

令和3年度 しばた地域医療介護連携センター事業実績
(在宅医療・介護連携推進事業)

委託項目 (ア) ~ (ウ) 新発田市・阿賀野市・胎内市・聖籠町
委託項目 (エ) ~ (キ) 新発田市・胎内市・聖籠町

資料No. 4

項目	業務委託内容 (委託契約書より)	No. 取り組み	計画回数	主催以外	備考	実施結果(日時・参加者数等)	目的と成果	次年度の方向性
① 現状分析・課題の抽出・施策立案	① 地域の医療機関、介護事業所の機能等を情報収集	ア① 医療・介護資源の更新(アンケート形式)	3年1回	共催	「在宅医療機能マップ」	5月321部発送。医療機関、病院連携室、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、行政高齢福祉課・健康推進課	目的：医療機関・介護事業所資源情報のアンケート調査により最新の情報を提供する。 成果：往診、訪問診療をする医療機関が微減していた。掲載、医療機関以外に配布することにより、一部の医療機関に訪問診療・往診の依頼が集中してしまい、掲載を見合わせる医療機関も出てきている。在宅医療の資源を適切に利用し、かつ守るための方法を考える必要がある。	・次回令和6年3月更新する。 ・病院にアンケートを行っていなかったが、訪問診療する病院もあることから次回は病院へのアンケートについても検討する。
		② 情報及び整理リストやマップ等必要な媒体を選択して共有・活用	年1回		「医療介護資源情報」	ホームページに掲載 更新日 3/2 アクセス数 65,398件 (R3.4/1~R4.3/31)	目的：ホームページ更新によりマネジメントに関わる資源の提供をする。 成果：定期的なアンケート調査により、毎年施設情報の追加・変更があり、資源の情報提供ができています。 随時、介護事業所・医療機関の情報の変更や取り下げ新規掲載などを実施。 現在は、定期更新時は、圏域内すべての事業所に調査の協力をお願いしているが、すべての事業所から回答いただいているわけではない。また、医療・介護事業所のホームページや当センターに入ってくる情報により新規事業所等の更新をしている。 最新かつ圏域すべての情報を提供するには、市町で指定、把握している事業所の情報をいただかなければ難しい。	・現状の年1回のアンケート調査による更新は継続する。 ・新規事業所や変更事業所の情報を市町から提供いただくことにより最新の医療・介護資源情報の提供が可能となるので、課題としたい。
		ア② ケアマネタイム-2の更新	随時	共同実施	「ケアマネタイム」	ホームページ及びときネットに掲載 更新日 3/2	目的：介護支援専門員等が医療機関との連絡を容易にするための一覧を提供する。(ホームページ掲載) 成果：連携先の最新情報の提供ができた。 利用の拡大を図るための周知が必要と思う。	・医療介護の連絡窓口の周知のため、定期的な更新を継続する。 ・不定期の個別の変更には、リアルタイムの情報提供をホームページやときネットを利用して実施する。
(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討	① 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)	イ① 在宅医療介護連携に関するニーズ調査等の収集						

項目	業務委託内容 (委託契約書より)	No. 取り組み	計画回数	主催以外	備考	実施結果(日時・参加者数等)	目的と成果	次年度の方向性	
