



Nerima 在宅療養ガイドブック わが家で生きる

住み慣れた自宅でいつまでも自分らしく



練馬区

令和8年(2026年)4月作成

はじめに

みなさんは、ご自身やご家族が医療や介護が必要な状況になったとき、どこで、どのように、暮らしていきたいとお考えでしょうか？病院、施設、ご自宅など、選択肢はいろいろあります。

練馬区では、区民の皆さまが医療や介護が必要になっても、誰もが住み慣れた“わが家”で安心して療養生活を送ることができるよう、在宅療養サービスの仕組みづくりを進めています。

この冊子を読んで、在宅療養を一つの選択肢として考えていただければ幸いです。また、一度選んだからといって最期まで在宅での療養を続けていかないとけないということはありません。その時の気持ちや状況によって、どこで、どのように、どう過ごしていくか見直していきましょう。



練馬区地域医療課

在宅療養とは…

住み慣れた自宅に、お医者さんや看護師さん、ホームヘルパーさん等に来てもらい、医療と介護を受けながら療養生活を送ることです。



在宅療養よく知るための 5つのポイント



どこに
相談？

point 1 相談先を知る

「家にいたいけど、どうしたらいいの？」「ひとり暮らしでも、在宅はできるの？」などと思ったら、まずは、医療や介護の関係者に相談してみましょう。

P 4 ~ 相談先
P 12 ~ 在宅のプロ

どんな生活
になる？

point 2 療養生活を知る

具体例などから療養生活をイメージしてみましょう。
1週間の流れ、費用の目安なども掲載しています。

P 7 ~ 具体例
P 10 ~ 家族の体験談

もくじ

1 在宅療養の相談先	
・在宅療養の相談先	p 4
2 具体例から知る在宅療養	
・具体例の紹介～3つ	p 7
・家族の体験談	p10
3 在宅療養を支えるプロフェッショナル	
・主なサービスと関係する専門職	p12
・各専門職の紹介	p14
・地域包括支援センターのこと	p20
・その他の地域の相談窓口	p22
・医療機関のいろいろ	p23
4 介護保険のこと	
・申請から認定まで	p24
・サービスの種類	p25
5 ACP (アドバンス・ケア・プランニング) のこと	
・ACP とは？	p27
・“もしも…”を考えるきっかけシート	p30
6 在宅療養の Q&A	
・在宅療養の Q&A	p33



●地域包括支援センター一覧 p40

別添 / “もしも…”を考えるきっかけシート、119 あんしんシート、
各シートのご案内、マグネット

point 3 専門職を知る

どんな専門職
がいるの？

在宅療養を支援する各専門職
はどのようなサービスを提供
しているのか、どのように依
頼をすればよいのかなどを知
りましょう。

P12 ～
在宅療養を支えるプロ
フェッショナル

point 4 介護保険を知る

申請の仕方は？
サービス内容は？

介護保険サービスを利用する
ための、申請から認定までの
流れ、サービスの種類につい
て知りましょう。

P24 ～ 申請から認定
P25 ～ サービスの種類

point 5 ACP などを知る

ACP のことや在宅療養のよ
くある Q&A など掲載して
います。

ACP については、とても大
切なことなので、ぜひ知って
おいてほしいです。

在宅の費用は？
夜間の対応は？

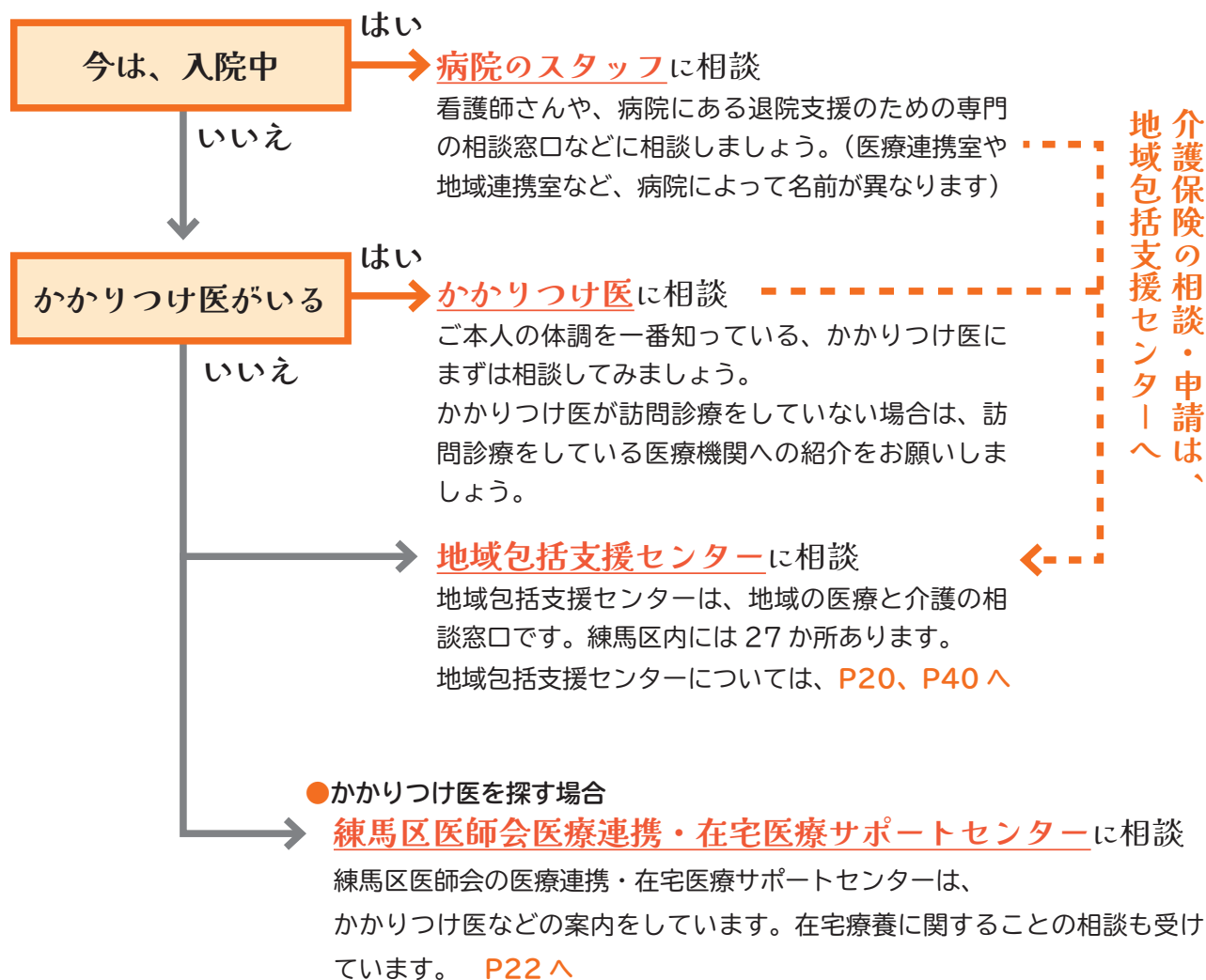
P27 ～ ACP のこと
P33 ～ Q&A

1 在宅療養の相談先



「退院後は家に戻りたいけど、誰に相談したらいい?」「だんだん通院が難しくなっていて、不安…」などと思ったとき、まずは相談をしてみましょう!

「こんなこと話していいのかな?」と迷ったときこそ、相談どきだと思ってください。
まずは”誰かに話をしてみる”、それが大事です。以下を参考にしてみてください。



かかりつけ医を持ちましょう

かかりつけ医とは、日頃から健康診断や治療などを行ってくれる「身近な医師」のことです。いざというときに、相談ができるかかりつけ医はあなたの強い味方です。

「いま元気だから、かかりつけ医はいない」という方も多くいらっしゃいますが、健康診断やがん検診、予防接種は定期的に受け、「身近な医師」との顔の見える関係を築きましょう。

●かかりつけ医について

詳細は「医療のかかり方ミニガイド」をご覧ください。P37へ

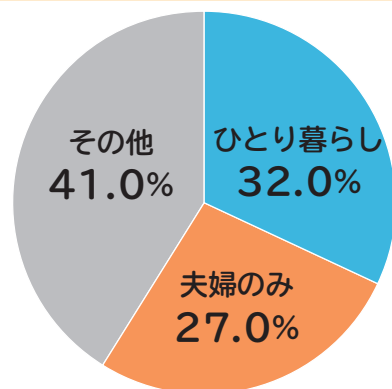


■ みなさんの心のつぶやき ～ひとり暮らしでも、在宅療養はできるの？

「ひとり暮らしで、身の回りのことができなかったら、家にいることは難しい」と思う方も少なくないかもしれません。

しかし、実際は様々なサービスを使いながら、在宅療養を続けているひとり暮らしの方も多くいらっしゃいます。

一番大事なことは、ご本人の意思です。「(医療/介護を受けながら)家にいたい!」と思ったら、まずは相談をしてみましょう。



要介護(要支援)認定者世帯別割合

練馬区高齢者基礎調査等報告書(令和4年度)

ひとり暮らしと
高齢二人世帯
をあわせて
約60%



■ みなさんの心のつぶやき ～在宅療養は、家族に迷惑がかかるから…

「家族に迷惑がかかるから、在宅療養は無理ではないかと…」と話される方は少なくありません。

しかし、様々なサービスを利用しながらひとり暮らしの方や高齢二人世帯の方も在宅療養をされています。家族の方が関われない場合でも在宅は可能です。

家族の方にも生活があり、関われる範囲は人それぞれです。介護は長期間に渡る場合もあります。制度などを活用し、継続できる関わりを考えてみましょう。

【大事な3つのポイント】

- ① サービス・制度をうまく活用、程よい距離感を
- ② 抱え込まない、誰かに相談
- ③ 本人・関係者と一緒に話し合い、情報共有



在宅療養コラム ～相談するときに、準備しておくといふこと

相談に行く前に、相談したい内容や必要な情報をできるだけまとめておきましょう。

メモに書くなどまとめることで、ご自身の考えや相談したいことが整理されますし、聞き忘れも防げます。



① ご本人の考え

- 本人がどうしたいと思っているのか
- 困っていることや支援してほしいこと など

② 色々な情報

- ご本人の既往・現病歴、体の状態(動ける範囲)
- 経済状況、医療保険の負担割合、介護保険の有無 など

③ ご家族のこと

- ご家族の考えや気がかりなこと
- ご家族が関わることでできる範囲、連絡先など



在宅療養がいいけど、現実的には無理だと思うと話される方は多いです。

相談を受ける機関では、個々の状況や希望を聞きながら、療養先についてご本人やご家族と一緒に検討していきます。

大事なことは、療養先についてご本人やご家族が「どう考えるか、何を優先したいのか」ということです。在宅を検討する際は以下を参考にしてみてください。

① “今”の生活に目を向ける

在宅療養をする場合、サービスを入れて今まで通りの生活をするというよりは、“病状や身体の状態に応じたサービスを活用し、これからの生活を整えていく”というイメージです。

