



ふじのくに 高齢者在宅生活“安心”の手引き

静岡県
令和2年3月



目次

はじめに	1
第1章 在宅療養の事例紹介	2
事例 1 骨折①	2
事例 2 骨折②	4
事例 3 誤嚥性肺炎	6
事例 4 がん	8
事例 5 認知症①	10
事例 6 認知症②	12
事例 7 うつ病	14
事例 8 緊急時	16
事例 9 人生の最終段階①	18
事例 10 人生の最終段階②	20
第2章 在宅療養を支えるサービス	22
イメージ図	22
在宅療養を支える人やサービス	24
介護保険のサービスを利用する手順	33
第3章 在宅療養のよくある質問	34

はじめに

住み慣れた自宅で医療・介護を受けながら生活することを「在宅療養」と言います。在宅療養では、通院が難しくなった場合でも、訪問で行う医療や看護のサービスにより、自宅に居ながら病気の治療やリハビリテーションなどを受けることができます。また、介護サービスなどを利用し、日常生活も支援してもらうことができます。

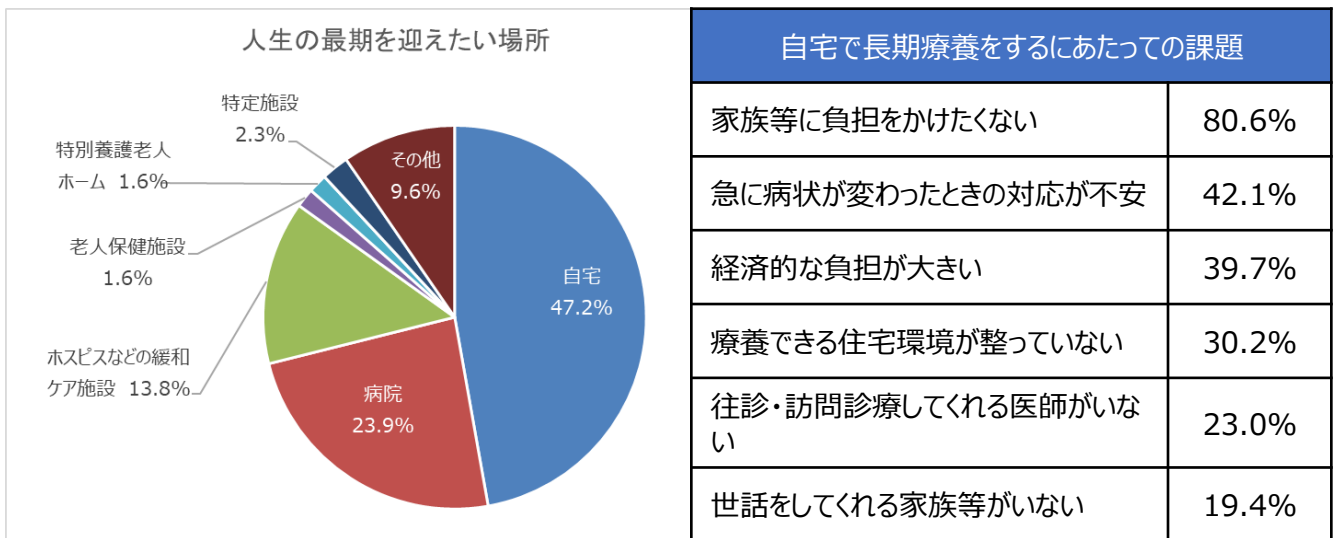
静岡県の「地域医療に関する調査」では、県民の約5割が「人生の最期を自宅で迎えたい」と希望しています。

一方、国の「人口動態統計」によると、実際に自宅で亡くなる方は、平成26年 5,047人（13.2%）、平成30年 5,988人（14.3%）と5年間で約千人程度の増加に留まります。

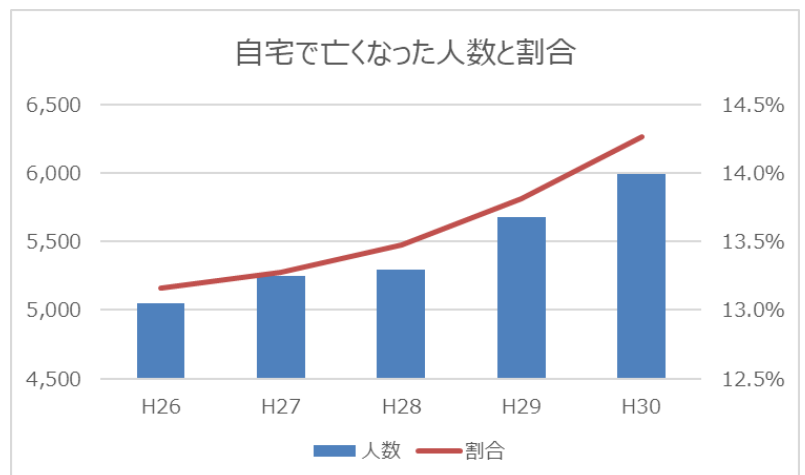
その背景には、「家族に負担をかけたくない」「急に病状が変わったときの対応が不安」「経済的な負担が大きい」と考える方が多い現状があります。

次のページから、在宅療養を支えるサービスを利用して、住み慣れた自宅で療養されている県内の事例を御紹介します。

平成28年度 静岡県の地域医療に関する調査



人口動態統計





◆◆◆事例1 骨折 ①◆◆◆

Aさん（91歳女性・1人暮らし）

骨粗しょう症のあるAさん。夫の介護等で無理をしたのか、胸や腰の背骨を圧迫骨折してしまいました。入院治療の後、訪問介護や訪問リハビリテーション、デイサービスを利用することで在宅療養を続けることができました。

2月 胸や腰の背骨を圧迫骨折して入院、治療やリハビリテーションを受ける。

要介護認定の申請 ⇒ **要介護3**と認定

退院前カンファレンスを実施

- ・ Aさんは「痛みがあって家の中での生活に不安がある。」と話す。
- ・ スムーズに自宅の生活に戻れるよう、介護用ベッドや歩行器のレンタル、手すりやスロープの設置、訪問介護（入浴介助）や訪問リハビリテーションの利用が決まる。⇒ **ケアプラン作成**

5月 退院、1人暮らし再開

7月 **訪問介護（週2回）、訪問リハビリテーション（週2回）** 開始
・市内に住む娘が週2回、買物と掃除、月1回の受診を援助

・日常生活は自立でき、訪問介護終了。訪問リハビリテーションは継続

9月
・骨折部位の痛みにより自宅に引きこもりがちになり、更に入院中の夫が亡くなり、精神的なショックから意欲が低下。訪問リハビリテーションでリハビリテーション専門職（P29を参照）がAさんの気持ちを傾聴し、状態を見てデイサービスを勧めました。

10月 **デイサービス（週1回）** 開始
・トレーニングマシンを使ったリハビリテーションを行うデイサービスに通い、徐々に状態が改善しました。

12月 **訪問リハビリテーション**を週2回から**週1回**に変更
・買物ができるようになることを目標に、玄関外に手すりを設置

2月
外出（タクシー利用による）ができるようになったため、訪問リハビリテーション終了、**デイサービス**を週1回から**週2回**に増やしました。

退院前カンファレンス

Aさんと病院スタッフ、地域の関係者（かかりつけ医、ケアマネジャー、ヘルパー、リハビリテーション専門職など）が参加し、退院に向けて情報交換を行います。

生活環境の整備



手すり、スロープを取り付け
レンタル（介護用ベッド、歩行器）

かかりつけ医受診

娘の付添いで、月1回かかりつけ医を受診



訪問介護

ヘルパーによる
入浴介助



訪問リハビリテーション

リハビリテーション専門職が訪問して、直接的な支援ではなく、日常生活が自立できるよう指導・助言を行いました。

①健康状態の観察

③手すりや歩行器が
上手く使えているか確認



②痛みの確認、
室内運動の指導

④外出を促し、目標達成
を目指す



家に来て、生活の様子を見ながら、話を聞いてくれてありがたいよ。

デイサービス

トレーニングマシンを使ったリハビリテーションを実施



娘の援助

買物・掃除(週2回)
受診付添い(月1回)



