

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

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の構築



福島市在宅医療・介護連携支援センターの設置・運営強化

課題 問題	課題1：身寄りがいない等の方への最期までの支援が必要である 問題1：①支援者が相談する場がない ②安心して利用できる民間身元保証等高齢者サポート会社が少ない			
	課題2：認知症の方への在宅支援が必要である 問題2：家族や支援者に認知症があると在宅で過ごせないと 思い込みがあり、本人の希望に沿わない事がある			課題1：在宅看取りのうち、施設看取りが少ない 問題1：施設看取りの現状がわからない 課題2：一人暮らしの方の看取りについて理解が必要である 問題2：支援者に一人暮らしの方は在宅で看取りはできないと思込みがあり、本人の希望に沿わない事がある



		入退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り
A 課題抽出・ 立案	ア地域の医療・介護資源の把握	①ホームページへの掲載（情報収集とその提供）		①#7199やファストドクターの周知	①県北緩和ケア社会資源情報
	イ在宅医療・介護連携の課題抽出	①退院調整ルールの運用・評価 ②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	①日頃から緊急時の連絡先について確認 ②訪問診療を行っている医療機関の確認	①救急車を呼ぶ、呼ばない判断を確認	①施設看取りの状況調査の実施
	ウ切れ目のない在宅医療・介護の提供体制構築推進	①運営協議会・推進のための意見交換会開催2回/年 ②医療と介護のネットワークの運営（事務局機能） ③福島市オレンジプラン推進委員会ワーキング会議への参画 回/年 ④福島市こころの声アンケート検討委員会への参画 4回/年	4つの場面が切れ目なく、継続的に提供できる連携体制づくりを目指して、課題の抽出から解決策の検討。②、③については取り組み実施		
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活用 ②ICT(MCS)ツールの活用 ③身寄りがい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福島市医師会在宅医療ネットワークシステム 参加医療機関リーフレット作成・周知への協力 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		
	オ在宅医療・介護関係者に関する相談支援	①相談窓口の設置			
	カ医療・介護関係者の研修	①医療・福祉セミナー 4回/年 ②認知症関係研修 2回/年			
	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）			