



日本医師会

日医かかりつけ医機能研修制度 令和 8 年度応用研修会

公益社団法人 日本医師会

contents

目次

- 1 「慢性心不全の診断と治療」 1
～地域かかりつけ医の視点から～
医療法人社団ゆみの 理事長 弓野 大
- 2 「関節リウマチ・膠原病の臨床」 33
埼玉医科大学 学長 竹内 勤
- 3 「在宅を支えるリハビリテーション」 49
～日常診療におけるマネジメントのポイント～
兵庫県立リハビリテーション中央病院 院長 大串 幹
- 4 「当事者から学ぶ「新しい認知症観」」 69
～よりよく生きる日々をともにつくる～
日本認知症本人ワーキンググループ 代表理事 山中 しのぶ
～その人《に》／《と》、なにができるか～
医療法人社団清山会 いずみの杜診療所 理事長 山崎 英樹
- 5 「医療現場における DX の活用の実際」 87
～遠隔医療をどう組み合わせるのか～
山口県立総合医療センター へき地医療支援センター長 原田 昌範
- 6 「症例検討～がん／非がんの緩和ケア～」 109
～がんの緩和ケア～
医療法人桜花会 あすか在宅クリニック 理事長・院長 高添 明日香
～非がんの緩和ケア（慢性心不全高齢者を連携して支える）～
医療法人社団若水会 牛込台さこむら内科 院長 迫村 泰成

おことわり

- ・ 本資料に記されている医薬品名については、内容の伝わり易さを考慮し、一般名や商品名での表示が混在している場合がございます。
- ・ 本資料では、スライドの印刷が不鮮明な部分がございます。

日本医師会ホームページ

<http://www.med.or.jp/doctor/kakari/kakarieizou/>

にて資料等を掲載いたします。ご活用ください。

慢性心不全の診断と治療

【目 標】

高齢化の進展に伴い、心不全患者は増加し、入退院の反復による ADL・QOL の低下や介護負担の増大が地域医療の重要な課題となっている。

本講では、心不全を発症後の治療にとどまらず、発症予防から早期診断、治療、増悪予防、人生の最終段階までを連続した経過として捉え、かかりつけ医が担う役割を理解する。まず、心不全のステージ分類に基づき、高血圧、糖尿病、慢性腎臓病、肥満、冠動脈疾患等の危険因子を早期から管理するとともに、心臓・腎臓・代謝を一体的に捉える CKM 症候群の考え方を学ぶ。息切れ、易疲労感、浮腫、体重増加等の症状・所見と BNP/NT-proBNP を適切に評価し、専門医へ紹介すべき時機を判断できることを目指す。

さらに、HFrEF、HFmrEF、HFpEF の病態に応じた薬物治療の基本と、併存疾患や多臓器要因を踏まえた包括的介入を理解する。日常診療では、体重、血圧、脈拍、SpO₂、服薬、食事、活動量等を継続的に確認し、患者・家族への自己管理支援を行いながら、増悪徴候を早期に捉えて適切な治療や受診につなげる実践力を養う。病院、訪問看護、薬局、介護職等との多職種・地域連携を通じて療養生活を支える体制を構築するとともに、ACP（アドバンス・ケア・プランニング）を含む意思決定支援を適切な時期から行い、患者の価値観と生活に沿った医療・ケアを提供できることを目標とする。

【キーワード】

心不全予防、チーム医療、意思決定支援、症状緩和

ゆみの だい
弓野 大
医療法人社団ゆみの 理事長

【略歴】

1998 年 3 月 順天堂大学医学部 卒業
1998 年 4 月 東京女子医科大学病院 内科臨床研修
2000 年 4 月 東京女子医科大学病院 循環器内科臨床研修
2003 年 4 月 虎の門病院 循環器内科
2006 年 9 月 カナダ・トロント大学 留学
2009 年 4 月 東京女子医科大学病院 循環器内科
2012 年 9 月 ゆみのハートクリニック 院長
2014 年 5 月 医療法人社団ゆみの 理事長

【所属協会・学会など】

日本循環器協会（理事、患者連携委員会委員長）、日本心臓病学会（代議員）、日本循環器学会、日本心不全学会、日本心臓リハビリテーション学会、日本人工臓器学会、日本緩和医療学会、日本在宅医療連合学会 など。

心臓病をふくめた障害をもつ人々が安心して住み慣れたところで過ごせる社会づくりに貢献するために、2012 年東京にゆみのハートクリニックを開設。2025 年現在、東京・大阪・福岡に外来と在宅診療を行う診療所を 7 拠点運営する。社会活動として、全国の循環器クリニックのネットワークとなる Japan Cardiology Clinic Network 事務局、地域の非循環器専門の医療・介護従事者の ICT プラットフォームとなる Heart Care Station 事務局を務めるなど、地域での循環器医療発展のために活動を行っている。

慢性心不全の診断と治療

～地域かかりつけ医の視点から～

医療法人社団ゆみの

理事長 弓 野 大

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「慢性心不全の診断と治療」弓野大

はじめに

超高齢社会により心不全患者は増加し、入退院の反復によるADL・QOLの低下や介護負担の増大が地域医療の重要な課題となっている。本講義では、心不全発症予防から早期診断、治療、増悪予防、人生の最終段階までを連続した経過として捉え、かかりつけ医が担う役割を理解する。

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「慢性心不全の診断と治療」弓野大

1

目 次

1. 心不全の診断とステージ分類
2. 慢性心不全の治療
3. 増悪予防と地域管理
4. 心不全の在宅管理

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「慢性心不全の診断と治療」弓野大

2

1. 心不全の診断とステージ分類

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「慢性心不全の診断と治療」 弓野大

3

症例1 この息切れは心不全だろうか？

82歳 女性

高血圧

慢性腎臓病

最近、買い物から帰ると息切れするようになった

軽度の下腿浮腫を認めるが、胸部聴診では明らかなう音なし

心エコーではLVEF 60%

この患者を心不全と診断するために、何をみればよいだろうか？

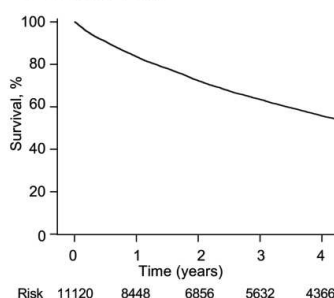
日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「慢性心不全の診断と治療」 弓野大

4

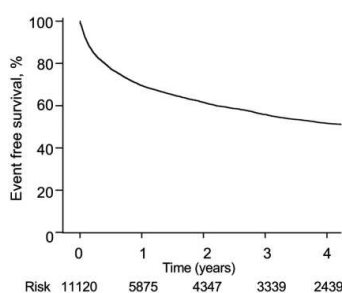
日本の心不全患者の現状 from JROADHF

日本循環器学会認定研修病院

A. All cause death



C. HF hospitalization



- 心不全患者13,238 人
- 平均年齢: 78 歳
- 75歳以上: 69%
- 院内死亡率: 7.7%
- 再入院率: 21.1%/年
- 心血管要因での死亡7.1%/年

Circ J. 2021 Aug 25;85(9):1438-1450

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「慢性心不全の診断と治療」 弓野大

5

高齢心不全患者の特徴

- ✓ 心疾患以外の併存疾患（呼吸器疾患、脳血管障害、認知症、貧血、腎機能障害、運動機能障害等）を有する。
- ✓ 服薬や食事管理等のセルフケアに限界がある事が多く、心不全増悪による再入院が多い。
- ✓ 長く培った生活習慣、価値観による個別性や多様性が高い。
- ✓ 病歴聴取が難しく、心不全兆候が非典型的。
- ✓ 左室駆出率が保持された心不全HFpEFが多い。
- ✓ 高齢者を対象とした心不全治療のエビデンスが乏しい。
- ✓ 根治が望めない進行性かつ致死性の悪性疾患である。

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「慢性心不全の診断と治療」弓野大

6

全身を診る うっ血の身体所見と予後予測

Prognostic Implications of Congestion on Physical Examination Among Contemporary Patients With Heart Failure and Reduced Ejection Fraction: PARADIGM-HF
Circulation. 2019 Oct 22;140(17):1369-1379



日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「慢性心不全の診断と治療」弓野大

7

心不全は動かして呼吸を診る

普段より...

- 呼吸数が多い
- 自覚症状が強い
- 回復時間が長い
- 休憩回数が多い
- 労作が遅い

過負荷指標	
労作時呼吸回数	> 安静時 + 20回/分
Borg Scale	> 13
回復時間	> 2分

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「慢性心不全の診断と治療」弓野大

8

心不全の症状と身体所見

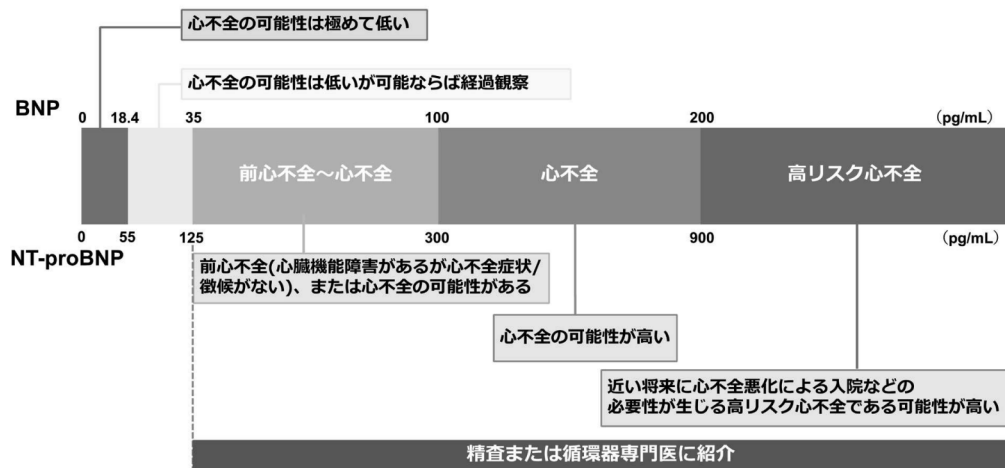
病態	症状		身体所見	
	典型的	非典型的	特異的	非特異的
組織低灌流/低心拍出	易疲労, 倦怠感 運動耐容能低下	めまい・失神 認知機能低下 せん妄 うつ	Cheyne-Stokes呼吸	末梢冷感 脈圧狭小 尿量減少 体重減少 筋量減少/悪液質
肺うっ血/左房圧上昇	息切れ 起坐呼吸 発作性夜間呼吸困難 前屈呼吸苦 (Bendopnea)	夜間咳嗽 気道狭窄音	3音 ギャロップリズム 心尖拍動左側偏位 Cheyne-Stokes呼吸	頻呼吸 肺う音
体うっ血/右房圧上昇	下腿浮腫 下腿以外の浮腫 前屈呼吸苦 (Bendopnea)	腹部膨満感 食後満腹感 食欲低下	頸静脈怒張	末梢浮腫 (下腿, 臀部, 陰嚢) 体重増加 (> 2 kg/週) 下肺野の呼吸音減弱/ 打診濁音 (胸水) 肝腫大/腹水

2025年改訂版 心不全診療ガイドライン
日本循環器学会/日本心不全学会合同ガイドライン

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「慢性心不全の診断と治療」弓野大

9

BNP/NT-proBNP を用いた心不全診断や循環器専門医への紹介基準のカットオフ値

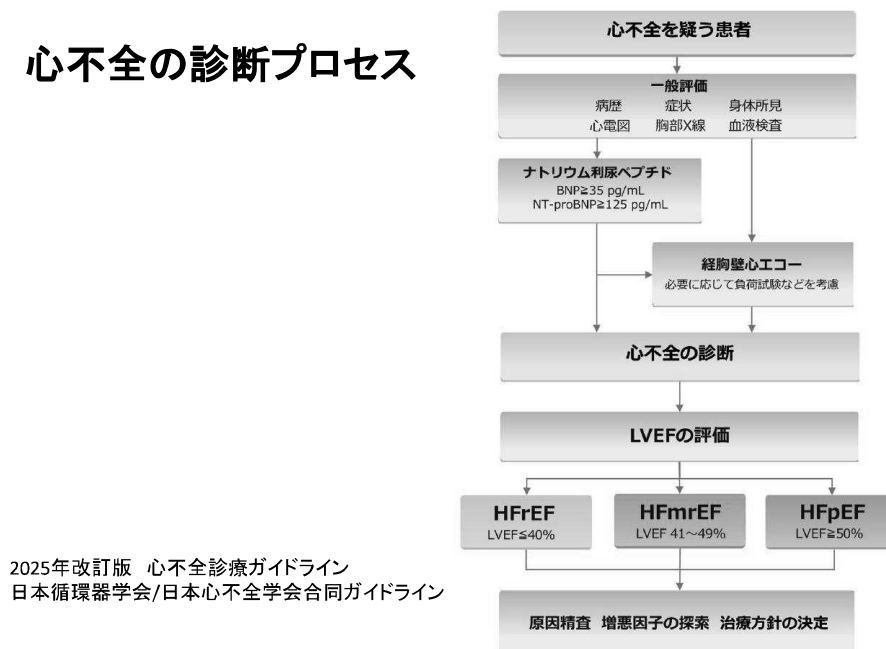


日本心不全学会. 血中BNP やNT-proBNP を用いた心不全診療に関するステートメント2023年改訂版

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「慢性心不全の診断と治療」弓野大

10

心不全の診断プロセス

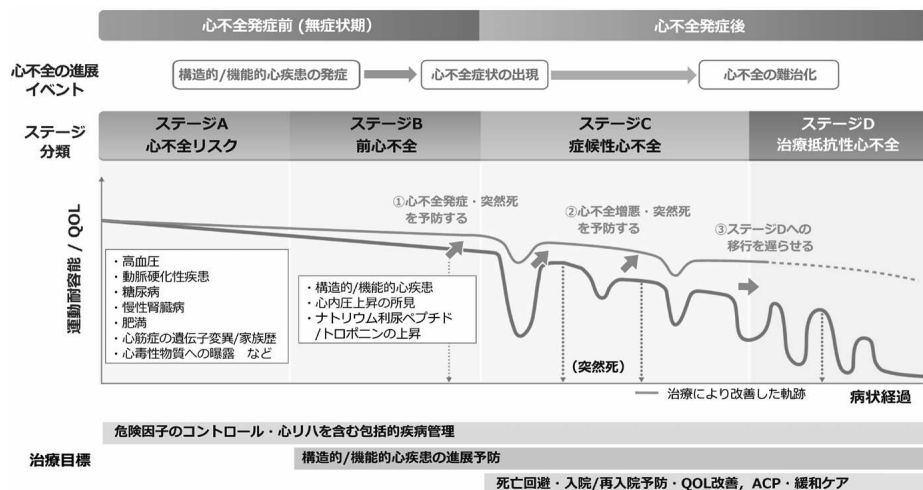


2025年改訂版 心不全診療ガイドライン
日本循環器学会/日本心不全学会合同ガイドライン

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「慢性心不全の診断と治療」弓野大

11

心不全ステージの治療目標と病の軌跡

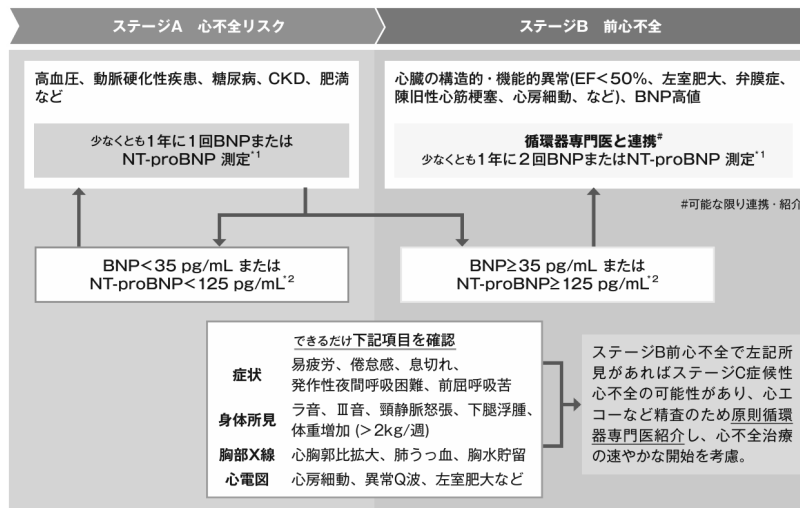


2025年改訂版 心不全診療ガイドライン
日本循環器学会/日本心不全学会合同ガイドライン

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「慢性心不全の診断と治療」 弓野大

12

ステージA/Bにおける診療フローチャート

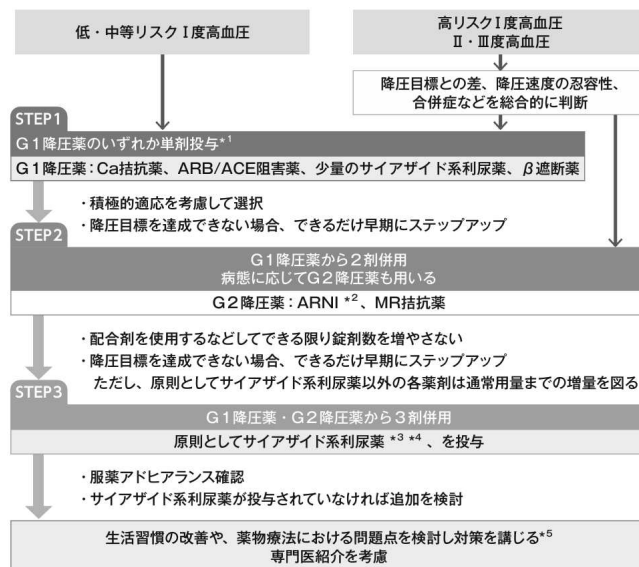


日本心不全学会 心不全予防に関するステートメントより

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「慢性心不全の診断と治療」 弓野大

13

高血圧に対する降圧薬治療STEP



日本心不全学会
心不全予防に関する
ステートメントより

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「慢性心不全の診断と治療」 弓野太

14

CKDステージごとの薬剤の投与可否

薬剤名	CKDステージG1-3 eGFR ≥ 30 mL/分/1.73m ²	CKDステージG4 eGFR 15-29 mL/分/1.73m ²	CKDステージG5 eGFR < 15 mL/分/1.73m ²
ACE阻害薬/ARB	◎	○	△
SGLT2阻害薬	◎	◎ (eGFR ≥ 20 mL/分/1.73m ²)	△
フィネレノン*	◎	○ (eGFR ≥ 25 mL/分/1.73m ²)	△
GLP-1受容体作動薬* (セマグルチド)	◎	○ (eGFR ≥ 25 mL/分/1.73m ²)	△

◎：十分なエビデンスがあり投与可能、○：エビデンスは限定的であるが、有用性と安全性を考慮し投与を検討する、
△：十分なエビデンスがなく、明確な結論が得られていない

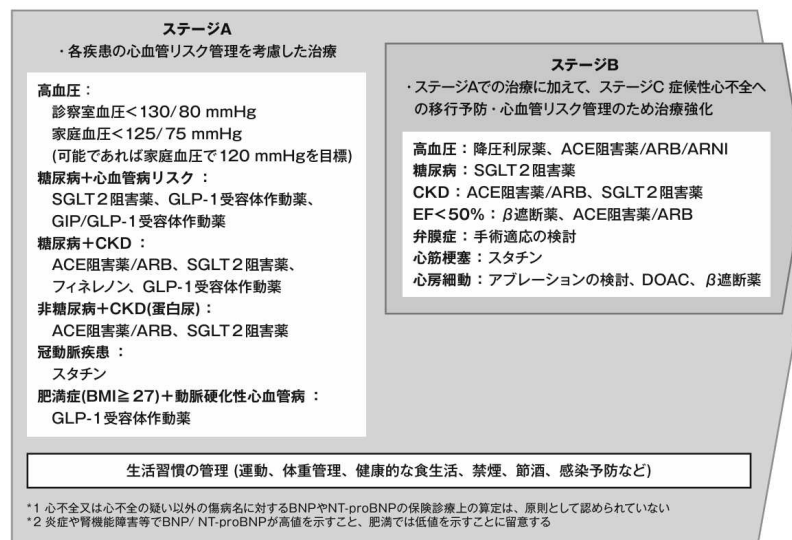
*糖尿病に限る
文献3を参考に作成

日本心不全学会 心不全予防に関するステートメントより

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「慢性心不全の診断と治療」弓野大

15

ステージA/Bにおける診療フローチャート

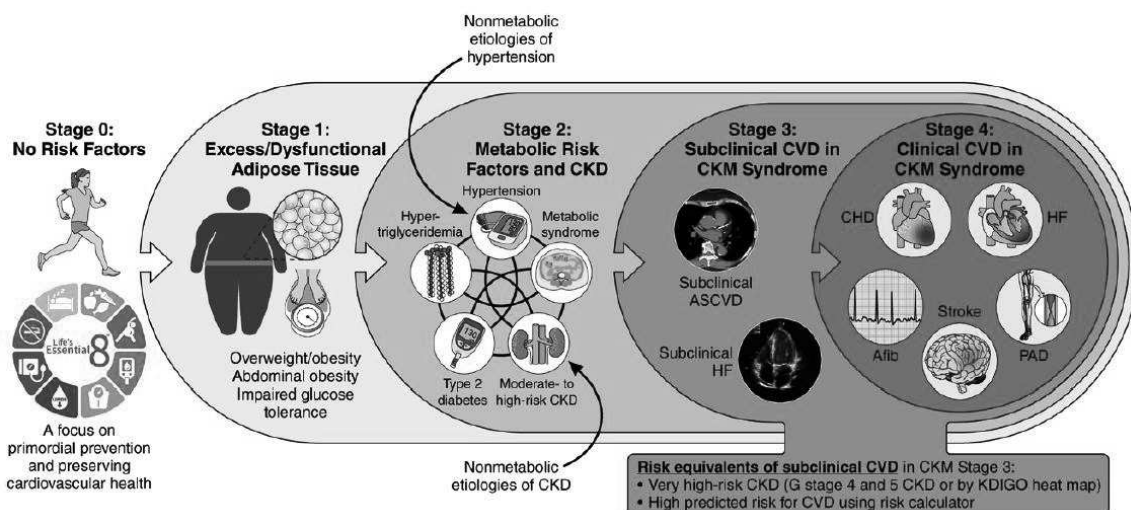


日本心不全学会 心不全予防に関するステートメントより

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「慢性心不全の診断と治療」弓野大

16

Cardiovascular-Kidney-Metabolic (CKM) stage



Circulation. 2023;148:1606-1635, PMID: 37807924

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「慢性心不全の診断と治療」弓野大

17

Top Take-Home Messages

1. CKM症候群という新しい病期分類を使う
 2. PREVENTスコアでリスク評価する
 3. 全員にCKMリスクをスクリーニングする
 4. Social Determinants of Health (SDOH: 健康の社会的決定要因)を診療に
 5. CKM Coordinatorを置いた多職種チーム医療
 6. 肥満治療はCKM治療の中心 腹囲測定を
 7. 糖尿病ではSGLT2阻害薬・GLP-1製剤を積極的に使う
 8. CKDではeGFRだけではなくUACRを必ず測定
 9. ASCVD患者ではCKM全体を治療する
 10. 心不全治療にもCKMを組み込む
- HFpEF/HFmrEFでは、SGLT2阻害薬を第一選択、肥満ならGLP-1製剤追加、CKD+T2DMなら非ステロイドMRAも考慮

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「慢性心不全の診断と治療」弓野大

18

2. 慢性心不全の治療: HFrEF/HFmrEF/HFpEF

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「慢性心不全の診断と治療」弓野大

19

症例2 血圧が低くても心不全治療薬を増やすべきか？

78歳 男性

HFrEF LVEF 30%

慢性腎臓病

心不全入院後、症状は安定している

血圧 96/60 mmHg、eGFR 35、K 4.8 mEq/L

心不全予後改善薬として、β遮断薬、ARB、SGLT2阻害薬

また少量の利尿薬を内服している

これ以上、薬を増やしてよいのだろうか？

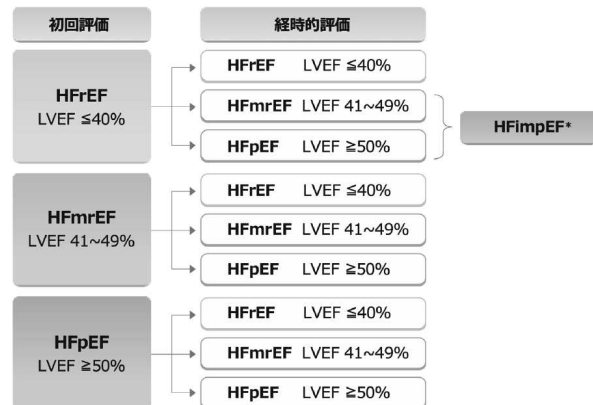
日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「慢性心不全の診断と治療」弓野大

20

LVEFによる心不全分類

表現型	LVEF
LVEFの低下した心不全 (heart failure with reduced ejection fraction: HFrEF)	40%以下
LVEFの軽度低下した心不全 (heart failure with mildly-reduced ejection fraction: HFmrEF)	41～49%
LVEFの保たれた心不全 (heart failure with preserved ejection fraction: HFpEF)	50%以上
LVEFの改善した心不全 (heart failure with improved ejection fraction: HFimpEF)	初回 40%以下かつ経過で10%以上改善し40%を超える

LVEFの経時的変化による分類



2025年改訂版 心不全診療ガイドライン
日本循環器学会/日本心不全学会合同ガイドライン

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「慢性心不全の診断と治療」弓野大

21

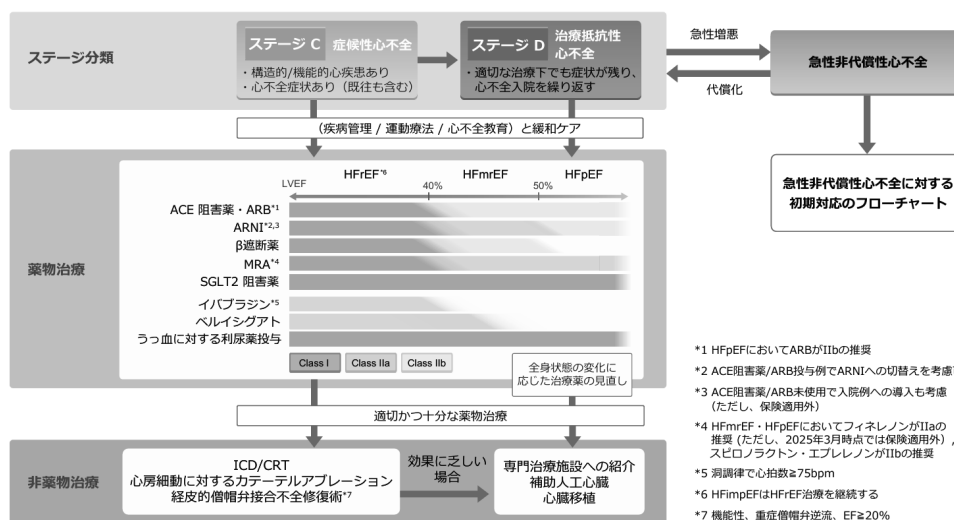
表7 心不全の原因疾患による分類

虚血性心疾患
高血圧 高血圧性心疾患、後負荷不整合
弁膜症
心筋症（遺伝子異常を含む） 肥大型心筋症、拡張型心筋症、拘束型心筋症、不整脈原性右室心筋症 左室緻密化障害
不整脈による心不全 頻脈性不整脈（心房細動、心房頻拍、心室頻拍など） 徐脈性不整脈（洞不全症候群、房室ブロックなど） 右室ベージング、頻発するPVC
先天性心疾患
ストレス誘発性心筋症（たこつぼ症候群）
浸潤性疾患 サルコイドーシス、アミロイドーシス、ヘモクロマトーシス、悪性腫瘍浸潤
先天性酵素異常・蓄積性疾患 ファブリー病、ポンベ病、ハーパー症候群、ハンター症候群 など
薬剤性心筋症・がん治療関連心機能障害 抗癌剤（アントラサイクリン、分子標的薬、免疫チェックポイント阻害薬）、免疫抑制薬、抗うつ薬、抗不整脈薬、NSAIDs、麻酔薬 など

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「慢性心不全の診断と治療」弓野大

22

心不全治療のアルゴリズム



2025年改訂版 心不全診療ガイドライン
日本循環器学会/日本心不全学会合同ガイドライン

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「慢性心不全の診断と治療」弓野大

23

心不全患者における利尿薬の推奨

	推奨 クラス	エビデンス レベル
体液貯留を伴う心不全患者において、うっ血の解除、症状改善、心不全増悪予防のためループ利尿薬を投与する ^{1, 63,4)}	I	C-LD
ループ利尿薬に抵抗性のうっ血を有する患者に対して、うっ血の解除を目的としてサイアザイド系利尿薬の投与を考慮する ^{62,2)}	IIa	B-R
ループ利尿薬に抵抗性のうっ血を有する患者に対して、うっ血の解除を目的としてパンプレシン V ₂ 受容体拮抗薬の投与を考慮する ^{623-625, 627, 628)}	IIa	B-R

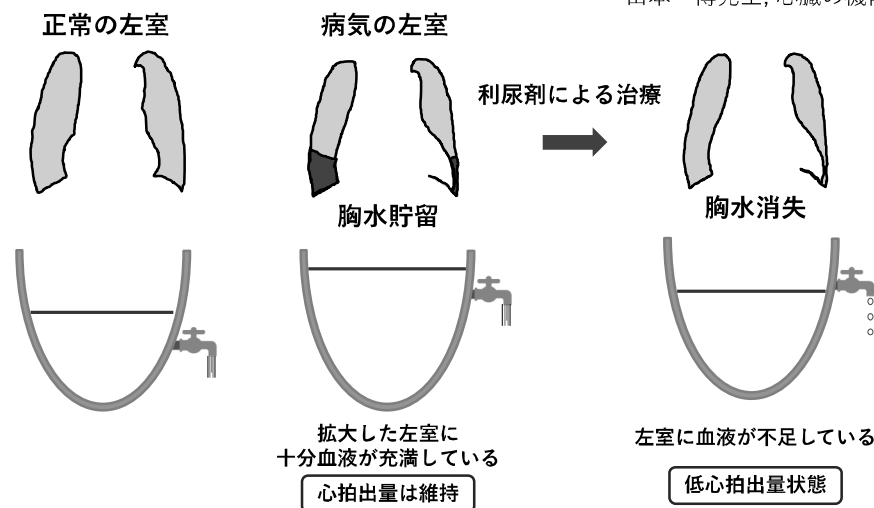
2025年改訂版 心不全診療ガイドライン
日本循環器学会/日本心不全学会合同ガイドライン

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「慢性心不全の診断と治療」弓野大

24

胸水があるぐらいのほうがいいときもある

山本一博先生, 心臓の機能と力学より

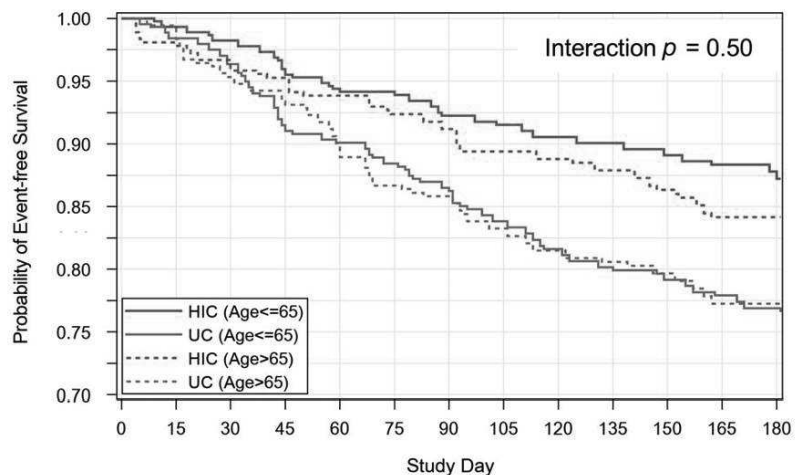


日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「慢性心不全の診断と治療」弓野大

25

Safety, tolerability and efficacy of up-titration of guideline-directed medical therapies for acute heart failure in elderly patients: A sub-analysis of the STRONG-HF

STRONG-HF試験では、急性非代償性心不全で入院して退院前のNT-proBNPが1,500 pg/ml以上の患者にレニン・アンジオテンシン系阻害薬、β遮断薬、ミネラルコルチコイド受容体拮抗薬をガイドラインの推奨量にする治療強化群と従来治療群に無作為割付けしたところ、治療強化群で心不全入院または全死亡の複合エンドポイントが有意に少なかった。



European Journal of Heart Failure 2023, 25, 1145–1155, PMID: 37246591

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「慢性心不全の診断と治療」弓野大

26

HFrEF 治療薬の種類, 用量, 用法

薬剤名	用量・用法
ACE阻害薬	
エナラプリル	2.5 mg/日より開始, 維持量5~10 mg/日, 1日1回投与
リシノプリル	5 mg/日より開始, 維持量5~10 mg/日, 1日1回投与
ARB	
カンデサルタン	4 mg/日より開始 (重症例・腎障害では2 mg/日), 維持量4~8 mg/日 (最大量12 mg/日), 1日1回投与
ARNI	
サクビトリルバルサルタン	100 mg/日より開始, 維持量100, 200または400 mg/日, 忍容性があれば目標用量まで徐々に増量1日2回投与
β遮断薬	
カルベジロール	2.5 mg/日 (重症例では1.25 mg/日) より開始, 維持量5~20 mg/日, 1日2回投与
ビソプロロール	0.625 mg/日 (重症例では0.3125 mg/日) より開始, 維持量1.25~5mg/日, 1日1回投与
MRA	
スピロラクトン	12.5~25 mg/日より開始, 維持量25~50 mg/日, 1日1回投与
エプレレノン	25 mg/日より開始, 維持量50 mg/日, 1日1回投与
SGLT2阻害薬*	
ダバグリフロジン	10mg/日, 1日1回
エンバグリフロジン	10mg/日, 1日1回

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「慢性心不全の診断と治療」弓野大

27

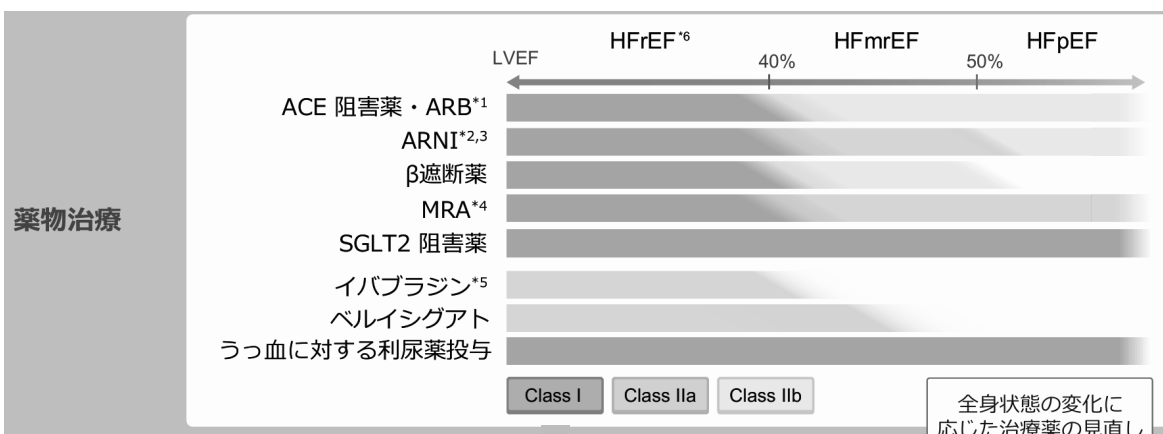
心不全治療薬の考え方

1. ガイドラインに準じた標準治療を考える
2. 導入しやすいものから足していく (足し算)
3. 副作用を意識して減らしていく (引き算)

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「慢性心不全の診断と治療」弓野大

28

心不全の薬物治療



2025年改訂版 心不全診療ガイドライン
日本循環器学会/日本心不全学会合同ガイドライン

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「慢性心不全の診断と治療」弓野大

29

HFrEFへのGDMT導入できなかった理由

- ✓ ARNI/ARB/ACEI：低血圧、腎機能
- ✓ BB：徐脈、低血圧
- ✓ MRA：高カリウム、腎機能低下
- ✓ SGLT2：フレイル、脱水

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「慢性心不全の診断と治療」弓野大

30

HFrEF患者の症候を伴う血圧低下 薬剤選択フロー

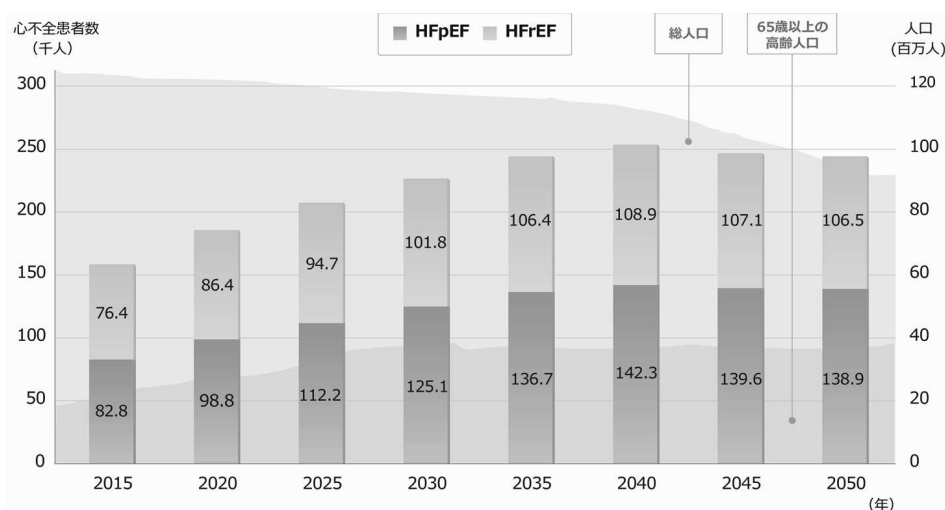


Girerd N. J Am Coll Cardiol. 2021 Sep 28;78(13):1349-1351を一部改変

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「慢性心不全の診断と治療」弓野大

31

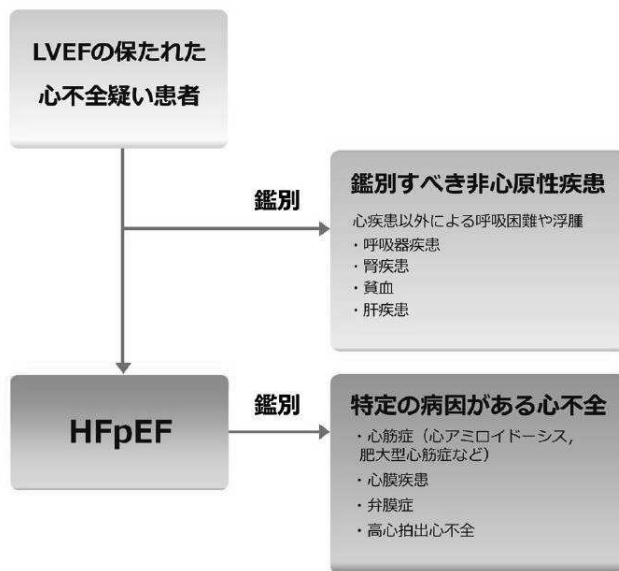
年齢・性調整心不全患者数の推定



Circ J 2021; 85: 1860-1868. PMID 33678754

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「慢性心不全の診断と治療」弓野大

32



2025年改訂版 心不全診療ガイドライン
日本循環器学会/日本心不全学会
合同ガイドライン

図 6 LVEF の保たれている心不全疑い患者を診断する手順

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「慢性心不全の診断と治療」弓野大

33

HFpEFにおける薬物治療の推奨

	推奨 クラス	エビデンス レベル
合併疾患の適切な評価と治療を行う ^{101, 563, 722, 723)}	I	C-LD
症候性の HFpEF に対して、うっ血の改善を目的として利尿薬を投与する ⁶³⁴⁾	I	C-LD
症候性の HFpEF に対して、心血管死または心不全入院の抑制を目的として SGLT2 阻害薬（エンパグリフロジンまたはダパグリフロジン）を投与する ^{611, 612)}	I	A

2025年改訂版 心不全診療ガイドライン
日本循環器学会/日本心不全学会合同ガイドライン

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「慢性心不全の診断と治療」弓野大

34

CQ フレイル合併心不全患者へのSGLT2阻害薬の投与開始は推奨されるか？

A

推奨：フレイル合併心不全患者へのSGLT2阻害薬の投与開始を弱く推奨する。
（エビデンスレベル：C[弱]

- ・ダパグリフロジンに関する2つのRCTのサブ解析（DAPA-HFとDELIVER）が採用された。いずれの論文でも、フレイルはFrailty indexによって評価した。
- ・フレイル合併心不全患者で、心血管死への有用性は認められなかったが、心不全入院に対するSGLT2阻害薬の有益性を示し、フレイル合併心不全患者であってもSGLT2阻害薬が有効である可能性があると考えられた。
- ・尚、有害事象については、両サブ解析で、Frailty index ≥ 0.311 を含むすべてのFrailtyグループにおいてダパグリフロジン群とプラセボ群で有害事象の発生頻度に違いは認められなかった。

2025年改訂版 心不全診療ガイドライン
日本循環器学会/日本心不全学会合同ガイドライン

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「慢性心不全の診断と治療」弓野大

35

Heart failure and preserved ejection fraction: pathophysiology, clinical assessment, and management of exercise intolerance

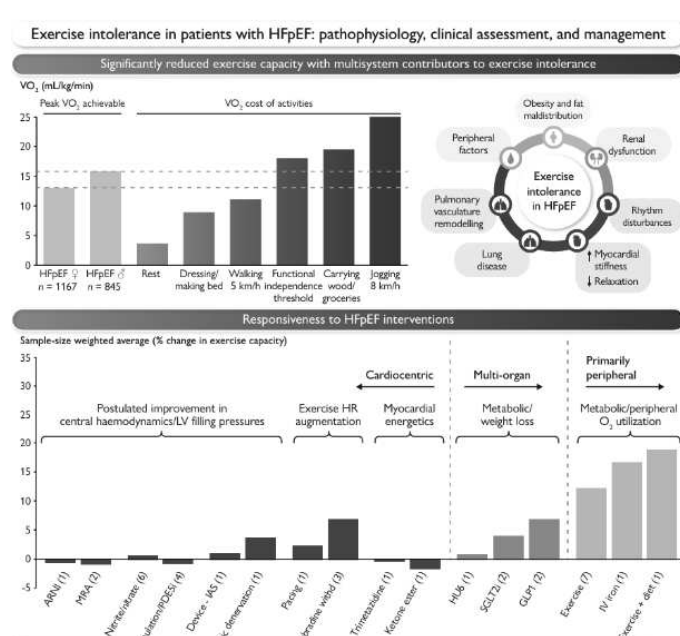
Isabela Landsteiner¹, Jan Verwerft^{2,3}, Dmitri Belov¹, Frederik H. Verbrugge^{4,5}, and Gregory D. Lewis^{1*}

¹Mass General Brigham Heart and Vascular Institute, Boston, MA 02114, USA; ²Department of Cardiology and Jessa & Science, Jessa Hospital, Hasselt, Belgium; ³Faculty of Medicine and Life Sciences/LCRC, UHasselt, Diepenbeek, Belgium; ⁴Faculty of Medicine and Pharmacy, Vrije Universiteit Brussel, Brussels, Belgium; and ⁵Centre for Cardiovascular Diseases, University Hospital Brussels, Jette, Belgium

Received 4 August 2025; revised 29 October 2025; accepted 18 February 2026; online publish-ahead-of-print 15 April 2026

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「慢性心不全の診断と治療」弓野大

36



高齢患者では「何年先に効く薬なのか」を考える

例えば、90歳、フレイルが強く、進行心不全があり、予後が短い患者に対して、「10年後の心血管イベントを少し減らすための一次予防statin」を飲み続ける意味はどれくらいあるでしょうか。

一方、「AFがあり脳梗塞リスクが非常に高い患者の抗凝固薬」を単純に高齢だから止めるのは危険です。

Advanced HFの高齢者ではstatinが不要になり得る一方、高い脳梗塞リスクを持つAF患者の抗凝固薬中止は危険になり得る。

したがって、年齢ではなく、

Benefit × Time to benefit × Life expectancy × Patient preference

Deprescribing in Patients With Cardiovascular Disease Experiencing Polypharmacy.

