

2026年度第1回練馬区在宅療養講演会

自分の明日を考える  
～ひとり暮らしの在宅療養～

東京保健生活協同組合 大泉生協病院 院長 齋藤文洋



# 齋藤略歴

- ◆ 長野県長野高等学校卒業
- ◆ 1989年、金沢大学医学部医学科卒業
- ◆ 同年、東京保健生活協同組 東京健生病院入職。2年間の研修ののち循環器内科として心臓カテーテルなどの治療に従事。
- ◆ 順天堂大学循環器 心臓病理学教室研究生として在籍、学位取得。
- ◆ 2000年小児科に転向。埼玉協同病院、船橋二和病院、神奈川県立こども病院にて研修
- ◆ プライマリケア連合学会認定医・指導医
- ◆ 2002年大泉生協病院開院と同時に小児科に従事
- ◆ その後循環器内科、小児科、さらに総合診療科を担当
- ◆ 2010年5月大泉生協病院院長に就任、現在に至る
- ◆ 2018-2024年練馬区医師会副会長。この間2020年から練馬区と協働しコロナ感染症対策を行う。

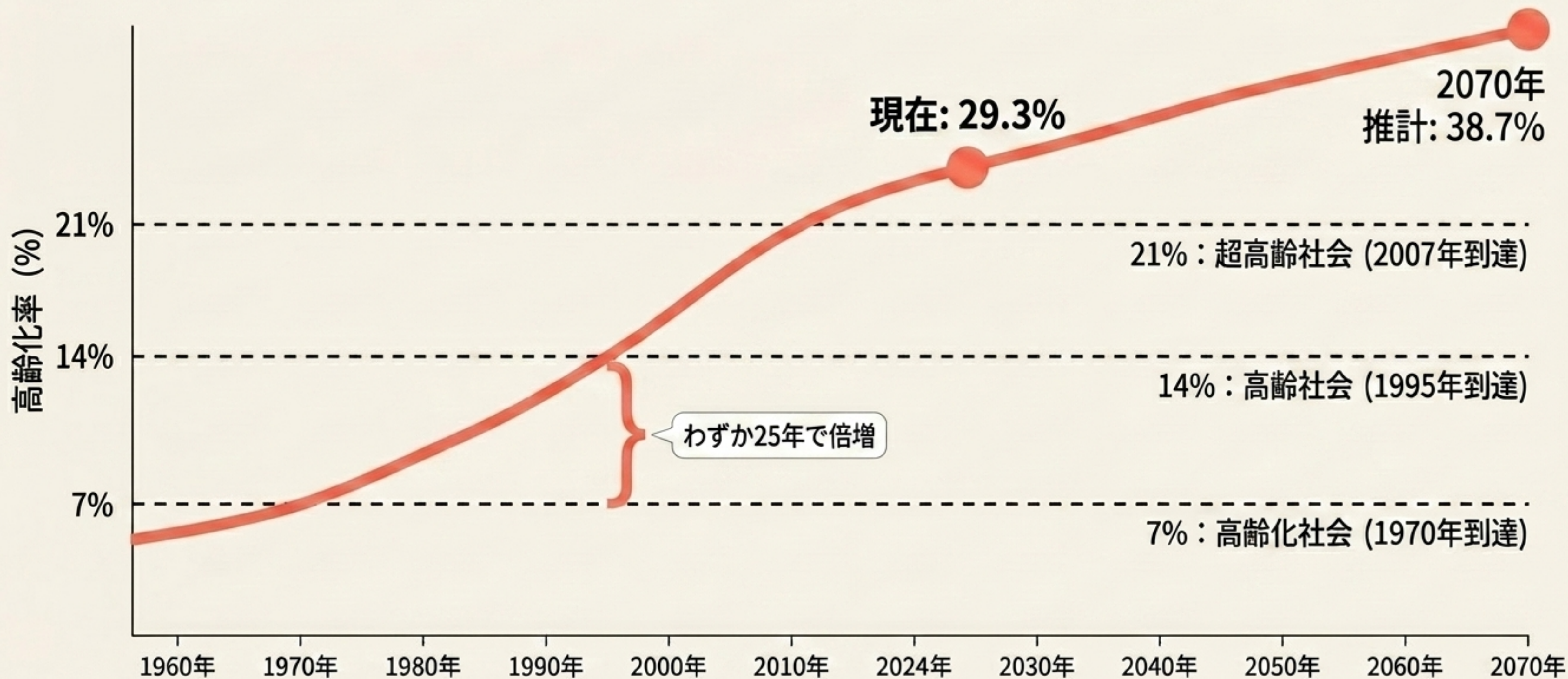
# 本日のお話

1. 超高齢化社会を超えた日本の今とこれから
2. 練馬区の高齢者の現状
3. ACPについて
4. 最後をどこで生きるか
5. 地域包括ケアシステム
6. 在宅医療・訪問診療とは
7. 訪問診療を受けることができるのは誰？
8. 在宅医療でできること
9. 在宅医療への期待と不安
10. 在宅医療はいくらかかる？
11. そんな心配が多い皆様に
12. 訪問診療を受けるには
13. 訪問診療を体験してみよう

超高齢化社会を超えた  
日本の今とこれから

# 高齢化の軌跡：歴史上類を見ないスピード

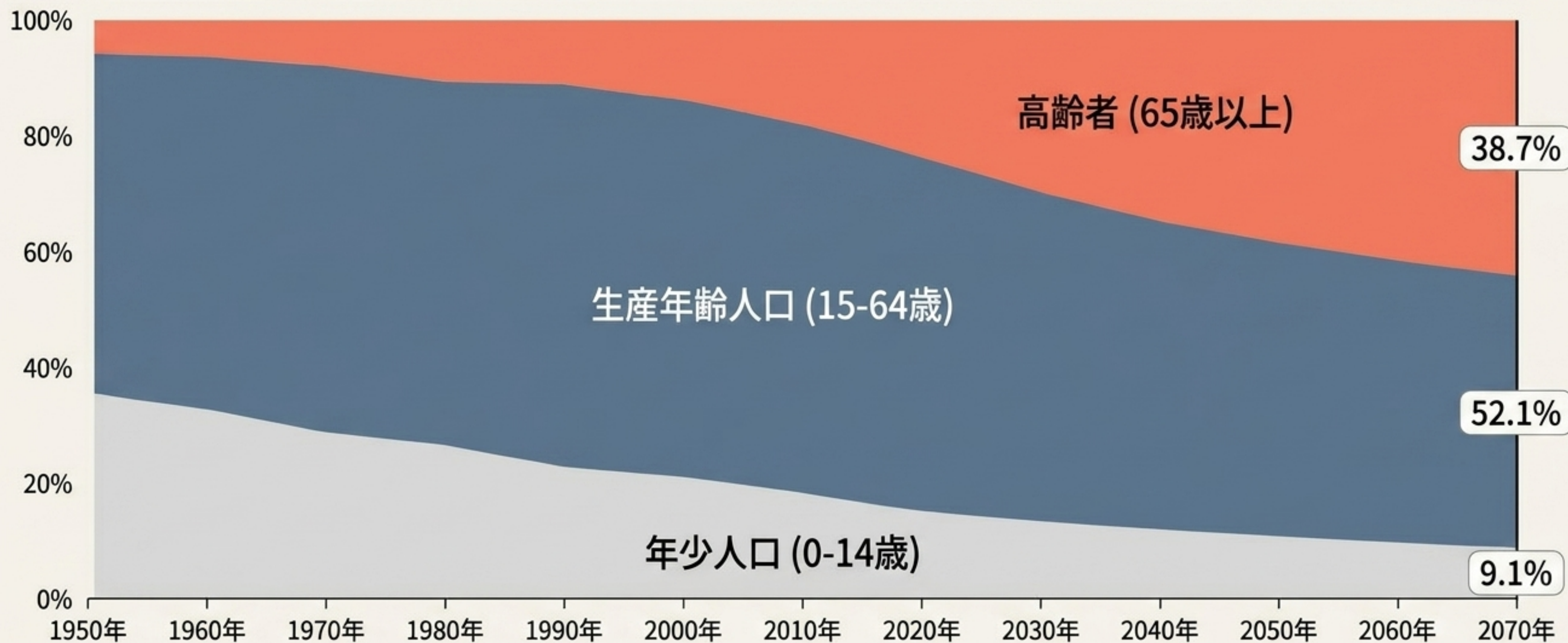
日本は世界に先駆けて「超高齢社会」に突入し、現在もその未踏の領域を更新し続けています。



