

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	リーダー	R6			R7			R8			R8年度末 評価する指標
				対象者		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	・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		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		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		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		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（ICT）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）		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）		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）		
	(R6) きたよし	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		継続	・年1回以上		継続	・年1回以上					
入退院支援	高齢者が、急変時を含め、入退院があっても切れ目ないケアが利用でき、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) みなよし	・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		継続	・年1回以上		継続	・年1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	
						・みよし市入退院窓口一覧の軽微変更（新規医療機関追加や明らかな変更時のみ）	・必要時		・既存の入退院窓口一覧を確認し、豊田加茂医師会以外の病院を追加した窓口一覧を作成する（前令和4年度：3年に1度）	・年1回		・みよし市入退院窓口一覧の軽微変更（新規医療機関追加や明らかな変更時のみ）	・必要時		
急変時の対応		急変時対応	消防連携を図る。	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		継続	・年1回以上		継続	・年1回以上		
				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		継続	・各推進員100冊以上		継続	・各推進員100冊以上		
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望む場所で看取りが行えるよう、本人、家族、医療・介護関係者が、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。	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		継続	・日常の療養支援の医療機関等訪問時 ・年2回以上		継続	・日常の療養支援の医療機関等訪問時 ・年2回以上		
				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		継続	・年1回以上		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		継続	・年1回以上		継続	・年1回以上		

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	リーダー	R6			R7			R8			R8年度末
				対象者		計画	目標値	実績	計画	目標値	実績	計画	目標値	実績	評価する指標
				市民	(R6) おかよし	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）		継続	・年1回（人生会議普及啓発強化月間時）		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。