令和元年度　福島市在宅医療・介護連携支援センター　事業計画表

	月	４月	５月	６月	７月	８月	９月	１０月	１１月	１２月	１月	２月	３月
（ア）医療・介護資源の把握	ホームページ更新	随時各事業所の変更対応 →											
	情報収集（医療・介護）	包括支援センター22 ヶ所訪問 →				病院 20 ヶ所訪問 →							
	専門職・市民へ周知	研修会時に随時説明 →											
（イ）課題抽出と対応検討	運営協議会意見交換	会議にて活動報告 6/27 運協会議 →							11/28 運協会議				
	事業活動について随時	包括 6 方部　、ケア会議参加 →					9/19 信夫地域ケア会議						
	福島市主催会議に参加	4/19 地域包括事業説明会　7/24 地域包括推進会議　定例会 4/22, 5/28, 6/24, 7/29, 8/26, 9/30, 10/28											
	関係団体会議出席	5/23 医療と介護				9/5 医療と介護						医療と介護	
（ウ）切れ目ない在宅医療	退院調整ルール評価		モニタリングアンケート調査			集　計 →			11/7 評価合同研修				
	各団体研修連携	5/15, 6/26 在宅緩和ケア社会資源情報の作成準備　9/17, 18 認知症診療連携マップ研修会 9/24 中央圏域主任ケアマネ会議話題提											
	ＭＳＷとの地域医療会議		4/24, 6/4　ＭＳＷと地域支援について現状と課題を聴取								ＭＳＷ地域連携研修		
（エ）情報共有の支援	ICT 活用	ＩＣＴ実施案内 →											
	使用案内研修会							10/30 ICT 実践事例研修					
	多職種連携研修				7/31、9/6 清水東つながりの会			10/5 医療と介護多職種合同研修会					
（オ）相談受付	相談受付・記入	5 件	9 件	8 件	6 件	4 件	8 件	8 件					
	相談一覧表・集計												
	関係機関への相談・提案												
（カ）研修企画	認知症関連研修				8/1 認知症ユマニチュード 12/9 認知症スクリーニング　1/23　認知症と漢方　2 月中旬認知症ステップアップ								
	医療情報提供研修	5/31 感染症研修　6/20 病院社会資源研修　6/25 骨粗しょう症研修											
	多団体の研修案内・協力				8/29, 10/27, 11/17 私の人生ノート研修（国保年金課）　10/10 軽費老人ホーム研修会講義								
（キ）市民周知	市民向け講演会	→	→		企画							3/12 市民講演会	
	包括区域での研修会	包括、民生員と協働	→	→		8/13 縁側カフェ			11/2 中央西市民学習				
	市民向けミニ講座	（上半期）4/18 瀬上住民、4/18 飯坂民生委員　6/27 学習センター館長会議　7/24 森合自治会　8/21 グレートアカデミー　9/10 サークル悠遊											
		（下半期）　10/30 ほっとひといき介護のつどい 12/3 仲よし東会　1/26、2/23 認知症家族の会											
（ク）関係市町村連携	県北保健福祉事務所との連携	→							→				
	実施している市町村センターと情報共有や情報交換　6/7 センター連絡会議（郡山市医療介護病院）								11/29 センター連絡会議　（郡山市医療介護病院）				
その他の対策	AYA 世代のがん在宅支援 障害者支援との連携 人材育成（講師派遣） 学会、研修等参加				7/14.15 在宅医療学会参加（東京） 7/25 「若年がん患者の在宅支援について」（在宅医療勉強会にて発表）								

