

コロナ禍において在宅救急が果たした役割と 残していくべきレガシー

～かかりつけ医機能による地域医療の充実と安心の構築～

2024年7月12日

東京都医師会
在宅救急医療に関するシンポジウム

東京都医師会在宅医療委員会委員
一般社団法人 未来研究所臥龍 代表理事 /
兵庫県立大学大学院社会科学部 特任教授

香取 照幸

<http://www.garyu.or.jp/index.html>



Future Institute Wolong

COI 開示

発表者名：香取照幸

**演題発表内容に関連し、発表者に開示すべき
COI関係にある企業などはありません。**



香取 照幸(かとり てるゆき) Teruyuki KATORI

一般社団法人未来研究所臥龍代表理事、兵庫県立大学大学院社会科学部研究科経営専門職専攻特任教授、藤田医科大学専門職大学院客員教授。医療法人社団至高会高瀬クリニック顧問

東京都出身、麻布学園中学・高校から1980年東京大学法学部卒、同年旧厚生省入省。

在フランスOECD事務局研究員、埼玉県生活福祉部高齢者福祉課長、厚生省高齢者介護対策本部事務局次長、内閣官房内閣参事官(小泉総理大臣官邸)、同審議官、厚生労働省政策統括官(社会保障担当)、年金局長、雇用均等・児童家庭局長。その間、介護保険法、子ども・子育て支援法、GPIF改革等の制度創設・改革を担当。また、内閣官房内閣審議官として「社会保障・税一体改革」を取りまとめた。

2016年厚生労働省退官、2017年在アゼルバイジャン共和国駐劄日本国特命全権大使。2020年4月より上智大学総合人間科学部教授、同年8月より一般社団法人未来研究所臥龍代表理事。2023年4月より兵庫県立大学大学院社会科学部研究科経営専門職専攻特任教授。2024年4月より藤田医科大学専門職大学院客員教授。

主な著書:「介護保険制度史」(共著)『教養としての社会保障』『民主主義のための社会保障』『社会保障論 I【基礎編】』『高齢者福祉論【介護保険制度の理念・意義・課題】』(いずれも東洋経済新報社)。

日本医師会医療政策会議委員(2016-2018,2022-2024)、東京都医師会在宅医療協議会/委員会委員・TMA近未来医療会議委員長、日本年金学会幹事、日本地域包括ケア学会評議員、日米医学医療交流財団理事。

2021年11月より総理官邸「全世代型社会保障構築会議」構成員、2022年8月より厚生労働省「医薬品の迅速・安定供給実現に向けた総合対策に関する有識者検討会」委員。2023年10月より同「国民・患者に対するかかりつけ医機能をはじめとする医療情報の提供等に関する検討会」委員。2024年3月より同「新たな地域医療構想等に関する検討会」委員。

コロナ禍により、ほぼ全ての国で「医療崩壊」が起こった。

- ・ 医療需要の爆発的急増が起これば、capacity overで提供体制が機能不全(systemic risk)を起こすのは不可避。

感染初期、ほぼ全ての国で病床(急性期病床・救急病床)はコロナ患者に占拠され病院全体(医療システム・救急体制全体)の機能が麻痺する事態が生じた。

- ・ しかし、事後対応(危機管理)によって事態の推移はかなり違った。

★ 英国(イングランド)、フランス、ドイツの経験とその比較は参考になる。

(日本医師会総合研究機構「欧州調査報告」(2023年11月))

<https://www.youtube.com/watch?v=F9iot0LfMcl> (報告会アーカイブ)

- ・ 今回のCOVID-19禍で露呈したのは、平時の医療提供体制が持っていた構造的弱点。
→ 課題は有事対応(のみ)にあるのではなく、平時の体制にある。

① 自由開業医・自由標榜制のもと、独立採算の中小民間病院中心で発展してきた我が国では、病院機能(設備投資や人的資源配置)は個々の医療機関が判断。

医療機関は機能未分化・相互に競合/競争関係。医療機関相互の連携・協働の契機が内在していない。

② 他方で患者の「選択の自由」が大きいフリーアクセスの医療保険制度の下で、患者の流れ(適時適切な医療需要の振り分け)は制度的にコントロールできていない。

・ 結果、全体としてみれば、地域(医療圏)全体での最適資源分配・提供機関相互の連携/協働の視点が弱く、機能未分化・非効率で「資源の薄まき」状態の余力のない医療提供体制が形成。

- ・ 今回のCOVID-19禍のように局所的に負荷がかかれば、いとも簡単に崩れる。

救急医療をめぐる課題は、我が国の医療提供体制の課題の鏡でもある

- 今回の COVID-19 禍は「すでに起こっている(起こった)未来」
2040年に直面するであろう医療の現場を、我々は現在進行形で経験した。
そして今、能登半島でも同じ光景を我々は目にしている。
- 高齢者人口は2040年代半ば、後期高齢者人口は2060年代後半までは増加
85歳を過ぎれば4割が認知症あり、5割は要介護者。
- 他方、今日すでに入院患者の7割は65歳以上、半数は75歳以上、高齢者の6割は独居か高齢夫婦世帯
- 近い将来、医療現場では要介護高齢者・複数の基礎疾患を持つ患者(multimorbidity)の急性期対応・感染症対応が常態化し、家族介護はほぼあてにならなくなる。

→現在の医療・介護提供体制で、2040年の社会を支えられるのか？

他方で、、、、

: 今回の危機を乗り越えていく過程で在宅医療はその力量と可能性を大きく広げた。

それを支えた一つの大きな力が新しい医療技術・医療機器、特にICT、IoT。

ウェアラブル端末、コミュニケーション機器、診断治療機器(例:在宅酸素)など、在宅で活用可能な様々な診断治療支援技術が次々と導入・実装され、Covid-19と戦う在宅医療の現場を支えた。

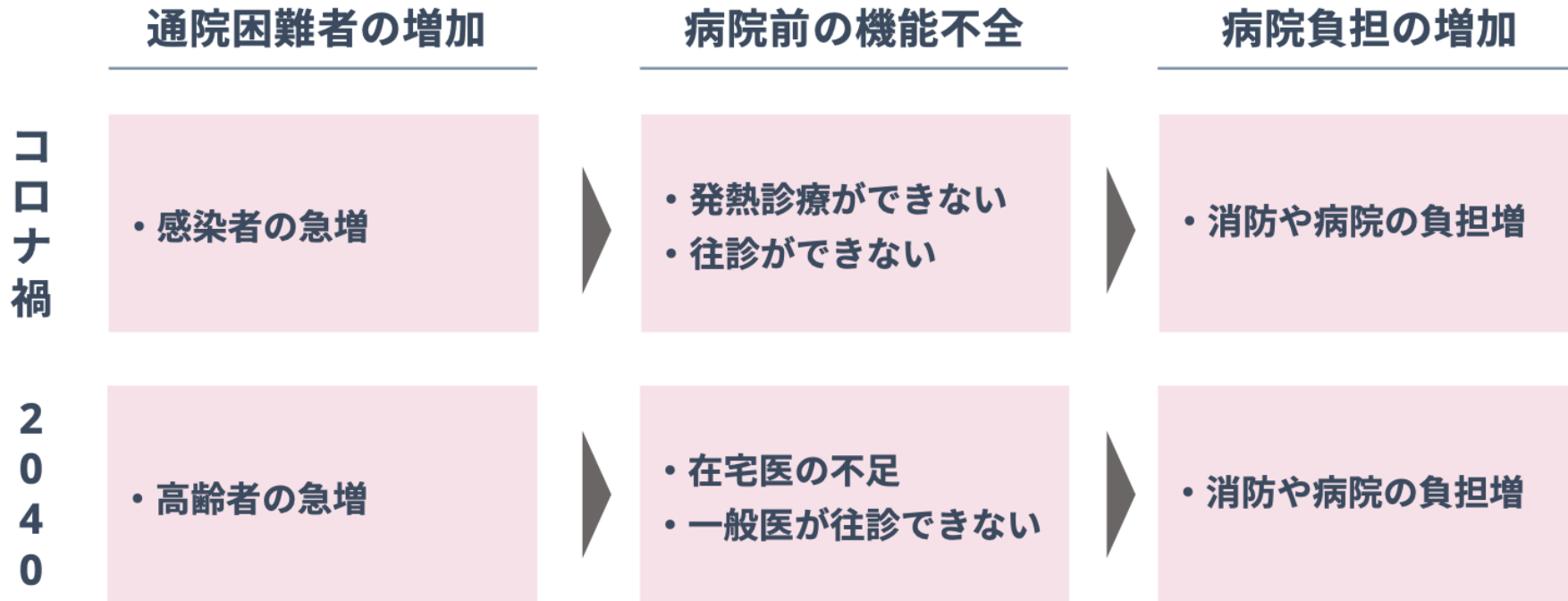
: 在宅医療を支える新たなサービスモデルが登場した(特に都市部)。

大規模在宅、時間外・夜間専門往診、オンライン診療、多職種協働を支える情報連携システム
これらのサービスモデルを支えたのも、ICT、IoTを駆使した様々な技術革新。

: 医療ITには、医療のあり方を劇的に変えていく可能性がある。

「診断治療一臨床」の場面だけではなく、在宅(地域)と病院の機能分担、医療提供体制のあり方、さらには日常的な健康管理・予防まで含めたトータルな意味での医療ケアー「ヘルスケア」ーの形を大きく変えていく可能性がある。

