

## おぼえがきノート

	名 称	連 絡 先
地域包括センター		
かかりつけ医療機関		
かかりつけ歯科医院		
かかりつけ薬局		
担当ケアマネジャー	担当者名：	
	事業所名：	
その他		

いえ  
いつまでも住み慣れた府中で暮らしたい

# 在宅療養 ハンドブック

### 目 次

- |                      |         |                                       |         |
|----------------------|---------|---------------------------------------|---------|
| 1 在宅療養って何ですか？        | ……1ページ  | 7 介護保険にはどんなサービスがありますか？                | ……15ページ |
| 2 在宅療養を始めるには         | ……3ページ  | 8 自宅で最期まで暮らす・お看取りするには、<br>どうすればいいですか？ | ……17ページ |
| 3 在宅ではどんな医療が受けられますか？ | ……7ページ  | 9 人生会議って何ですか？<br>～最期まで自分らしく生きるために～    | ……19ページ |
| 4 在宅療養にかかる費用         | ……12ページ | 10 市内にはどんな医療機関や介護事業所<br>などがありますか？     | ……22ページ |
| 5 在宅療養についての質問        | ……13ページ | 11 在宅療養に関する府中市の事業                     | ……23ページ |
| 6 介護保険を利用するには        | ……14ページ | 12 在宅療養に関する相談窓口                       | ……25ページ |

発行

府中市福祉保健部高齢者支援課

〒183-8703 府中市宮西町2丁目24 番地  
TEL：042-335-4106(直通) FAX：042-335-0090  
令和6年10月

# 1 在宅療養って何ですか？

「病気があっても住み慣れた自宅<sup>いえ</sup>で自分らしく暮らしたい」—  
この願いを実現するのが「在宅療養」です

在宅療養とは、自宅等に医師や看護師、ホームヘルパーなどに訪問してもらって、医療と介護サービス等を受けながら療養することをいいます。

在宅療養を選択される方は、加齢や病状・障害などにより通院が難しい方、末期がんなどで積極的な治療を受けるより、残された時間を大切に過ごそうとされる方が多いようです。

## ご自宅にお住まいの方が在宅療養を始めるケース

Aさん 84歳・男性  
妻と死別、ひとり暮らし

長年、糖尿病の治療を受けていたが、足腰が弱り、通院できなくなった。視力も低下し、薬を飲み間違えたり、インスリン注射もうまく打てなくなった。



→6ページ

## 病院を退院して在宅療養を始めるケース

Bさん 65歳・女性  
夫と息子の三人暮らし

脳梗塞<sup>こうそく</sup>で倒れ、入院。一命はとりとめたものの半身に麻痺が残り、胃ろうとなった。夫・息子は勤めがあり、日中は家でひとり。



→11ページ

## ご自宅で最期まで暮らされたケース

Cさん 87歳・女性  
夫と死別、ひとり暮らし

体調不良で受診したところ、末期がんであることが判明。痛いのは嫌だが最期まで自宅で愛猫と暮らしたいと強く思っている。



→21ページ

ご本人は、「自宅で暮らしたいが、家族に迷惑をかけたくない」「ひとり暮らしで介護してくれる人がいないから無理」などと思うかもしれません。ご家族は、「私に介護なんてできるのか」「病状が急変したらどうすればいいのか」と不安をおぼえるかもしれません。

ですが、現在は、医療保険と介護保険を利用して、ご自宅で医療と介護サービスを受けることができます。また、お薬の進化や緩和ケア\*の普及により、ご自宅でもがんの痛みや倦怠感、吐き気などの不快な症状をやわらげることができるようになっていきます。

ひとり暮らしでも、高齢のご夫婦ふたり暮らしでも在宅療養をされている方はいらっしゃいます。「病気はあるけれど、自宅で暮らしたい」と思われたら、まずは在宅療養相談窓口にご相談ください(→25・26ページ)。

※緩和ケア：重い病を抱える患者やその家族一人一人の身体や心などの様々なつらさをやわらげ、より豊かな人生を送ることができるように支えていくケア(特定非営利活動法人日本緩和医療学会による『市民に向けた緩和ケアの説明文』抜粋)をいい、例えば、がんが進行してからだけではなく、がんと診断されたときから必要に応じて行われるものとされる。

# 1 在宅療養って何ですか？

## 在宅療養を ささえる人たち

在宅医



訪問看護師



ホームヘルパー  
(訪問介護員)



地域包括支援センター



薬剤師



ケアマネジャー  
(介護支援専門員)



歯科医・歯科衛生士



管理栄養士

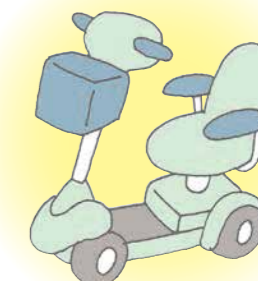


私たち専門職が  
チームとなって  
ご本人とご家族を  
ささえます！

訪問リハビリテーション



福祉用具貸与・特定福祉用具販売



### 在宅で療養するか、病院で療養するか

「今まで自宅から通院していたが、足腰が弱って通院できなくなった」「**脳梗塞**で倒れて入院していたが、退院することになった」など、今後、どこで生活するか選択しなければいけないときがあります。自宅、施設、病院での療養生活には、それぞれメリット・デメリットがあります。「**どこで療養すれば自分が望む暮らしを送れるか**」を考えたうえで選択することが大切です。

#### それぞれのメリット・デメリット

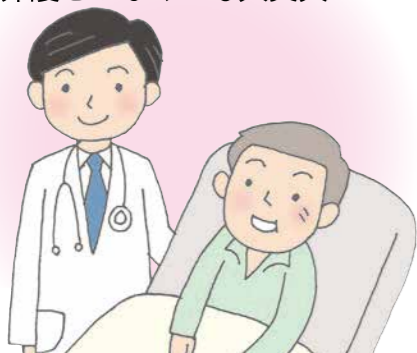
介護の担い手がないなどの理由から、長期で入院されている方もいらっしゃいますが、基本的に**病院**は、集中治療や手術、高度な検査などを行う「**治療の場**」です。メリットとしては、仕事や家事のことを忘れて療養に専念できる、ご家族が身の周りの世話をしなくても療養生活を送ることができるなどがあげられます。デメリットとしては、病院のスケジュールに合わせた生活になるので、自分のペースで生活するのが難しくなる、ご家族や

ペットと過ごす時間が減ってしまうなどがあげられます。

**自宅**は、好きな時間に寝て、起きて、食べることができ、住み慣れた場所で自由に気兼ねなく生活できる「**生活の場**」です。ご家族はお見舞いに行く負担がなくなる、一般的に入院するよりも費用は安くなるなどのメリットがあります。デメリットとしては、ご家族に介護や医療行為の負担が少なからずかかる、緊急の場合、病院ほど迅速な対応がとれないなどがあげられます。

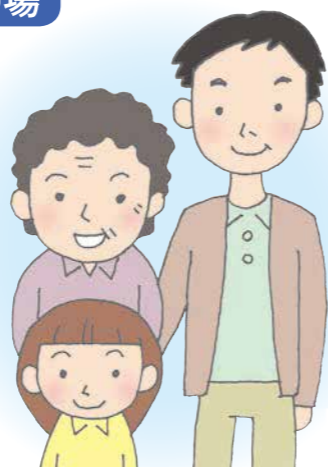
#### 病院 = 治療の場

- 高度な治療・検査が受けられる
- 家族が介護をしなくても大丈夫



#### 自宅 = 生活の場

- 気兼ねない  
自由な暮らし
- 家族・ペット  
とも一緒



#### ご家族の不安

ご家族は介護を担う不安、病状が急変したときに対する不安をおぼえるかもしれませんが、それぞれ対処法があります。

##### ● 介護を担う不安

介護はひとりで抱えこまずに、介護保険や市のサービス、ときには民間のサービスを利用しましょう。困りごとや悩みがあるときには、ケアマネジャーや専門職に相談したり、介護者の会(→24ページ)に出席するなどすると気持ちが楽になります。

##### ● 病状が急変したときに対する不安

「どんな症状が出たときに」「どこに連絡するか」を確認しておく、病状が悪化したときに一時的に入院できる病院を探しておく、医療機器をご利用の場合は停電時の対応を確認・練習しておくなど、**事前に準備をしておくことで不安が軽減できますし、対処もできます。**

### そのときどきで、相談しながら決めていきましょう

その人の考え方、病状、状況によって「どこで療養するのが一番か」は異なります。必ずしも在宅療養が一番とは言い切れません。ご自分の気持ちとご家族の気持ちをすり合わせながら、そして医療・介護の関係者にも相談しながら、ご自分にとっての最適な場所を選んでください。

また、一度選択したからといって、ずっと同じ場所で療養し続けなくてはならないというわけではありません。**実際にやってみて不都合な点があれば、変更することができます。**

### 「在宅で療養したい」と思ったときの相談先

現在、入院中であれば、病院内にある相談室(地域連携室、医療相談室など病院によって名称は異なります)に、相談室がない場合には、担当の医師や病棟看護師に相談しましょう。

入院していない場合は、かかりつけ医に相談しましょう。かかりつけ医が訪問していない、退院の際「在宅は難しいかな」と感じてしまったときなどは、**地域包括支援センター(→25・26ページ)**に相談します。

地域包括支援センターは「在宅療養相談窓口」を兼ねていて、在宅医の紹介や介護保険の申請、退院時の支援など在宅療養に関するさまざまな相談・支援を行っています。

いずれの場合も支援者は病状だけでなく、ご本人の意思を尊重してサービス調整を行っていきますので「**自分はこんな思いでこういう生活を送りたい**」と**しっかり伝える事が大切です。**

