

# Newsletter

## 日本在宅ケア学会

2012年2月発行

# No.5

日本在宅ケア学会事務センター  
〒162-0825  
東京都新宿区神楽坂 4-1-1 オザワビル  
TEL:03-5206-7431  
FAX:03-5206-7757

### ◆ 特集 ◆ 災害時の在宅ケア ——東日本大震災時の活動——

#### 1. 災害に対する日本在宅ケア学会の課題

——東日本大震災から学ぶこと——

日本在宅ケア学会理事長 白澤 政和  
(桜美林大学大学院)

2011年3月11日の東日本大震災は甚大な被害をもたらしましたが、とりわけ高齢者の被害が大きく、60歳以上の死亡者が70.3%を占めています(平成23年度版防災白書)。また、多くの要介護高齢者や障害者は病院・施設や福祉避難所でケアを受けることになりました。このことは、震災では高齢者といった弱者が被害に遭いやすいということを示しています。

その意味では、震災等の災害に対する日本在宅ケア学会の役割も大きいと考えられるなか、東日本大震災8日後の3月19、20日には第15回学術集会を県立広島大学で予定していました。被災地の会員の方が参加できないことはもとより、このような時期には、個々の会員が被災地の支援に赴くべきではないのかという思いから、山岡喜美子学術集会長をはじめ学術集会委員や理事とともに中止するかどうかの協議を重ねました。その結果、被災地からの参加者への対応(参加費の返還等)を含め、学術集会の場において震災に対する

学会としての役割や活動について協議をするためにも、学術集会を開催することを決定させていただきました。

結果的に、本学術集会では、日本在宅ケア学会として、あるいは会員の方それぞれの震災に向けての支援のあり方が議論されるとともに、147,000円の義捐金も集まり、日本赤十字社に寄付させていただくことができたことから、開催してよかったと実感しました。この学術集会での議論を踏まえ、今年度の第16回学術集会は「日本復興のための在宅医療・在宅ケア」というテーマのもと開催させていただくことにつながっています。

また、この間、本学会の取り組みとして、日本看護科学学会からの災害看護支援事業の募集を受け、「震災被災地支援のための看護師への在宅看護研修会」を計画し採択されたことから活動を始めています。また、日本社会福祉系学会連合の震災調査にも参加しています。

一方、今回の震災における在宅ケアの実態から、本学会の課題もみえてきました。

1つは、在宅ケアにかかわるそれぞれの専門職の職能団体は、個々にそれなりの支援活動を行ってきました。医療系ではDMAT(災害派遣医療チーム)やJMAT(日本医師会災

害医療チーム),さらには日本看護協会の災害支援ナースの派遣活動があり,福祉系では,日本社会福祉士会,日本精神保健福祉士会,日本医療社会福祉協会がそれぞれ独自に被災地への派遣活動を行ってきました.また,日本介護支援専門員協会も同様の活動を行っています.さらには,医療や福祉の団体もそれぞれ独自に派遣活動を行いました.しかしながら,個々の被災地において,被災地外からのさまざまな専門職が専門職間で相互連携しながら活動できたわけではありません.今後の課題として,被災地の支援において,四川大震災のときから始まった被災地と非被災地を決めていくマッチング方式を活用して,被災地での専門職間での連携方法を提示していくことが求められています.

もう1つは,今後の被災地の復興に向けても日本在宅ケア学会の責任は大きいといえます.今後市町村で作成される復興計画に基づいて仮設住宅から新たに地域に戻っていくこととなりますが,いかに今までの人間関係を残しながら,新たなまちづくりができるかが課題です.そのためには,介護保険制度で求められている地域包括ケアシステムをすべての地域住民を対象にして構築していくことが必要であるといえます.これを計画し,支援していくうえで,日本在宅ケア学会は研究を深め,還元していくことが求められています.

今回の東日本大震災がもたらした課題に対して,日本在宅ケア学会の会員の皆さまの研究・教育・実践でもって解決していただくことを強く期待いたします.

## 2. 東日本大震災における岩手県社会福祉協議会の活動

右京 昌久 (岩手県社会福祉協議会)

岩手県を襲った東日本大震災の大津波は,死者・行方不明者 6,183 人,両親を失った 18

歳未満の子ども 82 人,家屋倒壊 24,721 棟,農業および公共土木施設被害 8,662 億円という未曾有の被害をもたらしました(2011年10月18日時点).避難者は2011年3月14日時点で51,491人.電気,ガス,上下水道,固定電話のライフライン復旧は遅いところで4か月を要しました.13,984戸の仮設住宅が建設され,8月末にはほぼ入居が完了,避難所は閉鎖されました.