コロナ禍は2040年の世界だった

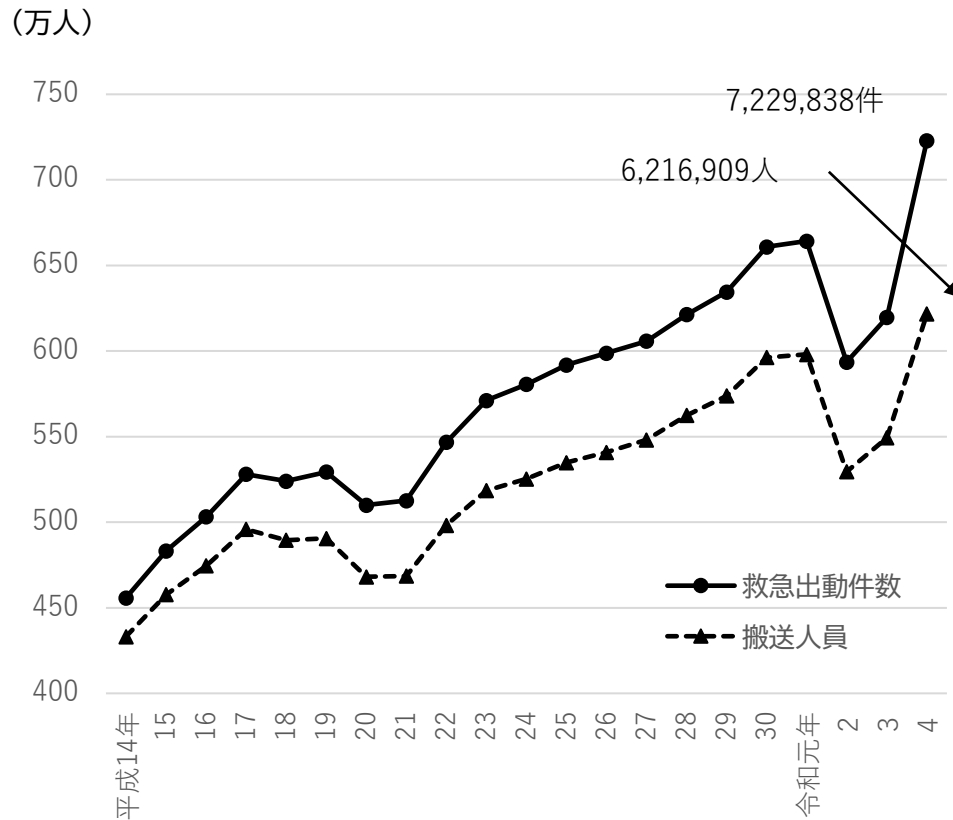


(株)ファストドクター 菊池医師の講演資料より

☆ 在宅医療の機能強化をしておかなければ、病院(入院・救急医療)への負荷がどんどん大きくなって再び機能不全を起こす。

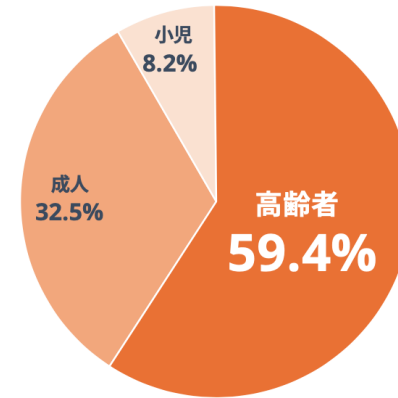
救急医療の課題解決のためにも地域医療の強化が必要

救急出動件数及び搬送人員の推移

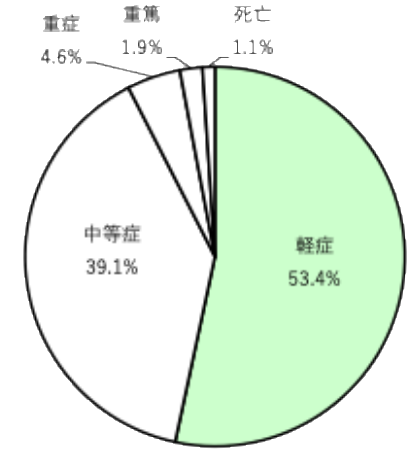


(出典) 令和5年版 救急・救助の現況(総務省消防庁) 第16図より一部改変

搬送患者の年齢別内訳



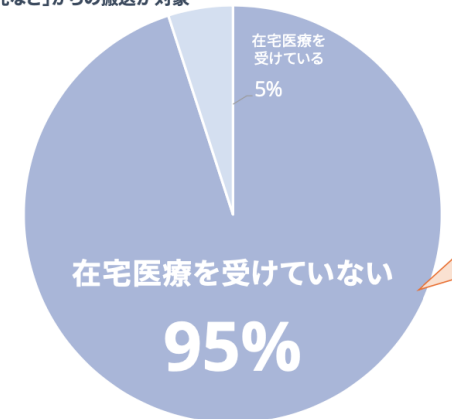
搬送患者の重症度別内訳



令和4年度 :総務省消防庁 救急・救助の現況

高齢者による搬送内訳

※「自宅・外出先など」からの搬送が対象



**初期救急の需応体制(訪問診療・訪問看護など)が整えられれば
救急出動件数は相当数抑制できる**

2035年の救急搬送入院患者数の予測

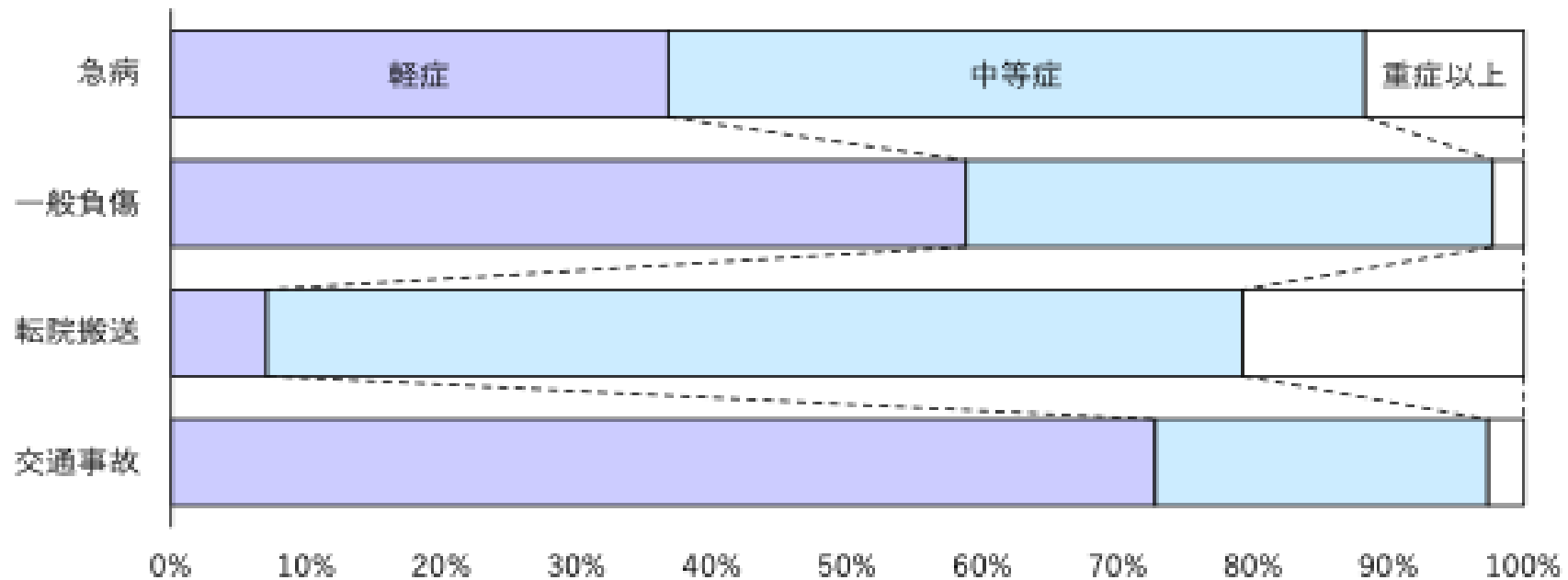
～高齢者(特に85歳以上の超高齢者)救急が急増する～

	(1)2015年人口 (千人)		(2)2035年人口 (千人)		(3)=(2)/(1)比		(4) 2016年患者数		(5)2035年予測患者数 (3)×(4)		患者数の増加 (5)/(4)	
	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女
0-4歳	2,561	2,445	2,045	1,944	0.80	0.80	24,617	18,481	19,657	14,694	0.80	0.80
5-9歳	2,725	2,594	2,123	2,020	0.78	0.78	6,601	4,187	5,143	3,261	0.78	0.78
10-19歳	5,991	5,683	4,663	4,441	0.78	0.78	14,603	9,482	11,366	7,410	0.78	0.78
20-39歳	14,474	13,962	11,678	11,137	0.81	0.80	40,463	49,326	32,647	39,346	0.81	0.80
40-59歳	17,223	17,015	14,147	13,845	0.82	0.81	104,770	61,315	86,058	49,892	0.82	0.81
60-74歳	12,558	13,540	12,023	12,551	0.96	0.93	207,437	118,939	198,600	110,251	0.96	0.93
75-84歳	4,832	6,548	5,599	6,980	1.16	1.07	210,829	185,965	244,295	198,234	1.16	1.07
85歳-	1,477	3,465	3,443	6,574	2.33	1.90	140,826	228,863	328,276	434,212	2.33	1.90
合計	61,841	65,252	55,721	59,492	0.90	0.91	750,146	676,558	926,041	857,299	1.23	1.27
出典： 人口については国立社会保障・人口問題研究所の日本の将来推計人口（平成29年推計）												
http://www.ipss.go.jp/pp-zenkoku/j/zenkoku2017/pp_zenkoku2017.asp												

出典： Matsuda S et al (投稿中)

事故種別・初診時程度別高齢者搬送人員数

初診時程度	急病		一般負傷		転院搬送		交通事故	
	搬送人員	割合	搬送人員	割合	搬送人員	割合	搬送人員	割合
軽症	94,791	36.8%	48,215	58.8%	1,803	7.1%	6,435	72.8%
中等症	132,768	51.5%	31,937	38.9%	18,427	72.1%	2,171	24.6%
重症	16,980	6.6%	941	1.1%	4,212	16.5%	152	1.7%
重篤	7,591	2.9%	550	0.7%	1,067	4.2%	72	0.8%
死亡	5,796	2.2%	403	0.5%	34	0.1%	13	0.1%
合計	257,926	100.0%	82,046	100.0%	25,543	100.0%	8,843	100.0%



超高齢社会における医療のあり方の変化

- 「治す医療」から「治し支える医療」へ

生活の質(Quality Of Life)を重視した医療、「生活の中の医療(生活を犠牲にしない医療)」

- 人々は可能であれば最後まで住み慣れた地域・自宅で過ごすことを望む。
可能な限り住み慣れた地域で完結できる医療提供体制の構築が重要。

- とすれば、超高齢社会の病院病床に求められる機能は

- ① 「治す」に特化した高次機能を担う病院

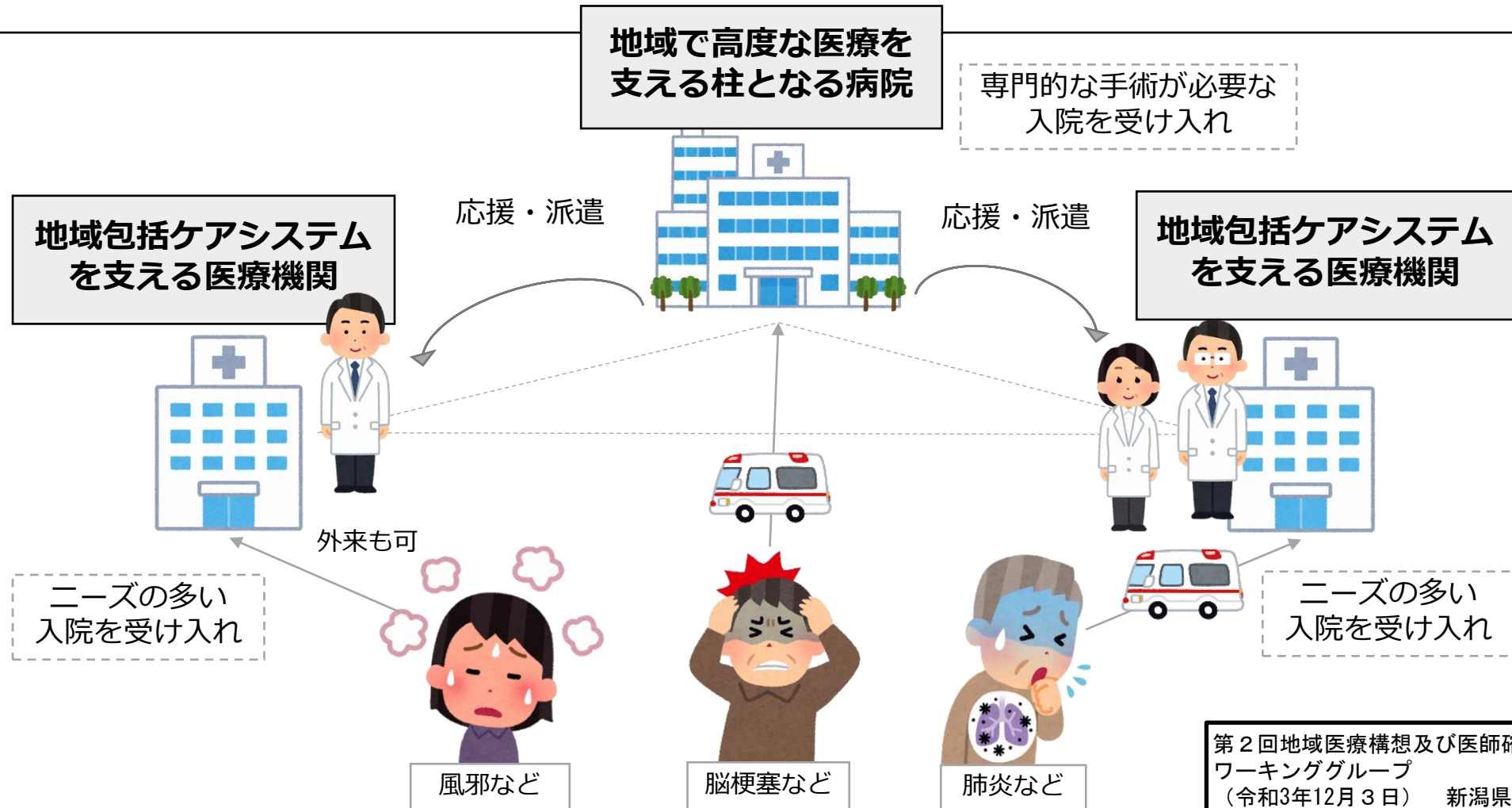
- ② 地域医療、在宅医療を診療所とともに担う「治し、支える」病院

という、二つの方向に分かれていくと考えられる。

救急医療のあり方も、このコンテキストの中で考えていく必要がある。

地域医療構想の実現に向けた医療提供体制の方向性(イメージ)

