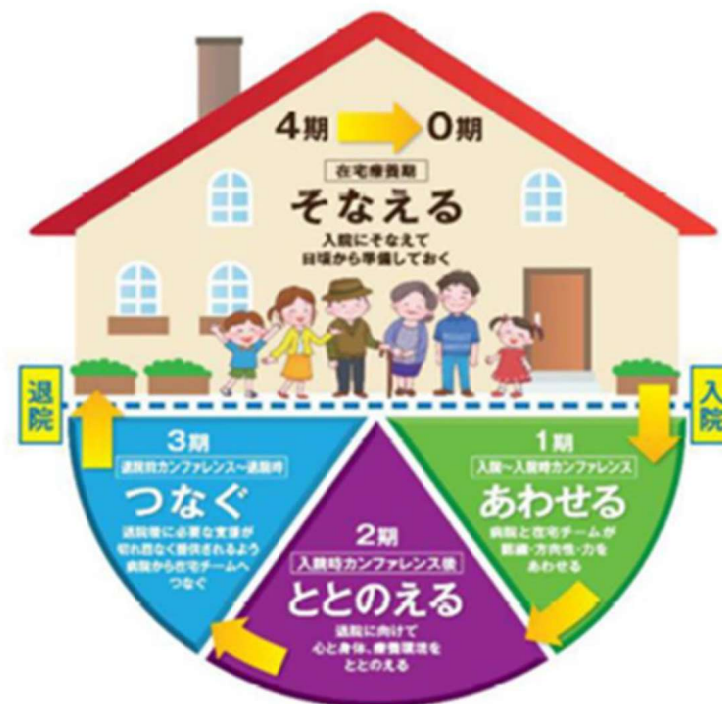


# 大切にしよう「そなえる」視点

～これからの暮らし(施設入所・生活基盤の整備)に向けた支援～ Ver.1



オオサカ 支援コラボ会議 ～現場の「困った」を「安心」に変える場～  
(通称:オシコラボ)

2026.03.31

# 目次

1. はじめに
2. 医療機能と治療・利用目的に応じた利用の流れ(例)
3. アセスメントツール
  - STEP1. 身体のこと
  - STEP2. 家族・介護・生活環境
  - STEP3. 本人の意向
4. これからの生活の場の選択例
5. おわりに

参考資料    ガイドライン中の★は、参考資料をご参照ください

- ★① 施設の種類
- ★② 病院の機能について
- ★③ MSW・介護支援専門員の業務と施設入所のサポートについて
- ★④ 人生会議について
- ★⑤ 金銭管理

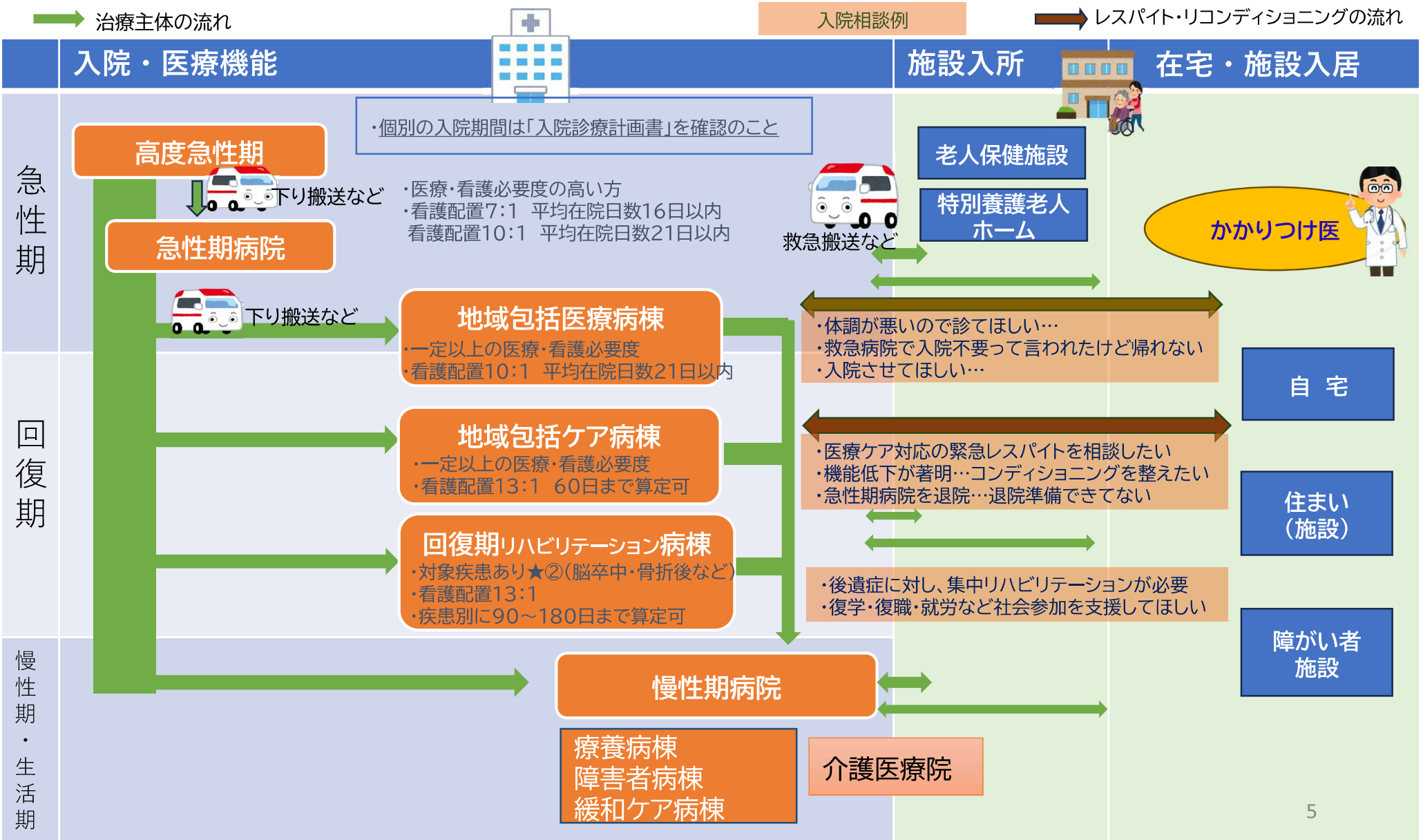
# 1.はじめに

- 近年、高齢者の生活の場は大きく変化しており、自宅以外の住まい・施設で暮らす高齢者が増加しています。大阪府においては、介護保険施設に限らず、有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅等、**介護保険施設以外の「住まい(施設)」の数が全国でも突出して多い状況**にあります。  
その結果、介護保険施設よりも、比較的入居しやすい住まい(施設)が安易に選択される傾向に陥りやすいことから、より一層、本人の意思や生活歴、支援体制を十分に踏まえる援助に向けた、選択プロセスを確保することが重要となります。
- そのような、本人の意思が反映され得ていない事例においては、在宅療養を支える訪問医療・訪問看護等の社会資源が十分に機能していない支援体制やコンプライアンスよりも営利を優先した運営が問題視される事例も指摘されています。一方で、身寄りのない高齢者が自宅で最期まで暮らし続けることが難しい現実もあり、住まいの選択に影響を及ぼす要因となっています。
- その他、自宅生活の継続が困難となる背景には、  
認知症に伴う住環境の悪化(いわゆるゴミ屋敷)  
金銭管理不調による支払いトラブル  
成年後見制度や日常生活自立支援事業の利用の難しさ  
各種契約・解約手続きへの対応困難  
といった、介護保険サービスだけでは十分にカバーできない生活課題が複合的に存在します。  
これらへの支援体制の不足により、介護支援専門員が代行する「シャドーワーク」が問題視されています。

- さらに、介護保険施設以外の住まい(施設)においては、施設紹介業者や施設職員がシャドーワークに該当する役割を担うことが重宝され、結果として適切な支援体制の整備が後回しにされる構造も生じています。
- 本来、これらの生活課題に対する支援が社会保障や地域の仕組みとして十分に整っていれば、身寄りのない高齢者や認知症のある方であっても、自宅での生活を継続できる可能性は高まるはずですが。しかし現状では、地域包括ケアシステムが掲げられる一方で、支援体制の不足から地域外へ居を移す要因にもなっています。
- 本ガイドラインは、こうした課題を踏まえ、介護支援専門員および医療ソーシャルワーカー等の支援者が、
  - 自宅生活の継続に向けた支援の視点
  - 住まい(施設)選定における適切なプロセス
  - シャドーワークを生まない支援体制づくり
  - 地域資源・制度の適切な活用を共有し、本人の尊厳と生活の継続性を守る支援の実践につなげることを目的として作成しました。
- 本ガイドラインが、日々の支援における判断や連携の拠り所となることを期待します。