### 準備は早めに

病状によっては、医療だけでなく介護保険のサービスが必要になる場合もあります。介護保険サービスを利用するには、「**要介護認定**」が必要ですので、認定の申請をします。

申請から認定までは約1か月かかります。ご本人・ご家族が申請に行けない場合は、**地域包括支援センター**などが代行します。(→14ページ「介護保険を利用するには」)

#### 在宅療養普及啓発動画

いつまでも府中で暮らしたいシリーズ番外編  
～介護が必要になっても住み慣れた家で暮らすには～

府中市では、市内で活躍する医療・介護の専門職のみなさんにご協力いただき、在宅療養市民講演会シリーズ番外編として作成した動画を公開しています。

この動画は、脳梗塞で倒れ、救急搬送された女性のお話を例に、入院中から退院、自宅での生活を再開するまでの流れや「在宅療養」のイメージがつかめるように、寸劇と解説を組み合わせた4つの場面で構成しています。ぜひご覧ください。

場面1 入院中に考えておくことは？

場面2 退院前の話し合い

場面3 病院から自宅への一時帰宅

場面4 退院、在宅での生活のスタート

(URL) <https://www.city.fuchu.tokyo.jp/kenko/korenokata/zaitaku/zaitakuryouyoudouga.html> (府中市ホームページ)



# 在宅療養を始めるまでの流れ



初期相談

制度等の申請

計画立案・調整

急性期

安定期・リハビリ期

退院準備期



病気や心身の不調で通院できなくなった

ポイント1 相談しましょう  
かかりつけ医・地域包括支援センター・ケアマネジャー など

例) かかりつけ医 (主治医)  
⇒介護保険の申請を相談、訪問診療・訪問看護の相談

※かかりつけ医がない場合は、地域包括支援センターへ相談しましょう。

ポイント2 必要となる支援 (サービス) の準備をしましょう

- チェック☑
- 訪問してくれる医師の手配
  - 介護保険の申請 (→ 14 ページ) (※介護保険のサービス→ 15～16 ページ)
  - 住宅改修の検討・申請

要介護認定の決定が出た

ポイント3 ケアプランを立てましょう

- ケアマネジャーを決める
- 必要なサービスの選定
- 住環境の整備 など

入院している場合

入院

体調が安定する

ポイント1 今後の療養について相談しましょう  
相談室・主治医・病棟看護師 など

ポイント2 必要となる支援 (サービス) の準備をしましょう

- チェック☑
- 介護保険の申請(→14ページ) (※介護保険のサービス→15～16ページ)
  - 住環境の事前確認
  - 退院後の生活に必要な、医療処置や緊急時の対応などを学ぶ
  - 退院後の生活に必要な、介護方法を学ぶ

退院日が決定する

ポイント3 退院後のケアプランを立てましょう

- ケアマネジャーを決める
- 退院前カンファレンス
- 必要なサービスの選定
- 住環境の整備 など

退院



## 事例1 ご自宅にお住まいの方が在宅療養を始めるケース

Aさん 84歳 男性 妻と死別 ひとり暮らし

長年、糖尿病の治療を受けていたが、筋力の低下で通院が難しくなっていました。



Aさんは、5年前、妻と死別しました。息子さんがひとりいますが、海外赴任をされていて、日本へは一年に一回帰ってくるだけです。自分で家事をし、映画を観たり音楽をきいたり、シニアクラブにも顔を出すなど、ひとり暮らしでも穏やかに充実した毎日を送っていました。

Aさんは長年、糖尿病を患っていて、服薬とインスリンの注射で治療を続けていましたが、最近、視力が低下し、薬を飲み間違えたり、注射をうまく打てなくなってしまいました。また、足元もおぼつかなくなり、家の中でもよくつまづくようになり、通院が難しくなっていました。

ある日、シニアクラブに顔を出さなくなったAさんを心配して、シニアクラブの友人が訪ねてきました。友人はAさんの窮状を知ると「地域包括支援センターに相談してみるといい」と教えてくれました。

Aさんが早速、電話で相談してみると、後日、職員が家に来て「介護保険を申請しましょう。地域包括支援センターが代行しますよ。」と教えてくださいました。また、「つまづくことが多いようなので、手すりの取り付けや段差を解消する「住宅改修」をすると思います。介護保険で住宅改修費を支給してもらえるので、いっしょに申請しておきましょう。」と提案してくれました。そこでAさんは、介護保険と住宅改修費支給の申請をお願いしました。住宅改修費の支給が決定し、一か月後には介護保険の認定も出たので、一足先に住宅改修工事を開始しました。

ケアマネジャーが決まり、ケアプラン作成の日がきました。Aさんは糖尿病の治療ができない不安と、できるだけ自宅でこれまでどおりの生活を送りたい旨を話しました。糖尿病治療の継続に

は医師が欠かせません。そこでケアマネージャーが主治医に電話で相談すると「ずっと診てきた患者さんだから」と、月1回の「訪問診療」をしてくれることになりました。続いて、ケアマネージャーは、インスリン注射や体調管理をしてくれる「訪問看護」、買物や調理、掃除などを手伝ってくれる「訪問介護」、人との交流ができ、筋力トレーニングや入浴もできる「通所介護(デイサービス)」を提案しました。また、薬を届けて服薬管理をしてくれる「訪問薬局」も勧められました。「これなら何とか暮らせそうだ」とAさんはほっとしました。

しっかりと服薬や体調管理ができ、食事もとれるようになったことで体調が安定してきたAさんは、さまざまな人の力を借りながら、今でもひとり自宅で、楽しく穏やかな生活を送っています。



※基本的な流れであり、人によって必要なサービスや準備の順番などは変わることがあります。

## 積極的な治療ではなく、生活を支える医療が提供されます

在宅療養をされる方は、何らかの疾患や障害を持っているため、感染症や床ずれなどを起こしやすくなっています。在宅療養で提供される医療は、そうしたリスクを下げ、患者がなるべく苦痛なく、自分らしい生活を送られるように支援する医療が中心になります。

### 在宅療養のかなめ・在宅医

自宅・施設に訪問する医師＝「在宅医」は、定期的に訪問して体調管理・治療を行う「訪問診療」と、突発的なケガや病気・状態悪化時に臨時に診療する「往診」のふたつを組み合わせる在宅での療養生活をささえます。どちらもご加入の健康保険でご利用できます。

在宅でお看取りをするときには、死亡の確認や死亡診断書などの関係書類の記入も行います。

### 在宅でも病院で受けているような医療・看護が受けられます

病院では、医師が診療を行って指示を出し、その指示に基づいて看護師が看護を、理学療法士などのリハビリ職がリハビリを行います。在宅でも同じです。医師が診療を行い、医師の指示で看護師やリハビリの専門職がご自宅等にうかがいますので、手術や高度の治療でなければ、入院時と同様の医療・看護が受けられます。

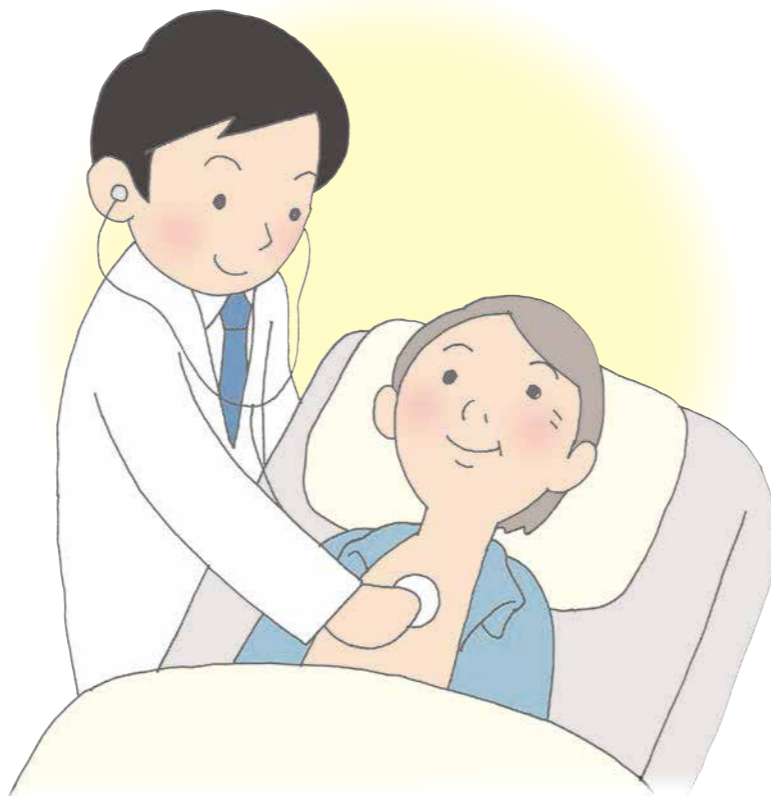
「そうは言っても、緊急時が不安」という方には、24時間365日対応の訪問看護ステーションがあり、医師と訪問看護が連携して緊急時にも対応できる態勢を整えることができます。

## 「普段は在宅、ときどき通院・入院」使い分けて安心の療養生活を

がんや難病にかかっている方の中には、在宅での療養を選んだ後も、大きな病院での高度で専門的な治療の継続を望む方もいらっしゃいます。その場合、普段の体調管理は在宅医に、高度で専門的な治療を受けるときには病院の専門医に診てもらうこともできます。