# 人口構成の変容：現役世代の「スクイーズ（圧迫）」

総人口の減少以上に深刻なのが、人口構成の劇的な変化です。

かつて社会を支えた分厚い現役世代の層が、高齢者層の拡大によって上下から圧迫されています。



# 支え合いのカタチ：「胴上げ」から「肩車」へ

1人の高齢者を何人の現役世代（15～64歳）で支えるか。この「従属人口指数」の推移は、社会保障制度の根幹的な前提が崩れつつあることを視覚的に示しています。

1950年（昭和25年）

12.1人で1人を支える



「胴上げ型」

2024年（現在）

2.0人で1人を支える



「騎馬戦型」

2070年（未来）

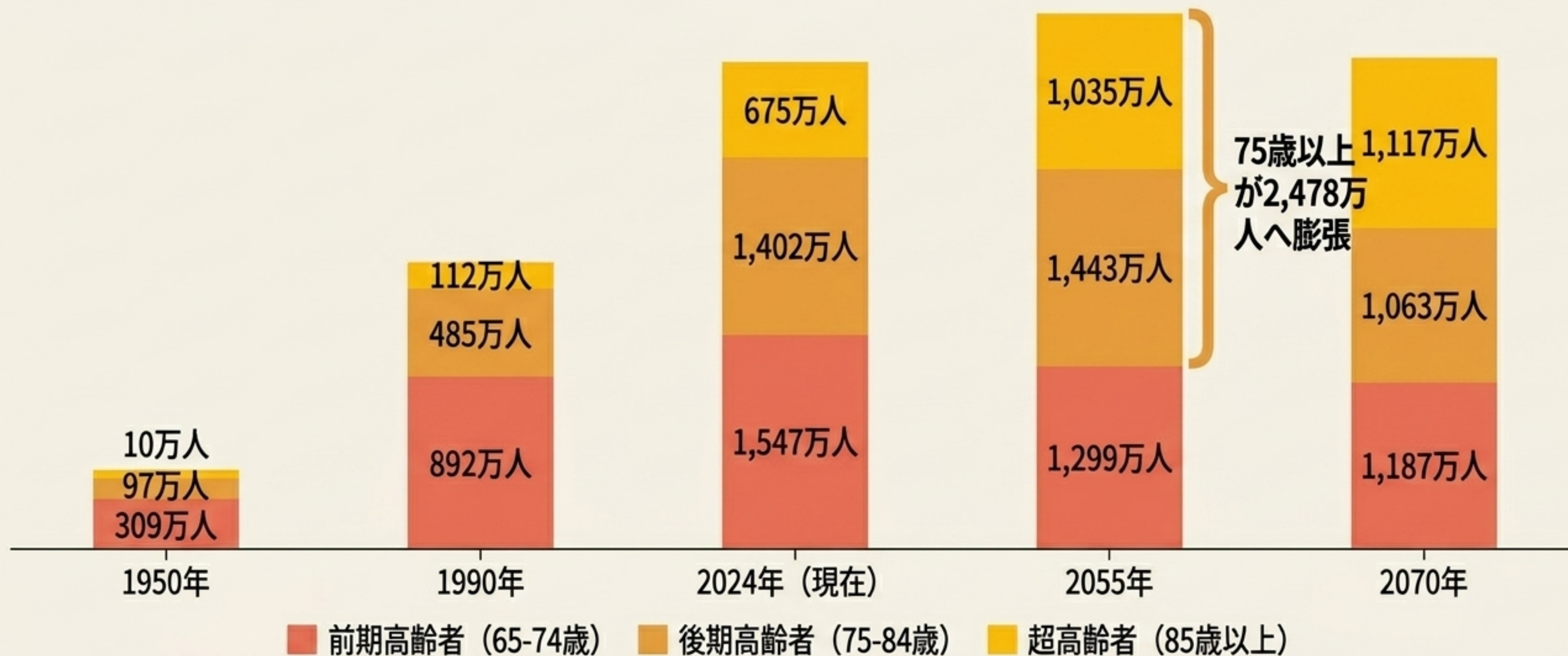
1.3人で1人を支える



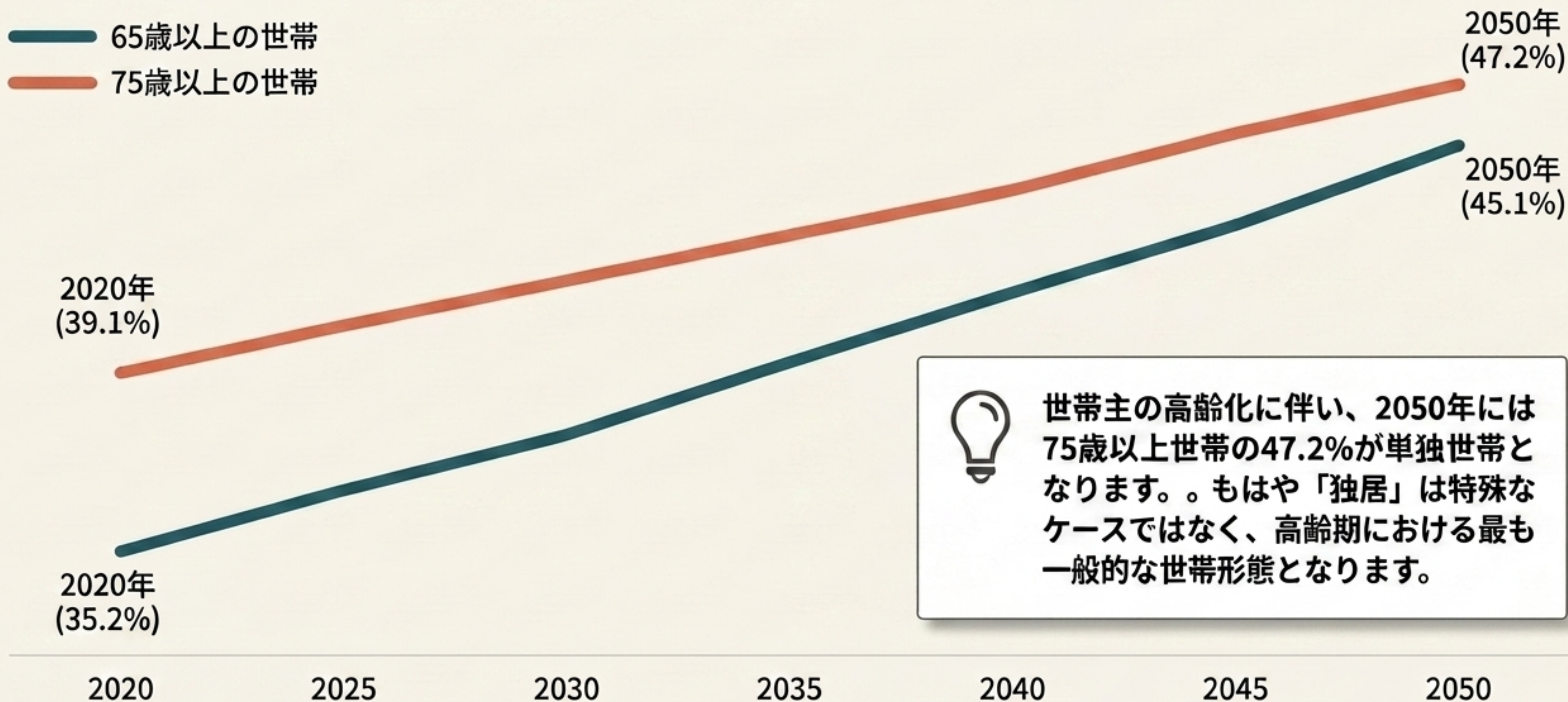
「肩車型」

# 高齢者内部の構造変化：「後期高齢者」の急増

高齢者の総数がピークを迎えるのは2040年代ですが、その内訳を見ると、医療・介護ニーズが特に高まる「75歳以上」がマジョリティを占める構造へと変化しています。



# 65歳以上および75歳以上世帯における「単独世帯」の割合推移（2020～2050年）

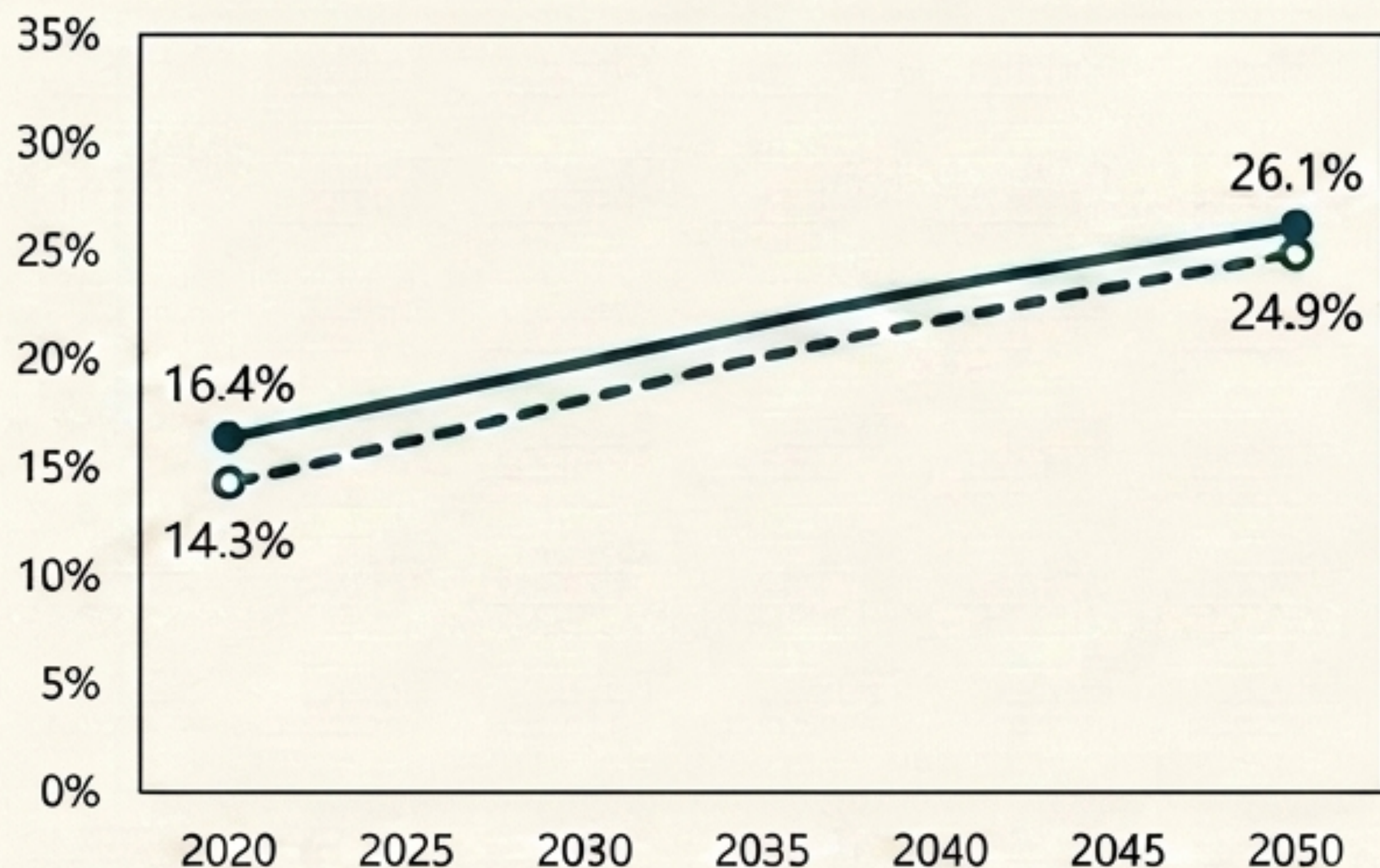


世帯主の高齢化に伴い、2050年には75歳以上世帯の47.2%が単独世帯となります。。もはや「独居」は特殊なケースではなく、高齢期における最も一般的な世帯形態となります。

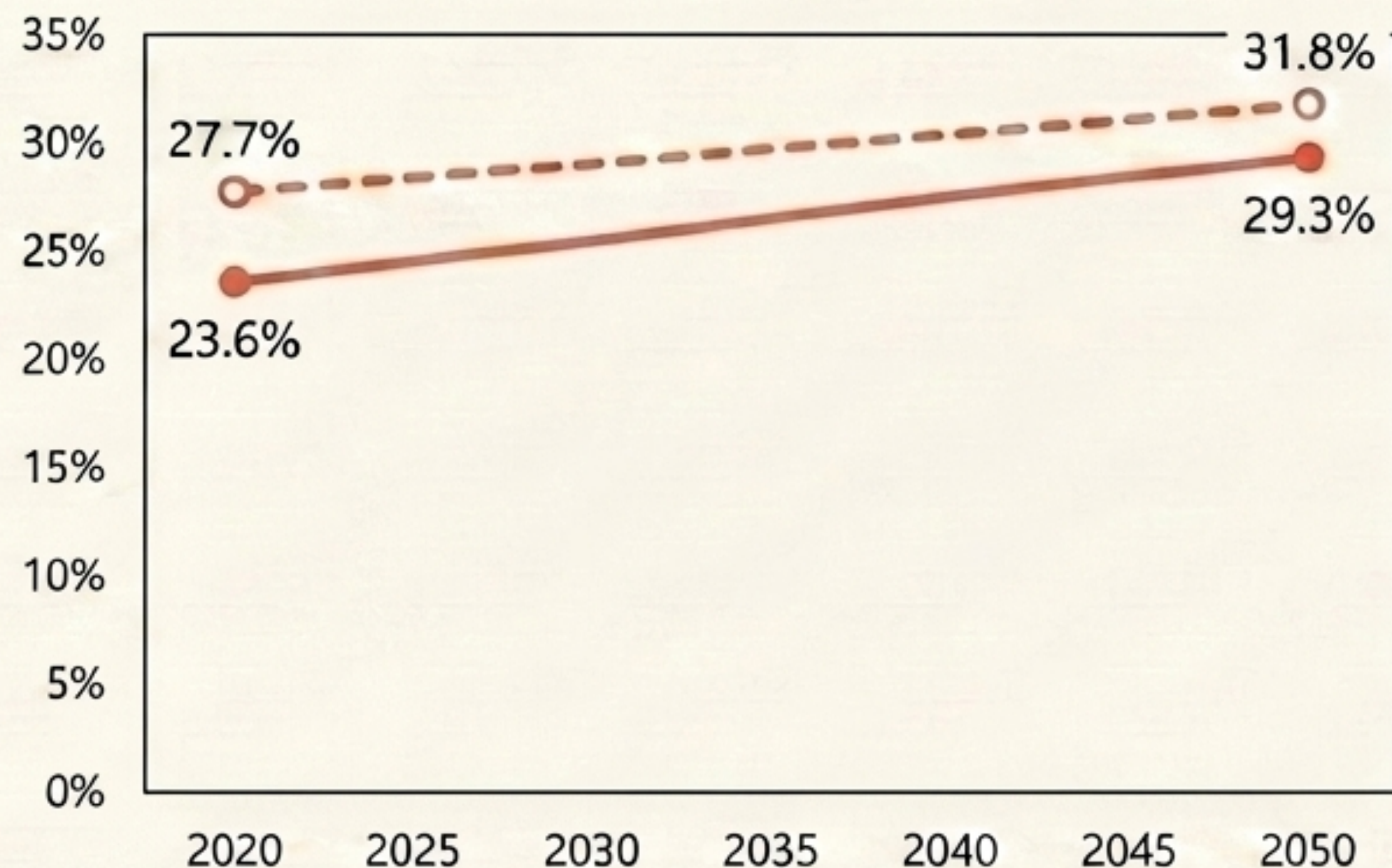
# 男女別：65歳以上および75歳以上人口の「独居率」の推移（2020～2050年）

● 65歳以上    ○ 75歳以上

## 男性



## 女性

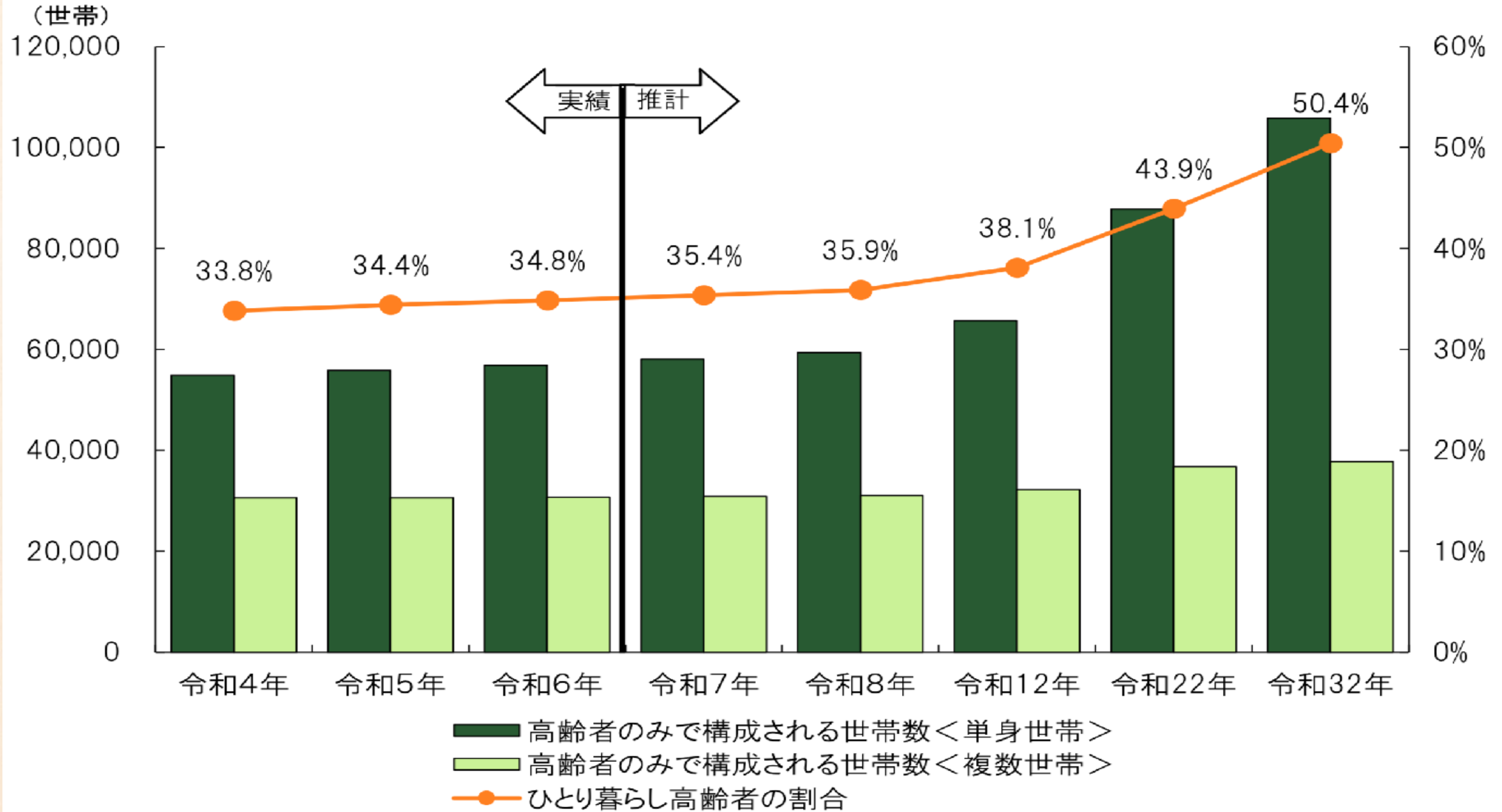


**女性の独居率が依然として圧倒的に高い水準（約30%超）を維持する一方、男性の独居率が今後30年で急勾配を描いて上昇（約10ポイント増）することが予測されています。**

# 練馬区の高齢者の状況

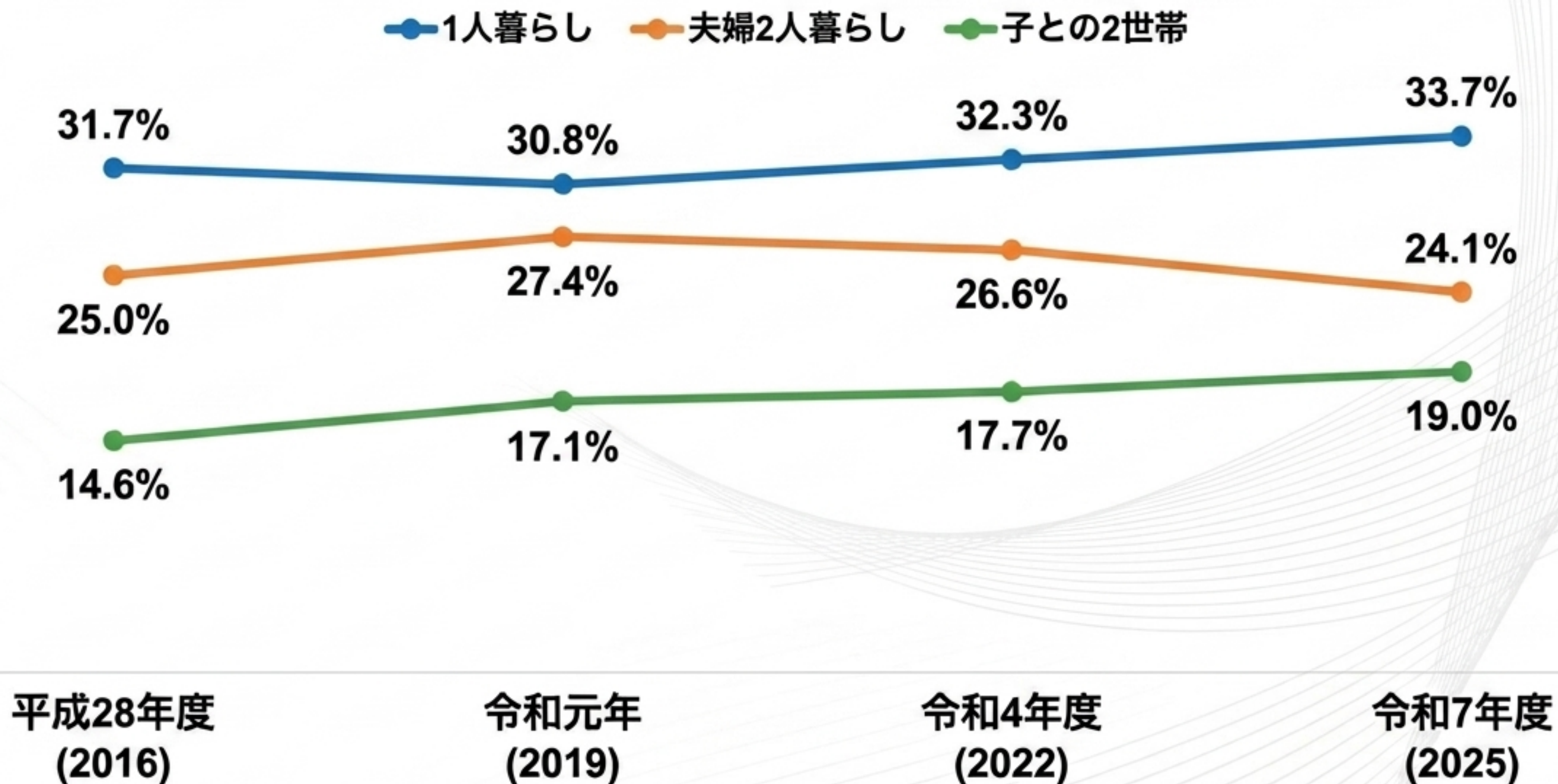


# ■高齢者の世帯の推移



# 3人に1人が「1人暮らし」

夫婦2人暮らしが減少に転じる一方、1人暮らしと子との同居が増。自立した高齢者の独居化は不可逆なトレンド。



# 終末期医療

## アドバンス・ケア・プランニング (ACP) から考える

### ACP (Advance Care Planning) とは？

将来の変化に備え、将来の医療及びケアについて、患者さんを主体に、そのご家族や近しい人、医療・ケアチームが、繰り返し話し合いを行い、患者さんの意思決定を支援するプロセスのことです。患者さんの人生観や価値観、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にしています。

