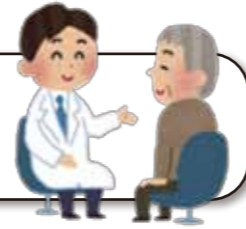


在宅医療・介護の相談窓口

まずは**かかりつけ医**に相談しましょう！



退院する時の在宅生活への移行などについては、
病院の**地域連携室**や**医療福祉相談室**に相談できます！

相談できる窓口の名称は、病院によって様々です。

介護保険や生活支援の利用にあたっては、
市町や**地域包括支援センター**にご相談ください！

地域包括支援センターの一覧は、県のHPからご覧になれます。
https://web.pref.hyogo.lg.jp/kf05/hw18_000000027.html

サービスの利用の調整は**ケアマネジャー**が行います！

市町では**医療・介護の相談窓口**の設置が進んでいます！

各市町の医療・介護の相談窓口の一覧は、県のHPからご覧になれます。
<https://web.pref.hyogo.lg.jp/kf05/documents/zaitakukaigoshienn.pdf>

在宅医療・介護の相談窓口として、兵庫県医師会にも
在宅医療・介護支援センターが設置されています！

在宅電話相談ひょうご 電話: 078-252-2828
月～金（祝日や年末年始を除く）午前10時～午後4時
【平成28年度時点の設置日時です。】

兵庫県在宅医療推進協議会

兵庫県医師会、兵庫県歯科医師会、兵庫県薬剤師会、兵庫県看護協会、
兵庫県病院協会、兵庫県民間病院協会、兵庫県介護支援専門員協会、
兵庫県

【お問合せ先】 兵庫県 健康福祉部 高齢社会局 高齢対策課
TEL: 078-362-3195 FAX: 078-362-9470

28 健 P2-092A3

医療や介護が必要になっても

住み慣れた地域で 暮らし続けるために

在宅医療・介護連携の取組

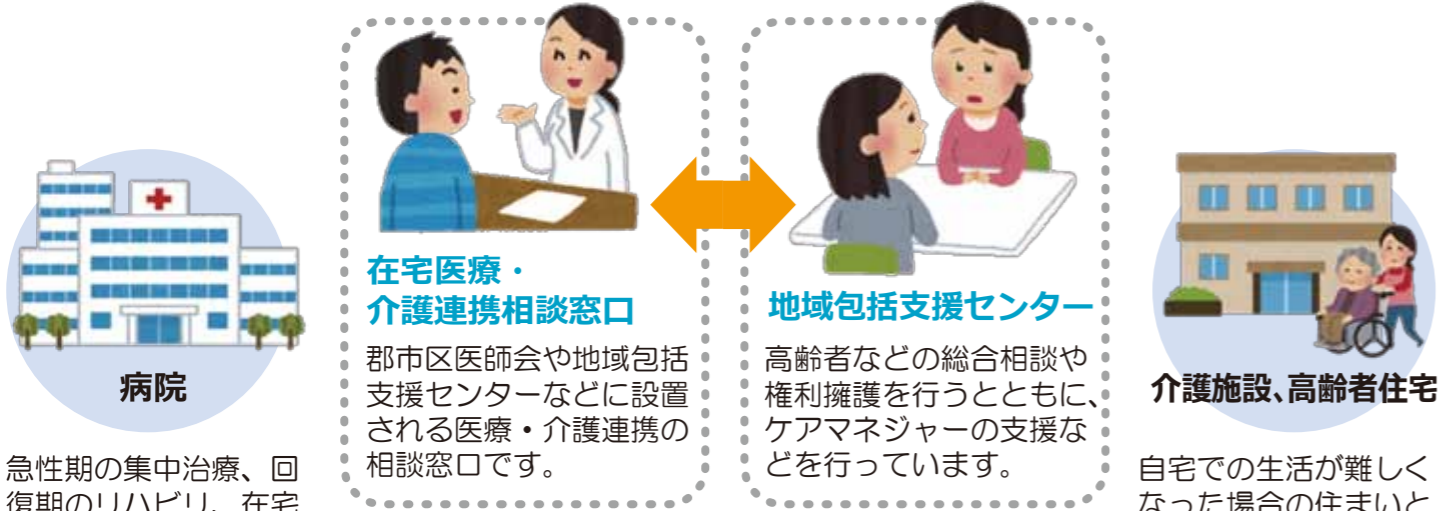
年をとって、体力が衰えたり、病気になったりして、医療や介護が必要になったとき、あなたはどこでどのように過ごし、そして、人生を全うしたいでしょうか。

