

# ワークショップ

総論1 地域医療構想における在宅医療

---

総論2 地域における在宅医療・介護の推進のために  
～コロナを経験して～

---

## 目 標

今後の人口減少・高齢化に伴う医療ニーズの質・量の変化や労働力人口の減少を見据え、質の高い医療を効率的に提供できる体制を構築することを目的に、医療機関の機能分化・連携を進めていく必要がある。こうした観点から、各地域における2025年の医療需要と病床の必要量を医療機能ごとに推計し、目指すべき医療提供体制を実現するための施策である地域医療構想を進めていくことが重要となる。本講義では、地域医療構想の概念や考え方、地域医療構想における在宅医療の位置付けについて整理した上で、在宅医療が担う機能や果たすべき役割について理解できることを目標とする。

## キーワード

在宅医療、総合確保方針、医療計画、地域医療構想

## 内 容

1. 将来人口推計からみた医療の課題
2. 地域医療構想における在宅医療の位置づけ
3. 在宅医療の提供状況

令和3年度 厚生労働省委託事業  
在宅医療関連講師人材養成事業 研修会  
～高齢者を対象とした在宅医療分野～

ワークショップ  
【総論1】

# 地域医療構想における在宅医療

厚生労働省医政局 地域医療計画課

中西 浩之

1

ワークショップ

総論  
1

## テーマ

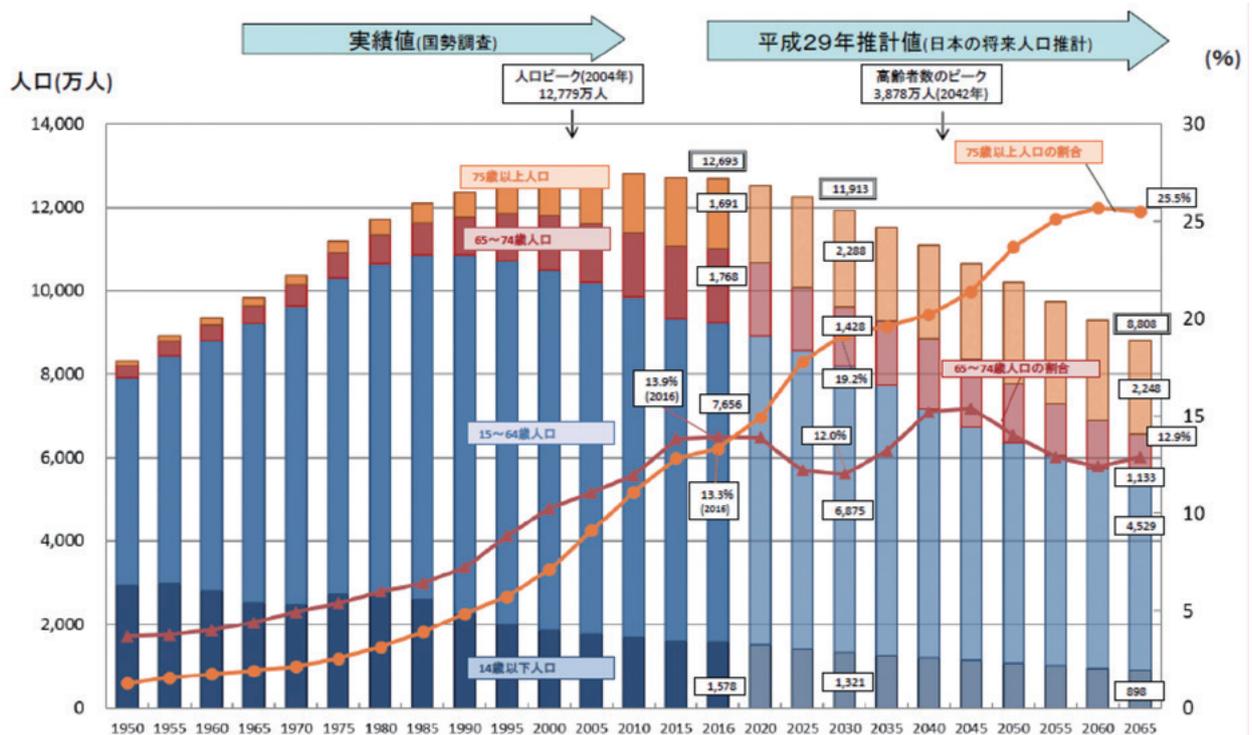
- 1 将来人口推計からみた医療の課題
- 2 地域医療構想における在宅医療の位置づけ
- 3 在宅医療の提供状況

# 1

## 将来人口推計からみた医療の課題

3

### 日本における人口の推移

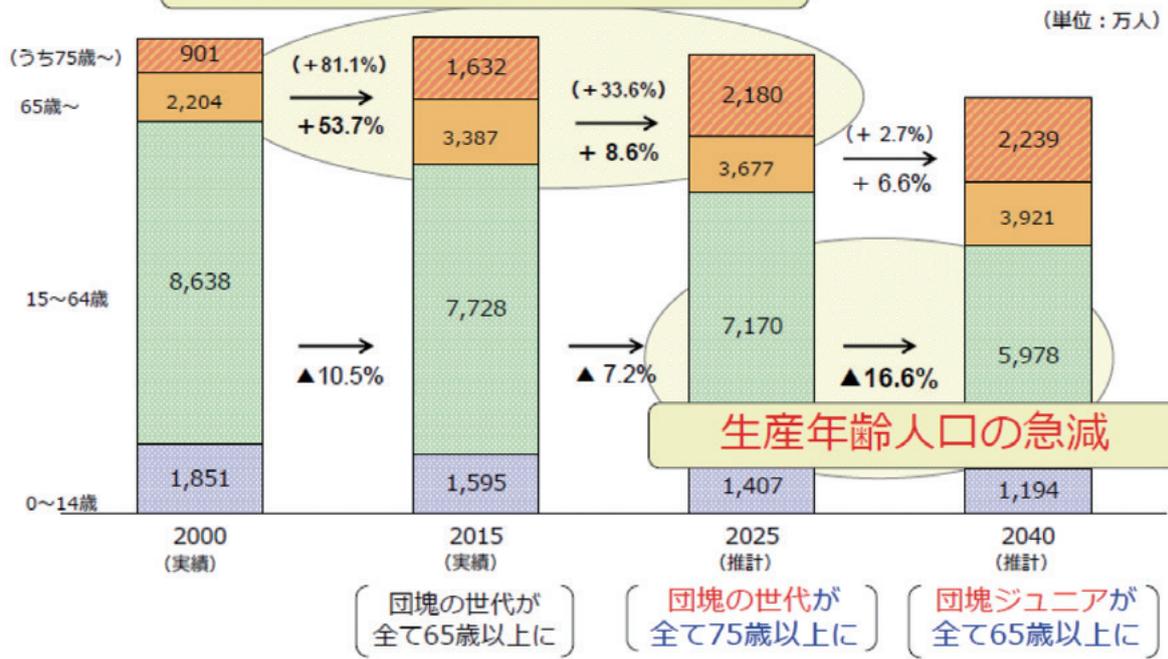


資料：2016年までは総務省統計局「国勢調査」および「人口推計」、2020年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成29年4月推計）中位推計」

4

## 2040年までの人口構造の変化

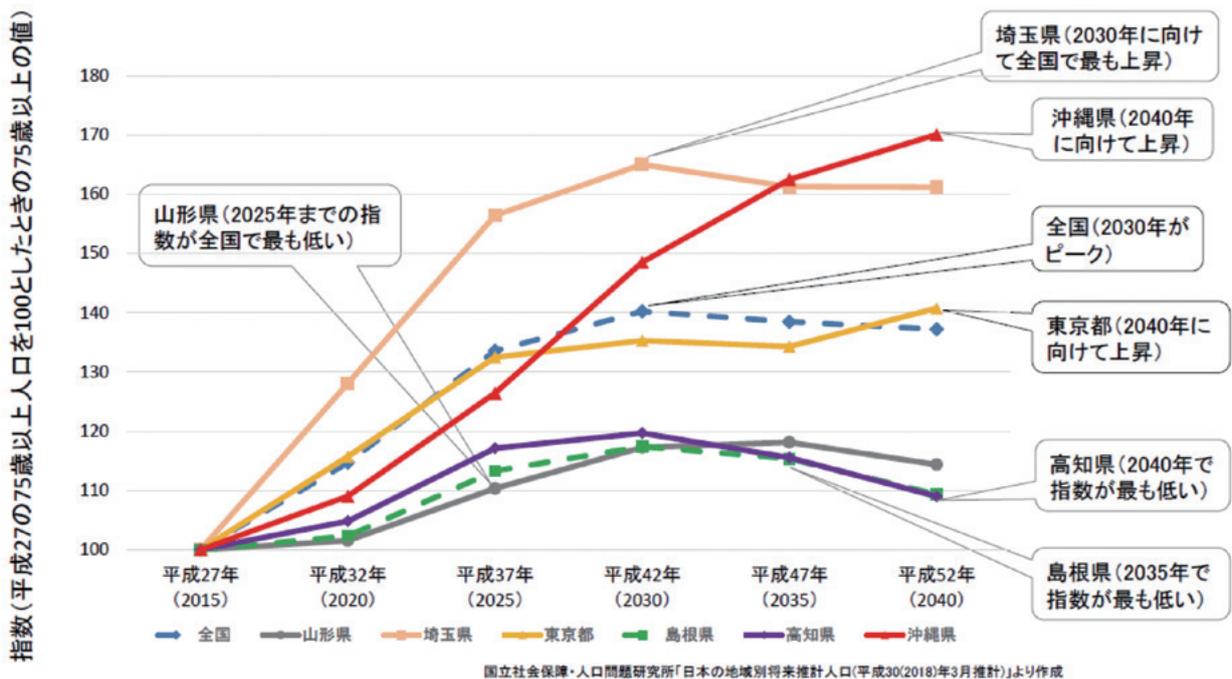
### 高齢者（後期高齢者）の急増



(出典)総務省「国勢調査」「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口 平成29年推計」

5

## 各都道府県における2040年までの人75歳以上人口指数の推計



- 2025年は、団塊世代が75歳を迎える
- 2040年頃には高齢者数がピークに
- 2060年頃には後期高齢者人口の割合がピークに
  - 医療・介護需要の増大
- 高齢化の推移には地域差あり
  - 地域ごとに、将来需要をふまえた医療資源の効率的かつ効果的な配置が必要。
- 患者の状態に応じて適切な場所で良質の医療サービスを受けられる体制を作ることが重要。

# 2

## 地域医療構想における在宅医療の位置づけ

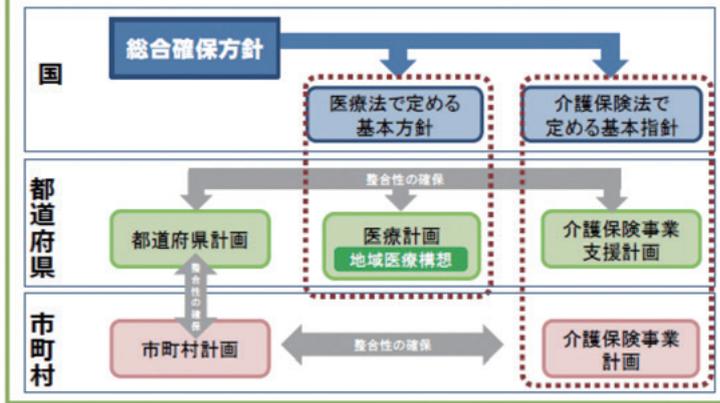
## 地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針

地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律(平成元年法律第64号)第3条に基づき、平成26年9月12日、**地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針(総合確保方針)**を策定。

### 地域における医療及び介護の総合的な確保の意義・基本的方向

- 意義: 「団塊の世代」が全て75歳以上となる2025年に向け、**利用者の視点に立って切れ目のない医療及び介護の提供体制を構築**。自立と尊厳を支えるケアを実現。
- 基本的方向: ①**効率的で質の高い医療提供体制の構築と地域包括ケアシステムの構築**  
 ②**地域の創意工夫を生かせる仕組み** / ③**質の高い医療・介護人材の確保と多職種連携の推進**  
 ④**限りある資源の効率的かつ効果的な活用** / ⑤**情報通信技術 (ICT) の活用**

### 医療法の基本方針と介護保険法の基本指針の基本事項 医療と介護に関する各計画の整合性の確保



### 地域医療介護総合確保基金の基本事項

#### 【基金の活用当たりの基本方針】

- 都道府県は、関係者の意見が反映される仕組みの整備
- 事業主体間の公平性など、公正性・透明性の確保
- 診療報酬・介護報酬等との役割分担の考慮 等

#### 【基金事業の範囲】

- ① 地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業
- ② 居宅等における医療の提供に関する事業
- ③ 介護施設等の整備(地域密着型サービス等)に関する事業
- ④ 医療従事者の確保に関する事業
- ⑤ 介護従事者の確保に関する事業

9

## 医療計画 (第7次) について

令和3年6月18日  
第8次医療計画等に関する検討会資料  
(一部改)

- 都道府県が、国の定める基本方針に即し、地域の実情に応じて、当該都道府県における医療提供体制の確保を図るために策定するもの。
- 医療資源の地域的偏在の是正と医療施設の連携を推進するため、昭和60年の医療法改正により導入され、都道府県の二次医療圏ごとの病床数の設定、病院の整備目標、医療従事者の確保等を記載。平成18年の医療法改正により、疾病・事業ごとの医療連携体制について記載されることとなり、平成26年の医療法改正により「地域医療構想」が記載されることとなった。その後、平成30年の医療法改正により、「医師確保計画」及び「外来医療計画」が位置付けられることとなった。

### 計画期間

- 6年間 (現行の第7次医療計画の期間は2018年度～2023年度。中間年で必要な見直しを実施。)

### 記載事項(主なもの)

#### ○ 医療圏の設定、基準病床数の算定

- ・ 病院の病床及び診療所の病床の整備を図るべき地域的単位として区分。

#### 二次医療圏

335医療圏 (令和2年4月現在)

##### 【医療圏設定の考え方】

一般の入院に係る医療を提供することが相当である単位として設定。その際、以下の社会的条件を考慮。

- ・ 地理的条件等の自然的条件
- ・ 日常生活の需要の充足状況
- ・ 交通事情 等

#### 三次医療圏

52医療圏 (令和2年4月現在)

※ 都道府県ごとに1つ(北海道のみ6医療圏)

##### 【医療圏設定の考え方】

特別な医療を提供する単位として設定。ただし、都道府県の区域が著しく広いことその他特別な事情があるときは、当該都道府県の区域内に二以上の区域を設定し、また、都道府県の境界周辺の地域における医療の供給の実情に応じ、二以上の都道府県にわたる区域を設定することができる。

- ・ 国の指針において、一定の人口規模及び一定の患者流入/流出割合に基づく、二次医療圏の設定の考え方を明示し、見直しを促進。

#### ○ 地域医療構想

- ・ 2025年の、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4機能ごとの医療需要と将来の病床数の必要量、在宅医療等の医療需要を推計。

#### ○ 5疾病・5事業(※)及び在宅医療に関する事項

※ 5疾病…5つの疾病(がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病、精神疾患)。

5事業(※)…5つの事業(救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療(小児救急医療を含む。))。

(※)令和6年度からは、「新興感染症等の感染拡大時における医療」を追加し、6事業。

- ・ 疾病又は事業ごとの医療資源・医療連携等に関する現状を把握し、課題の抽出、数値目標の設定、医療連携体制の構築のための具体的な施策等の策定を行い、その進捗状況等を評価し、見直しを行う(PDCAサイクルの推進)。

#### ○ 医師の確保に関する事項

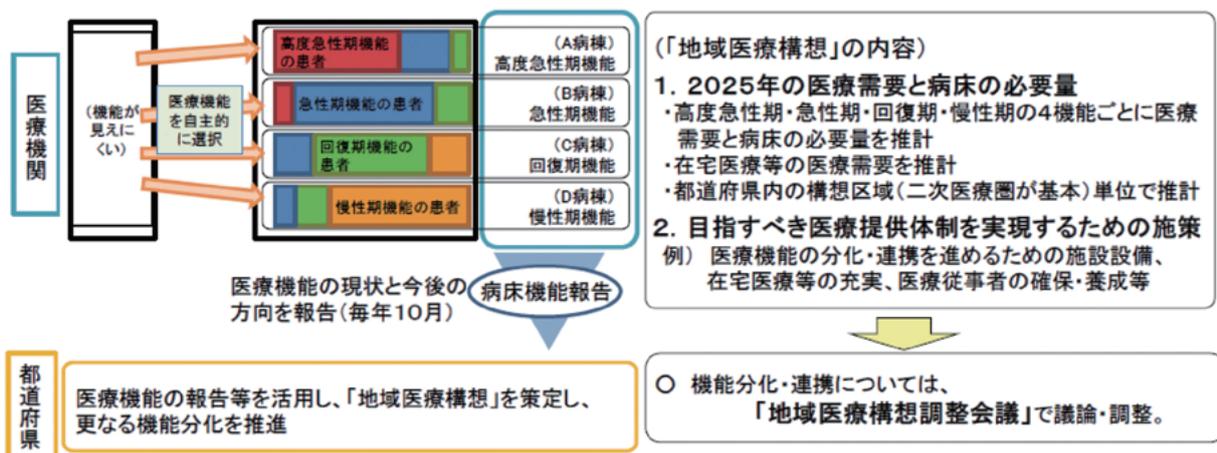
- ・ 三次・二次医療圏ごとに医師確保の方針、目標医師数、具体的な施策等を定めた「医師確保計画」の策定(3年ごとに計画を見直し)
- ・ 産科、小児科については、政策医療の観点からも必要性が高く、診療科と診療行為の対応も明らかにしやすいことから、個別に策定

