

第12回 在宅医療推進フォーラム

～在宅医療が支えるまちづくり～

2016年11月23日(水・祝)
於：東京ビッグサイト 国際会議場

主催 国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター
公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団

第12回 在宅医療推進フォーラム

～在宅医療が支えるまちづくり～

2016年11月23日(祝)、第12回在宅医療推進フォーラムが、東京都江東区の東京ビッグサイトにて開催された。テーマは、『在宅医療が支えるまちづくり』。第一部(午前の部)では全国各地の取り組みを紹介するブロック報告会、第二部(午後の部)は基調講演とシンポジウムが開催され、在宅医療の現状と課題、今後の展望が示された。

JHHCA 活動報告・全国在宅療養支援診療所連絡会活動報告(ブロック報告会)

【司会】

和田忠志氏(全国在宅療養支援診療所連絡会 教育研修局長)

太田秀樹氏(全国在宅療養支援診療所連絡会 事務局長・日本在宅ケアアライアンス 共同事務局長)

第12回在宅医療推進フォーラムは、在宅医療の推進に向けた全国のさまざまな取り組みを紹介する活動報告で幕を開けた。

まず、JHHCA活動報告では、全18団体より組織されている日本在宅ケアアライアンス(Japan Home Health Care Alliance : JHHCA)の紹介、およびこれまでの活動、今後の展開について苛原実氏(JHHCA 共同事務局長)が講演した。続いて行われた全国在宅療養支援診療所連絡会活動報告では、北海道から九州まで全国11ブロックの代表者が登壇し、各地域で展開されている在宅医療推進に向けてのさまざまな取り組みが紹介された。

以下、その概略を報告する。

《JHHCA 活動報告》

●苛原実氏(日本在宅ケアアライアンス 共同事務局長)



JHHCAは、2015年3月1日、在宅医療に深くかかわる15団体により組織された、在宅医療推進のためのゆるやかな連合体である。後に3団体が加わり、現在は全18団体で活動している。

最大の特徴は、本フォーラムにて採択している「在宅医療推進のための共同声明」に賛同する団体によって構成されていること。わが国で在宅医療を普及、推進させるために、各団体が個別に活動するのみならず、総合力を発揮することでさらに力強く在宅医療の推進を図る狙いがある。

その主な活動の一つが、地域で在宅医療推進のための講師として活躍できる人材の育成を目的とした、「在宅医療関連講師人材養成事業」。在宅医療とは、生活の質を重視した、いわば人生にかかわる医療であるが、本研修会ではそのためのマネジメントスキルを重視したプログラ

ムが組まれている。第1回目の研修会は、2016年1月17日に日本医師会との共催で実施。全国の都道府県医師会から推薦された327名が受講した。第2回目は2017年1月29日に開催する予定である。

今後、JHHCAでは3つのワーキンググループを活動の柱としていく計画。具体的には、学術研究および教育活動を主導的に行う「アカデミックグループ」、政策提言を主導的に行う「システムグループ」、そして、社会活動を行う「ムーブメントグループ」である。各グループの活動内容は互いに重なり合うことも多いことから、今後はグループ間での委員の意見交換を密にし、さらには厚生労働省、日本医師会などとも密接に連携しながら、在宅医療を推進する諸事業に積極的に携わっていく。

《全国11ブロック報告会》

●北海道ブロック——大友宣氏(医療法人財団老蘇会 静明館診療所)



2016年9月22日、第7回北海道在宅医療推進フォーラムが札幌市にて開催された。テーマは「知って納得! 家で過ごす療養生活」。在宅医療推進

の課題は、市民に実感がないことである、との認識から、今回のフォーラムはこれまでと雰囲気を一新。在宅医療の導入から看取りまでを詳しく紹介するミニ講演会や、具体的なサービス内容を紹介するブース展示、さらには実際に個別の相談に応じる相談コーナーを設け、市民が“見て、触れて、納得できる”フォーラムを展開した。

ミニ講演会は、「はじめる——在宅医療と介護の道案内」、「つづける——在宅医療と介護の多職種連携」、「最期まで暮らす——人生の最終段階の在宅医療と介護」の3部構成で実施。在宅医療に携わる多職種と、実際に在宅医療を経験した市民が講演し、自宅での療養生活の実際や具体的なサービス内容を詳しく紹介した。一方、相談コーナーでは実際のサービスにつながるよう、多職種がより具体的な相談に応じるようにした。

参加者へのアンケート結果も好評で、中でも、参加者が実際に質問できること、家族の体験談が聞けることに対して満足度が高かった。このような企画を遂行できた

のは、札幌で約20年に渡り行われてきた在宅ケア連絡会の活動により、連携の土台ができていたことが大きい。また、今回は行政や医師会の協力が得られたことも大きく、今後さらなる連携強化が望まれる。

●東北ブロック——千葉恭一氏（ホームケアクリニック えん 院長）



2016年11月12日、岩手県にて第7回東北在宅医療推進フォーラムが開催された。テーマは「地域のつながりと在宅医療」。講演とシンポジウムの2部構成で、地域の実践が報告された。

基調講演では、木村幸博氏（もりおか往診クリニック）が「岩手県における在宅医療の現状」と題して講演。岩手県は四国に匹敵するくらいの広さといわれるが、その一方で医師数は少なく、訪問診療も少ない。このような状況への地域の理解、そしてチーム全体で医師の負担軽減を図ることの必要性など、さまざまな課題が示された。

続く特別講演では、臨床宗教師の高橋悦堂氏（普門寺）が「在宅医療における地域宗教性をどう活かすか」をテーマに講演。日本にはコンビニエンスストアの数を上回るほどたくさんの宗教施設がある。高橋氏は、それらを心の拠りどころとし、地域の力として在宅医療の現場にも活かすことを提案した。

シンポジウム「地域とどうつながるか」では、医師、薬剤師、訪問看護師など多職種が登壇。地域に一人だけしかいない医師が地域とのつながりを密に活躍している事例をはじめ、各職種の地域における活躍が報告された。東北はすでに高齢化、核家族化、人口減少が進んでおり、かつ医療・介護資源が乏しいが、そういう中で在宅医療を推進するキーワードは“つながり”であることを、フォーラムを通して改めて確認することができた。

●北関東ブロック——和田忠志氏（医療法人社団実幸会 いらはら診療所 在宅医療部長）



2016年10月16日、千葉県医師会館にて北関東在宅医療推進フォーラムが開催された。テーマは、「看取りを支える在宅医療」。第一部は二ノ坂保喜氏（にのさかクリニック）による記念講演、第二部

