

令和2年度

在宅医療に関する

高松市・高松市医師会の取り組み

高松市医師会 吉澤 潔

1. 在宅医療連絡協議会（在宅医療ネットワーク）
2. 在宅医療コーディネーター養成研修会
3. 入退院支援ルールの作成

1. 在宅医療連絡協議会（在宅医療ネットワーク）
2. 在宅医療コーディネーター養成研修会
3. 入退院支援ルール作成

高松市医師会在宅医療連絡協議会（在宅医療ネットワーク）

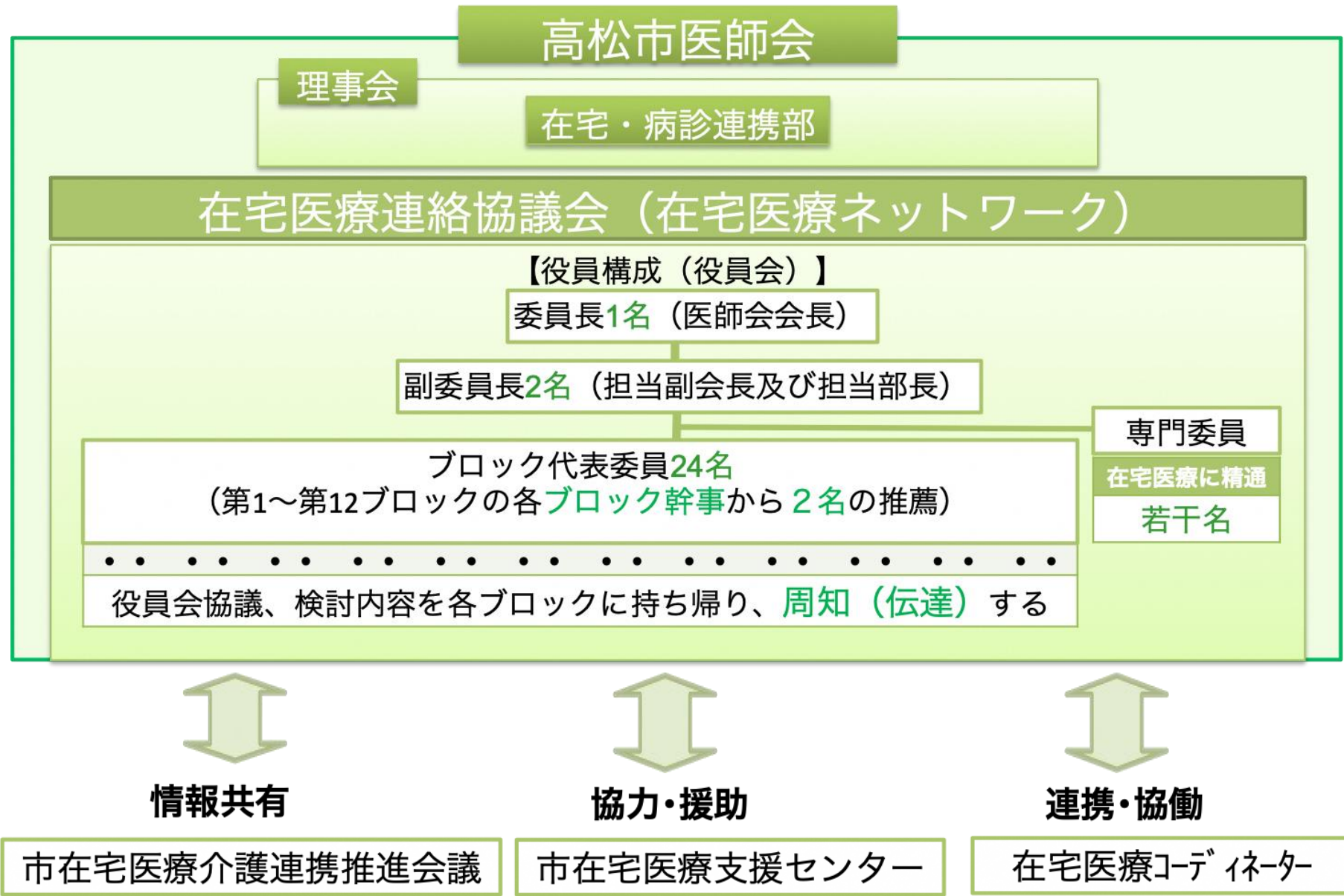
設置目的

高松市及び周辺地域において、在宅患者が住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けられるよう、在宅医療に携わる医師会会員が互いに連携し、円滑に活動できる環境整備を図ることを目的とする。