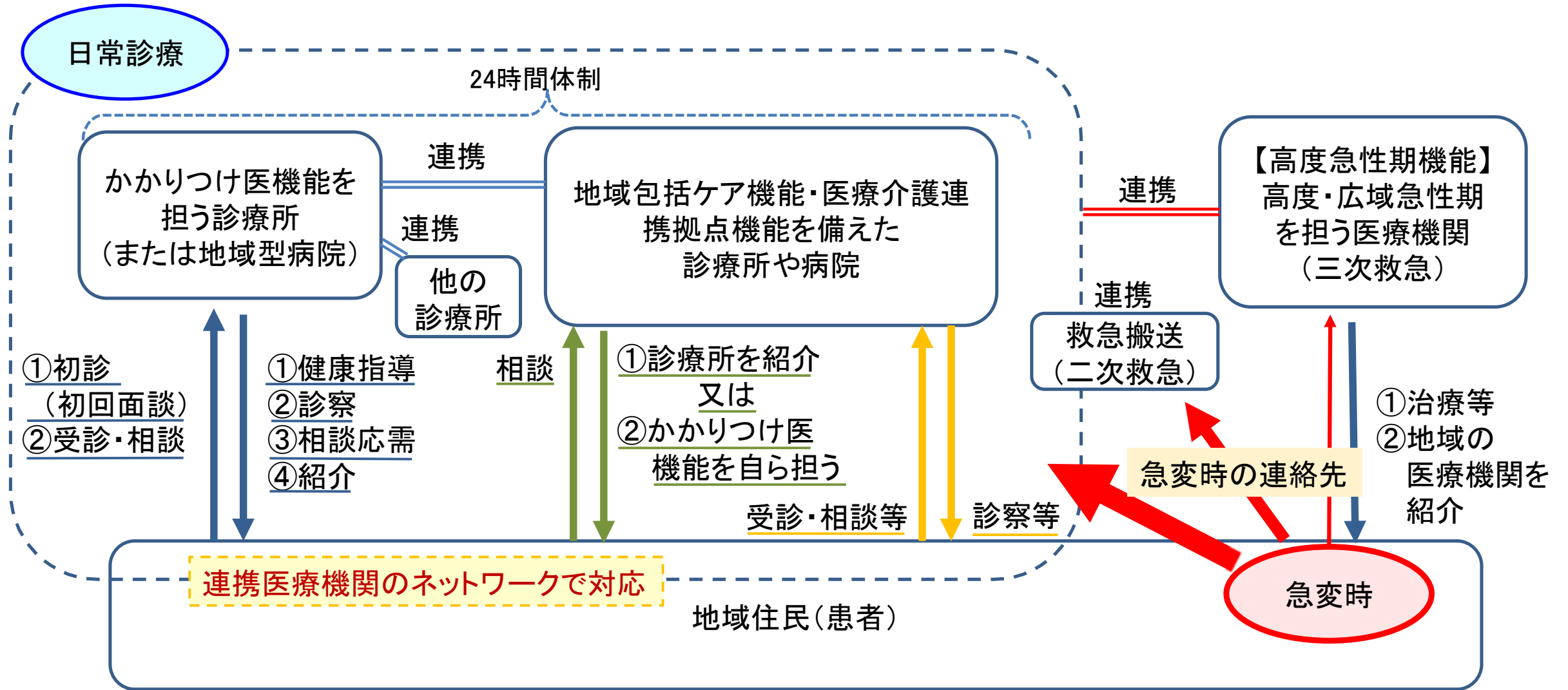
- 「**地域で高度な医療を支える柱となる病院**」の体制が強化され、**専門的な手術や救急で入院**が必要になった時に、構想区域内で質の高い医療を提供
- **ニーズの多い入院**（後期高齢者等）については、**地域包括ケアシステムを支える医療機関**が対応



今回のCOVID-19流行では我が国の高齢者救急の問題点が顕在化した

- **要介護高齢者の入院が多い**
 - 重症化しやすく、また治りにくい(複数の傷病の併存)
 - 介護的ケアの必要性
 - 長期入院に伴う廃用による心身機能の低下
 - 軽快後の引き受け施設の確保が難しい(出口問題)
 - **日本慢性期協会の武久洋三会長の提言**
 - 「急性期病床にも基準リハビリテーション、基準介護が必要である」
 - **急性期入院→回復期入院(リハ)→慢性期(入院・入所・在宅)という一方向の流れではなく、急性期↔在宅という直接的往復のケースが増えている。**
 - その原因疾患として肺炎・心不全・尿路感染症によるものが増加している。
- 受け入れ側(在宅・介護施設)の医療対応力の強化が求められる

かかりつけ医機能に係る診療所・病院の機能分化・機能連携



2040年頃までを視野に入れた今後の人口動態・医療需要等を踏まえた 地域で必要とされる主な医療機能・地域の医療提供体制のイメージ（たたき台案）②

2. 2040年頃までを視野に入れた医療提供体制を取り巻く状況

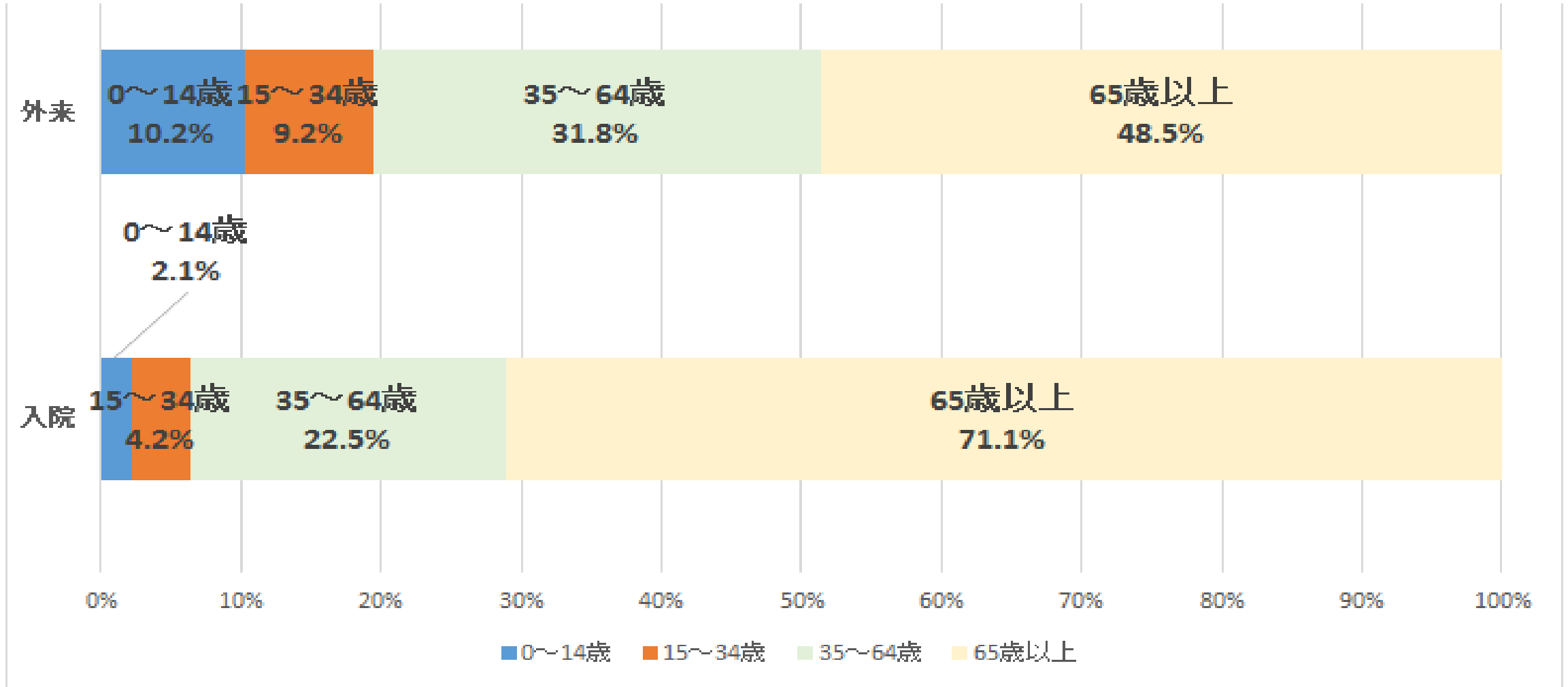
- 生産年齢人口が減少する中で、医療従事者の働き方改革を進めながら、地域に必要な医療提供体制を確保するため、以下のような取組が重要となるのではないかと。
- 生産年齢人口が減少して医療需要の質・量が変化するとともに、人材確保が困難になると見込まれる中で、効率的に質の高い医療を提供する観点から、地域によって、一定の症例を集積して医療の質を確保するとともに、医療機能の転換・集約化、地域の医療機関等の連携の確保、遠隔医療やオンライン診療の活用等。その際、医療情報を共有する基盤の整備、疾患・機能に応じたアクセス時間の考慮等が重要。
- 24時間の在宅医療や夜間・休日対応等を行うため、病院や診療所等の連携確保、複数医師による診療所、複数診療所でのグループ診療の推進。手法の一つとして地域医療連携推進法人制度の活用。
- 地域の医師の高齢化が進む中、健診、予防接種、学校医、産業医、警察業務等の地域保健・公衆衛生の体制の確保。
- 医療従事者の確保や医療従事者が活躍できる環境の整備、医師の地域・診療科偏在への対応、現役世代が医療・健診・健康相談等を受けられる体制の確保、医療の高度化や持続可能性への対応等も重要となるのではないかと。