また、急な発熱や病状が悪化したときなどは一時的に入院して治療し、病状が安定したらご自宅等にも帰ることもできます。

「普段は在宅、緊急時や高度な治療が必要なときは入院」と使い分けることで、生活の質を保ちつつ緊急時にも対応できる療養生活を送ることができます。



### 「病院」と「診療所」のちがい

**病院**：20床以上の病床を有するもの。

**診療所**：病床を有さないもの又は19床以下の病床を有するもの。身近な医療機関として継続的に診てもらう「かかりつけ医」や訪問してくれる在宅医になることが多い。

## 訪問看護

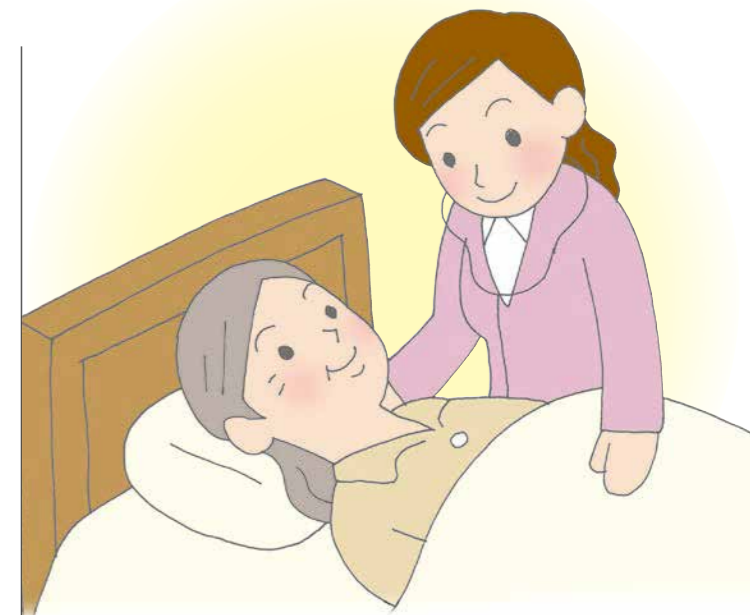
訪問看護ステーション、病院・診療所などから看護師、理学療法士などがご自宅を訪問して必要な看護やリハビリを行います。医療のプロとして、ご本人・ご家族に寄り添い、心身双方の面から在宅療養をささえます。

### 介護保険または医療保険で利用できます

訪問看護は、介護保険または医療保険で利用することができます。要介護認定をお持ちの場合は、介護保険での利用が優先されます。ただし、退院直後や終末期など病状が不安定な方や厚生労働大臣が指定する疾病を持つ方などは、医療保険での利用となることもあります。

### 利用までの流れ

訪問看護の利用には、主治医の「訪問看護指示書」または指示が必要となりますので、利用したいときには、まず主治医や病院の相談員などにご



相談ください。要介護認定をお持ちの方は、ケアプランに訪問看護サービスを入れてもらう必要がありますので、ケアマネジャーにも利用したい旨を伝えましょう。医師、ケアマネジャー、訪問看護ステーションが連携して調整します。

訪問看護ステーションが決まったら、看護師などがご自宅を訪問し、療養状況を確認し、必要な看護内容や訪問回数、時間をご利用者と一緒に決め、その後、利用を開始します。

### 訪問看護の内容

療養上の世話	身体の清潔保持(体の清拭、洗髪、入浴など)、食事や排せつ援助。
医療処置	点滴、注射、経管栄養 <sup>※</sup> 、たんの吸引や吸入、チューブ類の交換など。
医療器具の管理	在宅酸素療法、人工呼吸器 <sup>にようどう</sup> 、尿道カテーテル、人工肛門などの医療機器の管理、利用方法の指導など。
健康状態のチェック	脈拍・体温・血圧などのチェックと、状態に応じた助言・支援。
床ずれの予防や処置	床ずれ <sup>じよくそう</sup> (褥瘡)の予防や助言、手当て。
リハビリテーション	運動機能や摂食 <sup>えんげ</sup> ・嚥下機能 <sup>こうしゆく</sup> の回復、関節拘縮の予防など。
精神の病気・認知症のケア	心身の状態を観察し、服薬の管理・生活リズムの調整などを行うとともに、周囲とのコミュニケーションがスムーズにいくよう支援。
ターミナルケア	苦痛や倦怠感の緩和、精神的な支援。
介護予防	栄養や運動機能の低下を招かないように助言・指導。
ご家族・介護者への支援	介護方法の助言やさまざまな相談に対応。

※経管栄養：口から食べることが難しい方に、管を通して胃や腸に直接栄養を注入する方法。

## 歯科医・歯科衛生士



### 歯が痛くなったときにだけ行っていませんか？ 「治療より予防を」

「歯の治療は痛くなってからでは遅い」といわれます。ひどくなってからの受診は、治療費がかかるうえ、歯をなくす、様々な病気を引き起こすなどのリスクが高まるからです。定期的な健診とメンテナンスでお口の健康を保つことができます。治療以上に予防が大切です。

## お口の健康はからだ全体の健康と密接な関わりがあります

「歯が痛い・ぐらつく」「入れ歯が合わない」などの理由で十分に噛むことができなくなると、胃腸の不調や低栄養、脳の老化、筋力の低下を招く恐れがあります。また、歯周病の細菌が血液中に入ることによって動脈硬化や心臓病などを引き起こすほか、糖尿病などの生活習慣病の危険要因であることもわかっています。

さらに、年齢をとって飲みこむ機能=嚥下機能が低下すると、食べ物や唾液が食道ではなく気管に入ってしまう「誤嚥」が起こるようになります。その際、口腔内の細菌と一緒に入ると、肺炎になることもあります。歯がなくても、また、胃ろうをしていて食べ物を口から摂取していなくても、お口のお手入れをしないしていると口腔内の細菌が増え、誤嚥性肺炎にかかるリスクが高まります。特に夜、寝ている時の不顕性誤嚥(むせのない誤嚥)による肺炎が多く、寝る前の口腔ケアが最も大切です。「歯だけではなく舌・粘膜を含むお口の中全体を清潔に保つこと」「嚥下機能を維持・回復すること」はとても大事です。このふたつを合わせて「口腔ケア」と呼びます。

## 訪問歯科診療で「口腔ケア」が受けられます

病気などで通院が難しくなった場合、歯科医師に訪問してもらえます。通院しているときと同様に、虫歯や歯周病の治療、入れ歯の作成・修理、歯垢・歯石の除去、正しいお手入れ方法の指導、嚥下機能回復を目指すリハビリテーションが受けられます。

歯科医師の訪問は原則月2回までですが、**歯科衛生士は月4回まで訪問できるので、肺炎予防や口腔機能の改善に役立ちます。**

### ○利用するには

まず、かかりつけの歯科医に訪問してもらえるかきいてみましょう。かかりつけ歯科医がない、訪問していないときには、健康推進課にご相談ください(→23ページ参照)。

### ○費用

医療保険や介護保険が利用できます。費用は「訪問診療初診料・再診料」、「指導費」「治療費」の合算となります。介護保険の認定をお持ちの方は、「指導費」が介護保険の適用となりますが、ケアプランとは別に訪問が可能です。訪問診療になるからといって、格段に診療費が高くなることはありません。



### 自分で痛みを感知できない・伝えられない人がいます。

認知症や感覚障害などにより、自分で痛みを感知できない・伝えられない人の場合、周りの人が気づいて治療に結び付けることが大切です。「歯茎から血が出ている」「口臭がきつくなった」「体重が減った」「発熱・肺炎をくりかえす」などのサインがあったら、早めに受診させましょう。

## 薬剤師



### 高齢者と薬

高齢になると、肝臓の排毒機能や腎臓の排泄機能が落ちるなどして、薬の成分が体内に残りやすくなります。また、いくつか病気があって複数の

医療機関から薬を出されている場合、飲み合わせの悪い薬があったり、同じ成分の薬が二重に出されていることもあります。これらのことから、**高齢者は薬が効きすぎてしまう、副作用が出やすい状況にあります。**

さらに、何種類も薬があることで、薬を飲み忘れる、錠剤の数や服用回数を間違えてしまうなど、正しい服薬が難しくなる場合もあり、注意が必要です。

## 在宅での療養をささえる薬剤師

在宅療養されている方のほとんどが、お薬を飲まれています。薬に関する悩みやトラブルが生じた際には、薬剤師に相談しましょう。**薬局へ行くのが難しい方は、医療保険や介護保険を利用して、薬剤師に訪問してもらえます。**ケアプランとは別に訪問が可能です。

**利用したい場合は、かかりつけ医、ケアマネージャー、薬局にご相談ください。**

## 薬剤師の訪問の内容

### ①正しく服薬できるための支援をします。相談にもなります。

医師から処方された薬について説明します。複数の医療機関から二重に同じ薬をもらっていないか、飲み合わせの悪い薬はないか、残薬がないか等を確認し、不都合がある場合には医師と相談のうえ調整します。また、市販薬や健康食品との飲み合わせや、介護用品についての相談など、さまざまな相談にもなります。

### ②一人一人の状態に応じた工夫をして、薬を飲みやすくします。

飲み忘れてしまう方には「お薬カレンダー」や、一度に飲む薬をひとつの袋にパックする「一包化」の使用を提案したり、薬が飲み込みにくい

方には、薬の粉碎や形状の変更、ゼリーやオブラート紙にくるんでの服用など、一人一人の状態に応じた工夫をして飲みやすくします。

### ③薬の効き目、副作用を確認し、薬の量や種類を調整します。

入院している場合、薬の効き具合や副作用の有無を医師や看護師がこまめに確認できますが、在宅ではそうした目が届きづらい部分があります。薬剤師が訪問して体調をチェックし、効き目や副作用を医師に報告・相談することで、病状に適した量や種類に調整します。

