

多職種連携ポイント集

“その人らしく生きる”を支える

豊 田 市

平成30年12月

はじめに

本市では、2015年から2040年に向けて、75歳以上人口は約2倍、85歳以上人口は約3倍になると見込まれており、支援や介護を必要とする人は、今後急速に増加していくと考えられます。こうした状況の中、本市では、支援や介護が必要になっても、住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを、人生の最後まで続けることができるよう、「地域包括ケアシステム」の構築に取り組んでいます。

地域包括ケアシステムの構築に向けては、「行政からのアプローチ」として、市が目指す目標を明示し体系的に取り組を進めていくだけでなく、「現場からのアプローチ」として、各医療機関や介護事業所の専門職が自立支援を実践し、その経験の蓄積から、施策の提案を行っていくことも重要です。

在宅療養支援においては、多職種が協働で、業務や研修などを行う機会がすでにあり、これらを継続し関係性を深めていくことが重要です。また、市内の専門職が共有すべき考えや情報、ノウハウ等については、行政がツール化し、全市に波及させることも有効と考えられます。「多職種連携ポイント集」は、こうした考えから作成されました。

本ポイント集の作成にあたっては、現場の専門職からなるワーキングを開催しました。ワーキングでは、在宅療養支援の成功事例を振り返り、なぜうまくいったのか分析を行いました。議論の中では、成功のポイントとして、①職種間で支援目標が明確に共有されていること、②各職種の役割・強みの違いを理解した上で連携することがあげられ、さらに、③在宅療養支援を行う上でのポイントや取組事例が各メンバーから提示されました。本ポイント集では、これらを取りまとめています。

なお、本ポイント集は、現場の専門職の議論を踏まえて作成された“提案型”のツールです。そのため、現場で活用するマニュアルやルールとして位置付けるのではなく、専門職が現場でなすべきことを考える時に、“アイデアを得るためのツール”として活用されることを想定しています。また、在宅療養支援の事例の蓄積に伴い、本ポイント集を更新し、更なるアイデアやノウハウを追加していくことも期待されます。

- 目 次 -

そもそも豊田市は、どんな在宅療養支援を目指しているの？

1. 豊田市が目指す在宅療養支援とは 1 ページ

在宅療養支援に関わる職種や機関について知りたい！

2. 在宅療養を支援する職種・機関 3 ページ

- 在宅医療・介護の関係者
(訪問診療医、訪問歯科医・歯科衛生士、訪問看護師、リハビリ職、NLP[®]、
デｲフﾞｰｽ、薬剤師) 4 ページ
- 病院医療の関係者 (病院・有床診療所) 9 ページ
- マネジメント・コーディネートの関係者
(ケアマネジャー、生活相談員、地域包括支援センター、基幹包括支援センター、
認知症初期集中支援チーム、在宅医療相談センター、健康と福祉の相談窓口、
成年後見センター) 10 ページ

在宅療養支援のポイントや事例を知りたい！

3. 各ステージの目標・多職種連携ポイント・取組事例 14 ページ

- 導入期 15 ページ
- 維持期 17 ページ
- 終末期 19 ページ
- 入退院時の連携 21 ページ

4. 医療の制度について 22 ページ

- 病院と診療所 22 ページ
- 病院の役割 23 ページ
- 病床の役割 24 ページ

5. 介護の制度について 25 ページ

- 介護保険の加入者 (被保険者) 25 ページ
- 介護保険の利用の流れ 26 ページ
- 介護保険で利用できるサービス 27 ページ
- 介護サービスの詳しい内容を知りたい人は… 28 ページ

1. 豊田市が目指す在宅療養支援とは

医療や介護が必要になっても、家族や友人、慣れ親しんだ環境で、人生の最期まで自宅で過ごすことができれば、幸せでしょう。しかし、実際には、療養生活への不安から、在宅療養を選択できなかつたり、選択しても途中で諦めてしまうこともあります。また、在宅療養を支える側の状況を見ても、今後、若年層人口が減少していく中で、どのように在宅療養を支援していくかが重要な課題となっています。

こうしたことを踏まえ、豊田市では、以下を目標に掲げます。

“育て・つながり、安心して療養生活を全うできるまち”

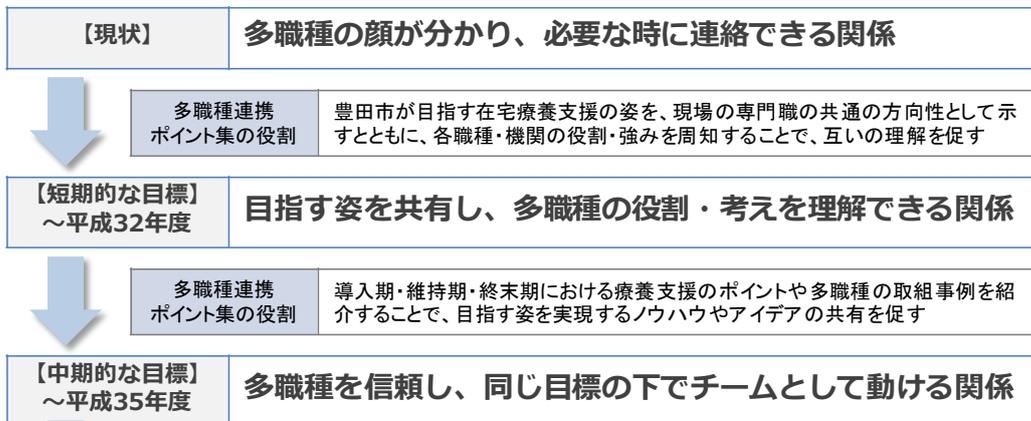
「退院後も療養が必要だけど、自宅に戻りたい」、「最近、病院に通うのが難しくなってきた」、こういう時に、本人が望めば、在宅療養を選択できる環境を整えていきます。また、療養生活の中で起きる様々な変化に対し、支援・サービスを切れ目なく提供していきます。さらに、今後の人材不足に備え、専門職だけでなく地域のあらゆる人が参加する在宅療養支援体制を整えていきます。

医療機関や介護事業所等にいる専門職は、在宅療養支援において核となる存在です。療養生活の主役である本人・家族に寄り添う、“**伴走者**”と言えるでしょう。

在宅療養には、医療・看護・介護・リハビリに加え、生活支援（見守り、家事援助等）や福祉等、幅広い支援が必要です。これは、それだけ多くの職種が関わることを意味します。この時、**多職種がばらばらの方針や考えで動いていては、本人・家族は不安になってしまいます**。本人を中心とした療養支援の目標を設定し、その目標の下で、所属先に関係なく、“**一つのチームとして**”機能することが求められます。

本市では、研修会等を通じて、多職種の顔が分かる関係を築いてきました。今後は、本市として目指す姿を共有した上で、互いの職種の役割や考えの理解を促していきます。中長期的には、各職種が自分のできることを高めつつ、他の職種にしかできないことは信頼して任せ、チームケアを実践できるよう、関係を強化していきます。市としては、これを支援するため、本ポイント集をはじめとして、多職種連携を促進するツールや仕組みを作成し、提供していきます。

