

令和 7 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		
	身寄りのない方への支援	医療と介護・身寄りのない方への支援 WG →												
	オレンジプランワーキング		会議		会議			会議				会議		
(ウ) 切れ目のない在宅医療	4つの場面を見直し	日常の療養支援 →		入退院支援		急変時の対応		看取り						
	災害時連携体制	医療と介護・災害時支援 WG →												
	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 →					講師依頼		打合せ	3/25 講演会	
	市民向けミニ講座	随時、出前講座		→										
(ク) 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				
	MCS 管理運営	医療と介護・ICTWG →						活用・実践事例研修						
	事業所向け MCS 講座	随時、出前講座		→										
(カ) 研修企画	研修会企画・開催	(認知症、支援困難等) ①身寄りのない方の支援事例						②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	→			9/23 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 ・包括、市と共同	→ 企画準備											
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 (適宜 ZOOM を利用)	①役員会	総会・ 定例会	②役員会	定例会	③役員会		全体会		④役員会		定例会	⑤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	抄録準備			学会参加					抄録提出			

令和7年度下半期(10～3月)は、

- ① 病院・地域包括支援センターとの連携強化による地域課題の把握
 - ② 身寄りのない方支援をはじめとした地域課題への対応検討
 - ③ 多職種連携の推進と市民への普及啓発
- を柱に事業を実施しました。

【主な実績】

- ・ 病院MSW訪問 20か所
- ・ 相談件数 21件(年間66件)
- ・ 訪問介護事業所連絡会設立準備委員会の開催
- ・ 市民向け出前講座 22回・参加者約500名
- ・ 市民公開講座 159名参加
- ・ 主任ケアマネ・多職種研修会 68名参加

【今期の特徴】

- ・病院MSW訪問を通じた地域課題の把握
- ・訪問介護事業所連絡会設立に向けた体制づくり
- ・身寄りのない方支援に関する研修・意見交換の実施
- ・高齢者施設看取り実態調査結果の共有
- ・市民講座によるACP・在宅医療の普及啓発

令和7年度10月～3月 活動報告

(ア)医療・介護資源の把握 地域の医療・介護資源を把握し、必要な人へ適切につなげる仕組みづくり

令和7年度計画(Plan)	活動内容(10月～3月)(Do)	評価(Check)
● 市内の医療・介護資源の現状把握（包括・病院MSW等） ● 在宅医療・緩和ケアに関する社会資源情報の更新・整備 ● ホームページを活用した情報集約・発信	・病院20か所を訪問し、地域の現状把握を実施 ・地域包括支援センター訪問結果をMSWへ情報提供し、地域課題を共有・ホームページによる周知、随時情報の更新 ・事業所検索への「もの忘れ相談医」情報掲載・各包括支援センター、医療機関等の活用できる情報を随時追加掲載 ・出席できなかったかた向けに研修会報告(資料・アンケート結果等)を掲載 【実績指標】 ・ホームページ閲覧数 月平均5,475件(1日平均183件)	・病院訪問により、退院支援や地域連携の現状を把握できた ・認知症、身寄りのない方支援、移動支援など共通課題が見えてきた ・ホームページが専門職・市民の情報収集ツールとして定着している
改善(Action)		
課 題 ・歯科、老人福祉施設等については、情報の網羅性に課題がある ・資源情報は更新頻度が重要であり、継続的な把握体制が必要 ・病院と地域で把握している課題を共有し、具体的な対応につなげていく必要がある		今後の対応(次年度以降) ・歯科、高齢者施設等の情報収集を継続する ・病院MSWと地域包括支援センターの情報共有を継続する ・把握した地域課題を研修や事業企画へ反映する

