第1次出雲市在宅医療・介護連携推進基本計画について（策定概要）

資料９

背景と目的

○　市が在宅医療・介護連携推進事業の実施主体となり5年が経過した。H29.7に策定した在宅医療と介護連携のための指針に基づき、国が示す8つの事業項目にひととおり着手し、事業として立ち上がったところ。

○　今後は2025年を目前に控え、これまでの事業着手・実行の段階から連携深化の段階へ進むにあたり、目指す方向性をより明確化し、関係者が共有することで、相互が有機的に連携することを目的に基本方針を策定し、基本方針を踏まえた計画を策定する。

在宅医療と介護連携のための指針（H29.7）

【趣旨】

医療介護関係者等が在宅医療に対する課題や意識等を共有し、一丸となって在宅医療・介護連携に取り組むことができるようH29.7に策定

【内容】

○総論的方向性

・出雲保健所や関係団体が行ってきた取組を承継
・先進事例、国・県等からの情報を踏まえた取組を実施
・関係者と協力しながら、市民の理解を深める普及啓発に取り組む
・介護予防や認知症施策等の施策間連携を図る

○各論的方向性

国が示す（ア）～（ク）の8つの事業項目ごとにこれまでの取組と今後の取組を示す

在宅医療・介護連携推進基本計画（R3.3）

【在宅医療・介護連携推進基本方針】（R2.2）

○関係者間で方向性を共有しやすいよう「実現を目指す高齢者の姿」として、あるべき状態像を明確化

○目指す姿実現のための具体的な取組の柱を定める

【策定の進め方】（R2年度）

○取組の見える化

・基本方針で定めた取組の柱に沿って、各団体・機関が実施している取組を調査・集約

○進捗確認によるPDCAサイクル構築

・取組内容に応じた指標を設定し、その取組の効果や進捗を確認
（例：要介護高齢者の在宅療養率、ACPの実践率等）

第１次在宅医療・介護連携推進基本計画(ルピナスプラン)

令和３年度(2021)～令和 11 年度(2029)

令和３年(2021)３月

出雲市在宅医療・介護連携推進連絡会議

表紙「ルピナスの花」

　ルピナスは、チョウに似た小花が咲き上がる様子が富士を逆さまにしたようで「ノボリフジ（昇り藤）」とも呼ばれます。品種によっては花穂が 60～70cm ほどになるものもあります。古くは、食料、肥料として利用され、日本には明治時代に導入されましたが、現在では観賞用として楽しまれています。多年草タイプのラッセルルピナスは、寒冷地では宿根して毎年雄大な花を咲かせますが、耐暑性が弱く、温暖な地域では一年草として扱われます。

目　次

はじめに ・・・・・・・・・・・ **1**
「在宅医療・介護連携」＝ 合言葉「ルピナス」 ・・・・・・ 1
「チームルピナス」 ・・・・・・ 1
第１章　計画の策定にあたって ・・・・・・・・・・・ **2**
1　計画策定の趣旨 ・・・・・・ 2
2　計画の位置付けと期間 ・・・・・・ 2
3　計画の進行管理 ・・・・・・ 2
第２章　高齢者を取り巻く現状 ・・・・・・・・・・・ **3**
1　増え続ける高齢者と高齢者世帯 ・・・・・・ 3
2　医療と介護が特に必要となる 85 歳以上が急増 ・・・・・・ 4
3　人生の最期を迎えたい場所 ・・・・・・ 5
第３章　計画の基本的な考え方 ・・・・・・・・・・・ **6**
1　基本方針 ・・・・・・ 6
2　成果指標 ・・・・・・ 7
3　国の基本的な考え方 ・・・・・・ 8
4　在宅医療・介護連携推進事業の見直し ・・・・・・ 9
第４章　取組の内容 ・・・・・・・・・・・ **10**
1　取組の概要 ・・・・・・ 10
2　取組の体系 ・・・・・・ 11
3　取組の内容 ・・・・・・ 12
4　取組の指標マップ ・・・・・・ 23
第５章　取組の進行管理 ・・・・・・・・・・・ **25**
1　成果指標の進行管理 ・・・・・・ 25
2　活動指標の進行管理 ・・・・・・ 27

はじめに

「在宅医療・介護連携」＝ 合言葉「ルピナス」

本計画にある「在宅医療・介護連携」「多職種連携」を推進していくためには、医療や介護に携わる人（以下「医療・介護関係者」という。）が、常に連携を念頭におき、日々の職務にあたることが望まれている。そこで、連携を意識する合言葉（キーワード）を設け、その合言葉が医療・介護関係者間で伝達されていくことによって「在宅医療と介護の連携」を浸透させていきたいと考えている。

その合言葉を、マメ科の植物の名前で、花言葉は「いつも幸せ」「多くの仲間」である「ルピナス」としたい。ルピナスは、たくさんの花びらが集まり、上へ昇っていくようなイメージがあり、医療・介護関係者が一体となって、多くの方に「いつも幸せ」と感じてもらえるような職務ができるよう命名したものである。

ルピナス

この「ルピナス」は、医療と介護が連携する取組や多職種で実施する取組に使用するもので、本計画は「ルピナスプラン」とし、多職種連携による事例発表会や研修会なども、「ルピナスプロジェクト」と名付けることとする。

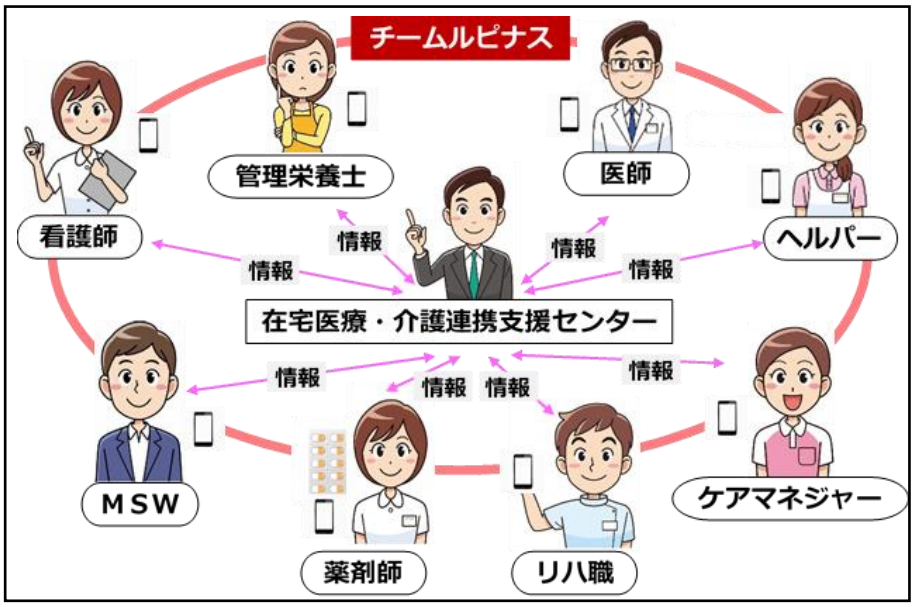
「チームルピナス」

今後、医療・介護関係者が連携を図っていく上で、もっとも重要なことが、情報の共有（情報発信・情報収集）である。現在の情報共有は、各職能団体を通じて情報の受発信を行っており、所属するすべての人に情報が行き渡るのに時間を要したり、団体に所属していない人は情報が受け取れなかったりなどの課題がある。

そこで、各職能団体の連絡網とは別に、個人単位で情報の受発信ができるコミュニケーションアプリを利用することで、すべての医療・介護関係者へ早く情報を伝達したい。

このアプリ上で、市内の医療・介護関係者のグループ「チームルピナス」を結成し、研修会やイベントの情報発信・収集、各団体の機関紙などの発信や専門職への質問の場などとしての活用を考えている。

図１）「チームルピナス」イメージ図



第１章　計画の策定にあたって

1　計画策定の趣旨

平成 26 年度(2014)に介護保険法が改正され、地域包括ケアシステムの構築に向けた施策の一つとして、在宅医療・介護連携推進事業が地域支援事業に位置づけられ、市町村が主体となって取り組むこととなった。

本計画は、平成 29 年(2017) 7 月に策定した「在宅医療と介護連携のための指針」の策定趣旨を引き継ぎ、これまでの事業着手の段階から連携深化の段階へ進むにあたり、めざすべき高齢者の姿を明確にし、それを実現させるための事業実施の方向性を示すものとして策定するものである。

団塊の世代が 85 歳になり始める令和 12 年(2030)を目途に、医療と介護の両方を必要とする高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、医療と介護の相互が有機的に連携し、継続的な在宅医療と介護を一体的に提供する。

そのために、医療と介護に従事する専門職が、基本的な方針やめざすべき姿を共有することで、在宅医療と介護の質の向上を図るものである。

2　計画の位置付けと期間

本計画は、島根県保健医療計画や出雲市高齢者福祉計画・介護保険事業計画と整合を図り、基本方針を掲げ、その実現に向けて、専門職が連携して取り組むべき内容を示す。

本計画の期間は、出雲市高齢者福祉計画・介護保険事業計画の第 8 期から第 10 期までにあたる令和 3 年度(2021)から令和 11 年度(2029)までの 9 年間とする。

3　計画の進行管理

在宅医療・介護連携推進連絡会議において、前年度の各取組の実施状況をまとめ、目標の達成度などを確認する。 3 年に 1 回、取組の見直しを行い、新規取組の追加や取組の廃止、また目標の見直しなどの検討を行うものとする。具体的な進行管理は、取組の指標マップ（P23～P24）と取組の進行管理（P25～P28）を活用して行う。

年度	R3 (2021)	R4 (2022)	R5 (2023)	R6 (2024)	R7 (2025)	R8 (2026)	R9 (2027)	R10 (2028)	R11 (2029)
高齢者福祉・介護保険計画	第 8 期計画			第 9 期計画			第 10 期計画		
在宅医療介護連携推進計画	実行評価	実行評価	実行評価 **見直し**	実行評価	実行評価	実行評価 **見直し**	実行評価	実行評価	実行評価 **次期計画策定**

