

令和5年度 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7月21日（金）

午後7時～8時30分

会 場：上越市教育プラザ 大会議室

1 開 会

2 挨拶

3 委員自己紹介

4 正副会長の選出

5 議 事

（1） 上越市・妙高市在宅医療・介護連携推進協議会について

（2） 第2期（令和2～4年度）における専門部会の取組と第3期への提案

（3） 第3期（令和5～7年度）における上越地域が目指す在宅医療・介護連携について

6 その他

7 閉 会

(1) 上越市・妙高市在宅医療・介護連携 推進協議会について

令和5年 7月21日（金）

上越市・妙高市在宅医療・介護連携推進協議会

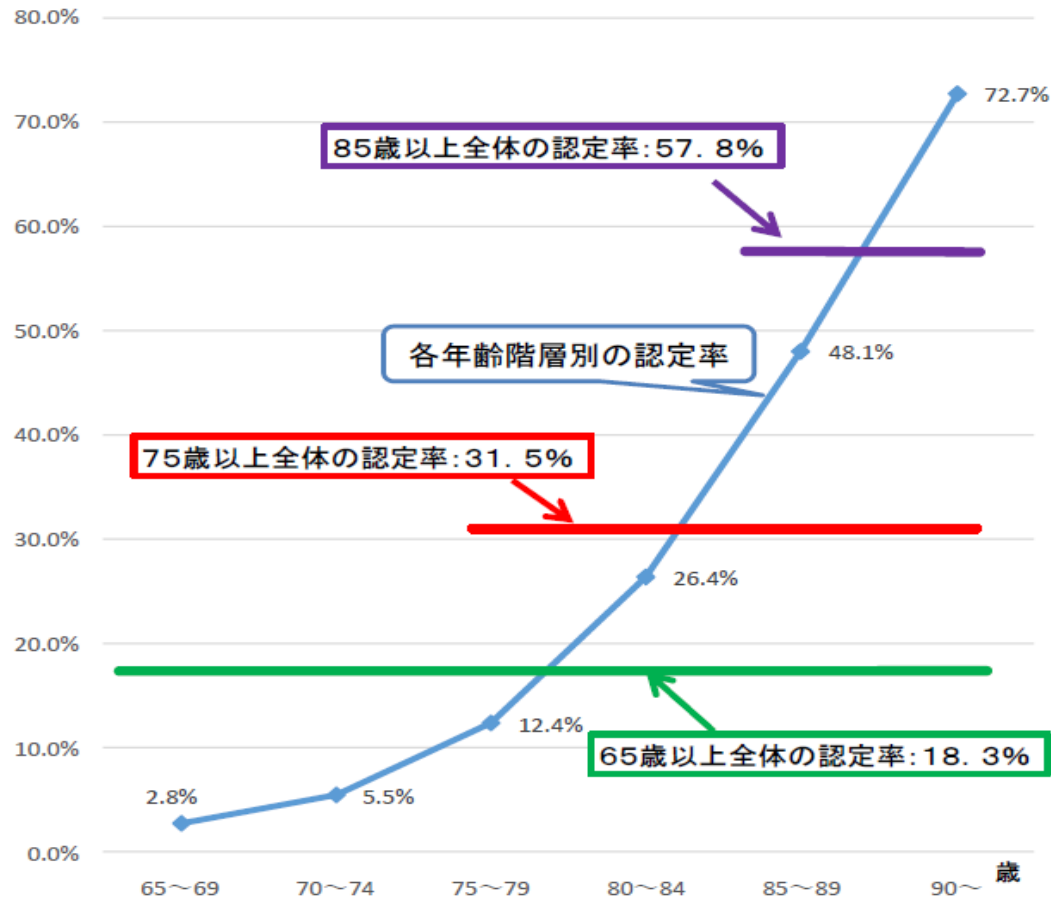
会場：上越市教育プラザ

なぜ、在宅医療・介護連携が必要なのか

厚生労働省：令和4年3月4日 第7回第8次医療計画等に関する検討会資料より

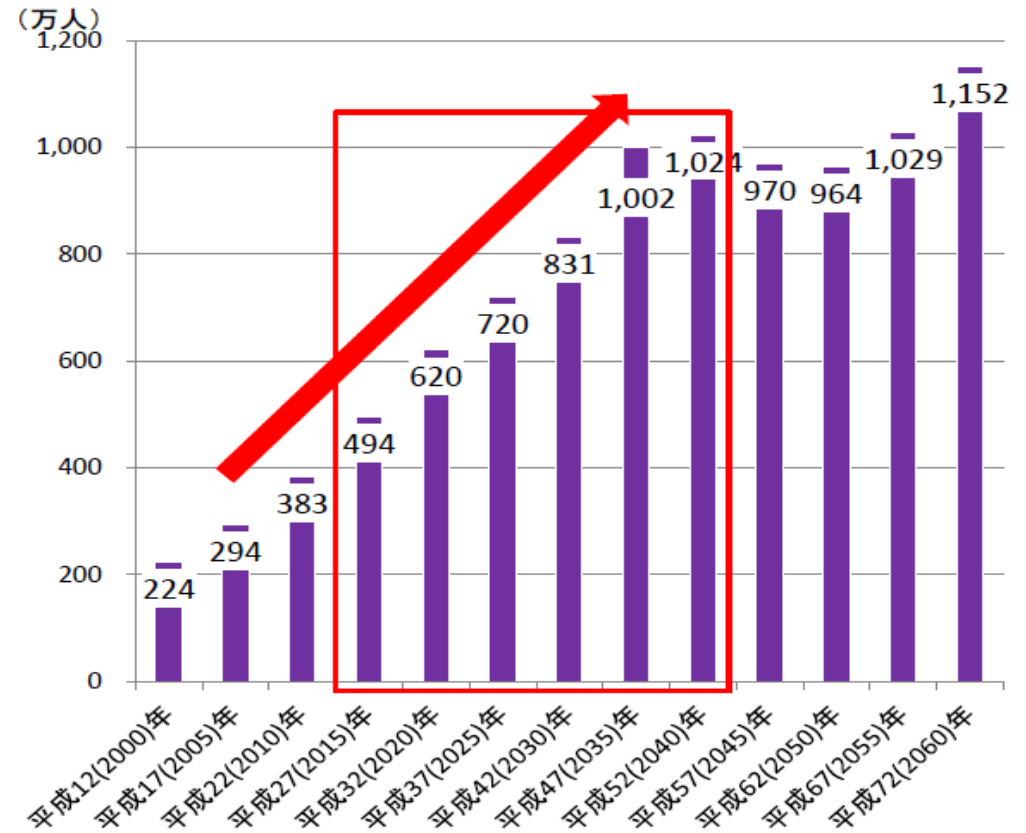
- 要介護認定率は、年齢が上がるにつれ上昇し、特に、85歳以上で上昇する。
- 2025年度以降、後期高齢者の増加は緩やかとなるが、85歳以上の人口は、2040年に向けて、引き続き増加が見込まれており、医療と介護の複合ニーズを持つ者が一層多くなることが見込まれる。

