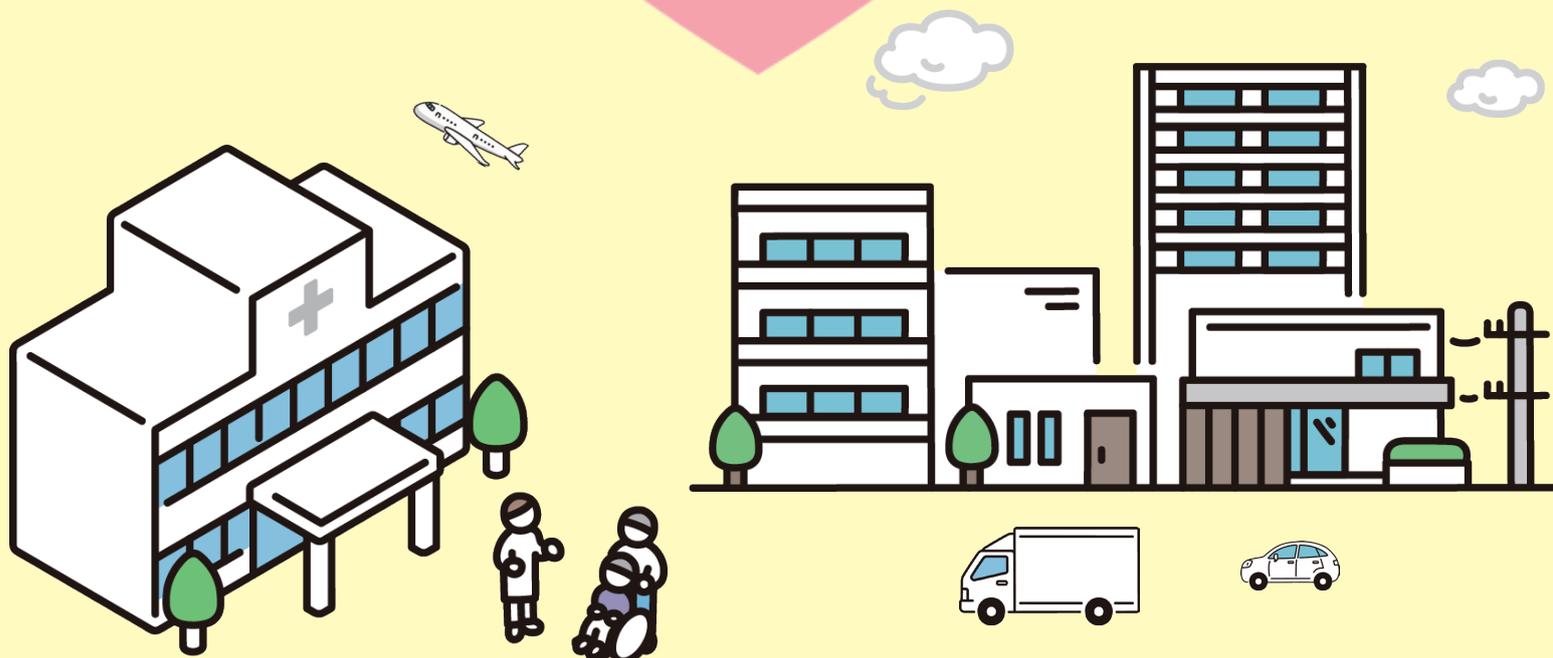


多職種連携 まるわかりBOOK



新居浜市
在宅医療・介護連携推進協議会

はじめに

令和5年4月1日現在、本市の高齢者人口37,328人となり総人口114,886人と比較いたしますと、約3人に1人が高齢者という超高齢社会を迎えています。

平成27年度に介護保険法が改正され、高齢者が住み慣れた地域で生活を継続できる「地域包括ケアシステム」を構築するために、医療・介護・生活支援・介護予防分野にわたる地域支援事業の充実が求められるようになり、在宅医療・介護連携推進事業についても具現化されることになりました。

本市においてもそれに沿った形で平成27年度から準備をすすめ、平成30年度より事業を開始しています。

令和2年度より、平成30年度に作成した課題整理表の見直しを行い、新居浜市が目指す4つの姿に整理しました。

その1つが『職種・所属・業務内容によって考えや必要な情報が異なることを互いに理解し合うことができる機会がある』ということから、関係職種・機関の役割と必要な情報を整理、開示、共有することができるような情報共有冊子の作成を行ってきましたが、このたび多くの関係者のご協力のもと完成することができました。

新居浜市で働く医療・介護関係者の方々が、互いの職種の役割や考えの理解を深め、お互いに連携しやすい関係を築けるよう参考にいただき、医療・介護関係者の方々の地域連携における一助となれば幸いです。

目 次

◆各専門職の役割

医師	1
歯科医師	3
薬剤師	5
訪問看護師	7
リハビリ職	9
介護支援専門員（ケアマネジャー）	11
訪問介護員（ホームヘルパー）	13
施設	15
在宅医療・介護連携担当協力機関（医療ブランチ）	17
地域包括支援センター	19
在宅医療・介護略語集	22

医師



在宅における役割・仕事内容

主たる仕事内容は、診断と治療方針の決定です。

最期まで在宅を希望された場合には、看取りも医師でなければなりません。

医療行為については、訪問看護師へ依頼する処置と医師が直接行う処置があります。

(例) 医師：感染・出血の処置や褥瘡壊死部の外科的切除等

訪問看護師：バルーン交換や褥瘡の処置等

種類	概要	保険
往診	<u>急性疾患</u> で、来院できない患者さんの要請を受けて、医師がその都度自宅へ行って診療を行うことです。 <u>突発的な病状の変化</u> に対して、救急車を呼ぶほどではない場合などにかかりつけ医に依頼して来てもらうもので、基本的には困ったときの臨時の手段です。	医療保険
訪問診療	<u>慢性疾患</u> 、老衰などの理由で来院できない患者さんに対し <u>定期的かつ計画的に訪問し</u> 、診療、治療、薬の処方、療養上の相談、指導等を行います。最初は往診であっても、その後訪問診療に切り替えることもあります。	医療保険
居宅療養管理指導	医師・歯科医師・薬剤師・管理栄養士・歯科衛生士などの医療の専門家が定期的に来てくれ、 <u>療養上の健康管理や健康維持についての指導や相談</u> をしてくれるもので、診療等の医療サービスを行うものではありません。	介護保険