① 現状分析・課題の抽出・施策立案	② 在宅医療・介護連携に関する協議会等への参画や医療・介護関係者へのアンケート等による課題抽出	イ② 協議会・地域ケア会議等への参加	随時			地域ケア会議：新発田市3/16, 3/22 阿賀野市6/10, 8/31, 1/6 胎内市5/27, 8/4, 3/16 聖籠町 新発田地区居宅会議支援事業者連絡協議会4/30、訪問看護ステーション協議会4/14、11/10、2/9、聖籠町介護支援連絡会8/6、11/5、12/2	目的：4市町における医療介護連携における地域の課題と地域の方向性を把握する。 成果：認知症総合支援事業、介護予防事業、障がい者自立支援事業と医療介護連携がリンクする課題の把握が必要。重度療養者が自らの意思に沿った過ごし方ができ、人生の最終段階を迎え、看取りまでに関わる専門職が抱える課題の把握が必要である。聖籠町の介護支援連絡会、阿賀野市地域ケア圏域会議、訪問看護ステーション協議会では、実務者から課題を伺うことはできるが、そのほか相談業務以外から把握することが難しい。 医療介護連携に関係する地域ケア会議への参加を進めて現状と課題の把握に努めたい。	・在宅医療・介護連携推進にかかわる地域ケア会議に参加する。 ・各専門職の協議会、連絡会への参加により在宅医療介護連携の周知や課題把握する。 医療介護連携に関わる地域ケア会議に参加させていただけるようにお願いしたい。	
		イ② 入退院支援についてのアンケート調査	年1回			調査期間：R3.4/1～6/30 調査対象：病院入退院支援担当者、ケアマネ、地域包括支援センター アンケート回収率：91% アンケート枚数：233枚 (新発田市回収枚数130枚回収率89.7%、胎内市44枚88.8%、阿賀野市43枚93.7%、聖籠町16枚100%)	目的：入退院支援場面における医療介護連携のルールに関する課題と対応策を検討する。 成果：要介護者の入退院支援の現状が見えた。	入退院支援の方向性が見えた段階で再度調査を予定している。(R4年度は実施なし)	
	③ 意見・情報交換や検討を行う場の設定と運営	イ③ しばた地域医療介護連携センターの協議体設置と会議開催	-1	年2回	共同実施	運営協議会	・しばた地域医療介護連携センター運営協議会7/9～7/21書面開催	目的：広域の在宅医療・介護連携の課題解決策の検討、対応策の実施を周知する。 成果：在宅医療推進センター整備事業及び在宅医療介護連携推進事業の運営について委員に諮り承認された。対応策の周知ができた。	・集合とオンラインにより、協議会を開催する。
						連携協議会	・かえつ医療介護連携協議会7/30～8/20書面開催	目的：医療の質・安全性の向上のための診療情報の共有化の推進、地域医療ネットワーク普及支援をする。 成果：かえつ医療介護連携協議会…意見書から協議会構成員の交代等によりときネットの概要が周知されていないことがわかった。	・ときネット新規事業所及び行政向けのパンフレット作成を検討する。
						事業運営打ち合わせ会	4/22、5/20、6/17、7/15、8/26、9/30、10/14、11/11、12/16、1/27、2/17	目的：しばた地域医療介護連携センター事業の企画運営の検討をする。 成果：事業の企画と運営及び実施報告について確認し、課題を解決する打ち合わせとなっている。	継続して、企画運営について意見交換を行う。
						企画広報委員会	4/22、5/20、6/17、7/15、8/26、9/30、10/14、11/4、12/16、1/27、2/17、3/17	目的：かえつ医療・介護ネットワークシステム（ときネット）の広報や研修等の企画についての検討をする。 成果：ときネットの接続変更に伴う周知方法等を検討したが、富士通の工程の遅れにより次年度以降にずれ込む。	・接続変更の説明会を自死委する。 ・医療介護連携シートのときネットでの使用等の研修会を実施する。

項目	業務委託内容 (委託契約書より)	No.	取り組み	計画回数	主催以外	備考	実施結果(日時・参加者数等)	目的と成果	次年度の方向性
