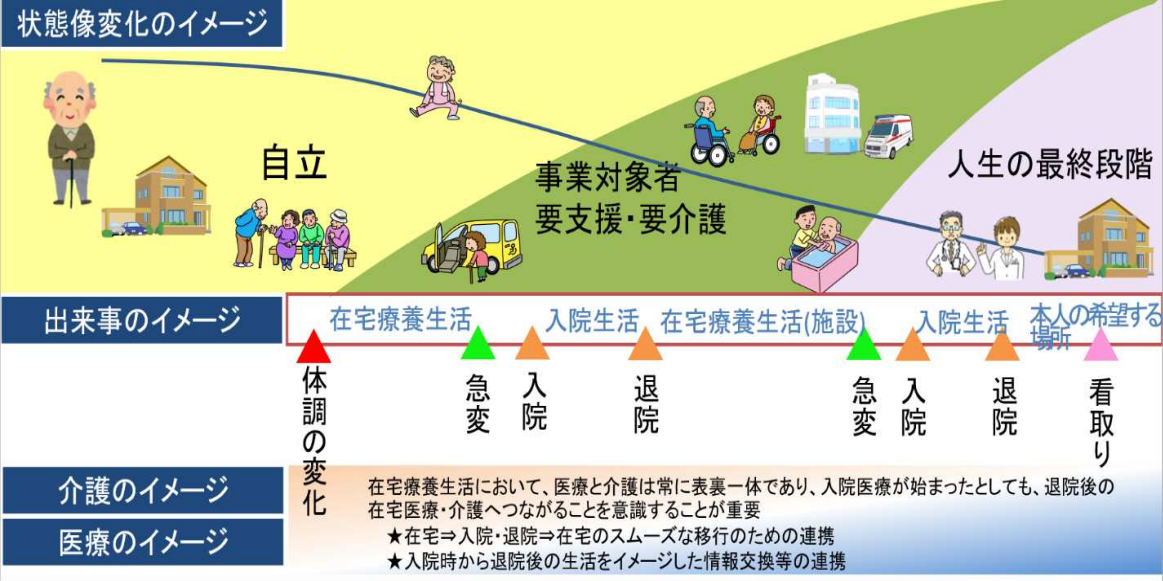


～湖西市の目指す姿～
『湖西であんきに暮らすまい』

【4つの場面ごとのPDCAサイクル】



在宅医療提供体制に求められる医療機能
(図)を挿入予定



①日常の療養支援の場面の考え方

めざすべき姿	医療・介護関係者の多職種協働によって患者・利用者・家族の日常の療養生活を支援することで、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場所で生活を継続できる。				
めざすべき姿であるために必要なこと	現状	課題抽出	要因分析	具体的施策	アウトカム
在宅療養患者が必要な医療と介護が身近なところで受けられるサービス提供体制の整備	○病院数2（急性期） ○市内病院病床数：一般病床245床 75歳以上人口1000人あたり25.2 ○湖西病院病床数：一般病床196床(休業病床含む)、地域ケア病床11床 ○浜名病院病床数：一般病床49床、医療療養病床44床、地域包括ケア病床40床、介護医療院44床	・市立湖西病院医療従事者不足により、病棟閉鎖や外来対応にも支障をきたしている。		・院内にて対応検討中 ・浜松医療センターと湖西病院が連携協定を締結 ・市内2病院でできることできないことを洗い出し連携協定を締結	・介護認定率があがらない又は横ばい又増加率を緩やかに・・・：介護認定率 ・介護離職者が減る(要介護認定者)：主介護者離職率 ・シズケア加入数が増える(連携ツールの活用)
在宅の療養生活を支える地域の資源の把握体制づくり	○在宅訪問を行う歯科診療所：14診療所 75歳以上人口1000人あたり1.44	・訪問診療を行う体制を整えている医院は多いが実際に訪問する歯科医院はほぼ決まっている現状がある	・在宅医療参入、介入へ困難感がある(診療点数等)	・歯科医師会に未加入の歯科医院が訪問診療を開始	・在宅医療に取り組む機関が増える(医療機関・訪問看護・訪問薬剤・訪問リハ等々) ・湖西市内で訪問診療希望に対応できる環境ができる：訪問診療自給率
	○在宅訪問を行う薬局：16薬局 75歳以上人口1000人あたり1.65	・院外薬局のない地域がある ・薬剤師の在宅医療への参入が困難(開設時間内は薬剤師がいることが必須にて、複数人いる薬局もしくは時間外活動する薬局しか参入できない)		・院内処方や他の薬局との連携がとれている	
	○地域連携型認知症疾患医療センター(隣市の中核市)がなく1時間近くかかる磐田市のセンターが管轄である。	・専門医(精神・認知等)がおらず、受診まで1時間近くかかり、予約にも3か月近く待つこともある		・4包括に認知症初期集中チーム、認知症地域支援推進員が配置され、認知症サポート医やかかりつけ医と連携 ・専門医はいないが、市立湖西病院の総合内科や浜名病院の脳神経外科にて認知症の受診が可能	
必要とした時に、すぐに医療機関への受診・搬送ができるバックアップ体制づくり	○診療所：28診療所 ○在宅療養支援診療所：2診療所 75歳以上人口1000人あたり0.21 ○訪問診療を行う診療所：9診療所 75歳以上人口1000人あたり1.13	・在宅医療を支える支援体制医がなく、参入する医療機関の負担が大きい(機材・時間等)		・在宅支援診療所が2か所になった	
多職種での連携し情報共有が必要	○昼間は利用できる介護タクシーがある夜間利用できる介護タクシーがない ○市外の介護タクシーを利用(高額になる)	・介護タクシーが不足し受診等が困難になっている	・定期受診はデマンドタクシーや一般タクシーを利用できることもあり、緊急時は救急車、受診が難しい時は訪問診療に切り替えるなどの選択肢もある	・必要に応じた方法を選択できるように、情報を整理しまとめる。	
	○情報連携ツール(シズケア)登録(市内27/140施設)R5年3月末時点	・情報共有システム(シズケアかけはし)の市内関係機関の登録及び利用率が低い		・シズケアかけはしの登録・利用の周知の啓発 ・連携支援センターのたよりにて連携に必要な記事を掲載 ・「見守り機能」が追加され活用準備中	