第２章　高齢者を取り巻く現状

１ 増え続ける高齢者と高齢者世帯

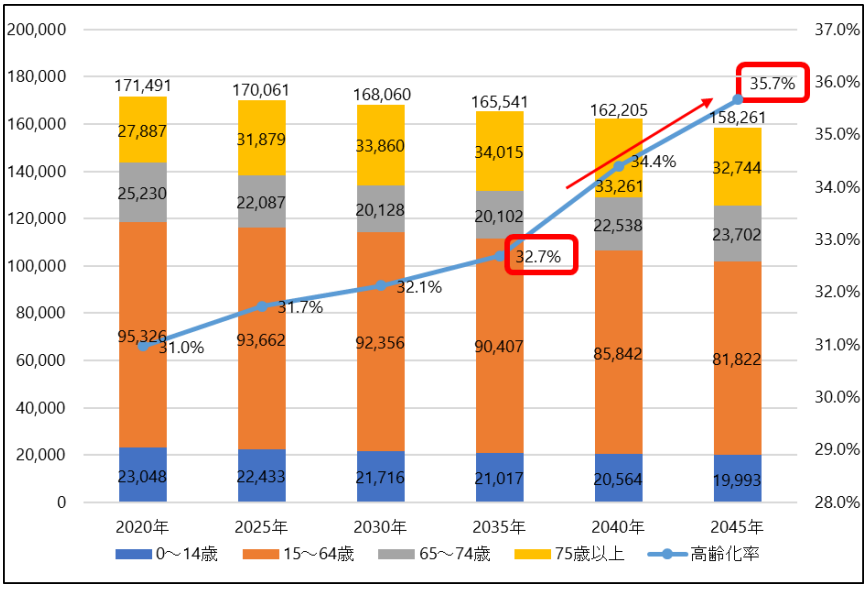
本市の人口は、年々減少し、令和 27(2045)年には、160,000 人を下回ると推計されている。一方で、65 歳以上の高齢者は、年々増加を続け、令和 27 年(2045)には、56,000 人に達するとされている。

高齢化率（人口全体に占める 65 歳以上の高齢者人口の割合）は、令和 17 年(2035)から令和 27 年(2045)にかけて急激に増加し、令和 27 年(2045)には 35%を超える。（図２）

令和27年(2045)には、約３人に１人が 65 歳以上、約５人に１人が75歳以上となり、65 歳以上の高齢者１人を1.4人の15歳～64 歳（生産年齢人口）で支えることとなる。

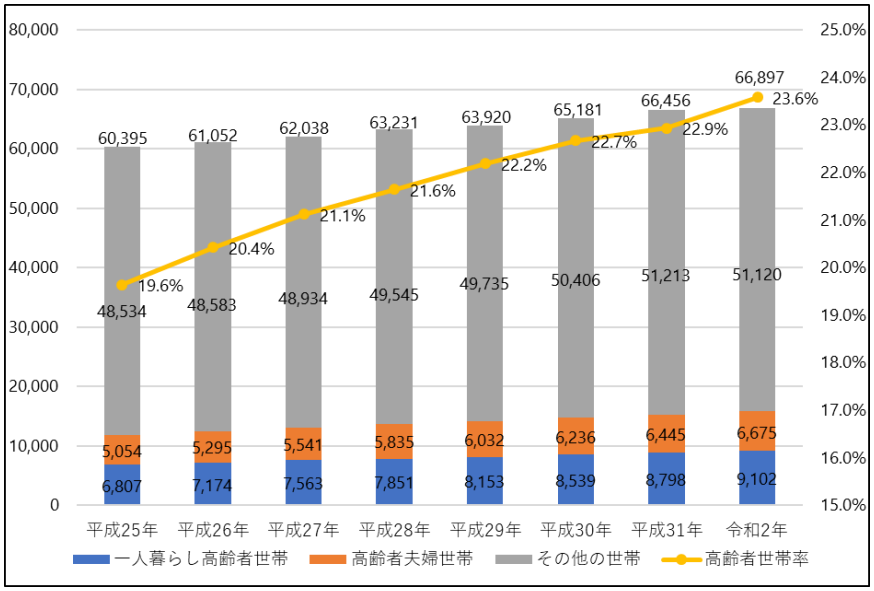
また、本市の世帯構成は、世帯に高齢者しかいない、一人暮らし高齢者世帯と高齢者夫婦世帯が年々増加しており、令和２年(2020)には、15,777 世帯 23.6%に達している。（図３）

図２）出雲市の人口推計　（人）



資料：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(平成 30 年推計)」

図３）高齢者世帯の推移　（世帯）



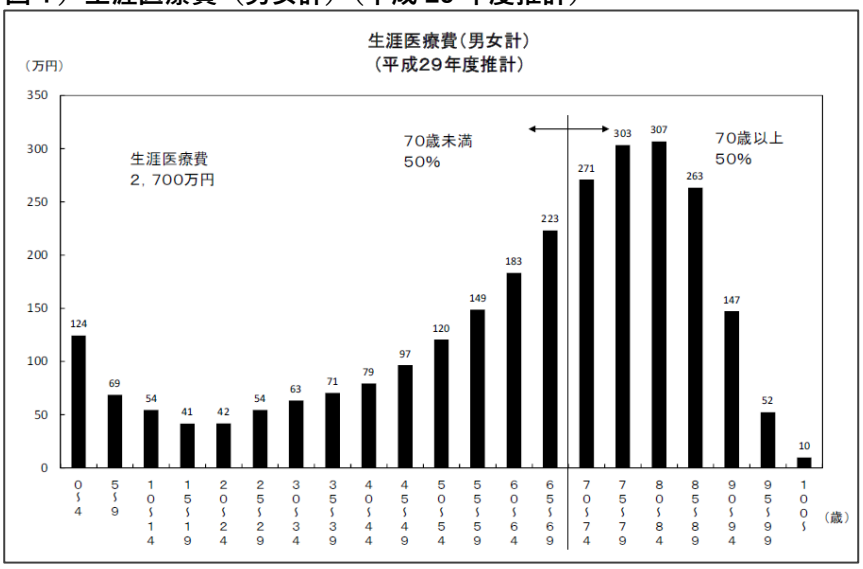
資料：出雲市（毎年３月 31 日現在のデータ）

2 医療と介護が特に必要となる 85 歳以上が急増

全国で言われている「2025 年問題」は、いわゆる団塊の世代が、後期高齢者となる 75 歳に達し、医療や介護の社会保障費の急増が懸念されている問題がある。

平成 29 年度(2017)推計の国民ひとりあたりの年齢別の医療費では、80 歳～84 歳がもっとも多く、70 歳以降にかかる医療費は、生涯医療費の半分になっている。(図４)

図４）生涯医療費（男女計）（平成 29 年度推計）



出典：平成 29 年度　国民医療費の概況（厚生労働省）

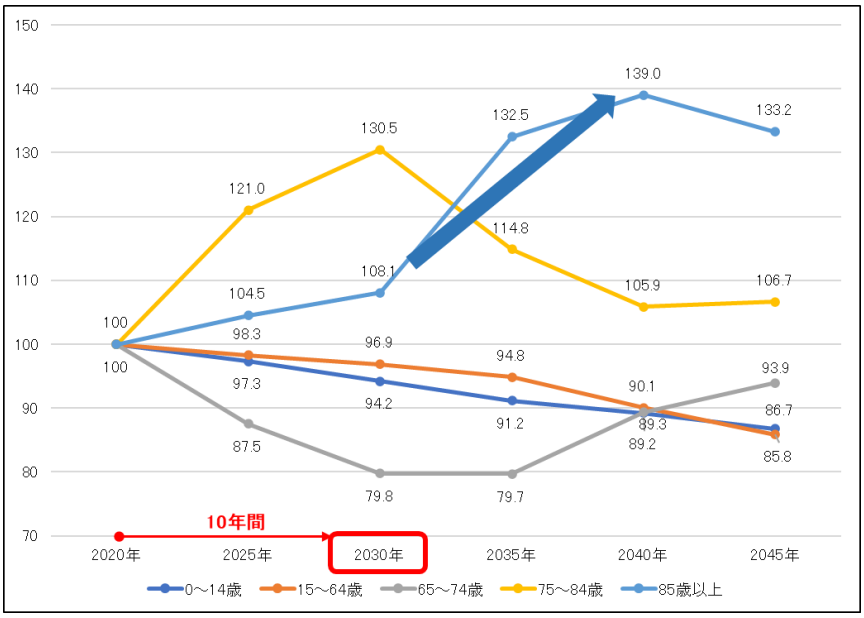
また、本市における高齢者の人口に占める介護保険認定者の割合は、65 歳～74 歳は 4.3%であるのに対し、85 歳以上は 56.1%となっている。その介護保険認定者のうち認知症自立度の自立または軽度Ⅰの割合は、65 歳～74 歳は 44.5%であるのに対し、85 歳以上は 26.9%となっている。85 歳以上の高齢者の半数以上は、何らかの介護が必要な状態にあり、その 7 割以上が認知症であることがわかる。(図６、図７)

このことから、高齢者は加齢に伴い、慢性疾患や複数の疾病にかかりやすいなど受療が多く、また、要介護や認知症の発生率が高く、医療と介護の両方を必要とする人が多いことがわかる。

本市では、医療と介護が特に必要となる 85 歳以上の高齢者の人口が、令和 12 年(2030)から急増し、令和 22 年(2040)には、令和２年(2020) に比べ、４割程度増加する見込みである。(図５)

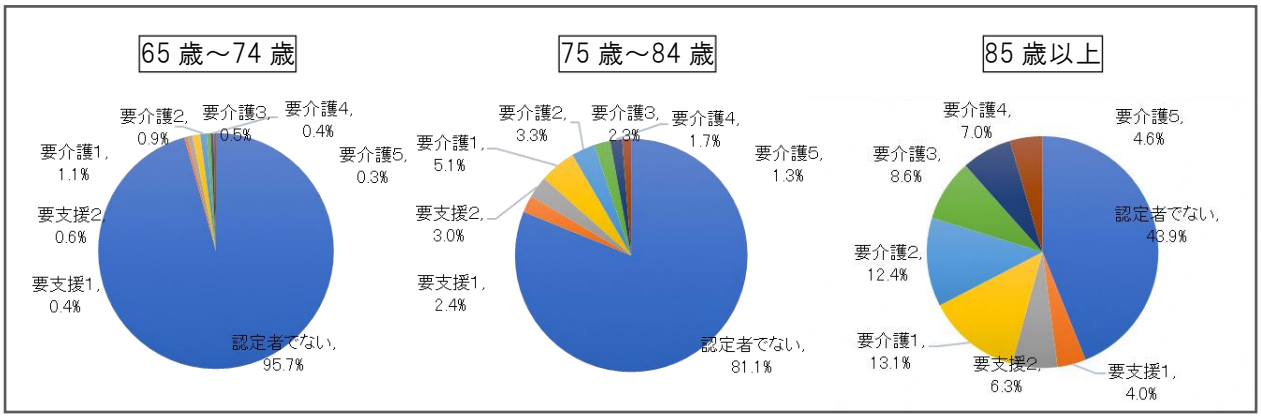
今後、本市の限られた医療や介護の資源の中での対応が求められている。

図５）2020 年を 100 とした出雲市の年齢別人口の推計　(%)