3. 地域の医療提供体制のイメージ（大都市部、地方都市部、過疎地域等で異なる）



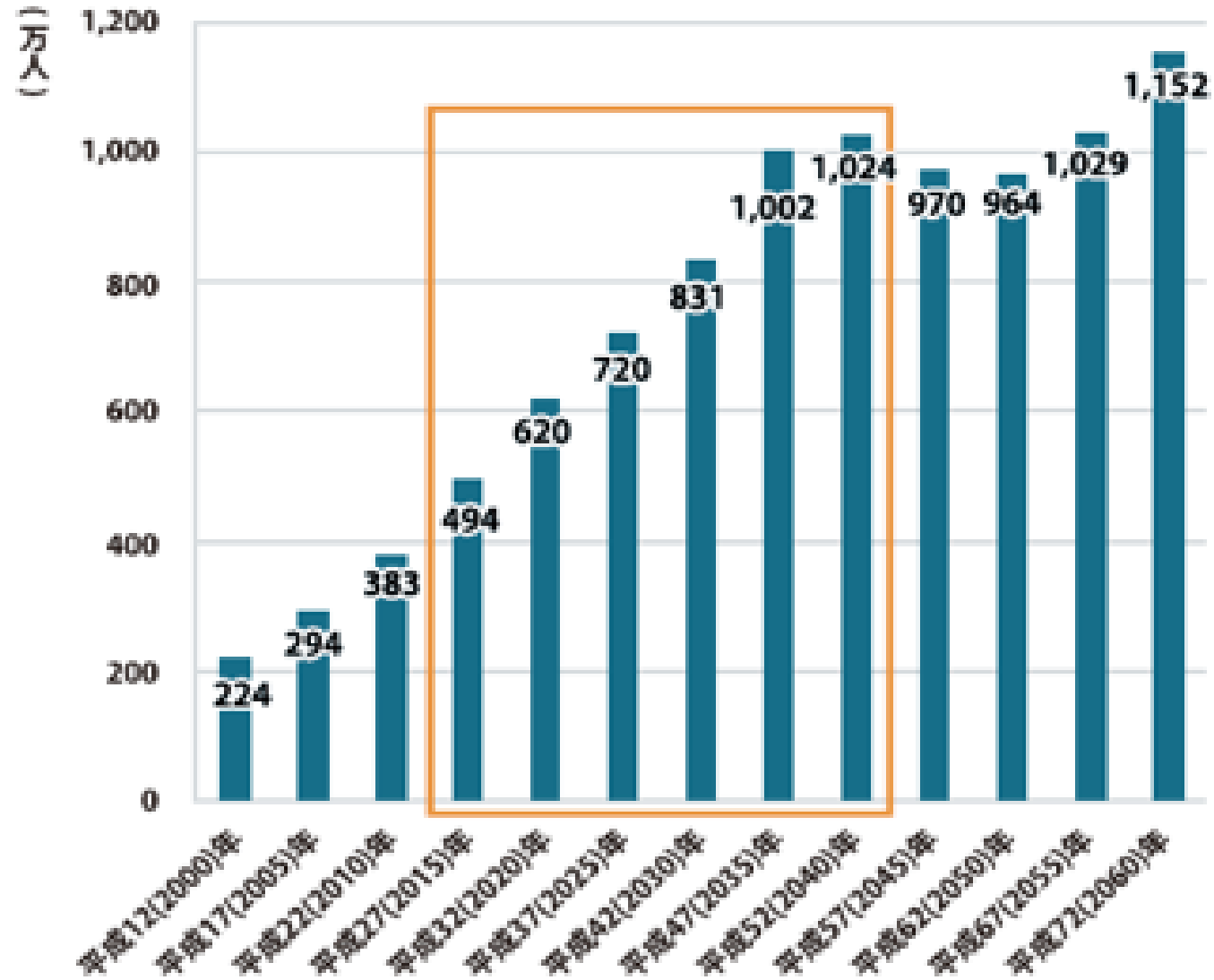
関連するバックデータ集

外来患者・入院患者の年齢構成比



2035年：85歳以上の高齢者が1000万人

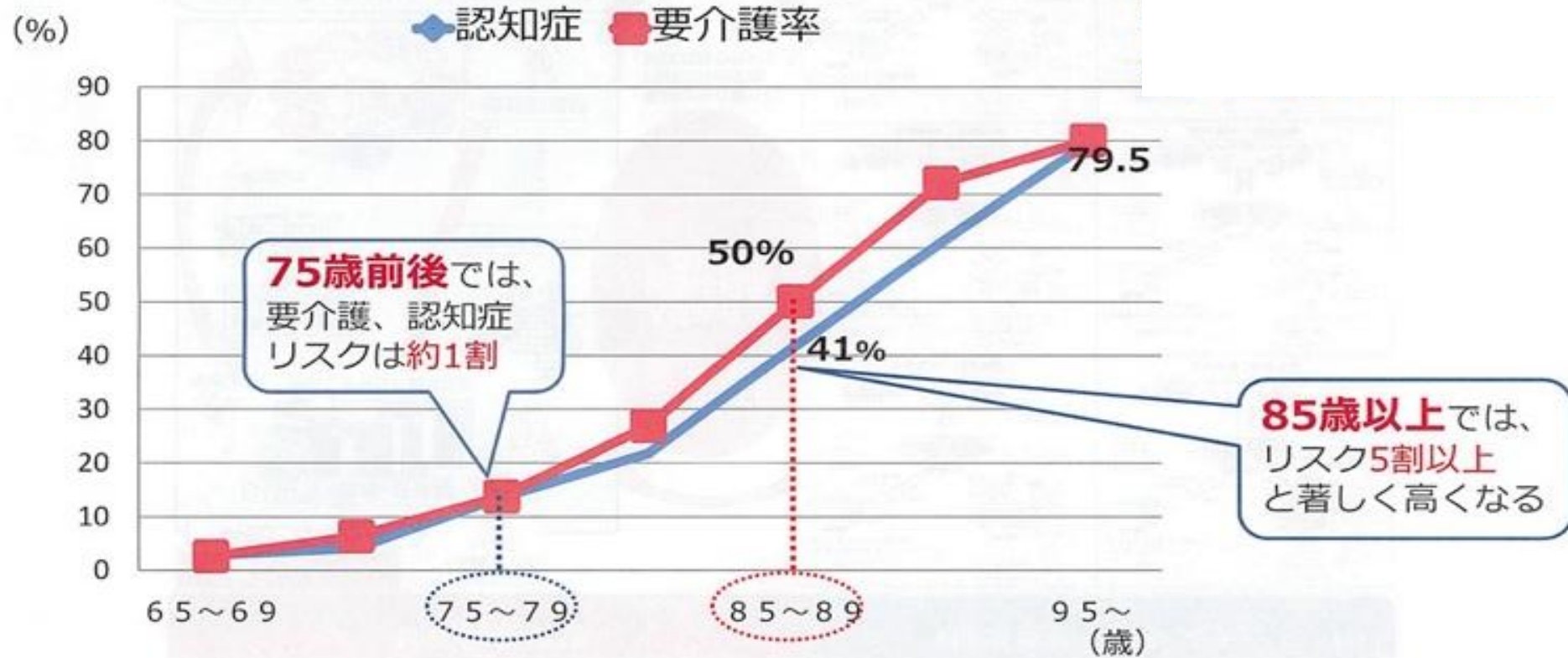
85歳以上の人口の推移



85歳を超えると5割は要介護・4割は認知症



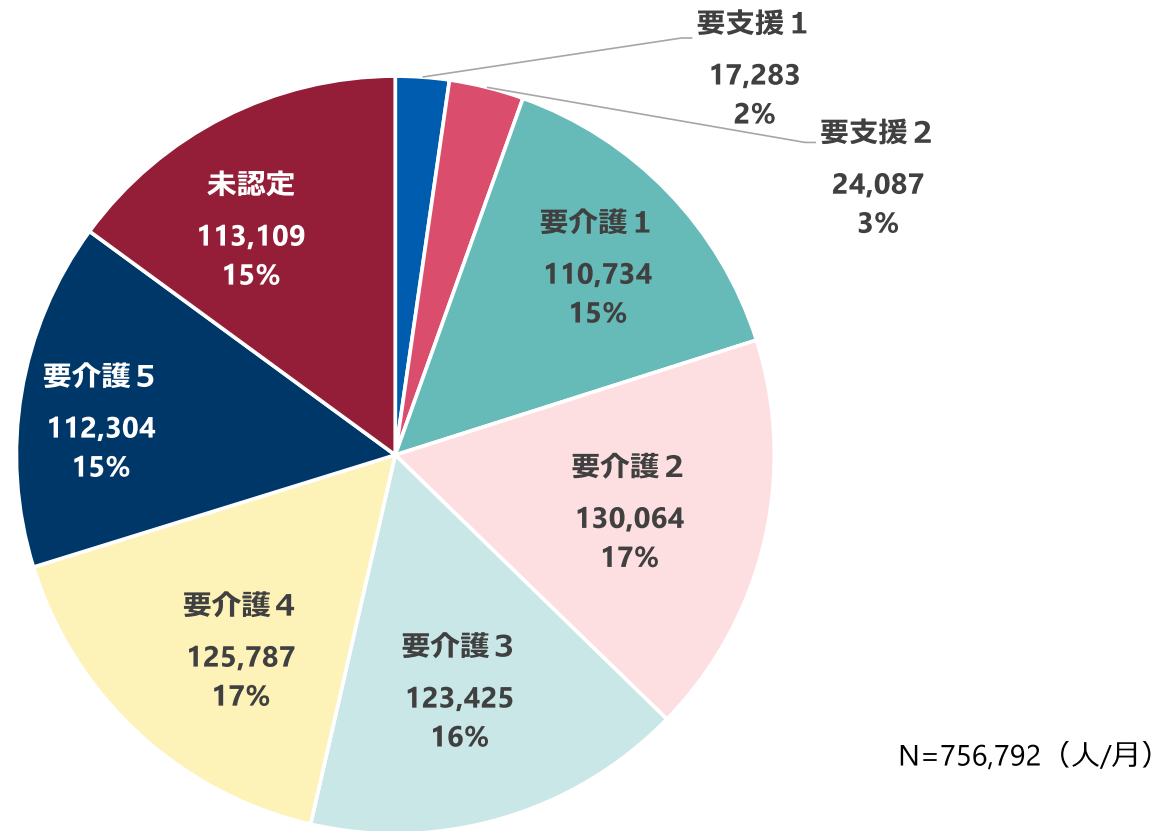
年齢階級別の要介護率と認知症



厚生労働省「国民生活調査」、厚生労働省「介護給付費実態調査」より

訪問診療を受けている患者の85%は要介護・要支援者

○ 在宅患者訪問診療料を算定している患者のうち、要介護1・2の患者が約30%、要介護3以上の患者は約50%であった。



【出典】 KDBデータベース (KDB) (2019年度診療分)
※算定項目：在宅患者訪問診療料 (I) 又は (II)
※月当たりの平均患者数、京都府除く

訪問診療が増える → サービスの中心はアウトリーチ型へ

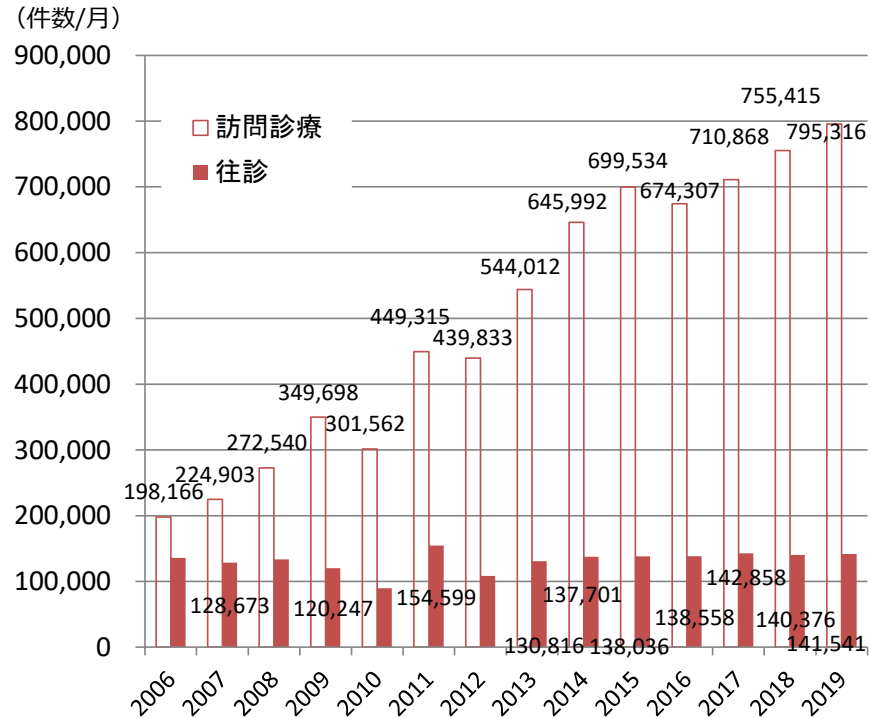
在宅患者訪問診療料等の件数の推移

第1回在宅医療及び医療・介護連携に関するWG	参考資料
令和3年10月13日	改

- 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約9割は75歳以上の高齢者。

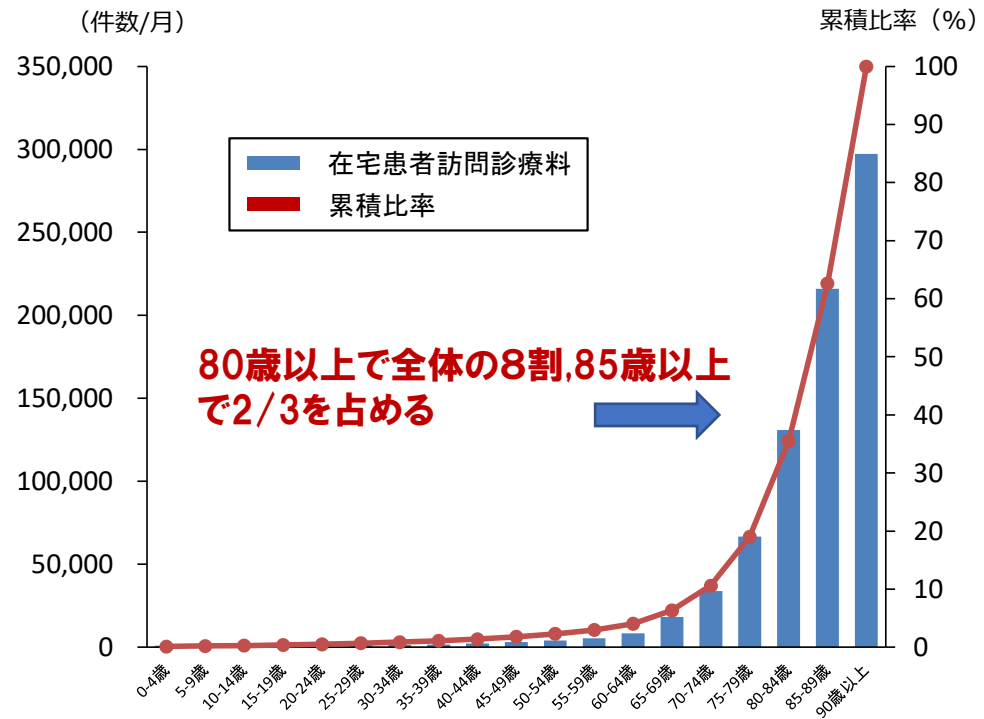
訪問診療：患者宅に計画的、定期的に訪問し、診療を行うもの
 往診：患者の要請に応じ、都度、患者宅を訪問し、診療を行うもの