## 2. 医療機能と治療・利用目的に応じた利用の流れ(例) ★②

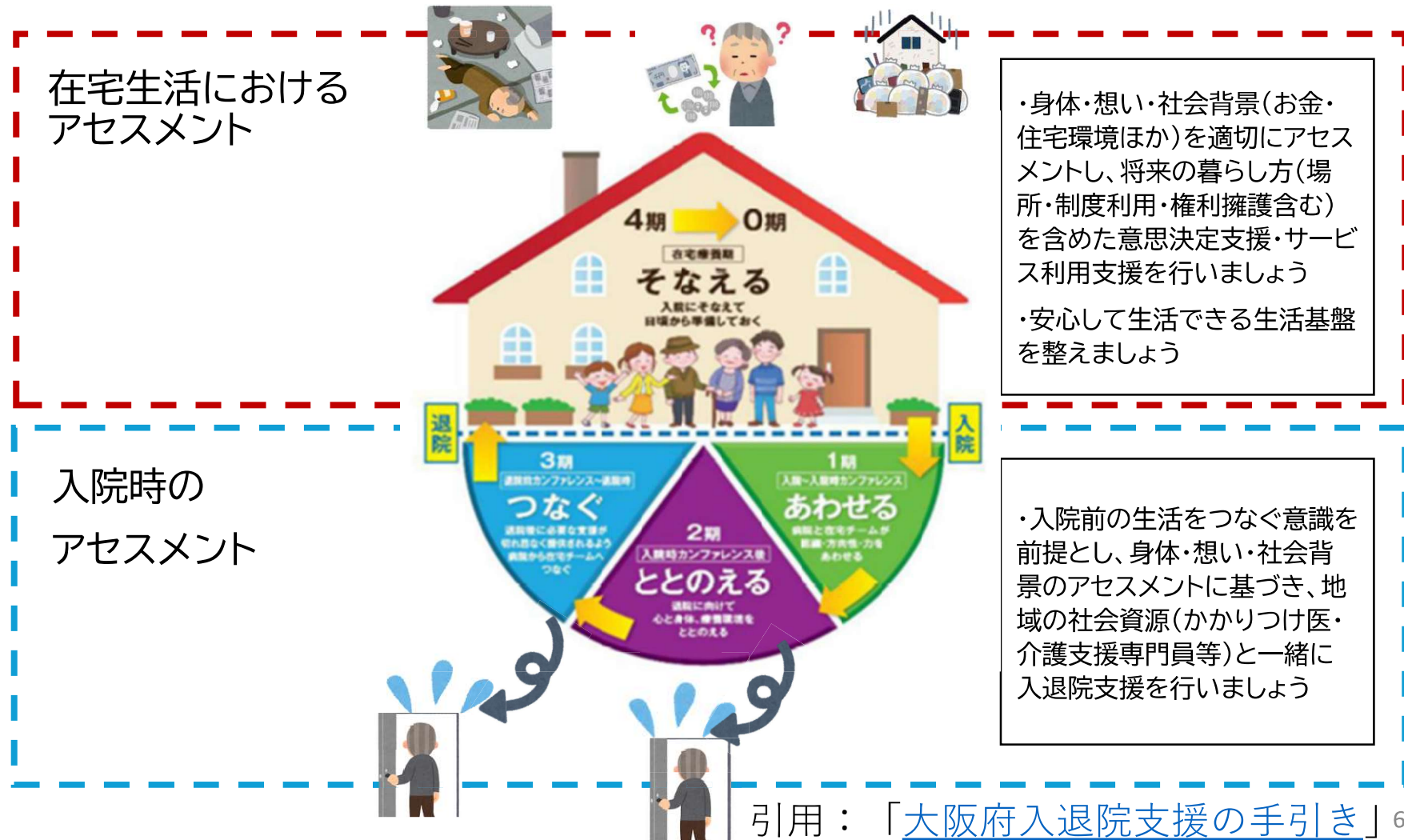
自宅生活が難しくなったとき、退院後の生活を準備するとき、施設入所が検討されます。医療・介護連携や施設入所の支援は、今、おかれている状況を知ることから始まります。病院の機能も含め、今どこにいるのか、これからどんな選択肢があるのか、下図を参考にしましょう。



### 3. アセスメントツール

これからの療養支援の流れ(「大阪府入退院支援の手引き」を活用)

☆STEP1.2.3のアセスメントは、日頃からのかかりつけ医等の支援者との方針のすり合わせや、いざというとき(入院時連携・今後の療養方針検討)にも役立ちます。



# 「在宅療養を安全にスタートするためのチェックシート」 Ver.1

## STEP.1 身体のこと

1. 医療継続(機器・物品利用等) + 診察頻度・方法を要確認
2. 皮膚・褥瘡
3. 在宅医療・体調管理
4. 慢性疾患(管理・支援の内容)
5. 口腔・栄養・摂食
6. 排泄管理・支援
7. 睡眠障害
8. ADL・IADL・機能維持
9. 病態の安定・不安

