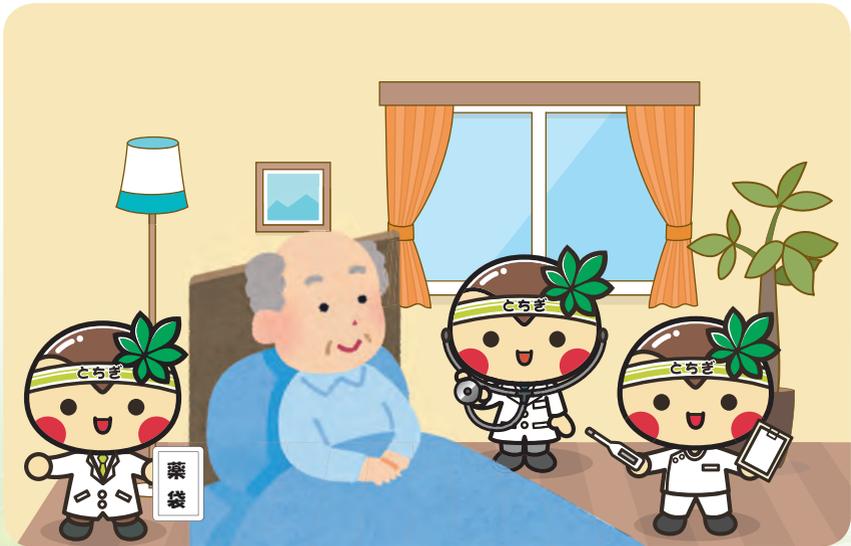


とちぎの 在宅医療ナビ



2018年12月
栃 木 県

はじめに

在宅医療は、年齢に関わらず、病気になっても障害があっても、住み慣れた地域で自分らしい生活が送れるよう、入院医療や外来医療、介護、福祉サービスと相互に補完し合いながら、患者の生活を支える医療です。

県民の約6割の方が、在宅医療を希望しているものの、その約7割の方は、家族への負担や急変した場合の対応に不安があるなど、実現は難しいと考えています。

「とちぎの在宅医療ナビ」は、平成29(2017)年10月から約半年間、21回にわたって、県民の皆様へ、在宅医療に対する不安をなくしていただくよう県内の在宅医療に携わる医師をはじめとした多職種の方たちに現状を分かりやすく解説していただき、下野新聞に寄稿したものです。

このパンフレットにより、県民の皆様の在宅医療に関する理解をさらに深めていただければ幸いです。

平成30(2018)年12月



栃木県保健福祉部長 森澤 隆

目次

| | タイトル | 頁 |
|----|--------------------------------|----|
| 1 | 今なぜ必要か ～慣れた町で自分らしく～ | 3 |
| 2 | 地域包括ケア ～希望を実現する仕組み | 4 |
| 3 | 避けられない虚弱化 ～上手な付き合い方 必要に～ | 5 |
| 4 | アドバンス・ケア・プランニング ～「もしも」に備え話し合い～ | 6 |
| 5 | 地域での看取り ～人生を尊重し、寄り添う～ | 7 |
| 6 | 緩和ケア ～豊かな生活 チームで支援～ | 8 |
| 7 | 自宅死の減少 ～多職種協働で後方支援を～ | 9 |
| 8 | かかりつけ医 ～安心支える不可欠な存在～ | 10 |
| 9 | 訪問看護師 ～心身両面で人生支える～ | 11 |
| 10 | 歯科専門職 ～「口で食べる」を支える～ | 12 |
| 11 | 管理栄養士 ～食で高める療養の質～ | 13 |
| 12 | 薬剤師 ～適切な薬物療法を確認～ | 14 |
| 13 | リハビリテーション職 ～患者の目標実現を支援～ | 15 |
| 14 | 地域包括支援センター ～在宅療養などの相談窓口～ | 16 |
| 15 | ケアマネジャー ～病院と地域つなぐ調整役～ | 17 |
| 16 | 退院支援 ～住み慣れた地域で生活を～ | 18 |
| 17 | 多様な施設 ～療養する上での選択肢に～ | 19 |
| 18 | 自宅での穏やかな最期 ～かかりつけ医持つ重要さ～ | 20 |
| 19 | 医療的ケア児 ～周囲の理解 大きな支え～ | 21 |
| 20 | アルツハイマー型認知症 ～穏やかな暮らし 継続を～ | 22 |
| 21 | 最期まで地域で ～事前に周囲と話し合おう～ | 23 |

近年、耳にすることが増えた「在宅医療」について、さまざまな立場で支えるプ

とちぎの在宅医療ナビ

1

口が分かりやすく解説する。

◇ 個人的な話になります
◇ が、私は芳賀郡内の田舎で生まれ育ちました。
思い起こすと、祖母が亡

くなった日も、祖父が亡くなった日も自宅の祖父母の部屋に両親とおじ、おば、孫たちが集まり、かかりつけのお医者さんが見守る中、静かに息を引き取っていききました。医療政策課の職員として在宅医療に考えを巡らせていると、時々その情景が浮かんできます。「在宅医療」という言葉を新聞などで目にするようになったのは、ここ10年のことではないでしょうか。た



国井隆弘課長

今なぜ必要か

だし「往診のこと?」「使っている人はいるの?」「国が医療費を減らすための道具?」など、イメージのつきりしない言葉だと思えます。

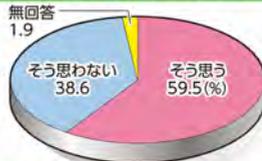
医療の目的は、病気やけがを治し、普段の生活に戻っていくことだと思えます。そのために、私たちは通院や入院により治療を受けています。その一方で、

活を続けているお年寄りや、障害とともに一生を送っている方も大勢いらっしゃると思います。そういった方々の、住み慣れた町で自分ら

慣れた町で自分らしく

しく暮らしたいという願いに応える医療、治し支える医療が在宅医療だと思えます。また、県が2015年度

長期療養が必要になり、通院が困難になった場合、在宅療養したいか。



在宅療養は実現可能だと思うか。(在宅療養を希望すると回答した人)



2015年度県政世論調査より

思うと回答されています。在宅医療をもっと身近なものにしていくことができれば、その思いは変わっていくことでしょう。これから約半年間の連載のうち、前半は主に在宅医療の仕組みなどについて、後半は実際の在宅医療の様子などについて、県内で在宅医療に実際取り組んでいる方々に解説していただく予定です。今回の企画を通じて、多くの方々に在宅医療について知っていただき、ご自分の生涯を描く上での選択肢の一つに加えていただきたいと思います。

隆弘 (県医療政策課長・国井)

住み慣れた場所ですっと暮らしたい、それは皆さんの共通の願いではないでしょうか。

日本では今までにない速さで少子高齢化が進んでいます。栃木県では人口減少の影響もあり2040年ごろに高齢化率がピークを迎



吉田昌広さん

えるといわれています。年を重ねれば、それだけ多くの病気を抱えます。また、病気がなくても何かしら暮らしにくさが生じ、誰かの手助けが必要となることも増えてくるでしょう。

