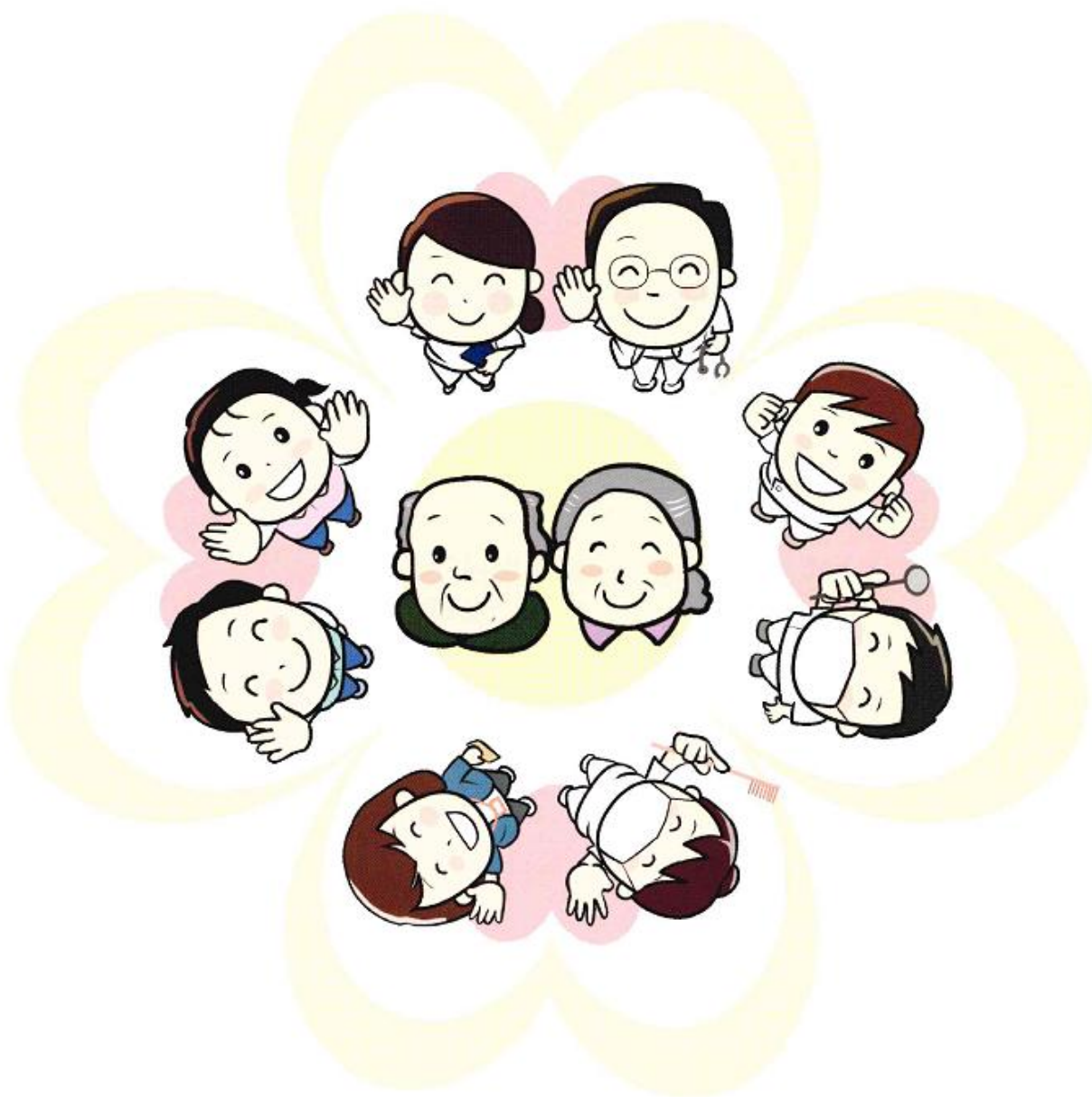


松阪
地域 **医療と介護**の

連携ハンドブック

～本人の望む暮らしをささえるために～



令和 7 年 3 月

まつさか医療～顔の見える連携会議

松阪市 多気町 明和町 大台町

目 次

はじめに	1
Ⅰ.ハンドブックについて	2
1.ハンドブックの目的・使い方	2
2.ハンドブック作成の背景について	2
Ⅱ.連携で心がけていること、大切にしていること	4
Ⅲ.在宅医療・介護の4つの場面における連携	7
1.日常の療養支援における連携	8
2.入退院支援における連携	12
3.急変時の対応における連携	23
4.看取りにおける連携	28
資料編	32
《主な用語・略語一覧》	33
【資料1】医療・介護の連携に役立つ豆知識	34
【資料2】相談窓口	42
【資料3】知っておくと役立つ用語・略語	50
【資料4】参考となるホームページ	65
【名簿】まつさか医療～顔の見える連携会議・実務者検討委員会	67
おわりに	69

参照一覧

参照 ①◆人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセス（イメージ図）◆	10
参照 ②◆高齢者の身体的特徴と疾患◆	10
参照 ③◆報告・連絡・相談◆	11
参照 ④◆入院時に共有したい情報◆	16
参照 ⑤◆入院時連携シート◆	17
参照 ⑥◆退院時に共有したい情報◆	18
参照 ⑦◆在宅や施設で見かける医療機器や医療処置◆	19
参照 ⑧◆入退院連携の流れと介護報酬・診療報酬（代表例）◆	21
参照 ⑨◆休日・夜間に急病で困った時は？（一次救急）◆	24
参照 ⑩◆急を要する症状（二次救急・三次救急）◆	25
参照 ⑪◆もしもの時の救急車の利用（例）◆	26
参照 ⑫◆疾患群別予後予測モデル◆	30
参照 ⑬◆自宅や施設での死亡時の流れ（例）◆	31

はじめに

本ハンドブックは、松阪地域で働く医療及び介護従事者同士がサービスを受ける高齢者本人の望む在宅生活を支援するための“より良い連携”へとつながることを目的に、令和 2 年度に初版が作成されました。今回が 2 版目になります。

平成 30 年 4 月に松阪地域在宅医療・介護連携拠点が松阪地区医師会館内に開設されて、間もなく 7 年目を迎えようとしています。今も収まることのない新型コロナウイルス感染症も令和 5 年 5 月 8 日には五類感染症となり、未知のウイルスに恐れた日々は過去のものとなりました。この間の遅れを取り戻すべく、医療・介護関連の皆様も頑張っておられると思います。

当拠点は、①在宅医療・介護連携に関する相談支援、②情報共有の支援、③地域の医療・介護の資源の把握、④医療・介護関係者の研修を 4 つの柱として活動してきましたが、情報共有に主軸を置いた事業として、開設初年度は ICT を活用した情報共有システムの運用開始を行い、続いて開設 2 年目の平成 31 年度に初版ハンドブックが作成されました。

ハンドブックは在宅医療と介護を支える多職種のより良い連携のためのヒント集をイメージして作成されましたが、第 2 版も同じ目的の下で、更に、本拠点が関わっている「多職種勉強会」や「顔の見える連携会議」、その他、地域課題に関する検討会や研修会などを通して新たに得られた意見や情報を参考に追加や見直しを行いました。ルール本やマニュアルではなく、互いの役割を尊重しながら、マナーやエチケット、入退院時の流れや役立つような資料等をまとめ、これまで築き上げた“より良い連携”を皆さんの手で“自ら進化する良い連携”に高めるために役立つよう願っています。

一部の地域を除き、松阪地区でも人口減少が現実のものとなってきました。人口の高齢化は更に進み、社会の担い手である若い世代が都市部へ流出するという傾向に特効薬はありません。幸い、松阪地区では地域包括ケアシステムの構築に向けた医療と介護の連携はかなり進んでいます。その反面、地域住民との連携にはまだまだ不十分な面があり、今後は地域の方々とのつながりも進める必要があると考えています。高齢者だけではなく若い人から子供まで、全世代型のシステムを目指し、進化と発展が望まれます。

高齢の方々の暮らしをささえる仕組みを我々の手で構築し、この地域に安心して幸せな気持ちで過ごせるような地域共生社会を実現するということは、即ち、私たちの未来も明るくすることと同じです。他の地域の見本になる様なシステム構築を目指すべく、今後ともご協力のほどよろしくお願いいたします。

令和 7 年 1 月 6 日
松阪市地域包括ケア推進会議運営幹事会
会長 平岡 直人



I.ハンドブックについて

1.ハンドブックの目的・使い方

このハンドブックは、まつさか医療～顔の見える連携会議や多職種勉強会などで得られた意見や連携の基本、スキルアップにつながるヒントをまとめたもので、地域の医療・介護の専門職で共有することを目的としています。

こうしなければならないというマニュアルではなく、今ある連携を尊重しながら、よりよく連携が進むためのきっかけづくりになることをめざしています。困った時に、関係者に相談するとともに、このハンドブックを手にとっていただき、解決のヒントにつなげていただけたらと考えています。

作成に当たっては、新しく医療・介護に関わる新任者にとっても、理解しやすい内容になるよう心がけました。

このハンドブックは、継続的に内容の見直しを行っていく予定ですので、日ごろの連携で大切にしていることや気付いたことなどをどんどん書き込んでいただきたいと思います。

2.ハンドブック作成の背景について

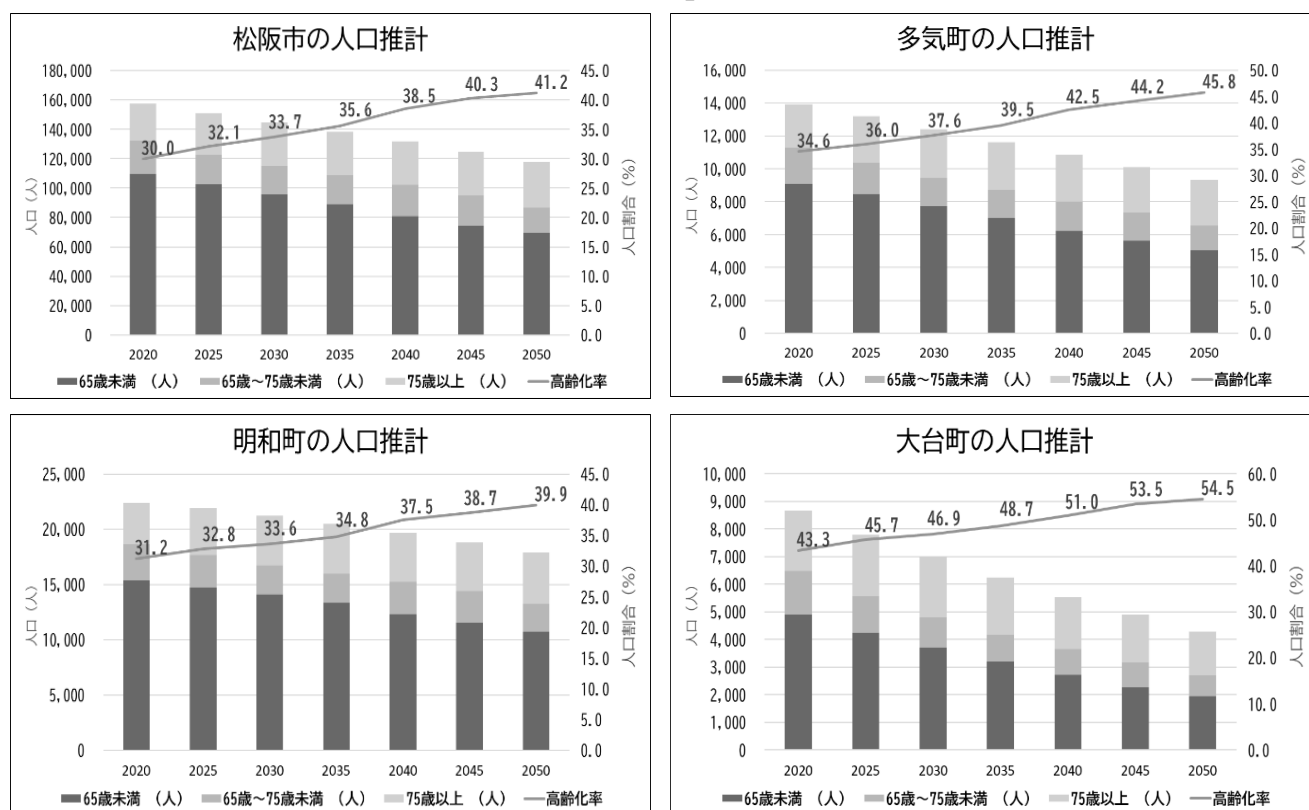
①高齢者人口の増加と医療・介護ニーズの高まり

まもなく国民の3人に1人が65歳以上という超高齢社会を迎え、松阪地域においても総人口に占める高齢者の割合は、今後もさらに高くなることが予測されています（図1）。

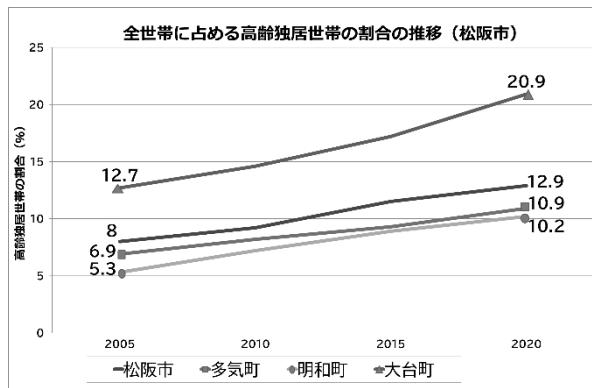


高齢者世帯、特に一人暮らしの高齢者が増加しており（図2）、また、認知症高齢者の増加も見込まれています。慢性疾患や複数の病気を抱える高齢者も多く、要介護状態となり、医療・介護の両方のニーズを有する高齢者の増加やニーズの多様化も進んでいます。（図3）

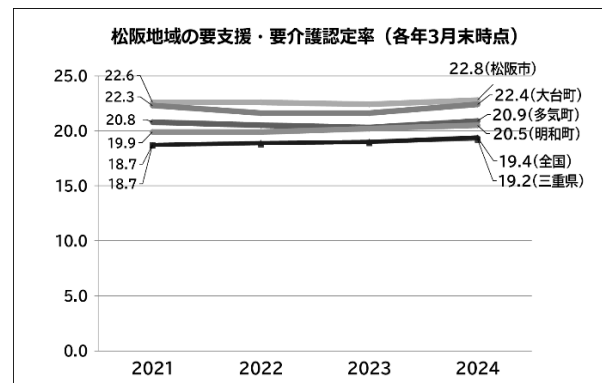
（図1）参考データ：厚生労働省地域包括ケア「見える化」システム



(図2) 参考データ：厚生労働省地域包括ケア「見える化」システム



(図3) 参考データ：厚生労働省地域包括ケア「見える化」システム



②医療・介護の連携強化の重要性

医療や介護が必要な状態になっても、住み慣れた地域で暮らし続けられるよう、どこでどのように過ごしたいかを安心して選択できる体制を整えていく必要があります。しかし、自宅で過ごしたい、家に帰りたいと思っていても、介護者がいない、家族に迷惑をかけたくないなど、自身の本当の思いをあきらめざるを得ない状況も多くあります。

松阪地域では約 6 割の方が医療機関(病院・診療所)で亡くなっていますが(図4)、最期を過ごす場所として、病院以外の場所も選択できるような受け皿づくりが必要です。このような体制を整え、本人の思いを実現できるよう、医療と介護の連携強化がより一層重要になっています。

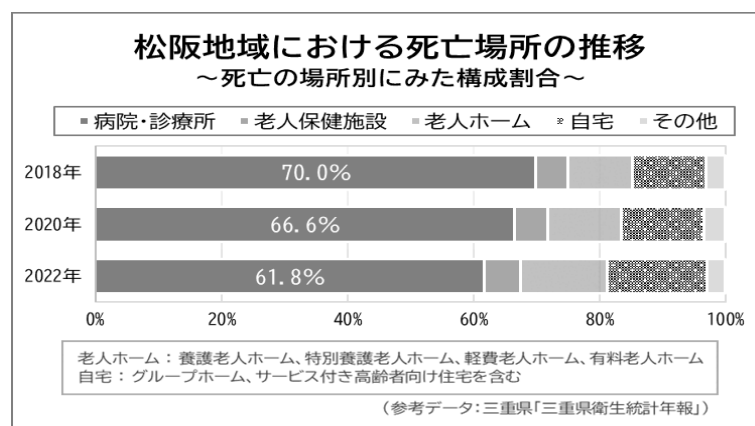
③医療・介護の連携における課題

平成 28 年度に医療と介護の連携推進を図るための専門部会として「まつさか医療～顔の見える連携会議」が立ち上がり、毎年様々なテーマで話し合いが行われてきました。令和元年度においては、医療・介護の関係者が集まり、連携に関する日ごろの困りごとや悩みごとを共有し、“連携”について考える場を設けました。

- ・ほしい情報がもらえず困っている
- ・情報の詳しさにバラつきがある
- ・ちょっとした相談がしにくい
- ・病院の高度な医療を在宅で継続することは難しい
- ・病院の関係者にも在宅医療や介護を理解してほしい
- ・病院の機能を地域の人たちに理解してもらう必要がある

など、連携に関するいろいろなつまずきがあることが分かりました。医療や介護の関係者が連携しやすい環境づくりのために、今後も話し合いを継続しながら、このようなつまずきを改善していく必要があると考えています。

(図4)





Ⅱ.連携で心がけていること、大切にしていること

日ごろの連携で心がけていること、大切にしていることについて、まつさか医療～顔の見える連携会議や多職種勉強会、多職種勉強会事前アンケートで得られた意見をまとめました。

改めて一人一人が意識することで、よりよい関係づくりやさらなる連携の充実につながると考えています。

キーワード

相手への**心配り** お互いの**理解** **顔の見える**関係

◇笑顔であいさつ◇

あいさつを笑顔で気持ちよくするように心がけています。 <訪問看護師>



◇分かりやすい言葉を使う◇

普段使い慣れた言葉でも、相手によって伝わらないことがあります。特に専門用語や略語などは、他の職種によっては全く通じないことがあります。分かりやすい言葉を使うことで、正確な内容やイメージを相手に伝えやすく、誤解を避けることにもつながります。また、聞いていて分からない言葉があれば、その都度尋ねていくことや、相手が尋ねやすい雰囲気づくりを心がけることも、互いの理解を深めるきっかけになります。



医療や看護ケアが少しでも伝わるように、具体的で分かりやすい言葉や写真などを使用して伝えています。 <看護師>



専門用語や略語の使用はなるべく避け、かみ砕いて分かりやすい用語を使用しています。 <多職種>

関わった患者さんの情報を誰が見ても分かるようにまとめ、速やかに伝えるように心がけています。 <薬剤師>



◇相手の立場を尊重し、話に耳を傾ける◇

相手がどんな職種や立場であっても、それぞれ専門性を持って仕事にあたっています。職種が違えば、物事を捉える視点や考え方も異なります。相手の考え方、思い、立場を尊重しながら相手の話に耳を傾けることが大切です。

自分たちの職種の常識は、他職種には非常識なことかもしれないと思って話をするように心がけています。

＜歯科医師＞



◇電話で話す、顔を見て話す◇

どうしても伝えたいことがある場合や相談などは、文書のやり取りだけではなく、電話で話す、できる限り顔を見て話すなど、伝え方にも気を配る必要があります。声のトーンや表情など、書面だけでは伝えきれない様々な情報が加わることで、理解度や安心感も異なります。日ごろの顔の見える関係づくりの積み重ねが、報告や相談のしやすさ、いざという時の協力関係にも大きく影響します。



直接話ができる場合には、積極的に対面で話すようにしています。

＜訪問看護師＞

電話や面会でコミュニケーションをとるようにしています。＜医師＞



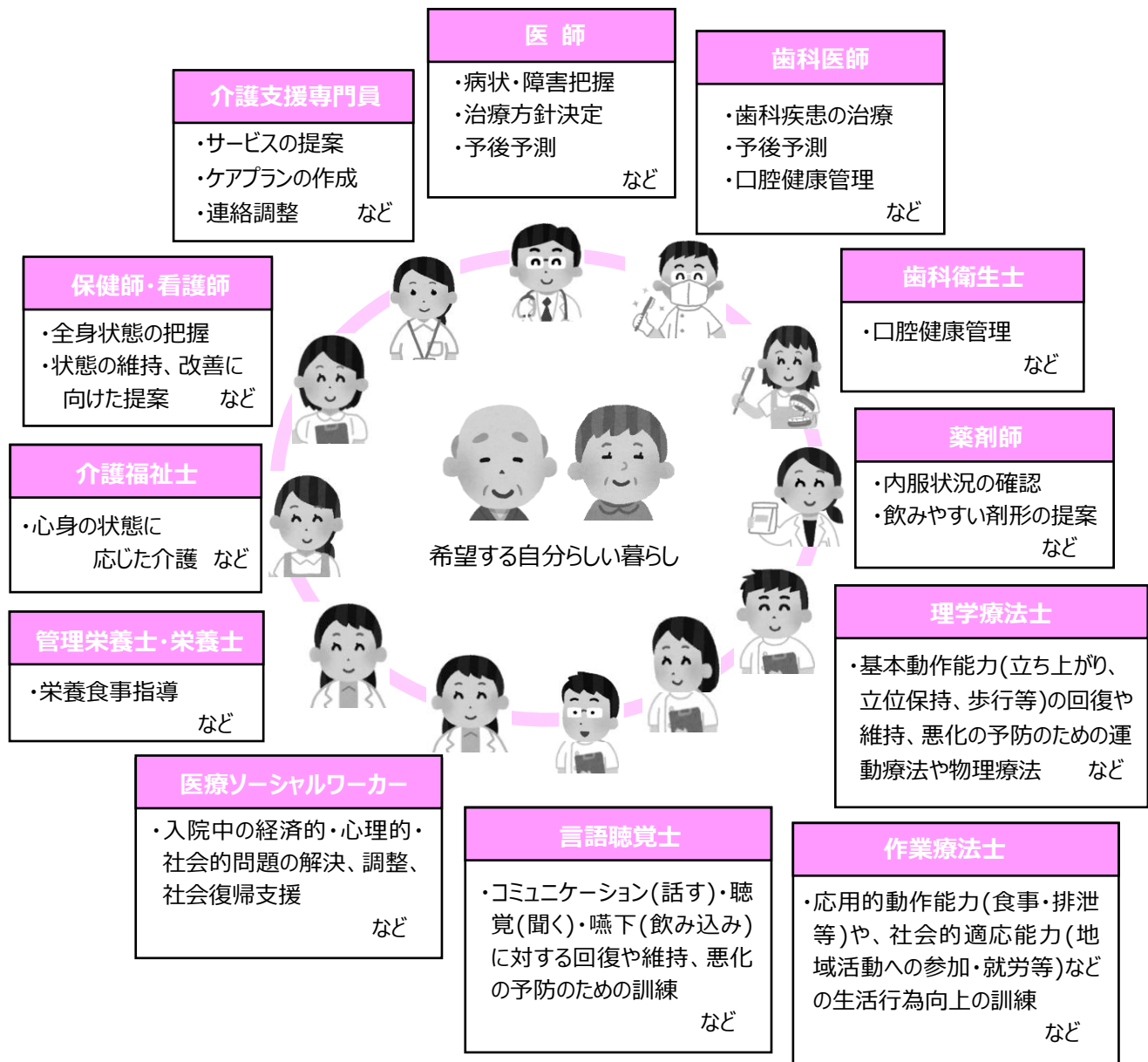
話が複雑な場合は、顔を合わせる場を設けてもらえるようにケアマネジャーさんに伝え、みんなで共有できるようにしています。 ＜訪問看護師＞



※松阪地域（松阪市・多気町・明和町・大台町）では、在宅医療・介護連携推進事業における「医療と介護関係者の情報共有の支援」の取組の一環として本ハンドブックを作成しました。

多職種連携について

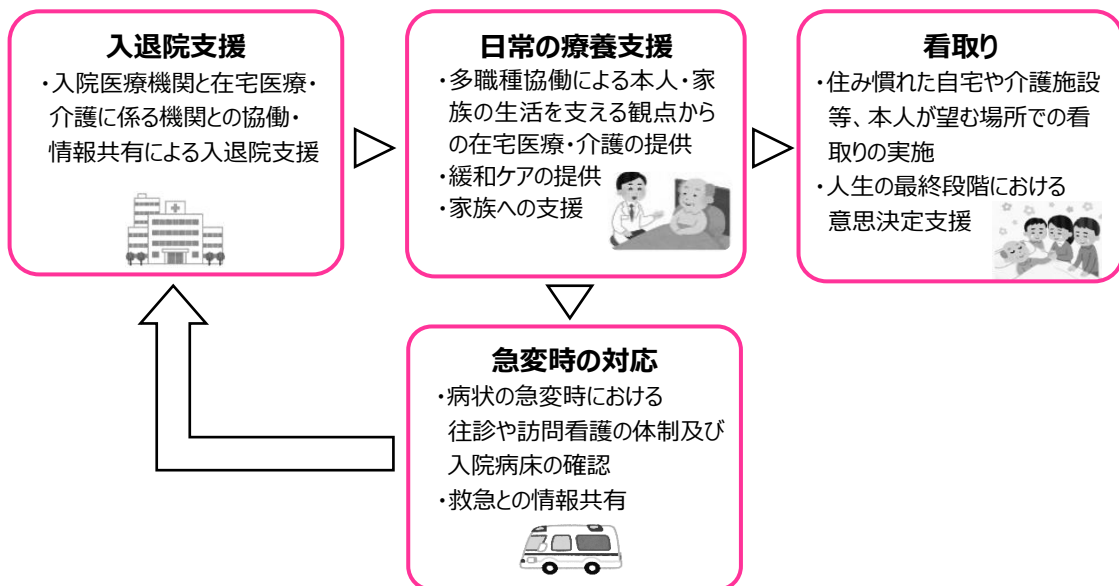
多職種連携では、自分の専門性を発揮するとともに、他の職種の専門性や役割を理解することも大切です。各専門職の役割について紹介します。



Ⅲ.在宅医療・介護の4つの場面における連携

1.日常の療養支援における連携	8
2.入退院支援における連携	12
3.急変時の対応における連携	23
4.看取りにおける連携	28

在宅医療・介護連携の4つの場面



(厚生労働省「地域包括ケアシステムの構築に向けて(第46回社会保障審議会 介護保険部会 資料)」

「在宅医療・介護連携推進事業の手引き Ver. 4」をもとに作成)

【本ハンドブックで使われている主な用語の説明】

本人：患者、利用者

家族：家族や家族以外の身近な介護者

在宅：自宅、サービス付き高齢者向け住宅、認知症対応型共同生活介護(グループホーム)、住宅型有料老人ホーム、軽費老人ホーム(ケアハウス)

施設：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、介護付き有料老人ホーム、特定施設
(2)高齢者向け住まい・施設(52頁)