1. **在宅医療を行う医師**を増やす
2. 在宅医の連携システムの構築
3. **後方支援病院**の確保 等



**「在宅医」と「在宅医」、
「在宅医」と「後方支援病院」**
など在宅医療に携わる医師会会員が互いに連携し、円滑に活動できる環境を整えることにより、**多くの在宅患者に対応することができる。**



令和元年度 高松市医師会在宅医療連絡協議会事業 実施結果

※コロナウイルス感染症の影響により中止となった事業があります

No	事業名	実施結果
①	役員会の開催（年2回）	第1回開催日時：令和元年8月5日（月） 参加者数：医師23名 その他10名 第2回新型コロナウイルス感染症の影響により中止
②	協議会会員名簿の作成	会員数：73名（令和元年7月23日現在） 高松市在宅医療支援センターに提供
③	在宅報酬に関する説明会の開催	第1回開催日時：令和元年5月10日（金）19時～ 参加者数：92名
④	ICT情報共有ツールの利用に関する研修会の開催	新型コロナウイルス感染症の影響により中止
	ICT情報共有ツール利用体制の提供	①事務書類（案）の作成 「MCS運用ポリシー」、（MCS）利用申込書、連携 守秘誓約書、業務情報保持に関する誓約書、在宅医療に おける個人情報使用同意書 ②各種研修会等においてMCSの紹介
⑤	高松市在宅医療支援センターとの連携	在宅医療協議会役員会への同席 協議会委員名簿の提供

令和2年度 在宅医療連絡協議会事業 事業計画

No	令和元年度	令和2年度	
①	役員会の開催（年2回）	継続	内容同様
②	協議会会員名簿の作成	継続	内容同様
③	在宅報酬に関する説明会の開催	継続	内容を医療保険⇒介護保険
④	ICT情報共有ツール利用体制の提供	継続	内容同様
⑤	高松市在宅医療支援センターとの連携	継続	内容同様

新規事業案

⑥ 在宅医療スタートブック（仮称）の発刊

- ・在宅医療スタートブック（仮称）の内容検討のための部会開催（年6回程度）
- ・内容の検討、執筆などを行う担当委員の選出
- ・高松市在宅医療介護連携推進会議委員（多職種）との共同検討

⑦ 在宅医療における緊急時の往診体制の確保に関する研修会の開催

- ・医師および訪問看護ステーション看護師を対象とした事例検討（看取り等）会の開催

令和2年度 在宅医療連絡協議会事業【新規事業案】

⑥在宅医療スタートブック（仮称）の発刊

1 事業実施案の計画に至る経緯

令和元年8月5日に「第1回高松市医師会在宅医療連絡協議会役員会」を開催し、その中で、意見交換を行ったところ、多くの委員から次のような意見が出された。

- 基本的なルールなども分からないため、何から始めていいのかも分からない。
例) 定期訪問診療として訪問が適当ではない施設（特養など）、管理料の算定に関する書類（相談する場所がない）
- 在宅医療を行っている医師からレクチャーを受ける機会があればありがたい。

2 目的

在宅医療を行おうと思っている地域の医師（かかりつけ医）に対して、在宅医療に関する制度、保険診療の仕組みや共働する在宅医療、介護に携わるパラメディカルの役割等を理解するための冊子を作成し、在宅医療を始めようとする医師の不安を軽減させることにより、少しでも在宅医療に携わるきっかけを作る。（在宅医を増やす）

1. 在宅医療連絡協議会（在宅医療ネットワーク）
2. 在宅医療コーディネーター養成研修会
3. 入退院支援ルールの作成
（高松市在宅医療介護連携推進事業）

在宅医療コーディネーター養成事業

(地域医療介護総合確保基金を活用)

- 開始 平成27年度（毎年継続）
- 事業主体 高松市医師会
- 協力 高松市（高松市在宅医療介護連携推進会議）
- 対象 高松市医師会員・連携会議委員が推薦する
看護師・ケアマネージャー・MSW 等
- 受講料 無料
- 募集人数 40名程度/年＋他自治体職員数名（県の推薦）
- 研修期間 6カ月
- 研修内容 座学 6回 + α （実習・SU研修・視察 等）
- 講師 外部講師 在宅医療連携会議委員
コーディネーター研修修了者 等

令和2年度 在宅医療コーディネーター養成研修会

○募集する職種及び条件

(1) 職種等：

薬剤師、保健師、助産師、看護師、准看護師、社会福祉士、精神保健福祉士、介護福祉士、介護支援専門員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、歯科衛生士のいずれかの資格を必ず保有しており、病院・診療所と在宅をつなぐ役割を求められる者

(2) 条件：

ア 次の①又は②の推薦があること

①高松市・木田地区・綾歌地区のいずれかの医師会に所属する会員

②高松市在宅医療介護連携推進会議委員

イ 全日程の研修（座学（必修）全5回）に参加が可能な方

ウ パソコン（限定）を使用して「テレビ・web会議ツールZoom（ズーム）」による受講が可能な方 ※第2回から第5回の研修会はリモートによる実施

○募集人員及び研修日程

(1) 募集定員：25名

(2) 研修日程：座学5回

回数	開催日	曜日	時間	場所
第1回	令和2年 10月6日	火	15時～ 17時30分	高松市医師会館
第2回	令和2年 10月13日	火	15時～ 17時30分	リモート 研修
第3回	令和2年 11月10日	火	15時～ 17時30分	リモート 研修
第4回	令和2年 12月1日	火	15時～ 17時30分	リモート 研修
第5回	令和2年 12月8日	火	15時～ 17時30分	リモート 研修

