

令和4年度第2回上越市・妙高市在宅医療・介護連携推進協議会次第

日 時：令和5年2月18日（土）

午後2時～3時

会 場：リージョンプラザ上越 会議室

1 開 会

2 挨拶

3 議 事

（1） 専門部会の活動報告及び今後の取組について：資料1

①入退院時連携推進部会

②対人援助スキルアップ部会

③急変時対応部会

④市民啓発部会

（2） 第3期（令和5～7年度）の取組方針案について

①上越地域が目指す在宅医療・介護連携について：資料2

②協議会の体制案について：資料3

4 その他

5 閉 会

(1) 専門部会の活動報告及び今後の取組について

令和5年 2月18日 (土)

上越市・妙高市在宅医療・介護連携推進協議会

令和2年度から4年度の活動背景

入退院支援や連携のためのツールやルールはあるが、周知や活用が不十分。専門職の連携のためのスキルアップの継続が必要。

本人や家族の価値観や思いを十分把握しているとはいえない状況。看取り期まで多職種で寄り添い続ける専門職の意識付けや知識の普及が必要。

本人、家族、専門職（ケアマネ・訪看・ヘルパー等）が急変時における対応の共有ができていない。

市民が医療や介護が必要になった時に大切にしたいことについて、日常で考える機会が少ない。

入退院時連携推進部会

対人援助スキルアップ部会

急変時対応部会

市民啓発部会



各職能団体、地域包括支援センター、行政等との連動した活動

上越地域が目指す在宅医療・介護連携のビジョン

住み慣れた地域で暮らし続けることができる上越地域を目指す

入退院時連携推進部会

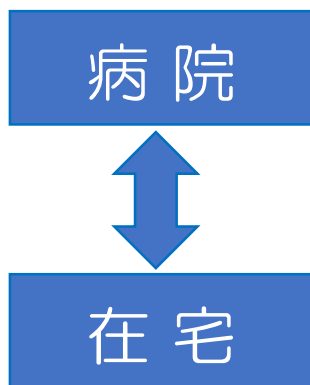
その1 P(計画)

部会の目標

ケアマネジャーや病院が、ガイドライン・フロー図を理解し、円滑な入退院支援が実践できる。

3年間の取組方針

- 既存の連携ツールの活用状況の把握や活用における課題を整理する
- 既存の連携ツールの活用を促進
- 地域と病院の相互理解や連携を深める仕掛けを重層的に行う
(入退院支援に関する研修会の企画・実施等)



※『顔の見える関係づくり』ができると連携がとりやすくなり、円滑な入退院支援につながって良い！

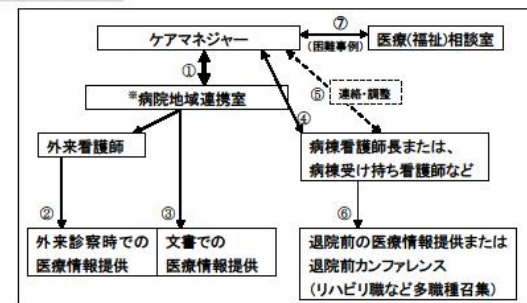
『ケアマネジャーと病院の連携ガイドライン』

【はじめに】
上越地域では、要介護認定に使用される主治医意見書の約半数は、病院医師が作成しています。ケアマネジャーと病院の看護師・リハビリ職・受け持ち医師などが効率的かつ効果的な連携をとることができれば、この地域の高齢者・障害者ケアは格段に向上すると思われます。今回、ケアマネジャーと病院の連携ガイドラインを修正し、連携を促進するためのフロー図を作成しました。また、連携のツールとして「地域連携連絡票」をケアマネジャーが作成することとしました。このガイドラインは以下の課題を解決するために作られました。上越の各地区での実情にあった連携の参考にしていただければ幸いです。

