

医介連携として、仕組みやルールの構築が可能と思われるものに◎をつけています。（人や事業所の不足について、協議会として取組むことは難しいため）

今年度は令和2年度・令和3年度に提案いただいたご意見をもとに、第二回・第三回で「具体策」の検討を予定しています。中でも今年度取り組みの優先度が高いと思われる部分に色をつけています。

	a. 目指す姿	b. 現状分析	課題（目指す姿と現状のギャップ）	d. 課題が生じている背景や原因	e. 解決すべき課題（課題の具体化）	f. 対策の対象の具体化	g. 具体策
日常の療養	医療・介護関係者協働によって患者・利用者・家族の日常の療養生活を支援することで、医療・介護の両方を必要とする高齢者が住み慣れた生活ができるようにする。	①地域における持続可能な仕組みは構築されているか？	◎定期受診ができなくなっている方がいる。	◎身体的理由や認知症、本人の思いなどにより受診できない。	<ul style="list-style-type: none"> ・外来に通えなくなって往診が選択できることを知らない。 ・健康管理の重要性を理解してもらう ・本人が受診が必要と感じられる環境づくり ・主治医の変更に抵抗がある利用者もいる。 ・独居生活の方の援助方法。 ・定期受診できなくなっている方の把握(人数、地域、介護度等の状況) ・外部の目が入っていない方の拾い上げができていない。 ・本人や家族とのコミュニケーション不足 ・外来看護機能（連絡調整・相談・Drとのパイプ）が限定的である。 ・家族不在の上金銭的余裕がなく介護タクシーが利用できない利用者がある。 ・患者の状況をCMが把握し受診方法についてかかりつけ医に相談できていない。 ・フォロー不十分なのか本人の意志なのか ・受療中断に至った者を医療機関がスクリーニングし受療を継続することに対し、十分に働きかけていない（特に介護サービス未利用者は医療機関以外でのフォローアップができない） 	<p>【市民】</p> <ul style="list-style-type: none"> ◎どのようなサービスが提供できるのかを提供する側の周知を徹底する。 <p>【CM】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・定期的にキーパーソンを確認し連携を取る（意識がクリアな本人・家族・親族・CMなど） ・CMが本人の思いや状況を把握し医療継続支援ができる。 ・かかりつけ医と連携を深め患者の医療継続についての視点を持つ。 <p>【医療機関】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・外来NS（開業医も含む）の取り組みのヒアリングをする。連絡会開催。 ・情報の吸い上げ体制の構築と共有 ・地域（包括支援センターや民生委員など）と医療機関で情報共有を図り、独居世帯や高齢者世帯が取り残されないようにする。 ・定期受診できていない方へのケアマネ外からの支援 ・外来看護機能の拡充を検討する ・気になる患者や受療中断患者への電話連絡など医療機関が接触を図る ・かかりつけ医が患者の医療継続についての視点を持つ。 	
			◎利用者等への啓発が不十分で、往診への利点を気づくことができていない。	<ul style="list-style-type: none"> ・往診として出来ること、出来ないことの利用者への情報が不十分である。 ・定期受診ができず困ってはいるが、声を上げていいか等の迷いや相談先がわからないなどの不安があり潜在化すると想像します。 ・知ることの機会が少ない ・往診でも様々な診療科があるのを知らない。 ・本人や家族が必要だと理解してもらっていない場合がある。 （例）x-p検査（レントゲン）が必要な場合もある。 ・必要時動いているが、訪問診療が通院といくらか違うかを具体的には説明できていない。 ・金額が高いことへの抵抗感 ・訪問診療費の負担、制度の仕組みも含んだ情報提供が不十分である（費用負担の課題は大きい。利用したくても高いという声が少ない）。 	<p>【市民】</p> <ul style="list-style-type: none"> ◎定期受診の必要性を理解してもらう。 ◎利用者の希望する医療継続支援ができる。 ◎利用者や家族が目で見れる機会を増やす。 ・出来ること、出来ないことのパフレット作製（往診の絵本） ・日々の診療は往診で、検査等は病院で可能なことの理解が深まる。 <p>【CM】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・現状の事例をもとに「こんな時は」事例集のようなものがあるのもいいのではないかと思います。 ・専門の診療科の情報共有ができる。 <p>【医療機関】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・定期的にキーパーソンを確認し連携を取る。その中で、理解度を確認する（意識がクリアな本人・家族・親族・CMなど） 		
			◎CMや施設毎に知識等のレベルの均一化が実現できていない。	◎歯科に関していえばそもそも往診対応をCMや利用者が知らなすぎる。	<ul style="list-style-type: none"> ・知ることの出来る機会が少ない ・往診として出来ること、出来ないことの情報に関する知識が不十分である。 ・歯科の往診について相談できる場所を知らないのではないか ・内科以外で往診が可能な科があることを周知できていない ・往診の認知を上げる ・往診対応が可能であることを利用者に説明できていない。 ・必要時動いているが、訪問歯科が通院といくらか違うかを具体的には説明できていない。 ・口腔ケアや嚥下評価などの重要性の認識が低い 	<p>【市民】</p> <ul style="list-style-type: none"> ◎利用者や家族が目で見れる機会を増やす。 ・複数の媒体でアナウンスする（HP,チラシ、相談員、など） ・歯科往診についてのパンフレットの作成（歯科往診の絵本） <p>【CM】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・居宅療養管理指導の歯科医師の理解を深める ・かかりつけ医と連携を深め患者の医療継続についての視点を持つ。 ・CMが本人の思いや状況を把握し医療継続支援ができる。 <p>【医療機関】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・かかりつけ医が患者の医療継続についての視点を持つ。 	

医介連携として、仕組みやルールの構築が可能と思われるものに◎をつけています。(人や事業所の不足について、協議会として取組むことは難しいため)