当協議会の調査による福祉施設の被害は次のとおりです.保育所の建物被害は,全壊11・半壊3,保育中の園児は奇跡的に全員避難して生存,しかし保護者に引き渡された後に33人が犠牲に,障害者福祉施設の建物被害は全壊10・半壊16,利用者28人,職員6人が犠牲に,高齢者福祉施設の建物被害は全壊8・半壊1,利用者86人,職員13人が犠牲になりました.陸前高田市,大槌町をはじめとする沿岸市町村では社会福祉協議会の会長,事務局長などの幹部役職員15人,民生委員26人が命を落としました.市町村行政も庁舎流失,住民データの消滅,100人を超える職員の犠牲などにより在宅ケア基盤の復旧が思うに任せぬ状況が続きました.

発災時刻は2011年3月11日午後2時46分.通所介護事業所や障害者就労支援事業所の利用者は,被災を免れた安全な関連施設に避難しました.多くの福祉施設は利用者や利用者の家族をはじめとする地域住民の避難場所となり,地域の高齢者,障害者の避難生活の拠り所になりました.特別養護老人ホームのなかには一時的に入所定員の10倍にあたる避難者1,000人を受け入れたところもあるといえます.居宅介護支援事業所や障害者相談支援事業所,訪問介護事業所などは,発災後早期に利用者の安否確認にあたり,サービス利用者の状況を把握した一方で,サービスを利用していない住民の状況,とりわけ視覚障害,聴覚障害,発達障害,

内部障害の方々の安否状況は十分に把握されず、課題を残しました。

当協議会は、発災直後に県災害ボランティアセンターを設置、沿岸部をはじめとする 24 の市町村社会福祉協議会が設置する災害ボランティアセンターの後方支援に取り組みました。ボランティアの活動は、家屋や側溝からの泥出し・ゴミ出し、田畑の瓦礫片付け・除草、引越し手伝いなどで、これまでに延べ 32 万人が全国各地から支援活動に携わりました。また、被災者に対する生活福祉資金 3,000 件、4 億円を特例貸付しました。

仮設住宅や被災者が入居する借上げ住宅（みなし仮設住宅）に住まう方々の安否確認や福祉サービス等の利用援助などの被災者支援を行う生活支援相談員を 9 月から県・市町村社会福祉協議会に順次設置、全県では 202 人の配置を目指して活動しています。生活支援相談員は、災害に伴う幅広い生活問題の相談に応じながら住民が集うサロンの運営など、地域コミュニティ再構築のためのキーパーソンとして活躍しています。

被災した福祉施設や避難所に延べ 3,414 人の介護職員等を派遣調整するとともに、全国の福祉施設・団体、企業等から寄せられた義援金や義援物資およそ 2 億円を被災施設に配分しました。

### 3. 福島の広域複合災害から 10 か月を過ぎて

結城美智子（福島県立医科大学看護学部）

2011 年 3 月 11 日に発生した巨大地震、津波、原子力発電所事故により、その後 10 か月を過ぎた現在も福島県民の生活は困難が続いています。原発事故避難区域以外からの自主避難を含めると福島県民の約 8%にあたる 16 万ほどの人々が自宅・故郷を離れ、県内外での避難生活を送っています。避難者は現在

の仮設住居、借り上げ住宅等にたどり着くまで、一次避難所（学校体育館等）、二次避難所（ホテル、旅館等）、友人・親戚宅等と少なくとも 5, 6 回と生活場所を変えていました。その心身のストレスは計り知れません。

一次避難所では心疾患や糖尿病等の慢性疾患のある人々が薬を持参できないまま避難していました。医療機関が機能していない地域ではどのように医療につなげるかが非常に大きな困難でした。医療で役立ったひとつの方法はお薬手帳の活用です。持参している人は多くなかったのですが、医療機関を受診しなくてもお薬手帳で薬を処方してもらうことができたことは大変有効でした。平時にお薬手帳を携帯すること、そして緊急時の活用については普段からさらに周知すべきと考えます。

