

# 医療と介護の連携ハンドブック

～新潟市民の生活を支えるための多職種連携～



新潟市在宅医療・介護連携推進協議会

Ver. 1 (平成30年4月)

# 目次

1. はじめに	1
2 新潟市における医療・介護連携『10の心得』	4
3 入院前から退院後までの連携フロー	5
4 在宅医療・介護連携の体制について（イメージ図）	6
5 在宅医療・介護に関わる多職種とその役割	7
6 在宅医療・介護連携センター／ステーションのご案内	9

## 参考資料

・ 介護保険サービスの種類	12
---------------	----

# 1 はじめに

高齢化が進行する中で、市民が医療や介護が必要な状態になっても、住み慣れた地域で安心して療養生活を送るためには、急性期から看取りまで、切れ目のない医療・介護・福祉サービスを受けられる体制づくりが必要です。

しかしながら、平成28年度に、市内約1,500の医療・介護関係機関へ実施した「地域医療・介護に関する実態調査」の結果などから、日々の業務や医療と介護の連携に関する困りごとや悩みなど多くの意見が挙げられ、必ずしも連携が円滑に行われていない現状が浮き彫りになりました。

## (1) ハンドブックの目的

このハンドブックは、医療と介護の関係者が、連携の目的を共有し、互いの業務や専門性を理解することで、より一層の連携強化や信頼関係を深め、以って新潟市民が安心して生活できることを目的に作成しました。

医療と介護が必要な高齢者の増加、増大する個々のニーズに適切に対応していくためには、地域全体で市民一人ひとりの生活を支えていく必要があります。

ハンドブックでは、医療と介護の連携に関わる全ての職種に共通する価値や向かうべき方向性を示した行動指針として、新潟市における医療・介護連携『10の心得』を策定しています。

また、平成28年度「地域医療・介護に関する実態調査」の結果を受け、特に多くの課題が挙げられた病院の入退院時における連携に着目したポイントを記載しました。各職種における初任者研修や多職種が集う研修等でご活用いただくための内容を盛り込んでおります。なお、初任者や就業経験によらず、すでにご活躍のみなさまにおいても、今一度内容をご確認いただき、普段の業務に役立てていただければ幸いです。

今後は本ハンドブックを、各地域における様々な機会でもご活用いただき、「こんな内容もあったほうが良い、多職種間で共有したい」というものがあればご意見をいただき、医療と介護の関係者に使いやすく、よりよい連携が行われるためのハンドブックとして育てていければと思います。

## (2) 医療・介護を取り巻く主な課題

新潟市では、平均寿命の延伸や団塊の世代の高齢化、さらには少子化が加わり、平成 29 年 10 月 1 日現在で高齢化率は 28.4%と確実に高齢化が進行しています。介護認定者についても、ここ数年では年 1,000 人前後のペースで増加しており、今後、医療や介護の需要がさらに増加することが見込まれる中で、医療・介護の提供体制の整備を進めるとともに、生きがいを持ちながら健康に過ごすために介護予防を推進していく必要があります。

新潟市が、平成 28 年度に在宅で要介護認定を受けている方を対象に行った調査（在宅介護実態調査）では、本人の望む介護のあり方について、在宅での介護を希望する方は有効回答の約 8 割を占めており、多くの高齢者が在宅での生活を希望している状況となっていることから、今後も、在宅での生活が継続できるよう支援する施策を推進する必要があります。

一方で、高齢者人口の増大や単身高齢者世帯、認知症高齢者の増加などにより、医療や介護ニーズ、日常生活支援に対するニーズが増大しています。しかしながら、生産年齢人口は減少し、担い手の不足が見込まれるため、団塊の世代が 75 歳以上となる 2025 年（平成 37 年）に向けて、予防・生活支援・介護・医療・住まい、この 5 つの要素が連携しながら、住み慣れた地域で、自分らしく、安心して暮らし続けることができるよう地域全体で高齢者を支える地域包括ケアシステムを深化・推進していく必要があります。



### (3) 医療と介護の連携の現状

新潟市では、連携の現状や課題を把握するため、市内約 1,500 の医療機関（医科診療所・歯科診療所・病院・訪問看護ステーション・調剤薬局）および居宅介護支援事業所

