





令和5年度—令和6年度 在宅医療・介護連携推進事業  
在宅看取り部会 実施要綱

1. 趣旨

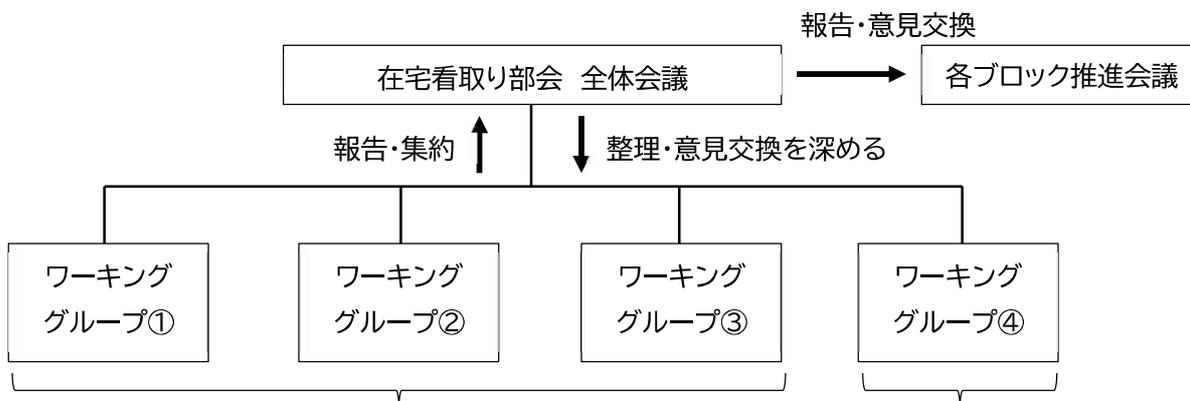
沖縄県において、2040年には65歳以上の高齢者人口が41万人を超え、高齢化率は30.3%と全国と比較して今後急速に高齢化が進行する事が見込まれている。また、それに伴い高齢者の単身世帯数が2010年の約2倍となり約4万世帯の増加、全世帯数に占める割合も8.1%から13.8%に増加すると予測されている。(沖縄県資料引用)

今後、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する。

2. 部会の目的

本人の尊厳、希望に沿った支援体制を構築できるよう、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。

3. 体制



まずワーキンググループ①～③を始動させ、その中で挙げた「繋がりの強化」に関するテーマをピックアップし、ワーキンググループ④でピックアップした事項の仕組みづくりを検討する。

(1) 全体会議

各ワーキンググループの意見交換内容や進捗状況を把握・整理（各ブロック在宅医療・介護連携推進会議へ下ろすべき議題、ワーキンググループで継続する議題）し、更なる議論に繋げる。最終的に、各ワーキンググループで議論し構築した仕組みの最終決定を行う。

(2) ワーキンググループ

アンケート調査を実施して現状把握し、各ワーキンググループの主な協議内容となる問題点に対する解決策の検討を進めながら、それぞれ設定した目標に沿って具体的な取り組みの仕組みづくりを行う。

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）
<p>検討項目：高齢者施設（特に有料、サ高住など）、自宅</p> <p>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）。</p> <p>最終目標：絞った方向性の具体的な対応策の検討、形作り。</p>	
ワーキンググループ②	普及啓発（知識の普及）
<p>検討項目：地域住民、医療・介護関係者</p> <p>中間目標：実行可能かつ効果的な手段、テーマの検討。</p> <p>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。</p>	
ワーキンググループ③	身寄りのない高齢者（問題の整理）
<p>検討項目：問題の整理、役割の明確化、各所への問題提起</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	
ワーキンググループ④	顔の見える関係作り（繋がり強化）
<p>検討項目：職種間連携、地域との繋がり</p> <p>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。</p>	

※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。

4. 各ワーキンググループの構成委員 別紙参照

テーマに応じた多職種、介護保険広域連合、行政事業担当者で構成

5. 年間計画

	内容	詳細
令和5年6月	委員選定	
	会議準備	アンケートたたき台作成
7月	第1回ワーキンググループ① 7/19 開催	たたき台をもとに各部門にてアンケート内容の検討
	第1回ワーキンググループ③ 7/13 開催	
8月	第2回ワーキンググループ①、③開催	
9月	第1回ワーキンググループ②開催	実行可能かつ効果的な手段の検討
	アンケート調査実施・集計・分析	
10月		
11月		
12月	全体会議+ワーキンググループ①、②、③	アンケート結果から各部門の方向性を検討、共有
令和6年1月	合同開催	
2月		
3月		
4月		
5月		
6月	第1回ワーキンググループ③ 6/12 開催	・今年度のゴール設定、全3回WG計画の策定
	第1回ワーキンググループ② 6/19 開催	
7月	第1回ワーキンググループ① 7/10 開催	・実効策（仕組み作り）の骨子、計画の意見交換
	第1回ワーキンググループ④ 7/24 開催	
8月		
9月	第2回ワーキンググループ③ 9/11 開催	・実効策（仕組み作り）の企画検討
	第2回ワーキンググループ② 9/18 開催	
10月	第2回ワーキンググループ① 10/9 開催	
	第2回ワーキンググループ④ 10/23 開催	
11月		
12月	第3回ワーキンググループ③ 12/11 開催	・実効策（仕組み作り）の企画検討、体制整備
	第3回ワーキンググループ② 12/18 開催	
令和7年1月	第3回ワーキンググループ① 1/15 開催	
	第3回ワーキンググループ④ 1/29 開催	
2月		
3月	各ワーキンググループ最終目標達成	