また、重大な健康問題として高齢者の急激な心身機能の低下があります。避難所や仮設住宅等、これまでとは異なる環境下での生活はほとんど身体を動かすことなく、他者との交流も少なく、容易に心身機能の低下に陥り、要支援・要介護の認定者が増加しています。保健師等は仮設住宅や集会所等に出向いて介護予防のための運動教室などを実施していますが、被災自治体の保健師の数は少なく、県内に散在している仮設住宅に出向く回数も十分ではありません。保健師等のマンパワーの確保も継続した問題です。これまで全国で災害が発生したときには支援する側として行政機関同士の連携のもとに職員等の派遣がありましたが、今回は派遣された方の受け入れ側としてその体制を振り返ると、その機能は十分ではありませんでした。支援者を派遣することには慣れていますが、受け入れる側の体制作りが未整備です。今後の災害対応に生かすべき点としては、支援者（とくに現地での職員数の少ない保健師等）の受け入れコーディネート機能の強化が必要と考えます。

今も福島の影響の収束がみえないのは放射線汚染の影響が大きいことによります。災害直後には放射能の心配があり（情報がなく判断できない不安等）、加えてガソリンが入らない、緊急車両の指定が受けられないなどの理由から訪問サービス事業所は利用者への訪問が困難でした。住民も放射線汚染の影響、不安とともに生活しています。避難所では風邪、肺炎、感染性胃腸炎等の感染症が蔓延し、その予防と対応に最善が尽くされましたが、住民のなかには換気のために窓を開けるということすらためらっている状況が見受けられました。避難所のなかには結核の集団発生が報告されており、ライフラインや物資、マンパワーが十分でない状況下における避難所の感染症対策の重要性を再認識します。

福島の災害復旧・復興はどのようなゴールになるのか、だれもが案じています。高い放射線量のために長期間自宅や故郷に戻れないとされる長期帰宅困難区域の住民にとっての将来はどのように考えればよいか。それでも、避難者は毎日を生き抜いています。また同じ住民であり、被災者であり、避難者である被災自治体職員が明日につながる仕事に精いっぱい取り組むようすに心を揺さぶられます。

最後になりましたが、全国の皆さまからたくさん励ましとご支援をいただきました。心より御礼を申し上げます。これからも福島に関心をもっていただき、引き続きご支援を賜りますよう、よろしくお願い申し上げます。



■ 在宅ケアに関する日本の保健医療福祉の最新の動向

「地域包括ケアシステム」と「医療と介護の連携」

辻 彼南雄（ライフケアシステム）



今年在宅ケア界にとって重要な1年にな

るといえる。春には、改正介護保険法が施行され、6年に1回の診療報酬と介護報酬の同時改定が控える。また、医療法や薬事法など主要法律の改正も予定され、2013年度以降の医療計画も見直されるためである。これらの改正に共通するキーワードは「地域包括ケアシステムの構築」と「医療と介護の機能分化・連携の強化」である。

地域包括ケアシステムとは、高齢者や要介護者が住み慣れた地域で生活を継続できるように日常生活圏域（おおむね30分以内で移動できるエリア、小中学校区に相当）において医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスを一体的に提供する体制のことである。地域包括ケアの考え方そのものは新しいものではなく、その実現に向け、2006年度の制度改正では小規模多機能型居宅介護（「通所」「訪問」「宿泊」のケアを一体的に提供するサービス）や夜間対応型訪問介護などが創設されていた。しかし、現在これらの制度が十分機能しているとはいえない。

なぜか、その最大の原因は、「医療必要度の高い中重度者を支える在宅サービス」が絶対的に不足しているためである。そこで改正介護保険法には、在宅において医療と介護を一体的に提供する新サービスが多く盛り込まれた。たとえば、「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」がある。身体介護を中心とした短時間のケアを1日複数回提供し、要介護者からの緊急通報にも対応する。「施設並み」の24時間体制のケアを提供するのがねらいで、看護師とヘルパーが連携して医療ニーズもカバーする。そのほか、小規模多機能型居宅介護に訪問看護を組み合わせた「複合型サービス」も創設される。高齢者向けの住まいの整備も進められており、昨年には「サービス付き高齢者向け住宅」制度が創設された。自宅の場合、バリアフリー化されていなかったり安否確認しづらいといった不都合があるが、高

高齢者向け住宅であればさまざまな生活支援サービスを受けながら安心して暮らすことができる。こうした住宅を日常生活圏域につくり、前述の定期巡回サービスなどを組み合わせれば、高齢者が住み慣れた地域で生活を継続できるほか、介護費用が在宅よりもかかる介護施設の整備を抑制でき、財政的にもメリットがあると試算されている。

