



このまちで いつまでも

安城市

在宅医療 ガイドブック

目次

- 在宅での療養生活を支える医療と介護・・・・・・・・・・ P1
- 在宅医療とは・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ P3
- 安城市の在宅医療を支える活動・・・・・・・・・・・・ P4
- 在宅での療養生活に向けたおもな準備・・・・・・・・ P5
- 在宅医療を支える医療資源・・・・・・・・・・・・ P6
- 安城市内のかかりつけ医と病院との連携の仕組み・・ P7
- 訪問看護・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ P8
- 訪問歯科診療・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ P9
- 訪問服薬指導・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ P10
- 訪問リハビリテーション・・・・・・・・・・・・ P11
- 訪問栄養指導・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ P12
- これからの生き方を考えましょう・・・・・・・・ P13
- 「わたしノート」について・・・・・・・・・・・・ P14
- 相談窓口・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ P15

在宅での療養生活を

かかりつけ医と病院の医師

ふだんの訪問診療は診療所のかかりつけ医、状態が悪化して入院して治療をする必要があるときは病院の医師が、状態に応じて治療を担当します。かかりつけ医と病院の医師、2人の主治医がいることで、安心して医療を受けることができます。

在宅療養生活を
支える
医療スタッフ

医療ソーシャルワーカー・ 退院調整看護師

病院内で患者やその家族から相談を受け、療養生活上の経済的、心理的、社会的問題などについて、医療スタッフやケアマネジャー、行政機関との調整をします。

相談
医療と
橋渡し



かかりつけ医

症状にあわせた治療をしたり、薬を処方したり、訪問看護師や理学療法士等に指示書を提供します。また、入院が必要になった時には、在宅療養後方支援病院での入院治療の指示や必要に応じ地域包括ケア病棟への入院を紹介します。

在宅療養後方支援病院・ 地域包括ケア病棟

急変時や、医療的な処置が必要な人の介護者の休息のための入院受け入れをします。

薬剤師

薬の効き方・副作用の説明や、飲み間違え・飲み忘れを防ぐ方法を提案します。

歯科医師・歯科衛生士

歯の処置や入れ歯の調整などだけでなく、口腔ケアも行います。口腔ケアは肺炎予防にもなります。

看護師・保健師等

健康状態の観察や医師から指示された処置、身体の清潔や排せつなど療養生活の支援、栄養指導、リハビリテーションなどを行います。

地域見守り活動など 住民同士の支えあい

住み慣れた自宅で生活することで精神的な安らぎを得ることができます。



→
支援
介護の
をします

介護支援専門員 (ケアマネジャー)

介護保険の認定を受けた人やその家族から相談を受け、介護サービスや医療サービスなど、療養生活をする上で必要なサービスの調整を行います。

在宅療養生活 を支える 介護サービス とスタッフ

訪問介護 (ホームヘルパー)

ホームヘルパーや介護福祉士が食事、入浴や排せつの介助(身体介護)や掃除・洗濯・買い物(生活援助)を行います。
※生活援助を利用するには条件があります。

通所・短期入所サービス

施設で提供される通い、泊まりのサービスです。日々の介護や介護者家族の休息などのために利用します。

訪問入浴 (看護師・介護員)

自宅に浴槽を持ち込んで、寝たきりの人の入浴介助をします。



理学療法士・作業療法士・ 言語聴覚士

自宅でするリハビリテーションの指導をし、自分でできることを増やす支援をします。

管理栄養士

病気の状態、栄養状態に適した食べ物や調理方法などの栄養食事指導を行います。

在宅医療とは

通院が困難な患者のもとに医師や看護師等が定期的に訪問し、計画的に治療・健康管理・看護等を行うものです。

定期訪問に加え、緊急時には必要に応じて臨時往診や入院先の手配なども行います。

病気の治療のほかに、転倒や寝たきりの予防、肺炎や床ずれなどの予防、栄養状態の管理など、予測されるリスクを回避し、入院が必要な状態を未然に防ぐことも大きな役割です。

