

入退院ルール標準例の作成について	2 頁
今後の在宅医療部会のスケジュール	1 8 頁
在宅医療医スタート支援事業（素案）	1 9 頁

# 在宅医療の体制について

- 在宅医療の体制については、都道府県が策定する医療計画に、地域の実情を踏まえた課題や施策等を記載
- 国は「在宅医療の体制構築に係る指針」を提示し、都道府県が確保すべき機能等を示している。

第7回在宅医療及び医療・介護連携に関するWG	参考資料
平成30年11月12日	2

～ 「在宅医療の体制構築に係る指針」による在宅医療提供体制のイメージ ～

## 在宅医療の提供体制に求められる医療機能

### ①退院支援

- 入院医療機関と在宅医療に係る機関との協働による退院支援の実施

### ②日常の療養支援

- 多職種協働による患者や家族の生活を支える観点からの医療の提供
- 緩和ケアの提供
- 家族への支援

### ④看取り

- 住み慣れた自宅や介護施設等、患者が望む場所での看取りの実施

### ③急変時の対応

- 在宅療養者の病状の急変時における往診や訪問看護の体制及び入院病床の確保

医療計画には、各機能を担う医療機関等の名称を記載

- ・病院、診療所(歯科含む) ・薬局
- ・訪問看護事業所 ・居宅介護支援事業所
- ・地域包括支援センター
- ・短期入所サービス提供施設
- ・相談支援事業所 等

圏域は、二次医療圏にこだわらず、市町村単位や保健所圏域など、地域の資源の状況に応じて弾力的に設定

多職種連携を図りつつ、24時間体制で在宅医療を提供

## 在宅医療において積極的役割を担う医療機関

- ①～④の機能の確保にむけ、積極的役割を担う
  - ・自ら24時間対応体制の在宅医療を提供
  - ・他医療機関の支援
  - ・医療、介護、障害福祉の現場での多職種連携の支援

- ・在宅療養支援診療所
- ・在宅療養支援病院 等



## 在宅医療に必要な連携を担う拠点

- ①～④の機能の確保にむけ、必要な連携を担う役割
  - ・地域の関係者による協議の場の開催
  - ・包括的かつ継続的な支援にむけた関係機関の調整
  - ・関係機関の連携体制の構築 等

- ・医師会等関係団体
- ・保健所 ・市町村 等



平成31年1月29日

各都道府県衛生主管（局）長 殿  
介護保険主管（局）長 殿

厚生労働省医政局地域医療計画課長  
厚生労働省老健局介護保険計画課長  
厚生労働省老健局老人保健課長

## 在宅医療の充実に向けた取組の進め方について（抜粋）

### 【在宅医療への円滑な移行】

病院等と在宅との間で、療養の場が円滑に移行できるよう、病院が後方支援を行うことを含めて、病院、診療所の医療関係者や、介護支援専門員等が協議を行い、在宅医療圏ごとに必要な入退院ルールを策定することが重要であり、都道府県はその支援を行うこと。

### 【厚労省 第1回在宅医療及び介護連携に関するワーキンググループ2016年8月3日】

- 県と医師会が組んで、退院支援ルールというものを全県一括に策定し、これにより介護支援専門員と病院の主治医との連携が進んだ。
- 入退院時の連携など、複数の市町村にまたがる広域連携の取り組みというものは、単独の市町村による取組は困難な場合もある。

# 入退院ルールが必要な背景

令和元年9月19日  
令和元年度第1回  
埼玉県在宅医療部会

【厚労省 第1回在宅医療及び介護連携に関するワーキンググループ2016年8月3日】

- 入院時に介護支援専門員と病院の連携のスタートが早ければ、退院も早くなる。

【埼玉県地域保健医療計画（2018～2023年度）】

- 在宅医療は、増大する慢性期の医療ニーズの受け皿としての役割が期待されている。何らかの医療処置を必要とする在宅療養患者が増加してきたことから、医療の継続性を確保するとともに、退院に伴って新たに生じる心理的・社会的問題の予防や対応のための退院後の生活を見据えた入院初期からの退院支援が重要。