日本訪問診療機構 ホームページ 参考

連携する際のポイント

- ・診療時間の都合上、訪問介護員と時間を合わせての往診が難しく、介護支援専門員や訪問看護師を介してアドバイスすることが多いです。往診時に来てもらい、訪問介護員と直接話ができるとありがたいです。
- ・医療機関によって診療時間や医師の勤務形態が異なり、連絡を取りやすい方法や時間帯が違うので、あらかじめ確認してほしいです。

- ・退院前カンファレンスに医師が誘われないことが多いと感じています。医療的ケアが多い症例（中心静脈栄養、経管栄養、気管切開、オピオイド投与など）の場合、カンファレンスに参加したいことがあるので、日程を決める前に相談してほしいです。
- ・在宅療養中に急性増悪して入院した後、軽快退院する場合に、在宅主治医には連絡がないうまま、退院後の療養場所（施設等）が決定される場合があります。決定する前に病院や介護支援専門員から情報提供や相談をしてもらいたいです。
- ・終末期患者紹介の際に、介護保険の申請がされていない場合や、他職種の関与が全くない場合もみられるため、病院からの連携のタイミングについても検討してもらいたいです。
- ・主治医不在時の看取り等に対応できるように、連携を取っている医療機関もあります。

できる連携・していきたい連携

- ・市外など遠方の医療機関での退院時カンファレンスでは、Webでの参加を検討できる場合もあります。
- ・入院中の終末期の患者さんが退院を希望された場合には、早期退院を受け入れ、在宅療養から看取りにつなげることもできます。

他職種に知っておいてほしいこと

- ・死亡診断書について
看取りの際、往診であっても訪問診療であっても、治療中の疾患で予測できる死であれば、24時間以内に診察を行っていても死亡診断書を書くことができます。
- ・主治医意見書について
介護福祉課に前回の主治医意見書を請求して参考にする方法があります。
外来診察のみで認知機能の低下に気づけないこともあり、関係者から医師に情報を伝えてもらえるとうれしいです。



歯科医師



在宅における役割・仕事内容

- ・自力での通院が困難な人を対象に、歯科医師や歯科衛生士が個人宅や施設等へ訪問し、歯科治療や口腔ケアを行います。
- ・歯や口腔内を健康に保つことは、食べる喜びを持ち続けるといったQOLを高め、誤嚥性肺炎の予防を含め全身の健康状態維持に寄与します。

<訪問歯科診療の主な内容>

- | | |
|--|---------------------|
| ・むし歯治療 | ・歯周病検査、治療 |
| ・義歯の調整、修理、作製 | ・歯冠(詰め物、被せ物)修復、充填 |
| ・抜歯 | ・咬み合わせの調整、治療(義歯を含む) |
| ・口腔ケア、口腔衛生指導……歯科衛生士(DH)を伴う | |
| ・摂食嚥下トレーニング……歯科衛生士(DH)を伴う・言語聴覚士(ST)を伴う(まれ) | |



- ・在宅の要介護者等に対しては、医療保険に優先して介護保険(居宅療養管理指導)を算定します。また、その場合は介護支援専門員へ情報提供をします。
- ・居宅療養管理指導は、介護保険の支給限度額の対象にはなりません。
- ・歯科医師・歯科衛生士が行う居宅療養管理指導は、口腔内の管理・指導を行います。

<居宅療養管理指導の主な内容>

- | | |
|-------------|-----------------------|
| ・義歯の洗浄の仕方 | ・歯ブラシの使い方 |
| ・食事形態のアドバイス | ・食事が摂取できるようなりハビリ(舌トレ) |

<介護保険が優先される訪問先>

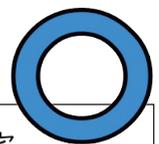
施設(社会福祉施設など)

- ・介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)
- ・介護老人保健施設
- ・介護療養型医療施設
- ・介護医療院
- ・短期入所生活介護(ショートステイ)
- ・歯科のない医療機関(病院・診療所)
- ・障害者支援施設(入所)



在宅

- ・患者居住の戸建住宅・集合住宅
- ・養護老人ホーム
- ・軽費老人ホーム
- ・有料老人ホーム
- ・小規模多機能型居宅介護(宿泊のみ)
- ・グループホーム(認知症対応型共同生活介護)
- ・サービス付き高齢者向け住宅
- ・複合型サービス



連携する際のポイント

- ・訪問歯科診療の利用者が入退院したときは、連絡を取り合しましょう。
- ・主治医や介護支援専門員と連絡を取り合いたいです。
- ・訪問歯科診療時は、実際に口腔ケアを行なっている支援者にできれば同席してほしいです。
- ・外来のスケジュールやほかの訪問診療の予定で身動きが取れない場合がありますので、緊急を要する訪問歯科診療の希望があればご相談ください。

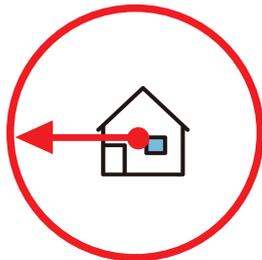
できる連携・していきたい連携

- ・訪問介護員や家族などの同席のもとで口腔ケア・摂食嚥下障害のマネジメント、場合によってはミールラウンド（※）を行っていただければと思います。

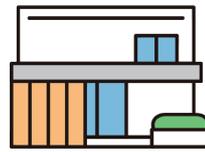
※実際の食事の食べ方を確認して、しっかりと食べて飲み込めているかを評価すること

他職種に知っておいてほしいこと

- 医院を中心とした半径16kmの円内が保険請求できる訪問範囲



- 通所施設・また歯科や口腔外科のある病院に入院している場合は訪問できない



こんなときは訪問を依頼してください。

- ・明らかに口の中のトラブルがあったと思われる。
- ・最近義歯を外すことが多くなった。
- ・食事の時間がいつもより長くなった。
- ・食事の量がいつもより少なくなった。
- ・食事中に箸などを使って口の中を触る仕草が見られるようになった。

