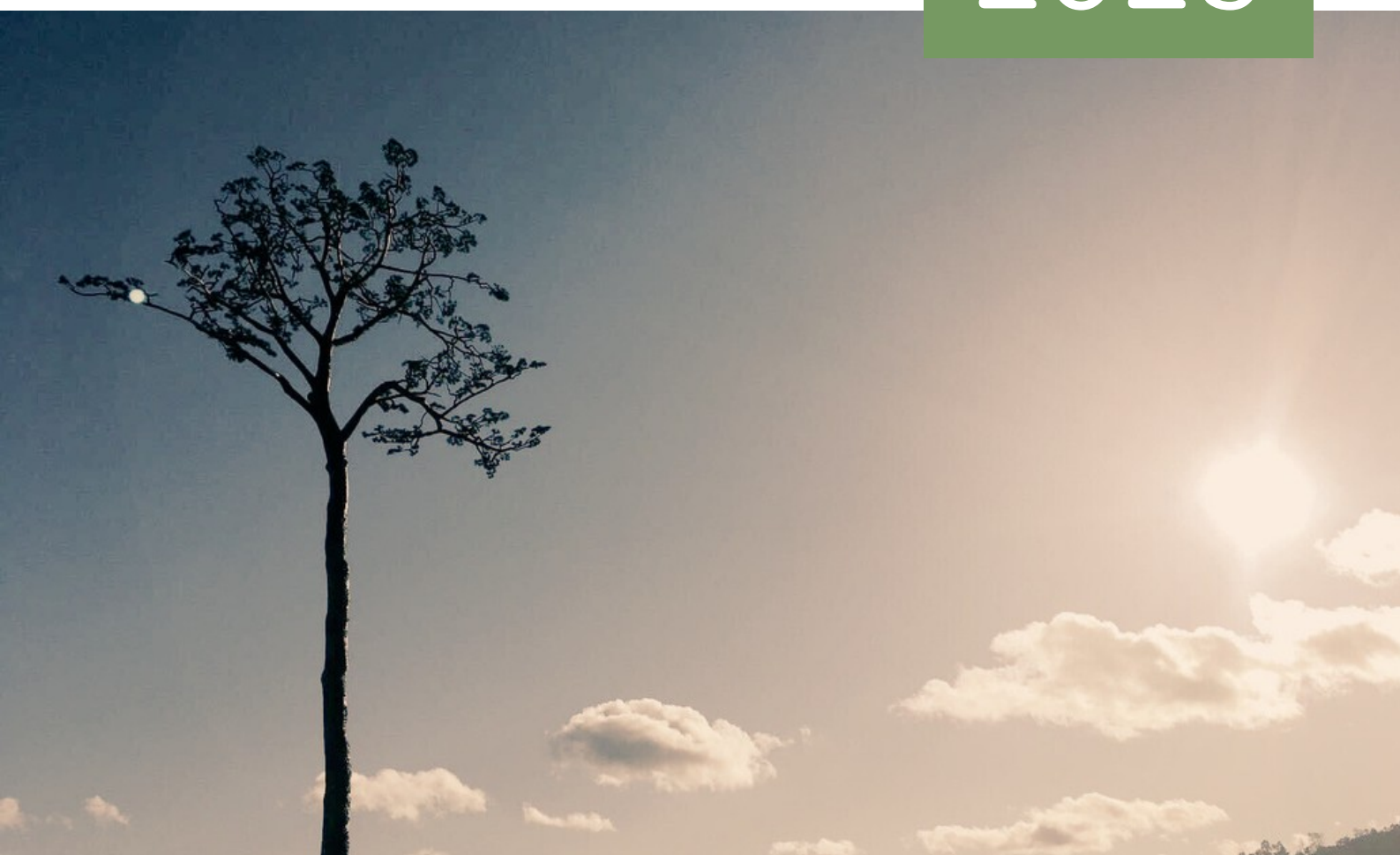


チームけせんの和

よりよい在宅療養のために

2025



陸前高田の在宅療養を支える会



在宅療養とは

住み慣れた自宅や地域で適切な医療・介護の支援を受けながら、療養生活を送ることです。

医師をはじめ歯科医師、薬剤師、看護師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、ケアマネジャー、ヘルパーなど多くの方々が連携して定期的に患者さんのご自宅などを訪問し、チームとなって患者さんの治療やケアを24時間対応で行っていくことです。

