

在宅医療推進フォーラム

2006年11月23日(祝)
於 全共連ビル本館

主催 財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団

第2回

在宅医療推進フォーラム

人生を支える医療

～地域でささえあいつなぐいのち～

昨年11月23日に、在宅医療を推進する団体および個人、行政が集い、在宅医療の現状と課題を議論する、第2回在宅医療推進フォーラム(主催=財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団)が開催された。制度改正で在宅療養支援診療所が導入されるなど、在宅医療は新たな局面を迎えているが、在宅医療費は伸びても医師の往診回数は増えていないなどの報告もあり、在宅医療は必ずしも進んでいるとは言えないのが現状だ。その問題点はどこにあり、今後どのような展開が望まれるのか、当日は在宅医療の現状報告から、各界の代表者によるシンポジウム、さらに会場を含めたランチョンディスカッションなどが行われ、活発な議論が展開された。



5団体の代表者討論会

人生を支える医療 ～地域でささえあいつなぐいのち～

講演者：日本在宅医学会／梶原診療所 内科・在宅サポートセンター長 平原佐斗司氏 日本プライマリ・ケア学会／鈴木内科医院副院長 鈴木 央氏

NPO法人 在宅ケアを支える診療所・市民全国ネットワーク／医療法人萌気会理事長 黒岩卓夫氏

NPO法人 日本家庭医療学会／佐賀市立国民健康保険三瀬診療所所長 白浜雅司氏

NPO法人 日本ホスピス・在宅ケア研究会／NPO 法人千葉・在宅ケア市民ネットワークビュー代表 藤田敦子氏

コメンテーター：NPO法人 全国在宅医療推進協会理事長 神津 仁氏

非がん疾患の在宅ホスピス・緩和ケアが必要

討論会では、在宅医療を推進する5団体の代表者が、それぞれ在宅医療における課題などを提示した。

まず、日本在宅医学会から平原佐斗司氏が、非がん疾患の在宅ホスピス、緩和ケアの必要性を呼びかけた。

同氏はわが国でのホスピス、緩和ケアの現状について「対象が末期がんに限定されている」と述べ、「非がん疾患にもがん末期と同じように多くの苦痛が存在しており、緩和ケアは早急に取り組むべき最重要課題」との見解を示した。そのうえで同氏は、非がん疾患においては、認知症が圧倒的に対象数が多く、終末期の診断が可能で、緩和ケアが技術的にも困難でないことから、「認知症の緩和ケアモデルを確立することが当面の課題」との考えを示した。それには、認知症は10年程度の長い経過の後に終末期があることから、「継続的な支援を行うために、訪問診療と

いう狭義の在宅医療ではなく、地域ケアの枠組みで捉えることが重要」と強調した。

続いて同氏は、アルツハイマー病を例に、認知症へのアプローチにおいては、正しく診断を伝えて思いを分かち合う“診断をシェアするプロセス”が患者とともに歩むために重要であることや、中等度では合併症が問題となるため、全身管理を意識した細やかな観察が必要であることなど、ステージごとの対応の重点を整理した。そのうえで、アルツハイマー病でも末期まで人間らしい感情が残されることを強調し、「終末期に至る長い旅路を支えきることができれば、認知症でもがん患者と変わることなく、自宅や地域でその人らしい人生を全うできる」と結んだ。

揺れ動く本人、家族の意思決定を支えることが必要

続いて、日本プライマリ・ケア学会から鈴木央氏が、在宅におけるがんの看取りに言及した。

同氏は、がん患者の在宅死と病院死を比較検討した結果から、在宅での看取りを可能とする要因で有意なのは「介護者がいる」「苦痛が解決されている」「訪問看護が導入されている」「本人が在宅死を希望している」「家族が在宅死を容認している」の5項目で、特に本人が希望し、家族がそれを容認した場合に、在宅死を実現できる確率が高いことを示した。このことから、同氏は「揺れ動く患者、家族の心をしっかりと支え、在宅死を容認できる環境づくりを行う必要がある」との考察を示した。

続いて同氏は、在宅医療の利点について「家では自分なりの生活が送れる」「自分の存在意義や病気の意味に気付く」「死が敗北でなく、達成感や満足感の得られる1つの到達点に変質する」「スピリチュアルペインが軽くなり、痛みなどが緩和する」ことなどを挙げ、「在宅で亡くなる人は、少なくとも不幸とは言えないと本人が感じることができるようになることが重要である」と指摘した。

