

令和6年度 福島市在宅医療・介護連携支援センター 事業計画

		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	
① (ア)地域の医療・介護資源の把握	包括、病院 MSW へ訪問	包括訪問 → MSW 訪問 → 県北緩和ケア社会資源情報 作成協力 →													
	専門職・市民へ啓発	情報収集、ホームページを中心に案内・提供													
(イ)課題抽出と対応検討	各会議等で意見交換	活動と課題 → 運協会議										運協会議			
	オレンジプランワーキング		会議		会議				会議				会議		
(ウ)切れ目ない在宅医療	4つの場面を作成	日常の療養支援		入退院支援		急変時の対応		看取り							
	MSWと地域医療会議			MSW、CW と意見交換		MSW、CM と意見交換									
② (オ)相談受付	相談受付・記入・集計	随時													
	関係機関への課題と対応策の検討及び提案	随時													
(キ)市民啓発	市民向け講演会			企画 →						依頼者準備		打合せ	3/13 講演会		
	市民向けミニ講座	随時、出前講座		→											
	看病講座の支援	緩和ケア医 橋本先生と相談 →													
(工)情報共有の支援	退院調整ルール評価	モニタリングアンケート調査依頼				集 計 →				評価研修準備、研修					
	ICT 説明・活用研修会	ICT 相談受付	出 前 講					活用・実践事例研修							
	在宅支援確認シート作成	・在宅診療報酬算定チェックリスト作成 ・一人暮らし支援チェックシート作成 (身寄りのない方)													
(カ)研修企画	研修会企画・開催	(認知症等)		①支援困難事例検討会			②認知症スクリーニング			③認知症対応カステップアップ					
		(在宅医療・終末期)		①施設看取りアンケート報告、研修会				②終末期支援研修 (ACP、看取り事例)							
	多職種研修と開催協力	随時		→				9/1 ふくふくオレンジフェスタ オレンジライトアップ周知							
③ 対策の評価・改善	①診療所数 (ストラクチャー評価) ②退院調整ルール連絡漏れ率 (プロセス評価) ③在宅医療の訪問患者数 (プロセス評価) ④自宅看取り数 (プロセス評価) ⑤自宅死亡率 (アウトカム評価) ⑥在宅療養希望率 (アウトカム評価)		(評価指標根拠)		①③④県北在宅緩和ケア社会資源情報 ②県北地域退院調整ルールアンケート ⑤厚生労働省「在宅医療にかかる地域別データ」 ⑥福島市介護予防・日常生活圏域ニーズ調査 厚生局 自宅看取り数、在宅療養支援診療所データ取寄									改善に向けた事業計画	

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
主任介護支援 専門員研修 (カ)	フォローアップ研修 ・特定事業所居宅を講師 ・市と共同	→ 企画準備					研修会						
アウトリー チ、同行型支 援 (ウ)	訪問診療医師、 訪問看護師、 その他の専門職	→ ・要項作成、医療機関、専門職団体と意見交換、フローチャート作成、コーディネート業務準備 ・必要時、派遣依頼											
多職種連携 (イ)(カ)	医療と介護のネットワー ク事務局、研修開催 (ZOOM を利用)	①役員会	総会・ 定例会	②役員会	災害支援 全体会		③役員会	定例会	④役員会	ICT 全体会	⑤役員会	定例会	⑥役員会
その他の対策	障害者支援との連携 人材育成（講師派遣） 学会、研修等参加				7/20、 21 学会参加								

令和6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6年度計画（Plan）	活動内容（4月～9月）（Do）	評価(Check)/改善(Action)
①ホームページ作成 ・情報収集(医療・福祉)と提供 ・各団体の研修案内ページの作成	・ホームページの周知、随時情報の更新 ・各包括、医療機関等の活用できる情報を随時追加掲載 ・研修会報告の掲載（写真、アンケート結果） ・ホームページ閲覧数 月平均3,569件（1日平均119件）	・各事業所で発信したい情報を当センターホームページを活用し情報の共有を図ることができている ・病院、包括関係で活用している ・継続して歯科、老人施設等の掲載を検討
②専門職・関係者、市民への周知	・資源の把握のため市内地域包括支援センター訪問22か所（6～8月実施 把握した現状のまとめは【資料】参照） ・県北地域在宅緩和ケア社会資源情報誌の作成協力 ・もの忘れ相談医の把握（随時更新）	・病院との連携について地域の情報把握を継続 ・地域課題をまとめ、下半期に訪問する病院相談員と共有する ・当センターHPにて周知し専門職と共有

