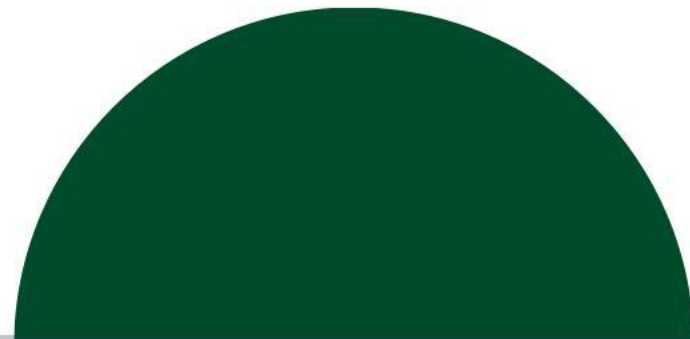


2025/12/6

自分の明日を考える ～ひとり暮らしの在宅療養～

やまと診療所練馬院長 水落紀世子



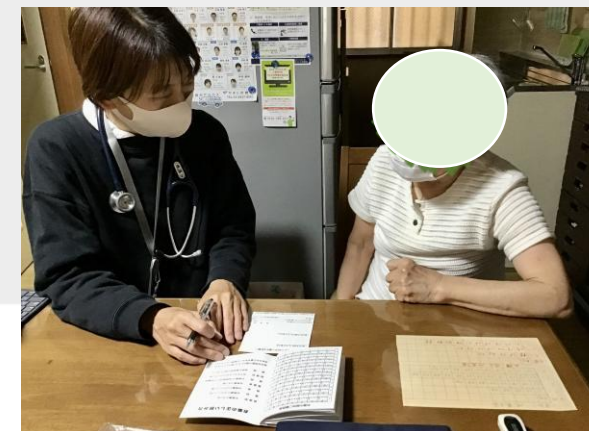
やまと診療所練馬 (訪問診療所)

所在地 練馬区春日町

(都営大江戸線練馬春日町駅徒歩3分)

診療エリア **練馬区全域**

診療時間 **24時間365日**



「自分らしく生活する」を大切にしている訪問診療所

患者さんやご家族を中心に地域の従事者と一緒に生活をご支援します

今日のおはなし

1

高齢者ひとり暮らしの実態

2

ひとり暮らしで必要になること

3

在宅療養について

4

訪問診療について

5

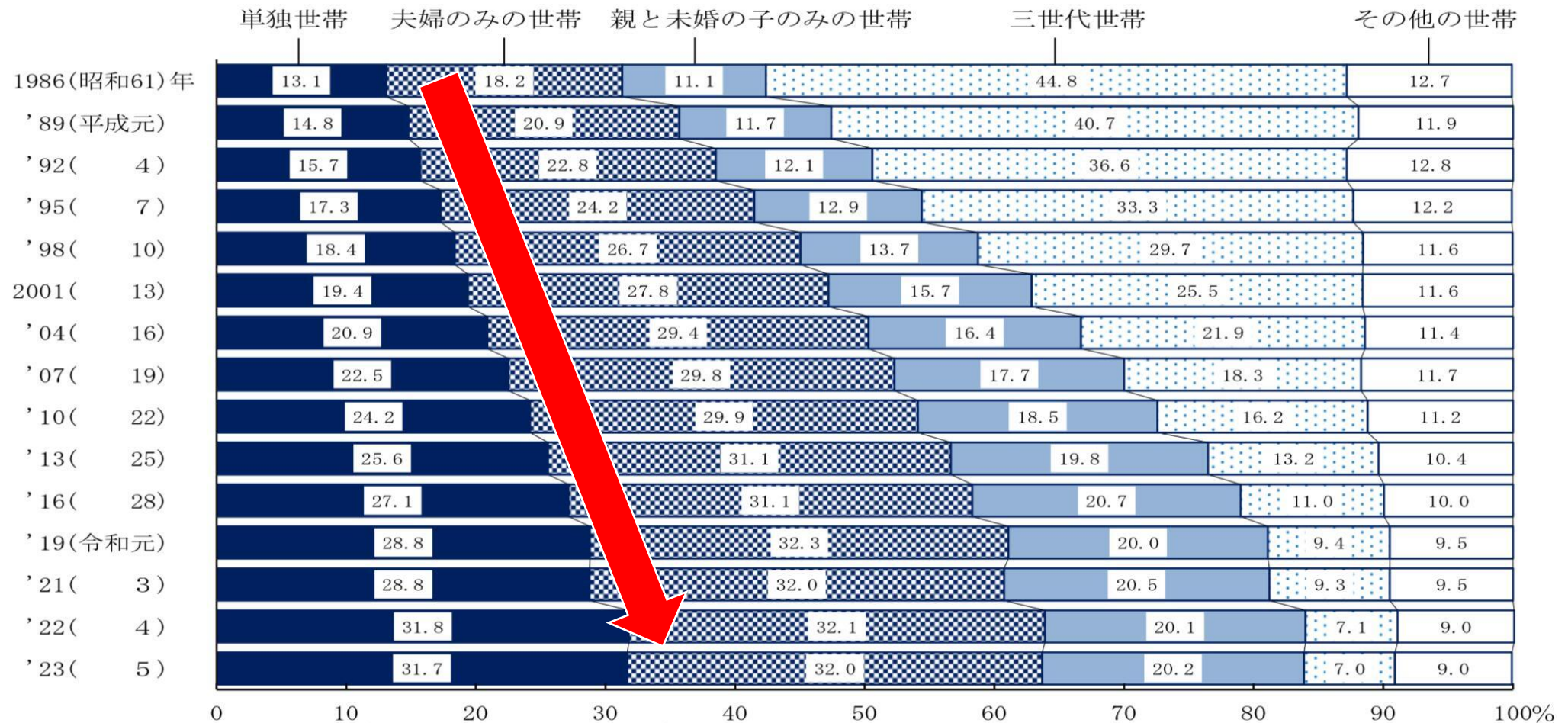
ACPについて



高齢者の暮らし と実態

65歳以上の方がいる世帯構造の推移

単身世帯が増えている



(2023年国民生活基礎調査より)

