

# 第15回 在宅医療推進フォーラム

生きがいを支える在宅医療  
～新時代の地域共生社会を目指して～

2019年11月23日(土・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15回 在宅医療推進フォーラム

## 生きがいを支える在宅医療 ～新時代の地域共生社会を目指して～

2019年11月23日(祝)、第15回在宅医療推進フォーラムが、東京ビッグサイト(東京都江東区)にて開催された。テーマは、『生きがいを支える在宅医療 ～新時代の地域共生社会を目指して～』。在宅医療、地域包括ケアシステムは今後どう深化し、どこへ向かっていくのか。未来を展望する有意義なセッションが繰り広げられた。

### 活動 【総合司会】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)

本セッションでは、全国在宅療養支援診療所連絡会の全国11ブロックにおける活動報告と、日本在宅ケアアライアンスの活動報告が行われた。以下、概要を紹介する。

### 11 ブロック フォーラム報告

【司会】中野一司氏

(全国在宅療養支援診療所連絡会 IT・コミュニケーション局長)

#### ●北海道——坂本仁氏(静明館診療所)



2019年9月15日、第10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。今回は、日本在宅医療連合学会との同時開催という初めての試み。同学会にて企画された第1回地域フォーラムの中で、市民公開講座として開催された。

例年との大きな違いは、その進行の手法。「在宅医療の疑問」をテーマに、あえて講演形式はとらず、市民からの問いにその道のエキスパートがその場で答えるかたちをとった。まずは質問紙を配布し、「在宅医療を始めるにあたって」「最後まで自宅で暮らすためには」という2つのテーマについて、参加者が疑問を記載。回収後、すぐに集計し、壇上に上がった専門職(札幌市内で活躍する在宅医、在宅緩和ケア医、救急医、退院調整看護師など)が一つひとつ、回答していった。

案内チラシにも工夫をこらし、当日は380名が参加。在宅医療に関心の高い、高齢の市民の参加も多く、盛会のうちに幕を閉じた。

#### ●北関東——延島茂人氏(延島クリニック 院長)



北関東ブロックでは、2020年2月22日、茨城県水戸市にて北関東在宅医療推進フォーラムを実施予定。今回の担当県である茨城県医師会が中心となり、目下、準備を進めている。

当日は基調講演、特別講演、シンポジウムの3部構成で実施する計画で、開催準備状況は以下のとおりである。

まず、基調講演のテーマは、「茨城県地域包括ケアシステム推進センターの活動状況・茨城県医師会の取り組み(仮)」。講師として藤田弥奈氏(同センター推進員)が登場する。続く特別講演「プライマリ・ケアの現状と課題(仮)」で講師を務めるのは、前野哲博氏(筑波大学教授)。シンポジウムでは、「認知症・フレイル・ロコモ・サルコペニア(仮)」をテーマに、医師の荒井哲明氏(筑波大学教授)をはじめ、歯科医師、看護師、行政がそれぞれ登場する。各専門職の立場から意見交換を行っていくほか、特別講演で講師を務めた前野哲博氏にもコメントーターとして登場してもらい、議論を深めていく。

#### ●東京——鈴木央氏(鈴木内科医院 院長)



広く市民の参加を募る他ブロックとは異なり、東京ブロックは基本的に専門職を対象としている。2018年11月24日に開催された第9回東京都在宅医療推進フォーラムでは、約200名の専門職と数名の市民、ジャーナリストが加わり、「在宅医療の深化を求めて～地域包括ケアのための絆を紡ぐ～」をテーマに展開された。

第一部のシンポジウムではACPについての基本的な解説と現場での課題が示され、続くワールドカフェではこれを受けて実際の症例検討を実施。緩和ケア病棟と在宅——揺れ動く患者の心を例に、その真意はどこにあるのか、どこに課題があるのか、さらにはその解決策について、グループワーク形式で議論が行われた。

そして2019年11月3日には、「在宅医療・ケアの質を考える」をテーマに、第10回目のフォーラムを実施。この回で特筆すべきことは、日本在宅ケアアライアンス(JHHCA)の枠組みにより実施されたことである。東京都では今後もJHHCAとしてフォーラムを展開していく。

#### ●首都圏——岡田孝弘氏(オカダ外科医院 院長)

2019年10月27日、神奈川県横浜市にて、第3回首都圏在宅医療推進フォーラムが開催された。今回は市民公開講座というかたちで広く市民の参加を募り、当日は専



門職も含む 236 名が集まった。

テーマは、「ACP ってなに？ 自分で選択する医療のありかた」。前半は、「もしものとき」の話し合いのきっかけをつくる「もしバナゲーム」マイスター、原

澤慶太郎氏（はな医院）が基調講演を実施。ACP の解説が行われたあと、横浜市医療局より、ACP 啓蒙のために展開している「もしも手帳」が紹介された。

後半はディスカッションを実施。ACP の活用をテーマに、病院医師、病院看護師、在宅医、訪問看護師、ケアマネジャー、薬剤師が登場し、ACP 作成に求められる対応や連携のあり方など、さまざまな話し合いが行われた。参加者へのアンケートからは、「会議をするというより、その場その場で確認し、積み重ねていくものだとわかった」など、ACP への理解が進んだことが確認できた。

#### ●甲信越——杉山敦氏（杉山外科医院 院長）



2019年9月22日、長野県松本市にて、第7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、「高齢社会の自分の生き（逝き）方と地域包括ケア」。

午前は専門職を対象にシンポジウムとワークショップが、午後は市民公開講座が行われた。

シンポジウム「わたしの地域のリビングウィルについて」では、新潟県、山梨県、長野県、それぞれの実践例が示され、ACP とリビングウィルの関係について議論が行われた。続くワークショップ「地域包括ケアにおける多職種役割と課題」では、ケアプランにおける訪問看護の重要性など、多職種 6 名がそれぞれの立場から意見を述べ、活発な討論が繰り広げられた。

市民公開講座では、川越正平氏（あおぞら診療所 院長）が「地域を一つの“バーチャル病院”に見立てる」と題して講演。科学的根拠をもって在宅医療を行うことの重要性和、千葉県松戸市で進められているかかりつけ医の在宅医療推進について、その実際が報告された。

