

基本理念：すべての人が人間として尊ばれ、生きがいをもち、心豊かに、安心して安全に暮らせる長寿社会の実現

2025年5月 改定

基本方針：在宅医療・介護連携の推進⇒自宅等の住み慣れた地域で療養し、自分らしい生活を続けられるために、包括的かつ継続的な在宅医療・介護の提供を行う体制を構築する



福島市在宅医療・介護連携支援センターの設置・運営強化

	日常の療養支援	入退院支援	急変時の対応	看取り
目指すべき姿	「多職種が協働して日常生活を支える」 医療・介護関係者の多職種共同によって患者・利用者・家族の日常の療養生活を支援することで、医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が住み慣れた場所で生活ができるようになる。	「スムーズで一体的な支援」 入退院の際に、医療機関、介護事業所等が協働・情報共有を行うことで、一体的でスムーズな医療・介護サービスが提供され、医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、希望する場所で望む日常生活が過ごせるようになる。	「医療・介護・救急が円滑に連携」 医療・介護・消防(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と介護の両方を必要とする状態の高齢者の急変時にも、本人の意志も尊重された対応を踏まえた適切な対応が行われるようになる。	「地域で看取りを理解・選択できる」 地域住民が、在宅での看取り等について十分に認識・理解をした上で、医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、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（意思が示せない場合は、家族）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



問題					
問題		①ACPIについて関心が低い、話し合われていない ②在宅医療について知らない ③認知症など施設入所を家族や周囲の人がすすめる ④身寄りがない人への支援策が定まっていない	①入院時に担当の包括ケアマネからACPについての情報がない ②退院先は本人の意向より、病院や家族が決めることが多い ③退院カンファ前に、退院後について十分に本人や家族と相談していない ④在宅医療の支援について知らないため、自宅療養は無理だと思っている ⑤身寄りがない人に、書類や契約書、支払いを代わりに行う人がいない	①ACPの理解と緊急時の対応について話し合われていない ②急変という言葉の理解について支援者、家族の認識の違い ③救急車を呼ぶ、呼ばないの判断が不明確 ④一人暮らし高齢者は、どこに連絡したら良いかわからない ⑤一人暮らしの方は発見し対応するまで時間がかかる	①どこまで治療したいか、どこで最期を迎えたいか話し合われていない ②本人の意向より家族や支援者で決めてしまう ③一人暮らしの看取りは無理だと家族や支援者、地域の人が思っている ④亡くなった後、家族や周囲の人が困る ⑤施設看取りが全国平均より少ない
A 課題抽出 立案	ア地域の医療・介護資源の把握	②-1 ホームページから在宅医療を行っている医療機関の情報提供 ②-2 訪問診療を行っている医療機関の確認	④-1福島市医師会在宅医療ネットワークシステム、県北緩和ケア社会資源情報の情報周知 ④-2 安心セット(医療保険証、介護保険証、お薬手帳)に「私の人生ノート携帯版」を入れる	③行政、救急医療、消防署から在宅医療の患者、施設入所者の救急搬送の状況と課題を知る	①市民ニーズ調査アンケートにACPIに関する質問を継続 ④福島市医師会在宅医療ネットワークシステム、県北緩和ケア社会資源情報の情報周知 ⑤看取りをしている施設を把握
	イ在宅医療・介護連携の課題抽出	①～④包括(22箇所)と病院MSW(20箇所)訪問し課題を聞く ①～④運営協議会・推進のための意見交換会開催2回/年 ③-1福島市オレンジプラン推進委員会ワーキング会議 ③-2福島市こころの声アンケート検討委員会 ④医療と介護のネットワークで意見交換	①地域包括支援センター、病院訪問による情報収集・課題抽出 ②、③MSWから原因となる状況を知る ①～③退院調整ルール評価会議 ④在宅医療についてのメリット、デメリットを伝える ⑤入院中の対応に困ったことを整理し、対応している支援者、業者へ相談	①～③救急車を呼ぶ、呼ばない判断を事前に確認 ④緊急時の連絡先を支援者、家族と共有	①、④死後事務、残置物処分、遺産相続、遺言書作成など情報提供 ⑤施設看取りを行っているところと、できていないところの課題を知る
	ウ切れ目のない在宅医療・介護の提供体制構築推進	①ACPIについて、日頃、関係する専門職が本人の思いを聞く ②在宅医療について、支援者や市民の方への周知	①退院調整ルールの運用・評価会議 ④-1本人、家族から在宅療養の不安点を聞く ④-2医療と介護の連携体制がしっかりしていることを伝える	①、②ICTツール(MCS)にて、本人や家族の不安や、心配を共有 ③～⑤一人暮らし高齢者の方へ緊急通報装置を利用	①～③ACPを医療福祉関係者、本人、家族と話し合う ③-1医療者や介護者が訪問し、情報を共有 ③-2訪問介護事業所の訪問介護員が減っている ⑤施設看取りについて、医療者と介護者の状況を調査
B 対応策の実施	エ医療・介護関係者の情報共有の支援	①入退院時の情報提供シートの見直し ②ICTツール(MCS)の活用 ③身寄りがない等の方への最期までの支援の手引きの作成 ④MSWとケアマネ意見交換会の実施	①入退院時の情報提供シートにACPIについて記載 ④-1福島市医師会在宅医療ネットワークシステム発行の継続 参加医療機関リーフレット作成・周知への協力 ④-2県北地域在宅緩和ケア社会資源情報作成・周知への協力 ④-3ICTツールMCSを活用した支援	③-1 救急車を呼ぶ前に、緊急時連絡先へ連絡する ③-2在宅医療を受けている患者へ、救急隊が呼ばれた際に、在宅医療の主治医へ連絡する体制を構築	①～③メールやMCSを使い連携を図る ③-2 行政や多職種で訪問介護事業所の訪問介護員を支えていく → 訪問介護連絡会を設立し、医療と介護のネットワークに参画
	オ在宅医療・介護関係者に関する相談支援	相談窓口の設置 MCSの導入のため説明			
	カ医療・介護関係者の研修	③認知症の支援困難に対応する研修会 ④医療と介護のネットワーク「身寄りがない方の支援」	①、②MSWと包括、ケアマネを対象にしたACP研修 ④在宅医療についての多職種連携の研修		
	キ地域住民への普及啓発	①出前講座の実施(希望により随時) ・「わたしの人生ノートの書き方講座」(ACP) ・「もしバナゲーム体験講座」 ・「在宅医療のお話」 ②市民公開講座 1回/年 ③市民への「わたしの人生ノート」の提供(福島市オリジナル)		①、②ICTツール(MCS)にて、本人や家族の不安や、心配を共有 ③～⑤一人暮らし高齢者の方へ緊急通報装置を利用 ⑤ICTを使った、電化製品の紹介	