- ・歯科に通院できなくなった時に本当は一度歯科医師が訪問して口腔内の所見を診た方がよいと思います。歯科の治療は一度で終了することが少なく何度も通院が必要になります。
- ・施設に入所する前または入所後早急に、かかりつけの歯科医院で検診を受けてもらうとよいと思います。
- ・基本的には介護度が上がると自分でケアができないので、最期まで誰かがケアをしていくことが必要です。

・在宅歯科診療の相談窓口

新居浜市在宅歯科医療連携室 TEL:0897-40-9900

・受付時間 10:00~16:00(月~金) 土・日・祝日・夜間に対応していません。

薬剤師



在宅における役割・仕事内容

- ・本人や家族、医療・介護関係者からの相談を受け、医師の指示のもと、薬剤師の在宅患者訪問薬剤管理指導（医療保険適用）、居宅療養管理指導（介護保険適用）等にて在宅訪問し、薬の説明や管理の方法、飲み方の指導をします。
- ・状況によっては、1包化、粉碎、口腔崩壊錠へ変更等の医師への提案依頼も行います。

連携する際のポイント

- ・訪問の準備をしていたが、当日になり、利用者が入院・配達不要だと分かることがあります。入退院や居所の変更時は、介護支援専門員から連絡がほしいです。

できる連携・していきたい連携

次のようなことがありましたら、近隣の訪問可能保険薬局薬剤師に相談してみてください。



利用者のおくすり手帳を確認すると、多病院受診、多薬局利用が確認された。



飲み合わせや重複投与などを確認し、同効薬等がある場合病院に対して処方薬変更や中止の依頼を提案します。



訪問介護員の訪問時に、処方薬の残薬数量と処方日数に違いがでてきた、飲み忘れ・飲みまちがいがある、薬が飲み込みにくいことが確認された。



薬の不明点・疑問点・飲み合わせ・飲み忘れの対策など、一緒に解決していきます。

病院や診療科ごとにおくすり手帳を分けている利用者がある。重複して内服していないか心配。



複数の手帳を1つの袋にまとめることで、他薬局での処方がわかり薬の重複などを防ぐことができます。ですが、本来は1つの手帳にまとめるのが望ましいです。



何に効く薬なのかわからない、薬を飲み始めてから体調に変化があるとされた。



薬の相談（薬が効きすぎる、薬の効果など）に応じ、丁寧に説明します。



他職種に知っておいてほしいこと

- ・すべての薬局が在宅訪問に対応しているわけではありません。
- ・在宅訪問ができる薬局については、愛媛県薬剤師会ホームページ内の「在宅訪問のできる薬局」のページ内に、「在宅訪問のできる薬局検索システム」があり、地図から市町村名をクリックするか直接市町村名・薬局名を入力することで、近隣の在宅訪問対応薬局詳細が検索できるようになっています。（<https://www.yakuehime.jp/zaitaku/>）
- ・愛媛県薬剤師会 在宅薬局支援センターに問い合わせると、近くの訪問できる薬局を紹介してくれます。

愛媛県薬剤師会 在宅薬局支援センター

TEL:089-941-4165

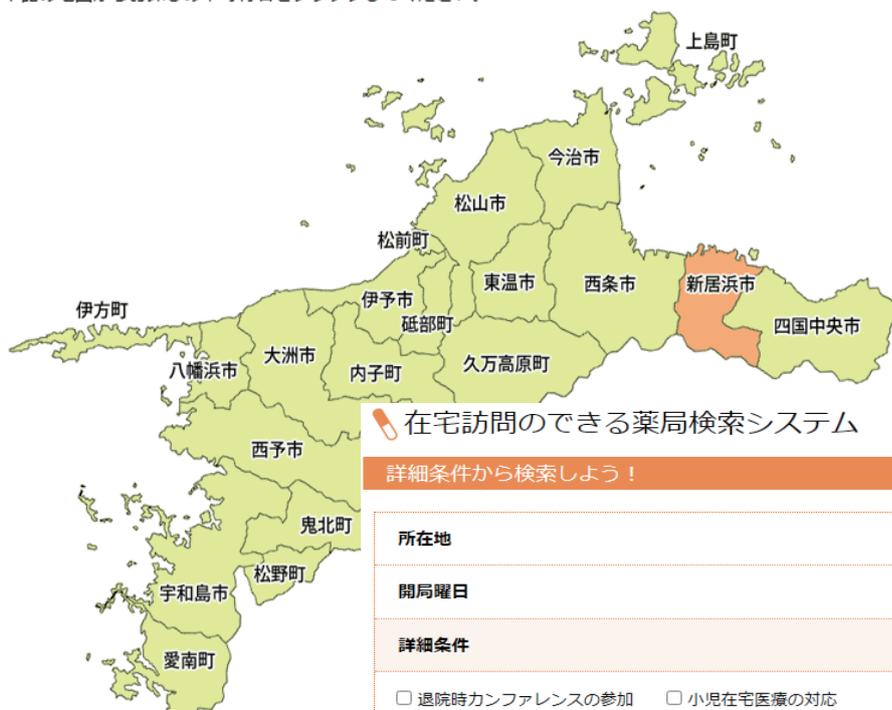
【相談受付時間】8:30~17:20(月曜日~金曜日)

土曜日・日曜日・祝日・年末年始(12月29日~1月3日)は休み

在宅訪問のできる薬局検索システム

地域から検索しよう！

下記の地図からお探しの市町村名をクリックしてください。



在宅訪問のできる薬局検索システム

詳細条件から検索しよう！

所在地 

開局曜日 

詳細条件 

- | | | |
|---|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 退院時カンファレンスの参加 | <input type="checkbox"/> 小児在宅医療の対応 | <input type="checkbox"/> 在宅緩和ケアの対応 |
| <input type="checkbox"/> 無菌調剤設備の有無・共同利用 | <input type="checkbox"/> 高度医療機器の扱い | <input type="checkbox"/> 注射薬の調整（混注） |
| <input type="checkbox"/> 輸液、経管栄養剤の対応 | <input type="checkbox"/> 輸液ルート、カテーテルの供給 | |