※令和7年度の実運用を目指して各ワーキンググループ最終目標達成に向け計画。



令和6年度 那覇市在宅医療・介護連携推進事業 年間事業計画

令和6年6月末現在

事業内容		実施内容細目（那覇市仕様書）	令和6年4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	令和7年1月	2月	3月			
現状分析・課題抽出・施策立案（計画）	切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築に向け、現状の分析、課題の抽出、施策の立案を行う。	① 地域の医療・介護資源の把握と活用（リストやマップ等の作成と活用）	ID付与に伴う入力方法の周知、更新や新規登録の案内							ID付与に伴う入力方法の周知、更新や新規登録の案内							
		イ) 地域の医療・介護関係者に対して情報提供、県統一資源マップ等の活用の促進を図る。	医療・介護おたすけマップ 各職能団体、病院、居宅介護支援事業所等、医療・介護関係者への普及活動														
		② 在宅医療・介護連携の課題抽出及び対応策の検討（立案時に事業の評価・見直し時期の設定）	ア) 地域の在宅医療と介護連携に関する課題抽出のため各種アンケート調査やヒアリング調査の実施、データ等の集約と分析を行う。	地域包括支援センター定例意見交換会													
			イ) 分析したもののから課題抽出を行い、目標（指標）を設定する。	医療機関、訪問看護事業所、介護事業者等、関係機関へのヒアリング													
			ウ) 医療・介護・行政等の多職種からなる関係者と在宅医療・介護連携支援ネットワーク協議会を年2回以上開催し、在宅医療・介護連携の現状の把握と課題抽出、解決策の検討を行う。				7/5【第1回】ネットワーク協議会						11/1【第2回】ネットワーク協議会			3/7【第3回】ネットワーク協議会	
			エ) 課題の解決に向けた会議において、地域の医療・介護の関係団体等と現状や課題、対応策、地域で目指す理想像（目標）の共有を行う。	チャージンジュー課との調整会議、医療・介護連携運営委員会目標（指標）を設定し、ネットワーク協議会にて共有													
		③ 切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進	ア) -1 ていーあんだールール等の情報連携ツールの活用に関する課題を把握し、活用に向けた対応策の検討を行う。（作業部会A）					第2回 栄養士意見交換会	第3回 栄養士意見交換会	第1回 薬剤師意見交換会	第2回 薬剤師意見交換会	第3回 薬剤師意見交換会		第1回 作業部会A	入退院支援連携コンセンサスブック 代表者会議	入退院支援連携コンセンサスブック 全体説明会	
			ア) -2 緊急連携シートの活用に関する課題を把握し、活用に向けた対応策の検討を行う。（作業部会A、B）			社協と普及進捗報告会					社協と普及進捗報告会				社協と普及進捗報告会		
			イ) -1 地域における住民が必要とする、切れ目のない在宅医療と在宅介護のサービス提供体制を検討し、具体的な取り組みを企画立案する。（医療・介護連携運営委員会）（在宅療養支援診療所連絡会）	4/25 在宅療養支援診療所連絡会	5/1 医療・介護連携運営委員会		6/27 在宅療養支援診療所連絡会	8/7 医療・介護連携運営委員会					11/6 医療・介護連携運営委員会			2/5 医療・介護連携運営委員会	
			イ) -2 介護関連施設と医療との連携に関する具体的な取り組みを企画立案する。（作業部会B）		救急時の事例聴取	6/25 第1回 作業部会B		8/27 作業部会B+協力施設打合せ	課題抽出のための事例検討会① in真和志・小嶺	消防局×病院×有料 救急時対応意見交換会①				課題抽出のための事例検討会② in首里・本庁	消防局×病院×有料 救急時対応意見交換会②		作業部会B 事例模倣
イ) -3 認知症施策との連携に関する具体的な取り組みを企画立案する。（作業部会D）							第1回 作業部会D	認知症支援に関する意見交換会			第2回 作業部会D	認知症支援に関する意見交換会		第3回 作業部会D	認知症支援に関する意見交換会		
イ) -4 身寄りがない方への意思決定支援に関する具体的な取り組みを企画立案する。（作業部会E）	作業部会にて身寄りがない方への意思決定支援研修会を企画、開催																
ウ) 多職種からなる会議で検討・共有された内容を医療・介護の現場へ伝達できるよう連携体制の構築を図る。						(再) 7/5【第1回】ネットワーク協議会					(再) 11/1【第2回】ネットワーク協議会			(再) 3/7【第3回】ネットワーク協議会			

令和6年度 那覇市在宅医療・介護連携推進事業 年間事業計画

令和6年6月末現在

2	対応策の実施	地域の医療・介護関係者からの在宅医療・介護連携に関する相談に応じ、必要な情報の提供及び助言その他必要な援助を行う。	① 在宅医療・介護連携に関する相談支援	ア) 在宅医療・介護連携に関する相談窓口（平日午前8時30分から午後5時30分）の開設を行う。	随時対応											
			イ) 在宅医療・介護連携に関する相談窓口についての周知啓発を図る。	随時対応												
			ウ) 地域の医療・介護関係者、地域包括支援センター等からの在宅医療・介護の連携に関する相談を受け、必要な情報の提供及び助言を行う。	随時対応												
			エ) 個別事例における地域の医療関係者と介護関係者の連携調整を行う。	随時対応												
			② 地域住民への普及啓発	ア) 市民を対象とした在宅医療・介護に関するフォーラムや講演会等の開催を年1回以上行う。												令和6年度市民フォーラム(人生会議の日)
				イ) 地域住民が在宅医療や介護、在宅における看取りや終末期ケア等について理解し、必要なサービスの選択ができるよう、地域包括支援センターや公民館などと連携し、地域に身近な場所での小規模な出前講座を開催し、在宅医療・介護連携の理解の促進を図る。(事務局、作業部会C)		6/12 地域包括ちゅいしーじー講習会			9/18 地域包括ちゅいしーじー講習会							地域包括ちゅいしーじー講習会
				ウ) 人生の最終段階における医療・ケアについての意思決定支援に関するACP(アドバンス・ケア・プランニング)等について市民が理解しやすい「命しるべ」パンフレットを活用し普及啓発を行う。(作業部会C)	作業部会C: ACPに関する新たなゲームの考案、活用											
					事務局: 地域包括支援センター、公民館等からの講師依頼に応じ、小規模での普及啓発を継続する											
			③ 医療・介護関係者の情報共有の支援、知識の習得等のための研修	ア) ていーあんだールールや緊急連携シート等の情報連携ツールの活用について、在宅での看取り、救急医療時、入退院時の情報共有を促進し、医療・介護の連携強化を図る。(作業部会A、作業部会B)												(再掲) 入退院支援連携コンセンサスブック全体説明会
				イ) 医療・介護関係者へ多職種連携のための研修会の開催を2か月に1回行うことで情報の共有や知識の習得を図る。		6/4 第1回スクラム塾(困難事例)			再) 認知症の支援に関する意見交換会	第2回スクラム塾(困難事例)		再) 認知症の支援に関する意見交換会	第3回スクラム塾(困難事例)	再) 認知症の支援に関する意見交換会		
				ウ) 相互の理解を深めるための、地域の医療関係者に介護に関する研修を年2回以上行う。				7/30 第1回包括→病院退院支援研修会	総合事業・介護保険に関する動画制作			総合事業介護保険制度に関する動画(介護の日)	動画の普及・啓発			
				エ) 相互の理解を深めるための、地域の介護関係者に医療に関する研修を年2回以上行う。				8/15 病院→包括診療報酬研修	特別養護老人ホームへの研修、有料老人ホームへの事例検討を企画、開催							
	随時、在宅医療同行訪問研修															
3	対応策の評価の実施、改善の実施	立案時に評価時期や指標を定め、実施した対応策について、それに基づき評価を行う。その評価結果を踏まえ、目標設定や課題抽出、対応策の実施内容等について、地域包括ケアシステムの実現に向け、改善のための検討を行う。	① 年度末には、年間事業報告書の様式を用いて、毎年評価を行う。											令和6年度年間事業評価・報告		
			② 事業目標に関する指標については、那覇市と随時協議・検討していくものとする。	チャージンじゅう課との調整会議で協議												
			③ 次年度に向けた年間事業計画書は、年度末に那覇市と調整を行ったうえで作成し、毎年4月中に提出をする。	令和6年度年間事業計画書提出												