専門職の関係が目指す目標



豊田市が目指す在宅療養支援の姿（～2025年度）
目指す姿：育て・つながり・安心して療養生活を全うできるまち



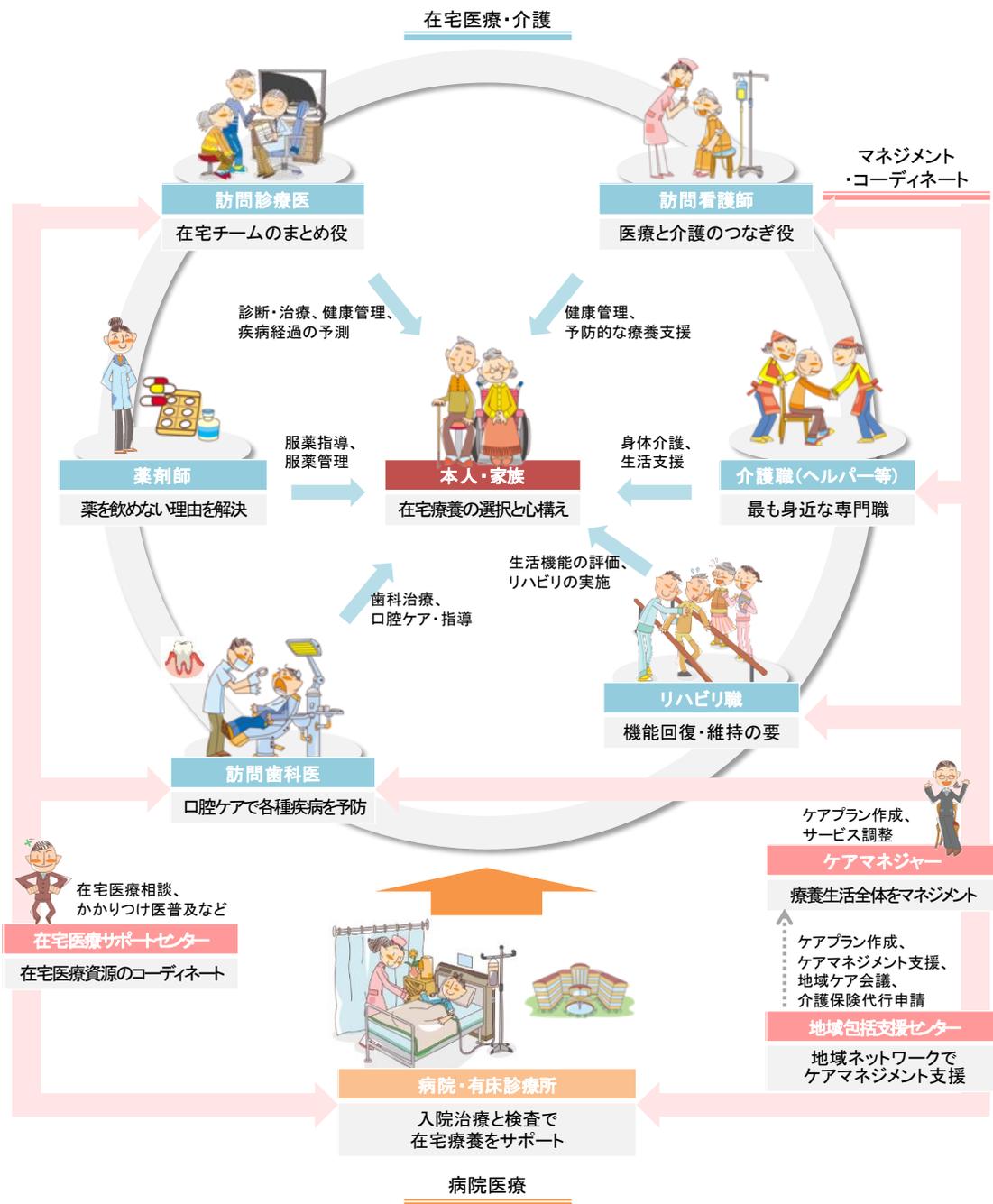
全員参加型の在宅療養支援



2. 在宅療養を支援する職種・機関

多職種連携の第一歩は、自分と相手の役割の違いを知ることです。自分にしかできない役割をきちんと発揮できるようスキルアップに努めるとともに、自分だけではできないことは、他の職種を頼りに動いてみましょう。

ここからは、在宅療養を支援する職種・機関の役割・得意なことと、連携する際のポイントを紹介していきますので、多職種で療養支援を行う際の参考にしてください。



在宅医療・介護の関係者

訪問診療医(病院・診療所)

<役割・得意なこと>

- 自宅や入所施設等を訪問して、日々の診察や健康管理を行います。また、診察の結果を踏まえて、必要な薬や訪問看護・訪問リハビリサービスが提供されるように、保険薬局や訪問看護ステーションに指示を出しています。
- 病気の治療だけでなく、現在の病状・残存機能・療養環境を評価し、今後の経過を予測することができます。

<連携する際のポイント>

- 医療機関によって診療時間や医師の勤務形態も異なるため、連絡を取りやすい方法や時間帯も違います。医師に負担をかけない連絡方法や時間帯を、予め確認しておきましょう。
- 医師との情報共有では、あらゆる情報を共有するよりも、医師の判断を必要とする情報を優先的に提供するようにしましょう。
- 訪問診療・往診してくれる医師を探す時は、在宅医療サポートセンターに相談してください。

訪問歯科医・歯科衛生士(歯科医療機関)

<役割・得意なこと>

- 通院が困難な患者・利用者の自宅や入所施設等を訪問し、虫歯の治療や義歯の修理、口腔ケア(口の中の清掃)等を行います。また、医療機関によっては、食べる機能を維持するための支援(摂食・嚥下リハビリ)の実施が可能なところもあります。
- 口腔ケアは、誤嚥性肺炎や認知症の予防にもつながると言われています。歯科医院への通院ができなくなっても、口腔内の乾燥やそれによる細菌の繁殖を防ぐために、口腔ケアは継続する必要があります。また、口腔ケアは、口から食事をとらなくなった方にも必要です。

<連携する際のポイント>

- 患者・利用者が日々の生活を送る中で、嚥む・飲み込むことに異変を感じたら、まずは歯科医療機関に相談してみましょう。
- 訪問歯科診療に対応してくれる歯科医を探す時は、在宅医療サポートセンターに相談してください。ケアマネジャーをはじめ、各専門職の依頼に対応しています。
- 口腔衛生は、一度低下すると、改善が困難であったり、回復に時間がかかります。また、歯科の介入を継続することで、診療時の苦痛を少なくすることができます。歯科医院への通院が難しくなった段階で、早期に訪問歯科を導入することが重要です。
- 自分が関わっている患者・利用者が、訪問歯科医・歯科衛生士を利用している場合は、嚥下や食事の状況などについて情報共有するようにしましょう。

口腔ケアで、お口だけでなく、
ご本人の気持ちも支えます！

病院に入院し、退院後は歯科医院への通院が難しくなったケース。退院直後から訪問歯科を導入することで、口腔環境の悪化を防ぐことができました。また、少しでも口から食事をとることが継続できるよう支援することで、ご本人が前向きな気持ちで日々を暮らせるようになりました。

訪問看護師(訪問看護ステーション)

<役割・得意なこと>

- 医師の指示を受けて、看護師が患者・利用者の自宅等に訪問し、健康状態の観察、じょくそうの処置や点滴の投与・管理など、在宅療養の幅広い業務を行います。
- 医療と生活の両面の評価、先を見越した予防的なケア、情報の取捨選択に長けており、医療と介護をつなぐ重要な存在と言えるでしょう。

<連携する際のポイント>

- ケアマネジャーが病状の評価で悩む時や、ヘルパーなど介護職が病状について気になることが出てきたら、まずは担当の訪問看護師に相談してみましょう。
- 退院時に不安を感じている患者・家族がいたら、訪問看護師に相談してみましょう。