病院：入院できる病床が20床以上ある医療機関

※松阪地域においては、10か所(令和7年3月現在 / 病院名50音順)

大台厚生病院・済生会松阪総合病院・済生会明和病院・桜木記念病院・南勢病院・
花の丘病院・松阪厚生病院・松阪市民病院・松阪中央総合病院・三重ハートセンター

診療所：入院できる病床を有さない、または19床以下の医療機関

在宅チーム：療養中の本人・家族を支える在宅医療・介護関係者

例) 医師、歯科医師、薬剤師、看護師、歯科衛生士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、
介護支援専門員(ケアマネジャー)、訪問介護員(ホームヘルパー)、地域包括支援センター職員、生活相談員、介護職員 等

1. 日常の療養支援における連携

「連携のポイント」



- ✓ 本人の人生観や価値観について日ごろから把握し、本人や家族、在宅チームで共有しておく。
- ✓ こまめな情報共有を通じて、日ごろのケアや治療に活かし、同時に顔の見える関係構築を図っていく。

在宅・施設

- 「どのような生活を望んでいるのか」「大切にしたいことは、どんなことか」「自身のことをよく理解してくれている人はだれか」などについて、本人・家族と話し合う場を設けたり、会話の中で聞き取ったりして、本人の思いを在宅チームで共有しておく。

▶ 本人の意思が確認できる頃から、本人の人生観や価値観についての情報をできる限り把握しておくことで、いざという時に意思を推測したり、意思決定支援ができるようにしておく。何度か同じ質問をすることで、本人の本当の思いが明らかになる場合もあるので、いろんな節目の機会をとらえながら確認をする。その内容は記録しておき、サービス担当者会議などの場を利用しながら、本人・家族や在宅チームで共有していく。

(参照① ◆人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセス(イメージ図) ◆[P10](#) [P11](#))

(アドバンス・ケア・プランニング(ACP) ◆[P54](#) [P55](#))

- 病気の経過や病状悪化のサイン、本人・家族への説明内容について、かかりつけ医や訪問看護師等に尋ね、在宅チームで共有しておく。

▶ 「今後入院になるとしたらどのような状態の時か?」「緊急入院にならないようにするために日々注意しておくことは何か?」などについて、かかりつけ医に確認し、在宅チームで共有することで、気づきにつなげていく。

(参照② ◆高齢者の身体的特徴と疾患 ◆[P10](#) [P11](#))



サービス担当者会議に参加すると、サービスのスケジュールを立てるために話が進むことが多いですが、まずは「病状について」「今後起こり得ること」「緊急時の対応(連絡)」「本人や家族の思い」を共有できるように努めています。

<診療所医師・看護師>

▶ 直接ケアに関わる家族やホームヘルパー等は本人の訴えや“何かいつもと違う”という変化に気づきやすい。気づきや症状の変化があれば、まず医師や看護師、ケアマネジャーに状況を伝え、相談することが大切。また、医療機器(在宅酸素、人工呼吸器など)や医療処置を行っている場合、何となく理解して判断すると大きなリスクにつながる場合があるので、注意が必要。

(参照③ ◆報告・連絡・相談 ◆[P11](#) [P12](#))

(参照⑦ ◆在宅や施設で見かける医療機器や医療処置 ◆[P19](#)~[P20](#) [P21](#))

- 家族等の介護者の状況についても、在宅チームで共有しておく。

▶ 本人だけでなく、介護者の状況についても把握しておく。特に高齢の介護者の場合は、健康状態に気を配り、在宅療養の継続が可能かどうかを考慮しながら、在宅チームで支援していく。社会資源に関する情報の提供や、キーパーソンを交えた話し合いの場を必要に応じて設けていく。

(レスパイト ◆[P60](#) [P61](#))

○入院などの変化があった際に、本人・家族、または病院、在宅チームからケアマネジャーに情報が入りやすいように日ごろから工夫しておく。

- ▶入院した時には、本人や家族から、担当ケアマネジャーの氏名や連絡先を病院に伝えるよう、居宅介護支援(ケアマネジメント)開始時に説明することが義務付けられている。

指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準(厚生省令第三十八号)
(平成三十年四月一日施行)
第三章 運営に関する基準
(内容及び手続の説明及び同意)

第四条

3 指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援の提供の開始に際し、あらかじめ、利用者又はその家族に対し、利用者について、病院又は診療所に入院する必要が生じた場合には、当該利用者に係る介護支援専門員の氏名及び連絡先を当該病院又は診療所に伝えるよう求めなければならない。

- ▶担当ケアマネジャーの事業所名、氏名などの情報を本人・家族が病院に伝えられるように、日ごろから意識づけを行っておく。「入院したら、すぐにケアマネジャーに連絡を」と説明しておくだけでなく、ケアマネジャーの氏名と連絡先を紙に書いて貼ってもらう、携帯電話に登録してもらう、ケアマネジャーの名刺を介護保険証、医療機関を受診するための保険証等(マイナンバーカードまたは資格確認書)、お薬手帳などと一緒に保管(おくすり連絡帳カバーの活用(☞35☞))してもらうなどの工夫をしておく。



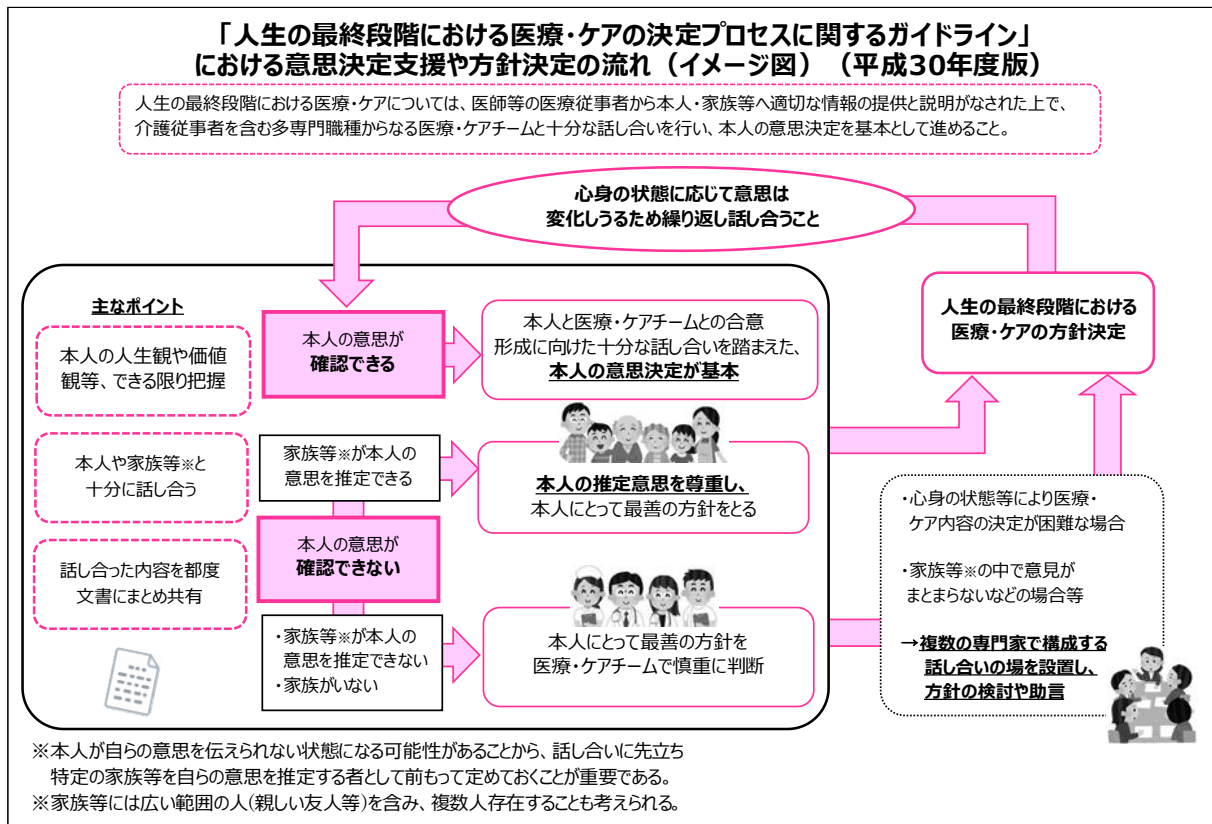
- ▶本人・家族から介護サービス事業所に、予定されているサービスのキャンセルや変更の連絡があった場合に、入院したことを知ることがある。入院したことをケアマネジャーに伝え、在宅チームでも共有する。早めに伝えることで、ケアマネジャーと病院との連携が早く開始ができる。

在宅・施設	病院
<p>○地域の病院の機能、連携窓口を把握しておく。 (☞(1)病院や病棟等の機能☞50☞)</p> <p>○本人が病院に通院しており、在宅での生活に変化が見られる時は、病院にもその変化や状況について伝える。</p> <p>▶糖尿病や高血圧、心不全などの慢性疾患を抱えている場合、継続的な病気の管理や治療が大切であるが、高齢になるにつれて、今まで1人でできていたことができなくなることもある。日ごろの様子や変化などを病院に伝えておくことで、受診時の観察の視点につなげてもらう。</p>	<p>○病院の機能や入院患者・通院患者に関する連携窓口について、地域の医療・介護の関係者に周知しておく。 (☞病院連携一覧表☞65☞)</p> <p>○在宅療養で気を付けることや在宅での様子について在宅チームとも情報共有する。</p> <p>▶在宅でも継続している治療や医療処置などがある場合は、病状や実施状況などを確認し、関係者同士で共有することで継続的な支援につなげる。</p>







参 照

参照 ① ◆人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセス（イメージ図）◆



(厚生労働省「ACP(アドバンス・ケア・プランニング)普及・啓発について(第6回在宅医療及び医療・介護連携に関するWG 資料)」をもとに作成)

参照 ② ◆高齢者の身体的特徴と疾患◆

●疾患に対する典型的な症状が現れにくい 	特徴的な症状が現れにくいために、病気の発見や治療のタイミングが遅れがちになる。たとえば肺炎になっても、せきや痰、発熱などの典型的な症状が出ないこともあり、「食欲がない」「元気がない」「ボーっとしている」といった訴えで受診し、肺炎が見つかることもある。
●複数の疾患を抱えている ●二次的な合併症を起こしやすい	加齢による身体機能の低下や生活習慣病などに関連した合併症により、複数の臓器の機能が低下している。 また、安静や臥床期間が長期にわたると、筋力低下や褥瘡の発生など、もともとの病気とは直接関係のない、合併症を起こしやすい。(廃用症候群⇨59 ㉟)
●予備能力が低下している	病気にかかりやすく、重症化しやすい。また、病気の回復にも時間を要する。
●環境変化に適応する能力が低下している	体温や水分・電解質バランスなどの調整に不具合をきたしやすい。 高齢者の場合、もともと体内の水分量が少なく、口の渇きも自覚しにくいいため、若年者と比べ脱水になりやすい。 
●薬の副作用が出やすい 	加齢に伴う肝機能や腎機能の低下により、薬剤の代謝・排泄に時間がかかり、薬の作用が強くなりすぎたり、副作用が出やすくなる。(ポリファーマシー⇨60 ㉟)
●予後や QOL が、医療だけではなく社会的環境に大きく影響される	周りに支援してくれる人がいるかどうかといった社会的環境(家庭や地域社会の対応、経済状況、生活環境など)が、高齢者の病気の予後(⇨60 ㉟)や発生リスク、QOL(⇨63 ㉟)に影響を与える。 

参照 ③◆報告・連絡・相談◆

<h2 style="margin: 0;">報告</h2> <p style="margin: 5px 0;">指示を与えられた人が、 その経過や結果について、 指示した人に知らせること</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>★結果、経過の順に伝える</p> <p>★報告のタイミングは、 指示が終了した時、 変化が生じた時、 トラブルが起きた時など</p> </div>	<h2 style="margin: 0;">連絡</h2> <p style="margin: 5px 0;">簡単な情報を関係者に 伝えること</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>★自分の意見や憶測は入 れず、事実を伝える</p> <p>★関係する人に、もれなく 情報を行き渡らせる</p> </div>	<h2 style="margin: 0;">相談</h2> <p style="margin: 5px 0;">問題解決のために話し合 ったり、他の人の意見を 聞いたりすること</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>★自分の考えを持って相談 する</p> <p>★相談した人に、経過や結 果報告をする</p> </div>
<p>いろいろな職種や立場の人が、同じ目標に向かって協働する多職種連携では、報告・連絡・相談による情報共有が非常に大切。次の5つのポイントを明確にして伝えることで、より効果的な情報共有につなげる。</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ①目的（何のために伝えるのか）</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ②伝える対象（だれに伝えるのか）</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ③伝える方法（どうやって伝えるのか）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・普段の情報共有の方法について、関係者同士で話し合っ、決めておく <li style="padding-left: 40px;">ノート、電話、FAX、面談、メール、情報共有システム(在宅医療・介護情報共有システム すずの輪[®]44^⑤)など ・伝える内容によって適切な情報共有の方法を選択する <li style="padding-left: 20px;">例) 平常時→情報共有システム、緊急時→電話 <p><input checked="" type="checkbox"/> ④伝えるタイミング（いつ伝えるのか）</p> <div style="display: flex; align-items: center; margin-top: 10px;"> <div style="border: 1px solid #ff69b4; border-radius: 15px; padding: 10px; flex-grow: 1;"> <p style="margin: 0;">問題が起きた時はできるだけ早く連絡を取り合うように心がけています。</p> <p style="text-align: right; margin: 0;">＜訪問看護師＞</p> </div> </div> <p><input checked="" type="checkbox"/> ⑤伝える内容（報告なのか？連絡なのか？相談なのか？ 事実と意見を区別して伝える）</p> <div style="display: flex; align-items: center; margin-top: 10px;"> <div style="border: 1px solid #ff69b4; border-radius: 15px; padding: 10px; flex-grow: 1; margin-right: 10px;"> <p style="margin: 0;">情報共有の速度と質を心がけています。</p> <p style="margin: 0;">得られた情報を早く、そして簡潔に伝わる言葉を選択するようにしています。</p> <p style="text-align: right; margin: 0;">＜言語聴覚士＞</p> </div> </div>		

MEMO

2.入退院支援における連携

《連携のポイント》



- ✓ 病院と在宅チームが、入院時より速やかに情報共有を行い、本人が望む退院後の生活について、具体的なイメージが共有できる。
- ✓ 病院と在宅チームが協働し、退院後の生活にスムーズに移行できるように支援する。

①入院時

在宅・施設

○病院の連携窓口や訪問のタイミングなどについて確認する。

- ▶ 本人・家族から入院の連絡を受けた際には、入院先の医療機関名だけでなく、入院日、診療科、病棟名などの情報も確認しておく。
- ▶ 病院によって窓口の対応時間や連絡方法などが異なるため、窓口担当者に確認をする。病院への問い合わせの際には、患者本人の生年月日などの情報が必要な場合がある。
(病院連携一覧表 65 頁)

○できる限り対面での情報共有を心がける。

- ▶ 文書だけでは伝わりにくい情報も伝えやすく、顔の見える関係づくりにつながる。
(加算)入院時情報連携加算 21 頁
(入院時連携シート 17 頁)



連携シートは、できるだけ持参し、医療ソーシャルワーカーさんと顔を合わせるように心がけています。
＜ケアマネジャー＞

- ▶ 在宅・施設での様子だけでなく、日ごろの関わりの中で得られた本人の意思、人生観や価値観などに関する情報についても伝える。
(参照④ ◆入院時に共有したい情報◆ 16 頁)

病院



入院前の情報として、ケアマネジャーさんから頂く、「入院時連携シート」は院内で活用させてもらっています。
＜医療ソーシャルワーカー＞

○入院前に本人・家族とケアマネジャーや地域包括支援センター等との関わりがある場合は、関係者からの情報も活用する。

- ▶ 要介護(要支援)認定の有無や介護サービスの利用状況について確認し、担当しているケアマネジャーや地域包括支援センターがある場合は、病院または家族から連絡を取り、連携できる体制を整える。
- ▶ 本人や家族等への聞き取りだけでなく、在宅チームからの情報も活用し、これまでの暮らし(医療管理、生活状況、介護サービス利用状況、住環境等)、入院までの経緯、本人や家族の思いや希望などについて情報収集を行う。
(加算)入退院支援加算 21 頁



○退院支援の必要性について、病院と
共通の認識を持って関わっていく。

▶入院に至った経過について、在宅チームで振り返りを行い、病状管理や生活上の課題がなかったかを見直す。見直した課題について、病院にも伝えることで、課題や目標の共有につなげる。退院前カンファレンスの必要性を感じた場合は、病院に要望を伝えておく。

▶入院すると、本人・家族にはいろいろな書類が手渡され、様々な同意のもとで医療行為が行われる。認知症などにより本人の判断能力の低下がある場合や親族がいない場合であっても、ケアマネジャー等は書類への署名を行うことはできない。いざという時のために事前に協議しておくことが望ましい。

(身寄りがない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人への支援に関するガイドライン(66))



▶本人や家族の状況によっては、入院時カンファレンスや病状説明の場にケアマネジャーが呼ばれることがある。今後の見通しに関する情報を得る機会にもなり、反対に把握している情報を病院側に伝える機会にもなる。

▶病院の医師から病状や治療方針について説明を受けた本人・家族の受け止め方や理解についても把握しておく。

○退院支援の必要性について検討し、在宅チームと共通の認識を持って関わっていく。

★退院支援スクリーニングの実施

▶退院支援が必要な対象者を抽出するためにスクリーニングが実施される。

※退院困難な要因

- ア 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれかであること
- イ 緊急入院であること
- ウ 要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請であること又は要支援状態であるとの疑いがあるが要支援認定が未申請であること
- エ コミュニケーションに特別な技術が必要な障害を有する者
- オ 強度行動障害の状態の者
- カ 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがあること
- キ 生活困窮者であること
- ク 入院前に比べA D Lが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること(必要と推測されること)
- ケ 排泄に介助を要すること
- コ 同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にないこと
- サ 退院後に医療処置(胃瘻等の経管栄養法を含む)が必要なこと
- シ 入退院を繰り返していること
- ス 入院治療を行っても長期的な低栄養状態となることが見込まれること
- セ 家族に対する介助や介護等を日常的に行っている児童等であること
- ソ 児童等の家族から、介助や介護等を日常的に受けていること
- タ その他患者の状況から判断してアからソまでに準ずると認められる場合

(資料：A246入退院支援加算(2)〈R6 保医発0305第4号 別添1〉)

★入院時カンファレンスの実施

★退院支援計画書の立案

▶急性期病院では、本人・家族への病状説明、入院時カンファレンス、退院支援計画書の立案が基本的に入院 7 日以内に実施される。「退院支援計画書」は、本人・家族と病状や退院後の生活を含めた話し合いを行い、作成される。

▶病状説明やカンファレンスの運営状況は、病院ごとに異なる。本人・家族の希望や状況により、関わりのある在宅チーム(ケアマネジャー等)が同席する場合もある。カンファレンスの内容について在宅チームに情報提供することで、課題や目標の共有につながる。

▶要介護(要支援)認定が未申請の場合は、本人や家族の意向を確認し、地域包括支援センターや居宅介護支援事業所の紹介を行う。要介護(要支援)認定は申請してから認定まで原則 30 日を要する。

(要介護(要支援)認定の決定からサービス利用までの流れ(22))

②入院中

在宅・施設

○継続的に情報収集を行う。

- ▶入院中の様子を情報収集する。家族から聞いている情報と実際の状況とは隔たりがあることもあるので、本人の様子を実際に見に行くことも大切。
- ▶在宅チームとして退院前カンファレンスの必要性を感じた場合は、病院の医療ソーシャルワーカーや看護師等に相談する。
- ▶今後の方向性に関する情報についても確認する。退院後の行き先が決まり、施設入所などで、担当者が変更になる場合などは、早めに引き継ぎなどが行えるようにする。



○退院前訪問やカンファレンスに参加し、今後の目標や具体的な支援内容のイメージを病院と共有しながら、退院準備を進める。

- ▶退院前訪問では、療養環境の把握と同時に生活課題がより明確になりやすく、病院の担当者より具体的なイメージを共有できる貴重な機会となる。
- ▶病院から退院前カンファレンス開催の連絡があったら、ケアマネジャーは在宅のサービス担当者に連絡する。出席できない担当者がある場合は、事前に質問や意見を聞いておくなど、カンファレンスの機会を有効に活用できるように配慮する。
- ▶退院後に導入を考えているサービス、たとえば入浴やリハビリテーションなどの中止基準や注意点などについても主治医に確認できるようにしておく。カンファレンスを円滑に進めるために、確認したい点や質問などについてまとめ、事前に病院に伝えておく。

(参照⑦ ◆在宅や施設で見かける医療機器や医療処置◆④19～20 ⑤)

病院

○継続的に在宅チームと関わりを持つ。

- ▶入院中の経過や今後の方向性に関する情報が在宅チームにも伝わるようにケアマネジャー等が来院する機会を活かして関わっていく。
- ▶退院後の療養場所の選択については、本人・家族の思いや意向を確認しながら進めるとともに、これまで関わってきた在宅チームとも相談や意見交換を行い、本人・家族にとってより良い方向性を見だしていく。

○退院前訪問やカンファレンスの必要性を検討し、退院準備や調整を在宅チームと協働で行っていく。

★退院前訪問の実施

- ▶ADL の低下などにより生活様式の再編が必要な場合や医療機器を導入する場合などに、生活空間の把握が必要な時がある。病院の医療ソーシャルワーカーやリハビリ専門職等が、在宅チームとともに本人宅を訪問し、動線確認や機器類の配置、住宅改修など、より具体的な支援内容を検討する。

★退院前カンファレンスの開催 (退院前訪問指導料④21 ⑤)

- ▶入院中の経過や退院後も継続が必要な治療や処置、サービス実施上の留意点などを関係者で共有し、本人が希望する退院後の生活がより安定したものになるよう話し合う。

(介護支援等連携指導料または退院時共同指導加算 2④21 ⑤)

※退院前カンファレンス(例)

- ・医療機器や医療処置を要し、医療依存度が高い場合
(人工呼吸器、在宅酸素、経管栄養、中心静脈栄養等)
- ・看取りの可能性がある場合(終末期がん患者、高齢者等)
- ・症状のコントロールが必要な場合
(がん、心不全、糖尿病、COPD(④61 ⑤)、難病等)
- ・入院前と比べ ADL が大きく変化し、生活様式の再編が必要な場合
- ・療養環境や社会的環境に問題がある場合
(介護力、住環境、経済的問題等) など

○退院後も必要な治療や処置、介護について、本人・家族への指導だけでなく、在宅チームとも共有しておく。

- ▶本人・家族への指導内容や習得状況などについて在宅チームにも伝えることで、退院後の継続支援につなげる。



③退院直前	
在宅・施設	病院
<p>○退院後の生活の準備が整うように最終調整を行う。</p> <p>▶退院前カンファレンスの内容を在宅チームで共有し、必要なサービス等について最終調整を行う。</p> <p>▶退院時に必要な書類があれば、あらかじめ病院に依頼を行う。ショートステイや通所サービスなどを利用する際に、介護サービス事業所から、血液検査やレントゲンなどの検査結果を求められる場合がある。事前に必要書類を事業所に確認し、サービス開始が遅れないようにする。</p>	<p>○切れ目なく必要な医療や介護サービスが受けられるように最終確認を行う。</p> <p>▶退院前カンファレンスが開催されない場合などは、診療情報提供書、看護サマリーなどの情報が重要になるため、できる限り詳細な情報が伝わるように配慮する。</p> <p>(参照⑥ ◆退院時に共有したい情報◆②18③)</p> <p>▶医療機器や医療材料などの必要物品の準備、退院処方(処方日数・服薬方法など)、移送手段などについて確認し、在宅チームとも最終確認を行う。</p>
<p>高齢の心不全の患者さんは、入退院を繰り返すことが多く、治療方針や病態予測の共有を大切にしています。たとえば、サマリーには『体重増加に気を付ける』ではなく、『1週間に1kg以上の体重増加に気を付ける』など数値で表現できるものについては、具体的に記入をしています。また、入院中に患者指導で使用したパンフレットもケアマネジャーさんに提供しています。 <病院看護師></p>	
④退院後	
在宅・施設	病院
<p>○在宅チームでこまめに情報共有をしながら、退院後の生活の移行がスムーズに行えるように支援していく。</p> <p>▶移行期は、本人だけでなく、支える家族にとっても不安が大きく、不安定になりやすい時期。病院ではスムーズにできていたことも、環境が異なることで、できなくなる場合もある。退院時の予測と実際の状況が異なる場合は、早めに在宅チームで情報共有し、必要に応じて支援内容や方法などについて話し合いを行う。</p> <p>○退院後の生活について、必要に応じて、病院の担当者にも情報提供する。</p> <p>▶退院後の生活の様子や、継続が必要な治療や医療処置の実施状況などを確認し、本人や家族の困りごとや問題が生じている場合は、病院にも情報提供する。</p>	<p>○退院後の生活について、得られた情報を院内で共有する。</p> <p>▶外来受診や退院後訪問、また、在宅チームからの情報提供により、退院後の生活がスムーズに送れているか、困りごとはないかなどの情報を院内で共有し、退院支援の振り返りや、今後の支援に役立てていく。</p> <p>(退院後訪問指導料②21③)</p>
<p>訪問診療に行くと自宅で過ごされている方の中には、口腔内のケアが行き届かず汚染しているケースが見られます。特に老老介護の方にそのような傾向があります。口腔ケアは、認知症予防にも効果があるとされており、病院から在宅へ戻られる方に対して、病院との連携がスムーズにいくことで、在宅での歯科の継続支援が進んでいくとよいと思います。 <歯科医師></p>	
<p>退院時に連携支援をした方については、退院後に日をおいて、その後の様子を入院していた病院に伝えるようにしています。 <ケアマネジャー></p>	