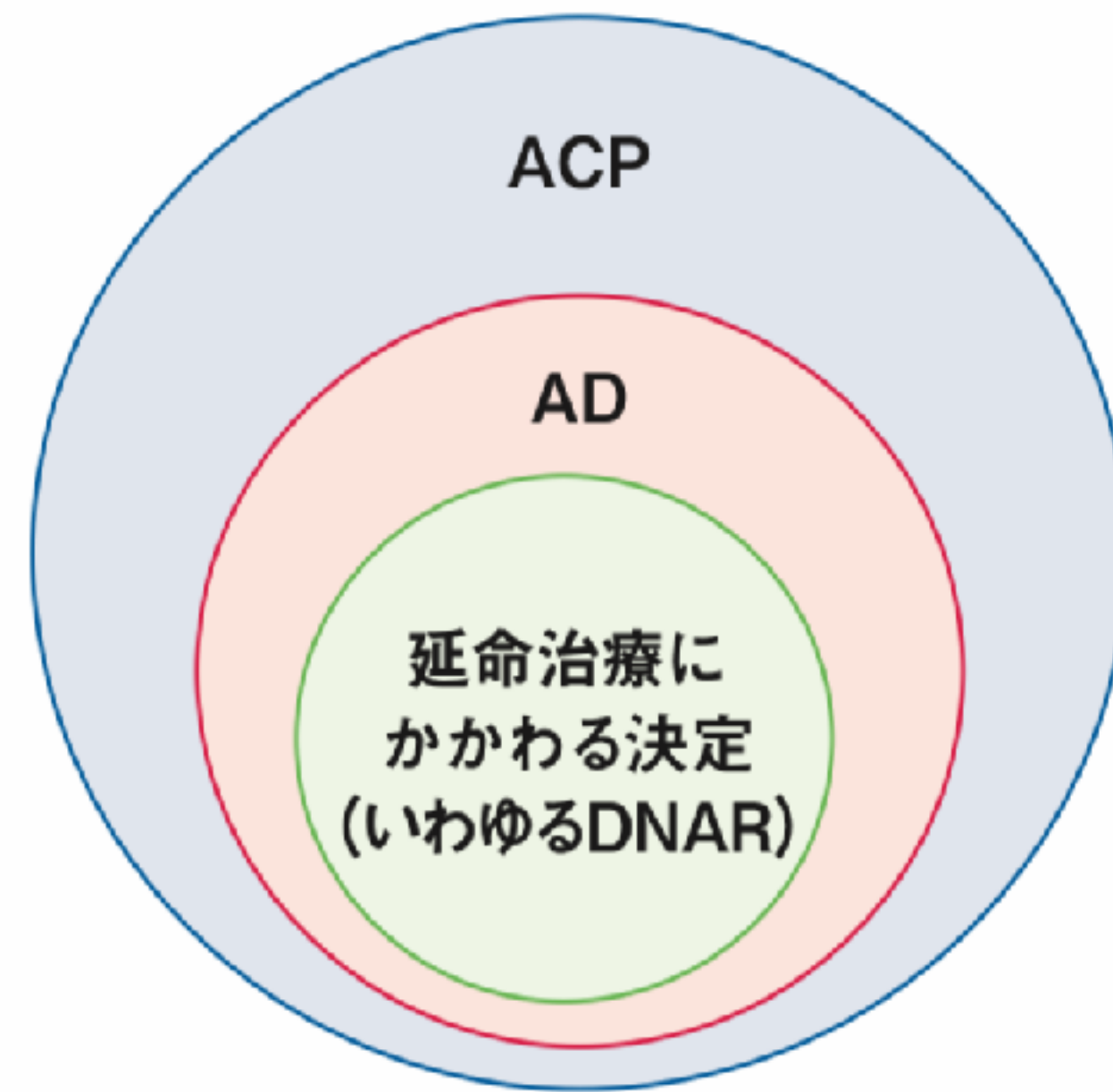


日本医師会キャラクター 日医君

いつどこで  
どうやって死ぬか？  
から

生きたい場所で  
自分らしく最後まで  
生き抜く！へ

# ACPと似たもの



- | ACP  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>● 患者本人の気がかりや意向</li><li>● 患者の価値観や目標</li><li>● 病状や予後の理解</li><li>● 治療や療養に関する意向や選好, その提供体制</li></ul> |

- ↑
- | AD  |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>● 代理意思決定者の決定</li><li>● リビング・ウィル</li></ul> |

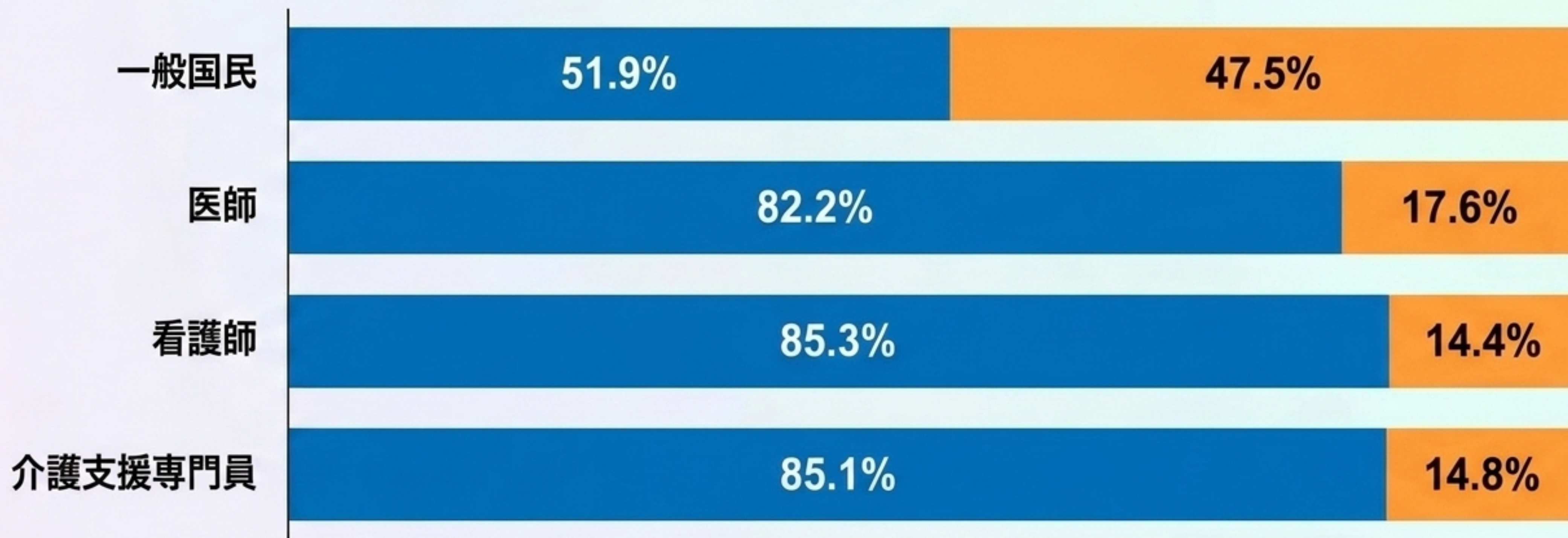
図◆ ACPとADの違い  
(文献7を参考に作成)

**AD : Advance Directives**

# 人生の最終段階における医療に対する関心

誰もが一度は「その時」を考える。一般国民の過半数、専門家の8割以上が関心を持っています。

■ 関心がある ■ 関心がない

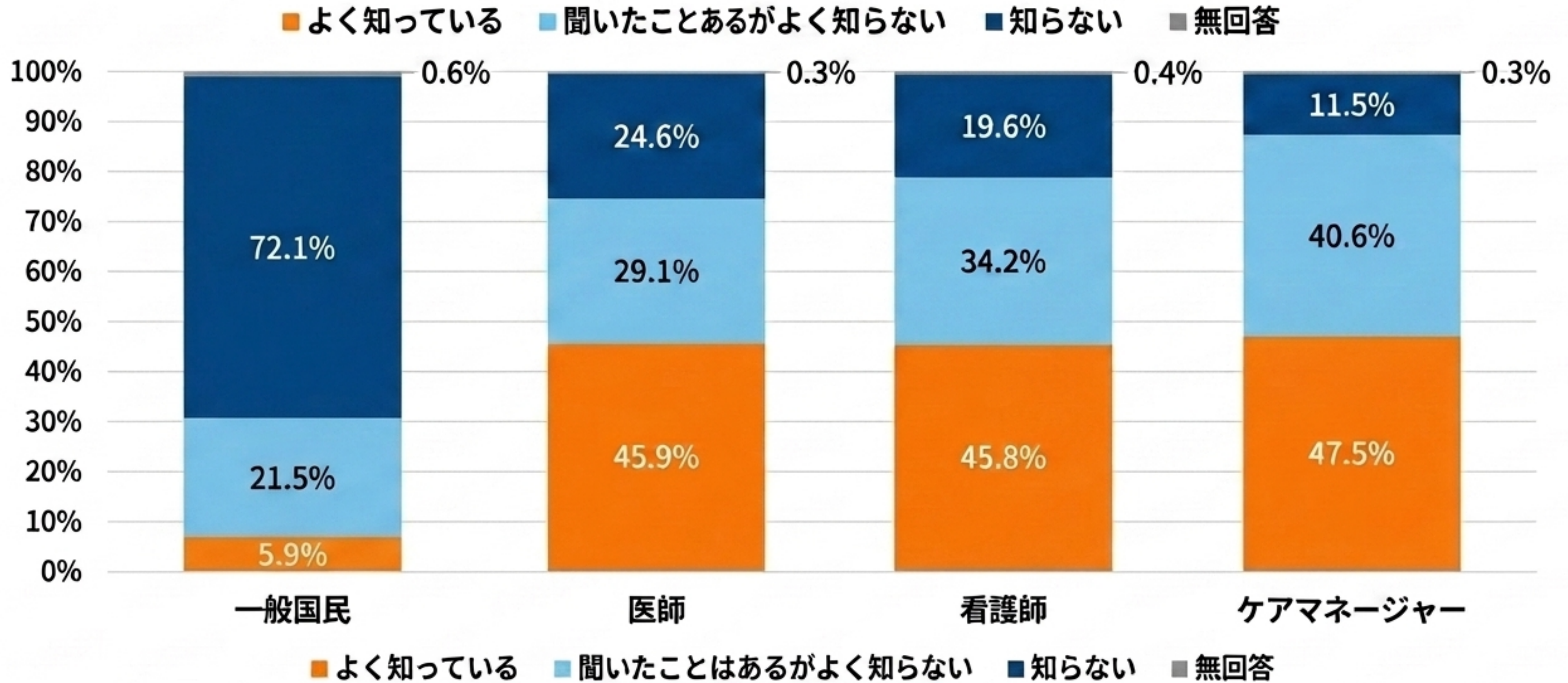


出典：厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアに関する意識調査報告書（令和5年）」



# あなたは、アドバンス・ケア・プランニング(ACP)について、知っていますか

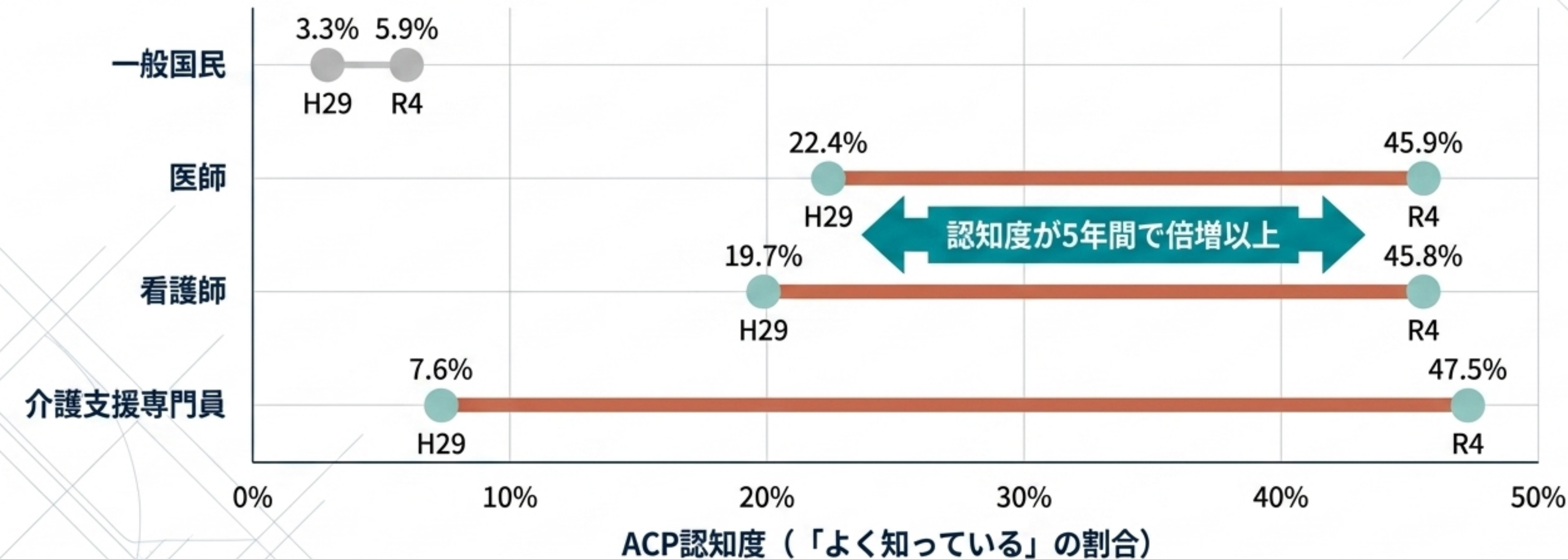
「人生会議 (ACP) 」という言葉や仕組みは、国民に全く浸透していません。



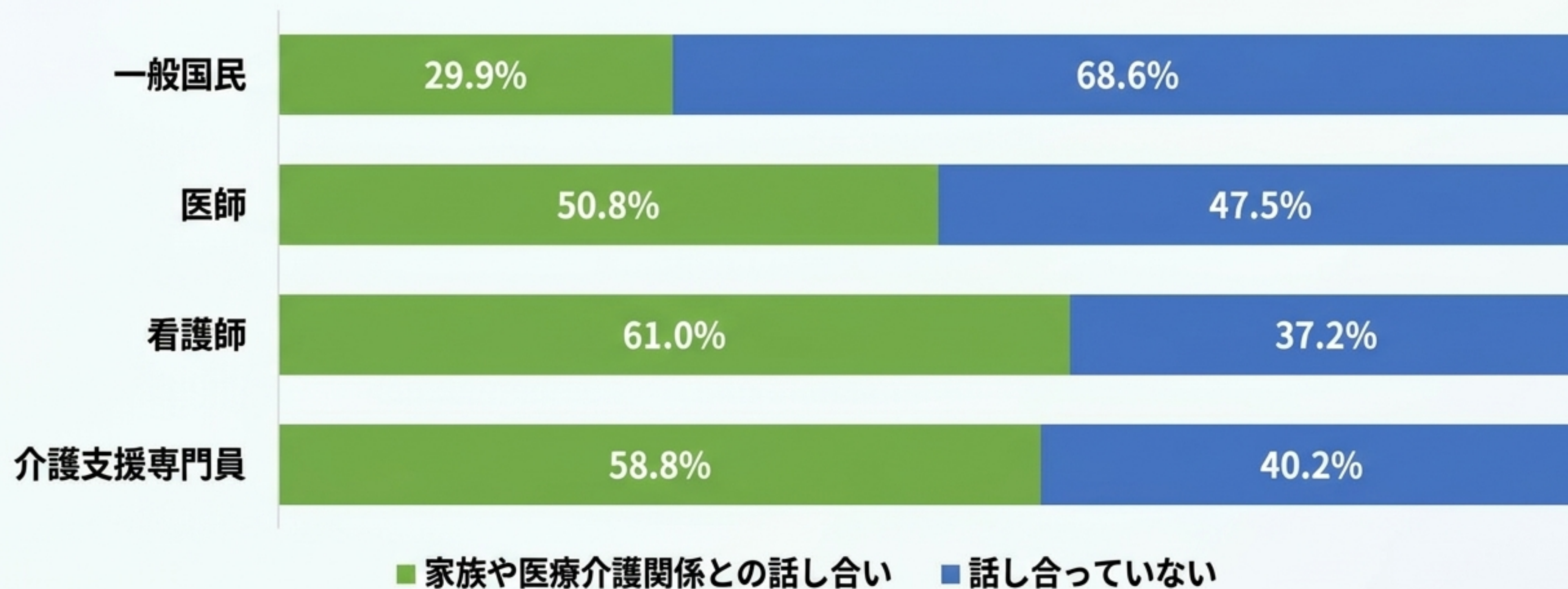
# 劇的に目覚めた医療現場と、取り残される一般国民

過去5年間で最大の地殻変動は、医療・介護従事者のACP（人生会議）に対する認知度の急増です。

「よく知っている」と答えた医師・看護師は2割未満から半数近くまで跳ね上がりました。  
対照的に、一般国民の認知度は微増に留まり、7割以上が「知らない」と回答しています。