#### ○ 外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項

- ・ 外来医療機能に関する情報の可視化、協議の場の設置、医療機器の共同利用等を定めた「外来医療計画」の策定

## 地域医療構想について

- 今後の人口減少・高齢化に伴う医療ニーズの質・量の変化や労働力人口の減少を見据え、質の高い医療を効率的に提供できる体制を構築するためには、医療機関の機能分化・連携を進めていく必要。
- こうした観点から、各地域における2025年の医療需要と病床の必要量について、医療機能(高度急性期・急性期・回復期・慢性期)ごとに推計し、「地域医療構想」として策定。  
 その上で、各医療機関の足下の状況と今後の方向性を「病床機能報告」により「見える化」しつつ、各構想区域に設置された「地域医療構想調整会議」において、病床の機能分化・連携に向けた協議を実施。



11

## なぜ、地域医療構想が必要か？

### 【地域医療構想の目的】

- 地域の実情に応じた、病床の機能分化・連携を進めることにより、効率的な医療提供体制を構築する

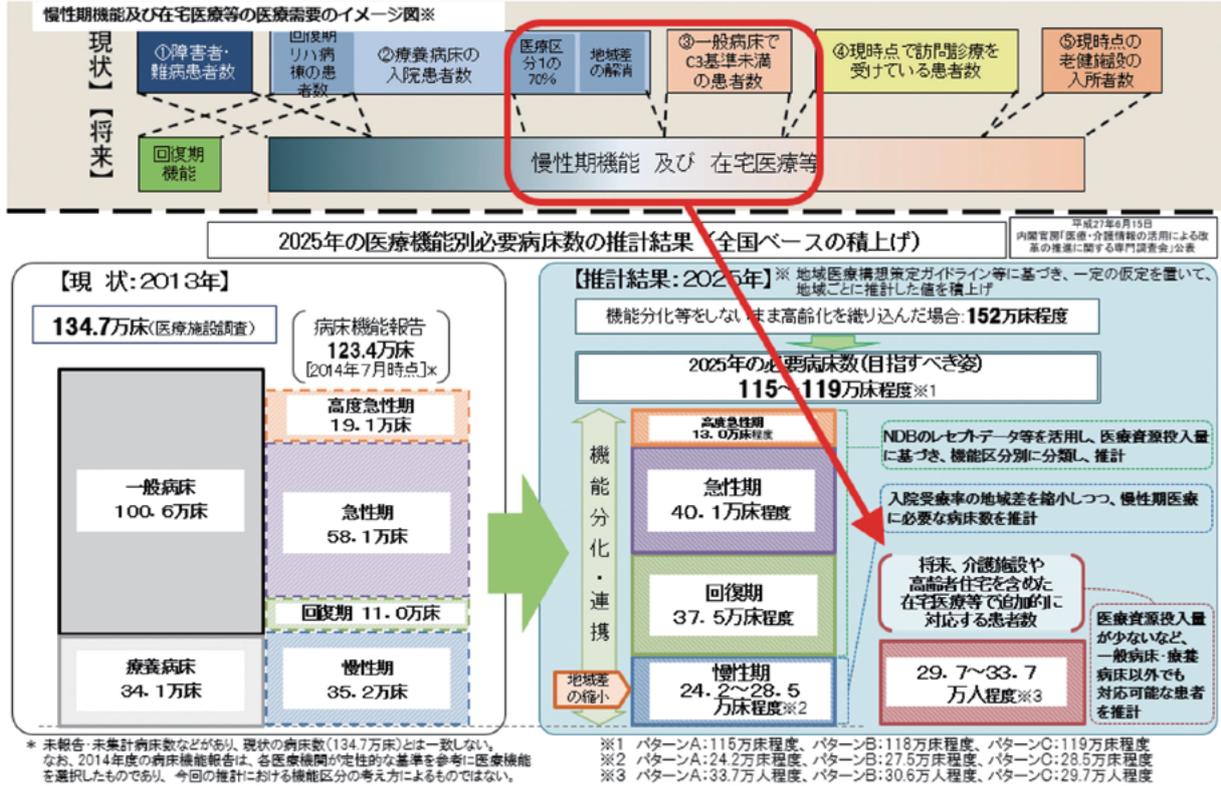


### 【現状の病床利用では解消しきれない問題に対して】

- ① 入院患者の増加
  - ・ 急激な増床等は非現実的
  - ⇒ 地域ごとの病床機能の効率化・最適化で対応
- ② 高齢化に伴う疾病構造・受療行動の変化
  - ・ 急性期医療から回復期医療への需要のシフト
  - ・ 「入院⇒外来」から「入院⇄施設・自宅」へ
  - ⇒ 地域ごとに必要な医療機能への分化を促し、施設間の連携の強化で対応

12

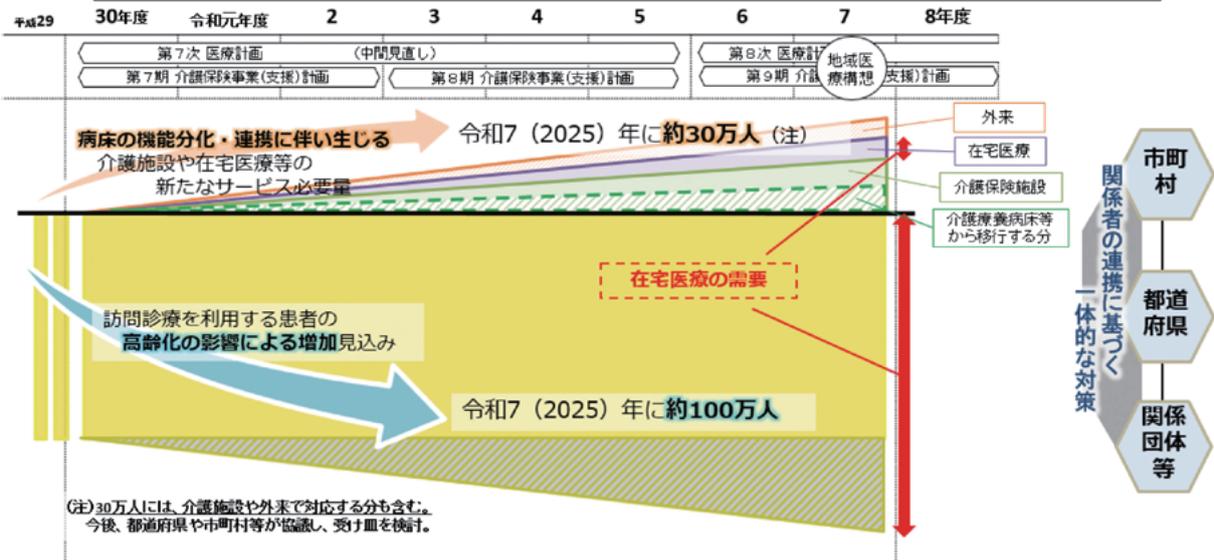
## いわゆる在宅医療等で追加的に対応する患者数について



13

## 2025年に向けた在宅医療の体制構築について

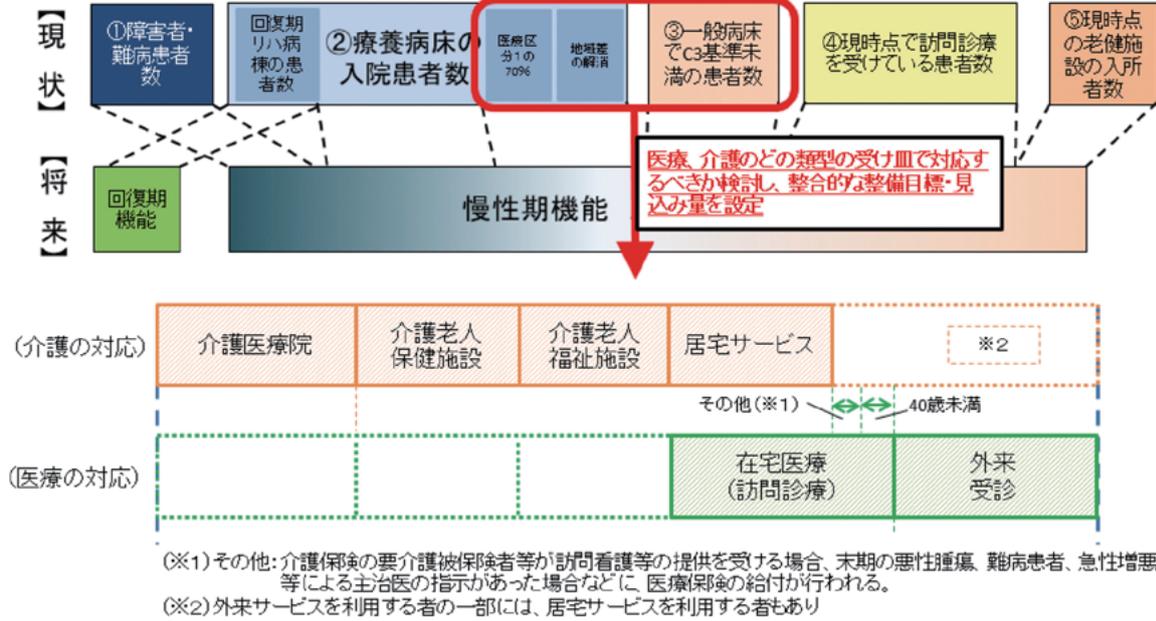
- 2025年に向け、在宅医療の需要は、「高齢化の進展」や「地域医療構想による病床の機能分化・連携」により大きく増加する見込み。
- こうした需要の増大に確実に対応していくための提供体制を、都道府県・市町村、関係団体が一体となって構築することが重要。



# 介護施設・在宅医療等の新たなサービス必要量の考え方について

第10回医療計画の見直し等に関する検討会  
(H29.3.8) 資料(一部改変)

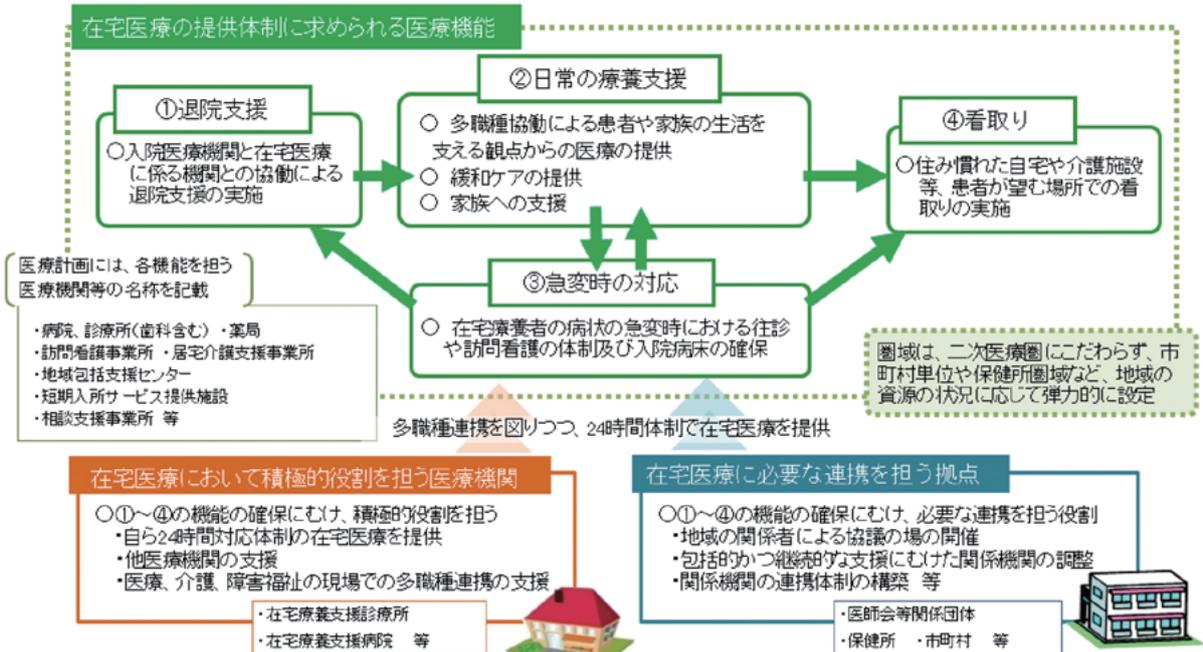
都道府県及び市町村は、在宅医療等の新たなサービス必要量について、協議の場を活用し医療、介護各々の主体的な取組により受け皿整備の責任を明確にした上で、次期医療計画及び介護保険事業計画における整合的な整備目標・見込み量を設定する。



## 在宅医療の体制について

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

～「在宅医療の体制構築に係る指針」による在宅医療提供体制のイメージ～



## 在宅医療の体制（第7次医療計画の見直しのポイント）

### 【概要】

- 地域医療構想や介護保険事業計画と整合性のとれた、実効的な整備目標を設定し、在宅医療の提供体制を着実に整備する。
- 多様な職種・事業者を想定した取組み、市町村が担う地域支援事業と連携した取組みなど、より効果的な施策を実施する。

### 実効的な整備目標の設定

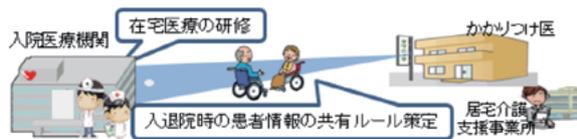
- 医療サービスと介護サービスが、地域の実情に応じて補完的に提供されるよう、**都道府県や市町村の医療・介護担当者等の関係者による協議の場を設置し**、介護保険事業計画等における整備目標と整合的な目標を検討。



- 地域医療構想において推計した**将来必要となる訪問診療の需要に対応する、具体的な診療所・病院の数値目標を記載することを原則化**。

### 多様な職種・事業者を想定した取組

- 在宅医療の提供者側に対する施策に偏重しないよう、多様な職種・事業者が参加することを想定した施策を実施。  
(例)・地域住民に対する普及啓発  
・入院医療機関に対し在宅医療で対応可能な患者像や療養環境についての研修  
・入院医療機関と、かかりつけの医療機関や居宅介護支援事業所等との入院時における情報共有のための連携ルール等の策定 等



### 地域支援事業と連携した取組

- 医師会等と連携し、また保健所を活用しながら、地域支援事業の在宅医療・介護連携推進事業を担う市町村を支援。  
特に、以下のような医療に係る専門的・技術的な対応が必要な取組は、重点的に対応。  
(ウ)切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築  
(オ)在宅医療・介護連携に関する相談支援  
(ク)在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

17

## 在宅医療の充実に向けた取組の進め方について

平成31年1月29日厚生労働省医政局地域医療計画課長・老健局介護保険計画課長・老人保健課長通知

### (1) 第7次医療計画の改善について

都道府県は、医療計画において在宅医療の目指す方向性を明らかにした上で、原則として設定することとしている「訪問診療を実施する診療所・病院数に関する数値目標」を設定していない都道府県においては、第7次医療計画の中間見直しに当たって、当該目標を設定すること。また、追加的需要における在宅医療の整備目標及び介護のサービス量の見込みについて設定できていない都道府県においては、第7次医療計画の中間見直しに当たって、整備目標とサービス量の見込みについて按分の上、第7次医療計画と第8期介護保険事業（支援）計画に反映すること。

### (2) 都道府県全体の体制整備

都道府県は、在宅医療の充実に向けた取組を関係部署や関係団体等と一体となって推進することができるよう、以下の体制整備を行うこと。

#### ①医療政策担当部局と介護保険担当部局の連携の推進

- ・都道府県の医療政策担当部局と介護保険担当部局との間において役割分担を行った上で、医療・介護の連携に関わる取組を一層促進すること。

#### ②年間スケジュールの策定

- ・医師会等の関係団体や、各医療機関の課題を集約し、関係者間で課題を共有し、計画的に在宅医療の推進に向けた取組が行われるよう、関係者間で共通の年間スケジュールを策定し、課題の解決に向けたロードマップ等を作成すること。

#### ③在宅医療の充実に向けた市町村支援

- ・各市町村の抱える課題について、都道府県と市町村が解決に向けて議論を行うことや、保健所等を活用した在宅医療の充実に係るロードマップの策定支援等について、地域ケア会議などの具体的事例について検討する場等において意見を聴取することなどを通じて、都道府県が地域ごとに必要な支援を把握し、支援に取り組むこと。

18 329

## 在宅医療の充実に向けた取組の進め方について

平成31年1月29日厚生労働省医政局地域医療計画課長・老健局介護保険計画課長・老人保健課長通知

### (3) 在宅医療の取組状況の見える化（データ分析）

都道府県単位・二次医療圏単位のデータのみでは、医療関係者の当事者意識を喚起できないことや個別の地域の議論につながらないこと等の理由から、在宅医療の提供体制については、市町村単位等でデータを用いて把握すること。そのため、都道府県は、関係者の在宅医療の提供体制整備に係る取組状況を評価できるよう、以下の情報収集及び情報共有に取り組むこと。

①KDBシステムのデータ等を活用して情報収集を行い、在宅医療の詳細な分析に取り組んでいる他の都道府県の事例を参考にすること。

（留意事項）

KDBシステムのデータの取扱いに当たっては、国保・後期高齢者以外の被保険者（被用者保険や医療扶助など）については把握できないことや、訪問看護ステーションの医療保険レセプトは電子化されていないことに注意が必要である。

②将来人口を見据え、既存統計等では把握できない医療機関ごとの訪問診療の実施可能件数や訪問診療への参入意向等について実態調査等を行い、その結果に基づいて有効な施策を講じること。また、調査の結果については、市町村や関係団体と共有し、有効に活用すること。

