

北空知地域医療介護確保推進協議会 事業報告に係る説明資料

○運営会議

- ①協議会事業の進捗・評価と今後の方針・施策案_____別冊「資料3」
- ②新型コロナウイルス感染症対策研修会の開催_____1

○Ⅰ部会「医療介護相談・在宅生活支援部会」

- ①「きたそらりんく」入力・運用ルールの設定について_____2～5
- ②認知症施策に関するアンケート調査結果_____6～13
- ③北空知地域入退院支援研修会の開催_____14～16

○Ⅱ部会「多職種連携・地域啓発部会」

- ①地域包括ケアに携わる多職種合同研修会（ケア・カフェ）の開催_____17～24
- ②北空知地域医療介護連携支援センターホームページの更新_____25
- ③在宅医療・介護を考える北空知地域住民フォーラムin 秩父別の開催_____26～27
- ④北空知地域リハビリテーション活動支援事業の概要_____28～33

○新型コロナウイルス感染症対策研修会の開催

- ・ 令和4年8月25日(木)18:00～19:00 オンライン開催
- ・ 主催:北空知地域医療介護確保推進協議会
- ・ 出席者78名(保健・医療・介護・福祉関係者)
- ・ 研修内容

どこか私たちは他人事でした

どこかで「大丈夫」と根拠のない自信を持っていました

発症(感染)しても何とかできる(なる)と思っていました

(1)講演「北空知の新型コロナウイルス感染症予防について～クラスター発生の経験から学ぶ～」

講師 社会福祉法人揺籃会 法人事務局長・障がい福祉施設統括マネージャー 杉山 優太 氏

特別養護老人ホーム清祥園総合施設長 山崎 智広 氏

深川市立病院医療安全管理室副室長 齋藤 昌昭 氏

北海道空知総合振興局保健環境部深川地域保健室健康推進課健康支援係長 近藤 望 氏



「きたそらりんく」入力・運用ルール

利用のルール（エチケット）

- ・きたそらりんくを利用する関係機関・事業所は、情報共有のため1日2回確認するようにしてください。
- ・緊急の連絡は電話等で行うようにしてください。
- ・事業所共有アカウントを複数人で使用する場合、コメントを記入した人の名前を記載してください。
- ・事業所共有アカウントでメッセージを確認したら、必ず関係する担当者へ情報共有してください。

（入力対象者の選定）

1. 「きたそらりんく」に入力する対象者（患者・サービス利用者）は以下に該当するいずれかの対象者としてします。
 - （1）多職種が関わっている者
病院（診療所）・ケアマネジャー・訪問看護ステーション・デイサービス事業所など
（目安として5部門以上が介入している、在宅療養指導管理料を算定している者がいる世帯など）
 - （2）在宅療養指導管理料を算定している者
病院（診療所）又は訪問看護ステーションにおいて上記を算定している場合
 - （3）その他対象とすることが適当と認められる者
「きたそらりんく」管理者又はシステム利用者が必要と判断する場合（介護サービスと障がい福祉サービスを併用している場合、虐待の可能性がある場合等）
- （担当者の選定）
2. 本人同意書（書式3）の提出時に、システム同意取得事業所は、関係事業所に確認をとり、「きたそらりんく患者情報（担当情報）確認欄」により市町管理者へ報告するものとします。
（入力対象とする期間）
3. 基本的には書式3提出日以降～本人停止依頼書（書式5）を入力期間とするほか、下記の事例により入力開始（終了）します。
 - （1）始期について
ア. システム入力開始は同意日以降としますが、医療・サービス等の利用履歴や既往歴等、情報共有が必要な内容については過去の内容を入力することができるものとします。
イ. 始期とする事例
・書式3提出日（同意日）、北空知地域への転院（転所）日・転入日、自宅への退院日、介護保険（障がい福祉）サービス利用開始日、介護認定申請日（認定日）ほか
 - （2）終期について
ア. 情報共有が不要となる事例
・書式5提出日、北空知地域外への転院（転所）日・転出日、死亡日、介護保険（障がい福祉）サービス利用終了日ほか
- （入力する内容）
4. 入力する内容は、書式3による同意書の提出が市町管理者にあった日以降、下記の区分により入力します。なお、入力した情報に加筆・訂正等が必要な場合は適宜「連絡帳」機能などにより相互に連携の上、修正してください。
 - （1）市町管理者
市町管理者は、対象者本人と特定できる情報を下記の項目により入力し、本ルール2により報告のあった担当者（事業所）を入力します。
ア. 患者・サービス利用者の氏名、性別、住所、
 - （2）担当者（事業所）
別紙「きたそらりんく入力項目一覧」に記載の入力項目に、事業所間で相談の上、必要とする情報を適宜入力することとし、本人の状況について、「バイタル」「連絡帳」「おくすり」「カレンダー」機能などの活用により情報連携を行います。

きたそらりんく入力項目一覧

入力必須＝◎、必要に応じて入力＝○

番号	大項目	中項目	小項目	細項目	入力内容	備考	入力項目	入力者	入力方法等	救急あんしんカード
1	患者情報	基本情報	氏名	漢字	フリー入力(テキスト)	氏・名それぞれ入力可	◎	管理者		○
2				カナ			◎	管理者		○
3			性別	男・女	オプションボタンによる2択		◎	管理者		○
4			生年月日		数値入力	西暦・和暦いずれも可	◎	管理者		○
5			住所	郵便番号	テキスト入力		◎	管理者		○
6				都道府県	選択式		◎	管理者		△
7				市区町村	テキスト入力		◎	管理者		○
8				番地等	テキスト入力		◎	管理者		○
9				ビル、アパート／マンション	テキスト入力		◎	管理者		○
10				緯度経度	テキスト入力		○	各自	互いの情報を補完し合う	
11			電話番号	自宅	テキスト入力		○	各自	互いの情報を補完し合う	○
12				携帯	テキスト入力		○	各自	互いの情報を補完し合う	○
13			メールアドレス		テキスト入力		○	各自	互いの情報を補完し合う	
16			施設・診療科		テキスト入力		◎	ケアマネ	34列に入力	
17			通院方法		チェックボックス(複数選択可)	通院、訪問診療のチェックボックスあり	○	各自	互いの情報を補完し合う	
18		医療情報	主傷病名		テキスト入力	ICD10コードもしくは病名で検索可能	◎	主治医のいる病院・訪問看護ステーション		○
19			既往歴		テキスト入力	高血圧、糖尿病、高脂血症、肝炎・肝硬変、腎不全・CKD、脳卒中、心不全、狭心症、COPD・喘息、肺炎、癌のチェックボックスあり	◎	主治医のいる病院・訪問看護ステーション		手術した病気
20			病歴		テキスト入力		◎	主治医のいる病院・訪問看護ステーション		○
21			重要事項		テキスト入力		○	主治医のいる病院・訪問看護ステーション	透析、ペースメーカー、DNARなど	特記事項
22			医療方針		テキスト入力		◎	主治医のいる病院・訪問看護ステーション	・医療方針 ・在宅に向けた方針 ・終末期の看取り方針	
23		アレルギー・禁忌など	薬剤		テキスト入力		○	薬局・病院	検査していない場合は「未検査」などの記載をする	○
24			食べ物		テキスト入力		○	薬局・病院	検査していない場合は「未検査」などの記載をする	○
25			その他		テキスト入力		○	薬局・病院	検査していない場合は「未検査」などの記載をする	○

きたそらりんく入力項目一覧

入力必須＝◎、必要に応じて入力＝○

番号	大項目	中項目	小項目	細項目	入力内容	備考	入力項目	入力者	入力方法等	救急あんしんカード
26		ADL状況・療養費負担等	要介護状態区分		選択式	選択は、指定なし、申請していない、非該当、申請中、要支援1、要支援2、要介護1、要介護2、要介護3、要介護4、要介護5	◎	ケアマネ		○
27			特記事項		テキスト入力		◎	ケアマネ	サービス名:事業所名:担当者名を記載	
28		保健福祉サービス等の利用状況			チェックボックス(複数選択可)	選択は、訪問介護、訪問看護、訪問入浴サービス、訪問診療、訪問リハビリテーション、訪問服薬指導、通所介護、通所リハビリテーション、福祉用具貸与、短期入所生活介護、短期入所療養介護、特定施設入居者生活介護、認知症対応型生活介護、地域密着型特定施設、その他地域密着型サービス、緊急通報システム、介護予防事業等への参加、配食サービス、みまもりサービス	◎	ケアマネ	34列に入力	○
29		添付ファイル			20ファイルまでかつ合計20MBまで	画像ファイル 拡張子:jpg, jpeg, png PDFファイル 拡張子:pdf Wordファイル 拡張子:doc, docx, docm Excelファイル 拡張子:xls, xlsx, xlsxm PowerPointファイル 拡張子:ppt, pptx, pptm	○	各自	フェイスシート(ケアマネ)等必要に応じて添付	
30		患者家族・その他の連絡先	家族情報 3件まで	主介護者	オプションボタンによる選択		○	基本はケアマネとし各自補足する	互いの情報を補完し合う	
31				氏名	テキスト入力		○	基本はケアマネとし各自補足する	互いの情報を補完し合う	○
32				年齢	テキスト入力		○	基本はケアマネとし各自補足する	互いの情報を補完し合う	
33				続柄	テキスト入力		○	基本はケアマネとし各自補足する	互いの情報を補完し合う	○
34				同居・別居	選択式	選択は、指定なし、同居、別居	○	基本はケアマネとし各自補足する	互いの情報を補完し合う	
35				電話番号	テキスト入力		○	基本はケアマネとし各自補足する	互いの情報を補完し合う	
36				メールアドレス	テキスト入力		○	基本はケアマネとし各自補足する	互いの情報を補完し合う	
37				特記事項	テキスト入力		○	基本はケアマネとし各自補足する	互いの情報を補完し合う	住所、自宅電話、携帯電話、職場電話
38			その他の連絡先 5件まで	施設	テキスト入力		○	各自補足する	互いの情報を補完し合う	
39				氏名	テキスト入力		○	各自補足する	互いの情報を補完し合う	
40				役割	テキスト入力		○	各自補足する	互いの情報を補完し合う	
41				電話番号	テキスト入力		○	各自補足する	互いの情報を補完し合う	
42				メールアドレス	テキスト入力		○	各自補足する	互いの情報を補完し合う	
43				特記事項	テキスト入力		○	各自補足する	互いの情報を補完し合う	

