

第 20 回在宅医療推進フォーラム

どうなる、どうする在宅医療 ～近未来の地域づくり～

【日 時】

2024年11月23日（土・祝）9:30～17:00

【場 所】

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

アンケートのご協力をお願いいたします



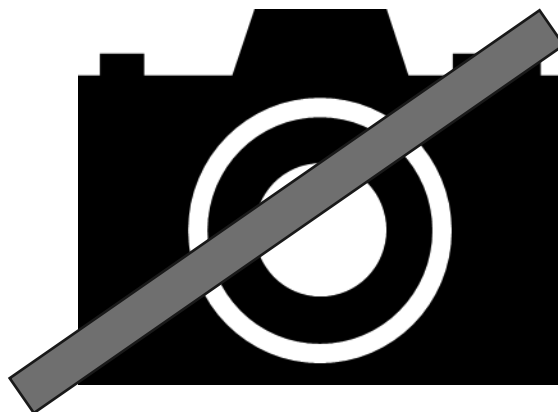
スマホで入力できますので QR コードを読み取って
アンケートにお答えください

今後の運営の参考にさせていただきたいので、
ぜひ、ご協力をお願いいたします。
ご協力いただきました方には、粗品(うまい棒)を
ご用意しております。



※イメージ

撮影・記録の禁止(権利侵害についてのご注意)



発表については、発表者に著作権や肖像権などの権利があります。
発表者に許可なく撮影や録音をしたり、画面のスクリーンショットを撮影することは
権利の侵害になりますので、十分ご注意ください。

目次

●開催趣旨・プログラム	5
●開催挨拶	7
●組織概要	10
●ブロックフォーラム「あなたの地域の在宅医療、どうなる？どうする？」	19
開催地域の紹介 島田 潔（全国在宅療養支援医協会 事務局長）	
開催報告 北海道札幌：飯田 智哉（巡る診療所 院長）	
滋賀県：西山 順博（医療法人西山医院 院長）	
沖縄県：長野 宏昭（いきがい在宅クリニック 院長）	
●勇美（ゆうみ）賞授賞式	59
●基調講演 「今こそ考える在宅医療の姿」	63
武田 俊彦（日本在宅ケアアライアンス 副理事長）	
●特別講演1 「包括的居住支援における在宅ケア」	85
高橋 紘士（元高齢者住宅財団 理事長）	
●特別講演2 「暮らしの中で逝くということ」	111
市原 美穂（全国ホームホスピス協会 理事長）	
●パネルディスカッション「どうなる どうする 終の棲家」	129
笹井 肇（武蔵野市 前副市長）	
早川 貴裕（栃木県保健福祉部医療政策課 主幹）	
小島 美里（NPO暮らしネット・えん 代表理事）	
習田 由美子（厚生労働省医政局看護課 課長）	
時田 佳代子（社会福祉法人小田原福社会 理事長）	
●関係者略歴	171

在宅医療推進のための共同声明

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。

開催趣旨

「在宅医療推進フォーラム」は、2005年から始まり第20回の節目を迎えます。日本の在宅医療の発展と共に歩んだ20年でした。

いま「団塊の世代」がすべて75歳以上になる2025年を目前に、在宅医療推進へ制度の整備・改良が相次ぎました。特に地域での多職種連携が報酬上でさらに評価されています(第8次医療計画、第9期介護保険事業計画、診療・介護・障害福祉の報酬改定)。併行して在宅医療を重視した新・地域医療構想やかかりつけ医の機能強化の議論などが始まりました。

これら一連の動向は、急進展する少子高齢化・人口減少に対応し、様々な障害を抱えながら誰もが地域で普通に暮らせるまちづくりと地域ぐるみの支え合いに向けた取り組みをさらに強化するものです。とは言っても、その取り組みには地域によって温度差や在宅医療体制の質の格差や量的な格差があります。在宅医療が実施されている地域でも、ビジネス優先の医療が横行したり、病院医療の継続(治す医療)が根強く残ったり課題は山積みです。「終の棲家」のはずの高齢者施設でも本人の意思に反し、病院へ搬送されたり、サービス付き高齢者住宅では医療・介護サービスの自由な選択が許されなかったり、在宅介護・在宅医療の質が問われています。

いわば成人を迎えた今回のフォーラムでは、昨年のテーマ「どうなる、どうする在宅医療」の深化を目指し、医療・介護の関係者、地域行政の担当者、地域住民が共通に抱く課題を取り上げ、課題解決の糸口を探したいと思います。一般の方を含めて多くの参加をお待ちしております。

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

共催：一般社団法人日本在宅ケアアライアンス

全国在宅療養支援医協会、全国在宅療養支援歯科診療所連絡会、全国訪問看護事業協会、全国ホームホスピス協会、
全国薬剤師・在宅療養支援連絡会、日本介護支援専門員協会、日本ケアマネジメント学会、日本在宅医療連合学会、
日本在宅療養管理学会、日本在宅看護学会、日本在宅ケア学会、日本在宅療養支援病院連絡協議会、
日本プライマリ・ケア連合学会、日本訪問リハビリテーション協会、日本老年医学会、全国国民健康保険診療施設協議会、
全日本病院協会、日本訪問看護財団、日本ホスピス・在宅ケア研究会、日本在宅ホスピス協会、
日本ホスピス緩和ケア協会、NPO 地域共生を支える医療・介護・市民全国ネットワーク

後援：厚生労働省、公益社団法人日本医師会、公益社団法人日本歯科医師会、公益社団法人日本薬剤師会、

公益社団法人日本看護協会、公益財団法人長寿科学振興財団

※順不同、一部法人格省略

■ プログラム

総合司会 鶴岡 優子 (日本在宅医療連合学会 理事)

※敬称略

9:00	開場
9:30	<p>開会によせて 住野 耕三 (在宅医療助成 勇美記念財団 理事長) 新田 國夫 (日本在宅ケアアライアンス 理事長)</p> <p>来賓挨拶 迫井 正深 (厚生労働省 医務技監)</p> <p>ビデオメッセージ (オートバックスセブン代表取締役 社長 堀井 勇吾)</p>
9:50	<p>ブロックフォーラム 司会: 太田 秀樹 (全国在宅療養支援医協会 事務総長)</p> <p>テーマ「あなたの地域の在宅医療、どうなる? どうする?」</p> <p>ブロックフォーラム開催地域の紹介 島田 潔 (全国在宅療養支援医協会 事務局長)</p> <p>ブロックフォーラム開催報告</p> <p>北海道札幌: 飯田 智哉 (巡る診療所 院長)</p> <p>滋賀県: 西山 順博 (医療法人 西山医院 院長)</p> <p>沖縄県: 長野 宏昭 (いきがい在宅クリニック 院長)</p> <p>総合討論 司会: 蘆野 吉和 (日本ホスピス・在宅ケア研究会 理事長)</p>
11:30	<p>勇美(ゆうみ)賞授賞式 司会: 二階堂 孝子 (在宅医療助成 勇美記念財団 常務理事)</p> <p>講評: 石垣 泰則 (日本在宅医療連合学会 代表理事)</p>
12:00	<p>お昼休み お弁当をご用意しております ※当日の参加状況によっては、数量に限りがある場合がございます。</p>
13:00	<p>基調講演 「今こそ考える在宅医療の姿～ここまでの歴史と現在地そして未来へ～」</p> <p>演者: 武田 俊彦 (日本在宅ケアアライアンス 副理事長)</p> <p>座長: 荒井 秀典 (国立長寿医療研究センター 理事長)</p>
13:40	<p>特別講演1 「包括的居住支援における在宅ケア」</p> <p>演者: 高橋 紘士 (元高齢者住宅財団 理事長)</p> <p>特別講演2 「暮らしの中で逝くということ」</p> <p>演者: 市原 美穂 (全国ホームホスピス協会 理事長)</p> <p>指定発言: 岡本 峰子 (朝日新聞パブリックエディター)</p> <p>座長: 飯島 勝矢 (東京大学高齢社会総合研究機構 機構長・未来ビジョン研究センター 教授)</p>
14:40	休憩
15:00	<p>パネルディスカッション「どうなる どうする 終の棲家」</p> <p>座長: 宮武 剛 (在宅医療助成 勇美記念財団 理事) 秋山 正子 (暮らしの保健室 室長)</p> <p>パネリスト</p> <p>笹井 肇 (武蔵野市 前副市長) 早川 貴裕 (栃木県保健福祉部 医療政策課 主幹) 小島 美里 (NPO暮らしネット・えん 代表理事)</p> <p>習田 由美子 (厚生労働省 医政局看護課 課長) 時田 佳代子 (社会福祉法人 小田原福祉会 理事長)</p>
16:45	<p>閉会に寄せて 辻 哲夫 (医療経済研究・社会保険福祉協会 理事長)</p> <p>大島 伸一 (国立長寿医療研究センター 名誉総長)</p>
17:00	閉会



○掲載の写真およびイラストの一部はイメージです。 ○プログラムの内容は変更する場合がございますので、最新の情報についてはホームページをご確認ください。

開催にあたって

来年には団塊の世代が 75 歳以上となる 2025 年を迎える。高齢化が進む中、年齢を重ねてもできる限り元気に、たとえ心身が弱ったとしてもできる限り住み慣れた地域で最期まで住み続けることを目指す「エイジング・イン・プレイス (Aging in Place)」という理念を実現するべく「地域包括ケア」が国家施策として展開されている。以前より我が国では通院困難な要介護高齢者等が居宅等で必要な慢性期の医療・介護を個人のライフスタイルや地域生活の視点を重視した方法によって享受できるようにする体制の確保が求められており、このような医療ケアの提供は「地域包括ケア」の中でも重要な課題である。また、認知症となっても、人生の最終段階において本人・家族の希望等に応じて平穏な死を迎えることを可能にする「アドバンスケアプランニング」や質の高い看取りを提供する在宅医療は極めて重要であり、これらも国策として着実に推進する必要がある。在宅医療に関わる医師、歯科医師、薬剤師、看護職、リハビリ関係職 (PT、OT、ST)、栄養関係職、歯科衛生士、ケアマネジャー、介護職のさらなる連携が求められている所以である。

75 歳以上の高齢者がやがて人口の 25% を占める時代を見据えて、我々の知恵を結集して、急性期の治療を終えた人が速やかに在宅医療へ移行できるような仕組みをさらに発展させ、社会構造の変化や自然災害などに対しても強靱な在宅医療体制の構築が必要である。

我々は多角的な視点からレジリエントな地域社会を構築するとともに、国民に安心感を与えることの出来る医療ケア提供体制などを改めて構築しながら“住み慣れたまち”を構築していく必要がある。本在宅医療推進フォーラムを通じて在宅医療に関する新しい課題や方向性が明らかとなり、我が国の在宅医療の発展につながることを望んでいる。

2024 年 11 月 23 日

国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター

理事長 荒井 秀典



開催にあたって

2000年に日本の地域における医療の大きな柱である「治し支える医療」を確立するため、あらゆる在宅医療の普及と進歩を目指すことを目的に、勇美記念財団を設立しました。2005年には財団の事業活動を通じ、在宅医療・ケアの推進に取り組まれる全国の関係者、及び市民の皆様が一堂に集まり、第1回「在宅医療推進フォーラム」を開催いたしました。

そのフォーラムが今年で節目となる20回目の開催を迎えることができました。また、私ども財団も来年は設立から四半世紀となる25周年を迎えます。長きに渡り、私ども財団、並びにこのフォーラムを支えていただきました皆様には心より厚く御礼を申し上げます。

第20回目となる今年の「在宅医療推進フォーラム」は、通院が困難となる85歳以上の人口が1000万人を超え、年間で亡くなられる方が170万人となる2040年に向け、超少子化による生産年齢人口、就労人口が大幅に減少し、在宅医療・ケアを提供する側の問題も懸念されます。そのような状況下、今回のテーマは昨年と同様「どうなる、どうする在宅医療 ～近未来の地域づくり～」とし、2年間にわたり課題、問題の整理、認識と2040年に向けた取り組みの方向性を見出すフォーラムを目指し、開催いたします。

この1年間、それぞれの地域における在宅医療の取り組みについて、全国各地でブロックフォーラムの開催により発表してまいりましたが、本日はそのブロックフォーラムから代表して3つのエリアの発表及び現状の課題と今後の方向性について討論を行っていただきます。

また、基調講演として武田俊彦 日本在宅ケアアライアンス 副理事長による「今こそ考える在宅医療の姿～ここまでの歴史と現在地そして未来へ」と題し、講演いただくと共に、高橋紘士 元高齢者住宅財団 理事長による「包括的居住支援による在宅ケア」、市原美穂 全国ホームホスピス協会 理事長による「暮らしの中で逝くということ」と題し、2つの特別講演を行います。フォーラムの最後を締めくくるプログラムは「どうなる どうする 終の棲家」をテーマに立場の異なる5人のパネリストの皆様によるパネルディスカッションを行います。今回のフォーラムはLIFE（生命・生活・人生）の中の特に「生活」に焦点を当て、その質にも着目し、進めてまいります。

今回、初の試みとなりますが、当財団の助成事業の柱でもある在宅医療にかかわる調査・研究事業への助成の中から、特に優れた取り組みに対し、「勇美賞」として、このフォーラムにおいて授賞式を実施致します。今後の助成公募の応募数の拡大、研究成果に繋がればと願っています。

第20回目の開催に際し、財団設立時の原点に立ち返り、住み慣れた地域で最期まで人生に寄り添い、支える在宅医療の普及、推進について、今一度、課題認識を共有し、2040年に向け、取り組むべきあるべき方向性、解決策を見出す機会となることを願い、ご参加いただきます皆様にとり、有意義なフォーラムとなりますことを心より祈念し、ご挨拶とさせていただきます。

2024年11月23日

公益財団法人 在宅医療助成勇美記念財団

理事長 住野 耕三



開催に寄せて

まもなく 2025 年を迎える。高齢化が想定よりも急速度で進む中、85 歳以上の世代が、できる限り元気に、たとえ心身が弱ったとしてもできる限り住み慣れた地域で最期まで住み続けることができるのか、瀬戸際に立たされている。我が国では通院困難な要介護高齢者等が居宅等で必要な医療・介護を受けながらも、個人のライフスタイルや地域生活の視点を重視した方法によって享受できるようにする体制を推進してきた。このような医療、介護の提供は「地域包括ケア」の中でも重要な課題である。認知症となっても、超高齢期においても、障害を持っても、人生の最終段階において本人・家族の希望等に応じて平穏な死を迎えることを可能にし、質の高い看取りを提供する在宅医療は極めて重要である、本人、家族の思い・願いを実現するために在宅医療に関わる医師、歯科医師、薬剤師、看護職、リハビリ関係職（PT、OT、ST）、栄養関係職、歯科衛生士、ケアマネジャー、介護職のさらなる連携が求められている所以である。

しかしながら、現実はどうであろうか。超高齢時代は地域課題や社会課題を一気に顕在化させたといっても過言ではない。健康に不安を持つ高齢者とその家族は、人生の最期の住まいの在り方が問われている。急性期の治療を終えた人が速やかに在宅医療へ移行できるような仕組み作り、在宅での生活を継続する人に対する訪問体制の整備を、あえて家に帰る政策を推し進める必要がある。家とは何かが問われるが、生活に質、生きがいを保ち、本人の想いを実現する場所である。

我々は多角的な視点から地域社会を構築するとともに、安心感を与えることの出来る在宅療養の体制を改めて構築しながら“住み慣れたまち”を構築していく必要がある。本在宅医療推進フォーラムを通じて在宅医療に関する新しい課題や方向性が明らかとなり、我が国の在宅医療の発展につながることを望んでいる。

2024 年 11 月 23 日

企画運営委員会 委員長
日本在宅ケアアライアンス 理事長

新田 國夫



組織概要

名 称 国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター

創 立 2010年4月1日

理 事 長 荒井 秀典

設立目的 加齢に従って生ずる心身の変化及びそれに起因する疾患であって高齢者が自立した日常生活を営むために特に治療を必要とするもの(以下「加齢に伴う疾患」という。)に係る医療に関し、調査、研究及び技術の開発並びにこれらの業務に密接に関連する医療の提供、技術者の研修等を行う事により、国の医療政策として、加齢に伴う疾患に関する高度かつ専門的な医療の向上を図り、もって公衆衛生の向上及び増進に寄与することを目的とする。

業務概要 (1) 加齢に伴って生ずる心身の変化に関し、調査及び研究を行うこと。
(2) 加齢に伴う疾患に係る医療に関し、調査、研究及び技術の開発を行うこと。
(3) (2) に掲げる業務に密接に関連する医療を提供すること。
(4) 加齢に伴う疾患に係る医療に関し、技術者の研修を行うこと。
(5) (1) ～ (4) に掲げる業務に係る成果の普及及び政策の提言を行うこと。
(6) (1) ～ (5) に掲げる業務に附帯する業務を行うこと

組織概要 【研究所】 ・ジェロサイエンス研究センター ・認知症先進医療開発センター
・老年学・社会科学研究センター ・健康長寿支援ロボットセンター
・メディカルゲノムセンター ・研究推進基盤センター

【病 院】 ・もの忘れセンター ・ロコモフレイルセンター ・感覚器センター
・摂食嚥下・排泄センター ・先端医療開発推進センター ・長寿医療研修センター
(2024年4月1日現在)

職員数 役員 5名(理事長1名、理事2名(うち非常勤1名)、監事2名(非常勤))
職員数 1,094名(うち常勤688名、非常勤407名) (2024年10月1日現在)

病床数 医療法許可病床数 383床 (2024年10月1日現在)

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七丁目 430 番地

TEL : 0562-46-2311

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

名 称	公益財団法人 在宅医療助成勇美記念財団
設 立	2000年7月1日
理 事 長	住野 耕三
基本財産	約 68 億 7,723 万円 (2024 年 3 月末現在)
総助成金額	約 18 億 7,510 万円 (2024 年 3 月末現在)
目的及び事業	<p>本財団は、個人の尊厳を尊重した利用者本位の在宅医療を始め医療・福祉・介護に関する各種地域サービスの提供を推進するため、先駆的かつモデル的な在宅医療等に関する下記の事業に対する助成等を全国において行うことにより、もって地域における医療福祉及び公衆衛生の向上に寄与することを目的とする。</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) 提供者側・利用者側双方の視点からの在宅医療等に関する調査研究への助成 (2) 在宅医療等に関する人材養成のための研修及びセミナーなどの事業への助成 (3) テキスト等、在宅医療等に関する情報収集及び普及啓発事業の実施 (4) その他在宅医療等の推進のために必要な事業の実施
設立経緯	<p>株式会社オートバックスセブン創業者のひとりである住野勇氏は株式上場で得た資産を社会に還元するために財団法人を設立することを計画。各方面の方々のアドバイスもあり在宅医療に従事されている方々への助成を目的とする財団設立を決定。関係各位の協力のもと、「財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団」を 2000 年に発足させる。</p> <p>財団名の「勇美」は住野勇氏の「勇」、妻・美代子氏の「美」に由来。2010年3月1日付で公益財団法人へ移行する。</p>

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 / Fax : 03-5226-6269

HP : <https://www.yuumi.or.jp/>

団体紹介 一般社団法人日本在宅ケアアライアンス



日本在宅ケアアライアンス(Japan Home Health Care Alliance: JHHCA)は、2014年11月23日に発表された「在宅医療推進のための共同声明」に賛同する専門職・学術団体が結集し、2015年3月に設立されました。そして2020年11月、在宅ケアの普及・推進・向上を目指し、一般社団法人を設立しました。

目指すもの

日本在宅ケアアライアンスは、在宅ケアにかかわる専門職・学術団体等による多職種の連合体として、以下のことを目指します。

1

在宅ケアの質の向上及び普及

- * 質の高い在宅ケアを普及するためのサービスモデルの構築を目指します。
- * 在宅ケアにかかわるデータの蓄積とエビデンスの構築を目指します。

2

連携における課題の共有と解決

- * 在宅ケアにかかわる多職種の連携上の課題を明確化します。
- * 課題の共有・解決に必要な概念・スキーム等を整理します。

3

関連団体のネットワーク化と協働的取り組みの促進

- * 在宅ケアにかかわる様々な団体を結ぶネットワークを構築します。
- * 各団体の取り組みについての情報を共有し、協働的取り組みを促進します。

活動と事業

1

国との情報交換・意見交換の定期的実施、
各団体の情報・意見集約とフィードバック

2

各種委員会開催
関係団体の連絡調整と共同実施

3

普及啓発、広報(HP、ビデオ、冊子作成)、
フォーラムの企画及び実施

4

研究・教育
小児から成人・高齢者までの在宅医療の質の向上にかかわる研究・教育事業の実施

一般社団法人

全国在宅療養支援医協会

代表：新田國夫／会員数：約 800 人

〈主な活動〉

- 在宅医療および終末期医療に関する調査および研究活動
- 在宅療養を支援する医療施設に関する調査および研究活動
- 在宅療養を支援する医療施設に従事する医師の連携・交流活動

前身の(一社)全国在宅療養支援診療所連絡会は 2008 年に発足し、全国の在宅療養支援診療所(在支診)による在宅医療の普及推進活動を行ってきました。そして、在宅医療は地域包括ケアシステムの重要な機能のひとつとなりました。今や在宅医療を支える医師は在支診だけでなく、かかりつけ医、病院、介護施設などで幅広く活躍しています。そのため、在宅医療に賛同するすべての医師が加入できる組織として、2020 年に現在の名称へ組織変更しました。

一般社団法人

全国在宅療養支援歯科診療所連絡会

代表：三木次郎／会員数：351 人

〈主な活動〉

- 在宅歯科支援に従事する歯科医師・歯科衛生士・多職種の連携
- 地域研究会活動の支援および学術セミナーの開催

在宅歯科医療にかかわる職種が集い、2009 年 11 月に「全国在宅歯科医療・口腔ケア連絡会」設立準備会を立ち上げて、任意団体としての活動を開始しました。2010 年 5 月には法人化し、一般社団法人となり、その後、2015 年 3 月全国在宅療養支援歯科診療所連絡会と改称して現在に至っています。「療養者の口から食えること、会話によるコミュニケーション等、生活を支える」を目的として、在宅歯科医療・口腔健康管理の推進に努めております。

一般社団法人

全国訪問看護事業協会

代表：中島正治／会員数：6,362 人

〈主な活動〉

- 訪問看護事業の経営、サービスの質の確保向上等に関する調査研究及び相談事業
- 訪問看護事業に関する研修会、講演会の開催等

1994 年 6 月に前身の老人訪問看護事業協会が任意団体として発足。95 年 7 月に社団法人全国訪問看護事業協会として設立され、2011 年 6 月に一般社団法人に移行。訪問看護事業の経営等に関する調査研究等を通して訪問看護事業の健全な発展を図り、国民の保健・福祉向上に寄与することが目的。2040 年に向けて、訪問看護ステーション、在宅療養に必要な医療・介護サービス・生活支援サービスと一体となって届けられる仕組みづくりに取り組んでいます。

一般社団法人

全国ホームホスピス協会

代表：市原美穂／会員数：正会員 54／賛助会員 90 人

〈主な活動〉

- 全国大会、実践者育成塾、ホームホスピスの学校などの研修事業
- 基準に基づいたホームホスピス運営状況の評価と認定事業
- 開設のサポートと運営に関する相談、アドバイス事業

2004 年に宮崎市で誕生した「かあさんの家」から始まったホームホスピスの理念は全国に広がり、各地に「ホームホスピス」が生まれました。そこで、2015 年 8 月に全国ホームホスピス協会を設立し、理念やケア、環境や組織についての基準を定め「ホームホスピス」を商標として、基準に沿った運営をしている拠点を「ホームホスピス」として認証してきました。また、会員や新規開設希望者向けの各種研修プログラムにも取り組んでいます。

一般社団法人

全国薬剤師・在宅療養支援連絡会（J-HOP）

代表：小林輝信／会員数：1,172 人

〈主な活動〉

- 在宅療養支援に従事する薬剤師の資質向上と会員間の情報交換・交流活動
- 在宅療養に関係する他職種を含む関係団体や各職能団体との交流活動
- 在宅療養に必要な医薬品の供給体制確立のための活動

2010 年 11 月、全国の薬剤師による在宅業務への取り組みを支援していくため、全国薬剤師・在宅療養支援連絡会を設立し、2012 年 5 月に一般社団法人化しました。現在は全国を 10 ブロックに分け、ブロックごとの交流や研修会も実施しています。在宅医療の現場で活躍する薬剤師が多く在籍する J-HOP は、会員同士の交流と学びの場であると同時に、職能や業界を代表する団体や在宅医療に関連する学会・研究会と連携した取り組みも活発に行っています。

一般社団法人

日本介護支援専門員協会

代表：柴口里則／会員数：33,474人

〈主な活動〉

- 介護支援専門員に関する研修会の企画・運営(指導者養成等)
- 介護支援専門員の生涯学習体系の構築と調査・研究
- 介護支援専門員の地位向上に向けての活動、広報活動、学術活動

国民の健康と福祉の向上に資することを目的に、2005年11月に設立された介護支援専門員個人を会員とする職能団体です。公正・中立なケアマネジメントを確立し、今後、さらに介護保険制度の中核で重責を担えるよう、国家資格である介護支援専門員の知識と技術向上のための研修会の企画・運営・生涯研修体系の確立、情報提供、調査研究に向けた事業に取り組んでいます。

一般社団法人

日本ケアマネジメント学会

代表：白澤政和／会員数：2,749人

〈主な活動〉

- 学術集会・学術講演会等の開催、学会誌・広報誌等の制作
- 研究および調査活動の推進、関連学会との連携および協力
- 認定ケアマネジャーの資格認定と活動の推進

介護保険スタートの翌年、2001年7月に設立されました。ケアマネジメントに関する学際的研究推進および研究者相互の連絡と協力の促進、内外の学会との連携、ケアマネジメント技術の教育等を図り、質の高いケアマネジメントを実現し、支援を必要とする者やその家族等の生活の質を高め、豊かな地域社会の創造に資するとともに、高齢者・障害者等に関する学問の進歩発展に貢献することを目的としています。2011年8月に一般社団法人に移行しました。日本ケアマネジメント学会第24回研究大会を千葉・幕張で開催(2025/6/28・29)します。

一般社団法人

日本在宅医療連合学会

代表：石垣泰則／会員数：4,853人

〈主な活動〉

- 大会・地域フォーラム、ジェネラリスト養成講座の開催
- 在宅医療インテグレーター養成講座の開催
- 委員会活動

在宅医療の学問体系を確立し、国民に良質な在宅医療を提供できるよう、在宅医療を実践する医師と多職種への育成に取り組んでいます。2002年から在宅医療専門医制度を発足し、これまで496名の専門医を育成しています。多職種に対しては在宅医療インテグレーター養成講座をはじめ褥瘡対策研修会を開講し、新型コロナウイルス感染症対策研修資料を作成しました。2019年に高齢者在宅医療・介護サービスガイドラインを作成し、2021年にがん在宅緩和ケア研修資料を作成しました。大会ではアライアンスの団体との共催イベントを多く開催しています。

一般社団法人

日本在宅栄養管理学会

代表：前田佳予子／会員数：1,924人

〈主な活動〉

- 学術集会、会員の研究発表会、研修会、講演会の開催
- 学会誌、論文、図書の刊行、ホームページ等による情報提供
- 在宅訪問管理栄養士、在宅栄養専門管理栄養士の養成

1996年、在宅訪問栄養食事指導を実施するために必要な知識と技術を学ぶこと等を目的に、全国在宅訪問栄養食事指導研究会(訪栄研)として発足しました。2012年度から日本栄養士会の特定分野認定制度「在宅訪問管理栄養士」を開始し、2015年6月に一般社団法人化しました。2017年度からは日本栄養士会と、在宅医療にかかわる地域の他(多)職種との協働体制を構築し、総合的なマネジメントができる在宅栄養専門管理栄養士の養成を行っています。

一般社団法人

日本在宅看護学会

代表：山田雅子／会員数：984人

〈主な活動〉

- 研究者と実践者が学術的に交流することを通して、人々の健康とQOLの向上を目指す

日本在宅看護学会は2011年に任意団体として結成され、以降、療養生活を支援する在宅看護の学術的発展と普及をめざし、それをもって人々の健康とQOLの向上、及び地域社会における福祉の向上に寄与することを目的として活動してきた。その内容は、学会誌発行、学術集会・市民公開講座の開催、e-learning教材の公開、災害対応マニュアル検索サイトの設置、ほか、多くの他学会等との交流を行っている。

一般社団法人

日本在宅ケア学会

代 表：中谷久恵／会員数：1,351人

〈主な活動〉

- 学術集会、市民公開講座などの開催、学会誌・ニューズメールなどの発行
- 学会誌掲載論文を対象とした論文表彰、実践・研究助成金交付
- 在宅ケア実践ガイドライン開発

在宅ケアに関連する保健・医療・看護・介護・福祉等の研究者と実践者で構成する学術研究団体として1996年に設立。在宅ケアは学際的なチームによるアプローチが不可欠で、各専門性を高めることに加え、学際的な研究の推進や研究者と実践者の協働が重要です。さらにケアの受け手と実践者、研究者とのパートナーシップが大切です。そのための合意形成や生活者ニーズに対応する多職種支援の方法、科学的根拠に基づくガイドライン開発を行っています。

一般社団法人

日本在宅療養支援病院連絡協議会

代 表：鈴木邦彦／会員数：191

〈主な活動〉

- 在宅療養支援病院に関する研修会の企画・運営
- 在宅療養支援病院に関する調査研究
- 在宅療養支援病院の普及・啓発活動

四病院団体協議会「在宅療養支援病院に関する委員会」を前身とし、2022年3月に一般社団法人日本在宅療養支援病院連絡協議会を設立いたしました。在宅療養支援病院に関する研修会を開催し、2023年度からは新たに研究会も発足いたしました。診療報酬改定に向けてアンケート調査を実施し、その分析結果から在宅療養支援病院の運営に資する提言をしていきます。

一般社団法人

日本プライマリ・ケア連合学会

代 表：草場鉄周／会員数：12,117人

〈主な活動〉

- 年1回の学術大会の開催
- 生涯教育セミナー、各ブロック支部会、支部・地区研究会活動
- 認定医・専門医制度、認定薬剤師制度、認定看護師制度

2010年4月に日本プライマリ・ケア学会、日本家庭医療学会、日本総合診療医学会が合併して設立されました。2011年3月には日本医学会への加盟が承認され、109番目の分科会として登録されました。多職種協働・地域包括ケア委員会、高齢者医療・在宅医療委員会、生涯学習委員会などが在宅医療のネットワーク化、シームレスケア、多職種協働の教育などに取り組んでいます。2013年には勇美記念財団の助成を得て、在宅医療推進のための研修会を開催しています。また、プライマリ・ケア関連職種による災害支援組織常設化を進めており、能登半島地震支援活動も行っています。

一般社団法人

日本訪問リハビリテーション協会

代 表：鈴木修／個人会員：1,200人／法人会員：310施設

〈主な活動〉

- 教育・研修活動(学術大会・研修会の開催、認定訪問療法士の育成および活躍機会の創出)
- 学術・調査研究活動
- 医療・介護保険制度等における政策提言および普及・啓発活動

2002年に前身の全国訪問リハビリテーション研究会を発足、2012年に一般社団法人化して日本訪問リハビリテーション協会を設立しました。訪問リハビリテーション・サービスの質向上および人材育成・確保を目的とした「認定訪問療法士」の認定、年に2回の学術大会の開催(うち1回はリハビリ医療関連団体と共催)など、訪問リハビリテーション・サービスの普及と質向上および医療・保健・福祉の充実に寄与することを目的に活動しています。

一般社団法人

日本老年医学会

代 表：神崎恒一／会員数：6,403人

〈主な活動〉

- 学術集会(年1回)・研修会・セミナーの開催、学会誌の刊行
- 専門医・指導医の認定、国内外の関連学術団体との連携
- 調査・研究の実施、研究の奨励・表彰、老年医学の普及啓発

1959年11月に第1回総会を開催し発足。95年3月に社団法人日本老年医学会として設立され、2013年に一般社団法人に移行。「老年医学に関する研究の振興及び知識の普及により老年医学の進歩を図る」ことを目的に、幅広い事業を通じて、高齢者の健康・福祉に関する分野の諸問題に総合的にかかわっています。なかでも、調査・研究、医学部生の教育、研修医の臨床実習、実地医家の高齢者医療研修会(地域包括ケアに関する内容も包含)などに注力しています。

公益社団法人

全国国民健康保険診療施設協議会

代表：小野剛／会員数：762人（793施設）

〈主な活動〉

- 全国国保地域医療学会（年1回）、地域医療現地研究会等の開催
- 臨床研修指導医講習会（年6回程度、全自病協と共催）の開催
- 施設、医師・歯科医師等が対象の地域包括医療・ケア認定制度

1959年「国民皆保険」の実現を受け、市町村が各地に開設した国民健康保険診療施設（国保直診）は「予防と治療の一体的提供」を理念に活動してきました。1961年に設立された国民健康保険診療施設医学会は1982年に全国国保医学会と改め、1989年に社団法人、2012年からは公益社団法人として保健・医療・介護・福祉が一体となった「地域包括医療・ケア」を実践しています。

公益社団法人

全日本病院協会

代表：猪口雄二／会員数：2,557病院

〈主な活動〉

- 全日本病院学会（年1回）の開催、30を超える研修・講習事業
- 総合医の育成、看護師特定行為研修の提供、災害時病院支援
- 日帰り人間ドック実施施設の指定、医療の質の評価・公表事業

1960年に民間病院を主体とした全国組織として設立。1962年9月に社団法人として認可、2013年4月に公益社団法人として認定されました。「全国の病院の一致協力によって病院の向上発展とその使命遂行に必要な調査研究等の事業を行い、公衆衛生の向上、地域社会の健全な発展に寄与することを目的とする」との理念の下、「国民に安心・安全で質の高い医療を医療人が誇りと達成感を持って提供できるような環境整備を行う」ために活動しています。

公益財団法人

日本訪問看護財団

代表：田村やよひ／団体会員：3,293／個人：1,562人

〈主な活動〉

- 訪問看護等在宅ケアの質の向上に関する教育等事業
- 訪問看護等在宅ケアの運営支援に関する事業
- 訪問看護等在宅ケア調査研究ならびに事業等の開発

1994年財団法人日本訪問看護振興財団を設立。2012年公益財団法人化、訪問看護等在宅ケアの質向上に向け、多種の研修プログラムの開発、提供、訪問看護ステーションの開設や報酬等に関する相談事業、研究助成事業を実施しています。また、調査研究や、全国4自治体で運営している訪問看護、居宅介護支援、相談支援、療養通所介護、就労支援、放課後デイ等事業を参考に政策提言を行います。

特定非営利活動法人

日本ホスピス緩和ケア協会

代表：安保博文／正会員：538施設

準会員：118施設・個人／賛助会員：21施設・個人

〈主な活動〉

- 緩和ケア従事者への教育支援事業
- 緩和ケアの質向上への取り組み
- 緩和ケアに関する情報公開と啓発普及活動

当協会は、1991年に設立された「全国ホスピス・緩和ケア病棟連絡協議会」をその前身とし、2004年より「日本ホスピス緩和ケア協会」に改称して、より広い緩和ケアの普及と質の向上を目指して活動してきました。会員施設向けのセミナーや教育プログラム、遺族調査によるアウトカム評価などを行い、ケアの質を高める取り組みを進めています。また、施設の情報公開や毎年10月のホスピス緩和ケア週間を通じて、ホスピス緩和ケアが広く普及するよう啓発活動を行っています。

