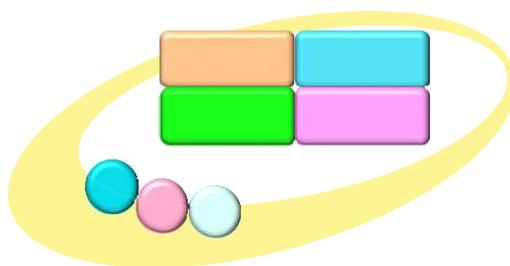


在宅医療・介護連携推進事業の手引き

Ver. 3

＜市町村の事業推進のために＞
＜都道府県の市町村支援のために＞



厚生労働省老健局老人保健課

令和2年9月

3. 4つの場面を意識したPDCAサイクルの考え方と展開例

ポイント

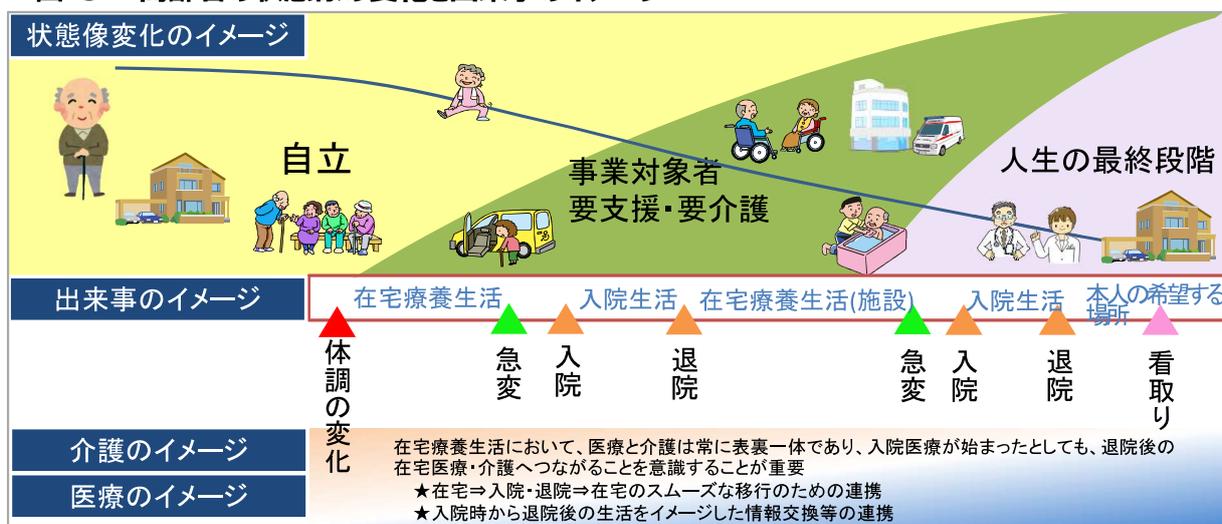
- ❖ 在宅療養者の生活の場において、医療と介護の連携した対応が求められる場面（①日常の療養支援、②入退院支援、③急変時の対応、④看取り）を意識した取組が必要である。
- ❖ 4つの場面ごとの現状分析・課題抽出・目標設定等を行う前提として、地域のめざすべき姿を必ず設定し、その目的を実現するために、達成すべき目標を4つの場面ごとに設定することが重要である。

※以降に記載する、4つの場面に示す目標等については、あくまで例示であり、この限りではないので、適宜、地域の実情や目的に沿って変更すること。

（1）4つの場面について

- 人生において常に健康状態は変化するが、特に、高齢期になると、加齢に伴う心身機能の衰えから、日常生活において、医療や介護が必要となることや、容態が急変して入院することもある。また、退院後は在宅医療や介護が必要となる場合や、あるいは在宅療養中に容態が急変し、看取りに至ることも想定される。ライフサイクルにおいて、場面毎に必要な医療と介護のサービスの比重は変わるものの、地域において在宅療養者が医療と介護を必要とする場合には、医療と介護が連携し、高齢者が住み慣れた地域で最期まで生活することができるように支援していく必要がある。

図 8 高齢者の状態像の変化と出来事のイメージ



- このため、切れ目のない在宅医療と介護の連携体制を構築するためには、ライフサイクルの中で起こりうる節目となる場面を意識した取組が必要であり、さらにこれらを取り巻く環境にも着目する必要がある。
- なお、医療計画の一部である地域医療構想においても、「地域包括ケアシステムの構築のためには、可能な限り住み慣れた地域で生活を継続することができるよう医療と介護の連携を推進し、医療と介護の提供体制を一体的に整備する必要がある」とされているところである。また、在宅医療の体制構築に係る指針^{*}の充実のために、
 - ・ 在宅医療に必要な医療機能は、①退院支援、②日常の療養支援、③急変時の対応、④看取り

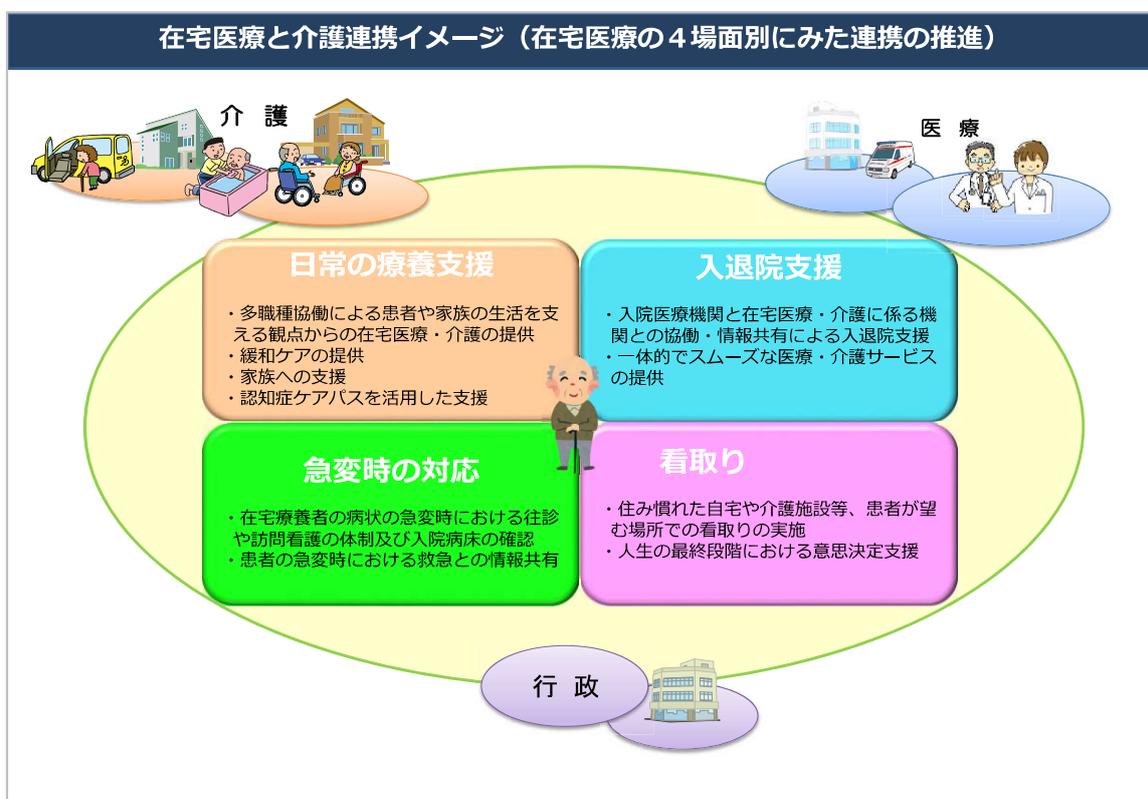
- ・ 患者の生活の場においてこれらの医療を提供していくためには、多様な機関（職種）が相互に連携することが重要