目次

第1章

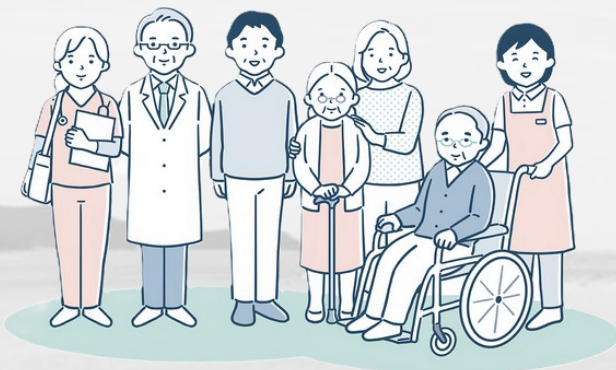
<それぞれの役割について>

- 1 在宅療養における医師
- 2 在宅療養における歯科医師
- 3 在宅療養における歯科衛生士
- 4 在宅療養における薬剤師
- 5 在宅療養における看護師
- 6 在宅療養におけるリハビリテーション
- 7 在宅療養における医療相談室
(医療ソーシャルワーカー)
- 8 在宅療養におけるケアマネジャー
- 9 在宅療養における管理栄養士

第2章

<事例紹介>

- 1 転倒・骨折
- 2 認知症
- 3 がん
- 4 脳卒中
- 5 独居・老老介護



第1章 ＜それぞれの役割について＞

1 在宅療養における医師



病気を抱えながらも安心して住み慣れた家で家族や地域の人と自分らしく暮らせるよう医療的な支援をすることが在宅医療です。

医師（医療機関）の役割

- 1) 訪問診療：定期的に訪問し、診察、処置、薬の処方などをします。
- 2) 往診：病状変化があった場合に臨時で訪問し適切な対応をします。
- 3) 書類/指示書作成：主治医意見書、訪問看護指示書、訪問リハビリテーション指示書などを作成します。
- 4) 「ほっとつばき」登録手続：診療情報提供書作成後、県立高田病院を受診してもらいます。積極的な延命治療を希望しないこと（DNAR）が条件です。（→次ページ「ほっとつばき」参照）
- 5) 在宅看取り：患者・家族の希望があれば、在宅看取りも可能です。夜間や医師不在時は、訪問看護や病院と連携します。

めざすもの

より良い在宅療養のためには、多職種と連携・協力する必要がありますが、医師が中心的に活動し、在宅療養が円滑に適切に機能することを目指します。そのため、医師は多職種といつも情報共有するようにしています。

介護力不足などから在宅療養を躊躇している人もいるかもしれませんが、ケアマネジャーや医師に相談し、在宅療養を体験してみたいはいかがですか？

「住み慣れた家」での療養の良さや魅力を多くの市民に知ってもらい、在宅療養により患者さんがより良い人生が送れることを目指しています。

ほっとつばきのシステムのご紹介

〈内容〉

ご自宅等で療養、生活が続けるため、患者さんの状態が変化した際に診療時間を問わず、速やかに入院できるシステム

〈対象〉

【DNARの同意を取得済である方】

※DNAR=Do Not Attempt Resuscitationの略称で心肺停止時に、蘇生の見込みが低い患者さんに対して、積極的に救命措置を試みないこと

- ◇ 高田病院通院中または訪問診療を受けている患者さん
- ◇ 施設利用者で入退院を繰り返すと予測される患者さん
- ◇ 他医療機関等からシステム登録目的で紹介された患者さん

※人工呼吸器を使用している方については、病院への機械の持ち込みが可能です。

ほっとつばきシステム登録の流れ

◇ 高田病院がかかりつけの患者さん

1. ほっとつばきシステムについて医師より説明及び診察を行います。
2. 書類をご記入いただきます。
3. 登録完了後、ご自宅等へ登録完了通知書を送付いたします。
4. 12カ月毎に、登録更新の意思確認を行います。

◇ 他の医療機関がかかりつけの患者さん

1. かかりつけ医から高田病院へ紹介します。
2. ほっとつばきシステムについて高田病院の医師より説明及び診察を行います。
3. 登録完了後、ご自宅等へ登録通知を送付いたします。
4. 6カ月毎に受診いただき、登録更新の意思確認を行います。