#### ●東海北陸——紅谷浩之氏（医療法人社団オレンジ 理事長）



2019年8月31日～9月1日、第10回東海北陸在宅医療推進フォーラム in 福井が、福井県福井市にて開催された。今回は、「人生会議（ACP）」をテーマにプログラムを構成。6年前の福井開催時

には市民参加が伸びなかった反省から、初日は市民が参加しやすい映画上映会からスタート。2作の映画で市民の関心を引きつけ、翌日の講演&シンポジウムへつないだ。

シンポジウム「北陸三県人生会議いろいろ」では、現

場で人生会議を実践している各専門職が登場し、それぞれの立場から取り組みを紹介。実際の患者との関わりを中心に、専門用語は極力ひかえ、思いが伝わるよう工夫をこらして展開された。続く市民公開講座では、小笠原文雄氏（小笠原内科医院 院長）が、「なんともめでたいご臨終」に学ぶ、笑顔で最期を迎える方法」と題して講演。涙あり、笑いありの講演で、2日間を締めくくった。

来場者約 200 名のうち市民参加は約 7 割。人生会議を広く知ってもらうきっかけを提供することができた。

#### ●近畿——白山宏人氏（大阪北ホームケアクリニック 院長）



2019年10月6日、第9回近畿在宅医療推進フォーラム・大阪が、大阪府大阪市にて開催された。今回は「がんの在宅医療」をテーマに、授業形式の講義と寸劇という二部構成で展開。遠方からの参加もあり、当日は約 800 名もの人で大いに盛況を博した。

第一部「ナニワ風いのちの授業～エンドオブライフケアって何なん？～」では、小澤竹俊氏（めぐみ在宅クリニック）を講師役に、司会や生徒からのツッコミ満載で講義が進む展開。軽妙なやりとりで会場を沸かせた。

第二部の寸劇では、過去に同フォーラムで展開されてきたピンコロ 3 部作（非がん、認知症、がん）の三つ目として、がんをテーマに物語を披露。40歳の肺癌の女性とその子供を主人公に、治療の中止→療養場所の相談→在宅療養→看取りという一連のプロセスが 40 名の出演者によって演じられ、まさに“ナニワ風”の盛り上がりで約 80 分の公演が幕を閉じた。

ピンコロ三部作の映像は勇美記念財団の HP にて公開中（<http://www.zaitakuiryo-yuumizaidan.com/movie/>）。

ピンコロ三部作の映像は勇美記念財団の HP にて公開中（<http://www.zaitakuiryo-yuumizaidan.com/movie/>）。

#### ●中国——清水暢氏（しみず医院 院長）



2019年10月6日、山口県山口市にて、中国ブロック在宅医療推進フォーラムが開催された。山口県は、高齢者 2 人暮らし、高齢独居の世帯割合がそれぞれ全国 1 位と 4 位である一方で、人口あたり

の療養病床数は全国 2 位であるため、在宅医療が進みにくく、地域包括ケアシステム構築への住民の意識改革が十分に進んでいない。そこで今回は、「みんなで取り組む在宅医療」をテーマに掲げ、県内の在宅医療に関わる各職種団体が協働してシンポジウムを行うという、県レベルでは初の試みを行った。

基調講演では和田忠志氏が登壇。現在の医療・介護を取り巻く社会的背景や、かかりつけ医の在宅医療、地域包括ケアシステムについての基本的な解説を行った。続

くシンポジウムでは、県歯科医師会、県薬剤師会、県看護協会、県訪問看護ステーション協議会、県介護支援専門員協会、県医師会の代表者が登壇し、それぞれの事業、在宅での取り組みを紹介。これを契機に、各職種団体の協力関係が進むことが期待される。

#### ●四国——谷水正人氏（四国がんセンター 院長）



2019年9月29日、愛媛県松山市にて、第10回四国在宅医療推進フォーラムが開催された。テーマは「我が街の在宅医療」。第一部では四国各県の在宅医療の現状を、第二部では愛媛県内での各市町の現状を共有するという、二部構成で展開された。

四国では県都四市（徳島、高松、高知、松山）の医師会が普段から定期的に情報共有を行い、各地の在宅医療をリードしている。第一部「四国の在宅医療の現状を知ろう!!」では、四市医師会の代表者が登壇し、それぞれが構築してきた在宅医療の仕組みなどを詳細に報告した。

一方で県都以外の地域は医療資源が乏しく、厳しい状況が続く。そこで第二部では、2012年から進められてきた愛媛県在宅緩和ケア推進モデル事業がテーマに。各地域で在宅緩和ケアのコアチームを構築することで、地域がどのように歩んできたか、状況が報告された。

350名の来場者とともに現状を共有でき、過疎地へのアプローチについても皆で議論できた意義は大きい。今後は行政トップの参加や県民への普及活動が課題である。

#### ●九州——満岡聰氏（満岡内科クリニック 院長）



2019年10月5、6日の2日間、佐賀県佐賀市にて、第10回九州在宅医療推進フォーラム in SAGAが開催された。今回は行政、医師会、日本尊厳死協会、日本プライマリケア連合学会佐賀支部、在宅ネット・さがの有志が協力で運営しており、多団体の共催で経費を抑えつつ、質の高いフォーラムを実現している。

テーマは「在宅医療におけるACPの現状と課題」。講演では木澤義之氏（神戸大学医学部）をはじめ、意思決定支援の第一人者が登壇する一方、シンポジウムでは専門職に加えて医学生や患者遺族も登場し、多彩な視点から発表が行われた。さらに2日目の午後には、参加型の3つの分科会（もしバナゲーム、ケアカフェ、多職種連携カンファレンス）を並列企画。従来は参加者の少なくなる時間帯にも、会場は多くの人であふれていた。

来場者は両日とも500名を超え、終了後のアンケートでは、「ACPについて理解が深まった」、「今後取り組みたい」との意見が多く寄せられた。

## 日本在宅ケアアライアンス（JHHCA）活動報告

【演者】飯島勝矢氏（東京大学高齢社会総合研究機構 教授）



飯島勝矢氏は、日本在宅ケアアライアンス（Japan Home Health Alliance : JHHCA）がこれから何をを目指すのか、その役割と活動状況、今後の展望について語った。