① 現状分析・課題の抽出・施策立案	③ 意見・情報交換や検討を行う場の設定と運営	イ③	情報交換会-2			県立新発田病院(定例1回/月)	4/20、5/18、6/15、7/20、8/31、9/28、10/26、11/30、1/18、2/22(センター職員、新発田病院患者サポートセンター職員)8/31、1/18(4市町在宅医療介護連携推進事業担当者と病院の情報交換の場の提供)	目的：基幹病院である新発田病院と地域との連携上の情報交換と意見交換の場の提供をする。 成果：新発田病院からみた地域との連携状況やセンターへ寄せられた新発田病院への相談について共有し、対応をしていただくことができた。緩和ケア、ターミナルの方の退院、神経難病の方への訪問診療、について対象者・対応先・対応内容等の確認によりケアマネやケア担当者、市町民へ情報を提供することができた。 行政と2回開催し、退院時の介護保険の申請についての時期や地域包括支援センターへの情報提供、退院の窓口、病院での介護保険申請の現状を共有できた。	・基幹病院としての現状や入退院及び外来通院者の地域で抱える課題を共有し、医療介護連携の実働的な解決を進める。 ・病院地域連携の窓口と行政担当者との情報共有の場をもち、病院と地域の情報交換の場を提供する。 ・コロナ感染症等の状況をみて、新発田病院以外の病院との情報交換の場も検討する。
						胎内市に同行	看取りに関するヒアリング	6か所の施設にヒアリング	目的：医療介護連携における各専門職の抱える課題を抽出する。 成果：施設の事情により看取りの体制や意識の違いが大きい。医師との連携体制を整えている施設は看取りを積極的に行っている。また、ヒアリング時に日々の医療介護連携の困りごとを伺うことができ、解決に向けた相談ができた。
	(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討	④ 在宅医療・介護連携状況の分析・評価	イ④	ロジックモデルを用いて課題分析と対応策の検討			各市町の取り組みの優先順位を協議(各市町1回)	在宅医療・介護連携ロジックミーティングしばた講師：一般財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会医療経済研究機構 研究部 松本佳子氏 日時：8/17 9:30~11:30 参加者：新発田市・聖籠町事業担当者、センター職員	目的：各市町の在宅医療・介護連携の課題と今年度の目標設定をする。 成果：新発田市：令和2年度の課題の整理は取り組みにつながり、令和3年度は取り組みの優先順位をつけることを目標とした。 聖籠町：令和2年度の具体的な取り組みから令和3年度方向性を確認した。
(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	① 地域の医療・介護関係者の協力を得た在宅医療・介護サービス提供体制の構築の推進	ウ①	地域課題から在宅医療・介護連携の提供体制実現について検討	年4回		阿賀野市3場面検討 7月7日、7月29日	(共催)阿賀野市コアメンバー研修会7/7、多職種連携研修会7/29(共催)阿賀野市研修会 阿賀野市コアメンバー研修会 日時：7/7 18:30~20:30 講師：一般財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会医療経済研究機構 研究部 松本佳子氏 多職種連携研修会7/29、(部門別研修会)看護職部門11/1、訪問介護職部門11/25、通所介護部門1/12	目的：ロジックモデルによる在宅医療・介護連携の(日常の療養支援、入退院支援、急変時の対応)の目標と取り組みの検討と看取りのモデルの周知により在宅医療・介護連携の推進をする。 成果：阿賀野市研修会では、コアメンバー、多職種、部門別で在宅医療・介護連携の目標と取り組みの検討を実施し、実務者の意見を反映し、共有を図ることができた。また、看取り場面におけるアウトカムに向けてケアマネ研修会を開催できた。	・阿賀野市担当者と検討する。

項目	業務委託内容 (委託契約書より)	No. 取り組み	計画回数	主催以外	備考	実施結果(日時・参加者数等)	目的と成果	次年度の方向性
