

在宅医療・介護連携推進事業の目標を達成するための設計図:評価シート(2025.2.19版)

4つの場面 具体的取組(個別施策)

入退院支援	(A) 入退院調整マニュアルの運用			
	指標(実績)	2024	2025	2026
	事例検討開催数	1回		
	事例検討参加者数	30名		
運用状況調査の実施	2月			

日常の療養支援	(B) 多職種連携研修会			
	指標(実績)	2024	2025	2026
	庁内打ち合わせ回数	2回		
	多職種連携研修開催数	3回		
多職種連携研修会参加者数(人数/事業所数)	130名/49事業所			
事業所PRシート作成数	—			
(C) 同業種連絡会の開催				
指標(実績)	2024	2025	2026	
同業種連絡会の開催数	—			
在宅部会の開催数	4回			

急変時の対応	(D) 急変時の療養支援の体制構築			
	指標(実績)	2024	2025	2026
	事業所情報更新調査の実施	7月		

急変時対応シート(仮)の作成	—		
----------------	---	--	--

令和9年(2027年)の状態(初期アウトカム)

b)人材育成・スキルアップ

ケアマネ等と病院担当者が連携によりスムーズな退院調整につながった事例を共有し、入退院支援のスキルが向上している

指標(実績)	2024	2025	2026
ケアマネ等と病院担当者の関係が構築できている(心理的安全性が保たれている)	—		

c)多職種・多機関連携

ケアマネ等と病院担当者が入院時に患者の情報を共有できている施設(サ高住等含む)担当者や病院担当者が入院時に患者の情報を共有できている

指標(実績)	2024	2025	2026
入院時連携率(電話のみ含む)			
入院時情報提供書提出率			
ケアマネ等と病院担当者が退院時に患者の情報を共有できている施設(サ高住等含む)担当者や病院担当者が退院時に患者の情報を共有できている			
退院調整率			
退院時カンファレンスの開催			
他のデータや患者・住民、関係者の声や姿からの情報			
※令和6年度 入退院調整マニュアル運用状況調査から抜粋			

a)体制整備・b)人材育成・スキルアップ c)多職種・多機関連携

医療・介護従事者が多業種のサービスや特徴を把握し、本人に必要なサービスを適切に紹介するための連携体制ができてきている

指標(実績)	2024	2025	2026
他職種とんでも聞ける関係を築いた数	—		
他職種に対してねぎらいの言葉や肯定的評価を伝えた数	—		

a)体制整備 c)多職種・多機関連携

医療・介護従事者が業種ごとの課題と対応策を検討できている

指標(実績)	2024	2025	2026
他職種とんでも聞ける関係を築いた数(再掲)	—		
他職種に対してねぎらいの言葉や肯定的評価を伝えた数(再掲)	—		
他のデータや患者・住民、関係者の声や姿からの情報			

a)体制整備

医療・介護従事者が夜間・休日とも病状の悪化に対応できる体制ができてきている

指標(実績)	2024	2025	2026
在宅療養(後方)支援病院数	3ヶ所		
在宅療養支援診療所数	16ヶ所		

c)多職種・多機関連携

訪問介護事業所が訪問看護師や医師などの医療従事者と連携体制ができてきている

利用者の生活状況の変化について、予測し伝えた回数	—		
--------------------------	---	--	--

訪問看護事業所が医療機関との連携体制ができてきている

利用者の病状の変化について、予測し伝えた回数	—		
------------------------	---	--	--

在宅療養者が受診を必要としたときに、医療機関へ受診ができるバックアップ体制ができてきている

ケアチーム内で連絡網や情報交換ツールを用いて情報共有を行った回数	—		
----------------------------------	---	--	--

c)多職種・多機関連携 d)普及啓発

医療・介護従事者が急変時対応について本人・家族と共有できている

「想いを伝える私ノート」の活用数	—		
他のデータや患者・住民、関係者の声や姿からの情報			

令和12年(2030年)の状態(中間アウトカム)

市民が安心して地域から病院、病院から地域へと療養の場を移行することができる

指標(実績)	2021(西和)	2025	県(2021)	国(2021)
※退院支援(退院調整)を受けた患者数	1771.2		1623.4	2135.6
※介護支援連携指導を受けた患者数	120.4		165.4	184.4
※退院後訪問指導を受けた患者数	31.3		35.3	31.9
※退院退所加算の件数	NA		-	-
※入院時情報連携加算の件数	NA		-	-
他のデータや患者・住民、関係者の声や姿からの情報				
※は75歳以上人口1万人対換算 2021は、参考値として西和地域のデータを入力				

