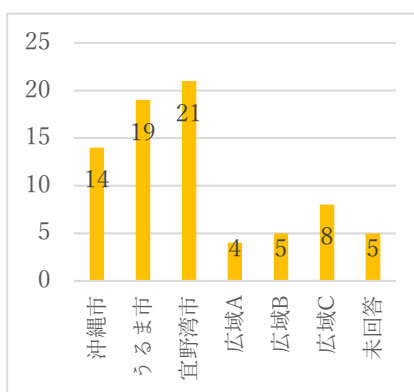
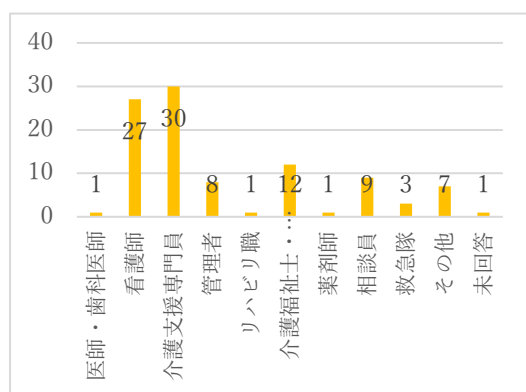
挨拶	末永 正機(中部地区医師会副会長)	
座長	友利 隆一郎(中部徳洲会病院)	
登壇	友利 隆一郎(中部徳洲会病院)	藤田 久仁雄(沖縄市消防本部山内出張所)
	新屋 洋平(ゆい往診クリニック)	奥間 鈴美(住宅型有料老人ホームサンハート)
ファシリ	久場 良朗(居宅介護支援事業所 LIB)	前田 耕平(居宅介護支援事業所イズ)
	花城 ちさと(居宅介護支援事業所島の風)	野上 耕太郎(居宅介護支援事業所うるまの里)
	大城 真也(ケアプランセンターなないろ)	金城 智希(ケアプランセンターなないろ)
	仲門 文子(東部クリニック介護支援センター)	前外間 樹(Wan Style Act)
	石垣 憲作(沖縄市地域包括支援センター西部南)	柴田 弥生(ケアプランあさ)
	新垣 俊(介護支援センターさんだん花)	小橋川 由紀乃(ケアプラン花織)
	古波蔵 充(ケアプラン花織)	志良堂 幸次(ケアプランニングらいふりい)

【研修結果】

参加者：120 名

満足度：97%

今後に活かせるか：96%



◆医療・介護関係者への研修

(2-1)高齢者シリーズ研修会 第1弾

【テーマ】

「認知症高齢者の医療介護連携について～今一度、課題と向き合う～」

【目的】

- ・経験を振り返り、自身の抱える課題と向き合う事で、医療介護連携の工夫・ヒントの発見へとつなげる。また、それを現場に持ち帰り伝え、実践に繋げやすくする。
- ・立場の異なる様々な視点や各地域の医療介護連携の工夫や成功事例を知る事ができる。
- ・顔の見える関係作りの場を提供する。

【開催日時／開催方法】

令和6年6月27日(木)19:00～21:00／会場(嘉手納町中央公民館)+Zoom

【研修協力者】

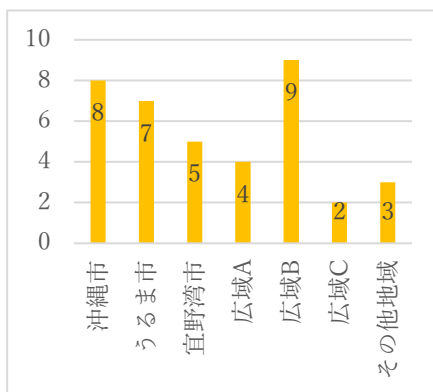
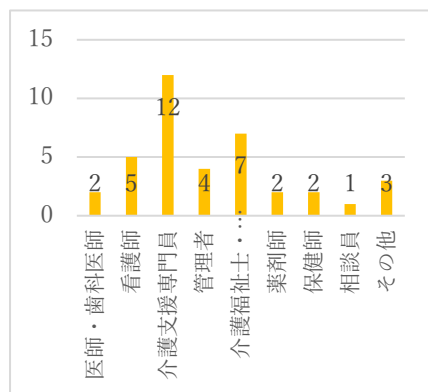
挨拶	末永 正機（中部地区医師会 老人保健担当理事）
講師	玉城 竜一(社会福祉法人幸仁会比謝川の里)

【研修結果】

参加者：66名(会場36名、Zoom30名)

満足度：74%

今後に活かせるか：74%



(2-1)高齢者シリーズ研修会 第2弾

【テーマ】

「身寄りのない高齢者への支援について～あなたが頑張っていること、共有しませんか?～」

【目的】

- ・支援内容を一覧にすることで、医療・介護関係者が業務を超えて行っていることを可視化し、職種別の役割整理を行う。
- ・上記を行うことで、延いては支援者間の連携へつなげる。
- ・顔の見える関係作りの場を提供する。