特定非営利活動法人

日本ホスピス・在宅ケア研究会

代表：蘆野吉和／会員数：769人

〈主な活動〉

- がんを含めた在宅ケア／ホスピスケアの実践方法を研究／確立し、普及啓発活動を行う
- 在宅ケアや高齢者介護問題での提言を行い、要配慮者への災害時支援活動に取り組む
- ACPを暮らし方や生き方の問題として研究し、その普及に取り組む

「がんや在宅ケアなど今日的な医療や福祉の諸問題について専門家と市民が同じ高さの目線で考える」ことを目的に1992年に設立、第1回の全国大会が神戸で開催されました。第2回（1994年）神戸大会を機に、年1回、全国の主要都市で開催されています。研究会は2000年に特定非営利活動法人となり、理事として医師・看護師・医療ソーシャルワーカー・栄養士・介護福祉士・社会福祉士・僧侶・市民・教育者など多彩な顔ぶれが参加しています。

日本在宅ホスピス協会

代 表：小笠原文雄／会員数：530 人

〈主な活動〉

- 年 1 回の全国大会、年 1～2 回の勉強会の開催
- ニュースレター、会報「くとうてん」の発行
- 在宅ホスピスケアのネットワークづくり、THP の育成・認定

1990 年代から全国各地で在宅ホスピスケア(在宅ホスピス緩和ケア)が実践され始めましたが、内容は千差万別でした。在宅ケアの質を一定に保つことなどを目的に 1995 年、日本在宅ホスピス協会を設立、1998 年に在宅ホスピスケアの基準を作成しました。現在は多職種や患者・家族・遺族、メディアなどを含めた会員で活動しています。質の高いケアを目指す地域緩和ケアの指針を策定、THP(トータルヘルスプランナー)育成やスキルアップに取り組んでいます。

NPO 地域共生を支える医療・介護・市民全国ネットワーク

共同代表：小倉和也・亀井克典／会員数：533 人

〈主な活動〉

- 「全国の集い」(年 1 回)とその準備期間に各地でプレ大会を開催
- 全国各地の情勢に対応した地域包括ケアシステム構築の提案
- 機関紙「風の萌」の年 4 回配信による在宅・地域ケア情報の発信

1993 年に NHK「暮らしのジャーナル」で萌気園診療所(新潟)・なかじま診療所(大阪)・あいち診療所野並(愛知)が進める在宅医療が紹介されたのを機に、1995 年、任意団体として「在宅ケアを支える診療所ネットワーク」が設立されました。2002 年 9 月に特定非営利活動法人として東京都に認可されました。2021 年 11 月に地域医療研究会と合併し、地域共生社会の実現を目指しています。2025 年 10 月 12 日(日)～13 日(月・祝)マリカ東館・西館(鶴岡市)にて第4回全国の集いを開催予定です。

 社員団体（正会員）

一般社団法人 全国在宅療養支援医協会
 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 全国訪問看護事業協会
 一般社団法人 全国ホームホスピス協会
 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 日本在宅看護学会
 一般社団法人 日本在宅ケア学会
 一般社団法人 日本在宅療養支援病院連絡協議会
 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 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
 NPO 地域共生を支える医療・介護・市民全国ネットワーク

 賛助会員

医療法人 心の郷 穂波の郷 クリニック	一般社団法人 日本作業療法士協会
株式会社 大塚製薬工場	株式会社 クリニコ
東邦薬品 株式会社	医療法人 あい友会
医療法人 在宅サポートながさきクリニック	公益社団法人 日本医療ソーシャルワーカー協会
一般社団法人 全国介護事業者連盟	一般社団法人 日本言語聴覚士協会
公益社団法人 日本理学療法士協会	株式会社 ワイズマン
マルホ 株式会社	JSR 株式会社
アボットジャパン 合同会社	NPO 法人 訪問ボランティアナースの会 キャンナス
Meiji Seika ファルマ 株式会社	株式会社 ワンダーラボラトリー
一般社団法人 日本生活期リハビリテーション医学会	テルモ株式会社

ブロックフォーラム

あなたの地域の在宅医療、どうなる？どうする？

【趣旨】

ブロックフォーラムは、毎年全国7ブロックで、在宅ケアに関わる医療・介護・福祉に従事する多職種のみならず、行政職員や市民も一堂に会した在宅ケアについて考える場として、在宅医療助成勇美記念財団共催で開催され、その報告を当フォーラムで行ってきました。今回は、2023年度に開催された都道府県のブロックフォーラムの中から、＜新規性＞＜独創性＞＜継続性＞＜市民参加＞＜医師会参加＞＜多職種参加＞＜行政参加＞などの様々な要素をもとに、3地域を選抜し、その開催報告をお願いしました。また、その後に「あなたの地域の在宅医療、どうなる、どうする？」というテーマで各地域での実情をふまえたディスカッションを行いますのでご期待下さい。

【演者】

- ・ブロックフォーラム開催地域の紹介 島田 潔（在宅療養支援医協会 事務局長）
- ・ブロックフォーラム開催報告
 - 北海道札幌：飯田 智哉（巡る診療所 院長）
 - 滋賀県： 西山 順博（医療法人西山医院 院長）
 - 沖縄県： 長野 宏昭（いきがい在宅クリニック 院長）

【司会】太田 秀樹（全国在宅療養支援医協会 事務総長）

Profile おおた・ひでき

略歴 1979年、日本大学医学部卒業、麻酔科にて研修医。自治医科大学大学院修了後、同大整形外科医局長、専任講師を経て、1992年、在宅医療を旗印におやま城北クリニック（栃県）開設。現在、隣接する栃木市、結城市（茨城県）に在宅療養支援診療所を運営。機能強化型在宅療養支援診療所として在宅医療に取り組む。

資格・公職等 医学博士、整形外科専門医、麻酔科標榜医、介護支援専門員。日本在宅医学会監事、全国知事会先進政策頭脳センター委員、在宅ケアネットワーク・とちぎ世話人、全国在宅療養支援医協会事務総長、日本在宅ケアアライアンス事務局長、など。

主な著書等 『在宅医療 治し支える医療の概念と実践』（編集・執筆、中央法規）、『「終活」としての在宅医療 ～かかりつけ医で人生が変わる～』（かもがわ出版）、『家で天寿を全うする方法』（さくら舎）、『地域包括ケアシステム』（専門編集委員、中山書店）、『これからの在宅医療指針と実務』（編集委員、グリーンプレス）。

【司会】蘆野 吉和（日本ホスピス・在宅ケア研究会 理事長）

Profile あしの・よしかず

略歴 1978年、東北大学医学部卒。1985年、福島労災病院外科部長。2005年、十和田市立中央病院院長・事業管理者。2013年、青森県立中央病院医療管理監。2014年、社会医療法人北斗地域包括ケア推進センター長等。2020年より山形県庄内保健所所長。

資格・公職等 NPO法人日本ホスピス・在宅ケア研究会理事長（2016年～）、一般社団法人日本在宅医療連合学会代表理事会長（2019～2021年）一般社団法人日本在宅ケアアライアンス業務執行理事（2020年～）。

主な著書等 『在宅医療 治し支える医療の概念と実践』（編集・執筆、中央法規）。

ブロックフォーラム 開催地域のご紹介

【演者】島田 潔（全国在宅療養支援医協会 事務局長）

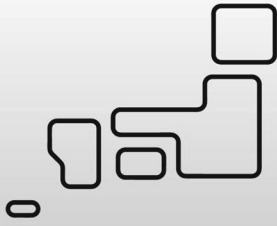


Profile しまだ・きよし

略歴 1994年、帝京大学医学部卒、東京大学附属病院 内科研修医。1996年、東京大学医学部第四内科入局、板橋区役所前診療所開設、院長。2017年、在宅医療政治連盟設立、会長。

資格・公職等 全国国民年金基金 理事・代議員、在宅医療政治連盟 会長、一般社団法人日本在宅救急医学会 理事、一般社団法人全国在宅療養支援医協会 事務局長、厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針の見直しに関する検討会」専門委員。

主な著書等 『誰もやらないのなら医者の方がやります』（平成出版）



第20回在宅医療推進フォーラム
2024年11月23日（土・祝）
於：東京ビッグサイト国際会議場

令和6年度（2024年度） ブロックフォーラム 開催地域のご紹介

一般社団法人 全国在宅療養支援医協会
事務局長 島田 潔



■ ブロック（都道府県）フォーラムとは

勇美記念財団のご支援のもと、2010年度から毎年開催してきた「ブロックフォーラム」は、在宅ケアに関わる医療・介護・福祉に従事する多職種のみならず、行政職員や市民も一堂に会した在宅ケアについて考える場となっています。在宅医療の推進のために地域の多職種連携がより円滑になること、そして在宅医療について市民の関心が高まることなどを目的に全国各地で実施しています。

本年度の開催は15地域で予定しています。

- 開催地：京都府（共催：奈良県）、大分県、新潟県、宮崎県、山梨県、岡山県
（共催：広島県、山口県、島根県、鳥取県）、山形県、高知県、北海道
（室蘭）、長野県、福岡県、北海道（札幌）、栃木県、滋賀県、沖縄県

※開催日順

各県からの報告を本年度2月に開催の「日本在宅医療 कांग्रेस」にて
ご発表いただきます。

2024年度ブロックフォーラム 都道府県状況一覧				
開催都道府県名	世話人代表	開催日	タイトル	医療法人名
1 京都府+奈良県	渡辺 康介	9月1日(日)	在宅医療推進フォーラムin京都・奈良 京都・奈良にも災害はやってくる ～災害発生から2時間 救える命がそこにある～	医療法人社団都会
2 大分県	山岡 憲夫	9月28日(土)	在宅医療推進フォーラム大分2024 コンパッション(思いやり)のある在宅医療・地域を目指して	やまおか在宅クリニック
3 新潟県	堀石 義夫	9月29日(日)	新潟県在宅医療推進フォーラム 第16回在宅ケアを考える集いin越後2024	堀石医院内科小児科循環器科
4 宮崎県 (九州ブロック)	牛谷 義秀	10月19日～20日	第12回九州在宅医療推進フォーラム宮崎 いまみつめなおし、地域で進めるACP	クリニックしほに
5 山梨県	高添 明日香	11月3日(日・祝)	第1回山梨県在宅医療推進フォーラム ～ずーと私たちがくこで生きていくために今そなえること～	あすかが在宅クリニック
6 岡山県 (中国ブロック5県合同)	小森 栄作	11月3日(日・祝)	中国ブロック在宅医療推進フォーラムinおかやま	ももたらう往診クリニック
7 山形県	奥山 慎一郎	11月4日(月・祝)	山形県在宅医療推進フォーラム2024 共に生きる ～在宅医療が長く持続可能な地域づくり～	訪問診療クリニックやまがた
8 高知県	伊与木 増喜	11月16日(土)	高知県在宅医療推進フォーラム 自分の思いどおりの「まいい方」	伊与木クリニック
9 北海道(室蘭)	佐藤 弘太郎	11月17日(日)	第13回北海道在宅医療推進フォーラム室蘭 ～一人になっても地域(ここ)で暮らすために知ってほしいこと～	本輪西ファミリークリニック
10 長野県	小林 正典	11月30日(土)	2024長野県在宅医療推進フォーラム ～新卒医師と地域包括ケア～	小林内科医院
11 福岡県	伊藤 大樹	12月14日(土)	2024在宅医療推進フォーラムin福岡 ヤブのつち(地元・家)が、いつか(一番)よか エンジョイマライフ ～賢く活用しよう!!身近にいる生活を支える仲間たち～	医療法人あおばクリニック
12 北海道(札幌)	川村 健太郎	2025年1月11日(土)	第13回北海道在宅医療推進フォーラムin札幌 ～みんなに知ってほしい、子どもの在宅医療のこと～	医療法人 福生会 生涯医療クリニックさっぽろ
13 栃木県	村井 邦彦	2025年2月11日(火・祝)	第3回在宅医療推進フォーラムin 栃木 リハビリテーションが地域をつむぐ	村井クリニック
14 滋賀県	西山 順博	2025年3月9日(日)	第3回滋賀県在宅医療推進フォーラム	西山医院
15 沖縄県	泰川 恵吾	2025年3月16日(日)	第3回沖縄県在宅医療推進フォーラム宮古島 島の良し、おばあのために。 ～先進的な難題の在宅医療介護連携が日本の未来を拓く～	ドクター・ゴーン診療所

※テーマは(案)のため変更になることもあります

日本在宅医療 Congress のご案内

昨年度、全国在宅療養支援医協会(在支協)が「在宅医療を代表する唯一の職能団体」として、日本の在宅医療関係者のために第1回日本在宅医療 Congress を開催しました。本年度も2月15日(土)、第2回日本在宅医療 Congress を開催します。





日時：2025年2月15日（土）13時00分～17時50分
 会場：『全国町村会館』 東京都千代田区永田町1-11-35
 開催形式：会場参集 主催：（一社）全国在宅療養支援医協会

参加費用：【医師】：5,000円 【医師以外】：2,000円

～プログラム3部構成～

■ 大会メインテーマ どうなる、どうする在宅医療～その先へ～

① 「基調講演」

講演者：佐々木 昌弘氏

（厚生労働省 大臣官房 危機管理・医務技術総括審議官）

テーマ：

「危機管理としての在宅医療～医療介護連携は地域力～」

■ シンポジウムテーマ

どうなる、どうする在宅医療
～その質を考える～

② 「発表セッション」（報告・告知）

講演者：各都道府県の世話人代表の先生方

15の都道府県で開催されたフォーラムの成果報告をいただきます。一部開催予定の地域は告知を予定しています。

③ 「シンポジウム」（座談会）

講演者：訪問歯科医師、薬剤師、看護師。

発表セッション登壇者（医師）と多職種の皆さまによる座談会を行う。それぞれの立場から、地域における在宅医療推進活動の成果と課題について意見交換をし、在宅医療の質の向上とさらなる推進へつなげたい。

日時：2025年2月15日（土）13時00分～17時50分
 会場：『全国町村会館』 東京都千代田区永田町1-11-35
 開催形式：会場参集 主催：（一社）全国在宅療養支援医協会

お申込み方法（Peatixからとなります）

事前申込要

申込締切
 R7 2/7
 (金)



<https://zaitakuiryocongress02.peatix.com>

定員になり次第締切とさせていただきます。 申込QR→
 右記のQRコードもしくは、下記のURLからお申し込みください。



区分	参加費用	定員
医師	5,000円	200名
医師以外	2,000円	



★Peatixでのお申込みには、Peatixアカウント登録が必要になります。
 ★参加費のお支払いはクレジットカードやコンビニでの事前払いとなります。 詳細は、Peatixサイトにてご確認ください。

Peatix事前
 申込要

- 大会の参加登録は事前申込が必要になります。上記PeatixのURLもしくはQRコードより登録ください。プログラム詳細もご覧いただけます。
- 本会開催後、同ホール内で、懇親会を開催します。先着80名様
 懇親会費用：3,000円（事前登録要、支払いは現地）

参加登録、お待ちしております！

北海道札幌

ブロックフォーラム開催報告 @北海道札幌

【演者】飯田 智哉（巡る診療所 院長）



Profile いいだ・ともや

略歴 2010年、札幌医科大学医学部医学科卒業、札幌医科大学第一内科入局。北海道内の大学附属病院、市中総合病院などで内科医・消化器内科医として勤務。2015年、札幌医科大学大学院入学。2017年、日本学術振興会特別研究員（DC2）。2019年、札幌医科大学大学院卒業。2020年、札幌在宅クリニックそよ風入職。2021年、札幌在宅クリニックそよ風院長。2024年、巡る診療所院長。

資格・公職等 医学博士、日本在宅医療連合学会 在宅医療認定専門医・指導医、日本緩和医療学会 緩和医療認定医、日本内科学会 認定医・総合内科専門医、日本消化器病学会 消化器病専門医・指導医。日本在宅医療連合学会 研究委員会委員・次世代委員会委員、日本ホスピス緩和ケア協会 北海道支部役員、日本死の臨床研究会 北海道支部世話人、北海道在宅ケア連絡会 幹事、札幌市在宅医療協議会 幹事・事業部副部長。

第20回 在宅医療推進フォーラム

ブロックフォーラム開催報告

@北海道 札幌



巡る診療所
飯田 智哉

運営

ブロックフォーラム
北海道 世話人代表
静明館診療所 大友 宣 先生



北海道在宅ケア連絡会



札幌

札幌在宅クリニックそよ風
飯田 智哉

函館

函館稜北病院
川口 篤也 先生



背景

これまで北海道では、講演会を中心としたフォーラムを主に開催してきました。
 例年数百名の参加者があり、北海道内の在宅医療の推進に寄与してきたと考えますが、
 参加者の多くは在宅医療関係者や在宅医療に強く興味を持っている市民であり、
 在宅医療推進における『新規開拓』という側面ではやや弱い部分がありました。

目的

今回は、フォーラムへの参加対象をさらに広げることを目指し、在宅医療への興味関心の有無を問わず、老若男女が参加したくなる会とすることを、本フォーラムの第一の目的としました。

みんなに笑ってほしい！
 私たちのこと、在宅医療のこと
第12回 北海道在宅医療推進フォーラム in 札幌
 参加費 無料

日付 **01.06 (土)**
 13:00-16:00 2024
 場所 **イオンモール札幌平岡センターコート**

専門職によるミニ講演!!

13:30 ~ 13:45	訪問診療って?	札幌医療事務協会 四十橋 良佑 院長
13:45 ~ 14:00	訪問看護って?	訪問看護センター事務局長 打田 雅寿 所長
14:00 ~ 14:15	14:00-14:15 講演の冒険でお願い!	
14:30 ~ 14:45	ケアマネって?	在宅介護支援事業所ケアマネ 伊藤 和哉 管理士
14:45 ~ 15:00	施設選びって?	特別養護老人ホーム施設長 伊藤 上 事務 ソウジロウ-ホ
15:00 ~ 15:15	15:00-15:15 講演の冒険でお願い!	

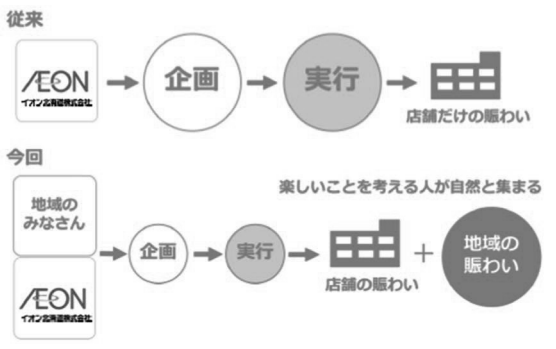
子ども在宅医療体験
 あれこれモクモク!!
 自由診療体験しよう!
 手作りおやつ!! 1000円たっぷり!!
 読者の声 体験! 読者の声 体験!
 イロイロ展示コーナー

お問い合わせ
 第12回北海道在宅医療推進フォーラム in 札幌 実行委員会
 札幌平岡センターコート 5階 (開場：13:00、閉場)

AEON北海道株式会社

ショッピングセンターを通じたまちづくり活動

通常、商業施設は企業主導で企画、運営を考え、店舗だけの賑わいを目指しますが、私たちはこれから、地域のみなさんと一緒に企画、運営を考えていき、ショッピングセンターだけの賑わいを生み出すだけでなく、まちの賑わいにつなげていきたいと考えています。地域のみなさんが主役となって取り組む活動(市民活動)のお手伝いをしていきます。



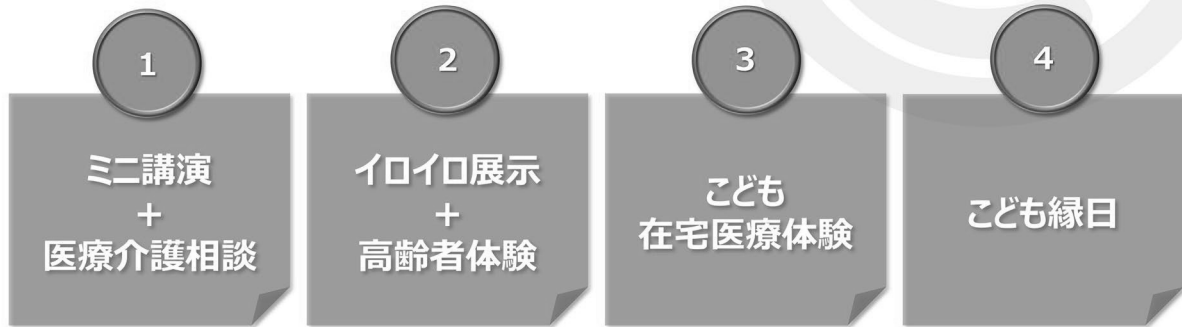
イオンモール札幌平岡 センターコート







広報



企画



ミニ講演 + 医療介護相談

専門職によるミニ講演！！		
13:30 § 13:45	訪問診療って？	 札幌南徳洲会病院 四十坊 克也 院長
13:45 § 14:00	訪問看護って？	 訪問看護ステーション恵佑会 杉下 奈弥 所長
14:00～14:30 医療介護なんでも相談！		
14:30 § 14:45	ケアマネって？	 居宅介護支援事業所アクトック 伊藤 和哉 管理者
14:45 § 15:00	施設選びって？	 静明館診療所 地域連携課 課長 田上 幸輔 ソーシャルワーカー
15:00～15:30 医療介護なんでも相談！		



イロイロ展示 + 高齢者体験



こども在宅医療体験



こども縁日



結果

- ▶ 大人400名、子供400名の計800名が参加してくれました。
(スタンプラリーも行い、大人用と子供用の2種類を用意して入口で配り、その枚数で参加者数を把握しました。) これまでにイオンモール札幌平岡で開催されたイベントの中では最大規模の参加者数となりました。
- ▶ 本フォーラムの企画・運営・広報を通じて、北海道内の医療介護に関わるキープレイヤー同士が横のつながりを構築・発展させられました。
- ▶ 本フォーラムの件のみならず、在宅医療全般に関して、地元新聞やラジオなどの媒体を使って普及・啓発を図ることができました。



結果

- ▶ 偶然立ち寄った一般市民の方から
在宅医療に興味はありましたが制度も何も知りませんでした。
普段から出入りしている親しみやすい空間でやってくれると、
参加のハードルがすごく下がって良いと思いました。
- ▶ イベントを知って来てくれた一般市民の方から
今受けている訪問診療のことを相談したくて来ました。～先生とお話をしたくて来ました。
- ▶ 在宅医療介護関係者から
こんなに多くの方々が在宅医療に興味を示してくれて、感無量でした。
潜在的ニーズが相当数あることを実感でき、明日への活力となりました。



13

反省点

- ▶ 準備期間が短く、企画立案・準備・広報などの面で、
悔いが残る部分もありました。
- ▶ イオン側がやりたいこと、とのすり合わせにおいて、少し難しい
部分がありました (イオン内店舗の参加希望など)。
- ▶ 予想していなかった多数の参加者に対する、人員不足による対応の不備が目立ちました。
もっと参加者と対話の機会を持てるくらい的人员数を確保すべきでした。
- ▶ 参加者の動きが流動的であり、アンケートが実施できず、今後の検討事項と考えています。



14



北海道在宅ケア連絡会の仲間たち、
一般社団法人 全国在宅療養支援医協会、
公益財団法人 在宅医療助成勇美記念財団
の皆様へ深謝申し上げます。

✉ tomoya.iida.0306@gmail.com

🌐 <https://www.meguru.clinic/>

📷 meguru_clinic 📘 飯田 智哉

滋賀県 第2回滋賀県在宅医療推進フォーラム

人生会議が気軽に開催できる滋賀を目指して

【演者】西山 順博（医療法人西山医院 院長）



Profile にしやま・よりひろ

略歴 1994年、近畿大学医学部卒、滋賀医科大学医学部附属病院医員（研修医）。1996年、公立甲賀病院医員（内科）。1998年、滋賀医科大学医学部附属病院医員（消化器・血液内科）。2002年、大津市民病院副院長（消化器内科）。2004年、同院長。2007年、医療法人西山医院副院長。2010年、同院長。2012年、チーム大津京結成。2016年、医療法人西山医院理事長・院長。社会医療法人誠光会 淡海医療センター 非常勤医師、医療法人明和会琵琶湖病院非常勤医師。にしやまマイルクリニック 非常勤医師。社会福祉法人滋賀同人会 大津老人ホーム 嘱託医。近畿大学（医学部）非常勤教員。

資格・公職等 滋賀県医師会 代議員、大津市医師会 理事（学術部部長 兼 在宅療養推進部副部長）。

主な著書等 『緩和医療・終末期ケア（スーパー総合医）』（分担執筆、中山書店）、『看護の現場ですぐに役立つ 胃ろうケアのキホン（第2版）』（秀和システム）、『サイ五郎さんちの人生会議 ～自分らしい最期を迎えるための絵本～』（日本医療企画）

第20回在宅医療推進フォーラム ～どうなる、どうする 在宅医療～

近未来の地域づくり

2024年11月23日

2023年度ブロックフォーラム報告会（滋賀）

第2回 滋賀県在宅医療推進フォーラム 人生会議が気軽に開催できる滋賀を目指して

2024年2月25日

医療法人西山医院
院長 西山順博



滋賀県二次保健医療圏



滋賀県面積：4,017 Km²

滋賀県：140.5万人

大津市：34.2万人

大津市の高齢者（65歳以上）

19.9% (H.21.4) → 27.8% (R.6.1.)

滋賀県：20.0% → 22.7% (H26.1.) → 27.2% (R.6.1.)

滋賀県には7つの

二次保健医療圏がある

大津市医師会は

開業会員：約250名

勤務医会員：約200名

これに加え

滋賀医大医師会

大津赤十字病院医師会がある



[令和6年2月1日 現在]令和6年2月1日作成 全医療機関出力(近畿厚生局 滋賀県)		
別添1の「第14の2」の1の(1)に規定する在宅療養支援病院		18
別添1の「第14の2」の2の(2)に規定する在宅緩和ケア充実診療所・病院加算		1
別添1の「第14の2」の2の(4)に規定する在宅療養実績加算2		1
別添1の「第9」の2の(3)に規定する在宅緩和ケア充実診療所・病院加算		6
在宅療養後方支援病院		6
地域医療体制確保加算		13
別添1の「第9」の1の(1)に規定する在宅療養支援診療所		2
別添1の「第9」の1の(2)に規定する在宅療養支援診療所		32
別添1の「第9」の1の(3)に規定する在宅療養支援診療所		137
別添1の「第9」の2の(4)に規定する在宅療養実績加算1		32
在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料		272
在宅がん医療総合診療料		108
病院	58	
有床診療所	25	
無床診療所	904	
	987	

第2回 滋賀県在宅医療推進フォーラム
人生会議(ACP: Advance care planning)が気軽に開催できる遊賀を目指して

開催日時 | 2024年2月25日(日) 10:00~
会場 | ビアザ湖滋賀県立県民交流センター 207号室
(駐車場には、限りがありますのでご了承ください)

第一部 対象：滋賀県で活動されている医師(事前申し込みをお願いします)
10:00~10:10 開会挨拶
(一社) 全国在宅療養支援協会 会長 新田園夫氏
(公財) 在宅医療助成優美記念財団 理事長 住野耕三氏(ビデオ)

10:10~10:20 特別発言
医療法人滋賀家庭医療学センター 弓削メディカルクリニック 雨森正記氏

10:20~11:40 特別講演(講演と質疑応答)
公益財団法人 伊豆保健医療センター 北澤彰浩(きたざわあきひろ)氏
『外来診療と訪問診療の両立をしていく上で心がけていること』
滋賀県で在宅医療を実践されている先生方、これから始めようとしている先生方に向けて、在宅医療のエキスパートからのアドバイス

11:40~11:50 休憩
11:50~12:50 情報提供(軽食を用意しております)
チーム大津京代表 医療法人西山医院 西山順博氏
「大津市での在宅療養サポートチーム構想 ~ACPが気軽に開催できる遊賀を目指して~」
12:50~13:40 フリーディスカッション(雨森先生・新田先生・北澤先生が直接回答)
*情報提供に対する質疑応答
*在宅医療実施していく中で困っていること、不安に思っていること
開会挨拶

第二部 対象：医療介護福祉(事前申し込みをお願いします)
14:30~14:40 開会挨拶
(一社) 全国在宅療養支援協会 会長 新田園夫氏
(公財) 在宅医療助成優美記念財団 理事長 住野耕三氏(ビデオ)
チーム大津京 副会長 矢野友美氏

14:40~15:40 情報提供
チーム大津京代表 医療法人西山医院 西山順博氏
「サイ50歳さんの人生会議セットを利用したACP啓発プロジェクト」

15:40~16:40 グループワーク(グループ発表含む)
「やってみよう人生会議」
開会挨拶
主催：在宅療養支援協会滋賀県支部(近畿ブロック)
共催：(公財) 在宅医療助成 優美記念財団、(一社) 全国在宅療養支援協会
後援：滋賀県医師会、チーム大津京
このフォーラムは、公益財団法人 在宅医療助成 優美記念財団の事業の一環として開催しています。


第一部 対象：滋賀県で活動されている医師(事前申し込みをお願いします)
10:00~10:10 開会挨拶
(一社) 全国在宅療養支援協会 会長 新田園夫氏
(公財) 在宅医療助成優美記念財団 理事長 住野耕三氏(ビデオ)

10:10~10:20 特別発言
医療法人滋賀家庭医療学センター 弓削メディカルクリニック 雨森正記氏

10:20~11:40 特別講演(講演と質疑応答)
公益財団法人 伊豆保健医療センター 北澤彰浩(きたざわあきひろ)氏
『外来診療と訪問診療の両立をしていく上で心がけていること』
滋賀県で在宅医療を実践されている先生方、これから始めようとしている先生方に向けて、在宅医療のエキスパートからのアドバイス

11:40~11:50 休憩
11:50~12:50 情報提供(軽食を用意しております)
チーム大津京代表 医療法人西山医院 西山順博氏
「大津市での在宅療養サポートチーム構想 ~ACPが気軽に開催できる遊賀を目指して~」
12:50~13:40 フリーディスカッション(雨森先生・新田先生・北澤先生が直接回答)
*情報提供に対する質疑応答
*在宅医療実施していく中で困っていること、不安に思っていること
開会挨拶

第一部
医師：25名
メディカルスタッフ：5名
計30名



特別発言



滋賀県医師会理事
在宅医療担当
医療法人滋賀家庭医療学センター
雨森正記

医師偏在指標（全体）まとめ

令和5年度第1回滋賀県地域医療対策協議会
令和5年（2023年）8月28日（月）

表1

区分	医師偏在指標（全体）			病院医師偏在指標			診療所医師偏在指標		
	医師偏在指標	全国順位	備考	病院医師偏在指標	全国順位	備考	診療所医師偏在指標	全国順位	備考
全国	255.6			175.9			79.7		
滋賀県	260.4	19位		188.9	14位	多数	72.8	27位	
大津	373.5	9位	多数	282.7	7位	多数	88.2	43位	多数
湖南	262.2	64位	多数	186.9	62位	多数	78.3	83位	多数
甲賀	176.8	229位	少数	119.5	215位		57.8	239位	少数
東近江	218.3	109位	多数	154.0	101位	多数	64.2	185位	
湖東	181.0	218位		116.9	227位	少数	64.1	186位	
湖北	217.6	112位	多数	149.7	111位	多数	68.4	153位	
湖西	245.0	77位	多数	198.8	52位	多数	57.1	249位	少数

滋賀県	現行医師確保計画から順位が下がり、医師多数県から医師中程度県に移行。相対的には病院医師が多数である。
大津	すべての指標で多数区域に該当しており、相対的には全国屈指。滋賀医科大学医学部附属病院も大津圏域に含まれている。
湖南	大津圏域よりも順位は低いものの、すべての指標が多数区域に該当。相対的に見て医師の充足度が高い区域である。
甲賀	現行医師確保計画から順位が下がり、医師偏在指標上は医師少数区域に該当。医師少数区域の設定の検討を要する。
東近江	現行と同様に医師偏在指標上は医師多数区域に該当するが、上位33.3%の閾値に近く、医師中程度区域よりである。
湖東	現行と同様に医師中程度区域であるが、下位33.3%の閾値に近く、病院のみの指標は医師少数の区分に該当している。
湖北	医師偏在指標上は医師多数区域に該当するが、医師多数区域の中での順位は最下位である。
湖西	医師偏在指標上は医師多数区域に該当するが、診療所のみの指標は少数区域に該当しており、病院のみの指標が高いことの影響である。

7

図1 診療所の分布 2023【2023年の内科、小児科系診療所と病院】

青：内科診療所：423（大津湖南228、その他195）
 赤：小児科診療所：79（大津湖南48、その他31）
 紫：在宅専門診療所：8（大津湖南7、35212非会員、その他1）
 黄緑：中小病院
 緑：基幹病院

図2 診療所の分布 2023【65歳未満の医師が勤務している診療所】

青：内科診療所：237（大津湖南134、その他103）
 赤：小児科診療所：48（大津湖南29、その他19）
 紫：在宅専門診療所：8（大津湖南7、35212非会員、その他1）
 黄緑：中小病院
 緑：基幹病院

ブロックフォーラム

開催報告・滋賀県

8

2024.2.25

第2回滋賀県在宅医療推進フォーラム
 人生会議が気軽に開催できる滋賀を目指して

外来診療と訪問診療の両立をしていく上で
 心がけていること

伊豆保健医療センター
 地域ケア部部長 北澤 彰浩

42

こころづもり書

- 誰が確認すべきか？どの時期に？
- まずはそのような話ができる良い関係性があれば誰でも
- 良いタイミングが訪れたとき・作れそうなときに
- その後、関係者で共有出来れば良いのでは
- 必要があれば詳細をつめる



第2回 滋賀県在宅医療推進フォーラム
人生会議が気軽に開催できる滋賀を目指して
2024年2月25日



第一部 情報提供
「大津市での在宅療養サポートチーム構想」
～ACPが気軽に開催できる滋賀を目指して～

医療法人西山医院
理事長・院長 西山順博



- * 滋賀県の在宅医療におけるAHNの動向
- * 滋賀県大津市での地域連携の取り組み
 - * おうみ在宅療養連携シート構想（2012年4月より）
 - * 在宅療養サポートチーム構想
（Home care Support Team : hST）（2012年10月より）
- * 人生の最終段階、典型的な3つの軌跡
- * リビングウィルから人生会議へ
 - * 人生会議（Advance care planning : ACP）啓発
プロジェクト（2015年4月）
- * サイ五郎さんちの人生会議セットの紹介
- * 最後に独り言



おうみ在宅療養連携シート 理念 こころの平安

健康で明るい暮らしのお手伝い

ホーム

こころの平安とは

お問い合わせ

リンク集

掲示板

♡ おうみ在宅療養連携シートができるまで

大津市医師会 在宅療養推進委員会委員 西山順博

◎ 経緯

平成24年3月の三者会で、訪問看護師さんより、患者さん(利用者さん)の多職種で共有できるシートがあればよいのではという意見が上がりました。わたしが、たたき台になるものを考えますと、宿題を持ち帰りました。最初から独自のものを作成するのは動力もいります。また、大津市には脳卒中の地域連携パスで使うことになっている。生きたい手帳があるにはあるものの運用されていないこともあり、良いものがないかと探していたところ、岡山プライマリ・ケア学会が作成されたものがよいと思いました。そこで、恥を忍んで岡山プライマリ・ケア学会に大津市で流用させていただけないかと連絡したところ、宮原伸二会長より直々にご快諾いただきました。そして、6月の三者会で決む