Circulation. 2026;154:299–318.PMID: 42417036

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「慢性心不全の診断と治療」 弓野大

39

3. 増悪予防と地域管理

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「慢性心不全の診断と治療」 弓野大

40

症例3 なぜ、この患者は心不全を繰り返すのか？

80歳 女性

#HFpEF LVEF 55%

#高血圧性心疾患

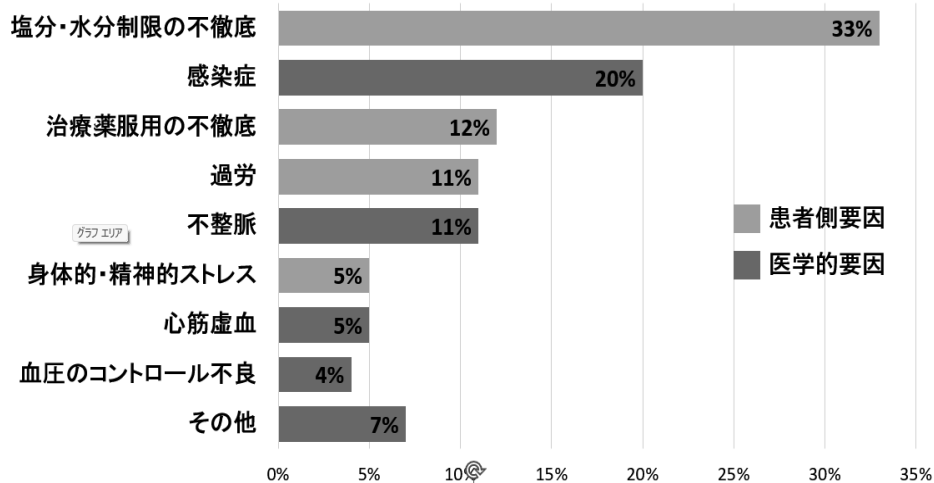
独居。退院時には減塩、体重測定、運動について説明している。
しかし、外食が多く、薬の飲み忘れもあり、再び体重増加と息切れが出現した。

「自己管理してください」だけで十分だろうか？

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「慢性心不全の診断と治療」 弓野大

41

心不全再入院の原因



Tsuchihashi M, et al. Jpn Circ J. 2000 Dec;64(12):953-9 より引用改変

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「慢性心不全の診断と治療」弓野大

42

食事療法

水分管理

- 心不全に関して統一した見解はなく、体重が増えなければ許容。
- 臨床的には、1～1.5L/日前後の水分量を説明する。
- 1日の飲水量を把握する。

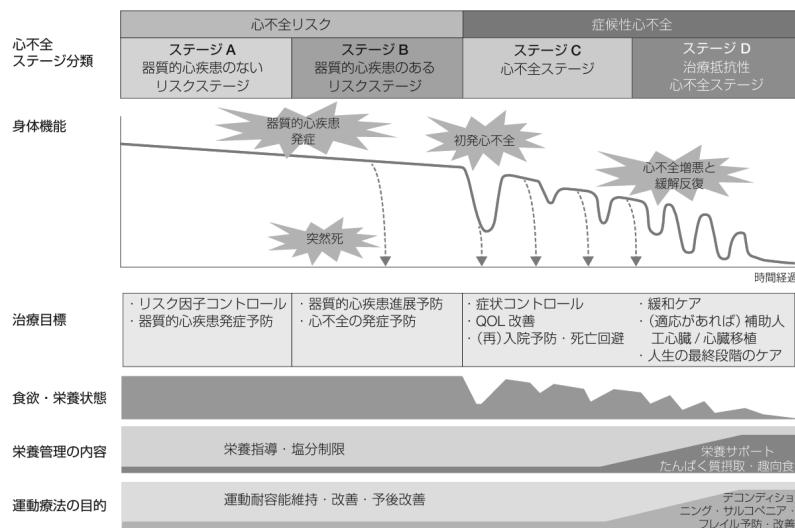
アルコール

- アルコール性心筋症では禁酒。
- 心不全におけるアルコール制限にはエビデンスはないが、日本酒換算で1合程度なら問題はないと言われている。
- おつまみで塩分過剰となりやすい。

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「慢性心不全の診断と治療」弓野大

43

心不全の病期と栄養管理

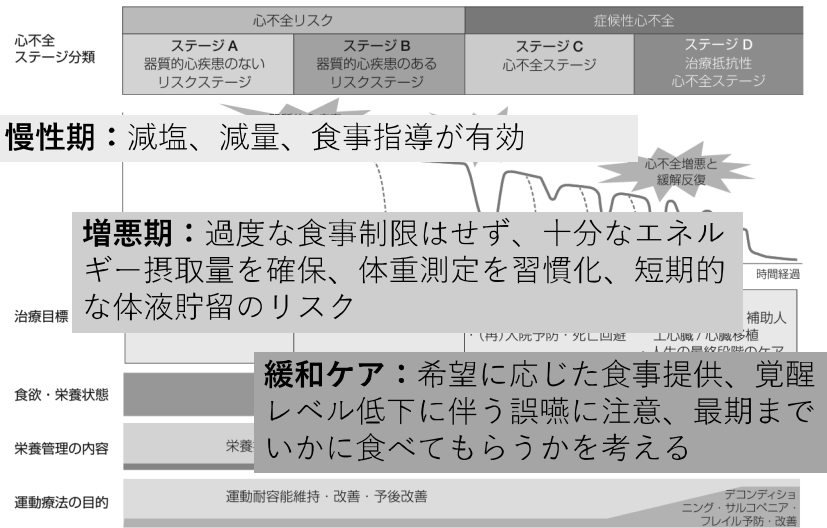


日本心不全学会「心不全患者における栄養評価・管理に関するステートメント」より

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「慢性心不全の診断と治療」弓野大

44-1

心不全の病期と栄養管理



日本心不全学会「心不全患者における栄養評価・管理に関するステートメント」より
日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「慢性心不全の診断と治療」弓野大

44-2

Exercise Training in High-Risk Populations: A Scientific Statement From the American Heart Association

- ・ 高齢者心不全＝まず有酸素運動ではない。
- ・ 若い心不全患者であれば、有酸素運動 → 運動耐容能を上げる
- ・ しかし、フレイル高齢者ではまず、
立てる → バランスを保てる → 歩ける → その先に有酸素運動
- ・ フレイル高齢者には筋力・有酸素・柔軟性・バランスを組み合わせた multicomponent exerciseを推奨し、場合によっては筋力とバランス訓練を有酸素運動より先に行う必要がある。

Circulation. 2026;154:e319-e338, PMID: 42422933

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「慢性心不全の診断と治療」弓野大

45

実際の運動処方：高齢心不全ならどうするか

- ・ フレイル患者に、最初から「30分歩きましょう」は現実的ではありません。
- ・ 最初は
 - 自重を使った軽い筋力運動
 - ゆっくりした有酸素運動
 - 短時間の運動を何回かに分ける
- ・ その後に頻度と時間を増やす → その後に強度・速度を上げるという順番
- ・ つまり、
「Feasible Activity」→「Duration」→「Intensity」

Circulation. 2026;154:e319-e338, PMID: 42422933

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「慢性心不全の診断と治療」弓野大

46

症例提示: 70歳代男性・HFrEF

診断

- HFrEF (EF 27%)
- persistent rapid Af
- CKD
- HTN

住環境

- 長屋暮らし
- エアコンなし
- 風呂なし

経済状況

- 縫製アルバイト
(月収2~6万円)
- 年金は娘が管理

医療アクセス

- 通院に40分要する
- 経済的理由で服薬中断

家族関係

- 妻・息子と同居だが、
関係性悪く家庭内別居
- 娘・孫が年金使用

食生活

- 1日2食程度
- ラーメン・うどん中心
の生活(高塩分摂取)

?

なぜこの患者は
心不全を繰り返すのか？

■ 標準的な治療は提供されている

■ しかし、

- ・ 服薬できない
 - ・ 通院できない
 - ・ 適切な食事がとれない
- 生活環境が存在している

47

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「慢性心不全の診断と治療」弓野大

健康の社会的決定要因(SDOH)とは

人々が生まれ、成長し、生活し、働き、年齢を重ねる環境で
健康上のアウトカムに影響を与える医学的でない要因 (WHO)

集団間の健康格差を生む社会的・経済的・政治的な要因

▶ 健康の社会的決定要因 (SDOH)



教育へのアクセスと質
識字率・学歴・ヘルスリテラシー



経済的安定性
収入・雇用・住居の安定



社会的・地域的背景
社会的支援・孤立・差別・文化



近隣環境と建築環境
住居の質・食品環境・安全性



医療へのアクセスと質
受診可能性・保険加入・交通手段

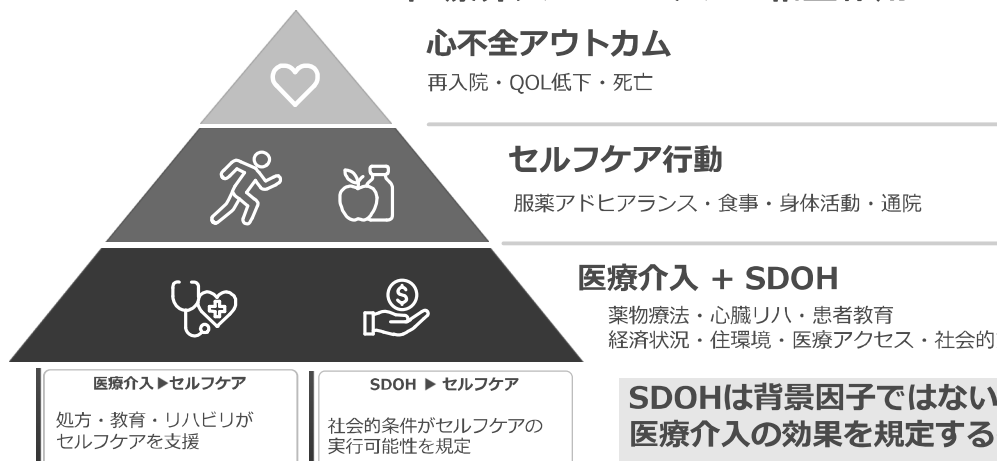
WHO. Closing the gap in a generation. 2008. / Healthy People 2030, U.S. Department of Health and Human Services.

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「慢性心不全の診断と治療」弓野大

48

心不全アウトカムを規定する要因

— SDOH・医療介入・セルフケアの相互作用 —



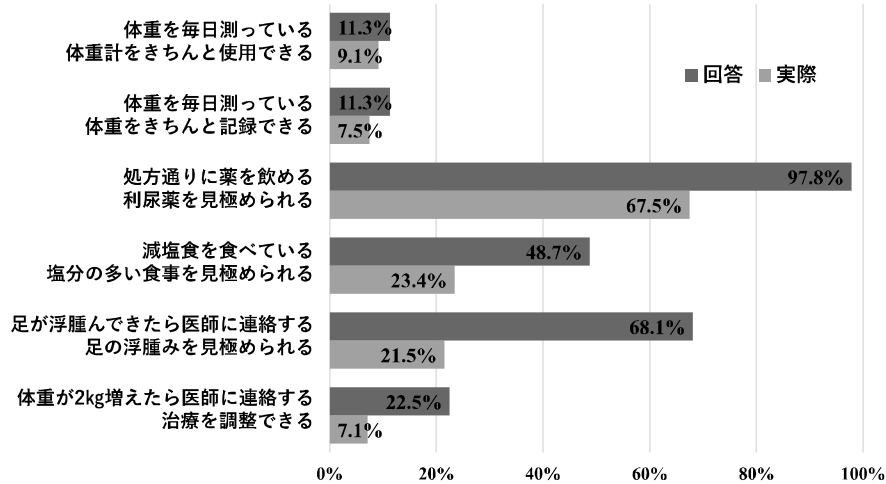
Kittleson MM, Circ Heart Fail. 2022; 15(11): e010022.

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「慢性心不全の診断と治療」弓野大

49

高齢心不全患者のセルフケア能力は低い

European Heart Failure Self-Care Behaviour Scale
“I completely agree” or “I mostly agree”

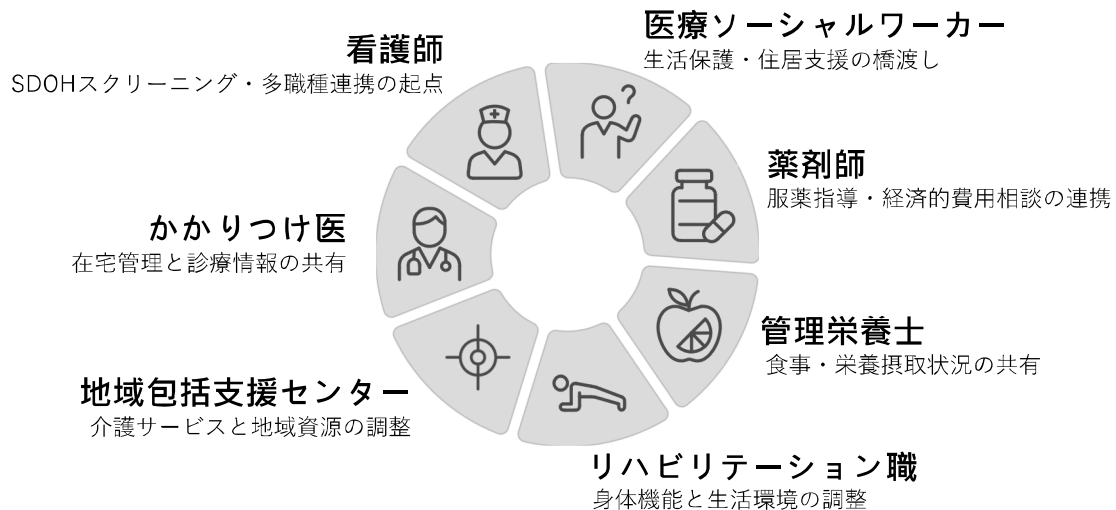


Vidán MT et al. Eur J Heart Fail. 2019

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「慢性心不全の診断と治療」弓野大

50

地域資源・社会制度との連携



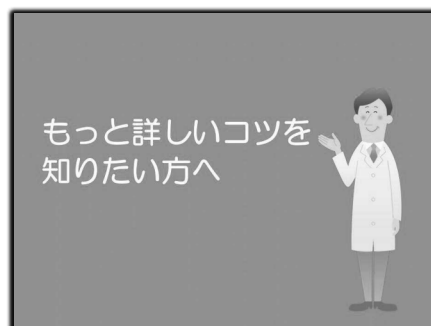
日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「慢性心不全の診断と治療」弓野大

51

心不全教育スライド

循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業
「地域におけるかかりつけ医等を中心とした心不全の診療提供体制構築のための研究」

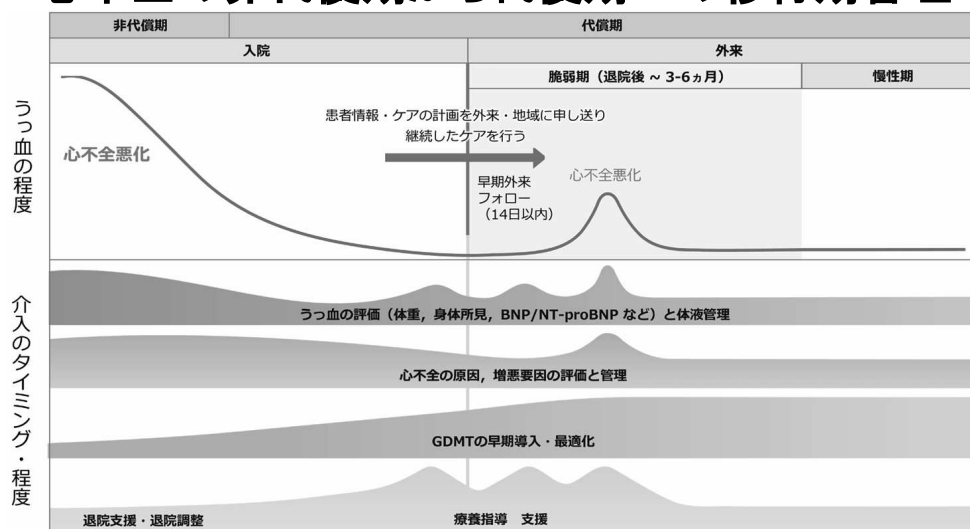
心不全と上手に付き合うためには
～心不全自己管理のすすめ～
もっと詳しくコツを知りたい方へ



日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「慢性心不全の診断と治療」弓野大

52

心不全の非代償期から代償期への移行期管理

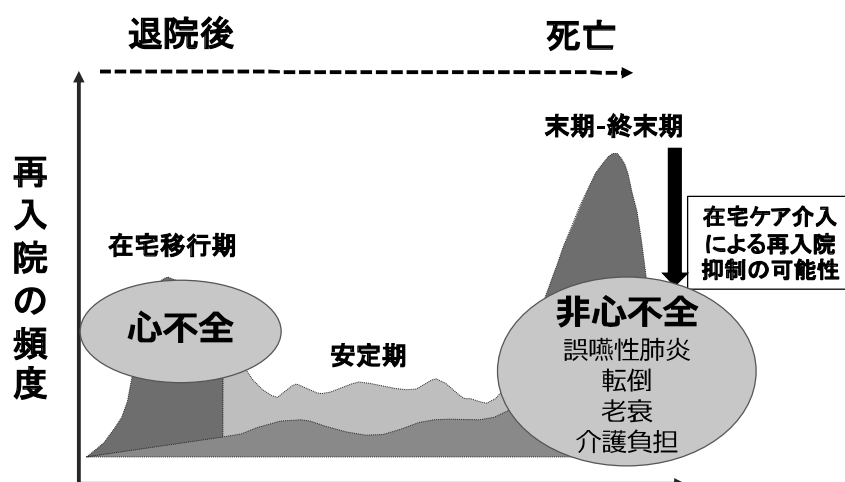


2025年改訂版 心不全診療ガイドライン

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「慢性心不全の診断と治療」弓野大

53

心不全の経過と再入院の関係



Circulation 2012;126:501-506, PMID: 22825412

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「慢性心不全の診断と治療」弓野大

54

心不全患者の移行期ケアの構成要素

- 病院
 - 患者のニーズ、患者と家族の心不全に関する知識・理解度を入院早期から評価する
 - 合意された基準とプロトコルを用いた退院計画
 - 適切な薬物療法の実施
 - 患者、家族、介護者への教育と支援
 - 退院前のうっ血の評価
 - 診療情報提供書や退院サマリに含める情報の標準化・引き継ぎの質向上
- 地域
 - 退院後の早期・継続的フォローアップ(電話、ICT、訪問、デバイスモニタリングなど)
 - 心不全専門外来での多職種によるフォロー
 - 訪問看護による在宅ケア
 - 複雑なニーズを抱える人にケアマネジャーが支援する
 - かかりつけ医の関与を増やす

2025年改訂版 心不全診療ガイドライン
(日本循環器学会/日本心不全学会合同ガイドライン)

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「慢性心不全の診断と治療」弓野大

55

慢性心不全の再入院予防の評価の新設

心不全再入院予防継続管理料の新設

- 心不全治療による再入院予防を推進する観点から、急性心不全で入院した患者に対して、早期から多職種による介入を実施し、退院後も必要な治療を地域で連携して実施した場合について、新たな評価を行う。

(新) 心不全再入院予防継続管理料

- 1 心不全再入院予防継続管理料 1 1,000点 (入院中1回に限り算定)
2 心不全再入院予防継続管理料 2 6回目まで 700点 7回目以降 225点 (1年を限度として月に1回・外来で算定)
3 心不全再入院予防継続管理料 3 6回目まで 400点 7回目以降 225点 (1年を限度として月に1回・外来で算定)

	管理料1 (入院中)	管理料2 (外来)	管理料3 (外来)
主な施設基準	○一般病棟入院基本料、7対1入院基本料、10対1入院基本料(特定機能病院入院基本料(一般病棟に限る。))又は専門病院入院基本料に限る。)に係る届出 ○心不全再入院予防チーム(心不全指導の経験を3年(医師は5年)以上有する常勤の医師、看護師又は保健師、管理栄養士)の設置 (いずれかは研修を修了した者であることが望ましい) ○常勤の薬剤師及び理学療法士の配置 ○心大血管疾患リハビリテーション科に係る届出 ○院内職員、3を算定する保険医療機関等を対象とした研修会を年に各1回以上実施	○初回算定日の6月以内に1を算定していた入院中の患者以外の患者であって、心不全を主病とするものに対し、ガイドラインに基づき、心不全再入院予防チームが治療効果の評価等を実施し、薬物治療に加え、医師の指示のもと、心不全に関する当該患者に必要な療養指導、食事指導又は運動指導のうちいずれかを1つ以上を個別に合計30分以上実施した場合に算定	○心不全再入院予防チーム(心不全指導の経験を3年(医師は5年)以上有する医師、看護師又は保健師、うち1名以上は常勤)の設置 ○栄養食事指導を行うことが可能な体制の整備 ○管理料1又は2の医療機関が主催する研修会への参加
主な算定要件	○心不全を主病とする患者に対し、以下を全て満たす場合に算定 ・心不全に対し、ガイドラインに基づいて心機能の評価、原疾患の精査、リスク評価及び必要な治療等を実施されていること。 ・当該入院中に早期離床・リハビリテーション加算又は心大血管疾患リハビリテーション料を算定していること。 ・当該入院中に入院栄養食事指導料又は薬剤管理指導料のうち、いずれか1つを算定していること。	○心不全再入院予防チームは、心不全のリスク要因に関する評価を行い、その結果に基づき指導計画を作成する。心不全再入院予防チームは、心不全のリスク要因に関する評価結果、指導計画及び実施した指導内容を診療録、療養指導記録又は栄養指導記録に添付又は記載	○初回算定日の6月以内に1又は2を算定していた入院中の患者以外の患者であって、心不全を主病とするものに対し、ガイドラインに基づき、治療効果の評価等を実施し、必要な治療を継続して実施した場合に算定

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「慢性心不全の診断と治療」弓野大

56

心不全専門外来

目的：その人らしいLIFEを多職種チームでサポートする

構成：

毎週火曜日9:30-14:00

- ↓ 診療前の打合せ
- ↓ 多職種での診療
- ↓ 診療後の振り返り
- ↓ 担当者会議



職種：医師, 看護師, 検査技師, セラピスト, 管理栄養士
ソーシャルワーカー, 事務スタッフ

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「慢性心不全の診断と治療」弓野大

57

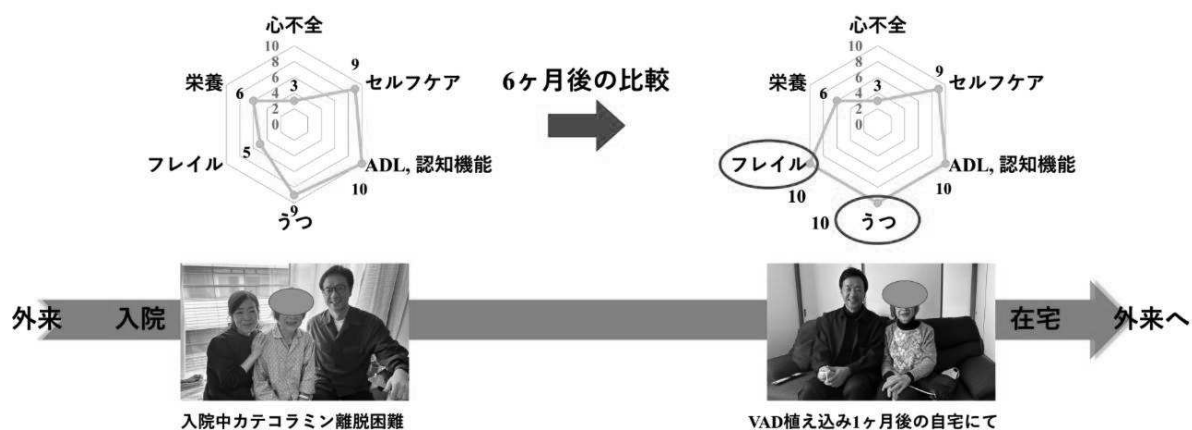
SDOHに準じた心不全外来患者評価項目

	主な聴取項目
SDOH	教育・リテラシー
	ITリテラシー, 健診, ワクチン, セルフモニタリング, 運動習慣
	経済的安定
	就労
	家族構成, キーパーソン, CFS, 介護申請, 福祉サービス 友人との交流, 外出
SDOH	社会・コミュニティの状況
	住居(エレベーター, 寝室), 買い物
SDOH	居住・生活環境
	交通手段, 付き添い
その他	医療へのアクセス
	患者特性
その他	病歴, 家族歴, 嗜好, アレルギー
	人生会議・ACP
	楽しみ, 幸せ, 生きがい, 家族との話し合い

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「慢性心不全の診断と治療」弓野大

58

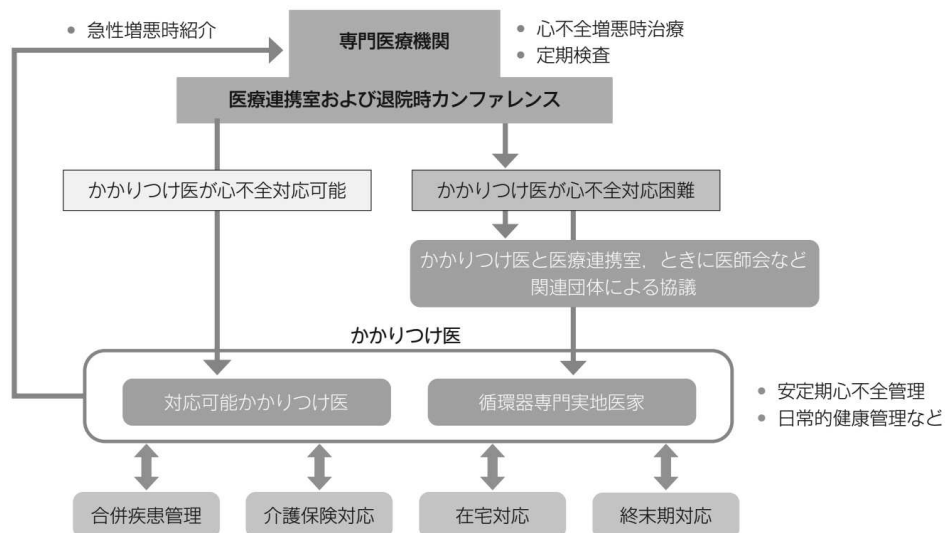
72歳女性 拡張型心筋症 当院外来 ➡ 補助人工心臓植え込み ➡ 在宅 ➡ 外来へ



日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「慢性心不全の診断と治療」弓野大

59

心不全管理は地域かかりつけ医へ: 機能分化・医療連携



地域のかかりつけ医と多職種のための心不全診療ガイドブック

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「慢性心不全の診断と治療」弓野大

60

4. 心不全の在宅管理

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「慢性心不全の診断と治療」弓野大

61

症例4 入院させることが、この患者にとって最善だろうか？

88歳 女性

#重症心不全 NYHA IV

#慢性腎臓病

心不全増悪による入退院を繰り返している。
今回も呼吸苦と浮腫が増悪しているが、本人は
「もう病院には行きたくない。できれば家で過ごしたい」と話している。

この患者を、どこまで自宅で診ることができるだろうか？

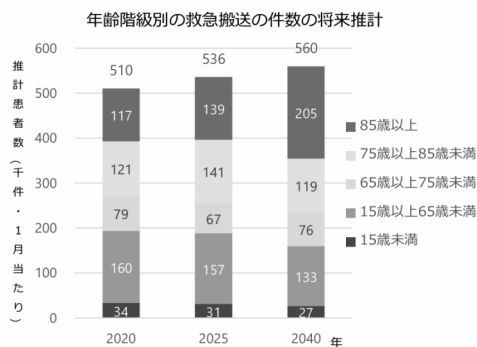
日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「慢性心不全の診断と治療」弓野大

62

2040年の医療需要について

医療・介護の複合ニーズを有する85歳以上の高齢者が増加することが見込まれる。2020年から2040年にかけて、85歳以上の救急搬送は75%増加し、85歳以上の在宅医療需要は62%増加することが見込まれる。

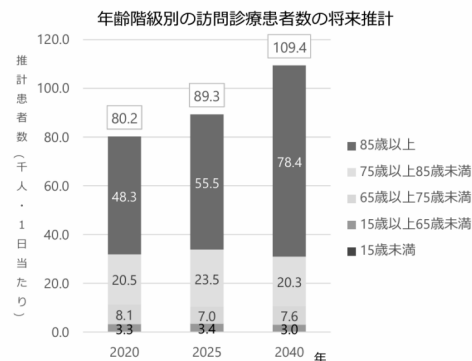
救急搬送の増加



2020年から2040年にかけて、75歳以上の救急搬送は36%増、うち85歳以上の救急搬送は75%増と見込まれる。

資料出所：消防庁データを用いて、救急搬送（2019年度分）の件数を集計したものを、2020年1月住民基本台帳人口で把握した都道府県別人口で除して年齢階級別に利用率を作成し、地域別将来推計人口に適用して作成。
※ 救急搬送の1月当たり件数を、年齢階級別人口で除して作成。
※ 性別不詳については集計対象外としている。また、年齢階級別人口については、年齢不詳人口を除いて利用した。

在宅医療需要の増加



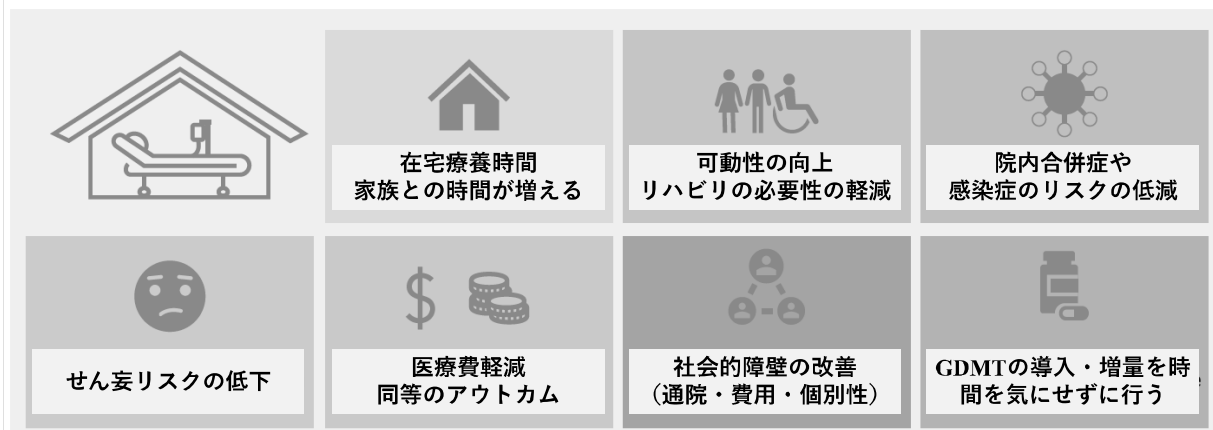
2020年から2040年にかけて、75歳以上の訪問診療の需要は43%増、うち85歳以上の訪問診療の需要は62%増と見込まれる。

出典：厚生労働省「患者調査」（2017年）
総務省「人口推計」（2017年）
国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（2023年推計）」を基に地域医療計画課において推計。

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「慢性心不全の診断と治療」弓野大

63

心不全に対するHospital at Home 従来の入院治療に対する潜在的利点

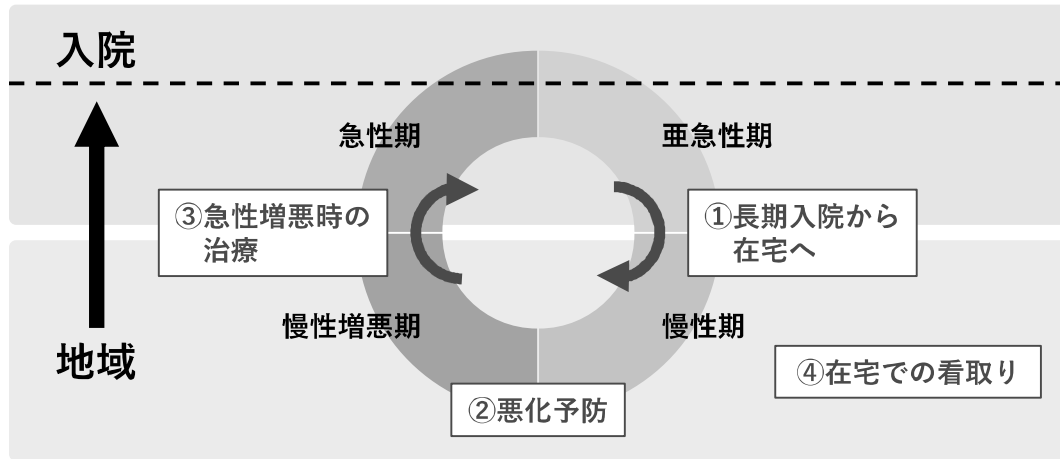


Hubert B Haywood, et al. JACC Heart Fail. 2023 Oct;11(10):1443-1448

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「慢性心不全の診断と治療」弓野大

64

心不全の在宅管理



日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「慢性心不全の診断と治療」 弓野大

65

心不全在宅管理 —5つのポイント—

1. 適切な心不全治療
2. チーム医療
3. 症状緩和
4. 意思決定支援
5. 家族ケア

YUMINO流 心不全の在宅管理
5つのポイント
—手術以外の入院ゼロをめざす—

小出雅雄, 弓野 大*

(のぞみハートクリニック在宅診療部長 *医療法人社団ゆみの理事長・統括院長)

本コンテンツはハイブリッド版です。PDFだけでなくスライドでも読みやすいHTML版も併せてご利用いただけます。
▶HTML版のご利用に当たっては、PDFデータダウンロード後に弊社よりメールにてお知らせするシリアルナンバーが必要です。
▶シリアルナンバー付きのメールはご購入日から3営業日以内にお送りいたします。
▶弊社サイトでの無料会員登録後、シリアルナンバーを入力することでHTML版をご利用いただけます。登録手続きの詳細は
<https://www.jmedj.co.jp/page/registration01/>をご覧ください。

▶登録手続

Introduction ————— p2

はじめに ————— p3

1. 心不全の適切な治療 ————— p4

2. チーム医療 ————— p11

3. 家族ケア ————— p17

4. 意思決定支援 ————— p18

5. 症状緩和 ————— p24

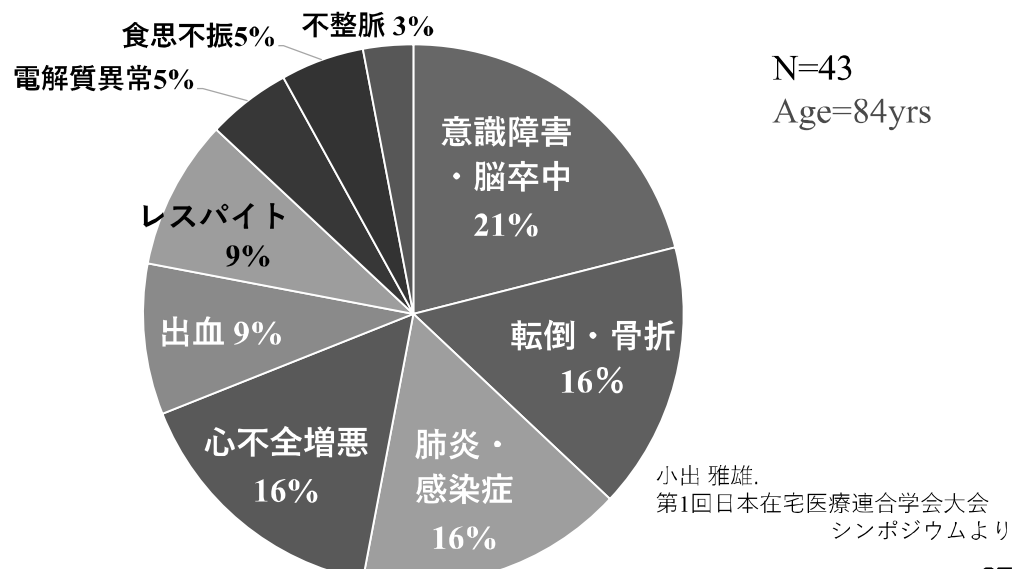
おわりに ————— p28

日本医事新報 2023年特集号

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「慢性心不全の診断と治療」 弓野大

66

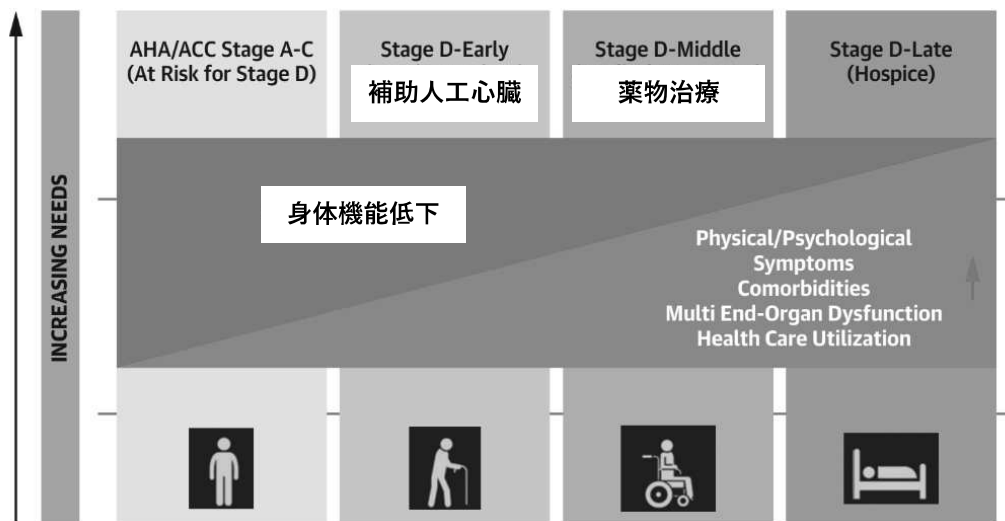
心不全在宅患者の入院の要因



日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「慢性心不全の診断と治療」 弓野大

67

CENTRAL ILLUSTRATION Opportunities for Integrating Palliative Care Across the Spectrum of Patients With Heart Failure (Palliative Care for Patients With Heart Failure)



Gelfman JP, et al. J Am Coll Cardiol HF 2024;12:973–989

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「慢性心不全の診断と治療」弓野大

68

在宅強心薬持続投与・LVAD-DTが保険承認へ

令和6年度診療報酬改定 Ⅱ-8 質の高い在宅医療・訪問看護の確保-⑤

在宅における心不全の患者等への指導管理に係る評価の新設

在宅慢性心不全等患者指導管理料の見直し

在宅慢性心不全等患者指導管理料について、名称を変更するとともに、疾患を考慮した評価体系に見直しの上で、心不全又は呼吸器疾患の末期の患者に対する注射による麻薬の投与を用いた指導管理についての評価を新設する。

現行	改定後
【在宅慢性心不全等患者指導管理料】 1,500点 在宅における麻薬療法又は慢性心不全の化学療法を行っている入院中の患者以外の末期の患者に対して、当該療法に関する指導管理を行った場合に算定する。	【在宅麻薬注射指導管理料】 1,500点 慢性心不全の末期の患者に対して、在宅における麻薬等の注射に関する指導管理を行った場合に算定。 【在宅麻薬持続投与又は経シストロフィーの場合】 1,500点 防痙攣性麻薬持続投与又は経シストロフィーの患者であって、在宅における麻薬等の注射に関する指導管理を行った場合に算定。 【（前）心不全又は呼吸器疾患の末期の場合】 1,500点 1又は2に該当しない場合であって、緩和ケアを要する心不全又は呼吸器疾患の末期の患者に対して、在宅における麻薬の注射に関する指導管理を行った場合に算定。 【在宅慢性心不全化学療法注射指導管理料】 1,500点 慢性心不全の末期の患者に対して、在宅における慢性心不全化学療法注射に関する指導管理を行った場合に算定する。

在宅強心剤持続投与指導管理料の新設（医療技術評価分科会を踏まえた対応）

【新】 在宅強心剤持続投与指導管理料 1,500点 【算定要件】（主なもの） ・在宅強心剤持続投与指導管理料は、循環血液量の補正のみでは慢性性ショック（Killip 分類 class IV）からの離脱が困難な心不全の患者であって、安定した病状にある患者に対して、携帯型ディスプレイポンプ又は輸液ポンプを用いて強心剤の持続投与を行い、当該治療に関する指導管理を行った場合に算定。 ・実施に当たっては、関係学会の定める診療に関する指針を遵守すること。 ・当該指導管理料を算定する医師は、心不全の治療に関し、専門の知識並びに5年以上の経験を有する常勤の医師であること。

2024年診療報酬改定

VAD Council
一般社団法人 補助人工心臓治療関連学会協議会
COUNCIL FOR CLINICAL USE OF VENTRICULAR ASSIST DEVICE RELATED ACADEMIC SOCIETIES

トップ 協議会について 各種認定 名簿 セミナー予定 J-MACSIについて インベラ部会 DT部会 関連リンク

植込型補助人工心臓DTに関して

HeartMate3が2021年4月30日にDT（Destination Therapy：長期在宅補助人工心臓治療）適用となり保険収載されました。それに伴い、DT実施基準に従い治療が開始されます。実施基準、実施施設は下記の通りとなります。

■ 植込型補助人工心臓DT実施基準（2025.3.27改定）

以下、変更となりました。
DT実施基準で65歳以上は、profile 2は除外としておりましたが、安定しているIMPELLAや同種装置により安全に施行するためのDASPなどの場合は、65歳以上でもリスクスコアがLowの場合は除外でなくとも可となりました。（2022.4.18）

■ 事前指示書

■ 実施施設（22施設） 2025年5月1日現在

（※）（※）（※）

2021年診療報酬改定

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「慢性心不全の診断と治療」弓野大

69

最先端医療を必要な患者さんが自宅へ

60歳、女性、拡張型心筋症
カテコラミン持続投与
およびLVAD-DT装着が必要

20年前なら
ICUから出られなかった患者です



@福岡

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「慢性心不全の診断と治療」弓野大

70

87歳女性 在宅静注強心薬持続点滴→在宅看取り

大動脈弁置換術＋僧帽弁形成術＋Maze術後、心不全増悪にて入院、カテコラミン離脱困難にて在宅訪問診療導入

家族状況：次女（無職）と二人暮らし

ACP（アドバンス・ケア・プランニング）：やり残したことはない、家で最期まで過ごしたい

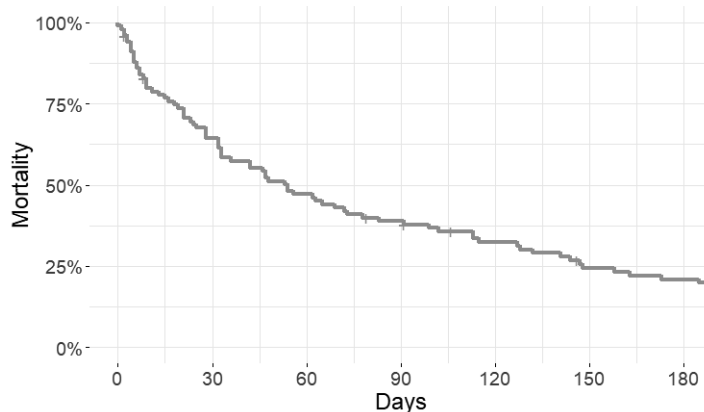
NYHA4, SBP80, PR100reg, LVEF30%
 ドブタミン3.3γ静脈持続点滴
 オピオイド6mg/日皮下注
 フロセミド静注適宜
 ロサルタン25mg
 アゾセミド60mg
 トルバプタン3.75mg
 ピモベンダン1.25mg



日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「慢性心不全の診断と治療」弓野大

71

当院の在宅カテコラミン管理の自然歴（N=100）



N=100	
平均年齢	74 歳
LVEF	28 %
NT-proBNP	18731 pg/mL
DOB initial dose	3.3 γ
平均観察期間	113 日
介護者	100 %
訪問看護	100 %
訪問リハ	28 %
致命的ライントラブル	0 %
カテコラミン離脱	3 %
自宅看取り率	82 %

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「慢性心不全の診断と治療」弓野大

72

重症心不全患者への 在宅静注強心薬持続投与指針 第1版

日本心不全学会 日本在宅医療学会

指針作成メンバー

【作成委員】

網川弘一郎 一般社団法人日本心不全学会 理事長
 敬田 泰史 大阪大学大学院医学系研究科 循環器内科学 教授
 波多野 将 東京大学医学部附属病院 高度心不全治療センター 准教授
 肥後 太基 ゆみのハートクリニック 院長
 山中 崇 東京大学大学院医学系研究科 在宅医療学講座 特任教授
 ◎ 弓野 大 医療法人社団ゆみの 理事長

【協力委員】

池亀 俊美 神原記念病院 主任看護部長
 井手口直子 帝京平成大学 薬学研究科薬学専攻 教授
 伊東 紀輝 医療法人社団ゆみの 統括看護部長
 大石 醒悟 医療法人社団まほし会真星病院 循環器科 内科部長
 小野 宏志 医療法人社団心 理事長
 勝久美子 なな一訪問看護ステーション 統括管理者
 菊池 規子 東京女子医科大学病院 循環器内科 講師
 齋藤 慶子 医療法人社団ゆみの 在宅療養支援室長
 狭間 研至 一般社団法人日本在宅薬学会 理事長

【外部評価委員】

安齊 俊久 北海道大学大学院医学研究院 循環器内科学 教授
 平原佐斗司 東京ふれあい医療生活協同組合 循環診療所 研修・研究センター長
 安中 正和 医療法人安中外科・脳神経外科医院 理事長
 山田 雅子 聖路加国際大学大学院看護学研究科 教授
 山本 一博 鳥取大学医学部統合内科医学講座 循環器・内分泌代謝内科 教授

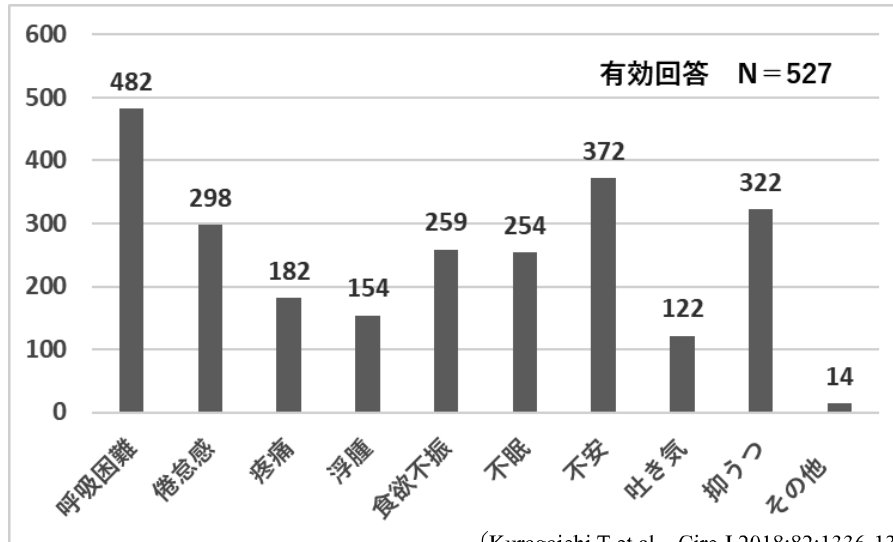
◎指針作成ワーキンググループ長

（五十音順）

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「慢性心不全の診断と治療」弓野大

73

心不全患者に対する緩和ケアが必要な症状

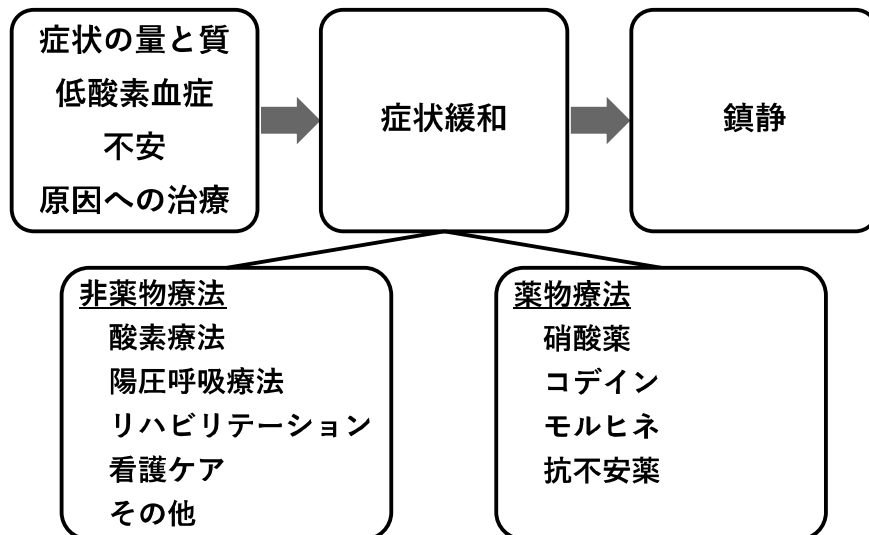


(Kuragaichi T et al, Circ J 2018;82:1336-1343)

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「慢性心不全の診断と治療」弓野大

74

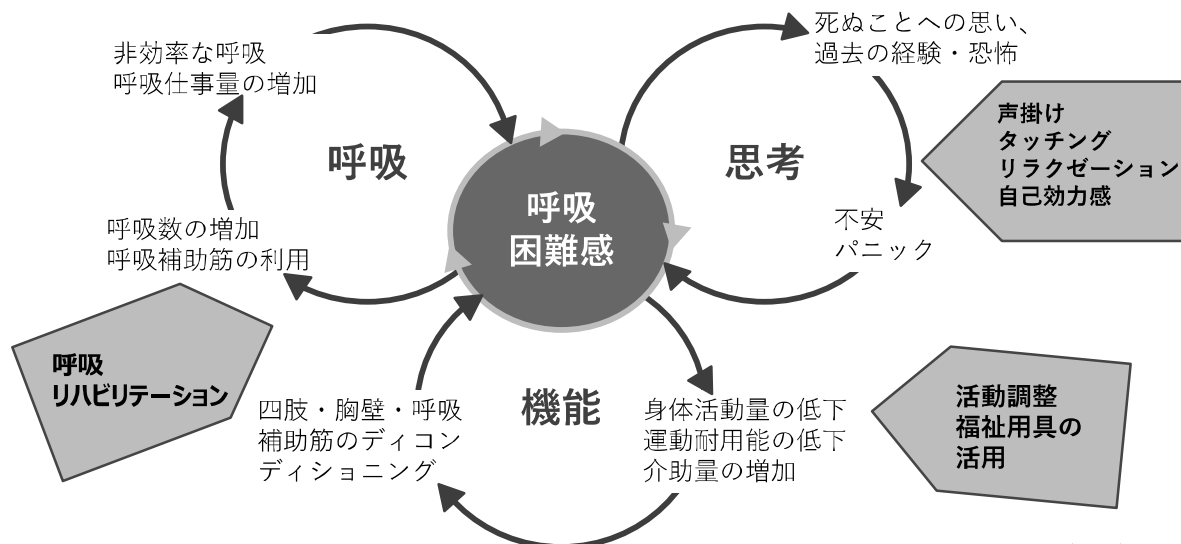
心不全の呼吸困難の症状緩和



日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「慢性心不全の診断と治療」弓野大

75

呼吸困難感への非薬物的対応



Chin C, et al. Postgrad Med J. 2016 Jul;92(1089)