サービスを活用するということは、今までご自身でできたことや家族がしていたことを、他人にお願いすることになります。

少なからず、抵抗感を感じるかもしれませんが、少しずつ“今”の生活を受け入れていってほしいと思います。

② 気になることは“言葉”にして

在宅療養は、医療や介護の関係者と協力しながら、続けていくものです。気がかりなことがあれば、適宜、話をしてみましょう。

「最初にこう言ったから、..」などと思うかもしれませんが、考えや思いが変わるのは当たり前のことです。

例えば、最初に家で過ごしたいと言ったからといって、必ず家で過ごさないといけないわけではありません。

話し合うことで、サービスを見直すきっかけになったり、より良い生活に繋がっていったり…。まず思っていることを言葉にしてみましょう。

在宅療養コラム ～「高齢者在宅生活あんしん事業」のこと

住み慣れたご自宅で安心して生活ができるよう、区が実施している事業の一つです。

- 対 象**：慢性疾患等のため日常生活上、常に注意を要する方
または、要介護認定等を受けている方

●**サービス内容**：

- ①緊急通報システム（通報外の駆けつけサービスもあり）
- ②生活リズムセンサー
- ③見守り訪問
- ④見守り電話
- ⑤見守り配食
- ⑥見守り ICT（高齢者の見守り等を支援する機器を導入した際の費用の一部を助成。65歳以上対象）
※必要なサービスを組み合わせて利用可能（一部有料）

詳しくは、お近くの地域包括支援センター（P40）にお問い合わせください。



2 具体例から知る在宅療養



在宅療養の事例を3つ、家族の体験談を紹介します。

在宅療養での生活をイメージする際の参考にしてみてください。

※あくまでも例のひとつです。実際のサービス内容などは個人差があります。ご注意ください。

具体例 1

- ・70代 男性
- ・マンション（5階、エレベーターあり）にひとり暮らし
- ・遠方に子どもが一人
- ・脳梗塞、片麻痺（左）
- ・要介護2 家の中は4点杖を使ってゆっくり移動できる



●経過／治療、サービスの内容

脳梗塞を発症し、急性期病院に緊急入院した。症状が安定したため、リハビリの専門病院に転院した。医療介護関係者と病状などを共有して今後について話し合いを行い、3か月後、本人の希望で自宅に戻ることになった。

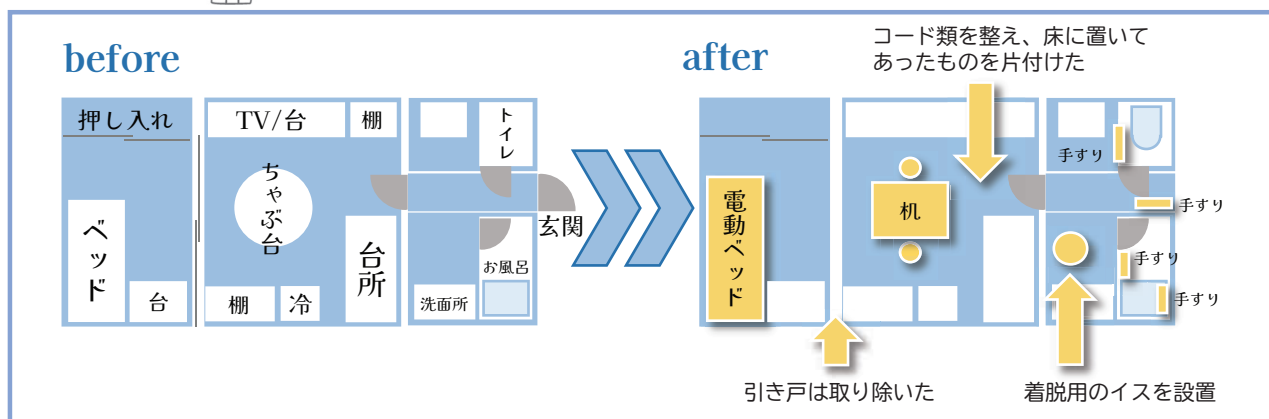
発症 >>>>

転院 >>>>

退院／在宅へ

急性期病院に入院／治療	リハビリ専門の病院に転院 ◆本人の希望 「家の中は一人で動けるようになりたい」 →リハビリし、自宅へ 【自宅に向けての準備】 ・介護保険申請 ・ケアマネジャー面談 ・家屋調査 ・福祉用具の購入・レンタル、住宅改修の検討 ・退院時カンファ参加 など	退院後、ヘルパーサービス等の契約 ◆訪問診療：月2回 ◆訪問看護：週1回 体調確認、薬確認 など ◆ヘルパー：週2回（1回1時間程度） 掃除、ゴミ出し、洗濯介助など ◆配食サービス：1日1回 温め、薬の声掛け ◆デイケア：週2回 リハ、入浴見守り、食事など ◆福祉用具：手すり、電動ベッド（借りる）
-------------	---	---

●家の間取り



●ある1週間の流れ



	日	月	火	水	木	金	土
午前		ヘルパー	デイケア	訪問看護	ヘルパー	デイケア	
午後	配食	配食	夕方／配食	配食	訪問診療（月2回） 夕方／配食	夕方／配食	配食

☆1カ月の負担額 15,000円程度（1割負担）※訪問診療、配食サービス、デイでの食事代除く
 【参考】配食サービス1回 600～700円程度 1カ月（30日）18,000円程度

具体例 2

- ・60代 女性
- ・一軒家で夫と子どもと3人暮らし（夫と子どもは日中仕事）
- ・近隣区に子どもが一人
- ・がん、骨等に転移
- ・要介護3

●経過／治療、サービスの内容

【在宅導入まで】

10年ほど前にがんを発症、手術・抗がん剤治療・緩和ケアを受け、定期的に通院をしていた。数年前にがんが再発、転移し、通院治療していたが、痛みが悪化し入院した。医療介護関係者と病状などを共有し、今後について話し合った結果、本人や家族の希望により、在宅療養となった。

再発・通院 >>>> 入院 >>>>

治療（抗がん剤治療、緩和ケア）のため通院

体調が悪化、入院
病状進行、抗がん剤の治療の効果が認められなくなっていた

◆本人・家族の希望

「痛みのコントロールなどができるなら、家族と家で過ごす時間を大切にしたい」
→在宅へ、介護保険など申請

退院／在宅へ >>>>

自宅での緩和ケア

◆訪問診療：月2回

◆訪問看護：週1回

体調確認、薬確認 など

◆訪問リハ：週2回

ストレッチなど

【在宅導入後～】

しばらくは、安定して生活ができていたが、痛みが急激に悪化して動けなくなってきたため、診療回数やサービス内容を見直すこととなった。

変更後のサービス内容

◆訪問診療：週1回

◆訪問看護：週3回

体調・薬確認、入浴介助、家族フォローなど

◆訪問リハ：週2回

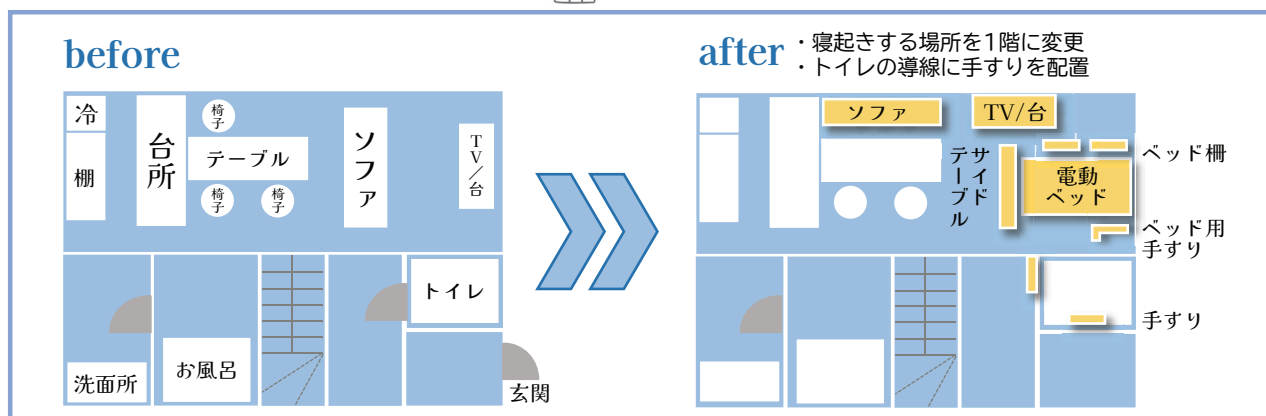
◆福祉用具：電動ベッド、床ずれ防止マット

ベッド用手すり・柵、サイドテーブル、手すり

痛みのことも、お家で対応してもらえて安心。
だんだんと動けなくなっているけれど、トイレはできるだけ自分で行きたい。



●家の間取り／1階（サービス変更後）



●ある1週間の流れ（サービス変更後）



	日	月	火	水	木	金	土
		訪問リハ	訪問看護	訪問診療	訪問看護	訪問リハ	訪問看護

☆1カ月の負担額 20,000円程度（1割負担）

具体例 3

- ・80代 男性
- ・妻と2人暮らし
- ・軽度認知障害（MCI）
- ・要介護1

※ MCI とは、認知症のように普通の生活に支障をきたすほどではないものの、記憶などの能力が低下し、正常とも認知症ともいえない状態のこと。

認知症支援など、
詳しく知りたい場合は、
認知症ガイドブック
(P37) をご覧ください。



●経過

もの忘れが目立つようになり、妻が地域包括支援センターに相談し、その後かかりつけ医に相談した。専門病院を受診した結果、軽度認知障害と診断された。

体は元気なため、妻と一緒に趣味を楽しみながら自宅での生活を送っている。

相談 >>>>

相談・受診 >>>>

サービス導入へ

買い物したことを忘れて同じものを買ってくるなどを繰り返し、妻が心配になり、地域包括支援センターへ相談 ●地域包括支援センターのアドバイス 「かかりつけ医に相談をして、専門のところにたずねていきましょう」	かかりつけ医に相談 ↓ 定期受診の際にももの忘れ検診を勧めってもらうことに ↓ もの忘れ検診後の結果により、専門の病院を受診 ↓ 軽度認知障害と診断 治療開始	・介護保険申請 ・ケアマネジャーと面談 ・サービスの契約 ◆デイサービス：週3回 送迎付き、レクリエーション、入浴声掛け など ◆ショートステイ：月1回 (3泊4日)
---	--	---