参 照

参照 ④◆入院時に共有したい情報◆

※ご本人の状況や場面によって、共有したい情報やその密度、タイミングは異なります。

分 類	主な情報共有ツール(例)	主 な 項 目
基本情報 家族構成、家族関係 精神科の病院では、医療保護入院が入院の約6割を占めています。この入院では、三親等内の親族の同意が必要になるため、家族情報が大変重要になります。＜精神保健福祉士＞	<input type="checkbox"/> 入院時連携シート <input type="checkbox"/> お薬手帳 <input type="checkbox"/> 救急医療情報キット	・氏名、生年月日、性別 ・住所 ・緊急連絡先 ・キーパーソンの続柄、連絡先 ・入院前の居場所、住環境 ・生活保護の有無、担当者名 ・障害者手帳等の有無、種別、等級 ・家族構成、家族の関係性
診断・治療の情報	<input type="checkbox"/> 診療情報提供書 <input type="checkbox"/> お薬手帳 <input type="checkbox"/> 薬剤情報提供書 <input type="checkbox"/> 入院時連携シート <input type="checkbox"/> 救急医療情報キット	・かかりつけ医療機関、担当医 ・現病歴(今回の病気の発症、その経過) ・既往歴(これまでにかった病気) ・処方内容 ・病状の説明内容、告知の有無 ・アレルギーの有無
介護・障害福祉サービス関連情報	<input type="checkbox"/> 入院時連携シート <input type="checkbox"/> 介護サービス計画書	・要介護(要支援)認定の有無、要介護度 ・障害支援区分の有無 ・サービスの利用状況 ・担当のサービス計画作成者(ケアマネジャーなど) (事業所名、担当者名、連絡先)
生活状況 本人の生活歴 本人の生活歴を知ること、入院中の認知症の患者さんに対応する際の声かけなどのケアに活かせる場面がありました。 ＜医療ソーシャルワーカー＞	<input type="checkbox"/> 入院時連携シート <input type="checkbox"/> 看護サマリー <input type="checkbox"/> リハビリサマリー <input type="checkbox"/> 口腔ケアサマリー	・入院前のADLの状況(食事・移動・排泄等) ・服薬管理状況 ・認知症の有無、徘徊や暴言・暴力等の周辺症状の有無 ・意思疎通やコミュニケーションの状況 ・家族の介護状況、主介護者の有無
課題等の情報	<input type="checkbox"/> 介護サービス計画書	・入院前の生活上の課題 ・本人や家族が望む退院後の生活像、人生観・価値観
退院後に入院前の居場所に戻れる要件 在宅から入院した場合は、どういう状態であれば在宅に戻れるのか、また施設からの入院の場合は、どういう状態であれば施設に戻れるのか、退院後の受け入れの要件について伝えてほしいです。たとえば、食事形態や医療的処置の内容など。 ＜医療ソーシャルワーカー＞		
情報提供書・連携シート作成者情報		・作成者名、所属名、連絡先

キーパーソン、緊急連絡先

日中連絡がつく時間帯や連絡方法、実際にご本人に関わっておられるキーパーソンの情報があると助かります。

＜退院調整看護師＞

家族に関する情報

ご家族自身の認知症・障害等の有無、対応に配慮を要する場合などの情報があれば事前に教えてもらうことで、対応面の配慮につながれます。

＜医療ソーシャルワーカー

・退院調整看護師＞

今後の方向性に関する情報

在宅で過ごされている間に話し合われた今後の方向性に関する情報があれば知りたいです。＜医療ソーシャルワーカー＞

入院前のADLの状況

できる限り入院前の状態に戻りたいので、入院前のADLの状況について知りたいです。＜医療ソーシャルワーカー＞

認知症に関する情報

認知症の有無や徘徊・暴言・暴力等の周辺症状の有無などの情報があると、危険回避のための準備や対応につながれます。＜医療ソーシャルワーカー・看護師＞

※この情報の項目は、入院時連携シート(三重県介護支援専門員協会 松阪支部)やまつさか医療～顔の見える連携会議実務者検討委員会等で得られた意見をもとに作成しています。

参照 ⑤◆入院時連携シート◆

入院時連携シート（居宅介護支援事業所・地域包括→病院・診療所）

様

作成日 年 月 日

以下の情報は、利用者本人及び家族の同意に基づき提供しています。 ※別添資料 □無 □有：

基本情報

フリガナ				〒	-			男	明治	大正	昭和
氏名				住所				女	年	月	日生(歳)
入院前の状況	<input type="checkbox"/> 自宅で独居 <input type="checkbox"/> 自宅で高齢者のみ世帯 <input type="checkbox"/> 自宅で家族と同居(□日中独居 □日中の見守り・介護がある)										
	<input type="checkbox"/> 施設等 (□特養 □老健 □ 住宅型有料 □介護付有料 □ケアハウス □その他)										
	施設名: _____ 電話: _____										
	備考: _____										
緊急連絡先①	氏名	<input type="checkbox"/> キーパーソン	年齢	続柄	住所・連絡先			備考			
					() -						
緊急連絡先②	氏名	<input type="checkbox"/> キーパーソン	年齢	続柄	住所・連絡先			備考			
					() -						
住環境	一戸建・集合住宅 [階] 住環境上の問題 無・有()										
生活保護	無・有 担当者() 身障手帳等 無・有(身体・知的・精神・特疾) 内容・等級:										

現在受診中の病院・医院等

① かかりつけ医:	② 医師名:	③ 医師名:
--------------	-----------	-----------

ADL情報(月 日現在) ※①自立②見守り③一部介助④全介助

家族図

服薬					家族図
排泄	日中	トイレ・尿器・PTイレ・リハパン・オムツ		尿意(無・有)	
	夜間	トイレ・尿器・PTイレ・リハパン・オムツ		便意(無・有)	
食事摂取	形態	主(普通・軟飯・粥食) 副(普通・刻み・ミキサー)・ペースト・トロミ			
		経管栄養等()			
歩行	手段	独歩・杖・歩行器・シルバーカー・車椅子			
コミュニケーション	視力・聴力・発語等:				
認知症	①有無: □無 □有 ②専門医受診: □無 □有 ③BPSD: □幻視幻聴 □妄想 □昼夜逆転 □暴言 □暴行 □徘徊 □火の不始末 □不潔行為 □異食 □性的問題行動 □他:				

介護保険情報

利用中の介護保険サービス等

□認定有 □申請中・区変中(/ 付)		事業対象者	□訪問介護(/週) □訪問看護(/週) □訪問リハ(/週)
要支援 1 2	要介護 1 2 3 4 5		□通所介護(/週) □通所リハ(/週) □短期入所()
有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日		□福祉用具貸与() □住宅改修 無・有
負担限度額申請		未・済(段階)	備考

特記事項

--

退院に向けてのお願い

- 1) 退院が決まり次第、ご連絡をお願いします。
- 2) 必要時、退院時カンファレンスへ御協力をお願いします。
- 3) 退院時、サマリー等の情報提供をお願いします

事業所名	
担当ケアマネジャー等	
電話番号	() -
FAX番号	() -

三重県介護支援専門員協会松阪支部 統一様式

参照 ⑥◆退院時に共有したい情報◆

※ご本人の状況や場面によって、共有したい情報やその密度、タイミングは異なります。

分類	主な情報共有ツール(例)	主な項目
基本情報	<input type="checkbox"/> 看護サマリー	<ul style="list-style-type: none"> ・氏名、生年月日、性別 ・住所 ・緊急連絡先 ・キーパーソンの続柄、連絡先 ・入院前の居場所、住環境 ・生活保護の有無、担当者名 ・障害者手帳等の有無、種別、等級 ・家族構成、家族の関係性
診断・治療の情報	<input type="checkbox"/> 診療情報提供書 <input type="checkbox"/> 薬剤情報提供書 <input type="checkbox"/> 看護サマリー <input type="checkbox"/> リハビリサマリー	<ul style="list-style-type: none"> ・病名、入院中の経過(症状経過、検査結果、治療等) ・既往歴(これまでにかかった病気) ・今後の病態予測 ・病状の説明内容、告知の有無 ・退院時の処方内容、処方日数 ・退院後も継続して必要な治療や医療処置の内容 ・本人・家族への指導の内容、手技の習得状況 ・次回受診日、検査日時 ・感染症の有無 ・アレルギーの有無
サービス利用時の注意点や指示内容	在宅でサービスを利用する際の留意点や指示があれば教えてほしいです。特に運動や入浴時の血圧等の指示など。 ＜ケアマネジャー＞	
介護・障害福祉サービス関連情報	<input type="checkbox"/> 看護サマリー	<ul style="list-style-type: none"> ・要介護(要支援)認定の有無、要介護度 ・障害支援区分の有無 ・担当のサービス計画作成者〔ケアマネジャーなど〕(事業所名、担当者名、連絡先)
生活状況	<input type="checkbox"/> 看護サマリー <input type="checkbox"/> リハビリサマリー <input type="checkbox"/> 口腔ケアサマリー	<ul style="list-style-type: none"> ・ADL の状況 <ul style="list-style-type: none"> 食事 移動 排泄 清潔 睡眠 ・服薬管理状況 ・リハビリの状況 ・認知症の有無、徘徊や暴言・暴力等の周辺症状の有無 ・意思疎通やコミュニケーションの状況 ・家族の介護状況、主介護者の有無
課題等の情報	<input type="checkbox"/> 看護サマリー	<ul style="list-style-type: none"> ・本人・家族の希望、思い ・退院後の生活上の課題・対応策
情報提供書・連携シート作成者情報		・作成者名、所属名、連絡先

病状の説明内容

だれが病状説明を受けたのか、本人・家族の理解度、受け止め方についての情報は、これから行う支援に大切な情報です。

＜ケアマネジャー・訪問看護師＞

要継続処置

完全に習得できていなくてもいいので、家族等への指導がどこまで進んでいる、何が困難なのかを知りたいです。指導に使ったパンフレットも添付してもらえるとありがたいです。

＜ケアマネジャー・

訪問看護師＞

カテーテルやチューブなどの挿入物、必要物品についての情報

挿入物や使用している医療材料などの商品名、種類、サイズ、交換日などの情報は、処置の継続や物品を主治医に処方してもらうために必要な情報です。＜訪問看護師＞

入院前と異なる ADL についての情報

ADL の詳細な状況や注意事項などがあると、サービス利用時や環境整備を行うのに助かります。また、食事形態や食事制限の有無、食事摂取状況などの食事に関することや、最終入浴日など清潔に関する情報も継続的なケアに必要な情報です。＜ケアマネジャー・訪問看護師＞

口腔についての情報

口腔内の状態、義歯の有無、口腔ケアの状況など口腔に関する情報は入退院時などの場面で途切れやすく、継続的な介入に結びつかないケースが多くあります。＜歯科医師＞

排便コントロールについての情報

認知症で確認がとりにくい場合や退院後すぐに処置が必要な場合もあるため、最終排便日や排便コントロール状況を知りたいです。

＜ケアマネジャー・

訪問看護師＞

※この情報の項目は、松阪地域の病院の看護サマリーやまつさか医療～顔の見える連携会議 実務者検討委員会、居宅介護支援事業所の介護支援専門員と訪問看護ステーションの看護師を対象に実施したアンケート等で得られた意見をもとに作成しています。

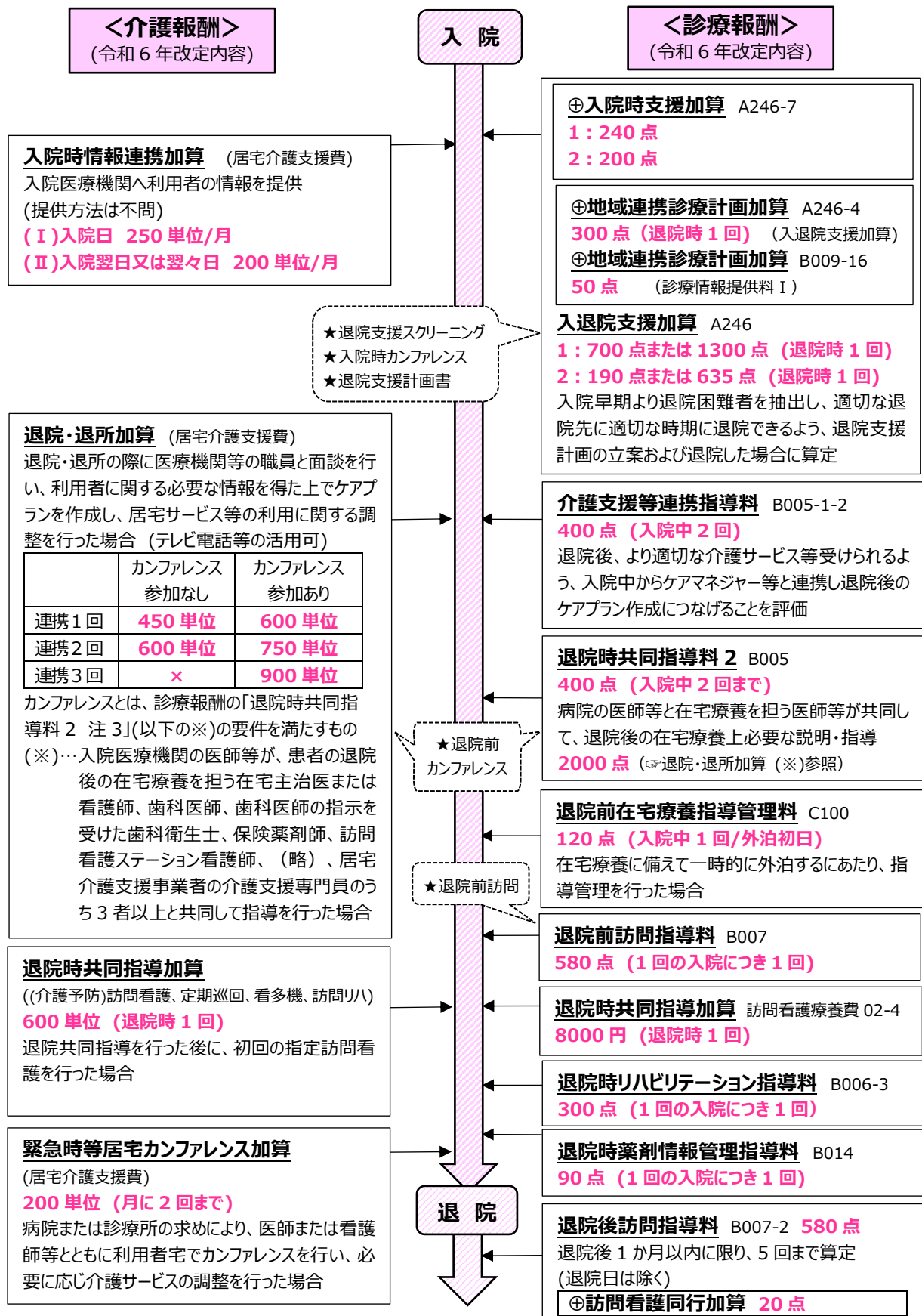
参照 ⑦◆在宅や施設で見かける医療機器や医療処置◆

医療機器や医療処置	目 的	注 意 点 など
▶膀胱留置カテーテル 	尿路の閉塞や神経因性の尿閉(☞59 ☞)などが原因で、膀胱にたまった尿が排泄できない場合に尿道口から膀胱に管を通して、尿を排泄させるもの。 尿失禁のために皮膚炎や褥瘡が悪化する場合や本来の適応ではないが、夜間排尿のため睡眠が障害される場合など介護の理由によってやむを得ず使用する場合もある。	・膀胱留置カテーテルは尿路感染症(☞59 ☞)の原因になりやすい。畜尿バッグが膀胱の位置よりも高いと、バッグに溜まった尿が逆流して、感染症のリスクが高まるため、移乗時や入浴時などの際には取り扱いに気を付ける。
▶ストーマ ・尿路ストーマ(人工膀胱) ・消化管ストーマ(人工肛門) 	手術によって、お腹につくられた尿や便の排泄口を「ストーマ」という。尿路ストーマからは尿、消化管ストーマからは便が排出される。 ストーマ装具と呼ばれる袋をストーマの周りのお腹に貼って排泄物を受け止める。	・最初は1人で装具の交換などが行えていても、視力や指先の器用さの低下などにより、うまく行えなくなる場合がある。ストーマ管理の状況を把握し、必要に応じて資源の活用も考慮していく。
▶経管栄養 ・経鼻栄養 ・胃ろう ・腸ろう 	口から食事をとれない、あるいは摂取が不十分な場合に、消化管内にチューブを挿入し、栄養剤を注入して、栄養状態の維持・改善を行うこと。 チューブを挿入した経路によって、呼び方が異なる。鼻から胃へチューブを挿入し、栄養剤を注入するものを「経鼻栄養」。内視鏡手術で、お腹に小さな穴を開けて、胃または腸の中にチューブを通し、栄養剤を注入するものをそれぞれ「胃ろう」「腸ろう」という。	・経管栄養の場合であっても、口臭や誤嚥性肺炎の予防のために、口腔ケアは大変重要。食べ物を噛む、飲み込むなどの刺激が減ることで、唾液の分泌量が減少し、口腔内は汚れやすい。 ・PEG☞63 ☞
▶中心静脈栄養 ・体外式カテーテル ・完全皮下埋め込み式カテーテル(CVポート) 	口から食事をとれない、あるいは摂取が不十分な場合に、心臓に近い中心静脈にカテーテルを留置し、生命維持に必要なエネルギーや栄養素を含む高カロリー輸液などを投与すること。	・清潔管理が不十分だと、カテーテルを通じて細菌やウイルスなどが容易に体内に進入し、感染症を引き起こす可能性があるため、清潔な取り扱いに気を付ける。
▶人工透析 ・血液透析 ・腹膜透析 	人工的に血液中の余分な水分や老廃物を取り除き、血液をきれいにする働きを腎臓に代わって行う治療。機械に血液を通してきれいにする「血液透析」と、本人のお腹の膜(腹膜)を利用して血液をきれいにする「腹膜透析」がある。	・血液透析は1回4～5時間の治療時間を要し、週3回通院して行う。治療には、シャント(☞57 ☞)を作る血管の手術が必要になる。
▶在宅酸素療法(HOT) 	肺や心臓などの病気が原因で、自分の呼吸だけでは、十分な酸素を取り込めなくなった場合に、自宅や外出先で酸素供給器から、必要時または常時、酸素吸入を行う治療。	・酸素の吸入流量や時間は、医師の指示に基づいて設定されている。 ・火気厳禁 ・CO ₂ ナルシス☞56 ☞

<p>▶ 喀痰吸引</p> 	<p>口やのど、鼻腔、気管などにたまった痰やだ液などを自力で十分排泄できない場合などに、吸引器につないだチューブで除去すること。肺炎や窒息などを予防する。</p>	<p>・2012 年 4 月から、研修を受けた介護職員等は一定の条件下で、喀痰吸引が実施できるようになった。登録研修機関が行う研修を受け、所属する事業所が、「登録喀痰吸引等事業者」として登録届をすることで可能。</p>
<p>▶ 気管切開チューブ (気管カニューレ)</p> 	<p>気道の確保が難しい場合や長期間にわたり呼吸管理が必要となる場合などに、気管とその上部の皮膚を切って穴を開けることを「気管切開」という。その穴をあけたところに挿入されるチューブを「気管切開チューブ(気管カニューレ)」という。肺に空気を送ったり、痰を吸引しやすくする。</p>	<p>・痰やだ液などの分泌物が気道へ侵入するのを予防する「カフ」(☞55 ㄱ)が付いているものやチューブ閉塞防止のために二重構造になっているもの、発声が可能となっているものなど様々な種類のカニューレがある。</p>
<p>▶ 人工呼吸器</p> <ul style="list-style-type: none"> ・非侵襲的陽圧換気法 (NPPV または NIPPV) ・侵襲的陽圧換気法 	<p>呼吸器や神経・筋などの病気が原因で、自分の呼吸だけでは酸素を十分に取り込めない、換気が不足する場合に、呼吸の補助を行い、二酸化炭素を排出し、酸素の取り込みを促す機器のこと。 マスクを使用して実施する「非侵襲的陽圧換気法」と、気管切開などをして実施する「侵襲的陽圧換気法」がある。</p>	<p>・生命維持のために使用している場合も多く、停電時、災害時、緊急時の対応や連絡体制について、在宅チームで事前に話し合っておく。</p>
<p>▶ インスリン自己注射</p> 	<p>糖尿病(DM☞62 ㄱ)はすい臓から分泌されるインスリンの作用不足が原因で起こる。その不足しているインスリンを注射で補うのが「インスリン注射」。医療機関の教育・指導・トレーニングを受けた本人または家族が注射を行うことを「自己注射」という。</p>	<p>・インスリンは血糖値を下げる働きがある。食事を抜いたり、過度の運動をしたりすると、体調によって、低血糖症状を起こすことがある。空腹感、手足のふるえ、動悸、冷汗、けいれん、意識障害などの症状が現れ、重症の場合、命の危機につながる場合もある。低血糖の症状や対処方法を理解し、早い段階で対処できるように在宅チームで共有しておくことも大切。</p>
<p>▶ パルスオキシメーター (動脈血酸素飽和度計)</p> 	<p>皮膚の表面から動脈血酸素飽和度(SpO₂ ☞63 ㄱ)と脈拍数を測定するための装置。呼吸状態を把握するのに用いられる。</p>	<p>・体動によってセンサーがずれる場合や、指先の冷えなどで測定部に血流が十分でない場合、マニキュアや爪水虫などで光の透過が邪魔される場合などに、正しく測定されないことがある。</p>
<p>▶ がん疼痛コントロール</p> 	<p>がんの疼痛コントロールでは、医療用麻薬も使用される。薬の種類には、内服薬、貼り薬、座薬、注射薬などがある。 本人の病状や副作用などによって投与量や方法が選択される。注入ポンプを使用して、注射薬の量をきめ細かく調整しながら持続的に投与する方法もある。</p>	<p>・麻薬の副作用には、主に吐き気やおう吐、便秘、口渇、眠気、せん妄(☞57 ㄱ)などがある。医療用麻薬は、都道府県知事から麻薬施用者の免許を受けた医師のみが処方箋を交付できる。飲み残しや不要となった麻薬は交付を受けた医療機関や薬局に持参する。</p>

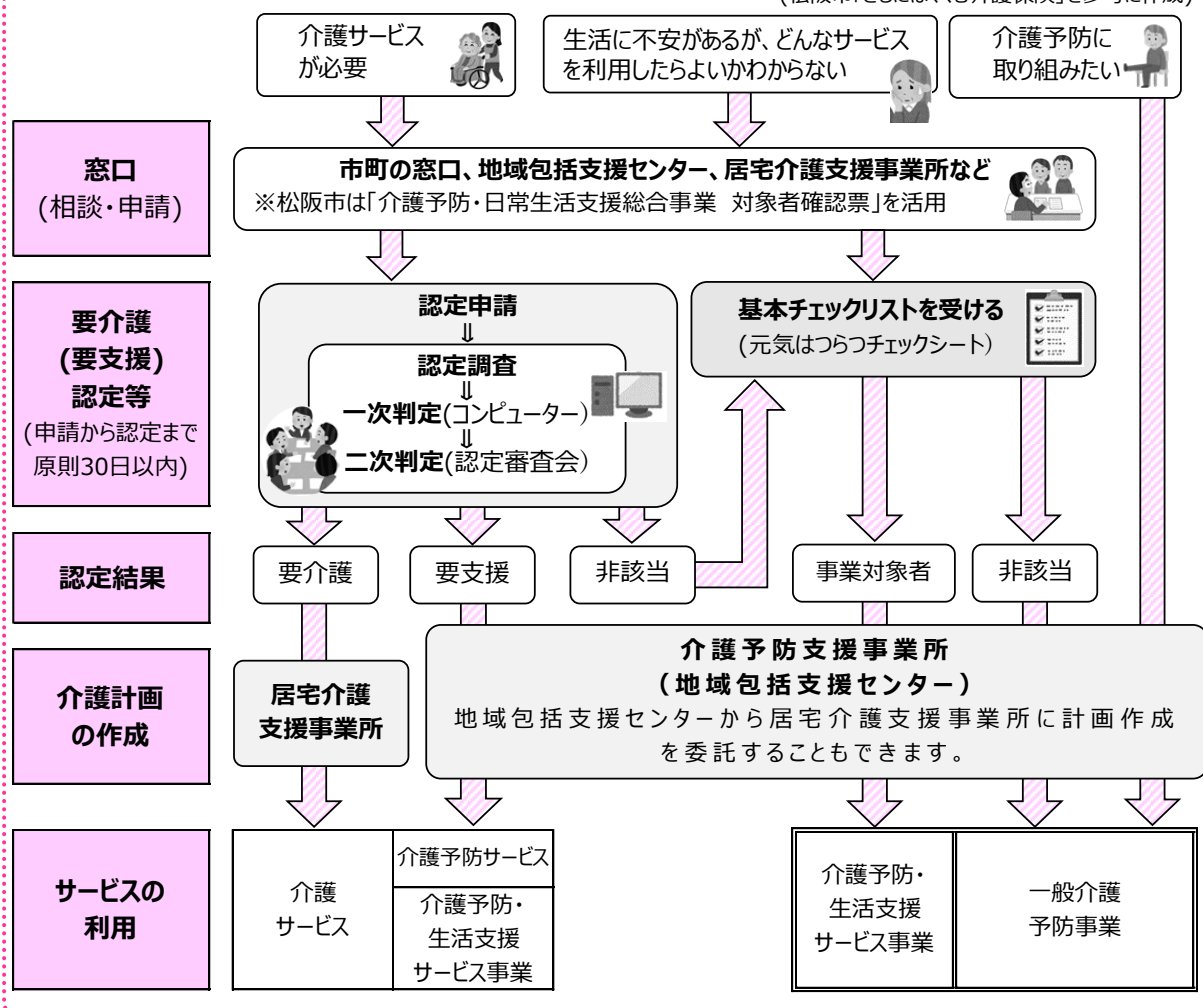
参照 ⑧◆入退院連携の流れと介護報酬・診療報酬（代表例）◆

※各病院、各事業所で算定要件・施設基準は異なります。
詳細は、厚生労働省のホームページでご確認ください。



要介護(要支援)認定の決定からサービス利用までの流れ

(松阪市「ともしはぐむ介護保険」を参考に作成)



MEMO

3.急変時の対応における連携

在宅や施設での療養中に、急な容態の変化(急変)や転倒、窒息などの事故が起こることがあります。このような事態が突然起きると、あわててしまい、うまく行動ができないことがあります。

ここでは、緊急時に備えた連携を中心にまとめています。



《連携のポイント》

- ☑ 日ごろから急変時の対応方法や連絡先などを在宅チームで共有しておく。
- ☑ なんとなく変、いつもと様子が違うといった小さな変化に気づき、チームで共有し、早めに対応する。

在宅・施設

○急変時の対応や緊急連絡先などについて本人や家族、在宅チームでよく話し合っておく。

- ▶ 平常時から急変時の対応について、本人や家族、在宅チームで話し合う機会を設け、確認しておく。確認したことや決めたことは、いつでも使える状態にしておく、行動につなげやすい。

例)・緊急連絡先(医療機関や訪問看護ステーションなど)を紙に書いて電話機のそばに貼っておく

・携帯電話に登録しておく など

・高齢者施設において、急変時対応できるよう「高齢者施設における救急対応マニュアル」の作成をしておく

(「高齢者施設における救急対応マニュアル」[44](#) 在宅医療・介護情報共有システム すずの輪内に掲載)



- ▶ 1人暮らしや高齢者夫婦世帯、同居家族がいても日中1人で過ごすことが多い場合などは、救急医療情報キットなどを活用し、準備しておく。

(救急医療情報キット [27](#))

- ▶ 本人の病状によって予測できる症状(発熱時、痛みが出た時、呼吸や意識に異常が見られた時など)やその対処法について、事前に医師から本人や家族に説明があるので、その内容についても、在宅チーム内で共有しておく。