令和元年度　４月～９月
福島市在宅医療・介護連携支援センター 活動報告

(ア）医療・介護資源の把握

令和元年度計画	活動内容（4月～9月）	備　考
①ホームページ作成	・ホームページの周知、随時情報の更新 ・活用できる内容の検討、情報提供 ・出席できない方へ研修会報告をブログに掲載 （写真、アンケート）	内容充実に向け、情報の更新だけでなく、項目の追加なども検討していく （市や医師会の新規事業など）
②情報の収集（医療・介護）と 提供	・包括22か所、病院ＭＳＷ20か所 を訪問し地域の課題をヒアリング （ヒアリング結果は 資料1 資料2 参照）	病院には、訪問に合わせて22包括支援センター圏域ポスターを配布（A3判）
③各団体の研修案内ページを作成	・研修案内をスケジュール表へ掲載（25件掲載）	(カ)参照
④専門職・関係者、市民へ情報の活用推進	・事業所訪問時等に現場職員へ周知	ホームページの月毎閲覧数は増加傾向にある。
	・研修会など機会をとらえて随時周知 （ 閲覧数　月平均1,383件）	

（イ）課題抽出と対応検討

令和元年度計画	活動内容（4月～9月）	備　考
①運営協議会意見交換	6/27　運営協議会 代表委員から在宅支援について連携の課題や意見の確認	運協委員からの意見等を事業に活かしていく
②事業活動について報告	月1回 包括ケア推進室、市保健所地域医療対策室と定例会の開催 6月運営協議会終了後 事業計画・事業実施報告をホームページに掲載	・定例会では、地域の課題を報告、検討 ・各種事業実施後は実施状況をホームページに掲載
③福島市主催会議に参加	4/19　地域包括支援センター事業説明会 7/24　地域包括ケアシステム推進会議	福島市高齢者保健福祉計画等市の計画、進捗状況を踏まえて支援を実施していく
④関係団体会議出席	5/23、9/5 医療と介護のネットワーク（18団体）定例会 情報共有の実施	地域包括ケア推進のためにこの団体の活動は重要と捉えており、今後も活動の継続、充実に向けて事務局機能を果たしていく
	5/30、7/23 認知症疾患医療センター連携連絡会 5/13、9/5 福島市介護支援専門員連絡協議会役員会 5/20 包括主任ケアマネ部会と研修 (6/26開催) 打ち合わせ	地域支援の課題や事業実施についての情報を確認、把握する。 研修会実施の際は協力していく。

（ウ）切れ目ない在宅医療

令和元年度計画	活動内容（4月～9月）	備　考
①退院調整ルール評価	6/4 　退院調整ルール評価検討のためのアンケート依頼 （包括22ヶ所、居宅95ヶ所） 8月上旬 　回収・漏れ率の集計 （包括 27.9%　居宅 9.1%　計13.0%）	【参考】 平成30年度漏れ率 包括18.2% 居宅10.9% 計12.3% 10/7開催の「運用評価のための病院・ケアマネ合同会議」に参加し、現状課題を把握し対策を検討
②各団体連携研修	5/15、6/26 　県北地域在宅緩和ケア社会資源情報の作成準備 9/17、18 　認知症診療連携マップ研修会（医師30名出席） 9/24 　中央圏域主任ケアマネ会議話題提供	地域の連携充実が図れるよう、各団体の活動への協力、支援を継続していく。
③ＭＳＷとの地域医療会議	4/24、6/4 　ＭＳＷと地域支援について現状と課題を聴取 8/6 　病院社会資源の理解を推進するめ、MSWと 　今後の方向性を検討	・集約した課題を活かして「病院社会資源研修」を実施した。(カ)参照 ・理解の推進を図るための事業は継続が必要

（エ）情報共有の支援

令和元年度計画	活動内容（4月～9月）	備　考
①医療・介護連携ツール・ＩＣＴ活用	５/10鈴木医院、6/11桑名医院にて ＩＣＴ活用実態についての状況把握	ICTの活用を推進するにあたり、どのシステムがいいのか、それをどのようにして決めるのか、検討が必要。
	活用するメリットについての研修企画準備（10/30開催）	
②連携ツール説明研修	キビタンケアネットの普及に向けて出張説明会の支援を継続	在宅医が中心となってICTのチームを作るのが普及につながる と感じている。
③多職種での共通理解を考える	7/31、9/6 清水東つながりの会(清水東地域の多職種連携の会）研修会・開催協力	包括圏域ごとに多職種連携の会議や研修が実施されている。開催が難しい地域への支援も必要。
	医療と介護のネットワーク主催 「多職種連携合同研修会」開催準備協力（10/5開催）	