お知らせ

NEW 2013.05.01

ホームページができました！

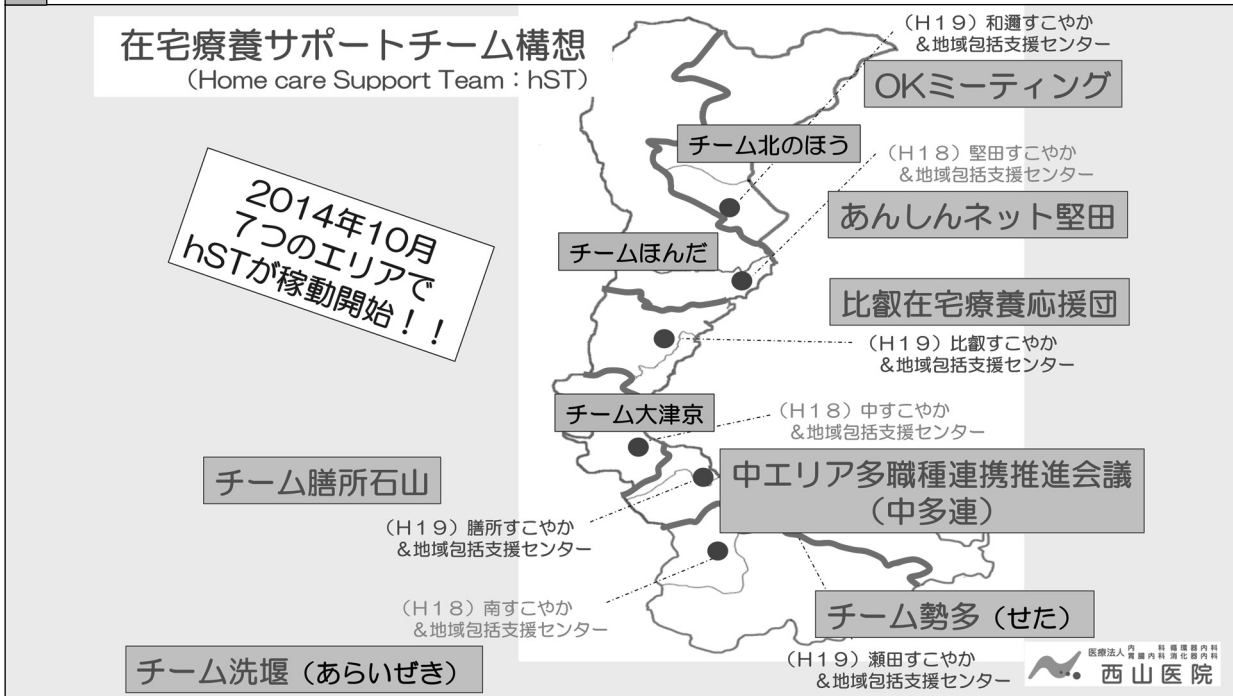
◆おうみ在宅療養連携シート「こころの平安」のWebができました！

今まで大津市医師会のホームページから連携シート等のファイルをダウンロードしていただきましたが、こちらからもダウンロードできるようにになりました。

◆在宅医療研修会

西山順博

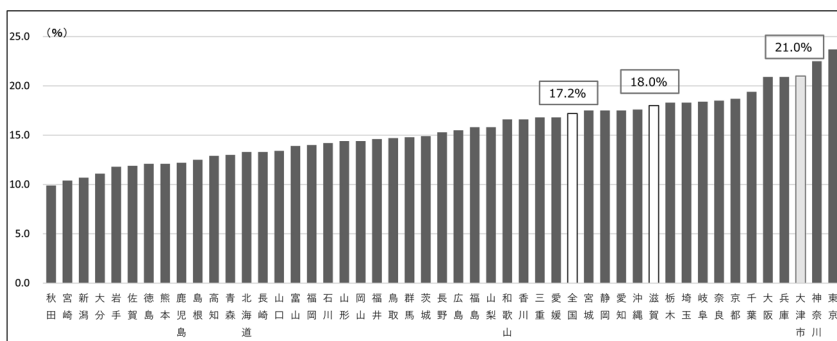
QRコード



3 自宅での死亡割合 (1) 都道府県別自宅死亡率 (令和3年度)



都道府県別で見ると、滋賀県は全国と比較して、自宅死亡率が高い傾向にある。さらに大津市は令和元年以降、滋賀県平均よりも自宅死亡率は高い。



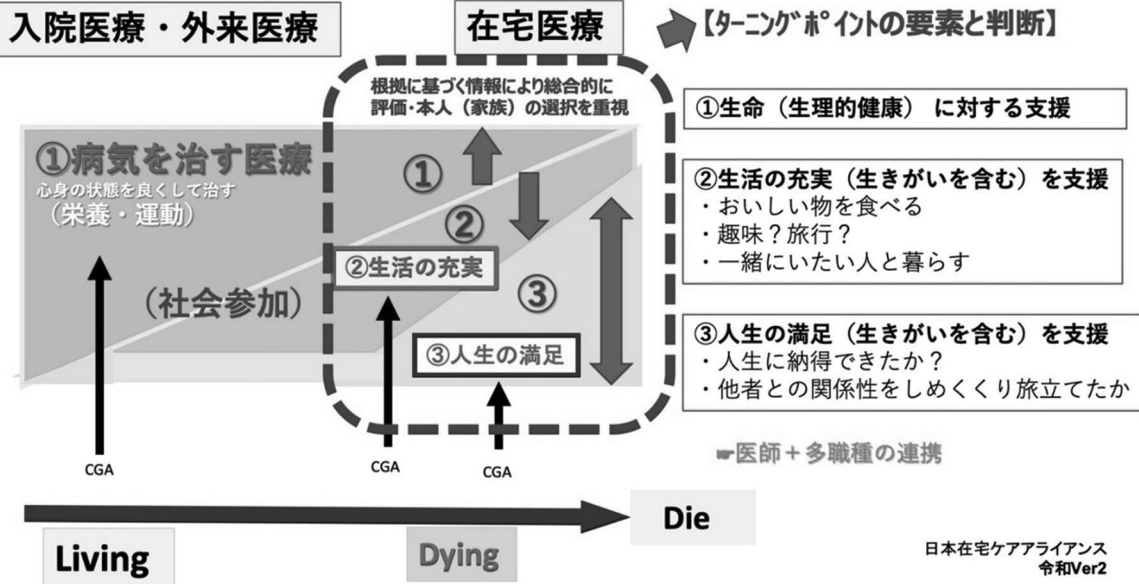
(参考)

	H30	R1	R2	R3
大津市	13.8%	14.1%	17.6%	21.0%
滋賀県	14.0%	13.3%	16.6%	18.0%
全国	13.7%	13.6%	15.7%	17.2%

	H30	R1	R2	R3
滋賀県順位 (降順)	14位	16位	9位	11位

【出典】令和3年度 人口動態統計 (厚生労働省) 6

図4: 治し支える医療を実現するための総合的視点



フリーディスカッション（50分）

- Q1：訪問診療をされているご施設？
- Q2：在宅療養支援診療所の方？
強化型在宅療養診療所の方？ その他？
- Q3：訪問診療の頻度はどうされていますか？
（月1回、月2回、週1回）
- Q4：介護保険を算定されている方？
- Q5：寝たきり要介護5の患者に対して、重症心身障害児者の申請はされていますか？

フリーディスカッション（50分）

1. 在宅医療を行う中で、ご質問、ご意見はありますか？
2. 在宅医療を行う中で、メディカルスタッフ、介護福祉職への要望はありますか？
3. 新規開業の医師は患者さんが少なく、積極的に訪問診療を始められる傾向にありますが、外来患者さんが増えてくると縮小される傾向にあるように思いますが、ご意見ありますか？
4. 在宅医療を専門とするクリニックも増えてきていますが、どう思われますか？
5. 医師の高齢化により、在宅医療を引退される方もおられます。これについて、どう思われますか？
6. 地域性もありますが、今後、滋賀の在宅医療はどうしていくべきでしょうか？
7. 在宅医療が増えていく中で、市民へのACPの啓発は必要と思われますか？

◎交換用胃瘻カテーテル

品名	定価（税抜）	納入価（税抜）	新定価（税抜）
エンドピブボタン	25,900円	21,000円	→→ 27,195円
イディアルボタン	23,700円	20,500円	
イディアルボタンZERO	24,500円		

患者さんからは、

（ガイドワイヤーあり）胃瘻カテーテル：21,700円

（ガイドワイヤーなし）胃瘻カテーテル：16,500円

交換用胃瘻カテーテル胃留置型（バルーン型）：7,480円

◎尿道バルーン 1,576円（税込）

患者さんからは、医療材料：560円、管理料：なし

◎導尿

スピーディカテ 1本242円（税込）*7本*30日→ 50,820円（税込）

患者さんからは、医療材料：0円、管理料：21,000円

患者さんからは、もちろん医療費ですので税金はいただけません。



サイ五郎さんちの人生会議セット

3つのツールは、非売品ですm(_ _)m

チーム大津京

ブロックフォーラム
開催報告・滋賀県

サイ五郎さんちのFB

サイ五郎さんちのFBグループを一般公開させていただきます。

少しでも多くの方々にリビング・ウィルや人生会議のことについて知っていただくために、チーム大津京にて5年間試行錯誤しました。

医療介護福祉職以外の職種との初めてのコラボ、異職種連携第一弾のプロジェクト!!

全国各地で気軽に人生会議ができるお手伝いができればと思っています。

5年間の思いが詰まった絵本を2023年6月に出版しました。絵本の付録となる対話カード、議事録、用語集は、今後も更新、加筆していく予定です。

サイ五郎さんちのFBグループで、新着情報を発信していきます。

応援、よろしくお願いします。

<https://www.facebook.com/groups/227403659850688/members/>

絵本を読んだ感想。対話カードで人生会議をやってみました。など書き込みをお願いします。



グループワークと人生会議（80分）

- ①トリセツの説明（5分）
- ②グループワーク（15分）
“サイ五郎さんちの人生会議セット”をどの様に活用して、一般の方に人生会議を啓発していけば良いのか？
 - 1) 問題点は？
 - 2) その解決策は？
 - 3) どのスタイルで人生会議実施するか？
- ③人生会議をやってみましょう!!（25分）
 - 1) 本人の現在と過去（4分）
 - 2) 大切な人の現在と過去（4分）
 - 3) 漠然とした未来と人生会議について（5分）
 - 4) 本人の未来（5分）
 - 5) リビング・ウィルカード（7分）
- ④人生会議をやってみて、人生会議啓発について秘策は？（15分）
- ⑤発表（20分）

在宅医療には、『在宅療養サポートチーム（hST）』が欠かせない！

ケアよりもケアを重視する在宅療養では、
患者の望む目標をサポートすることが大切である。

生きている（命）のためだけでなく
生きていく（生活）のために！

これからの在宅療養には、人生の満足への支援が望まれる!!

『健康寿命を延伸』のみならず『日常生活に制限がある期間のQOLを向上』

『人生会議が気軽に開催できる滋賀を目指して』

皆さまに 伝えたかったこと

- * 人生の満足への支援
- *リビングウィルから人生会議（ACP）へのシフト
- * 人生会議啓発プロジェクトについて
- *是非、大切な人と『人生会議』を！



沖縄県

沖縄県在宅医療推進フォーラム 開催報告

【演者】長野 宏昭 (いきがい在宅クリニック 院長)



Profile ながの・ひろあき

略歴 2006年、岡山大学医学部卒。同年、大阪赤十字病院で初期研修。2008年、神戸大学病院医学部附属病総合内科にて後期研修。2009年、大阪赤十字病院呼吸器内科医師。2012年、沖縄県立中部病院呼吸器内科医師。2013年、高山義浩医師らと共に地域ケア科を創設。2018年、ハワイ・沖縄医学教育フェローシップフェロー。2020年、沖縄県立中部病院呼吸器内科・地域ケア科医長。2021年、NPO法人いきがい LABO 共同代表理事。2023年、いきがい在宅クリニック院長、沖縄県立中部病院呼吸器内科医師、琉球大学医学部医学科非常勤講師。2024年、シェアハウス型在宅ホスピス「いきがいの家」開設。呼吸器内科医として新型コロナウイルスと戦いながら、地域ケア科医師として、癌の終末期の方を中心に訪問診療、往診、在宅看取りを10年以上行っている。また、エンドオブライフ・ケア（ELC）沖縄代表として、沖縄中部エリアを中心に折れない心を育てるいのちの授業、援助を言葉にする学習会を精力的に行っている。活動を通して、職種や立場を超えた支え合いの輪を広げ、あらゆる人が苦しみを抱えながらも穏やかに暮らすことのできる地域社会の創造を目指している。近年では後進の育成に力を注いでおり、2023年5月には琉球大学医学部サークル「ヨリドコロ」を創設。対話を通して大切な人や自分自身の心のケアができる人材を育成している。

資格・公職等 日本呼吸器内科学会専門医・指導医、日本内科学会総合内科専門医、日本結核病学会認定医、がん治療認定医、日本在宅医療連合学会評議員。エンドオブライフ・ケア協会認定ファシリテーター・援助士・いのちの授業認定講師、ハワイ・沖縄医学教育フェローシップフェロー、一般社団法人沖縄往診サポート OHS 理事、NPO 法人いきがい LABO 共同代表理事、沖縄県中部地区医師会監事。

参加費無料

2/3 (土)

10:00~19:00
(受付 9:30~)

会場：沖縄県医師会館
南風原町新川1218-9

ホームページ
check!

QRコード

テーマについて **大会長 / 長野宏昭**

- 1.新しい概念を学ぼう
- 2.認知症！どんな私でもここで暮らしたい！
- 3.台湾の地で展開される在宅医療
- 4.小離島から見えてくる”地域丸ごと”の取り組みの豊かさと創造性
- 5.学生・若者と夢を語ろう！
- 6.我が仕事の流儀。在宅というフィールドで活躍する人々の「YourStory」

沖縄県在宅医療推進フォーラム 2023年度

未来へ紡ぐ物語
～全てのひとが共存できる社会へ～

参加申込みはこちらから

主催：沖縄県在宅医療推進フォーラム 2023年度実行委員会
特定非営利活動法人いきがいのLABO

共催：(公財)在宅医療助成基金財団 / (一社)全国在宅医療推進協議会
後援：沖縄県 / 沖縄県医師会 / 中部地区医師会 / 関東地区医師会 / 中部地区医師会 / 生野地区医師会
沖縄県医師会 / 宮城地区医師会 / 八尾山地区医師会 / 沖縄県歯科医師会 / 沖縄県薬剤師会
沖縄県看護協会 / 沖縄県理学療法士協会 / 沖縄県作業療法士協会 / 沖縄県聴覚障害者協会
沖縄県介護支援専門員協会 / 沖縄県介護福祉士協会 / 沖縄県社会福祉士協会 / 沖縄県歯科衛生士協会
沖縄県放射線技師協会 / 沖縄県社会福祉協議会

速中参加 退出
いつでも可能です

フォーラム概要

01 能登半島地震被災者支援企画
10:10~10:40
・ 座長 新屋洋平 一般社団法人OHS沖縄往診サポート 代表理事
・ 登壇者 屋宜亮兵 医療法人成会理事長 玉城咲恵 那覇看護専門学校

02 新しい概念を学ぼう
10:40~12:10
・ 小澤竹俊 めぐみ在宅クリニック 「コンパッション都市」
・ 山田祐 オランダ在住 「がすテラヘルズ」
・ 長野宏昭 いさがい在宅クリニック 「KIGAI」

03 認知症！どんな私でもここで暮らしたい」を支えたい
12:20~13:20
・ 座長 与那覇淳 うらそえ介護福祉士会 / 田村浩介 株式会社いきがいのクリエーション
・ 登壇者 泰克之 中興病院 医療相談室 / 藤沼明光 いさがいサポートステーション
前田耕平 イーズC&S / 安藤奈緒 ヘルパスステーションらくた
末吉珠代 クリニック安里訪問リハビリテーションセンター / 玉城武範 くすりのミドリ

04 近世代の在宅医療
13:30~14:30
Hybrid careとHospital at home model in Taiwan
・ 座長 喜納美津男 きなクリニック院長
・ 講師 余尚偉 台湾在宅医療学会 会長

05 小離島からみえてくる”地域丸ごと”の豊かさと創造性
14:40~15:40
・ 座長 赤川恵吾 ドクターگون診療所
・ 登壇者 佐久川政吉 沖縄県立看護大学 / 美庭裕子 県立八重山病院附属波照間診療所
保多聖信 小規模多機能型居宅介護支援事業所すむづれの家管理者
鹿田本悠子 同上 主任介護支援専門員

06 学生・若者と夢を語ろう！
15:50~16:50
・ 座長 長野宏昭 いさがい在宅クリニック
・ 講師 小澤竹俊 めぐみ在宅クリニック
・ 登壇者 賀数りち 琉球大学医学部医学科 学生 / 桑江良江 県立看護大学 学生
野 杜綱 琉球リハビリテーション学院 学生
金城里咲子 株式会社いきがいのクリエーション 社会福祉士

07 「我が仕事の流儀」在宅というフィールドで活躍する人々の物語「Yourstory」
17:00~18:30
・ 座長 新田俊 株式会社さんだん花
・ 登壇者 宮里学 ケアプランさんだん / 三浦まり子 訪問看護クラセル
玉置政樹 株式会社さんだん花 / 古謝圭祐 株式会社さんだん花
津高山愛律子 中部地区医師会ゆい丸センター / O氏 母親を在宅介護した家族

ブロックフォーラム
開催報告・沖縄県

合計参加者		会場参加		Web参加	
372	人	112	人	260	人

6 55

沖縄県在宅医療推進フォーラム 2023年度

未来へ紡ぐ物語～全てのひとが共存できる社会へ～

3

台湾エキスポで最新技術展示

装着したチップが動きを記録 医師が同時に共有

台湾エキスポで最新技術展示

寝るだけで心拍数や体温を計測

- 特別講演
- 台湾在宅医・余尚儒先生

僻地における
ハイブリッド診療を中心
とした都蘭モデルの紹介

4

震災関連特別企画

能登半島地震被災地復興支援義援金
58,367円 集まりました。

こちらに集まりました義援金は、
財団法人日本在宅医療学会へ

会場で被災地支援義援金を集めました！！

学生さんと夢を語る

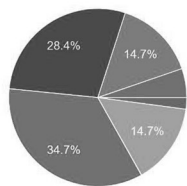
登壇者：医学部学生, リハビリ学生, 若手社会福祉士

講師：長野宏昭・小澤竹俊（めぐみ在宅クリニック）



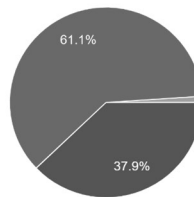
アンケート集計結果 参加人数 (372名: 現地参加 112名)

1、ご年齢
95件の回答



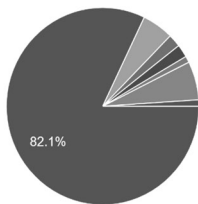
- 20代未満
- 20代
- 30代
- 40代
- 50代
- 60代
- 70代以上

2、性別
95件の回答



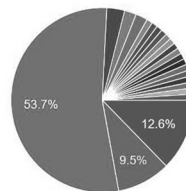
- 男性
- 女性
- 回答しない

3、お住いの地域
95件の回答



- 沖縄県
- 東北地方
- 関東地方
- 中部地方
- 近畿地方
- 中国地方
- 四国地方
- 九州地方
- 海外

当フォーラムの開催を何で知りましたか？
95件の回答

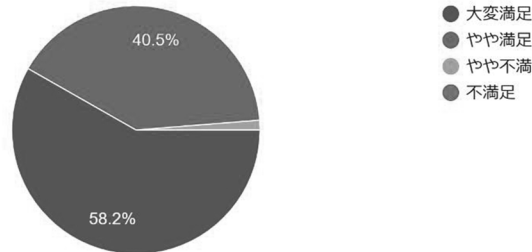


- ホームページ
- SNS
- 新聞
- 友人・知人からのご紹介
- メール
- チラシ
- 職場
- 北部地域連携室

▲ 1/3 ▼

アンケート集計結果、感想文

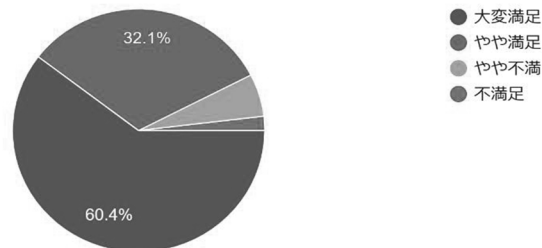
6、企画①：新しい概念を学ぼうの満足度を教えてください
79件の回答



- ・ 援助的コミュニケーションのベースには相手にとって「わかってくれる人」になることが大切だと思いました。
- ・ ゴールは「穏やであること」、単にサービスを整えるだけでは届かない、改めて感じさせられた。
- ・ 小澤先生のお話はずっと聞いていたい内容でした。折れない心を育てるいのちの授業、ELC講座にも興味があります。
- ・ 個々の”生きがい”やその人らしさによりそう対応は必須な事だと感じます。しかし現場では整っていない…そこを見つめる気づきを伝える場面になったと感じます。
- ・ 「ikigai」が世界共通語になっていると初めて知った、いのちの授業を受けてみたいと思った。

アンケート集計結果、感想文

14、特別講演②：学生・若者と夢を語ろう！の満足度を教えてください
53件の回答



- ・ 若い方々の素晴らしい夢に、私も勇気やる気をいただきました。「答えのない心の問題」など介護の仕事をしていると、心が折れそうになったりします。でも、若者がこんなに素敵な夢を持っており、私の老後は心配ないと明るい未来を感じました。健康に気をつけて100歳目指します。皆様のご活躍楽しみに老後を過ごします。
- ・ 夢を持つこと自体もそうだが、それを堂々と語れることに刺激を受けた。いくつになっても夢を持つことや、前向きに頑張る姿勢には心惹かれるものがある。

総括、今後の課題

沖縄県在宅医療推進フォーラム 2023年度 未来へ紡ぐ物語～全てのひとが共存できる社会へ～

- ・大会のコンセプトを「物語」とし、一部の専門家だけでなく、すべての人が大切な人や自分自身のケアができる社会を目指したフォーラムだった。
- ・学生が登壇し、夢を語るセッションや、介護職、リハビリ職、認知症当事者からのメッセージなど多くの年齢層、職種と対話することのできる機会となった。
- ・1日開催とし、7つのセッションが切れ目なく続いたため、昼休憩をとることができなかった。後半のセッションの参加者が少なかった。
- ・在宅医療関係者が多く参加していたが、病院勤務者の参加が少なかった。
- ・小児在宅、食支援、歯科連携なども今後取り上げて欲しいという要望があった。
- ・開業1年目で大会長を引き受けた。現場の仕事に追われる毎日で十分な企画、宣伝ができなかったが、強力な実行委員のサポートで何とか乗り切ることができた。



みなさまの温かなご支援に感謝します！！



勇美賞授賞式

勇美（ゆうみ）賞授賞式

勇美（ゆうみ）賞について

2014 年度以降の「在宅医療推進のための調査研究等への助成」の採択者を対象に、提出された報告書や成果物等を研究成果物評価委員会で評価し、優れた調査研究に対して「勇美賞」を授与しています。

●選考対象

「在宅医療推進のための調査研究等への助成」について、通常助成期間内に成果物を提出し、終了したもの。

●選考基準

在宅医療に関する研究でかつ、以下の基準において優れているもの。

- ①発想・着眼点、独自性・独創性
- ②実現性、実行可能性
- ③普及性・有効性
- ④研究方法の妥当性（倫理性を含む）

●委員

- | | |
|-----------|--|
| （委員長）石垣泰則 | 医療法人悠輝会コーラルクリニック 院長 |
| 梅垣宏行 | 名古屋大学大学院医学系研究科
地域在宅医療学・老年科学 教授 |
| 木村琢磨 | 東京科学大学大学院医歯学総合研究科
介護・在宅医療連携システム開発学講座 教授 |
| 森 清 | 社会医療法人財団大和会東大和ホームケアクリニック
在宅サポートセンター センター長 |
| 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 |
| 若林秀隆 | 東京女子医科大学病院リハビリテーション科 教授 |

受賞者の研究成果物はホームページにてご確認いただけます。

[https:// www.yuumi.or.jp/jyosei/yuumi-award/](https://www.yuumi.or.jp/jyosei/yuumi-award/)

勇美賞受賞者（2019～2020年度）

【2019年度】

No.	氏名	研究テーマ / 所属
1	篠原 直孝	自宅退院後の生活環境の変化が地域高齢者の生活範囲に及ぼす影響 独立行政法人地域医療機能推進機構 東京新宿メディカルセンター 理学療法士
2	千々岩 友子	在宅医療における「死にたい気持ち」がある利用者への一般訪問看護師の 看護実践の解明 福岡国際医療福祉大学看護学部看護学科 教授
3	宮本 恭子	中山間地域における「8050(はちまるごうまる)世帯」の生活問題と高齢の 親の在宅ケアの実態調査 島根大学法文学部法経学科 教授
4	山口 みなみ	医療的ケア児の母親の育児ストレスに関連する要因 IQVIA ソリューションズジャパン合同会社 リアルワールドデータコンサルティング

【2020年度】

No.	氏名	研究テーマ / 所属
1	笠井 由美子	NICU 退院児の母親へのピアサポートプログラムの効果 川崎市立看護大学 講師
2	倉田 慶子	在宅で重度心身障害者と共に生きる母親の移行理論に基づいたアドバン ス・ライフ・プランニング概念モデルの開発 湘南医療大学保健医療学部看護学科 教授
3	高橋 芙沙子	高齢者向け住宅や施設の介護職が感じる「住まい移行期」にある認知症高齢者 へのケア提供時の困難感と、施設特性および多職種からの支援体制との関連 関西医科大学看護学部 講師
4	三宅 一代	災害遭遇時に在宅重症児の生活適応を促進する支援に関する研究 兵庫県立大学看護学部 准教授
5	村上 学	シームレスな医学教育で在宅医志向の医学生を育成するためのキャリア パスに関する探索的研究 北海道大学大学院医学研究院医学教育・国際交流推進センター 准教授
6	吉澤 康平	在宅脳卒中患者に対する新たな転倒予測の検討 社会福祉法人聖隷福祉事業団 浜松市リハビリテーション病院 理学療法士

基調講演

今こそ考える在宅医療の姿

～ここまでの歴史と現在地そして未来へ～

武田 俊彦

【趣旨】

我が国の在宅医療は、個々の志のある医師、医療機関によって始められ、制度によって位置付けられつつ普及、拡大が図られてきた。今や、地域医療計画や今後の医療介護の姿においても在宅医療は必須の柱として位置付けられるに至っている。

この間、診療報酬上の評価の充実など、国による各種の促進政策もあり、在宅診療に取り組む医療機関も増加し、在宅医療に不可欠な存在である訪問看護も全国に広がっている。新型コロナウイルス感染症の感染拡大期にあっても、在宅医療が命を救う役割を持ちうることが実証され、入院医療が担った機能について担うことが期待されていくだろう。

しかし、経済的評価の充実が先行し、在宅医療の理念が置き去りにされることについての懸念は、かつてないほど高まっているのではないか。このままこの流れに従っていいのか、それとももう一度あるべき在宅医療の姿を求めて社会に実装させていく必要があるのか。これが、「どうなる、どうする在宅医療」という今回の在宅医療推進フォーラムのメインテーマである。

先人の語る理念、制度の陥った不備、などにも思いを致し、私たちが向かうべき姿を参加の方々と共に考えることにより、今後の在宅ケア展開のムーブメントにつなげることが出来れば幸いである。

【演者】武田 俊彦（日本在宅ケアアライアンス 副理事長）

Profile たけだ・としひこ

略歴 1959年、岩手県出身。1983年、東京大学法学部卒、厚生省入省。大蔵省主計局、ジェトロ・ニューヨーク事務所、北海道庁への出向などを経て、1999年に厚生大臣秘書官、2000年に医政局企画官。以後、主に医療分野を担当し、医政局経済課長として医薬品産業を所管、同政策医療課長として国立病院等を所管するとともに、在宅医療も所管した。また、保険局医療課保険医療企画調査室長、国民健康保険課長、同総務課長として医療保険制度の企画運営も担当。その後、社会保障担当参事官、総務省出向（消防庁審議官）を経て、官房審議官（医療保険担当）、政策統括官（社会保障担当）、医薬・生活衛生局長、医政局長を歴任し、医政局長を最後に2018年退官。2019年に厚生労働省政策参与、2023年9月に内閣官房健康・医療戦略室政策参与に任命された。現在、内閣官房政策参与のほか、岩手医科大学医学部客員教授、ボストンコンサルティンググループ シニア・アドバイザー、西村あさひ法律事務所顧問、株式会社麻生監査役、一般社団法人日本在宅ケアアライアンス副理事長なども務めている。

【座長】荒井 秀典（国立長寿医療研究センター 理事長）

Profile あらい・ひでのり

略歴 1984年、京都大学医学部卒業。1991年、京都大学大学院医学研究科博士課程修了。2003年より京都大学大学院医学研究科加齢医学講師。2009年4月より京都大学大学院医学研究科人間健康科学系専攻教授。2015年1月より国立長寿医療研究センター副院長、4月より老年学・社会科学研究センター長兼務（2019年3月まで）。2018年4月より同病院長。2019年4月より同理事長。専門は老年医学、フレイル、サルコペニア、認知症、動脈硬化。

資格・公職等 医学博士。日本老年学会理事長、日本サルコペニア・フレイル学会代表理事、日本老年医学会理事・代議員、日本動脈硬化学会理事・評議員、日本老年薬学会理事、日本脆弱性骨折ネットワーク理事。日本学術会議会員（第25・26期、第2部）、長寿科学研究振興財団理事、小野医学研究財団評議員、興和生命科学財団評議員、杉浦記念財団評議員。

主な著書等 『40歳からの健康年表～10年後こんな病気が待っている～』（荒井秀典編／文芸新書）

2024年11月23日
 第20回 在宅医療推進フォーラム
 どうなる、どうする在宅医療～近未来の地域づくり～

今こそ考える在宅医療の姿 ～ここまでの歴史と現在地そして未来へ～

武田 俊彦

日本在宅ケアアライアンス 副理事長
 内閣官房 健康・医療戦略室 政策参与

岩手医科大学 医学部 客員教授
 (元厚生労働省 医政局長)



今こそ考える在宅医療の姿
 ～ここまでの歴史と現在地そして未来へ～
 歴史編

はじめに～在宅医療とは、場所なのか？

- 元々、医療を行う場所は病院か診療所とされていた
- 患者は、入院患者か入院以外の患者とされていた
- 患者宅での医療は「往診」で、診療所等を起点としていた
- 在宅医療は、実践として行われていたが、法改正で、医療を提供する場所に正式に位置付けられた
- 病院、診療所、在宅、これらは場所の違いだけで並立なのか
- 在宅医療はその理念を異にするものではないか

3

在宅医療の歴史

- 在宅医療の歴史を考えると、地域で取り組みが始まる歴史と、国の政策の歴史の2つがある
- 地域の歴史は、開業医を中心とした取り組みとともに、病院から始まる取り組みもあった
- 一方、政策の歴史は、紆余曲折を経て現在もなお試行が続く。しかし在宅医療の普及促進という方向性は連綿と続いてきている

4

在宅医療のあゆみ



「日本の在宅医療のあゆみ」

(日本在宅ケアアライアンス 刊
公益財団法人 在宅医療助成
勇美記念財団 助成)



永井 友二郎

1918-2017



実地医家のための会
奥日光林間学校(1995年7月)
写真提供: 実地医家のための会

早川 一光

1924-2018



西陣の人たちと
(1950年代)
写真提供: 早川浩人氏

佐藤 智

1924-2016



長野県塩尻村国民健康保険
直営診療所にて(1950年10月)
写真提供: ライフケアシステム



写真提供：勇義記念財団制作 DVD より

永井 友二郎

1918-2017



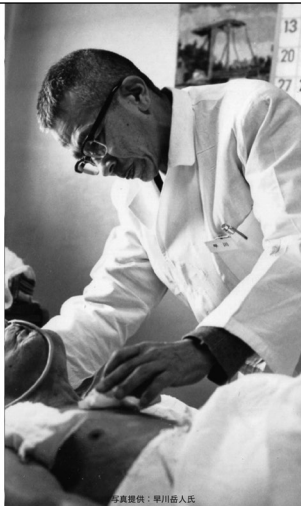
実地医家のための会
奥日光林間学校(1996年7月)
写真提供：実地医家のための会

永井が東京三鷹に永井医院を開院したのは1957年、「実地医家のための会」を主宰(1963年)。これがプライマリ・ケア学会設立(1978年)の礎になりました。

永井は実地医家が学習する課題は、単に医学的技術や知識だけでないと、医の倫理や法制度そして終末期医療など幅広く、在宅医療はもちろん医学教育における医学概論の重要性も、解き続けました。

「日本の在宅医療のあゆみ」P6

7



写真提供：早川岳人氏

早川 一光

1924-2018



西陣の人たち
(1950年代)
写真提供：早川岳人氏

早川が、京都・西陣の白峯診療所長に就任したのは1950年。肺結核が疑われる患者の通院が途絶えたため自宅を訪ねると咳き込みながら仕事を続ける患者の姿を目のあたりにし、本人の暮らしを知らずして医療は出来ないとの理念につながる。1958年には堀川病院へ発展し、いち早く居宅療養部を開設し、訪問看護や往診医療に力を注ぎます。「自分の体は自分でまもる」をスローガンに、真の住民主体の地域医療に専念したのです。

「日本の在宅医療のあゆみ」P6

8



写真提供：ライフケアシステム

佐藤 智

1924-2016

長野県塩尻市国民健康保険
直営診療所にて(1950年10月)
写真提供：ライフケアシステム

佐藤の出発点は長野県塩尻市の国保直営診療所(1950年)。治すだけでなく健康を守る役割を重視しました。1971年に東京白十字病院で先駆的に訪問看護に取り組み、制度化に大きく貢献。1980年には「自分達の健康は、自分達で守る」との会員制のライフケアシステムを始め、24時間いつでも相談に応じるシステムを構築。1994年には「在宅医療を推進する医師の会」を立ち上げ、これが日本在宅医学会の設立(1999年)の源流になりました。

「日本の在宅医療のあゆみ」P6

9

キーパーソン Interview-01

▶ 日本の在宅医療を牽引



黒岩 卓夫 × 苛原 実

医療法人社団明気会理事長
在宅ケアを支える診療所・市民全国ネットワーク初代会長
全国在宅療養支援診療所連絡会初代会長
在宅医療推進会議座長

いらはら診療所院長
在宅ケアを支える診療所・市民全国ネットワーク2代会長
全国在宅療養支援診療所連絡会監事
日本在宅ケアアライアンス 共同事務局長

0



私が在宅ケアに傾倒していったのは、高邁な理想でも、理念でもなく、在宅ケア自体がどうのこのいうよりも、もっと単純に、家に帰りたいお年寄りがいたり、家へ連れて帰りたい家族がいたら、できるだけ協力したいという一念からだけである。

(井 益雄 氏)