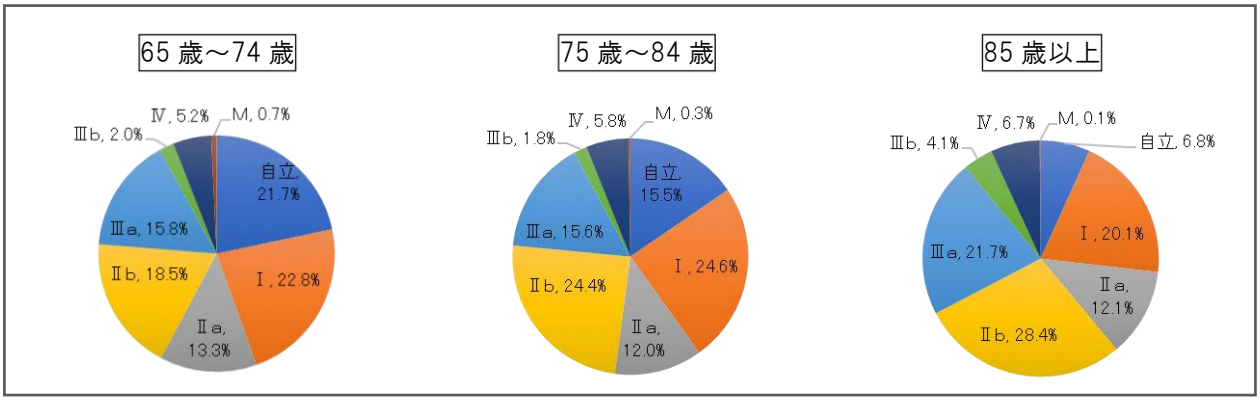
資料：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(平成 30 年推計)」

図６）介護度別の認定者数の割合(R2.3.31 現在)



資料：出雲市

図７）要介護認定者の認知症自立度別の人数の割合(R2.3.31 現在)



資料：出雲市

3　人生の最期を迎えたい場所

平成 27(2015)年と令和元(2019)年に市が実施した調査によると、介護が必要な状態になった場合、４割の市民が「自宅での介護」を望んでいる。自宅での介護を望む人は、平成 27 年度(2015)に比べて令和元年度(2019)は、約１割増えている状況である。

また、自宅以外での介護を選択した人の理由は、「家族に負担や迷惑がかかる」「家族が仕事を辞めないといけなくなる」が約４割であり、家族への負担が大きな理由となっている。

人生の最期を迎えたい場所は、約４割の人が「自宅」と答えている。

家族への負担が少なければ、多くの人が、自宅で介護を受け、最期を迎えたいと思っていると考えられる。

図８）介護を受けたい場所　（%）

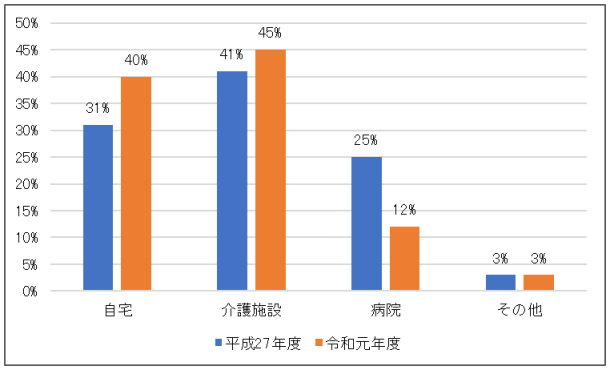
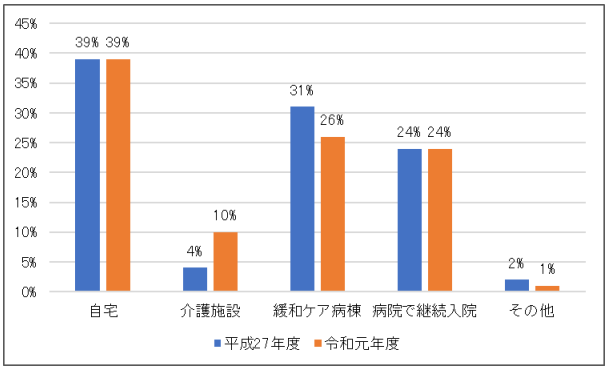


図９）最期を迎えたい場所　（%）



資料：平成 27 年度　在宅医療等に関する市民意識調査（出雲市実施）
令和元年度　介護予防・日常生活圏域ニーズ調査（出雲市実施）

第３章　計画の基本的な考え方

１　基本方針

本市では、平成 29 年(2017) 7 月に策定した「在宅医療と介護連携のための指針」に基づき、地域の医療・介護サービス資源を把握し、医療・介護関係者の情報共有の支援や医療・介護関係者の研修会の開催などの取組を進めてきた。

今後、さらに切れ目のない在宅医療と介護の提供体制を構築するため、関係者間で方向性を共有しやすいよう「実現をめざす高齢者の姿」として、あるべき状態像を明確化し、めざす姿実現のための具体的な取組の柱を定める。

実現をめざす高齢者の姿

高齢者一人ひとりが、自らの意思で自身の生き方を選択し、人生の最終段階まで尊厳を保ちながら、心身の状態に応じて可能な限り住み慣れた地域で安心して日常生活を営んでいる。

	具体的な目指す姿	取組の方向性
柱１	高齢者自らが医療・介護が必要になったときに望む暮らしを予め考え、家族や医療・介護関係者と話し合う機会を持っている。	高齢者とその家族が在宅医療や介護について考える機会の提供（啓発）及び医療・介護専門職と共有する仕組みの構築
柱２	高齢者自らの心身の状態に応じて、その機能の維持・改善や、日常生活に必要なサービスを適切に利用できる。	適切な医療・介護サービスにつなぐための支援体制の構築（情報提供含む）
		在宅医療・介護サービスを提供する事業所の充実・人材の確保
		医療・介護専門職の人材育成とスキルアップのための多様な機関による研修機会の提供
柱３	在宅療養高齢者の急変時に必要な医療・介護サービスの提供体制が整っている。（看取りを含む）	高齢者本人やその家族の状況に応じた 24 時間対応可能な体制の構築

2 成果指標

基本方針に基づき、本事業の最終アウトカムとなる成果指標と目標を、次のとおりとする。

目標については、実績を踏まえ見直し時（令和５年度(2023)、令和８年度(2026)）に再設定する。

① 市民のニーズ度

市が実施する市民満足度調査における以下の２項目について、重要度と満足度を点数化し、重要度から満足度を引いた値（重要度－満足度）

(A)病院、診療所等の医療施設の充実（訪問診療や訪問看護などの在宅医療を含む）

(B)高齢者福祉施策の充実（高齢者福祉サービス・介護保険サービスなど）

② 要介護高齢者の在宅療養率

各年４月１日時点での、市内の要介護３以上の認定者のうち自宅に居住している人の割合

③ 場所別（自宅）の死亡率

各年１月から 12 月までの市内の死亡者のうち、自宅で死亡した割合

目標項目／年度	実績		中間目標
	H28 (2016)	R1 (2019)	R5 (2023)
① 市民のニーズ度			
A)医療施設 重要度－満足度	59.8 (80.8-21.0)	71.1 (82.4-11.2)	減少↘
B)高齢者施策 重要度－満足度	78.2 (68.9-△9.3)	79.9 (76.2-△3.7)	減少↘
② 在宅療養率	51.6%	52.2%	上昇↗
③ 自宅の死亡率	11.1%	11.1%	上昇↗

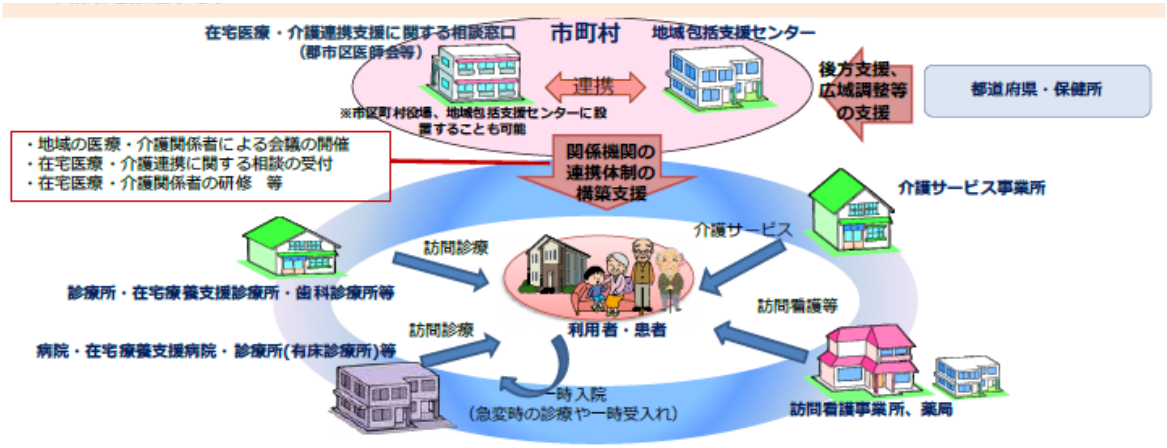
3 国の基本的な考え方

【事業の背景】

○ 高齢者は加齢に伴い、慢性疾患による受療が多い、複数の疾病にかかりやすい、要介護の発生率が高い、認知症の発生率が高い等の特徴を有しており、医療と介護の両方を必要とすることが多い。

○ いわゆる団塊の世代が７５歳以上となる令和７年(2025)を目処に、医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、地域の医療・介護の関係団体が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療と介護を一体的に提供するために必要な支援を行うことが求められる。

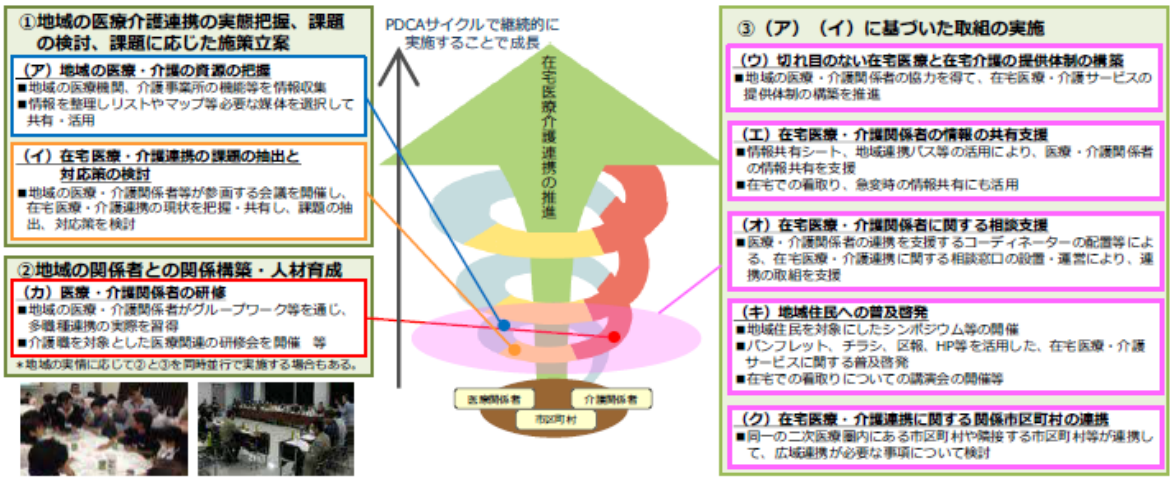
図 10）在宅医療・介護連携の推進



出典：厚生労働省　在宅医療・介護連携事業の手引き Ver.2

○ このため、医療・介護の関係団体が連携し、多職種協働により在宅医療・介護を一体的に提供できる体制を構築するため、都道府県や保健所の支援のもと、市区町村が中心となって、地域の郡市区医師会等と緊密に連携しながら、地域の関係団体の連携体制を構築することが重要である。

