2025年
県民向け在宅医療講演会基調講演 1

あなたらしく生きるために：かかりつけ医と在宅医療の役割

千葉市医師会理事　医師
田那村彰

今日の内容（あなたらしく生きるために）

- A「包括ケアシステム」　あなたの生活を支えます
- B「かかりつけ医」　健康相談役です
- C「在宅医療」　通院困難でも在宅生活を支えます
- D「人生会議」　どういった人生が希望か、
  信頼する人にに伝えて下さい

今日の内容

- A「包括ケアシステム」が
- あなたの生活を支えます

「あなたの人生で大切なもの」は？

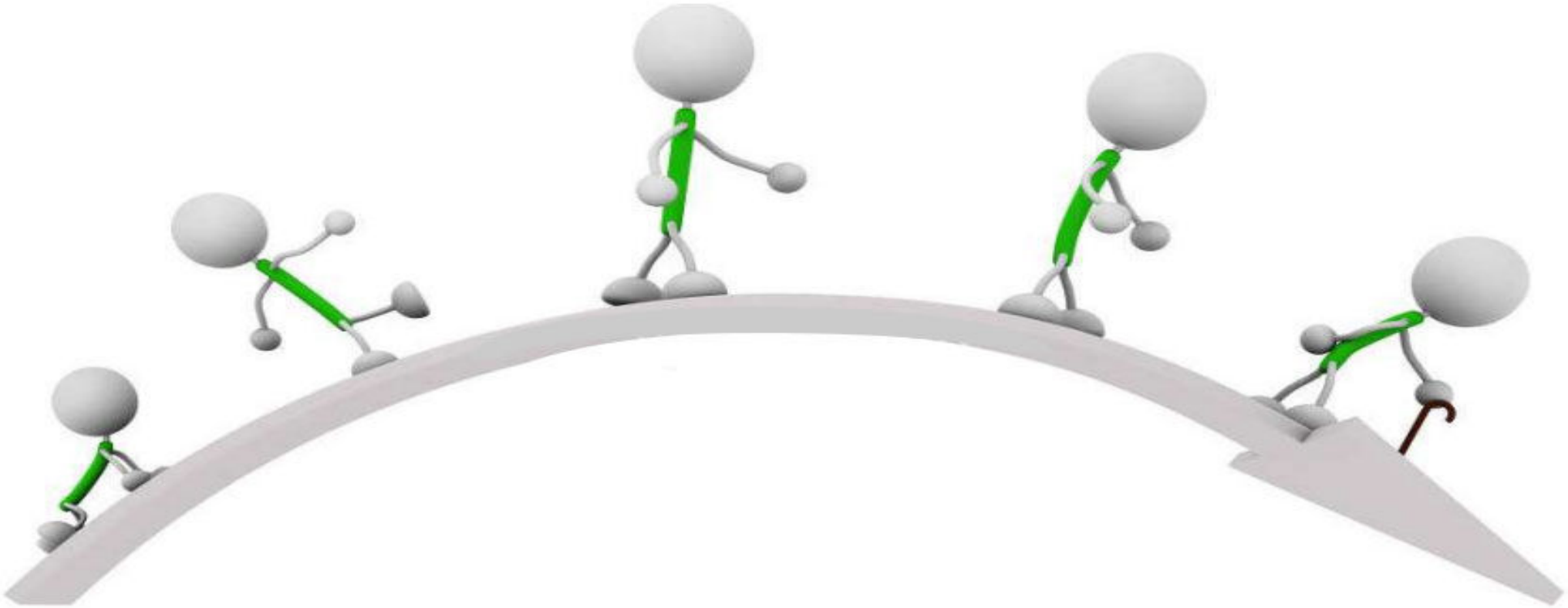
- 20-50歳代；仕事、家族、仲間、地域、生きがい、、
- 60-70歳代；悪いところもでてくるけど（通院）
- 今の生活を維持したいな」
- 80-90歳代；「　いろいろ頑張ったな、
- そろそろ最期のことも、、
- （まだ考えなくていいかな）
- どの世代でも「万一重い病気になったらどうしよう、、」と不安にもなりますね