### ④衛生材料や介護用品もお届けし、介護者の負担を軽減します。

必要は方には訪問の際、重い輸液、衛生材料等を薬といっしょに届けます。



### 次のような症状が出たら、薬の副作用かもしれません。薬剤師にご相談ください。

- 味覚が変になった
- めまいがする、ふらつく
- 尿が出ない、便秘
- 胃が痛い、むかむかする
- かゆみが出た、ぶつぶつが出た
- だるい
- 眠れない
- ぼーっとする
- のどがかかわく

**注意** 重い副作用が出た場合には、すぐに医療機関を受診してください。



## 事例 2

### 病院を退院して在宅療養を始めるケース

Bさん 65歳 女性 現役で仕事をしている夫と息子の三人暮らし

脳梗塞で倒れて救急搬送される。治療・急性期リハビリが終了し、退院することになった。



Bさんは、脳梗塞で倒れて病院に救急搬送されました。治療により一命をとりとめたものの、半身に麻痺が残りました。麻痺のせいで飲み込みが難しくなったので、胃に穴をあけて管を通して栄養を送る「胃ろう」も造られました。

治療が落ち着き、Bさんはリハビリ病棟に移ることになりました。「退院準備は早いうちからした方がいい」と聞いていた夫が「医療相談室」に相談に行くと、「介護保険の申請をしておいてください。地域包括支援センターにも連絡しておく、退院後の生活面での相談もできますよ」と相談員に言われました。また、「しばらくは通院が難しそうだから」とBさんのかかりつけ医に了承を得たうえで、「訪問診療」をしてくれる医師と体調管理などをしてくれる「訪問看護」を手配してくれました。夫は地域包括支援センターに連絡するとともに、介護保険の申請をしました。

二か月後、リハビリを頑張ったBさんは、主治医から「あと二週間もすれば退院できますよ」と言われました。そのときには介護保険の認定も出て、ケアマネジャーも決まっていた。そこで、相談員の声かけで「退院前カンファレンス」が開かれることになりました。関係者が集まって、退院後のBさんの生活をどのようにささえていくか検討する会議です。

当日は、Bさん、夫、息子、病院の主治医、看護師、訪問してくれる医師、訪問看護の看護師、リハビリの専門職、ケアマネジャーが集まりました。まず、主治医と看護師からBさんの状態の説明がありました。Bさんは「身の回りのことは自分でできるようになりたい。もう一度口から食べられるようになりたい」と希望を述べ、さらに「脳梗塞が再発しないか、とて

も不安」とも言いました。ご家族は「ひとりになってしまう日中、安全に暮らせるようにしてほしい。入浴の介助もお願いしたい」と伝えました。また、介護全般に不安があり、特に胃ろうの管理に不安があるとも話しました。Bさんの状態とご本人・家族の希望や不安を全員で共有したうえで、必要な支援を考え、ケアプランを立てました。また、家でも安全に暮らせるように「住宅改修」し、介護用ベッドなどの「福祉用具」も準備することにしました。Bさんもご家族も、支援してくれる人の顔が見え、退院後の生活もなんとなくイメージができてほっとしました。

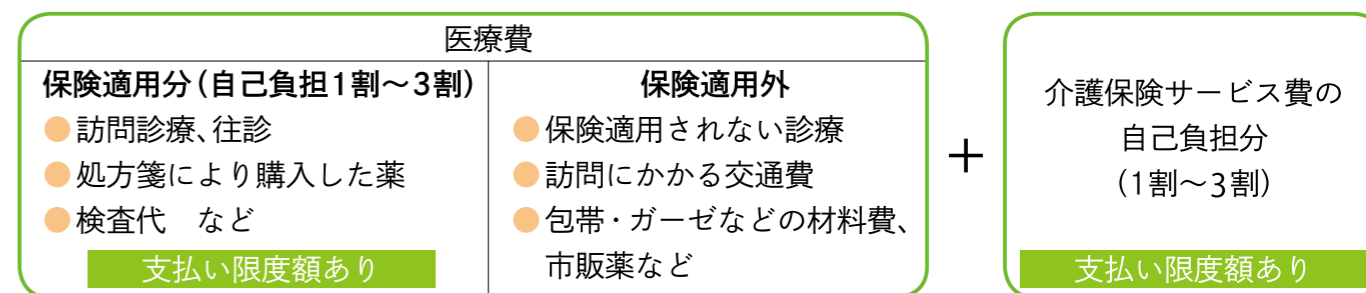
住宅改修工事も終わり、福祉用具も準備できました。退院後は、定期的に看護師が訪問し、再発防止の体調チェックや胃ろうの管理、嚥下のリハビリを行ってくれました。ご家族の介護の悩みについて相談にもなってくれました。週の何日かはリハビリや入浴介助が受けられる「通所リハビリテーション(デイケア)」に通います。また、一か月のうち数日間は「短期入所療養介護(ショートステイ)」を利用し、ご家族が休息できるようにしました。

リハビリを続けていくなかで、Bさんは徐々に口から食べられるようになり、胃ろうを外すことができました。麻痺は残っているものの体を上手に使えるようになり、自分ひとりでもできることも増えました。以前とまったく同じというわけではありませんが、Bさんもご家族も前向きに新しい生活を送っています。

# 4 在宅療養にかかる費用

在宅療養にかかる主な費用は、大きく分けて医療費と介護保険サービス費です。費用の算定は、人によって違いますし、大変複雑ですので、医療費についてはかかりつけ医療機関の事務や医療相談員に、介護保険サービス費についてはケアマネジャーに相談しましょう。

## 在宅療養にかかる費用



## 負担を軽減する制度があります

医療費と介護サービス費のどちらも一月あたりに支払う限度額が決まっています(自己負担限度額)。限度額は所得に応じて決定されます。それぞれ、限度額を超えた支払いがあったときに、超えた金額を支給する制度があります。その他にも負担を減じる制度があります。

### ①高額療養費制度

限度額を超えて医療費を支払ったときに適用されます。70歳未満の方の限度額は35,400円~約252,600円、70歳以上の方は8,000円~約252,600円です(医療費の総額が高額になった場合、負担が加算される場合があります)。

1年で4回以上自己負担限度額を超える支払いがあった場合、4回目以降の限度額は引き下げられます。

### ③高額介護サービス費

限度額を越えて介護サービス費(利用者負担分)を支払った時に適用されます。世帯に利用者が複数いる場合は、全員の負担額を合算します。個人の限度額は15,000円~140,100円、世帯の限度額は24,600円~140,100円です。対象となる方には、市から通知します。

### ②高額医療・高額介護合算制度

世帯内の同一の医療保険の加入者について、1年間(8月から翌7月)にかかった医療費と介護サービス費(利用者負担分)の合算が世帯限度額を超えたときに適用されます。70歳未満の方がいる世帯の限度額は34万円~212万円、70歳以上の方がいる世帯の限度額は19万円~212万円です。対象見込みの世帯には申請書を毎年1~3月頃に送付します。

### ④その他の軽減制度

低所得の方に対して、居宅系サービスとショートステイの利用料の一部を市が助成する制度(介護サービス利用料軽減)などがあります。

- 問合せ ①② 国民健康保険加入者 保険年金課 給付係 ☎335・4044  
 後期高齢者医療制度加入者 保険年金課 後期高齢者医療係 ☎335・4033  
 その他の保険加入者 加入している保険組合等にお問合せください。
- ②③④ 介護保険課 介護サービス係 ☎335・4470

※限度額・負担割合はすべて令和6年9月現在のもので、変更される場合があります。

## 5 在宅療養についての質問

Q 認知症でも自宅で生活できますか？

A 認知症でもご自宅で療養されている方はいらっしゃいます。

認知症だからといって、何もできなくなるわけではありません。ただし、認知症は人によって症状が違いますし、病気が進行していくにしたがって、症状も変化していきます。そのつど、医療・介護の専門家にご相談いただき、どうすれば自宅で暮らしていけるか一緒に考えていきましょう。

府中市では、認知症の進行に合わせて受けられる支援や、知っておきたい相談窓口などをまとめた『認知症あんしんガイド（府中市認知症ケアパス）』を発行しています。高齢者支援課、地域包括支援センター、文化センターなどで配付しています。府中市のHPからダウンロードもできます。

<https://www.city.fuchu.tokyo.jp/kenko/korenokata/nintisyo/ansingaido.html>



Q 人工呼吸器や胃ろうが必要など、医療ニーズが高くても自宅で暮らせますか？

A 医療ニーズが高くても、ご自宅で療養されている方はいらっしゃいます。

在宅で療養される方の中には、呼吸が困難で酸素ボンベが必要な方、口から食べられず胃ろうをされている方、排尿が困難で尿道に管が装着されている方など、日常的な医療ケアが必要な方がいらっしゃいます。「必要な機器が用意できるか」「機器を適切に利用できるか、管理できる人がいるか」「対応できる在宅医や訪問看護師がいるか」を確認したうえで判断する必要があります。病院の相談員、ケアマネジャー、地域包括支援センターにご相談ください。

ご自宅で医療機器の利用が可能となった場合、在宅医や訪問看護師が定期的に状態をチェックするほか、管の交換やご本人・ご家族への使用方法の指導などを行い、支援してくれます。

