令和8年度　世田谷区
在宅療養講演会･シンポジウム

～住み慣れた地域でこれからも安心して
暮らし続けるために～

世田谷保健所烏山保健相談課長
髙橋　裕子

自己紹介

- 昭和63年世田谷区入庁、職種：保健師
- 母子保健、精神保健、結核・感染症、健康づくり、在宅ケア、介護予防
- 特定健診・保健指導、認知症支援、子ども家庭支援、福祉事務所

→　現職（いまココ）

同居人：夫、娘

スープが冷めてもすぐ温まる近所に夫の母（92歳、ひとり暮らし）

実の両親と夫の父の最期（施設や病院での看取り）

小中学生時代、同居する祖母が認知症に（ヤングケアラーだったかも）

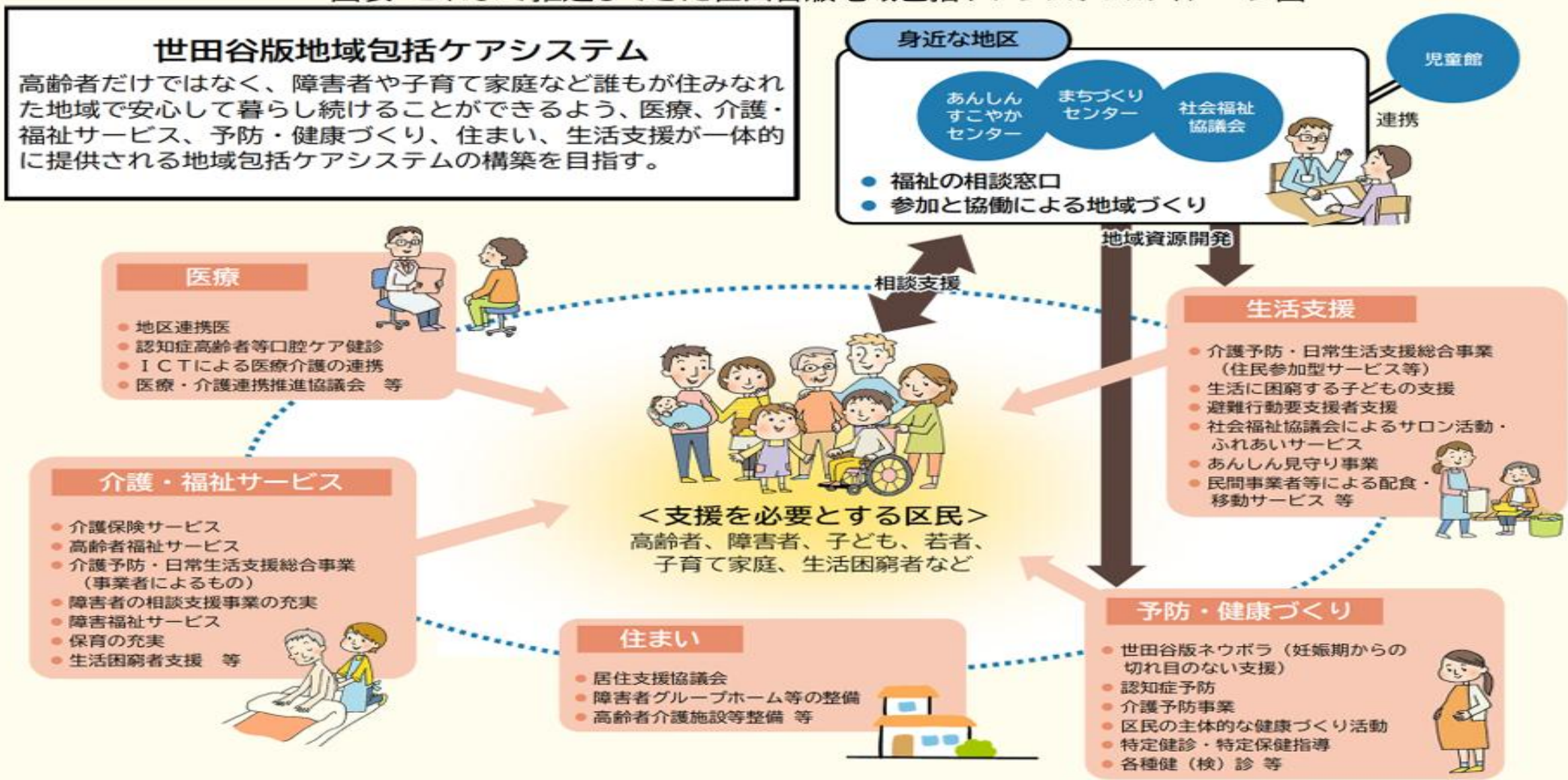
本日の内容

◆世田谷区の現状や取り組みを知ろう

◆ひとりひとりの療養や看取りのカタチを
考えてみよう
⇒「ずっと在宅」だけじゃない

世田谷区地域保健医療福祉総合計画（令和6年度～13年度）

図表　これまで推進してきた世田谷版地域包括ケアシステムのイメージ図

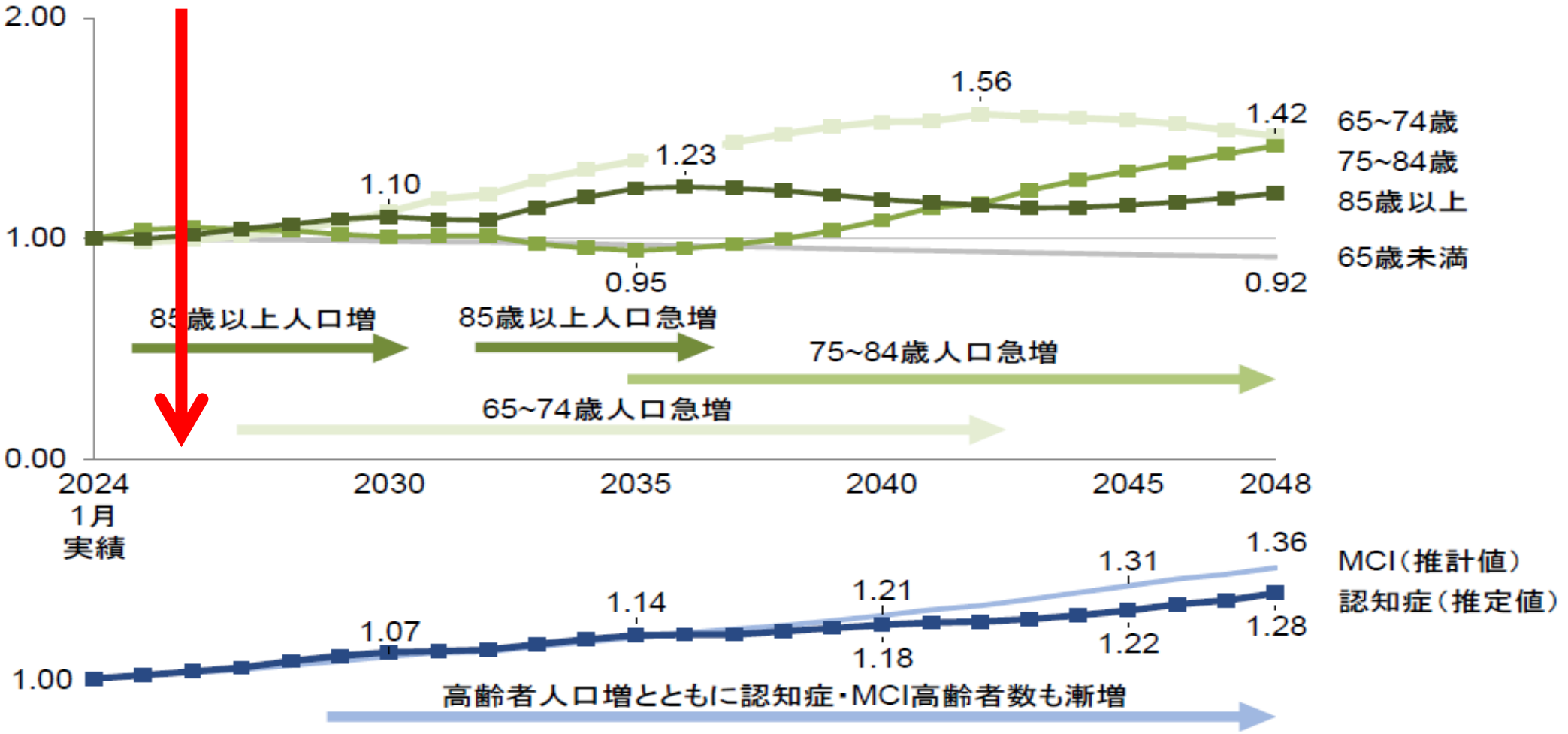


（世田谷版地域包括ケアシステム）

	平成２８年度(2016)～	令和６年度(2024)～
対象者	高齢者のみならず、属性・世代・内容に関わらない **困りごとを抱えたすべての区民**を対象としている	
要素	**「医療」「福祉サービス」「住まい」「予防・健康づくり」「日常の生活支援」**の５つの要素	これまでの５要素に、**「社会参加」「就労」「教育」「防犯・防災」**４つの新たな要素を加えた**９つの要素**
取組み	**「地域包括ケアの地区展開」** まちづくりセンター、あんしんすこやかセンター、社会福祉協議会、児童館の四者が連携し、身近な地区における福祉の相談支援の強化や地域の人材、社会資源の開発等に取り組む。 **（福祉の相談窓口、参加と協働による地域づくり、四者連携）**	

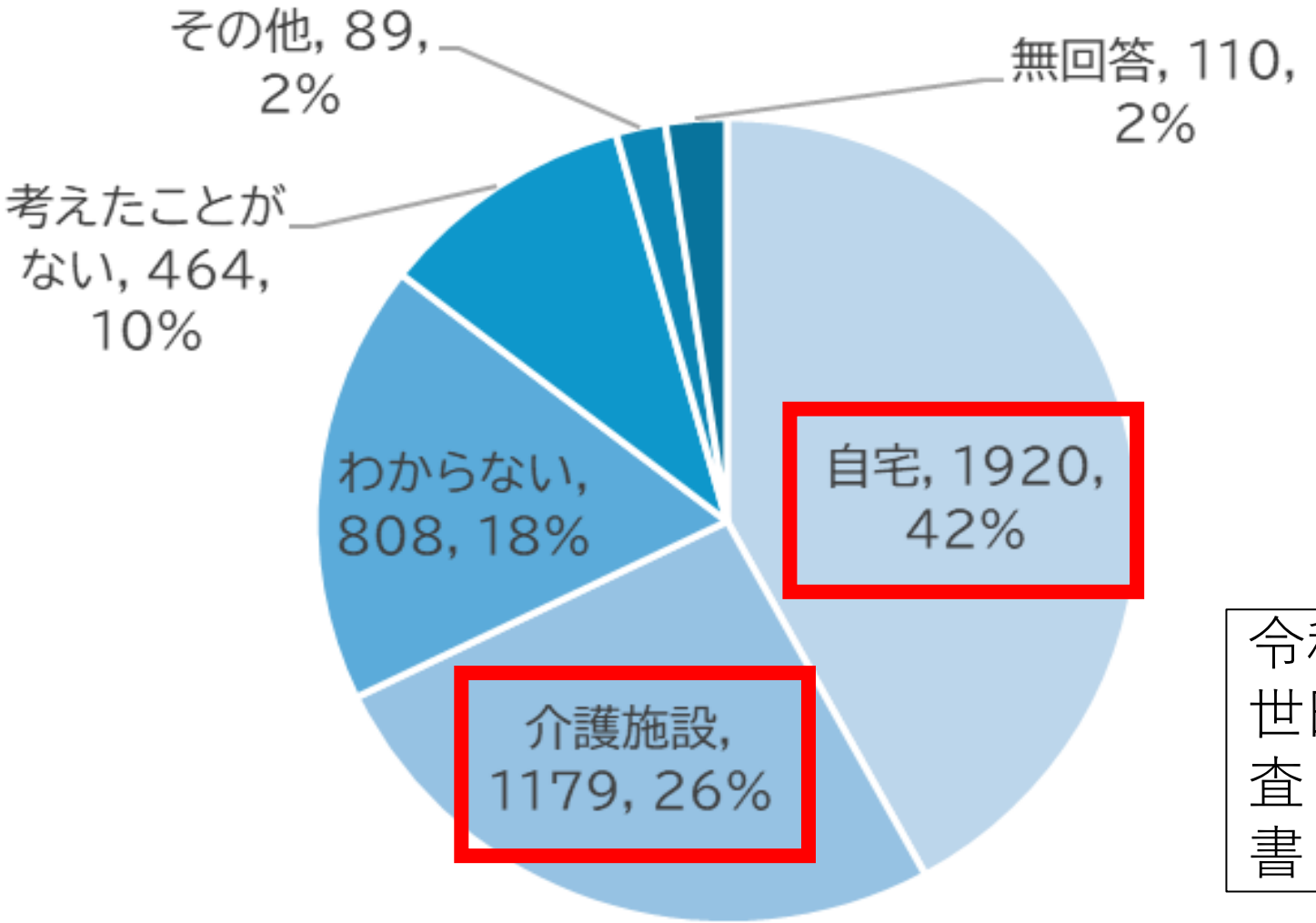
世田谷区の年齢階級別将来人口推計（2024年実績を1.00とした場合の各年指数）

今後、大きく増加するのは、65~74歳（2030年以降）と75~84歳（2035年以降）であり、あわせて認知症・軽度認知障害（MCI）高齢者数も漸増する。



出所：世田谷区将来人口推計（令和5年7月）推計結果データ、世田谷区の統計ー世田谷区全域の年齢別人口 令和6年1月実績、認知症・MCI高齢者数ー内閣官房 認知症施策推進関係者会議（第2回）資料9「認知症及び軽度認知障害の有病率ならびに将来推計に関する研究」に基づき算出