誕生から死までのライフステージ

病気と老化は避けられません
「生老病死」

- 「生老病死」　仏教用語です
- 人間の避けられない4つの苦しみ
  だからこそ受け入れて生きていく、、
- いい人生は様々だとは思いますが、
- 高齢でも、「おだやか、心地よく」
- 生活したいですね

人の一生のイメージ



長い人生、「日々の生活」は大切に生きたい
その一方で　現代は問題が増えてます、

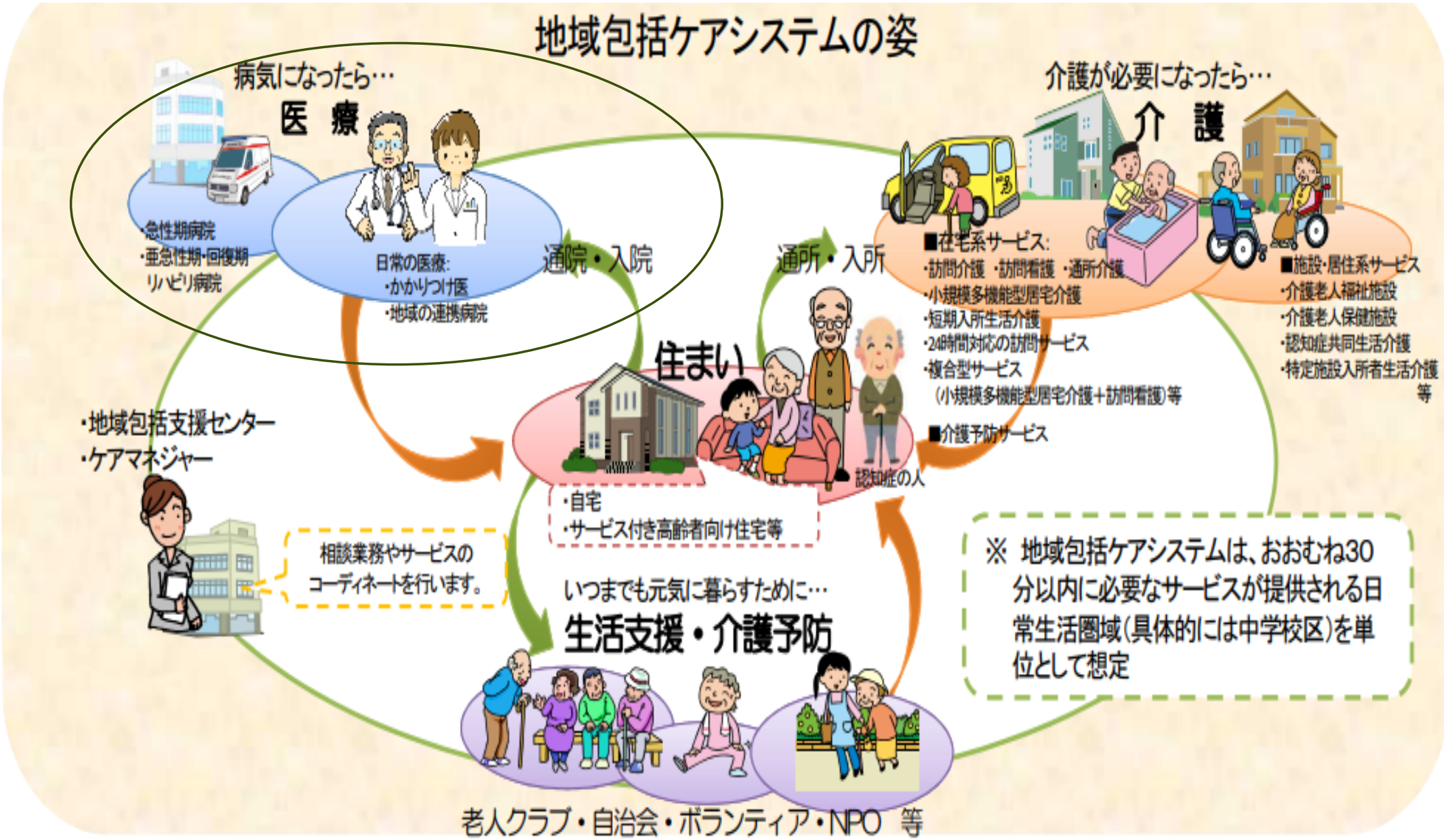
- １家族のサポート　⇔高齢化、少子化
- ２ご近所さんの力　⇔人口減、生活スタイル変化
- ３治療（通院、入院）　⇔高齢化は
  病気、通院、薬も複数、
  緊急時の受診は？
- ４介護サービス　⇔　何が自分に必要？、、
- ５福祉サービス　⇔　相談窓口はどこ（複雑）