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「慢性心不全の診断と治療」弓野大

:393-400を一部改変

76

在宅で使用する症状緩和薬

	一般名	容量
呼吸困難	モルヒネ塩酸塩（錠）	1回5mg（腎機能低下例 2.5mg/回）頓用 効果と副作用を確認し増減・症状が持続的であれば1日3～4回定期
	モルヒネ塩酸塩（注）	5～10mg/日から開始、効果と副作用を確認し増減・症状が持続的であれば1日3～4回定期
	コデインリン酸塩錠	1回20mg（腎機能低下例 5mg/回）頓用 効果と副作用を確認し増減・症状が持続的であれば1日3～4回定期
不安	ロラゼパム	1回0.5～1mg, 1日2～3回
	アルプラゾラム	1回0.4～0.8mg, 1日2～3回
せん妄	リスペリドン	1回0.5～1mg（最大3mg）
	クエチアピン	1回12.5mgから就寝前（※糖尿病では禁忌）
	ハロペリドール	2.5～5mg＋生食50ml 30分で静注
	クロルプロマジン	12.5mg＋生食50ml 30分で静注（※血圧低下に注意）
治療抵抗性の 苦痛	ミダゾラム	1日5mgで持続静注・皮下注開始し、効果を確認しながら増減
	プロマゼパム坐剤	1回1.5～3mg
	ジアゼパム坐剤	1回4～6mg
	フェノバルビタール坐剤	1回50～100mg

注）各薬剤の効能効果、用法用量につきましては最新の添付文書をご確認下さい。

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「慢性心不全の診断と治療」弓野大

77

緩和治療薬の使用 （呼吸困難に対するオピオイドの使用）

対象：十分な心不全治療のもとでも、呼吸困難が見られる症例
使用薬剤：コデインリン酸塩錠（肝で代謝されモルヒネとなる。
鎮痛に関してはモルヒネの1/6の力価）

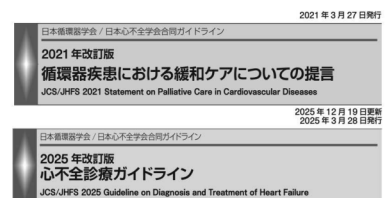
塩酸モルヒネ散
塩酸モルヒネ注

※いずれも腎排泄のため腎機能低下例では半量か、1/4へ減量

○末期心不全におけるオピオイド使用は十分なエビデンスに乏しい。
○癌性疼痛への使用量と比べ、呼吸困難に対しては少量で効果がある
ことが知られており、心不全でも少量（モルヒネ換算10mg前後）で
使用することが推奨されている。
○使用前後にはFace scaleや、NRS(Numerical Rating Scale)を用いて効果判
定を行い、効果に乏しければ、抗不安薬等他剤の併用を検討する。

【副作用】

嘔気・便秘、眠気、呼吸抑制
呼吸数＜10回/分では減量を検討する。



わが国で使用可能なオピオイドと開始時の投与方法

一般名	用量	備考
コデインリン酸塩*	10 mg/回 頓用 もしくは1日3回 使用	処方量によっては麻薬扱い
経口塩酸モルヒネ**	2.5 mg/回 頓用 もしくは1日4回 使用	腎障害時は半量より開始
塩酸モルヒネ注**	5～10 mg/日 持続静注/皮下注 投与	腎障害時は半量より開始 高度腎障害時は1/4量への 減量や他のオピオイドの使 用も検討

*呼吸器疾患に伴う鎮咳には保険適用があるが、心不全には適用がない。

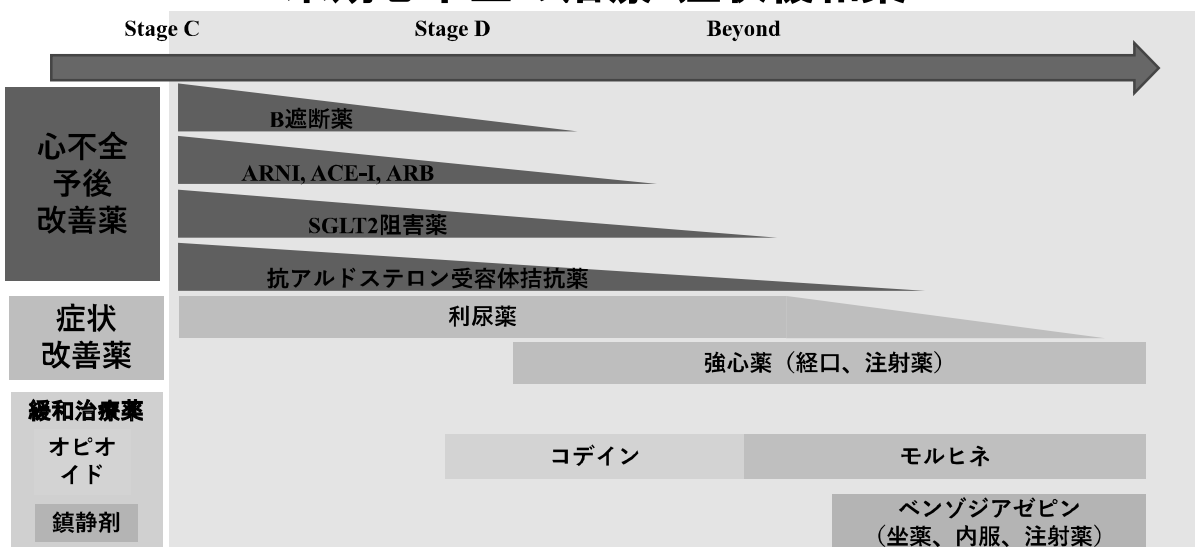
**心不全には保険適用はないが激しい咳嗽の症状に対して使用可能。
わが国で使用可能な経口塩酸モルヒネは10 mg錠であり、粉末で
の使用を要する。

（日本循環器学会、日本心不全学会、2021年改訂版 循環器疾患における緩和
ケアについての提言、2021.^{1294）より塩酸モルヒネ注の備考に追記を行った）}

78

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「慢性心不全の診断と治療」弓野大

末期心不全の治療・症状緩和薬

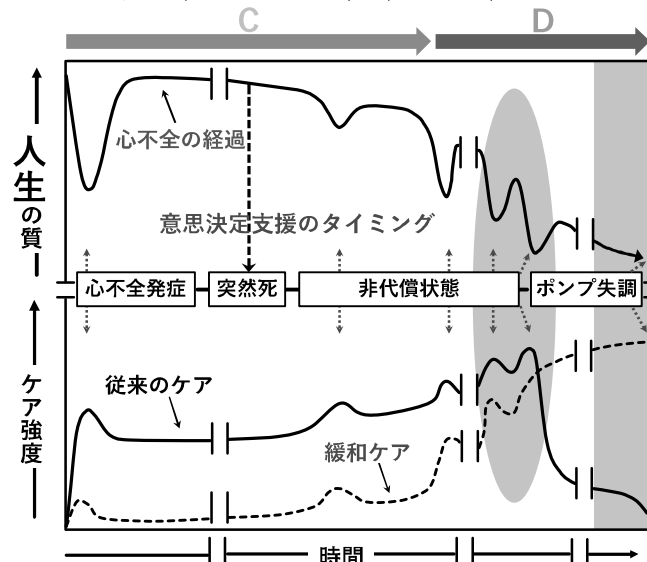


Palliative Drugs Sequencing for Heart Failure YUMINO's Proposal

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「慢性心不全の診断と治療」弓野大

79

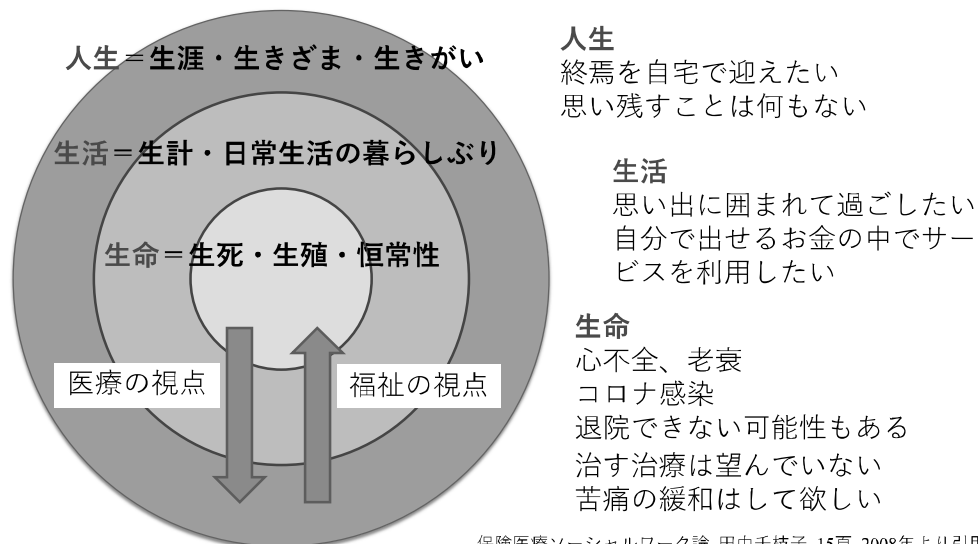
心不全の病期と意思決定支援のタイミング



日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「慢性心不全の診断と治療」弓野大

80

「LIFE」の視点の重要性

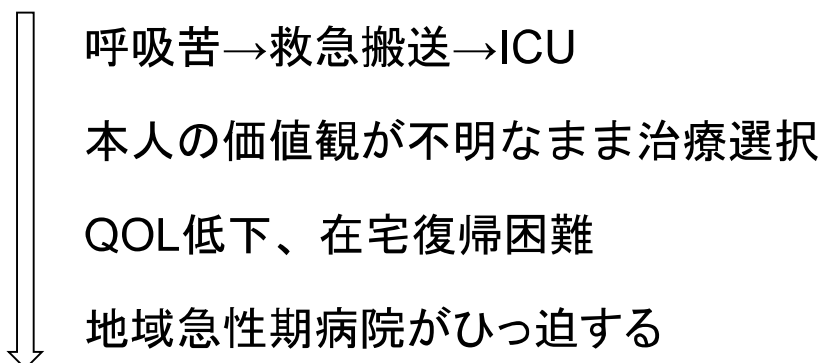


保険医療ソーシャルワーク論. 田中千枝子. 15頁. 2008年より引用

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「慢性心不全の診断と治療」弓野大

81

ACPがない世界



日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「慢性心不全の診断と治療」弓野大

82

ACP: 3-Stage Protocol

- **Stage 1 : 病状の説明**
理解度確認、予後情報、患者家族の反応
- **Stage 2 : 治療ゴールの設定(患者側の情報がメイン)**
価値観を知る、治療ゴールを3つ
- **Stage 3 : 治療オプションの相談(医療者側がリード)**
利益と不利益の説明、治療法の提案

コロンビア大学緩和ケア科中川俊一先生より

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「慢性心不全の診断と治療」弓野大

83

ACP: 3-Stage Protocol

『良くなることを願いつつ、備える』

- **Stage 1 : 病状の説明**
心不全の自然予後を説明
- **Stage 2 : 治療ゴールの設定(患者側の情報がメイン)**
在宅での治療を優先したいという価値観
- **Stage 3 : 治療オプションの相談(医療者側がリード)**
急変時の対応を共有する

コロンビア大学緩和ケア科中川俊一先生より

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「慢性心不全の診断と治療」弓野大

84

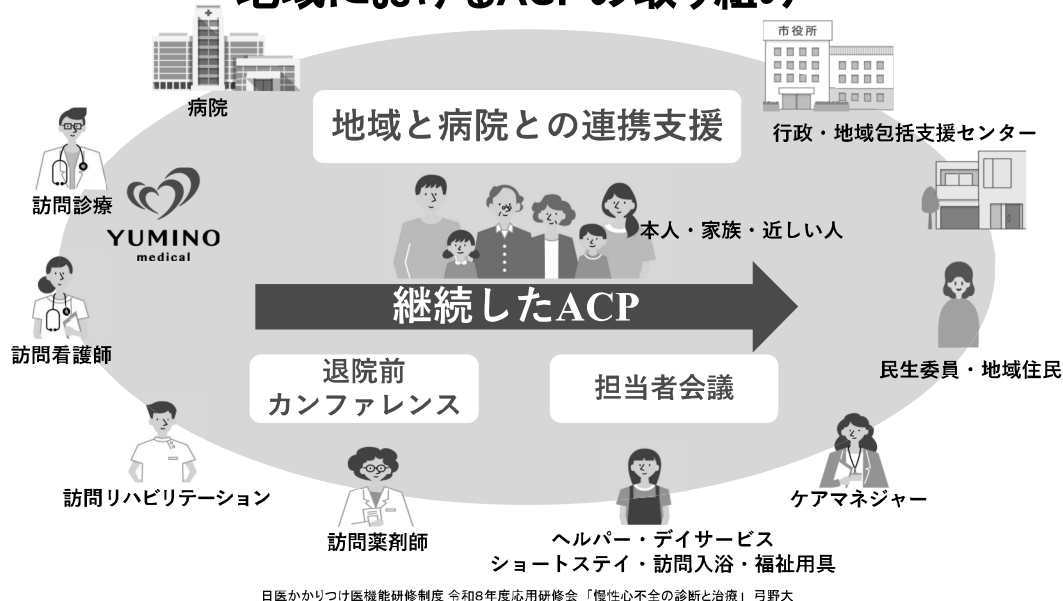
在宅緩和ケアにおける意思決定について

- ✓ 患者にとっての最善の選択は何か？を常に議論の中心とする
- ✓ 悩むときは一人で決めない、一度で決めない、専門家へのコンサルテーション
- ✓ 患者家族は最善を求めるからこそ方向性が揺れ動くのは当然である。われわれは、患者家族の心の揺れを認め、伴走していく。

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「慢性心不全の診断と治療」弓野大

85

地域におけるACPの取り組み



86

ま と め

1. 心不全の診断とステージ分類: BNP/NTproBNP、CKM
2. 慢性心不全の治療: GDMTとDOSE, HFpEFは多臓器要因
3. 増悪予防と地域管理: SDOH, 心不全再入院予防継続管理料
4. 心不全の在宅管理: 5つのポイント、症状緩和とACP連携

87

関節リウマチ・膠原病の臨床

【目 標】

1. 関節リウマチや膠原病、その類縁疾患について、日常診療で経験する代表的な関節・筋肉・皮膚症状を知り、非腫瘍性、非感染性、全身性疾患としての概念、これに含まれる疾患群を理解する。
2. 日本における関節リウマチと膠原病などの患者数や疫学について理解する。
3. 関節炎とその代表的な疾患である関節リウマチについて理解し、説明できる。
4. 膠原病に見られる症状や徴候を理解し、説明できる。
5. 関節リウマチや膠原病の治療について理解する。

【キーワード】

自己抗体、免疫・炎症、ステロイド、免疫抑制薬、生物学的製剤

たけうち つとむ
竹内 勤
埼玉医科大学 学長

【略歴】

1980 年 慶應義塾大学医学部卒業
1984 年 慶應義塾大学医学研究科博士課程修了
1985 年 医学博士 慶應義塾大学
1984 年 慶應義塾大学医学部 内科助手
1985 年 Dana Farber Cancer Institute, Harvard University 留学
1986 年 埼玉医科大学総合医療センター 第2内科 助手、助教授、教授
2004 年 埼玉医科大学 副学長（兼任）
2009 年 慶應義塾大学医学部内科学教室（リウマチ・膠原病）教授
2013 年 慶應義塾大学病院 病院長
2017 年 慶應義塾 常任理事
2021 年 4月～現在 慶應義塾大学 名誉教授
2021 年 10月～現在 埼玉医科大学 特任教授
2022 年 4月～現在 東京大学先端科学研究所フェロー
2023 年～現在 埼玉医科大学 学長（兼任：アドミッションセンター長）
2024 年 埼玉医科大学 ゲノム医学研究センター所長
2026 年～現在 埼玉医科大学 先端研究センター長

【免許・資格】日本内科学会（指導医、認定内科医）、日本リウマチ学会（指導医、専門医）、日本アレルギー学会（専門医）、日本感染症学会（専門医）

【学会】日本内科学会、日本リウマチ学会、アジア・太平洋リウマチ学会（Immediate Past President）、日本炎症・再生医学会、日本臨床リウマチ学会（理事）、日本シェーグレン症候群学会

関節リウマチ・膠原病の臨床

竹内 勤
埼玉医科大学 学長
特任教授 埼玉医科大学病院 リウマチ膠原病科（毛呂山キャンパス）、埼玉医科大学総合医療センター リウマチ膠原病内科（川越キャンパス）
慶應義塾大学名誉教授

COI: アッビー、アストラゼネカ、大塚製薬、中外、イラーリリー、エーザイ、ギリアド、ブリストルマイヤーズ、大正製薬、田辺ファーマ、興和

関節リウマチ・膠原病の臨床

- 1) 関節リウマチ・膠原病、類縁疾患の概念とそれに含まれる疾患を説明できる。
- 2) 関節リウマチ・膠原病の患者数や疫学の概略を説明できる。
- 3) 関節炎とその代表的疾患である関節リウマチについて説明できる。
- 4) 膠原病でみられる症状・徴候や臓器障害について説明できる。
- 5) 関節リウマチ・膠原病で治療される薬剤の概略について理解している。

どのような疾患か？ ～疾患概念と疾患名～

若い女性に突然出現した紅斑、発熱、 関節炎、蛋白尿の一例

- 症例は22才の女性。
生来健康。
- 海水浴に行った後に、発熱と
顔に奇妙な紅斑が出現。現在、
発熱、関節炎、蛋白尿強陽性を
認める。



日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「関節リウマチ・膠原病の臨床」 竹内勲

3

鑑別診断

1. 色素性乾皮症
2. 猩紅熱
3. 風疹
4. 家族性地中海熱
5. 全身性エリテマトーデス

正解 全身性エリテマトーデス：SLE

非感染性、非腫瘍性の全身性炎症性疾患→膠原病の1疾患→特徴的な紅斑、臓器障害パターンからSLE

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「関節リウマチ・膠原病の臨床」 竹内勲

4

膠原病という概念の提唱

1942年、病理学者クレンペラー博士は、血管・結合組織に
フィブリノイド壊死とコラーゲンの増生を認める全身性疾患
を、『膠原病』と呼ぶ

- 従来からのドイツ医学：臓器による病気の分類（心臓病、
腎臓病など）
- 臓器別分類にはあてはまらない全身性の炎症疾患：発熱、
全身倦怠感と共に関節、皮膚、血管など多数臓器に及ぶ）

非感染性、非腫瘍性、全身性炎症性疾患

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「関節リウマチ・膠原病の臨床」 竹内勲

5

膠原病とその類縁疾患

クレンペラー博士が報告した古典的膠原病

- 全身性エリテマトーデス (SLE)
(SLE: Systemic Lupus Erythematosus)
- 関節リウマチ (RA)
(RA: Rheumatoid Arthritis)
- 全身性硬化症(強皮症) (SSc)
(SSc: Systemic Sclerosis)
- 多発性筋炎/皮膚筋炎 (PM/DM)
(PM/DM: Polymyositis/Dermatomyositis)
- 結節性多発動脈炎 (PN)
(PN: Polyarteritis Nodosa)
- リウマチ熱 (RF)
(RF: Rheumatic Fever)

古い(新しい) 名称

- 紅斑性狼瘡
- 慢性関節リウマチ
- 全身性進行性硬化症
- 新たな分類基準の提唱: 特発性炎症性筋疾患
(Idiopathic Inflammatory Myopathies: IIM)
- 結節性多発動脈周囲炎

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「関節リウマチ・膠原病の臨床」 竹内勲

6-1

膠原病とその類縁疾患

クレンペラー博士が報告した古典的膠原病

リウマチ・膠原病に含まれる疾患
(古典的膠原病6疾患に加えて)

- 全身性エリテマトーデス (SLE)
(SLE: Systemic Lupus Erythematosus)
- 関節リウマチ (RA)
(RA: Rheumatoid Arthritis)
- 全身性硬化症(強皮症) (SSc)
(SSc: Systemic Sclerosis)
- 多発性筋炎/皮膚筋炎 (PM/DM)
(PM/DM: Polymyositis/Dermatomyositis)
- 結節性多発動脈炎 (PN)
(PN: Polyarteritis Nodosa)
- リウマチ熱 (RF)
(RF: Rheumatic Fever)

- シェーグレン病 (SjD)
- IgG4関連疾患
- 混合性結合組織病 (MCTD)
- 悪性関節リウマチ (MRA)
- 血管炎症候群
高安動脈炎 (TA)、巨細胞性動脈炎 (GCA)、
川崎病、ベーチェット病
多発血管炎性肉芽腫症 (GPA)
好酸球性多発血管炎性肉芽腫症 (EGPA)
顕微鏡的多発血管炎 (MPA)
抗糸球体基底膜抗体病、クリオグロブリン血症、
IgA血管炎、低補体血症性蕁麻疹様血管炎、など
- ベーチェット病
- リウマチ性多発筋痛症 (PMR)
- 成人スチール病 (AOSD)
- 脊椎関節炎 (SpA)
強直性脊椎炎(体軸性脊椎関節炎)、乾癬性関節炎 (PsA)、
反応性関節炎、炎症性腸疾患に伴う関節炎
- 結晶誘発性関節炎
痛風、ピロリン酸カルシウム沈着症 (CPPD)

これら疾患は、全身性自己免疫疾患、自己炎症症候群、免疫・炎症疾患 (Immune-mediated inflammatory disease: IMID) などにも重複して分類されるものがある。疾患の合併もある。

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「関節リウマチ・膠原病の臨床」 竹内勲

6-2

関節リウマチ・膠原病・類縁疾患の診断

- 原因が不明、決め手となる検査なし
- 症状、障害臓器パターン、と自己抗体検査、炎症反応などを組み合わせて総合的に診断
- 疾患、活動性、臓器障害の程度を診断

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「関節リウマチ・膠原病の臨床」 竹内勲

7

抗核抗体検査：免疫蛍光法 immunofluorescent assay (IFA) (抗核抗体のカ価、そしてパターンも重要)

細胞

核

血液

+

血液に抗核抗体があると？

→

細胞質

核

★ 蛍光色素 (間接蛍光抗体法)

カ価

D014(05)

抗核抗体（蛍光抗体法）定量

免疫学的検査判断料144点

40倍未満

40倍

80倍

160倍

320倍、...

染色パターン

辺縁型		核小体型	
均質型		散在	
斑紋型		陰性	

緑色蛍光：陽性シグナル

特異抗体検査(ELISA)へ

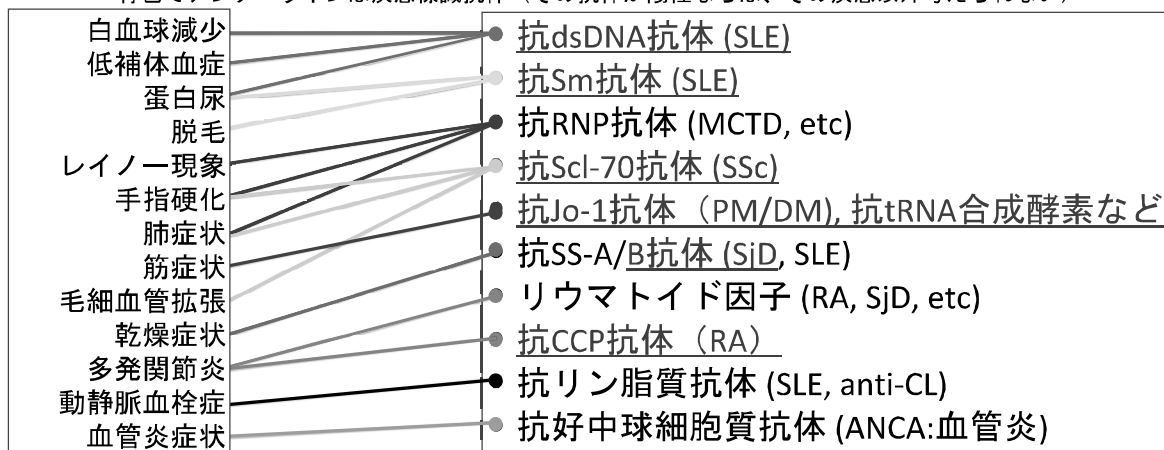
- 均質型・辺縁型：抗ds-DNA抗体、抗ヒストン抗体
- 斑紋型：抗RNP抗体、抗Sm抗体、抗SS-A抗体、抗SS-B抗体、抗Scl70抗体など
- 核小体型：抗RNAポリメラーゼIII抗体など
- セントロメア型：抗セントロメア抗体など
- 細胞質抗体（厳密には抗核抗体ではない）：抗Jo1抗体、抗MDA5抗体、抗SS-A抗体、など

染色パターンと特異抗体の関係：日本リウマチ学会の抗核抗体のサイトで確認
<https://www.ryumachi-jp.com/general/casebook/ana/>
日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「関節リウマチ・膠原病の臨床」 竹内勲

8

自己抗体と関連した病気・臨床症状

青色でアンダーラインは疾患標識抗体（その抗体が陽性ならば、その疾患以外考えられない）



1. 異常値、染色パターンと、症状がある場合、特異抗体検査へ進む。保険診療上、一括して特異抗体検査をすると査定の対象となることがある。
2. 症状があれば、ここで専門医に紹介しても良い。症状がない場合は、症状・徴候などを注意深く、かかりつけ医が経過観察する。

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「関節リウマチ・膠原病の臨床」 竹内勲

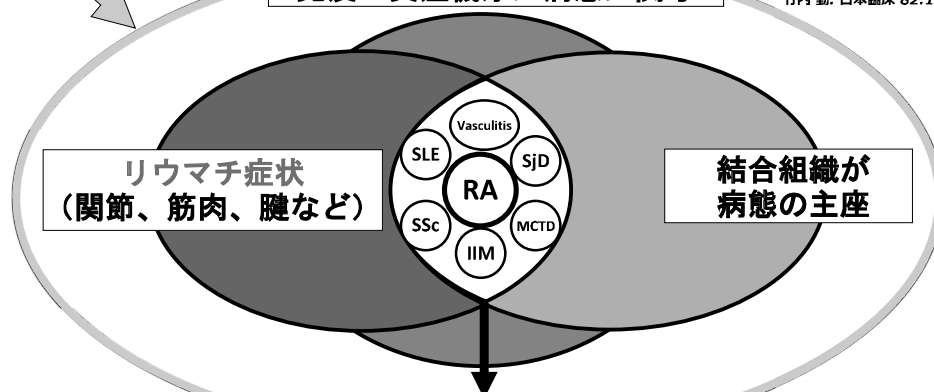
9

膠原病・リウマチ性疾患と免疫・炎症疾患

免疫・炎症疾患

自己免疫、自己炎症、
免疫・炎症機序が病態に関与

竹内 勲監修、リウマチ・膠原病
診療ゴールデンハンドブック
竹内 勲、日本内科学会雑誌120周年記念特別号
竹内 勲、日本臨床 82:1186-92, 2024



全身臓器に炎症が波及する

血管、皮膚、眼、耳鼻咽喉口腔、神経（中枢、末梢）、心臓（心内膜炎、心筋炎、心外膜炎、房室ブロックなど）、呼吸器（間質性肺障害、肺動脈性肺高血圧症、肺胞出血、胸膜炎など）、消化管、肝胆臓、腎臓（糸球体腎炎、間質性腎炎、尿細管アシドーシスなど）、間質性膀胱炎、後腹膜線維症

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「関節リウマチ・膠原病の臨床」 竹内勲

10

患者数や患者背景は？ ～疫学～

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「関節リウマチ・膠原病の臨床」 竹内勲

11

リウマチ・膠原病の疫学

	患者数	男女比	好発年齢
■ 関節リウマチ(RA)	70→83万人	1:4	40→60才
■ シェーグレン症候群 (SjS)	20万人	1:14	50才
■ 全身性エリテマトーデス (SLE)	6.3万人	1:8	20～40才
■ 強皮症 (SSc)	3.1万人	1:12	30～50才
■ 多発性筋炎/皮膚筋炎 (PM/DM)	2.2万人	1:3	小児と高齢
■ 混合性結合組織病 (MCTD)	0.9万人	1:13～16	30～40才
■ 血管炎 結節性多発動脈炎 (PN)	0.3万人	3:1	40～60才
多発血管炎性肉芽腫症 (GPA)	0.3万人	1:1	30～60才
顕微鏡的多発血管炎 (MPA)	0.9万人	1:2	>50～60才
高安動脈炎 (TA)	0.6万人	1:9	15～35才

難病情報センター 指定難病一覧より (<https://www.nanbyou.or.jp>)

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「関節リウマチ・膠原病の臨床」 竹内勲

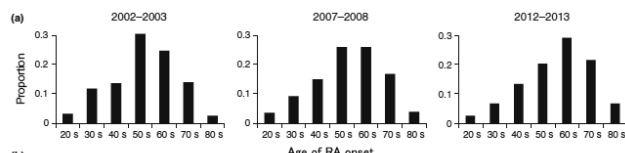
12

日本におけるRAの新規発症率・有病率

日本のRA発症年齢の推移
(国立相模原病院を中心とするNinjaコホート)

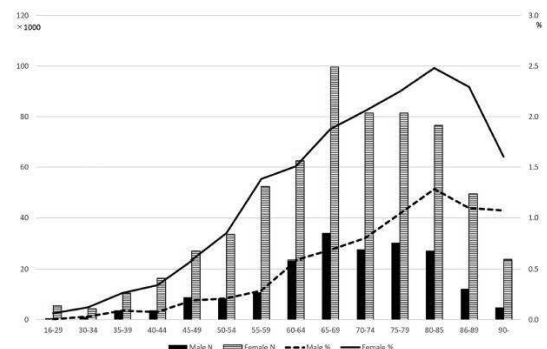
日本におけるRA有病者：83万人
(厚労省30万人世帯調査からの推計)

上段：新規RA発症率



上段：日本人人口分布

Kato E, et al. IJRD 20:839-45, 2017



Kojima M, et al. Mod Rheum 30:941-7, 2019.

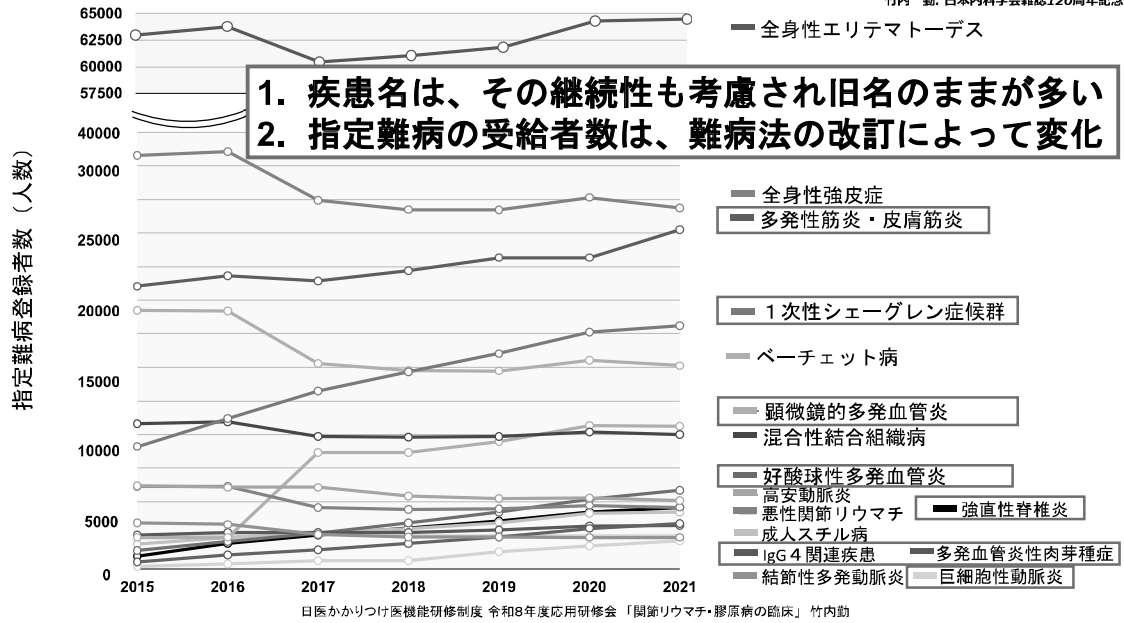
最新の日本における疫学研究は人口の高齢化や予後改善などによって
RA全体が高齢化、さらには発症年齢も高齢化

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「関節リウマチ・膠原病の臨床」 竹内勲

13

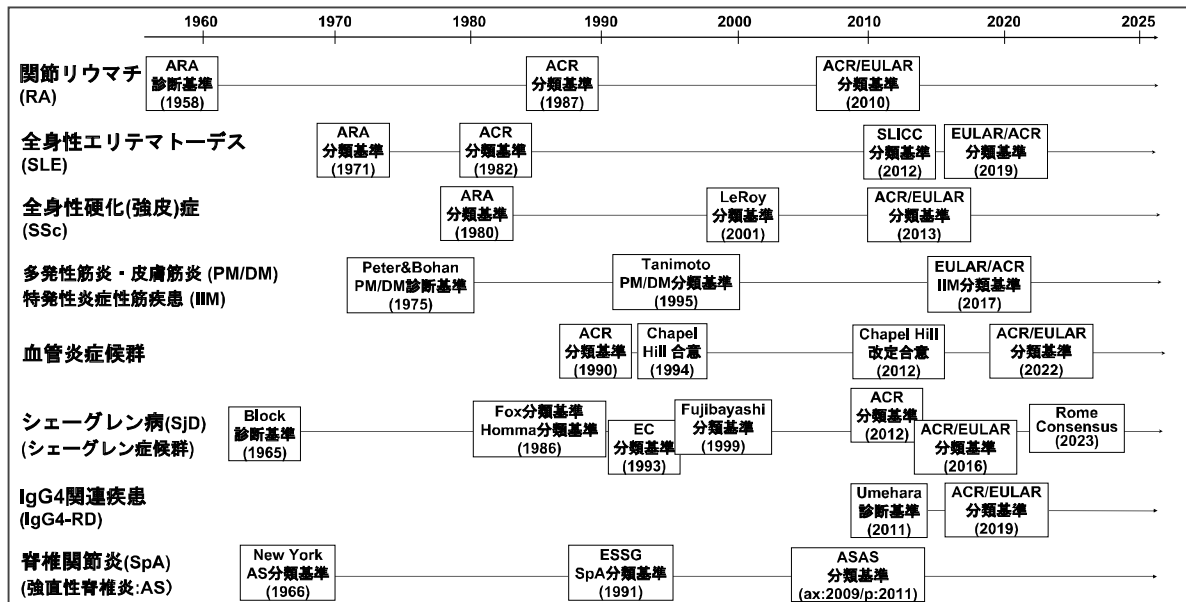
膠原病・リウマチ性疾患の指定難病受給者数

竹内 勤, 日本臨床82:1186-92, 2024.
竹内 勤, 日本内科学会雑誌120周年記念特別号



14

膠原病・リウマチ性疾患の診断基準と分類基準: 策定の推移

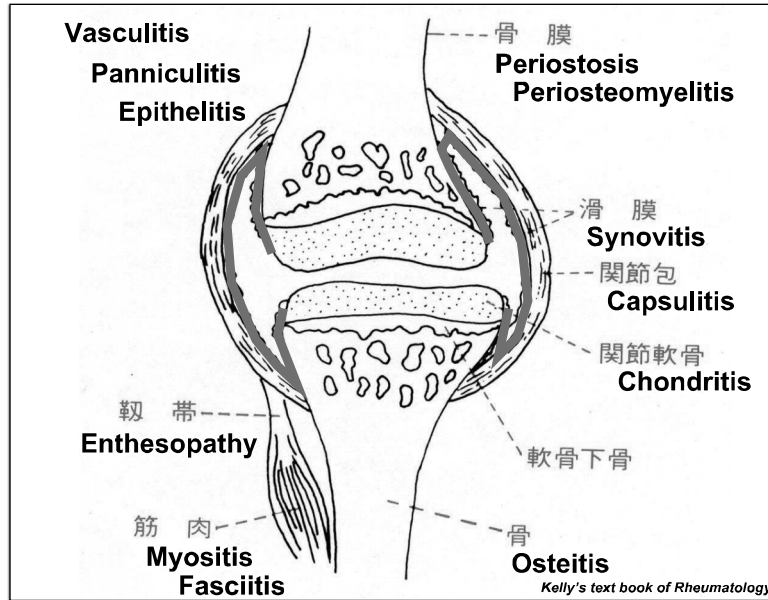


15

関節炎 ～代表的疾患：関節リウマチ～

16

関節症状の障害部位



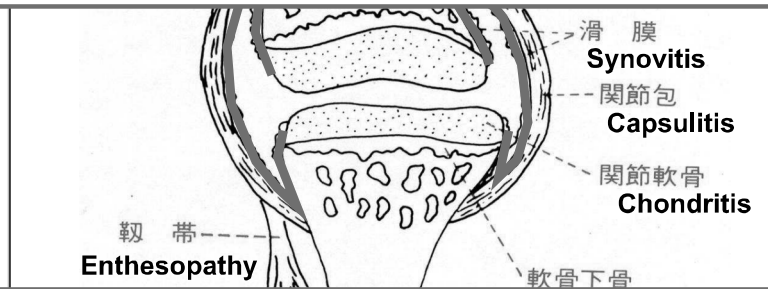
日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「関節リウマチ・膠原病の臨床」 竹内勲

17-1

関節症状の障害部位

最も患者数の多い関節疾患は変形性関節症で、骨棘を特徴とし、“骨が隆起したかのよう”に、関節が硬く盛り上がって触れる。疾患修飾薬なし。（かかりつけ医の役割大）。

関節リウマチでは、滑膜に炎症が起こり、関節が“みずまぐらのように”柔らかく触れる。脊椎関節炎(末梢性)では、腱付着部炎が起点となり周囲に炎症が波及。疾患修飾薬あり。



関節リウマチでは、炎症の首座は滑膜で、滑膜炎によるびらん性関節炎を特徴とする。他の膠原病でも柔らかい関節腫脹、関節炎を伴うが、びらんが起こることは稀。関節リウマチや膠原病の関節炎では、アンカードラッグとしてMTXが使用される。

Fasciitis

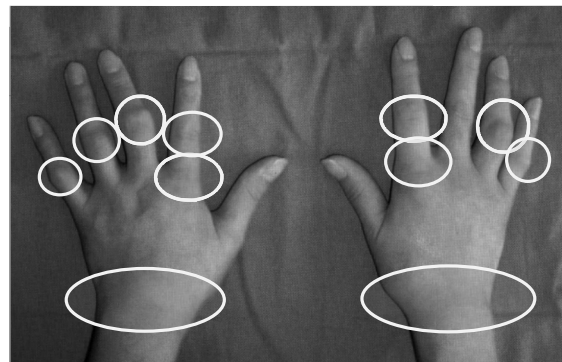
Kelly's text book of Rheumatology

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「関節リウマチ・膠原病の臨床」 竹内勲

17-2

関節リウマチ (Rheumatoid Arthritis:RA)

- 進行性・全身性・炎症性疾患
- 対称性・びらん性・破壊性関節炎
- 多彩な全身症状
- 有病率0.5~1%、男女比1:4
- 輸血で感染しない
- 半数は10年後に高度の寝たきり



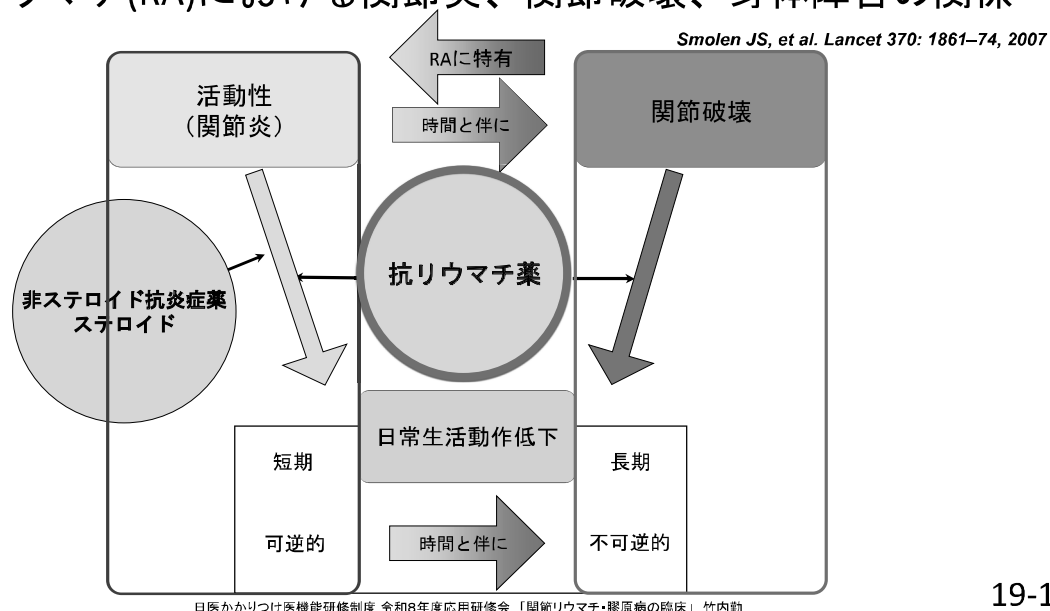
治らない、身近な難病といわれていた!

分子標的治療の導入で
激変!

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「関節リウマチ・膠原病の臨床」 竹内勲

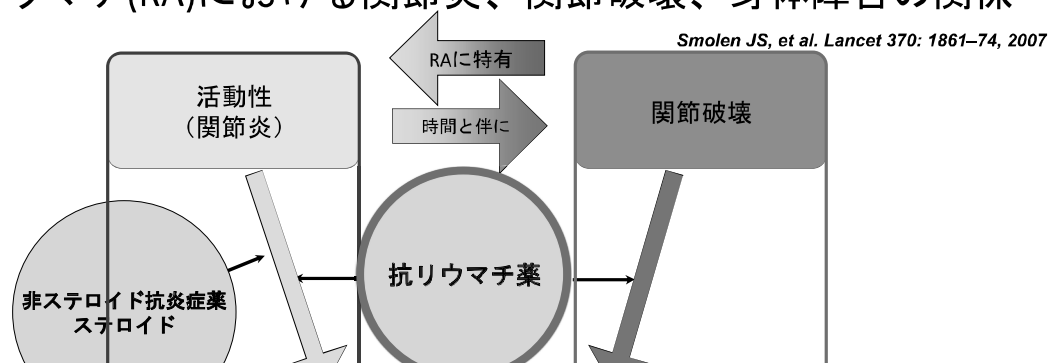
18

関節リウマチ(RA)における関節炎、関節破壊、身体障害の関係



19-1

関節リウマチ(RA)における関節炎、関節破壊、身体障害の関係



1. 早期診断と早期の抗リウマチ薬投与が必要
2. 抗リウマチ薬 (Disease Modifying Anti-Rheumatic Drugs: DMARDs) はRAの特徴である関節破壊の進行を抑制できる薬剤
3. 抗リウマチ薬は、MTXなど、分子標的薬 (生物学的製剤、JAK阻害薬) に分類される. MTXは広く使用される基礎的薬剤(かかりつけ医も処方)

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「関節リウマチ・膠原病の臨床」 竹内勲

19-2

ACR/EULAR2010年新分類基準

以前の基準では、
発症6ヶ月のRAを50%しか診断できなかった

腫脹又は圧痛関節数 (0-5点)		スコアが6以上であれば "definite RA"と分類される。
関節症状	1個の中～大関節**	
	2-10個の中～大関節**	
	1-3個の小関節*	
	4-10個の小関節*	
	11関節以上 (少なくとも1つは小関節*)	
血清学的検査(0-3点)		* : MCP、PIP、MTP2-5、1 st IP、手首を含む ** : 肩、肘、膝、股関節、足首を含む *** : DIP、1 st CMC、1 st MTPは除外
自己抗体	リウマトイド因子 も 抗CCP抗体 も陰性	
	リウマトイド因子か抗CCP抗体のいずれかが低値の陽性	
	リウマトイド因子か抗CCP抗体のいずれかが高値の陽性	
滑膜炎の期間 (0-1点)		低値陽性 : 基準値上限より大きく上限の3倍以内 高値陽性 : 基準値の3倍より大きい値
持続期間	6週間未満	
	6週間以上	
急性期反応 (0-1点)		
炎症反応	CRP も 血沈 も正常値	
	CRP か 血沈 が異常値	

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「関節リウマチ・膠原病の臨床」 竹内勲

20

膠原病の症状や徴候、臓器障害は？

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「関節リウマチ・膠原病の臨床」 竹内勲

21

全身性エリテマトーデス（SLE）

～多臓器に影響を及ぼす不均一性の高い疾患、非白人女性に多い～

全身性エリテマトーデス（指定難病 4 9 : Systemic Lupus Erythematosus、皮膚ループスとは異なる）

SLEの様々な臨床症状

男女比：女性に多い
(9:1)

好発年齢：20-40歳
非白人集団の有病率：

約4倍
日本における有病率：

33人/10万人
医療費受給者は
約61,000人

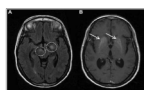
神経障害

蝶形紅斑

胸膜炎

レイノー
現象

腎障害



口腔内潰瘍



光線過敏性皮膚



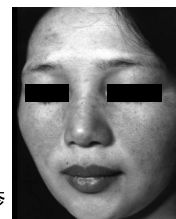
心血管疾患



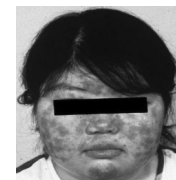
亜急性性皮膚
エリテマ
トーデス



非びらん性
関節炎



蝶形紅斑
Butterfly rash



ディスクイド疹
Discoid rash

SLE, systemic lupus erythematosus.