Q 使用した医療廃棄物はどのように処分すればいいですか？

A 「鋭利ではないもの・血液に触れていないもの」はすべて「燃やすごみ」として処分、「鋭利なもの・血液に触れたもの」は「医療機関へ返却」してください。

在宅医療廃棄物は、家庭ごみとして処理をすることになっています。適切な方法で排出されれば感染症の危険性はほとんどありませんが、誤った方法で排出されてしまうと、収集時や選別時にけがや感染症の危険が生じます。ごみの収集時に血液などが付着しているか否かを判断することは難しいため、鋭利でないもの・血液に触れていない物は「燃やすごみ」として処分してください。

鋭利ではないもの・血液に触れていないもの

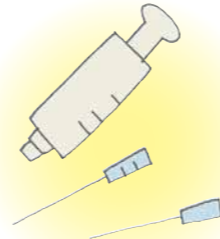
燃やすごみ



※血液に触れていなくても、プラマークがあっても、すべて燃やすごみになります。  
※汚損されている場合など必要に応じて、ポリ袋などに入れ、密閉してから有料袋に入れてください。

針など鋭利なもの・血液に触れたもの

医療機関へ返却



※鋭利な部分がなく、血液の付着が微量なもの（血糖測定テスターのチップなど）は、燃やすごみとして排出することもできます。その際は、ポリ袋などに入れ、密閉してから有料袋に入れてください。

## 6 介護保険を利用するには

介護保険って何ですか？

40歳以上の方が被保険者（加入者）となって保険料を納め、「介護が必要」と認定されたときに（要介護認定）、介護保険サービスを利用できる制度です。

要介護認定を受けるためには、申請が必要です。

どんな人が申請できますか？

- 65歳以上（第1号被保険者）で、介護や日常生活に支援が必要な方
- 40歳以上65歳未満の医療保険加入者（第2号被保険者）で、介護保険で対象となる病気（特定疾病）により、介護や日常生活に支援が必要な方

申請から利用までの流れ

① 申請

市役所の介護保険課窓口で、ご本人またはご家族が要介護認定の申請をします。ご本人・ご家族に代わって、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、介護保険施設などが代行で申請することができます。

② 認定調査

調査員がご自宅などを訪問し、ご本人の心身の状況などを調査します。また、市がご本人の主治医から意見書を取り寄せます。

③ 審査判定

認定調査の結果と主治医意見書をもとに、介護や支援が必要な度合（要介護度）を判定します。

④ 認定

「非該当」「要支援（1・2）」「要介護（1～5）」いずれかの認定結果が通知されます。

このほか、総合事業のみ利用可能な「事業対象者」があります。

⑤ ケアプランの作成

「要介護」の方については、居宅介護支援事業者を選び、認定結果をもとにケアプランを作成します。「要支援」の方のケアプラン作成は、地域包括支援センターが窓口になります。

※施設に入所を希望される方は、入所を希望する施設へ直接お申込みください。

⑥ サービスの利用

ケアプランに基づいたサービスを利用します。

費用

介護保険サービス利用料の1割（一定以上の所得者は2割または3割）を利用者が負担します。

自己負担が重くなったときや、低所得者には負担を軽減する仕組みがあります（→12ページ）。

- 府中市では、介護保険についての詳しい情報と市のサービスを掲載した『介護保険・高齢者福祉サービスガイドブックふくしのしおり』を無料で配布しています。

地域包括支援センター、文化センター、介護保険課、高齢者支援課に置いてあります。府中市のホームページからもダウンロードできます。  
<https://www.city.fuchu.tokyo.jp/kenko/korenokata/otosiyorinofukusi.html>



問合せ

介護保険課

資格保険料係 ☎335・4021

介護サービス係 ☎335・4470

介護保険制度担当 ☎335・4030

施設担当 ☎335・4503

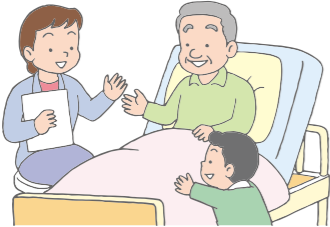
介護認定係 ☎335・4309



在宅で療養される際に、ご利用できるサービスは次のとおりです。

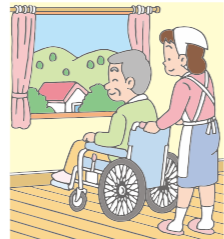
## 自宅で受けるサービス

### ●居宅介護支援



在宅の要介護者が介護保険から給付される居宅サービスなどを適切にご利用できるように、利用者の心身の状況などを勘察し、ケアプランの作成、事業所との連絡調整などを行います。

### ●訪問介護(ホームヘルプ)



ホームヘルパーがご自宅などを訪問し、入浴、排せつ、食事などの「身体介護」や、調理、洗たくなどの「生活援助」をします。通院などを目的とした乗車降車介助も利用できます。

### ●訪問入浴介護



介護職員と看護師がご自宅などを訪問し、浴槽を提供して入浴介護を行います。

### ●訪問リハビリテーション



生活機能を向上させるために、理学療法士や作業療法士、言語聴覚士がご自宅などを訪問し、リハビリテーションを行います。

### ●訪問看護



疾病などを抱えている方に対して、看護師がご自宅などを訪問して、療養上の世話や診療の補助を行います。

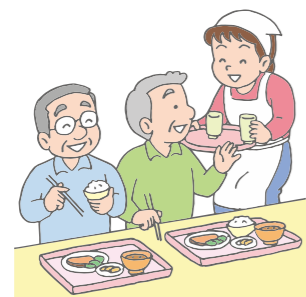
### ●居宅療養管理指導



医師、歯科医師、薬剤師、管理栄養士がご自宅などを訪問し、薬の飲み方、食事など療養上の管理指導を行います。

## 施設に通って・入所して受けるサービス

### ●通所介護(デイサービス)



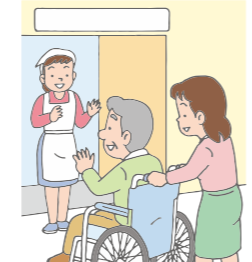
通所介護施設で、食事、入浴など日常生活の支援や生活機能の維持・向上のための支援を行います。

### ●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、食事、入浴などの日常生活上の支援や生活機能の維持・向上のためのリハビリテーションを行います。

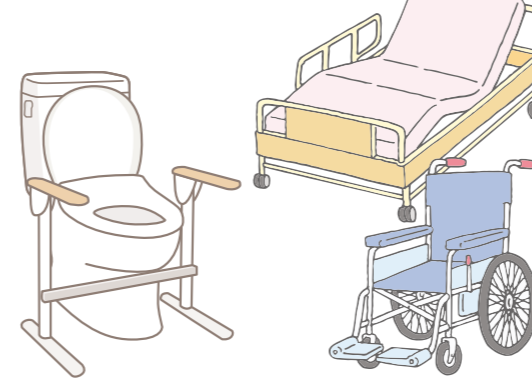
### ●ショートステイ ○短期入所生活介護 ○短期入所療養介護



介護老人福祉施設などに短期入所して、介護や生活機能向上のための機能訓練が受けられます。短期入所療養介護では、医療上のケアを含む介護を提供します。

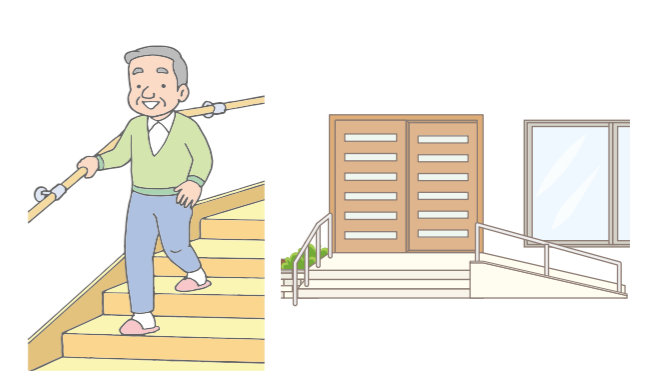
## 生活環境を整えるサービス

### ●福祉用具貸与・販売



介護予防に役立つもの、日常生活の自立を助けるための福祉用具の貸与と、入浴や排せつなどに使用する福祉用具の購入費用の一部を支給します。

### ●住宅改修費支給



手すりの取付け、段差解消などの住宅改修を行う際に、事前申請によって、20万円を上限に工事代金の9割から7割を支給します。

## 地域密着型サービス(市民のみ使えるサービス)

### 日帰りのサービス



#### ●地域密着型通所介護(デイサービス)

要介護者が定員18人以下の小規模な通所介護施設に通い、食事、入浴など、日常生活上の支援や機能訓練などが受けられます。

#### ●認知症対応型通所介護

認知症の要介護者が、通所介護施設等に通い、食事、入浴など日常生活上の支援や機能訓練などが受けられます。

### 夜間のサービス

#### ●夜間対応型訪問介護

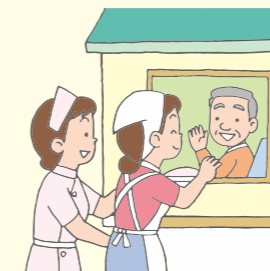
夜間において、①定期巡回の訪問介護、②随時の訪問介護、③通報によるオペレーションサービスを組み合わせて利用できるサービスです。