（ケアマネジャー）を対象に、「地域医療・介護連携に関する実態調査」を実施しました。

また、在宅医療・介護連携ステーション等が実施している研修会のアンケート結果などからも、医療と介護の連携に関して様々な意見が挙がりました。

このような意見を集約し、ハンドブックにおいて取り上げる項目を整理しました。

なお、本調査結果の概要については、参考資料「地域医療・介護連携に関する実態調査」をご覧ください。

医療・介護関係者の声（調査結果より）	課題
<ul style="list-style-type: none"> <li>・「病院の医療ソーシャルワーカー以外のスタッフからも、在宅医療や介護を理解してほしい」「医師や看護師が在宅療養に対しての意識が乏しい」（ケアマネジャー）</li> <li>・「病院の看護師は、患者の退院後の生活をイメージできていない」（病院）</li> </ul>	<p>市民が在宅療養から入院・退院するという一連の経過をたどる中で、様々な医療・介護の関係職種が関わっていることを、幅広い職種に対して理解してもらう必要がある。</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・「退院カンファレンスの時に、病院看護師が患者のことを把握していないことがある」（ケアマネジャー）</li> <li>・「入院時の情報提供書にどのような内容を記載すると病院側の役に立つかがよく分からない」「入院時の情報提供が役立っているのか疑問」（ケアマネジャー）</li> <li>・「病院においても退院時期が早くなってきている。円滑な連携が今まで以上に必要」「病院の機能を在宅医療の担当者に理解してもらう必要がある」（病院）</li> </ul>	<p>入院から退院して在宅に戻るまでの間において、医療と介護の関係職種の連携の際に留意すべき点や心がけることについて、医療・介護関係職種が相互に理解する必要がある。</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・「多職種連携について、相手のことを知った上で連携をしていく必要がある。相手のことが分かる関係が大事だと思う」（病院）</li> <li>・「在宅医療について院内スタッフの理解が低い」「どのような職種が在宅医療を支えているのか、理解する必要があると感じる」（病院）</li> </ul>	<p>医療と介護の関係職種に対して、在宅医療に関わる多職種の役割について理解を深める必要がある。</p>

## 2 新潟市における医療・介護連携『10の心得』

市民が医療や介護が必要な状態になっても、住み慣れた地域で安心して療養生活を送れるように、医療と介護の全ての専門職に共通する価値や向かうべき方向を示した行動指針として「新潟市における医療・介護連携『10の心得』」を策定しました。

- 1（市民の権利の尊重）  
医療・介護関係者は、市民をかけがえのない存在として尊重し、市民の権利を守ります
- 2（市民の意思の尊重）  
医療・介護関係者は、市民が自らの希望を実現できるよう市民の自己決定を尊重します
- 3（市民との信頼関係の構築）  
医療・介護関係者は、市民自らの意思に基づいた判断ができるように、市民と信頼関係を築きます
- 4（市民の意思決定の支援）  
医療・介護関係者は、市民がより良い選択ができるよう、専門職として市民へ必要な情報提供を行います
- 5（市民の意思の共有）  
医療・介護関係者は、市民自らが決めた意思を関係者間で共有します
- 6（関係者間の目的共有）  
医療・介護関係者は、市民の意思に沿った支援を行うことができるように、関係者間で目的を共有します
- 7（関係者間の連携・協働）  
医療・介護関係者は、市民の意思実現のために、共通の目的を持ち、目的達成のために多職種で連携を図り、協働します
- 8（専門性の尊重）  
医療・介護関係者は、それぞれの専門職に対して敬意を持ち、専門性を尊重します
- 9（専門性の相互理解）  
医療・介護関係者は、互いの専門性を理解できるように、自身の職種の持つ専門性を伝えます
- 10（秘密の保持）  
医療・介護関係者は、市民のプライバシーを尊重し、情報管理に細心の注意を払い、秘密を守ります

### 3 入院前から退院後までの連携フロー

★ここでいう「病院側」とは、病院のさまざまな職種の方々を指します。役割分担など各病院によってさまざまであるため、このフローではあえて職種を限定していません。

★このフローを活用して、初任者研修や多職種連携のケース検討会などで実際のケースをこのフローに当てはめ、所属する事業所・病院あるいは部署の体制についてや専門職として自身の振り返る機会、他者の取組みを知る機会としましょう。