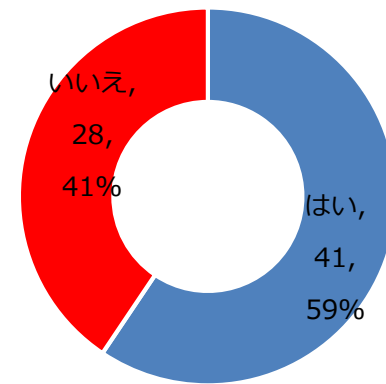
きたそらりんく入力項目一覧

入力必須＝◎、必要に応じて入力＝○

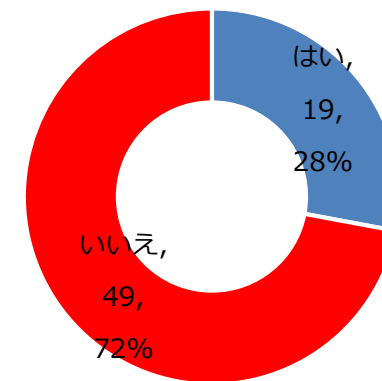
番号	大項目	中項目	小項目	細項目	入力内容	備考	入力項目	入力者	入力方法等	救急あんしんカード
			担当者情報	主治医	オプションボタンによる選択		入力不要			○
44			担当者情報	氏名	入力不可	管理者が入力	◎	管理者		
45			担当者情報	管理権限	入力不可	管理者が入力	◎	管理者	S管理者、管理者、なし	
46			担当者情報	利用権限	入力不可	管理者が入力	◎	管理者		
47			担当者情報	ポータル管理権限	入力不可	管理者が入力	◎	管理者		
48			担当者情報	施設・診療科	入力不可	管理者が入力	◎	管理者		○
49			担当者情報	職種	入力不可	管理者が入力	◎	管理者		
50			担当者情報	アカウント名	入力不可	管理者が入力	◎	管理者		
51			担当者情報	電話番号1	入力不可	管理者が入力	◎	管理者	担当者一覧に表示	○
52			担当者情報	メールアドレス	入力不可	管理者が入力	◎	管理者		
53				重要なメッセージ	チェックボックス(単一選択)	全員にメール送信します	○	各自		
54				件名	32文字まで入力可能		◎	各自		
55				本文	最大2000文字まで		◎	各自		
56				タグ	チェックボックス(複数選択可)	管理者による追加可能	○	各自		
57	連絡帳		メッセージ	添付ファイル	10ファイルまでかつ合計10MBまで(メッセージあたり)	画像ファイル 拡張子:jpg, jpeg, png PDFファイル 拡張子:pdf Wordファイル 拡張子:doc, docx, docm Excelファイル 拡張子:xls, xlsx, xlsx PowerPointファイル 拡張子:ppt, pptx, pptm	○	各自		
	おくすり	おくすり		医薬品名・規格名	テキスト入力		入力不要			○

集計結果	
Q1: 認知症に関する理解等について、本人の家族との関わりで困ったことがありますか	回答数
はい	41
いいえ	28
Q2: 認知症の相談等で困ったことがありますか	回答数
はい	19
いいえ	49
Q3: 認知症状のあるケースの介入に苦慮した場合、どのような対策を立てていますか(複数回答可)	回答数
自部署内で相談する	46
部署以外で相談する(全体)	46
記載なし	7
同業者	15
医師	17
ネット	3
専門職	24
他	0
相談はしない、自分で考えて対応	1
困ったケースはない	7

Q1: 認知症に関する理解等について、本人の家族との関わりで困ったことがありますか



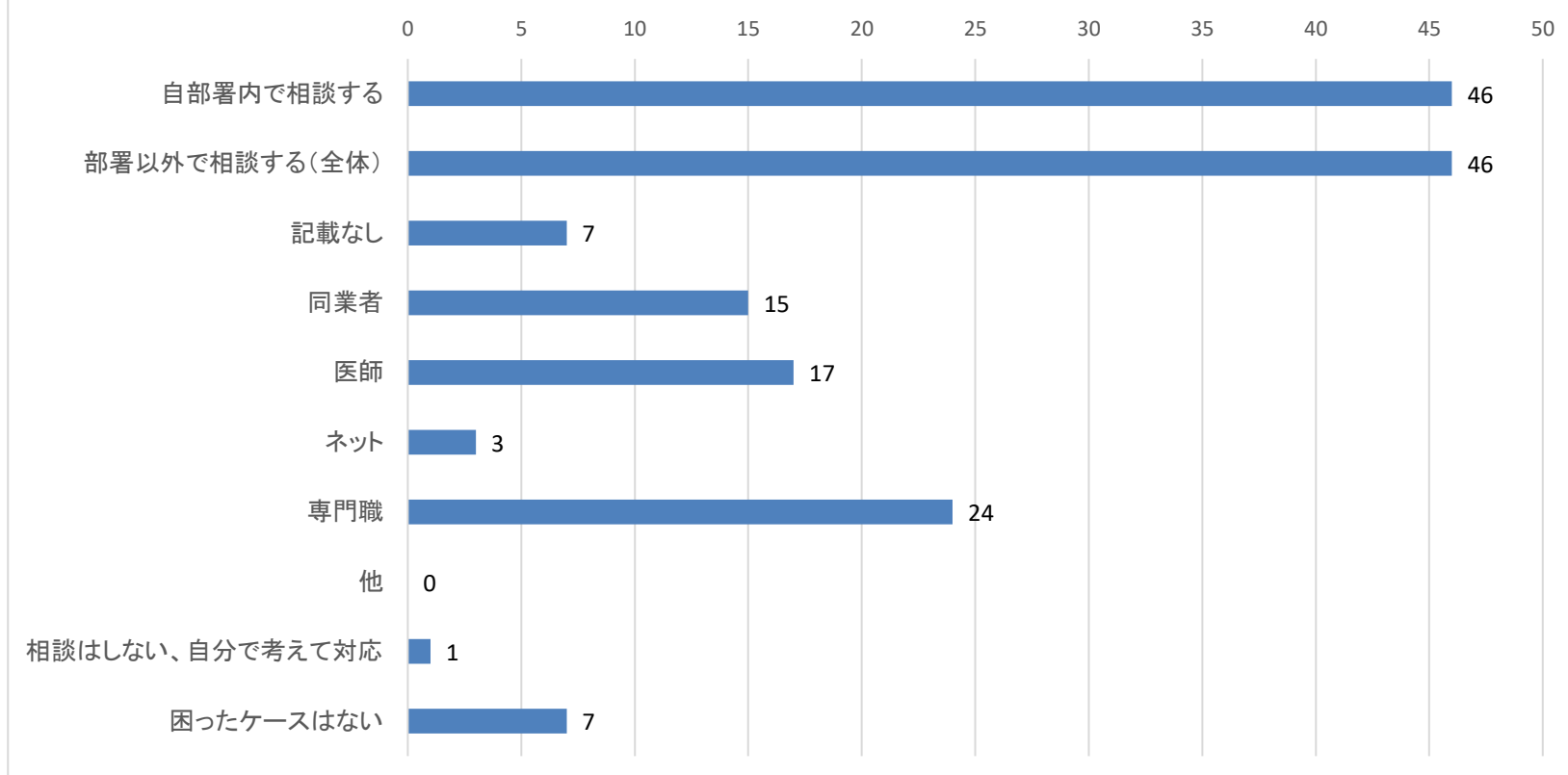
Q2: 認知症の相談等で困ったことがありますか



R5. 1. 30～2. 10 (延長2. 15) 実施

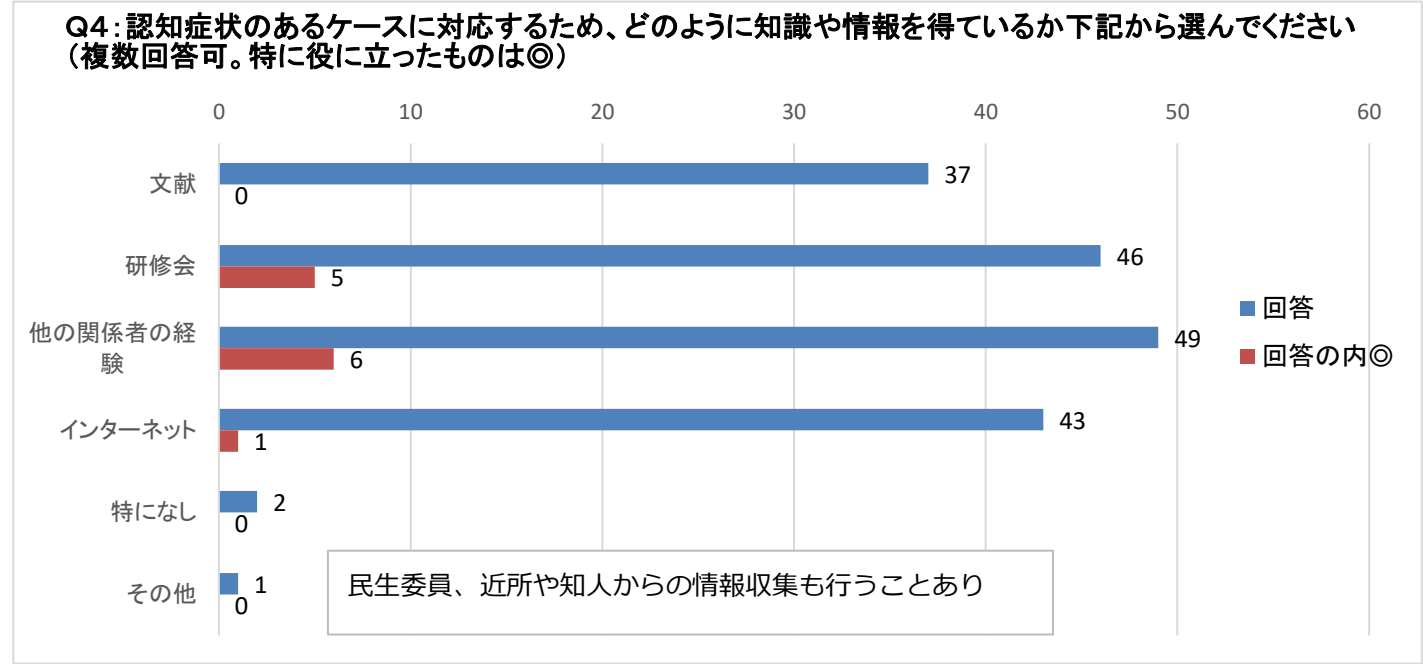
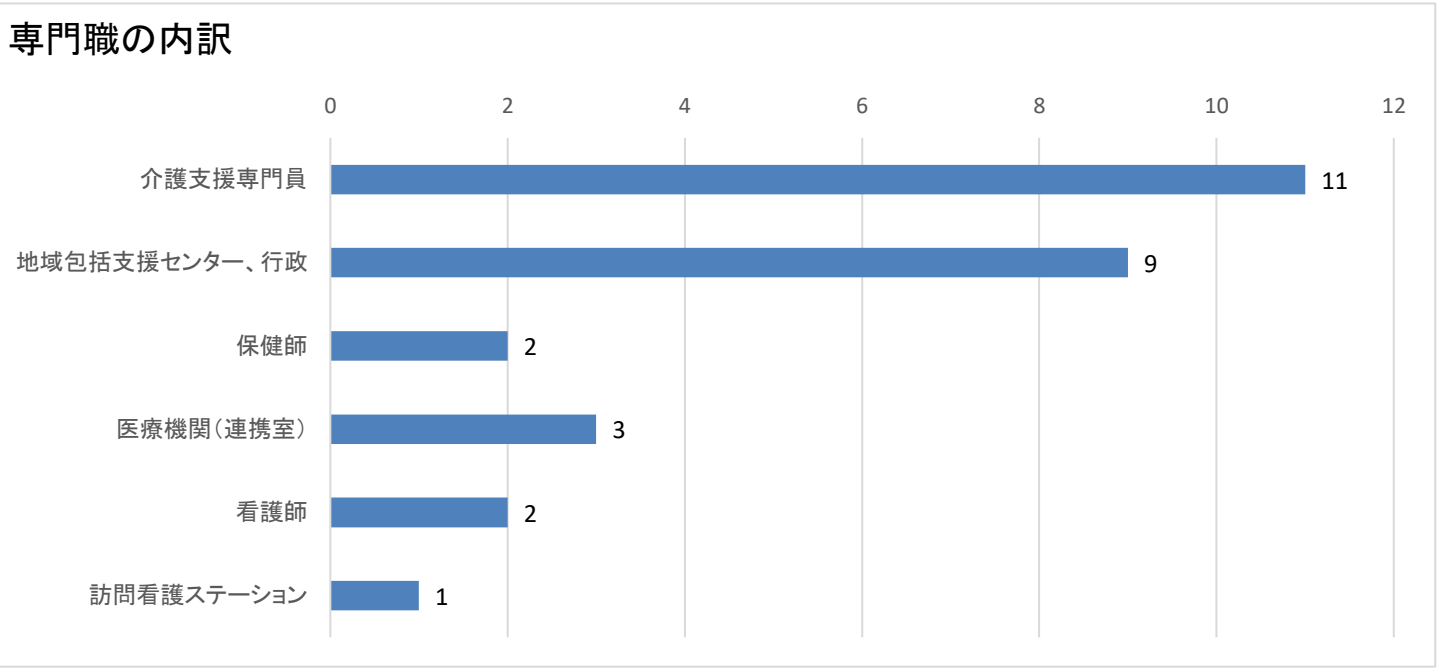
1/30郵送等(事業所)	109
うち1/30メール送信	69
1/30メール送信等(委員)	75
計	184
回答数	69
回答率	37. 50%