① 現状分析・課題の抽出・施策立案	(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	① 地域の医療・介護関係者の協力を得た在宅医療・介護サービス提供体制の構築の推進	ウ① つなぐ会（一次連携、二次連携）	年1回		<p>看看連携 11月11日</p> <p>講演『地域包括ケア時代に求められる看看連～ケアプロセスを切れ目なくつなぎ、意思決定を支える～』 日時：11/11 13：25～16：00 講師：宇都宮 宏子 代表 参加者：43事業所112人（新発田市48人、胎内市4人、聖籠町5人、阿賀野市6人、他市49人）</p>	<p>目的：同職種間の連携の強化 患者(利用者) が治療と自分らしい暮らしを継続するために、組織を超えた看護職間の連携を考えるきっかけとする。</p> <p>成果：急性期病院や外来で治療と療養生活をマネジメントする看護職が、回復病棟・訪問看護での意思決定を支えた事例から、所属や職種を超えた本人の意思をつなぎ、治療や生活に与える需要であること意識付けができた。 アンケートから治療の場である急性期病院への意識付けの目標は達成した。 治療・療養生活の継続には、地域の看護職の参加について開催方法の検討が必要と考える。 病院の中で行われている意思決定支援について、どのようにつなぐのかを地域の多職種が知っていることは、在宅での意思決定支援・意思実現支援につながるので、知り、協働できる方法を検討する。</p>	<p>・治療と療養生活の継続をするために、保健師・看護師の関わりは欠かせない。柱となる本人の意思を実現するケアのあり方を所属を超えて、地域から病院へ、病棟から病棟へ、病棟から外来へ、病院から地域へと、つなぐために一緒に考える場が必要である。 ・本人の意思決定支援、治療の継続、療養生活について、本人のおかれた場の専門職がどのように関わっているのかをお互いに知り、協働するために考える場として継続する。</p>
					共催	特別養護漏示ホーム嘱託医の会	<p>3/1開催（会場とオンラインにて） 参加人数：12名 テーマ「特別養護老人ホームにおける新型コロナウイルス感染症の対応」 話題提供、ブレイクアウトルームによるグループワーク、全体共有</p>	<p>目的：特別養護老人ホーム嘱託医の現状や課題に関する意見交換と課題の調整に向けた話し合いの場を提供する。</p> <p>成果：他の施設の情報を共有し、自施設の参考にする場となった。</p>
② 対応策の実施	(オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援	① コーディネータの配置等による相談窓口の設置 ② 関係者の連携を支援する相談会等の開催	オ① 在宅医療・介護の連携を支援する相談窓口の設置・運営 オ② 相談窓口の相談内容の周知	随時		<p>相談件数36件（別紙にて相談内容をまとめている。）</p>	<p>目的：医療・介護専門職の相談先として、連携の困りごとの対応また、医療介護連携の課題の把握をする。</p> <p>成果：相談内容については解決に導いているが、相談者が固定されている。</p>	<p>・相談窓口の周知をする。</p>
				年1回		<p>3/15 令和2年度相談についてZoom研修会時に報告 参加者：52人 3/25 医師会理事役員会への報告</p>	<p>目的：医療・介護専門職の相談窓口活用の周知をする。</p> <p>成果：研修会時報告のアンケートより、相談窓口の敷居が下がった。相談内容が分かり相談してみたい。と相談窓口の周知につながった。 医師会理事役員会では、多岐にわたる相談を受けていると認識された。また、回答には、在宅医療機能マップを使用していることについて、病院の訪問診療についての把握が必要ではないかと意見があった。 地域包括支援センターとの協力により、相談窓口の継続をと意見もいただいた。</p>	<p>・研修会等に併せて、相談内容の報告を継続する。 ・医師会へ相談内容の報告を継続する。</p>