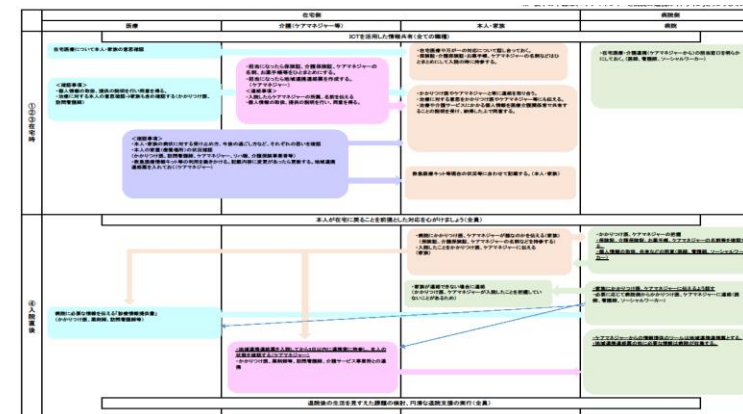
【解決すべき課題】

- ① ケアマネジャーと病院スタッフがお互いにストレスを与える事なく、連絡・連携する必要がある。
- ② 医療情報の提供にあたり、個人情報保護に留意する必要がある。

【連携のイメージ図】



『入退院時の連携フロー』



入退院時連携推進部会

その2 D(実行)

3年間の取組

- 地域連携連絡票の活用状況等を確認し、研修会を開催した。
 - ・令和3年 3月16日：上越市市民プラザ 高田地区対象
 - ・令和3年11月10日：Zoom開催 地域包括支援センター対象
- コロナ禍における入退院時の連携について、医療側・在宅側双方の取組や工夫点、困りごと等を意見交換する場を設けた。
 - ・令和3年12月17日：上越市市民プラザ 高田地区対象
 - ・令和4年11月29日：Zoom開催 直江津地区対象
- 研修回数：計4回 ○参加者延べ：193人
- 『医療機関連携窓口一覧』を更新し、関係各所へ周知した。



◇ 研修会での感想(一部) ◇

【医療側より】

- ・入院前の本人や家族の思い等、知らないことがある。
- ・地域連携連絡票を早くもらえると退院支援計画に役立つ。
- ・病棟にいると在宅生活をイメージしにくく、どんな情報が必要で、退院後どんな支援を受けられるか分からない。

【介護支援専門員より】

- ・地域連携連絡票の「目的」や「思い」を知ることができた。
- ・医療側と在宅側で情報収集の視点が違うと分かった。
- ・病院のどこに連絡すればいいか迷い躊躇する。研修会で話し合いが出来たことで、連携のハードルが下がった。

取組の評価

- ・研修会アンケートの意見より、円滑な入退院支援のためには、本人の思いや入院前の様子等が書かれた地域連携連絡票等の情報共有ツールが有効であることを再認識した。
- ・研修会は『顔の見える関係づくり』に効果があった。医療側と在宅側で自由に意見交換できる場を設けたことで、双方で欲しい情報が違う等の相互理解につながり、連携がとりやすくなった。
- ・地区別で研修会を開催したが、方法や規模(地区単位・上越地域全体)について調整が必要である。
- ・部会の意見を基に『医療機関連携窓口一覧』を更新したことで、医療機関と連絡をとりやすくなった。

3年間を振り返って・・・部会委員の声

- ・コロナ禍により集合形式で出来なかったのが残念だが、部会メンバーといろいろな話をしたので、とても連携がとりやすくなった。
- ・医療側・在宅側で意見交換する機会は少なく、異動等で人も代わるので、お互いを理解するために今後もこの研修会を続けてほしい。
- ・病棟看護師が、退院後の地域での生活をイメージできない。
- ・地域全体で連携をどう広めていけるか考えていきたい。
- ・ガイドラインやフロー図等、必要に応じて見直し、更新していくと良い。



3年間取組んでの課題

- ・入退院時に必要な情報について、医療側・在宅側で意見交換をする機会が少ない。
- ・介護支援専門員が本人の意向を把握し、連携ツールを活用して情報共有できるよう、地域連携連絡票に本人が大切にしてきた事や“思い”を込めるなど、質を高める必要がある。

次期部会への提案

- ・医療側と在宅側の双方の意見交換ができる機会を設け、相互理解や関係づくりを支援する。
 - ・円滑な入退院支援が行えるよう連携ツールの理解および活用を含めた研修会を継続し、それを広げていけるような仕組みづくりを検討する。
- ⇒【ねらい】 医療側と在宅側で必要な情報共有や意見交換を行い、円滑な入退院支援を実施することで本人が安心して望む生活を送れる