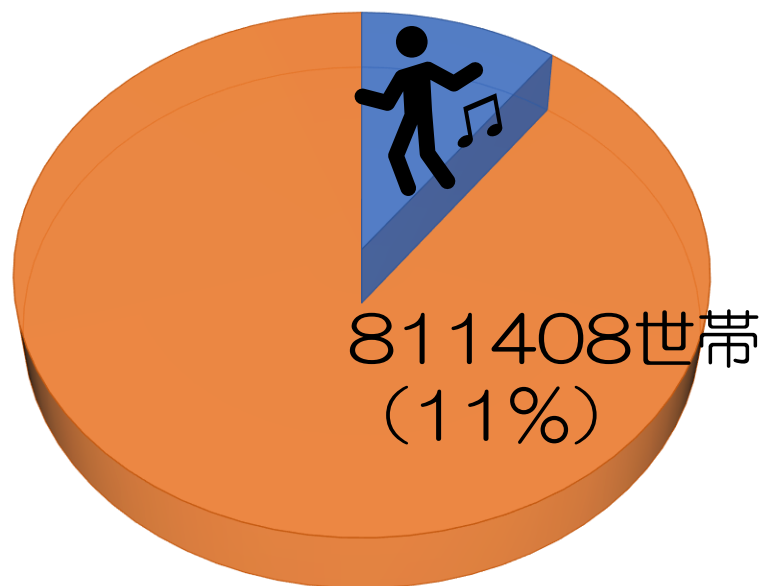
なぜひとり暮らし？

- 配偶者に先立たれる
- 子供と同居していない
- 自分のペースで暮らしたい
- 新しい環境での生活が難しい
- 結婚していない
- 経済的理由

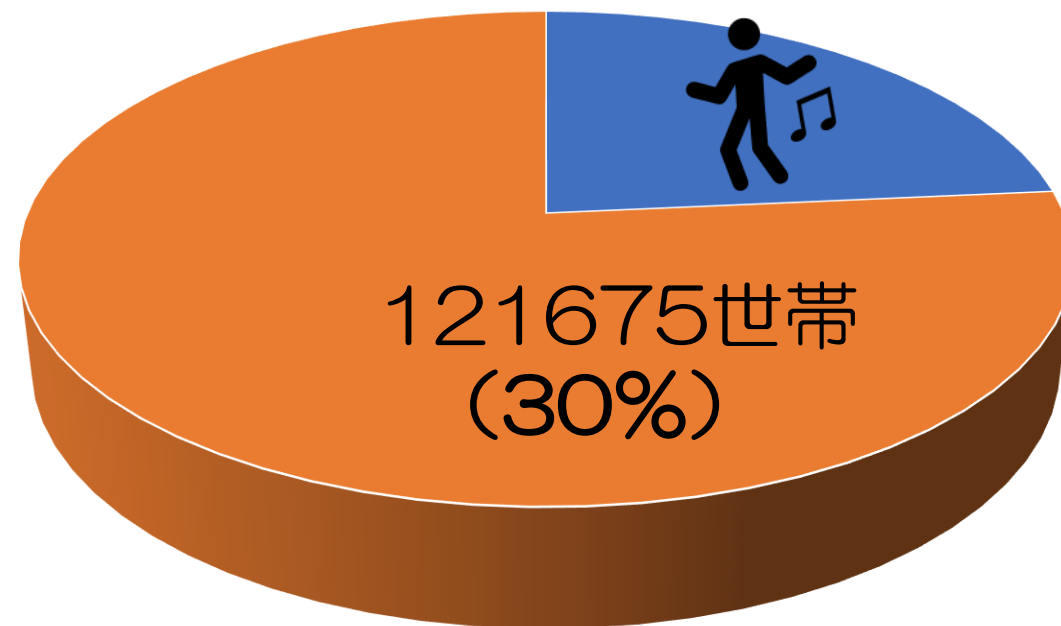


65歳以上の ひとり暮らし世帯

東京都の総世帯7,216,650世帯

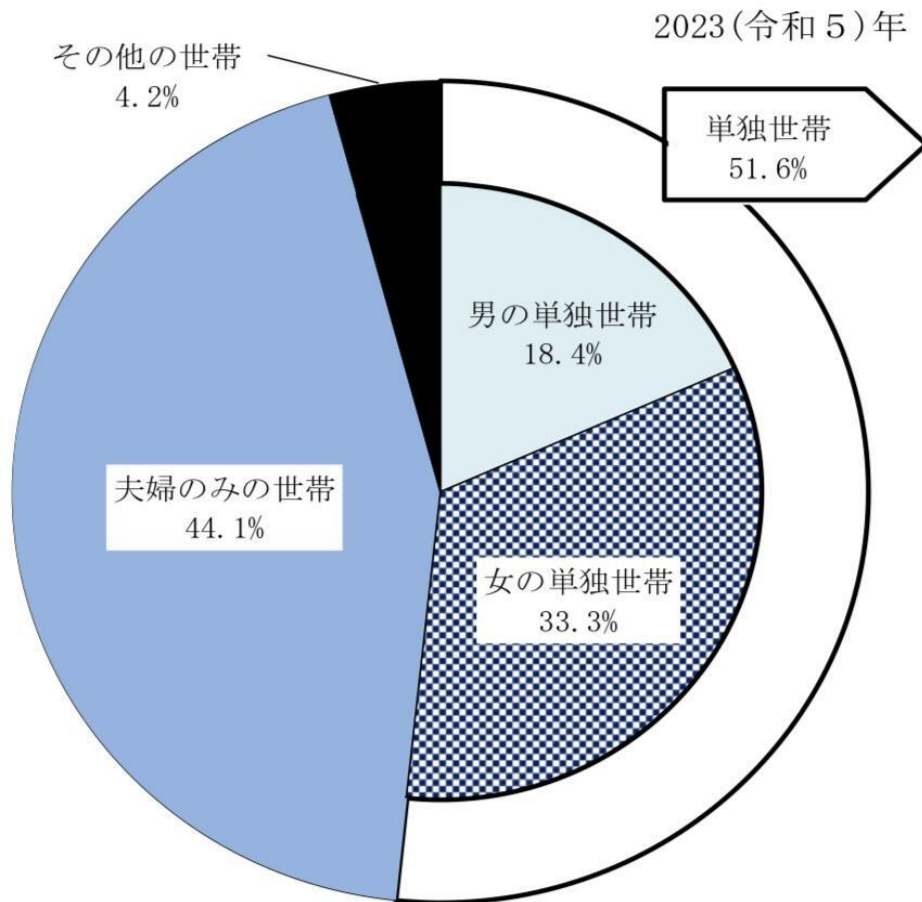


練馬区の総世帯数395,526世帯



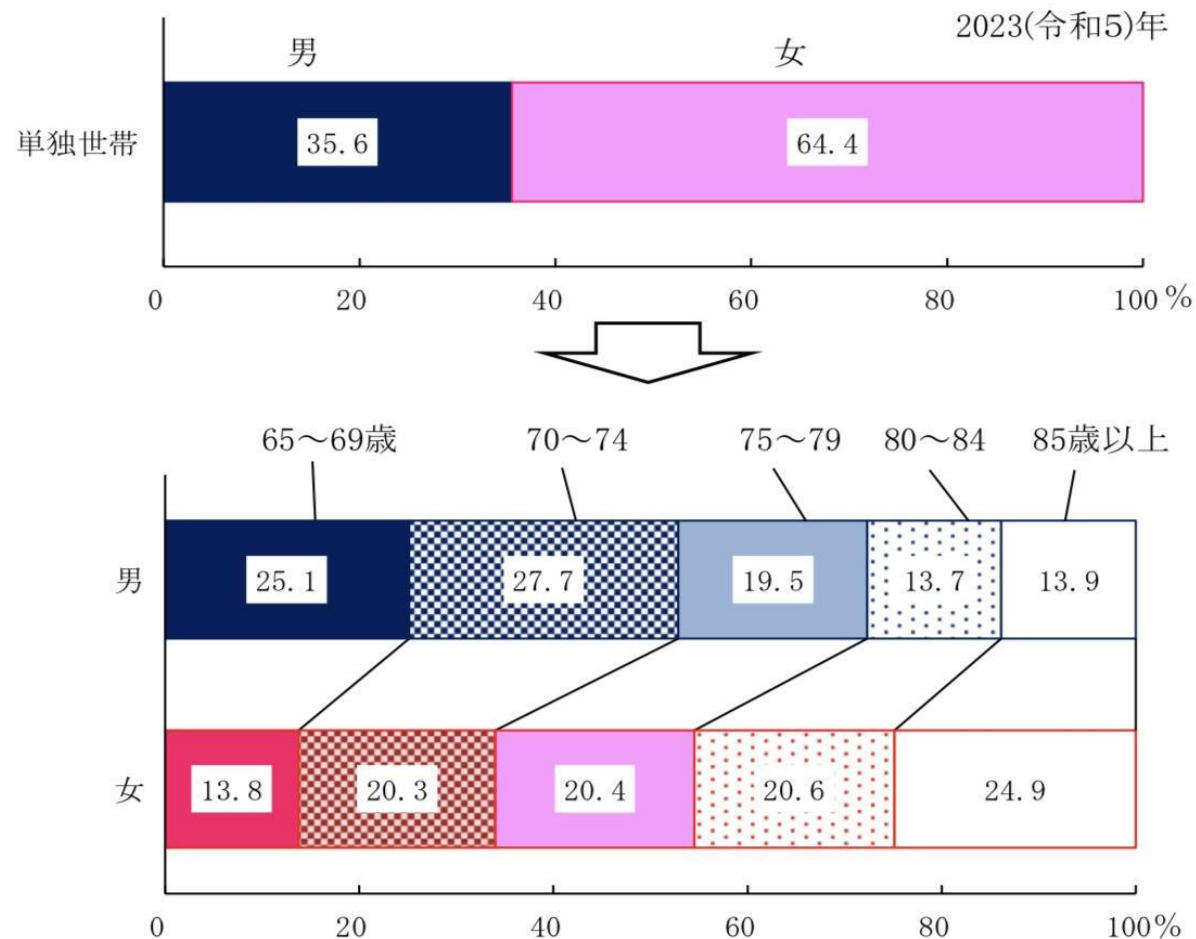
65歳以上の単独世帯の性・年齢構成

図3 高齢者世帯の世帯構造



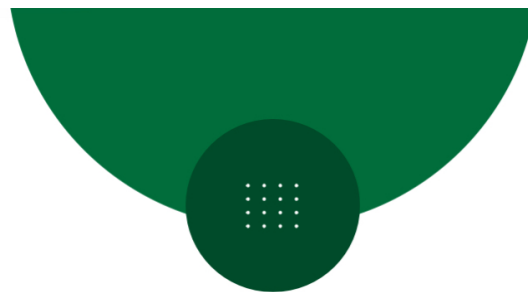
注：「その他の世帯」には、「親と未婚の子のみの世帯」及び「三世帯世帯」を含む。

図4 65歳以上の単独世帯の性・年齢構成



(2023年国民生活基礎調査より)

住まいの選択



一戸建て



マンション



サービス付き高齢者住宅



有料老人ホーム

ひとり暮らしで心配なこと

- ・食事や買い物などが難しそう
- ・通院できるかな？
- ・病気になったらどうしたらいい？
- ・お金の管理は？
- ・家族に迷惑がかかりそう
- ・ひとりぼっちは寂しそうだな、孤独死しちゃうの？
- ・認知症にならないかな？