(イ) 課題抽出と対応検討

令和6年度計画 (Plan)	活動内容 (4月～9月) (Do)	評価(Check)/改善(Action)
①運営協議会意見交換	8/28 令和5年度下半期事業報告 第2部「福島市における在宅医療についての意見交換会」 (市役所)	- 各専門職の立場から、現状や課題を聞く機会には貴重である - 出された意見をもとに、福島市と課題を共有し業務に活かしていく - 在宅医療の4つの場面の支援（日常の療養、入退院、急変時の対応、看取り）シート of 課題を更新
②地域会議への参加 (事業活動について報告)	- 毎月、包括ケア推進室、市保健所地域医療政策室と定例会の開催 (4/22,5/27,6/24,7/29,8/26,9/30) し在宅医療・介護連携推進事業について福島市と協働で現状と課題を共有 4/26 地域包括支援センター事業説明会 (アオウゼ) 6/7 県認知症とケアを考える会 (福島テルサ) 6/28 福島市オレンジプラン推進委員会 (市民会館)	- 毎月定例会を開催して随時、相談内容から地域の課題を報告 - 現状分析、課題抽出、目標設定の取組が必要である - 各会議に参加し、共通している地域の取組や情報、課題等について協力している
③関係団体会議出席	5/30令和6年度 福島市医療と介護のネットワーク総会・定例会 19団体 42名参加 - 令和6年度退院調整ルール打合せ(5/17)	- 組織化し安定した活動を行う団体となっている。行政が目指す地域包括ケア推進にむけて協働していく - 事務局として役員会及び定例会の案内、活動支援を担っていく
	5/27、7/23 オレンジプラン推進委員会ワーキング会議 (もの忘れ相談医対象連携強化研修・包括との連携強化に対する事業実施の協力・認知症を有する方への虐待対応に関する意識調査報告) - 福島市介護支援専門員連絡協議会役員会 (4/16,5/18,7/17)	- もの忘れ相談医への連絡など市医師会の協力を得て推進している - 認知症支援、連携の課題についての情報を確認、把握する実践に向けた準備会議であり積極的に協力していく

(ウ) 切れ目ない在宅医療

令和6年度計画（Plan）	活動内容（４月～９月）（Do）	評価(Check)/改善(Action)
①在宅医療機関の現状と把握	・ 県北緩和ケア社会資源情報にて状況の確認 ・ 施設看取りについて、アンケート集計作業 （特養21/22施設、地域密着 3/3施設、老健9/12施設）	・ 在宅看取り支援においてチームが機能している。今後の取組として福島市の在宅医療のニーズと充足率を明確にしていく ・ 施設看取り率が低いことに関して、看取りの現状を把握するアンケートを実施
②アウトリーチ（同行）支援システムの構築	・ 4/15(月)アウトリーチ事例検討会研修ZOOM 参加 松戸市在宅医療・介護連携支援センター主催 ・ 現在実施している、大崎市、松戸市、横須賀市医師会の資料を参考に、方法、手順、依頼文書を準備	・ 医師のアウトリーチに向けた準備が進んでいない ・ 市医師会の委員会と相談
③MSWとの地域医療会議	・ MSWとケアマネジャー交流会 準備会議（7/3, 10/11）（ZOOM） ・ 医療ソーシャルワーカーと福島市ケースワーカーとの合同研修会を開催協力	・ MSWとケアマネの連携強化のため合同研修を定期的に継続していく ・ 福島市ケースワーカーとの研修は未定。年一回は開催したい
④医療と介護のネットワーク充実支援	・ 事務局として運営協力 役員会（4/22, 6/17, 9/9）及び定例会（5/30） ・ 8/10全体会 能登半島報告会 参加者39名（災害支援WG） ・ 定例会準備ワーキンググループ ①災害支援（4/30、5/23、7/30） ②ICT（8/7,9/26）	・ 地域包括ケアシステム構築のための重要な機関である。推進していくための活動費を予算化していく ・ 福島市の医療、介護、福祉における具体的な課題を共有し解決に向けた取組を行う