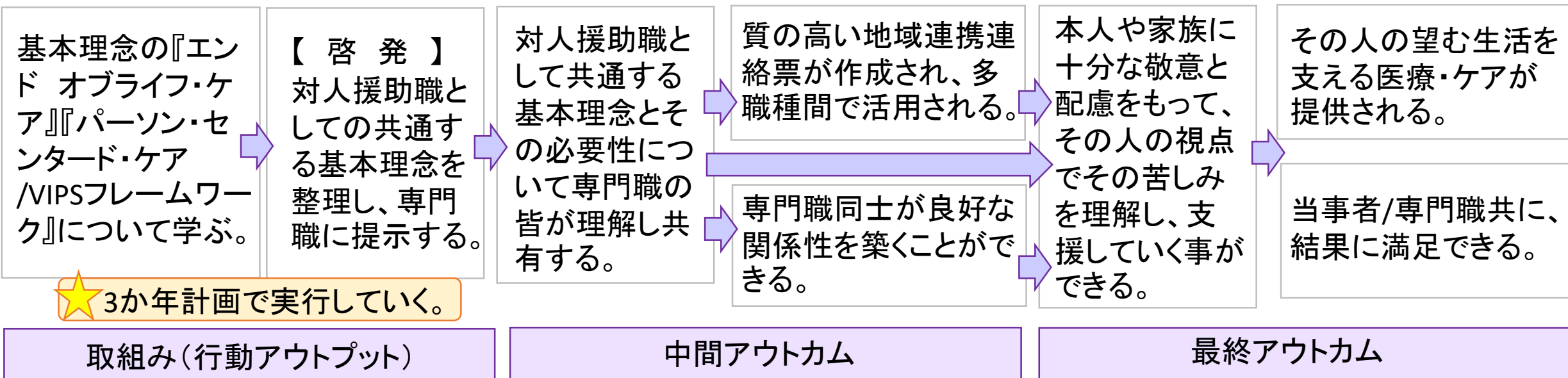
対人援助スキルアップ部会

その1 P(計画)

部会の目標

各専門職が在宅生活を支えるための知識や意識を向上させ、その人らしい支援を行う事ができる。

3年間の取組方針



同じ対人援助に携わる者同士が相互理解できない背景には、共通する対人援助職としての理念が共有できていないからと考えた。

理念の共有ができれば、質の高い在宅医療とケアが提供され、かつ専門職同士は良好な関係を築くことができ、当事者・専門職共に結果に満足できると考える。

3年間の取組①

【令和2～3年度】

その人らしい生活を支えるために専門職として求められていること(基本理念)について、部会内で事例検討を行いスキルアップ研修を継続して実施。

<事例からの気づき>

▶ 信頼関係の構築(対等な立場)のために

- ・支援者はしゃべりすぎない。相手の考えや行動を評価せず、全面的に受止める。
- ・拙速に提案や課題の遂行を重視しない。

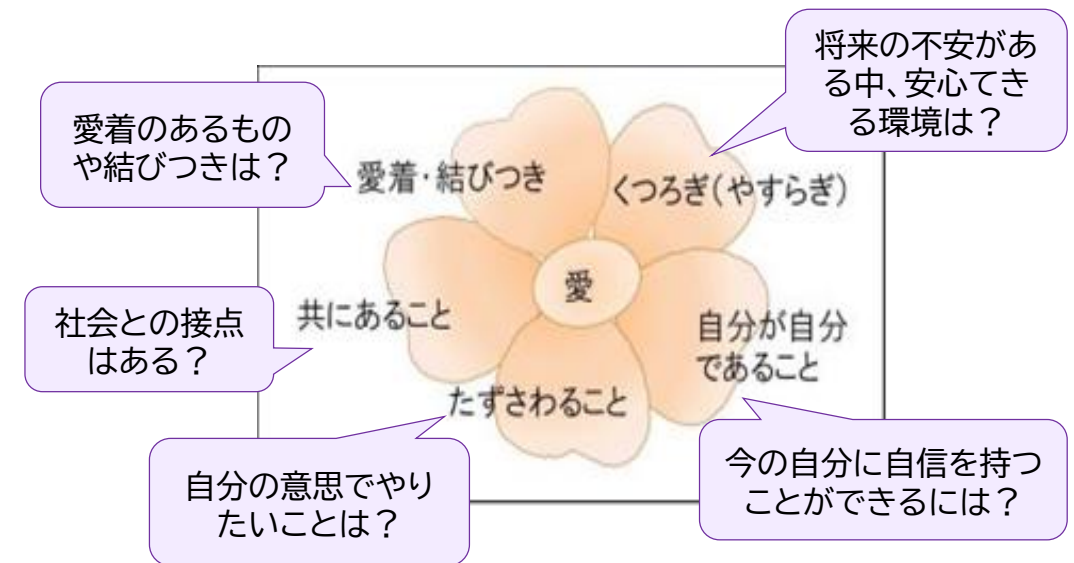
▶ 利他性

- ・援助は不平等の上に成り立っていること、与えるよりも多くを相手から知らないうちに奪っている可能性を意識する。

<事例検討での気づきを実践した結果>

支援者が提案するよりも利用者の話をまずは傾聴することに注力し、事例検討での気づきを意識して関わり続けた結果、いずれの事例でも利用者が自らのことをよく話すようになり、自らより良い方向へ生活を変化させていった。