岩波ブックレットNo.210「高齡社会の在宅ケア～佐久総合病院の実践」より。

11

風 NPO 法人
新田の風



ごあいさつ



わたしたちは
ただきます。

まだ小さな風
て力強い風を吹

ここにたどりつくまで大勢な

当時の佐久総合病院院長若月俊一先生は「これからはお年寄りおよび痴呆症(この頃は認知症という用語はなかった)の問題が最も重要になる」と何度もおっしゃっていました。私はその若月先生から老人問題の責任者をやれとの命を受け、佐久地域における24時間365日在宅医療体制を確立しました。通院困難な退院患者さんのお宅へこちらから定期的に訪問し、急病時には緊急往診体制を敷きました。「頼むから家に帰してほしい」「死んでもいいから帰りたい」「帰ってえ！」私はこのような人生最後の願いでもある叫びを何度も耳にしてきました。両手を合わせ、目に涙を浮かべながら懇願されることもありました。この方々の大半はお亡くなりになってはじめて家へ帰れたのです。
(出典) <http://shinden-kaze.org/about/>

12



公立みつぎ総合病院
名誉院長
山口昇

昭和40年代の御調町はすでに高齢化がかなり進み、おまけに寝たきりが多かった。しかもその多くが、いわゆる“つくられた寝たきり”であった。対応が適切でないためにつくり出されたものだったのである。これは御調町に限らず、我が国の寝たきりの特徴であり、欧米と大きく異なる点であった。

私たちはこの寝たきりをなんとか防止しようと考え、病院の医療を家庭の中まで持って行く、いわゆる“出前医療”を始めた。今で言う訪問看護であり、訪問リハビリである。(昭和49年に開始)

「実録 寝たきり老人ゼロ作戦」山口昇
(2012)より

13

在宅医療を支えてきたのは看護の力でもある

- 在宅医療に向かう医師たちを支えたのは看護師たち。在宅医療＝在宅ケアであり、看護の視点は不可欠
- 昭和58年の老人診療報酬では3か月のみの退院患者への継続訪問看護と保健事業としての保健師訪問の組み合わせだった
- 各地で先駆者による病院から、診療所から、あるいは行政からの、在宅への看護師・保健師の派遣の活動が立ち上がる
- 平成4年(1992年)に老人訪問看護ステーションが制度化。その後対象者は全年齢に拡大

14



認定NPO法人マギーズ東京
共同代表 秋山正子さん
(1991年に淀川キリスト病院
訪問看護室で研修を積み
1992年から東京都新宿区で
訪問看護を本格的に開始)

(写真はマギーズ東京HPより)

姉の何よりの遺産は、私を在宅ケアの道に導いたことでした。

私は姉の在宅ケアを経験して、その人が生きてきた生活の場が療養の場になり、かけがえのない時間を、家族や親しい人に囲まれて過ごせるのは、在宅ホスピスにほかならないと知りました。そして、そこに向いていく看護があるはずなのに、まだまだ実践者が少ない状況を変えていきたいと、自分の進む道を在宅ケアに定めようと思ったのでした。

「在宅ケアの不思議な力」秋山正子, P5

15

在宅医療に係る政策の歴史(反省も含めて)

- 老人医療費無料化(昭和48年～58年)
 - 高齢化による介護ニーズを入院医療で受けとめてしまう
- 無料化の廃止、予防からリハビリまでの新法施行(昭和58年)
 - 受け皿整備を行わず、退院促進に舵を切った
- 老人保健施設の導入
 - 包括・リハビリ重視・福祉と医療の中間施設を目的、在宅機能は弱い
- ゴールドプラン(平成元年)
 - 在宅3本柱などを打ち出すが、自治体も施設志向は強いまま
- 介護保険制度創設(次へ)

16

在宅医療に係る政策の歴史(承前)

- 介護保険制度創設(平成12年)
 - 画期的だったケアマネの導入、訪問看護など在宅サービスも拡大
 - 自立支援の理念を確立、財源も確保
- 訪問看護ステーションの制度化
 - 老人訪問看護ステーション(平成3年)、老人以外に拡大(平成6年)
- 医療法などの法改正
 - 居宅も医療提供の場所(医療法改正平成4年)、
 - 在宅医療も療養の給付(健康保険法改正平成6年)
- 在宅療養支援診療所の制度化(平成18年改定)
 - 従前と異なり、利益の取れる在宅医療という認識が広まる
- サービス付き高齢者向け住宅の制度化(平成23年)

今こそ考える在宅医療の姿

～ここまでの歴史と現在地そして未来へ～

現状編

令和6年改定は在宅医療の本質を問う改定とも言われたが、 在宅医療の本質とは何なのか

- 在宅医療の本質は語られてきたのか
- 在宅医療、入院医療、外来医療の違いは何か
- 私たちは在宅医療に何を求めてきたのか
- 今求められる在宅ケアとは？

「在宅医療」を「考える」ことが必要な
時代に入ってきた

19

認知症高齢者グループホーム火災事件(平成25年2月8日)

構造・階数	鉄骨造一部木造・地上4階建て
用途	複合用途(グループホーム、事務所、共同住宅(消防法 施行令別表第1(16)項イ))
建築面積	164.55㎡
延べ面積	581.85㎡ (うちグループホーム部分の面積は259.64㎡)
各階の用途	1階・2階:グループホーム 3階・4階:事務所・共同住宅
焼損状況	部分焼



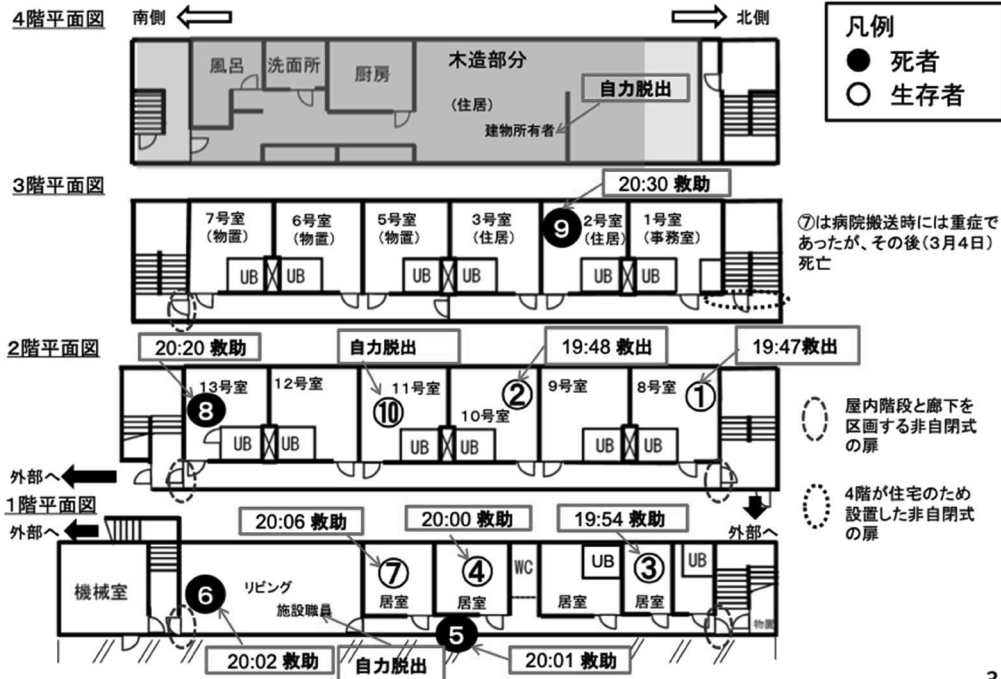
死傷者の状況

死者5名
重傷1名
中等症4名
軽症2名

合計12名

20

在館者の状況



(出典)総務省消防庁 認知症高齢者グループホーム等火災対策検討部会 第2回 資料2-3

21

第19回在宅医療推進フォーラム(2023年11月23日) シンポジウムの中での議論

- ・規模の大きな医療機関が多くの訪問診療を担っている地域がある そこには様々なパターンがある
- ・グループでサービスをワンストップで完結している規模の大きな医療機関が出てきている
- ・ワンストップ＝地域とのつながり(地域包括ケアシステム)が希薄にならないか
- ・医療機関以外にも介護対応を謳った高額な高齢者住宅も
- ・がん終末期の専門の民間ホスピス施設が増加している
- ・地域とつながりのないサービスが広がることでいいのか

22

最近の話題の書籍、雑誌より



画像にマウスを合わせると拡大されます
 元『週刊文春』エディター 日本で初めて“超富裕層”のノンフィクションをまとめた
 3+
 試し読み

ルポ 超高級老人ホーム
 基野 博則 (著)
 4.0 ★★★★★ 52個の評価
 ベストセラー1位 - カテゴリ 終末期医療

エントリー ポイントアップキャンペーン

本(紙書籍)のまとめ買いキャンペーン

★★発売直後から話題沸騰!!!★★
 ★★今年いちばんの話題作★

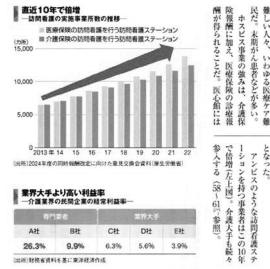
カネさえあれば幸せに死ねるのか

入居金3億円超え。至れり尽くせりの生活。彼らがたどり着いたのは...

元『週刊文春』エディター 日本で初めて“超富裕層”のノンフィクションをまとめた
 ↓続きを読む

この商品に関する

84歳ヘルパーが支える異変
 「看取りビジネス」急拡大の危うさ
 介護業界では高い利益率
 社会に定着しつつあるホスピスだが、儲けすぎ批判も出ている。
 第2特集 都心百貨店消滅の先



基調講演
 今こそ考える在宅医療の姿
 ～ここまでの歴史と現在地そして未来へ～

看護小規模多機能施設の挑戦
 (2015年の厚生労働省幹部視察)



病院・施設から地域・在宅へ

【夕張市立病院】

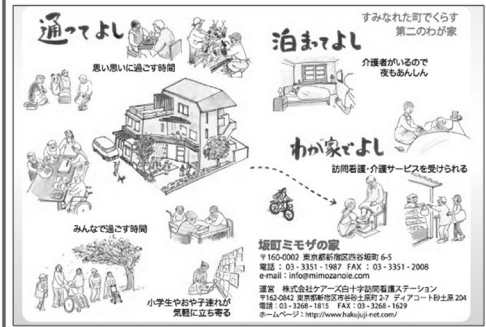
- ・かつては名門の総合病院
- ・市の中心地(夕張駅の近く)
- ・夕張市の人口減少に伴い赤字化
(11万6千人→1万人を切る)
- ・医師の確保も困難に
- ・市の財政破綻に伴い有床診療所化



※ 病床数171→19

【ミモザの家(看護小規模多機能)】

- ・四谷の民家を改築
- ・1、2階は小規模多機能、3階は住居
- ・1階は多機能ルーム、2階はベッド
- ・住居地区の真ん中



※ 登録定員25名、通い15名、宿泊5名 25

ホームホスピスの挑戦(2020年の在宅医療推進フォーラムより)

もともとそこにある「空き家」は、地域の中に記憶されて、地域社会の文化や防災とつながっている

自然を五感で感じながら暮らす。

- ・ちょっとした庭やベランダがある
- ・日当たりや風通しがよく、室内に外気や陽光が取り込める
- ・虫の音、鳥の声など自然の気配や四季が感じられる



普通の「住まい」は、小規模であり、窓による「換気」、適度な日光が取り込め、感染症を予防できる環境にある。

26

ホームホスピスの挑戦(2020年の在宅医療推進フォーラムより)

孤独と孤立の処方箋 「とも暮らし」という住まい方

かあさんの家には、生活の音と匂いがある。



写真提供・岡本峰子

- ・5人から6人で共に、友として、伴って暮らす。
- ・病気はあっても病人ではなく、生活者です。
- ・必要な医療は、外来や訪問診療、看護のチームで。

今こそ考える在宅医療の姿

～ここまでの歴史と現在地そして未来へ～

みらいへ～ 事例とともに

盛岡にも新しい施設が誕生(有料住宅)



事件発生(その1)

- ・訪問診療・訪問介護・定期巡回で自宅一人暮らし
- ・自宅で突然倒れる(救急車か訪問チームか判断を迫られる)
- ・訪問看護師さんがかけつける。救急対応してもらう
- ・自宅がいい、どこにもいかない、という固い意思だった
ご本人、不安が大きくなる
- ・新規オープンしたばかりの住宅型有料老人ホームで受け入れてもらう

羊の力、家の力、環境の力、同居者の力、介護者の力



31

入居後

- ・羊の力、同居の人の力、スタッフの力、家の力、林檎の畑の力で「ここがいい」と笑顔

事件発生(その2)

- ・ホームで転倒骨折、病院搬送。しかし、病院では手術を見送ることに
- ・ホームで同居者が入院無しの帰宅を歓迎してくれる
- ・訪問医師の前では満面の笑顔。医師、「死ぬこと以外はかすり傷」

32

在宅医療、在宅ケアとは、

- ・自宅だけが在宅ではない
施設、環境、同居者、温かさ、地域とのつながりが大事
(木造、解放、緑、暖炉、ガラス張りの厨房、地域の子どもたち)
(特定のケアマネに限らない、定期巡回との連続、スタッフの定着)
- ・逆に、自宅でも、入院医療をそのまま持ち込めば在宅ではない

こうした在宅ケア、在宅医療を広げていけるか

- ・経営的には、多くのサービスを集中する方が有利。がん末期だけ？
- ・暮らし、生活は連続的。事件が起きる前から関係性を持てるか
- ・個人が何の支援もなく選択するのは非常に困難
- ・第三者の質の評価、入院前からの在宅ケア、地域包括ケアのネットワークの深化により、だれでも質のいい在宅ケアを選べるとよい

33

入院医療をそのまま持ち込めば在宅ではない

- ・治療重視の医療になっていないか
(入院時の点滴、注射、投薬を継続していないか)
- ・暮らしの場ということを忘れていないか
(生活を医療行為で制約していないか、好きなことを禁止していないか)
- ・管理をしていないか
(時間管理、食事管理 → 本人の生活リズム、望みに合わせた食事)
- ・保険で認められる範囲一杯の医療行為、本当に必要か
(していいことかどうか、点数表で考えていないか)
- ・医療をすることがア priori に正しいと思っていないか
- ・本人の顔を見ているか、本人は笑顔になっているか

34

そして未来へ

勇美財団の助成、
日本在宅ケアアライアンスの多職種団体の連携
それぞれの地域の独自の取り組みと学習

で、力を合わせて「ほんとうの在宅ケア」を実現へ
(国も支援をお願いします)

ご静聴ありがとうございました

武田俊彦

今こそ考える在宅医療の姿
〜ここまでの歴史と現在地そして未来へ〜

特別講演 1

包括的居住支援における在宅ケア

～「住まう」ことを支える様々な「ケアのあり方」について

高橋 紘士

【趣旨】

「治し 支える 在宅医療」が望ましいかたちで、実現するためには、在宅での尊厳ある生活を継続するために貢献しうる条件を検討することが必要である。さらに多様な在宅ケア及び支援と協調する必要があるのはいうまでもない。

さらに、「在宅」での「居住の内実」のあり方が問われる。このような条件が整わないので病院利用、施設利用、病院もどきの集合住宅に依存せざるを得ない状況がある。そのうえ、本来の医療や看護の倫理、そして利用者の尊厳にもとるような利益至上の事業も現れており、望ましい在宅ケアと在宅医療（看護、介護、福祉）の確立、地域居住確立のための条件について考察する。

【演者】高橋 紘士（元高齢者住宅財団 理事長）



Profile たかはし・ひろし

略歴 特殊法人社会保障研究所研究員、法政大学、立教大学大学院、国際医療福祉大学大学院、東京通信大学で教職。この間、全国社会福祉協議会研究情報センター所長、社会福祉医療事業団（現福祉医療機構）理事、公益社団法人有料老人ホーム協会理事などを歴任。2012年より2018年まで一般財団法人高齢者住宅財団理事長。現在、一般社団法人全国ホームホスピス協会理事、一般社団法人高齢者住宅協会、一般社団法人全国日常生活支援住居施設協議会、一般社団法人全国居住支援法人協議会などの顧問、杉浦記念財団、車輛競技記念財団などの役員ほか、国交省住宅局でモデル事業審査会会長など。さらに、高齢者介護研究会や地域包括ケア研究会（厚労省老健局）など厚労省・国交省関係の審議会、検討会の構成員を務める。このほか、東京都で社会福祉審議会委員長、障害者施策推進会議会長を務めるなど、多くの自治体でも検討会などに参画。

主な著書等 『地域包括ケアシステム』（編著、オーム社）、『地域連携論』（共著、オーム社）、『地域包括ケア時代の地域包括支援センター』（編著、オーム社）、『地域包括ケアを現場で語る』（編著、木星舎）、ほか。

【座長】飯島 勝矢（東京大学高齢社会総合研究機構 機構長・未来ビジョン研究センター 教授）

Profile いいじま・かつや

略歴 1990年、東京慈恵会医科大学卒。千葉大学医学部附属病院循環器内科、東京大学大学院医学系研究科加齢医学講座 助手・同講師、米国スタンフォード大学医学部研究員を経て、2016年より東京大学高齢社会総合研究機構教授。2020年より同研究機構教授・機構長、および未来ビジョン研究センター教授。2022年、遠山椿吉賞（第7回健康予防医療賞）受賞。

資格・公職等 医学博士。専門は老年医学、老年学（ジェロントロジー：総合老年学）、特に健康長寿実現に向けた超高齢社会のまちづくり、地域包括ケアシステム構築、フレイル予防研究、在宅医療介護連携推進と多職種連携教育。内閣府「高齢社会対策大綱の策定のための検討会」構成員、内閣府「一億総活躍国民会議」有識者民間議員、厚生労働省「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施に関する有識者会議」構成員、厚生労働省「国民健康・栄養調査企画解析検討会」構成員、厚生労働省「安全で安心な店舗・施設づくり推進運動の広報及び運動習慣定着支援等事業」企画検討会 構成員、厚生労働省「全国在宅医療会議」構成員、日本学術会議「老化分科会」「高齢者の健康分科会」ボードメンバー。

主な著書等 『在宅時代の落とし穴 今日からできるフレイル対策』（KADOKAWA）、『地域包括ケアのまちづくり 老いても安心して住み続けられる地域を目指す総合的な試み』（共著、東大出版会）、『東大が調べてわかった衰えない人の生活習慣』（KADOKAWA）、『健康長寿 鍵は“フレイル”予防 ～自分でできる3つのツボ～』（クリエイツかもがわ）、『老いることの意味を問い直す ～フレイルに立ち向かう～』（クリエイツかもがわ）、『オーラルフレイル Q&A—口からはじまる健康長寿—』（共著、医学情報社）、『マンガでわかるオーラルフレイル』（共著、主婦の友社）。

包括的居住支援と在宅ケア

「住まう」こと(地域居住)を支える
様々な「ケアのあり方」について

241123 在宅医療推進フォーラムにて

高橋紘士(たかはしひろし)

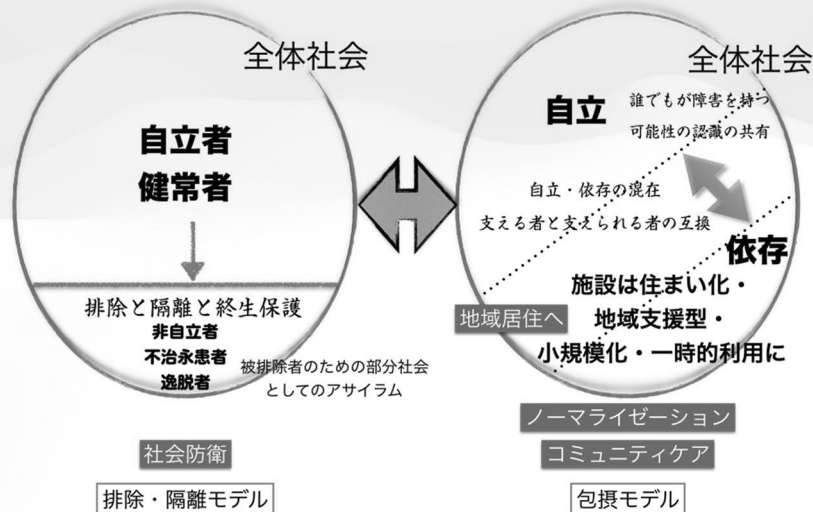
htakamac@mac.com

<https://www.facebook.com/htakamac>

「住まうことを支える」在宅ケアとは

在宅ケアとは、疾病や生活機能障害などをもつ人と 家族の「暮らしの場」、すなわち地域において保健・医療・福祉・介護・予防・就労・教育・住まい等に関連する**専門職や非専門職の連携**による **複合的なケア**、およびケアサービスを提供することにより、質の高い自立した**生活を維持することや改善**を図ることを指します。(日本在宅ケア学会による)

ケアの二つのモデル 排除・隔離モデルと包摂モデル



地域居住とはなにか

- 「地域居住」とは、英語でいう**Care in Place**、あるいは**Aging in Place**の日本語による表現である。高齢になってもそれまで住み続けた地域での居住継続のことである。ヨーロッパ、特に北欧やオランダなどで、支援を必要とする高齢者（当然障害を持つ成人、子どもも含む）の支援の場を「施設」から「住まい」へと移行する政策が導入されたことからこの概念が生まれた。
- 日本でも、このような方向が目指されているとはいえ、北欧やオランダのような徹底した改革としては実現していない。したがって、このような改革がどのようなものであるかをまず学んだ上で、「住まい」での支援は自ずから必要に即した、**包括的支援たらざるを得ない**ので、このような包括的ケアあるいは、統合ケア (integrated care)のあり方を提起する。

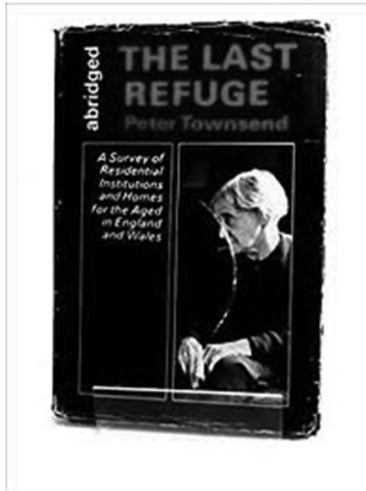
脱施設論に導いたゴフマンのアサイラム論

ゴフマンのアサイラム論（“Asylums” 1961年）「多数の同じ境遇にある人々が、一緒に、相当期間にわたって**全体社会から遮断されて**、閉鎖的で形式的に**管理された日常生活**を送る、居住あるいは仕事の場所」でその一類型として「**能力を欠くが無害と感じられる人を庇護するために設置された場所**」としての福祉施設等を含み、これらを「全制的施設」（*Total Institution*）という。

施設とは結局**ある目的のために管理する場所**である。住まいといっても有料老人ホームなどは退去要件が設けられている。

イギリスでのコミュニティケア導入の背景

- イギリスの社会学者であるPeter Townsendが『最後の抛り所』という施設批判の書物を1962年に出版し、大きな反響を呼び、これがコミュニティケア導入のきっかけとなり1968年の「王立委員会報告（シーボーム報告）」によって大きな改革が行われた。
- 高齢者の居宅生活が可能となったのは、所得保障制度の普及と発展であった。年金の普及によって、救済的性格を有する老人収容施設に入所する必要がなくなった。そのことによって、施設は貧困の程度あるいはそれを原因とするのではなく、**老人の健康、あるいは介護の有無その他のニーズに応じて居宅か施設かが選択される**ようになっていった。ケア付きの小規模な25人から30人程度の小規模施設が望ましいとする1947年の調査委員会の勧告以来、**高齢者施設も大規模施設からそれまで生活していたコミュニティと結びついたホーム**という考え方が普及していった。



Peter Townsend編 *The Last Refuge* の初版（1959）と当時の老人ホーム

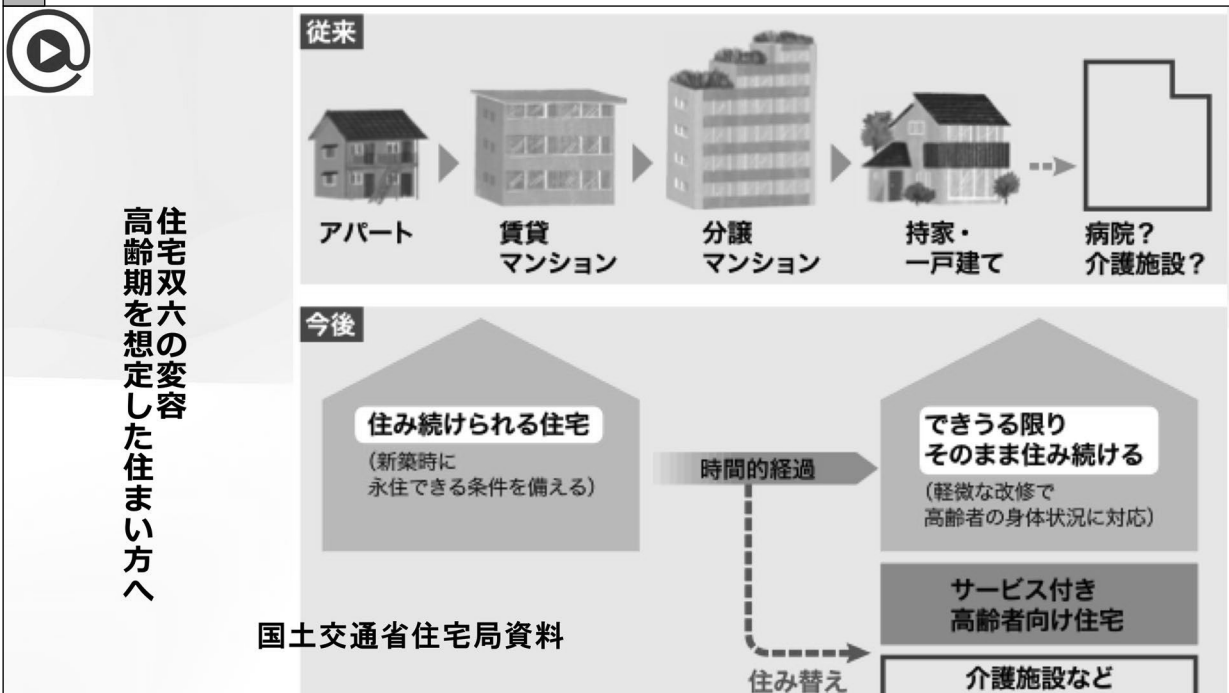
出典 <https://ukdataservice.ac.uk/teaching-resources/last-refuge.aspx>

エイジング・イン・プレイスを構成するもの

- 高齢者の変化するニーズに合わせて、住まいの要素とケアの要素を組み合わせる画一的なケアが提供されるのではなく、高齢者の能力に合わせた、ケアの提供。
- 心理的幸福感の実現。環境との調整⇒適切なバリアフリー環境、「安易な施設化」を防ぐ。ニーズのアセスメントとそれに合わせたケアの提供。
- 近隣やコミュニティの課題も含むダイナミックなコンセプトである。住まいとサービス、そして、地域への社会参加、交流、余暇、アクティビティ、教育、相談など広い意味での社会サービスとの関わりが重要。
- 「住宅に住む」とは「地域に生きる」ということである

住まうということの意味 居所・施設と在宅

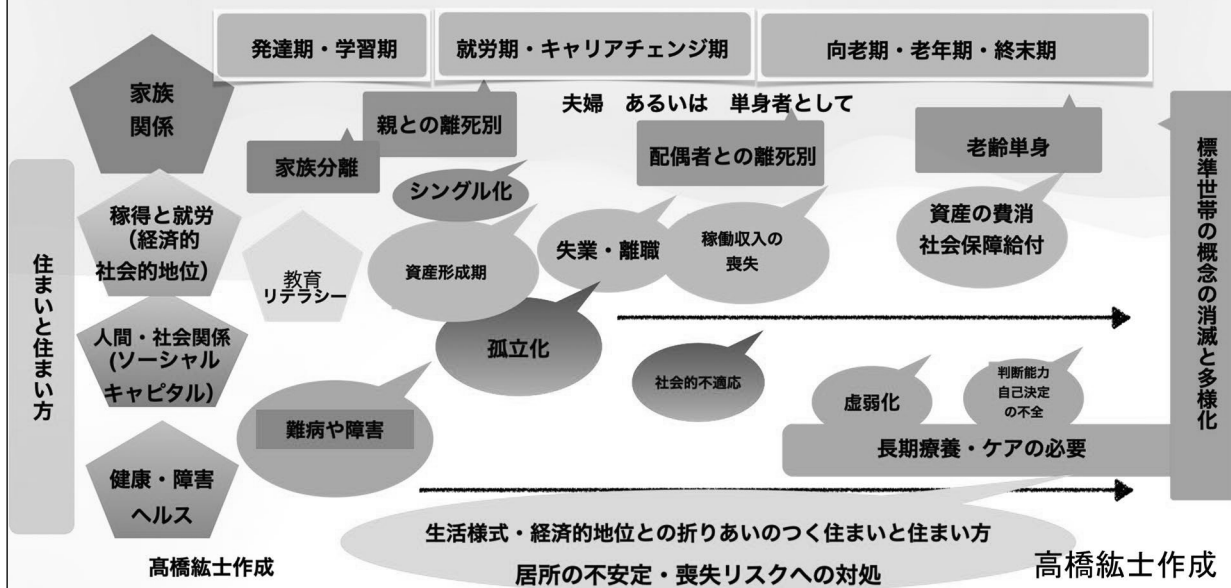
- ・ 人が居住する場は様々である。ある目的をもって滞在する場、そこで生活が営まれる場、考えてみると様々な場所が考えられる。現代の福祉問題として重要かつ大きな問題は居所喪失問題、いわゆるホームレス問題だが、これはハウスのストレスとホームレスの二重の問題である。(奥田知志による)
- ・ 人は、どこかの場所に「身を置く」が、その場所が問題なのだ。我々はあたりまえのように寝起きをする場所を持っているのを当然と考えている。生活を「衣・食・住」という三要素で考えるが、衣などはどこかに置き、脱ぎ着をする場所が必要となる。食は自宅で食事をとるか外食するかという選択があるが、自宅で食事をとるなら、食事をつくるスペースが必要となる。したがって、衣・食の生活は「住」があってこそ成立する。



ライフコース（人生の諸段階）と住まい

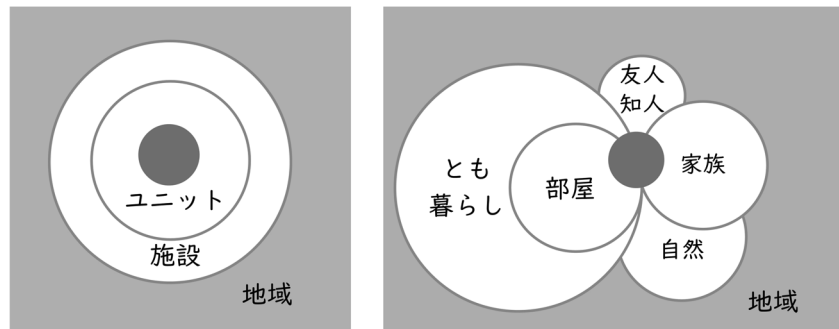
- 住まいというのは結局「生活の器」である。人生のなかで展開するイベントを受け止める場は結局「住まい」である。ヒトとしての欲求を満たす場としての住まいなしには生存の継続は不可能である。生活の器というのはそこで人間の生活の営みを具体的に受け止める場であるという意味である。すでに人間の基本的欲求という議論をしたが、様々な社会生活も「住まい」というベース（根拠地）があって可能となる。
- その意味で人生のライフコース（人生の諸段階）と住まいの関わりについて考えることが必要であり、その上でケアという課題との関わりで考察を進めていく。

人生段階での生活課題と居住



施設居住と地域居住

井上由起子教授提供



- ・ 相手：とも暮らし、職員、家族、友人知人、居合わせた人、自然
- ・ 関り方：居合わす、身を置く、眺める、感じる

ケアとは何か

ヒトが人生のある時期における依存性に対応するための行為としての「ケア」が成立してきた。「ケア」とはPhillips(2007)によれば、「家族の文脈のなかで愛情とか義務とか、よき生活とか、責務とか、相互性といったような多義的な文脈で使われてきた。そして触ること、行為、情愛、身体表現などによって表現されてきた。一方で、ケアは社会関係や相互作用のなかでわれわれのアイデンティティの基礎でもあった。しかも、また、家族の外部におけるヘルスケアやソーシャルケアにおける関係性の基盤をなすものでもある。」高橋 紘士(2016)より

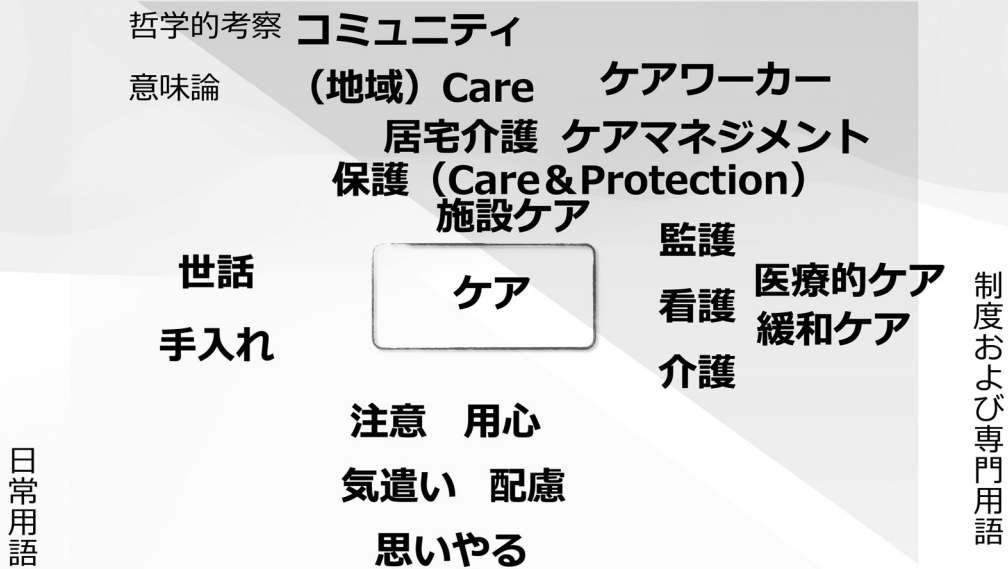


Careの意味の変遷

care in the community(1968) care worker(1980)
 care home(1959)、care assistant(1972)、
 care attendant (1975)、caregiver(1966)
 1932 (児童保護に関する法律) 公による保護
 care and protection
 1658~ 医師や看護師などによる処置
 16~20 世話をする、責任を持つ 保護する、指導する、保存する
 16~19 take care ,keep a care
 16~19 留意、注意、関心、心配
 12~17 気遣い・憂慮
 11~15 哀悼、喪服
 13~17 悲しみ・苦悩
 古英語 caru,cearu