在宅医療コーディネーター 所属施設分布図

2020. 10

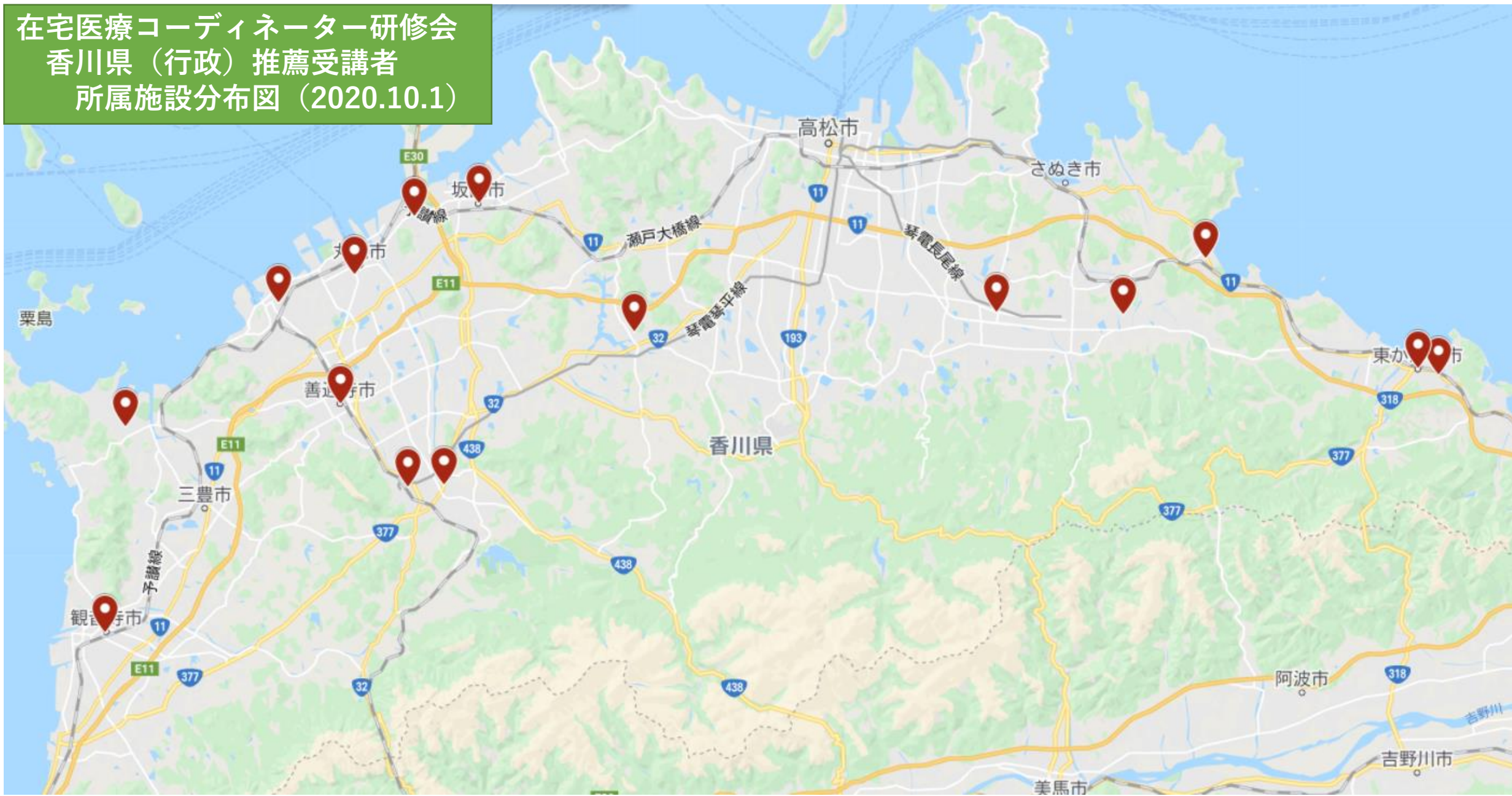


香川県推薦受講者一覧（平成28年度～令和2年度）

合計26名

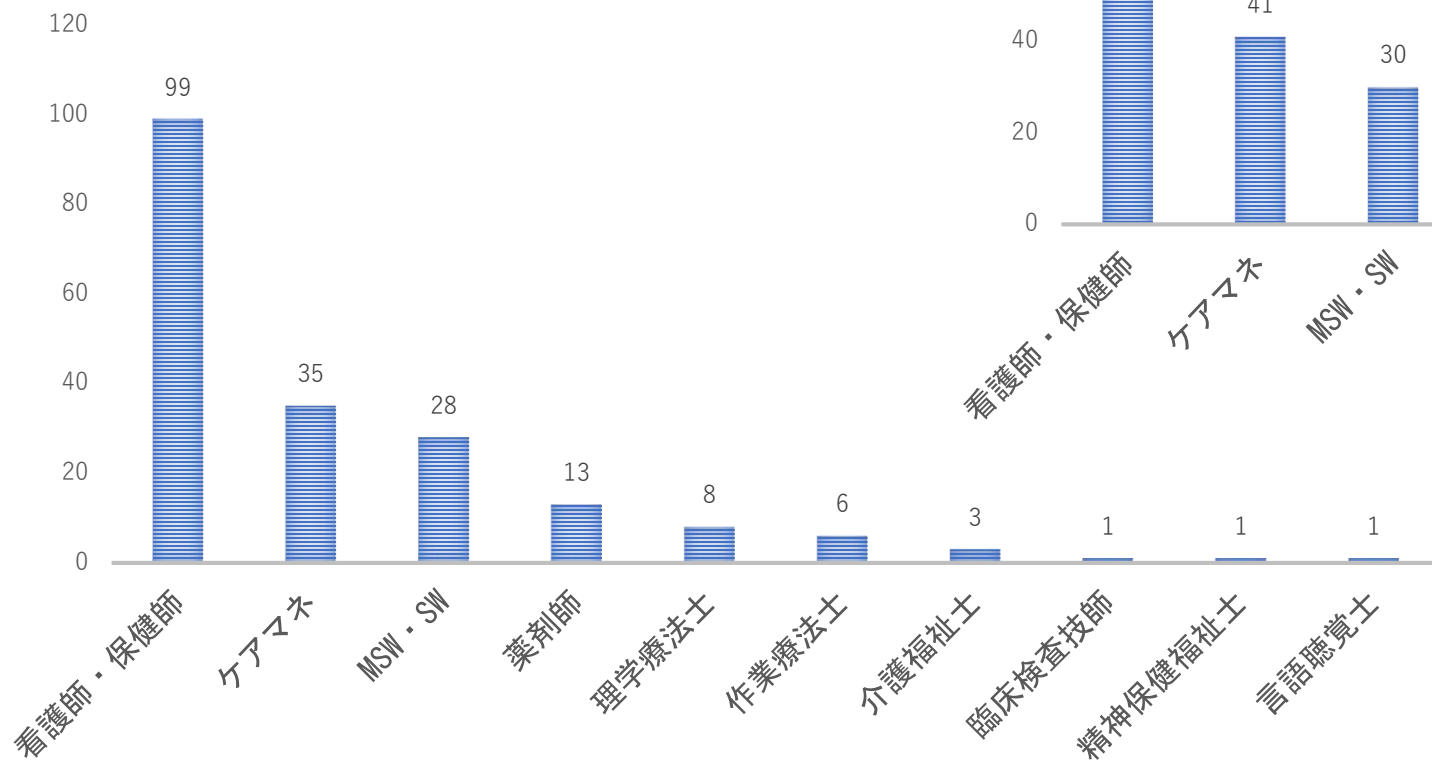
市・町名	所属名称
坂出市	坂出市医師会在宅医療介護連携支援センター 坂出市地域包括支援センター
丸亀市	丸亀市医師会丸亀市在宅医療介護連携支援センター
善通寺市	善通寺市高齢者課
観音寺市	観音寺市地域包括支援センター
三豊市	三豊市立永康病院
東かがわ市	香川県立白鳥病院 東かがわ市介護保険課
さぬき市	さぬき市民病院 大川地区医師会在宅医療介護連携支援センター
三木町	三木町地域包括支援センター
綾川町	綾川町地域包括支援センター
多度津町	多度津町在宅医療介護連携支援センター
琴平町	琴平町地域包括支援センター
まんのう町	まんのう町地域包括支援センター
宇多津町	宇多津町地域包括支援センター