メリット

一人で通院受診することが困難な人にとって、介護者を伴った通院や医療機関・調剤薬局での待ち時間が無いため、身体的な負担が軽減されます。

在宅医療を受けられる人

赤ちゃんから高齢者まで年齢を問いません。

どのような病気や障害でも在宅医療を受けることができます。

在宅医療が可能な状態かどうかの判断は、かかりつけ医が行います。

在宅医療を利用している人の代表的な病気

脳卒中、難病等で寝たきりになった人や足の障害などで通院できない人、COPD（慢性閉塞性肺疾患）で酸素吸入をする人、がんの末期などで、住み慣れた家で過ごしたいと在宅医療を希望する人もいます。

治療方針の違い

「入院医療」 治療重視

病院では治療が最優先され、ベッドの上で過ごす時間が多くなったり、食事内容や入浴を制限されたりします。

「在宅医療」 生活重視

在宅医療では食事や運動などと同様に医療を生活に必要なひとつの要素と考えます。本人の人生観や価値観をくんだうえで、できるだけ生活習慣を変えず、住み慣れた自宅、地域で自分らしく過ごせるようにかかりつけ医、歯科医師、薬剤師、訪問看護師などの医療スタッフや介護スタッフ、地域の見守りなど本人の周囲の人がチームを組んでその人の人生そのものを支えることを目標にしています。

療養場所の選択

専門的な病気の治療を続けたいと思う一方で、できるだけ家族と過ごしたいという思いも支えます。

そのような場合には日帰りや短期入院で病院の治療を受けながら、それ以外の日常は在宅医療を利用することができます。

病気の程度や家族の状況など、人それぞれ条件は違います。自分がどのように医療を受けたいかをかかりつけ医や病院の医師、退院調整看護師、医療ソーシャルワーカーなどに相談しましょう。

安城市の在宅医療を支える活動

高齢になってからも、住み慣れた自宅で生活したいと考えている人やその人を支える家族が安心して生活できるよう医療・介護関係者と連携を図り、支援します。

安城市在宅医療サポートセンター（安城市役所高齢福祉課地域支援係内）

電話 0566-71-2264 FAX 0566-74-6789（相談受付時間 平日8:30～17:00）

こんな相談に お応えします！

在宅医療って
どんなものがあるの？



認知症でも往診
してくれるの？

病院に通うのが大変に
なってきた。
往診してくれないかな？

リハビリは
家でできるの？



在宅医療を受けたい
んだけど、どうしたら
いいの？



家で最期を迎える
ことはできるの？



退院しても点滴が
必要といわれて心配

サルビー見守りネット（電子@連絡帳）

在宅で療養する人の同意のもと、在宅医療に関わる医療・介護・福祉の多職種間で情報を共有するツールです。いつまでも住み慣れた地域で、自分らしい人生を続けることができる地域包括ケアシステムを推進するうえで、多職種間でスムーズな連携体制を取るために役立っています。



在宅での療養生活に向けたおもな準備

かかりつけ医を決める

病院に入院中または通院中



主治医・退院調整看護師・
医療ソーシャルワーカーに相談

かかりつけ医に通院中



かかりつけ医に訪問診療や往診が
可能かどうかを相談

かかりつけ医が在宅医療を
実施できない場合

安城市在宅医療サポートセンター

自宅の療養環境の準備

トイレや浴室などへの手すりの取り付け、介護ベッドや車いす、ポータブルトイレなどが公的サービスの給付対象になる場合があります。どのような療養環境が望ましいか、担当のケアマネジャーなど、在宅のサービス担当者に相談しましょう。

公的サービス	対象者	相談窓口
介護保険サービス 高齢者福祉サービス	65歳以上または40歳以上の 特定疾病(脳血管疾患、関節 リウマチ、がん末期等16の疾 病)の人	安城市役所高齢福祉課また は各地区の地域包括支援セン ター(P15参照)

※介護保険サービスの詳細は『介護保険利用のてびき』または『安城市介護・高齢者福祉(WEB版)』をご覧ください。

※上記対象者以外の人で障害者手帳などの手帳の保有者または難病などで一定の障害のある人は、日常生活用具、補装具の給付の対象になる場合があります。(相談窓口 P15参照)