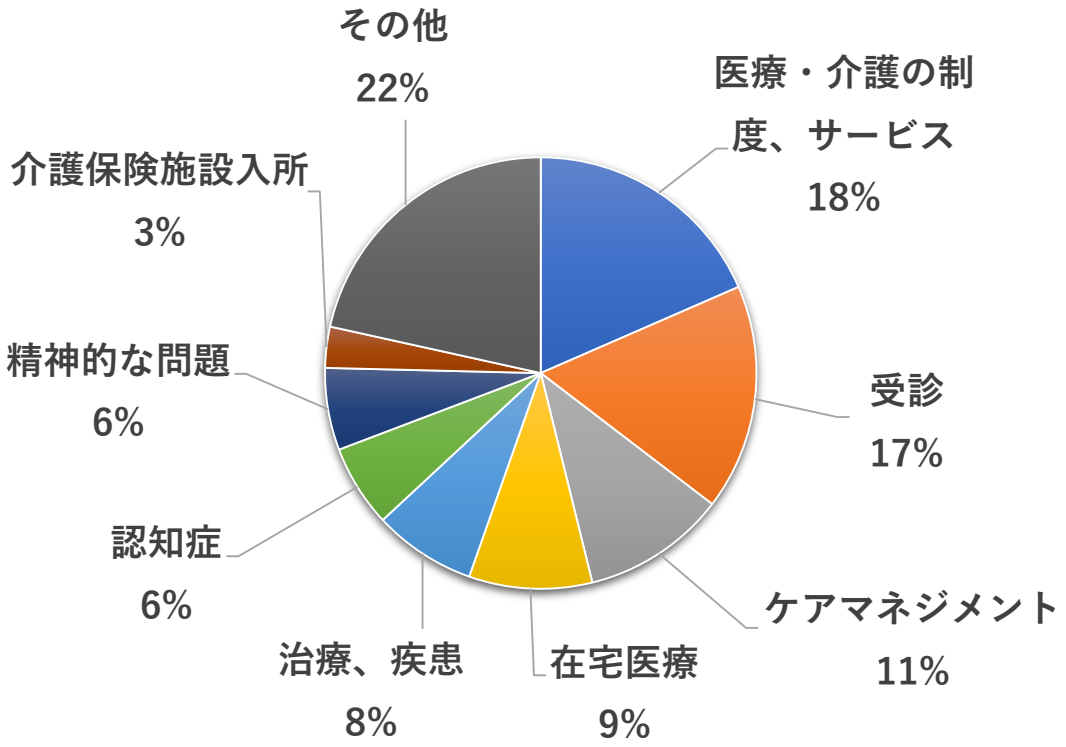
（オ）相談受付

令和元年度計画	活動内容（4月～9月）	備　考
①相談受付・記入	・相談件数　40件（4月～9月） 時間外や土日祝も電話を受けられる体制継続 ・相談者 包括11件、ケアマネ10件、住民6件、 行政3件、ＭＳＷ3件、看護師3件、 ヘルパー3件、その他5件	月平均6.6件。相談は「電話」が多い。 包括職員・ケアマネジャーが多い。
②相談内容	相談内容、対応は グラフ 参照	相談内容は「医療、介護の制度、サービスの情報提供」が最も多いが、「受診」や「在宅医療」の医療に関する相談2分類を合わせると最多となる。 「ケアネジメント」は、主にケアマネからの相談で、困難ケース支援についてアドバイスを求めるものであった。 「その他」は、当センター役割以外の内容についての相談が主で、問合せ先の紹介で対応した。 1件の相談であっても相談内容が多岐にわたることが多く、また、対応としては「助言」が最も多かった。話を聞き相談内容を整理することで解決につながることもあった。
③課題の報告	定例会および運営協議会にて報告。 相談実績から課題の検討	【実績からの検討課題】 ・情報提供のため、日頃から情報収集をしておくことは当然であるが、それ以上に、困難事例の相談に対応できるよう相談スキルを高めていくことが求められてる。 ・在宅医療や受診に関する相談に対しては、医師からのアドバイスを得られる仕組みの検討が必要。