		・市の体制として包括的に医療と介護を考えると がない。 困ったところがやる又は応急的対応となっている。		・シズケアかけはし等の情報連携ツールを活用 した情報共有の推進 ・多職種で事例検討し、様々な立場から意見を 出し合える場を設ける(地域ケア会議等の活用)	
		・市外の病院や診療所、介護施設との連携が整っ ていない			

②入退院支援の場面の考え方

めざすべき姿	入退院時に医療機関、介護事業所などが連携・情報共有を行うことで、一体的でスムーズな医療・介護サービスが提供され、 本人が希望する日常生活を過ごせるようにする。				
めざすべき姿であるために必要なこと	現状	現状分析・課題抽出	要因分析	施策	アウトカム
入院時、ケアマネージャーから医療機関へ速やかに利用者の在宅療養状況を情報共有できている	○入院時情報連携加算の算定回数：横這い ○入院時情報連携加算の算定割合：県内や全国との比較では低い ○情報連携ツール(シズケア)登録(市内30/140施設)R6年5月末時点	・連携はお助けブックB-1「入院時情報提供書」を活用し、持参、FAX、シズケア等にて実施。(急な入院等で情報提供できていないと、病院から問い合わせがあったりする) FAXは送付できたか、間違っ送っていないか等リスクがあり、あまり利用に積極的でない関係者もいる。 ・FAXの場合は確認できたかどうか確認シートも同時に送付し、返送してもらうようにしている。 患者の	・入院時の連携は比較的連携できていることがあっても加算を取っていない事業所もある。 ・急な入院など情報提供がスムーズにできないことがある。	・連携お助けブックの活用促進 ・シズケアかけはし等の情報連携ツールを活用した情報共有の推進 ・多職種研修会(顔の見える関係づくり)の開催 ・加算取得のための勉強会の開催	○シズケア加入数(連携ツールの活用) ○入院時情報連携加算の算定回数 ○入院時情報連携加算の算定割合
退院前カンファレンスにおいて関係者が参加し、退院後の療養生活について必要な支援方法が共有できている	○退院退所加算の算定回数：横這い ○退院退所加算の算定割合：平均的 ○退院前カンファレンスへの参加状況： ○情報連携ツール(シズケア)登録(市内30/140施設)R6年5月末時点	・病院の判断でカンファレンスが開催されるまたは、サマリーのみ送付される等病院次第。(サマリーはほぼ必ずもらえる) ・在宅の環境調整ができていないのに退院になってしまうことがある。 ・本人、家族との思いとは別で退院する場所が決まってしまうことがある。 ・コロナ後、直接カンファレンスを実施する機会が減ってしまった(家族のみなどの制限もある)が、退院時は家族と主治医のみではなく、ケアマネも退院後をイメージした連携が必要。 ・家族から病院に確認してもらうこともある。 ・医師に主治医相談表を送付しても返信がなかなか来ないこともあり、催促するのが負担。(主治医意見書や相談票など)	・本人・家族のみでは退院後の生活についてイメージしきれないので、ケアマネが同席して実施することが望ましい。 ・病院の状況(感染症)に関わらず、カンファレンスを実施できる体制が整っていない。 ・病棟看護師からケアマネにと相談室など院内での連携も十分できてないと感じることがある。 ・退院後のモニタリングしている本人受診時・ケアマネ(相談室)	・連携お助けブックの活用促進 ・ZOOM会議などICTを活用した連携促進 ・シズケアかけはし等の情報連携ツールを活用した情報共有の推進 ・多職種研修会(顔の見える関係づくり)の開催 ・加算取得のための勉強会の開催	○シズケア加入数(連携ツールの活用) ○退院退所加算の算定回数 ○退院退所加算の算定割合