(イ)課題抽出と対応検討

地域課題を多職種・行政と共有し、対応策の検討や体制づくりにつなげる

令和7年度計画(Plan)	活動内容(10月～3月)(Do)	評価(Check)
●各種会議・ワーキンググループへの参加を通じた課題把握 ●身寄りのない方、認知症等に関する重点課題の整理 ●行政および関係機関と協働した対応検討	・運営協議会、市との定例会等で事業報告および意見交換を実施 ・「身寄りのない方の支援」に関する研修会および意見交換会を開催 ・オレンジプラン推進委員会、ワーキング会議へ参加 ・もの忘れ相談医インタビュー動画の作成に協力	・運営協議会や定例会を通じて、地域課題について意見交換することができた ・身寄りのない方支援について、多職種で課題を共有する機会となった ・認知症支援では、もの忘れ相談医と包括支援センターの連携強化に向けた取組が進んだ
改善(Action)		
課 題 ・身寄りのない方支援について、具体的な対応方法や連携体制の整理が必要 ・認知症支援において、医療・介護・家族間の情報共有や役割整理が求められる ・地域課題を継続的に把握し、対応策につなげる仕組みづくりが必要	今後の対応(次年度以降) ・身寄りのない方支援に関する情報共有と対応策の検討を継続する ・認知症支援における医療・介護連携の強化を図る ・会議や相談を通じて把握した課題を事業や研修へ反映する	

(ウ)切れ目ない在宅医療 医療・介護・福祉の連携を強化し、切れ目のない在宅療養支援体制づくりを進める

令和7年度計画(Plan)	活動内容(10月～3月)(Do)	評価(Check)
●災害時を含めた医療・介護連携体制の検討 ●MSW、ケアマネジャー等との意見交換を通じた連携強化 ●行政および多職種ネットワークと連携した体制づくり	・医療と介護ネットワーク災害支援WGへ協力 ・MSWとケアマネジャー交流会を開催 参加者49名 ・医療と介護のネットワーク事務局として役員会 ・定例会の運営支援	・MSWとケアマネジャーが顔の見える関係づくりを進める機会となった ・医療と介護のネットワーク活動を通じて、多職種による地域課題の共有が図られた ・災害時支援や身寄りのない方支援など、新たな地域課題への取組が継続されている
改善(Action)		
課 題 ・MSW、ケアマネジャー、行政職等の継続的な交流機会が必要 ・災害時支援やアウトリーチ支援について具体的な体制整備が十分ではない ・地域課題に対応するためのネットワーク活動の継続が必要	今後の対応(次年度以降) ・MSW交流会等を継続し、多職種連携を強化する ・災害時支援やアウトリーチ支援の具体化に向けた検討を進める ・医療と介護のネットワーク事業を通じて地域課題への対応を推進する	

(工)情報共有の支援

医療・介護間の情報共有を円滑にし、多職種連携を支える仕組みづくりを進める

令和7年度計画(Plan)	活動内容(10月～3月)(Do)	評価(Check)
● 退院調整ルール の運用状況を把握し、課題を整理する ● 未整備の専門職団体設立を支援し、連携基盤を強化する ● ICT(MCS)を活用した情報共有の促進と定着を図る	・退院調整ルール評価会議への参加およびアンケート集計に協力 ・訪問介護事業所連絡会設立に向けた意見交換会を開催 ・介護保険課と共同で設立準備を実施 ・MCS研修会の開催および活用支援 ・MCS導入に関する説明、情報提供を実施 【実績】 ・退院調整ルールアンケート回収 居宅75/79か所、 包括21/22か所 ・MCS研修会参加者 63名(10/3)	・退院調整ルールは定着しており、多職種間の情報共有が継続されている ・訪問介護事業所連絡会設立に向けた準備が進み、情報共有の場づくりにつながった ・MCS活用への関心が高く、情報共有ツールとして活用が進んでいる
改善(Action)		
課 題 ・退院調整ルールは運用のばらつきや連絡もれが引き続き課題である ・訪問介護事業所間の情報共有体制を継続的に支援する必要がある ・MCSは導入後の活用方法に差がみられる		今後の対応(次年度以降) ・退院調整ルール評価結果を共有し、連携強化につなげる ・訪問介護事業所連絡会の運営支援を継続する ・MCSの実践的な活用を促進し、多職種連携に活かしていく