令和6年度 那覇市在宅医療・介護連携推進事業 年間事業計画

令和6年6月末現在

4	その他必要と認められる事項について	① 本仕様書の遂行にあたって在宅医療・介護連携コーディネーターと那覇市との調整会議を年6回以上行うものとする。	第1回 ちゃーがん じゅう課との 調整会議		第2回 ちゃーがん じゅう課との 調整会議		第3回 ちゃーがん じゅう課との 調整会議		第4回 ちゃーがん じゅう課との 調整会議		第5回 ちゃーがん じゅう課との 調整会議		第6回 ちゃーがん じゅう課との 調整会議		
		② 業務内容の進捗や方向性、成果を年度に1回、報告の機会（年度末3月頃）を設ける。													令和6年度 事業成果 報告会
		③ その他目的達成に必要と認められる事項。	第1回 地区医師会 コーディネーター等 連絡会	第2回 地区医師会 コーディネーター等 連絡会	第3回 地区医師会 コーディネーター等 連絡会	第4回 地区医師会 コーディネーター等 連絡会	第5回 地区医師会 コーディネーター等 連絡会	第6回 地区医師会 コーディネーター等 連絡会	第7回 地区医師会 コーディネーター等 連絡会	第8回 地区医師会 コーディネーター等 連絡会	第9回 地区医師会 コーディネーター等 連絡会	第10回 地区医師会 コーディネーター等 連絡会	第11回 地区医師会 コーディネーター等 連絡会	第12回 地区医師会 コーディネーター等 連絡会	
前項の取り組みを進めるにあたり、企画立案時から、医師会等の関係団体と共同し、医療や介護・健康づくり部門等の市の課題に対する連携に努め、総合的に事業を進める人材の育成を行い、必要時には地域支援事業等に沿った連携・調整を図るとともに、災害・緊急時の対応も含め、今後検討を行うこととする。			災害時の医療・介護連携について検討												

令和6年度

『介護関連施設と医療との連携作業部会B』 行程表（案）

目的	日常の療養支援：有料老人ホーム等介護関連施設が平時から在宅医療および行政との連携を図れる体制を目指す 看取り：入居者・家族が施設での看取りを希望した場合、看取り実施可能な介護関連施設の増加を目指す
令和6年度目標	

実施内容(案)	実施内容細目(案)	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
1 有料老人ホーム・サ高住救急時の情報に関する意見交換会&勉強会	有料老人ホーム・サ高住を対象に市立病院で挙げた項目を検討（対応策の検討）および現場の実践力を高める		5/30 医療協議会 救急時事例 聴取	6/25 作業部会B		8/27 作業部会B +協力施設 打合せ① 開催案内	9/19 対応策検討のための 意見交換会① in真和志・小禄		8/27 作業部会B +協力施設 打合せ② 開催案内	12/11 対応策検討のための 意見交換会② in首里・本庁		3/ 作業部会B	
2 病院×有料老人ホーム・サ高住×（消防局）救急時対応意見交換会	救急時の「同乗問題」と病院での「待機問題」への対策について協議し試行する					那覇市立病院ヒアリング	9/ 病院×有料 救急時対応 意見交換会①	報告	（消防局との調整）	報告		1/ 病院×有料 救急時対応 意見交換会②	
3 特別養護老人ホーム ACP・看取り研修	特別養護老人ホームへACP・看取り研修開催し現場の実践力を高める												

1 有料老人ホーム・サ高住事例検討会

- 「救急車同乗問題」「病院待機問題」の解決を目指しつつ、ケアの質の向上、ACP、看取りを実施できる施設を増やす
- 内容：「救急時搬送」をベースに「ACP」、「入退院を繰り返す尿路感染」or「入退院を繰り返す誤嚥性肺炎」、「看取り」を盛り込む
- 病院へ緊急情報シートの周知、その他必要な情報ツールについての検討を行う。
- 評価指標：

2 病院×有料老人ホーム・サ高住救急時対応意見交換会

- 医療協議会、消防と病院（那覇市立病院）へのヒアリングを経て那覇市立病院とその近辺の有料老人ホームでスモールスタートを試行する
- 評価指標：

3 メンバーの分担

令和6年度 介護保険包括的支援事業 在宅医療・介護推進事業計画  
(令和6年4月1日 ~ 令和7年3月31日まで)