在宅患者訪問診療料、往診料の件数の推移



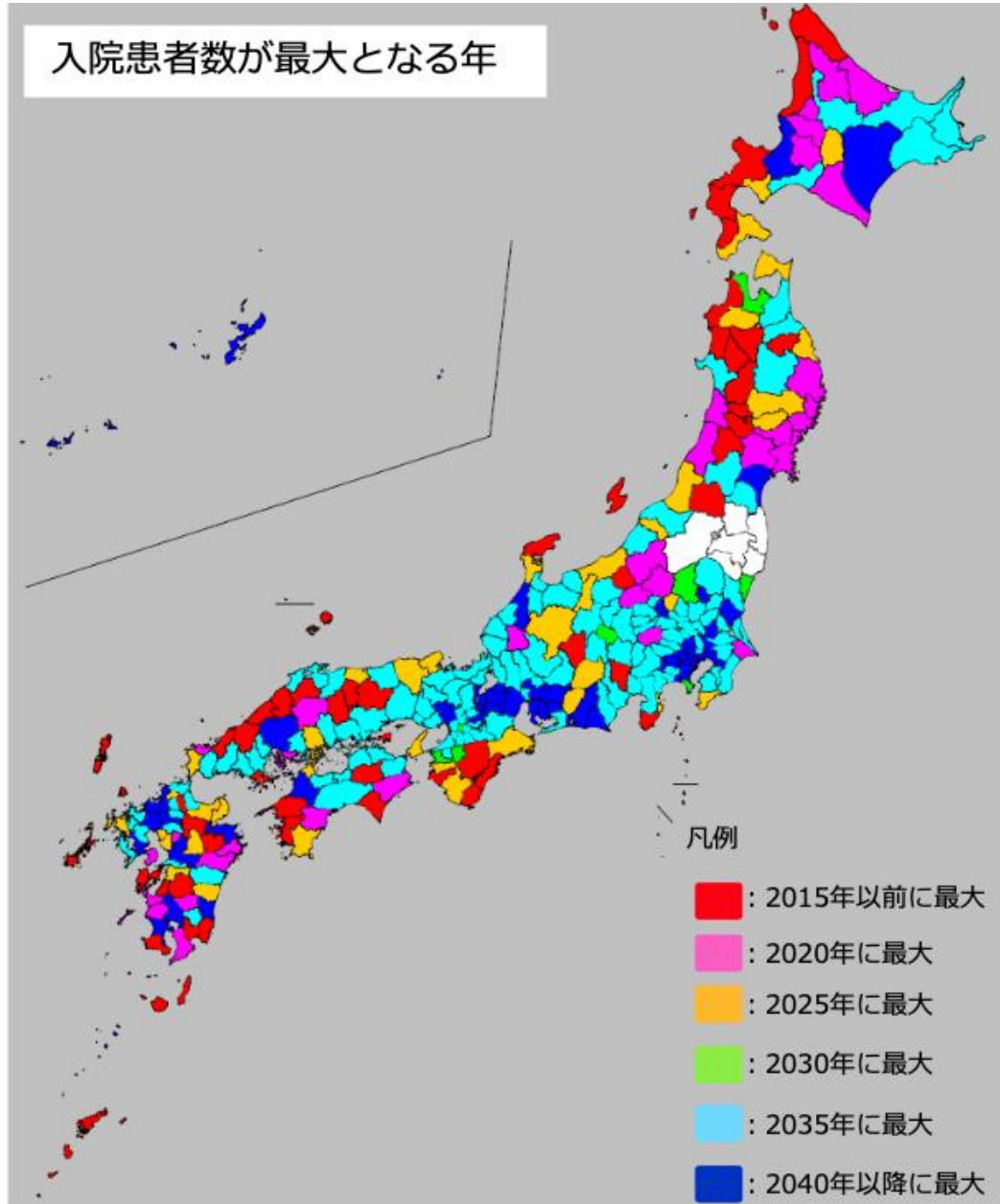
出典：社会医療診療行為別統計（厚生労働省）

在宅患者訪問診療料における年齢階級別分布

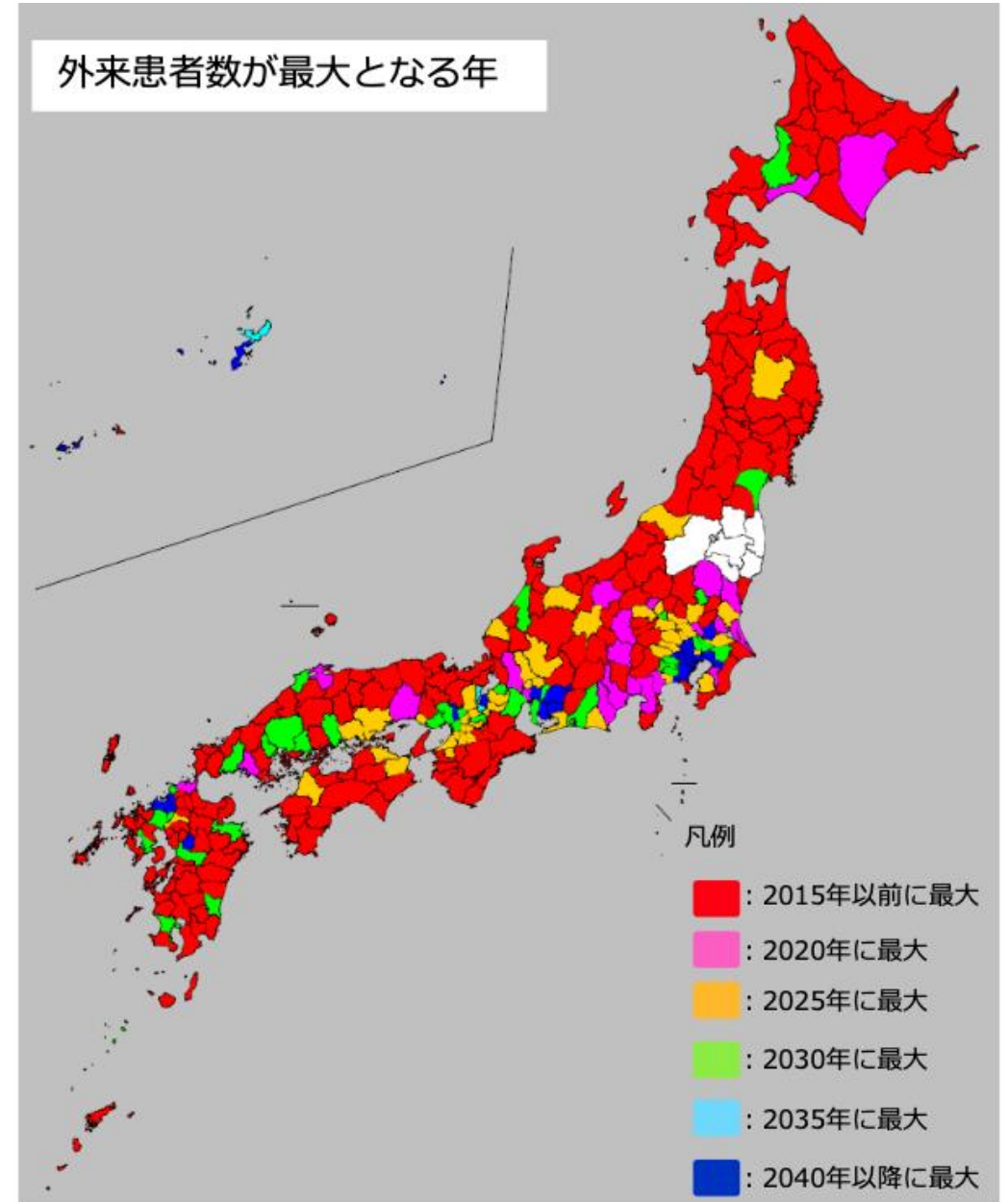


出典：2019年社会医療診療行為別統計（6月審査分）第3表をもとに作成

入院患者数が最大となる年



外来患者数が最大となる年

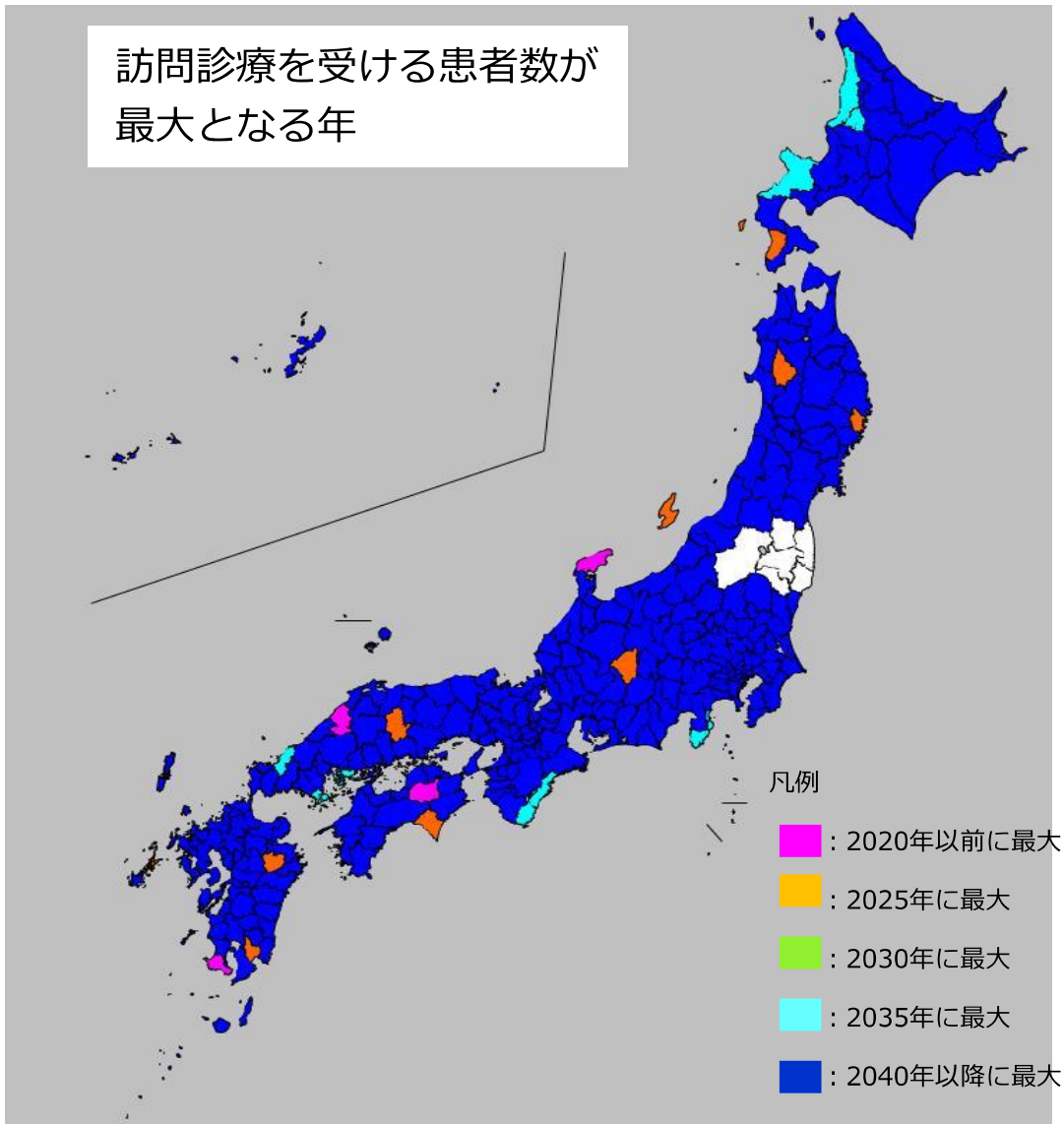


出典：患者調査（平成29年）「受療率（人口10万対）、入院—外来×性・年齢階級×都道府県別」

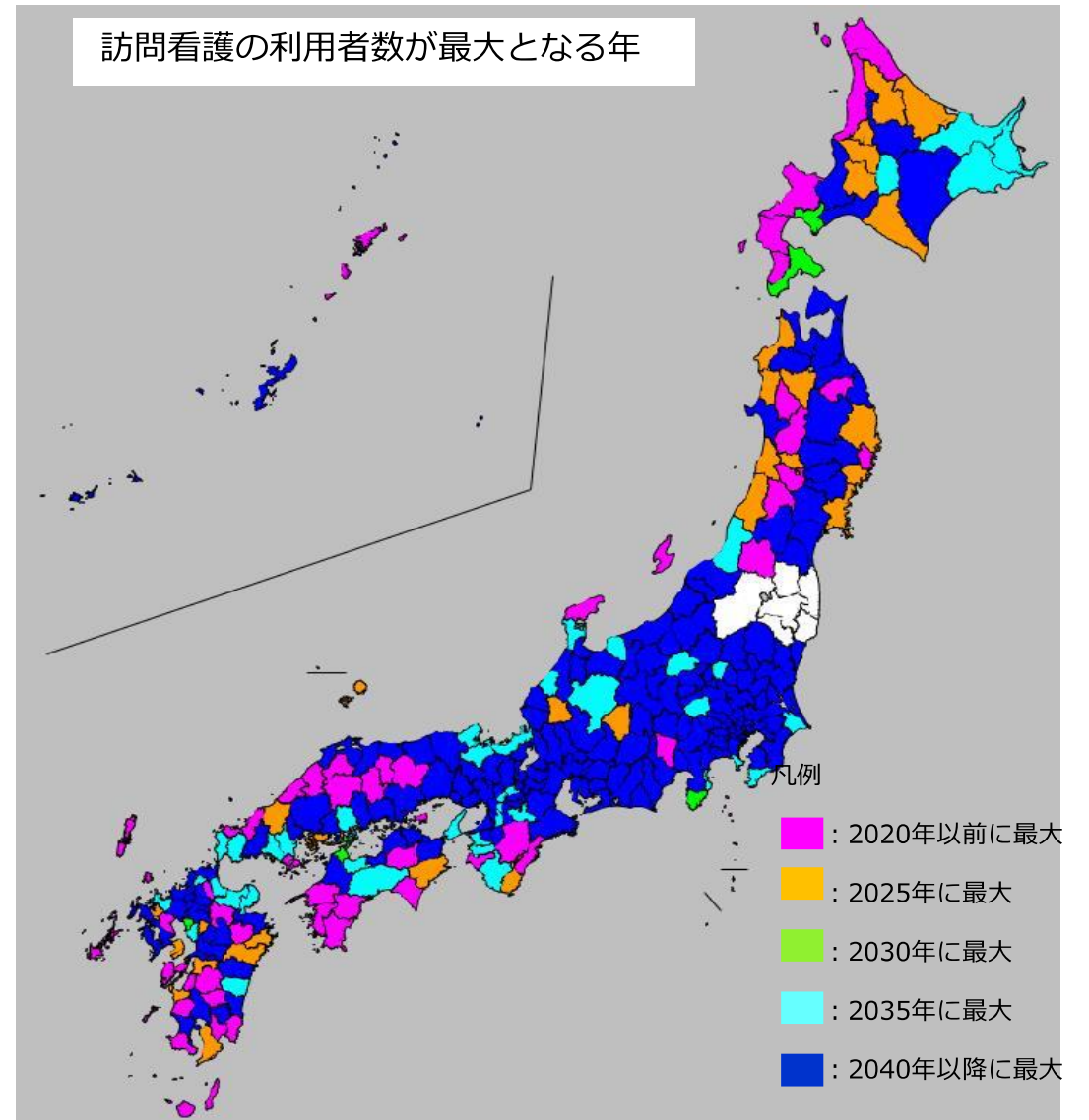
国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30（2018）年推計）」