年齢階級別の要介護認定率



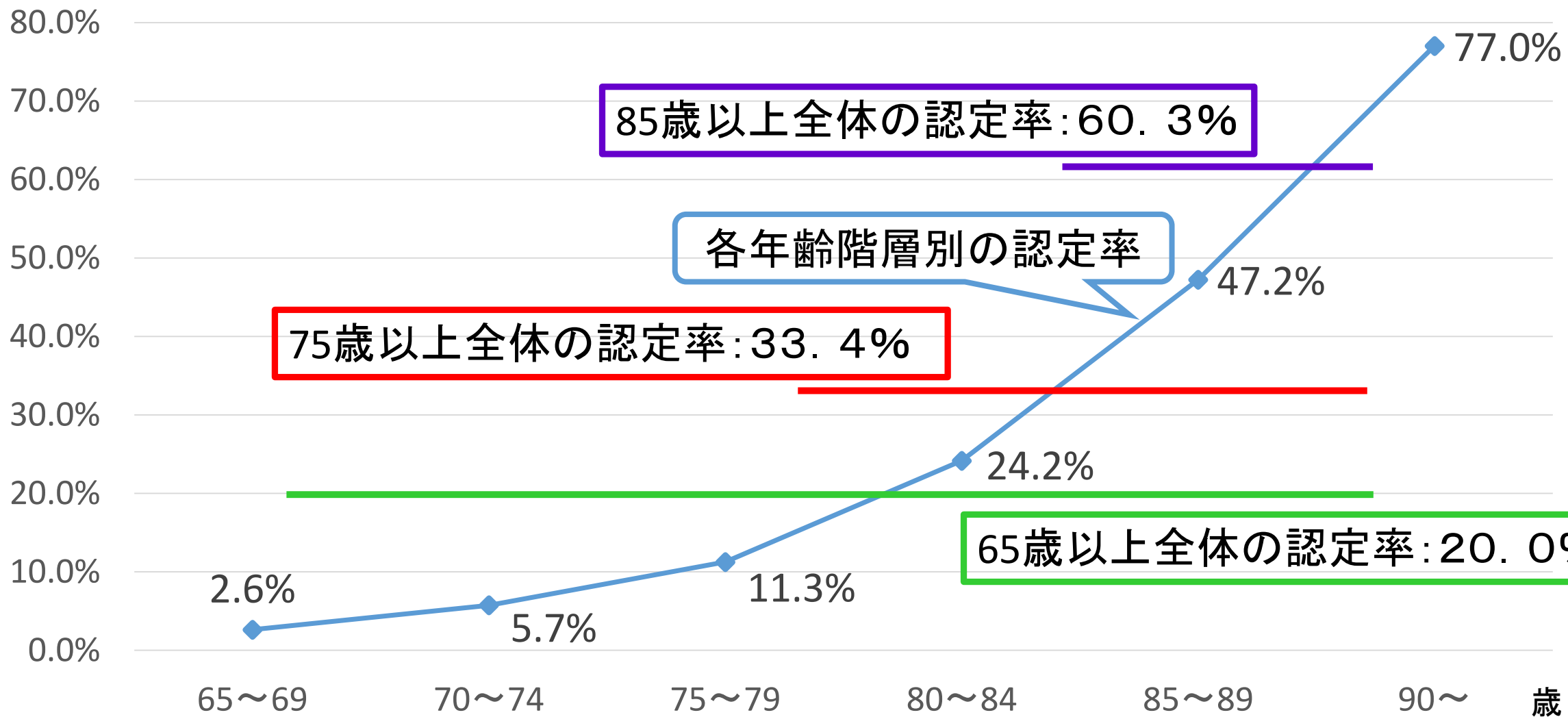
出典：2020年9月末認定者数（介護保険事業状況報告）及び2020年10月1日人口（総務省統計局人口推計）から作成