【糸満市・豊見城市・南城市・与那原町・南風原町・八重瀬町】

南部地区医師会 南部在宅医療介護支援センター

実施項目	計画内容	実施内容(具体的な取り組み)	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
1	在宅医療・介護連携に関して、必要な情報の収集、整理及び活用、課題の把握、施策の企画及び立案医療・介護関係者に対する周知を行う	<b>ア 現状分析・課題抽出・施策立案(計画)</b> <b>(ア) 地域の医療・介護資源の把握(情報収集、整理、活用)</b> ①医療・介護関係者への情報発信を充実、強化する目的で南部在宅医療介護支援センターホームページを運用する。 ②南部在宅医療介護支援センターホームページ上の「医療・介護おたすけマップ」の情報の充実を図り、随時、情報の更新、提供を行う。 ③紙媒体の「地域の医療・介護資源リスト」を作成し、医療・介護関係者へ情報提供を行う。 ④南部6市町の福祉・介護などのインフォーマルサービスを含む社会資源リストを作成し、医療・介護関係者へ情報提供を行う。 ⑤在宅医療を希望する高齢者や医療・介護関係者に対し、在宅医療広報リーフレットを活用し、訪問診療医などの紹介を行う。 ⑥地域の医療・介護資源に関するサービス内容などの実態調査を行う。	<b>ア 現状分析・課題抽出・施策立案</b> <b>(ア) 地域の医療・介護資源の把握(情報収集、整理、活用)</b> ①ホームページ運用(検索機能の向上、迅速な情報発信) ②医療・介護おたすけマップによる医療・介護資源情報の提供・医療、介護資源の新規、休業・廃止など資源マップの登録更新・医療、介護資源の質的情報収集、登録調査票の回収率向上・資源マップWeb上検索システムの運用、管理 ③紙媒体の医療・介護資源リスト(令和6年度版)の作成、活用促進 ※配布対象:医療・介護関係者・関係機関、民生委員、区長 ④各市町のインフォーマル社会資源を含む資源マップを作成し地域の医療・介護関係者、民生委員、区長、社協等関係者の支援に活用する資料を提供する。 ⑤地域住民や医療・介護関係者へ在宅医療広報リーフレットを配布し、在宅医療の理解を深め、訪問診療や訪問歯科診療、訪問看護等の活用を促進する。 ⑥地域の医療・介護資源に関するサービス内容等の実態調査・サービス提供内容については種別毎の登録調査票により把握する。	ホームページ管理・運用(情報発信、情報共有を図る) 「医療・介護おたすけマップ」へ医療・介護資源の新規情報を掲載、随時更新を行う 各施設、事業所へ登録調査票の協力依頼(回収率向上を図る) 令和6年1月改定「地域の医療・介護資源リスト」を新規の医療・介護関係機関へ配布および登録調査票への記入依頼を行う 11月沖縄県の情報公開後にリストとの照合作業開始、12~1月令和6年12月改定リスト作成、印刷・製本へ 2~3月 医療・介護関係機関へリスト配布 南城市、与那原町が資源マップ作成予定 随時										
	在宅医療・介護連携に関する周知を行う	<b>ア 現状分析・課題抽出・施策立案</b> <b>(イ) 在宅医療・介護連携の課題抽出、対応策の検討</b> ①南部地区在宅医療介護支援ネットワーク協議会(年2回) ②南部6市町担当者連絡会議(隔月開催/年6回) ③「食支援」「入退院支援」「救急連携」ワーキンググループを開催し、それぞれの課題と対応策を協議し、多職種研修に活かす。 ④南部地区の在宅医療体制の構築に向けて沖縄県、県医師会、南部地区医師会と協働する ⑤医療と介護連携に関する各種アンケート調査を実施し、地域課題を把握する。 ⑥地域ケア会議、地域包括ケア推進協議会などに参加し、地域の医療・介護連携の課題を把握する。	<b>ア 現状分析・課題抽出・施策立案</b> <b>(イ) 医療と介護関係者が参画する下記の会議を開催し、在宅医療・介護連携の課題抽出、対応策の検討</b> ①南部地区在宅医療介護支援ネットワーク協議会(年2回)(10月、3月) ②南部地区在宅医療・介護連携推進事業担当者連絡会議(年6回)(4月、6月、8月、10月、12月、2月) ③「食支援」「入退院支援」「救急連携」ワーキンググループにて課題と対応策について協議すると共に多職種研修を企画・立案する。 ④沖縄県、県医師会が主催する「在宅医療支援事業」と協働し、在宅医療体制の構築を図る。 ⑤各種アンケート調査の実施 ⑥地域ケア会議、地域包括ケア推進協議会などに参加し、地域の医療・介護連携の課題を把握する。 ・糸満市地域個別ケア会議(毎月第2火曜日 14:00~15:30) ・豊見城市地域包括ケア推進協議会 ・南城市地域包括ケア推進協議会	4.23開催 連絡会議 4月 6.19開催 連絡会議 6月 8.23開催 連絡会議 8月 5.27食支援 食支援WG 5.24入退院支援 入退院支援WG 6.12救急連携 救急連携WG 8.26食支援 食支援WG 8.23入退院支援 入退院支援WG 10.10協議会 協議会 10月 10.10食支援WG 食支援WG 12.12連絡会議 連絡会議 12月 2.連絡会議 連絡会議 2月 3.協議会 協議会 3月 上半期事業報告 事業報告 高齢者福祉施設、消防署へ救急連携に関するアンケート調査を実施 調査期間9/1~9/30										
	在宅医療・介護連携に関する周知を行う	<b>ア 現状分析・課題抽出・施策立案</b> <b>(ウ) 切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進</b> ①急変時対応における医療・介護関係者の救急連携強化を図る ②摂食嚥下障害や栄養について医療・介護関係者の理解を深め、高齢者が最期まで「口から食べることへの支援」を提供できる多職種協働の体制を構築する。 ③入退院時に医療と介護が連携を図ることにより一体的でスムーズな医療・介護サービスが提供され、高齢者が希望する場所で望み日常生活を送ることができる多職種協働の体制を構築する。	<b>ア 現状分析・課題抽出・施策立案</b> <b>(ウ) 切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進</b> ①救急連携ワーキンググループにて、課題の共有、対応策を協議する。 ②食支援ワーキンググループにて、食支援連携に関する具体的な取り組みを企画立案する。 ③入退院支援ワーキンググループにて、入退院支援連携に関する具体的な取り組みを企画立案する。	救急連携WG 5.27食支援 食支援WG 5.24入退院支援 入退院支援WG 8.26食支援 食支援WG 8.23入退院支援 入退院支援WG 10.10食支援WG 食支援WG 10.10食支援WG 食支援WG 12.12連絡会議 連絡会議 12月 2.連絡会議 連絡会議 2月 3.協議会 協議会 3月										
2	地域の医療・介護関係者からの在宅医療介護連携に関する相談に応じ、必要な情報の提供及び助言その他必要な援助を行う	<b>イ 対応策の実施</b> <b>(ア) 在宅医療・介護連携に関する相談支援</b> ①専用相談窓口の設置 南部在宅医療介護支援センターのリーフレットを活用し、相談対応窓口やその役割が医療・介護関係者に明確に理解されるよう関係者等へ広報周知を図る。 ②各市町の地域ケアに関連する会議(地域ケア会議など)へ参加し、必要な情報の提供および助言、その他必要な援助を行う。	<b>イ 対応策の実施</b> <b>(ア) 在宅医療・介護連携に関する相談支援</b> ①令和6年度版南部在宅医療介護支援センターリーフレットの作成と配布による医療・介護関係者へ配布、周知広報を行う。 ②糸満市地域ケア会議などの個別事例検討を通じて、地域の医療・介護連携の課題を把握、必要な情報提供や助言、援助を行う ・毎月第2火曜日 14:00~15:30 糸満市役所会議室 ・豊見城市地域包括ケア推進協議会 ・南城市地域包括ケア推進協議会	相談対応窓口にて相談を受け、情報提供や必要時には調整や適切な対応を行う 作成・配布、登録調査票も同時し、調査票の回収率増加を目指す 地域ケア会議などの会議へ参加し、地域の医療・介護連携の課題の把握、必要な情報提供や助言、援助を行う										