※「外来」には「通院」「往診」「訪問診療」「医師以外の訪問」が含まれる。

訪問診療を受ける患者数が
最大となる年



訪問看護の利用者数が最大となる年



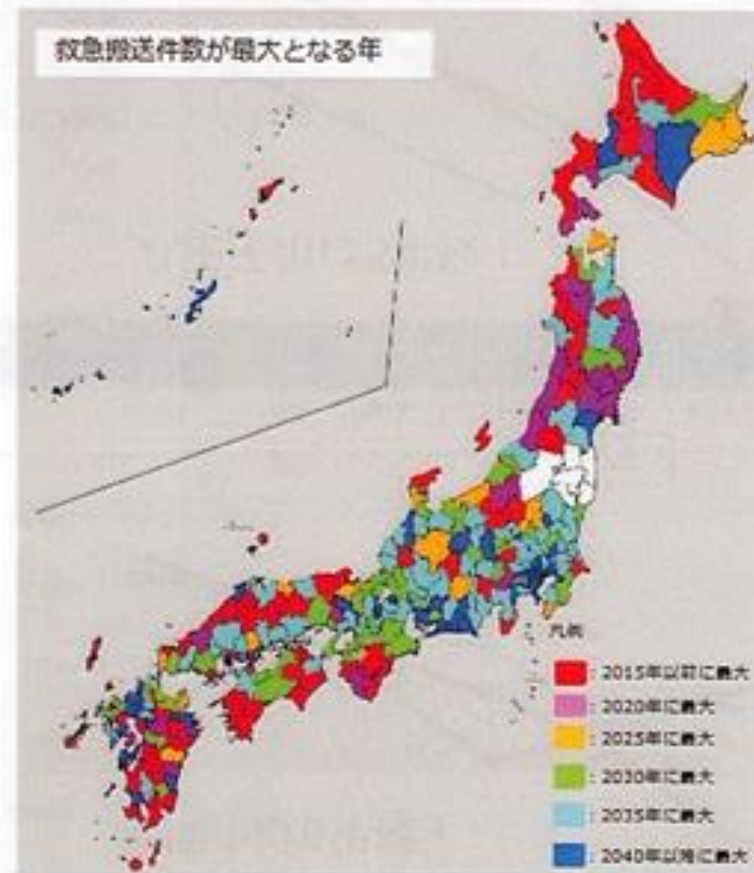
【出典】
受療率：NDBデータ（2019年度診療分）、住民基本台帳に基づく人口（2020年1月1日時点）を基に受療率を算出。

【出典】
利用率：NDB、介護DB及び審査支払機関（国保中央会・支払基金）提供訪問看護レセプトデータ（2019年度訪問看護分）、住民基本台帳に基づく人口（2020年1月1日時点）に基づき、算出。

救急搬送も増大する → その主力は後期高齢者、特に85歳以上高齢者

- 全国での救急搬送件数は2035年にピークを迎えることが見込まれる。65歳以上が占める割合は継続的に上昇し、2040年には約7割となるが見込まれる。
- 2030年以降に202の二次医療圏において救急搬送件数のピークを迎えることが見込まれる。