キーワード 

検索

リセット

訪問看護師



在宅における役割・仕事内容

- ・ 住み慣れた場所で安心して生活が送れるよう、医師の指示のもと、多職種と連携を図り健康管理・継続的な支援を行います。

バイタルサイン測定（全身の観察を行うことによる異常の早期発見）

状態の悪化予防（環境調整、水分・栄養管理、褥瘡予防）

服薬管理・輸液管理・他必要な医療ケア

身体機能維持・回復（リハビリ指導）

清潔ケア、排泄ケア

ターミナルケア

緊急時対応

介護者支援



介護認定	保険	概要
受けていない	医療保険	医療保険の訪問看護の対象疾病や状態により、頻回な訪問や医療ケアが必要な方に行います。
受けている	介護保険	介護認定を受けている方は、介護保険の利用が優先となり、利用限度額内で介護支援専門員と相談しながら訪問を行います。 介護保険利用者でも医療保険対象の疾病に該当する方は、医療保険の訪問看護になり、急性増悪・退院直後等頻回な訪問を必要とする場合は、特別訪問看護指示書を交付し、医療保険の訪問が行われます。

連携する際のポイント

- ・ 訪問をスムーズに開始するために、訪問看護としてサービス介入前に薬剤の情報や家族の協力体制について情報をもらえると助かります。
- ・ 退院前カンファレンスに医師も参加してもらえると、より状態がわかりやすいです。
- ・ 入退院の情報を早めにもらえると、対応がしやすくなります。
- ・ 病院と連携する際（状態変化時の対応、受け入れなど）担当が誰にあたるのか明確にわかると助かります。
- ・ 退院前カンファレンスは、Webでの対応も検討できます。
- ・ サービス担当者会議（※1）や退院前カンファレンスを実施する場合、事前にプロブレムリスト（※2）を作成して提供いただければ、訪問看護としてサポートできる内容を提案しやすくなります。

※1

- ・ 介護サービスにおいてケアマネジャーが本人、家族、各サービス担当者を招集する会議
- ・ 新規サービス利用時、介護認定更新時、ケアプラン変更時などに開催する。
- ・ 関係者全員がケアプランについて共通の理解を持ち、お互いがスムーズに連携できる体制を整えることを目的とする。

※2 診断名やその患者にとっての問題をリストアップしたもの

できる連携・していきたい連携

- ・ 医師をはじめ多職種間での報告・連絡・相談を密に行います。
- ・ 入院時、訪問看護サマリーを提供します。
- ・ 病院の認定看護師と連携し、情報共有・相談を行いたいです。
- ・ ICTを利用した連携ができれば、連携の質が上がると思います。



リハビリ職



在宅における役割・仕事内容

職 種	役 割
理学療法士 (PT)	病気、けが、高齢などによる機能障害や、生活動作となる起立・移乗、歩行などの能力低下に対し、それらの維持・改善を目的に運動療法や温熱・電気など物理療法を用いて日常生活が送れるように支援します。
作業療法士 (OT)	身体機能の回復や精神機能面にアプローチすることで、その人の生活に必要な基本的動作能力、応用的動作能力や社会適応能力の改善と指導を行います。
言語聴覚士 (ST)	言語、聴覚、発声、認知面などのコミュニケーションや摂食・嚥下機能の問題に対して、本人・家族を支援します。

- ・生活期のリハビリは、医療機関・福祉施設で行う通所リハビリと在宅で行う訪問リハビリがあります。
- ・介護保険でデイケアを利用している場合は、医療保険での外来リハビリはできません。ただし、医師が必要と判断した場合、例えば脳卒中後遺症のため介護保険による訪問リハビリを利用しているが、失語症に対する言語療法は医療保険による病院での外来リハビリが認められている、というケースもあります。
- ・医療保険でのリハビリには算定日数制限が設けられています。介護保険における通所リハビリでは利用回数の上限は設定されていませんが、支給限度額と施設の空き状況に応じてサービス利用が決まります。
- ・介護保険分野では、リハビリの各専門職が配置されていない場合があります。そのため、理学・作業療法士の役割や仕事内容には差がなく、基本的には残存機能を最大限に生かしながら日常生活が送れるように個別リハビリや環境整備・指導・調整などの間接的なリハビリも含んでいます。



連携する際のポイント

- ・サービス担当者会議（8ページ参照）の際に、多職種と連携しています。会議以外で気になることなどがあれば、ご相談ください。
- ・本人の選択と本人・家族の心構えを知り、すまいとすまい方の情報などを多職種で共有できるように連携することが重要と考えます。

できる連携・していきたい連携

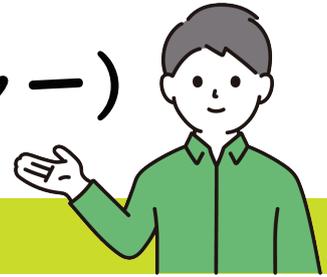
- ・対象者が安定した在宅生活を継続して送るため、状態変化にもスムーズに対応できるように各事業所（職種）間の情報共有をしていきたいです。
- ・病院からの退院後は徐々に介護保険での対応に移行していきませんが、それ以降継続的にかかわるためにも、在宅の支援者から情報をいただきたいです。
- ・退院前訪問指導に介護支援専門員とリハビリ職が同席して訪問し、効率的に住宅改修やケアプランの選定が出来た事例があります。
- ・退院前後の実際の暮らしについても訪問介護員などから情報を得ることで、さらに継続的かつ実態に合った連携ができるのではないかと考えています。

他職種に知っておいてほしいこと

通所系介護保険サービスとリハビリについて

通所系サービスの種類	人員配置
デイケア	理学療法士・作業療法士・言語聴覚士のうち1名以上を配置する必要があります。
デイサービス	リハ専門職でなく機能訓練指導員（看護師・准看護師、あん摩マッサージ指圧師、柔道整復師、鍼灸師）を配置することで機能訓練のサービスを提供できる事業所があります。
リハビリデイ 〔機能訓練に特化した デイサービス〕	食事や入浴などを提供せず、マシントレーニングなど機能訓練に重点を置いていることが特徴で、理学療法士などリハビリ専門職が在籍している事業所があります。