### (4) 在宅医療への円滑な移行

病院等と在宅との間で、療養の場が円滑に移行できるよう、病院が後方支援を行うことを含めて、病院、診療所の医療関係者や、介護支援専門員等が協議を行い、在宅医療圏ごとに必要な入退院ルールを策定することが重要であり、都道府県はその支援を行うこと。

19

## 在宅医療の充実に向けた取組の進め方について

平成31年1月29日厚生労働省医政局地域医療計画課長・老健局介護保険計画課長・老人保健課長通知

### (5) 在宅医療に関する人材の確保・育成

都道府県は、在宅医療の提供体制の充実に向けて、以下の人材確保・育成に関する支援を行うこと。

①医療従事者への普及・啓発事業やスキルアップ研修の支援

・医療従事者への在宅医療に関する普及・啓発や地域の在宅医療を担う医療従事者の育成について、同一職種間の病診連携等を含めて、医療従事者が抱えている課題を把握し、国の実施している在宅医療関連講師人材養成事業の修了者を講師とする研修等を行うこと。

②多職種連携に関する会議や研修の支援

・医師、歯科医師、薬剤師、看護師、介護支援専門員等が具体的な事例検討等を通じて、それぞれの職種が持つ課題等について共有し、課題等の解決に必要な研修等を行う市町村等を支援すること。

### (6) 住民への普及・啓発

都道府県は、住民の在宅医療に関する理解を深めるために、以下の取組を進めること。

①人生の最終段階における医療・ケアについての意思決定支援に関する普及・啓発

・人生の最終段階において本人が希望する医療・ケアを受けられるよう、医療・ケア従事者に対して「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等への理解が深まるよう努めることに加えて、住民に対して、市民公開講座等を用いて、人生会議（ACP:アドバンス・ケア・プランニング）等について普及・啓発を行うこと。

②在宅医療や介護に関する普及・啓発

・市町村の取組内容を確認し、双方の取組の調整を行った上で、在宅医療や介護に関する講演会やパンフレット等の作成・配布を実施するなど効率的で効果的な普及・啓発を実施すること。

20

# 3

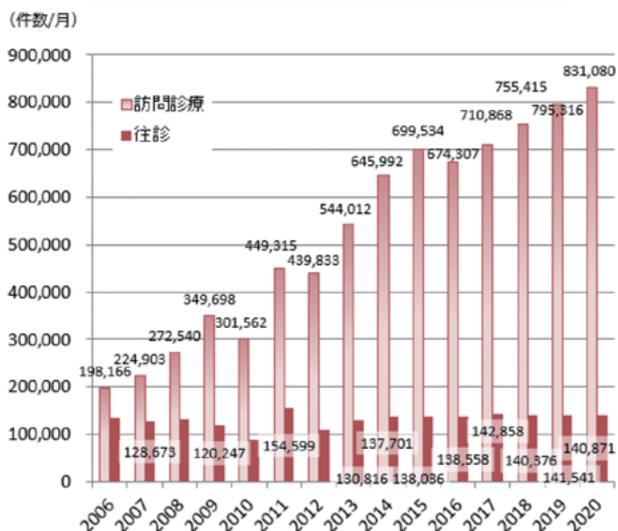
## 在宅医療の提供状況

### 在宅患者訪問診療料等の件数の推移

- 訪問診療料の件数は大幅に増加。往診料の件数は横ばい。
- 訪問診療を受ける患者の大半は75歳以上の高齢者であるが、小児や成人についても一定程度存在し、その数は増加傾向。

訪問診療：患者宅に計画的、定期的な訪問し、診療を行うもの  
 往診：患者の要請に応じ、都度、患者宅を訪問し、診療を行うもの

在宅患者訪問診療料、往診料の件数推移



出典：社会医療診療行為別統計（厚生労働省）

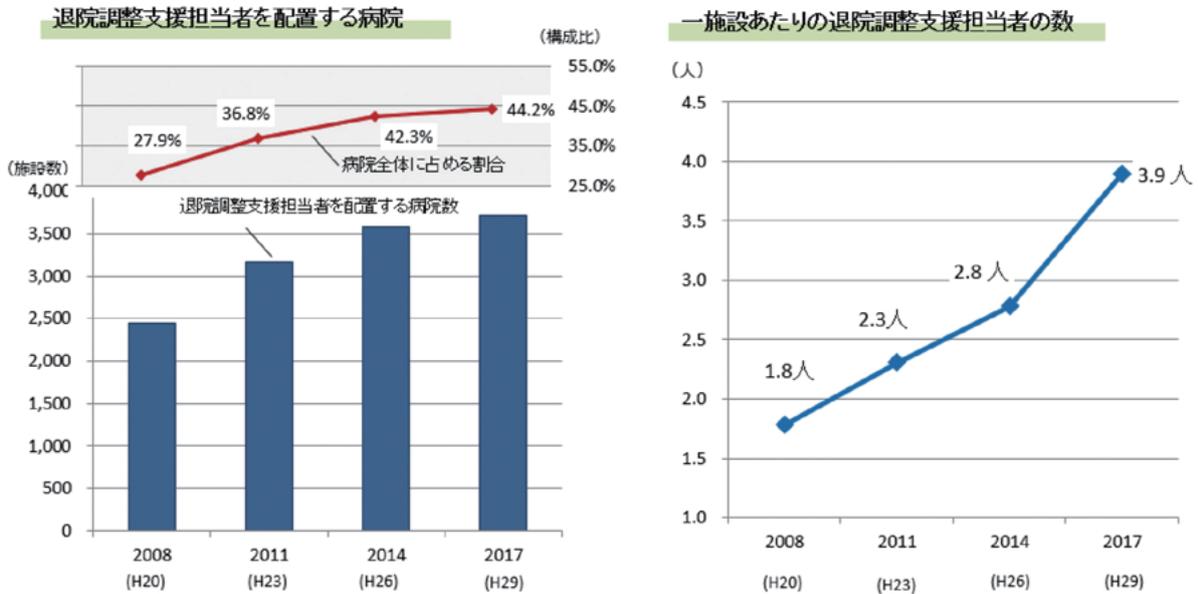
在宅患者訪問診療の年齢階級別の構成比

	(件数/月、%)			
	2009 (H21)	2012 (H24)	2015 (H27)	2018 (H30)
計	349,698	439,833	699,534	755,415
0-4歳	0 (0.00%)	50 (0.01%)	598 (0.09%)	883 (0.12%)
5-19歳	0 (0.00%)	174 (0.04%)	1,165 (0.17%)	1,841 (0.24%)
20-39歳	3,421 (0.98%)	3,077 (0.70%)	3,909 (0.56%)	4,954 (0.66%)
40-64歳	16,352 (4.68%)	19,711 (4.48%)	19,542 (2.94%)	21,921 (2.90%)
65-74歳	36,424 (10.42%)	36,019 (8.19%)	49,719 (7.11%)	51,353 (6.80%)
75-84歳	121,358 (34.70%)	134,861 (30.66%)	200,606 (28.68%)	192,621 (25.50%)
85歳以上	172,143 (49.23%)	245,941 (55.92%)	423,995 (60.61%)	481,842 (63.79%)

## 在宅医療の提供体制 ～①退院支援～

- 退院調整支援担当者を配置する病院の数は増加傾向であり、全病院の約40%が配置済み。
- 一病院あたりの担当者の数も増加。

### 退院支援担当者を配置する病院の推移



出典：医療施設調査（厚生労働省）

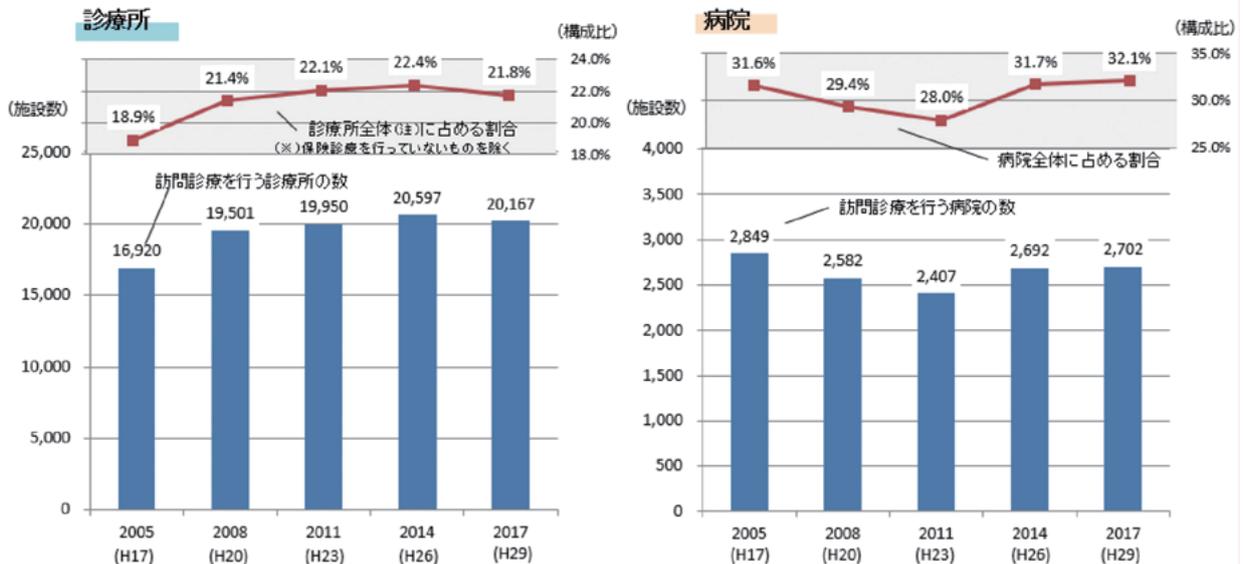
23

## 在宅医療の提供体制 ～②日常の療養支援～

- 訪問診療に対応する医療機関の数は近年横ばいで、診療所では全体の約20%、病院では全体の約30%。

### 訪問診療を行う医療機関数の推移

訪問診療：患者宅に計画的、定期的に訪問し、診療を行うもの  
 往診：患者の要請に応じ、都度、患者宅を訪問し、診療を行うもの



出典：医療施設調査（厚生労働省）

24

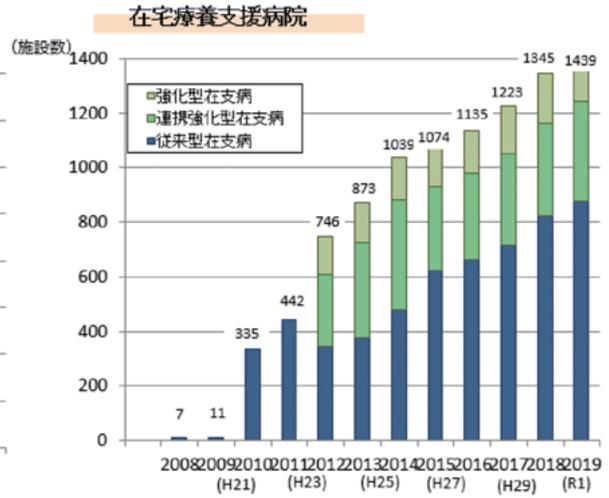
## 在宅医療の提供体制 ～③急変時の対応～

○ 在宅療養支援診療所は、増加傾向であったが、近年は概ね横ばい。在宅療養支援病院は、増加傾向。

### 24時間対応体制で在宅医療を提供する医療機関数の推移

緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保している在宅医療を行う医療機関について、平成18年度より診療報酬上の評価を創設。  
(平成18年度に在宅療養支援診療所の評価、平成20年度に在宅療養支援病院の評価を創設)

【主要要件】 ・24時間患者からの連絡を受けられる体制の確保 ・24時間の往診が可能な体制の確保 ・24時間の訪問看護が可能な体制の確保  
・緊急時に在宅療養患者が入院できる病床の確保 等



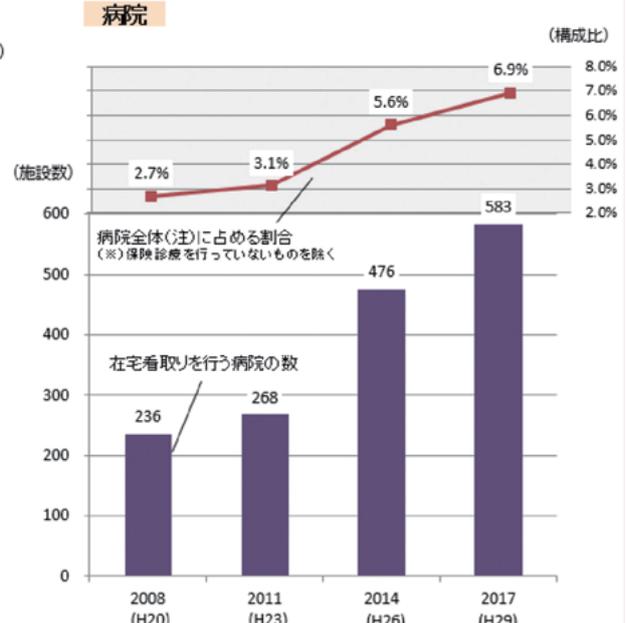
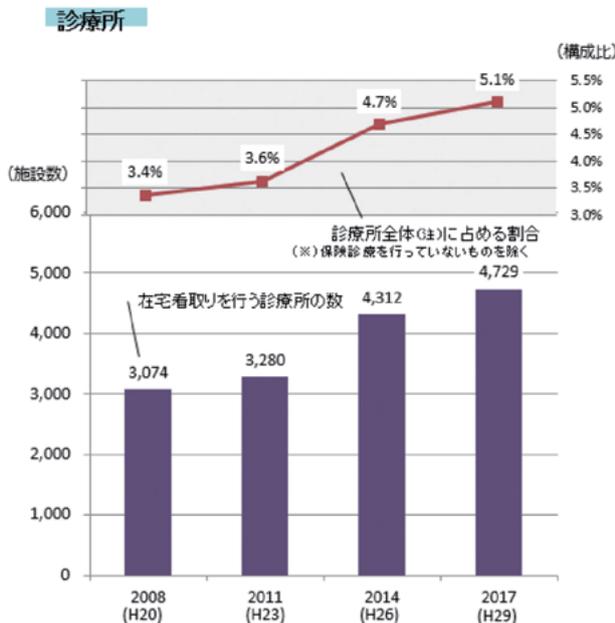
出典：保険局医療課調べ（各年7月1日時点）

25

## 在宅医療の提供体制 ～④看取り～

○ 在宅での看取りを行っている医療機関の数は年々増加しているが、病院、診療所ともに全体の約5%に留まっている。

### 在宅での看取りを行う医療機関数の推移



出典：医療施設調査（厚生労働省）

26 333

## 在宅医療関連講師人材育成事業

令和3年度予算額 23,421千円  
(令和2年度予算額 23,450千円)

**【趣旨】**

在宅医療に関する専門知識や経験を豊富に備え、地域で人材育成事業を支えることのできる高度人材を養成する。

**【事業概要】**

医師を対象とした「①高齢者向け在宅医療」、「②小児等向け在宅医療」、看護師を対象とした「③訪問看護」の3分野ごとに、**研修プログラムの開発を行うとともに、相應の経験を積んだ医療従事者、団体役員等に対し、中央研修を実施する。**

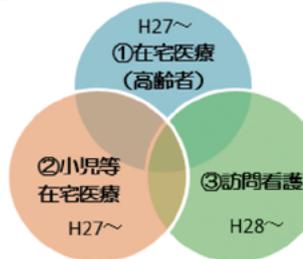
(②・③分野では、行政職員が医師又は看護師と共に研修に参加し、地域の実情に応じた研修プログラム作成に取り組む演習も実施。①分野では、令和3年度から行政職員も参加。)

令和元年度より、都道府県・市町村の、研修を受けた人材の活用状況について調査の上、事例集を作成し、優良事例の横展開を行っている。

国（関係団体、研究機関、学会等）

**◆研修プログラムの開発**

- 職能団体、研究機関、学会等が連携し、人材育成研修プログラムを作成。
- プログラムは、在宅医療の主要な3分野に特化して構築。それぞれのプログラムの相互連携も盛り込む。



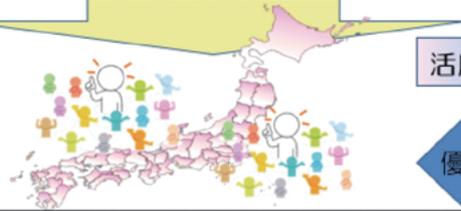
**◆中央研修の実施**

- 開発したプログラムを活用し、中央研修を実施。
- 受講者が、地域で自治体と連携しながら人材育成事業を運営するなど、中心的な存在として活躍することを期待。

※令和2年度の全国研修の状況

- ①高齢者向け在宅医療  
参加者：195名（医師）
- ②小児等向け在宅医療  
参加者：298名  
（医師187名・行政111名）
- ③訪問看護  
参加者：213名  
（看護師159名・行政54名）

研修修了者が各自治体において実施した人材育成事業を調査し、地域での先進的な優良事例について全国的な横展開を実施する。



活用事例の調査

優良事例の展開



## 目 標

医療の目的は、今大きく変化しつつある。今後の医療の在り方は、平成25年（2013年）の社会保障制度改革国民会報告書に「治す医療」から「治し・支える医療」へと明記されたが、多死社会・人口減少社会に突入した我が国において、多くの人が病気を抱えながら暮らしていくという大きな社会の変化が背景にある。この大きな変革の波で医療も変革を迫られている。さらに、そこに新型コロナウイルス感染症という新型感染症が発生し、社会も医療提供体制も大きな挑戦を受けた。医療現場は日々新たな課題と向き合い、感染者の度重なる急増に追われたが、それは全員入院という病院完結型から在宅療養・宿泊療養の活用、在宅療養者の健康観察の実施、さらに第5波では在宅療養者の状態に応じた緊急往診による治療開始まで進んだ。