お問い合わせ先

岩手県立高田病院
外来 内科看護師
TEL:0192-54-3221

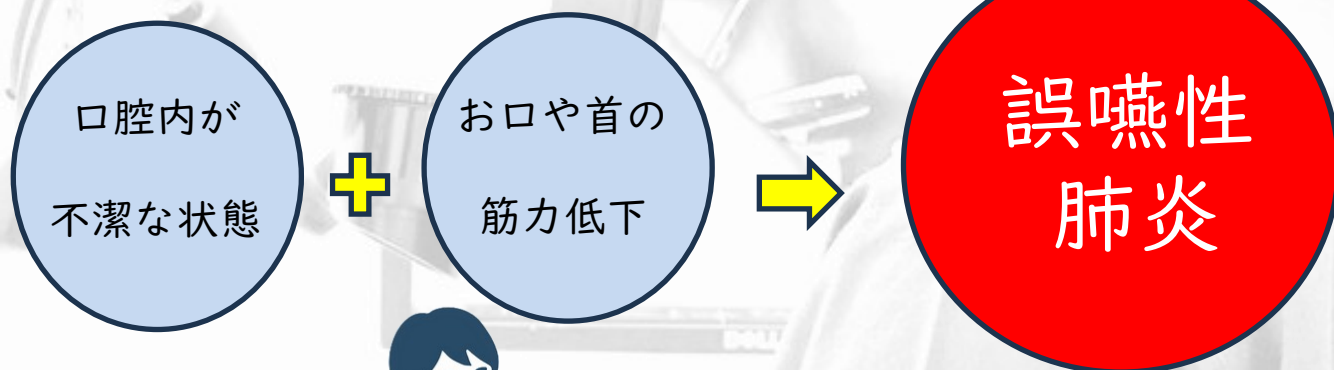
第1章

<それぞれの役割について>

2 在宅療養における歯科医師

歯科医師の役割

- ・ 歯科に通院できなくなってもご自宅まで歯科医が訪問し、お口のチェックが受けられます。
- ・ 歯の痛みを軽減させることができます。
- ・ 入れ歯の調整や新しい入れ歯を作ることができます。
- ・ 美味しくご飯を食べられるようにサポートします。



めざすもの



食べこぼしやムセ込み、それらはまさにお口の機能が弱っている証拠です。むし歯や歯周病、歯が無い状態をそのまま放置するとお口や首の筋肉が弱ります。その結果、ゴックンと飲み込む力も弱ってしまいます。加えて、お口の中が不潔な状態ではより誤嚥性肺炎にかかりやすくなります。

歯科医師と歯科衛生士による訪問歯科診療を受けることで、お口の中を清潔に保ち、お口の力を取り戻して誤嚥性肺炎を予防し、安全にご飯が食べられるようになることを目指します。

第1章

<それぞれの役割について>

3 在宅療養における歯科衛生士



歯科衛生士の役割

お口は身体の入り口です。お口を清潔にすることは、誤嚥性肺炎の予防につながります。

歯科衛生士は、お身体の状態に合わせたお口のお手入れ方法、用具の使い方の相談にのり、**誤嚥性肺炎予防**のお手伝いをします。

また、飲み込む力の改善に向けたサポートを行います。歯科衛生士の専門的な口腔健康管理が必要な場合、介護保険制度の居宅療養管理指導によって、月4回訪問することが可能です。



めざすもの

お口は、**食べる**、**話す**、**呼吸**をする働きがあります。

お口の健康を保ち、いつまでも「安全においしくお口から食べること」「楽しくお話すること」「きれいな息を保つこと」を目指します。

4 在宅療養における薬剤師



薬剤師の役割

在宅での療養において「薬が飲めない」「薬を飲まない」「薬の管理が大変」という声が多く聞かれます。そこにはそれぞれの理由があります。薬剤師がご自宅を訪問し、訴えの背景を聞き取り、納得のいく説明を行ったり、医師へ情報提供し薬の変更を提案したりすることによって、上記のような問題を解決することができます。



すべての薬には副作用があり、飲み合わせによって効き目が変わることもあります。また、薬そのものが「**飲食・排泄・睡眠・運動機能・認知機能**」に何らかの影響を及ぼす可能性があります。