退院後の生活を安定させることで、在宅生活への円滑な移行を促します！

退院時は、入院中と生活のリズムが変わるため、退院後の生活に不安を感じる患者や家族の方が少なくありません。退院後に訪問看護を利用することで、心身の状態や生活リズムの安定化を図り、患者や家族の不安を軽減できますので、その後の在宅療養生活に自信が持てるようになります。

リハビリ職(通所リハビリ事業所など)

<役割・得意なこと>

- 医師の指示を受けて、起き上がる・歩くなどの基本動作、食べる・排泄するなどの生活動作、食べ物を飲み込む摂食嚥下機能や会話などのリハビリを実施します。
- 現状の生活機能やその回復可能性の評価に長けており、その人の生活環境を踏まえたリハビリを提案することができます。

<連携する際のポイント>

- 機能回復の可能性を評価したい時は、積極的にリハビリ職に相談しましょう。また、介護職は、生活動作や身体介護に関する助言を受けることで、残存機能の維持につながります。

生活環境を踏まえたリハビリを提案します！

脳卒中右片麻痺の患者で、発症から3か月、退院時は車椅子移動であったケース。訪問リハビリを実施しながら、生活機能を評価し、回復段階に応じて、訪問看護師、通所介護で統一した練習や介護方法をしたことで、半年後に杖で屋外歩行自立となりました。

ヘルパー(訪問介護事業所)

<役割・得意なこと>

- 自宅等を訪問して、食事・入浴などの介助、掃除・洗濯・調理などの家事の援助、通院時の乗車等の支援を行います。利用者の日々の生活全般を支える存在です。
- 実は、専門職の中で、最も長い時間を本人と過ごしています。そのため、生活の様子から課題を発見したり、日々の変化に気づきやすい立場にあります。また、本人の想いを聞くこともあります。

<連携する際のポイント>

- 本人の日頃の状態や本音を確認したい場合は、ヘルパーに尋ねるのが効果的です。
- 日々の変化を察知した時にヘルパーが適切な対応ができるよう、起こりうる変化やその時の対処法を予め確認しておくことが重要です。

利用者の生活を最も身近でみている
専門職の立場から、課題をみつけます！

定期的な支援を通して小さな意見に気づき、初期対応や関係者との連携を行います。1日2食しか食事を食べていない利用者に、1日3回の薬の処方が出ていて、飲めていない薬が山のようにあることなど…。居室の様子や掃除・選択・調理・買い物の支援を通して利用者の状態を把握しています。

デイサービス(通所介護事業所)

<役割・得意なこと>

- 食事や入浴などの日常生活上の支援や、生活行為向上の支援を行います。
- 生活機能訓練や口腔機能訓練、健康チェック等を行って、利用者の健康維持や向上に繋がります。
- 様々なレクリエーションや運動を通して、「楽しみ」や「生きがい」を見つけます。

<連携する際のポイント>

- サービス利用中の利用者の様子や生活上の問題などの情報を把握しています。
- 利用者の趣味、嗜好にあったプログラムがあるかや、送迎方法等について確認してください。

薬剤師(保険薬局)

<役割・得意なこと>

- 医師の処方を受けて、自宅等を訪問し、調剤や服薬の指導を行います。きちんと服薬できているか、残っている薬がないか、薬の使い過ぎはないか等を確認し、処方した医師やケアマネジャーにフィードバックをします。
- 医療材料の提供や、経口栄養剤、衛生用品の提供を行います。

<連携する際のポイント>

- 処方薬を薬局に取りに行けない場合だけでなく、処方日数と残薬があわない、薬が多く副作用や相互作用が心配、頻回な処方内容の調整が必要な場合は、訪問薬剤指導を検討しましょう。
- まずは近くの保険薬局で、訪問薬剤指導が可能かどうか確認してみてください。

病院医療の関係者

病院・有床診療所

<役割・得意なこと>

- 患者・利用者の症状が悪化した場合等に、かかりつけ医の紹介を受けて、入院治療を行います。救急医療や手術を行う病院から長期療養を担う病院まで、様々なタイプの病院がありますが(→22 ページ)、どの病院も多職種が役割分担をしながら治療・サポートをしています。

医師：診断や治療を行い、その他の職種に対して指示を出します

薬剤師：医師の処方を受けて、必要な薬を調剤し、服薬指導を行います

(病棟)看護師：医師の治療のサポートや、患者に対して必要なケアを提供します

理学療法士：歩く・座るなどの基本的な動作を改善するためのリハビリを行います

作業療法士：食事・着替えなどの日常生活に必要な動作の訓練や支援を行います

言語聴覚士：言語障害の改善や食事を食べる・飲むためのリハビリを行います

MSW(社会福祉士)：患者の経済的な問題や心理的な問題を、行政等と協力して支援します

PSW(精神保健福祉士)：認知症を含めた精神科分野に特化し、患者の経済的な問題や心理的な問題を、行政等と協力して支援します

<連携する際のポイント>

- 入退院時の情報共有や退院に向けた調整・支援にあたっては、病棟看護師や退院調整部門、地域連携室が病院の連携窓口になります。各病院の連携窓口、具体的な連携方法については、「退院支援ガイドブック」を参考にしてください(→21 ページ)。

マネジメント・コーディネートの関係者

ケアマネジャー(居宅介護支援事業所)

<役割・得意なこと>

- 要介護者から相談を受け、必要な介護サービスなどを組み合わせたケアプラン(介護保険サービスの計画)を作成します。利用者の生活課題を分析し、介護サービス事業者や医療機関と連絡・調整を行います。
- 利用する医療や介護サービスは、その時の状況によって変わっていきませんが、ケアマネジャーは基本的に変わりません。本人・家族の伴走者として、日常生活全体をマネジメントしていきます。
- 地域包括支援センター等と連携して介護サービス以外の面での支援も行います。

<連携する際のポイント>

- ケアプランや介護サービスの利用状況等について相談したいときなどは、担当のケアマネジャーに連絡しましょう。連絡先は患者・利用者本人に確認してください。

生活相談員(障がい相談支援事業所)

<役割・得意なこと>

- 障がい者や保護者等の様々な相談に応じ、必要な情報の提供や助言、障がい福祉サービスの利用支援、権利擁護に必要な支援等を行います。

<連携する際のポイント>

- 障がいをお持ちの方が地域で安心して生活するサポートを行います。お困りの場合は、障がい者相談窓口(障がい者委託相談支援事業所)へお気軽にご相談ください。

<役割・得意なこと>

- 保健師・社会福祉士・主任ケアマネジャー等の3職種のチームアプローチにより、地域の高齢者の暮らしを支援します。介護・保健・福祉の相談を幅広く受け付けてサポートします。当事者や家族との関係づくりを行い、介護保険の代行申請等も行っており、在宅療養の入口となる存在です。また、地域のサロンやボランティアとのつながりを持っています。
- 要支援者や総合事業などを利用する人のケアマネジャーとして、支援・サービスの調整やケアプランの作成も行います。
- 困難事例等のケアマネジメントを支援するため、地域内のネットワークを活かして地域ケア会議を開催し、多職種の協働による在宅療養支援や自立支援につなげます。
- 介護予防教室を実施します。
- 基幹包括支援センターでは、地域包括支援センターのサポートや、認知症初期集中支援事業を行います。

