

P D C A サイクルに沿った取組イメージ図

地域の目指す理想像

●切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築

①現状分析・課題抽出・施策立案 (P l a n)

(ア) 地域の医療・介護の資源の把握
 ※地域の医療機関、介護事業所の機能等の社会資源及び在宅医療・介護サービス利用者の情報を把握、整理した上で、医療・介護関係者の連携を支援する施策の立案等に活用するとともに、医療・介護関係者がそれぞれの役割等について理解を深める。

(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出
 ※地域の医療・介護関係者等が参画する会議を開催し、在宅医療・介護連携の現状の把握と課題の抽出、解決策の検討を行う。将来の人口動態や地域特性に応じた在宅医療などのニーズの推計を算出し、課題の抽出を行いこれに対応する施策を立案する。

(ウ) 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進
 ※地域の医療・介護関係者の協力を得て、在宅医療・介護サービスの提供体制の構築を推進する。

②対応策の実施 (D o)

(オ) 在宅医療・介護関係者に関する相談支援
 ※在宅医療・介護連携を支援する相談窓口を設置することにより、地域の医療・介護関係者や地域包括支援センターから、在宅医療・介護連携に関する相談等を受け付け、連携調整、情報提供等によりその対応を支援する。

(キ) 地域住民への普及啓発
 ※地域の在宅医療・介護連携を推進するには、医療・介護関係職種との連携だけでなく、地域住民が在宅医療や介護について理解し、在宅での療養が必要になったときに必要なサービスを適切に選択できるようにすることも重要である。地域住民が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することも、適切な在宅療養を継続するために重要であるため、これらの理解を促進する。



< 地域の実情を踏まえた柔軟な実施が可能 >

(エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援
 ※患者・利用者の在宅療養生活を支えるために、患者・利用者の状態の変化等に応じて、医療・介護関係者間で速やかな情報共有を実施する。

(カ) 医療・介護関係者の研修
 ※地域の医療・介護関係者の連携を実現するために、多職種でのグループワーク等の研修を行う。

③対応策の評価・改善 (C h e c k) (A c t)

(ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

「在宅医療・介護連携推進事業の手引きVer.3（厚生労働省老健局老人保健課（令和2年9月）」から一部抜粋，加工。
 (ア)～(ク)は在宅医療・介護連携推進事業構成を8つの事業項目としていたときの付番。