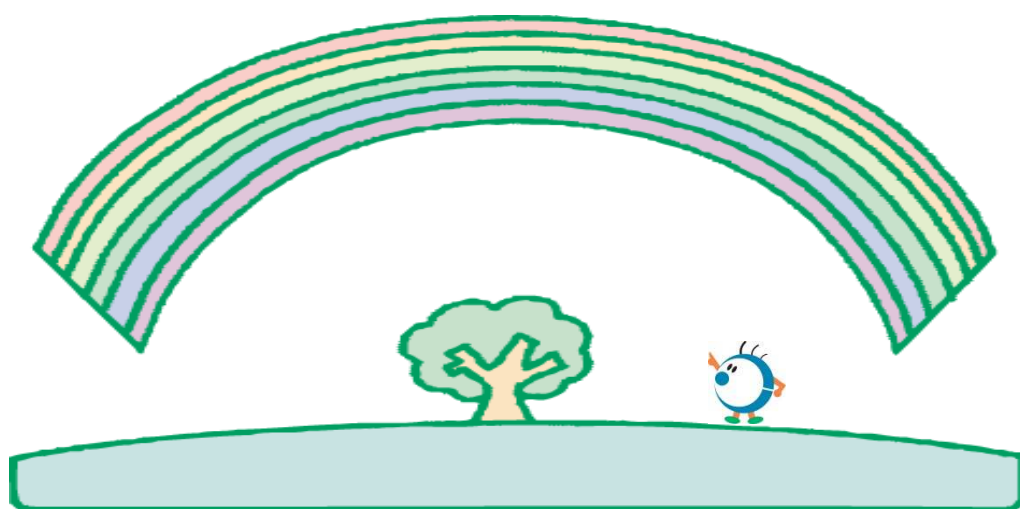


湖西市の在宅医療・介護 連携お助けブック

湖西で あんきに 暮ら住まい



本冊子は

住み慣れたこの「湖西市で」「在宅で」 暮らし続けたい・・・

その思いを尊重し、お手伝いするための専門職向け冊子です。支える側の私たち専門職が“在宅なんて無理かも”と初めから決めてしまうことなく、本人・家族の思いを在宅医療と介護の専門職で支え、実現しやすくするために・・・と作成されました。

連携に必要な情報やルールが掲載されています。
ご活用ください。

平成30年8月(令和7年1月改訂)

企画：湖西市在宅医療・介護連携推進協議会

発行：湖西市高齢者福祉課

湖西市在宅医療・介護連携支援センター

湖西市在宅医療・介護連携お助けブック 目次

<目次>

◆はじめに	・・・ P3
◆湖西市在宅医療・介護連携お助けブックの基本	・・・ P4
◆2026年在宅医療等必要量と提供見込（推計）	・・・ P5
◆めざす多職種連携のかたち	・・・ P6
◆連携をスムーズにするための 共通ルール	・・・ P7
◆連携をスムーズにするための各専門職へのお願い	・・・ P9
◆湖西の地域と病院の連携・循環イメージ図	・・・ P12
◆入院から退院支援・調整の流れ	・・・ P13
◆老人保健施設（まんさくの里） 入所から退所支援・調整の流れ	・・・ P14
◆在宅復帰以降の多職種連携（各職種の役割整理）	・・・ P15
◆在宅生活シミュレーション事例1-5（費用目安等）	・・・ P19
◆在宅医療・介護関連職種や機関等紹介・説明 （かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬局、 訪問看護、訪問リハビリ、市立湖西病院（在宅支援室）、浜名病院（医療福 祉相談室・地域連携室）、介護支援専門員、地域包括支援セン ター、介護老人保健施設まんさくの里、介護サービス事 業所（在宅サービス・地域密着型サービス・小規模多機 能サービス）	・・・ P24
◆在宅医療対応調査（在宅医療データベース）※資料A	・・・ P42
◆在宅医療・介護関連 情報共有様式 ※資料B	・・・ P43
◆在宅医療・介護施設等一覧 ※資料C	・・・ P44
◆関連問い合わせ窓口一覧	・・・ P45
◆静岡県在宅医療・介護連携情報システム（シズケア*かけはし）	・・・ P46
◆湖西市在宅医療・介護連携支援センター	・・・ P47
◆おわりに	・・・ P48
◆別冊「湖西市退院調整ルール」	
◆別冊「湖西市の社会資源」	

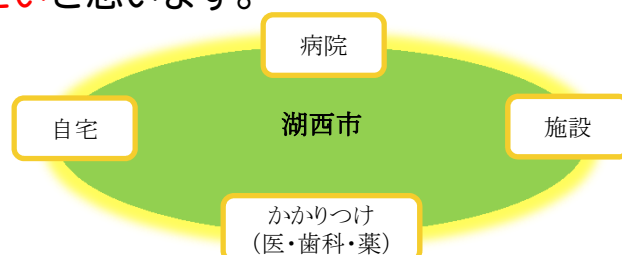


はじめに

65歳以上の高齢者人口は2025年には3,657万人となり、2042年にはピークを迎えると予測され、75歳以上高齢者の全人口に占める割合は増加していき、2055年には25%を超える見込みです。

(総務省HP参照)

在宅医療や介護サービスの需要は、「高齢者の進展」や「地域医療構想による病床の機能分化・連携」により増加する見込みです。こうした需要の増大に確実に対応していくための体制を構築することが求められています。**在宅＝自宅ではなく、市内の施設も含め湖西市で暮らすために在宅医療を充実できたらと考えます。**入院が適している場合もあります。その方の環境と身体状況を含め**「ときどき入院ほぼ在宅」**のような循環を可能にし、湖西市で在宅医療の選択ができる環境を地道に整えたいと思います。

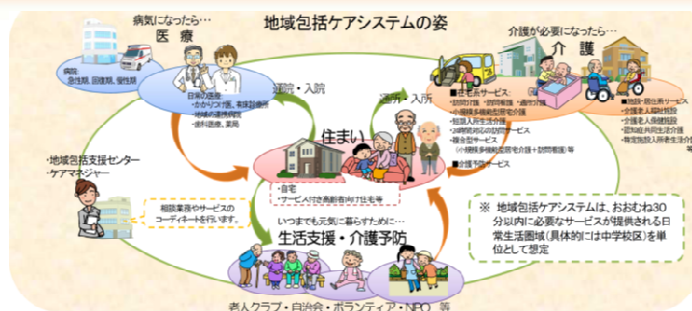


そのような中、本冊子は**“住み慣れたこの「湖西市で」「在宅で」暮らし続けたい”**その思いを尊重し、お手伝いするための専門職向け冊子として作成されました。支える側の私たち専門職が、本人・家族の思いを在宅医療と介護の専門職で支え、実現しやすくするために活用していただければと思います。

連携に必要な情報や基本的ルール、在宅生活をイメージしやすいシミュレーションや各職域の紹介等様々な情報が掲載されています。専門職なら知っていて当然?!といわれてしまうことでも、お互い知らないことが実は多いものです。経験のある方も浅い方も**同じ情報を得られるような環境づくり**も目指したいと思います。

湖西市の在宅医療と介護を支える専門職同士、同じ方向を向いて協力し合えるよう、この冊子をその一助としていただければ幸いです。

湖西市在宅医療・介護連携 お助けブックの基本



このお助けブックの取り組みは、湖西市の包括ケアシステム構築充実のための取り組みの一つです。

湖西市の『在宅医療と介護の連携推進事業』を活用し実施しています。

- 当お助けブックは、専門職向けのものです。
- 掲載されている「在宅医療対応調査（在宅医療データベース）*資料A」情報は、前年度10月時点でのアンケート実施情報です。
- 新しい情報がありましたら、
『湖西市在宅医療・介護連携支援センター』
☎ 053-576-4900 までご連絡ください。



※相談内容により窓口は異なります。お間違えのないようお願いいたします。

例) ・ケアマネ相談→地域包括支援センター

・入退院相談 →各病院相談室

・病診連携内容→各病院病診連携窓口 等

- 在宅医療データベース（資料A）は毎年3月頃更新する予定です。

在宅医療等の必要量と提供見込み (西部圏域と湖西市推計)

◆ 需要推計

※出典 必要量:静岡県地域医療構想(国の機械的試算)

市名	必要量(追加的需要▲+高齢化分)				(人/月)
	入院医療から在宅医療へ (追加分)		高齢化に伴う需要増		計
	療養病床	一般病床	介護老人 保健施設	訪問診療	
浜松市	1,502	344	3, 325	3, 971	9, 142
湖西市	109	25	246	289	669
圏域計	1, 611	369	3, 571	4, 260	9, 811

推計として2026年湖西市では、**669人/月の在宅医療需要あり**。内訪問診療は289人/月。提供推計として、下記の内訳のとおりで、訪問診療では289人/月です。今後ますますの在宅医療への対応が求められます。

▲追加的需要分とは、地域医療構想の実現に伴い、病床が削減、転換する分に伴い、入院以外の受け皿を地域で作る分です。

◆ 提供推計

※出典 地域包括ケアネットワーク推進会議—(R5.11.2)

市名	提供見込み量(追加的需要分▲+高齢化分)									(人/月)	
	介護 医療 院	外来	介護 老人 保健 施設	訪問 診療	その他						計
					介護 老人 福祉 施設	特定 入所 者生 活介 護	看護 小規 模多 機能 型	訪問 看護	医療 病床		
浜松市	960	344	2,989	4,849						9,142	
湖西市	129	23	229	288						669	
圏域計	1,089	367	3,218	5,137						9,811	

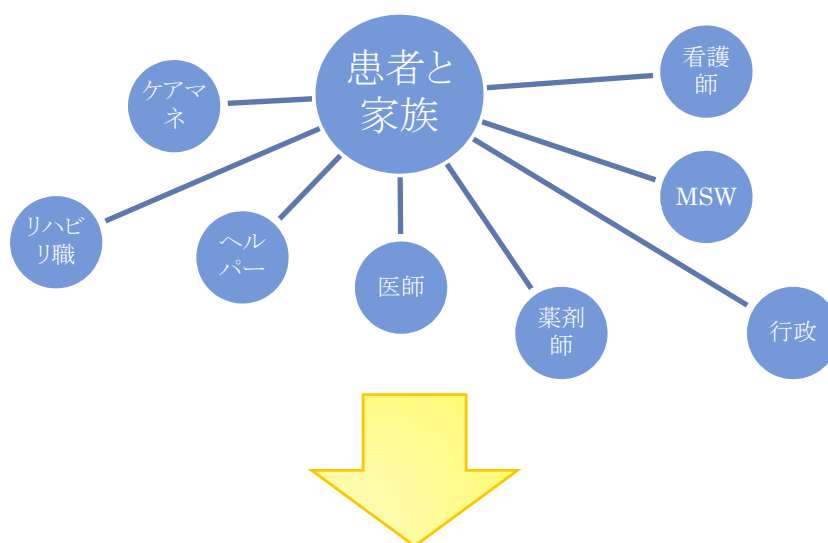
参考)訪問診療の実績

※データ:国民健康保険及び後期高齢医療保険のレセプトデータ

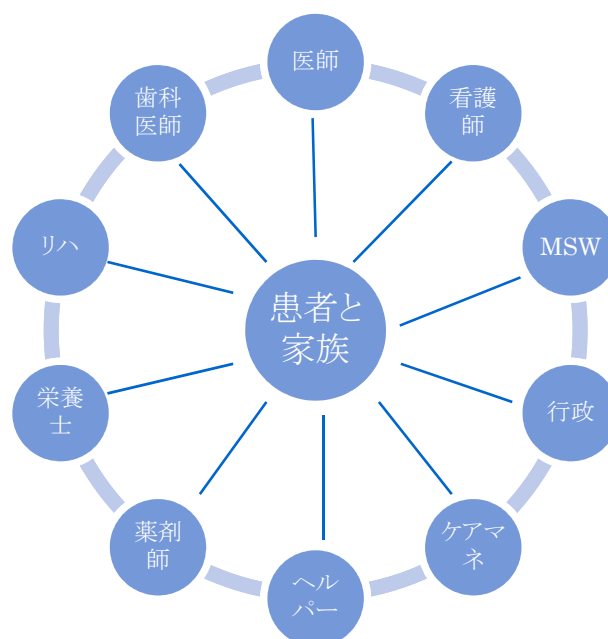
	2013年	2017年4月	2020年4月	2023年
浜松市	2,787	2,869	3,386	4,327
湖西市	196	146	167	184