Oxford English Dictionary On-line版による
 二桁の数字はこの意味で使われた時代を世紀で表示
 西暦年号はその語の初出の年次

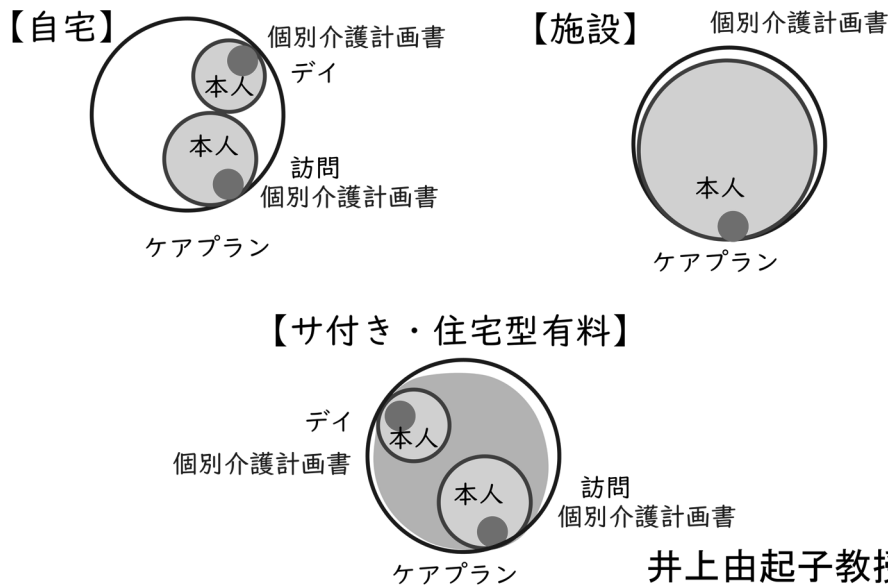
ケアの意味の重層性の図示



キュアからケアへ 医療の転換と在宅医療の根底

- かつて医療は治す医療（cure）であった。しかし、老いの一般化、さらに障碍の一般化にともない、医療は治療を目的とするだけでは、その使命は発揮できない。いわゆる**支える医療**への転換である。現実には、医療単独ではこのような転換は困難である。日本では医療が長期療養として、ケアを抱え込んできたという歴史もあるので、この克服は大きな課題となっている。後述する包括ケアはこの医療の転換と関わっている。その議論のまえに、この前提となるケアサイクルの考え方をさらに説明する。

そこで暮らす人とフォーマルサービスの関わり方



井上由起子教授による

地域のとらえ方



施設の住まい化へあるいは自宅でない在宅（外山義による）

- ・ 日本の社会では脱施設化が遅々としてすすまず、なお、施設づくりへの潮流は停まらないようにみえる。何故だろうか
- ・ とりわけ市民も政治家も関心が高かったのは高齢者介護施設の建設であってそのケアのあり方は一部の専門家の関心ごとであった。家族にとれば介護困難な老親を引き取ってくれる場所としての関心であったといえるかもしれない。政治家にとっても福祉に熱心な政治家を演出する手段としての施設建設であったといえるかもしれない。
- ・ 相部屋が主流であった日本のホームの居住条件改善の代表的な試みが個室ユニットの提案でその施設基準への採用であった。
- ・ この動きの主役であったのは、外山義京大教授で、かれはスウェーデンで人と環境の相互作用の研究で学位をとり、病院建築から施設建築を手がけた建築家であった。

創設時の特別養護老人ホーム



故小山剛氏提供

特別養護老人ホームの居室

- ・ 彼の特養の居住環境への批判は次のような言葉であきらかであろう。
- ・ 「このような部屋で、生活している高齢者は、感覚を鈍らせていくことで、初めて施設の中の生活が成り立っている。」
- ・ 「このような施設も空間で、一人気ままな空間」を作る方法はあるのだろうか。それは**ボケればよいのだ**」

・ 戸山義(2003)より引用

施設等の部屋の構成

多床室

従来型個室

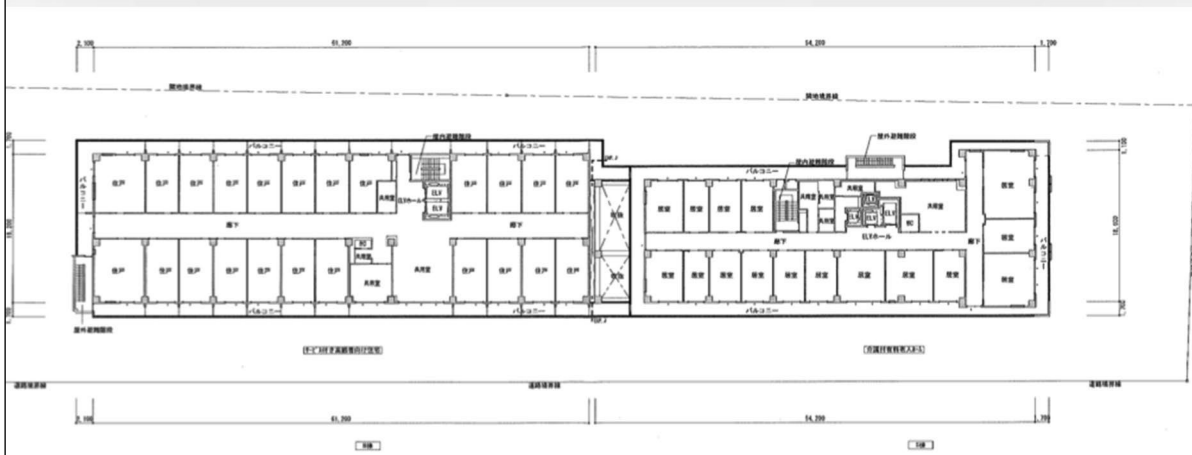
ユニット型個室

有料老人ホームの多くは個室は広いとしても基本は従来型個室の形態が多い

多くの医療施設も多床室で、中心にはナースステーションが配置される

ヨーロッパの施設の基本形態だがむしろ住まいに近くなる

あるサ高住と介護付き老人ホームの設計図

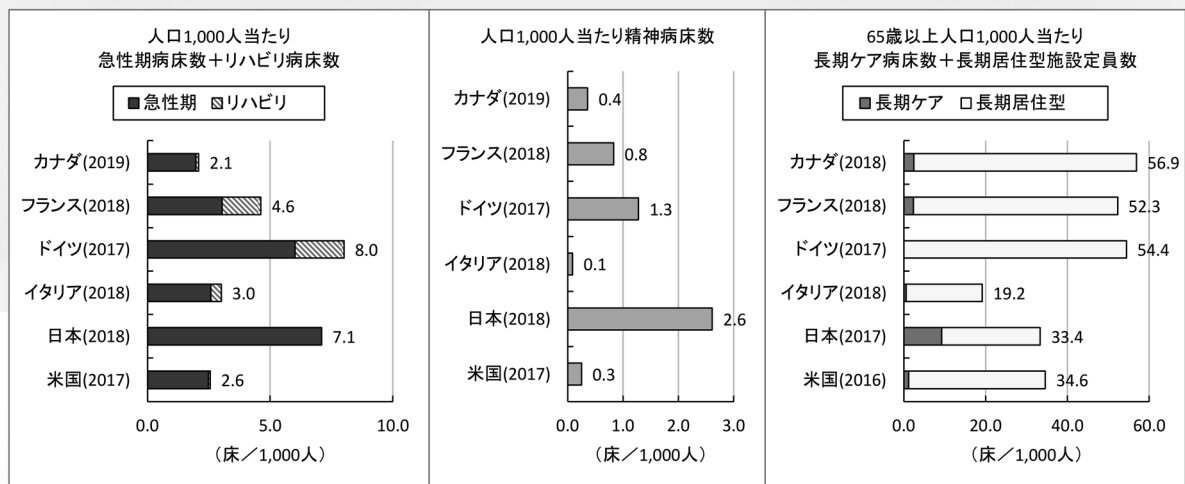


医療施設をめぐる諸問題、劣悪なケアの場

- 以下の映像は提示のみになります。

- 認知症の専門病棟の映像
- 有料老人ホームでも行われている身体拘束
- 医療依存度の高い人向けの住宅の市場提供型としての出現と量的拡大（居住費用を安価にして、医療報酬・介護報酬で運営するビジネスモデル、不正請求の可能性の拡大

図 12 人口 1,000 人当たり病床数等の俯瞰



*OECD Health Statistics 2020*から作成。日本は長期ケアも含めてすべて病院のみで計算。

前田由美子著 日医総研リサーチエッセイN102 2021年より (以下3枚)

日本の内訳 (床)

	2017年		2019年	
	基本票	詳細票	基本票	詳細票
介護老人福祉施設	542,498	502,678	569,410	570,647
介護老人保健施設	372,679	343,638	374,767	374,838
小計	915,177	846,316	944,177	945,485
介護医療院	—	—	15,909	15,932
介護療養型医療施設 (介護療養病床)	53,352	50,325	34,039	34,244
計	968,529	896,641	994,125	995,661

「基本票」は都道府県の回答、「詳細票」は事業者の回答(100%回答ではない)

*厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」から作成

(床)

	2017	2018
療養病床(医療・介護)	334,297	328,015

*厚生労働省「平成30年医療施設(動態)調査」から作成

(参考)

	2017年	2018年	2019年
有料老人ホーム定員数(人)	518,507	549,759	573,541
サービス付き高齢者向け住宅(戸)	225,374	239,289	250,352

*厚生労働省「社会福祉施設等調査」、一般社団法人高齢者住宅協会「サービス付き高齢者向け住宅の登録状況」から作成。サ高住は12月末データ。

表 3 長期ケア病床および長期居住型施設

長期ケア病床+長期居住型施設 (床)

	調査年	Long-term care beds	Beds in residential long-term care facilities	計	
		長期ケア	長期居住型		
65歳以上 人口1,000人 当たり 病床数	カナダ	2018	2.5	54.4	56.9
	フランス	2018	2.4	49.9	52.3
	ドイツ	2017	0.0	54.4	54.4
	イタリア	2018	0.6	18.6	19.2
	日本	2017	9.5	24.1	33.6
	英国	2019	—	42.8	—
	米国	2016	1.2	33.4	34.6
病床数	カナダ	2018	15,920	346,036	361,956
	フランス	2018	31,081	658,713	689,794
	ドイツ	2017	0	952,367	952,367
	イタリア	2018	8,418	253,642	262,060
	日本	2017	334,297	846,316	1,180,613
	英国	2019	—	525,704	—
	米国	2016	58,686	1,643,670	1,702,356

長期居住型の最新データが報告されている年に合わせている。長期居住型にはナーシングホームを含む。
英国は長期ケアのデータなし。*OECD Health Statistics 2020から作成

大熊由紀子さんがスウェーデンで見してきたこと
認知症の人には、医療（治療）より、
慣れ親しんだ暮らしが大切



スウェーデンの特別な住居（写真）は
自宅と同じ雰囲気。「施設」という概念・定義はスウェーデン・デンマーク
では過去のものに。

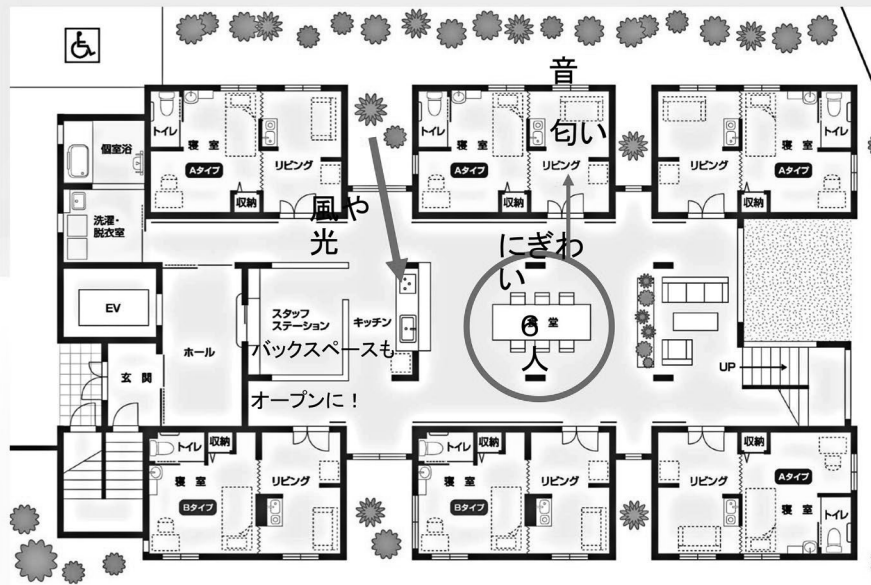
「自宅でない在宅p(^-^)q」

あるユニット型特養（けまきらくえん）の光景



きらくえんホームページより

ユニットケアを原形としたサ高住



諸外国の動向への視点

保健医療福祉の統合による「包括」ケアの体制の確立はいうまでもなく「長期ケア(Long Term Care略してLTC)への対処への課題である。我が国では高齢者のケアを想定することが多いが、多くの国々では精神疾患の罹患者、身体・知的の障害を持つ者など広範な概念として理解されている。例えばドイツの介護保険は全ての要介護者への対応の制度であり、後に触れるオランダは医療保険の拡張として、介護保険の給付が行われている。

Some of our other locations

オランダの社会住宅の事例



The involvement of family and volunteers is essential for the well-being of our clients



Space and privacy
in all apartments;
•2 bedrooms
•Kitchenette
•Livingroom



認知症の人のための共同居住の場としてデメンティアビレッジ



小さなショッピングモールもありそこには
レストラン パブ スーパー 談話室があります

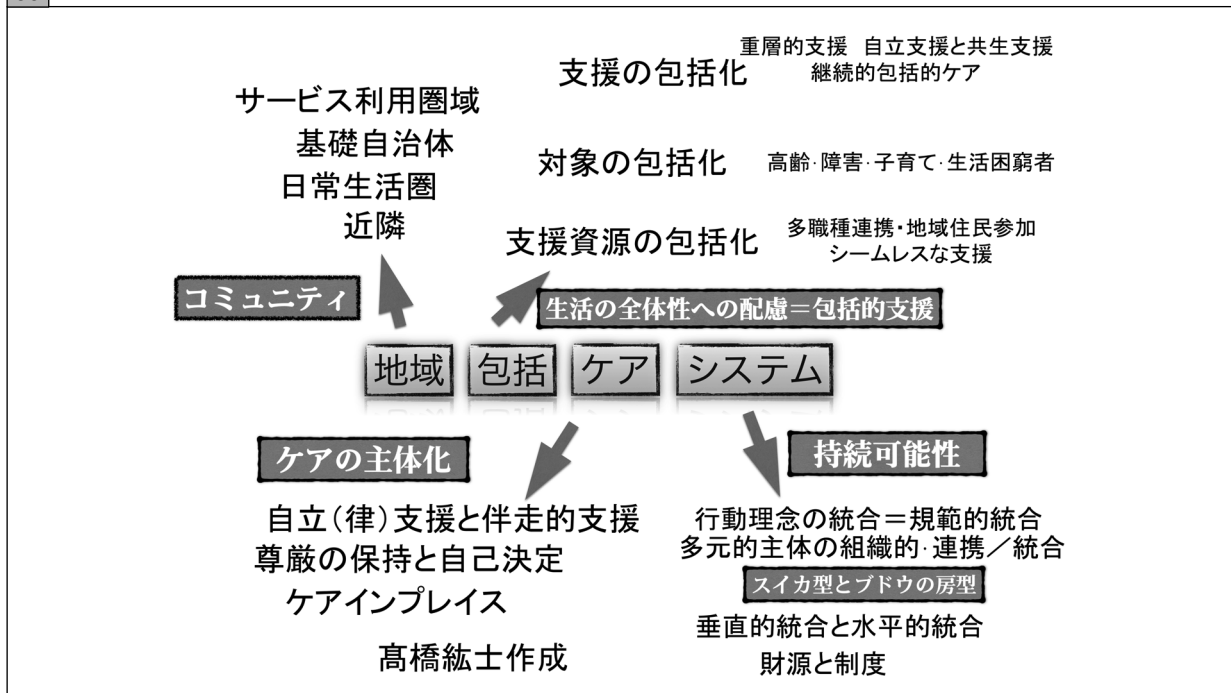
The "dementia village" that's redefining elder care | Yvonne van Amerongen <https://www.youtube.com/watch?v=YSZhrxOkBZI>

ケアの包括化に必要なこと 統合されたケアへ

- ①理念の統合 価値観の共有化
- ②制度の統合 財政、人員の融通
- ③実践場面での統合 専門職・地域住民の協働

包括化とは何か

- ①制度・分野のサービスの包括化
- ②フォーマルサービスとインフォーマルサポートの包括化
- ③人生周期での支援の包括化
- ④包括的居住支援の理念



長期ケアの一般化とケアの包括ケア

保健医療福祉の統合による「包括的」な支援体制の一連の流れは、「長期ケア」(long term care)の一般化に伴って、どの国々でもそれぞれの個性的な制度発展のなかにおいても、普遍的にみられるようになった現象である。

OECDの報告でも、医療、看護、リハビリテーションを含む「医療」と身体介護、家事援助、生活援助、社会参加を含む「社会的ケア」を統合して、「長期ケア」として概念化するようになった。「長期ケア」という概念は虚弱高齢者のみならず、精神疾患の罹患者および身体・知的の障害者へのケアを包含するより広範な概念として理解されていることに注意を払う必要がある。

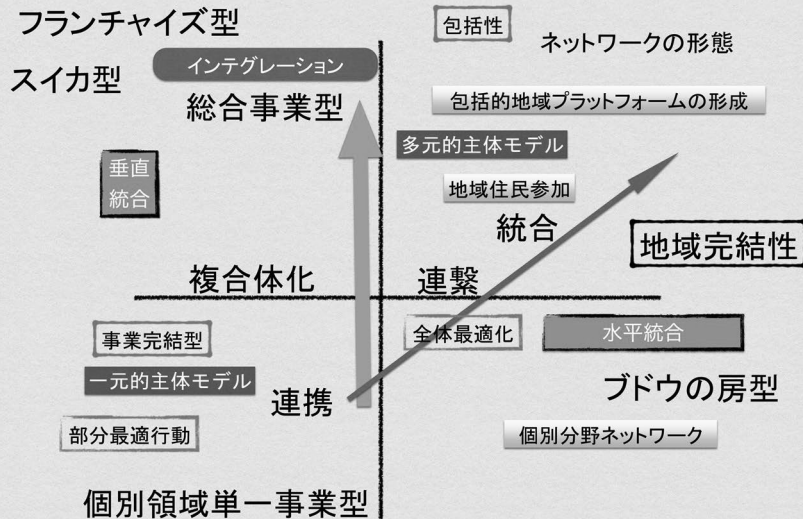
Comprehensive Dementia Care to Support Aging in the Right Place

National Policies	社会制度として／公共政策として／レギュレーション／調査研究への助成／国家レベルの認知症の人への政策計画
Health & Human Service System	保険者／保健医療の組織・システム・費用支弁／人材確保と養成
近隣とコミュニティ	安全性・歩行可能性・緑／買い物、ケア等のサービスへのアクセシビリティ／社会関係資本・memory cafes／地域の諸機関団体／信仰の表現の場／交通、移動／高齢者センター
生活環境	住居形態／アクセシビリティ／安全性／外的刺激のレベル／補装具／家の修繕／部屋の広さ
ケアの提供者	健康、体力、感情、認知能力／知識、技能、動機／社会的支援／雇用状況と財務状況／ライフコースでの位置／デメンディアの人との関係性、親密性／価値意識、信条、生活様式
認知症の人	Neuro-Biological／Health／Behavioral and Psychological／Social

A socio-ecological model to guide dementia care interventions.

Aging in Place with Dementia P39より引用 一部省略

包括ケアモデル



高橋紘士作成

特別講演 2

暮らしの中で逝くということ

市原 美穂

【趣旨】

2004年に地域の民家を借りて開設した「ホームホスピスカあさんの家」は、20年を経て、この仕組みは全国に広がり、現在67軒になっています。ホームホスピスは最期を看取る家ではなく、その時が来るまで暮らしの中で生ききる、そのプロセスの結果として死があると考えています。

朝目覚めてカーテンを開けると陽光が差し込んでくる、台所でつくる夕食の匂いが漂ってくる、そんな自宅にいるような環境の中で日々の生活を営むことが暮らすということなのだと考えます。30人、60人という単位のグループで病棟のような場所で暮らすのではなく、ホームホスピスでは、5人から6人の少人数のグループで、家族のように友達のように暮らせるように、住まいとケアを整えてきました。ここでは社会の一員として肯定され、自分の居場所がそこにあると確信できると、生きようとする力が引き出されてくる、暮らしの中にスピリチュアリティがあると考えています。

人は人とのつながりの中で生きて、そして誰もが必ず旅立ちの日を迎えます。どんな病気を抱えていても医療的な依存度が高くても、人として尊重されたいと願っています。そんなホームホスピスの基本理念をお伝えできればと思います。

【演者】市原 美穂（全国ホームホスピス協会 理事長）



Profile いちはら・みほ

略歴 1998年、任意団体として「ホームホスピス宮崎」設立に参画。2002年、特定非営利活動法人ホームホスピス宮崎理事長就任。2004年、「かあさんの家」開設。翌年「訪問介護ステーションぱりおん」開設。現在、宮崎市内に「ホームホスピスカあさんの家」3軒を運営する。2015年、「暮らしの保健室」「訪問看護ステーションぱりおん」開設。2015年、認定NPO法人に認証、一般社団法人全国ホームホスピス協会発足、理事長に就任。2021年、在宅総合支援「HALE たちばな」（医療・介護・障がい福祉）開設、「みつばち診療所」（小児科・内科・在宅医療）開設、共生型短期入所 LeiLei、日中一時支援 ohana 開設。2024年、相談支援事業所（児童福祉）luana 開設。

資格・公職等 認定特定非営利活動法人ホームホスピス宮崎・理事長、一般社団法人全国ホームホスピス協会・理事長。2008年「社会貢献者賞」（社会貢献支援財団）、2009年「新しい医療のかたち賞」（医療の質・安全学会）、2015年「保健文化賞」（第一生命・厚生省）、「毎日社会福祉顕彰」（毎日新聞社）、2018年「エクセレントNPO大賞」（言論NPO）。

主な著書等 『ホームホスピス「かあさんの家」のつくり方 ～ひとり暮らしから、とも暮らしへ～』（図書出版木星舎）、『暮らしの中で逝く その〈理念〉について』（図書出版木星舎）、『地域包括ケアシステム』（共著、オーム社）、ほか。

【指定発言】岡本 峰子（朝日新聞パブリックエディター）



Profile おかもと・みねこ

略歴 1989年、慶應義塾大学法学部政治学科卒、朝日新聞入社（記者職）。石川県、滋賀県で駆け出し時代を送り、大阪社会部で人権問題や教育、大阪市政などを取材。東京本社に異動した99年から厚生省（厚生労働省）を担当。臓器移植や医療事故を追い、医療・介護制度などの政策立案過程を取材するうちに、医療が本来目指すべき姿に関心を持つように。以後、厚生省の記者クラブと本社遊軍チームを行き来しながら、とくに人生最終章のケア、地域ケアなどをテーマにすえる。後に、論説委員（社会保障担当）として社説を執筆。ほかに人事部採用担当部長、編集局長補佐、仙台総局長なども務め、近年は記事コンテンツを統括したり、人事労務を含めたマネジメントをしたりする管理業務が多い。現職のパブリックエディター（PE）には2023年9月着任。PE制度は、読者との信頼構築を目指して2015年に新設した、いわば「オンブズパーソン」。社外有識者に委任したPE3人とともに、ほぼ毎週会議を持ちながら、読者や社外からの評価を踏まえて朝日新聞の報道内容を点検し、編集部門に説明や改善を求める活動をしている。

資格・公職等 順天堂大学大学院（医科学研究科）修士課程修了（2015年）、東京大学医療政策人材養成講座修了（2008年）、東京大学生命・医療倫理教育研究センター（CBEL）入門講座修了（2009年）、東京大学生命・医療倫理教育研究センター（CBEL）応用講座修了（2016年）、福岡県「在宅ホスピスボランティア養成講座」受講（2019年度）。

第20回在宅医療推進フォーラム

2024年11月23日（祝）
東京ビッグサイト国際会議場

どうなる、どうする在宅医療

「暮らしの中で逝くということ」

～ホームホスピスの理念～

一般社団法人全国ホームホスピス協会
理事長 市原美穂

『家に帰りたい人が「家」のような雰囲気
最期まで過ごせるところはないですか？』

- 医療依存度が高いため転院か施設
⇒生活の場に戻りたい
- 一人暮らしでがんになった
⇒孤立や孤独の不安
- 看取りの経験がない家族
⇒家族が納得して看取れるように

家に帰れなければ、「もう一つの家」に住み、在宅ホスピスケアチームを派遣すればいい。



家探しが始まり、住宅地の中の民家を終の棲家に

2004年

『よかったら父の家を使ってください』
ケアが必要になったおじいちゃん付きで家を借り、スタートしました。

まず、地域の皆さんにお集まりを願い、意見交換を行いました。自治会、民生委員、近隣住人に声を掛けました。

『死の瞬間まで、その時間がたとえわずかであっても、家族や馴染みの人に囲まれ自分と和解を遂げていく、この時間こそかけがえのないもの、その時間を過ごす場として「家」が最もふさわしいと考えています。』

「いずれ私もいく道です。
協力しましょう」

家を借りるということは、その家主の地域からの信頼も一緒に借りるということ。



閑静な住宅地にある民家

20か月後「もういい」「死因が老衰・・・あいかたい

「私もこんな風に、
逝きたい」

「家で大丈夫なの
ですね」

「かあさんの家が近
所で、安心です。
私も予約して良い
ですか」



曾孫の歓声を聴きながら逝く。

・葬儀・会葬御礼の喪主の言葉から
一週間前から、「もういい、もう
逝くわ：」とでもいうように食事も
水も飲まなくなり、ひ孫たちの
にぎやかな声の中、静かに息を引
き取りました。

在宅介護が難しくなれば施設へ
という二極化している現状に、父
は最期の自らの生き方を通して新
しいケアの形を示してくれたのだ
と思います。

新しいケアの形は、ホームホスピス®

- ・ホーム (home) 家庭・家・故郷・地域
 - ・単に家を意味するものではなく、馴染みの人と共にあり、その人が安らぎを感じる居場所。暮らしがあり、住み慣れた地域にある、もうひとつの「家」
- ・ホスピス(hospice) もてなすという意味
 - ・建物(病棟)ではなく考え方です。そして患者さんとその家族がケアの対象です。

ホームホスピスとは・・・

ホスピスケアの理念に沿って、病や障がいがあっても最期の日までその人らしく生きることを支える終の棲家です。

2015年

（一社）全国ホームホスピス協会設立



“交流こそ力なり”

2011年12月それまでに立ち上がっていた5つの団体管理者(5名)で、ホームホスピス推進委員会を結成。
2015年8月一般社団法人として、組織化

ホームホスピスカあさんの家……市原美穂
ホームホスピス神戸なごみの家……松本京子
ホームホスピス愛逢の家……兼行栄子
ホームホスピスわれもこう……竹熊千晶
ホームホスピスたんがくの家……樋口恵子

2015年

ホームホスピスの基準策定

- De facto standard
- 実践に裏打ちされて出来上がった基準です。
- この基準を良い形で維持するためには、peer reviewしあい、より進化させていく体制作りが必要です。



- 開設時の指針として
(現在は、「ホームホスピスの学校」のテキストとして活用)
- 自己評価と点検に (スタッフ研修に)
- **認定審査(レビュー)へ**

ホームホスピス®の基準
ケアと運営の手引き

〈改訂版〉
2020

全国ホームホスピス協会 編



ホームホスピス®の基本理念

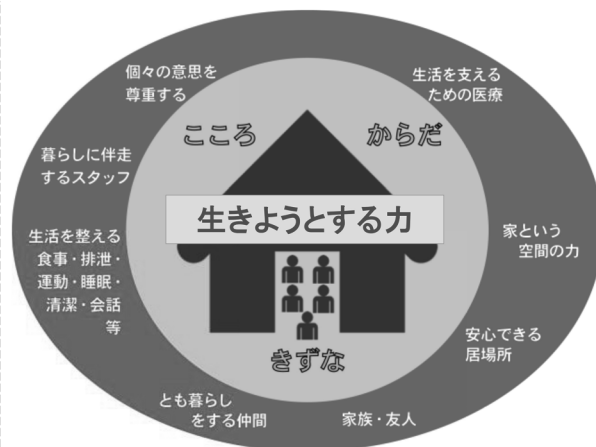
- ①本人の意思を尊重し、本人にとっての最善を中心に考えます。
- ②「民家」に少人数でともに暮らし、もう一つの「家」という安心できる環境の中で暮らしを継続することを大切にします。
- ③住人ひとり一人の持つ力に働きかけ、医療・介護など多職種の専門職やボランティアが一体となって生活を支えます。
- ④病や障碍など困難な条件にあっても最期まで生ききることを支え、家族が悔いのない看取りができる様に支えます。
- ⑤死を単に1個の生命の終わりとして受け止めずに、今を「生きる」人につなぎ、そこに至るまでの過程を共に歩む、新たな「看取りの文化」を地域に広げます。

ホームホスピスの基準

ホームホスピス®の概念図

人が病気や障碍、老いによって、誰かのお世話にならないと生活が維持できなくなった時、身体的、社会的、精神的な苦痛が増してきます。

それらを緩和し、そこに居ることを認められ、自らの存在を肯定的に受け止めることができたときに初めて、自らのうちにある生きようとする力(スピリチュアリティ)が発揮され、穏やかな人生の最終段階を迎えられると考えています。



考案・ホームホスピス基準策定委員会

住まい

生活空間の連続性 relocation 住み替える

高齢者、特に認知症の人には、
環境の変化が大きなダメージを与えられます。
永年、住みこなされてきた既存の住宅は、
これまで暮らしてきた住まいに近い環境が
継続できるために、その不安を軽減してくれます。

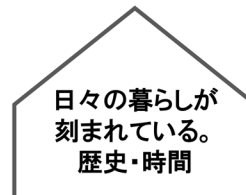


生活の場である

住まいであること

- もともとそこにある「民家」は、地域の中に記憶されて、地域社会の文化や防災とつながっている。

住宅 = House と 住まい = Home の違い



住まいとしての良さが残る家の活用 前の住人の暮らしの記憶を壊さない。



わこの家(福岡県田川市)

- ・家具や家電もそのまま利用。食器も昭和のもの
- ・日当たりや風通しがよく室内に外気や陽光が取り込める。
- ・ちょっとした庭やベランダがある。



食器も、
バリアフリーの玄関も
かあさんの家(宮崎市)



なぜ「住まい」でなければならないか

Doing と Being の違い

Doing

～する (機能、能動的) ≒施設・住宅

ex. 治療する、介護する

Being

いる (存在、受動的) ≒住まい・家

ex. 憩う、佇む、癒す、居心地よい

園田真理子(明治大学)資料提供

憩う、佇む、癒す



楳(東京都小平市)

ご家族が見守って
かあさんの家(宮崎市)



お顔のお手入れ
クララの家(秋田市)

本人にとって安心できる空間がある。

ここにいていい居場所とは、
私の全体が受け入れられて、肯定され、敬われている
という確信が持てる場所



料理を作るときの
匂いや音があふ
れている。

理念①本人の意思を尊重し、本人にとっての最善を中心に考えます。



退院し入居時のカンファには、本人とご家族、入居者も同席。
かあさんの家スタッフ全員(8名)、ケアマネジャー、訪問看護、訪問歯科、
福祉用具事業者 総勢16名

誰と
住む

「共に暮らす」
「友と暮らす」
「伴って暮らす」

食事のにおいや洗濯機の音が聞こえる。
顔なじみがいる。自由な生活、食べたいものを最期まで。
気持ちよく排泄をして、安心してぐっすり眠る。
必要な医療は外来や訪問で。

“共に”という視点を
外した住み方を
“住む”とは呼ばない。

山本理顕(建築家)
朝日新聞/折々 ことばより



理念②「民家」に少人数でともに暮らし、もう一つの「家」という安心できる環境の中で暮らしを継続することを大切にします。

- ・利用にあたって、年齢や病名、症状などの条件はありません。
- ・短期でも、泊まりだけでも、食事だけでも利用できる。

難病を抱え次第に
介護困難になった



病院から退院して
家に帰るのは不安



認知症で
がんになった



重度の認知症の為、施設に
なかなか適応できない

気管カニューレ・中心静脈栄養・胃瘻・
経管栄養・導尿等の医療依存度が高い



施設では、ターミナル期の
ケアや看取りができない

「ホームホスピス」のケアの仕組み

- ◎ケアつきの下宿屋さん、ルームシェアして暮らす。
⇒自立して生活できなくなり、5人から6人程度の少人数で
共同で暮らす。
- ◎「家」～在宅医療と在宅介護サービスを使う
⇒一人一人にあった在宅ケアプランをそと付けて、他事業所とチーム
ケア。
⇒暮らしに伴走する介護スタッフは、24時間常駐し生活支援。
- ◎「いらっしゃい」入居者が主人
⇒「ごめんください」靴を脱ぐ。血縁はないけど、擬似家族になる。
⇒家族や親しい人など、いつでも訪問できる。

理念③住人ひとり一人の持つ力に働きかけ、医療・介護など多職種の専門職やボランティアが一体となって生活を支えます。

連携

医学生・看護学生の実習

聞き書きボランティア
音楽ボランティア
ご近所ボランティア

治療が必要になれば
医療機関入院

ホームホスピス

在宅サポート

自宅のようにホッとする空間

ヘルパーステーション

生活を整える
食事・排泄・運動
睡眠・清潔・会話

暮らしに伴走する
ケアスタッフ

ともに暮らす仲間

意思の尊重

いつでも訪問できる(※)

※感染症流行時などは制限させて
いただく場合があります。

家族や親しい人



生活を支えるための医療
(かかりつけ医・その他の専門チーム)

かかりつけ医
訪問歯科
訪問看護
訪問薬剤師
訪問リハビリ
訪問入浴
福利用具
デイサービス
ケアマネジャー



暮らし

日常の生活のリズムを整えること

★最後まで口から食べるために

⇒ 食べることは生きること。水分確保と栄養を確保しながらソフト食。

胃瘻や経管栄養を外して、口から食べられるようにリハビリ訓練。

★口腔ケアの徹底

⇒ 食前・食後の口腔ケアの徹底により、嚥下性肺炎による熱発の減少、居室の匂いがしなくなった。

★排泄ケア

⇒ 排便のリズムを整える。日中はなるべくおむつではなくトイレ(pトイレ含)に誘導し、布パンツにパットを使用。

★生活の中でのリハビリ

⇒ 寝たきりにしない。椅子に座る。朝晩の着脱(寝間着と普段着)

★睡眠のケア

⇒ セロトニンの分泌を促すために、陽光を15分～20分浴びる。

なるべく眠剤を使わない。寝たいときに眠る。

医療

暮らしを支えるために、必要な医療がある

医師は、それぞれの個人史を知り、生活の質を重視し、過少でも過剰でもない医療が提供される。

かかりつけ医の指示を受けて24時間対応の訪問看護が、本人の常に変化する状態をアセスメント、適切・迅速に対応している。



本人の病状について、医師や看護師から家族に伝え、家族の理解を確認し、ずれが生じないようにしている。

理念④病や障碍など困難な条件にあっても最期まで生ききることを支え、家族が悔いのない看取りができる様に支えます。

看取り

人生の幕を閉じるときは、デジタルでなく、アナログで…。

- ・病院の管理化におかれ、医療の専門家にしかできないという思い込み
⇒モニターをみてしまう。
- ・在宅では、手を握って、体をさすって、語りかける。
⇒大切な人の死を通して、初めて豊かになる人間関係、生きることを学ぶ。