	(キ) 地域住民への普及啓発	① 地域住民等に対する出前講座や講演会・シンポジウムの開催	キ① 在宅医療の講演会	年1回		<p>・これからの「いきた」を共に考える講演会7月10日聖籠町</p> <p>「人生会議」で考える自分の命の過ごし方 ～病院、施設、そして在宅医療とは～ 講師：平塚ファミリークリニック 院長平塚雅英 医師 日時：R3.7/10 14：00～15：00 一般参加者：165人（聖籠町136人、新発田市16人、胎内市6、阿賀野市1人、その他6名）</p>	<p>目的：住民が、「在宅医療」を知り、これからの生きかたを考える「人生会議」の啓発のための講演会</p> <p>成果：アンケート回収143枚（86.6%） ACPについての理解：できた55%少してきた30%、人生会議への取り組み：話し合ったことがある36%、ない57%、人生の最期を望むの場所：自宅38%、在宅医療・在宅介護を希望する：実現可能17%実現不可22% ACP(人生会議)を知るきっかけとなった。</p>	<p>・参加者の38%が自宅での療養を望んでいた。人生の最終段階における意思決定の大切さと実現するための選択肢について、講演会での普及の継続が必要。</p>

項目	業務委託内容 (委託契約書より)	No. 取り組み	計画回数	主催以外	備考	実施結果(日時・参加者数等)	目標に対する成果	次年度の方向性
② 対応策の実施	(キ) 地域住民への普及啓発	① 地域住民等に対する出前講座や講演会・シンポジウムの開催	キ① 出前講座-2 (在宅医療の普及啓発、ACPの普及啓発)の実施	随時	・出前講座「在宅医療と人生会議」	「よくわかる在宅医療&介護」を利用し、在宅医療と人生会議の普及の講座をサロン等で実施 6か所 89人受講(新発田市1, 胎内市4, 聖籠町1) コロナ感染症拡大防止のため4か所中止	目的：在宅医療の普及啓発、ACPの普及啓発をする。 成果：アンケートから、在宅医療についてもっと知りたい。人生会議をしたい。または機会があれば話し合いたい。と講座の前後で意識が変わっている。	・近所の人々と講座に参加していただくことで、常に話せる話題となる機会となる。継続して地域包括支援センター、民生委員と連携し広げる。
		② 周知資料やホームページ等の作成	キ② 在宅看取り、在宅医療のパンフレット活用促進	随時	・パンフレット「よくわかる在宅医療&介護」	活用調査期間：R4.1/20～1/31、対象期間：R3.1/1～12/31 対象：ターミナルケアを実施している訪問看護ステーション7事業所看護職28人、結果：実際に使用した看護職17人、パンフレット利用を考えた家族70人、使用した対象者54人	目的：在宅看取りの心構えの普及(自宅で看取る経過を知り心づもりができる) 成果：パンフレット利用のメリット：あり15/17人、なし0,未記入2/17人、一番多かったメリット：ご家族がパンフレットを見ることで看取る心構えができた。課題：説明のタイミング、医療介護従事者へのパンフレットの周知をする。	・作成目的である「看取る心づもり」に効果は出てきているので、在宅看取りの心構えのサポートとして、医療介護従事者に広く周知する。
					・パンフレット「旅立ちに向けて」			
へ地域の実情に応じて行う医療・介護関係者への支援の実施	(工) 医療・介護関係者の情報共有の支援	① 在宅看取りや入退院時等に活用できる情報共有ツールの作成・活用	工① 連携ツールの活用	適宜	「医療と介護の連携シート」の活用促進	新発田病院患者サポートセンター 送受信件数(ときネットによる) 受信：17事業所 146件 送信：17事業所 138件	目的：医療介護連携を進めるツールの検討・作成・活用の普及 成果：病院からは報告や問い合わせの内容がわかりやすくなった。ケアマネからは病院との連絡がしやすくなった。回答が早くなった。等の声がある。 ときネットで患者サポートセンター宛てに受診された件数は把握できるが、シートを病棟・外来に直接持参や郵送されたシートについては把握はできない。 他の診療所や病院で使用されているシートについても把握はできていない。	・試行期間には、病院とケアマネに内容等の意見交換やアンケートを実施したが、評価について検討したい。