(工) 情報共有の支援

令和6年度計画 (Plan)	活動内容 (4月～9月) (Do)	評価(Check)/改善(Action)
①退院調整ルール評価	「退院調整ルール評価アンケート」 福島市分の調査票送付 (居宅86箇所、包括22箇所) 回収、集計の協力 回収率を上げるため、締切後に電話で確認 回収：居宅78/86箇所、包括19/22箇所 もれ率：予防32.4% 介護12.0% 全体15.9%	・連携は取れているとの報告が聞かれる一方で、昨年度よりもれ率は上昇した ・カンファレンスは面談とオンラインなど、状況により判断し開催。お互いの情報のやり取りに経験値が上がっている ・今年度は集合による評価会議を開催予定。県北保福へ協力する 【参考】R5福島市の結果 回収：居宅85箇所、包括21箇所 もれ率：予防22.7% 介護8.0% 全体11.2%
②ICT説明・活用研修会	・医療と介護のネットワークにICT委員会設置 ・福島市内のICTツールとしてMCSを活用していくための研修会を企画（12月研修会）	・専門職18団体へMCSツールを活用していくことで同意を得られたことは大きい ・MCSの活用を出前講座形式で準備 ・運営規程、利用者への同意書など必要な書類を準備
③在宅療養支援者確認シート作成	・包括へ訪問し身寄りのない人への具体的支援を確認 一人暮らし高齢者世帯を見据えて、一人暮らしや身寄りのない方へ支援する際に必要な具体的な情報提供をしていく	・実際に支援している包括・MSW、ふくしえるから情報収集 ・身寄りのない方の事例から研修会を準備 ・ケースを想定しフローチャートの作成、ワーキンググループの設置も検討していく

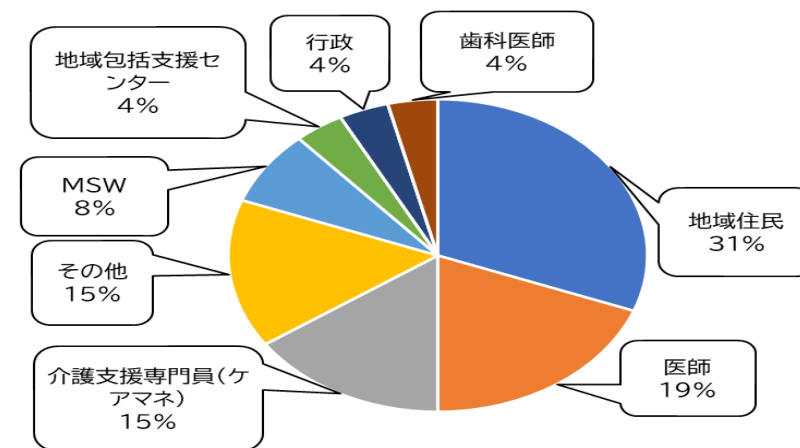
(才) 相談受付

令和6年度計画 (Plan)	活動内容（４月～９月）(Do)	評価(Check)/改善(Action)
①相談受付・記入	・相談件数 26件（月平均 4.3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」85%「来所」15% 【相談者】計 26人 内訳：住民8件、医師5件、ケアマネ4件、MSW 2 件、包括1件、行政 1件、歯科医師 1 件、その他 4 件
②相談内容の整理	・相談内容 延べ 35件 （1件の相談でも複数の相談項目有） ・対応 延べ 45件 （対応項目も複数有） ・相談内容、対応の内訳は グラフ 参照	【相談内容】 ・「医療の制度、サービスの情報提供」が最も多く、次が「在宅医療」となっている。ケアマネから在宅医療のタイミングや方法、市民から入院中で在宅医療を受ける方法など ・件数としては多くはないが、身寄りや身元保証人がいない方の入院・入所、の相談がある ・家族からの相談では、ホームページ検索でヒットし相談する傾向がある。包括支援センターの連絡先をお伝えすることで済むケースが多いが、ケアマネや包括の対応が思うようでないとのこと、在タッチへ相談あり 【対応】 ・「担当窓口の情報提供・紹介」が「助言」の次に多い。具体的方法や、相談窓口を伝え、解決できないときは再度連絡をもらうことにしている ・相談内容に問題が複数あるような困難ケースでは、話を聞き相談内容を整理して助言することが必要となっている。 ・相談内容を所内会議、定例会にて対応を確認している
③関係機関へ課題と対応策の提案	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】 ・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必要である ・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 ・困難なケースから事例検討などを通して専門職と共有していくことも必要である