入院患者が退院後、住み慣れた地域で安心して生活を送れるようになるためには、入院前又は入院早期から医療と介護が連携して退院支援を行うことが必要。



ただし、入退院ルールの策定は、医療と介護の連携のための一つ的手段

# 在宅医療・介護連携推進事業

- 在宅医療・介護の連携推進については、これまで医政局施策の在宅医療連携拠点事業（平成23・24年度）、在宅医療推進事業（平成25年度～27年度）により一定の成果。それを踏まえ、平成26年介護保険法改正により制度化。
- 介護保険法の地域支援事業に位置づけ、市区町村が主体となり、郡市区医師会等関係団体と連携しつつ取り組む。
- 本事業の（ア）～（ク）の8つの事業項目すべてを、平成30年4月にはすべての市区町村が実施。
- 8つの事業項目は、郡市区医師会等（地域の医療機関や他の団体を含む）に委託することも可能。
- 都道府県は、市町村における事業の進捗状況等を把握し、地域の課題等を踏まえ、都道府県医師会等関係団体と緊密に連携しつつ、保健所等を活用しながら、市区町村と郡市区医師会等関係団体等との協議の支援や、複数市区町村の共同実施に向けた調整等により支援。
- 国は、事業実施関連の資料や手引き、事例集の整備、セミナーの開催等により支援するとともに、都道府県を通じて実施状況を把握。

## 事業項目と事業の進め方のイメージ

### ①地域の医療介護連携の実態把握、課題の検討、課題に応じた施策立案

#### （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を情報収集
- 情報を整理しリストやマップ等必要な媒体を選択して共有・活用

#### （イ）在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

- 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・介護連携の現状を把握・共有し、課題の抽出、対応策を検討

### ②地域の関係者との関係構築・人材育

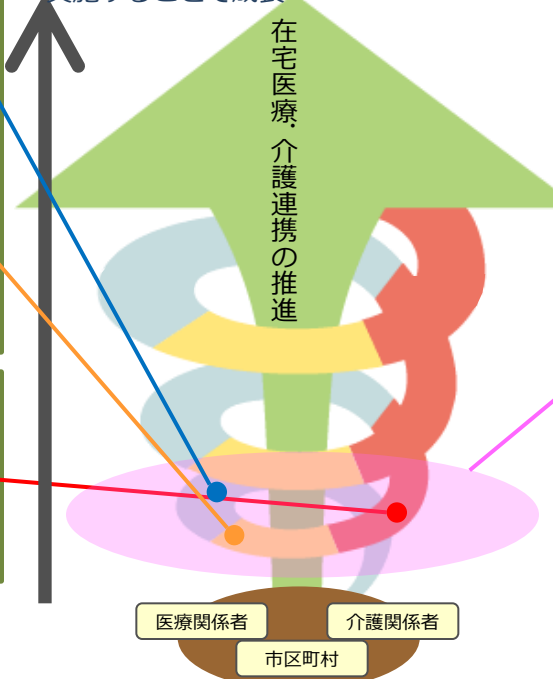
#### （カ）医療・介護関係者の研修

- 地域の医療・介護関係者がグループワーク等を通じ、多職種連携の実際を習得
- 介護職を対象とした医療関連の研修会を開催 等

\* 地域の実情に応じて②と③を同時並行で実施する場合もある。



PDCAサイクルで継続的に実施することで成長



### ③（ア）（イ）に基づいた取組の実施

#### （ウ）切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築

- 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

#### （エ）在宅医療・介護関係者の情報の共有支援

- 情報共有シート、地域連携パス等の活用により、医療・介護関係者の情報共有を支援
- 在宅での看取り、急変時の情報共有にも活用

#### （オ）在宅医療・介護関係者に関する相談支援

- 医療・介護関係者の連携を支援するコーディネーターの配置等による、在宅医療・介護連携に関する相談窓口の設置・運営により、連携の取組を支援

#### （キ）地域住民への普及啓発

- 地域住民を対象にしたシンポジウム等の開催
- パンフレット、チラシ、区報、HP等を活用した、在宅医療・介護サービスに関する普及啓発
- 在宅での看取りについての講演会の開催等

#### （ク）在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

- 同一の二次医療圏内にある市区町村や隣接する市区町村等が連携して、広域連携が必要な事項について検討

## 入退院支援の評価(イメージ)

➤ 病気になり入院しても、住み慣れた地域で継続して生活できるよう、また、入院前から関係者との連携を推進するために、入院前からの支援の強化や退院時の地域の関係者との連携を推進するなど、切れ目のない支援となるよう評価を見直す