今年度は令和2年度・令和3年度に提案いただいたご意見をもとに、第二回・第三回で「具体策」の検討を予定しています。その中でも今年度取り組みの優先度が高いと思われる部分に色をつけています。

	a. 目指す姿	b. 現状分析	課題（目指す姿と現状のギャップ）	d. 課題が生じている背景や原因	e. 解決すべき課題（課題の具体化）	f. 対策の対象の具体化	g. 具体策
			<ul style="list-style-type: none"> 往診医が少ない 24時間対応できる往診医が少ない。 	<ul style="list-style-type: none"> 往診に関心ある医師が増えない 単科の開業が多く、在宅のかかりつけ対応できる開業が少ない 			
			<ul style="list-style-type: none"> 24時間対応できる訪問看護も少ない。時期によっては利用者がいっぱい新規を受けられないことあり。 介護職の高齢化 ケアマネや介護職、看護師不足 地域により居宅介護支援事業所が少ない 	<ul style="list-style-type: none"> 訪問看護師の不足 「少子高齢化」 ネガティブイメージ 一人で行う仕事量が年々増えている。 利用者の増加に対してケアマネジャーの数が追いついていない。 			
			<ul style="list-style-type: none"> 訪問リハの需要と供給が把握できていない。 	<ul style="list-style-type: none"> 需要の定義づけ。 			
日常の療養	医療・介護関係者協働によって患者・利用者・家族の日常の療養生活を支援することで、医療・介護の両方を必要とする高齢者が住み慣れた生活ができるようにする。	◎24時間発生する医療・介護ニーズに対応できる体制が整っているか？	◎在宅支援診療所が増えないため24時間対応の体制が整えにくい	◎情報の共有化が進まない	協議会では他市と比べると、三郷市は24時間体制が充実しているという認識です。		
			・24時間体制の場所は限られている。	・往診の医師が増えない。			
			・介護職員等による喀痰吸引等の制度が施行されているが、体制が整っていない。	・研修を受けて実践している事業所が少ない。			
			・呼吸器を装着している方など痰吸引ができる介護ヘルパーの人手不足。	・研修実施機関が限定されており、研修を企画しにくい。			
			・早朝、夜間に訪問介護を希望されても体制確保が難しい。	・介護職の高齢化と人材不足。			
			・介護で24時間対応できるサービス、事業所は少ない。	・介護で24時間体制の業種や事業所自体に限られる。居宅介護支援事業所は、特定事業所が電話での対応等をする事業所もあるが、限られる。			
			・訪問介護事業所が少ない。	・事業所不足。			
	・事業所数の減少						
	・仕事量が多い。訪問介護の仕事の範囲外を依頼されることがある。実施せざるを得ない場合があると思う。						

医介連携として、仕組みやルールの構築が可能と思われるものに◎をつけています。（人や事業所の不足について、協議会として取組むことは難しいため）

今年度は令和2年度・令和3年度に提案いただいたご意見をもとに、第二回・第三回で「具体策」の検討を予定しています。中でも今年度取り組みの優先度が高いと思われる部分に色をつけています。

	a. 目指す姿	b. 現状分析	課題（目指す姿と現状のギャップ）	d. 課題が生じている背景や原因	e. 解決すべき課題（課題の具体化）	f. 対策の対象の具体化	g. 具体策		
日常の療養	医療・介護関係者協働によって患者・利用者・家族の日常の療養生活を支援することで、医療・介護の両方を必要とする高齢者が住み慣れた生活ができるようにする。	③事業所等、限られた資源の中であっても、連携の仕組みや方策によって解決できているか？	◎MCSがうまく活用されていない。 ◎MCS等の活用は事業所により偏りがある。	・タイムリーでない ◎全ての事業所でMCS導入ができていない。	<ul style="list-style-type: none"> ・MCSの使い方や活用方法に関する知識が不十分であること。 ・MCSの具多的な活用でのメリットが周知されていない。 ・事業所内でも人員が変わり、MCSという連携ツールを知らないのではないか、または改めて考えてもらう機会がないのではないか。 ・コロナ禍でタブレット導入等は変化が出て来ると思うので現状把握が再度必要。 ・情報共有すべき対象者のICT技術が不足している ・横のつながりが薄く、広められない。 ・MCS活用の環境が全事業所で整っていない。 ・MCSの使い方のイメージが介護系事業所でできにくい。 ・MCS活用は記録の2重化の側面があり手間が大きい。 ・使用についての心理的抵抗感軽減として、WEB会議のツールも多種多様なため、MCSでのWEB会議システムがあれば、設定や機器環境の負担が少なく感じるのではと思います。 ・事業所内のタブレット等への導入が難しく自席の端末では見る機会が少ない。 ・MCSのケース共有が個人事業主化する傾向にある（か？）。 	<p>【医療・介護共通】</p> <ul style="list-style-type: none"> ◎すべての事業所がMCSの活用方法を理解できる状況を作る。 ◎MCS利用開始手続きの明確化 ◎ICT技術を上げるための施策 ・事業所単体のよびかけではなく、法人等の母体への呼びかけ。 ・未加入の事業者へMCSという連携ツールの広報（チラシなど）をすることで改めて周知してもらう。 ・事業所での端末利用の促進施策 ・ICT整備の補助金活用を促進する（スマホで入力等） ・MCSケース共有は事業所責任で管理される仕組みを徹底する。 			
			◎各職種の理解不足により必ずしも連携ができていない。	◎支援者ひとりひとりがお互いを理解しようとする姿勢が足りていない。	<ul style="list-style-type: none"> ・各職種がそれぞれの職種に関する知識や情報が不十分であること。 ・相手が何の情報が必要としているかを理解していない。 ・医療介護の専門性を理解するには時間がかかる。 ・まだ顔の見える関係が築けていない。 ・担当利用者が使っているサービス事業所としか関係が築けておらず、新たな地域の職種との連携構築には時間や手間もかかる。 ・連携促進させるための定例会議などの運営が定着していない（運営されていない） ・ケアマネの資質に左右される部分があるように感じる。 ・直接関われる機会がコロナ禍の影響もあり少ないこと。 	<p>【医療・介護共通】</p> <ul style="list-style-type: none"> ◎直接会う機会がなくても関わっていきける機会を設ける。 ◎すべての事業者が各職種の専門性や出来ること、出来ないことを知る機会を作ること。 ◎コミュニケーションをとってケースバイケースを経験し知識を深めていく。 ・初めての事業所との関係構築でも、一定の水準で連携が取れる工夫や積極性が必要。 ・生活という点から考えると理解がお互い容易になると期待する。 ・現任者でも知識のアップデートが必要 ・地域ケア会議の活用をする。 ・地域ケア会議を各包括センターが積極的に運営する ・地域ネットワーク（連絡会）を各包括センターが運営する。 ・各事業所での新任者や入れ替わりの職員 <p>【CM】</p> <ul style="list-style-type: none"> ◎ケアマネが各職種の専門性活かしたり苦手とする部分をフォローできるようそれらを知る機会を作る。 			
			・専門の科は、往診を探すときに苦労することがある。仕方なく通院してもらうこともある。	・在宅医療・介護連携マップの活用ができていない。					
			・介護人材不足と技術移行（ロールシフト）	・雇い入れ状況把握。					
			・介護保険制度へつなげる場合などにおいて、受診をしていない状況があり、すぐにサービスにつながらない方がいる。	・受診していない理由としては、認知症や身体的理由、家族の支援がないことなど様々な理由がある。					
			・現状はできているが、今後対象者が増えていくと対応できない可能性がある。	・少子高齢化、職員不足。					
			・連携したい資源が少ない。見つけられない。	・資源不足。					
			・マンパワーが足りていない。						
・金銭が厳しい場合あり									