高齢化社会の生活をささえる仕組み
「包括ケアシステム」が登場

- 医療、介護、行政、地域社会が
- 情報共有　　「連携してます」
- 顔のわかる「あなたの地域の担当者」
- （地域ごとの特徴に合わせます）

そして、かかりつけ医、在宅医療もこの仕組みの一つです

地域包括ケアシステムの姿



今日の内容

B　かかりつけ医

かかりつけ医の役割は？

- ①なんでも相談
- ②最新の医療を熟知
- ③必要なときは専門医療機関を紹介
- ④身近で頼りになる地域医療
- ⑤保険福祉を担う能力を有する医師

- 「貴方に関心を持ち、相談にのり、行動します」

患者
かかりつけ医を
もちましょう
・相談や通院
・日頃の健康管理
＼今とこれからの安心へ／
安心の
連携サポート
かかりつけ医を身近に
・専門的な検査や治療
・患者さんを紹介
地域連携
・患者さんの状態が安定
・患者さんの診察をお願い
かかりつけ医
大病院

たとえばこんな形でお役に立つはず、、

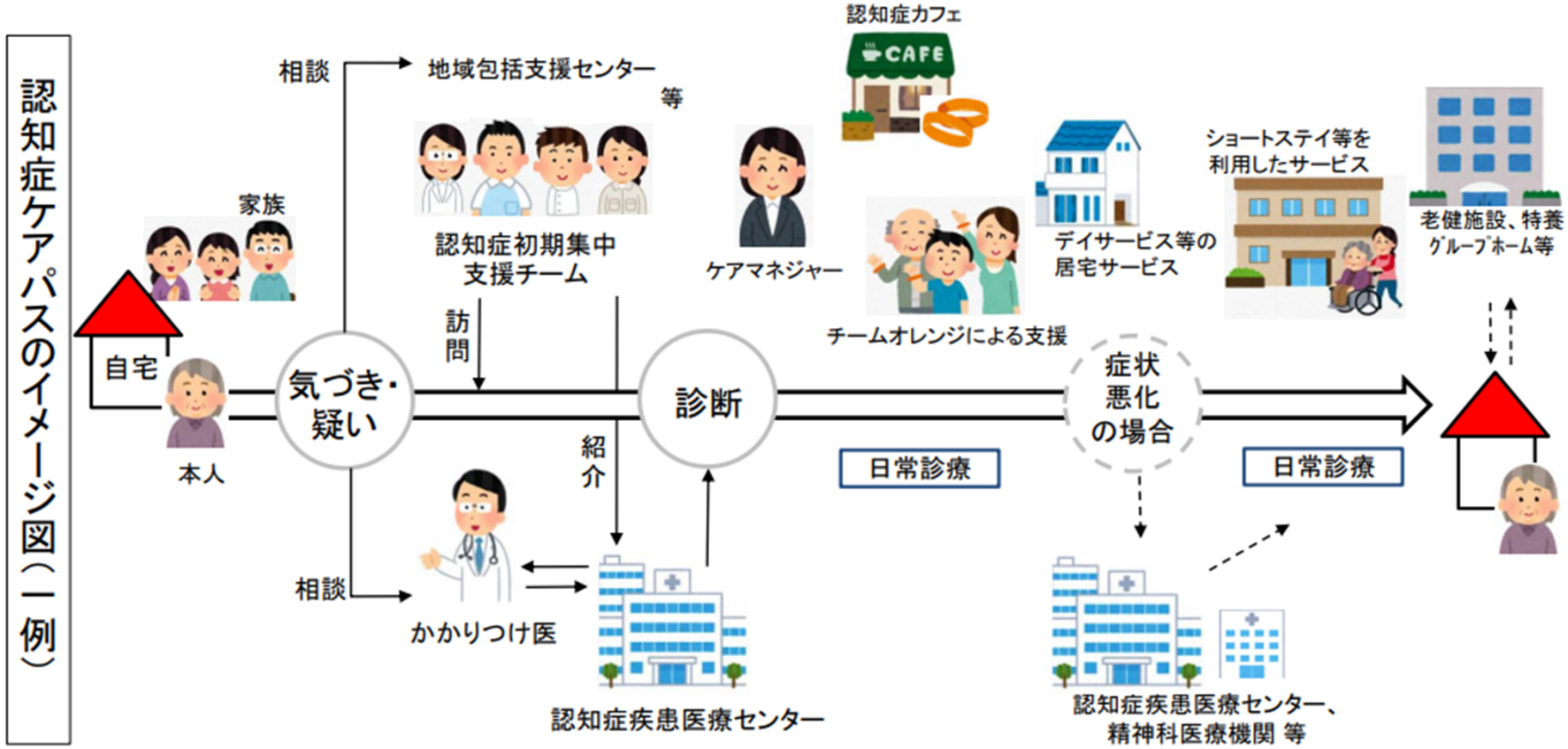
- １　現役世代；予防（健診後の相談）
- 家族相談（親の健康など）
- ３　必要に応じ、適切な紹介先をさがします
- ４　入退院後の日常診療を担当、継続します。
- ５　医療と介護の連絡連携もお手伝いします
- （介護保険意見書作成など）