パーソンセンタードケア提唱者トム・キッドウッドによる
心理的ニーズから事例の課題を整理



3年間の取組②

【令和3～4年度】

「学び」を外部へ発信する方法を検討し、事例の**動画**を研修教材として**パッケージ化**し職能団体に研修会を実施した。

＜実施した研修会＞

R3.11～R5.1月 計7回 延べ209人

対象者：妙高市・上越市の介護支援専門員、リハビリ職能、在宅医療・介護連携推進協議会専門部会員、地域包括支援センター職員 他

＜研修会の結果＞

○参加者の感想(一部)

- ・サービスにつなげることや家族の意向を重視しがち。
- ・分かったつもり、良かれと思って、つい専門職としての提案をしてしまう自分のクセに気付いた。

○研修直後のアンケート

参加者の9割以上が日頃の支援を振り返る機会になったと回答。

○研修後3～11か月後の再アンケート

研修内容をまあまあ意識していると約9割が回答。

【研修のテーマごとに3シリーズ】

シリーズ1：提案を受け入れない利用者への支援

シリーズ2：親族が近くにいない利用者への支援

シリーズ3：意向を示さない利用者への支援

【各シリーズの流れ】各シリーズ90分の構成

I－はじめに ※目的と流れを確認します

II－事例紹介 ...**動画視聴**

III－グループワーク ・発表共有

IV－講話 ...**動画視聴**

V－事例のその後 ...**動画視聴**

VI－感想（グループワーク）

VII－アンケートの記入・終了

今後は…**パッケージ化**した研修教材を、広く各職場や職能の研修会等で役立てていただきたい。

取組の評価

- ・部会内で『パーソン・セントード・ケア』の理解を深め、支援で大切にしたいことを確認できる研修ツールを作成した。
- ・研修ツールを用いて職能団体や職域で研修会を開催し、日頃の支援について振り返ってもらうことができた。

<3年間最後(R4年度3回目)の事例検討>

「学び(対人援助職としての基本理念)」を実践することで、目標とする「当事者・専門職共に満足できる医療・ケアが提供できる」ことを再確認した。

【事例】がん末期で家にいたい利用者と入院・施設利用をさせたい家族で意見が対立

支援者が部会での「学び」を意識して、利用者の想いを丁寧に引き出した。

利用者が「わがままを言えた」と感謝するほどの関係性が築けた。
同居・遠方家族が利用者の状態や想いを知り、家族関係が良くなった。

入院や施設入所一辺倒でない利用者の望む形の生活の支援ができた。

<新たな気付き>

- ・遠方の家族とITを活用してつながる支援に期待したい。
- ・利用者の痛みのコントロールや急変予測も連携が大事。

3年間を振り返って・・・部会委員の声

- ・事例から自らを振り返り学ぶことが多かった。今後も続けて欲しい。
- ・医療と介護が連携することで良くなるものがたくさんある。
- ・自分の専門しか見ていないと気付いた。患者がどんな想いでいるのか、家での様子はどうか、意識して関わっていきたい。
- ・研修を広げることで質の高いケア、地域全体のQOL向上につながる取組みだと思う。

3年間取組んでの課題

- ・この取組は対人支援を行っていく上で重要な要素で、繰り返し振り返るべき内容である。
- ・その人らしい生活を支えるために、家族を含め支援に関わる人が同じ目線で支援を行っていく必要がある。

次期部会への提案

- ・研修会の継続や受講しやすい体制について検討する。
 - ・これまでの取組みを踏まえ、更なる周知啓発に関する取組や支援者がチームとして機能していくにはどうしたらよいか検討する。
- ⇒ 【ねらい】 その人らしい生活を支えるために、支援者がその人の気持ちを理解し、協力し合って支援することができる

