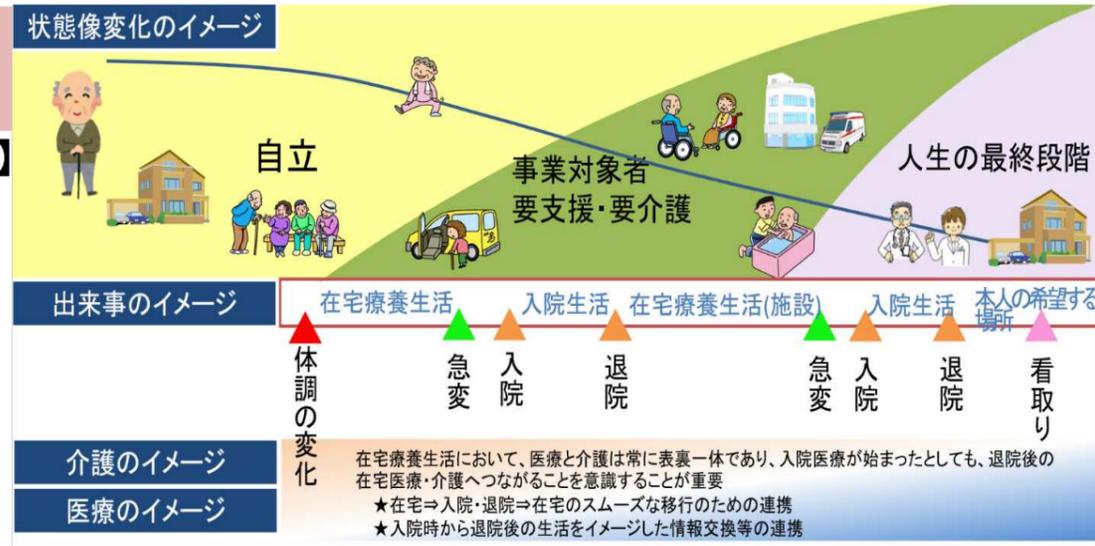


～湖西市の目指す姿～
『湖西であんきに暮らすまい』

【4つの場面ごとのPDCAサイクル】



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 解決すべき課題	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	<ul style="list-style-type: none"> ○病院数2（急性期） ○市内病院病床数：一般病床238床 75歳以上人口1000人あたり25.2 ○湖西病院病床数：稼働101床（一般病棟54床、地域ケア病棟47床） ○浜名病院病床数：稼働137床 一般病棟49床（急性期19床、地域ケア病床30床） 医療療養型病棟44床、介護医療院44床 ・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 ・浜松医療センターと湖西病院が連携協定を締結 	<ul style="list-style-type: none"> ・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。 ・医療職、介護職ともに専門職が不足している。 			<ul style="list-style-type: none"> ・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	<ul style="list-style-type: none"> ○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 ○歯科医師会に未加入の歯科医院が訪問診療を開始 ○口腔連携強化加算等の新設 	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問診療を行う体制を整えている医院は多いが、通院歴がある患者のみなど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 ○在宅療養患者の口腔機能管理の連携体制の強化が求められている 	<ul style="list-style-type: none"> ・関係機関と連携して在宅診療を実施できる歯科医院があまりない。 		<ul style="list-style-type: none"> ・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
	<ul style="list-style-type: none"> ○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 	<ul style="list-style-type: none"> ・院外薬局のない地域がある ・院内処方や他の薬局との連携がとれている 			
	<ul style="list-style-type: none"> ○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。 ○4包括に認知症初期集中支援チーム、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 ○認知症ケアパスを作成（平成27年度作成） 	<ul style="list-style-type: none"> ・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支援チーム、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することになっているが実際の程度連携できているのか ・認知症ケアパスがどれくらい活用できているの 		<ul style="list-style-type: none"> ・認知症疾患医療センター長と認知症サポート医、初期集中支援チームでの意見交換会を開催 	