- ▶ 急変の可能性が高い場合、何度も状態悪化を繰り返している場合など、病状の変化から看取りに移行する可能性が高い場合には、医師から説明を受け、事前に本人や家族の意思を確認しておくことも重要。本人や家族が望まない救命処置につながらないように話し合いの場を設け、在宅チームで共有していく。

(参照① ◆人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセス(イメージ図) ◆ [10](#))

(事前指示書 [56](#))

○急を要する症状(大きな変化)に気付いたら、すぐに緊急連絡先に連絡する。

- ▶ 急変と感じたら、まずは緊急連絡先(かかりつけ医など)に連絡をする。そして、どのような症状があるのか、意識はあるか、呼吸はしているか、顔色はどうか、見たままの情報、事実をまず伝える。

(参照⑨ ◆休日・夜間に急病で困った時は？(一次救急) ◆ [24](#))

(参照⑩ ◆急を要する症状(二次救急・三次救急) ◆ [25](#))

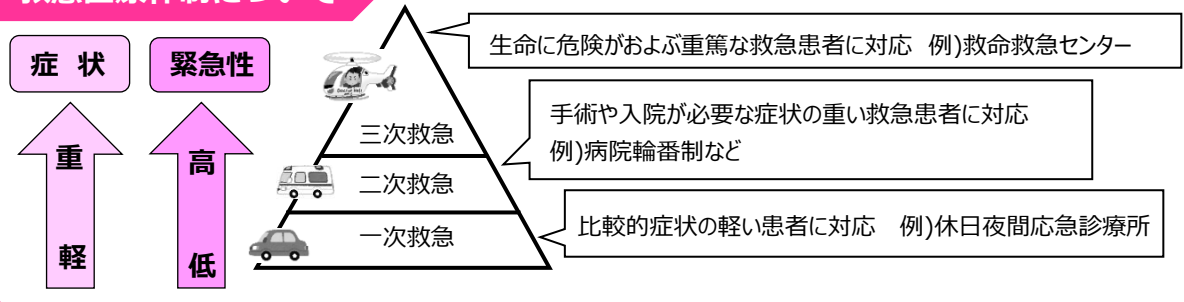
- ▶ 高齢者の場合は、症状や訴えがはっきりしないことがあり、また典型的な症状が現れにくいことから、急変のサインがとらえにくく、急激に症状が悪化することもある。急変時の対応について、事前に話し合った内容と、その時々で本人や家族の判断、希望が異なる場合もあるので、意向を確認しながら対応を進めることが重要。

(参照⑪ ◆もしもの時の救急車の利用(例) ◆ [26](#))



参 照

救急医療体制について



参照 ⑨◆休日・夜間に急病で困った時は？（一次救急）◆

(1)まずは **かかりつけ医**に連絡する

(2)かかりつけ医が不在の時

①**休日・夜間応急診療所**に連絡する

(令和7年3月現在)

	診療科	診療時間	月	火	水	木	金	土	日/祝
松阪市休日夜間応急診療所 松阪市健康センター「はるる」1 階 松阪市春日町 1- 19 TEL:0598-23-1364	内科 小児科	9:00～12:00							○
		14:00～17:00							○
		20:00～22:30※	○	○	○	○	○	○	○
		24:00～翌 6:00						○	
	外科	9:00～12:00							○
		14:00～17:00							○
いおうじ応急クリニック 松阪市立野町 200 TEL:0598-31-3480 受診前には必ず電話を してください。	内科 外科 (小児科)	22:30～6:00		○			○		
		12:30～20:00	年末年始 12/31～1/3						
		上記時間は、松阪市が委託している時間です。上記以外の診療 時間詳細については、いおうじ応急クリニックのホームページ (http://ioji.org/)をご確認ください。							
松阪市歯科休日応急診療所 歯科センター1 階 松阪市春日町 1-8 TEL:0598-26-4791	歯科	9:00～12:00							○

※20:00~22:30の小児科は3歳以上のみの診療。3歳未満の方の受診を希望される場合はお問い合わせください。

◇精神科の救急医療体制については、精神科救急情報センターにお問い合わせください(☎47 ☎)

②上記の診療時間外は、**三重県救急医療情報センター**に問い合わせる

コールセンター
(059)229-1199
24時間 365日
医療機関案内



医療ネットみえ
〈救急医療情報システム〉



医療ネットみえ



自動音声・FAX
案内サービス
0800-100-1199

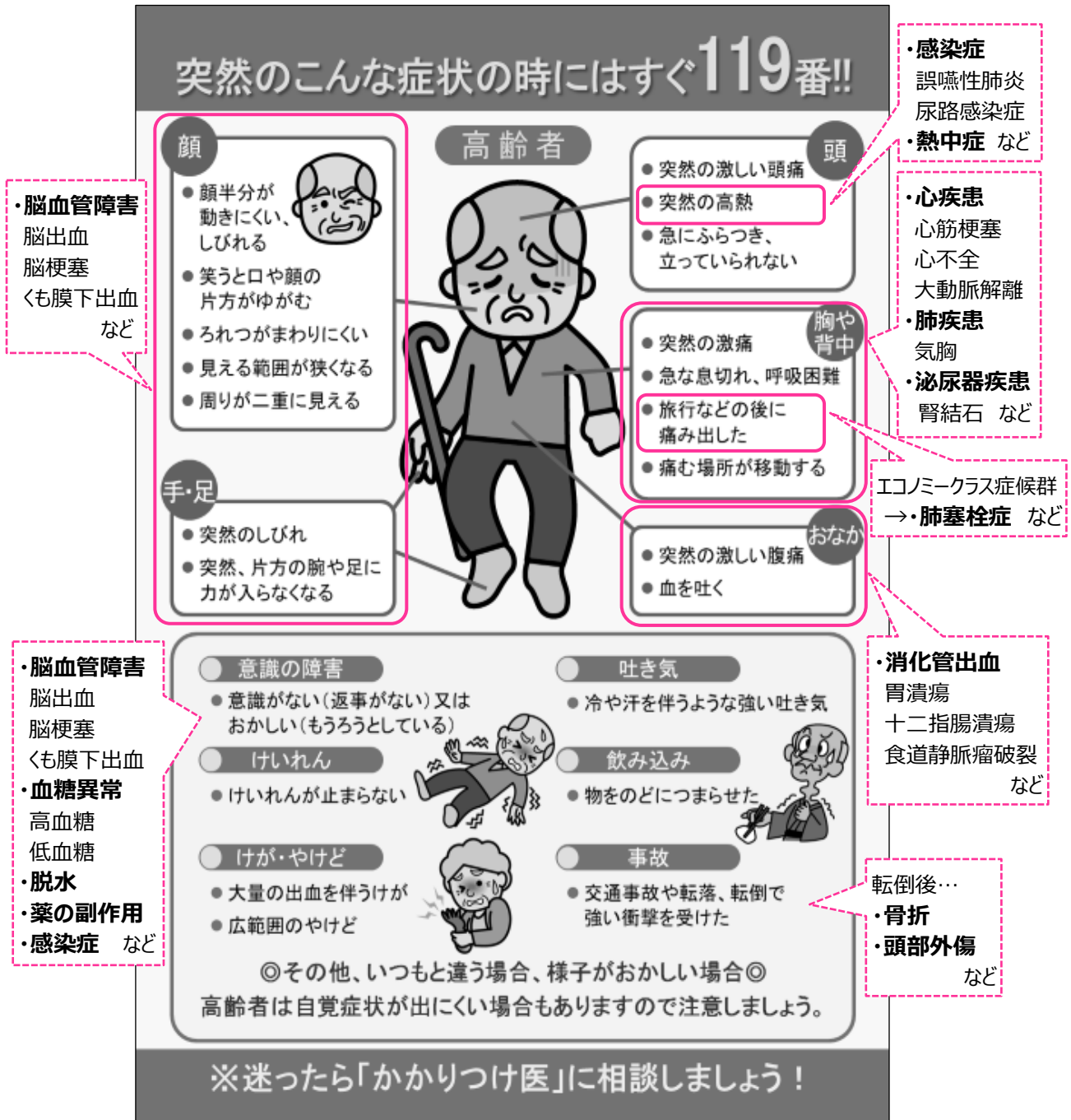


◇案内を受けた医療機関に行く場合は、必ず事前に受診可能かどうかを確認してください。

参照 ⑩◆急を要する症状（二次救急・三次救急）◆

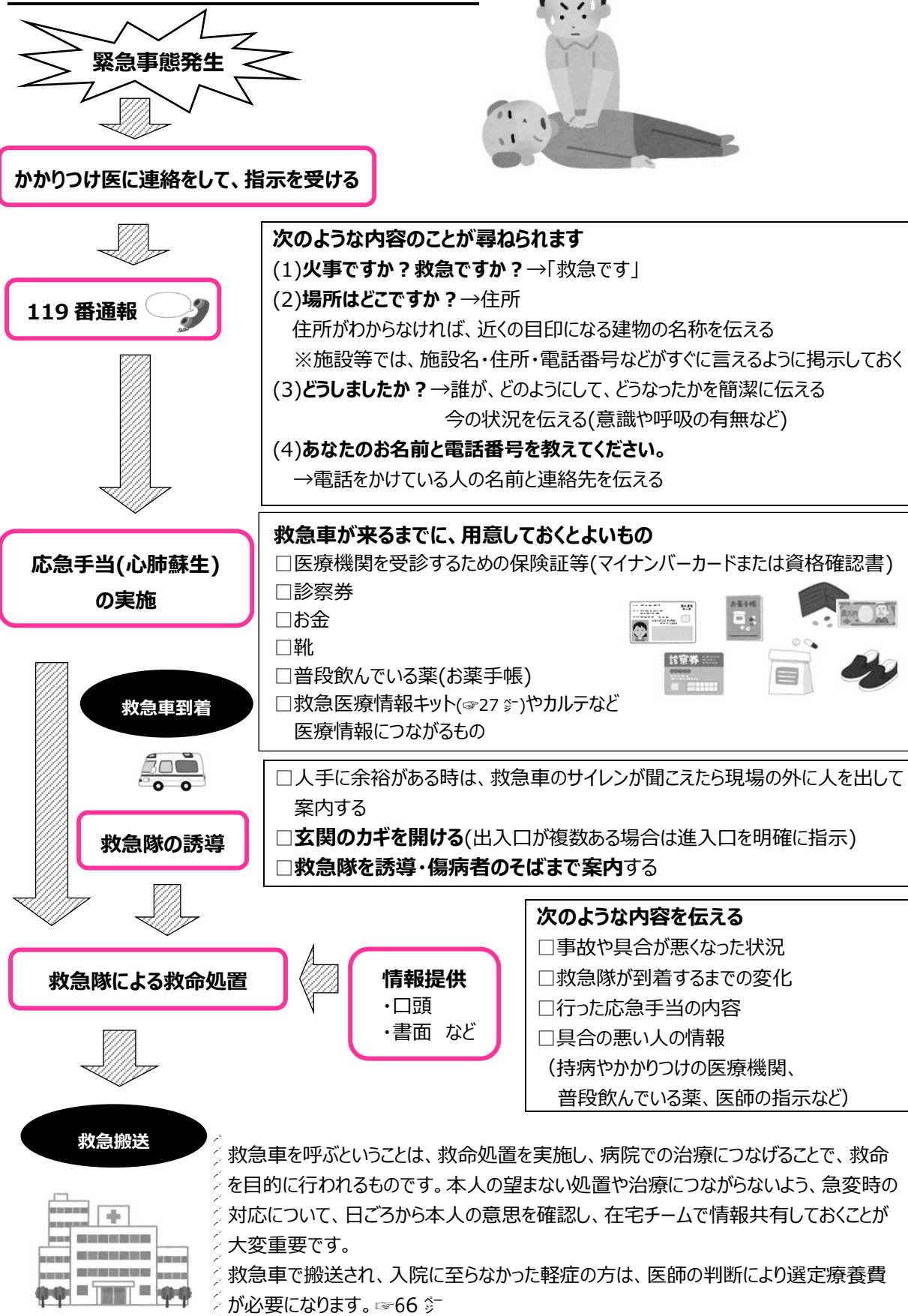
高齢者に多い、急を要する病気は、★脳血管障害、★心筋梗塞、★心不全、★肺炎、★消化管出血

□：症状から考えられる病気



(総務省消防庁「救急車利用リーフレット」を加工して作成)

参照 ⑪◆もしもの時の救急車の利用（例）

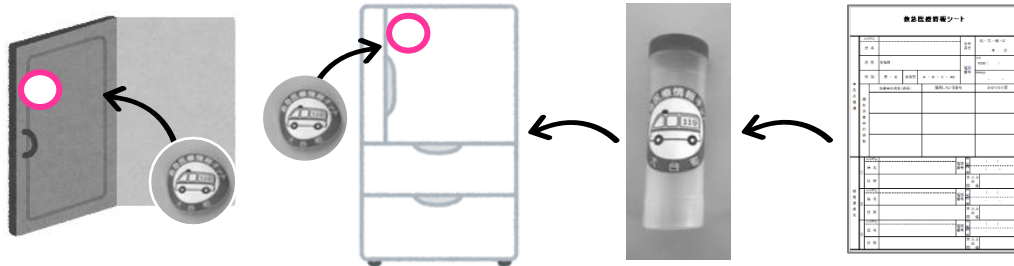


救急医療情報キット

救急医療情報キットは、容器の中に個人の医療情報（氏名、生年月日、持病、かかりつけ医、緊急連絡先など）を入れ冷蔵庫のドアポケットなどに保管しておくことで、自宅で急に倒れた時などに駆けつけた救急隊員が冷蔵庫を開くと、その人の医療情報が手に入る仕組みです。

松阪地域においても、自治体や住民主体で取り組みが行われています。

一人暮らしの人だけでなく、家族がいても、緊急時には落ち着いて本人の情報を伝えることは、なかなか難しいので、救急医療情報キットなどを準備しておくことで安心です。



救急医療情報キットがあることを
玄関の内側上部と冷蔵庫ドア上部にシールで表示

救急医療情報を記入し容器に入れ
冷蔵庫のドアポケットに保管

救急医療情報キットの中に入れておくとよいもの

□救急医療情報シート

（本人の氏名、生年月日、持病、かかりつけ医療機関、緊急連絡先などの情報を記入した用紙）

※キットに保管する医療情報は、定期的に更新。情報を記入した日付を記載しておく。

□本人の写真

□医療機関を受診するための保険証等（マイナンバーカードまたは資格確認書）（写し）

□かかりつけ医療機関の診察券（写し）

□薬剤情報提供用紙またはお薬手帳（写し）

●お問い合わせ●

松阪市	高齢者支援課	〔電話〕 0598-53-4069
多気町	総務課	〔電話〕 0598-38-1111
明和町	福祉総合支援課	〔電話〕 0596-52-7115
大台町	福祉課	〔電話〕 0598-82-3783

【キットの例】

松阪市



多気町



明和町



大台町



－ 参考となるホームページ －

・「マイナンバーカードの健康保険証利用について」

https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_08277.html

4.看取りにおける連携

「連携のポイント」



- ✓ 日々の関わりで得られた情報を在宅チームで共有し、同じ認識をもちながら支援することができる。
- ✓ 本人や家族の病状の変化に伴う苦痛や困りごとに対して、各職種がそれぞれの専門性を活かしながらチームで取り組む。
- ✓ 本人や家族の思いに寄り添うとともに、関わる専門職の不安にも配慮しながらチームで支える。

在宅・施設

＜月単位で病状が変化＞

○「何か違う」といった体調の変化に気づき、在宅チームで共有する。

- ▶ 安定した生活を送れているように見えても、老いや病気の進行に伴う変化が少しずつ生じている。“何か違う”“いつもと違う”という変化に、本人や家族が気づき、看取りの時期を感じとる場合もあるが、日ごろの関わりの中で専門職が最初に気づくこともある。そのような気づきを、まず在宅チームで共有し、同じ認識を持って、本人や家族に関われるようにする。
- ▶ 疾患別の予後予測モデルは大きく3つに分けられる。高齢者は複数の疾患や障がい併せ持つことが多く、また、社会的な要因(家族、生活環境、経済状況など)による影響も受けやすいため、終末期ケアの介入のタイミングを見極めることは大変難しい。

(参照⑫ ◆疾患群別予後予測モデル◆ 30 頁)

(予後 60 頁)



1人で悩まず、多職種と一緒に「ケアの統一」が大切だと思います。＜ケアマネジャー＞

○体調の変化について、本人や家族がどう感じ取っているのかを確認し、タイミングを計りながら、今後の方向性を話し合っていく。その内容について、在宅チームで共有する。

- ▶ 本人や家族が、看取りの時期を感じ取っているか、心の準備が整っているかを確認しながら、本人・家族と今後の方向性について話し合っていく。本人は「どこでどのように最期を迎えたいのか」、家族は「どうしてあげたいのか」などの意向を確認していく。今までの関わりの中で得られた情報やエンディングノートなども活用し、本人の人生観や価値観も踏まえながら、意思決定支援を行う。そのやり取りの内容などは本人や家族、在宅チームで共有しておく。

(参照① ◆人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセス(イメージ図)◆ 10 頁)

(事前指示書 56 頁)

本人や家族の思いも希望も変化するので、状況に応じて思いの確認をしています。
看取る側の気持ちはゆらぐものなので、ゆらぐ中で繰り返し相談や話し合いができる
チームづくりが重要だと思います。

＜訪問看護師＞



- ▶ 看取りの希望に応じて、今までの在宅チームに新たな専門職が加わる場合や新規でチームが組まれる場合もある。今までの経過や今後の方向性を共有しながら、役割分担について確認を行い、支援体制を整えていく。

○緊急時の連絡先、連絡方法について本人・家族、在宅チームで確認しておく。

▶緊急時の連絡先や連絡方法を決め、連絡体制を整える。

いざという時にすぐ使えるように連絡網を作成し、家族にも渡しておく。

▶今後予測される病状の変化、観察項目、症状出現時の対処方法などについて本人や家族、在宅チームで共有しておく。



元気な時から、本人の意思や家族の思いを話し合うことは大切だと思います。そして看取りの時も本人・家族、在宅チームが同じ方向を向き、ゆらぎが生じた時も本人や家族の思いを大切にしていきたいです。

<歯科衛生士>

<週単位で病状が変化>

○病状の変化に合わせて日々のケアの工夫や症状緩和にチームで取り組む。

▶ADLの急激な低下や新たな症状が出現する時期でもあり、身体面や精神面の苦痛が強くなる時期でもある。日々のケアを丁寧に行いながら、症状や苦痛に合わせて、ケアの工夫や苦痛緩和に向けた介入がより一層重要になる。穏やかに過ごせるように、多職種が関わり合いながら、それぞれの専門性を活かした支援ができるようにチームで関わっていく。

▶病状の変化に応じて、情報を発信、共有することで、チームケアをより促進させていく。

情報共有システムを用いるなど、迅速な情報共有を心がけていく。

(在宅医療・介護情報共有システム すずの輪 44 頁)



情報共有システムを使用し、関係する在宅チームのメンバーがタイムリーに本人の変化を把握し、看取りをしています。

<訪問看護師>

○本人や家族の困りごとや不安、希望についてチーム内で共有を行い、関わる専門職の不安にも配慮しながらチームで支える。

▶短期間に症状の変化が起こることで、それらの変化を目にした本人や家族は不安になる。在宅で看取することを決めていても、気持ちは揺れ動くので、その変化や迷いに寄り添いながら関わる。その関わりについてもチームで共有し、統一した支援が行えるようにする。

“家族の思いはゆらぐもの”ということ意識して、関わるようにしています。

<看護師>



▶病状がどのように変化をして、どのように最期を迎えるのかというイメージを共有しておくことも心の準備を整えていく上で大切。家族だけでなく、関わっている専門職の不安についても配慮しながら、これから起こりうる症状や対処方法、注意点などについて、医師や看護師からこまめに伝えてもらう。また、ねざらい、不安を表出しやすい声掛けを行い、チームで支え合う。

(大切な人の最期を看取ることについて(冊子) 31 頁)



看取りの場面では、家族もスタッフも不安にならないように電話などでこまめに連絡をとっています。

<診療所医師・看護師>

周囲が頑張りすぎて、本人が取り残されることがないように、本人・家族に寄り添うことを忘れてはいけないと思います。

<支援相談員>



＜日にち単位で病状が変化＞ ＜時間単位で病状が変化＞

○変化する身体症状やそれに伴う苦痛の有無、家族の様子などについて情報共有を行い、その都度必要な支援が行えるようチームで関わる。

▶日ごと、時間ごとに症状が変化する中で、それに伴う苦痛に対して必要な支援をその都度行えるように調整する。状態の変化が著しいため、在宅チームでリアルタイムに情報共有できるようにしておく。

○ゆれ動く家族の思いに寄り添い、最期の時を穏やかにすごせるようにチームで支える。

▶死期が迫ってくると、さらに家族の気持ちはゆれ動く。家族の不安や疲労感が強い場合は、このまま看取りを継続するのか、看取りの場などの希望についても確認をしながら、思いを尊重した支援が行えるようにする。

○緊急時の連絡先を再確認しておく。死亡時の対応方法や連絡先、死亡後の諸確認についても共有する。

▶血圧が低くなってきた時、呼吸が止まった時など、どのような状態になった時に、だれに連絡を取るようになるのかを確認し、家族や在宅チームで再度共有しておく。死亡確認は医師によって行われるが、最期の時に医師や看護師が立ち会えるとは限らないので、死亡直前の病状、呼吸停止の状態の確認の仕方などを家族や在宅チームで共有しておく。

(参照⑬ ◆自宅や施設での死亡時の流れ(例)◆ 31 5)

○死亡したことを在宅チームで共有する。

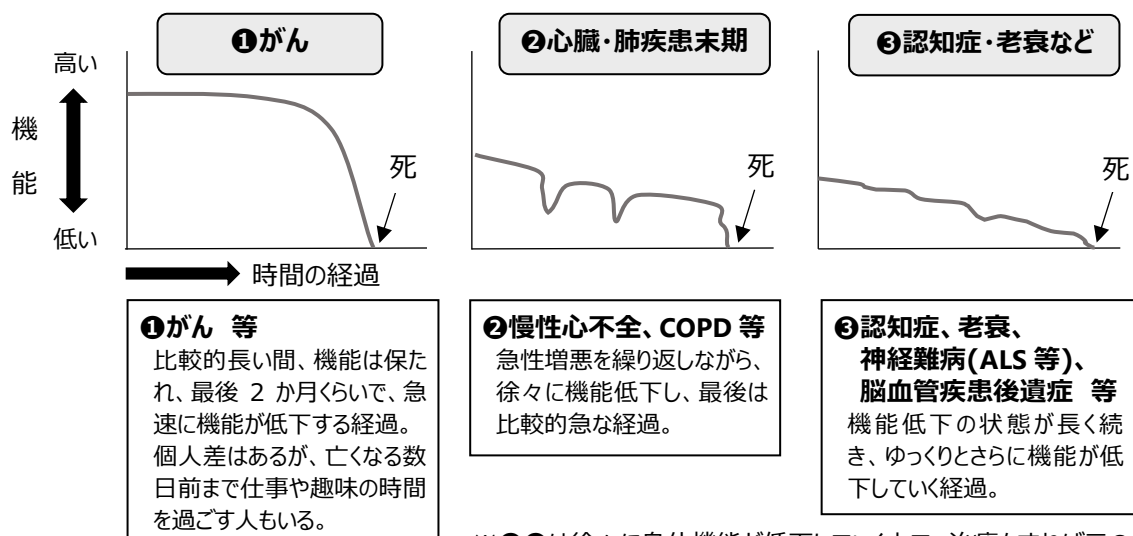
▶死亡についての情報を在宅チームで共有をする。情報が行き渡らないことで、サービス提供者が通常通り自宅に訪問してしまうなどの状況が生じないように注意する。

▶可能な場合は、気持ちの整理や今後の支援に活かすために、看取りの支援についてチームで振り返る。(グリーフケア 55 5)



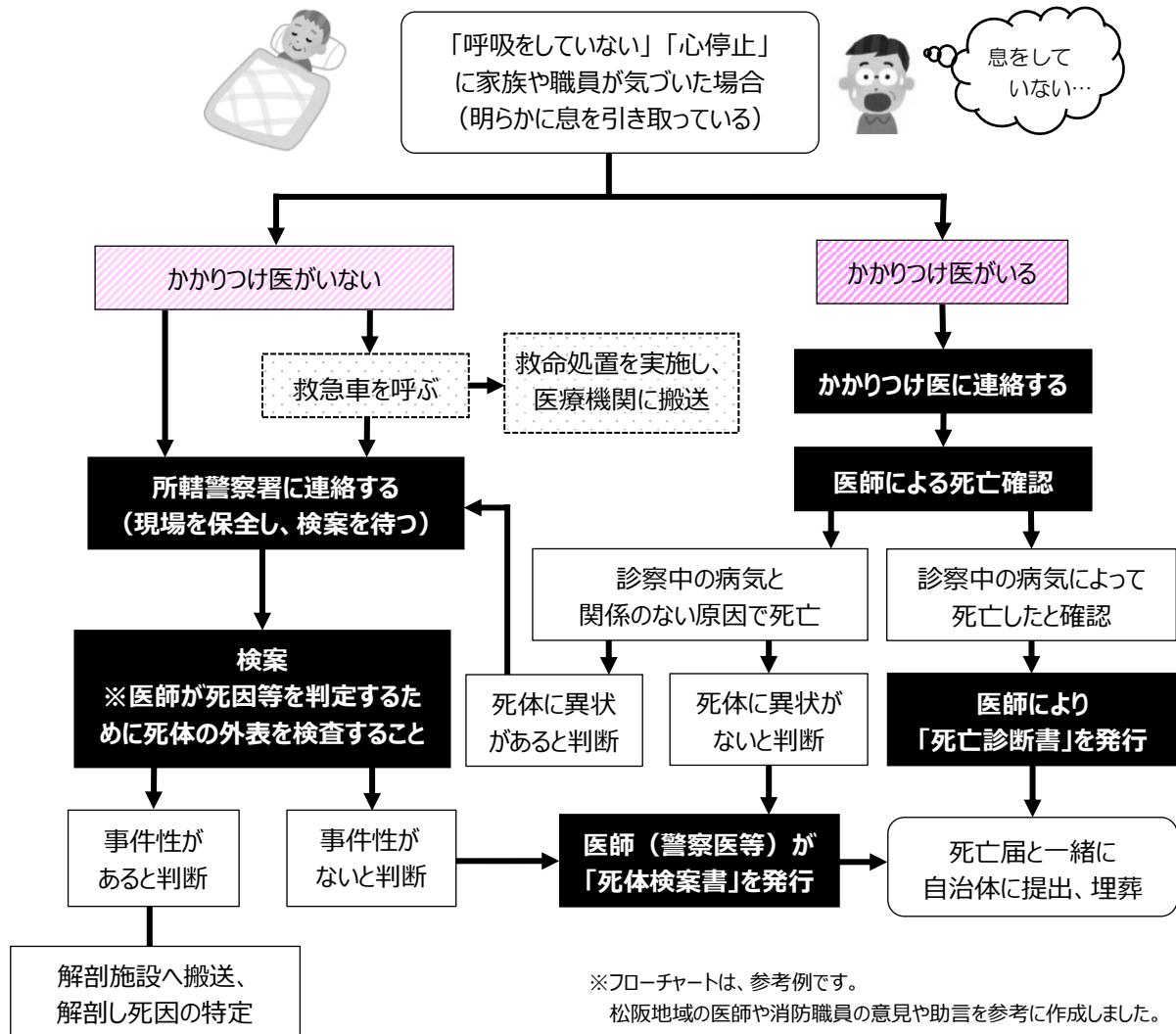
(Lynn J, Adamson DM, 2003, 「Living Well at the End of Life ; Adapting health care to serious chronic illness in old age」, 『RAND Health』を参考に作成)