<連携する際のポイント>

- 通院困難な患者や介護サービスの利用が必要な患者がいる場合、地域の介護サービスについて相談したい場合などは、まずは地域包括支援センターに連絡してください。利用可能な制度・サービスなどを紹介してもらえます。
- ケアマネジャーは、介護サービスだけでは十分に支えられないと感じる時は、地域包括支援センターに相談しましょう。インフォーマル資源も含め、必要な支援・サービスにつないでもらうことができます。
- 地域包括支援センターは、中学校区毎に設置されています。相談する際は、患者・利用者が居住する中学校区を担当している地域包括支援センターに連絡するようにしましょう。

地域ケア会議を通じて、
地域の多様な資源を活用し、
その人らしい生活を支援します！

要介護状態だが、サービスを利用していない女性。認知機能の低下はみられますが、楽器の演奏が得意で、管楽器を教える教室を開いていました。夫のケアプランを担当していたケアマネジャーから地域包括支援センターに相談が入ったため、地域ケア会議を開催しました。この人らしい生活を支援する方法について皆で話し合ったところ、ふれあいサロンでコンサートを開催してもらい、出演することに。その後も講師役でふれあいサロンに参加しており、状態の維持につながっています。

在宅医療サポートセンター

<役割・得意なこと>

- 医療機関や市民からの在宅医療に関する相談を受け付け、訪問診療医や訪問歯科医を紹介しています。そのほか、かかりつけ医の普及啓発や、在宅医療に参入する医師を増やすための研修なども開催しています。
- 市内の在宅医療資源に関する情報は、在宅医療サポートセンターに集約されています。

<連携する際のポイント>

- 訪問診療医や訪問歯科医の手配では、本人・家族とかかりつけ医の関係の継続が重要になりますが、調整が難しい場合もあります。困った時は、在宅医療サポートセンターに相談しましょう。

主治医との連携でお困りの際は、
連絡してください！

総合病院への外来通院から訪問診療への切替が必要になったケース。家族やケアマネジャーと情報共有しながら、総合病院と訪問診療をしてくれるかかりつけ医、訪問看護師との連絡調整を行いました。その後、自宅で療養を続けられています。

健康と福祉の相談窓口

<役割・得意なこと>

- 市地域保健課職員と市福祉総合相談課職員と豊田市社会福祉協議会職員が常駐しており、対象区域に住む全ての市民及び関係機関の相談を受け、これまで縦割りであった行政支援に横串を入れて困りごとの解決に向けた個別支援を実施します。
- 特に、8050問題やダブルケアのような複合的な課題を抱える相談に対し、関係機関と役割分担し、支援の道筋を立て、世帯全体として支援を図ります。
- 健康や育児に関する不安や心配ごとに対しては、保健師が対応します。
- 対象者と支援機関のみの支援関係だけではなく、地域による見守り支援といったインフォーマルサービスにつなぐなど、支援機関以外との関係づくりも検討します。

<連携する際のポイント>

- どこに相談すればいいかわからない事案や支援に行き詰った事案など、困っている個別事案があれば、まずは相談してください。必要な関係機関に連絡を取り、一緒に支援を検討します。

成年後見支援センター

<役割・得意なこと>

- 認知症、知的障がい、精神障がいなどにより判断能力が不十分な方に対し、適切に制度利用に結び付けます。(制度説明から申立に係る書類作成のお手伝いまで対応できます)
- 成年後見制度に必要な診断書作成のため、本人などと同行して病院受診することもあります。
- アドバイザー弁護士・司法書士と連携し支援しますので、法的な問題への対応も安心していただけます。
- 成年後見制度の普及・啓発のために、地域や事業所等へ出向き勉強会を開催します。
- 後見人からの相談にも対応します。

<連携する際のポイント>

- 財産管理(金銭に関する支援)や身上監護(生活に関する支援)の課題は重症化しやすいです。成年後見制度が必要かどうかはつきりなくても、まずはお気軽にご相談しましょう。
- 成年後見制度が必要でないと見立てた後も、社会福祉協議会の他の事業(日常生活支援事業など)におつなぎして、課題が解消するように支援します。
- アウトリーチで訪問対応も可能ですので、ご自宅や施設、病院での面談を設定することができます。

3. 各ステージの目標・多職種連携ポイント・取組事例

ここでは、在宅療養支援を導入期・維持期・終末期と3つのステージに分けて、各ステージで支援を行う時の目標やポイント、取組事例を紹介しています。詳しい見方は、下記を参考にしてください。



導入期：在宅療養を開始する段階（入院・通院から在宅医療に切り替えた後など）

維持期：療養生活が安定した段階

終末期：看取りに向けターミナルケアを行う段階

-----15～20 ページの見方-----

【各ステージの目標】

各時期で療養支援を行う時の目標を説明しています。医療や介護を提供する時に、何を大切にすべきか、ご自身の関わりがない時期も含めて確認してみてください。

【多職種連携ポイント】

豊田市の医療・介護の専門職が経験した事例から、療養支援がうまくいったポイントを紹介しています。ご自身が関わっているケースで困りごとがあれば、参考にしてみてください。

【取組事例】

各ステージの目標を目指して、市内で行われている実際の取組を紹介しています。左側のどのポイントと関係しているかも示していますので、ご自身の取組の参考にしてください。



各職種の目標

- 本人・家族の声をよく聴き、不安を軽減して在宅生活を導入できるように支援しましょう
- 心身の状況の安定化に努め、在宅生活への円滑な移行を進めましょう

導入期では、初めての在宅療養に本人も家族も不安が募ります。本人・家族がどう捉えているかに応じて、安心を確保する説明や対応をすることが重要です。また、必要に応じて専門職の関わりを濃厚にして心身の状況を安定させ、療養生活への着地を支えましょう。

ポイント1 本人に身近な専門職は、「つなぐ」意識をもちましょう

医科・歯科の通院が難しくなってきた患者、急変しやすい利用者、適切な服薬ができていない高齢者などは、外来の医療職やケアマネジャー、薬剤師など、身近な専門職が必要な支援・サービスにつなげましょう

ポイント2 本人と信頼関係のある人が支援・サービスを説明しましょう

支援・サービスにつなぐ時は、信頼されている人が説明すると円滑です。専門職のほか、民生委員などが適任の場合もあります。周りで支える人の中で、誰が声をあげてもよい関係をつくることも重要です

ポイント3 在宅療養に自信がない場合は、相談期間を設けましょう

本人・家族が自宅退院などに不安がある場合は、一時帰宅や、リハビリによる機能回復の可能性の説明や実践などによって、本人・家族が在宅復帰の可能性について検討できる期間を設けるとよいでしょう

ポイント4 連絡窓口は、導入期の段階で互いに確認しておきましょう

在宅側だけでなく、通院する場合は病院の外来窓口も確認しておくといでしょう。また、介護職は、ケアマネジャーを介することが多いですが、緊急時にそなえ直接連絡がとれるようにしておくことも重要です

ポイント5 病院側と自宅側で情報を共有し、機能回復を図りましょう

退院前に ADL や自宅環境を評価し、在宅で支援するリハビリ職や介護職と、リハビリ・身体介護・生活動作を行う際の留意点を共有することで、自立を妨げない生活や介護につなげることができます



ポイント1 外来でのスクリーニングにより、 の取組事例 通院治療に課題を抱える患者を必要な資源につなぐ

【関係者】

病院の外来看護師、病院の地域連携担当、在宅医療・介護サービス、地域包括支援センター、市役所

【取組内容】

外来看護師が受診の際、患者の状態を見極め、必要に応じて看護相談を行いスクリーニングを実施している。この中で、経済面、家族関係、服薬、意思決定などに課題を抱えるケースを、地域連携担当を通じて、在宅医療・介護サービスなどの必要な資源につないでいる。社会的な課題がある場合などは、地域包括支援センターや市役所とも連携する。