医介連携として、仕組みやルールの構築が可能と思われるものに◎をつけています。（人や事業所の不足について、協議会として取組むことは難しいため）

今年度は令和2年度・令和3年度に提案いただいたご意見をもとに、第二回・第三回で「具体策」の検討を予定しています。その中でも今年度取り組みの優先度が高いと思われる部分に色をつけています。

	a. 目指す姿	b. 現状分析	課題（目指す姿と現状のギャップ）	d. 課題が生じている背景や原因	e. 解決すべき課題（課題の具体化）	f. 対策の対象の具体化	g. 具体策
急変時の対応	医療・介護・救急が円滑に連携することによって、在宅で療養生活を送る医療・介護を必要とする高齢者の急変時にも、本人の意思を尊重した適切な対応が行われるようにする。	①急変時の連携体制が十分であるか？	・あらかじめ緊急時の対応を決めておき対応している。	◎急変時を想定した本人の意思を尊重した記録等（ACP等）がない。 ・独居で検査へ行けない可能性がある。付き添いを誰にするか、通院手段はどうするかなど	※急変時を事前に想定する機会がない？	※背景を確認するため、各事業所の取り組み状況を調べる必要あり？	
			◎急変時に対応できる関係者との連携が不十分。	◎情報収集不足。 ◎関係者間の対応の統一。	※急変時を事前に想定する機会がない？	※背景を確認するため、各事業所の取り組み状況を調べる必要あり？	
			・対応してくれる機関との契約により担保されるが、説明・契約が全員にできていない	・個別の状態像で対応が異なるため			
			・DNRについての共有が全員にはできていない。	・退院、退所後すぐの介入開始ではない場合に多い。			
			・緊急時の最後の手段として救急車を呼ぶこともある。				
			・利用者には、入院時に担当ケアマネを病院へ伝えるように説明している。				
			・発熱時に、対応に苦慮するケースがある。サービスもストップせざるを得ないケースがある。				
			・看護小規模多機能型居宅介護や小規模多機能型居宅介護などの利用を進めるケースも出ているが、費用面の負担が大きい。				
			・急変時に確実に受けてくれる市内の病院があるわけではない。夜間の対応。	・コロナの影響もあり、市内病院が満床だったり使えなかったりしている。			
			・急変時に関する説明と同意書を作成してはどうか（情報キットに含むなど）	・誰がKPであるか不明の時もある。内容更新のタイミング			

各事業所の取り組み状況について確認が必要と考えています。

医介連携として、仕組みやルールの構築が可能と思われるものに◎をつけています。（人や事業所の不足について、協議会として取組むことは難しいため）

今年度は令和2年度・令和3年度に提案いただいたご意見をもとに、第二回・第三回で「具体策」の検討を予定しています。中でも今年度取り組みの優先度が高いと思われる部分に色をつけています。

	a. 目指す姿	b. 現状分析	課題（目指す姿と現状のギャップ）	d. 課題が生じている背景や原因	e. 解決すべき課題（課題の具体化）	f. 対策の対象の具体化	g. 具体策		
急変時の対応	医療・介護・救急が円滑に連携することによって、在宅で療養生活を送る医療・介護を必要とする高齢者の急変時にも、本人の意思を尊重した適切な対応が行われるようにする。	②訪問・通所・短期入所を組合せて在宅療養を継続できる仕組みが構築されているか？	・地域包括ケア病棟の本来の機能の発揮。	◎認知度	<ul style="list-style-type: none"> ・地域包括ケア病棟の存在や役割が浸透していない。 ・浸透させたい対象の絞り込み ・本人や家族へ説明する機会の確保。 ・入院までの流れ、手続き ・（個人的にですが）断られたことがある為、どういう人が受け入れられるのかいまだにわからない。 ・地域ケア病棟とショートステイ（特養・老健）の適用の違いや理解について専門職が不十分である(制度の枠組みも大きく異なる)。 ・地域包括ケア病棟の運用は病院ごとに異なっている。 ・在宅ときどき入院の生活もあるのではないか。 ・身寄りがなく引受人がいない ※地域包括ケア病棟の本来の機能の定義とは？	【医療・介護共通】 ◎地域包括ケア病棟の機能や役割についてを知る機会を作ること。 <ul style="list-style-type: none"> ・理解してもらうため、周知啓発。 ・利用の流れの周知、Q&A ・地域包括ケア病棟の認知度を上げる。 ・事例を用いた適用の整理をする（事例集作成等） ・地域包括ケア病棟に関するイメージを視覚的に得られるようにすること。 ・使用例の周知？ 			
			◎ケアマネジャーの知識、説明能力、考え方の違いで在宅生活の方向性に違いがある。	◎介護保険が始まり20年になるが、まだまだ利用者、家族共に知らないことが多い。	<ul style="list-style-type: none"> ・市民の在宅療養に関する生活のイメージが弱いこと ・（市民が）どのタイミングで介護保険が必要なのか分かりづらい。 ・CMの各専門職に関する知識や情報が不十分であること。 ・即、施設という傾向にある（関係者）。 ・ケアマネだけでなく、対象者に関わる職種の考え方 ・関係者同士の相互理解の状況の可視化 ・地域で活動して各職種との連携が取れるCMが辞めていき不足。 ・金銭的な理由で利用に迷う。 ・一人ケアマネや事業所内での共有が出来ていないところのケアマネは自己流になってしまう可能性。 ・CMだけの問題ではなくケア関係者全体の知識・説明能力・在宅の限界点を引き上げる姿勢を備える必要がある。 	【市民】 ◎市民が在宅療養の生活イメージを持てる状況を作ること。 <ul style="list-style-type: none"> ・ポスターの設置（包括のアピール） 			
			・訪問看護でご家族様の介護困難となった利用者さんは、ショートステイ又は包括（レスパイト入院）など早急に対応ができていていると思う。				【CM】 ◎CMが各職種の専門性やサービスの特徴を知る機会を作ること。 <ul style="list-style-type: none"> ・必要な場合、不要な場合などのフローチャートの作成 ・新人CMでも働いていける環境整備や連携の仕組み ・CM同士の情報共有による各レベルアップの機会を作る ・事例検討、ケアマネ相談の場 ・長く三郷市で働ける環境の整備 		
			・突然ADLが低下し、サービス等を増やそうとしても限度額や金額を考えると確実に認定が下りてからでないとサービスを提供できないことがある。	・区変をかけても認定が遅く、タイムリーな対応ができないことがある。					
			・概ね、3つのサービスを組合せて構築できている。						
			・医療ニーズが高く、重度認知症も重なる利用者は、通所・短期入所の受け入れが大変なことがある。	・医療ニーズが高い利用者が気軽に使える専門性の高い、通所・短期入所施設が少ない。 ・訪問介護は、ヘルパー数が少なく十分なケアを提供できないことがある。通所は選択の幅が広く、特に足りないと感じることは少ないが、半日が入浴とリハビリができるデイが増えるとさらに良い。短期入所は、金銭面で利用につながらないケースが多い。また、リハビリが受けられ					
			・サービスの増加と充足、24時間対応、医療との連携	・高齢者が増え、サービスを使う回数は増えてきている					
			・事業所が少ない。	・人員、事業所不足。 ・利用者の増加に対して数が追い付いてない。					
・居宅のケアマネの考えによる	・小規模多機能の場合が良いと思うことあり。								