また、厚生労働省は2013年度からの医療計画にも在宅医療の充実を盛り込む方針だ。その考え方の素案が在宅医療の体制構築に係わる指針案（国立長寿研究医療センター作成）としてすでに発表されている。医療連携体制のなかで、在宅医療を担う医療機関の役割を充実・強化するためにこの指針を示し、理念だけではなく都道府県が達成すべき数値目標や施策などを記載することにより、計画の実効性を高めることも必要としている。

医療も介護も一体となり、在宅ケアの充実に向けて諸制度の改正がなされているのが現状である。質の高い在宅ケア従事者の育成と、多職種・他機関の地域連携が求められていることは間違いない。

## ■ 在宅ケアのトピックス

### 法律の改正に伴う介護職員による 喀痰吸引等の実施とその研修

佐藤美穂子（日本訪問看護振興財団）

2011年6月22日に交付された「介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」により、2012年4月から介護職員等がたんの吸引等医行為を実施することになる。2010年7月に「介護職員等によるたんの吸引等の実施のための制度の在り方に関する検討会」（座長：大島伸一独立行政法人長寿医療研究センター総長）で議論が始まり、2011年10月から研修等の試行事業が

全国7団体で実施された。日本訪問看護振興財団もそのひとつとして、在宅での試行事業に参画し、第177回国会衆議院厚生労働委員会で、在宅では実地研修が困難なこと、施設とは異なる在宅ケアの安全性と質確保の観点から連携の重要性を参考人として意見陳述した。在宅ケアにおいて介護職員が喀痰吸引等を実施する体制として、研修のあり方と、訪問看護師とケアマネジャーとの連携がポイントと考える。

#### 1. 喀痰吸引等の内容と実施場所

介護職員ができる行為の範囲は、たんの吸引（口腔内、鼻腔内、気管カニューレ内部）と経管栄養（胃ろう・腸ろう・経鼻）である。実施可能である介護職員とは、一定の追加的な研修を終了した介護職員等であり、看護職員のみでは十分なケアができない介護関係施設や、医師・看護師と介護職員の適切な連携・協働のもとに訪問介護員が在宅で実施する。

#### 2. 研修と安全確保措置

喀痰吸引等を行う事業者は都道府県知事の登録特定行為事業者である。喀痰吸引等の研修を修了して都道府県知事から認定特定行為業務従事者の認定証を交付された介護職員が実施する。

喀痰吸引等研修機関の登録基準においては、研修課程（講義・演習・実地研修）、修得の審査、研修修了者証の作成・交付が定められている。研修課程は介護職員ができる行為のすべてを行う第1号研修、気管カニューレ内部吸引と経鼻経管栄養を除いた第2号研修、そして特定の者に対し必要な行為の研修を行う第3号研修である。研修の実施基準では、医師、保健師、助産師または看護師が講師となることが定められている。2011年10月に大阪と東京で開催された指導者講習会を修了した看護師等と試行事業の指導看護師を合わせて約600人が教育にあたる。ただし実地研

修は必ずしも指導看護師でなくてもよいとされる。

経過措置として、現に違法性阻却により吸引等の実施が認められている介護従事者は喀痰吸引等が実施できる。介護福祉士であっても2015年度末までは研修機関で喀痰吸引等の実地研修まで終了し、認定証の交付を受けて実施する。医師とは、文書による指示と実施内容に関する計画書・報告書の作成により連携する。また、医師や看護師とは対象者の心身状態を定期的に確認し情報を共有する。急変等に備え、緊急時の医師・看護職員への連絡方法をあらかじめ定めておく。

在宅では施設のようにマニュアル化されにくく緊急時対応も遅れることが予測される。喀痰吸引等の必要な利用者ごとに看護職員と介護職員の役割分担・連携のケア提供体制を構築する必要がある。

訪問看護師は介護職員が安心して技術提供ができるように支援することと、自ら吸引等を実施しながら呼吸ケアのマネジメント力を発揮し医師やケアマネジャーとのつなぎ役が求められよう。医療と介護ニーズを併せ持つ重度要介護者の在宅生活限界域を高めるために、訪問看護師にはプレイングマネジャーの役割が期待される。

## ■ 在宅ケアのトピックス

### 在宅ケアと看護師特定能力認証制度の動向に関する本学会の取り組み

特定看護師(仮)検討ワーキンググループ委員長  
亀井 智子 (聖路加看護大学)