とされており、緊急時や看取りに対応するための24時間体制の構築に向けた役割分担等や医療・介護の現場での多職種連携の必要性についても記載されている。

※「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」（令和2年4月13日医政局地域医療計画課長通知）

- これらを踏まえ、在宅療養者の生活の場で医療と介護を一体的に提供するために、在宅医療の場面を生かしつつ、さらに、入院時から退院後の生活を見据えた取組ができるよう、高齢者のライフサイクルを意識したうえで、本事業においては、医療と介護が主に共通する4つの場面（日常の療養支援、入退院支援、急変時の対応、看取り）を意識して取り組む必要がある。なお、この4つの場面は、双方が重なり合っていることも少なくないことに留意が必要である。

図 9 在宅医療と介護連携イメージ



(2) 日常の療養支援の場面の考え方

※『日常の療養支援』の場面における PDCA サイクルに沿った考え方は、以下のとおり。主な手順（例）は「2（1）」参照

① 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が出来るようにする。
② 現状把握	
	<ul style="list-style-type: none"> ○ 日常の療養支援のめざすべき姿は、「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が出来るようにする」ことであり、切れ目のない医療・介護連携の体制を整えることが必要である。その際、介護については、在宅療養者の日常生活を訪問介護等が十分に支えていくことが在宅療養を継続していくことの鍵となっている。 ○ 切れ目のない医療・介護連携の体制を整えるためには、住民や医療・介護関係者等から現状を把握することが必要である。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 医療・介護関係者（関係団体）の現場の視察、ヒアリング等を通じて把握 ・ 住民のニーズの把握 ・ 地域包括ケア「見える化」システム等を活用し、利用可能なデータ等から把握（表 2、3 参照） ○ 医療と介護の両方を必要とする高齢者が、住み慣れた場所で在宅療養を継続していくためには、特に、地域における訪問介護や訪問看護、訪問診療等の医療・介護資源の状況に応じた持続可能な仕組みを検討していくことが重要である。なお、この際、訪問介護事業所数や診療所数といった数値を全国平均等と比較してその多寡を評価しないように留意する。 ○ 在宅において、昼夜を問わず 24 時間発生する医療・介護ニーズに、医療・介護関係者が対応するためには、例えば、 <ul style="list-style-type: none"> ・ 在宅療養者が受診を必要とした時に、直ぐに医療機関への受診・搬送ができるバックアップ体制が整っていること ・ 夜間は、訪問看護事業所や医療機関と介護施設等の看護師が、お互いに連携していること <p>などと合わせて、総合的に日常の療養生活を支援する体制が整っているかをみることが重要である。</p> ○ そのためには、単に訪問介護事業所や訪問看護事業所の数を増やすなど、24 時間対応が担える機能強化型訪問看護ステーションや在宅の中重度の要介護者の療養生活に伴う医療ニーズに対応した看護体制強化加算等の取得状況を増やすことのみが対応策にならないように留意が必要である。 ○ 訪問看護や訪問介護等のサービスの患者・利用者数を要介護度別で把握し、支援の対象の特定を試みることも重要である。また、訪問介護の技量等も把握し、看取りや医療ニーズの高い患者・利用者の支援がどのくらい対応可能であるかの把握も重要である。
③ 現状分析・課題抽出・施策立案	
	○ 現状分析と課題抽出、目標設定、対応策の検討にあたっては、住民や医療・介護関係者がどのようなニーズや課題を持っているかをベースとして、在宅において 24 時間発生する医療・介護ニーズへの対応が可能かを評価し、医療・介護の有機的な連携を検討していく必要があ

	<p>る。</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ さらに、在宅のみ 24 時間を通じた医療・介護ニーズに対応するのではなく、訪問・通所・短期入所を組み合わせる在宅療養を継続できるような仕組みを医療・介護関係者が一体となって構築していくことに留意が必要である。そのためには、 <ul style="list-style-type: none"> ア. 在宅医療・介護の連携状況等を、利用可能なデータ等から分析（表 3 参照） イ. ①で設定しためざすべき姿とアで把握した現状との差を検討 ウ. 事業としての課題を抽出 ○ その上で、地域の実情に応じた、具体的な目標を設定するとともに、目標を達成し、課題を解決するための具体的手段について検討を行う。例えば、以下のようなものが考えられる。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 情報共有：ICT 等の情報ツールを活用した情報共有の推進 ・ 同じ職種同士の理解：専門職としての課題・方向性の合意形成（意識合わせ） ・ 異なる職種同士の理解：地域ケア会議のケアプラン確認、事例検討の活用 ・ 住民の理解：住民の集まる場で在宅での療養生活や認知症ケアパスを説明、在宅の療養生活を支える地域の社会資源等の紹介（リーフレット、リスト、マップ等）、認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援に関する説明など
④ 評価	
	<ul style="list-style-type: none"> ○ 具体的な取組を踏まえ、目標と現状との差がどの程度改善したか、といった実際にどのような効果が出たのかを、施策立案時に用いたデータや医療・介護関係者や住民からの意見聴取等により検討する（在宅医療・介護の連携状況等について、利用可能なデータ等は表 3 参照）。 ○ その際には、②と同様に、日常の療養支援のめざすべき姿は、「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が出来るようにする」であり、在宅において 24 時間発生する医療・介護ニーズに医療・介護関係者が対応するためには、例えば、在宅療養者が受診を必要とした時に、直ぐに医療機関への受診・搬送ができるバックアップ体制が整っていることや、夜間においては、訪問看護事業所や医療機関と介護施設等の看護師が、お互いに連携していること等と合わせて、総合的に日常の療養生活を支援する体制が整っているかをみるのが重要である。
⑤ 改善	
	<ul style="list-style-type: none"> ○ ④を踏まえ、目標設定や課題抽出、具体的取組が妥当であったかを、再度、検討を行う。