○費用の目安：通院と介護サービス（要介護3）を利用

医療	介護	合計費用
・通院 月1回 月額約1,000円 + 薬代	・福祉用具レンタル ・訪問リハビリテーション 週2回 ・デイサービス 週1回 月額約10,000円	月額約11,000円 + 薬代

◆◆◆事例2 骨折②◆◆◆



Bさん（69歳女性・娘一家と5人暮らし）

娘夫婦が共働きのため、Bさんが家事や孫の育児を行い、また、地区の役員やボランティア活動をして過ごしていました。

ある日、洗濯物を取り込む時に誤ってウッドデッキから転落し、骨折してしまいました。入院治療の後、通所リハビリテーションを利用することで在宅療養を続けることができました。

6月 急性期病院に入院して治療を開始

- みぎ だいたいこつ けいぶ こっせつ
・右大腿骨頸部骨折→手術
- ・かかとの骨折→ギプス固定
- ・右肩の筋肉の繊維が傷ついた状態→経過観察

7月 回復期病院へ転院、リハビリテーションを開始

- ・かかとの保護のため、車いすでのリハビリテーションから始まり、徐々にかかとを装具で保護したりリハビリテーションに移行

9月 要介護認定の申請 ⇒ 要介護1と認定

退院前カンファレンスを実施

- ・Bさんは「今まで通りの生活ができるのか不安。」と話す。
- ・通所リハビリテーションのうち、短期集中個別リハビリテーションの利用が決まる。⇒ ケアプラン作成

装具を装着した状態で退院

10月 通所リハビリテーション（週2回、1～2時間）開始

- ・目標 ①自宅でのよりよい生活を実現 ②円滑な家事動作
③地区活動再開のため40分程度の屋外活動

12月

- ・装具が不要となり、目標追加 ④装具なしでの歩行
⑤浴槽に入る（またぎ動作）
- ・Bさんの努力により回復が早く、少しずつ地区の活動にも参加できるようになりました。

退院が早く驚いた。
リハビリテーションの必要性を
わかりやすく教えてくれたので
家でも頑張れた。



退院前カンファレンス

Bさんと病院スタッフ、地域の関係者（かかりつけ医、ケアマネジャー、理学療法士など）が参加し、退院に向けて情報交換を行います。

かかりつけ医受診

月1回かかりつけ医を
タクシーで受診



通所リハビリテーション

Bさんの場合、「**短期集中個別リハビリテーション**」を利用

- ・退院直後の在宅生活を支援することに特化したサービス
- ・1～2時間の短時間で、身体能力や日常生活能力のチェック、自主トレーニング、日常生活の指導を実施

通所リハビリテーション（デイケア）

- ・在宅で生活している高齢者が病院や診療所、老人保健施設などに通い、リハビリテーションや入浴・昼食などの日常生活上の訓練を日帰りを受ける介護保険サービスです。
- ・1日、半日の利用やBさんのように1～2時間の利用もあります。
- ・通所リハビリテーション終了後、実際の生活場面での指導を目的として訪問リハビリテーションの導入を検討する方もいます。

例) 1日の流れ

9:30	送迎
10:00	体調チェック 希望者は入浴訓練
11:00	リハビリテーション訓練 (自宅でできる運動指導の生活訓練)
12:00	昼食 (食事訓練)
13:30	レクリエーション 排泄動作訓練
15:00	おやつ
16:00	帰宅

<メリット>

- ① 専門職がいる
- ② 定期的な評価が受けられる
- ③ 自宅での生活に即した生活訓練を行える



○費用の目安：通院と介護サービス（要介護1）を利用

医療	介護	合計費用
・通院 月1回 月額約1,000円 +薬代	・通所リハビリテーション 週2回 (短期集中個別リハビリテーション) 月額約4,000円	月額約5,000円 +薬代

(自己負担1割のときの金額)

◆◆◆事例3 誤嚥性肺炎◆◆◆



Cさん（94歳男性・妻と2人暮らし）

もともと、お茶やお米を作る農家で、引退してからも地区の役員を務めるなど元気に過ごしていました。

90歳代で肺気腫を患い、在宅酸素療法ざいたくさんそりょうほうを開始しました。さらに、誤嚥性肺炎ごえんせいはいえんによる入退院を繰り返すようになりましたが、訪問看護を利用して、在宅療養を続けることができました。

92歳 肺気腫と診断され、在宅酸素療法ざいたくさんそりょうほう開始

誤嚥性肺炎ごえんせいはいえん（物を飲み込む機能が低下し、食道へ入るものが誤って気管に入ることによって起こる肺炎）による入退院を繰り返す。

**要介護認定の申請 ⇒ 要介護2と認定、ケアプラン作成
・介護用ベッドのレンタル、訪問看護（週1回）開始**

93歳 誤嚥性肺炎ごえんせいはいえんで再び入院

Cさんとケアマネジャー、訪問看護師が話し合い、訪問看護を週1回から週2回に増やしました。

・誤嚥予防のため、飲み込みに必要な筋肉の体操や口腔ケアを一緒に行い、自分で管理できることを目指す。

94歳

- ・誤嚥予防の体操や口腔ケアなどを前向きに実施できるようになりました。
- ・訪問看護を始めとした介護サービスを夫婦そろって受け、近隣に住む3人の娘達にも協力してもらうことで、妻と2人の在宅生活を続けています。



看護師さんが測定や体操を一緒にやってくれてありがたいよ。

Cさんの「妻のためにも入院できない」という思いが前向きな実施につながっています。



かかりつけ医受診

月1回かかりつけ医を受診。
状態が悪化した時は、病院
に入院



生活環境の整備



レンタル（介護用ベッド、床ず
れマット、ベッド柵）

訪問看護

看護師が訪問して、予防的な支援や不安への対応、家族への支援等を
幅広く実施しました。

①健康状態の観察
（血圧、体温等のチェック）

③不安への対応
（娘と連絡がつかない、
体調が優れない時に
電話があり対応）



②予防的支援（誤嚥予防
の体操、口腔ケア）

④医療機器（在宅酸素）
の管理

⑤介護相談、家族支援

看護師さんは、介護の
助言や、緊急時の対応を
してくれるので安心です。



娘さんたち

食事はやわらかいものを
娘3人が交代で作り
妻が温めています。



嚥下（ごつくと飲み込むこと）が
上手くできない方は、歯科医師に
相談しましょう。



○費用の目安：通院と介護サービス（要介護2）を利用

医療	介護	合計費用
・通院 月1回 月額約1,000円 +薬代	・福祉用具レンタル ・訪問看護 週2回 月額約9,500円	月額約10,500円 +薬代

（自己負担1割のときの金額）

◆◆◆事例4 がん◆◆◆



Dさん（58歳男性・1人暮らし）

末期の大腸がんが診断されましたが、治療を拒否していました。民生委員の声かけにより治療や介護を受け、Dさんが「最期まで自宅で暮らしたい」と希望したので、痛みのコントロールを行い、各種サービスを利用して自宅で最期を迎えることができました。

57歳

- ・アルコール依存症での入院歴があり、荒れた生活を送っていました。体調が悪く、痛みもありましたが自業自得と思い、放置していました。
- ・痛みを我慢できなくなり、受診したところ、末期の大腸がんが診断されましたが、治療は拒否していました。
- ・民生委員が親身に声をかけ続けた結果、受診して人工肛門（ストーマ）になり、介護が受けられるよう地域包括支援センターに相談しました。