人生の最終段階における医療について家族等や医療介護関係者との話し合い  
関心はあっても、行動には移せていない。「想い」は心の中に留まったままです。



終末期においては約70%の患者で  
意思決定が不可能

---

SILVEIRA MJ, NEJM 2011

## ACP (Advance Care Planning) とは？

将来の変化に備え、**将来の医療及びケアについて、患者さんを主体に、そのご家族や近しい人、医療・ケアチームが、繰り返し話し合いを行い、患者さんの意思決定を支援するプロセス**のことです。  
患者さんの人生観や価値観、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にしています。



## ❁ ACPでは何を話し合えばよいのですか？

将来の変化に備え、患者さんの意思を尊重した医療及びケアを提供し、その人生の締めくくりに寄り添うために必要と考えられる内容について話し合うことが必要です。

たとえば…

### 患者さんの状況

- 家族構成や暮らしぶりはどのようなものですか？
- 健康状態について気になる点がありますか？
- 他ににかかっている医療機関（治療内容）や介護保険サービスの利用はありますか？ など

### 患者さんが大切にしたいこと（人生観や価値観、希望など）

- これまでの暮らしで大切にしてきたことは何ですか？
- 今の暮らしで、気になっていることはありますか？
- これからどのように生きていきたいですか？
- これから経験してみたいことはありますか？
- 家族等の大切な人に伝えておきたいことは何ですか？  
（会っておきたい人、最期に食べたいもの、葬儀、お墓、財産など）
- 最期の時間をどこで、誰と、どのように過ごしたいですか？
- 意思決定のプロセスに参加してほしい人は誰ですか？
- 代わりに意思決定してくれる人はいますか？ など

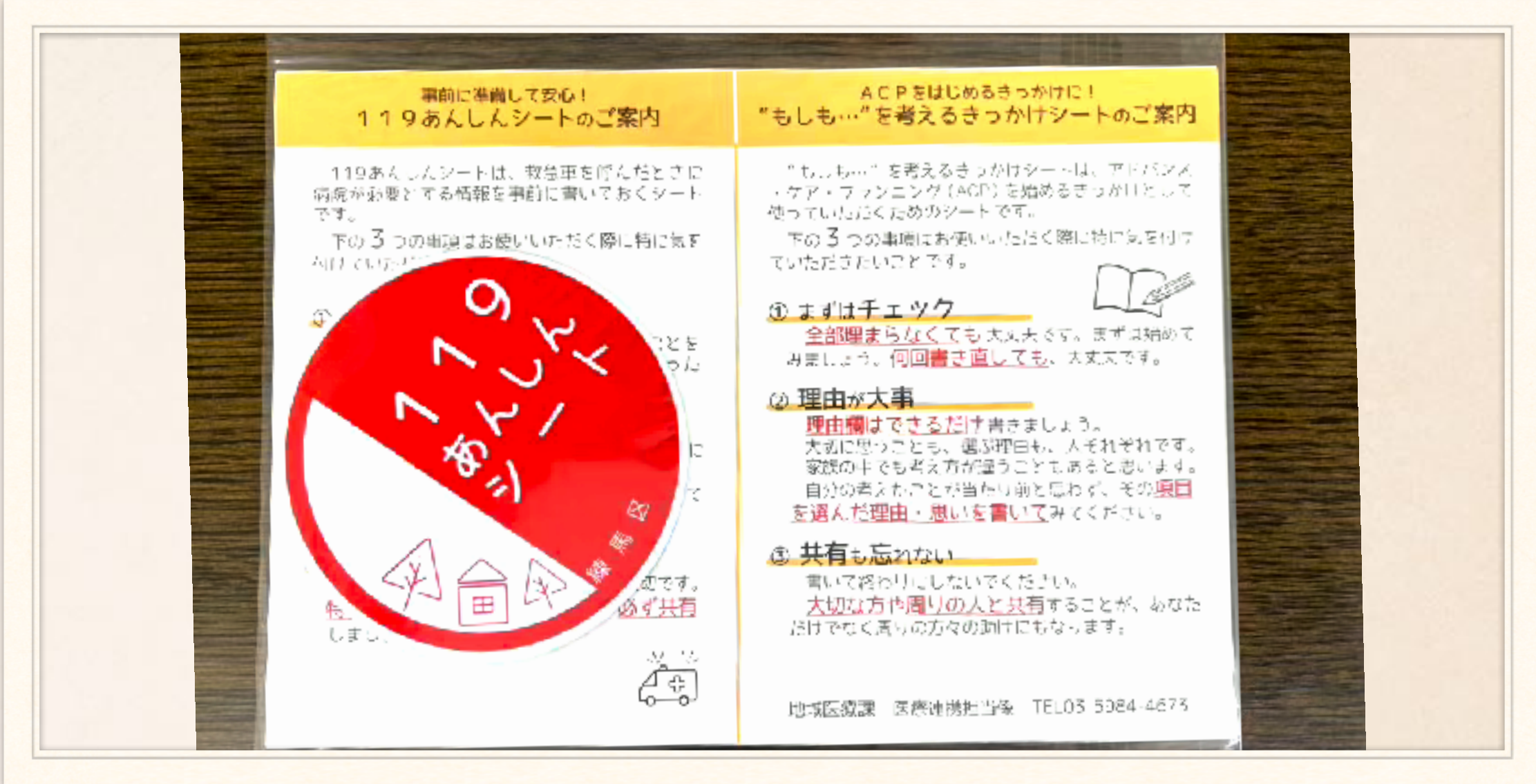
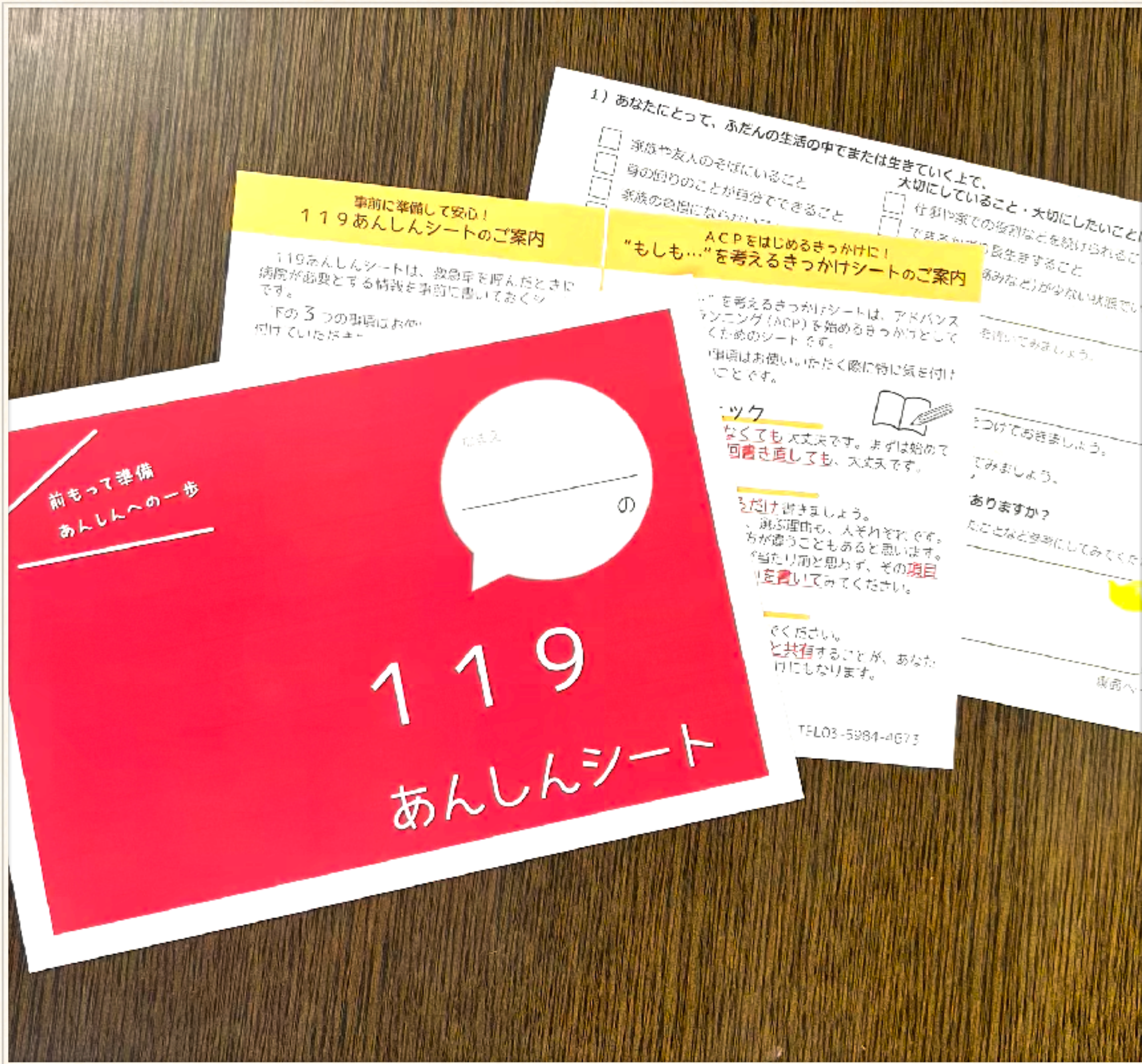
### 医療及びケアについての希望

「可能な限り生命を維持したい」「痛みや苦しみを少しでも和らげたい」「できるだけ自然な形で最期を迎えたい」などの希望が考えられますが、病状等も含め状況は様々です。医療関係者より、適切な情報提供と説明がなされた上で、患者さんやそのご家族等と話し合いを重ねていくことが重要です。

## ✿ ACPの留意点がありますか？

- ACPは、**前向きにこれからの生き方を考える仕組み**です。その中に、最期の時期の医療及びケアのあり方が含まれます。リビング・ウィル等のAD (Advance Directive；事前指示) の作成も入ることがあります。
- 主体はあくまでも**患者さん本人**です。
- 患者さんの意思は変化する可能性がありますので、**繰り返し話し合う**ことが重要です。
- **地域で支える**という視点から、**かかりつけ医を中心に**、看護師、ケアマネジャー等の介護職、ソーシャルワーカー等の**多職種で、患者さんの意思に寄り添う**ことが理想です。
- その場で決まらないこともありますが、話し合いの内容は、**その都度、文書にまとめておく**ことが大切です。
- まずは、**話し合いのきっかけをつくったり、話し合いのプロセスの場を提供する**ことが重要です。





受講満足度

**95%!**



# ACPをちょっと 体験してみよう!

誰にでも関係する「ACP」のことを、  
ペアワークなどの体験を通して、  
“感じて、気付く”研修です。  
皆さんは、ご自身のACPをしたことはありますか？  
ぶち体験をすることで、思っている以上に気づきが！  
参加費無料、ぜひご参加ください。行っています。

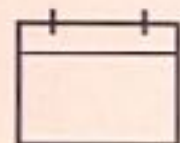
ACPをしたことが  
ない人は、ぜひ!

初めての人のこそ  
来てほしい研修です!



## 日時

令和8年



**6月23日**(火)

18:45~21:15

※受付開始は20分前から

## 会場



練馬区立 区民・産業プラザ3階  
ココネリ研修室1  
練馬区練馬 1-17-1

## 定員



**40名**

※対面開催のみ

## 講師



練馬総合病院 副院長  
**栗原直人**先生

略歴  
1989年、鹿児島大学医学部卒業。慶應義塾大学病院  
で初期研修後、91年、慶應義塾大学医学部外科学教  
室に入局。米国コーネル大学留学などを経て2006年  
より練馬総合病院に勤務。2017年より副院長。

### 本講座 **3** つのおすすめポイント

その**1**

#### 多職種が集まる!

在宅・病院・施設問わず、様々な  
職種の方が参加しています。  
様々な考え方を聞くことができ  
たり、交流の機会にも!

その**2**

#### ファシリのプロが進行!

各班のグループワークの進行は、  
区が手配したファシリテータが行  
います。参加者は安心してプログ  
ラムに集中できます。



その**3**

#### 少人数で学べる!

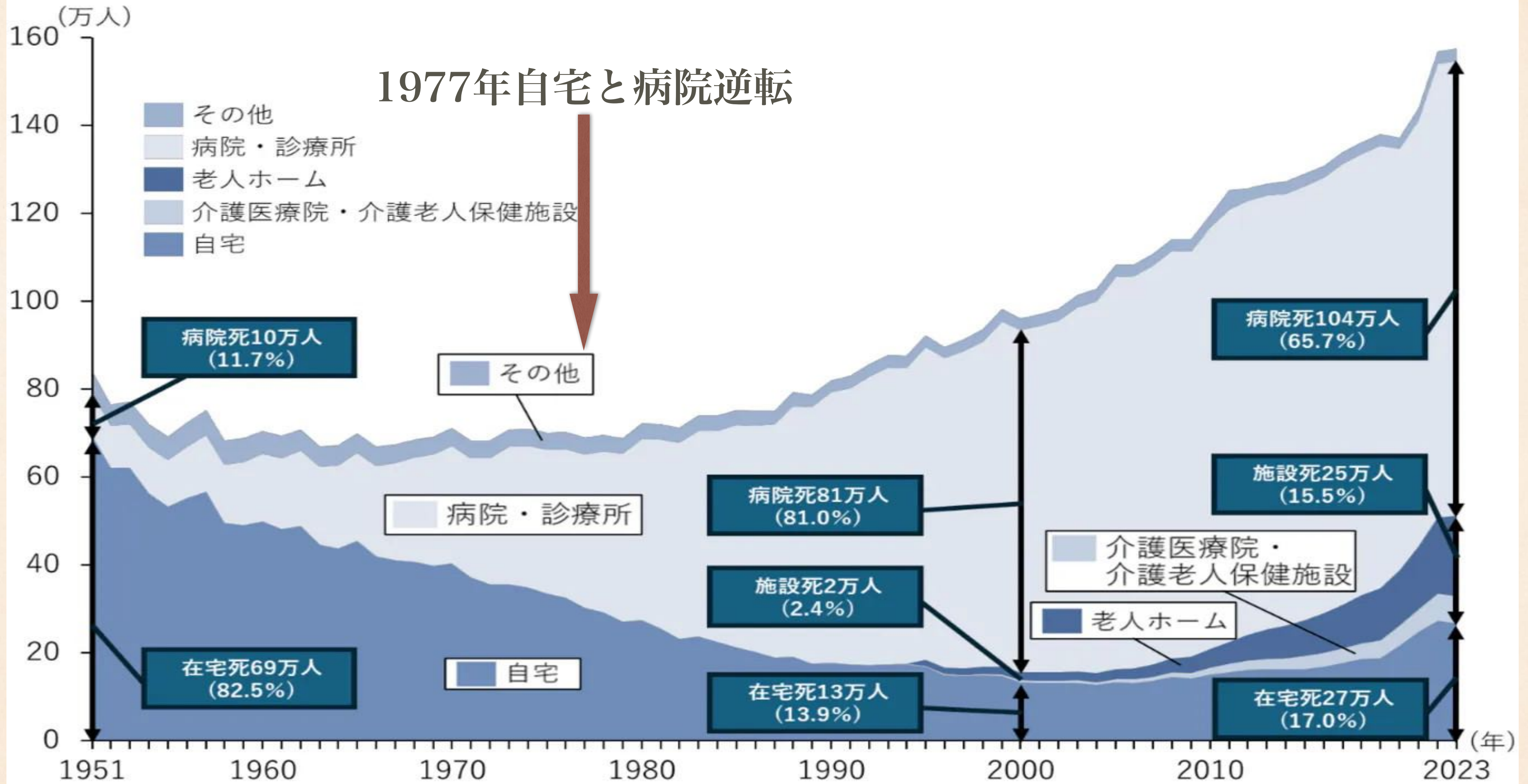
グループは、4~6人で構成し、  
少人数で行います。  
また、2人ペアになって、ACPの  
7千実践をする機会もあります。

申込み方法等詳しくは裏面へ

最後をどこで生きるか？

どこで生き抜くか

資料3 死亡場所別にみた年別死亡者数(1951~2023年)



(注) 老人ホームは養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホームおよび有料老人ホームを指す。なお、老人ホーム、介護医療院・介護老人保健施設は1994年までは自宅に含まれている。