今後、介護が必要になった場合、どこで生活したいか

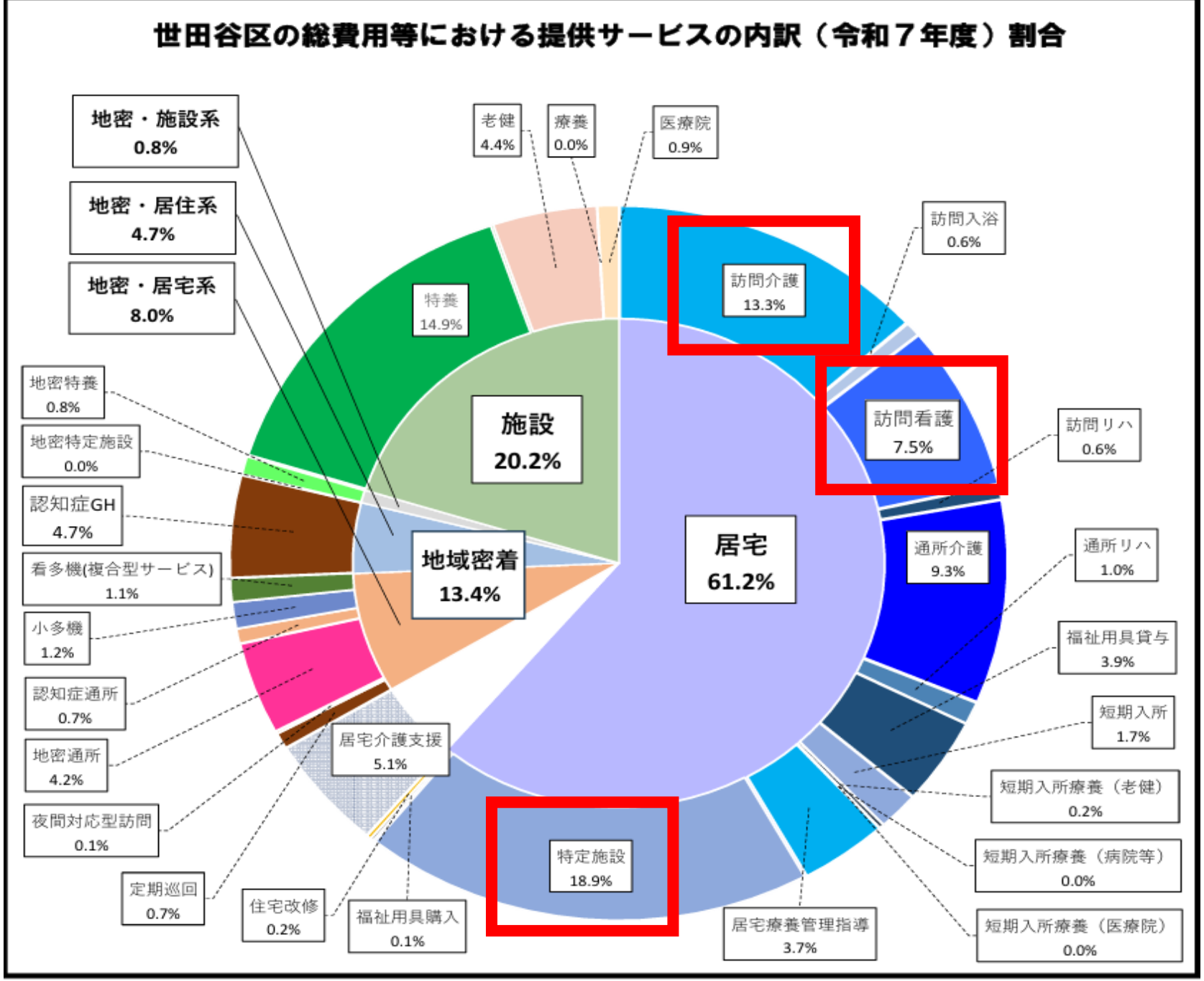


令和7年度（2025年度）
世田谷区高齢者ニーズ調査・介護保険実態調査報告書（区民編）

世田谷区の介護サービス

- 世田谷区の特徴

①施設の割合が低い
②特定施設（有料老人ホーム）の割合が高い
③訪問介護、訪問看護の割合が高い



出典：令和７年度介護保険事業状況報告（速報値）

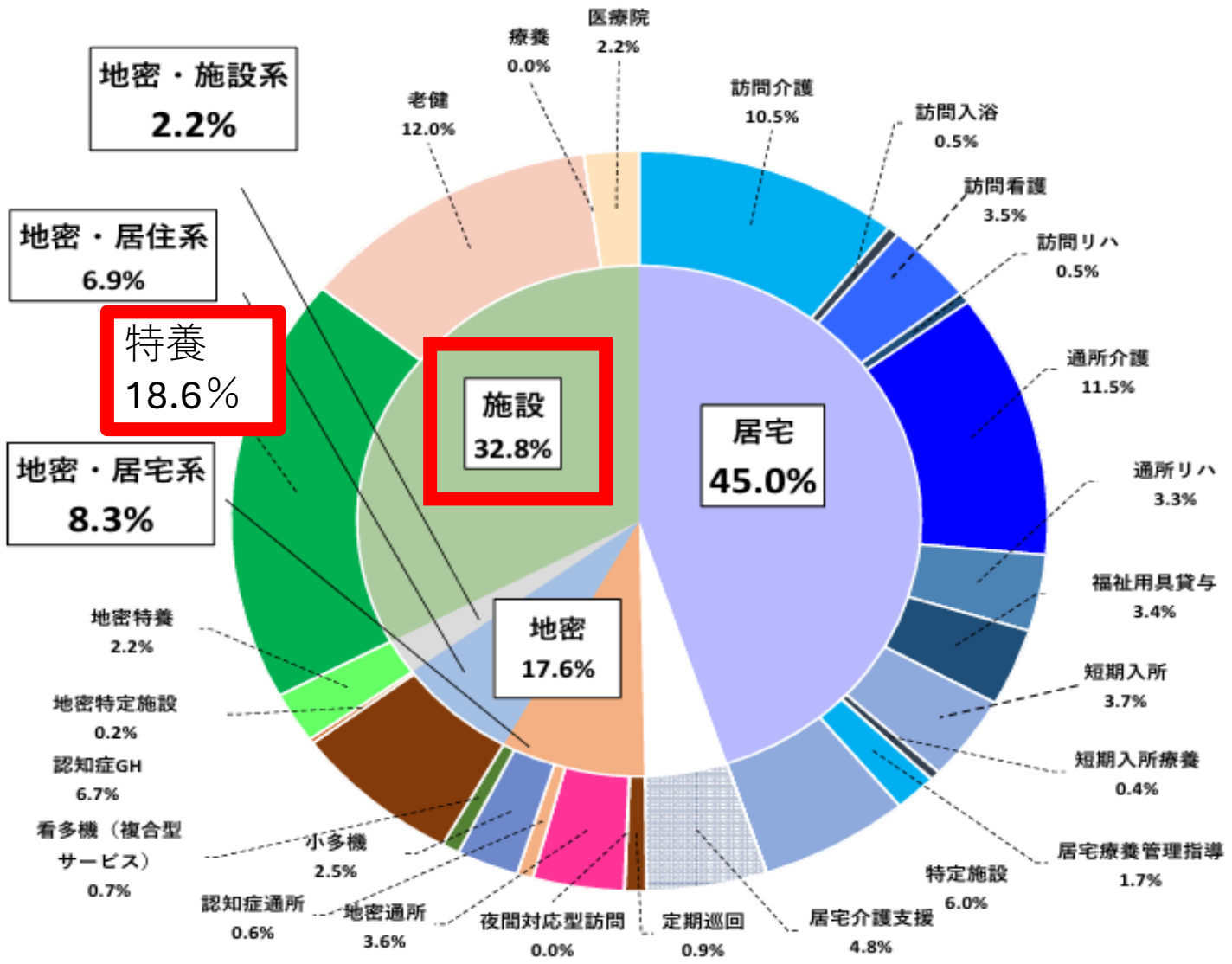
世田谷区地域保健福祉審議会
高齢者福祉・介護保険部会　資料

【参考】

全国の介護サービス

全国

全国の総費用等における提供サービスの内訳（令和６年度）割合



世田谷区地域保健福祉審議会
高齢者福祉・介護保険部会　資料

【参考】高齢者施設の種類一覧（概要）

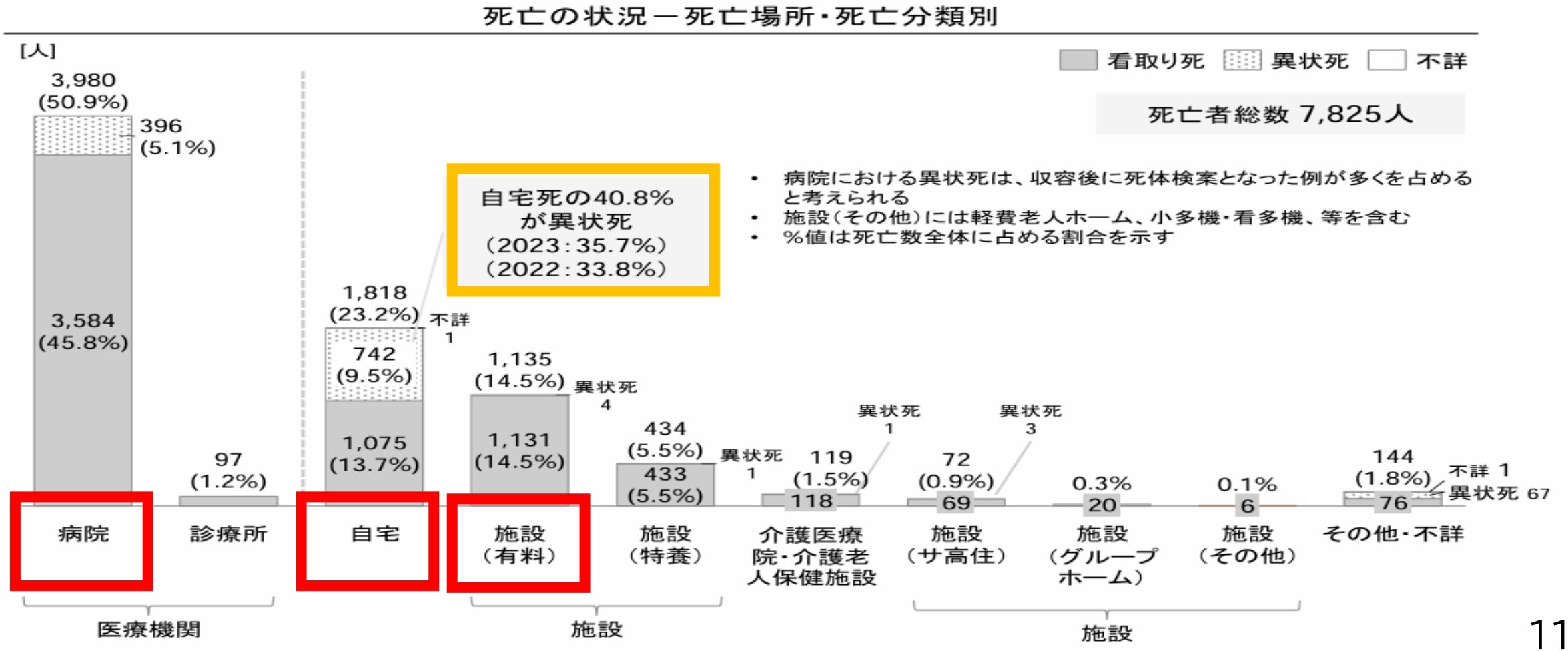
施設の種類	対象者	特徴	費用目安
特別養護老人ホーム(特養)	原則要介護3以上	終身利用が可能。公的施設で比較的安価	低～中
介護老人保健施設(老健)	要介護1以上	在宅復帰を目指すリハビリ中心の施設	中
介護医療院	要介護者で医療ニーズが高い人	介護と医療を一体的に提供	中～高
介護付き有料老人ホーム	自立～要介護	24時間介護サービスあり	高
住宅型有料老人ホーム	自立～要介護	介護サービスは外部事業者を利用	中～高
健康型有料老人ホーム	自立した高齢者	介護が必要になると退去が必要な場合あり	高
サービス付き高齢者向け住宅(サ高住)	自立～軽度要介護	バリアフリー住宅。安否確認や生活相談あり	中
グループホーム	認知症の高齢者	少人数で共同生活を行う	中
ケアハウス(軽費老人ホーム)	自立～軽度要介護	食事提供や生活支援あり	低～中
養護老人ホーム	生活や経済面で困窮している高齢者	自治体の措置で入所	低

では、「看取り」はどこで？

世田谷区死亡小票分析（２０２４）

2024年に死亡した世田谷区民の数ー死亡場所・死亡分類別

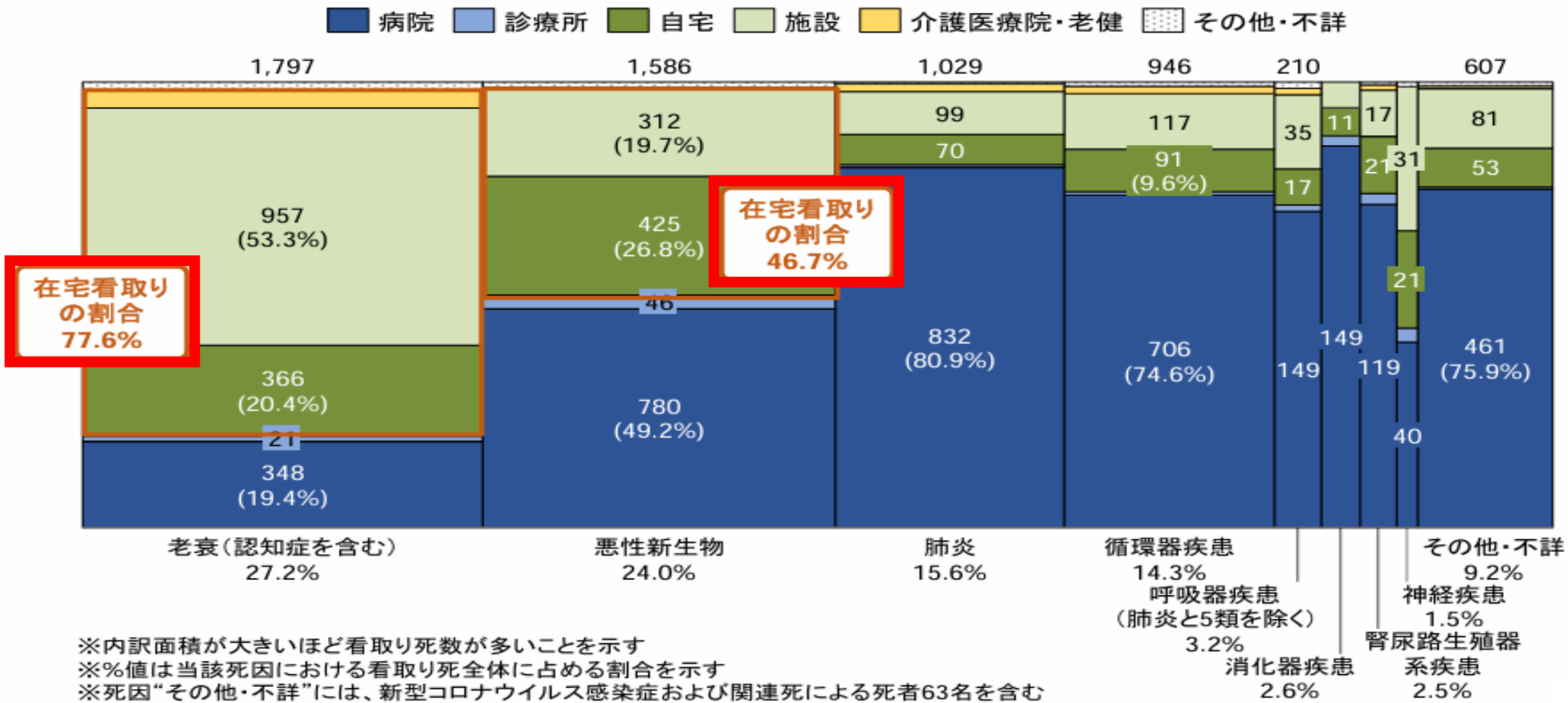
死亡者7,825人の死亡場所は、病院が最も多く50.9%、次いで自宅が23.2%、有料老人ホームが14.5%であった。自宅における死亡の約4割を異状死が占め、増加傾向にある。



世田谷区死亡小票分析（２０２４）

看取り死の死因上位の老衰では8割弱、悪性新生物では半数弱が在宅看取りである。

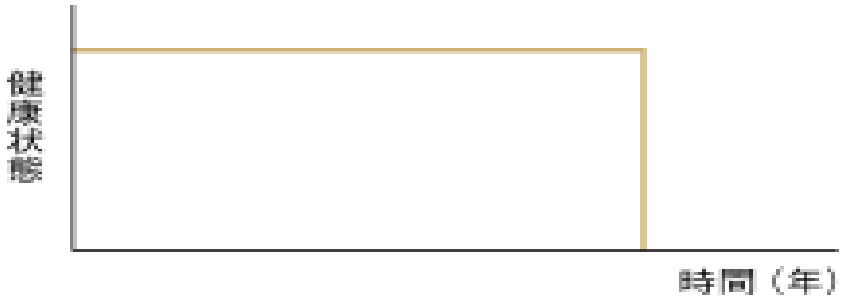
看取り死における死亡場所の内訳（死因別）



※内訳面積が大きいほど看取り死数が多いことを示す
※%値は当該死因における看取り死全体に占める割合を示す
※死因“その他・不詳”には、新型コロナウイルス感染症および関連死による死者63名を含む

