

令和7年度 在宅医療・介護連携推進事業年間計画 (案)

北部地区医師会

令和7年2月末現在

サイクル	項目	事業内容	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月		
現状分析・課題抽出・施策立案 (P計画)	ア) 地域医療・介護資源の把握と活用	○各医療機関・介護事業所等の現状の把握	事業所 新規・閉鎖等の確認													
		○やんばる在宅医療・介護資源リストの更新及び周知、未登録施設や事業所へのアプローチ	← 適宜 →													
		○在宅医療・介護連携資源マップ (おたすけマップ) の更新及び周知	← 適宜 →													
		○地域包括支援センター連絡一覧の修正及び更新	修正および更新													
		○ホームページの内容更新	← ホームページの管理・運用 (情報発信・情報の共有) →													
		○看取り対応可能な介護老人福祉施設の把握 (アンケート調査を実施し、医療・介護関係者へ情報提供を行う)	・看取りを行っている施設のアンケート調査: 4月~5月													
		○令和7年度は資源リストの掲載内容の全面更新を行う (令和3年以降改正が出来ていない)	やんばる在宅医療・介護資源リストを新規開設事業所や既存の事業所へ配布し、登録調査票への記入依頼を行う (9月までに更新)													
	イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応の検討	○地域の在宅医療・介護連携に関する課題抽出のため各種アンケート調査 (行ってほしい研修会・看取りを行っている施設・命しるべやもしバナカードの活用等) や、ヒヤリングの実施 (医療機関・介護保険事業所への訪問)			・行ってほしい研修会のアンケート: 6月	← ヒヤリングの実施・もしバナカードの活用 →										
		○関係市町村と連携し課題の共有や対応策の検討を行う (在宅医療・介護連携推進事業に係る調整会議および連絡会 年6回)	○ (本部町)		○ (国頭村)		○ (大宜味)		○ (東村)		○ (名護市)		○ (今帰仁)			
		○地域で開催される職能団体等が開催する会議へ参加し、情報交換を行う (ケアマネ・地域ケア・認知症ケアパス検討会・地域包括ケア対策委員会等)		地域包括ケア対策委員会 (23日)		地域包括ケア対策委員会 (25日)		地域包括ケア対策委員会 (26日)		地域包括ケア対策委員会 (21日)		地域包括ケア対策委員会 (23日)				
		○在宅医療・介護連携推進事業委員会 (年2回)							○						○	
		○各医師会・県医師会と連携し共有の課題や地区特有の課題について情報交換を行う。また、対応策や事例を学ぶ (コーディネーター等会議 年12回)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
		○入退院連携部会で入退院支援・連携に関する課題の抽出や対応等を検討する (年3回)														
		○人生最終段階における連携対策部会 (年2回)														
ウ) 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進	○多職種からなる会議で検討・共有された内容を医療・介護の現場へ伝達する															
	○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															

対応策の実施（D実行）	ア) 在宅医療・介護連携に関する相談支援	○相談受付（平日8：30～17：30）	← 随時対応 →																
		○在宅医療・介護連携に関する相談窓口について周知啓発を図る	← 随時対応 →																
		○医療・介護連携に関する情報を共有・活用出来るようにホームページの内容充実を図る	← 随時対応 →																
		○地域医療・介護関係者、地域包括支援センターからの在宅医療・介護連携に関する相談を受け、必要な情報の提供、助言を行う	← 随時対応 →																
対応策の実施（D実行）	イ) 地域住民への普及啓発	○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・ケア・プランニング）等について市民公開講座の開催や医療・介護関係イベントでの広報活動を行う（命しるべの配布）																	
		○もしバナカードの活用（希望する各市町村・地域包括支援センター等へ貸し出しを行う）	希望する市町村へ貸し出し						活用状況の確認										
		○住民への普及啓発のための出前講座の開催																	
	ウ) 医療・介護関係者の支援、知識の習得のための研修	○やんばる在宅医療・介護連携支援センターの周知を図る	← 随時対応 →																
		○入退院支援の手引きの周知	← 随時対応 →																
		○入退院支援の活動状況を把握（入退院支援検討部会で）																	
		○ACPの普及として、医療・介護関係のイベントでの広報活動を行う（命しるべの配布）																	
○在宅医療・介護に関する講演や多職種を対象とした研修会の開催（年3回）																			
○一次連携交流会・情報交換会（訪看・連携室・包括）																			
○災害時の医療介護連携についての検討会の開催																			
評価・改善（A・C）	対応策の評価及び改善策の実施	○上半期と下半期に現状評価と地域の実情を把握しながら改善に向けて検討する																	
		○担当者連絡会議で事業実施報告を行い、事業の内容の評価を行う																	

様式第2号 別紙

実施主体	公益社団法人 北部地区医師会
事業名	令和7年度 介護保険包括的支援事業「在宅医療・介護連携推進事業」(案)
事業期間	令和7年4月1日から令和8年3月31日まで

