

# PDCAサイクルの設定について

| 連携場面    | 令和5年度の取組  | 課題  | 対応策 Plan  | 実施 Do | 評価指標 Check   | 効果確認 | 改善 Act | 目指すべき姿  |
|---------|---|---|---|-------|--|------|--------|---|
| 全て      | ○在宅医療・介護連携に関する会議  | 継続的なPDCAサイクルの取組   | 在宅医療・介護連携に関する会議   |       | 年3回開催しているか   |      |        |   |
| 日常の療養支援 | ○薬剤師会と介護支援専門員との研修会<br><テーマ><br>「高齢者への薬剤支援における薬剤師と介護支援専門の連携」<br>○訪問看護ステーションと行政の意見交換会<br>○残薬相談書の周知・活用<br>○(株)カナミックネットワークの連携システム<br>○心不全手帖の活用<br>○私のリビングウィルの活用 | ① 地域の研修会への積極的な参加ができていない。<br>② 在宅における口腔内のチェックと口腔ケア（口腔内のチェック、残存歯数、咬合の確認、入れ歯の確認など）<br>③ 食事現場での摂食嚥下評価を多職種で行い、歯科治療の必要性を評価する。<br>④ ケアマネ ⇒ 病院及び診療所との連携<br>⑤ 薬剤師 ⇒ 病院との連携<br>⑥ ケアマネ ⇒ 薬剤師との連携<br>⑦ 歯科 ⇒ ケアマネとの連携<br>⑧ 在宅療養高齢者の増加<br>⑨ 市内栄養士間の連携不足 | 会議<br>① 研修会案内の幅広い周知<br>②<br>③<br>④⑤⑥⑦研修会の実施<br>⑧在宅医療の周知啓発<br>⑨市内に勤務する栄養士の集い開催               |       | ①④⑤⑥⑦研修会参加者アンケートにより、連携が図れていると回答した割合<br>⑧<br>・訪問診療を実施している医療機関の数<br>・訪問診療の実績回数<br>・訪問看護ステーションの数<br>⑨集いでアンケート結果により、今後、連携を深められると回答した割合 |      |        | 医療・介護関係者の多職種協働により、本人・家族の療養生活を支援することで、住み慣れた場所で安心して生活できるようにする。                        |
| 入退院支援   | ○MSW等地域連携会議<br><テーマ><br>「身寄りのない方の入退院支援」<br>「がん末期の方の退院支援」<br>○病院連携窓口一覧の作成（訪看・ケアマネ向け）<br>○救急医療情報キットの活用<br>○入退院支援多職種連携ルールのパンフレット（R5.12月版）配布                    | ① ケアマネ ⇄ 病院 の連携<br>② 訪問看護師 ⇄ 病院 の連携<br>③ 薬局薬剤師 ⇄ 病院薬剤師 の連携<br>薬剤サマリーが薬局に届いていないことが多い。<br>④ 在宅のリハ職 ⇄ 病院リハ職 の連携<br>在宅でのリハビリの情報が提供される基準がない。<br>⑤ 退院カンファレンスの開催<br>カンファレンス時に患者家族の本音が聞き出せていない。   | ①②MSW等地域連携会議や新たに連携を目的とした研修会の開催し参加を促す。<br>③市内に勤務する薬剤師の集い開催<br>④市川市リハビリテーション協議会と調整<br>⑤研修会の開催 |       | ①②<br>・入院時情報連携加算 取得状況<br>・退院・退所加算 取得状況<br>③<br>④<br>⑤退院カンファレンス数の増加   |      |        | 入退院の際に、医療機関・介護事業所等が協働・情報共有することで、一体的でスムーズな医療・介護サービスが提供され、本人が希望する場所で望む日常生活が過ごせるようにする。 |
| 急変時の対応  | ○救急医療情報キットの活用   | ① 救急医療情報キットの利用者が少ない。<br>医療情報、お薬情報について最新情報への更新内容の変更等定期的な確認   | ①配布窓口となる事業所（訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所、高齢者サポートセンター）への啓発<br>市民への啓発（申請者に対しては、最新情報への更新の周知）           |       | ①救急医療情報キット申請者の増加   |      |        | 医療・介護・消防（救急）が円滑に連携することにより、急変時にも本人の意思も尊重された対応を踏まえた、適切な対応が行われるようになる。                  |