#### 連携のポイント…『10の心得』をもとに考える

- |  |   |   |  |   |  |
|--|---|---|--|---|--|
| 1 日頃から、本人の思いと意思について本人に関わる多職種で話し合いの機会を持つようにしましょう                              | 5 本人が入院した場合はすみやかに多職種間で情報共有を行きましょう                                       | 9 退院後の生活について目標を設定し、入院早期から多職種が情報共有する機会を持ちましょう                            | 13 退院が決まったら、スムーズに退院後の生活を送ることができるよう多職種を交えた退院前カンファレンスを実施し、情報共有の機会をもちましょう | 17 継続した切れ目のない医療・介護の支援を行うため、本人に関わる多職種間で随時情報共有を行きましょう | 20 本人の生活状況を多職種間で共有し、疑問点や新たな課題点があれば、本人に関わる多職種間で必要な対応策を検討しましょう |
| 2 本人に関わる多職種の役割を理解し、顔の見える関係性をつくるよう心がけましょう                                     | 6 病院の連携の窓口について把握し、密に連絡を取り合いながら連携を深めましょう                                 | 10 本人の意思決定の支援にあたって、多職種間で連携を図り、それぞれの専門性を活かした情報提供や支援を行きましょう               | 14 病状について本人・家族の受け止め方や抱えている課題について確認し、解決策を多職種で検討しましょう                    | 18 資料による情報提供だけでなく、多職種間で積極的に顔の見える連携を図りましょう           | 21 退院後の治療方針や生活面の意向について、改めて本人の意思を確認しましょう                      |
| 3 入院時などに備えて、在宅時の本人の生活状況・課題などについて把握し、日常生活の状態が分かる資料（むすびあい手帳等）を用意できるようにしておきましょう | 7 在宅時の本人の生活状況・課題点などについて、本人に関わる多職種間で情報共有し、退院に際して、何が課題となるのかを検討する機会を持ちましょう | 11 状況の変化とともに本人や家族の思いがどのように変化しているのか把握するよう努めましょう                          | 15 退院後の生活における注意事項について、本人や家族に理解してもらうとともに、多職種間で情報共有しましょう                 | 19 入院中に得た情報や退院時の資料等から、多職種間で今後の支援方針について改めて確認しましょう    | 22 緊急時の対応について、本人の意向を確認し、具体的な対応について検討しておきましょう                 |
| 4 本人に関わる多職種の連携に際して、本人の個人情報を関係者が各機関へ提供することについて本人・家族に説明し、同意を得ておきましょう           | 8 入院中の情報を各関係機関へ提供することについて本人・家族に説明し承諾を得ておきましょう                           | 12 本人・家族に病状や療養上の留意点など、在宅療養に際して必要になってくる対応を説明することで、安心して療養生活に移行できるよう努めましょう | 16 本人や家族が不安に感じていることを聞きとり、本人や家族が退院後の生活に備えることが出来るようにしましょう                | 23 本人が最期まで自分らしく生活することをサポートするために多職種間で連携を図りましょう       |  |



**病院側**  
医師  
MSW  
病棟看護師  
退院支援看護師など

入院前の基本情報（生活状況・介護サービスの利用状況）を聞き取る

入院相談時の情報を入院後の支援に活用できるよう意識して情報収集を行う（必要に応じてケアマネジャーに連絡をとる）

入院した患者が介護サービスを利用していたことを知ったら、本人・家族に対して担当ケアマネジャーに連絡するよう依頼する（本人、家族が不可能な場合は、病院から連絡する場合も）