日常的なアセスメント・今後の療養方針の検討場面では、随時主治医への報告・連絡・相談が必要です！

STEP1 医療ニーズが高い利用者像をチェックしよう	対応する医療サービス (優先順)	根拠
<b>1 医療機器等を装着している状態である</b>	◆医療の状況やリスクを共有することで、チーム全体で安全なケア計画を立て、QOLの向上や自立を支援	
<input type="checkbox"/> カテーテルの留置 (膀胱、腎、胆管も含む) <input type="checkbox"/> 人工呼吸器の使用 <input type="checkbox"/> たん、唾液の吸引 <input type="checkbox"/> がん性疼痛のコントロール (注射・内服液) <input type="checkbox"/> 気管切開カニューレ装着 <input type="checkbox"/> ストマの装着 (大腸・尿路) <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> 経管栄養チューブ (胃ろう含む) の使用 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養・持続点滴 <input type="checkbox"/> 腹膜透析 <input type="checkbox"/> インスリンの自己注射	訪問看護 訪問看護・リハビリ 訪問看護・リハビリ 訪問看護・薬剤師 訪問看護 訪問看護 リハビリ・訪問看護 訪問看護・栄養士・薬剤師・歯科 訪問看護・栄養士・薬剤師 訪問看護・栄養士 訪問看護・栄養士・薬剤師	感染予防 排泄機能のアセスメント 医療機器の管理 各種合併症の予防 有効的な排痰援助と肺炎の予防 薬の正しい理解と痛みアセスメント 感染予防とカニューレトラブルへの予防と対応 排泄管理とストマ周辺の皮膚トラブルの予防・管理 呼吸機能の評価・正しい呼吸方法の獲得 挿入部の皮膚・粘膜トラブルの予防 栄養状態のモニタリング 簡易懸濁法等適切な薬の注入方法の検討 口腔機能の評価、改善 安全な管理 摂食嚥下・栄養の改善 ルート・針の選定の際の助言 感染の予防 食生活の支援 インスリン管理 食生活の支援 本人にあった薬剤の形態の評価
<b>2 皮膚・爪のケアが必要である</b>	◆長い間の生活や動作の結果であることを理解し、生活様式全体を評価し再構築	
<input type="checkbox"/> 爪に問題がある (陥入爪、感染など) <input type="checkbox"/> 褥瘡がある <input type="checkbox"/> 皮膚に傷があり (潰瘍、熱傷、白癬、など) 治りにくい	訪問看護・リハビリ 訪問看護・リハビリ・栄養士・薬剤師 訪問看護・薬剤師	感染の予防 歩行障がい予防 傷の処置 栄養、介護方法、動作の改善 寝具やマットレスなどの評価と選定 薬剤や創傷被覆材の選定・使用法の助言 糖尿病などの基礎疾患との関連性やケアの評価 医療材料の選定の際の助言
<b>3 医療的な視点でのリスク管理 (入院を予防) が必要</b>	◆治療が生活の弊害にならず、健康を取り戻すための支援	
<input type="checkbox"/> 治療食をたべている <input type="checkbox"/> 薬を飲んでいる <input type="checkbox"/> がん治療中 (薬・放射線)	栄養士・訪問看護・薬剤師 薬剤師・訪問看護 薬剤師・訪問看護・栄養士	本人の生活にあった食事の改善や工夫 服薬アドヒアランス向上サポート 残薬調整、ポリファーマシー対策の検討 副作用や栄養の評価、改善
<b>4 慢性疾患がある</b>	◆生活の中に潜する病状悪化の要因を排除し、生活の質低下を防ぐための支援	
<input type="checkbox"/> 慢性閉塞性肺疾患 <input type="checkbox"/> 腎不全・心不全 <input type="checkbox"/> 尿路感染を繰り返している <input type="checkbox"/> 肺炎を繰り返している <input type="checkbox"/> 認知症・精神疾患がある	リハビリ・訪問看護・栄養士 栄養士・訪問看護・薬剤師 訪問看護・薬剤師 歯科・リハビリ・訪問看護 訪問看護・リハビリ・薬剤師・P S W	廃用性のADL低下の予防 尿量を確認しながら、安全に服薬してもらうサポート 栄養状態のモニタリング 食生活の支援 排泄状況と繰り返す原因の評価 適切な薬の選択・副作用の評価 口腔・嚥下機能の評価とケア 潜在している心身の状態の評価
<b>5 口の中・食へること・栄養に問題がある</b>	◆生きることや活力の基本である「食へること」を見直すための支援	
<input type="checkbox"/> 摂食・嚥下に問題がある <input type="checkbox"/> 痩せている。BMI (体重÷身長m÷身長m) が18.5未満 <input type="checkbox"/> 過去3か月で体重が減少した <input type="checkbox"/> 噛めない、または、噛むことに問題がある <input type="checkbox"/> 口臭・口腔内食物残渣がある	歯科・リハビリ・栄養士・訪問看護・薬剤師 栄養士・歯科 栄養士 歯科・リハビリ・訪問看護・栄養士 歯科・訪問看護	摂食機能の評価・回復 食事形態・ボジショニングの工夫 補助栄養食の活用検討 低栄養の原因を評価し、改善 体重減少の原因を評価し、改善 咀嚼機能の評価・改善 虫歯、歯周病、義歯の問題改善 食事形態の工夫・ボジショニングの工夫 口腔内疾患の予防 誤嚥性肺炎の予防
<b>6 排泄</b>	◆自立した排泄ができ精神的苦痛や自尊心低下がないよう支援	
<input type="checkbox"/> 対処できていない便秘や下痢がある <input type="checkbox"/> 尿失禁や頻尿、排尿困難がある	訪問看護・薬剤師・リハビリ・栄養士 訪問看護・リハビリ・薬剤師	原因を評価し、排泄の状態を改善 薬の副作用の可能性の評価
<b>7 睡眠</b>	◆生活の中に潜する睡眠障害の要因を排除し、本来の生活機能を取り戻すための支援	
<input type="checkbox"/> 昼夜逆転している <input type="checkbox"/> 不眠である	訪問看護・薬剤師・リハビリ 訪問看護・薬剤師	原因を評価し、睡眠状態を改善
<b>8 活動性の低下</b>	◆身体機能の改善及び環境の整備を行うことで、住み慣れた場所で安全に暮らし続けられるための支援	
<input type="checkbox"/> 以前に比べADLが低下し、生活の再編が必要 <input type="checkbox"/> IADLに問題がある。 <input type="checkbox"/> 進行性の神経難病である。 <input type="checkbox"/> 転倒歴がある。	リハビリ・訪問看護 リハビリ・訪問看護・歯科・栄養士 リハビリ・訪問看護 リハビリ・薬剤師・訪問看護	ADLの評価、改善の可能性、生活環境の評価・環境 (人的・物的) の再編 今後ADLの低下の可能性も含めた評価 廃用性のADL低下を予防 転倒リスクの評価 生活環境の評価・環境 (人的・物的) の再編
<b>9 状態の変化により、在宅療養生活に不安がある</b>	◆自分らしい生活や限りある「生」を充実させるための支援 「人生の最終段階における医療の決定に関するガイドライン」を踏まえる	
<input type="checkbox"/> 急な病状変化に対する不安がある <input type="checkbox"/> 終末期であるが本人の意思が不明瞭・不安が強い	訪問看護 (24時間対応型) 訪問看護・薬剤師	不安の原因を究明し解消 死への不安や苦痛を緩和できるように支援

※栄養士やリハビリなど地域の資源が不足の場合は、訪問看護に相談・検討

⇒ チェックが入った項目に対応する専門職等と連携しながら、生活の質を維持・向上できる“在宅ケアチーム”をつくりましょう。

通院が可能か、通院を継続することで生活の質の低下が予測される場合は、早めに在宅医療への移行を検討しましょう。

ケアプランの作成に当たっては相談先をあらかじめ決め、すぐに対応できるよう備えておきましょう！

窓口⇒主治医・在宅医療・介護連携相談支援窓口・訪問看護ステーション (教育ステーション)

地区歯科医師会 (在宅歯科ケアステーション) ・ (公社) 大阪府栄養士会 (栄養ケア・ステーション) 等

# STEP.2 家族・介護・生活環境

## 「在宅療養を安全にスタートするためのチェックシート」 Ver.1

### 「課題整理総括表」

課題整理総括表

自立した日常生活の 阻害要因 (心身の状態、環境等)		①	②	③
		④	⑤	⑥
状況の事実 ※1		現在 ※2		要因※3
		改善/維持の可能性※4		備考(状況・支援内容等)
移動	室内移動	自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化	
	屋外移動	自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化	
食事	食事内容	支障なし 支障あり	改善 維持 悪化	
	食事摂取	自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化	
	調理	自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化	
排泄	排尿・排便	支障なし 支障あり	改善 維持 悪化	
	排泄動作	自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化	
口腔	口腔衛生	支障なし 支障あり	改善 維持 悪化	
	口腔ケア	自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化	
服薬		自立 見守り 一部介助 全介助	改善	
入浴		自立 見守り 一部介助 全介助	改善	
※家計のやりくり(収入・支出)にも留意すること。サービス利用を滞る・利用料や家賃等の滞納など日常生活場面からもアセスメント可能です			改善	
整理・物品の管理		自立 見守り 一部介助 全介助	改善	
金銭管理		自立 見守り 一部介助 全介助	改善	
買物 ※		自立 見守り 一部介助 全介助	改善	
コミュニケーション能力		支障なし 支障あり	改善	
認知		支障なし 支障あり	改善	
社会との関わり		支障なし 支障あり	改善	
褥瘡・皮膚の問題		支障なし 支障あり	改善	
行動・心理症状(BPSD)		支障なし 支障あり	改善	
介護力(家族関係含む)		支障なし 支障あり	改善	
居住環境		支障なし 支障あり	改善	

さらに介護・福祉と包括的に関わる必要があると予測されるもの

### STEP2 さらに利用者の背景をチェックしましょう

- 独居である
- 介護者の理解が不良である
- 介護者の疲弊が予測される
- 虐待等を含めた介護状況に問題がある可能性がある
- 家族背景・経済背景などに何らかの事情がある
- 24時間365日対応を要するような状態である
- 入退院を繰り返している
- サービス拒否がある
- 不衛生な室内環境

### 支援を要する場合の相談先：参考資料をご参照ください★⑤

- ・日常的な金銭管理(銀行口座からの引出し・各種支払い等)  
日常生活自立支援事業(社会福祉協議会)  
成年後見制度(任意後見も含む)
  - ・つながり・見守り支援の開始  
見守り支援・CSW(社会福祉協議会)  
地域包括支援センター見守り支援(地域包括支援センター)  
オレンジチーム
  - ・家計のやりくり  
生活困窮者自立支援制度(社会福祉協議会)  
生活保護(自治体)
  - ・権利擁護・契約行為  
成年後見制度  
支援者がいない場合は自治体へ首長申立てを相談(自治体)
  - ・複合的な課題(借財・介入拒否・制度の狭間問題など)  
重層的支援体制整備事業(自治体)
- ・日常生活自立支援事業  
・生活困窮者自立支援制度  
・重層的支援体制整備事業
- 地域の充足状況に差がある。
- ・公的社会資源だけでなく、民間資源の活用や人の手を介さない管理方法も有効。
- ・金融機関への相談や、スマホ利用によるネットバンキングの活用なども有効なツール。