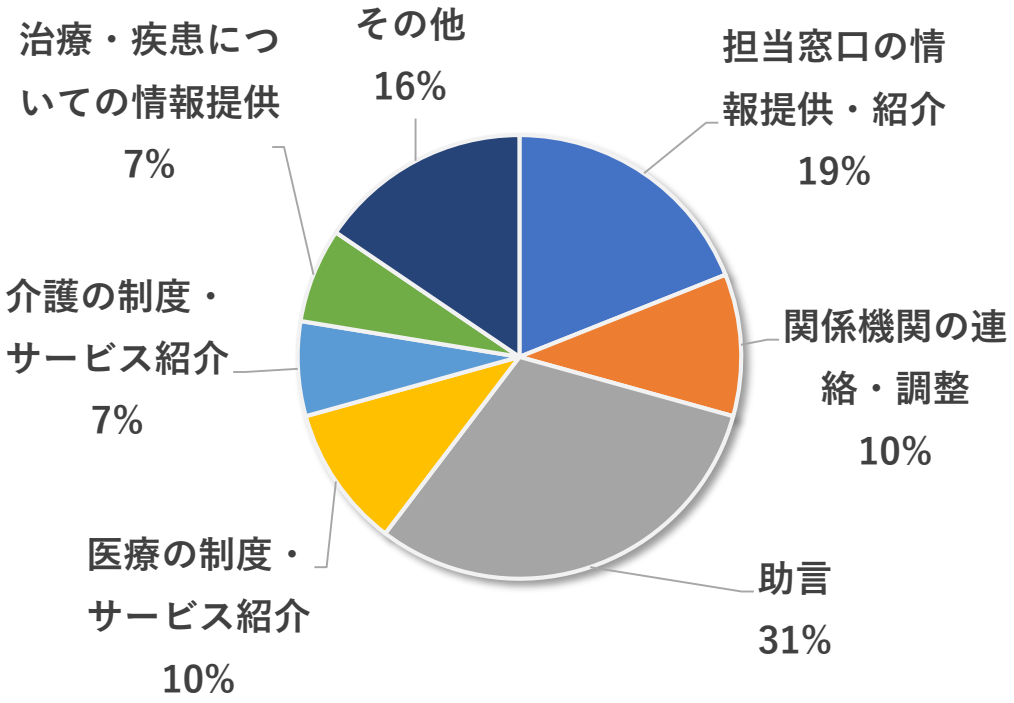
相談内容と対応

2019年度上半期（4月～9月）

【相談内容】



【対応】



（カ）研修企画

<table>
<tr><th>令和元年度計画</th><th>活動内容（4月～9月）</th><th>備　考</th></tr>
<tr><td rowspan="2">①研修会企画・開催</td><td>医療情報提供研修
5/31　高齢者に多い感染症研修　（65名参加）
6/25　骨粗鬆症の現状と対策　（53名参加）
6/20　病院社会資源研修会開催　(125名参加）

・ ICTを活用した在宅療養支援の実際　企画準備（10/30）</td><td rowspan="2">今年度は、認知症に関する研修を充実させる。</td></tr>
<tr><td>認知症関係研修
8/1　認知症ユマニチュード研修（142名参加）

・ 認知症スクリーニング研修　企画準備　（12/9）
・ 認知症のひとの在宅医療と漢方の役割 企画準備（1/23）
・ 認知症ステップアップ研修　企画準備　（2/17）</td></tr>
<tr><td>②他団体の研修会案内協力</td><td>在タッチホームページ研修案内に掲載　25 件</td><td>各団体からの協力依頼が増えてきている。</td></tr>
</table>