対人援助スキルアップ部会

取組を学会で発表
「在宅医療・介護連携推進事業における人材育成～3年間の対人援助スキルアップ部会での取組～」

第5回 日本在宅医療連合学会大会

THE 5TH ANNUAL MEETING OF
THE JAPANESE ASSOCIATION FOR HOME CARE MEDICINE

ここに求められる在宅医療の創造
— 緩和・難病そして薬・機器・人の融合

会期 2023年
6月24日(土)・25日(日)

会場 朱鷺メッセ
(新潟コンベンションセンター)
ハイブリッド参加可能 (一部セッションのみ双方向)

大会長

中島 孝 独立行政法人国立病院機構
新潟病院 院長

副大会長

井手口 直子 帝京平成大学薬学部薬学科 教授
大学院薬学研究科薬学専攻 教授
中山 優季 (公財)東京都医学総合研究所社会健康医学研究センター
難病ケア看護ユニットリーダー

新潟県プログラム委員会

塚田 芳久 新潟県医師会副会長
小柳 亮 新潟県医師会理事

演題募集期間 公募シンポジウム ▶ 2022年11月1日(火)～2023年1月5日(木)
一般演題募集 ▶ 2022年11月1日(火)～2023年1月5日(木)

URL: <https://site2.convention.co.jp/5jahcm/>
主催: 一般社団法人日本在宅医療連合学会

【大会事務局】独立行政法人国立病院機構 新潟病院 〒945-8585 新潟県柏崎市赤坂町3-52
【運営事務局】日本コンベンションサービス株式会社 東北支社内
〒980-0824 仙台市青葉区支倉町4-34 丸金ビル6階 E-mail: 5jahcm@convention.co.jp



部会の目標

本人・家族・専門職(介護支援専門員、訪問看護、ヘルパー等)が、急変時の対応の共有ができ、心構えを持てるようになる。

3年間の取組方針

○急変時の対応について、上越地域の実態を確認する

○救急搬送の判断基準の確認・共有を行う

○予防的な手立てを確立する(急変前の予防策、市民への啓発)

○関係者との効率的な情報共有

○急変時の家族対応の共有

○救急医療情報キットの普及のための課題検討、啓発

「急変時」の捉え方は立場によって異なるため、関係機関にアンケート調査を行い、対応の状況や困っていることを把握しよう！

アンケート調査の結果を基に、上越地域に必要な取組を考えよう！

3年間の取組

【令和2年度】

○介護保険事業所、医療機関、消防局(救急隊)を対象に、「高齢者の急変時における対応の実態調査(以下:調査)」を実施した。

【調査結果】

○回収率:55.4%

- ・介護保険事業所は71%、救急隊は100%が「急変時の対応で困ったことがある」と回答していた。
- ・救急医療キットは、救急隊が100%、介護保険事業所が61%、医療機関が2%の活用状況であった。
- ・日頃から支援者が本人や家族の意向を確認したり、救急搬送に対する具体的な準備を整えたりすることで、**急変時対応が上手く行われている好事例**があった。

【令和3年度】

○調査の結果を共有し、必要と思われる取組について検討した。

【令和4年度】

○介護支援専門員を対象にした研修会を開催した。(計3回、参加者延べ81人)

【調査内容】(一部)

- ・(急変時の対応等で)困ったことはあるか
- ・家族への連絡が取れなくて困ったことはあるか
- ・日頃、本人・家族・医師と救急を要する症状について話し合っているか
- ・救急医療キットを活用したことはあるか

〈調査から見えた実態と課題〉

- ①急変時に備えた準備が不十分であるため、介護支援専門員に負担が集中していた。
- ②「急変」について、医療職者は「救命救急対応が必要な状態」と捉え、介護職者は「日頃との状態の変化」と捉えている。
- ③医療機関や介護保険事業所等との日常的な連携を推進する必要がある。
→研修会で好事例を周知
- ④救急医療情報キットについて、周知や更新手続きが不十分である。
→様式や取り扱いの改善

取組の評価

○救急医療情報キットの見直しが出来た（令和3年度）

- ・記入内容を整理して上越市と妙高市の救急医療情報キットの内容を統一した。
- ・両市の担当課から地域包括支援センター及び居宅介護支援事業所等に対して、記入内容の更新支援を依頼した。

○介護支援専門員を対象にした研修会を開催した（令和4年度）

- ・急変時の対応で、介護支援専門員に負担が集中している実態が見えたことから、日頃からの本人の意向確認、及び関係機関との連携の重要性について周知することを目的とした。
- ・グループワークを通じて、急変時に上手く対応できている事例の共有を行った。
→ 頸北・妙高市・上越市のエリアにて、Zoom形式で開催