医介連携として、仕組みやルールの構築が可能と思われるものに◎をつけています。（人や事業所の不足について、協議会として取組むことは難しいため）

今年度は令和2年度・令和3年度に提案いただいたご意見をもとに、第二回・第三回で「具体策」の検討を予定しています。中でも今年度取り組みの優先度が高いと思われる部分に色をつけています。

a. 目指す姿	b. 現状分析	課題（目指す姿と現状のギャップ）	d. 課題が生じている背景や原因	e. 解決すべき課題（課題の具体化）	f. 対策の対象の具体化	g. 具体策
<p>入退院の際に、医療機関、介護事業</p>		<p>◎病院相談員、退院支援NSが介入できないと連携困難。 ◎ケースにより会議開催されないこともある。</p>	<p>・マンパワー不足。 ・入院前の患者のADL、自宅の介護力と退院時の患者、家族の状況変化がある場合、新たな問題が生じ、在宅生活が成立しない場合もある。 ・薬局に連絡がくるのは退院後。会議といっても物理的に集まるのが難しい（蜜、時間帯、距離など）</p>	<p>・もっと在宅生活についてや地域資源について関心をもってもらう。 ・共有できる書類や情報が少ないこと。 ・入院前の患者の生活、家族背景、介護力などの情報提供が不十分であること（情報が病院に入っていないことがある）。 ・在宅生活が営める状態が否か、どうしたら家へ帰れるか大切な点を早めに理解し解決策を見つめる。 ・ADL変化や一部疾患で退院カンファがされないケースは急に退院されると非常に支援が困難になる ・院内分業（機能分担・縦割り）により、包括的患者アセスメントが不十分である。そのため、伝書鳩方式で調整が行われる。 ・病院の退院支援関係者の退院後の生活イメージが弱いこと。また、地域資源に関する知識が不十分であること。 ・物理的距離、時間管理の改善 ・退院直前に在宅側に連絡が入る傾向にある。 ・生活を中心に考え方をシフトしてもらう</p>	<p>【医療・介護共通】 ◎在宅生活や地域資源についてわかりやすい仕組みづくり ・新たな書類ではなく、現状のもので共有できるものや情報を得られるツールがあること。 ・退院時だけでなく、入院時にも情報を共有する。</p> <p>【医療機関】 ・病院の退院支援関係者が退院後の生活イメージを持てる状況をつくること。 ・病棟と家での生活は、見守る人員含め前提の環境が違うという認識をもつこと ・支援困難ケース、重度ケースの在宅サービス調整会議のルーティン化をする。 ・オンラインミーティングシステム導入、記録をとって（動画または音声など）そのデータの関係者閲覧 ・外来及び病棟NS・セラピストなど、在来系サービスのインターンシップ（市内留学）制度を構築する。圏域ごとのグループ化をする。</p>	
		<p>◎在宅サービスについて知らない方が多いと思う。</p>	<p>◎在宅サービスの案内不足。介護の絵本は良かったと思う。今後介護の絵本をどうやって知ってもらえるか。</p>	<p>・関心が薄い ・介護の絵本を幅広く知らせること。 ・終活として一連の流れでイメージできない。 ・市民の在宅療養に関する生活イメージが弱いこと。 ・在宅生活での問題点がある（例）2階中心の生活等、入院時より病院へ伝えておきりハビリティしてもらう。 ・必要になる都度、各自で情報収集を行っている</p>	<p>【市民】 ◎公共施設などに介護コーナーの設置 ◎市民が在宅療養の生活イメージを持てる状況をつくる。 ◎これから使うかもしれない人達が容易に知ることができる環境を確保すること。 ・必要になった人ごとに適した媒体の用意 ・終活として、療養イメージづくり、ACP（DNAR）後見制度活用などの講座パッケージ化し、各地域で講座をおこなう（終活バスづくり）。</p>	
	<p>・入院先の確保（地域包括ケア病棟への在宅からの受け入れが少ない）</p>	<p>◎地域包括ケア病棟の役割について浸透していない。</p>	<p>・地域包括ケア病棟に関する知識や情報が不十分であること。 ・市内でも病院の性格が少し違う所があり、具体的に知ってもらう。 ・ケアマネへの情報提供が不十分 ・連携について双方認知不足がある ・内科的外科的治療を要す認知症の人や精神症状のある人は入院治療の受け皿に限られる（ほぼないに等しい）。⇒一定、地域包括ケア病床が機能するのでは！</p>	<p>【医療・介護共通】 ◎地域包括ケア病棟の機能や役割を知る機会をつくる。 ◎知ることの出来る機会づくり ◎お互いに認知できる機会をつくる ・地域ケア病床の活用</p> <p>【医療機関】 ・病症連携、病診連携（在宅診療含む）。 ・総合病院と精神科対診の仕組みづくりをする。</p>		
		<p>◎病院の相談員は入院中の方には対応できているが、外来患者さんまでは把握が困難。外来の看護師がもっと介護保険や在宅医療の共通理解が必要</p>	<p>◎病院NSは病院からキャリアスタートする人も多く、在宅での生活イメージをそもそも持ちにくい。</p>	<p>・知る機会が少ない。 ・病院NSやDr.の在宅療養に関する生活イメージが弱いこと。また、制度やサービスに関する知識が不十分であること。 ・在宅生活相談窓口のようなものを設置しているところもあるようです ・外来看護機能が限定的である。</p>	<p>【医療機関】 ・病院NSやDr.の在宅療養の生活イメージを持てる状況をつくること。 ・支援困難ケース、重度ケースの在宅サービス調整会議のルーティン化をする。 ・外来及び病棟NS・セラピストなど、在来系サービスのインターンシップ（市内留学）制度を構築する。圏域ごとのグループ化をする。</p>	