実施項目	計画内容	実施内容(具体的な取り組み)	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	
3	在宅医療・介護連携に関する地域住民の理解を深めるための普及啓発を行う。	<b>イ 対応策の実施</b> <b>(イ)地域住民への普及啓発</b> ①住民を対象に在宅医療や介護に関する「市民公開講座」などを開催し、地域住民の在宅医療・介護連携の理解を促進する。 ②住民や民生委員、社会福祉協議会や老人クラブなどを対象に公民館などで「在宅医療・介護」に関する小規模な出前講座を開催し、在宅医療・介護連携の理解を促進する。 ③人生の最終段階における医療・ケアについての意志決定支援に関するアドバンス・ケア・プランニング等について住民が理解しやすい「命しるべ」パンフレットを活用し普及啓発を行う。 ④各種リーフレット等を活用し、地域住民の在宅医療・介護連携の理解を促進する。	<b>イ 対応策の実施</b> <b>(イ)地域住民への普及啓発</b> ①市民公開講座の開催 ②住民や民生委員や老人クラブなどを対象とした『命しるべ』 ・講師バンク(地域の医療・介護関係者へテーマ別に講師登録を依頼) ・住民や医療・介護関係者からの依頼を受け各種研修会等へ講師を派遣し在宅医療・介護連携について理解を促進する。 ③④ ・「命しるべ」のこの道標へパンフレットを活用し、地域住民への普及啓発を行う。 ④在宅医療広報リーフレットの作成、配布		5.18与那原町 救急研修	6.8八重瀬町 救急研修		8.8南風原町 山川 命しるべ出前講座	9.19八重瀬町 友寄大倉ハイ 命しるべ出前講座 東風早 命しるべ出前講座	10.24南城市 つましる 命しるべ出前講座					
1)	医療・介護関係者間の情報の共有を支援する	<b>イ 対応策の実施</b> <b>(ウ)①医療・介護関係者の情報共有の支援</b> <b>1)医療・介護関係者の情報共有の支援</b> ①高齢者施設が救急搬送時に提供する救急連絡シートの活用を促進し、医療・介護の連携を強化する。 ・救急ガイドブック、救急連絡シートの見直し、周知広報を行う ②在宅高齢者の救急搬送時等の情報共有を強化する。 ③入退院時における医療・介護連携を強化する。 「入退院連携の手引き」病院連携窓口一覧」の改定版の作成、活用を促進する。 ④「なんぶ連携ネット」「なんぶ連携ネット(事業所)」を活用し、医療・介護関係者へ迅速に情報を発信し共有を図る。これまで研修案内などを紙媒体で郵送していたが、メールアドレスによる情報配信に取り組み。	<b>イ 対応策の実施</b> <b>(ウ)①医療・介護関係者の情報共有の支援</b> <b>1)医療・介護関係者の情報共有の支援</b> ①赤濱市消防本部、豊見城市消防本部、東部消防本部、島尻消防本部所轄ごとに高齢者福祉施設を対象に「救急連絡シート」の活用、DNARの理解促進を図る。 ②独居、老夫婦世帯などの在宅高齢者を対象に緊急時情報シートを作成、活用を図り救急搬送時の情報共有を強化する。 ③令和6年度の診療報酬、介護報酬の改定に準じ、令和5年2月改定「医療・介護関係者の入退院連携の手引き」の見直しを行い活用を促進する。 ④「なんぶ連携ネット」を活用し、医療・介護関係者へ迅速に情報を発信し共有を図る。医療・介護関係機関、施設、事業所へメールアドレス登録への協力を依頼し情報配信に取り組み。												
2)	医療・介護関係者に対して、在宅医療・介護連携に必要な知識の習得及び当該知識の向上のために必要な研修を行う。	<b>イ 対応策の実施</b> <b>2-1)医療・介護関係者の多職種研修会の開催</b> 【テーマ】 ① 日常の療養支援 ② 急変時対応(救急連携) ③ 入退院支援 ④ 看取り ⑤ ACP、意思決定支援 ⑥ 認知症 ⑦ 食支援 ⑧ 精神疾患を抱える高齢者支援 ⑨ 感染症に関すること 多職種研修会の開催にあたっては、下記の地域支援事業と連携、調整を行い実施する。 1. 生活支援体制整備事業 2. 介護予防・日常生活支援総合事業 3. 認知症総合支援事業	<b>イ 対応策の実施</b> <b>②医療・介護関係者の研修</b> ・多職種研修会は、各6市町で開催し、医療・介護関係者の顔のみえる関係づくりを目指す。但し、南部6市町合同研修も可能。  【テーマ】 ① 日常の療養支援 ② 急変時対応(救急連携) ③ 入退院支援 ④ 看取り ⑤ ACP、意思決定支援 ⑥ 認知症 ⑦ 食支援 ⑧ 精神疾患を抱える高齢者支援 ⑨ 感染症に関すること		5.18与那原町 救急研修	6.8八重瀬町 救急研修									
3)	対応策の評価の実施・改善の実施	<b>2-2)医療・介護関係者向け出前講座の実施</b> 関係機関・団体からの依頼を受け、医療・介護関係者を対象とした各種研修会などへ講師を派遣し、在宅医療・介護連携について理解を促進する。 ・関係施設、事業所の職員を対象に「もしバナカード」を活用したACP普及啓発を行う。 ・関係施設、事業所の職員を対象にACP普及啓発を促進するリーダーの育成を行う。	<b>2-2)医療・介護関係者向け出前講座の実施</b> 医療・介護関係者を対象とした各種研修会等へ講師を派遣し、在宅医療・介護連携について理解を促進する。 ・関係施設、事業所の職員を対象に「もしバナカード」を活用したACP普及啓発を行う。 ・関係施設、事業所の職員を対象にACP普及啓発を促進するリーダーの育成を行う。				6.27与那原町包括 命しるべ出前講座								
3)	対応策の評価の実施・改善の実施	<b>3-1)対応策の評価の実施・改善の実施</b> PDCAサイクルによる事業の評価、改善を行う。事業の評価指標を定め事業内容を検証し改善を行う。	<b>3-1)対応策の評価の実施・改善の実施</b> 事業の取組の指標マップ(区分、内容、活動指標、方向性、成果指標など)を作成し、PDCAサイクルによる事業評価を行い改善する。 ・多職種研修会終了後のアンケートによる理解度、満足度、意見などを把握 ・ネットワーク協議会、担当者連絡会議で事業実施報告を行い、事業内容の評価を行う。												
3)	その他の地域の実情に応じて医療・介護関係者を支援する	<b>3-2)在宅医療・介護連携に関する県、関係市町、県医師会、郡医師会との連携</b> ① 隣接する市町村(二次医療圏内)の在宅医療・介護連携の状況を把握し共通する地域課題の対応策を検討する。 ② 沖縄県、県医師会、地区医師会などと情報交換を行い、県内の在宅医療・介護連携の状況を把握し、対応策を検討する。 ③ 医療・介護連携統括アドバイザーの指撻、助言を受け、各地区医師会との連携を図り、在宅医療・介護連携推進事業を推進する。  <b>その他、コーディネーターの知識・技術の向上を図る。</b>	<b>3-2)県、南部6市町、県医師会・地区医師会などとの連携を図る</b> ・南部地区在宅医療・介護連携推進事業担当者連絡会議(年6回) ・各地区医師会コーディネーター等会議(1回/月) ・県在宅医療介護連携支援事業(県医師会)(2回/年) ・県入退院支援連携デザイン事業(県医療ソーシャルワーカー協会)  <b>その他、コーディネーターの知識・技術の向上を図る。</b> 国、沖縄県、県医師会など関係機関が主催する研修会などへ参加し、コーディネーターの知識技術の向上を図る。												