わが国ではこれまで、各現場の努力によって、在宅医療・ケアの豊富な経験を積み上げてきた。そして今、地域レベルでは多職種連携が当たり前のように行われている。しかしながら今後、次なるステージを切り開くためには、今一度、その足元を見直す必要がある。それぞれのベクトルで歩んできたものから一歩進めて、各職能団体がお互いに改めて“呼吸合わせ”を行い、国レベルでのコンセンサスを形成していく。そのための共通の“器”として誕生したのが、JHHCAである。

2015年3月に産声をあげたJHHCAは現在、在宅医療・在宅ケアに深く関わる19団体が構成されている。在宅医療の概念を整理し、その標準化を行った上で、連携上の課題を共有し、皆で課題解決に取り組んでいく——JHHCAとは、そのための緩やかな連合体といえる。地域により多種多様である在宅医療・ケアを標準化することは決してたやすいことではないが、その困難な課題にあえて取り組み、各団体が同じ目線で歩んでいくことは、質の確保された在宅医療の普及・底上げに不可欠と言える。そのためにJHHCAでは、全体事業および4つのワーキンググループでさまざまな活動に取り組んでいる。

全体事業としては、在宅医療普及推進のための人材育成（在宅医療関連講師人材養成事業）や国際交流研修事業などがある。直近の活動としては、2018年9月に初の国際在宅医療会議を開催。アジアの国々（韓国、ミャンマー、タイ、台湾、香港など）とともに地域医療の現状や課題を議論し、わが国の経験値を国外に発信した。

一方で、エシックス（倫理班）、アカデミック（学術班）、システム・マネジメント（制度・政策提言班）、ムーブメント（啓発・社会活動班）という4つのワーキンググループの活動も精力的に進められている。それらの活動がオーバーラップするかたち動くことによって、次代の在宅医療の発展へとつなげていくのが狙いだ。

以上を述べた上で飯島氏は、現在の状況を長距離マラソンに例え、「今はようやくスタートを切ったところ」と言及。「経験をさらに磨き上げていくため、これからの長い道のりをオールジャパンで走っていきたい。そして国内外に発信していきたい」と結んだ。

## シンポジウム

### 「地域における看取り率を検証する」

#### 【演者】

高林克日己氏（千葉大学 名誉教授／三和病院 顧問）

野田正治氏（野田内科小児科医院 院長／愛知県医師会 理事）

名取直美氏（株式会社富士通総研コンサルティング本部  
行政経営グループ チーフコンサルタント）

#### 【座長】

太田秀樹氏（全国在宅療養支援診療所連絡会 事務局長）

在宅医療の推進、地域包括ケアシステムの構築が叫ばれて久しい昨今、その評価の必要性が指摘されるようになった。では、何をもって評価するのか？ その明確な物差しについては何も示されていない。本セッションでは、看取り率に焦点を当て、それが評価のための一つの指標となりうるのか、3名の演者より検証結果を報告してもらった。そして実際に看取り率というものをいかに割り出し、その数値をどう捉えていけば実態を正しく評価できるのか、それぞれの視点で考察してもらった。

#### 松戸市における看取り死と孤独死



死亡個票をもとに在宅看取り率を割り出すことができるのか、高林克日己氏は千葉大学が千葉県松戸市の助成で行った調査結果を報告した。

松戸市は千葉県の北西部にある人口 48 万人の近郊都市で、その年間死亡者数は人口の 1%弱、約 4000 人となっている。千葉大学では 2014 年から 3 年間、厚生労働省統計局の人口動態統計「死亡票」および「死亡個票」をもとに、在宅での看取り死を抽出し、その実態について調査してきた。自宅で死亡した人の数は毎年 600 人程度であったが、死亡個票だけでは死亡診断書と死体検案書の区別がつかない。そこで今回の調査では、自宅で死亡した人を次の 4 つに分類することとした。

- ① 事故や他殺など明らかな異状死
- ② 監察医が記載した自然死・病死
- ③ 一般医が記載した孤立死が強く疑われるもの
- ④ 一般医が記載した自然死・病死

その上で、②③を孤立死、④を看取り死と定義してカウントした結果、孤独死数は 2014 年から順に 102 名、102 名、110 名、看取り死数は 518 名、495 名、529 名となった。そして在宅での看取り死率は 13%、孤独死率は 2.6%となった。

では、果たしてこれらの数値にどれだけの妥当性があるのか。松戸市および松戸市医師会が行った看取り率な

どのデータと比較すると、そこには大きな乖離が見られた。例えば、松戸市が示している孤独死数は 179 名、178 名、218 名で、孤独死率は 5%となっている（死亡個票での調査では 2%）。また、松戸市医師会のデータによると、看取り数は 2015 年で 315 名、2016 年で 320 名と、死亡個票から割り出した数値（各 495 名、529 名）よりもはるかに少ない。

このような違いがなぜ生じるのか。死亡個票からの看取り死数がこの 2 つの調査よりも大幅に多いのは、一般医が自然死として記載しているものの中に、孤独死が含まれている可能性があることが推察される。

以上のことから高林氏は、「死亡個票をもとに在宅での看取り死数、孤独指数を推計するには、限界があると言わざるを得ない」との見解を述べた。その上で、「死亡診断書に看取り死か孤独死かを記載すれば正確になるが、そのためには看取り死、孤独死というものの明確な定義が必要となる。在宅での看取り死数を正確に把握するためには、地域の医師会、行政レベルで具体的な方策を考えていく必要があるのではないか」との見方を示した。