Q3: 認知症状のあるケースの介入に苦慮した場合、どのような対策を立てていますか(複数回答可)



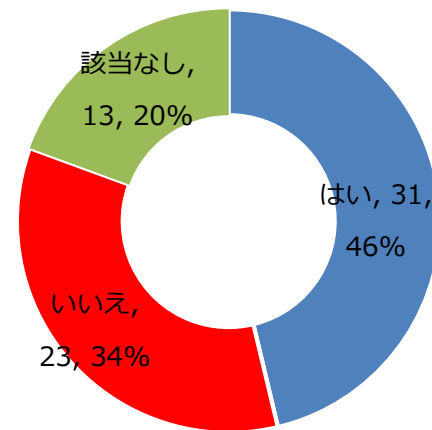
専門職の内訳	回答数
介護支援専門員	11
地域包括支援センター、行政	9
保健師	2
医療機関（連携室）	3
看護師	2
訪問看護ステーション	1
Q4：認知症状のあるケースに対応するため、どのように知識や情報を得ているか下記から選んでください（複数回答可。特に役に立ったものは◎）	回答
文献	37
研修会	46
他の関係者の経験	49
インターネット	43
特になし	2
その他	1
その他の内訳	回答数
民生委員、近所や知人からの情報収集も行うことあり	

回答の内◎

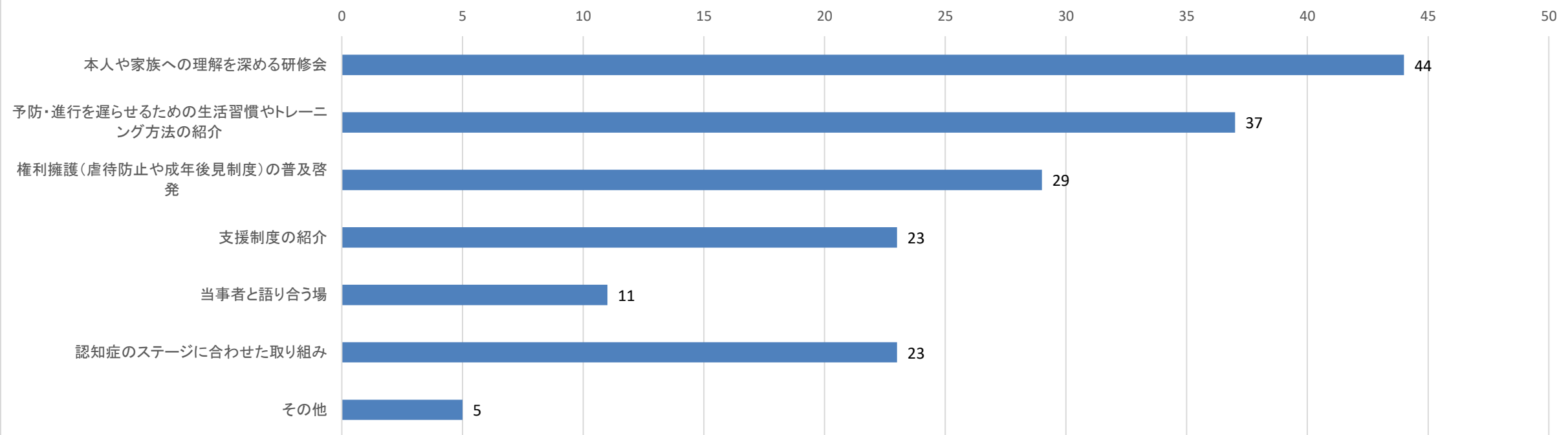


Q5: 施設等において認知症の進行を遅らせるような取り組みを行っていますか	回答数
はい	31
いいえ	23
該当なし	13
Q6: 認知症施策で医療介護確保推進協議会に取り組んでほしいことはどんなことですか(複数回答可)	回答数
本人や家族への理解を深める研修会	44
予防・進行を遅らせるための生活習慣やトレーニング方法の紹介	37
権利擁護(虐待防止や成年後見制度)の普及啓発	29
支援制度の紹介	23
当事者と語り合う場	11
認知症のステージに合わせた取り組み	23
その他	5

Q5: 施設等において認知症の進行を遅らせるような取り組みを行っていますか



Q6: 認知症施策で医療介護確保推進協議会に取り組んでほしいことはどんなことですか(複数回答可)



Q1：認知症に関する理解等について、本人の家族との関わりで困ったことがありますか。 (「はい」と回答した方は内容を下記に記載してください)
家族の理解が不十分であり、介護・医療拒否があった。近所の方は困っていたり気にしているが家族は困っていない
身近な家族が本人の症状に気づきにくい。また、症状を受け入れられず、適切な医療やサービスにつながりにくく、その間に症状が進行することがある。
家族間の仲が悪いため連携が困難。御本人、ご家族とも認知症に関心がない。
・ 家族に認知症の説明をしても、本人が「甘えているだけ」と理解してもらえない場合がある。 ・ 家族が遠方に住んでいることで、認知機能の低下について理解できておらず、支援者側との認識にズレがあり、必要な支援が提供されるまで時間がかかった。 ・ 親の認知症を受け入れられず「わがままだ」と理解が得られない場合がある。 ・ 本人は病識がなく、同居家族も気にしておらず病院受診につなげられない。 ・ 地域や周りの方々のみ、本人の認知症を気にしている。
家族が本人の症状を理解していない（高齢の夫が認知症の妻に対して怒りつけてしまう、言う事を聞かないと施設へ入れると脅してしまう等）
認知症への理解はあるが、介護者が遠方で、症状に対して支援する事ができない。自宅での生活が困難な状況になっても施設入所までの検討に至らない等。
高齢夫婦世帯で、妻が認知症の場合、介護者の夫がサービスの利用を受け入れず、一人で頑張りすぎる人が多い。 介入のタイミングがつかみにくい。
ご家族が遠方だったりすると、生活状況を目の当たりにしないせいか、認知症の疑いを伝えてもそれを容認するまでに時間がかかり、今後の対応や相談が進みづらい事がある。
家族が本人の症状などを理解していない
夫婦ともに認知症で、自覚がなく、家族も対応に困っている
家族間の本人の症状や介護に関する認識の違い
コロナ禍で、直接面会ができていない事もあり、ご本人の物忘れの状況を、なかなかご家族に理解していただけない、ということがありました。職員から家族へ色々なエピソードをお伝えしていますが、実際にその場を目の当たりにするわけではないので…。
家族が本人の症状を理解していない及び症状を受け入れようとしない。 サービスの導入が必要な状況であるがサービスの導入を拒否される。→ケアマネに対応(独居の場合)してほしいと言われる。
家族の理解が足りない
本人の認知症を家族が受け止められない。
家族が認知症の理解や協力をしてくれない。
ご家族へ入所者の情報を伝えても、何度も同じ内容の問い合わせがくる
本人の状況を説明してもなかなかご理解いただけずサービスの活用や施設移行がうまく進まない。またお金の問題もある。
物忘れがあるのは理解できるが、手伝うともっとできなくなる。また、声掛けはするが 其後の確認ができない。(行なわない)
往診の際、患者さんが治療出来るレベルでない事に理解されなかった
家族が受容できていないケース
家族が歯科治療につれてきても「とこやさん?」とか、場所も理解していない場合もある

ご家族様の関わりが少ない為認知症(出来ない事)の理解が乏しい。
家族が本人の判断にまかせると、本人まかせにする
遠方に家族がいるため(コロナ感染もありなかなか対面できず)実際の状態が伝わらず 危機感が共有できな
家族が認知症外来受診を勧めても、本人が拒否する。
あるいは医者
家族が本人の症状を理解していない
薬などについて本人に話そうとしても「どうせわからない」と言われる。飲み忘れ等を家族が本人をきびしく責めてしまう
認知症についての理解がされず、遠方だとこちらが状況を伝えても納得してくれない
本人の変化(病状)等、受診時に伝えており、入所から徐々に悪化していても、理解できずにいる。介護の限界を伝えても、「ここに入るときに病気ある事知ってたでしょ」と転所の話が進まない。
家族が協力的じゃない。疎遠である
家族が症状を理解できず、病院の対応にクレームがきた。
家族が遠方に居住していて、緊急の連絡先として役割をはたせていない場合があります
・ 本人は家にいたくても、医師から1人暮らしが無理だと言われ、家族が介護をあきらめてしまうこと。 ・ 家族は自分の言うことを聞かせようとするが、その全てが本人の生活に必要なではないこと(介護者の常職をおしつけていること)を理解してもらうこと。
認知症になった本人を受容できず、症状理解ができないため、介護拒否。
サービスを入れた方がよいが、家族のみで対応すると支援拒否
・ 家族は本人の認知が進んでいると言うが、本人への対応がうまくできずに本人が混乱している。 ・ 独居でケアマネやサービス事業所が生活の心配をしても、なかなか家族は介入してくれず、対応に困った
整容がなされない、洗濯等が行き届かない> ご本人は女性家族が男性のみ
夫婦世帯で介護者(家族)が耳が遠く連絡が取りにくい。
家族が本人の症状を理解していないため、必要としている支援を受け入れられていない。
家族に理解がない。理解しても感情をコントロールできず適切な対応ができない。サービスの必要性を理解できない
困難事例に至ったまでのケースは無いが、ご本人が認知症状況を理解されていない場合にカンファレンスを通じて説明・理解を得たケースがありました。
家族が認知症の方に対して積極的にかかわってくれない

