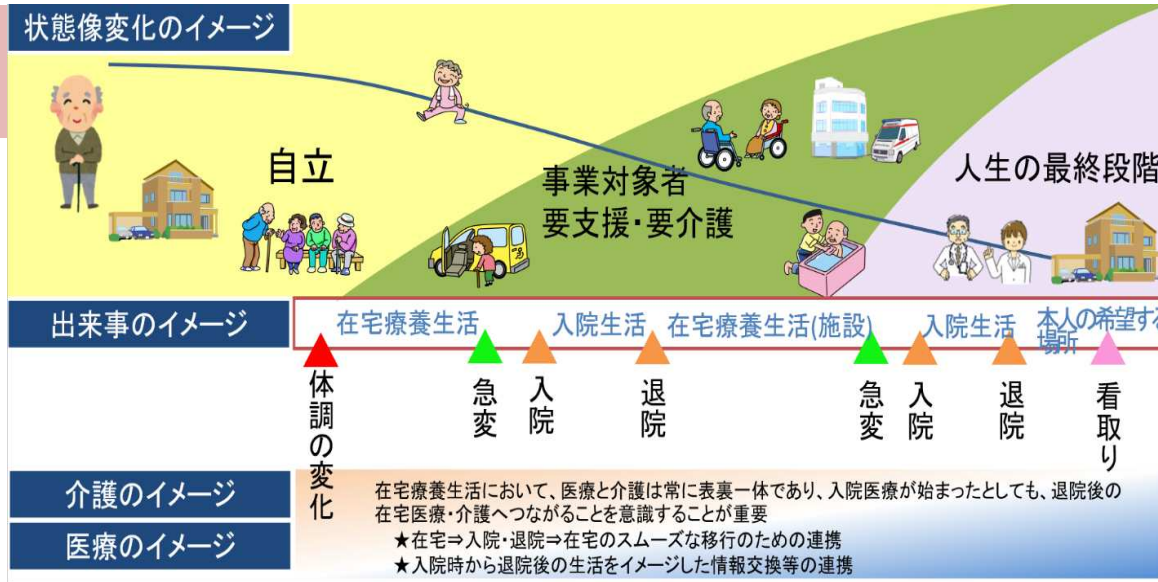


～湖西市の目指す姿～  
『湖西であんきに暮らすまい』

【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: 一般病棟49床、医療療養病棟44床、地域包括ケア病棟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	・介護認定率が上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	
	○三次救急を含む大規模病院、大学病院は市外にある。	・重症患者に対応できる病院がない(脳出血等) ・搬送先が見つからない			
	○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 ・医師会未加入の医療機関が訪問診療を開始	
	○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	・介護タクシーが不足し受診等が困難になっている			

多職種での連携し情報共有が必要	○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。		・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
		・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	○入院時の居宅介護支援事業所からの情報提供割合： ○入院時情報連携加算の算定割合： ○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			・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	・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) ・在宅医療に取り組む機関が増える
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	○退院前カンファレンスへの参加状況：			・連携お助けブックの活用促進	

## 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ます	・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 ・在宅医療に取り組む機関が増える
	・ACPの必要性が理解できていなくてもなかなか実践には結び付いていない	・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	
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。	・広報が不十分 ・死の話をタブー視する風潮がある	・メディネット湖西での連携・検討	・往診の実施診療所数
	・本人、家族へのACPが不十分 ・支援者のACOの理解不足、周知不足			・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	
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

第3回 協議会では④看取りの場面についてご意見を伺いたいと思っております。