訪問看護の準備

病院に入院中または通院中の場合は、主治医、医療ソーシャルワーカー、退院調整看護師などに相談しましょう。

また、自宅で生活している場合はかかりつけ医や、担当のケアマネジャーなど在宅のサービス担当者に相談しましょう。

在宅医療を支える医療資源

かかりつけ医をもちましょう

かかりつけ医は、なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要なときには専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師です。保健・介護・福祉関係者と連携し、地域の高齢者が少しでも長く地域で生活できるように在宅医療を推進します。(出典:「医療提供体制のあり方」日本医師会・四病院団体協議会合同提言(平成25年8月8日))

在宅医療の種類

① 訪問診療

通院が困難で、かつ継続的な診療が必要な患者に定期的・計画的に医師が自宅を訪問し、診療します。通常は月1回から2回程度の頻度で定期訪問し、診察・治療、薬の処方、療養上の相談・指導などを行います。

② 往診

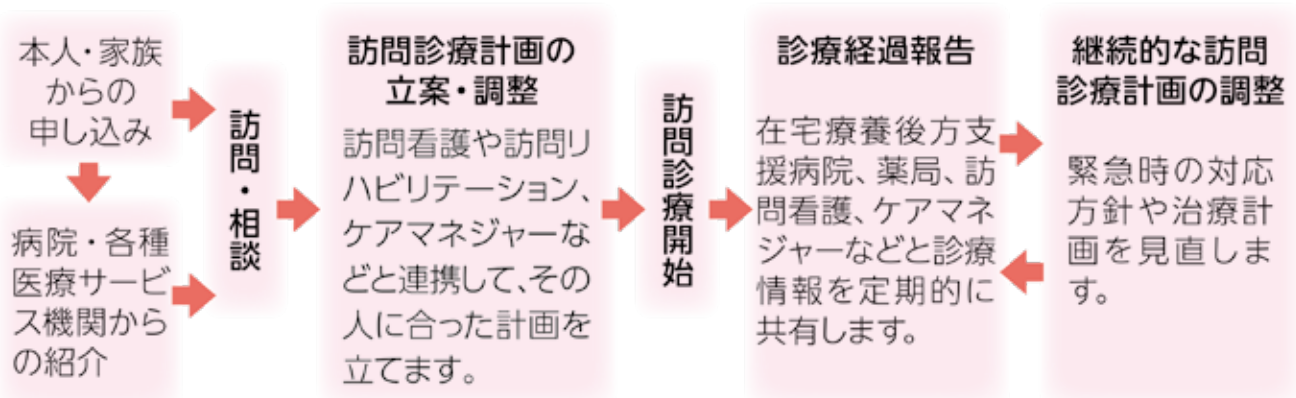
急な病状変化(発熱など)に対して患者や家族からの要請に基づいて不定期に行われます。

訪問診療でできる在宅療法の一例

- 在宅酸素療法の管理
- 各種薬剤の点滴・注射
- 人工肛門の管理
- カテーテルの管理・処置
- 高血圧、糖尿病などの慢性疾患に対する継続的治療
- がん末期などの緩和ケア(痛みの治療)、在宅での看取り



訪問診療のながれ



安城市内のかかりつけ医と病院との連携の仕組み

安城更生病院、八千代病院では、地域のかかりつけ医と連携し、それぞれの役割に応じた医療を提供しています。日頃の健康管理をかかりつけ医が担い、専門的な検査や入院の必要な治療は病院が行います。病状が安定すれば本人・家族と相談の上、かかりつけ医のもとで治療を続けていただきます。



かかりつけ医

- ・日々の診察
- ・処置
- ・投薬
- ・検査
- ・相談など

紹介状
結果報告書

病院

- ・急性期入院
(手術など)
- ・専門的な治療
- ・検査



「かかりつけ医」を通して受診すると以下のメリットがあります。

- 初診でも予約が可能
- 検査のみの予約が可能
- 選定療養費(※)がかからない
- 専門医への受診が可能
- 診察や検査も特別な予約枠があり、待ち日数が少ない

※ 選定療養費とは、他の医療機関からの紹介状をもたずに直接病院を受診した場合に、初診料のほかにかかる費用です。

かかりつけ医 (第1次救急医療機関)

入院を必要としない軽症者に処置や投薬治療を提供します。

連携

連携

八千代病院 (第2次救急医療機関)