Q2：認知症の相談等で困ったことがありますか。

（「はい」と回答した方は内容を下記に記載してください）

・認定調査に行ったときに、「どこに相談してよいかわからない」「本人が拒否して受診に連れていけない」「どこに受診したら良いか」など相談されることがありその都度説明。本人の受診拒否に関しては対応に苦慮しており、一つの対応策として他の疾患の検査等で入院させてもらい、その際に認知症の検査等行うなどの対応していただけたらありがたい。

・本人がサービスの必要性を不要と考え、支援が入れない。

・認知症の診断をされ服薬もしていたが、本人が免許更新を希望していることから、主治医が薬の処方をストックしてしまい、家族が病院に対する不信感をもち、通院を中断してしまい、最終的に本人が通院は必要のないもの、治ったと認識してしまった。

・認知症の方のお金の管理。

・自己決定や意向があるが、判断能力に心配がある方の相談のすすめかた。

家族内で利用者様の今後の介護について意見が分かれてしまう（統一されていない）

相談内容を部署内で共有し、助言等を受ける。

専門医を受診するまでに時間がかかる。

受診結果が家族の思っていたものと違うと、次の展開に以降できにくい。

医療機関の選定についての相談に苦慮することがある。遠方の家族や介護者が高齢等の理由で診断までの通院が大変だったりする。また、受診の結果、“年齢相応。認知症ではない”と言われたと、その後の指導・再診予定等もなく終了し、ご本人は安心し妙に自信もつくが、課題は残る事もあった。

本人が介護サービスの利用を拒否するため、利用できず家族が困っている。（認知症あり）

認知症で運転しているケース。（ものわすれ外来からもOKが出た事例）

家族の意向に踏まえた社会資源がない

離設の恐れや他害、異食行為のある方の入所は対応できないためお断わりせざるを得ない状況にありますが、ケアマネさんがいる方であれば情報提供行っていますが、いない方の場合には、まずデ・アイにご相談いただくようお伝えしていますが、それが最善なのか考えることはあります

症状が重度化になったりした時 主治医に相談しても症状が改善されない時や入院でみてくれない時。

高齢であるため今さら受診しても意味がない

障がいと認知症の境界線

担当者会議等で共通認識を持って支援する

独居の方は困ります。

家族の相談に対して、なかなか解決策が見つからない。

どこに相談していいのかわからない

独居ではふだんの様子かわからない。

認知機能が保たれている間にいろいろ話をして家族内で相談しておいてほしいが「まだ大丈夫だから」と言われる

本人はどこにも行きたくないし家にいたいと言うが家族はデイやショートに行ってほしいと思っており意向が異なるとき

・車の運転に関して。リスクが高いが、本人がやめないor生活のためにやめられない。

・免許更新で物忘れ外来を予約するが、受診にこない。免許失行のまま運転していないか 心配だった。警察に相談したらよいのか困った。

家族機能が低い時に、サービス等調整に苦慮

・相談に来る家族はいたが、サービスにつながらなかった。

・もの忘れ外来の受診はスムーズだが、精神科受診が良いと思うケースは、家族や本人が受診する気持ちにならず、うまくつながらない。

休日、時間外等に相談・対応（緊急ショートの受け入れ等）先がない

施設等において認知症の進行を遅らせるような取り組みを行っていますか。 (「はい」と回答した方は内容を下記に記載してください)
脳活の事業を行っている
口腔ケア、口腔体操、口腔マッサージなど
・地域健康教育における脳トレ、認知症予防を目的とした教室の定期開催など
地域支援事業の中で、認知症地域支援推進員が月1回が研修を実施している。
地域包括支援センターの介護予防事業等の一つとして行っている。
施設内での勉強会で実施しています。また、外部研修会にできるだけ参加しています
定期的なレクリエーションの実施
食事前の口腔体操、パズルやゲーム体操を通して脳活を行う
出来る事の役割ご提供から、出来た達成感を得ていただく。家族との繋がりを持続
訪問の中で、手先の動作(パズルなど)をとり入れて支援している
施設内での軽作業(タオルやおしぼりたたみ等)ができる方にはご自身で行っていただく等、ご自身でできる事はお願いしています。
脳活プリント
職員研修会に於いて事例検討等
刺激を多くする等、通所の利用を増やす。
デイサービスで活用している。脳トレを訪問先にて一部の利用者へ実施
服薬と認知行動療法・作業療法
・クラブ活動(体操、手芸、カラオケなど)
・ボランティア活動(清掃、草むしり、ゴミ拾いなど)・外部への研修会の参加(職員)
認知症予防の為、脳トレーニングを行っています。
良く咬む事が認知の進行遅らせるため衛生士にも患者さんに咬むこと、口腔内の清掃を指導。また、カンファレンスでも効果の報告をしてもらっている。
レクリエーション
諸活動への参加促し
居宅に訪問した際、一緒に出来る事は声掛けし行なって頂いてます。
認知症予防機器(CogEvo)を活用した取組、健康教育
・個々の能力に合わせ、ぬり絵、書取り、切絵等工夫して行っている。
・定期的にカンファレンスやレク担当者が内容の見直し等行っている。
・必要以上に手を貸さずご自身で出来る事は行って頂いている。
・レクリエーションでの脳活を行っている
対応に関する研修が主
・研修会に参加した職員がフィードバックし職員全体で共有する。
・認知症の利用者さんへは優しい眼差しや立ち振る舞い、声のトーンなどに注意しながら穏やかに気持ちが表出できるよう接しています。訪問中は一緒にゲームやおり紙などの手作業をしたり、体操で体を動かしたり楽しい雰囲気を作るよう心がけてます。
脳トレや塗り絵の時間を作っている。日常的な生活で使うものの、手先の訓練なども取り入れている。
デイサービス等を積極的に利用している。
事業所の内部研修
・脳活プリント(ぬりえ、間違い探し等)
・2つの動作を入れた体操
・上肢、下肢、指先を使うレクゲーム
・季節の行事
わからない
本人の出来ることは安全確保のもとで行ってもらう。調理等を一緒に行う(訪問介護)
当園、科学的介護推進体制加算算定、科学的介護に沿った認知症ケアを行っている。
院内研修会

Q6：認知症施策で医療介護確保推進協議会に取り組んでほしいことはどんなことですか（その他の回答）

特になし
研修会等の開催
？（記述内容不明）
研修会に関して：啓蒙活動として何か策があればよいと思う
認知症の方が在宅を継続できている成功事例の紹介
地域で支える仕組みづくり
夜間等に緊急対応できるサービス等があれば、在宅生活を継続できる方も増えるように思います。
権利擁護は成年後見制度について

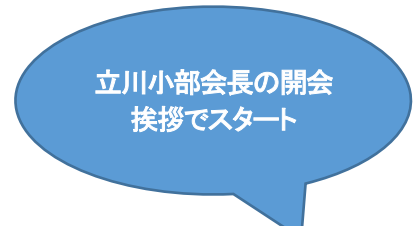
Q7：全般をとおしてご意見があればご記入ください。

町内のみでは取り組めることに限りがあり、当事者や家族の集まりなども小さな町ならではの顔が見えすぎて集にくいなどの課題がある。広域で行えることは一緒に行っていきたい
特にありません
認知症のケースにはまだ公私ともに関わりがありませんが今後必ず関わることになるので、今から知識や理解を深めたいと考えています。どうぞよろしくお願いいたします。
いつも認知症施策にご尽力をありがとうございます。 コロナ禍で閉鎖的で、他施設、他職種との交流機会も少なくなっておりますので、皆々様の活動に感謝致します。
高齢者がより増えてくるので、上記Q6の取りくみを強化 する必要があると思います。 独居老人(認知症)も増え、当ステーションで隣人トラブルを起こす事例もあり、このような事例が増えると思われ対応が課題です。
精神科の受診が、家族や本人にとって、ハードルの高いものに(精神科に精神疾患) のようになっている印象を受けます。もう少し早く受診ができていれば、入院レベルではなく通院で治療できたのではないかなと思うこともあります。精神科に限らず、もの忘れ外来への受診もですが、イメージが払拭され、通院しやすくなると良いなと思います。自身も、家族や当事者に対し、通院しやすくなるよう働きかけていく必要があると感じています。
施設では様々な文献等があり情報はあるが 家族が情報を得るのが困難と予想ができる 認知症家族に情報の提供を希望する。
認知症は本人よりも家族が大変。家族にフォローできる場所が必要と思います。
高齢の患者様が多く、そのご家族も高齢で病状の把握、支払い業務、リモート等 パソコン操作等困難な事が多く、援助が必要な事が多い。またキーパーソンとなるお子さんがいない方も多くみられる。
インターネットで回答できるようにしていただけると便利です。 ・認知機能が低下した患者さんの意思決定で悩むことが過去に多くありました。認知症の発症前に本人が示した意思は認知症発症後も有効なのか？ 例：延命や透析を続けるのか？ 治療や受診を拒否する権利はあるのか？ 自宅で死にたい。持病があっても通院等せずにこのまま自然な形で死にたい
本人、家族、地域が、安全な生活を送るために大事な事業だと思う。 独居や高世帯や、引きこもっている40～50代(?)の将来に発症した場合、いかに早期に気づいて介入できるか、地域の課題だと思う。
認知症になっても、本人が望む生活、家族が望む生活 マッチングしないことがあるかもしれないが、人生の最期を納得して迎えることができるような、個別支援(専門職の)と本人・家族を支える地域づくり(見守り、支える)ができるとういと思います。様々な活動は既になさっているのかと思いますが、コロナが明けるので、集合ハイブリッドでの研修会なども開催できるとよいでしょうか。 関係者（事業所）地域課題の共有、実践報告など…

令和4年度 北空知地域入退院支援研修会の開催報告

～療養が必要な住民を支援する支援者の力量アップのために～

- ・ 令和4年12月9日（金）18：00～19：45
- ・ ZOOMによるオンライン開催
- ・ 参加者 51名（看護職30名、介護支援専門員27名、MSW・SW・相談員6名、保健師9名、リハビリ職3名、薬剤師1名、歯科医1名、事務職2名、その他1名）
- ・ 研修目的 医療関係者と地域支援関係者が連携して入退院支援を進めていく関係を築く
- ・ 研修目標 ①支援関係者が、本人や家庭の思いに添った入退院支援ができるようになる
②医療関係者と地域支援関係者が、情報を共有し同じ目標で支援ができるようになる