（キ）市民周知

令和元年度計画	活動内容（4月～9月）	備　考
①市民向け講演会開催	3/12（令和2年） 第2回市民公開講座「老後ひとりぼっちを生きる」（開催準備）	市民の人が身近に感じる話題提供。生き方逝き方を考えるきっかけにする。
②包括区域での研修会	4/18　飯坂方部民生児童委員協議会研修 「在宅医療について」(74名参加) 8/13　しいの木おうちクリニック主催　縁側カフェ 「在タッチの役割について」　（約60名参加）	地域で在宅医療についての理解が進むように、包括、民生委員、専門職へ協力していく。
③案内を各団体へ協力依頼	市政だより、学習センター、支所、包括など公的機関からの周知 6/27 学習センター館長会議（市民向けミニ講座の案内） スーパーマーケット、商店などへ協力依頼検討	チラシ配布、ポスター掲示を通して市民啓発につなげていく。
④市民向けミニ講座 (1)在宅医療について (2)私の人生ノート書き方	(1) 4/18 個人宅（4名参加） 7/24 森合自治会（15名参加） 8/21 グレートアカデミー（36名参加） 9/10 サークル悠遊（34名参加） (2) 9/4　西澤寿会（26名参加）	少人数での開催は、質問も出やすく、自分の身近なこととして受け止める傾向が強く効果的である。依頼先から他団体へ広がり新しい依頼に繋がっている。
⑤福島市版エンディングノートの周知・活用推進	福島市版エンディングノート「私の人生ノート」作成協力（国保年金課発行）　7/30完成。2,000部発行。	完成後は、ノート活用のポイントを説明しながら包括や市民、医療機関へ周知・配布している。

（ク）関係市町村連携

令和元年度計画	活動内容（4月～9月）	備　考
①在宅医療介護連携推進事業を実施している市町村センターと情報共有や情報交換	6/7　於:郡山医療介護病院 第1回県内在宅医療介護連携支援センター情報交換会 （白河、須賀川、会津若松、いわき、郡山、福島）	連携センター同士で情報を共有し、質の向上を図る。今後も継続予定。
	随時 近隣市町村行政の担当者、ケアマネ等からの相談対応	近隣市町村間での「在宅医療・介護連携推進事業」実施に関する情報交換、意見交換も必要ではないか。 交流の場の設定について要検討。

その他の対策

令和元年度計画	活動内容（4月～9月）	備　考
①AYA世代のがん医療情報と支援取組	AYA世代の在宅がん患者対象の在宅支援サービスについて他市町村の実施状況を調査。 5/21　県地域医療課に情報提供と相談	今後も、県地域医療課との情報交換を継続。
②小児、障がい者団体との連携	小児や難病患者の在宅療養に関する相談対応にむけて障がい者支援団体や行政との関係づくりを実施 7/3　ふくしま基幹相談支援センター　訪問 7/8　あだち基幹相談支援センター　訪問 随時　福島市こども発達支援センター　連絡	地域支援では、介護保険だけでなく、障害福祉との連携も必要となる。今後のセンター事業に活かせるような関係づくりをしていく。
③医療・福祉職人材育成	県介護支援専門員法定研修　講師等（7/18、8/2) ４/17　南東北春日リハビリテーション病院	在宅医療を支える人材の育成は必要。講師依頼があれば、協力していく
④学会、研修等参加	7/14,15日本在宅医療連合学会参加（東京）	来年は発表にて参加