図 11）在宅医療・介護連携事業



出典：厚生労働省　在宅医療・介護連携事業の手引き Ver.2

○ このような背景の下、在宅医療と介護を一体的に提供するために必要な支援については、これまで、医政局施策の在宅医療連携拠点事業（平成 23 年度(2011)、24 年度(2012)）、在宅医療連携推進事業（平成 25 年度(2013)～平成 27 年度(2015)）において実施されてきたところである。これらの成果を踏まえ、平成 26 年(2014)介護保険法改正により市区町村が実施する地域支援事業の包括的支援事業における在宅医療・介護連携推進事業として位置づけ、全国的に取り組むこととなった（平成 27 年度(2015)～）。

○ 本事業は図 11 の記載にある（ア）から（ク）の８つ事業項目で構成されている。

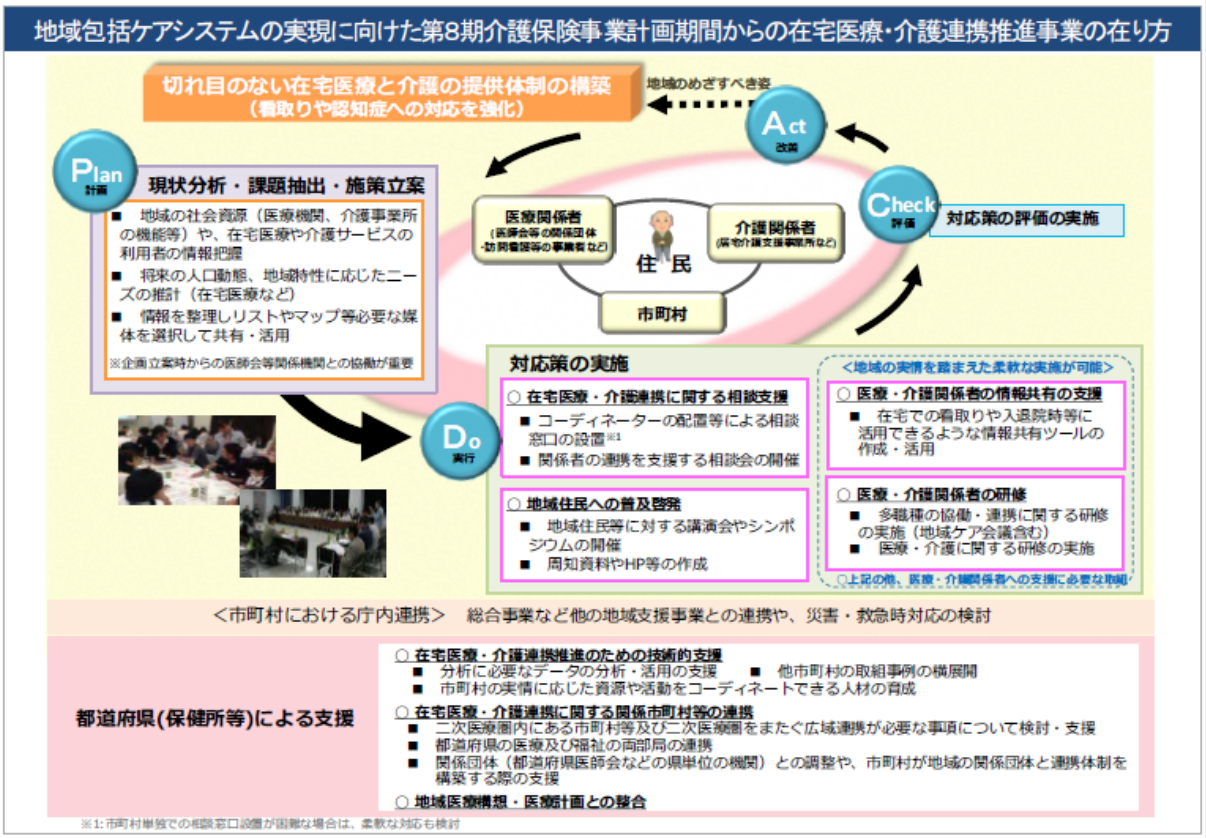
○ 本事業では、平成 27 年度(2015)以降取組が開始され、平成 30 年(2018) 4 月にはすべての市区町村で本事業のすべての事業項目について取り組むこととしている。

４ 在宅医療・介護連携推進事業の見直し

令和２年(2020) 9 月に国は、「在宅医療・介護連携推進事業の手引き Ver.3」を示し、本事業の見直しを行った。その内容は、これまでの８つの事業を踏まえつつも、次のステップに向け、市町村が地域のあるべき姿を意識しながら、主体的に課題解決が図れるよう、また、最近の動向を踏まえ、地域の実情に応じ、取組内容の充実を図りつつ PDCA サイクルに沿った取組を更に進められるように事業構成の見直しが行われた。(図 12)

そこで、本市では、「実現をめざす高齢者の姿」を明確化するとともに、各取組における活動指標と成果指標を設定し、取組の確認を行いながら、切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築の実現をめざしていくこととした。

図 12）第８期介護保険事業計画期間（令和３年度）からの在宅医療・介護連携推進事業の在り方



出典：厚生労働省　令和２年９月 在宅医療・介護連携推進事業の手引き Ver. 3

第４章　取組の内容

１　取組の概要

高齢者の生活には、「医療」と「介護」の区別は存在せず、すべてが必要なものであり、医療・介護関係者は、常に横断的で重層的に連携を図りながら職務にあたることが求められている。

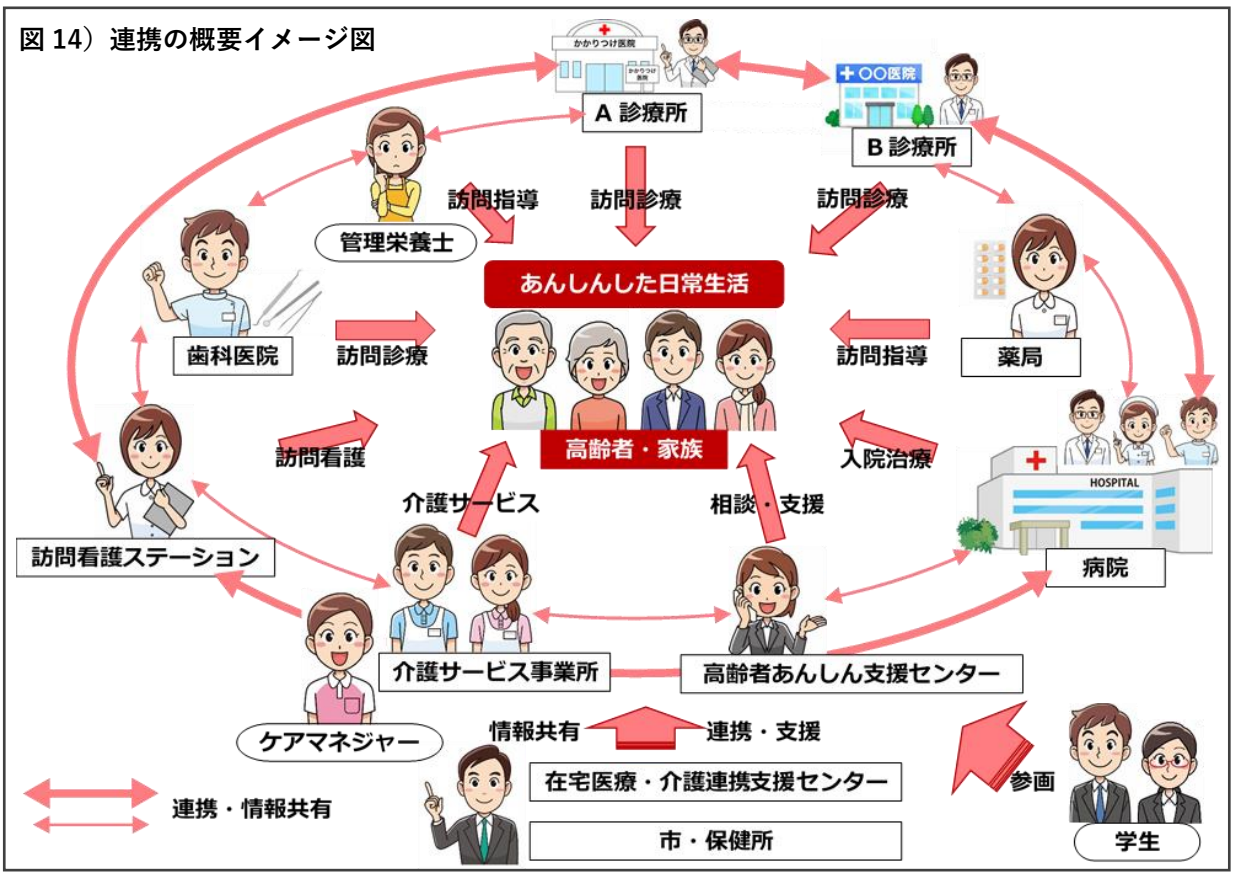
そのため、日頃から、多職種による研修会や意見交換会の開催、入退院にあたっての情報提供のあり方の検討などを通じて、顔のわかる関係を築いていく必要がある。

図 13 に示すように、市内には、多職種で組織される団体があり、市はその取組を支援している。

今後は、このような取組の充実を図りつつ、ＰＤＣＡサイクルに沿った取組を継続的に行っていく考えである。

図 13）専門職の連携のイメージと既存の組織

図 14）連携の概要イメージ図



2 取組の体系

基本方針に掲げる取組の方向性に従い、現在、市内で行われている取組を次の体系にまとめた。また、今後、基本方針に基づき予定している取組も体系へ盛り込んだ。

取組の方向性		取組の区分	主な取組内容
柱1（ACPの実践）	高齢者とその家族が在宅医療や介護について考える機会の提供（啓発）及び医療・介護専門職と共有する仕組み構築	(1) 講演会や座談会の開催による市民啓発	▪ 講演会等の開催 ▪ 座談会等の開催
		(2) 広報紙やパンフレットなどを活用した市民啓発	▪ あんしんノートの活用 ▪ 広報誌・パンフの活用 ▪ ｹｰﾌﾞﾙﾃﾚﾋﾞ等の放送
柱2（サービス提供体制の充実）	適切な医療・介護サービスにつなぐための支援体制の構築（情報提供含む）	(3) 高齢者向けの相談窓口	▪ 高齢者あんしん支援センターの総合相談
		(4) 専門職向けの相談窓口	▪ 在宅医療・介護連携支援センターの相談
		(5) 市民への医療・介護サービス等の情報提供	▪ ﾎﾟｰﾀﾙｻｲﾄでの発信 ▪ 高齢者べんり帳の配布
		(6) 専門職間での情報共有	▪ 地域ケア個別会議 ▪ 情報提供の統一化
		(7) 在宅療養に関わる支援	▪ 入退院ガイドライン ▪ 低栄養改善・食支援
	在宅医療・介護サービスを提供する事業所の充実・人材の確保	(8) 在宅療養を支える担い手の充実	▪ 条件不利地域への在宅医療提供体制の支援 ▪ 人材の確保
	医療・介護専門職の人材育成とスキルアップのための多様な機関による研修機会の提供	(9) 研修会の開催	▪ 多職種向けの研修会の開催 ▪ 単一専門職向けの研修会の開催 ▪ 研修会等への支援
柱3（24時間体制）	高齢者本人やその家族の状況に応じた24時間対応可能な体制構築	(10) 24時間対応可能な体制の構築	▪ 24時間体制の推進 ▪ 急変時対応に係る高齢者への支援