医介連携として、仕組みやルールの構築が可能と思われるものに◎をつけています。（人や事業所の不足について、協議会として取組むことは難しいため）

今年度は令和2年度・令和3年度に提案いただいたご意見をもとに、第二回・第三回で「具体策」の検討を予定しています。中でも今年度取り組みの優先度が高いと思われる部分に色をつけています。

	a. 目指す姿	b. 現状分析	課題（目指す姿と現状のギャップ）	d. 課題が生じている背景や原因	e. 解決すべき課題（課題の具体化）	f. 対策の対象の具体化	g. 具体策		
入 退 院 支 援	所等が協働・情報共有を行うことで、一体的なスムーズな医療・介護サービスが提供され、医療・介護を必要とする高齢者が、家族の意見も踏まえ希望する場所で望む日常生活が過ごせるようにする。	①入退院の一連の流れの中で、医療と介護の有機的な連携を行うことができているか？	◎退院後のサービス調整等を行うための連携と時間の確保。	◎医療機関とケアマネ、包括の連携強化。	<ul style="list-style-type: none"> ・連携についての温度差（各関係者が同じように困難に感じているわけではない）。 ・在宅サービス調整会議、地域ネットワーク会議がルーティン化していない。 ・リモート環境のハード面での課題 ・ケアマネの連携の能力には個人差がある ・人材確保（時間を確保する為には） ・医療の必要性を認識しお互い敬意を持つ必要があるのでは。 ・マンパワーは変わらず、介入ケースは増える中でどのように時間を確保するか。 ・コロナ禍による施設への出入り制限 	<p>【医療・介護共通】</p> <ul style="list-style-type: none"> ◎定期的な集まりや情報共有ができる場の設置 ・連携があり働きやすい市内であることのアピール作り ・MCSやオンラインミーティングの活用促進 ・各関係者が共通の認識を持てる状況を作ること。 			
			◎医療・介護それぞれの理解不足。	◎医療職の介護に対する理解不足だけでなく、介護職の医療に対する理解不足（疾病だけでなく医療制度等、国から求められる医療の在り方について等）がある。	<ul style="list-style-type: none"> ・あえて「こんなにも違う医療と介護」を際立たせる ・法人や施設の方針に左右されない連携における基本スタンスのような内容を明示できれば。 ・医療と介護の制度の違い、理解が異なることがある。 ・お互いに欲しい情報・必要な情報のギャップがある。 ・コミュニケーション不足 ・介護系事業所（ヘルパーやデイ）が医療側へ直接アクションを起こすことがなく、常にCMを媒介する構造（情報共有・報告・連絡など）。 ・医療機関は医療制度のことのみ、介護系事業所は介護保険制度のみを学ぶ機会しかない。 ・病院職員は介護（在宅療養）に対して介護職は医療（制度）に対してそれぞれ理解が不足している。 ・医療側は介護側に医療知識や対応スキルを求め従属関係にある。 ・介護側が知識不足により苦手意識を持つことがある。 <p>（例えば介護側のいくらかは病棟など医療側の一日の動きは知らないため、忙しい時間に電話や訪問をし嫌な対応をされそれ以降医療側に苦手意識を持っている、など。）</p>	<p>【医療・介護共通】</p> <ul style="list-style-type: none"> ◎MCS活用促進をする。 ◎医療と介護それぞれが制度について理解できる状況を作ること。 ◎関わることの出来る機会を増やすこと。 ◎相手が必要とする情報や制度面での理解等ができることが必要 			
			・市内においては退院調整会議にて連携できている。MSW、退院調整Nsが介入できた方は問題なし（連携取れている）						
			・入院時には必ず情報提供を行っている。						
			・退院時はできる限り病院へ依頼して、退院前カンファレンスの開始をお願いして、情報収集や病状の確認、在宅生活での療養についての注意点等を確認している。	・新型コロナウイルスで、退院前カンファレンスの開催が困難な時がある。	・他県、他市の病院により、いきなり退院となることがある。				
			・認定が出ていない状況での退院調整については、本人負担の問題があり、どの程度までサービスを入れるかなどの課題がある。						
			・市外での連携は頻度も少なく、コミュニケーションをあまりとれていない。	・市外での連携頻度が少ない。接点が少ない。					
			・入退院ルールは全国での統一を目指しているが、これからも難しい。	・ルールの統一は関係者や病院の賛同が必要だが、新しいルールで行うには負担が伴う。現状で特に問題が起きていない。					

医介連携として、仕組みやルールの構築が可能と思われるものに◎をつけています。（人や事業所の不足について、協議会として取組むことは難しいため）

今年度は令和2年度・令和3年度に提案いただいたご意見をもとに、第二回・第三回で「具体策」の検討を予定しています。中でも今年度取り組みの優先度が高いと思われる部分に色をつけています。