要介護認定の申請 ⇒ 要介護1と認定、ケアプラン作成

サービス担当者会議を開催（参加者：Dさん、ケアマネジャー、訪問看護師、薬剤師、ヘルパー）

- ・Dさんは、「1人暮らしだけど、最期まで家で暮らしたい」と希望
- ・**夜間対応型訪問介護（定期巡回、随時対応）、訪問看護（週1回）、訪問診療（月1回）、訪問薬剤管理指導（月1回）**といった**緩和ケア**を開始することになりました。

58歳

- ・痛みが非常に強く、寝たきりで食事も取れず経管栄養剤を飲む状態でした。痛み止め（医療用麻薬）を飲み始め、薬剤師が効き目を確認し、しっかり効くまで量を調整した結果、痛みのコントロールができるようになりました。
- ・その後、歩けるようになり、食事も取れるようになりました。元々、英語の教師だったので、近所の中学生に英語を教えるようになりました。
- ・その後、Dさんは亡くなり、訪問診療の先生に最期を確認していただきました。

緩和ケアとは…身体的・精神的な苦痛を和らげ、最期の時を迎えるまで患者さんとご家族にとって、自分らしい生活を送れるようにするためのケアです。

サービス担当者会議

ケアマネジャーが関係者を集め、Dさんが望む生活を確認した上で、現在のサービス内容について検討します。多くは自宅で行われます。



夜間対応型訪問介護

夜間帯にヘルパーの定期的な巡回や緊急時などの随時訪問を受けられるサービスです。

Dさんは、がんが広がっておしりから出血していたため、その汚れをきれいにしたたり、安否確認などのサービスを受けました。



訪問看護

週1回訪問
血圧、体温等チェックや
ストーマ管理等を行う



訪問診療

月1回訪問し、
病状等を確認



訪問薬剤管理指導

薬剤師が自宅を訪問して、服薬の指導等を行います。

Dさんは、がんによる痛みが強く生活に支障が出ていたので、痛み止め（医療用麻薬）の効き目を確認し、処方医に増量を提案することで痛みをコントロールすることができました。



痛み止め（医療用麻薬）を適切に
使うことで痛みをコントロールでき、
在宅生活を継続できました。

○費用の目安：訪問診療と介護サービス（要介護1）を利用

医療	介護	合計費用
・訪問診療 月1回 月額約6,200円 +薬代	・夜間対応型訪問介護 ・訪問看護 週2回 ・居宅療養管理指導（薬剤師） 月1回 月額約6,200円	月額約12,400円 +薬代

（自己負担1割のときの金額）

◆◆◆事例5 認知症①◆◆◆



Eさん（91歳女性・1人暮らし）

月1回の受診が大変になり、次第にトイレの汚れや薬の飲み忘れが目立つようになったため、家族が地域包括支援センターに相談しました。

サービス担当者会議を開催し、訪問看護・訪問薬剤管理指導等を利用することにより在宅療養を続けることができました。

90歳

- ・高血圧や糖尿病の治療のため月1回かかりつけ医を受診
- ・歩くのが大変になり、受診間隔も開いてきたため、主治医が訪問診療を勧めましたが、Eさんは「まだ大丈夫」と言っていました。
- ・トイレが汚れていたり薬の飲み忘れが目立つようになり、近くに住む娘が地域包括支援センターに相談

要介護認定の申請 ⇒ 要介護1と認定

5月

サービス担当者会議を開催（参加者：Eさん、娘、ケアマネジャー、訪問看護師、薬剤師、ヘルパー）

- ・娘は「施設入所の方が安心」と話し、Eさんは「ずっと家で生活したい」と話す。
- ・**ケアプランを作成**し、在宅生活継続のため、**訪問看護（週1回）、訪問薬剤管理指導（月1回）**を開始

6月

- ・通院が難しくなり、**訪問診療（月1回）**を開始
- ・娘から「薬が飲めていない」と情報があり、薬剤師がお薬カレンダーに1週間分の薬をセットし、訪問看護師やヘルパーとともに内服状況の確認や声かけをすることで、飲み忘れが減少しました。
- ・**配食サービス（週6回、昼利用）**を開始

<薬を飲むための工夫>

- ・一包化してお薬カレンダーを使う。 ・訪問薬剤管理指導を利用する。
- ・訪問介護や訪問看護、デイサービス利用時に服薬介助を行う。
- ・住民主体の支え合いの活動で、服薬確認を実施しているところもあります。



	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	日曜日
介護サービス	訪問介護	訪問介護	訪問介護	訪問看護	訪問薬剤管理指導	訪問介護	娘訪問

サービス担当者会議

ケアマネジャーが関係者を集め、Eさんが望む生活を確認した上で、現在のサービス内容について検討します。多くは自宅で行われます。

訪問薬剤管理指導

薬剤師が自宅を訪問して、服薬の指導等を行う。

訪問介護

洗濯や掃除などを一緒に行い、内服状況を確認



訪問看護

週1回訪問し、健康状態や内服状況を確認



訪問診療

月1回訪問し、病状等を確認



配食サービス

週6回、昼利用



○費用の目安：訪問診療と介護サービス（要介護1）を利用

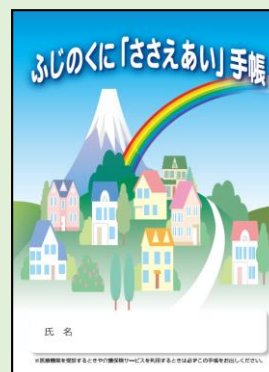
医療	介護	合計費用
・訪問診療 月1回 月額約3,200円 + 薬代	・訪問介護 週2回 ・訪問看護 週1回 ・居宅療養管理指導（薬剤師）週1回 月額約5,800円	月額約9,000円 + 薬代
その他		
・配食サービス 週6回 月額約7,200円		

（自己負担1割のときの金額）

認知症連携パス

ふじのくに「ささえあい」手帳

本人・家族と医療・介護専門職の情報共有のための手帳です。生活や症状の変化を記録したり、家族と専門職の連絡ノートとして活用できます。手帳は、お住まいの市町・地域包括支援センターにあります。



<表紙>



<経過記録>

◆◆◆事例6 認知症②◆◆◆



Fさん（85歳女性・1人暮らし）

友人からの相談で小規模多機能型居宅介護につながり、きめ細かな支援により生活が整い、地域を巻き込みながらFさんらしい生活を送ることができました。

78歳

- ・Fさんは借家の家賃収入と年金で生活していました。
- ・息がぜいぜいして常に苦しそう、薬をきちんと飲めていない、話のつじつまが合わない、電気店から高額な冷蔵庫を言われるがままに購入してしまうという状況があったため、Fさんの友人が知り合いのケアマネジャーに相談

要介護認定の申請 ⇒ 要介護1と認定、ケアプラン作成

小規模多機能型居宅介護の利用を開始

- ・毎日「訪問」し、室内の片付けや薬の整理、気分が病院を変えてしまうので定期的に受診に行くことを支援。同年代の人との交流を目的に週1～2回の「通い」、体調がすぐれない時などに月1～2回の「宿泊」を利用
- ・「白菜漬けが食べたい」と言うFさんと一緒に漬物を作ったり、Fさんのこだわりで行っている他市のスーパーや遠方の病院から連絡があって迎えに行ったり、Fさんの思いを大切にしながら、行動を制限しないで様々な支援を行いました。