３　取組の内容

柱１（ＡＣＰの実践）

【成果指標】

具体的な目指す姿	取組の方向性	成果指標
高齢者自らが医療・介護が必要になったときに望む暮らしを予め考え、家族や医療・介護関係者と話し合う機会を持っている。	高齢者とその家族が在宅医療や介護について考える機会の提供（啓発）及び医療・介護専門職と共有する仕組み構築	**○ ＡＣＰの実践率（市民アンケート・在宅医療座談会事後アンケート）**

【現状と課題】

医師、看護師及びケアマネジャー等を講師として、在宅医療に係る複数のテーマを設定し、各地区の社会福祉協議会や高齢者クラブ等を対象に小人数単位でも実施できる「在宅医療座談会」を行っている。近年、座談会の開催は増加傾向にあるが、多くの市民にとっては「在宅医療」は馴染みの薄いテーマであり、市民の関心は低いのが実情。座談会で取り扱うテーマとしては、「介護保険制度の仕組みや利用方法」、「ＡＣＰ*1（アドバンス・ケア・プランニング）に関するあんしんノート（出雲市版終活支援ノート）の活用」が多くなっている。

また、市内の９病院に勤務する医師・医療ソーシャルワーカー（ＭＳＷ）・看護師等の多職種で構成される「出雲圏域病病連携会議」が、地域医療について考える機会として「いずも医療フォーラム」を開催しているほか、医療・介護の関係団体が、市民向けの講演会や出前講座等を実施している。

＊1　ACP とは、自身が望む人生の最終段階の医療や介護について、あらかじめ考え、家族等や医療介護関係者と繰り返し話し合うプロセス

【取組の内容】

⑴ 講演会や座談会の開催による市民啓発

① 講演会・フォーラム等の開催

在宅医療や介護について市民が考えるきっかけづくりのため、大規模な講演会やフォーラムなど開催する。

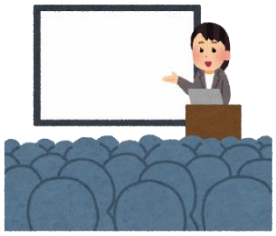
その際に、市内の医療・介護の大学や専門学校の学生にも、参加を呼びかけるとともに、学生と医療・介護関係者の結びつきができる機会となるよう、学生と協働で企画するイベント等の開催を検討する。

活動指標（①講演会）
- □開催数・来場者数
- □主催者側の人数（スタッフ数）
- □学生の参画（学生の人数・学校数）

活動指標（②座談会）
- □開催数・参加者数

今後の取組と実施団体

- ✧ 出雲在宅ケア研究会（出雲医師会）
- ✧ 在宅医療を考える市民の集い（島根大学医学部地域医療政策学講座）
- ✧ いのちの輝きを考える日講演会（市内医療介護関係者の有志）
- ✧ 市民公開講座（島根県立中央病院）
- ✧ 訪問看護フェスタ（島根県訪問看護ステーション協会）
- ✧ いずも医療フォーラム（出雲圏域病病連携会議）
- ✧ 地域包括ケアフォーラム（保健所・市）
- ✧ 学生の参画の呼びかけ（市）



② 座談会・出前講座等の実施

在宅医療や介護について市民が考えるきっかけづくりのため、小規模（20 名～30 名程度）な単位で、座談会や出前講座などを開催する。

今後の取組と実施団体

- ✧ 知って得する健康・医療・看護　ミニ知識（島根県立中央病院）
- ✧ ちょっと気になる健康講座（島根大学医学部附属病院）
- ✧ すこやか常会（島根大学医学部地域医療政策学講座）
- ✧ 出前講座（市立総合医療センター）
- ✧ 聞いてみたい医療のマメ知識ミニ講演会（市立総合医療センター）
- ✧ 在宅医療座談会（市）

⑵ 広報紙やパンフレットなどを活用した市民啓発

活動指標
□あんしんノート配付部数

① あんしんノート(出雲市版終活ノート)の活用

市民に在宅療養やＡＣＰの考え方の周知を図るため、ＡＣＰを実践する際に使っていただけるよう作成した「あんしんノート」について、在宅医療座談会等の機会をとらえて高齢者をはじめ市民に配布するとともに､「あんしんノート」のＰＲチラシを病院や介護施設に配置する。

また、医療・介護関係者へも、ＡＣＰを実践する際の「あんしんノート」の活用方法について、研修会等で周知する。

今後の取組と実施団体

- ✧ あんしんノートの活用（高齢者あんしん支援センター、市）
- ✧ あんしんノート研修会（市）
- ✧ PR チラシの設置（市内病院・診療所、介護サービス事業所　等）

② 広報紙やパンフレットの配付

市民に在宅療養やＡＣＰの考え方の周知を図るため、広報いずもに、在宅療養の現状やあんしんノートの取組などを掲載する。

また、入院患者やその家族に、各病院の役割を理解して在宅医療や介護について考えてもらうため、市内の病院機能をまとめたパンフレットを活用する。

今後の取組と実施団体

- ✧　広報いずもへの掲載（市）
- ✧　病院機能についてのパンフレット作成・配付（出雲圏域病病連携会議）

③ ケーブルテレビや YouTube での発信

市民に在宅医療やＡＣＰの考え方などの理解を深めてもらうため、講演会やフォーラムなどを、ケーブルテレビや出雲市 YouTube で放送する。

柱２（サービス提供体制の充実）

【成果指標】

具体的な目指す姿	取組の方向性	成果指標
高齢者自らの心身の状態に応じて、その機能の維持・改善や、日常生活に必要なサービスを適切に利用できる。	適切な医療・介護サービスにつなぐための支援体制の構築（情報提供含む）	**○ 地域ケア個別会議の終結率** **○ 専門職からの相談の終結率** **○ 退院支援を実施している診療所・病院数** **○ 介護支援連携指導を実施している診療所・病院数** **○ 退院時共同指導を実施している診療所・病院数** **○ 退院前・退院後訪問指導を実施している診療所・病院数**
	在宅医療・介護サービスを提供する事業所の充実・人材の確保	**○ 訪問診療を実施している診療所・病院数** **○ 訪問看護を実施している事業所数** **○ 訪問歯科診療を実施している歯科診療所** **○ 訪問薬剤指導を実施している事業所数** **○ 訪問栄養指導を実施している事業所数** **○ 訪問介護事業所数** **○ 通所介護事業所数** **○ 訪問リハビリテーション事業所数** **○ 通所リハビリテーション事業所数** **○ 訪問入浴介護事業所数** **○ 短期入所事業所数** **○ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所数** **○ 小規模多機能型居宅介護事業所数** **○ 看護小規模多機能型居宅介護事業所数** **○ 介護人材　正規職員の充足率** **○ 介護人材　正規職員の自己都合退職者数**
	医療・介護専門職の人材育成とスキルアップのための多様な機関による研修機会の提供	**○ 研修会の満足度**

【現状と課題】

市民の心身の健康保持や生活の安定のために、必要な援助を行うことにより、保健医療の向上と福祉の増進を包括的に支援することを目的に、出雲市社会福祉協議会内へ高齢者あんしん支援センター（出雲市地域包括支援センター）を設置している。また、平成 28 年(2016)には医療・介護関係者からの相談窓口として「在宅医療・介護連携支援センター」を設置している。

医療や介護に関する情報は、医療・介護資源マップや医療・介護に係るｗｅｂサイトの一覧（ポータルサイト）を開設して情報提供を行っている。さらに、市では医療・介護関係者に役立つ情報として、訪問看護ステーションの空き情報や新型コロナウイルス感染症における各介護サービス事業所の対応状況をまとめ情報提供を行っている。

また、研修会等では、「多職種連携のための研修会及び意見交換会」や「在宅医療推進のための事例検討会」を実施している。このほか、出雲医師会と出雲地域介護支援専門員協会（ケアマネ協会）で構成する在宅療養懇話会や出雲認知症サポート医連絡会など、共通の課題解決や連携を深めるための多職種による研修会や事例検討会、知識や技能向上のための単一の専門職による研修会など、自主的な取組も数多く実施されている。

【取組の内容】

⑶ 高齢者向けの相談窓口

活動指標（①あんしん）
□総合相談件数
（新規・継続）

① 高齢者あんしん支援センターの総合相談

高齢者あんしん支援センターでは、社会福祉士、主任ケアマネジャー、保健師・看護師の専門職を配置して、高齢者の総合相談に対応している。

また、高齢者あんしん支援センターを、市民に広く知ってもらうため、広報いずもやケーブルテレビなどを活用して周知する。

⑷ 専門職向けの相談窓口

活動指標（①あんしん）
□ケアマネジャーへの個別支援件数
活動指標（②ルピナス）
□専門職からの相談件数

① 高齢者あんしん支援センターの専門職相談

高齢者あんしん支援センターでは、ケアマネジャーからの相談に適宜対応し、必要に応じて地域ケア個別会議を開催して関係機関と連携を図るなど、課題解決に向けて支援している。

② 在宅医療・介護連携支援センター（愛称：ルピナスセンター）の運営

在宅医療・介護連携支援センターでは、医療・介護関係者からの在宅医療・介護に関する相談等の窓口として、情報提供や必要に応じて支援・調整を行う。個々の相談内容に応じて、出雲保健所や高齢者あんしん支援センター等と連携し、課題解決を図る。

また、センターに寄せられた医療・介護関係者からの主な相談内容とその対応等について、市のホームページ等で周知することで、医療・介護関係者に対してセンターの活用を促す。

⑸ 市民への医療・介護サービス等の情報提供

活動指標
□市ポータルサイトへのアクセス数

市内にある医療機関（病院、医科診療所、歯科診療所、薬局など）や介護サービス事業所（居宅介護支援事業所、デイサービス事業所、介護老人福祉施設）等に関する情報を調べることができるよう、本市のホームページにおいて、厚生労働省・島根県・出雲市社会福祉協議会・市のｗｅｂサイトの一覧（ポータルサイト）を設けて広く情報提供している。