						新発田市地域包括支援センター保健師看護師部会と共催 「連携ツールの上手な活用の仕方」講師：新潟県立新発田病院 患者サポートセンター 小嶋麻紀 様 新発田病院患者サポートセンターから活用のポイントをレクチャー 日時：R3.9/16 14:00～15:00、参加者：33人	目的：介護支援専門員が医療関係者と上手に情報共有するポイントをつかみ、医療との連携の苦手意識を克服する。 成果：新発田市では情報提供先の活用や記載のポイントを病院とケアマネで共有できた。	・シートの周知と活用促進に向けて、他市町でも病院とケアマネの共有を進めたい。地域包括支援センターとの協働 ・ケアマネ職能団体の会合時に周知の場をお願いして普及を勧めたい。

項目	業務委託内容 (委託契約書より)	No.	取り組み	計画回数	主催以外	備考	実施結果(日時・参加者数等)	目標と成果	次年度の方向性
へ地域の 実情に 応じて 行う 医療・ 介護 関係者 への 支援の 実施	(工) 医療・介護 関係者の 情報共有 の 支援	① 在宅看取りや入退院時等に活用できる情報共有ツールの作成・活用	工① 連携ツールの活用			意思決定支援のための対話記録「あなたの思いを支えるシート」の活用普及	活用調査期間：R4.1/20～1/31、対象期間：R3.1/1～12/31 対象：ターミナルケアを実施している訪問看護ステーション7事業所看護職28人結果：ターミナル期の訪問看護利用者188人、シート利用者6人	目的：医療介護連携を進めるツールの検討・作成・活用の普及(意思決定支援における多職種の連携ツール) 成果：利用者及び家族の意向の確認の意識付けとなり、意思確認ができた。活用するには時期が難しい。また、医師との共有をタイムリーに実施するには、展開が早いので、シートの利用に至らないこともある。など、シートの良さは認めつつも活用の時期などの方法が課題となった。一方利用した医師からは、住民にACPが普及していない中で、コロナ感染症で退院から在宅看取りの展開が早い。意思決定支援を在宅で十分に実施できる時間が限られているため、ACPはとても難しい。また、昨今の在宅看取りのケースは病院でACPを進めている。その情報のつながりが課題になる。 利用数が少なく評価にはつながらなかった。 アンケートより評価指標にはなりえなかったが、エンドオブライフケアにはACPの意識を持つ視点は欠かせない。シート普及によりACPの意識を高めることが必要である。課題：使用の時期など検討が必要。	・コロナ禍でターミナル期の展開が早くなっていることから、ACPを進めている病院との協力や連携も視野に再検討する。
			工① 入退院支援ガイドの検討			入退院支援に関する病院連携窓口、介護支援専門員、地域包括支援センター職員にアンケート調査を実施した結果を報告 3/15 14時～15時 調査報告と調査報告に基づくグループワークを実施。参加者：52名(新発田市31人、阿賀野市1人、胎内市9人、聖籠町7人)	目的：入退院支援に関する課題を共有する。 成果：病院と地域の介護事業所が入退院支援について考える機会を提供できた。	・ケース検討等を通じて入退院支援の課題解決を考える。	
			工① かつ医療・介護ネットワークシステム(ときネット)活用促進	年1回	共同実施	ときネットによるケアマネジャー及び訪問看護師からの入院時情報提供の推進、件数調査4/1～9/30 ：147件 10/1～3/31：162件 活用施設数：8病院、22事業所	目的：ときネットメールで入院早期に速やかなで安全に情報共有ができる。 成果：ICTを活用した安全な情報提供ができます。情報提供数が伸びるびている。	・ICTを利用して、入院時情報提供を安全に実施する。病院と地域で入院時の患者情報を共有するために継続する。	
へ地域の 実情に 応じて 行	(カ) 医療・介護 関係者の 研修	① 地域ケア会議等への参画を含む、多職種の協働・連携に関する研修の実施	カ① 新発田地域の病院機能勉強会	年1回		8月	新潟県立リウマチセンターの役割～『回復期リハビリテーション病棟』って どんなところ？～ 新潟県立リウマチセンター 大谷博医師、倉島正明理学療法士、松永ひとみ医療ソーシャルワーカー、日時：10/25 15:00～16:00参加者：82人(新発田市52名、阿賀野市8名、胎内市8名、聖籠町10名、圏域外4名)	目的：医療介護関係者が医療保険制度の理解を深め、制度の中での役割を知り、医療介護連携を進める。 成果：病院・病棟の機能を理解することができた。“回復期におけるリハビリの重要性”を学ぶことができたという意見があった。退院に向けた流れの紹介があり、退院前カンファレンスには積極的に参加したい”等の意見があった。	圏域内の病院の機能の勉強会を継続する。