ポイント1 退院直後からの訪問歯科診療の導入により、 の取組事例 口腔環境の悪化や誤嚥性肺炎を予防

【関係者】

病院の退院調整部門、訪問歯科医、歯科衛生士

【取組内容】

脳梗塞で入院し、退院後の歯科通院が難しくなった。退院直後から訪問歯科診療を導入し、義歯の作成と口腔ケア、家族へ口腔ケア指導を行うことで、口腔内を清潔に保ち、摂食も継続できている。



ポイント3 一時帰宅を試行することで、 の取組事例 在宅生活のイメージを持ってもらい、円滑な退院を支援

【関係者】

病棟医師、病棟看護師、ケアマネジャー、家族

【取組内容】

入院中にせん妄が強かったため、家族は自宅退院に自信がもてなかった。精神科の医師・看護師が、せん妄の特徴を家族に説明、また、何かあった場合の対応をケアマネジャーと相談した上で、一時帰宅を試行した。自宅の方が状態が落ち着くことを家族が理解できたことで、円滑に退院できた。



ポイント4 訪問看護と病院の外来化学療法室看護師で の取組事例 受診前後の情報を共有し、症状をコントロール

【関係者】

訪問看護師、病院の外来化学療法室看護師

【取組内容】

訪問看護を利用しながら抗がん剤の通院治療を行っていたが、体調が変化しやすく入退院を繰り返す恐れがあった。そこで、受診前に、訪問看護師から外来化学療法室看護師に現在の体調を報告して、受診時にこまめに鎮痛剤を調整することで、入院に至ることなく在宅療養を継続することができた。



ポイント5 「しているADL」と「できるADL」をリハビリ職が評価し、 の取組事例 在宅側と共有することで日常生活の活動を拡大

【関係者】

病院のリハビリ職、訪問看護のリハビリ職・看護師、通所介護の介護職

【取組内容】

病院のリハビリ職が退院時に「しているADL」と「できるADL」を評価し、訪問看護・通所介護とともに、「靴は自分ではくことができる」「トイレは見守りだけにする」など、生活動作や身体介護の方法を確認。これにより、日常生活の中の活動を拡大するとともに、自立を妨げない介護を実践している。



各職種の目標

- 起こりうる体調変化にそなえたり、早めに対応することで、本人・家族の精神的、健康的な安定を目指しましょう
- 生活動作の工夫や社会参加の促進により、生活機能の維持を図りましょう

維持期では、在宅生活をなるべく継続できるよう、急変リスクの最小化や急変時の早期対応、生活機能の維持を通じて、重度化予防に努めることが重要です。各職種の強みを活かし連携することで、予防的なケアや自立支援型のケアを実践しましょう。

ポイント1 各職種がもっている情報を、つなぎあわせましょう

ヘルパーは生活の評価や日々の変化の察知、訪問看護師は、医療と生活の両面の評価と情報の取捨選択、訪問診療医は病状評価と今後の疾病経過の予測に長けています。また、家族や民生委員等は、日頃の様子や本人の思いを知っています。これらをつなぐことで、包括的な把握や早期対応ができます

ポイント2 起こりうる変化を、専門職・家族で予め確認しておきましょう

体調変化を予測できれば、それを予防したり、発生した場合でも早期かつ適切に対応することができます。訪問診療医は、こうした予測を行い、その対応方法について他職種と予め相談しておくことが重要です

ポイント3 本人の状況について、客観的な情報を共有しましょう

「なんとなくいつもと違う」といった主観的な情報ではなく、血圧、水分量、食事・睡眠・服薬の状況など客観的な情報を職種間で共有することで、予防的なケアや適切な薬の調整などが可能になります

ポイント4 連絡方法は、情報の緊急度に応じて柔軟に変えましょう

急ぎの連絡は、電話・随時、特に急がないが知っておいてほしい情報は、メール・翌日などと、各職種が日頃からつかう連絡手段を踏まえて、予め決めておくことで、互いの負担を軽減することができます

ポイント5 多職種連携により、自立支援型の介護を実践しましょう

リハビリ職や看護職が本人のADLの状況を踏まえて、訪問介護での身体介護や、通所介護での活動などについて助言することで、残存機能を維持する介護を実践することができます。また、社会資源の把握、見える化によって患者が社会参加しやすい体制を整えましょう



ポイント1・2 の取組事例

地域ケア会議を開催してインフォーマル資源を活用し、 単身者の急変時にも対応できる体制を構築

【関係者】

地域包括支援センター、ケアマネジャー、ヘルパー、デイサービス、民生委員、NPO、後見人

【取組内容】

単身で身近な支援者がいなかったため、想定されるリスクについて予め地域ケア会議にて、担当ケアマネジャー、ヘルパー、デイサービス、民生委員、NPO、後見人などと検討し、何かあった場合の連絡先や関係者の役割分担を確認した。これにより、急変時でも対応できる体制をとることができた。



ポイント3 の取組事例

各利用者に応じたケアチェック表の導入により、 医師に対し日頃の状況を正確に伝達

【関係者】

ヘルパー、訪問診療医、病院の外来医師

【取組内容】

訪問介護で、各利用者の状況に応じたケアチェック表を導入。血圧、水分量、食事・睡眠・服薬の状況を基本項目とし、認知症の場合は不穏になる時、オムツの場合は交換回数など、利用者の状況に応じた項目を追加している。本人・家族では、現在の状況を医師に十分に伝えられないことも多いため、これを見せることで、的確な薬の調整などができている。



ポイント1・4 の取組事例

訪問看護師による情報の取捨選択で、 症状の変化に迅速に対応

【関係者】

訪問看護師、ヘルパー、訪問診療医

【取組内容】

ヘルパーが訪問した際、利用者の言っていることが何かおかしい、いつもと様子が異なることに気づき、訪問看護師に電話相談をした。訪問看護師が緊急訪問し全身状態と生活状況を確認して、高血糖・脱水による代謝障害からの意識レベル低下と判断、主治医に報告した。主治医の指示を受けて連日点滴を行うほか、内服薬を変更したところ、症状が改善し以前の生活に戻ることができた。



ポイント5 の取組事例

訪問看護による介護職への助言と栄養指導により、 リハビリ・栄養の両面から重度化予防を推進

【関係者】

訪問看護の訪問看護師・リハビリ職、ヘルパー、通所介護の介護職

【取組内容】

訪問看護で、新規の利用者に対しADLや足の状態を評価し、ヘルパーや通所介護の職員に動作や介護の留意点を指導したり、足浴を実施してもらい足の状態の改善や歩行の安定ができるよう連携をしている。また、低栄養の状態では運動を行うと筋肉中のたんぱく質を分解して筋肉量が減少してしまい運動療法の効果がでないため、訪問看護師が栄養改善に向けたアドバイスを行っている。



各職種の目標

- 本人・家族の希望を尊重し、揺れ動く気持ちに寄り添いましょう
- 心身の痛みを緩和するとともに、本人・家族が望む生活を支えましょう

終末期では、症状緩和以外の医療的な関わりは少なくなりますが、本人・家族の不安が強くなる中で意思決定をどう支えていくかが重要となります。本人・家族が希望する生活を実現できるよう各職種ができることを考えて実行していきましょう。

ポイント1 医療・介護に切れ目ができないように工夫しましょう

通院が難しくなった時は、かかりつけ医が継続して訪問する、かかりつけ医とは異なる医師が訪問する場合は、通院と訪問を併用する期間を設ける等、切れ目なく支援することで、本人・家族の不安を軽減できます