80歳

- ・財布が盗まれたと交番に訴えましたが、自宅から見つけたことをきっかけに、地域包括支援センターが**成年後見制度**の手続きを行い、補助人が選任されました。

- ・体調を崩し、入院

要介護1 → 要介護3に変更

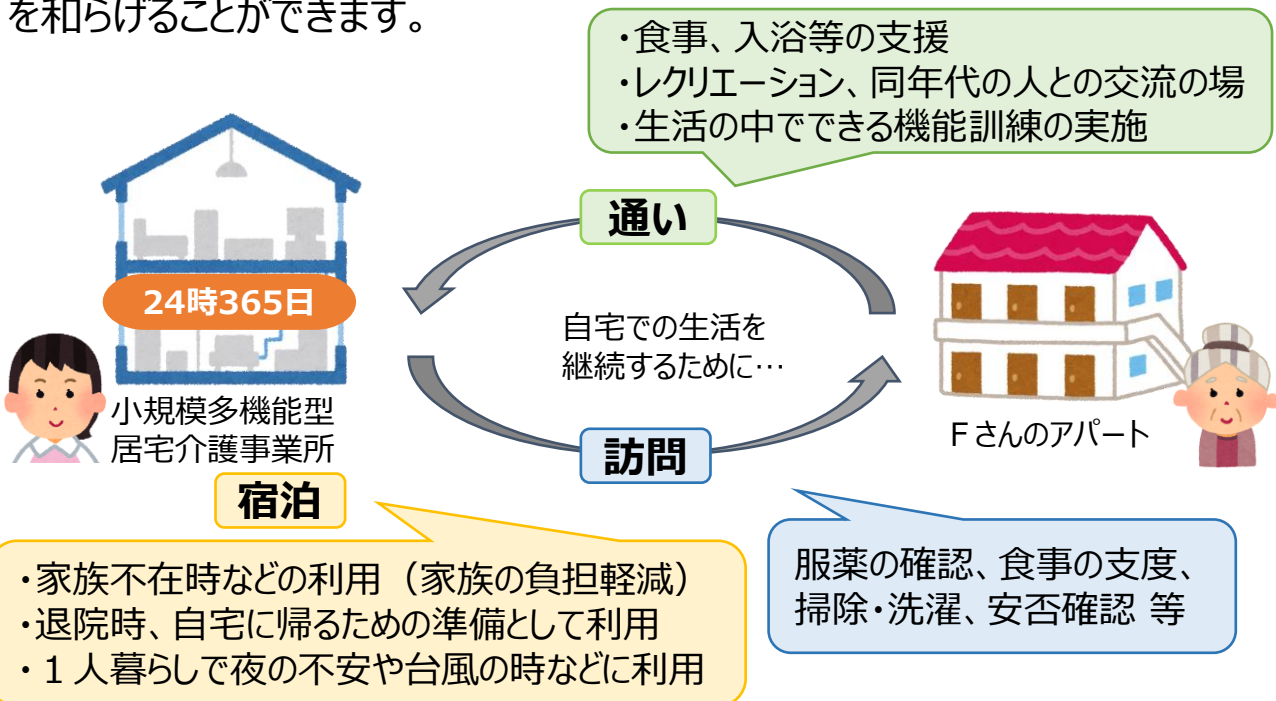
- ・退院後、小規模多機能型居宅介護で「宿泊」し、普段の生活ができるよう支援し、少しずつ自宅での生活に戻りました。

成年後見制度…認知症などによって判断能力が低下した場合に、その人をサポートする人を家庭裁判所から選任してもらう制度のこと。
Fさんには補助人がつき、福祉サービスや入院等の契約や財産管理をサポートしました。

小規模多機能型居宅介護

自宅での生活を継続するために「通い」「訪問」や「宿泊」を利用しながら、本人の生活に合わせ柔軟に支援します。

いつもと同じ場所で顔なじみの職員が対応するため、認知症の方などの不安を和らげることができます。



<似ているようで違う小規模多機能型居宅介護（小多機）のサービス>

	「通い」	「宿泊」	「訪問」
小多機	<ul style="list-style-type: none"> ・1人ひとりに合わせて時間も曜日でもオーダーメイド ・緊急時にも臨機応変に対応 	<ul style="list-style-type: none"> ・通い慣れた場所で、顔なじみの職員や利用者と共に宿泊 ・突然の泊まりに対応 	<ul style="list-style-type: none"> ・回数も時間も内容も1人ひとり異なる ・必要なときに必要なサービスが受けられる ・緊急時にも柔軟に対応
小多機以外	通所介護(デイサービス) <ul style="list-style-type: none"> ・施設の利用時間やあらかじめ決まったプログラムで実施 ・みんな同じ1日の過ごし方 	ショートステイ <ul style="list-style-type: none"> ・利用したい日を予約して利用 ・本人や介護者の状況の変化に対応しにくい 	訪問介護 <ul style="list-style-type: none"> ・30分未満や1時間などサービスの枠に合わせた利用時間 ・ケアマネジャーの決めた支援内容

○費用の目安：通院と介護サービス（要介護3）を利用

医療	介護	合計費用
<ul style="list-style-type: none"> ・通院 月1回 月額約1,000円 + 薬代 	<ul style="list-style-type: none"> ・小規模多機能居宅介護 月額約22,200円 	月額約23,200円 + 薬代

◆◆◆事例7 うつ病◆◆◆



Gさん（86歳男性・1人暮らし）

80歳代になり夫婦でいわゆる「終活」を始めた矢先、妻に先立たれました。うつ病と診断され、死にたい気持ちがあったことから、Gさんの同意を得て「シズケア＊かけはし」で関係者間の情報共有を行ったところ、見守られているという安心感から不安の訴えが減り、いろいろなことに前向きに取り組めるようになってきました。

84歳

- 妻が腎臓がんを患い、半年後に在宅で息を引き取りました。
- ・Gさんは、大腸・胃がん、転倒による骨折等の治療中で、身内は遠方に住む孫のみ。施設入所はせず在宅療養を選択しました。
- ・妻の看取り後、「なぜ早期発見できなかったのか」、「妻の気持ちを十分聞くことができなかったのでは」等、気持ちが落ち込むことが多く、意欲や食欲が低下し、体重も減少しました。
- ・心配した近所の方が、地域包括支援センターに相談

85歳

要介護認定の申請 ⇒ 要支援2と認定、ケアプラン作成
・訪問介護（週3回）、訪問看護（週2回）開始

- ・精神科を受診し、うつ病と診断
- ・体調が優れなかったり、不安の訴えや「死にたい」という言葉も聞かれるようになりました。

・不安や身体状況を関係者が随時把握・共有するため、Gさんの同意を得て「シズケア＊かけはし」を利用することになりました。

86歳

- ・関係者に見守られているという安心感から、次第に気持ちが前向きになってきました。

・総合事業の**訪問型サービスC（短期集中予防サービス）**を利用して自宅でのリハビリテーションを開始

人生における大きな出来事が“うつ”の引き金になる

就職、結婚、子どもの独立など、私たちの人生には大きな出来事がいくつもあり、良いことも悪いこともストレスになります。

特に配偶者との死別といった喪失体験はストレスが大きく、“うつ”のきっかけになります。「うつかな？」と思ったら、心療内科や精神科を受診しましょう。

かかりつけ医受診

月1回かかりつけ医を受診。



訪問看護

週2回訪問し、健康状態を確認



訪問介護

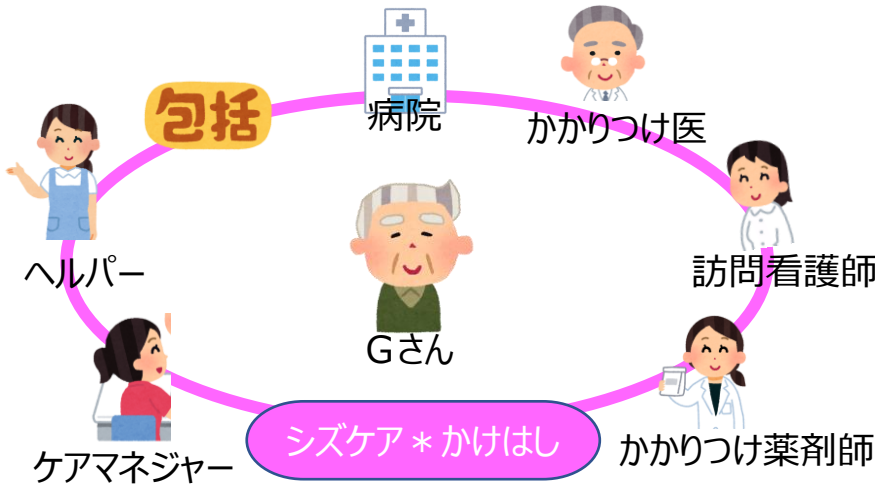
週3回訪問し、調理等の生活援助を実施



近所の方は、定期的にGさんの元を訪れ、話し相手になってくれています。

シズケア*かけはし

Gさんのように在宅療養している方の情報を医療・介護の専門職が共有し、連携を促進する情報システムです。Gさんに利用料金は発生しません。



<情報共有の一例>

- ・14種類も薬を飲んでいた
→情報共有により、不要な薬を整理しました。
- ・階段から落ちて骨折、段差で転んで出血
→情報共有により、関係者が訪問時に注意するようになりました。