### 複合的なサービス

#### ●定期巡回・随時対応型訪問介護看護

定期的な巡回や随時の通報により訪問し、入浴、排せつ、食事などの介護や療養上の世話、日常生活上の緊急時の対応を行います。

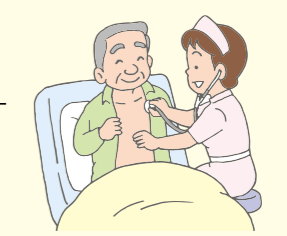


#### ●小規模多機能型居宅介護

「通所」を中心に「訪問」や「泊まり」などを組み合わせて利用できるサービスです。

#### ●看護小規模多機能型居宅介護

訪問看護と小規模多機能型居宅介護を一体的に利用できるサービスです。



- この他、特別養護老人ホーム、介護老人保健施設など施設で暮らす方のためのサービスもあります。
- サービスの内容は、令和6年4月現在のものです。

現在約8割の方が病院や施設で亡くなっていますが、「治る見込みがないのなら、自宅で自分らしく最期まで暮らしたい」という方や「延命治療はせずに自然な死を迎えたい」といわゆる“尊厳死”“自然死”を望む方が増えています。望まない治療は受けずに、痛み・苦痛をとりながらご自宅で穏やかな最期を迎えることはできます。そのためには心構えとさまざまな準備が必要です。

## 自宅で最期まで暮らす・お看取りするための準備

### 準備1

#### 要介護認定の申請をする、または要介護認定の区分変更申請を行きましょう

介護が必要になりそうで要介護認定をお持ちでない方は、要介護認定の申請をしましょう。

要介護認定をお持ちの場合も、がんなどの終末期では「昨日まで何ともなかったのに、立てなくなった」など体調が急変することがあります。区分によって利用できるサービスや限度額が変わります。終末期を万全に過ごせるように、状態の変化に応じて、介護認定の区分変更を行きましょう。

⇒介護保険の申請(14ページ)

(参考)

介護保険・高齢者福祉サービスガイドブックふくしのしおり

<https://www.city.fuchu.tokyo.jp/kenko/korenokata/otosiyorinofukusi.html>



### 準備2

#### 在宅医を手配しましょう

自宅でお看取りするためには、死亡確認と死亡診断書を記載してくれる医師が必要になります。まずはかかりつけ医に相談しましょう。



### 準備3

#### お別れが近くなったときのサインを知って、心の準備をしましょう

お別れが近くなったときに、どのような症状が出るのか、あとどのくらいでお別れが来るのかを知っておくことで心の準備ができます。次にあげるものは一般的なサインですが、人や病気によって異なる場合もありますので、事前に医師に確認しておきましょう。

- 食べられなくなる、飲み込めなくなる。
- ぼーっとしたり、うとうとする時間が増える。
- 手足をばたばた動かす、意味不明な言動をとる。
- 呼吸が不規則になったり、ゼイゼイしたり、ゴロゴロ音がするようになる。
- 尿が出なくなる。
- 呼びかけに応答しなくなる。
- 手足が冷たくなり、紫色になる。

### 準備4

#### お別れのときの連絡先を確認しておきましょう

##### ●容態が急変したとき

「病院で管をつながれたまま死にたくない」とご本人が思い、ご家族も納得していても、呼吸が不規則になるなどの異変が起こると、気が動転したご家族が救急車を呼んでしまうことがあります。救急車を呼ぶということは「命を救って」と頼むことです。駆けつけた救急隊も受け入れた医療機関も命を救うために全力で「蘇生処置」を行い、状況により人工呼吸器や胃ろうなどの「延命措置」を施します。延命措置を中止することは容易ではありません。「こんなはずではなかった」と後々、後悔されることのないように、**容態が急変したときには、救急車ではなく、在宅医または訪問看護に連絡し、指示を仰ぎましょう。**

##### ●呼吸が止まりそう、止まったときには

「呼吸が止まりそうだ」というときも、在宅医または訪問看護師に連絡します。医師が臨終に間に合わないこ

とがありますが、定期的に診療していて、死因が診療していた病気であると特定できれば、24時間以内に診察をしていなくても死亡診断書は交付できますので、焦らずに最後の時を見守りましょう。呼吸が止まったら、その時間(死亡時間)をメモします。在宅医が到着後、死亡を確認し、死亡診断書を交付します。

死亡後のケアとして、エンゼルケア(故人の尊厳を大切に死後の処置)が行われます。訪問看護師、葬儀会社に対応できますので、どちらに依頼するか決めておくと慌てずに済みます。

また、「朝起きたら亡くなっていた」という場合にも、まず、在宅医に連絡し、指示を仰ぎましょう。

いずれの場合も、**夜間・休日の連絡先が通常と違う場合もあります。連絡する順番も含めて、医師や看護師に確認しておきましょう。**

### コラム

#### 後悔しない最期を迎えるために

「最期まで自宅で暮らす」と決めていても、さまざまな事情から、思うとおりに過ごすことができない場合があるかもしれません。時間の経過とともに、病気や身体の状態、介護者である家族の状況などは変わってゆくものです。

また、最初に考えていたことや思いが途中で変わり、一度決めた方向性を変更したい、あるいは変更しなければならなくなることもあるでしょう。そんな時は、家族や大切な人、主治医をはじめ、訪問看護師、ケアマネジャーなどに相談しましょう。どのような選択をしても間違いではありません。考えは変わってもよいのですから。大切なのは、信頼する人とよく話し合い、納得できる方法をとることです。

# 9 人生会議って何ですか？～最期まで自分らしく生きるために～

## 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？

人生、いつどんなことが起こるかわかりません。誰でもいつでも、命にかか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、出来なくなると言われています。そのような場合、ご家族が治療について決断せざるを得ないことがあります。後日「本当にこれでよかったのか」と悩まれる方は少なくありません。

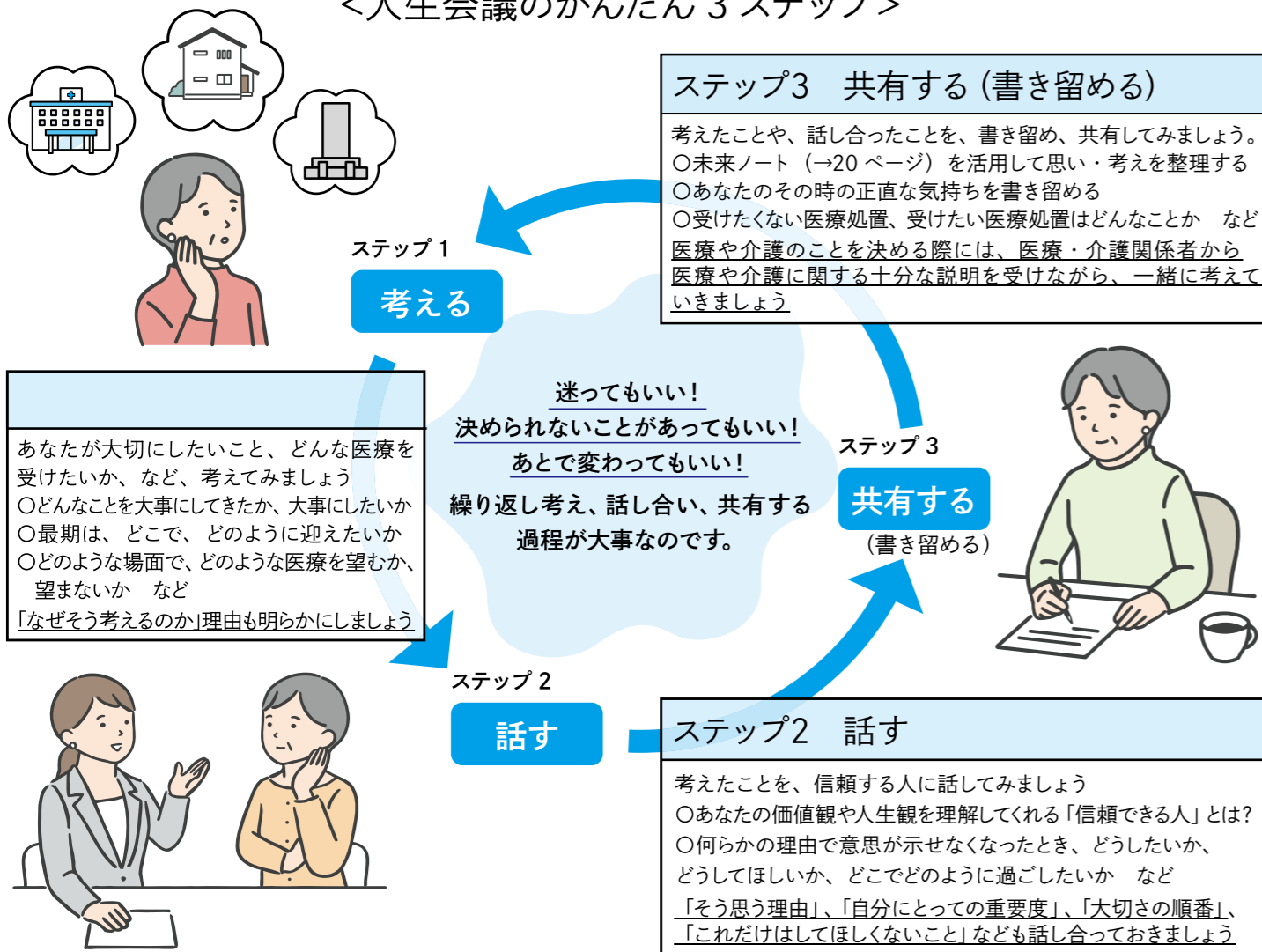
そんな「もしも」のときのために、「自分はどう生きたいか」を前もって考え、家族や大切な人、医療・介護のケアチームと繰り返し話し合い、あなたの思いを共有することを「人生会議（ACP：アドバンス・ケア・プランニング）」といいます。「人生会議」は、あなたの大切な人が難しい判断を迫られて苦しむことをあらかじめ防ぐことにもつながります。なぜそう考えるのか、自分にとって「大切にしたいこと」や「してほしくないこと」などを、信頼する人や医療・介護のケアチームと話し合ってみましょう。

