

令和元年度 福島市在宅医療・介護連携支援センター 事業実績表

	3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								
(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、2/19 中央圏域主任ケアマネ会議話												
	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									2/13MSWと市CW 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	11件	11件	6件	10件	7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 2/17 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								中止 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, 11/29 センター連絡会議（郡山市医療介護病院）								1/30 福島県主催在宅医療・介護連携推進事業の取り組みに係る市町村担当者研修会					
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 10月～3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（10月～3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
②情報の収集（医療・介護）と 提供	・ 医師会もの忘れ相談医集計協力	4月から、もの忘れ相談医の検索を追加
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（29件掲載）	(力)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2,010件）	

(イ) 課題抽出と対応検討

令和元年度計画	活動内容（10月～3月）	備 考
①運営協議会意見交換	11/28 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 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		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協力・情報提供を行っていく
④関係団体会議出席	10/28 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
	10/29,1/28 認知症疾患医療センター連携連絡会 11/5 福島県認知症治療とケアを考える会世話人会 1/22,3/16 福島市介護支援専門員連絡協議会役員会	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（10月～3月）	備 考
①退院調整ルール評価	10/7「運用評価のための病院・ケアマネ合同会議」 現状課題を把握し対策を検討	【参考】 令和元年度漏れ率 包括27.9% 居宅9.1% 計13.0%
②各団体連携研修	10/10 軽費老人ホーム東北ブロック会議 在タッチの役割について 11/14 吾妻地区ケアマネ部会 講義 2/19 中央圏域主任ケアマネ会議話題提供 (2月県北地域在宅緩和ケア社会資源情報発行)	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	1/9,2/12MSWと市ケースワーカー研修打合会議 2/13「支援で困ったこと」を共有しよう (61名参加)	・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（10月～3月）	備 考
①医療・介護連携ツール・ICT活用	10/30「ICTを活用した在宅療養支援の実際～ICTのメリットを知る～」(31名参加)	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。
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	2/18「信夫包括ケア・信夫の会」研修会に参加と講評 10/5 医療と介護のネットワーク主催 「多職種連携合同研修会」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。