入院を必要とする中等度・重症患者に対する救急・急性期から、回復期、慢性期、在宅ケア(リハビリテーション、レスパイト入院を含む)までを継続して支援する〈スーパーケアミックス〉を提供します。

連携

安城更生病院 (第3次救急医療機関)

心肺停止、脳卒中などの「生命の危機が切迫している」重篤患者に対し、高度な医療を24時間体制で提供します。



訪問看護

赤ちゃんの看護から看取りまで

訪問看護師は、かかりつけ医や病院の医師、歯科医師、薬剤師等とチームを組んで、「医療面の支援」を、また介護スタッフやケアマネジャーと連携して「生活面の支援」を行います。

病気に関することに専門的に観察・対応していくので、変化の兆候がある場合には早めに医師に連絡して適切な対応をとります。また、24時間連絡が取れる訪問看護事業所では即座の対応も可能です。

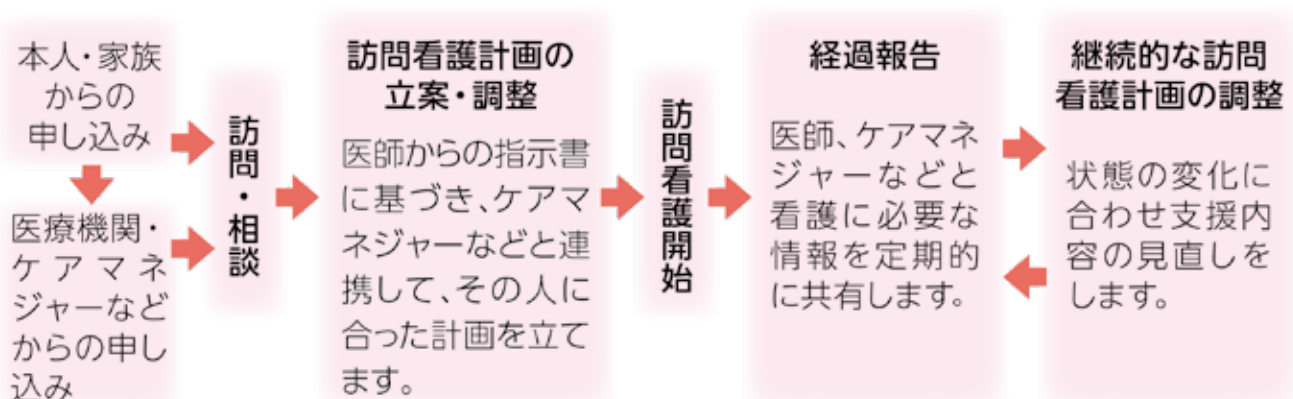
訪問看護は医療保険と介護保険のいずれかで利用することができます。どちらの保険が適応するかは訪問看護師にご相談ください。

訪問看護でできること

- 病状の観察や健康状態の管理
- 苦痛の緩和・看護
- 点滴、在宅酸素、人工呼吸器、カテーテル等医療機器の管理・処置
- 床ずれの予防・処置
- 看取りの支援
- リハビリテーション・介護予防
- 認知症・精神疾患のケア
- かかりつけ医や病院の医師との連絡調整
- 生活しやすい環境整備、家族へのサポート・相談



訪問看護のながれ



訪問歯科診療

自宅で歯とお口の健康をサポートします

訪問歯科診療とは、寝たきりや施設入所で歯科医院に通えない人のために、歯科医師や歯科衛生士が自宅または施設に訪問し、治療を行うことです。

虫歯や歯周病など、歯と口のトラブルを抱え、口腔内が不衛生になると肺炎の原因になったり、噛む力が衰え、認知症を招く可能性があります。元気に療養生活を続けていくために、歯と口のケアをしましょう。