では北関東5県（栃木、茨城、群馬、埼玉、千葉）の代表者によるシンポジウムという2部構成で展開された。

記念講演「いのちを受け止める町づくり」で二ノ坂氏は、自らが取り組んでいる在宅ホスピスの実情について説明。狭義の緩和ケアのみならず“生きがいや生活の楽しみに対する支援”を行っていること、また、医療チー

ムは実践を通して成長・進化するものであり、その手法として事例検討会を重視していることなどを紹介した。

シンポジウムでは各県、多職種の代表者が「看取りを支える在宅医療」について発言。最期まで口から食べることを支援している歯科医師の取り組みに始まり、理学療法士からは、終末期においてもQOLは上がる可能性があり、傾聴とスピリチュアルケアが重要であること、薬剤師からは、訪問薬剤管理指導・居宅療養管理指導で何ができるか、訪問看護師からは、患者や家族の苦悩に寄り添い最期まで支援する様子、そして医師からは日本人における“場”の雰囲気の大切さなど、たいへん示唆に富んだ発言が繰り広げられた。さらに討論では「主治医が説明をしっかりとできているか」が話題に。真実を傷つけずにどう伝えるかなど、活発な意見交換が行われた。

●東京ブロック——英裕雄氏（医療法人社団三育会 新宿ヒロクリニック 理事長）



2016年3月12日、東京都千代田区にて、第6回東京都在宅医療推進フォーラムが、全国在宅療養支援診療所連絡会全国大会との合同で開催された。

テーマは「東京都の目指すNEXT STEPを考える」。第一部のシンポジウムで講演した長谷川敏彦氏（未来医療研究機構）は、東京は世界的にも最先端を走る“老いる都市”であり、これからいわば壮大な実験が行われると指摘。これを受けて新倉吉和氏および神美智子氏（ともに東京都福祉保健局）は、そんな老いる都市、東京都の具体的な政策について、医療的側面と高齢者支援の観点から解説した。

第二部のパネルディスカッションでは、「東京都の目指す医療・介護連携のNEXT STEP」をテーマに、医師、看護師、薬剤師、ケアマネジャーの代表者が登壇し、それぞれが置かれている現状と課題、展望を語った。

東京都では、進む貧困化に加え、独居化、国際化への対応が大きな課題となっている。この状況を受け、次回フォーラムは「どうする、東京の在宅医療の推進」をテーマに、2017年2月18日、東京都医師会館にて開催予定。各施設でできることを議論していく予定だ。広く現場の声を拾い上げていくための新たな試みとして、参加者を交えて話し合う“ワールドカフェ”を展開する。

●南関東ブロック——篠原裕希氏（クローバーホスピタル 理事長）

神奈川県は人口は約914万人で、今も増加傾向にある。同じ県内でも地域性はさまざま、横浜市や川崎市のように人口密度の高い地域がある一方、県西部では人口密



度が低く、医療過疎の状態にある。いずれにしても県内 11 の二次医療圏の全てにおいて医療資源は十分とはいえず、在宅療養支援病院・診療所、そして大学病院などの大病院も少ない状況にある。特に県西は医療資源が希薄で、ドクターヘリも重要な役割を担っている状況だ。

そこで神奈川県医師会では、在宅医療推進のために県と協力して地域医療介護総合確保基金を使った「在宅トレーニングセンター」を開設。年間約 80 回の講義と実習を行っている。地域医療構想と地域包括ケアシステムは本来、別物であるが、慢性期・在宅医療の部分では、両者は大きく重なっている。在宅医は介護保険や認知症についても理解し、多職種をリードしていく必要があり、県医師会では在宅医療に携わる人材を増やすと同時に、診療および連携のスキルアップを図り、各自治体の地域包括ケアシステム構築をサポートすべく取り組んでいる。

2017 年 3 月 12 日に開催予定の第 6 回南関東（神奈川県）在宅医療推進フォーラムは、「神奈川県における多職種による地域包括ケアの取り組み」がテーマ。シンポジウムは在宅での看取りに焦点をあて、議論していく計画だ。また、今後は埼玉県、千葉県との 3 県合同で、首都圏ブロックとしてフォーラムを展開していく予定である。

●甲信越ブロック——官澤政彦氏（医療法人官沢医院 理事長）



2016 年 9 月 25 日、長野県長野市にて第 4 回甲信越在宅医療推進フォーラムが開催された。テーマは「往診かばんのあったか医療～かかりつけ医を持とう～」。かかりつけ医が往診してくれる温かい医療の存在を、広く市民に知ってもらおうのが狙いである。今回は信濃毎日新聞との共催で実施しており、同紙に開催告知を 3 度にわたって掲載するなど広く告知を行った結果、当日は一般市民を中心に 502 名の参加者が集まった。

基調講演では鈴木央氏（鈴木内科医院）が、かかりつけ医として外来医療の合間に行っている在宅医療の実際を紹介。鈴木氏は、在宅医は患者の人生の最終段階とともに過ごすことになるが、大切なのはスピリチュアルペインに対するケアであること、また、在宅医療のあり方に正解はないが、無理をせず、できることをできるだけ、という気持ちで取り組んでいくことが大切だと強調した。

続いて行われたパネルディスカッションでは、3 名のパネリストが討論を展開。患者中心という認識を多職種が共有することの大切さや、かかりつけ医と大病院の役割の分担をしっかりと行うなど、“往診かばんのあったか医

療”を地域で展開していくためのさまざまな課題について、ディスカッションが繰り広げられた。

次回フォーラムは山梨県甲府市にて開催予定である。

●東海北陸ブロック——大和太郎氏（やまと@ホームクリニック 院長）



2016 年 10 月 16 日、石川県金沢市にて、第 7 回東海北陸在宅医療推進フォーラムが開催された。東海北陸ブロックでは各県が持ち回りでフォーラムを開催しており、今回で全 7 県を一巡したことになる。

テーマは、「自分らしく生きる」。基調講演 I では、流通ジャーナリストの故・金子哲雄氏の妻で、終活ジャーナリストの金子稚子氏が登壇。夫の最後に寄り添った経験から、誰もが訪れる死は終わりではなく、一つの通過点に過ぎないと語った。続く基調講演 II では、山田圭輔氏（金沢大学附属病院）が、「ロゴセラピーを基盤にしたがん哲学外来の活動」と題して講演。苦境の中にあっても希望を持ち、生き抜く意味をいかに見出すか、そこには寄り添う支援者が必要であると呼びかけた。