お看取りまでの経過(病気によっての傾向)

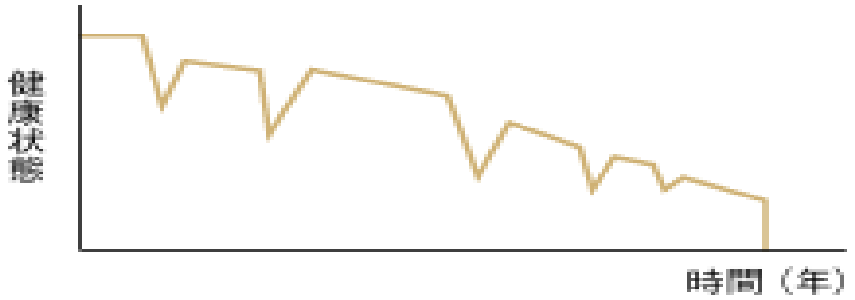
1 突然（心筋梗塞や事故など）



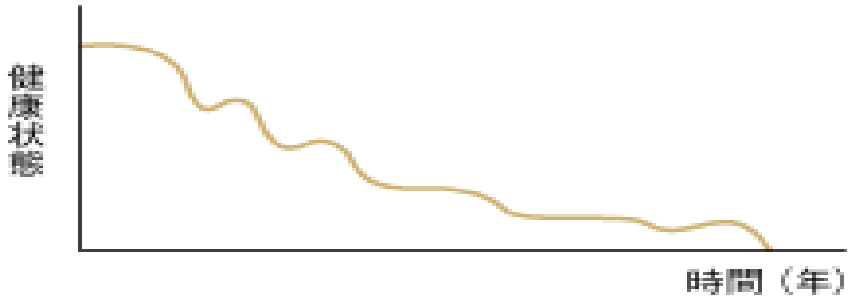
2 準備期間がある（癌など）



3 良悪を繰り返す（慢性心不全など）



4 少しずつ衰える（老衰、認知症など）



出典：世田谷区在宅療養・ＡＣＰガイドブック「LIFE これからのこと」

高齢者施設における訪問診療の利用可否の例

施設種別	利用可否	補足
住宅型有料老人ホーム	○ 可能	外部医師の訪問診療を利用しやすい
サービス付き高齢者向け住宅	○ 可能	居室を自宅として利用可能
グループホーム	△ 条件あり	施設方針や本人の医療ニーズによる
介護付有料老人ホーム	△ 制限あり	協力医療機関が中心
特別養護老人ホーム(特養)	× 原則不可	配置医が担当。例外あり
介護老人保健施設(老健)	× 原則不可	施設内医療体制が基本

※実際の利用形態は、時間帯や曜日、介護度等によるため、施設を利用する前に、よく施設と相談して確認する必要あり。

自分が在宅療養する立場になったら

◆相談できる専門家（在宅療養相談窓口）
◆支援してくれる専門家（訪問診療、訪問看護、訪問介護、
訪問リハビリ、訪問調剤など）
◆支えてくれる、代行してくれる家族・友人
（私の意志をどう伝えるか）
◆家に来てもらうことの課題（家族の負担、継続性）
◆在宅療養してもしなくても「お金」はある程度必要



ACP(アドバンス・ケア・プランニング)

◆人生の最終段階において、自身が望む医療やケアに関する考え方やその根本にある想いを家族やパートナーなどの信頼する人、医療・介護担当者と繰り返し話し合うこと（世田谷区ホームページ）

◆「人生会議」(国)

◆誰と、どのタイミングで、何のために、はじめるか。
「世田谷区在宅療養・ACPガイドブック」
https://www.city.setagaya.lg.jp/documents/3379/life book 2025.pdf
区ホームページID：3379

私の父の例



◆「１００円ショップでノートを買ってきて」

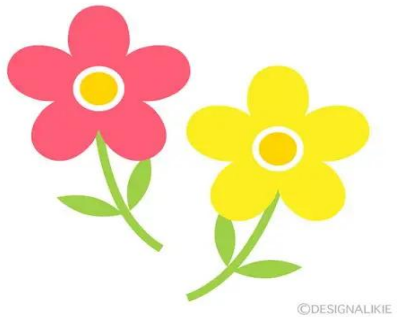
◆自分の葬式の「作戦シナリオ」を私に書かせた
（加齢黄斑変性症でほぼ失明状態。自分で文字を書くことが困難。）

◆親族の連絡順　⇒　葬儀社や斎場はどこにするか　⇒
　会葬御礼は何がいいか　⇒　お寺に渡すお布施の額　etc.

◆父の死の際、兄が活用しようとしたが・・・

老いと向き合い、看取りを想う

◆生老病死はだれにも平等というけれど自分が死ぬのは初めて



◆世田谷区の在宅医療・介護連携情報
「せたがやケアサーチ」
https://carepronavi.jp/setagaya/PubOpenTop/index/0/2
世田谷区公式ホームページ　ページID：3372

在宅医療

本システムに掲載しているのは、世田谷区内で在宅療養を支援している医療機関等のうち、掲載に関する調査に対し回答があった医療機関等（病院・診療所・歯科診療所・薬局・訪問看護ステーション）になります。そのため、区内全ての医療機関等が掲載されているわけではございません。ご了承ください。

世田谷区医師会所属の病院・診療所はこちら

ご清聴ありがとうございました。

- シンポジウムが本番です。
- ご家族や医療・介護の現場の貴重な声を、ぜひ感じ取ってください。



令和8年度 在宅療養講演会・シンポジウム

住み慣れた地域でこれからも安心して暮らし続けるために

～母の介護を通して思うこと～

在宅療養を支えた家族

母のこと

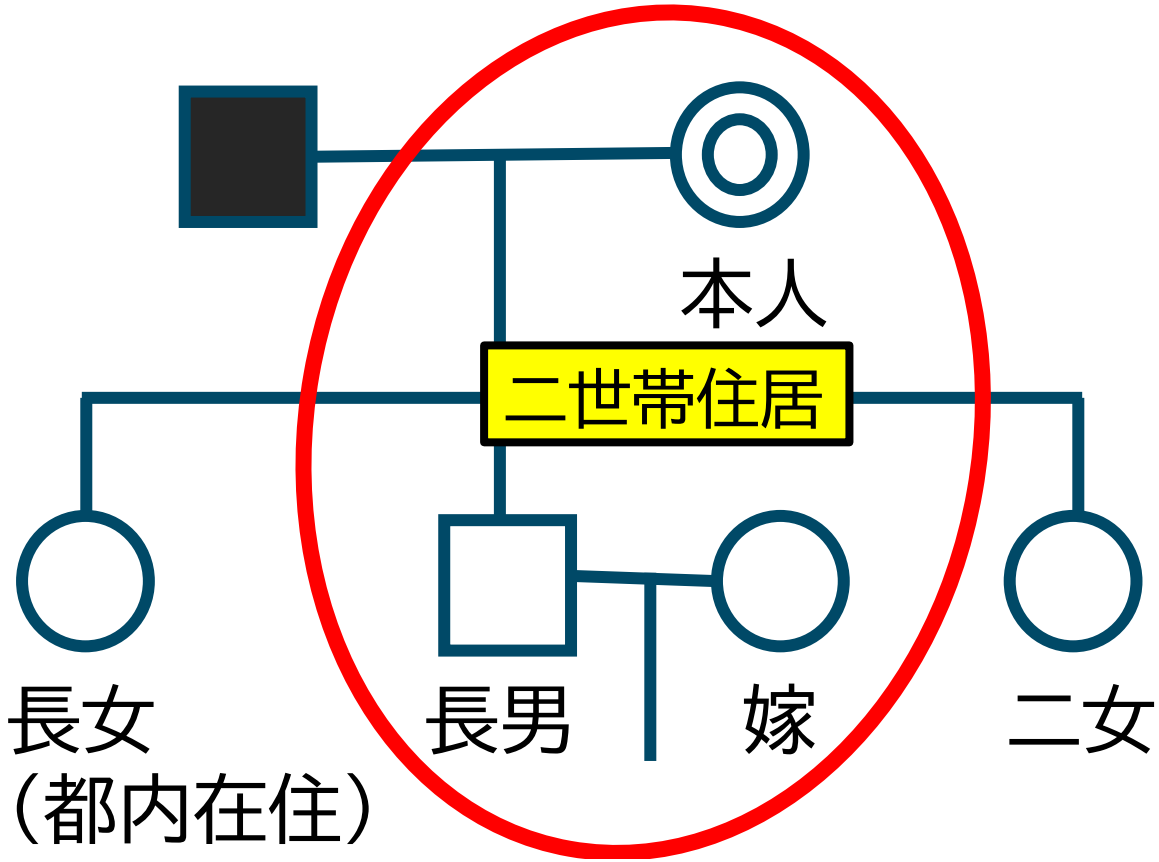
世田谷区在住。(長野県出身)

趣味は、洋裁、編み物、手芸
梅やらっきょうを漬ける
食べることが好き

疾患名:うっ血性心不全、腎盂腎炎

令和8年5月13日逝去(享年103歳)

家族構成





母のこと

39年前に、父(夫)が他界。
2世帯住居の1階に暮らす。
カートを使ってスーパーへ買い物へ行き、
朝、昼食は自分で用意して食べ、夕食は
2階で一緒に食べていた。
もともと心臓が悪かったが、94歳まで、
身の周りのことは自分で行えていた。

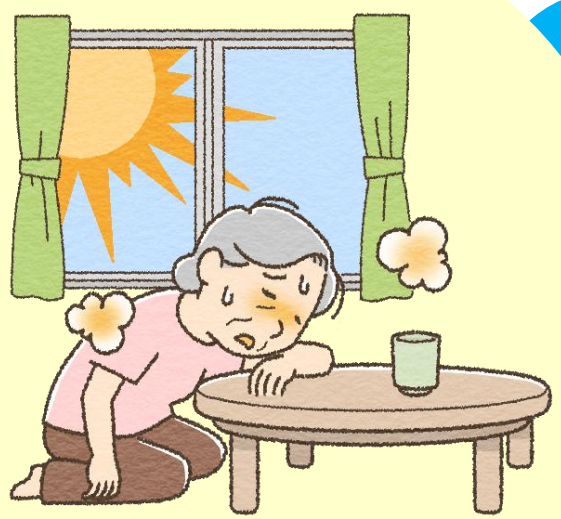
80代から、毎朝近所の神社の落ち葉掃
きを手伝ったり、地域の方々との交流も
していた。

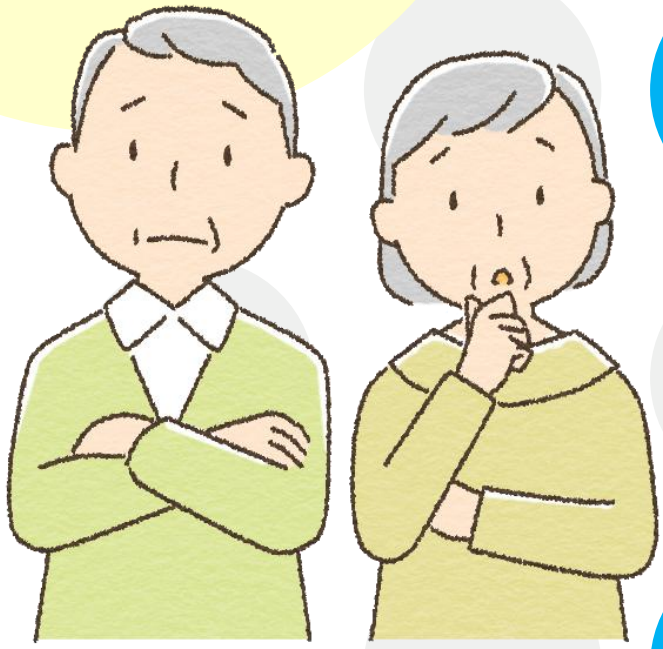


経緯①

94～95歳くらいから足の筋力が低下。
2階に上がること、自炊をすることができなくなり、三食、食事を作って階下へ運ぶ生活になる。

自室で、熱中症（脱水症状）になり、救急搬送されることもあった。
度々、様子を見に行き、室内の環境調整を行うなど、気に掛けることが増えていった。





経緯②

あんしんすこやかセンターへ相談に行き、様々なサービスを受けられることなどを教えてもらい、**介護認定申請**をした。

デイサービスに週2回、通所を開始。デイケア（通所リハビリ）や、ショートステイなどのサービスも利用をしながら、自宅での生活を送っていた。



施設への入居



経緯③

99歳の時、体調を崩し、1週間ほど入院。

リハビリのため**介護老人保健施設**に移ったが、自宅へ戻って生活をするのは困難ではないかと、**施設への入所**を勧められた。

自宅の住宅事情から、自室内で車椅子などを使用できる環境ではないこと、施設に入ることで、本人もゆっくりと過ごせるのではないかと考え施設を検討するに至った。



経緯④

令和5年9月。
特別養護施設へ入所。(本人101歳)