(オ)相談受付

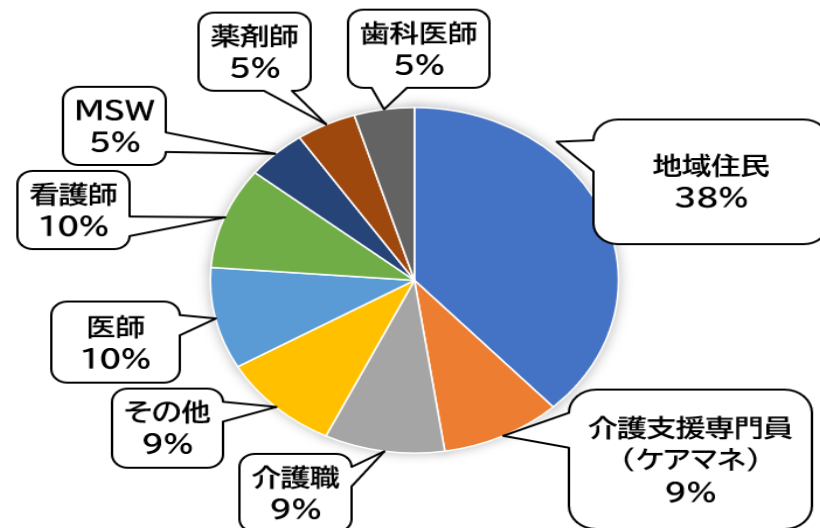
市民および専門職からの相談を受け、必要な支援機関や社会資源につなげる

令和7年度計画(Plan)	活動内容(10月～3月)(Do)	評価(Check)
● 相談窓口としての体制を維持し、相談を受け付ける ● 相談内容を整理・集計し、地域課題の把握につなげる ● 相談実績をもとに、関係機関へ課題や対応策を提案する	【相談件数21件】 主な相談内容:在宅医療、精神科訪問支援、身寄りのない方支援、制度利用等 【相談方法】電話76%、来所24% 【相談者】住民8人、介護職2人、ケアマネ2人、医師2人、看護師2人、MSW1人、歯科医師1人、薬剤師1人、その他2人 ・制度やサービスに関する情報提供 ・在宅医療や受診支援に関する相談対応 ・関係機関との調整および相談窓口の紹介 ・定例会や所内会議で対応方法を共有	・医療・介護制度に関する相談が多く、制度の狭間に関する支援ニーズが確認された ・在宅医療や在宅看取り、精神科訪問支援などに関する相談が継続してみられた ・相談内容を関係機関へつなぎ、必要な支援や情報提供につなげることができた
改善(Action)		
課 題 ・複雑化する相談に対応するため、相談支援スキルの向上が必要 ・在宅医療や受診支援に関する相談では、専門職間の連携強化が求められる ・地域資源や相談窓口に関する情報を継続して周知する必要がある		今後の対応(次年度以降) ・相談事例を共有し、対応力向上に取り組む ・医療・介護関係者との連携を強化し、相談支援体制の充実を図る ・相談実績から見えてきた課題を事業や研修へ反映する