入院時情報提供書により「入院前の生活状況」「家族や支援者の状況」等について聞き取る

入院時情報提供書の内容を、病院の多職種と情報共有する

入院時のスクリーニングを行い、退院支援の必要性について検討する

院内多職種間カンファレンスを適宜実施し、退院にあたっての課題を共有する

入院前と比較したADL・IADLの変化や必要な医療処置について把握する

退院のめどが立ってきたら、退院準備を始める段階でケアマネジャーに連絡をし来院を要請する

退院後の生活の場、療養方針などに関する意思決定支援を行い、必要に応じて退院前カンファレンスの実施準備をする

退院前カンファレンスにおいて、退院後の病状の変化や課題点をふまえた情報提供を行う

退院までに必要な準備、退院指導について検討する

退院前カンファレンス（サービス担当者会議）において多職種で退院後の生活を意識した生活課題を検討する

医療ニーズ、生活ニーズを多職種で確認し、多職種の意見をケアプランに反映する

必要に応じてケアマネジャー、サービス事業所などからの問い合わせに対応、情報共有を行う

**介護支援専門員（ケアマネジャー）**

本人や家族に、入院したら早めにケアマネジャーに連絡してほしいことを依頼しておく

入院した場合、すみやかに病院に情報提供できるよう利用者の課題を整理しておく

利用者が入院したことを知ったら、病院の連絡相談窓口へ連絡をする⇒担当者の確認をしておく（今後病院へ訪問する場合アポイントを取る）

入院時できるだけ早く、病院の連絡相談窓口へ入院時情報提供書等にて必要な利用者（患者）情報の提供を行う

本人や家族に、病院から病状説明があった場合はケアマネジャーにも内容を教えてほしいことを依頼しておく

病院の退院支援に活用できる情報提供を行うとともに入院中の状況について積極的に情報収集を行う

退院のめどが立ったら連絡をもらえるよう病院の連絡相談窓口へ連絡しておく

病院から収集した情報を基に、予測される課題分析を行う

必要に応じて退院前カンファレンス（サービス担当者会議）の実施準備をする

退院後の生活の場、療養方針などに関する意思決定支援を行う

退院前カンファレンス（サービス担当者会議）において多職種で退院後の生活を意識した生活課題を検討する

医療ニーズ、生活ニーズを多職種で確認し、多職種の意見をケアプランに反映する

退院前カンファレンス（サービス担当者会議）後に多職種の意見をふまえたケアプランの見直しを行う

利用者（患者）の状態にあったサービスが提供されるよう、サービス事業所と調整する

必要に応じて病院の連絡相談窓口へケアプランを提出する

病院の連絡相談窓口へ在宅での様子を伝える











退院後の通院の状況を把握する

# 4 在宅医療・介護連携の体制について（イメージ図）





## 5 在宅医療・介護に関わる多職種とその役割

職種・職業	役割・仕事内容	勤務場所
 医師	診察・治療・薬の処方などを行い、病気や健康状態の管理をする。かかりつけ医として、定期的な訪問診療や往診にも対応し、本人や家族主体の医療を提供する。	病院・診療所 施設（入所・通所）
 看護師 訪問看護師	自宅に伺い健康状態の確認、必要な医療処置、入浴・排せつなどの療養生活の支援、栄養指導、リハビリテーションなどを行う。また、医師と協力して、病気や怪我のケアや診察・治療を行う際の補助を行う。	病院・診療所 施設（入所・通所） 訪問看護ステーション
 歯科医師	歯の治療・保健指導・健康管理などを行う。かかりつけ歯科医として、寝たきりや施設に入所し歯科診療所に通えない方のために、訪問して虫歯の治療だけでなく、入れ歯の制作・調整、口腔内の清掃、誤嚥防止の指導・訓練など、継続的な口腔機能の維持管理を行う。	病院・歯科診療所
 歯科 衛生士	歯科医師の診察・治療を行う際の補助や口の中の清掃・機能低下の防止の指導など、口の中の健康をささえ『食べる楽しみ』の支援など行う。	病院・歯科診療所 施設（入所・通所）
 薬剤師	処方箋による調剤の他、処方された薬の説明や、残薬管理、飲み合わせ・副作用等の相談にのり助言を行う。また、医師の指示に基づき、ご自宅に薬を届けるだけでなく、服薬カレンダーのセットや、薬が飲みにくい場合の工夫・提案を行う。	病院 調剤薬局
 管理栄養士 栄養士	医師と協力して、本人の状態に合わせて栄養・食事に関する必要な情報や、食事療法に関する相談・指導を行う。施設においては、食事計画等を作成し、栄養状態や身体機能維持・向上を図る。	病院・診療所 施設（入所・通所）
 リハビリスタッフ	<p>【理学療法士】 病気や怪我などで身体に障がいのある方や、障がいの発生が予測される方に対して、様々な運動を通じて、日常生活に必要な体力をつけたり、動作能力の維持、改善を図る。</p> <p>【作業療法士】 認知機能などの心身機能の回復練習や入浴行為などADL、調理などIADLを福祉用具の選定や新たなやり方の工夫を通じて指導する。 加えて余暇活動や地域活動、就労復帰支援などを実生活の場で指導する。</p> <p>【言語聴覚士】 コミュニケーション能力や食べる能力に障がいのある方や、障がいの発生が予測される方に対して、評価・治療などの援助を行う。</p>	病院・診療所 施設（入所・通所） 訪問リハビリ事業所 訪問看護ステーション
 医療 ソーシャル ワーカー (MSW)	相談援助を行う者で、医療機関の中で、本人や家族の抱える経済的・心理的・社会的問題に関する相談にのり、安心して退院後の在宅生活を送れるようケアマネジャーや、他の専門職と連携して問題を解決・調整し、社会復帰の促進を図る。	
 精神保健 福祉士 (PSW)	精神に障がいがある人の相談援助や社会参加に向けての支援活動を行う。精神科病院、精神科クリニック、障がい者施設等で活動する。	病院・診療所 施設（入所・通所）
 生活相談員 支援相談員	介護老人保健施設、通所介護事業所、養護老人ホームなどに配置され、本人や家族の抱える経済的・心理的・社会的問題に関する相談にのり、ケアマネジャーや、他の専門職と連携して問題を解決・調整し、生活の質の向上に努める。	