●ある1か月の生活



日	月	火	水	木	金	土
1	2	3	4	5	6	7
	定期受診 (内科)	デイサービス		デイサービス		デイサービス
8	9	10	11	12	13	14
	ケアマネ定期面談	デイサービス		デイサービス	本人 ミーティング	デイサービス
15	16	17	18	19	20	21
	定期受診 (整形外科)	デイサービス		デイサービス	(妻は家族会)	デイサービス
22	23	24	25	26	27	28
		ショートステイ (月1回 3泊4日)				デイサービス
29	30	31				
		デイサービス				

☆1か月の負担額 15,000 円程度 (1割負担)

在宅療養コラム ～「本人ミーティング」

「本人ミーティング」は、認知症の方が集い、自らの体験や希望などを語り合い、これからのよりよい暮らし、暮らしやすい地域のあり方を一緒に話し合う場です。当人同士が意見を交わすことで、認知症の方の視点での地域づくりに繋がります。





2 具体例から知る在宅療養 ● 家族の体験談

実際に在宅療養されたご家族の方のお話です。
在宅を考える際の参考にしてみてください。

ひとり暮らしの祖母の在宅療養～祖母の気持ちを聞いていてよかった

私が大学生の時、区内でひとり暮らしをしている80代の祖母が家で転んで骨折してしまい、歩くのが不自由になりました。

親戚一同心配で、施設に入ることを進めましたが、祖母は生まれ育った家を離れたくないと話し、在宅療養をすることになりました。

もともと一人が好きだった祖母らしいなと思いつつ、本当に一人で過ごすことができるのか、私含めて家族はわからないことだらけでした。

まず地域包括支援センターへ相談するとよいということを聞き、家族で相談に行きました。親身に相談に乗ってもらい、介護認定を受けることからはじめ、ケアマネジャーとも協力しながら進めていきました。

その後認知症になり、難しい状況になることもありましたが、祖母の思いをなるべくかなえるために、今までに祖母と話したことを振り返りながら、先生たちとよく話し合い、そして多くのサポートを受けながら療養生活を送っていました。

在宅療養生活を始めて5年、祖母は息子である叔父と私が見守る中、愛する自宅で、好きだった韓流ドラマを見ながら息を引き取りました。

様々苦労がありながらも、祖母が家で過ごしたいと強く話してくれていたもので、私含む家族も決心がつけました。

在宅療養を支えてくれた皆様と、後悔なく看取らせてくれた祖母に感謝しています。



当事者、家族会のおはなし

区民が安心して在宅で療養生活を送るために、医療や福祉のほかに、当事者やその家族同士が支え合う「当事者・家族会」があります。

当事者・家族会では、同じ病気や障害のある方やその家族が、認知症などの悩みや思いを聞いてもらったり、身体のことや制度のこと等の相談ができたり、同じ立場で支え合う色々な活動を行っています。

ひとりで悩まず、一度、参加してみませんか？



がん治療中の伯母の退院のとき～地域包括に助けられたはなし



ある日、地元にいる従兄弟から、がんで入院治療している70代の伯母が、本人の希望で来週には自宅に戻ることになったと連絡がありました。

治療の効果が一定見られていることから、家に戻ってからも治療は続けるとのこと。ただ、副作用であまり動けない状態が続くかもしれないという話だったので、在宅サービスはどうするのか聞いたところ、自分たちで見、様子を見て考えると言われて、びっくり。本人は病院ではしっかりした様子を見せて、自分で生活できると言っていたそう。でも、従兄弟たちは仕事があるし、一人で通院は無理そうだし、体調も不安定だったので、すぐに地域包括支援センターに相談するように話しました。

地域包括支援センターの方が病院の方と相談をしてくださり、退院と同時に訪問看護（訪看）が入ることになりました。また、介護保険については、暫定的にサービスを入れる調整まで整って退院の運びとなりました。

人が家に来ることに慣れるまではいろいろ言ってましたが、数カ月後には従兄弟も伯母も「（サービスを入れて）良かった。安心だし、助かっている」と言っていました。いまは治療が終了し体調が安定したので、訪看さんに来てもらう回数を調整するなど、サービスを見直しながら自宅で生活をしています。また状況に合わせて、相談していこうと家族で話をしているそうです。

少し、おせっかいだったかなと思ったこともありますが、楽しそうに家での生活を話してくれる伯母の声を聞いていると、伝えてよかったと思います。あと、地域が違って地域包括支援センターは心強い味方だと強く感じました。

今後も、様子を聞きながら情報提供はしていければと思っていますところです。



ひとり暮らしの父を看取って～入院を繰り返しながら在宅を希望したはなし



在宅療養をしていた父の容態が芳しくなく入院したと聞いたのは、コロナの影響で地元へずいぶん帰っていなかったときでした。自分の話をほとんどしない父は、体調が悪いことも隠しており、私は突然の連絡に驚きました。

地元へ帰ってもコロナの影響で面会の許可がおりず、やっと面会の許可がおりたときには、父の意識はほとんどありませんでした。聞こえているかどうか分からない状態の父に話をし、その数日後に父は亡くなりました。

葬儀が終わり、荷物の整理をしているときにふと気づいたことがありました。それは驚くぐらい家がきれいな状態だったことです。ひとり暮らしでそれほど荷物は多くはなかったのですが、ここ1年くらいは体が思うように動かせる状態ではなかったと聞いていたので、整理された家に驚きました。

担当のケアマネジャーと話をする機会があり、お世話になったことのお礼を伝えたときに父の家での様子を教えてもらいました。父は必要最低限のサービスは入れていたけれど、家のことなど、できることは可能な限り自分でやっていたそうです。

片足は義足でしたし、体調が思わしくなく徐々に体が思うように動かせない状態になっていたそうですが、父は一時的に入院をしても、常に自宅に戻ることを希望していたとのこと。自分のことは自分でやり続けた父、不自由でもやりたいことをやるということに父らしさを感じました。

周りから見たら不自由や不便に感じるようなことでも、本人にとっては大切なこともあると知り、家族の希望や思いはちゃんと聞いておこうと思いました。

3 在宅療養を支える プロフェッショナル

● 主なサービスと 関係する専門職

● サービスから見る

相談先

- ケアマネジャー P18
- 医療ソーシャルワーカー P19
- 地域包括支援センター P20
- 医療連携・在宅医療サポートセンター P22



自宅に来てくれる サービス

- 在宅医療 P14
- 訪問看護 P15
- 訪問歯科診療 P16
- 訪問服薬指導 P17
- 訪問リハビリテーション P18
- 訪問介護 P19
- 訪問入浴介護
- 居宅療養管理指導



施設に通う サービス

- 通所介護・地域密着型通所介護 P25
- 通所リハビリテーション P25
- 認知症対応型通所介護 P25



住み慣れた地域での 生活を支援する サービス

- 定期巡回・
随時対応型訪問介護看護 P25
- 夜間対応型訪問介護 P25
- 小規模多機能型居宅介護 P25
- 看護小規模多機能型居宅介護 P25
- 認知症対応型共同生活介護 P25



医療や介護の専門職・様々な施設がチームとなって、みなさまの生活を支えます。
ご本人やご家族の希望を伺いながら、必要なサービスを提供し、住み慣れたわが
家で生活できるように支えています。

短期間宿泊する サービス (ショートステイ)

- 短期入所生活介護 P26
- 短期入所療養介護 P26



施設を利用する サービス

- 介護老人福祉施設 P26
- 介護老人保健施設 P26
- 介護医療院 P26
- 特定施設入居者生活介護 P26
(有料老人ホームなど)



自宅の環境を 整えるサービス

- 福祉用具貸与・購入 P26
- 住宅改修 P26



● 職種等から見る

- | | | | | | |
|-------------|-----|---------------|-----|--------------|-----|
| ●医師 | P14 | ●ケアマネジャー | P18 | ●医療ソーシャルワーカー | P19 |
| ●看護師 | P15 | ●リハビリテーション専門職 | P18 | ●地域包括支援センター | P20 |
| ●歯科医師・歯科衛生士 | P16 | ●ホームヘルパー | P19 | | |
| ●薬剤師 | P17 | | | | |

次のページからは、在宅療養を支える専門職を紹介します。どんなサービスが受けられるのか・どのよう
に利用するのかを説明していきます。

●各専門職の紹介



医師（在宅医療）

医師が定期的に自宅などを訪問し、日常的な医療や検査、健康管理を行う「**訪問診療**」と、急変時に患者さんやご家族からの要請に基づき臨時的に訪問する「**往診**」があります。

■どんなサービスが受けられるの？

診察、薬の処方、 血液検査	胃ろうや点滴の管理、 在宅酸素療法	尿のカテーテル（管） の管理
褥瘡（床ずれ）の 予防や処置	人工呼吸器の管理	がん末期の痛み などの緩和ケア など

※受けられるサービスは病院・クリニックによって異なります。

実際に受けられるサービスについては、病院等にご相談ください。

■利用するには？

まずは、かかりつけ医に相談をしてみましょう。

かかりつけ医がいない方で訪問診療の先生を探している場合は、練馬区医師会医療連携・在宅医療サポートセンター（P22）にご相談ください。

在宅療養コラム ～ 訪問診療が受けられる対象は？

訪問診療を受けられる対象は、主に病気などで通院が難しい状態にある方です。

例えば…

- ・病気や障害により歩行が困難な方
- ・寝たきりの状態で移動が制限される方
- ・人工呼吸器などの医療機器を装着し移動が困難な方
- ・終末期の療養を自宅で希望する方
- ・退院後の継続的な医療ケアが必要な方