ところが、高齢者が増える一方で、働き手であり、支え手でもある現役世代が減ることから、現在のよう

地域包括ケア

に病院や施設を中心とした医療・介護サービスを受けることは難しくなることを考え

られていきます。では、将来に向けて、私たちはどのような生活をイメージすればよいのでしょうか。

その答えの一つが「地域包括ケアシステム」です。簡単に言うと、自宅や高齢者施設で最期まで暮らし続けることを可能とするための仕組みです。一人一人の希望に寄り添いながら、暮らす場所が確保され、必要な医療と介護が併せて受けられる。このような仕組み

希望を実現する仕組み

作りが、現在、地域の特徴に応じて進められています。

また、自宅などでの生活を支えるものとしては、医療や介護のサービスがその

中心であることは言うまでもありませんが、ホームヘルパーによる家事援助や食



地域包括ケアシステムのイメージ図

事などの介助、寝たきり防止のための介護予防なども欠かせません。これらを担うのは、医師、看護師、介護士といった専門家だけではなくありません。老人クラブ、自治会、ボランティアなど地域に住む皆さんに、まさに「自分のこと」として参加していただくことが必要です。

自分ならどのような暮らし方をしたいか、そのために何ができるかをみんな考えてながら、地域が一丸となって進めるまちづくり。それが地域包括ケアシステムです。

（県医療政策課長補佐・吉田昌広氏）

医療の役割は、医師を用いて病気を治し、命を救うことだと考えているのではないのでしょうか。ところが、患者さんの多くは、血圧やコレステロール、糖尿病などの生活習慣病で、食習慣や運動習慣、喫煙や飲酒など生活習慣が原因だとされています。特に症状



太田秀樹医師

はありませんから、日常生活に支障ありません。心筋梗塞や脳梗塞など命に関わる重篤な病気を予防し、健康寿命を延ばすことが治療の目的なのです。「治す」というより、臨床検査値を物差しとして管理しているのです。
健康で生き生きと自立した暮らしを続け、最期は安らかに旅立ちたいと願うのが、一般的な人生観だと思います。しかし、生活習慣病をしっかり管理しても、

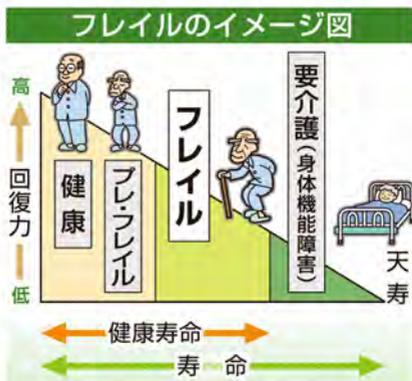
避けられない虚弱化

年を重ねると虚弱化を避けることができません。足腰が弱り、わずかな段差で転倒しやすくなります。いつの間にか食が細くなり、体重が減り、筋肉も弱ります。物忘れがひどくなるかもしれません。このような病態を最近「フレイル」、「サルコペニア」と呼ぶようになりました。

「フレイル」は弱ったという意味ですが、はかなく、むなしという負のイメージを払拭するため、日本老年医学会があえて英語で

提唱しました。「サルコペニア」は筋肉が痩せて、力が弱くなるというギリシャ語由来の医学用語です。これらが高齢者特有の病態は根本的に治すことが難しく

上手な付き合い方必要に



出典：東京大 高齢社会総合研究機構・飯島勝矢(太田改編)

く、上手に付き合い合っていく必要はありません。高齢者の増加によって、病気の概念も変わってしまったので

救命して、1分1秒長寿を目指し、発展した医学によってもたらされた超高齢社会は、「フレイル」や「サルコペニア」と対峙する医療を始め始めています。治すだけではありません。尊厳ある暮らしを支える医療が必要なのです。そして今、望むところで、自分らしく天寿を全うするために、在宅医療への期待は一層大きなものとなっているので

(医療法人アスミス理事
長・太田秀樹)

アドバンス・ケア・プランニング（ACP）という言葉が医療現場で使われるようになりました。「将来の意思決定能力の低下に備えて、患者さんや家族とケア全体の目標や具体的な治療・療養について話し合う過程（プロセス）」と定義

村井邦彦医師



されますが、簡単に言えば「もしものための話し合い」です。このプロセスでは、「もしもの時」に自分がどんな医療を受けたいか、または受けたくないか、残された時間をどのように生きるのか、人生の目標や価値観などを前もって大切な人たちと話し合い、考え方を共有することが大切です。ある70代の認知症高齢者のお話です。Aさんはご主人を亡くしてから縁側で陽なたぼっこをして過ごす

アドバンス・ケア・プランニング

時間が増え、次第にもの忘れが目立つようになりました。買い物や炊事も難しくなつたので、グループホームに入居しました。2年がたつと食事をしなくなり、介助をしても吐き出してしまいます。私は「本人の意思を推測すると、胃ろうを望むでしょうか。やらなくてもいいですか」と、40代のご長男に相談をする立場です。ご長男は「母親の命を左右する決断が自分のできるのか」と苦しみました。遠方の娘さんは兄

に任せてあります」と答えます。どのようにご家族の

「もしも」に備え話し合い

意思決定をお手伝いするのよいのでしょうか。

は、医療技術の進歩に伴うACPが必要な背景に

宇都宮市が作成した延命治療の意思表明カード

長寿があります。慢性的な病気を抱えても日常生活が送れるようになったら、人工呼吸や胃ろう、血液透析などの導入・中止の判断が難しくなりました。治す医療や延命治療が進んだ結果、「こんな最期を迎えるはずではなかった」と思う方がいます。人間の尊厳を考えれば、慢性期医療の目的は「治す・死なない」ではなく、「その人らしい生き方・家族の納得」であるべきです。人生の最期に「これでよかった」と思っていただけのように、一緒に考えていければと思っ

（村井クリニック院長・村井邦彦）

この世に生を受けたすべての人には、確実に死を迎える時が来ます。しかし死を経験した人はこの世には一人もいないので、亡くなった人にとってその死が「よい死」であったかを確かめることはできません。看護師としてこれまで多く



芦谷知子さん

の死に立ち会ってきましたが、どのような死が「よい死」なのかを時々考えることがあります。
私が看護師になったばかりのころは、延命治療中の患者さんに対し「もっと時間をかけて体をきれいにしたいあげたい。もっと話を聞いてあげたい」などの思いが募りましたが、多忙の中でそうすることができず、ジレンマを抱え働いていました。その後、訪問看護師として多くの方々と出会う

地域での看取り

中で、看護の本質ともいえる「その人を理解してほしい」ということを実感しました。
以前、「おくりびと」という映画で白装束を着せ、死化粧を施すシーンがありました。もしかすると、その部分だけを「看取り」と思っている人もいるかもしれません。しかし「看取り」はケアの延長線上にあり、ご本人にとっては歩んでこ