医療や介護が必要になったからといって、必ずしも、長期にわたって病院や施設に入らなければならないわけではありません。医師や看護師、介護職員などの支援を受けながら、住み慣れた自宅で暮らし続けるという選択もあります。

たとえ病気の完治が難しくても、病気と共存しながら、その人らしい質の高い生活を送ることができるよう、医療や介護の関係者と行政が協力して、医療や介護の支援を切れ目なく提供できる仕組みづくりに取り組んでいます。

平成29年2月
兵庫県在宅医療推進協議会

在宅生活を支える医療や介護などの主なサービス



歯科診療所 (歯科医師、歯科衛生士)
虫歯の治療や入れ歯の調整のほか、口腔内の清潔の保持、嚙んだり、飲み込んだりする機能の訓練などを行います。

かかりつけ医
日常的な診療や健康管理を行う身近な医師で、在宅療養を支える中心的な存在です。専門的な医療が必要なときは適切な医療機関を紹介します。定期的な訪問診療や急変時の往診を行っているところもあります。

居宅介護支援事業所 (ケアマネジャー)
介護保険サービスの利用の調整を行い、介護支援計画(ケアプラン)を作成します。

薬局 (薬剤師)
調剤や服薬の指導を行うとともに、薬の重複がないかの確認などを行います。外出が困難な人には、自宅を訪問して服薬の指導や残薬の確認などを行います。



在宅介護サービス
訪問介護、通所介護、短期入所など様々なサービスがあります。近年は、小規模な馴染みの関係の中で、通い・訪問・泊まりを一体的に提供する「小規模多機能型居宅介護」、24時間体制で定期巡回と随時対応を行い、訪問介護と訪問看護の両方を提供する「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」といったサービスを利用できる地域もあります。

管理栄養士
栄養状態の改善、身体状況に応じた食事などの助言を行います。

訪問・通所リハビリテーション
理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が医師の指示に基づき、身体機能の維持や回復のための訓練などを行います。

医療と介護が連携した取組の例 (イメージ)

病院とかかりつけ医やケアマネジャーが連携した退院調整

自宅で転倒、骨折して入院したAさん。退院の日は決まりましたが、まだ歩行に困難があり、退院後も介助やリハビリが必要です。そこで、退院の5日ぐらい前から、病院の主治医に地域のかかりつけ医への紹介状を書いてもらうとともに、看護師からケアマネジャーに連絡して、退院後に自宅で利用するサービスを調整してもらいました。これにより、退院した時には、自宅に介護ベッドが用意され、その日から介護やリハビリのサービスを利用することができました。



このような退院調整が行われないと...

Aさんの自宅にはベッドがなく、布団に寝かされたため、同居する老齢の妻の介助だけでは立ち上がることも困難でした。介護やリハビリが提供されるようになったのは退院から1週間後。それまでにAさんは、殆ど寝たきりの状態になってしまいました。

医療と介護の多職種連携による自宅での終末期ケア

末期がんと診断されたBさん。これ以上の積極的な治療は行わず、住み慣れた自宅で過ごすことを選択しました。家族とともに医師からの説明を聞き、自宅での療養方針を確認しました。医師は週1回、看護師は毎日訪問しました。また、平日は訪問介護を利用し、土日は家族が介護を行いました。状態が安定している間は、訪問入浴介護も利用しました。やがて、口から食事がとれなくなり、意識が低下した状態が続き、家族に見守られながら、Bさんは安らかに亡くなりました。連絡を受けて訪問した医師が、死亡診断書を作成しました。

自宅での終末期ケアの条件

現状では、自宅で終末期ケアを受けながら最期を迎える人は多くありません。自宅で終末期ケアを行うためには、医療や介護の専門職が緊密に連携して、24時間対応できる支援体制を構築する必要があります。ご本人やご家族の心構え、医師などとの信頼関係も不可欠です。