北空知地域入退院支援・調整ルール 《実施要領》

令和3年12月

救急あんしんカード

この情報は、医療のために救急等と連携先医療機関が活用するとともに、介護保険サービスのために、入院先医療機関と介護支援専門員等が活用することに同意します。

（署名）

試行を経て令和3年12月から本格運用となったもの。救急あんしんカード様式なども含まれています

氏名	所属	連絡先	備考
氏名	所属	連絡先	備考
氏名	所属	連絡先	備考

項目	内容
3. リハビリに関する本人・家族の意向について必ず具体的に	本人・家族が希望するリハビリの内容、実施が可能な時期、実施が困難な場合の対応などについて、事前に本人・家族と話し合い、同意を得る。
4. 入退院のADL	ADL（日常生活動作）の評価と、入退院に必要な支援の計画。
食事摂取	食事摂取の状況と、食事摂取の支援の計画。

今回は入退院支援ルールの周知を兼ね、研修の前段にライフマップ高橋さんからルールの説明がありました

区分	1. 自立	2. 半自立	3. 介護	4. 介護
歩行	歩行可能	歩行可能（杖などを使用）	歩行不能（歩行器などを使用）	歩行不能（歩行器などを使用）
食事	食事可能	食事可能（箸などを使用）	食事不能（箸などを使用）	食事不能（箸などを使用）
入浴	入浴可能	入浴可能（浴槽などを使用）	入浴不能（浴槽などを使用）	入浴不能（浴槽などを使用）
排泄	排泄可能	排泄可能（トイレなどを使用）	排泄不能（トイレなどを使用）	排泄不能（トイレなどを使用）

本人の希望	本人の希望（本人の希望）
家族の希望	家族の希望（家族の希望）
入院前のケアプラン	入院前のケアプラン（入院前のケアプラン）

総合司会は北竜町大井さんです



GWは各4~5人、10グループで実施
※写真はイメージです



コロナ以前はこうにみんなで膝を突き合
わせて紙に書き出し話し合っていました



模造紙にもアイデアを書き出したり…

それでも画面を通して多職種で話し合うことができました！！



事例説明は深川市高齢者支援課
小鍛冶さん



入退院支援研修会 事例

胃がんのため余命3か月の病者の在宅療養支援

事件摘要

今回は架空の事例を設定し、想像を膨らませ話し合いました

入院10日目

検査の結果、胃がんの診断がつき、余命3か月と本人と家族に説明。現在は、医療用食事の貼り薬を一日一枚使用。倦怠感と腹痛時の鎮痛薬も処方されている。

本人は、死ぬなら病院ではなく、自分の家がいい。早く自宅に帰りたいと希望した。

移動：前室内トイレまでは緩歩歩行見守りだが、ふらつく時もある。他室整時と室外へは車いす介助
食事：全粥とやわらかめの固食500ml大盛り量を自力摂取1-3割程度。エンジェムも飲んでいる
排泄：トイレ利用、少量の尿漏れはあり尿パッドを使用
着衣：毎朝1着のTシャツ・パンツ・ソックス・靴履きに任じ、着脱は完全介助。浴槽は毎日入浴

アンケートから(看護職)

- ・ルールを知らなかったので活用していきたいと思いました。
- ・zoom など活用し、密なやり取りができるようになると良いと思いました。
- ・これまでの情報提供の仕方を順序立てて行おうと思いました。
- ・あまり深めるにはいたりませんでした、久々顔を見て研修できて楽しかった。

アンケートから（ケアマネほか職）

- ・追加して欲しい情報提供は、入院時だけでなく、退院時に向けても活用できるものなので、活用したらよいと思いました。
- ・今改めて顔の見える関係づくりが大事だと思いました。研修を通してルール of 活用の活用が動機づけされたと思います。
- ・ルール of 詳細について知ることができたため、担当ケースで入院などの機会があれば書式を活用しながら情報共有していきたい。また、担当ケースに対してお願いの紙を渡していきたい。
- ・在宅での、末期がんでの高齢者が安心して過ごせるように、しっかり情報共有をしていきたいです。

本人・家族の思い、意向を情報共有。また予測的な関わり、支援が大切

ささいなことでも情報共有していくと、より連携しやすくなる



人生会議は早めに。書面だけでなくZOOMなども活用して細かなニュアンスの共有

退院後、病棟への利用者の状況報告はスタッフのモチベーションも上がる



最後に中神委員(歯科医会)から、入退院の場面で支援が途切れないようルールを活用し、緊密な連携が図られることを願い閉会挨拶。

全体共有でのグループ発表・メモから

○【入院決定から入院7日以内】入院時の情報共有について（グループワーク1）

- ・普段から看護サマリーを活用し疾患、症状、薬、食事形態、家族関係、金銭状況、ADL等を情報共有。
- ・認知機能、本人は意思決定が可能か、気になる点、特徴的なエピソード等。
- ・介護認定状況やサービス内容を提供。
- ・治療中であれば治療経過の提供。入院の時期が決まっていればそれまでに必要な治療を終わらせる。
- ・本人の思い、家族の希望が伝わっていないこともある。希望に添える環境や介護力があるか情報共有が必要。

○【退院へ向ける時期】【退院の見込みがいたら】退院に向けた情報共有について（グループワーク1）

- ・入院前と比較してどのような変化があるか、食事や服薬など何ができるのか。
- ・末期は病状の進行も早く、ベッド等準備が間に合わない事もあるため、予測的な関わり、支援が大切。
- ・今後どのように過ごしたいのか？最後のときの対応はどうするか？病院の窓口はどこになるのか？
- ・食欲低下、抗ガン剤による口内炎など口腔内のトラブルが起こりやすい。歯科往診などを利用して欲しい。
- ・市外の病院は調整が難しく窓口が連携室か病棟か分からないこともある。情報収集したくても家族以外には教えられないと言われる事もある。
- ・病状が悪化時、救急車を呼ぶのか、延命治療を希望するかなど、本人・家族の意向を退院時に確認する。
- ・夜間の対応が不安。・ケアマネを始め多職種へ連絡を急ぐ。

○今後ルールをどのように活用できるか（グループワーク2）

- ・今回の研修でルールを知った。ルールは活用しやすく今後活用していきたい。
- ・情報共有シートをすでに活用し、入院時に病院へ提供している。
- ・突発的な入院では電話連絡も多いが、シートの活用もしていきたい。
- ・きたそらりんくなど、病院と地域のサービス間で連絡をとれる方法を活用していけたら良い。
- ・写真などを使い、利用者や自宅の状況の共有ができないか？
- ・少ない資源を効果的に活用する事で、一人でも多くの利用者が幸せな暮らしが出来る様にしたい。
- ・終末期ケアについては幸せな最期を迎えられるようにしたい。
- ・流れに沿ってすすめているが時間がなく退院の時にバタバタ。ふりかえる機会があればフィードバックする。

地域包括ケアに携わる多職種合同研修会

～ 「顔の見える関係」から「多職種協働」、そして「チーム北空知」へ ～

「第1回ケア・カフェきたそらち

～ストレスとアンガーマネジメント～」開催報告

- ・日 時 令和4年8月23日（火）18:00～19:58
- ・開催方法 オンライン（ZOOM）
- ・主 催 北空知地域医療介護確保推進協議会
- ・参加者 60名（事前申込者60名 欠席3名、当日受付3名）
 （市町別：深川市37名、妹背牛町5名、秩父別町4名、北竜町6名、沼田町6名、その他2名）
 （職種別：医師1名、歯科医師1名、歯科衛生士1名、薬剤師1名、看護職10名、保健師8名、
 介護支援専門員7名、介護福祉士3名、ヘルパー2名、社会福祉士4名、
 ソーシャルワーカー2名、リハビリ職4名、教員・学生8名、管理者5名、事務職3名）
- ・目 的 北空知における地域包括ケアシステムの構築を目指して、地域の保健・医療・介護・福祉の関係機関・施設・事業所等において、患者や利用者、地域住民の支援に携わる多職種の関係職員が一堂に会することが困難な状況にあっても、互いの役割を確認・共有し、切れ目のない支援・サービスが提供される多職種連携の関係作りを構築する。



事務局・参加者ともにオンラインにはかなり慣れてきたとは思いますが、やはり毎回少し緊張しながらも、参加者皆様のご協力ですmoothに人数や所属等の確認ができました

今回も参加者の氏名の変更も画面共有でスライドを流し、予めお願いしました（下）

今回も総合司会は、
多職種合同研修企画小部会
森田小部会長です



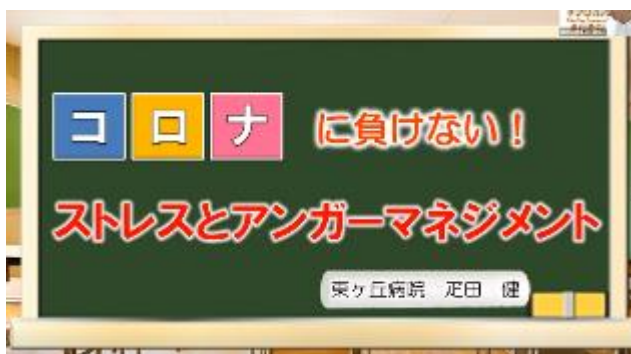


開会挨拶は、多職種連携・地域啓発部会長
(北竜町住民課)の神薮さんです。

東ヶ丘病院 精神科認定看護師の
疋田さんから、
「ストレスとアンガーマネジメント」
として話題提供



- ・令和4年度第1回研修会は、「ストレスとアンガーマネジメント」をテーマにオンラインで開催しました。
- ・話題提供は、東ヶ丘病院 精神科認定看護師の疋田さんから、ストレスとなる原因や、感情のコントロールを抑制するためのテクニックについてお話をいただきました。
- ・様々な原因がストレスになるが、近年はストレス社会と言われて久しい。さらにコロナ禍で閉塞感を感じたり、我慢を強いられ続けている状態。
- ・アンガーマネジメントはアメリカで生まれたトレーニング方法。すぐには習得できないので1～2年かけた訓練が必要。
- ・アンガーマネジメント＝怒らないことではない。必要な時は怒る。感情として上手に表現することが必要。怒りは伝達手段であり、身を守るための機能・役割を持っている。
- ・アンガーマネジメントには3つの暗号がある。衝動のコントロール（6秒我慢する）、思考のコントロール（べきの境界線＝①自分と同じ・②少し違うが許せる・③許せない。②を広げる）、行動のコントロール（自分を変える努力）
- ・私たちが怒らせる正体とは「～べき」という思考（正義とはこうあるべき、上司とは～、仕事とは～、等）。
- ・「～べき」は全部正解、程度問題、時代で変化する