めざす多職種連携のかたち

・いままでの多職種連携のようす



・これから求められる多職種連携モデル



連携をスムーズにするための 共通ルール

- **在宅医療に関し、日頃から『かかりつけ』を推進しましょう。**
 - *かかりつけ医
 - *かかりつけ歯科医
 - *かかりつけ薬局
- **お互いに丁寧な対応を**

職種により知っていること知らないことも異なります。そしてみな湖西市の患者や利用者のために動いています。お互いの立場を理解し思いやりを持って対応していきましょう。
- **緊急性の判断を**

お互いに忙しい中対応しています。どの程度急ぐ内容なのか明確にし判断したうえで連絡を取りましょう。
- **専門用語や略語にご注意を**

専門用語や略称は他職種にわからない場合があります。同じ職種でも所属により異なった略称を使う場合もあります。常にわかりやすい言葉や明記を心がけましょう。

 - *医療職がよく使うが介護職等にはわからない内容
DM（糖尿病）・BP（血圧）・HV（訪問）・HP（病院） 等々
 - *介護職がよく使うが医療職ではわからない内容
DS（デイサービス）・SS（ショートステイ）・HP（ホームヘルパー）
- **名前はフルネームで**

患者利用者の中には同姓同名の方がいます。また名乗るときも自分の氏名に加え所属も忘れずに伝えましょう。
- **情報共有ツール『シズケア』活用を・・・**

安心して便利に使えるシステムです。皆で活用しましょう。

連携をスムーズにするための 共通ルール

- ・ **訪問時間を約束し守りましょう**

連携時に訪問する場合は約束し時間を守りましょう。時間がずれてしまった場合、他のサービスと重なったりすると報酬算定が難しくなる場合や訪問先に影響が出ることがあります。どうしても遅れる場合は連絡を入れましょう。待ってもら側も気をもんでしまったり、気にしてしまうこともありますので配慮を忘れずにしましょう。

- ・ **本人、家族の気持ちに寄り添う**

看取りの場合など本人ご家族の気持ちは大きく揺れ動きます。揺れる気持ちを関わる多職種で理解し情報共有しながら皆で支えていきましょう。

- ・ **個人情報に配慮した情報共有を！**

多職種や複数の事業所が関わる場合の情報共有は大切です。本人ご家族の理解を頂いたうえでシズケアシステムの活用や共有ノート等を利用して状況等共有し多職種で支えましょう。

*共有ノート活用時例：サービス提供時に確認し確認の証（サイン等）を残す。提供者は日時、所属、氏名、共有内容を記載する等

- ・ **退院後の生活を見据えた看護介護提供を！**

- ・ **その他連携情報として、『静岡県在宅療養支援ガイドライン』を参考に！**

- ・ **退院、退所カンファレンスにはできる限り参加を！**

退院退所時にはカンファレンスを行い、在宅生活の注意点やサービス内容等在宅生活を支える情報を共有し、確認をする場です。声がかかった場合はできる限り参加しましょう。そして実施側も必要に応じ関わる職種に声をかけましょう。

連携をスムーズにするための 各専門職へのお願い

医師の皆様へ

- ・ 訪問診療を・・・

湖西市で安心して暮らし続けるために是非一人でも多くの訪問診療実施をよろしくお願いします！

- ・ 緊急を要する症状や状態伝達を・・・

緊急を要する症状や状態などあらかじめケアマネへ知らせていただくと助かります。あらかじめ知っておくことで医師以外の職種でも対応備えができることもあります。そして安心して在宅生活を支えることができます。

*ケアマネジャーを知るには・・・患者に聞く、地域包括支援センターに聞く、 ケアマネジャーから連絡がくる等

- ・ 処方 は 早 め に・・・

取り寄せが必要な薬や週末には納品が数日かかることもあります。早めに薬局へ処方いただくと安心です。

- ・ 書類 は 早 め に、 わ か り や す い 文 字 で・・・

忙しい診察の中、多くの書類の記載等大変であることを多職種皆承知しております。しかしながらわかりにくい文字ですと、理解できない場合があります、お忙しい時間に再度連絡することにもなりますので読みやすい文字での記入をお願いします。

相談票等には**診断名**の他、今後起こり得る症状、その**変化に対する対応方法や指示**をご記入いただくと助かります。利用者患者にとってはとても大切な情報であるとともに、在宅生活を支える他職種は、これらがあると大変心強く助かります。

※書類例：指示書、診断書、主治医相談票、主治医意見書 等

連携をスムーズにするための
各専門職へのお願い

歯科医師の皆様へ

- ・ 訪問診療を・・・

湖西市で安心して暮らし続けるために是非一人でも多くの訪問診療実施をよろしくお願いします！相談があった場合、口腔衛生指導をお願いします。

- ・ 歯科の知識を・・・

口腔ケアの大切さなど、歯科の知識普及をお願いします。まだまだ在宅介護職は、必要性を含め知らない人も多いのです。

薬剤師の皆様へ

- ・ 居宅療養管理指導をお願いします

ケアマネの皆様へ

- ・ 医療機関や事業所等に訪問の際は必ず事前に
連絡予約を

医療機関では診療に差し支えることもあります。また事業所等は担当者が不在の事もありますので事前に連絡を入れるようお願いします。

ケアマネ・訪問看護師の皆様へ

- ・ 入院の情報を得たら・・・

入院の際は入院時情報提供書を病院へ提供願います。また急な入院の場合かかりつけ医や薬局、サービス事業所等在宅生活を共に支えている他職種にも連絡をしてもらえると助かります。ずっと関わっていたのに、しばらく来ないから心配していたら風のうわさで入院を知ること・・・。退院時にもスムーズに迎えられることにもなりますので、入院の際には関わる職種への配慮をお願いします。

連携をスムーズにするための 各専門職へのお願い

病院スタッフの皆様へ

- **院内で退院後の対応、情報統一を・・・**
相談室と病棟等スタッフで意見が違ふことがあり戸惑うことがあります。患者利用者や在宅生活を支える他職種はどちらを優先すべきか戸惑い、時にサービス導入が間に合わないこともあります。患者利用者のためにも、院内で退院後の生活や伝える情報について情報統一をお願いします。
- **入院した時から患者の「生活」をイメージを**
病院生活と在宅生活ではできることとできないことが少し違ってきます。ともに「生活を支える」視点を入院した時からもち関わっていただくと在宅生活へ本当にスムーズに移行できたり、在宅に戻るときに患者さんは困難が少なくなり、従来の自立した生活に安心して戻ることができます。「治療の場」から「生活の場」へ患者が移ることの意味合いを共通理解したいと思っています。

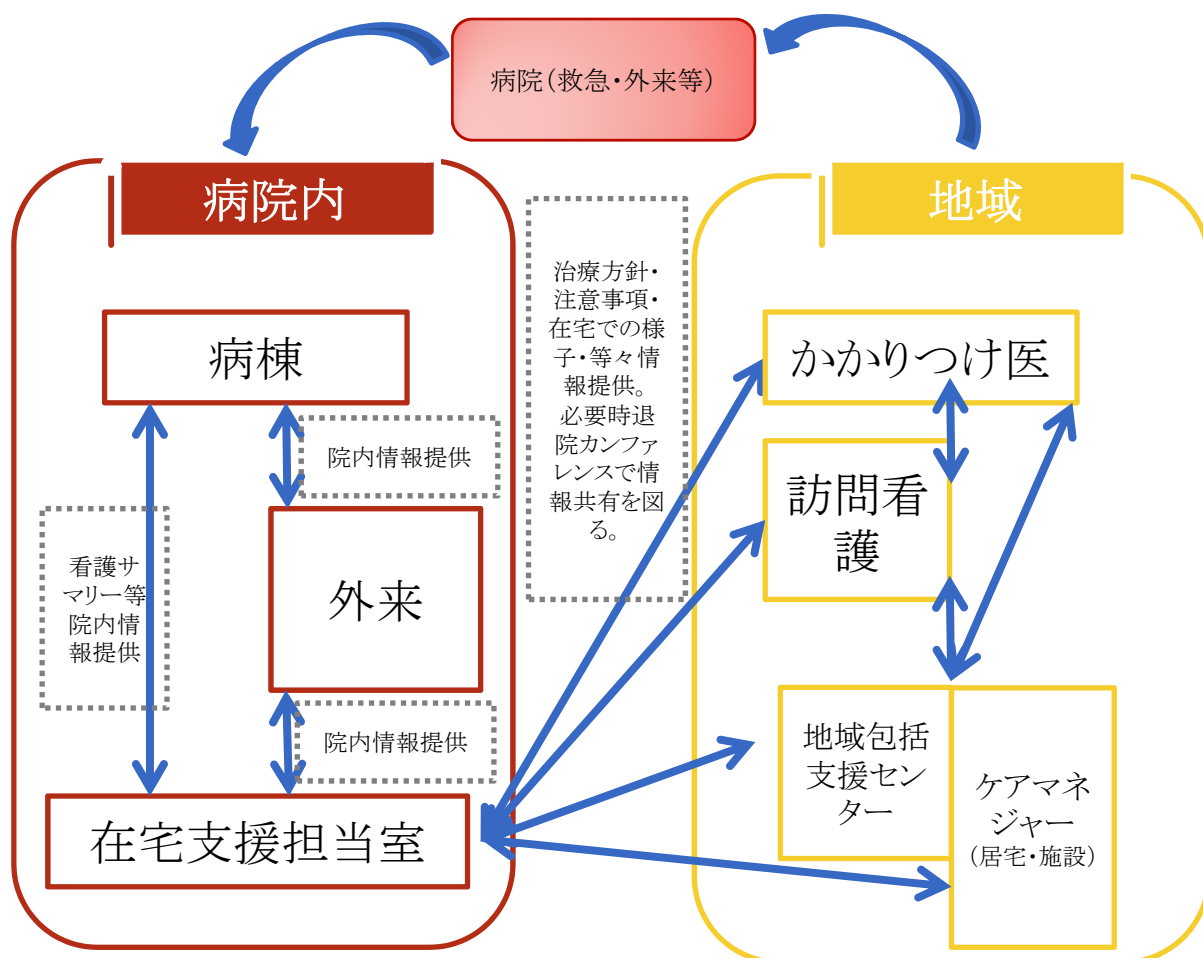
事業所の皆様へ

- **緊急時は事前連絡を・・・**
緊急受診や特別なことがあった場合は、事前に受診先へ連絡をしてもらえると助かります。少しでも早く情報をもらうことは患者利用者の命に関わる他、病院としての事前準備やその人に応じた配慮ができることもあります。できる限り事前連絡をお願いします。