<表の見方の留意事項>

単に全国平均との多寡をみるのではなく、実際の地域のニーズを把握した上で、用いることが必要である。また、連携に関する報酬の加算は、連携の実態をそのまま反映しているわけではないことに注意が必要である。

表 2 PDCA サイクルに沿った取組の前提として把握するデータ（例）

	項目	考え方
体制整備	居宅介護支援事業所数	在宅療養患者へ在宅介護を供給できる介護資源量を把握する。供給側の現状把握には必須となる。
	介護老人保健施設数	施設の総量の把握により、地域において在宅療養患者の受入先のキャパシティを把握する。現状を把握する上で必須となる。
	指定介護老人福祉施設数	
	地域密着型介護老人福祉施設数	
	介護療養型医療施設数	
	介護医療院数	
	通所介護の事業所数	
	訪問介護の事業所数	
	通所リハビリテーション事業所数	
	訪問リハビリテーション事業所数	
	在宅療養支援診療所・病院数（医）	在宅療養患者に医師による診察・診断を供給できる医療資源量を把握する。訪問診療や往診等を提供できる体制を持つことは把握できるが、実際に訪問診療や往診の提供数（実績）とは異なることに注意が必要となる。「在宅医療サービスの実績」や「連携に係る診療報酬」の項目とは関係が深く、あわせてみていく必要がある。
	訪問診療を実施している診療所・病院数（医）	
	訪問看護事業所数（医）	在宅療養患者へ訪問看護を供給できる医療資源量を把握する。
	看護小規模多機能型居宅介護事業所数	多様なサービス（通い、泊まり、訪問（看護・介護））を24時間提供する資源量を把握する。
	歯科訪問診療を実施している診療所・病院数（医）	地域における口腔健康管理や栄養管理のサービスを提供できる医療資源量を把握する。
	在宅療養支援歯科診療所数（医）	
	訪問口腔衛生指導を実施している診療所・病院数（医）	
	在宅で活動する栄養サポートチーム（NST）と連携する歯科医療機関数（医）	
	薬局数	地域における薬剤の供給および薬剤管理サービスを提供できる医療資源量を把握する。
	訪問薬剤指導を実施する薬局数（医）	在宅療養患者に対して積極的に在宅療養患者の薬剤管理を担うことが可能な薬局数を把握する。訪問薬剤指導を提供できる体制を持つことは把握できるが、実際の訪問薬剤指導の提供数（実績）とは異なることに注意が必要となる。
認知症疾患医療センター数	地域の認知症に関する医療提供体制の中核として、医療・ケア体制の整備等を実施、かかりつけ医や地域包括支援センター等の関係機関との連携、診断の際に地域の当事者組織の連絡を紹介するなどの施設数を把握する。	
認知症初期集中支援チーム数	医療・介護関係者が、認知症の人を伴走者として支援していく体制等の評価に活用する。ただし、チーム数は、市町村の規模等や社会資源の量により大きく影響されるので注意が必要である。	

項目	考え方
認知症短期集中リハビリテーション加算	医療・介護関係者が、認知症の人を伴走者として支援していく体制等の評価に活用する。
医療従事者に対する認知症対応力向上研修受講者数（認知症サポート医等）	
介護従事者に対する認知症対応力向上研修受講者数（認知症介護実践リーダー等）	
認知症地域支援推進員数	
訪問診療の実績回数	地域における在宅療養患者への幅広い医療サービスの供給量を把握することで、医療サービスの提供実態を把握する。 「在宅医療」の診療所・病院数や事業所数とは関係が深く、あわせてみていく必要がある。
訪問歯科診療の実績回数	
訪問薬剤指導の実績回数	
訪問看護（医療・介護）の実績回数	
通所介護の実績数	地域における在宅療養患者への幅広い医療サービスの供給量を把握することで、介護サービスの提供実態を把握する。
訪問介護の実績数	
通所リハビリテーションの実績数	
訪問リハビリテーションの実績数	
要介護高齢者の在宅療養率※	要介護高齢者が在宅で療養している割合を把握することで、地域における在宅療養の普及状況を把握する。

（医）：在宅医療の体制構築に係る現状把握のための指標例（出典：「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」・別表 11（令和 2 年 4 月 13 日医政局地域医療計画課長通知より））

※：独自調査が必要

<補足> 介護サービス施設・事業所については、必要に応じて従事者数も参考にする。

在宅療養支援診療所・病院については、必要に応じて医師数も参考にする。

表 3 PDCA サイクルに沿った取組の計画と評価の段階において活用できる項目（例）

項目	考え方	
診療報酬	機能強化型訪問看護管理療養費	24 時間対応できる訪問看護ステーションを把握することで、医療サービスの提供実態を把握する。
	緊急訪問看護加算	緊急対応を行った場合に算定できるため、医療サービスの提供実態を把握する。
連携	居宅療養管理指導料（医師、歯科医師、薬剤師、管理栄養士、歯科衛生士等）	専門職と（主任）介護支援専門員の利用者の情報提供の連携の量を把握することができる。また、居宅療養管理指導料は、職種別に着目することで、訪問栄養指導や訪問口腔衛生指導などの提供状況を把握することができる。
	特定事業所加算	主任介護支援専門員を複数配置し、支援困難ケースへの積極的な対応や、医療・介護連携への積極的な取組を総合的に実施する指定居宅介護支援事業所を把握する。
	看護体制強化加算	24 時間対応できる訪問看護ステーションを把握することで、介護サービスの提供実態を把握する。
	緊急時訪問看護加算	緊急対応を行った場合に算定できるため、介護サービスの提供実態を把握する。
	医療連携強化加算	短期入所生活介護において、看護職員の定期的な巡回などの手厚い体制を取っている事業所を把握する。
	医療連携体制加算	認知症対応型共同生活介護で、医療機関との連携をし、看護師を配置している体制の事業所を把握する。
	看護・介護職員連携強化加算	看護職員等が痰吸引等業務を実施している場合に、訪問看護ステーションの看護師または准看護師が、介護職員等の支援（助言、実施状況の確認など）を行ったときに算定する加算であり、訪問看護と介護の連携状況を把握できる。
	リハビリテーションマネジメント加算（II 以上）	施設や居宅介護支援事業所との連携、事業所の活動や、事業所や施設間の連携体制、また利用者の環境を測ることができる。
かかりつけ医が認知症疾患医療センターを紹介した割合 ※	在宅医療・かかりつけ医におけるセンターの認知度ををはかる指標として利用する。	