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	<p>○診療所:28診療所</p> <p>○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</p> <p>○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</p> <p>○市内2病院で緩和ケア・レスパイト入院として受け入れできる病床がある</p> <p>○湖西病院 入退院支援部門⇒地域利用者支援センターへ</p> <p>・湖西病院病床数:稼働101床 (一般病棟54床、地域ケア病棟47床)</p> <p>・浜名病院病床数:稼働137床 (一般病棟49床(急性期19床、地域包括ケア病棟30床)医療療養型病棟44床、介護医療院44床)</p> <p>○お助けブック、別冊社会資源にてまとめている</p>	<p>・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)</p> <p>・レスパイトとして利用するには条件がある</p> <p>・お助けブック、別冊社会資源があまり活用されていない(知らない専門職が一定数いる)</p>	<p>・在宅医療の社会資源周知が不十分</p>			
	<p>○市内の介護タクシー事業所は4カ所</p> <p>○市外の介護タクシーを利用(高額になる)</p> <p>○市内で24時間365日対応できる介護タクシー事業所が開始された</p> <p>○別冊社会資源にて情報掲載</p>	<p>・介護タクシーが不足し受診等が困難になっている</p> <p>・事業所により対応が様々で、必要な状況で利用できないケースがある</p>	<p>・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ことを周知していく。</p>	<p>・限られた資源のなかで必要に応じた受診方法を選択できるように、情報を整理しまとめる。(お助けブックに追加)</p>		
多職種で連携し情報共有が必要	<p>○情報連携ツール(シズケア)登録(市内33/140施設)R7年1月末時点</p>	<p>・非常時にスムーズな連携が行えるよう、日頃より顔の見える関係づくり、連携体制の構築が必要</p> <p>・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</p>	<p>・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</p>	<p>・シズケアかけはしの登録・利用の周知の啓発</p> <p>・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</p> <p>・シズケアかけはし勉強会を企画・実施(3回)</p>		
		<p>・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。</p> <p>困ったところがやる又は応急的対応となっている。</p>	<p>・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(地域ケア会議等)を活用する</p>			

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 解決すべき課題	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	<p>○入院時の居宅介護支援事業所からの情報提供割合:</p> <p>○入院時情報連携加算の算定割合:</p> <p>○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</p>	<p>・入院時の連携は比較的連携できているが加算を取っていない</p>		<p>・連携お助けブックの活用促進</p> <p>・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</p> <p>・加算取得のための勉強会の開催</p>	<p>・シズケア加入数が増える(連携ツールの活用)</p> <p>・入退院時連携加算取得率</p>
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	<p>○退院前カンファレンスへの参加状況:</p>			<p>・連携お助けブックの活用促進(毎年の見直し更新)</p>	<p>・シズケア加入数が増える(連携ツールの活用)</p> <p>・入退院時連携加算取得率</p>

③急変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 解決すべき課題	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	<ul style="list-style-type: none"> 【本人・家族】 ・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) ・広報が不十分 ・死の話をタブー視する風潮がある 	<ul style="list-style-type: none"> ・ACPが十分に周知されていない 	<ul style="list-style-type: none"> ・ACPの周知啓発 	<ul style="list-style-type: none"> ・広報にACPの特集記事の掲載 ・独居訪問時に人生会議手帳の配布 ・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 	<ul style="list-style-type: none"> ・人生会議手帳の配布数 ・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
	<ul style="list-style-type: none"> 【専門職】 ・ACPの必要性が理解できてなかなか実践には結び付いていない ・専門職の中でもACPIについての理解度に差がある、経験が少ない ・業務の中でACPIに割ける時間が少ない 	<ul style="list-style-type: none"> ・関係性もあるため、ACPを実施するタイミングが難しい 	<ul style="list-style-type: none"> ・多職種での連携を密にし、情報共有を図れる体制 	<ul style="list-style-type: none"> ・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 ・多職種における連携のための研修会 ・事例の共有 	
急変時の医療、支援体制が確立される	<ul style="list-style-type: none"> ・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 	<ul style="list-style-type: none"> ・市立湖西病院が在宅療養支援病院に指定。 ・市内の特養で協力医療機関(市立湖西病院)が指定された。 ・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 		<ul style="list-style-type: none"> ・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 	<ul style="list-style-type: none"> ・急変時の医療、支援体制、仕組みの構築(関係機関に周知) ・往診を実施している ・緊急時の連携加算の取得状況
	<ul style="list-style-type: none"> ・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 		<ul style="list-style-type: none"> ・広報が不十分 ・死の話をタブー視する風潮がある 	<ul style="list-style-type: none"> ・広報にACPの特集記事の掲載 ・ACPの市民向け講演会の実施 	

第3回 協議会では③急変時の場面についてご意見を伺いたいと思っております。
 今までの検討内容等反映し修正しています。
 委員の皆様には現状や課題をお伺いするとともに、解決するための具体的な手段についてご検討をお願いします。

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 解決すべき課題	施策	アウトカム
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 ・関心が低い	・広報が不十分(知る機会がない) ・市民も関係者も「縁起でもない話」とするイメージが強く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(R6.5月号に掲載) ・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 ・人生会議手帳の配布機関を増やす	・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
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 ・看取りについての準備や現状について段階的に理解が情報共有できる機会がない	・基本的な知識は学べても押し付けにならないような実践的なスキルを学ぶ機会がない ・共有する仕組みがない	・専門職向けの研修で基本的な知識の繰り返し学ぶ実践的に学び、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 (人生会議手帳を作成) ・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。 ・ACPを実施するタイミングが難しい	・それぞれの機関で対応が違う。		・訪問診療自給率(%) ・看取りに対応する介護施設数