#### 「概算」での地域看取り率・自宅看取り率の検証



野田正治氏は、愛知県で実施されてきた概算地域看取り率、概算自宅看取り率の検証結果を報告した。

愛知県では、県内 42 の医師会全てに在宅医療の拠点を設ける「愛知県在宅医療サポートセンター事業」を、平成 27 年より 3 年間、実施してきた。この間に、在宅での死亡数は 1.5 倍に増加し、看取りの割合は 83%から 90%に。中でも独居者の看取り率は 32%から 57%と大幅に伸びている。しかしながら、「このデータはあくまで医師へのアンケート調査によるもの。悉皆データではなく正確性に欠けるため、全国比較もできなれば、経年変化の比較も叶わない」と野田氏。そこで、より客観的な指標で検討するために考案されたのが、概算地域看取り率、概算自宅看取り率という新たな指標である。

そのポイントは、あくまで「概算」であること。過去には看取り率について精緻な分析を行った優れた先行研究があるが、精緻であるが故にそこにかかる労力は膨大で、全ての自治体で同じことを行うことは難しい。今回の愛知県の研究は、作業を簡略化して出した「概算」での数値が、一つの指標になるかどうかを検証したものだ。

まず概算地域看取り率とは、医療機関以外の死亡で孤独死・孤立死・事故・自殺を除いたもので、「(総死亡－病院・診療所死－警察検死取扱数) ÷ (総死亡－不慮の事故・自殺)」として算出する。一方、概算自宅看取り率

は、医療機関に加えて施設での死亡も除外したもので、「(総死亡-病院・診療所・老健・老人ホーム死-警察検死取扱数) ÷ (総死亡-不慮の事故・自殺)」として算出する。この方法には、医療機関・施設で検案を受けた場合に二重にカウントされてしまうなどの問題点があるが、一方で、警察の死体取扱件数さえ入手できれば簡単に算出でき、経年変化が容易にわかるという大きな利点がある。実際に、その妥当性を検討したところ、愛知県における地域看取り率、自宅看取り率は、先行研究とほぼ一致した。加えて、平成27年から3年間の看取り率の変化を改めてこの方法で算出してみると、看取り率は明らかに向上しており、愛知県在宅医療サポートセンター事業の成果を確認することもできた。

さらに、これを用いて全都道府県の推移をみていくと、平成24年から5年間で概算地域看取り率は全国的に右肩上がりに。概算自宅看取り率についてはややバラつきがみられるものの、概ね上昇していた。

以上のことから野田氏は、「概算ということで必ずしも正確な指標ではないが、これを使えばマッピングもでき、地域ごとの看取りの状況が一目でわかるようになる。こういった全国的な統計がとれるという意味で、ひとつの指標として使えるのではないか」との見解を述べた。

### 連携推進事業の指標としての看取り率を考える



名取直美氏は、在宅医療・介護連携推進事業を評価する一つの指標として、富士通総研が検証してきた看取り率について報告し、その有用性および扱う際の留意点について述べた。

「可能な限り在宅で暮らしたい」という願いの実現・選択には、在宅医療の充実、在宅医療・介護連携が必須である。その願いを叶えた先にあるのは、在宅での療養生活、そしてその延長上にある死であることから、富士通総研では在宅医療・介護連携推進事業の一つの評価指標として看取り率に着目し、その検証に取り組んできた。

とはいえ、現代において「地域に住む」ということは、自身の自宅に積み続けることだけを示すものではない。実際に地域包括ケアシステムでは、住まいを従来の自宅のみではなく、サ高住や有料老人ホームなども選択肢の一つとしている。そこで富士通総研では、死亡票に記された病死・自然死の総数に占める在宅死の割合を「自宅看取り率」、老人ホームで死亡した人の割合を「老人ホーム看取り率」、この両者を合わせた割合を「狭義の地域看取り率」、さらに介護保険施設、その他の場所での死亡も合わせた割合を「広義の地域看取り率」と定義。平成26年人口動態調査より死亡票および死亡個票を取得し、不

慮の死亡事例を除いた総死亡者数と、死亡場所ごとの死亡者数を市区町村単位で集計した。そして人口規模別(人口3万人未満、3万人以上20万人未満、20万人以上)に概況を割り出した。

膨大な作業の末に導き出された貴重な資料だが、名取氏が強調したのは、「この数値そのものに大きな意味があるわけではない」ということ。大切なのは、その背景にあるものを踏まえた上で数値を読むことである。看取り率には、本人の希望や選択に加えて、在宅医療・介護を支える地域の資源、住民の意識、関係機関の連携など、さまざまな要素が複合的に関与している。そういった背景までしっかりと読み解き、関与している事柄も合わせて評価していくことが重要であり、それには医療・介護専門職の協力が欠かせないと名取氏は言う。

また今回の調査では、自治体の有するデータそのものの正確性が欠けるケースも多く、実際に調査対象となったのは、全国1718自治体のうちの1356自治体であった。今後、看取り率を評価指標として用いていく際には、その前提であるデータそのものの正確性、信頼性をいかに上げていくかが今後の課題だと、名取氏は提言した。

### 《質疑応答》

——地域包括ケアのアウトカム評価を行う一つの指標として、看取り率を活用していく際の課題は何か。

**名取** 独居の検案の話題として孤独死と孤立死があげられたが、それらは明確に区別すべきと考える。しかしながら、その背景は死亡個票などには出てこない。自治体がそのところをどう捉えていくか。医療や介護の専門職と会話を重ねながら、看取りの背景にあるものをしっかりと読み取っていく必要がある。看取り率というのは、そういった“読み手の力”が問われる指標といえる。

**野田** 孤独死、孤立死の問題については、憂慮していた。今、まさにデータを作っているところだが、独居の検案数を見て気づいたことは、ほぼ半数が亡くなってから24時間以内に検案を受けていること。つまり周囲の誰かが早々と死亡に気づいており、それは孤独死、孤立死と呼ぶよりも、単に「独居死」でもいいのか。逆に死亡から1週間以上も経っていれば社会的孤立と言え、呼称については今後、整理していく必要がある。

**高林** 看取り率の数値を出していくのは決して簡単ではなく、本来は一人ひとりを見なければわからない。「行ってみたら亡くなっていた」ということは現実にはたくさんあるが、でもその人がとても安らかで幸せそうな表情をしていたら、不幸な死に方とはいえないだろう。そこはみている人間でなければわからない部分であり、そういった精緻なデータをいかに出していくかが今後の課題だ。