例えば　物忘れの悪化を相談されたなら、、

- Aさん、80歳、
- 高血圧で通院中。
- かかりつけ医に2人で来院。
- 妻から最近「なくしものが多くて困る、1日中探しものをしてて困る」
- との相談を受けたら、

認知症ケアパスとは「認知症の人の状態に応じた適切なサービス提供の流れ」をまとめたものです。

認知症の人やその家族が「いつ」「どこで」「どのような」医療や介護サービスが受けられるのか、
認知症の様態に応じたサービス提供の流れを地域ごとにまとめた「認知症ケアパス」を各市町村で作成しています。



お住まいの市町村の「認知症ケアパス」については、
高齢者福祉担当部局、地域包括支援センター等にお問い合わせください。

「かかりつけ医」をもとう！

Q 自分で選んでいいの？

かかりつけ医はご自身で選択できます。
日常生活における健康の相談や体調が悪い時などにまず相談する。
自分が信頼できると思った医師であればかかりつけ医と呼んで構いません。

Q 選ぶのは一人なの？

かかりつけ医は一人に決める必要はありません。
例えば内科のかかりつけ医の他に眼科にも通院しているという場合には
眼科の医師もかかりつけ医と言えます。

Q 何科の医師を選べばいいの？

内科医がかかりつけ医と思われがちですが、
どの診療科の医師でもかかりつけ医になります。

今日の内容

C　在宅医療（訪問診療）

残念ながら加齢とともに病気は増え、老化は進みます。もし通院困難な日がきたらどうします？

- 昭和の頃　病気なら長期入院（退院できず）

- 平成初期　長期療養は療養型病院や施設で
- （介護保険、在宅医療がない時代）

- 現在は「本人の希望」をできるだけ優先。
- 在宅生活・施設生活の医療も支援します

A　通院困難でも在宅医療という形で、自宅での生活が可能です。

対象１

①　歩行困難で外出困難

（高齢化や大腿骨頸部骨折後など）

②　判断力低下で外出困難

（認知症、脳血管障害の後遺症など）

B　高度医療も在宅医療の進歩により在宅で療養できるようになりました

対象２

①高度医療；人工呼吸器、在宅酸素療法、非経口栄養療法（胃ろうなど、中心静脈栄養など）

②がんの緩和方法の進歩（残された時間を家で過ごしたい希望）