【開催日時／開催方法】

令和6年10月18日(金)19:00～21:00／会場(うるま市健康福祉センターうるみん)

【研修協力者】

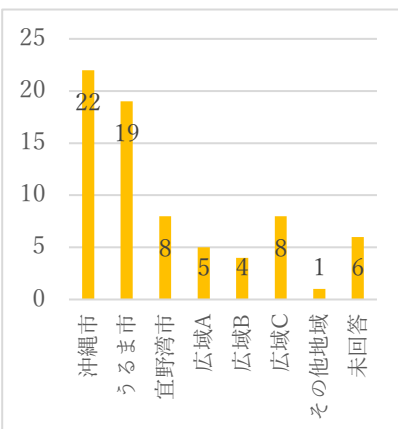
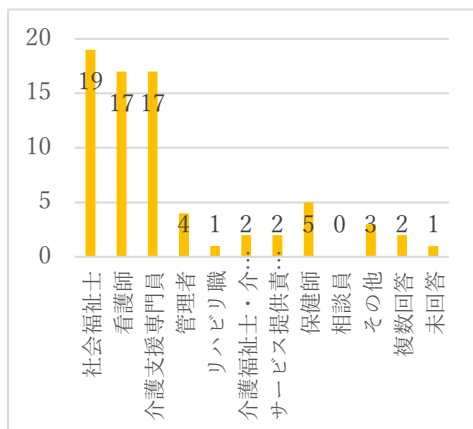
挨拶	多鹿 昌幸(中部地区医師会 老人保健担当理事)	
座長	佐久川 政吉(沖縄県立看護大学 島嶼地域保健看護教授)	
登壇	長嶺 勝仁(沖縄県地域包括ケア推進課)	長野 宏昭(いきがい在宅クリニック)
	秦 克之(中頭病院)	
ファシリ	新垣 俊(介護支援センターさんだん花)	宮平 秀美(看護小規模多機能ホーム若松きたなかぐすく)
	大城 五月(合同会社 hareruya)	仲宗根 勇介(沖縄市地域包括支援センター東部北愛聖)

【研修結果】

参加者：92名

満足度：95%

今後に活かせるか：93%



◆医療・介護関係者への研修

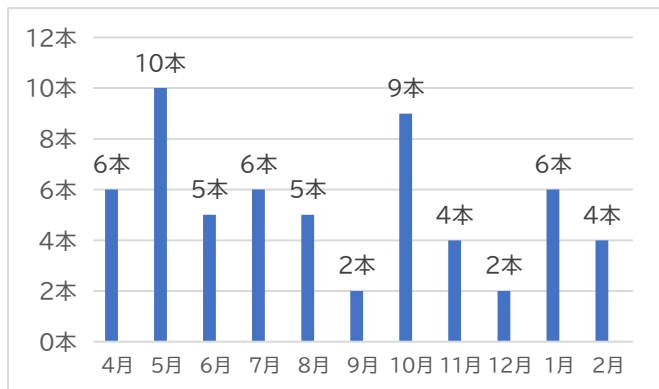
(3)貸出 DVD 研修

【目的】

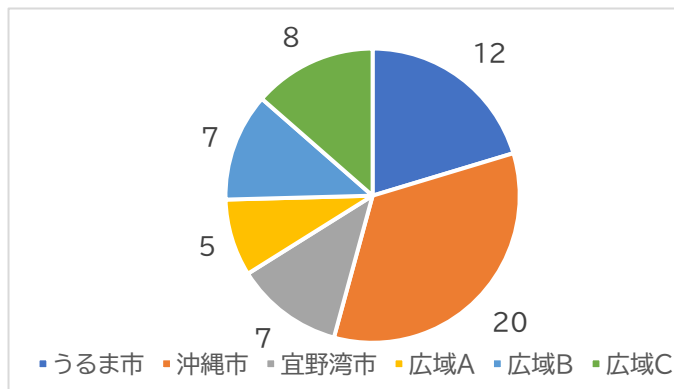
当事業では、医療・介護関係者を対象とした多職種研修会を定期開催しているが、人員不足や業務調整の難しさ等により介護職員が参加できない現状がある。新型コロナの発生もあった事から、施設内研修に役立てられるよう、令和2年度よりテーマ別のDVD貸出を実施、継続運用している。