それらを踏まえて同氏は、看取りにおいて最も負担が大きい家族を見守り、その決断を支えることで、在宅での看取りを増やせるとの考えを示したうえで、「レスパイトは必要だが、末期の患者にとって移動はストレスであり、自宅でそれができるようコミュニティーとして支援することにも意義がある」と提言した。

「安心」をキーワードに 新しいコミュニティーをつくる

NPO法人在宅ケアを支える診療所・市民全国ネットワークからは黒岩卓夫氏が、在宅医療の役割と医療改革について提言した。

近年、医療事故による医療不信や医師不足が問題となっているが、同氏は「今こそ医師側から“生きることは何か”を社会に問い返すよい機会」と述べ、「在宅での医師と患者の関係にこそ医療の原点がある。在宅医療は1対1で信頼関係を取り戻す絶好の場である」とした。

さらに同氏は、在宅療養の実施は当然のことであると位置づけ、できない場合に例外的に入院するのであり、在宅医療の推進は「療養病床削減の受け皿として在宅医療が必要なのではなく、本来の姿に戻ろうとしているに過ぎない」とした。また、重要なのは地域のコミュニティーであり、「認知症患者および知的障害者が安心して暮らせる、そして子育てが安心してできる社会環境こそが、新しいコミュニティーの原型である」との考えを示した。

そのうえで、同氏は「老いと死を自分のものとして考える」という意識改革の必要性を強調し、「自分、家族、地

域社会、国がケアする側としてではなく、老いを自分のこととして受け入れてこそ尊厳を守ることができる」と述べるとともに、医療改革については、医学教育の卒前・卒後に在宅医療の学習・体験を組み入れることや、医学教育の責任者・教育担当者は定められた期間、在宅医療の研修を受けることなどを提案した。

患者と医師の継続的な信頼関係が必要

NPO法人日本家庭医療学会からは白浜雅司氏が、山村の診療所での経験をもとに、倫理的な視点から在宅医療の在り方に言及した。

同氏はまず、自らの経験として、余命3か月とされた腎臓がんの患者が、希望に沿って家で過ごすことで、モルヒネを使わず6か月間生存したケースを紹介し、「患者が最後に最も喜んだのは、腎臓のチューブを抜いて寝返りができたことだった。医療者の仕事とはそういう支えではないか」と、在宅医療への思いを語った。そのうえで、同氏が勤務している診療所では、勤務以来13年の間に、在宅の患者が半減していることに触れ、その理由について「支える家族や地域のコミュニティーが崩壊しているからではないか」と考察した。

それらを踏まえて同氏は、在宅医療には診療所と支援病院の連携、地域における公的・私的なサポートが必要だと指摘。その実現には、医療者と患者、家族の継続的な信頼関係が重要だとして「夜に患者が亡くなっても、大雪のなかの訪問を心配して、朝になってから家族が連絡をくれたケースもあった。信頼関係のもとでは家族も医療者を思いやってくれるものであり、医療者と患者、家族が“よい加減”（ほどよい加減）の対応ができる関係が、継続的にかわっていくために必要ではないか」と述べた。

「患者、家族ができること」への支援が必要

最後にNPO法人日本ホスピス・在宅ケア研究会から藤田敦子氏が、在宅緩和ケアの必要性について家族の立場から発言した。

同氏は、終末期医療の意識調査で、多くの医師が在宅での終末期医療の普及のために足りないのは、本人・家族の理解だと考えていることを報告したうえで、「むしろ医師が在宅へ帰ることの意味を理解していないのではないかと疑問を投げかけた。さらに、往診はしていても緩和ケアを在宅で行っている診療所は少ないことに触れ「一番大事なことは痛みをとることで、それができなければ怖くて家へ帰ることはできない」と指摘し、どこでも緩和ケア

が受けられることの重要性を強調した。また、24時間対応をしていない訪問看護ステーションが多いことに関しては、「緊急時訪問は当たり前という意識が必要ではないか」との考えを示した。

それらを踏まえて、同氏は在宅緩和ケアに必要な条件として、患者、家族の視点での情報提供と、相談窓口の必要性を挙げ「さまざまな不安を抱えた本人、家族が、在宅へ向けて一歩踏み出せるよう、心に寄り添う技術が必要」と述べた。さらに、今後は患者と家族の「自律」を高めることが必要であり「看取りの瞬間に必ずしも医師がいなくても、大切な人がそばにいらればそれでよい。“こうして生きたい”と思う気持ちに沿っていればよく、1人で死ぬのも悪いことではない。医療者は、患者、家族が自分たちでできることを支援することが大切」と結んだ。