実施項目	計画内容
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、課題の抽出、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	<p>&lt;地域の医療・介護資源の把握&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・北部地域における医療・介護に関する資源と提供内容把握のため、「在宅医療介護連携資源マップ」「医療・介護資源リスト」の定期的な更新と内容の充実を図る</li> <li>・資源情報を共有・活用できるよう、ホームページの内容充実を図る</li> <li>・地域の医療介護関係機関、関係者へ周知と活用促進を図る</li> <li>・看取り対応可能な介護老人福祉施設の把握を行い関係者へ情報提供を行う</li> <li>・令和7年度は資源リストの掲載内容の全面更新を行う</li> </ul> <p>&lt;在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・地域の在宅医療・介護連携に関する課題抽出のためのアンケート調査やヒアリングの実施</li> <li>・多職種による会議を開催し、課題の抽出と対応策について協議する</li> <li>・既存の会議の把握を行い、会議へ参加する</li> </ul> <p>&lt;切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・多職種からなる会議で検討・共有された内容を医療・介護の現場へ伝達する</li> <li>・入退院連携部会で入退院支援・連携に関する課題の抽出や対応等を検討する</li> <li>・認知症総合支援事業との連携を図る</li> <li>・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</li> </ul>
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅医療・介護を支援する相談窓口を運営し、医療・介護関係者や関係機関、地域住民からの相談に応じ、情報提供や連携調整等で支援する</li> <li>・「やんばる在宅医療・介護連携支援センター」の周知を図る</li> <li>・医療・介護連携に関する情報を共有・活用できるよう、ホームページの内容充実を図る</li> </ul>
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・人生の最終段階における医療・ケアについての意思決定に関するACP等について市民公開講座の開催や医療・介護関係イベントでの広報活動を行う</li> <li>・もしバナカードの活用（希望する各市町村・地域包括支援センターの周知を図る）</li> <li>・住民への普及啓発のための出前講座の開催</li> </ul>
4 1) 医療・介護関係者間の情報の共有を支援する 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 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	<p>&lt;医療・介護関係者の情報共有の支援&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・やんばる在宅医療・介護連携支援センターの周知を図る</li> <li>・「入退院支援の手引き」の周知・普及を図る。また、活用状況を把握</li> <li>・入退院支援の活動状況を把握する</li> <li>・人生の最終段階における連携対策部会の開催</li> </ul> <p>&lt;医療・介護関係者の研修&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅医療・介護に関する講演や、多職種を対象とした研修会を開催する</li> </ul> <p>&lt;関係市町村と連携し、課題の共有や、対応策の検討を行う&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・保健所と連携し、北部圏域における医療・介護の課題の共有や対応策の検討を行う</li> <li>・各地区医師会、県医師会と連携し、共有の課題や地区特有の課題について情報交換を行う。また、対応策の検討や事例を学ぶ</li> </ul>

