

在宅医療・介護連携推進の取組進捗管理表 (R6-R8)

大項目	目指す姿(中項目)	取組名(小項目)	取組の目的	ターゲット対象者	リーダー	R6			R7			R8			R8年度末評価する指標
						計画	目標値	実績	計画	目標値	実績	計画	目標値	実績	
日常の療養支援	医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、自宅等住み慣れた場所で不安なく生活できる。	クリニックとの関わり	・医療機関と日ごろから情報共有を行い、円滑な支援体制を構築する。 ・関係機関が抱える課題を把握する。	クリニック	(R6) なかよし (R7) きたよし	・クリニックに訪問し、在宅医療介護の連携状況について情報共有する(課題抽出) ・得た情報をまとめる。	・アポイントメントで訪問希望された機関に対して訪問数100% ・年1回以上	訪問希望されたクリニック15機関に対し、訪問件数15件100%実施した。 A C Pや認知症初期集中支援チームのチラシ高齢者福祉マップを周知を行い、必要時包括への情報共有を依頼した。	継続	・アポイントメントで訪問希望された機関に対して訪問数100% ・年1回以上	訪問希望されたクリニック〇機関に対し、訪問件数〇件〇%実施した。 ACP、認知症初期集中支援チームのチラシ高齢者福祉MAP、包括係り配布し周知を行った。必要時包括へ情報共有を依頼した。	継続	・アポイントメントで訪問希望された機関に対して訪問数100% ・年1回以上		
		クリニック以外との関わり(歯科、調剤薬局)		クリニック以外		・クリニック以外に訪問し、在宅医療介護の連携状況について情報共有する(課題抽出) ・得た情報をまとめる。	・アポイントメントで訪問希望された機関に対して訪問数100% ・年1回以上	訪問希望された薬局21機関に対し、訪問件数21件。歯科医院25機関に対して25件。ともに100%実施した。 認知症患者も来院され対応することがある。チラシやマップを家族に見てもらえと良いとご意見あり。	継続	・アポイントメントで訪問希望された機関に対して訪問数100% ・年1回以上	訪問希望された薬局〇機関に対し、訪問件数〇件。歯科〇機関に対し〇件。ともに〇%実施した。 高齢者の来院も多く、エンディングノートや福祉MAPの追加依頼があった。	継続	・アポイントメントで訪問希望された機関に対して訪問数100% ・年1回以上		
		豊田みよしケアネット(IGT)の活用	・医介連携に必要な医療機関が利用方法を正しく学び、円滑なコミュニケーションツールとして活用する。	医療介護機関	全推進員	・豊田みよしケアネットのPR及び登録に関する相談支援をする。	・豊田みよしケアネットの登録患者数が前年度105%(年度末時点)	令和5年度末67名に対して、令和6年度は90名の登録があった(1月末時点)前年比34%増	継続	・豊田みよしケアネットの登録患者数が前年度105%(年度末時点)	前年度より、41名増加(延131名)R8.1月末時点	継続	・豊田みよしケアネットの登録患者数が前年度105%(年度末時点)		
入退院支援	高齢者が、入退院を含め、入退院があっても切れ目のないケアが利用できる。本人の希望する場所で生活を継続することができる。	入退院機能を持つ病院との連携強化	円滑な入退院支援を行うことができる。	病院(病床)	(R6) きたよし (R7) おかよし	・在宅医療介護機関に対して勉強会(活用)を開催する。	・年1回以上	市内外の通所介護、訪問介護、訪問看護、居宅、障がい相談員、包括を対象に1/20に電子連携稼働活用のためのステップアップ研修を開催した。24事業所(36名)が参加した。	継続	・年1回以上	1/13に在宅の医療系サービスの事業所を対象に基礎研修を実施。歯科医師、薬剤師、訪問看護、薬局、病院事務、ケアマネ、包括職員、計25名が参加した。	継続	・年1回以上		
		医療依存度がた患者の自宅以外の退院先の情報整理	情報を整理することで、標準的に情報を提供することができる。	医療依存度の高い患者を受け入れることができる施設	新(R7) きたよし (R8) きたよし	・入退院の窓口になる担当者(MSW等)と意見交換ができる場の企画開催する。	・年1回以上	ホスピス・緩和ケアについて理解を深め、入退院支援窓口担当者との見える関係づくりを目的に11月26日愛知国際病院と交流会を実施。本作業部会担当者に加え、ケアマネジャーやみよし市民病院連携室相談員等計21名が参加した。	継続	・年1回以上	12月4日に三九朗病院と交流会を実施した。急性期からの転院が多い回復期病棟の体制や、退院支援窓口担当者等、各職種の役割を理解し、顔の見える関係作りができた。本部会担当者ほか、市内ケアマネジャー等計16名が参加した。	継続	・年1回以上		
		急変時対応	消防連携を図る。	市民	市民	市役所	・豊田加茂医師会や東名古屋医師会から情報収集する。	・年1回以上	豊田加茂医師会から消防連携についての情報を確認した。	継続	・年1回以上	豊田加茂医師会多職種合同研修会にて医師会、消防から情報収集した。	地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、消防担当者との交流会を開催	・年1回以上	
急変時の対応				市民	全推進員	市民に人生会議について説明した上でエンディングノートを配布する。	・各推進員100冊以上	エンディングノートについては、2センターの推進員が100冊を下回ったが、全推進員を平均すると100冊を上回った。(12月末時点)	継続	・各推進員100冊以上		継続	・各推進員100冊以上		
				医療機関	全推進員	医療関係機関に人生会議やエンディングノートを周知する。	・日常の療養支援の医療機関等訪問時 ・年2回以上	クリニック等訪問時に人生会議やエンディングノートの行った。	継続	・日常の療養支援の医療機関等訪問時 ・年2回以上	クリニック等訪問時に人生会議やエンディングノートの行った。	継続	・日常の療養支援の医療機関等訪問時 ・年2回以上		