・入院前からの支援に対する評価の新設

・「退院支援加算」から「入退院支援加算」に名称を変更  
・地域連携診療計画加算の算定対象の拡大  
・支援の対象となる患者要件の追加

・退院時共同指導料の見直し



外来部門と病棟との連携強化

病棟

入院医療機関と在宅療養を担う医療機関等との連携強化

外来部門

在宅療養を担う関係機関等

### 【入院前からの支援】

- ・(入院前に)利用しているサービスの利用状況の確認
- ・服薬中の薬剤の確認、各種スクリーニング
- ・入院生活に関するオリエンテーション
- ・看護や栄養管理等に係る療養支援の計画作成等

### 《入退院支援の対象となる患者》

- ・悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれか
- ・緊急入院 / ・要介護認定が未申請
- ・虐待を受けている又はその疑いがある
- ・生活困窮者
- ・入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要
- ・排泄に介助を要する
- ・同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にない
- ・退院後に医療処置が必要
- ・入退院を繰り返している

### 【退院時共同指導】

- ・医師、看護職員以外の医療従事者が共同指導する場合も評価対象とする

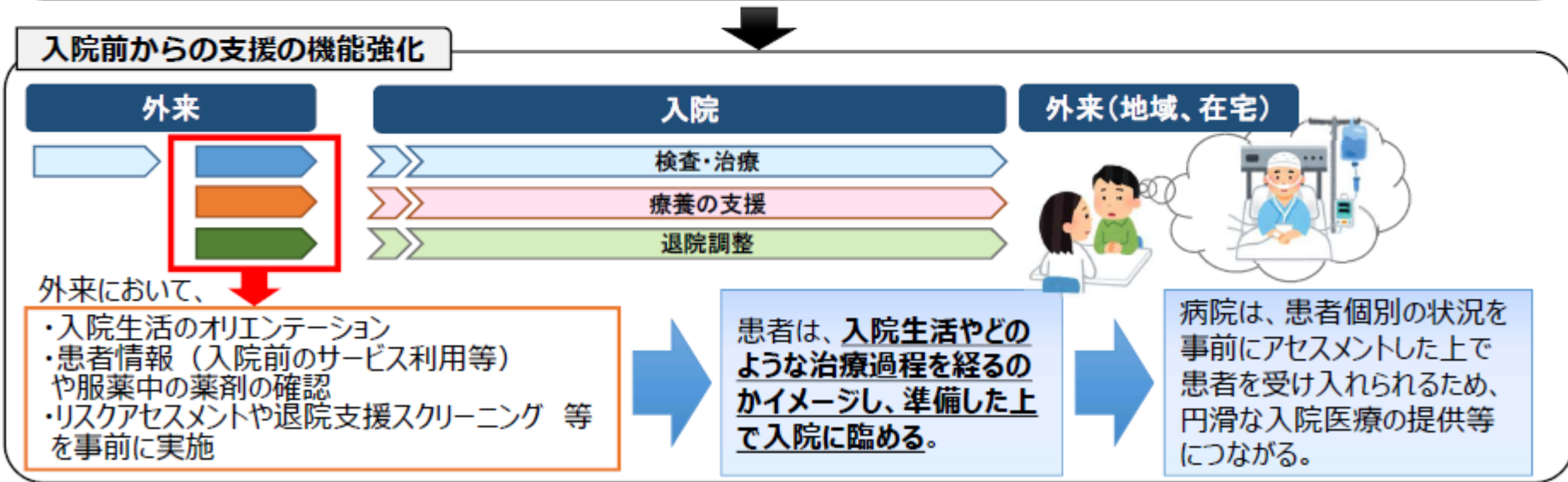
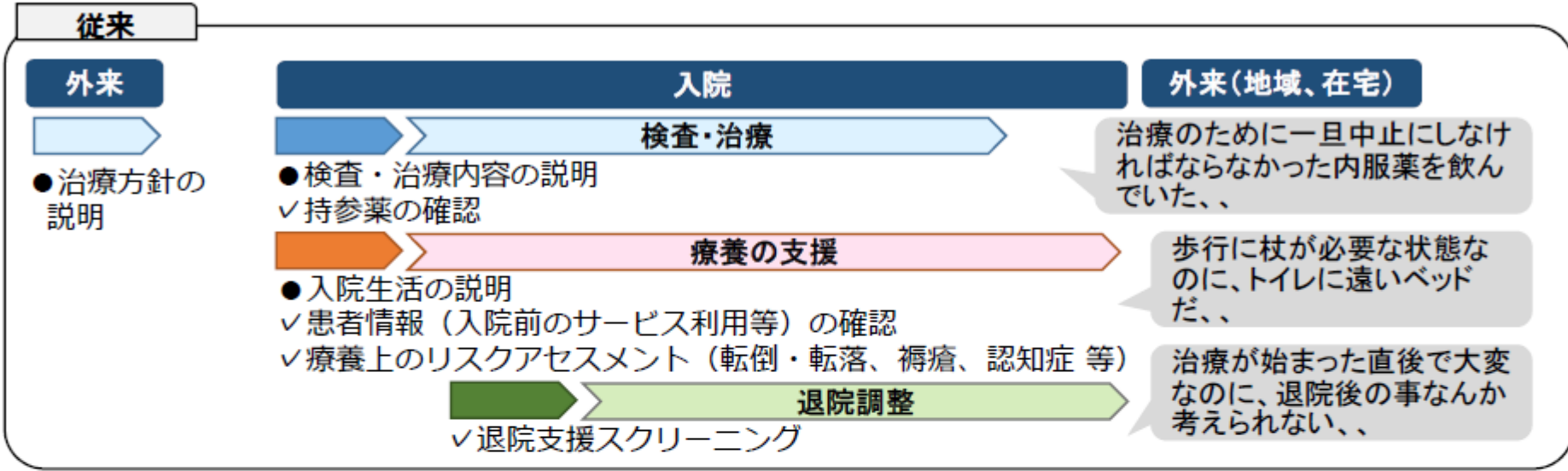
共同指導が行えなかった時は