このような在宅医療をめぐる大きな流れを紹介した上で、様々な課題に対応するためにはやはり地域包括ケアの体制が地域において必要であることを理解していただく。

## キーワード

医療の目的、支える医療、地域完結型医療、新型コロナウイルス感染症、医師会の役割、行政と医師会の連携

## 内 容

1. 医療とは何か（医療の目的とは何か）
  - ・「治す医療」から「治し・支える医療」へ
  - ・「地域包括ケアシステム」というネットワークの構築
  - ・「病院完結型」から「地域完結型」へ
  - ・医療の定義の変遷
2. 平成の30年間、今後の20年間  
～社会の変化の振り返りと今後の展望～
3. 医療体制はどう変わっていくか
  - ・コロナで問われる医療体制
  - ・医療政策の変遷
  - ・医療政策の今後～骨太の方針、地域活性化、
  - ・コロナ下で患者に寄り添えるか
4. 今後の展望
  - ・医師会と行政の協働について
  - ・2040年の医療提供体制について

令和3年度 厚生労働省委託事業  
在宅医療関連講師人材養成事業 研修会  
～高齢者を対象とした在宅医療分野～

ワークショップ

【総論2】

地域における在宅医療・介護の推進のために  
～コロナを経験して～

日本在宅ケアアライアンス副理事長  
(元厚生労働省医政局長)

武田 俊彦

1

テーマ

- 1 | はじめに
- 2 | 平成の30年間、今後の20年
- 3 | 医療体制はどう変わっていくか

# 1

## はじめに

地域における在宅医療・介護の推進のために  
～コロナを経験して～

3

## 医療とは何か

(医療の目的とは何か)

4

(8) 成熟社会の構築へのチャレンジ

また、従来の支えられる側、支える側という区分を取り払って、こうした高齢者が社会で活躍できるような、経済社会システムづくりを行っていくことが求められる。

例えば、医療の目的は、従来の「治す医療」からよりQOLを重視した「治し・支える医療」への転換が求められる。また、医療・介護の提供体制についても、まちづくりとして考えることが求められ、終末期ケアや看取りの在り方についても、最後まで自分らしく生きるためにどうあるべきかという観点から、国民的な議論を行っていくことが求められる。

5

(4) 医療と介護の連携と地域包括ケアシステムというネットワークの構築

「医療から介護へ」、「病院・施設から地域・在宅へ」という流れを本気で進めようとすれば、医療の見直しと介護の見直しは、文字どおり一体となって行わなければならない。高度急性期から在宅介護までの一連の流れにおいて、川上に位置

(中略)

今後、認知症高齢者の数が増大するとともに、高齢の単身世帯や夫婦のみ世帯が増加していくことをも踏まえれば、地域で暮らしていくために必要な様々な生活支援サービスや住まいが、家族介護者を支援しつつ、本人の意向と生活実態に合わせて切れ目なく継続的に提供されることも必要であり、地域ごとの医療・介護・予防・生活支援・住まいの継続的で包括的なネットワーク、すなわち地域包括ケアシステムづくりを推進していくことも求められている。

6 339

(6) 医療の在り方

医療の在り方そのものも変化を求められている。

(中略)

がどう考え、何を求めるかが大きな要素となっている。超高齢社会に見合った「地域全体で、治し・支える医療」の射程には、そのときが来たらより納得し満足のできる最期を迎えることができるように支援すること—すなわち、死すべき運命にある人間の尊厳ある死を視野に入れた「QOD(クオリティ・オブ・デス)を高める医療」—も入ってこよう。「病院完結型」の医療から「地域完結型」の医療へと転換する中で、人生の最終段階における医療の在り方について、国民的な合意を形成していくことが重要であり、そのためにも、高齢者が病院外で診療や介護を受けることができる体制を整備していく必要がある。

資料

**日経SDGsフォーラム 特別シンポジウム**  
**社会的共通資本としての医療**  
 主催 日本経済新聞社、日経BP 共催 日本医師会、宇沢国際学館

日経SDGsフォーラム 特別シンポジウム「社会的共通資本としての医療」（主催＝日本経済新聞社、日経BP、共催＝日本医師会、宇沢国際学館）が5月9日、都内で開催された。日本を代表する経済学者、故宇沢弘文氏が唱えた「社会的共通資本」の概念を軸に、医療と持続可能な開発目標（SDGs）との関わりについて論者が議論・発言した。

**パネルディスカッション**  
 日本発信 Well-being を考える

**基調講演**  
 医療には「信任」が重要

**基調講演**  
 質を重視し支える医療を

**挨拶**  
 鈴木康裕氏

**挨拶**  
 横倉義武氏

**基調講演**  
 占部まり氏

**基調講演**  
 武田俊彦氏

**テックロジーで支える**  
 高野 浩一氏

**日本発信 Well-being を考える**  
 西上 ありき氏  
 西 智氏  
 山本 康一氏  
 山本 康一氏  
 西 智氏  
 山本 康一氏  
 占部 まり氏

**医療には「信任」が重要**  
 占部 まり氏

**質を重視し支える医療を**  
 武田 俊彦氏

## 医療の定義はどう変遷したか (1)

いりよう<sup>ウシ</sup>【医療】医療で病をなおすこと。療治。治療。いりくみあい<sup>ウシ</sup>【医療組合】医療利用組合の略。とくに農村地域において組合員の出資により診療所を設け、低料金で診療をうけることを目的としたもの。大正一一年長野県に始まり、昭和前期全国に広まった。

広辞苑第2版補訂版第3刷  
1978年（昭和53年）9月25日

9

## 医療の定義はどう変遷したか (2)

いりよう<sup>ウシ</sup>【医療】医療で病気をなおすこと。療治。治療。いりか<sup>ウシ</sup>【医療過誤】診断・治療の不適正、施設の不備等によって医療上の事故を起こすこと。誤診・誤療などがその例。刑事上・民事上の責任を問われる。いぎじゅつ・たんきだいがく【医療技術短期大学】看護師・臨床検査技師・診療放射線技師・理学療法士・作業療法士などの育成を目的とした短期大学。所定の課程を修了すれば国家試験の受験資格を取得できる。近年四年制への再編が進む。いりくみあい<sup>ウシ</sup>【医療組合】医療利用組合の略。特に農村地域において組合員の出資により診療所を設け、低料金で診療をうけることを目的としたもの。一九三二年（大正一）長野県に始まり、全国に広まった。いりしやるワーク【医療】(medical social work) 医療機関において行われる、疾病や心身障害などによって起こる患者と家族の精神的・社会的・経済的な問題についての相談・援助。MSW いりくみあい<sup>ウシ</sup>【医療費用保険】損害保険の一種。健康保険の自己負担分などのほか、同保険対象外の高度医療の費用の支払が目的。掛け捨て型。↓医療保障保険。いりくみあい<sup>ウシ</sup>【医療福祉】保健・医療・福祉の連携による総合的な社会福祉サービス。いりくみあい<sup>ウシ</sup>【医療扶助】生活困窮者の疾病・負傷に対して行われる医療のための給付。生活保護法に規定。いりくみあい<sup>ウシ</sup>【医療法】医療施設のあり方を定める法律。診療所・助産所・病院・総合病院・公的医療機関などの構造設備・人的構成・管理体制・適正配置、医療法人に関する規則を規定。一九四二年公布の国民医療法に代えて、四八年制定。いりくみあい<sup>ウシ</sup>【医療法人】医療法に基づき、私的医療機関に与えられる法人格。利益追求を否定されている医療機関の継続性と資金の集積、また医療の普及向上をはかるため、一九五〇年導入された。いりくみあい<sup>ウシ</sup>【医療保険】健康保険・国民健康保険など医療保障を扱う社会保険の総称。↓疾病の保険。いりくみあい<sup>ウシ</sup>【医療自己負担分】健康保険の自己負担分、差額ベッド代などの支払が目的。掛け捨て型。↓医療費用保険

広辞苑第6版 2008年（平成20年1月11日）

第30回日本老年学会総会 会長講演  
「治し支える医療」へ向けて医学と社会の大転換を

一九八二年に著された川喜田愛郎先生の「医学概論」には「病気があって医学が生まれ、病人のために医療がある」と記されています。私が初めてこれを目にしたのは大学に在職していた頃だったかと思いますが、当たり前すぎるほど当たり前前のごとくおっしゃりたいのか、そのときには全く気がつきませんでした。

六〇歳を前に国立長寿医療センターに移り、高齢者医療とは一体何なのかということについて真剣に考え始めた頃だったと思います。改めてこの文章に触れたときに、川喜田先生はなぜこのような当たり前のことを「医学概論」の冒頭に書かなければならなかったのだろうかという掛かりました。そして、川喜田先生はこの当たり前のことが既に当たり前ではなくなっている現実の医療に対して、警告を発せられているのではないかという思いに至ったときには大きな衝撃を受けました。

(中略)

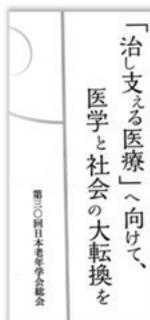
広辞苑に記されている、「医療で病気を治すこと」という医療の定義は、高齢社会にふさわしいものではなくっており、書き改められなければなりません。



大島 伸一氏

「治し支える医療」へ向けて、  
医学と社会の大転換を  
第30回日本老年学会総会

(株) ライフサイエンス  
より抜粋 (写真も)



11

医療の定義はどう変遷したか (3)

いりょう【医療】①医療で病気をなおすこと。療治。治療。②医学的知識をもとに、福祉分野とも関係しつつ、病気の治療・予防あるいは健康増進をめざす社会的活動の総体。一かご【医療過誤】診断・治療の不適正、施設の不備等によって医療上の事故を起こすこと。誤診・誤療などがその例。刑事上・民事上の責任を問われうる。一ぎしゅつ・たんきだい【医療技術短期大学】看護師・臨床検査技師・診療放射線技師・理学療法士・作業療法士などの育成を目的とした短期大学。所定の課程を修了すれば国家試験の受験資格を取得できる。近年四年制への再編が進む。一くみあい【医療組合】医療利用組合の略。特に農村地域において組合員の出資により診療所を設け、低料金で診療をうけることを目的としたもの。一九一九年(大正八)鳥根県に始まり、全国に広まった。一じむ【医療事務】医療機関における受付や診療費の計算などの事務業務。一しやるわく【医療一】(medical social work) 医療機関において行われる、疾病や心身障害などによって起こる患者と家族の精神的・社会的・経済的な問題、また入退院についての相談・援助。MSW! ひょう・ほけん【医療費用保険】損害保険の一種。健康保険の自己負担分などのほか、同保険対象外の高度医療の費用の支払が目的。↓医療保障保険。一ふくし【医療福祉】保健・福祉の連携による総合的な社会福祉サービス。一ふじょ【医療扶助】生活困窮者の疾病・負傷に対して行われる医療のための給付。生活保護法による保護の一つ。一ほう【医療法】医療施設のあり方を定める法律。診療所・助産所・病院・公的医療機関などの構造設備・人的構成・管理体制・適正配置、医療法人に関する規則を規定。一九四二年公布の国民医療法に代えて、四八年制定。一ほうじん【医療法人】医療法に基づき、私的医療機関に与えられる法人格。利益追求を否定されている医療機関の継続性と資金の集積、また医療の普及向上をはかるため、一九五〇年導入された。一ほけん【医療保険】健康保険・国民健康保険など医療保障を扱う社会保険の総称。↓疾病【保険】一ほしやう・ほけん【医療保障保険】生命保険の一種。健康保険の自己負担分、差額ベッド代などの支払が目的。↓医療費用保険

12

### 「かかりつけ医」とは（定義）

なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる**地域医療、保健、福祉**を担う**総合的な能力**を有する医師。

### 「かかりつけ医機能」

かかりつけ医は、日常行う診療においては、患者の生活背景を把握し、適切な診療及び保健指導を行い、自己の専門性を超えて診療や指導を行えない場合には、地域の医師、医療機関等と協力して解決策を提供する。

かかりつけ医は、自己の診療時間外も患者にとって最善の医療が継続されるよう、地域の医師、医療機関等と必要な情報を共有し、お互いに協力して休日や夜間も患者に対応できる体制を構築する。

かかりつけ医は、日常行う診療のほかに、地域住民との信頼関係を構築し、健康相談、健診・がん検診、母子保健、学校保健、産業保健、地域保健等の地域における医療を取り巻く社会的活動、行政活動に積極的に参加するとともに保健・介護・福祉関係者との連携を行う。また、地域の高齢者が少しでも長く地域で生活できるよう在宅医療を推進する。

患者や家族に対して、医療に関する適切かつわかりやすい情報の提供を行う。

13

## 医療は目的なのか手段なのか、「治す」ことが絶対なのか

「治し支える医療」へ向けて、  
医学と社会の大転換を  
第30回日本老年学会総会

(株) ライフサイエンスより抜粋

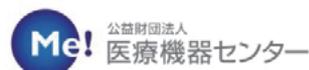
人類が共同生活を送るようになって以来、病気による苦痛を取り除こうというのは普遍的な願いであったと思います。病気を治すということは快適な生活を送るための手段であり、必要條件です。しかし、それがいつの間にか目的化されてしまいました。その結果、治すことがすべてであるというような考え方や医療提供のあり方が当たり前になり、定着してしまつたのです。医療の本来の目的である苦痛を取り除くということが、病気を治すということと同じ意味になり、病気を治すということだけを目的とした医療が追求されるようになってきました。言うまでもなく、患者は制度やシステムや設備に合わせて病気になるという訳ではありません。いつの間にか、当たり前のことが当たり前ではなくなつてきているという痛烈な批判がこの一文には込められているのではないかと気がついたのでした。

第30回日本老年学会総会 会長講演  
「治し支える医療」へ向けて医学と社会の大転換を（続）

## AI時代に医師の役割はなくなっていくのか？

デジタル評価で激論、しかし医師でなければできない役割は必ずある

<報道関係者各位>



2020年9月

公益財団法人医療機器センター

### AI・デジタルヘルスの進歩を見据えた新たな保険償還制度に関する提言

—「AI・デジタルヘルス研究会からの提言」を発表—

公益財団法人医療機器センター(所在地：東京都文京区、理事長：菊地眞)では、AI・デジタルヘルスの進歩を見据えた新たな保険償還制度のあり方の検討をするため、昨年11月に13名の有識者により構成される『デジタルヘルスの進歩を見据えた医療技術の保険償還のあり方に関する研究会(略称「AI・デジタルヘルス研究会」；座長 国際医療福祉大学 名誉学長 谷修一氏)」を設置して計5回にわたる検討を進め、このたび報告書を取りまとめました。

#### ■検討の背景

デジタルヘルスに関するわが国の研究開発振興策が進み、また医師法、医薬品医療機器等法等の取扱いが明確化されつつある中、企業が事業化する際に最も重要視するデジタルヘルスに関する医療技術(以下、デジタルヘルス)の保険償還に関する議論は未だ行われていませんでした。そこで、多くの参入企業が求めている開発投資の出口論である保険償還に関する予見可能性を高め、企業側の更なる研究開発意欲を喚起すべくデジタルヘルスの進歩を見据えた新しい保険償還のあり方についての検討が必要と考えられました。

15

## AI時代に医師の役割はなくなっていくのか？

デジタル評価で激論、しかし医師でなければできない役割は必ずある

### AI時代に医師の役割はなくなるのか

- 診断の技術、最新の治療法の知識について、AIへの期待は大きい
- AIが進んだ未来、AIは医師に取って代わるのかという議論さえある
- では、診断から必ず一つの治療方針が導き出され、治療が始まる、でいいのか
- しかし、治療方針は診断から自動的に決まるものなのか
- 例えば、治療しない選択肢は、AIには絶対提示できない

## 病気を治すという意味での医療は人生の終末期に向けて縮小すべき

その代わりに大きくなるのは生活の充実、生きがいの支援、最後は人生の満足

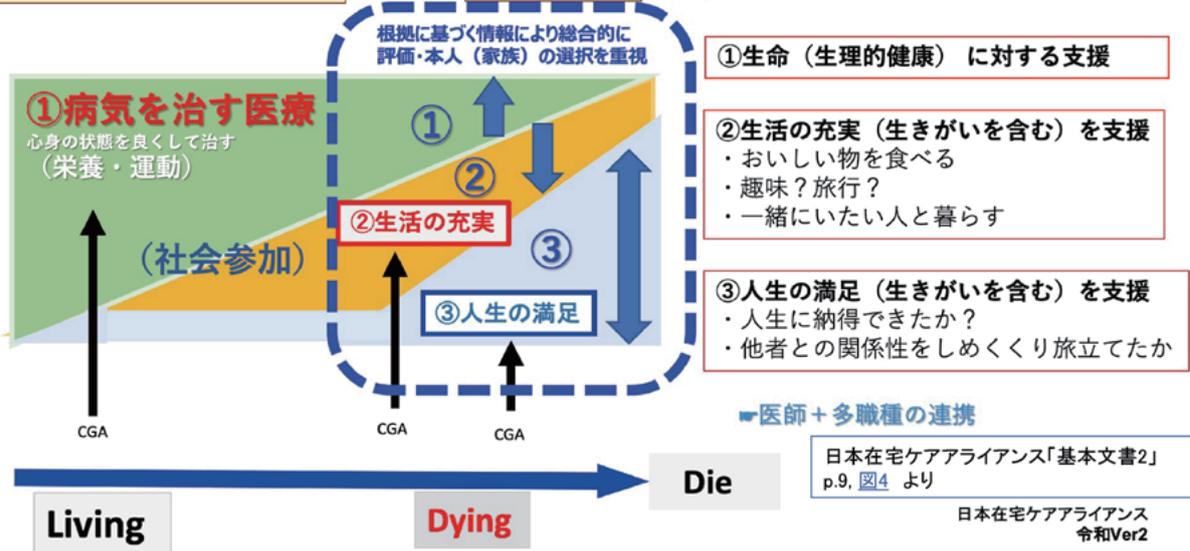
### 治し支える医療を実現するための総合的視点



入院医療・外来医療

在宅医療

【ターニングポイントの要素と判断】



17

# 2

## 平成の30年間、今後の20年

地域における在宅医療・介護の推進のために

## 令和2年版厚生労働白書の全体像

### 第1部（テーマ編\*）「令和時代の社会保障と働き方を考える」

\*特定のテーマについて、現状の分析を行うとともに、関連する施策を紹介し、国民に理解を深めていただく。

●平成の30年間の社会の変容と2040年にかけての今後の20年間の変化の見通しを踏まえ、今回の新型コロナウイルス感染症の影響を含め、今後の対応の方向性等として以下を提示。