入所時、医師に
「いつ何があってもおかしくないですよ。」
と言われており、
急変時には延命治療は行わないでほしい
ことを伝えていた。

週に1回は面会に訪れ、
「また来るね」と約束をして帰った。

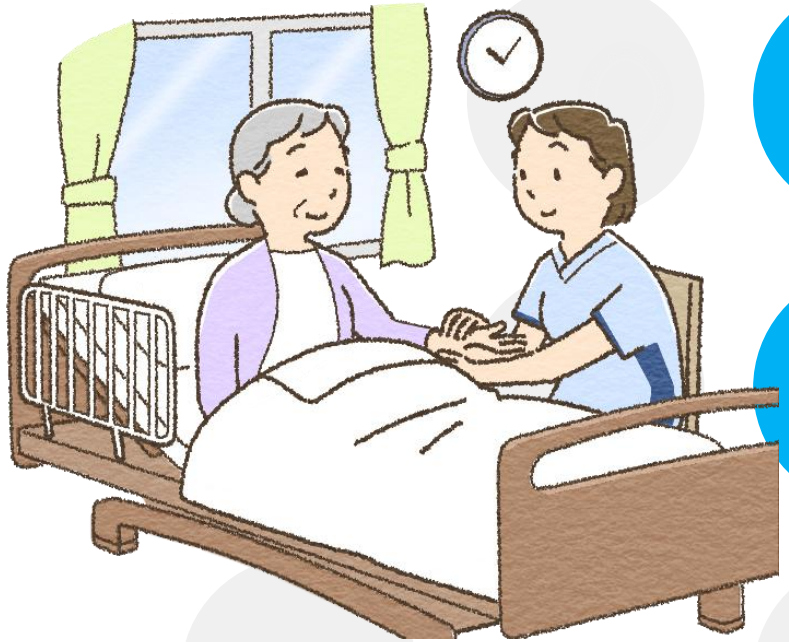


経緯⑤

入所されてからの母は穏やかに過ごしていた。

施設の職員が、日頃の様子や状況の変化について、適宜、報告をしてくれていたので、いざという時の心構えもできていた。

「離れて暮らす」ということよりも、
安心感の方が大きかった。



母の介護を通して
思うこと



ご清聴ありがとうございました



令和8年度
在宅療養講演会・シンポジウム

住み慣れた地域でこれからも
安心して暮らし続けるために
～備えについて、一緒に考えてみませんか～

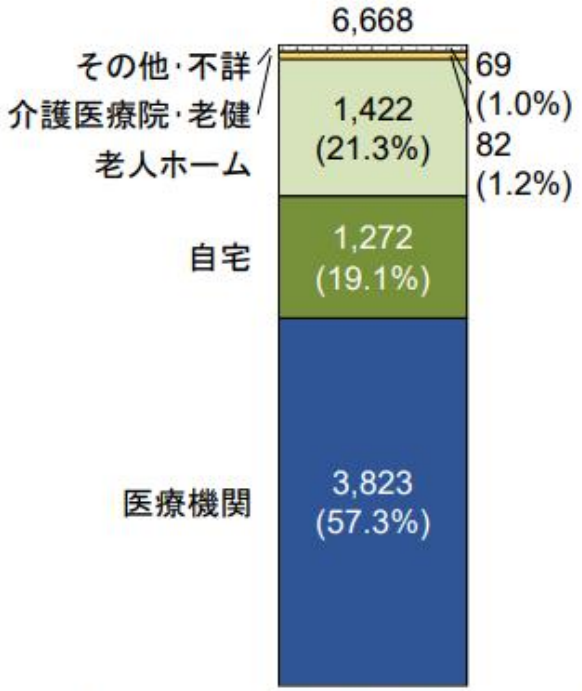
世田谷ホームケアクリニック
太田雅也

世田谷区民が最期を迎えた場所ー 最期を迎えたい場所”との比較

2022年度

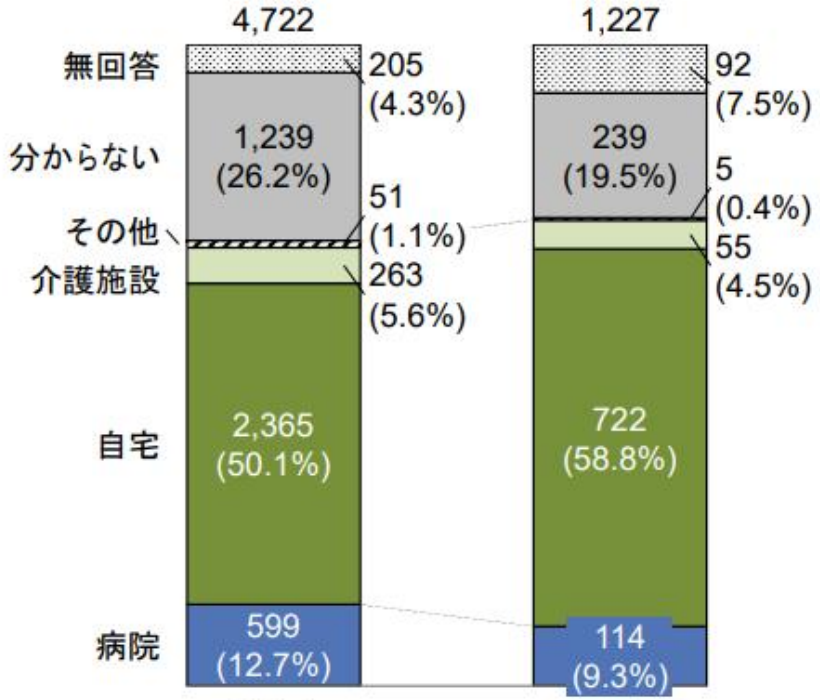
最期を迎えた場所は医療機関が6割弱、自宅･老人ホームが約2割である一方、高齢者の半数以上は最期を自宅や介護施設で迎えたいと希望している。

世田谷区民が最期を迎えた場所



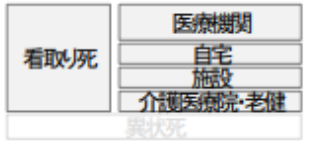
令和4年の世田谷区の死亡者総数7,801人のうち、
看取り死を迎えた6,668人における死亡場所の内訳

人生の最期をどこで迎えたいか

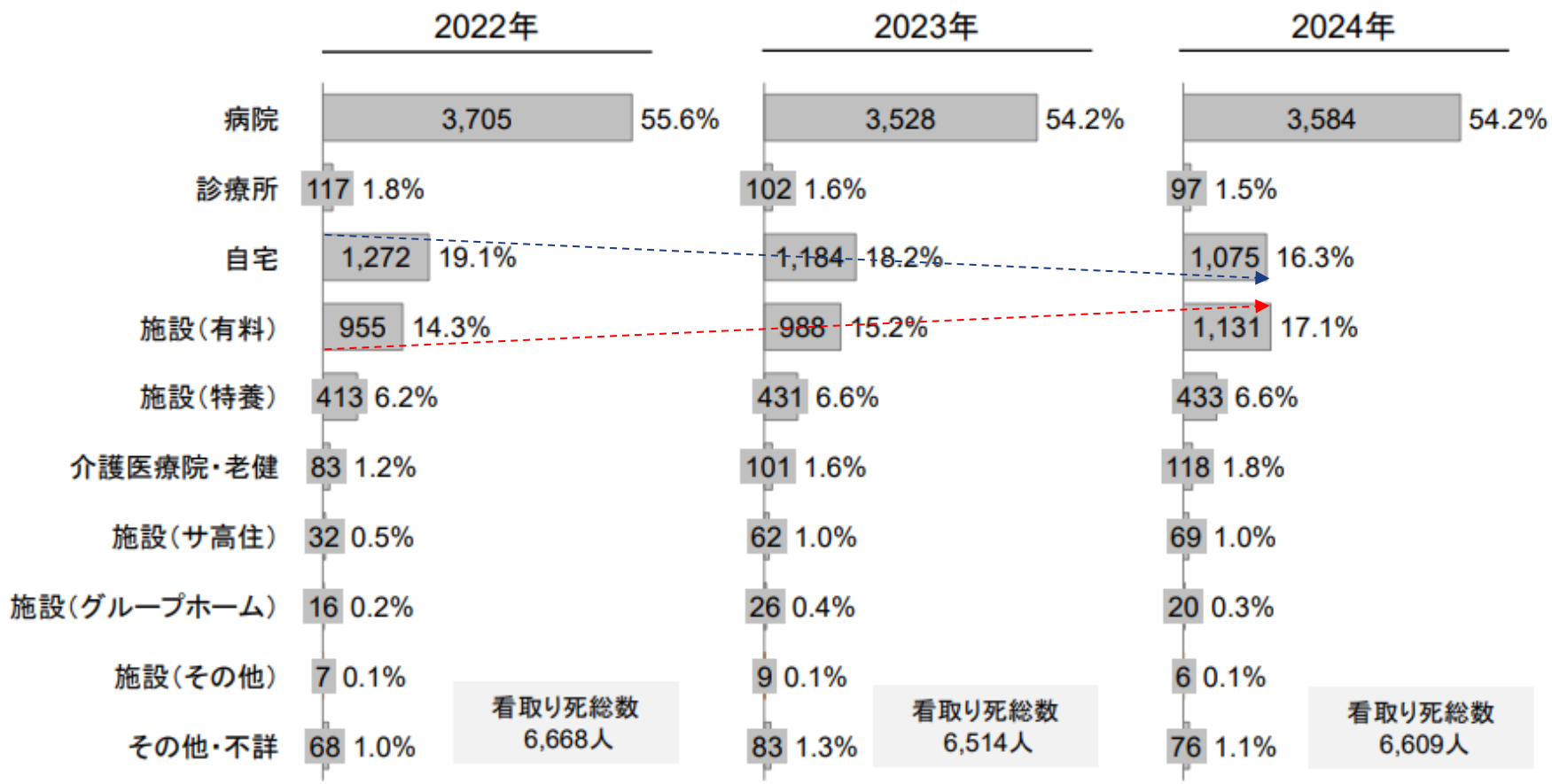


出所：令和4年度世田谷区高齢者ニーズ調査･介護保険実態調査報告書（区民編）

2022～2024年に看取られた世田谷区民の数－死亡場所別



2024年は病院での看取りが最も多く5割強、有料老人ホーム・自宅が2割弱であった。
有料老人ホームでの看取りが増加傾向で、2024年は自宅を上回った。



- 施設（その他）には軽費老人ホーム、小多機・看多機、等を含む
- %値は看取り死総数に占める割合を示す

超高齢社会を迎えた日本の現状と将来の推計

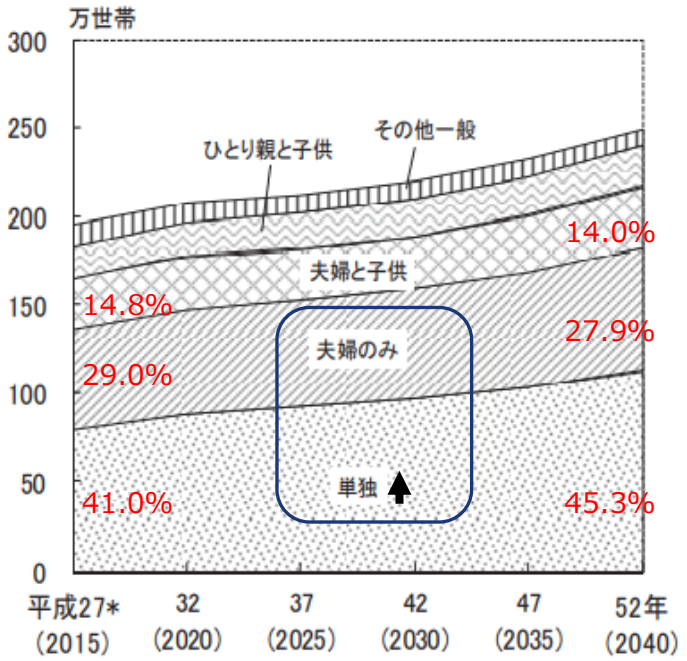
・高齢者世帯に占める独居高齢者の割合

2030年　36%

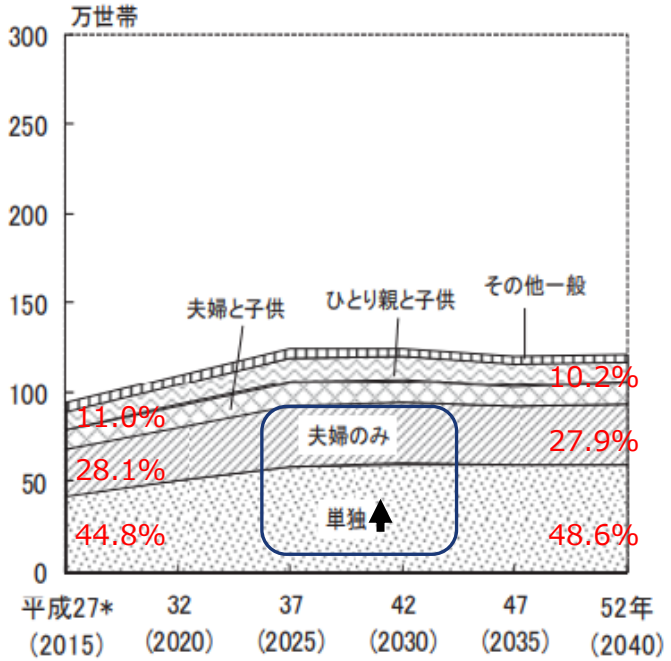
（130万世帯増加、全世帯の14%が高齢単身世帯）

東京都　高齢世帯における家族類型別世帯数の推移

a） 世帯主が65歳以上の世帯



b） 世帯主が75歳以上の世帯



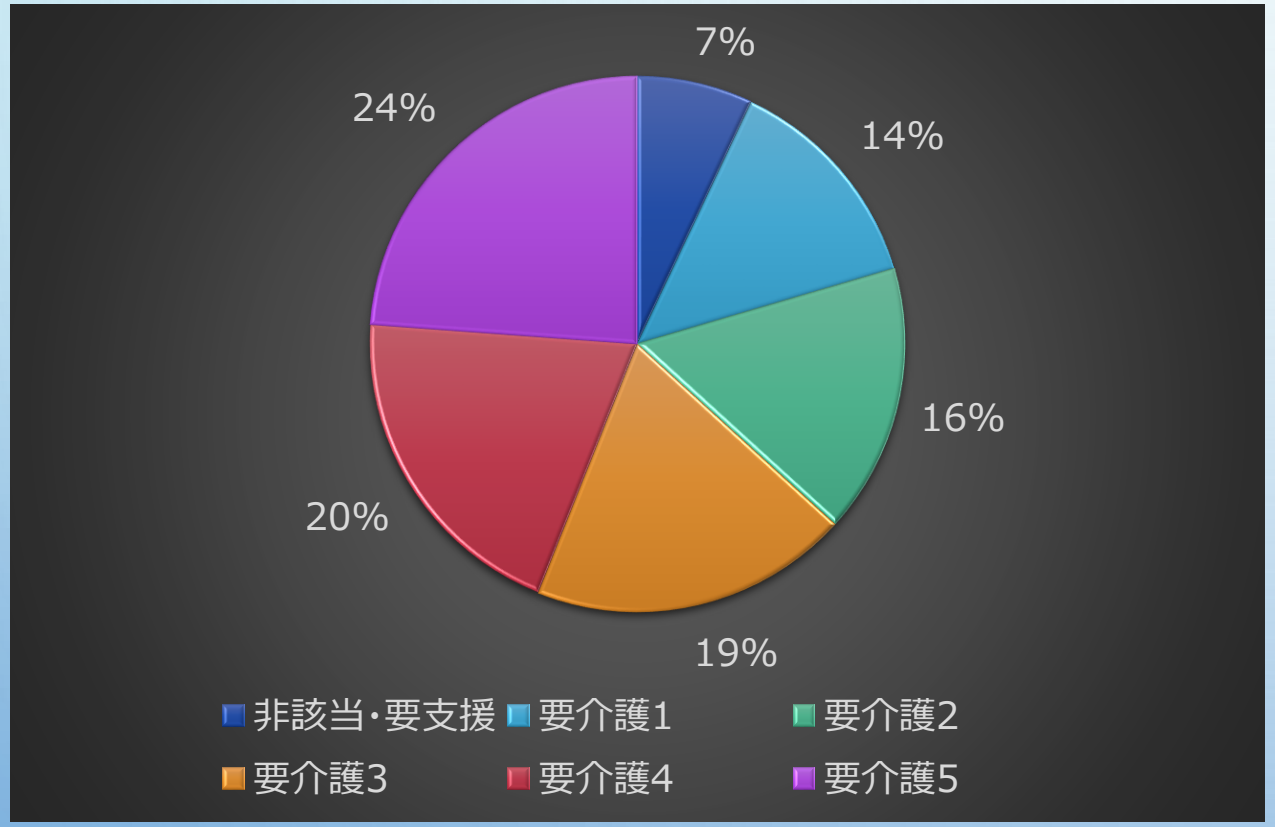
注） ＊印は、国勢調査結果に基づく。平成 27(2015)年値は、国勢調査の結果を基に世帯不詳をあん分した基準世帯数である。