1. Kaul A, et al. Nat Rev Dis Primers. 2016;2:16039. 2. Zucchi D, et al. Clin Exp Rheumatol. 2019;37(5):715-722. 3. Izmirly PM, et al. Arthritis Rheumatol. 2017;69(10):2006-2017. 4. Dall'Era M, et al. Arthritis Rheumatol. 2017;69(10):1996-2005. 5. Somers EC, et al. Arthritis Rheumatol. 2014;66(2):369-378. 6. Lim SS, et al. Arthritis Rheumatol. 2014;66(2):357-368. 7. 難病情報センター2018

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「関節リウマチ・膠原病の臨床」 竹内勲

22

全身性硬化症（強皮症）SSc：初期症状と進展

全身性強皮症（指定難病 5 1 : Systemic Sclerosis、内臓繊維化を伴い硬化症の方が適切との議論あり）

びまん皮膚硬化型（肘や膝を越え、高率に臓器繊維症合併）と限局皮膚硬化型（超えない）

- **レイノー現象**：レイノー現象とは、手足の指先に起こる色調変化。典型的には白→紫→赤の3段階、または白→紫や、白→赤の2段階の変化。
- **皮膚硬化**：指先から始まり徐々に体の中心に向かって広がる。びまん皮膚硬化型は、肘・膝を超えて体幹に広がる。高率に**臓器繊維症合併**（間質性肺炎は55%）。限局皮膚硬化型ではあまり広がらない。**血行障害**の症状として、爪のあま皮に現れる黒い小さな血点（**爪壁梗塞**）や指先にみられる凹んだ傷跡（**陥凹性瘢痕**）、**皮膚潰瘍**が出現することあり。



図1 MSDマニュアル家庭版： <https://www.msdmanuals.com/ja-jp/home/06-心臓と血管の病気/末梢動脈疾患/レイノー症候群>

図2 KOMPAS： <https://kompas.hosp.keio.ac.jp/disease/000066/>

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「関節リウマチ・膠原病の臨床」 竹内勲

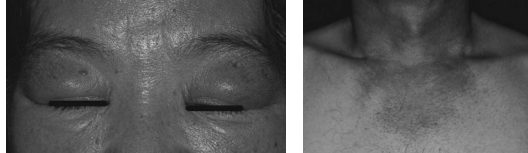
23

特発性炎症性筋疾患（IIM: Idiopathic Inflammatory Myopathy）

多発性筋炎・皮膚筋炎（指定難病 50：Polymyositis/Dermatomyositisから病名変更、指定難病名は従来通り）



ゴットロン徴候 逆ゴットロン徴候 機械工の手



ヘリオトロープ疹 Vネックサイン

多発性筋炎・皮膚筋炎診療ガイドライン

呼吸器系

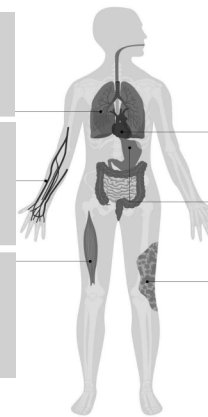
間質性肺炎
Jo1, EL, PL7, OJ,
KS, Zo, Ha, MDA5

末梢血管系

レイノー現象
Mi-2, NXP2, MDA5,
SAE, PL-12, Jo1, EJ,
PL-7, OJ, KS, Zo, Ha

筋骨格系系

筋力低下
PL-12, Jo1, EJ,
PL-7, OJ, KS, Zo,
Ha, MDA5



心血管系

心筋炎
SRP

消化管系

嚥下困難

皮膚

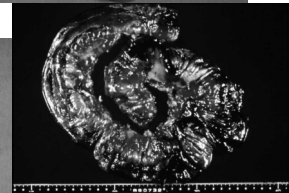
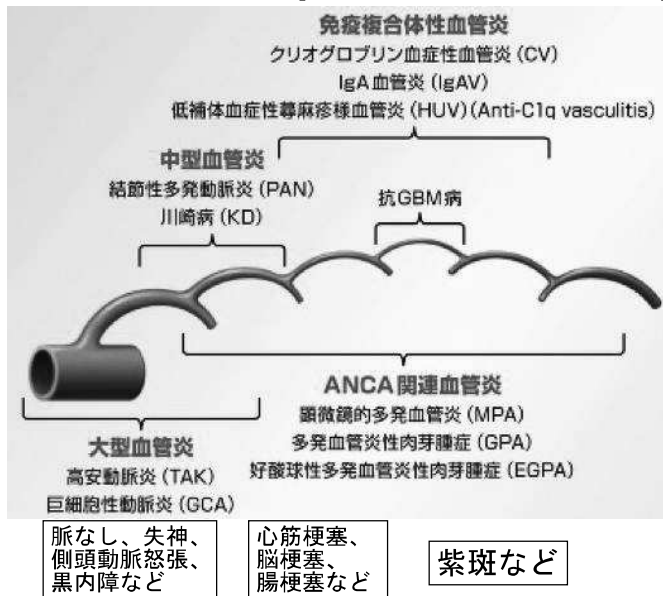
皮疹
PL-12, Jo1, EJ,
PL-7, OJ, KS, Zo,
Ha, MDA5

Lundberg E, et al. Nat Rev Dis Primer 7:86, 2021

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「関節リウマチ・膠原病の臨床」 竹内勲

24

血管サイズによる血管炎の分類



日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「関節リウマチ・膠原病の臨床」 竹内勲

25

関節リウマチ・膠原病の主要な臓器障害パターン

	RA	MRA	SLE	SSc	IIM	血管炎	SjD	IgG4-RD	MCTD	SpA	PsA
関節(末梢)	●	●	●	●	●	●	●		●	●	●
関節(中枢)										●	●
筋肉			●		●	●			●		
皮膚		●	●	●	●	●	●		●		●
血管		●	●	●	●	●		●	●		
中枢神経		●	●			●	●				
末梢神経		●	●			●	●				
網膜・ぶどう膜		●	●							●	
耳鼻咽喉	●	●				●					
間質性肺炎	●	●	●	●	●	●	●	●	●		
肺高血圧症			●	●	●	●			●		
心臓			●	●	●	●	●		●	●	
消化管		●	●	●	●	●	●		●		
膵臓						●	●	●			
腎臓			●	●		●	●	●			
涙腺・唾液腺						●	●	●			
リンパ節腫脹	●	●	●				●	●	●		

RA: 関節リウマチ, MRA: 悪性関節リウマチ, SLE: 全身性エリテマトーデス, SSc: 全身性硬化(強皮)症, IIM: 特発性炎症性筋疾患, SjD: シェーグレン病, IgG4-RD: IgG4関連疾患, MCTD: 混合性結合組織病, SpA: 脊椎関節炎, PsA: 乾癬関節炎

膠原病・リウマチがわかる本(監修: 竹内勲、講談社)、リウマチ・膠原病診療ガイドライン改訂第2版(監修: 竹内勲、南江堂)などを参考に著者作成

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「関節リウマチ・膠原病の臨床」 竹内勲

26

治療薬は？

～関節リウマチ、SLE、など～

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「関節リウマチ・膠原病の臨床」 竹内勲

27

関節リウマチ・膠原病に用いられる免疫抑制薬 (抗リウマチ薬)

一般名	商品名	作用点	用量
メトトレキサート	リウマトレックス®	DHFR	4-16mg/週
レフルノミド	アラバ®	DHODH	100→20mg/日
ミゾリビン	ブレディニン®	IMPDH, GMPS	150-300mg/日
アザチオプリン	アザニン®/イムラン®	イノシン酸阻害	50-100mg/日
シクロフォスファミド	エンドキサン®	DNA架橋	50-100mg/日
シクロスポリンA	ネオール®	カルシニューリン	100-150mg/日
タクロリムス	プロGRAF®	カルシニューリン	2-3mg/日
ミコフェノール酸 モフェティル	セルセプト®	IMPDH	1~3g/日
ボクロスポリン	ルプキネス®	カルシニューリン	15.8mg~47.4mg/日

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「関節リウマチ・膠原病の臨床」 竹内勲

28

メトトレキサート：アンカードラッグ

かかりつけ医も使用：1週間に1回のパルス治療（連日投与にならないよう注意）

- 核酸代謝拮抗薬：細胞内でポリグルタミン化され細胞内に留まり、細胞増殖を阻害する薬剤。
- 用量反応性の副作用：口内炎、腹部不快感、肝機能障害、血球減少などがある。
- 薬理効果を発揮：細胞内で一定濃度を超えなければならず、少量のみを継続すると治療効果が得られない。効果発揮まで時間がかかる（通常1～3ヶ月）。
- 少量（4～8mg/週）開始：症状と、少なくとも1ヶ月おきの血液検査で副作用をチェックし、副作用がなければ増量する。
- 腎臓排出：90%は腎臓から。腎機能低下（高齢者）、低体重者では、4～6mg/週から、一方で、若年者、高体重者などでは8mg/週から開始するなど、スタート用量を決める必要がある。
- 副作用予防：MTX最終投薬日から、中1日置いた日の朝に1～2錠のフォリアミン（葉酸製剤）を投与する。

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「関節リウマチ・膠原病の臨床」 竹内勲

29

RAのアンカードラッグ メトトレキサート(MTX)
迅速増量・高用量が基本（耐性最大量）
初回投与量は、体重、年齢、腎機能などによって調整

MTX皮下注射製剤
（メトジェクト®）承認

		日	月	火	水	木	金	土
初回 4錠 (8mg/週)	朝							
	夕							
1ヶ月後 6錠 (12mg/週)	朝							
	夕							
2ヶ月後 12錠 (16mg/週)	朝							
	夕							

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「関節リウマチ・膠原病の臨床」 竹内勲

用法及び用量

通常、成人にはメトトレキサートとして7.5mgを週に1回皮下注射する。適宜増量できるが、15mgを超えない。

用法及び用量に関連する注意

4週を目安に患者の状態を十分に確認、増量の可否を慎重に判断。増量は2.5mgずつとすること。

1週間あたりのメTX 経口製剤の投与量	本剤の初回用量
6mg	7.5mg
8又は10mg	7.5又は10mg
12～16mg	10又は12.5mg

シリンジ型とペン型

7.5mg,
10mg,
12.5mg,
15mg



30

MTXの副作用

■投与量依存的な副作用（量が多いと増える）

- 1) 消化器症状・口内炎
- 2) 肝酵素異常（10～50%）
- 3) 骨髄抑制（重篤、腎機能低下例）

■総投与量と関連する副作用

肝線維症・肝硬変

■投与量と関係ない副作用（量と関係ない）

急性間質性肺炎（0.2～0.5%、投与数力後）

■稀な副作用

中枢神経症状（頭痛、眩暈、記憶力低下）脱毛、
皮疹、皮下結節、血管炎増悪、リンパ腫

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「関節リウマチ・膠原病の臨床」 竹内勲

31

SLEのアンカードラッグ：ヒドロキシクロロキン（プラケニル®）

- 1. 理想体重31kg～46kg未満: 1日1回1錠(200mg)を経口投与する。
- 2. 理想体重46kg～62kg未満: 1日1回1錠（200mg）と1日1回2錠（400mg）を1日おきに経口投与する。
- 3. 理想体重が62kg以上: 1日1回2錠（400mg）を経口投与する。

理想体重とは：

女性患者の理想体重（kg）＝（身長（cm）－100）×0.85

男性患者の理想体重（kg）＝（身長（cm）－100）×0.9



注意

- (1)本剤の投与は、本剤の安全性及び有効性についての十分な知識とエリテマトーデスの治療経験をもつ医師のもとで実施。
- (2)本剤の投与により、網膜症等の重篤な眼障害が発現することがある。本剤の投与に際しては、網膜障害に対して十分に対応できる眼科医と連携のもとに使用し、本剤投与開始時並びに本剤投与中は定期的に眼科検査を実施。

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「関節リウマチ・膠原病の臨床」 竹内勲

32

主な障害臓器	関節										皮膚				消化管				神経				血液				全身性											
疾患	RA	JIA	AS	PsA	PS	AD	Asthma	CD	UC	MS	MG	NMO SD	ITP	ITTP	aHUS	BD	SLE	SjD	SSc	IIM	TA	GCA	AAV	IgG4-RD	AO SD	CAPS Gout	COVID-19											
製剤 自己抗体	+	+/	-	-	-	-	-	-	-	+/	+	+	+	+	+/	-	+	+	+	+	-	-	+	-	-	-	-											
anti-TNFα	○	○	○	○	○			○	○							○	△			×	×	×					trial											
TNFR-Ig	○	○	○	○	○															×		×																
Anti-IL-1β	△	○																							○	○	trial											
IL-1RA	△	○																							○*	○	trial											
anti-IL-4R						○		○																														
anti-IL-5							○																															
anti-IL-5R							○																EGPA															
anti-IL-6	○																																					
anti-IL-6R	○	○	×					×			trial	○				×			○ ILD (FDA)	trial	○	○	trial		○		○											
anti-IL-12/23 (p40)	△		×	○	○			○	○																													
anti-IL13R			×			trial	trial																															
anti-IL-17	△			○	○			×	×																													
anti-IL-17R	×		trial	○	○			×	×																													
anti-IL-23 (p19)	△		×	○	○		×	○	○																													
anti-IL-31RA						○																																
anti-IL-33							○																															
anti- TSLP							○																															
anti-GM-CSF	△				△																						trial											
anti-GM-CSFR	○																										trial											
anti-BAFF	△										×												×															
anti-BAFF-R																																						
anti-IFNα					×																																	
anti-IFNAR1																																						
JAK	○		○	○	○	○		○	○																		○											
CD20	○*												○							×	×			○	○	○												
CD19																									○													
C80/86	○	○																																				

◎ PMDA or FDA, EMAで承認。
○ 第2相/第3相試験で1次PE達成,
△ POC取得,
X 第2相/第3相試験で1次PE未達

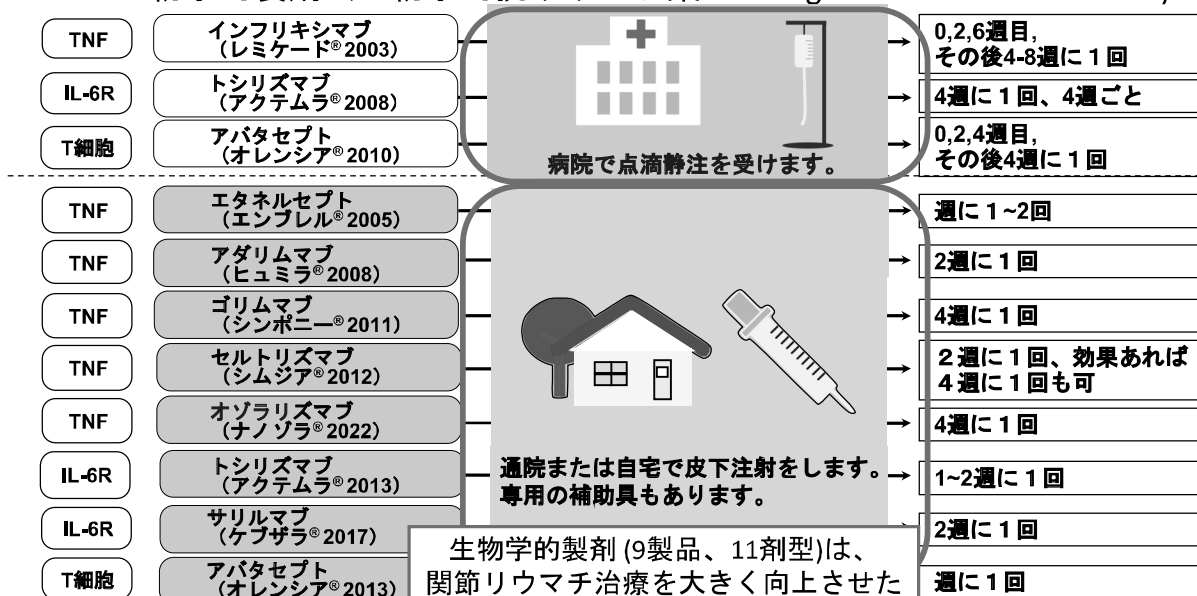
*本邦未承認の薬剤を含む *Takeuchi T. Proc Jan Acad Sci 93:600-8, 2017 with updates. Takeuchi T. Inflammation & Regeneration, 35:42, 2022 with updates.* 33-1
日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「関節リウマチ・膠原病の臨床」 竹内勲

主な障害臓器	関節										皮膚					肺					消化管					神経					血液					全身性											
疾患	RA	JIA	AS	PsA	PS	AD	Asthma	CD	UC	MS	MG	NMO SD	ITP	ITTP	aHUS	BD	SLE	SjD	SSc	IIM	TA	GCA	AAV	IgG4-RD	AO SD	CAPS Gout	COVID-19																				
製剤 自己抗体	+	+/-	-	-	-	-	-	-	-	+/-	+	+	+	+	+/-	-	△	+	+	+	-	-	+	-	-	-	-																				
anti-TNFα	○	○	○	○	○			○	○							○	△			× ?		× ?					trial																				
TNFR-Ig	○	○	○	○	○															×																											
Anti-IL-1β	△																																														
IL-1RA	△	○																							○*	○	trial																				
anti-IL-4R						○	○																																								
anti-IL-5						○	○																																								
anti-IL-5R						○	○																																								
anti-IL-6	○																																														
anti-IL-6R	○	○	×					×			trial	○				×			○ ILD (FDA)	trial	○	○	trial		○		○																				
anti-IL-12/23 (p40)	△		×	○	○			○	○								trial																														
anti-IL13R			×			trial	trial																																								
anti-IL-17	△		○	○	○			×																																							
anti-IL-17R	×		trial	○	○			×																																							
anti-IL-23 (p19)	△		×	○	○		×	○	○																																						
anti-IL-31RA						○																																									
anti-IFNAR1																																															
JAK	○		○	○	○			○	○								×			trial	trial																										
CD20	○*												○				×					○		○	○	○	○																				
CD19																																															
CD80/86	○	○																							○																						

◎ PMDA or FDA, EMAで承認
○ 第2相/第3相試験で1次PE達成、
2次PE期待

関節リウマチ・膠原病領域では
TNFα, IL-1β, IL-5R, IL-6R, IL-12/23 (p40), IL-17, IL-17R, IL-23 (p19), BAFF,
IFNAR1, JAK, CD20, CD19, C80/86などに対する分子標的薬がある。

*本邦未承認の薬剤を含む *Takeuchi T. Proc Jan Acad Sci 93:600-8, 2017 with updates. Takeuchi T. Inflammation & Regeneration, 35:42, 2022 with updates.* 33-2



日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「関節リウマチ・膠原病の臨床」 竹内勲

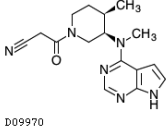
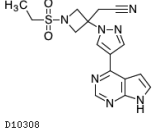
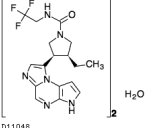
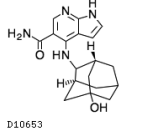
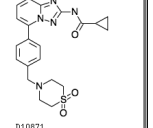
膠原病とリウマチ性疾患の生物学的製剤（biological agents）

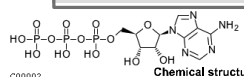
CD20	リツキシマブ（リツキサン®） ANCA関連血管炎、全身性エリテマトーデス、など	病院で点滴静注を受けます。	0,1,2,3,4週目に点滴 その後6ヶ月毎
BAFF	ベリムマブ（ベンリスタ®） 全身性エリテマトーデス		0,2,4週、その後4週ごと
IFNAR1	アニフロルマブ（サフネロー®） 全身性エリテマトーデス		4週に1回
CD19	イネビリズマブ（ユプリズナ®） IgG4-RD		0,2週、その後6ヶ月毎
IL-6R	トシリズマブ（アクテムラ®） 高安動脈炎、巨細胞性動脈炎、成人発症スティル病など		週に1回
BAFF	ベリムマブ（ベンリスタ®） 全身性エリテマトーデス	通院または自宅で皮下注射（ 製剤によって異なる）。 専用の補助具もあります。	週に1回
IFNAR1	アニフロルマブ（サフネロー®） 全身性エリテマトーデス		週に1回
IL-17A	セクキヌマブ（コセンティックス®） PsA, PsA		4週に1回
IL-17A	イクセキズマブ（トルツ®） PsA, PsA		4週に1回
IL-17R	プロダルマブ（ルミセフ®） PsA, PsA		2週に1回
IL-23	リサンキズマブ（スキリージ®） PsA	4週に1回	+TNF
IL12/23p40	ウステキヌマブ（ステララー®） PsA	12週に1回	
IL23p19	グセルクマブ（トレムフィア®） PsA	8週に1回	
IL23p19	チルドラキズマブ（イルミア®） PsA	12週に1回	

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「関節リウマチ・膠原病の臨床」 竹内勲

35

JAK阻害薬の代謝・排泄

	トファシチニブ ゼルヤンツ® 2013	バリシチニブ オルミエント® 2017	ウパダシチニブ リンヴォック® 2020	ペフィシチニブ スマイラフ® 2019	フィルゴチニブ ジセレカ® 2020
化学式	C16H20N6O	C16H17N7O2S	(C17H19F3N6O)2. H2O	C18H22N4O2	C21H23N5O3S
化学構造					
分子量	312.3696	371.4169	778.7504	326.3929	425.504
未変化体・代謝体	未変化体 69.4%	未変化体 >95%	未変化体 79%	-	未変化体 2.9% 代謝体 92%
半減期	2.5 h	6.4 h	8.3 h	7.5 h	6.6 h 8.8 h
排泄	Urine 51% Stool 13%	Urine 75% Stool 20%	Urine 24% Stool 38%	Urine 37% Stool 57%	Urine 87% Stool 15%
代謝酵素	CYP3A4, CYP2A19	OAT3, CYP3A4	CYP3A4, 2D6	SULT2A1	CES2, CES1



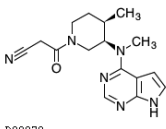
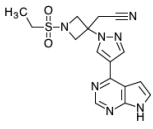
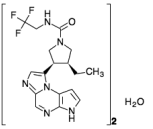
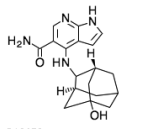
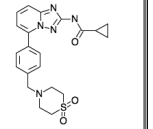
Chemical structure: Kyoto Encyclopedia of Genes and Genomes (KEGG),
URL <https://www.genome.jp/kegg/>

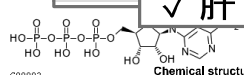
Takeuchi T. Inflammation & Regeneration 42:35, 2022. 著者改変

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「関節リウマチ・膠原病の臨床」 竹内勲

36-1

JAK阻害薬の代謝・排泄

	トファシチニブ ゼルヤンツ® 2013	バリシチニブ オルミエント® 2017	ウパダシチニブ リンヴォック® 2020	ペフィシチニブ スマイラフ® 2019	フィルゴチニブ ジセレカ® 2020
化学式	C16H20N6O	C16H17N7O2S	(C17H19F3N6O)2. H2O	C18H22N4O2	C21H23N5O3S
化学構造					
分子量	312.3696	371.4169	778.7504	326.3929	425.504
未変化体・代謝体	未変化体 69.4%	未変化体 >95%	未変化体 79%	-	未変化体 2.9% 代謝体 92%
半減期	2.5 h	6.4 h	8.3 h	7.5 h	6.6 h 8.8 h
代謝	✓ 化学構造が全く異なる ✓ 薬物動態・薬力学的特徴が異なる ✓ 肝・腎代謝、排泄経路、他剤との相互作用に注意				



URL <https://www.genome.jp/kegg/>

Takeuchi T. Inflammation & Regeneration 42:35, 2022. 著者改変

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「関節リウマチ・膠原病の臨床」 竹内勲

36-2

関節リウマチに対するJAK阻害薬の適応と用量

Gerenric name	Specificity	FDA	EMA	PMDA
Tofacitinib	JAK1/2/3	TNFi failure 5mg/day	No Tx alternative 5mg/day	既存治療効果不十分 5mg/day
Baricitinib	JAK1/2	TNFi failure 2mg/day	No Tx alternative 2 or 4mg/day	既存治療効果不十分 2 or 4mg/day
Peficitinib	JAK1/2/3	Not approved	Not approved	既存治療効果不十分 100 or 150mg/day (50mg/day減量可)
Upadacitinib	JAK1/(2)	TNFi failure 15mg/day	No Tx alternative 15mg/day	既存治療効果不十分 7.5 or 15mg/day
Filgotinib	JAK1	Not approved	No Tx alternative 100 or 200mg/day	既存治療効果不十分 100 or 200mg/day

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「関節リウマチ・膠原病の臨床」 竹内勤

著者作成

37

在宅を支えるリハビリテーション

【目 標】

高齢化が進むなか、住み慣れた地域や自宅で生活を続けるため、医療と介護をつなぐ在宅リハビリテーションの重要性が高まっている。在宅リハビリテーションは、機能回復だけでなく、生活動作の維持、転倒予防、介護負担の軽減、本人らしい暮らしの継続を支える取り組みである。

かかりつけ医には、日常診療の中で身体機能や生活状況、栄養状態、活動量の変化を早期に捉え、訪問リハビリテーションや通所リハビリテーションを適切に導入・継続する判断が求められる。特に訪問リハビリテーション事業所は、リハビリテーション専門職が実際の生活状況を確認し、住環境、介助方法、生活導線、家族の負担などを踏まえた具体的な支援を実施できる点に特徴がある。その情報をかかりつけ医と共有することで、日常診療だけでは把握しにくい生活上の課題や改善すべき点が明らかとなり、薬物療法、栄養管理、疾病管理とリハビリテーション方針を一体的に調整できる。

医師、リハビリテーション専門職、訪問看護師、薬剤師、管理栄養士、介護支援専門員などで目標を共有し、定期的な状態変化の確認は、多職種連携の実効性を高める。低栄養や体重減少は、筋力低下やリハビリテーション効果の減弱につながるため、栄養と運動を組み合わせた支援も欠かせない。廃用症候群やフレイルは、早期発見と適切な介入により改善が期待できる。訪問リハビリテーション事業所とかかりつけ医が双方向に情報を共有し、生活に根差した支援を継続することが、高齢者の自立支援と在宅生活の質の向上につながる。

【キーワード】

在宅リハビリテーション、廃用症候群、デイケア、訪問リハビリテーション

おおぐし みき
大串 幹

兵庫県立リハビリテーション中央病院 院長

兵庫県総合リハビリテーションセンター（所長）

【略歴】

1986 年 佐賀医科大学卒業
1986 年 熊本大学医学部附属病院整形外科入局
2001 年 熊本大学医学部附属病院理学療法部文部助手
2007 年 同院リハビリテーション部助教
2014 年 同院脳卒中急性冠症候群医療連携寄付講座特任准教授
2016 年 兵庫県立リハビリテーション中央病院リハビリテーション科部長
2017 年 同院診療部長兼務
2020 年 同院院長補佐兼務
2023 年 同院病院長
2026 年 兵庫県総合リハビリテーションセンター所長 兼務

【資格・学会等】

日本専門医機構（リハビリテーション科専門医）、日本専門医機構（整形外科専門医）、日本スポーツ協会（公認スポーツ医）、日本リハビリテーション病院・施設協会（副会長）、全国地域リハビリテーション事業連絡協議会（会長）、全国地域リハビリテーション研究会（会長）、日本義肢装具学会（副理事長）など

在宅を支えるリハビリテーション

～日常診療におけるマネジメントのポイント～

兵庫県立リハビリテーション中央病院

院長 大串 幹

はじめに

在宅を支えるリハビリテーションと、
日常診療におけるマネジメントのポイント～

- ①高齢化と在宅リハビリテーション
- ②かかりつけ医に求められる役割-在宅でのリハビリテーションを中心に
- ③在宅リハビリテーションの基本構造(訪問リハ・通所リハ)
- ④地域のかかりつけ医との連携の視点
- ⑤リハビリテーションとリスク管理
- ⑥栄養の視点:リハビリテーションと栄養の密接な関係
- ⑦廃用症候群とフレイルは戻る:予防と早期対応・介入
- ⑧多職種連携の実際
- ⑨まとめ 脳卒中を例に

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会 「在宅を支えるリハビリテーション」 大串幹

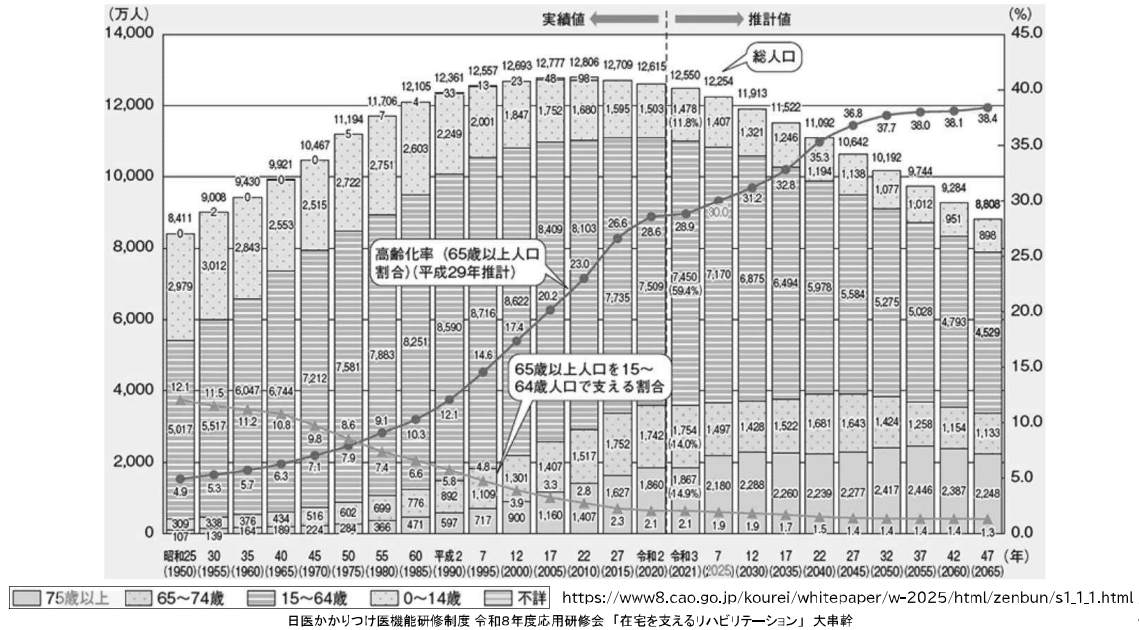
1

高齢化と在宅リハビリテーション

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会 「在宅を支えるリハビリテーション」 大串幹

2

高齢化の推移と将来推計



3

注目される在宅リハビリテーション

- ・超高齢社会に突入し、さらには85歳以上の高齢者が増加
- ・「地域包括ケア」: 高齢者や障がい者を含めて、「できるだけ住み慣れた地域で長く暮らせるようにする」➡地域における支援体制の充実が重要となっている
- ・支援体制の主な担い手の若者が減少(人手不足)



これから高齢期を迎える層に対して、できるだけ自立度の高い生活を続けてもらう必要がある



在宅での自立度を維持・改善するリハビリテーション

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「在宅を支えるリハビリテーション」大串幹

4

かかりつけ医に求められる役割

- 在宅でのリハビリテーションを中心に

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「在宅を支えるリハビリテーション」大串幹

5

リハビリテーションの基本概念

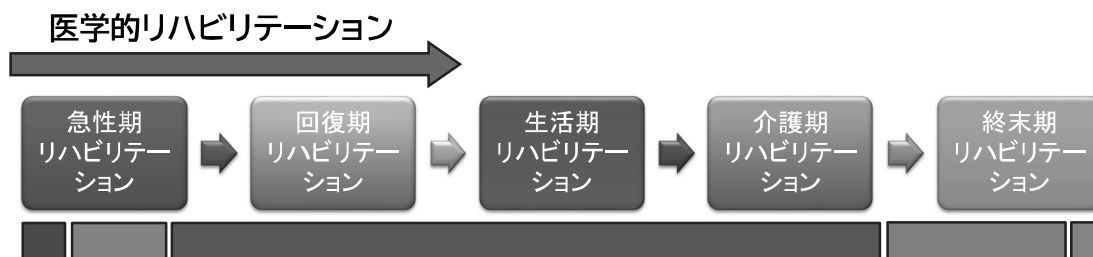
- 機能回復だけでなく、ADL(日常生活動作)、QOL(生活の質)、社会参加を支える考え方
- 急性期・回復期・生活期リハビリテーションの役割の違い

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「在宅を支えるリハビリテーション」大串幹

6

医学的リハビリテーション - リハビリテーション医療

- 広義の「リハビリテーション」に対して、主に発症早期～回復期、生活期の一部において、医療として行われるもの
- 疾患別リハビリテーションと同義と扱われることもある
- 障害や生活を見るという概念と相対(対峙)する



日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「在宅を支えるリハビリテーション」大串幹

7

在宅療養の現状と、かかりつけ医に求められる役割

- 高齢化により、在宅療養者は増加し続けている
- かかりつけ医は「診療」だけでなく、生活機能・栄養・リハビリ・介護サービスを含めた“生活の医療”のハブ
- リハビリ専門職は在宅に深く関わるが、医師の指示・方針がないと最大限の効果が出ない

本講の目的:

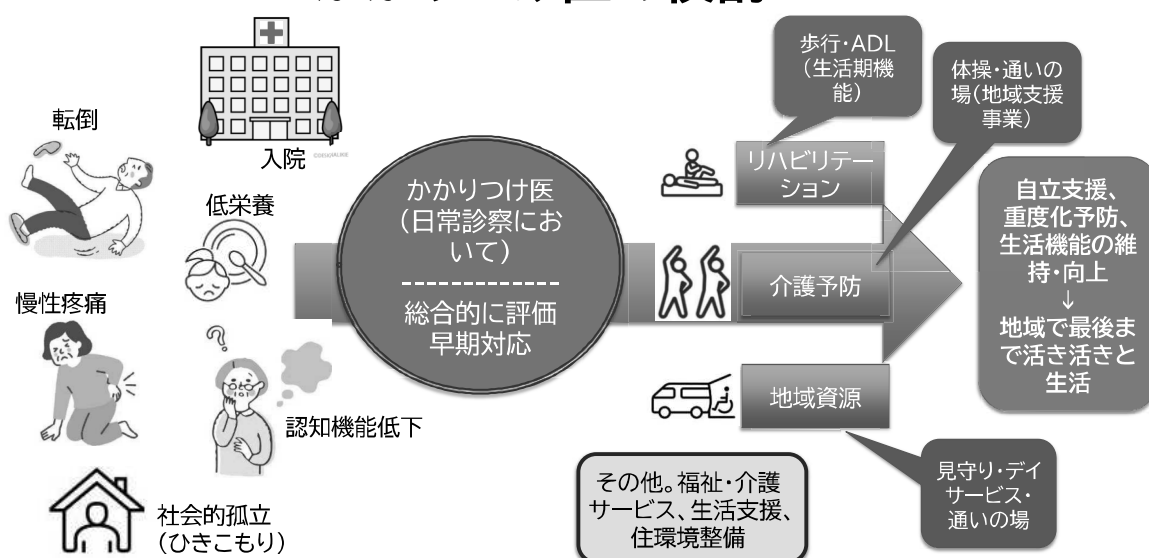
かかりつけ医が“専門外でも迷わず連携できる”
視点を整理すること。



日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「在宅を支えるリハビリテーション」大串幹

8

かかりつけ医の役割



日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「在宅を支えるリハビリテーション」大串幹

9

在宅リハビリテーションの基本構造 (訪問リハ・通所リハ)

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「在宅を支えるリハビリテーション」大串幹

10

訪問リハビリテーションの役割

- ・ 訪問リハ
 - － 医師の指示が必須
 - － 一般的には週1～2回; 必要なリハビリテーションを組み合わせる
 - － 目的:
 - ・ 生活動作の改善
 - ・ 廃用の予防
 - ・ 福祉用具・住宅改修の助言
 - ・ 家族指導
 - ・ 状態の変化を確認する
- ・ 医師が知っておくべきポイント: 「訪問リハは“生活の中での機能改善”が主目的

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「在宅を支えるリハビリテーション」大串幹

11

訪問リハビリテーション

- 指定訪問リハビリテーション事業所(病院、診療所、介護老人保健施設、介護医療院)の医師又は、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が、通院困難な利用者の自宅を訪問し、心身の機能の維持・回復、日常生活の自立を支援するために、理学療法、作業療法等のリハビリテーションを行う
- 介護する家族へのアドバイス、相談
- 通所リハビリテーションと違う点は、実際の生活環境の中で生活機能に沿った訓練ができる

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「在宅を支えるリハビリテーション」大串幹

12

訪問リハビリテーションの対象者

- 要支援・要介護の方で、
通院が困難で、主治医が訪問リハビリテーションの必要性を認めた場合
- 筋力が低下し、歩くことに不安
 - 手の動きが悪くなり、細かい作業ができない
 - 言葉がはっきりせずに会話に支障がある
 - 外出が困難となった
 - 飲み込みにくくなり咽る
 - 麻痺や拘縮がある
 - 自分でリハビリテーションができない
 - 趣味などの好きなことができなくなった
 - 福祉用具の使い方がわからない

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「在宅を支えるリハビリテーション」大串幹

13

訪問リハビリテーションの仕組み

- 訪問リハビリテーションは、介護保険のほか、医療保険でも利用できる。
 - 原則として要介護認定を受けている場合は介護保険が優先。65歳未満や65歳以上でまだ要介護認定を受けていない方は医療保険で利用する。
- 介護保険では、かかりつけ医が訪問リハビリテーション事業所に依頼し、訪問リハビリテーション事業所の医師が3カ月に1回診察する。
- 訪問リハビリテーション事業所の医師の指示に基づき、理学療法士等がリハビリテーション実施計画書を作成し、この計画書に沿ってリハ専門職等がリハビリテーションを行う。
- リハビリテーション実施計画書は、実施した訪問リハビリテーションの効果や実施方法等についての評価を踏まえ、医師の医学的判断に基づき、定期的に見直される。

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「在宅を支えるリハビリテーション」大串幹

14

訪問リハビリテーションでの実施内容

- ・ 歩行、寝返り、起き上がり、立ち上がり、座るなどの能力訓練(ADL)
- ・ 麻痺や褥瘡解消のためのマッサージ
- ・ 食事、排泄、着替えなどの生活動作(行為)訓練
- ・ 福祉用具の活用方法・住宅改修の助言(リハ専門職・福祉機器専門相談員等)
- ・ 言語機能、嚥下機能訓練や嚥下調整食の指導
- ・ 家族へ介助方法の指導
- ・ 必要に応じて多職種連携が図られる

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「在宅を支えるリハビリテーション」大串幹

15

通所リハビリテーション(デイケア)

通所リハビリテーション(デイケア)とは、要介護者が介護老人保健施設、介護医療院、病院、診療所に併設された事業所において、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等の専門スタッフによる「機能の維持回復訓練」や「日常生活動作訓練」等のリハビリテーションを提供するサービス。

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「在宅を支えるリハビリテーション」大串幹

16

デイケアの目的

- ・ 自宅に暮らす要支援・要介護者が事業所に通いながら、持っている能力に応じ自立した日常生活を営むために、生活機能の維持や向上を目指し、入浴や排泄、食事などの生活上の世話や、生活相談、機能訓練などを行うことで、利用者の社会的孤立感の解消や心身機能の維持、ならびに介護者の身体的・精神的負担の軽減を図ることを目的とする。
- ・ 通所リハビリテーション(デイケア)は医療系の介護サービスに位置づけられ、病院、診療所、介護老人保健施設、介護医療院において、医師の指示による疾患管理や処置、生活機能の向上のため理学療法、作業療法、言語聴覚療法、その他必要なリハビリテーションや口腔・栄養など専門的ケアを行うことにより、自立支援・重度化防止を図ることを目的としている。

一般社団法人全国デイ・ケア協会HP(<https://day-care.jp/about-2/about01-2>)より改変

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「在宅を支えるリハビリテーション」大串幹

17

地域のかかりつけ医との連携の視点

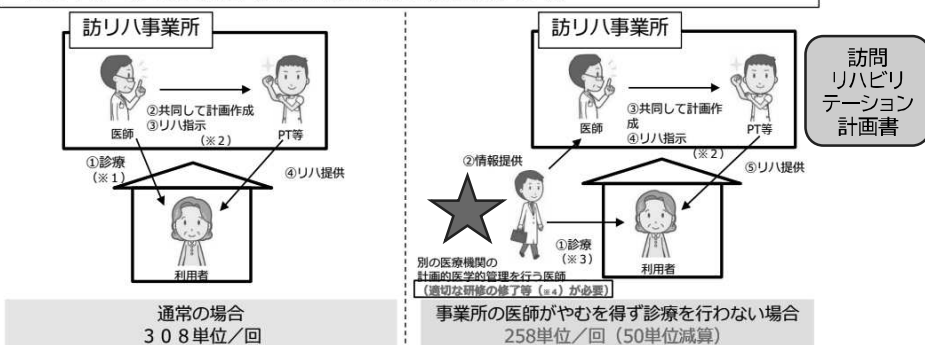
日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「在宅を支えるリハビリテーション」大串幹

18

訪問リハビリテーション事業所医師とかかりつけ医との連携 リハビリテーション計画の作成に係る診療未実施減算

○ 訪問リハビリテーションにおける、事業所の医師の診療にかかる取り扱い【訪問リハ】

訪問リハビリテーションの提供にあたっては、事業所医師が利用者を診察し、リハビリテーション計画を立て、それに基づきリハビリテーションの指示を出すことが原則であるが、事業所医師がやむを得ず診療を行わない場合についても、一定の要件を満たす場合には、適正化した単位数で評価している。



- ※1 利用者宅を訪問して行うもの他、利用者が事業所を訪れて行うもの（当該事業所が医療機関である場合の外来受診の機会や、通所リハ事業所である場合の通所の機会を促して、計画作成に必要な診療を行うもの等）でも可。
- ※2 詳細な指示等の要件を満たせば、リハビリテーションマネジメント加算が算定可能。
- ※3 利用者宅を訪問して行うもの他、利用者が当該医療機関を訪れて行うもの（外来受診の機会を促して行うもの等）でも可
- ※4 「適切な研修の修了等」については、令和9年3月31日まで適用猶予
- ※5 適切な研修の修了等は、日本医師会の「日医かかりつけ医機能研修制度」の応用研修

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「在宅を支えるリハビリテーション」大串幹

19

リハビリテーションとリスク管理

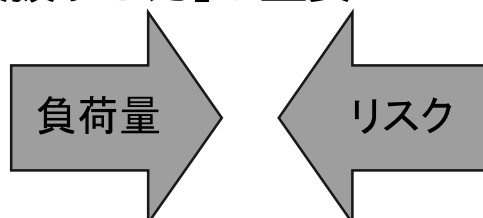
日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「在宅を支えるリハビリテーション」大串幹

20

リハビリテーションとリスク管理

- 効果のあるリハビリテーションであるか、リスクは何か
- かかりつけ医としてリハビリテーションをどう活用するか
- 専門的な訓練技術そのものよりも、

「適切に評価し、早期に気づき、必要な職種へつなぎ、地域で継続支援する力」が重要



日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「在宅を支えるリハビリテーション」大串幹

21

高齢者で注意すべき全身疾患の例

- 高血圧
- 虚血性心疾患(狭心症・心筋梗塞など)
- 心臓弁膜症
- うっ血性心不全
- 不整脈
- 喘息
- てんかん
- 糖尿病
- アレルギー疾患
- 腎機能低下
- 肝機能低下
- 脳血管障害
- 神経筋疾患:Perkinson病、ALS(筋萎縮性側索硬化症)、PSP(進行性核上性麻痺)、MSA(多系統萎縮症)、SCD(脊髄小脳変性症)
- 認知症
- 慢性閉塞性肺疾患(COPD)
- 廃用症候群
- 骨粗鬆症
- 免疫力低下(感染症)

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「在宅を支えるリハビリテーション」大串幹

22

栄養の視点： リハビリテーションと栄養の密接な関係

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「在宅を支えるリハビリテーション」大串幹

23

在宅リハビリテーションにおける栄養管理

- ・リハビリテーション(以下、リハ)と栄養の両面からアプローチすることは、患者の機能・活動・参加といった生活機能やQOLを最大限高めること。2024年度の診療報酬・介護報酬同時改定では、リハ・栄養管理・口腔管理の一体的取り組みが医療保険および介護保険でも評価されたが、その背景にあるのはリハ栄養と医科歯科連携の推進がある。
- ・在宅医療における低栄養や過栄養・肥満といった栄養問題による生活機能やQOLの低下に対し、状態を改善することは重要である。

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「在宅を支えるリハビリテーション」大串幹

24

栄養管理に関する評価の充実(診療報酬)

- ・入院・外来・在宅と多岐にわたって、栄養管理に関する評価の充実⇒成果を出す
- ・重要なポイント
 - －多職種連携における管理栄養士の専門性の発揮
 - －食事(特に口からおいしく食べること)を重視した低栄養対策

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「在宅を支えるリハビリテーション」大串幹

25

退院後訪問栄養食事指導料[新設]

退院直後の訪問栄養食事指導に関する評価の新設

退院後訪問栄養食事指導料の新設

- 入院中に栄養管理の必要性が高い患者が、安心・安全に在宅療養に移行し、在宅療養を継続できるよう支援する観点から、退院直後に、入院保険医療機関の管理栄養士が患者等を訪問し、患者又はその家族等に対して、退院後の在宅における栄養管理や食生活に関する指導を行った場合の評価を新設する。

(新) 退院後訪問栄養食事指導料(1回につき) 530点

[対象患者]

疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事箋に基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する別表第三に掲げる特別食を必要とする患者、がん患者、摂食機能又は嚥下機能が低下した患者、低栄養状態にある患者

[算定要件]

- ・保険医療機関を退院した対象患者に対して、円滑な在宅療養への移行及び在宅療養の継続のため、保険医療機関の医師の指示に基づき、当該保険医療機関の管理栄養士が患者等を訪問し、具体的な献立等によって栄養管理に係る指導を行った場合に、当該保険医療機関を退院した日から起算して1月以内(退院日を除く。)の期間に限り、4回を限度として算定する。
- ・この場合において、区分番号B001の9に掲げる外来栄養食事指導料及び区分番号C009に掲げる在宅患者訪問栄養食事指導料は別に算定できない。

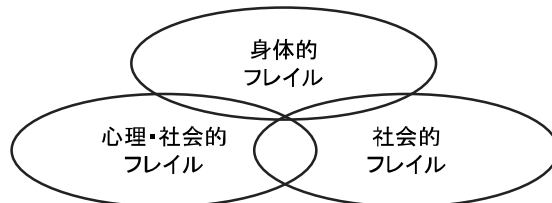


日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「在宅を支えるリハビリテーション」大串幹

26

フレイルの概念

- ・高齢期に生理的予備能が低下することでストレスに対する脆弱性が亢進し、生活機能障害、要介護状態、死亡などの転帰に陥りやすい状態で、筋力の低下により動作の俊敏性が失われて転倒しやすくなるような身体的問題のみならず、認知機能障害やうつなどの精神・心理的問題、独居や経済的困窮などの社会的問題を含む。
- ・健康な状態と日常生活でサポートが必要な介護状態の中間。
- ・適切な介入・支援により、生活機能の維持向上が可能(可逆性)。



日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「在宅を支えるリハビリテーション」大串幹

27

日本版フレイル(CHS)基準

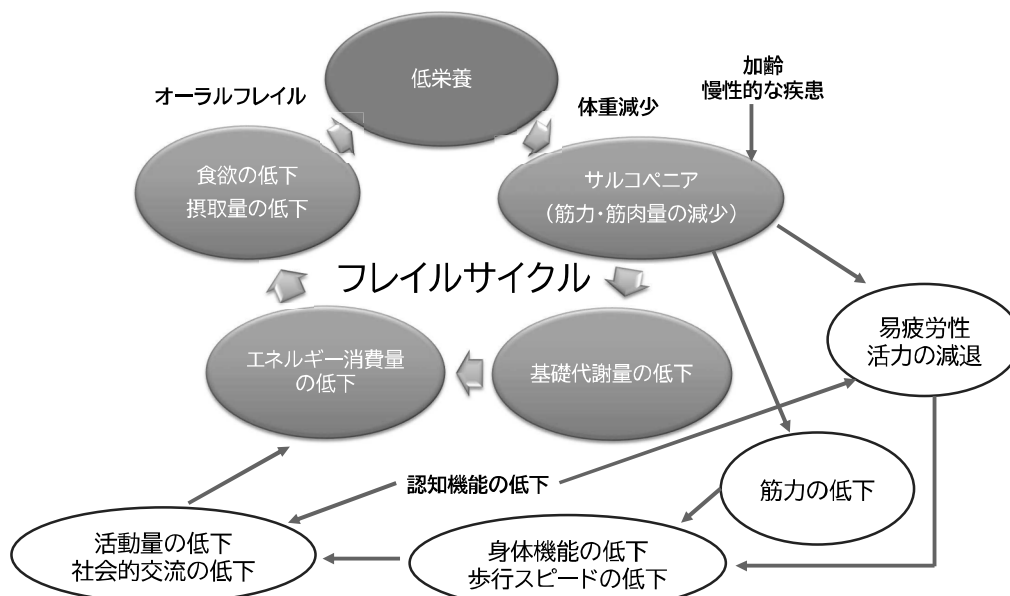
- | | |
|---------|---|
| 1. 体重減少 | 6か月で、意図しない2kg以上の体重減少
(基本チェックリスト#11) |
| 2. 筋力低下 | 握力: 男性 <28kg、女性 <18kg |
| 3. 疲労感 | (ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする
(基本チェックリスト#25) |
| 4. 歩行速度 | 通常歩行速度 <1.0m/秒 |
| 5. 身体活動 | ①軽い運動・体操をしていますか?
②定期的な運動・スポーツをしていますか?
上記2ついずれも「週に1回もしていない」と回答 |