施設スタッフの皆様へ

- **入院中は密な連絡を・・・**
入院中に病院側が知らずに施設退去していた・・・などがあります。容態の変化で帰れることになったのに帰る場所がなくなっていたなどの例もあります。見通しを含め密な連絡を取りあいましょう。

湖西の地域と病院の連携・循環イメージ図



※地域と病院とを必要時行き来し、**湖西であんきに暮らせるよう**連携を進めましょう。静岡県内でも、在宅療養を主とする『**ときどき入院 ほぼ在宅**』を謳っています。

※静岡県在宅医療・介護連携情報システム『**シズケア*かけはし**』は、日常業務に負担なく共有が必要な情報を、患者単位で施設間による「在宅チーム」を形成し情報共有を実現することが出来ます。

湖西市全体での取り組みを目指しましょう。(P46 資料参照)

入院から退院支援・調整の流れ

入院から退院支援・調整の流れ

スケジュール		実践内容	地域連携先
入院 ↓ スクリーニング ↓	入院三日以内	入院決定→退院支援開始 情報収集と退院困難な要因の抽出 ・スクリーニングとアセスメント ・介護度、ケアマネジャー確認 ・担当ケアマネジャーと情報交換、退院後のサポートについて相談	・ケアマネジャー（居宅・施設） ・地域包括支援センター ・訪問看護ステーション ・施設相談員
面談 ↓ 院内カンファレンス ↓	状態安定期まで	患者・家族への意思決定支援 ・病状の受け止め、今後の生活について確認と擦り合わせ 医療上・介護上の問題点の明確化と目標の共有 ・患者、家族と面談（必要時） ・多職種カンファレンス （医師、病棟・退院調整看護師、リンクナースMSW、リハビリ、栄養士など） ・退院支援計画書の作成	・ケアマネジャー（居宅・施設） ・地域包括支援センター ・施設相談員
退院先の決定 ↓ 退院前カンファレンス（兼サービス担当者会議） ↓ 退院	退院一週間前まで	生活に合わせた療養指導 ・食事、排泄、保清、内服、医療処置等指導 地域連携（共通認識を持つ） ・退院前カンファレンスの実施 退院後の生活における注意事項の共有 ・必要時退院前同行訪問 ・在宅で必要となるサービスの最終調整 （医師、病棟・退院調整看護師、MSW、薬剤師、栄養士、リハビリ担当者など） 退院後の支援 ・地域との連携 （情報共有と退院後生活のフィードバック） ・必要時退院後訪問 ・院内連携と外来での継続支援	・かかりつけ医、歯科医 ・かかりつけ薬剤師 ・ケアマネジャー（居宅・施設） ・地域包括支援センター ・介護サービス事業所 ・訪問看護ステーション ・施設相談員 等 ・ケアマネジャー（居宅・施設） ・地域包括支援センター ・訪問看護ステーション ・かかりつけ医、歯科医 等

老人保健施設（まんさくの里） 入所から退所支援・調整の流れ

【まんさくの里】 入所から退所支援・調整の流れ

スケジュール		実践内容	地域連携先
入所相談 入所判定会議 入所面接 ↓	入所まで	情報収集 ・介護度、ケアマネジャー確認 ・医療機関、担当ケアマネジャーと情報交換	・ケアマネジャー（居宅） ・医療機関地域連携室
入所 ↓	入所7日以内	医療上・介護上の問題点の明確化と目標の共有 ・利用者、家族と面談（必要時） ・多職種カンファレンス （医師、看護師、リハビリ、栄養士、ケアマネジャー、支援相談員など） ・施設サービス計画の作成	・ケアマネジャー（居宅・施設） ・地域包括支援センター ・施設相談員
サービス担当者会議 退所先の決定 ↓	退所の目途が立つまで	・短期集中リハビリ、認知症短期集中リハビリ（入所から3ヶ月以内）	・ケアマネジャー（居宅・施設） ・地域包括支援センター ・施設相談員
退所前カンファレンス（兼 サービス担当者会議） ↓ 退所	退所30日前	生活に合わせた療養指導 ・食事、排泄、清浄、内服、医療処置等指導 地域連携（共通認識を持つ） ・退所前カンファレンスの実施 退所後の生活における注意事項の共有 ・退所前訪問 ・在宅で必要となるサービスの最終調整 （医師、看護師、リハビリ、栄養士、ケアマネジャー、支援相談員など） 退所後の支援 ・地域との連携 （情報共有と退院後生活のフィードバック） ・退所後訪問	・かかりつけ医、歯科医 ・かかりつけ薬剤師 ・ケアマネジャー（居宅・施設） ・地域包括支援センター ・介護サービス事業所 ・訪問看護ステーション ・施設相談員 等 ・ケアマネジャー（居宅・施設） ・地域包括支援センター ・訪問看護ステーション ・介護サービス事業所 ・かかりつけ医、歯科医 等

＜退所の目途＞

●在宅の場合：

本人・在宅サービスを利用して在宅生活継続が可能が判断されたら
家族・家族の受入体制が整い次第

●施設の場合

申込み施設受入体制が整い次第

在宅復帰以降の多職種連携 (各職種の役割整理)

在宅復帰支援以降の多職種連携

区分	病院	在宅主治医	歯科医師	薬剤師
退院前後の連携	○窓口の明確化 ・訪問看護師やケアマネジャーなど関係職種から問い合わせがあった場合の連絡窓口や連絡方法を明確にする。	○窓口の明確化 ・ケアマネジャーや介護サービス事業者など関係職種から問い合わせがあった場合の連絡窓口や連絡方法を明確にする。	○窓口の明確化 ・連絡窓口や連絡方法を明確にする。	
	○在宅療養に向けた準備 ・病院、在宅主治医、訪問看護師がそれぞれ連携して家族に対する医療的ケアの指導を行う。		○在宅療養に向けた準備 ・病院や訪問看護師と連携して指導を行う。 (口腔ケア) (服薬管理)	
	○関係職種への情報提供 ・退院時における患者の病状やADL等を在宅療養・介護に関わる関係職種に提供する。			
サービス担当者会議	○ケアマネジメントへの協力 ・ケアマネジャー等から問い合わせがあった場合には対応する。	○ケアマネジメントへの協力 ・サービス担当者会議への出席要請があった場合には、可能な限り出席する。 ・出席が困難な場合には、療養上の注意事項等必要な情報をFAX等により、情報提供する。 (ICTの活用が効果的) ・会議では、専門用語の使用を避け、解り易い言葉で説明する。	○ケアマネジメントへの協力 ・サービス担当者会議において検討が予定されている内容により、必要に応じ出席する。	

引用：静岡県在宅療養支援ガイドライン

在宅復帰以降の多職種連携 (各職種の役割整理)

区分	訪問看護師	ケアマネジャー	介護サービス事業所担当者
退院前後の連携	○在宅療養に向けた準備 ・病院や在宅主治医の指示に基づき、家族に対する医療ケアの指導を行う。 ・ケアマネジャー等と連携し、住環境等の確認・整備を行う。	○在宅主治医との関係構築 ・担当となった旨を在宅主治医に連絡する。 ・在宅主治医への相談、意見照会については、直接面会して行うことが望ましい。 ○在宅療養・介護に向けた準備 ・訪問看護師等と連携し、住環境等の確認・整備を行う。 ・必要に応じ住宅改修や福祉用具の利用を検討する。 ・(暫定) ケアプランの作成 ・患者の要介護（要支援）認定の申請や更新認定を行う。	○サービス提供に向けた準備 ・利用者の状態や、サービスの中止基準や禁忌事項等について、情報収集する。
サービス担当者会議	○サービス担当者会議への出席 ・サービス担当者会議への出席要請があった場合は、可能な限り出席する。 ○関係職種への情報提供 ・在宅主治医等と打ち合わせた療養時の注意事項等について、必要に応じて情報提供する。 (例：脱水予防、拘縮予防等)	○サービス担当者会議の開催 ・医療依存度の高い療養者については、在宅主治医の予定を優先して開催する。その他の場合も、在宅主治医へ開催の案内をする。 ・会議での検討事項は、事前に簡潔にまとめておく。 ・会議後は、サービス担当者会議録を作成し、関係職種間で情報共有する。	○サービス担当者会議への出席 ・サービス担当者会議への出席要請があった場合は、出席する。 ・自事業所で提供するサービスに関する事項にとどまらず、各専門職の視点から支援方法について提案を行う。 ・機能訓練やリハビリテーションの目標等を関係職種間で共有する。

引用：静岡県在宅療養支援ガイドライン

在宅復帰以降の多職種連携 (各職種の役割整理)

区分	病院	在宅主治医	歯科医師	薬剤師
日常的な連携	○療養者の生活状況の把握 療養者の在宅での生活状況について、退院調整部門が在宅関係職種からのフィードバックを求めていくほか、外来部門においても、定期受診等の機会を捉え、把握に努める。	○関係職種間の情報共有 - 療養上の注意事項等について、随時、関係職種に情報提供する。 - ケアマネジャー等からの問い合わせに応答する。	○関係職種間の情報共有〔歯科医師〕 - 療養者の口腔内の状況やケア方法等について 〔薬剤師〕 - 処方薬の内容、効果、副作用等について ⇒ケアマネジャーを通じて関係職種に情報提供する。	
緊急時の対応	○緊急時の対応方針の整備 - 緊急時受入れのための患者情報を収集する。 - 患者の急変時対応のための後方支援ベッドを確保する。	○緊急時の対応方針の整備 - 在宅主治医の不在等により、緊急時に対応できない場合の対応方針を予め訪問看護師やケアマネジャーに指示しておく。 ○副主治医の選定 - 主治医が対応できない場合にバックアップする副主治医や代診医の確保等について予め定めておくことが望ましい。		

引用：静岡県在宅療養支援ガイドライン

在宅復帰以降の多職種連携 (各職種の役割整理)

区分	訪問看護師	ケアマネジャー	介護サービス事業所担当者
日常的な連携	○関係職種間の情報共有 - 発熱や咳き込み、疼痛の増幅等の病状変化があった場合には、在宅主治医に報告する。 - 併せて、ケアマネジャーを通じて随時、関係職種に情報提供する。 - 連絡帳等を活用し、ホームヘルパー等との情報共有に務める。 - 在宅移行後の様子を病院の退院調整担当者にフィードバックする。	○関係職種間の情報共有 - 各職種から提供された情報を関係職種に提供し、共有を図る。 - 定期的なモニタリングのほか、必要に応じ、訪問看護師やホームヘルパー等と同行訪問し、状況把握するとともに、連携を図る。 - 要介護(要支援)認定、更新認定、区分変更等の状況を多職種に情報提供する。	○関係職種間の情報共有 [緊急時以外の情報提供] 原則としてケアマネジャーを通じて行う。 - ケアマネジャーを介さずに在宅主治医や他のサービス事業者と連絡をとった場合は、その内容をケアマネジャーに情報提供する。 - 連絡帳等を活用し、訪問看護師との情報共有に努める。 - 病状等の把握に努め、サービスの提供中に想定されるリスクを十分に考慮したうえで、サービスを提供する。
緊急時の対応	○緊急連絡網の把握 緊急時・夜間帯の対応方針を定め、周知しておく。	○緊急連絡網の整備 - サービス担当者会議等で、療養上の注意事項や緊急時対応などについて、関係職種間で情報共有を行う。 - 療養者の身体状況や病状に変化があった際や緊急時の緊急連絡網を予め整備し、関係職種に周知しておき、多職種に情報提供する。	○緊急連絡網の把握 療養者の身体状況や病状に変化があった際や緊急時の緊急連絡網を予め把握しておく。