資料1

地域包括支援センターが地域医療や連携、地域の現状に関して「課題」と考えていること

項　目	現　状（意　見）	課　題	対　応
1 医療機関とのかかわりについて	①　退院調整ルール、ケースの連携について ・調整が難しいケースは特に早く連絡が欲しい、緊急度は低くても連絡してほしい、ケースの状態により連絡先（包括、居宅）を見極めて適切に連絡してほしいなどケース連絡についての要望意見があった。 ・ＭＳＷによって対応に差があると感じている。	・退院調整ルールにより連携は図られているが、個々の事例によって課題は残る。 ・スムーズな連携のための関係づくりが必要	・退院調整ルール運用評価検討合同会議において、課題を共有し改善を図る ・ＭＳＷとの交流・意見交換の実施に向けて調整中
	②「緊急」の判断、対応が難しいと感じている。 医療の判断に理解できないことがある（希死念慮がある、虐待でＢＭＩ12しかない等で生命危機を感じ連絡しても、通常の受診、通院になったなど）。	「緊急」「生命危機」の判断が難しい 「緊急対応」に不安がある。	判断の根拠について理解し合える機会が必要 ➔PSW、MSWとの意見交換会等検討
	③地域の開業医との連携に悩むことが多い（話を聞いてくれない、紹介状を書いてくれない、感情的など）。また、不満があっても我慢して受診している住民も多いように感じている。	医師との連携の難しさがある。	・意見を医師会に報告 ・地域ごとに、地域の開業医を講師に「上手な医師のかかり方」等の学習会等を開催し医師との連携を図るきっかけづくりをする。
	④包括の役割を認めていない医師がいて、連携ができない。		
	⑤受診について ・免許返納後の受診を心配する市民が多い。 ・圏域内に開業医が1か所のだけという地域もある。 ・送迎のある医療機関があっても、そのために主治医を替えることは難しい現状がある。	受診困難な状況がある（今後予測される）。	・通院方法等、受診のための対策を検討する。
	⑥単身世帯が増えていることから、保証人がいないと入院ができないと言われることが続いている。	保証人対応	入院時の保証人に関する国からの通知あり。周知が必要 ・在タッチホームページ掲載済
	⑦安心セットの普及について 急な受診に備えるのが目的なので、介護保険対象外の市民にも勧める機会が必要ではないか。	緊急時への対応	安心セット配布の今後の方向について要検討
2 在宅医療について	①在宅診療をしてくれる医師がどこにいるかわからない。なかなかいない。少ない。	在宅診療の医師に関する情報提供	・令和元年度版「福島市在宅医療ネットワークシステム」の周知 ・相談先として「在タッチ」の活用促進
	②内科以外の科で往診してくれる医師は少ない。		
	③受診拒否の事例に往診できる医師が欲しい。		

資料1

地域包括支援センターが地域医療や連携、地域の現状に関して「課題」と考えていること

項　目	現　状（意　見）	課　題	対　応
3 単身・高齢者世帯について	①保証人がいないことが多く、入院時、施設入所時、アパートの契約時に困る。	保証人	・入院時の保証人に関する国からの通知の周知 ・保証人に関して、介護職向けの研修検討 ・単身高齢者世帯対応のサービス内容を再検討 ・＃７１１９の導入検討 ・8050問題状況の確認
	②包括に夜間の対応を求められることが増えている。 ・夜間不穏状態になり通報装置や救急車を使い受診後、入院にならないと夜間に引き取りを依頼される、緊急通報装置の連絡先を依頼されるなど	緊急時の対応の充実 特に、夜間の相談対応が求められている。	
	②単身高齢者の夜間の不安に対応できるところが無い。		
	③別居の家族がいても支援は薄いことが多い。	家族問題への対応が難しい。	
	④8050問題を持つ家庭に出会うことが増えている。		
4 認知症について	①近隣住民が不安になって通報することがある。	住民の理解促進	・オレンジプランに基づく施策の充実 ・認知症疑いの方への訪問診療等検討
	②受診を拒む事例の場合サービスに繋げられないため困っており、対策は急務と感じている。	受診拒否事例への対応が困難	
5 免許返納について	①タクシー代を惜しむ住民も多い。実際、近くに医療機関が無くタクシー代がかかる場合もある。	代替え交通手段が無い。	運転免許返納と利用できる移動手段の整備は表裏一体 受診と買い物対策検討
	②バス路線から遠いと無料パスが使えない。		
	③受診に困るので返納できない住民、返納後、受診しない住民もいる。	受診困難な状況がある（今後予測される）。	
6 包括業務等	①業務量が多く時間が足りない。	委託業務	・「医療」関係の研修内容を検討しながら研修継続 ・職員の異動など法人の運営に差があるため、基幹型包括支援センター的役割にて個別の支援が必要
	②経験年数に合わせた研修の企画が必要。職員の異動が多い包括がある。	支援	
	③医療に関して苦手意識があり、連携が滞るのではないか、もっと医療、薬の知識が必要なのではないかと感じている。	医療の知識が足りない。	

