

令和7年度
在宅医療介護連携推進事業活動計画

必須事業:①在宅医療・介護連携に関する相談支援
②地域住民への普及啓発

最：在宅医療・介護連携推進事業
推：認知症総合支援事業（認知症地域支援ケア向上事業）
策：生活支援体制整備事業

目指す姿 (目的)	取組の場面	目 標	望ましい姿	必須 事業	対策・事業等
一人暮らし になっても 安心して最 期を迎えら れる町	入退院支援	入退院時の情報がス ムーズに行われ切れ 目なく介護や医療の サービスが受けられ る。	退院調整が100%実施されている。 医療機関の退院調整部署の担当者と介護支援 専門員が顔の見える関係となっていて問い合 わせや相談ができる。		
	日常の療養支援	在宅生活に必要な医 療と介護が切れ目な く提供される。	介護支援専門員を中心に、介護サービス事業 所、医療機関、インフォーマルサービス、地 域支援者からの支援が切れ目なく過不足なく 提供される。	① ②	在宅医療・介護連携推進会議の開催
			主治医が担当介護支援専門員を知っている。		担当ケアマネの標示
			専門職間の顔の見える関係性を維持し、連携 が容易に行われる。		大崎上島町医療・介護・福祉・保健関係者研修会の実施（大崎上島町介護支援専門員連絡協議会 と共催し、町内の医療系専門職等を講師に迎え、医療系知識のシェアリングなど多職種間の連 携促進のための研修会の実施）
			緩和ケアが受けられる。	①	在宅医療・介護連携資源マップによる緩和ケアを提供する医療機関情報の提供
			介護者の身体的・心理的負担感を軽減し、在 宅での介護が継続できる。	②	認知症ケアの実施（認知症地域支援ケア向上事業）
			認知症になっても在宅生活が続けられる。	②	認知症ケアパスの更新と事業所への配布（認知症総合支援事業：認知症地域支援ケア向上事業：認知症 地域支援推進員活動） 認知症初期集中支援チーム活動（認知症総合支援事業：認知症初期集中支援事業）
			臨時住診、訪問看護ステーションから24時間 365日訪問が受けられる。		県から報告のある医療機関情報を居宅へ提供
			在宅療養中に容体が 急変しても安心して 療養できる。		県から報告のある医療機関情報を居宅へ提供
			消防署と急変時の情報共有が図られている。		現状把握のため消防署へ状況の聞き取り等を実施
			自分の望む場所で人 生の最後を迎えられ る	②	サロン等でのACPの普及啓発の実施（認知症地域支援推進員活動）
事業計画の進捗 管理とPDCAの 実施	実施している事業の 効果検証、目的目標 の評価と確認	在宅医療・介護連携推進事業の効果的な事業 推進が進められ、地域包括ケアシステムの構 築及び維持をする。	自宅で看取りができる。	②	人生の彩／ノート書き方学習会の実施（認知症地域支援推進員活動）
			町内の特別養護老人ホームやグループホーム で看取りができる。	②	在宅医療・介護連携推進会議の実施（第9期介護保健事業計画（在宅医療・介護連携推進関連） 進捗管理とPDCA）