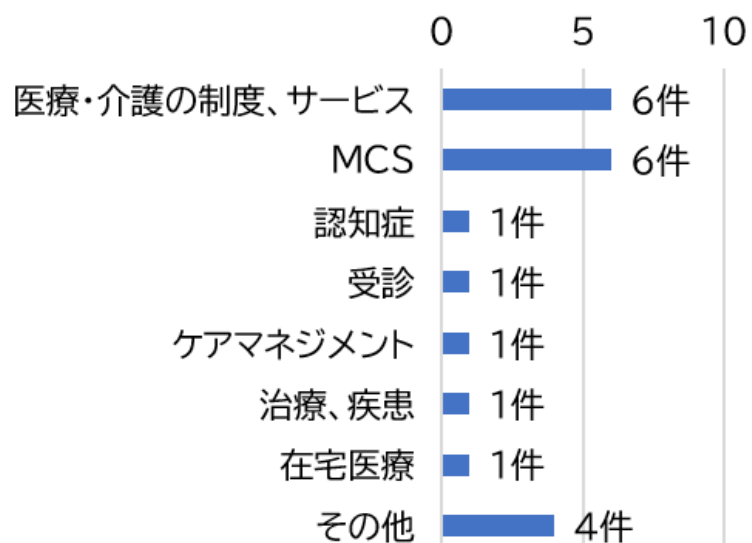
相談の状況

令和7年度下半期(10月～3月)相談件数21件

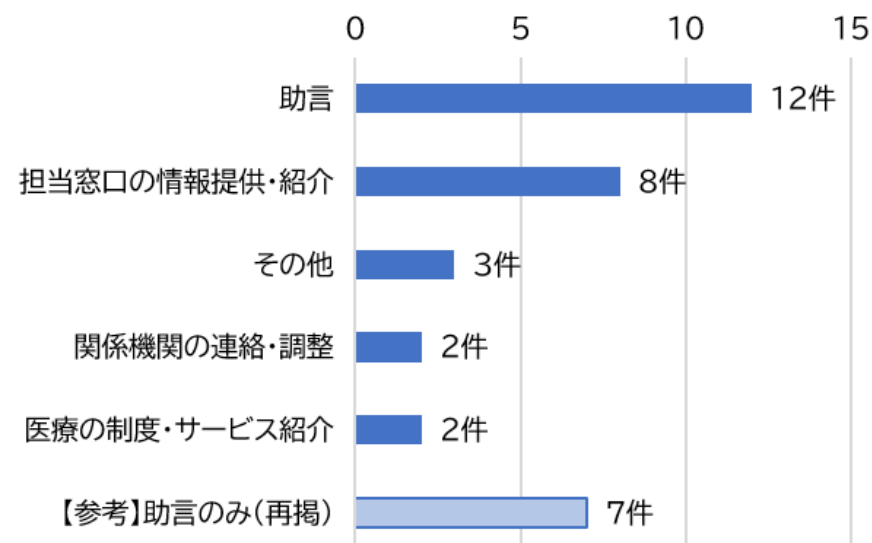
【相談者種別21件の内訳】



相談内容(延べ21件)の内訳 (件)



対応(延べ27件)の内訳 (件)



(力)研修企画

地域課題や在宅療養支援に必要な知識・実践を学ぶ機会を提供し、多職種連携を推進する

令和7年度計画(Plan)	活動内容(10月～3月)(Do)	評価(Check)
●相談実績や会議等で把握した地域課題をもとに研修を企画する ●多職種連携を意識した研修内容・形式を検討する ●他団体・ネットワークと連携し、研修開催や協力を行う	・高齢者施設看取り実態調査報告会を開催 参加者49名 オンデマンド視聴111回 ・認知症対応力ステップアップ研修を開催 参加者39名 オンデマンド視聴85回 ・主任介護支援専門員フォローアップ研修「地域医療を考える～福島市の在宅医療の変遷～」参加者68名 ・緩和ケアカンファレンス、県北地域包括ケア研修会、権利擁護センター研修会等への協力	・看取り、認知症、在宅医療など地域課題をテーマとした研修を開催し、多職種で学ぶ機会を提供できた ・集合研修とオンデマンド配信を併用し、多様な受講ニーズに対応できた ・福島市の在宅医療の歴史や理念を学び、多職種で地域医療を考える機会となった
改善(Action)		
課 題 ・研修内容を実践につなげるための継続的な学びの機会が必要 ・オンデマンド配信のニーズが高く、研修方法の工夫が求められる ・研修によっては参加対象が限定的に受け取られる場合がある		今後の対応(次年度以降) ・地域課題に応じた研修テーマを企画し、多職種連携を推進する ・集合研修とWeb配信を組み合わせた研修を継続する ・多職種が参加しやすい研修名称や周知方法を検討する