対象となるかどうか分からないときは、かかりつけ医などに相談をしてみましょう。





看護師（訪問看護）

住み慣れた地域やご家庭でその人らしく過ごせるように、医師の指示のもと「訪問看護ステーション」などから看護師などが自宅に訪問し、在宅療養を支援します。

■どんなサービスが受けられるの？

健康状態の観察

病気・障害のチェック、
血圧、体温、脈拍、呼吸な
ど観察を行います。

日常生活の看護

身体の清拭、洗髪、入浴
介助、食事や排泄のケア、
爪切りなどを行います。

医療処置

床ずれ・胃ろう・人工肛門・
膀胱留置カテーテルの管理、
点滴注射、吸引、服薬管理
などを行います。

医療機器の管理

在宅酸素、人工呼吸器な
どの管理をします。

在宅リハビリ

拘縮※の予防や機能の回
復、えん下訓練などをします。
※拘縮：関節が動かしにく
くなった状態

精神疾患

認知症看護

服薬管理、介護の相談・
工夫のアドバイスなどを行
います。

終末期の看護

看取りまで自宅で過ごせ
る支援、看取りのケアなど
を行います。

在宅療養環境改善の アドバイス

福祉用具のアドバイスな
どをします。

介護者の相談・支援

専門的な知識からの様々
な相談をお受けします。

■利用するには？

まずは、かかりつけ医や病院、ケアマネジャー、地域包括支援センターに相談をしてみましょう。

※訪問看護を利用するためには、医師の「指示書」が必要です。

また、訪問看護ステーションと契約する必要があります。

※介護保険の要介護・要支援認定を受けている場合は、原則として医療保険ではなく、介護保険での利用が優先されます。（P24）





歯科医師・歯科衛生士（訪問歯科診療）

通院が困難な方に対して歯科医師や歯科衛生士が自宅などを訪問し、歯の治療を行ったり、日常生活でのお手入れ方法についてお伝えします。

■どんなサービスが受けられるの？

一般的な歯科治療

治療を行うことで、よく噛んで食べられるようになります。また、お口の中をきれいにすることでむし歯や歯周病、誤えん性肺炎のリスクを低下させることができます。

- ・むし歯や歯周病の治療
- ・入れ歯の作製・調整
- ・口腔ケア※

※お口の“お手入れ”をすること

えん下※障害の治療

食べ物を飲み込んだりすることが難しい方に対し、ご自宅で検査をした上で、食べやすく飲み込みやすい食事についてのアドバイスを、食べ物を飲み込むための治療（えん下訓練）を行います。

また、そのために大切な口腔ケアも行います。

※えん下：食べ物を飲み込むこと

■利用するには？

練馬つつじ歯科診療所へ（03-3993-9956）ご相談ください。

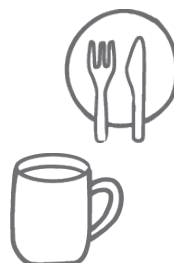
練馬つつじ歯科診療所では、自宅に訪問してお口の中のチェックや、飲み込みに関しての問題がないかの診断を行っています。訪問歯科診療の導入が必要と判断された場合は、歯科医院の紹介や、つつじ歯科での治療・訓練をご案内しています。



在宅療養コラム～ほうっておくと心配！“むせ”のこと

～摂食・えん下事業の紹介～

練馬区では、食べることや飲み込むことに不安がある方に「お口の健康診断」を行っています。チェックシートにご記入いただき、お申し込みいただくと、歯科医師がご自宅に訪問し、無料で検査を行います。詳しくは、区HPをご確認ください。





薬剤師（訪問服薬指導）

医師の指示のもと、通院や来局が困難な方に対して薬剤師が自宅へお薬をお届けし、飲み方や副作用、お薬の管理などのお手伝いをします。

■どんなサービスが受けられるの？

お薬の飲み残しなどの確認

きちんとお薬を飲んでいるか、飲み残しなどはないか確認します。

飲み合わせの確認

複数の医療機関から出ているお薬や、普段使っているサプリメントとの飲み合わせなどについて問題がないか確認します。

お薬の管理の確認

自宅や施設内でのお薬の管理方法について、確認し相談に乗ります。

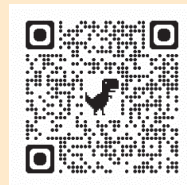
不安や相談の確認

飲んでいるお薬が何に効くのかわからないなどのお薬や医療に関する質問に対してお答えします。

■利用するには？

かかりつけ薬局、または練馬区薬剤師会へ（03-5848-4450）ご相談ください。

練馬区薬剤師会では、訪問服薬指導を行っている薬局のリストや近隣のかかりつけ薬局のリストを公開しています。



在宅療養コラム ～ “かかりつけ薬局” を持っていますか？

かかりつけ薬局とは、お薬や健康のことを相談できるパートナーです。顔なじみの薬剤師がいる「かかりつけ薬局」を決めておき、使っているお薬を一つの薬局でまとめて管理することで、複数の医療機関から同じ薬が処方されていることに気付いたり、注意が必要な飲み合わせに気付くことができます。また、介護の不安や心配ごと、お薬と健康の幅広い知識のもとに相談に乗っています。

複数の薬局ではなく、いつでも気軽に相談できる、ひとつの「かかりつけ薬局」を持ってみてはいかがでしょうか。





ケアマネジャー（居宅介護支援）

居宅介護支援事業者のケアマネジャーが要支援・要介護認定を受けたご本人・家族が、心身の状態に応じた望む暮らしが実現できるように、介護サービスなどの各制度やさまざまな社会資源を活用して、ケアプランを作成します。

■どんなサービスが受けられるの？

ヒアリング

ご本人やご家族のご希望を聞きながら心身の状態、環境、医療面、社会面を総合的にお聞きします。

ケアプランの作成

本人の心身の状態にあわせて望む暮らしを反映したケアプランを作成します。
※ P19 参照

定期面談・調整

定期的に本人や家族、かかりつけ医、医療・介護サービス事業者の間に立って、サービスの調整や見直しを行います。

その他

介護保険に関わる必要な申請についてお手伝いします。

■利用するには？

地域包括支援センターに相談をしてみましょう。P20 を参照してください。
また、利用するにあたって、居宅介護支援事業所と契約する必要があります。



リハビリテーション専門職（訪問リハビリテーション）

訪問リハビリテーション事業所などの、理学療法士などが訪問し、医師の指示のもと基本動作、日常生活、食べる機能、コミュニケーション能力の向上など、身体の状態に応じた訓練を行い、自立した生活を支援します。

■どんなサービスが受けられるの？

理学療法士（PT）

起きる、立つ、歩くなどの基本的動作の回復を支援

作業療法士（OT）

入浴、トイレ、家事や趣味などの日常生活動作ができるための支援

言語聴覚士（ST）

コミュニケーション能力や食べる機能の向上



ホームヘルパー（訪問介護）

訪問介護事業所のホームヘルパーが、ケアマネジャーが作成したケアプランに基づいて訪問し、日常的な身体介護や生活援助を行い、その人らしい暮らしを継続するための支援を行います。

■どんなサービスが受けられるの？

身体介護

- ・食事、入浴、排せつの介助
- ・衣類の着脱の介助
- ・通院、外出の付き添いなど
- ・起床、就寝の介助
- ・洗顔や歯みがき
- ・服薬の介助 など



生活援助

- ・主に利用者が使用する居室などの掃除、洗濯、買い物
- ・食事の準備、調理など
- ・衣服の整理、補修
- ・ベッドメイク
- ・薬の受け取り
- ・ごみ出し など



通院等乗降介助

通院等のための乗車または降車の介助

■利用するには？

要介護認定を受けた方が利用できます。また、要支援認定を受けた方は、サービス・活動事業の訪問型サービスを利用できます。担当のケアマネジャーに相談をしてみましょう。
ヘルパーを利用するためには、訪問介護事業所と契約をする必要があります。



医療ソーシャルワーカー

医療機関のソーシャルワーカーが、入院の相談や退院後の生活の不安など、本人や家族の経済的、社会的、心理的な悩みの相談に応じます。また、地域の医療・介護・福祉機関と連絡を取り合い、社会復帰や在宅療養への準備を支援します。

■どんなサービスが受けられるの？

入院・退院の手続きや調整、患者さんや家族への心理的なケア、在宅療養や介護への移行支援、社会資源の活用方法の提案などを行います。

在宅療養コラム ～ 大事なケアプランのおはなし

ケアプランとは、介護サービスを受けるために必要な利用計画のことです。
ケアマネジャーは、本人の希望をもとに、「いつ」「どんなサービスを」「どれくらい」受けるかを決めるケアプランを作成します。ケアプランを作成する際には、本人や家族の希望をケアマネジャーに相談することが大切です。





3 在宅療養を支えるプロフェッショナル ●地域包括支援センターのこと

地域包括支援センターとは

地域包括支援センターは、保健師・看護師、社会福祉士、主任ケアマネジャーなどの専門職が連携をとりながら、住み慣れた地域で安心して暮らしていけるように、**介護・福祉・健康・医療**など、さまざまな分野から**総合的に高齢者とその家族の生活を支える地域の窓口**です。

■どんなことをしているの？

自分らしく暮らしていくために

在宅療養や認知症に関する相談支援業務 【医療と介護の相談窓口】

「医療と介護の相談窓口」では、医療と介護の両方を必要とする高齢者のために、さまざまな機関と連携し、在宅療養や認知症などに関する相談に応じます。

本人や家族の要望を踏まえ、切れ目なく療養生活が送れるよう、必要な在宅医療と介護サービスを調整します。

悩みや心配ごとを解決するために

総合相談支援業務

高齢者の暮らしや介護に関するさまざまな問題を解決するための相談窓口です。
どなたでも、まずはご相談ください。

元気で自立した生活をおくるために

介護予防ケアマネジメント業務

介護が必要な状態にならないように、「健康づくり」「介護予防」を支援します。
いつまでも元気に！介護予防を支援します。

安心していきいきと暮らしていくために

権利擁護業務

お金や財産管理、虐待の不安など高齢者の皆さまの権利を守ります。
高齢者虐待・消費者被害の未然防止、相談や対応を行います。成年後見制度などの活用について支援を行います。





地域包括支援センターについてよくある質問をまとめてみました。

Q どの地域包括支援センターを利用しても良いですか？

A ご相談は、担当地域にかかわらず、どのセンターでもお受けします。継続的なご相談、訪問やサービス調整が必要な場合は、お住まいの地域を担当する地域包括支援センターをご案内しています。担当の地域は P40 をご確認ください。

Q 区外に住んでいる親のことでも相談できますか？

A 一般的なお話はできますが、介護事業所や地域団体などの地域資源が異なりますので、ご家族の方がお住まいの地域を担当する地域包括支援センターにご相談ください。

まずは、ご相談ください
お待ちしております



地域包括支援センターについての詳細は、「こんにちは地域包括支援センターです！」(P37) をご参照ください。

また、ご自身のお住まいを担当する地域包括支援センターは P40 でご確認ください。

Q 今は元気ですが、いつ頃地域包括支援センターに、相談したら良いでしょうか？

A 相談時期に決まりはありません。何かしら不安があればお気軽にご相談ください。

また、地域包括支援センターでは、元気な方向けの事業なども実施しています。よろしければ一度ご参加ください。地域包括支援センターの場所を知っておくということも安心につながります。