在宅医療のメリット、具体的な仕組みは？

通院困難な方も在宅や施設で診療を継続できる（介護と医療がサポート）

- 病院：「治療の場所」、
- 在宅や施設：「生活の場所」長期療養向き

- 在宅医療のキーワード
- 「チームで支える医療と介護」→

チームで支える在宅医療

～ 退院から看取りまで在宅療養を支える連携体制を構築 ～

【ケアマネジャー】
・介護保険サービスを提供するため
患者に応じたケアプランを作成
・各種専門職との連絡調整

【訪問診療医】
・在宅患者の状態や病状を診察
・医療スタッフに指示

【訪問看護師】
・血圧、体温、脈拍などの健康
状態を確認
・点滴などの医療的処置を実施

【ホームヘルパー】
・入浴、排せつ、
食事などの
身体介護を実施

【訪問歯科医】
・虫歯の治療や入れ歯の調整
・飲み込み機能の低下や誤嚥性肺炎を
予防するための指導

【在宅医療連携拠点】
・必要に応じて、整形外科、
耳鼻咽喉科等の医師や
栄養士などの専門職種
を紹介

【薬剤師】
・薬を正しく飲めているか
副作用は問題ないか
重複している薬があるか
などの確認

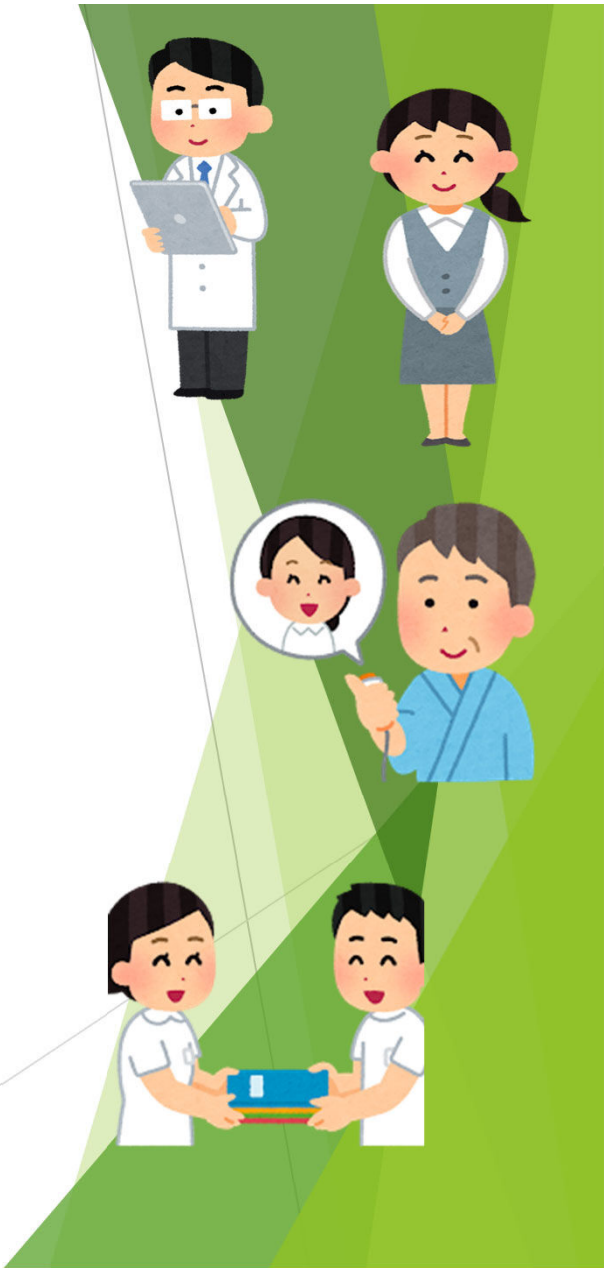
①普段は元気なAさんの例（８０歳男性）急性肺炎で入院、無事改善したのですが、

- Aさん、妻と2人生活。まだお元気
- （介護は不要、かかりつけ医あり）
- ○月○日、急な熱で受診、急性肺炎で入院必要、→○○病院に緊急入院。
- 2週間後、肺炎は改善したが体力は低下、外出は不可能。まだ酸素吸入は必要

- Aさんの選択肢、入院継続しかないでしょうか？

②Aさんの退院のサポート
「入退院支援」
「入院ー在宅バトンタッチ」

- 「人生を少しでも家で楽しんでほしい」病院スタッフ
- 「まず帰りたい」本人　検討会で退院可能と判断→
- 「退院前カンファレンス」開催→
- スタッフ全員集合！



入退院支援２

- ①「退院前カンファレンス」開催
- （病院側；医師、病棟看護師、理学療法士、連携室員）
- （在宅側；本人、家族、ケアマネージャー、
- 訪問医師、訪問看護師、訪問理学療法士）
- （介護保険申請のため地域の包括支援センターに相談
- ケアマネージャーの決定