本学会は、日本看護系学会協議会(通称JANA)に加盟している。2010年3月に厚生労働省から出された「チーム医療の推進に関する検討委員会報告書」のなかで特定看護師(仮称)の創設が提案された。これを受け、

JANAによる緊急集會が開催され、特定看護師(仮称)について、各学会の意見を収集したいとの要請がなされたことから、2010年7月に、本学会に特定看護師(仮)検討ワーキンググループが急遽設置され、本学会としての検討を開始した。

本グループでの検討の中心は、包括的指示のもと、特定看護師(仮称)が看護の行為のなかで医行為を実施することで『より在宅療養者の生活の質(Quality of Life ; QOL)が向上する』こととした。はじめに在宅ケアのフェーズ(時期・場面)を検討し、次に各フェーズにおいて特定看護師(仮称)が実施することで、在宅療養者の苦痛が早期に回避できる医行為、悪化を防ぐことのできる医行為等を挙げ検討した。そのプロセスでは、訪問看護ステーション管理者からヒアリングも行った。

在宅ケアのフェーズは訪問看護の目的や訪問頻度、緊急対応の必要度により便宜的に次の3つとした。①在宅で常時医療機器・器具を使用して療養する者(在宅人工呼吸療法、在宅酸素療法、在宅腹膜灌流透析、在宅中心静脈栄養法、在宅インスリン注射等)へのケア、②慢性疾患の安定療養期・リハビリテーション期(高血圧、糖尿病、脳血管疾患、肺気腫等の病状安定期の機能維持・回復を目指したケア)および急性増悪期(病状の急速な悪化により、新たな治療が必要となった時期)のケア、③自宅で終末期をすごし、看取りに近い在宅療養者(老衰や病状が進み、死を迎えようとしている時期)のケアである。①のフェーズでは、たとえば、人工呼吸器や在宅酸素療法の設定を対象者のアセスメントを行ったうえで必要な変更を行えるようにし、実施内容を評価する、②では医師とあらかじめ取り決めた薬剤リストのなかから、適切な薬剤を選択して使用し、効果を評価することや、

急性増悪発症時の検査指示書の作成と依頼、結果の判断、③では死の3徴候の観察などを挙げていった。

現在厚生労働省から出されている看護師特定能力認証制度の要件は、①看護師免許を有すること、②実務経験5年以上、③厚生労働大臣の指定を受けたカリキュラム(8か月程度または2年)を修了すること、④厚生労働大臣の実施する試験に合格することとなっている。8か月程度のカリキュラム修了者には、2年間のカリキュラム修了者と比べ、より限定的な分野に関連した能力の認証を行うという。認証を受けた看護師は、「特定能力認証証」を着用するが、業務は名称独占でも、業務独占でもない(2011年6月28日試案より)。

在宅ケアはチーム医療であり、介護支援専門員、医師、歯科医師、訪問看護師、理学療法士、作業療法士、薬剤師、栄養士、ホームヘルパーなどによる学際的チームによる保健医療福祉、介護によるアプローチが不可欠である。このチームのなかで看護師は在宅療養者の医療的側面から生活を支え、療養上必要な具体的なケアの提供や薬物治療に関する実施と効果の評価、保健指導等を担う。これらの看護実践のなかに、医師との連携のもと、在宅療養者への早期の苦痛緩和とQOLの向上を目指して行う医行為を否定する者はないであろう。しかし、現在の試案では、大学院教育を必要としているものではなく、“胸腔ドレーンの穿刺”などの特定行為がクローズアップされているうえ、看護師という職種に対し、包括的指示と具体的指示という2種類の指示がどのように現場で出されるのか、疑問がある。高度看護実践を担い諸外国で活躍しているNP(nurse practitioner)をイメージしながら検討した本ワーキンググループの考え方も異なっているが、今後とも up to date な情報収集をしていきたい。

平成23年度日本在宅ケア学会  
公開講座 ご案内  
(第16回学術集合同日開催)

テーマ：2012年度に施行される法律改正を踏まえた今後の在宅ケアの展望

日時：2012年3月17日(土) 9:15～10:45

会場：ホテルグランドパレス 白樺・鶴・亀  
(第16回学術集会メイン会場)

参加費：1,000円(学術集会参加者は無料)

プログラム：

ご挨拶：川又竹男(厚生労働省老健局振興課長)  
講演：介護保険法等の一部改正および診療報酬/介護報酬同時改定が在宅ケアに与える影響

1. 看護職より

内田恵美子(株式会社日本在宅ケア教育研究所代表取締役)