Q 来所での相談の際、事前に電話での予約は必要でしょうか？

A 事前の予約は不要です。

ただし、当日の状況にもよりますが、事前のご連絡があれば、お待たせせずにご案内できる場合があります。





3 在宅療養を支えるプロフェッショナル

●その他の地域の相談窓口

練馬区医師会 医療連携・在宅医療サポートセンター

「かかりつけ医がない」、「訪問診療をしてくれる医師を探している」などの相談に対応し、適切な医療機関をご案内します。

電話番号 03-3997-0121

受付時間 月～金 9:00～17:00

土 9:00～12:00

(祝祭日、年末年始を除く)

認知症介護家族による介護なんでも電話相談

「日々の介護に疲れてしまった」、「誰かに話を聞いてほしい。でも身近な人には話にくい…」そんな思いを話せる電話相談です。

介護経験者が介護する人の気持ちに添って悩みをお聞きます。(匿名可)

電話番号 03-6904-5080

受付時間 毎週水曜 10:00～15:00 (年末年始を除く)

受託法人 NPO 法人認知症サポートセンター・ねりま

がん相談支援センター

(順天堂大学医学部附属練馬病院がん治療連携室・患者相談室)

患者さんやご家族のがん医療に関わるお悩みやご質問、ご相談をお受けしています。

対象 ご本人、ご家族、医療関係者など
(がんに関係する相談であれば受診の有無は問いません)

電話番号 03-5923-3247

受付時間 月～金 9:00～15:00 (祝祭日、年末年始を除く)

※来院でのご相談の際は予約をおすすめしております。

直接来院された場合、対応中の場合もあります。



権利擁護センターぽっとサポートねりま

住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるように、適切な福祉サービスを選択するための情報提供や利用の手続き、日常生活に必要な生活費の払戻などをお手伝いします。また、成年後見制度や終活の相談にも応じています。

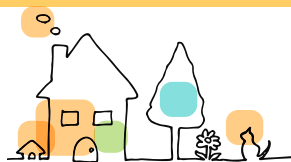
電話番号 03-5912-4022・(終活相談専用ダイヤル) 03-6914-7171

受付時間 月～金 9:00～17:00 (祝祭日、年末年始を除く)



●成年後見制度について

認知症などの理由で判断能力が不十分な方の権利を守るために、不動産や預貯金などの財産管理や福祉サービスに関する契約などを、本人に代わって行う代理人を法的に定め本人を保護する制度です。この制度は、通常、本人か家族が申し立てを行います。状況に応じて自治体が申し立てを支援することがあります。



3 在宅療養を支えるプロフェッショナル

●医療機関のいろいろ



24 時間体制で在宅の患者さんを支援する

在宅療養支援診療所

24 時間 365 日体制で、訪問診療や往診を行う診療所のことです。以下の 2 点が主な特徴として挙げられます。

- 24 時間 365 日、患者さんやご家族からの病状悪化などに対する電話相談を受け付ける体制が確保されていること。
- 必要時には臨時の“往診”に応じる体制が確保されていること。



在宅生活への準備を支援

地域包括ケア病棟

急性期病院で手術や治療を受けた後、安静やリハビリが必要な方、または在宅復帰に向けたケアが必要な方を対象に、療養型のサービスを提供する病棟のことです。

■ 急性期からの受け入れ

急性期の治療を終えた患者さんが、在宅復帰・社会復帰するために、リハビリを実施する。

■ 在宅・生活復帰支援

患者さんが在宅復帰するために、多職種と連携しながら退院調整し、在宅療養の準備を進める。

■ 緊急時の受け入れ

在宅療養中の患者さんが、一時的に入院が必要となった時に受け入れる。



在宅の療養生活の安心につながる制度

後方支援病床

かかりつけの医師が、予約する制度のひとつです。

体調の悪化やレスパイト※など、一時的に入院が必要とかかりつけの医師が判断したときに、区内の協力医療機関が短期間、在宅療養中の患者さんを受け入れます。

利用の流れは以下のとおりです。

※ご家族や介護者の一時的な休養など

■ 入院調整

体調の悪化などで一時入院が必要とかかりつけ医が判断。入院調整します。

■ 入院

後方支援病床の協力医療機関が入院を受け入れます。

■ 退院（在宅復帰）

体調が安定するなどしたら家に戻ります。



介護保険サービスを利用するときは区に「要介護・要支援認定」申請をして、「介護や支援が必要である」と認定される必要があります。

1 認定の 申請

申請窓口：「地域包括支援センター」または「介護保険課」

郵送や電子申請も可 ※電子申請にはマイナンバーカードが必要

申請者：ご本人、ご家族など

申請に必要なもの：申請書・介護保険の被保険者証

※ 40 ～ 64 歳の方は、医療保険の内容がわかるものも必要です。

調査や判定の流れは以下のとおりです。

2 要支援・ 要介護認定

認定調査

区の職員などが自宅などを訪問し、心身の状態や日頃の生活、家族、居住環境などについて聞き取りや動作確認をします。

主治医意見書

区の依頼により主治医が意見書を作成します。

一次判定 (コンピューター 判定)

認定調査の結果や、主治医意見書の項目をコンピューターに入力し、一次判定を行います。

二次判定 (認定審査)

一次判定や主治医意見書などをもとに、保健、医療、福祉の専門家が審査・判定を行い、介護度を決定します。

通知：結果は申請から原則 30 日以内

要介護度に応じて、利用できるサービスや介護保険で認められる月々の支給限度額などが異なります。

3 認定結果

非該当

要支援
1

要支援
2

要介護
1

要介護
2

要介護
3

要介護
4

要介護
5

健康長寿
はつらつ事業
(一般介護予防事業)
を利用できます
※ 65 歳以上のすべて
の方が利用可能

サービス・活動事業を
利用できます (※)

介護予防サービスを利用
できます

介護サービスを利用でき
ます
※次ページ以降に介護
サービスの紹介をして
います

※サービス・活動事業（デイサービス・ヘルパー）のみの利用を希望する場合は、健康長寿チェックシートにより、要介護認定を省略して関連のサービスの利用が可能です。地域包括支援センターにご相談ください。



●サービスの種類

介護保険には様々なサービスがあります。サービスの一部を紹介します。

■自宅に来てくれるサービス

- 訪問看護（P15）
- 訪問リハビリテーション（P18）
- 訪問介護（P19）
- その他

訪問入浴介護、居宅療養管理指導



■施設に通うサービス

- 通所介護・地域密着型通所介護

デイサービスで、食事・入浴など日常生活の支援や機能訓練、レクリエーションなどを日帰りで行います。

- 通所リハビリテーション（デイケア）

介護老人保健施設や医療機関などで、生活機能の維持向上のための機能訓練やリハビリテーションを日帰りで行います。

- 認知症対応型通所介護

認知症の方を対象とした少人数のデイサービスで、入浴や食事などの支援や機能訓練などを日帰りで行います。



■住み慣れた地域での生活を支援するサービス

- 定期巡回・随時対応型訪問介護看護

日中・夜間を通じて、定期巡回や緊急時など必要に応じて随時訪問を行います。

- 夜間対応型訪問介護

夜間、定期的な訪問に加え、緊急時など利用者の求めに応じた随時訪問を行います。

- 小規模多機能型居宅介護

事業所への「通い」を中心に、「宿泊」や自宅に来てもらう「訪問」サービスを利用者の状況や希望に応じて組み合わせて提供します。

- 看護小規模多機能型居宅介護

小規模多機能型居宅介護のサービスに加え、看護職員を手厚く配置し、「訪問看護」や「通い」・「宿泊」での看護サービスも提供します。

- 認知症対応型共同生活介護

認知症の方が少人数での共同生活を送りながら、食事や入浴などの日常生活の支援や機能訓練などを行います。

■短期間宿泊するサービス(ショートステイ)

●短期入所生活介護

介護老人福祉施設等に短期間入所して、食事・入浴などのサービスや機能訓練などを行います。

●短期入所療養介護

介護老人保健施設などに短期間入所して、医療によるケアや食事・入浴などのサービス、機能訓練などを行います。



■施設を利用するサービス

●介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）

自宅では介護が困難な方が対象で、食事・入浴など日常生活の支援や健康管理などを行います。

●介護老人保健施設

病状が安定している方が在宅復帰を目的として、リハビリなどを行います。

●介護医療院

長期療養が必要な方を対象に、医学的な管理のもとで介護、機能訓練、その他の日常生活の支援を行います。

●特定施設入居者生活介護（有料老人ホームなど）

有料老人ホームなどに入居している方に食事・入浴などの支援や、生活機能の維持向上のための機能訓練を行います。



■自宅の環境を整えるサービス

●福祉用具貸与・購入

自立した生活を支援し、自宅での生活環境を整えるため、用具の貸出および購入費用の一部を支給します。

- ・主な貸出対象：車いす・介護用ベッドなど
- ・主な購入対象：腰掛便座、入浴補助用具など

●住宅改修

介護予防、介護の軽減などの効果を得ることを目的として、生活環境を整えるための住宅改修に対して、住宅改修費の一部を支給します。



介護保険サービスの詳細は、「すぐわかる介護保険」をご覧ください。



5 ACP(アドバンス・ケア・プランニング)のこと

ACP(アドバンス・ケア・プランニング)とは？



もしものときのために、医療や介護について前もって考え、家族等や医療・ケアチームと繰り返し話し合い、共有する取り組みのことを言います。

よくある Q&A をまとめましたので、参考にしてみてください。



なぜ ACP をするの？

ACP をすることは、あなたを尊重した医療やケアを受けることにつながります。また、医療ケアチームは、あなたの価値観を尊重し、最期まであなたの考えに沿った支援を提案したり提供することができます。

【ご自身のために】

自分のことを決められなくなった時にも、話し合った内容が尊重されます。

【家族や大切な人のために】

あなたに代わって医療や介護について決める際の手助けとなります。

【医療に関わる人のために】

病状だけでなく、生き方を尊重した治療方針を考えていくことができます。

【介護に関わる人のために】

介護サービスの利用や日常生活の過ごし方について、一緒に話し、共有することができます。



なぜ ACP はだれがするの？

ACP は医療やケアを受け始めたら始めましょうと言われています。しかし、病気が進行していく人だけではなく、健康な人も、回復を目指す人も、病状が安定している人も、すべての人が対象と考えられています。なぜなら ACP は「生き方」に関係することだからです。病気の人だけ、最期が近い人だけがするものではありません。ACP は誰にでも関係する大切なことです。