介護支援専門員(ケアマネジャー)



在宅における役割・仕事内容

- ・ 要支援者・要介護者とその家族からの相談に応じ、自宅で自立した生活を続けていくために、心身の状況や背景を把握・分析し、居宅サービス計画を作成します。
- ・ 居宅サービスの調整・管理（モニタリング、評価、給付管理、請求業務など）を行います。
- ・ 介護保険関係であれば、行政手続きの代行申請を行うことができます。
- ・ 関係機関との連携を行います。

< 介護支援専門員が行えないこと（できると誤解されていること） >

- | | |
|----------------------|----------------|
| ・ 入退院時の衣類・荷物の搬送、身元引受 | ・ 体調不良時や転倒時の対応 |
| ・ 介護保険に関係ない行政手続きの代行 | ・ ごみ屋敷の掃除や処理 |
| ・ 家具・家電の買い物 | ・ 利用料金の支払い代行 |
| ・ 医療機関への介助や長時間の付き添い | ・ 重要事案の決定 |

連携する際のポイント

- ・ 利用者の介護度・世帯状況・所得などにより、使えるサービスと使えないサービスがあります。利用者負担額も様々です。サービスだけを先行して伝えることで誤解や不信につながる場合がありますので、具体的なサービスの提案はせず、介護支援専門員につながっていただきたいです。
- ・ 関わっている職員さんにも利用者の情報や近況を共有していただけていると、より一層連携を図れて支援しやすくなると思います。
- ・ サービスの調整が間に合わないため、退院時の連絡は早めにほしいです。



できる連携・していきたい連携

- ・関係機関同士をつなぎ、調整します。
- ・生活支援を行う上で必要な機関とチームケアを進めていけるよう、それぞれの専門的視点に立った情報共有をしたいと思います。

他職種に知っておいてほしいこと

- ・医療系サービスの利用について、主治医の意見が必要な場合があります。
医療系サービスを居宅サービス計画に位置付ける際、介護支援専門員が受診に同行し、主治医から聞き取りを行い、その内容を支援経過に記載することになっています。

<医療系の介護保険サービス>

- ・居宅療養管理指導
- ・訪問看護
- ・訪問リハビリテーション
- ・通所リハビリテーション
- ・短期入所療養介護
- ・定期巡回・随時対応型訪問介護看護
- ・看護小規模多機能型居宅介護



- ・福祉用具貸与について

要支援者・要介護Ⅰの方が次の福祉用具を貸与する際は、医師の所見がわかるもの（主治医意見書、診断書、聞き取りした内容を記載した居宅サービス計画書等）が必要な場合があるため、医師の意見を求めることがあります。

- | | |
|--------------------|----------------|
| ・車いす及び車いす付属品 | ・特殊寝台及び特殊寝台付属品 |
| ・床ずれ防止用具及び体位変換器 | ・認知症老人徘徊感知器 |
| ・移動用リフト（つり具の部分を除く） | ・自動排泄処理装置※ |

※自動排泄処理装置については、要介護2・3の方も医師の所見がわかるものが必要



訪問介護員(ホームヘルパー)



在宅における役割・仕事内容

・健康チェック・環境整備・相談援助・情報収集・情報提供・サービス提供後の記録

・身体介護（身体に直接触れて行う介助と、それに伴う準備や片付け）

（清拭や入浴等の身体整容 口腔ケア

介助（食事・排泄・更衣・服薬・移動・通院・外出・起床・就寝）

自立支援や重度化防止（日常生活に関する動作を一緒に行う事でADL、IADL、QOLを向上させる）



・生活支援（身体に直接触れない範囲の身の回りの支援）

（掃除 買い物 ベッドメイク 衣類の整理や被服の補修

洗濯 配膳下膳 一般的な調理 薬の受け取り等の日常生活の援助など

・利用者の日々の生活全般を支える中で、『いつもとちょっと違う』ことや変化に気づくことは訪問介護員の重要な役割です。また、訪問介護員は利用者と二人きりになる場合が多く、一番身近な存在であるため、本人の『想い』や『希望』を耳にすることもあります。

<訪問介護で行えないこと（できると誤解されていること）>

- ・褥瘡処置、摘便、巻き爪など変形したつめ切り、医師の処方によらない医薬品使用の介助
- ・たん吸引（所定の研修を受講した者のみ行える）
- ・マッサージやリハビリ的行為
- ・綿密な栄養管理
- ・預貯金通帳やカードを利用者から預かること、預貯金の引き出し・入金
- ・日常生活に必要な物以外の買い物
- ・草引きなどの生活に不可欠でない家事
- ・服薬の「介助」（一包化された薬の準備、服薬の声かけ）はできるが
「管理」（一包化されていない薬の整理）はできない



※「何でもヘルパーさんに頼まんかい」と言われますが何でもできるわけではありません。訪問介護で行えることは老計第10号（平成12年3月1日付厚生省老人保健福祉局企画課長通知）において示されています。

連携する際のポイント

- ・在宅生活を支えるためのサービスですので、日常生活を送る上で利用者のできることに、できにくいことを明確にし、どの程度のサポートが必要か、しっかりと話し合った上でサービスを開始したいと思います。
- ・利用者に変化があった時に訪問介護員が適切に対応できるよう、起こりうる変化やその時の対処法を他事業所とあらかじめ確認しておく必要があります。