引用：静岡県在宅療養支援ガイドライン

在宅生活シミュレーション

事例1 :ターミナルケース

事例1)

要介護5、80歳代女性、子家族と同居(日中独居)、乳がん術後、胃がん末期、肺転移あり、仙骨褥そうあり、認知症、ADL全介助

事例1		月	火	水	木	金	土	日
深夜	4:00							
	5:00							
早朝	6:00			薬剤師が月2回入り、服薬管理や服薬セットも行います。			居宅療養管理指導 (薬剤師月2回)	
	7:00							
午前	8:00							
	9:00							
	10:00	訪問看護	訪問看護	訪問看護	訪問看護	訪問看護	訪問看護	訪問看護
	11:00							
午後	12:00							
	13:00	訪問介護	訪問入浴	訪問介護	訪問介護	訪問入浴	訪問介護	訪問介護
	14:00			訪問診療 (月2回)				
	15:00							
	16:00	訪問介護	訪問介護	訪問介護	訪問介護	訪問介護	訪問介護	訪問介護
	17:00							
夜間	18:00							
	19:00							
	20:00	訪問介護で、ヘルパーが排泄介助や食事支援を行います。		訪問看護で看護師等が毎日同じ時間に、病状管理や処置を行います。またリハビリも行うことが可能です。		<週単位以外のサービス> 福祉用具貸与(レンタル) ・介護用ベッドと付属品:1200単位 ・エアマット(体位変換付):1000単位 ・リクライニング車椅子:800単位 合計3000円/月 (介護保険 1割) ・在宅酸素、薬代(投薬・注射) (医療保険適応) ・吸引器、点滴支柱(自費利用)		
	21:00							
深夜	22:00							
	23:00							
	0:00							
	1:00							
	2:00							
	3:00							
	4:00							



医療保険 訪問看護 + 訪問診療 = 約 272,370円/月 +薬代+在宅酸素料
1割負担の場合 = 約 27,237円/月 +薬代+在宅酸素料

介護保険 訪問介護 + 訪問入浴 + 居宅療養管理指導 + 週単位以外のサービス = 約 34,6120円/月

1割負担の場合 = 約 34,612円/月

自己負担合計 約 61,900円/月 +薬代+在宅酸素料 (吸引器等別途)

★医療保険の場合 高額療養費制度 = 所得により自己負担の上限額設定あり(2割または1割の場合)
上限額適用の場合の自己負担例 上限 18,000円/月(吸引器等別途)

★医療保険の場合 重度障害等の負担制度あり
重度障害該当の場合の自己負担例 0円/月(吸引器等別途)

★休日又は時間外の訪問看護利用料が別に自己負担となります(事例目安12,000円程度～)

※ショートステイ(短期宿泊)も希望により利用可

※料金は目安です

24時間対応訪問看護と月2回の訪問診療を利用し在宅生活を支える例

在宅生活シミュレーション

事例2：要介護・骨折のケース

事例2) 要介護2、80歳代男性、
要支援1の心臓と膝の悪い妻とふたり暮
らし(高齢世帯)、 診断: 左大腿骨頸
部骨折、左変形性膝関節症、
ADL: 歩行器で歩行可能も膝折れあ
り要見守り、排泄要見守り、入浴一部介
助、 食事は調理困難も自己摂取可、服
薬ばらつきあり

事例2		月	火	水	木	金	土	日
深夜	4:00							
	5:00							
早朝	6:00		デイケアで入浴や運動能力機能回復も図れます。				訪問看護を利用し在宅で身体状況の確認・服薬管理・日常生活動作確認・リハビリ等ができるよう計画できます。	
	7:00							
午前	8:00							
	9:00							
	10:00		デイケア		デイケア			
	11:00							
午後	12:00	配食弁当		配食弁当		配食弁当	訪問看護	
	13:00							
	14:00							
	15:00							
	16:00	訪問介護		訪問介護		訪問介護		
	17:00		宅配弁当		宅配弁当		宅配弁当	
夜間	18:00							
	19:00							
	20:00	訪問介護でヘルパーが排泄介助や食事支援を行います。				<週単位以外のサービス> 福祉用具貸与(レンタル) ・介護用ベット等1,200単位 ・歩行器400単位 合計1,600円/月 特定福祉用具販売(償還払い) ・ポータブルトイレ 2,500円 住宅改修(償還払い) 20,000円 (介護保険1割) 社会資源 ・緊急通報、ゴミだし、民生委員・近隣住民の声掛け等利用		
深夜	21:00							
	22:00							
	23:00							
	0:00							
	1:00							
	2:00	※歩行器(歩行車は除く)は貸与か購入を選択できます。						
	3:00							
	4:00							



介護保険

訪問介護

+

デイケア

+

訪問看護

+

週単位以外のサービス

= 約 185,960円/月

1割負担の場合 約 18,596円/月

※(福祉用具購入・住宅改修)償還払いとは、一旦費用の全額を払うが後で9割が戻ってくる。

社会資源

配食弁当

+

宅配弁当

+

緊急通報

= 約 14,300円/月

350円/回(4200円/月) 800円/回(9600円/月) 500円/月

その他自己負担金 デイケア昼食代 約5,600円/月 (700円×8回/月)

自己負担合計 約 38,500円/月 (別途トイレ等購入費22,500円)

※ショートステイ(短期宿泊)も希望により利用可

※料金は目安です

妻の介護負担軽減や、デイケアでのリハビリ利用等本人の状態改善も図る例

在宅生活シミュレーション

事例3 :介護保険申請なしでチェックリスト該当でサービスを使うケース＝総合事業対象者

事例3)

総合事業対象者、80歳代女性、
診断:両膝関節症

ADL: 1人での外出が難しく、
買い物ほか、外出の機会が減っている。
日常生活も徐々に負担がでている。

		月	火	水	木	金	土	日
深夜	4:00							
	5:00							
早朝	6:00							
	7:00							
午前	8:00							
	9:00							
	10:00							
	11:00							
午後	12:00	配食弁当		配食弁当		配食弁当		
	13:00							
	14:00							
	15:00							
	16:00							
	17:00							
夜間	18:00							
	19:00							
	20:00							
	21:00							
深夜	22:00							
	23:00							
	0:00							
	1:00							
	2:00							
	3:00							
	4:00							

通所型サービスA

訪問型A

市の配食事サービスを利用し、
安否確認も同時に行います。
(高齢者保健福祉サービス)

訪問型A

介護保険の認定がなくても、湖西市
の緩和基準で、ミニデーサービス・
運動・レクリエーションを行えます。

介護保険の認定がなくても、湖
西市の緩和基準で、調理・掃
除等生活援助のみの訪問介
護を行えます。



介護保険 + 通所型サービスA + 訪問型サービス = 約 41,470円/月

1割負担の場合 約 4,147円/月

※総合事業の場合、通所系サービス利用は基本1回/週となります。

社会資源 + 配食弁当 + 通所サービス利用時の昼食代(約3200円) = 約 7,400円/月
350円 × 12回/月 = 4200円 800円 × 4回/月 = 3200円

自己負担合計 約 11,600円/月

※料金は目安です

介護申請せずに必要なサービスを利用できる例

在宅生活シミュレーション 事例4：要支援のケース

事例4)

要支援2、70歳代男性 高齢者世帯
急性期・回復期病院退院後、
診断：脳梗塞、右麻痺

ADL：一部介助

入院中はリハビリを実施するも、帰宅後何もしない毎日が続き、転倒が目立つようになった。入浴への恐怖心あり

事例4		月	火	水	木	金	土	日
深夜	4:00							
	5:00	予防を目的とし、在宅生活においてもリハビリを継続します。						
早朝	6:00							
	7:00							
午前	8:00							
	9:00							
	10:00							
	11:00							
午後	12:00							
	13:00							
	14:00							
	15:00	介護予防訪問						
	16:00	(30-60分未満)						
	17:00							
夜間	18:00							
	19:00	予防を目的に30分から1時間の時間で訪問看護を利用し病状観察・入浴介助(見守り含む)等実施できます。服薬管理も可能です。						
	20:00							
	21:00							
	22:00							
深夜	23:00							
	0:00							
	1:00							
	2:00							
	3:00							
	4:00							

※介護負担軽減や介護者休養のために「ショートステイ(短期宿泊)」を利用することもあります。



<週単位以外のサービス>

介護予防福祉用具貸与(レンタル)
・タッチアップ手すり貸与300単位
・歩行器貸与400単位
合計700円/月
(介護保険 1割)

介護保険

介護予防
訪問看護

+

介護予防通所リハ
ビテーション

+

週単位以外
のサービス

794 × 4回/月 = 3176単位

4228/月単位

700/月単位 = 約 81,040円/月

※歩行器(歩行車は除く)は貸与か購入を選択できます。

1割負担の場合 約 8,104円/月

通所サービス利用時の昼食代 = 約 6,400円

(800円 × 8回/月として 自費)

自己負担合計 約 14,500円/月

22

※ショートステイ(短期宿泊)も希望により利用可

※料金は目安です

予防を中心に必要なサービスのみ利用する例

在宅生活シミュレーション

事例5:小規模多機能施設を利用するケース

事例5)

要介護2 80代男性

診断: 左大腿骨頸部骨折、左変形性膝関節症、

ADL: 四脚歩行器で歩行可能、認知症

★小規模多機能施設 利用例★

事例5		月	火	水	木	金	土	日
深夜	4:00							朝食
	5:00							ショート
早朝	6:00							
	7:00							
午前	8:00							
	9:00			訪問介護		訪問介護		
	10:00	入浴	入浴		入浴		入浴	入浴
	11:00	昼食	昼食	訪問リハ	昼食	訪問介護	昼食	昼食
午後	12:00	通所介護	通所介護		通所介護	宅配弁当	通所介護	通所介護
	13:00							
	14:00							
	15:00			訪問介護				
	16:00							
	17:00	夕食	夕食	【調理補助】	夕食	訪問介護	夕食	夕食
夜間	18:00					宅配弁当		
	19:00							
	20:00							
	21:00							
深夜	22:00							
	23:00							
	0:00							
	1:00							
	2:00							
	3:00							
	4:00							

＜週単位以外のサービス＞
介護予防福祉用具
・四脚歩行器
※4脚歩行器は福祉用具の選
択制導入により貸与料購入を

訪問介護で
服薬確認、
配食、
調理、
掃除、
排泄介助、
買い物等実施

ショートステイ(短期宿泊)