## 報告

### 「財団と歩んだフォーラムの歴史」

【演者】太田秀樹氏（全国在宅療養支援診療所連絡会 事務局長）

【座長】田城孝雄氏（放送大学教養学部 教授）

#### 日本の在宅医療の系譜を振り返る



今回、15周年の節目を迎えた在宅医療推進フォーラム。当初からその開催・運営に携わってきた太田秀樹氏は、改めてその歴史を紐解いた。

本フォーラムは、「在宅医療推進のための会」（以下、推進のための会）の活動に端を発する。推進のための会は先駆的に在宅医療を実践している医師たちを中心に2003年より活動しているもので、大学、行政などとも協力しながら、日本に真の在宅医療を広めるための討議を定期的に行っている。会議後は行きつけ居酒屋で反省会をするのが通例で、その宴席の場でメンバーの一人、田城孝雄氏が「在宅医療推進のためのサミットをやろう!」と提案したことが始まり。その場で全員が賛同し、数回の委員会を経て、2005年11月23日に初開催となった。

「当時は、ここまで大きな活動に発展するとは誰も想像していなかった」と太田氏。以来15回に渡り、常に「人生」という視点で在宅医療の現状や課題が話し合われてきた。共同声明は当初の4団体から19団体に。その運営に携わってきた推進のための会のメンバーも、当初10名程度だったものから61名へと大きく拡大した。

日本の在宅医療の推進に、これらの活動がいかんかに貢献してきたか。日本には在宅医療に関するさまざまな学会が存在するが、そのほとんどに推進のための会のメンバーが深く関わってきた。今では日本プライマリケア連合学会や日本在宅医療連合学会が誕生するなど、ともに歩む機運が高まり、日本在宅ケアアライアンス（JHHCA）がいつそう横断的に絆を深める役割を果たしている。

一方、推進のための会を通して2007年に設立された「在宅医療推進会議」（国立長寿医療研究センター）は、2016年には「全国在宅医療会議」として国の活動に。JHHCAも日本医師会が実施している「かかりつけ医研修会」（現、在宅医療関連講師人材養成事業研修会）に協力するなど、活動はより立体的なものへと発展している。

以上、歴史を概観した上で太田氏は、「推進のための会は人と人をつなぎ、JHHCAは組織や団体をつないできた」と振り返り、それらの活動を当初から下支えしてきたのが勇美記念財団であることを強調。「日本の在宅医療の歴史は、まさに財団の歴史と言ってもいい」と結んだ。

## 報告

### 「新しい共同声明について」

【演者】蘆野吉和氏（日本在宅医療連合学会 代表理事長）

【座長】田城孝雄氏（放送大学教養学部 教授）

#### 生活の中にある「生きがい」を大切にする



在宅医療推進フォーラムでは、第1回の開催当初から、諸団体とともに共同声明を採択してきた。今回、そこに新たな文言として「生きがい」という言葉が加えられている。蘆野吉和氏は、これまで

の共同声明の変遷を振り返りながら、新たな声明文にどのような思いが込められているのかを紹介した。

共同声明は、在宅医療推進のための会を通じて幾度となく議論を重ね、知恵を絞って完成させたものである。これまでにわずかな変更が加えられたものの、大筋はほとんど変わっていない。蘆野氏が着目するその優れた点は、当初から「在宅医療を普及させることが、“まちづくり”につながる」という視点がしっかりと刻まれていることである。2007年には日本在宅医療学会が加わったことをきっかけに、「病院から在宅へ…」という一文が追加され、本フォーラムも「毎年開催」と改められた。

そして今回、新たに加えられた「生きがい」という言葉には、より積極的に生きるという意味が含まれている。それは日本語独自の言葉であり、英語ではIKIGAIと訳される。近年、この「生きがい」を持っていることが長寿につながるということがエビデンスでも示されており、欧米でも注目を集めているという。「生きがいとは多義的であり、人は生活の中にそれぞれの生きがいを持ち、暮らしている」と蘆野氏。新たな共同声明には、そういった生活の中の人の生きがいを大切にしていこうという意味が込められていることを強調し、講演を結んだ。

#### 在宅医療推進のための共同声明（2019年6月21日発行）

- 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、そして生きがいを大切にした医療を目指す。
- ③医療・福祉・介護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ルドをもった、在宅医の養成を積極的に支援する。
- 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。

## 基調講演

### 「2040年の多面的社会に向けた 地域包括ケアシステムの深化」

【演者】 田中滋氏 (埼玉県立大学 理事長)

【座長】 荒井秀典氏 (国立長寿医療研究センター 理事長)

#### 高齢者のみならず、誰もが安心して暮らせる地域へ



2025年を第一目標に構築が進められてきた地域包括ケアシステムは、2040年という新たな目標に向かって歩み始めている。田中滋氏は、地域包括ケアシステムがどのような社会背景のもとに

生まれ、どこへ向かおうとしているのか、その誕生と深化の歴史的展開を紐解いた。

誰もが等しく医療を受けられる社会の実現は歴史的にみてもごく最近の出来事で、19世紀前半までは医学自体が発達しておらず、社会階層によって受けられる医療の成果に大した差はなかった。ところが19世紀後半になり、近代医学が生まれると、「お金があれば救われる」状況が生まれ、未充足医療ニーズが膨らんでいく。そこでドイツを皮切りに医療保険制度が創設され、日本では1961年に国民皆保険制度が実現した。この新たな制度によって医療が普及すると、高齢者の死亡率は急速に低下。1964年の東京オリンピックのときには400万人しかいなかった65～74歳人口は、2020年では1800万人と実に4.5倍にも増え、「65歳では滅多に死なない時代」が訪れることとなった。

日本における長寿一般化は、まさに国民皆保険制度の貢献も大きな理由といえるが、課題が一つ解決されると、また新たな課題に直面する繰り返しは人類の歴史である。まずは健康寿命が終わった後もなお人生が10年続く状況が当たり前となり、1990年代には今度は未充足介護ニーズが一気に増加していく。この状況を受けて2000年に介護保険制度が創設された。