シンポジウム「最後まで自分らしく生きるための石川県における取り組み」では、在宅医療に取り組む医師、緩和ケア病棟の医師、訪問薬剤師など各職種の代表者が登壇。それぞれの実践が報告された。

石川県は在宅での看取りが少ない地域であり、何よりも県民への周知が最大の課題であったが、本フォーラムでは市民を含む約 170 名が参加しており、アンケートでもよい反響が得られたことは一つの成果といえる。また、最近では全国在宅療養支援診療所連絡会の石川県支部も発足しており、状況は徐々に変わりつつある。

次回フォーラムは、岐阜県にて開催される予定である。

●近畿ブロック——長尾和宏氏（医療法人社団裕和会 理事長）



2015 年 11 月 28 日、兵庫県神戸市にて第 6 回近畿在宅医療推進フォーラムが開催された。「ピンピンコロリって無理なん知っとう？」をテーマに、

演劇と歌の二部構成で展開。在宅医療について楽しみながら知ってもらおうのが狙いで、当日は大勢の市民が集まり、640 名収容の劇場が満席となった。

第一部の演劇に出演したのは、近畿一円で活躍する在宅医、病院医師、訪問看護師など医療スタッフ約 30 名。退院から在宅での看取りまで、一連のプロセスをユーモアたっぷりに演出した。退院カンファレンスの場面では、本人は在宅を希望しているものの、家族はそのまま入院

を継続してほしいと願っており、それでも病院から帰らざるを得ないという葛藤を描いた。そしていよいよ看取りという場面では、在宅医から「何かあったら僕に電話して」と言われていたにも関わらず、とっさに救急車を呼んでしまい、さらには検死に及ぶ場面も。この演劇は、勇美記念財団のホームページより閲覧可能である。

第二部では、和歌山県で活躍する2人の在宅医、坂口健太郎氏と安川修氏が歌を披露。看取りの経験から生まれた自作の曲に、会場からはすすり泣きも。感動に包まれ、盛会のうちに幕を閉じた。

次回フォーラムは、和歌山県にて開催予定である。

●中国ブロック——豊田秀三氏（医療法人社団豊和会 豊田内科胃腸科 院長）



広島県医師会は、在宅医療の体制整備に向けて、県からの支援を受けながら、人材育成と在宅医療連携拠点事業による拠点整備を行ってきた。人材育成では、都道府県リーダー研修を修了した6名の医師がプログラムを作成。それを用いて県内125の日常生活圏域において研修を実施している。

こうしてさまざまな取り組みを進めてはいるが、広島県の在宅医療はいまだ発展途上の状況だ。往診自体は多くの医師が行っているものの、関係職種が連携してケアを組み立てていく、地域包括ケアの枠組みでの在宅医療が普及しているとは言い難い。そこで広島県では、県の医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会が地域包括ケアの構築に向けて話し合う、四師会協議会を組織。この四師会協議会の主催により、広島県在宅医療推進フォーラムを、2017年5月21日に開催する計画だ。

当日は、講演とシンポジウムを企画。講演では和田忠志氏（全国在宅療養支援診療所連絡会教育研修局長）より、在宅医療の意義や多職種連携の重要性について解説していただく予定である。シンポジウムでは、四師会それぞれの代表者が各専門職の取り組みについて報告すると同時に、どうすれば連携がうまくいくのか、フロアも交えて意見交換し、今後の各地域での在宅医療推進につなげていけるよう準備している。さらに、将来は中国5県合同でのフォーラム開催を目指す。

●四国ブロック——吉田大介氏（医療法人徳島往診クリニック 理事長）



2016年10月23日、徳島県徳島市にて第7回四国在宅医療推進フォーラムが開催された。「自宅でいられることの幸せ」をテーマに、講演とシンポ

ジウムの2部構成で展開。当日は専門職を中心に162名の参加者が集まった。

講演1「がん患者と非がん患者の在宅医療」では、ドイツにおけるSAPV（専門在宅緩和ケア）と、日本で制度化された在宅緩和ケア充実診療所が紹介され、さらに、がん患者と非がん患者では在宅ケアの期間に10倍もの差があるなど、在宅ケアにおけるがんと非がんの違いも示された。

講演2「AWAがん対策募金の取り組みについて」では、がんサバイバーが学校教育の現場で出前講座を開催する「がん検診率向上プロジェクト」をはじめ、AWAがん対策募金の徳島県での活動が報告された。また、特別講演「在宅で神経難病と永く付き合う秘訣」では、神経難病患者の在宅医療とはどのようなものか、現状と課題が示されると同時に、症例を通じてその実際が報告された。

シンポジウム「患者ファーストの目線で」では、多職種の代表者および当事者（患者）が登壇。当事者からの「参加型医療の構築が大切」という発言にはじまり、患者目線でとらえた在宅医療の課題について、率直な意見交換が繰り広げられた。

●九州ブロック——泰川恵吾氏（医療法人島伝白川会 ドクターゴン診療所 理事長）



2016年10月29～30日、沖縄県宮古島市にて第7回九州在宅医療推進フォーラム in 宮古島が開催された。テーマは「ようこそ竜宮の島へ！地域で支える在宅ケア」。当日は九州はもとより本州、北は北海道まで、約450名の参加者が集い、盛況を博した。

初日の特別企画「小さな島の話をしましよう」では、広島県の百島、沖縄県の波照間島および池間島の3島からそれぞれ看護師が講師として登壇。いずれも人口500～600人程度の小さな島であり、そこでどのような看護が行われているのか、限界集落ならではの苦労や工夫、魅力などが紹介された。

2日目午前中の特別講演「終末期医療の現場から～欧米に寝たきり老人はいない～」では、宮本頭二氏（北海道中央労災病院）・礼子氏（江別すずらん病院）夫妻が登壇。看取りに対する日本と欧米との認識の違いなどについて解説した。さらに午後のシンポジウム「九州各地の取り組み」では、九州ブロック各県の代表者が登壇し、創意工夫で取り組んでいる在宅医療の実際について報告した。

参加にあたっては、かりゆしウエアと短パン、サンダルをドレスコードにするというユニークな試みも。夜はサテライトセミナーおよびディナークルーズでの懇親会も実施され、全国の参加者が互いに親交を深めた。