(キ)市民周知 市民が在宅医療や人生会議(ACP)について考え、必要な時に相談できる地域づくりを進める

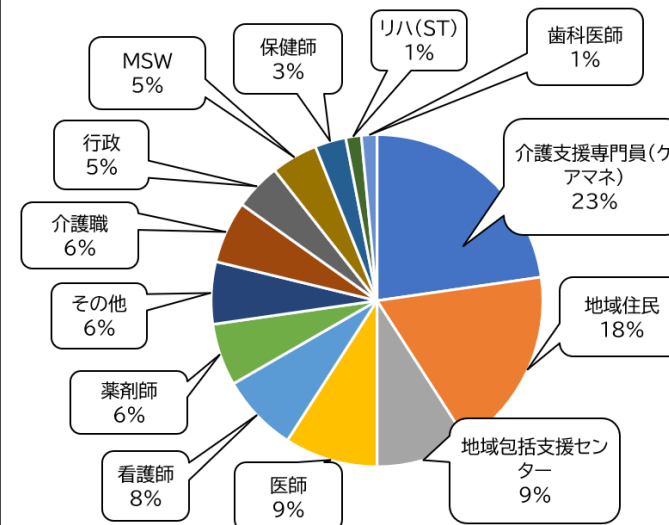
令和7年度計画(Plan)	活動内容(10月～3月)(Do)	評価(Check)
●市民向けミニ講座・出前講座を通じた在宅医療の普及啓発 ●人生ノートやもしバナゲーム等を活用した参加型の学びの場づくり ●市民団体・包括支援センター等と連携した周知活動	・出前講座を実施 人生ノート講座 11回 もしバナゲーム 7回 在宅医療講座 4回 ・市民公開講座を開催 テーマ「まだまだ現役、でもそろそろ考えてみよう」 ～自分らしい生き方と逝き方～ 参加者159名 ・地域サロン、町内会、ボランティア団体等へ出前講座を実施	・市民が在宅医療や人生会議(ACP)について考える機会を提供することができた ・少人数の出前講座では、自分自身や家族のこととして考えるきっかけづくりにつながった ・市民公開講座では、自分らしい生き方や最期の過ごし方について関心の高さがうかがえた
改善(Action)		
課 題 ・在宅医療やACPについて、まだ十分に知られていない地域や世代がある ・講座参加後の行動変容や継続的な学びにつなげる工夫が必要 ・地域ごとのニーズに応じた内容の工夫が求められる	今後の対応(次年度以降) ・出前講座を継続し、市民への普及啓発を進める ・人生ノートやもしバナゲームを活用し、人生会議(ACP)のきっかけづくりを支援する ・市民公開講座等を通じて在宅医療や在宅療養の理解促進を図る	