# PDCAサイクルの設定について

| 連携<br>場面   | 令和5年度の取組   | 課 題   | 対応策 P l a n   | 実施<br>D o | 評価指標 Check  | 効果<br>確認 | 改善<br>Act | 目指すべき姿  |
|------------|--|---|---|-----------|---|----------|-----------|---|
| 看取り        | ○私のリビングウィルの配布<br>○在宅医療・介護連携に関する研修会<br><テーマ><br>「看取り支援における多職種連携」  | ① リビングウィルの活用が不十分<br>② 看取り後の薬剤回収<br>③ デスカンファレンス（関わりの評価）の開催が不十分<br>④ イメージがつかないまま退院してくる。受け止められるよう関わるが残りの時間が短い。<br>⑤ 自宅での看取りの経験が少ない。<br>⑥ 看取りの時期に入ったことを医療側が本人家族に言ってくれないと介護側としては言い難い。  | ①周知対象事業所の拡大（居宅介護支援事業所、訪問看護ステーションの他、施設等への周知）<br>②<br>③④⑤MSW等地域連携会議及び研修会の開催<br>⑥看取り期に移行する段階に、訪問看護師からの呼び掛けにより、サービス担当者会議を開催 |           | ① 市民意向調査により、リビングウィルの活用割合（第10期市川市高齢者福祉計画・介護保険事業計画策定に係るアンケート調査による）<br>②<br>③～⑤参加者アンケートにより、連携が図られたと回答した割合<br>⑤ 在宅及び施設における看取り率の割合（看取り加算算定件数/死亡者数）<br>⑥ 看取り期におけるサービス担当者会議開催数 |          |           | 医療・介護関係者が、本人と人生の最終段階における意思を共有し実現することで、本人の住み慣れた地域、望む場所で安心して人生最期まで暮らすことができるようにする。 |
| 認知症への取組    | ○在宅医療・介護連携に関する研修会<br><テーマ><br>「認知症の人の意思決定支援における多職種連携」  | ① 病院（大）やケアマネ等との連携<br>② 訪問看護師が、認知症の方が地域で暮らしていくため病院側の認識の差を感じる。<br>③ 個人情報保護の観点から、どこまで情報共有ができるのか？<br>④ ケアマネは、認知症の方の意思決定支援の教育を十分に受けておらず家族の意向に引っ張られる。<br>⑤ 医師の指示を理解記憶することが難しいので支援方法について迷うことが多い。<br>⑥ 薬の管理が行えないことがある。<br>⑦ 看取りに移行する段階では、認知症があり本人の意思確認が不十分なまま指示書が書かれる。職員により死生観や判断基準が異なり、現場の混乱が生じることがある。 | ①②③④⑤⑥研修会の開催<br>⑦リビングウィルの活用、研修会の開催  |           |   |          |           | 認知症の人を支援する医療や介護の専門職の連携強化により、本人の尊厳が守られ、安心して生活できるようにする。                           |
| 地域住民への普及啓発 | ○認知症講演会<br><テーマ><br>「認知症の人の意志決定支援について」<br>○在宅医療講座3回開催<br><テーマ><br>「人生の最期をどのように過ごしますか」<br>○私のリビングウィル配布<br>○在宅療養パンフレット配布 | ① 認知症への理解の促進が不十分<br>② 在宅医療に関する地域住民への普及啓発（在宅療養を支える専門職の役割、人生最終段階の過ごし方、看取り等）   | ①②研修会や講座の開催<br>②私のリビングウィルの配布啓発<br>③講座を通して「在宅療養パンフレット」の配布  |           | ①市民意向調査により、認知症になっても希望を持って生活したいと思う方の割合（第10期市川市高齢者福祉計画・介護保険事業計画策定に係るアンケート調査による）   |          |           | 在宅での療養が必要になった時に必要なサービスを適切に選択できるように、また、人生の最終段階におけるケアの在り方や在宅での看取りについて理解できるようにする。  |