在宅医療コーディネーター研修会
香川県（行政）推薦受講者
所属施設分布図（2020.10.1）

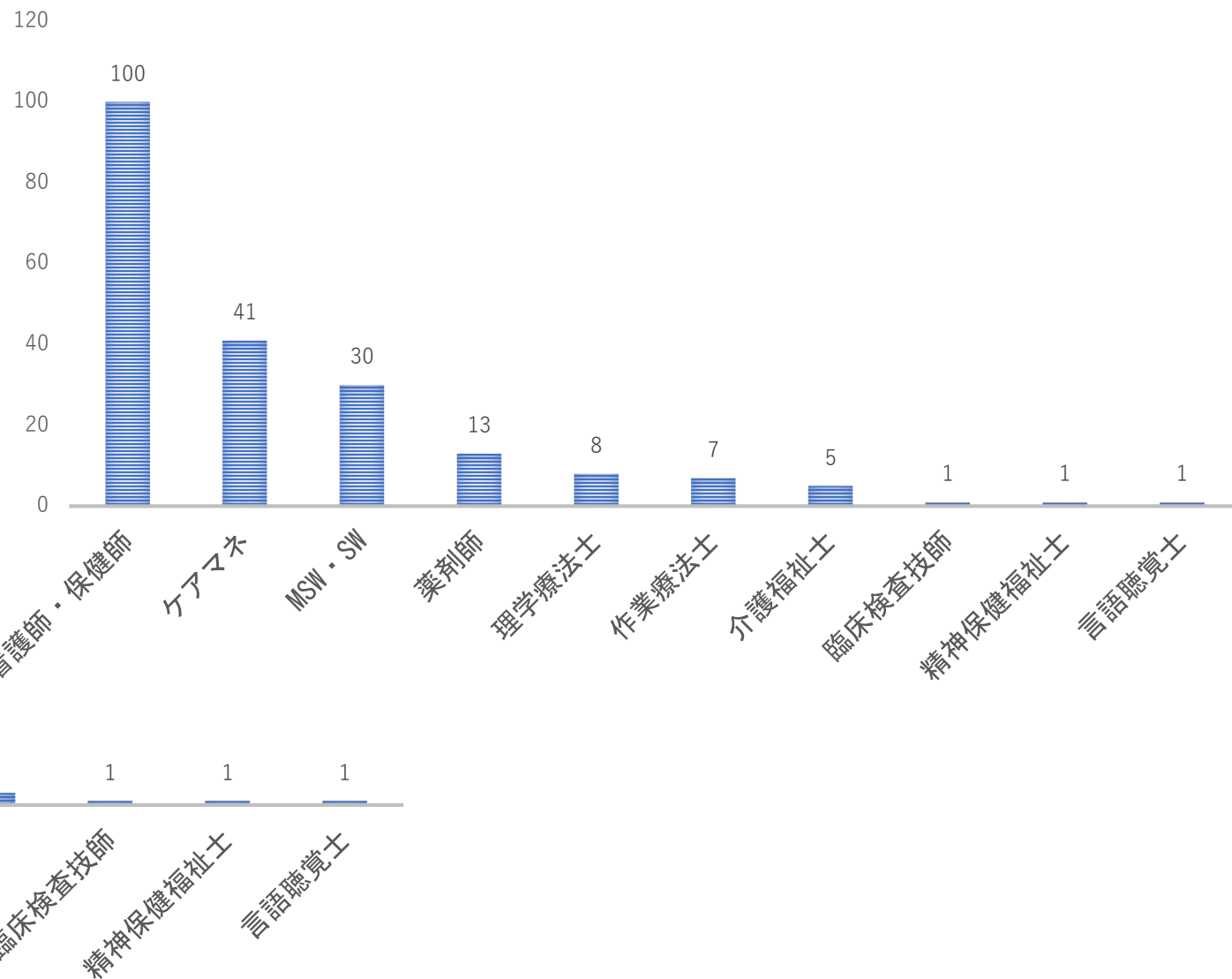


在宅医療コーディネーター 職種別構成

主たる業務



保持資格



1. 在宅医療連絡協議会（在宅医療ネットワーク）
2. 在宅医療コーディネーター養成研修会
3. 入退院支援ルールを作成
（高松市在宅医療介護連携推進事業）

**高松市
入退院支援ルール
(2020.10.30 案)**



令和2年 月 日
高松市
高松市在宅医療介護連携推進会議

目 次

- 1 背景
- 2 作成経過
- 3 目的
- 4 共通事項
- 5 運用に関する留意事項
- 6 個人情報の取り扱いについて
- 7 入退院支援の流れとポイント
- 8 医療と介護のスムーズな連携のための7か条
- 9 入退院支援情報共有シート
- 10 新型コロナウイルス感染症に関する情報
- 11 資料
 - (1) 入退院支援情報共有シート
 - (2) 医療機関の情報提供窓口一覧
 - (3) 利用者・ご家族の皆さまへのメッセージ
 - (4) 入退院支援にかかる診療報酬・介護報酬



1 背景



超高齢社会を迎え、要介護認定者や認知症高齢者、医療ニーズの高い方、長期の療養を必要とする方などが増加しています。高齢や病気、障がい等で医療や介護が必要になっても、住み慣れた地域で安心して暮らし続けるために、在宅医療と介護が一体的に提供される体制の構築が求められています。

このような中、本市におきましては、平成26年度から、現状の課題抽出と対応策の検討を行うため、高松市在宅医療介護連携推進会議を設置し、「退院支援・医療介護連携部会」において、課題の一つである、切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築と医療・介護関係者の情報共有の支援について、コロナ禍における感染症対策も踏まえた情報共有の検討を始めました。