医療と介護の普及により次に起きた変化は、さらなる長寿化である。1964年時点では150万人だった75～84歳人口は、2020年には1200万人と実に8倍に。その中の要介護者を支えていくには、医療・介護をばらばらに提供するだけでは十分ではなく、両者が連携し、住まいも含めてさまざまなサービスを統合する体制が必要となる。地域包括ケアシステムは、この新たな社会的ニーズに対応するために生み出された概念であり、まさに時代の必然であった。

2005年、介護保険法改正で地域包括ケアシステムという用語が初めて使われ、2008年には地域包括ケア研究会

が発足。その構築が各自治体に促され、全国各地でサービスの統合の動きが広まっていった。当初は主に高齢者を対象に構想されてきた地域包括ケアシステムは、今では子どもや障害者なども含めた、「誰もが安心して暮らせるまちづくり」を目指す考え方へと深化している。

また、かつては施設と在宅は二者択一のように捉えられていたが、今では「おおむね在宅、ときどき入院」と表されるように、両者の境が曖昧になってきた。地域包括ケア病棟、介護医療院、介護付きホームなど、さまざまな機能を「ニーズに応じて使い分ける」考え方が浸透しつつあり、地域での暮らしの継続を誰もが選択できる時代が今、到来しようとしている。

#### 社会の多元化に向けて「ゆるい共生社会」をつくる

こうして進められてきた地域包括ケアシステムの構築は、地域による差こそあれ、全国でそれぞれ進展しつつある。2025年の第一のゴールに到達できたとしても、それで終わりではなく、次なる課題が待ち受けている。それは、超高齢者の急増である。1964年は20万人程度だった85歳以上人口は、2020年には600万人を超え、さらに2038年には一千万人に到達する見込みである。また年間死亡者数も増加の一途をたどり、在宅医療ニーズは増大していくが、一方で生産年齢人口は低下する、非常に厳しい現実が待ち受けている。

そうした状況下で生じる社会的ニーズも、これまでとは大きく異なる。介護予防が進めば、今後は年齢階層別に見た要介護者発生率低下が予測されるが、一方で、85歳以上人口増に伴い、「要介護ではないものの、日常生活力が低下する超高齢者」が急増する。この人たちに必要なサービスはまずは生活支援であり、急増する生活支援ニーズにいかに対応していくかが次の課題となる。さらには死因についても、これからは老衰など非急性期型の死の増加が見込まれる。人々の尊厳のある看取りをいかに実現していくかも大きなテーマとなるだろう。

それだけではない。これからは孤立、虐待、ネグレクト、貧困といった複合的な福祉ニーズを持つ人々が増加し、さらには外国人居住者の増加も見込まれる。この未知なる状況に対して地域包括ケアシステムをいかに深化させていくか、田中氏が強調したキーワードが、社会的包摂の重要性である。「一口に高齢者といっても、これからは多様性が広がり、経済的格差が広がっていくだろう。社会が多元化していく状況において社会的排除を避けるためには、ゆるい共生社会をつくる仕掛けが必要であり、そうでなければ社会は安定しない。そういう地域をどう作っていくのか、地域包括ケアシステムの今後の大きな課題となるだろう」と田中氏は述べ、講演を結んだ。



## シンポジウム

### 「生きがいを支える在宅医療」

#### 【基調講演・演者】

大島伸一氏 (国立長寿医療研究センター 名誉総長)

#### 【シンポジスト】

織田正道氏 (全日本病院協会 副会長)

高砂裕子氏 (全国訪問看護事業協会 常務理事)

及川ゆりこ氏 (静岡県介護福祉士会 会長)

坪井博文氏 (厚生労働省医政局地域医療計画課  
在宅医療推進室 室長補佐)

【座長】新田國夫氏 (日本在宅ケアアライアンス 議長)

筒井孝子氏 (兵庫県立大学大学院経営研究科 教授)

### 「認定介護福祉士」誕生の背景と役割



認定介護福祉士という資格は、どのような社会背景のもとにつくられ、どのような役割が期待されているのか。大島伸一氏は、一般社団法人認定介護福祉士認証・認定機構の理事長の立場から、認定

介護福祉士に期待される役割について語った。

日本の医療は、この半世紀の間に2度のパラダイム転換が起きている。1度目は、「パートナーリズム (医療者がその良心に基づいて治療方針を決め医療を提供する)」から、「パートナーシップ (インフォームドコンセントや自己決定を軸とする医療)」への転換。そして2度目が今まさに起きている、「治す医療」から「治し支える医療」への転換だ。

この2つの大きな違いは、前者は医療界から始まったものであるのに対し、後者は法律や制度が先行して医療界に入ってきた点である。すなわち、「治し支える医療」への転換については、制度的な枠組みはすでにできているが、医療関連職種の意識改革が進んでいない。医療と介護がフラットな関係でいかに役割分担をしていくのか。両者が互いを認め合い、連携していく動きは今ようやく始まったところであり、改めて医療・看護・介護の機能を再編していくことが急がれる。

同時に課題となっているのが、介護の職能集団としての向上である。介護福祉士の数はここ数年で急速に伸び、現在その数は160万人となっている。しかしながら、組織率はわずか4%に過ぎない。介護と名の付く職種には、ほかに介護支援専門員 (ケアマネジャー) や訪問介護員 (ホームヘルパー) があるが、これらの中で介護福祉士は唯一の国家資格である。それにも関わらず、市民には最も馴染みが薄いのが現実だ。

そういった状況を受け、介護福祉士の職業としての専

門性を確立していくために創設されたのが、認定介護福祉士である。介護福祉士の資格取得後、一定の実務経験を経て、質の高い介護を行い、かつ指導ができるレベルに達した者を、職能団体が認定する。平成23年度よりモデル研修が開始され、平成27年12月には認定介護福祉士認証・認定機構が設立された。現在、その数は未だ100名に満たないが、「介護の専門性を理解した非常に意識の高い人材が、確実に創出されている」と大島氏。今後は1万人を養成することを目指すという。