85歳以上の人口の推移



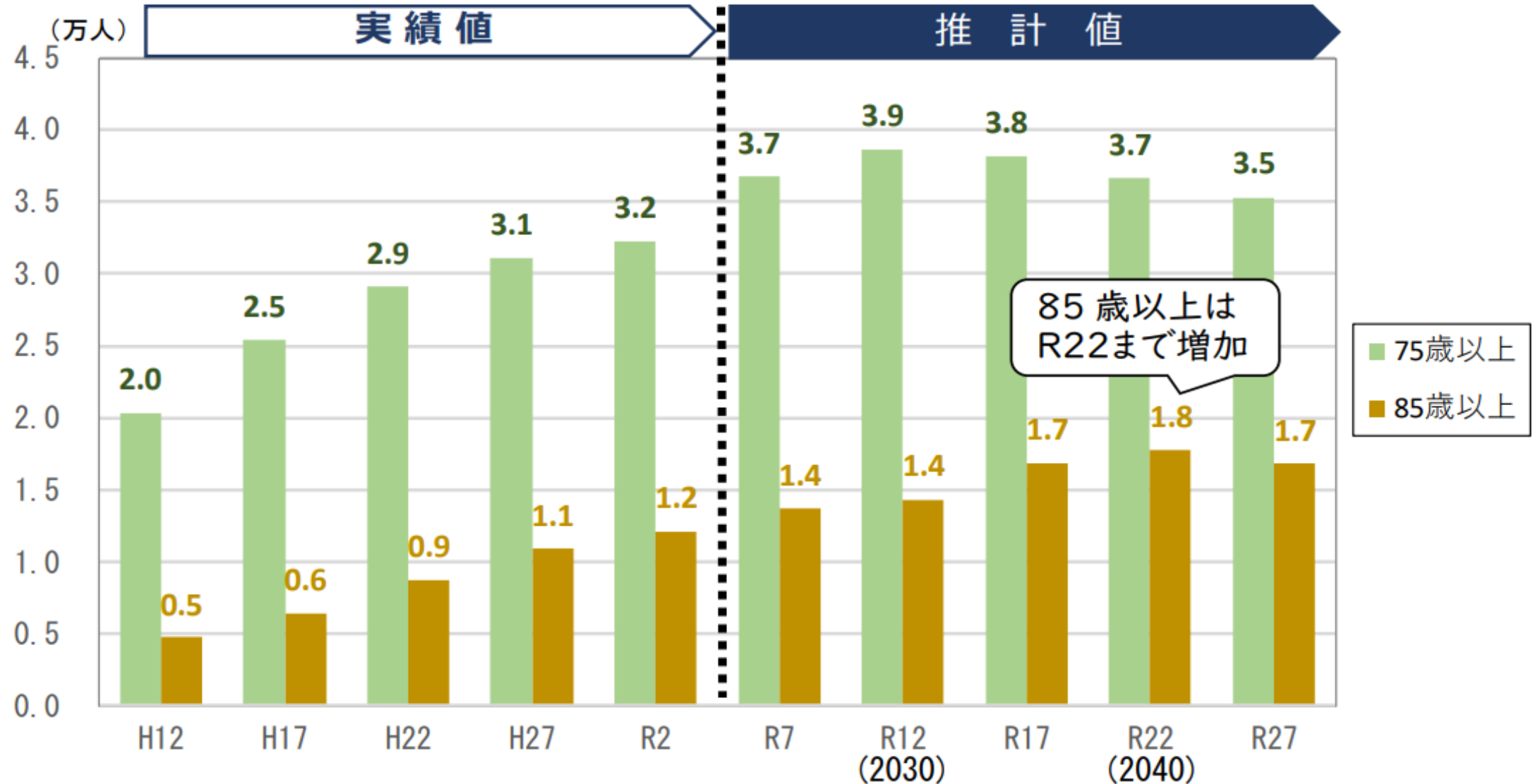
出典：将来推計は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」（平成29年4月推計）出生中位（死亡中位）推計
実績は、総務省統計局「国勢調査」（国籍・年齢不詳人口を按分補正した人口）

上越市 年齢階級別の要介護認定率



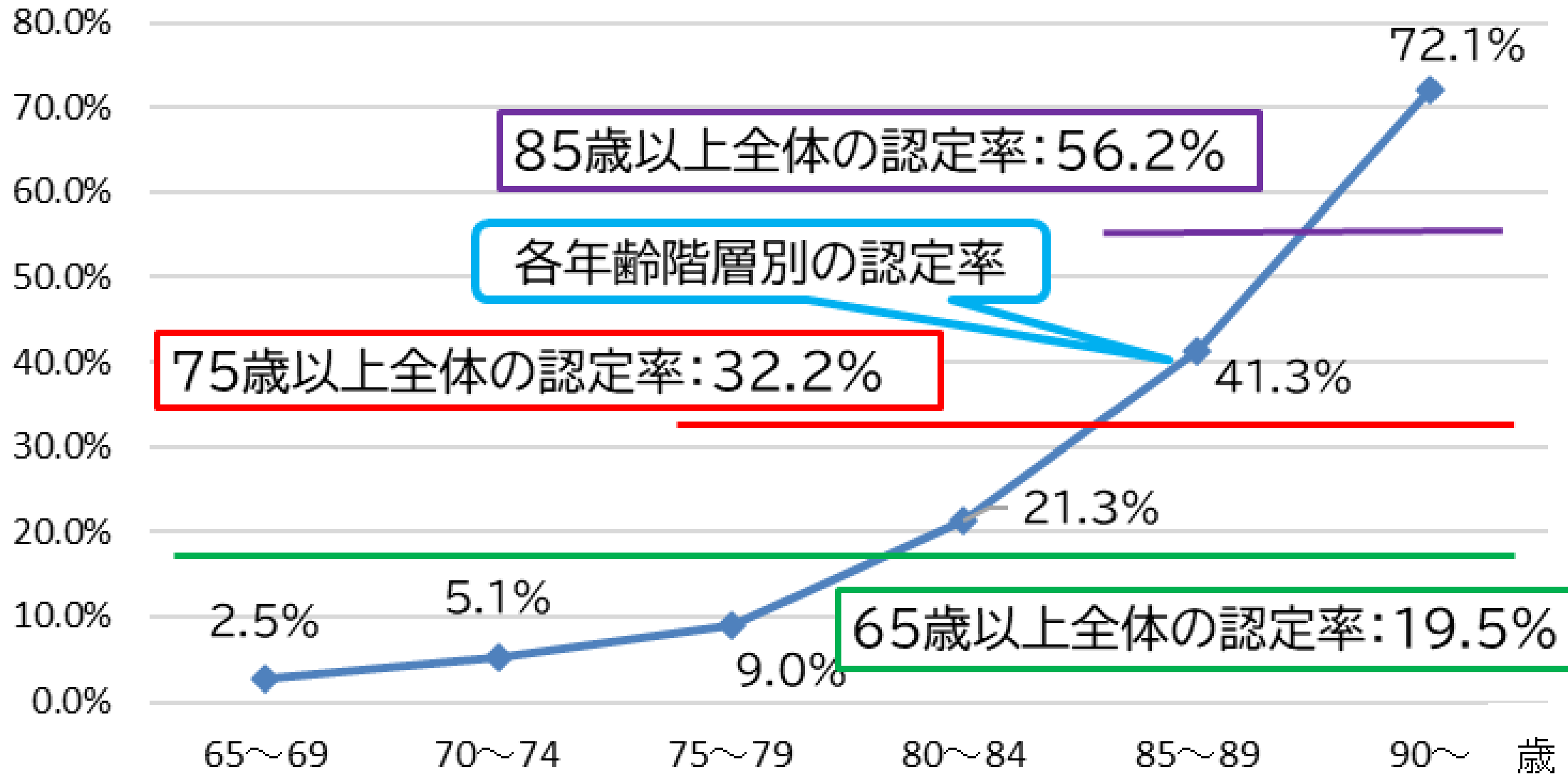
資料: 令和5年3月末現在の認定者数及び人口から作成 (上越市高齢者支援課)