できる連携・していきたい連携

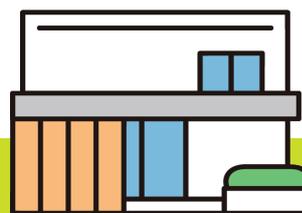
- ・医療職も介護職も、患者さん・利用者さんの生活を支えるという目的は同じです。お互いが積極的に気軽にコミュニケーションがとれる関係になりたいです。
- ・利用者の日頃の状態や本音などを知りたい時には訪問介護員に尋ねてください。
- ・ADLの変化によって、住み慣れた自宅でも生活に不便を感じるが増えてきます。福祉用具などの利用に繋げる支援や、実際利用する際に『いつもここが困っている』と上手く伝えられない利用者の代弁、福祉用具を使用し始めた利用者の満足や不満など、日頃の会話の中で確認する事ができます。
- ・利用者の状態が重度なほど、医師・看護師などの多職種が訪問している場合が多いです。日々の変化（おむつ交換時の皮膚の状況や食事・水分量、嚥下状態など）を伝えるために、連絡ノートを設置し活用する方法があります。それにより専門職からの指示や指導を直接訪問介護員が確認することができ、また家族からのメッセージが書いてあることもあるため、関係職種がより一体となって支えることができます。

他職種に知っておいてほしいこと

- ・訪問介護は、自立支援を目的としたサービスです。全てを支援してしまうとADLの低下や認知機能の低下につながるため、できることは本人・家族にさせていただきます。訪問介護員と一緒に行動することで、できる事を損なわず、本人中心の在宅生活が送れるよう努めています。



施設



在宅における役割・仕事内容

1. 介護保険の施設

名称	主な機能	申込先
介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム)	常時介護が必要で居宅での生活が困難な人が入所する施設で、日常生活上の支援や介護を提供します。原則要介護3以上の方が対象です。	各施設
地域密着型 介護老人福祉施設	定員が29人以下の小規模な介護老人福祉施設です。日常生活上の支援や介護、機能訓練等を提供します。新居浜市在住の原則要介護3以上の方が対象です。	
介護老人保健施設	状態が安定している人が在宅復帰できるよう、リハビリテーションや介護を提供します。要介護1～5の方が対象です。在宅復帰に向けた施設で、終身利用はできません。	
介護療養型医療施設	長期の療養を必要とする人の施設で、医療・看護・介護・リハビリテーションなどを提供します。要介護1～5の方が対象です。	
特定施設入居者生活介護	日常生活上の支援や介護、機能訓練などを行います。	
認知症対応型 共同生活介護 (グループホーム)	認知症の方が、介護を受けながら共同生活をする施設です。新居浜市在住で、要支援2以上の方が対象です。	

2. 介護保険以外の施設

名称	主な機能	申込先
養護老人ホーム	環境上の理由や経済的な理由で、自宅で生活することが困難な65歳以上の方が入居する施設です。入所判定会にて認められた方が入所します。	市役所 介護福祉課
軽費老人ホーム	60歳以上の方が、低額な料金で入所する施設です。新居浜市内にはA型とケアハウスがあります。	各施設
サービス付き高齢者住宅	高齢者のためのバリアフリー対応の賃貸住宅で、安否確認や生活相談のサービスが受けられます。	

連携する際のポイント

- ・施設には外部と連携を図る担当者（管理者、生活相談員等）が配置されています。ただし、医療系スタッフを配置していない施設もあるので、連携内容によっては対応が困難な場合や連携までに時間を要することがあります。
- ・施設によって多少異なりますが、平日の日中の時間帯が連絡をとりやすいでしょう。

できる連携・していきたい連携

- ・介護老人福祉施設（地域密着型を含む）、介護老人保健施設、介護医療院、特定施設入居者生活介護施設等では、介護保険法上で施設退所時に関する加算が設けられており、退所前の相談、サービス調整などを含む連携に対応している場合があります。
- ・連携内容（必要な情報提供、具体的な対応）によって、それぞれの施設で対応できる範囲とできない範囲があるので、あらかじめ具体的な内容を相談することで円滑な連携を図ることができると考えられます。

他職種に知っておいてほしいこと

- ・同じ種類の施設でも、施設によって対応できる医療行為が異なります。

【施設によって対応が異なる医療行為】

胃ろう、経管栄養、人工肛門、インスリン注射、終末期ケア、末期がん等

【施設では対応が難しい医療行為】

在宅中心静脈栄養、人工呼吸器、人工透析、ALS（筋萎縮性側索硬化症）、気管切開

- ・入所施設は施設の種類によって、協力医療機関との提携が施設運営基準に定められている施設と定められていない施設とに分かれます。また、協力医療機関と提携を定めていても入所施設で行うことができる医療行為には限界があります。そこで居住者が高度な医療行為を要する場合は、医療機関と連携を図り医療サービスを受けることになります。



在宅医療・介護連携担当協力機関 (医療ブランチ)



