

PDCAサイクルの設定				資料 7		
連携場面		全て	日常の療養支援	入退院支援	急変時の対応	
目指すべき姿		継続的なPDCAサイクルの取組	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。	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する。	
課 題		在宅医療・介護連携に関する会議	① 地域の研修会への積極的な参加ができていない。	①ケアマネ ⇄ 病院の連携	①救急医療情報キットの利用者が少ない。	
			② 在宅における口腔内チェックと口腔ケアが不十分（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）	②訪問看護師 ⇄ 病院の連携	②救急医療情報キットの医療情報、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が困難	
			③食事現場での摂食嚥下評価を多職種で行い、歯科治療の必要性の評価が不十分	③薬局薬剤師 ⇄ 病院薬剤師の連携 薬剤サマリーが薬局に届いていないことが多い。	①②情報共有ツール活用状況調査の実施 ※資料 4「活用していない理由」参照	
			④ケアマネ ⇒ 病院及び診療所の連携	④在宅のリハ職 ⇄ 病院リハ職の連携 在宅でのリハビリの情報が提供される基準がない。		
			⑤薬剤師 ⇒ 病院との連携	⑤退院カンファレンスの開催 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。		
			⑥ケアマネ ⇒ 薬剤師との連携			
			⑦歯科 ⇒ ケアマネとの連携			
			⑧在宅療養高齢者の増加			
			⑨市内栄養士間の連携不足			
対応策 Plan	R6年度の取組予定	6月27日 10月、1月 開催予定	①研修会案内の幅広い周知 三師会への周知は、会に依頼 その他の職種はメールで各事業所に案内	①②③MSW等地域連携会議 11月下旬 内容未定	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	
			②③⑦7月27日(土) 研修会 多職種連携による在宅療養者への支援 ～口腔機能維持と食への支援～ 講話（歯科医師、言語聴覚士、管理栄養士）及びグループワーク	①②「病院連携窓口一覧」の作成 （訪看・ケアマネ向け） ①報酬改定に伴い、「入退院支援多職種連携ルール」のパンフレットを改定し配布	②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）	
			④	③退院カンファレンスや退院後のサービス担当者会議において、薬剤情報に目を向けていただけるよう、会議や研修の場等でケアマネや訪問看護師に提案		
			⑤	④リハビリテーション協議会と課題を共有し、対応策を協議		
			⑥薬剤師会と介護支援専門員との研修会（秋開催予定） ＜テーマ＞「高齢者への薬剤支援における薬剤師と介護支援専門員の連携（仮）」 「残業相談書」の周知	⑤		
			⑧7月上旬 訪問看護ステーションと行政の意見交換会 ⑧市民及び各事業所、私のリビングウィルの普及啓発 ⑧市民へ在宅医療の周知啓発 ⑨市内に勤務する栄養士の集い開催			
			R6年度以降取組			
	実施 Do					
	評価指標 Check	年 3 回開催しているか	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	①②入院時情報連携加算 取得状況、退院・退所加算 取得状況	①救急医療情報キット申請者の増加	
			②③市川市歯科医師会口腔サポートセンターへの相談件数	③	②	
④⑦居宅介護支援の通院時情報連携加算の算定回数			④			
⑧・訪問診療を実施している医療機関の数			⑤			
・訪問診療の実績回数						
・訪問看護ステーションの数						
効果確認						
改善 Act						

資料 7

連携場面		看取り	認知症への取組 ※ 第2回の会議で協議予定	地域住民への普及啓発
目指すべき姿		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。	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。
課 題		①リビングウィルの活用が不十分	①病院（大）やケアマネ等との連携	①認知症への理解の促進が不十分
		②看取り後の薬剤回収	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。	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）
		③デスカンファレンス（関わりの評価）の開催が不十分	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？	
		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。	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。	
		⑤自宅での看取りの経験が少ない。	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。	
		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。	⑥薬の管理が行えないことがある。	
		⑦身寄りのない高齢者の看取り支援	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。	
対応策 Plan	R6年度の取組予定	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） 会議や研修会でリビングウィルの活用方法を周知。看取りを行っている（行う予定のある）施設等の介護サービス事業所へ配布。 ※資料 4 参照	① ②	①11月19日（火）認知症講演会 ＜テーマ＞「認知症とともに生きる」 講演（認知症疾患医療センター長）
		②訪問看護ステーションとの会議、ケアマネと薬剤師との研修会で、問題提起		②7月18日（木）在宅医療講座 ＜テーマ＞本人の意思を尊重した在宅療養支援～医療と介護の連携による取組～ 講話（医師、ケアマネジャー、理学療法士）
		③	③～⑦12月21日（土） 在宅医療・介護連携に関する研修会 ＜テーマ＞「認知症の B P S D の理解と支援における多職種連携」 講話（認知症疾患医療センター長）及びグループワーク	②2月1日（土）在宅医療講座 ＜テーマ＞「本人の意思を尊重した看取りの支援～医療と介護の連携による取組～」 講話（医師、ケアマネジャー、施設の生活相談員）
		④MSW等連携会議、訪問看護ステーションとの意見交換会、ケアマネ研修会等で課題を共有。退院時カンファレンスで、本人家族の病状理解の状況確認の必要性を提案		
		⑤2月1日（土）地域住民対象 在宅医療講座 ＜テーマ＞「本人の意思を尊重した看取りの支援～医療と介護の連携による取組～」 市川市在住在勤者は参加可能		
		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		②在宅療養パンフレット配布
		⑦私のリビングウィル、エンディングノート等を活用し支援者間で共有		
			②私のリビングウィル配布	
	R6年度以降取組			
	実施 Do			
評価指標 Check	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）		①	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）
	②		②	②
	③		③	
	④		④	
	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）		⑤	
	⑥看取り期におけるサービス担当者会議開催数		⑥	
			⑦	
効果確認				
改善 Act				