支援開始が遅れるほど、問題(生活のしづらさ)は大きくなります。先送りしない早期支援が必要です。★⑤



## 4. これからの生活の場の選択例

STEP1.2.3.のアセスメントに基づき、本人の自己実現につながるよう施設選定を支援しましょう。(目的・希望・身体ケア・経済面なども参考に)

医療・介護提供	施設・事業の名称★①	利用要件	利用目的	利用期間	医療処置(褥瘡・点滴・注射ほか)	利用料	個室	自由度 (面会・外出)
医療・介護は施設が提供	介護医療院	要介護度1以上	療養	短期～長期	○	所得に応じた利用料	状況による	△
	介護老人保健施設	要介護度1以上	在宅復帰支援 リハビリテー ション	短期	△	所得に応じた利用料	多床室・個室	△
	介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム)	要介護度3以上 (例外あり)	介護支援	長期	△	所得に応じた利用料	多床室・個室 従来型・ユニッ ト型	○
介護は施設が提供	有料老人ホーム(介護付)	要介護度1以上	住まい・介護	長期	応相談	家賃・物件+ α	○	○
医療・介護は別途契約	有料老人ホーム(住宅型)	原則60歳以上 であれば利用で きる。	住まい・介護	長期	応相談	家賃・物件+ α	○	○
	サービス付高齢者向け住宅		住まい・介護	長期	応相談	家賃・物件+ α	○	○
医療は施設が提供	養護老人ホーム	65歳以上で経済的 な事情等で自宅での 生活が難しい方	養護(環境・経 済的事由)	中期(介助量増 にて退所)	△	所得に応じた 利用料 (低額)	多床室・個室	○
介護を別途契約で追加が可能	軽費老人ホーム	身体機能等が少し低 下しており、日常生活 に不安のある方が対 象。要介護認定はな くても可	生活の場(生 活・経済的事 由)	中期(介助量増 にて退所)	△	所得に応じた 利用料 (低額)	多床室・個室	○
認知症介護に特化	認知症対応型共同生活介護	要支援2、もしくは要 介護度1以上で認知 症と診断を受けた方	認知症ケア	中期(介助量増 にて退所)	△	家賃・物件+ α	個室・ユニット ケア	10 ○

例:自立しているときから介護度を問わず長期間利用でき、自由度の高い個室を希望される方の場合  
ニーズに沿って施設種別を絞り込み、具体的な施設(施設名・場所等)の選択肢を提示し、意思決定を支援しましょう

医療・介護提供	施設・事業の名称	利用要件	利用目的	利用期間	医療処置(褥瘡・点滴・注射ほか)	利用料	個室	自由度 (面会・外出)
医療・介護は施設が提供	介護医療院	要介護度1以上	療養	短期～長期	○	所得に応じた利用料	状況による	△
	介護老人保健施設	要介護度1以上	在宅復帰支援	短期	△	所得に応じた利用料	多床室・個室	△
	介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム)	要介護度3以上 (例外あり)	介護支援	長期	△	所得に応じた利用料	多床室・個室 従来型・ユニット型	○
介護は施設が提供	有料老人ホーム(介護付)	要介護度1以上	住まい・介護	長期	応相談	家賃・物件+ α	○	○
医療・介護は別途契約	有料老人ホーム(住宅型)	原則60歳以上であれば、利用できる	住まい・介護	長期	応相談	家賃・物件+ α	○	○
	サービス付高齢者向け住宅		住まい・介護	長期	応相談	家賃・物件+ α	○	○
医療は施設が提供。	養護老人ホーム	65歳以上で経済的な事情等で自宅での生活が難しい方	養護(環境・経済的事由)	中期(介助量増にて退所)	△	所得に応じた利用料 (低額)	多床室・個室	○
介護を別途契約で追加が可能	軽費老人ホーム	身体機能等が少し低下しており、日常生活に不安のある方が対象。要介護認定はなくても可	生活の場(生活・経済的事由)	中期(介助量増にて退所)	△	所得に応じた利用料 (低額)	多床室・個室	○
認知症介護に特化	認知症対応型共同生活介護	要支援2、もしくは要介護度1以上で認知症と診断を受けた方	認知症ケア	中期(介助量増にて退所)	△	家賃・物件+ α	個室・ユニットケア	○

該当する施設の選択肢の提示・選択支援(資料準備・見学同行等も含む)で適切な社会資源(施設紹介業者)を活用することも可能

## 5. おわりに

- 本ガイドラインは、介護支援専門員および医療ソーシャルワーカー(MSW)が共通の視点を持ち、自宅生活の継続支援や住まい(施設)選定における適切なプロセスを振り返るとともに、医療・介護資源に関する情報を共有することを主な目的として作成しました。
- 日々の支援の中で迷いや葛藤を感じた際に、立ち返ることのできる実践的な手引きとして活用されることを期待しています。
- 今後は、本ガイドラインの活用を通じて、各地域の実情や事例を踏まえた運用の見直しや改善を重ね、地域における支援体制の充実につながる情報共有が求められます。
- また、MSWと介護支援専門員にとどまらず、訪問診療・訪問看護、地域包括支援センター、施設関係者、行政など、多様な職種・関係機関との連携強化が不可欠です。
- オシコラボの活動を通じて、支援者同士が学び合い、つながり合うことで、高齢者が安心して暮らし続けられる地域づくりが少しずつ形になっていくことを願っています。
- 本ガイドラインが、その第一歩となれば幸いです。

## 参考資料 ★① 施設の種類

施設機能の違い	施設・事業の名称	概要	解説HP
医療・介護は施設が提供	介護医療院	要介護度1以上で、医療ケアが必要で長期の療養が必要な方が利用する。	<a href="#">介護医療院とは？</a>
	介護老人保健施設	要介護度1以上で期間を区切り、リハビリで在宅復帰を目指したり、次の施設を検討する間の介護やリハビリが必要な方が利用する。 「老健」と呼ばれることが多い。	<a href="#">介護老人保健施設について</a>
	介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム)	要介護度が3以上が中心で、入院の必要は無いが、多くの介護が必要で自宅で生活することが難しい方が利用する。 「特養」と呼ばれることが多い。	<a href="#">介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)について</a>
介護は施設が提供	有料老人ホーム(介護付)	要介護度1以上で、自宅で生活することが難しい方が利用する。	<a href="#">有料老人ホームについて</a> <a href="#">介護付ホームとは？</a>
医療・介護は別途契約	有料老人ホーム(住宅型)	60歳以上であれば、介護保険の認定がなくても利用が可能。介護サービスは当該施設/住宅とは別契約で、外部の事業所を利用する。介護保険施設ではないので、ケアを受ける際には介護保険の在宅サービスを活用する。バリアフリーで、介護を受けやすい住宅、と考えると分かり易い。自立から要介護5の方まで幅広く利用できる。	<a href="#">有料老人ホームについて</a>
	サービス付高齢者向け住宅		<a href="#">サービス付き高齢者向け住宅について</a>
医療は施設が提供	養護老人ホーム	65歳以上で経済的な事情等で自宅での生活が難しい方が利用する。要介護認定が無くても可。市町村が利用の可否を判断する。非課税または生活保護受給が条件となる。介護量が多くなると対応が難しくなる。	<a href="#">養護老人ホーム・軽費老人ホームについて</a>
介護を別途契約で追加が可能	軽費老人ホーム	身体機能等が少し低下しており、日常生活に不安のある方が対象。要介護認定は無くても可。無料、または低額な金額で利用が可能。市町村へ申込、施設と直接契約になる。介護量が多くなると対応が難しくなる。	<a href="#">高齢者向け住まいについて</a> <a href="#">養護老人ホーム・軽費老人ホームについて</a>
認知症介護に特化	認知症対応型共同生活介護 (認知症高齢者向けのグループホーム)	要支援2、もしくは要介護度1以上で認知症と診断を受けた方が利用する。利用者は、掃除や炊事など、何かできることを共に行いながら生活を営む。	<a href="#">認知症対応型共同生活介護(グループホーム)</a>