- ②在宅の医療と介護の検討会議→
- ③退院決定、自宅で在宅医療と介護がスタート

チームで支える在宅医療

～ 退院から看取りまで在宅療養を支える連携体制を構築 ～

【ケアマネジャー】
・介護保険サービスを提供するため
患者に応じたケアプランを作成
・各種専門職との連絡調整

【訪問診療医】
・在宅患者の状態や病状を診察
・医療スタッフに指示

【訪問看護師】
・血圧、体温、脈拍などの健康
状態を確認
・点滴などの医療的処置を実施

【ホームヘルパー】
・入浴、排せつ、
食事などの
身体介護を実施

【訪問歯科医】
・虫歯の治療や入れ歯の調整
・飲み込み機能の低下や誤嚥性肺炎を
予防するための指導

【在宅医療連携拠点】
・必要に応じて、整形外科、
耳鼻咽喉科等の医師や
栄養士などの専門職種
を紹介

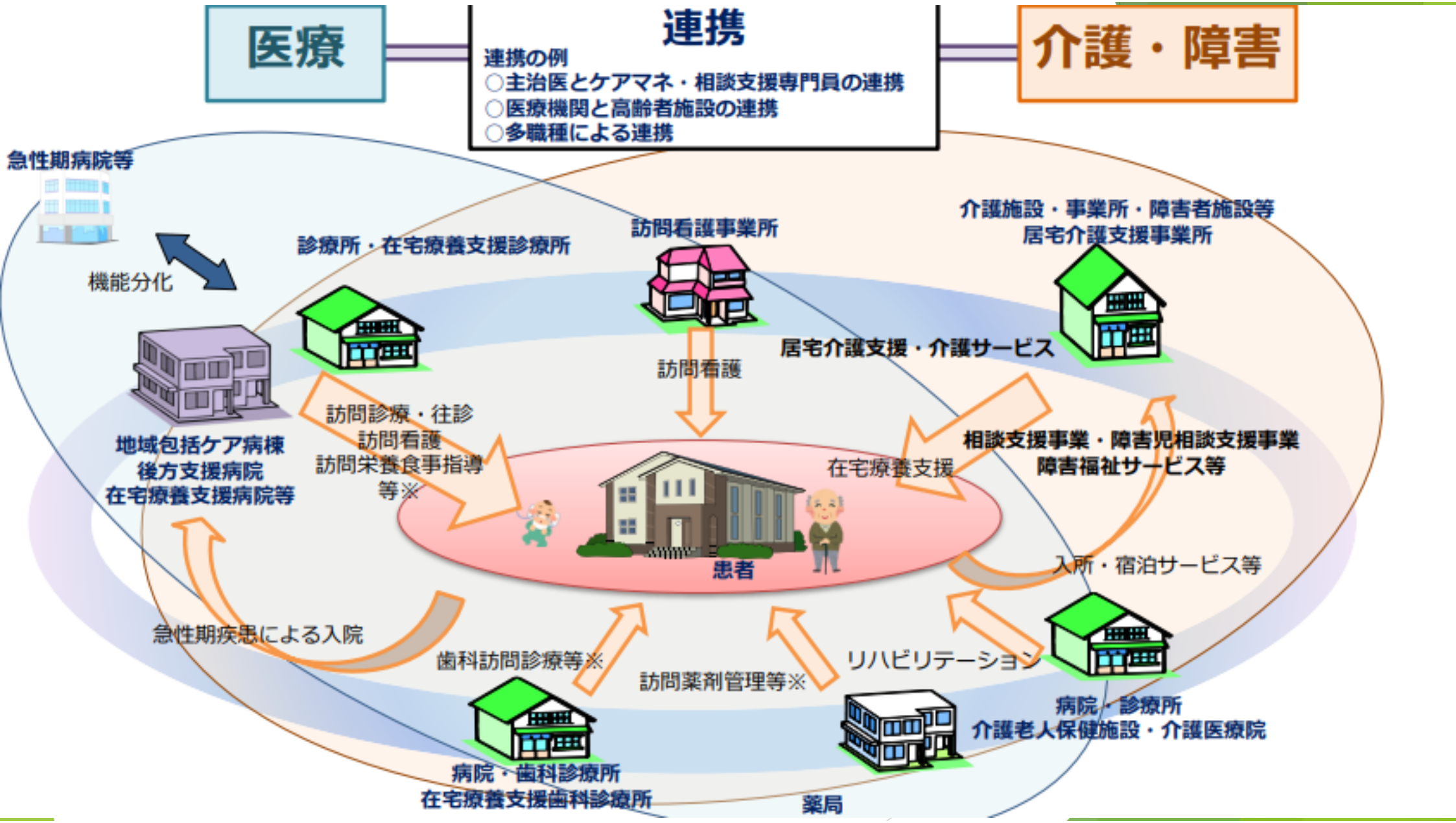
【薬剤師】
・薬を正しく飲めているか
副作用は問題ないか
重複している薬があるか
などの確認