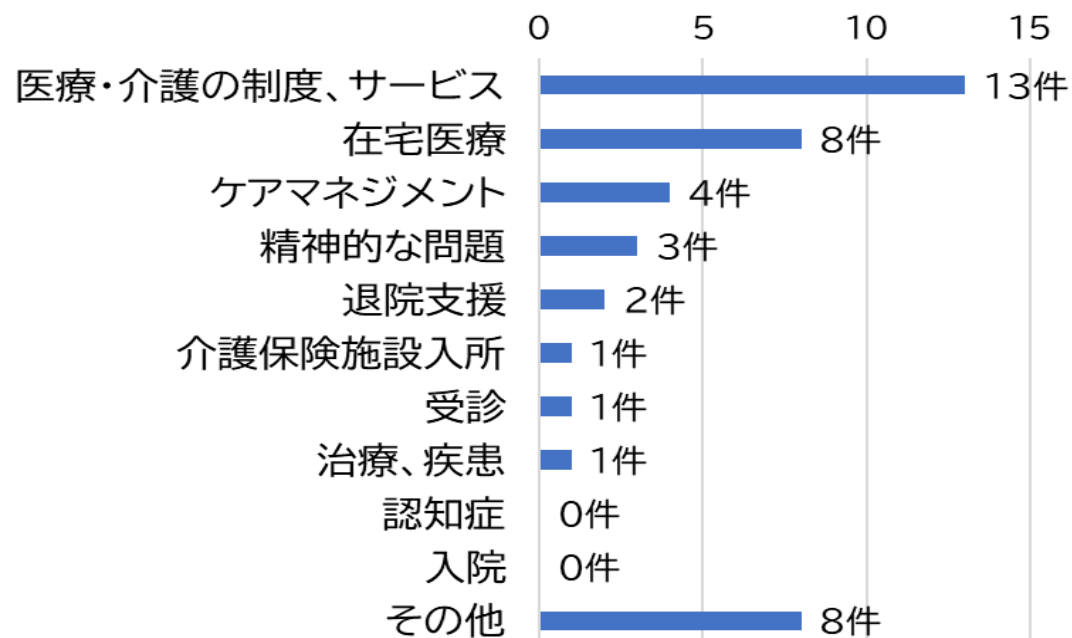
相談内容と対応

令和6年度上半期(4月～9月)相談件数 26 件

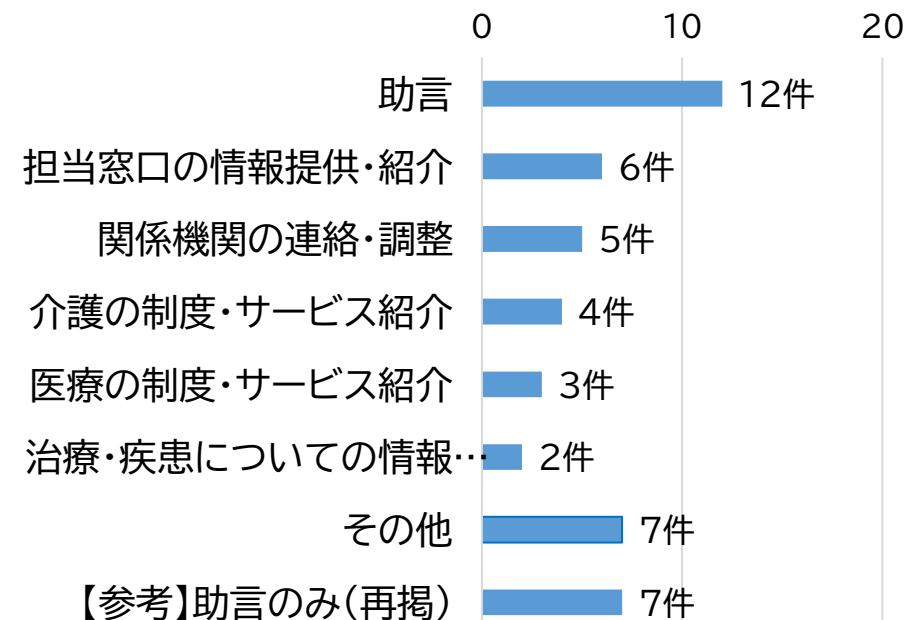
【相談者種別 26件の内訳】



相談内容(延べ35件)の内訳



対応(延べ45件)の内訳



(カ) 研修企画

令和6年度計画 (Plan)	活動内容（４月～９月）(Do)	評価(Check)/改善(Action)
①研修会企画・開催	・ 8/22 第28回 医療・福祉セミナー 「事例研究：身寄りがない一人暮らし 入門編」 参加者76名 事例提供：立子山・飯野地域包括支援センター 阿部夏江 支援発表：わたり病院 熊田貴史 権利擁護センター 阿部むつみ 長寿支援係 作田浩 コーディネーター： 福島赤十字病院 菅野直樹	・ 研修アンケートから支援困難事例のニーズあり開催 ・ 相談する連携先がイメージでき良かったとの声が多く聞かれた ・ 研修申込みは 구글フォームを活用し、業務負担軽減、ペーパーレスの効果あり ・ 次回に向けて、身寄りがない方の支援中級編となる事例を検討
②多職種連携研修会 他団体の研修会協力・ 案内協力	・ 6/4 オレンジプラン推進委員会準備 （10/3） 「認知症虐待対応アンケート報告研修会」 報告者： 長寿支援係 作田浩 あづま脳神経外科居宅 我妻順子	・ 認知症がある人へ行政、医療者、包括、居宅の相談対応や意識の違いを確認 ・ 今後、共通理解をもてる研修や話し合う場を準備していく
③主任介護支援専門員 フォローアップ研修	・ 包括連協ケアマネ部会等と連携しながら現状に合った研修を開催	・ 身寄りのない方の支援や地域包括ケアに関わる社会資源についての研修を準備していく

(キ) 市民周知

令和6年度計画 (Plan)	活動内容 (4月～9月) (Do)	評価(Check)/改善(Action)