5つの評価基準のうち、3項目以上に該当するものをフレイル(Frail)、1項目または2項目に該当するものをプレフレイル(Prefrail)、いずれも該当しないものを健常(Robust)とする。

改訂日本版フレイル基準(J-CHS基準)¹⁾(Satake S and Arai H. Geriatr Gerontol Int. 2020; 20(10): 992-993)

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「在宅を支えるリハビリテーション」大串幹

28



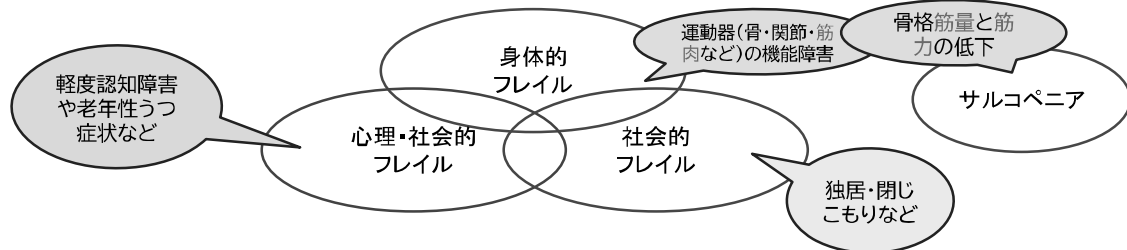
公益財団法人長寿科学振興財団HP (<https://www.tyojyu.or.jp/net/byouki/frailty/genin.html>) より改変

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「在宅を支えるリハビリテーション」大串幹

29

フレイルの概念

高齢期に生理的予備能が低下することでストレスに対する脆弱性が亢進し、生活機能障害、要介護状態、死亡などの転帰に陥りやすい状態で、筋力の低下により動作の俊敏性が失われて転倒しやすくなるような身体的問題のみならず、認知機能障害やうつなどの精神・心理的問題、独居や経済的困窮などの社会的問題を含む概念
健康な状態と日常生活でサポートが必要な介護状態の中間
適切な介入・支援により、生活機能の維持向上が可能(可逆性)

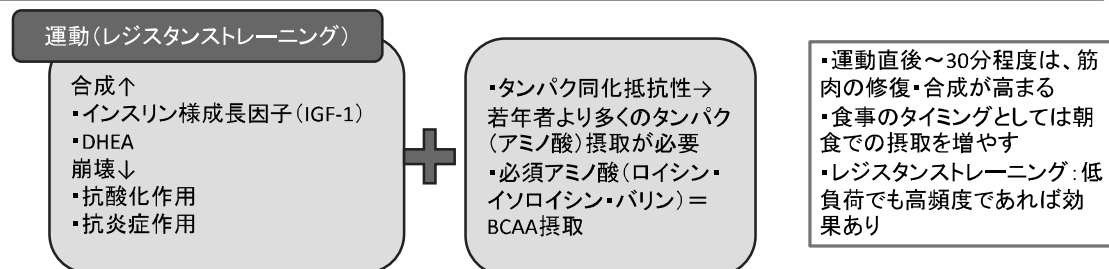


日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「在宅を支えるリハビリテーション」大串幹

30

身体的フレイル(サルコペニア)に対する筋負荷運動と必須アミノ酸の併用

- ・ フレイルとは「可逆性」という重要な特徴を持つ
- ・ サルコペニアは加齢に伴い骨格筋量の減少および筋力低下を示すもので運動器機能低下である「身体的フレイル」の一部を構成する
- ・ サルコペニアでは、骨格筋(タンパク)の合成<分解
- ➡筋タンパクの合成を促進し、分解量を抑制する介入が必要
- ・ 「筋肉負荷運動」と「必須アミノ酸摂取」の二者同時介入が肝要



Phillops SM Nutritional supplements in support of resistance exercise to counter age-related sarcopenia. Adv Nutr.2015 p452-460

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「在宅を支えるリハビリテーション」大串幹

31

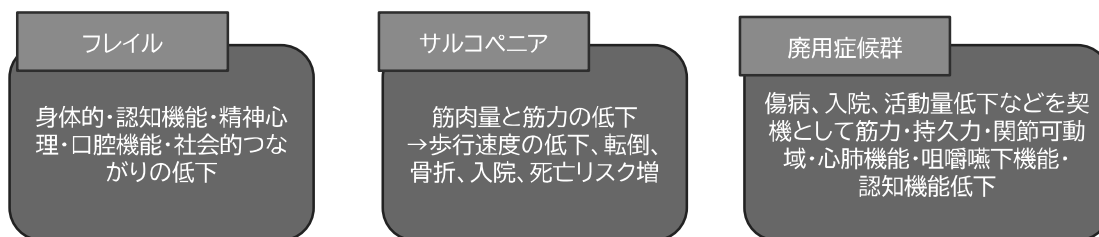
廃用症候群とフレイルは戻る: 予防と早期対応・介入

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「在宅を支えるリハビリテーション」大串幹

32

廃用症候群・フレイル・サルコペニア

- ・ 高齢者で起こりやすい筋力低下、活動量低下、転倒リスク
- ・ 早期離床、運動習慣、栄養管理の重要性



日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「在宅を支えるリハビリテーション」大串幹

33

廃用症候群

- ・ 廃用症候群は、「身体の不活動状態により生ずる二次的障害」として体系化された概念で、不動(immobilization)や低運動(inactivity)、臥床(bedrest)に起因する全身の諸症状を総称する。
- ・ 廃用症候群は、身体のみならず心理・社会活動を不活動状態にするような何らかの要因やイベントがあれば、誰にでも起こり得る。
- ・ 病院での入院生活や長期臥床によって生じる印象が強いが、高齢者や慢性疾患を患っている場合には、在宅生活の中で緩徐に活動性低下が持続し廃用症候群の悪循環に陥るケースがあることに留意する。

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「在宅を支えるリハビリテーション」大串幹

34

廃用症候群(急性期)

筋力低下、筋萎縮	関節拘縮	骨粗鬆症	認知機能低下	尿路結石
沈下性肺炎	心臓機能低下	深部静脈血栓症	便秘	褥瘡
				胆管炎



十分なリスク管理のもとに、早期座位・立位、装具を用いた早期歩行訓練、摂食・嚥下訓練、セルフケア訓練などを含んだ積極的なリハビリテーションを、発症後できるだけ早期から行うことが推奨される。

脳卒中急性期リハビリテーションは、血圧、脈拍、呼吸、経皮的動脈血酸素飽和度、意識、体温などのバイタル徴候に配慮して行うように勧められる。

(日本脳卒中学会:脳卒中治療ガイドライン2021)



関節可動域訓練



早期座位

装具を用いた早期歩行訓練



摂食・嚥下訓練

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「在宅を支えるリハビリテーション」大串幹

35

廃用症候群への対応

早期発見

- ① 医療(かかりつけ医等)との連携:
廃用の原因となり得る原疾患や併存疾患に対する治療
リハビリテーションの必要性等の確認
- ② 介護保険における訓練等の対応:
具体的な運動療法等、負荷量や回数の調整(少量頻回の訓練等)
筋収縮を伴う自動運動が重要(臥位での他動運動のみではダメ)
どこでも実施可能で、廃用予防として効果的な立ち上がり訓練
- ③ 生活背景における廃用症候群を生じる因子の有無を確認
- ④ 廃用症候群の悪循環への対策を練る

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「在宅を支えるリハビリテーション」大串幹

36

廃用症候群の(要介護化・重度化の)予防

- ・ 総合的な対策: 要因の分析
- ・ 生活リハビリテーションの導入
- ・ 家族、介助者等の関わり方に対する指導・助言
- ・ 誤用症候群に注意(廃用症候群の原因となる)。特に不適切な福祉用具、補装具の使用

「フレイル」という概念は可逆性を前提としているが、「廃用症候群」は放置すれば不可逆性になる場合もある。廃用症候群からの回復には身体的な例を挙げると不活動期間のおおよそ3倍と言われている。廃用症候群に陥らないための関わりや早期発見による適切な対応が重要である。長期間でも可逆性の例もあり、あきらめないことが大切。

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「在宅を支えるリハビリテーション」大串幹

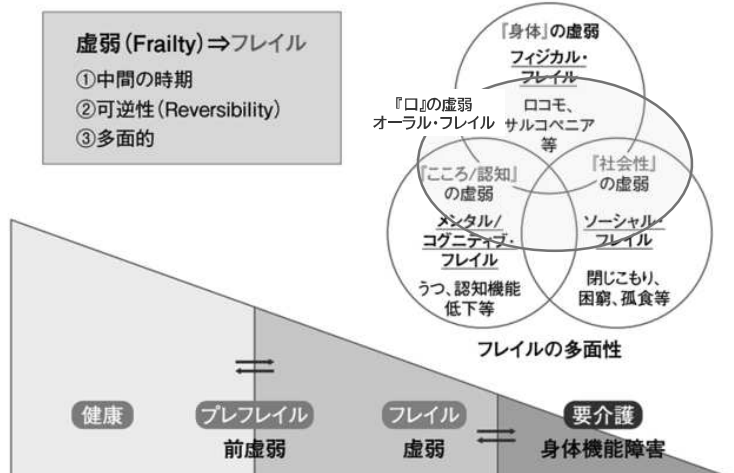
37

「新概念フレイル」の3つの要素とオーラルフレイル

・ フレイル⇒「加齢により心身が
老い衰えた状態」

- ① 健康な状態と要介護状態の中間地点
 - ② しかるべき適切な介入により機能(予備能力・残存機能)を戻すことができる、いわゆる可逆性(reversibility)がある時期
 - ③ 骨格筋を中心とした『身体』の虚弱(フィジカル・フレイル)だけではなく、『こころ／認知』の虚弱(メンタル／コグニティブ・フレイル)、および『社会性』の虚弱(ソーシャル・フレイル)に加え、滑舌低下、食べこぼし、わずかな咽せ、噛めない食品が増える、口腔乾燥などのほんのささいな『口』の虚弱(オーラルフレイル)がフレイル全体の悪化に関わっている。
- <https://www.tyojyu.or.jp/net/topics/tokushu/orarufureiruyobo-taberuchikara-ikiruchikara/orarufureirugainen-fureiru-kankai.html>

より早期からの包括的フレイル予防

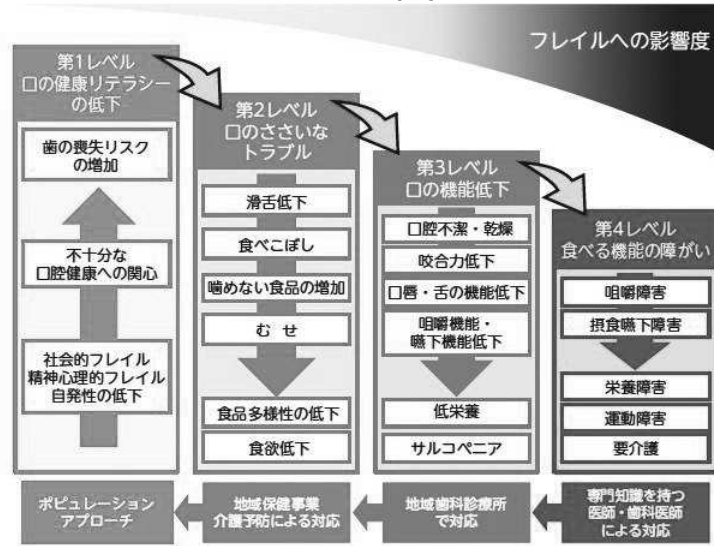


日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「在宅を支えるリハビリテーション」大串幹

38

オーラルフレイル概念図

<https://kayoinoba.mhlw.go.jp/article/027/>



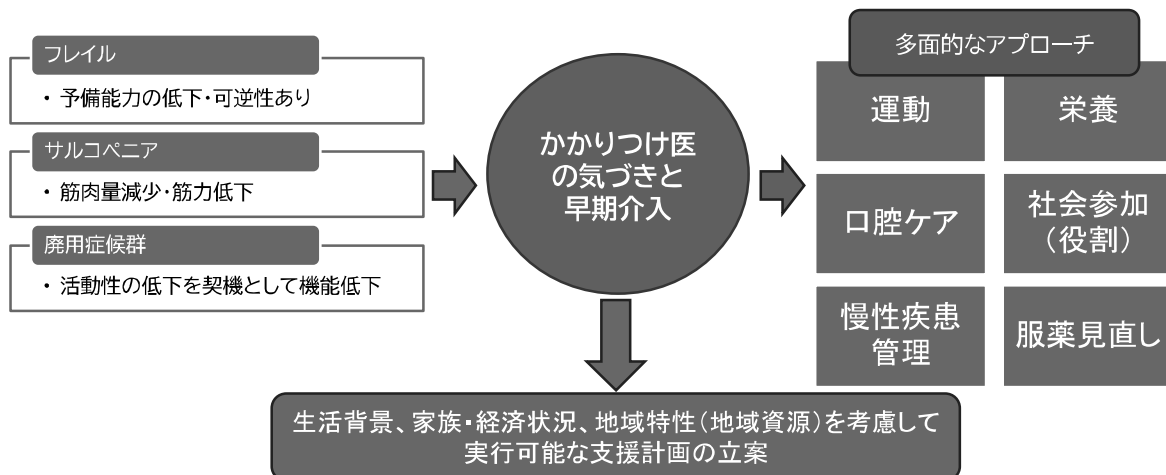
図●オーラルフレイル概念図 2019年版

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「在宅を支えるリハビリテーション」大串幹

39

かかりつけ医による早期介入

体重減少 食欲低下 歩行速度低下 筋力低下 易転倒性 外出減少 易疲労性 口腔機能低下 認知機能低下 意欲減退



日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「在宅を支えるリハビリテーション」大串幹

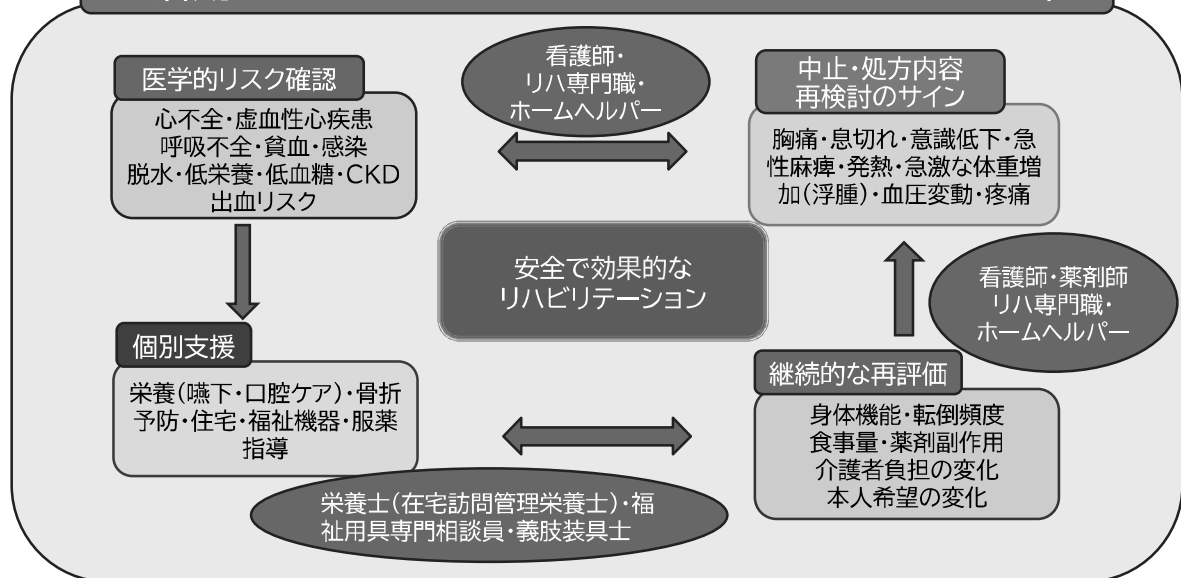
40

多職種連携の実際

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「在宅を支えるリハビリテーション」大串幹

41

生活期リハビリテーションのマネジメント:かかりつけ医



日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「在宅を支えるリハビリテーション」大串幹

42

訪問リハビリテーション



調理訓練



福祉機器(リフター)操作の指導

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「在宅を支えるリハビリテーション」大串幹

43

訪問リハビリテーション



インスリン自己注射(上肢動作) 薬剤師・看護師との連携

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「在宅を支えるリハビリテーション」大串幹

44

まとめ 脳卒中を例に

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「在宅を支えるリハビリテーション」大串幹

45

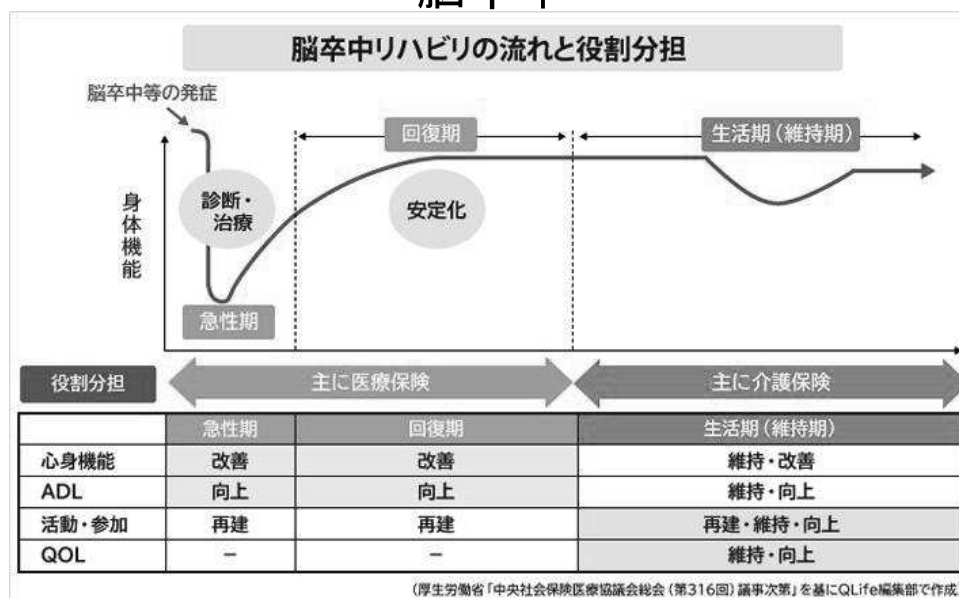
疾患別リハビリテーションの基礎

- ・ 脳卒中後の麻痺・嚥下障害・高次脳機能障害
- ・ 高齢者に多い骨折、運動器不安定症
- ・ 早期離床、運動習慣、栄養管理の重要性
- ・ 心不全・COPDなど内部障害に対する運動療法の考え方
- ・ 認知症患者への生活支援と環境調整

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「在宅を支えるリハビリテーション」大串幹

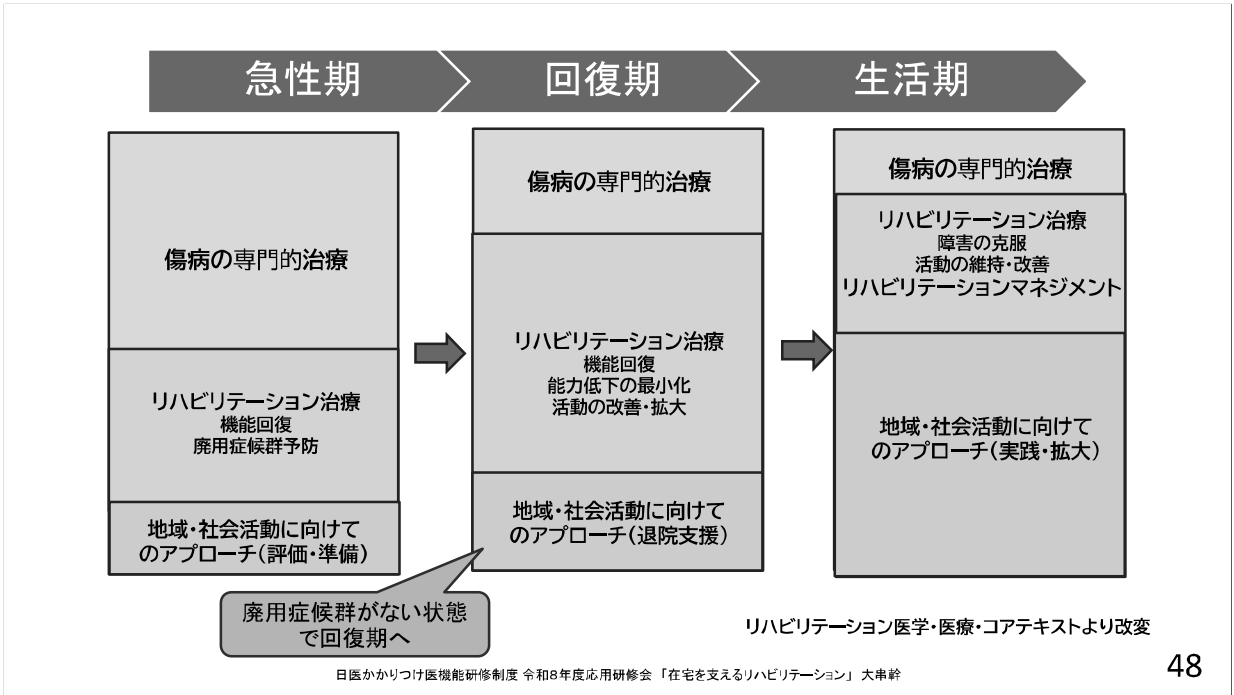
46

脳卒中

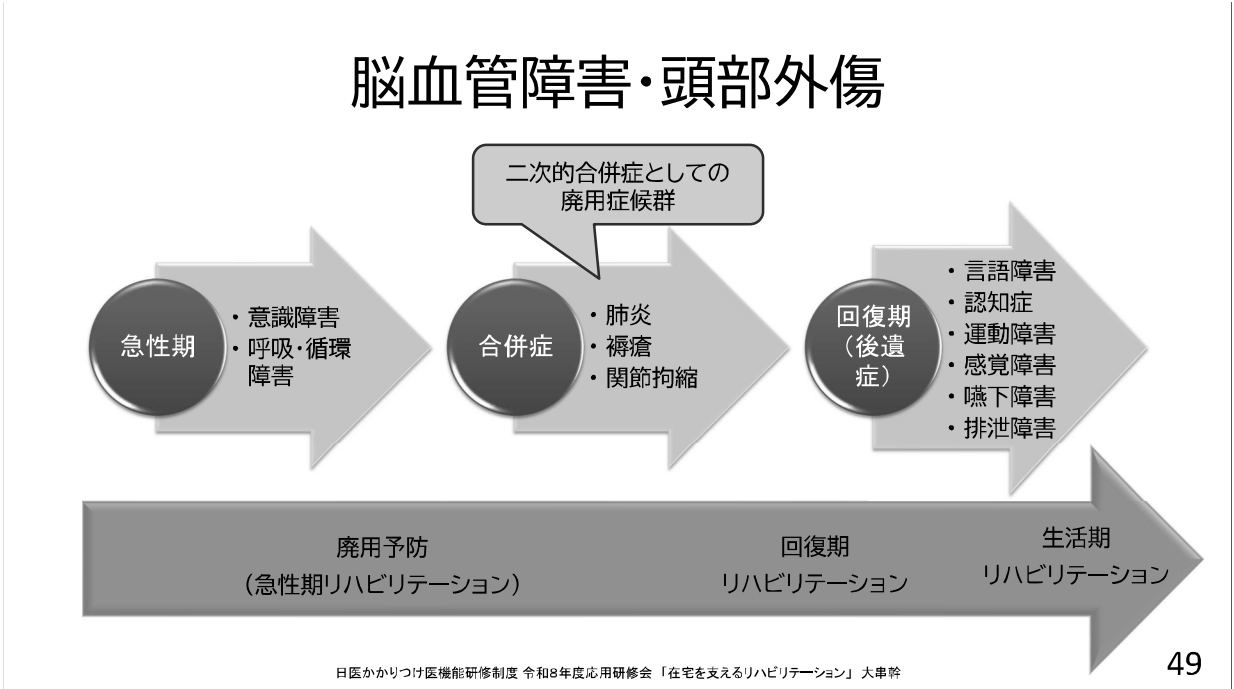


日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「在宅を支えるリハビリテーション」大串幹

47



48



49



50

対応のタイミング(外来診療)



日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「在宅を支えるリハビリテーション」大串幹

51

対応のタイミング(外来診療)



日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「在宅を支えるリハビリテーション」大串幹

52

おわりに かかりつけ医の役割について

- ・ リハビリテーションを自ら詳細に実施する(処方)力よりも、患者の生活機能低下を早期発見し、適切なリハビリテーションへつなげ、地域生活を継続的に支える知識をもつ。
- ・ リハビリテーションは、急性期から回復期(包括期)、生活期そして終末期まで続く、すべてのフェーズにおいて、多職種連携、多施設連携が効果的かつ円滑に進むハブとなる。
- ・ 身の回りのリハビリテーション資源へのアクセスや、さまざまな支援体制について相談できる窓口や連携を持つ。
- ・ 患者が利用している福祉機器や先端機器の活用も視野に置く。

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「在宅を支えるリハビリテーション」大串幹

53

当事者から学ぶ「新しい認知症観」

【目 標】

令和6年1月に施行された認知症基本法に基づき、同年12月に策定された認知症施策推進基本計画は「新しい認知症観」を打ち出した。認知症になったら何もできなくなるのではなく、一人一人にできることややりたいことがあり、住み慣れた地域で仲間等とつながりながら、希望をもって自分らしく暮らし続けることができるという考え方である。

当事者にとって認知症との最初の出会いは、実は認知症を診断する一人の医者との出会いに他ならない。診断を本人に伝えるときこそ、医師自らの認知症観が問われている。

認知症観は、かつて痴呆「患者」として病院に隔離した医学（個人）モデルの時代から、介護保険による生活モデルへ、さらに障害の責任を社会に問う社会モデル、権利の主体を明確にする人権モデルへと広がってきた。客体から主体への回帰をくりかえすらせん的な発展であり、そのたびに排除と包摂の境界線が引き直されてきた。それは医師の問いの立て方の変化でもある。その人「に」なにができるかという問いから、その人「と」なにができるかという問いへ。前者を手放すのではなく、後者をあわせもてるかが問われている。

本講では、認知症とともに暮らす当事者からの体験と思いを聞いた上で、医師・支援者の立場から、認知症診療をふり返る。診断の伝え方、早期に専門医とつながる意味、診断後の空白を埋めるピアサポート、地域の多職種およびピア活動との連携など、日常の診療場面に即しながら、かかりつけ医とともに「新しい認知症観」の意義を問い直したい。

【キーワード】

新しい認知症観、認知症基本法、診断後支援（ピアサポート）、専門医との連携

やまなか
山中 しのぶ

日本認知症本人ワーキンググループ 代表理事

【略歴】

1977年 高知県生まれ
2019年 若年性アルツハイマー型認知症と診断を受ける
2021年 当時勤務していた携帯電話の営業職を退職
2022年 一般社団法人セカンド・ストーリーを設立
2022年 「高知家希望大使」委嘱
2022年 香南市地域密着型通所介護「でいさあびすはっぴい」を開所（その後、高知市に2024年と2026年に開所）
2024年 世界アルツハイマー病協会 Global Dementia Expert Panel（国際本人委員）
2025年 レビー小体型認知症と診断される
2025年 一般社団法人日本認知症本人ワーキンググループ代表理事に就任

【著書】 『ひとりじゃないき 認知症と診断された私がデイサービスをつくる理由』（中央法規、2025年）

やまざき ひでき
山崎 英樹

医療法人社団清山会 いずみの杜診療所 理事長

【略歴】1985年、東北大学医学部を卒業。同大学病院、三枚橋病院、国立療養所南花巻病院を経て、1999年仙台市に「いずみの杜診療所」を開設。宮城県内で診療所や介護施設、精神科作業所などを運営する清山会医療福祉グループの代表。

【資格・役職等】宮城の認知症とともに考える会（世話人）、認知症当事者ネットワークみやぎ（理事）、宮城県精神神経科診療所協会（顧問）、東北大学医学部（臨床教授）、日本精神神経学会（指導医）、日本老年精神医学会（指導医）、医学博士

【著書】 『介護道楽・ケア三昧』『認知症ケアの知好楽』など

当事者から学ぶ「新しい認知症観」

一般社団法人日本認知症本人ワーキンググループ
代表理事

山中しのぶ

医療法人社団清山会 いずみの杜診療所
理事長

山崎英樹

当事者から学ぶ「新しい認知症観」

よりよく生きる日々をともにつくる

一般社団法人日本認知症本人ワーキンググループ
代表理事

山中しのぶ

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「当事者から学ぶ「新しい認知症観」」 山中しのぶ、山崎英樹

1

はじめに



今日は、私自身の体験、
そしてこれまで出会った
多くの本人の体験と意思をもとに
本人からのメッセージをお伝えします。

私たち本人とともに、一緒に考えを
深めていただけたら幸いです。

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「当事者から学ぶ「新しい認知症観」」 山中しのぶ、山崎英樹

2

Ⅰ. 診断前の時期が辛い：

- ・ 診断にいたる前の、自分の中の不確かさ、不安、ストレス
- ・ 受診をめぐる不安
～診断前の3～4年が一番つらかった
- ・ 同様に診断にたどり着けず苦しんでいる本人が
とても多い

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「当事者から学ぶ「新しい認知症観」」 山中しのぶ、山崎英樹

3



日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「当事者から学ぶ「新しい認知症観」」 山中しのぶ、山崎英樹

4

＊専門職の方々が地域に出向いていただくと、
気軽に相談でき、受診につながる
＊行政等と協働して、早期からの出会いの
機会作りを！

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「当事者から学ぶ「新しい認知症観」」 山中しのぶ、山崎英樹

5

2. 前向きに生きる先輩との出会いが生きる力を高める：ピアサポート活動とともに

- ・ 絶望から立ち直れたのは、今を前向きに生きる先輩に出会えたから

～ピアサポートの威力

- ・ 『自分が体験したような辛い思いを誰一人感じてほしくない』

～ピアサポート活動に乗り出す本人が私も含めて
全国で増加

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「当事者から学ぶ『新しい認知症観』」 山中しのぶ、山崎英樹

6

わたしたちは、自分の暮らす地域で、ピアサポートや本人ミーティングにチャレンジしています

鳥取



JDWGWの仲間と重ねてきた本人ミーティングを、地元でも丁寧に重ね、本人からの声をもとに、本人によるピアサポートが始まった。認知症疾患医療センターが会場を提供し、市民だれもが利用できる。ピアサポートでつながった本人が、地元の本人ミーティングにも参加している。

秋田



診断後、精神科病院で部署異動はしたが看護師として継続し勤務。地域の認知症カフェ、院内での本人カフェの運営を行い、ピアサポートの場を増やしている。

北海道



診断された後、本人から動画メッセージをもらい、見続ける。自分もだれかを励ましたい、と北海道の希望大使に。

大分



診断後、落ちこむが、自分らしく暮らせるデイサービスで仲間につながり、前をむく。2019年、大分県から受託してピアサポートを開始。自宅など、本人が話しやすい場に、本人が行き、じっくり話す。ひきこもっていた本人も外に出て、戸外でのびのび相談も。同年から、大分県による研修も開催され、いまは県内で26名のピアサポーターが活躍。医師会や介護専門職との野球等の交流・関係づくりから、県内のオレンジドクター、認知症疾患医療センター等でもピアサポート活動を展開。

宮城



2015年に、おれんじドア（本人の本人による、本人のためのもの忘れの相談窓口。最初の一步を踏み出してもらう為のドア・入口を意味）を立ち上げる。2019年からは診療所内でのピアサポートも開始。そこで笑顔になった仲間たちが、運転免許など本人の暮らしにかかわるテーマについて話す集まりを常設したり、県内の講演活動など、次々と活躍へ。

長野



退職後、元気な頃から、「新しい認知症観」を地域で学びあっていた。仲間たちと、地元の特産でボランティア活動等をしてい中で、2018年に自身が診断された。なったことを安心して仲間と話せ、同年から、なじみの集まり場の一部屋でピアサポートを開始。長年に渡る一連の活動を特産や地域密着型サービスの職員が伴走。本人の声を起点としたケアと地域づくりを実践する職員が育っている。

高知



笑顔で前向きな認知症の先輩に出会い、希望と勇気を得る。認知症疾患医療センターでのピアサポートだけでなく、まちなかのバーなど、本人と家族のなじみの場で、本人と家族を笑顔にしている。

香川



商工会など地元で活躍中に診断されるが、2017年から受診中の認知症疾患医療センターの敷地の一角で、ピアサポートを始める。その効果に院長も目を見張り、非常勤相談員として採用。現在も勤務中。自分らしく生きる姿をみせながら、多くの本人や家族を勇気づけている。新たに相談員となる本人が続いている。

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「当事者から学ぶ『新しい認知症観』」 山中しのぶ、山崎英樹

7

■ 本人にとってのよりよい暮らしガイド(本人ガイド)

本人 にとっての **ガイド**

一足先に認知症になった私たちからあなたへ



本人 にとっての **ガイド**

一足先に認知症になった私たちからあなたへ



新版2026をリリース!!

一般社団法人 日本認知症本人ワーキンググループ

認知症になった体験をもとに、診断を受けた後に絶望せずに、自分なりによりよい日々を暮らしていくためのヒントをまとめました。

<https://www.jdwg.org/guide/>



日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「当事者から学ぶ『新しい認知症観』」 山中しのぶ、山崎英樹

8

＊病院の中で本人がピアサポートに踏み出す
後押しを！

＊病院以外でも、地域の中での本人による
ピアサポート活動を応援している医療職が
増えていて、期待が高まっています。

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「当事者から学ぶ「新しい認知症観」」 山中しのぶ、山崎英樹

9

3. 古い認知症観の殻を破るために背中を押して： 専門職が「新しい認知症観」を実践で示す

- ・ 診断は本人にとって人生の一大事。落ち込み、ひきこもる
- ・ 私は、這い上がったが、状態悪化の一途をたどる人も多い
- ・ 古い認知症観「なったらおしまい」を
『認知症になってからもできること、やりたいことがあり、
地域の中で自分らしく暮らし続けることができる』という
「新しい認知症観」へ

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「当事者から学ぶ「新しい認知症観」」 山中しのぶ、山崎英樹

10

一般社団法人 日本認知症本人ワーキンググループ 認知症とともに生きる希望宣言

- 1
自分自身がとらわれている常識の殻を破り、
前を向いて生きていきます。
- 2
自分の力を活かして、大切にしたい暮らしを続け、
社会の一員として、楽しみながらチャレンジしていきます。
- 3
私たち本人同士が、出会い、つながり、
生きる力をわか立させ、元気に暮らしていきます。
- 4
自分の思いや希望を伝えながら、味方になってくれる人たちを、
身近なまちで見つけ、一緒に歩んでいきます。
- 5
認知症とともに生きている体験や工夫を活かし、
暮らしやすいわがまちを一緒につくっていきます。

認知症とともに生きる希望宣言

「認知症とともに生きる希望宣言」は、私たち認知症とともに暮らす
本人一人ひとりが、体験と思いを言葉にし、それらを寄せ合い、重ね
合わせる中で、生まれたものです。

今とこれからを生きていくために、一人でも多くの人に一緒に宣言
をしてほしいと思っています。



● 本人が本人へ伝える



● 本人同士で語りあう



● 本人が、身近な友達や地域の人たちへ



● 地域の本人同士が、地域の住民や様々な立場の人へ



● 行政や医療・介護専門職が本人へ、家族や市民へ配布。



● 「希望宣言」を活かし、本人が参画して条例をつくる。

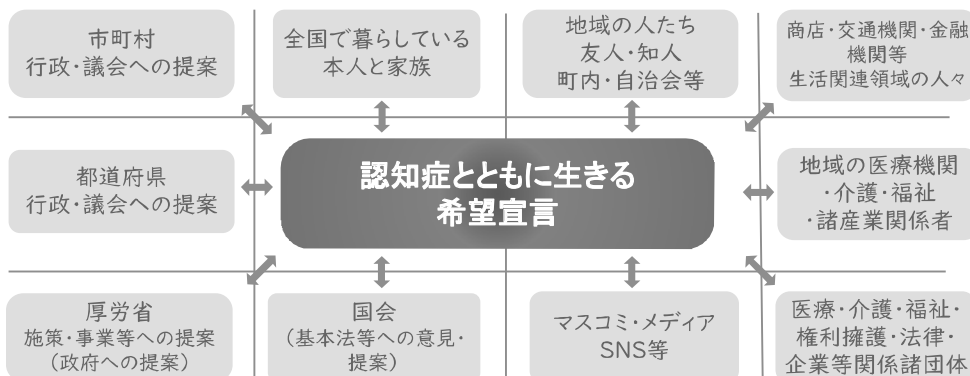
JDWGが2018年に発表

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「当事者から学ぶ「新しい認知症観」」 山中しのぶ、山崎英樹

11

「希望のリレー」活動

全国各地で、様々な方法で、様々なカタチで、
様々な領域へ、「希望のリレー」が始まっています。
みなさんも、一緒に！



日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「当事者から学ぶ「新しい認知症観」 山中しのぶ、山崎英樹

12

前向きに、自分らしく暮らし続ける人が全国で急増中

認知症になってからも、自分が自分であることに変わりない！



- * 若い人も、年配の人も、いくつであっても。
- * 認知症の初期の人はもちろん、認知症が深まった人たちも！
- * 自宅で暮らしていても、病院・施設に移り住んでも、地域の一員！

一人ひとりが、もっと楽に、自分らしく生き生き暮らせる！

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「当事者から学ぶ「新しい認知症観」 山中しのぶ、山崎英樹

13

希望大使について

厚生労働省は、認知症の人本人からの発信の機会が増えるよう、
認知症になってからも希望を持って前を向いて暮らすことができている姿
を積極的に発信している認知症本人7人を「希望大使」として任命。



全国版希望大使



都道府県にも、希望大使がひろがり
100名に (2026.3末、厚生労働省サイト)

大使だけでなく、
一人ひとり
チャンスがあれば、
よりよく生きられる！

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「当事者から学ぶ「新しい認知症観」 山中しのぶ、山崎英樹

14

「新しい認知症観」について

「認知症になったら何もできなくなるのではなく、認知症になってからも、一人一人が個人としてできること・やりたいことがあり、住み慣れた地域で仲間等とつながりながら、希望を持って自分らしく暮らし続けることができる」という考え方



認知症が重度になっても最期まで自分らしく生ききった先輩たちの姿も伝えながら意見を述べ、「新しい認知症観」が基本計画にもりこまれました。

政府の会議に、私たち本人も委員として参画

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「当事者から学ぶ「新しい認知症観」」 山中しのぶ、山崎英樹

15

ご紹介：厚生労働省 認知症普及啓発事業

認知症になってからも、希望を持って自分らしく暮らし続けることができるという「新しい認知症観」に立ち、認知症に関する知識や認知症の人に関する理解を深めることを目的とする事業

one day of life

認知症と共に生きる二人の当事者のありのままの「1日」に密着したドキュメンタリー映像。
厚生労働省YouTubeにて公開中。



アクセスはこちらから→



#認知症とともに

認知症と共に生きるさまざまな当事者の暮らしに密着したショート動画。厚生労働省YouTubeにて、26年8月～27年3月末にかけて順次公開中。



アクセスはこちらから→



16

*** 専門職の認知症観は、関わりの時々の一
言や対応に滲みでます。**

*** 自身の認知症観を常に問い直し、
新しい認知症観を実践で示そう！**

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「当事者から学ぶ「新しい認知症観」」 山中しのぶ、山崎英樹

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会

17

4. 本人がやりたいこと（ささやかな望み）をともに にかなえる：希望の実現に向けて、ともに

- ・ 自分が安心して利用したいと思える「でいさあびすはっぴい」を設立。利用者が増え続け現在は2つのデイサービスを運営。
- ・ 「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」をもとに
～医療も介護も本人の声をもとに見直しと刷新が急がれる
～企画段階からの本人参画が不可欠

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「当事者から学ぶ「新しい認知症観」」 山中しのぶ、山崎英樹

18

***本人が声と力を出せ、やりたいことにともに
チャレンジする頼もしい医療職が全国で増えて
います。**

***超高齢社会の活路をともに拓いていこう！**

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「当事者から学ぶ「新しい認知症観」」 山中しのぶ、山崎英樹

19

おわりに

4つのタイヤ

本人

専門職

家族等

地域・社会



日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「当事者から学ぶ「新しい認知症観」」 山中しのぶ、山崎英樹

20

当事者から学ぶ「新しい認知症観」

～その人《に》／《と》、なにができるか～

医療法人社団清山会 いずみの杜診療所

山 崎 英 樹

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「当事者から学ぶ「新しい認知症観」」 山中しのぶ、山崎英樹

21

本日の流れ

1. 《に》と《と》の話
2. なぜ「その人《に》」に、偏ってしまうのか
3. 《に》と《と》を両立させる
4. 診断後の支援
5. おわりに

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「当事者から学ぶ「新しい認知症観」」 山中しのぶ、山崎英樹

22

外来での一場面から

これ以上、この子に、なにができるのでしょうか…

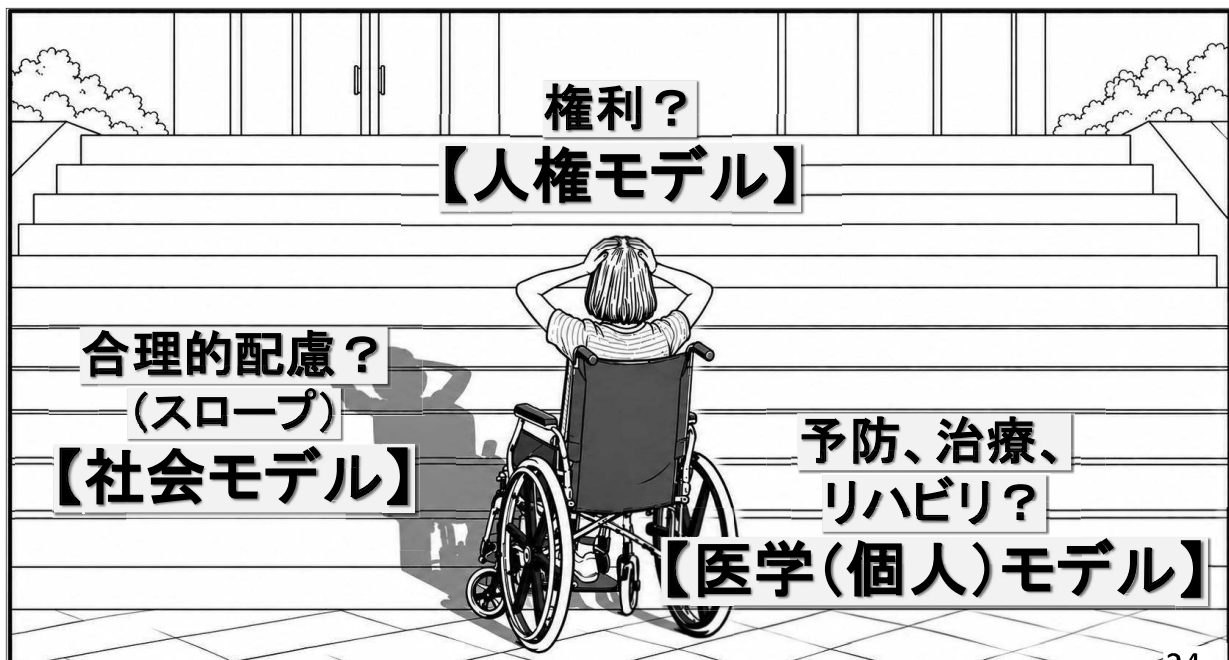
【この子に、なにができるか】



【この子と、なにができるか】

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「当事者から学ぶ「新しい認知症観」」 山中しのぶ、山崎英樹

23



日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「当事者から学ぶ「新しい認知症観」」 山中しのぶ、山崎英樹

その人《に》／《と》、なにができるか

- 医学(個人)モデル
 - －患者《に》、なにができるか
- 社会モデル
 - －当事者《と》一緒に環境調整(合理的配慮)
- 人権モデル
 - －当事者(＝権利の主体)《と》一緒に権利を実現

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「当事者から学ぶ「新しい認知症観」」 山中しのぶ、山崎英樹

25

医学(個人)モデルに潜む罠

- 還元主義
 - －脳が不治⇨人も無価値
 - －価値なき生命 lebensunwertes Leben : **優生思想**
- エイジズム(高齢者差別)
- スティグマ(烙印)
- パターナリズム→専門家支配

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「当事者から学ぶ「新しい認知症観」」 山中しのぶ、山崎英樹

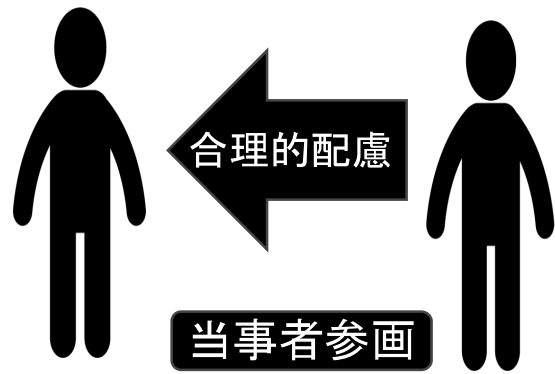
26

《に》／《と》

「その人に、なにができるか」

「その人と、なにができるか」

認知症フレンドリー社会



日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「当事者から学ぶ「新しい認知症観」」 山中しのぶ、山崎英樹

27

ためらいや後ろめたさを手放さずにいられるか

1985 精神科医となる。当直先の老人病院で…

1987 鍵をかけない病院で学ぶ

1994 痴呆病棟。縛らずにすむまでに5年

1999 デイケア併設の診療所を開設

それから27年。それでも私は今日も、
家や地域からはじかれる寸前の人に向精神薬を処方し、
施設入所の診断書を書いている。

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「当事者から学ぶ「新しい認知症観」」 山中しのぶ、山崎英樹

28

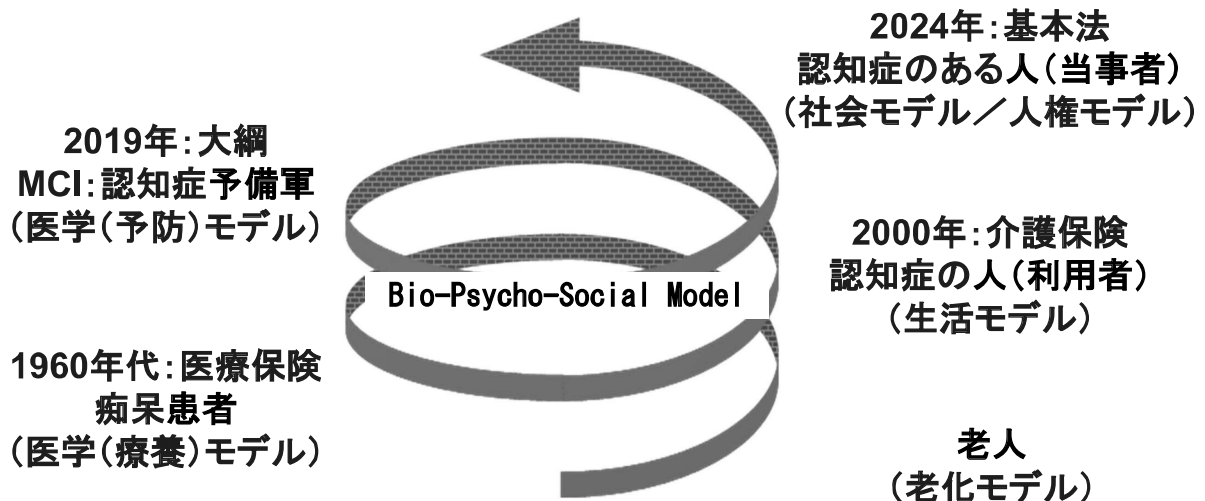
本日の流れ

1. 《に》と《と》の話
2. なぜ「その人《に》」に、偏ってしまうのか
3. 《に》と《と》を両立させる
4. 診断後の支援
5. おわりに

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「当事者から学ぶ「新しい認知症観」」 山中しのぶ、山崎英樹

29

認知症観のらせん的發展



日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「当事者から学ぶ「新しい認知症観」」 山中しのぶ、山崎英樹

30

老いは、いつから病気になったのか

- 戦後の高度経済成長は、働けない高齢者や障害者を置き去りにしたままの、地滑り的な人口移動によって達成された。
 - 1962年 社会保障制度審議会の勧告
 - － 貧困層＝公的扶助／低所得層＝社会福祉
 - － 一般所得層＝**社会保険(医療保険)**
 - 措置による社会福祉は使いにくく、
 - － **その穴を医療保険が「社会的入院」で埋めた。**
 - － 六〇年代に精神病院、七〇年代に老人病院が急増
- ➡民間資本による、急速な「老いの医療化」

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「当事者から学ぶ「新しい認知症観」」 山中しのぶ、山崎英樹

31

医療化 Medicalization

Kleinman.A

- －医療行為が、社会的・文化的な問題を緩和するためにおこなわれる場合があり、結果的には効果のない、ときには有害な専門的ケアを生むばかりでなく、ヘルスケア資源の乱用、文化的に不適切なケアに対する患者の治療拒否や不満を生む。

Kleinman.A『臨床人類学』1992

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「当事者から学ぶ「新しい認知症観」」 山中しのぶ、山崎英樹

32

認知症観は、ことばに現れる

• BPSDに潜む医療スティグマ

－介護不同意→「介護拒否」／一人で歩く→「徘徊」／
帰ろうとする→「帰宅願望」／怒る→「暴言・暴力」

• エルダースピーク／幼児扱い

－「おトイレ行きましょうね」、「結んで、開いて♪」、…

• マイクロアグレッション(何気なく行われる偏見や差別)

－「いかがですか」と家族に聞く、「認知症でも～」、…

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「当事者から学ぶ「新しい認知症観」」 山中しのぶ、山崎英樹

33

本日の流れ

1. 《に》と《と》の話
2. なぜ「その人《に》」に、偏ってしまうのか
3. 《に》と《と》を両立させる
4. 診断後の支援
5. おわりに

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「当事者から学ぶ「新しい認知症観」」 山中しのぶ、山崎英樹

34

家にいるのに、「家に帰る」と出ていく人

• 「家にいるのに、家にいる自覚がない」

普通には起きない

→ カラダ(脳)の異変:意識障害、認知症?