総合事業 訪問型サービスC

対象：要支援1, 2または基本チェックリスト該当者

内容：専門職が生活や健康面の指導を集中的に行う

回数：月2~4回、3~6か月の短期間で実施

Gさんは、旅行に行くことを目標に、自宅できるリハビリテーションのプログラムを教わり、6か月後を目標においてがんばり始めました。



○費用の目安：通院と介護サービス（要支援2）を利用

医療	介護	合計費用
・通院 月1回 月額約1,000円 +薬代	・訪問介護 週3回 ・訪問看護 週2回 月額約 7,300円	月額約8,300円 +薬代

(自己負担1割のときの金額)

◆◆◆事例8 緊急時◆◆◆



Hさん（84歳女性・1人暮らし）

大腸の病気による下血により入退院を繰り返し、腸に穴が開き、人工肛門になりました。

要介護認定が要支援のため、介護保険のサービスと住民主体の活動を組み合わせて利用することで、緊急時対応の体制を整え、在宅療養が続けられました。

- 78歳 ・大腸の病気による下血により入退院を繰り返す
- 80歳 ・腸に穴が開いた状態となり、人工肛門（ストーマ）になりました。
- 要介護認定の申請 ⇒ 要介護2と認定、ケアプラン作成**
- ・**デイサービス**や**訪問介護**を利用
- ・Hさんは家事はできますが、ゴミ出しや布団干し、買い物に困っていたので、住民サポーター（近隣の方々やボランティア活動等による生活援助）を利用しました。
- 83歳 ・自宅でストーマの管理がうまくいかなかったため、地域包括ケア病床に入院
- ・ストーマの管理方法を習得し、体調も良くなって退院
- 要介護2→要支援2に変更**
- 84歳 地域包括支援センターが介護予防ケアマネジメントを担当
- ・**デイサービス（週2回）**、**訪問看護（週1回）**を開始
- ・**住民主体の居場所であるカフェやサロン**を勧めたところ、外出機会が増え、化粧もするようになりました。
- ・ゴミ出しや布団干し、買い物に**住民サポーター**を利用、食事が単調にならないよう**配食サービス（週3回）**を利用
- ・急な下血等の体調悪化に備え、**緊急通報システム**を設置



カフェやサロンには
シニアカーで行くよ。

住民サポーターはとても
良い方で、頼みやすいよ。

かかりつけ医受診

ストーマは3か月に1回
専門医を受診
普段はかかりつけ医を受診し、
身体面の不安等相談



生活環境の整備

立ち上がりの
手すりを設置



デイサービス

週2回利用し、
入浴時にストーマ
装具を交換



訪問看護

週1回訪問し、
ストーマの管理状況
等を確認



配食サービス

安否確認も兼ねて、
週3回お弁当を
配達

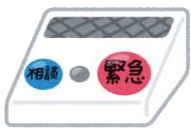


住民主体のサポート

- ・カフェ、サロン（交流の場の提供）
- ・住民サポーター（近隣の方々やボランティア等による日常生活の支援です。有償ボランティアもあります。）

緊急通報システム

・緊急ボタンを押すと、業者につながり、必要に応じて協力員（親族や民生委員、近所の方）が訪問して状況を確認します。



まだ、使ったことはないけど、あると安心だよ。

地域包括ケア病床

在宅療養を行っている方の入院や、在宅療養の準備のための病床で、60日を限度に入院できる

○費用の目安：通院と介護サービス（要支援2）を利用

医療	介護	合計費用
・通院 月1回 月額約1,000円 + 薬代	・福祉用具レンタル ・デイサービス 週2回 ・訪問看護 週1回 月額約6,600円	月額約7,600円 + 薬代
その他		
・住民サポーター 2週に1回	・配食サービス 週3回	月額約4,800円

（自己負担1割のときの金額）

◆◆◆事例9 人生の最終段階①◆◆◆

Iさん（76歳女性・長女家族と同居）

60歳代で乳がんとなり、様々な治療をしましたが、転移が認められ、緩和治療（身体的・精神的な苦痛を和らげ、自分らしい生活を送れるようにするためのケア）を勧められました。

Iさんの希望で、在宅療養を開始し、最終的には病院で最期を迎えました。



- 64歳
- ・テレビを見て自己触診をしたところ異常に気づき受診、乳がんと診断
 - ・手術後、放射線・抗がん剤治療を受ける。
- 74歳
- ・肺・リンパ節への転移が見つかり治療を行いましたが無効、医師から「余命は半年、治療をしても1年だ」との説明を受ける。
Iさんの希望により、副作用の少ない抗がん剤治療を開始
- 76歳
1月
- ・手足に力が入らず、歩行が困難となり入院
主治医からIさんと娘に「緩和医療を勧めます。余命は3か月程度だ」と説明
- ・Iさんが「家に帰りたい」と希望したので、在宅療養・看取りの方針になり、**退院前カンファレンス**を実施
- 要介護認定の申請 ⇒ 要介護2と認定、ケアプラン作成**
- 2月
- 退院
- ・**介護用ベッド**をレンタルし、**ポータブルトイレ**、**手すり**を設置
 - ・**訪問診療（2週に1回、病状が進んでからは週1回）**、**訪問看護（週3回）**、**デイサービス（週1回）**を開始
- 7月
- ・Iさんの長女は、10年前に同じがんで亡くなった父の時と比べて、介護サービスの充実ぶりに驚き、「これなら在宅で看取りができる」と安心しました。
 - ・病状の悪化や長女の不安感の増幅により、かかりつけ医と相談した結果、入院となりました。
- 8月
- ・長女は「また在宅に戻って看取りたい」と気持ちが揺れ、在宅療養を再び検討し始めたところ、亡くなりました。

退院前カンファレンス

Iさんと病院スタッフ、地域の関係者（かかりつけ医、訪問看護師、ケアマネジャー、デイサービス職員）などの地域の関係者が参加し、退院に向けて情報交換を行います。



生活環境の整備



レンタル（介護用ベッド）
ポータブルトイレ・手すりの設置

訪問診療

2週に1回、病状が進んでからは週1回訪問し、病状等確認しました。



父が末期の肺がんで入院したまま亡くなり何もしてあげられなかった。

母の望むようにしてあげたい。

先生がいつでも入院できると言ってくれたので安心した。

娘の思い

10年前の父の時と比べ、在宅サービスが整っていたので助かった。

看護師さんが、介護方法を教えてくれたり悩みを聞いてくれた。

訪問看護（医療）

健康状態の観察や介護上の相談、Iさんの精神的なケアを実施



週1回通い、入浴等を実施しました。その間、家族は休むことができました。



デイサービス

<在宅療養をして良かったこと>

- ・外出好きなIさんは、車いすでお祭りや大衆演劇を観に行けて喜びました。
- ・中学生の孫が車いすを押して近所を散歩するなど、家族の時間を過ごすことができました。