(出所) 厚生労働省「人口動態調査」(各年版)より第一生命経済研究所作成

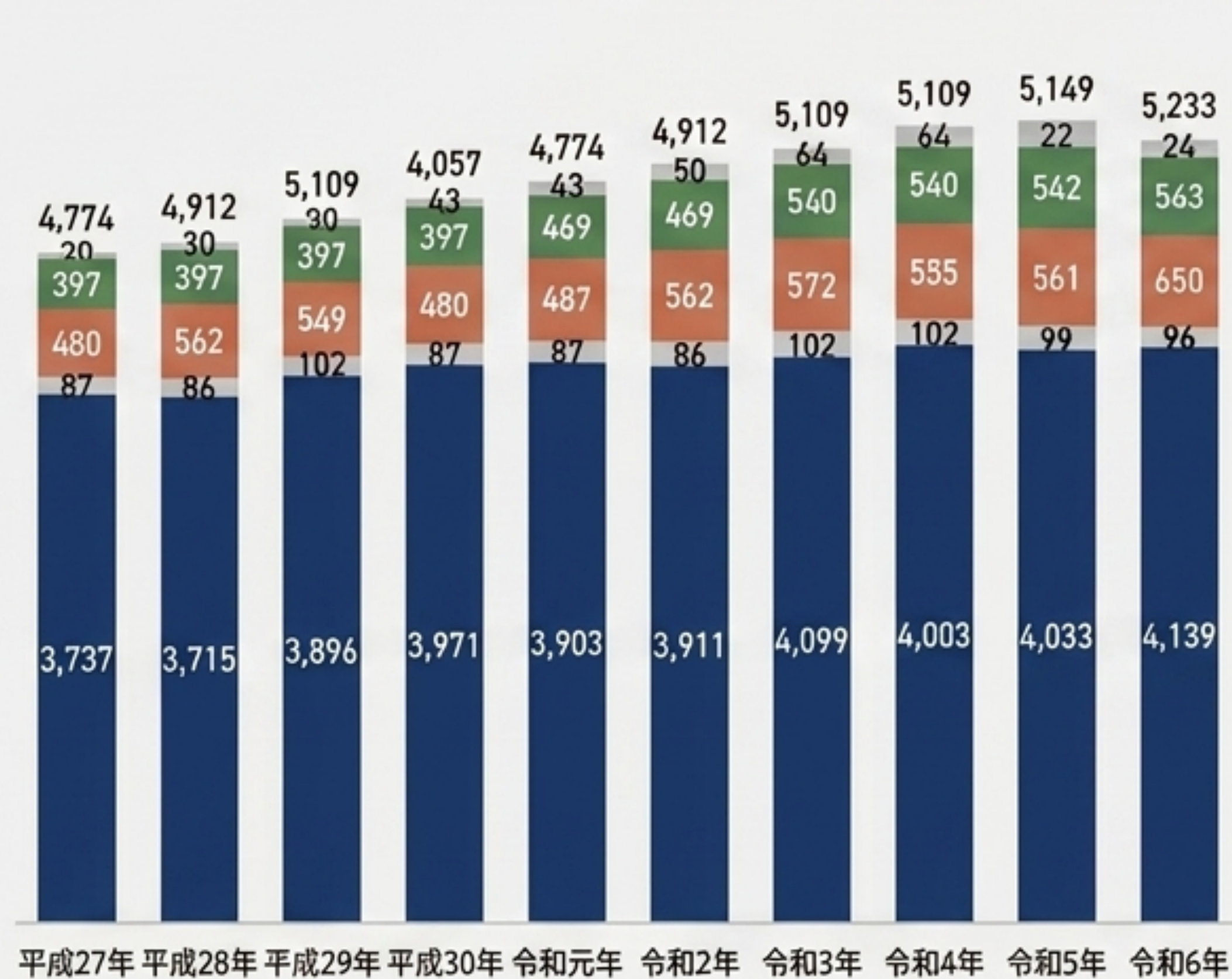
# 練馬区の死亡場所の推移

練馬区高齢者基礎調査から

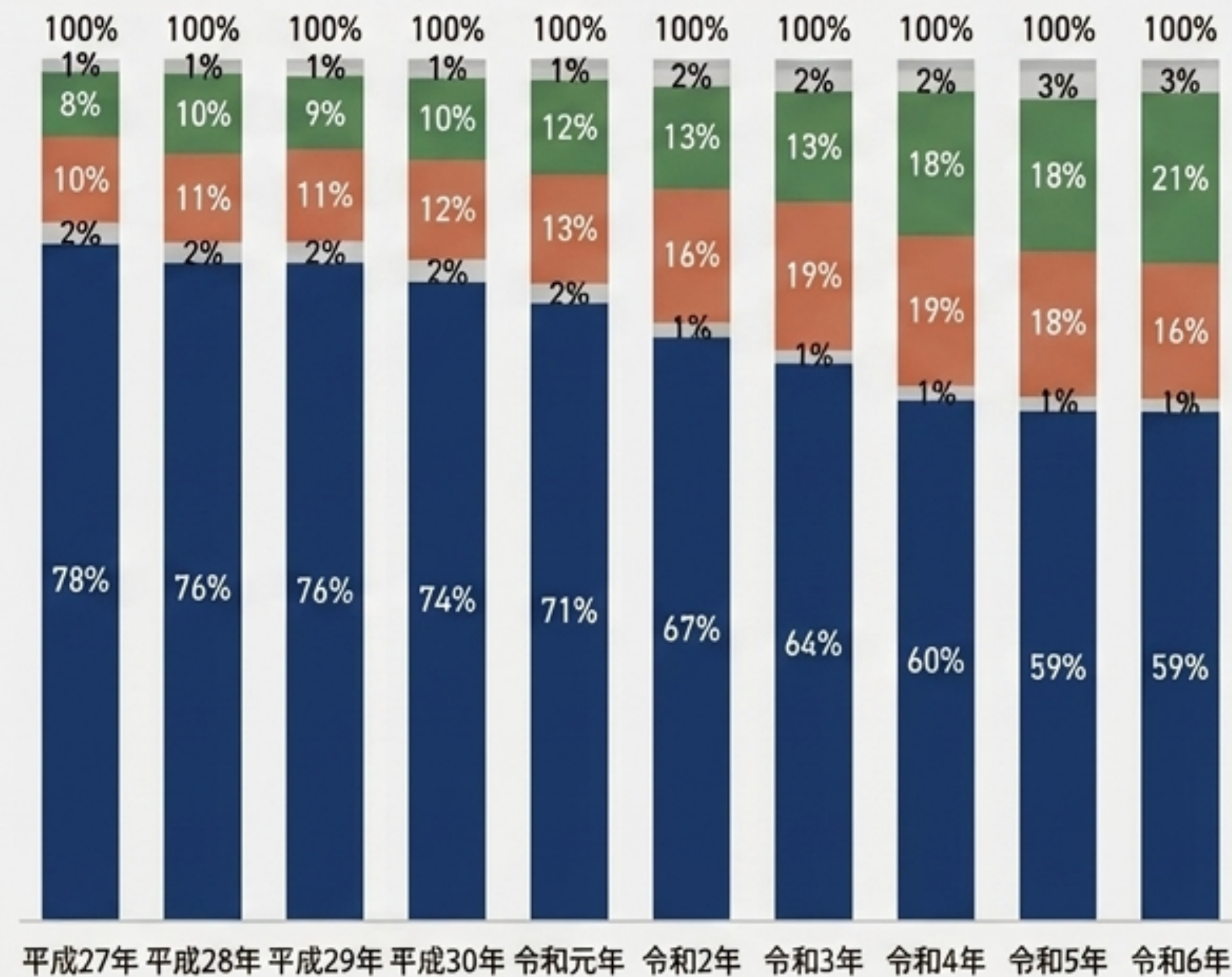
# 死亡場所別 看取り数の推移

■ ①病院  
 ■ ②診療所  
 ■ ③自宅  
 ■ ④老人ホーム  
 ■ ⑤老健・介護医療院  
 ■ ⑥その他

## 実数



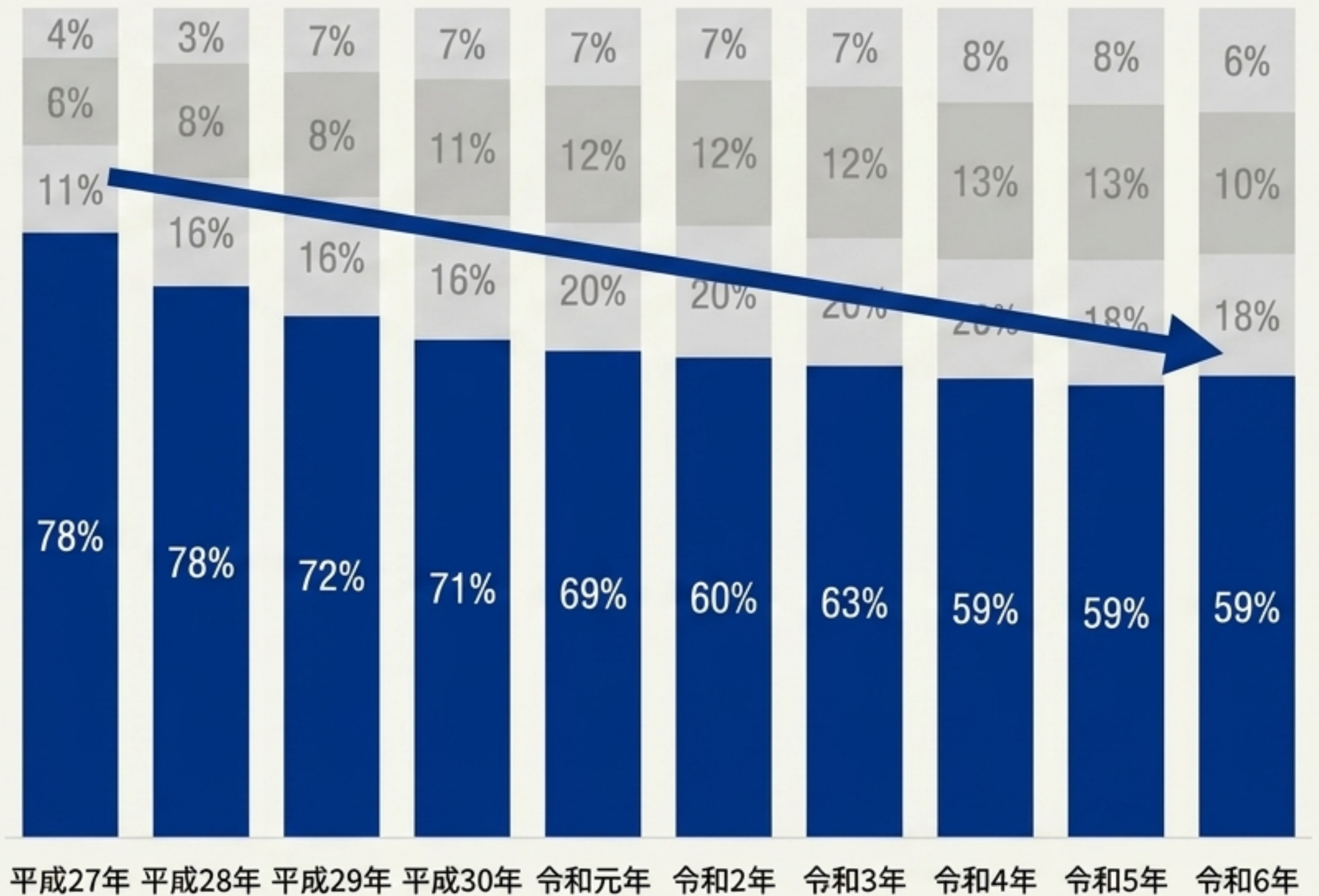
## 割合



# 病院看取りは全体の6割未満へ段階的に縮小

平成27年には全体の約8割（78%）を占めていた病院での看取りは、10年間で段階的に減少を続けました。

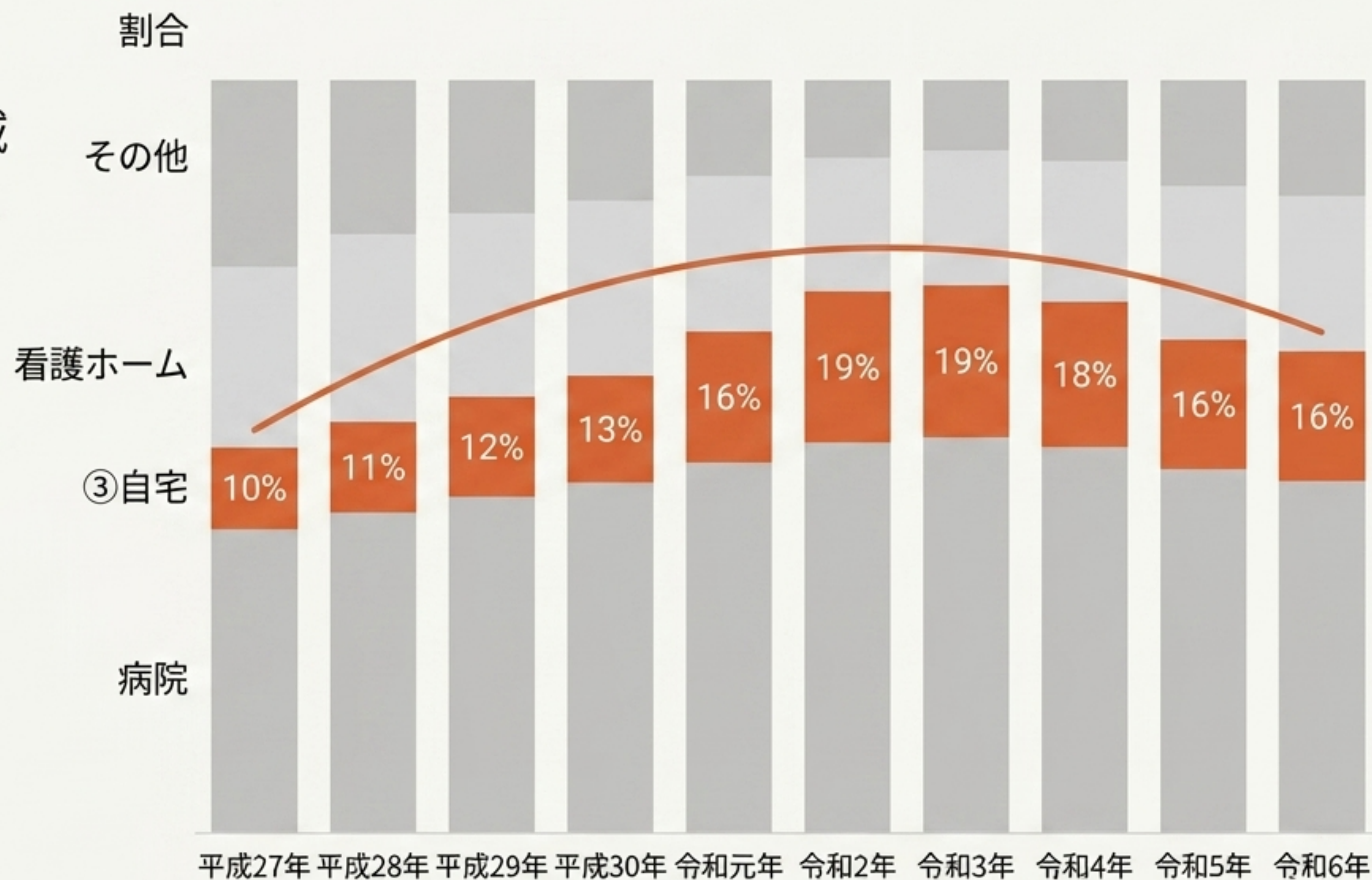
令和6年には59%となり、地域・在宅への移行が数値として明確に表れています。



# 自宅看取りは地域包括ケアを背景に定着

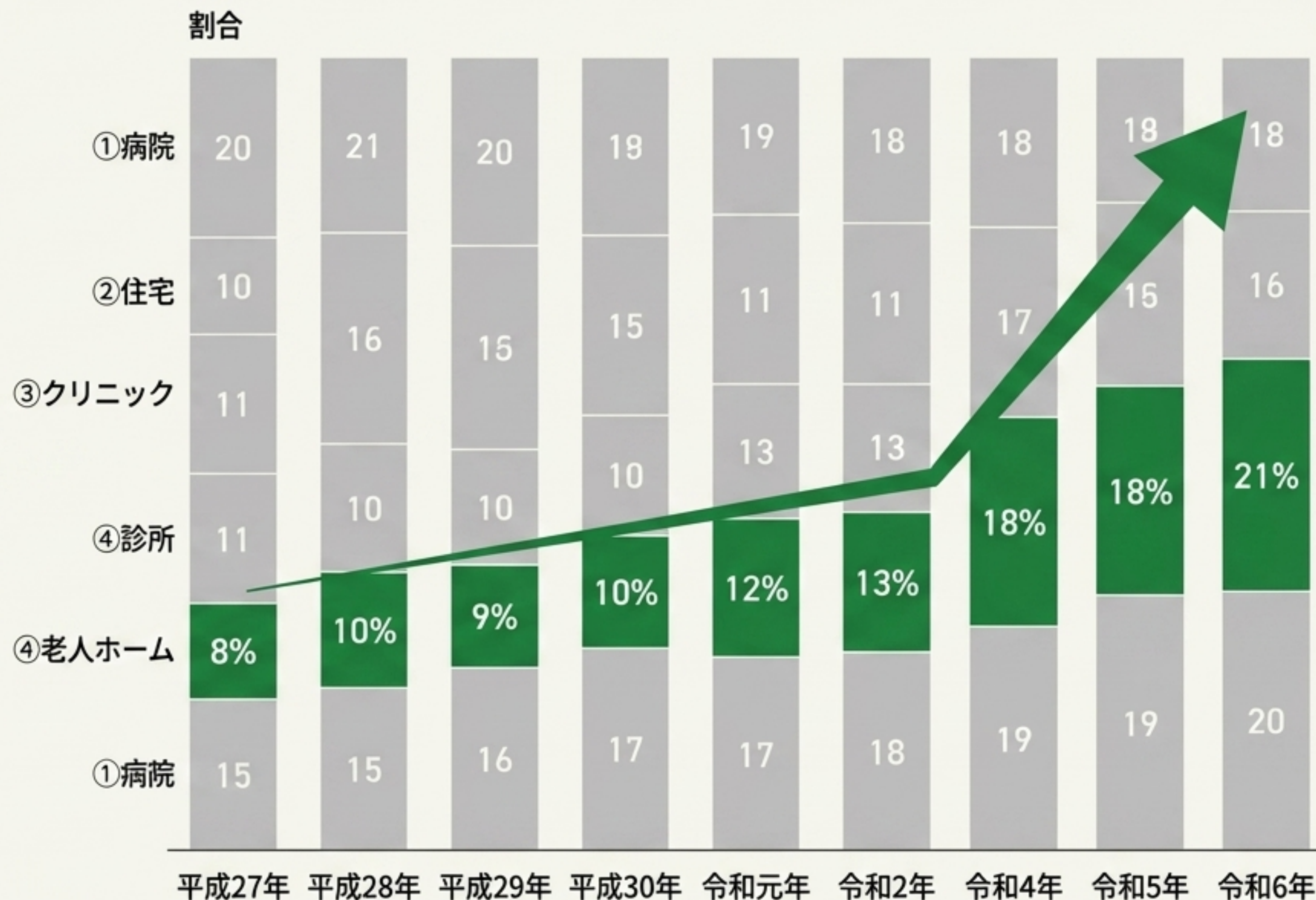
自宅での看取りは、平成27年の10%から着実に増加し、地域社会における重要な選択肢として定着しました。

令和3年から4年にかけて19%のピークを記録しています。



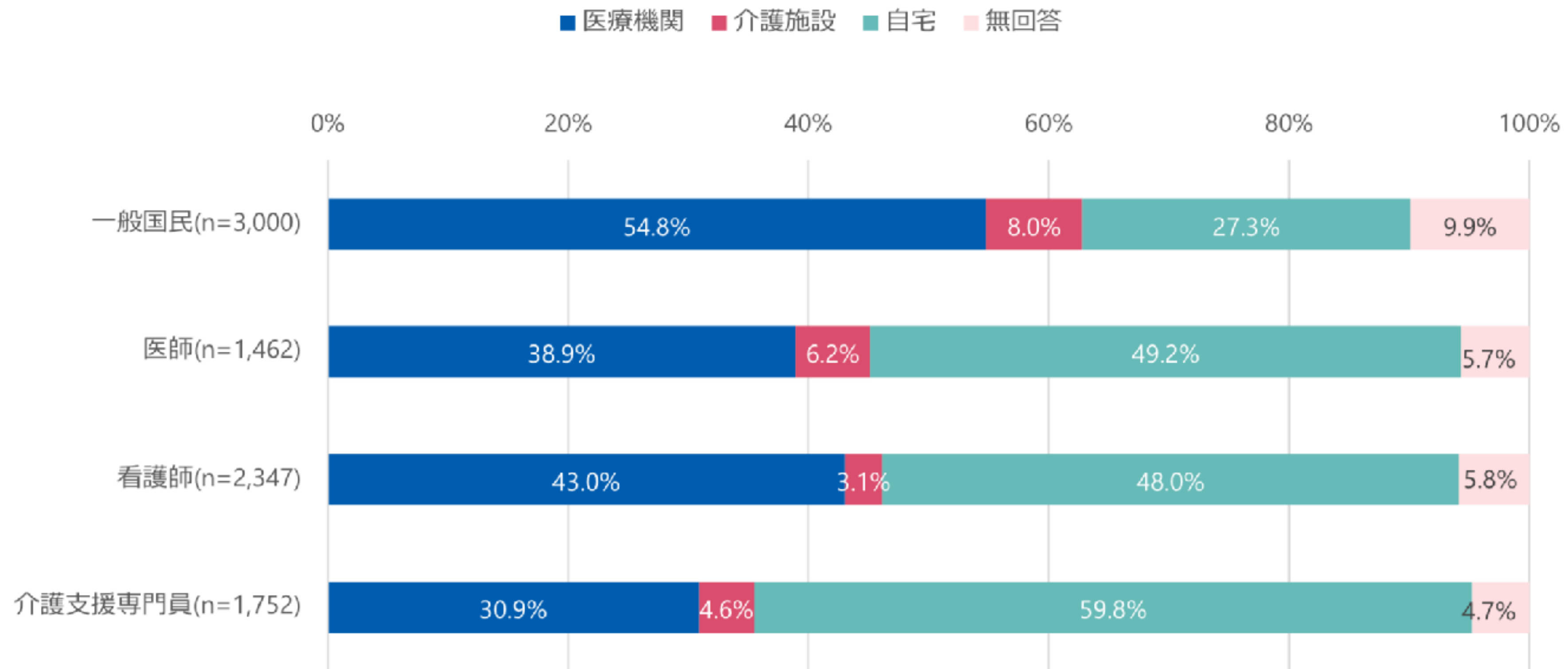
# 老人ホームが急増し、新たな看取りの拠点へ

最も劇的な変化を見せたのが老人ホームです。わずか10年で割合が8%から21%へと約2.5倍に急拡大しました。特に令和4年以降の伸びが顕著であり、医療依存度の高い高齢者を支える受け皿としての役割が強まっています。



# 様々な人生の最終段階の状況において過ごす場所や治療方針等に関する希望について

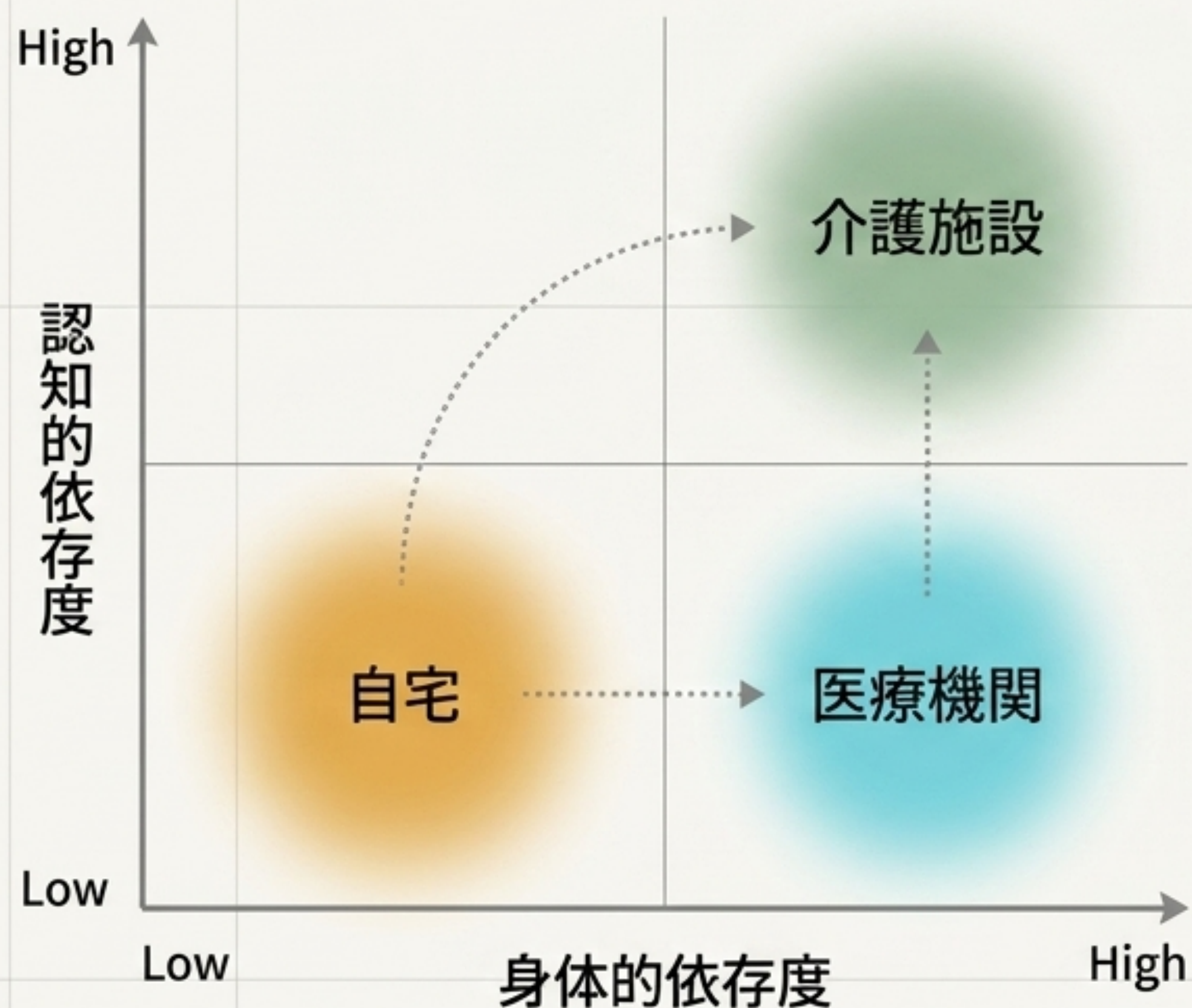
問15-2：それまでの医療・ケアはどこで受けてたいですか。（○は1つ）



# 終末期の療養場所の選択：全体比較

	1. 余命1年	2. 強い身体的苦痛	3. 高度な認知機能低下
一般国民	自宅	医療機関	介護施設
医師	自宅	自宅	介護施設
看護師	自宅	自宅	介護施設
ケアマネ	自宅	自宅	介護施設

# 終末期の選択は「嗜好」ではなく、 「機能的サポート」の条件付き選択である



- 「どこが好きか」ではない：

最期を迎えたい場所は、単一の希望ではなく、想定される「苦痛」と「認知」のフェーズによって劇的に変化する。

- 啓発の必要性：

個人の希望を真に叶えるためには、事前の意思確認 (ACP) を進めると同時に、一般市民が抱える「在宅医療への不安 (情報ギャップ)」を解消することが不可欠である。

# なぜ、呼吸が苦しくてもプロは「自宅」を選ぶのか？

## 一般市民の視点

恐怖と情報不足

- 「家では苦しみを和らげられない」
- 「医療用酸素や機材がない」
- 「家族に対処できない」という不安。

## 専門職の視点

在宅緩和ケアに関する知識の存在

- 「訪問診療・訪問看護の充実」
- 「医療用麻薬を用いた高度な疼痛・呼吸困難の緩和」
- 「住み慣れた環境がもたらす精神的安定」を知っている。

**結論：認識の分断は「在宅医療の限界」に対する情報ギャップに起因している。**

# 地域包括ケアシステム



重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で

自分らしい暮らしを