	<p>認知症疾患医療センター受診後の情報提供の割合 ※</p>	<p>受診後に、かかりつけ医や地域包括支援センター、介護サービス事業所等へ情報提供した数とセンターを鑑別診断した数を比較すると、診断のみでその後に必要なサービスにつながっていない数の把握が可能であり、空白期間の解消の指標に利用できる。</p>
	<p>初期集中支援事業から医療・介護サービスにつながった者の割合 ※</p>	<p>初期集中支援チームが医療機関等につなげた者の割合により、かかりつけ医と支援チームの連携の度合いを測ることができる。ただし、地域包括支援センターが同じような患者を取り扱った場合、初期集中支援チームにつながらず、直接医療機関につなげることができれば、初期集中支援チームのみならず、地域全体の連携は評価できる場合もあることに留意が必要である。</p>

※ : 独自調査が必要

(3) 入退院支援の場面の考え方

※『入退院支援』の場面における PDCA サイクルに沿った考え方は、以下のとおり。主な手順（例）は「2（1）」参照

①	めざすべき姿 入退院の際に、医療機関、介護事業所等が協働・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、医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、希望する場所で望む日常生活が過ごせるようにする。
②	現状把握 ○ 入退院支援のめざすべき姿は、「一体的でスムーズな医療・介護サービスが提供され、医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、希望する場所で望む日常生活が過ごせるようにする」ことであり、医療機関と介護事業所等の協働・情報共有により、スムーズな入退院支援を行うことである。 ○ 切れ目のない医療・介護連携の体制を整えるためには、住民や医療・介護関係者等から現状を把握することが必要である。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 医療・介護関係者（関係団体）の現場の視察、ヒアリング等を通じて把握 ・ 住民のニーズの把握 ・ 地域包括ケア「見える化」システム等を活用し、利用可能なデータ等から把握（表 4、5 参照） ○ 入退院の際には、入院時、ケアマネジャーから医療機関へ、速やかに患者・利用者の在宅療養状況を共有することで、退院を見据えた入院計画の策定が可能となるなど、スムーズな入退院が可能となることが重要である。さらに、入退院カンファレンスにおいて、例えばケアマネジャーや地域包括支援センターだけでなく、訪問看護・訪問介護担当者等も参加をし、療養にあたってのノウハウが共有されることが重要である。
③	現状分析・課題抽出・施策立案 ○ 現状分析と課題抽出、目標設定、対応策の検討にあたっては、住民や医療・介護関係者がどのようなニーズや課題を持っているかをベースとして、入退院時には、具体的にどのような医療と介護の連携を実施することが可能であるかを評価し、医療・介護の有機的な連携を検討していく必要がある。 ○ さらに、単に、切れ目のない入退院が可能ということに留めず、例えば、 <ul style="list-style-type: none"> ・ 入院時に介護事業所等から患者・利用者の日常状態や在宅療養の状況を共有 ・ これにより退院後の在宅療養まで見据えた計画を医療機関が立案 ・ 退院後の初回訪問の際には、医療機関の担当看護師が訪問看護事業所の担当看護師と一緒に訪問 など、一連の流れの中で、医療と介護の有機的な連携を行うことが重要である。そのために、 <ul style="list-style-type: none"> ア. 在宅医療・介護の連携状況等を利用可能なデータ等から分析（表 5 参照） イ. ①で設定しためざすべき姿とアで把握した現状との差を検討 ウ. 事業としての課題を抽出 ○ その上で、地域の実情の応じた、具体的な目標を設定するとともに、目標を達成し、課題を解決するための具体的手段について検討を行う。例えば、以下のようなものが考えられる。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 情報共有：入退院フロー（手順書等）の作成・活用 ・ 異なる職種同士の理解：相談窓口の活用、地域の病院・診療所の合同研修

	<ul style="list-style-type: none"> ・ 住民の理解：住民向け説明資料の開発（共通パンフレット等） ・ その他：市町村による広域連携の取組
④ 評価	
	<ul style="list-style-type: none"> ○ 具体的な取組を踏まえ、実際にどのような効果が出たのかを、施策立案時に用いたデータや医療・介護関係者や住民からの意見聴取等により検討する（在宅医療・介護の連携状況等について、利用可能なデータ等は表 5 参照）。 ○ その際には、②と同様に、入退院支援のめざすべき姿は、「入退院の際に、一体的でスムーズに必要な医療・介護サービスが提供され、医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、希望する場所で望む日常生活が過ごせるようにする」ことであり、医療・介護の有機的な連携が進むことで、実際に、退院後の在宅療養における課題が改善したかを評価することが重要である。
⑤ 改善	
	<ul style="list-style-type: none"> ○ ④を踏まえ、目標設定や課題抽出、具体的取組が妥当であったかを、再度、検討を行う。

<表の見方の留意事項>

単に全国平均との多寡をみるのではなく、実際の地域のニーズを把握した上で、用いることが必要である。また、連携に関する報酬の加算は、連携の実態をそのまま反映しているわけではないことに注意が必要である。

表 4 PDCA サイクルに沿った取組の前提として把握するデータ（例）

	項目	考え方
体制整備	退院支援担当者を配置している診療所・病院数（医）	地域における患者の在宅療養に向けた取組・調整状況および退院調整を供給する側の数を把握する。
	退院支援を実施している診療所・病院数（医）	
	介護支援連携指導を実施している診療所・病院数（医）	
	退院時共同指導を実施している診療所・病院数（医）	
	退院時訪問指導を実施している診療所・病院数（医）	
	退院支援（退院調整）を受けた患者数（医）	地域における患者の在宅療養に向けた取組・調整状況および退院調整を行った実績を把握する。
	介護支援連携指導を受けた患者数（医）	
	退院時共同指導を受けた患者数（医）	
退院時訪問指導を受けた患者数（医）		