また、高齢者の生活支援について、「出雲市高齢者べんり帳」の配布やｗｅｂサイト「てごナビ」の発信など、社会福祉協議会が情報提供している。

⑹ 専門職間での情報共有

活動指標
□チームルピナス（人数・発信数）
□地域ケア個別会議の開催数
□意見交換会の開催数・参加者数
□まめネット登録施設数・カード発行率

① 地域ケア個別会議の活用

地域ケア会議は、高齢者個人に対する支援の充実と、それを支える社会基盤の整備を同時に進め、地域包括ケアを推進するための一つの手法である。

本市における地域ケア会議は、個別事例の検討を通じてケアマネジャーの自立支援に資するケアマネジメント力の向上と地域課題の抽出を目的とする「地域ケア個別会議」と、地域課題の解決への方向性を検討する「地域ケア推進会議」がある。

本市と高齢者あんしん支援センターがこれまで開催してきた地域ケア個別会議は、会議で検討した個別事例のケアマネジメント支援において効果があったほか、検討した事例を事例集にまとめて広く周知するなど、ケアマネジャーの質の向上においても一定の役割を果たしてきた。

今後は、これに加えて、地域課題の把握と解決に向けた取組にも重点を置くこととしている。

② 意見交換会の開催

各専門職で組織される団体間において、定期的に意見交換会が行われており、今後も、医療・介護専門職間の関係構築のため、さらに多職種による意見交換会を開催し、連携を強める。

今後の取組と実施団体

- ✧ 病院と老健相談員の意見交換会（出雲圏域病病連携会議）
- ✧ 病院とケアマネジャーの意見交換会（出雲圏域病病連携会議）
- ✧ 病院と有料施設の意見交換会（出雲圏域病病連携会議）
- ✧ 障がい相談支援員(つながる部会)との意見交換会(出雲地域介護支援専門員協会)
- ✧ 低栄養改善・食支援対策検討会（保健所）
- ✧ 病院と訪問看護ステーションの連絡会（市立総合医療センター）

③ 情報提供の統一化の推進

入退院や転院の際に医療機関や介護サービス事業所が提供する患者（利用者）の情報について、患者（利用者）への対応が迅速かつ適切に行えるよう、情報提供書の書式や提供方法の統一化を図る。

情報の提供方法については、島根県が医療機関や介護サービス事業所等に導入を進めている「しまね医療情報ネットワーク」（まめネット）を活用して行う。このような活用方法を市内の医療機関や介護サービス事業所へ提案することで、まめネットの普及に協力する。

また、出雲リハケアネットが普及啓発を行っているＦＩＭ*2を、ＡＤＬの評価において有効とされており患者の状態が客観的に把握できるため、情報提供書に記載するなど推進を図る。

＊2　FIM とは、機能的自立度評価表（Functional　Independence　Measure）の略で、ADL 評価法である。特に介護負担度の評価が可能であり、ＡＤＬ評価法の中でも、最も信頼性と妥当性があると言われている。

④ その他の情報提供

市は、患者（利用者）のサービス利用が円滑に進むよう医療・介護関係者に対し、「訪問看護ステーションの空き状況」や「入所施設における医療処置対応の可否」等について情報を提供する。このほかにも、医療・介護関係者のニーズを踏まえた、必要な情報提供に努める。

⑺ 在宅療養に関わる支援

① 外来時の支援

主治医や外来看護師などが、外来患者の状況により、在宅で何らかの支援が必要ではないかと判断した際、適切な医療・介護サービスにつなぐため、看護師や MSW などが適宜対応する。

活動指標

- □退院支援（退院調整）を受けた患者数（算定回数・レセプト件数）
- □介護支援連携指導を受けた患者数（算定回数・レセプト件数）
- □退院時共同指導を受けた患者数（算定回数・レセプト件数）
- □退院退所加算の算定回数
- □入院時情報連携加算の算定回数
- □退院時訪問指導
- □低栄養改善・食支援の専門職派遣件数

② 入退院時の支援（入退院ガイドラインの運用）

出雲市入退院連携ガイドラインは、患者（利用者）本人の身体機能や支える家族等の介護力等に関する情報だけでなく、患者（利用者）本人が「どのような暮らしを実現したいと希望しているか」を医療・介護関係者間で共有することを重視し、患者（利用者）本人が希望する暮らしを実現するための支援を念頭においたものとして令和３年度(2021)から運用を開始する。市内の医療機関、介護サービス事業所等への周知徹底を図り、円滑に運用する。

③ 低栄養改善・食支援のアセスメント

家族やケアマネジャーからの相談を受け、低栄養が疑われる在宅療養者に、市が歯科医師または歯科衛生士、管理栄養士、言語聴覚士のいずれかの専門職を派遣し、面接等による状況把握を行い、低栄養改善や食支援の必要性を評価し、適切な支援やサービスの導入につなげる。

④ その他の支援

市では、高齢者の在宅生活を支援するため、タクシーの利用や日常生活用具の購入などへの助成及び調理が困難な人への配食サービスなどを行っている。

〇高齢者福祉タクシー事業

高齢者の社会参加を促進するため、70 歳以上の高齢者のみの世帯で、自家用車が無く、自宅から最寄りの駅やバス停まで一定以上の距離がある住民税非課税世帯を対象に、タクシー利用券（年間 12,000 円分）を交付する。（高齢者外出支援事業対象地域の佐田・多伎・斐川地域を除く。）

〇高齢者日常生活用具給付事業

疾病等により身体が虚弱な高齢者や認知症を有するなど、日常生活を営むのに支障がある 65 歳以上の高齢者を対象に、日常生活用具（自動消火器または電磁調理器）を給付する。

〇生活管理指導短期宿泊事業

基本的生活習慣の欠如や対人関係が成立しないなどの問題を抱える高齢者を対象に、養護老人ホーム等への短期間の宿泊により体調調整等の支援を行う。

〇高齢者配食サービス事業

65 歳以上の独居や高齢者のみの世帯で調理が困難な方や、治療食が必要な方で民間事業者の利用が困難な方を対象に、食事を提供する。

〇介護サービス相談員派遣事業

介護保険サービス施設の利用者を対象に、介護サービス相談員を派遣し、利用者の話を聞くことで、利用者の不安・不満・疑問等の解消を図る。

〇老老介護支援事業

日常生活上の負担軽減を図るため、老老介護世帯及び要介護状態の独居高齢者を対象に、生活援助サービス利用券を支給する。

⑻ 在宅療養を支える担い手の充実

① 条件不利地域への在宅医療提供体制の支援

本市は、医療・介護資源に恵まれた地域で、その資源は市内の中心部に集中しており、周辺部は資源に乏しく、地域によって状況が異なる。そのため、中山間地域等の条件不利地域へ訪問診療や訪問看護を行う事業者に対して、島根県の地域医療介護総合確保基金を活用した支援を行う。

活動指標

- □訪問診療を受けた患者数（算定回数・レセプト件数）
- □訪問看護利用者数（精神以外）（算定回数・レセプト件数）（介護保険）
- □訪問歯科診療を受けた患者数（算定回数・レセプト件数）
- □訪問薬剤管理指導を受けた者の数(薬局)(算定回数・レセプト件数)
- □条件不利地域における訪問診療（患者数・事業所数）
- □条件不利地域における訪問看護（患者数・事業所数）

② 介護人材の確保・定着

介護人材の確保・定着のため、市ホームページやＳＮＳの媒体により、介護の魅力を介護現場や介護をめざす学生や保護者・教員を含めた多様な年齢層に向けて発信し、介護業界全体のイメージアップを図る。

また、事業所と働く意欲のある高齢者のマッチングなどを行う出雲市生涯現役促進協議会では、特に人手不足が著しい医療・福祉分野などを中心に事業を行っている。本事業は、令和３年度(2021)で終了するが、その仕組みをシルバー人材センターが引き継ぐこととしている。

⑼ 研修会の開催

① 多職種向けの研修会の開催

多職種の専門職が集まり、共通の課題解決や連携を深めるために研修会を開催する。

このような研修会をきっかけに、医療・介護専門職の関係構築を図り、普段の業務が円滑に行えるようにしていく。

活動指標

- □多職種研修会の開催数・参加者数・職種数
- □単一専門職の研修会の開催数・参加者数・職種数

今後の取組と実施団体

- ✧ 在宅療養懇話会（出雲医師会、出雲地域介護支援専門員協会）
- ✧ 認知症懇話会研修会（出雲医師会）
- ✧ 緩和ケア地域連携カンファレンス（島根大学医学部附属病院）
- ✧ 地域医療連携セミナー（島根大学医学部附属病院）
- ✧ 地域医療従事者研修会（島根県立中央病院）
- ✧ 院内職員とケアマネジャーとの交流会（島根県立中央病院）
- ✧ 訪問看護実習（島根県訪問看護ステーション協会、島根県立中央病院、島根大学医学部附属病院）
- ✧ 島根県看護協会、島根県訪問看護ステーション協会、出雲地域介護支援専門員協会合同研修会（各協会）
- ✧ 地域防災支援研修会（出雲地域介護支援専門員協会）
- ✧ 意思決定支援研修会（出雲地域介護支援専門員協会）
- ✧ ケアマネ協会と栄養士会の合同研修会（出雲地域介護支援専門員協会、島根県栄養士会）
- ✧ 栄養ケア研修会（出雲地区栄養士会）
- ✧ 栄養士会生涯教育研修会（島根県栄養士会）
- ✧ ＦＩＭ訪問セミナー（出雲リハケアネット）
- ✧ リハビリ支援塾いずも Piece up（出雲リハケアネット）
- ✧ 低栄養改善・食支援研修会（保健所）
- ✧ 人生の最終段階のケアに関する研修会（ＥＬＣしまね）

② 単一の専門職向けの研修会の開催

単一の専門職を集めて、その専門職の知識や技能向上のために研修会を開催する。

今後の取組と実施団体

- ✧ 認定看護師・専門看護師等による研修（島根県立中央病院）
- ✧ 島根県訪問看護ステーション協会総会・研修会（島根県訪問看護ステーション協会）
- ✧ 介護サービス事業所研修会（出雲地域介護保険サービス事業者連絡会）
- ✧ 居宅介護支援事業者研修会（高齢者あんしん支援センター）
- ✧ 難病ケアマネ連絡会（保健所、出雲圏域重症神経難病患者に係る介護支援専門員連絡会）
- ✧ 気づきの事例検討会（出雲地域介護支援専門員協会）
- ✧ 主任ケアマネジャーミーティング（出雲地域介護支援専門員協会）
- ✧ 新任ケアマネジャー座談会（出雲地域介護支援専門員協会）
- ✧ 喀痰吸引が出来る訪問介護員の連携研修（出雲地域介護保険サービス事業所連絡会 訪問介護部会）
- ✧ 出雲地区歯科衛生士会生涯研修会（出雲地区歯科衛生士会）
- ✧ 介護支援専門員研修会（市）

③ 研修会への支援

研修会への参加者や研修主催者の日程調整に役立っているため、専門職向けの研修会の日程（カレンダー）を市ホームページに掲載している。研修会へ参加したい方や研修の主催者の今後は、在宅医療・介護連携支援センターで、コミュニケーションアプリを利用した市内の医療・介護関係者のグループ「チームルピナス」を結成し、主催者と参加者の中継役を担い、研修会の案内が直接個人に届くシステムを構築する。