- ・人生100年時代に向けて
- ・担い手不足・人口減少の克服に向けて
- ・新たなつながり・支え合いに向けて
- ・生活を支える社会保障制度の維持・発展に向けて
- ・デジタル・トランスフォーメーション（DX）への対応

※①人口、②寿命と健康、③労働力と働き方、④技術と暮らし・仕事、⑤地域社会、⑥世帯・家族、⑦つながり・支え合い、⑧暮らし向きと生活をめぐる意識、⑨社会保障制度の9つのテーマに沿って分析。新型コロナウイルス感染症の感染拡大に伴う生活や社会・経済への影響についても検討。

### 第2部（年次行政報告\*）「現下の政策課題への対応」

●年次行政報告として、厚生労働省が様々な政策課題にどのように対応しているのかを、わかりやすく国民に報告。

\*平成30年度・令和元年度2年度分の年次行政報告を掲載。

19

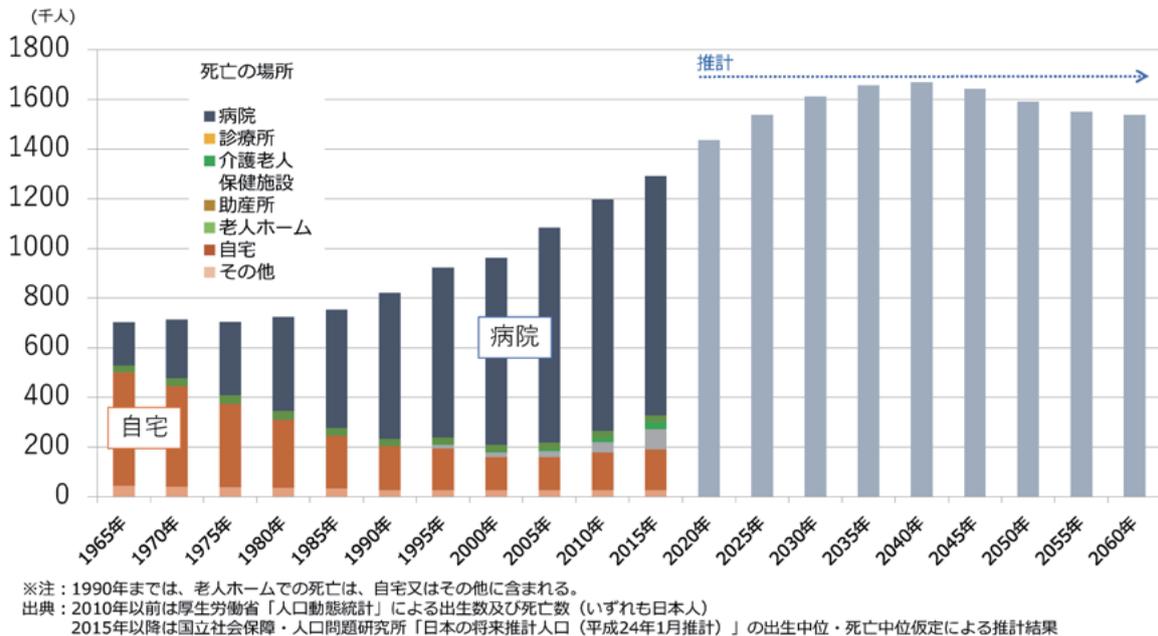
## 平成の30年間で、2040年にかけての社会の変容（主なもの）

		1989（平成元）年	2019（令和元）年	2040（令和22）年		
1	高齢者数（高齢化率）	1,489万人（12.1%）	3,589万人（28.4%）	3,921万人（35.3%）		
2	その年に65歳の人が各年齢まで生存する確率	90歳	男22% 女46%	男36% 女62%		
		100歳	男2% 女7%	男4% 女16%		
3	出生数/合計特殊出生率	125万人/1.57	87万人/1.36	74万人/1.43		
4	未婚率（35～39歳）	男19.1% 女7.5%	男35.0% 女23.9%	男39.4% 女24.9%		
5	平均世帯人員	2.99人 *1	2.33人 *2	2.08人		
6	就業者数（うち医療福祉従事者数）	6,128万人（221万人 *3）	6,724万人（843万人）	5,245～6,024万人（1,070万人）		
7	就業率	女性	25～29歳	57.3%	82.1%	84.6%
			30～34歳	49.6%	75.4%	83.4%
	高齢者		60～64歳	52.3%	70.3%	80.0%
			65～69歳	37.3%	48.4%	61.7%
8	非正規雇用労働者数（割合）	817万人（19.1%）	2,165万人（38.3%）	—		
9	1世帯当たり平均等価所得（実質）	368.7万円 *4	346.0万円 *5	—		
10	スマートフォン保有世帯割合	0%	79.2% *5	—		
11	「[形式的つきあい]が望ましい」とする割合	親戚 13% 同僚 15% 隣近所 19% *6	親戚 26% 同僚 27% 隣近所 33% *5	—		
12	社会保障給付費（対GDP比）	47.4兆円（10.5%）	117.1兆円 *7（21.4%）	188.2～190.0兆円（23.8～24.0%）		

（注）定義、資料出所等の詳細は本文参照。\*1は1990年、\*2は2015年、\*3は1988年の推計値（事務職等を含まず）、\*4は1991年、\*5は2018年、\*6は1988年、\*7は2017年。2040年の就業者数は経済成長・労働参加の状況により幅がある。2040年の医療福祉従事者は、需要面からの推計値。就業率については、経済成長・労働参加が進むケースにおける推計値。社会保障給付費は3時点とも地方単独事業分を含まず、2040年については単価の置き方により幅がある。

## 死亡数の将来推計

- 年間の死亡数は今後も増加傾向を示すことが予想され、最も年間死亡数の多い2040年と現状（2015年）では約36万人/年増加すると推計されている。
- 近年、医療機関以外の場所における死亡が微増傾向にある。



21

## 令和元年（2019）人口動態統計（確定数）を公表します

令和2年9月17日公表

厚生労働省では、このほど、令和元年人口動態統計（確定数）の概況を取りまとめましたので公表します。

人口動態統計（確定数）は、出生、死亡、婚姻、離婚及び死産の実態を表すものとして毎年作成しており、今年6月に公表した令和元年人口動態統計月報年計（概数）に修正を加えたものです。

### 【調査結果のポイント】

- 出生数は過去最少 **865,239人**（平成30年918,400人から53,161人減少）
- 合計特殊出生率は低下 **1.36**（平成30年1.42から0.06ポイント低下）
- 死亡数は増加し戦後最多 **1,381,093人**（平成30年1,362,470人から18,623人増加）
- 自然増減数は13年連続減少 **△515,854人**（平成30年△444,070人から71,784人減少）
- 婚姻件数は7年ぶりに増加 **599,007組**（平成30年586,481組から12,526組増加）
- 離婚件数は増加 **208,496組**（平成30年208,333組から163組増加）

【4頁 第1表】

詳細は、別添概況をご覧ください。

## 令和2年（2020）人口動態統計（確定数）を公表します

令和3年9月10日公表

厚生労働省では、このほど、令和2年人口動態統計（確定数）の概況を取りまとめましたので公表します。

人口動態統計（確定数）は、出生、死亡、婚姻、離婚及び死産の実態を表すものとして毎年作成しており、今年6月に公表した令和2年人口動態統計月報年計（概数）に修正を加えたものです。

なお、今回は実数及び分母に人口を用いない人口動態諸率のみ公表し、合計特殊出生率等の分母に人口を用いる人口動態諸率については、令和2年国勢調査の年齢別人口確定後に算出・公表します（令和4年2月公表予定）。

### 【調査結果のポイント】

- 出生数は過去最少 **840,835人**（令和元年865,239人から24,404人減少）
- 死亡数は11年ぶりの減少 **1,372,755人**（令和元年1,381,093人から8,338人減少）
- 自然増減数は14年連続減少 **△531,920人**（令和元年△515,854人から16,066人減少）
- 婚姻件数は減少 **525,507組**（令和元年599,007組から73,500組減少）
- 離婚件数は減少 **193,253組**（令和元年208,496組から15,243組減少）

【4頁 第1表】

23

## 最新がん統計まとめ

- 2018年に新たに診断されたがんは980,856例（男性558,874例、女性421,964例）※  
※性別不詳があるため男女の合計が総数と一致しません。
- 2019年にがんで死亡した人は376,425人（男性220,339人、女性156,086人）
- 2009～2011年にがんと診断された人の5年相対生存率は男女計で64.1%（男性62.0%、女性66.9%）
- 日本人が一生のうちにがんと診断される確率は（2018年データに基づく）  
男性65.0%（2人に1人）  
女性50.2%（2人に1人）
- 日本人でがんで死亡する確率は（2019年のデータに基づく）  
男性26.7%（4人の1人）  
女性17.8%（6人に1人）

24





国立研究開発法人  
**国立がん研究センター**  
National Cancer Center Japan

国立がん研究センターについて
診療
研究
教育
広報活動
人材募集

---

トップページ > 広報活動 > プレスリリース > がん診療連携拠点病院等 院内がん登録生存率集計結果閲覧システム初公開 2007・08年10年生存率（初）、2012・2012-13年5年生存率、2014・2015年3年生存率集計公表

### がん診療連携拠点病院等 院内がん登録生存率集計結果閲覧システム初公開 2007・08年10年生存率（初）、2012・2012-13年5年生存率、2014・2015年3年生存率集計公表

### 広報活動

- > プレスリリース
- > セミナー・研修・イベント
- > 広報誌「日々歩 (hibiho)」
- > 国立がん研究センターだより
- > 各種受賞

2021年4月27日  
国立研究開発法人国立がん研究センター

国立研究開発法人国立がん研究センター（理事長：中益斉、東京都中央区）は、専門的ながん医療を行う全国のがん診療連携拠点病院等から収集した院内がん登録情報を用いて、2007年と2008年診断例の10年生存率、2012年診断例（単年）と2012から2013年診断例（2カ年）の5年生存率、2014年と2015年診断例の3年生存率集計結果を公表しました。さらに5年、3年生存率については簡易に結果を閲覧できるよう「院内がん登録生存率集計結果閲覧システム」を開発し、公開しました。

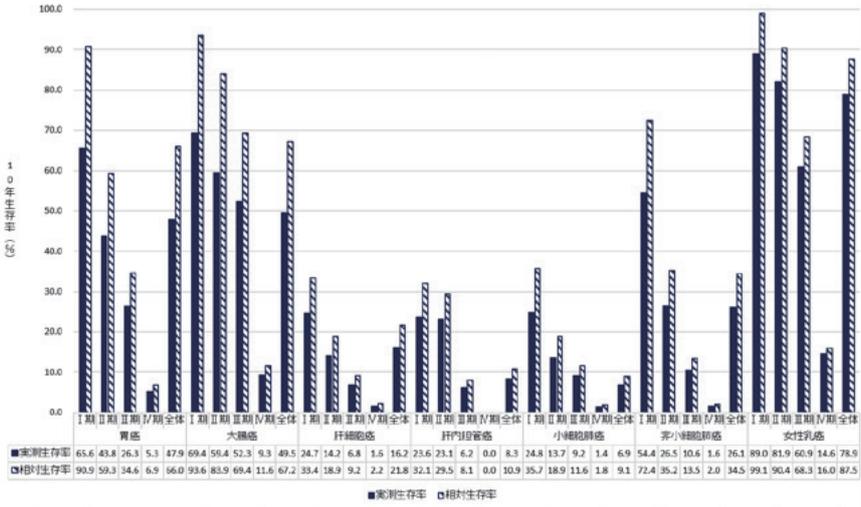
国立がん研究センターがん対策情報センター「がん情報サービス がん登録・統計」統計ページ [報告がん診療連携拠点病院等院内がん登録生存率集計（報告書）](#)  
[院内がん登録生存率集計結果閲覧システム](#)



集計結果

- 全がんの10年生存率  
2007年 実測生存率は46.6%、**相対生存率は60.1%でした。**  
2008年 実測生存率は45.7%、**相対生存率は59.4%でした。**  
2008年 10年生存率は、集計対象が59施設約5万4千件増加し、より安定した生存率となりました。
- 既存の公開されている10年生存率集計としては、最も大規模な調査結果です。
- これまで治癒の目安として、5年生存率が用いられることが多くなっていましたが、肝細胞癌などがんによっては5年以降も長期的にフォローアップしていくことが必要なことがわかりました。
- 院内がん登録開始初期のデータであるため、登録精度には課題がありますが、今後、さらにデータが蓄積されることでより詳細な集計ができるようになることを期待されます。

2008年診断例がん別・病期別10年生存率



# 3

## 医療体制はどう変わっていくか

地域における在宅医療・介護の推進のために  
～コロナを経験して～

27

### (1) コロナで問われる医療体制

地域における在宅医療・介護の推進のために  
～コロナを経験して～

28



日経新聞朝刊 2021年6月29日



### コロナで問われる医療体制（私見）

- 陽性者全員を入院・隔離できる医療体制
- ↓
- 自宅療養、宿泊療養と入院医療の組み合わせ
- ↓
- 重症者を受け入れられる病床の増強
- ↓
- 後方病棟への転院の促進
- ↓
- 在宅医療による患者支援・他職種協働

➔ 「高度医療提供」(ICU) と「地域包括ケア」(在宅医療) の充実が切り札

## 日本の医療についての批判とそれに関する私見

- 病院はどうして思い切って機能転換できないの? お金出してるのに。
  - ➔ 我が国の医療の余裕のなさ
    - 4人部屋で感染管理はできない (ハードの問題)
    - 病床利用率が高くないと経営できない (経営の問題)
    - そのそも利益率がほとんどない (経営の問題)
    - 使えるスペースがない (ハードの問題)
    - ギリギリの人員体制、専門性の限界 (マンパワーの問題)
  - 高齢者が多い (急性期病院でも高齢者過半数)
    - =リスクが高い患者が集中、迅速な退院・転院が困難
  - ➔ お金についていえば、必要なのは経営保障。(国営又は国営準拠)  
(国家危機管理で、警察・消防・自衛隊は公営。病院のみが民営。)

※ちなみに、イギリスは思い切って機能転換したが、その副作用もあったという。

31

## (参考)

さらに三月から四月にかけてコロナ病床の確保のために、NHS(国民保健サービス)病院に入院していた二万五〇〇〇人もの高齢患者を老人ホームへと「PCR検査もせず」転院させると、これが大惨事を招く。イングランド・ウェールズ地方の老人ホームの少なくとも四〇%でクラスターが発生し、同地域のコロナ死者数の三割を占める犠牲者が出たのだ。

32

## 新着ニュース・メディアリリース

厚生労働省迫井医政局長に「新型コロナウイルス感染症の自宅療養者等への対応について（緊急要望）」を手交(2021.2.10)



新田理事長と武田副理事長が厚生労働省を訪問、迫井医政局長に「新型コロナウイルス感染症の自宅療養者等への対応について（緊急要望）」をお渡しし、情報・意見交換を行いました。

これに先立ってアライアンスとして公表しました「**新型コロナウイルス感染症の自宅療養者等への対応について（緊急行動宣言）**」も、合わせてご参照ください。

当日の様子が、NHKの**動画ニュース**で配信されています。

33

## JHHCA Covid-19対策の経緯

- 2020年4月22日 **「行動方針」** を策定、公表  
(在宅ケアにおける新型コロナウイルス感染対策について (行動方針))
- 2020年6月22日 **「対処方針」** を策定、公表  
(新型コロナウイルス感染症の中で在宅ケアを守るために (対処方針))
- 2021年2月 3日 **「緊急行動宣言」** を公表  
(新型コロナウイルス感染症の自宅療養者等への対応について (緊急行動宣言))
- 2021年5月25日 **「医療提供プロトコール」** を策定、公表  
(新型コロナウイルス感染症の自宅療養者に対する医療提供プロトコール)

34 353

## (2) 医療政策の変遷

地域における在宅医療・介護の推進のために  
～コロナを経験して～

35

### 医療政策の動向（過去半世紀）

- 老人医療費無料化時代（1973～1983）
- 財政再建（臨調行革時代）（1980年代）
- 介護対策の10年（1990年代）  
平成元年 ゴールドプラン 高齢者対策の充実  
平成9年介護保険法成立 → 12年施行
- 医療提供体制の改革（2000年代）  
厚生労働省初の医療ビジョン=21世紀医療提供の姿  
病床の機能分化・機能連携
- 社会保障・税一体改革（2010年代）  
公費の投入で医療機能を強化（消費税）  
治す医療から、治し・支える医療へ