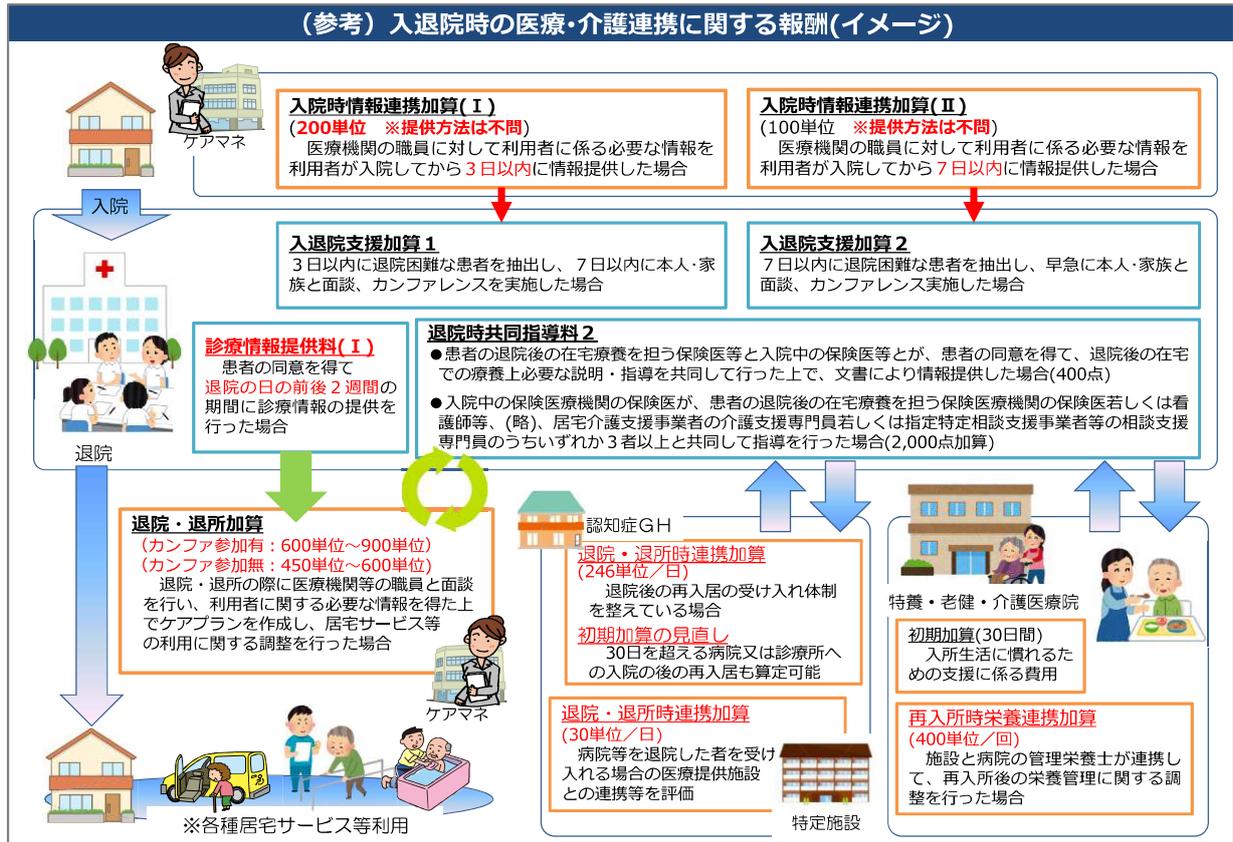
（医）：在宅医療の体制構築に係る現状把握のための指標例（出典：「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」・別表 11（令和 2 年 4 月 13 日医政局地域医療計画課長通知より））

表 5 PDCA サイクルに沿った取組の計画と評価の段階において活用できる項目（例）

	項目	考え方	
連携	診療報酬	入退院支援加算	地域における患者の在宅療養に向けた取組・調整状況および退院調整量を把握する。さらに介護支援連携指導料や退院時共同指導料とは関係が深く、あわせてみることで病院からの退院時の連携状況を把握できる。
		介護支援連携指導料	入院中の患者の退院後の介護サービスの導入に向けた調整・取組状況を把握する。入退院支援加算とは関係が深く、あわせてみることで、病院からの退院時の連携状況を把握できる。
		退院時共同指導料	
		退院前訪問指導料	地域における患者の在宅療養に向けた取組・調整状況および退院調整量を把握する。在宅を支える多職種が関わり、退院患者が在宅での療養生活が可能になるよう検討するため、病院から退院時の連携状況を把握することができる。
		診療情報提供料	医療・介護の両サービスを利用する利用者の調整・取組状況を把握する。（H30 改定より、保険医療機関が、当該患者の居住を管轄する市町村、又は指定居宅介護（予防）支援事業者、介護老人保健施設、介護医療院に対して情報提供した場合も算定可能となった。）
	介護報酬	入院時情報連携加算	介護支援専門員から病院等への利用者の情報共有等の連携の量を把握することができる。退院・退所加算は、病院等から得た情報で、介護支援専門員が居宅サービス利用等の利用に関する調整を行った実績となる。
		退院・退所加算	
		退院・退所時連携加算	
		入院時情報提供率 ※	介護支援専門員が、入院した利用者のうち病院等へ情報提供できた率を把握する事で、入院時の情報連携の実態やルールがある場合、ルールの履行状況等を評価するのに活用する。
		退院調整率 ※	病院から在宅療養に移る患者を支える地域の連携基盤の状態および連携の質を把握するために活用することが可能。退院調整についてルール等がある場合、ルールの履行状況等を評価するのに活用できる。

※：独自調査が必要

図 10 入退院時の医療・介護連携に関する報酬（イメージ）



※実際の診療報酬や介護報酬の単位については、最新の情報を取得すること

(4) 急変時の対応の場面の考え方

※『急変時の対応』の場面における PDCA サイクルに沿った考え方は、以下のとおり。主な手順（例）は「2（1）」参照

①	めざすべき姿
	医療・介護・消防（救急）が円滑に連携することによって、在宅で療養生活を送る医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者の急変時にも、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。
②	現状把握
	<ul style="list-style-type: none"> ○ 急変時の対応のめざすべき姿は、「在宅で療養生活を送る医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者の急変時にも、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」ことであり、急変時における、医療・介護・消防（救急）の円滑な連携である。 ○ 切れ目のない医療・介護連携の体制を整えるためには、住民や医療・介護関係者等から現状を把握することが必要である。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 医療・介護関係者（関係団体）の現場の視察、ヒアリング等を通じて把握 ・ 住民のニーズの把握 ・ 地域包括ケア「見える化」システム等を活用し、利用可能なデータ等から把握（表 6、7 参照） ○ 急変時の対応においては、単に、24 時間連絡を受ける体制があり、往診・訪問看護が可能な在宅療養支援病院や在宅療養支援診療所の整備状況等を、全国平均と比べて資源数の多寡等を評価するのではなく、地域における社会資源の状況を踏まえ、例えば、医療や介護の従事者が一人で 24 時間対応を行うことは、持続性の観点からも現実的ではないため、働き方改革等の観点も踏まえて、実際に、住民が在宅療養を継続していくことができる仕組みかどうかをみていくことが重要である。 ○ また、従事者の継続性の観点だけでなく、在宅療養者の状態が悪化し、緊急で入院するほどではないが一時的に在宅での療養が困難な場合等においても、短期入所療養介護等に受け入れられる体制かどうか、というような観点も重要である。 ○ 実際の急変時の対応に関して、住民のニーズや医療・介護関係者からの意見を聞く等により、実際に急変時の対応がうまくいかなかった事例等、どのような課題が生じているかを把握することが重要である。
③	現状分析・課題抽出・施策立案
	<ul style="list-style-type: none"> ○ 現状分析と課題抽出、目標設定、対応策の検討にあたっては、住民や関係者がどのようなニーズや課題を持っているかということをベースとして、地域において、例えば、患者・利用者が急変した場合等に、介護職員がどこに連絡をしたらよいか等、急変時の連携体制が十分であるか、持続可能性が十分か、といった観点から評価し、医療・介護・消防（救急）の有機的な連携を検討していく必要がある。 ○ さらに、状態の不安定な患者・利用者について、在宅においてのみ急変時を含めた 24 時間医療・介護ニーズに対応するのではなく、訪問・通所・短期入所を組み合わせる在宅療養を継続できるような仕組みを関係者が一体となって構築していくことに留意が必要である。そのため、 <ul style="list-style-type: none"> ア. 在宅医療・介護の連携状況等を利用可能なデータ等から分析（表 7 参照） イ. ①で設定しためざす姿とアで把握した現状との差を検討