介護保険 小規模多機能施設利用の場合 月定額 + 訪問リハ + 週単位以外のサービス
(相談により必要なサービスを組みます)
= 約235,450円/月

通所介護

訪問介護

ショートステイ

1割負担の場合 約23,545円/月

自費分 食事代 朝食 昼食 夕食 宅配弁当 + 光熱費
= 約 59,592 円/月

自己負担合計 約 80,100円/月

▼小規模多機能型施設は、サービスを何回使っても定額です。相談の上上記例のように、必要なサービスを組み込みすることができます。

※料金は目安です ※料金設定は施設により異なります

在宅医療・介護関連職種や機関等紹介・説明
～かかりつけ医～

かかりつけ医は、在宅医療のキーパーソンです。日々の健康管理や療養指導、必要に応じ高度な医療を提供する病院や専門病院を紹介します。また、通院が困難な人に対して在宅療養支援診療所として「訪問診療」や「往診」を行っている診療所もあります。

訪問診療を希望する場合は、かかりつけ医に相談か、訪問診療対応一覧(別添A-1)をご覧ください。

訪問診療

- ・在宅で療養等通院が困難な人に対して医師が計画的、定期的に自宅を訪問し診療を行います。

往診

- ・在宅で療養等通院が困難な人に対し、患者の希望や病状の急変などに対し、不定期に自宅を訪問し診療を行います。

●悪くなってからではなく、日頃からの健康管理そして、在宅医療が必要になった時にも、スムーズに安心して訪問診療してもらえるよう『かかりつけ医』をもつように周知していきましょう。



在宅医療・介護関連職種や機関等紹介・説明

～かかりつけ歯科医～

歯科診療所の中でも、通院が困難な人に対して、**歯科医師が自宅を訪問**して治療や口腔衛生指導など行う「**歯科訪問診療**」を行う診療所もあります。医療保険・介護保険によって利用できます。

訪問による歯科診療希望がある場合は、かかりつけ歯科医に相談か、湖西市の訪問歯科診療対応一覧（別添A-2）をご覧ください。

<訪問歯科>

**口腔内の診察
う歯・歯周病治療
入れ歯の作製・調整
口腔内清掃
誤嚥防止訓練 等**

訪問により継続的な口腔機能の維持管理ができます。

ご相談ください。

日頃から「**かかりつけ歯科医**」を持つように周知しましょう。



在宅医療・介護関連職種や機関等紹介・説明
～かかりつけ薬局～

在宅療養等通院が困難な人に対し、**薬剤師が自宅**を訪問して、薬の相談・説明・服薬管理等行う体制（訪問薬剤管理指導）が整えられている薬局があります。

医療保険・介護保険によって利用できます。

かかりつけ医と同じように、日頃から薬の一元管理ができるよう「**かかりつけ薬局**」を持つことを進めていきましょう。

訪問による薬剤管理指導を希望する場合は、「かかりつけ薬局」や湖西市対応薬局一覧(別添A-3)を参考に相談しましょう。

<薬剤師>

- ・処方せん調剤、服薬指導
- ・薬の重複や飲み合わせ(相互作用)の未然防止
- ・薬の効果の確認、副作用の未然回避
- ・服薬管理や残薬管理
- ・医薬品・衛生材料の説明・指導・販売
- ・健康に関する様々な相談

日頃から「**かかりつけ薬局**」を持つよう周知していきましょう。

医薬品等の問い合わせは、お薬手帳に記載のある「**かかりつけ薬局**」にご相談ください！



在宅医療・介護関連職種や機関等紹介・説明

～訪問看護～

☆ 看護師・リハビリ職（理学療法士・作業療法士）

在宅療養等通院が困難な人に対し、看護師、理学療法士が訪問します。24時間対応し在宅で安心した療養生活を送れるよう支援します。

■訪問看護サービス内容

病状・健康状態の管理

- ・定期的に病状及び健康状態の観察、症状に応じたアドバイスを行い変化を早期発見できるようにします。
- ・体温、脈拍、血圧、酸素飽和度、病状観察等

医療処置・治療上の看護

- ・医師の指示の下に必要な医療処置を行います。
- ・点滴、注射、吸引、経管栄養、人工肛門、尿道カテーテル、浣腸、在宅酸素、人工呼吸器、持続点滴IVH等

リハビリテーション

- ・療養生活に合わせたリハビリテーションを行います。
- ・運動機能及び日常生活動作の回復・維持・向上の訓練、関節拘縮予防、合併症予防、床ずれ予防等

療養上のお世話（環境調整と支援）

- ・療養生活に必要な援助とアドバイスを行います
- ・食事、排泄、入浴、洗髪、清拭等清潔ケア、口腔ケア、床ずれケア、排泄処置や指導、服薬管理 等

家族の相談・支援

- ・介護負担の軽減や不安軽減等精神的サポートを行います。
- ・24時間連絡対応等

認知症看護

- ・認知症への理解支援や健康状態観察、服薬管理、周囲とのコミュニケーションがスムーズにいくようなサポートを行います。

精神疾患看護

- ・健康状態の観察、服薬管理、生活面や精神的サポートも行います。

ターミナルケア

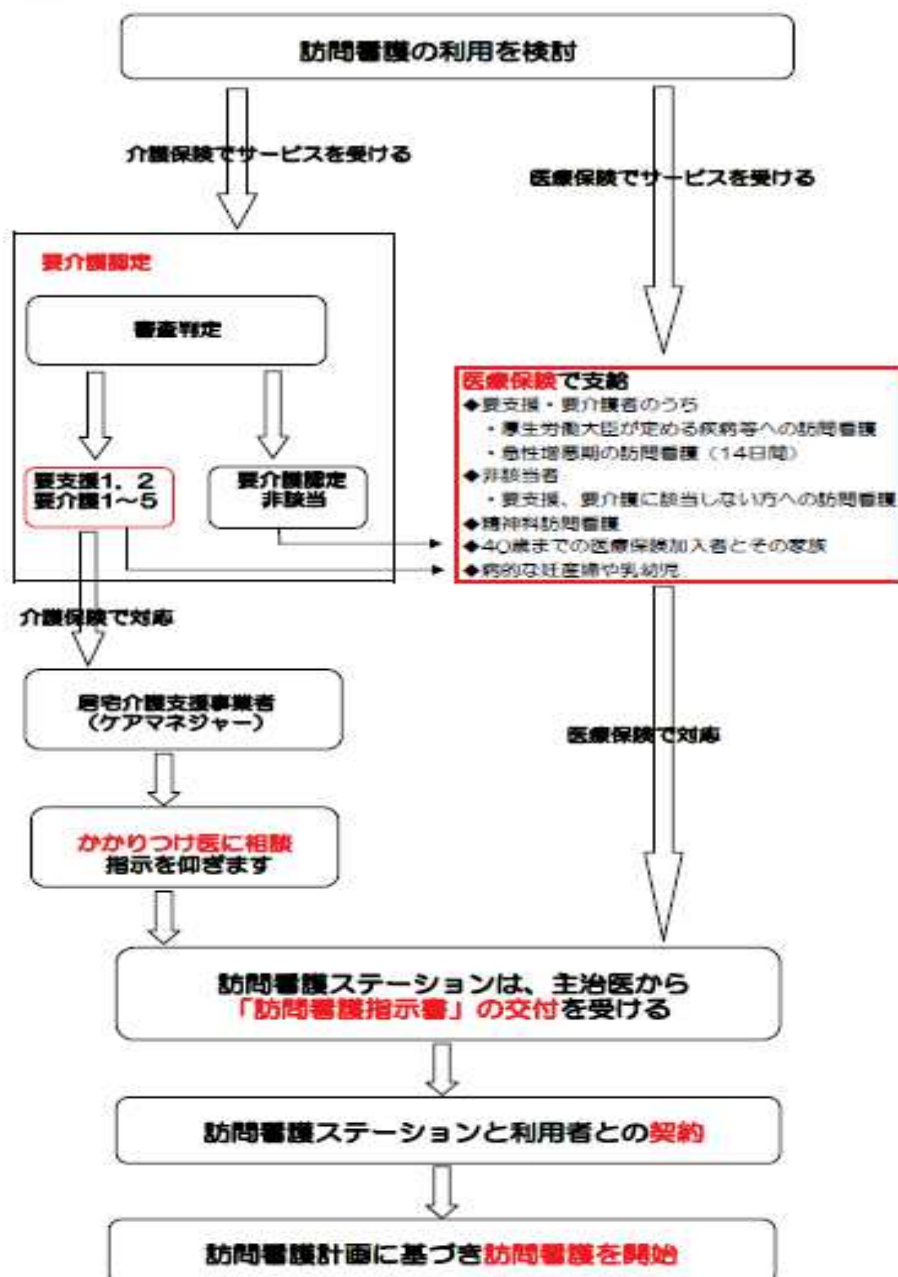
- ・利用者及び家族が望む生き方を全うできるよう支援します。家族への看取りから看取り後のケアを行います。
- ・予後予測に基づく段階的看取りの準備や教育、痛み緩和、24時間対応体制等 緩和ケア、終末期ケア等

在宅医療・介護関連職種や機関等紹介・説明

～訪問看護 2～

☆ 看護師・リハビリ職（理学療法士・作業療法士）

II 訪問看護のしくみ



図引用： 静岡県訪問看護ステーション協議会「訪問看護活用ガイド」

在宅医療・介護関連職種や機関等紹介・説明

～訪問看護 3～

☆ 看護師・リハビリ職（理学療法士・作業療法士）

■介護保険の訪問看護

1. 65歳以上で要支援、要介護認定者
2. 40歳以上65歳未満で16の特定疾患に当てはまり、要支援、要介護認定者

■医療保険の訪問看護

1. 介護保険対象外、末期の悪性腫瘍・難病・人工呼吸器など（厚生労働大臣が定める疾患）
2. 病状悪化により医師の特定指示が出された場合

<訪問看護>

☆いずれもかかりつけ医による「訪問看護指示書」のもとにケアを行います。

☆訪問看護は訪問看護を必要とするすべての人が対象で介護者の方の相談にも応じます。



在宅医療・介護関連職種や機関等紹介・説明

～訪問リハビリテーション～

☆ リハビリ職（理学療法士・作業療法士・言語聴覚士）

訪問リハビリテーションとは

通常病院や診療所、介護施設等で受けられるリハビリを自宅でもできるように、理学療法士や作業療法士言語聴覚士が訪問するサポートです。通院・通所が困難で、主治医と相談した結果、訪問リハビリが必要と判断された場合に利用できます。リハビリによって運動機能の改善や日常生活が送りがよくなることで生活の質（QOL）の向上を目指すことも目的の1つです。自宅に担当者が訪問することで、通院・通所だけでは見えづらかった日常生活を送る自宅環境も把握できます。

■訪問リハビリのサービス内容

- 身体機能回復・維持を目指した訓練
筋力トレーニング、関節を柔らかくするための可動域訓練
- 日常生活における動作訓練
歩行や寝返り、起きる・立つ・座るといった動作訓練
- 生活動作における訓練
食事（嚥下）、排泄（トイレ）、着替え、発声などの訓練
- マッサージ
症状で見られる麻痺や褥瘡を解消するためのマッサージ
- 福祉用具の選定
一人ひとりに適切な福祉用具の選定と、活用方法などのアドバイス