ポイント2 各職種が迅速かつ柔軟に対応できる体制をとりましょう

終末期は様々な症状が出現し、迅速・柔軟な対応が求められます。訪問診療医は、現状と今後の経過を見通した上で、終末期であることを他職種・家族と共有し、各々の役割を確認しておくことが重要です

ポイント3 本人・家族が本来の希望を見失わないよう、支えましょう

終末期では、本人や家族の気持ちが揺れ動きます。本人・家族の不安に応えつつ、本来の希望を見失わないよう支援していくことが大切です。また、当然のことながら、専門職自身が揺れ動いてはいけません

ポイント4 その人らしい生活をなるべく続けられるよう支援しましょう

終末期は、心身機能の回復可能性が相対的に小さくなりますが、本人が望む生活や周囲との関わりを可能な限り継続できるよう、リハビリの視点からの関わりも含め支援していくことが重要です

ポイント5 看取りの後は、皆で振り返る機会をもつとよいでしょう

本人・家族に関わった人たちで集まり、互いに労いの言葉をかけたり、各職種は何をを考えて行動していたのか振り返ることで、次へのモチベーションや他職種への理解をより深めることにつながります



ポイント1 外来診療と訪問診療の併用により、 の取組事例 維持期から終末期への円滑な移行を支援

【関係者】

病院の外来医師、訪問診療医、在宅介護サービス

【取組内容】

病院に通院している場合、終末期に入ってから急に訪問診療医にかわると、本人・家族にとって不安になるほか、これまでの関係性のない患者の終末期のみを担当することは訪問診療医にとっても負担が大きい。そこで、終末期に入る前から、外来診療と訪問診療を併用する期間を設け、在宅の終末期へのソフトランディングを図っている。



ポイント2 多職種の迅速・柔軟な対応により、 の取組事例 症状の変化に円滑に対応し、自宅看取りを実現

【関係者】

訪問診療医、訪問看護師、ケアマネジャー、訪問入浴、薬局薬剤師

【取組内容】

がん末期など症状コントロールが重要なケースにおいて、医師による往診体制、訪問看護師による症状コントロールのための皮下輸液や在宅酸素の管理、膀胱留置カテーテル管理、ケアマネジャーによる迅速なサービス調整、訪問入浴による入浴、薬局による麻薬の変更への対応や夜間の物品調達を実施。各職種の迅速かつ柔軟な対応により、症状の変化に円滑に対応でき、家族が見守る中、「その人らしい生き方・最期の迎え方」を支援することができた。



ポイント4 訪問歯科医の関わりにより、 の取組事例 家族に囲まれた「人間らしい最期」を演出

【関係者】

訪問歯科医、訪問看護師、家族

【取組内容】

終末期で経口摂取のないケースで、痂皮・口臭が出ていた。訪問歯科医が口腔ケアを行うことで、口腔内が湿潤し、訪問看護によるケアが行いやすくなったとともに、口臭がなくなったことで、孫が本人の傍で過ごすようになった。家族に寄り添われ、「人間らしい最期」を迎えることができた。



ポイント5 多職種のデスカンファレンスで の取組事例 モチベーションとより強い多職種連携へ

【関係者】

訪問看護師、ケアマネジャー、ヘルパー、訪問診療医、病院

【取組内容】

看取りまで支援したケースの中から事例検討に適切な事例を選択し、訪問看護師から、訪問診療医やケアマネジャー、ヘルパー等に声をかけてデスカンファレンスを開催している。各場面で各々が何を考えていたか、対応が良かったかどうか等を振り返ることで、互いの意識や関係性を高めることができています。また、在宅での経過を、入院していた病院にも報告することで、病院医療職の在宅医療に対する理解を深めてもらうことにもつながっている。

入退院時の連携

在宅療養中に状態が悪化し、一時的に入院することは少なくありません。生活の場が自宅や施設から医療機関に移っても、患者・利用者の療養生活は続いていきます。生活環境に関わらず、必要な治療やサービスを切れ目なく提供できるよう、病院側と在宅側で療養支援の目標を共有し、心身の状況や生活環境などに関する情報を共有することが重要です。

ポイント1 入院時は、在宅側から病院に患者情報を提供しましょう

在宅療養コーディネーター（地域包括支援センター、ケアマネジャー、相談支援専門員）は、医療連携用情報提供書、訪問看護師は訪問看護サマリを通じて、心身の状況や生活環境などを情報提供することで、病院は退院後を見据えながら入院治療計画を立てることができます。

ポイント2 退院前カンファでは、在宅へ円滑に移行する方法を考えましょう

退院前カンファレンスを開催する場合は、病院側と在宅側で在宅での療養目標を共有しましょう。必要に応じて、入院中の治療内容を在宅療養に適したものに調整することや、退院後の在宅・病院の役割分担を確認しておくことも重要です。こうした調整は、各専門職の不安を解消する上でも大切なプロセスです。

患者・利用者の入退院時には、「退院支援ガイドブック(病院-在宅 連携の手引き)」を活用しましょう

豊田加茂医師会が作成しているガイドブックでは、入退院時に病院側と在宅側が連携する手順が紹介されています。

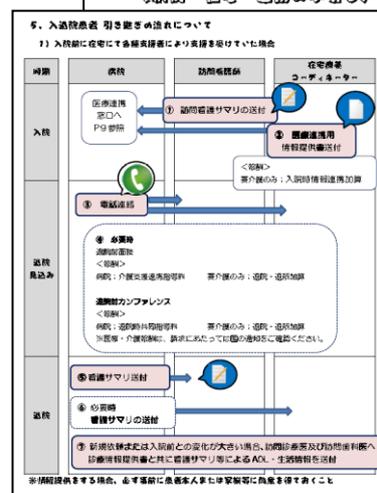
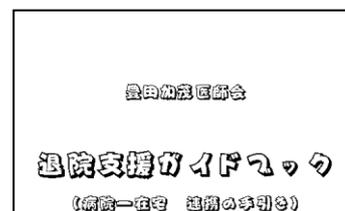
いつ・どのような情報を引き継ぐかがわかる！

患者・利用者の入退院時に、ケアマネジャーや病院がいつ・どのような情報を引き継ぐと良いかが一目でわかります。フロー図にのっとり、情報共有を進めましょう。

病院の連携窓口・連絡先がわかる！

豊田市・みよし市内の全病院の連携窓口と連絡先が掲載されているので、患者・利用者が入院した場合は、各窓口へ連絡しましょう。

問合せ先：豊田加茂医師会 在宅医療サポートセンター
(電話：0565-33-7773)



4. 医療の制度について

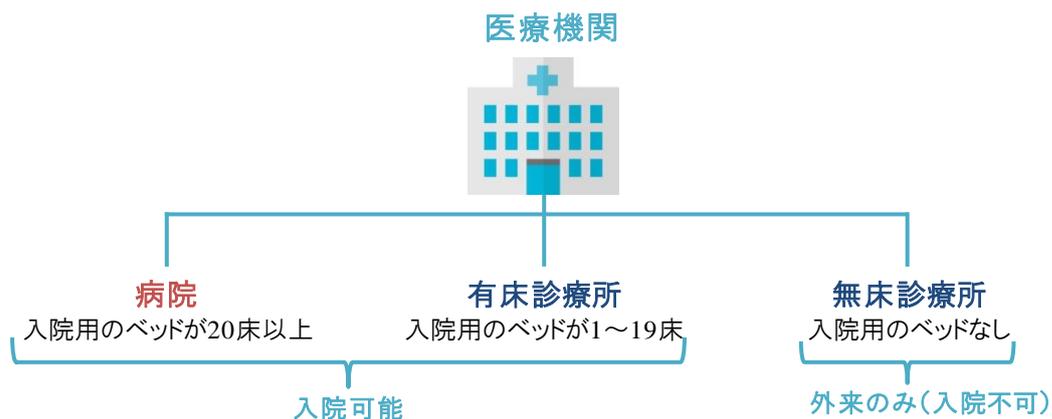
近年、医療の高度化・専門化が進む中、医療機関ごとに特徴・役割が明確化されています。救急搬送された患者に対して高度な手術を行う病院や、リハビリテーションを専門で行う病院など、医療機関が得意とする医療や役割は様々です。ここでは、医療の制度に基づいて、医療機関の種類や役割がどのように決められているかを紹介します。