在宅療養コラム ～ ACP と終活・エンディングノートとの違い

「ACP」は、「自分が大切にしていることは何か」「自分はどう生きたいか」など、自分の価値観や生き方、これからの過ごし方、今後の、そして最期が近づいてきたときの医療や介護のことについて、自ら考え、ご家族や大切な人と繰り返し話し合う過程のことをいいます。そうした過程を重ねて、ご家族や大切な人、医療・ケアチームとあなたの思いや考えを共有することを大切にしている点が ACP の特徴です。

一方で一般的に「終活」は、人生の最期を迎える準備として、自分の老後や亡くなったときに備え、お葬式やお墓、遺言、相続などについて決める一連の取組を指すことが多いようです。そうした事柄に関する希望を書き留めて、残しておくためのノートのことは「エンディングノート」などの名称で呼ばれています。区では「私の生き方ノート」という名称で配布をしています。

詳しくは P37 をご参照ください。



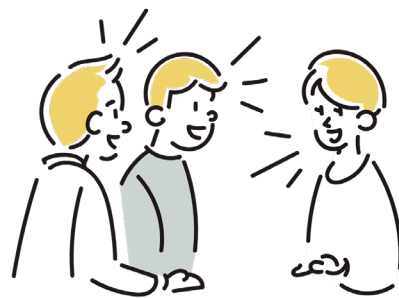
💡 いつ始めればいいのか？

ACPはいつから始めなければならないといったルールはありません。

しかし、もしものことがあってから話し合おうとしても、時間も限られ、答えを出すことが難しいといったことも考えられます。

そのため、あなた自身・ご家族や大切な人が元気なうちに、少しずつ考えて、話し合っておきましょう。

現在、医療やケアを受けている方は、あなたの思いに添った最適な選択ができるように、かかりつけ医をはじめとした医療介護専門職から、病気や治療のこと、ケアに関する話を聞きながら、一緒に始めていきましょう。



💡 何をすればいいのか？

やり方に決まりはありません。

流れとしては、

考える ➡ 話す
共有する

別添の「“もしも…”を考えるきっかけシート」にチェックして、ご自身が大切にしていることを考えてみましょう。

シートについては、P30をご確認ください。

考えたことは周りの方と共有し、できれば決めたことを書いておきましょう。

💡 1度決めたら 変えることはできないの？

いつでも変えることができます。

「1度言ってしまったから、」

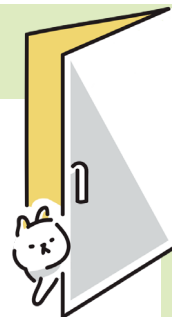
「迷惑かもしれないから、」と、思うこともあるかもしれませんが、考えや思いが変わるのは当たり前のこと。

病状や環境が変われば、より気持ちにも影響します。大事なことは、変わったことを周りの方に話すことです。

最期のことを考えたくない…

ACPは最期、いわゆる終末期のことだけを考えることではありません。病気になったときに医療や介護を受けながら、自分は何を大切にし、どのような生活を送りたいのかを事前に考えること、そして療養期間の様々な場面で考え、周りの方と共有していくことがACPです。

しかし、医療やケアのことから考えなくても大丈夫です。自分が普段の生活の中で何を大切にしているのか、どんな生活を望んでいるのか、そんなことから考えてみてください。



ACPについて、区HPでも紹介しています。参考にしてみてください。

在宅療養コラム ～ 望む／望まない医療を考える

在宅での治療や処置には以下のようなものがあります。

治療・処置をどうするか考える時は、**かかりつけ医から病状や治療について話をよく聞きましょう**。ご本人がどうしたいのか、希望もふまえて十分に話し合うことが大切です。

※病院・クリニックによって可能な治療等は異なります。詳しくは各病院・クリニックにご相談ください。

点滴

口から食べることが難しいときに、腕などの血管（静脈）から水分や栄養を投与します。

経管栄養（胃ろう・鼻腔栄養など）

口から食べることができないときに、腹壁から胃に開けた孔や鼻からチューブを入れ、胃または腸に流動食などの栄養を投与します。

中心静脈栄養

長期間、口から食べることが難しいときに、頸部などの太い血管から高カロリー、高栄養の輸液を投与します。

褥瘡（床ずれ）の処置

長時間、同じ体位で寝ていると、皮膚が壊死してしまい、褥瘡（床ずれ）ができることがあります。皮膚の状態に合った処置を行い、改善や悪化防止をします。

麻薬の使用

がんなどによる強い痛みに対して、飲み薬、張り薬、座薬、注射などの麻薬が処方され、痛みをコントロールします。

酸素療法

肺や心臓の機能が低下し、身体が酸素不足になったときに、マスクやチューブを利用し、酸素ボンベなどを設置し、酸素を投与します。

痰の吸引

気道にたまった痰を自力で出すことができないときに、吸引器を使用して取り除きます。

人工呼吸器

自分で呼吸ができなくなったときに、気管カニューレに取り付けた機械から、空気を送り込み、呼吸を助けます。



「“もしも…”を考えるきっかけシート」のこと

ACPをはじめるときっかけづくりとして、使っていただくためのチェックリストです。お使いいただく際は、以下の記入例を参考にしながらご記入ください。

“もしも…”を考えるきっかけシート

～アドバンス・ケア・プランニングかんたんチェックシート～

このシートは、ご自身が生活の中で大切にしていることや「動く・食べる・話す」を中心としたものごとを考えるきっかけになっています。全部を埋めなくても構いません。まずははじめてみましょう。東京都発行の「わたしの思い手帳」を使ってみてください。ご自身のこれからを考えるきっかけになれば幸いです。

①まずはチェック

全部埋めようとしなくて大丈夫です。また、何回書き直しても構いません。シートは、区 HP からダウンロードできます。

②理由が大事

理由欄はできるだけ書きましょう。

大切に思うことも、選ぶ理由も、人それぞれ。自分の考えたことが当たり前と思わず、その項目を選んだ理由・思いを書いてみてください。選べない場合もその理由を書いてみましょう。

りの大くや周
合っていくことをいいます。



※ACPIについて、詳しくは、
区ホームページをご覧ください。
本シートもダウンロードできます。



記入日 令和 6 年 7 月 4 日

お名前 練馬 太郎

1) あなたにとって、ふだんの生活の中でまたは生きていく上で、

大切にしていること・大切にしたいことは？ ※複数回答可

- | | |
|---|--|
| ☒ 家族や友人のそばにいたいこと | ☒ 仕事や家での役割などを続けられること |
| ☒ 身の回りのことが自分のできること | ☐ できるかぎり長生きすること |
| ☐ 家族の負担にならないこと | ☐ つらいこと(痛みなど)が少ない状態でいられること |
| ☒ 趣味など好きなことを続けられること | ☐ その他 |

選んだ理由を考えてみましょう。もしくはもっと具体的な内容を書いてみましょう。

- ・家族と過ごす時間がなによりも大切。一日の終わりになにげない会話を家族ですることが幸せ。
- ・料理が趣味なので、家族みんなの朝ご飯を作ることが楽しみ。

※ 1) で答えた中で、自分にとって特に大切なことがあれば、◎をつけておきましょう。

2) もしあなたが医療や介護を継続的に受けるようになったことを考えてみましょう。

“こんな医療や介護を受けたい” “こんな医療や介護は受けたくない”

“こんな風に過ごしたい” “こんな風に過ごすのはいや”と思うことはありますか？

※ご自身や周りの方の経験、またはテレビなどの場面を通してお感じになったことなど参考にしてみてください。

思ったことを自由に書いてみましょう。箇条書きなどでもOKです。

- ・家族に負担をあまりかけないように、介護サービス等を利用したい。
- ・つらい治療は避けたい。
- ・テレビで見るような機器に繋がれて寝たきりは避けたい。

裏面へ→



3) もしもあなたが自分で自分の身の回りのことができなくなってきたら、どこで過ごしたいですか？

※身の回りのこととは、食事を作る、買い物に行く、お風呂に入る、トイレに行くなどのことです。

- ☒ 自宅で介護サービスなどを受けながら過ごしたい
☐ 自宅で過ごしたいが、状況によっては施設でも構わない
☐ 介護サービスなどを受けられる施設に入りたい
☐ 分からない
☐ その他 ()

選んだ理由

可能な限り自宅で過ごしたいと思うから。
 ただ、家族の負担が大きくなるなら、施設に入ることも。
 家族と相談しながら決めたい。

4) もしもあなたが口から食事をとることが難しくなってきたら、どうしたいですか？

※口から食事をとることが難しい状態とは、飲み込みにくくなる、むせてしまうなどの状態のことです。

- ☐ 今食べているもので、少しでも食べられるものを食べたい
☐ 介護食（きざみ食や流動食など）を使いたい
☐ そのまま様子をみてほしい
☐ 胃ろうや中心静脈栄養などの医療的な対応に切り替えてほしい
☒ 分からない
☐ その他 ()

選んだ理由

食べることは好きなので、今食べているものをおいしく食べ続けたい。
 介護食も胃ろうもよく分からない。判断できない。

5) もしもあなたが病状などにより、自分の考えを伝えられなくなったとき、あなたの代わりに医療・介護関係者とあなたの治療や介護についての話し合いをお願いしたい方がいますか？

- ☒ いる ☐ いない

お名前(フルネーム)とご関係を記入してください。(複数可)

氏名 練馬 次郎 (ねりま じろう)

(ご関係 長男)

(頼みたい理由

同居している家族であり、自分の気持ちも伝えてあるので、判断を任せたい。)

氏名 大泉 花子 (おおいずみ はなこ)

(ご関係 長女)

(頼みたい理由

子どもたちで判断してもらいたい。ただし、同居している息子を優先。)

あなたの代わりをお願いしたい方に、あなたの治療や介護についての話し合いに参加してほしいことを直接伝えていますか？

- ☒ 伝えている ☐ 伝えていない

6) 最期(お看取りの時期)が近くなったとき、どこで過ごしたいですか？

※お看取りの1~2か月前くらいをイメージしてください。

- ☐ 病院
☒ 自宅
☐ 施設
☐ その他 ()