## 医療提供体制の各国比較 (2018年)

国名	平均在院日数	人口千人あたり 病床数	病床百床あたり 臨床医師数	人口千人あたり 臨床医師数	病床百床あたり 臨床看護職員数	人口千人あたり 臨床看護職員数
日本	28.1 (16.1)	13.0	19.2	2.4	90.6	11.8
ドイツ	*8.9 (7.5)	*8.0	*54.0	4.1	165.7	13.2
フランス	8.8 (5.4)	5.9	53.7	3.1	#182.1	#10.8
イギリス	6.6 (5.9)	2.5	120.0	2.8	315.5	7.8
アメリカ	- (5.5)	2.9	*91.5	2.6	#417.0	#11.9

(出典) OECD Statistics

注1 「#」は実際に臨床に当たる職員に加え、研究機関等で勤務する職員を含む。

注2 「\*」は2017年のデータ

注3 病床百床あたり臨床医師数及び臨床看護職員数は、総臨床医師数等を病床数で単純に割って百を掛けた数値である。

注4 平均在院日数の括弧書きは、急性期病床(日本は一般病床)における平均在院日数である。

37

## ICU等の病床に関する国際比較について

厚生労働省医政局  
(令和2年5月6日)

	ICU等合計病床数	人口10万人当たり ICU等病床数	(参考) 死亡者数 (5月3日18時)	(参考) ICU等合計病床数 当たり死亡者数
米国*1	77809*2	34.7*3	66364	0.8529
ドイツ*4	23890	29.2	6812	0.2851
イタリア*4	7550	12.5	28710	3.8026
フランス*4	7540	11.6	24760	3.2838
スペイン*4	4479	9.7	25100	5.6039
英国*4	4114	6.6	28131	6.7884
日本*5	5603*5	4.3*6	(-)	(-)
日本*7	17034*7	13.5	510	0.0299

\*1、\*2、\*3：米国集中治療医学会が作成した資料(U.S. Resource Availability for COVID-19(2020年3月)及び、その根拠となるDavidらの原著論文 (Critical Care Bed Growth in the United States(2015年2月))からの引用。なお、当該論文では、分母となる人口を20歳以上としているため、全人口とした場合は、さらに小さくなると考えられる。

\*4：ドイツ、イタリア、フランス、スペイン、英国については、日本集中治療医学会の理事長声明(2020年4月1日)で引用されているRhodesの論文(2012年)から一部を抜粋。なお、当該論文では、ICU病床数として、各国の公式情報等を元に作成したとの記載があるが、それぞれの病床の定義は明確になっていない。ただし論文中に、「新生児集中治療病床(NICU)、小児集中治療病床(PICU)、冠疾患治療病床(CCU)、脳卒中治療病床(SCU)、腎疾患治療病床は除いた」との記載がある。このため、日本の病床数を計算する際には、それぞれの病床数は、**含めずに計算を行った。**

\*5：日本集中治療医学会の理事長声明(2020年4月1日)で引用されているN.Shimeの論文(2016年)から一部を抜粋。

\*6：内野、我が国の集中治療室は適正利用されているのか、日集中医誌(2010;17:141-144)から一部を抜粋。

\*7：日本については、特定集中治療室管理料(5211床)、救命救急入院料(6411床)、ハイケアユニット入院医療管理料(5412床)の合計数を記載。

38

355

## 今、進んでいること

- 医療提供体制の改革 (2000年代)  
厚生労働省初の医療ビジョン、21世紀医療提供の姿  
病床の機能分化・機能連携
- 社会保障・税一体改革 (2010年代)  
公費の投入で医療機能を強化 (消費税)  
治す医療から、治し・支える医療へ

世界標準の医療体制  
高度医療へのアクセス確保  
(継続・さらに深化)

世界が注目する最先端の医療介護の仕組み  
= 地域包括ケア **New !**

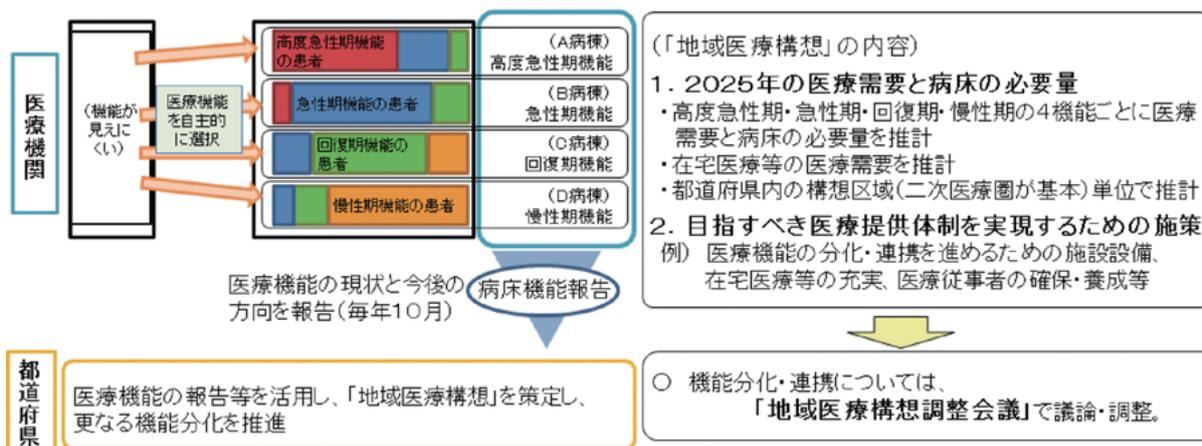
医療の在り方そのものの改革 → 国民皆の課題  
まちづくり、地域づくり → 自治体・地域を巻き込んだ課題 **New !**

39

## 地域医療構想

### 地域医療構想について

- 今後の人口減少・高齢化に伴う医療ニーズの質・量の変化や労働力人口の減少を見据え、質の高い医療を効率的に提供できる体制を構築するためには、医療機関の機能分化・連携を進めていく必要。
- こうした観点から、各地域における2025年の医療需要と病床の必要量について、医療機能(高度急性期・急性期・回復期・慢性期)ごとに推計し、「地域医療構想」として策定。  
その上で、各医療機関の足下の状況と今後の方向性を「病床機能報告」により「見える化」しつつ、各構想区域に設置された「地域医療構想調整会議」において、病床の機能分化・連携に向けた協議を実施。



- 病床数が主な目標 → その地域の医療の在り方
- 病院が参加する「調整会議」 → 入院外来を通じた機能分担
- 地域の核となる病院不在 → 地域の中核拠点の責務を明示
- 感染症等緊急時対応 → 余裕と転用の準備を織り込む
- ICUの不足 → 高度急性期の定義見直し
- 外来と在宅の視点の欠如 → トータルで面的な医療提供

## (3) 医療政策の今後

### ① 骨太の方針

地域における在宅医療・介護の推進のために

～コロナを経験して～

## 日本の未来を拓く4つの原動力 ～グリーン、デジタル、活力ある地方創り、少子化対策～

### (財政健全化の堅持)

「経済あつての財政」との考え方の下、デフレ脱却・経済再生に取り組むとともに、財政健全化に向けしっかりと取り組む。新たな成長の原動力となる分野への重点投資、民間の資金・人材の活用、ワズスペンディングの徹底等により、経済成長を促す。あわせて、団塊世代の後期高齢者入りを踏まえ、給付と負担のバランスや現役世代の負担上昇の抑制を図りつつ、全世代型社会保障改革を引き続き推進し、社会保障の持続可能性を確保するとともに、感染症で顕在化した課題である、緊急時にも柔軟に対応できる医療提供体制の構築、国・地方の役割分担の見直しを含め、経済・財政の一体的な改革を引き続き推進する。こうした取組を通じ、600兆円経済の早期実現と財政健全化目標の達成を目指す。

(ページ2)

43

## 2. 社会保障改革

### (1) 感染症を機に進める新たな仕組みの構築

今般の感染症対応での経験を踏まえ、国内で患者数が次に大幅に増えたときに備えるため、また、新たな新興感染症の拡大にも対応するため、平時と緊急時で医療提供体制を迅速かつ柔軟に切り替える仕組みの構築が不可欠である。このため、症状に応じた感染症患者の受入医療機関の選定、感染症対応とそれ以外の医療の地域における役割分担の明確化、医療専門職人材の確保・集約などについて、できるだけ早期に対応する。

あわせて、今般の感染症対応の検証や救急医療・高度医療の確保の観点も踏まえつつ、地域医療連携推進法人制度の活用等による病院の連携強化や機能強化・集約化の促進などを通じた将来の医療需要に沿った病床機能の分化・連携などにより地域医療構想を推進するとともに、かかりつけ医機能の強化・普及等による医療機関の機能分化・連携の推進、更なる包括払いの在り方の検討も含めた医療提供体制の改革につながる診療報酬の見直し、診療所も含む外来機能の明確化・分化の推進、実効的なタスク・シフティングや看護師登録制の実効性確保134並びに潜在看護師の復職に係る課題分析及び解消、医学部などの大学における医療人材養成課程の見直しや医師偏在対策の推進などにより、質が高く効率的で持続可能な医療提供体制の整備を進める。オンライン診療を幅広く適正に活用するため、初診からの実施は原則かかりつけ医によるとしつつ、事前に患者の状態が把握できる場合にも認める方向で具体案を検討する。また、引き続き、地域の産科医療施設の存続など安心・安全な産科医療の確保及び移植医療を推進するとともに、希少疾病である難病の対策を充実する。

(ページ30～31)

44

# (3) 医療政策の今後

## ② 地域活性化

地域における在宅医療・介護の推進のために  
～コロナを経験して～

45

### 資料

#### 過疎地だからこそできる暮らしを支えるケア

～岩手県八幡平市にみる地域共生社会の先進モデル～



武田 俊彦 氏

#### その土地ならではの資源を有効活用

私が岩手県八幡平市における高橋さんの取り組みに着目しているのには、いくつかの理由があります。まず、地域包括ケアは医療・介護資源が揃った都市部でなければできないという声がありますが、医療・介護資源が乏しくても、その地域ならではの別の資源を活用して住み慣れた地域で自分らしい暮らしを支えるという地域包括ケアを実践している点です。

資源とは、医療や介護サービスに限りません。八幡平市には、自然や農地、古民家、そして人のつながりがあります。高橋さんは古民家を事業所に改装して使用したり、介護や福祉事業を組み合わせ、そこに農業を取り入れるなど、地域の特性をうまく生かして生活を支えるケアを実践されています。

八幡平市の場合、地域にあった資源はたまたま農業だったわけですが、別に農業でなくても漁業でも何でもよいのです。大事なことは、今までの暮らしや人生と切り離さないケアを行うということです。要介護状態とは一度に全てのことができなくなるわけではなく、できないことが少しずつ増えていくわけです。その生活をいかに支え、今までと変わらない暮らしをできるようにするか、そのためには地域のどのような資源が使えるかという発想が大切です。それぞれの土地には、その土地ならではの暮らしがある以上、その暮らしに即したサポートの仕方があるはずで、高橋さんの取り組みは、地域ならではの資源を活用することで、全国どこでも地域包括ケアが実現できるのではないかと可能性を感じさせてくれる取り組みといえるでしょう。

## (4) 医療政策の今後

～コロナの下で患者に寄りそえるか～

47

ここで、日本在宅ケアアライアンスについて紹介します



一般社団法人

### 日本在宅ケアアライアンスとは

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・向上のため、一般社団法人を設立しました。



一般社団法人日本在宅ケアアライアンス設立社員総会



## 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。

49

## 新型コロナウイルス感染症の中で在宅ケアを守るために（対処方針）

【別添：在宅ケアの現場における対処方針（本文から該当部分を抜粋・再掲）】

### 在宅ケアの現場における対処方針

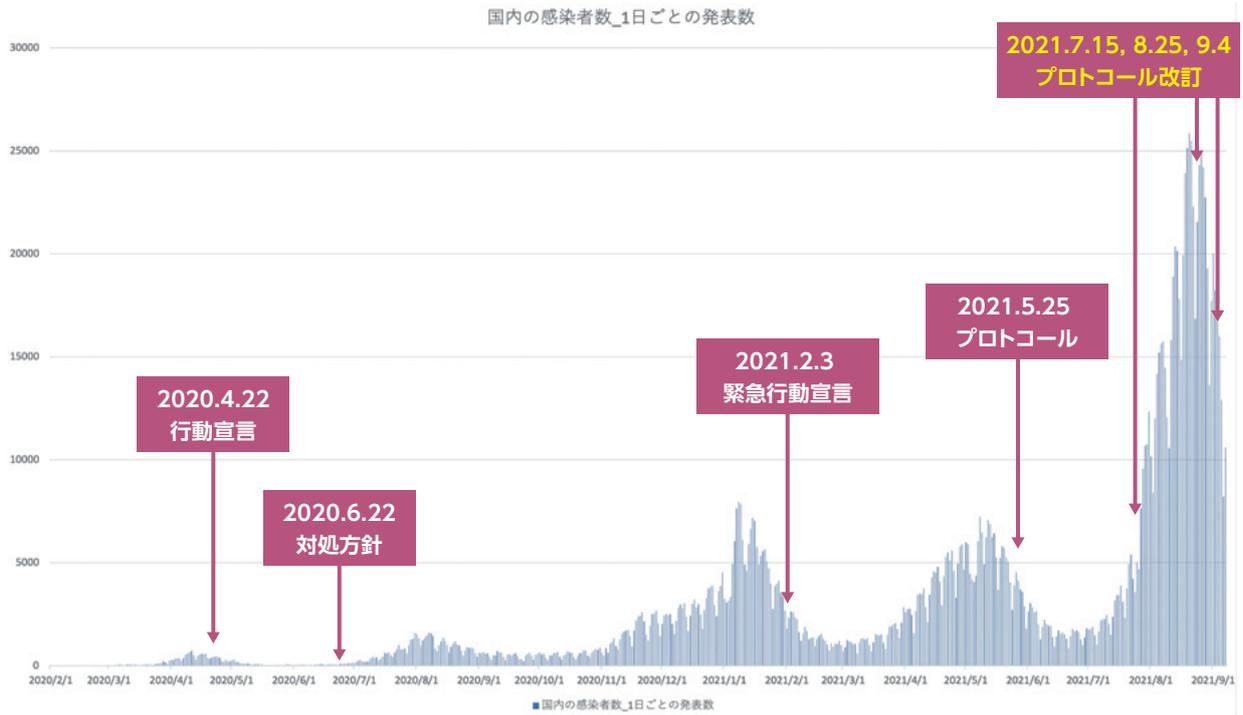
日本在宅ケアアライアンス：令和2年6月策定

それぞれの在宅ケアの現場において、日本在宅ケアアライアンス加盟の各団体の医療・介護に携わる専門職は、在宅で療養されている方々の在宅ケアを守るために、①在宅療養者の命を守ること、②本人の願いと生活を守ること、③本人の願う最期を実現することを実現するために、以下の方針に沿って積極的に取り組んでまいります。

- 在宅医は、地域の医師会（郡市区医師会）や行政等と連携し、在宅療養者に新型コロナウイルス感染の疑いがあるときその他PCR検査が必要だと判断される場合は、保健所に相談の上、在宅等でPCR検査を行うこととします。
- 在宅医・訪問看護師は、関係する在宅、介護サービス事業所、居宅系施設等で介護に従事する介護職員等に対して、必要と認められる場合、感染防護に関する知識・技術について積極的に指導・助言を行うこととします。
- 在宅ケアに携わる全ての医療・介護従事者は、新型コロナウイルスに係る最新の情報を常にフォローし、自らのサービス提供における感染予防の実践に反映するとともに、在宅療養者とその家族等に適切な情報を伝えることとします。