在宅医療のレジェンドたち

【報告】 迫田朋子氏 (ジャーナリスト)

在宅医療の創成期を支えた先駆者の志に学ぶ



在宅医療の先駆者たちは、どのような志を持ち、いかにしてその礎を築いてきたのか。在宅医療推進フォーラムの第2部は、4人の先駆者を紹介する映像作品『在宅医療のレジェンドたち』の放映で幕をあげた。

制作したジャーナリストの迫田朋子氏は、映像の放映に先立ち、今回の制作に至った経緯についてふれた。迫田氏は東京大学医学部保健学科を卒業し、1980年にNHKに入局しているが、今回の制作に至った原点は、大学時代にさかのぼる。実習で、当時“東村山方式”として注目を集めた、東京都東村山市の地域医療の現場を訪問。医師の佐藤智氏を中心に、訪問看護を取り入れ、寝たきりの高齢者を在宅で支える活動を目にし、暮らしの場で高齢者を支援することは、ごく自然で当たり前のことだと学んだという。ところが、それから現在に至るまでの長い年月を経てもなお、在宅医療が大きく進んだとは言い難い。今回の映像は、先駆者たちが何を考え、どのような思いで在宅医療に取り組んできたのか、その原点を改めて見つめ直そうとするものである。

以下、映像の概略を紹介する。

1人目のレジェンドは、佐藤智氏。24時間の在宅医療を始めたのは、困っている時にいつでも連絡がとれるような方法を考えて欲しいという、患者からの切実な訴えがきっかけだった。そこで佐藤氏は、1980年、会員組織「ライフケアシステム」を設立。会費収入によって公的な医療保険の対象にされない24時間のケア、訪問看護などを実践するという、新たな仕組みを創り上げた。

信念は、「病気は家庭で治すもの」。そのための仕組みづくりに尽力し、2016年11月に生涯を閉じた。後継者である辻彼南雄氏は佐藤氏について、はじめから在宅医療がやりたかったのではなく、患者を中心に考えて行き着いたのが在宅医療だったのではないかと語っている。

2人目は、東京都日野市の開業医、小松真氏。1976年より難病患者の訪問診療を始めた。きっかけは、病院に通うことができず医療が受けられないという、本人や家族の切実な声。そのような患者が地域にどれだけいるのかを把握するため、医師会主催で難病集団検診を行うと、100人を越える患者が集まった。そこで、地域の専門医も巻き込み、医師会員で手分けをして訪問診療を展開。難病の集団検診と、主治医を決める会合を年2回実施す

るようになり、そこから地域医療が発展していった。

さらに小松氏は、制度としての位置付けを国に積極的に働き掛け、1992年の医療法改正では、医療を提供する場として、「患者の居宅等」が加わっている。

3人目は、東京都大田区の開業医、鈴木荘一氏。身近な人をがんで亡くした経験から、終末期に医師として何ができるかを考えていた鈴木氏は、1977年にイギリスのホスピスの創始者、シシリー・ソングラス氏のもとを訪ねる。そこで教えられたのが、モルヒネを使った痛みのコントロール。帰国後、鈴木氏が試みたモルヒネと赤玉ポートワインのカクテルによる疼痛コントロールは、その後、全国へと広がっていった。

そして4人目は、こうした医師たちの大きな支えになった永井友二郎氏だ。毎日の診療の経験や知識、そこで得られたデータを寄せ合い、語り合う場として1963年、「実地医家のための会」を創設。開業医も常に学び続けなければならないと、機関紙『人間の科学』を創刊した。永井氏は、医療は“病人中心”ということが最大の柱であることを強調し、いかに近代医学は発達しても、そのことを忘れてはならないと語っている。

今回の映像制作を振り返り、迫田氏が4人の医師の共通点として挙げたのは、患者中心の医療、学び続ける姿勢、そして、得たものを広める努力、という3点である。迫田氏は最後に、「在宅医療の創成期を支えた医師たちの志が、受け継がれることを願う」と結び、報告を終えた。

基調講演

「地域包括ケアシステムにおける在宅医療の推進」

【演者】 迫井正深氏 (厚生労働省 保険局 医療課長)

【座長】 鷺見幸彦氏

(国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター 副院長)

高齢化の進展により、ケアのニーズが変化



厚生労働省の迫井正深氏は、医政局および老健局で医療・介護政策に携わってきた経験から、国が在宅医療を推進する背景、課題、そして今後の展開について語った。

まず迫井氏が示したのは、日本型高齢社会とはどういうものなのか、その実態である。1960年の日本の人口は、高齢者に対して勤労世代が圧倒的に多かった。日本が経済成長を果たし今日に至っているのは、この“人口ボーナス”の賜物といえる。しかし今、この人口の厚い層の高齢化が進み、一方で総人口は減少している。高齢者を

支えるマンパワーが大幅に不足する状況をいかに克服していくのか、日本は大きな課題に直面している状況だ。

一方では各地域がそれぞれに抱える問題がある。高齢化のピークをどこで迎えるのか、そのスピードも程度も、地域により大きな差がある。近年、地域医療構想や地域包括ケアシステムのように“地域”と冠した政策が基軸に据えられているのは、この違いを前提に考えていかなければうまくいかないからだ。

このような日本型高齢社会の到来により、何が起きるのか。迫井氏が強調するのは、医療・介護のケアのニーズが変わっていく、ということである。多くの人は、75歳を境にして自立度が少しずつ落ちていく。医療は重度者への対応に重きが置かれがちだが、その手前の軽度、中等度のニーズにも対応しなければ、やがて重度化してしまう。つまり高齢化の進展により生じる軽度、中等度のケアのニーズにどう対応していくのか、ということが今、問われていると迫井氏は説明する。

問われるのは、地域の主体性

そこで重要となるのが、地域包括ケアシステムを各地域でいかに構築していくか。具体的なイメージが湧かないという指摘も多いが、これは“地域”と“包括”という二つのキーワードを用いた造語だという。この“地域包括”という表現には二つの意味が内包されているというのが、迫井氏の見解だ。

一つは、“地域で”という場所の意味合い。住み慣れた街で安心して暮らし続けるためには、医療だけではなくさまざまな支援が必要である。これを“地域で”包括的に提供できるようにしよう、というのが地域包括ケアシステムの一つの概念である。