切にしてきた信念・価値観・尊厳や、それを理解していい家族や友人などご経過があら

人生を尊重し、寄り添う

られた人生の最終章になり、関わる時には、その人が過ごしてきた場所で大切な家族や友人と思い出を共有しながら、ご本人が安らかに



出典：ご家族のための がん患者さんとご家族をつなぐ在宅療養ガイド

人生を全うすることができるといって、ご本人や家族に寄り添うことを心掛けていきます。

自宅や病院など場所によらず死にゆく人に寄り添うことは、とても勇気が必要です。また残された人は自分たちの関わりが、これでもよかったのかと悩むこともあるでしょう。そうした時に、残された人たちの整理できない気持ちにも寄り添っていきけるよう、私たちは努めていきたいと思いま

（県看護協会とちぎ訪問看護ステーションあしかが緩和ケア認定看護師・芦谷知子）

皆さんは「緩和ケア」という言葉を存じですか。緩和ケアとは、慢性の肺疾患、心不全、老衰、がんなどの重い病を抱える患者さんやそのご家族の心や体などのつらさを和らげ、より豊かな人生を送ることができるよう支えていくケアとされています。要約すれ



趙達来院長

ば「病気に伴う心と体の痛みを和らげる」ことです。私が開業した1993年当時は、使用できる医療用麻薬はモルヒネだけで、介護保険制度もケアマネジャーも存在していませんでした。やっと訪問看護が認められた在宅医療の黎明の患者さんのご家族ががん性疼痛のご相談にお見えになった時、病院から「痛みは我慢するように」と言われたことを知り、大変驚いたことを覚えています。在宅で

緩和ケア

緩和ケアを行うには条件が厳しい時代でした。その後介護保険ができ、ケアマネジャーが調整役を担うようになつて、多職種連携が進んだこと、医療用麻薬の種類も増えたことなどから、今では病院と同様の緩和ケアが「住み慣れたわが家」でも受けられるようになっています。

在宅緩和ケアの最大の長所は、患者さんやご家族が好きなように好きなペースで自宅で過ごせることです。まさに「生活に優しい

豊かな生活 チームで支援

・支える「医療です。そしてそれを支えるのが、訪問診療医（かかりつけ医）、ケアマネジャー、訪問看護薬剤師などの多職種からな



在宅で痛み緩和のための医療用麻薬を持続的に皮下注射する患者

る在宅チームです。

私たちは在宅緩和ケアを担う医師は、在宅チームを主導しながら、がんの患者さんには副作用の少ない疼痛管理や病状変化への適切な対応を心掛け、また、非がんの老衰（認知症）の患者さんにはその療養を支えるご家族の心情や介護疲れを思いやりながら、安心して在宅療養を送れるよう頑張っています。

人生の最終段階でも「自分らしい生活」を送るにはどうすればよいのか、今日のお話があなたにとって大切な方と話し合えるきっかけになれば幸いです。

（真岡西部クリニック 院長・趙達来）



前原操副会長

在宅医療の役割の一つは、最期まで自宅等で過ごすてもらえるよう配慮することです。昭和35（1960）年以降の亡くなる場所の年次推移を見ますと、時代とともに自宅で亡くなる人は減り、医療機関で亡くなる人が増えました。

本県では自宅と医療機関で亡くなる人の割合は昭和56（1981）年に逆転しています。この逆転は全国に比べて数年遅れており、その理由を本県の医療が遅れていたためと考える人も多いようです。しかし、3世代家族の割合が多く、大家族の形態が保たれていたことから自宅で亡くなる人を見る家族がまだ十分にいたためと考えざるべきでしょう。ところが、平成12（2000）年になると自宅死の割合は全国と変わりなくなっています。徐々に家族構成が変化し、老夫婦家庭や単身世帯が増えているためではないかと思えます。この傾向は今後ますます強まることが予想されます。

自宅死の減少

これまででは医師や看護師に囲まれて病院で亡くなるのが当たり前でしたが、一人一人が尊厳を保持し、最期まで自立した生活を営めよう支えていくにはどうすべきかを考える時代になつてきています。そして今後は高齢者だけでなく、医療の必要な小児や障害者も含め地域で見ていく時代が来ます。

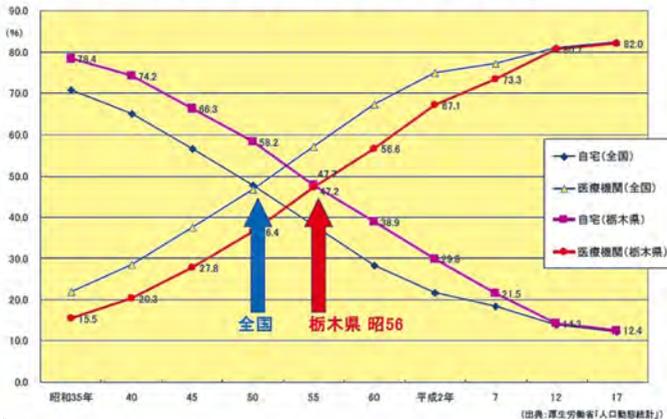
治療が終わっても、回復に時間がかかるためにすぐに自宅等に戻れないことがあります。また、家族の介護疲れ等から自宅で看取ることに困難になり、入院が必要になる場合もあります。このような後方支援の仕組みは、患者さんや家族が安心して療養を続けていくために不可欠です。

多職種協働で後方支援を

医療、介護や福祉のさまざまな職種、関係機関が互いの役割を理解した上で補い合いながら協働し、地域での暮らしを支える。これが今の在宅医療の姿です。

（県医師会副会長・前原操）

自宅と医療機関で死亡する者の年次推移



24時間365日対応を掲げて在宅医療を提供する医療機関の一つに在宅療養支援診療所というものがあります。これは在宅医療を推進するために2006年度に制度化されたものですが、思うようには広がっていません。いつでも対応してもらえらるというのは在宅



前原操副会長

療養をする上で心強いものですが、医師1人で全ての診療を行っている診療所にとつて、その負担はとても大きいからです。そこで在宅医療の担い手として「かかりつけ医」の存在が注目されています。理想的なかかりつけ医とは、在宅医療を実践するだけでなく、患者中心の医療、継続性を重視した医療、社会的な保健・医療・介護・福祉活動等地域の特性に応じた医療を実践する医師の

かかりつけ医

ことです。

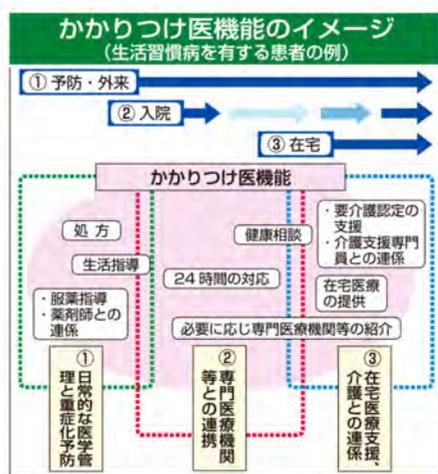
イギリスの家庭医のようにかかりつけ医が制度化されている国もありますが、日本では専門医等の有無を問わず、また制度化もされていないという特徴があります。そのため、日本医師会は研修制度を設け、かかりつけ医として地域で活躍する医師を増やす取り組みを進めています。