	<p>ウ. 事業としての課題を抽出</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ その上で、地域の実情の応じた、具体的な目標を設定するとともに、目標を達成し、課題を解決するための具体的手段について検討を行う。例えば、以下のようなものが考えられる。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 情報共有：在宅療養者の急変時の対応ルールの作成、患者・利用者本人の意向の共有 ・ 異なる職種同士の理解：消防（救急）を交えた情報交換会の開催 ・ 住民の理解：住民の集まる場での説明、意思決定ノート等とあわせた説明資料の作成、 ・ その他：救急医療情報キット（かかりつけ医療機関、緊急時連絡先、薬の情報等）整備等の既存の仕組みとあわせた検討
④ 評価	
	<ul style="list-style-type: none"> ○ 具体的な取組を踏まえ、実際にどのような効果が出たのかを、施策立案時に用いたデータや医療・介護関係者や住民からの意見聴取等により検討する（在宅医療・介護の連携状況等について、利用可能なデータ等は表7参照）。 ○ その際には、②と同様に、急変時の対応のめざすべき姿は、「在宅で療養生活を送る医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者の急変時にも、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」ことであり、持続可能性の観点も含め、医療・介護・消防（救急）の有機的な連携が進むことにより、実際に住民への不都合が改善したかを評価することが重要である。
⑤ 改善	
	<ul style="list-style-type: none"> ○ ④を踏まえ、目標設定や課題抽出、具体的取組が妥当であったかを、再度、検討を行う。

＜表の見方の留意事項＞

単に全国平均との多寡をみるのではなく、実際の地域のニーズを把握した上で、用いることが必要である。また、連携に関する報酬の加算は、連携の実態をそのまま反映しているわけではないことに注意が必要である。

表 6 PDCA サイクルに沿った取組の前提として把握するデータ（例）

	項目	考え方
体制整備	在宅療養支援診療所・病院数（医）	在宅療養患者に医師による診療・診断を供給できる医療資源量を把握する。訪問診療や往診等を提供できる体制を持つことは把握できるが、実際に訪問診療や往診等の提供数（実績）とは異なることに注意が必要となる。「在宅医療サービスの実績」や「連携に係る診療報酬」の項目とは関係が深く、あわせてみていく必要がある。
	訪問診療を実施している診療所・病院数（医）	
	往診を実施している診療所・病院数（医）	
	在宅療養後方支援病院数（医）	
	24 時間体制を取っている訪問看護ステーション数（医）	
	在宅療養支援歯科診療所数（医）	地域における口腔健康管理や栄養管理のサービスを提供できる医療資源量を把握する。

（医）：在宅医療の体制構築に係る現状把握のための指標例（出典：「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」・別表 11（令和 2 年 4 月 13 日医政局地域医療計画課長通知より））

＜補足＞ 介護サービス事業所については、必要に応じて従事者数も参考にする。
在宅療養支援診療所・病院については、必要に応じて医師数も参考にする。

表 7 PDCA サイクルに沿った取組の計画と評価の段階において活用できる項目（例）

	項目	考え方	
連携	診療報酬	往診料（夜間、日祝）／全体	在宅療養者の急変時に対応した医療提供の実績として把握する。
		機能強化型訪問看護管理療養費	24 時間対応できる訪問看護ステーションを把握することで、医療サービスの提供実態を把握する。
		緊急訪問看護加算	緊急対応を行った場合に算定できるため、医療サービスの提供実態を把握する。
	介護報酬	配置医師緊急時対応加算	介護老人福祉施設の配置医師が早朝又は深夜に訪問し診療を行った実績を把握する。介護老人福祉施設における看取りに関する医療機関と施設の連携の量を測ることができる。
		緊急時訪問介護加算	訪問介護事業所が介護支援専門員と連携し、利用者又はその家族等の要請で、居宅サービス計画外の訪問介護を行った実績を把握する。
		看護体制強化加算	24 時間対応できる訪問看護ステーションを把握することで、介護サービスの提供実態を把握する。
		緊急時訪問看護加算	緊急対応を行った場合に算定できるため、介護サービスの提供実態として把握する。
		緊急時等居宅カンファレンス加算	利用者の状態の急変に伴い、利用者宅を医師等と訪問し、カンファレンスへ参加した場合に算定できる居宅介護支援費の加算であり、介護サービスの提供実態を把握できる。