・看取りの主人公は家族です。本人とその家族のケアはセット
…血縁ではないけど、大切な人の傍らに。

理念⑤死を単に1個の生命の終わりを受け止めずに、今を「生きる」人につなぎ、そこに至るまでの過程を共に歩む、新たな「看取りの文化」を地域に広げます。



* 人の気配を感じる空間で、これまでの暮らしを最期まで継続する。

* 幼い子どもであっても臨終の場から遠ざけない。

次の世代に命のバトンを渡して、逝く

ホームホスピスのケアを実践する中で、私たちは、死にゆく人たちから多くのことを学んできました。

人間の生きていくことの意味と価値、そして死そのものに対して視野を広げることができました。

.....
 遺影の写真と違って、随分
 痩せましたが、これが自然な
 形で死を迎えた姿です。

重くて、不自由な身体から
 離れて、自由になりました。
 どうか、最期までよく頑張っ
 たんだねと、生きぬいたねと
 声をかけてください。
 本人も喜ぶと思います。

本日はお忙しい中、母の葬
 儀にご参列いただき、ありが
 とございました。これまで
 本当にお世話になり、あり
 がとうございました。

親族代表 ○○

全国のホームホスピスマップ

2024年9月20日現在

表中の●は、認定ホームホスピスです。

- 運営中のホームホスピス（協会正会員）
- 開設準備中（拠点決定）のホームホスピス
- ★ 準備中の「ホームホスピスの学校（つくるコース）」修了者
- ホームホスピス®がない都道府県



2021年6月開講 → aging in placeの方向を目指すもの

一般社団法人全国ホームホスピス協会

2024年度

ホームホスピス®を始めたい人
ホームホスピス®を学びたい人

のための

ホームホスピスの学校

2024年10月【第8期】

お申し込みは、「全国ホームホスピス協会」ホームページから

<https://homehospice-jp.org>



- 住み慣れた地域で最後まで暮らしたいというaging in placeの方向を目指すものが、いわゆる「地域包括ケアシステム」の構築です。
- これを地域で実践し発信していくのがホームホスピスの存在だと考えています。
- ここからホームホスピスを担う新たなリーダーが生まれ、地域に広くケアの理念が伝播していくことを目指しています。

パネルディスカッション

どうなる どうする 終の棲家

【趣旨】

今回のパネルディスカッションでは、「どうなる どうする 終の棲家」をテーマとして、「すまい」に焦点をあて、現状と今後のありたい姿について一緒に考えたいと思います。

最晩年まで、できれば穏やかな環境で、住み慣れた地域で暮らし続けたいと思っている人は多いと考えます。すでに、その願いを叶えるために様々な仕組みを考え、その実現のため尽力している個人や団体があり、また、様々な理由で入所した方々の「最後まで地域で暮らす」を叶える高齢者施設も増えつつあり、制度的な枠組み（施設の看取り加算や看護小規模多機能型居宅介護など）もあります。しかし、その一方で、本人の願いの有無に関わらず最期は病院に搬送する施設も少なくなく、また、医師の高齢化などで地域の医療機関が少なくなり、自宅で暮らし続けたいと希望していても、訪問診療を受けることができない地域も増えています。これは、能登半島などの被災地の現実でもあります。

パネルディスカッションでは、「住み慣れた地域で人生の最後まで、自分らしい暮らしを続けることができる仕組み」（「社会保障制度改革国民会議最終報告書 2013年8月」より抜粋）について、現状と課題、これから〈どうする〉かについてパネリストの方々から話題提供していただきます。

【パネリスト】

- 笹井 肇（武蔵野市 前副市長）
- 早川 貴裕（栃木県保健福祉部医療政策課 主幹）
- 小島 美里（NPO暮らしネット・えん 代表理事）
- 習田 由美子（厚生労働省医政局看護課 課長）
- 時田 佳代子（社会福祉法人小田原福祉会 理事長）

【座長】宮武 剛（在宅医療助成 勇美記念財団 理事）



Profile みやたけ・ごう

略歴 毎日新聞社・論説副委員長から埼玉県立大学教授、目白大学・大学院教授を経て、学校法人「日本リハビリテーション学舎」理事長も務めた。社会保障論を専攻し、首相諮問機関「社会保障制度改革国民会議」、厚労省「社会保障審議会」、財務省「財政制度等審議会」等の委員を歴任。

主な著書等 『介護保険のすべて ～社会保障再編成の幕開け～』（保健同人社）、『介護保険の再出発 ～医療を変える、福祉も変わる～』（保健同人社）、『年金のすべて』（毎日新聞出版）、『Social Security in Japan』（フォーリンプレスセンター）、など。

【座長】秋山 正子（暮らしの保健室 室長）



Profile あきやま・まさこ

略歴 1950年、秋田県生まれ。聖路加看護大学卒業後、関西にて臨床及び看護教育に従事。1990年、2歳上の実姉の末期がんでの看取りを経験後、在宅ケアの必要性を感じ訪問看護師に。1992年、東京都新宿区にてライフケアシステム訪問看護師となり、その後医療法人春峰会白十字訪問看護ステーションに移籍。2001年、医療法人解散に伴いケアーズ設立、訪問看護・居宅介護支援・訪問介護の事業を運営。2010年3月、NHKプロフェッショナルに訪問看護師として取り上げられる。2011年、高齢化の進む団地に「暮らしの保健室」開設。2015年、看護小規模多機能「坂町ミモザの家」開設。2016年、江東区豊洲にNPO マギーズ東京センター設立、共同代表理事・センター長。2019年、国際赤十字社より第47回フローレンスナイチンゲール記章受章。現在、株式会社ケアーズ代表取締役、白十字訪問看護ステーション統括所長、暮らしの保健室室長、NPO 白十字在宅ボランティアの会理事長、認定NPO マギーズ東京共同代表理事・センター長。

主な著書等 『コロナ後の世界を生きる 私たちの提言』（共著、岩波新書）、『がんと共に生きていくときに、知っておいてほしいこと』（山と溪谷社）。

武蔵野市の地域包括ケア “まちぐるみの支え合い”

【演者】 笹井 肇 (武蔵野市 前副市長)



Profile ささい・はじめ

略歴 1980年、武蔵野市役所入庁。1998年より介護保険準備室主査として介護保険導入に携わる。市民協働推進課長、高齢者支援課長、防災安全部長、健康福祉部長などを経て、2018年4月より2022年3月まで副市長。厚生労働省老人保健健康増進等事業「介護保険の保険者機能強化に関する研究委員会」委員、同「地域包括ケア『見える化』システム構築・運用業務に係る工程管理支援等検討委員会」委員などを歴任。現在、(公財)武蔵野市福祉公社顧問、(社福)とらいふ理事。

主な著書等 『地域包括ケア サクセスガイド』(共著、メディカ出版)、『改正介護保険の新しい総合事業のてびき』(共著、第一法規)、ほか。

<第 20 回在宅医療推進フォーラム>
パネルディスカッション「どうなる どうする 終の棲家」

「武蔵野市の地域包括ケア“まちぐるみ
の支え合い”」

- 武蔵野市は、東京都のほぼ中央、多摩地域の東側に位置。市内を東西に貫通するJR中央線に沿って、吉祥寺などの商業地域と住宅街が近接していて、井の頭公園など緑も多く、暮らしやすい都市機能が揃っています。おかげさまで「住みたい街ランキング」では 常に上位にランクイン。
- 人口14万8,070人、65歳以上人口3万3,479人。
- 高齢化率微増、後期高齢化率は増加傾向→高齢化率22.6%、後期高齢化12.7%
- 第1号被保険者の20.8%が要介護・要支援認定者→75歳以上高齢者人口の増加に伴って認定者数は高齢者人口伸び率を上回って増加傾向

令和6年(2024年) 11月23日
東京ビッグサイト 国際会議場
武蔵野市前副市長 笹井 肇

1

武蔵野市は平成12年(2000年)3月に介護保険条例と
ともに高齢者福祉総合条例を同時に制定

- ①介護保険制度は高齢者福祉の一部分しか担えない
- ②高齢者の生活を総合的に支える「まちづくり」の目標が必要

武蔵野市高齢者福祉総合条例（平成12年 3月22日条例第21号）

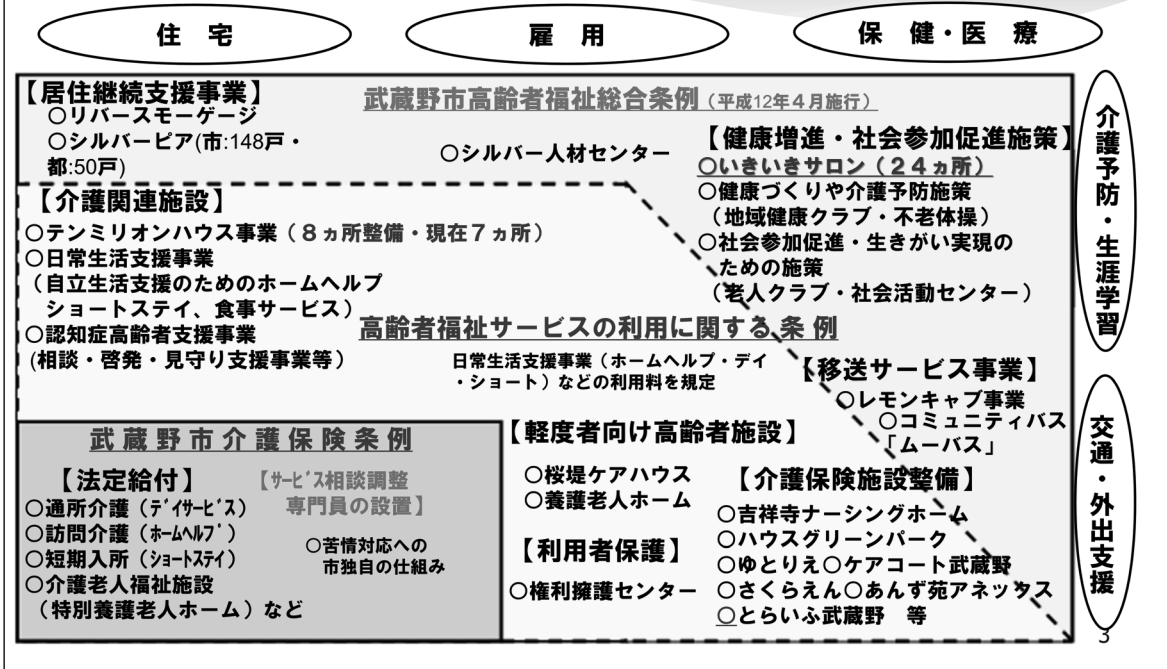
*（基本理念）第2条

- (1)高齢者の尊厳の尊重
- (2)高齢者が住み慣れた地域で安心していきいきと暮らせるまちづくりの推進
- (3)自助・共助・公助に基づく役割分担と社会資源の活用、保健・医療・福祉の連携の推進
- (4)市民は、自ら健康で豊かな高齢期を迎えることができるよう努める

このほかにも、日常生活支援サービス、健康・自立支援、社会参加促進、権利擁護、サービス基盤整備等の事業を規定

2

武蔵野市の地域包括ケアシステムは 高齢者福祉総合条例による総合的な施策体系を基礎としています



テンミリオンハウス事業【1999年(平成11年～)】の推進

■地域の人たちによる「支え合い」の共助・互助の取り組みに対し、市が年間1,000万円を上限とした運営費を補助。①休眠資源を有効活用し、②利用者はいつまでもいきいきと、③運営者には生きがい・やりがいが見られる事業。



<サービス内容>
 手芸・書道・体操・健康麻雀など各種プログラムのほか、
 昼食・喫茶・世代間交流などを実施

<運営主体>
 地域住民団体やNPO法人

<建物は市が用意>
 リバースモーゲージによる遺贈物件・空き家・市有施設などを活用し、使われていない地域の資源を活用



いきいきサロン事業【2016年(平成28年)7月～】

- 「足腰が弱くなって自宅から遠いテンミリオンハウスにはもう通えない」という声も…。地域の高齢者の通いの場(サロン)を週1回以上開催し、介護予防に資するプログラムを提供する住民団体やNPO等へ開設、運営等に係る費用を市が補助。
- 2015年10月実施の「総合事業」実施の際に新事業を検討。「近所、支え合い、健康づくり」により介護予防を進め、健康寿命の延伸を図ろう！
- 活動場所は公営住宅の集居室や特別養護老人ホーム、個人宅のリビング等(運営団体が場所を確保)。
- 利用を登録制にし、連絡なく欠席した際には安否確認を実施しています。
- テンミリオンハウスよりさらに身近な通いの場として、市内全域(各丁目)に広がることを目指しています(令和6年4月1日時点で24ヵ所)。

レモンキャブ(武蔵野独自の外出・移動支援)【2000年(平成12年)～】

■誰もが気軽に外出できるまちを目指して、 外出が困難な方のためにできた移送サービス

～運転手は同じまちに住んでいる人～
運転手をつとめるのは、店主を中心とした
地域の有償ボランティアです。
共助による地域を支えるサービスを提供。



～ご利用について～

◆ご利用できる方

高齢者や身体に障害を持つ方で
バスやタクシーなどの利用が
困難な市民の方

◆料金

30分ごとに800円
(2024年度から1,000円に改定)
利用会員登録(年会費1,000円)
が必要です。
登録手続きは武蔵野市民社会福祉
協議会でできます。

～福祉型軽自動車を使用～

使用している車両は、身体の自由の利かない
人にも使いやすいように配慮された
福祉型車両です。

*地域公共交通会議による合意を得た上で、道
路運送法第79条の福祉有償運送(旧市町村福
祉輸送)により運営しています。

《お問い合わせ先》武蔵野市民社会福祉協議会
吉祥寺北町1-9-1(1階) Tel. 23-0701



武蔵野市における医療と介護の連携

■「顔の見える関係」から「腹の中が見える関係」へ！

- 2000年: 武蔵野市独自の連携様式(介護情報提供書等)
- 2001年: 地区別ケース検討会(エリア別地域ケア会議)における
医師会の先生を講師とする研修会と事例検討
- 2008年: 「脳卒中ネットワーク」の「脳卒中地域連携パス」(地域連携
診療計画書)による急性期・回復期から在宅介護に至る
までの医療と介護の連携
- 2011年: 「認知症連携シート」による在宅相談機関・もの忘れ相
談医・専門病院・かかりつけ医の連携
- 2015年: ICT(タブレット端末)ネットワークによる
主治医・医療職・介護職の連携
- 2015年: 武蔵野市在宅医療介護連携支援室を開設
- 2015年: 訪問看護と介護の連携強化事業開始
- 2017年: 市町村版地域医療構想として「武蔵野市
地域医療構想(ビジョン)2017」を策定

●今後の医療ニーズ推計を
行うとともに「市民の在宅療
養生活を支える仕組みづく
り」「認知症高齢者等への支
援のための医療介護連携」
などを明記し、各種福祉計
画を横断的に貫く計画としま
した。

●市町村版地域医療構想を
策定しているのは、東京都
内では、稲城市・国立市・武
蔵野市と数少ない。

武蔵野市地域医療構想(ビジョン)に基づく在宅医療介護連携の促進施策

訪問看護と介護の連携強化事業 2015年開始→バージョンアップ

○課題...市内に居住する医師が少なく、ビル等を賃貸して医療機関を開設している市外居住の医師が多いため、早朝夜間に緊急に訪問できる医師が少ない現状。

○今後さらに増加が予想される、医療ニーズのある重度の要介護・単身高齢者等でも、在宅生活を継続できるようにするためには、訪問看護事業所が利用者の状況を的確に居宅介護支援事業所に情報提供する連携の仕組みが必要。

○指定訪問看護事業所が、市独自の統一様式で利用者の居宅介護サービス計画作成に必要な医療情報をケアマネジャーに提供した場合に、利用者一人につき、次のように連携費を支給しています。

- (1)24時間体制 月1回2,000円
- ・(指定定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準(平成12年厚生省告示第19号。以下「居宅サービス算定基準」という。)別表3に規定する夜間若しくは早朝又は深夜に指定訪問看護を行った場合の加算・緊急時訪問看護加算対象等)
- (2)上記以外 月1回1,000円

ICT連携ネットワーク(メディカルケアステーション)の活用

○武蔵野市はMCS(メディカル・ケア・ステーション)というアプリケーションを活用した連携を推進。2024年(令和6年)2月末現在、685名の多職種の方に登録いただいています(職種ごとの内訳は下表のとおり/武蔵野市医師会調査)。

職種	登録メンバー数
医師	88
歯科医師	46
薬剤師	89
ケアマネジャー	123
訪問看護・訪問リハビリ	116
訪問介護	129
地域包括支援センター	39
行政・その他	55
合計	685

「ケアリンピック武蔵野」【2015年から毎年開催】

介護と看護に従事する方々が誇りとやりがいを持って働きつづけられるよう、永年従事者表彰や先進的な取組み事例発表、介護サービス紹介等を行っています。

2020年は新型コロナウイルス感染症予防のため中止



表彰 <第1会場> 10:20 ~ 10:45
介護・看護 永年従事者表彰
武蔵野市役を対象に15年以上働く、介護・看護職の皆さんを表彰します。

発表 先進的な取り組み事例発表・ポスターセッション
武蔵野市での、実際の取り組み事例を紹介します。
<第1会場> 産業と介護の連携 14:00 ~ 14:45
自立支援・看護化予防、地域との連携 11:30 ~ 12:30, 13:30 ~ 15:45
<第2会場> 認知症ケア 14:00 ~ 15:30

紹介 <第1会場> 11:00 ~ 16:45
高齢者サービスの紹介
武蔵野市内の介護サービス事業者や共助の活動をしている団体がジャンル別のブースでサービス内容を詳しく説明します。

講演 <第1会場> 11:00 ~ 12:30
講演・シンポジウム
特別講演 「介護保険制度の課題と展望」
/ 竹本 聖之 (せいのけい 代表取締役)
シンポジウム
「どうなる? どうする? 介護保険」

集い <第2会場>
家族介護者の集い
特別講演 10:30 ~ 11:30
「大学卒業して感じた社会を語る」
/ 伊藤 宏子 (さん)
懇談・集い 11:30 ~ 13:30
在宅介護、認知症、福祉用具等の相談
※各自の紹介情報の掲載についてはご確認下さい。



地域包括ケア人材育成センター【2018年度(平成30年度)創設】

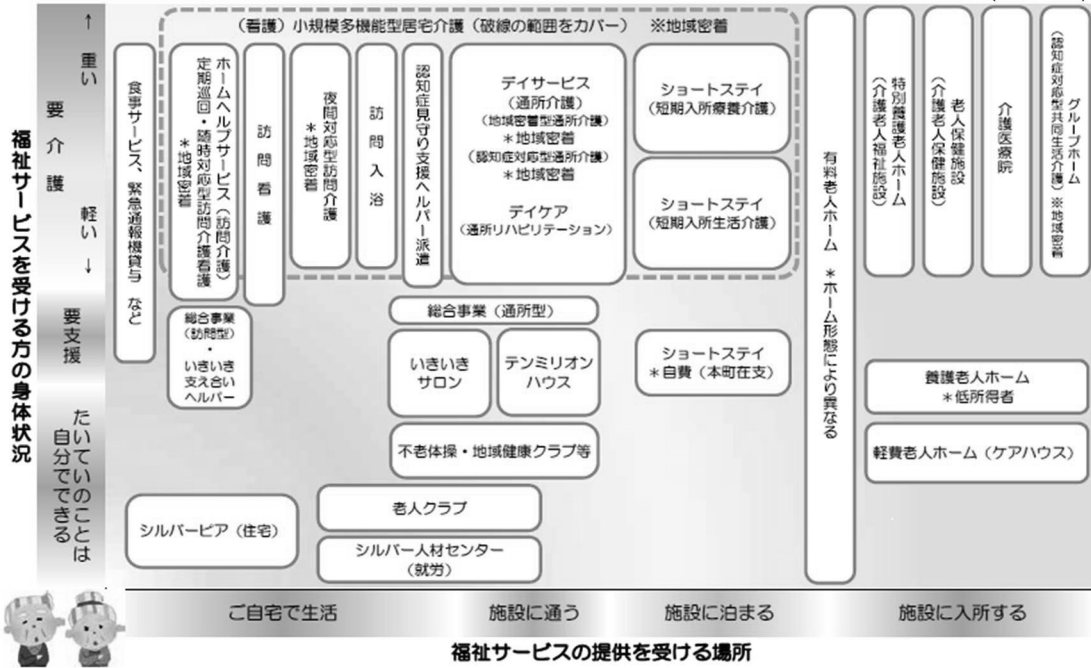
介護人材の発掘・養成、質の向上、相談受付・情報提供、事業所支援までを一体的に行う総合的な人材確保・養成機関を設置しています。地域包括ケア人材育成センターの4つの機能(活かす、育てる、支える、つなぐ)を強化し、総合的な介護人材の確保、育成事業を拡充。

介護職・看護職Reスタート支援金事業【2020年度(令和2年度)開始】

介護人材の発掘、養成、育成、定着の推進を図るため、即戦力となる潜在的な有資格者の再就職や福祉分野への新たな就職に対する支援策として「介護職・看護職Reスタート支援金事業」を開始。①資格等を有する常勤職員 15万円、②資格等を有しない常勤職員 5万円、③資格等を有する非常勤職員 5万円。

武蔵野市の高齢者福祉サービスを受ける場所・住まい

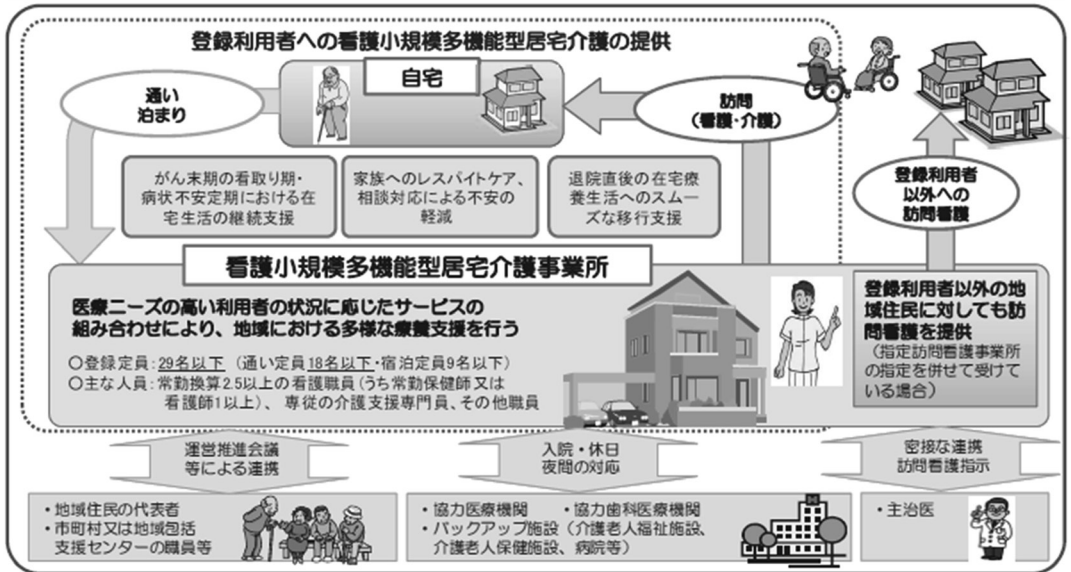
* 出典: 武蔵野市高齢者サービスの手引き(令和6年度版)



自治体に求められる役割は、自分らしい暮らしを続けることが出来る多様な住まい方を市民周知し基盤整備を図ること

多様な住まい方の一つとして看護小規模多機能型居宅介護の整備を推進

武蔵野市は市域が10.98㎡と狭く地価も高額であるため、経営的な面で民間事業者の参入が困難になっています。未利用の市有地の貸付について、定期借地権設定契約を基本とし、貸付料を通常に算定された額から減額する制度により、看護小規模多機能型居宅介護事業者の参入を促しています。(吉祥寺南町の市有地509.09㎡に貸付期間30年で2023年2月～3月に公募)



武蔵野市エンディング(終活)支援事業

おおむね65歳以上の市民を対象に、自己決定ができるうちに、介護や医療、人生最期の過ごし方について考え、備えるきっかけとしてもらうことを目的とした事業です。



- 病気やケガをした時のことが不安。
- ひとり暮らしで葬儀や様々な手続きが心配。
- 介護が必要になったらどうしよう。

【事業の内容】

●エンディング相談支援

人生で最期に暮らす住まいをどこにするのか、葬儀等のエンディングに関することについて相談を受け付けます。葬儀や家財整理等の生前契約について、必要な方には武蔵野市福祉公社をご案内します。

●エンディングノートの配布・出前講座

エンディングノートは、人生を振り返り、要望・希望をわかりやすくまとめ、しっかりと残しておくことで家族や関係者にその人の希望を伝えることが出来、何よりもその人自身の「これからの人生のあり方を考える」一助となるものです。ノート配布とともに、エンディングの出前講座も実施します。

ノート配布場所：高齢者支援課、在宅介護・地域包括支援センター、福祉公社

武蔵野市の

地域 包括 ケア システム

まち ぐるみの 支え合いの 仕組みづくり

いつまでもいきいきと健康に

ひとり暮らしでも

認知症になっても

中・重度の
要介護状態になっても

誰もが
住み慣れた地域で
生活を継続できる

自立支援・重度化予防へ向けた医療と介護の連携

高齢者を支える人材の確保・育成

生産年齢人口が減少する中で、「終の棲家」を考えるうえで、ここが最大のポイントかもしれません！

栃木県の在宅医療の現状と課題

～県民が望む場所で最後まで暮らし続けられる社会に向けて～

【演者】 早川 貴裕（栃木県保健福祉部医療政策課 主幹）



Profile はやかわ・たかひろ

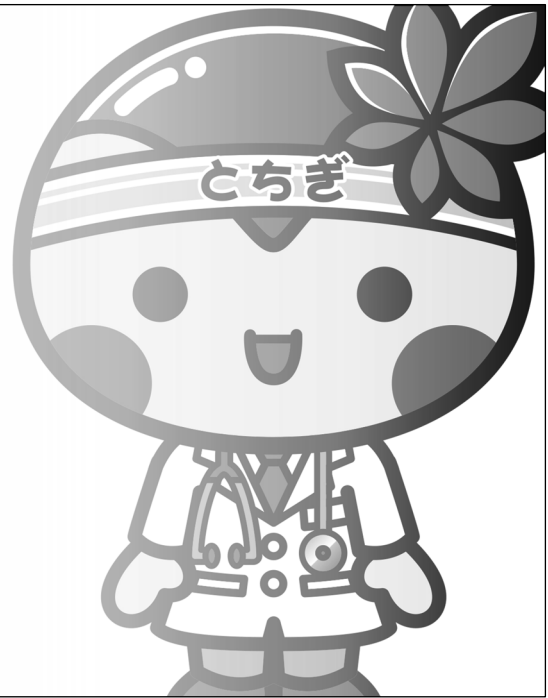
略歴 栃木県出身。2005年、群馬大学医学部卒。栃木県内で臨床研修、その後小児科医として勤務。2011年、栃木県庁に入職。健康増進課（生活習慣病医療担当）、医療政策課（在宅医療介護連携担当）、保健所勤務を経て、2021年より保健福祉部医療政策課 主幹兼地域医療担当 GL。公衆衛生学修士。

栃木県の在宅医療の現状と課題

～県民が望む場所で最期まで暮らし
続けられる地域社会に向けて～

栃木県保健福祉部医療政策課
主幹 早川 貴裕

※本発表内容には栃木県の考えだけでなく、発表者個人の考えも含まれます。



栃木県保健医療計画(8期計画)在宅医療分野の概要

現状と課題

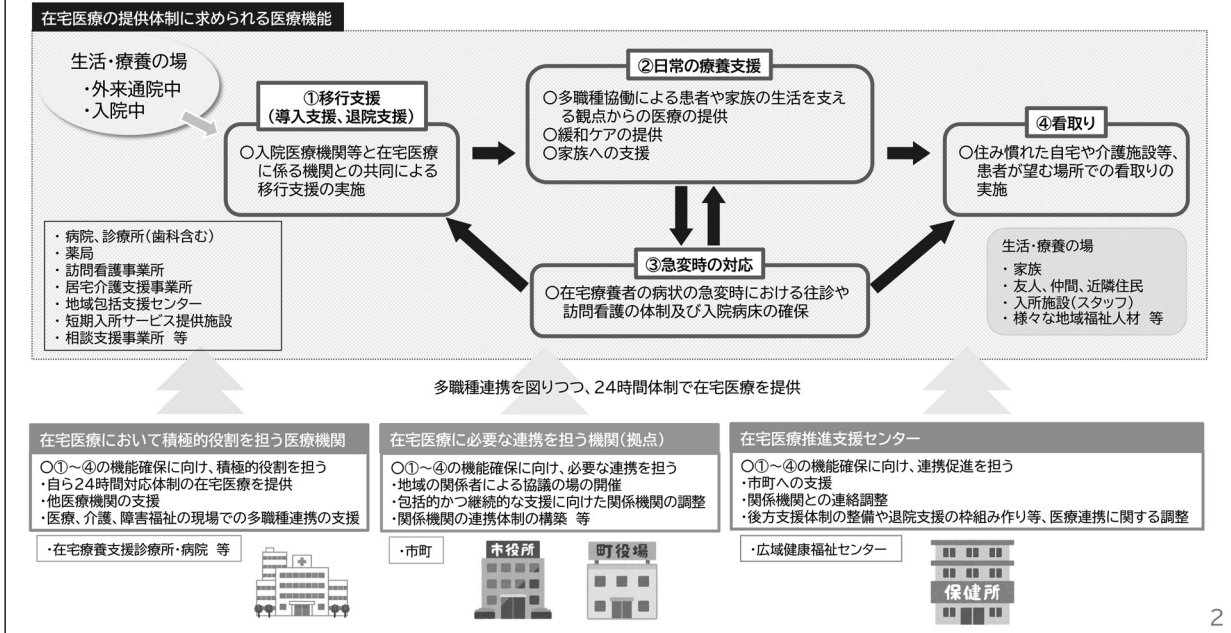
- | | |
|---|---|
| <p>1. 在宅医療のニーズの増加と多様化</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 2040年の高齢化率は35.6%に達し、死亡者数も一層増加することが見込まれる。 ・ 医療的ケア児は2023年4月時点で366人おり、増加傾向。 ・ 在宅医療のニーズは今後ますます増加し、また多様化することが見込まれる。 | <p>2. 在宅医療の提供体制</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 在宅医療を提供する医療資源は増加傾向にあるが、地域によって差が生じている。 ・ ICT化による対応力強化に加え、訪問診療を担っていない医療機関等の参入を促進する必要がある。 ・ 訪問看護事業所の大規模化等により、機能強化を図る必要がある。 ・ 県民が安心して在宅療養を受けられるよう、後方支援体制の構築を図ることが求められる。 ・ 県民が、より満足した人生の最終段階を迎えられるよう、「人生会議(ACP)」を推進する必要がある。 |
|---|---|

分野アウトカム(目指す姿)

在宅療養を希望する人が、住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができる

施策1:円滑な在宅療養移行に向けた支援が可能な体制確保	施策2:日常の療養支援が可能な体制確保	施策3:急変時の対応が可能な体制確保	施策4:患者が望む場所での看取りが可能な体制確保																																										
<ul style="list-style-type: none"> ➢ 県民、病院看護師、ケアマネジャー等への在宅医療の普及啓発 ➢ 医療機関と介護事業所等との間で患者情報が円滑に共有される体制・ルールの整備促進 ➢ 在宅医療・介護連携推進事業を実施する市町への支援 <table border="1"> <tr><th>主な指標</th><th>基準値</th><th>目標値</th></tr> <tr><td>介護支援連携指導を受けた患者数</td><td>324人/月</td><td>609人/月</td></tr> </table>	主な指標	基準値	目標値	介護支援連携指導を受けた患者数	324人/月	609人/月	<ul style="list-style-type: none"> ➢ 在宅医療を実施する医師・歯科医師・薬剤師・看護師の育成 ➢ 在宅医療に必要な医療機器等の設備整備支援 ➢ 訪問看護事業所の新規開設支援 ➢ 多職種連携の促進 <table border="1"> <tr><th>主な指標</th><th>基準値</th><th>目標値</th></tr> <tr><td>訪問診療を実施している診療所・病院数</td><td>280箇所</td><td>293箇所</td></tr> <tr><td>訪問看護事業所に従事する看護職員数</td><td>151人</td><td>171人</td></tr> <tr><td>歯科訪問診療を実施している診療所数</td><td>236箇所</td><td>255箇所</td></tr> <tr><td>訪問薬剤管理指導を実施している薬局数</td><td>304箇所</td><td>390箇所</td></tr> </table>	主な指標	基準値	目標値	訪問診療を実施している診療所・病院数	280箇所	293箇所	訪問看護事業所に従事する看護職員数	151人	171人	歯科訪問診療を実施している診療所数	236箇所	255箇所	訪問薬剤管理指導を実施している薬局数	304箇所	390箇所	<ul style="list-style-type: none"> ➢ グループ診療体制や後方支援体制の強化 ➢ 訪問看護事業所の大規模化に向けた支援 <table border="1"> <tr><th>主な指標</th><th>基準値</th><th>目標値</th></tr> <tr><td>緊急入院先をあらかじめ確保している診療所の割合</td><td>34.1%</td><td>-</td></tr> <tr><td>24時間体制を取っている訪問看護事業所数</td><td>117箇所</td><td>-</td></tr> <tr><td>往診を受けた患者数</td><td>1,901人/月</td><td>-</td></tr> </table>	主な指標	基準値	目標値	緊急入院先をあらかじめ確保している診療所の割合	34.1%	-	24時間体制を取っている訪問看護事業所数	117箇所	-	往診を受けた患者数	1,901人/月	-	<ul style="list-style-type: none"> ➢ 県民への人生会議(ACP)に関する普及啓発 ➢ 医療・介護従事者への人生会議(ACP)に関する普及啓発 <table border="1"> <tr><th>主な指標</th><th>基準値</th><th>目標値</th></tr> <tr><td>人生会議(ACP)に係る認知度</td><td>21.4%</td><td>-</td></tr> <tr><td>在宅ターミナルケアを受けた患者数</td><td>173人/月</td><td>263人/月</td></tr> </table>	主な指標	基準値	目標値	人生会議(ACP)に係る認知度	21.4%	-	在宅ターミナルケアを受けた患者数	173人/月	263人/月
主な指標	基準値	目標値																																											
介護支援連携指導を受けた患者数	324人/月	609人/月																																											
主な指標	基準値	目標値																																											
訪問診療を実施している診療所・病院数	280箇所	293箇所																																											
訪問看護事業所に従事する看護職員数	151人	171人																																											
歯科訪問診療を実施している診療所数	236箇所	255箇所																																											
訪問薬剤管理指導を実施している薬局数	304箇所	390箇所																																											
主な指標	基準値	目標値																																											
緊急入院先をあらかじめ確保している診療所の割合	34.1%	-																																											
24時間体制を取っている訪問看護事業所数	117箇所	-																																											
往診を受けた患者数	1,901人/月	-																																											
主な指標	基準値	目標値																																											
人生会議(ACP)に係る認知度	21.4%	-																																											
在宅ターミナルケアを受けた患者数	173人/月	263人/月																																											

栃木県保健医療計画(8期計画) 在宅医療の連携体制(一部改変)