人生の最後まで続けることができる

# 地域包括ケアシステムの姿

病気になったら…

## 医療



- 急性期病院
- 亜急性期・回復期  
リハビリ病院



- 日常の医療:
- かかりつけ医
  - 地域の連携病院

通院・入院

介護が必要になったら…

## 介護



- 在宅系サービス:
- 訪問介護・訪問看護・通所介護
  - 小規模多機能型居宅介護
  - 短期入所生活介護
  - 24時間対応の訪問サービス
  - 複合型サービス  
(小規模多機能型居宅介護+訪問看護)等

■介護予防サービス

- 施設・居住系サービス
- 介護老人福祉施設
  - 介護老人保健施設
  - 認知症共同生活介護
  - 特定施設入所者生活介護  
等

- 地域包括支援センター
- ケアマネジャー



相談業務やサービスの  
コーディネートを行います。

## 住まい



- 自宅
- サービス付き高齢者向け住宅等

いつまでも元気に暮らすために…  
生活支援・介護予防



老人クラブ・自治会・ボランティア・NPO 等

※ 地域包括ケアシステムは、おおむね30分以内に必要なサービスが提供される日常生活圏域(具体的には中学校区)を単位として想定

重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができる

地域包括ケアシステム

# 在宅医療：訪問診療とは

訪問診療と往診の違いって何??

# 在宅医療の方法:訪問診療と往診

訪問診療	往診
定期訪問	臨時対応
少し手続きが必要 (同意書や治療内容に関する確認)	手続きはいらない。
計画的・継続的な医療サービス	急変時の一時的な診療
スケジュールを組んで、 定期的に訪問(1-2回/月)。	突発的な緊急事態に訪問 一般診療や訪問診療の合間に行くので希望 通りにすぐ行けるとは限らない。

# 往診(緊急往診、 随時往診)



緊急事態に、不定期、必要な時だけ

# 訪問診療



定期的に決まった時間で、「自宅外来」のイメージ、定期的なお薬の処方、聴診や血圧測定などの診察。

# 在宅療養支援診療所・病院とは？

通院が困難になられた患者様のご自宅や入所施設にお伺いして診療（訪問診療）を行う医師のいる診療所または病院です。



病状の悪化時も、随時往診での対応を行います。

# 在宅療養(訪問診療)、介護施設入所、病院入院の違い

	自宅	介護施設	病院
本人の快適性	◎	○	△
家族への負担	必要に応じ負担あり	少ない	ない
経済的負担	使う介護サービスの量による	やや高い	高い
緊急の対応	病院には劣る（在宅医による初期対応）	病院には劣る（在宅医による初期対応）	すぐに治療にうつりやすい
複雑な医学的管理	在宅医や訪問看護師の利用が不可欠	看護師の配置の有無などによる	行いやすい
費用	医療保険・介護保険	介護保険	医療保険

# 病院の種類と入院可能日数(病床機能)

病院の種類	医療の内容	入院可能期間
高度急性期	高度な医療を中心に行う	入院は9-14日間 DPC病院
急性期	一般の急性疾患から高度医療まで	入院は9-14日間 DPC病院、一般急性期
地域包括医療病棟	高齢者に特化した急性期-回復期	平均20日 (最大90日)
地域包括ケア病棟	急性期と回復期の両方の役割	入院は40-60日
回復期 リハビリテーション	急性期後のリハビリ 在宅復帰社会復帰を目指す	疾患により 1-2ヶ月/2-6ヶ月
慢性期 医療療養・介護医療院	在宅復帰・社会復帰が困難な方の入院	長期入院が可能