③Aさんの在宅医療、たくさんできます

- ①全身管理　→訪問診療（在宅酸素療法＋月2回、訪問）
- ②生活指導　→訪問看護＋訪問リハビリ（1週間に１回）
- さらには
- ③口腔管理　　→訪問歯科診療（肺炎は誤嚥性肺炎）
- ④内服管理　　→訪問薬剤指導

必要に応じ、チーム体制で訪問します。

その後、安定してましたが、、


医療
連携
連携の例
○主治医とケアマネ・相談支援専門員の連携
○医療機関と高齢者施設の連携
○多職種による連携
介護・障害
急性期病院等
機能分化
診療所・在宅療養支援診療所
訪問看護事業所
介護施設・事業所・障害者施設等
居宅介護支援事業所
訪問看護
居宅介護支援・介護サービス
訪問診療・往診
訪問看護
訪問栄養食事指導
等※
地域包括ケア病棟
後方支援病院
在宅療養支援病院等
在宅療養支援
相談支援事業・障害児相談支援事業
障害福祉サービス等
患者
入所・宿泊サービス等
急性期疾患による入院
歯科訪問診療等※
訪問薬剤管理等※
リハビリテーション
病院・診療所
介護老人保健施設・介護医療院
病院・歯科診療所
在宅療養支援歯科診療所
薬局

④在宅医療における「終末期医療」
「最期を自宅で迎えたい」思いに答えます

- 「在宅看取り」といいます→
  ご希望あればチームでサポートできる時代です

- 例①「がんで残された時間を家で過ごしたい、
- 最期まで家にいたい」
- 例②「老衰で寿命と理解、
- 最期を家で過ごしたい」

- （講演２で詳細なお話があります）

⑤在宅医療　まとめ１

- ①この先、もしも通院困難な状態、病態が出現した際も（過去は長期入院しかしか選択肢がなかったが）在宅医療、在宅介護の進歩で自宅や施設での療養が可能の時代となりました
- ②対象として、ADL低下による通院困難者のほか、過去は入院でしかできなかった高度医療の在宅療養も医療の進歩で可能となりました
- ③在宅医療、在宅介護はチーム体制で支えます。医療の面では急変時にも対応する体制です

⑤在宅医療　まとめ２

- ④あなたの希望があれば、在宅看取りにも対応します。緩和医療で残された時間が短い一方、在宅時間を大切にしたい人、フレイルによるADL低下など、入院治療より在宅療養がQOLの上で適切と考える人です

- ⑤基本はあなたが希望する形の療養にできるだけ対応する時代です

今日の内容

- D「人生会議」
- （アドバンスドケアプラン）
- あなたらしく生きるために

D1　現代は医療介護の方針決定に「あなたが何を望むか」を重視します

①一方、高齢化は「いざという時」に意思表示が困難な時代　なぜなら

- ②急な病気や認知症で思いを表現できない、
- ③老衰でも思いの表現は難しくなります
- ④一方、高齢になるほど、重大な決断が必要、

D2「人生の最終段階」という言葉

- 残念ですが、誰でも病気・老衰で今後回復の見込みがないと見込まれる時期がきます
- →「人生の最終段階」と呼びます
- 医療・介護があなたの希望するサポートを選びたいのですが、自分で思い（意思表示）が伝えられません。
- 家族もスタッフもあなたの思いに寄り添いたいのですが、、