推計人口資料第 71 号　東京都世帯数の予 測　平成31年3月

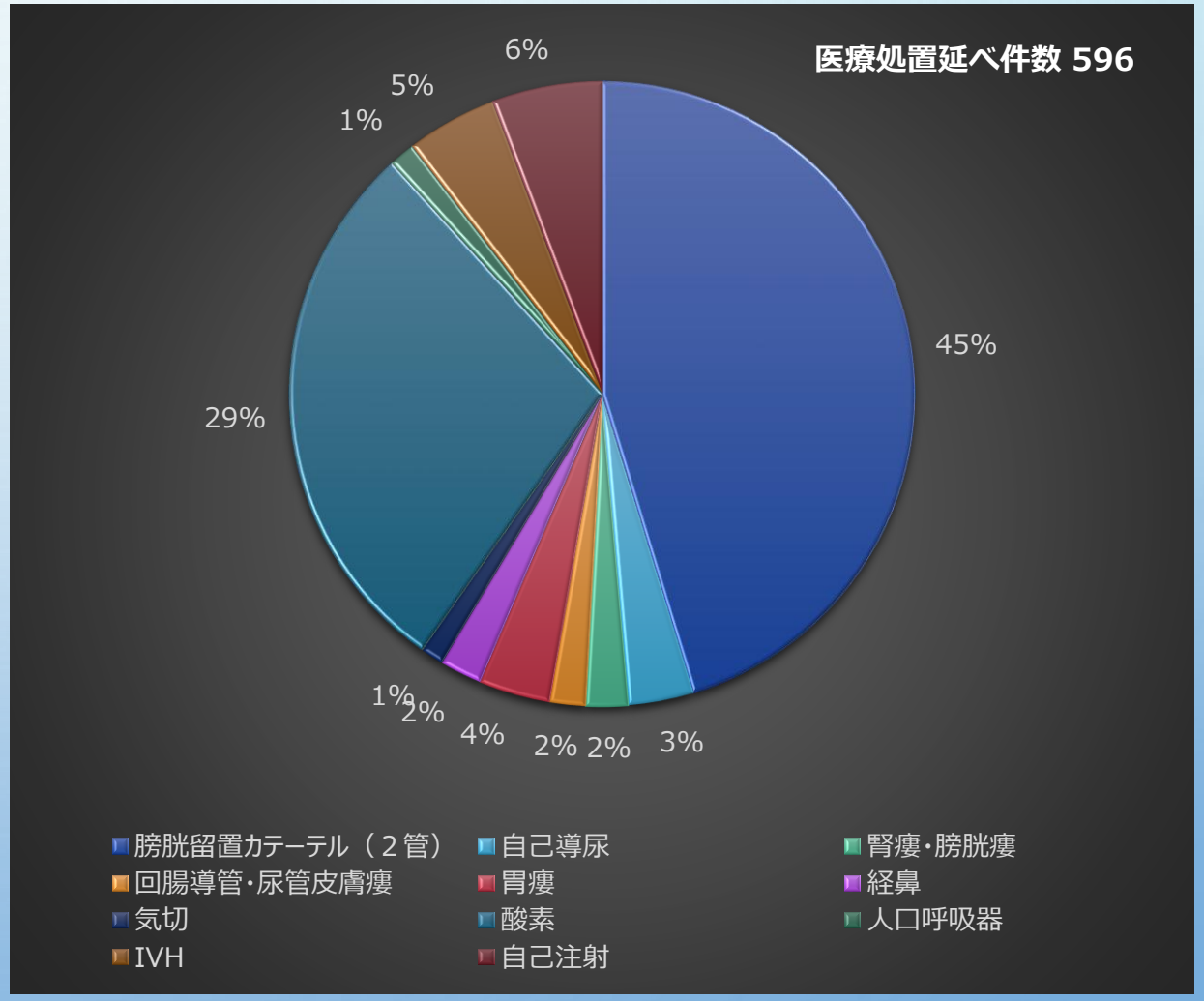
S.H.C　訪問診療患者

Setagaya homecare clinic　：　S.H.C
2013/11/1～2023/10/31　1289人

介護度分類

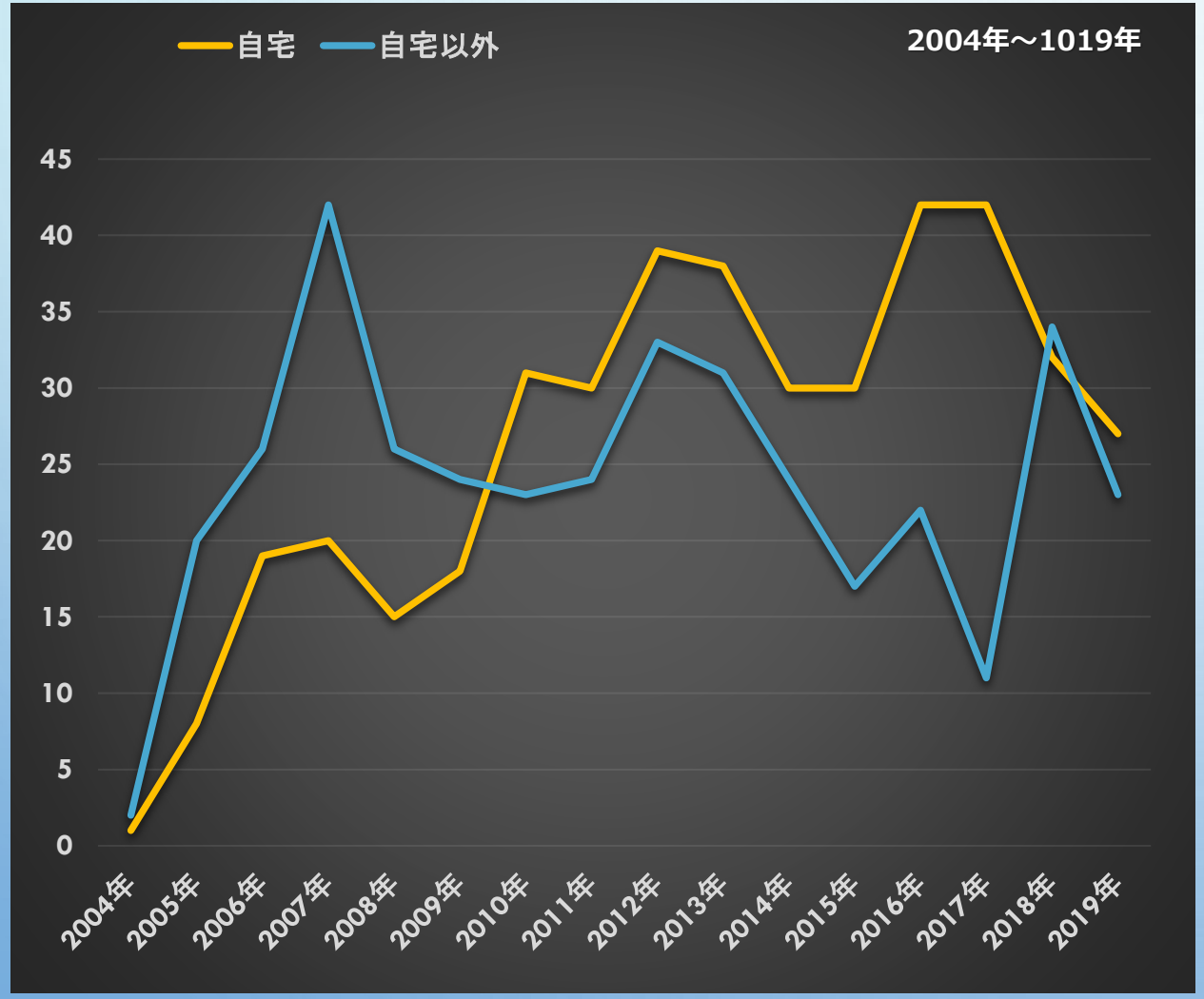


医療処置内訳

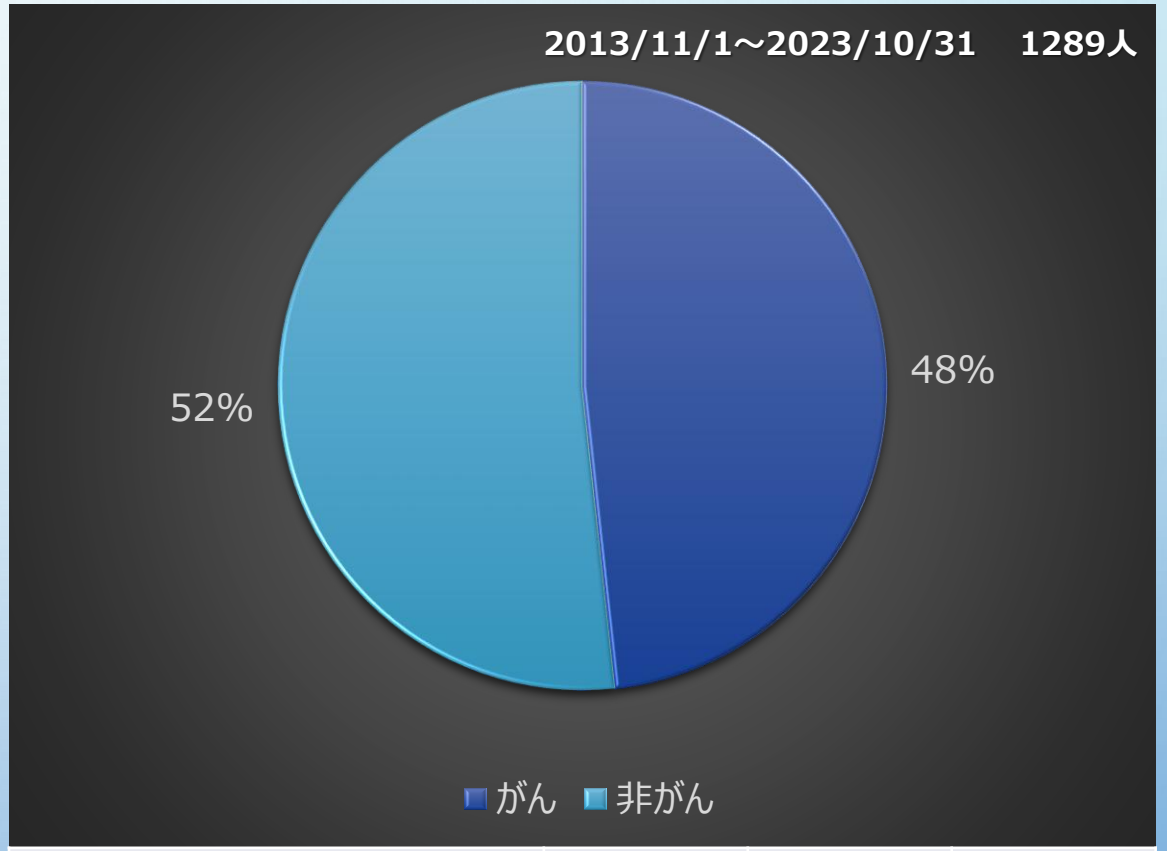


S.H.C　訪問診療患者

看取り場所割合

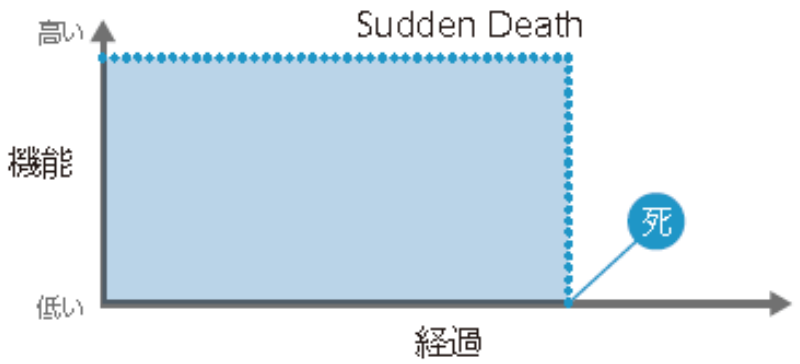


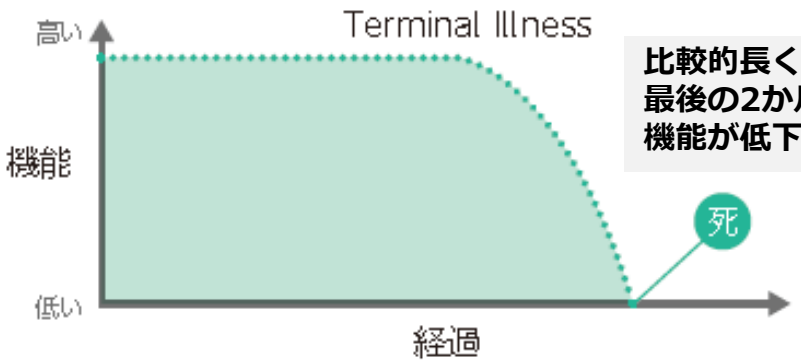
自宅看取り　がん・非がん割合



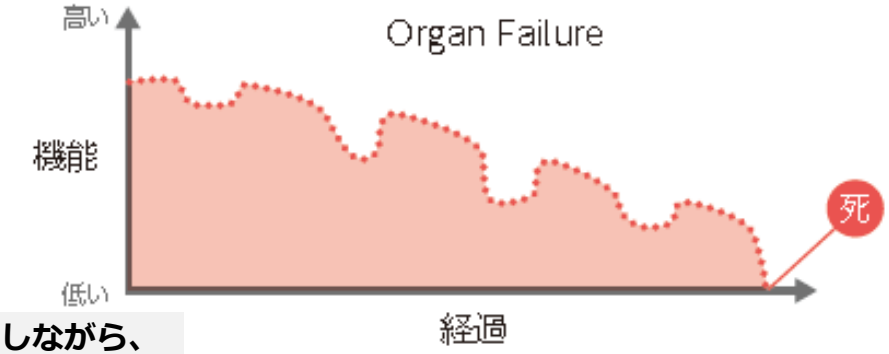
期間	がん	非がん	人数
2013/11/1～2023/10/31	168	180	348
年平均	16.8	18	34.8

人生の最後に至る軌跡

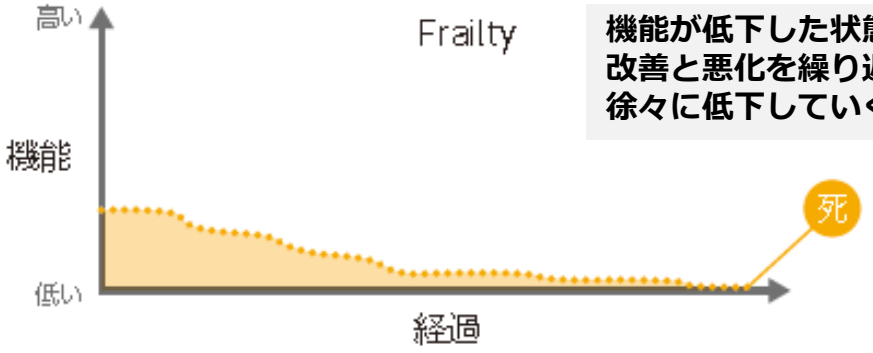




比較的長く機能は保たれ、
最後の2か月程度で急速に
機能が低下



急性増悪を繰り返しながら、
徐々に機能が低下、
最後に急速に機能が低下する



機能が低下した状態が長く続き、
改善と悪化を繰り返しながら、
徐々に低下していく

(Lunney JR, Lynn J, Hogan C: *J Am Geriatr Soc.* 2002;50:1108-1112より)

□：急性期医療等における急性型
□：高齢者等の慢性型（呼吸不全等）
□：がん等の亜急性型
□：高齢者等の慢性型（フレイル、認知症等）

（日本学術会議臨床医学委員会終末期医療分科会：終末期医療のあり方について－亜急性型の終末期について．2008より）

ACP(Advance Care Planning；人生会議)

将来の医療及びケアについて、本人を主体に、ご家族や近しい人、医療・ケアチームが、繰り返し話し合いを行う、意思決定支援（プロセス）のことです。

本人の人生観・価値観・死生観・希望に沿った、将来の医療及びケアを具体化することを目標としています。

1.自分の考えや価値観を整理する
2.信頼できる人（代理人）を決める
3.話し合う（人生会議を開く）
4.話し合った内容を共有・記録する

5.何度も見直し、繰り返し話し合う

人の気持ちや体の状態、置かれた状況・環境は変化します。
一度決めたら終わりではなく、**選択肢を広げ・何度でも更新・変更することができます**

入退院を繰り返しながら
在宅療養を選択された がん患者様

«症例»　40歳台　女性

«既往歴»　特記なし

«家族歴»　3人暮らし（　夫・娘・患者　）

«診断»　末期癌　膀胱がん

«初診経緯»