			カ① ときネット研修会	年1回	共催	9月	SSL接続への移行についての内容で開催予定であったが、移行の準備及び整備の期間に時間を要したため未開催	目的：医療・介護連携のICTツールの活用の普及	・接続変更の説明会の実施。 ・医療介護連携シートのときネットでの使用等の研修会の実施。

項目	業務委託内容 (委託契約書より)	No.	取り組み	計画回数	主催以外	備考	実施結果(日時・参加者数等)	目的と成果	次年度の方向性
〈地域の実情に応じて行う医療・介護関係者への支援の実施〉	(カ) 医療・介護関係者の研修	② 医療・介護に関する研修の実施	カ② 在宅あるあるミニレクチャー	年3回		10月11月1月	第1回「整形外科的疾患の在宅での対応について-腰痛、膝痛、骨折など-」講師：木島秀人医師 日時：10/21、14：00～15：00、参加者：事業所31カ所48人(新発田市39人、胎内市3人、聖籠町1人、阿賀野市2人、他市2人)	目的：疾患やケアの方法を正しく理解する。医師と顔の見える関係を築く。地域での医療・介護専門職間の学び合いの場の提供する。 成果：専門医による在宅療養で多職種が留意すべきポイントを解剖生理を含めて学ぶ機会となった。また、専門診療課医師と連携する場合の相談・報告のポイントを知る機会となった。 在宅ケアを担う医療・介護職が骨折等の整形外科的な症状を早期発見、早期対応につながる講義となった。	・疾患別早期発見・対応や重症化予防として、在宅療養にかかわる介護関係者ができる観察や報告のポイントを習得する機会を継続する。
							第2回「もっと知ってほしいがんと生活のこと」講師：梅沢佳代子管理栄養士、大谷直子理学療法士 日時：11/19 14：00～15：00(新発田病院公開講座に共催)(共催)新発田病院公開講座	目的：疾患やケアの方法を正しく理解する。医師と顔の見える関係を築く。地域での医療・介護専門職間の学び合いの場の提供をする。 成果：がん患者の食べる、動くに視点を当て、在宅療養のQOL向上について学ぶことができた。がん患者の療養については、治療上の制限は無いにも関わらず、食事や行動が制限されてしまうことが多いことを知り、QOL向上に向けて、関わるポイントを知る機会となった。専門分野の栄養士や理学療法士等から在宅療養について講義いただく場となった。	・在宅療養に関連する新発田病院公開講座で実施計画がある場合は継続する。
							第3回「新型コロナウイルス 現状とワクチンについて&訪問系サービスの取り組み報告」講師：羽入晋太郎医師、長濱友子看護師 日時：12/20 14：00～16：00 参加者：39事業所84人(新発田市43人、胎内市22人、聖籠町3人、阿賀野市7人、他市8人)	目的：疾患やケアの方法を正しく理解する。医師と顔の見える関係を築く。地域での医療・介護専門職間の学び合いの場の提供をする。 成果：日々変わる新型コロナウイルスの現状・ワクチンについての情報と在宅での現場の対応を知る機会となった。アンケートから基本的な感染対策の徹底や現場の工夫などがわかって良かった。 研修の目的に訪問介護に従事する人へのコロナ感染症参加を期待したが、参加は少なく、事後資料提供を行った。	・コロナウイルス感染症の状況を見ながら開催を検討する。
		カ② エンドオブライフ・ケア研修会	年1回	胎内市に共催	・胎内市11月	胎内市エンドオブライフ・ケア研修会Part1～地域とつながりを持ちながら、住民が望む人生を送るために～ ロールプレイを中心に 講師：一般社団法人エンドオブライフ・ケア協会 代表理事 めぐみ在宅ケアクリニック 18：00～20：30、参加者：27人	目的：本人の「生きる」を支える「思い」を聴くコミュニケーション技術を身に着ける。 成果：人生の最終段階の人(死を前にした人)の援助者に必要なスキル「聴く」技術をロールプレイを中心に演習を実施した。参加者からは聞いてもらう立場を経験し、苦しんでいる人への「聴く」援助は今後の実践に役立てると全員から回答があった。	・バージョンアップの講座や継続して学ぶ場を望む評価から当初計画(5回シリーズ)を胎内市に共催し進める。	