飲んでいる薬のことを知って正しく飲みましょう。

めざすもの

薬剤師がご自宅を訪問し、生活状況を含めた体調等を確認することで、一人一人に合わせた薬の選択に関わることができます。

医師をはじめとして関係職種と連携しながら、安心して薬を服用できるように支えることで、よりよい療養生活を送ることができるように支援します。



5 在宅療養における看護師

看護師の役割

住み慣れた場所で、自分らしく生きることを支えます。

病状や療養生活を専門家の目で見守り、的確なアセスメントに基づいたケアとアドバイスで、**自立した生活が送れるよう支援**します。

- ・ **緊急の場合**にも対応します。
- ・ 医療機器をつけた方の療養生活を支えます。
- ・ 在宅への移行を支援します。
- ・ 安らかな死、終末期を支えます。
- ・ 地域資源の活用、医療と介護の橋渡しをします。
- ・ 介護予防や機能回復のお手伝いをします。
- ・ **医療保険、介護保険**の双方に対応できます。
- ・ ご自宅以外でも受けられます。

実際の訪問看護

- a) 便秘に対する処置（摘便、浣腸）
- b) 床ずれのチェックと処置
- c) 皮膚トラブル（かゆみ、かぶれなど）
- d) 口腔ケア
- e) 呼吸音、呼吸状態の確認
- f) フットケア（爪切りなど）



めざすもの

利用者さんが、在宅でその人らしさを保ちつつ、健康の自己管理と必要なサービスを活用し、**生活の質**を高めることができるようになることを目指します。

健康を阻害する要因を日常生活の中から見出し、健康の保持、増進、回復を図り、疾病や障害による影響を最小限にするよう努めます。

また、安らかな終末期を過ごすことができるよう支援します。

そのためにも、具体的な看護を提供し、健康や療養生活の相談にも応じ、必要なサービスの導入・調整を図っていきます。

第1章

<それぞれの役割について>

6 在宅療養におけるリハビリテーション



リハビリテーションの役割

日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加を促す。

<理学療法士>

日常生活に必要な「寝返る・起き上がる・座る・立つ・歩く」といった基本的な動作について、利用者さんの状態に合わせた方法で獲得することを目指し、利用者さんが自立した日常生活が送れるように支援することが役割です。外出についても、電動車いすや杖、装具の利用を含め安心して行えるように支援します。

<作業療法士>

「食事をする、着替えをする、トイレでの動作、入浴をする、掃除や洗濯をする」といった、趣味活動や仕事を含む、日常生活を送るうえで必要な動作を一人で行えるよう、また認知症や精神疾患のある方やご家族が、安心して生活を送れるようにサポートします。

<言語聴覚士>

失語症を含む高次脳機能障害、構音障害への対応を通じた円滑なコミュニケーションの獲得、嚥下機能の改善や食事形態の工夫などによる、安全な食事に向けた支援を行います。

コミュニケーションの障害は、小児から高齢者まで幅広い世代にみられ、聴覚の障害、ことばの発達遅延、吃音、失語症、声や発音の機能不全など多岐にわたっています。

めざすもの

「自分らしく生活できるように・・・」利用者さんのご自宅で行うだけでなく、屋外に出て実際の活動を通したリハビリテーションを行うこともあります。

様々なリハビリテーションの形で、その人らしさを考え、関わりを持ち、可能性を見出せるよう取り組んでいます。

病気や事故により出来なくなってしまったことが、少しでも出来るようになり、自分らしい生活に戻れるよう利用者さんにご家族に寄り添っていきます。

第1章

＜それぞれの役割について＞

7 在宅療養における医療相談室（1）

医療相談室は「医療福祉相談室」「地域医療連携室」「総合患者支援センター」など、医療機関により名称が異なる場合がありますが、医療相談に対応する相談員として看護師・社会福祉士・精神保健福祉士などがおります。

相称して医療ソーシャルワーカーと呼ばれていますが、療養上で発生する患者さんのさまざまな課題についての相談に対応し、支援をしています。



●受診支援

新規で外来受診をご希望されている患者さんの相談に対応し、受診のお手伝いをします。

また、医師と居宅支援者との情報共有や相談がスムーズに行えるよう支援します。

●入院支援

外来からの入院や他院からの紹介相談に応じ、入院検討・調整を行い、受け入れに対応します。

●退院支援

入院から在宅へ移行する患者様の退院の準備と、在宅支援者への引き継ぎを行い、退院後の生活が安心して持続できるよう支援いたします。

●患者さんご家族の心理的・社会的課題・経済的課題の支援

外来・入院の患者さんやご家族の心理的負担や社会的課題の相談に応じ、各種制度の活動やしかるべき相談窓口への引き継ぎを支援いたします。

7 在宅療養における医療相談室（2）

～県立高田病院～

入退院支援看護師が常勤しており、入院の手続きや退院支援に対応しています。また、さまざまな相談窓口になっており、院内外の専門窓口や機関につなぐ役割も担っています。訪問診療やほっとつばきについてのお問い合わせも承っています。