今でこそ約8割の方が病院で亡くなっていますが、かつて大半の人が自宅で亡

安心支える不可欠な存在

くなっていたころ、その看取りを行っていたのはいわゆるかかりつけ医です。ま

た、これからの地域包括ケア時代には、医療・介護・福祉の多職種が協働しながら、看取りも含め在宅療養を支える体制が必要です。その体制づくりにおいては、か



かりつけ医やかかりつけ医を束ねる都市医師会等がリーダーシップを発揮することが求められています。在宅療養のきっかけは、徐々に外来通院できなくなった、あるいは、具合が悪くなって入院した後在宅医療が必要になったなど人それぞれです。しかしながら、患者さんの日々の様子やこれまでの経過等を理解し、最後まで長く診てくれるかかりつけ医がいれば、安心して在宅療養を始めることができます。ぜひ、皆さんご自身にとって何でも相談でき、身近で頼りになるかかりつけ医を見つけてください。

(県医師会副会長・前原操)

病気になるったり、身体が自由が利かなくなったりして医療の支えが必要となったり、あなたはどこで療養したいと思えますか。病院施設、自宅などさまざまな選択肢がある中で、「住み慣れた自宅で自分らしい生活を送りたい」とそんな選択をされた時、訪問看護師が生活の場へ向向き、安心

して療養が続けられるよう医療と生活の両面から訪問看護サービスを利用する方を支えます。

ある日の訪問看護の様子です。利用者さんは胃がんの末期状態の70代男性です。重い呼吸の障害があり、自宅で酸素の吸入をする治療を行っています。奥さまが仕事に出ているため、日中は一人で過ごされています。その日は、身体の清潔ケア、着替えを行いながら、食事や排せつなど健康状態



宮崎照子さん

訪問看護師

を確認するため、利用者さんから話を伺いました。訪問した際の利用者さんの状態や状況の変化については、事業所に戻ってから診療所の主治医に報告します。主治医との連携を密にすることは、訪問看護においてとても重要なことです。

また利用者さんから「外出したい」との希望がありましたので、ケアマネジャーに相談することになりました。訪問看護師は必要とされる医療処置や療養上のお世話をするだけでなく、利用者さんやご家族の希望や不安な気持ちを酌み取り、

心身両面で人生支える



利用者の自宅ベッドで洗髪する訪問看護師

精神面でのケアを行ったにつなぐなどして、最もよき形で在宅ケアサービスが

提供できるよう支援します。

訪問看護師は利用者さんの生活の場で看護を行い、生活の背景や家族関係、喜びや生きがいについても深く理解することで、利用者さんの人生そのものを支えます。

さまざまな利用者さんの思い、ご家族の思い、療養の形があると思います。最期の時まで家で過ごすことにならなくても、訪問看護師は、利用者さんやご家族がこれでよかったと思う人生を過ごせるよう、寄り添っていきたいと思っています。

（県訪問看護ステーション協議会事務局長・宮崎照子）

年齢別の歯科受療率を見ると、70〜74歳をピークとして、その後は急速に低下するという実態があります。また、厚生労働省の調査によると、要介護者の約9割が何らかの歯科治療を必要とするにもかかわらず、実際に受診した人は3割弱しかないという事実も明らかになっていま

印南秀之理事



す。
この理由としては、①外来（チエアーサイド）診療を中心に、連続して何回もの通院を必要とする現在の歯科医療提供体制では、要介護者や高齢者にとって負担が大きい②歯の喪失などで咀嚼や嚥下（かんだり飲み込んだりすること）の機能が低下しても、仕方ないと諦めてしまう傾向がある③在宅での歯科治療や口腔のケア（歯や入れ歯・舌・粘膜等の清掃、歯肉等のマッサージ、口腔内の乾燥

歯科専門職

予防等）に対する要望は高まっているものの、在宅歯科医療の認知度はまだ十分とはいえない④など、さまざまな要因が考えられます。

「食えること」は、人間が生きていく上で最も基本的な機能の一つであり、生活の質の維持・向上に深く関わってきます。また、咀嚼や嚥下の機能を維持することや口腔のケアは、高齢者の低栄養状態の改善や肺炎の予防などにつながるとされています。

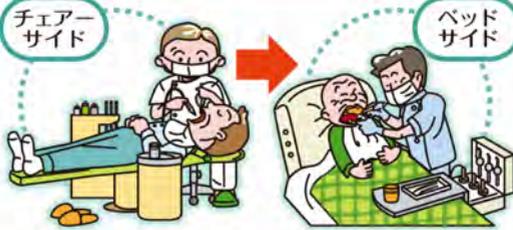
高齢者を対象とした口腔保健活動の一つに「802

0運動（80歳になっても自分の歯を20本以上保つこと

「口で食べる」を支える

を目標とするスローガン）の1989年には、その達成率が1割以下でしたが、

地域包括ケアにおけるかかりつけ歯科医の役割



チェアーサイドにおける外来診療からベッドサイドでの在宅診療まで継続的な歯科医療の提供と食への支援

出典：日本歯科医師会雑誌 地域包括ケアにおける在宅歯科医療・細野純(印南改編)

2016年には5割を超えるようになりました。

これからは「8020運動で残した多くの歯を、歯科医院への通院が困難となったときにどう守っていくか」が大きな課題です。この課題解決に向け、私たち歯科医師会では、在宅においても途切れることなく歯科医療を提供できる体制づくりを進めているところです。ご自宅や施設・病院等で療養中の方で歯科医院に通院できずにお困りの際は、かかりつけの歯科医に相談するか、とちぎ在宅歯科医療連携室（028・648・0750）にご連絡ください。
（県歯科医師会理事・印南秀之）

食べることは生きる上で
の原点であると思います。
食べることが体を作るため
に必要なだけでなく、人生
において大きな喜びや希望
にもなります。このことは、
通院が困難なために自宅で
療養されている方や病気の
治療のために食事制限や
特別な食事が必要な方にと
っても等しく言えることで

す。
高齢者では、歯やお口の
問題や病気等によって食べ
る力が弱くなることや、う
つや認知症、独居や介護力
不足といった心理社会的な
要因等により食事が十分に
取れないということがしば
しばあります。栄養が不足
すれば、当然体は弱ります。
転んで骨折しやすくなる、
抵抗力が落ちて回復が遅く
なるといった高齢者の虚弱
（フレイル）には、栄養・
食事の問題が大きく関わっ
ているのです。

岩本啓子さん



管理栄養士

在宅療養されている方の
お宅へ栄養相談に伺うと、
必要以上に食事を制限して
いたり、どんな食事を作れ
ばよいか分からず困ってい
たりすることが少なくあり
ません。食事の形態が合わ
ないために食べたくても食
べられず、食を十分に楽し
めていない方も多く見掛け
ます。