また、多職種連携による研修会の開催などを主催する団体に対して、市が補助金を交付する。

柱３（24 時間体制の構築）

【成果指標】

具体的な目指す姿	取組の方向性	成果指標
在宅療養高齢者の急変時に必要な医療・介護サービスの提供体制が整っている。（看取りを含む）	高齢者本人やその家族の状況に応じた 24 時間対応可能な体制構築	**○ 往診を実施している診療所・病院数** **○ 在宅療養支援診療所・病院数・後方支援病院数** **○ 24 時間体制を取っている訪問看護ステーション数** **○ 在宅ターミナルケアを受けた患者数** **○ 在宅での看取り数（死亡診断書のみの場合も含む）**

【現状と課題】

在宅医療や介護を利用している患者や利用者の緊急の相談等に対応できるよう、医療機関や訪問看護事業所、介護事業所間の連携により、24 時間患者や利用者からの連絡を受けられる体制または往診や訪問看護、介護サービス等を提供できる体制を整備していくことが求められている。

本市においては、１か所の在宅療養支援病院と 25 か所の在宅療養支援診療所があり、そのうち７か所（単独型１、連携型６）は、機能強化型在宅療養支援診療所である。

24 時間対応できる訪問看護ステーションは、22 事業所ある。オンコール対応可能な看護師の確保が課題となる中で、看護師の不足から一人の看護師が抱える時間的・精神的な負担の増大も課題となっている。

24 時間対応は、医師や看護師、介護サービス提供者の心身への負担感が強い現状があり、この負担感を和らげることが重要であると考えている。

また、急変時の居宅介護支援事業所への連絡体制はあるが、現実的には、急変時に在宅診療の医師や訪問看護師へ連絡されるケースが多い。

【取組の内容】

⑽ 24 時間対応可能な体制の構築

活動指標
□往診料（夜間、日祝）／全体
□緊急訪問看護加算（診療報酬）
□緊急時訪問介護加算
□緊急時訪問看護加算（介護報酬）

① 24 時間体制の推進

かかりつけ医の間において、どうしても行かなければならない出張などやむを得ない理由で、看取りを依頼する場合がある。

このようなかかりつけ医の普段からの連携から始めて、その後、多職種が有機的に連携することで、個々にかかる負担を軽減しつつ、24 時間体制が図られる仕組みづくりを検討していきたい。

今後の取組と実施団体
✧　看取りネットワーク（出雲医師会）

② 急変時対応に係る高齢者への支援

市が、一定の要件を満たす高齢者に対し、次の支援を行う。

〇緊急通報装置設置補助事業

急病や火災等の緊急時に備えるため、65 歳以上の独居高齢者等の住民税非課税世帯を対象に、民間警備会社の緊急通報サービスを利用する際に必要となる加入・設置費用に助成する。

〇高齢者世話付住宅生活援助員派遣事業

シルバーハウジング（高齢者に配慮したバリアフリー設備と緊急通報装置を施した県営住宅）に入居している高齢者を対象に、生活援助員を派遣し、生活相談や緊急時の対応等のサービスを提供する。

4 取組の指標マップ

アウトプット			
取組の区分	取組の内容	活動指標	柱
⑴講演会や座談会の開催による市民啓発	①講演会・フォーラム等の開催	33 講演会・34 座談会（開催数・来場者数） 35 主催者側の人数（スタッフ数） 36 学生の参画（学生の人数・学校数）	柱1
	②座談会・出前講座等の実施		
⑵広報紙やパンフレットなどを活用した市民啓発	①あんしんノートの活用	37 あんしんノート配付部数	
	②広報紙やパンフレットの配付		
	③ケーブルテレビやYouTubeでの発信		
⑶高齢者向けの相談窓口	①高齢者あんしん支援センターの総合相談	38 総合相談（新規件数・継続件数）	柱2-1
⑷専門職向けの相談窓口	①高齢者あんしん支援センターの専門職相談	39 ケアマネジャーへの個別支援件数	
	②在宅医療・介護連携支援センターの運営	40 専門職からの相談件数	
⑸市民への医療・介護サービス等の情報提供		41 市ポータルサイトのアクセス数	
⑹専門職間での情報共有	①地域ケア個別会議の活用	42 チームルピナス（人数・発信数） 43 地域ケア個別会議の開催数 44 意見交換会の開催数・参加者数 45 まめネット登録施設数・カード発行率	
	②意見交換会の開催		
	③情報提供の統一化の推進		
	④その他の情報提供		
⑺在宅療養に関わる支援	①外来時の支援	46 退院支援(退院調整)を受けた患者数(算定回数・レセプト件数) 47 介護支援連携指導を受けた患者数（算定回数・レセプト件数） 48 退院時共同指導を受けた患者数（算定回数・レセプト件数） 49 退院退所加算の算定回数 50 入院時情報連携加算の算定回数 51 退院時訪問指導 52 低栄養改善・食支援の専門職派遣件数	
	②入退院時の支援		
	③低栄養改善・食支援のアセスメント		
	④その他の支援		
⑻在宅療養を支える担い手の充実	①条件不利地域への在宅医療提供体制の支援	53 訪問診療を受けた患者数（算定回数・レセプト件数） 54 訪問看護利用者数（精神以外）（算定回数・レセプト件数）（介護保険） 55 訪問歯科診療を受けた患者数（算定回数・レセプト件数） 56 訪問薬剤管理指導を受けた者の数(薬局)(算定回数・レセプト件数) 57 条件不利地域における訪問診療（患者数・事業所数） 58 条件不利地域における訪問看護（患者数・事業所数）	柱2-2
	②介護人材の確保・定着		
⑼研修会の開催	①多職種向けの研修会の開催	59 多職種研修会の開催数・参加者数・職種数 60 単一専門職の研修会の開催数・参加者数・職種数	柱2-3
	②単一の専門職向けの研修会の開催		
	③研修会への支援		
⑽24時間対応可能な体制の構築	①24時間体制の推進	61 往診料（夜間、日祝）／全体 62 緊急訪問看護加算（診療報酬） 63 緊急時訪問介護加算 64 緊急時訪問看護加算（介護報酬）	柱3
	②急変時対応に係る高齢者への支援		

<table>
<tr><th colspan="4">中間アウトカム</th><th colspan="2">最終アウトカム</th></tr>
<tr><th>取組の方向性</th><th>成果指標</th><th colspan="2">具体的な目指す姿</th><th>実現を目指す高齢者の姿</th><th>成果指標</th></tr>
<tr><td>高齢者とその家族が在宅医療や介護について考える機会の提供（啓発）及び医療・介護専門職と共有する仕組みの構築</td><td>4 ACPの実践率（市民アンケート・在宅医療座談会事後アンケート）</td><td>柱1</td><td>高齢者自らが医療・介護が必要になったときに望む暮らしを予め考え、家族や医療・介護関係者と話し合う機会を持っている。</td><td rowspan="5">高齢者一人ひとりが、自らの意思で自身の生き方を選択し、人生の最終段階まで尊厳を保ちながら、心身の状態に応じて可能な限り住み慣れた地域であんしんして日常生活を営んでいる。</td><td rowspan="5">1 市民のニーズ度
2 要介護3以上の高齢者の在宅療養率
3 場所別(自宅)の死亡率</td></tr>
<tr><td>適切な医療・介護サービスにつなぐための支援体制の構築（情報提供含む）</td><td>5 地域ケア個別会議の終結率
6 専門職からの相談の終結率
7 退院支援を実施している診療所・病院数
8 介護支援連携指導を実施している診療所・病院数
9 退院時共同指導を実施している診療所・病院数
10 退院前・退院後訪問指導を実施している診療所・病院数</td><td rowspan="3">柱2</td><td rowspan="3">高齢者自らの心身の状態に応じて、その機能の維持・改善や、日常生活に必要なサービスを適切に利用できる。</td></tr>
<tr><td>在宅医療・介護サービスを提供する事業所の充実・人材の確保</td><td>11 訪問診療を実施している診療所・病院数
12 訪問看護を実施している事業所数
13 訪問歯科診療を実施している歯科診療所
14 訪問薬剤指導を実施している事業所数
15 訪問栄養指導を実施している事業所数
16 訪問介護事業所数
17 通所介護事業所数
18 訪問リハビリテーション事業所数
19 通所リハビリテーション事業所数
20 訪問入浴介護事業所数
21 短期入所事業所数
22 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所数
23 小規模多機能型居宅介護事業所数
24 看護小規模多機能型居宅介護事業所数
25 介護人材 正規職員の充足率
26 介護人材 正規職員の自己都合退職者数</td></tr>
<tr><td>医療・介護専門職の人材育成とスキルアップのための多様な機関による研修機会の提供</td><td>27 研修会の満足度</td></tr>
<tr><td>高齢者本人やその家族の状況に応じた24時間対応可能な体制の構築</td><td>28 往診を実施している診療所・病院数
29 在宅療養支援診療所・病院数・後方支援病院数
30 24時間体制を取っている訪問看護ステーション数
31 在宅ターミナルケアを受けた患者数
32 在宅での看取り数（死亡診断書のみの場合も含む）</td><td>柱3</td><td>在宅療養高齢者の急変時に必要な医療・介護サービスの提供体制が整っている。（看取りを含む）</td></tr>
</table>