～希望ヶ丘病院～（認知症疾患医療センター、精神科）

精神保健福祉士や社会福祉士が常勤しており、受診支援や入退院支援のほか、医療・介護・障害などの各種制度や法律に基づき、さまざまなご相談に対応しています。



ご利用方法

医療制度・介護・障害・経済などの相談ごとなどがありましたら、
かかりつけ医療機関の『相談室』にご相談ください。

お電話でもかまいません。

なお、かかりつけ医療機関に医療ソーシャルワーカーがいない場合は、
まずは地域包括支援センターにご相談ください。ご相談の内容に応じて
専門の窓口や機関につないでいます。

めざすもの

医療は私たちの暮らしに密接に関わり、生活の一部となっています。医療や暮らしに必要なサービスや制度などを利用しながら、一日、一週間、一ヵ月をつないで住み慣れた地域での生活が安心して持続できることを目指しています。

第1章

<それぞれの役割について>



8 在宅療養におけるケアマネジャー

ケアマネジャーの役割

ケアマネジャーは、利用者の希望や心身の状態に必要なサービスが利用できるように導いてくれる**介護サービスの窓口**です。

- ・利用者、家族からの相談受付
- ・身体や生活環境などについての情報収集と必要なサービスの提案
- ・ケアプラン作成と同意
- ・介護サービス事業所との連絡調整
- ・定期的な状況把握
- ・サービスの再評価とサービス計画の見直し
- ・医療機関との連携
- ・要介護認定の申請代行

めざすもの

皆さんは住み慣れた地域で、最期まで過ごしたいと思いませんか？
私達ケアマネジャーは、高齢者が要介護状態等になっても、**できる限り住み慣れた地域で**、在宅を基本とした生活の継続ができるような支援体制を目指しています。

「疲れてもう介護ができない・・・」「本人をもっと元気にしたい」

「もっと介護サービスを使いたいときはどうしたらいいの？」

※ このような時はお近くの相談窓口にご相談ください！

※ 相談先一覧は次ページに掲載してます。



相談先一覧



施設名	住所	連絡先
陸前高田市 地域包括支援センター	高田町字下和野100 (市役所2階)	0192-54-2111
陸前高田市社会福祉協議会 指定居宅介護支援事業所	高田町字太田511 (保健福祉総合 センター内)	0192-54-5151
高寿園指定居宅介護 支援事業所	高田町字東和野67	0192-55-3776
松原指定居宅介護 支援事業所	高田町字中田69-2	0192-53-1722
リボン居宅介護 支援事業所	高田町字館の沖303-1 アバッセたかた専門店街	0192-22-7918
縁指定居宅介護支援事業所	小友町字瀬沢53	0192-47-4863
絆指定居宅介護支援事業所	広田町字久保13-4	0192-56-3864
ケアプランさくら	本社 一関市東山町長坂字 町325	0191-34-5508
	サテライト 高田町字大隅 93-1-10	0192-22-7508

第1章

<それぞれの役割について>

9 在宅療養における管理栄養士



管理栄養士の役割

食・栄養に関する困りごとにして対し、改善におけてサポートします。



「栄養をもっとつけてあげたい」
「食べる時におせてしまうので心配」
ご家族が思われるときには是非ご相談を！

めざすもの

食事・栄養に関するお困りごとは、かかりつけ医、歯科医師、居宅介護支援事業所にご相談ください。医療保険、介護保険制度の居宅療養管理指導、栄養食事指導が可能です。

適切な形態で安全に口から食べることを維持でき、療養食などの体調を維持する食事により在宅で過ごせることを目指します。

Ⅰ 転倒・骨折

Nさん 女性（80歳代）

要介護4

慢性閉塞性肺疾患のため在宅酸素導入中の方。ご自宅で尻もちをつき、腰椎圧迫骨折を受傷されました。骨折前より、訪問リハビリをご利用されており、状態変化に応じた訪問看護とリハビリを行い、安心して在宅生活が送れるよう支援していきました。