以上を説明した上で大島氏は、より専門性の高い介護人材を養成する必要性を改めて強調。「認定介護福祉士は、これからの介護のキーパーソンになる」と述べ、講演を結んだ。

### 認知症専門ユニット「DCU」の取り組み



超高齢社会を迎えた今、急増する認知症への対応は、急性期病院においても喫緊の課題となっている。織田病院 (佐賀県鹿島市) 理事長の織田正道氏は、同院が新たに開設した認知症専門ユニット、

DCU (Dementia Care Unit) について、その実際や開設のメリットについて紹介した。

同院のある佐賀県南部医療圏では、85歳以上人口が急増しており、日本のほかの地域よりも15年ほど早く、超高齢化が進行している。この間、同医療圏における85歳以上の救急搬送件数は2.5倍となり、同院における85歳以上の新規入院患者数は、実に3倍にまで増加した。

従来であれば、急性期の治療を終えると、いったん地域包括ケア病棟や回復期リハビリ病棟などへ移り、そこから地域へと戻っていく。しかし要介護や認知症のリスクが高い85歳以上の高齢者は、これでは対応が困難な場合が多い。施設を経由せずにいかに在宅に帰すかが、大きな課題となる中、安心して在宅へ帰すために2015年に開設されたのが、DCUである。

そもそも急性期の病棟は、認知症の患者が落ち着いて過ごせる環境とはほど遠く、認知症やせん妄に対するスタッフの知識や経験も乏しい。不適切な対応により症状が悪化し、在院日数が延長してしまうことが、急性期病院における認知症対応の課題となっていた。これに対してDCUでは、急性期の治療と合わせて適切な認知症ケアを提供できるよう、一般病棟のうち8床をユニット化。75歳以上かつ認知症自立度Ⅲa以上の人を対象に、重度のせん妄のある人を優先的に受け入れ、認知症認定看護師を中心とする多職種のチームで対応する仕組みを構築した。その結果、患者の睡眠が安定して症状も穏やかになり、身体拘束が著しく減少。スタッフのアセスメント

能力も向上し、行動変容が起きるといふ、副次的な効果も得られたという。

さらに同院では、退院後のケアの継続を図るための独自の仕組みとしてメディカル・ベースキャンプ（MBC）を開設。退院直後の2週間、病院から直接スタッフが訪問してケアを提供するもので、状態が安定したところで地域のスタッフに受け渡すことで、スムーズな在宅移行を実践している。同院ではこれらの取り組みにより、自宅からDCUに入院した患者の約8割が、直接自宅へ退院できるようになったという。

以上を説明した上で織田氏は、改めて急性期病棟における認知症対応の重要性を強調。「進展する超高齢化に対応するために、これからは病院においても、多職種の水陸連携をしっかりと取っていかねばならない」と呼びかけた。

### 療養生活の支援を通じて、生きがいを支える



在宅医療の現場で、そこで暮らす人の生活、そして生きがいを支えるために、看護と介護はどのように連携しているのか。高砂裕子氏は、その実際について報告した。

全国各地で地域包括ケアシステム構築が進められ、その仕組みができつつある中で、大きな課題となっているのが人材の確保、育成である。訪問看護においても、利用者数が増加の一途をたどる中、訪問看護師の数は約6.3万人と増え続けているものの、2025年にはその約2倍の12万人が必要とされている。

改めて訪問看護の制度の変遷を振り返ると、常に介護との連携が、その仕組みの中で認められてきた。2000年に介護保険制度が発足し、訪問介護事業所の数が増えるに伴って、重度者への訪問サービスを介護職とともに行う機会が増加。そして2012年、定期巡回・随時対応型訪問介護看護や複合型サービス（現在の看護小規模多機能型居宅介護）が始まると、両者の接点はさらに増えていく。かつて点と点をつなぐ連携だったものから、ともにサービスを提供する協働へ。その関係性は、制度が改定されるごとにより深いものへと変わってきた。

では実際に在宅医療の現場で、介護と看護がどのように連携しているのか。高砂氏が指摘したのは、行為によって役割を分けることは現実には困難だということ。例えば入浴介助ひとつでも、利用者の身体状況などによって、看護職が行うこともあれば、介護職が行うこともある。この「両者が臨機応変に対応できる」ということが生活を支える上では非常に重要で、だからこそ双方の日々の情報共有と、困った時には助け合いができる信頼

関係が不可欠だと高砂氏は強調する。

一方、訪問看護師ならではの役割として高砂氏が挙げたのが、橋渡しである。例えばACPにおいても、訪問看護師は普段から介護職と連携しており、利用者の日々の生活から、利用者の生活の希望に応えた介護を提供している。その生活支援の視点をもって医療と介護を橋渡しすることが重要な役割といえる。また利用者にとっても、医療や介護などさまざまな相談にのってくれるのが訪問看護師であり、相談支援によって利用者と専門職を橋渡しすることもできる。

では改めて、生きがいを支える訪問看護とは何か。それは本人に“何が生きがいですか？”と訪ねて叶えるようなものではない。高砂氏は、「生活環境、体の状態を整えていくことによって、人は自ら、その人の生きがいに基づいた生活をするようになる。つまり生きがいを支える訪問看護の役割は、療養生活を支援することに尽きると思う」と述べ、講演を締めくくった。

### 日々の関わりの中での「気づき」をチームに発信



認定介護福祉士の及川ゆりこ氏は、介護職による生活支援がどのように行われているのか、3つの事例をもとに、その実際を紹介した。

近年、介護職がターミナルケアに関わる機会が増えている。最初の事例はがん末期の独居高齢者を自宅で看取ったケースである。認知症のある78歳女性。徐々に乳がんが進行し、臥床することが増えてきたことから、在宅生活を続けるべきか、幾度となく議論されてきた。しかし本人の自宅への愛着は強く、末期とはいえ痛みもないことから、家族と話し合いの末、自宅での看取りを選択。1日1～2回の訪問看護、3～4回の訪問介護を導入し、最後はほぼ身体介護のみを提供するかたちで、自宅での生活を最期まで支えた。