2. 介護職より

井上千津子(京都女子大学、日本介護福祉学会会長)

座長：黒田 研二(関西大学人間健康学部)

第17回学術集会について

● 会期：2013年3月9日(土)、10日(日)

● 会場：茨城県立県民文化センター

● 学術集会長：瀧澤 利行(茨城大学)

訃報のお知らせ

本学会評議員の木下由美子様(享年63)が、2011年5月8日にご逝去されました。木下様は、2009年4月から評議員を務められ、特定看護師(仮称)ワーキンググループにご参加いただくなど、本学会に多大なご貢献をいただきました。ご冥福をお祈りし、謹んでお知らせ申し上げます。

## 第 16 日本在宅ケア学会学術集會ご案内

(第 14 回日本在宅医学会大会と合同開催)

- テー マ : 日本復興のための在宅医療・在宅ケア
- 学術集會長 : 原 礼子 (慶應義塾大学)
- 会 期 : 2012 年 3 月 17 日 (土), 18 日 (日)
- 会 場 : ホテルグランドパレス (〒102-0072 東京都千代田区飯田橋 1-1-1)  
\*最寄駅: 東京メトロ九段下駅. 詳細はホテルグランドパレスのホームページよりご確認ください.
- 参 加 費 : 会 員 9,000 円, 一般 (非会員) 10,000 円, 学 生 3,000 円  
\*懇親会は, 会員・一般 (非会員) とともに 5,000 円

### ●プログラム (日本在宅ケア学会のみ):

#### 【3 月 17 日 (土)】

- 9:00~12:00 一般演題発表: 示説
- 10:45~11:45 総会
- 12:50~13:20 会長講演「在宅ケアのかたち」 原 礼子 (慶應義塾大学)
- 13:20~15:10 リレー講演「これまでそしてこれから 被災現地からの発信」  
「震災を経験し, 震災を考える」  
齋藤裕基 (株式会社ウェルファー: 岩手県)  
「悪夢の日・3 月 11 日; 支援者として感じる事」  
佐竹悦子 (名取市震災復興部生活再建支援課: 宮城県)  
「復興; 福島からの発信」  
三瓶弘子 (相双保健福祉事務所保健福祉課: 福島)
- 15:10~16:00 特別講演「ケアの倫理; 人格の前で・他者のために」  
田畑邦治 (白百合女子大学)
- 16:10~17:50 大会記念合同シンポジウム「在宅医療・ケアへの IT 導入; 現在そして未来」
- 18:00~19:20 勇美記念財団助成シンポジウム (公開市民講座)  
「事象の真実を明らかとし, 経験をいかに在宅医療・ケアに生かすか」
- 19:00~21:00 合同懇親会

#### 【3 月 18 日 (日)】

- 9:00~12:00 一般演題発表: 口演
- 9:00~12:00 一般演題発表: 示説
- 11:10~12:00 交流セッション A「生活と医療とを統合する継続看護マネジメントモデル (仮) の検討」
- 13:00~13:50 交流セッション B「実践の場における訪問看護師学習支援プログラムの開発; 訪問看護師 OJT ガイドブック作成について」
- 13:00~15:30 一般演題発表: 示説
- 13:00~16:00 一般演題発表: 口演
- 13:50~14:50 教育講演「米国における在宅看護とホスピスの実際」  
ラプレツィオーサ伸子 (アービントン記念病院訪問看護, ホスピス看護師)

#### \*ランチョンセミナーについて

3 月 17 日(土), 18 日(日)ともに, 12:00~13:00 に開催される日本在宅医学会主催のランチョンセミナーにご参加いただくことができます。

#### <お問い合わせ>

##### ・第 16 回日本在宅ケア学会学術集會事務局

〒252-0883 神奈川県藤沢市遠藤 4411 慶應義塾大学看護医療学部内  
TEL・FAX: 0466-49-6228 E-mail: 16zaitaku@sfc.keio.ac.jp <http://www.carework.org/jahhc/>

##### ・日本在宅ケア学会事務センター (入会申込み等)

〒162-0825 東京都新宿区神楽坂 4-1-1 オザワビル (株) ワールドプランニング内  
TEL: 03-5206-7431 FAX: 03-5206-7757 E-mail: world@med.email.ne.jp <http://www.jahhc.com/>