主なサービス内容

- 訪問看護によるリハビリにて、動作の確認や訓練を行っていきます。
- 看護師訪問により、在宅酸素の管理、指導や状態観察を行い、安心して生活が送れるよう支援します。
- デイサービスで安全に入浴を行います。
- 送迎サービスがありますので、施設に通うのに苦劳はありません。
- 在宅酸素導入中であり呼吸状態や在宅酸素管理を含め訪問診療を取り入れます。

自己負担額の目安（1割負担の場合）

- ▶通所介護（7～8時間）
要介護4の場合、1回の利用で876円
月8回利用で7,008円①
- ▶訪問看護…471円（30分未満）
月4回利用で1,884円②
- ▶訪問リハビリ…588円（40分）
月4回利用で＝2,352円③
- ▶訪問診療…1回890円
1回あたり890円＋α④
酸素管理料770円⑤
※処方箋料や治療処置、
交通費（距離による）別途必要
①＋②＋③＋④＋⑤＝12,904円＋α

＜1週間のサービスの
組み合わせ＞

午前

午後

月

通所介護（デイサービス）

火

訪問診療（月1回）

水

訪問看護

木

訪問看護

金

通所介護（デイサービス）

土

日

2 認知症

Aさん 男性（80歳代）
要介護2

長男夫婦と三人暮らし、息子夫婦はともに昼間仕事をしており、日中は一人で過ごしています。認知症からくる意欲低下が目立つようになり、昼夜逆転の症状がみられるようになりました。

主なサービス内容

- 認知症専門のデイサービスを週3回利用することで、生活のリズムが出来ました。
- デイサービスの利用者と交流することで、自宅での表情も明るくなりました。
- デイサービスで安全に入浴します。
- 送迎サービスがあるため、施設に通うのに苦劳はありません。

自己負担額の目安（1割負担の場合）

- ▶認知症対応型通所介護（7～8時間）
要介護2の場合、1回の利用で
1,102円
月12回利用で 13,224円

※諸費用（食事代等）は含まれません。
※サービスの加算は含まれません。

＜1週間のサービスの
組み合わせ＞

午前

午後

月

認知症対応型通所介護（デイサービス）

火

水

認知症対応型通所介護（デイサービス）

木

金

認知症対応型通所介護（デイサービス）

土

日

3 がん

Nさん 男性（80歳代）
要介護Ⅰ

妻と2人暮らし。がんが見つかったから治療を続けながら仕事を行っていました。両下肢に浮腫と腹水が目立つようになり、徐々に自分で生活を送ることが困難になってきており、妻や遠方に住む娘たちの心配も大きくなってきました。

主なサービス内容

- 訪問看護師による定期訪問を行い、状態観察や日常生活のお世話を行います。
- 苦痛の緩和を図ることが重要になってきますので、安楽な姿勢の提案や、頓服薬の使用方法を説明します。
- 車での移動が難しいため、自宅での訪問入浴を安全に実施します。
- 浮腫や腹水の治療を自宅で受けられるように訪問診療を取り入れます。
- 立ち上がりの負担を軽減するため、福祉用具を活用します。
- 家族の介護負担軽減のため、介助方法の提案を行っていきます。
- 状態の変化があった場合には、時間を問わずに、緊急対応いたします。

自己負担額の目安（1割負担の場合）

- ▶訪問看護（週3回利用）
1回あたり471円
月12回利用で**5,652円**①
- ▶訪問入浴（週1回 1回あたり60分）
1回あたり1,266円
月4回利用で**5,064円**②
- ▶訪問診療（1回/2週）
1回あたり890円
月2回診療で**1,780円+α**③
※処方箋料や治療処置、
交通費（距離による）別途必要
- ▶福祉用具（ベッド、歩行器等）
1,500円程度④
①+②+③+④=**13,996円+α**（月額）
※各サービスの加算は含まれません。

＜1週間のサービスの組み合わせ＞

午前

午後

月

訪問看護

火

訪問診療（1回/2週）

水

訪問看護

木

訪問入浴

金

訪問看護

土

日

4 脳卒中

Bさん 男性（70歳代）
要介護4

長男夫婦、孫と4人暮らし。脳卒中
で緊急入院。手術を行い、現在リハ
ビリ中。病院からは「そろそろ退
院」という話が出てきました。
まだ右手足に麻痺が残り、
着替えが大変な状況のため、ご本人
と家族は不安を感じています。