職種・職業	役割・仕事内容	勤務場所
 介護支援 専門員 (ケアマネジャー)	介護が必要になった場合、要介護者や家族からの相談を受け、生活全体を把握し、本人や家族の思いに寄り添い介護保険サービスの利用に必要となるケアプランを作成したり、医療機関・介護サービス事業者との調整などを行う。	居宅介護支援事業所 施設（入所）
 介護福祉士	専門的知識と技術をもって、身体上または精神上の障がいにより日常生活に支障がある人に対して、その心身の状況に応じた介護を行う。また、本人や家族等に対して介護に関する指導を行う。	介護事業所 施設（入所）
 ホーム ヘルパー	入浴や排せつ、食事介助などの支援を行う。また、家族状況によっては買い物、食事の支援、掃除などの支援も行う。	介護事業所
 福祉用具 専門相談員	福祉用具を利用する際に、選定や使い方などの相談・調整を行う。	福祉用具貸与 ・販売事業所
 保健師	乳幼児や妊産婦、成人、高齢者、障がい者、難病患者等を対象に保健・福祉サービスを行う。必要時家庭訪問し、関係機関との調整をはかりながら、地域でスムーズな生活が送れるよう支援する。	区役所 地域保健福祉センター
 地域包括支援センター 職員	<p>主な設置主体は市町村等自治体で、高齢者が住み慣れた地域で安心して生活が出来るよう、介護予防や日々の暮らしを様々な側面からサポートする。</p> <p>【社会福祉士（ソーシャルワーカー）】 地域の社会資源の発掘や医療機関などを含めた様々な関係機関とネットワークを構築し、また消費者被害や高齢者虐待の防止など高齢者の権利を守るために関係機関との連携を図りながら相談・支援する。</p> <p>【保健師】 高齢者が健康な生活を送れるようサポートし、介護予防のための助言・指導を行う。</p> <p>【主任介護支援専門員（主任ケアマネジャー）】 地域のケアマネジャーからの相談を受け、助言・指導を行うなどの後方支援を行う。</p>	地域包括支援センター

# 在宅医療・介護連携センター 在宅医療・介護連携ステーション のご案内

新潟市では、地域の皆様が住み慣れた環境で安心して生活を送ることができるよう、在宅医療・介護連携センターおよび市内11か所の在宅医療・介護連携ステーションが「在宅医療・介護連携推進事業」を実施しています。

## 役割と機能

- ◆病院や診療所（かかりつけ医）などの医療機関と介護支援専門員や介護関係機関の円滑な連携をサポートします
- ◆多職種多機関が抱える課題に対して、より良い支援のあり方を検討できるようサポートします
- ◆情報提供や医療体制の解説、医療と介護の相互理解や職種間の意思疎通が困難な場合などの相談に対してサポートします

## 事業項目と主な業務内容

- 地域の医療・介護サービス資源の把握
- 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討
- 切れ目のない在宅医療と介護サービスの提供体制の構築推進
- 医療・介護関係者の情報共有の支援  
⇒関係機関に対し、多職種連携に必要な知識や情報共有の場づくり
- 在宅医療・介護連携に関する相談支援  
⇒医療・介護に関する解説、連携に関する助言、医療と介護の意思疎通が困難な場合のサポートなど
- 医療・介護関係者の研修
- 地域住民への普及啓発  
⇒地域の茶の間・老人クラブ等地域に出向いて、市民を対象に在宅医療・介護に関する講座を開催
- 在宅医療・介護連携に関する関係市町村との連携