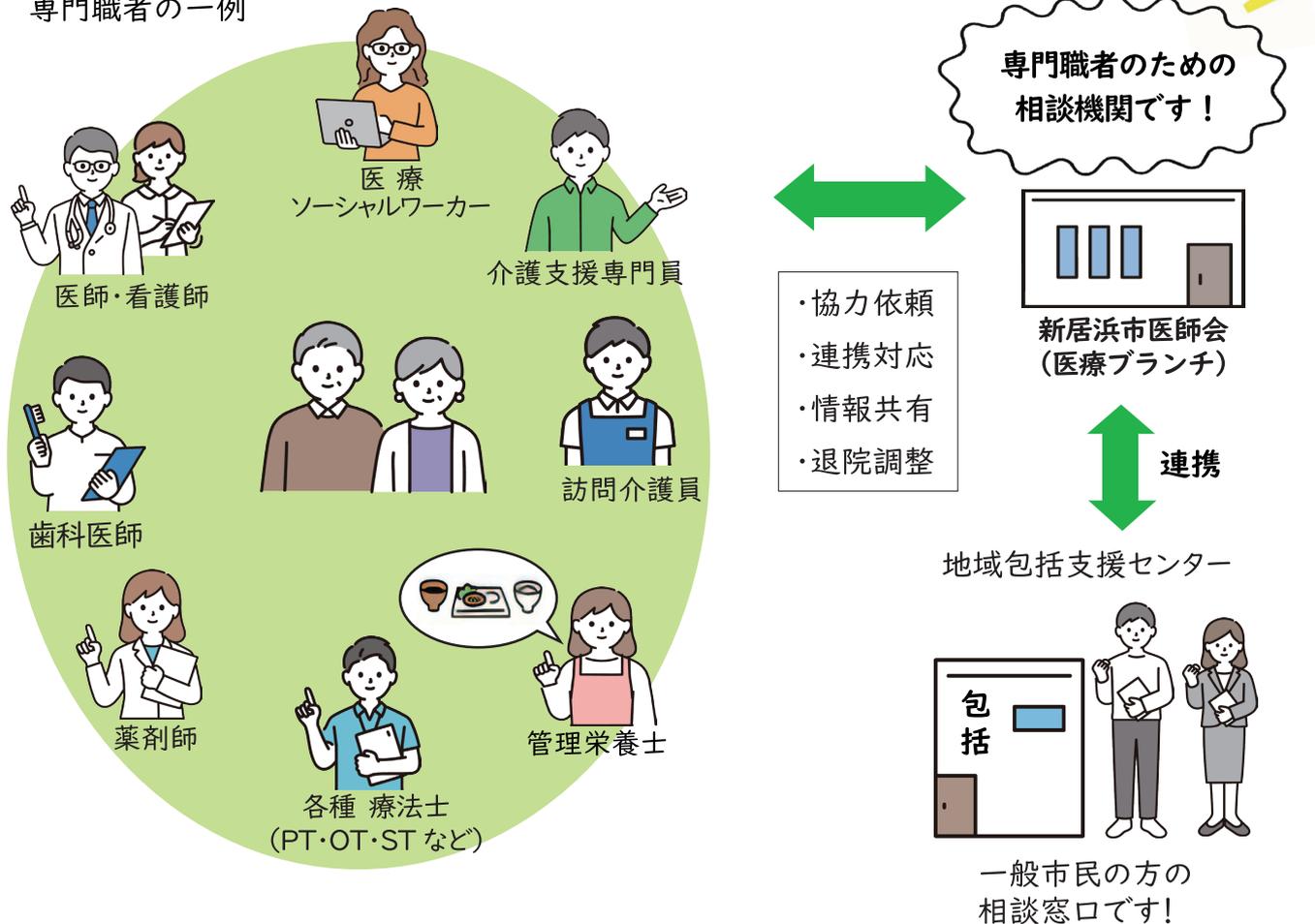
在宅における役割・仕事内容

- ・在宅医療・介護に関する専門職のための相談窓口です。
- ・総合病院の退院調整看護師や医療ソーシャルワーカー、介護支援専門員といった医療・介護サービス提供者等からの在宅医療サービスに関する相談に対して、必要な情報提供、支援、調整を行います。

<相談できる内容>

- ・訪問診療や往診を行う医師等の確保に関する相談
- ・訪問看護などの在宅医療サービスの導入に関する相談
- ・在宅移行のための退院調整に関する相談
- ・在宅医療に関する一般的な相談

<支援・連携フロー図> 専門職者の一例



連携する際のポイント

- ・スタッフが少ないため、内容によっては早急な対応が難しい場合や、連携に時間を要することがあります。
- ・できれば平日に電話連絡をお願いします。

できる連携・していきたい連携



市外 総合病院
医療ソーシャルワーカー

市外の総合病院を退院するが、遠くて通院が大変なので、
地元の往診医を紹介してほしい。

透析のできる病院やホスピスを紹介してほしい。



介護支援専門員
(ケアマネジャー)

看護職のいる居宅介護支援事業所や
訪問看護と併設している居宅介護支援事業所を教えてください。

新居浜市在宅医療・介護連携担当協力機関 医師会
TEL: 0897-34-5675
FAX: 0897-32-5857
【相談受付時間】 9:00~17:00(月曜日~金曜日)
9:00~12:00(土曜日)
日曜日・祝日・夜間は対応していません

地域包括支援センター



在宅における役割・仕事内容

高齢者が住み慣れた地域で、その人らしい生活を続けられるように、介護・福祉・保健・医療など、さまざまな面で支援を行うための総合相談機関です。保健師・社会福祉士・主任介護支援専門員を中心に、介護支援専門員・作業療法士・管理栄養士・健康長寿コーディネーターなど多様な専門職が在籍しています。

総合相談支援

各職種の専門性を生かし、高齢者の心身の状態や生活実態、必要な支援等を把握し、適切な医療・福祉サービス・機関または制度の利用につなげます。

権利擁護

権利侵害を受けている、または受ける可能性が高いと考えられる高齢者等が、地域で安心して尊厳のある生活を行うことができるよう、権利侵害の予防や対応を専門的に行います。

包括的・継続的ケアマネジメント

介護支援専門員への支援や指導、関係機関の連携体制構築支援・調整等環境整備、ケアマネジメント支援型地域ケア会議を実施しています。



介護予防ケアマネジメント

高齢者の介護予防に関する相談や介護予防ケアプランの作成を行っています。

< 主な事業 >

● 認知症総合支援事業

認知症への理解を深めるため、認知症の普及啓発を行います。介護者支援、認知症初期集中支援チームによる支援等を行います。

● 生活支援体制整備事業

地域の要となる方々とネットワークを構築し、新たな資源の発掘等を行っています。配食や移動手段等、社会資源の情報提供もしています。

● 在宅医療・介護連携推進事業

各団体が集まり、体制整備のために協議し、医療と介護を一体的・効果的に提供できるよう活動しています。

● 介護予防事業

一般高齢者や要支援者の重症化予防や改善を図るため、介護予防教室や個別支援訪問を実施しています。地域の集まりの場として、PPK体操等を中心に住民主体で介護予防に取り組めるよう支援しています。

連携する際のポイント

- ・地域包括支援センターには、ケアマネジメント係、介護予防係、相談支援係の3つの係があります。それぞれ地域担当制をとっており、相互に情報の共有や連携を図り支援につなげています。
- ・訪問などで不在の場合もありますので、相談に来られる際は、事前に連絡いただくとスムーズに対応できます。

できる連携・していきたい連携

- ・どこに相談すれば良いか分からない、支援に行き詰まっているなど、困っている個別の問題があればご相談ください。必要な関係機関と連携し、一緒に支援を検討します。
- ・介護予防事業は、自立支援の考えを中心に、利用者の生活改善を目指しています。目標到達地点（どのような状態を目指すのか）を明確にし、指導内容が継続して実践できるよう、関係者間で連携を図っています。

