

令和 7 年度 難病患者ケアマネジメント・アドバイザー事業実施要領

1 目的

難病患者の在宅療養支援に携わる関係者に対して、関係者だけでは解決困難なケースの支援体制を医師・理学療法士・言語聴覚士等の助言者と共に検討する場を設ける。それにより、より適切で円滑な在宅療養支援体制を構築し、患者・家族の **QOL** の向上を図る。

2 実施主体

大津市保健所

3 対象者

大津市在住の難病患者の在宅療養支援に携わる介護支援専門員、すこやか相談所・あんしん長寿相談所の職員等

4 日時

事業申込者と助言者で日程調整のうえ開催

5 開催場所

在宅療養支援者が出席しやすい場所を適宜調整する。

6 実施方法

大津市保健所が選定する医師、理学療法士、言語聴覚士等を助言者とし、関係者とともに検討会を実施する。

7 参加者

提出事例に関わっている者、参加が望ましい者及び助言者

8 費用

無料

9 申込方法

大津市保健所保健予防課（電話 5 2 2 - 6 7 6 6）まで電話で予約後、別紙 1 「ケアマネジメント・アドバイザー事業申込票」を作成し、検討会開催日の 2 週間前までに大津市保健所保健予防課に提出する。（FAX 可 5 2 5 - 6 1 6 1）

申込は 1 回につき 1 ケースとする。

申込から検討会までの流れについての詳細は別紙 2 のとおりとする。

施行日

令和 7 年 4 月 1 日

(別紙1)

ケアマネジメント・アドバイザー事業申込票

※担当者が対応に困っている場合、方向性が見えない場合、この事業を気軽にご利用ください。

※お申込みの際は、先にご記入まで電話または FAX にて予約を入れてください。

※この申込票は、検討会開催日の2週間前までに、下記までお送りください。

【 連絡・送付先 】 大津市保健所 保健予防課 精神・難病支援係

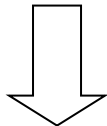
電話:077-522-6766 FAX:077-525-6161

申込者氏名:	職種:	所属:
検討会参加予定者:()名		
【 検討会で相談したい事柄 】(困っていること・問題となっていること等)		
【 ケースの概要 】 ※書くことが負担な場合は簡単で結構です。当日口頭で情報提供できれば可。 ※ケースの概要や支援の経過等がわかるものがあれば、添付してください。		

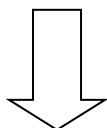
(別紙2)

難病患者ケアマネジメント・アドバイザー事業の流れ

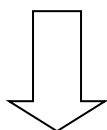
1. 在宅支援を行う関係者が、自分たちだけでは解決困難な課題を抱え、支援に困る



2. 大津市保健所保健予防課に電話及び、アドバイザー事業申込票(別紙1)にて申し込む



3. 保健所が事例の検討ニーズに応じて、適切なアドバイザーを選定し、事例検討をより効果的に行うための日時や場所の設定を行う



4. 検討会を実施する