## 参考資料★② 病院の機能について

- 医療機関とは、医療法第1条の5(病院・診療所)及び6(介護老人保健施設・介護医療院)に規定されている施設を指します。このほかにも、医療法では、地域医療支援病院・特定機能病院・臨床研究中核病院、病床の種別(精神病床・感染症病床・結核病床・療養病床・一般病床)が規定されています。
- 「救急病院」「リハビリ病院」「がん拠点病院」と呼ばれるように、病院には診療体制・診療報酬制度に基づく分類の仕方もあります。そして、ひとつの病院の中にも、「救急とリハビリテーション」「急性期病棟と地域包括ケア病棟」など複数の機能を有する病院が少なくありません。医療法や健康保険法などにより告示義務があるので、各病院では病院内、またホームページに必要事項を表示しています。
- 患者さんはじめほとんどの人にとって、このような分類はあまりに細かすぎてわかりづらいところでしょう。ただ、現代の医療は細かく専門分化しており、病院という言葉だけで言い表すことができなくなっています。そして、必要な時に最適な治療を受けるために、複数の病院を受診したり、入院先を代わっていくことになる点は理解しておきましょう。

### 1 大まかな機能を理解する

- 医療＝介護連携という観点からは、患者さんが入院して退院するまでの過程をもとに見ていくのが分かりやすいかと思います。そうすると、「急性期」「回復期」「慢性期(生活期)」と大きく3つに分けることができます(P5 図参照)。
- **急性期**とは、具合が悪くなって最初入院する病院というイメージです。急性期病院では、具合が悪い原因を調べて診断をつけたり、診断をもとに手術や処置、薬物投与により治療を行ったりします。時に、難病や複雑な治療を必要とする場合には、**高度急性期**と呼ばれる病院へ転院して治療が行われることもあります。
- その結果、無事退院できる場合もあれば、退院に向けて次のステップへ進む場合もあります。

- 患者さんがさらなる機能回復を図る必要があれば回復期へと移行します。回復期は、ADLの改善を図り、自宅退院や社会復帰を目指したいわゆるリハビリテーションを中心とした医療が行われます。並行して、ソーシャルワーカーが退院や社会復帰に向けた支援を行い、介護保険の利用をすすめ、時に自宅に代わる療養場所の準備を進めていきます。
- 急性期、また回復期から次のステップへ進む準備のために、あるいは、入院のほうが望ましい場合には、慢性期へと移行することもあります。慢性期では、必要な医療を受けつつ、リハビリテーションや介護も行いながら、療養を継続したり、自宅退院や施設入所に向けての仕上げを図ったりしていきます。

## 2 慢性疾患への対応

- 今では患者さんのほとんどは慢性疾患を抱えて、継続して受診するようになっています。1回限りの入院で終わることも少なく、特に、要介護者では、体調を崩すたびに入院治療を要する場合も少なくありません。また、経管栄養、気管切開や透析療法といった医療的ケアが必要な患者さんでは、介護施設への入所が難しい場合もあり、介護者のレスパイトのために入院となることもあります。
- このような場合には、その患者さんがかかりつけとしている急性期や慢性期の病院にて主に対応しています。

## 3 看取りの支援

- 人生の最終段階が近づいてくるにつれて、どこで最期を迎えるかを相談していく機会が増えています。持病が悪化してかかりつけの病院で看取られることもあれば、より良い最期を迎えるために緩和ケア病棟へ入院したり、自宅や入所している施設での看取りを選択したりすることもあります。緩やかに経過していく場合には、緩和ケア病棟などへ入院していても一時退院して自宅で過ごす時間を持つ患者さんもおられます。
- このような場合には、短時間で退院準備を進めるなど、医療と介護、また病院と在宅診療チームとの十分な連携が求められます。

#### 4 入院の相談窓口

- 多くの病院には、入院依頼に対応する窓口が設置されています。かかりつけ医療機関からの治療を目的とした依頼は地域連携部門が担い、レスパイトや長期療養など治療目的でない入院依頼は相談部門が担うなど、目的により窓口を分けている病院もあります。
- どちらの場合も、入院相談の窓口は各病院のホームページに案内を掲載しているため、当該病院のホームページへアクセスしてみましょう。それでもよくわからない場合には、代表番号へ電話して要件を伝え、担当者へつないでもらうか、ソーシャルワーカーへ問い合わせるかのいずれかでカバーできると思います。
- 病院にはさまざまな相談窓口が設けられており、また、その名称は病院ごとに異なっています。そのため、病院と連携するにあたっては戸惑うこともあるかもしれません。

複雑な医療の仕組みではありますが、日常業務に関わるところだけでも理解しておく、医療側の動きもつかめるようになり日々の連携に活かしていただければと思います。

#### ※ご参考:

・地域によっては、在宅医療・介護連携推進事業の一環で、目的に応じた病院の相談窓口一覧(受診・書類・入退院支援など)を作成されています。ホームページ等の公表資料を確認することや医介連携コーディネーターに問い合わせるなどで確認いただけます。

参考:「[2025年度版堺市病院連絡窓口一覧表](#)」「[和泉市内・病院連携の窓口一覧表\(R7年4月1日現在\)](#)」

## ★「入院診療計画書」

入院期間等の確認に是非ご活用ください。

医師、看護師等の共同により策定された入院診療計画です。

### 入院診療計画書とは

1.病名、症状、推定される入院期間、予定される検査及び手術の内容並びにその日程、その他入院に関し必要な事項が記載された総合的な入院診療計画である

2.患者が入院した日から起算して七日以内に、当該患者に対し、当該入院診療計画が文書により交付され、説明がなされるものである

京紙2

## 入院診療計画書

(患者氏名) \_\_\_\_\_ 殿

平成 年 月 日

病種（病室）	
主治医以外の担当者名	
在宅復帰支援担当者名 *	
病名 (他に考え得る病名)	
症 状	
治 療 計 画	
検査内容及び日程	
手術内容及び日程	
推定される入院期間	
特別な栄養管理の必要性	有 ・ 無 (どちらかに○)
その他 ・看護計画 ・リハビリテーション 等の計画	
在宅復帰支援計画 *	
総合的な機能評価 ◇	

注1) 病名等は、現時点で考えられるものであり、今後検査等を進めていくにしたがって変わり得るものである。

注2) 入院期間については、現時点で予想されるものである。

注3) \*印は、亜急性期入院医療管理料を算定する患者にあつては必ず記入すること。

注4) ◇印は、総合的な機能評価を行った患者について、評価結果を記載すること。

注5) 特別な栄養管理の必要性については、電子カルテ等、様式の変更が直ちにできない場合、その他欄に記載してもよい。

(主治医氏名) \_\_\_\_\_ 印

(本人・家族) \_\_\_\_\_

★「回復期リハビリテーション病棟対象疾患」 下記の病名・状態の方が利用できる病棟です

- 病名・状態により、算定上限日数が異なります。
- 患者の入院期間は、医師やリハビリテーションチームがリハビリテーション計画に応じて指示した期間です。
- 平均的な入院期間は、算定上限日数の約1/2の期間です。

引用：「一般社団法人回復期リハビリテーション病棟連絡協議会」のHP [回復期リハビリテーション病棟とは](#)

回復期リハビリテーションを要する状態	算定上限日数
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 脳血管疾患</li> <li>• 脊髄損傷</li> <li>• 頭部外傷</li> <li>• くも膜下出血のシャント手術後</li> <li>• 脳腫瘍</li> <li>• 脳炎</li> <li>• 急性脳症</li> <li>• 脊髄炎</li> <li>• 多発性神経炎</li> <li>• 多発性硬化症</li> <li>• 腕神経叢損傷等の発症後若しくは手術後の状態又は義肢装着訓練を要する状態</li> </ul>	150日
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害</li> <li>• 重度の頸髄損傷及び頭部外傷を含む多部位外傷</li> </ul>	180日
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 大腿骨</li> <li>• 骨盤</li> <li>• 脊椎</li> <li>• 股関節若しくは膝関節の骨折</li> <li>• 二肢以上の多発骨折の発症後又は手術後の状態</li> </ul>	90日
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 外科手術又は肺炎等の治療時の安静により廃用症候群を有しており</li> <li>• 手術後又は発症後の状態</li> </ul>	90日
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 大腿骨</li> <li>• 骨盤</li> <li>• 脊椎</li> <li>• 股関節又は膝関節の神経</li> <li>• 筋又は靭帯損傷後の状態</li> </ul>	60日
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 股関節又は膝関節の置換術後の状態</li> </ul>	90日
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 急性心筋梗塞</li> <li>• 狭心症発症その他急性発症した心大血管疾患又は手術後の状態</li> </ul>	90日