# 包括期病棟と在宅医療

## (地域包括医療病棟と地域包括ケア病棟)

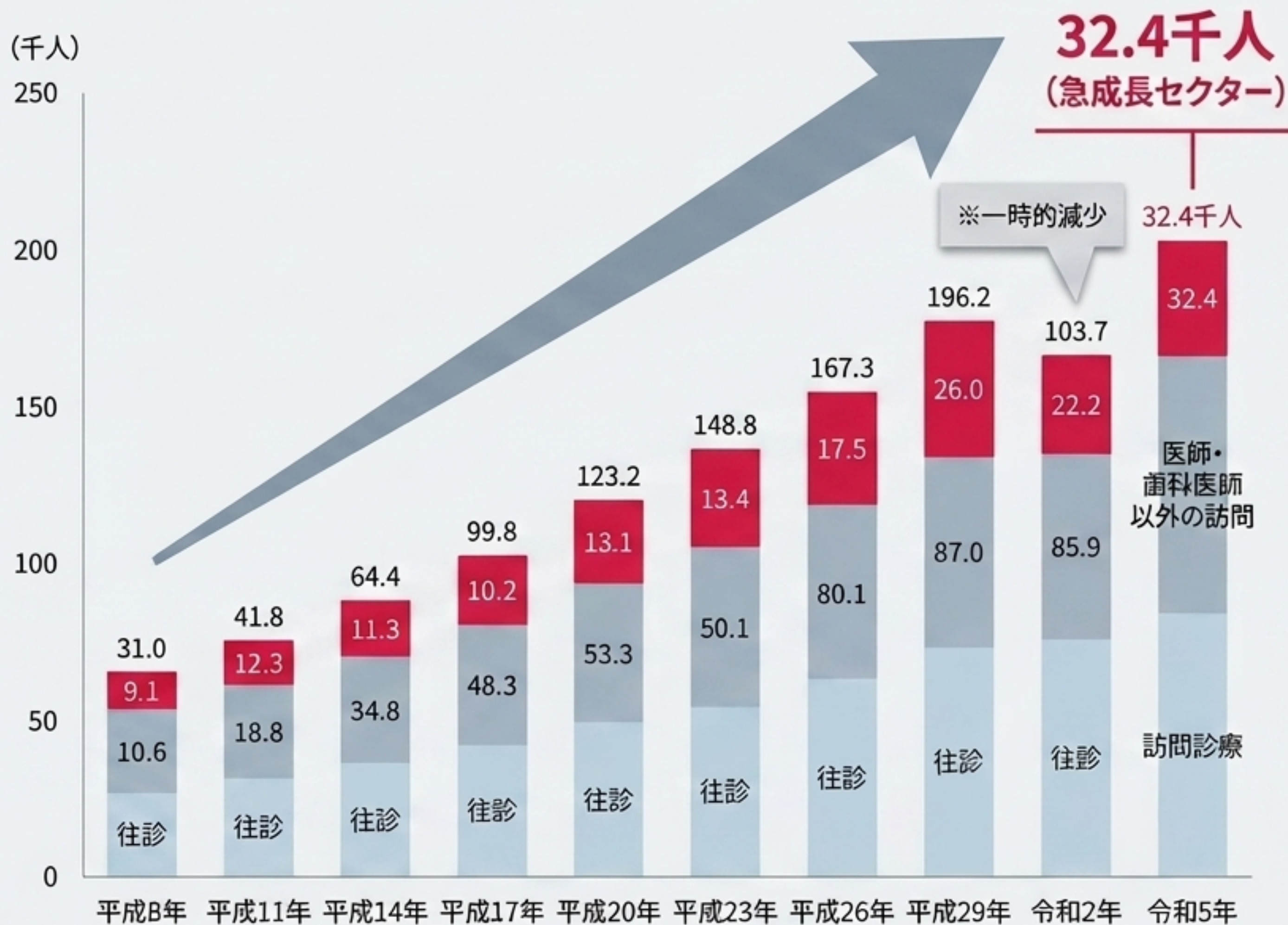
- ❖ 地域包括ケアシステムの地域の重要な要素
- ❖ 軽症から中等症の急性期疾患の診断治療と生活復帰
- ❖ 自宅に帰るためのリハビリ
- ❖ 在宅調整
- ❖ End of Life ケア(終末期ケア)
- ❖ 地域の医療の中継地点
- ❖ ときどき入院、ほぼ在宅

# 医療保険と介護保険(在宅医療に関わる)

	介護保険	医療保険
職種	ケアマネージャー、介護福祉士、看護師、リハビリ(ST/PT/OT)、薬剤師、栄養師	医師、看護師、リハビリ、薬剤師、栄養師、検査技師、放射線技師
施設	老人保健施設(老健)、特別介護老人施設(特養)、(看護)小規模多機能施設、グループホーム、デイサービス、デイケア、訪問看護ステーション	病院、診療所
サービス	訪問看護、訪問リハ、訪問ヘルパー	訪問診療、訪問看護
問題点	原則併用利用は困難。特に施設入所・入院の場合両方の保険を同時に利用できない(老健では薬の処方施設の持ち出しになる)→重要な治療の継続に支障が出る。	

訪問診療を受けることができるのは誰？

在宅医療の患者数は一貫して増加トレンドにある。特筆すべきは、医師による訪問以上に「医師・歯科医師以外の訪問（看護師等）」が急拡大している点であり、チーム医療へのシフトが鮮明に表れている。



# 在宅医療を受けるのはどんな方(例)？

- ① 足腰が悪くて、通院ができないけれども、薬の継続が必要。
- ② 認知症があり、病院への通院に耐えられない(行きたがらない)。
- ③ 寝たきりになってしまったが、自宅で継続治療して過ごしたい。
- ④ 末期がんで、自宅で最期の期間を過ごしたい。
- ⑤ 心臓や肺の疾患が進み病院まで通えない。

軽症の方から重症な方まで、とにかく外来にいけない方は訪問診療を受けられる。

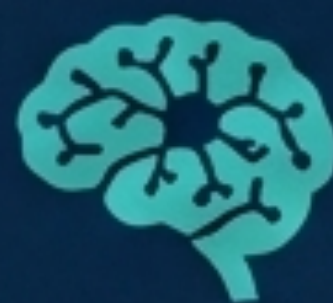
ただし、特別な場合を除いて外来と訪問診療を併用はできない。

# 訪問診療の主な対象疾患



## 循環器・代謝系

- 高血圧症、うっ血性心不全、虚血性心疾患
- 糖尿病（インスリン管理含む）



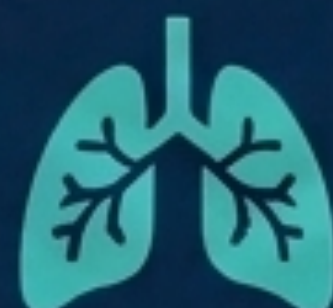
## 脳神経・精神系

- 認知症（アルツハイマー型、血管性等）
- 脳血管疾患後遺症（脳梗塞、脳内出血）
- 精神系疾患



## 運動器・皮膚系

- 骨折・筋骨格系疾患（大腿骨頸部骨折後、骨粗鬆症）
- 皮膚疾患（重度褥瘡、創傷）



## 呼吸器系

- COPD（慢性閉塞性肺疾患）
- 慢性呼吸不全、肺炎後遺症

# 【別表第8の2】 疾患・状態の分類ダッシュボード

## 特定疾患 (Specific Diseases)

末期悪性腫瘍

スモン

指定難病

後天性免疫不全症候群

脊髄損傷

真皮を越える褥瘡

### 呼吸・ 循環管理



- ・在宅人工呼吸を行っている状態
- ・在宅酸素療法を行っている状態
- ・気管切開を行っている状態/  
気管カニューレを使用している状態
- ・肺高血圧症であってプロスタグランジン<sub>2</sub>製剤を投与されている状態

### 栄養・ 代謝管理



- ・在宅中心静脈栄養法を行っている状態
- ・在宅成分栄養経管栄養法を行っている状態

### 排泄・ 浄化



- ・在宅血液透析を行っている状態
- ・在宅自己連続携行式腹膜灌流を行っている状態
- ・在宅自己導尿を行っている状態
- ・人工肛門又は人工膀胱を設置している状態

### 疼痛・その他 デバイス



- ・ドレーンチューブ又は留置カテーテルを使用している状態
- ・植込型脳・脊髄刺激装置による疼痛管理を行っている状態

# 【別表第8の3】 包括的支援対象の相関図



## 【基礎的な自立度低下】

- 要介護3以上に相当する患者
- 認知症高齢者の日常生活自立度でランクⅢ以上の患者



## 【医療的介入の高頻度化】



- 月4回以上の訪問看護を受ける患者



- 訪問診療時又は訪問看護時に、注射や処置を行っている患者



- 麻薬の投薬を受けている患者

## 【家族・多職種連携への依存】



- 医師の指導管理のもと、家族等が処置を行っている患者等、関係機関等との連携のために特に重点的な支援が必要な患者

## 【医療的介入の高頻度化】



- 特定施設等の入居者の場合には、医師の指示を受けて、看護師が痰の吸引や経管栄養の管理等の処置を行っている患者

## 訪問診療の二大疾患（コア層）

循環器疾患（高血圧症、心不全など）

49.8%

認知症

41.9%

## 高頻度な併存疾患（サブ層）

脳血管疾患（脳梗塞、脳内出血など）：21.5%

骨折・筋骨格系疾患：18.5%

糖尿病：14.6%

## 専門的管理疾患（ニッチ層）

呼吸器系疾患：8.9%

精神系疾患：8.6%

悪性新生物：8.1%

皮膚疾患（褥瘡等）：6.8%

難病（神経系）：6.5%

COPD：2.1%

訪問診療でできること

## 具体的な診療行為・処置の実態



評価・検査



- バイタル測定、視聴打診・触診
- 心電図検査、エコー検査（超音波）
- 簡易血糖測定、採血・検体採取



基本処置・ケア



- 創傷処置、褥瘡の処置（デブリードマン等）
- 浣腸・摘便
- 胃ろう・腸ろうによる栄養管理



管類・デバイス交換



- 気管切開・カニューレ交換
- 尿道留置カテーテルの交換・管理

# 特別な医学管理の対象リスト



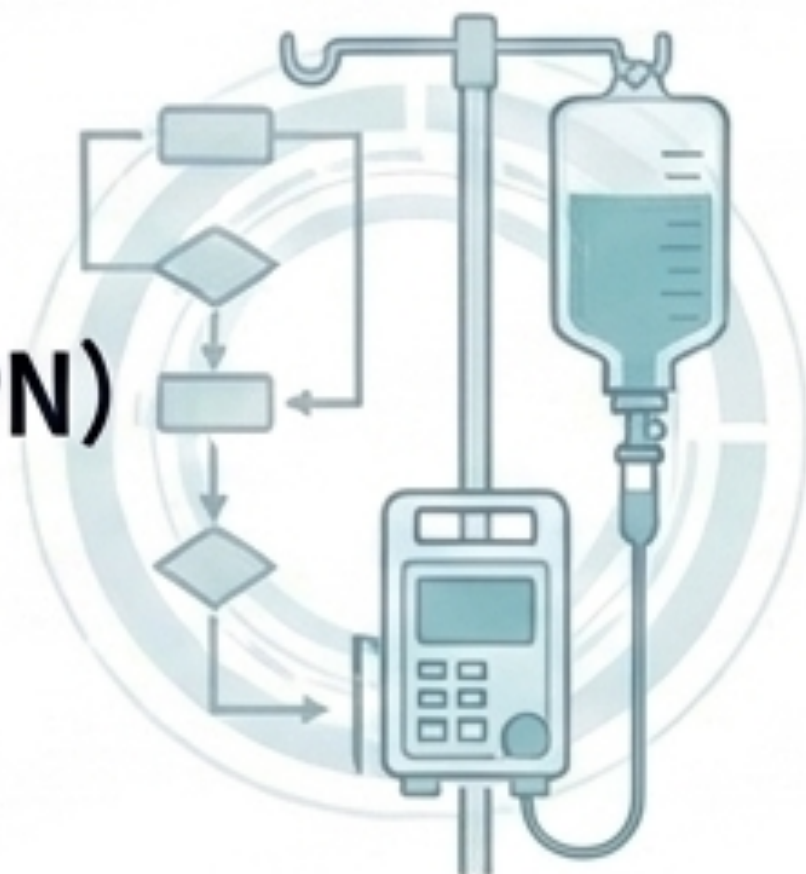
## 呼吸器系管理

- 在宅酸素療法指導管理 (HOT)
- 在宅人工呼吸指導管理 / 気管切開患者指導管理
- 在宅持続陽圧呼吸療法 (CPAP)



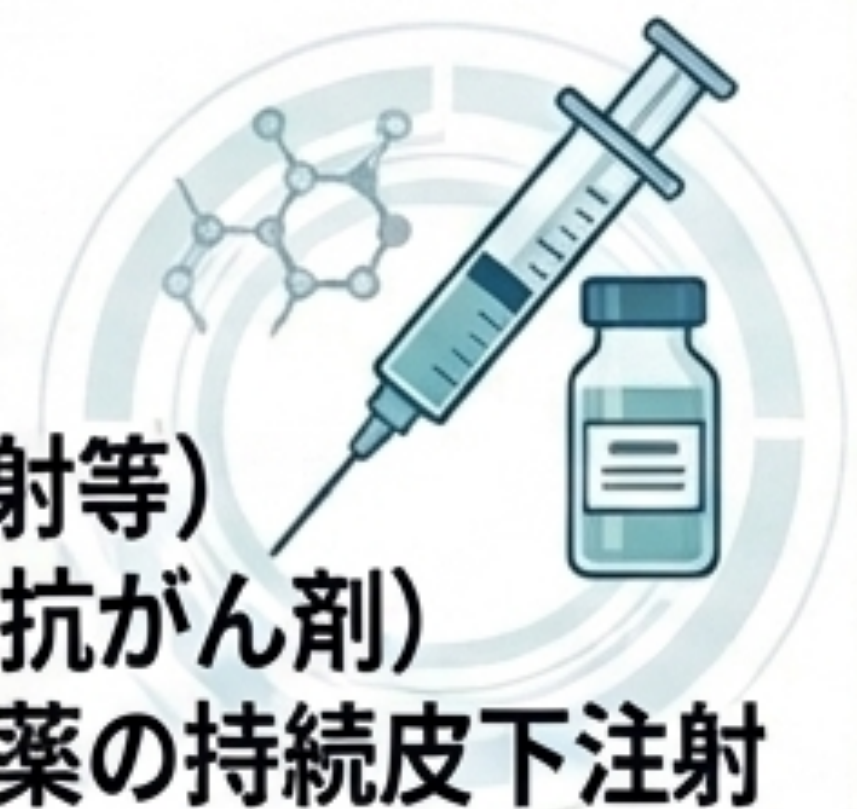
## 栄養・輸液管理

- 在宅中心静脈栄養法 (TPN)
- 在宅成分栄養経管栄養法



## 薬剤・疼痛管理

- 在宅麻薬等注射指導管理 (オピオイド持続皮下注射等)
- 在宅腫瘍化学療法注射 (抗がん剤)
- 在宅自己疼痛管理 / 鎮静薬の持続皮下注射



## 特殊透析・循環管理

- 在宅自己腹膜灌流指導管理 / 血液透析
- 在宅強心剤持続投与指導管理



# 訪問診療への期待と不安

# 10の不安要素を可視化する「ケアのサーモグラフィ」

	一般	医師	看護師	介護職
往診してくれる医師がない	27.0	25.2	17.8	26.1
訪問看護体制が整っていない	33.6	34.8	37.0	35.1
訪問介護体制が整っていない	32.1	35.4	30.5	34.8
24時間相談にのってくれるところがない	31.9	36.2	36.2	37.8
介護してくれる家族がない	10.7	21.1	18.2	17.9
介護してくれる家族に負担がかかる	78.4	68.6	77.3	73.5
症状が急変したときの対応に不安がある	57.3	53.5	52.8	64.8
症状急変時すぐに入院できるか不安である	14.4	23.5	13.9	27.2
居住環境が整っていない	18.6	23.2	25.5	37.8
経済的に負担が大きい	30.8	14.1	28.7	29.2