※在宅医療・介護連携ステーションは、医療・介護関係者の相談窓口です。

## Q & A

### 【Q1】どんな相談ができますか？

A. かかりつけ医や病院の連携実務担当者、介護支援専門員といった医療・介護等のサービス提供者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。

《例えば》

- 訪問診療してくれる医師を教えてください  
対応⇒ご希望、病状等うかがった上で適切な訪問診療医をご案内します。
- 訪問看護の依頼先について相談したい  
対応⇒訪問看護の導入に関するアドバイスや事業所の案内を行います。

### 【Q2】利用者が20歳未満の子どもの場合は相談できないのですか？

A. 相談の対象となるのは、本市に在住する40歳以上の方を想定していますが、それ以外の方に関する相談は受け付けないということではありません。そのような場合は、必要に応じて関係機関をご案内するなど、適切に対応します。

### 【Q3】市民も相談できますか？

A. 原則、市民から直接相談をお受けすることはできません。

医療、介護の連携推進を目的としています。したがって、医療・介護関係者からの相談に対応いたします。

市民の相談窓口としては、地域包括支援センターが総合的な対応をします。地域包括支援センターと連携することで、医療と介護の連携を推進します。

### 【Q4】相談はどのような方法で行えばいいですか？

A. 専門のスタッフ（介護保険の知識を有する看護師や、医療ソーシャルワーカー）が常駐しています。お電話でご連絡いただくか、直接窓口にお越しいただいても結構です（事前アポイントメントをお勧めします）。

### 【Q5】相談料や利用料はかかりますか？

A. 相談対応含め、全て無料です。安心してなんでもご相談ください。また、相談以外にも連携に関するご意見やご提案など多くの声をいただき、連携の推進や地域づくりに反映させたいと考えています。お気軽にご意見をお寄せください。

### 【Q6】退院調整に関しては、医療機関に対してどのような支援をするのですか？

A. 退院調整は医療機関が実施するものであることを前提として、その調整作業に対する支援を行うこととなります。対応は個々のケースによって異なりますが、在宅医療・介護連携ステーションが退院調整の肩代わりをするものではありません。

# お問い合わせ・相談

## 新潟市在宅医療・介護連携ステーション

新潟市在宅医療・介護連携ステーション 北（豊栄病院）	025-388-3800
新潟市在宅医療・介護連携ステーション 東（新潟臨港病院）	025-364-7321
新潟市在宅医療・介護連携ステーション 東第二（木戸病院）	025-273-2210
新潟市在宅医療・介護連携ステーション 中央（新潟南病院）	025-285-3730
新潟市在宅医療・介護連携ステーション 中央第二（みどり病院）	025-244-0130
新潟市在宅医療・介護連携ステーション 江南（亀田第一病院）	025-383-6780
新潟市在宅医療・介護連携ステーション 秋葉（新津医療センター病院）	0250-24-5447
新潟市在宅医療・介護連携ステーション 南（新潟白根総合病院）	025-372-2196
新潟市在宅医療・介護連携ステーション 西（済生会新潟病院）	025-365-2437
新潟市在宅医療・介護連携ステーション 西第二（信楽園病院）	025-260-8108
新潟市在宅医療・介護連携ステーション 西蒲（西蒲中央病院）	0256-88-0022

## 新潟市在宅医療・介護連携センター

〒950-0914 新潟市中央区紫竹山3丁目3番11号

新潟市総合保健医療センター5階新潟市医師会内

TEL 025-240-4135（直通）

FAX 025-247-8856

E-mail [renkei-center@med.email.ne.jp](mailto:renkei-center@med.email.ne.jp)

受付日・時間 月～金の9:00～17:00

（祝日、年末年始を除く）

<在宅医療・介護連携推進事業についてのお問い合わせはこちら>

## 新潟市保健衛生部地域医療推進課

〒950-0914 新潟市中央区紫竹山3丁目3番11号

新潟市総合保健医療センター2階

TEL 025-212-8018（直通）

FAX 025-246-5672

E-mail [chiiki-iryu@city.niigata.lg.jp](mailto:chiiki-iryu@city.niigata.lg.jp)

