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

2026年9月　改訂（福島市在宅医療・介護連携支援センター作成）

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を核とした、地域課題に基づく連携体制の構築・強化

※相談実績、各種調査、研修等を毎年度検証し、センター運営協議会等で共有・協議して次年度の取組へ反映する。

		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、本人らしい暮らしを支える」 本人の意向や生活背景を共有し、医療・介護・福祉の多職種が協働して、医療と介護の両方を必要とする人が、住み慣れた地域で安心して自分らしい生活を続けられる。	「本人の意向を起点とした、切れ目のない入退院支援」 入院前から退院後まで、本人・家族の意向と必要な支援情報が共有され、医療機関と地域の支援者が早期から連携して、本人が希望する暮らしへ円滑につなげられる。	「本人の意思を共有し、医療・介護・救急が円滑に連携する」 急変時の希望、連絡先、対応方針を平時から共有し、医療・介護・救急・行政が連携して、本人の意思を尊重した対応ができる。	「本人が望む場所と過ごし方を選択できる」 人生の最終段階における意向を繰り返し確認・共有し、在宅・施設等、本人が望む場所で本人らしく過ごし、家族・支援者も安心して看取りを支えられる。
		↓	↓	↓	↓
現状・課題		・在宅医療や人生会議（ACP）の理解が十分でなく、本人の希望が日頃から話し合われていない ・利用できる医療・介護資源や相談先が、住民・支援者に十分知られていない ・認知症、独居、身寄りのない人等の支援で、役割分担や相談先が明確でない ・職種・機関によって連携経験や医療介護専用SNS（MCS）の活用に差がある	・入院時に本人の意向、生活情報、ACPが十分に共有されていない ・退院支援の開始時期、情報共有の時期・内容、地域への連絡に差がある ・本人・家族との話し合いが十分でないまま、退院先やサービスが検討される場合がある ・退院後の生活や在宅医療という選択肢への理解が十分でない ・身寄りのない人の契約、支払い、意思決定支援等に課題がある	・急変時の本人の希望、DNAR（心肺蘇生を行わない方針）、緊急連絡先が平時から共有されていない ・「急変」の捉え方や救急要請の判断に、本人・家族・支援者間で差がある ・主治医、訪問看護、介護支援専門員、救急との連絡手順が明確でない ・独居等では発見や対応が遅れやすい ・災害時の行政と医療・介護の役割、連絡体制が十分整理され	・どこまで治療を受けたいか、どこで過ごし最期を迎えたいかが、十分話し合われていない ・認知症等により意思表示が難しくなると、本人より家族・支援者の判断が優先されやすい ・独居や身寄りのない人の看取りに不安があり、支援体制が明確でない ・死後事務、残置物、相続等への対応が家族・支援者の負担となる ・施設看取りの実施状況や医療との連携に差がある
P （計画） 現状分析・課題抽出・実施計画	ア　地域の医療・介護資源と将来ニーズの把握	・第9期福島市高齢者福祉計画・介護保険事業計画の人口、高齢者人口、要支援・要介護認定者数等の将来推計 ・在宅療養支援診療所調査（診療所数、訪問診療患者数、自宅看取り数） ・センター相談実績、研修・出前講座アンケート ・在宅医療・緩和ケアの地域資源情報	・退院調整ルールアンケート ・市内20病院の医療ソーシャルワーカー（MSW）及び22地域包括支援センターへの訪問 ・退院調整ルール、情報提供シートの利用状況 ・センター相談記録	・救急搬送の状況と課題 ・MCSの利用状況 ・病院・地域包括支援センターへの訪問、相談記録 ・災害時ワーキンググループ及び行政・消防等からの情報	・市民ニーズ調査（ACP、療養場所等） ・自宅看取り数、施設看取りの実施状況 ・センター相談記録、出前講座・研修アンケート ・身寄りのない人への支援に関する国・県の動向及び地域資源