高齢社会対策大綱

～令和6年9月閣議決定～

ひとり暮らしの高齢者が増加が見込まれる中で、
高齢期においても多世代が共に地域で安心して
暮らせるようにすることが必要である



ひとり暮らし
で必要になること

身の回りの生活支援

見守り・安否確認

地域との交流

体調管理

精神的なサポート

金銭管理

相談しに行こう！

ひとり暮らしを支える相談窓口



地域包括支援センター

相談するときに準備しておくといふこと

- ご自身がどうしたいと思っているのか？
- 困りごと、支援してほしいこと
- 体がどの程度動くのか
- 経済状況、医療保険の負担割合
- 家族の考え、連絡先



在宅療養を支える
制度・サービス

高齢者ひとり暮らしを支援する、介護・医療

介護系

【地域包括支援センター】

保健師、看護師、社会福祉士、主任ケアマネージャーなどが介護、福祉、健康、医療など総合的に生活を支援

- ・相談、介護予防事業（交流サロン、コミュニティカフェなど）
- ・成年後見制度などの活用の支援

【ケアマネージャー】

ヒアリングのうえ、ケアプランを作成し、体の状態に合わせた介護サービス（ヘルパー、看護師、リハビリ師など）を提供。

定期的な面談で介護サービスの調整

医療系

- ・訪問診療
 - ・訪問看護
- ※点滴など医療行為も行う。
- ・訪問薬剤
 - ・訪問歯科
 - ・地域病院（急性期病棟、地域包括ケア病棟）

在宅療養を支える保険制度

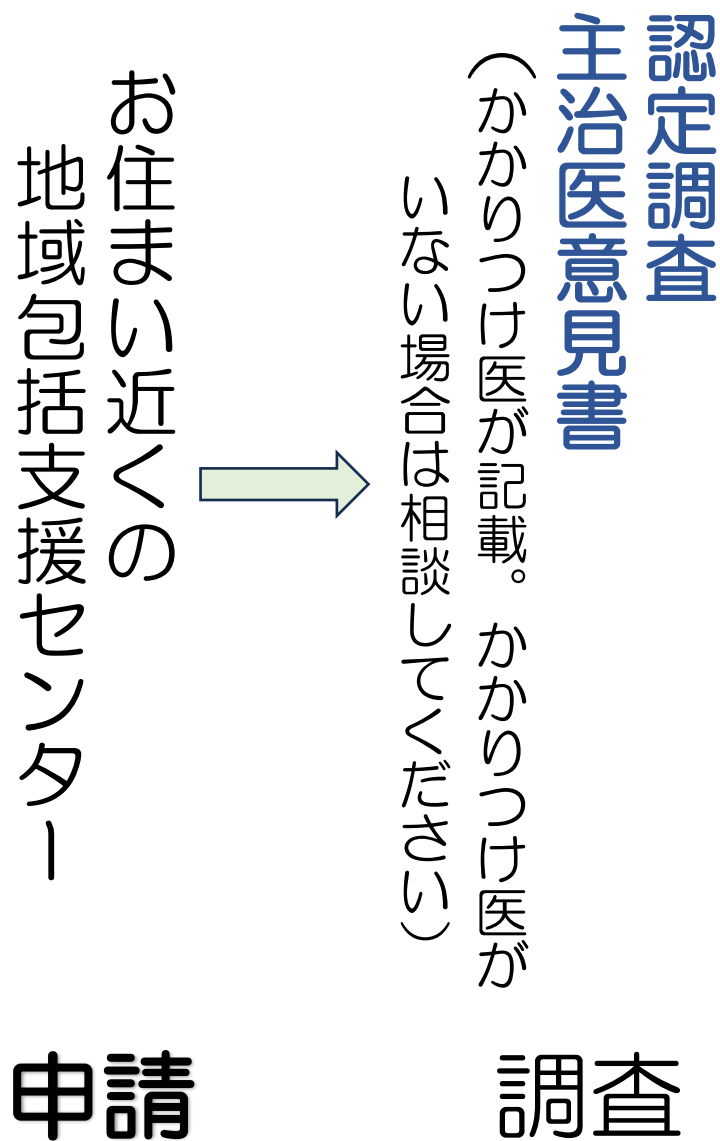
介護保険

要支援・要介護認定を受けた方を対象に必要なサービスを1－3割の費用負担で利用できます。介護度に応じて利用できるサービスや金額の上限が決められています。

医療保険

在宅で提供される医療サービス（診察、投薬、処置など）には医療保険が適応されます。自己負担割合は1－3割です。

介護保険を利用するには ～申請から認定まで～



区分	おおよその心身の状態の目安（例）
要支援 1	基本的な日常生活はほぼ自立、歩ける。身の回りの世話の一部に見守りが必要
要支援 2	要支援 1 の状態からもう一步支援が必要例；入浴など一部見守りや介助が必要
要介護 1	歩行できるが不安定。薬の内服や電話などの日常的な活動が難しく介助が必要。
要介護 2	要介護 1 の状態に加え、歩行が自力で難しく一部介助が必要。
要介護 3	歩行が自力では難しい。排泄や入浴・衣類の着脱など全面的な介助が必要。認知機能低下がある場合には理解力の低下がある。
要介護 4	要介護 3 に加えさらに介護なしには生活が難しい。
要介護 5	寝たきりの状態。介護が不可欠。認知機能低下がある場合は理解力の低下、意思伝達が難しい

要支援・要介護の認定

介護保険のおよその負担額

負担割合1割の場合

要介護1 16000円

要介護2 19000円

要介護3 27000円

要介護4 30000円

要介護5 36000円



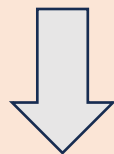
在宅療養のおおまかな流れとサービス

介護保険を利用

自立していますが、65歳になりました。

食事・入浴・トイレは大丈夫。
買物や掃除とかちょっとしたことのお
手伝いがあったらなあ
＝ 要支援 1・2

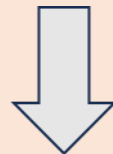
ひとりで生活するのは難しいなあ。
＝ 要介護 1～5



一般介護予防事業

- ・心身機能の低下を防ぐ事業や講演会などの提供

介護予防・生活支援サービス
・訪問介護、通所介護の利用



訪問介護、訪問入浴、訪問看護、訪問リハビリ、
居宅療養管理指導（医師、歯科医師・衛生士、
薬剤師、管理栄養士などが自宅で指導）
通所介護、短期入所生活・療養介護（ショート
ステイ、医療型ショートステイ）、福祉用具の
貸出、住宅改修、特別養護老人ホーム、介護保
険施設、介護医療院、地域密着型サービス