2 作成経過

・医療介護連携ミーティングの開催風景

◆参加者の職種内訳

医師

歯科医師

薬剤師

保健師・看護師

訪問看護師

理学療法士

作業療法士

言語聴覚士

歯科衛生士

医療ソーシャルワーカー

介護支援専門員

生活相談員

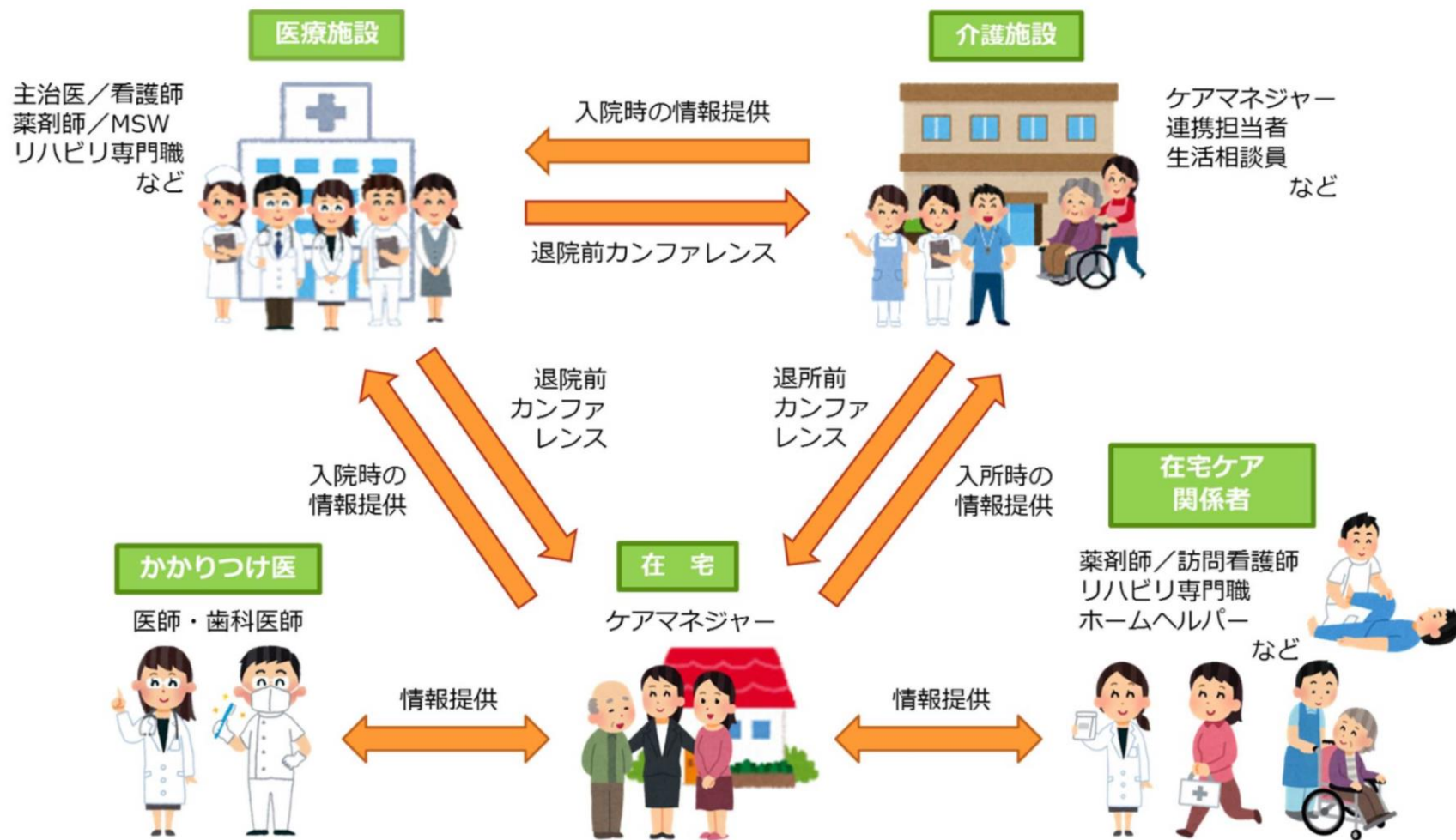
など



医療介護連携ミーティング（R1.7.21開催）

5 運用に関する留意事項

◆ 入退院支援情報共有シートの使用場面（例）



◆入退院支援の流れ

医療施設の対応

病院担当者
(看護師・医療
ソーシャルワーカー)

担当ケアマネジャーがない場合

1. 退院支援の必要性を検討
2. 介護保険について患者・家族に説明し、意向の確認
3. 居宅介護支援事業所や地域包括支援センターの紹介や 必要な連絡・調整を行い、ケアマネジャーの選定を支援

要介護・要支援認定の申請について
申請から認定に要する期間は30日程度



- 医療保険証
- 介護保険証
- お薬手帳
をセットで保管



①入院の連絡

介護保険証で担当
ケアマネジャーを 確
認し、入院の連絡 を
する
※退院困難な要因が
ある患者の抽出

3日
以内

**④退院支援
開始の連絡**

※退院準備期間等
を考慮

転院時

- ・ケアマネジャーに連絡
- ・転院先に担当ケア
マネジャーの情
報提供

**退院支援への方向性
の検討**

- ・治療方針、退院時
期の確認
- ・患者・家族への
意向確認
- ・院内多職種のカン
ファレンス

**⑥退院時の
情報提供**

入退院支援情報
共有シート等を
ケアマネジャー
へ提供

日頃の備え(入院前)

入院決定～入院後3日以内

③入院中の連携

利用者の状況につ
いて互いに情報共有

入院中

7日
以内

⑤退院前調整

- ・退院支援情報の共有
- ・退院前カンファレンス
の開催

退院

以下の場合には
ケアマネジャー
から連絡を

- 医療機関から
連絡が来る前に
入院を把握した
場合
- 退院支援が必
要な方が入院す
る場合

**②入院時の
情報提供**

入退院支援情報
共有シート等を
医療機関へ持参
又は送る

3日
以内

- ・利用者の状況確認の為に
面会を行う
- ・必要に応じて病状説明に
同席
- ・退院後の生活を見据えて
ケアプランの変更を検討
- ・要介護度区分変更の必要
性を検討