### 【情報提供】

- ・療養に必要な情報提供に対する評価について、自宅以外の場所に退院する患者も算定可能とする



## 入院前からの支援の機能強化(イメージ)



# 平成30年度介護報酬改定の主な事項について(厚生労働省)

## I-② 医療・介護の役割分担と連携の一層の推進(その1)

- 医療機関との連携により積極的に取り組むケアマネ事業所について、入退院時連携に関する評価を充実するとともに、新たな加算を創設する。
- 訪問介護事業所等から伝達された利用者の口腔や服薬の状態等について、ケアマネから主治の医師等に必要な情報伝達を行うことを義務づける。

### 居宅介護支援

- 入院時情報連携加算について、入院後3日以内の情報提供を新たに評価する。

#### <現行>

- 入院時情報連携加算(I) 200単位/月
  - ・入院後7日以内に医療機関を訪問して情報提供
- 入院時情報連携加算(II) 100単位/月
  - ・入院後7日以内に訪問以外の方法で情報提供

#### <改定後>

- 入院時情報連携加算(I) 200単位/月
  - ・入院後3日以内に情報提供(提供方法は問わない)
- 入院時情報連携加算(II) 100単位/月
  - ・入院後7日以内に情報提供(提供方法は問わない)

- 退院・退所加算について、退院・退所時におけるケアプランの初回作成の手間を明確に評価するとともに、医療機関等との連携回数に応じた評価とする。加えて、医療機関等におけるカンファレンスに参加した場合を上乗せで評価する。

#### <現行>退院・退所加算

	カンファレンス参加 無	カンファレンス参加 有
連携1回	300単位	300単位
連携2回	600単位	600単位
連携3回	×	900単位

#### <改定後>退院・退所加算

	カンファレンス参加 無	カンファレンス参加 有
連携1回	450単位	600単位
連携2回	600単位	750単位
連携3回	×	900単位

- 特定事業所加算について、医療機関等と総合的に連携する事業所(※)を更に評価する。(平成31年度から施行)

#### 特定事業所加算(IV) 125単位/月(新設)

※ 特定事業所加算(I)~(III)のいずれかを取得し、かつ、退院・退所加算の算定に係る医療機関等との連携を年間35回以上行うとともに、ターミナルケアマネジメント加算を年間5回以上算定している事業所

- 訪問介護事業所等から伝達された利用者の口腔に関する問題や服薬状況、モニタリング等の際にケアマネジャー自身が把握した利用者の状態等について、ケアマネジャーから主治の医師や歯科医師、薬剤師に必要な情報伝達を行うことを義務づける。