選んだ理由

今は自宅がいいと思っているが、自宅がよいのだろかも思っている。
 家にお医者さんが来てくれるならお願いしたい。

7) 最期(お看取りの時期)が近くなったとき、どう過ごしたいですか？

- ☐ 少しでも長く生きられるように、できるかぎり治療(延命処置を含める)を続けることを重視してほしい
☒ 痛みなどのつらい症状を和らげるケアを重視してほしい
☐ なるべく自然な状態で見守ってほしい
☐ 分からない
☐ その他 ()

選んだ理由

つらい状態はできるだけ避けたい。
 家族も見えてつらくなってしまうのではないと思う。

※書ける範囲で書いたら、大切な人にご自身の考えを伝え、話し合ってみましょう。
設問1)で選んだことを大切にしながら、これからどのように生活をしていくか。

③共有が大事

書いて終わりにせず、共有しましょう。

ご自身の価値観を改めて考えることは、自分自身の受けたい・受けたくない医療や介護を考えるきっかけにもなります。

「自分はまだいい」と考えずに、少なくとも医療や介護を受け始めたら、合わせてACPも始めてみてください。





在宅療養は、病院での療養と違って医師や看護師が呼んだらすぐ来てくれる環境ではありません。そのため、事前に体調が変化したときの対応や連絡ルートなどを医療介護関係者と確認し共有しておくことが大切です。そうはいつでも急変したときは、慌てて救急車を呼んでしまうこともあると思います。

ここでは、在宅療養における救急搬送について考えたいと思います。

救急車を呼ぶということ

救急車を呼ぶということは、人工呼吸器を装着するなどの命を救うための医療を行うため、病院へ搬送することが前提となります。

本人や家族が救命処置を望んでいるのであれば、救急車を呼びましょう。

しかし、本人が最期は自宅で迎えたいと望んでいるのであれば、意思に反する結果になってしまいます。

本人が自宅で最期を迎えたいと望んでおり、家族も本人の希望を理解し、関係者と共有できているのであれば、容態が急変した際も慌てずにかかりつけ医や訪問看護師に連絡をしましょう。

在宅療養中に亡くなった場合に、これまでの病気の経過が明確であれば、かかりつけ医がお亡くなりになったときにいなくても法的に問題ありません。

本人の意思を知る・共有すること

本人の望む最期を迎えるためには、どこで最期を迎えたいか本人の意思を確認しておく必要があります。

また、その意思は家族内でも共有しておく必要があります。本人の意思を知らない遠方の家族からすると「なぜ、救急車を呼ばなかったのか」という気持ちになるかもしれません。それが本人の意思であるということを知っておいてもらう必要があります。

最期を迎えることに限らず、本人がどのような医療・介護を望むのかを普段から話して、家族内で共有することが、いざというときに本人にとっても家族にとっても重要になります。

とても大切なことです。本人と話をし、周りと共有をしていきましょう。

同封している

救急車を呼ぶときの備え～119 あんしんシートについて～

救急搬送時に、受け入れ先の病院が知りたい情報を事前に書いておくことができる「119 あんしんシート」を本ガイドブックに添付しています。

こういったことから、自分の医療について考えることも、ACPにつながります。

また、実際に救急車を呼ぶ際のポイントなども記載しています。

お近くの地域包括支援センター等にて配布しております。

シートは、区 HP からダウンロードすることもできます。



付属の
マグネット

6 在宅療養の Q&A

在宅療養に関するよくある質問をまとめましたので、参考に見てみてください。

Q 在宅診療をしてくれる医師の探し方は？

A かかりつけ医がいらっしゃる方はかかりつけ医に相談してみてください。

かかりつけ医をお持ちでない方は、練馬区医師会医療連携・在宅医療サポートセンター（P22）にご相談ください。

Q かかりつけ医が在宅診療には対応していない場合は？

A かかりつけ医から、訪問診療をしている医療機関を紹介してもらいましょう。

それ以外の方法としては、練馬区医師会医療連携・在宅医療サポートセンター（P22）にご相談ください。

Q 夜間でも往診してくれる？

A 夜間対応している診療所であれば、夜間往診をしています。

契約の際に、医師に確認してください。

Q 通院から訪問診療に変更するタイミングは？

A 病気やけが、認知症などで通院が困難になった際や、自宅や施設での療養を希望されるときなどがタイミングになるかと思います。まずは、かかりつけ医や担当のケアマネジャーにご相談してください。

Q 高齢の親が ACP を嫌がる。どうしたらいい？

A ACP は無理に行うものではありません。自分の考えを他人に話すことに抵抗感を感じる方もいらっしゃると思います。それがその方の価値観でもありますので、ご本人の気持ちを尊重していきましょう。

はっきりと言葉にしなくても、ふだんの関わりから、どんなことを大事にしているのかなど、価値観が見えてくるとと思います。

きっかけは様々です。例えば、医療のテレビ番組など見たときに話をするなど良いと思います。

また、別添の「“もしも…”を考えるきっかけシート」は、ACP の導入に役立つかと思いますので、ぜひ参考にしてください。



Q 介護保険の訪問介護サービスについて、同居家族がいるとき生活援助サービスの利用はできる？

A 同居家族がいてもつぎのような場合には、生活援助サービスを受けられます。

- ①利用者の家族等が障害や疾病等により家事ができない場合
 - ②利用者の家族等が障害や疾病等でなくても同様のやむを得ない事情により家事が困難な場合
- 利用者に同居の家族がいるということだけで一律に生活援助サービスが利用できないわけではありません。
- 詳しくは、担当のケアマネジャーに相談してみてください。

Q ひとり暮らしで寝たきりでも在宅療養はできる？

A どのような病状であるか、またご本人の希望にもよりますが、基本的には可能です。様々なサービスを活用し、専門職のサポートを受けながら、ひとり暮らしで在宅療養をなさっている方は多くいます。

かかりつけ医や担当のケアマネジャーに相談してみてください。

Q いざ看取りになったときにすぐ来てくれる？家族だけで看取っても問題ないの？

A お亡くなりになるときに、かかりつけ医が間に合わなくても、これまでの病気の経過が明確で、その病気で亡くなったことが明らかであれば、かかりつけ医が到着する前に呼吸が停止しても、法律的な問題はありません。

Q 在宅療養中に急に体調が悪化したら？

A 救命治療を希望するのであれば救急車を呼ぶことになります。自宅での看取りを希望するのであれば、かかりつけ医や訪問看護師に連絡することになります。

いずれにしても、急変時に慌てずに対応するためにも、別添のシート等をご活用いただき、事前に本人の意思を確認しておきましょう。

Q 緩和ケア病棟って誰でも対象になるの？

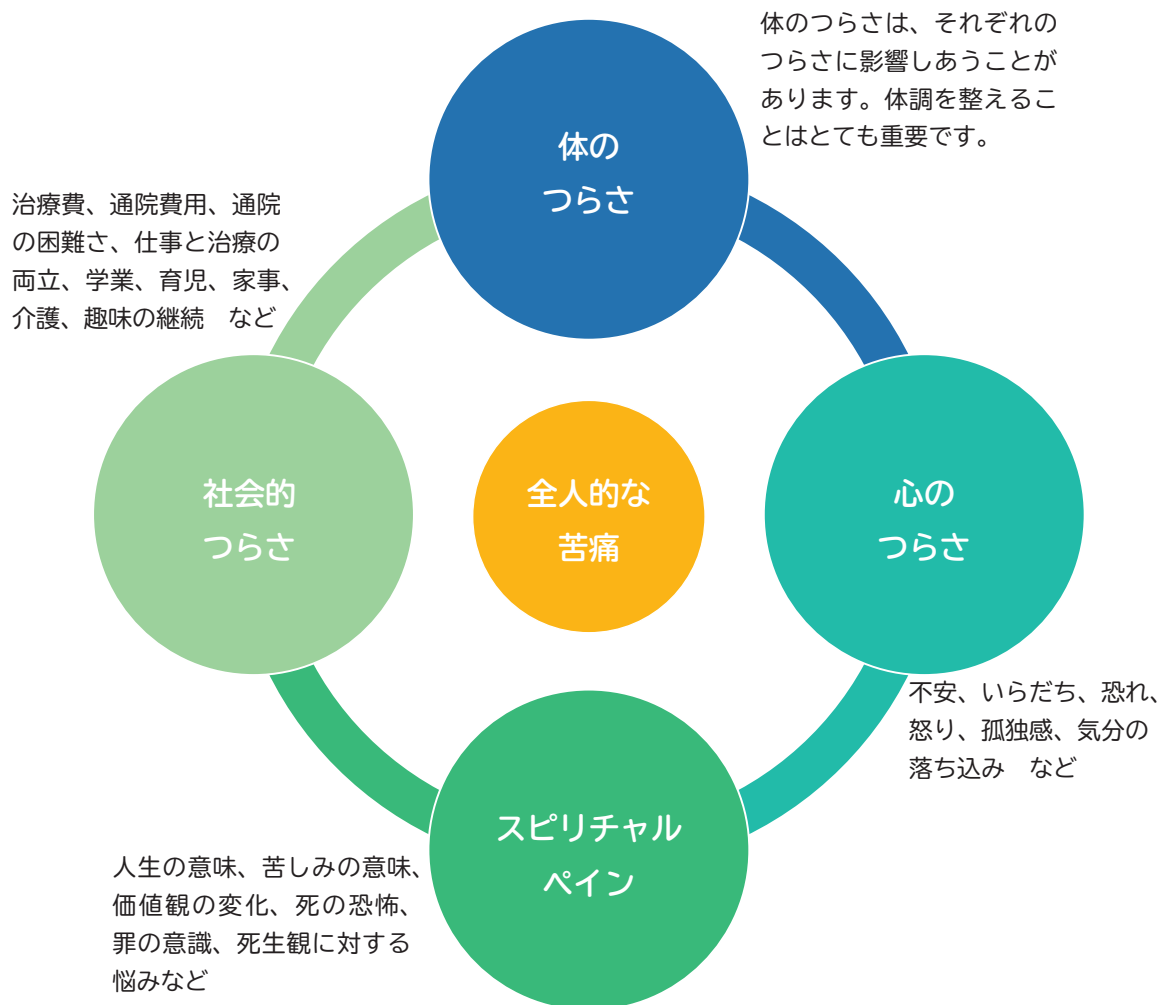
A がんや後天性免疫不全症候群の方が対象となります。そのため、誰でも対象となるわけではないです。

緩和ケアについては、P35 参考にしてください。



Q 「緩和ケア」って？

A 病気の進行段階を問わず、患者さんやご家族のつらさを和らげるために行われる医療やケアです。患者さんの生活の質を改善することに重点を置いています。終末期にだけ行う医療やケアではありません。