国民をパートナーとしたポピュラーな在宅医療に

討論では、平原氏が「日本では苦痛をとる技術と態度を教育できていない」と教育の問題を提起。鈴木氏も「それには根本にある医師のコミュニケーション能力の開発が必要」と述べた。また黒岩氏は、「在宅に必要なのは気立てがよく腰が軽い医者、かつ看護師の言うことが聞ける医者

だ」と述べ、藤田氏も「話しやすく悩みを聞いてくれる人こそ在宅医に適していると思う」と話した。

訪問看護師およびケアマネジャーの重要性についても議論され、鈴木氏は「特に看取りのケアを経験しているケアマネジャーは少なく、今後は教育が必要」と述べた。

また、病院で最期を迎えることに慣れた地域住民の意識改革について、黒岩氏は「老いや死について本当のことを語り合える地域のコミュニティー、土壌づくりが必要」と提言。藤田氏は、在宅で看取る意味について「亡くなる人が与えてくれる大切な時間であり、最後の贈り物」と述べ、白浜氏も「在宅での看取りが家族のよい思い出として残れば、在宅医療は広がっていくだろう」と話した。

討論の最後に、NPO法人全国在宅医療推進協会の神津仁氏が、コメンテーターとして「在宅医療の形は1つではなく、それぞれが最適な方法を選択できるような支援が必要。失敗も成功も共有して密室医療にしないことが大切」と語った。また、これまでは在宅医療の「量」を増やしてきたが、今後は「質」を高めるための教育と情報が重要だと強調し、在宅医療を「国民をパートナーとしたポピュラーなものにしていかなければならない」と総括した。

「平成18年度在宅医療推進のための会」座長報告

医療法人アスミス 理事長 太田秀樹氏

昨年度、財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団の助成により「平成18年度在宅医療推進のための会」が組織され、在宅療養支援診療所（以下、在療診）および在宅医の教育プログラムに関する討議が行われた。医療法人アスミスの太田秀樹氏が議論を総括し報告した。

介護保険サービスとの有機的連携が必須

在療診に関する討議では、在療診が診療報酬上の制度に盛り込まれたに過ぎないことから、「財政的インセンティブだけで求められる役割を本当に果たせるか」に議論が集中した。その結果、在療診が地域に根付き、機能を全うするには、チームケアが可能なシステム構築が求められ、特に介護保険サービスとの有機的連携が必須であるとの結論に達した。なかでも、24時間対応の訪問看護ステ

ーションとの連携、看取りまで視野に入れたケアプランが作成できるケアマネジャーの存在が最低限必要であるが、24時間対応の訪問看護ステーションは全体の30%に過ぎず、訪問看護ステーションの整備と、訪問看護師およびケアマネジャーの育成が課題である。

2038年には、年間死亡数が170万人とピークに達することが予想されるが、同会では60万人を在宅（第三類型含む）で看取ると仮定し、在療診の年間看取り数の目標値を設定した。1つの在療診で年間に看取れるのを20人と設定すると、年間60万人を看取るためには、全国に約3万か所の在療診が必要だ。それには、32年間で2万か所の在療診を新たに整備する必要がある。達成には年間600~700人の在宅医を増やさなければならない。一方、在療診が現状の数でいくと、1か所で年間60人を看取れる体制の整備が必要だ。いずれの数値も、達成するには革命的な変革が求められる。

病院医師への在宅医療現場研修を奨励すべき

在宅医の教育プログラムに関する研究では、病院医師の大部分は在宅医療の現場を体験せず、想像しているに過

ぎないことが問題視された。在宅医療の本質を現場から伝えることが関心を喚起するきっかけになるため、在療診が教育機能を備えるべきとの意見が挙げられた。

また、興味や関心を持つ医師に広く教育機会を提供すべきである一方、入院期間短縮が進められるなか、病院とのスムーズな連携のためにも、病院医師が質の高い在宅医療を知ることは重要であることから、病院医師への在宅医療現場研修を奨励すべきとの結論に達した。

そのほかにも同会では、在宅での看取りにおける死亡診断書の問題に関連して、在宅での死亡判定を巡って誤解が蔓延していることから、医師向けに「死亡診断書記載マ

ニユアルQ&A」を作成した。これは、あくまで在宅医療実践者の解釈を優先したものであり、今後、良識に基づいて改正を重ね完成度を上げていくとしている。

さらに次年度の課題として、在宅医療の両輪である、訪問看護ステーションの整備を挙げた。現状では、訪問看護ステーションは単独事業で利益を生むことは困難であり、体制整備が不可欠だとしている。