怒りとは

感情表現

- ・人間にとって自然な感情
- ・怒りのない人はいないし、なくすことも不可能

伝達手段

- ・怒ることで伝わることもある
- ・怒ることで伝わりにくくなることもある

機能・役割

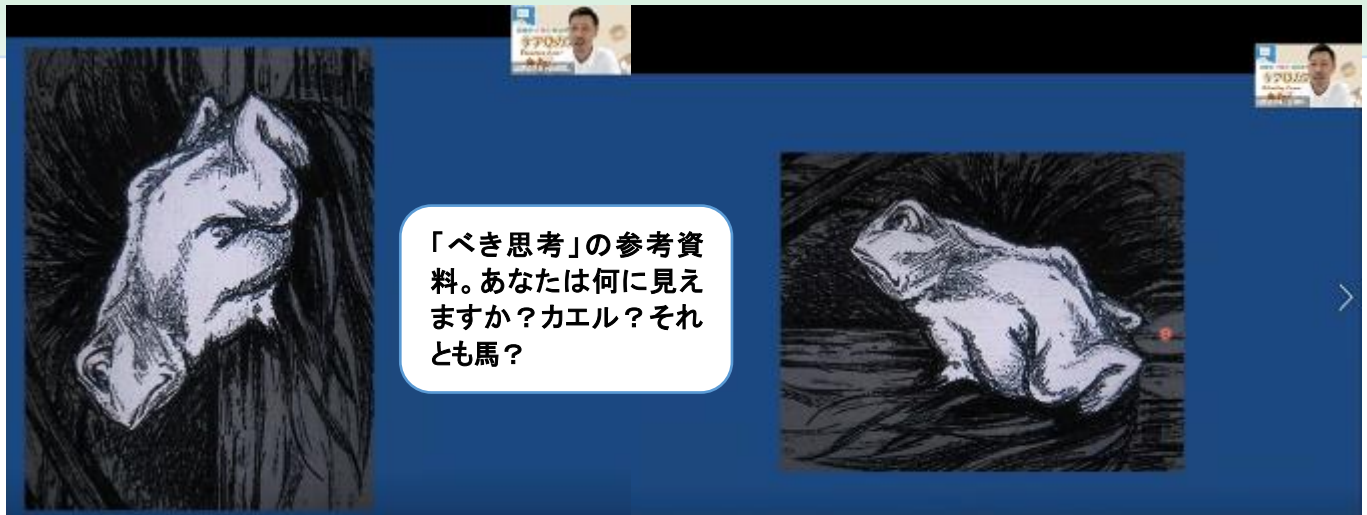
- ・身を守るための感情（防衛感情）

暗号① | 怒りの感情のピーク

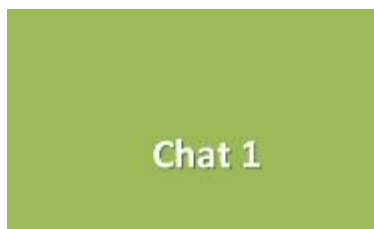


私たちが怒らせるものの正体

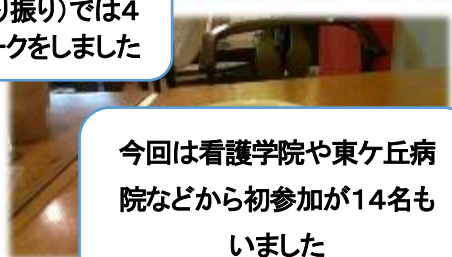




今回のカフェマスターは桑原さんが務められました。担当部会での経験から余裕の進行！？をしていただきました



Chat1・2(ZOOMのブレイクアウトルーム機能で自動割り振り)では4~5人のグループワークをしました



今回は看護学院や東ヶ丘病院などから初参加が14名もいました



アンケートから

- ・みなさんと気軽にテーマをもって楽しく話し合えました
- ・久しぶりにいろいろな方に会えて楽しかったです
- ・やはり、他の事業所、他の職種の方と話をするのは新鮮で楽しいと思いました
- ・アンガーマネジメントについても難しくなくわかりやすい内容で良かったです
- ・様々な職種や立場の人の考えを聞くことができ共感したり、参考にできることがありました。色々なお話を聞けて楽しかったです
- ・日頃感じていることを話し合った。最後の方では、非常に場が和み、楽しい展開になりました。人と話し合えることが、何かのヒントをもらえたり、有意義な時間となっています
- ・たくさんの方々と話せ、ストレス発散できました
- ・色々な気づきがあり毎回勉強になります
- ・色々な方の意見を聞いて、自分もしてみたい事やストレス発散方法がありました
- ・私も怒りのコントロールが出来ず、子供や旦那に怒りつけてしまう事があるから。すごく反省しなければならない
- ・有意義な話を聞くことができ、最初は2時間で時間が長いと思ったがあっという間に終わってとても短く感じました
- ・始まるまでは正直うまく話せるかと気が進まないのですが、実際参加すると、結果いつも楽しい気分で終われます

この研修が大好きで、今日も早めに業務を切り上げて参加しました。笑うことが大事ですね

定岡歯科医院
定岡先生

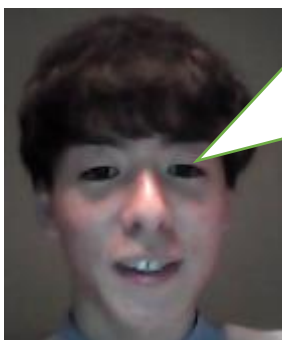


今回は、深川市立高等看護学院から6名の学生が先生と一緒に参加されました。思いがけないストレス発散の仕方を聞き早速試してみるとのこと



今回滝川の事業所から2名参加がありました。共感してくれる人がいると話すことで解決できなくても気持ちが楽になるとの意見でした

佐藤病院
森さん



日頃から親の介護でキレている北竜町社会福祉協議会の村井さん。経験談を楽しく話していただきました(笑)



閉会挨拶で、深川医師会理事の大谷内真弓さんから、まだ気は抜けない状況であっても、顔を見られたことで改めて立ち向かう力ももらったこと、参加に対するお礼がありました



～グループワークから～

- ・コロナ禍持続によるストレス（マスク・ゴーグル等をつけての入浴介助や消毒が大変）
- ・反対にコロナ禍でいいこともあった（面会できない病院ではなく在宅への志向変化、近所の人が気にかけてあうことで見守りの担い手が増えた）
- ・コロナ前と比べて、ストレス解消できる機会が減っている
- ・アンガーマネジメントは怒らないようにすることだと思っていたが、必要なときには怒っても良いということを初めて知った
- ・年齢と共にこうあるべきということが多くなってきている
- ・職場では怒らないようにと思っている。良かれと思って言っても〇〇ハラスメントとかがあり難しい
- ・考え方の違いでうまくいかずイライラする事もあるが、立場の違いを理解しようと努めている
- ・スケジュール通りに物事がすすまない、職場内で使用した物が片付けられていない、慢性的な人手不足、人を怒らせる天才？がいる
- ・ストレス解消法は、家飲み（つまみやグラスで楽しんでいる）、お気に入りの入浴剤でゆっくり入浴
- ・ストレスの素（家族内のイライラ、親の認知症状との攻防）
- ・学生時代、体育会系で上下関係が厳しく大変だったが現在の職場は本当にストレスを感じない
- ・6秒我慢するのは結構長い。2秒で駄目かも
- ・怒らなければならない方もエネルギー使う
- ・怒ったあとの気持ちの整理も必要

～参加者の声から～

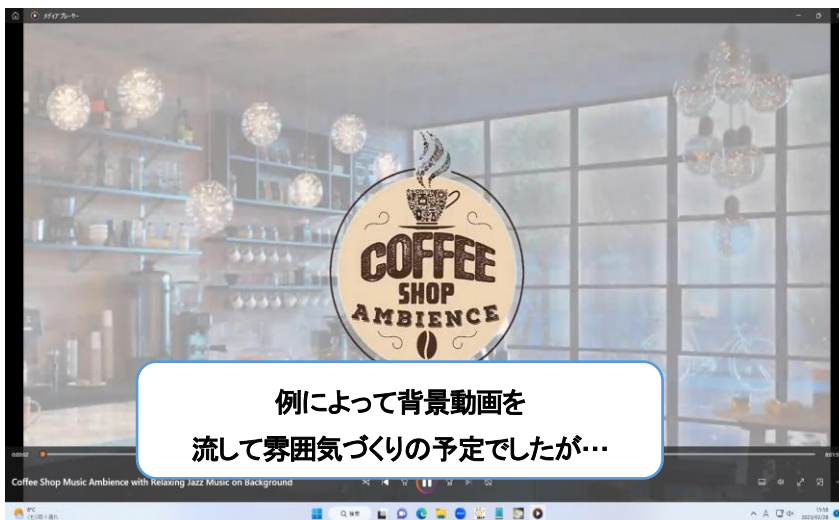
- ・コロナの中で人と会う事や声を出す事など制限があり、コミュニケーションの場が減っている事もあり、オンラインでも話したり顔をみたり、いろんな人と情報交換できる機会は大事だなと感じる事が出来てありがたいです
- ・学生として応援してもらえて嬉しかったです。先輩方のお話を聞くことができ、応援してもらうことでやる気が出ました。貴重な機会をありがとうございました
- ・（今後聞いてみたい話）職場での人間関係について、葬儀関係の話、新型コロナ濃厚接触者や感染者が実際に出了た施設の対応で困った事や対策などの経験談、弁護士からの話（高齢者の親族や疎遠な人との相談・関わりから見えた地域課題）等

地域包括ケアに携わる多職種合同研修会

～ 「顔の見える関係」から「多職種協働」、そして「チーム北空知」へ ～

「第2回ケア・カフェきたそらち 終活～今ドキのお墓事情！」開催報告

- ・ 日 時 令和5年1月20日（金）18:00～20:03
- ・ 開催方法 オンライン（ZOOM）
- ・ 主 催 北空知地域医療介護確保推進協議会
- ・ 参加者 50名（事前申込者50名 欠席1名、当日受付1名）
（市町別：深川市26名、妹背牛町7名、秩父別町5名、北竜町6名、沼田町6名）
（職種別：医師1名、歯科医師1名、歯科衛生士3名、薬剤師2名、看護職9名、保健師8名、介護支援専門員7名、介護福祉士3名、社会福祉士3名、ソーシャルワーカー2名、リハビリ職1名、管理者6名、事務職2名、その他2名）
- ・ 目 的 北空知における地域包括ケアシステムの構築を目指して、地域の保健・医療・介護・福祉の関係機関・施設・事業所等において、患者や利用者、地域住民の支援に携わる多職種の関係職員が一堂に会することが困難な状況にあっても、互いの役割を確認・共有し、切れ目のない支援・サービスが提供される多職種連携の関係作りを構築する。



今回、一見何事も無くスタートしたように見えますが、実はホスト（事務局）のZOOMの調子が悪く、開始直前でアプリが落ちてしまいました。しかし、そのままミーティングは続いていたので一安心、とも言えず、裏で大慌ての事務局でした。おかげで左の動画やBGMもうまく流せず始まってしまいました。

多職種合同研修企画小部会
森田小部会長の安定した
総合司会で事なきを得ました。



いろいろBGMも準備したんだけどなあ。フゥ～





開会挨拶は、
北空知地域医療介護連携支援センター長の
新居 市立病院副院長です。

三上石材工業所 代表取締役
三上さんから、
「終活～今 ドキのお墓事情」
として話題提供



○令和4年度第2回研修会は、終活についてお墓を題材として
「終活～今 ドキのお墓事情」と題し、従前に引き続きオンライン
で開催しました。

○話題提供は、有限会社三上石材工業所 代表取締役 三上 貴康
さんから、終活の目的やその方法、具体的な手段、お墓にまつ
わる情報などをわかりやすく説明・紹介していただきました。