訪問歯科診療でできること

- 歯の検診やお口についての健康相談
- 虫歯の治療
- 義歯作成
- 歯石除去
- 義歯調整
- 歯周病治療
- 抜歯
- 摂食、嚥下リハビリテーション



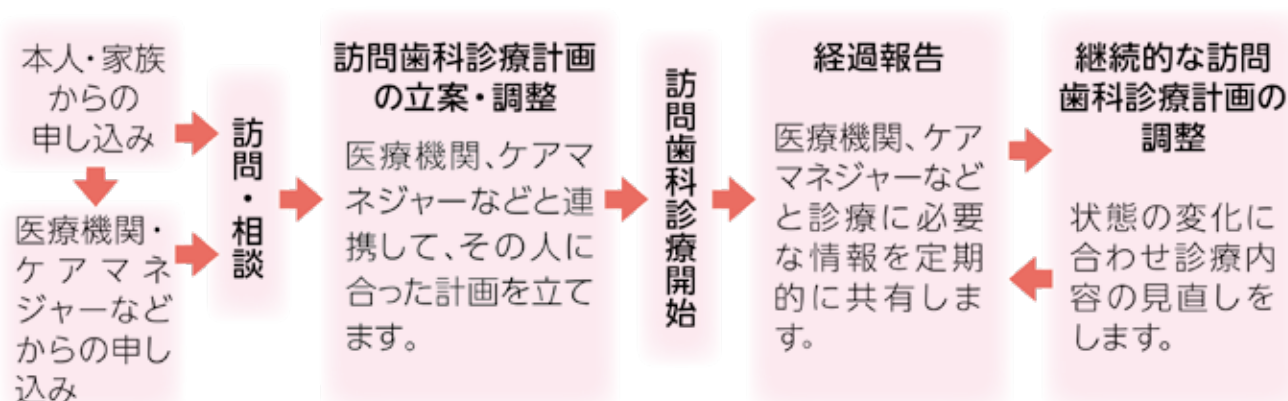
歯とお口のトラブルで困ったら…

かかりつけの歯科医師に相談しましょう。
かかりつけの歯科医師がない、またはかかりつけの歯科医師が訪問歯科診療をしていない場合は安城市在宅医療サポートセンターに相談しましょう。



歯科医師会
QRコード

訪問歯科診療のながれ



訪問服薬指導

薬のことで困ったら、かかりつけ薬局に相談しましょう

服薬治療でよく起こる問題

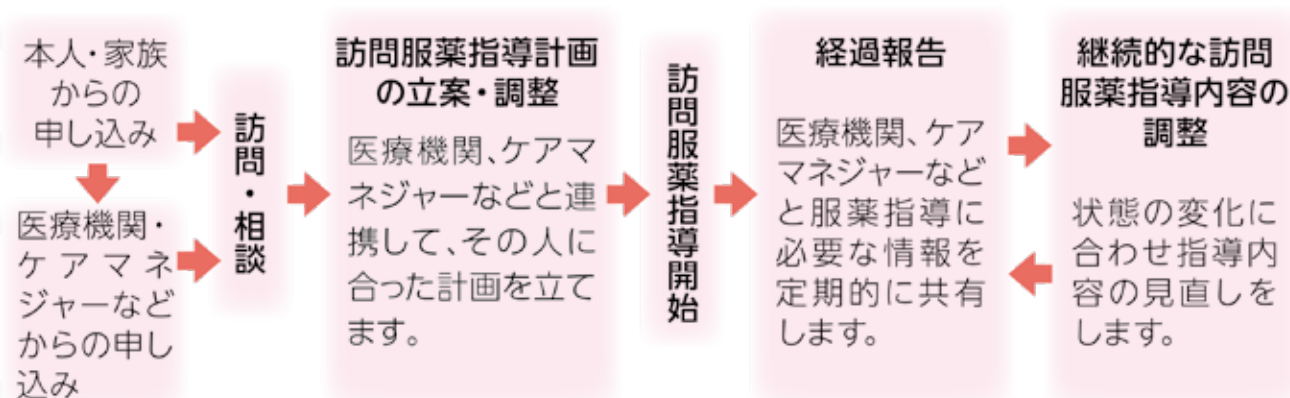
- 薬の飲み方、使い方が分からない
- 薬が飲みにくい
- 薬を飲んでも体調がよくなりません、または悪くなった
- つい飲み忘れてしまう
- 薬の種類が多い、服薬時間が守れない等服薬管理がうまくできない
- 薬を取りに行くことができない