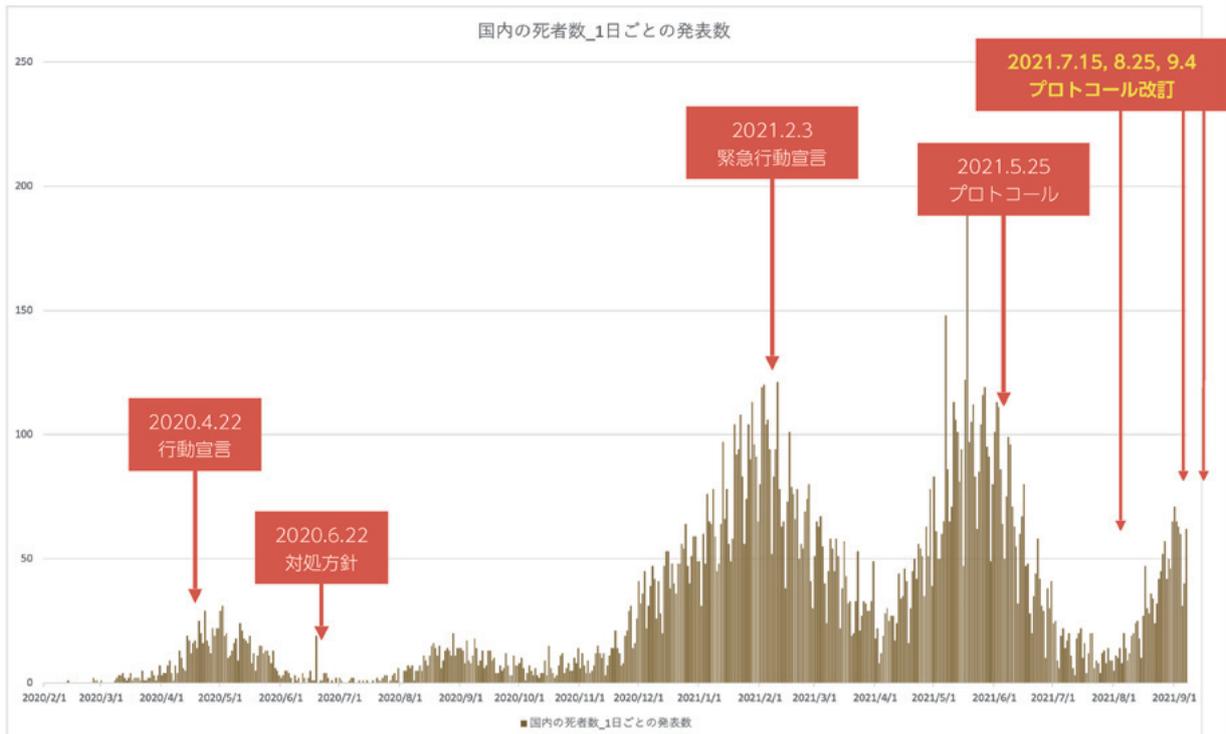
命を守る  
+  
生活を守る  
+  
本人の願う  
最期を実現する。

## 国内の感染者数（1日ごとの発表数）



51

## 国内の死者数（1日ごとの発表数）



52

## 新型コロナウイルス感染症の自宅療養者に対する医療提供プロトコール ①

### 新型コロナウイルス感染症の自宅療養者に対する医療提供プロトコール (第2版)

一般社団法人 日本在宅ケアアライアンス

第2版 2021.5.25

第1版 2021.5.18

#### 第1節 総説

新型コロナウイルス感染症の陽性者に対しては、原則として各都道府県等の保健所において、健康観察等のためのフォローアップ及び入院が必要な者に係る入院調整が行われることとされているが、感染が急拡大している時期においてはフォローアップや入院調整に時間を要し、結果として自宅等において必要な医療が提供できない事例が生じている。

53

## 新型コロナウイルス感染症の自宅療養者に対する医療提供プロトコール ②

本プロトコールにおいては、自宅で療養している新型コロナウイルス感染症の陽性者（以下「自宅療養者」という）に対し、必要な医療が適時適切に行われるための標準的なプロトコールを、**治療面及び必要な医療の提供に係る手順・体制整備面の両面にわたるものとして作成した。**

**入院が原則とされる局面や、入院が原則とされる病態像であっても、在宅に携わる医師、看護師等の多職種の協働により在宅において質の高い医療を提供することは可能であり、むしろ患者の望みに添った医療となる場合も多い。**

本プロトコールが、各地の実情も踏まえつつ現場で活用されるとともに、円滑な実施が可能となるよう、国・地方自治体における環境整備が進められることを期待する。

54

## 新型コロナウイルス感染症の自宅療養者に対する医療提供プロトコール ③

### 第3節 自宅療養者に対する体制プロトコール

#### 1. 都道府県・市町村・保健所・関係団体等の連携体制の構築

##### (1) 体制構築の必要性

緊急事態宣言時等においては、健康状況のフォローアップ、入院が必要な者の入院調整に時間を要し、救急搬送も搬送先の病院が簡単に決まらないなど、結果として自宅療養者に必要な医療が提供されないケースが出てくるのが想定される。

**「診療プロトコール」に即した医療が行われるためには、地域の自宅療養者の状況が把握され、かかりつけ医、在宅医等に情報が伝達されることが必要**である。しかし実際には、都市部ほど地域により自宅療養者のフォローアップの主体、入院が必要な自宅療養者の入院調整の主体、医療提供の主体が異なる場合があるため、**情報がつながる体制を構築することが必要な治療の開始のためにも必要である。**

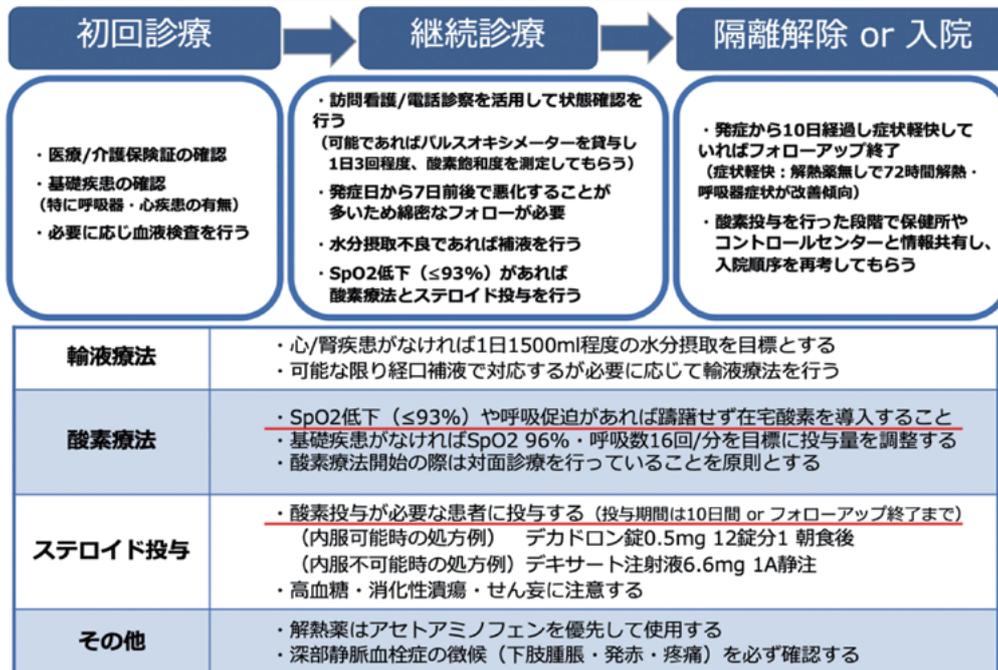
このような、自宅療養者に関する情報がつながり、必要な医療の提供につなげるため、都道府県、市町村、保健所、地域医師会や都道府県訪問看護ステーション協議会等の訪問看護関係団体を始めとした地域の在宅ケア関係団体、等が協力して体制を組むことが重要である。

55

## 新型コロナウイルス感染症の自宅療養者に対する医療提供プロトコール ④

自宅療養において一定の基準に則して躊躇なく在宅酸素導入を行う等を明記

### 自宅療養者に対して行う診療プロトコール（ダイジェスト版）



56

## 新型コロナウイルス感染症の自宅療養者に対する医療提供プロトコール ⑤

輸液療法	<ul style="list-style-type: none"> <li>心/腎疾患がなければ1日1500ml程度の水分摂取を目標とする</li> <li>可能な限り経口補液で対応するが必要に応じて輸液療法を行う</li> </ul>
酸素療法	<ul style="list-style-type: none"> <li>SpO<sub>2</sub>低下 (≤93%) や呼吸促迫があれば躊躇せず在宅酸素を導入すること</li> <li>基礎疾患がなければSpO<sub>2</sub> 96%・呼吸数16回/分を目標に酸素流量を調整する</li> <li>酸素療法開始の際は対面診療を行っていることを原則とする</li> </ul> <p>※緊急性が高い場合には、対面診療に先んじて電話・オンライン診療により酸素療法を開始することも考慮されるが、その場合は24時間以内の対面診療等によるフォローアップを行うこと。</p>
ステロイド投与	<ul style="list-style-type: none"> <li>酸素投与が必要な患者に投与する（投与期間は10日間or フォローアップ終了まで（内服可能時の処方例）デカドロン錠0.5mg 12錠分1朝食後</li> </ul> <p>※感染が蔓延し、医療提供体制が極めて逼迫した状況において、例外的にあらかじめステロイド薬を処方しておくことも考慮されるが、患者に対し投与基準（呼吸器症状を有し、SpO<sub>2</sub>≤93%）を遵守するよう指示するとともに、24時間以内の対面診療等によるフォローアップを行うこと。</p>
その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>酸解熱薬はアセトアミノフェンを優先して使用する</li> <li>深部静脈血栓症の徴候（下肢腫脹・発赤・疼痛）を必ず確認する</li> </ul>

57

## 資料



日本記者クラブ  
Japan National Press Club




---

日本記者クラブとは / これまでの記者会見 / これからの記者会見 / 施設利用案内 / 日本記者クラブ会報 /

会見レポート

いいね! 0
ツイート

**2021年09月09日 16:00～17:30 オンライン開催**  
**「新型コロナウイルス」(73) 在宅医療の役割 新田國夫・日本在宅ケアアライアンス理事長ら**






**会見メモ**

新型コロナウイルスの感染拡大「第5波」による医療体制の逼迫を受け、在宅療養をせざるを得ない患者が増えている。日本ケアアライアンス理事長で医師の新田國夫さん、同副理事長で元厚生労働省医政局長の武田俊彦さん、多摩ファミリークリニック院長の大橋博樹さん、新宿ヒロクリニック院長の英裕雄さんが、在宅医療の役割、いまの在宅医療の状況、課題について話した。

司会 猪熊律子 日本記者クラブ企画委員（読売新聞）

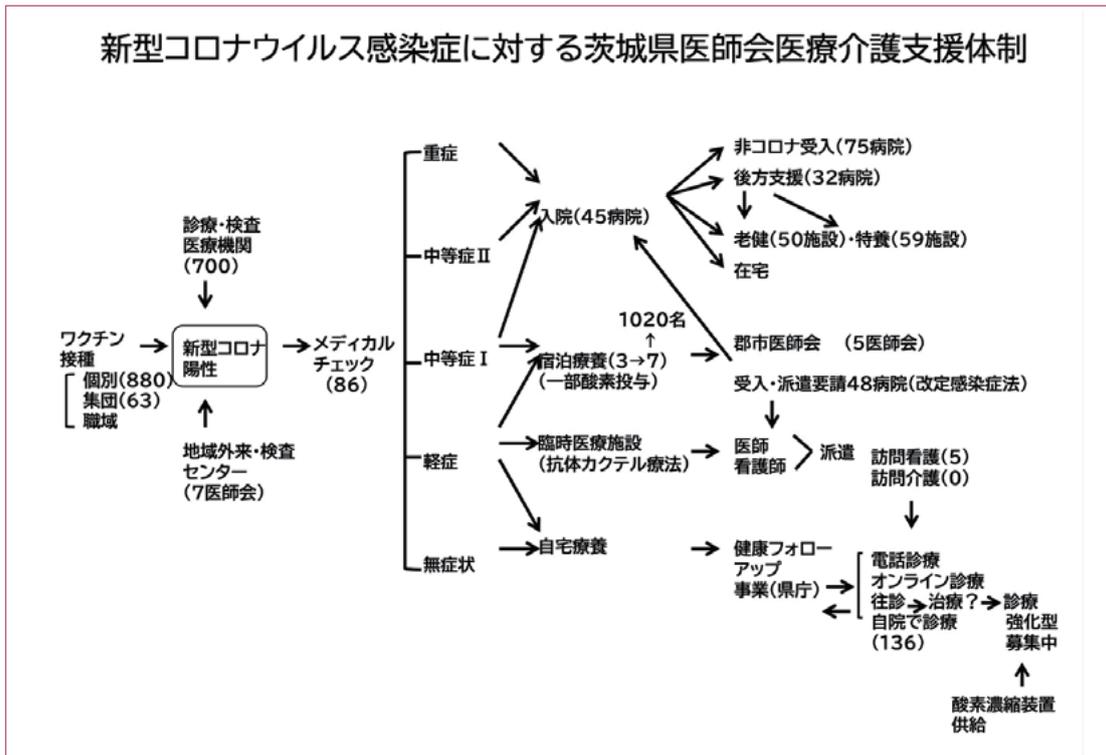
58 365

● 日本記者クラブにおける記者会見での最後のやりとり

➡ 結局、地域包括ケア体制ができていた地域は、第5波の自宅療養者増にも対応できた、ということではないか

各地でコロナに対応する仕組みが医師会と行政の双方の協力より構築されている

新型コロナウイルス感染症に対する茨城県医師会医療介護支援体制



茨城県医師会長鈴木邦彦先生のスライドより

## 2040年を展望した医療提供体制の改革について（イメージ）

- 医療提供体制の改革については2025年を目指した地域医療構想の実現等に取り組んでいるが、2025年以降も少子高齢化の進展が見込まれ、さらに人口減に伴う医療人材の不足、医療従事者の働き方改革といった新たな課題への対応も必要。
- 2040年の医療提供体制の展望を見据えた対応を整理し、地域医療構想の実現等だけでなく、医師・医療従事者の働き方改革の推進、実効性のある医師偏在対策の着実な推進が必要。

### 2040年の医療提供体制（医療ニーズに応じたヒト、モノの配置）



### 2040年を展望した2025年までに着手すべきこと

#### 地域医療構想の実現等

- ①全ての公立・公的医療機関等における具体的対応方針の合意形成
- ②合意形成された具体的対応方針の検証と地域医療構想の実現に向けた更なる対策
- ③かかりつけ医が役割を発揮するための適切なオンライン診療等を推進するための適切なルール整備 等

#### これらを一体的に推進

#### 医師・医療従事者の働き方改革の推進

- ①医師の労働時間管理の徹底
- ②医療機関内のマネジメント改革（管理者・医師の意識改革、業務の移管や共同化（タスク・シフティングやタスク・シェアリング）、ICT等の技術を活用した効率化 等）
- ③医師偏在対策による地域における医療従事者等の確保（地域偏在と診療科偏在の是正）
- ④地域医療提供体制における機能分化・連携、集約化・重点化の推進（これを推進するための医療情報の整理・共有化を含む）⇒**地域医療構想の実現**

#### 実効性のある医師偏在対策の着実な推進

- ①地域医療構想や2040年の医療提供体制の展望と整合した**医師偏在対策**の施行
  - ・医師偏在指標に基づく医師確保計画の策定と必要な施策の推進
  - ・将来の医療ニーズに応じた地域枠の設定・拡充
  - ・地域ごとに異なる人口構成の変化等に対応した将来の診療科別必要医師数を都道府県ごとに算出
- ②総合的な診療能力を有する医師の確保等のプライマリ・ケアへの対応

# 参考資料

団体紹介 一般社団法人 日本在宅ケアアライアンス

---

プロフィール

---

「令和3年度在宅医療関連講師人材養成事業」  
委員名簿

---

# 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・向上のため、一般社団法人を設立しました。

## 在宅医療推進のための共同声明 (2019年版)

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。

## 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

一般社団法人を設立した目的は

「在宅ケアの在り方の研究」「課題解決のための取り組み」「在るべき姿の普及促進」など。

多職種からなる団体の連合組織としてこれらに取り組むとともに、関係団体の活動の連携を行うため、以下を中心に活動し事業を展開します。

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、コロナ対策班やフォーラムの実施など、  
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

---

## 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 全国薬剤師・在宅療養支援連絡会
- 一般社団法人 日本介護支援専門員協会
- 一般社団法人 日本ケアマネジメント学会
- 一般社団法人 日本在宅医療連合学会
- 一般社団法人 日本在宅栄養管理学会
- 一般社団法人 日本在宅ケア学会
- 一般社団法人 日本プライマリ・ケア連合学会
- 一般社団法人 日本訪問リハビリテーション協会
- 一般社団法人 日本老年医学会
- 公益社団法人 全国国民健康保険診療施設協議会
- 公益社団法人 全日本病院協会
- 公益財団法人 日本訪問看護財団
- 特定非営利活動法人 在宅ケアを支える診療所・市民全国ネットワーク
- 特定非営利活動法人 日本ホスピス緩和ケア協会
- 特定非営利活動法人 日本ホスピス・在宅ケア研究会
- 日本在宅ホスピス協会

## 役員

理事 (◎理事長、○副理事長)

- 蘆野 吉和 (日本ホスピス・在宅ケア研究会 理事長)  
 飯島 勝矢 (東京大学高齢社会総合研究機構 機構長)  
 ○石垣 泰則 (日本在宅医療連合学会 代表理事)  
 石本 淳也 (日本介護福祉士会 相談役)  
 宇田 和夫 (全国薬剤師・在宅療養支援連絡会 会長)  
 太田 秀樹 (全国在宅療養支援医協会 事務局長)  
 小倉 和也 (在宅ケアを支える診療所・市民全国ネットワーク 会長)  
 織田 正道 (全日本病院協会 副会長)  
 亀井 智子 (日本在宅ケア学会 理事長)  
 草場 鉄周 (日本プライマリ・ケア連合学会 理事長)  
 ○武田 俊彦 (岩手医科大学医学部 客員教授)  
 坪根 雅子 (日本介護支援専門員協会 常任理事)  
 ◎新田 國夫 (全国在宅療養支援医協会 会長)  
 ○平原 優美 (日本訪問看護財団 事務局次長)  
 前田 佳予子 (日本在宅栄養管理学会 理事長)  
 三浦 久幸 (国立長寿医療研究センター 在宅医療・地域医療連携推進部長)  
 三木 次郎 (全国在宅療養支援歯科診療所連絡会 会長)

監事 大森 圭樹 (税理士法人 FOKs)

2021.6.30 現在

## 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 在宅ケアもの・こと・思い研究所  
 東邦薬品 株式会社  
 株式会社 大塚製薬工場  
 株式会社 ニチイ学館  
 医療法人 在宅サポートながさきクリニック  
 一般社団法人 全国介護事業者連盟  
 公益社団法人 日本理学療法士協会  
 マルホ 株式会社