参考資料 ★③ MSW・介護支援専門員の業務と施設入所のサポートについて  
 ～ともにWell-beingを支援するプロとして～

	MSW(医療ソーシャルワーカー)	介護支援専門員
主な所属機関	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病院・診療所</li> <li>・老人保健施設</li> <li>・介護医療院</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・居宅介護支援事業所</li> <li>・介護保険施設</li> <li>・地域包括支援センター</li> </ul>
資格	社会福祉士・精神保健福祉士等	介護福祉士、社会福祉士、看護師等の医療・福祉の国家資格取得後に5年以上の経験を経て、実務研修受講試験に合格のうえ実務研修を修了
主な視点	「人間の尊厳」 「人権」 「社会正義」 「集団的責任」 「多様性の尊重」 「全人的存在」 の6つの原理に則り、 「クライアントに対する倫理責任」 「組織・職場に対する倫理責任」 「社会に対する倫理責任」 「専門職としての倫理責任」を果たす  引用:「 <a href="#">ソーシャルワーカーの倫理綱領</a> 」	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者本位と自立支援</li> <li>・適正な介護支援サービスの提供</li> <li>・個別性の尊重とプライバシーの保護</li> <li>・総合的なサービス提供と他機関との連携</li> <li>・利用者の代弁と権利擁護</li> <li>・支援ネットワークの構築と地域福祉推進</li> <li>・公正中立な情報提供と協働行動の推進</li> <li>・制度の改善と質の高い介護支援専門員の育成</li> <li>・サービス情報の公開と評価</li> </ul> 引用:「 <a href="#">大阪介護支援専門員協会倫理綱領</a> 」

	MSW(医療ソーシャルワーカー)	介護支援専門員
業務の範囲	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 意思決定支援</li> <li>2. 心理的・社会的課題解決への支援</li> <li>3. 入退院支援・療養支援</li> <li>4. 社会生活と治療の両立支援</li> <li>5. 受診・受療支援</li> <li>6. 経済的課題の把握と解決に向けた支援</li> <li>7. 組織内活動</li> <li>8. 地域・社会活動</li> </ol> <p>引用：<a href="#">【医政発0313第4号】医療ソーシャルワーカー業務指針の全部改正について</a></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護保険制度を中心とした相談業務</li> <li>・要支援/要介護認定申請の代行</li> <li>・要支援・要介護者に対する アセスメント、ケアプラン作成、サービス担当者会議、サービスの調整・手配、モニタリング、給付管理等のケアマネジメント</li> <li>・介護保険施設等の紹介</li> <li>・意思決定支援、家族支援</li> <li>・地域包括ケアシステム構築支援</li> </ul>
報酬上の評価	<p>診療報酬</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・入退院支援加算</li> <li>・介護支援等連携指導料</li> <li>・各病棟・退院支援部門・患者サポート体制等への社会福祉士の配置基準</li> <li>・地域連携診療計画加算等のネットワーキング</li> </ul>	<p>介護報酬</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・居宅介護支援費など</li> </ul>
特記事項	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病院により、入退院支援を行う職種が異なる(看護師・事務の場合もある)</li> <li>・所属する部門は、地域医療連携室・医療福祉相談室・患者支援センターなど</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・長年の関わりから、本人の性格、こだわり、経済状況などを深く把握している。</li> <li>・「家に戻るのが難しい」という判断を家族と共に下し、納得感を醸成する。</li> <li>・施設入所後も、住所地特例などの手続きや、家の片付けの相談に乗ることもある。</li> </ul>

※MSW・介護支援専門員の双方に共通する視点

- ・ クライアントのWell-beingを支援する専門職である
- ・ かかりつけ医・関係する多機関との協働をもとに支援する
- ・ 倫理基準に則り業務を通して関わる事業者に対しては、倫理基準を遵守した関係を保つ

→施設紹介事業者も社会資源のひとつです。

施設紹介事業者の持つ強みを理解して、利用者利益のために連携する視点が大切です。

下記は、施設紹介事業者の特徴の一例です。参考にしてください。

### 施設紹介業者の取組み(事業者により異なるため、事業者の特徴を把握すること)

	地域における多様な施設を把握している
	各物件の経営基盤・職員配置・医療介護資源との連携状況等を把握している
	ニーズ(物件・金額・医療介護サービス・食事・近隣の地域情報等)に沿った選択肢を提示できる
	施設探しに伴う準備(見学同行・不明点の確認等)・手続きを支援できる
	入居契約に伴う手続き支援(スケジュール管理・支払いを含む諸契約・住民票異動・前住居の解約や荷物破棄等)を対応できる
	入居後の利用状況を確認し、不具合がある場合は当該施設職員への運営改善の申し入れなど、必要な支援を行う

※施設紹介事業者も、透明性の担保・質の向上に努めておられます。

高齢者住まい団体連合会による「[高齢者向け住まい紹介事業者届出公表制度](#)」は一例です。

[届出された紹介事業所の一覧](#)

# 参考資料 ★④ いつでも どこでも 人生会議

・これから…にそなえるために、  
適宜ご意向を確認し、関係者と共有しましょう。

・伺っただけ…にならないように  
ご意向を実現するための、支援もお忘れなく！



(※) 訪問診療は平均月に1～2回の頻度で行われます。  
訪問看護は医師の指示書に基づき行われ、状態に応じて回数が変わります。



引用：大阪府HP「[アドバンス・ケア・プランニング（ACP、愛称『人生会議』）をご存じですか？](#)」

- 認知機能の低下にともない、家賃や公共料金など日常生活に欠かせない支払いや預貯金の引き出し、家計管理に支障が出ることは支障がでることも考えられます。そのため、金銭・財産管理は必須の支援事項であると言えます。
- 活用できる資力も含めた利用者本人の状況、身近な支援者の有無、施設入所中か否か、収入源の詳細、管理すべき資産など、個別の事情に基づき、適した資源を活用し、一緒に検討のうえ、関係機関との支援ネットワークを構築していきます。
- 金融機関の資源活用もひとつの選択肢です。個人情報と資産保護の壁はありますが、金融機関側も地域福祉関係機関との連携を推奨されるようになってきています。個々の事情を踏まえて相談していくようにしましょう。

困った事例を放置して後回しにすることなく、地域ケア会議・重層的支援体制整備事業などを活用しながら、金融機関・関係機関と一緒に検討できる巻き込み支援のプロになりましょう。

- どんな風に支援できるのか…次の資料をご参照いただけます。

# 複合的な課題を抱える高齢者の増加に対応するための 相談体制・ケアマネジメント体制の整備

社会保障審議会  
介護保険部会  
(第117回)

資料 1

令和7年2月20日

インフォーマルな支援者にも留意しましょう



## 身寄りのない高齢者等が抱える課題の解決に際してつながるべき関係者・関連事業等の例

- 身寄りのない高齢者等が抱える課題として、生活支援、財産管理、身元保証、死後事務などが挙げられる。
- こうした課題の解決方法としては、**地域ケア会議などを活用してケアマネジャーや地域包括支援センターが中心となって地域課題として必要な資源を整理することに加え、地域の多様な主体による取組、民間サービス、公的な制度・事業（身寄りのない高齢者等の支援を行う第二種社会福祉事業（新設について福祉部会において検討中）、生活困窮者居住支援事業、成年後見制度）など、必要なニーズに対応した関係者・関連事業等につなげていくことが考えられる。**

### 身寄りのない高齢者等が抱える課題の例

生活支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 通院の送迎・付き添い</li> <li>・ 買い物の同行、物品購入</li> <li>・ 日用品や家具の処分</li> <li>・ 介護保険サービス等に係る手続きの代行</li> </ul>
財産管理	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 定期的な収入（年金等）・支出（公共料金等）に係る手続き代行</li> <li>・ 生活費の管理</li> <li>・ 財産の保存、管理、売却等に係る手続き代行</li> </ul>
身元保証	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 入退院・入退所時の手続き支援</li> <li>・ 緊急連絡先の指定の受託、緊急時の対応</li> </ul>
死後事務	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 死亡や火葬に係る手続き代行</li> <li>・ ライフラインの停止に関する手続き代行</li> <li>・ 残置物などの処理に係る手続き代行</li> <li>・ 墓地の管理・撤去に係る手続き代行</li> </ul>