服薬管理指導でできること

- 薬の効能・効果の説明
- 一般用医薬品や健康食品との飲み合わせ、食べ合わせの確認
- 副作用の有無の確認と医師への報告
- 薬の飲み忘れ防止のための工夫（薬剤の一包化、お薬カレンダーなど）
- 薬が飲みにくい場合の工夫と提案
- 薬歴管理、残薬管理、廃棄等
- 生活習慣の指導
- 衛生材料、医療材料、特殊な食品などの供給
- 医療用麻薬の管理とその評価（一部の薬局）
- 中心静脈栄養輸液の調剤・管理（一部の薬局）
- 医療、介護スタッフへの情報提供



訪問服薬指導のながれ



訪問リハビリテーション

「できる」を増やす支援をします

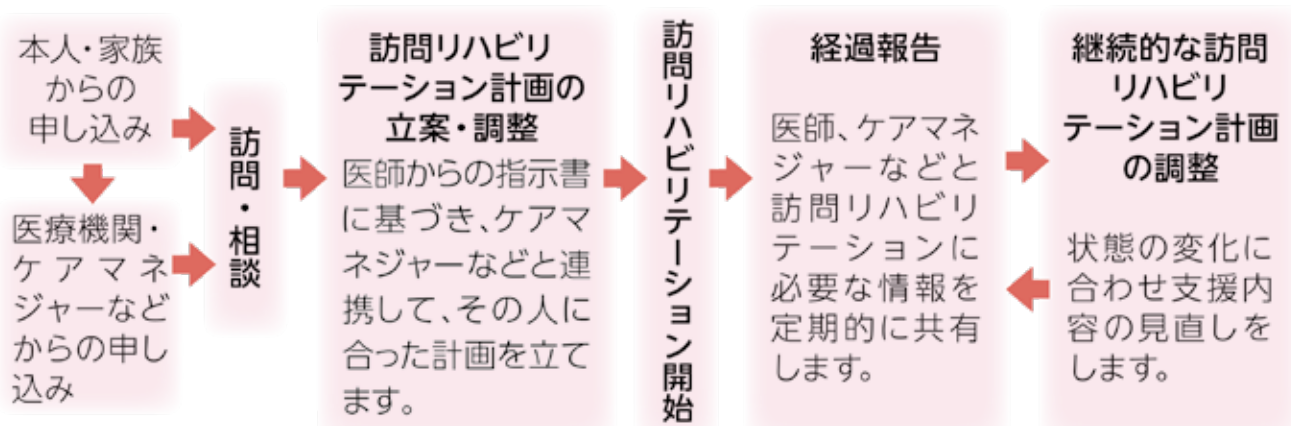
実際の生活場所で身の回りの動作、家事や趣味など、本人の「できるといいな」という気持ちを大切にします。

本人が実現したい目標を設定し、その実現に向けて個別のアドバイス、訓練や環境づくりを行うため、成果が実際の生活に結び付きやすいのが特徴です。

訪問リハビリテーションでできること



訪問リハビリテーションのながれ



訪問栄養指導

自宅での「食と栄養」に関わることを支援します

訪問栄養は食事制限や禁止を強いることはありません。ご本人や家族の食事習慣や食の満足感を尊重し、無理なく継続できる方法を一緒に考えていくことを大切にしています。

どのようなときに利用すればよいの？

- (例)
- ・退院後、どのように食事管理をすればいいかわからない
 - ・食事管理がうまくいかず、体重も減少(増加)している
 - ・治療食や介護食の作り方を教えてほしい
 - ・食欲が低下し、身体が弱ってきた

訪問栄養指導でできること

身体状況、食事習慣、栄養評価を基本に…



フレイル※予防・病態管理

- ・食事準備に関する支援
- ・病状に合わせた食事内容や形態等の支援



食欲低下、摂食嚥下障害

- ・食欲不振の要因を検討し対応を支援
- ・嚥下機能に合わせた食事内容や形態等の支援



終末期(緩和ケア期)