令和6年度 入退院支援ワーキンググループ

事業全体目標	医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者などが、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出来るよう、在宅医療と介護を包括的かつ継続的に提供するために、医療機関と介護サービス事業者などの関係者の連携を推進する												
ワーキンググループ目標	入退院の際に、医療機関、介護事業所が協働し情報共有を行うことで、一体的でスムーズな医療・介護・福祉などのサービスが提供され、医療と介護を必要とする高齢者などが安心して入退院ができ、在宅、施設、病院のどこにおいても高齢者の意思が尊重された適切かつ良質な医療・介護が受けられるよう本人や家族をサポートする人材の育成など多職種研修会などとおして、医療・介護関係者の連携強化を図り、地域の入退院支援体制を構築する												
短期・中長期目標	中・長期目標(令和7年～8年度までの目標)						短期目標(令和6年度の目標)						
	①医療・介護関係者へ入退院支援多職種研修会を開催し、医療と介護関係者の資質向上や連携の強化を図る ②「私の気持ち応援シート」など情報シート活用を推進するため、南部地区内の医療・介護関係者へ向けて周知広報を行う ③地域住民を対象に「もしバナカード」や「命しるべ」「私の気持ち応援シート」を活用した出前講座(公民館など)や市民公開講座を開催しACPIについて普及啓発を行う						①医療・介護関係者へ入退院支援多職種研修会を開催し、医療と介護関係者の資質向上や連携の強化を図る ②トリプル改定に伴う「入退院時連携の手引き」(改訂版)の作成、周知広報、活用の促進を図る ③「私の気持ち応援シート」など情報シート活用を検討し、南部地区内での導入を推進するため医療・介護関係者へ向けて周知広報を行う						
主な課題・取り組み	【主な課題】						【当事業の取り組み】 ※赤字記載は令和6年度重点的に実施予定						
	○入退院時の情報共有が不十分 ○医療・介護関係者の理解促進						※令和4年入退院支援ワーキンググループ設置し、医療・介護現場の専門職による視点から課題や対応策について協議を行っている ○入退院時連携の手引き作成(※令和5年2月改訂版) ○病院の窓口一覧の情報提供 ○入退院支援連携デザイン事業と協働、機能別医療機関の紹介を行う ○病院の入退院支援者、地域の医療・介護関係者へ向けて多職種研修会を開催し入退院連携に関する情報提供を行い、グループワークをおして多職種での意見交換と事例検討を行い、医療・介護連携の強化を図る ○コロナ下での入退院時連携に課題が生じていないか実態把握を目的に南部地区内病院(一般・精神)、訪問看護ステーション、地域包括支援センター(直営・委託)、居宅介護支援事業所へアンケート調査を実施 調査期間: 令和3年10月11日～10月30日						
	○地域の在宅医療・介護資源の整理・周知						○高齢者施設の入居要件、対応できる医療処置など各事業所・施設へ登録調査票の記入依頼を行い、Web上の「医療・介護おたすけマップ」で詳細な情報提供を行う ○訪問診療、訪問歯科、訪問薬局、訪問看護ステーションなど在宅療養を支える医療資源を集約し「在宅医療用広報リーフレット」を作成、リーフレットを活用した情報発信を行う ○地域住民を対象に市民公開講座や出前講座(公民館など)を開催し在宅医療についての普及啓発を行う						
	○ACPの普及啓発						○医療・介護関係者を対象に多職種研修などでACPIについて普及啓発を行う ○地域住民を対象に「もしバナカード」や「命しるべ」を活用した出前講座(公民館など)を開催しACPIについて普及啓発を行う ○地域住民を対象に市民公開講座を開催しACPIについて普及啓発を行う						
	○身寄りのない方への入院、入所、療養生活支援の困難さ(医療・介護関係者の共通課題)						○「私の気持ち応援シート」など情報シート活用を検討する ○地域包括支援センターや介護支援専門員向けに「私の気持ち応援シート」など情報シート活用に関する研修会を開催する ○医療・介護関係者へ向けて「身寄りのない高齢者などの支援」をテーマに多職種研修会を開催し、それぞれの役割、できることを情報共有し、支援方法を学ぶことを推進する ○身寄りのない高齢者等の入退院、入所、日常の療養支援の実態と課題を把握するために南部地区の医療機関と高齢者福祉施設、居宅介護支援事業所、地域包括支援センターを対象にアンケート調査を実施 調査期間: 令和5年4月21日～令和5年5月27日						
ワーキンググループ年間計画	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	備考
		第1回WG			第2回WG			第3回WG		入退院支援多職種研修会	第4回WG		年4回開催 時間 19:00～20:30
ワーキンググループ委員	○訪問診療医 ○退院支援看護師 ○医療ソーシャルワーカー(MSW・PSW) ○介護支援専門員 ○地域包括支援センター(保健師・主任介護支援専門員、社会福祉士など) ○高齢者施設(施設長又は管理者) 予定										指標	○退院支援加算 ○介護支援連携指導料 ○入院時情報連携加算 ○退院時共同指導料 ○退院前訪問指導料 ○研修会後のアンケート調査	