- ・終活という言葉は知っているが約6割の人が「まだいいか」「死にふれたくない」など先延ばしにしているが、家族に迷惑や負担をかけたくないと思っている。
- ・葬儀やお墓、財産などは当然しなければいけない終活項目だが、近年はデジタル終活、ペットの世話なども整理する項目としての割合が増えてきている。
- ・今どきのお墓の相談事で多いのは、「墓じまい」。今のお墓をなくす、別なところへ移設するなど。改装とも。
- ・墓じまいの理由は、墓を守る子がない（自分が最後、子が女性ばかり、遠方に住んでいるなど）
- ・VRによるお墓参りも新たに出てきている
- ・今後のお墓はどうなっていくか？コンパクト化、低価格化、生前墓、団塊Jrたちがどう供養していくか。
- ・しばらくは墓じまいが続くかも…。
- ・現役大学生の6割超が「一族の墓を守る」との意見。親世代よりも先祖供養への意識は高い調査結果もある。
- ・お墓とは「命のつながり」を感じる場所。幸せを願うシンボル

〈延約6000人の遺骨に関わってきた男〉

三上 貴康 昭和37年1月22日生まれ

◆(有)三上石材工業所(創業105年目) 3代目代表取締役
1級お墓ディレクター、石材科職業訓練指導員
日本石材産業協会 常任理事 兼 北海道地区長 (8年間)

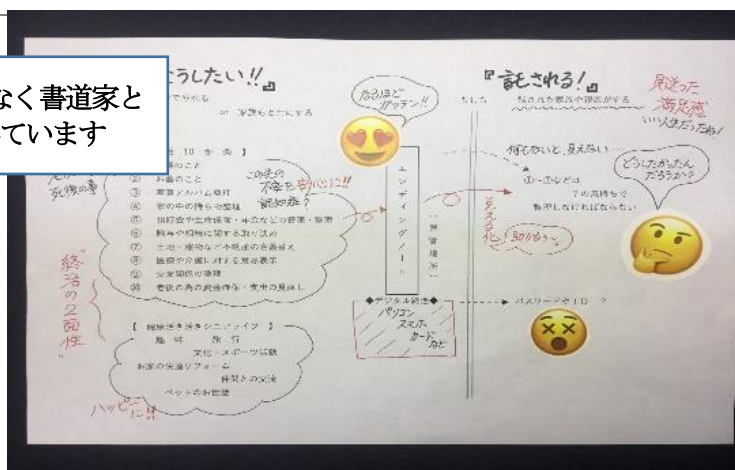
◆ペット火葬セミナーサポート「のあのはこ」 代表取締役

◆終活マルシェ実行委員会 代表 空知地区初の終活カウンセラー

◆書道家 (号 石城) 深川市美術交流協会 会長

お墓の販売だけでなく書道家として活躍されています

好きな事 歴史の探求
好きな食べ物 ゆめあずき・柿の種
好きな芸能人 秋石一恵
今取り組んでいる コーリング



色んなタイプのお墓が実際に建てられています。
多様性の波は今どきのお墓事情にも。



今回のカフェマスター
は深川市高齢者支援
課から立川さんが担当
していただきました。
ちょっと緊張気味！？

アンケートから

- ・市民の方と終活について話すことはしにくいですが、ちょっとした会話から終活の話もしておくのもよいなと思いました
- ・終活の話は切り出しにくい。特に高齢者の年代は死の話をタブーとする風潮がある中で、どのように切り出していけばよいか、の糸口が見えました
- ・お墓の話は何となくまだ先で自分に関係のない話と思っていましたが、終活は家族も含め大切なことだと思いました
- ・自分が歳をとってからと考えていたが、そうではなく家族が困らないように、準備しておこうとおもいました！
- ・終活についての皆さんの思いや感じ方を聞くことができたり、片付けの大変さの体験も聞くことができ、自分のことも考えるようになりました
- ・終活について話を聞くのは初めてでとてもいい話がきけました
- ・エンディングノートをこれを機会に書いてみようと思います、少しずつ片付けをしていこうと思いました

- 19カラダラボ深川 櫻田
- 32深川市立病院 坂本 一樹

▼ ルーム 2

5 参加

- 06東ヶ丘病院 疋田 健
- 17北条町社会福祉協議会 阿部

Chat1・2では4～5人のグループに分割しました。
今回、名前の前に数字を付けランダムに割り振られるようにしました(それでもほぼ同じメンバーになってしまったグループも)

- 32三上石材 三上 33だった
- 36妹背牛町 末岡

▼ ルーム 4

4 参加

- 01定岡雅則
- 08ちっぷべつ調剤薬局 富田陽
- 25深川市高崎・和田
- 34沼田町 森田

▼ ルーム 5

4 参加

- 09秩父別町 太田
- 24深川市米澤・鎌塚



近い家族・夫婦でも知らないことがある。
声を出していづらい。

森田小部会長



終活に関して何ができるか。一人でも多くの地域患者に広めたい

定岡歯科医院
定岡さん



地域へのサポートとして無料でもいいので施設でのイベントに呼んでいただければ自分や終活マルシェのチーム員が行きたい

三上代表



終活をストレートに言うのではなく、来年の雪はねや買い物はどうする？という話から終活に繋げていってはどうか

東ヶ丘病院
疋田さん



閉会挨拶で、アニスティ深川（中央病院理事）の菅野さんから、いつもの支援に関わるテーマと違い、今回は自分や親も関係してくる内容だった、今後コロナが落ち着いたらお会いして話をしたいとの挨拶がありました



～グループワークから～

- ・散骨を希望する親がいる。理由は「親が海（船乗りになりたかった）への憧れがあった」、「遺骨管理など子に迷惑をかけたくない」など
- ・終活を全く考えたことがない方、家族が困らないように必要なことを伝えている方など意見が分かれた
- ・親が入っている生命保険や財産等を知らない
- ・自分事として30～40代でも決めておく事必要
- ・姉妹だけなので墓じまいを検討している
- ・幼いときの記憶では家の裏山や田んぼの横に墓場があった。土葬で盛土の上に石が置いてあって生活の場と近いところに先祖を感じられる場所があった。子供の時は怖かった。
- ・引っ越しの際に子どもの頃の大事な写真が間違っ
て捨てられてしまった、大事な漫画が捨てられていた
- ・自分達も早めに物を処分する事を考えていく必要がある。終活は早いに越したことはない。現役世代から考えていくことが大切
- ・明るく話し合い、エンディングノートをうまく活用していければいいな
- ・いつもは仕事に関するテーマ。今回は仕事と直接関係がないので自分の話をできて個人的にはとても話しやすかった

～参加者の声から～

- ・身近な人の死について改めて考えるきっかけになったのと、生前にやっておくべき事は思っている以上に多いなと感じたので参考になりました
- ・散骨について知りたかったので具体的に話を聞かせていただきとても参考になりました。親の想いと家族としての向き合い方を考える事、また普段から今後について話せる関係や環境作りをしていきたいと思います
- ・終活は生涯教育の一環として普及できるといいなと思いました。変化もすると思うので、年代ごとで見直しできる仕組みなど何か取り組めたらいいなと思います
- ・早く直接会ってケアカフェが開催できる世の中になると良いと願います
- ・（今後聞いてみたい話）
今回の続編、葬儀の話、遺言の残し方、断捨離
成年後見制度、虐待、地域でのACP（Advance
Care Planning：今後の治療・療養について患
者・家族と医療従事者があらかじめ話し合う自発
的なプロセス）等



・医療・介護サービスガイドの更新のほか、「きたそらりんく」の運用開始、研修会等の開催報告など、ホームページを13回(件)更新しました。

「医療や介護が職業になっても住みながら自宅や地域で自分らしく暮らしたい。」

一子①の想い出

[illegible]

お知らせ・ニュース

2022年 11月18日 金曜日 令和4年度北空知地域入退院支援研修会のご案内

2022年 11月18日 金曜日 [「地域おこしケアに携わる多職種合同研修会」令和4年度第1回ケア・カフェきたそらち「ストレスとバンガーマネジメント」の開催報告](#)

2022年11月18日 金曜日 北空知介護保険サービス事業所ガイドを更新しました。

2022年 11月18日 金曜日 北京知診箇所ガイドを更新しました

2022年 11月18日 金曜日 北空知歯科診療所ガイドを更新しました。

2022年 08月02日 火曜日 「地域包括ケアに携わる多職種合同研修会」第2回ケア・カフェきたそらち『認知症』の開催報告

2022年 08月02日 火曜日 [「地域包括ケアに導く多職種合同研修会」令和4年度第1回ケア・カフェ」](#)とあらい「ストレスとアンガーマネジメント」のご案内

2022年 08月02日 火曜日 各専門部会構成員の名簿を更新しました

2022年 08月02日 火曜日 北空知地域医療介護連携支援センタースタッフ一覧を更新しました

2022年 08月02日 火曜日 運営会議事務局担当者の名簿を更新しました

2022年 08月02日 火曜日 [運営会議委員名簿を更新しました](#)

2022年 08月02日 火曜日 北京知地域医療介護確保推進協議会委員名簿を更新しました

2022年 08月02日 火曜日 北空知地域医療介護確保推進協議会の開催状況を更新しました。

鯉井牛町
地域生活支援センター

秩父別町
地場白米生産 センター

在宅医療・介護を考える北空知地域住民フォーラム in 秩父別町の開催報告

～ いずれはみんなに訪れる人生の最期 どう迎えたいですか？ どう送りたいですか？ ～

- ・ 日 時 令和4年11月8日（火）14：00～15：05
- ・ 場 所 秩父別町 秩父別町老人福祉センター
- ・ 参加者 79名（秩父別町60名、支援関係者19名）
- ・ 目 的 北空知地域の住民の方に在宅医療と介護を考えてもらう地域啓発の場とする

開会挨拶する秩父別町中野住民課長



司会進行は秩父別町地域包括支援センター長太田主幹



- ・ 事前申込者は60名で、今回は感染対策として現地参加は町民限定、委員は担当小部会委員（情報共有・地域啓発小部会）のみとし、当日の参加者は79名となりました。
- ・ 今年も早くから来場された方に、「ライスパワー体操」のビデオを放映し、介護予防体操を紹介しました。ビデオを見ながら一緒に身体を動かしてくれた方もいらっしゃいました。
- ・ 司会進行は、開催地「秩父別町」の地域包括支援センター長の太田主幹です。
- ・ 最初に、秩父別町の中野住民課長から歓迎の開会挨拶をいただきました。