第５章　取組の進行管理

１　成果指標の進行管理

成果の区分			成果指標	単位	実績値			目標
					H30 (2018)	R1 (2019)	R2 (2020)	R5 まで
最終アウトカム		1-1	市民のニーズ度（医療施設）	P	-	71.1		↘
		1-2	市民のニーズ度（高齢者施策）	P	-	79.9		↘
		2	要介護3以上の高齢者の在宅療養率	%	-	52.2		↗
		3	場所別（自宅）の死亡率	%	-	11.1		↗
		参考	場所別（老人ホーム等）の死亡率	%	-	15.1		-
		参考	場所別（病院）の死亡率	%	-	71.4		-
中間アウトカム	柱1	4-1	ＡＣＰの実践率（市民アンケート）	%	R3からデータ収集			↗
		4-2	ＡＣＰの実践率（在宅医療座談会事後アンケート）	%	R3からデータ収集			↗
	柱2-1	5	地域ケア個別会議の終結率	%	R3からデータ収集			↗
		6	専門職からの相談の終結率	%	R3からデータ収集			↗
		7-1	退院支援を実施している診療所数	施設	-	0		↗
		7-2	退院支援を実施している病院数	施設	-	7		↗
		8-1	介護支援連携指導を実施している診療所数	施設	-	0		↗
		8-2	介護支援連携指導を実施している病院数	施設	-	9		↗
		9-1	退院時共同指導を実施している診療所数	施設	-	15		↗
		9-2	退院時共同指導を実施している病院数	施設	-	5		↗
		10-1	退院前訪問指導を実施している診療所数	施設	-	1		↗
		10-2	退院前訪問指導を実施している病院数	施設	-	7		↗
		10-3	退院後訪問指導を実施している診療所数	施設	-	0		↗
		10-4	退院後訪問指導を実施している病院数	施設	-	5		↗
	柱2-2	11-1	訪問診療を実施している診療所数	施設	58			↗
		11-2	訪問診療を実施している病院数	施設	4			↗
		12	訪問看護を実施している事業所数（みなし事業所含む）	事業所	-	-	24	↗
		13	訪問歯科診療を実施している歯科診療所数	施設	31(H29)			↗
		14	訪問薬剤指導を実施している事業所数	事業所	42(H29)			↗
		15	訪問栄養指導を実施している事業所数	事業所	-	1		↗
		16	訪問介護事業所数	事業所	-	-	49	-
		17	通所介護事業所数	事業所	-	-	79	-
		18	訪問リハビリテーション事業所数	事業所	-	-	4	-
		19	通所リハビリテーション事業所数	事業所	-	-	7	-
		20	訪問入浴介護事業所数	事業所	-	-	3	-
		21	短期入所事業所数	事業所	-	-	26	-
		22	定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所数	事業所	-	-	2	↗
		23	小規模多機能型居宅介護事業所数	事業所	-	-	17	-
		24	看護小規模多機能型居宅介護事業所数	事業所	-	-	1	↗
		25	介護人材　正規職員の充足率（採用実績／採用希望）	%	-	70.4	76.5	85%以上
		26	介護人材　正規職員の自己都合退職者数	人	-	164	205	50人未満
	柱2-3	27	研修会の満足度	%	R3からデータ収集			↗
	柱3	28-1	往診を実施している診療所数（終日対応可）	施設	-	87		↗
		28-2	往診を実施している病院数（終日対応可）	施設	-	10		↗
		29-1	在宅療養支援診療所数	施設	-	-	25	↗
		29-2	在宅療養支援歯科診療所数	施設	-	-	24	↗
		29-3	在宅療養支援病院数	施設	-	-	1	↗
		29-4	在宅療養後方支援病院数	施設	-	-	0	↗
		30	24時間体制を取っている訪問看護ステーション数（みなし事業所含む）	事業所	-	-	22	↗
		31-1	在宅ターミナルケアを受けた患者数（算定回数）	人	186			↗
		31-2	在宅ターミナルケアを受けた患者数（レセプト件数）	人	186			↗
		32-1	看取り数(死亡診断書のみの場合も含む)(算定回数)	人	376			↗
		32-2	看取り数(死亡診断書のみの場合も含む)(レセプト件数)	人	376			↗

指標番号	実績値			目標	実績値			目標	実績値			出典
	R3 (2021)	R4 (2022)	R5 (2023)	R8 まで	R6 (2024)	R7 (2025)	R8 (2026)	R11 まで	R9 (2027)	R10 (2028)	R11 (2029)	
1-1												市政策部局の市民アンケート
1-2												
2												市高齢者福祉課
3												人口動態調査
参考												
参考												
4-1												介護予防・日常生活圏域ニーズ調査
4-2												在宅医療座談会事後アンケート
5												実績値
6												
7-1												EMITAS-G（保健所）
7-2												
8-1												
8-2												
9-1												
9-2												
10-1												
10-2												
10-3												
10-4												
11-1												厚生労働省「NDB」(医療計画作成支援データブック)
11-2												
12												介護サービス情報公表システム
13												医療施設静態調査（保健所）
14												介護データベース（保健所）
15												EMITAS-G（保健所）
16												島根県高齢者福祉課
17												
18												
19												
20												
21												
22												
23												
24												
25												介護人材確保・定着に係る施策に関するアンケート調査
26												
27												主催者のアンケート
28-1												EMITAS-G（保健所）
28-2												
29-1												中国四国厚生局HP
29-2												
29-3												
29-4												
30												介護サービス情報公表システム
31-1												厚生労働省「NDB」(医療計画作成支援データブック)
31-2												
32-1												
32-2												

2 活動指標の進行管理

成果の区分	活動指標		単位	実績値			目標
				H30 (2018)	R1 (2019)	R2 (2020)	R5 まで
⑴講演会や座談会の開催による市民啓発	33-1	(講演会等)開催数	回	R3からデータ収集			↗
	33-2	(講演会等)来場者数	人	R3からデータ収集			↗
	34-1	(座談会等)開催数	回	R3からデータ収集			↗
	34-2	(座談会等)参加者数	人	R3からデータ収集			↗
	35	主催者側の人数（スタッフ数）	人	R3からデータ収集			↗
	36-1	学生の参画（学生の人数）	人	R3からデータ収集			↗
	36-2	学生の参画（学校数）	校	R3からデータ収集			↗
⑵広報誌やパ	37	あんしんノート配付部数	部	-	-	432	↗
⑶高齢者向けの相談窓口	38-1	総合相談（新規件数）	件	1,637	1,649	1,128	-
	38-2	総合相談（継続件数）	件	6,894	6,527	5,565	-
⑷専門職向けの相談窓口	39	ケアマネジャーへの個別支援件数	件	305	356	264	-
	40-1	専門職からの相談件数（新規）	件	-	-	96	-
	40-2	専門職からの相談件数（継続）	件	-	-	32	-
⑸市民への医	41	市ポータルサイトのアクセス数	件	-	-	6,262	↗
⑹専門職間での情報共有	42-1	チームルピナスの人数	人	R3からデータ収集			↗
	42-2	チームルピナスの発信数	回	R3からデータ収集			↗
	43	地域ケア個別会議の開催数	回	68	52	35	↗
	44-1	意見交換会の開催数	回	R3からデータ収集			↗
	44-2	意見交換会の参加者数	人	R3からデータ収集			↗
	45-1	まめネット登録施設数	施設	-	-	398	↗
	45-2	まめネットカード発行率	枚	-	-	24,541	↗
⑺在宅療養に関わる支援	46-1	退院支援(退院調整)を受けた患者数(算定回数)	人	5,139			↗
	46-2	退院支援(退院調整)を受けた患者数(レセプト件数)	人	5,107			↗
	47-1	介護支援連携指導を受けた患者数（算定回数）	人	1,051			↗
	47-2	介護支援連携指導を受けた患者数（レセプト件数）	人	956			↗
	48-1	退院時共同指導を受けた患者数（算定回数）	人	483			↗
	48-2	退院時共同指導を受けた患者数（レセプト件数）	人	481			↗
	49	退院退所加算の算定回数	回	1,782			↗
	50	入院時情報連携加算の算定回数	回	245			↗
	51	退院時訪問指導	人	-	49		↗
	52	低栄養改善・食支援の専門職派遣件数	件	-	-	0	-
⑻在宅療養を支える担い手の充実	53-1	訪問診療を受けた患者数（算定回数）	人	31,947			↗
	53-2	訪問診療を受けた患者数（レセプト件数）	人	18,404			↗
	54-1	訪問看護利用者数（精神以外）（算定回数）	人	756			↗
	54-2	訪問看護利用者数（精神以外）（レセプト件数）	人	181			↗
	54-3	訪問看護利用者数（介護保険）	人	1,202			↗
	55-1	訪問歯科診療を受けた患者数（算定回数）	人	2,313			↗
	55-2	訪問歯科診療を受けた患者数（レセプト件数）	人	1,501			↗
	56-1	訪問薬剤管理指導を受けた者の数(薬局)(算定回数)	人	334			↗
	56-2	訪問薬剤管理指導を受けた者の数(薬局)(レセプト件数)	人	178			↗
	57-1	条件不利地域における訪問診療の患者数	人	-	83		↗
	57-2	条件不利地域における訪問診療の事業所数	事業所	-	11		↗
	58-1	条件不利地域における訪問看護の患者数	人	-	167		↗
	58-2	条件不利地域における訪問看護の事業所数	事業所	-	10		↗
⑼研修会の開催	59-1	多職種研修会の開催数	回	R3からデータ収集			-
	59-2	多職種研修会の参加者数	人	R3からデータ収集			↗
	59-3	多職種の研修会の職種数	職種	R3からデータ収集			↗
	60-1	単一専門職の研修会の開催数	回	R3からデータ収集			-
	60-2	単一専門職の研修会の参加者数	人	R3からデータ収集			↗
	60-3	単一専門職の研修会の職種数	職種	R3からデータ収集			↗
⑽24時間対応可能な体制の構築	61	往診料（休日・夜間等）／全体（件数）	%	-	0.16		↗
	参考	往診料全体の件数	件	-	748,308		-
	参考	往診料全体の人数	人	-	57,322		-
	参考	休日往診加算の件数	件	-	337		-
	参考	休日往診加算の人数	人	-	294		-
	参考	緊急往診加算の件数	件	-	451		-
	参考	緊急往診加算の人数	人	-	356		-
	参考	深夜往診加算の件数	件	-	178		-
	参考	深夜往診加算の人数	人	-	172		-
	参考	夜間往診加算の件数	件	-	232		-
	参考	夜間往診加算の人数	人	-	210		-
	62-1	緊急訪問看護加算（診療報酬）件数	件	-	4		↗
	62-2	緊急訪問看護加算（診療報酬）人数	人	-	4		↗
	63	緊急時訪問介護加算	回	-	-	66	↗
	64	緊急時訪問看護加算（介護報酬）	回	-	-	4,990	↗

指標番号	実績値			目標	実績値			目標	実績値			出典
	R3 (2021)	R4 (2022)	R5 (2023)	R8 まで	R6 (2024)	R7 (2025)	R8 (2026)	R11 まで	R9 (2027)	R10 (2028)	R11 (2029)	
33-1												実績値
33-2												
34-1												
34-2												
35												
36-1												
36-2												
37	R3.2月末現在											実績値
38-1	R2.12月末現在											あんしん支援センターの実績値
38-2	R2.12月末現在											
39	R2.12月末現在											あんしん支援センターの実績値
40-1	R3.2月末現在											在宅医療・介護連携支援センターの実績値
40-2	R3.2月末現在											
41	R3.2月末現在											市ＨＰアクセス集計
42-1												webグループ登録者数
42-2												webグループへの発信数
43	R2.12月末現在											あんしん支援センターの実績値
44-1												各団体の実績値
44-2												
45-1	R3.2月末現在											島根県医療政策課ＨＰ
45-2	R3.2月末現在											
46-1												厚生労働省「NDB」(医療計画作成支援データブック)
46-2												
47-1												
47-2												
48-1												
48-2												
49												
50												
51												EMITAS-G
52												市の実績値
53-1												厚生労働省「NDB」(医療計画作成支援データブック)
53-2												
54-1												
54-2												
54-3												
55-1												
55-2												
56-1												
56-2												
57-1												実績値
57-2												
58-1												
58-2												
59-1												実績値
59-2												
59-3												
60-1												
60-2												
60-3												
61												EMITAS-G（保健所）
参考												
参考												
参考												
参考												
参考												
参考												
参考												
参考												
参考												
参考												
62-1												
62-2												
63												介護報酬給付管理システム
64												

発行・編集

出雲市在宅医療・介護連携推進連絡会議
令和３年(2021)３月発行

（事務局）
出雲市 健康福祉部 医療介護連携課
（出雲市在宅医療介護連携支援センター）
TEL:0853-21-6121　FAX:0853-21-6749