【月別貸出本数】※2月末までの集計

計:59件



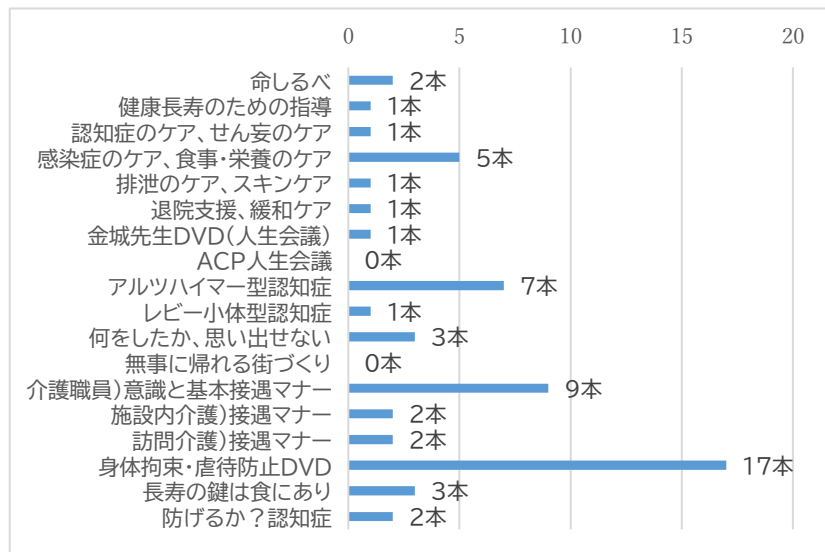
【市町村別貸出本数】



【事業所別貸出本数と視聴人数】

	貸出本数	視聴人数
病院	0	0
訪問看護	5	9
居宅	7	19
包括	4	54
訪問介護	13	42
通所介護	16	98
入所介護	13	69
行政	0	0
その他	1	1
計	59本	292名

【DVD 別貸出件数】



【DVD 貸出研修を活用した方の声】

- ・講師をお招きしての勉強会は、日程調整が厳しいので DVD は各々あいている時間で視聴できるのでとても導入しやすい。
- ・改めて意識したり、皆で共通認識も持ててよい。
- ・知識としてあっても、やっていくうちは徐々に薄れていったり行動にできないことが多くあったので改めて学ぶことができて良かったです。
- ・業務の空き時間、ランチタイム等に視聴でき、時間を有効に使って学べるのでとても助かります。
- ・研修資料作成に時間を要していたので、とても助かります。又内容もわかりやすくとても良い。 など

アンケート感想		
感想	回答数	割合
良かった	133人	89.9%
普通	15人	10.1%
あまり良く なかった	0人	0.0%
計	148人	100.0%

10. 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 8 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。

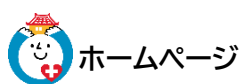
医療・介護関係者への研修は、6 回うち会場開催 4 回、会場+Zoom 開催 2 回。地域住民への普及啓発は、出前講座の継続と各ブロックにて中・大規模の講演会を開催した。今後も、柔軟な対応方法を検討して様々な手段を活用し継続的かつ効果的に実施していきたい。

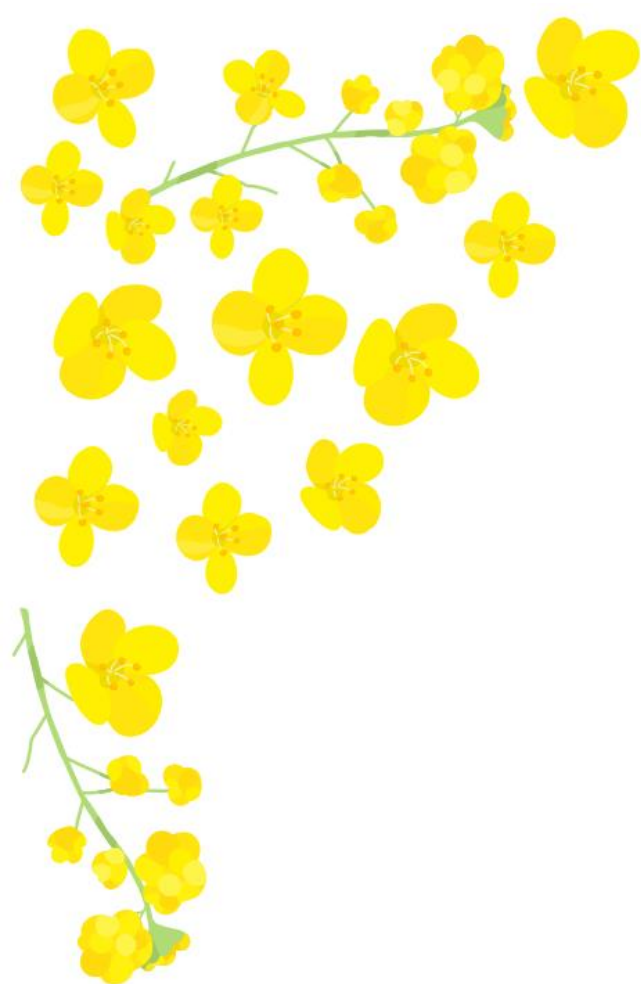
また、前年度より 2 年計画で設置した在宅看取り部会は、委員との建設的な意見交換をもって、最終目標である「在宅看取りに向けた仕組み作り」を各ワーキンググループにて達成する事ができた。次年度は、各ワーキンググループにて構築した仕組みを実行・評価・改善を運用する年となるため、引き続き委員の協力を得ながら計画的に進めていきたい。

中部地区の地域課題に関しては、在宅医療・介護連携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・方法等について協議を行っている。

引き続き、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。





**中部地区 12 市町村 在宅医療・介護連携推進事業
令和 6 年度 活動報告書**

発行 令和 7 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