私たちが在宅訪問管理栄養
士の仕事は、高齢者や在宅
療養をされている方などが
安心して食事を楽しむこと
ができ、また、十分な栄養
が取れるよう、調理の負担
なども考慮して支援するこ
とです。

食で高める療養の質

栄養が取れていないと、と、リハビリの効果も見込
生命の維持はもろろんこのめません。療養生活の質を



管理栄養士（右）の指導の下で食事を取る在宅療
養者

維持・向上するためには、栄
養の側面からも在宅医療に
携わる多職種の方々と連携
を図ることが必要です。在
宅療養中であつても楽し
く、おいしく食べられるよ
う、また元気に過ごせる時
間が長く続くよう、一人一
人の生活や考え方に寄り添
い、食を生きがいにつなげ
る支援を続けたいと思つて
います。

在宅療養中の食事の形態
や献立、調理方法等でお困
りの際は、かかりつけの医
師や訪問看護師、または
県栄養士会栄養ケアステ
ーション（028・6334
・3438）にご相談くだ
さい。

（村井クリニック管理栄
養士・岩本啓子）

とちぎの在宅医療ナビ

12

在宅医療を必要とするかどうかにかかわらず、高齢者は、加齢とともに複数の疾患を合併する確率が高くなる。それに伴い、服薬する医薬品の数も多くなる傾向があります。



大澤光司会長

ている場合や複数の薬局から薬をもらっている場合、お薬手帳を適切に活用していないと、似た効果の薬や飲み合わせのよくない薬を服用するリスクが発生します。飲み忘れの危険性も高まります。さらに、視力の低下や嚥下（飲み込み）障害等によりお薬の自己管理や服用に対する支援が必要なケースが増えてきます。

そのような場合、家族が

薬剤師

患者本人に代わって医薬品の管理を行うことができればまだよいのですが、最近では高齢者の1人暮らしが増加し、それも難しい状況になりつつあります。また高齢者は加齢による腎臓や肝臓などの機能の低下に伴い、薬の効果に影響が出る場合があります。従って、高齢者の服薬に関してはこれらの影響を考慮した管理を行うことが重要です。

在宅医療に携わる薬剤師の具体的な業務としては、薬はないか、薬物療法の医師の意図した通りに行われているかを確認します。併せて、お薬によって副作用が起これないか、副作用が起これないかも確認します。

また、他

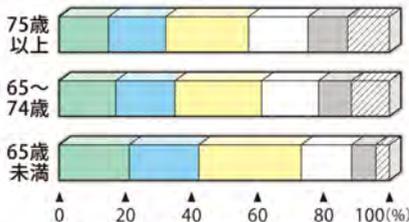
適切な薬物療法を確認

医師の指示通りにお薬が飲

められているか、飲み残しのお薬局で購入した一般用医薬品の医療機関からの処方薬や品（OTC薬）、健康食品等を確認して、お薬への悪

処方箋1枚あたりにおける薬剤の数

1種類 2種類 3~4種類 5~6種類 7~8種類 9種類以上



出典：社会医療診療行為別調査(2005年6月審査分)

影響がないかをチェックします。そして、お薬が指示通りに飲めていない場合、医師と情報共有して、より飲みやすい方法を検討します。具体的には用法やお薬の形（錠剤、粉薬等）の変更を提案したり、服用するタイミング（朝、昼、夕など）ごとに1袋にまとめる「一包化」などについて検討します。

もしお薬についてお困りのことがありましたら、現在お薬をもらっているかかりつけ薬局、薬剤師までお気軽にご相談いただければ幸いです。

（県薬剤師会長・大澤光司）

リハビリテーションと聞く、病院で行う「機能回復訓練」を思い浮かべる人が多いと思います。語源をたどると、「リ」は「再び」、「ハブリス(habris)」は「人間にふさわしい、人間に適した」であり、「再び人間にふさ



南雲光則副会長

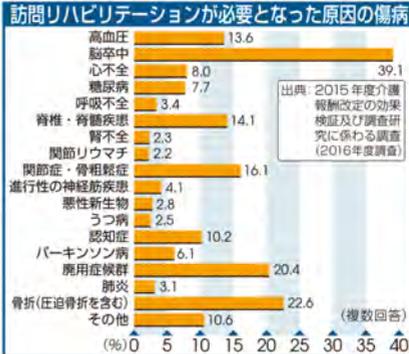
訪問リハビリテーション(訪問リハ)は、病院を退院した方、フレイル(虚弱)や健康状態の悪化により生活に支障を来して通院が困難な方等が対象です。病気や障害がありながらも自分らしく暮らすことができるように、住まいに向いて専門的な支援を行います。具体的には、医師の指示の下、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の国家資格を有したリハビリ専門職種が健康状態を把握し、多種と協働して心身機能(話す、聞く、飲み込む、手足の動きをスムーズにする、筋力を付ける、バランスを取るなど)の改善、生活活動(寝る、起きる、立ち上がる、歩く等)の基本的動作と食事・排せつ・入浴・更衣・整容等の身の回り動作の活性化や社会参加(通学・趣味・旅行・仕事等)を促しています。訪問リハを必要とする理由

患者の目標実現を支援

院した方、フレイル(虚弱)や健康状態の悪化により生活に支障を来して通院が困難な方等が対象です。病気や障害がありながらも自分らしく暮らすことができるように、住まいに向いて専門的な支援を行います。具体的には、医師の指示の下、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の国家資格を有したリハビリ専門職種が健康状態を把握し、多種と協働して心身機能(話す、聞く、飲み込む、手足の動きをスムーズにする、筋力を付ける、バランスを取るなど)の改善、生活活動(寝る、起きる、立ち上がる、歩く等)の基本的動作と食事・排せつ・入浴・更衣・整容等の身の回り動作の活性化や社会参加(通学・趣味・旅行・仕事等)を促しています。訪問リハを必要とする理由

由は多岐に渡り、医療保険や介護保険で利用できず、呼吸を楽にする、最期まで口から食べられるようにする等のため、末期がんなど人生の最終段階(終末期)であっても利用されることがあります。また自宅で安全に暮らせるよう、車いす等の福祉用具の提案や屋内の手すりの設置等生活環境の調整に関するアドバイスも行います。

由は多岐に渡り、医療保険や介護保険で利用できず、呼吸を楽にする、最期まで口から食べられるようにする等のため、末期がんなど人生の最終段階(終末期)であっても利用されることがあります。また自宅で安全に暮らせるよう、車いす等の福祉用具の提案や屋内の手すりの設置等生活環境の調整に関するアドバイスも行います。



年齢を重ねれば、誰しもの体の機能は弱くなり、身の回りのことをするにも困難が生じます。訪問リハは、在宅療養を支える重要な役割を担っています。(理学療法士会副会長・南雲光則)