在宅療養の具体的な ながれ



動きづらくなってきたかな

体の
変化

体が動きが
ちょっと不安。
でも、家で暮ら
し続けたい

①

① 居宅介護支援
(ケアマネジャー)
暮らしの希望や困りごとを
聞き取りケアプランを作成

買い物に行くと疲れ
を感じる、荷物を
もってだと転びそう。
買い物を助けてほし
い

②

② 訪問介護
(ヘルパー)
身体の状態にあわせ、
買い物・掃除・洗濯な
ど日常生活をサポート

もう少し動けるよ
うになりたい。
リハビリをしたい

③

③ 施設利用
デイケア
デイサービス

体調に不安がある。
一人で入浴が大変に
なってきた。
お風呂に安心して
入りたい

④

④ 訪問介護・訪問看護
健康チェックや入浴介助など
体調面のアドバイザー、支援
デイサービスでお風呂利用

サポ
ー
ト
の
専
門
家

在宅療養の具体的な ながれ



歩くのが大変

ひとりで通院するのが難しい。
体調に不安がある
**家に医師や看護師
にきてもらいたい**

⑤

⑤訪問診療、訪問看護

自宅での生活状況を踏まえ、
診察、処方、24時間緊急
対応可能。看護師が体調
チェック、処置、リハビリ
など行う。

入れ歯が合わず
食べる時に痛い。
飲み込みにくい
**でも大好きなお
刺身が食べたい**

⑥

⑥訪問歯科診療

自宅で入れ歯の調整、虫歯
治療、嚥下機能評価など食
べることをサポート

少し気分転換、集中的にリ
ハビリできれば。
**自分で動けるうちは家で頑
張りたい。でもちょっとお
休みもしたい。**

⑦

⑦短期宿泊

ショートステイ
リハビリ入院
レスパイト入院

薬を取りに行くのが
大変。
薬の飲み忘れが多い

⑧

⑧訪問薬剤指導

自宅に薬を届け、内
服の工夫や残数を確認、
飲み忘れないようなセッ
ティングをサポート

体
の
変
化

サ
ポ
ー
ト
の
専
門
家

在宅療養の具体的な ながれ



寝ている時間が多い

トイレまで歩けない。
ベッドからトイレま
での手すりが欲しい

⑨

⑨福祉用具貸与
車椅子、歩行器、介護
ベッドなど必要に応じ
て福祉用具をレンタル

寝たきりで入浴できない。
でもお風呂に入って気持ち
よく、きれいでいたい

⑩

⑩訪問入浴
簡易浴槽を自宅に運び、
寝たままの状態に入浴
をサポート。

いよいよ旅立ちのとき
最期まで家で過ごしたい

⑪

⑪家での最期までをサポート
訪問診療、訪問看護、ケアマ
ネージャー、訪問リハビリ、訪
問歯科、訪問介護等をみんなが
最期までしっかりサポート。苦
痛症状を取り除く緩和ケアも自
宅で行います。

体
の
変
化

サ
ポ
ー
ト
の
専
門
家



こちらに詳細があります
練馬区ホームページに
掲載がありますのでご覧ください



訪問診療について

訪問診療ってなに？

対象となる方；病院やクリニックへの**通院が難しい方**

例；足がよくないので通院できない
認知症があって診察の内容を覚えてもらえない

計画的・定期的に（おおよそ月に2回）、在宅療養支援診療所の**医師が自宅に訪問をして診察**をし、検査やお薬の処方など必要な医療を提供します。

体調管理をしますが、**生活全体をご支援**しています。

一人暮らしの方、施設の方も大丈夫です。

※一部施設では訪問できないケースもあります。

定期的な訪問とは別に、体調が悪い時などに
24時間体制で往診をしています。（夜間も往診可）

「単発の往診」とは異なります。
普段から定期訪問を行っている方が対象になります。

例；新型コロナウイルス感染症流行時の発熱往診
外来通院先の先生が具合が悪い時に家に来て診察した。

訪問診療をしてくれる診療所の探し方

- かかりつけ医が訪問診療を行う
- かかりつけ医が訪問診療をしていない場合は先生に紹介を依頼しましょう。

【その他の相談窓口】

- 練馬区医師会医療連携・在宅医療サポートセンター
- 地域包括支援センター

どんな病気の人が訪問診療を受けているの？

高血圧、糖尿病、脂質異常症などの慢性疾患

慢性心不全

慢性腎不全

呼吸器疾患

神経難病（パーキンソン病、ALSなど）

認知症

がん

医療機器（人工呼吸器、胃瘻、尿道カテーテル）の使用

自宅看取りを希望している

老衰

社会的な理由で通院が難しい

ほとんどの病気をみています。

※当院では小児の診察は行っていません

訪問診療所によって、異なる場合がありますので診療所に確認しましょう

もし訪問診療を受けている最中に自宅で亡くなってしまったら？

- 定期訪問を行っている方はこれまでの経過が分かっているなので、自宅で亡くなった場合にも緊急で訪問し、お看取り、**死亡診断書をご自宅で作成**します。
- 訪問診療所が到着する前に呼吸がとまっていても警察が来たりはしません。



● その他のケア

予防接種
看取り
緩和ケア
グリーフケア
意思決定支援

※のちほどお話しします

訪問診療にかかる費用

70歳以上

1割負担 7000～10000円

※上限額18000円

2割負担 14000～18000

※上限額 18000円

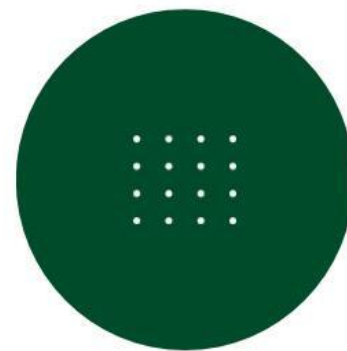
訪問診療所の相談員がその方の状況に応じて説明、相談を受けます

訪問診療の流れ

- 予め決められた日・時間にご自宅に訪問
- 体調の相談
- 心配なこと
- こんなことしたい、今後の希望
- **生活の様子**、ご家族とのやりとり
- デイサービスやショートステイなど通所施設での様子
- 自宅の環境が安全に生活できる場になっているか
- 診察
- 処方