# 介護保険サービスの種類

## (1) 居宅サービス

自宅への訪問、施設や短期入所などにより、介護や看護、リハビリテーションなどを受けるサービスです。

訪問介護	ご自宅にホームヘルパーが訪問し、入浴、排せつ、食事など日常生活上の介護を行います。
訪問入浴介護	移動入浴車により、自宅に浴槽を持ち込み、入浴介護を行います。
訪問看護 介護予防訪問看護	主治医の指示のもと、看護師などが自宅を訪問し、療養上の世話や診療の補助を行います。
訪問リハビリテーション 介護予防訪問リハビリテーション	主治医の指示のもと、理学療法士や作業療法士が自宅を訪問し、心身の機能維持や回復、日常生活上の自立を助ける理学療法、作業療法などの機能訓練を行います。
居宅療養管理指導 介護予防居宅療養管理指導	医師や歯科医師、薬剤師などが自宅を訪問し、介護サービス利用上の指導や助言のほか、心身機能の維持回復のために必要な療養上の管理・指導を行います。
通所介護【デイサービス】	特別養護老人ホームやデイサービスセンターに通い、入浴、排せつ、食事などの日常生活上の介護や機能訓練などを行います。
通所リハビリテーション 介護予防通所リハビリテーション 【デイケア】	介護老人保健施設などにおいて心身の機能維持や回復、日常生活上の自立を助ける理学療法、作業療法などの機能訓練を行います。
短期入所生活介護 介護予防短期入所生活介護 【ショートステイ】	特別養護老人ホームなどに短期間入所する方に対し、入浴、排せつ、食事など日常生活上の介護や機能訓練などを行います。
短期入所療養介護 介護予防短期入所療養介護	介護老人保健施設などに短期間入所する方に対し、医学的管理のもと介護や看護、機能訓練のほか、必要な医療や療養上の世話などを行います。
特定施設入居者生活介護 介護予防特定施設入居者生活介護	介護付きの特定施設（有料老人ホーム、養護老人ホームなど）に入居する方に対し、入浴、排せつ、食事など日常生活上の介護や、機能訓練、療養上の世話などを行います。
福祉用具貸与 介護予防福祉用具貸与	特殊寝台や車いすなど、日常生活上の便宜を図ったり、機能訓練を行ったりするための用具などを貸与します。

特定福祉用具販売 特定介護予防福祉用具販売	腰掛便座や入浴補助用具など、貸与しにくい特殊な福祉用具を購入した際にその費用を補助します。
住宅改修・介護予防住宅改修	手すりの取り付けや段差解消のためのスロープ設置など、自宅を改修した際に工事費を補助します。
居宅介護支援 介護予防支援 【ケアマネジメント】	居宅サービスなどを適切に利用できるよう、心身の状況や本人・家族の希望を踏まえ、利用するサービスの種類や内容などを定めるケアプランを作成し、サービス事業者との連絡調整などを行います。

## (2) 地域密着型サービス

要介護や要支援状態になってもできる限り、住み慣れた自宅や地域での生活を継続できるようにすることを目的としたサービスです。市内の事業所を利用できるのは新潟市民に限られ、利用者と施設職員のなじみの関係を築くことができるよう、小規模な施設であることが特徴です。

定期巡回・随時対応型訪問介護 看護	日中・夜間を通じ、訪問介護と訪問看護が連携しながら、自宅への短時間の定期的な巡回訪問や通報による訪問を行い、入浴、排せつ、食事など日常生活上の介護を行うほか、主治医の指示のもと、看護師などが療養上の世話や診療の補助などを行います。
夜間対応型訪問介護	夜間において、ホームヘルパーの自宅への定期的な訪問や、利用者からの通報による訪問により、介護や日常生活上の世話などを行います。
認知症対応型通所介護 介護予防認知症対応型通所介護	特別養護老人ホームやデイサービスセンターにおいて、認知症の方に入浴、排せつ、食事など日常生活上の介護や機能訓練などを行います。
小規模多機能型居宅介護 介護予防小規模多機能型居宅介護	サービスを行う事業所への「通い」を中心としながら「訪問」、「泊まり」によるサービスを組み合わせ、入浴、排せつ、食事など日常生活上の介護や機能訓練などを行います。
看護小規模多機能型居宅介護	訪問看護と小規模多機能型居宅介護を組み合わせ一体的に提供します。
認知症対応型共同生活介護 介護予防認知症対応型共同生活介護【グループホーム】	認知症の方に対し、共同生活を営む住居において入浴、排せつ、食事など日常生活上の介護や、機能訓練などを行います。
地域密着型特定施設入居者生活 介護	29人以下の小規模な有料老人ホームなどに入居する要介護者に対し、入浴、排せつ、食事など日常生活上の介護や、機能訓練、療養上のお世話などを行います。