【研修会を開催して】

急変時に上手く対応できている事例を共有することで、日頃の業務の振り返りや、関係機関との連携の大切さを学ぶ機会となった。

○アンケート結果

- ・86%の参加者が「有意義な研修会であった」と回答したほか、日頃からの本人・家族との関係性の構築や意向確認の必要性を学んだ」「医師を始めとした支援者間での情報共有の重要性について再認識した」との回答があった。

部会委員 の声

- ・多職種メンバーと意見交換できたのは貴重だった。
- ・部会を通じて地域の状況を知ることができた。院内でも地域・介護のことを啓蒙したい。
- ・医療と介護は両輪。互いを知ることは大切。知るからこそ話し合える。円滑な関係性ができる。
- ・関わる職種がどう考えているか、立場や専門性を知ろうと思うきっかけになった。地域での訪問看護の立ち位置を考える良い時間になった。

3年間取り組んでの課題

- ・急変時に備え、本人の具体的な意向や医療情報をチームで共有する必要がある。

次期部会への提案

- ・多職種連携の大切さや情報共有ツール等の活用について、支援者が学ぶ場が必要である。
- ・本人や家族が急変時に備えた意向を表出できるよう、支援者に対して意思決定支援に関する啓発が必要である。
- ・急変時において本人の意向に沿った適切な支援をチームで行っていくためにはどうしたらよいか検討する。

⇒【ねらい】 本人、家族、医療・介護関係者が、本人の意向や病状、急変時対応の共有ができる

部会の目標

市民が、思っていることや大切にしたいことを考え、言語化し、家族や専門職と共有できる

取組方針

- ・今後の人生設計をする上で「必要な情報」や「まわりに伝えておく必要があること」が分かる啓発媒体を作成する。

3年間の取組

【令和2年度】 啓発方法や内容についての検討

<部会での意見交換より>

- ・「困った時の相談先」として、包括を知ってもらうことが必要。
- ・元気な時からどのように年を取りたいか考えてもらいたい。
- ・「自分の今後の人生について考えることの大切さ」について啓発してはどうか。

○決定した啓発方法

【対象】

- ・40～60歳代の若い世代。

【内容】

- ・親の介護やACPを切り口として、自分自身の今後の人生についても考えられるような内容とする。

【方法】

- ・手に取りやすく興味を引く媒体として、漫画を使ったリーフレットを作成する。

【令和3年度】リーフレットの作成とアンケートの実施

- ・「認知症」や「延命治療」などの具体的なエピソードを基に、啓発リーフレットを作成。
- ・作成したリーフレットを試験的に配布し、一般市民と専門職に向けてそれぞれアンケートを実施。アンケート結果から、リーフレットの内容を見直した。

【令和4年度】リーフレットの完成と配布の開始

- ・令和4年11月にリーフレットが完成。各委員の職場や職能団体での配布や市民向け講座等で使用し、実際に啓発を行っている。

上越タイムスへの掲載や県内大学のACPIに関する市民公開講座等でもリーフレットが紹介されました！

- ・リーフレット作成の目的や内容がより伝わりやすいように説明用のスライドを作成。
- ・第3回部会(R5.1.16)で、配布しての結果と今後の方向性について検討した。

◇リーフレットを使用しての感想◇

【一般市民より】

- ・人生会議や今後の生き方について考える機会になった。
- ・自分では考えていたが、家族に伝えておくことが大切だと思った。
- ・お盆や正月などの家族が集まった時に話してみたい。

【部会員より】

- ・認知症の方の家族への説明の際などに使用。「この人に伝えたい」という人に渡している。
- ・各職場での配布や職能団体のHPに掲載し、周知を行った。
- ・「分かりやすい」という意見が多かった。

取組の評価

- ・「市民が、思っていることや大切にしたいことを考える」ためのきっかけ作りの一つのツールとして、リーフレットを作成することができた。
- ・各委員がそれぞれの専門職の立場での効果的なリーフレットの活用や配布方法について考え、配布を行った。

「兄弟や両親と話し合うのによいツールだった」
「イラストがあると親しみやすく手に取りやすい」
「元気なうちに考えておくことが大切だと思った」
等の感想があり、【自分の今後の人生について元気な時から考えておくことの大切さ】を、リーフレットを通して伝えることができた。