この他にも、住宅改修に関するアドバイスからご家族への介助方法にまつわる指導・アドバイスなども提供

必要に応じてリハビリには多岐にわたる専門職が連携し、最適なリハビリを提供

在宅医療・介護関連職種や機関等紹介・説明

～訪問リハビリテーション 2～

☆ リハビリ職（理学療法士・作業療法士・言語聴覚士）

1. かかりつけ医・居宅介護支援事業所に相談します。

2. サービス事業所が確定後、再度かかりつけ医にリハビリテーションが必要かどうか判断してもらいます。➡ 診療情報提供書（訪問リハビリテーション指示書作成）。

3. かかりつけ医にリハビリテーションが必要と判断されると、担当ケアマネジャーとリハビリ担当者とは連絡をとります。

4. リハビリ開始前に療法士がご自宅にうかがい生活状況や身体機能・リハビリの必要性などの評価を行います。

5. リハビリ担当者が目標をたて、ケアマネジャーと相談し、介護給付額などを考慮した上で利用者様の希望に寄り添ったケアプランを作成し、当事業所と契約します。

6. 訪問リハビリ開始。

★介護保険

（1回20分以上）1週に6回を限度に提供。訪問リハビリテーション指示書（訪問リハビリテーション情報提供書）を3か月に1回発行してもらう必要あり。

★医療保険

退院後3か月間は週12単位（240分が上限）。訪問リハビリテーション指示書（訪問リハビリテーション情報提供書）を1ヶ月に1回発行してもらう必要あり。1回（20分以上）週6回を限度に提供。

- ・介護保険の認定を受けていないもの（例外あり）
- ・在宅で療養を行っている患者
- ・通院が困難なもの（原則訪問診療）
- ・毎月（訪問）診療

利用時間の例外）

- ①末期の悪性腫瘍患者は算定制限なし
- ②退院日から起算して3か月以内の患者は、週12単位まで
- ③急性増悪時には1日4単位まで

※原則要介護認定を受けている利用者は介護保険が優先。しかし65歳未満や65歳以上でまだ要介護認定を受けていない場合は医療保険で利用。

在宅医療・介護関連職種や機関等紹介・説明

～市立湖西病院 地域・利用者支援センター絆～

令和6年9月より、入退院支援部門の名称を地域・利用者支援センター絆と変更し、在宅療養支援・病診連携へのご相談を集約することで、院内外のも職種支援者との連携を強化し、タイムリーな対応に努めております。

また、西3階の地域包括ケア病棟においては、回復期機能を有し、在宅に向けた療養支援や緩和ケア・レスパイト入院への対応にも取り組んでいます。

今まで以上に患者さんやご家族の思いを大切にし、安心して療養し、退院いただけるよう在宅支援室看護師とMSWが支援いたします。

また、外来においても、入院前からの在宅療養支援の強化を図っており、外来通院中に自宅での生活状況を確認しながら、問題点のスクリーニングを実施し、早期の段階から医師・外来看護師・ケアマネジャー・訪問看護師等支援者と問題共有を行い、解決策を共に考え、対応してまいります。

入院時には、外来での情報からスムーズな治療や支援につなげていきます。患者さん・ご家族の退院後の生活をイメージしながら、「生活者」として退院後の生活をどのようにしたらよいか、一人ひとりの思いや状況に合わせた在宅医療について共に考えます。また地域の医療機関、訪問看護ステーション、福祉・介護サービス機関とも連携できるよう調整の窓口となり、退院の準備を行います。緩和ケアの患者さんの病状によっては、退院後の訪問診療やレスパイト入院など、安心して自宅での生活が送れるよう、いつでも入院可能な体制をとっています。退院後も外来受診時には在宅での様子を伺い、自宅で困っていることや新たな問題が発生した場合には、訪問看護師やケアマネジャーへ情報提供し、引き続き外来支援を行ってまいります。

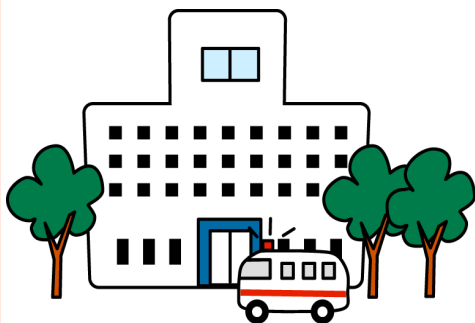
その他、療養上の相談や介護相談等も行っており、病気や障害があっても、自分らしく生活ができるよう、医療・介護・在宅環境等を地域の方々と協力して調整・支援をさせていただいております。

市立湖西病院 地域・利用者支援センター絆

・在宅支援科 TEL/FAX 053-574-3220

・病診連携室 TEL 053-576-1240
FAX 053-575-0120

E-mail :
info@hospital.kosai.shizuoka.jp



在宅医療・介護関連職種や機関等紹介・説明

～市立湖西病院

退院調整・在宅支援イメージ～



退院調整

病棟カンファレンス

患者・家族と面談

在宅希望

- ・地域包括支援センターやケアマネジャーと情報交換

- ・退院前カンファレンス
在宅でのサービスを整える

施設・療養型病院希望

- ・紹介状を医師に依頼
- ・施設や病院の相談員へ紹介状を送り情報提供する
- ・空床状況や待機期間・面談日時など連絡調整し、病棟へ情報提供する

地域包括ケア病棟で退院準備

退院



在宅支援

病棟カンファレンスで退院調整が必要な患者の情報交換

患者・家族と面談

- ・在宅療養や介護で困る事や心配なことはないか確認
- ・介護サービスについて説明
- ・住環境について相談

ケアマネジャーとの連絡調整

ケアマネジャー面会

退院前カンファレンス

- ・サービス調整
- ・福祉用具の準備
- ・訪問看護や往診の調整など

退院



在宅医療・介護関連職種や機関等紹介・説明

～浜名病院 医療福祉相談室・地域連携室～

外来診察、入院についてご希望やご質問がございましたら窓口となり、安心して受診・入院ができるように支援いたします。

患者様やご家族が望まれる生活ができるよう、主治医、看護師、ケアワーカー、リハビリ職員、管理栄養士、薬剤師等院内職員とともに一緒に考え、必要に応じて制度のご紹介もいたします。担当ケアマネジャー様、デイサービスや訪問看護等サービス事業所の皆様、入所施設の担当者様、患者様と関係する皆様と連携し、情報共有を行い、「地域で生活される方」として在宅療養中の方も入院患者様であれば入院中から退院後まで安心して安全に生活することができるようお手伝いさせていただきます。

また、他の病院から浜名病院に変わりたい、浜名病院から他の病院に紹介を希望される患者様についても窓口となり、他の医療機関のご紹介や必要に応じて他の病院への予約もおとりしております。

一般病床、医療療養病棟、地域包括
ケア病床、浜名病院介護医療院があり
ます。

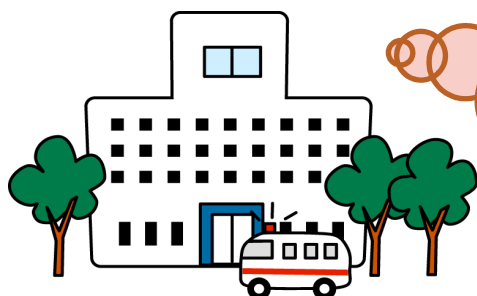
『レスパイト入院』の対応も可能です。

連絡先

浜名病院 医療福祉相談室・
地連携室

TEL 053-522-7500(直通)

FAX 053-577-2925(直通)



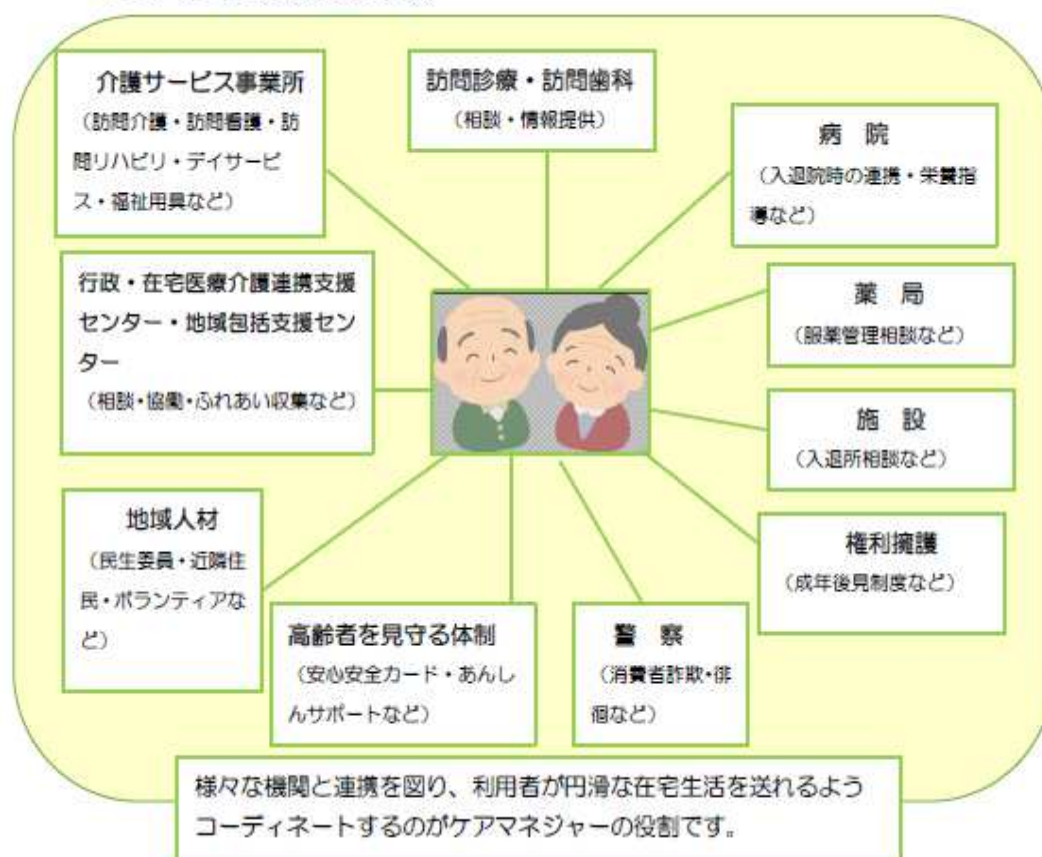
在宅医療・介護関連職種や機関等紹介・説明 ～介護支援専門員（ケアマネジャー）１～

介護支援専門員（ケアマネジャー）

ケアマネジャーは介護に関する専門職であり、福祉や保健医療の分野での実務経験がある人が取得できる公的資格で、正式には「介護支援専門員」といいます。

ケアを必要とする方の希望や心身の状態等を考慮して、自立した日常生活を営むために最適なケアが受けられるよう、総合的なコーディネートやマネジメントをするのが主な仕事です。