訪問診療を受けたケース



ケース1 急に動けなくなった高齢者

96歳女性 要介護3 一人暮らし、近くに長女が住んでいる

【介入経緯】

かかりつけ医で高血圧の治療を受けていたが、尿が出なくなり動けなくなってしまった。かかりつけ医に連絡したところ訪問診療を勧められ、訪問診療が開始となった。

【経過】

よくよく聞くと1か月前から食事也十分にとれていなかった。血液検査や経過からは**老衰**と思われ、本人、長女、ケアマネージャーと話し合い自宅看取りの方針となった。訪問看護を導入し点滴による補液や痛みを取り除き**自宅看取り**した。

ケース2 がんの方の自宅療養、看取り

62歳男性 胆管癌末期 要介護1 一人暮らし、身寄りなし

【介入経緯】

大学病院で**胆管癌**の診断を受け、治療していたが抗癌剤の副作用が強くなり治療は中止となった。大学病院に通院が難しくなり訪問診療の依頼があり介入。

【経過】

がんの影響で発熱があった。訪問看護に依頼し、**抗生物質の点滴や解熱剤を投与し体調管理を行った**。トイレに行ける体力は維持したいと希望され、訪問リハビリが介入し**リハビリ**も行った。自宅で最期を迎えたいと自宅看取りを希望された。痛みのコントロールためモルヒネなどを投与し、穏やかな日々を過ごされ自宅看取りした。

ご逝去後は、生前に決めていた**葬儀社が滞りなく対応**された

ケース3 医療機器の管理が自宅が必要

52歳男性 ALS（神経難病 筋萎縮性側索硬化症） 一人暮らし

【当院介入経緯】

人工呼吸器、胃瘻造設、尿道カテーテルが留置されている。家族の介護負担があり独居となった。自宅での医療機器管理が必要なため介入。

【経過】

定期的に人工呼吸器の回路交換、気管カニューレ交換、胃瘻交換、尿道カテーテル交換を行っている。採血・尿検査などを行い投薬調整も行っている。日々の体調管理や生活支援はヘルパー、訪問介護が介入。車椅子で外出希望があり、訪問リハビリで外出支援を行っている。

ケース4 家族の介護負担を考慮した看取り

92歳男性 慢性心不全 要介護2 長男が同居しているが日中は仕事で不在

【介入経緯】

外来通院で心不全の治療をしていた。長男は調理できないため、塩分の多い惣菜ものの中心の食事の影響で心不全が悪化し入院した。入院中に退院後の生活について何が必要になるか予め、主治医・看護師・本人・ケアマネージャーと話し合いを行った。入院によって足腰が弱くなり通院が難しくなったため、かかりつけ医とも相談のうえ、病院から訪問診療の依頼があり訪問した。

【経過】

心不全による息苦しさが慢性的にあった。長男が帰宅後に、体調の訴えに対し服薬させるなどの対応が難しく介護負担が大きくなったため、**地域包括ケア病院**に再入院をした。入院により息苦しさは落ち着き、自宅療養と看取りを本人が希望した。**長男も入院中に休息がとれた**ため、本人の希望に同意された。自宅で、大好きな飲酒を少量毎日楽しまれ穏やかな自宅看取りとなった。

ケース5 かかりつけ医なし、介護保険未申請

82歳 女性 ひとり暮らし、長女は他県に在住

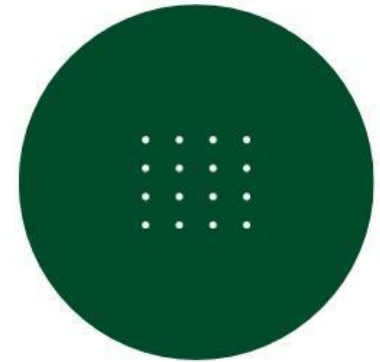
【介入経緯】

かかりつけ医なし。近隣住民から地域包括支援センターへたびたび徘徊で通報があった。地域包括支援センター職員が訪問すると、認知症が疑われた。介護保険も申請していないため支援が入りにくかった。ひとりで受診できる状態ではなく、当院に連絡があり訪問診療開始となった。

【経過】

訪問診療に拒否的な態度もみられたが、飼い猫を可愛がっており共感を示すと警戒心が解けて自宅に入れてもらえるようになった。検査を行い認知症の診断で主治医意見書を作成、要介護2の認定を受けサービス介入開始。安否確認、食事提供、入浴介助が行えるようになり、近隣からの通報はなくなった。

Q & A



Q1 通院から訪問診療に変更するタイミングは？

- 病気（例；息切れしてしまう）、フレイル（例；歩くのが大変）、認知症などで通院が難しい、あやしくなった時
- 施設で療養を希望する時
- まずはかかりつけ医やケアマネジャーに相談しましょう

Q2 ひとり暮らしで寝たきりになっても在宅療養できる？

- 様々な介護サービスを利用し、サポートを受ければ可能です。
- 寝たきりになると排泄、入浴、食事介助など身の回りの生活支援が多くなります。介護保険を利用してサービス調整をケアマネージャーがします。
- 定期的にヘルパー、訪問看護師、訪問診療が来ますので安否確認もします。

Q3 家で亡くなったら、警察が来るの？

- ・ 訪問診療が介入していて、これまでの病気の経過が明確で、不審な点がなくその病気で亡くなったことが明らかであれば、医師が到着する前に呼吸停止しても法律的な問題はありません。訪問診療が到着し、診療している疾患との関係が明らかであれば、警察を呼ぶ必要はありません。



ACPについて

ACP アドバンス・ケア・プランニング

将来の変化に備え、**あらかじめ**、医療および
ケアについて**患者さんを主体**にその家族、医
療・ケアチームが繰り返し話し合い、患者さ
んの**意思決定を支援**すること

具体的にどんな話
からしたらいい？



自分が大切にしていること、楽しみにしている時間など、自分の価値観を言葉にしてみましょう。

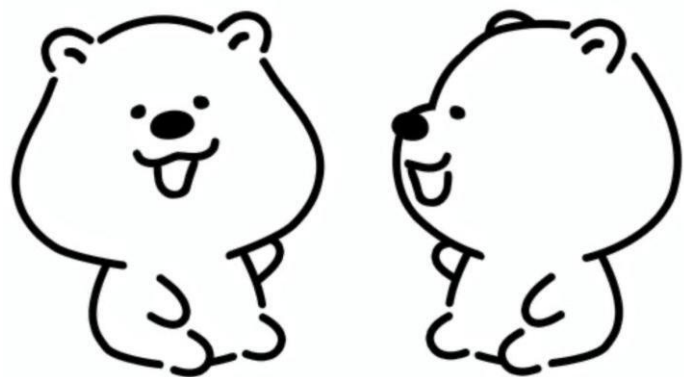
「自分らしさ」が分かってくると、これからの過ごし方についてイメージができてくると思います。