3年間を振り返って・・・部会員の声

- ・部会活動を通して、多職種同士顔の見える関係づくりが出来た。
- ・自身の職能団体で今後もリーフレットについて広めていきたい。
- ・高齢者に関わることが多いが、「今からでも遅くないよ」と人生会議について今後もすすめたい。
- ・普段は個別ケースなどのミクロの仕事だが、今回の活動を通してマクロレベルでの支援ができたと思う。
- ・先を見越して何が出来るか考えることができてよかった。



3年間取組んでの課題

- ・リーフレットを作成・配布はしたが、まだ活用は十分に広まっていない。
- ・一般市民に向けたアンケート結果から、「人生会議」について知っている市民が約2割であり、市民が自身の考えを持ち、家族と専門職に共有できる状態にまでは至っていない。
- ・市民が、人生の最終段階の暮らしや看取りの実際を知らないために、具体的な望む生活のイメージが持てていない。

次期部会への提案

- ・作成したリーフレットについては、市民向け講座や各職能団体での配布を続け、広めていく。
- ・市民が望む生活のイメージを持てるように、必要な取組を検討する。
- ・専門職が本人の意向に沿った支援を行えるように、医療と介護の連携や看取り等に関する知識を深められるとよい。
- ・人生会議をテーマにした講演会等での啓発を継続していく。

⇒【ねらい】 市民が、思っていることや大切にしたいことを考え、家族や専門職と共有できる

漫画でわかる!

～病気や介護の「もしも」にそなえて～

今、自分ごととして考えてみませんか?



自分や家族に「何かあった時のこと」は「何かあった時」に考えればよいと思っていませんか? でも、いざ家族が急に倒れたり、介護が必要になったときに慌ててしまいどうしたらよいのかじっくり考えられなかったり、家族の希望を聞くことができなったり...と困ってしまいます。

このリーフレットを見てくださった今日を機会に、

「何かあった時のこと」を考えたり、ご家族と話したりしてみませんか。

うちの母親は
一人暮らしをしている。



最近、物忘れが目立つ
ようになってきた。

実母
トキさん(84)

ある日、
母の近所の人から
電話がかかってきた。

はい、
もしもし。

あらトキさんの息子さん？
実はお母さんのことですね。

市内在住 会社員
太郎さん(56)

最近、トキさんゴミ出しの曜日を
間違えたり分別もバラバラで、
ちよっと困るんだよね。
休みの日にでも来れるかね。

そつなんですか？
すみません…。

次の週末

母さん、
お邪魔するよ！

なんだこれは…。
冷蔵庫に同じ豆腐が
こんなに…？



どうしたの母さん！
お豆腐こんなに買ってきて！

ん？
ちよっと待って

うわー！
ゴミがこんなに…。

分別もしてない。
できないのかな？

あの綺麗好きなお母さんからはとても
想像できない…。



とこうことがあって…。
なあ、これからやっつけたら
いいと思っつ？

家や親のことは
兄さんに任せるわ。
ごめんね、私の方も
忙しくて…。

東京在住
妹(52)

うーん、困ったなあ。
どこに相談すれば
いいんだろう…。

こんなときはひひひで
悩まの相談を。

(裏面の相談窓口を参照ください。)



ストーリー②

1年後

母は認知症と診断され、介護保険を申請した。



よろしくお願ひします。

要介護1の認定がつき、ヘルパーや近所の人たちの助けを借りながら、一人暮らしを続けていた。

しかし、そんなある日のこと……。

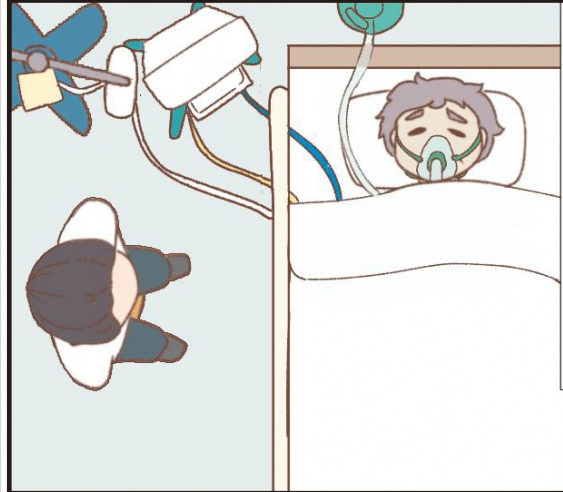


トキさん!? 誰か救急車!