北空知の取組を紹介する村田事務局長

- ・ 北空知地域の在宅医療・介護の取組では、北空知地域医療介護連携支援センターの村田事務局長からお話をいただきました。
- ・ 村田事務局長からは協議会で作成したパンフレットを配布し、「自宅で安心して暮らすために～チーム北空知の取組」と題し、住み慣れた自宅で暮らしていくためにどんな仕組みがあるのか、北空知の医療と介護についての概要の説明がありました。
- ・ 現状はそれなりのサービスがあるが、全ては確保されていないこと、また、施設や人材は豊かではないが、皆の知恵と力を集めて連携し不足分をカバーするための取り組みを広げていること、
- ・ 地域の住民で支え合うことや、自分でできることは自分でケアし病気に備えていくこと、それでも何かしらの病気や体調の変化に心配になったら地域の包括支援センターなどに早めに相談することの説明がありました。
- ・ また、緊急時に備えて連絡先や薬・病気の有無をメモしておくことや、避難訓練のように練習しておくことをパンフレット「住み慣れたまちで安心して暮らすために」を使って説明されました。



今回も開会前に介護予防体操「ライスパワー体操」を紹介

講演する終活ジャ
パンの池田代表



会場の参加者は熱心に池田代
表の講話に耳を傾けていました



・講演では、一般社団法人終活ジャパン池田智裕代表から、「これからの自分の生き方を考える～あなたにとっての終活を考えてみませんか?～」と題して、数多くの現場から得た経験や終活の必要性、本人の想いや家族へ伝えたい・残したい事をどうやって整理していくかの講話をいただきました。

・普段は現場で活動しており、テレビやラジオに取り上げられた2012年当時は電話が100件/日くらい来たこともあり、メディアの力と終活への関心が高かったことがわかったとのこと。
当時は終活という言葉がまだ一般的ではなく、様々な現場を見て得た経験を様々な場所で広めていく活動を行って来られました。

・終活とは、元気なうちにできることをしていく、事前に決められることは準備しておくことで家族に迷惑をかけないことになる。
これだけやっておけばいいという範囲は決まっていけないので、今やることと将来的にやることは分けて整理していくこと。

・エンディングノートは書き溜めて行って一杯になったら遺言書にするなどしていくとよい。財産が少ないから書かなくてもいいのではなく、お金のことだけではなくしっかりと自分の気持ちを残すことが大事。

・整理のポイントは、
「今年使わなかったものは来年も使わないので捨てる」、「置き場所や置き方を決めて部屋を広く使う」、「買う量を決め箱などで管理することで必要以上に買うことを防ぐ」。

いつケガや病気になるか分からないので生前遺品整理は大事。体が動くうちに明日からでも初めて欲しいとお話がありました。

終活ジャパンのパンフレット

参加者の質問に丁寧に
回答する池田代表



○参加者アンケートから

- ・終活をしようと思いがなかなかできない。元気なうちにやらなければならないことをこの研修で学びました。
- ・物は増えても体がついていけない状況。少しずつでもやっていかなければ。
- ・少しずつ自分の事を考える事が多くなってきているのが気が付きました。
- ・今後の準備や支援について知ることができ、良い機会となりました。
- ・うなずきながら聞いている人が多くいて、興味深い話だったと思います
- ・自分だけで悩むことなく種々相談することが一番だと思いました
- ・出来るだけ早く終活したいと思いました

来年は、沼田町で開催します。ぜひ参加ください。

○北空知地域リハビリテーション活動支援事業の概要

個別訪問



関係スタッフと居宅へ訪問し自立支援に向け助言。

通所訪問



集団活動への助言、個々の課題解決に向けた助言。

地域ケア会議



事例検討、地域課題の発掘に向けリハ視点で参画。

担当者会議



心身・活動・参加に働きかけるケアマネジメントを協議。

地域予防事業



サロン・老人クラブ等にて介護予防への意識を高める。

スタッフ研修会



看護・介護職員へリハ視点での介入方法を紹介。

○地域リハビリテーション活動支援事業 実施件数

年 度	深川市	妹背牛町	秩父別町	北竜町	沼田町	合計
令和２年度	１２４	５０	８４	４９	３７	３４４
令和３年度	１３６	４７	７８	４９	８８	３９８
令和４年度	１４３(+7)	６０(+13)	７７(-1)	７７(+28)	１２７(+39)	４８４(+86)

市町名	年 度	個別 訪問	通所 訪問	地域ケア 会議	担当者 会議等	サロン・ 予防教室 老人クラブ 等	研 修	その他	合計
深川市	R2年度	３６	９	９	４１	２４	０	５	１２４
	R3年度	５４	１	７	４７	１８	０	９	１３６
	R4年度	５６	０	１２	５３	１５	０	７	１４３
妹背牛町	R2年度	１５	４	１１	１５	５	０	０	５０
	R3年度	１７	０	１０	１６	３	０	１	４７
	R4年度	２２	０	１２	２０	６	０	０	６０
秩父別町	R2年度	３７	０	２	３７	７	０	１	８４
	R3年度	３６	０	５	３１	６	０	０	７８
	R4年度	３３	０	５	３１	６	２	０	７７
北竜町	R2年度	１７	６	７	１６	１	２	０	４９
	R3年度	１２	１０	５	１３	５	１	３	４９
	R4年度	２４	８	８	２３	６	５	３	７７
沼田町	R2年度	１３	０	２	１１	１０	０	１	３７
	R3年度	３８	０	２	３７	１０	０	１	８８
	R4年度	５４	０	１	５３	１６	１	２	１２７
合計	R2年度	１１８	１９	３１	１２０	４７	２	７	３４４
	R3年度	１５７	１１	２９	１４４	４２	１	１４	３９８
	R4年度	１８９(+32)	８(-3)	３８(+9)	１８０(+36)	４９(+7)	８(+7)	１２(-2)	４８４(+86)

○深川市介護予防サポーターフォロー講座にて、
ライスパワー体操DVDを活用した主体的な取り組みを支援しました



リハビリ講話内容

- ・体操の内容
- ・姿勢や効果的に実施する方法
- ・DVD短編、基礎編、上級編を紹介

サポーターからの感想

- ・運動に抵抗がある人も、ライスパワー体操を足がかりに簡単に運動ができ、楽しみながらやれる。
- ・月1回友人5～6人でライスパワー体操をやっている。
- ・最初は不安な声があったようだが、実際にやってみると楽しかった。
- ・これから40人位のサロンで相談して毎回取り入れたいと思う。

○北空知地域リハビリテーションパンフレットを 各市町へ配布し関係機関へ利用啓発を進めました

【居宅訪問】

- ・疾患等により生活に不都合がある方に対して自立支援に向けた助言を行います。
- ・日常生活動作又は介護支援専門員とリハビリ職が一括にご自宅を訪問します。

○疾患・病状
脳卒中・中高血圧・パーキンソン病・骨格・人工関節・後遺・腰痛や膝痛・難病・床からの転落・認知症等

○生活の不都合点
転倒が起きた・腰や膝が痛い・入浴が大変・歩行や掃除が上手く出来ない・作業活動が上手く出来ない・もの忘れが増えた等

【訪問内容】

- ・現状に合った運動や生活態度での注意点を、介助方法、手すりの設置、福祉用具の活用等について助言します。
- ・訪問看護や訪問介護スタッフへリハビリ視点での介入について助言します。
- ・支援サービスの活用や社会参加への創機を高める。

◎訪問回数：年 3 回程度、3 カ月後、6 カ月後を限度です。
但し、歩行能力や生活状況の悪化時は通時回数が増えます。
◎所要時間は約 1～2 時間です。

【通所訪問】

- ・体力や認知力の低下等により、自宅での活動量が低下した方に、介護予防に向けた取り組みや、集団で行う活動への誘導を行います。
- ・担当保健師又は介護支援専門員とリハビリ職が一括に通所事業所を訪問します。

【訪問内容】

- ・現状に合った運動や食生活についての助言、運動量や生活態度を改善する ADL の注意点について助言します。
- ・認知機能低下の予防として、認知能力を高める認知トレーニングを行います。
- ・定期的な体力測定と認知機能評価の実施から、適切な運動指導や認知機能低下の予防について助言し、練習を行います。

◎対象者への訪問回数は年 1～2 回程度です。
但し、歩行能力や生活状況の悪化時は通時回数が増えます。
◎所要時間は約 1 時間程度です。

【スタッフ】

- ・通所事業所や施設・対面等について

◎研修回数は年 3 回程度です。
◎研修内容は研修内容によりますが約 1～2 時間程度です。

【介護予防】

- ・地域住民の健康増進を図るために行う健康活動をリハビリ専門職が支援します。

「健康」では、健康や病気に関する内容や生活活動の基礎を伝え、介護予防への意識を高めます。

「体力測定」では、運動性や実用方法の指導、運動の習慣化と方法、実施についてお伝えします。

「グループ」では、活動していくために必要な知識やポイントをお伝えします。

今後、クラブやサロンで積極的に介護予防に取り組むというグループを支援します。

ライスパワー体操 DVD

制作：北空知地域リハビリテーション推進センター
監修：北空知地域リハビリテーション推進センター
編集：北空知地域リハビリテーション推進センター
上映：北空知地域リハビリテーション推進センター

ライスパワー体操の指導や解説、実践について解説・指導を行います。
ご希望の方は、下記にお問い合わせ下さい。

産状別パンフレット

高齢者に多い転倒・骨折に対する対処法を紹介したパンフレット ①「転倒・骨折」②「転倒・骨折」③「転倒・骨折」④「転倒・骨折」⑤「転倒・骨折」⑥「転倒・骨折」⑦「転倒・骨折」⑧「転倒・骨折」が 8 種類ありますのでご活用下さい。

【問い合わせ先】 北空知地域リハビリテーション推進センター
【利用方法】 釧路市高齢者福祉センター
北空知地域リハビリテーション推進センター
(釧路市立総合体育館 3 階)

北空知地域リハビリテーション 活動支援事業とは...

厚生労働省 北空知地域リハビリテーション推進センター

障がいを持つ方や高齢者のみなさん、地域や家庭において生き生きとした生活を送ることが出来る様に、リハビリ職が多種多様な地域住民と連携し介護予防の普及啓発を図る事業です。

○令和4年度より、施設・事業所向け研修会に言語聴覚士（ST）を派遣開始しました

言語聴覚士



有料老人ホームサルビア(秩父別)
むせが多い方へ、摂食姿勢と水分や食事形態を指導。



養護老人ホーム和風園(沼田町)
口腔内評価から、頬部マッサージや開口と閉口訓練を指導。

作業療法士



グループホーム碧水(北竜)
上腕骨折者へ自主運動方法について指導。



特別養護老人ホーム和敬園(秩父別)
立ち上がり、移乗介助方法の軽減に向けた指導。

○令和5年度地域リハビリテーションの取り組みについて

▪ **個別訪問**: 住宅改修や福祉用具選定時にリハ職を活用し、自助と日中の活動性向上にけた支援を強化する。

▪ **通所訪問**: きたそらりんく「DS専用リハビリ相談室」にて、事業所との連携について検討する。

▪ **介護予防**: 各市町で行われるサロン等にて、体力測定や健康感等の評価から自助・互助の普及を推進する。

: 妹背牛町社会福祉協議会による新規事業『フィットネス』に参画する。

▪ **スタッフ研修会**: 関係機関にパンフレットを配布し、リハ職による研修支援の普及啓発を行う。



わかち愛もせうし: 体力測定の様子



男塾(深川): 体力づくりの様子