○費用の目安：訪問診療と介護サービス（要介護2）を利用

医療	介護	合計費用
・訪問診療 週1回 ・訪問看護 週3回 月額約14,000円 +薬代	・福祉用具レンタル ・デイサービス 週1回 月額約5,000円	月額約19,000円 +薬代

◆◆◆事例10 人生の最終段階②◆◆◆

Jさん（69歳男性・1人暮らし）

末期の肺がん、脳転移で入院していましたが、Jさんの希望により退院。定期巡回・随時対応型訪問介護看護を利用して在宅での生活を送り、Jさんの希望されたとおり自宅で亡くなりました。



- 68歳
- ・咳・痰がひどく受診したところ、末期の肺がんと診断
 - ・積極的な治療は希望せず、病状確認のため定期的に受診することになりました。
- 69歳
- 8月
- ・1～2か月未受診が続いたため、医療機関職員が自宅訪問したところ倒れているJさんを発見し、入院
 - ・言葉が出ない、右片麻痺の症状がありMRIにてがんの脳転移と診断、ほぼ寝たきりの状態となる。

要介護認定の申請 ⇒ 要介護3と認定

9月

退院前カンファレンスを実施

- ・Jさんは、金銭的に施設入所は難しく、「自宅で生活して最期を迎えたい。」と希望
- ・介護用ベッド、ポータブルトイレ、車いすのレンタルで生活環境を整え、訪問診療（週1回）を受けながら、定期巡回・随時対応型訪問介護や訪問看護（週1回）を利用することが決まる。
⇒ ケアプラン作成

退院

定期巡回・随時対応型訪問介護開始

- ・サービス開始当初、Jさんはヘルパーの受け入れに消極的でした。Jさんの希望する銀行やコンビニへ、男性ヘルパーが車いすに乗せて外出したところ、非常に喜び、打ち解けてくれるようになりました。
- 11月
- ・熱が38度になって水分が取れなくなり、翌日、自宅で最期を迎えました。

Jさんの希望を叶えるため、
外出の支援をしました。



退院前カンファレンス

Jさんと病院スタッフ、地域の関係者（かかりつけ医、訪問看護師、ケアマネジャー、ヘルパー）などの地域の関係者が参加し、退院に向けて情報交換を行います。

生活環境の整備

レンタル（介護用ベッド・車いす）
ポータブルトイレの設置

訪問診療

月2回、病状が進んでからは
週1回訪問し、病状等確認

定期巡回・随時対応型訪問介護看護

Jさんの場合、定期巡回を1日2回（食事の提供、清拭・排泄管理※、服薬・体調・安否確認）実施、体調不良や排泄の失敗の時等はJさんから緊急コールがあり、随時対応・訪問を行いました。

※排泄管理とは、ポータブルトイレの排泄物を破棄・洗浄したりオムツになってからはオムツ交換を行うこと

<週間サービス>

	時間	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	日曜日
朝食	6:00							
	8:00	訪問介護	訪問介護	訪問介護	訪問介護	訪問介護	訪問介護	訪問介護
昼食	10:00							
	12:00							訪問介護 (清拭)
	14:00	訪問診療			訪問看護			
夕食	16:00							
	18:00	訪問介護	訪問介護	訪問介護	訪問介護	訪問介護	訪問介護	訪問介護
	20:00							

○費用の目安：訪問診療と介護サービス（要介護3）を利用

医療	介護	合計費用
・訪問診療 週1回 ・訪問看護 週1回 月額約15,000円 +薬代	・定期巡回・随時対応型訪問介護 （1日2回+随時） 月額約21,000円	月額約36,000円 +薬代

訪問入浴介護

月2回、ヘルパーが入浴介助を行います。入浴できない週は清拭※を行いました。

※清拭とは、温かいタオルなどで身体を拭いてきれいにする事

ゴミ出しは
仲の良い隣人が
行ってくれました。



訪問看護（医療）

週1回訪問し、
発熱時などに対応



イメージ図

ケアマネジメント

関係者と調整し、ケアプランを作成します。



ケアマネジャー P26

相談

高齢者と家族の身近な総合相談窓口です。



地域包括支援センター
P27

医療

自宅に伺い、医療サービスを提供します。



医師、歯科医師、薬剤師、
看護師 P24,25

短期入院

短期間の入院治療を行います。



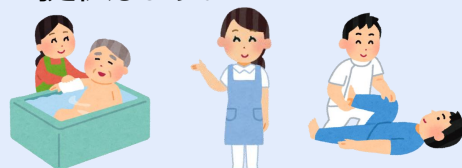
病院等



医療ソーシャル
ワーカー P26

介護

自宅に伺い、介護サービスを提供します。



訪問介護、訪問入浴、
訪問リハビリテーション P28



住民主体のサポート

近隣の方々やボランティア等による日常生活の支援です。
有償ボランティアもあります。



通所

日中に自宅から施設に通って、
各種サービスを受けます。



デイサービス、デイケア
P29

地域密着型サービス

介護度が重くなっても、住み慣れた地域
で生活できるよう柔軟なサービスを提供
します。



小規模多機能型
居宅介護等 P31

短期入所

短期的に施設に宿泊します。



ショートステイ
P30

かかりつけ医



安心して在宅療養を行うため、地域のかかりつけ医の存在はとても重要です。
通院が難しい場合には、医師が自宅を訪問する「**訪問診療**」や「**往診**」も行えます。

訪問診療

通院が困難で、継続的な診療が必要な方に対して、**定期的・計画的に**自宅を訪問して行う診療

往診

急な病状変化（発熱など）があった時に、本人や家族からの求めに応じて、**不定期に**自宅を訪問して行う診療

歯科医師・歯科衛生士



通院が困難な方に対して、歯科医師や歯科衛生士が自宅を訪問する「**訪問歯科診療**」が行えます。

静岡県在宅歯科医療推進室 (TEL 054-202-6480)

では、訪問歯科診療ができる医療機関の情報等をお伝えしています。



むし歯・歯周病の治療、
入れ歯の作成や修理



専門的な口腔ケア
(歯・舌・入れ歯の手入れ、
口の中の粘膜のチェック)



口腔機能の回復に
関する指導

薬剤師



通院が難しい場合には、薬剤師が自宅を訪問する「訪問薬剤管理指導」が行えます。



薬の飲み残しがないか確認



薬の管理方法を
確認、相談に応じる



複数の医療機関から
出ている薬や、サプリメント
との飲み合わせを確認

看護師



医療処置がある方や病状に不安がある方等は、医師の指示により、病院や訪問看護ステーションなどから看護師が自宅に訪問する「訪問看護」が行えます。



健康状態の観察
(血圧、体温、脈拍、
呼吸のチェックなど)