1

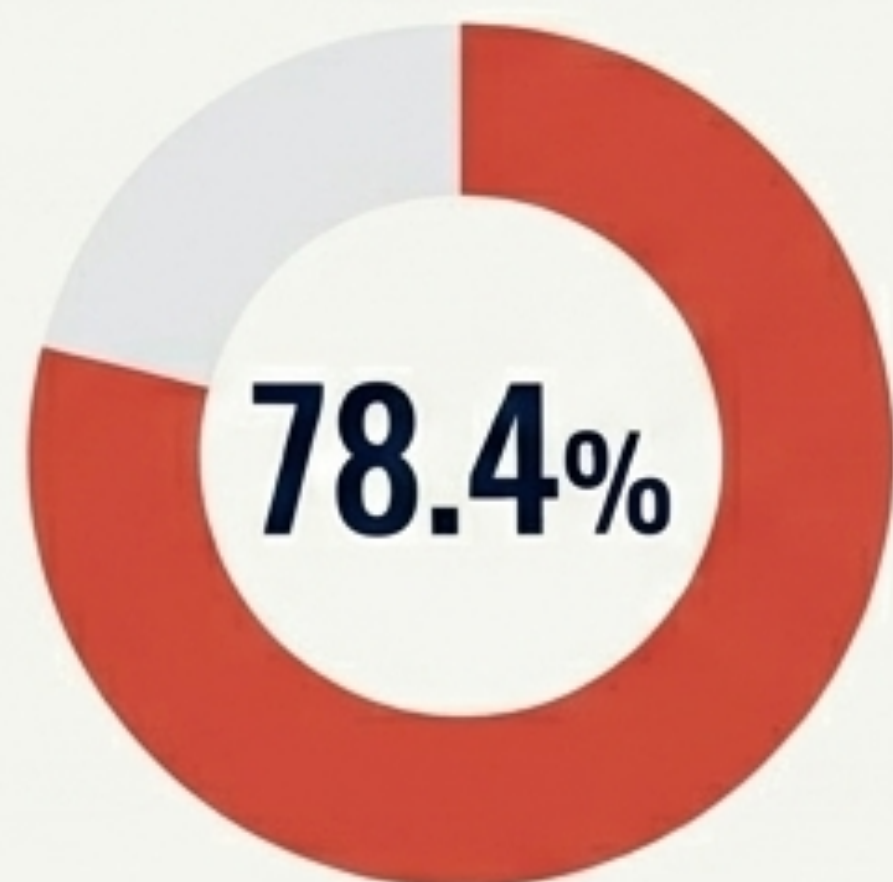
色が濃い赤の領域は全者が抱える危機的課題

2

青と赤が混在する領域は、立場による『認識ギャップ』が存在する箇所

立場を超えた最大の障壁は「家族への圧倒的な負担感」

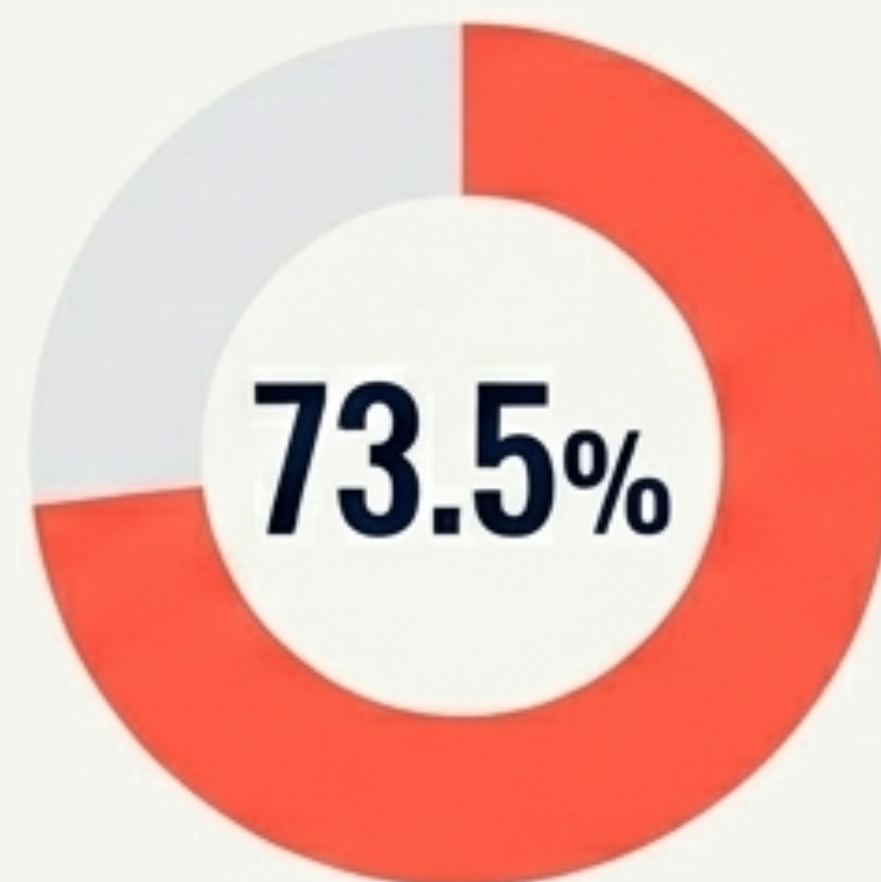
# 介護してくれる家族に負担がかかる



一般



看護師



介護職

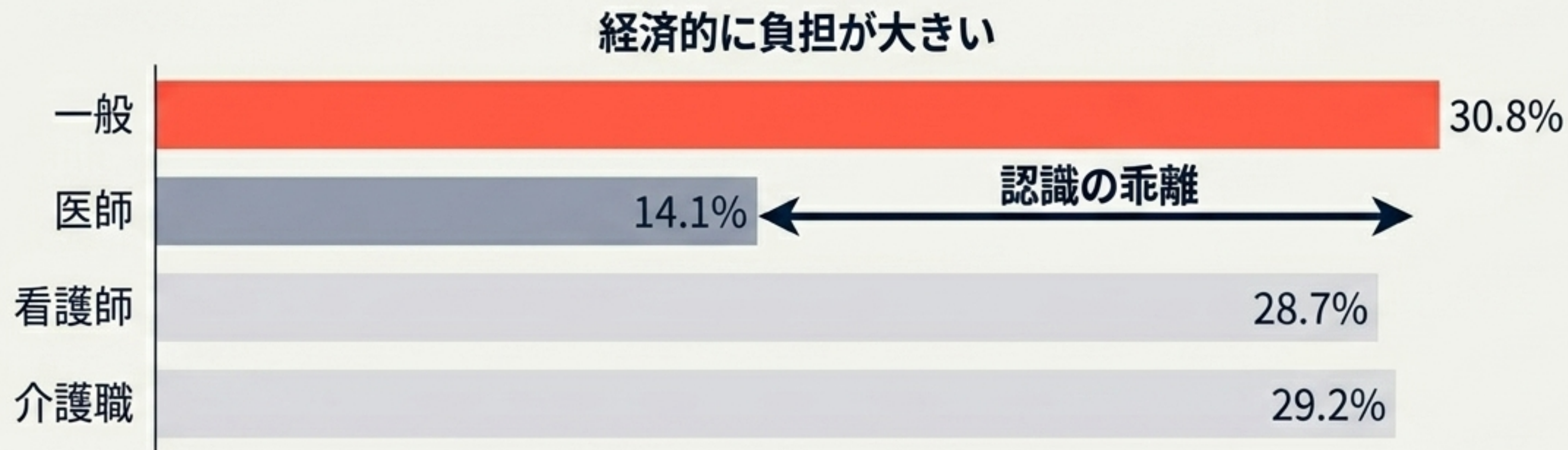


医師

専門知識の有無にかかわらず、全体の約70～78%が家族への依存を最大の懸念としている。  
在宅ケアの推進には、患者本人だけでなく『家族の負担をどうシステムで肩代わりするか』が最優先事項となる。

# 医師は患者側が抱える「経済的ハードル」を過小評価している

## 約2.2倍の認識ギャップ



治療やケアの提供側である医師にとって経済的懸念は14.1%と最も低いですが、市民にとっては30%を超える大きな障壁。ケアプラン策定時において、費用の透明性確保と経済的支援策の提示が必須である。

# 在宅ケア・看取りに対する不安の3大要因



共通する最大の障壁

78.4% 一般市民が  
懸念

全ての職種・立場で「介護する家族への負担」が最も高い不安要素として共有されている。



急変時の医療不安

64.8% 介護職が  
懸念

「症状急変時の対応」に対する不安は、一般市民以上に現場の最前線に立つ介護職において顕著に高い。



経済不安の非対称性

一般 30.8% 医師 14.1%

一般市民に重くのしかかる経済的負担感は、医療提供者（特に医師）との間で最も認識のズレが大きい。

# 在宅医療はいくらかかる？

患者さんにご家族のための、安心の費用ガイド



※令和8年（2026年）6月改定の最新の制度に基づいています。  
NotebookLM

## 月々の支払いの目安（1割負担の場合）



月2回 定期的に訪問してもらう場合  
約6,000～8,000円/月

※一般的なご自宅で、医師が1名で訪問した場合の概算です。  
お薬代や特別な処置がある場合は別途追加となります。

# もし急変して何度も来てもらったら？ → 安心の『上限額』があります



70歳以上・一般的な所得の方

上限**18,000**円/月

減額区分 I, IIの方

上限**8,000**円/月

2026年8月からの新しい『高額療養費制度』により、どれだけ訪問回数が増えても、ひと月の支払いには必ずストップがかかる仕組みです。

# お支払いいただく費用には、何が含まれているの？



## 訪問そのものの費用

医師がご自宅に伺い、診察を行うための基本費用です。  
(在宅患者訪問診療料など)

## 24時間・365日の安心サポート

夜間や休日でも、いつでも連絡が繋がり、必要に応じて駆けつけられる体制を維持するための費用です。  
(在宅時医学総合管理料)

## 医療スタッフの環境改善・物価高への対応

質の高い医療スタッフを確保し、現在の物価高騰の中でも地域で安定して医療を提供し続けるための新しい費用です。  
(ベースアップ評価料・物価対応料)

ただ診察を受けるだけでなく、ご自宅での『**安心な生活の基盤**』を支えるための費用です。

そんな心配が多い皆様に

すべては解決できる！

# このような不安を解決するために

練馬区で実現する、ご自宅から入院まで途切れない「安心のセーフティネット」



## ① 家族への負担を かけないために

在宅で利用できる、  
社会資源について理解し、  
有効に利用することにより  
家族負担を軽減



## ② 病状の急変への準備

悪化時にすぐに連絡のとれる  
在宅医の利用など



## ③ 入院できるかの不安

練馬区と医師会の共同事業  
「病床コーディネーター機能  
(紹介)」の利用など

途切れない「安心のセーフティネット」があなたとご家族を守ります



Nerima  
在宅療養ガイドブック

# わが家で生きる

住み慣れた自宅でいつまでも自分らしく



住み慣れた自

# わが家

一冊

- ・脳卒中、認知症、がん
- ・在宅療養を支える人々
- ・在宅療養患者やそのご家族

練馬区

令和8年(2026年)4月作成



# 練馬区 地域包括支援センター

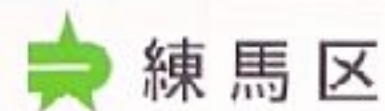
地区を担当している地域包括支援センターに出  
向いて聞いて見ましょう！

高齢者のみなさまが 住みなれた地域で  
安心して 自分らしく いきいきと 暮らしていくために

# 地域包括支援センター

をご利用ください。  
(医療と介護の相談窓口)

地域包括支援センターは、高齢者とその家族の生活を支える地域の窓口です。  
介護・福祉・健康・医療など、さまざまな分野から総合的に支援します。お気軽  
にご相談ください。



(令和8年4月1日現在)

地域包括支援センター (医療と介護の相談窓口)				
駅	センター名	所在地	電話番号	担当地域
1 練馬	①みらい青空	旭丘 2-40-1 (みらい青空学園複合施設内)	5912-0523	旭丘、小竹町、羽沢、栄町
	②桜台	桜台 1-22-9 (桜台地域集会所内)	5946-2311	桜台
	③豊玉	豊玉南 3-9-13 2階 (デイサービスセンター内)	3993-1450	豊玉中、豊玉南
	④練馬	練馬 2-24-3 (デイサービスセンター内)	5984-1706	練馬
	⑤練馬区役所	豊玉北 6-12-1 (練馬区役所東庁舎 5階)	5946-2544	豊玉上、豊玉北
	⑥中村橋	貫井 1-9-1 (中村橋区民センター 2階)	3577-8815	貫井、向山
	⑦中村かしわ	中村 2-25-3	5848-6177	中村、中村南、中村北
2 光が丘	⑧北町	北町 2-26-1 (北町地区区民館内)	3937-5577	錦、北町1~5・8、平和台
	⑨北町はるのひ	北町 6-35-7 (北町健康相談所内)	5399-5347	氷川台、早富、北町6・7
	⑩田柄	田柄 4-12-10 (特別養護老人ホーム内)	3825-2590	田柄1~4、光が丘1
	⑪練馬高松園	高松 2-9-3 (特別養護老人ホーム内)	3926-7871	春日町、高松1~3
	⑫光が丘	光が丘 2-9-6 (光が丘区民センター 2階)	5968-4035	光が丘2・4~6、旭町、高松5-13~24番
	⑬光が丘南	光が丘 3-3-1-103号	6904-0312	高松4・5-1~12番、田柄5、光が丘3・7
3 石神井	⑭第3育秀苑	土支田 1-31-5 (特別養護老人ホーム内)	6904-0192	土支田、高松6
	⑮高野台西	高野台 5-24-1 (デイサービスセンター内)	6913-1515	谷原、高野台2~5
	⑯高野台	高野台 1-7-29 (練馬高野台駅前地域集会所内)	5372-6300	富士見台、高野台1、南田中1~3
	⑰石神井	石神井町 3-30-26 (石神井庁舎 4階)	5923-1250	三原台、石神井町、石神井台1・3
	⑱moi (モア)	下石神井 3-6-13 (特別養護老人ホーム内)	3996-0330	下石神井、南田中4・5
	⑲第二光陽苑	関町北 5-7-22 (特別養護老人ホーム内)	5991-9919	石神井台2・5~8、関町東2、関町北4・5
4 大泉	⑳関町	関町北 1-7-2 (関町区民センター 1階)	3928-5222	関町北1~3、関町南2~4、立野町
	㉑上石神井	上石神井 1-6-16 (上石神井南地域集会所内)	3928-8621	上石神井、関町東1、関町南1、上石神井南町、石神井台4
	㉒やすらぎミラージュ	大泉町 4-24-7 (特別養護老人ホーム内)	5905-1190	大泉町1~4
	㉓大泉北	大泉学園町 4-21-1 (大泉北地域集会所内)	3924-2006	大泉学園町4~9
	㉔大泉学園通り	東大泉 3-53-1 (東大泉地区区民館内)	5933-0156	大泉学園町1~3、大泉町5-6、東大泉3-52~55番、3-58~66番
	㉕南大泉	南大泉 5-26-19 (南大泉地域集会所内)	3923-5556	西大泉、西大泉町、南大泉5・6
	㉖大泉	東大泉 1-28-1 (リスモ大泉学園 2階)	5387-2751	東大泉1・2、東大泉3-1~51番、3-56~57番、東大泉4~6
㉗やすらぎシティ	東大泉 7-27-49 (特別養護老人ホーム内)	5935-8321	東大泉7、南大泉1~4	

ご相談は、担当地域にかかわらず、どのセンターでもお受けします。

受付時間

月曜～土曜日 午前8時30分～午後5時15分  
(祝休日および12月29日～1月3日を除く)

上記の時間外でも、高齢者虐待等の緊急を要するご連絡は、  
各地域包括支援センターに電話でご連絡ください。



訪問診療を受けるには

# 一番大切なこと

ケアマネージャーさんに相談する前にあるいは同時に

今、見てもらっている、かかりつけの先生に

「訪問診療を受けたい」

と聞いて見ましょう！

# 地域包括支援 センター

気軽に地域のセンターに  
行って見ましょう！

高齢者のみなさまが 住みなれた地域で  
安心して 自分らしく いきいきと 暮らしていくために

## 地域包括支援 センター

をご利用ください。  
(医療と介護の相談窓口)

地域包括支援センターは、高齢者とその家族の生活を支える地域の窓口です。  
介護・福祉・健康・医療など、さまざまな分野から総合的に支援します。お気軽  
にご相談ください。



練馬区

# 練馬区医師会医療連携・在宅医療サポートセンター



相談窓口

電話 03-3997-0121

受付時間: 平日9時～17時

# 練馬区医師会医療連携・在宅医療サポートセンター

- ◆ 訪問診療の相談受付
- ◆ 医療機関との調整
- ◆ 情報提供とサポート

# 練馬区後方支援病床コーディネート事業

対象：練馬区民で通院が困難で療養している方

病状：

軽度の急性増悪患者など(脱水、経口摂取困難による衰弱や、通院困難な患者の検査入院)

**介護者の休息（レスパイト）**

最終末期の病院での看取りを要する患者など

認知症の有無やその程度や治療法について診断したり見直したりしたい人

手順：

- ① **かかりつけ医師(在宅医など)から医師会医療連携センターへ**電話で申し込み
- ② 医師会連携センターが病院を選定し、選定先病院へ入院

それでは、  
訪問診療に行ってみましょう！



# まとめ

- (超)高齢者の療養はできるだけ入院しないで、自宅や住み慣れた場所で過ごす事とが良い(時々入院ほぼ在宅)。
- 患者さんの病状や状況で最良の環境は異なるが、一概に病状が重いからと自宅での療養をあきらめる必要はありません。
- 適切な医療資源、介護資源を利用し、ACPが出来ていれば、最適な療養環境を上手に作っていくことができます。

ご静聴ありがとうございました！