D3「人生の最終段階」という言葉

- ⑤　例「救命できるが退院は困難な緊急事態、、」

  ⑥本人の意思表示困難→

  あなたの希望に沿いたいが

  家族も「あなたの最後の思い」は不明、、

どうしよう、緊急事態、、

D3　あなたの「意思表示」を
サポートする仕組み

- 遺言書　リビングウィル　DNR　終活　など、
- それぞれ大事。ただ、時の経過とともに「あなたの思い」は変化していくもの。そこで医療・介護のサポートのために

「変わりゆくあなたの思いを
時々確認、理解、記録」

万一の際あなたに寄り添う判断をしたいのです

D4

「あなたの思い」を話し合う場→

「人生会議」または
「アドバンス・ケア・プランニング」

と呼ぶようになりました

D５　いざという時の「思い」を話し合う場「人生会議」

- ①どんなタイミングで？
- →きっかけある際に；人生の節目、医療や介護の変化
- ②誰に話すの？
- →「信頼ある人」家族・友人、医療・介護スタッフなど

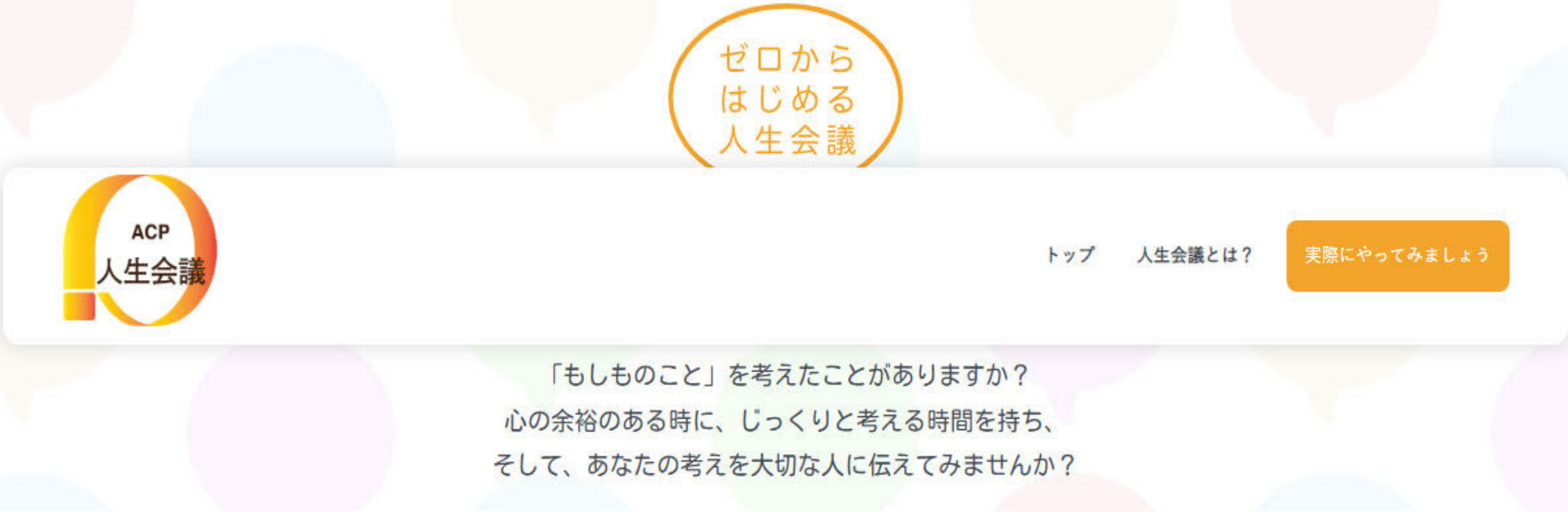
D５　いざという時の「思い」を話し合う場「人生会議」

- ③どんな内容？→「あなたらしさ」
- 「万一の際は、」
- ・希望や生きがい、今の健康を再確認・今後の人生
- ・（もしもの時どんな医療を希望ですか？
- ・（最期の時を、どこで過ごしたいですか？）

D５　いざという時の「思い」を話し合う場「人生会議」

- ④話し合った内容は？→記録しましょう
- ⑤1回でいいの？
- →何かの機会、思いの変化の際、
- 繰り返しましょう
- ⑥自分から言い出すのは難しい
- →家族や医療介護スタッフが、
- 機会をつくることもあります

WEBページ「ゼロから始める人生会議」練習できます



おわり
ありがとうございました