<相談事例集>



道に迷い自宅に帰ることができなくなった。

家族からの相談

新居浜市認知症高齢者見守り登録(SOSネットワーク)へ登録し警察と連携を行い行方不明時には早期発見につながるシステムを紹介します。



親族と疎遠な独居高齢者。本人は在宅生活を希望しているが、住環境や衛生面、金銭管理や緊急対応の問題がある。

近隣住民や支援者からの相談



地域ケア会議を開催し、多職種や地域関係者での不安の共有を行い、地域で本人が安心して生活できるよう方向性を話し合い、より良い支援を行うことを目指します。



要支援者。既往歴があり食事面が気になっている。指先に力が入りにくく、家事にも影響が出てきた。閉じこもりが目立つようになった。

介護支援専門員からの相談



生活いきいき訪問(短期集中訪問型サービス事業)を提案します。3か月程度、週1回専門職が訪問し、バランスの良い食事の提案、補助具の使用助言、社会資源の紹介などを行い生活改善を目指します。



<総合相談窓口一覧>

地域の相談窓口（ブランチ：地域包括支援センター協力機関）でも相談を受け付けています。

	名称	住所	電話番号	担当校区
	地域包括支援センター	一宮町1-5-1 市役所 2階	65-1245	全校区
地域の相談窓口 (地域包括支援センター協力機関)	はひねす	若水町1-9-18	34-6813	新居浜・宮西
	きぼうの苑	西の土居町2-8-12	33-4488	若宮・惣開
	社会福祉協議会	庄内町6-11-46	32-8339	金子・金栄
	アノカ園	郷3-16-58	46-5251	神郷・高津・浮島
	宝寿園	荷内町6-21	67-1766	垣生・多喜浜・大島
	ふたばの森	船木3101-1	47-4542	泉川・船木
	三恵	萩生67-60	40-3370	中萩・大生院
	おくらの里	御蔵町11-23	31-6116	角野
	社会福祉協議会 別子山分室	別子山乙241-6	64-2350	別子

<あらいさんとはまちゃんのにじいろケアポータル>



医療・介護・社会資源に関する情報や、地域包括支援センターの取り組みなどを確認することができるサイトです。ぜひご活用ください。

専門職のみなさまへ



《サイトトップページ》
<https://www.niihama-careportal.net/>

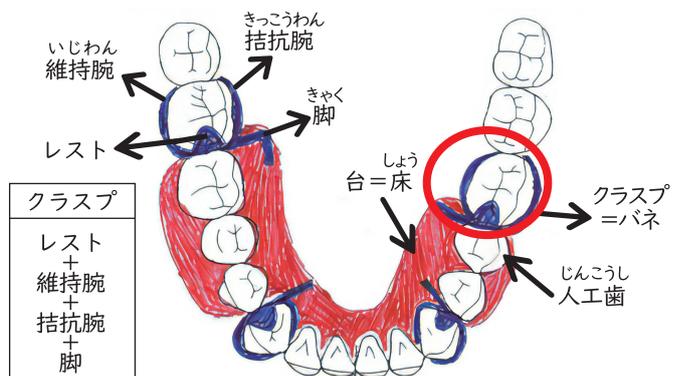
専門職の皆さん専用のバナーがあります。ID・パスワードを入力すると閲覧できます。ID・パスワードがない各関係機関の方は、申請を行うと閲覧できるようになります。希望する場合は、地域包括支援センターにご連絡ください。

<在宅医療・介護略語集>



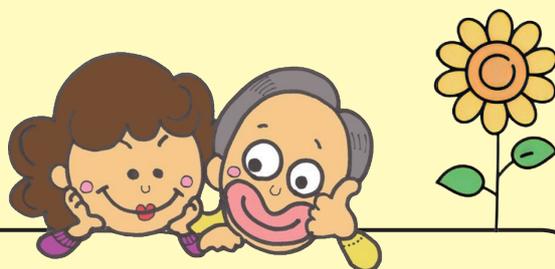
略称	正式名称
HC	保健所
有料	有料老人ホーム
特養	特別養護老人ホーム
老健	介護老人保健施設
小多機	小規模多機能型 居宅介護施設
サ高住	サービス付き高齢者向け住宅
DS	デイサービス
SS	ショートステイ
PHN	保健師
CM	ケアマネジャー
SW	ソーシャルワーカー
PSW	精神保健福祉士
MSW	医療ソーシャルワーカー
HH	ホームヘルパー
PT	理学療法士
OT	作業療法士
ST	言語聴覚士
RD	管理栄養士
IC	インフォームドコンセント
QOL	生活の質
ADL	日常生活動作
IADL	手段的日常生活動作
ACP	アドバンスケアプランニング (人生会議)
VS	バイタルサイン
BT・KT	体温
BP	血圧
HT	高血圧
R	呼吸数
P	脈拍
BS (Glu)	血糖値
OP	手術
ENT	退院

略称	正式名称
C	う蝕症(むし歯)
P	慢性歯周炎
C4	残根
Dul	口腔褥瘡性潰瘍
Hyc	象牙質知覚過敏
P基検	歯周基本検査
SC	歯石除去(スクリーニング)
T-Fix	歯牙暫間固定
咬調	咬合調整
T-コンデ T-cond	有床義歯床下粘膜調整処置 (ティッシュコンディショニング)
Imp	印象採得
BT	咬合採得
TF	仮床試適
床裏装	有床義歯内面適合法
コア	支台築造
クラウン(冠)	エナメル質全部を被った かぶせもの
インレー	エナメル質の一部を作って 止めたもの
Br	ブリッジ
義歯	入れ歯、有床義歯
UP	上顎(アッパー)
Lw	下顎(ローワー)
FD	総義歯
PD	局部義歯



Hello!
NEW

新居浜



新居浜市在宅医療・介護連携推進協議会事務局
〒792-8585 新居浜市一宮町一丁目5番1号
☎(0897)65-1245 FAX(0897)33-5178