病院MSW訪問結果のまとめ「地域医療や連携に関して「課題」と考えていること」

資料２

項　目	現　　状	課　　題	対応
１ケアマネ・包括との連携について	① 退院調整ルールが定着してきており、ケアマネや包括と病院との連携は良くなっている。 しかし、文書だけでなく、来院して直接情報交換できる機会を期待している相談員も多い。	文書のやり取りだけでなく、気軽にコミュニケーションが取れる顔の見える関係の構築が必要	・MSWと包括職員の交流会の開催 MSWと包括の社会福祉士とで現在検討中。在タッチも開催に向け支援
	② ケアマネには入院前の生活状況や家族関係など入院前の生活に関する情報を期待している。医療の専門用語などの理解が無くても問題ではない。わからないことがあれば聞いてほしいという意見が多かった。		
	③ 相談員がケアマネや包括との連携で問題があると感じる場合は、事業所や法人の問題ではなく個人の資質という印象を持っている。		
２病院機能について	① 各病院の病床機能（目的）によって、受け入れ患者の疾病、入院の期間、退院調整の方向などが異なることを理解していないケアマネがいてトラブルになる場合がある。	病床機能の理解促進	・病院機能に関する専門職向け研修の企画 今年度6月に実施。今後もMSWと協議しながら内容検討し継続実施。
	② 今後は、地域包括ケア病棟、特殊疾患病棟、緩和ケア病棟など、一般病棟とは機能が異なる病床を把握し理解しておくことで、在宅支援サービスに一つとして活用することができる。		
３退院調整について	① 在宅からの入院では退院先は自宅が多いが、医療依存度が高くなると、本人の意思よりも家族の判断で施設等を希望する場合がある。また、本人や家族の意思確認の前に「在宅は無理」と判断してしまうケアマネもいて家族が不安になることがある。	・本人の意思が尊重できる支援体制の構築 ・ケアマネが自信をもって在宅支援のケアプランを立てられるような多職種連携の充実	・多職種連携に関する事業を充実させていく ・在宅医療に関する市民向け啓発事業を継続
	② 施設からの入院の場合、入院前より医療依存度が高くなると同じ施設に戻れない場合が多い。医療依存度の高い患者を受け入れる施設は少なく調整が困難。人材不足の影響ではないかと予測されるが実態は不明。 現在は、看護師が配置されている有料老人ホームやサ高住を選択することが多い。経済的課題のある場合は難しい。	・医療依存度が高いケースを受け入れる介護施設が少ない。 ・人材不足？	・介護施設の現状（受け入れに関する課題等）把握の実施について検討
４その他	① 身寄りのない方の入院時に相談できる行政の窓口がわかりにくい。生保、障害者、高齢者以外では、相談窓口が無いため困っている。	・行政の相談窓口の整備	・行政に課題を報告
	② 精神科単科病院では、長期入院患者の退院調整が難しい現状がある。退院して自宅に帰る患者は少ない。高齢者は施設入所申込後、入所できるまで入院継続となっている。	・地域の理解、支援体制	

福島市在宅医療推進に関する指標

	指標となる項目	評価の基準（在タッチ設置前データ）	令和元年度把握データ
1	退院調整ルール　連絡漏れ率	平成30年度漏れ率 包括18.2% 居宅10.9% 計12.3% （活動報告(ウ) 再掲）	令和元年度漏れ率 包括 27.9%　居宅 9.1%　計13.0% （活動報告(ウ)再掲）
2	自宅死亡率	19.1% 厚生労働省「在宅医療にかかる地域別データ平成29年度」 （更新日：令和元年6月19日）	次回公表待ち（未定）
3	在宅医療の訪問患者数 （訪問実施実人数）	2,961人 平成31年1月改訂県北地域在宅緩和ケア社会資源情報（平成30年調査）	令和2年1月頃発行予定の県北地域在宅緩和ケア社会資源情報から比較。
4	在宅看取り数・診療所数	422名・ 23ヶ所 平成31年1月改訂県北地域在宅緩和ケア社会資源情報（平成30年調査）	令和2年1月頃発行予定の県北地域在宅緩和ケア社会資源情報から比較。
5	在宅療養希望率	なし	令和元年度、介護予防・日常生活圏域ニーズ調査 において質問項目を予定している。