【参考】

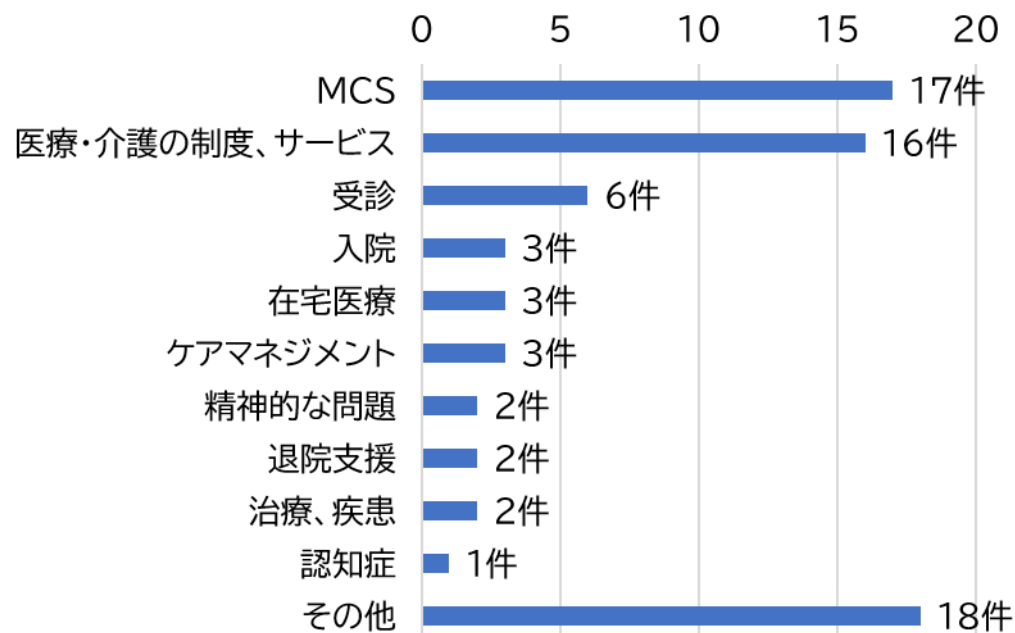
令和7年度 相談の状況

(相談件数 66 件)

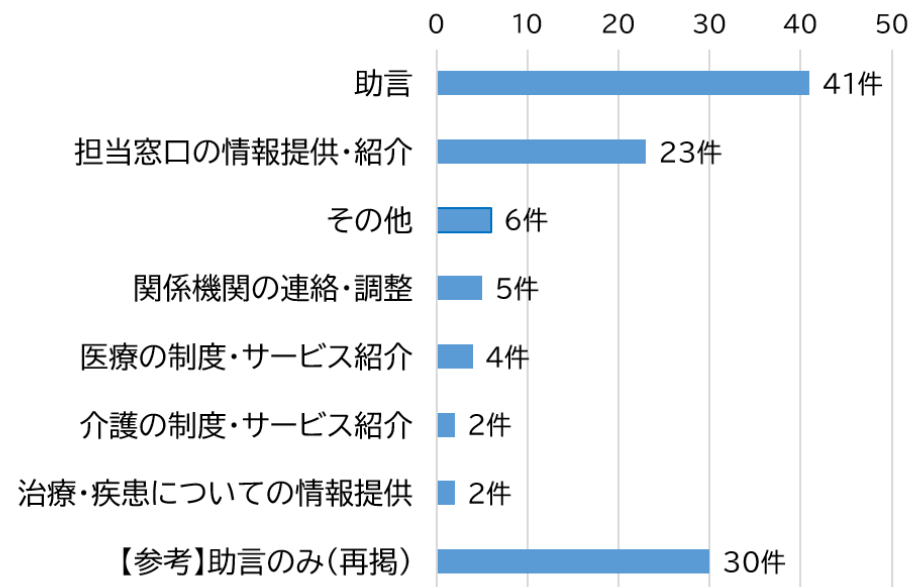
【相談者種別 66件の内訳】



相談内容(延べ73件)の内訳



対応(延べ83件)の内訳



下半期の取組から、

- ・病院MSW訪問による地域課題の把握
- ・訪問介護事業所連絡会設立に向けた体制づくり
- ・身寄りのない方支援や認知症支援への対応
- ・市民へのACP・在宅医療の普及啓発の重要性を再確認した。

次年度は「地域課題を共有し解決につなげる仕組みづくり」
「顔の見える連携と市民啓発の推進」を重点に取り組む。

「福島市における在宅医療の状況を把握するための参考指標」

これらの指標は、在タッチ事業の直接的な成果を示すものではなく、市全体の在宅医療の状況を把握し、今後の事業検討の参考とするためのものです。

	指標となる項目	令和7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7年度 予防26.0% 介護8.2% 全体15.5% (県北退院調整ルール評価アンケート 6月、7月)	平成30年度 包括18.2% 居宅10.9% 全体12.3%
2	自宅死亡率	19.8% 厚生労働省「在宅医療にかかる地域別データ集 令和6年度」	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)	2,501人・27か所 令和8年2月改訂県北地域在宅緩和ケア社会資源 情報(令和7年調査・回答医療機関数 28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	322 人・19所 令和8年2月改訂県北地域在宅緩和ケア社会資源 情報(令和7年調査・回答医療機関数 28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	34.1% (できるだけ自宅で療養し必要なら病院26.9%、 自宅で最期まで療養7.2%) 31.2% (自宅で死を迎えたい) 令和7年度、介護予防・日常生活圏域二ーズ調査	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・日常生活圏域二ーズ調査