→ その人《に》なにができるか(治療)

• 「家に帰る」と出ていく気持ち

誰にでも起きる

→ ココロの問題:支配や孤立

→ その人《と》なにができるか(関わり、ケア)

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「当事者から学ぶ「新しい認知症観」」 山中しのぶ、山崎英樹

35

診療場面の、《に》と《と》

- 患者《に》、説明を尽くす（インフォームド・コンセント）
 - －アルツハイマー型認知症とは...
 - －この薬の効用は...
- 患者《と》、相談を尽くす（共同意思決定SDM）
 - －アルツハイマー型の変化が疑われるが、どうするか？
 - －この薬の効用は...だが、どうするか？

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「当事者から学ぶ「新しい認知症観」」 山中しのぶ、山崎英樹

36

本日の流れ

1. 《に》と《と》の話
2. なぜ「その人《に》」に、偏ってしまうのか
3. 《に》と《と》を両立させる
4. 診断後の支援
5. おわりに

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「当事者から学ぶ「新しい認知症観」」 山中しのぶ、山崎英樹

37

なぜ、診断された人は打ちのめされるのか

- スティグマは、われわれの社会の標準的な精神構造であり、
「認知症と診断されて（著者挿入）」突然スティグマをもつに至ることによる苦痛は、当の個人が自分のアイデンティティについて混乱することに由来するのではなく、彼の身に生じた現実をよく知り過ぎていることに由来する。
(ゴッフマン『スティグマの社会学』)
- 「スティグマとは、属性ではなく関係性である。」
 - －新しい認知症観によって目指されるのは、属性としての認知症概念の改定だけではなく、むしろその先にある関係性の改善であろう。

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「当事者から学ぶ「新しい認知症観」」 山中しのぶ、山崎英樹

38

「空白の期間」とは何か

「診断前後から介護保険サービスの対象とされるまでの支援は未整備であり、絶望に陥る人があとを絶ちません」

（日本認知症ワーキンググループ設立趣意書・2014）

空白とは、絶望の淵に一人でたたずむ苦悩をいう。
医療や介護につながれば済む、という話ではない。

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「当事者から学ぶ「新しい認知症観」」 山中しのぶ、山崎英樹

39

「元気にはなるんですよ」

丹野「記憶力が良くなったわけではないよね？」

鈴木「あっ、全然」

丹野「だから、病気がよくなったんじゃない。

でも、元気にはなるんですよ」

三年目の外来で、鈴木さんの奥様から—

「最初、先生に人生の再構築と言われた。

最近、このことだったのかと思う」

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「当事者から学ぶ「新しい認知症観」」 山中しのぶ、山崎英樹

40

「どうすれば認知症になりませんか」

- ・ 認知症に「ならない」は発症予防、「負けない」は進行予防
- ・ 認知症関連六学会も、発症予防・進行予防のいずれについても確立した方法はないとしている（2023）
- ➡ 台風や地震を予防できなくても、
 - 「備え」は重要である。（JDWG 2019）
- ・ 人生の再構築＝つながりの結びなおし
 - 発症への備え＝いまのつながりを大切に
 - 進行への備え＝これからのつながりを大切に

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「当事者から学ぶ「新しい認知症観」」 山中しのぶ、山崎英樹

41

診察の合間に、立ち寄れる場所を

•いずみの杜診療所

認知症疾患医療センター／若年性認知症相談窓口
デイケア + 介護老人保健施設二〇床

出会いの場 おれんじドア（2015～）

語らいの場 仕合わせの会（2014～／院内2018～）

発信の場 リカバリーカレッジ（2019～）

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「当事者から学ぶ『新しい認知症観』」 山中しのぶ、山崎英樹

42

早期診断の意味が、変わった

かつて、早期診断は早期絶望と呼ばれた。
診断しても、渡せるものがなかったからである。

いま、少なくとも二つ、渡せるものがある。

新薬 適応はMCIと軽度まで。逃せば選べない。

仲間 初期に出会えるかどうか、その後を変える。

だから、早く専門医とつながる。
ただし、診断後支援のある先を選んで。

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「当事者から学ぶ『新しい認知症観』」 山中しのぶ、山崎英樹

43

連携ではなく、つながりの結びなおしを

専門医療機関 もの忘れ外来・認知症疾患医療センター

介護・行政 地域包括支援センター、居宅、初期集中支援チーム

そして、本人たちの場

本人ミーティング、認知症カフェ、ピアサポート

『本人にとってのよりよい暮らしガイド』（JDWG）

情報を渡せるか。そして、自分が足を運べるか。

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「当事者から学ぶ『新しい認知症観』」 山中しのぶ、山崎英樹

44

本日の流れ

1. 《に》と《と》の話
2. なぜ「その人《に》」に、偏ってしまうのか
3. 《に》と《と》を両立させる
4. 診断後の支援
5. おわりに

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「当事者から学ぶ「新しい認知症観」」 山中しのぶ、山崎英樹

45

私は、礼儀正しくなった

本人を向いて、本人に聞く。
本人の許可を得て、家族に聞く。
検査結果も診察結果も、本人に話す。
今後のことを、本人と相談する。
最後に、予約票を本人に手渡す。

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「当事者から学ぶ「新しい認知症観」」 山中しのぶ、山崎英樹

46

認知症《に》やさしい、から、認知症《と》親しい、へ

われわれは診断後の絶望から抜け出す方法を見つけ出すことによって、自分の元気を取り戻すだけでなく、医療やケアに携わる人々に対して、認知症になった後にも人生があることを伝え、力づけねばならない。

ジェームズ・マキロップ（SDWG初代議長）



日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「当事者から学ぶ「新しい認知症観」」 山中しのぶ、山崎英樹

47

「与えられた仲間」から「自分で決めた仲間」へ

・アグネス

「たとえ、私がチームのみんなを忘れても、
彼らは私を忘れないはずです。
そして私を支え、気遣い、
ともに笑い、泣いてくれるでしょう」



丹野さん

「与えられた仲間じゃなくて、
自分で決めた仲間を作りたい」

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「当事者から学ぶ「新しい認知症観」」 山中しのぶ、山崎英樹

48

おわりに

診断のとき、医師の認知症観が本人に戻る
その人《に》を尽くし、なお その人《と》に立てるか
診断後の空白を埋めるのは、仲間である

これから――市町村計画と当事者参画が広がる一方、
新薬とバイオマーカーは医学モデルへの揺り戻しをもたらす

そのときこそ、二つの問いを同時にもてるかが問われる

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「当事者から学ぶ「新しい認知症観」」 山中しのぶ、山崎英樹

49

かかりつけ医の先生方へ

- ・ 認知症を専門としなくても、できることがあります。
むしろ、診断前の数年から付き合い、暮らしを知るかかりつけ
医だからこそ、できることがあります。
- ・ 本人に向かって話し、本人と相談する。
迷ったら、早めに専門医とつながる。
仲間に出会える場所を、ひとこと添える。
できれば、ご自分も一度、その場へ。
- ・ 最後にひとつ。
そこで元気をもらうのは、たぶん先生方のほうです。

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「当事者から学ぶ「新しい認知症観」」 山中しのぶ、山崎英樹

50

医療現場における DX の活用の実際

【目 標】

多くの地域で医師および診療科の偏在が社会的課題となる中、限られた医療資源で医療 DX を有効に組み合わせ、かかりつけ医として持続的に医療を確保する対応が求められている。本講では、医療法の改正や診療報酬の改定も踏まえ、遠隔医療を含む医療 DX の具体的な活用をイメージできるようになることを目標とする。

（概要）

山口県におけるへき地医療の現状と課題を基に、地域医療を持続可能にするための手段としての医療 DX 活用事例を解説する。クラウド型電子カルテによる情報共有をはじめ、高齢者やアクセスの課題を解消する看護師等連携型のオンライン診療「D to P with N」や、指導医や専門医が現地医師をサポートする「D to P with D」の実践例を紹介する。さらに、公民館や郵便局、休日診療所を用いたオンライン診療受診施設の実証、災害時対応への応用、令和8年度診療報酬改定のポイントに触れる。遠隔医療を多職種連携による「足し算」として組み合わせ、地域包括ケアシステムの推進と深化を図る方策を考察する。

（目次）

1. 地域医療の課題と求められる遠隔医療
2. 地域医療における様々な DX の活用事例
3. 遠隔医療のこれから

【キーワード】

医療 DX、遠隔医療（オンライン診療）、D to P with N、D to P with D、地域包括ケアシステム

はらだ まさのり
原田 昌範

山口県立総合医療センター へき地医療支援センター長

【略歴】

2000 年 3 月 自治医科大学医学部卒業
2000 年 山口県立総合医療センター（初期臨床研修）
2002 年 岩国市立錦中央病院
2005 年 山口県立総合医療センター（後期研修）
2006 年 周南市国民健康保険鹿野診療所 所長補佐
2008 年 萩市国民健康保険大島診療所 所長
2010 年 自治医科大学地域医療学センター 臨床助教
2011 年 山口県立総合医療センターへき地医療支援部 部長
2012 年 山口県立総合医療センターへき地医療支援部 診療部長（～現在）
2021 年 山口県新型コロナウイルス感染症対策室（～2023.3 月）
2022 年 山口県防府保健所 所長（～現在）

【免許・資格】総合診療専門医（日本専門医機構）、総合内科専門医（日本内科学会）、家庭医療専門医・指導医（日本プライマリ・ケア連合学会）、社会医学系専門医・指導医、DMAT 隊員

【役職】山口県防府保健所（所長）、山口県健康福祉部医療政策課（へき地医療支援機構へき地医療専任担当官）、山口県立総合医療センターへき地医療支援センター（センター長）、公益社団法人地域医療振興協会（理事・山口県支部長）、自治医科大学地域医療学センター公衆衛生学（講師・学外卒後指導委員）、周南公立大学（客員教授）、山口大学医学部附属病院（特命准教授、総合診療推進サテライトセンター長）、神戸大学医学部・山口県立萩看護学校（非常勤講師）、日本遠隔医療学会（へき地遠隔医療分科会長）、厚生労働行政推進調査事業（研究班長）、厚生労働省在宅医療・介護連携推進支援事業検討部会（委員）、国土交通省国土審議会（専門委員）

医療現場におけるDXの活用の実際

～遠隔医療をどう組み合わせるのか～

山口県立総合医療センター
へき地医療支援センター長

原 田 昌 範

はじめに

【目標】多くの地域で医師および診療科の偏在が社会的課題となり、限られた医療資源のなかでも、医療DXを有効に組み合わせ、かかりつけ医として持続的に医療を確保することが対応が求められている。医療法の一部改正や診療報酬の改定も踏まえ、遠隔医療を含む医療DXの具体的な活用をイメージできるようになる。

1. 地域医療の課題と求められる遠隔医療
2. 地域医療における様々なDXの活用事例
3. 遠隔医療のこれから

1. 地域医療の課題と求められる遠隔医療

自己紹介（略歴・所属等）

卒後	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27
勤務先	県総		岩国市立 錦中央病院		県総 外科		周南市立 鹿野診療所		萩市 大島診療所		自治 医大 地域	山口県立総合医療センター へき地医療支援センター															
	義務年限										山口県ドクタープール					FA											

山口県周南市出身

2000年 自治医科大学卒業

医学博士（公衆衛生学）

- 山口県防府保健所 所長（※ 山口県新型コロナウイルス感染症対策室：R3～5）
- 山口県立総合医療センター へき地医療支援センター センター長
- 山口県庁医療政策課（へき地医療支援機構へき地医療専任担当官）
- 自治医科大学地域医療学センター公衆衛生学部門 講師・学外卒後指導委員
- 山口大学医学部附属病院総合診療推進サテライトセンター長 准教授
- 周南公立大学 客員教授／神戸大学・萩看護学校 非常勤講師
- 公益社団法人地域医療振興協会 理事・山口県支部長
- 厚生労働科学特別研究事業（原田班）研究代表者
- 日本遠隔医療学会 へき地遠隔医療分科会長



総合診療専門医
家庭医療専門医
社会医学系専門医



卒後7年目へき地にて 3

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「医療現場におけるDXの活用の実践」原田昌範

離島医療の経験から

- 歴史：平家七名の伝説
- 産業：漁業、葉タバコ、ブロッコリー
- まつり：歳祝い、港祭り、秋まつり、、、
- 地域を支える施設・ライフライン：

支所、公民館、小中学校、保育園、診療所、郵便局、農協、漁協、、



萩市大島

地域課題 ⇒ これから全国の多くの地域で起こりうる課題

- 1) 人口減少：900人→500人／18年
- 2) 産業、教育、医療・介護など年々厳しくなっている

医療資源が限られているため、住み慣れた地域を
早く離れてしまう方も少なくない
⇒ 最期まで島で暮らす選択肢を取れない



在宅医療 4

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「医療現場におけるDXの活用の実践」原田昌範

離島へき地でのストレス

- ・ひとりで幅広い疾患に対応し、判断しなければならない
- ・救急搬送（2年で25回：救急車が来ない→漁船搬送）
- ・若くして所長（管理者）としての責任
- ・職員のマネジメントや行政とのやり取り
- ・先端の医療から遅れるのではという漠然とした不安
- ・島民からなにげなくの一言
「先生、今日はどこへお出かけ？」
「いつ島にどの便で戻ってくるの？」
「先生、いったい何科の先生なの？」
「前の先生は、・・・だったけど、・・・」



初めての救急搬送は、
3歳の子供の重積発作

大島を知り尽くした
看護師さんの存在

勤務している医師は、今どのゾーンか？

①Comfort、②Stretch(Learning)、③Panic

地域の医師に
必要な支援は？

5

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「医療現場におけるDXの活用の実践」原田昌範

気付いたら、、、

- 「診療所を受診する患者」を診る
- 「島民」の健康を守る
- 「島民」の生活を守る
- 「島」を守る（衛る）→ 公衆衛生



地域医療に関心が持てる医師の育成が重要

離島（日本）を持続的に衛るためのしくみ → 支援体制

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「医療現場におけるDXの活用の実践」原田昌範

6

山口県のへき地医療の現状と課題

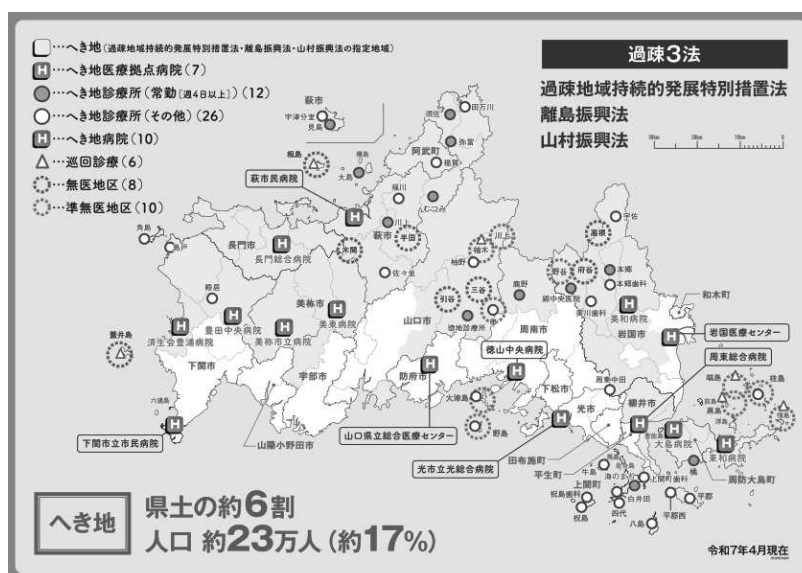
山口県保健医療計画
「医療的へき地」

厚生労働省

+

総務省
国土交通省
農林水産省

へき地医療支援機構
へき地医療拠点病院
へき地診療所
無医地区・準無医地区



日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「医療現場におけるDXの活用の実践」原田昌範

7

山口県のへき地の人口推移

(単位：人、%)

	H22(a)	H27(b)	R2(c)	(d)=(c)-(a)	増減率 (d/a)
県全体	1,451,338	1,404,729	1,342,059	△ 109,279	△ 7.5%
へき地	214,468	194,483	188,431	△ 26,037	△ 12.1%
うち離島	4,285	3,540	2,687	△ 1,598	△ 37.3%

へき地（特に離島）の人口減少は著しい

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「医療現場におけるDXの活用の実践」原田昌範

8

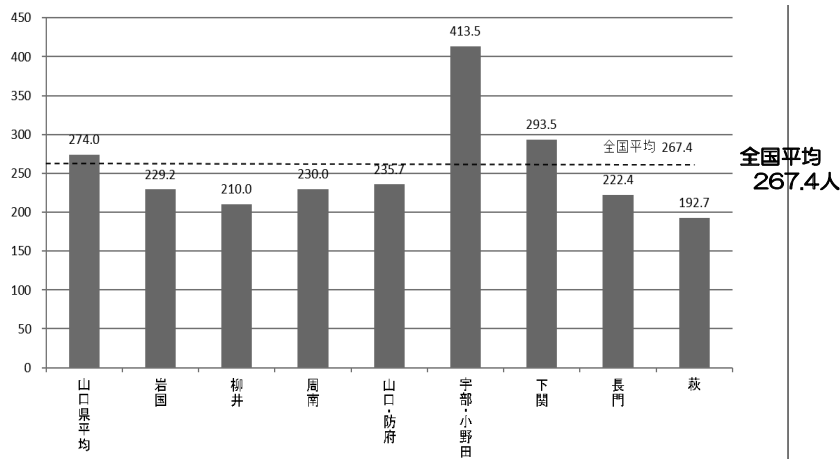
医師の地域偏在（2次医療圏別医師数）

県内医師数：3,510人
274.0人/10万人
（住民365人に1人）

医師少数県

人

人口10万対医師数（R6）



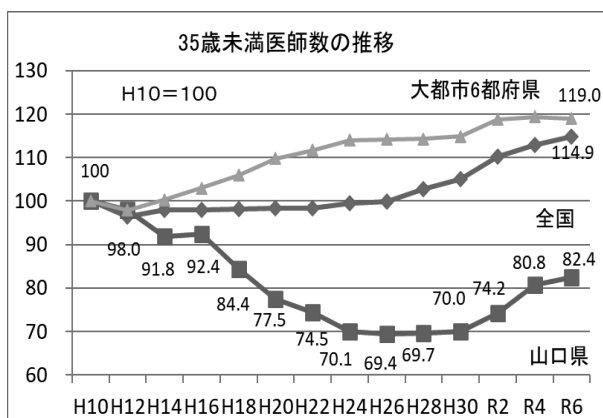
最多医療圏…宇部医療圏 413.5人/10万人

最小医療圏…萩医療圏 192.7人/10万人

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「医療現場におけるDXの活用の実践」原田昌範

9

若手医師の減少、医師も高齢化



医師の平均年齢 53.3歳：全国2位（R2）

- 若手医師の減少
- へき地・中山間地域を支えている医師の高齢化

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「医療現場におけるDXの活用の実践」原田昌範

10

へき地・中山間地域の診療所で病気を理由にリタイア（H25～R7年度）

- 松井医院（田万川）
- 松原医院（須佐）
- 大津島診療所（周南）
- 鹿野診療所（鹿野）
- 長沼医院（和田）
- 祝島診療所（上関）
- 上関町診療所（上関）
- 牛島診療所（光）
- 井上医院（徳地）
- 亀田医院（徳地）
- 豊北病院（下関）
- 澤田医院（阿東）
- 齊藤医院（阿武）
- 福田医院（美川）
- 錦中央病院（岩国）

山口県には有人離島が21か所（本州最多）



常勤医師（2島のみ）

- ・見島（689人）
- ・大島（585人）（R2国勢調査）

常勤から非常勤化（4島）

- ・大津島
- ・祝島
- ・牛島
- ・平郡島

平郡島：令和3年人口300人を切り
週4→2日の非常勤体制に変更

赤字・下線は、「定期巡回診療」又は「非常勤医師」でカバー

- 「柱島・端島・黒島（岩国市）」「猪島・浮島・前島・笠佐島（周防大島町）」「祝島・八島（上関町）」
- 「佐合島（平生町）」「馬島（田布施町）」「生島（光市）」「大津島（周南市）」「野島（防府市）」
- 「相島・樫島（萩市）」「蓋井島・六連島（下関市）」

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「医療現場におけるDXの活用の実践」原田昌範

11

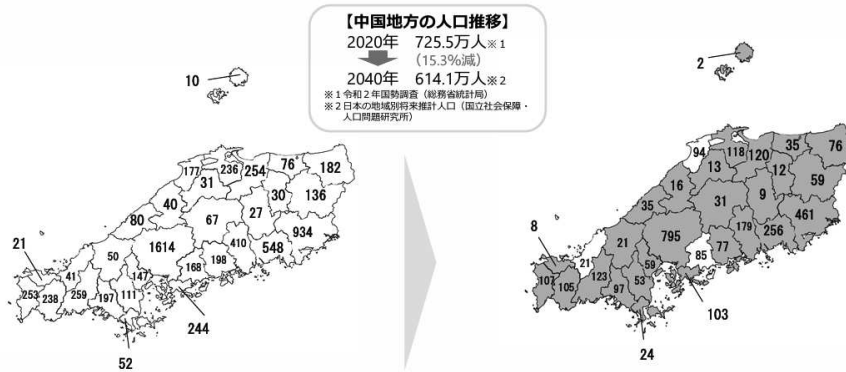
中国地方における現在の診療所医師数と2040年の見込み

<診療所医師が90歳で引退し、承継がなく、当該二次医療圏で新規開業がないと仮定した場合>

- 中国地方全体の診療所医師数については、現在から2040年にかけて、**53.2%の減少**が見込まれている。
- 中国地方の二次医療圏ごとの診療所医師数については、**30の二次医療圏のうち、27 (90.0%) の二次医療圏において、50%以上の減少**が見込まれている。

2022年 診療所医師数 : 6,831

2040年 診療所医師数 : 3,194
※50%以上減少の二次医療圏を青塗り



資料出所：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」（令和4年）を特別集計。

※市区町村別診療所医師数の見込みについては、医師届出票による主従事市区町村の診療所医師数、80歳で引退し、承継がない、新規開業がないと仮定。

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「医療現場におけるDXの活用の実例」 原田昌範

2040年に向けた
シミュレーション
(厚生労働省)

診療所を支える
医師は半分に



医療DXに期待

12

山口県の地域医療の現状と課題

県全体の人口減少、過疎化、高齢化

- ・ 医師の地域偏在（特に離島へき地）
- ・ 若手医師の減少（医師の平均年齢は全国2位）
- ・ 高齢医師の引退（後継者不足）
- ・ 診療科の偏在（総合診療医が少ない）
- ・ 働き方改革（これから支援が減る可能性）
- ・ ダウンサイジング（病院の診療所化、非常勤化等）

課題先進地域「へき地」に医療をどう届けるか

「遠隔医療」は「へき地医療を持続的に確保」
するためのあくまでも「手段のひとつ」

ゴールは「地域包括ケアシステム」の推進・深化

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「医療現場におけるDXの活用の実例」 原田昌範

13

「第8次山口県保健医療計画」によるへき地医療対策

5疾病6事業および在宅医療（R6～）

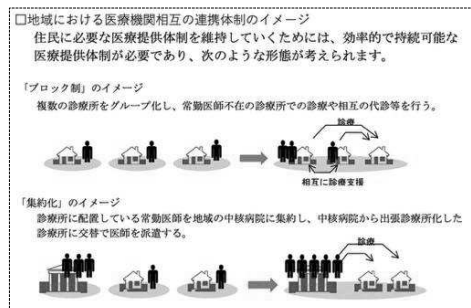
- 5疾病：がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、精神疾患
- 6事業：
 - 救急医療
 - 災害時における医療
 - へき地の医療
 - 周産期医療
 - 小児救急医療を含む小児医療
 - 新興感染症
- 在宅医療

【キーワード】

- ・ 県の修学資金制度（緊急医師確保対策枠、自治医科大学）
- ・ 山口県地域医療支援センター（県と大学の連携）
- ・ 医学生、研修医に「地域医療マインド」を伝える
- ・ 地域のニーズに対応できる「総合診療医」の養成
- ・ 面を守る（ブロック制や集約化）
- ・ 遠隔医療を活用する

第7次山口県保健医療計画（抜粋）

目指すべき方向の具体的なイメージ



遠隔医療を活用し
面（チーム）で守る

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「医療現場におけるDXの活用の実例」 原田昌範

14

○診療支援（へき地医療拠点病院として）

巡回診療：無医地区対策

代診：へき地診療所の支援対策

休日夜間診療支援：萩市、長門市（H25～）

へき地医療支援ベッド機能（H26～）

医師派遣：周南市（H28～）・山口市（R3～）・阿武町（R7～）

コロナ診療支援：コロナ室、保健所、宿泊療養施設、クラスター施設

○仕組みづくり（県医療政策課と連携して）

県・市町と「へき地医療」を守る仕組みづくり

「山口県へき地医療専門調査会」にて施策の提言

遠隔医療の実証事業：厚労省、国交省、総務省、県、市町村

○次世代の育成とメンター（へき地勤務医師のサポート）

医学生：やまぐち地域医療セミナー、山口大学医学生実習

初期研修医：地域医療、短期総合、総合内科、外来研修、家庭医入門コース

後期研修医：長州総合診療プログラム（新専門制度に対応）

アドバンスコース・フェローコース・キャリアチェンジコース

自治医大卒業義務内医師のサポート

SCRUM (Support Center for Rural Medicine)



日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「医療現場におけるDXの活用の実践」 原田昌範

15

離島へき地の巡回診療（S57～）

1) 萩市相島地区

人口：約100人

平均外来：約5人

2) 山口市徳地柚木地区

対象人口：約200人

平均外来：約5人

【巡回診療先で行なっている医療行為】

- ・診察、訪問診療
- ・投薬（定期・臨時）
- ・注射、点滴
- ・採血、尿検査
- ・心電図
- ・超音波
- ・関節内注射
- ・検鏡
- ・縫合等



○クラウド型電子カルテシステムの導入（平成25年2月～）

電子カルテ化した当院と情報の共有が可能

○MCS（メディカル・ケア・ステーション）で関係者で情報共有

○荒天時のオンライン診療の導入（令和2年～）

○健康講話やオンライン地域ケア会議等の実施

へき地こそ
医療DXを
組み合わせる

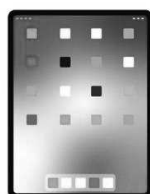
日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「医療現場におけるDXの活用の実践」 原田昌範

16

2017年 へき地で一人暮らしの祖母が胆管がん



訪問看護師さん



時々、iPadで祖母と会話

孫（主治医） to 祖母 with 訪問看護師

⇒「Doctor to Patient with Nurse」

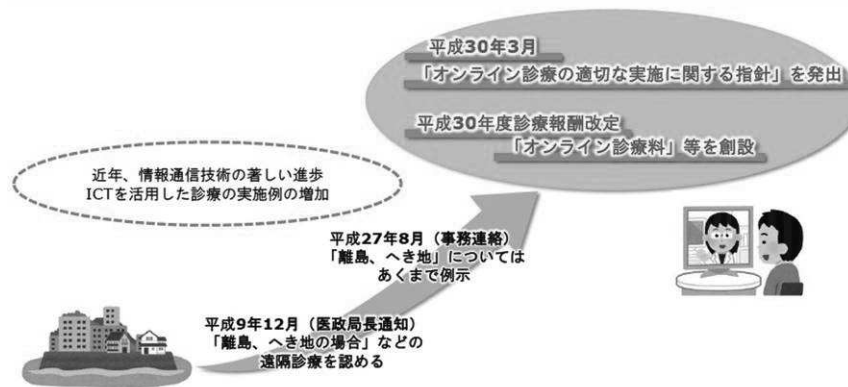


日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「医療現場におけるDXの活用の実践」 原田昌範

17

2018年～「オンライン診療」開始

- オンライン診療(遠隔診療)は、対面診療の補完として、離島やへき地の患者など限定的に行われることが想定されていたため、日常的に行うものについては、これまで、明確な基準やルール、特化した診療報酬がなかった。
- 近年の情報通信技術等の著しい進歩により、オンライン診療に対する現場の要請が高まってきたことに伴い、平成30年3月に「オンライン診療の適切な実施に関する指針」を発出、平成30年度診療報酬改定において「オンライン診療料」等を創設。



日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「医療現場におけるDXの活用の実例」 原田昌範

18

へき地において遠隔医療に期待すること

「医療資源の限られた地域においても、患者・医療従事者の安心・安全につながる
医療・地域包括ケアシステムの持続的な確保」

- ① 医師が近くにいなくても医療が届く：

Doctor to Patient , Doctor to Patient with Nurse

- ② 遠隔地でも専門医や指導医に相談できる：

Doctor to Doctor , Doctor to Patient with Doctor

- ③ 多職種が支援できる(薬剤師、管理栄養士、検査技師、リハビリ、、、、)

Doctor to Patient with X , X to Patient



日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「医療現場におけるDXの活用の実例」 原田昌範

19

診療報酬における遠隔医療への対応

診調組 入-1
7. 6. 1 9

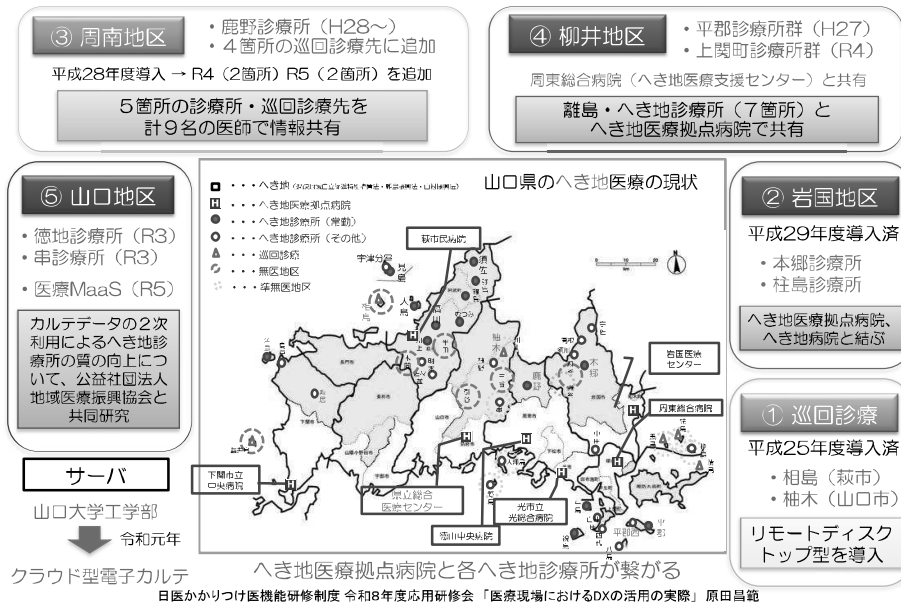
診療形態	診療報酬での対応
医師対医師 (D to D) 情報通信機器を用いて画像等の送受信を行い特定領域の専門的な知識を持っている医師と連携して診療を行うもの 	・遠隔画像診断 画像を他医療機関の専門的な知識を持つ医師に送信しその読影・診断結果を受信した場合 ・遠隔病理診断 術中迅速病理検査において、標本画像等を他医療機関の専門的な知識を持っている医師に送信し、診断結果を受信した場合(その後、顕微鏡による観察を行う。) ・遠隔ICU(特定集中治療室遠隔支援加算) ・その他(超急性期脳卒中加算、脳血栓回収療法連携加算、遠隔脳波診断、遠隔放射線治療計画加算)
医師対患者 (D to P) 情報通信機器を用いた診療 	・情報通信機器を用いた初診料・再診料・外来診療料 ・情報通信機器を用いた医学管理料 ・情報通信機器を用いた在宅時医学総合管理料 訪問診療と情報通信機器を用いた診療を組み合わせた在宅診療計画を作成し、当該計画に基づき、計画的な療養上の医学管理を行うことを評価 ・情報通信機器を用いた遠隔精神療法(再診) ※ 電話等による再診 患者の病状の変化に応じ療養について医師の指示を受ける必要がある場合であって、患者等から電話等により治療上の意見を求められて指示をした場合に算定が可能 ・遠隔連携診療料 ・遠隔連携遠隔伝言カウンセリング ・看護師等遠隔診療補助加算(再診料等)
情報通信機器を用いた遠隔モニタリング 情報通信機能を備えた機器を用いて患者情報の遠隔モニタリングを行うもの 	・遠隔モニタリング加算(心臓ペースメーカー指導管理料、在宅患者酸素療法指導料、在宅患者持続陽圧呼吸療法、在宅自己腹膜透析指導管理料、在宅血液透析指導管理料) 対象患者に対して、情報通信機器を備えた機器を活用したモニタリングを行い、療養上必要な指導管理を行った場合

診療形態に
合わせた
診療報酬

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「医療現場におけるDXの活用の実例」 原田昌範

20

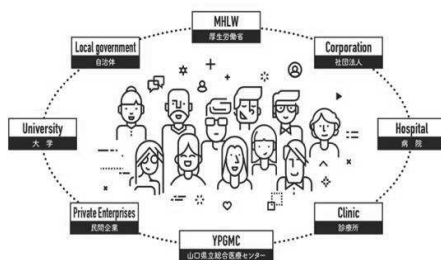
県内のへき地診療所にクラウド型電子カルテを導入



21

山口県へき地遠隔医療推進協議会（2018～）

目的：へき地における遠隔医療（オンライン診療等）について現状や課題
を関係者で整理・共有し、へき地医療の確保の一助に繋げる



調査と情報提供、事例と
エビデンスがミッション

TKP Medical株式会社
代表取締役 医師
園生 智弘

救急医として働きつつTKP Medical株式会社を立ち上げ、医療における
適切なIT活用につき発信をしております。山口県のへき地におけるオンラ
イン診療の活用に関しては、2年前くらいよりお多岐にわたっていただい
ております。技術の進歩によりオンライン診療やクラウド利用は安全になっ
ております。そのような最新の技術動向につき調査と情報提供を行うこと、およ
びへき地にこそオンライン診療の活用余地があることを事例とエビデンス
をもって中央層に確実に届けていくこと、め二つが私のミッションであ
ると考えております。皆様どうぞよろしくお願い致します。



日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「医療現場におけるDXの活用の実践」 原田昌範

22

厚生労働行政推進調査事業（原田班）

2019年11月～ 前野教授（筑波大学）の分担研究として活動開始

医政局医事課

「へき地医療の推進に向けたオンライン診療体制の構築についての研究」（H30－医療－指定－018）

2021～2023年 主任研究として（3年間）

医政局医事課

「海外の制度等の状況を踏まえた離島・へき地等におけるオンラ
イン診療体制の構築についての研究」（課題番号：21IA2007）

2025年「特別研究」主任研究として（1年間）

医政局総務課

「オンライン診療における安全性の向上と実効性の確保のために重要な診療情
報や看護師が果たす役割の検討のための研究」（課題番号：25CA2011）

2026～2027年 主任研究として（2年間）

医政局総務課

「オンライン診療において安全性と実効性の向上のために必要な実施体制等を検討する研究」（課
題番号：26IA2010）

2026年 統括団体のプロジェクトリーダーとして（1年間）

医政局医事課

「令和8年度診療科偏在対策のための適切な遠隔医療等推進事業」

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「医療現場におけるDXの活用の実践」 原田昌範

23

米国へき地の好事例：Virtual Care & Visit

2020.1月



オレゴン州ワローワ郡
(エンタープライズ)
人口 7,100人
面積 8145km²=静岡県

「D to P with D」
による遠隔支援

救急医療
化学療法
脳卒中



日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「医療現場におけるDXの活用の実例」原田昌範

24

米国へき地の好事例：D to P with N

2020.1月



介護施設（看護師が訪問）



患者宅（薬剤師が訪問）



へき地診療所（かかりつけ医）

- ・エンタープライズで23症例のオンライン診療を見学
- ・アクセス障害(地理的, 物理的, 心理的)の解消が目的
- ・多くの対象者が高齢者(難聴, 低いITリテラシー)
- ・看護師(14例), 薬剤師(6例)の介助による質の高い運用
- ・メディカルアシスタント(MA)の補助
- ・良好な医師患者関係を構築した上で実施
- ・チーム医療を重要視(チャットによる密な連絡)

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「医療現場におけるDXの活用の実例」原田昌範

25

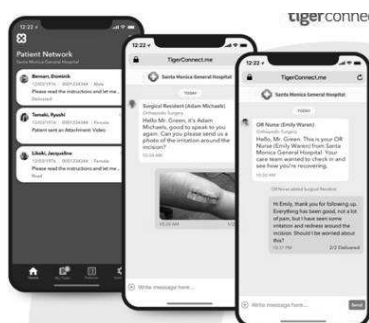
へき地医療こそ様々なICTを活用

Tele-consultation (Wallowa Memorial Hospital)
OCHIN
EPIC Care / HAIKU-CANTO / My Chart
Zoom Cloud Meeting
Tiger Connect
電子処方箋
InTouch



WEMEX

Teladoc
HEALTH



zoom

Patient Summary	
Atwood, Glen (54y M)	
Permanent Address	
1250 W Washington Ave MADISON WI 53710	
608-270-4567 (H)	608-556-8712 (W)
608-743-7466 (M)	
Active Problems	
Hospital	
Community acquired pneumonia	
Acute Respiratory Failure - hypoxic	
Stress hyperglycemia	
Disorder of Nutrition - NPO	
DIC (disseminated intravascular coagulation)	
Non-Hospital	
Essential Hypertension	
Hypothyroidism	
Hypercholesterolemia	
Osteoarthritis of Knee	
Last Reviewed:	
Drew Walker, M.D. on 3/25/2010 at 1:40 PM	
Current Medications	
Hospital	
0.9% NaCl infusion, Continuous	

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「医療現場におけるDXの活用の実例」原田昌範

26

実証のインタビュー結果（一部）

日本のへき地でも「D to P with N」



90歳代
男性

- 「先生と話して安心した。」
- 「こんな便利な物があるなら、ずっと家に
おれる。」
- リアルタイムビデオ通話により、表情、声
のトーン、話す姿などから全身状態を判断
するための有益な情報が得られた

○メリット

欠航や大雪等、天候不良時にも診療可能
医師が体調不良時にもオンライン代診
医療機関までの長距離移動がない
経済的負担の軽減（タクシー・船代）
感染対策（コロナ対応）
かかりつけ医の顔が見えて安心
患部や動きが直接見える

○課題

診療報酬
検査、注射・点滴、処置は実施できるのか
難聴や認知症の場合のコミュニケーション
デバイスの使い方
見たいところが見えない
トラブルシューティングへの対応
デバイス・システム等の導入・維持コスト
ネットワーク環境

27

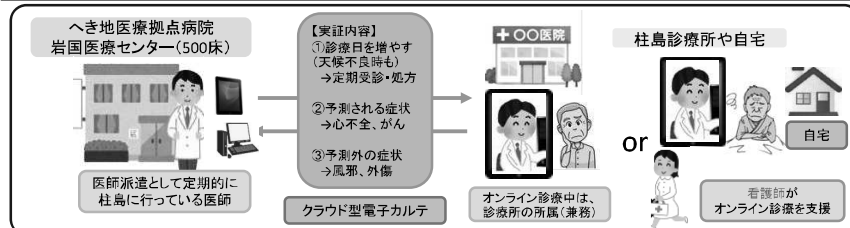
日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「医療現場におけるDXの活用の実例」 原田昌範

離島へき地におけるオンライン診療には「D to P with N」が有効

【研究班の実証ケース】 岩国市立柱島診療所（常勤医なし）

- ・同医療圏のへき地医療拠点病院から月2回、医師が派遣される。島民は診療日を増やしてほしいと要望。
- ・令和2年から実証開始。本土から看護師のみ離島にわたり、オンライン診療を支援し、診療日を増やす。

厚生労働行政推進調査事業費
「海外の制度等の状況を踏まえ
た離島・へき地等におけるオン
ライン診療体制の構築につい
ての研究」研究班作成



- ・オンライン診療「D to P with N」は、患者の同意の下、看護師が患者のそばにいる状態での診療である。医師は診療の補助行為を看護師等に指示することで、予測された範囲内における治療行為や予測されていない新たな症状等に対する検査が看護師等を介して可能となる（オンライン診療の適切な実施に関する指針）。
- ・離島等の診療所においては、荒天等により医師及び薬剤師がやむをえず不在となる場合に、一定の条件のもと医師又は薬剤師が確認しながら看護師が一定の薬剤を患者に渡すことができる（令和4年3月23日厚労省事務連絡）。

【オンライン診療において「with N（看護師）」のメリット】

- ① 医師が現地にいなくても、通常のオンライン診療に比べて、質の高い診療（検査、処置）を届けることができる。
- ② デバイス操作が困難、難聴、認知症などの高齢者にも対応できる。
- ③ 急患対応時の看護師の精神的な不安を軽減。特に緊急オンライン代診には看護師は必須。

課題

- ・デバイスの操作など、オンライン診療支援に必要なスキルの習得。普段からの医師とのコミュニケーション。
- ・看護師によるオンライン診療支援には多大な人的コストやスキルが必要。

28

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「医療現場におけるDXの活用の実例」 原田昌範

看護師と連携（D to P with N）のメリット

- ・看護師が近くにいることで、患者も医師も安心できる
（特に初診やグループ診療で普段と異なる医師が診療する場合）
- ・診察前の問診やバイタル測定により診療に役立つ情報が得やすい
- ・かかりつけの患者の普段の様子を知っているため、顔色等の変化に気づきやすい
- ・場のコントロールができる（時間の配分やトリアージ等）
- ・難聴や認知症の患者でも対応できる
- ・痛いところなどに直接触れるなど、身体所見を取ることができる
- ・更に詳しい観察や聞き取りを看護師を介して実施でき、医師から患者への説明についても補強ができる
- ・デバイスなどを操作でき、診療に必要な医療情報の精度が上がる

令和6年度診療報酬改定「看護師等遠隔診療補助加算」新設

※ へき地のみ算定可能：医師はeラーニング（厚生労働省）を受講する必要あり

令和8年度診療報酬改定「訪問看護遠隔診療補助料」へき地以外にも拡大

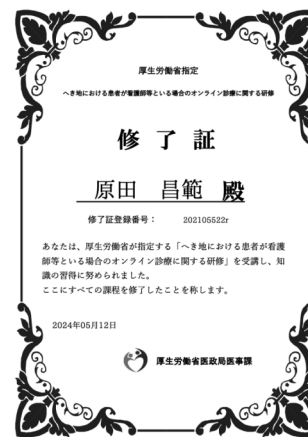
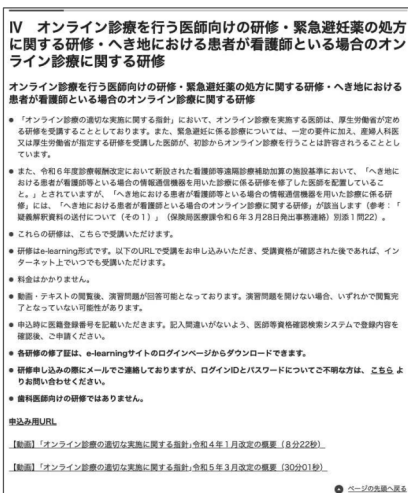
日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「医療現場におけるDXの活用の実例」 原田昌範

29

厚生労働省のホームページから「eラーニング」の受講が可能



オンライン診療について
厚労省のホームページは
よくまとまっている



オンライン診療の実施には「eラーニング」の受講が必要

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「医療現場におけるDXの活用の実例」 原田昌範

30

2. 地域医療における様々なDXの活用事例

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「医療現場におけるDXの活用の実例」 原田昌範

31

岩国市立本郷診療所での オンライン診療の3パターン

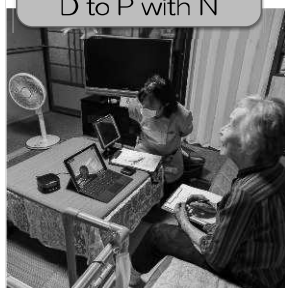
- ① 診療所で D to P with N
- ② 患者宅に訪問して D to P with N
- ③ 代診医によるオンライン診療
(診療所又は訪問先で D to P with N)



① 診療所でD to P with N



② 患者宅に訪問して
D to P with N



③ 代診医によるオンライン診療
(へき地医療拠点病院の医師)



診療所にてwith N



患者宅からwith N



医師がWebカメラ
で処方薬を確認

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「医療現場におけるDXの活用の実例」 原田昌範

32

D to P with Nによる オンライン診療の実際

●実際のケース

- ・転倒して頭部打撲の患者宅に訪問
- ・眩暈や発熱など症状のある患者宅に訪問
- ・大雪で来院できない患者宅に訪問
- ・自宅での看取り
- ・訪問診療との組み合わせ・・・など
(令和6年度63件・令和7年度38件実施)
- ・オンライン服薬指導 (with N)

看取り



これだけ離れていても
看取りは可能だった

オンライン診療を組み合わせたことで「自宅で生活したい（そこで死にたい）」
という患者の思いに寄り添うことが出来た

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「医療現場におけるDXの活用の実際」 原田昌範

33

看護師の技

その1：万全の準備が必要

(予測しながら持参物を決める)

その2：開始直前の準備

(部屋・患者・機器の準備)

その3：看護師の視点と患者目線 👁️ ・医師目線 👁️ を意識

(看護師のコミュニケーション力を発揮)

その4：終了後は直ぐには帰らない！

(一緒に振り返り)

その5：自己決定を尊重し、支援する

(想いに寄り添う)