自宅での療養や介護が必要になったら、みなさんはどこに相談しますか。そのような時に窓口となるのが地域包括支援センターです。保健師、社会福祉士、主任ケアマネジャー等の資格を持った職員が配置され、介護保険や福祉サービス、



池澤守理事

介護予防、認知症、権利擁護等、高齢者の生活に関するさまざまな相談に応じる総合相談窓口です。センターでは、相談に来た方から詳しくお話をお聞きし、心配事や困り事、受けたい支援やサービスを確認した上で、必要な情報を提供したり、円滑にサービスが利用できるよう支援したりします。電話や来所による相談以外に、必要に応じて自宅や病院などを訪

地域包括支援センター

なサービスが利用できるよう支援を行います。もしケ

ムにおいては医療と介護・福祉の連携だけでなく、住民同士の助け合いや見守

在宅療養などの相談窓口

問することも可能です。また、相談はご本人でもご家族の方でも行うことができます。例えば脳卒中で入院したご高齢の方が退院後は自宅で療養したいと思った時、センターは病院のソーシャルワーカー（相談員）や退院後の支援を担当するケアマネジャーなどと連携し、自宅での介護や療養上の注意点を、ご本人やご家族の意向等を踏まえ、ホームヘルプサービスや訪問看護等が必要

アマネジャーが決まっている場合ではない場合には、選ぶところからお手伝いします。また、センターは個々の利用者に対しては、あ

地域包括支援センター



こんな時には、ご相談ください。

- 近くに心配な高齢者がいる
- 認知症について知りたい・予防したい
- 高齢者の福祉サービスについて知りたい・利用したい
- 介護保険サービスについて知りたい・利用したい
- 要介護状態になるのを予防したい(介護予防)

り活動、ボランティア活動との連携も重要な要素となります。センターはこのシステムと地域住民を結びつける役割も担います。併せて、地域における医療と介護の連携がより円滑に行われるように働き掛けていくことも、センターの重要な役割の一つだと考えています。

センターには担当する地域が決まられています。どのセンターに連絡すればよいか分からない場合には、お住まいの市町にお問い合わせてください。

(県地域包括・在宅介護支援センター協議会理事・池澤守)

ケアマネジャー（介護支援専門員）は、介護を必要とする高齢者等の相談に応じ、心身の状況や置かれている環境などを十分に踏まえ、適切なサービスを利用できるよう、市町やサービス事業者との連絡調整など

を行う専門職です。例えば、自宅で点滴やたんの吸引、酸素吸入を必要とするような医療依存度の高い方の在宅療養を支援するには、介護だけでなく医療や福祉制度に関する幅広い知識が必要です。そのため、ケアマネジャーになるためには、医師、看護師、社会福祉士、介護福祉士等の資格を持ち、5年以上の実務経験を積んでいることが受験要件になっています。



山本晃子 理事

ケアマネジャー

す。 社会保障制度改革国民会議報告書にあるように、高齢者や慢性疾患等の多い社会において、医療は「病院完結型」から地域全体で治し支える「地域完結型」へと変わることが求められています。「医療から介護へ」、「病院・施設から地域・在宅へ」という流れの中で、入院日数は短くなる傾向にあります。退院までの日数が少ない中で、退院後の生活に困ることのないよう調整し、計画を立てます。また、介護サービスの利用を始める際には、関わる担当者間の調整をし、利用者の目まっとうに集まってもらい、利用者本人や家族を含めて「サービス担当者会

病院と地域つなぐ調整役

支援して行くということも私たちの重要な仕事で「議」を開きます。会議では、利用者との課題や今後の目標、サービス内容などを共有するだけでなく、課題の



サービス担当者会議のイメージイラスト

解決に向けて話し合ったりします。在宅医療を受けている方の場合には、主治医にも出席してもらえようように訪問日に合わせて開催したりもします。ケアマネジャーは医療と介護をつなぐ重要な役割も担っているのです。

私たちは住み慣れた地域で一人一人がその暮らしを暮らしを最期まで続けられるよう調整や支援をしたいと考えています。介護サービスの利用を希望される場合は、お住まいの市町の介護保険担当課やお近くの地域包括支援センターにご相談ください。

（とちぎケアマネジャー
協会理事・山本晃子）

1人暮らしの父が急に倒れたことがあります。入院し、安心してのもつかの間、医師から病状、治療予定、予測される退院時期や状態について説明を受けました。退院後のことをまた考えていかなかった私は、めまいにも似た思いがしたことを覚えていきます。自宅生活

塚本友栄委員長



はもう難しいと思ったからかもしれません。「1人でトイレに行けるか」「家の中の段差を越えられるか」「菓をきちんと飲むか」「家に閉じこもっていたら気持ちらが沈まないか」「熱が出たらどうするか」など、退院と聞くと患者・家族は少なからず不安になります。医療・介護の多職種による支援を活用し、患者・家族が「これなら大丈夫かも」

退院支援

と思つて退院できるような入院早期から退院後の生活を予想して必要な準備を始める、それが退院支援です。

そのために、入院早々看護師を中心に医師、薬剤師、理学療法士、栄養士等がチームになり、取り組むべき課題を明らかにします。また、患者・家族がどこでどのような療養生活を送りたいと考えているのかを尋ね、退院先を決める上で必要な情報を提供しながら、その決定を支えます。

住み慣れた地域で生活を

自宅退院の場合は、病院域のケアマネジャー、訪問看護師等が一堂に会し、どの状態に合った療養ができて



院内スタッフによる退院前カンファレンス

るのか話し合います。実際に理学療法士や看護師がご自宅を訪問して、療養環境を確認することもあります。

入院早期から退院支援に取り組むことで、不必要な入院の長期化が避けられます。特に高齢者は生活機能が低下しやすく、適切なタイミングで退院することが重要です。

患者・家族が安心して退院でき、住み慣れた地域で生活していけるよう、多職種協働による退院支援をさらに推進していきたいと思

います。
(県看護協会在宅医療地域連携体制構築委員会委員長・塚本友栄)



17

在宅医療・介護という言葉で使われる「在宅」とは、自宅で受ける医療・介護と考えられがちですが、自宅イコール在宅というわけではありません。介護保険制度が導入されてから多様な施設やサービスができましたが、その中には在宅と分類されるものがあります。

たとえば有料老人ホームやサービス付高齢者向け住宅における特定施設（介護付きと呼ばれるもの）や認知症対応グループホームなどは、在宅介護が受けられる住まいとして位置付けられています。また、特別養護老人ホームや老人保健施設等で受けるショートステイ、デイサービス（通所介護）、デイケア（通所リハビリ）なども在宅介護としての介護保険給付対象になっています。

松永安優美副会長



多様な施設

それぞれの施設には、専門の介護・看護・リハビリの職員が常駐し、食事も栄養士による献立の配慮があり、病気や飲み込む力の状態に応じて個別に対応したり、日常生活の中で介護・リハビリ・レクリエーション等を行ったりしています。