具体的な業務は、利用者との面談、ケアプランの作成、介護サービスを提供する施設や事業所との調整、行政、医療機関、地域との連携モニタリングの実施などです。



在宅医療・介護関連職種や機関等紹介・説明 ～介護支援専門員（ケアマネジャー）2～

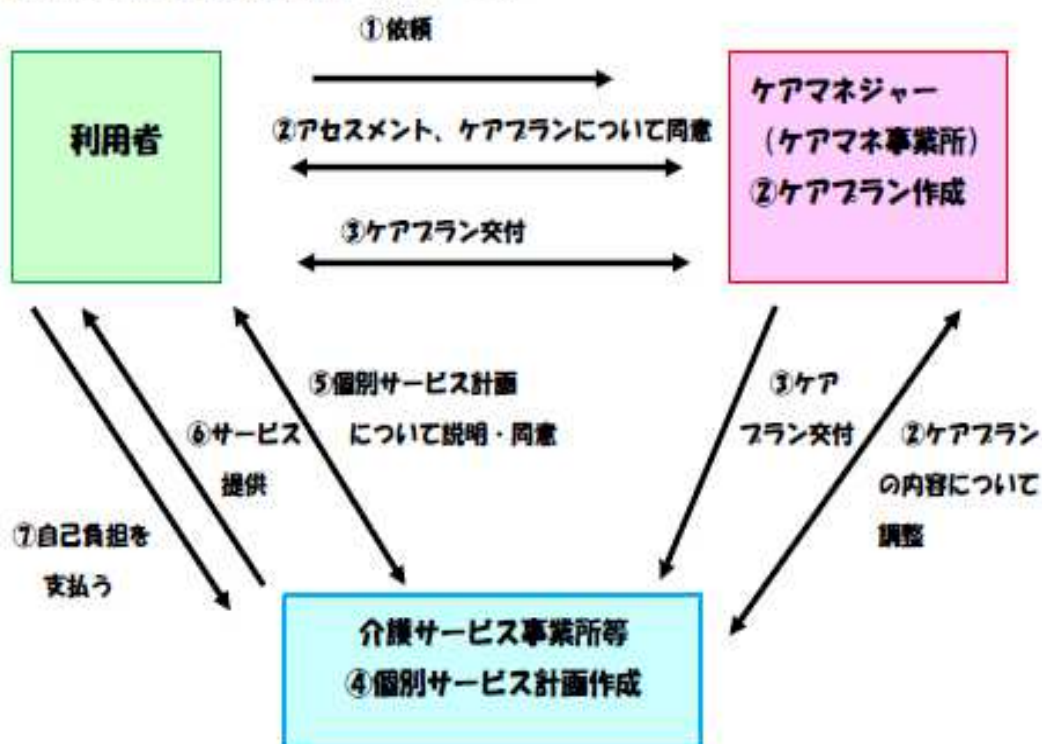
■業務内容

居宅※における業務と施設などにおける業務に大きく分けられます。

（1）居宅における業務

要介護者や要支援者の人の相談を受け、ケアプランを作成するとともに、居宅サービス事業者等との連絡調整や、入所を必要とする場合の介護保険施設への紹介などを行います。 ※居宅＝居宅介護事業所（ケアプランを作成する介護サービス事業所）

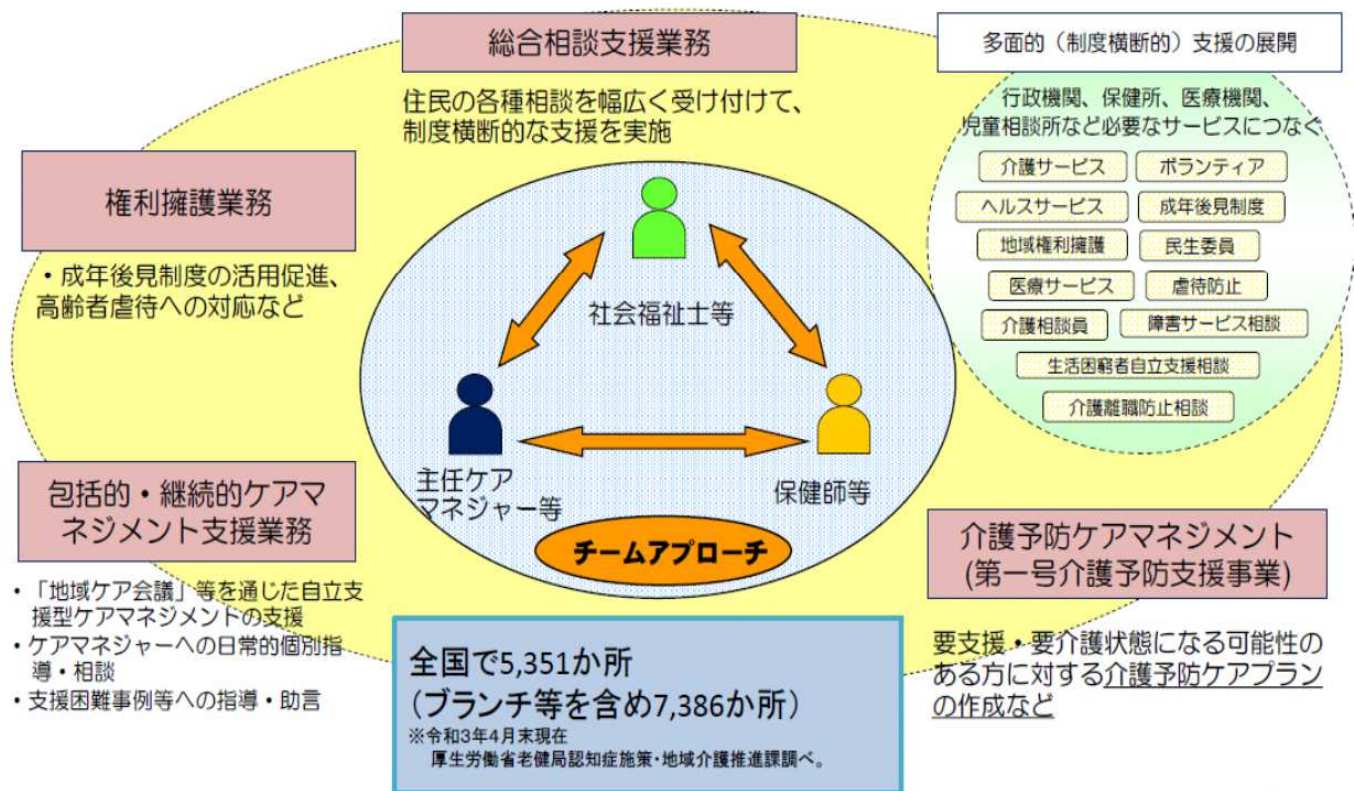
居宅における業務の流れ（イメージ）



参考：厚生労働省資料

在宅医療・介護関連職種や機関等紹介・説明 ～地域包括支援センター～

地域包括支援センターは、市町村が設置主体となり、保健師・社会福祉士・主任介護支援専門員等を配置して、住民の健康の保持及び生活の安定のために必要な援助を行うことにより、地域の住民を包括的に支援することを目的とする施設。（介護保険法第115条の46第1項）



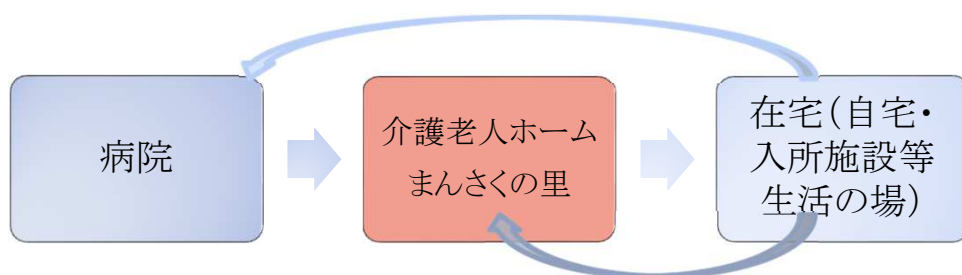
★湖西市の地域包括支援センター（委託4箇所）

- ・地域包括支援センター 湖西白萩（家族支援強化型）
- ・地域包括支援センター 光湖苑
- ・地域包括支援センター 恵翔苑
- ・地域包括支援センター 燦光

認知症相談も！
・認知症初期集中支援チーム
・認知症地域支援推進員
も包括に配置されています！

介護老人保健施設とは、要介護者であって、主としてその心身の機能の維持回復を図り、居宅における生活を営むことができるようにするための支援が必要である者に対し、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことを目的とする施設です。

-
- 利用者に応じた支援計画を立て、必要な医療・看護・介護・リハビリテーションをチームで提供し支援する**包括的ケアサービス施設**
 - 体力・基本動作能力獲得・活動や参加の促進・家庭環境調整等生活機能向上を目的にリハビリテーションを提供する、機能維持・改善の役割を担う**リハビリテーション施設**
 - 脳卒中・骨折・認知症・廃用症候群等による個々の状態に応じ多職種によるチームケアを行う、**在宅復帰、在宅療養支援のための地域拠点となる施設**
 - 自立生活継続のため介護予防に努め、入所・通所・訪問リハビリ等を提供し、他サービス機関と連携し家族介護負担の軽減にも努める**在宅生活支援施設**
 - 家族や地域住民との交流・情報提供・ケア相談等を行う他、市町村や各種事業所・保健・医療・福祉機関などと連携し、地域と一体となったケアを行う**地域に根ざした施設**



在宅にいたるがフレイルを改善したい！等も可能

在宅医療・介護関連職種や機関等紹介・説明 ～介護サービス事業所 *在宅サービス* ～

■在宅サービス

湖西市で利用できるサービスは○印のあるサービスです。

※総合○は、介護認定がなくてもチェックリストで対象となれば利用可能な湖西独自サービス

	サービス種類と内容	湖西市
訪問	訪問介護（ホームヘルプ）	○
	訪問入浴介護	○
	訪問リハビリテーション	○
	訪問看護	○
	居宅療養管理指導	○
	訪問型サービスA	総合○
通所	通所介護（デイサービス）	○
	通所リハビリテーション（デイケア）	○
	通所型サービスA	総合○
	通所型サービスC	総合○
短入所	短期入所生活介護/短期入所療養介護（ショートステイ）	○
	特定施設入居者生活介護	
支える	福祉用具貸与・特定福祉用具販売・住宅改修費支給	○