主なサービス内容

- 退院後もリハビリを継続したいということ
で、通所リハビリ、訪問リハビリを実施
します。
- 自宅での入浴が当面厳しいことが予想さ
れるため、通所リハビリ利用時に入浴を
安全に実施します。
- 脳卒中の再発防止のため、定期的に訪問
看護師に来てもらい、血圧・体調の管理
を行います。
- 入院前より歯科治療していたため継続で
けるように訪問歯科を導入します。
- 立ち上がりの負担を軽減するため、福祉
用具を活用します。
- 家族の介護負担軽減のため、定期的に
ショートステイを利用します。

自己負担額の目安（1割負担の場合）

- ▶通所リハビリ（週2回利用）
1回あたり1,137円
月8回利用で9,096円①
 - ▶訪問リハビリ（週1回1回あたり40分）
1回あたり588円
月4回利用で2,352円②
 - ▶訪問看護（週1回1回30分）
1回あたり471円
月4回で1,884円③
 - ▶短期入所生活介護（3泊4日）
介護保険4,000円程度
介護保険外（食事、居住費等）
10,000円程度
合わせて14,000円程度④
 - ▶訪問歯科（月1回）
1回あたり治療費+1,500円程度⑤
※要介護認定を受けている方は
居宅療養管理指導料（介護保険適用）
が必要になります。
※交通費（距離による）が別途必要
 - ▶福祉用具（ベッド、歩行器等）
1,500円程度⑥
- ①+②+③+④+⑤+⑥=34,332円+α
（月額）
- ※通所リハビリは諸費用（食事代等）は含まれ
ません。
※短期入所は、個室・多床室及び所得で金額が
変わります。
※各サービスの加算は含まれません。

＜1週間のサービス の組み合わせ＞

午前

午後

月

訪問リハビリ

火

通所リハビリ

水

木

訪問看護

金

訪問歯科（月1回）

土

通所リハビリ

日

5 独居・老老介護

Cさん 女性（90歳代）

要介護Ⅰ

独居。昔から畑作業が好きで、自分で育てた野菜を近所に配ることを楽しみにしていました。最近、足腰が弱くなり、一人で外出することができなくなりました。また、朝の降圧剤の飲み忘れが目立つようになってきました。

主なサービス内容

- 毎日ヘルパーを利用することで、確実に服薬できるようになり、血圧も安定しました。空いた時間で掃除等を行っています。
- 歩行状態が悪くなったため、ヘルパーが夕方週2回訪問し、買い物、ゴミ出しを行うことにしました。
- 2カ月に1回の受診に不安があるため、ヘルパーによる通院介助を行いました。

自己負担額の目安（Ⅰ割負担の場合）

▶訪問介護

- 服薬確認、掃除等
1回あたり309円
毎日利用（30日）すると9,270円①
- ゴミ出し、買い物等
1回あたり220円
月8回利用で1,760円②
- 通院介助（2時間程度）
外出準備から自宅に帰るまで
1回あたり649円（かかった時間によって金額が変わります）③
①+②+③=11,679円（月額）