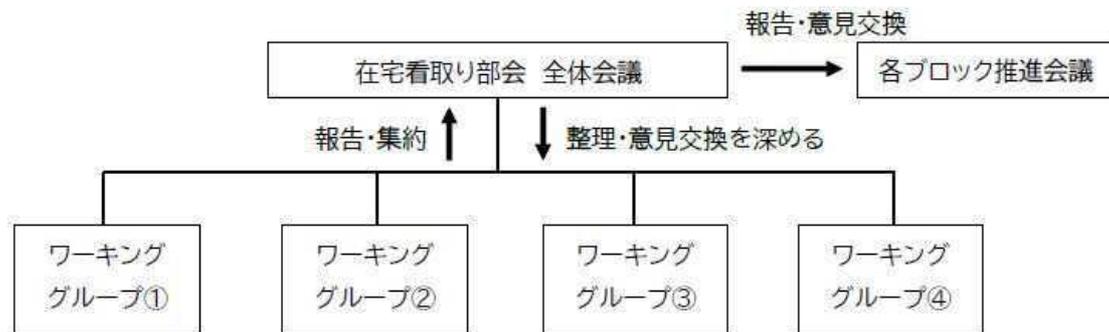
令和7年度 在宅医療・介護連携推進事業年間計画

中部地区

実施項目	実施計画内容	実施内容細目	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、在宅医療・介護連携に関する施策の企画及び立案（医療・介護関係者と共同で行うものとする。）、並びに医療・介護関係者に対して周知を行う	<p><b>従前の（ア）</b> 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、委託保険者との連携の下、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、把握した情報を利用して、地域住民の医療・介護へのアクセスの向上を支援する。</p>	<p>●南部地区医師会、那覇市医師会、北部地区医師会との医療・介護おたすけマップの共同運用を継続し、12市町村の医療介護施設の把握、提供を行う。 ●医療・介護関係者や地域住民への周知を行う。 ●在宅医療・介護連携に関する必要な情報やデータの収集を行い、地域の人口推計や資源の把握、地域課題の整理、分析を行う。 【目標】 ・スムーズな連携、地域の医療・介護資源の把握の為、詳細登録100%を目指す。 ・短期目標70%→75% 【具体策】 ①新規、更新登録を随時受け付ける。医療介護施設の新規、閉鎖情報を確認し、修正作業を行う。（沖縄県登録情報） ②7月頃に医療介護施設（約1750件）へ新規、更新依頼案内を郵送する。 ③12月頃に詳細情報の未登録事業所（約500件）へ再依頼案内を郵送する。 ④各市町村より窓口等での登録依頼を行う。（未登録リストを提供する） ⑤利用しやすいよう、バージョンアップを行う。 ⑥厚生労働省や沖縄県、市町村が公開、所持しているデータ等を収集し、これまでに挙げた地域課題とあわせて整理と分析を行う。</p>											
		<p><b>従前の（イ）</b> 地域の医療・介護関係者等が参画する会議を開催し、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。</p>	<p>●宜野湾、沖縄市、うるま市、広域連合（A・B・C）の推進会議を各地区4回開催し、地域の課題に対する対応策を検討する。 【目標】 在宅医療介護に関わる多職種で構成する会議を通じ、各ブロックや広域の地域課題の抽出と共有・整理・対応策の検討を行う。 【具体策】 ①第1回：当年度事業計画の説明。前年度に話し合われた課題・目標・実行・結果・評価の振り返り。今年度の目標達成のための意見交換をする。（案） ②第2回：事業進捗報告。目標達成のための具体的計画を立案、実行に向けた検討を行う。（案） ③第3回：事業進捗報告。計画実施の結果報告・考察を行い、意見交換をする。（案） ④第4回：事業の総括、事業アンケート報告、取り組みへの評価をする。（案）</p>											
		<p><b>従前の（ウ）</b> 地域住民が必要とする切れ目のない在宅医療・介護のサービス提供体制のニーズの把握や、医療職、介護職と実現可能な切れ目のない体制のあり方の検討。訪問診療医との連携構築し多職種との連携を行う。</p>	<p>●中部地区内の在宅療養支援診療所同士の連携体制構築を医師会事務局と連動し、検討していく。 ●令和5～6年度、在宅看取り部会ワーキンググループ①～④で決定した在宅看取りの推進に向けた仕組みの運用を行う。 ●必要に応じて意見交換等を行う。 【目標】 医師会を中心に、実現可能な切れ目のない連携体制の在り方の検討・共有を行う。看取り体制を整える。 【具体策】 ①在宅医療の推進を図るため、在宅療養支援診療所一次連携、後方支援病院との連携強化、定期カンファレンスへの参加。在宅医療ネットワーク構築推進。 ②在宅看取り部会WG①「体制整備」にて、施設看取り1事例を作るための支援体制（研修会→指導→相談）の実行、評価を行い支援体制の構築を行う。 ③在宅看取り部会WG②「普及啓発」にて、ACP普及啓発ツールの周知を行う。 ④在宅看取り部会WG③「身寄りのない高齢者」にて、支援整理表の活用周知、評価を実施する。 ⑤在宅看取り部会WG④「顔の見える関係作り」にて、「医療者への敷居を低くする」ことをねらいとし、交流会を年1回開催する。</p>											
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	<p><b>従前の（オ）</b> 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から、在宅医療・介護連携に関する相談を受け付け、連携調整、情報提供等により、その対応を支援する。</p>	<p>●医療介護連携に関する相談窓口の継続運用。 【目標】 地域の医療介護関係者や地域住民より、在宅医療・介護連携に関する相談を受け付け、情報提供等によりその対応を支援する。 【具体策】 ①医療介護関係者や地域住民からの相談を随時受け付け、支援業務を行う。 ②地域包括支援センターに寄せられている医療介護連携に係る相談を集約し、相談内容から課題の抽出を行う。 ③在宅ゆい丸センターならびに相談窓口の周知を行う。</p>											
		<p><b>従前の（キ）</b> 地域住民が在宅での療養が必要になったときに必要なサービスを適切に選択し、適切な在宅療養を継続できるよう、また人生の最終段階におけるケアの在り方や在宅での看取りについての理解が深まるよう、地域住民を対象とした講演会を開催する。</p>	<p>●医療介護に関するテーマで講演会を開催 ●当事業で制作したACP短編漫画・アニメーション動画や、既存のツールを活用した普及啓発活動・出前講座の継続 【目標】 地域住民が在宅での療養が必要になったときに必要なサービスを適切に選択できるようにする。また、地域住民が終末期ケアの在り方や在宅での看取りへの理解を促進する。 【具体策】 ①もしバナカードを活用したACP活動を行える地域の担い手を増やす。そのために、行政・包括・社協や地域活動を実施している場へ向かう。 ②在宅医療・介護に関する各ブロック講演会開催。 ③既存のツール・媒体を活用した普及啓発活動。 ④（再掲）在宅看取り部会ワーキンググループ2「普及啓発」で作成したツールを活用した普及啓発活動。</p>											
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	<p><b>従前の（ク）</b> 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</p>	<p>●在宅ゆい丸センターのホームページにて、医療介護連携に関する情報提供を行う。 ●既存のツールの活用状況の把握や周知方法の検討を行う。 ●医療・介護の情報連携の実態を把握する。 【目標】 中部地区における医療・介護関係者が患者・利用者の在宅療養生活を支えるために、状態の変化等に応じて、速やかな情報共有が行われるようになる。 【具体策】 ①在宅ゆい丸センターのホームページの継続運用、随時バージョンアップの検討を行う。 ②ホームページ、メルマガリスト、FAXを活用し、医療介護関係者への迅速な情報発信を行う。 ③連携マニュアルの活用状況の把握、活用方法について周知を行う。 ④7月発送予定の医療・介護おたすけマップ詳細登録依頼と共に、情報連携の実態把握のための用紙を同封する。</p>											
		<p><b>従前の（カ）</b> 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</p>	<p>●高齢者施設を対象に「ACP」「認知症」「高齢者ケア」等のテーマのDVDの貸し出しを行い、各施設の研修等に活用してもらう。</p>											
4	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	<p><b>従前の（カ）</b> 医療・介護関係者の多職種による研修会及びグループワークを開催し、在宅医療・介護の質の向上を図る。 多職種研修会・グループワークを通じ、「顔の見える在宅医療・介護連携体制」を構築する。</p>	<p>●カテゴリ別の多職種研修会を開催（集合形式・オンライン・ハイブリット開催）する。 【目標】 多職種が連携するためのグループワーク等を活用した研修を通じて、在宅医療介護関係者が互いの専門性や役割等の把握し、顔の見える関係性の構築や資質向上を図る。 【具体策】 ①定期的にDVD貸出研修の案内を郵送し、随時申し込みを受け付ける。（目標100件） ②カテゴリ別の多職種研修会（グループワーク含む）を4回開催する。テーマは市町村と協議し決定する。 ③高齢者シリーズ～医療・介護関係者スキルアップ研修。実践対応研修を2回開催する</p>											
		<p><b>従前の（ク）</b> 複数の市町村が協力して、共通の情報共有の方法等、広域連携が必要な事項について地域の実情に応じて検討する。</p>	<p>●市町村担当者調整会議を年4回開催する。 ●課長会議（事業報告会）の開催。 ●各地区医師会コーディネーター等会議の開催。 ●沖縄県医師会主催コーディネーター等連絡会議への参加。</p>											
5	対応策の評価の実施、改善の実施	<p><b>その他</b> 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為に検討を行う</p>	<p>●年度末に、年間活動報告書を用い年度評価を行う。 ●事業目標に関する指標について市町村と随時協議、検討していく。 ●次年度に向けた年間事業計画書は年度末までに市町村と協議を行い毎年度4月中に提出する。 【目標】 計画の各項目において地域実情に応じ設定した評価指標が設定され目標達成の課題抽出、対応策の実施内容について評価し、検討、計画の改善を行える。 【具体策】 ①PDCAサイクルに沿った令和6年度事業活動各項目の評価を行い報告書作成。 ②市町村担当者調整会議必要な項目の評価指標の設定について協議ができる。 ③各項目において地域の実情に応じて設定した評価指標、評価時期（中間・最終評価）評価方法を踏まえ次年度計画作成。</p>											
		<p><b>その他</b> 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為に検討を行う</p>	<p>●事業目標に関する指標について市町村と随時協議、検討していく。 ●次年度に向けた年間事業計画書は年度末までに市町村と協議を行い毎年度4月中に提出する。 【目標】 計画の各項目において地域実情に応じ設定した評価指標が設定され目標達成の課題抽出、対応策の実施内容について評価し、検討、計画の改善を行える。 【具体策】 ①PDCAサイクルに沿った令和6年度事業活動各項目の評価を行い報告書作成。 ②市町村担当者調整会議必要な項目の評価指標の設定について協議ができる。 ③各項目において地域の実情に応じて設定した評価指標、評価時期（中間・最終評価）評価方法を踏まえ次年度計画作成。</p>											