- ・利用者・家族のアセスメン
トをする
- ・在宅移行時のケアプラン
(案)を作成する
- ・退院前カンファレンス での
確認事項の整理

**⑥退院後の
情報提供**

- ・サービス担当者
会議の開催
- ・ケアプランの確定
- ・医療機関へ在宅で
の様子を伝える

ケアマネジャーの対応



ケアマネジャー

- 要介護: 居宅介護支援事業所
- 要支援: 地域包括支援センター

入退院支援情報共有シート（案）

入退院支援情報共有シート（案）									
記入日：令和 年 月 日					情報提供日：令和 年 月 日				
施設名					施設名				
部署・担当者名					部署・担当者名				
電話番号					電話番号				
FAX番号					FAX番号				
◆患者・利用者、家族の同意に基づき、以下の情報を提供します。是非ご活用ください。									
患者・利用者の基本情報									
フリガナ氏名			生年 月日	<input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令	年齢	歳	性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	
住所	〒		電話番号						
住環境	<input type="checkbox"/> 自宅 → <input type="checkbox"/> 戸建て <input type="checkbox"/> 集合住宅		階建て/居室	エレベーター	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
*可能な写真など添付									
施設 → 名称：									
特記事項									
要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> 要介護		<input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 申請中（ <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 区分変更）						
<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 非該当									
有効期限 令和 年 月 日～令和 年 月 日									
介護保険の自己負担割合	<input type="checkbox"/> 不明		ケアマネ 事業所名	ケアマネ 氏名					
障害高齢者の日常生活自立度※ ₁ 認知症高齢者の日常生活自立度※ ₂									
障がい等認定 手帳等	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 精神	<input type="checkbox"/> 療育	<input type="checkbox"/> 障がい者医療証 <input type="checkbox"/> 更生医療					
指定難病 診断名：									
医療保険	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 他：								
経済状況	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 共済年金 <input type="checkbox"/> 障がい年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 他：								
特記事項									
家族構成/連絡先									
世帯構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居（家族構成数 人） <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> 他：								
主な介護者	氏名	住所	年齢	続柄	TEL				
キーパーソン									
特記事項									
本人・家族の意向									
本人の性格/趣味・関心等									
本人の生活歴・職歴等									
本人の意向・望む生活									
家族の意向・望む生活									
その時に備えて（ACP/人生会議） <input type="checkbox"/> 話し合いをしたことはない <input type="checkbox"/> 話し合いをした ⇒ 別紙「その時に備えて」参照									

入院前の受診・受療状況				
治療中の疾患名	医療機関名称	診療科/医師名	受診状況	治療・医療処置管理等
既往歴	<input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 急性呼吸器感染症 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> その他：			
手術歴				
入院歴	最近半年間での入院	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	病名：	<input type="checkbox"/> 不明
	入院頻度	<input type="checkbox"/> 頻度は高い/繰り返している <input type="checkbox"/> 頻度は低い/これまでにある <input type="checkbox"/> 今回が初めて	期間： 年 月 日～ 年 月 日	
医療処置	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 末梢点滴 <input type="checkbox"/> 静脈ポート <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養（CVカテーテル） <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> 在宅人工呼吸療法 <input type="checkbox"/> 在宅持続陽圧呼吸療法 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 尿路ストーマ <input type="checkbox"/> 消化管ストーマ <input type="checkbox"/> 痛みコントロール <input type="checkbox"/> 褥瘡： <input type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> 血液透析 <input type="checkbox"/> 腹膜透析 <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 人工関節： <input type="checkbox"/> 自己注射： <input type="checkbox"/> その他： 特記事項：			
入院前の服薬状況 <input type="checkbox"/> 「お薬手帳」（コピー）を添付 <input type="checkbox"/> 薬剤情報提供書を添付				
使用中の薬剤	<input type="checkbox"/> 内服薬 <input type="checkbox"/> 注射薬 <input type="checkbox"/> 吸入薬 <input type="checkbox"/> 貼付薬 <input type="checkbox"/> 目薬 <input type="checkbox"/> 外用薬 <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
薬剤管理	<input type="checkbox"/> 一包化 <input type="checkbox"/> 簡易懸濁 <input type="checkbox"/> 粉砕 <input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者管理：管理者			
服薬状況	<input type="checkbox"/> 処方通り服用 <input type="checkbox"/> 時々忘れる <input type="checkbox"/> 服用忘れが多い、処方が守られていない <input type="checkbox"/> 服薬拒否			
かかりつけ薬局・薬剤師	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒ 薬局名： 薬剤師名：			
特記事項	副作用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり：			
入院前の介護サービスの利用状況 <input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書1.2.3表の添付				
入院前の介護サービス利用状況	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 配食 <input type="checkbox"/> その他：			
今後の在宅生活の展望について（ケアマネジャーとしての意見）				
退院後の希望	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 入院前と同じ施設 <input type="checkbox"/> 入院前と異なる施設 <input type="checkbox"/> 医療機関			
詳細：				
退院後の世帯状況と配慮の有無	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> その他： 世帯に対する配慮 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要：			
退院後の介護力	主な介護者	<input type="checkbox"/> 入院前と同じ <input type="checkbox"/> 入院前と変更 氏名： 続柄： 連絡先：		
<input type="checkbox"/> 介護力が見込める（ <input type="checkbox"/> 十分 <input type="checkbox"/> 一部） <input type="checkbox"/> 介護力は見込めない <input type="checkbox"/> 家族や支援者はいない				
特記事項	家族や同居者等による虐待・DVの疑い <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり：			