## 前回の入退院ルールに関する主な意見

### 令和元年5月16日第1回在宅医療検討会

- ① 入退院ルールを策定している8郡市医師会以外の地域で、策定が進まない原因を分析する必要がある。
- ② 大きい病院ほど医師が代る。運用だけでやっていると医師が代った途端にルールが運用されなくなることがある。基本的なルールを作り各病院が地域医療連携室を含めて地域と連携して上手くやっていくような流れができるとよい。
  - ➡ 県内全ての地域で、医療と介護の関係者が合意したルールを明文化し、システムとして機能させることが必要ではないか。
- ③ 入退院ルールが、地域で有効に運用されるための視点が大切である。
- ④ 地域医療構想を含めて、病院から病院へ病院から老健を含めた在宅へという2つの段階がある。病院における地域医療連携室が無いと円滑な意思疎通は難しい。

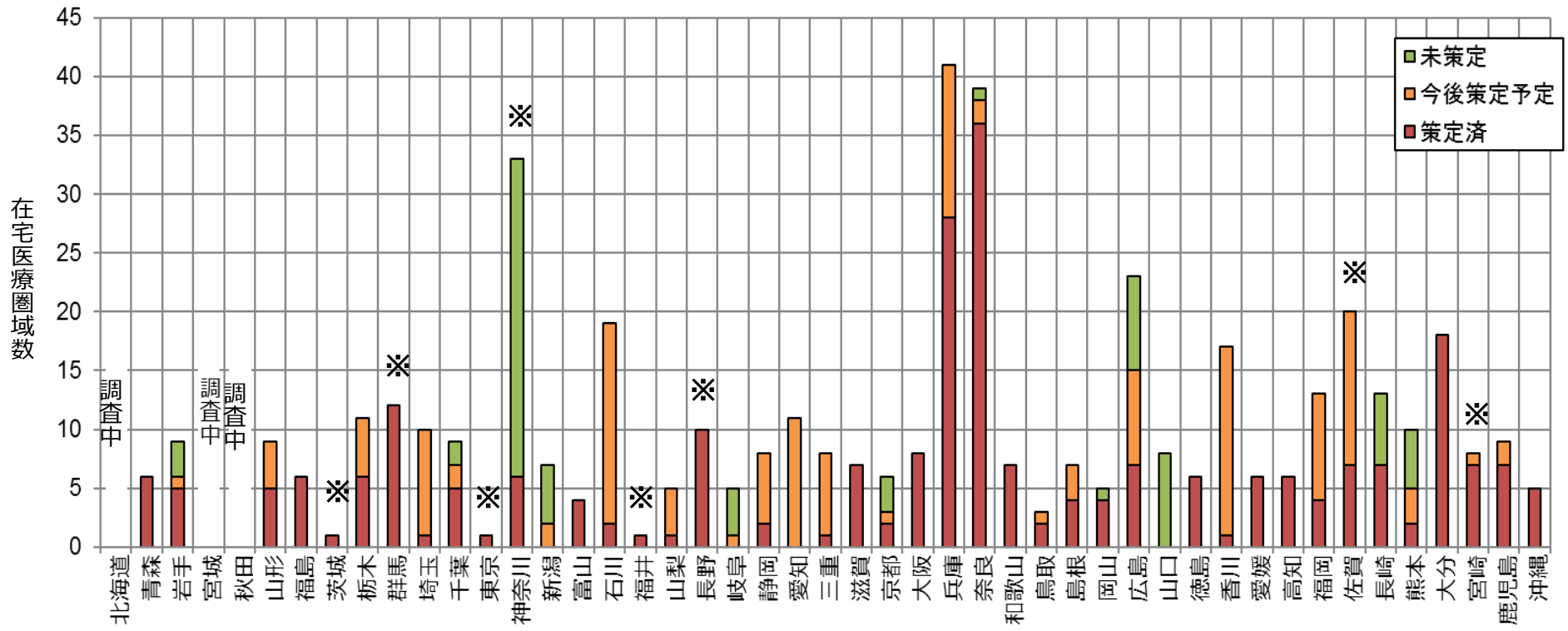
# 入退院ルール標準例作成の進め方②

実施回数	検討内容（案）
入退院ルール 標準例作成の検討 2回目（9/19）	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 入退院ルール標準例が必要な背景</li> <li>○ 入退院ルール策定取組報告               <ul style="list-style-type: none"> <li>・長野県上小地域</li> <li>・川口市、蕨市、戸田市地域</li> </ul> </li> <li>○ 県内の入退院ルール策定状況</li> <li>○ 入退院に伴う医療と介護に関する連携上の問題点の整理</li> </ul>
入退院ルール 標準例作成の検討 3回目（12/26）	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 標準例素案の提示・意見交換</li> <li>○ 地域で作成する場合、主体となる団体、圏域</li> <li>○ 標準例のうち地域でアレンジしてよい部分</li> <li>○ 入退院ルールが地域で運用されるための工夫、方策</li> <li>○ 入退院ルール策定後の運用状況等の評価・見直しの必要性など</li> </ul>
入退院ルール 標準例作成の検討 4回目（1/23）	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 入退院ルール標準例案の提示・意見交換  (○ 承認後、在宅医療連携拠点へ周知)</li> </ul>

# 他県の入退院ルール策定状況

第8回在宅医療及び医療・介護連携に関するWG	資料 1
平成31年3月18日	

○ 在宅医療圏域全てで策定・支援しているのは、16都道府県となっている。



- ※在宅医療圏とは異なる圏域で設定
- ・茨城県：在宅医療圏（二次医療圏）ではなく、全県統一ルールを策定
  - ・群馬県：在宅医療圏（二次医療圏）ではなく、保健所単位で設定