上越市の将来の75歳以上、85歳以上の人口

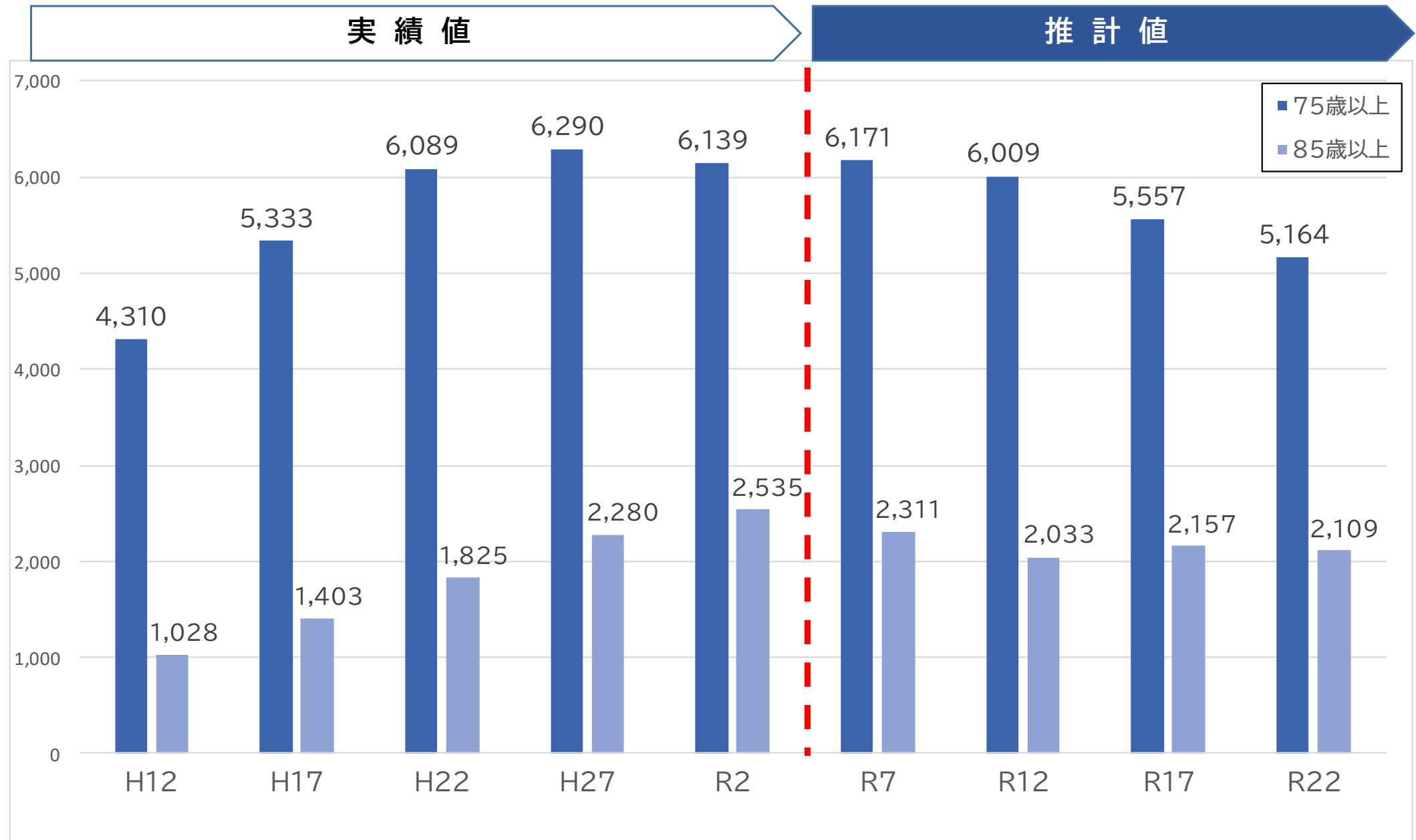


資料:総務省「国勢調査」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(H30年3月推計)」

妙高市 年齢階級別の要介護認定率



妙高市 将来の75歳以上、85歳以上の人口



推計値は国勢調査小地域集計データ(年齢不詳は除く)をもとに年代別人口の推移、変化率から2025年以降の人口を算出

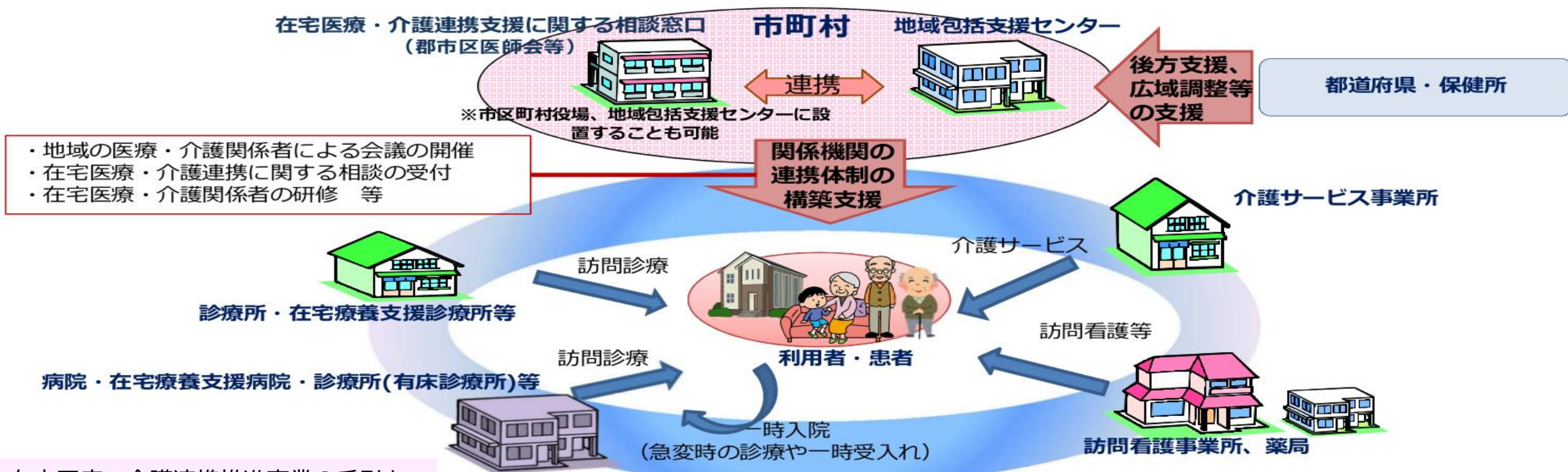
在宅医療・介護連携の推進

- 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。



切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築 (看取りや認知症への対応を強化)

地域のめざすべき姿



現状分析・課題抽出・施策立案

- 地域の社会資源（医療機関、介護事業所の機能等）や、在宅医療や介護サービスの利用者の情報把握
- 将来の人口動態、地域特性に応じたニーズの推計（在宅医療など）
- 情報を整理しリストやマップ等必要な媒体を選択して共有・活用

※企画立案時からの医師会等関係機関との協働が重要



対応策の評価の実施



対応策の実施

- 在宅医療・介護連携に関する相談支援
 - コーディネーターの配置等による相談窓口の設置※1
 - 関係者の連携を支援する相談会の開催
- 地域住民への普及啓発
 - 地域住民等に対する講演会やシンポジウムの開催
 - 周知資料やHP等の作成

<地域の実情を踏まえた柔軟な実施が可能>

- 医療・介護関係者の情報共有の支援
 - 在宅での看取りや入退院時等に活用できるような情報共有ツールの作成・活用
- 医療・介護関係者の研修
 - 多職種の協働・連携に関する研修の実施（地域ケア会議含む）
 - 医療・介護に関する研修の実施

○上記の他、医療・介護関係者への支援に必要な取組

<市町村における庁内連携> 総合事業など他の地域支援事業との連携や、災害・救急時対応の検討

上越地域における これまでの在宅医療・介護連携の取り組み

平成29年度～

上越市・妙高市在宅医療・介護連携推進協議会の設置

■ 協議会の目的

地域における保健、医療、介護及び福祉に関する関係者相互間の在宅医療及び介護に対する理解を深めるとともに、連携を円滑にして、地域に住む人々への支援を行ううえでの課題を解決するため、在宅医療・介護連携推進協議会を開催する