つなげる先に相談しましょう

ケアマネジャーや地域包括支援センターが中心となり

→朝来市の例

専門性  
高

### つながるべき関係者・関連事業等の例

生活支援コーディネーターと協働し、**地域の多様な主体による社会資源の発掘・創出、ネットワーク構築**

- ・ NPO団体
- ・ ボランティア団体
- ・ 互助組織（老人クラブ等）
- ・ 住民主体の取組 など

→出雲市の例

民間のサービスにつなぐ

- ・ 高齢者等終身サポート事業
- ・ 信託銀行によるサービス
- ・ 保険外サービス など

→岡崎市の例

公的な制度・事業の活用

- ・ 身寄りのない高齢者等の支援を行う第二種社会福祉事業（新設について福祉部会において検討中）
- ・ 生活困窮者居住支援事業
- ・ 成年後見制度 など

→福祉部会における議論に関連

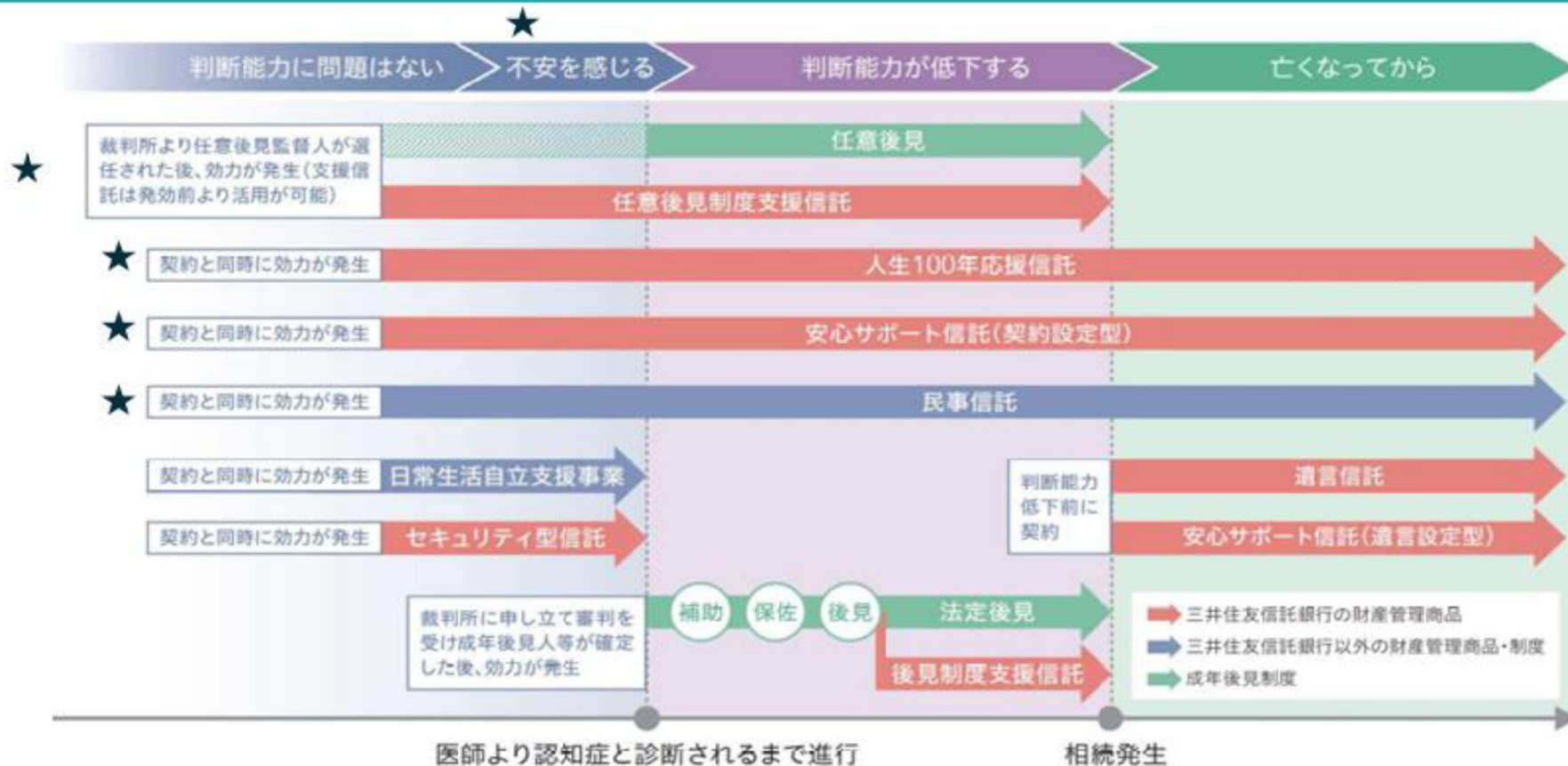
※ 「ケアマネジメントに係る諸課題に関する検討会の中間整理」（令和6年12月）及び 総務省行政評価局「身元保証等高齢者サポート事業における消費者保護の推進に関する調査結果報告書」（令和5年8月）もとに整理

認知機能の低下→金銭・財産管理は必須の支援事項

適した資源の活用につき、一緒に検討し、関係機関との支援ネットワークを構築すること

金融機関の資源活用もひとつの選択時、金融機関においても、地域福祉関係機関との連携が推奨されています

## 2. 超高齢社会に対応した財産管理商品・制度の効力発生時期



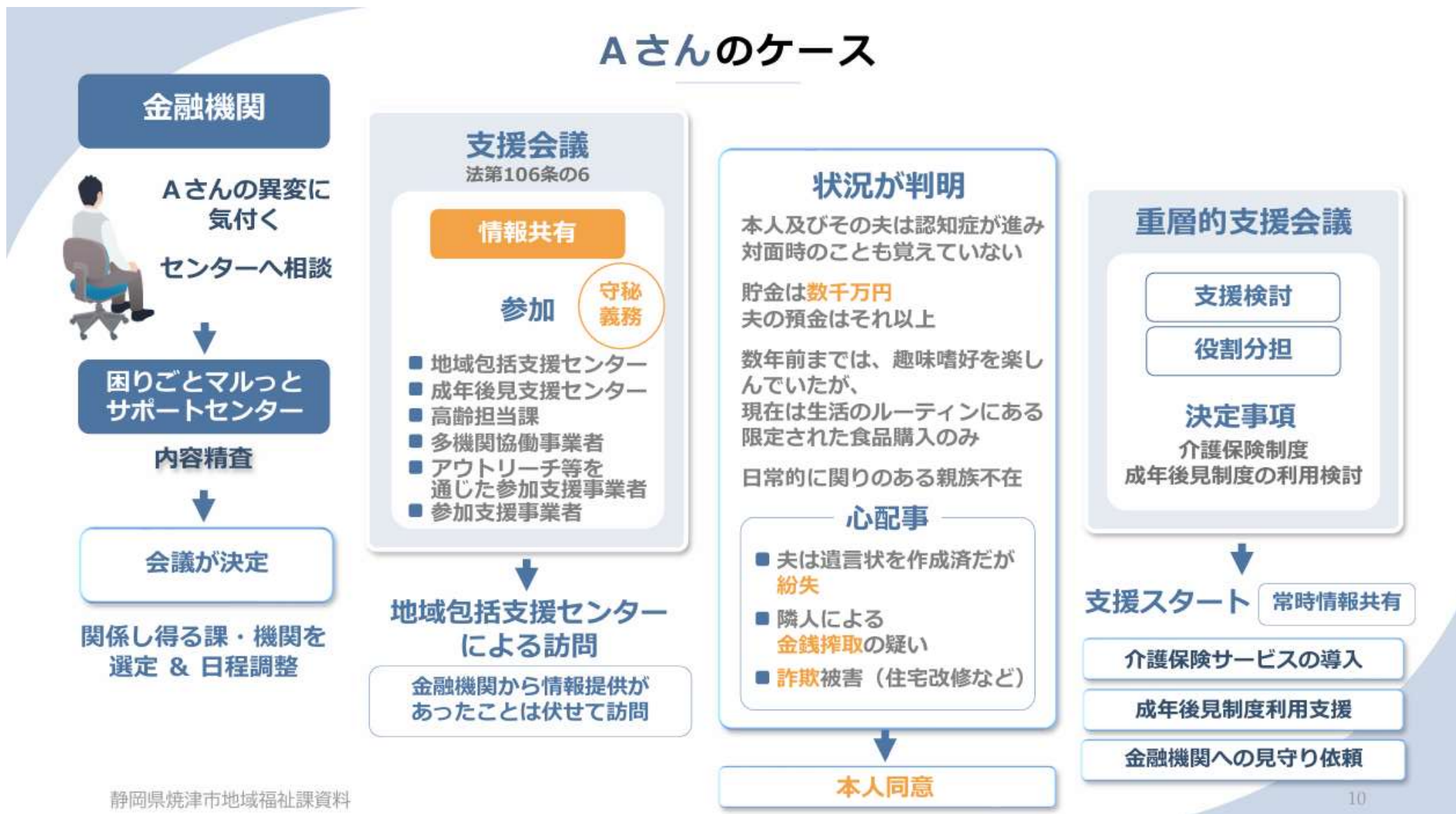
認知症は徐々に進行する病気。判断に能力の低下した後の事後対応の性格を持つ法定後見、契約は健常時・発症後の任意後見、即時効力が発生する各種契約など効力発生時期に留意が必要です。