2020/8、左水腎症、急性腎盂腎炎で近医より**〇〇大学病院泌尿器科紹介**。
精査にて進行性膀胱癌・左水腎症と診断。

2020/10、膀胱全摘、ストーマ造設施行。病理検査では周囲への浸潤を認めた。
術後、抗がん剤治療施行も局所再発・ﾘﾝﾊﾟ節転移、肺転移が出現。

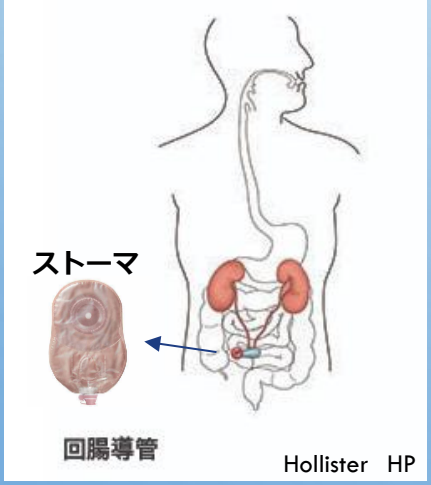
2021/4、下肢浮腫悪化、右水腎症（左腎は萎縮）、腎不全、腸閉塞で同院入院、。
同日に中心静脈栄養・右腎瘻造設。

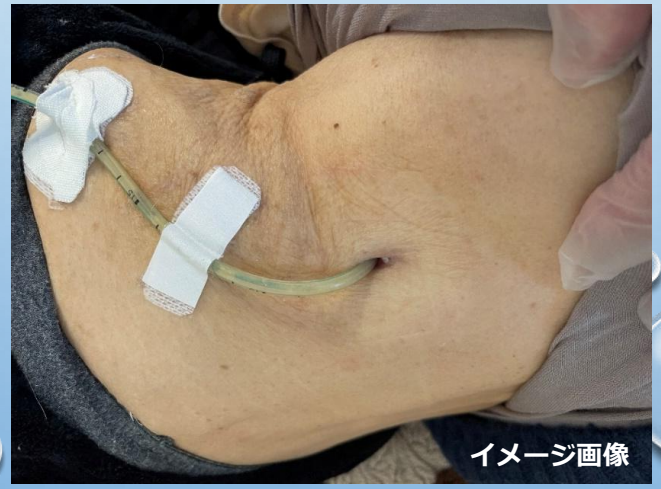
2021/5、在宅緩和ケア目的で当院**クリニックへ紹介**となる。

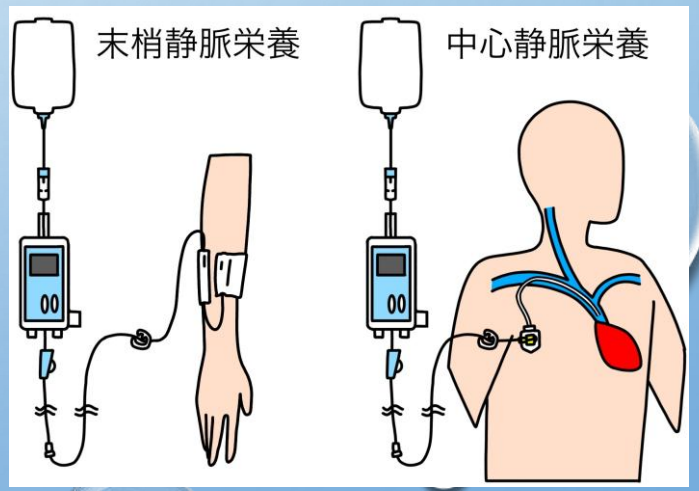
初診時所見

ADL　：　室内自立
食事　：　中止
排泄　：　白色透明粘液便のみ、回腸導管排尿少量、右腎瘻血尿+
精神　：　安定
疼痛　：　右下腹部痛、腸管蠕動痛
介護　：　要介護3　主介護者　夫
告知　：　患者　膀胱癌・癌残存・肺転移、予後告知(ー)
　　家族　上記告知、予後告知　2～3か月（+）

回腸導管　：　ストーマ
右腎瘻　：　14Fr腎盂バルーン
中心静脈栄養　：　右鎖骨下造設　（　輸液ポンプ使用　）







末期癌患者の在宅医療・療養に関するサービス担当者会議

患者・家族の意向
在宅緩和ケア希望、最後は**緩和ケア病棟利用希望**

参加者：患者・夫・当院・ケアマネ・訪問看護師・薬剤師

① 病状・治療方針
② 介護サービスプランの確認
③ 情報共有方法
④ 服薬管理方法
⑤ 中心静脈栄養・回腸導管・腎瘻管理
⑥ 急変時の対応方法
⑦ **緩和ケア病棟（病院）への登録**

週間サービス計画書

		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	4:00								
早朝	6:00								
午前	8:00								起床
									朝食
	10:00	訪問看護	訪問診療	訪問看護		訪問看護			
午後	12:00								昼食
	14:00								
	16:00								
夜間	18:00								夕食
	20:00								
									就寝
	22:00								
深夜	24:00								
	2:00								
	4:00								

経過

その後、疼痛悪化に対し麻薬開始となる。また、腸閉塞による反復嘔吐のため鼻から廃液チューブを留置となる。

2021/7、中心静脈栄養ｶﾃｰﾃﾙの感染のため、**登録緩和ケア病棟入院。**
点滴抜去と再挿入退院となる。

2021/8、疼痛悪化にて**緩和ケア病棟入院**、注射によるﾓﾙﾋﾈ投与開始。
患者の意思表示可能な状態であったことから、今後の治療について相談。

「患者、**これ以上の入院治療は希望されず、家族と暮らした自宅で最期を迎えたい**」
「夫・娘、**妻（母親）の希望通り自宅で最後を迎えさせてあげたい**」
との意思表示あり。

- 右腎瘻
- 注射によるﾓﾙﾋﾈ投与
- ストーマ
- 経鼻廃液チューブ
- 中心静脈栄養ｶﾃｰﾃﾙ
- 褥瘡処置

退院前カンファレンス

患者・家族の意向
これ以上の入院治療は希望せず、**自宅で最期を迎えたい**

参加者：患者・夫娘・緩和ケア病棟（医師・看護師・連携室）・当院
ケアマネ・訪問看護師・薬剤師

① 病状・治療方針
② 介護サービスプランの見直し
③ 情報共有方法
④ 服薬管理方法
⑤ 右腎瘻・ストーマ・中心静脈ｶﾃｰﾃﾙ・注射によるﾓﾙﾋﾈ投与
・経鼻廃液チューブ・褥瘡管理
⑥ 急変時の対応方法
⑦ 緩和ケア病棟（病院）との連携（非常時の受け入れ確認）
⑧ 看取り時の確認

経過

«2021年8月»　　（**患者・家族意思変更なし**）
在宅での右腎瘻・ストーマ・中心静脈ｶﾃｰﾃﾙ・注射によるﾓﾙﾋﾈ投与・
経鼻廃液チューブ・褥瘡管理開始。

医療・介護量増加から在宅治療継続に問題が生じるも、娘・両親の協力を得ることで在宅治療継続。

«2021年9月»　　（**患者意思疎通困難、家族意思変更なし**）
心肺停止で当院連絡、家族に見守られながら午後22時に死亡確認となる。
当院よりｹｱﾏﾈ・訪問看護・連携病院・薬局・医療機器会社へ連絡。
麻薬は家族より薬局へ返却。

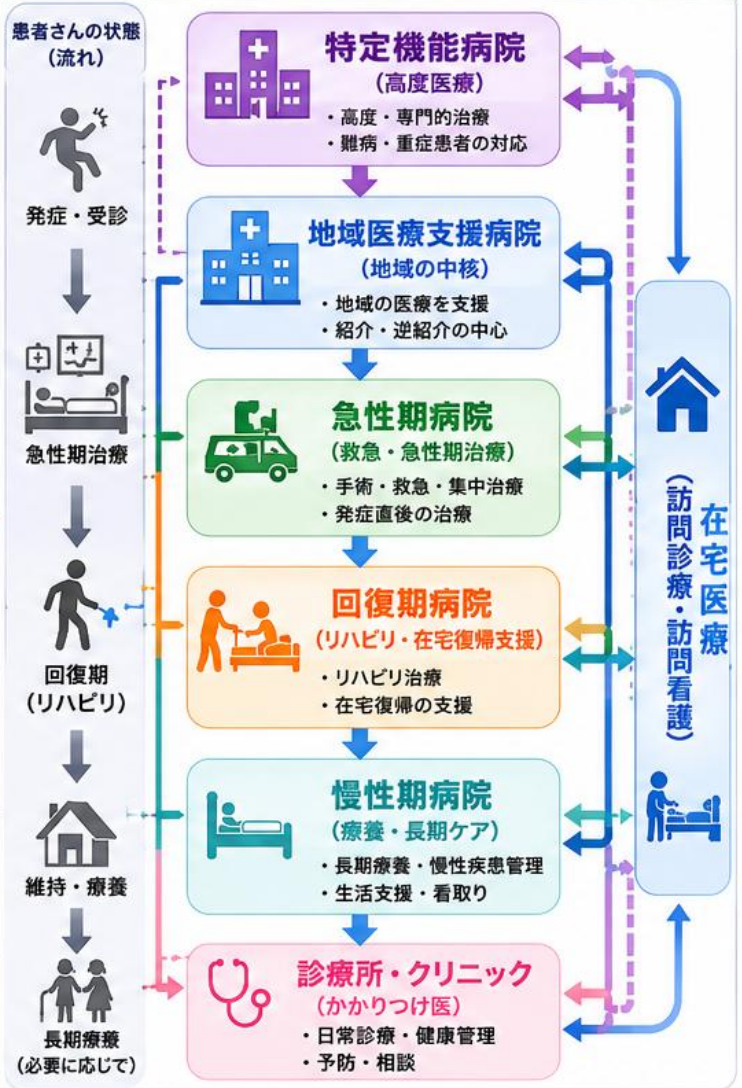
約1か月後の様子
当初、娘が学校で突然泣き出す等のことがあった。
現在は祖母が娘に寄り添うことで、徐々に平穏な日々を送れるようになった。
改めて家族の大切さ、妻への感謝を実感している。

病院の機能区分と役割

～患者さんの状態や目的に応じて、適切な医療を受けられるように病院は機能分化されています～

機能区分	主な役割・特徴	主な対象・目的	医療のイメージ
特定機能病院（高度医療）	・高度・先進的な医療の提供 ・難病・重症患者の診療 ・医療の教育・研究の推進	・高度急性期の患者 ・特殊な医療が必要な患者 ・大学病院など	高度で専門的な医療を提供
地域医療支援病院（地域の中核）	・地域の医療機関（診療所・病院）を支援 ・紹介患者中心の診療 ・救急医療の提供	・地域の中核病院として ・他の医療機関と連携し ・地域医療を支える	地域医療のハブとなる病院
急性期病院（救急・急性期治療）	・病気やけがの発症直後の治療 ・手術や集中治療などの実施 ・救急医療の対応	・救急・手術・重症患者 ・発症直後の患者	迅速な治療で命を守る病院
回復期病院（リハビリ・在宅復帰支援）	・急性期治療後のリハビリテーション ・在宅復帰や社会復帰を支援 ・ADL（日常生活動作）の改善	・脳卒中、骨折、手術後など ・リハビリが必要な患者	自宅や社会への復帰をサポート
慢性期病院（療養型病院等）	・長期療養が必要な患者の受け入れ ・慢性疾患の継続的な医療・ケア ・看取りや生活支援	・慢性疾患の患者 ・長期療養が必要な患者 ・医療的ケアが必要な患者	長期的に療養生活を支える病院
診療所・クリニック（かかりつけ医）	・外来診療・初期診療 ・慢性疾患の管理 ・健康相談・予防接種など	・日常的な体調不良の方 ・慢性疾患の方 ・健康管理・予防を希望する方	身近で頼れる「かかりつけ医」
在宅医療（在宅での療養支援）	・患者宅や施設での診療・訪問看護 ・通院が困難な方の療養支援 ・家族へのサポート	・通院が困難な患者 ・在宅で療養したい患者 ・終末期の患者	住み慣れた場所で安心して療養

機能分化と連携のイメージ



- 病院は「役割を分担」して連携しています
  それぞれの得意分野で安心・安全な医療を提供します
- 必要に応じて「連携・紹介・逆紹介」を行い
  切れ目のない医療を実現します
- 最適な医療を、最適な場所で受けられることが
  地域医療の目標です

～備えについて、一緒に考えてみませんか～

住み慣れた地域でこれからも安心して暮らし続けるために

住み慣れた地域でこれからも安心して暮らし続けるために

～備えについて、一緒に考えてみませんか～

高齢者向け住まい・施設の比較一覧表

目的・状態に合わせて選ぶための早見表

	住まいタイプ（主に生活の場）				介護・医療サポートが充実した施設					
	❶ サービス付き高齢者向け住宅	❷ 有料老人ホーム（住宅型）	❸ 有料老人ホーム（介護付き）	❹ 有料老人ホーム（健康型）	❺ ケアハウス（自立型）	❻ ケアハウス（介護型）	❼ グループホーム	❽ 特別養護老人ホーム（特養）	❾ 介護老人保健施設（老健）	❿ 介護療養型医療施設（介護医療院）
主な役割・特徴	見守り・生活相談・支援サービス、食事サービスなど	主に食事サービスや洗濯・掃除などの生活支援サービスを提供	介護が必要な方に、施設内のスタッフが介護サービスを提供	介護の必要がなく、生活の自立ができる高齢者のための施設	自立した生活に不安があると認められた方に、生活支援を提供	自立した生活に不安があり、介護サービスが必要な方に提供	認知症高齢者のための共同生活（少人数制）	常に介護が必要で、在宅での生活が困難な方のための施設	在宅復帰を目指してリハビリを受ける施設	長期療養が必要な方に医療・介護・療養上の看護を提供
主な対象者	自立～要介護5	60歳以上。自立～要介護5	要支援1～要介護5 ※自立～要介護1以上～のパターンあり	自立	60歳以上。自立～要介護2程度	65歳以上。要介護度1～要介護5	65歳以上で認知症の方。要支援2以上	要介護3～要介護5（原則要介護3以上）	65歳以上。要介護度1～要介護5（症状が安定している方）	65歳以上。要介護度1～要介護5
入居・利用費用（目安）	敷金 2～3か月分程度	0円～数億円を超えるものもある	0円～数億円を超えるものもある	15～30万円程度	0円～30万円程度	0円～数百万円程度	30～50万円程度	0円	0円	0円
月額費用の目安（介護保険自己負担分含む）	10～25万円程度＋介護保険サービス費	15～30万円程度＋介護保険サービス費	15～30万円程度	15～30万円程度	6～17万円程度＋介護保険サービス費	6～17万円程度	12～25万円程度	多床室：5～16万円程度 個室：18～22万円程度	多床室：6～16万円程度 個室：もう少し高め	多床室：7～17万円程度 個室：もう少し高め
介護サービス	外部の介護事業所を利用	外部の介護事業所を利用	施設内の介護スタッフが提供	–	外部の介護事業所を利用	施設内の介護スタッフが提供	施設内の介護スタッフが提供	施設内の介護スタッフが提供	施設内の介護スタッフが提供	施設内の介護スタッフが提供
看護・健康管理	外部の訪問看護を利用	外部の訪問看護を利用	施設内の看護師が対応	–	必要に応じて外部のサービスを利用	外部の訪問看護を利用	外部の訪問看護又は施設内看護師が対応	施設内の看護師が対応	施設内の看護師が対応	施設内の看護師が対応
医療体制	個々のかかりつけ医・病院	個々のかかりつけ医・病院	協力医療機関（施設基準で必要）	個々のかかりつけ医・病院	個々のかかりつけ医・病院	個々のかかりつけ医・病院	個々のかかりつけ医・病院	配置医・協力医療機関	施設内の医師が対応	施設内の医師が対応
入居・利用期間	長期	長期	長期	長期（自立した生活を送れる方）	長期	長期	長期	長期	原則3か月程度（短期入所もあり）	長期
その他の特徴	比較的自由度が高い住まい。介護度が上がっても住み続けられる場合が多い。	費用やサービス内容は施設により大きく異なる。元気なうちから入居可能。	介護が必要になっても住み続けられる。介護度が上がると費用が高くなる場合あり。	介護が必要になると退去しなければならない。	比較的利用料金が安く、自立に近い方が対象。外部サービス利用が中心。	ケアハウスと介護サービスを併用できる。比較的費用が抑えられる。	認知症ケアに特化した少人数の共同生活。家庭的な環境。	重度の要介護者向け。待機者が多く、入所まで時間がかかる場合がある。	リハビリが中心。在宅復帰後も通所や訪問で利用可能。	医療ニーズが高い方や看取りが必要な方も対応。退所が必要となる場合あり。