地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	29人以下の小規模な特別養護老人ホームに入所する要介護者に対し、入浴、排せつ、食事など日常生活上の介護や、機能訓練、健康管理、療養上のお世話などを行います。
地域密着型通所介護	定員18人以下の小規模なデイサービスセンターなどの施設へ通い、入浴や食事の提供や日常生活上のお世話などを行います。

### (3) 施設サービス

介護保険施設に入所（入院）し、介護や看護、リハビリテーション、療養などを受けるサービスです。

介護老人福祉施設 【特別養護老人ホーム】	特別養護老人ホームに入所する要介護者に対し、入浴、排せつ、食事など日常生活上の介護や、機能訓練、健康管理、療養上のお世話などを行います。
介護老人保健施設 【老人保健施設】	介護老人保健施設に入所している病状が安定期にある要介護者に対し、看護、医学的管理のもとでの日常生活上の介護、機能訓練その他必要な医療や療養上のお世話などを行います。
介護療養型医療施設	介護療養型医療施設に入院している長期療養が必要な要介護者に対し、療養上の管理、看護、医学的管理のもとでの日常生活上の介護、機能訓練その他必要な医療などを行います。
介護医療院	今後、増加が見込まれる慢性期の医療・介護ニーズへの対応のため、「日常的な医学管理が必要な重介護者の受け入れ」や「看取り・ターミナルケア」等の機能と、「生活施設」としての機能を兼ね備えた、平成30年度から創設された新たな介護保険施設です。

### (4) 共生型サービス

1つの事業所で介護保険と障がい福祉のサービスを一体的に提供する取り組みです。

これにより、共生型サービスの指定を受けた事業所で障がい福祉サービスを利用していた方は、高齢者となったときに、引き続き同じ事業所を利用できるようになります。

※対象のサービスは、訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、短期入所生活介護（介護予防含む）、小規模多機能型居宅介護（介護予防含む）、看護小規模多機能型居宅介護です。



## 新潟市在宅医療・介護連携推進協議会 委員

- 阿部 行宏 山の下地域包括ケアネット 代表
- 阿部 葉子 新潟県医療ソーシャルワーカー協会 副会長
- 伊藤 明美 新潟市薬剤師会 副会長
- 井上 正則 新潟市医師会 在宅医療・在宅ネット運営協議会 委員長
- 桑原 秀也 新潟市歯科医師会 理事
- 小林 裕 新潟市社会福祉協議会 地域福祉課在宅福祉推進室在宅事業運営係 係長
- 小山 弓子 新潟市地域包括支援センターあじかた 管理者
- 斎藤 忠雄 在宅医療連携拠点事業実施者
- 鈴木 一郎 新潟大学医歯学総合病院地域保健医療推進部副部長 准教授
- 田村由美子 小合地域コミュニティ協議会 会長
- 永井 明彦 新潟市医師会 副会長
- 永井 博子 押木内科神経内科医院 副院長
- 中川 恵子 新潟臨港病院在宅医療部 部長
- 中山 裕子 新潟県理学療法士会 副会長
- 成瀬 聡 総合リハビリテーションセンターみどり病院 院長
- 野本 優二 新潟市民病院 緩和ケア内科部長
- 松山 茂樹 新潟医療福祉大学 社会福祉学部社会福祉学科長 教授
- 宮崎 則男 新潟県介護福祉士会 会長
- 湯田 昭子 新潟市民生委員児童委員協議会連合会 理事
- 横田 樹也 新潟市医師会 在宅医療部長

**医療と介護の連携ハンドブック**

**～新潟市民の生活を支えるための多職種連携～**

**Ver .1 (平成30年4月)**

**企画 新潟市在宅医療・介護連携推進協議会**

**発行 新潟市 保健衛生部 地域医療推進課**

**〒950-0914 新潟市中央区紫竹山3丁目3番11号**

**TEL 025-212-8018 FAX 025-246-5672**