  - ・東京都：在宅医療圏（市町村単位）ではなく、全県統一ルールを策定
  - ・神奈川県：在宅医療圏（二次医療圏）ではなく、市町村単位で設定
  - ・福井県：在宅医療圏（二次医療圏）ではなく、全県統一ルールを策定
  - ・長野県：在宅医療圏（市町村単位）ではなく、二次医療圏単位で設定
  - ・佐賀県：在宅医療圏（二次医療圏）ではなく、市町村単位で設定
  - ・宮崎県：在宅医療圏（二次医療圏）ではなく、保健所単位で設定

出典：厚生労働省医政局調べ

# 県内の入退院ルール策定状況

○ 県内の在宅医療連携拠点33か所へ入退院ルールの策定状況についてアンケートを行った。結果は以下のとおり。

- ◆策定済み 9か所(内訳:手引き6か所、様式のみ3か所)
- ◆策定を検討中 8か所
- ◆策定の予定なし 16か所(うち策定の必要は感じている 8地域)

【策定の中心となった団体】  
地域連携看護師会  
郡市医師会  
市在宅医療・介護連携推進協議会 など

入退院ルール策定状況(R1.8.20現在)



カラー版  
資料1-2

# 入退院に伴う医療と介護に関する連携上の意見・問題点①

## （病院の連携窓口が分かりづらい）

- 大きな病院は相談窓口が分かりづらく、連絡が取りにくい傾向がある。
- 退院支援担当がない病院では窓口がバラバラで、訪問看護やケアマネジャーは病院の対応窓口を確認するのが大変である。

## （入退院時の情報共有の内容が不十分）

- 入院時にケアマネジャーからの入院時情報提供書だけでは、病院は十分な情報が得られていない懸念がある。
- 退院支援に向けてケアマネジャー向けの情報提供書がもらえない場合や内容が不十分な場合がある。

## （患者情報が担当のケアマネジャーで止まり介護事業者へ伝わらない）

## （退院サマリーなどの様式が病院それぞれで異なって煩雑）

## （圏域を超えた連携に苦労している）

- 地域内では医療と介護の連携が取れているが、圏域外の病院との連携は苦労している。

# 入退院に伴う医療と介護に関する連携上の意見・問題点②

## (病院と在宅療養に携わる専門職の視点の違い)

- 病院は患者を治療の視点で見る傾向がある。一方で在宅療養に携わる専門職は生活者の視点で見るため、ケースカンファレンス等で患者を支援する方向性をすり合わせる必要がある。

## (病棟の医師・看護師と退院調整部門との連携が取れていない)

- 病院の退院調整部門は、在宅療養の意義や退院に向けての支援を理解しているが、病棟に働く医師や看護師は、在宅療養に関する意識が低い傾向がある。

## (今後、連携が取れなくなる懸念)

- 現在はルールを明文化せずに関係しているが、新規の訪問診療医やケアマネジャー、病院の連携室の担当者などが増えると連携が難しくなる恐れがある。

## (MCSを活用して情報共有してはどうか)

- MCSを活用して簡単な連絡も有効である。例えば、退院が決まったらケアマネジャーに「退院が決まりました」など。そのためには、ケアマネジャーは全員にMCSに登録してはどうか。