参照 ⑫◆疾患群別予後予測モデル◆



※②③は徐々に身体機能が低下していく中で、治療をすれば元のような生活に戻れるのかどうか、見通しがはっきりつかず、最期を迎えるまでの予測が大変難しい。

参照 ⑬◆自宅や施設での死亡時の流れ（例）◆



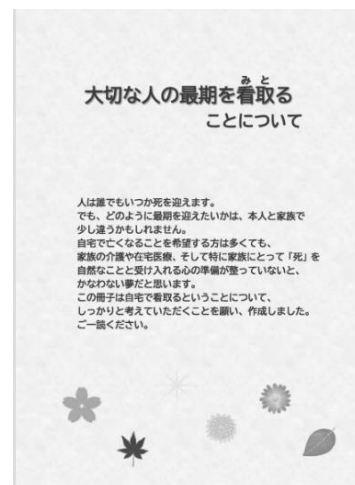
大切な人の最期を看取ることについて（冊子）

病院で亡くなる場合が多く(☞3頁(図4))、人の死を看取るといふことに慣れていない人がほとんどです。徐々に死に向かって変化していく本人を目の前に、家族だけではなく、看取りを支える専門職にとっても大きな不安があります。この冊子には、「亡くなるまでの変化」が文章やイラストで書かれており、どういう経過をたどり、死に至るのかをイメージしやすくなっています。

全てがこの通りの経過をたどるわけではないですが、死に近づいているサインを読み取ることで、残された時間の短さを実感し、心の準備をする参考になるとと思います。

●冊子の取り扱い窓口●

- ・松阪市高齢者支援課
- ・松阪地域 在宅医療・介護連携拠点
- ・松阪市ホームページにてダウンロード(PDF)
(松阪市トップページ> 高齢者福祉のページ> 配布しています)



松阪市健康福祉部高齢者支援課作成
平成28年度作成・平成30年度・
令和5年度改定訂

資料編

《主な用語・略語一覧》	33
【資料 1】医療・介護の連携に役立つ豆知識	34
訪問診療について	34
訪問看護について	34
訪問薬剤管理指導・在宅サービス相談窓口について	35
訪問歯科診療・口腔ケアについて	36
リハビリテーションについて	38
福祉用具専門相談員について	39
介護支援専門員（ケアマネジャー）について	40
訪問栄養食事指導について	41
【資料 2】相談窓口	42
(1)市町の担当窓口	42
(2)地域包括支援センター	43
(3)在宅医療・介護連携に関すること	44
(4)認知症に関すること	45
(5)障がいに関すること・こころに関すること	46
(6)難病に関すること	48
(7)がんに関すること	49
【資料 3】知っておくと役立つ用語・略語	50
(1)病院や病棟等の機能	50
(2)高齢者向け住まい・施設	52
(3)短期入所施設（ショートステイ）	53
(4)用語	54
(5)略語	61
【資料 4】参考となるホームページ	65

あ行

アドバンス・ケア・プランニング 54
 アドヒアランス ……54
 アンブタ(アンブテーション) 54
 一包化 ……54
 医療療養病床 ……52
 イレウス ……54
 インスリン自己注射 ……20
 往診 ……54
 おかえり SOS
 ネットワークまつさか ……45

か行

介護医療院 ……52
 介護保険負担限度額認定証 ……59
 介護保険負担割合証 59
 介護老人福祉施設 ……52
 介護老人保健施設 ……52
 回復期 ……50
 回復期リハビリテーション病棟 50
 化学療法 ……55
 喀痰 ……54
 喀痰吸引 ……20
 喀血 ……54
 カフ ……55
 緩和ケア ……55
 緩和ケア病棟 ……50
 気管切開チューブ
 (気管カニューレ) ……20
 救急医療情報キット 27
 急性期 ……50
 急性期病院 ……50
 区分変更申請 ……55
 グリーフケア ……55
 グループホーム ……53
 ケアハウス ……52
 ケアプラン ……40,55
 経管栄養 ……19
 軽費老人ホーム ……52
 傾眠 ……55
 下血 ……55
 血栓 ……55
 ケモ ……55
 倦怠感 ……55
 見当識障害 ……55
 権利擁護 ……55
 高額療養費制度 ……55
 高次脳機能障害 ……56
 抗生剤 ……56
 呼吸器 ……56

《主な用語・略語一覧》

呼吸不全 ……56
 限度額適用認定証 ……55

さ行

サービス担当者会議 ……56
 サービス付き高齢者向け住宅 52
 在宅酸素療法 ……19
 在宅療養支援診療所 56
 在宅療養支援病院 ……56
 サルコペニア ……56
 CO₂ナルコーシス ……56
 事前指示書 ……56
 失語症 ……56
 社会福祉協議会(社協) 56
 シアント ……57
 終末期 ……50
 循環器 ……57
 消化器 ……57
 ショートステイ ……53
 ショック ……57
 人工呼吸器 ……20
 人工透析 ……19
 心不全 ……57
 腎不全 ……57
 スtent ……57
 ストーマ ……19
 生活保護(生保) ……57
 成年後見制度 ……57
 喘鳴 ……57
 せん妄 ……57

た行

第1号被保険者
 第2号被保険者 ……57
 退院支援 ……58
 退院調整 ……58
 対症療法 ……58
 短期入所施設 ……53
 チアノーゼ ……58
 地域共生社会 ……58
 地域包括ケア ……58
 地域包括ケアシステム ……58
 地域包括ケア病棟 ……50
 地域包括支援センター ……43
 地域密着型サービス ……58
 中心静脈栄養 ……19
 疼痛 ……58
 動脈血酸素飽和度計 20
 特定施設 ……52
 特定疾病 ……58
 特別養護老人ホーム ……52

吐血 ……58
 頓服 ……58

な行

尿閉 ……59
 尿路感染症 ……59
 認知症対応型共同生活介護 52
 認知症治療病棟 ……50

は行

バイタルサイン ……59
 廃用症候群 ……59
 パルスオキシメーター ……20
 福祉まるごと相談室 ……59
 負担限度額認定証 ……59
 負担割合証 ……59
 フレイル ……59
 膀胱留置カテーテル ……19
 放射線治療 ……59
 訪問診療 ……59
 ポリファーマシー ……60

ま行

末梢 ……60
 慢性期 ……50
 メタ ……60
 モニタリング ……60

や行

有料老人ホーム ……52
 要介護(要支援)認定 60
 養護老人ホーム ……52
 予後 ……60

ろ行

利尿薬 ……60
 利用者負担 ……60
 レスキュー ……60
 レスパイト ……60

A

ACP ……61

B

BADL ……61
 BP ……61
 BSC ……61
 BPSD ……61
 BT ……61

C

COPD ……61
 CPA ……61
 CPR ……61

CRP ……61

D

DM ……62
 DNAR(DNR) ……62
 DPC ……62

H

Hb ……62
 HbA1c ……62
 HD ……62
 HDS-R ……62
 HOT ……62
 HT ……62

I

IADL ……62
 ICF ……63
 IVH ……63

K

KOT ……63
 KT ……63

L

LK ……63

M

MCI ……63
 MK ……63
 MMK ……63
 MMSE ……63

N

NST ……63

P

P ……63
 PAD ……63
 PEG ……63

Q

QOL ……63

S

SpO₂ ……63

V

VE ……64
 VF ……64

【資料 1】医療・介護の連携に役立つ豆知識

サービスの利用

「訪問看護」「訪問薬剤管理」「訪問リハビリテーション」「訪問栄養指導」のサービスを受けるには、医師の指示書が必要です。
まずは、本人・家族の意向やサービス導入の理由、依頼先などについて、かかりつけ医に伝え、相談することが大切です。



■ 訪問診療について ■

病気やケガにより通院することが困難な方のご自宅や施設に医師が訪問し、計画的な治療や健康管理を行います。

Q. 訪問診療の対応可能な医師を探すのにどんな方法がありますか？

A. ①かかりつけ医に相談する

②かかりつけ医が在宅診療を行っていない場合

- ・かかりつけ医から対応可能な医師を紹介してもらう。
- ・普段から医師と関わりのある訪問看護師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、介護支援専門員などの職種に尋ねてみる。
- ・医療ネットみえ(☎65 ☎)で、検索する。 例)
- ・松阪地域 在宅医療・介護連携拠点(☎44 ☎)に相談する。
- ・在宅医療・介護情報共有システム “すずの輪”(☎44 ☎) から在宅医療における医療機関機能調査について検索する。など



■ 訪問看護について ■

Q. どんな時に訪問看護が受けられますか？

A. 訪問看護の利用は、在宅で何らかの支援がなければ過ごすことが困難な方や不安がある方などが対象となります。

たとえば、退院後の生活に不安がある時には、入院期間中の外泊時からでも訪問看護が受けられます。また、最期の時間を自宅や家族と過ごしたいと在宅での看取りを希望する時です。

家族に迷惑をかけたくない、苦しかった時や困った時に医療者がそばにいない不安などから、なかなか踏み出せないこともあります。そんな時には、訪問看護の 24 時間連絡や対応できる体制で支援します。在宅医療は訪問看護のみで支えることが困難であるため、状況に合わせて他の職種と関わりながらチームで支えます。本人だけではなく、家族の介護に対する不安にも寄り添いながら、“家で過ごせてよかった”と思える支援につなげていきたいと思っています。



(記事協力：三重県訪問看護ステーション連絡協議会松阪多気ブロック)

■訪問薬剤管理指導・在宅サービス相談窓口について■

○薬剤師による訪問薬剤管理指導について

在宅（施設）で療養を行っている患者に対し、医師の指示のもと薬剤師が自宅や施設を訪問し、薬学的管理を行います。訪問薬剤管理指導には、医療保険の「在宅患者訪問薬剤管理指導」と介護保険の「居宅療養管理指導」があります。

Q. 薬剤師さんが行う在宅業務にはどのような内容がありますか？

- A. ・在宅での薬の服薬状況、残薬状況、保管状況を確認し、残薬整理や患者さんが薬を飲めるように工夫します。
- ・併用薬や薬の重複、副作用や相互作用がないか確認します。
 - ・輸液の調整や医療用麻薬の調剤・管理も行います。
 - ・その他、状況に応じて対応しております。



○薬剤師在宅医療サービス相談窓口について

松阪地区薬剤師会 在宅医療サービス相談窓口

TEL:0598-22-2356 FAX:0598-22-2000

受付時間：月～金曜日（祝日を除く） 9:00～17:00

松阪地区薬剤師会が設置・運営する相談窓口で、本人および家族の方をはじめ、医療・介護専門職の皆さんから在宅医療における薬に関する相談に応じます。また、薬剤師在宅訪問に対応できる薬局を紹介します。

Q. 具体的な相談内容にはどのようなものがありますか？

- A. ・薬剤師の訪問管理をお願いしたいけど、どこに頼めばいいかわからない。
- ・在宅での薬剤師の仕事内容について知りたい。
 - ・無菌調剤や医療用麻薬の管理ができる薬局はどこか知りたい。
 - ・医療材料について相談したい。 など

薬に関わる連携のツール

<あなたの情報カード>

松阪地区薬剤師会では独自に「あなたの情報カード」を作成しています。お薬手帳を新しくする際に、カードを差し替えるだけで、副作用歴やアレルギー歴など大切な「あなたの情報」を引き継ぐことができます。多職種連携ツールとしてだけでなく、緊急時・災害時にもご活用いただけます。

<在宅訪問応需薬局一覧>

松阪地区薬剤師会ホームページに松阪地域で訪問薬剤管理指導に応じることができる薬局一覧が掲載されています。（在宅医療相談窓口のバナーから）

<https://matsu-yaku.com/zaitakusoudan/>

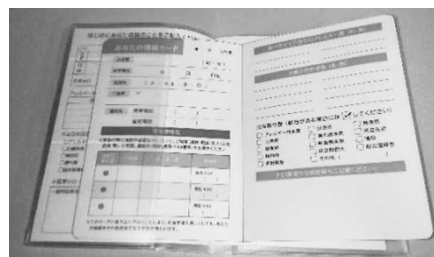
●ツールに関するお問い合わせ●

松阪地区薬剤師会 在宅医療サービス相談窓口

あなたの情報カード（デザインはイメージ）

表面

裏面



お薬手帳の表紙と手帳カバーの間に挟み込んで使用します

（記事協力：一般社団法人 松阪地区薬剤師会）

■ 訪問歯科診療・口腔ケアについて ■

歯科医院に通院することが困難な方のご自宅や施設、病院等へ歯科医師・歯科衛生士が訪問し、虫歯や歯周病の治療、入れ歯の作製・調整、口腔内のケア、摂食・嚥下障害のリハビリなどを行います。

Q. 自宅で寝たきりの利用者さんの口腔ケアがうまくできません。どこに相談したらいいですか？

A. 松阪地区歯科医師会 口腔ケアステーションにご相談ください。
かかりつけ歯科医師に指示を仰ぎながらアドバイスさせていただきます。
本人および家族の方、医療・介護の専門職の方からの相談に応じます。

松阪地区歯科医師会 口腔ケアステーション

〒515-0078 松阪市春日町 1-8

TEL: 090-5614-8020 FAX: 0598-23-8020

e-mail : oral.care.station-matsushi@docomo.ne.jp



訪問歯科診療・口腔ケア導入の流れ

<相談・依頼>



訪問歯科診療および口腔ケアを希望される方がありましたら
お気軽に口腔ケアステーションまでご連絡をお願いします。
※担当ケアマネジャーとも共有をお願いします。



<聞き取り>



相談者から連絡先・症状・全身状態などの聞き取りを行います。
必要に応じてケアマネジャー、医師、訪問看護師等からもお話を聞かせていただきます。

<担当の歯科医師、歯科衛生士の決定>



担当の歯科医師、歯科衛生士を決定し、訪問日の連絡をさせていただきます。

<訪問歯科診療・口腔ケアの開始>

訪問歯科診療・口腔ケアの費用について

基本的には、医療保険または介護保険の範囲内で行います。それぞれ定められた一部負担費用がかかります。在宅の場合は、「居宅療養管理指導費」が介護保険の適用となりますが、給付管理の対象となる限度額の「枠外」になります。詳しくは、口腔ケアステーションまでお問い合わせください。

Q. 依頼をする前に確認しておくとい情報があれば教えてください。

A. ・主訴をできるだけ詳しく教えてください

例) 入れ歯が合わない ぐらぐらする歯がある うまく食事を飲み込めない
お口のケアができない 口臭がある 肺炎を予防したい など

・かかりつけ歯科医院

例) 昔、〇〇医院にかかっていた

かかりつけ歯科医院がない場合もご相談ください。

・利用中のサービスの週間予定

訪問の曜日や時間などを調整するのに必要です。

◎ 松阪地区歯科医師会の所定の申し込み用紙があります。

お申込の際は、まずはお電話またはメールでご連絡ください。

(記事協力：一般社団法人 松阪地区歯科医師会 口腔ケアステーション)

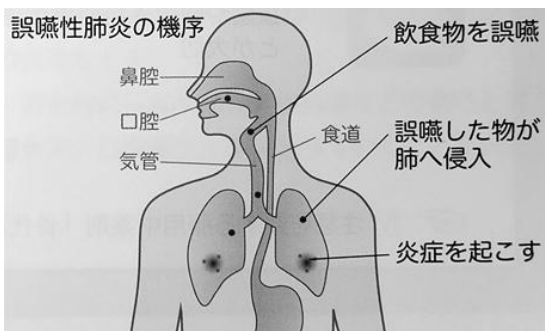
○誤嚥性肺炎と口腔ケアについて

- * 誤嚥性肺炎とは、口腔、咽頭の細菌を誤嚥(食べ物や異物を気管内に飲み込む事)する事により、発症する肺炎です。通常、誤嚥すると、むせる等の反射が起こり、気管から排出されますが、この機能が低下すると、気管に入り込んだ食べ物等を排出できず、肺炎を起こす事になります。その為、不顕性誤嚥(誤嚥時にむせ等がなく、無意識のうちに、口腔、咽頭の細菌等を誤嚥)が原因となる事が多いですが、胃食道逆流現象により、逆流物の誤嚥で生じる事もあります。また、不顕性誤嚥は睡眠時にも生じる事があり注意が必要です。
- * 摂食嚥下障害の見られる寝たきりの高齢者、慢性呼吸器疾患の患者、喫煙者、糖尿病等の代謝異常の患者、免疫不全の患者、手術後薬物使用の患者等では、誤嚥リスクが増加し、口腔清掃の悪化で細菌数が増加し、免疫機能の低下により、誤嚥性肺炎を起こし易くなります。
- * 誤嚥性肺炎は避難所での災害関連死の大きな原因の一つでもあります。

予防について

○誤嚥性肺炎を予防するには、発症の原因となる、誤嚥、細菌数、免疫機能の低下の 3 要素がポイント。

- ・誤嚥や免疫機能の低下の原因となっている基礎疾患を出来るだけ良い状態にすること。
- ・誤嚥防止の為、食後や就寝時は頭部を高く保つようにすること。
- ・口腔ケア、口腔リハビリ等により口腔内を清潔に保ち細菌数を減少させ、嚥下機能の維持、向上を図ること。
- ・肺炎球菌ワクチンは細菌数を減らすという意味で、予防の大きな要素となるが、ワクチン接種だけでは、誤嚥性肺炎を予防出来ないので、口腔清掃、口腔ケアを行う事が大切である。
- ・歯科診療、口腔ケアの際は、誤嚥に注意し、可能であれば、座位、ファウラー位(上半身 45 度起こした位置)で頭部前屈させる等で行うようにすると良い。



(記事協力：一般社団法人 松阪地区歯科医師会)

MEMO

■リハビリテーションについて■

○リハビリテーションの職種について

Q. 担当の利用者さんが脳卒中になり入院しました。退院後にリハビリテーションサービスを利用することになりましたが、どのリハビリテーション職種に依頼すれば良いですか？

A. リハビリテーションの専門職は「理学療法士」、「作業療法士」、「言語聴覚士」の3職種があり、それぞれ以下のように専門性が異なります。

- ・理学療法士：移動(歩くなど)、呼吸機能の評価や能力向上、杖や装具、ポジショニングなどの検討
- ・作業療法士：人が生活するために必要な動作(食べる、着替える、トイレ、趣味、仕事など)の評価や能力向上、福祉用具やポジショニングの検討
- ・言語聴覚士：『話す・聞く・書く・読む』の評価や能力向上、食べ物を飲みこむことの評価や能力向上

ただし、地域の事情により職種の選択が難しい場合があります。そのため在宅のリハビリテーションサービスでは、他の職種が専門性をまたいで対応することもあります。

例) 理学療法士がトイレ動作の能力向上を目標とするプログラムを行う

作業療法士が食べ物を飲み込む能力向上を目標とするプログラムを行う



○移動や歩くことに不安や介助が必要になった場合について

Q. 担当の利用者さんが転んで大腿骨を骨折し、手術をして歩けるようになりましたが、自宅の中でまた転んでしまう恐れがあります。どうしたらいいでしょうか？

A. 転んだ場面や環境を確認し、必要に応じて杖や手すりの導入、段差の解消などの住宅改修を検討します。入院中であれば担当の理学療法士に相談し、転ばない体づくりのために必要な運動内容を確認します。



○トイレに行くことに不安や介助が必要になった場合について

Q. 担当の利用者さんが脳卒中になり、右半身の麻痺が残ってしまいました。トイレの際に片手でズボンの上げ下ろしが難しくなりました。どうしたらいいでしょうか？

A. どこまでご自分でできるのか、どこに介助が必要なのかを確認し、必要に応じて福祉用具の導入や介護者やヘルパーに介助指導をします。入院中であれば担当の作業療法士に相談し、自宅でできる運動内容を確認します。

○食べものが飲み込みにくくなったり介助が必要になった場合について

Q. 担当の利用者さんが誤嚥性肺炎で入院、栄養は胃ろうで管理され、口から食物を摂っていない状態で退院しました。家族は口から食べることを希望されていますが、どうしたらいいでしょうか？

A. 食べることの再開の可否を検討するため、かかりつけ医に相談して摂食嚥下機能の評価を実施し、必要に応じてリハ科・歯科等への紹介を検討してもらいます。リハ科・歯科等の専門職にはリスク面の管理方法や食事形態、トロミの濃さ、姿勢、介助方法などの対応について助言・指導してもらいます。

○話すことや書くことが難しくなった場合について

Q. 担当の利用者さんが脳卒中になり、右半身の麻痺が残ってしまいました。利用者さんが伝えたいことがわからない上に、こちらが伝えたいことも伝わっていない様子です。どうしたらいいでしょうか？



A. どういった内容(『はい、いいえ』で答えられる簡単な内容、お金の管理など複雑な内容等)であれば伝えられるのか、理解することができるのかを確認します。入院中であれば担当の言語聴覚士に相談し、介護者やヘルパーに向けた適切なコミュニケーション方法の助言・指導内容を検討します。

(記事協力：松阪・多気地区地域リハビリテーション連絡協議会)

■福祉用具専門相談員について■

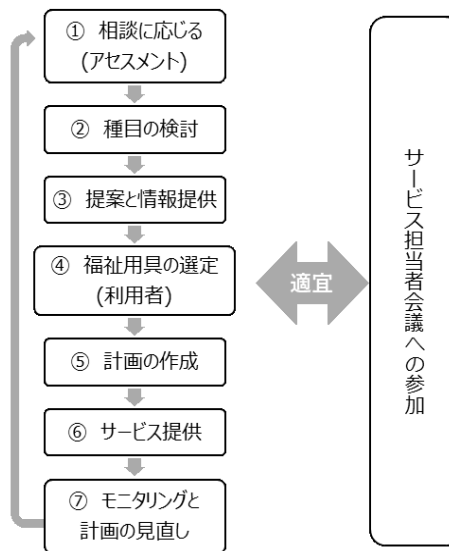
福祉用具専門相談員は、福祉用具の貸与事業所や販売事業所が介護保険事業所として指定を受けるために、配置が義務付けられている専門職です。福祉用具選定の際は、かかりつけ医やリハビリ職、福祉用具専門相談員を交えて相談することが効果的です。

Q.福祉用具専門相談員の役割を教えてください。

A. ・相談内容にもとづき福祉用具を複数選定し提案します。介護保険で定められている品目は以下のとおりですが、これら以外の福祉用具や自助具についての選定や助言等も行います。
・利用計画書の作成、貸与(レンタル)品の使用状況の確認や点検(メンテナンス)を行います。



貸 与	歩行器、歩行補助つえ、車いす、車いす付属品(クッションなど)、特殊寝台(介護用ベッド)、特殊寝台付属品(マットレス、ベッド用手すりなど)、床ずれ防止用具(エアマットなど)、体位変換器(体位変換用クッションなど)、手すり、スロープ、認知症老人徘徊感知機器(センサーマットなど)、移動用リフト、自動排泄処理装置	介護保険を利用して貸与できる品目。ただし、介護度等、利用の可否について品目ごとに条件がある。
購 入	腰掛便座(ポータブルトイレ等)、自動排泄処理装置の交換可能部分(チューブなど)、入浴補助用具(浴槽用手すり、シャワーチェアなど)、簡易浴槽、移動用リフトのつり具の部分	年間10万円分を上限に支給。単価によっては事前に保険者確認が必要な場合がある。また、介護保険の指定を受けていない店舗での購入は支給対象とならない。



◆福祉用具専門相談員の標準的な動き◆

■介護支援専門員（ケアマネジャー）について■

介護支援専門員は、地域の実情や本人・家族の状態に合わせて介護や福祉、医療をつないでいくケアマネジメントの専門職です。事業対象者・要支援・要介護の認定を持つ利用者の自立した暮らしを支えるために、心身の状態やご希望に合わせて「介護サービス計画書」を作成し、必要な介護保険サービスを調整します。



Q. 介護支援専門員の資格について教えてください。

A. 介護支援専門員になるためには、都道府県で年に1回実施される「介護支援専門員実務研修受講試験」に合格し、実務研修を修了後に各都道府県に登録する必要があります。試験の受験資格は、国家資格(法定資格)での実務経験が5年かつ900日以上ある人等に与えられています。松阪支部会員の場合は、介護福祉士(69.9%)、看護職(11.4%)、社会福祉士(7.3%)が代表的な保有資格です。(R6年6月時点) また主任介護支援専門員になるためには、常勤の介護支援専門員として実務経験が5年以上あり、所定の専門研修過程を修了する必要があります。詳しくは、介護保険法第69条の二、厚生省令第36号第113条の二に規定されています。

○介護サービス計画書（ケアプラン）について

認定を持つ利用者が適切にサービスを受けることができるよう、本人・家族の心身の状況や生活環境などに配慮し、利用する介護サービスの種類や内容、頻度を定めた計画書のことです。介護サービス計画書がないと、介護保険サービスを利用することはできません。

Q. ヘルパーです。週に1回1時間、家事の支援を行っています。今日は時間が余ったので、介護サービス計画書に書かれていないことも利用者さんからお願いをされました。支援をしてもいいですか？

A. 介護サービス計画書に書かれていないサービスは、介護保険を使ってヘルパーさんに頼むことはできません。必要なサービスが介護サービス計画書に書かれていない場合は、介護サービス計画書を修正する必要がありますので、まずは介護支援専門員に相談してほしいと利用者さんに助言をお願いします。

Q. 病院の医療ソーシャルワーカーです。介護支援等連携指導料(☞21 ☞)を算定するために退院時に介護サービス計画書をいただきたいのですがお願いできますか？

A. 入院前と状態や環境の変化のない方であれば、速やかに提出することが可能です。しかし、変化のある方については、入院医療機関やかかりつけ医からの情報や指示の他にも、本人や家族の希望を聴取するなどして課題分析を行い、介護サービス計画書原案を作成します。その後、介護サービス計画書原案をもとにサービス担当者会議(☞56 ☞)を開催し、合意を得てはじめて正式な介護サービス計画書となります。そのためしばらくお時間をいただく場合がありますので、ご理解ください。