令和5-6年度 在宅医療・介護連携推進事業  
在宅看取り部会 各ワーキンググループ経過

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。



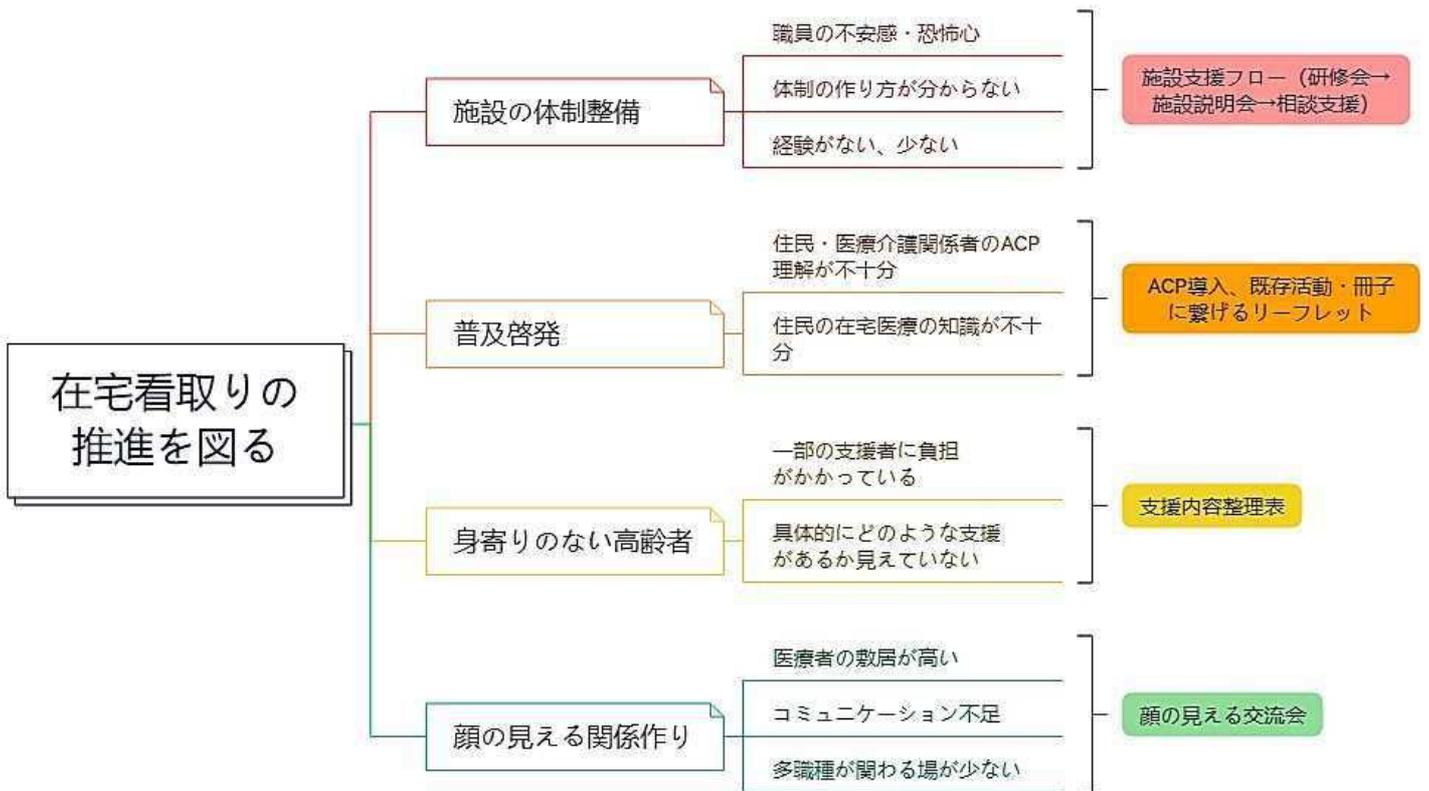
経過報告：令和6年12月、令和7年1月までにワーキンググループ①～④すべての会議が終了。  
最終目標である「仕組み作り」に向けて概ね協議を完了させる事ができ、令和6年度末までにコーディネーターにて内容の整理を行う。  
令和7年度より、各ワーキンググループにて構築した仕組みを実行する。

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	<p>★看取りを行った事がない、または不慣れた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、支援フローを構築。</p> <p><b>看取り支援研修会</b> → <b>施設説明会</b> → <b>相談支援</b></p> <p>施設看取りの一連の流れをイメージできるような、<b>不安感などを少しでも解消できるような研修会を開催</b>する。</p> <p>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、<b>支援チームが施設へ出向き説明会を開催</b>する。</p> <p>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、<b>いつでも相談を受け付け、助言などを行う相談支援</b>を行う。</p>
	<p>※看取り支援研修会の参加者のうち、支援フローを希望した高齢者入所施設へ、施設説明会・相談支援を順次実施。（実施月は未定）</p>