状態別の選び方の目安（フロー図）

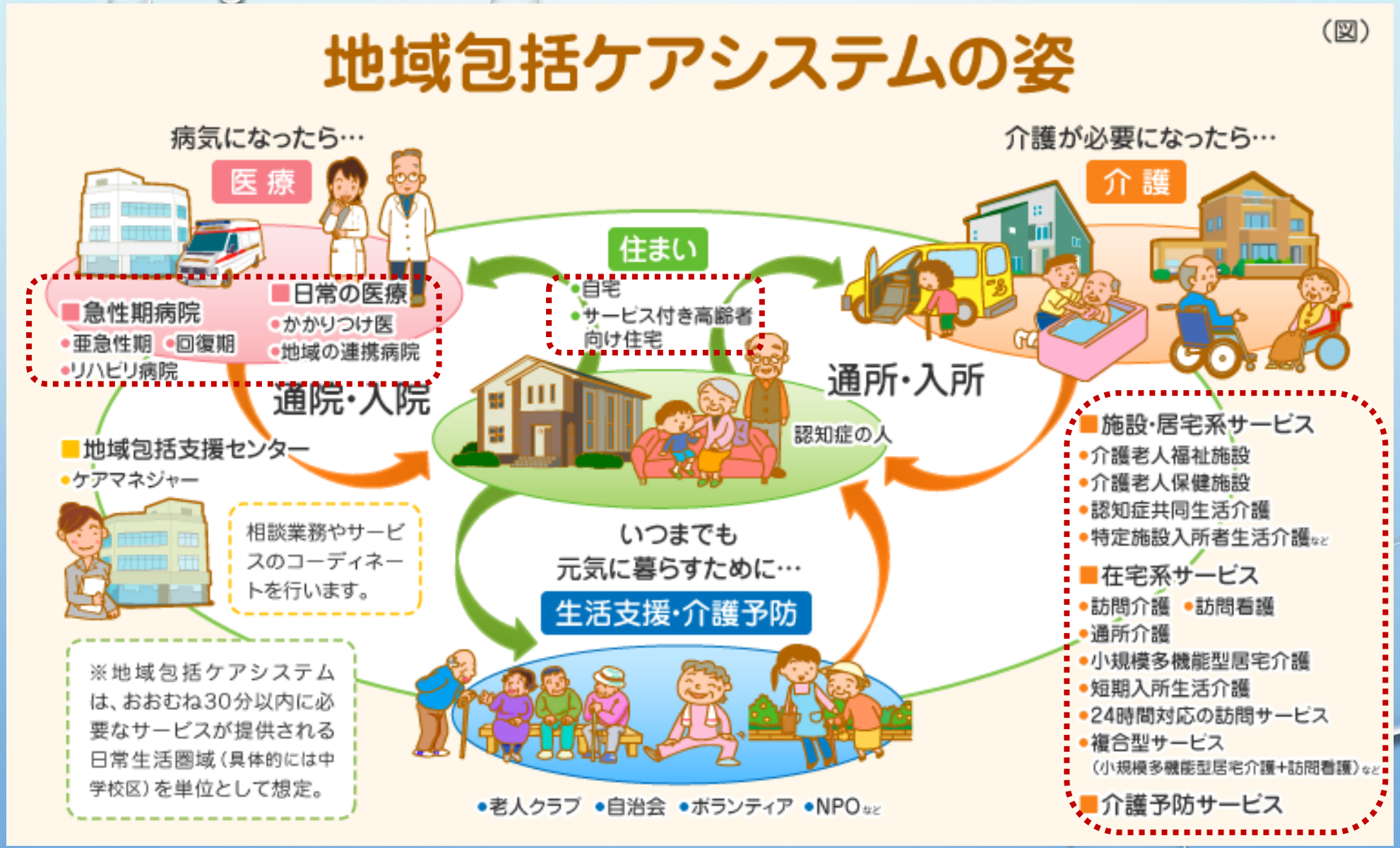
自立・元気なうちから → 少し支援が必要 → 介護が必要 → 重度の介護が必要 → 医療・リハビリ・長期療養が必要

- **自由度の高い暮らしを希望する方**
  - ① サービス付き高齢者向け住宅
  - ② 有料老人ホーム（住宅型・健康型）
- **生活に不安が出てきた方**
  - ⑤ ケアハウス（自立型）
  - ② 有料老人ホーム（住宅型）
- **介護サービスを受けながら生活したい方**
  - ③ 有料老人ホーム（介護付き）
  - ⑥ ケアハウス（介護型）
  - ⑦ グループホーム（認知症の方）
- **常に介護が必要な方**
  - ⑧ 特別養護老人ホーム（特養）
- **リハビリや医療・療養を重視する方**
  - ⑨ 介護老人保健施設（老健）
  - ⑩ 介護療養型医療施設（介護医療院）

※費用は目安であり、地域・施設・部屋タイプ・サービス内容によって異なります。　※介護保険サービスの自己負担（1割～3割）は別途かかります。

※最新の情報は各施設や自治体窓口にてご確認ください。

もしもの時、
どこで、だれと、どのように　過ごしたいですか？



果たしたい願い ― 家族が貫いた覚悟

社会福祉法人　友愛十字会
砧介護保険サービス
広本正子

【　事業所紹介　】

事業所名：社会福祉法人　友愛十字会　砧介護保険サービス

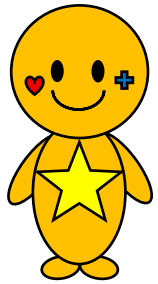
事業主体：在宅のケアマネジャー業務（居宅介護支援事業所）

在宅での暮らしと自立支援を支えるために、その人らしい生活を一緒に考え、医療・介護の連携を調整する担当です

所在地：東京都世田谷区砧3-9-11

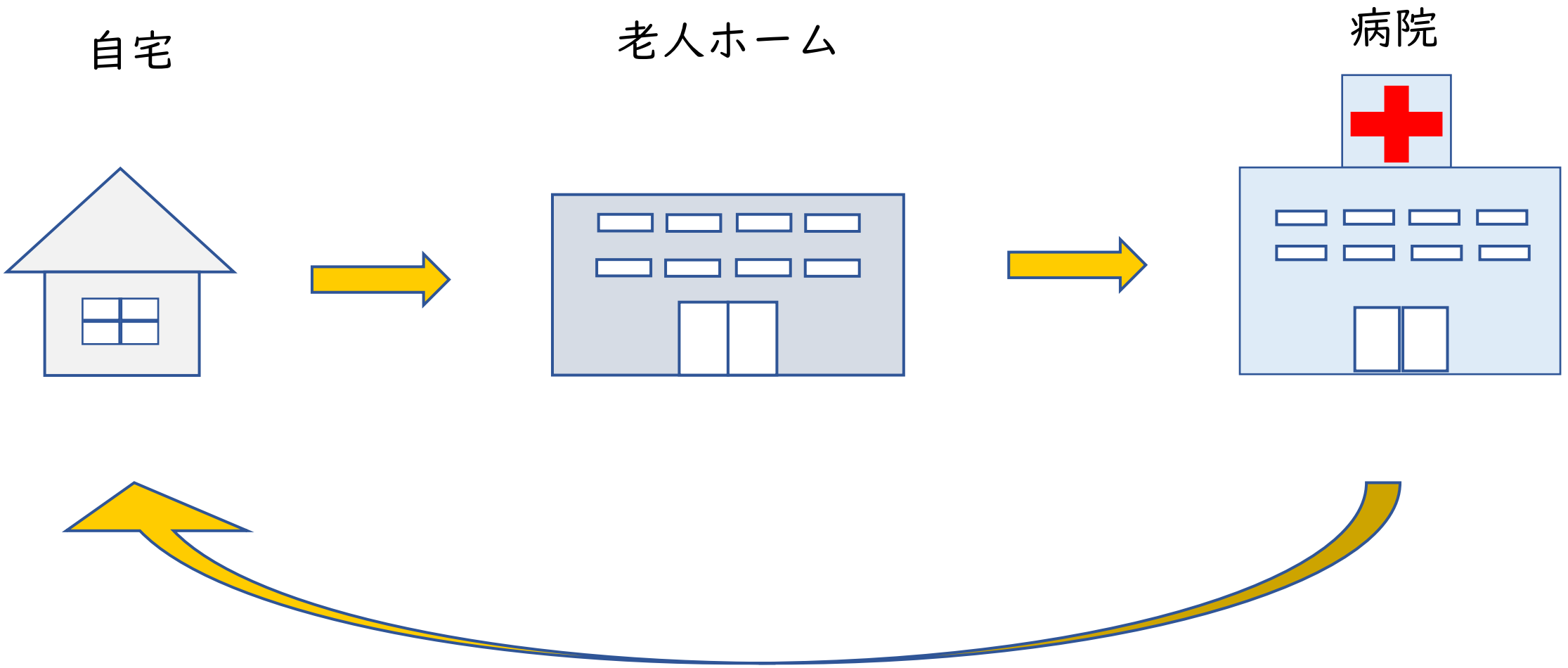
併設事業所：高齢福祉サービス

特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、通所介護、短期入所生活介、地域包括支援センター



：障害福祉サービス

就労移行支援事業・就労継続支援B型事業、生活介護事業、施設入所支援事業、短期入所事業、福祉ホーム、自立訓練、就労支援等、指定相談支援事業、放課後等デイサービス、書籍販売業


自宅
老人ホーム
病院

利用者：Aさん　９１歳　女性　要介護５
　　疾患　脳血管疾患（脳梗塞・くも膜下出血）による廃用性、寝たきり状態
主家族：長女

家族の支援を受けながら自宅で生活
↓
加齢、体調変化から自宅での生活が困難
↓
介護老人保健施設へ入所　→　特別養護老人ホームへ入所
↓
体調変化、肺炎発症のため入院
↓
口から食事を摂ることが困難となり、高カロリー点滴での栄養を摂るようになる

意識は混濁しており、声かけに反応がある程度、うっすら目を開けて意思表示ができるかどうかの程度

医師「生きられる時間は短い」

長女「最期のときは、自宅で看取ってあげたい」

父を自宅で看取ってあげたかった。
ただ、その時は私も仕事をしていたし、自宅で看る
ことが　できる環境でもなかった

家で看るって、そんなに簡単なものでもないよね
もし、難しくなってきたらどうしよう



困ったら、いつでも帰ってきて



できるところまで、家で看てみよう

チームメンバー
家族：長女家族、次女家族、長男家族
医療：訪問診療、訪問薬剤師、訪問看護
福祉：訪問介護、福祉用具貸与事業所
ケアマネジャー

予後予測：数日～１月内

退院後の変化．．．自己表現が明確に

・しっかり目を開いてタブレットやテレビで、バラエティ番組やドラマ鑑賞

・痛い、体の位置が悪い→手で、マットレスを叩いて不快を表現

・何か気にいらないこと、伝えたいことがある→唸る

「生きる！」



「生きるための手段や方法を考えなきゃいけない」
「介護を行うようになった」
「生活する場所を考えないと」

→考える「きっかけ」は様々

→行動に移すには、覚悟と勇気が必要な時も

「迷い、不安、喜び、どんなことでも伝えてください」

ご清聴ありがとうございました



精神科訪問看護について

株式会社マイナビナースケア　世田谷エリア担当部長
葉柳 希望（はやなぎ　のぞみ）
※マイナビ訪問看護ステーション　経堂サテライト所長兼任

本日のお話の流れ

①プロフィール紹介

②精神科訪問看護とは？

③自己費用負担を軽減する制度

④実際の事例について紹介

⑤利用開始までの手順

⑥まとめ

プロフィール紹介

- 新卒で東京都立松沢病院に就職し**スーパー救急病棟**（精神科医療の中でも特に急を要する容態の患者さんの治療やご家族を対応する病棟）で従事。

- すべての患者さんが安心した退院先の環境があるとは限らないことを知り、

  安心した治療環境を整えることに注力してきた私としては、施設内の環境を整えるだけでは不足しており、これらの課題に気が付いている看護師が退院後の生活を訪問看護師として整えたほうがいいのではないと考え退職。

- 精神科訪問看護を提供することに特化しているマイナビナースケアに入職し、退院直後の患者さんや地域で暮らす住民の方々が安心した生活をおくるための援助 ができるのではないかと考え現在は**精神科訪問看護師**として従事。
  入院前、入院中、退院後すべての看護を経験していることで、切れ目のない退院支援の実現に注力している。

精神科訪問看護とは？

地域社会の中で安心して暮らせるように、自宅や入所施設に
看護師がお伺いしてケアや生活のサポートをする制度

従来の精神科医療は、入院をともなう病院での治療が一般的だった。
地域医療の普及により医療機関・行政・相談支援・居宅介護支援事業所
などの支援のもと、利用者さまが地域社会の中で毎日の生活を送りながら
治療を行うことができている。
精神医療・福祉の連携のひとつとして訪問看護も位置づいている。

この制度により、利用者さまは住み慣れた安心できる環境の中で
専門的なケアやサポートを受ける事ができるため、より効果的な治療
とスムーズな社会復帰の実現が期待されている。

こんなお悩みはありませんか？

- お薬がしっかりと飲めない。
- 治療や薬への不安があり、相談したい。
- 人とうまく話したり付き合うことができない。
- 家にとじこもりがちで、生活が不安。
- 外来通院が続かず、入退院を繰り返す。
- 症状のせいで生活や人間関係がうまくいかない。
- 病気について家族に理解をして欲しい。
- 生活リズムが崩れてつらい。
- 身のまわりのことがうまくできない。
- 家族の心のケアについて相談をしたい。
- 家族に暴言を吐くことがある。

・・・など



ひとつでも当てはまったら…



・こころの病気にかかってしまった場合、こころのケアが必要な時、決して一人で悩むことはありません。

・精神科訪問看護は、病院ではなく在宅で
地域社会とつながりながら、毎日の暮らしを送りながら、
利用者さまとそのご家族が**専門的なケア・サポート**を受けることができるサービスです。

主役はご本人であり、私たち訪問看護師は**なりたい生活やスタイルを応援する伴走者です**

また、国の制度ですので、
各種保険適用や社会資源(自立支援医療などの公費や生活保護等)との併用により、**少ない自己費用負担**で安心してサービスを利用することができます。

自己費用負担を軽減するための公費

- **自立支援受給者証　：自己費用負担が1割に軽減される**

対象：通院による治療を**継続的に必要とする程度の状態の精神障害**（てんかんを含む。）を有する方

申請先：区市町村の担当窓口。世田谷区内だと支所健康づくり課

※申請する場合には精神科主治医の診断書が必要なため事前に主治医に相談をすると良い◎

- **マル子　医療証　：自己費用負担がゼロに軽減される**

対象：都内各区市町村内に住所を有する**義務教育就学期**にある児童（**6歳**に達する日の翌日以後の最初の4月1日から**15歳**に達する日以後の最初の3月31日までの間にある者）