※サービスの内容によって若干金額が変わります。

※サービスの加算は含みません。

※ヘルパーの業務は生活援助と身体介護です。

＜1週間のサービスの組み合わせ＞

午前

午後

月

訪問介護（服薬確認等）

火

訪問介護（服薬確認等）

訪問介護（ゴミ出し、買い物等）

水

訪問介護（服薬確認等）

木

訪問介護（服薬確認等）

金

訪問介護（服薬確認等）

訪問介護（ゴミ出し、買い物）

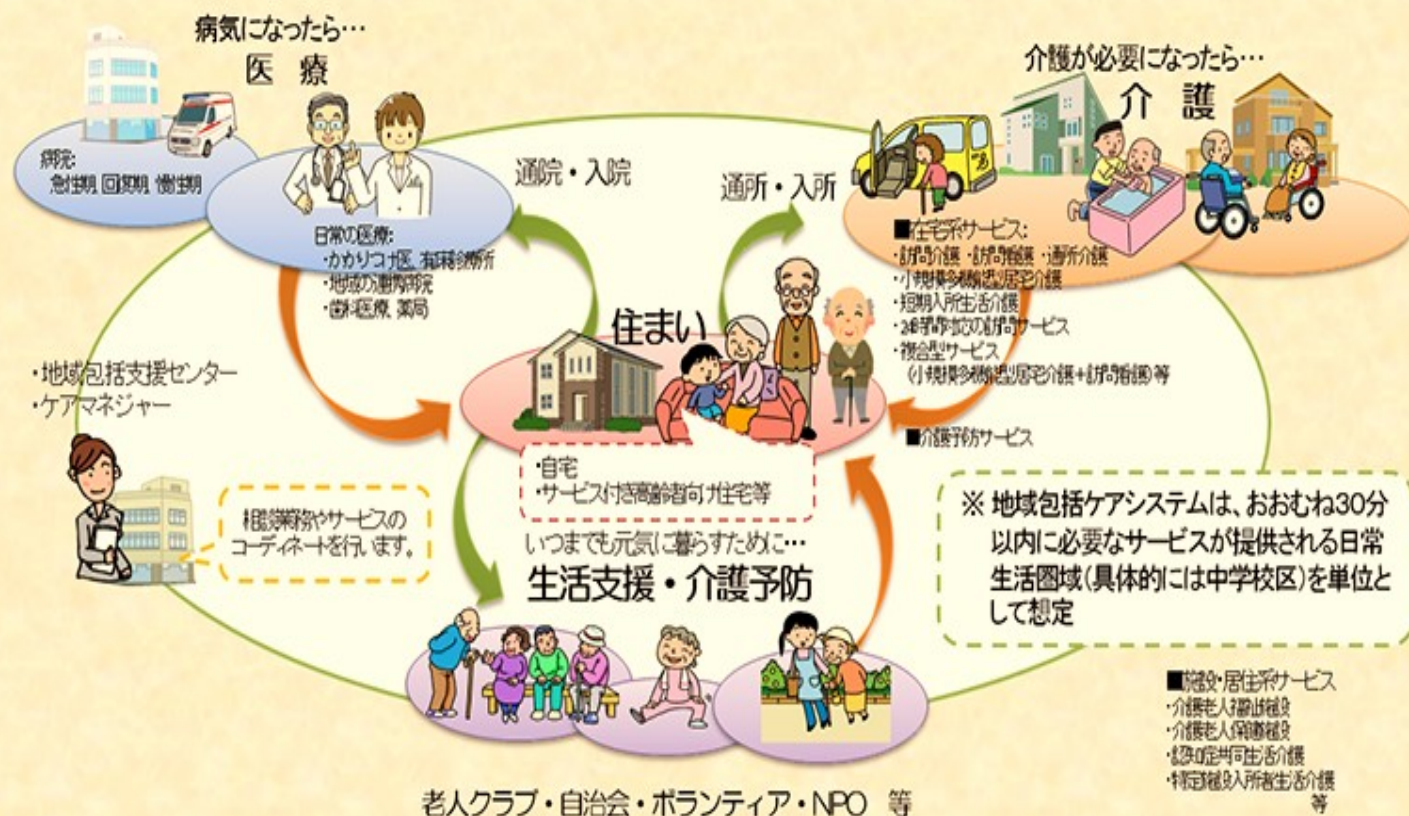
土

訪問介護（服薬確認等）

日

訪問介護（服薬確認等）

地域包括ケアシステムの姿



出典：平成28年3月 地域包括ケア研究会報告書より

※地域包括ケアシステムは、高齢者が住み慣れた地域で自立した生活を送るために、医療、介護、福祉などの支援を地域全体で提供する仕組みです。

2025年度版 「よりよい在宅療養のために」のガイドブック

発行： 2025年9月

発行者： 陸前高田の在宅療養を支える会（チームけせんの和）

制作担当：

2024年度「チームけせんの和」ワーキンググループ3

医師：岩井直路 歯科医師：吉田重之

歯科衛生士：佐々木裕紀重 薬剤師：大坂敏夫

看護師：佐藤寿裕 理学療法士：草別拓郎

ソーシャルワーカー：金野友紀子

ケアマネジャー：千葉祐志 管理栄養士：菅原由紀枝

陸前高田市包括支援センター：蒲生紋子・村上房子・

松田真理子

「チームけせんの和」は、地域において在宅療養を支える事業所で構成された任意団体であり、研修会や情報交換を行うと共に、顔の見える関係性をつくりながら、地域包括ケアシステムを担う支援ネットワークを構築することを目的に活動をしています。市の関係課も所属し、官民一体となり活動を進めています。

チーム
けせんの和

陸前高田の
在宅療養を
支える会