	a. 目指す姿	b. 現状分析	課題（目指す姿と現状のギャップ）	d. 課題が生じている背景や原因	e. 解決すべき課題（課題の具体化）	f. 対策の対象の具体化	g. 具体策
地域住民が、在宅での看取り等について十分に認識・理解した上で、医療・介護を必要とする高齢者が、人生の最終段階における望む場所での看取りを行えるように、医	①市民が在宅での看取り等について十分に認識・理解されているか？	◎十分ではない（ACP家族に伝えていない市民5割）	◎啓発不十分	◎市民向け講座の回数が少ない。	<ul style="list-style-type: none"> ・特別な事ではなく、当たり前の事に思える環境づくり ・ACPをひろげる：「もしもの話」などでの啓発（リーフレットなど）目や耳にする機会を設ける ・市民も関係者も「縁起でもない話」とするイメージが強く、話題にしにくい傾向がある。 ・関心が薄い ・認識不足 ・できれば避けて通りたい問題となっている。 ・あまり人から押し付けられたくない問題。 ・それを共有する仕組みがない。 ・ヘルパーやデイのケア職などが本心を日常のケアの中に聴取している場合が多々ある。 ・普段から話をしていないことで起こる困りごとの不理解（例：利用者が救急搬送された際、家族が延命をDr.に問われその場で決めるよう言われ、判断できなくてパニックになりそうだった、など） ・初回インテークで確認する意識が希薄か？ ・宗教観が大きく作用している。 	<ul style="list-style-type: none"> ・【市民】 ◎市民がACPや在宅での看取りについて関心が持てるようになる。 ◎普段から考えていないことで起こりえる事例の周知 ◎自分の意思をあらかじめ表明することの重要性を認識できる。 ◎ふれる機会を増やす。 	
			◎興味のある方は知ろうとする人もいるが、自分には関係ないと感じる人も多いと思う。	◎地域によっては小学生位の子どもの頃から死や生きる事に関する学びの機会を設けているが、そういう機会のない人は知る機会がない。	<ul style="list-style-type: none"> ・定期的な情報の提供 ・ACPの啓発 ・ACPをふかめる：医介関係者の共通認識の促進（普段の関わり）市民の終活での促進 ・市民も関係者も「縁起でもない話」とするイメージが強く、話題にしにくい傾向がある。 ・人の死が身近にない人生の人は、自分の死も想像できていない。 ・知識不足 ・認識不足 	<ul style="list-style-type: none"> ・【市民】 ◎市民がACPや在宅での看取りについて関心が持てるようになる。 ・命に関する学びの機会を増やす。 ・もしバナゲームを活用する。 	
			◎利用者が理解や選択をできるように提供する情報と確認に不十分なところがある。	◎マニュアル作成不足。	<ul style="list-style-type: none"> ・ACPの啓発 ・広く浅くACPの活動をしていくことくらいしか行政側としては動くことしか思いつかない。 ・どのようなタイミングでどのように情報提供するべきか等の判断材料がないこと。 ・外来からのACP発動がない。 ・行政手続き時：結婚・妊娠・出産、転居、就退職、健診、介護等 ・生活上：銀行やコンビニ、図書館等 ・その他：防災無線、メール配信サービス ・医療からの利用者の病気の予後の説明が不十分 ・介護側の病気への知識や予後の予測が不十分 	<ul style="list-style-type: none"> ・【市民】 ◎市民がACPや在宅での看取りについて関心が持てる。 ◎本人家族に周知してもらうことで意思決定の選択肢を増やすことができる。 	
			◎日本人の死生観が前向きでない				<ul style="list-style-type: none"> ・【医療・介護共通】 ◎医療と介護関係者が本人や家族等に話しをするタイミング等を知ることが出来る。 ・生育史などから把握する方法の研究をする。 ・面接技法の獲得をする。 ・ほぼ強制的に書かせる仕組みの導入
					<ul style="list-style-type: none"> ・【医療・介護共通】 ◎ACPの周知、勉強会、知識・認識を改める機会 ◎医療と介護関係者が本人や家族等に話しをするタイミング等を知ることが出来る。 ・ポイントを絞る：「話す」「残す」「伝える」「見直す」 ・果たして、いつ自分の死を考えられるようになるのか個人差があり、押し付けられるものではないと思う。 		
					<ul style="list-style-type: none"> ・【市民】 ◎市民がACPや在宅での看取りについて関心が持てる。 ◎本人家族に周知してもらうことで意思決定の選択肢を増やすことができる。 		
					<ul style="list-style-type: none"> ・【医療・介護共通】 ◎ACPの周知、勉強会 ◎最先端の市区町村の取り組みを知る ◎医療と介護関係者が本人や家族等に話しをするタイミング等を知ることが出来る。 ・医療と介護関係者として、看取りへの準備や現状について、段階的に理解ができ情報共有ができる。 		
					<ul style="list-style-type: none"> ・【医療機関】 ・外来からのACPの発動の検討をする。 ・パスづくりや記録表づくり。 		

医介連携として、仕組みやルールの構築が可能と思われるものに◎をつけています。(人や事業所の不足について、協議会として取組むことは難しいため)

今年度は令和2年度・令和3年度に提案いただいたご意見をもとに、第二回・第三回で「具体策」の検討を予定しています。中でも今年度取り組みの優先度が高いと思われる部分に色をつけています。

a. 目指す姿	b. 現状分析	課題（目指す姿と現状のギャップ）	d. 課題が生じている背景や原因	e. 解決すべき課題（課題の具体化）	f. 対策の対象の具体化	g. 具体策	
療・介護関係者が、対象者本人と人生の最終段階における意思を共有し、それを実現できるように支援する。	②ACPに関する医療・介護・福祉従事者の認識・理解は十分にされているか？	◎啓発不十分	◎啓発不十分 ◎従事者自身が若年であることや実務経験（特に死に対する経験）が少ないこと。 ◎ACPの啓発には時間がかかる。 ◎関係者が家族へ発信できる啓発力を身に着けるための講座などの機会がない。	・興味があっても容易に知れる機会が少ない。 ・ACPの周知 ・個人の人生観が大きいため広く浅く話せる材料は持っていない。 ・ACPは医療従事者（医療機関）主導で行われる傾向にあり、概念理解などベースが均一でない。 ・市民も関係者も「縁起でもない話」とするイメージが強く、話題にしにくい傾向がある。 ・知識認識の伝達不足	【市民】 ◎ACPに関する知識の向上 ◎身近に感じられる機会を増やす。 ・従事者から本人家族への情報発信 【介護】 ◎介護系事業所のACP学習や事例検討会をする。 【医療・介護共通】 ◎勉強会の開催 ◎市民と同様に医療、介護、福祉従事者がACPや在宅での看取りについて高い関心を持てるようにする。 ◎従事者への情報発信 ・なぜ、「縁起でもない話」と決めつけるのが、情報収集や専門家の意見等が必要 ・コロナ禍における医療同意、意思決定支援プロセスの事例集めをする。 ・医療と介護関係者が本人や家族等に話しをするタイミング等を知ることが出来る。		
		◎十分でない。	◎患者、家族や多職種での話し合いの場があまり設けられていない。	・わからないと思うが、定期的な訪問でタイミングが合えば知ってもらえる機会となる。 ・意識的に考えられる環境が少ないこと。 ・まだ担当者会議等でそういう話をする土壌がないのでは ・どのようなタイミングでどのように情報提供するべきか等の判断材料がないこと。 ・経験不足	【市民】 ・そのような話のハードルを下げたり、するものだという認識にすること ・定期的に視覚的な意識が出来る。 【医療・介護共通】 ◎市民と同様に医療、介護、福祉従事者がACPや在宅での看取りについて高い関心を持てるようにする。 ◎最先端の市区町村の取り組み、先行事例のリサーチ。 ・利用者・家族・往診医・ケアマネ・関係するサービス事業者での、支援の方向性や予後の経過や予測等を確認できる。 ・医療と介護関係者が本人や家族等に話しをするタイミング等を知ることが出来る。		
		・認識、理解している人とそうでない人の差がある。					
		・研修などもあり、伝達講習などで医療関係者は理解できていると思う。					
		・介護職員や現場で働く方は、ACPという言葉すら知らないのではと感じる。現場職員の研修や自己研鑽に対する意識が低い。					
・ACPの視点での振り返りを行えていない。							