- ・「口から食べる」ことへの希望に沿って、食事準備や形態等の支援

※フレイルとは高齢になることで筋力や精神面が衰える状態です

訪問栄養指導のながれ

本人・家族からの申し込み

医療機関・ケアマネジャーなどの申し込み

訪問・相談

訪問栄養指導計画の立案・調整

医師からの指示書に基づき、ケアマネジャーなどと連携して、その人に合った計画を立てます。

訪問栄養指導開始

経過報告

医師、ケアマネジャーなどと訪問栄養指導に必要な情報を定期的に共有します。

継続的な訪問栄養指導計画の調整

状態の変化に合わせて指導内容の見直しをします。

これからの生き方を考えましょう

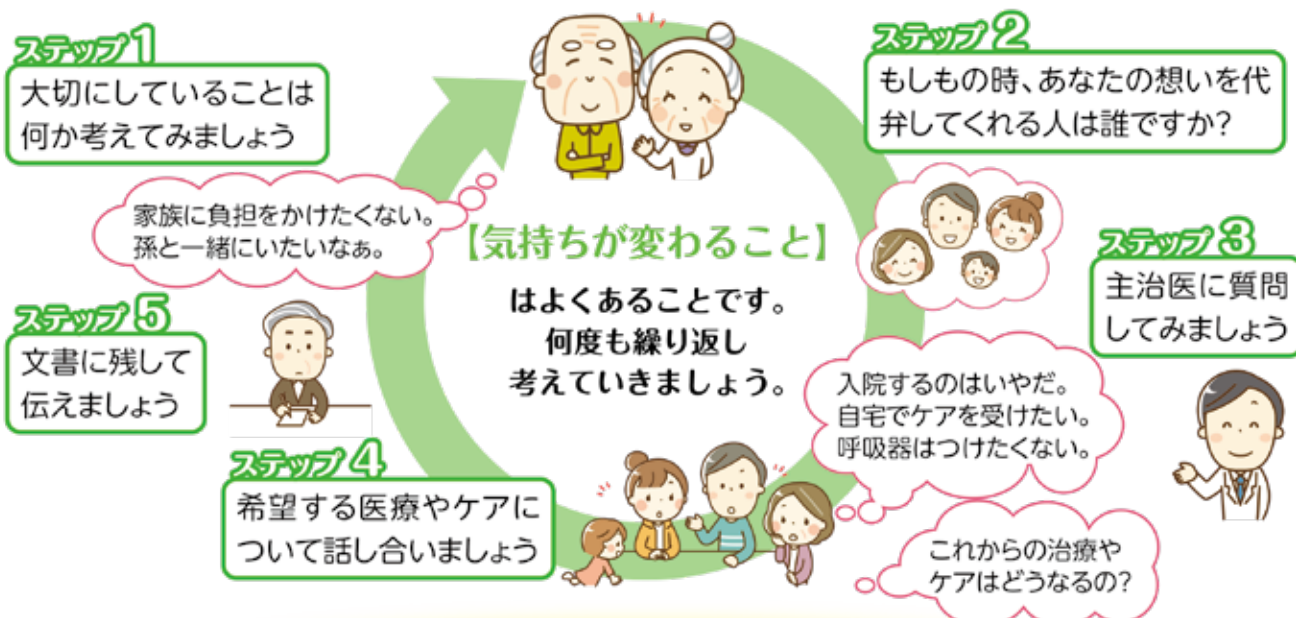
人生会議とは

自分らしく人生を生きるための取り組みです。もしもの時のために、ご自身が望む医療やケアについてみんなで繰り返し話し合い共有することです。

なぜ今、人生会議なの？

誰でも、いつでも、命に係わる大きな病気やケガをする可能性があります。そのような人生の最終段階の時に、多くの方は自分の想いを伝えられず、望む医療やケアが受けられないことがあります。

そうならないように、あらかじめ周りの人に自分の想いを伝えておくことが重要です。医療や介護の領域では、これをACP（アドバンスケアプランニング）と呼んでいます。



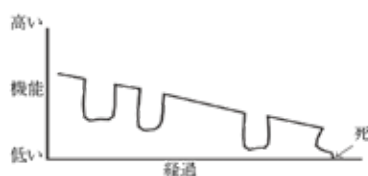
話し合った内容を大切な人に伝えて共有しましたか？

終末期の軌道

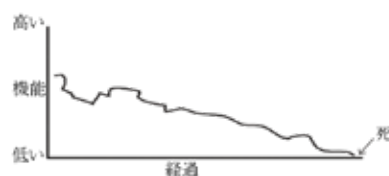
出典:Lynn and Adamson, "Living Well at the End of Life", WP-137, CA, Rand Corporation, 2003