引用:「被後見人等が本人らしい生活を送れるよう、チームにおける意思決定支援の下での本人のための財産管理・身上保護の取組を全国的に進めるための研修の在り方等を検討する事業」財産管理WG 参考資料 10-2 高齢期の認知機能の低下に関連した金融サービス(八谷委員)

困った事例を放置しないで→

地域ケア会議・重層的支援体制整備事業など、金融機関・関係機関と一緒に検討できる巻き込み支援のプロになりましょう

## Aさんのケース



静岡県焼津市地域福祉課資料

10

引用：「第2回SIP包摂的コミュニティプラットフォームシンポジウム 福祉×金融で支える認知症社会-始動する金融包摂-」(焼津市健康福祉部福地域福祉課 室長 河口典英氏)

成年後見制度・生活困窮者自立支援制度も有力な資源です。積極的に相談・活用しましょう

**こんな方に 成年後見制度**

**任意後見** 将来、認知症になった時に、財産の管理等が心配!  
 財産管理や契約等を支援する任意後見人を選んでおける。  
※ご本人の判断能力が低下した場合に、家庭裁判所へ「任意後見監督人」の選任の申立てをする必要があります。

**法定後見** 医療や福祉サービスの  
 手続や契約がよくわからない  
 成年後見人等がご本人に代わって、契約や手続をしてくれる。

何にお金を使ってしまったか思い出せない  
 成年後見人等が不当な契約をと取り消してくれる。

よくわからずに契約をしてしまった

●「成年後見制度」の種類●

任意後見	法定後見		
	補助	保佐	後見
将来に備える方へ	重要な手続・契約の中でひとりで決めることに心配がある方	重要な手続・契約などをひとりで決めることが心配な方	多くの手続・契約などをひとりで決めることがむずかしい方
ひとりで決めることができるうちに任意後見人を選定	一部の契約・手続等の同意・取消や代理	財産上の重要な契約等の同意・取消や代理	すべての契約等の代理・取消
自分で選んだ人を任意後見人にするができる	家庭裁判所が補助人、保佐人、成年後見人を選任 (本人の親族、法律・福祉の専門家、その他の第三者、福祉関係の法人やその他の法人)		

任意後見と法定後見では手続の流れが違います。  
 詳しくは、厚労省「成年後見はわかり」のホームページでご確認ください。

相談窓口の検索は [成年後見はわかり 厚労省](#)

引用 厚労省 成年後見チラシ「あれこれ決められなくなる前に! 知っておこう。備えておこう。」

厚生労働省 Ministry of Health, Labour and Welfare

**生活にお困りの方のための支援制度**があります  
 ひとりで悩まず、まずは相談してみませんか

生活困窮者自立支援制度では、生活にお困りの方の相談を受け付け、ひとりひとりの状況に合わせて、働くための支援、家賃相当額の支給などの住まいの支援、家計の立て直しの支援など、さまざまな支援を提供しています

例えば...

- 仕事がなく、どうしたらよいか分からない
- お金がたりない
- 働きたくても働けない
- 家賃や税金、公共料金が払えない
- 住むところがない
- 家族のことで困っている

相談先

お住まいの地域の相談窓口で相談ができます。ご本人だけでなく、家族など周りの方からの相談も受け付けます。窓口に来ることが難しい場合は、まずは電話やメールで問い合わせることもできる場合があります。  
 相談窓口の一覧 <https://minna-tunagaru.jp/ichiran/>

▼相談窓口の一覧

引用 厚労省 「生活困窮自立支援制度のチラシ」 28

大阪医療ソーシャルワーカー協会

代表理事 藤井 由記代

副代表理事 杉井 健祐

副代表理事 藤田 譲

理事 畑中 良子

理事 角村 勇樹



大阪介護支援専門員協会(敬称略)

副会長 前川 たかし

副会長 大谷 信哉

事務局長 中辻 朋博

常任理事 峯岸 良旨

常任理事 征録 明彦

常任理事 植田 智子

常任理事 庄禮 博文

常任理事 竹尾 安代

研修センター部長 村山 尚紀

# 参考資料

1. 【表紙P.1】大阪府「変化に気づき介護と医療をつなぐ確認シートの手引き」（平成31年3月）  
<https://www.pref.osaka.lg.jp/documents/54673/hennkanikidukikaigotoiryowotunagakuninnshitonotebiki.pdf>（20260331閲覧）
2. 【P.6、P.7、P.8、P.9】大阪府「大阪府入退院支援の手引き」（平成30年3月）  
<https://www.pref.osaka.lg.jp/documents/54672/nyuutaiinnshiennotebiki.pdf>（20260331閲覧）
3. 【P.8】厚生労働省「課題整理総括表・評価表の活用の手引き」の活用について<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000114689.pdf>（20260331閲覧）
4. 【P.17】厚生労働省「入院診療計画書」[https://www.mhlw.go.jp/bunya/iryohoken/iryohoken15/dl/h24\\_02-07-40.pdf](https://www.mhlw.go.jp/bunya/iryohoken/iryohoken15/dl/h24_02-07-40.pdf)（20260331閲覧）
5. 【P.18】一般社団法人回復期リハビリテーション病棟協会ホームページ<https://rehabili.jp/patient/index.html#limit-table>（20260331閲覧）
6. 【P.22】大阪府「アドバンス・ケア・プランニング（ACP、愛称『人生会議』）をご存じですか？」  
<https://www.pref.osaka.lg.jp/o100020/iryo/zaitaku/acp-zinseikaigi.html#ivent>（20260331閲覧）
7. 【P.24】厚生労働省「社会保障審議会介護保険部会（第117回）」（令和7年2月20日）  
<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001576451.pdf>（20260331閲覧）
8. 【P.25】厚生労働省「社会保障審議会介護保険部会（第126回）」（令和7年10月9日）  
<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001576451.pdf>（20260331閲覧）
9. 【P.26】みずほ情報総研株式会社「被後見人等が本人らしい生活を送れるよう、チームにおける意思決定支援の下での本人のための財産管理・身上保護の取組を全国的に進めるための研修の在り方等を検討する事業 財産管理WG 参考資料10-2 高齢期の認知機能の低下に関連した金融サービス（八谷委員）」（令和2年3月）  
<https://www.mhlw.go.jp/content/12200000/000651514.pdf>（20260331閲覧）
10. 【P.27】慶應義塾大学 経済学部附属経済研究所 ファイナンシャル・ジェロントロジー研究センター「第2回SIP包摂的コミュニティプラットフォームシンポジウム 福祉×金融で支える認知症社会-始動する金融包摂-「活動実践報告」（焼津市健康福祉部福地域福祉課 室長 河口典英氏）」（20250112）  
[https://rcfg.keio.ac.jp/pahahul/2025/01/12\\_%E7%84%BC%E6%B4%A5%E5%B8%82\\_%E6%B2%B3%E5%8F%A3%E6%B0%8F.pdf](https://rcfg.keio.ac.jp/pahahul/2025/01/12_%E7%84%BC%E6%B4%A5%E5%B8%82_%E6%B2%B3%E5%8F%A3%E6%B0%8F.pdf)（20260331閲覧）
11. 【P.28】厚生労働省「成年後見制度ホームページ」[https://guardianship.mhlw.go.jp/common/pdf/seinen\\_leaf.pdf](https://guardianship.mhlw.go.jp/common/pdf/seinen_leaf.pdf)（20260331閲覧）
12. 【P.28】厚生労働省「生活困窮自立支援制度ホームページ」<https://www.mhlw.go.jp/content/001563364.pdf>（20260331閲覧）