Q. 住宅改修や特定福祉用具購入は、介護サービス計画書に書かれていなくても利用できるサービスだと聞きました。介護支援専門員に相談せず、サービスを利用してもいいでしょうか？

A. 居宅サービスのうち住宅改修や特定福祉用具購入、居宅療養管理指導などは必ずしも介護サービス計画書が必要ではなく、そのため担当介護支援専門員がいない場合があります。ただ、その方に担当介護支援専門員がいる場合は、必ずご相談をお願いします。住宅改修や特定福祉用具購入を利用するために必要な理由書を作成するほか、介護支援専門員が本人・家族の心身の状況や生活環境を適切にアセスメントし、担当者間の情報共有や連携を進めるためにもご協力をお願いします。

○その他

Q. 病院の医療ソーシャルワーカーです。先日介護支援専門員に、介護保険の新規申請代行をお願いしました。病室にお越しいただき本人や家族の相談にも乗ってもらっています。まだもう少し退院は先ですが、関わっていただいた介護支援専門員に報酬はあるんですね。



A. その患者さんが退院されて、何らかの介護保険サービスを利用されない限り、介護支援専門員に報酬はありません。なお、報酬は介護保険から支給されるため、利用者の負担はありません。

Q. 本日、訪問した利用者さんの様子が普段と違ったので、介護支援専門員に状況報告と相談がしたいのですが、土日や夜間でも対応していただけますか？

A. 特定事業所加算を算定している居宅介護支援事業所の介護支援専門員であれば可能です。24 時間 365 日の連絡体制を確保し、困難な事例にも対応できる事業所として市町に届出を行っています。松阪市と多気郡内に 36 か所(令和 7 年 3 月 1 日現在)の届出事業所があります。

Q. 知人を担当している介護支援専門員がとても優秀だと聞きました。その介護支援専門員に担当をお願いしたい時はどうしたらいいですか？

A. まずは、その介護支援専門員が所属する居宅介護支援事業所の管理者に相談されることをお勧めします。ただ、介護報酬における担当件数は、介護支援専門員 1 人当たり 45 件未満が望ましいとされているため、ご希望に添えない場合もあることをご理解ください。
 その他、どこの居宅介護支援事業所を選んだら良いか迷う時には、ご本人の住所地を担当している地域包括支援センターにご相談ください。

Q. 担当している介護支援専門員の事業所には、同じ法人が経営するデイサービスや訪問介護があります。その事業所のサービスを優先的に利用する必要はあるのですか？

A. その必要はありません。介護支援専門員は利用者本人の自己決定や自己実現を支える代弁者ですから、特定の種類または特定の事業者、施設に不当に偏ることのないよう、公正かつ誠実にその業務を行わなければならないと介護保険法でも定められています。



(記事協力：三重県介護支援専門員協会松阪支部)

■訪問栄養食事指導について■

かかりつけ医や主治医の指示の下、通院が困難な方に自宅や施設に管理栄養士が訪問し、食生活や栄養に関するアドバイスを行います。

栄養状態の評価や体調に合わせた食事の提案、調理指導などが受けられます。

- ・糖尿病や心不全、腎臓病などの病気で食事管理が必要な方
- ・食事中にむせたり、噛みにくい、飲み込みにくいなど食形態に注意が必要な方
- ・食欲がなく栄養不足で痩せていかれる方、栄養バランスが気になる方など

主治医やかかりつけ医、担当ケアマネジャー、

三重県栄養士会栄養ケアステーションに相談してください。(TEL059-253-5090)



(記事協力：松阪地域訪問栄養食事指導研究会)

【資料2】相談窓口

(1) 市町の担当窓口

(令和7年3月現在)

市 町	部・課 名		電話 番 号	主 な 相 談 内 容
<div>松阪市</div> <div></div>	健康福祉部	高齢者支援課	0598-53-4069 0598-53-4099	・介護予防への取り組み ・高齢者福祉サービスの利用 ・高齢者の成年後見制度 ・高齢者虐待の相談
		介護保険課	0598-53-4091	・介護保険に関すること
		保険年金課	0598-53-4043	・国民健康保険・後期高齢者医療制度
		健康福祉総務課	0598-31-1926	・福祉の総合相談 (福祉まると相談室)
		保護自立支援課	0598-53-4671	・生活困窮者の相談・支援 (生活相談支援センター) ・生活保護
		障がい福祉課	0598-53-4056	・障がい者の支援
	https://www.city.matsusaka.mie.jp/			
<div>多気町</div> <div></div>	町民環境課	0598-38-1113	・国民健康保険・後期高齢者医療制度	
	健康福祉課	0598-38-1114	・介護保険に関すること ・介護予防への取り組み ・高齢者福祉サービスの利用 ・高齢者の成年後見制度 ・高齢者虐待の相談 ・生活保護 ・障がい者の支援(身体・知的・精神障がい)	
http://www.town.taki.mie.jp/				
<div>明和町</div> <div></div>	住民ほけん課	0596-52-7116	・国民健康保険・後期高齢者医療制度	
	福祉総合支援課	0596-52-7115	・介護保険に関すること ・介護予防への取り組み ・高齢者福祉サービスの利用 ・成年後見制度 ・虐待の相談 ・生活保護、生活困窮者の相談 ・障がい者の支援(身体・知的・精神障がい)	
https://www.town.meiwa.mie.jp/				
<div>大台町</div> <div></div>	健康ほけん課	0598-82-3785	・介護保険に関すること ・介護予防への取り組み ・国民健康保険・後期高齢者医療制度	
	福祉課	0598-82-3783	・高齢者福祉サービスの利用 ・高齢者の成年後見制度 ・高齢者虐待の相談 ・生活保護 ・障がい者の支援(身体・知的・精神障がい)	
http://www.odaitown.jp/				

(2) 地域包括支援センター

地域包括支援センターは、主任介護支援専門員、社会福祉士、保健師などが中心となって介護・医療・保健・福祉などの側面から高齢者を支える「総合相談窓口」で、高齢者に関するさまざまな相談を受け付けています。また、地域包括支援センターでは、介護支援専門員のネットワーク構築や、困難事例などに対する相談支援も行っています。



(令和7年3月現在)

市 町	地域包括支援センター名・所在地	電話番号・FAX 番号	担当地区
松阪市	松阪市第一地域包括支援センター 515-0076 松阪市白粉町 363 (松阪地区医師会館内)	TEL 0598-25-1070 FAX 0598-25-1171	第一 第二 幸 神戸 徳和
	松阪市第二地域包括支援センター 515-2323 松阪市嬉野権現前町 423-9 (嬉野社会福祉センター内)	TEL 0598-42-7255 FAX 0598-42-6481	嬉野管内 三雲管内 阿坂 伊勢寺
	松阪市第三地域包括支援センター 515-1302 松阪市飯南町横野 885 (飯南ふれあいセンター内)	TEL 0598-32-5083 FAX 0598-32-4634	飯南管内 飯高管内
	松阪市第四地域包括支援センター 515-0005 松阪市鎌田町 244-3 (老人保健施設嘉祥苑となり)	TEL 0598-51-5885 FAX 0598-51-5910	第四 東 橋西 松ヶ崎 港 西黒部 東黒部 朝見 漕代 機殿 櫛田
	松阪市第五地域包括支援センター 515-0045 松阪市駅部田町 1390-1 (はあと薬局在宅センター奥)	TEL 0598-25-4300 FAX 0598-25-3131	花岡 松尾 大河内 射和 宇気郷 大石 茅広江
	※松阪市内の担当地区の詳細については、松阪市高齢者支援課までお問い合わせください。		
多気町	多気町地域包括支援センター 519-2181 多気町相可 1600	TEL 0598-38-1114 FAX 0598-38-1140	多気町内全域
明和町	明和町地域包括支援センター 515-0332 明和町馬之上 944-5 (明和町保健福祉センター)	TEL 0596-52-7127 FAX 0596-52-7128	明和町内全域
大台町	大台町地域包括支援センター 519-2404 大台町佐原 750	TEL 0598-82-3160 FAX 0598-82-1775	大台町内全域

(3) 在宅医療・介護連携に関すること

(令和7年3月現在)

対象エリア	相談窓口	受付時間
松阪市 多気町 明和町 大台町	松阪地域 在宅医療・介護連携拠点 〒515-0076 松阪市白粉町 363(松阪地区医師会館 1 階) TEL 0598-25-3070 FAX 0598-25-3071 E-mail ks-shien@city.matsusaka.mie.jp <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> 在宅医療・介護に関わる専門職を支援する機関です。 次のような在宅医療・介護連携推進事業に取り組んでいます。 ①地域の医療・介護資源の把握 ②切れ目のない在宅医療・介護の提供体制の構築推進 ③医療・介護関係者の情報共有の支援 ④在宅医療・介護連携に関する相談支援※ ⑤医療・介護関係者の研修の開催 </div>	月～金曜日 9:30～16:00 (祝日、年末年始を除く)
大台町 大紀町	奥伊勢在宅医療介護連携支援相談窓口 〒519-2403 大台町上三瀬 663-2 (大台厚生病院 2 階地域医療連携室) TEL 0598-82-3939 FAX 0598-82-3939	月～金曜日 9:00～16:30 (祝日、年末年始を除く)

※相談支援として、在宅医療・介護に関わる専門職の方からの相談を受け付け、相談内容に応じて、情報提供や関係機関との調整を行っています。

住民の方からの相談は、地域包括支援センターや介護支援専門員、かかりつけ医等にご相談ください。

在宅医療・介護情報共有システム すずの輪

松阪地域では、インターネットを活用した情報共有システムを導入し、在宅医療・介護に関わる専門職種間の情報共有を支援する取り組みを行っています。この情報共有システムでは、利用者(患者)さんごとの“お部屋”を作成し、利用者(患者)さんの様子を共有したり、サービス担当者会議等の日程調整を行うなど様々な連携の場面でご利用いただいています。なお、利用者(患者)さんは、松阪市や多気町、明和町、大台町にお住まいの、要介護等の認定を受けている方を対象としています。

松阪地域 在宅医療・介護連携拠点では、利用登録やお部屋の作成手続き等の支援を行っています。在宅医療・介護情報共有システムに関するお問い合わせは、連携拠点までお願いします。



※ (株)カナミックネットワークの『TRITRUS』というシステムを採用。
プライバシーに配慮し、実際の画面の一部を加工し掲載しました。

(4) 認知症に関すること

(令和7年3月現在)

相談窓口	電話番号	受付時間	主な相談内容
各市町担当窓口	☎42 ☎		・認知症・物忘れ相談 ・認知症予防教室
各市町地域包括支援センター	☎43 ☎		・認知症カフェ ・おかえり SOS ネットワークまつさか など
基幹型認知症疾患医療センター (三重大学医学部附属病院)	059-231-6029	月～金曜日 10:00～12:30 13:30～15:30 (祝日、年末年始を除く)	・認知症・物忘れ相談 ・認知症介護の悩み ・認知症の医療 など ※専門職からの相談も可能
地域型認知症疾患医療センター (松阪厚生病院)	0598-29-4522 ※「認知症疾患医療センターをお願いします」とお伝えください。	月～金曜日 9:00～17:00 土曜日 9:00～12:00 (祝日、年末年始を除く)	・認知症・物忘れ相談 ・認知症介護の悩み ・もの忘れ外来の受診相談・予約 など
三重県認知症コールセンター	059-235-4165	月～土曜日 10:00～18:00 (水曜日、祝日、年末年始を除く)	・認知症介護の悩み ・認知症の医療 ・介護サービス利用について など
三重県若年性認知症電話相談	059-382-8490 090-5459-0960	月～金曜日 10:00～17:00 (祝日 12/29～1/3 を除く)	・自立支援に関する生活指導・就労支援 など

※各市町に認知症初期集中支援チームが設置されていますが、支援対象や受付方法は市町によって異なります。まずは、市町担当窓口または地域包括支援センターにご相談ください。

おかえり SOS ネットワークまつさか

行方不明になる心配のある高齢者のご家族などが、ネットワークへの事前登録を行っておくことで、ご本人が行方不明となった場合に、SOS ネットワークを活用した情報配信を地域の協力者や協力機関に対して行い、早期発見・保護につなげるものです。

現在、松阪市・多気町・明和町・大台町での広域的な取り組みが行われています。

各市町の担当窓口や地域包括支援センターにご相談ください。

●お問い合わせ●

松阪市	高齢者支援課	〔電話〕	0598-53-4099
多気町	健康福祉課	〔電話〕	0598-38-1114
明和町	福祉総合支援課	〔電話〕	0596-52-7115
	明和町地域包括支援センター	〔電話〕	0596-52-7127
大台町	大台町地域包括支援センター	〔電話〕	0598-82-3160



認知症ハンドブック

認知症の進行に合わせて家族はどのように対応したらいいのか、どこに相談したらいいのかを示した冊子です。認知症の相談ができる専門機関も紹介しています。松阪市役所高齢者支援課、地域包括支援センターで配布しています。松阪市のホームページからダウンロードもできます。

(5) 障がいに関すること・こころに関すること

(令和7年3月現在)

相談窓口・所在地	電話番号	受付時間	主な相談内容
各市町担当窓口	☎42 ☎		<ul style="list-style-type: none"> ・障がい者に関する相談 ・障がい者虐待に関する相談 ・精神保健福祉制度(障害者手帳、通院医療費助成など)の申請窓口
松阪市障がい児・者総合相談センター マーベル 〒515-0073 松阪市殿町 1563 (松阪市福祉会館)	〔基本相談〕 0598-20-9192	月～金曜日 9:00～17:00 (祝日・年末年始を除く)	・生活や福祉サービス利用に関する相談
松阪・多気地域障がい者就業・生活支援センター みらーち 〒515-0017 松阪市京町 508-1 101ビル4階	0598-20-8680	月～金曜日 9:00～17:00 (祝日・年末年始を除く)	・企業での就労を希望されている方、企業で働かれている方の相談
多気相談支援センター 〒519-2183 多気町四疋田 587-1 (多気町地域福祉センター)	0598-38-8091	月～金曜日 8:30～17:15 (祝日・年末年始を除く)	・障がい福祉サービスや障害に関する相談
明和町障がい者生活支援センターここ 〒515-0332 明和町馬之上 944-5 (保健福祉センター)	0596-52-7127	月～金曜日 8:30～17:15 (祝日・年末年始を除く)	・障がい福祉サービスや制度等に関する相談
大台相談支援センター 〒519-2501 大台町下真手 1301 (ジグソー工房内)	0598-77-4477	月～金曜日 9:00～17:00 (祝日・年末年始を除く)	<ul style="list-style-type: none"> ・障がい福祉全般 ・障がい福祉サービス利用に関する相談
三重県障害者相談支援センター 〒514-0113 津市一身田大古曽 670-2	〔身体障がい者関係〕 059-236-0400 〔知的障がい者関係〕 059-232-7531	月～金曜日 8:30～17:15 (祝日・年末年始を除く)	<ul style="list-style-type: none"> ・身体障がい者に関する相談 ・知的障がい者に関する相談
三重県子ども・福祉部障がい福祉課 〒514-8570 津市広明町 13	059-224-2274 059-224-2798 (三重県障害者権利擁護センター)	月～金曜日 8:30～17:15 (祝日・年末年始を除く)	<ul style="list-style-type: none"> ・補助犬に関する相談 ・障がい者差別に関する相談 ・「使用者による障がい者虐待」に関する相談
三重県身体障害者総合福祉センター 〒514-0113 津市一身田大古曽 670-2	059-231-0155 059-231-0155 (みえテクノエイドセンター)	月～金曜日 8:30～17:00 (祝日・年末年始を除く)	<ul style="list-style-type: none"> ・通所、入所による機能訓練 ・高次脳機能障がいに関する総合相談 ・障がい者スポーツに関すること ・福祉用具に関する相談
三重県視覚障害者支援センター 〒514-0003 津市桜橋 2 丁目 131 (三重県社会福祉会館 1 階)	059-228-3463	月～金曜日 9:00～17:00 (祝日・年末年始を除く)	・視覚障がいに関する相談

三重県聴覚障害者支援センター 〒514-0003 津市桜橋 2 丁目 131 (三重県社会福祉会館 5 階)	059-223-3302 〔FAX〕 059-223-3301	月～金曜日 8:30～17:00 (祝日・年末年始を除く)	・聴覚障がいに関する相談
松阪保健所 地域保健課 〒515-0011 松阪市高町 138 (松阪庁舎 2 階)	0598-50-0532		・精神科医によるこころの相談(事前予約要) ※詳しくは担当窓口にご相談ください。
三重県こころの健康センター 〒514-8567 津市桜橋 3 丁目 446-34 (津庁舎保健所棟 2 階)	059-253-7826 (ひきこもり専門電話相談) (依存症専門電話相談)	毎週月～金曜日 9:00～16:00 (祝日・年末年始を除く) 毎週水曜日 13:00～16:00 (祝日・年末年始を除く)	・ひきこもりや依存症の専門相談
	0120-01-7823 059-253-7823 (自殺予防・自死遺族 電話相談) 0570-064-556 (夜間・休日)	月～金曜日 13:00～16:00 (祝日・年末年始を除く) 平日 16:00～24:00 土日・祝日・年末年始 9:00～24:00	・自殺予防・自死遺族の専門相談
	059-223-5237 5238 (こころの傾聴テレフォン)	月～金曜日 10:00～16:00 (祝日・年末年始を除く)	・こころの悩みを聴いてほしい方を対象(聴くこと専門) ※相談電話ではないので助言等は得られません。
三重県精神科救急情報センター 精神科救急医療相談	0598-29-9099	夜間・休日を含めた 24 時間 365 日	・精神障がいのある方や家族が、夜間休日等でおかかりつけの医療機関と連絡が取れず困った時の緊急相談電話。

身体障害者手帳および精神障害者保健福祉手帳について

各種の公的なサービスを受けるために必要となります。申請により三重県知事が交付します。

【申請窓口】市町担当窓口

身体障害者手帳

身体障害者福祉法に定められた障がいに該当する方の申請により、審査を経て交付されます。申請の際、指定医師(申請用診断書の作成が認められた医師)による診断書が必要となります。

【手帳の等級】障がいの程度により、重度のものから 1 級～7 級に分けられる

【障がいの種別】視覚障がい 聴覚障がい 平衡機能障がい 音声・言語機能障がい
 そしゃく機能障がい 肢体不自由 心臓機能障がい 腎臓機能障がい
 呼吸器機能障がい 膀胱・直腸機能障がい 小腸機能障がい
 ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障がい 肝機能障がい

精神障害者保健福祉手帳

精神障がいのために、長期にわたり日常生活または社会生活への制約がある方の申請により、審査を経て交付されます。

【手帳の等級】障がいの程度により、重度のものから 1 級・2 級・3 級に分けられる

【手帳の有効期限】2 年 (更新手続きは、有効期限の 3 か月前から可能)

(6) 難病に関すること

(令和7年3月現在)

相談窓口	電話番号	受付時間	主な相談内容
各保健所 松阪保健所 地域保健課 〒515-0011 松阪市高町 138 (松阪庁舎 2 階)	0598-50-0532	月～金曜日 8:30～17:15 (祝日、年末年始を除く)	・特定医療費(指定難病)助成制度の申請窓口 ・難病に関する相談
三重県難病相談支援センター 〒514-8567 津市桜橋 3 丁目 446-34 (津庁舎保健所棟 1 階)	059-223-5035 5063 (難病) 059-223-5045 (就労) 059-223-5046 (小児慢性)	月～金曜日 9:00～17:00 (祝日、年末年始を除く) (受付は 16:00 まで)	・療養上の相談 ・生活上の悩みや不安 ・患者・家族会 ・就労支援 ・小児慢性特定疾病 など
三重県難病診療連携拠点病院 三重大学医学部附属病院 総合サポートセンター 〒514-8507 津市江戸橋 2 丁目 174	059-231-5697	月～金曜日 9:00～17:00 (祝日、年末年始を除く)	・療養上の相談 ・医療費・福祉サービス など

難病について

難病

- ①原因不明
- ②明確な治療法がない
- ③患者が少ない
- ④長期にわたり療養が必要

指定難病

- ⑤患者数が人口の 0.1%程度
- ⑥客観的な診断基準が確立

※2015 年 1 月施行の「難病法」では、①～④の条件を満たすと難病と認定され、さらに⑤⑥の条件も満たすと「指定難病」と認定されます。

※指定難病の医療費助成を受けるためには、「特定医療費(指定難病)受給者証」の申請手続きが必要です。また助成の対象となるのは都道府県が指定した指定医療機関(病院、診療所、薬局または訪問看護ステーション)での治療に限られます。

【申請窓口】 各保健所 【受給者証の有効期間】 1 年

－ 参考となるホームページ －

・「難病拠点・協力病院」 (三重県)

三重県 HP トップページ> 健康・福祉・子ども> 医療> 難病> 難病対策> 難病

<http://www.pref.mie.lg.jp/KENKOT/HP/86791050672.htm>

※難病の拠点病院・協力病院の一覧が見られます。

(7) がんに関すること

(令和7年3月現在)

相談窓口	電話番号	受付時間	主な相談内容
三重県がん相談支援センター 〒514-0003 津市桜橋3丁目 446-34 (三重県津庁舎保健所棟 1階) https://www.gansupport-mie.jp/	059-223-1616	月～金曜日 第1日曜日 (5月・1月のみ 第3日曜) 9:00～16:30 (日曜相談翌日の月 曜・祝日・年末年始は 除く)	・がんについて ・療養生活の不安や困りごと など
〈地域がん診療連携拠点病院〉 松阪中央総合病院 患者総合支援センター (がん相談支援センター) 〒515-8566 松阪市川井町字小望 102	0598-21-5252 (代表)	月～金曜日 8:30～16:30 (祝日・年末年始除く) (事前予約優先)	・がんに関する様々な不安や 悩みに関する相談 ・医療費や生活費について ・仕事と治療の両立について ・療養生活の不安や困りごと ・医療用カツラなどアピアランスケア
〈三重県がん診療連携拠点病院〉 済生会松阪総合病院 医療相談支援センター (がん相談支援センター) 〒515-8557 松阪市朝日町1区15番地6	0598-51-2626 (代表)	月～金曜日 8:30～17:00 (祝日・年末年始除く)	・がんの治療や副作用について ・療養生活、医療費について ・これからのことを一緒に考えてほしい ・不安な気持ちを聞いてほしい など
〈三重県がん診療連携病院〉 松阪市民病院 がん相談窓口 〒515-8544 松阪市殿町 1550 番地	0598-23-1515 (代表)	月～金曜日 9:00～16:00 (祝日・年末年始除く)	・がんに関する様々な不安や 悩みに関する相談

ー 参考となるホームページ

・「国立がん研究センター がん情報サービス」(国立がん研究センター)

<https://ganjoho.jp>

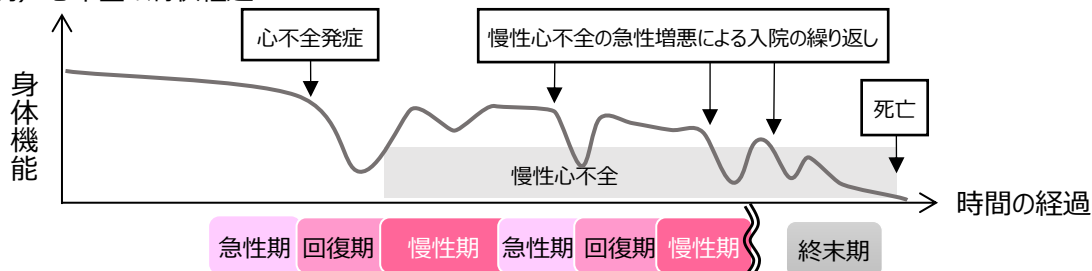
※がんの基礎知識や検査・治療・生活・療養に関する情報、予防・健診、医療機関(緩和ケア病棟のある病院、がん診療連携拠点病院など)の情報が紹介されています。

【資料3】知っておくと役立つ用語・略語






急性期・回復期・慢性期・終末期

急性期	病気やケガの発症から急激に症状が現れる時期。病気の進行が停止すると回復に向かうが、依然として急激に悪化する状態にある。
回復期	急性期を脱し、身体機能の回復を図る時期。
慢性期	病状は比較的安定しているが、治癒が困難で病気の進行は穏やかな状態が続いている時期。病状の進行を遅らせる、あるいは身体機能の維持を目的とした継続的な治療が行なわれる。
終末期	病気が治る可能性がなく、数週間～半年程度のうちに死を迎えるとされる時期。

(例) 心不全の病状経過



(1) 病院や病棟等の機能

病院・病棟・病床	説明
急性期病院 	<ul style="list-style-type: none"> ○急な病気やケガなどによって、緊急・重篤な状態にある患者に、検査・手術・入院など高度で専門的な医療を提供する病院。 ○急性期治療が必要な患者を受け入れることが目的の病院であるため、急性期を脱すると退院や転院をするのが一般的。
回復期リハビリテーション病棟 	<ul style="list-style-type: none"> ○脳血管障害や骨折などで急性期治療を終えた患者に対し、日常生活能力の向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に行う病棟。 ○対象疾患が限定されており、入院期間等が疾患によって決められている。
地域包括ケア病棟	<ul style="list-style-type: none"> ○①急性期治療を終えた患者の継続的治療やリハビリテーションを中心とする受け入れ、②在宅あるいは居住系介護施設等で療養中の人の急性疾患の受け入れ、③在宅復帰支援の3つの役割を担う。 ○この病棟での入院期間は、最長60日以内。
療養病床	<ul style="list-style-type: none"> ○急性期治療を終え、病気やケガがある程度治った後も長期間の療養が必要な患者のための病床。((2)高齢者向け住まい・施設 52 頁)
緩和ケア病棟   緩和ケア 55 頁	<ul style="list-style-type: none"> ○がんの進行などに伴う身体的・精神的な症状があり、一般病棟や在宅ケアでは対応困難な心身の苦痛がある患者への対応や人生の最期の時期を穏やかに迎えることを目的とした病棟。 ○がん治療を目的とした積極的な治療は行わない場合が多く、身体的・精神的苦痛を緩和する治療とケアが行われる。
認知症治療病棟  BPSD 61 頁	<ul style="list-style-type: none"> ○認知症に伴って現れる精神症状(妄想・幻覚・興奮など)や行動障害(徘徊・暴力・介護抵抗・睡眠障害など)によって、自宅や施設での対応が困難な患者を受け入れ、認知症の専門的なケアを集中的に行う病棟。

松阪地域の病院の機能等について

(令和7年3月現在/ 病院名 50 音順)