医介連携として、仕組みやルールの構築が可能と思われるものに◎をつけています。（人や事業所の不足について、協議会として取組むことは難しいため）

今年度は令和2年度・令和3年度に提案いただいたご意見をもとに、第二回・第三回で「具体策」の検討を予定しています。その中でも今年度取り組みの優先度が高いと思われる部分に色をつけています。

	a. 目指す姿	b. 現状分析	c. 課題（目指す姿と現状のギャップ）	d. 課題が生じている背景や原因	e. 解決すべき課題（課題の具体化）	f. 対策の対象の具体化	g. 具体策	
看 取 り	地域の住民が、在宅での看取り等について十分に認識・理解した上で、医療・介護を必要とする高齢者が、人生の最終段階における望む場所での看取りを行えるように、医療・介護関係者が、対象者本人と人生の最終段階における意思を共有し、それを実現できるように支援する。	③実際に人生の最終段階における意思が十分に共有されているか？	◎多くの市民が人生の最終段階について考えていない。	・介護保険認定申請し、介護生活が始まってどれくらいで亡くなるかを認識していない。	・それを共有する仕組みがない。 ・意識的に考えられる場が決まってない。 ・市民も関係者も「縁起でもない話」とするイメージが強く、話題にしにくい傾向がある。 ・ACPは医療従事者（医療機関）主導で行われる傾向にあり、概念理解などベースが均一でない。 ・介護生活については疾患などによって多様なため、画一的なビジョンの提示が難しい。 ・現材の教育（戦後）を受けてきた状況では自分の人生と向き合う機会は少ない。 ※人生の最終段階について考えていないことが、どういう問題となるのか理解していない。 ・初回インテークで確認する意識が希薄か？ ・ヘルパーやデイのケア職などが本心を日常のケアの中に聴取している場合が多々ある。 ・知識不足、認識不足	【市民】 ◎市民がACPや在宅での看取りについて関心を持てるようにする。 ・誰もが考えられる時が定期的にある。		
			◎どのタイミングで誰が意思確認を行うか。		・死に対して深く考えている人は少ない。 ・外来からのACP発動がない。 ・ケアマネはモニタリングをしているが、介護保険は基本的に自立に向かうもので本人が前向きなうちはマイナス方面（と利用者が感じるような種類）の話をするのは慎重になることがある。 ・どのようなタイミングでどのように情報提供すべきか等の判断材料がないこと。 ・経験不足	【市民】 ◎市民が目にする事の出来る媒体を作る。		
			◎情報共有の内容について十分ではない。	◎利用者の意思における情報提供が少なくマニュアル化もしていない。	・入院時に医師からの説明が自分のこととしてとらえられる可能性が高い。 ・外来からのACP発動がない。 ・どのようなタイミングでどのように情報提供すべきか等の判断材料がないこと。 ・MCSの使い方 ・経験不足	【医療・介護共通】 ◎最先端の市区町村の取り組みを知る ◎医療と介護関係者が本人や家族等に話しをするタイミング等を知ることが出来る。 ・平時からの意思確認を特別におこなうのではなく、ケア提供の中で雑談のように気持ちを聴く取り組みを始める。 ・利用者が不安をもつタイミングを逃さない観察や関係性作りができる		
			・ACP、終末期の本人の意向を聞き取る。	◎ACPの啓発。	・聞きにくい、話しにくい内容であるイメージをなくす ・市民が考えるきっかけが何なのかを知る。 ※本人の意向を聞き取る権利は支援者では難しい。出来ることは周知まで。 ・外来からのACP発動がない。 ・どのようなタイミングでどのように情報提供すべきか等の判断材料がないこと。 ・知識不足 ・認識不足 ・経験不足	【市民】 ・イメージが良い方向になる仕組みづくり		
			・実態未把握				【医療・介護共通】 ◎最先端の市区町村の取り組みを知る ◎医療と介護関係者が本人や家族等に話しをするタイミング等を知ることが出来る。	
			・訪問看護利用者さんには（当ステーションでは）ACPについて確認をしている。まだ考えたくないという方も2割いらっしゃった。高齢者の方は死をタブー視される方が多い。	・ACPの結果をケアマネ、医師へ報告している方、いない利用者さんもいて、またその意思をみんなで共有できていない。				
			・ターミナルで突然自宅に戻って来られると本人の意思や家族の思いを十分に理解して対応できていない。	・病院側と在宅側での話し合いが不十分な時がある。				

〈資料3-1〉を要約したもの

【資料3-2】

令和3年度医介連携協議会では、令和2年度から作成している『現状分析と課題抽出』の
e. 解決すべき課題（課題の具体化）・f. 対策の対象の具体化 について意見をいただきました。
回答のあった意見について、協議会として今年度取り組みの具体策の検討優先度が高いと思われるものを
抜粋しました。

〈日常の療養について〉

- 定期受診が出来なくなっている人がいる。
(身体的理由など、利用者への啓発不十分など、CMや施設の知識不足など)
- 【市民】定期受診の必要性を理解してもらおう。利用者や家族が往診に切りかえられる情報など目で見れる機会を増やす。どのようなサービスが提供できるのかを提供する側の周知を徹底する。
- 限られた資源の中で、連携の仕組みや方策によって解決できているか？
(MCSがうまく活用されず各職種の連携がうまくいっていない)
- 【医療・介護共通】MCSの活用方法や利用開始手続きの明確化。
直接会う機会がなくても関わっていける機会を作る。
- 【CM】CMが各職種の専門性を生かしたり苦手な部分をフォローできるようそれらを知る機会を作る。

〈急変時の対応について〉

- 訪問・通所・短期入所を組み合わせ、在宅療養を継続できる仕組みが構築されているか？
(地域包括ケア病棟の機能の発揮、CMの知識や考え方で方向性に違いがある)
- 【医療・介護共通】地域包括ケア病棟の機能や役割を知る機会を作る。
- 【市民】市民が在宅療養の生活イメージを持てる状況を作る。
- 【CM】CMが各職種の専門性やサービスの特徴を知る機会を作る。

〈入退院支援について〉

- 入退院の流れの中で医療と介護の有機的な連携を行うことができているか？
(在宅サービスの認知不足、入院中は相談員が対応できるが外来患者までは把握できない、
退院後のサービス調整をおこなう連携と時間の確保、医療・介護それぞれの理解不足)
- 【医療・介護共通】地域包括ケア病棟の機能を知る機会を作る。お互いを知ることのできる機会づくり。
在宅生活や地域資源についてわかりやすい仕組みづくり。
- 【市民】公共施設に介護コーナーの設置、市民が在宅療養のイメージを持てる状況づくり。