A) がん等：
死亡の数週間前までは機能は保たれ、以後急速に低下



B) 心臓・肺・肝臓等の臓器不全：
時々重症化しながら、長い期間にわたり機能は低下



C) 老衰・認知症等：
長い期間にわたり徐々に機能は低下



厚生労働省のホームページでも人生会議について紹介されています。

・「人生会議」してみませんか



・実際にやってみよう！

「ゼロから始める人生会議」



「わたしノート」について

『わたしノート』は本人が自分の考えが伝えられなくなっても、生活する場所や関わる人が変わっても、その人の意思が尊重され実現できるように想いを書き留めておくノートです。

医療やケアの方針を決める際に、本人の想い、価値観、気がかりなどの情報は重要です。あらかじめこのノートに本人の想いを記載しておき、必要な時に医療・介護関係者と情報共有しながら支援していきます。

『わたしノート』は本人の記入を強制するものではなく、法的な効力を持つものでもありません。あくまで本人の望む医療・ケアが実践されるための手がかりです。



【ノートの特徴】

- ・全16ページで、直接書き込めるようになっています。
- ・本人に関する情報や、本人の想いを記入できるようになっています。

【記載内容】

- ・わたしの基本情報
- ・わたしの好きなもの
- ・人生の歩み
- ・わたしのこれからのこと
- ・もしものとき など

【ノートの配布場所】

- ・高齢福祉課地域支援係
- ・福祉センター
- ・公民館
- ・地域包括支援センター など



※市ウェブサイトにも「わたしノート」を掲載しています。



「わたしノート」を書く時のポイント

- ノートの各項目を埋めることが目的ではありません。
- そのように考えた「理由」が大切です。
- できる限り家族や支援者と一緒に作成しましょう。
- 状況により内容が変化しうることを意識しましょう。
- 気持ちの変化も重要な情報です。時系列に記載すると分かりやすいです。
- ノートに記載された内容を必ずしも実施する必要はありません。
- 医療やケアの方針を決める際の対話のきっかけとして活用すると良いでしょう。



自分らしく人生を生きるために、
大切なことを大切な人と話してみませんか？

【安城市の看取り体制 めざす姿】

本人が望む場所で、自分らしく最期まで今を生きる

相談窓口

●在宅医療に関する相談窓口●

安城市在宅医療サポートセンター（安城市役所高齢福祉課地域支援係内）

☎71-2264

●40歳以上の介護保険の要介護・要支援認定者、65歳以上の高齢者の相談窓口●

※お住いの地区の地域包括支援センターにご相談ください

東山	地域包括支援センターさとまち	☎96-3512
安城北	地域包括支援センター中部	☎71-0077
篠目	地域包括支援センター八千代	☎97-8069
安城南	地域包括支援センター更生	☎77-9948
安祥	地域包括支援センター松井	☎55-5355
安城西	地域包括支援センターあんのん館	☎71-3173
明祥	地域包括支援センターひがしばた	☎73-8210
桜井	地域包括支援センター小川の里	☎73-3535

●高齢者相談・支援に関する相談窓口●

安城市役所 高齢福祉課 地域支援係

☎71-2264

●障害者福祉サービスに関する相談窓口●

安城市役所 障害福祉課 障害給付係

☎71-2259

●市内の総合病院の相談窓口●

安城更生病院（医療福祉相談室）

☎75-2111(代)

八千代病院（患者支援センター）

☎33-9064

令和4年11月作成

製作 安城市役所高齢福祉課

編集協力 安城市地域ケア推進会議

安城市地域ケア推進会議を構成する部会
病院部会 医師会部会 歯科医師会部会 薬剤師会部会
訪問看護ネットワーク部会 リハビリネット部会 ケアマネット部会
デイネット部会 ヘルパーネット部会 施設部会 グループホーム部会
住まい部会 小規模多機能部会 地域支援部会 保健福祉部会

安城更生病院 八千代病院
安城市在宅医療サポートセンター