

# 在宅療養の4つの場面別のPDCAサイクル

参考3

## 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連携により、患者（利用者）・家族の日常の療養生活を支援することで、患者（利用者）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	現状分析・課題抽出・施策立案	具体的施策
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が整っているか。	在宅支援病院・診療：80か所(R2.10.1) 訪問看護：69か所（うち24時間対応：53か所）(R2.10.1)	訪問診療や訪問看護については、現在不足はないが、今後の高齢者の増加に伴い、需要が増大すると懸念。在宅医を増やす取り組みが必要。	医療連携・在宅医療サポートセンターによる在宅医療の担い手となる医師への支援
病状の変化や家族の状況の変化に気づき、多職種で連携し情報共有ができてきているか。	【令和元年度医療・介護資源調査（令和2年3月）】 居宅介護支援事業所の多職種との情報共有（いつでも・ほぼ共有できる）：ケアマネ 診療所医師51.9%、ケアマネ 病院医療連携室61.1% ICTの活用状況：訪問実施診療所13.3%、訪問看護40.5%、居宅介護支援事業所21.4% 医療・介護連携シートの認知度：診療所48.1%、薬局74.3%、訪問看護67.5%、居宅介護新事業所93.2%	居宅介護支援事業所と医師、病院医療連携室、薬局等の医療機関との連携は進んできている。より一層、近隣地域での連携の促進が必要。	医療・介護連携シートの活用 地域ケア会議、事例検討会等による顔の見える関係づくり
病状悪化等や家族のレスパイト等に対応できる一時入院や医療的ケアの受けられる短期入所等の体制が整っているか。	後方支援病床確保事業利用実績：170件（R1年度） 介護老人保健施設：14か所（R2.10.1） 看護小規模多機能居宅介護：3か所（R2.10.1）	練馬区医師会後方支援病床確保事業の利用件数は年々増加。一時入院の必要な区民への受け入れ態勢は整っている。しかし今後の高齢者の増加を鑑み、24時間安心して療養生活ができるよう訪問・通所・短期入所等を有機的に組み合わせた支援が必要。	後方支援病床の確保 老健ガイドブックを活用したショートステイ（短期入所療養介護）の周知 看護小規模多機能居宅介護の利用促進

## 入退院支援の場面の考え方

めざすべき姿	入院時に医療機関、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、患者（利用者）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・施策立案	具体的施策
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提供できているか。	【令和元年度医療・介護資源調査（令和2年3月）】 入院時の居宅介護支援事業所からの情報提供割合（いつも）：33.6% うち、入院時情報連携加算の算定割合：75%	入院時情報連携加算を取らない居宅介護支援事業所が多い。必要な情報が提供できるよう、入退院連携ガイドラインの活用と入退院連携シートの活用が必要。	入退院連携ガイドラインの活用 入退院連携シートの活用
ケアマネジャーからの情報を有効に活用し、退院を見据えた入院計画が策定されているか。	【令和元年度医療・介護資源調査（令和2年3月）】 退院調整支援担当者がある病院：17か所（100%）（産科専門病院を除く） 入院時のケアマネジャーから医療連携室へ提供される情報の充足度：必要な情報が網羅されている50%、不足している41.7%	入院時のケアマネジャーから医療連携室への情報は十分とは言えない。入退院連携ガイドラインや入退院連携シートを活用し、退院支援に繋げることが必要。	入退院連携ガイドラインの活用 入退院連携シートの活用
退院前カンファレンスにおいてケアマネジャーや包括職員、訪問看護や訪問介護等が参加し退院後の療養生活について必要な支援や支援方法が共有されているか。	【令和元年度医療・介護資源調査（令和2年3月）】 退院前カンファレンスへの参加状況：診療所医師25.0%、訪問看護75.0%、ケアマネジャー91.7%、訪問介護58.3%、地域包括75.0%	退院前カンファレンスにはケアマネジャーと訪問看護の参加率は高い。今後もガイドラインを活用し、効率的で効果的な情報共有が必要。	入退院連携ガイドラインの活用

緊急時の対応の場面の考え方

めざすべき姿	医療・介護・消防（救急）が円滑に連携することで、在宅で療養生活を送る患者（利用者）の緊急時にも、本人の意思が尊重された適切な対応が行われるようにする。		
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・施策立案	具体的施策
緊急時の対応について本人・家族間、医療・介護スタッフで共有されている。	【練馬区高齢者基礎調査（令和2年3月）】 人生の最終段階における受たい医療・介護、受たくない医療・介護について、家族や医療・介護スタッフ等と話し合っている割合：31.7%（高齢者一般）	ACPの普及啓発と併せて緊急時の対応も本人・家族間や医療・介護スタッフで話し合っておくことが必要。	在宅療養ガイドブックの普及 在宅療養講演会の実施
医療・介護・消防（救急）の有機的な連携を構築しているか。	多職種連携を考える中で、救急のメンバーは入っていない。	医師と救急が顔の見える関係を構築する場が必要。	会議体への救急メンバーの参入 事例検討会の実施
本人の意思に沿った救急搬送ができています。	現状把握はできていない。	望まない救急搬送がされる原因については、本人の意思が共有できておらず、家族がどう行動してよいかわからないことや、医療・介護・消防（救急）の連携ができていないことが考えられ、ACPIによる本人の希望の確認と共有、医療・介護・消防（救急）の連携が必要。	在宅療養ガイドブックの普及 在宅療養講演会の実施 事例検討会の実施 会議体への消防(救急)メンバーの参入

看取り場面の考え方

めざすべき姿	地域住民が、在宅での看取り等について十分に認識した上で、患者（利用者）が希望する場所で看取りが行えるようにする。 また、医療・介護関係者が、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。		
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・施策立案	具体的施策
区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。	【練馬区高齢者基礎調査（令和2年3月）】 人生の最終段階における受たい医療・介護、受たくない医療・介護について、家族や医療・介護スタッフ等と話し合っている割合：31.7%（高齢者一般）	人生会議（ACP）を実施している高齢者は約3割に留まっている。人生会議（ACP）の普及・啓発を行い、実際にACPを実施する人を増やしていくことが必要。	在宅療養講演会の実施 在宅療養ガイドブックの普及
在宅看取りまで対応する医療機関と24時間365日体制が整っているか	在宅看取りを行った医療機関：82か所（R3） 24時間対応の訪問看護：53か所（R2.10.1）	看取り件数は年々増加し、今後も増加する見込み。夜間・休日対応できない診療所に対し、支援の仕組みが必要。	医療連携・在宅医療サポートセンターによる在宅医療を担いてとなる医師への支援
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ているか？	【練馬区高齢者基礎調査（令和2年3月）】 人生の最終段階における受たい医療・介護、受たくない医療・介護について、家族や医療・介護スタッフ等と話し合っている割合：31.7%（高齢者一般） 【令和元年度医療・介護資源調査（令和2年3月）】 医療・介護従事者の人生会議（ACP）を十分に行っている割合：医療連携室16.7%、診療所（訪問）20.0%、訪問看護21.6%、居宅介護支援事業所4.6%	診療所医師や医療連携室、訪問看護でも十分に行っているところは2割前後に留まり、居宅介護支援事業所ではほとんど行われていない。更なる普及と理解促進が必要。	在宅療養ガイドブックの普及 事例検討会（医療・介護従事者のACPの理解促進）の活用