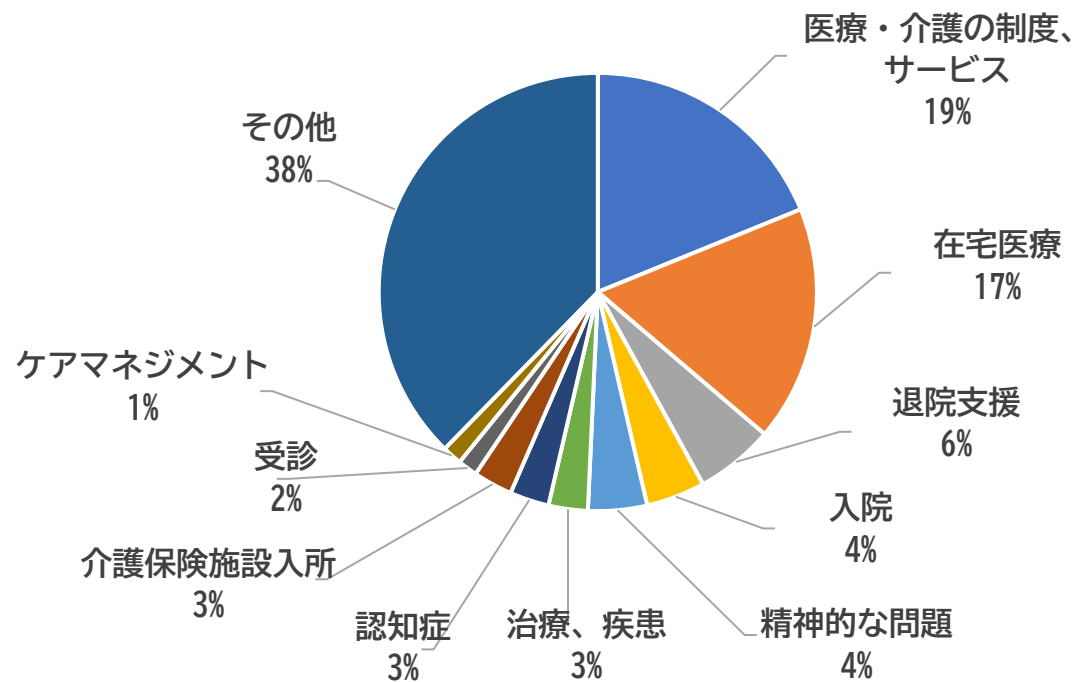
(才) 相談受付

令和元年度計画	活動内容（10月～3月）	備 考
①相談受付・記入	・相談件数 53件（月平均8.8件） ・時間外や土日祝も電話を受けられる体制を継続	【相談方法】「電話」66%「来所」33%「メール」4% 【相談者】 包括9件、ケアマネ8件、住民9件、行政7件、MSW5件、看護師6件、医師3件 介護職・薬剤師各1件、その他5件
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」と「在宅医療」が多い。「退院」「入院」や「受診」など医療機関との連携については対応が難しい困難ケースの支援についてアドバイスを求めるものが多かった。「その他」は、研修企画に関する内容や、多職種や他機関との連携に関する相談が多かった。 【対応】は「助言」が最も多く、次に「担当窓口の紹介」「連絡調整」「医療制度・サービス紹介」となっている。相談内容が複数あるような困難ケースでは、情報提供だけでなく、話を聞き相談内容を整理して助言したり、関係機関との連絡調整が必要となっている。
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】 ・情報提供のための情報収集はもとより、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、医師との顔の見える関係づくりやアドバイスを得られる仕組みの検討が必要。 ・医療的判断など専門性が求められる相談では、医師などの専門職によるアウトリーチ相談も必要である。

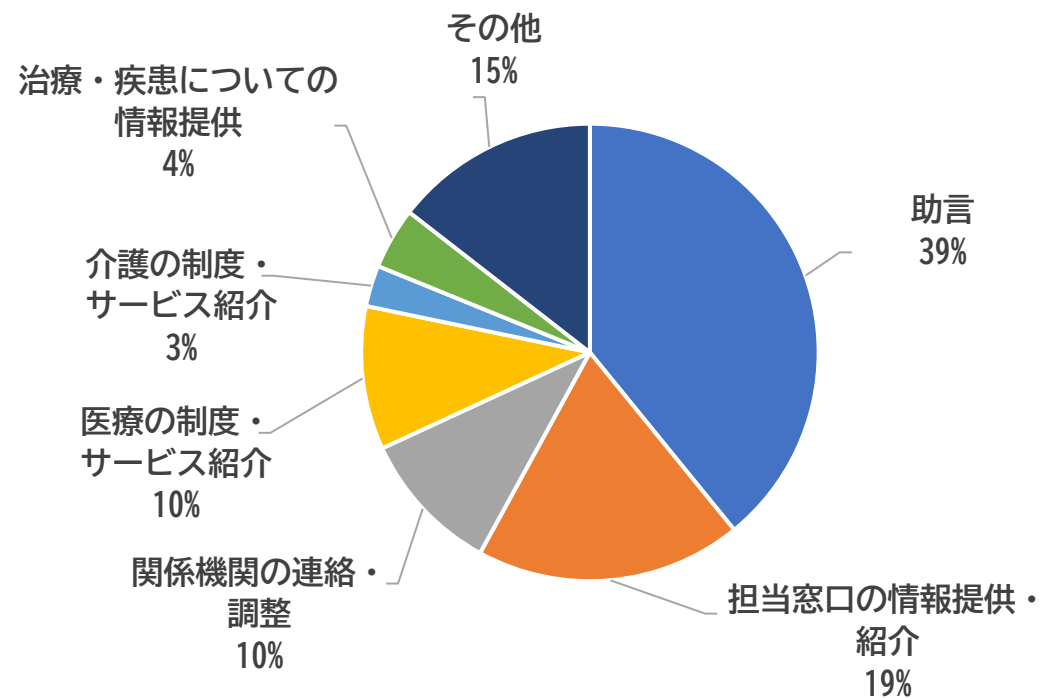
相談内容と対応

令和元年度下半期（10月～3月）

【相談内容】



【対応分類】



(力) 研修企画

令和元年度計画	活動内容（10月～3月）	備 考
①研修会企画・開催	認知症関係研修 12/9 認知症スクリーニング研修 (118名参加) 1/23 認知症のひとの在宅医療と漢方の役割 (60名参加) 2/17 認知症ステップアップ研修 (120名参加)	今年度は、認知症に関する研修を充実させた。
②他団体の研修会案内協力	在タッチホームページ研修案内に掲載 29件	各団体からの協力依頼が増えてきている。