<病院と診療所>

医療機関は「病院」と「診療所」の2つに分けられます。

「病院」は、入院用のベッドの数(病床数)が20床以上ある医療機関のことで、一般的に「～～病院」「～～医療センター」といった名称で呼ばれています。

「診療所」は、入院用のベッドの数が19床以下の医療機関のことで、「～～医院」「～～クリニック」「～～診療所」といった名称で呼ばれています。また、入院ができる診療所は「有床診療所」、入院用のベッドがなく外来や訪問診療のみを行う診療所は「無床診療所」と分けられます。



<病院の役割>

精神科病院などの特別な病院を除き、病院の役割は、治療の流れに沿って、急性期・回復期・慢性期の3つに分けられます。病院によっては、入院用のベッドごとに細かく機能を分けることで、回復期と慢性期の両方の役割を持つなど、複数の役割を兼ねているところがあります。

また、病院の入院期間は、その役割に応じて診療報酬で入院期間に制限が設けられているため、急性期ほど入院期間が短く、慢性期ほど長い傾向にあります。

急性期

急性期の病院

緊急・重症な状態にある患者に対して、入院・手術・検査など高度で専門性の高い医療を提供する病院のことです。診療密度が特に高い医療を提供している場合は、高度急性期の病院となります。

豊田市の高度急性期の病院 *1

豊田厚生病院、トヨタ記念病院

豊田市の急性期の病院 *1

豊田厚生病院、トヨタ記念病院、足助病院、豊田地域医療センター、家田病院、斉藤病院、さくら病院、三九朗病院、鈴木病院、豊田若竹病院、中野胃腸病院、吉田整形外科病院

回復期

回復期の病院

手術後に状態が安定するなど、急性期の治療が終わった患者に対して、在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する病院のことです。

豊田市の回復期の病院 *1

豊田地域医療センター、三九朗病院

慢性期

慢性期の病院

長期にわたる療養や、状態が安定している患者の治療を行う病院のことです。

豊田市の慢性期の病院 *1

足助病院、豊田地域医療センター、菊池病院、斉藤病院、さくら病院、豊田若竹病院

*1: 病床機能報告において、高度急性期の報告病床がある病院を「高度急性期の病院」、急性期の報告病床がある病院を「急性期の病院」、回復期の報告病床がある病院を「回復期の病院」、慢性期の報告病床がある病院を「慢性期の病院」とした

＜病床の役割＞

入院用のベッドは、医療法によって、果している機能別に5つに分けられます。医療法では、病床の種類ごとに、ベッドあたりの必要な医師・看護職員の人数、床面積、必要な設備などが規定されています。

病床の種類	病床の機能
一般病床	<ul style="list-style-type: none"> 療養病床、精神病症、感染症病床、結核病床以外の病床 病院と診療所の両方が有する 平均在院日数は、12.0日^{*2}で、病床の多くは急性期の病院(左ページ参照)にある
療養病床	<ul style="list-style-type: none"> 主に長期にわたり療養を必要とする人を入院させるための病床 病院と診療所の両方が有する 平均在院日数は、162.4日^{*2}で、病床の多くは慢性期の病院(左ページ参照)にある
精神病床	<ul style="list-style-type: none"> 精神疾患の人を入院させるための病床 病院のみが有する
感染症病床	<ul style="list-style-type: none"> 規定された感染症の人を入院させるための病床 病院のみが有する
結核病床	<ul style="list-style-type: none"> 結核の人を入院させるための病床 病院のみが有する

この他、医療法上の病床ごとに、診療報酬によって、より実際の治療内容や機能に即した形で入院用のベッドの役割が細分化できます。

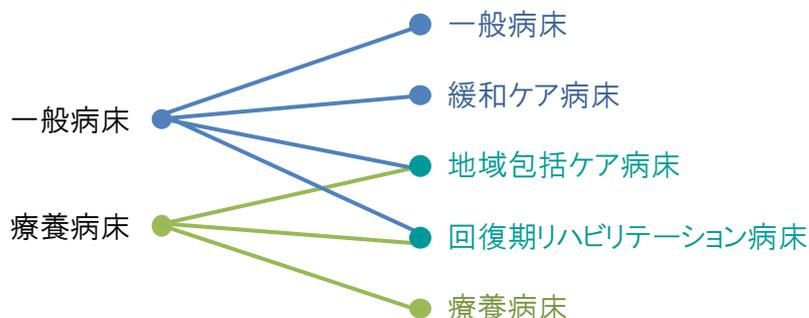
例えば、医療法上の一般病床は、診療報酬によって、主に急性期の治療を行う「一般病床」や、がん患者などに対し痛みを和らげるためのケアを行う「緩和ケア病床」、急性期後の療養やリハビリを行う「地域包括ケア病床」、「回復期リハビリテーション病床」などに分けられます。

医療法上の療養病床は、「地域包括ケア病床」、「回復期リハビリテーション病床」のほか、長期療養を行う「療養病床」などに分けられます。

診療報酬では、この他にも必要な基準を設けて細かくベッドの役割を分けているので、利用者が入院した病床の種類がわかれば、どのような治療を受けているのか大まかに把握することができます。

医療法上の病床の種類

診療報酬上の病床の種類 (一部抜粋)



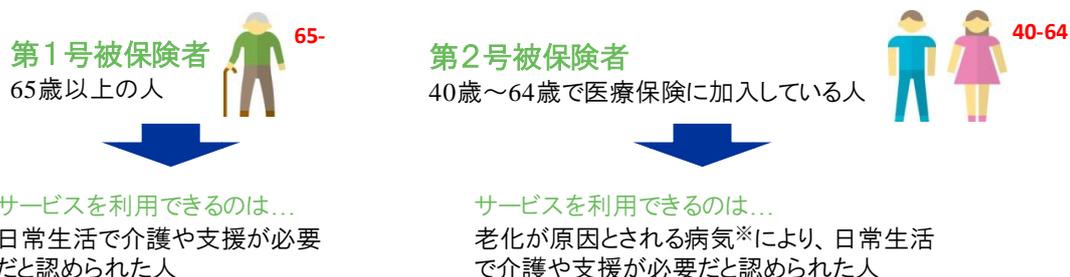
*2:平成27年病院報告(厚生労働省)より(豊田市の平均在院日数)

5. 介護の制度について

介護サービスを利用するには、自治体に利用のための申請を行い、患者・利用者の状況に合わせて、必要なサービスを選び、契約を行うことが必要になります。ここでは、どのような人がどのような手続きを経てサービスを利用できるのかを紹介します。

<介護保険の加入者(被保険者)>

40 歳以上の方は介護保険に加入し、第1号被保険者と第2号被保険者の2つに分かれています。介護保険は医療保険と違って、保険証を持っていてもすぐには利用ができません。介護サービスを利用するには、介護や支援が必要だと認められる必要があります。