## 蘆野 吉和 (日本ホスピス・在宅ケア研究会)

【略 歴】 1978年、東北大学医学部卒。1985年、福島労災病院勤務（外科医としてがん患者の治療に関わる過程で、1987年より進行がん患者の在宅医療を実践）。2005年、十和田市立中央病院院長・事業管理者（病院管理者として地域連携体制の整備を進めると同時に十和田市を中心とする在宅医療の普及を進める）。2013年、青森県立中央病院医療管理監（在宅医療担当）・緩和ケアセンター長（青森市・青森県の在宅医療体制の普及に取り組む）。2014年12月、社会医療法人北斗地域包括ケア推進センター長（十勝地域の地域包括ケアシステムの構築に取り組む）。2019年10月、鶴岡市立荘内病院参与、2020年4月、山形県庄内保健所医療監兼所長。

【資格・公職等】 NPO法人日本ホスピス・在宅ケア研究会理事長、一般社団法人日本在宅ケアアライアンス理事、一般社団法人日本在宅医療連合学会（前）代表理事会長。

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

【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。

【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「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-□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）。

## 池端 幸彦 (福井県医師会)

【略 歴】 1980年、慶應義塾大学医学部卒、同大学医学部外科学教室入局。1981年、浜松赤十字病院外科。1982年、国立霞ヶ浦病院外科。1983年、慶應義塾大学病院一般消化器外科助手。1986年、池端病院副院長。1989年、池端病院院長（～現在）。1997年、医療法人池慶会理事長（～現在）。2008年、社会福祉法人雛岳園（すうがくえん）〔愛星保育園・たんぼぼ保育園〕理事長（～現在）。

【資格・公職等】 日本外科学会認定医、日本消化器外科学会認定医、日医認定スポーツ医、日医認定産業医、認知症サポート医、介護支援専門員。福井県医師会会長、日本慢性期医療協会副会長、中央社会保険医療協議会（中医協）委員、社会保障審議会医療保険部会構成員、厚労省高齢者医薬品適正使用検討会構成員、日本医師会地域包括ケア推進委員会委員長、福井大学医学部臨床教授、福井県医療審議会会長、福井県慢性期医療協会会長。

## 石垣 泰則 (日本在宅医療連合学会)

【略 歴】 1982年、順天堂大学医学部卒、順天堂大学医学部脳神経内科入局。1990年、城西神経内科クリニック開設、院長。1996年、医療法人社団泰平会設立、理事長。2009年、コーラルクリニック開設。2011年、同院院長。2018年、医療法人社団悠輝会設立、理事長。2021年、医療法人社団仁生堂大村病院、院長。同年、医療法人社団悠輝会コーラルクリニック、名誉院長。

【資格・公職等】 医学博士、介護支援専門員、日本医師会認定産業医、日本神経学会神経内科専門医・指導医、日本リハビリテーション医学会専門医・指導医、日本内科学会認定内科医、日本在宅医学会認定専門医・指導医、日本プライマリ・ケア連合学会認定医・指導医。順天堂大学医学部リハビリテーション医学講座講師（非常勤）、順天堂大学医学部神経学講座 講師（非常勤）、一般社団法人日本生活期リハビリテーション医学会理事、一般社団法人日本在宅医療連合学会代表理事、一般社団法人日本老年医学会代議員、一般社団法人日本在宅ケアアライアンス副理事長、一般社団法人全国在宅療養支援医協会副会長、NPO法人静岡難病ケア市民ネットワーク理事長、一般社団法人リハビリテーション医学教育推進機構学術理事。

## 稲葉 一人 (中京大学法務総合教育研究機構)

【略 歴】 1983～1998年、東京地方裁判所判事補、大阪地方裁判所判事等。1992～1997年、法務省訟務局付検事等。1996～1997年、米国連邦最高裁判所連邦司法センター客員研究員。2000～2005年、京都大学大学院医学研究科修士・博士課程後期。2008年より現職。中京大学（法務総合教育研究機構）教授、熊本大学大学院客員教授、久留米大学医学部客員教授、三重大学医学部客員教授、藤田医科大学医学部客員教授。

## 江澤 和彦 (日本医師会)

【略 歴】 1988年、日本医科大学卒。1997年、岡山大学大学院医学研究科修了。医学部卒業後、救急医療・重症管理等の内科臨床に意欲的に取り組むとともに、現在も専門である関節リウマチの臨床や感染管理に積極的に携わる。1996年に現職である医療法人和香会および医療法人博愛会理事長（2002年には社会福祉法人優和会理事長）就任以降、地域づくりを目指して数多くの医療介護施設を開設。「社会貢献」を信条に、社会保障制度・地域包括ケア・地域医療構想・医療保険・介護保険・診療介護報酬等に関する数多くの講演や執筆活動を展開し、ライフワークである「尊厳の保障」に精力的に取り組んでいる。

【資格・公職等】 医学博士、労働衛生コンサルタント（保健衛生）、日本リウマチ学会リウマチ指導医・専門医。日本医師会常任理事、日本慢性期医療協会常任理事、日本介護医療院協会副会長、慢性期リハビリテーション協会副会長、日本医療法人協会理事、日本リハビリテーション病院・施設協会理事、全国老人保健施設協会常務理事、全国デイ・ケア協会理事、厚生労働省「社会保障審議会（介護給付費分科会／介護保険部会）」臨時委員、厚生労働省「社会保障審議会（障害者部会）」臨時委員など。2012年、厚生労働大臣表彰。

【主な著書等】 『認知症診療の進め方 ―その基本と実践―』（永井書店、共著）、『高齢者ケア実践事例集2010年10月「尊厳の保障を目指して―ユニットケアによる個を尊重したケアの実現―』（第一法規）、『シリーズ介護施設 安心・安全ハンドブック5「苦情対応と危機管理体制』（ぎょうせい）、『高齢者のための薬の使い方―ストップとスタート―』（ぱーそん書房、共著）、『感染制御標準ガイド』（じほう、共著）など多数。

---

## 大橋 博樹 (日本プライマリ・ケア連合学会)

【略 歴】 2000年、獨協医科大学卒。武蔵野赤十字病院で初期研修の後、聖マリアンナ医科大学総合診療内科に入局。その後、筑波大学附属病院総合診療科、亀田総合病院家庭医診療科で研修し、2006年4月より川崎市立多摩病院総合診療科医長。2010年4月、医療法人社団家族の森多摩ファミリークリニックを開業。

【資格・公職等】 日本プライマリ・ケア連合学会認定家庭医療専門医、東京医科歯科大学臨床准教授、聖マリアンナ医科大学非常勤講師、日本プライマリ・ケア連合学会副理事長、川崎市医師会理事。

【主な著書等】 『医師のための介護・福祉のイロハー主治医意見書のポイント、制度・サービスの基本から意外と知らない多職種連携のあれこれまで (Gノート別冊) 一』 (羊土社、編集) など。

---

## 織田 正道 (全日本病院協会)

【略 歴】 1978年、日本大学医学部卒、久留米大学医学部耳鼻咽喉科勤務。1980年、久留米大学医学部麻酔科勤務。1982年、佐賀医科大学耳鼻咽喉科勤務。同年、日本麻酔科学会・麻酔標榜医。1986年、久留米大学にて学位取得。1990年～2004年、医療法人祐愛会織田病院院長。1998年、医療法人祐愛会織田病院理事長に就任。

【資格・公職等】 公益社団法人全日本病院協会副会長、公益社団法人日本耳鼻咽喉科学会代議員、社団法人佐賀県医師会監事、社団法人鹿島藤津地区医師会会長 (2006～2012年)。厚生労働省構成員 (第8次医療計画見直し等に関する検討会、地域医療構想及び医師確保計画に関するワーキンググループ、外来機能報告等に関するワーキンググループ、在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループ、環境自主行動計画フォローアップ会議)。

## 川越 正平 (松戸市医師会)

【略 歴】 1991年、東京医科歯科大学卒。虎の門病院血液内科を経て、1999年、千葉県松戸市に医師3名によるグループ診療の形態であおぞら診療所を開設。2004年、あおぞら診療所院長、現在に至る。

【資格・公職等】 松戸市医師会副会長として、松戸市在宅医療・介護連携支援センター管理責任者、松戸市介護保険運営協議会会長、松戸市地域ケア会議会長の任にある。主な役職として、日本在宅医療連合学会副代表理事、東京医科歯科大学臨床教授、日本プライマリ・ケア連合学会代議員など。

【主な著書等】 『今日の治療指針』(医学書院、責任編集分担)、『在宅医療バイブル』(日本医事新報社)、『介護支援専門員基本テキスト』(長寿社会開発センター、編著)、『介護職のための医療とのつきあいかた』(メディカ出版) など。

## 雑賀 匡史 (全国薬剤師・在宅療養支援連絡会)

【略 歴】 2007年、東邦大学大学院(薬学部臨床病態学研究室)卒。同年4月、Canada Edmonton University of Alberta(カナダエドモントン州アルバータ大学)薬学部留学。2009年、山王病院入職。2010年、メディスンショップ蘇我薬局入職。2019年、フクチ薬局入職。2020年9月、さいがケアファルマ合同会社設立、代表就任。2021年3月、さいが居宅介護支援事業所開業、管理者。

【資格・公職等】 薬剤師、介護支援専門員、認知症研修認定薬剤師、認知症ケア専門士(認知症ケア学会)、スポーツファーマシスト(東京オリンピック・パラリンピック選手村薬局従事)。千葉県薬剤師会理事、千葉市薬剤師会副会長。平成27年第6回J-HOP研修会在宅基礎講座講師、平成29年第3回J-HOPフェスティバルin南関東ブロック実行委員長、J-HOP研修・教育委員会委員、J-HOP南関東ブロック委員。

【主な著書等】 『みんなの介護 介護の教科書』(ネット配信にて連載)。『デキル薬剤師をつくる現場の教科書』(じほう、共著)。

---

**島田 潔 (全国在宅療養支援医協会)**

【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（現・腎臓内分泌内科）入局、板橋区役所前診療所開設。2004年、板橋区医師会理事。2011年、日本医師会将来ビジョン委員会委員。2017年、一般社団法人日本在宅救急医学会理事、厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」専門委員。2018年、在宅医療政治連盟会長、2019年、全国国民年金基金理事・代議員。2020年、全国在宅療養支援医協会常任理事。

---

**鷺見 学 (厚生労働省)**

【略 歴】 1997年、厚生省入省。保険局医療課、環境省環境安全課、食品全部基準審査課、障害保健福祉部精神・障害保健課、大臣官房国際課。2008年、WHO総務局涉外担当医官。2011年、健康局がん対策推進室長。2012年、食品全部国際食品室長。2014年、国際連合日本政府代表部参事官。2017年、外務省国際保健政策室長。2020年、健康局健康課長。2021年9月より医政局地域医療計画課長（現職）。

---

**高砂 裕子 (全国訪問看護事業協会)**

【略 歴】 京都第一赤十字看護専門学校卒業後、看護師資格を取得。病院勤務を経て、1994年より訪問看護に従事。1995年、南区医師会訪問看護ステーション管理者。1999年より居宅介護支援センターの管理者を兼務。2016年、横浜市在宅医療連携拠点の業務委託を受け、「在宅医療相談室」相談員兼務。2006年、愛媛大学大学院医学系研究科看護学専攻地域・老人看護学修士課程修了。2016年、神奈川県看護章受。2009年、全国訪問看護事業協会理事。2014年、同協会常務理事。2020年より同協会副会長。

---

## 武田 俊彦 (日本在宅ケアアライアンス)

【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年に大臣秘書官（丹羽雄哉厚生大臣）。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、同政策医療課長や保険局国民健康保険課長、同総務課長を歴任。その後社会保障担当参事官として社会保障・税一体改革を担当。2年間の総務省出向（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）。2016年、医薬・生活衛生局長。2017年、医政局長。2018年、退官。同年、厚生労働省政策参与（2019年退任）。現在、岩手医科大学客員教授、東京海上日動火災保険顧問、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、一般社団法人日本在宅ケアアライアンス副理事長。

---

## 田中 明美 (厚生労働省)

【略 歴】 1995年4月、奈良県生駒市役所入職、福祉健康部健康課に配属。1999年、福祉健康部高齢福祉課。2002年、福祉健康部福祉支援課。2012年、予防推進係長。2013年、福祉部介護保険課、翌年課長補佐。2015年、高齢施策課。2016年、高齢施策課主幹・地域包括ケア推進室室長兼務。2017年、福祉健康部地域包括ケア推進課長。2018年、福祉健康部次長（兼）地域包括ケア推進課課長。2019年、福祉健康部次長。2020年4月～、厚生労働省老健局振興課課長補佐、同年8月～認知症施策・地域介護推進課地域づくり推進室室長補佐。

【資格・公職等】 保健師、看護師、精神保健福祉士、介護支援専門員。

---

## 坪根 雅子 (日本介護支援専門員協会)

【略 歴】 北九州市在住。地元高校卒業後、看護師として手術部、精神科病棟、夜間休日急患センターなどに勤務。血漿交換療法で臨床工学技士免許を取得。2003年に介護支援専門員となり在宅支援を開始。2006年、法人設立。居宅支援事業所2か所と、訪問看護ステーション、デイサービスを経営している。2015年、福岡県介護支援専門員常任理事に就任。2017年、日本介護支援専門員協会常任理事に就任。2021年、日本在宅ケアアライアンス常任理事に就任。

---

## 鶴岡 優子 (日本在宅医療連合学会)

【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。2001年、米国ケース・ウエ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年より同院所長。

【資格・公職等】 認定総合内科専門医、プライマリ・ケア認定医、獨協医科大学臨床教授、順天堂大学非常勤講師、小山地区医師会理事、日本在宅医療連合学会理事、医学博士、つるかめ代表、往診靴研究者。

【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。

---

## 中西 浩之 (厚生労働省)

【略 歴】 2021年、厚生労働省医政局地域医療計画課に配属。

---

## 新田 國夫 (日本在宅ケアアライアンス)

【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、福祉フォーラム・東北会長。

---

## 堀田 富士子 (東京都リハビリテーション病院)

【略 歴】 1988年、山形大学医学部卒。大宮赤十字病院（現さいたま赤十字病院）内科レジデント、山形大学医学部附属病院整形外科教室医員等を経て、1994年11月、慶應義塾大学医学部リハビリテーション医学教室へ入局。慶應義塾大学病院、慶應義塾大学月が瀬リハビリテーションセンター等関連病院で勤務。2001年4月より東京専売病院リハビリテーション科部長、2004年9月より東京都リハビリテーション病院地域リハビリテーション科科长を経て、2016年4月より同院医療福祉連携室室長。

【資格・公職等】 医学博士、リハビリテーション専門医・指導医。慶應義塾大学医学部非常勤講師（リハビリテーション医学の研修指導）、日本リハビリテーション病院・施設協会理事、東京都医師会地域包括ケア委員会委員長、東京都リハビリテーション協議会委員、東京都高次脳機能障害者相談支援体制連携調整委員会委員、墨田区介護保険事業運営協議会委員。

---

## 前田 佳予子 (日本在宅栄養管理学会)

【略 歴】 1979年、西九州大学家政学部管理栄養士専攻卒。1981年、同志社女子大学大学院家政学研究科修士課程修了、金井病院勤務。2001年、甲子園大学栄養学部専任講師。2003年、甲子園大学助教授。2005年、武庫川女子大学生生活環境学部食物栄養学科准教授。同年鈴鹿医療科学大学大学院保健衛生研究科博士後期課程修了。2010年、武庫川女子大学生生活環境学部食物栄養学科教授。2020年、武庫川女子大学食物栄養科学部食物栄養学科幹事教授。

【資格・公職等】 管理栄養士・保健衛生学博士。日本在宅栄養管理学会理事長、日本在宅ケアアライアンス理事、日本栄養改善学会評議員。

---

## 三木 次郎 (全国在宅療養支援歯科診療所連絡会)

【略 歴】 1978年、日本大学理工学部卒。1984年、日本大学松戸歯学部卒。同年～1986年、自治医科大学歯科口腔外科ジュニアレジデント。1987年、結城市に歯科診療所開業。2005年、介護支援専門員資格取得。2011年、結城市歯科医師会会長就任（2015年退任）、結城市地域ケア研究会代表就任。2015年、茨城県歯科医師会介護保険委員会委員就任（2021年退任）。

【資格・公職等】 歯科医師、介護支援専門員。結城市地域ケア研究会代表、全国在宅療養支援歯科診療所連絡会会長。

# 「令和3年度在宅医療関連講師人材養成事業」 委員名簿

※敬称略、50音順 ○は委員長

## ■実行委員会

- 飯島 勝矢（東京大学高齢社会総合研究機構・未来ビジョン研究センター）  
石垣 泰則（日本在宅医療連合学会）  
武田 俊彦（日本在宅ケアアライアンス）  
○新田 國夫（日本在宅ケアアライアンス）

## ■実行委員会

- 石垣 泰則（日本在宅医療連合学会）  
江澤 和彦（日本医師会）  
大橋 博樹（日本プライマリ・ケア連合学会）  
川越 正平（日本在宅医療連合学会）  
菊地 よしこ（日本訪問看護財団）  
雑賀 匡史（全国薬剤師・在宅療養支援連絡会）  
島田 潔（全国在宅療養支援医協会）  
高砂 裕子（全国訪問看護事業協会）  
坪根 雅子（日本介護支援専門員協会）  
三木 次郎（全国在宅療養支援歯科診療所連絡会）

---

令和3年度 厚生労働省委託事業  
**在宅医療関連講師人材養成事業 研修会**  
～高齢者を対象とした在宅医療分野～

---

発行：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  
制作：佐藤あゆ美、鈴木芳明（有限会社エス・アンド・エスクリエイティブ）