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	<p>★ACP 導入として、既存活動やツールに繋げるため、全世代を対象にしたリーフレットデータを作成し、既存活動とあわせて周知を行う。</p> <p>・目に留まりやすいよう、心に響きやすいよう世代別のキャッチフレーズを設定</p>

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が見える化（整理）し、共有する
実行策	<p>★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、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、業務活用を促す。</p> <p>表：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</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・入退院支援（入院時・入院中・退院時）</li> <li>・療養生活支援（自宅・施設入所・病院入院）</li> <li>・急変時対応（自宅・施設入所）</li> <li>・看取り支援（自宅・施設入所・病院入院）</li> </ul> <p>令和7年度：各所への整理表周知・事例収集・周知評価（1月頃WG③開催） 令和8年度：活用方法の発展・関係各所への問題提起</p>

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詳細策の検討、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	<p>★顔の見える交流会を開催する。</p> <p>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</p> <p>開催時期：6月中旬（毎年開催）</p> <p>対象：中部地区 12 市町村の医療介護関係者</p> <p>工夫：在宅療養支援診療所・病院へ伺い交流会の案内を行う 気軽に参加し、職種を意識せず関わられるようできるようなプログラムを工夫 しっかり評価を行えるようアンケート項目を工夫</p>



令和7年度 年間実施計画表(案)

実施項目	具体的な取り組み	前年度計画～	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	
① 現状分析・課題抽出・施策立案	地域の医療・介護の資源の把握	継続			掲載内容の更新	ホームページ掲載資源マップの管理・運用(通年)					掲載内容の更新				
	在宅医療・介護連携の課題の抽出	・浦添市在宅医療・介護連携支援センター運営委員会の開催(年3回:6月・10月・2月)	継続			第1回運営委員会				第2回運営委員会				第3回運営委員会	
		・在宅医療・介護推進事業担当者調整会議。(月1回)	継続	第1回調整会議	第2回調整会議	第3回調整会議	第4回調整会議	第5回調整会議	第6回調整会議	第7回調整会議	第8回調整会議	第9回調整会議	第10回調整会議	第11回調整会議	第12回調整会議
		・浦添市や沖縄県の統計を可視化 数から見えてくる課題抽出 第7次でだこ高齢者プラン等の計画や当センター事業計画に沿って事業取組んでいるかの確認	新規	浦添市や沖縄県の統計を可視化						計画や事業取組み状況確認		計画や事業取組み状況確認		次年度計画に向けて	
		一次連携支援 ・在宅医療ネットワーク世話人の開催(毎月)	継続	第1回世話人会	第2回世話人会	総会 第3回世話人会	第4回世話人会	第5回世話人会	第6回世話人会	第7回世話人会	第8回世話人会	第9回世話人会	第10回世話人会	第11回世話人会	第12回世話人会
	二次連携支援 ・認知症ネットワーク世話人の開催(年3回)	継続		第1回世話人会				第2回世話人会					第3回世話人会		
	・訪問診療医と訪問看護ステーションが連携する中で、課題抽出・解決に向け調整する(年2回) (在宅医療ネットワーク世話人会内で開催)	継続					訪問診療医と訪問看護意見交換				訪問診療医と訪問看護意見交換				
	切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進	・CSWと地域包括支援センター、相談支援事業所開催の地域支援会議(ケア会議)やケース会議へ出向き、関係機関の情報共有を行い、地域の医療・介護連携の課題についてまとめ運営委員会内で検討行う。	継続	随時											
		・介護予防・日常生活支援総合事業と連携し、市内の医療機関へ包括支援センター・行政担当者との事業の周知を行う	継続	随時											
		・認知症初期集中チームとの連携 認知症ケアパスの周知	継続	随時											
在宅医療・介護連携に関する相談支援	・在宅医療介護連携に関する相談窓口設置	継続	随時												
	地域住民への普及啓発	・うらっしーホームページ等でうらっしー事業についての説明と「市内事業所一覧」、「研修会」、「市民公開講座」、「出前講座」について周知活動を行う	継続	随時											
		・リーフレット「在宅医療と介護～住み慣れた地域で暮らし続けるために～」の周知を行う	継続	随時											
		・関係機関とタイアップしてもしバナカード、命しるべ等を使用しACP(人生会議)について普及啓発を行う	継続	随時											
医療・介護関係者の情報共有の支援	・沖縄県の「入退院連携ガイドブック心得」「まんがでわかる入退院支援連携の心得」を用いて入退院支援について普及啓発を行う	継続	随時												
	・病院の仕組みや取り組みの把握、連携を図る目的として会議を行う (最初に医療機関で会議を行い、現状把握し関係機関と連携を図る)	新規	・連携会議開催準備								・連携会議			・連携会議	
	・急変時:施設利用者の急変時対応について、訪問診療医や消防より状況ごとの対応について説明していただく 在宅療養者の急変時対応について、入院先との連携について ・看取り・施設職員へ看取りについて・・・訪問診療医等より講演の検討行う 意思決定支援について・・・市民へ普及啓発(命しるべやもしバナカードにて)	継続	検討中												
医療・介護関係者の研修	・多職種連携研修会(令和7年11月13日(木)予定) ※地域包括支援センター合同開催	継続	多職種連携研修会開催に向けて調整、振り返り・改善等												
	・関係機関・団体等とタイアップのうえ研修会を企画・開催 (看取りの研修会、出前講座開催、認知症について)	継続	地域包括支援センター・介護支援専門員・関係機関等と調整行う												
	・ACP普及目的「もしバナカード」を使用し医療機関や関係機関へ講習会開催	継続	講習会開催に向け準備			講習会	講習会開催に向け準備			講習会	開催方法についてふりかえり、次年度に向				
その他	・近隣市町村の在宅医療・介護推進事業の状況を把握し、連携会議の検討 ・各地区コーディネーター等会議(月1回) ・県コーディネーター等連絡会議	継続	第1回 コーディネーター 等会議(主)		第2回 コーディネーター 等会議	第3回 コーディネーター 等会議	第4回 コーディネーター 等会議	第5回 コーディネーター 等会議	第6回 コーディネーター 等会議(主)	第7回 コーディネーター 等会議	第8回 コーディネーター 等会議	第9回 コーディネーター 等会議	第10回 コーディネーター 等会議	第11回 コーディネーター 等会議(主)	第12回 コーディネーター 等会議
	・各種研修会・勉強会への参加等 (例:沖縄県、沖縄県医師会、沖縄県介護支援専門員協会浦添支部、地域包括支援センター、沖縄県医療ソーシャルワーカー協会等)	継続	随時												