(5) 看取りの場面の考え方

※『看取り』の場面における PDCA サイクルに沿った考え方は、以下のとおり。主な手順（例）は「2（1）」参照

	<p>① めざすべき姿</p>
	<p>地域の住民が、在宅での看取り等について十分に認識・理解をした上で、医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、人生の最終段階における望む場所での看取りを行えるように、医療・看護関係者が、対象者本人（意思が示せない場合は、家族）と人生の最終段階における意思を共有し、それを実現できるように支援する。</p>
	<p>② 現状把握</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ○ 看取り時の対応のめざすべき姿は、「人生の最終段階における望む場所での看取りを行えるように、医療・看護関係者が、対象者本人等と人生の最終段階における意思を共有し、それを実現できる」ことであり、在宅療養生活を主として支える介護職員等を中心に医療・介護の全ての関係者が、本人のしっかりとした「人生の最終段階において送りたい生活」の意思に寄り添いながら、看取り時に、医療・介護・消防（救急）の円滑な連携が行われることである。 ○ 切れ目のない医療・介護連携の体制を整えるためには、住民や医療・介護関係者等から現状を把握することが必要である。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 医療・介護関係者（関係団体）の現場の視察、ヒアリング等を通じて把握 ・ 住民のニーズの把握 ・ 地域包括ケア「見える化」システム等を活用し、利用可能なデータ等から把握（表 8、9 参照） ○ また、その前提として、住民が在宅での看取り等について十分に認識・理解されることが重要であるため、 <ul style="list-style-type: none"> ・ 看取りに関する認識・理解の程度 ・ 様々な理解促進等のための取組の状況 ・ 実際に人生の最終段階における意思が十分に共有されている状態であるか 等についても把握する必要がある。なお、看取りを行う場所は、病院や自宅に加えて、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、サービス付き高齢者向け住宅や老人ホームなど多岐に渡ること留意する。 ○ その上で、看取り時における課題等は後から本人から聴取することはできないため、特に、家族や介護関係者からの意見を聞く等により、実際に、看取り時の対応に関して、本人の意思を踏まえた対応ができなかった事例等、どのような課題が生じているかを把握することが重要である。 ○ その際には、本人の意思を踏まえた対応が可能となるよう、消防機関（救急）との間で、地域における地域包括ケアシステムや意思決定に関する議論の場への参画を求め、また、継続的な取組に資するようメディカルコントロール協議会における議論に参加する等、連携を図っていることが重要である。
	<p>③ 現状分析・課題抽出・施策立案</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ○ 現状分析と課題抽出、目標設定、対応策の検討にあたっては、地域の住民が、在宅での看取り等について十分に認識・理解しているか、実際に人生の最終段階における意思が十分に共有されている状態であるか等を踏まえ、看取り時の対応に関して、本人の意思を踏まえた対応ができなかった事例等どのような不都合が生じているかを把握し、医療・介護・消防（救

	<p>急)の連携を検討していく必要がある。</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ その際には、在宅での看取り等に係る十分な認識・理解を前提としつつ、看取りの場所については、本人や家族の多様な希望があることを踏まえ、例えば、基本的には在宅での看取りを希望しつつも、最期は、医療機関、施設等での看取りを希望するような場合があること等も踏まえる必要がある。そして、住民のニーズを踏まえ、現状分析をし、課題抽出、目標設定、対応策の検討が必要である。そのために、 <ul style="list-style-type: none"> ア. 在宅医療・介護の連携状況等を利用可能なデータ等から分析（表9参照） イ. ①で設定しためざすべき姿とアで把握した現状との差を検討 ウ. 事業としての課題を抽出 ○ その上で、地域の実情に応じた、具体的な目標を設定するとともに、目標を達成し、課題を解決するための具体的手段について検討を行う。例えば、以下のようなものが考えられる。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 住民への普及啓発（意思決定ノート作成） ・ 周囲支援者の情報共有 ・ 情報共有：患者・利用者本人の意向の共有 ・ 異なる職種同士の理解：セミナー、研修会等による病院、介護保険施設も含む理解の醸成、意思決定支援のための勉強会の開催 ・ 住民の理解：住民の集まる場での説明、在宅での療養生活とあわせた説明資料の作成 ・ その他：本人だけではなく、家族の意向も重要であることから、それも含む理解醸成を図る
④ 評価	
	<ul style="list-style-type: none"> ○ 具体的な取組を踏まえ、実際にどのような効果が出たのかを、施策立案時に用いたデータや医療・介護関係者や住民からの意見聴取等により検討する（在宅医療・介護の連携状況等について、利用可能なデータ等は表9参照）。 ○ その際には、②と同様に、看取り時の対応のめざすべき姿は、「人生の最終段階における望む場所での看取りを行えるように、医療・看護関係者が、対象者本人等と人生の最終段階における意思を共有し、それを実現できる」ことであり、本人の意思を踏まえた対応ができなかった事例など住民が実際に感じる課題が改善したかを評価することが重要である。
⑤ 改善	
	<ul style="list-style-type: none"> ○ ④を踏まえ、目標設定や課題抽出、具体的取組が妥当であったかを、再度、検討を行う。

地域ケア	ルーテル学院大学大学院・三鷹ネットワーク大学共催 新型コロナウイルス時代の地域ケアを考えるトークセッション【Zoom 講座】 ～三鷹市・小金井市・調布市の現場から～	各市 参加者向け
------	---	-------------

講座趣旨	講座開催概要																		
<p>新型コロナウイルスの広がり、今までの関係を打ち砕き、不安、恐怖、不信、怒りを生み出し、負の連鎖が広がっています。だからこそ、私は、大切なもの、大切なことを守る決意が必要だと思えます。私は、その中に「人への思いやり」を加えたい。</p> <p>コロナウイルスの脅威にさらされている私たちだからこそ、今すべきことを考え、今できることを実践していきたいと思っています。今回のトークセッションが、小金井市、調布市、三鷹市において、必死に踏ん張っておられる方々とその思いをわかち合う機会となればと思います。そして、3市の保健医療福祉の実績をもとに、新たな取り組みを接ぎ木して、これからの高齢者医療福祉のあり方と地域社会の再生を目指した挑戦がスターすることを期待しています。</p> <p>※オンライン会議アプリの Zoom を使用した講座です。 ご自宅などからご参加ください。</p> <p>※一部、関係者(介護・福祉・医療・行政等)も視聴します。</p>	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="876 293 1026 394">日 程</td> <td data-bbox="1026 293 1473 394">令和2年 11 月 6・13・20・27 日 いずれも金曜日</td> </tr> <tr> <td data-bbox="876 394 1026 450">時 間</td> <td data-bbox="1026 394 1473 450">午後6時 30 分～8時 50 分</td> </tr> <tr> <td data-bbox="876 450 1026 528">回 数</td> <td data-bbox="1026 450 1473 528">4回(受講可能な回のみ参加も可)</td> </tr> <tr> <td data-bbox="876 528 1026 584">受講料</td> <td data-bbox="1026 528 1473 584">無料</td> </tr> <tr> <td data-bbox="876 584 1026 663">教 材</td> <td data-bbox="1026 584 1473 663">レジュメ資料 ほか</td> </tr> <tr> <td data-bbox="876 663 1026 719">難易度</td> <td data-bbox="1026 663 1473 719">★★☆</td> </tr> <tr> <td data-bbox="876 719 1026 775">対 象</td> <td data-bbox="1026 719 1473 775">地域ケアの関心のある方。</td> </tr> <tr> <td data-bbox="876 775 1026 831">会 場</td> <td data-bbox="1026 775 1473 831">ご自宅などからご参加ください</td> </tr> <tr> <td data-bbox="876 831 1026 1014">申し込み</td> <td data-bbox="1026 831 1473 1014"> 電子メールにて s050301@koganei-shi.jp へご連絡 ください。 〆切：10月22日(木) 定員：なし </td> </tr> </table>	日 程	令和2年 11 月 6・13・20・27 日 いずれも金曜日	時 間	午後6時 30 分～8時 50 分	回 数	4回(受講可能な回のみ参加も可)	受講料	無料	教 材	レジュメ資料 ほか	難易度	★★☆	対 象	地域ケアの関心のある方。	会 場	ご自宅などからご参加ください	申し込み	電子メールにて s050301@koganei-shi.jp へご連絡 ください。 〆切：10月22日(木) 定員：なし
日 程	令和2年 11 月 6・13・20・27 日 いずれも金曜日																		
時 間	午後6時 30 分～8時 50 分																		
回 数	4回(受講可能な回のみ参加も可)																		
受講料	無料																		
教 材	レジュメ資料 ほか																		
難易度	★★☆																		
対 象	地域ケアの関心のある方。																		
会 場	ご自宅などからご参加ください																		
申し込み	電子メールにて s050301@koganei-shi.jp へご連絡 ください。 〆切：10月22日(木) 定員：なし																		