点滴注射などの
医療処置
病気や介護の不安に
関する相談対応



急変時にはかかりつけ医
と連携して、症状の観察、
緊急の処置などを行う

医療ソーシャルワーカー



医療機関に入院中の方で、**退院後の生活相談**を希望される方は、各医療機関の医療ソーシャルワーカーに御相談ください。

入院の相談や退院後の生活の不安など、様々な悩みの相談に応じます。

地域の医療・保健・福祉機関と連絡を取り合い、在宅療養への準備を支援します。

ケアマネジャー



介護保険における「在宅サービス」「施設サービス」の利用を希望される方は、ケアマネジャーに御相談ください。

本人や家族が、これからどのように暮らしたいかお聞きします。



介護サービスの調整や見直しを行います。

本人の心身の状態や家族の事情に合わせ、自立した日常生活が送れるようケアプランを作成します。

地域包括支援センター



地域包括支援センターは高齢者の総合相談窓口です！

介護・福祉・医療についてどこに相談したらよいかわからない場合は、お住まいの地区の地域包括支援センターに御相談ください。

介護に関する悩みなど様々な相談に応じます。



自立した生活ができるよう介護予防を勧めます。

高齢者の皆さんの権利を守ります。

- ・消費者被害などへの対応
- ・成年後見制度の利用支援
- ・高齢者の虐待防止、早期発見・早期対応

あなたの地区の地域包括支援センターを探してみてください

地域包括支援センター名：

住 所：

電話番号：

お住まいの市町に聞いて記入しましょう。



自宅に訪問するサービス

● 訪問介護

ホームヘルパーが定期的に自宅を訪問し、入浴、排せつ、食事などの介助が受けられます。



● 訪問入浴介護

自宅での入浴が困難な方の自宅に簡易浴槽を運び、入浴介助が受けられます。



● 訪問リハビリテーション

自宅に訪問した理学療法士や作業療法士、言語聴覚士からリハビリテーションが受けられます。



● 訪問看護

自宅に訪問した看護師から、医師の指示による医療処置や病気・介護の不安に関する相談対応等の看護を受けられます。

施設を利用するサービス

●通所介護（デイサービス）

デイサービスセンターなどに通い、他の利用者と一緒に食事、入浴などの介助やレクリエーション、機能訓練などを日帰りで受けられます。



●通所リハビリテーション（デイケア）

介護老人保健施設や病院などに通い、食事や入浴などの日常生活の介助や理学療法士、作業療法士などによるリハビリテーションを日帰りで受けられます。

◆◇◆リハビリテーション専門職◆◇◆

理学療法士

基本的な運動機能回復のために、トレーニングや麻痺のある方の動作改善、運動療法、マッサージなどを行います。



作業療法士

指を動かす、入浴をするなど、日常生活を送る上で必要な機能回復のための訓練をします。



言語聴覚士

言語によるコミュニケーションや、食事の自立を支援するためのリハビリテーションを行います。





● ショートステイ

一時的に家族が介護できない場合などに、特別養護老人ホーム（介護老人福祉施設）や介護老人保健施設などを短期間利用するサービスです。

介護サービスの内容などによって費用が異なるほか、居住費や食費などの利用負担が別途必要です。

・短期入所生活介護

特別養護老人ホーム（介護老人福祉施設）などに短期間入所して、介護や機能訓練が受けられます。

・短期入所療養介護

介護老人保健施設や介護療養型医療施設などに短期間入所して、医学的な管理の下で介護・看護・機能訓練が受けられます。

地域密着型サービス

認知症や要介護の高齢者が、介護度が重たくなっても、住み慣れた地域でいつまでも生活できるよう**柔軟なサービスを提供**します。

● 小規模多機能型居宅介護

「通い」を中心に、状況や要望に応じ、随時の「訪問」や「宿泊」を組み合わせるサービスです。

このサービスを利用するためには、実施事業所への利用者登録が必要です。また、食費・宿泊費などについては、利用者負担が別途必要です。

※ このサービスの利用中は、利用できない介護サービスもあります。



● 看護小規模多機能型居宅介護

小規模多機能型居宅介護に訪問看護サービスが追加されたサービスです。要介護度が高くなった方や医療的ケアが必要になった方を支援します。

● 夜間対応型訪問介護

夜間または早朝の定期的な巡回訪問や緊急通報システムでホームヘルパーを呼ぶことで、排せつ介助などのサービスが受けられます。



● 定期巡回・随時対応型訪問介護看護

日中・夜間を通じて訪問介護と訪問看護の両方を、定期巡回と随時の対応によるサービスが受けられます。

自宅の環境を整えるサービス

● 福祉用具貸与

日常生活の自立の助けとなる福祉用具をレンタルすることができます。

例：車いす、介護用ベッド、歩行器など



● 福祉用具購入費の支給

福祉用具を指定の業者から購入した場合、購入費（各年度10万円まで）のうち、自己負担分を除いた金額が支給されます。

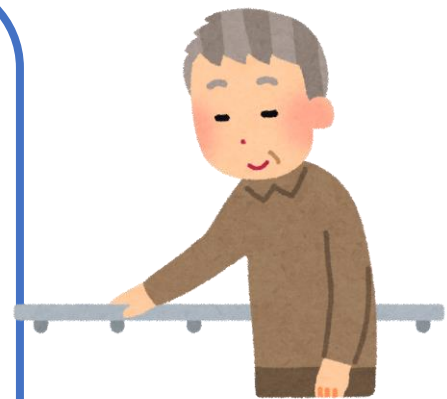
例：腰掛便座、入浴補助用具など

● 住宅改修費の支給

生活環境を整えるための小規模な住宅改修の費用（合計20万円まで）のうち、自己負担分を除いた金額が支給されます。

例：手すりの取付け、段差の解消、洋式便器への取替えなど

※ 工事を行う前に事前申請が必要です。



介護保険のサービスを利用する手順

申請

- 市町の介護保険担当窓口で、要介護認定の申請をしてください。（ケアマネジャーや地域包括支援センターに代行してもらうことができます。）

認定調査 + 主治医 意見書

- 調査員が訪問し、心身の状況を調査します。また、主治医に心身の状況についての意見書を作成してもらいます。

審査・ 判定

- 訪問調査の結果や主治医意見書をもとに「介護認定審査会」で、介護の必要性や程度について審査を行います。

認定・ 通知

- 審査結果に基づき「非該当」「要支援 1・2」「要介護 1～5」までの区分に分けて認定し、結果を通知します。

ケアプラン の作成

- 「要介護 1～5」の人はケアプランを、「要支援 1・2」「非該当」の人は介護予防ケアプランを作成します。

介護サービ ス開始

- ケアプランにもとづいて在宅や施設でサービスが利用できます。

※ 介護保険のサービスは、申請日から暫定で利用できます。

ケアプラン作成にあたり、入院されている方は「退院前カンファレンス」、在宅の方は「サービス担当者会議」を行い、関係者と情報交換を行い、適切なサービス内容となるよう検討します。



質問 1 : 在宅療養の費用はどのくらいかかるの？

在宅医療サービスは医療保険、介護サービスは介護保険が使えます。
各保険適用後の1か月あたりの標準的な負担額は以下のとおりです。
※令和2年3月現在

医療保険

医療サービスの負担割合は、原則として75歳以上は1割、70～74歳は2割、70歳未満は3割となります。いずれの場合も、現役並み所得者は3割となります。

※ 下記は標準的な負担額であり、医療サービスの内容により費用は異なります。

■ 訪問診療・往診 月2回の訪問診療と急変時の往診を受ける際に必要となる負担金額	負担割合	標準的な負担月額	往診（呼んだ回数ごとに発生）
	1割	約 6,500円	720円／1回
	3割	約 19,500円	2,160円／1回
■ 訪問看護 週1回の訪問看護と急変時の24時間対応体制がついた訪問看護サービスを受ける際に必要となる負担金額		標準的な負担月額	
	1割	約 4,000円	
	3割	約 12,000円	
■ 訪問薬剤管理指導 訪問服薬指導にかかる負担金額（薬の費用は別途必要です。）		標準的な負担額	
	1割	650円／1回	
	3割	1,950円／1回	
■ 1か月の自己負担限度額 *1 自己負担限度額を超えた場合、超えた分が高額療養費として支給されます。 *2 住民税非課税世帯の場合、自己負担限度額は8,000円です。 *3 加入されている健康保険によって負担限度額の判定区分が異なります。		保険の種類	自己負担限度額*1
	1割	後期高齢者医療制度	14,000円*2
	3割		57,600円
	3割	国民健康保険／社会保険	*3

介護保険

○利用者負担の割合【3割、2割負担はそれぞれ①②を両方満たす場合】

3割	①本人の合計所得金額が220万円以上 ②同じ世帯の65歳以上の人の「年金収入 + その他の合計所得金額」が、単身世帯 = 340万円以上、2人以上世帯 = 463万円以上
2割	3割の対象とならない人で下の①②の両方に該当する場合 ①本人の合計所得金額が160万円以上 ②同じ世帯の65歳以上の人の「年金収入 + その他の合計所得金額」が、単身世帯 = 280万円以上、2人以上世帯 = 346万円以上
1割	上記以外の人