	イ　在宅医療・介護連携の課題抽出・目標設定	相談内容・対応経過、病院・地域包括支援センター訪問、研修等の結果を定量・定性の両面から分析し、医療と介護のネットワーク及びセンター運営協議会等で課題と目標を共有する。	アンケート結果と支援事例を退院調整ルール評価会議・検討委員会で分析し、本人の意向を起点とした切れ目のない支援に向けて課題と改善策を協議する。	急変時・災害時の事例や意見を多職種で分析し、本人の意思、緊急連絡先、各機関の役割及び連絡手順を共有できる体制を検討する。	市民・支援者の意向、看取りの実施状況、身寄りのない人等の相談を分析し、本人の選択を支えるための課題と必要な連携を整理する。
	ウ　切れ目のない在宅医療・介護提供体制の構築	相談窓口、地域資源の情報提供、ACPの普及、多職種研修、MCS活用を組み合わせ、本人の暮らしを支える連携体制を整える。	退院調整ルールと情報提供シートを入退院の都度活用し、早期から本人・家族の意向と支援情報を共有する。MCS等も活用して退院後の支援へつなぐ。	急変時の対応方針・緊急連絡先の事前確認、MCS等による情報共有、主治医・救急との連携及び災害時の行政連携を進める。	ACP、在宅・施設看取り、身寄りのない人への支援、死後事務等の情報を整理し、本人・家族と多職種が話し合える体制を整える。
D （実施） 対応策の実施	エ　医療・介護関係者の情報共有支援	・相談傾向と地域課題を、個人が特定されない形で共有 ・地域資源情報の更新・周知 ・MCSの導入・活用支援 ・身寄りのない人への支援情報の共有	・退院調整ルール・情報提供シートの運用と改訂 ・DNARに関する表記の整理 ・ICT欄をキビタンケアネット、MCS等に変更 ・評価会議・検討委員会での改善	・急変時の希望、緊急連絡先、支援情報をMCS等で共有 ・救急要請前後の連絡手順を関係機関で確認 ・災害時の行政・医療・介護の情報共有方法を検討	・本人の意向とACPの共有 ・在宅医療・緩和ケア資源情報の周知 ・施設看取りにおける医療・介護連携 ・身寄りのない人への支援情報の共有
	オ　在宅医療・介護関係者への相談支援	・センター相談窓口（電話・来所等） ・地域資源の情報提供、関係機関との調整、専門職への助言 ・MCS導入・活用の支援	・入退院支援、在宅療養への移行に関する相談 ・病院MSW、地域包括支援センター、介護支援専門員等の連携調整	・急変時の対応、緊急連絡、MCS活用に関する相談 ・主治医、訪問看護、救急等への橋渡し	・ACP、在宅・施設看取りに関する相談 ・身寄りのない人、死後事務等の相談を適切な支援機関へつなぐ
	カ　医療・介護関係者の研修	・医療と介護のネットワーク全体会 猪狩寮氏を講師に、市民を起点とした地域づくりとネットワークのあり方を学び、検討する	・MSW、地域包括支援センター、介護支援専門員等を対象とした、入退院支援・ACP・情報共有に関する研修及び意見交換	・災害時の行政連携に関するワーキンググループ ・MCS活用研修会 ・急変時の連携に関する多職種研修	・身寄りのない人への支援に関する国・県の動向の情報提供と協議 ・ACP、在宅・施設看取りに関する多職種研修
	キ　地域住民への普及啓発	・出前講座（希望により随時） 「わたしの人生ノートの書き方」「もしバナゲーム」「在宅医療のお話」 ・市民公開講座（年1回） ・福島市版「わたしの人生ノート」の提供	・在宅療養、入退院支援、相談先に関する分かりやすい情報提供 ・本人の意向を医療・介護関係者へ伝えることの普及	・人生ノート携帯版や安心セット等による、急変時の希望・緊急連絡先の確認啓発 ・緊急通報装置等の情報提供	・ACP、在宅・施設看取り、緩和ケアに関する出前講座・市民公開講座 ・本人が望む場所と過ごし方を考え、家族と話し合う機会の提供