<p>第1回 11月6日</p>	<p>新型コロナウイルスが猛威を振るう時代における地域ケア</p> <p>医療、看護、福祉の視点から、今日における新型コロナ感染症がもたらす問題と、これからの地域ケアのあり方について、情報を交換し、協働した取り組みを模索したいと考えています。</p> <p>司会：市川一宏(ルーテル学院大学教授・学術顧問)</p> <p><基本的視点></p> <p>ゲストスピーカー：[医療の視点から] 角田徹(東京都医師会副会長・角田外科消化器科医院院長) [看護の視点から] 嶋澤順子(東京慈恵会医科大学医学部看護学科教授) [福祉の視点から] 和田敏明(ルーテル学院大学名誉教授・社会福祉法人東京聖老院理事長)</p> <p><在宅福祉の実践：現状と問題提起></p> <p>ゲストスピーカー：原口彰男(地域包括支援センターちょうふの里管理者・調布市高齢者福祉推進協議会副会長) 久野紀子(小金井にし地域包括支援センター管理者) 麻生喜美江(三鷹市社会福祉事業団高齢者福祉部次長)</p>
<p>第2回 11月13日</p>	<p>困難な時代だからこそ、在宅医療・福祉サービスの原点に立ち返る</p> <p>フレイルの悪化、孤立、虐待等の問題の深刻化が懸念されている現状にあって、保健医療福祉サービスの事業者、担い手は、どのように支援を継続し、強化していくことができるのか、課題になっています。そこで、第2回目のトークセッションでは、在宅福祉・在宅医療の本来の役割と可能性を検討し、新たな地域ケアを模索したい。</p> <p>まず、第1部では、訪問介護、ケアマネジャー、地域包括支援センターに関して、1. 現状認識、2. 在宅福祉・医療の役割、3. 新たな支援の提案を頂きます。また第2部では、ちょうふ在宅医療相談室、こがねい医療介護連携ネットワーク、三鷹市における介護予防等について、ご報告頂きます。</p> <p>司会・進行：市川一宏(ルーテル学院大学教授・学術顧問)</p> <p>【第1部】在宅福祉の実践(これからの在宅福祉<提言>)</p> <p>ゲストスピーカー：原口彰男(地域包括支援センターちょうふの里管理者・調布市高齢者福祉推進協議会副会長) 久野紀子(小金井にし地域包括支援センター管理者) 麻生喜美江(三鷹市社会福祉事業団高齢者福祉部次長)</p> <p>【第2部】在宅医療の実践</p> <p>ゲストスピーカー：小川聡子(調布東山病院理事長・調布市高齢者福祉推進協議会会長) 齋藤實和(さいとう医院院長・小金井市介護保険事業計画策定委員会医師会代表委員) 内原正勝(うちらはら内科クリニック理事長・院長・三鷹市医師会会長・第八期三鷹市介護保険事業計画検討市民会議副会長)</p>

<p>第3回 11月20日</p>	<p>明日の地域を切り開く介護保険・高齢者保健福祉計画</p> <p>コロナの感染症の拡大が明確になった4月以降、三鷹市、調布市、小金井市、武蔵野市、そして東京都は情報交換を行い、できることを取り組んでまいりました。そして、本年は、2021年より2023年の介護保険・高齢者保健福祉計画の作成年度にあたり、3市及び都では、高齢者が置かれている現状を把握し、取り組むべき重点事項を明らかにし、可能なあらゆる施策を模索し、計画に位置づけようと努力してきました。中間報告として、3市と東京都の計画の内容を紹介して頂こうと考えています。</p> <p>司会・進行:市川一宏(ルーテル学院大学教授・学術顧問) ゲストスピーカー:市橋宗明(三鷹市健康福祉部介護保険課長補佐) :松井佳孝(調布市高齢者支援室室長) :鈴木茂哉(小金井市介護福祉課長) :武田文彦(東京都福祉保健局高齢社会対策部計画課長)</p>
<p>第4回 11月27日</p>	<p>明日の地域を切り開く福祉実践</p> <p>現在、共生社会を目指した様々な取り組みがなされています。これは、「助ける」「助けられる」関係から、「互いに助け合う」関係を目指した地域の再生であり、他方、高齢者福祉、児童福祉、障害者福祉等という分野ごとに行われている施策の枠を超えて総合的に対応しようとする試みです。第4回は、5名の方に登場して頂き、その実践を通して、地域ケアの可能性を検証していくことを目的としています。</p> <p>司会・進行:市川一宏(ルーテル学院大学教授・学術顧問) ゲストスピーカー:地域ケアネット 畑谷貴美子(地域ケアネットワーク・新川中原会長) :共生型デイ 森田和道(NPO 法人地域の寄り合い所また明日) :セカンドライフ応援キャンペーン 藤島秀雄(高齢者支援室計画係地域ケア担当) :0歳から108歳までの在宅ケア 柳本文貴(NPO 法人グレースケア機構代表) :ボランティア・地域活動をバックアップ 道三敬吾(三鷹市社協ボランティア推進係係長)</p>

講師紹介（敬称略）

市川 一宏（いちかわ かずひろ） ルーテル学院大学 教授・学術顧問

日本社会福祉学会監事、第8東京都高齢者保健福祉計画策定委員会委員長、東京都共助社会づくりを進めるための検討会委員長、小金井市、調布市、三鷹市、練馬区等の介護保険事業計画等の策定に関わる責任を担う。国・都道府県・市区町村の行政、社会福祉協議会、民間団体における計画の策定、実施、評価および調査研究、人材養成等に多数関わる。近年、社会福祉の推進を通じたまちづくり、保健医療福祉等の連携、共生・参加型社会における福祉政策と実践の統合に関する研究を進めている。