もう一つは、“地域が”という主体的な意味合いだ。地域には、軽度から重度まで実にさまざまなニーズが存在している。要支援1・2のような軽度者は、立ち上がる、座るなどの基本的な生活動作（ADL）はほぼできるが、それを組み合わせて行う洗濯、掃除といった生活行為（IADL）が難しくなっている。すなわち、生活支援があれば地域生活が維持できるのであり、ここの支え手として“地域が”という主体性が求められる。高齢者自身が参画し、支援する側にまわることで、結果的にその人自身の自立度も維持できるという相乗効果が期待できるからだ。今、各市町村に求められるのはこのような地域づくりであり、それを国や都道府県がバックアップするというのが地域包括ケアシステムの基本的な考え方である。

したがって、地域包括ケアシステムは医療だけにフォーカスしては完成しない。生活支援や介護予防にしっかりと取り組んでいく“地域づくり”の部分と、医療・

介護連携によるプロフェッショナルサービスとの、いわばハーモニーこそが重要となる。

地域包括ケアシステムの概念図としておなじみの“植木鉢の絵”には、医療や介護といったプロフェッショナルサービスが植物の“葉”で表現されているが、そもそも“土”のないところに葉は育たない。土とはすなわち生活であり、生活支援・福祉サービスを意味する。生活あってこそそのプロフェッショナルサービスだという理解が不可欠であり、地域づくりがいかに重要か、ということ、この植木鉢の絵は示しているのである。

在宅医療への理解を広める取り組みを

以上をふまえ、迫井氏は在宅医療の課題を整理した。

一つ目は、“ご当地システム”をつくること。地域包括ケアシステムはあくまで概念であり、それが全国各市町村の設計図にはならない。各地域がそれぞれの実情に沿った形で自らシステムを創り上げていく必要がある。

二つ目は、多職種連携をいかに推進できるか。地域包括ケアシステムにおける多職種連携は、専門職が役割分担して連携するチーム医療のイメージとは異なり、そこに町内会長や民生委員、教師などの異業種、異分野の人々が含まれてくる。そういった人々とのコミュニケーションをしっかりと取っていくことが重要となる。

三つ目は、在宅での看取りをいかに推進していくか。看取りの実態は地域によりかなり差がある。それを各市町村が把握して、人生の最終段階を地域で支えられるような施策を打てるかどうかも重要だ。

迫井氏の恩師である外科医の小堀嶋一郎氏は、約40年にわたり消化器外科の第一線で活躍後、地域の病院に移り、約10年間、在宅医療に力を注いだ。この間に小堀氏は、病院は治すところで「生活の場」ではないと常に患者に話していたという。すぐには理解されなかったが、2年、3年と続けていくうちに人々の受け止め方が変わり、次第に在宅看取りが増えていった。さらに小堀氏は、この往診医としての10年間がなかったら、外科医としての人生は完結できても、医師としての人生を完結することできなかった、とも話しているという。

以上のエピソードを紹介した上で、迫井氏は改めて、在宅医療の理解を広めることの重要性を強調。そのためには学識者、現場の医療従事者、行政の三者がしっかりと手を携え、在宅医療のエビデンスを蓄積・活用していく必要があると提言した。何よりも、広く国民に対して“在宅医療は良いものである”というメッセージを地道に発信し続けることが重要であり、そのために関係者が一体となって取り組んでいくことを期待したいと呼びかけ、講演を締めくくった。

シンポジウム

「在宅医療が支えるまちづくり」

- 【演者】 遠藤彰良氏 (徳島市長)
豊崎 纏氏 (徳島市医師会長)
松戸 徹氏 (船橋市長)
玉元弘次氏 (船橋市医師会長)
丸山浩一氏 (西東京市長)
石田秀世氏 (西東京市医師会長)
佐藤 恵氏 (佐藤クリニック 院長)
高橋昭彦氏 (ひばりクリニック 院長/NPO 法人うりずん 理事長)
辻 哲夫氏 (東京大学 高齢社会総合研究機構 特任教授)

【座長】 田中 滋氏 (慶應義塾大学 名誉教授)

《徳島市の取り組み》

●遠藤彰良氏 (徳島市長)



徳島市の人口は、2010 年から 2030 年までに 2 割減の 20 万 4000 人、高齢化率 40%になると推測されている。三世帯世帯は半減、単独世帯が大きく増加する見込みだ。この状況にどう対応

していくのか。徳島市は、病院や訪問看護ステーション、介護保険 3 施設など医療介護資源に恵まれている。これらをつなぎ、発展させるため、行政と医師会、県（オブザーバー）の三者で意見交換を行う「徳島あんしんタッグ」を結成。事業の方向性など認識の共有を図ってきた。

地域包括ケアシステム構築に向けての大きなアドバンテージになっているのが、徳島市医師会の先進的な取り組みだ。徳島市は全国でも珍しく市内に地域包括支援センターが 1 か所のみで、その運営は医師会が一手に担い、市全域をカバーしている。さらに医師会は在宅医療も積極的に推進し、医療・介護の連携を進めてきた。

一方で課題は、市が医療行政についてノウハウも知識も備えていないこと。しかしこれについても、医師会が開催している各種会議に市の職員が参加することによって、職員の在宅医療への関心が徐々に深まり、行政と医師会の連携の円滑化につながっている。

市民への意識調査では、通院困難な場合に自宅療養を希望する人が 8 割を占めているが、うち 4 割は家族への負担などを理由に困難としている。市民が安心して在宅を選択できるよう、徳島市は医師会とこれまで以上に課題や目標の共有を図り、徳島市版地域包括ケアシステムの構築に向けて邁進していく。

●豊崎纏氏 (徳島市医師会長)

徳島市医師会では、2006 年に在宅医療連携委員会を設



置して以降、さまざまな在宅医療整備計画を遂行してきた。在宅療養支援診療所 24 時間ネットワークの構築、ホームページへの在宅療養支援診療所の情報公開ほか、在宅医療のスキルア

ップ事業として各種研修会を開催。さらに、がん患者（2012 年 11 月以降は全ての疾患に拡充）に在宅医を紹介する在宅緩和ケアネットワーク（後の在宅医療ネットワーク）、後方支援病院ネットワークも構築している。

一方では、在宅医療の必要性に対する行政の理解が得られないことが課題となっていた。状況が大きく前進するきっかけになったのが、在宅医療連携拠点事業である。平成 24 年度は、実施事業者が市内で 3 か所も在ったため、各事業者が同じような事業をタスクとして行ったことから在宅医療に関わる多職種の関係者に大きな負担となり不評であった。このため、平成 25 年度以降は実施事業者を 1 か所に絞り、市からの委託で徳島市医師会が担うことに。市が拠点事業の補助事業者となったことで、徳島市の在宅医療整備への取り組み等を意見交換する「徳島あんしんタッグ」の開催に加え、各事業で行われるさまざまな会議や研修会への市職員の参加が増えたことにより、行政と医師会が連携する土台を作ることができた。