最後に太田氏は「人生を支える医療こそ地域医療本来の姿である。在宅での看取りからコミュニティーの文化を垣間見ることができ、在宅医療はまさしく日本人の生き様にかかわる医療だと信じている」と結んだ。

シンポジウム

人生を支える在宅医療とその人材養成のあり方について

シンポジスト：厚生労働省健康局長 外口崇氏 かとう内科並木通り診療所院長 加藤恒夫氏
財団法人日本訪問看護振興財団常務理事 佐藤美穂子氏 国立長寿医療センター総長 大島伸一氏

各地の先駆的な取り組みをモデルにした国の施策

厚生労働省健康局長の外口崇氏は、わが国における急激な高齢化のなかで、在宅医療の推進は医療関係者だけでなく、国民1人1人が考えなければならない課題だとしたうえで、国の政策ビジョンを解説した。

同氏は、在宅医療の推進において厚労省では、各地の先駆的な取り組みを調査したうえで将来への施策を策定していること紹介し、尾道市や仙台市で実践されている例などをはじめ「モデルとなりうる先駆的な取り組みは全国で100以上あるとも言われており、それらをまとめれば素晴らしいモデルができるはずである」と述べた。

先駆的な取り組みを取り入れて、国の制度は変わり始めており、医療保険では、多職種共同の退院時指導、24時間対応体制、在宅ターミナルケア、特別養護老人ホームなどにおけるターミナルケアなどを行う、在宅療養支援診療所が平成18年度に創設され、さらに現場の声を受けて、同年7月には特定施設関連の追加措置が打ち出された。そのほか介護保険においても、訪問看護、ケア付き居住施設の充実、小規模多機能型居宅介護、地域包括支援センターなどで新たな制度を導入するなどして、地域で支えるケアの構築を目指している。

さらに同氏は、人材育成に関連して「9月に文部科学

省の医学教育課長が、医師であり以前の厚生労働省の老人保健課長だった者に替わった。介護保険や老人保健、訪問看護を熟知しており、在宅医療の推進はもちろん、その根幹となる医師の教育制度においても大きな変化があるものと期待している」と述べた。

在宅緩和ケア先進国・英国と日本の比較

かとう内科並木通り診療所の加藤恒夫氏は、在宅医療を推進していくためには中核を担う医師の育成が大きな課題だとして、在宅緩和ケアの先進国である英国と日本を比較し、在宅医育成のポイントについて述べた。

同氏は、在宅医とは通院不能となった患者を自宅で継続的に診療し、かつ自宅で看取ることができる医師と定義し、「これは在宅での終末期医療がしっかりとできる医師を指しているとも言える」とした。終末期医療においては緩和ケアが重要になってくるが、現在の日本には緩和ケアを専門に教育する施設がなく、それを教えるカリキュラムもない。同氏らは平成13年以來、緩和ケアについて医学部の卒前用のカリキュラム開発に学際的に取り組んできた。その結果、緩和ケアができる医師の育成とは、スペシャリストをつくることではなく、普通の人が生きていく営みを理解できる一般医の育成にほかならないという結論に達した。それを受けて、同氏が理想的な

育成モデルを探すなかで出会ったのが、英国のゼネラルプラクティショナー（GP）を教育して地域での緩和ケア、在宅での看取りに当たらせるプログラムであったという。

同氏は、英国の緩和ケアについて研究を重ねた結果、日本の緩和ケアとの違いは「研究とともに教育が大事にされている点であり、また在宅サポートチームとプライマリケアチームの連携が最初から戦略的に取り入れられていること。さらに、非営利民間団体の役割が非常に大きいことであった」と指摘した。一方、日本では医師の教育体制が整っておらず、教育体制・研究体制に大きな差が見られる。さらに日本では、1つの診療所が広範な地域を1人で支えている、1人でがんばる在宅ケアがモデルとなっていると述べ、その原因は在宅サポートチームの不在であると指摘した。これらを踏まえて、同氏は「在宅サポートチームとプライマリケアチームが連携した、地域の在宅緩和ケア体制の構築が急がれる」と提言した。