( 令和7年4月1日 ~ 令和8年3月31日まで )

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「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ホームページを活用し迅速な情報発信を行う ・研修開催案内や研修報告、研修会動画を配信し、適宜情報発信を行う ・「地域の医療・介護資源リスト」や各種成果物やガイドブック、情報共有シート、ガイドラインなどを掲載、ダウンロード可能にし、情報提供を行う 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7年改定版)の作成、活用促進 ※配布対象:医療・介護関係者・関係機関など 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7年12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～沖縄県の介護情報公表後にリスト照合作業開始、12～1月令和7年12月改	2～3月 医療・介護関係機関へリスト配布	八重瀬町が資源マップ作成予定 南風原町は検討中	随時											
	<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」「ACP」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強化に向けて沖縄県、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」「ACP」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	連絡会議 4月	食支援WG 入退院支援WG	救急連携WG	ACP WG	連絡会議 6月	食支援WG 入退院支援WG	連絡会議 8月	食支援WG 入退院支援WG 救急連携WG	連絡会議 10月	食支援WG 入退院支援WG ACP WG	連絡会議 12月	食支援WG 入退院支援WG	連絡会議 2月	上半期事業報告 協議会 10月	事業報告 協議会 3月	地域ケア会議などの会議へ参加、地域の医療介護連携の課題を把握	毎月	随時	高齢者福祉施設等における救急搬送等実態調査
	<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。 ②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む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。 ③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。 ④本人の意思を尊重した医療・ケアが受けられるよう本人や関係者間で話し合い、共有しあうよう、ACP普及啓発を行う。多職種協働による意思決定支援の推進を図る。	<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食支援ワーキンググループにて、食支援連携に関する課題の共有、対応策を協議、具体的な取り組みを企画立案する。 ②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課題の共有、対応策を協議、具体的な取り組みを企画立案する。 ③救急連携ワーキンググループにて、救急連携に関する課題の共有、対応策を協議、具体的な取り組みを企画立案する。 ④ACPワーキンググループにて、ACP普及啓発に関する課題の共有、対応策を協議、具体的な取り組みを企画立案する。	食支援WG	入退院支援WG	救急連携WG	ACP WG	食支援WG	入退院支援WG	食支援WG	入退院支援WG 救急連携WG	食支援WG	入退院支援WG ACP WG	食支援WG	入退院支援WG	食支援WG	入退院支援WG					
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作成し、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周知広報を図る。 ②各市町の地域包括ケアに関連する会議(地域ケア会議など)へ参加、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7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	随時	南部在宅医療介護支援センターのリーフレット作成・配布、登録調査票も同封し、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、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	随時													

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	イ 対応策の実施 (イ)地域住民への普及啓発 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、老人クラブなどを対象とした『命ゆい 出前講座』・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〜いのちの道標〜」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					市民公開講座							
			命ゆい出前講座	命ゆい出前講座	命ゆい出前講座	命ゆい出前講座	命ゆい出前講座	命ゆい出前講座	命ゆい出前講座	命ゆい出前講座	命ゆい出前講座	命ゆい出前講座	命ゆい出前講座	命ゆい出前講座
1)医療・介護関係者間の情報の共有を支援する	イ 対応策の実施 (ウ)①医療・介護関係者の情報共有の支援 1)医療・介護関係者の情報共有の支援 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、救急連絡シートの活用について周知広報を行う。 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(事業所)」「なんぶ連携ネット(個人)」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。 ・研修案内などをメーリングによる情報配信に取り組み。	イ 対応策の実施 (ウ)①医療・介護関係者の情報共有の支援 1)医療・介護関係者の情報共有の支援 ①糸満市消防本部、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、事業所へメーリングリスト登録への協力を依頼し情報配信に取り組み。												
			随時	随時	随時	随時	随時	随時	随時	随時	随時	随時	随時	随時
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。	イ 対応策の実施 2-1)医療・介護関係者の多職種研修会の開催【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 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	イ 対応策の実施 ②医療・介護関係者の研修 ・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						救急連携						
			随時	随時	随時	随時	随時	随時	随時	随時	随時	随時	随時	随時
4	2-2)医療・介護関係者向け出前講座の実施 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。 ・関係機関、事業所の職員を対象に「在宅医療・介護連携」に関する小規模な出前講座「命ゆい 出前講座(関係者向け)」を開催し、在宅医療・介護連携について理解促進を図る。 ・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。	2-2)医療・介護関係者向け出前講座の実施 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。 ・『命ゆい 出前講座(関係者向け)』として、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。	命ゆい出前講座(関係者向け)	随時										
			随時	随時	随時	随時	随時	随時	随時	随時	随時	随時	随時	随時
3)対応策の評価の実施・改善の実施	3-1)対応策の評価の実施・改善の実施 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。	3-1)対応策の評価の実施・改善の実施 事業の取り組みの指標マップ(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。												
			随時	随時	随時	随時	随時	随時	随時	随時	随時	随時	随時	随時
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	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 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導、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。  その他、コーディネーターの知識・技術の向上を図る。 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。	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 ・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)  その他、コーディネーターの知識・技術の向上を図る。 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。	連絡会議 4月		連絡会議 6月		連絡会議 8月		連絡会議 10月		連絡会議 12月		連絡会議 2月	
			随時	随時	随時	随時	随時	随時	随時	随時	随時	随時	随時	随時
									上半期事業報告協議会 10月					事業報告協議会 3月