【9期計画評価指標】  
 ○豊田みよしケアネット登録施設数  
 ・85施設 (R4:74施設)  
 ○地域包括ネット会議の開催回数  
 ・15回 (R4:15回)  
 ○在宅看取り率  
 ・13% (R4:11.2%)  
 ○一般高齢者における「人生会議 (ACP) の認知度」  
 ※1・10% (R4:4.4%)  
 ○ケアマネジャー調査における主治医との連携に困っている割合※2  
 ・30%以下 (R4:33.3%)  
 ※1  
 一般高齢者調査において「言葉も内容も知っている」人の割合  
 ※2  
 ケアマネジャー調査において「主治医との連携や調整に困っている」ヒトの割合

看 取 り	地域住民が、在宅での看取り等について十分に理解し、医療と介護の両方が必要となった状態の高齢者が、人生の最終段階における意思を確認共有し、実現できる体制を構築する。	ACP (意思決定支援)	市民に人生会議という言葉の意味を普及し、本人の望む場所で看取りを行うことができる。	市民	市	人生会議についての市民講座を開催する。 (在宅相談ステーションと連携し開催)	・年1回以上	人生会議について、市民に周知することを目的に、イオン三好ショッピングセンターと事前に打合せ等を行い、11/11及び11/27の2回、セントラルコートで市民講座(エンディングノートの書き方)を開催した。合計33名参加。(在宅相談ステーションは日程合わず)	継続	・年1回以上	在宅相談ステーションによる市民講座の開催 (R7.10.11) 映画上映会の開催 (R7.12.13)	継続	・年1回以上
				介護事業所	在宅相談ステーション	人生会議を理解するための勉強会を開催する。	・年1回以上	在宅サポートセンター事業においては、7/27に在宅医療スキルアップ研修を企画開催した。ウェルビーイングネットワーク会議においては、郵送を通じ、年4回の研修企画の運営補助を行った。	継続	・年1回以上	在宅医療サポートセンター事業として在宅医療スキルアップ研修をはじめとした企画を開催した。ウェルビーイングネットワークについてもフェスタを含め運営補助を行った。	継続	・年1回以上
				市民	(R6) おかよし (R7) みなよし	図書館を活用した人生会議の普及啓発コーナーの設置する。	・年1回(人生会議普及啓発強化月間時)	人生会議の普及啓発コーナーを11/29から12/18まで設置した。人生会議選定本25冊を展示した。またホワイトボードにイオンで開催した人生会議の普及啓発イベントの写真を掲示した。	継続	・年1回(人生会議普及啓発強化月間時)	人生会議の普及啓発コーナーを11/28から12/17まで設置した。人生会議選定本25冊を展示した。サービス利用者が作成したオプジェを展示した。サンライズでACP啓発映画が上映されたこともありアンケートの返事が多かった。	継続	・年1回(人生会議普及啓発強化月間時)

長寿介護課：全取組みのマネジメント（進捗管理、調整等）を行う。年度当初及び随時、地域包括支援センターと打合せを行う。  
地域包括支援センター：取組みごとに各地域包括支援センターがリーダーとなり、中心的に取組みを進めていく。  
リーダー以外の地域包括支援センターも、その取組みに協力する。