■ 両市合同で協議会を設置し、3年任期で各職能団体や関係機関に委員を委嘱

■ 地域支援事業に位置付けられた事業項目や上越地域の課題をもとに、4つの部会で活動を開始

- ① 入退院時支援部会
- ② 多職種連携推進・研修部会
- ③ ICT連携部会
- ④ 市民啓発部会

■ 上越地域在宅医療推進センターがH29年4月に設置され、専門職支援やMCネット普及啓発、多職種のつなぎ役として機能。協議会事業と常に二人三脚で実施。

図 9 在宅医療と介護連携イメージ

在宅医療と介護連携イメージ（在宅医療の4場面別にみた連携の推進）



今までの取組から見えてきた課題

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

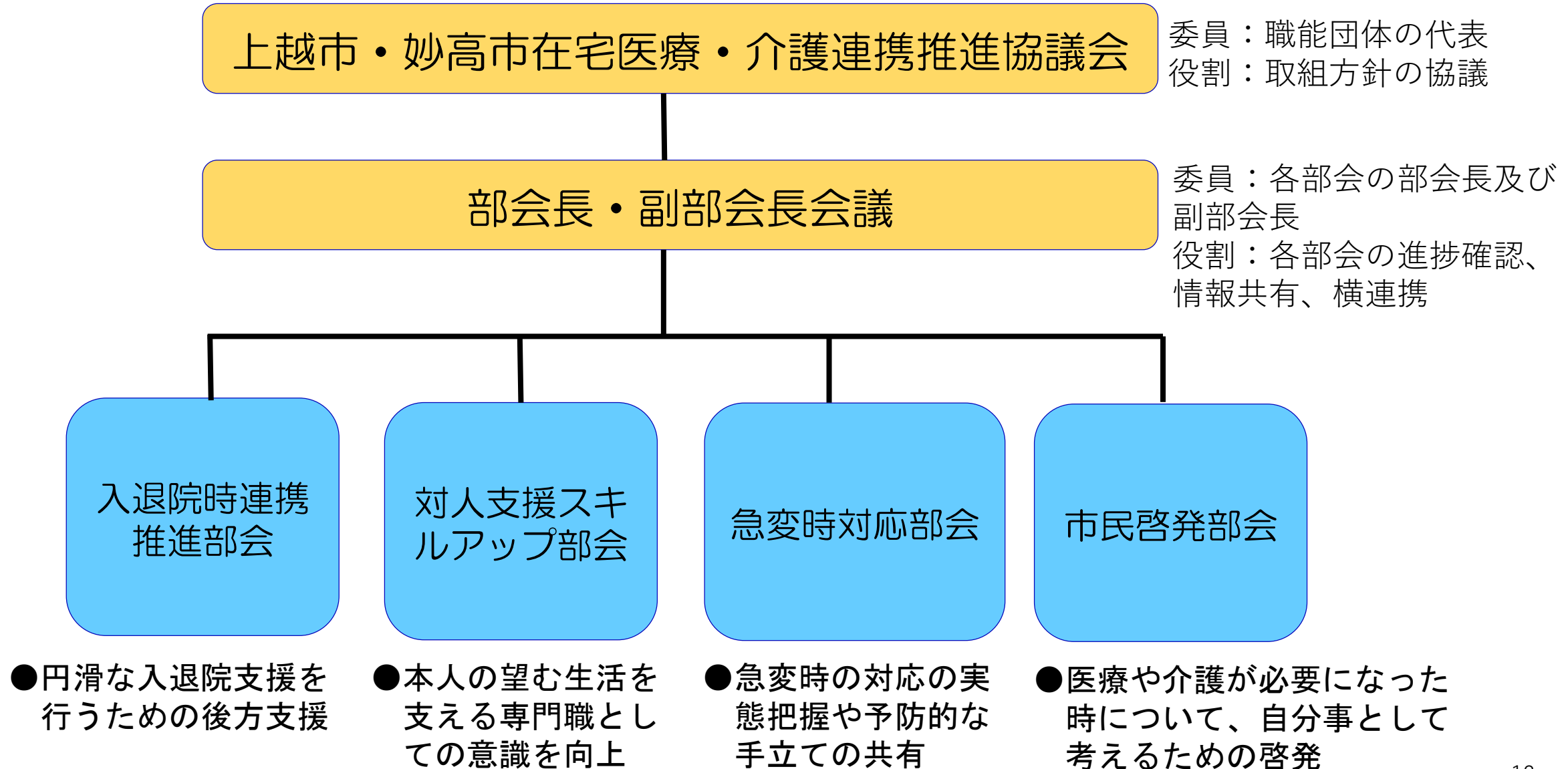


各職能団体、地域包括支援センター、行政等との連動した活動

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

第3期(令和5年度から7年度)の協議会体制



(2) 第2期(令和2~4年度)における
専門部会の取組と第3期への提案

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。

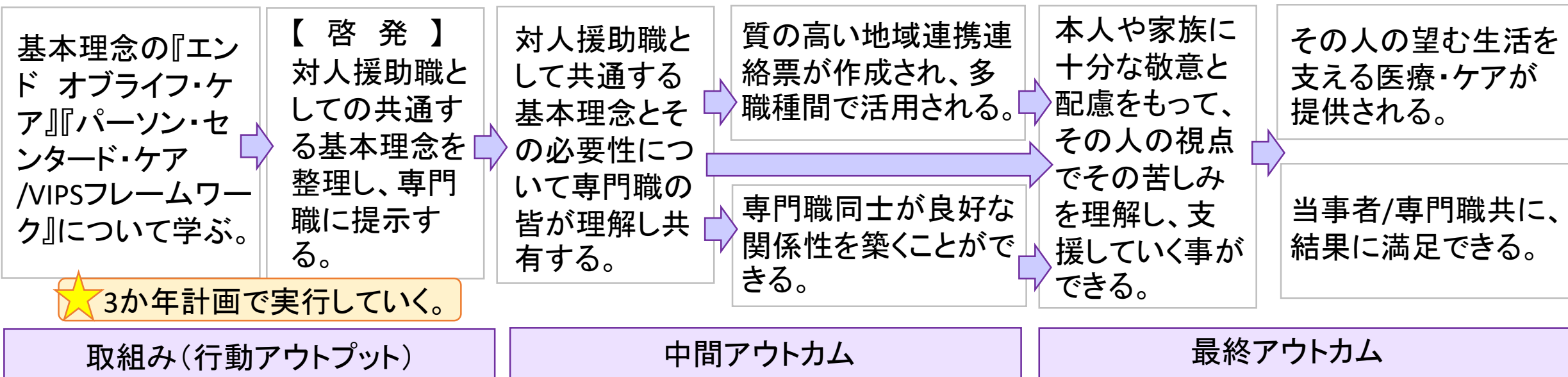
第3期への提案

- ・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

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。