※老化が原因とされる病気(特定疾病)は以下の16種です。

- がん末期(医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがない状態に至ったと判断したものに限る)
- 関節リウマチ
- 筋萎縮性側索硬化症
- 後縦靭帯骨化症
- 骨折を伴う骨粗鬆症
- 初老期における認知症
- パーキンソン病関連疾患(進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病)
- 脊髄小脳変性症
- 脊柱管狭窄症
- 早老症
- 多系統萎縮症
- 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症、糖尿病性網膜症
- 脳血管疾患
- 閉塞性動脈硬化症
- 慢性閉塞性肺疾患
- 両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

<介護保険の利用の流れ>

介護保険を利用するには、介護保険を運営している市町村で介護や支援が必要だと認定を受けることが必要です。申請し、どの程度の介護が必要かが判定されて、利用できる介護サービスの内容が決まります。

地域包括支援センターへ相談

介護サービスの利用をしたい時は、まず、近くにある地域包括支援センター、もしくは、市役所の介護保険課の窓口で相談します。利用のための手順や、必要なサービスを紹介してもらえます。

心身の状態の確認(要介護認定の申請)

介護や支援の必要性を判断するための、基本チェックリスト、もしくは、要介護認定の申請を行います。

要介護認定の申請を行った場合は、調査員が自宅を訪問し、心身・介護の状況などについて聞き取り調査(認定調査)を行い、主治医に依頼して心身の状態に関する主治医意見書を作成してもらいます。

原則として、申請から30日以内に、市から認定結果が通知されます。

要介護認定の申請に必要なもの

- 介護保険被保険者証
- 健康保険被保険者証(65歳未満)
- 印鑑
- 身分証明書

支援・サービスの利用計画書の作成

地域包括支援センターやケアマネジャーと相談しながら、どんな支援・サービスをどのくらい利用するかという計画(ケアプラン)を作成します。

介護保険サービスの利用

作成したケアプランに基づき、支援・サービスを選び、事業者ごとに利用契約を結びます。利用できる支援・サービスは、基本チェックリスト、要介護認定の結果によって異なります。

要介護1～5	要支援1・2	基本チェックリスト該当者
<ul style="list-style-type: none"> ・ 居宅サービス ・ 地域密着型サービス ・ 施設サービス ・ 一般介護予防事業 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 介護予防サービス ・ 地域密着型介護予防サービス ・ 介護予防・生活支援サービス事業 ・ 一般介護予防事業 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 介護予防・生活支援サービス事業 ・ 一般介護予防事業

＜介護保険で利用できるサービス＞

介護サービスには、自宅にいながら受けられるサービスや施設で暮らしながら受けるサービスなど、様々な種類があります。自立した生活をおくるために、一人ひとりが必要なサービスを自由に組み合わせることで利用できます。

訪問を受けて利用するサービス

訪問介護(ホームヘルプ)	ホームヘルパーに居宅を訪問してもらい、入浴、排泄、食事などの身体介護や調理、洗濯などの生活援助が受けられます。
訪問入浴介護	介護職員と看護職員に居宅を訪問してもらい、浴槽を提供しての入浴介護が受けられます。
訪問リハビリテーション	理学療法士や作業療法士、言語聴覚士に居宅を訪問してもらい、リハビリテーションを受けられます。
訪問看護	看護師などに居宅を訪問してもらい、療養上の世話や診療の補助が受けられます。
居宅療養管理指導	医師、歯科医師、薬剤師、管理栄養士などに居宅を訪問してもらい、療養上の管理や指導が受けられます。

施設に通ったり、短期間入所・入居して利用するサービス

通所介護(デイサービス)	通所介護施設で、食事、入浴などの日常生活上の支援や、生活行為向上のための支援を日帰りで受けられます。
通所リハビリテーション(デイケア)	介護老人保健施設や医療機関などで、食事、入浴などの日常生活上の支援や生活行為向上のためのリハビリテーションを日帰りで受けられます。
短期入所生活介護(ショートステイ)	介護老人福祉施設などに短期入所して、日常生活上の支援や機能訓練などが受けられます。
短期入所療養介護(ショートステイ)	介護老人保健施設などに短期入所して、日常生活上の支援やリハビリテーションなどが受けられます。
特定施設入居者生活介護	有料老人ホームで日常生活上の支援や介護を受けられます。

福祉用具を利用するサービス

福祉用具貸与	日常生活の自立を助けるために福祉用具の貸与が受けられます。
特定福祉用具販売(福祉用具購入費の支給)	入浴や排泄などに使用する福祉用具を購入したとき、購入費を支給します。

住宅環境を整備するサービス

住宅改修費支給	手すりの取り付けや段差解消などの住宅改修をしたとき、住宅改修費を支給します。事前の申請が必要です。
---------	---

住み慣れた地域で利用するサービス

小規模多機能型居宅介護	通いを中心に、利用者の選択に応じて訪問や泊まりのサービスを組み合わせ、多機能なサービスを受けられます。
認知症対応型通所介護	認知症の高齢者が、食事や入浴などの日常生活上の世話や機能訓練、専門的なケアなどのサービスを日帰りで受けられます。
認知症対応型共同生活介護(グループホーム)	認知症の高齢者が共同生活をする住居で、日常生活上の世話や機能訓練などのサービスを受けられます。
地域密着型通所介護	定員が18人以下の小規模な通所介護施設で、日常生活の世話や機能訓練などを受けられます。

地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	入所定員が29人以下の小規模な介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)に入所する人が、日常生活上の世話や機能訓練などのサービスを受けられます。
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ることで、通所・訪問・短期間の宿泊を利用して介護や医療・看護のケアが受けられます。
夜間対応型訪問介護	定期的な巡回や随時の通報による夜間専用の訪問介護が受けられます。
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	日中・夜間を通じて定期的な巡回と随時の通報により居宅を訪問してもらい、介護や看護、緊急時の対応などが受けられます。
地域密着型特定施設入居者生活介護	定員が29人以下の小規模な介護専用の有料老人ホームなどで、食事・入浴、機能訓練などのサービスを受けられます。

施設に入所して利用するサービス

介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム)	日常生活で常に介護が必要な人で、在宅での介護が困難な場合に入所する施設です。 ここでは、施設サービス計画に基づいて、入浴、食事等の日常生活の回復や機能訓練、健康管理などのサービスが受けられます。
介護老人保健施設 (老人保健施設)	病状が安定期にあり、看護や医療的管理のもとで必要な介護サービスを受ける施設です。 ここでは、施設サービス計画に基づいて、医学的管理下での介護、機能訓練、日常生活の介助などのサービスが受けられます。
介護療養型医療施設 (療養病床等)	急性期の治療が終わり、病状が安定期にある人で、常時医学的管理下での長期療養を必要とする人が入所する施設です。 ここでは、施設サービス計画に基づいて、療養上の管理や看護、医学的管理下での介護や機能訓練などの必要なサービスを受けられます。

介護サービスの詳しい内容を知りたい人は…



豊田市では、サービスごとに自己負担の目安や提供内容を説明した、市民向け冊子「**豊田市の介護保険ガイドブック**」を作成しています。

豊田市役所 福祉部 介護保険課や地域包括支援センターにお問い合わせください。



パソコン・スマートフォンからは、**豊田市介護保険課のホームページ**をご利用ください。

<http://www.city.toyota.aichi.jp>

多職種連携ポイント集

平成30年12月

豊田市 福祉部 地域包括ケア企画課
〒471-8501 愛知県豊田市西町3丁目60番地
TEL : 0565-34-6787