## はじめてみましょう「人生会議」



「人生会議」は、次の3ステップを繰り返し行います。その時のからだやこころの状態によって、気持ちが変わることはよくありますし、迷うこともあるでしょう。大事なものは、繰り返し考え、話し、共有する過程（プロセス）です。

### <人生会議のかんたん3ステップ>



## こんなときどうすればいいのですか？

?? 離れて暮らす親と話したいのですが、きっかけが見つかりません。

まだまだ親が元気だと、話し合うきっかけが見つかりませんよね。例えば、年末年始やお盆で帰省したとき、テレビで介護のことが取り上げられているとき、近所の方が亡くなられたときなどをきっかけに話し合ってみましょう。

また、突然、「人工呼吸器つける？つけない？」「どこで最期を過ごしたい？」から始める必要はありません。聞かれた本人も戸惑ってしまいます。まずは、本人が何を大切にしたいと思っているか、これまで何を大事に生きてきたか、など日々の何気ない会話の積み重ねから、本人の価値観や人生観などを一緒に話しておくことが大切です。

## ポイント

話し合う家族がいないときには・・・？

人生会議は、家族とだけ行うものではありません。友人や近所の人、かかりつけ医などと話し合ってもいいです。

話し合った内容を周りの人と共有しておけば、あなたが考えや思いを伝えられなくなったときも、希望に沿った医療や介護を受けることにつながります。

## 終活、エンディングノート、人生会議の違いって何ですか？

一般的に「終活」は、人生の最期を迎えるための準備として、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。また、そうした事柄に関する希望を書き留め、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。

一方で「人生会議」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のほか、最期が近づいてきたときの医療や介護のことなどを含めて、自ら考え、家族や大切な人と繰り返し話し合うプロセスのことを指します。

そうしたプロセスを重ねながら、家族や大切な人、医療・介護の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、人生会議の特徴です。

## 未来ノート

府中市では、認知症や突然の病気など、自分の意思が表明できなくなったときに備えて、これまでの自分自身の生き方や今後の人生への思い、介護や医療、財産についての希望、大切な人へのメッセージなどを記録する『未来ノート』を作成しています（1冊350円）。

市のホームページからもダウンロード可能です。  
<https://www.city.fuchu.tokyo.jp/kenko/korenokata/mirainote.html>



<参考・引用>

●ACP普及啓発冊子「わたしの思い手帳」

[https://www.hokeniryo.metro.tokyo.lg.jp/iryo/iryo\\_hoken/zaitakuryouyou/acp\\_booklet.html](https://www.hokeniryo.metro.tokyo.lg.jp/iryo/iryo_hoken/zaitakuryouyou/acp_booklet.html)

(東京都保健医療局ホームページ)

●厚生労働省ホームページ [https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_02783.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_02783.html)





### 事例3

## ご自宅で最期まで暮らされたケース

Cさん 87歳 女性 夫と死別 ひとり暮らし

末期がんが判明。



Cさんは、15年前に夫と死別して以来、ひとりで暮らしています。子どものようにかわいがっている猫がいますし、市内に住む娘も仕事のない週末に様子を見に来てくれるので、さみしさは感じていません。最近、体調が悪く、かかりつけ医に受診したところ、大きな病院を紹介され、検査の結果、末期がんであることがわかりました。年齢も高齢だったことから、医師からは、積極的な治療ではなく、痛みやつらさをやわらげる「緩和ケア」を中心とした療養を勧められました。Cさんはショックを受けましたが、真っ先に頭に浮かんだのは大切な猫のことで「痛いのは嫌だけれど、自宅で暮らしたい」と瞬時に思いました。

娘に末期がんであること、最期まで家で暮らしたいことを話すと、最初、娘は反対しましたが、Cさんの決意が固いことを知ると、「それなら万全の態勢を整えて支援しよう」と心を決めました。病院の医療相談室と地域包括支援センターの力を借りて、介護保険の申請、訪問診療、訪問看護などの手配をし、Cさんが心地よく暮らせるように療養環境を整えました。

幸い、心配していた痛みも薬がよく効き、Cさんが痛みを苦しむことはありませんでした。しばらくは自分で家事や猫の世話もできていましたが、二か月を過ぎた頃、急激に体調が悪化し、日中、横になっていることが増え、歩行もままならなくなりました。さらに二週間が過ぎると、あまり食べられなくなり、一日中、うとうとして過ごすようになりました。

そんなCさんの状態を見た医師は「そろそろお別れのときが来そうです。会わせたい人がいたら、会わせてあげてください」と娘に告げました。また、今後起こり得る変化についても説明しました。食べられなくなったり、飲めなくなったりしたのは体の負

担を減らすためなので、無理に食べさせずに、ご本人が望むものを食べさせればよいこと。手足をばたばたさせたり大声を出したりすることがあるけれど、そんなときは落ち着いて声かけをしたり、体をさすってあげる。呼びかけに応じなくなっても耳は聞こえているので、いつもどおり話しかけたり、悔いが残らないように伝えておきたいことを伝えること。手足が冷たくなったらさすってあげると良いことなどです。そして、「呼吸が止まりそうになったときには、救急車を呼ぶのではなく、私か訪問看護師に連絡してください。救急車を呼ぶのは「命を救って」と頼むことなので、人工呼吸器をつながれてしまったり、お母さまの意志と反することになってしまうかもしれないからです。夜間などで、私がない間に呼吸が止まってしまったとしても、その時間をメモしていただいて、お別れをした後にお電話いただければ大丈夫です」と言われました。娘が親戚やCさんの友人に医師の言葉を伝えると、誰もが納得して、それぞれ最期のお別れをしました。

一週間後の夜間に、Cさんは娘と娘の家族に見守られながら、息を引き取りました。連絡を受けた医師が翌朝、診察の前に来てくれて「ご家族のみなさん、今まで本当に頑張られましたね。みなさんのおかげでCさんは良い最期を迎えられたと思います」と家族をねぎらい、死亡を確認後、死亡診断書を書きました。訪問看護師がエンゼルケアを行い、生前Cさんが好きだった服を着せてくれました。娘は、悲しくはありましたが、母親の最後の望みをかなえられたことで、すがすがしさも感じました。そしてCさんの遺言どおりに、猫を引き取りました。



## 10 市内にはどんな医療機関や事業所などがありますか？

市内にある医療機関(病院、診療所、歯科診療所、薬局)と介護保険サービス提供事業所、介護予防・地域活動(ボランティア、体操、交流の場など)を検索できるサイトがあります。さまざまな条件で検索できますので、ぜひご利用ください。

検索サイトはこちらから <https://chiiki-kaigo.casio.jp/fuchu>



多様な検索方法で、必要な情報を取得できます。

### 例えばこんな時...

- ・家の近くにある整形外科を探したい
- ・訪問看護ステーションを探したい
- ・特別養護老人ホームを探したい
- ・地域の交流の場を探したい




### 問合せ先

府中市福祉保健部高齢者支援課 電話:042-335-4106

# 11 在宅療養に関する府中市の事業

※事業内容は令和6年9月現在のものです。

### かかりつけ歯科医の紹介




**内容** かかりつけ歯科医や訪問歯科診療を行う歯科医を紹介します。

**対象** 障害がある、在宅療養などで、必要な歯科医療を受けられていない方(目安:要介護3以上)

**問合先** 健康推進課成人保健係  
☎368-5311 ガイダンス番号2

### 福祉有償運送事業




**対象・内容** 車いすなどを利用の歩行困難な方に、運転手・ハンディキャブを手配し、移送支援を行います。

**手続き** 事前に利用登録が必要です。申込先に印鑑、障害者手帳または介護保険証をご持参のうえ申請

**利用料** 無料。燃料代(1kmあたり100円)、有料道路代、駐車料金は利用者負担

**申込先** 府中市社会福祉協議会まちづくり推進係  
☎364-5382

### 食べる・飲み込む機能支援相談窓口




**内容** 摂食・嚥下機能に不安のある方が安全・安心に食事ができるように、在宅支援に関わる専門家が連携をとりまします。また、専門的な指導やリハビリテーションが必要な場合は、主治医やかかりつけ歯科医が専門医療機関を紹介します。

**対象** 「むせる」「飲みこみにくい」などの摂食・嚥下機能に悩みや不安のある市民

**問合先** 健康推進課成人保健係  
☎368-6511

### 訪問理容師・美容師の派遣




**内容** 月に1回、年間8回を限度に自宅で理容師・美容師による調髪が無料で受けられます。

**対象** 自宅で生活している65歳以上で要介護3以上に認定されている方

**手続き** 介護保険被保険者証をご持参のうえ申請

**申込先** 高齢者支援課介護予防生活支援担当  
☎335-4117

### 高齢者車いす福祉タクシー




**内容** 自宅からの通院・入退院を目的として、30分を1枚とするリフト付きタクシー券を年間24枚を限度に発行します。

**対象** 要介護3以上に認定された在宅の方で、車いすやストレッチャーのまま乗降できるリフト付きタクシーによる通院が必要な方(障害者の福祉タクシー利用券またはガソリン費の助成を受けている方は対象外)

**手続き** 介護保険被保険者証をご持参のうえ申請

**申込先** 各地域包括支援センターまたは、介護保険課介護サービス係 ☎335-4470

### おむつの助成




**内容** おむつをご自宅までお届けします。入院中の場合は、月額8,000円を限度におむつ使用料を助成します。

**対象** 要介護3以上に認定された方でおむつを必要とする方(生活保護受給者、障害者のおむつ助成を受けている方は対象外)

**手続き** 振込先の口座番号、介護保険被保険者証をご持参のうえ申請。

**申込先** 各地域包括支援センターまたは、介護保険課介護サービス係 ☎335-4470

### ハンディキャブ(車いす専用輸送車)の貸出



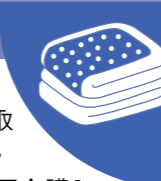
**対象・内容** 車いすなどを利用の歩行困難な方に、ハンディキャブを貸出します。