①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 (3) (1)(2)両方 (4) もしバナゲーム	(1) 4/19 アオウゼ市民学習会 (49名) 5/15 森合4班町内会 (12名) 6/28 カフェことこと (5名) 7/12 フレッシュクラブ (25名) 7/17 すずしろ会 (8名) (2) 5/23 あずま通りクリニックみんなのカフェ(17名) 6/13 男性チャレンジスクール (13名) 6/26 すずしろ会 (13名) 8/29 悠遊塾木曜コース (21名) 8/30 悠遊塾金曜コース (26名) (4) 4/25 あずま通りクリニックみんなのカフェ(14名) 5/14 松川町関谷ふれあいサロン (18名) 5/22 すずしろ会 (12名) 9/10 アオウゼ市民学習会 (42名)	・ 市政だよりの効果もありコンスタントに依頼あり。少人数での講座は自分のこととして考えやすい ・ アンケートを作成し、理解度を確認している。参加してよかったという回答が9割であった ・ 今後も出前講座に力を入れていく
②包括・関係機関等の会議、研修会協力	・ 6/5「認知症と共に生きる」 主催：福島市、中央包括 講師 おれんじドア 丹野智文 ・ 8/21 わたしの人生ノート見直し検討委員会 ・ 9/1 ふくふくオレンジフェスタ開催 (アオウゼ) 事務局会議(4/9)、実行委員(4/18,6/10,7/25,8/21+8/5,8/31)	・ 市民に向けた認知症啓発イベントの協力 市民へ認知症について周知協力を継続 ・ 人生ノートは市民から喜ばれている。見直した第二版は来年度、発行予定。 ・ 研修開催等の協力することの判断基準を検討していく
③市民向け講演会開催	・ 4/5「市民のための看病講座」についての打合せ ふくしま在宅緩和ケアクリニック 医師 橋本孝太郎 ・ 4/14 「住み慣れた地域で最後まで自分らしく」 認知症の人と家族の会総会記念講演会 講師 在タッチ 田中嘉章	・ 包括や市民団体へ在宅医療やACPについて理解を深めるため、研修や講演に協力していく