一方、長期入所療養介護施設としては、特別養護老人ホームや老人保健施設があります。老人保健施設に

老人保健施設でリハビリをする利用者



療養する上での選択肢に

は専門スタッフの他に医師が常駐し、診察、治療も行っていきます。もともと老人保健施設は、病院を退院し

て自宅に戻る前に少しでも日常生活が自力でできるようになるためにリハビリ目的で入所する「中間施設」に伴いその役割も変化し、

現在では在宅医療・介護を支える重要な受け皿になっています。

医療・介護が必要な独居の方や高齢者世帯、同居家族がいても仕事や病気などで介護が難しい場合など、さまざまな事情に応じた利用が可能です。

先の見えない中で自宅での医療・介護を続けることに不安やつらさを感じていらっしゃる場合には、老人保健施設、特別養護老人ホームや在宅介護が受けられる特定施設などを利用することも、安心して療養を続ける上で選択肢の一つになると考えます。

（県老人保健施設協会副会長・松永安優美）

「家で亡くなると警察が来るって言うから、息が止まりそうなのを見て、慌てて救急車で病院に連れてっていただき」。こんな話を聞いたことはありませんか。この記事を読みながら、うなずいている方もいらっしゃるかもしれませんが、自宅で亡くなることで、警察が来るのでしょうか。



早川貴裕主査

自宅で穏やかに最期を過ごすにはどうすればよいのでしょうか。
 一般に、警察を呼ぶ必要があるのは、亡くなった原因(死因)が分からない、あるいは事件性が疑われる場合です。裏を返せば、どこで亡くなるのかも「死因は〇〇病」とか「老衰です」と医師に診断してもらえないのであれば、そんな必要はないということです。
 けれども、医師にしてみれば、普段診たことのない人のお宅に急に伺って、その死因を的確に診

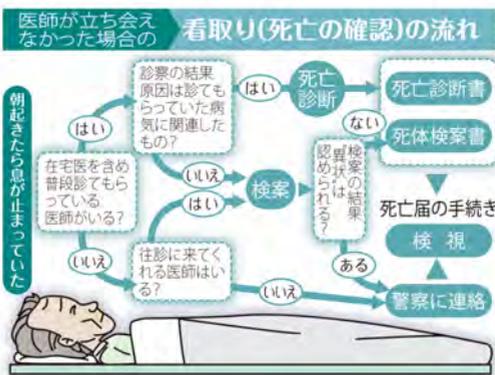
自宅での穏やかな最期

断したりすることは容易ではないと思います。一方で、持病や経過を十分に知っていれば、たとえ息を引き取る瞬間に立ち合っていないなくても、病気などによる自然の成り行きかどうか判断することはできます。要は、いつも診てもらっていると言えるかかりつけ医を持つこと、そしてもしもの時について相談しておくということがポイントです。

のもあれば、脳卒中や心臓停止のように予期せず起こ

かかりつけ医持つ重要さ

り、命に関わることもある「急変」もあります。また、死期が近づくと、あえぐような息をしたり、呼び掛け



ても反応が乏しくなったりといった自然の変化も生じます。
 どんな原因であれ、容体が変われば、近くで見ている方々はとても不安になると思います。そんな時、すぐに相談できる訪問看護師やかかりつけ医がいると心強いです。また、適切な指示や助言があれば慌てずに済むかもしれません。

自宅で亡くなることが身近でない時代だからこそ、死や看取りについて知っておくこと、いざという時にどうしたいかをみんなと話し合っておくことが、穏やかな最期を迎える上で重要なことだと思います。
 (県医療政策課主査・早川貴裕)

日常的に人工呼吸器や胃ろう等を使用し、たんの吸引や経管栄養などの医療的ケアを必要とするお子さんがいます。最近では医療的ケア児と呼ばれており、みなさんも、新聞やテレビなどでご存じかも知れません。

県内には、20歳未満の医

療的ケア児が361人暮らししていると言われていました(県調査、2016年10月現在)。その状態はさまざまで、酸素を吸入しながら歩きまわるお子さんもいれば、寝たきりで数時間おきのケアが必要なお子さんもいます。

人工呼吸器を着けたお子さんは、大きな病院に受診することが多く、移動に時間がかかりました。そればかりか、人工呼吸器やたんの吸引器が必要となりますので、大きな車や介助者の同



鈴木悦子 副主幹

医療的ケア児

乗が必要で、両親だけでお子さんの療養と家族の暮らしの両方支えるのはとても大変ですが、実際には、こういったお子さんの子育てが両親だけの力で行われていることも少なくありません。

医療的ケア児やその家族を支えるため、県では身近な地域で外来診療や訪問診療を行う医師や訪問看護師を増やすための研修会の開催や、家族の介護疲れを軽減するための一時預かり(レスパイト)の充実などに取り組んでいます。しかし、療養生活の負担

周囲の理解 大きな支え

を軽くしていくためには、行政や医療福祉の取り組み

だけでは足りません。暮らしの中で直接接する機会のある人たちによる理解や気の遣い、援助なども大きな支



医療的ケアを必要とする子どもの自宅での様子

えになります。

高齢者を主な対象として進められている、本人が望む暮らしを地域全体で支え合う仕組みづくり、いわゆる地域包括ケアシステムを医療的ケア児にも広げて行かなければなりません。

また、子どもは成長・発達しますので、保育・学校さらには就業といった面からのサポートも今後充実させる必要があります。

みなさんには、医療的ケア児について知っていただき、可能な限り本人、家族に目を向けていただければと思います。みなさんからの一言がこうしたお子さんや家族にとって大きな支えになるはずです。

(県医療政策課副主幹・鈴木悦子)

「長寿は人類の願いで、「寿」はおめでたいという意味です。医学や科学技術の進歩などにより、日本は世界一の長寿社会を迎えました。しかし、長寿ゆえにもたらされた負の側面

も目を向けねばなりません。元気なのに、ものを覚えたり、理論的に考えたりする機能が低下するという認知症もその一つです。中でもアルツハイマー型認知症の発症は、加齢による避けられない現象です。老眼になったり、しわができた、髪の毛が白くなったりすると同じで、入院して治療する病気ではない



太田秀樹理事長

アルツハイマー型認知症

と考えられるようになってきています。だから認知症患者ではなく「認知症の人」と表現することが増えていきます。現在高齢者の7人に1人が認知症で、県内にも8万人以上いるといわれています。軽度認知障害(MCI)も入れると、その数はもっと

と考えられるようになってきています。だから認知症患者ではなく「認知症の人」と表現することが増えていきます。現在高齢者の7人に1人が認知症で、県内にも8万人以上いるといわれています。軽度認知障害(MCI)も入れると、その数はもっと

と多くなり、2025年には高齢者の5人に1人が、また85歳を超えると2人に1人が認知症になると推計するデータもあります。健

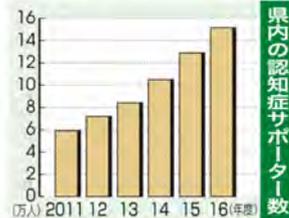
康的な生活を心がけて、長寿を手に入れたとしても、自分自身やご家族が認知症となる可能性は高く、決して人ごとではありません。そこで、社会全体で認知症への理解を深めてもらうと05年度から全国で「認知症サポーターキャラバン」という活動が始まり、