令和7年度在宅医療・介護連携推進事業 事業計画での重点的な取り組みについて（南部地区医師会 南部在宅医療介護支援センター）

【日常の療養支援・入退院支援】

入退院支援に関する医療・介護連携の課題	取り組み
・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	<p>病院の地域連携窓口一覧、機能別医療機関の情報提供を行う</p> <p>医療・介護関係者へ向けて多職種研修を開催し、入退院支援における医療・介護連携の強化を図る</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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、グループワークをと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</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>
・地域の在宅医療・介護資源の整理・周知	<p>「地域の医療・介護資源リスト」「医療・介護おたすけマップ」による情報提供</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・「地域の医療・介護資源リスト」の作成、配布。高齢者施設等の入所・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</li> </ul> <p>「在宅医療用広報リーフレット」による情報提供</p> <ul style="list-style-type: none"> <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、医療・介護関係者へ配布、情報提供を行う</li> </ul> <p>地域住民を対象に市民公開講座や「命ゆい出前講座」(ミニデイサービス、老人クラブなど団体を対象に公民館・福祉会館など字ごとや市町単位)を開催し、地域医療、在宅医療・介護連携などの普及啓発を行う</p>
・医療・介護関係者の共通課題として、身寄りのない方への入院、入所、療養生活支援の困難さ	<p>「わたしの思いシート」「わたしのおたすけシート」情報シート活用と導入の促進を行う</p> <p>医療・介護関係者を対象に「わたしの思いシート」「わたしのおたすけシート」など情報シートの活用に関連する多職種研修を開催する</p> <p>「身寄りのない高齢者などの支援」をテーマに医療・介護関係者向け多職種研修を開催し、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</p>

【日常の療養支援・入退院支援】

食支援に関する医療・介護連携の課題	取り組み
食支援の診療ができる訪問歯科医の不足(歯科医師会でも興味をもつ医師が少ない)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・南部地区歯科医師会での訪問歯科の教育→ワーキンググループ委員に南部地区歯科医師会所属の訪問歯科医師がいるため、訪問歯科について取り組みを並行して行ってもら</li> <li>・ネットワーク構築・モデルケースづくり、情報提供→訪問歯科など介入による食支援連携について、高齢者施設でのモデルケースづくりを推進する</li> </ul>
訪問栄養指導ができる管理栄養士の不足 高齢者介護、食支援を専門にした管理栄養士の不足	<ul style="list-style-type: none"> <li>・県栄養士会と連携し、課題についての取り組みを検討</li> </ul>
介護職員、介護支援専門員などが摂食嚥下障害や口腔ケアなど食支援に関するアプローチ、訪問歯科などの役割の理解が不十分	<p>高齢者の食支援に関する知識、指導方法のスキルアップ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・医療・介護関係者へ向けて食支援多職種研修会を開催、摂食嚥下障害や口腔ケアなど食支援に関するアプローチ、訪問歯科、栄養ケア・ステーションなどの役割の理解が得られるよう理解促進を図る</li> <li>・多職種研修などで「い〜とみるカード」を活用し、食事場面における観察力を養い、医療・介護関係者の資質向上を図る</li> <li>・「い〜とみるカード」の貸し出しを行い、病院内や施設・介護事業所などでの研修に活用、食事場面における観察力を養い、医療・介護関係者の資質向上を図る</li> </ul>
口腔ケアの重要性や摂食嚥下障害、訪問歯科診療の役割、などについて、本人・家族など地域住民が食支援に関する知識を持つ人が少ない	<ul style="list-style-type: none"> <li>・住民を対象にした食支援に関する公開講座の開催</li> <li>・「命ゆい出前講座」の開催(訪問歯科、訪問栄養管理指導など、在宅でも活用できる)</li> <li>・食に関する困りごと・課題解決に向けてチェック項目や解決策、訪問歯科への相談、効率的な栄養補給についての知識を高める食支援サポートガイドに関するパンフレットを作成し、医療・介護関係者へ配布を行い、患者・利用者などへの支援に関する活用促進を図る</li> <li>・口腔ケア、摂食嚥下障害など食支援に関する知識を高めるチラシ、リーフレット、パンフレットなどを作成し、周知・活用促進を図る</li> </ul>
入退院時や入退所時の食事の硬さや大きさ、食形態の名称が各施設によって様々で異なるため、退院、退所時の情報提供書などの情報だけでは、受入れ側は食形態の選定や対応に苦慮することが多く、適した食形態が提供されず、摂取量低下・誤嚥・窒息になる可能性がある	<p>「まーさん食形態マップ」の普及啓発、活用</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・食べる能力が低下した高齢者などが安心して楽しく食事ができるように食の地域連携をより充実することを目的として作成された「まーさん食形態マップ」を活用し、各病院や高齢者施設での嚥下調整食について、各病院、各施設の食形態の種類や名称の把握、入院から在宅への食形態(固さ、大きさ、物性や特徴)が各病院、施設間で確認出来るよう、「まーさん食形態マップ」について、医療・介護関係者へ向けて、多職種研修などで周知活用を図る</li> </ul>
「栄養ケア・ステーション」が足りない	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「栄養ケア・ステーション」の拡充へ向けて、県栄養士会と連携・協働し、体制強化を図る</li> <li>・「栄養ケア・ステーション」の利用方法などの周知活動</li> </ul>
訪問歯科診療所の周知不足	「医療・介護おたすけマップ」による周知広報
訪問歯科、訪問栄養食事指導、言語聴覚士による訪問リハビリの活用が介護関係者へ周知不足	医療・介護関係者へ向けて食支援多職種研修を開催し、訪問歯科、訪問栄養食事指導、言語聴覚士による訪問リハビリの活用方法を周知し、活用促進を図る