申請先：区市役所・町村役場。世田谷区内だと支所子ども家庭課

- **マル青　医療証　：自己費用負担がゼロに軽減される**

対象：高校生等とは**高等学校の就学期**（**15歳**に達する日の翌日以後の最初の4月1日から**18歳**に達する日以後の最初の3月31日）※高校在学中か否かを問わない※

申請先：区市役所・町村役場。世田谷区内だと支所子ども家庭課

介入事例の紹介

ご紹介する事例は一例であり、**変化のスピードやゴールは人それぞれ**です。
変化がゆっくりであっても**その人なりの歩みを支えることが訪問看護の役割**です。

引きこもり・不登校での双方の葛藤に対して

適応障害・解離性障害

10代女性

Before

自宅に引きこもり不登校で、リストカットや過量服用などの自傷行為を繰り返していた。入院も検討したが本人と家族の意向で通院と自宅療養を継続することになり、訪問看護を導入。

After

看護師と一緒に、自傷行為をしたくなるのはどんな時かを整理し、代替手段を考えながら言語化する練習を重ねる。家族には関わり方の助言を行い、看護師が同席し双方の思いを伝え合う機会を設け、家族間での葛藤を軽減できるよう支援。
自傷行為は徐々になくなり、社会活動への意欲もありデイケア通所を開始。社会との関わりができることで、家族と程よく距離がとれるようになり安定して自宅での生活を継続できている。

長期入院を経て単身での退院に向けて

統合失調症
40代男性

Before

数年間の長期入院生活を送る。家族や頼れる知人はなく、以前の住居は解約。新しい住居を探し、外泊訓練を経て退院。
慣れない環境と単身生活への不安が大きいため、退院時に訪問看護を導入。

After

定期的なデポ注射で精神症状は安定しているが、家事や金銭管理など生活全般の支援が必要な状態。優先順位をつけて一つずつできるようにサポート。また、地域と連携し必要な福祉サービスを整え、円滑に単身生活が送れるようになった。お小遣い帳や買い物アドバイスで金銭管理も安定している。

環境調整や感情のコントロールへの困難感・葛藤に対して

発達障害・うつ
20代女性

Before

整理整頓が苦手で部屋はモノで溢れており、必要なものが探せない。疲れやすく、スケジュール管理も苦手で、うまくタスクを処理できず、落ち込み・意欲低下があり、デイケアにも通えず。親には一日中ゲームばかりしていること・散財していることを責められ、ストレスになっている。

After

一緒に片付けをしつつ、モノの定位置を決める作業をした。時間はかかったものの部屋が片付いたことで、同じものを複数購入することがなくなり無駄な出費が減った。また、訪問中に一緒に一週間のタスク管理をしたり、期限の声かけも実施。期限内にタスク処理ができるようになったことで少し自信もつき、通所も再開できるようになった。通所によってゲームの時間も減り、浪費も落ち着いたことで、親との喧嘩も減った。

アルコール依存症に対して

アルコール依存症
50代女性

Before

子供が上京し、日中一人の時間が増えた。ランチで飲み始めたワインにはまり、昼夜問わず飲酒するようになる。家事もできず生活に支障が出てきたため夫と共に精神科受診、アルコール依存症と診断された。否認が強く抗酒剤も拒否しており、孤独感・寂しさも強く夫の希望で訪問看護導入。

After

抗酒剤の服薬管理と、家事への復帰ができるよう生活支援を行う。定期的に相談できる相手ができたことにより不安や孤独感が軽減された。
その後は断酒が継続し自助グループにも通えるようになり安定している。

定年後の活動量低下・抑うつに対して

うつ病
60代男性

Before

定年まで教員として勤めたが、定年後の生活に悩みうつ病を発症。2年間の入院治療後退院。退院後も意欲低下や不眠が続き、昼夜逆転し日中活動ができずほとんどの時間を自室で過ごしていた。不安の訴えも多くなり、傾聴するご家族もどう関わればいいのかわからず孤立し、限界まで抱え込んでいた。

After

不安の傾聴をメインに。徐々に生活リズムを整えるためのサポートを行う。本人と相談しながら無理のないスケジュールを立て実践できるよう助言。体力や筋力が著しく低下しており、疲れやすさが目立ったため基礎体力の維持・向上を目標に散歩や趣味の盆栽・庭の手入れなど段階的に進めた。看護師が本人と一緒に体験しながらサポートした結果、活動性が徐々に向上。訪問がない日も自主的に活動できるようになる。
当初は会話もままならない状態であったが、最近では会話のテンポも良く、不安の訴えもほとんどなくなり家族も不安なく関わっている。

気分の波と付き合いながら在宅生活を送ることを目指した介入

双極性障害（躁うつ病）

60代男性

Before

躁状態とうつ状態の波が大きく、入退院を繰り返す。躁状態では過活動や浪費があり、うつ状態になると意欲低下・不眠・不安が増強する。
自宅で過ごせる時間が短くなっており、本人・家族の希望で退院時に訪問看護が導入された。

After

薬は自己管理していたが、気分に左右され薬の飲み忘れも多いことが明らかになり服薬カレンダーでの管理を開始。あわせて活動と休息のバランスがとれるよう声かけを行なう。躁状態・うつ状態になる時のサインや、その際の対処方法を本人・家族と一緒に考え、実践できるようサポート。
多少の波はありつつも大きく調子を崩すことなく、再入院なく家族生活を送れている。

サービスへの抵抗感が強い認知症の方へのアプローチ

認知症
80代女性

Before

単身独居。物忘れによる不安感やイライラが増強、服薬飲み忘れが目立つようになってきた。各種支援への介入拒否が強いが、遠方に住む家族の不安や負担も大きく訪問看護導入となる。

After

傾聴を中心に関わり、まずは看護師との信頼関係を構築するところからスタート。徐々に日々の生活や困りごとなどを積極的に話をしてくれるようになる。
様子をみながら服薬カレンダーを導入。はじめは必要ないと拒否的であったが、必要性を根気強く丁寧に説明することで、現在は薬セットも協力的で服薬も安定している。
話をする相手ができ、安心できると笑顔も多くなりイライラも軽減。他の介護サービスの受け入れもできるようになった。必要な支援をうけることで、本人も家族も安心して単身生活を送れている。

個別の看護計画について

先ほどの事例紹介は**あくまで一例**となります
主治医の作成した指示書や患者さんのお気持ち・生活状況をもとに
専門的な知識をもった訪問看護師が個別の看護計画を立案します。
計画に**ご本人の同意を得てから看護サービスは開始**します。
主治医と相談して訪問看護サービスを中止することも可能です。

【どんな看護師がいるんだろう？どんなことをしてもらえるんだろう？
今の自分は訪問看護を使えるのか？実際使うとしたら料金はどのくらいなのか？
使える公費はあるか？】など
気になることがございましたら**お気軽にお問い合わせくださいませ**
世田谷区内では各支所の健康づくり課の保健師さんが窓口になっています

ご相談からご利用開始までの流れ

Step1

まずは、利用者さまご本人やご家族から直接、または病院やクリニックを通じて、マイナビ訪問看護ステーションまでご相談ください。
ご希望をお伺いしたうえで、お手続きのご案内を差し上げます。

※サービス提供エリア外の場合も、
ご相談ください。

Step2

精神科訪問看護サービスのご利用にあたっては、主治医による指示が必要です。そのため、主治医の先生に訪問看護指示書の発行を依頼していただきます。
お手続きの方法に関しましても、詳しくご説明します。

Step3

担当者が利用者さま宅や病院などに伺い、サービス内容のご説明や、ケアの目標の設定、契約書や重要事項説明書の内容などについてもご説明いたします。

Step4

主治医からの訪問看護指示書がマイナビ訪問看護ステーションに到着後、訪問看護がスタートします。
サービス提供開始後も、ケアの進捗状況は主治医と共有され、より効果的なケア方針の決定に活かされます。

上記はあくまで弊社へのご相談の場合になります。

空き状況・受け入れ可否はお電話で回答できる事業所もあれば、
依頼書のファックスが必要になる事業所もあるようなのでご確認ください。

まとめ　①

☆現在の精神科医療では、住み慣れた地域に住みながら専門的なケア・相談が気軽に行える

☆国の制度も整っており、自己費用負担が少なくなる公費や相談しやすい窓口も複数ある

☆年齢制限はなく、子供や大人でも相談することができる

☆家族や友人以外のこころの相談相手として看護師がひとつの選択肢になっている

☆訪問看護師に相談することで治療方針だけでなく、対人関係や仕事・学業など社会活動についても相談ができ、1人ひとりにあった看護計画を一緒にたててもらうことができる

まとめ　②

【医療機関・行政・相談支援・居宅介護支援事業所の方向け】

☆地域のセーフティーネットとしての機能

ご本人の望まない再入院の予防や社会参加への架け橋の役割がある

☆多職種との連携の促進

医療・福祉・介護をつなぐ【現場の目】として機能しているため
状態が著しく悪化する前に早期発見、早期相談することで
多職種で対応の検討をおこなったうえで対応することができる

ご清聴ありがとうございました

株式会社マイナビナースケア

世田谷エリア担当部長　葉柳 希望

在宅介護における チームケアの重要性

～受診・服薬拒否のある独居高齢者が、納得して次の暮らしへ進むまで～

ヘルパーステーションモア世田谷経堂

サービス提供責任者　中山 千尋

more

本日の発表構成

01 ① ご本人の基本情報と発症前の状況
独居・医療不信のある高齢者の生活背景と同一法人連携の関わり

02 ② 経過と異変（急変とケアの難航）
膝裏の腫瘤発見から寝たきり状態への急変、拒否下の支援葛藤

03 ③ 方針の共有（多職種による担当者会議）
緊急招集による現状認識の完全一致と、合意された明確な目標

04 ④ チーム体制（窓口明確化と複数担当制）
同一フロアでの即日情報共有と、外部関係機関との緊密な協働

05 ⑤ 受診・日帰り手術後の療養と服薬改善
信頼構築からの受診実現、徹底した役割分業と服薬拒否の解消

06 ⑥ 本人の前向きな意欲と新たな暮らしへ
自発的な意思表示から看多機活用、納得して選んだ施設入居

07 チームケアで大切にしたい3つの視点
窓口分業・日々の関わり・多職種行政連携の重要性

08 本人の選択に寄り添うチームケア
「納得して選べたなら、転居もまた安心な暮らしの実現」

① ご本人の基本情報と発症前の状況

ご本人の状況・背景

年齢・性別・介護度	80代 女性 ／ **要介護 2**
世帯状況	独居（頼れる身内なし）
発症前の状態	自力歩行が可能、簡単な調理も自身で実施
既往歴	糖尿病、精神疾患あり
経済状況	生活保護受給

課題： 医師への不信感が強く**「受診・服薬の拒否」**あり。自宅への執着が強く留守番を頼むほど。

利用サービス（同一法人で対応）

訪問介護 週２回
買い物代行・生活援助

訪問看護 週１回
定期的なバイタル確認・体調観察

同一フロア・即時情報共有
- 日々の対話を通じた信頼関係づくり
- 小さな生活異変を早期発見
- 主治医との迅速な医療連携

★ **医療不信がある中での関わり：** 同じ拠点の介護・看護が入ることで、無理のない接点を週3回確保できていました。

※ご本人の同意を得たうえで、プライバシー保護のため事例の一部を改変・抽象化して紹介しています。

② 経過と異変（受診拒否下での急変とケアの難航）

Step 1

痛みの訴え

ご本人から訪問看護師へ「膝裏が痛む」との訴えが出始める。

Step 2

腫瘤を発見

看護師が膝裏に腫瘤（しこり）を発見。
受診拒否のため、医師と相談し抗菌薬塗布を開始。

Step 3

寝たきり状態へ

痛みが急増悪し、自力で**「立てない・動けない寝たきり」**の状態へ悪化。

Step 4

集中支援と葛藤

ヘルパー訪問を増量し全面介助へ。

拒否が強く、思うようにケアが進まない場面も頻発

③ 方針の共有（多職種による担当者会議）

現状の認識を多職種全員で完全に一致

担当者会議の緊急招集

在宅での自力生活破綻リスクを受け、関係職種・行政が一堂に会して現状を把握。

- ケアマネジャー
- 主治医（医師）
- 訪問看護師
- ヘルパー
- 区の担当者・関係機関

多職種で合意した明確な目標

① 現状認識：在宅生活の継続は限界

痛みの悪化と寝たきり化、放置できない身体リスクを共有し**「在宅生活は困難」**と判断。

② 共通目標：受診と施設入居への伴走

ご本人の納得感を最優先に、**「受診」**と**「施設入居」**をめざしてチームで段階的に伴走する。

※誰も孤立せず、チーム一丸で同じゴールへ向かう体制が確立

④ チーム体制（窓口の明確化と複数担当制）

同一フロア・窓口の明確化

看護師【医療系の窓口】	体調・病状管理、処置、医師との連携・判断
ヘルパー【生活の窓口】	身の回りのケア、日々の対話・信頼関係構築

⑤ 受診・日帰り手術後の療養と服薬拒否の解消

信頼構築から受診・手術へ

> 「○○さんとだったら病院に行ってもいい」

関わる人を増やし対話を重ねる中で、ご本人の心境に大きな変化が生まれました。

受診の結果、悪性腫瘍（皮膚がん）が判明
日帰り手術を実施（入院不可のため自宅療養へ）

自宅療養の徹底分業と服薬改善

日帰り手術のため毎日の傷口洗浄（医療行為）が必須に。

看護師	傷口の洗浄・医療処置・病状観察
ヘルパー	食事・清拭・身の回りの生活支援

服薬拒否の解消へ

抗生剤・痛み止めと一緒に糖尿病薬の内服も開始でき、**以降は服薬拒否が解消！**

⑥ 本人の前向きな意欲と新たな暮らしへの移行

PHASE 1

本人の希望

傷口がふさがり始め、痛みが少なくなってきた頃、御本人から、**「歩けるようになりたい」「歩きたい」**と前向きな意思表示が出るように。

PHASE 2

納得と段階的移行

「施設で集中的に訓練した方が良い」と伝え納得へ。

看護小規模多機能型居宅介護（看多機）の通い・泊まりを活用し生活リズムを調整。

PHASE 3

新たな暮らしへ

ケアマネ・行政と連携し受け入れ施設を調整。

ご本人が納得したうえで、施設へ入居されました。

チームケアで大切にしたい3つの視点

1

医療と生活の窓口を分け、複数担当制で役割を明確にする

利用者が警戒や混乱をせず、担当不在時も滞りなく安心して信頼関係を深められる体制を整える。

2

日々の関わりの積み重ねが、意思が動く瞬間をつくる

無理に説得するのではなく、日常の丁寧な対話の中で受診・服薬・機能訓練への**「本人の納得」**を引き出す。

3

一事業所で抱え込まず、多職種・行政全員で方針を合わせる

介護・看護・行政・ケアマネがチーム一丸となり、「受診と施設入居」という共通の目標に向かって伴走する。

本人の選択に寄り添うチームケア

「納得して選べたなら、転居もまた安心な暮らしの実現」

自宅での生活を続けることも、施設での生活へ切り替えることも、どちらの選択も決して間違いではありません。

住み慣れた地域を離れることになっても、ご本人が納得して選べたのであれば、それも**「安心して暮らす」**ことです。

私たち在宅支援チームの役割は、その選択をご本人が納得して行える状態まで、**チームで寄り添い伴走すること**でした。

ご清聴ありがとうございました

住み慣れた地域で、一人ひとりが自分らしく納得した選択ができるよう、
私たちはこれからも医療・介護・地域の多職種連携を深めてまいります。

ヘルパーステーションモア世田谷経堂
サービス提供責任者　中山 千尋