8期計画で設定した目標の進捗状況

目標項目	基準値	目標値 (2026年度)	実績値	進捗状況	出典
1 介護支援連携指導を受けた患者数	324人/月 (2021年度)	609人/月 ・年間57人増	339人/月 (2022年度)	☂	・厚生労働省「医療計画作成支援データブック(NDBデータ)」
2 訪問診療を受けた患者数	7,900人/月 (2021年度)	9,088人/月 ・年間約238人増	8,329人/月 (2022年度)	☀	・厚生労働省「医療計画作成支援データブック(NDBデータ)」
3 在宅ターミナルケアを受けた患者数 (2018年度 122人/月)	173人/月 (2021年度)	263人/月 ・年間18人増	193人/月 (2022年度)	☀	・厚生労働省「医療計画作成支援データブック(NDBデータ)」
4 訪問診療を実施している診療所・病院数	280箇所 (2021年度)	293箇所 ・年間約3箇所増	289箇所 (2022年度)	☀	・厚生労働省「医療計画作成支援データブック(NDBデータ)」
5 訪問看護事業所に従事する看護職員数 (65歳以上人口10万人対)	151人 (2022年度)	171人 ・年間5人増	165人 (2023年度)	☀	・栃木県訪問看護基礎調査
6 歯科訪問診療を実施している診療所数	236箇所 (2021年度)	255箇所 ・年間約4箇所増	232箇所 (2022年度)	☂	・厚生労働省「医療計画作成支援データブック(NDBデータ)」
7 訪問薬剤管理指導を実施している薬局数	304箇所 (2023年4月)	390箇所 ・年間約29箇所増	355箇所 (2024年4月)	☀	・関東信越厚生局「診療報酬施設基準の届出状況」

進捗状況=(実績値-基準値)/(目標値-基準値)

目安値:目標値まで比例的に増加するものと仮定した場合の計画期間内の年度ごとの数値



概ね順調(進捗状況80%以上)



やや遅れている(進捗状況50%以上80%未満)



遅れている(進捗状況50%未満)

在宅医療を行う医療機関数及び訪問看護事業所数

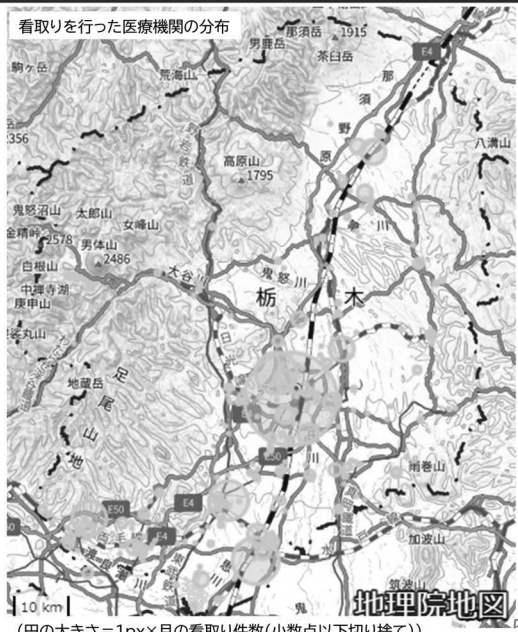
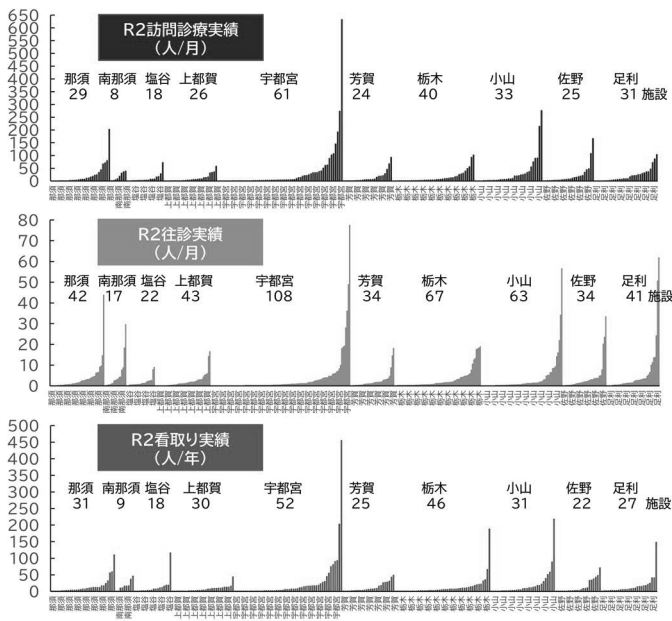
在宅医療圏



在宅医療圏	在宅医療提供医療機関数 ¹ (訪問診療/往診)	訪問看護事業所 ²		
		事業所数*	看護職員数*	利用者数(R6.4)
那須	29/42	10.2	50.3	700.5
南那須	8/17	13.6	65.0	840.2
塩谷	18/22	12.5	49.4	534.9
日光	17/18	6.8	25.3	255.0
鹿沼	9/25	7.7	33.2	482.2
宇都宮	61/108	12.5	77.1	985.1
芳賀	24/34	7.5	31.9	355.6
栃木	40/67	11.1	56.8	677.8
小山	33/63	8.2	54.2	781.4
佐野	25/34	12.5	61.4	632.6
足利	31/41	12.9	76.7	834.1

1 R2国保・後期高齢者医療データ(医科レセプト分)、2 県R6訪問看護ステーション基礎調査 *人口10万対

地域ごとの在宅医療の提供状況(R2国保・後期高齢者医療、医科レセプト分)



7

地域ごとの自宅死・老人ホーム死の割合

※R4.1-12の1年間の死亡に占める自宅死 ■ 及び老人ホーム死 ▨ の割合

出典：厚生労働省「R4在宅医療にかかる地域別データ集」

6

8

施設等における看取りの実施状況等

左図：各施設における看取りの実施状況
右図：看取りを実施していない施設における未実施の理由

出典：県「R4在宅医療実態調査」

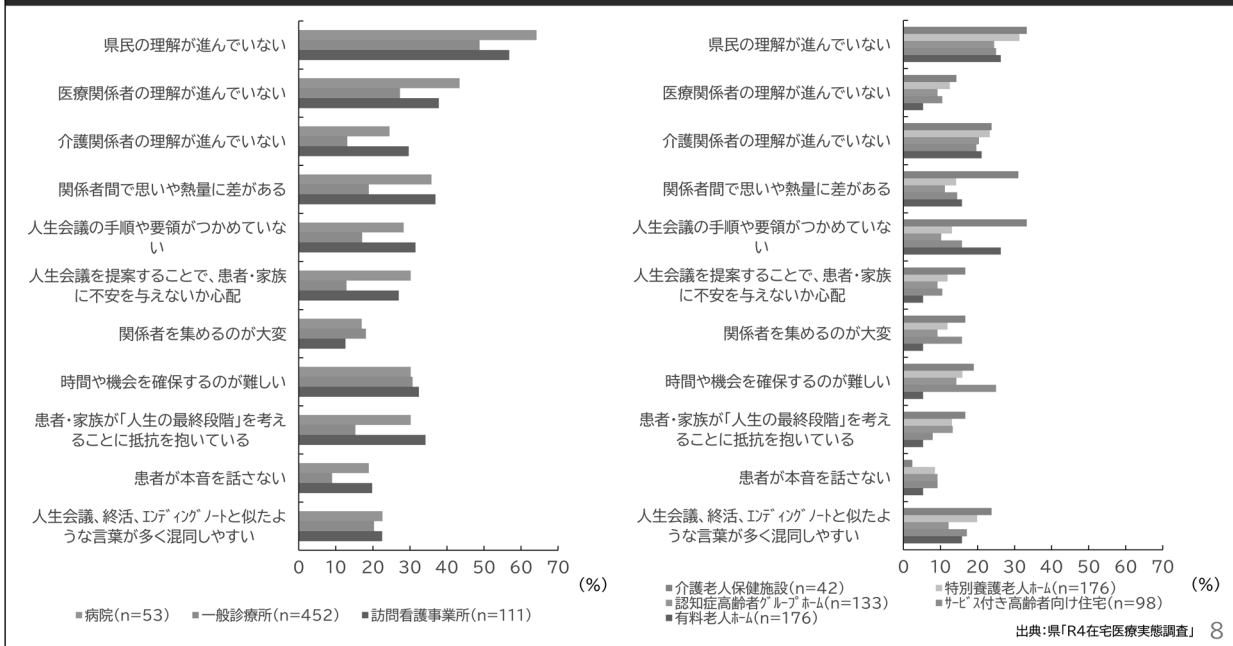
7

パネルディスカッション

つなぐ つなぐ 終の棲家

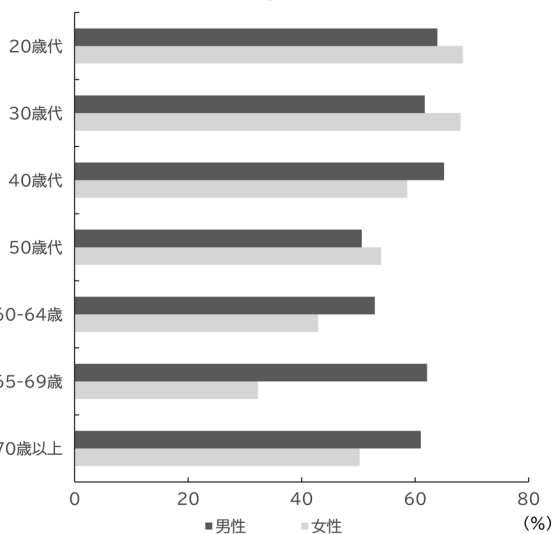
144

人生会議を実践する上での課題

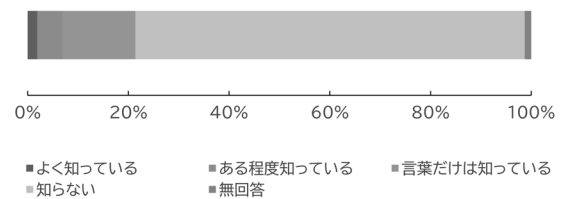


令和4年度栃木県政世論調査「12 在宅医療について」

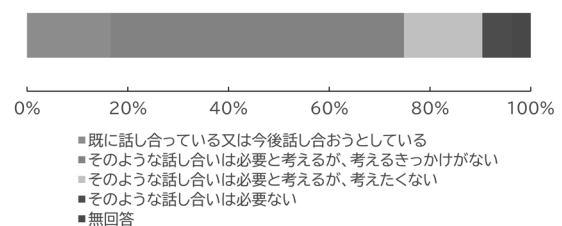
Q. あなたが病気やけがで長期の療養が必要になり、通院が困難になった場合、自宅で療養したいと思いますか。
「そう思う」人の割合



Q. あなたは、「人生会議(ACP)」を知っていますか。



Q. あなたは、「人生会議(ACP)」について、どのようにお考えですか。



県在宅医療推進協議会、地域医療構想調整会議での意見等(一部改変)

- 現在、県全体で見れば、在宅医療を受けたいときに、医師や訪問看護ステーションが全く見つからないという状況は改善してきている。今後は医療機関や訪問看護ステーションを増やすだけでなく、各地域において必要な在宅医療サービスが(質の面も含め)足りているのか、足りていないのかを把握した上で今後の取組について議論すべきである。
- 慢性期患者の療養場所の確保に当たっては、地域ごとに病院(入院)、自宅、施設のベストミックスを検討すべきであり、最終的には各地域の選択の問題になると考える。
- 在宅医療は暮らしの場で提供される医療であり、医療よりも生活が重視される。その意味で介護が重要になるため、医療行政(県)と介護行政(市町)の更なる連携が必要である。

(R5.5.17 栃木県在宅医療推進会議)

地域医療構想の推進に当たっての課題(在宅医療・介護サービス等)(一部抜粋)

- ・ 施設の医師・嘱託医の方針にばらつきがあり、看取りに消極的であったり、急変時の入院後の受入れが困難となる事例がある。
- ・ 入院後の生活不活発状態(フレイル)について介護保険で対応しているが、医療的なりハビリ機能訓練が必要な場合がある。
- ・ 在宅医療を行っている診療所等の数が少なく、かかりつけ医に診てもらえない。訪問看護事業所が少ない。
- ・ 24時間対応の在宅医療が未整備。
- ・ (一人診療所では)急変時の対応が負担、入院可能な後方支援医療機関の確保ができない。
- ・ 山間部では在宅医療や介護サービスが届かない地域が多く、全く利用できない場合が多い状況。(県西)
- ・ 在宅医療機関が患者を取り合うような状況が生じている。一方で、介護従事者の不足は非常に深刻で、在宅医療の需要を支えきれない。(宇都宮)
- ・ 利用者側の要因で在宅医療を選択できないことが多い。
- ・ 患者・家族・関係者が在宅医療に関する資源情報、利用方法等を知らないことがある。
- ・ 特に一人暮らしで家族がいない場合、転院・入所等について難航する。

0

県行政から見た在宅医療の体制整備に係る課題

- 県保健医療計画及び県高齢者支援計画/市町高齢者保健福祉計画との連携の強化
 - ・ 在宅医療と介護サービスに関する量的な検討、バランスの調整に止まっており、地域地域における住まい、介護、生活支援のあり方を前提とした在宅医療の整備が必要
 - ・ 縦割り行政の垣根を越えて県(保健所)と市町が在宅医療介護連携の推進に一体的に取り組むことが必要
- 地域医療構想における病床機能に偏重した議論からの脱却
 - ・ 入院医療中心から地域で暮らしていくための外来・救急・在宅等も含めた医療介護提供体制に関する議論への転換が必要
- 医療介護資源の不足、地域格差への対応
 - ・ 医療介護サービスが行き届きにくい地域にあっては、広域連携も含めた医療機関の役割分担・連携の強化、医療介護DXの推進等が必要
 - ・ 加えて、住民の意向を踏まえつつ地域の実情に応じた住まいや地域コミュニティのあり方の見直しも必要
 - ・ 一方で、量的に充足している(ように見える)地域においても、提供されているサービスの質や内容、急変時等における対応の状況等について確認していくことが必要



11

県行政から見た在宅医療の体制整備に係る課題

- 在宅医療に対する理解の促進
 - ・ 「治す」ことに加え、生きがいと尊厳ある生活を「支える」医療としての在宅医療に対する理解の深化が必要
 - ・ 人生の最終段階を迎える場を含め日々の療養生活をどのように過ごしたいかを県民一人ひとりが考えるようになるため、ACP(アドバンス・ケア・プランニング)の啓発が重要
 - ・ 生きがいの一つとして、また、生きるためにも「食べる」ことは重要であり、多職種協働による栄養ケア(食支援)の充実が必要

在宅医療が入院・外来・救急医療と同様に日々の生活に必要な当たり前の医療、身近な医療として受け入れられ、選択されるものとなるよう一層の取組を進めて参りますので、御理解、御協力の程よろしくお願ひするまゐる。



どうなる どうする 終の棲家

在宅介護は崩壊の危機

【演者】小島 美里（NPO 法人暮らしネット・えん 代表理事）



Profile こじま・みさと

略歴 全身性障がい者の介助ボランティアグループからスタートし、堀ノ内病院在宅介護部門代表を経て、2003年、NPO 法人暮らしネット・えんを設立。2009年、毎日介護賞グランプリ。現在、居宅介護支援、特定相談支援、訪問介護、居宅介護、認知症通所介護、認知症グループホーム、小規模多機能型介護、相談支援、配食サービス、高齢者生活共同住宅、基幹相談支援センターを運営。認知症カフェ、ごちゃまぜカフェ、ケアマネ・介護職員のための認知症介護講座等を定期的を開催。

資格・公職等 介護支援専門員、認知症介護指導者。

主な著書等 『あなたはどこで死にたいですか？ 認知症でも自分らしく生きられる社会へ』（岩波書店）、『おひとりさまの逆襲 上野千鶴子・小島美里対談』（共著、ビジネス社）。『マンガ認知症 介護施設編』（共著、ちくま新書）、ほか。

どうなる どうする 終の棲家 在宅介護は崩壊の危機

第20回在宅医療推進フォーラム

(NPO) 暮らしネット・えん

小島 美里

暮らしネット・えんとは

暮らしネット・えんは、高齢になっても働きがいがあり、おとなも子どもも共に生きる地域社会を創ることを目的に活動するNPOです。「住みながら介護で暮らしつついたい」というあたりまえの願いを叶えるために、1990年にボランティア活動からスタートしました。介護保険や障がい者総合支援法にもとづく在宅支援を中心に、介護や福祉の勉強会、電話相談、認知症カフェなどだけでなく、コンサートなど様々な活動を行っています。

暮らしネット・えん 沿革

- 1990年 全身体験が育つ人の介護ボランティアグループを設立
- 1996年 医療法人、社団法人、介護職在宅部門ケアサポートステーション（旧旧居）開業
- 1997年 医療法人、社団法人、介護職在宅部門ケアサポートステーション（旧旧居）開業
- 2000年 介護保険スタート
- 2003年 NPO法人暮らしネット・えん設立
ケアサポート・えん、デイホームなどが、医療介護連携ケアサポートグループホームと入居施設
- 2004年 デイホームえん開業
- 2007年 多機能ホームまどか開設
- 2009年 在宅介護支援センター（旧旧居）開設
- 2011年 多機能ホームまどかをグループ・リビング「えんの家」開設
- 2013年 介護サービス「えんの家」を、開設
- 2014年 認定NPO取得
特定非営利活動法人
認知症カフェ「暮らしネット・えん」開設
- 2017年 「えん」でも事業を開始
- 2020年 新座市高齢者福祉センター「えん」開設

暮らしネット・えん 会員のご案内

- 会員は次の2種類があります。
- (1)正会員/年会費1,000円
この会の目的に賛同し、活動に参加する個人及び団体。特定非営利活動促進法上の社員で、選挙で役員候補、役員が選出されます。
 - (2)賛助会員/年会費3,000円
この会の目的に賛同し、会の活動に協力する個人及び団体。

NPO法人 暮らしネット・えん

NPO法人暮らしネット・えん
〒362-0033 埼玉県新座市石井2-1-4
9F-2 029-1810
TEL 048-456-4150
FAX 048-201-1311
E-mail: nccnet@stn.homes.ne.jp
Hp: https://npoenn.com

事業所 12
〒362-0033 埼玉県新座市石井2-1-4

ケアプラン・えん(介護保険)

TEL 048-456-4850
FAX 048-201-1311

ケアサポート・えん

TEL 048-456-4150
FAX 048-201-1311

グループホーム・えん

TEL 048-456-4850
FAX 048-201-1311

Y362-0033 埼玉県新座市石井4-4-33

多機能ホームまどか

TEL 048-476-1501
FAX 048-473-5991

Y362-0033 埼玉県新座市石井2-1-32

ケアプラン・えん(障がい)

TEL 048-456-6051

Y362-0033 埼玉県新座市石井2-1-3P

認知症カフェ「暮らしネット・えん」

TEL 048-456-4150
FAX 048-201-1311

医療サービス「えん」の食卓

TEL 048-423-4251
FAX 048-423-5357

暮らしネット・えんで働きたい方、ボランティア活動に参加して下さる方、声をかけてください。

新座市基幹相談 支援センター「えん」

(新座市委託事業)
TEL 048-456-6051

- ①生活の悩み
- ②福祉・介護関係の悩み
- ③仕事の悩み
- ④親戚・家族の悩み
- ⑤医療・福祉サービスについて

(障がい)に関することは、どなたでもご相談下さい。
(身体・知的・聴覚・精神・発達)

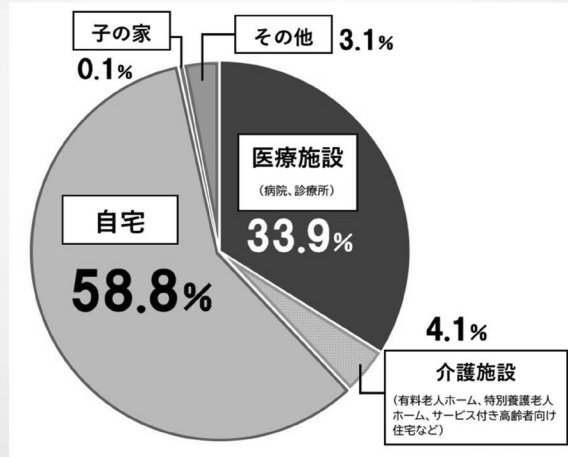
寄付の お願い

NPO にとっては寄付は貴重な収入源です。いただいた寄付は、定額や継続的支援、趣向の別送付等も承っております。暮らしネット・えんは認定 NPO を取得し、寄付金控除上の特例措置により控除の対象となります。



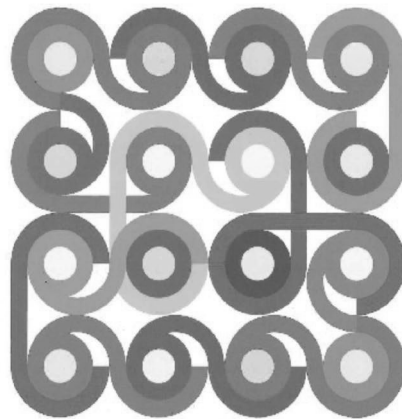
自宅で死にたい！

人生の最期の迎え方に関する全国調査
(日本財団2020年調査)



訪問ヘルパーが いなくなる！

—在宅介護の終わりの始まり—



小島美里

株式会社高齢者福祉推進センター代表取締役

訪問介護の基本報酬引き下げ！怒！！

身体介護	現行	改定後	増減	増減率
20分未満	167	163	-4	-2.40%
20分以上30分未満	250	244	-6	-2.40%
30分以上1時間未満	396	387	-9	-2.27%
1時間以上	579	567	-12	-2.07%
以降30分を増すごとに算定	84	82	-2	-2.38%

生活援助	現行	改定後	増減	増減率
20分以上45分未満	183	179	-4	-2.19%
45分以上	225	220	-5	-2.22%
身体介護に引き続き生活援助を行った場合	67	65	-2	-2.99%

※基本報酬が引き下げられるサービスは、訪問介護、夜間対応型訪問介護、定期巡回・随時対応サービス、訪問リハ（予防のみ）の4つ

訪問介護の現状

- ・ヘルパー平均年齢54.5才、65才以上24.4%、70才以上は12.2%、現場の実感はもっと高齢！
- ・訪問介護の人手不足感：83.5%
- ・人件費比率：72.2%
- ・80代ヘルパー、紙オムツ着けて訪問に。
- ・有効求人倍率：14.14倍！
- ・「サ高住のヘルパーは移動もなくて楽です」
(地域訪問介護事業所とサ高住掛け持ちヘルパー談)
- ・訪問介護の外国人従事者解禁。これも併設型対応？
- ・ヘルパー不足でケアプランに示された回数満たされず

初期から終末まで 対応可能な訪問介護

初期（要支援～）

- ・生活機能から衰える
- ・週1～2回の訪問介護で生活を維持
- ・認知症がある人、初期から中期までが最も援助が必要

中期（要介護1～2）

- ・排泄、清潔、食事、広い援助が必要

後期

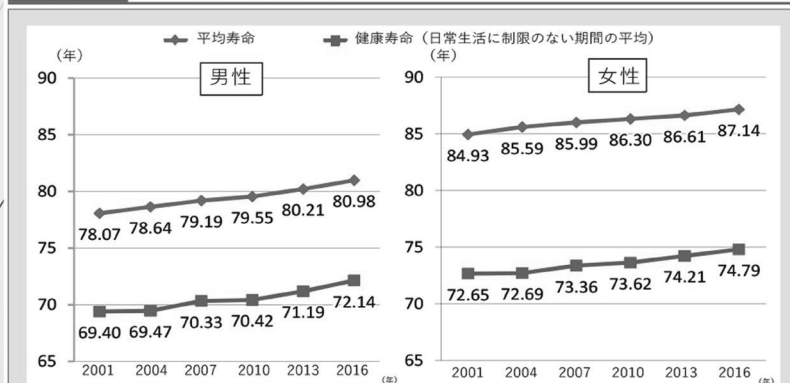
- ・疾病や転倒骨折等で入退院繰り返す。排泄、入浴、生活面すべて援助が必要

終末期

- ・実は医療より介護の量が必要。1日複数回の介護

平均寿命－健康寿命＝ヨタヘ〇期 この約10年が...

図表 1-2-6 平均寿命と健康寿命の推移



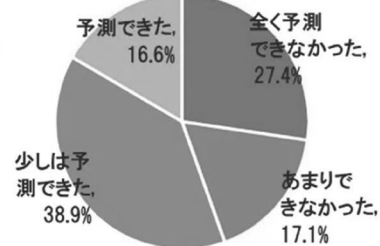
資料：平均寿命については、2010年につき厚生労働省政策統括官付参事官付人口動態・保健社会統計室「完全生命表」、他の年につき「簡易生命表」、健康寿命については厚生労働省政策統括官付参事官付人口動態・保健社会統計室「簡易生命表」、「人口動態統計」、厚生労働省政策統括官付参事官付世帯統計室「国民生活基礎調査」、総務省統計局「人口推計」より算出。

認知症に対応不能な介護保険

「認知症の人の行方不明や徘徊、自動車運転にかかわる実態調査」
(2018年) より

- ・ 介護保険利用理由1位は認知症
- ・ 相変わらず身体介護モデル中心のまま

要介護度	始まったころの段階		終息したころの段階	
未認定	118	30.2%	0	0.0%
要介護1	106	27.1%	13	6.2%
要介護2	113	28.9%	59	28.1%
要介護3	46	11.8%	95	45.2%
要介護4	7	1.8%	28	13.3%
要介護5	1	0.3%	15	7.1%
集計	391		210	



コロナ禍中の訪問介護

- 2020年3月、通所介護やショートステイが閉鎖されると「訪問介護で代替」と厚労省通知
- 4月10日『訪問系サービスにおける新型コロナウイルス対策の要望書』提出
- 高齢ヘルパーの退職増加
- PCR検査や抗原検査は介護施設優先、在宅介護後回し
- ワクチン接種優先から外される⇒「感染者対応約束すれば優先」
- 感染利用者対応：施設（サ高住含む）は感染者1日当たり15万円⇒その後30万円
- 訪問介護：感染者対応への具体的な補助額示さず
- 感染者激増で厚労省「在宅療養の利用者への訪問継続」通知連発

国は介護の産業化を推進 サービス付き高齢者向け住宅で何が...

- ・ サービス付き高齢者住宅（サ高住）は自宅です！
- ・ 介護は在宅サービス、併設事業所が提供
- ・ 自立から要支援向けのはずが、数年すれば...
- ・ 要介護1 認知症あり、1か月の請求合計は30万円超
- ・ 「看取り住宅」は医療保険請求月額100万円超も！
： 難病、ガン末期等の患者に対応
- ・ まかり通る囲い込み型高齢者住宅
- ・ 在宅介護減少に高齢者の「集住」推奨で乗り切る？

8時間ぶっ通し！ マラソンシンポジウム こんなはずじゃなかった、介護保険 私たちのケア社会をつくる

今だから問い直す！ 介護保険のこれまでとこれから

◆日時：9月16日(月・祝) 10:00~18:00

◆オンライン(YouTube)で配信

◆参加費：無料

◆参加方法：Peatixから申し込み



9.16シンポジウム声明 ～介護の未来に向けて～

1. 家族介護を前提としないこと
2. 所得や地域にかかわらず、また在宅であれ施設であれ、高齢当事者が望むケアを最期まで受ける権利を保障すること
3. 介護労働の専門性を正當に評価し、報酬を上げ、安心して働き続けられるようにすること
4. 認知症に対応した介護サービスを確保すること
5. 生産性向上の名のもとにAIやICTの導入を口実にした人員配置基準の緩和を止めること
6. 介護保険財源の公費負担割合を増やすこと

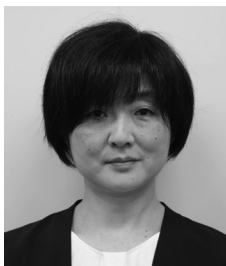
自宅では死ねない...
自宅でしか死ねない！



どうなる どうする 終の棲家

～時代の要請に応える看護職員の確保について～

【演者】 習田 由美子（厚生労働省医政局看護課 課長）



Profile しゅうだ・ゆみこ

略歴 大学卒業、大学院修士課程修了後、大学病院勤務を経て、厚生労働省に入省。2002年、医政局看護課、老健局老人保健課、保険局国民健康保険課、社会・援護局福祉基盤課、保険局医療課を経て、東京都杉並区に出向。在宅医療生活支援センター開設準備担当部長などを経て、2018年より医政局看護課看護サービス推進室長。2022年4月より現職。

どうなる どうする 終の棲家

～時代の要請に応える
看護職員の確保について～

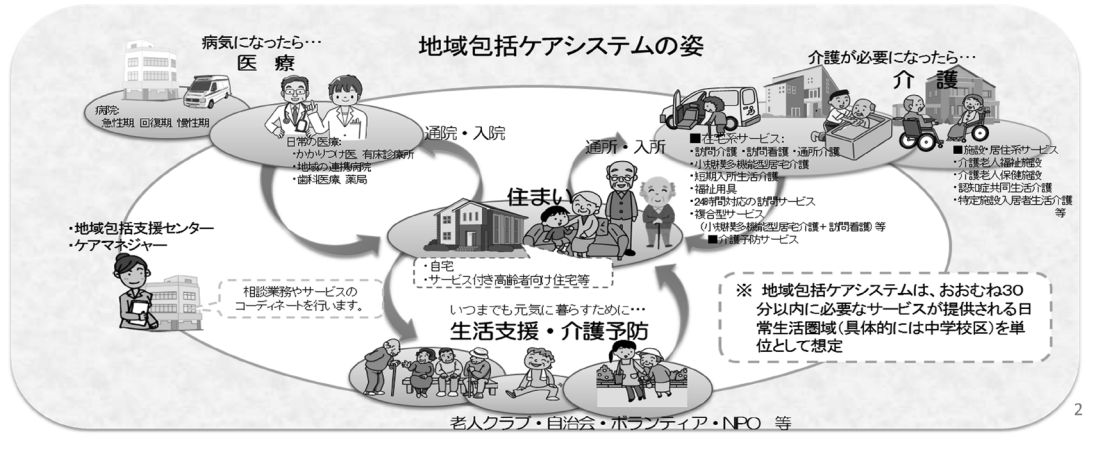
令和6年11月23日
在宅医療推進フォーラム

厚生労働省医政局看護課長
習田 由美子

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

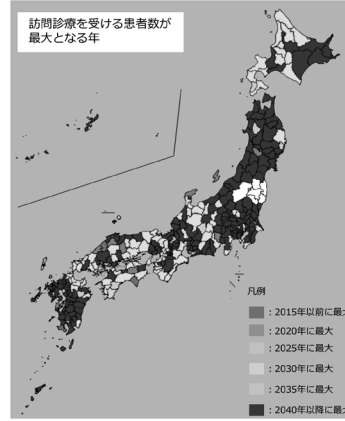
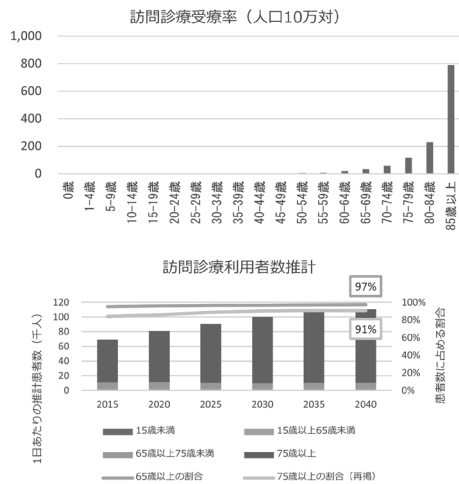
地域包括ケアシステムの構築について

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制(地域包括ケアシステム)の構築を実現。
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、高齢化の進展状況には大きな地域差。
- 地域包括ケアシステムは、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていく必要がある。



医療需要の変化③ 在宅患者数は、多くの地域で今後増加する

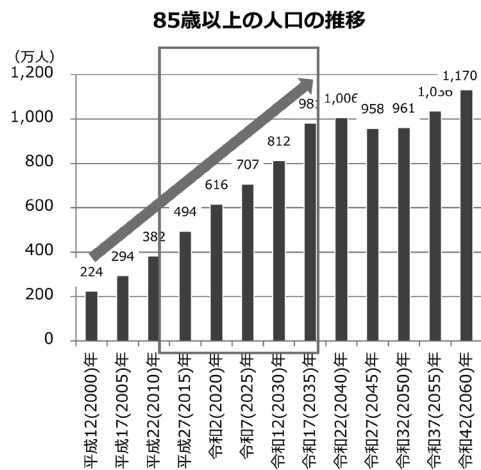
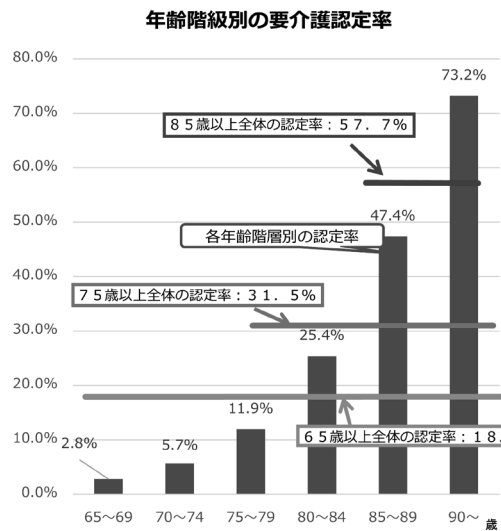
- 全国での在宅患者数は、2040年以降にピークを迎えることが見込まれる。
- 在宅患者数は、多くの地域で今後増加し、2040年以降に203の二次医療圏において在宅患者数のピークを迎えることが見込まれる。



出典：患者調査（平成29年）「推計患者数、性・年齢階級・病期小分類・施設の種類・入院-外来の種類別」
「推計外来患者数（患者所在地）、施設の種類・外来の種類・性・年齢階級・都道府県別」
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（平成30（2018）年推計）」
※ 病院、一般診療所を対象に集計。
※ 二次医療圏の患者数は、当該二次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。
※ 福島県は市区町村ごとの人口推計が行われていないため、福島県の二次医療圏を除く329の二次医療圏について集計。

医療需要の変化④ 医療と介護の複合ニーズが一層高まる

- 要介護認定率は、年齢が上がるにつれ上昇し、特に、85歳以上で上昇する。
- 2025年度以降、後期高齢者の増加は緩やかとなるが、85歳以上の人口は、2040年に向けて、引き続き増加が見込まれており、医療と介護の複合ニーズを持つ者が一層多くなることが見込まれる。



(資料) 将来推計は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」(令和5(2023)年4月推計) 出生中位(死亡中位)推計
2020年までの実績は、総務省統計局「国勢調査」(年齢不詳人口を按分補正した人口)