令和7年度在宅医療・介護連携推進事業 事業計画での重点的な取り組みについて（南部地区医師会 南部在宅医療介護支援センター）

【急変時対応・ACP】

救急連携に関する医療・介護連携の課題	取り組み
<p>・高齢者施設での急変時における情報共有が施設独自の情報シート、救急連絡シート（高齢者施設用）の活用が不十分な施設がある</p>	<p><b>救急搬送時の情報共有の促進</b>                      ・情報共有ツールの作成・周知広報                      ・R6年度末に救急ガイドブックと救急連絡シートをセットで内容更新し、高齢者施設や関係機関へ配布済 ⇒周知広報を図る                      ①当支援センターのホームページより救急ガイドブック、救急連絡シートの様式ダウンロードを案内                      ②糸満市消防本部、豊見城市消防本部、島尻消防組合消防本部、東部消防組合消防本部のホームページに救急ガイドブック、救急連絡シートのダウンロードを案内</p>
<p>・高齢者の医療・ケアに関する本人の意思が尊重されるよう、かかりつけ医や在宅医療と救急医療関係者、消防本部、高齢者施設、行政等の関係機関間の情報共有の強化</p>	<p><b>高齢者施設での急変時等の対応についてのマニュアル作成・配布</b>                      ・救急医療の現状や救急車の適正利用、救急搬送の対象を理解を深め、予防救急や応急処置、救急要請の対応について職員間で共有されるよう、救急ガイドブックについて医療・介護関係者へ周知、活用に向けた普及啓発を行う                      ・南部6市町内の高齢福祉施設等における救急搬送等の実態を把握し、高齢者施設等における救急連携の強化を図るために、高齢者施設等、南部地区の各消防本部を対象にアンケート調査を実施する（経年調査を実施。令和5年度、令和6年度実施済）</p>
<p>・救急医療情報キットは6市町すべてで活用されているわけではないため、一般高齢者用の救急情報シートの作成を検討</p>	<p><b>一般高齢者用の救急情報シートの作成</b>                      ・救急情報シート（一般高齢者用）の作成検討、但し、既存の救急医療情報 キットとの擦り合わせも含めて検討</p>
<p>・救急医療の現状や救急搬送の対象となるケガや状態の程度について（救急車の適正利用を含む）地域住民の理解が不十分である</p>	<p><b>地域住民へ救急医療の現状や課題について情報提供を行い、救急車の適正利用について地域住民の理解促進を図る</b>                      ・市民公開講座の開催（救急医師や消防本部救急隊員へ講師依頼。令和5年度、令和6年度に南部6市町ごとで地域住民向けの公開講座を開催。令和7年度は6市町合同での開催を検討）、併せて、#7119事業の周知活用案内を行う                      ・「命ゆい出前講座」の開催（救急医師や消防本部救急隊員へ講師依頼）、併せて、#7119事業の周知活用案内を行う                      ・当支援センターホームページにて公開講座を動画配信</p>
<p>・DNARについて、高齢者本人へ意向確認、共有がされていない事が多くある。急変時においても本人の意思が尊重され、本人が希望する医療、ケアが提供できるよう、事前に本人へ意思確認を行い、情報共有する</p>	<p><b>急変時においても本人の意思が尊重され、本人が希望する医療・ケアが提供できるよう、事前に本人へ意思確認を行い、情報共有することで不必要な救急搬送を減らす</b>                      ・平時から延命治療の確認などDNARについて、本人・家族、医療・介護関係者間で共有しあうACPIについて普及啓発を行う                      ・「命しるべ」などのパンフレットを配布</p>
<p>・救急医療の現状や救急搬送の対象となるケガや状態の程度について（救急車の適正利用を含む）医療・介護関係者の理解が不十分である</p>	<p><b>医療・介護関係者へ救急医療の現状や救急搬送（救急車の適正利用を含む）について理解促進を図る</b>                      ・救急医療の現状や課題、救急搬送（救急車の適正利用を含む）について、医療・介護関係者の理解を深め、救急車の適正利用や平時から延命治療の確認など、本人・家族、医療・介護関係者間で共有しあうACPIについて普及啓発を行う                      ・医療・介護関係者へ向けて救急医療やACPIに関する多職種研修を開催する。併せて、#7119事業の周知活用案内を行う                      ・医療・介護関係者へ市民公開講座への参加を促し、公開講座を動画配信し、情報発信を行う（#7119事業の周知活用案内を行う）                      ・「命ゆい出前講座（関係者向け）」の開催（救急医師や消防本部救急隊員へ講師依頼）、併せて、#7119事業の周知活用案内を行う</p>
<p>・病院など医療機関での看取り件数が多い                      ・在宅医療について住民の認知度や理解が不十分</p>	<p><b>地域の看取り体制の強化</b>                      ・住み慣れた自宅や高齢者施設など、本人が望む場所で看取りを行うことができる体制を確保する</p>

【ACP】

ACPIに関する医療・介護連携の課題	取り組み
<p>・地域住民の中には「死」について話をする事は縁起が悪いとの意識が根強く、「自分にはまだ早い」という感情がある。医療・介護関係者においてもACPの周知が不十分であり、平時から高齢者自らが考え、関係者間で話し合う場が持っていないのが現状である。</p>	<p><b>医療・介護関係者へのACP普及啓発</b>                      ・医療・介護関係者を対象にACPIについて多職種研修を行い、普及啓発を図る                      ・医療・介護関係者を対象に「もしバナカード」や「命しるべ」を活用したACP普及啓発について「命ゆい出前講座（関係者向け）」を開催する</p> <p><b>医療・介護関係者のACP普及啓発に取り組む担い手育成</b>                      ・「もしバナカード」や「命しるべ」を活用したACP普及啓発について、ACP普及啓発の担い手を育成していく（「もしバナカード」の貸し出しやACP普及啓発のためのパワーポイント案内資料の提供を行う）</p> <p><b>地域住民へのACP普及啓発</b>                      ・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「命ゆい出前講座」（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ACPIについての市民公開講座を開催し、ACPの普及啓発を行う（添付資料として「命しるべ」を活用し、ACPIに取り組んでもらうよう案内を行う）</p>