病 院 名	所 在 地	電 話 番 号 (代 表)	参 考 情 報					
			医療機能	回復期リハビリ テーション病棟	地域包括ケア 病棟	緩和ケア病棟	認知症治療病棟	精神科病棟
大台厚生病院	〒519-2403 大台町上三瀬 663-2	(0598) 82-1313	急性期 慢性期		○			
済生会松阪総合病院	〒515-8557 松阪市朝日町一区 15-6	(0598) 51-2626	高度急性期 急性期					
済生会明和病院	〒515-0312 明和町大字上野 435	(0596) 52-0131	回復期 慢性期	○				
桜木記念病院	〒515-0034 松阪市南町 443-4	(0598) 21-5522	慢性期					
南勢病院	〒515-0052 松阪市山室町 2275	(0598) 29-1721	慢性期					○
花の丘病院	〒515-0052 松阪市山室町 707-3	(0598) 29-8700	回復期 慢性期	○				
松阪厚生病院	〒515-0044 松阪市久保町 1927-2	(0598) 29-1311	急性期 慢性期			○	○	○
松阪市民病院	〒515-8544 松阪市殿町 1550	(0598) 23-1515	高度急性期 急性期 回復期 慢性期		○	○		
松阪中央総合病院	〒515-8566 松阪市川井町小望 102	(0598) 21-5252	高度急性期 急性期					
三重ハートセンター	〒515-0302 明和町大字大淀 2227-1	(0596) 55-8188	高度急性期 急性期					

※医療機能等に関する情報は、各病院に確認の上掲載しておりますが、詳細については各病院にお問い合わせください。

(2) 高齢者向け住まい・施設

施設の種類	根拠になる法律※1	施設の説明 (根拠になる法律を 参照した内容)	対象者			常 勤 医 師 ※2	看 護 師 ※2	介 護 の 提 供 ※3	室 料・ 居 住 費 ※3
	開設できる法人等		自 立	要 支 援	要 介 護				
医療療養病床	医療法（第7条第2項4）	結核患者以外で、長期療養が必要な患者を入院させる。	○	○	○	○	◎	○	別
	医療法人								
介護医療院	介護保険法（第8条第29項）	長期療養が必要な要介護者に対し、医療および日常生活の世話を 行う施設として、平成30年度より 開設された。	×	×	○	○	◎	○	別2
	地方公共団体、医療法人、 社会福祉法人、厚生労働大臣が定める者								
介護老人保健施設	介護保険法（第8条第28項）	要介護者に対し、心身の機能回 復をはかり、居宅での生活が営める よう、医療や機能訓練、日常生活 上の世話を行う。	×	×	○	○	○	○	別2
	地方公共団体、医療法人、 社会福祉法人、厚生労働大臣が定める者								
介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム)	老人福祉法（第20条の5）	原則要介護3以上の者に対し、 入浴、排泄等の日常生活の世 話、健康管理および療養上の世 話を行う。 定員が29人以下の場合は「地域 密着型(☞58㉟)」に分類される。	×	×	△	×	○	○	別2
	介護保険法（第8条第22項および27項） 地方公共団体 社会福祉法人								
認知症対応型 共同生活介護 (グループホーム)	介護保険法（第8条第20項）	要支援2以上で、認知症である者 に対し、共同生活を営むべき住居 において日常生活上の世話等を行 う地域密着型(☞58㉟)施設。	×	△	○	×	×	○	○
	問わない								
有料老人ホーム★	老人福祉法（第29条）	老人を入居させ、入浴、排せつ等 日常生活上必要な介護を行う。	○	○	○	×	×	別	別
	問わない								
サービス付き高齢者向け 住宅★	高齢者の居住の安定確保に関する法律 (高齢者すまい法)（第5条）	高齢者を入居させ、状況把握や 生活相談等、日常生活を営むた めに必要な福祉サービスを提供す るが、個々に応じた介護サービスに ついては別途介護計画が必要。	○	○	○	×	×	別	別
	問わない								
養護老人ホーム★	老人福祉法（第20条の4）	環境上および経済的理由により居 宅にて養護を受けることが困難で、 身の回りのことが自分で行える65 歳以上の者を措置により入所さ せ、養護し、自立生活、社会参加 等を支援する。	○	○	△	△	○	○	○
	地方公共団体 社会福祉法人					※4			
軽費老人ホーム (ケアハウス)★	老人福祉法（第20条の6）	無料または低額な料金で、老人を 入所させ、日常生活上必要な便 宜を供与する。	○	○	○	×	×	別	別
	地方公共団体 社会福祉法人								
特定施設	介護保険法（第8条第11項） 問わない（★の表示のある施設のうち、 条件を満たすもの）	入居者に対して、機能訓練や療 養上、日常生活上の世話を行う (地域密着型(☞58㉟)の場合は要 介護1以上であることが必要)。	×	△	○	×	○	○	別

※1・・・各法律の管轄省庁は「高齢者すまい法」のみ国土交通省で、その他はすべて厚生労働省

※2・・・「◎」夜勤帯の配置あり、「○」配置義務はあるが夜勤帯の配置義務はない、「×

※3・・・「○」利用料に含まれる、「別」利用料と別で必要、「別2」利用料と別で必要だが所得に配慮した制度あり

※4・・・「入所者に対し健康管理及び療養上の指導を行うために必要な数」と定められている

介護施設の人員(職種)配置状況について

施設の種類	日勤帯				夜勤帯	協力医療機関	訪問看護(介護保険)利用の可否	
	医師		看護職員	介護職員			利用者が個人が契約	施設がステーションに業務委託
	常勤	非常勤	常勤	常勤				
介護老人保健施設 (療養病床から転換した療養型老健を除く)					 または 	要	—	—
介護老人福祉施設・地域密着型介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム)					 または 	要	—	可
認知症対応型共同生活介護 (グループホーム)						要	—	可
有料老人ホーム★			介護サービスを提供する場合のみ  			要	住宅型の場合 可	—
サービス付き高齢者向け住宅★	※常駐すべき職種は定められていない。 ※入居者からの要請に応じることができれば、職員は同一建物内に常駐していなくてもいい。 ※施設ごとに職員体制が異なる。					規定なし	可	—
養護老人ホーム★						要	—	—
軽費老人ホーム★ (ケアハウス)						要	可	—
特定施設 (★の表示のある施設のうち、条件を満たすもの)					 または 	要	—	「外部サービス利用型」の場合 可

(3) 短期入所施設 (ショートステイ)

種 別	内 容	該 当 施 設		常 勤 医 師	看 護 師	室 料・居 住 費
				※ 2	※ 3	
短期入所 生活介護	要支援・要介護者を短期間入所させ、入浴、排せつ、食事等の介護や日常生活上の世話をを行う。 介護老人福祉施設に併設されている場合と、満床でない場合の空きベッドを利用する空床利用型がある。他に、短期入所専用の単独型施設もある。	併設または 空床利用型	介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム)	×	○	別 2
		単独型	老人短期入所施設			
短期入所 療養介護	要支援・要介護者を短期間入所させ、看護や医学的管理の下、介護や機能訓練、その他必要な医療や生活の支援を提供する。 松阪地域の場合、空床利用型が主である。	介護老人保健施設		○	○	別 2
		介護医療院 その他、厚生労働省令で定める施設			◎	












※2・・・「◎」夜勤帯の配置あり、「○」配置義務はあるが夜勤帯の配置義務はない、「×」配置義務なし




※3・・・「別2」利用料と別で必要だが所得に配慮した制度あり





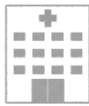



▲注意▲








短期入所は、「利用する日数が要介護認定の有効期間のおおむね半数を超えないようにしなければならない」という原則がある。半数を超える特別な事情がある場合は、利用の可否について事前に保険者に確認することが必要。保険者によって取り扱いが異なる。



(4) 用語



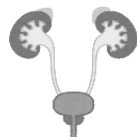







行	用語	用語の意味と補足説明
あ	アドバンス・ケア・プランニング(ACP)  参照①◆人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセス(イメージ図)◆⑩⑤	将来の医療やケアについて、本人が家族や近い人、医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合いを行い、本人の意思決定を支援するプロセスのこと。  平成 30 年 11 月に「人生会議」と愛称が決定され、11 月 30 日(いい看取り・看取られ)を「人生会議の日」とし、人生の最終段階における医療やケアについて考える日となった。 
	アドヒアランス 関連)薬 	患者が積極的に治療方針の決定に参加しその決定に従って自ら行動すること。  似た意味の用語として「コンプライアンス」という用語もあるが、これは医師などの医療関係者が指示した治療やケアに患者が従うこと。「アドヒアランス」の方が、患者の主体性を重視する意味を含んでいる。
	アンプタ (アンプテーション)	四肢の切断、切除術のこと。  切断の原因は、ケガや血行障害、感染症、がんなどさまざま。下肢の切断においては、閉塞性動脈硬化症や糖尿病(DM⑥62⑤)などの血行障害が原因による切断の割合が増加している。 糖尿病では、合併症の一つである神経障害が進むと、痛みを感じにくくなるため、低温やケドやちょっとした傷に気づきにくく、また、細菌などに対する抵抗力も低下しているため傷が治りにくい。小さな傷でも処置が遅れると、重度な傷となり、切断につながることもあるため、早期発見、早期治療が重要。足の観察、清潔保持に努める。 
	一包化 関連)薬 	服用のタイミングが同じ薬や 1 回に何種類かの錠剤などを服用する場合に、それらをまとめて 1 袋にすること。飲み忘れや飲み間違い、服用時の負担軽減につながる。一包化には医師の指示が必要。
	イレウス	ちょうへいそく 腸閉塞  何らかの原因により腸の一部が狭くなることや、腸の動きが麻痺することで食物や胃液、腸液、ガスなどがとどまっている状態。お腹の張り、腹痛、吐き気、おう吐などの症状がみられる。
か	往診  訪問診療⑤59⑤	体調の変化など突発的な事態が起こった時に、患者や家族の求めに応じて、医師が予定外に患者宅に訪問して行う診療のこと。
	喀痰 かくたん	痰を吐くこと。あるいは、単に、痰のこと。
	喀血 かけつ  吐血⑤58⑤	肺や気管支などから出血した時に、その血がせきとともに出血すること。赤色やピンク色で泡っぽい性状。





か	カフ	気管チューブや気管切開チューブの先端部分についている風船状のもの。
	 気管切開チューブ⇨20 ㄱ	カフを膨らませることにより、気道とチューブの隙間を少なくして空気漏れを予防したり、だ液や痰の誤嚥を予防したりする役割がある。
	緩和ケア	がんの痛みをはじめとする不快な症状を取り除く治療を行うだけでなく、精神的な苦痛もやわらげる医療やケアのこと。
	 緩和ケア病棟⇨50 ㄱ	<div> <div>従来の考え方</div> <div>がん治療</div> <div>緩和ケア</div> </div> <p>がんが進行してからだけではなく、がん と診断された時から必要に応じてケア が開始されることで、本人や家族の QOL(⇨63 ㄱ)が高まるとされる。</p> <div> <div>現在の考え方</div> <div>がん治療</div> <div>緩和ケア</div> <div>遺族ケア</div> </div> <p>診断時 → 死亡時</p>
	区分変更申請 (介護保険における)	介護保険の要介護(要支援)認定(⇨60 ㄱ)を受けている人が、有効期間内に心身の状態が大きく変化し、認定区分の変更を希望する場合に行う申請のこと。
	グリーフケア 関連)看取り	グリーフ(grief)は、深い悲しみの意味。配偶者や子ども、親、友人など身近な人と死別し、深い悲しみに暮れている人が、その悲しみから立ち直れるように支援すること。
	ケアプラン (介護保険における)	介護サービスの利用計画のこと。要介護(要支援)に認定された本人や家族の希望、ニーズに合った介護サービスを適切に利用できるよう介護支援専門員 (⇨40 ㄱ)を中心に作成されるもの。
	けいみん 傾眠	うとうとと浅く眠っている状態。軽い刺激で意識を取り戻し、呼びかけにも反応するが、そのまましばらくするとまた眠ってしまう状態。
	げけつ 下血	消化管から出血した血が肛門から出ること。食道や胃など上部消化管から出血した場合は黒い便。小腸や大腸などの下部消化管から出血した場合は赤い便。
	けっせん 血栓	血管をふさいでしまう血のかたまりのこと。 血栓が心臓の血管をふさぐと心筋梗塞、脳の血管をふさぐと脳梗塞。
	ケモ(化学療法)	抗がん剤を用いたがん治療。(chemotherapy の略)
	 抗がん剤は、がん細胞の増殖を妨げたり、がん細胞そのものを破壊する作用を持つ薬。手術治療や放射線治療(⇨59 ㄱ)が、がんに対しての局所的な治療であるのに対し、抗がん剤はより広い範囲に治療効果が及ぶことが期待できる。しかし、活発に増殖する細胞に対して治療効果を及ぼすため、がん細胞だけでなく他の健康な細胞にも影響がある。また、副作用は使用する薬の種類や体調、体質などによって異なる。	
	けんたいかん 倦怠感	「だるい」「疲れやすい」「やる気が出ない」などと表現される疲れた感覚のこと。
	けんとうしましやうがい 見当識障害	自分が置かれている状況(時間、場所など)が分からなくなること。 見当識障害が起こる原因としては脳炎、脳血管障害、認知症などがある。
	けんりやうご 権利擁護	認知症、知的障がい、精神障がいなどの理由で、自分で判断する能力が不十分、または意志や権利を主張することが難しい人の権利や利益を守ること。
	げん だ ぐ て き よ う に ん て い し ょ う 限度額適用認定証	医療費の自己負担限度額を示すもの。医療機関等の窓口へ提示することにより、1 カ月(暦月: 1 日から末日まで)の医療費の窓口負担が自己負担限度額までとなる。
	こうがくりやうようひせいど 高額療養費制度	医療機関や薬局の窓口で支払う医療費が 1 カ月(暦月: 1 日から末日まで)で上限額を超えた場合、その超えた額を支給する制度。上限額は年齢や所得に応じて定められている。

か	こうじのうきのうしょうがい 高次脳機能障害 	交通事故や脳血管障害(脳梗塞、脳出血、くも膜下出血)などにより脳に損傷を負うことで、思考、記憶、言語、判断、感情などの認知機能に起こる障害。 <hr/> メモ 発症の原因の 8 割が脳血管障害、1 割が交通事故などの脳外傷による。外見からは分かりにくく、障がいがあることを本人や周りの人が気づくまでに時間がかかる傾向がある。
	抗生剤 関連)薬 	細菌による感染症の治療に用いられ、細菌を壊したり、細菌が増えるのを抑えたりする薬のこと。細菌の仕組みを利用した薬のため、細菌以外の病原体(ウイルスやカビなど)が原因となる感染症には効果が期待できない。
	呼吸器 	呼吸にかかわる臓器の総称。 気管や気管支、肺、胸膜など。
	呼吸不全	呼吸機能が低下し、全身に十分な酸素を取り込めなくなった状態。
さ	サービス担当者会議 (介護保険における)	ケアマネジャーが、介護サービス計画書(☞40 ㉟、55 ㉟)の作成や変更を行う際に、サービスを利用する本人、家族、サービス事業所などの担当者を集め、介護サービス計画書の内容の検討や本人に関する共通の理解を持ち、互いの連携を円滑に行っていくための会議のこと。
	在宅療養支援診療所(在支診) 	地域において在宅医療を支える 24 時間の窓口として必要に応じて他の病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション等との連携を図りつつ 24 時間往診および訪問看護を提供できる診療所として届出をしている医療機関。
	在宅療養支援病院(在支病) 	地域において在宅医療を支える 24 時間の窓口として、必要に応じて他の病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション等との連携を図りつつ、24 時間往診および訪問看護を提供でき、また緊急時に在宅療養を行っている患者の入院を受け入れるなどの体制を整えている病院として届出をしている医療機関。
	サルコペニア	加齢により、全身の筋肉量と筋力が自然低下し、身体能力が低下した状態。
	しーおーなる こーしす CO2ナルコーシス  在宅酸素療法(HOT) ☞19 ㉟	二酸化炭素(CO ₂)が体内に異常に貯留することで自発呼吸が弱まったり、意識障害などの症状をきたす病態。 <hr/> メモ 慢性的に低酸素状態にある慢性閉塞性肺疾患(COPD☞61 ㉟)の患者に高濃度酸素を投与すると、体内に酸素が過剰にあると脳が判断してしまい、呼吸を弱めてしまう。このため換気が十分行われず体内に二酸化炭素が著しく貯留し、CO ₂ ナルコーシスを引き起こす。状態の悪化につながる可能性があるため、酸素吸入中の患者が、息切れを訴えても、医師の指示なく酸素の量を変更してはいけない。
	事前指示書   アドバンス・ケア・プランニング ☞54 ㉟	意思表示や判断が困難となる場合に備えて、自分に行われる医療行為をどうしてほしいのかという思いや希望を事前に家族、かかりつけ医と相談して書き記しておく書類のこと。 <hr/> メモ 現在、日本においては事前指示書に法的強制力はないが、自分らしい最期の生き方を尊重してもらうための手段のひとつといえる。
	しつごしょう 失語症	脳血管障害によって脳の言語機能の中枢が損傷されることにより、獲得した言語機能(聞く、話す、読む、書く)が障害された状態。
	社会福祉協議会(社協)	社会福祉活動を推進することを目的とした民間組織。















さ	シャント	血液透析を行う際に血液の出入り口となる、静脈と動脈を自己血管または人工血管でつなぎ合わせた部位のこと。
	 人工透析 ㊦19 ㊦	 <p>シャントは手術によって、一般的に利き腕ではない側の腕などにつくられる。シャントを長持ちさせるためには、シャント側での血圧測定や採血、腕時計をしないなどの注意が必要。</p>
	循環器 	主として血液を循環させるための働きを行う臓器の総称。 心臓や血管系。
	消化器 	食物の摂取、消化、吸収、排泄に関わる臓器の総称。 口から食道、胃、十二指腸、小腸、大腸、肛門までの消化管と、肝臓、胆のう、膵臓、脾臓も含まれる。
	ショック	大量出血や心不全など様々な理由で、血圧が低下し、臓器への酸素の供給量が低下し、生命を脅かす状態。時として死につながる。
	心不全	心臓の機能が低下し、心臓から全身に十分な血液を送り出せなくなった状態。
	腎不全	腎臓の機能が低下し、血液をろ過して老廃物を十分に除去することができなくなった状態。
	ステント	血管・気管・消化管・尿管などの内側から、内部の空間を保持するために使用される医療用の金属などでできた医療機器。
	生活保護 <small>せいほ</small> (生保)	生活保護制度は、生活に困窮している人に対して、国が必要な保護を行い、健康で文化的な最低限度の生活を保障し、その自立を助けることを目的とした制度。生活保護には、生活・住宅・医療・教育・介護・出産・生業・葬祭 8 つの扶助がある。
		医療扶助は、ケガや病気などで医療機関を受診する際に受けられる扶助。原則、受診する前に、生活保護ケースワーカーに医療券を発行してもらい、その医療券と生活保護受給者証を医療機関に提示することで、診察や薬の処方を受けることができる。また、介護扶助は、介護サービスを利用する際に受けられる扶助。介護券が必要となる。生活保護法により、それぞれの扶助を行うのは指定された医療機関や介護機関である必要があるため、事前にケースワーカーに相談。
た	<small>せいねんこうけんせいど</small> 成年後見制度	認知症、知的障がい、精神障がいなどの理由で判断能力の不十分な本人に代わって、法的に権限を与えられた成年後見人などが、財産の管理や生活・医療・介護などに関する契約や手続きを行ない、安心してその人らしい生活が送れるように保護や支援を行なう制度。
	 権利擁護 ㊦55 ㊦	 <p>成年後見制度には、すでに自分だけでは判断ができない、あるいは、難しい場合の「法定後見」と、将来に備えて後見人を定めておく「任意後見」の二つの制度がある。申請窓口は家庭裁判所。相談窓口は地域包括支援センター(㊦43 ㊦)。</p>
	<small>ぜんめい</small> 喘鳴	呼吸の時にゼーゼー、ヒューヒューと雑音を発する状態。 気道の一部が何らかの原因によって狭くなった時に聞かれる。
	<small>もう</small> せん妄	時間や場所が急にわからなくなる見当識障害から始まる場合が多く、注意力や思考力が低下、思考の混乱など様々な症状が見られる。
た	第1号被保険者 第2号被保険者 (介護保険における)	介護保険の被保険者は、65歳以上の人(第1号被保険者)と、40歳から64歳までの医療保険加入者(第2号被保険者)に分けられる。 第1号被保険者は、原因を問わずに要介護(要支援)認定(㊦60 ㊦)を受けた時に介護サービスを受けることができる。また、第2号被保険者は、加齢に伴う疾病(特定疾病 ㊦58 ㊦)が原因で要介護(要支援)認定を受けた時に、介護サービスを受けることができる。

















た	退院支援	本人が自分の病気や障がい理解し、退院後も継続が必要な医療や看護を受けながら、どこで療養するか、どのような生活を送るのかを自己決定するための支援。(資料:宇都宮宏子、三輪京子編、2011、「これからの退院支援・退院調整-ジェネリストナースがつなぐ外来・病棟・地域」)
	退院調整	本人の自己決定を実現するために、本人・家族の意向を踏まえて、環境・人・モノを社会制度や社会資源につなぐ支援のこと。(資料:宇都宮宏子、三輪京子編、2011、「これからの退院支援・退院調整-ジェネリストナースがつなぐ外来・病棟・地域」)
	対症療法	病気の原因を根本的に治療するのではなく、痛み、発熱、せきなど病気に伴う症状を軽減するために行われる治療。
	チアノーゼ	血液中の酸素不足が原因で、くちびるや指先などの皮膚や粘膜が青紫色に変化した状態。
	地域共生社会	制度・分野ごとの『縦割り』や「支え手」「受け手」という関係をを超えて、地域住民や地域の多様な主体が参画し、人と人、人と資源が世代や分野を超えてつながることで、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域をともに創っていく社会。
	地域包括ケア	医療や介護が必要な状態になっても、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した生活を続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的、継続的に行われること。
	地域包括ケアシステム	高齢者がいつまでも安心して地域で暮らし続けることができるよう、医療や介護などの専門的な支援から、地域住民の支え合いによる日常生活の支援まで、幅広い支援を一体的に提供する仕組みのこと。
	地域密着型サービス 関連)介護保険	定員 18 名以下の通所介護事業所や定員 29 名以下の介護老人福祉施設(☞52 ページ)が該当。ほかに、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護(グループホーム☞52 ページ)などがある。市町により指定された介護事業所がサービスを行い、原則、その地域に住む人が対象となる介護保険サービス。
	<small>とうつう</small> 疼痛	痛みのこと。
	特定疾病 (介護保険における)	厚生労働省が定める 16 種類の疾病のことで、第 2 号被保険者は、この疾病が原因で要介護(要支援)認定を受けた時に介護サービスを受けることができる。 <div>①がん末期 ②関節リウマチ ③筋萎縮性側索硬化症 ④後縦靭帯骨化症 ⑤骨折を伴う骨粗しょう症 ⑥初老期における認知症(アルツハイマー病、脳血管性認知症等) ⑦進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病 ⑧脊髄小脳変性症 ⑨脊柱管狭窄症 ⑩早老症(ウェルナー症候群等) ⑪多系統萎縮症 ⑫糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症 ⑬脳血管疾患(脳出血、脳梗塞等) ⑭閉塞性動脈硬化症 ⑮慢性閉塞性肺疾患(肺気腫、慢性気管支炎等) ⑯両側の膝関節または股関節に著しい変形を伴う変形性関節症</div>
	<small>とけつ</small> 吐血	食道・胃・十二指腸などから出血した時に、その血を吐き出すこと。
	 喀血 ☞54 ページ 消化管出血☞25 ページ	 大量の血液を吐いた時は出血性ショック(☞57 ページ)に陥る危険がある。顔面蒼白、冷や汗などのショック症状がないかを観察し、すぐに必要な対応を行う。
	<small>とんぶく</small> 頓服	食後など決まった時間ではなく、発作時や症状のひどい時などに薬を飲むこと。




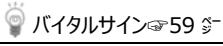


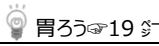

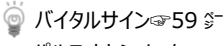
な	尿閉 <small>にようへい</small>  膀胱留置カテーテル <small>☞19 ☞</small>	腎臓でつくられた尿が膀胱まで運ばれ、貯まってはいるが、排尿しようと思っても出ない状態。 <hr/>  前立腺肥大症や尿道結石などにより、尿の通り道に通過障害がある場合や膀胱の収縮を調節している神経の病気があると、膀胱は収縮できず尿を排出できなくなる。 
	尿路感染症	腎臓、尿管、膀胱、尿道などの尿の通り道(尿路)に、細菌やウイルスが感染し、炎症を起こすこと。
は	バイタルサイン	生命兆候。生命に関する最も基本的な情報のこと。 主に脈拍・血圧・呼吸・体温・意識レベルなどが含まれ、健康状態を知るための基本的で重要な情報。
	<small>はいようしょうこうぐん</small> 廃用症候群	病気やケガの安静・活動低下などによって、身体や精神にさまざまな不都合な変化が起こった状態。関節拘縮や心肺機能の低下、精神活動性の低下などが見られる。
	福祉まると相談室	地域住民の身近な相談先として日頃の暮らしの中で、悩んでいること、どこに相談したらよいかわからないことなどの健康と福祉に関する相談に応じる窓口。松阪市内 10 か所に設置されている。(令和 6 年 10 月時点)
	負担限度額認定証 <small>(介護保険負担限度額認定証)</small>	介護保険施設や短期入所施設(ショートステイ☞53 ☞)を利用する際の食費や居住費(滞在費)について、本人の所得(非課税年金も含む)に応じて設定される上限額が記入されたもの。原則、食費や居住費は全額自己負担だが、低所得の人の施設利用が困難とならないように、食費と居住費の一定額以上の保険が給付される。申請が必要。有効期間は申請した月の 1 日から翌 7 月 31 日。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <small>〔介護サービス利用時の自己負担〕</small> <div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 2px;">サービス費の 1～3割</div> <div style="margin: 0 10px;">+</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 2px;">日常生活費 レクリエーション費等</div> <div style="margin: 0 10px;">+</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 2px;">食費 + 居住費 (滞在費)</div> <div style="margin: 0 10px;">=</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 2px;">自己負担額</div> </div> </div>
	負担割合証 <small>(介護保険負担割合証)</small>  利用者負担☞60 ☞	介護サービスを利用した際に支払うサービス費の自己負担の割合が記載されたもの。被保険者によって負担割合が異なるために、各被保険者に知らせるもので、前年の所得により負担割合を決定したうえで、要介護(要支援)の認定を受けた人または事業対象者に、原則 7 月に送付される。 有効期間は 8 月 1 日(初回認定の場合は申請日)から翌 7 月 31 日。
	フレイル 	加齢により、運動機能や認知機能等が低下し、健康障害が生じやすい状態のこと。健康な状態と日常生活で支援が必要な介護状態の中間的な段階。 <hr/>  身体的な変化だけでなく、気力低下など精神的な変化も加わることで、さらに活動が低下し、悪循環に陥りやすい。この状態に早く気づき、介入することで、状態を改善したり、要介護状態になるのを遅らせることができる。フレイルに陥らないように予防すること、進行を防ぐことが重要。
	放射線治療  化学療法☞55 ☞	がん治療の一つで、がんの治療用の放射線を当てることにより、細胞の DNA に損傷を与え、がん細胞を死滅させる治療法。 <hr/>  放射線治療の主な副作用としては、全身倦怠感、食欲低下、吐き気、おう吐、皮膚の変化等がある。 
	訪問診療  往診☞54 ☞	通院が困難な患者に対して医師があらかじめ診療の計画を立て、定期的に患者宅へ訪問して行う診療。