日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「医療現場におけるDXの活用の実際」 原田昌範

34

看護師も孤立しないネットワークを構築

「へき地診療所看護師オンライン茶話会」

- 参加者：県内のへき地診療所（複数箇所）の看護師
へき地診療所、へき地医療拠点病院の医師
山口大学看護学部教員、県庁看護指導班、看護協会
医学生、看護学生、県外のへき地診療所（時々）
- 頻 度：毎週水or木 12:15～12:45（年1回リアル茶話会も開催）
※コロナ禍に始まり5年以上継続
- 目 的：へき地診療所看護師が孤立せず、経験と知識を共有し、
新たなキャリアパスを形成を目指す
- 内 容：最近の話題（処置で悩んだケースや感染流行状況）の共有
（雑談で終わることもあるくらいに、参加のハードルを低く設定）
- 方 法：様々なビデオ会議システムを利用。医師・看護師が交互にファシリテーション
- 効 果：へき地診療所の看護師同士で最近の話題が共有され、孤立しにくい
看護師がデバイスの扱いになれ、オンライン診療のハードルが下がる



普段からのコミュニケーション（顔の見える関係）が重要

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「医療現場におけるDXの活用の実際」 原田昌範

35

新型コロナウイルス感染症対策における医療DXの事例



宿泊療養施設



へき地の実証スキームを横展開
(D to P with N)

自宅療養



へき地から都市部の
自宅療養を支援
(D to P)

新型コロナウイルス感染症対策として
オンライン診療の規制が大幅に緩和

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「医療現場におけるDXの活用の実例」 原田昌範

36

第7波：かかりつけ医が宿泊療養先から離島の患者にオンライン診療

離島診療所の所長が「COVID-19」に感染

山口県柳井市平郡島：人口250人

2021年から常勤体制（週4日）から非常勤体制（週2日）に変更

かかりつけ医が、COVID-19に感染し、本土から離島診療に行けず、10日間の療養期間中に宿泊療養施設から、かかりつけの患者に定期外来日の計3日間、離島診療所の看護師と連携し、オンライン診療で診察。汎用システムとクラウド型電子カルテを使用。

実証事業として数回オンライン診療の実施経験があったため、当日はスムーズに実施できた。

看護師と連携することで、認知症、難聴の方にも特に問題なく対応でき、外来診療だけでなく、訪問診療も予定通り対応できた。

土日・夜間の診療を中心に
県外からオンライン診療が始まる



日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「医療現場におけるDXの活用の実例」 原田昌範

37

第8波：DXでつながるクラスター支援チーム

保健所は自然災害・健康危機管理の拠点

- YCISS（山口県新型コロナウイルス患者情報共有システム）で医療情報を共有
- クラスター対策研修会をオンラインで臨時開催
- 毎晩、オンライン会議で支援活動を共有（医師会、医療機関、DMAT、行政との連携）
- 平時から有事に備え、関係者でつながっておく

2040年に向けた新たな地域医療構想より（抜粋）

さらに、今後の医療DXの取組を進め、特に高齢者救急への対応が期待される包括期の病床を中心として、急性期や、慢性期においても入退院の円滑化や病床管理の質の向上等による効率化の取組を進める必要がある。

高齢者施設を含む在宅医療の安定化が鍵

高齢者施設を支援する
DMAT看護師とオンライン
診療を活用したトリアージ



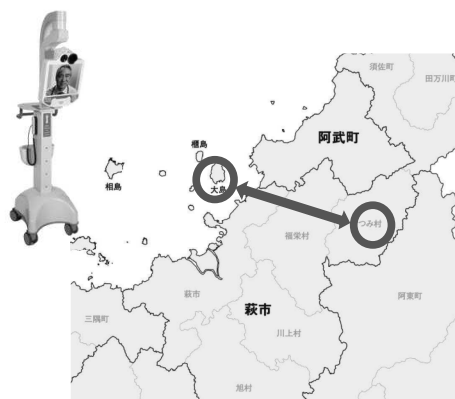
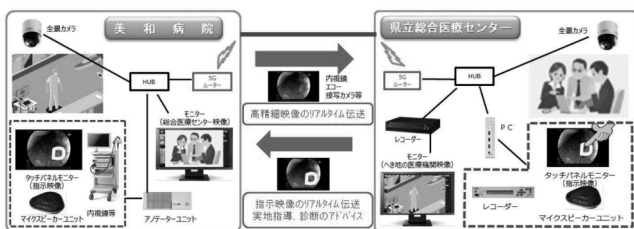
日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「医療現場におけるDXの活用の実例」 原田昌範

38

専門医や指導医が若手医師を遠隔支援（岩国・萩）

専門医によるD to P with D

指導医によるD to P with D



5G回線によるへき地医療支援事業（岩国市）
「若手医師の育成支援」と「へき地医療の質の向上」

【5Gの特徴】

高速大容量・低遅延・多発同時接続

→ 内視鏡検査（上部消化管、嚥下）

本土の先輩から離島の後輩へリアルタイムの遠隔指導

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「医療現場におけるDXの活用の実例」 原田昌範

39

無医地区へのオンライン巡回診療（山口市徳地診療所）

○ 山口県山口市徳地（旧徳地町）

・約4500人（高齢化率50%を越える）

・地域唯一の常勤診療所

・無医地区が2カ所が手つかず

→ 2023年10月から実証。2024年2月から実装。

医療MaaS × オンライン診療のメリット

- ・医師移動時間の短縮
- ・看護師の主体性の向上
- ・多職種（薬剤師）との連携が生まれる
- ・公民館などオープンスペースでの診療の場所の確保／プライバシーの確立が可能

課題はコスト（導入・維持）

※MaaS=Mobility as a Service の略



トヨタ車体ホームページより

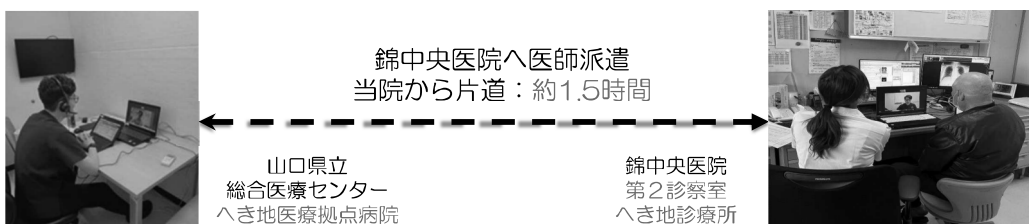
<https://toyota-shouyousya.com/topics/?p=563>

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「医療現場におけるDXの活用の実例」 原田昌範

40

対面にオンライン診療を組み合わせるへき地へ医師派遣

- ・2025年～ 医師不足により錦中央病院が錦中央医院へ診療所化
- ・外来2診体制を維持するため、2診の医師派遣を要請
- ・当院から毎週金曜日に医師を派遣（2診担当）※1診は原則対面診療
- ・対面診療（隔週）とオンライン診療（隔週）を交互にして医師派遣
- ・移動時間（往復3時間）がなく当院業務も可能となり働き方改革に寄与。
- ・錦中央医院の電子カルテも遠隔で閲覧・操作が可能



医師派遣を「対面診療」と「オンライン診療」を1：1で組み合わせ、移動時間（往復3時間）を有効活用し、派遣医師の負担を軽減（働き方改革）

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「医療現場におけるDXの活用の実例」 原田昌範

41

郵便局を活用（柳井市平郡島）



令和3年度 常勤医師が非常勤化

令和6年度 離島で全国初の実証

オンライン診療・オンライン服薬指導

令和7年度 離島で全国初の実装

まずはオンライン服薬指導から実装

令和6年度 郵便局等の公的地域基盤連携のあり方に関する調査研究（総務省）

○ 認められたメリット（※課題は、予約から支払い、薬の配送までのロジスティクス）

- 1) オンライン診療により診療日が増やせる（2日→3日/週）
- 2) オンライン服薬指導により薬剤師も離島へき地医療に関わることができる
- 3) 院内処方による課題（処方可能薬が限定・不良在庫↑）が解決できる
- 4) 看護師の負担が軽減できる（本来業務ができる：タスクシフト）

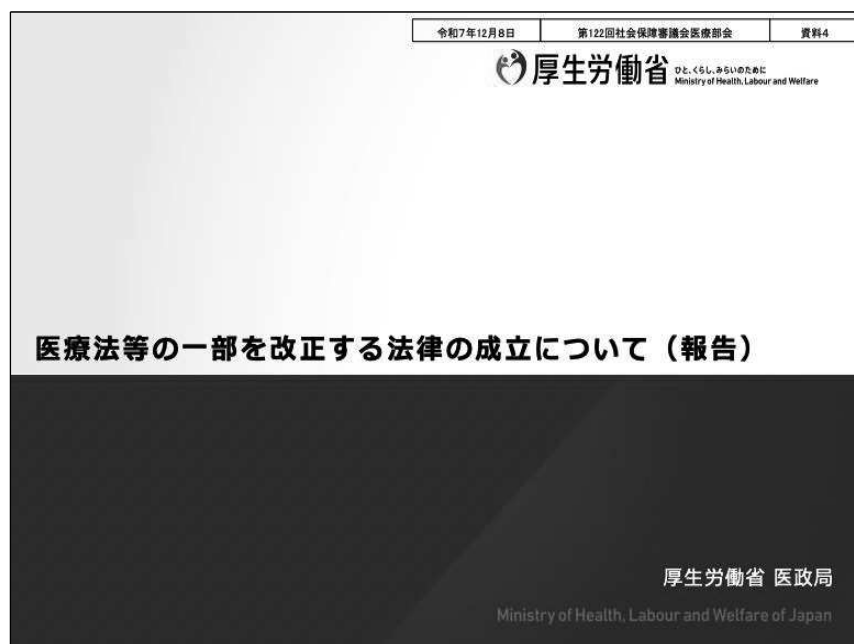
日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「医療現場におけるDXの活用の実際」 原田昌範

42

3. 遠隔医療のこれから

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「医療現場におけるDXの活用の実際」 原田昌範

43



オンライン診療が
医療法に定義された



- ・ 指針が省令に
- ・ 違反に対して
知事の是正命令
が可能になった

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「医療現場におけるDXの活用の実際」 原田昌範

44

不適切な診療の実態

国民生活センターによる注意喚起

国民生活センター
2023年12月

痩身目的等のオンライン診療トラブル

「ダイエット目的で数か月分の糖尿病治療薬が処方される「定期購入トラブル」が目立ちます」

<痩身目的等のオンライン診療でのトラブル例>



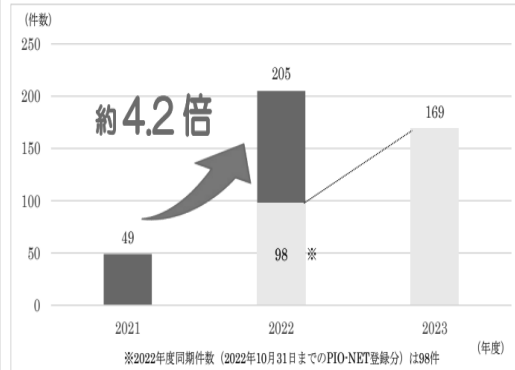
<ここに注意！>

- (1) 痩身目的等のオンライン診療を受診するときは、処方薬も含めて医師からしっかり説明を受けましょう
- (2) 糖尿病治療薬は痩身目的の使用に関して安全性と有効性は確認されていません
- (3) 解約条件等について申し込み前によく確認しましょう
- (4) トラブルにあった場合は、消費生活センター等に相談しましょう

相談は消費者ホットライン「188（いやや!）」番まで！

2023年12月20日掲載
国民生活センターHP

図1 PIO-NET¹における「美容医療¹のオンライン診療」に関する相談件数の推移



日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「医療現場におけるDXの活用の実例」原田昌範

45

患者さん目線でオンライン診療に期待される役割



参考：オンライン診療その他の遠隔医療の推進に向けた基本方針（令和5年6月）

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「医療現場におけるDXの活用の実例」原田昌範

46

法改正により可能になること

令和8年1月26日
第124回 社会保障審議会医療部会 資料1

- ① 医療法に、患者がオンライン診療を受ける専用の施設として「オンライン診療受診施設」（以下「オン診施設」）が位置付けられ、診療所と比較して簡素な要件・手続等のもと整備が可能になる。
- ② 「オンライン診療の適切な実施に関する指針」が省令に引き上げられ、違反に対しては都道府県知事等は正命令等が可能になる。

【オンライン診療が可能となる施設の類型】

	医療提供施設	その他	患者の自宅
	病院・診療所（注1） オン診施設（注2） Ex. 医療MaaS	Ex. 職場、学校、通所介護事業所など※	特養等 ・（特別）養護老人ホーム ・軽費老人ホーム ・有料老人ホーム
定義・要件等	・医師が公衆、特定多数者のための医療を行う場所（≧20床、≦19床） ・必要性を認めた場合（特例的） ・無医地区の医療確保等のために必要な巡回診療※県内の医療機関の事業として行う場合	・オン診を行う医師の勤務する医療機関等に、患者のオン診受診場所を提供する施設	・居住と同様、療養生活を営む場所であって患者が長時間にわたり滞在※、量々の患者の事情で異なる。医師の確認が必要。
行政手続	・開設許可/届出（10日以内）が必要 ・管理医師（原則、勤務時間中常勤）が必要 ・開設申請の際、住民の受診機会が不十分と考える理由の届出 ・診療所届出不要 ・実施計画（3～6月毎）等の届出	・設置届出（10日以内）	なし

（注1）診療所は歯科診療所を含む。また、以降の取扱いには歯科におけるオンライン診療の取扱いも同じ。

（注2）都道府県等において必要性があると認められた場合に、特例的に開設を可能とする医師が常駐しないオンライン診療のための診療所。以下同じ。

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「医療現場におけるDXの活用の実例」原田昌範

オンライン診療受診施設

↓
許可でなく届出で設置が可能に（10日以内）

47

令和7年度厚生労働行政推進調査事業費補助金 (厚生労働科学特別研究事業)

【特別研究】厚生労働省医政局総務課（原田班）

研究課題：オンライン診療における安全性の向上と実効性の確保のために
重要な診療情報や看護師が果たす役割の検討のための研究

課題番号：25CA2011

研究代表者：原田 昌範（公益社団法人地域医療振興協会 研究員）

分担研究者：阿江 竜介（自治医科大学公衆衛生学 教授）

古城 隆雄（埼玉県立大学 教授）

- (1) 阿江班（オンライン診療の安全性についての比較研究）
- (2) 古城班（オンライン診療における看護師の医行為についてのアンケート調査）
- (3) 原田班（オンライン診療受診施設の実証）
- (4) 市村班（海外調査）
- (5) 橋本班（小児科領域における対面接点連携型オンライン診療の実証の研究）

厚生労働行政推進調査事業費（原田班）令和8・9年度延長

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「医療現場におけるDXの活用の実践」原田昌範

48

D to P with Nで実施される診療の補助行為

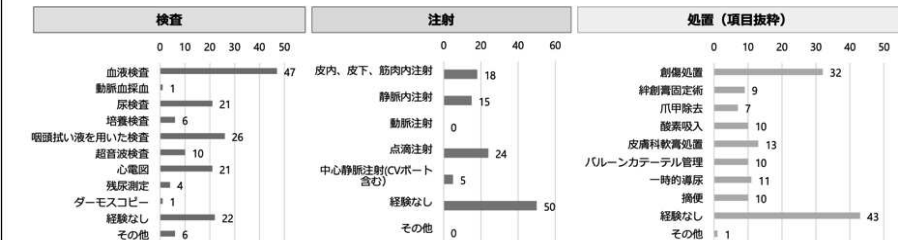
中医協 総一
7. 1 1. 7

- 平成28年度診療報酬改定において、医師の指示に基づき、在宅医療において看護師等が医師の診療日以外の日に行った検体採取や、使用した特定保険医療材料及び薬剤に関する診療報酬上の取扱が明確化された。
- 令和7年度厚生労働科学特別研究事業の調査によると、患者が看護師という場合のオンライン診療において、看護師が実際に実施したことのある診療の補助行為として、検査としては採血、咽頭拭い液を用いた検査、尿検査、心電図等が挙げられ、処置・注射としては点滴注射、創傷処置、皮膚科軟膏処置等が挙げられた。

特定保険医療材料等の算定の明確化（平成28年度診療報酬改定）

	訪問看護等
薬剤	初診、再診又は在宅医療において、患者の診療を担う医師の指示に基づき、当該医師の診療日以外の日に訪問看護ステーション等の看護師等が、患者に対し点滴又は処置等を実施した場合は、当該保険医療機関において、点滴又は処置等に用いた薬剤及び特定保険医療材料（患者に使用した分に限り）の費用を算定できることとする。
特定保険医療材料	
検体検査	初診、再診又は在宅医療において、患者の診療を担う医師の指示に基づき、当該医師の診療日以外の日に訪問看護ステーション等の看護師等が、患者に対し検査のための検体採取等を実施した場合は、当該保険医療機関において、検体検査実施料の費用を算定できることとする。（当該医療機関は、検体採取に当たって必要な試験管等の材料を患者に対して支給する。）

D to P with Nで実施される診療の補助行為の例（調査項目抜粋）（n=81）



出典：令和7年度厚生労働科学特別研究事業「オンライン診療における安全性の向上と実効性の確保のために重要な診療情報や看護師が果たす役割の検討のための研究（研究代表者：原田昌範）」

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「医療現場におけるDXの活用の実践」原田昌範

へき地での
活用実態を
アンケート調査



検査、注射、処置
それぞれ、すでに
D to P with Nで
活用されていた

49

令和8年度診療報酬改定（D to P with N）

（新）訪問看護遠隔診療補助料（1日につき）

265点 医師と同一の医療機関の看護師等
2,650円 訪問看護ステーションの看護師等

【訪問看護遠隔診療補助料の留意事項通知（主なもの）】

緊急に診療を要する患者であって通院が困難なものに対して行う場合については、患者又は家族等の患者の看護等に当たる者が、当該保険医療機関に対し緊急に直接診療を求め、当該保険医療機関の医師が、看護師等が同席の下で診療を行う必要があると判断し、可及的速やかに患者に看護師等を訪問させて診療の補助を行った場合に算定できるものであり、定期的ないし計画的に情報通信機器を用いた診療を行った場合には算定できない。

（新）看護師等遠隔診療検査実施料、看護師等遠隔診療処置実施料

100-150点

（新）看護師等遠隔診療注射実施料

100点

（継続）看護師等遠隔診療補助加算（へき地のみ）

50点

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「医療現場におけるDXの活用の実践」原田昌範

50

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会

令和8年度診療報酬改定（D to P with D）

【Ⅲ-3-2 外来、在宅医療等、様々な場面におけるオンライン診療の推進-③】

③ 遠隔連携診療料の評価の拡大

第1 基本的な考え方

D to P with D によるオンライン診療について、期待される役割や調査結果を踏まえ、遠隔連携診療料の対象疾患を見直すとともに、入院及び訪問診療における活用について、新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

- 遠隔連携診療料の対象疾患について、希少がん及び医療的ケア児（者）を追加し、人口の少ない地域に所在する医療機関に限り、悪性腫瘍、膠原病及び透析を追加するとともに、評価を見直す。
- 遠隔連携診療料について、在宅医療において主治医の求めを受けて情報通信機器を用いた診療を実施する場合の評価を新設する。
- 遠隔連携診療料について、入院患者に対する情報通信機器を用いた対診に係る評価を新設する。

改定案	現行
【B005-11 遠隔連携診療料】	【B005-11 遠隔連携診療料】
1 外来診療の場合 900点	1 診断を目的とする場合 750点
2 訪問診療の場合 900点	2 その他の場合 500点
3 入院診療の場合 900点	(新設)
【算定要件】	【算定要件】
注1 1については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、対面診療を行っている入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、診断又は治療管理を行うことを目的として、患者の同意を得て、当該施設基準を満たす別に厚生労働大臣が定めるものに関する専門的な診療を行っている他の保険医療機関の医師に事前に診療情報提供を行った上で、当該患者の来院時に、情報通信機器を用いて、当該	注1 1については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、対面診療を行っている入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、診断を目的として、患者の同意を得て、当該施設基準を満たす希少がん又は医療的ケア児に関する専門的な診療を行っている他の保険医療機関の医師に事前に診療情報提供を行った上で、当該他の保険医療機関の医師と連携して

532

（拡大）遠隔連携診療料（B005-11）

- 1 診断を目的とする場合 750点
 - 2 その他の場合 500点
- 5,000-7,500円



- 1 外来診療の場合 900点
 - 2 訪問診療の場合 900点
 - 3 入院診療の場合 900点
- 9,000円

51

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「医療現場におけるDXの活用の実践」原田昌範

令和8年度診療報酬改定 Ⅲ-3-2 外来、在宅医療等、様々な場面におけるオンライン診療の推進-③

遠隔連携診療料の評価の拡大②

遠隔連携診療料の見直し②

- D to P with D によるオンライン診療について、期待される役割や調査結果を踏まえ、遠隔連携診療料の対象疾患を見直すとともに、入院及び訪問診療における活用について、新たな評価を行う。

対象患者	遠隔診療を行う保険医療機関
外来診療の場合	- 指定難病の患者※1 - てんかんの患者※1※2 - 希少がんの患者※1 - 小児慢性特定疾病医療支援の対象患者※1 - 医療的ケア児（者） - 悪性腫瘍の患者（治療中のものに限る） - 膠原病の患者（治療中のものに限る） - 慢性維持透析の患者
訪問診療の場合	- 標榜していない診療科であって、その診療科の医師でなければ困難な診療を要する者 - 医療的ケア児（者）
入院診療の場合	- 外来緩和ケア管理料の対象患者 - 指定難病の患者 - 希少がんの患者 - 日本臓器移植ネットワークに臓器移植希望者として登録された患者 - 小児慢性特定疾病医療支援の対象患者 - 標榜していない診療科であって、その診療科の医師でなければ困難な診療を要する者

注) 青字の対象患者については、当該保険医療機関が人口の少ない地域に所在する場合に限る。

※1 診断を目的とした場合には、疑い患者を含む。

※2 外傷性のてんかん（診断を目的とした場合に限る。）及び知的障害を有する者に係るものを含む。

D to P with D

難病とてんかん



難病とてんかん



希少がん
小児慢性特定
医療的ケア児

※さらにへき地は
+

悪性腫瘍（治療中）
膠原病（治療中）
慢性維持透析

52

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「医療現場におけるDXの活用の実践」原田昌範

オンライン診療受診施設の実証

- 実装して期待される利点と運用上懸念される課題の整理
 - ①次のパンデミックに備え、コロナ禍のPCR検査の手技の実態把握
 - ②実証フィールドでの実態調査
 - マニュアル（医療機器、医療廃棄物の管理を含む）の作成

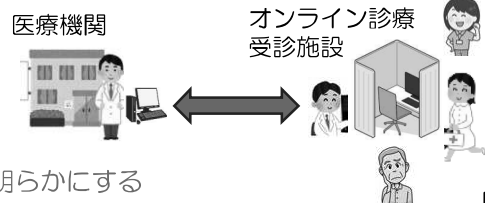
- 実証フィールド：
 - A：公民館（萩市相島）
 - B：郵便局（周南市、柳井市、鳥羽市）
 - C：医療MaaS（山口市徳地、鳥羽市）
 - D：その他（役所、地域包括支援センター、避難所、介護事業所等）



看護師の有無で場合分けして実証

- ①「D to P」
- ②「D to P with オンライン診療支援者」
- ③「D to P with N」

⇒ 受診者側にいる看護師等が果たす役割や強みを明らかにする



53

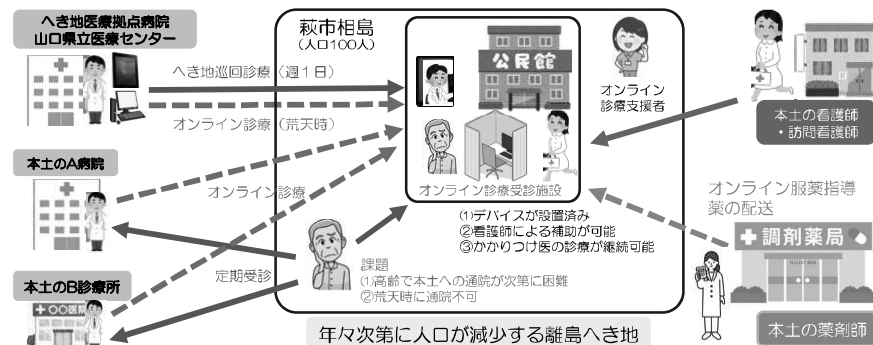
日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「医療現場におけるDXの活用の実践」原田昌範

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会

オンライン診療受診施設 実証ケースA（公民館）～萩市相島～

小規模離島（人口100人）に「オンライン診療受診施設」を設置する場合

- ・常駐する医師・看護師が不在。へき地医療拠点病院から公民館に巡回診療を週1日実施し、約1割の島民が利用。
- ・本土に定期通院できる島民の課題は、高齢化で次第に通院困難となることや荒天時に通院が不可となること。
- ・本土の看護師、訪問看護師が定期的に離島に渡るため「D to P with N」のオンライン診療に対応できる状況。
- ・課題は、医師・看護師が不在の時間帯（オンライン診療支援者を活用）と薬（オンライン服薬指導を活用）。



- ・複数の医療機関でオンライン診療受診施設を共有することで、より多くの島民の医療アクセスが改善
- ・看護師（with N）、オンライン診療支援者、薬剤師（オンライン服薬指導）を組み合わせることが重要

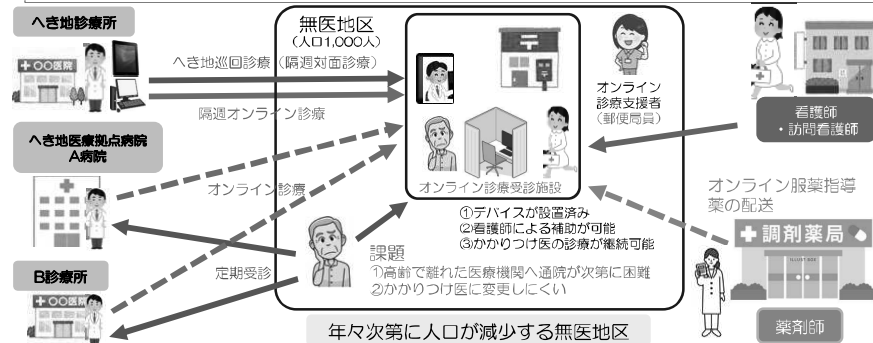
日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「医療現場におけるDXの活用の実例」原田昌範

54

オンライン診療受診施設 実証ケースB（郵便局）～周南市和田～

無医地区（人口1,000人）の郵便局に「オンライン診療受診施設」を設置する場合

- ・1,000人の地区唯一の民間医院の高齢医師が引退し、無医地区となり、住民は10km以上通院する必要が生じた。
- ・無医地区が数年間続き、離れた医療機関にかかりつけ医を持ったが、通院が困難となる高齢者が現れてきた。
- ・市は、郵便局の空きスペースを活用し、へき地診療所の医師による巡回診療（週1日）を開始した。
- ・巡回診療は、対面診療にオンライン診療（D to P with N）・オンライン服薬指導を組み合わせた。
- ・一旦、かかりつけ医が別の医師に変わると、巡回診療は週1日の開設でもあり、巡回診療の利用者が増えにくい。



- ・複数の医療機関でオンライン診療受診施設を共有することで、より多くの地域住民の医療アクセスが改善
- ・看護師（with N）、薬剤師、オンライン診療支援者（郵便局員）等を組み合わせることが重要
- ・複数の医療機関から予約できたり、支払い、薬の配送に至るまで、システム化（パッケージ化）が必要

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「医療現場におけるDXの活用の実例」原田昌範

55

令和8年度診療科偏在対策のための適切な遠隔医療等推進事業

診療科偏在対策のための適切な遠隔医療等推進事業

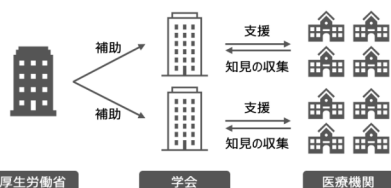
令和7年度補正予算額 10億円

1 事業の目的

- 必要な診療科を地域で確保するためには、都市部等に所在する各診療科の医師が地方を支えるため、遠隔医療の活用が求められる。その上で、適切な遠隔医療を行うためには、各診療領域の特性に応じた対応や、都道府県等と連携が必要であることから、各診療領域に係る学会が必要な実証研究の実施やマニュアルの作成等を通して、さらなる診療科偏在対策に資することを目的とする。

2 事業の概要・スキーム

- ・地域で一定の医療ニーズが認められている診療科において、オンライン診療を含む遠隔医療の活用にあたって、領域ごとの必要な知見、都道府県等と連携した適切な遠隔医療の推進に係る好事例の収集や、マニュアルの作成等に対して補助を行う。



- (1) 学会は実証研究を行うための施設を選定し、必要な支援を実施するとともに、知見の収集等を行う。
- (2) 各学会において、オンライン診療を含む遠隔医療を適切に実施するためのマニュアルを作成する。

- ・補助先：学会
- ・補助率：定額

3 実施主体等

- ◆実施主体：関係学会等（基本領域学会、サブスペシャリティ学会）
- ※補助の内容については、以下の範囲をイメージ。
- ✓補助対象：機器の初期コスト、実証に参加する医師・事務員等の人件費、研究計画等策定のための会議費・倫理審査手数料、関連委託費、等
- ✓補助対象外：機器・人件費等の2年目以降のコスト、等

全国で100以上の
実証が進行中

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「医療現場におけるDXの活用の実例」原田昌範

56

休日診療所にオンライン診療を組み合わせる

自宅型

(防府市)

課題：平日1次救急を2次が対応
期待される効果

- ① 2次・3次救急の負担軽減
- ② 休日対面診療の負担軽減
- ③ 災害時の診療支援

防府市休日診療所（2024.10月～）

開設者：防府市長

管理者：防府医師会長

- 医師会員とふるさと診療ドクターが連携してローテーションに入る
- 平日（週2日）から運用開始
- 2024年度の年末年始（2日間）
・対面診療にオンライン診療を併用
- 2025年～段階的に診療日を週4日
- 2026年から毎日実施

来院型

(岩国市)

課題：医師会病院においては初期
小児救急は日曜・祝日午前中のみ
で、夜間は軽症小児患者を受け入
れる体制が不十分

岩国市医療センター医師会病院内

2025.4月～

D to P with N形式で診療

- ふるさと診療ドクターが県外から診療
- 平時から運用開始（週2日から）
- 2025年度の年末年始（4日間）
・対面診療にオンライン診療を併用
- 2026年～成人救急にも拡大

ふるさと診療ドクター：山口県にゆかりのある医師

運営委託先：(株)JMインテグラル

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「医療現場におけるDXの活用の実例」原田昌範

57

平時の取り組みを災害時にも（令和7年5月山口県防災訓練）

避難所に設置されたオンライン診療ブースで
防府市休日診療所の医師・薬剤師と結び
オンライン診療・オンライン服薬指導を体験
保健師が患者のそばでサポート



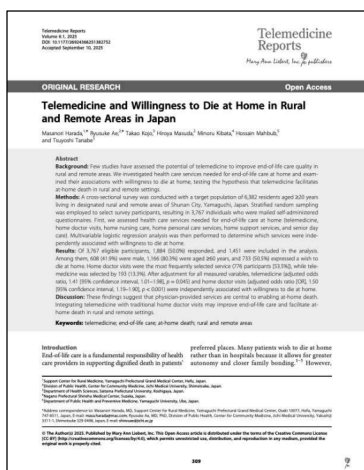
山口県総合防災訓練にて
村岡知事もオンライン診療を体験

折りたたみ式
非常設置ブース
スターリンク
を活用

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「医療現場におけるDXの活用の実例」原田昌範

58

日本のへき地における遠隔医療と在宅看取り



Telemedicine Reports Volume 6.1, 2025

Accepted September 10, 2025

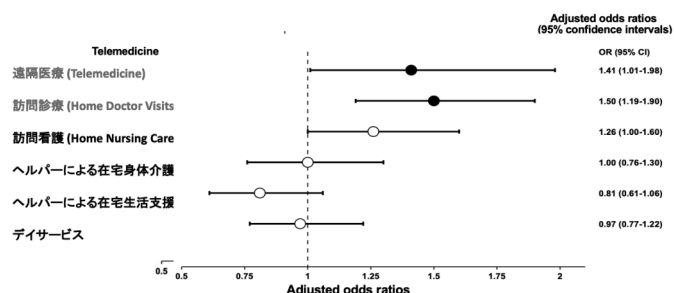
Telemedicine and Willingness to Die at Home in Rural and Remote Areas in Japan

Masanori Harada, Ryusuke Ae, Takao Kojo, Hiroya Masuda, Minoru Kibata, Hossain Mahbub, and Tsuyoshi Tanabe

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「医療現場におけるDXの活用の実例」原田昌範

- ・ 日本のへき地において、「医師による遠隔医療」と「医師による訪問診療」は在宅看取りの意向と独立して関連していた。
- ・ 医療資源が限られた地域において、かかりつけ医による訪問診療と遠隔医療を組み合わせることは、住民が希望する場所での最期を支える有効な手段となる可能性がある。

(N=1,451)



59

おわりに「遠隔診療をどう組み合わせるのか」

- 1) 目指すゴールは「持続可能な地域包括ケアの推進・深化」
- 2) 看護師をはじめとする多職種との連携で組み合わせる
- 3) 普段からの顔の見える関係とリアルタイムの情報共有が重要
- 4) 最初は引き算ではなく足し算として活用
- 5) 地域の課題に合わせて、郵便局や休日夜間診療にも組み合わせる
- 6) 有事（自然災害・健康危機）に備え、平時から利用しておく
- 7) 医師および診療科の偏在対策の一助として期待

ご清聴ありがとうございました

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「医療現場におけるDXの活用の実践」 原田昌範

60

症例検討～がん／非がんの緩和ケア～

【目 標】

「がんの緩和ケア」

かかりつけ患者ががんで緩和ケアを要する状態になり、在宅で療養したいと希望する場合、我々かかりつけ医だからこそ展開できる医療支援が沢山ある。

患者が安心して楽に生活を継続できるよう、がんの緩和ケア領域での予後予測ツール、がん性疼痛管理の基本について学習する。また、患者の生き甲斐や意向に配慮した療養生活となるよう、生活に配慮した在宅医療計画の立て方、在宅医療を提供する多職種との連携、入院医療機関など専門的な治療を提供する機関との連携手法を学習する。

かかりつけ医として、患者の人生の最終段階における意思決定にどう寄り添い、患者他界後、遺族にどう声がけをすべきかについても触れていきたい。

「非がんの緩和ケア」

超高齢社会となった日本における死因は悪性腫瘍が第1位であるが、心疾患、老衰、脳血管疾患、肺炎と続く。多くの高齢者は非がん疾患で亡くなる。通院困難となった高齢者には、かかりつけ医による在宅医療が提供される。終末期を在宅で迎えたいという意思がある場合は、緩和ケアの知識と実践が必要となる。本講では慢性心不全を取り上げ、外来診療から急性増悪による入退院を繰り返し終末期を在宅で迎えた事例を提示する。Shared Decision Making(SDM)を基にした治療最適化や在宅での療養自体が症状緩和につながる、緊密な病診連携・多職種との連携、Advance Care Planning (ACP) を基に家族に見守られながら在宅看取りまでのプロセスの中で醸成される納得感など、かかりつけ医が継続的に関わる重要性につきお伝えしたい。

【キーワード】

アドバンス・ケア・プランニング (ACP)、多職種連携、慢性心不全、在宅緩和ケア

たかそえ あすか
高添 明日香

医療法人桜花会 あすか在宅クリニック 理事長・院長

【略歴】

2007年3月 日本大学医学部医学科卒業

2007年4月より JA 長野厚生連佐久総合病院初期臨床研修 (2009年4月より同病院総合診療科後期研修)

2012年4月より 山梨市立牧丘病院内科勤務

2016年9月より 社会福祉法人緑樹会ほくと診療所勤務 (2017年4月同診療所副院長就任)

2018年4月より あすか在宅クリニック開設 (2018年5月開業、2022年9月法人化)

【学会・専門医など】日本内科学会 (総合内科専門医)、日本プライマリケア連合学会 (認定医)、日本在宅医学会 (認定専門医・指導医)、一般社団法人在宅療養支援医協会 (理事)

さこむら やすなり
迫村 泰成

医療法人社団若水会 牛込台さこむら内科 院長

【略歴】

1984年信州大学医学部卒業。信州大学第3内科に入局し、一般内科、神経内科、循環器内科を研修 (2年間) と、福山循環器病院循環器内科勤務 (2年間) を経て、1989～1993年に東京女子医科大学心臓血管研究所循環器内科 (細田瑳一教授) にて循環器病の専門的研修、1993～1995年に東京大学第3内科学教室 (永井良三先生研究室) にて動脈硬化の分子生物学的研究 (学位取得)。1995年東京女子医科大学循環器内科に戻り、2002年6月まで循環器病の臨床、学生教育、病理研究に従事 (外来、病棟長、心血管病理主任、准講師、2023年まで非常勤講師)。2002年～父のクリニックを継承し、さこむら内科院長として診療中 (内科、循環器内科)、昼休みと水曜午後には訪問診療を行う。

【役職・資格・所属学会等】東京医科大学 (臨床研修地域医療指導教授)、認知症サポート医、東京都医師会在宅医療委員会 (委員長)、東京都循環器病対策推進協議会 (委員)、日本内科学会、日本循環器学会、日本心臓病学会、日本プライマリ・ケア連合学会 など

症例検討 ～がん／非がんの緩和ケア～

医療法人桜花会 あすか在宅クリニック
理事長・院長

高 添 明 日 香

医療法人社団若水会 牛込台さこむら内科
院長

迫 村 泰 成

がんの緩和ケア

医療法人桜花会 あすか在宅クリニック
理事長・院長

高 添 明 日 香

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「症例検討～がん／非がんの緩和ケア～」 高添明日香、迫村泰成

1

講義の内容

かかりつけ患者が「がん」に罹患し、かかりつけ医による診療を求めた場合、我々はどういう姿勢で何に注視して取り組むべきであるか、事例を通してポイントを整理する。

目次

1. 在宅緩和ケアとは
2. かかりつけ医が展開すべきがんの緩和ケア（事例）
3. 地域で成熟させるがんの緩和ケア

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「症例検討～がん／非がんの緩和ケア～」 高添明日香、迫村泰成

2

在宅緩和ケアとは

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「症例検討～がん／非がんの緩和ケア～」 高添明日香、追村泰成

3

在宅緩和ケアとは

人は誰もがいつしか死を経験する。在宅緩和ケアとは、自宅（居宅）や居住施設において、医療・福祉・介護機関が連携しながら多職種で提供する緩和ケアシステムである。

「住み慣れた地域で、人生最期まで自分らしい暮らしを続ける」という「地域包括ケア」の中核であり、24時間応需の医療支援と生活支援を含めて運用される必要がある。

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「症例検討～がん／非がんの緩和ケア～」 高添明日香、追村泰成

4

在宅緩和ケアの目標

在宅緩和ケアの最終的な目標は、患者や家族が最期まで不安なく楽に生活できることであり、その延長上に在宅（施設を含む）で穏やかに看取られることが位置する。

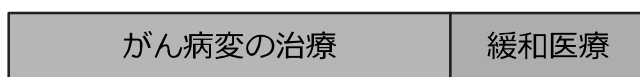
看取りの時をもって、患者当人への在宅緩和ケアは終了となるが、残された遺族に対する「グリーフケア」を考慮したケアが提供されるべきである。

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「症例検討～がん／非がんの緩和ケア～」 高添明日香、追村泰成

5

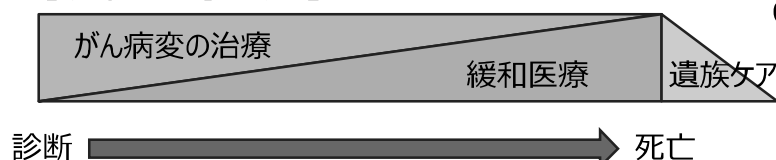
緩和ケアの考え方

【従来の考え方】



緩和ケアは「終わりの医療」ではない

【現在の考え方】



がんと診断された時から、QOL向上のために開始する

かかりつけ医が展開すべき がんの緩和ケア

かかりつけ医が展開すべき がんの緩和ケア

1. 患者の予後を予測し医療計画を立てる
2. 患者・家族も交えて在宅緩和ケアの目標（目指す方向性）を考える（アドバンス・ケア・プランニング）
3. がん性疼痛を柱とした苦痛症状を十分緩和する
4. 患者の生活や生き甲斐に配慮する
5. 多職種でケアに関わる
6. グリーフケアを心がける

事例提示

具体的にイメージしやすいように
事例を通して検討していく

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「症例検討～がん／非がんの緩和ケア～」高添明日香、迫村泰成

9

事例（山梨花子さん 64歳）

高血圧症・高脂血症でA医院に20年前から通院している。
花子さんには児が2人（長男・次男）あるが、成人し他県
で所帯を持っている。

2か月前より、食欲不振や下腹部の張りが出現しA医院
で相談した。腹部超音波検査にて、左卵巢腫瘍＋腹膜播種
像＋腹水貯留を認め、地域の基幹病院に紹介した。

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「症例検討～がん／非がんの緩和ケア～」高添明日香、迫村泰成

10

事例（山梨花子さん 64歳）

左卵巢がん＋腹膜播種の診断にて、1年間基幹病院で化
学療法を受けたが状態は好転せず。BSC(ベストサポーティ
ブケア)に切りかえる事となった。

腸閉塞で入院し、胃管留置・絶食・補液で治療を受けた。
胃管が抜け、低残渣食を摂取できる状態まで回復したが、
医療用麻薬が開始となった。在宅で療養したいが、夫（67
歳・退職後）に介護できるか不安もありA医院に相談した。

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「症例検討～がん／非がんの緩和ケア～」高添明日香、迫村泰成

11

相談を受けたA医師による課題の整理

高血圧症・高脂血症→カルシウム拮抗薬とスタチン内服

左卵巣がん・腹膜播種→腹水増加に注意（腹水穿刺？）

腸閉塞再発に注意（胃管再留置？）

がん性疼痛 →医療用麻薬管理中（モルフィナン系オピオイド）

疼痛増悪に注意（オピオイド増量？）

同居家族は夫のみ →介護負担に配慮・身体介護は厚めに

大事にすべきは本人の意思 →最期まで在宅で療養したい

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「症例検討～がん／非がんの緩和ケア～」高添明日香、迫村泰成

12

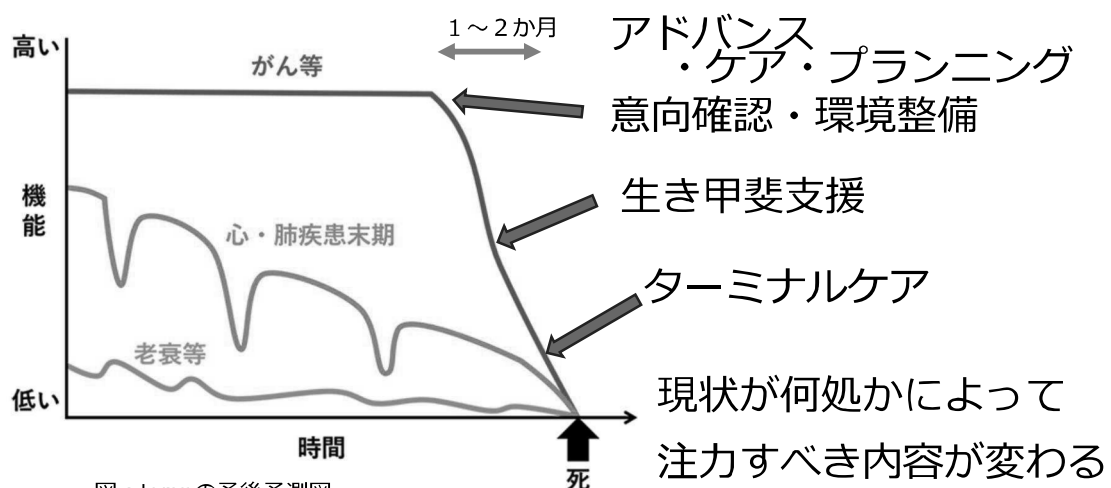
かかりつけ医が展開すべき がんの緩和ケア

1. 患者の予後を予測し医療計画を立てる
2. 患者・家族も交えて在宅緩和ケアの目標（目指す方向性）を考える（アドバンス・ケア・プランニング）
3. がん性疼痛を柱とした苦痛症状を十分緩和する
4. 患者の生活や生き甲斐に配慮する
5. 多職種でケアに関わる
6. グリーフケアを心がける

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「症例検討～がん／非がんの緩和ケア～」高添明日香、迫村泰成

13

予後予測の重要性



日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「症例検討～がん／非がんの緩和ケア～」高添明日香、迫村泰成

14

A医師は花子さんの予後を予測した

PaPスコア (Palliative Prognosis Score)

臨床的な予後の予測	1～2週 3～4週 5～6週 7～10週 11～12週 13週以上	8.5 6.0 4.5 2.5 2.0 0
Karnofsky Performance scale	10～20 30以上	2.5 0
食欲不振	あり なし	1.5 0
呼吸困難	あり なし	1.0 0
白血球数 (/mm ³)	> 11000 8501～11100 ≤8500	1.5 0.5 0
リンパ球 (%)	0～11.9 12～19.9 ≥20	2.5 1.0 0

花子さん 2点

Karnofsky Performance Scale

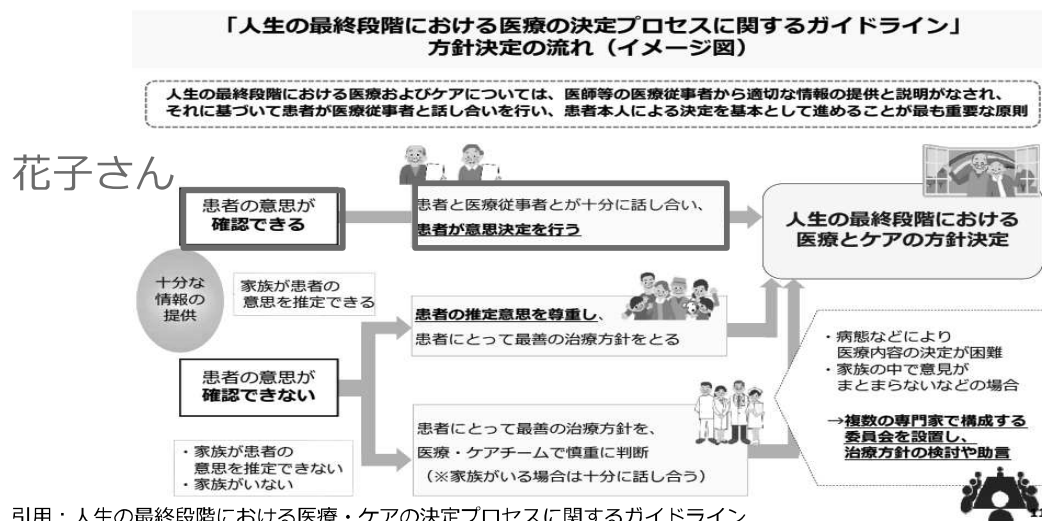
正常の活動が可能 特別な看護が必要ない	正常。臨床症状無し。 軽い臨床症状はあるが、正常活動が可能。 かなり臨床症状があるが、努力すれば〃。	100 90 80
労働は不可能 自宅で生活できる 様々な程度の介助を 必要とする	自分自身の世話は可能だが正常活動は不可。 自分に必要な事はできるが時々介助が必要。 病状を考慮した看護および定期的な医療行為が必要。	70 60 50
身の回りの事が自分で できない 施設/病院と同様の看護を 必要とする 疾患が急速に進行している	動けず、適切な医療および看護が必要。 全く動けず。入院が必要だが死は差し迫っていない。 非常に重症。入院が必要で精力的な治療が必要。 死期が切迫している。	40 30 20 10