市民が住み慣れた地域で、疾患、介護度に応じて必要な多職種協働による医療・ケアを受けることができる

指標(実績)	2021(西和)	2025	県(2021)	国(2021)
※訪問診療を受けた患者数	10150.4		10771.7	11422.0
※訪問看護利用者数【医療保険】(医療機関)	834.1		281.6	249.5
※訪問看護利用者数【医療保険】(訪問看護ステーション)	NA		NA	NA
※訪問看護利用者数【介護保険】	NA		NA	NA
在宅療養・介護を継続できていると感じている療養者	NA		NA	NA
適切な時期に効果的なケアをすることで不要な入院を避けられる状態にある者の緊急入院・受診・往診・訪問看護の回数	NA		NA	NA
他のデータや患者・住民、関係者の声や姿からの情報				
※は75歳以上人口1万人対換算 2021は、参考値として西和地域のデータを入力				

市民が在宅療養中に病状の悪化があった時に、日時を問わず診療を受けることができる

指標(実績)	2021(西和)	2025	県(2021)	国(2021)
※往診を受けた患者数	1592.2		1528.7	1461.4
※夜間・休日・深夜の往診を受けた患者数	125.4		235.8	380.6
在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院の診療患者数あたりの緊急往診回数(在宅療養支援診療所)	NA		NA	NA
在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院の診療患者数あたりの緊急往診回数(在宅療養支援病院)	NA		NA	NA
※夜間・早朝・深夜の訪問看護を受けた患者数【医療保険】(医療施設)	NA		1.2	24.9
※夜間・早朝・深夜の訪問看護を受けた患者数【医療保険】(訪問看護ステーション)	NA		NA	NA
※夜間・早朝・深夜の訪問看護を受けた患者数【介護保険】	NA		NA	NA
他のデータや患者・住民、関係者の声や姿からの情報				
※は75歳以上人口1万人対換算 2021は、参考値として西和地域のデータを入力				

令和22年(2040年)に達成したい状況(最終アウトカム)

本人が望む場所での生活が可能であり、専門職、担い手、サービスの受け手、誰もが暮らしやすくなっている

指標(実績)	2021	2025	県(2021)	国(2021)
在宅療養者のQOL(生活の質)	NA		NA	NA
死亡前一定期間における療養場所が在宅であった者の割合	NA		NA	NA
在宅死亡者数(自死の割合)	22.1%		19.3%	17.4%
在宅死亡者数(老人ホーム死の割合)	9.0%		9.6%	11.0%
在宅死亡者数(介護老人保健施設死の割合)	0.7%		3.1%	2.9%
他のデータや患者・住民、関係者の声や姿からの情報				

アウトカムの達成状況についての考察・今後の課題など考えられること

施策・事業について見直しが必要と感じたこと、気づいたこと

在宅医療・介護連携推進事業の目標を達成するための設計図:評価シート

4つの場面 具体的取組(個別施策)

(E) 看取り体制の整備				
指標(実績)	2024	2025	2026	
事業所情報更新調査の実施(再掲)	7月			
(F) 専門職への普及啓発				
指標(実績)	2024	2025	2026	
(ファシリテーター数)	—			
ワーキンググループの開催数	—			
研修会の開催数	2回			
研修会の参加者数	100名			
(G) 看取りの市民意識調査 (H) 想いを伝える「私ノート」等の普及啓発				
指標(実績)	2024	2025	2026	
どこでも講座アンケート回答者数	142名			
市民実感度調査アンケート結果回答者数	1,582名			
どこでも講座の開催数	9回			
どこでも講座の参加者数	160名			
市民フォーラムの開催数	—			
市民フォーラムの参加者数	—			
想いを伝える「私ノート」配布数	1,741冊			
(ファシリテーター数)	—			
(I) 学校における福祉教育				
指標(実績)	2024	2025	2026	
小・中学生を対象とした出前授業開催数	—			
出前授業・どこでも講座開催数	—			