2014 年 11 月には、徳島市医師会館の中に、市内唯一の地域包括支援センターと、在宅医療に関する相談窓口である在宅医療支援センターを併設。「とくしま在宅医療と介護の総合支援センター」として、市民からの医療、介護の相談を一括して受けることを可能としている。

とはいえ、急性期病院のスタッフの在宅医療への理解不足など、まだ課題も多い。今後は、行政とのさらなる協力体制を築くと同時に、多職種が緊密に連携することで、質の高い地域包括ケアシステムの構築を目指す。

《千葉県船橋市の取り組み》

●松戸徹氏 (船橋市長)



船橋市の人口は、中核市最多の約 63 万人。面積 85km² というコンパクトなエリアに人口が密集している。高齢者数は約 14 万人。2020 年には後期高齢者の数が前期高齢者の数を上回る見込みで、2025 年には後期が前期の 1.5 倍に、高齢者の 3 人に 1 人が独居となる見通しだ。

このような状況から、船橋市では市長公約として、地域包括ケアシステムの構築を掲げている。2014 年 5 月に、庁内に地域包括ケアシステム推進本部を設置したが、最大のポイントはそこに建設局が加わっていること。地域包括ケアシステムには住まいが不可欠で、医療、福祉と

建設局が同じ目標に向かって協議を行っている。

もともと船橋では、船橋市保健・医療・福祉問題懇談会という組織が昭和40年代から活動しており、医師会と行政がともに歩んできた歴史がある。2011年、同会メンバーによる長崎市の視察をきっかけに、地域包括ケアシステム構築に向けた動きが本格化した。具体的には、船橋在宅医療ひまわりネットワークをはじめ、船橋市在宅医療支援拠点、ICTによる情報共有システム、医療介護の相談会、さらに要介護高齢者や障害者（児）を対象とした特殊歯科診療なども進めている。一方、市の広報において地域包括ケアシステムの特集号を発行したり、市職員が出前講座を行うなど、市民啓発にも力を注いできた。

同じ船橋市内でも、人口減少が進む北部と人口が伸び続ける南西部では高齢化率に大きな差があり、今後は地域ごとのきめこまやかな施策が必要だ。地域包括ケアシステムは高齢者のみならず働く世代をサポートする強力なシステムである。次の社会を担う子どもたちの心を育むためにも、しっかりと創り上げていく必要がある。

●玉元弘次氏（船橋市医師会長）



船橋市医師会では介護保険制度発足前から在宅医療推進に努めてきたが、多職種連携が不十分であったためになかなか進まなかった。重要なのは“みる側が仲良くできているのか”であり、そこで2013年に設立されたのが「船橋在宅医療ひまわりネットワーク」である。

これは船橋市医師会、船橋市歯科医師会、船橋市薬剤師会を中心に、医療・介護関係団体および行政で組織された任意団体で、5つの委員会を設け、在宅医療の充実と多職種連携の推進に向けたさまざまな活動を行っている。

例えば、「顔の見える連携づくり委員会」では、入院時の連携にあたっての約束事を取り決め、それを“心得”として明確化。ケアマネジャーだけでなく、医療者も入院支援を行っていくようにした。「資源情報管理委員会」では、市内で在宅医療を提供している病院、診療所、歯科診療所、保険薬局などの全ての情報が一目でわかる「船橋市在宅医療・緩和ケア提供機関マップ」を作成している。そして2016年に新たに立ち上げられたのが「地域リハ推進委員会」で、ここが今、船橋市における多職種連携の拠点となっている。

医師会は同ネットワークの活動の中心的な役割を担っており、医師会長がその代表を務めている。2015年には市が設置した在宅医療支援拠点の運営を医師会が受託。さらに全病院会議を年2回開催し、全ての病院長が一堂に会し在宅医療について議論している。今後は、船橋市

で築き上げた連携の仕組みやノウハウを千葉県全域に広め、県全体の地域包括ケア推進を図る方針だ。

《東京都西東京市の取り組み》

●丸山浩一氏（西東京市長）



東京23区の西側に隣接する西東京市。約16km²のエリアに市民約20万人が暮らしており、多摩地域の自治体では2番目に人口密度が高い。その西東京市ではかねてから、“健康”をテーマにしたまちづくりが進められてきた。前市長の時代に西東京市健康都市宣言が出され、保健、医療、福祉、教育の連携を推進。2014年には世界保健機構（WHO）の健康都市連合に多摩地域の自治体として初めて加盟し、市全体で健康づくりに取り組んでいる。

最大の特徴は、あらゆる施策に健康の視点を入れること。保健医療資源の充足も重要だが、加えて地域の住環境、教育環境、地域経済、予防活動といったものも、住民の健康水準に大きく影響する。そのため西東京市ではハード、ソフトの両面から健康づくりを視野にさまざまな施策を打ち出し、フレイル対策にも力を注いでいる。

さらに、2015年5月には在宅医療推進に向けて組織改正を実施。高齢者支援課に新たに在宅療養推進係を設け、10月には在宅療養連携支援センター「にしのわ」を開設した。これは病院、診療所、訪問看護、介護支援専門員など関係機関の相談支援を行う窓口となる機関で、在宅療養を支える関係者同士の情報共有が可能となっている。

地域包括ケアシステムを構築していく上で押さえておくべき重要なことは、主役はあくまで市民である、ということ。関係職種が“顔の見える関係”で結ばれると同時に、市民にも地域包括ケアを理解していただき、しっかりと機能する“西東京モデル”をつくっていきたい。

●石田秀世氏（西東京市医師会長）



西東京市は施設が多く、訪問診療を受けている患者の半数以上が施設で暮らしている。このような背景から市民も、在宅より施設入所を希望する傾向が強い。また、訪問診療は市内よりも市外の医療機関が担っているケースがやや多く、特に施設は市外からが8割を占めている。

このような状況を踏まえ、西東京市医師会は在宅医療推進に向けてさまざまな取り組みを行ってきた。2012年3月には医師会、行政、民間病院が三位一体となり、西東京市在宅療養後方支援病院連携モデル事業を開始。翌年にはこれを医師会の公益事業に位置付けた。2014年3月