関係市町村連携

令和6年度計画（Plan）	活動内容（４月～９月）(Do)	評価(Check)/改善(Action)
近隣市町村や県内で開設している在宅医療・介護連携支援センターと情報共有や情報交換	・ 9/18 県内センター市町村担当者会議 ・ 各センターから事業取組状況を報告 ・ 取組についての課題やアドバイスなど	・ 在宅医療の推進は近隣地域と協力して行う必要があり、連携を図れるよう協力する ・ センター間で情報交換、情報提供の継続

その他の対策

令和6年度計画（Plan）	活動内容（４月～９月）（Do）	評価(Check)/改善(Action)
① AYA世代のがん医療情報と支援取組	・福島市若年がん患者在宅療養支援事業の周知 ・福島県がん診療連携協議会相談支援部会参加	・福島市保健所地域医療政策室との情報共有を継続 ・利用状況の把握（R5年度１件）
②障がい者支援	・相談業務を通して、障がい者(難病・精神等)に関わる内容について市保健所、障がい福祉課、医療機関と連携を図る	・地域支援では、介護保険だけでなく、障がい福祉、難病支援、医療的ケア児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情報交換を継続していく
③医療・福祉職人材育成	・介護実務者研修（6/19） ・県介護支援専門員法定研修講師依頼への対応 主任介護支援専門員更新研修（9/20, 9/29）	・在宅療養継続のための在宅医療を理解しす人材が鍵となるため、教育、育成が必要 ・講師依頼があれば、協力していく
④学会、研修等参加	・7/20、21 第6回日本在宅医療連合学会参加（幕張メッセ）	・全国の在宅医療の取組状況から課題やアイデアを学ぶ機会となった ・劇団ザイタク(大阪)で市民へ劇を通して伝えることを福島市でもやりたい

福島市在宅医療推進に関する指標

	指標となる項目	令和6年度把握データ	評価の基準（在タッチ設置前データ）
1	退院調整ルール 連絡もれ率	令和6年度 包括 32.4% 居宅12.0% 計15.9% (県北退院調整ルール評価アンケート令和6年 6月、7月)	平成30年度 包括18.2% 居宅10.9% 計12.3%
2	自宅死亡率	23.7% 厚生労働省「在宅医療にかかる地域別データ 集 令和3年度」 (更新日：令和5年5月9日)	19.1% 厚生労働省「在宅医療にかかる地域別データ 集 平成29年」 (更新日：令和元年6月19日)
3	在宅医療の訪問患者数 (訪問実施実人数)	2,114人 令和6年3月改訂県北地域在宅緩和ケア社会資源情報 (令和5年調査・回答医療機関数 25か所)	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・回答医療機関数 31か所)
4	自宅看取り数・診療所数	437 人・21所 令和6年3月改訂県北地域在宅緩和ケア社会資源情報 (令和5年調査・回答医療機関数25か所)	422人・ 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・回答医療機関数 31か所)
5	自宅療養希望率	38.1% (できるだけ自宅で療養し必要なら病院 30.6%、自宅で最期まで療養7.5%) 37.0% (自宅で死を迎えたい) 令和4年度、介護予防・日常生活圏域二エズ調査予定	40.4% (できるだけ自宅で療養し必要なら病院 32.2%、自宅で最期まで療養8.2%) 32.7% (自宅で死を迎えたい) 令和元年度、介護予防・日常生活圏域二エズ調査

※ 3,4 に関してはアンケート調査形式のため、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の検討が必要