今後求められる訪問看護の重点事項

財団法人日本訪問看護振興財団常務理事の佐藤美穂子氏は、これからの訪問看護に求められる重点事項を挙げ、そのポイントを解説した。

同氏は、今後求められる訪問看護の重点事項として、第一に退院支援を挙げた。退院支援の一例としては、退院時共同指導が実施されており、悪性腫瘍の末期やIVH、人工呼吸器など複雑で手技の引き継ぎが必要な場合や、退院後に不安がある場合に行われている。退院時共同指導には主治医や病棟看護師、地域連携室などの看護師、ケアマネジャー、ソーシャルワーカー、そして在宅で活動している訪問看護師などが当たっており、病院と在宅の看護格差の解消、看護師同士の連携、在宅療養者の安心感と在宅医療の継続性につながるなどの効果が得られたという。同氏は「こうしたことが今後、さらに各方面で進められる」との見方を示した。

また同氏は、生活の場でのターミナルケアも重点事項として挙げた。現在では一般の意識として、病院で亡くなるのが当たり前になっているが、同氏は「生活を住まいで終えることが幸せであるという意識を持つことで、亡くなる場所についての意識が改革されるのではないか」との考えを示した。そのためには、看取りの環境の改善、医師や訪問看護師はもちろん、患者・家族も含めたチームケア体制の確立が必要であると強調した。さらに、ALSなど重度障害者のケア、予防・リハビリテーション看護も、今後の訪問看護の重点事項であると述

べ、その基盤となる訪問看護師の養成と質向上において、訪問看護師をゴールとした卒後教育の必要性と、教育の場としての訪問看護ステーションの規模と機能の拡大を提案した。

日本の医療の方向性を自ら決める

国立長寿医療センター総長の大島伸一氏は、政策医療を先頭になって実現する役割を担う同センターの在り方についての考えを述べた。

同氏は、同センターの理念は「高齢者の心と体の自立を促進し、健康長寿社会の構築に貢献する」ことであると述べ、活動の基本方針として、①人の尊厳や権利を重視し、病院と研究所が連携して高い倫理性に基づく良質な医療と研究を行う、②病院では高度先駆的医療、新しい機能回復医療、包括的・全人的医療を行う、③研究所では老化と老年病の研究、新しい医療技術の開発、社会科学を含む幅広い研究を行う、④老人保健や福祉とも連携し、高齢者の生活機能の向上を目指す、⑤成果を世界に発信し、長寿医療の普及に向けた教育・研修を行う一ことを示した。それらを実現するために、組織面では研究所（13部42室）、病院（10部3室）、運営部（5課1図書室）が一体となって活動し、理念として表明したミッションを実現していくとしている。

同センターの概要を紹介したうえで同氏は、在宅医療一般に関する考えとして「制度的には大きな方向は既に決まっており、今後の課題は在宅医療の質的・量的受け皿づくりである」と指摘し、具体的な目標としては、看取りのできる在宅医療をどう構築していくかであると強調した。そのためには、在宅療養支援診療所、かかりつけ医、地域の病院、訪問看護ステーション、介護施設など、考えられる社会資源をすべて投じ、地域のなかで新しい医療体制をつくっていく以外に方法はないとの考えを示し、「これは新しい医療はどのように変っていくのかという視点ではなく、在宅医療を以前から実践し、その重要性に気付いていた人たちがどう動くかによって、変わりつつある日本の医療の方向性を自ら決めることができるということ」だと述べた。

そのうえで同氏は、「国立長寿医療センターは、こうした問題に責任を持って立ち向かうことを、はっきりと宣言し約束したい。それには在宅医療のノウハウを一番よく知っている皆さんの知恵と汗と継続的な志が必要である。ぜひ皆さんの力でこれからの医療を変え、これからの社会の構築に貢献していただきたい」と呼びかけた。

基調講演

我が国における在宅医療の 定着に向けて

厚生労働省
事務次官

辻 哲夫氏



基調講演では、厚生労働省事務次官の辻哲夫氏が、介護療養型医療施設の将来的な廃止などを盛り込んだ医療制度改革が、何を目的にどのようなビジョンに基づいて進められているのかについて述べるとともに、行政の在宅医療推進に向けての姿勢について講演した。

介護療養型医療施設の廃止は 患者の追い出しではない

わが国では、これから四半世紀の間に、75歳以上の後期高齢者の人口が1,100万人から2,100万人に増加する。これにともない、死亡者数も年々急増し、2038年には170万人に達すると言われている。辻氏は「そうしたなか、単なる財政問題としてではなく、われわれがこれからの時代をどのように生きていくのかという課題に基づいて、医療は今後どう改革されていくべきかが問われている」との問題意識を示した。