には医師会内に在宅医療推進委員会を設置し、IT活用委員会を創設してクラウドを用いた情報共有システムを構築している。さらに同年10月には、市内の関係団体、行政、多職種が協議する、西東京市在宅療養推進協議会が設けられ、その第1回協議会が開催された。

一方、行政と医師会の連携については、2001年に設立された西東京医療福祉問題連絡会での活動を通じて、両者が互いに協力し良好な関係を築いてきた経緯がある。そして今、これまで医師会が中心となって進めてきたさまざまな事業を少しずつ行政に移管し、両者が緊密に連携しながら、行政を中心にまちづくりを展開している。

地域包括ケアシステムの基礎ができつつある今、医師会としても、今後もさまざまな提案を行い、行政を支援をしていく方針。2025年には西東京市の地域包括ケアシステムがしっかりと機能するものになると確信している。

《東京都板橋区の取り組み》

●佐藤恵氏（佐藤クリニック 院長）



東京都板橋区はこれから高齢化のピークを迎える。中でも特殊なのは、ピーク時人口3万人のマンモス団地を抱える高島平地区。現在の高齢者人口は区内18圏域でトップの約1万900人、高齢化率は60%を越えている。

この高島平地区をベースに、板橋区ではかかりつけ医が地区医師会を通して地域住民とつながり、協働しながらさまざまな取り組みを行ってきた。高島平地区での多職種勉強会は、徐々に参加者が広がり、やがて住民も参加する開かれた場に。活動は区全体に広がり、2010年3月には「在宅療養ネットワーク懇話会」が発足。区の医師会、歯科医師会、薬剤師会など各団体が持ち回りで主催し、2016年からは区の主催となっている。

地域包括ケアの植木鉢の図に例えると、この活動は“葉”に相当するが、一方では“鉢、土、皿”に相当する活動も、並行して行われてきた。都市部にはさまざまなコミュニティ、ボランティア団体などが集中的に存在しているが、それらが互いに協力し、住民主導で動き出したのが、ワーキンググループ「いたばしまちの学校」である。区内18圏域のそれぞれで実施され、地域のかかりつけ医などがミニレクチャーを展開。この活動が発展して、2016年7月にはNPO法人「みんなのたすけあいセンターいたばし」が立ち上げられた。

一連の取り組みから見えてきたのは、かかりつけ医が診療所を飛び出し地域とつながることの重要性だ。多くの住民と知り合うことで、かかりつけ医も地域医療を広い視野で捉えられるようになる。大都市には人や団体は

育っていても、それがつながっていない。“人づくり”と“つながりづくり”こそ、まちづくりに通じると考える。

《小児在宅医療の立場から》

●高橋昭彦氏（ひばりクリニック 院長/NPO法人うりずん 理事長）



医療の進歩により、多くの子どもが救命される一方、痰の吸引や経管栄養、人工呼吸器などを必要とする「医療的ケア児」が増えてきている。全国的な統計データはまだないが、18歳以下の医療的ケア児は全人口の1~2%ともいわれている。ところが、医療や福祉、教育などの分野で医療的ケア児の受け皿は不足し、家族、特に母親には多大な介護負担が生じているのが現状だ。

特に近年は、寝たきりではあるが知的な遅れがほとんどない、歩行能力があるなど、従来の制度では重症心身障害の判定が下りない、制度のはざまにいる子どもが増えてきている。医療的ケア児の多くは通院しながら自宅で暮らしており、緊急時に利用できる短期入所はほとんどない。また主介護者である母親は睡眠が断続的で、母親の大半は無職である。「いつまで介護したいか」というアンケート調査では、「自分が死ぬまで」「体力の続く限り」といった回答が目立つ。ここまで思うのは母親の代わりがないからであり、子どもの介護ができる人材の育成が必要である。さらに、預かれる施設があれば母親も安心できるだろう。

特に近年は、寝たきりではあるが知的な遅れがほとんどない、歩行能力があるなど、従来の制度では重症心身障害の判定が下りない、制度のはざまにいる子どもが増えてきている。医療的ケア児の多くは通院しながら自宅で暮らしており、緊急時に利用できる短期入所はほとんどない。また主介護者である母親は睡眠が断続的で、母親の大半は無職である。「いつまで介護したいか」というアンケート調査では、「自分が死ぬまで」「体力の続く限り」といった回答が目立つ。ここまで思うのは母親の代わりがないからであり、子どもの介護ができる人材の育成が必要である。さらに、預かれる施設があれば母親も安心できるだろう。

NPO法人うりずんでは、重症児のデイサービスを行っており、運営にあたっては地域の医師会や行政、民間とも連携している。最近では栃木県自立支援協議会に医療的ケア児支援検討部会が発足しており、医療的ケア児の支援体制について、これから議論が始まろうとしている。

いずれにしても重症児と家族をしっかりと支えられるまちづくりは喫緊の課題であり、0歳から100歳まで安心して暮らせる地域包括ケアシステム構築が必要と考える。

《柏プロジェクトについて》

●辻哲夫氏（東京大学 高齢社会総合研究機構 特任教授）



柏プロジェクトは、地域包括ケアの都市型モデルとして千葉県柏市で進められてきた。その最大のポイントは、在宅医療を組み込んだ地域包括ケア、多職種連携の仕組みを、その土壌がない地域で一から創り上げてきたことである。プロジェクトの柱となっているのが、在宅医療の推進で、地域の中に在宅医療をしっかりと位置付けていかなければ地域包括ケアは完結しない、という考え方が根底にある。まず

外来の合間に訪問診療をする医師を増やし、それを往診専門診療所がバックアップする体制を構想。市はそのコーディネーター役を担うかたちで、医師会と行政、さらに関係職種が連携できる仕組みづくりを目指してきた。

そこで大きな役割を果たしたのが、「在宅医療推進のための地域における多職種連携研修会」である。進行は医師会が担当し、行政は事務局として段取りなどの事務を一括して担当。このことで両者の良好な関係が次第に構築されていった。一方、研修では医師がやる気になれるプログラムを追求。まだ在宅医療の経験のない医師を念頭に、在宅への同行訪問に加え、ベテランの多職種のチームに交じっての医師向きの専門的グループワークなどを組み込んだ。この研修が刺激となって、少しずつだが着実に、在宅医療に取り組む医師が増えてきている。