(J) 連携型BCP・地域BCPの策定				
指標(実績)	2024	2025	2026	
研修、協議会(連絡会)の開催数	4回			
シミュレーション訓練の実施数(自機関、業種別、地域など)	1回			

令和9年(2027年)の状態(初期アウトカム)

a)体制整備

医療機関、介護事業所(施設)が、看取りに取り組むことができる

指標(実績)	2024	2025	2026	
看取り対応が可能な医療事業者数	33/104			
看取り対応が可能な介護事業者数	27/67			

※医療・介護資源情報提供システム情報更新調査から抜粋

b)人材育成・スキルアップ c)多職種・多機関連携 d)普及啓発

医療・介護従事者が利用者が望む医療・ケアについて共有することができる

指標(実績)	2024	2025	2026	
看取りに対するサービス担当者会議開催数	—			
利用者・家族が病気・病状をどのように理解しているか他職種へ伝えた回数	—			

医療・介護従事者がグループケアを実施できている

指標(実績)	2024	2025	2026	
カンファレンス等実施数	—			

d)普及啓発

市民が人生最期の医療やケアについて考えることができる

人生会議(ACP)の認知度(※1)	知っている:6.3% 聞いたことがある:26.1%			
将来、自分が受けたい医療・ケアについて考えることができましたか(※1)	そう思う:32.4% ややそう思う:33.1%			
人生の最終段階の医療・ケアについて事前に話し合うことは大切だと思う(※2)	とてもそう思う:27.4% そう思う:39.4% どちらかと言えばそう思う:22.5%			
想いを伝える「私ノート」活用数(再掲)	—			

※1どこでも講座アンケート結果から抜粋
※2市民実感度調査アンケート結果から抜粋

a)体制整備 d)普及啓発

小・中学生が人生会議(ACP)について家族と取りくむことができる福祉(医療)系の学生が人生会議に興味を持つことができる

指標(実績)	2024	2025	2026	
想いを伝える「私ノート」活用数(再掲)	—			

a)体制整備

医療・介護従事者が連携型BCP・地域BCPについて理解できている災害が発生したときに医療・介護従事者がBCPの運用ができる

指標(実績)	2024	2025	2026	
研修、協議会(連絡会)、シミュレーション訓練など参加者アンケート	—			

令和12年(2030年)の状態(中間アウトカム)

市民が住み慣れた自宅や介護施設など利用者自身が望む場所で看取りの医療・ケアを受けることができる

指標(実績)	2021(西和)	2025	県(2021)	国(2021)
※在宅ターミナルケアを受けた患者数	4.1		15.4	21.3
※看取り数(死亡診断のみの場合を含む)	105.5		128.8	132.4
※在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院の診療患者数あたりの看取り件数(在宅療養支援診療所)	NA		NA	NA
※在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院の診療患者数あたりの看取り件数(在宅療養支援病院)	NA		NA	NA
※訪問看護によるターミナルケアを受けた利用者数【医療保険】(医療施設)	NA		NA	NA
※訪問看護によるターミナルケアを受けた利用者数【医療保険】(訪問看護ステーション)	NA		NA	NA
※訪問看護によるターミナルケアを受けた利用者数【介護保険】	NA		NA	NA

他のデータや患者・住民、関係者の声や姿からの情報

※は75歳以上人口1万人対換算
2021は、参考値として西和地域のデータを入力

市民が災害・新興感染症発生時も継続してケアを受けることができる

指標(実績)	2021	2025	県(2021)	国(2021)
災害・新興感染症発生時にも必要な医療・ケアが安心して受けられる患者・利用者	NA		NA	NA

令和22年(2040年)に達成したい状況(最終アウトカム)

本人が望む場所での生活が可能であり、専門職、担い手、サービスの受け手、誰もが暮らしやすくなっている

指標(実績)	2021	2025	県(2021)	国(2021)
在宅療養者のQOL(生活の質)	NA		NA	NA
死亡前一定期間における療養場所が在宅であった者の割合	NA		NA	NA
在宅死亡者数(自宅死の割合)	22.1%		19.3%	17.4%
在宅死亡者数(老人ホーム死の割合)	9.0%		9.6%	11.0%
在宅死亡者数(介護老人保健施設死の割合)	0.7%		3.1%	2.9%

他のデータや患者・住民、関係者の声や姿からの情報

アウトカムの達成状況についての考察・今後の課題など考えられること