そのうえで同氏は、厚生労働省が進めている医療制度改革においては、国民の生活の質を低下させ医療費の負担も大きい生活習慣病に対する根本的な対策を講じるとともに、これまで一貫して進めてきた医療機能の分化・連携を大きなテーマとしていると述べる。急性期に質の高い医療を提供し、回復期のリハビリテーションにより生活の力をつけ、在宅に帰り生活を継続していくためには、高齢者の生活機能を重視した支援を念頭に置いた、地域における急性期、回復期、療養期、在宅療養における医療機能の分化・連携と、介護提供体制の確立が必要であると指摘した。

これを踏まえて、同氏は「地域における質の高い支援体制を構築するうえで、患者、つまり市民への情報開示によって、地域のどの医療機関を繋げることで、自分や家族が在宅に戻れるのかを知ってもらうことも重要である。さらに、在宅での継続的な生活を支えるための在宅医療体制の確立のためには、国はもとより都道府県の力量も問われており、その点で国と地方自治体との連携も進めている」と述べた。

今回の医療制度改革では、医療の必要性に応じた療養

病床の再編成として、平成24年3月までの介護療養型医療施設の廃止を打ち出している。これについて、同氏は「在宅医療の体制確立を念頭に置いた医療改革の入口であり、非常に大きな改革である。理解していただきたいのは、これは介護療養型施設にいる患者を追い出すというのではなく、あくまでも医療依存度の高い人は医療保険適用として、これまで以上に強化された医療体制でケアをし、医療依存度の低い方には老健施設やケアハウス、あるいは在宅にシフトしていただくというものである。これについては経過措置も含め、基本的には老健施設への転換を保証するという点に留意していただきたい」と強調した。

地域で支えるケアの中心となる 在宅療養支援診療所への期待

さらに辻氏は、これからの医療においては地域で支えるケアの構築が重要である点に触れ、「在宅療養支援診療所はその中心となる非常に重要な役割を占める」との考えを示し、在宅療養支援診療所が病院や老健施設、あるいは地域の訪問看護ステーションや訪問介護事業所と連携し、終末期医療も含めた在宅での生活を支えていくシステムの確立が急がれるとした。

また、在宅医療を行っていくうえで重要になるのが、24時間いつでも患者に対応できる医療と看護の体制である。同氏は、ここでもかかりつけ医が急性期病院や訪問看護ステーションなど地域の医療機関を繋げ、24時間対応可能なシステムの中心となることが期待されるとし、「こうした地域ケア全体の体制づくりに関しては、2007年をめどに厚生労働省として各地方自治体にガイドラインを示す予定である」と述べた。

一方で同氏は、こうした体制づくりと併せて、医師の不足や過剰な負担という問題を挙げた。これは近年、小児救急などの領域で顕著になっており、これについても、初期救急における地域の開業医の役割が問われている。いずれにせよ後期高齢者診療報酬などについて、在宅医療を重視した体系の検討が進むとの考えを示した。

これらを踏まえたうえで、同氏は「今求められている地域で支えるケア、その根幹となる在宅医療体制の確立は差し迫った重要課題であり、その推進に当たっての関係者の積極的な取り組みに大きな期待をするものである」として講演を締めくくった。

在宅医療推進のための共同声明

2006年11月23日

NPO 法人 在宅ケアを支える診療所・市民全国ネットワーク

NPO 法人 日本家庭医療学会

NPO 法人 日本ホスピス・在宅ケア研究会

日本在宅医学会

日本プライマリ・ケア学会

(50音順)

- ①市民とともに、地域に根ざしたコミュニティケアを構築する
- ②医療の原点を見据え、本来あるべき生活と人間の尊厳を大切にした医療を目指す
- ③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持った、在宅医の養成を積極的に支援する
- ⑤日本に在宅医療を普及させるために協力する
- ⑥来年11月23日に再びフォーラムを開催する

第3回 在宅医療推進フォーラム 開催のお知らせ

2005年、2006年と回を重ね、第3回目を迎える本年の在宅医療推進フォーラムは、初めて東京を離れ愛知で開催いたします。さらに多くの皆様にご参加いただき、これからの在宅医療の在り方を考える場にさせていただきたいと考えております。

主 催：財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団

開催日：2007年11月23日（祝）

会 場：あいち健康プラザ（愛知県大府市）

※詳細は財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団までお問い合わせください。

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5階
TEL.03-5226-6266 / FAX.03-5226-6269

E-mail: yuumizaidan@nifty.com
<http://www.zaitakuiryo-yuumizaidan.com/>