

目指す姿(目的)	取組の場面	目標	望ましい姿	必須事業	対策・事業等		
一人暮らしになっても安心して最期を迎えられる町	入退院支援	入退院時の情報がスムーズに行われ切れ目なく介護や医療のサービスが受けられる。	退院調整が100%実施されている。				
			医療機関の退院調整部署の担当者と介護支援専門員が顔の見える関係となっていて問い合わせや相談ができる。				
	日常の療養支援	在宅生活に必要な医療と介護が切れ目なく提供される。	在宅生活に必要な医療と介護が切れ目なく提供される。	介護支援専門員を中心に、介護サービス事業所、医療機関、インフォーマルサービス、地域支援者からの支援が切れ目なく過不足なく提供される。	① 在宅医療・介護連携に関する相談支援窓口の設置 ② 介護保険制度パンフレットを作成し、介護保険事業計画策定時に全戸配布。介護支援専門員等を通じて随時必要な町民へ配布。また、福祉課カウンターに常時おいている。 ② 在宅医療・介護連携資源マップの更新、ホームページへの掲載と事業所への配布	インフォーマルサービスの整理(生活支援体制整備事業:生活支援コーディネーター活動)	
				主治医が担当介護支援専門員を知っている。	担当ケアマネの標示状況について、居宅、包括、医療機関、在宅介護事業所等に聞き取り等実施		
				専門職間の顔の見える関係性を維持し、連携が容易に行われる。	町内の医療系専門職を中心に講師に迎え、医療系知識のブラッシュアップと多職種間の連携促進のための研修会の実施 かかりつけ医と介護職・ケアマネ・家族を結び連携について町内居宅・訪問介護・訪問看護代表者と協議・連携バス作成の検討を居宅・包括連携会議で検討する。(包括)		
				緩和ケアが受けられる。	平成30(2018)年度～開催。療養食の継続に向けて、医療機関、在宅栄養部門との協議を継続し、発展させる。退院時の栄養連携シートを参考に各医療機関と協議する。療養食の教室の検討(どこがどのように行うか)(保健衛生課保健指導係)		
				介護者の身体的・心理的負担感を軽減し、在宅での介護が継続できる。	① 在宅医療・介護連携資源マップによる緩和ケアを提供する医療機関情報の提供 ① 在宅医療・介護連携資源マップによる緩和ケアに対応する訪問看護ステーション情報の提供		
				認知症になっても在宅生活が続けられる。	② 介護者家族会の実施(杜協居宅) ② 認知症の人と家族の会の実施(包括) ② 認知症カフェの実施(認知症地域支援ケア向上事業) ② 認知症ケアバスの更新と事業所への配布(認知症地域支援ケア向上事業:認知症地域支援推進員活動)		
				急変時の対応	在宅療養中に容体が急変しても安心して療養できる。	臨時往診、訪問看護ステーションから24時間365日訪問が受けられる。	県から報告のある医療機関情報を居宅へ提供
						包括ケア病床が必要時利用できる。	県から報告のある医療機関情報を居宅へ提供
						消防署と急変時の情報共有が図られている。	現状把握のため消防署へ状況の聞き取り等を実施
				人生の最終段階(看取り)	自分の望む場所で人生の最後を迎えられる	自宅で看取りができる。	
	町内の特別養護老人ホームやグループホームで看取りができる。						
	町民が予め、価値観等大切に、自分がどのような医療と介護を受けながら暮らすのか看取りまでの意思表示ができる。	ACPの普及啓発専門職研修会の実施 ② サロン等でのACPの普及啓発の実施(認知症地域支援推進員活動) ② 人生の彩ノート書き方学習会の実施(認知症地域支援推進員活動) ② ACP普及啓発推進員による普及啓発活動の実施の支援					
	事業計画の進捗管理とPDCAの実施	実施している事業の効果検証 目的目標の評価と確認	在宅医療・介護連携推進事業の効果する。的な事業推進が進められ、地域包括ケアシステムの構築及び維持する。			在宅医療・介護連携推進会議の実施(第9期介護保健事業計画(在宅医療・介護連携推進関連)評価及び計画原案策定) 第9期介護保健事業計画(在宅医療・介護連携推進関連)内での評価及び策定	