母は救急搬送され、脳梗塞の診断だった。

「もう「母さん」と呼びかけても、目もあけない。」



お母様は、今後の回復が見込めず、食事がとれない状態です。点滴や胃ろうなど方法は色々ありますが、どうしますか?



主治医と何度も話し合ったが……。

母を苦しめたくない。

もっと生きて欲しい。

母のこと、何も知らなかった。

母はどうして欲しいかな。

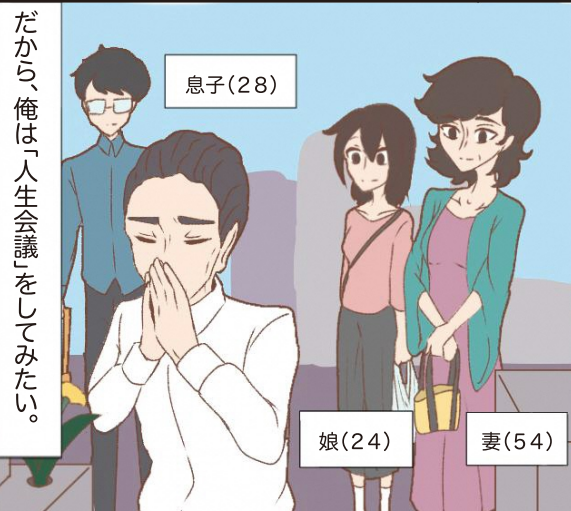
一緒に住んでいればよかったかな。

俺の判断が、生きることを奪ってしまうのではないだろうか?



その数週間後、母は病院で息を引き取った。

もしも、自分が急に病気になったら? 家族が、治療の選択を求められたらきつと悩ませちゃうよな……。そうならないためにも、希望の生活やもしもの時のことを、きちんと家族で話しておこう。



だから、俺は「人生会議」を試みたい。

なあ、父さんにもしものことがあったらさ



「人生会議」について知りたい方は裏面をご参照ください。

困った時の相談窓口



◆ 地域包括支援センター

介護・医療・保険・福祉等に関する「総合相談窓口」です。
お近くの地域包括支援センターは下記 QR コードからご確認ください。



上越市



妙高市

< 上越市 >

施設名	電話番号
地域包括支援センターたかだ	025-526-1155
みんなでいきる地域包括支援センター	025-520-8970
センター病院地域包括支援センター	025-527-3880
高田の郷地域包括支援センター	025-521-5133
リポーン地域包括支援センター	025-530-7802
ふもと地域包括支援センター	025-531-1502
地域包括支援センター府中会（拠点）	025-544-3325
名立地域包括支援センター（サテライト）	025-520-8320
しおさいの里地域包括センター大瀧くらし支援室（拠点）	025-535-1151
しおさいの里地域包括センター頸城くらし支援室（サテライト）	025-546-7323
柿崎地域包括支援センター（拠点）	025-536-6312
吉川地域包括支援センター（サテライト）	025-548-3030
浦川原地域包括支援センター（拠点）	025-599-3872
安塚地域包括支援センター（サテライト）	025-592-3033
大島地域包括支援センター（サテライト）	025-594-7109
牧地域包括支援センター（サテライト）	025-529-3181
上越あたご地域包括支援センター三和（拠点）	025-530-7581
上越あたご地域包括支援センター中郷（サテライト）	0255-74-2355
上越あたご地域包括支援センター板倉（サテライト）	0255-78-7531
上越あたご地域包括支援センター清里（サテライト）	025-530-7612

< 妙高市 >

施設名	電話番号
妙高市地域包括支援センター	0255-74-0017

◆ もしもに備えた・・・人生会議

病気や介護などのもしも・・・に備え、家族や信頼する人と、大切にしてきたことや自ら希望する医療・介護等について話し合い、思いを共有する取り組みを、ACP（アドバンス・ケア・プランニング）と言います。

ACP は通常「人生会議」と呼ばれ、上越地域でも取り組みが進められています。あなたも「人生会議」について考えてみませんか？

詳しくは右記 QR コードをご覧ください。

上越地域人生
会議協議会



厚生労働省
（人生会議）



< 上越市・妙高市在宅医療介護連携推進協議会 事務局 >

上越市福祉部すこやかなくらし包括支援センター 025-526-5623
妙高市福祉介護課 地域包括支援係 0255-74-0017