在宅医療・介護関連職種や機関等紹介・説明

～介護サービス事業所 *地域密着型サービス*～

地域密着型サービスには下記のような種類があります。原則として、**他の市町の地域密着型サービスは利用できません。**（湖西市在住者は湖西市の事業所のみ利用可）

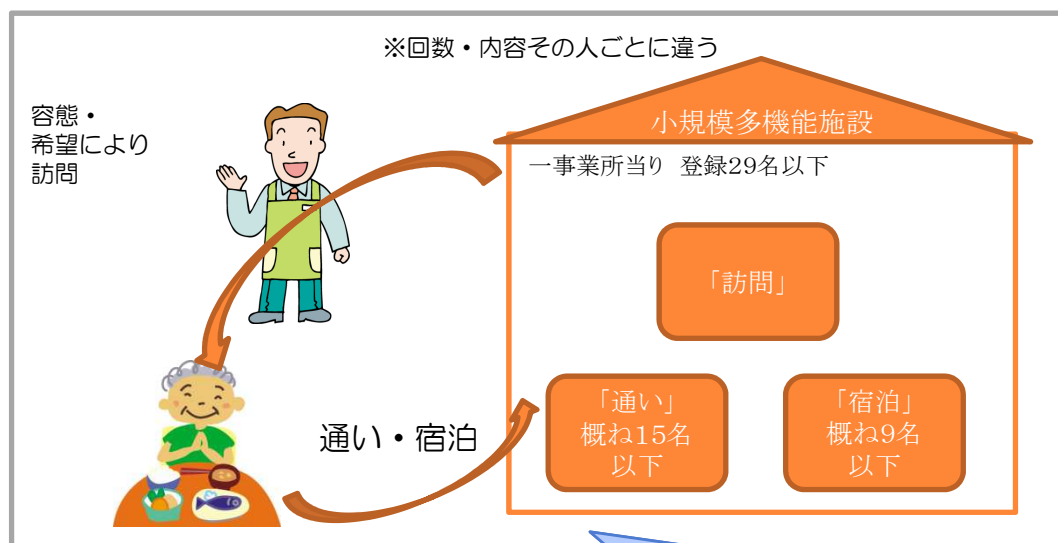
湖西市で利用できるサービスは○印のある施設です。

サービス種類と内容		湖西市
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	日中・夜間複数回の定期訪問と随時対応で一体的に介護と看護を提供	
小規模多機能型居宅介護	選択に応じ通い・訪問・泊りを組み合わせて提供	○
夜間対応型訪問介護	24時間巡回や通報システムによる夜間専門訪問介護	
認知症対応型通所介護	認知症対象の専門的な通所介護	○
看護小規模多機能型居宅介護	小規模多機能型居宅介護と訪問看護を組み合わせ提供	
認知症対応型共同生活介護（グループホーム）	認知症の人が共同生活する住宅でサービス提供	○
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	定員29人以下の小規模な介護老人福祉施設入所者のための介護サービス※原則新規者は要介護3以上	○
地域密着型特定施設入居者生活介護	定員29人以下小規模介護専門型特定施設入所者のための介護サービス	
地域密着型通所介護	定員18人以下小規模通所介護	○

在宅医療・介護関連職種や機関等紹介・説明
～介護サービス事業所 *小規模多機能サービス*～

前頁の地域密着型サービスの内小規模多機能型居宅介護サービスの概要を紹介をします。

小規模多機能型居宅介護とは
「通い」「訪問」「宿泊」を組み合わせサービスを提供します。住み慣れた在宅生活を中心にその方に合わせた回数・内容を組み合わせます。通いの間に買い物や入浴等の組み合わせが可能です。
費用は回数ではなく、介護度に応じた月極めです。
サービスの管理はサービス事業所に配属されたケアマネジャーが一元的に行います。



日頃の様子をよく知っている、顔なじみの職員が訪問・宿泊介助をするので安心！

▼サービス内容

入浴・排泄・食事等介護、調理・洗濯・掃除等家事生活等に関する助言・相談、健康状態確認、リハビリテーション他

▼費用

介護度に応じ、国指定月額設定あり
何回、何を利用しようと金額は同じ

※日常生活費（食費・宿泊費・おむつ代等）などは別途

在宅医療・介護連携 関係参考資料
在宅医療対応調査（在宅医療情報データベース）

★参考資料番号 A 資料は別添

在宅医療対応一覧 前年度10月時点
アンケート調査結果

- A-1 市内医療機関（医師会員）
- A-2 市内歯科医院（歯科医師会員）
- A-3 市内薬局（薬剤師会員）
- A-4 市内施設・介護サービス事業所

※印刷する場合、
A3用紙
をお勧めします。

★訪問診療・往診をしてくれる病院や歯科医院や薬局
が知りたい！

★訪問診療では医療行為等何がどこまでやってもらえる
の？

★施設でできる医療行為等はどこまで？ 等々

在宅医療状況の詳細を調査し一覧にしました。
毎年調査更新予定です。

ご活用ください。



在宅医療・介護連携 関係参考資料
情報共有様式

★参考資料番号 B

資料は別添

- B-1 入院情報提供書（ケアマネ⇒医療機関へ）
- B-2 主治医相談票（⇒かかりつけ医へ）
- B-3 歯科相談用FAX送信票（⇒かかりつけ歯科医へ）
- B-4 もの忘れ連絡票～認知症疑～（⇒医師へ）
- B-5 訪問看護入退院連携シート（訪看⇒医療機関へ）
- B-6 訪問看護指示書・在宅患者訪問点滴注射指示書（医療機関⇒訪問看護）
- B-7 訪問薬剤管理指導指示書（医療機関⇒薬局用）
- B-8 訪問薬剤管理指導・お薬相談希望書
（事業所・ケアマネ等⇒薬局用）
- B-9 担当ケアマネ情報書
- B-10訪問リハビリテーション診療情報提供書（指示書）

※以外の共通様式があれば、連携センターへ情報ください。

☆各団体にて修正追加があった場合は、連携センターへご一報ください。
新しい情報に更新いたします。

■データ送信先

件名：「在宅医療・介護連携支援センター宛情報提供」

メール：kourei@city.kosai.lg.jp

★シズケアシステムの活用を！！

問い合わせ先

静岡県医師会（シズケアサポートセンター）

直通 ☎054（246）8060

又は県医師会ホームページ参考

在宅医療・介護連携 関係参考資料
施設等一覧（参考）

★参考資料番号 C 資料は別添

- C-1 市内医療機関（医師会員）
- C-2 市内歯科医院（歯科医師会員）
- C-3 市内薬局（薬剤師会員）
- C-4 市内地域包括支援センター
- C-5 市内介護サービス事業所（施設含む）
- C-6 近隣施設
- C-7 認知症病院一覧
- C-8 市内居宅介護支援事業所
- C-9 市内介護保険以外施設含む
施設所在地一覧

ご活用ください。

在宅医療・介護資源マッ
プもご活用ください。

[http://opendatahamanak
o.github.io/caremap2/](http://opendatahamanak
o.github.io/caremap2/)



在宅医療・介護連携 関係参考資料
湖西市在宅医療介護関連問い合わせ先・窓口

相談内容	問い合わせ先		TEL番号
認知症相談 高齢者相談	地域包括支援センター (認知症初期集中支援チーム)	湖西白萩 光湖苑 恵翔苑 燦光	053-573-2050 053-577-5455 053-595-1114 053-594-7474
高齢者虐待	地域包括支援センター	上記	上記同様
	高齢者福祉課		053-576-1212
精神障害相談 (身体・知的含む)	湖西市障がい者相談支援センター「みなづき」 (おぼと内)		053-576-4796
介護保険申請	高齢者福祉課		053-576-1104
自立支援申請	地域福祉課		053-576-4532
生活保護相談申請	地域福祉課		053-576-1295
法律相談 司法書士相談	社会福祉協議会		053-525-6667
成年後見制度 に関する相談	中核機関 (湖西市社会福祉協議会)		053-594-5511



※参考 静岡県在宅医療・介護連携情報システム
(シズケア＊かけはし)

① 患者・利用者情報共有機能

患者やサービス利用者単位で、施設・事業所間による「在宅チーム」を形成し、日常業務に負担なく必要な情報の共有を実現

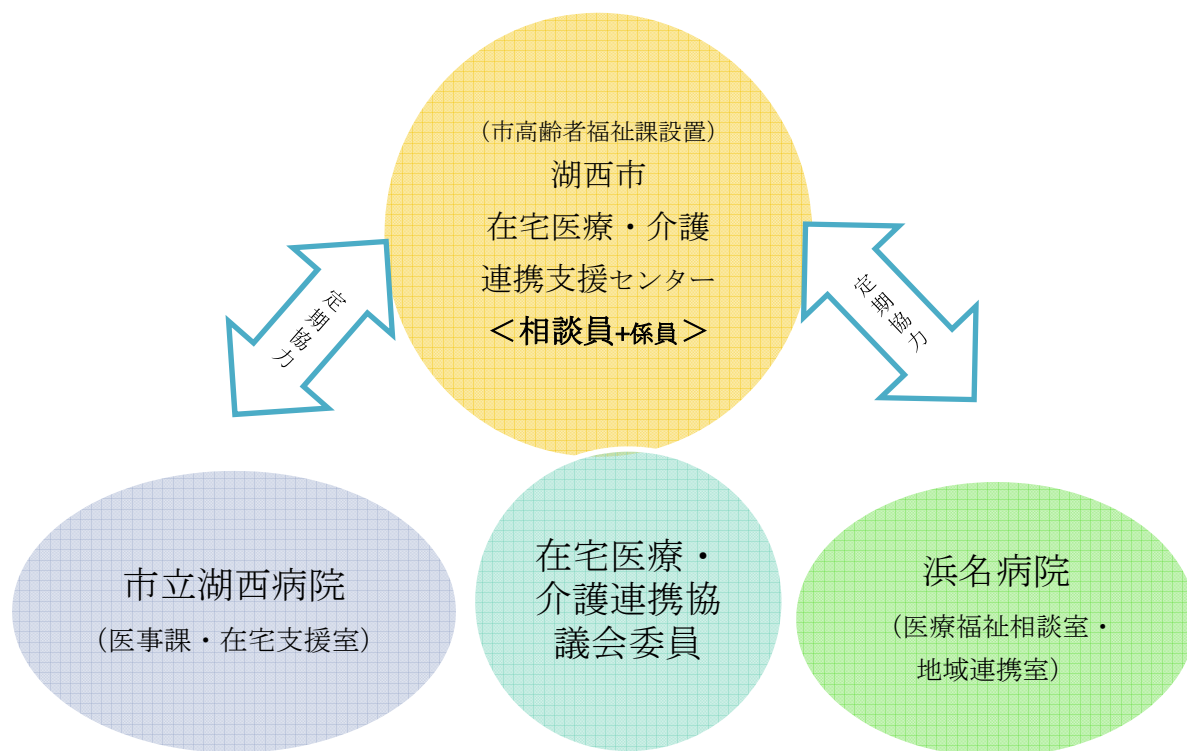
※「在宅チーム」とは・・・

患者やサービス利用者ごと、情報共有が必要として主治医が登録を認めた施設・事業所により構成されたチームをいいます。



湖西市在宅医療・介護連携支援センター

愛称「連携支援センター“縁(ゆかり)”」



＜＜連携支援センター“縁(ゆかり)”の実施内容＞＞

専門職からの(介護保険対象者に関する)

- ・在宅医療・介護連携に関する相談及び情報提供
- ・在宅医療と介護に関する情報調査
- ・当市にある連携のための共通書式、資源マップ情報提供、
情報共有システム紹介、シズケアシステム相談・サポート
- ・地域包括支援センターとの連携

TEL 053-576-4900



おわりに

在宅医療・介護の需要が今後どんどん増す中、何から取り組むべきか、どんなことが必要なのか等、医療介護連携推進協議会でも検討し、そのような中、在宅医療・介護の情報不足についての課題が上がってきました。まずこの課題を解決すべく、調査、集約、共有に乗り出し、そしてこの冊子が出来上がりました。



「湖西で あんきに 暮ら住まい」

この姿をめざし、専門職である皆様方が少しでも、少しずつでも、できることから取り組んでいただけたら、湖西市で住み続けられる可能性と選択肢が徐々に増えるのではないのでしょうか。

この冊子も随時更新し新しい情報に変更していく予定であります。新しい情報やご意見がございましたら是非

『湖西市在宅医療・介護連携支援センター』

☎ 053-576-4900 にご連絡ください。

取り組むべき課題は沢山ありますが、地道に取り組んでまいります。今後ともご理解とご協力をよろしくお願いいたします。

企画：湖西市在宅医療・介護連携推進協議会
発行：湖西市 高齢者福祉課
湖西市在宅医療・介護連携支援センター