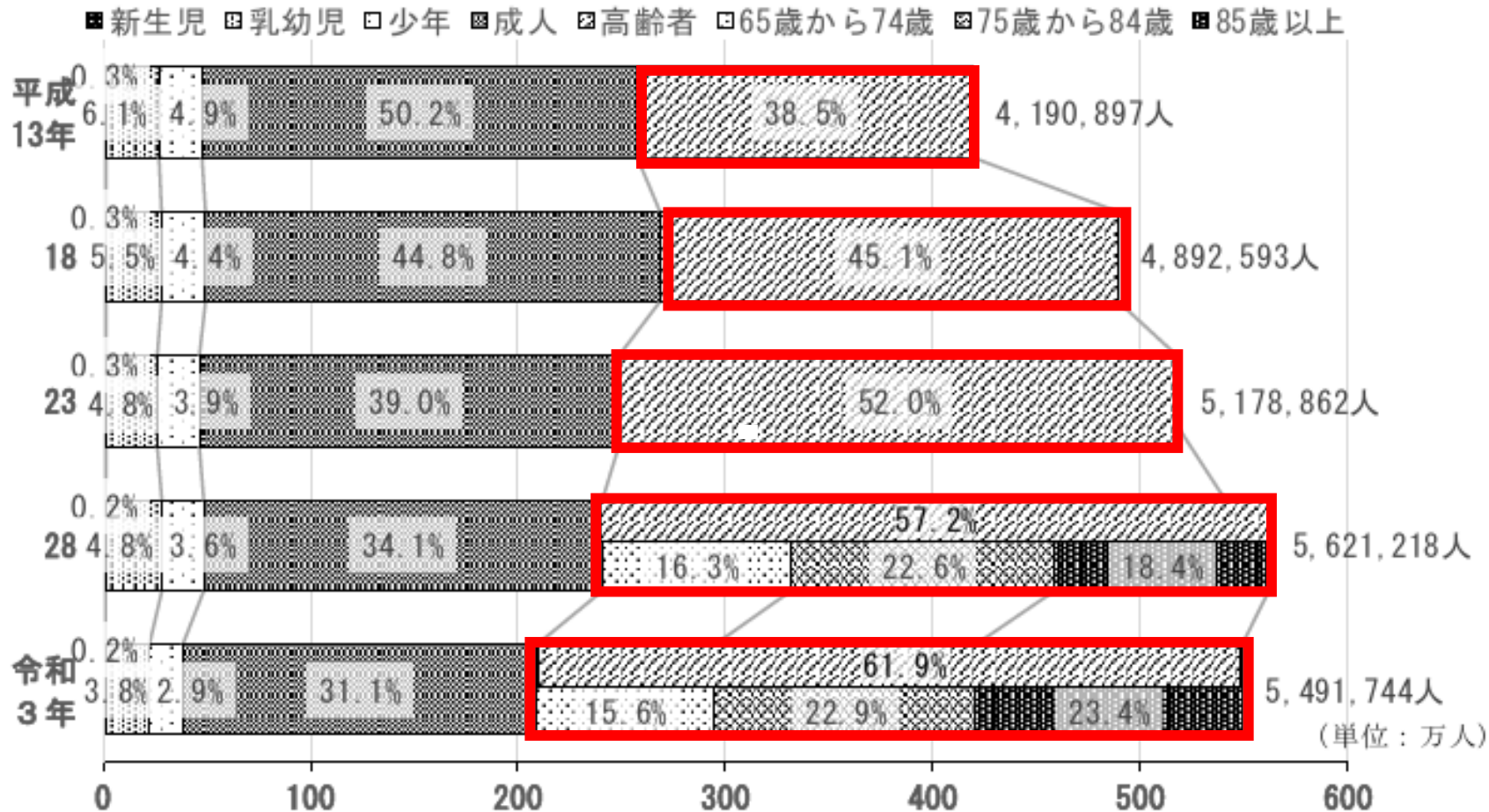
年齢階級別救急搬送件数（人口10万対）



資料出所：「高齢者の救急搬送人員データ」（2019年）を基いて、救急搬送（2019年分）の件数を算出したものを、2020年1月現在の推定人口で処理した都道府県別人口で算出して年齢階級別の利用率を作成し、地域別2次医療圏人口に適用して作成。
 ※ 性別が年齢別のセグメントについては集計対象外としている。また、年齢階級別人口については、年齢別人口を除いて利用。
 ※ 二次医療圏は市町村ごとの人口集計が行われていないため、標準二次医療圏を除く329の二次医療圏について集計。

年齢区分別搬送人員構成比率の推移

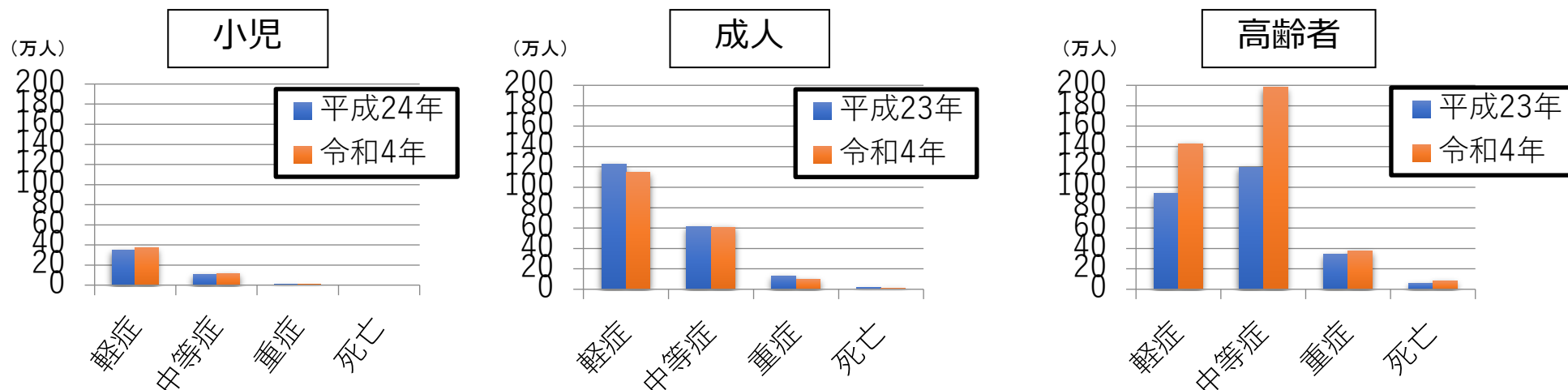
○ 高齢者の搬送割合の中でも、特に75歳から84歳、85歳以上の割合が増加傾向にある。



- 1 割合の算出に当たっては、端数処理（四捨五入）のため、割合・構成比の合計は100%にならない場合がある。
- 2 東日本大震災の影響により、平成23年の釜石大槌地区行政事務組合消防本部及び陸前高田市消防本部のデータを除いた数値で集計している。

10年前と現在の救急搬送人員の比較（年齢・重症度別）

○ 高齢者の人口増加に伴い、高齢者の救急搬送人員が増加し、中でも軽症・中等症が増加している。



平成24年中

	小児	成人	高齢者
死亡	0.09万人	1.6万人	6.5万人
重症	1.1万人	12.3万人	34.4万人
中等症	10.5万人	62.3万人	131.5万人
軽症	35.2万人	123.1万人	106.2万人

令和4年中

	小児 (18歳未満)	成人 (18歳～64歳)	高齢者 (65歳以上)
死亡	0.06万人 0.03万人減 ▲33%	1.3万人 0.3万人減 ▲19%	7.8万人 1.3万人増 20%
重症	0.8万人 0.3万人減 ▲33%	9.6万人 2.7万人減 ▲22%	37.7万人 3.3万人増 10%
中等症	11.4万人 0.9万人増 9%	60.8万人 1.5万人減 ▲2%	198.0万人 66.5万人増 51%
軽傷	36.9万人 1.7万人増 4%	114.5万人 8.6万人減 ▲7%	142.7万人 36.5万人増 34%

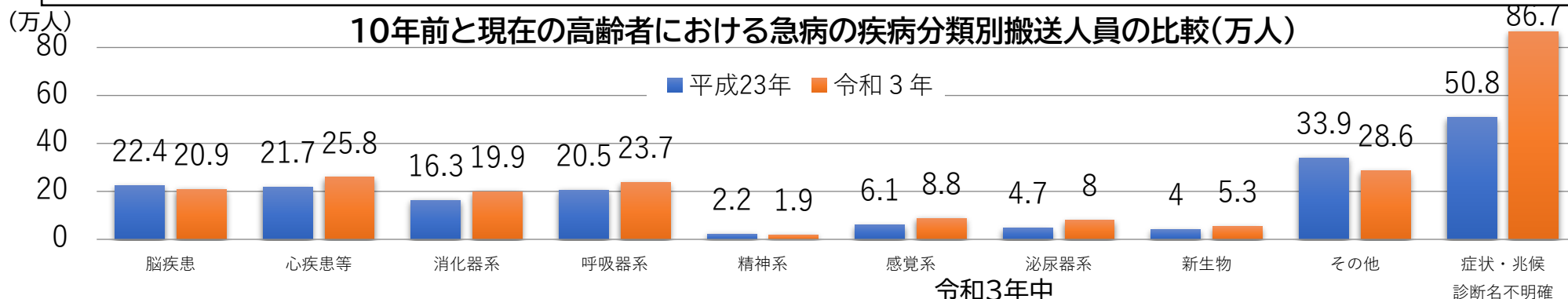
傷病程度とは、救急隊が傷病者を医療機関に搬送し、**初診時における医師の診断**に基づき、分類する。

死亡：初診時において死亡が確認されたもの
 重症（長期入院）：傷病程度が3週間の入院加療を必要とするもの
 中等症（入院診療）：傷病程度が重症または軽症以外のもの
 軽症（外来診療）：傷病程度が入院加療を必要としないもの

「救急・救助の現況」(総務省消防庁)のデータをもとに分析したもの

10年前と現在の救急自動車による急病の疾病分類別搬送人員の比較

○ 急病のうち、高齢者の「脳卒中」「精神系」を除いた疾患と、成人の「症状・徴候・診断名不明確」が増加している。



平成23年中

	小児	成人	高齢者
脳疾患	0.6万人	8.2万人	22.4万人
心疾患等	0.1万人	7.3万人	21.7万人
消化器系	1.5万人	15.0万人	16.3万人
呼吸器系	2.6万人	6.7万人	20.5万人
精神系	0.5万人	9.8万人	2.2万人
感覚系	1.8万人	6.4万人	6.1万人
泌尿器系	0.1万人	6.0万人	4.7万人
新生物	0.02万人	1.5万人	4.0万人
その他	5.6万人	23.6万人	33.9万人
症状・徴候 診断名不明確	9.9万人	32.8万人	50.8万人
総人口	2034.0万人	7770.6万人	2975.2万人

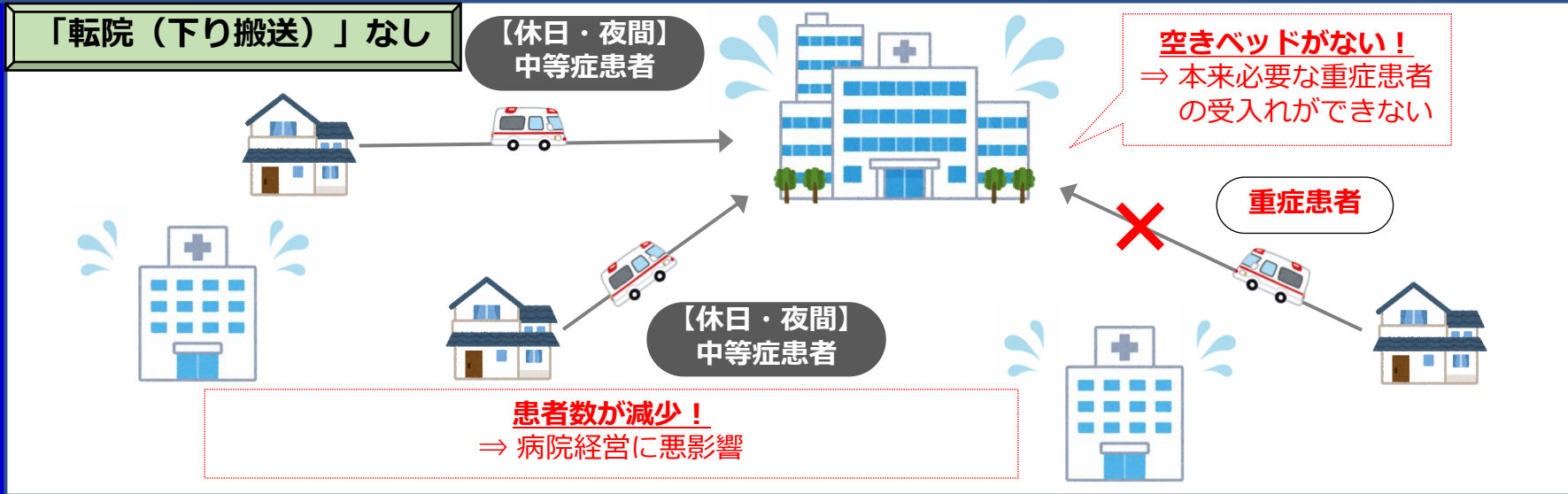
令和3年中

	小児	成人	高齢者
脳疾患	0.3万人 (0.3万人減)	5.8万人 (2.4万人減)	20.9万人 (1.5万人減)
心疾患等	0.2万人 (0.1万人増)	6.3万人 (1.0万人減)	25.8万人 (4.1万人増)
消化器系	1.2万人 (0.3万人減)	11.9万人 (3.1万人減)	19.9万人 (3.6万人増)
呼吸器系	1.8万人 (0.8万人減)	5.7万人 (1.0万人減)	23.7万人 (3.2万人増)
精神系	0.5万人	6.5万人 (3.3万人減)	1.9万人 (0.3万人減)
感覚系	1.4万人 (0.4万人減)	6.3万人 (0.1万人増)	8.8万人 (2.7万人増)
泌尿器系	0.2万人 (0.1万人増)	6.0万人	8.1万人 (3.4万人増)
新生物	0.01万人 (0.01万人減)	1.3万人 (0.2万人減)	5.3万人 (1.3万人増)
その他	2.8万人 (2.8万人減)	16.4万人 (7.2万人減)	28.6万人 (5.3万人減)
症状・徴候 診断名不明確	12.3万人 (2.4万人増)	43.9万人 (11.1万人増)	86.7万人 (35.9万人増)
総人口	1805.5万人 228.5万人減	7123.3万人 647.3万人減	3621.4万人 646.2万人増