〈看取りについて〉

- 市民・事業者が在宅の看取りについて認識・理解されているか？意思が共有されているか？
(啓発不十分、自分には関係ないと感じる人多く深く考えていない)
- 【医療・介護共通】最先端の市区町村の取り組みを知る。勉強会の開催。
医療と介護関係者が本人や家族等に話しをするタイミングを知ることが出来る。
- 【市民】市民がACPや在宅での看取りについて関心が持てるようにする。
市民が目にすることの出来る媒体を作る。身近に感じられる機会を増やす。
- 【介護】介護系事業所のACP学習や事例検討会をおこなう。

令和4年度 協議の方針についての事前意見まとめ			
<日常の療養について>	<急変時の対応について>	<入退院支援について>	<看取りについて>
受診中断者のつなぎ直しの際、必ずしも従前のクリニックにかかるとは限らないため（移手段の問題、専門診療の必要、主治医との相性他）、スムーズなパスができるよう、診療情報提供いただけるとありがたいです。	消防も含めた搬送時からの連携も視野に入ると対応の幅の広がりや連携の深化が見込めると思います。	外来患者にかかる連携は重要な課題です。	ACP学習、事例検討会は介護事業所のみではなく医療機関と一緒にすることが非常に重要です。概念理解、プロセスから共有することで、ひとりのケースへの対応が一本化されます。
現状で定期受診ができない、不安がある事例の抽出や共有、原因の概要を把握、地域包括支援センターの認知度向上にむけた対策等の確認。	各職種の専門性や特徴については、「ジョハリの窓」のようなワークシートを各職種に記入してもらい、それを検討するのでもいいのかなと思いました。	介護や在宅療養について、みさと広報大使に一役を担ってもらっても	もしもの話しをしたとしても、病気や障害についてイメージがないと具体的な話しになっていかないので、脳卒中、心筋梗塞、がんなどの疾患について関心をもってもらえると、その先につながりやすいかと思いました。
定期受診ができなくなってしまう（必要性を感じずに受診に来なくなってしまう）方で、支援者が介入している方は発見できるのですが、誰も介入していない方へどうアプローチしていくのが特に課題だと感じています。	国が提示している地域包括ケア病棟の機能や役割を啓発していくことは良いことだと思いました。ただ、細かな受け入れ基準や入院対象者などは病院によって異なる部分もあるのかなとも思います。	入院がスムーズ、退院後スムーズに生活ができるようなツールを簡単に利用できるよう、今あるルールを整備していきましょう。	医療介護者向けの研修会や勉強会の開催は関心も高いため、ぜひ実施したい内容だと思っています。
市民へ定期受診の必要性を理解してもらおう仕組みづくりは大切だと思います。と同時に、市内のケアマネを増やすことも重要と考えます。最近では三郷市外のケアマネが増えているため、市内の情報を多職種も今までより多く持たないと広められないと思います。	地域包括ケア病棟を深く知っていくことが大切だと思います。在宅生活継続のためには、訪問看護や訪問介護の人員を増やしていくことをしないと支えていけないとも思います。	医療介護それぞれがお互いに知ることのできる機会づくりとして、研修等の中でグループセッションの機会があると良いと思いました。コロナ禍でもあり、なかなか集まることできませんが、Zoomなどの機能ではグループに分かれることも可能なので、プレーンストーミング的に行けると良いなと思います。	自分の人生、どうしたいか考える機会はあまりなく、具体的にこうしたいと記録する機会はもっとないように思います。日本の宗教観も個別にあり、日本政府があまり立ち入ってもらいたいとも考えません。ただただアナウンスだけは続けてよいのではと考えます。
研修などを通して各職種が関われる機会をつくることは良いと思います。	研修などを通して各職種が関われる機会をつくることは良いと思います。	研修などを通して各職種が関われる機会をつくることは良いと思います。	研修などを通して各職種が関われる機会をつくることは良いと思います。
日本にはかかりつけ医がまだまだ定着していないと考えます。何か持病を持っている方は続けて治療を受けているので、とにかく医療の窓口がありますが、自分を健康と信じている方は医療の窓口が小さくなっているように思います。近所でもなくてもまずまず信頼できる医療の窓口を作っておくことを周知しておくことが大切と考えます。	生命の危機には119番で対応してもらいましょう。生命の危機が無い場合、今までの生活をサポートするだけでは生活できない時、次の一手で生活が継続できる次の一手を学んでおきましょう。	どちらにも関わられると思いますが、市民というくくりが個人的には大人をイメージしてしまっていますが、ヤングケアラーが増えていることから、子どもが介護を抱えこまなくてもいい様な、知れる機会を作るのはどうでしょうか。例えば昨年作った介護の絵本や、今年度の人生会議の絵本を用いた講演とか。	
歯科が訪問を行っていることが認識されておらず同様な課題と感ずることが多々あります。CMだけでなくもう少し周知された方がいいなと思っております。	CMが医療と介護の板挟みにならないよう、あえてCMについて啓蒙する。	退院時カンファレンス、参加できない場合の議事録をネット（MCS等）で閲覧できるとありがたい。	広報啓発部会の冊子が役立つと良いなと思いました。
主治医変更に関して、不安にならないような周知内容と情報媒体の検討。	開示情報の定期的アップデート。各職種の知識の定期的アップデート。リマインダー付き。		介護事業所向けの勉強会は実施してほしい。
MCSの認知度はまだ発展の余地があるかと思えます。	地域包括ケア病棟の活用についての勉強会は良いと思う。		市民への啓発をもっと進めるべきだと思う。
病院MSWから、定期受診ができなくなった方のケースや受診に繋がったケースの実例が聞きたい。	情報の必要な市民への認知度をあげる。		まだ啓発の段階だと感じます。
ピンポイント（利用者・家族・関わる人たち）での情報発信が重要。			
対象者へ接触した医療者・介護者が、今ある資料もしくは資料作成などで情報提供して対応する。			

市民へ向けた定期受診やかかりつけ医の重要性の啓発

地域包括ケア病棟に関する機能や役割を知る勉強会

退院調整ルールの周知啓発、MCSの使用法の勉強会、各職種がお互いを知ることのできる機会づくり

市民啓発物として看取りについてを題材にした介護の絵本 各職種が看取りについて学べる研修会の開催

【会長ご意見】

多職種で定期受診やかかりつけ医の重要性を呼び掛けしていれば啓発につながっていく

【会長ご意見】

研修部会でも広報啓発部会でも取り上げられるテーマ。各方面の認知度アップにつなげていきたい

【会長ご意見】

病院部会側から病院長を巻き込んで、病院側の協力体制をより高めたり、ヤングケアラーに紐づけて、入退院支援に派生させていくのもひとつの案

【会長ご意見】

在宅や市民向けの研修はすでに行っているため、施設での看取りについて、施設の現状を知り、事例を学ぶのもひとつの案