## (入退院に関する情報共有様式の統一)

- 県内全ての医療機関と統一ルール様式でやり取りできるようにしてほしい。  
→ 一方で、既に各病院で独自に入退院の調整を行っているところは、病院のルールを尊重し様式等、柔軟に取り扱ってほしいという意見もあった。

## (団体等へ入退院ルール策定協力の働きかけ)

- 郡市医師会長あてに入退院ルール策定の議論に参加するよう働きかけてほしい。
- 市へ入退院ルール策定の理解・協力が得られるように働きかけてほしい。

在宅医療連携拠点は郡市医師会が設置し、2018年度から市町村が在宅医療・介護連携推進事業を在宅医療連携拠点に委託しているので、在宅医療連携拠点の位置づけをコーディネーターが再確認し、関係者間で協議を進めてはどうか。

## (医療機関等への周知)

- 入退院ルール標準例を県内の医療機関へ周知してほしい。

標準例は、医療と介護が連携するための一つの手段。  
県から医療機関へ周知するのではなく、在宅医療連携拠点が医療・介護連携ツールとして活用してはどうか。

## (病院等の独自ルールにより入退院の際に医療と介護が連携している)

- 病院独自で退院支援ルールを策定している。
- それぞれの病院での考え方、運用等がある。入退院に際して医療と介護の連携で問題となっていない。

## (入退院ルールの文書化はされていないが医療と介護が連携している)

- 会議や研修会を通じた「顔の見える関係」によるフレキシブルな対応が可能となっているため、策定に向けて検討を行ったが、必要性に乏しいとの意見が多かった。
- 入院時ケアマネージャーは文書で情報提供し、必要に応じて開催される退院カンファレンスに出席している。

## (その他)

- 入退院に際して医療と介護の連携の問題は感じているが、策定まで手が回らない。
- 入退院ルールの必要性のニーズが把握できていない。



- **策定の必要性を感じる 8地域**
  - ・ 特定の病院、事業所のやり取りが多かったために、自然と連携ができていたが、新たに訪問医やケアマネジャーなど増加しているため、ルール化した方がよいと感じる。
  - ・ 入退院の際の医療と介護の連携で苦勞していないのは一部であり、また連携しているつもりになっていることも考えられる。 など
- **策定の必要性を感じない 4地域**
  - ・ ケアマネジャーは今以上の文書が増えるのを望んでいない。MCSに入院先の退院調整看護師を一時的に招待して、入院前の状況や退院にむけて必要なサービス調整ができればよいのではないか。
  - ・ ルールは、地域での問題意識や必要性から作るものである。必要性を関係者が認識することでルールが運用される。 など
- **策定の必要性について分からない 4地域**
  - ・ 地域での入退院ルールに対するニーズや実態が分からない。
  - ・ 様々な機能をもつ医療機関（認知症専門、慢性期、救急）があるため、統一したルールができるか分からない。 など

# 令和元年度 在宅医療部会の今後のスケジュール

令和元年9月19日  
令和元年度第1回  
埼玉県在宅医療部会

日 程	検討テーマ	特別委員
<p>第2回 12月26日(木) 16時00分 県民健康センター 大会議室C</p>	<p><b>入退院ルール策定支援の検討 (第3回)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 標準例(案)の提示 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ <u>長野県上小地域のルールをベースに埼玉県の実情に合わせた標準例(案)を作成予定</u></li> </ul> </li> <li>○ 地域で作成する場合、主体となる団体、圏域</li> <li>○ 標準例のうち地域でアレンジしてよい部分</li> <li>○ 入退院ルールが運用されるための工夫、方策</li> <li>○ ルール策定後の運用状況等の評価・見直しの必要性 等</li> </ul>	<p>出席依頼</p>
<p>第3回 1月23日(木) 17時00分 県民健康センター 大会議室C</p>	<p>① <b>入退院ルール策定支援の検討 (第4回)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 標準例の承認</li> </ul> <p>② <b>第7次埼玉県地域保健医療計画の中間見直しに向けた新たな指標の検討 (第1回)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 在宅医療の提供体制に関する実態調査結果に基づく現状、課題の整理</li> </ul>	<p>出席依頼</p>
<p>第4回 3月26日(木) 17時00分 埼玉会館 3C会議室</p>	<p>① <b>第7次埼玉県地域保健医療計画の中間見直しに向けた新たな指標の検討 (第2回)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 指標の素案の提示</li> </ul> <p>② <b>KDBデータを活用した分析結果報告 (予定)</b></p> <p>③ <b>在宅緩和ケア検討委員会検討結果報告</b></p>	<p>—</p>