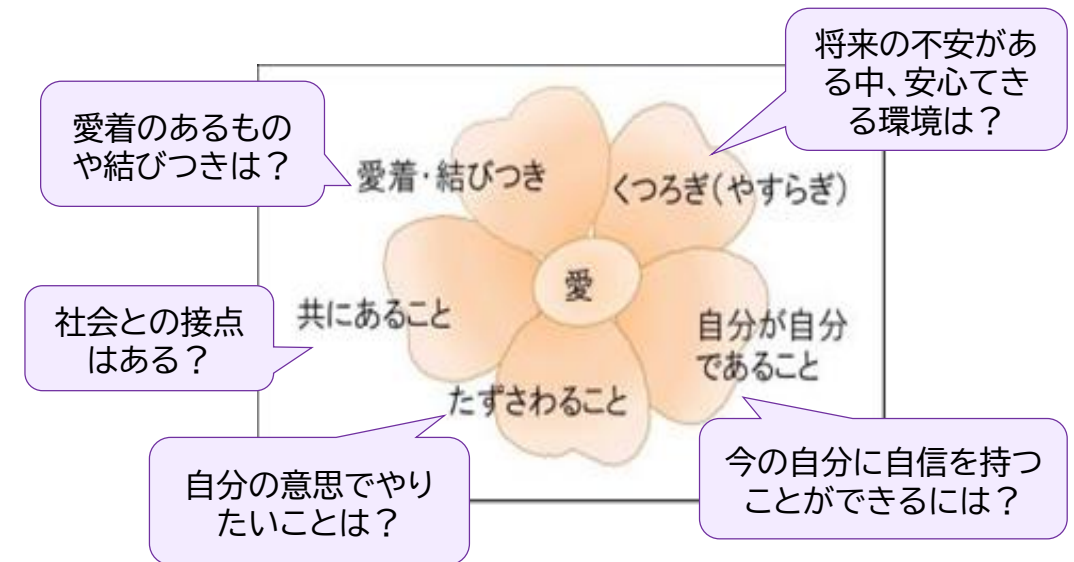
▶ 利他性

- ・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ーはじめに ※目的と流れを確認します

IIー事例紹介 ...**動画視聴**

IIIーグループワーク ・発表共有

IVー講話 ...**動画視聴**

Vー事例のその後 ...**動画視聴**

VIー感想 (グループワーク)

VIIーアンケートの記入・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・セントアド・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。

第3期への提案

- ・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同じ目線で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

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。互いを知ることが大切。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。

第3期への提案

- ・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、家族や専門職と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等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。