(キ) 市民周知

令和元年度計画	活動内容（10月～3月）	備 考
①市民向け講演会開催	3/12（令和2年）参加申込363名（市民293名、専門職70名） 第2回市民公開講座「老後ひとりぼっちを生きる」（中止）	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	2/23 オレンジカフェ風にて「自分らしい生き方と逝き方」（25名参加） 11/2 中央西地域研修会 「劇：知ってほしい…在宅で看取ること」へ協力（80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、包括など公的機関へ周知（市民向けミニ講座の案内）	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) 10/30 ほっとひと息介護の集い（12名参加） 12/3 仲良しひがし会（36名参加） (2) 1/26 オレンジカフェ風（35名参加） その他：2/5ライフプランセミナー「介護保険制度について」（46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	・直接市民への配布の他、市民対象に配布や説明会を開催する包括や医療機関等に、ノート活用ポイントの説明を実施。（医療機関6か所、包括4か所、訪看1か所） ・各事業所が配布時にノート活用のポイントを説明しやすいよう説明用のスライドを作成。ホームページ掲載・CD作成配布	・市民向けに周知、配布を行う包括や事業所を増やしていく ・実際に説明や配布を行った事業所からの意見を聴取し、説明方法等の見直し、スライド内容の充実を図っていく。

(ク) 関係市町村連携

令和元年度計画	活動内容（10月～3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	11/29 於:郡山医療介護病院 第2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、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。
	1/30 福島県主催在宅医療・介護連携推進事業の取り組みに係る市町村担当者研修会 ・研修会の企画に関して県担当者へ情報提供と助言 ・当日、センター事業について報告 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	県内市町村間での「在宅医療・介護連携推進事業」実施に関する情報交換、意見交換ができる場の設定を提案し研修プログラムとして実施。 センター設置市と直営市町村での事業実施の差を感じた。

その他の対策

令和元年度計画	活動内容（10月～3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の令和2年度の事業化に向けて、県地域医療課への制度設計や予算に関して情報提供と助言。	令和2年度の事業化には至らなかったが、次年度以降も県地域医療課との情報交換を継続。
②小児、障がい者団体等との連携	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 «依頼» 高次脳機能障害に関する研修案内 周知 重度心身障害児関係研修案内 周知 難病相談会案内の周知 «相談» 在宅の難病患者支援について 等	地域支援では、介護保険だけでなく、障害福祉や難病支援等との連携も必要である。今後もセンター事業に活かせるような関係づくりに努める。
③医療・福祉職人材育成	県介護支援専門員法定研修講師（10/28） 天栄地区地域ケア専門職員研修講師（11/6） 緑光園法人職員研修会（11/21） 相馬郡医師会主催研修会（3/4・中止）	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	令和2年度日本在宅医療連合学会（6月27・28日） ポスター発表準備・申込み	会場での開催は中止。Web上での開催となる。

項 目	現 状（意 見）	課 題	対 応
1 医療機関とのかわりについて	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
	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、連携が取りにくい。		
	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か所だけの地域もある。 ・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。	受診困難な状況が予測される	・通院方法等、受診のための対策を検討する必要性について市に提案
	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の検討を市に提案
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（ホームページ掲載） ・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。		

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の再検討を市に提案 ・＃7119の導入を市に提案 ・8050問題相談窓口の確認
	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場所が無い。	家族問題への対応が難しい	
	③別居の家族がいても支援は薄いことが多い。		
	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受診方法についての検討
	②受診を拒む事例の場合サービスに繋が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一体的整備を市に提案 ・受診と買い物対策の必要性について、市に報告
	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。市と連携していく。
	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と、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	

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部会で開催）
	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次年度以降継続実施。
	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、在宅支援サービスの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 ・立場を越えた支援者間の理解と連携	・市に課題を報告 ・MSWと市CWとの連携セミナーの開催（2月）
	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%	令和元年度漏れ率 包括 27.9% 居宅 9.1% 計13.0%
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」 （更新日：令和元年6月19日）	20.2% 厚生労働省「在宅医療にかかる地域別データ平成30年」 （更新日：令和2年2月28日）
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）	1,657人 令和2年2月改訂県北地域在宅緩和ケア社会資源情報（令和元年調査）
4	在宅看取り数・診療所数	422名・23か所 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）	344名・20か所 令和2年2月改訂県北地域在宅緩和ケア社会資源情報（令和元年調査）
5	在宅療養希望率	なし	令和元年度、介護予防・日常生活圏域二エズ調査 において質問項目を予定している。

※ 3,4 に関してはアンケート形式のため、確認作業もしくは東北厚生局へ情報を請求するなど、今後において参考となる指標にするため検討する必要あり。