出典：2022年9月末認定者数（介護保険事業状況報告）及び2022年10月1日人口（総務省統計局人口推計）から作成

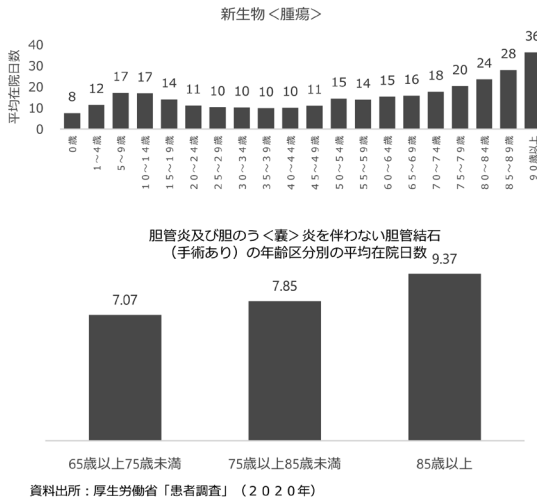
高齢者の退院に向けた課題

第8回新たな地域医療構想等に関する検討会
令和6年9月6日

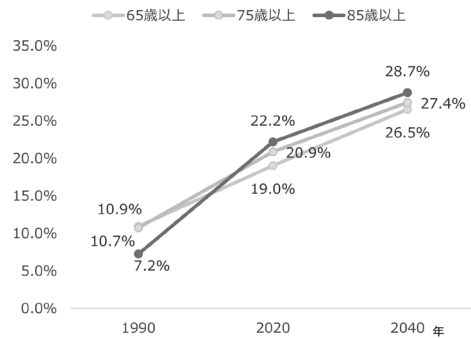
資料1

- ・ 高齢になるほど、同じ疾患でも在院日数が長くなる傾向にある。
- ・ 疾病によるADL低下や認知症等の合併症のほか、単独世帯の増加等の要因も考えられる。高齢者の単独世帯の割合は2040年に向けて更に増加する見込み。

<退院患者の平均在院日数>



年齢階級別人口に占める単独世帯の割合(高齢者)



資料出所：総務省「国勢調査」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」(2023年推計)、「日本の世帯数の将来推計」(2024年推計)、「人口統計資料集」を基に厚生労働省医政局地域医療計画課において作成
※単独世帯の割合は、単独世帯数を総人口で除したものを

5

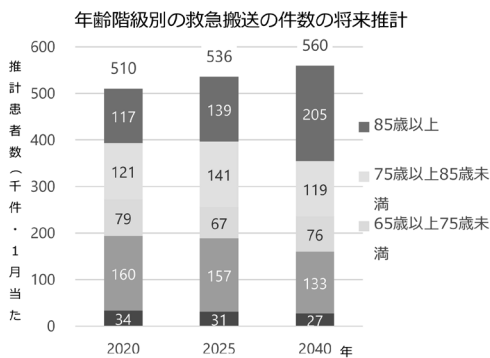
2040年の医療需要について

第7回新たな地域医療構想等に関する検討会
令和6年8月26日

資料1

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。

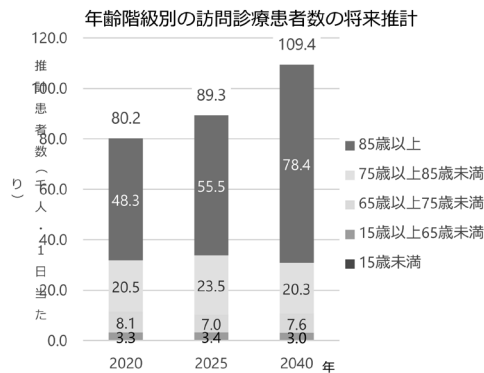
救急搬送の増加



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：国勢調査データを用いて、救急搬送(2019年度分)の件数を推計したものを、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推計した年齢階級別に利用者を作成し、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、年齢階級別人口で推計して作成。
※ 推計資料については掲載が省略されている。また、年齢階級別人口については、年齢不詳人口も併せて利用した。

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。

出所：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。

6

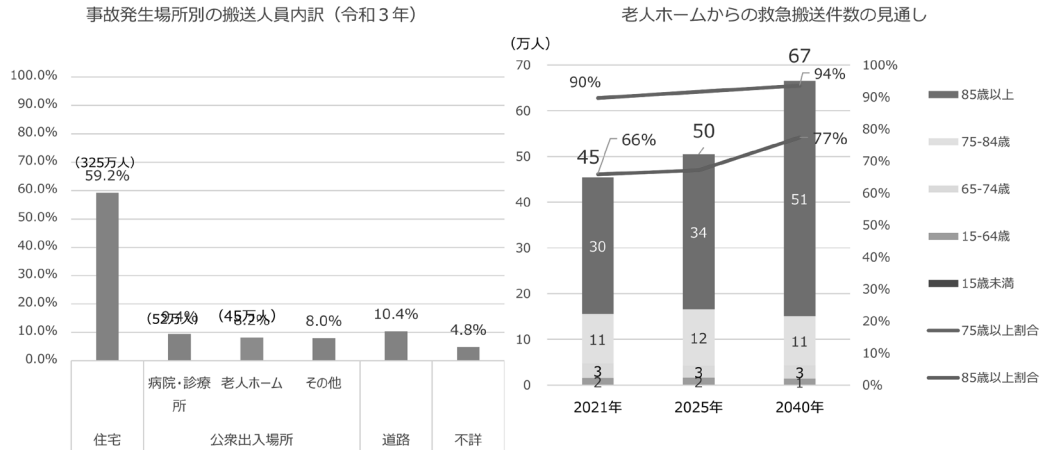
老人ホームからの救急搬送件数の見通し

第7回新たな地域医療構想等に関する検討会

資料1

令和6年8月26日

老人ホーム(特養、有老等)からの救急搬送件数について、令和3年(2021年)の約45万人(全体の8.2%)から、2040年には約67万人に増加、特に85歳以上が増加する見込み。



資料出所：総務省消防庁「救急統計」データ(2021年) 特別集計データ、総務省統計局「人口推計」(2021年)及び国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」(2023年推計)を基に厚生労働省医政局地域医療計画課において作成

看護職員確保に向けた施策の方向性

看護職員の確保に当たっては、「新規養成」「復職支援」「定着促進」を三本柱にした取組を推進していく。



①看護職員の新規養成

- ✓ 地域医療介護総合確保基金により、看護師等養成所の整備や運営に対する財政支援を実施。
- ✓ 看護関係資格の取得を目指す社会人経験者が、厚生労働大臣が専門的・実践的な教育訓練として指定した講座(専門実践教育訓練)を受講した場合の給付の実施。

②看護職員に対する復職支援

- ✓ 都道府県ナースセンターが、無料職業紹介や情報提供・相談対応等を通じて、潜在看護職の復職支援を実施。
- ✓ 「デジタル改革関連法を踏まえた看護職の人材活用システム」(令和6年度運用開始予定)の構築により、ナースセンターによる多様なキャリア情報の把握・活用を通じて、潜在看護職に対する復職支援を充実。

③看護職員の定着促進

- ✓ 地域医療介護総合確保基金により、病院内保育所の整備・運営や仮眠室・休憩スペース等の新設・拡張など、勤務環境改善に対する支援を実施。
- ✓ 都道府県医療勤務環境改善支援センターにおいて、看護職員を含めた医療従事者の勤務環境改善のための体制整備を行う医療機関に対して総合的・専門的な支援を実施。

看護職員の処遇改善

診療報酬改定により令和4年10月に看護職員処遇改善評価料を導入。また、令和5年度補正予算により看護補助者の処遇改善事業を実施するとともに、診療報酬改定により令和6年6月にベースアップ評価料を導入。

地域・領域別の課題への対応

第8次医療計画(令和6年度~)に基づき、都道府県において、都道府県・二次医療圏ごとの課題に応じた看護職員確保対策の実施を推進するとともに、需要が増大する訪問看護に従事する看護職員の確保方を策定。

看護職員確保対策の推進（第8次医療計画（2024～2029年度）における見直しのポイント）

概要

- ・地域の関係者の連携の下、都道府県・二次医療圏ごとの課題を把握し、課題に応じた看護職員確保対策の実施を推進。
- ・都道府県において、地域の実情を踏まえつつ、需要が増大する訪問看護に従事する看護職員の確保方を定める。
- ・感染症拡大への迅速・的確な対応等のため、都道府県ごとの就業者数の目標の設定等を通して、特定行為研修修了者その他の専門性の高い看護師の養成を推進。

◎看護職員の需給の状況は都道府県・二次医療圏ごとに差異がある

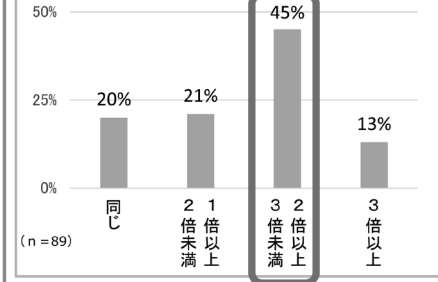
看護職員総数が 不足 すると推計された都道府県 (2025年の看護職員需要数が2020年の供給数を上回る)	看護職員総数が 充足 されると推計された都道府県 (2020年の供給数より2025年の看護職員需要数が少ない)
16都道府県	31都道府県

不足傾向は都道府県ごとに異なり、都市部（首都圏、近畿圏等）で不足傾向が強い

- ✓二次医療圏単位では、総数が不足傾向の圏域もある。
- ✓多くの二次医療圏で、訪問看護等について不足傾向。

◎新型コロナウイルスの重症者の診療に当たっては、専門性の高い看護師が数多く必要になった

同等の重症患者の管理と比べ、ECMO管理を要するコロナ患者の治療に必要であった看護師の数（医療施設の回答）



資料出所：
 ・「医療従事者の需給に関する検討会 看護職員需給分科会 中間とりまとめ（概要）」（令和元年（2019年）11月15日）
 ・厚生労働省「医療施設（静態）調査」「衛生行政報告例（隔年報）」「病院報告（従事者数）」に基づく厚生労働省医政局看護課による集計・推計結果
 ・日本看護協会「2020年度 ナースセンター登録データに基づく看護職の求職・求人・就職に関する分析」
 ・重症新型コロナウイルス感染症診療における診療報酬上の特例措置についての現状調査（令和3年7月 日本集中治療医学会）【調査対象時期：令和2年2月～令和3年6月、調査対象：集中治療医学会評議員の所属施設229施設（回答率50%）】

◎訪問看護は需要の増大が大きく、人材確保が困難

	① 2016年	② 2020年	③ 2025年(推計)	③-② 需要増大(推計)
病院+有床診療所+ 精神病床+無床診療所	134.8	136.0	136.5	0.6
訪問看護事業所	4.7	6.8	11.3	4.5
介護保険サービス等	15.0	17.3	18.7	1.5
保健所・市町村・学校養 成所等	11.5	13.4	13.6	0.3

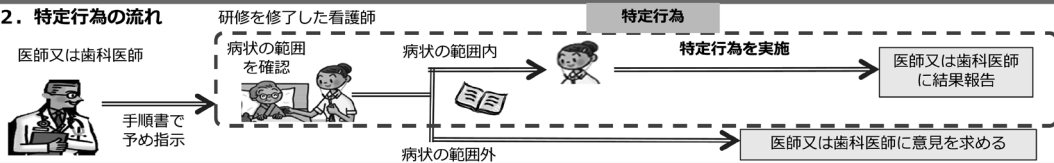
※ 都道府県ナースセンターにおける領域別の看護職員の求人倍率（2020年度）を比較すると、訪問看護ステーションの求人倍率が3.26倍で最大

特定行為に係る看護師の研修制度の概要

1. 目的

- 2025年に向けて、さらなる在宅医療等の推進を図っていくためには、個別に熟練した看護師のみでは足りず、医師又は歯科医師の判断を待たずに、手順書により、一定の診療の補助を行う看護師を養成し、確保していく必要がある。
- このため、「地域における医療および介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」において、その行為を特定し、手順書によりそれを実施する場合の研修制度を創設（平成27年10月）し、その内容を標準化することにより、今後の在宅医療等を支えていく看護師を計画的に養成していく。
- さらに、平成31年4月の省令改正で、各科目の内容及び時間数を変更し、また在宅・慢性期領域、外科術後病棟管理領域、術中麻酔管理領域において、それぞれ実施頻度が高い特定行為をパッケージ化し研修することを可能としたことで、更なる制度の普及を図る。

2. 特定行為の流れ



3. 特定行為研修の実施体制等

- 厚生労働大臣が指定する指定研修機関において、協力施設と連携して研修を実施
- 研修は講義、演習又は実習によって実施
- 看護師が就労しながら研修を受けられるよう、
 - ① 講義・演習は、eラーニング等通信による学習を可能としている
 - ② 実習は、受講者の所属する医療機関等（協力施設）で受けることを可能としている



4. 研修の内容

共通科目の内容	時間数
臨床病態生理学（講義、演習）	3 0
臨床推論（講義、演習、実習）	4 5
フィジカルアセスメント（講義、演習、実習）	4 5
臨床薬理学（講義、演習）	4 5
疾病・臨床病態概論（講義、演習）	4 0
医療安全学、特定行為実践（講義、演習、実習）	4 5
合計	2 5 0

「区分別科目」

特定行為区分ごとに異なるものの向上を図るための研修 特定行為区分（例）	時間数
呼吸器（気道確保に係るもの） 関連	9
創傷管理関連	3 4
創部ドレーン管理関連	5
栄養及び水分管理に係る薬剤投与 関連	1 6
感染に係る薬剤投与関連	2 9

※全ての科目で、講義及び実習を行う。一部の科目については演習を行う。
 ※1区分ごとに受講可能。

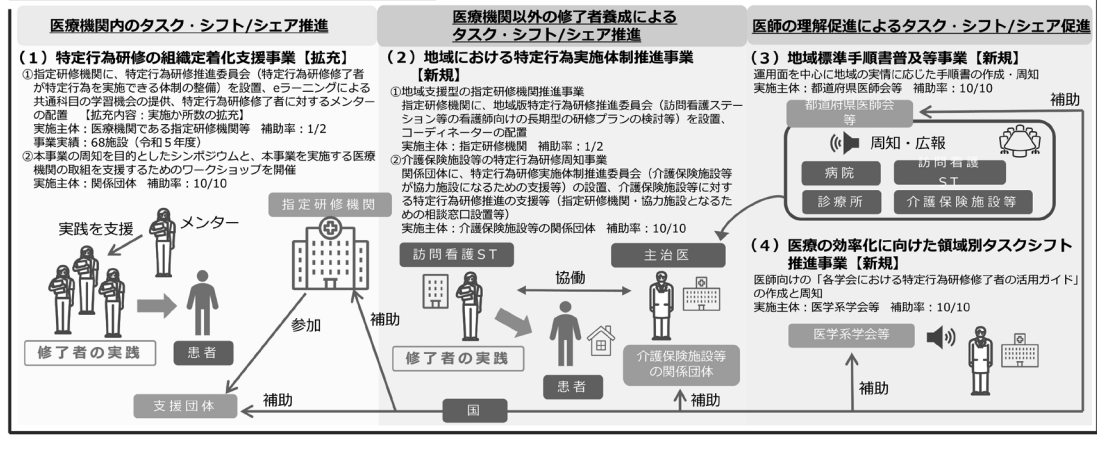
拡充 在宅領域におけるタスク・シフト/シェア促進事業

令和7年度概算要求額 3.4億円 (1.8億円) ※ ()内は前年度当初予算額

1 事業の目的

- 2040年に向けて医療ニーズに応えるマンパワーの確保や医療従事者の働き方改革に伴う対応が同時に必要になることを踏まえ、**医師等の指示を待たずに手順書により一定の診療の補助(特定行為)を行う看護師の活躍が一層求められている。**
- 特に、在宅医療需要の増大に対応するため、地域包括ケアシステムにおける特定行為研修修了者の活躍が期待されるが、特定行為研修修了者が地域で十分に活動できていない現状があることからこれを解消し、地域におけるタスク・シフト/シェアを促進する必要がある。**
- このため、①**指定研修機関において特定行為研修修了者が活躍する体制を整備**するための「特定行為研修の組織定着化支援事業」、②**地域(医療機関以外)における在宅医療や介護保険施設等で特定行為研修修了者が活躍する体制を整備**するための「地域における特定行為実施体制推進事業」、③**地域の医師が特定行為研修修了者と協働できるよう手順書を医師に普及**するための「地域標準手順書普及等事業」、④**在宅医療等の領域別の医師が特定行為研修修了者と協働できるよう活用ガイドを医師に普及**するための「医療の効率化に向けた領域別タスクシフト推進事業」を実施し医師から看護師へのタスク・シフト/シェアを促進する。

2 事業の概要・スキーム・実施主体等



訪問看護事業所所属の特定行為研修修了者 好事例

修了者の訪問看護師と共に在宅医療の体制を強化、医師の業務の質と患者満足が向上

社会医療法人 恒貴会 大和クリニック 訪問看護ステーション愛美園(茨城県桜川市)

病床数	無(無床診療所) 訪問診療患者約140名/月	医師数	常勤4名、非常勤2名
-----	---------------------------	-----	------------

連携している訪問看護事業所に特定行為研修修了者数

修了者へのタスク・シフト

- 修了者数を考慮し、日中の定期的な気管カニューレや膀胱ろう・胃ろうの交換を中心に依頼している。夜間帯等、通常の診療時間外に起きたトラブルも、修了者の力量に合わせて、直接指示での交換等で適宜対応している。
- 褥瘡又は創傷治療において血流のない壊死組織の除去をタイムリーに実践でき、創部の状態に応じて被覆材や外用薬の選定を実施している。

修了者が行う処置・内容

- 気管カニューレの交換
- 胃ろうカテーテル若しくは腸ろうカテーテルまたは胃ろうボタンの交換
- 褥瘡又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去 / 等

修了者がいる効果

- 医師不足と通院困難な患者の増加が見込まれる地域において、連携する同法人の訪問看護事業所の看護師が修了者になることで安定した医療体制を確保。
- 訪問看護師が臨床推論などを学ぶことで、適切な情報収集と相談ができる。
- 修了者の活動によって医師は患者家族(介護者)の状況確認や内服薬の調整、アドバンスケアプランニング等に必要時間を確保することができ、診療の質が向上し、医師・患者の満足向上に。

本事例のポイント

同法人の訪問看護事業所に所属する看護師の特定行為研修が円滑に進むよう、相談や助言を通して支援を行った。修了後の導入を見据えて、実習中より協力した。修了者が特定行為を実施することにより、訪問診療医は診療の様々な場面で余裕を持つようになり、患者満足に繋がっている。

特定行為研修修了者の活動を推進した医師

木村洋輔 医師 (院長)

- 特定行為研修の実習の受け入れから訪問看護師である修了者との協働まで総合的にサポートし、地域での活動を推進している。
- 修了者と実際に活動する医療機関の医師として、演習・実習の助言や手順書雛形の作成等をサポートすることで、研修生との信頼関係が深まった、と感じている。
- 修了者が特定行為を実践する患者と家族への説明を行う等、修了者の活動支援を行った。
- 修了者を段階的にフォローアップし、修了者の知識・技術の向上に繋がった。
- 研修中から関わることで、高度な学びを経て自分で考えて行動できる修了者に信頼があった。修了者を地域で育てながらチーム医療の一端を担ってもらうように自然に感じられた。

取組を進める上でのポイント

- 日頃から連携している医師の立場で研修中から関わり、修了後の活動を具体的にイメージして、準備をすすめる。
- 修了者の技術を確認し、修了者がスムーズに活動を開始できるようにバックアップする。

厚生労働省HP「訪問看護事業所所属の特定行為研修修了者 好事例」URL: <https://www.mhlw.go.jp/content/11800000/001238805.pdf>

潤生園の終末期ケア

【演者】時田 佳代子（社会福祉法人小田原福祉会 理事長）



Profile ときた・かよこ

略歴 2006年、日本福祉大学経済学部開発学科（現福祉経営学部）卒。2012年、日本社会事業大学専門職大学院福祉マネジメント研究科修了。2002年、社会福祉法人小田原福祉会入職。2011年、同理事兼評議員。2013年、同常務理事。2018年、同理事長。

資格・公職等 日本福祉大学経済学部経営開発学科 学士（経営開発）、日本社会事業大学大学院福祉マネジメント修士（専門職）。訪問介護員2級課程修了、介護福祉士、社会福祉士、介護支援専門員、認知症ケア専門士、介護福祉経営士、認知症ケア上級専門士。日本認知症ケア学会 評議員、日本認知症予防学会 会員、日本介護経営学会 会員、日本地域包括ケア学会 会員。認知症ケア事業協同組合 理事長、全国地域包括ケアシステム連絡会 理事、NPO 法人福祉フォーラムジャパン 理事、神奈川県西地区保健医療福祉推進会議 委員、かながわライフサポート事業運営委員会 委員、小田原市地域医療連携会議 副会長。

1

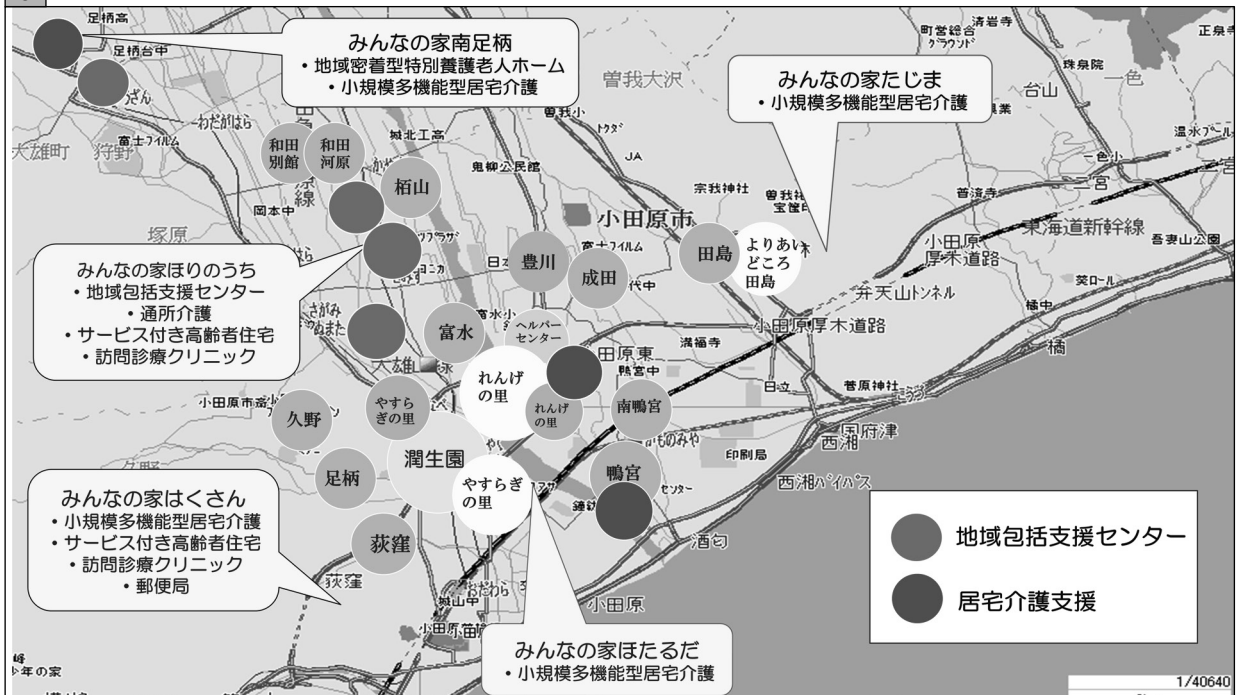


パネルディスカッション

どうなる どうする 終の棲家

2





運営理念

人は人として存在するだけで尊い
 真の福祉は、ひとのいのちの尊さを知り
 個人の人格を
 心から敬愛するところからはじまる

特養潤生園の終末期ケア①

1990年前後「介護食」を開発し、最期まで経口摂取が可能になりました。その結果、施設内での療養環境が整い入院の必要度が減少してきました。

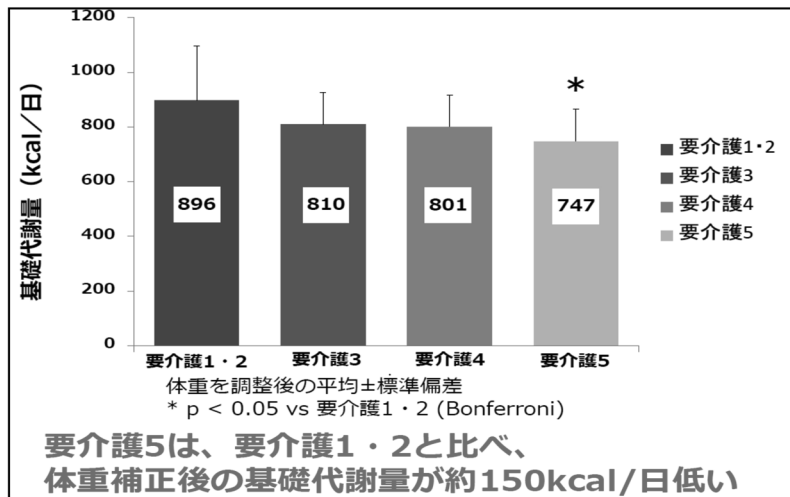
特養潤生園の終末期ケア②

介護の基本を「食介護」におき、「食はいのち」を合言葉に、人生の最期まで経口摂取に取り組みました。

一方、日本の「食事摂取基準」には、重度要介護高齢者の食事に関する基準がなく、食事介助する職員には、どの程度の量を食べて頂けば良いのか、との迷いもありました。

そこで研究者の協力を得て、「基礎代謝量測定」を目的に食事量調査を実施しました。

特養潤生園の終末期ケア③



推定必要エネルギー量
基礎代謝量

+

身体活動レベル

基礎代謝量調査の結果
必要エネルギー量は
1日1,000~
1,200 Kcal

日常の食事摂取量と同等
の結果が得られました。

7

特養潤生園の終末期ケア④

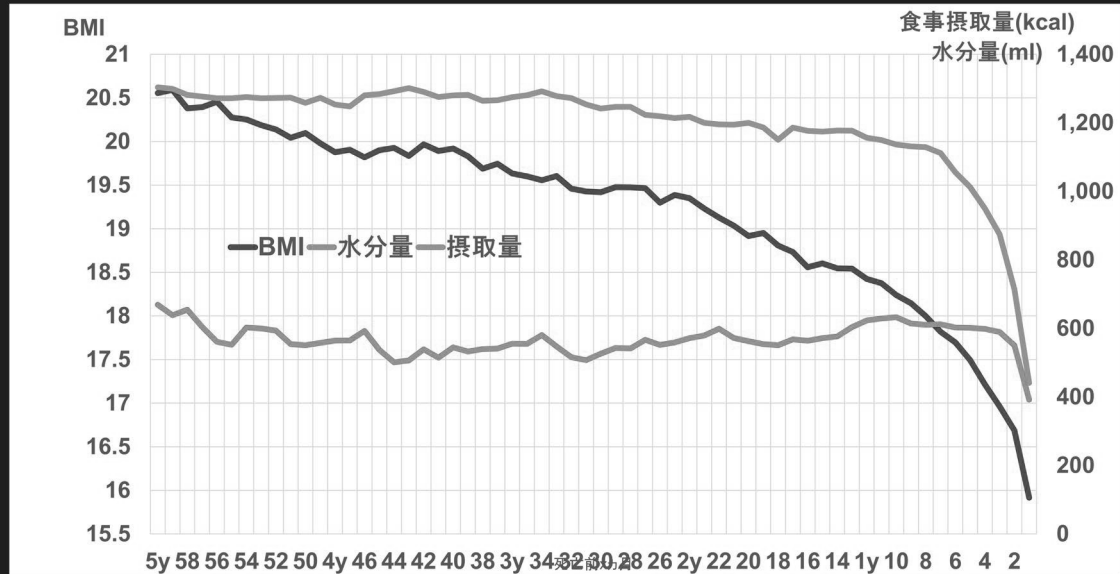
『天寿を全うし、自然に死に至る』ケアのプロセスを、どのような根拠を持って、説明責任を果たしたら良いのか？

この問いを、研究者との協働研究によって、明らかにしたいと考えました。

その結果が次のグラフです。

8

BMIの変化が看取り時期の推定を可能に



特養潤生園の終末期ケア⑤

東京有明医療大学看護学部教授 川上嘉明氏との共同研究で明らかになった老衰死の背景は、「日本緩和医療学会誌」に論文投稿され、2024年9月24日付でJ-STAGE上に公開されました。

また、昨年11月NHKの番組「ヒューマニエンス」で、川上教授が登場し、グラフを用いて自然死(老衰死)の背景を説明、特養潤生園の現場も紹介されました。

ナイチンゲールの思想がケアの基本

「ケアとは、生活にかかわるあらゆることを創造的に、健康的に整えるという援助行為を通して、小さくなった、あるいは小さくなりつつある生命（力）の幅を拡げ、または今以上の健康の増進と助長をめざして（時には死に行く過程を、限りなく自然死に近づけるようにすることも含まれる）、その人の持てる力が最大に発揮できるようにしながら、生活の自立とその質の向上を図ることである」

ナイチンゲール研究所 金井一薫氏による「ケアの定義」¹¹

ご清聴ありがとうございました

J-STAGE 論文表題

BMI, 食事・水分摂取量のトラジェクトリーから
高齢者施設で死亡する高齢者の生命予後を予測する
—特養で死亡した高齢者の縦断的後方視的研究—

https://www.jstage.jst.go.jp/article/jspm/19/3/19_24-00021/article/-char/ja

關係者略歷

関係者略歴（出演順）

鶴岡 優子（つるかめ診療所 所長）



Profile つるおか・ゆうこ

略歴 1993年、順天堂大学医学部卒。千葉県国保旭中央病院内科初期研修を終了後、1995年、自治医科大学地域医療学教室に入局。2001年、米国ケース・ウェスタンリザーブ大留学後、2004年、自治医科大学附属病院総合診療部在宅医長を経て、2007年、つるかめ診療所副所長。2015年より現職。

資格・公職等 医学博士、認定総合内科専門医。獨協医科大学臨床教授、順天堂大学非常勤講師、小山地区医師会副会長、日本在宅医療連合学会副代表理事、つるカフェ代表、往診靴研究家。映画『ピア～まちをつなぐもの』医療指導、映画『いのちの停車場』医療監修・医療指導。

主な著書等 週刊医学界新聞「在宅医療モノ語り」連載（2010～2015年）、など。

住野 耕三（在宅医療助成勇美記念財団 理事長）



Profile すみのの・こうぞう

略歴 1985年、株式会社オートバックスセブン入社。2000年、取締役総務部長 兼 人事部総務部管掌。2005年、取締役オフィサー海外事業戦略推進担当。2007年、株式会社オートバックスシステムソリューション代表取締役社長。2011年、パルスター株式会社代表取締役社長。2014年、株式会社オートバックスセブン取締役常務執行役員 商品開発担当。2016年、常勤監査役。2017年、公益財団法人在宅医療助成勇美記念財団理事長（現任）、一般財団法人住野勇財団評議員（現任）。2019年、株式会社オートバックスセブン取締役常勤監査等委員（2023年6月退任）。2021年、公益社団法人日本監査役協会理事（2023年11月退任）。2023年、株式会社 Polite 取締役常勤監査等委員（2024年8月退任）。

新田 國夫（日本在宅ケアアライアンス 理事長）



Profile につた・くにお

略歴 1967年、早稲田大学第一商学部卒。1979年、帝京大学医学部卒、帝京大学病院 第一外科・救急救命センター勤務。1992年より医療法人社団つくし会理事長。

資格・公職等 医学博士、日本外科学会外科専門医、日本消化器病学会専門医。一般社団法人日本在宅ケアアライアンス理事長、全国在宅療養支援医協会会長、日本臨床倫理学会理事長、一般財団法人みらい創造財団朝日のあたる家理事長。

二階堂 孝子（在宅医療助成勇美記念財団 常務理事）



Profile にかいどう・たかこ

略歴 1985年、茨城大学農学部卒。1986年、農林水産省入省。主に農山漁村の人づくり、地域づくりの関係分野を担当（2008年、経営局 普及・女性課 女性・高齢者活動推進室室長）。2014年、独立行政法人農林水産消費安全技術センター 監事。2023年、退官。現在、昭和女子大学非常勤講師、公益財団法人在宅医療助成勇美記念財団常務理事。

石垣 泰則（日本在宅医療連合学会 代表理事）



Profile いしがき・やすのり

略歴 1957年、静岡市生まれ。1982年、順天堂大学医学部卒後、同神経学講座 入局。1990年、城西神経内科クリニック（静岡市）を開設。2009年、東京文京区にコーラルクリニックを開設。2021年、大村病院院長に就任。2023年、コーラルクリニック院長に就任。順天堂大学大学院では神経難病の在宅医療と生活期のリハビリテーション医療を指導し、東京大学医学部をはじめ順天堂大学看護学

部と帝京平成大学薬学部の学生に在宅医療を指導する。地域のかかりつけ医、病院医師、在宅医療専門診療所医師といったさまざまな立場での在宅医療を実践してきた経歴を持つ。我が国の在宅医療を推進し、その質を高めるための活動に取り組んでいる。

資格・公職等 医学博士、日本神経学会認定専門医・指導医。日本リハビリテーション医学会専門医・指導医、日本プライマリケア学会指導医、日本内科学会認定内科医、日本在宅医療連合学会専門医・指導医、介護支援専門員、日本医師会認定産業医。日本在宅医療連合学会代表理事、日本生活期リハビリテーション医学会理事、日本リハビリテーション医学教育機構学術理事、日本早期認知症学会理事、日本老年医学会代議員、日本在宅ケアアライアンス副理事長、全国在宅療養支援医協会副会長、静岡難病ケア市民ネットワーク理事長、全国薬剤師・在宅療養支援連絡会顧問、順天堂大学医学部非常勤講師など。

辻 哲夫（医療経済研究・社会保険福祉協会 理事長）



Profile つじ・てつお

略歴 1971年、厚生省（当時）入省。老人福祉課長、国民健康保険課長、大臣官房審議官（医療保険、健康政策担当）、保険局長、厚生労働事務次官などを経て、2009年、東京大学高齢社会総合研究機構教授に就任。特任教授を経て、現在は同機構客員研究員ほか医療経済研究・社会保険福祉協会理事長、健康生きがい開発財団理事長など。専門分野は、社会保障政策／高齢者ケア政策。

主な著書等 『日本の医療制度改革がめざすもの』（時事通信社）、『地域包括ケアのすすめ 在宅医療推進のための多職種連携の試み』（東京大学高齢社会総合研究機構編、東京大学出版会）、『地域包括ケアのまちづくり』（東京大学高齢社会総合研究機構編、東京大学出版会）、『在宅医療 治し支える医療の概念と実践』（監修・執筆、中央法規）、など。

大島 伸一（国立長寿医療研究センター 名誉総長）



Profile おおしま・しんいち

略歴 1945年生まれ。1970年、名古屋大学医学部卒業。社会保険中京病院泌尿器科、副院長を経て、1997年、名古屋大学医学部泌尿器科学講座教授。2002年、名古屋大学医学部附属病院病院長。2004年、国立長寿医療センター総長。2010年、独立行政法人国立長寿医療研究センター理事長・総長。2014年より名誉総長。名古屋大学名誉教授。

資格・公職等 社会保障制度改革国民会議委員（2012～'13年）、医道審議会会長（2013～'19年）、日本福祉大学常任理事（2017年～）、公益財団法人在宅医療助成勇美記念財団理事（2017年～）、公益財団法人長寿科学振興財団理事長（2020年～）、公益社団法人日本介護福祉士会認定介護福祉士認証・認定機構機構長（2022年～）など。

主な著書等 『超高齢社会の医療のかたち、国のかたち』（グリーン・プレス）、『老後を生き抜く方法』（宝島社）、『長寿の国を診る』（風媒社）、『「治し支える医療」へ向けて、医学と社会の大転換を』（編著、ライフ・サイエンス）、『在宅医療 治し支える医療の概念と実践』（監修・執筆、中央法規）、など。