## 在宅医療推進に関するこれまでの主な取組

①往診・訪問診療医検索システム運用保守の補助  
在宅医療連携拠点が  
訪問診療を希望する患者へ紹介、副主治医を紹介

②後方支援病床の確保  
在宅療養患者の急変時の入院先確保

③ACPに関する普及啓発  
・2017年度 介護施設向けの看取り介護手引き作成・研修で活用  
・2018年度 普及啓発用DVD作成(県医師会に協力)  
郡市医師会等の関係機関が行う研修で幅広く活用  
・2019年度 事前意思表示書標準例の作成(県医師会に協力)

④在宅緩和ケアの提供体制の構築  
・在宅緩和ケアの推進や地域連携のあり方を検討  
・郡市医師会によるがん拠点病院等と地域の医療機関・介護事業所との連携体制の構築など

⑤訪問看護師の人材育成 (訪問看護教育ステーションの立ち上げなど)

⑥在宅医療連携拠点の設置・運営  
2018年度から市町村へ移行

⑦郡市医師会による医療・介護関係者の  
研修・検討会等の実施

⑧ICTを活用し医療・介護の多職種が患者の  
情報を共有

⑨在宅歯科医療体制の充実  
・地域在宅歯科医療推進拠点の運営  
・歯科衛生士確保対策の推進 など

⑩在宅医療に必要な薬剤師の育成及び薬局の体制整備  
・在宅医療や無菌調剤に対応できる薬剤師の育成、無菌調剤室の整備

## 新たな取組～在宅医の裾野を広げる～

本県の高齢者の増加に伴い、増大する在宅医療のニーズに対応する必要がある。

そこで、在宅医療を検討している医師等を対象に、在宅医療に関する基礎的知識の習得や在宅医療の経営上のメリットを知ることで、在宅医療に従事するきっかけを作る。

また、事例検討を通じて交流を図り、地域の医師同士の協力体制を後押しする。

◆実施方法 県医師会へ委託(企画会議、講師謝金、会場使用料)

◆研修対象者 県内診療所、病院に勤務する  
医師・管理者等

### ◆研修概要

- ベーシックコース5日間(座学) 1クール×30名  
・在宅医療の基礎的知識を事例を通して学び、在宅医療の経営上のメリットを知る。
- ステップアップコース 5コース×30名=150名  
・県地域医療教育センターを活用した実習を通して在宅医療のノウハウを習得する。

### ◆効果

- ①新たに在宅医療を担う医師が30名増加する。
- ②同じ地域の受講者の顔の見える関係が構築され、主治医不在時の往診などの協力関係ができる。



同じ地域の医師同士で主治医不在時に協力



◆事業期間 2020年度～2023年度(第7次医療計画終了年度)

修了後、①往診・訪問診療医検索システムに登録

医療  
・  
介護  
連携体制  
の  
構築

# 研修概要(イメージ)

## 1 ベーシックコース5日間(座学) 1クール×30名

在宅医療の経営上の動機づけや、実施するための基礎的知識を事例を通して習得する。

(ベーシックコースイメージ)

- ①在宅医療の必要性～在宅医療が求められる背景
- ②在宅医療に係る診療報酬、介護保険制度、行政への届出事務
- ③在宅医療の導入準備～在宅医療に必要な医材、24時間対応に関する連携事例～
- ④地域包括ケアシステム～各種制度、社会資源の理解、病診連携、多職種連携、MCS～
- ⑤医学的知識・意思決定支援～在宅医療診療の基本、ACP～

## 2 ステップアップコース(手技の演習) 5テーマ程度 各回30名

県地域医療教育センターのシミュレーターを活用した実習を通して在宅医療のノウハウを習得する。

(ステップアップコースイメージ)

- ①在宅での急性疾患と対応
- ②在宅でのカテーテル管理
- ③事例から多職種連携を学ぶ～褥瘡管理、ストマ管理
- ④人生の最終段階の在宅医療
- ⑤認知症の在宅医療