○在宅サービス等の支給限度額

介護保険の在宅サービス等を利用する際には、要介護状態区別に保険から給付される上限額（支給限度額）が決められています。

要介護状態区分	利用限度額 (1か月あたり)	自己負担額 (1割負担の場合)
要支援1	50,320円	5,032円
要支援2	105,310円	10,531円
要介護1	167,650円	16,765円
要介護2	197,050円	19,705円
要介護3	270,480円	27,048円
要介護4	309,380円	30,938円
要介護5	362,170円	36,217円

限度額を超えてサービスを利用する場合
その分は全額自己負担です。



高額介護サービス費等が支給されます

利用者が同じ月内に受けた、在宅サービスまたは施設サービスの利用者負担の合計（同じ世帯に複数の利用者がある場合は世帯合計額）が、上限を超えた場合、申請により高額介護サービス費が支給されます。

■市町に「高額介護サービス費等支給申請書」を提出してください。

◆利用者負担の上限（1か月）

利用者負担段階区分	上限額	
○現役並み所得者*1	44,400円	世帯
○一般世帯	44,400円*2	世帯
○住民税世帯非課税	24,600円	世帯
○合計所得金額および課税年金収入額の合計80万円以下の人 ○老齢福祉年金の受給者	15,000円	個人
○生活保護の受給者	15,000円	個人
○利用者負担を15,000円に減額することで、生活保護の受給者とならない場合	15,000円	世帯

*1 同一世帯に課税所得145万円以上の第1号被保険者がいて、収入が単身383万円以上、2人以上520万円以上の人。

*2 令和2年7月までに限り、同一世帯のすべての65歳以上の人（サービスを利用していない人も含む）の利用者負担割合が1割の世帯には、年間446,400円（8月～翌7月）を上限とする緩和措置が適用されます。

*3 「合計所得金額」は「地方税法上の合計所得金額から長期譲渡所得及び短期譲渡所得に係る特別控除額」及び「公的年金等に係る雑所得」を控除した額です。

介護保険と医療保険の利用者負担が高額になった場合

介護保険と医療保険の両方の利用者負担を年間で合算し高額になった場合は、下の限度額を超えた分が申請により支給される高額医療・高額介護合算制度があります。

◆高額医療・高額介護合算制度の負担限度額（年額／8月～翌年7月）

所得 (基礎控除後の総所得金額等)	70歳未満の 人がある世帯	所得区分	70～74歳の人 がある世帯	後期高齢者医療 制度で医療を受け る人がある世帯
901万円超	212万円	課税所得690万円以上	212万円	212万円
600万円超901万円以下	141万円	課税所得380万円以上	141万円	141万円
210万円600万円以下	67万円	課税所得145万円以上	67万円	67万円
210万円以下	60万円	一般	56万円	56万円
住民税非課税世帯	34万円	低所得者Ⅱ	31万円	31万円
		低所得者Ⅰ	19万円	19万円

質問2：自宅以外の療養場所にはどんなものがあるの？

自宅以外にも、高齢者や要介護者を対象にした介護施設や高齢者住宅などの場所があります。

療養場所は、その時の身体の状態や介護の状況の変化によって選び直すことが可能です。状況に応じて最適な環境を検討していきましょう。

要介護1～5の人が受ける 施設サービス

特別養護老人ホーム

(介護老人福祉施設)

常時介護が必要で自宅での生活が難しい人が入所して、日常生活上の支援や介護を受けられます。

※新規入所は原則要介護3～5の人が対象です。

老人保健施設

(介護老人保健施設)

状態が安定している人が在宅復帰できるよう、リハビリテーションを中心としたケアを行います。

介護医療院

長期療養のための医療と日常生活上の介護を一体的に提供する施設。介護療養型医療施設等の転換施設です。

地域密着型サービス

認知症対応型共同生活介護 (グループホーム)

認知症の高齢者が、共同生活をする住居で、日常生活上の世話や機能訓練などの介護 (予防) サービスを受けられます。要支援1の人は対象となりません。

特定施設

有料老人ホーム

介護付、住宅型、健康型の3種類があり、入居条件や提供されるサービスに違いがある。

軽費老人ホーム (ケアハウス)

家庭環境、住宅事情などの理由により、自宅での生活が難しい人が、低額な料金で生活できる施設

養護老人ホーム

福祉事務所の措置による入所施設。食事の提供、その他日常生活上必要な支援を行う。

サービス付き高齢者向け住宅

安否確認や生活相談などのサービスがあり、バリアフリー構造となっている住宅

医療機関

療養病床

急性期の治療を終え、療養を必要とする人のための医療施設です。

地域包括ケア病床

在宅療養を行っている方の入院や在宅療養の準備のための病床で、60日を限度に入院できます。

◆施設に入所した時の自己負担額の目安は、ホームページで確認することができます。

介護事業所・生活関連情報検索 (介護サービス情報公表システム)

https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/?action_kouhyou_simulation_index=true

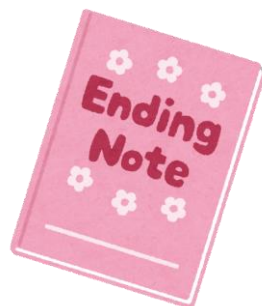
質問3：もしもの時に、自分の希望や思いを伝える方法はあるの？

自分にもしものことがあった時のために、伝えたい思いをまとめておく「**エンディングノート**」を作成することをおすすめします。内容は自分の好きなように自由に書くことができ、いつでも書き換えることができます。

本屋などで購入できるほか、インターネットから無料でダウンロードできたり、書き方が紹介されています。県内でも独自のエンディングノートを作成・配布している市町がありますので、お住まいの市町へお問い合わせください。

「エンディングノート」に書いておきたいこと

- ・終末期医療についての対応、葬儀への希望、友人や知人などの連絡先、貯蓄・保険・年金・その他の貴重品の情報など
- ・「自分史」や「大切な人へのメッセージ」などを書くこともあります



エンディングノートを書いたら、ぜひその内容を家族や親しい人と繰り返し話し合い、共有しましょう。このような話し合いを「**人生会議：アドバンス・ケア・プランニング**」と言います。繰り返し話し合い、共有しておくことで、より自身の希望が叶えられやすくなります。

「人生会議」話し合いのポイント

- ・元気なうちから話し合うことをお勧めします。命の危険が迫った状態になると70%の方が医療や介護について自身の望みを伝えることができなくなると言われています。
- ・救急搬送は、救命を目的としています。人生の最終段階において、積極的な救命措置を行うかどうか繰り返し話し合っておきましょう。



ふじのくに高齢者在宅生活“安心”の手引き検討委員

◎委員長、以下50音順、敬称略

氏名	団体名
◎岡 慎一郎	静岡県医師会
安達 光生	静岡県病院協会
稲葉 章浩	静岡県地域包括・在宅介護支援センター協議会
岡 由美子	静岡県訪問看護ステーション協議会
菊池 和幸	静岡県リハビリテーション専門職団体協議会
佐久間 恵	認知症の人と家族の会静岡県支部
杉本 佳壽恵	静岡県ホームヘルパー連絡協議会
杉森 幸恵	静岡県小規模多機能型居宅介護事業者連絡会
原田 むつみ	静岡県介護支援専門員協会
守谷 充子	磐田市社会福祉協議会

令和2年3月発行

〒420-8601 静岡県静岡市葵区追手町9番6号

静岡県健康福祉部福祉長寿局長寿政策課

電話番号:054-221-2336 FAX:054-221-2142

E-mail: chouju@pref.shizuoka.lg.jp

静岡県健康福祉部医療健康局地域医療課

電話番号:054-221-2406 FAX:054-221-3291

E-mail: chiikiiryousu@pref.shizuoka.lg.jp