穏やかな暮らし

本県でも自治体や企業等が、住民や従業員を対象に認知症の人やその家族の応援者となる「認知症サポーター」の養成に取り組みでいま

たとえ認知症になっても、住み慣れた街で尊厳を守られて幸せな人生が送れるように、さまざまな取り組みが行われているのです。アルツハイマー型認知症の進行を遅くする薬の研究は進んでいます。根本的に治すことはできません。最も有効な認知症ケアは、その人らしく、穏やかな暮らしを継続することなのです。皆さまが認知症の人を正しく受け入れ、徘徊してもそれが散歩に変わる優しい街になると安心です。(医療法人アスミス理事長・太田秀樹)

継続を



また、研修を受けた医師を中心とした「とちぎオレンジドクター(もの忘れ・認知症相談医)」を県医師会とともに登録しています。

「ピンピンコロリ」という言葉があります。人生を長く元気で過ごし、あまり苦しむことなく最期を迎えるという生き方を指すものですが、実際はどうでしょうか。

山本圭子部長



本県の平均寿命（2015年）は男性が80歳、女性が86歳です。一方、日常生

活が健康上の問題で制限されることのない期間とされる「健康寿命」（2016年）は男性が72歳、女性が75歳です。この二つの寿命の差、男性で9年間、女性で11年間は、健康上の問題を抱え医療や介護を必要とする可能性が高いということです。

皆さんには、健康寿命と平均寿命の差をできるだけ短くするよう、普段から健康づくり、介護予防に積極的に取り組むとともに、も

最期まで地域で

し自分が動けなくなったらどこで医療や介護を受けるのか、かかりつけ医やご家族などと相談しながら考えていただきたいと思えます。

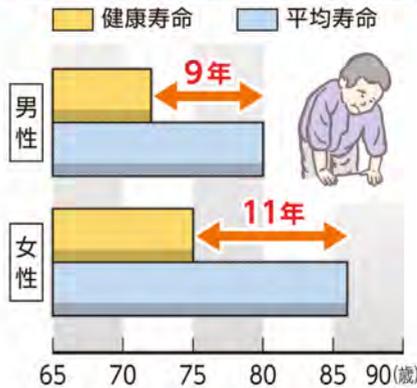
県の人口は2005年をピークに減ってきていますが、高齢者の人口はこれからも増え続けるとされています。15年には県民の4人に1人が高齢者でしたが、35年には3人に1人にまで増加する見込みです。医療や介護を必要とする方が増

える一方で、社会を支える若い世代は減り続けます。これからは地域で暮らし

事前に周囲と話し合おう

続けていくために、自分ができることから取り組む発想を私たち一人一人が共有できるように、自分ができることが重要です。地域の見守りや子育て支援など、できることがあるかもし

日常生活に制限のある期間



れません。症状の軽い、重いによらずみんなが病院に殺到してしまえば、重症な方や救急医療を必要とする方がいざという時入院できなくなるといふ事態も生じます。入院しなくても、外来診療や在宅医療で十分に対応できる病気や状態もたくさんあります。事前に十分な話し合いをしておくことで、自宅や施設で安らかな最期を迎えることもできます。県としては、市町や関係団体・機関と協力して「とちぎで暮らし、長生きしてよかった」と思える環境づくりに一層取り組んでいきたいと思えます。

(県保健福祉部長 山本圭子)

栃木県からのお知らせ

在宅医療において積極的な役割を担う医療機関について

栃木県では、多職種と協働し、積極的に在宅医療を提供する医療機関を「在宅医療において積極的な役割を担う医療機関」として、栃木県保健医療計画（7期計画）別冊^{*}に掲載し、県ホームページにおいて公表しております。

在宅医療サービスを行っている医療機関を探す際に参考にしてください。

「在宅医療において積極的な役割を担う医療機関」には、

(1) かかりつけ医療機関

(2) 在宅療養支援に係る医療機関

の2種類があり、所定の要件^{*}をすべて満たした場合に県に届出することによって認定されます。

^{*}栃木県ホームページを御参照ください。

・ 栃木県保健医療計画 別冊

<http://www.pref.tochigi.lg.jp/e02/pref/keikaku/bumon/hokeniryou7.html>



・ 所定の要件

http://www.pref.tochigi.lg.jp/e02/kinoubetu_iryokikan_zaitaku.html



在宅医療において積極的な役割を担う医療機関について

| | 役 割 | 医療機関 |
|------------------------------|--|--|
| (1) かかりつけ 医療機関 | ・ 地域の身近な医療機関として、在宅医療の提供や在宅療養上の支援を行う役割を担います。 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 病院 ・ 診療所 ・ 歯科診療所 ・ 訪問看護ステーション ・ 薬局 |
| (2) 在宅療養支 援に係る医 療機関 | ・ 診療報酬上の施設基準が定められている医療機関で、在宅医療の提供や在宅療養上の支援を行うことに加え、地域の在宅医療提供体制の構築、住民への啓発及び医療介護障害福祉サービスに関する情報提供等に協力する役割を担います。 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 病院 ・ 診療所 ・ 歯科診療所 ・ 訪問看護ステーション |



人生の最終段階における医療・ケアの意思決定について

人生の終わりまで、あなたは、どのように、過ごしたいですか？

もしものときのために

～自らが望む、人生の最終段階の医療・ケアについて話し合ってみませんか～

誰でも、いつでも、
命に関わる大きな病気やケガをする
可能性があります。

命の危険が迫った状態になると、
**約70%の方が、
医療やケアなどを自分で決めたり
望みを人に伝えたりすることが、
できなくなると言われています。**

自らが希望する医療やケアを受けるために
大切にしていることや望んでいること、
どこでどのような医療やケアを望むかを
**自分自身で前もって考え、
周囲の信頼する人たちと話し合い、
共有することが重要です。**



もしものときのために、あなたが望む医療やケアについて、
前もって考え、繰り返し話し合い共有する取組を
「アドバンス・ケア・プランニング（ACP）」と呼びます。
あなたの心身の状態に応じて、かかりつけ医等からあなたや
家族等へ適切な情報の提供と説明がなされることが重要です。

話し合いの進めかた（例）



このような取組は、個人の主体的な
行いによって考え、進めるものです。
知りたくない、考えたくない方への
十分な配慮が必要です。



詳しくは、厚生労働省のホームページをご覧ください。

http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/saisyu_iryuu/index.html





栃木県保健福祉部医療政策課 在宅医療・介護連携担当
〒320-8501 栃木県宇都宮市埴田 1-1-20
電話 028-623-2810

※このパンフレットは、栃木県ホームページからダウンロードできます。
トップページ > 福祉・医療 > 医療 > 医療施策 > 在宅医療のご案内
http://www.pref.tochigi.lg.jp/e02/zaitakuiryou_hp.html