入退院時連携の主な課題	課題の背景・要因	医療・介護関係者の取り組み	当事業の取り組み	
入退院時の情報共有が不十分	<ul style="list-style-type: none"> <li>○医療・介護関係者が一堂に介した研修や会議などが少なく、顔の見える関係性の構築が難しい</li> <li>○大規模病院では担当者へ電話がつながるまでに音声ガイダンスや電話交換などを介してつながるまでに時間を要する</li> <li>○患者に対するカンファレンスなどの情報共有の場が少ない</li> </ul>	<p>【医療関係者の取り組み】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○病院の窓口の明確化</li> <li>○電話連絡以外(メール、FAXなど)連絡手段を確保する</li> <li>○概ね3日以内に高齢者本人・家族への聞き取りや介護保険証などから担当介護支援専門員の有無を確認、その他情報収集を行う</li> <li>○カンファレンスなど情報共有の場を必ず設ける</li> <li>○必要に応じて理学療法士などの家屋調査を実施</li> <li>○生活上の制限など指示事項も診療情報提供書などに明示する</li> <li>○サマリイなどの情報提供が不十分なことがあるため、どの情報をどう記載すべきか、院内で統一して記載できるように院内で取り決めを行う</li> </ul> <p>【介護関係者の取り組み】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○高齢者本人、家族に平時から健康保険証や介護保険証、お薬手帳、診察券、担当介護支援専門員の名刺・連絡先などをまとめて保管しておき、入院時には介護支援専門員へ連絡するように声かけを行う</li> <li>○介護支援専門員は基本情報を概ね3日以内に病院へ提供を行う</li> <li>○介護支援専門員は病院機能を十分に理解して退院時期を想定した早急な情報収集を行う</li> <li>○カンファレンスなど情報共有の場に参加する</li> <li>○介護支援専門員協会の支部などで入退院支援に関する勉強会を開催する</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○病院の入退院支援者と地域の医療・介護関係者へ向けて多職種研修会を開催し、グループワークをとおして、多職種での意見交換と事例検討を行う</li> <li>○職種や役割に応じた専門性を発揮できるよう入退院時における医療機関と地域の医療・介護関係者との連携に係る情報共有を行う</li> <li>○入退院時連携の手引きを作成</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>○新型コロナウイルス感染症やインフルエンザなどの感染症により入院中の患者への面会制限があり、患者の情報が得にくくなった</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○新型コロナウイルス感染症、インフルエンザなどの感染症により入院患者の面会制限があり、患者情報が得にくくなった</li> </ul>	<p>【医療関係者の取り組み】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○頻回な電話連絡やFAX、メール、写真などによる情報提供で入院中の患者情報を伝える</li> <li>○Zoomなどのオンライン会議やIoTを活用したカンファレンスや面会により患者情報を伝える</li> </ul> <p>【介護関係者の取り組み】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○頻回な電話連絡やFAX、メール、写真などによる情報提供で入院前の患者情報を伝える</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○コロナ下での入退院時連携に課題が生じていないか実態把握を目的にアンケート調査を実施</li> <li>調査対象：南部6市町(糸湯市、豊見城市、南城市、与那原町、南風原町、八重瀬町)内にある             <ol style="list-style-type: none"> <li>1.病床を有する病院(一般・精神) 12ヶ所/17ヶ所 (回答率71%)、</li> <li>2.訪問看護ステーション17/32ヶ所 (回答率53%)、</li> <li>3.地域包括支援センター(直営・委託) 8/ 8ヶ所 (回答率100%)、</li> <li>4.居宅介護支援事業所43/78ヶ所 (回答率55%)</li> </ol> </li> <li>調査期間：令和3年10月11日(月)～10月30日(土)</li> <li>調査方法：調査対象へアンケート調査票を郵送にて配布、回答はFAXにて回収</li> </ul>
進医療・介護関係者の理解促進	<ul style="list-style-type: none"> <li>○医療関係者：介護保険制度や介護関係者の役割の理解が不十分</li> <li>○介護側：病院の機能理解が不十分</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○医療関係者は介護保険制度や介護関係者の役割理解が不十分なことが多い</li> <li>○医療関係者は在宅療養のイメージが弱く、生活の視点で退院調整を進めることが不十分である</li> <li>○病院の窓口が不明、病院によって担当部署の名称や役割が違い、窓口がわかりにくい【例：地域連携室、入退院支援室、相談室】</li> <li>○介護関係者は医療機能の理解が不十分</li> </ul>	<p>【医療関係者の取り組み】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○介護保険制度や在宅療養のイメージ、生活の視点で退院調整を進めることができるように院内で勉強会を行う</li> <li>○病院の窓口の明確化</li> </ul> <p>【介護関係者の取り組み】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○医療機能の理解を深めるために介護支援専門員協会の支部などで入退院支援に関する勉強会を開催する</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○医療関係者に介護保険制度について理解してもらうよう多職種研修会を開催</li> <li>また、多職種研修会でグループワークをとおして、医療・介護関係者がお互いの役割を理解し、情報共有が図られるようにした</li> <li>○病院の窓口一覧の情報提供</li> <li>○入退院支援連携デザイン事業と協働、機能別医療機関の紹介を行う</li> </ul>
の地域理・在宅知医療・介護資源	<ul style="list-style-type: none"> <li>○医療ニーズの高い方を受け入れる施設が少ない。どの施設にどのような入居条件があるのか不明</li> <li>○訪問診療を行っている医療機関が少なく、情報が少ない</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○住宅型有料老人ホームでは看護師配置がほとんどないため、医療ニーズの高い方の受け入れが難しい</li> <li>○南部地区内では訪問診療を行っている医療機関が少なく、情報が少ない</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○施設の入居条件を明確化し、医療・介護関係者へ情報を提供する</li> <li>○訪問診療機関を明確化し、医療・介護関係者などへ情報を提供する</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○高齢者施設の入居要件、対応できる医療処置など、各事業所・施設へ登録調査票への記入依頼を行い、Web上の「医療・介護おたすけマップ」による詳細情報を提供</li> <li>○訪問診療、訪問歯科、訪問薬局、訪問看護ステーションなど在宅療養を支える医療資源を集約し、「在宅医療用広報リーフレット」を作成、リーフレットを活用した情報発信を行う</li> <li>○地域住民を対象に市民公開講座や出前講座(公民館など)を開催し在宅医療についての普及啓発を行う</li> </ul>
ACPの普及啓発	<ul style="list-style-type: none"> <li>○どのような治療・どのような療養環境を望むのか、ACPIについて地域住民及び医療・介護関係者の普及啓発が必要</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○平時からかかりつけ医や医療・介護関係者が本人、家族へ本人が望む療養環境や急変時の医療的処置について意向確認をしていない</li> <li>○本人や家族が縁起でもない話をされるのを嫌がる</li> </ul>	<p>【医療関係者の取り組み】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○かかりつけ医は高齢者本人が望む療養環境や急変時の医療的処置などの意向を把握しておき、救急病院や介護関係者へ情報共有できるようにする</li> </ul> <p>【介護関係者の取り組み】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○高齢者本人が望む療養環境や急変時の医療的処置などの意向を把握しておき、救急病院や医療関係者へ情報共有できるようにする</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○医療・介護関係者を対象に多職種研修などでACPIについて普及啓発を行う</li> <li>○地域住民を対象に「もしバナカード」や「命しるべ」を活用した出前講座(公民館など)を開催しACPIについて普及啓発を行う</li> <li>○地域住民を対象に市民公開講座を開催し、ACPIについて普及啓発を行う</li> </ul>