結論というよりも、ご家族など大切な人と繰り返し話し合っていくプロセスを大事にしましょう。

ひとりで考える必要はありません。

家族、ケアマネージャー、医師、看護師等と繰り返し話をしましょう。

ちょっとしたと
ころをフックに
その人らしさは
見えてきます



とある、診療中の会話

医師「〇〇さんは、どちらの出身ですか？」

Aさん「北海道です」

医師「そうでしたか！まだご親戚はむこうにいらっしゃるのですか？」

Aさん「はい。兄がいます。昔はよく帰ったけど病気になってからは難しくて。」

医師「お兄さんに会いたいですか？」

Aさん「そうですね。昔話がしたいです。よく釣りにいったんです。」

医師「お兄さんと話をするだけでもいいんじゃないですか？」

Aさん「確かにそうですね。電話してみようかな。久しぶりに釣りの話もいいな。」

医師「お兄さんに連絡とらなかったのはなぜなんですか？」

Aさん「兄に病気のこと心配かけたくなかったんです。でも話さずに死んだら兄に申し訳ない気持ちもあります。話した方がいいですよ」

医師「私もそう思います。私たちも一緒にお兄さんにお話しますよ」

Aさん「心強いです。助かります。ぜひお願いします。」

訪問診療ではその人らしさを掘り出し、
意思決定支援に多くの時間をかけています

未来

ご本人らしい生活・人生、安心して暮らせる日々

現在

自然が好きだから、
ちょっと旅行したい
けど無理かな、、、

トイレには自分
で行きたいな。
自立しているの
が自分だから



入院すると寝たき
りにならないか心
配だな。家族に迷
惑かけたくないな

過去

本人の価値観、希望、これまでの歴史、死生観、大切
にしている時間、人間関係など

ACPの目的

- 家族や医療者、介護者も迷わず、**あなたの生き方を尊重したサポートができる**
- あなたに代わって家族や医療者が今後について考える際の手助けになる。
- あなたらしさを保ったまま穏やかに過ごせる
- もしもののために、医療や介護について前もって考えておきましょう。

いつACPをはじめたらいい？

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すると、焦ってしまい考えがまとまらなかったり、時間が限られてしまいます。

元気なうちに少しずつ考えて話し合っていきましょう。

かかりつけ医と話し合ってみるのもいいでしょう。

注意点！

決めつけず、**選択肢やプロセス**を大事にしていきましょう



望む・望まない医療

どこまでの医療行為を受ける？

延命治療をどう考える？

自分で意思表示できない時は誰に決めてもらう？

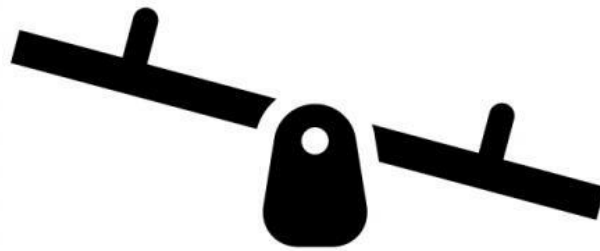


終末期に検討される医療行為

- 点滴
- 中心静脈栄養
- 経管栄養（胃瘻、経鼻経管栄養）
- 緩和ケア（麻薬の使用）
- 人工呼吸器
- 心停止時の心臓マッサージ など



終末期に受ける医療についてどう考えたらいい？



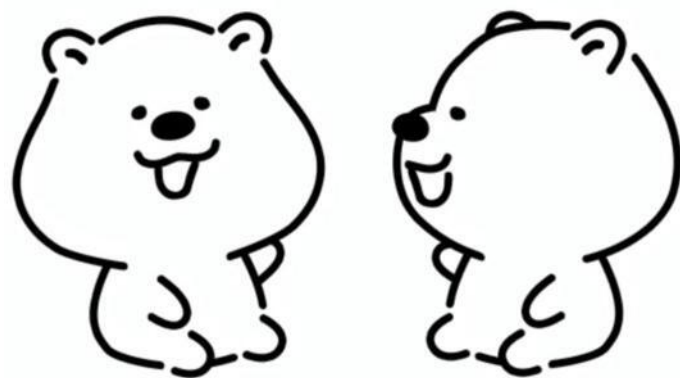
- 何に重きをおく？
- 体力と治療の兼ね合い
- やりたいことと治療の兼ね合い

ACPの変更

- いつでも**変更できます**
- 病状や環境が変われば、気持ちの変化も当然あります。
その都度、話していきましょう。
- 変更すると家族に迷惑がかかるかな？と思ったら、支援者（ケアマネージャー、訪問診療、訪問看護など）が、家族との橋渡し役をします。**一緒に進めていけば
思いは伝わります。**



ACP ケース紹介



ケース1 将来のことを外来で話そう

93歳男性 要支援2

便秘症、前立腺肥大症、甲状腺機能低下症で外来通院中

【歴史】

現在も会社の顧問をされ月2回出社。奥様は他界され、10年以上ひとり暮らし。外来通院は月1回。

外食先の従業員の世話もするほど面倒見がいい性格。

【起きたこと】

風邪をこじらせて、毎週来院。症状はよくなったが、このまま家で動けなくなったらどうしようかと心配になった。

【話し合ったこと】

Aさん「このまま目が覚めなかったらと思ったら、夜が心配になったんです。」

医師「そうですね。24時間往診対応できるように、訪問診療に切り替えることもできます。日々の体調管理もできますよ。」

Aさん「そうなんですね。安心しました。ひとり暮らしを続けたいんです。まだ仕事をしたいですから。家でも書類には目を通せますから。でも、まだ足が動くから外来に通院します。でもそろそろ訪問診療がいいよって先生が思ったら教えてください」

医師「分かりました。外来通院もいい運動になりますしね。またこういう風にしたいということがあればおっしゃってください。ご自宅でAさんらしく過ごしていけるようご支援します」

Aさん「やりたいことができるのは嬉しいです」

ケース2 体調悪化時、意思表示が難しいケース

認知症 92歳女性 ひとり暮らし

なんとか部屋をつたって歩けるレベル

【起きたこと】

おうちで肺炎にかかってしまった。本人に「病院で治療する？」と質問しても返答なし。超高齢者であり、認知症があるので、入院するとどうなるか？**せん妄**が出て拘束になる？治療でベッドに長時間寝ていたら**寝たきりになってしまう**??