第3期への提案

- ・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



ホーム



ごあいさつ



センターの
紹介



活動報告



がんぎ
ネットだより



地域の
みなさまへ



医療・介護
従事の方へ



会員ページ

在宅医療・介護連携推進事業の
活動内容などが閲覧できます。

在宅医療に関する情報や地域の集まりを掲載しております。

また、医療従事者向けに在宅医療に関係する研修会情報等も掲載しておりますのでご覧ください。

センターメニュー

HOME

ごあいさつ

センターの紹介

活動報告

がんぎネットだより

上越・妙高地域のみなさまへ

> 訪問歯科診療

通院などが困難な方の所に
歯科医師・歯科衛生士
等が訪問します



> 訪問薬剤管理指導

通院などが困難な方の所に
薬剤師が訪問し、在宅
療養の支援をします



> 訪問栄養食事指導

通院などが困難な方の所に
管理栄養士が訪問し、
食事の指導をいたします



> 在宅医療地域マップ

上越・妙高地域の在宅医
療を支援する機関のマッ
プです



> 地域の集まり

上越・妙高地域の在宅医
療に関するイベントの予
定を紹介しています



> 人生の最終段階における医 療・ケア等について考えるリ ーフレット

上越市・妙高市在宅医療・介護連携
推進協議会が作成しました。上越市
ホームページへリンクしています

市民啓発部会で作成した
リーフレットが見れます。

連携ツールボックス

地域連携連絡票・医療機関連携窓口一覧等について、閲覧できます。

医療・介護従事者のみなさまへ



ご清聴ありがとうございました。



謙信くん



けんけん



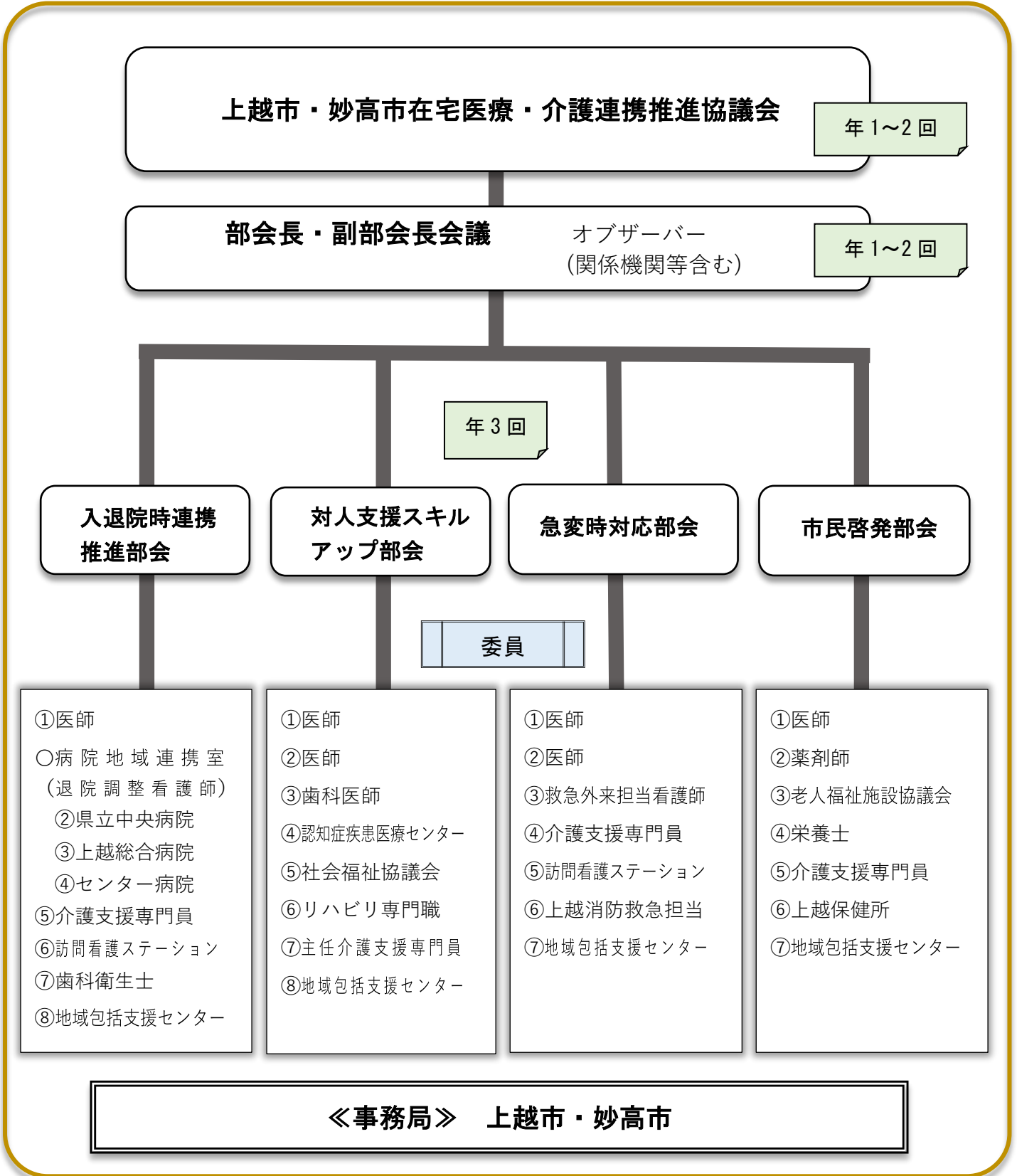
兼続くん



私の名前は「ミヨーコーさん」。

第 3 期（令和 5 年度～7 年度）

上越市・妙高市在宅医療・介護連携推進協議会の体制



目指す姿：住み慣れた地域で暮らし続けることができる上越地域

専門部会

部会のねらい

課題解決に向け第3期部会への提案

令和2~4年度の活動から見た課題

目指す姿に向け連動する職能団体や取組等

入退院時連携推進部会

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

- 医療側と在宅側の双方の意見をきける機会を設け、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、連携ツールの理解及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

- 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関係者と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
- 病棟看護師は患者入院前の生活状況や退院後の地域資源等を把握していないため、在宅生活をイメージできない

- かかりつけ医・医療機関
- 地域包括支援センター
- 看護部長会議
- 訪問看護ステーション協議会

対人支援スキルアップ部会

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

- スキルアップ研修会の継続や受講しやすい体制について検討する
- これまでの取組を踏まえ、更なる周知啓発に関する取組や、支援者が同じ目線で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

- 基本理念『パーソン・センタード・ケア』等については、対人支援を行っていく上で重要な要素であり、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チーム支援を行っていく必要がある

- 上越地域消防局
- 居宅介護支援事業所
- 地域連携センター連絡会議