入退院時連携の主な課題	課題の背景・要因	医療・介護関係者の取り組み	当事業の取り組み	
身寄りのない方への入院、入所、療養生活支援の困難さ (医療・介護関係者の共通課題)	○身寄りのない独居高齢者の生活状況に関する医療・介護関係者の情報共有が不十分	○身寄りがなく、友人・知人との交流もなく、普段から隣近所など地域住民との交流がなかったり、民生委員・児童委員、地域包括支援センターも関わりがなく、情報が得られない	【行政や地域包括支援センターの取り組み】 ○身寄りのない、周囲の支援が得られない高齢者の実態把握を各市町で行う ○身寄りのない方への各種支援(対応者や対応内容)について情報収集、記録を行う→「私の気持ち応援シート」へ本人に記載してもらうよう支援を行う 【医療・介護関係者の取り組み】 ○入退院・転院時に基本情報以外に「私の気持ち応援シート」など情報シートを活用し医療・介護の連携を図る	○「私の気持ち応援シート」など情報シート活用を検討する ○地域包括支援センターや介護支援専門員向けに情報シート活用に関連する研修会を開催 ○医療・介護関係者へ向けて「身寄りのない高齢者などの支援」をテーマに多職種研修会を開催し、医療・介護関係者のそれぞれの役割、できることを情報共有し、支援方法を学ぶことを推進する
	○緊急連絡先として対応できる家族や支援者がいない	○包括や担当ケアマネが24時間連絡体制に対応しきれない(特に夜間など勤務時間外の対応が難しい) ○地域住民と交流がない場合、親戚など関係者の情報収集に時間がかかる(介護保険未申請の場合)	※「身寄りのない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人への支援に関するガイドライン」を活用する 【医療・介護関係者の取り組み】 ○地域包括支援センターや社協、民生委員へ情報収集を行う ○成年後見人の申請、活用 ○身元保証等高齢者サポートサービスの活用 ○私の気持ち応援シートなど情報シート活用し、本人の意向を確認しておく	○「身寄りのない高齢者等」の入退院、入所、日常の療養支援の実態と課題を把握するために南部地区の医療機関と高齢者福祉施設、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所を対象にアンケート調査を実施 調査対象:243ヶ所 医療機関11/16ヶ所 回収率68.8%、 高齢者福祉施設46/142ヶ所 回収率32.4%、 地域包括支援センター(基幹型・委託)8/11ヶ所 回収率72.7%、 居宅介護支援事業所23/74ヶ所 回収率31.1% 調査期間: 令和5年4月21日(金)～5月27日(土) ○医療・介護関係者へ向けて「身寄りのない高齢者などの支援」をテーマに多職種研修会を開催し、医療・介護関係者のそれぞれの役割、できることを情報共有し、支援方法を学ぶことを推進する
	○認知症などで意思決定が困難な場合に各種利用契約、介護や福祉サービスの利用手続きが難しい	○認知症などの疾患による影響	○各種利用契約、介護・福祉サービスの説明を聞き、本人の意思に基づき、署名を行う支援方法、支援者を決定する ○成年後見人の申請、活用 ○身元保証等高齢者サポートサービスの活用	○私の気持ち応援シートなど情報シート活用を検討する ○地域包括支援センターや介護支援専門員向けに情報シート活用に関連する研修会を開催 ○医療・介護関係者へ向けて「身寄りのない高齢者などの支援」をテーマに多職種研修会を開催し、医療・介護関係者のそれぞれの役割、できることを情報共有し、支援方法を学ぶことを推進する
	○認知症などで入院費、利用料支払いや金銭管理が難しい	○認知症などの疾患による影響 ○成年後見申請の市町村申立てまで時間がかかる。さらに後見開始の審判にも時間がかかる	○日常生活自立支援事業での社協による金銭管理活用 ○成年後見申請により成年後見人が本人の預貯金などから利用料や医療費などの支払いを行う ※「保証人としての履行義務なし」 ○金銭預かり書等を作成、病院などで金銭管理を行う ○保証金などを預かり、未収金に対して備える ○身元保証等高齢者サポートサービスの活用	○私の気持ち応援シートなど情報シート活用を検討する ○地域包括支援センターや介護支援専門員向けに情報シート活用に関連する研修会を開催 ○医療・介護関係者へ向けて「身寄りのない高齢者などの支援」をテーマに多職種研修会を開催し、医療・介護関係者のそれぞれの役割、できることを情報共有し、支援方法を学ぶことを推進する ※令和4年度入退院支援ワーキンググループを設置し、医療・介護現場の専門職による知見で課題や対応策について協議
身寄りのない方への入院、入所、療養生活支援の困難さ (医療・介護関係者の共通課題)	○施設や病院に必要な物品の準備	○身寄りがいない、身近に友人・知人など支援者がいないため	○私の気持ち応援シートなど情報シート活用を検討する ○地域包括支援センターや介護支援専門員向けに情報シート活用に関連する研修会を開催 ○医療・介護関係者へ向けて「身寄りのない高齢者などの支援」をテーマに多職種研修会を開催し、医療・介護関係者のそれぞれの役割、できることを情報共有し、支援方法を学ぶことを推進する	
	○病院受診や入院・手術などの医療同意に関すること	○認知症などの疾患による影響 ○身寄りがいない、身近に友人・知人など支援者がいないため	※「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」における意思決定支援のプロセスを参考に支援を行う ※「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」を参考に支援を行う ※医療行為の同意は、本人のみが行うことができる一専属権であり成年後見人に同意権がない ○医療機関の受診が必要になった場合の同行、入院等の手続き、本人の医療同意(対応の協議)に協力する支援者を決定する 【医療関係者の取り組み】 ○言語的コミュニケーションが可能な段階での同意取得にあたって必要となる医療同意能力評価と重症になって意思決定能力が低下した場合の意思決定支援のプロセスについて本人の意思を尊重しつつ最善の利益を達成するために実施する ○院内の臨床倫理委員会での検討 ○かかりつけ医は高齢者本人が望む治療や医療的処置などの意向を把握しておき、救急病院や介護関係者へ情報共有できるようにする ○関係者から本人の意思を推定する情報収集を行う 【介護関係者の取り組み】 ○高齢者本人が望む治療や医療的処置などの意向を把握しておき、救急病院や医療関係者へ情報共有できるようにする	○私の気持ち応援シートなど情報シート活用を検討する ○地域包括支援センターや介護支援専門員向けに情報シート活用に関連する研修会を開催 ○医療・介護関係者へ向けて「身寄りのない高齢者などの支援」をテーマに多職種研修会を開催し、医療・介護関係者のそれぞれの役割、できることを情報共有し、支援方法を学ぶことを推進する ※令和4年度入退院支援ワーキンググループを設置し、医療・介護現場の専門職による知見で課題や対応策について協議
	○退所や退院が困難である	○治療は終了していても身寄りがいないことを理由に退院調整(転院・施設入所)が難しい	【医療関係者の取り組み】 ○成年後見人の申請、活用 ○身元保証等高齢者サポートサービスの活用 ○カンファレンスなど情報共有の場を必ず設ける ○施設入所の際、容体急変時の対応を明確に伝える ○私の気持ち応援シートなど情報シート活用し、本人の意向を確認しておく 【介護関係者の取り組み】 ○入所受入れの際、容体急変時の対応を明確にしている ○私の気持ち応援シートなど情報シート活用し、本人の意向を確認しておく	○私の気持ち応援シートなど情報シート活用を検討する ○地域包括支援センターや介護支援専門員向けに情報シート活用に関連する研修会を開催 ○医療・介護関係者へ向けて「身寄りのない高齢者などの支援」をテーマに多職種研修会を開催し、医療・介護関係者のそれぞれの役割、できることを情報共有し、支援方法を学ぶことを推進する ※令和4年度入退院支援ワーキンググループを設置し、医療・介護現場の専門職による知見で課題や対応策について協議
	○亡くなったあとの手続き	○身寄りがいない、身近に友人・知人など支援者がいないため	○死亡時の遺体・遺品の引き取り、葬儀・納骨、入院費や入所費用、公共料金などの支払い、解約手続き、公的手続き(死亡届、埋火葬許可申請、健康保険喪失など)の対応、財産の整理などの対応を決める支援方法や支援者を決定する) ※成年後見人は葬儀対応不可 【医療関係者の取り組み】 ○私の気持ち応援シートなど情報シート活用し、本人の意向を確認しておく ○事前に市区町村の福祉担当課に相談し、墓地埋葬法の適用を市区町村に依頼し、市区町村から指定された葬儀会社に連絡して遺体引き取りを依頼(必要に応じて死亡届の届出人欄に院長名を記入) 【介護関係者の取り組み】 ○私の気持ち応援シートなど情報シート活用し、本人の意向を確認しておく ○事前に市区町村の福祉担当課に相談し、死亡診断を医師から得て、市区町村から指定された葬儀会社に連絡して遺体引き取りを依頼	○私の気持ち応援シートなど情報シート活用を検討する ○地域包括支援センターや介護支援専門員向けに情報シート活用に関連する研修会を開催 ○医療・介護関係者へ向けて「身寄りのない高齢者などの支援」をテーマに多職種研修会を開催し、医療・介護関係者のそれぞれの役割、できることを情報共有し、支援方法を学ぶことを推進する ※令和4年度入退院支援ワーキンググループを設置し、医療・介護現場の専門職による知見で課題や対応策について協議