は	ポリファーマシー  <small>関連)薬</small>	<p>多剤投与。poly(複数、多くの)+pharmacy(調剤)の造語。</p> <p>メモ</p> <p>高齢者には複数の病気を抱えている人も多く、処方薬の種類や量は増加しやすい傾向にある。薬剤が多くなることで飲み間違いや残薬の発生にもつながる。また、加齢に伴う肝機能や腎機能の低下により、薬剤の代謝・排泄が遅延しやすいことなどから、多剤投与による健康被害(有害事象)が生じやすい。このため、お薬手帳の活用や日々の服用状況の確認、ふらつきや転倒、せん妄(☞57 ㊟)などの症状がある場合には、多職種で情報共有しながら、経過観察、早期対応を行い、重大な健康被害(有害事象)を防止していくことが大切。</p>
ま	<small>まっしょう</small> 末梢	<p>物ののはし。末端。</p> <p>例) 末梢神経↔中枢神経、末梢静脈↔中心静脈</p>
	メタ	<p>がんの転移のこと。(Metastasis の略)</p> <p>体の別の部位に生じたがんが骨に転移した場合を「骨メタ」、脳に転移した場合を「脳メタ」などという。</p>
	モニタリング	<p>ケアマネジメント過程において、ケアプラン(☞55 ㊟)は適切であったか、サービスが計画どおりに提供されているか、新たに利用者のニーズが発生していないかなど、利用者の状態を把握して、事業者の活動を評価・検証すること。</p>
や	要介護(要支援)認定	<p>介護保険制度において、介護サービスの必要度(どれ位、介護のサービスを行う必要があるか)を判断するもの。要支援 1～2、要介護 1～5 の 7 段階で判定される。(要介護(要支援)認定の決定からサービス利用までの流れ☞22 ㊟)</p>
	<small>よご</small> 予後	<p>手術や病気の経過についての医学的な見通し。</p>
ら	利尿薬 <small>関連)薬</small>	<p>尿量を増やして、体内の余分な水分を減らし、心臓や腎臓の負担軽減や高血圧を改善するための薬。</p>
	利用者負担 <small>(介護保険における)</small>  負担割合証☞59 ㊟	<p>介護保険サービスを利用した人は、介護サービスにかかった費用の 1 割(一定以上所得者の場合は 2 割または 3 割)を支払う。また支給限度額(介護認定区分により利用できるサービスの上限額)を超えたサービス費用は全額自己負担となる。</p>
	レスキュー (レスキュー・ドーズ)  がん疼痛コントロール ☞20 ㊟	<p>持続する痛みのコントロールにおいて、基本となる鎮痛剤の定時の服用に加えて、痛い時や痛くなりそうな時に、即効性の高い薬を追加投与すること。</p> <p>メモ</p> <p>医療用麻薬の主な副作用には、吐き気、おう吐、便秘、口渇、眠気などがある。まれに、せん妄(☞57 ㊟)と言われる意識障害が生じる場合もある。</p>
	レスパイト	<p>一時休止・休息のこと。</p> <p>メモ</p> <p>介護者の日々の疲れ、冠婚葬祭、旅行などの事情により一時的に在宅介護が困難になった場合に、短期間の入院やショートステイを活用しながら、在宅療養の継続を支援することをレスパイト・ケアという。</p> 

(5) 略語

	略語	略語の意味と補足説明
A	ACP	アドバンス・ケア・プランニング(☞54☞) (Advance Care Planning の略)
B	BADL	基本的日常生活動作 (Basic Activity of Daily Living の略)
	 IADL☞62☞	 「起居動作・移乗・移動・食事・更衣・排泄・入浴・整容」など基本的動作のこと。
	BP 	血圧 (Blood Pressure の略)
	 バイタルサイン☞59☞	 心臓から送り出された血液が血管の中を通る時、血管にかかる圧力のこと。 家庭血圧の正常値は、最高血圧が 135mmHg 未満、最低血圧が 85mmHg 未満。(資料：高血圧治療ガイドライン 2019)
	BSC	ベストサポーティブケア(Best supportive care の略) がんに対する積極的な治療(外科治療、化学療法、免疫療法、放射線治療、遺伝子治療)を行わずに症状緩和の治療のみを行うこと。
	BPSD	認知症に伴う行動・心理症状。周辺症状とも呼ばれる。
	 関連)認知症	 認知症の症状は大きく 2 つに分かれる。1 つは中核症状で、もの忘れ、時間や場所がわからない、ものごとがうまくこなせない、言葉が出てこないなどの認知機能の低下による症状。もう 1 つは BPSD で、中核症状のために本人が混乱したり落ち込んだりした結果として起こる症状。暴言や暴力、興奮、不安、不眠、昼夜逆転、幻覚、妄想、徘徊、トイレの失敗などが見られる。BPSD には、本人を取り巻く環境や人間関係が大きく影響するため、個人差が大きい。感情面の不安やそれによる行動変化は、周囲の対応しだいで改善することもあるが、暴言や暴力、妄想、徘徊などは介護者が対応に苦慮する場合も多い。
	BT  バイタルサイン☞59☞	体温 (Body Temperature の略) 
C	COPD	慢性閉塞性肺疾患 (Chronic Obstructive Pulmonary Disease の略)
	 関連)呼吸器疾患	 慢性呼吸器疾患の一つ。たばこの煙などの有害物質が原因で、空気の通り道である気道が炎症を起こしたり、酸素を取り込む肺胞の壁が壊れたりして、呼吸がしにくくなる病気。肺が硬くなり、慢性的に息が吐き出しにくく、二酸化炭素がたまっている状態になりやすい。せきや痰、息切れなどさまざまな症状が現れる。喫煙習慣のある中高年に発症する生活習慣病とされており、多数の潜在的な患者が存在すると考えられている。その多くは診断や治療に至らず、疾患の認知度も低いのが現状。
	CPA 	心肺機能停止 (Cardiopulmonary arrest の略)
	CPR	心肺蘇生法
	CRP (C 反応性タンパク)	炎症の有無を診断するのに使用する数値。
	 関連)血液検査	 炎症は生体が細菌やウイルスなどの病原体、ケガ、薬剤等の何らかの有害な刺激を受けると「赤み」「はれ」「熱」「痛み」など体を守るために起きる反応のこと。CRP が高いほど広範囲で強い炎症が起きていると考えられる。基準値 0.30 mg/dL 以下。

D	DM	糖尿病
	 アンプタ ⁵⁴  インスリン自己注射 ²⁰ 	 血液中の糖が慢性的に多い状態となり、血糖値が高くなる病気。 自覚症状がなく進行しやすい病気で網膜症・腎症・神経障害の三大合併症や、心臓病、脳卒中のリスクも高まる。慢性疾患の一つであり、治療と自己管理が生涯必要な病気。
	DNAR (または DNR)	心肺停止時に本人または家族の意思を受けて、蘇生処置しないこと。 (Do Not Attempt Resuscitation の略)
	DPC	平成 15 年に導入された急性期入院医療を対象とした診療報酬の包括評価制度のこと。
	関連)診療報酬	 従来の診療行為ごとに計算する「出来高払い」方式とは異なり、患者の病名や病状などをもとに手術や処置の内容に応じて、厚生労働省が定めた分類ごとの 1 日当たりの『定額(投薬、注射、処置、入院料等)』+『出来高(手術、リハビリ等)』の会計方式。「1 回の入院に対して一つの病気を治療する」という考えに基づいて定められた制度であり、一連の診療以外の“ついで診療”への対応は困難な場合もある。
H	Hb	ヘモグロビン。血液の状態を調べる数値のひとつ。
	 関連)血液検査	 ヘモグロビンは、赤血球に含まれるタンパク質で、酸素と結合して全身の細胞に酸素を運ぶ働きをしている。ヘモグロビンの成分である鉄が不足したり、作る能力が低下したりすると、ヘモグロビン値は低下し、貧血となる。
	ヘモグロビンエーワンシー HbA1c	糖尿病(DM ⁶² )の診断に使用する数値で、赤血球中のヘモグロビンのうちどれくらいの割合が糖と結合しているかを示す。過去 1~2 か月の血糖コントロールの状態を反映。HbA1c が高いと、糖尿病の合併症が進行しやすくなる。
	関連)血液検査	
	HD  人工透析 ¹⁹ 	血液透析 (Hemodialysis の略)
	HDS-R	長谷川式認知症スケール。認知症の簡易検査。
	ホ ッ ト HOT	在宅酸素療法(¹⁹ ) (Home Oxygen Therapy の略)
I	HT	高血圧症 (Hypertension の略)
	 BP ⁶¹ 	 高血圧状態が続くと血管はいつも張りつめた状態におかれ、次第に血管の壁が厚くなり、動脈硬化が起こる可能性が上昇。動脈硬化は、脳梗塞、くも膜下出血、心筋梗塞のリスクが高まるため、日ごろから血圧のコントロールが大切。
I	IADL	手段的日常生活動作 (Instrumental Activity of Daily Living の略)
		 買物、食事の支度、掃除、洗濯、交通機関の利用、電話の応対、服薬管理、金銭管理など、BADL(⁶¹ )よりも複雑な日常生活動作のこと。

I	ICF	国際生活機能分類（International Classification of Functioning, Disability and Health）は人間のあらゆる健康状態に関係した生活機能状態から、その人をとりまく社会制度や社会資源までをアルファベットと数字を組み合わせた方式で分類し、記述・表現をしようとするもの。人間の生活機能と障害について、「心身機能・身体構造」、「活動と参加」、それに影響を及ぼす「環境因子」について、合計約 1500 項目に分類される。
	IVH	中心静脈栄養(☞19 ☞)
K	KOT コート	便（ドイツ語の Kot）
	KT	体温（ドイツ語の Körper Temperatur の略）
L	LK	肺がん
M	MCI	軽度認知障害  正常な状態と認知症の間の段階。本人や家族から認知機能の低下の訴えはあるものの、日常生活は問題なく送ることができている状態。放置すると症状が進み認知症へと移行してしまう可能性が高いため、早期発見、早期対処することで、正常な状態への回復や認知症への移行を遅らせることが見込めるといわれている。
	MK	胃がん
	MMK	乳がん
	MMSE	ミニメンタルステート検査。認知症の簡易検査。
	NST	栄養サポートチーム（Nutrition Support Team の略）  栄養状態の悪い患者に対して、医師や管理栄養士、薬剤師、看護師、臨床検査技師などの専門スタッフが協力し、それぞれの知識や技術を持ち合い、栄養状態の改善に努めることを目的とした医療チームのこと。
P	P	脈拍数。心臓が拍動する回数。（Pulse の略）  基準値は、年齢・性別によって異なるが、1 分間に 60～100 回程度。
	 PAD	末梢動脈疾患  足の血管に動脈硬化が起こり、血管が細くなったり、詰まったりして、足に十分な血液が流れなくなることで発症する病気。歩行時に足がしびれる、痛い、冷たいなどの症状が現れる。末梢動脈疾患の患者は全身の動脈硬化が進行している場合も多く、狭心症や心筋梗塞、脳梗塞などのリスクが高い。
	PEG ヘ グ	経皮内視鏡的胃ろう造設術  口から十分に栄養がとれない患者に、内視鏡(胃カメラ)を用いてお腹から胃に通じる小さな穴をあけて、その穴にチューブを入れる手術。
		
	QOL	クオリティ・オブ・ライフ。生活の質。（Quality of life の略） 人々の生活を物質的な面から量的にのみとらえるのではなく、精神的な豊かさや満足度も含めて、質的にとらえる考え方。
S	SpO₂	経皮的動脈血酸素飽和濃度  動脈の赤血球中のヘモグロビンが酸素と結合している割合を示したもので、血液中の酸素量の目安となる。 基準値は、年齢や病態によって異なるが、96～99%。
	 パルスオキシメーター☞20 ☞	

V	VE	嚥下内視鏡検査（videoendoscopy の略）
		 内視鏡をのどに入れ、食物の飲み込みの様子を観察する検査で、だ液や痰の貯留の有無、食物を飲み込んだ後の咽頭内への食物残留の有無や誤嚥の有無などを評価する検査。
	VF	嚥下造影検査（videofluorography の略）
		バリウムなどの造影剤を含んだ食事をX線透視下で食べてもらい、嚥下運動や適切な食形態を評価・診断する検査。

MEMO

【資料4】参考となるホームページ

※最終確認日：2025年3月7日

<医療機関検索>

・医療ネットみえ（三重県救急医療情報センター）

<https://www.qq.pref.mie.lg.jp/qq24/qqport/kenmintop/>

※病院・診療所・薬局など医療機関の検索ができます。

キーワード検索や条件検索が行え、所在地、電話番号、診療科目、診療時間、休診日などの詳細情報が掲載されています。

在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院(☎56 ☎)の検索もできます。



<介護サービス事業所・地域包括支援センター検索>

・介護事業所・生活関連情報検索 介護サービス情報公表システム（厚生労働省）

<http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/>

※介護事業所や地域包括支援センターの検索ができ、各事業所の詳細情報を知ることができます。



・介護サービス事業所一覧（松阪市）

松阪市トップページ> 健康・福祉・医療> 介護保険

<https://www.city.matsusaka.mie.jp/site/kaigohoken>

※市内の居宅介護支援事業所、介護サービス事業所の事業所名、所在地、電話番号のリストが掲載されています。



・大台町医療と介護ガイドマップ（大台町）

大台町トップページ> 健康・福祉> 高齢者福祉・介護> 在宅医療・介護連携について

https://www.odaitown.jp/kenko_fukushi/koreishafukushi_kaigo/1016.html

※町内の医療機関・介護事業所の一覧と所在地マップが掲載されています。



<連携時のツール(書式等)>

・書式のダウンロード（三重県介護支援専門員協会 松阪支部）

三重県介護支援専門員協会 松阪支部トップページ> ~様式ダウンロード~

<http://matsusakacm.com/>

※「入院時連携シート」、「主治医連絡票」、「サービス担当者会議出席依頼」、「軽度者に対する福祉用具貸与に関する確認票」等の書式がダウンロードできます。
(現在ご使用の独自の書式等の使用を妨げるものではありません)



・病院連携一覧表（三重県介護支援専門員協会 松阪支部）

※会員のみ閲覧可

※病院の連携窓口に関する情報が病院ごとに整理されています。

面会前の事前連絡の要否や手順などについても示されています。

<その他>

○訪問介護

・「訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について」(老計第10号)(厚生労働省/平成30年3月30日一部改訂)

<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000201799.pdf>

※介護保険制度における、訪問介護で認められているサービス行為ごとの区分が例示されています。



○医療行為

- ・「医師法第 17 条、歯科医師法第 17 条及び保健師助産師看護師法第 31 条の解釈について(通知)」
(厚生労働省/平成 17 年 7 月 26 日)

https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=00tb2895&dataType=1&pageNo=1

※高齢者や障がい者の介護現場における体温測定、血圧測定、爪切り、耳掃除などが医療行為に当たるかどうか判断に困る行為について、医療行為ではないと考えられるものが例示されています。



○意思決定支援

- ・「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」(厚生労働省/平成 30 年 3 月改訂)

<https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000197701.pdf>

※人生の最終段階における医療・ケアについて、本人が家族や医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合うプロセスを重視する ACP（アドバンス・ケア・プランニング）の考え方を盛り込んだ内容が説明されています。

- ・「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン 解説編」

(人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会)

<https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000197702.pdf>

- ・「身寄りがいない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人への支援に関するガイドライン」

<https://www.mhlw.go.jp/content/000516181.pdf>

※医療現場で、身寄りがいない人の意思決定支援を要する場面での具体的な対応や成年後見人の役割が説明されています。



○厚生労働省法令等

- ・厚生労働省トップページ> 所管の法令等> 所管の法令、告示・通達等

<https://www.mhlw.go.jp/houreij/>

※厚生労働省所管の法律、政令、省令、告示等の検索ができます。



○選定療養費

- ・厚生労働省トップページ> 政策について> 分野別の政策一覧> 健康・医療> 医療保険
> 紹介状を持たずに特定の病院を受診する場合等の「特別の料金」の見直しについて

https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_26666.html

- ・松阪市ホームページ> 健康・福祉・医療> 健康・医療> 医療・救急
> 三基幹病院における選定療養費について

<https://www.city.matsusaka.mie.jp/soshiki/24/sennteiryouyouhi.html>



○その他

- ・グレーゾーン解消制度・プロジェクト型「規制のサンドボックス」・新事業特例制度（経済産業省）

https://www.meti.go.jp/policy/jigyousaisei/kyousouryoku_kyouka/shinjigyo-kaitakuseidosuishin/index.html

- ・規制のサンドボックス制度、グレーゾーン解消制度及び新事業特例制度の活用実績（経済産業省）

https://www.meti.go.jp/policy/jigyousaisei/kyousouryoku_kyouka/shinjigyo-kaitakuseidosuishin/result/release.html

例) 介護職員によるインスリン自己注射サポート、爪の予防的ケアサービス

オンライン診療を受けた患者に対する薬剤配送サービス、終活支援サービス提供についてなど



【名 簿】まつさか医療～顔の見える連携会議・実務者検討委員会

※所属・職種等は令和6年度 第1回 まつさか医療～顔の見える連携会議(令和6年11月12日)開催当時のものです。

		氏名	所 属	職種等
まつさか医療 ～顔の見える 連携会議		堀内 裕介	大台厚生病院	医療ソーシャルワーカー
		藤田 貴子	済生会松阪総合病院	入退院支援センター看護師
		鶴森 立美	済生会松阪総合病院	看護師
		國分 祐樹	済生会明和病院	医療ソーシャルワーカー
		堀 まり	桜木記念病院	医療ソーシャルワーカー
		森本 泰成	南勢病院	医療ソーシャルワーカー
		岡本 倫枝	花の丘病院	医療ソーシャルワーカー
		辻 陽平	松阪厚生病院	医療ソーシャルワーカー
		土生 美和	松阪市民病院	看護師
		西井 義典	松阪地区医師会	医師
		吉田 徹士	松阪地区歯科医師会	歯科医師
		水田 健	松阪地区薬剤師会	薬剤師
		濱口 早弓	松阪中央総合病院	看護師
		中尾 悠次	三重県訪問看護ステーション協議会松阪支部	看護師
		黒谷 晃平	三重県老人福祉施設協会中南勢ブロック	施設長
		松本 隆史	三重県老人保健施設協会	医師
		山村 小百合	三重ハートセンター	入退院調整看護師
	実務者検討委員会	○奥田 隆利	介護老人保健施設第二嘉祥苑「アコラス」	主任介護支援専門員
		丸田 隆一	サービス付き高齢者向け住宅さくらの杜	介護支援専門員
		★奥村 裕司	済生会松阪総合病院	医療ソーシャルワーカー
		○市川 千恵子	虹が丘訪問看護ステーション	看護師
		落合 伸也	松阪市民病院	医療ソーシャルワーカー
		小林 麻衣子	松阪中央総合病院	医療ソーシャルワーカー
		★青木 浩乃	三重県介護支援専門員協会松阪支部	主任介護支援専門員
事務局	松阪市役所健康福祉部高齢者支援課			
	松阪市役所健康福祉部介護保険課			
	多気町役場健康福祉課			
	明和町役場福祉総合支援課			
	大台町役場健康ほけん課			
	松阪地域在宅医療・介護連携拠点			

(敬称略 / 所属50音順) ★顔の見える連携部会の部会長 ○実務者検討委員会のみ参加

<ハンドブック完成までの流れ>

✧で得られた意見をもとに原案を作成

- 平成 31 年 3 月 15 日 **地域包括ケア推進会議 運営幹事会**
- ・次年度に連携の基本やスキルアップにつながるハンドブックを作成することを計画
 - ・顔の見える連携部会がハンドブック作成の推進役を担当し、多職種勉強部会が多職種からの意見を抽出する勉強会の企画・運営を担当
- 令和元年 5 月 17 日 **地域包括ケア推進会議 運営幹事会**
- ・成果物(ハンドブック)作成が目的ではなく、会議等を通じた話し合いの場や作成過程を大切にしていく方針を確認
 - ・まつさか医療～顔の見える連携会議の目的・目標設定
- 令和元年 6 月 27 日～8 月 14 日
- 第 11 回 多職種勉強会事前アンケート ✧**
- 「他の職種や事業所との連携場面で、普段心がけていること」
- 令和元年 7 月 26 日 **令和元年度 第 1 回 まつさか医療～顔の見える連携会議 ✧**
- ・「入退院場面で困ったこと、気をつけていること」、「連携で大切にしていること」について意見交換
- 令和元年 8 月 23 日 **第 11 回 多職種勉強会『シリーズ 連携がうまくいくコツ いかない理由①』 ✧**
- ・提供事例を通じて、「同じ目標を達成するために多職種でどう連携していくか」、「多職種で連携するために大切なこと」についてグループワーク
- 令和元年 10 月 9 日 **合同部会（顔の見える連携部会・多職種勉強部会）**
- 令和元年 11 月 8 日～11 月 22 日
- 「退院時の情報共有に関するアンケート」**（介護支援専門員、訪問看護師対象） ✧
- 令和元年 12 月 3 日 **令和元年度 第 1 回 まつさか医療～顔の見える連携会議 実務者検討委員会 ✧**
- ・入退院時に共有したい情報項目、ほしい情報、伝えたい情報について意見交換
- 令和元年 12 月 25 日～令和 2 年 1 月 27 日
- 第 12 回 多職種勉強会事前アンケート ✧**
- 「入退院時の連携で、普段心がけていることや苦労していること」
- 令和 2 年 2 月 5 日 **第 12 回 多職種勉強会『シリーズ 連携がうまくいくコツ いかない理由②』 ✧**
- ・急性期病院(3 病院)の入退院連携の取り組みについて話題提供、
 - ・話題提供についての感想、質問、提案などをグループワーク
- 令和 2 年 2 月 19 日 **令和元年度 第 2 回 まつさか医療～顔の見える連携会議 実務者検討委員会 ✧**
- ・入退院時に共有したい情報項目について意見交換
 - ・ハンドブック(案)の内容について検討
- 令和 2 年 7 月～8 月 まつさか医療～顔の見える連携会議 実務者検討委員に最終案を郵送、原稿校正
- 令和 2 年 12 月 「松阪地域 医療と介護の連携ハンドブック～本人の望む暮らしをささえるために～」完成(初版)
- 令和 6 年 8 月 21 日 **令和 6 年度 第 1 回 まつさか医療～顔の見える連携会議 実務者検討委員会 ✧**
- ・ハンドブック更新に向けての意見交換
- 令和 6 年 11 月 12 日 **令和 6 年度 第 1 回 まつさか医療～顔の見える連携会議 ✧**
- 令和 6 年 12 月 12 日 **令和 6 年度 第 2 回 まつさか医療～顔の見える連携会議 実務者検討委員会 ✧**
- 令和 7 年 3 月 「松阪地域 医療と介護の連携ハンドブック～本人の望む暮らしをささえるために～」完成(第二版)

お わ り に

令和2年12月、松阪地域で働く医療と介護の専門職連携の更なる深化と、誰もが安心して暮らせる地域社会の実現を目指して作られたのが、この「連携ハンドブック」です。

松阪市地域包括ケア推進会議「顔の見える連携部会」が中心となり、各職種や機関を代表する方々を招聘して開催した「顔の見える連携会議」、第一線の皆様と開催した「実務者会議」を経て、初版が完成しました。あの熱気にあふれた会議の様子は、今でも鮮明な記憶として残っています。

初版発行から4年が経ち、医療・介護を取り巻く環境が大きく変化したことを受け、地域包括ケア推進会議運営幹事会で協議を行い、今回の改訂作業がスタートしました。

事務局を担う「松阪地域在宅医療・介護連携拠点」と松阪市高齢者支援課の力強いバックアップ体制のもと、「顔の見える連携会議」と「実務者検討委員会」で検討を重ねました。ハンドブック改訂を通して、関係者一同が多職種連携の重要性を改めて認識し、より一層連携を深めていく決意を新たにしました。ご多忙の中ご協力いただきました皆様に、改めて感謝申し上げます。

このハンドブックには、多職種間の連携を円滑に進めるための具体的な手順や専門用語の解説、相談窓口の一覧など、専門職にとって必要な情報が満載されています。また、この2版からは、松阪市のホームページ上で公開することで、誰もが、いつでもどこでもアクセス可能なものにアップデートしました。

会議では、このハンドブックを研修会や新人教育に活用していきたいとの声もいただきました。今後も、地域全体の共通言語として活用され、より一層、連携を深めていくことで、誰もが安心して暮らせる地域社会の実現を目指していきたいと考えています。

ハンドブックに関するご意見やご要望がございましたら、「松阪地域在宅医療・介護連携拠点」へお気軽にお問い合わせください。

三重県介護支援専門員協会 松阪支部
支部長 青木 浩乃

令和2年12月、この連携ハンドブックの初版が発行されました。作成にあたり、ご多忙のところ、尽力していただいた関係者の方々に感謝申し上げます。

まず、出来上がりの冊子を見せていただいた感想としては、これまでの背景、目的、連携の重要性、課題や実際の現場における事例などがこと細かく掲載されており、関係する職種にとって、またそれを志す人にとってこの上ない指南書になると感じました。

医療・福祉の現場では、日々、慌ただしい業務の中、連携していくことは今や欠かせないものとなっております。このハンドブックの活用方法については各職場、様々ではありますが、『お互いを理解し、相手への心配りを忘れず、顔の見える良い関係づくり』を目指すことは一人ひとりの胸の内にあると思います。

初版から4年、内容の確認や加筆、修正を経て、これからは一般市民の方々への発信も予定されています。更なる発展を目指し、このハンドブックや、当地域の連携の在り方が近い将来目標とされるよう、微力ながらお力になれればと思う、今日この頃であります。

済生会松阪総合病院
奥村 裕司

相手の立場や職能を理解し、 敬意をもって連携を深めていくこと

－第 11 回 多職種勉強会グループワーク－
「多職種で連携するために大切なこと」
ワークシート（1 グループ）より

松阪地域 医療と介護の連携ハンドブック ～本人の望む暮らしをささえるために～

令和 2 年 12 月 初版発行

令和 7 年 3 月 第二版発行

まつさか医療～顔の見える連携会議

松阪市 多気町 明和町 大台町

編集：松阪地域 在宅医療・介護連携拠点

〒515-0076 三重県松阪市白粉町 363 番地（松阪地区医師会館 1 階）

TEL：0598-25-3070 FAX：0598-25-3071

E-mail：ks-shien@city.matsusaka.mie.jp