**手続き** 事前に利用登録が必要です。印鑑、障害者手帳または介護保険証、運転者の印鑑及び運転免許証をご持参のうえ申請

**利用料** 無料。燃料代、有料道路代、駐車料金は利用者負担

**申込先** 府中市社会福祉協議会まちづくり推進係  
☎364-5382

### 寝具乾燥サービス



**内容** 月1回、寝具乾燥(水洗いの月もあり)を行います。寝具はご自宅まで取りに行き、その日のうちに返却します。

**対象** 在宅で生活している65歳以上で要介護3以上に認定されている方(64歳以下の世帯員がいる方、障害者の寝具乾燥サービスを受けている方は対象外)

**手続き** 介護保険被保険者証をご持参のうえ申請

**申込先** 各地域包括支援センターまたは、介護保険課介護サービス係 ☎335-4470

## 家族介護者支援

### 家族介護者教室・懇談会

市内11か所にある府中市地域包括支援センター(→25・26ページ)では、家族を介護されている方などを対象に、介護についての知識や技術などを学ぶ講座や、介護者同士で交流し、情報交換を行う懇談会を開催しています。

介護についてさまざまな情報を得たり、介護者同士の交流を深めネットワークをつくることは、介護者の身体的・精神的な負担の軽減、孤立化防止につながります。お一人で抱え込まず、まずはお気軽にご参加ください。

教室等内容の詳細につきましては、各地域包括支援センターにお問い合わせください。

### 孤立しないために～「府中市介護者の会」


お茶を飲みながら、介護の悩みや困りごとを話し合っています。参加するには、直接会場へお越しください。参加費は100円(お茶代)です。

※開催日が変更する場合があります。初めて参加される方は、府中市社会協議会(☎364-5382)にご確認のうえ、お越しください。

名称	こはな 此の花	けやき	ひばり 雲雀	若年性認知症介護者の会 「きらきら」
開催日	毎月 第2土曜日	毎月 第3木曜日	毎月 第4水曜日	毎月 第2金曜日
開催時間	どの会も、13:30～15:30まで開催しています。出入りは自由です。			
開催場所	市民活動センタープラッツ 宮町1-100	ふれあい会館 府中町1-30	男女共同参画センター 「フューラル」 住吉町1-84 ステーション府中中河原4階	ふれあい会館 府中町1-30

### その他の家族介護者支援

#### 在宅ねたきり高齢者介護者慰労金




**内容** 月額5,000円を4月、8月、12月に分けて振込します。

**対象** 要介護3以上に認定された方を、在宅で常時介護している要介護認定等のない方で、住民税非課税世帯に属している方

**手続き** 介護保険被保険者証、介護している方の振込先口座番号をご持参のうえ申請

**申込先** 各地域包括支援センターまたは、介護保険課介護サービス係 ☎335-4470

#### 在宅ねたきり高齢者介護者保養施設の利用助成




**内容** 市指定の保養施設に宿泊する場合、年度内1泊に限り3,000円を助成します。

**対象** 在宅ねたきり高齢者介護者慰労金受給者

**手続き** 宿泊施設に電話予約のうえ申込先に申請

**申込先** 高齢者支援課地域支援係 ☎335-4011

### バックベッド確保事業



**内容** 在宅で療養している医療的ケアが必要な高齢者等が、病状変化時や介護者不在等により一時的な入院を必要とする際に、スムーズに市内協力医療機関(共済会櫻井病院・府中病院・府中医王病院)へ入院・加療できるよう、支援します。

**利用料** 入院、治療に係る医療費及び自己負担分(食費・衛生資材・差額ベッド代・リネン代等)等

**手続き** 申込先へ利用希望について連絡のうえ、申込書・診療情報提供書・入院時情報提供書を提出

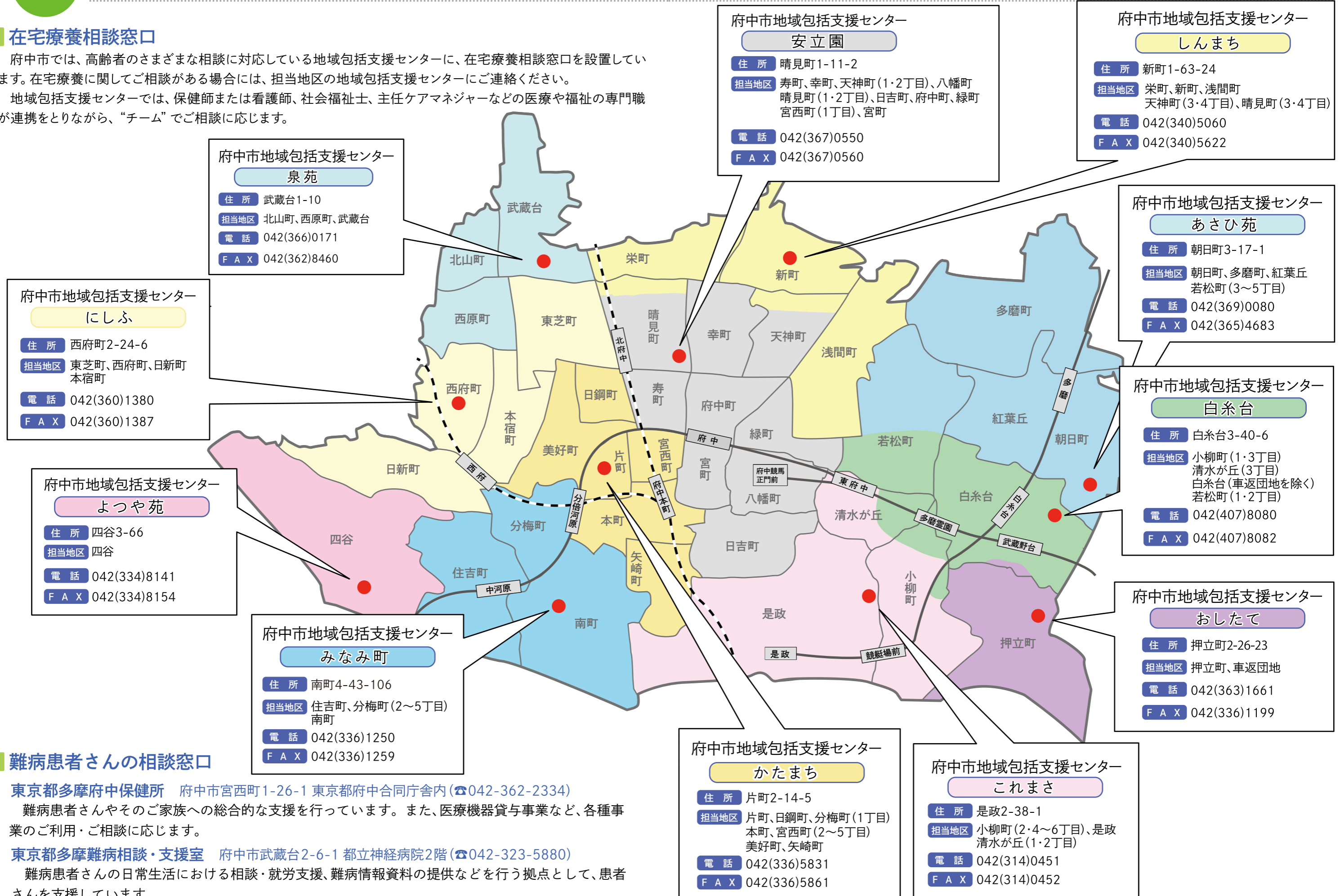
**申込先** 高齢者支援課在宅療養推進担当 ☎335-4106



## 在宅療養相談窓口

府中市では、高齢者のさまざまな相談に対応している地域包括支援センターに、在宅療養相談窓口を設置しています。在宅療養に関してご相談がある場合には、担当地区の地域包括支援センターにご連絡ください。

地域包括支援センターでは、保健師または看護師、社会福祉士、主任ケアマネジャーなどの医療や福祉の専門職が連携をとりながら、“チーム”でご相談に応じます。



## 難病患者さんの相談窓口

**東京都多摩府中保健所** 府中市宮西町1-26-1 東京都府中合同庁舎内 ☎042-362-2334

難病患者さんやそのご家族への総合的な支援を行っています。また、医療機器貸与事業など、各種事業のご利用・ご相談に応じます。

**東京都多摩難病相談・支援室** 府中市武蔵台2-6-1 都立神経病院2階 ☎042-323-5880

難病患者さんの日常生活における相談・就労支援、難病情報資料の提供などを行う拠点として、患者さんを支援しています。