- 人生会議協議会
- など

急変時対応部会

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

- 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

- 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

- 上越地域在宅医療推進センター
- 介護保険サービス事業所
- ケアマネ広場

市民啓発部会

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

- 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ようにする
- 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

- リーフレットを作成・配布したが、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、家族や専門職と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等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ない

- 社会福祉法人
- みょうこうケアフォーラム

上越市在宅医療・介護連携推進協議会設置要綱

(設置)

第1条 介護保険法（平成9年法律第123号）第115条の45の10第1項の規定に基づき、地域における保健、医療、介護及び福祉に関する関係者（以下「関係者」という。）相互間の在宅医療及び介護に対する理解を深めるとともに、連携を円滑にして、地域に住む人々への支援を行ううえでの課題を解決するため、上越市在宅医療・介護連携推進協議会（以下「協議会」という。）を設置する。

(協議事項)

第2条 協議会は、在宅医療及び在宅介護の連携に関する次に掲げる事項について協議及び検討を行う。

- (1) 地域の医療及び介護の資源の把握に関すること。
- (2) 切れ目のない在宅医療及び在宅介護の提供体制の構築及び推進に関すること。
- (3) 関係者の情報共有の支援に関すること。
- (4) 関係者の研修に関すること。
- (5) 在宅医療及び在宅介護に関する啓発に関すること。
- (6) 関係者及び関係自治体との連携に関すること。

(組織)

第3条 協議会の委員は、次に掲げる者で組織し、市長が委嘱し、又は任命する。

- (1) 医療関係者
- (2) 介護関係者
- (3) 福祉関係者
- (4) 行政関係者
- (5) 前4号に掲げる者のほか、第1条の目的を達成するために市長が必要と認める者

(会長及び副会長)

第4条 協議会に会長1人及び副会長若干人を置き、会長は委員の互選によりこれを定め、副会長は会長が指名する。

2 会長は、会務を総括し、協議会を代表する。

3 副会長は、会長を補佐し、会長に事故があるとき又は会長が欠けたときは、その職務を代理する。

(委員の任期)

第5条 委員の任期は、3年以内とする。ただし、補欠の委員の任期は、前任者の残任期間とする。

2 委員は、再任されることができる。

(会議)

第6条 協議会の会議は、必要に応じて会長が招集する。

2 会長が必要と認めるときは、協議会の会議に委員以外の者の出席を求め、意見を聴き、又は資料の提出を求めることができる。

(部会)

第7条 協議会は、在宅医療及び在宅介護の連携の推進に係る分野別の事項を検討するため、部会を置くことができる。

(事務局)

第8条 協議会の事務局は、健康福祉部すこやかなくらし包括支援センターに置く。

(その他)

第9条 この要綱に定めるもののほか、協議会について必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

この要綱は、平成29年4月1日から実施する。

附 則

この要綱は、平成31年4月1日から実施する。