		② 医療・介護に関する研修の実施	カ② 在宅医療と人生会議研修会	年1回	聖籠町に共催	・聖籠町12月	講座「在宅医療と人生会議」と「もしバナゲーム」 12/2 13：30～16：00 参加者：19人	目的：介護支援専門員が人それぞれの価値観があることを知り、人生の最終段階に向かう利用者の、意思決定支援に関わるためのスキルアップをめざす。 成果：もしバナゲームにより人それぞれの価値観や状況により選択が変わることに触れた。、人生の最終段階にかかわる時、本人の思いは普段の会話から紡ぐことができることを知り、ACPを考える場となった。 地域の課題として、医師や訪問看護師がいない。と感想があった。	・少ない資源の中で看取りの医介連携の課題を考える。また、在宅や施設での看取りの経験値が少なく、エンドオブライフの支援について考え、スキルを向上する場の提供など担当者と検討する。

項目	業務委託内容 (委託契約書より)	No. 取り組み	計画回数	主催以外	備考	実施結果(日時・参加者数等)	目的と成果	次年度の方向性
地域の実情に応じて行う医療・介護関係者への支援の実施	② 医療・介護に関する研修の実施	カ② 新発田病院地域学習会	年1回	新発田病院に共催	7月9月10月12月	7/7 14:00~15:00 参加者 57人 「人生会議のススメ～ACPって難しい…?～」 講師 緩和ケア認定看護師 山田 史子 様 9/1 14:00~15:00 参加者51人 「摂食嚥下のケアについて」 講師 リハビリテーション科言語聴覚士 椎谷 陸 様 10/6 14:00~15:00 参加者59人 「感染症対策について」 講師 主任看護師 池田 健也 感染管理認定看護師 武石 雅幸 様 12/1「呼吸器疾患の在宅管理について」 参加者38人 講師 主任看護師 小林 由美 様	目的：新発田病院の医師・認定（専門）看護師等の講義による疾患の理解と看護・介護の技術の習得 成果：各分野の専門職より在宅ケアに活かせるケアのポイントを知る機会となった。また、「知って得する健康講座」には、第5回掲載の「オーラルフレイル」に続いて「摂食嚥下のケア」を掲載し、系統的にフレイル予防の啓発につなげている。今年度の4題は、昨年度のアンケート結果から演題を選択した。主催者新発田病院からは、共催することにより参加者が増えたと評価している。が、実務に即活用できる講義内容であるので、もっと多くの参加がほしい。継続している参加者は短時間で学ぶことができると好評である。一方、参加者が固定されている課題がある。	・最新の療養に関する情報を提供する場として、新発田病院に共催し継続する。
		カ② 認知症多職種研修会	年1回	共催	・新発田市秋頃	新発田市認知症推進部会に共催	目的：認知症になっても、できる限り住み慣れた地域において、自分らしい生活を継続していけるよう、医療・介護・福祉の多職種の連携を強化する。 成果：アンケート回収率97%（36/35）。研修の満足度、内容についての理解度が高く、日頃の実践に生かせる内容であった。	次年度は事例を元に意思決定支援の研修を開催予定。
		カ② 意思決定支援の研修会	計画なし		・阿賀野市介護支援専門員連絡会研修会	第2回阿賀野市介護支援専門員研修会「在宅医療・介護多職種連携のロジックモデル」について 事例検討「意思決定支援で大切にしたいこと」 日時：R4.2/17 13:30~3:00 参加者：28人 講師として参加	目的：介護支援専門員として意思決定支援を考える。 成果：意思決定支援・意思実現について事例を通して考えることができた。また、他のケマネジャーの意思実現の支援についても学ぶことができた。	・各地域で実施されるACPの取り組みに参画