8 医療と介護のスムーズな連携のための7か条

在宅療養は、様々な職種の方に支えられています。異なる職種が連携する時には、お互いの立場を理解し、思いやりを持って行動することが大切ですが、つつい自分の職種の目線だけで仕事を進めていませんか？他の職種を尊重し、気遣うことで、よりスムーズな連携と切れ目のない支援に繋がります。

ここに書かれていることは、社会人として当たり前のことかもしれませんが、お互いに気持ちよく連携できるよう、普段の行動を振り返ってみてください。

- ① 顔の見える関係づくり
- ② 社会人としてのマナーを守ろう
- ③ 時間を意識しよう
- ④ 担当者が不在でも対応できる体制づくりをしよう
- ⑤ お互いの職種の専門性を理解し、尊重しよう
- ⑥ 専門用語は使わずに、わかりやすい言葉を使いましょう
- ⑦ 日常的な情報交換を忘れずにしましょう



様

利用者・ご家族の皆さまへ

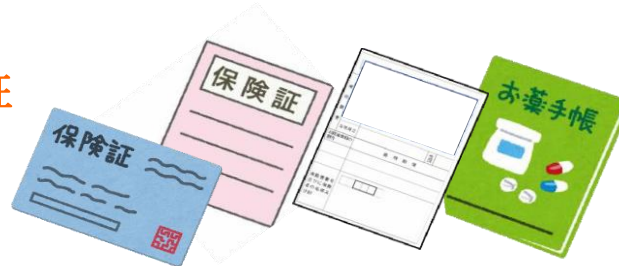


安心して療養生活を送るために、以下の点についてご確認いただき、必要事項を記入しておいてください。

普段からできること・・・

◆ 万が一の入院に備えて、普段から「入院時セット」をご準備ください。

- ① 医療保険証
- ② 介護保険証、負担割合証
- ③ お薬手帳



□□□書き

介護認定について 要介護（ ） 要支援（ ）

かかりつけ医

病院名： _____ 連絡先： _____

担当ケアマネジャー

氏名： _____ 事業所名： _____

連絡先： _____

入退院支援情報共有シート 別紙（案）

◆ 入退院支援情報共有シート 別紙

その時に備えて

*ご本人の希望や想いに沿った選択ができるよう、ご家族や大切な人、医療・介護関係者で話し合っておきましょう。

*法定伝染病や事件、事故、災害等の場合は適応外となる場合もあります。

		患者・利用者氏名	
「その時に備えて」医療に対する患者・利用者の希望			
基本的な希望	大切にしていること	<input type="checkbox"/> 家族や友人のそばにいること <input type="checkbox"/> 仕事や社会的な役割が続けられること <input type="checkbox"/> 身の回りのことが自分でできること <input type="checkbox"/> できる限りの治療が受けられること <input type="checkbox"/> 家族の負担にならないこと <input type="checkbox"/> 痛みや苦しみがないこと	<input type="checkbox"/> 少しでも長く生きること <input type="checkbox"/> 好きなことができること <input type="checkbox"/> ひとりの時間が保てること <input type="checkbox"/> 自分が経済的に困らないこと <input type="checkbox"/> 家族が経済的に困らないこと <input type="checkbox"/> その他：
	痛みや苦痛について	<input type="checkbox"/> できるだけ抑えて欲しい <input type="checkbox"/> 自然のままにいたい	<input type="checkbox"/> 必要なら鎮痛剤を使ってもよい
	終末期を迎える場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 病状に応じて：	
	その他基本的な希望		
	自由記載：		
終末期の希望	① 心臓マッサージなどの心肺蘇生	<input type="checkbox"/> して欲しい	<input type="checkbox"/> して欲しくない
	② 延命のための人工呼吸器	<input type="checkbox"/> つけて欲しい	<input type="checkbox"/> つけて欲しくない
	③ 胃ろうによる栄養補給	<input type="checkbox"/> して欲しい	<input type="checkbox"/> して欲しくない
	④ 経鼻チューブによる栄養補給	<input type="checkbox"/> して欲しい	<input type="checkbox"/> して欲しくない
	⑤ 高カロリー輸液の投与	<input type="checkbox"/> して欲しい	<input type="checkbox"/> して欲しくない
	⑥ その他（輸血・人工透析など）の希望		
	自由記載：		

高松市における医療・介護連携のイメージ