次の事例は、BPSDの強い認知症の高齢者との関わりである。72歳女性、一人暮らし。子どもとは疎遠の状態だった。介護拒否、暴力、徘徊など顕著なBPSDにより、ショートステイを緊急利用。廊下を一日中歩き回るため、疲れたら休めるよう随所に椅子を配置し、職員が交代でひたすら付き添うことにした。人に手を挙げるなど暴力行為も目立ったが、ゆっくりと声掛けを行い、徐々に関係を構築。3か月後、何も話さなかった女性が言葉を発するようになり、6か月後には徘徊が減少。言葉数も増え、笑顔を見せるまでになった。そして8か月後、その表情は見違えて穏やかに。面会に訪れた家族が、「何年かぶりに笑っている母を見た」と、涙を流して喜んだという。

最後は、定期巡回・随時対応型サービスでの関わりが

介護予防につながった事例である。82歳女性、認知症はあるが要介護1でADLはほぼ自立。大腿部骨折で入院していたが、本人の希望により自宅へ移行し、サービス開始となった。当初、スタッフが自宅に入ることは許されず、玄関で立ち話。日々訪問を重ね、時間をかけて顔を覚えてもらい、2か月後には室内で話ができるようになった。3か月が経った頃、関係も徐々に深まり、困っていることを自ら語り出す。そして1年後には介護保険の更新申請で要支援2となり、サービスが終了した。さらにその後、ヘルパーが日常の関わりの中で本人の趣味を聞き出し、かつて好きだった絵を描くことを再開。すると生活の中に生きがい生まれ、半年後には自立となった。

以上、介護予防から看取りまで、介護の実際を紹介した及川氏は、「こういった日々の関わりの中で、介護職にはさまざまな気づきがある」と言及。「その気づきをチームに発信できる介護職は、生きがいを支える在宅医療に欠かすことのできないチームメンバーである」と結んだ。

### 希望に沿った看取りに向けて、ACP普及を推進



坪井博文氏は、在宅医療を取り巻く制度について、背景や目的などを整理した。

日本の人口は減少局面を迎え、2060年には総人口が9,000万人を割り込み、高齢化率は40%前後になると推計されている。

その一方、生産年齢人口や子どもの人口は減少傾向となっている。また、日本全体では2025年に75歳以上人口がピークを迎えるが、その程度は全国一様ではなく、都道府県によってピークが異なる。そのため、それぞれの地域において、地域の実情に応じた体制を考え、必要があり、地域包括ケアシステムや地域医療構想についても、「地域」という言葉が使われている。

国は「在宅医療の提供体制に係る指針」に、都道府県が確保すべき機能として、①退院支援、②日常の療養支援、③急変時の対応、④看取り、の4つを挙げている。中でも「生きがいを支える」ということを考えたときに問題となってくるのが、「③急変時の対応」、すなわち本人の意思に反した（延命を望まない患者の）救急搬送の問題だ。これに対して先進的な自治体では、救急搬送時の情報共有ルールを設定しているところもある。国はそういった先進事例をもとに、自治体を対象とした「在宅医療・救急医療連携セミナー」を開催し、連携ルールの策定を支援している。

また、「④看取り」に関しては、国民の多くが自宅での最期を希望しているのに対し、実際には多くの人が病院で亡くなっているという現実がある。直近の動きとして、平成30年に改訂された「人生の最終段階における医療・

ケアの決定プロセスに関するガイドライン」では、名称に「ケア」という言葉が加わり、医療、ケアチームに介護従事者が含まれることが明確化された。さらに注目すべき点は、「本人の意思は変化しうる」ということを前提に、本人が何を望むのかを日頃から繰り返し話し合う「ACP（アドバンス・ケア・プランニング）」の重要性が強調されていることだ。厚労省ではACPに「人生会議」という愛称を付け、11月30日（いい看取り・看取られ）を「人生会議の日」として、今後さらなるACPの普及を図っていく方針だ。

### 《質疑応答》

——死に向かう道のりが長くなる中で、改めて「生きがいを支える」とはどういうことか。

及川 例えば今日紹介した事例のように、最期まで一人で暮らすことを支えること自体が、生きがいにつながると解釈している。より積極的に生きることを支えるという意味で、生きがいという言葉はポジティブだと感じる。

高砂 以前は死に向かうプロセスについて本人には聞きにくかったが、最近は自らの最期をどう過ごしたいか、ということが自然に話題にされるようになった。そこは変わってきており、利用者の希望を丁寧に聞くことだと思う。

——生活を支えるためには介護との連携が重要だが、急性期病院においてはどのように行われているか。

織田 病棟に介護職は入っていないが、当院連携センターのメディカルベースキャンプには訪問看護やヘルパーが入っており、同じ病院内で顔が見えるかたちで情報交換を行っている。いかに便利なツールを使っても、お互いの信頼関係がなければ連携は機能しない。顔が見えて、相手のことがよくわかった上での共同作業になると思う。

——今日の話を受けて、最後にコメントを。

大島 医療にはもともと「治す」という明確な目的があったが、その後QOLという言葉が出てきて、完治しない人もよりよい状態で生活に戻ることが目標となった。そして今、終末期において生活をいかに満足度の高いものに持っていくのかが、医療の大きな役割となっている。それは医師や看護師だけでできるものではなく、そこをカバーしていくのが介護であろう。難しいのは、その支援のあり方についてどう標準化するのか。個々の生きてきた人生は全く異なるものであり、どう支援したらその人が本当に満足して終末期を迎えられるのか、標準化するのは決して簡単な話ではない。しかしながら、その難しい作業にあえて踏み込んでいくことが、これからは必要ではないかと思う。

(文/佐藤あゆ美)

# 在宅医療推進のための共同声明

2019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 日本在宅医療連合学会  
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  
一般社団法人 日本老年医学会  
公益社団法人 全国国民健康保険診療施設協議会  
公益社団法人 全日本病院協会  
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

(50音順)

本19団体は、在宅医療を誠実に実践し、そのあり方について真摯に探究してきた専門職集団である。  
この19団体が、このたび一堂に会し、これまでの実践的蓄積と討論をふまえ、次の声明を採択した。

- 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、そして生きがい大切に  
医療を目指す。
- ③ 医療・福祉・介護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寄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

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>