第2回 協議会では②入院時の支援の場面についてご意見を伺いたいと思っております。

③緊急時の対応の場面の考え方

めざすべき姿	医療と介護、救急が連携することにより、本人の意思を尊重したうえで急変時に適切な対応ができるようにする。				
めざすべき姿であるために必要なこと	現状	現状分析・課題抽出	要因分析	施策	アウトカム
本人の意思に沿った医療搬送ができている	・本人の意思を確認・共有できていない ・高齢者プランアンケートより(R5)	・ACPが十分に周知されていない	・広報が不十分 ・死の話をタブー視する風潮がある	・広報にACPの特集記事の掲載 ・独居訪問時にエンディングノートの配布 ・もしバナゲームを活用して、もしもの時について考えるきっかけをつくる ・ACPの市民向け講演会の実施	・エンディングノートの配布数 ・もしバナゲーム貸出回数 ・高齢者プランアンケート ・多職種研修(ACP)実施回数 参加者数 アンケートでの満足度

	・ACPの必要性が理解できてもなかなか実践には結び付いていない	・関係性もあるため、ACPを実施するタイミングが難しい		・専門職向けの研修で実践的に学び、知識技術を伝達していける人の育成体制の構築 ・意思決定支援に活用できるACPノートの作成	・在宅医療に取り組む機関が増える
急変時の医療、支援体制が確立される	・消防との連携(ACPを含めた)が取れておらず、本人の意思が共有できていない	・市の体制として包括的に医療と介護を考えるとところがない。困ったところがやる又は応急的対応となっている。 ・関係機関のそれぞれの立場での役割を理解・共有し、連携していくことが必要	・	・メディネット湖西での連携・検討 ・DNAR活用体制の検討 ・関係機関のそれぞれの立場での役割を理解・共有し、連携できるように体制を整える	・急変時の医療、支援体制、仕組みの構築(関係機関に周知)
	・本人、家族へのACPが不十分 ・支援者のACPの理解不足、周知不足		・広報が不十分 ・死の話をタブー視する風潮がある	・広報にACPの特集記事の掲載 ・ACPの市民向け講演会の実施	

④看取りの場面の考え方

めざすべき姿	人生の最終段階に出現する症状に対する不安や医療・ケア在り方について理解することで、本人が望む場所において、最期まで安心して過ごせるように支援する。				
めざすべき姿であるために必要なこと	現状	現状分析・課題抽出	要因分析	施策	アウトカム
専門職が、人生会議(ACP)について十分に理解し、話し合いの機会を設ける	○高齢者プランアンケートより(R5) ・死期直前の世話・治療を話し合った相手「医療関係者」4.9%	・ACPを実施するタイミングが難しい	・基本的な知識は学べても実践的なスキルを学ぶ機会がない	・専門職向けの研修で実践的に学び、知識技術を伝達していける人の育成体制の構築 ・意思決定支援に活用できるACPノートの作成 ・多職種での意見交換	・エンディングノートの配布数 ・もしバナゲーム貸出回数 ・高齢者プランアンケート ・多職種研修(ACP)実施回数 参加者数 アンケートでの満足度
市民が様々な看取りについて理解し、人生の最終段階の医療やケアについて家族等と話し合い、医療・介護スタッフとも共有している。	○高齢者プランアンケートより(R5) ・死期直前の世話・治療を考えたことの有無「はい」39.8% 「いいえ」52.7% ・死期直前の世話・治療を話し合った相手「医療関係者」4.9% 「話し合ったことがない」54.3%	・ACPが十分に周知されていない	・広報が不十分 ・死の話をタブー視する風潮がある	・広報にACPの特集記事の掲載 ・もしバナゲームを活用して、もしもの時について考えるきっかけをつくる ・意思決定支援に活用できるACPノートの作成 ・多職種での意見交換 ・しっかり考えれるうちに、ACPIについて知る機会を設ける	
在宅看取りまで対応する医療機関との連携体制が整っている	○R6データベースより ・在宅看取りを実施した医療機関:6診療所 ・在宅診療実施診療所:9診療所 75歳以上人口1000人あたり1.13 ・在宅療養支援診療所:2診療所 75歳以上人口1000人あたり0.21 24時間対応の訪問看護:4カ所 ・看取り加算 ・ターミナルケア加算 ・ターミナルケアマネジメント加算	看取り件数は年々増加し、今後も増加する見込み。			・訪問診療自給率(%) ・看取りに対応する介護施設数