現在、厚生労働省のホームページにもこのプログラムが公開されているので、参考にさせていただきたい。いずれにしても、地区医師会と行政の連携が全ての基盤になることは確かであり、地区医師会を中心に「在宅医局」とも呼べるものが日本中に広がることを期待している。

《ディスカッション》

——市長として医師会と連携しながら地域包括ケアシステムの構築に取り組んでいこうと考えたのはなぜか。

遠藤 徳島市では前市長の頃から、在宅医療はますます重要になるという認識を強く持っていた。それを行政だけで進めることは難しいが、徳島市医師会には在宅医療に熱心に取り組んでいる医師の存在があった。そういった先生方との対話を重ねる中で、方向性を共有できた。

松戸 船橋市では医師会が研究してきたことを行政が事業化し、ともに取り組むということを長年、積み重ねてきた。それができるのは、そもそも行政とは何のためにあるのか、医師会は何のため存在しているのかという根本的な価値観が一致しているからだと思う。

丸山 私自身、東京都庁で保健・医療政策に関わってきた経験があり、また医師としての臨床経験からも、在宅医療の重要性を肌で感じてきた。今は行政の役割として在宅医療が明確に位置付けられており、西東京市でも、担当職員が多職種と議論を重ねながら取り組んでいる。

——地区医師会としては、どのようにして行政との関係を創り上げてきたのか。

豊崎 在宅医療連携拠点事業が始まり、行政を巻き込むために、かなりしつこく話をしてきた。最初のうちは門前払いのような状態だったが、行政に何度も足を運ぶうちに協力が得られるようになった。拠点事業が市の事業になると、市の職員もその気になって取り組んでくれるようになり、ここ数年でかなり進んだと思う。

玉元 船橋市では長年にわたり医師会と行政が協調してきた経緯がある。船橋在宅医療ひまわりネットワークもむしろ行政のほうから積極的に動き出した。市長と私はしょっちゅう“飲みニケーション”をしているが、そういった本音をぶつけあえるようなディスカッションがあって初めて、前に進めると思う。

石田 2013年から2年間、東京都医師会の地域医療推進委員会で地域包括ケアシステムにおける地区医師会の役割をテーマに委員長として答申をまとめた。そのことを西東京医師会においても取り組まなければならないと痛切に感じた。行政と連携できたのは、丸山市長が医師で私の大学の先輩でもあり、公私ともども交流があったことも大きい。市の職員とも対話を重ね、いろいろと動いていただいている。

——地域の医師の立場から、行政に期待することは。

佐藤 新たな仕組みを創り上げていくには継続が重要だが、行政の担当者は2〜3年で交代してしまう。この問題について辻哲夫先生より教えて頂いたのは、会議体のオートノミーを充実させること。熱意あるスーパースターがいるだけでは続かず、それが引き継がれるような会議体を作る必要があることを行政にもご理解いただきたい。

高橋 宇都宮市には日中一時支援の画期的な制度ができた。いったん制度ができると、担当者が変わっても継続していただけるので非常にありがたい。一方、地域生活支援事業の中の移動支援が現状、通所や通学にほとんど使えないため、母親が送り迎えをしている。移動支援を教育の現場でも使えるものになるようお願いしたい。

——最後に辻哲夫先生よりアドバイスを。

辻 日本医師会には在宅医療の推進を明確に打ち出している。そもそも医療には「困ったら行って差し上げる」というメンタリティが原点にあり、在宅医療は動き始めるだろう。一方、心配なのは市町村で、医療は県という意識が根強い。とはいえ日本の基礎自治体は非常にレベルが高く、2018年から医療介護連携推進事業が全面実施されれば、市町村も自ずと動き出すだろう。最も急がれるのは、市町村の職員が、この仕事をどう進めていったらいいのか、“ツボ”を体得していくことだ。

——都道府県にはどのような役割が期待されるか。

辻 一言でいえば、広域行政に徹するべきだ。進んでいる市町村があるならば、その優れた行政水準を県全域に普及させてはじめて、県はその役割を全うしたといえる。やるのはあくまで市町村と地区医師会であって、県が仕切ってはいけない。市町村に必要な情報を提供するなど、コンサルタントとしての機能を県がしっかりと担うことが極めて重要になる。

(文/佐藤あゆ美)

在宅医療推進のための共同声明

2016年11月23日

日本在宅ケアアライアンス (Japan Home Health Care Alliance)

一般社団法人 全国在宅療養支援歯科診療所連絡会

一般社団法人 全国在宅療養支援診療所連絡会

一般社団法人 全国訪問看護事業協会

一般社団法人 全国薬剤師・在宅療養支援連絡会

一般社団法人 日本介護支援専門員協会

一般社団法人 日本ケアマネジメント学会

一般社団法人 日本在宅医学会

一般社団法人 日本在宅医療学会

一般社団法人 日本在宅栄養管理学会

一般社団法人 日本在宅ケア学会

一般社団法人 日本プライマリ・ケア連合学会

一般社団法人 日本訪問リハビリテーション協会

公益社団法人 全国国民健康保険診療施設協議会

公益財団法人 日本訪問看護財団

特定非営利活動法人 在宅ケアを支える診療所・市民全国ネットワーク

特定非営利活動法人 日本ホスピス緩和ケア協会

特定非営利活動法人 日本ホスピス・在宅ケア研究会

日本在宅ホスピス協会

加盟団体 (50音順)

- ① 市民とともに、地域に根ざしたコミュニティケアを実践する。
- ② 医療の原点を見据え、本来あるべき生活と人間の尊厳を大切にした医療を目指す。
- ③ 保健・医療・介護・福祉専門職の協力と連携によるチームケアを追求する。
- ④ 病院から在宅へ、切れ目のない医療提供体制を構築する。
- ⑤ 療養者や家族の人生により添うことのできるスキルとマインドをもった、在宅医療を支える専門職を積極的に養成する。
- ⑥ 日本に在宅医療を普及させるために協力する。
- ⑦ 毎年11月23日を「在宅医療の日」とし、在宅医療をさらに推進するためのフォーラムを開催する。

国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター

〒474-8511 愛知県大府市森岡町7-430

TEL.0562-46-2311 FAX.0562-48-2373

HP: <http://www.ncgg.go.jp>

公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団

〒102-0083 東京都千代田区麹町3-5-1 全共連ビル麹町館

TEL.03-5226-6266 / 050-3559-5401 FAX.03-5226-6269

HP: <http://www.zaitakuiryo-yuumizaidan.com>