9点以上 → 21日以下(週単位)の生存期間
5. 5点以下 → 30日以上(月単位)の生存期間
となる可能性が高い

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「症例検討～がん／非がんの緩和ケア～」高添明日香、追村泰成

15

A医師は病棟に出向き、花子さんの意向を確認した



日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「症例検討～がん／非がんの緩和ケア～」高添明日香、追村泰成

16

花子さんの意向

ここまで「がん」を治すための治療を頑張ったが、最期は家族と共に自宅で静かに過ごしたいと思う。在宅医療で、痛みの管理、体調悪化時の対応が可能か心配している。

夫は料理好きで世話好きなため、支援者の力を借りれば基本的な介護は可能だと思うが…最期まで看られるか、負担をかけ過ぎないか心配でもある。子供たちは他県に済み、介護に参加することは難しいが、何とか孫の七五三をみてから死にたい。

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「症例検討～がん／非がんの緩和ケア～」高添明日香、追村泰成

17

A医師から花子さんへの医療情報提供

A医師が知る夫は、十分介護ができる方である。介護負担が過大となり疲弊しないよう、介護支援を受けましょう。

推定予後は短い月単位。がん性疼痛（医療用麻薬）の管理も、腹水増加時の腹水穿刺や腸閉塞時の胃管留置も、在宅医療で実施できる。意向はいつでも撤回可能だが、十分最期まで自宅で過ごせる方である。

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「症例検討～がん／非がんの緩和ケア～」 高添明日香、迫村泰成

18

A医師の話を聞いて

花子さんは自宅に戻り在宅緩和ケアを受けることを改めて希望した。

隣でやり取りを聞いていた夫も頷き、A医師の伴走があり、支援者の医療・介護支援があれば、自宅でみてやりたいと話した。息子2人にも、七五三祝いの写真撮影のために招集をかけるようだ。2人に笑顔が見られた。

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「症例検討～がん／非がんの緩和ケア～」 高添明日香、迫村泰成

19

最も重要なのは、本人の意向と家族の覚悟



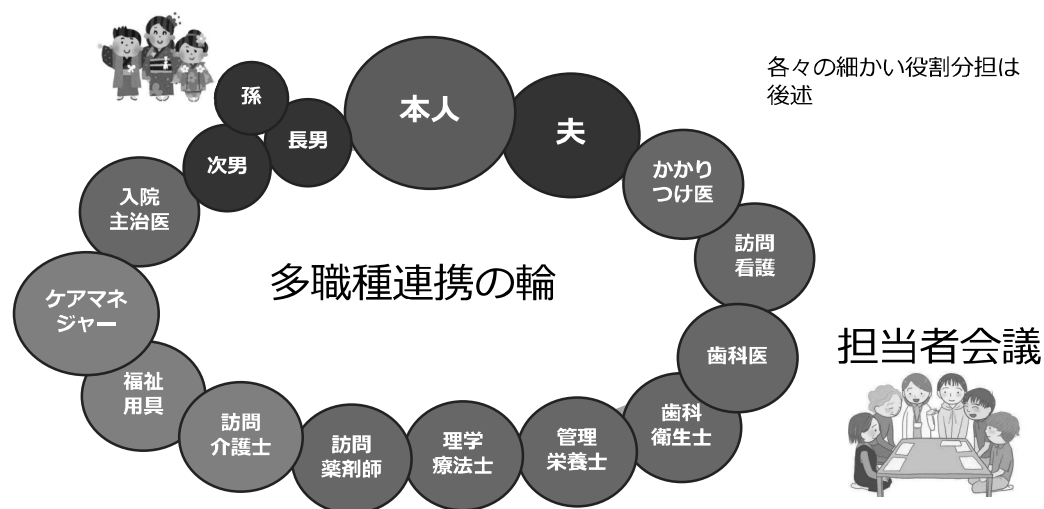
A医師は、花子さんの退院に合わせて在宅医療・ケアにかかわるチームを自宅に招集した。

引用：平成28年3月 地域包括ケア研究会報告
地域包括ケアシステムと地域マネジメント

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「症例検討～がん／非がんの緩和ケア～」 高添明日香、迫村泰成

20

生活を支える→多職種連携



日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「症例検討～がん／非がんの緩和ケア～」 高添明日香、追村泰成

21

かかりつけ医が展開すべき がんの緩和ケア

1. 患者の予後を予測し医療計画を立てる
2. 患者・家族も交えて在宅緩和ケアの目標（目指す方向性）を考える（アドバンス・ケア・プランニング）
3. がん性疼痛を柱とした苦痛症状を十分緩和する
4. 患者の生活や生き甲斐に配慮する
5. 多職種でケアに関わる
6. グリーフケアを心がける

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「症例検討～がん／非がんの緩和ケア～」 高添明日香、追村泰成

22

担当者会議にて

A医師は目標と在宅療養のポイントを共有した。

【目標】

- ①苦痛なく楽に生活する
- ②QOLを維持する
- ③孫の七五三祝いをする

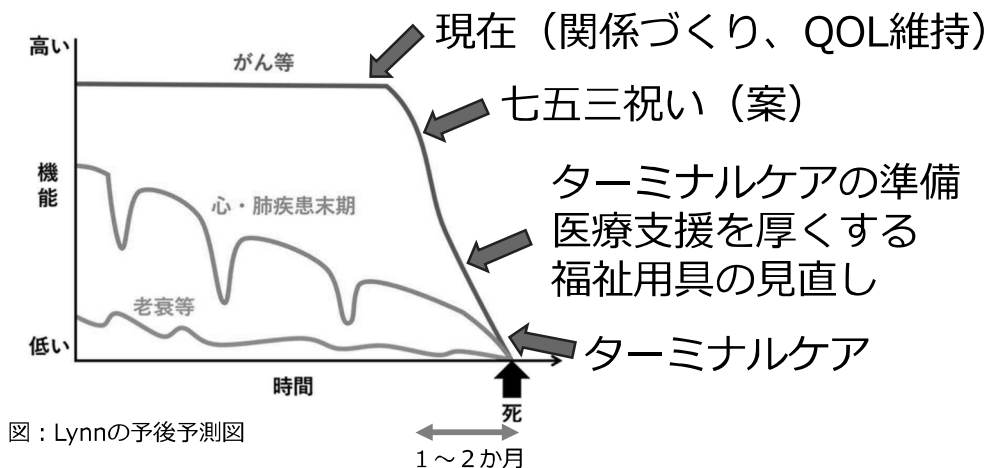
【在宅療養のポイント】

- ①情報共有
- ②苦痛緩和（がん性疼痛、他）
- ③十分な生活支援
- ④生き甲斐支援
- ⑤逃げ道の用意

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「症例検討～がん／非がんの緩和ケア～」 高添明日香、追村泰成

23

① 情報共有 予後は短い月単位 最期まで自宅に居たい



日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「症例検討～がん／非がんの緩和ケア～」高添明日香、追村泰成

24

② 苦痛緩和（がん性疼痛、他）

がん患者の70－80%に出現するがん性疼痛は、身体のみならず、心理、生活にも影響を及ぼし、在宅療養を中断する大きな要因となる。

A医師はベースをオキシコドン徐放製剤で、レスキューをオキシコドン速放製剤で管理していくこと、痛み増悪時にはベース量を増量調整（30～50%UP）すること、服薬困難時は貼付剤にスイッチすることを示した。

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「症例検討～がん／非がんの緩和ケア～」高添明日香、追村泰成

25

② 苦痛緩和（がん性疼痛、他）

医療用麻薬の三大副作用として便秘・嘔気・眠気がでやすいことにも触れ、予防薬を処方するが、支援者も十分に配慮し、状態の報告をするように依頼した。

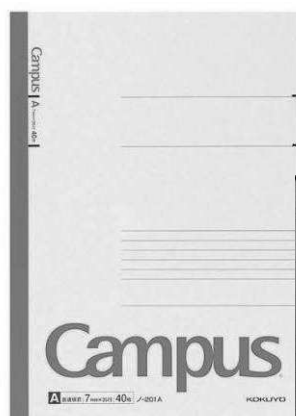
状態の共有のために、患家には「連絡ノート」を置き支援者や家族が日頃の様子や気になる事を記載すること、即時解決を要する事や療養支援の根本を見直すべき事については「ICTツール」を用いることを確認した。

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「症例検討～がん／非がんの緩和ケア～」高添明日香、追村泰成

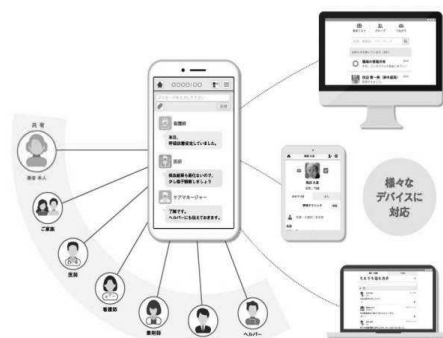
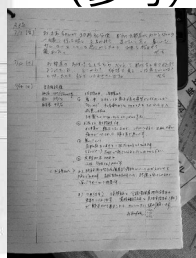
26

「連絡ノート」

「ICTツール」



(参考)



引用：株式会社コロボスクエア
メディカルケアステーションホームページ

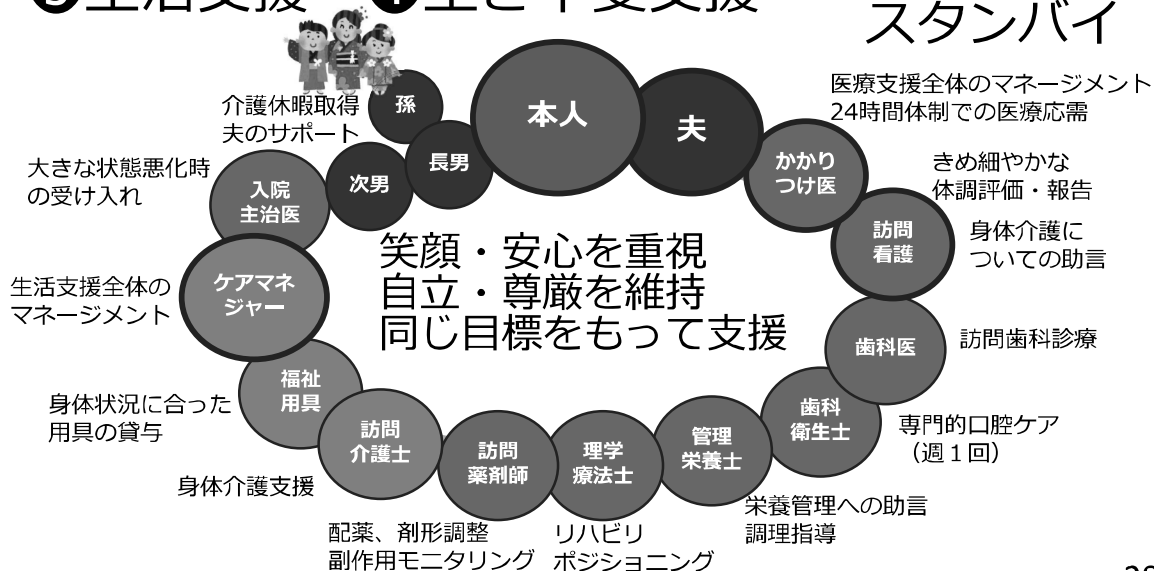
日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「症例検討～がん／非がんの緩和ケア～」 高添明日香、迫村泰成

27

③生活支援

④生き甲斐支援

⑤逃げ道のスタンバイ



日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「症例検討～がん／非がんの緩和ケア～」 高添明日香、迫村泰成

28

かかりつけ医が展開すべき がんの緩和ケア

1. 患者の予後を予測し医療計画を立てる
2. 患者・家族も交えて在宅緩和ケアの目標（目指す方向性）を考える（アドバンス・ケア・プランニング）
3. がん性疼痛を柱とした苦痛症状を十分緩和する
4. 患者の生活や生き甲斐に配慮する
5. 多職種でケアに関わる
6. グリーフケアを心がける

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「症例検討～がん／非がんの緩和ケア～」 高添明日香、迫村泰成

29

その後の経過

退院後、しばらくは穏やかな時間が過ぎ、七五三祝いで外出した事を契機に自信を付け、隣県に家族で温泉旅行に出かけたり、庭で花や畑を見回るようになった。

2か月後、目に見えて腹水貯留・がん性疼痛増悪が目立つようになったが、医療用麻薬の調整や腹水穿刺、食事内容の調整により、最期まで食を楽しむことができた。

退院から3か月が経つ頃、ご自宅で旅立たれた。

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「症例検討～がん／非がんの緩和ケア～」 高添明日香、追村泰成

30

グリーフケア

大切な人を亡くした後、人は悲しみ（グリーフ）と向き合い、ショック期→喪失期→閉じこもり期→再生期を経て再起していき数年を要する。A医師は、花子さんの旅立ちから半年後（閉じこもり期）に訪問看護師と共に夫の元を訪ねた。

夫は、時々涙を見せながらも、在宅療養時の花子さんの笑顔に満ちた写真をA医師に見せ、苦痛が少なく自宅で共に過ごせたこと、家族皆で七五三祝いを出来たこと、最期の時も家族で布団を並べて感謝し合えたこと等を肯定的に振り返っていた。

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「症例検討～がん／非がんの緩和ケア～」 高添明日香、追村泰成

31

地域で成熟させる がんの緩和ケア

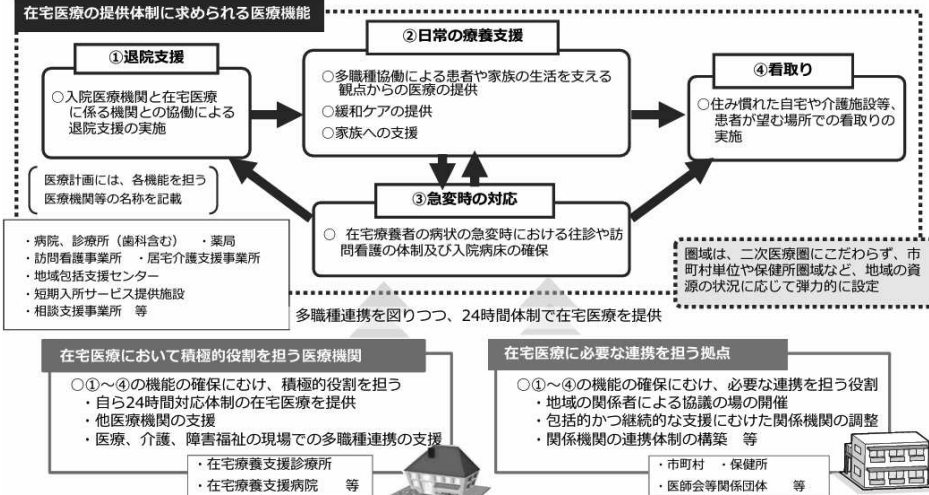
日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「症例検討～がん／非がんの緩和ケア～」 高添明日香、追村泰成

32

在宅医療の体制について

○在宅医療の体制については、都道府県が策定する医療計画に、地域の実情を踏まえた課題や施策等を記載する。
○国は「在宅医療の体制構築に係る指針」を提示し、都道府県が確保すべき機能等を示している。

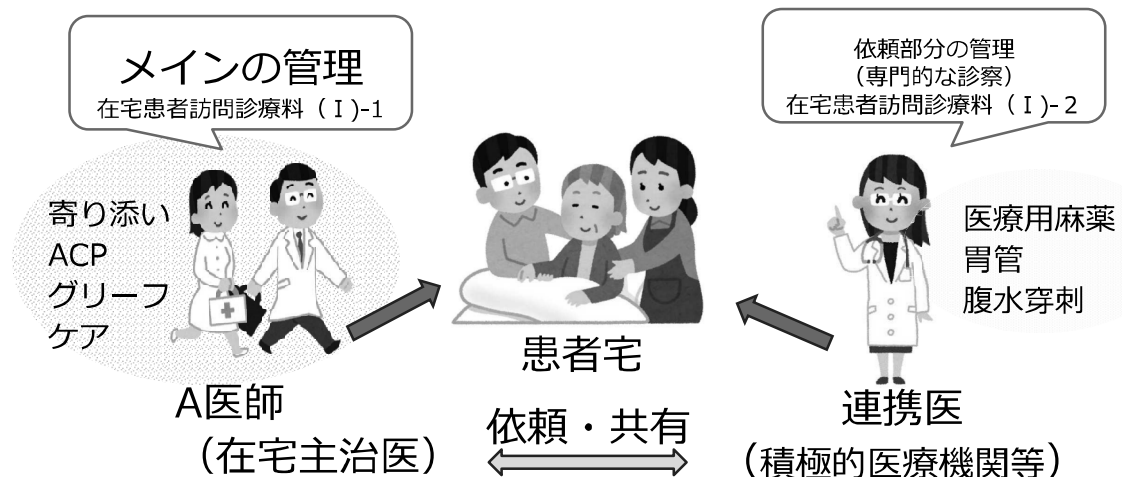
～「在宅医療の体制構築に係る指針」による在宅医療提供体制のイメージ～



【出典】「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」（令和5年3月31日医政局地域医療計画課長通知（令和5年6月29日一部改正））
日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「症例検討～がん／非がんの緩和ケア～」高添明日香、迫村泰成

33

在宅患者訪問診療料（Ⅰ）－2



日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「症例検討～がん／非がんの緩和ケア～」高添明日香、迫村泰成

34

「がんの緩和ケア」 おわりに

かかりつけ患者が「がん」と診断された時、かかりつけ医は病前からの患者本人の意向・暮らし方を知る重要な存在となる。

1. がん診断直後から、専門医任せにせず患者の意思決定支援を行う。
2. 患者のQOL向上、安心して楽な生活を担保する。
3. 24時間応需の医療体制と生活支援への着眼が必須と心得て、多職種で十分な連携のもと支援する。
4. 自己での解決が難しい場面では、入院主治医や在宅医療における積極的医療機関とも連携する。
5. 患者の揺れる気持ちや、不安に寄り添い続ける姿勢が大切である。

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「症例検討～がん／非がんの緩和ケア～」高添明日香、迫村泰成

35

非がんの緩和ケア

～慢性心不全高齢者を連携して支える～

医療法人社団若水会 牛込台さこむら内科
院長

迫 村 泰 成

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「症例検討～がん／非がんの緩和ケア～」 高添明日香、迫村泰成

36

はじめに

非がん疾患で亡くなる高齢者は多い。その終末期には通院困難であり在宅医療が提供される。症状緩和の知識と実践は、非がん疾患を診療するすべてのかかりつけ医に求められる。今回は慢性心不全を取り上げ、外来診療から急性増悪、入退院を繰り返し、難治性心不全終末期を在宅で迎えた事例を提示する。

1. 非がん疾患の緩和ケアの重要性
2. 事例検討：心不全による入退院を繰り返し在宅で看取った90代女性
3. ステージD（治療抵抗性心不全）を迎えて

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「症例検討～がん／非がんの緩和ケア～」 高添明日香、迫村泰成

37

非がん疾患の緩和ケアの重要性

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「症例検討～がん／非がんの緩和ケア～」 高添明日香、迫村泰成

38

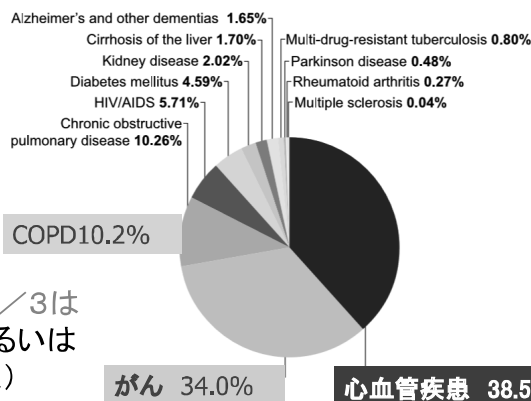
緩和ケアを必要とする人の3分の2は非がん疾患

7350 万人

Serious Health-Related Suffering
(SHS: 重篤な健康関連苦痛)

The Lancet. Global Health. 2025.

WHO/WPCA: 2014



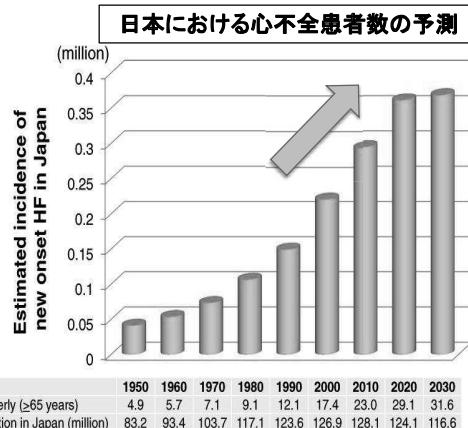
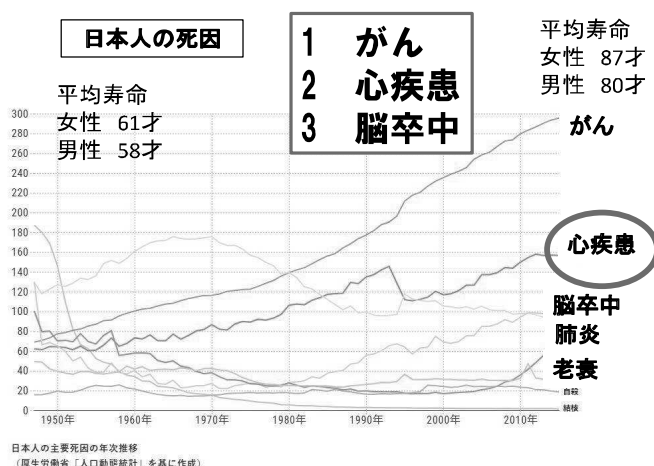
緩和ケアを必要とする1/3は末期がん、2/3は非がん疾患（心臓、肺、肝臓、腎臓、脳あるいはHIVおよび薬剤耐性の結核を含む慢性疾患）

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「症例検討～がん／非がんの緩和ケア～」 高添明日香、追村泰成

39

なぜ心不全か

「心不全パンデミック」

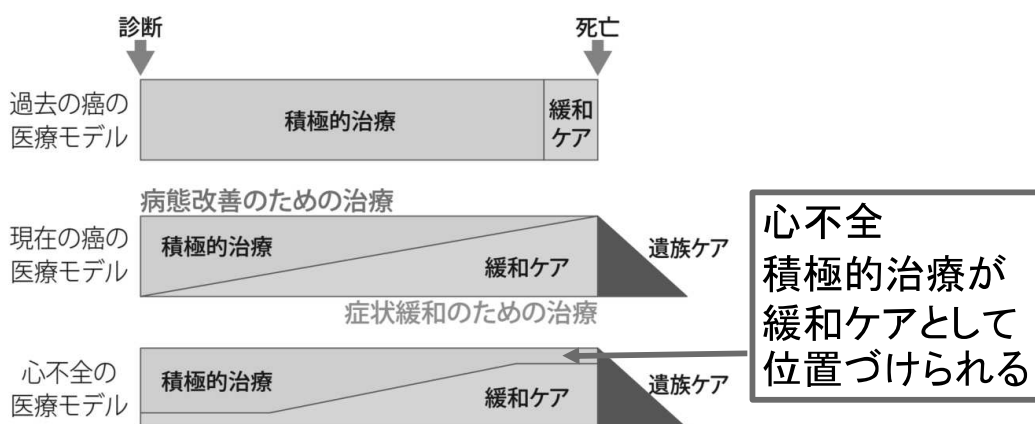


Shimokawa H et al. Eur J Heart Fail 2015;17:884-892

心不全入院患者が急増 2/3は75才以上の高齢者入院する病床が足りなくなる可能性あり

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「症例検討～がん／非がんの緩和ケア～」 高添明日香、追村泰成

40



緩和ケアは終末期医療と同義ではなく、心不全が症候性となった早期の段階から実践し、心不全の治療に関しては最期まで継続される。

図 17 心不全における緩和ケアのあり方

(Gibbs JS, et al. 2002⁸⁹⁴) より改変)

急性・慢性心不全診療ガイドライン(日本循環器学会/日本心不全学会合同 2018.3月発行)

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「症例検討～がん／非がんの緩和ケア～」 高添明日香、追村泰成

41

非がん疾患患者にどのような苦痛があるのか？

疾患群	N	中等度以上の苦痛	最期の1週間の症状		
			1	2	3
脳卒中	55	12.9% (31)	嚥下障害80%	喀痰73.3%	呼吸困難68.8%
認知症	47	6.9% (29)	食思不振75%	嚥下障害70.9%	発熱63.3%
神経難病	28	21.4% (14)	嚥下障害100%	呼吸困難94.4%	喀痰 94.1%
老 衰	27	4.8% (21)	食思不振100%	便秘81%	嚥下障害77.3%
呼吸器疾患	26	50% (14)	呼吸困難100%	喀痰 88.2%	食思不振87.5%
慢性心不全	14	25% (8)	呼吸困難100%	喀痰 87.5%	便秘87.5%
慢性腎不全	12	30% (10)	浮腫81.8%	食思不振81.8%	呼吸困難, 排尿障害, だるさ50%
全 体	242	16% (159)	食思不振83.3%	嚥下障害72.3%	呼吸困難70.9%

平原佐斗司ら「非がん疾患の在宅ホスピケア方法確立ため研究(勇美記念財団助成) 2006年

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「症例検討～がん／非がんの緩和ケア～」高添明日香、追村泰成

42

表 38 人生の最終段階の身体・精神症状

症状	がん (%)	心不全 (%)
倦怠感	23～100	42～82
痛み	30～94	14～78
悪心・嘔吐	2～78	2～48
呼吸困難感	16～77	18～88
不眠	3～67	36～48
せん妄・認知機能障害	2～68	15～48
抑うつ	4～80	6～59
不安	3～74	2～49

(日本循環器学会, 日本心不全学会, 2021¹²⁹⁴) より)

日本循環器学会／日本心不全学会, 2025年改訂版 心不全診療ガイドライン (第12章 緩和ケア)

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「症例検討～がん／非がんの緩和ケア～」高添明日香、追村泰成

43

事例検討

心不全による入退院を繰り返し
在宅で看取った90代女性

ステージC (症候性心不全) の時期

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「症例検討～がん／非がんの緩和ケア～」高添明日香、追村泰成

44

95才 女性

- 2012/7 (83才) 高血圧 心房細動 心不全初発 A病院入院①
- 2020/9 (91才) 当院通院開始 介護保険導入 要介護1 サービス利用なし
- 2022/1 (93才) 心不全T病院入院②
HFpEF(収縮能は保たれた心不全)
LVEF69.2% RVSP43mmHg
胸水穿刺→感染・悪性所見なし
トルバプタン フロセミド ARNI



高齢者の多疾患・フレイルへの対応 ACP(Advance care planning)

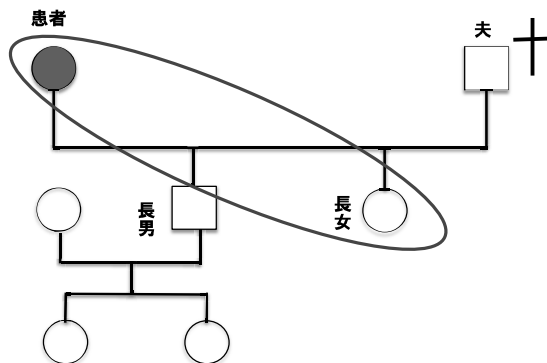
- 2023/1 (94才) 腰椎圧迫骨折 テリパラチド
訪問看護(リハビリ専門職)導入

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「症例検討～がん／非がんの緩和ケア～」 高添明日香、迫村泰成

45

【家庭状況】

10年前 夫 肺癌にて在宅療養、亡くなる(最期は入院)
長女との2人暮らし
長男夫婦が2世帯住宅の1Fに住む



【医療介護連携】

要介護1 2020 → 要介護3 2024-
ICT連携2024-
K介護事業所 Sケアマネ2020-
訪問看護(リハビリ専門職)
:K訪看ステーション2023-
訪問看護:H訪看ステーション2024-
K薬局2020-
在宅酸素業者2023-
後方病院:T病院循内2022-

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「症例検討～がん／非がんの緩和ケア～」 高添明日香、迫村泰成

46

慢性心不全 治療の最適化が大切
→積極的治療が緩和ケアと位置づけられる



ほとんどがHFpEFへの有効性のみ
HFpEF利尿薬/SGLT2阻害薬

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「症例検討～がん／非がんの緩和ケア～」 高添明日香、迫村泰成

47

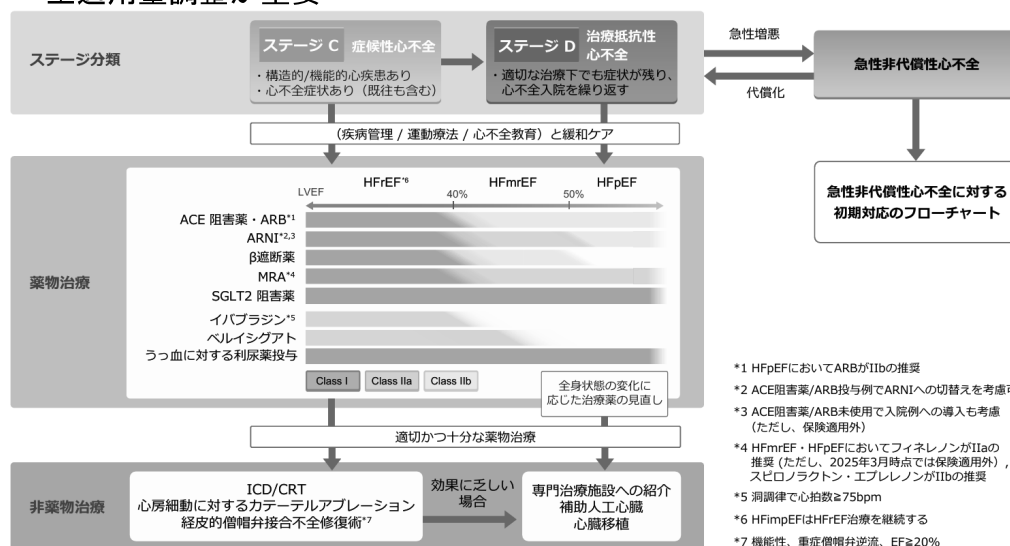
高齢者へ医療介入：どこで線を引くのか？



日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「症例検討～がん／非がんの緩和ケア～」 高添明日香、迫村泰成

48

GDMT (Guideline-Directed Medical Therapy) 心不全治療の標準薬物療法の導入と至適用量調整が重要

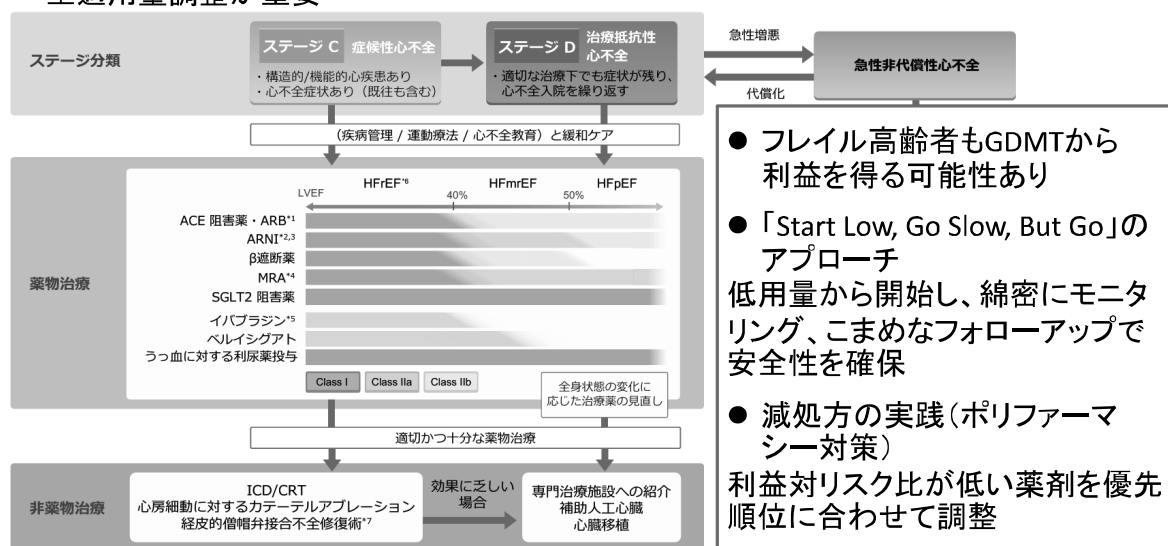


日本循環器学会／日本心不全学会. 2025年改訂版 心不全診療ガイドライン (第6章 心不全に対する治療)

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「症例検討～がん／非がんの緩和ケア～」 高添明日香、迫村泰成

49-1

GDMT (Guideline-Directed Medical Therapy) 心不全治療の標準薬物療法の導入と至適用量調整が重要



日本循環器学会／日本心不全学会. 2025年改訂版 心不全診療ガイドライン (第6章 心不全に対する治療)

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「症例検討～がん／非がんの緩和ケア～」 高添明日香、迫村泰成

49-2

2022/1 (93才) 心不全T病院入院② 処方内容

エドキサバントシル酸塩水和物15mg
エプレレノン25mg
フロセミド20mg
トルバプタン7.5mg 朝食後
サクビトシル／バルサルタンナトリウム水和物100mg 2錠 朝夕食後

ロスバスタチンカルシウム2.5mg
ランソプラゾール15mg 夕食後
ミノドロン酸水和物50mg 月1回

最適な心不全治療が
症状緩和の基盤である

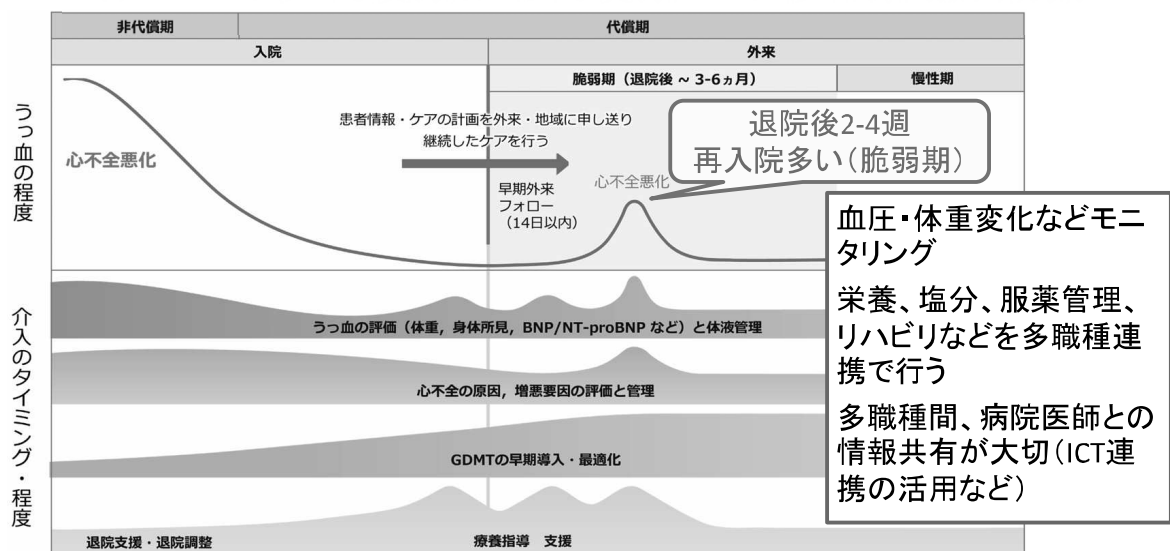
HFpEF：SGLT2阻害
薬と利尿薬調整が重要

フレイル患者もGDMTから利益
を得る可能性がある
ただし、
高齢者では個別性が高く、適切
な選択と用量調整が必要

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「症例検討～がん／非がんの緩和ケア～」 高添明日香、追村泰成

50

心不全の非代償期から代償期への移行期(脆弱期)



日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「症例検討～がん／非がんの緩和ケア～」 高添明日香、追村泰成

51

高齢者の再入院を回避すべき理由

- 介護力の不足
- 重症化のおそれ
- 本人家族の不安



在宅医療

- 住み慣れた我が家で
生活が継続できる



- せん妄
- 転倒
- 廃用性筋萎縮
- 認知機能低下

入院



かかりつけ医は
悩みます

入院関連機能障害 Hospitalization-Associated Disability (HAD) の防止

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「症例検討～がん／非がんの緩和ケア～」 高添明日香、追村泰成

52

● 2023/9 心不全 右胸水貯留 T病院入院③
在宅酸素療法導入

長男の意向「症状が出れば、入院の上治療をしたい、させたい」

ACP

● 2024/1 (95才) 右胸水持続 浮腫増加 T病院入院④
ICT連携

ICTを用いた退院前カンファレンス

本人・長女の意向「自宅でゆっくり過ごしたい」

ACPの継続

訪問診療開始

● 2024/3 両側胸水貯留 T病院入院⑤



日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「症例検討～がん／非がんの緩和ケア～」 高添明日香、迫村泰成

53

4回めの入院時 【病院における退院前カンファレンス】

ICTを用いてオンラインで行う

- ・本人：家族と一緒に自宅でのんびり暮らしていきたい。無理せずにできるリハビリを自宅で行っていきたい。
- ・長女：自分でできることは行ってもらいながら、できないところを手伝って安全に生活してほしい。

ACPの共有

・かかりつけ医師：

今回心不全入院後は外来通院も徐々に大変になると思われ、訪問診療への移行を提案します。ご主人は、肺癌で病院と連携、在宅では訪問と私が訪問診療を行いました。奥様も自宅での療養を考えてよい時期です。病院、在宅どちらでないとけないという事はない。変化があるときは相談しましょう。

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「症例検討～がん／非がんの緩和ケア～」 高添明日香、迫村泰成

54

人生の終わりまで、あなたは、どのように、過ごしたいですか？

ACP 人生会議

もしものときのために「人生会議」

～あなたが望む、人生の最終段階の医療・ケアについて話し合ってみませんか～

11月30日（いよいよ確定申告・確定申告）は人生会議の日

話し合いの進めかた（例）

誰でも、いつでも、命に関わる大きな病気を患う可能性があります。

命の危険が迫った状態になると、約70%の方が、医療やケアなどを自分で決めたり望みを人に伝えたりすることが、できなくなると言われています。

自分が希望する医療やケアを受けるために大切にしていることや望んでいること、どこでどのような医療やケアを望むかを自分自身で前もって考え、周囲の信頼する人たちと話し合い、共有することが重要です。

あなたが大切にしていることは何ですか？

あなたが信頼できる人は誰ですか？

信頼できる人や医療・ケアチームと話し合いましたか？

話し合いの結果を大切な人たちに伝えて共有しましたか？

心身の両面にわたる医療・ケアを受けるためには、自分自身だけでなく、周囲の信頼する人たちと話し合い、共有することが重要です。

もしものときのために、あなたが望む医療やケアについて、前もって考え、繰り返し話し合い、共有する取組を「人生会議（ACP：アドバンス・ケア・プランニング）」と呼びます。

あなたの心身の状態に応じて、かかりつけ医等からあなたや家族等へ適切な情報の提供と説明がなされることが重要です。

このような取組は、個人の主体的な行いによって考え、進めるものです。知りたくない、考えたくない方への十分な配慮が必要です。

詳しくは、厚生労働省のホームページをご覧ください。
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_02783.html

ACP(advance care planning)
愛称；人生会議

- ご本人、ご家族、そして医療・ケア提供者が一緒に行く
- 自分の受ける医療・ケアについての「話し合いのプロセス」
- 気持ちは変化するので繰り返すことが大切
- ご本人の意向・希望が反映されることがもっとも大切
- 拒否感なく自発的に行われることがのぞましい
- 会議の形ではなく、ふだんの会話の中から聴きとる

厚労省リーフレット

<https://www.mhlw.go.jp/content/10802000/000536088.pdf>

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「症例検討～がん／非がんの緩和ケア～」 高添明日香、迫村泰成

55

心不全による入退院を繰り返し 在宅で看取った90代女性

ステージD（治療抵抗性心不全）を迎えて

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「症例検討～がん／非がんの緩和ケア～」 高添明日香、追村泰成

56

終末期への準備

- 2024/5 5回目の心不全入院後自宅退院、要介護3 訪問看護導入
- 2024/6 「もう長く生きたから、あとは”適当”でいいわー」 ACPの共有
- 2024/7.3 ベッドから起き上がるときに介助が必要
- 2024/7.4 不眠 不安時 ロラゼパム屯用
- 2024/7.12 少しずつ眠っている時間が増える 軽度のせん妄
- 2024/7.17 内服を減薬（トルバプタンOD ランソプラゾールODのみ）
- 2024/7.24 38度発熱「ガリガリ君をちょうだい」
- 2024/7.29 「13時に見に来たら、呼吸が止まっていた」
13時すぎに往診 穏やかな表情 死亡診定
本人の頑張りを称え、ご家族をねぎらう
ご自身で決めていた幾何学模様のタイブラウスに、ミモレ丈の純白のスカート

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「症例検討～がん／非がんの緩和ケア～」 高添明日香、追村泰成

57

終末期の判断

- ・ 適切な治療を行っても
- ・ 慢性的な心不全症状を訴え、点滴薬物療法が頻回に必要
- ・ 6か月に1回以上の入院や低い左室駆出率
- ・ 終末期に近い

予後予測の難しさ



2010日本循環器学会「循環器疾患における末期医療に関する提言」

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「症例検討～がん／非がんの緩和ケア～」 高添明日香、追村泰成

58

表 12 わが国で使用可能なオピオイドと開始時の投与方法

一般名	用量	備考
コデインリン酸塩*	10 mg/回 頓用 もしくは1日3回使用	処方量によっては麻薬扱い
経口塩酸モルヒネ**	2.5 mg/回 頓用 もしくは1日4回使用	腎障害時は半量より開始
塩酸モルヒネ注**	5～10 mg/日 持続静注/皮下注投与	腎障害時は半量より開始 高度腎障害時は1/4量も検討

* 呼吸器疾患に伴う鎮咳には保険適用があるが、心不全には適用がない。

** 心不全には保険適用はないが激しい咳嗽の症状に対して使用可能。
わが国で使用可能な経口塩酸モルヒネは10 mg錠であり、粉末での使用を要する。

循環器疾患における緩和ケアについての提言

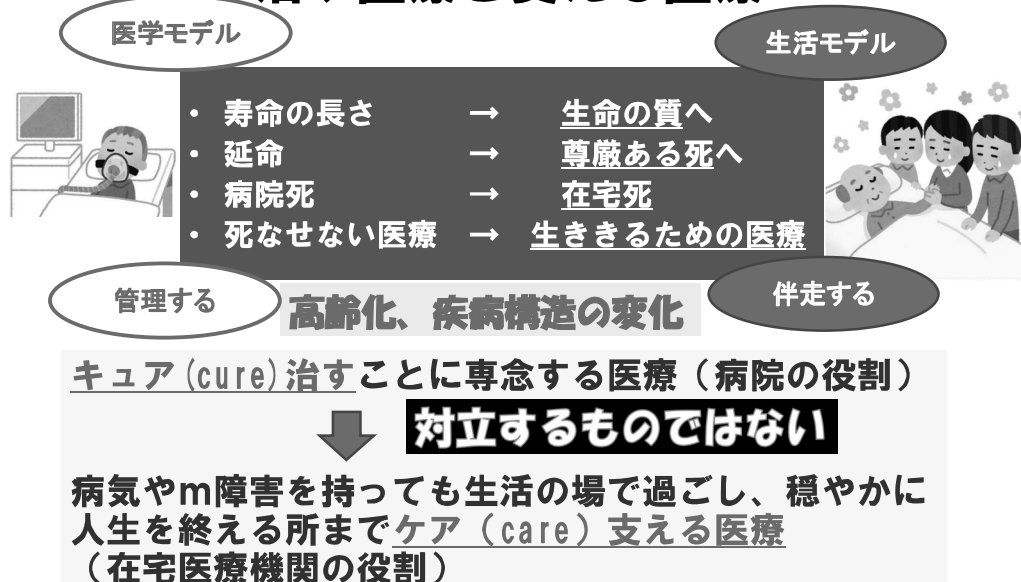
日本循環器学会/日本心不全学会合同ガイドライン 2021.3

日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「症例検討～がん／非がんの緩和ケア～」高添明日香、迫村泰成

- 呼吸困難に対しては、有効性が期待されるときに使用可能（がん患者の半量程度）
- 非がん疾患・心不全における標準的な使用法は、まだ確立されていない
- 臨床の現場では、ベンゾジアゼピン系薬剤などで対応しているのが実情であり、経験と学習の蓄積が今後の課題

59

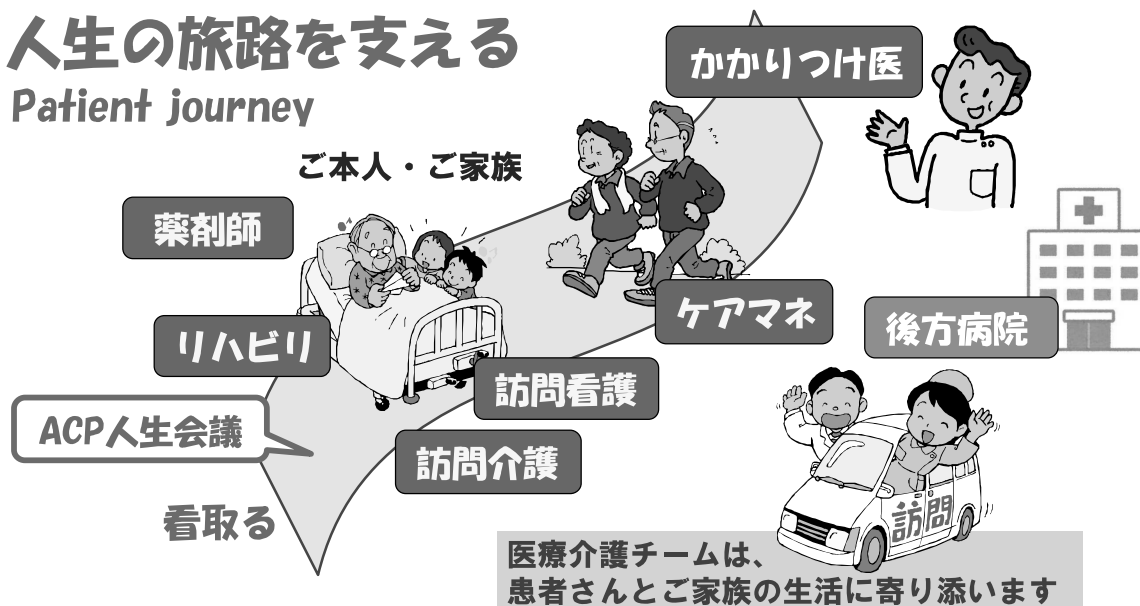
治す医療と支える医療



日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「症例検討～がん／非がんの緩和ケア～」高添明日香、迫村泰成

60

人生の旅路を支える Patient journey



日医かかりつけ医機能研修制度 令和8年度応用研修会「症例検討～がん／非がんの緩和ケア～」高添明日香、迫村泰成

61

おわりに

- 心不全の緩和ケアは、疾患管理（利尿薬調整など）と症状緩和が一体となっている
- 在宅ケアには、身体症状だけでなく、精神的・スピリチュアルな苦痛を和らげる大きな役割がある
- 本人の意向を尊重した Advance care planning (ACP) を共有し、病院と地域が一体となったチームが関わることで納得感のある看取りができる

日医かかりつけ医機能研修制度 令和８年度応用研修会

令和8年9月13日 発行

- ・ 発行 公益社団法人 日本医師会
〒113-8621 東京都文京区本駒込2-28-16
電話 (03) 3946-2121 (代表)
- ・ 担当 **保険医療部** (医療保険課・介護保険課)
会員福祉部 (生涯教育課)