本人にとって、何がいいのか？を考える

- 本人は訪問すると「家がいちばんいい」と言っていた。
- 遠方に住む娘さんに連絡すると、「家で死にたい。くだとかは嫌だ。延命治療は受けない」と言っていた。

いまの本人だったらなんていうか想像する

→ デイサービスに気の合う仲間がいる。入院して寝たきりになるとデイサービスに通えなくなってしまう。それよりは家でできる治療をして元気になりたい。それで亡くなったとしてもそこは寿命かな。

ケース3 食べたいを最期まで

83歳男性 要介護5 奥様と二人暮らし

【経緯】

脳梗塞を発症し救急搬送され、入院加療した。命は助かったが、飲み込めなくなったため、食事がとれなくなった。本人が胃瘻による経管栄養や点滴を希望しなかったため、なんとか口から摂取できるように嚥下のリハビリを行った。とろみの水分が数口食べられる程度となり、看取り目的で自宅退院となった。

【本人の希望】

自宅に戻って、奥さんが
作った食事が食べたい。
好きなものを食べたい。

【奥さんの思い】

もう長くないから、本人の希
望に沿いたい。それが恩返し
になるし本人の幸せだと思う。
でも何を食べさせていい？



訪問歯科が介入し、どんな食事を作ったらいいか指導を行った。とろとろのチョコレート、バナナジュースなどを奥様が作り、訪問歯科が介入する日に食べて頂いた。最期は好物の鯛みそ入りのおかゆを召し上がり、本人は笑顔、食べさせている奥様は真剣な様子だった。翌日ご自宅でご逝去された。奥様は「食べさせていなかったら、後悔していたと思う。いい経験でした。」とおっしゃっていた。

今日からできること

- ✓ 「こうだったらいいな」を想像してみる
- ✓ メモに書いておく

ACP=自分の人生を整える準備

話してみるのが何より大切！
家族と話すきっかけが見い出せなくても大丈夫。
訪問診療では話題にあげるところ、**きっかけづくりからお手伝いします。**

知っているとお得な情報

「あんしんシート」の活用
救急車を呼ぶときの備え
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
ができます。
お近くの地域包括支援センターで配
布しています。

いつもと様子が違う？
どうしたらいいか迷ったときは？

まずは、かかりつけ医に連絡を！

本人の様子がいつもと違い、このまま様子を見ていいのかわからないとき、家族の方や在宅サービスでかかわっている方は、まずは、かかりつけ医に連絡・相談をしてみましょう。
かかりつけ医に連絡が取れないときは、お願いしている訪問看護事業所やダイヤル「#7119」に相談をするなどしてみましょう。

急変時に、どこに連絡・相談をするか事前に確認をしておくことが大事です。

かかりつけ医・病院の連絡先	医療機関名	㊦
	医療機関名	㊦
訪問看護の連絡先	事業所名	㊦
	事業所名	㊦
の連絡先	事業所名	㊦
の連絡先	事業所名	㊦

#7119（東京消防庁救急相談センター）

病院へ行くか救急車を呼ぶか迷ったときは、こちらに相談してみましょう。
専門の職員が24時間年中無休で対応しています。

【主なサービス】

- ・症状に基づく緊急性の有無のアドバイス
- ・受診の必要性へのアドバイス・医療機関案内

【連絡先】

- ・プッシュ回線・携帯：#7119
- ・ダイヤル回線：03-3212-2323

QRコード

ACP（アドバンス・ケア・プランニング）

ACPとは、もしものときのために、今後の医療やケアについて前もって考え、家族等と繰り返し話し合い、共有することを言います。
ご自身がなにを大切にしたいのか、今後どうしていきたいのかなどを、周りの方に伝えることはとても大切なことです。
ACPは誰にでも必要なこと。いつ始めても構いません。ぜひこの機会に考えてみてください。

ACPについて詳しくはこちら→

QRコード

どんな症状のときに救急を呼ぶ？

東京消防庁の冊子「救急受診ガイド」や、Web・スマホ版の「全国救急受診アプリ（Q助）」など、ご活用ください。
救急受診ガイドは、お近くの消防署で配布しています。

【救急受診ガイド】

【Q助 App】

【Q助 Google】

QRコード

緊急通報システムを知っていますか？

緊急通報システムは、慢性疾患等がある高齢者を対象に練馬区が実施している高齢者住宅生活あんしん事業のサービスのひとつです。
緊急時に通報機のボタンを押すことで、警備員の駆けつけや救急車の要請などができます。詳しくは、お近くの地域包括支援センターにお尋ねください。

地域包括支援センターについては
詳しくはこちら→

QRコード

前もって準備
あんしんへの一歩

119

あんしんシート

●「119あんしんシート」とは
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シートです。

鉛筆で記入
年1回定期的に
見直しを！
書いたことを、
周りの人に共有

●置き場所-専用マグネットを使い、分かりやすいところに

①冷蔵庫に貼る
②お薬手帳に挟み、マグネットを
冷蔵庫扉や玄関扉（内側）に貼る

※すでに、本シートと同様の情報を提供できる
ものがある場合は、そちらをご活用ください。

※緊急度が高い場合、救急隊の方は、警察官立ち合いのもとで
バッグや財布の中の身分証明書を確認することがあります。

※本シートは、地域医療連携（東庁舎6階）、練馬区役所本庁舎アトリウム（本庁舎1階）、地域包括支援センターなどで配布しています。



ありがとうございました



地域で支えるひとり暮らし



訪問診療という手段



いつでもはじめられるACP



やまと診療所 練馬