Q 緩和ケアは、家でもできるの？

A 入院中だけの医療やケアではなく、通院中でもご自宅でも、緩和ケアを受けることができます。かかりつけ医や訪問看護師に相談をしてみましょう。



Q 在宅療養に係る費用について教えてください。

A 医療保険と介護保険の1か月当たりの標準的な負担額は下記のとおりです。
詳細は、個々で異なるので目安としてください。

医療 保 険	訪問診療・往診		負担割合	標準的な負担額
	月2回の訪問診療に必要となる1か月あたりの標準的な負担金額。		1割	約7,000円
			※ 2割、3割負担の方はそれぞれ金額が2倍、3倍となります。 ※ 急変時の往診などで追加で費用がかかる場合があります。	
	訪問看護		負担割合	標準的な負担額
	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な1か月あたりの標準的な負担額		1割	約4,500円
医 療 保 険			※ 2割、3割負担の方はそれぞれ金額が2倍、3倍となります。	
	訪問歯科診療		負担割合	標準的な負担額
	訪問歯科診療1回あたりの標準的な負担額		1割	約1,100円/回+かかる治療費
			※ 2割、3割負担の方はそれぞれ金額が2倍、3倍となります。	
	訪問服薬指導		負担割合	訪問して薬を管理する場合
医 療 保 険	※お薬の費用は別途必要になります。 医師から処方されるお薬については、ジェネリック医薬品を利用することで自己負担額が軽減できる場合があります。		1割	290円～650円/1回
			※ 2割、3割負担の方はそれぞれ金額が2倍、3倍となります。	
	1か月あたりの自己負担限度額	保険の種類	負担割合	自己負担限度額
		後期高齢者医療制度	2割または3割	問合せ先：後期高齢者資格係 (03-5984-4587)
			1割	一般 18,000円 (外来・個人ごと) 住民税非課税等 8,000円 (外来・個人ごと)
		国民健康保険 社会保険	2割または3割	問合せ先：こくほ給付係 (03-5984-4553) 問合せ先：加入している健康保険組合等

介 護 保 険	介護保険サービス（在宅で利用するサービス）を利用した場合の費用は、要介護度ごとに、月に利用できるサービス費用の上限（支給限度額）が設けられています。（右表）		要介護度	支給限度額（月）
	※原則としてサービス費用の1割～3割が自己負担となります。		要支援1	50,320円
	※限度額を超えて利用した分は、全額自己負担となります。		要支援2	105,310円
	※詳細については、「すぐわかる介護保険」をご確認ください。		要介護1	167,650円
			要介護2	197,050円
			要介護3	270,480円
			要介護4	309,380円
			要介護5	362,170円

Q 在宅療養に関する練馬区が発行している冊子を教えてください。

A 在宅に関する主な冊子は、以下をご参照ください。



練馬区発行の冊子のご紹介



■ こんにちは 地域包括支援センターです！

地域包括支援センターの業務内容などをわかりやすく説明した冊子です。

担当 高齢者支援課管理係 / **電話番号** 03-5984-4582



■ 医療のかかり方ミニガイド

「風邪を引いたときにどこにかかる？」「救急車を呼ぶか迷ったときは？」などの疑問にお答えするミニガイドです。

担当 地域医療課管理係 / **電話番号** 03-5984-4673



■ 高齢者の生活ガイド

練馬区が行っている高齢者向けの保健・福祉サービスの概要をまとめた冊子です。

担当 高齢社会対策課計画係 / **電話番号** 03-5984-4584



■ すぐわかる介護保険

介護保険の仕組みをわかりやすく説明した冊子です。

担当 介護保険課管理係 / **電話番号** 03-5984-2863



■ 練馬区がんサポートブック

利用できるサービスや身近な相談窓口などの情報を紹介している冊子です。

担当 健康推進課健康づくり係 / **電話番号** 03-5984-4624



■ これまでの自分からこれからの自分へ 私の生き方ノート

終活に関することを書き込めるタイプの冊子です。

担当 福祉部管理課地域福祉係 / **電話番号** 03-5984-2716



■ 認知症ガイドブック

区における認知症ケアパスや相談機関、支援サービスをわかりやすく紹介している冊子です。

担当 高齢者支援課在宅介護支援係 / **電話番号** 03-5984-4597



在宅療養コラム ～ 看取りの時期が近づいてきたときに…

病状が進むにつれて、だんだん動けなくなってきたり、今までできていたことができなくなっていくます。

大切な方の最期のときを、家族など周りの方はどのように一緒に過ごしていきたいと思われるでしょうか。ここでは、看取りが近くなったときの体に起こるよくある変化を紹介します。なかなか難しいことですが、少しずつ気持ちの準備をしていきましょう。

※全ての方が同じ経過を経るわけではなく、その方によって異なります。

亡くなる1週間くらい前

眠っている時間が長くなり
目を覚まさない状態が続く

トイレに行くのがやっと
もしくはほとんど行かなくなる

会話が少なくなる
話している最中に寝てしまう

食事の量が減る、食べない
薬も飲めない

1～2日くらい前

呼吸が乱れがちになる

血圧が下がり脈が
取りにくくなる

尿の回数・量が減る

喉からゴロゴロと
した音がする

手足または全身の皮膚が青く
変色する(チアノーゼ)



亡くなる少し前

手足が冷たくなる

呼吸が荒くなったり
ゆっくりになったりする

あごを上下させる呼吸
になる

次第に脈や呼吸が弱く
なりやがて停止する



ご家族の方にできること～やるべきことよりもどうしたいかが大事

以下の内容は参考にしてみてください。

そのときにできることや話しておきたいことは先送りにせず、今、そのときにするようにしましょう。関わり方に正しい答えもないですし、100%後悔がないということもなかなか難しいと思います。それでも「この時間をどう過ごせたか」ということは大切ではないかと思います。

からだに触れる

手足を優しくマッサージすることで、心地よさと安心感が得られ、だるさが和らぐことがあります。優しくさすることも効果があります。



話しかける

聞く力は最期まで残っていると言われていています。感謝の言葉や思い出など伝えたいことを話しかけてみてください。

好きなものを…

口が渴いているようであれば、唇を水や好きな飲み物などで優しく湿らせてあげましょう。



また、何かを“すること”が大事なのではなく、ただそばに“いること”、気持ちに寄り添うことが一番大事といわれています。



練馬区地域包括支援センター一覧



基本 地区	センター名	所在地	電話番号	担当地域
1 練馬	① みらい青空	旭丘 2-40-1 (みらい青空学園複合施設内)	5912-0523	旭丘、小竹町、羽沢、栄町
	② 桜 台	桜台 1-22-9 (桜台地域集会所内)	5946-2311	桜台
	③ 豊 玉	豊玉南 3-9-13 2階 (デイサービスセンター内)	3993-1450	豊玉中、豊玉南
	④ 練 馬	練馬 2-24-3 (デイサービスセンター内)	5984-1706	練馬
	⑤ 練馬区役所	豊玉北 6-12-1 (練馬区役所東庁舎 5 階)	5946-2544	豊玉上、豊玉北
	⑥ 中村橋	貫井 1-9-1 (中村橋区民センター 2 階)	3577-8815	貫井、向山
	⑦ 中村かしわ	中村 2-25-3	5848-6177	中村、中村南、中村北
2 光が丘	⑧ 北 町	北町 2-26-1 (北町地区区民館内)	3937-5577	錦、北町 1 ～ 5・8、平和台
	⑨ 北町はるのひ	北町 6-35-7 (北保健相談所内)	5399-5347	氷川台、早宮、北町 6・7
	⑩ 田 柄	田柄 4-12-10 (特別養護老人ホーム内)	3825-2590	田柄 1 ～ 4、光が丘 1
	⑪ 練馬高松園	高松 2-9-3 (特別養護老人ホーム内)	3926-7871	春日町、高松 1 ～ 3
	⑫ 光が丘	光が丘 2-9-6 (光が丘区民センター 2 階)	5968-4035	光が丘 2・4 ～ 6、旭町、 高松 5-13 ～ 24 番
	⑬ 光が丘南	光が丘 3-3-1-103 号	6904-0312	高松 4・5-1 ～ 12 番、田柄 5、 光が丘 3・7
	⑭ 第3育秀苑	土支田 1-31-5 (特別養護老人ホーム内)	6904-0192	土支田、高松 6
3 石神井	⑮ 高野台西	高野台 5-24-1 (デイサービスセンター内)	6913-1515	谷原、高野台 2 ～ 5
	⑯ 高野台	高野台 1-7-29 (練馬高野台駅前地域集会所内)	5372-6300	富士見台、高野台 1、 南田中 1 ～ 3
	⑰ 石神井	石神井町 3-30-26 (石神井庁舎 4 階)	5923-1250	三原台、石神井町、石神井台 1・3
	⑱ moi (モア)	下石神井 3-6-13 (特別養護老人ホーム内)	3996-0330	下石神井、南田中 4・5
	⑲ 第二光陽苑	関町北 5-7-22 (特別養護老人ホーム内)	5991-9919	石神井台 2・5 ～ 8、関町東 2、 関町北 4・5
	⑳ 関 町	関町北 1-7-2 (関区民センター 1 階)	3928-5222	関町北 1 ～ 3、関町南 2 ～ 4、 立野町
	㉑ 上石神井	上石神井 1-6-16 (上石神井南地域集会所内)	3928-8621	上石神井、関町東 1、関町南 1、 上石神井南町、石神井台 4
4 大泉	㉒ やすらぎミラージュ	大泉町 4-24-7 (特別養護老人ホーム内)	5905-1190	大泉町 1 ～ 4
	㉓ 大泉北	大泉学園町 4-21-1 (大泉北地域集会所内)	3924-2006	大泉学園町 4 ～ 9
	㉔ 大泉学園通り	東大泉 3-53-1 (東大泉地区区民館内)	5933-0156	大泉学園町 1 ～ 3、大泉町 5・6、 東大泉 3-52 ～ 55 番、3-58 ～ 66 番
	㉕ 南大泉	南大泉 5-26-19 (南大泉地域集会所内)	3923-5556	西大泉、西大泉町、南大泉 5・6
	㉖ 大 泉	東大泉 1-28-1 (リズモ大泉学園 2 階)	5387-2751	東大泉 1・2、東大泉 3-1 ～ 51 番、 3-56 ～ 57 番、東大泉 4 ～ 6
	㉗ やすらぎシティ	東大泉 7-27-49 (特別養護老人ホーム内)	5935-8321	東大泉 7、南大泉 1 ～ 4