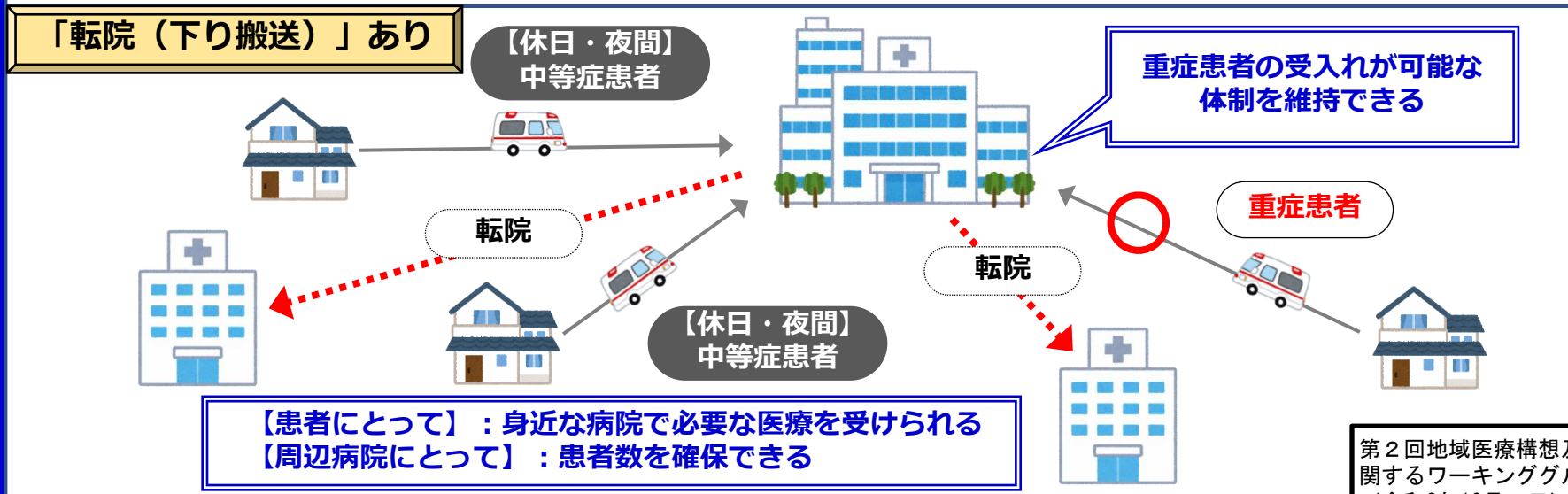
(出典)救急・救助の現況(総務省消防庁)のデータをもとに分析したもの

転院（下り搬送）の必要性

休日・夜間の救急医療体制の役割分担



転院（下り搬送）の促進



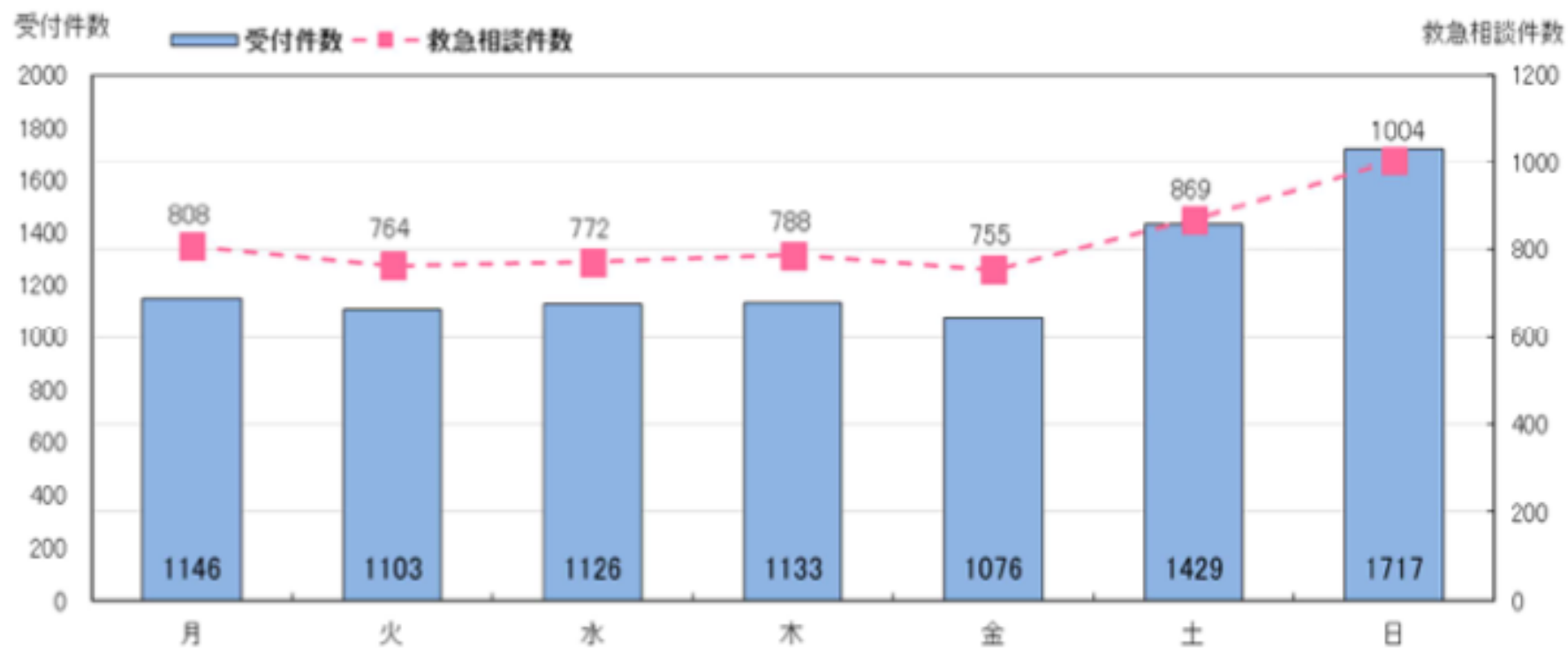
救急相談センター

令和5年度東京消防庁救急相談センター 統計資料 より

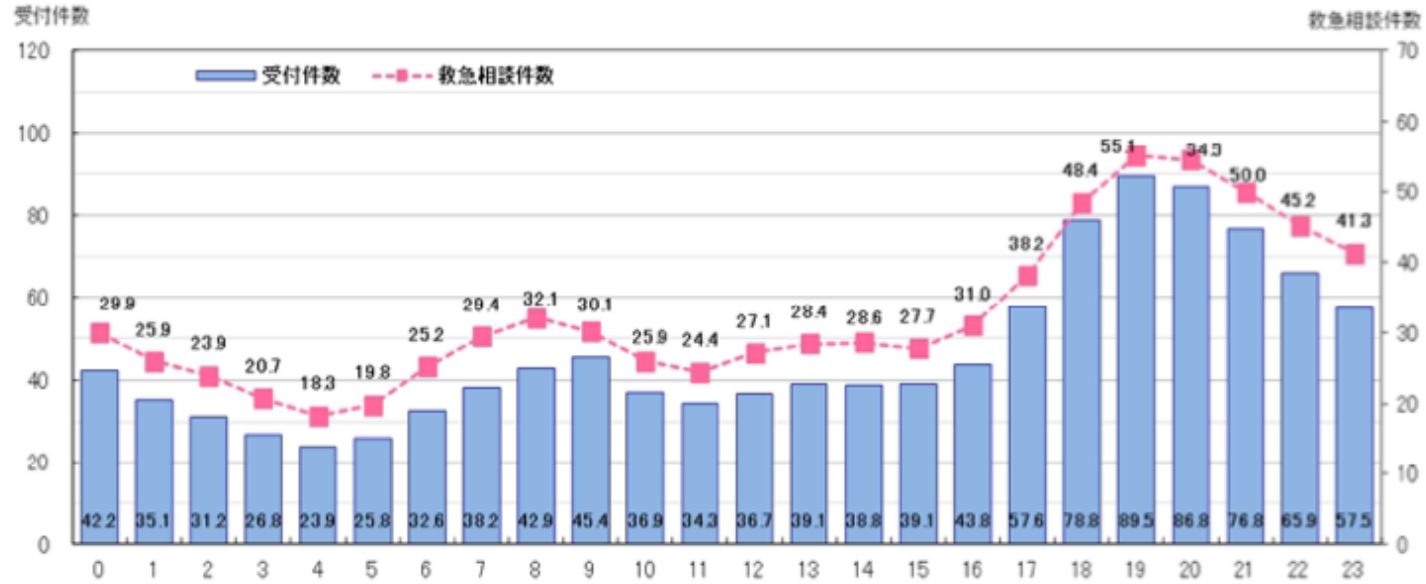
5 1日あたりの平均受付状況

(1) 曜日別 【資料5-1】

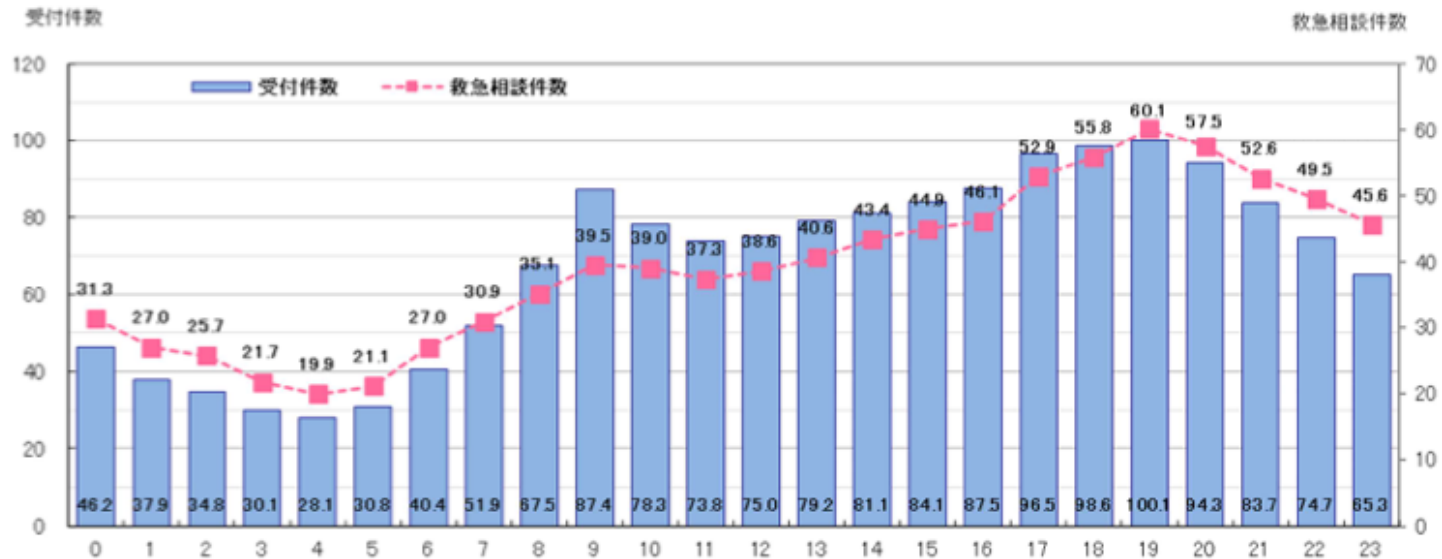
1日あたりの平均受付状況（令和5年中、曜日別）



1日あたりの平均受付状況（令和5年中、平日時間帯別）



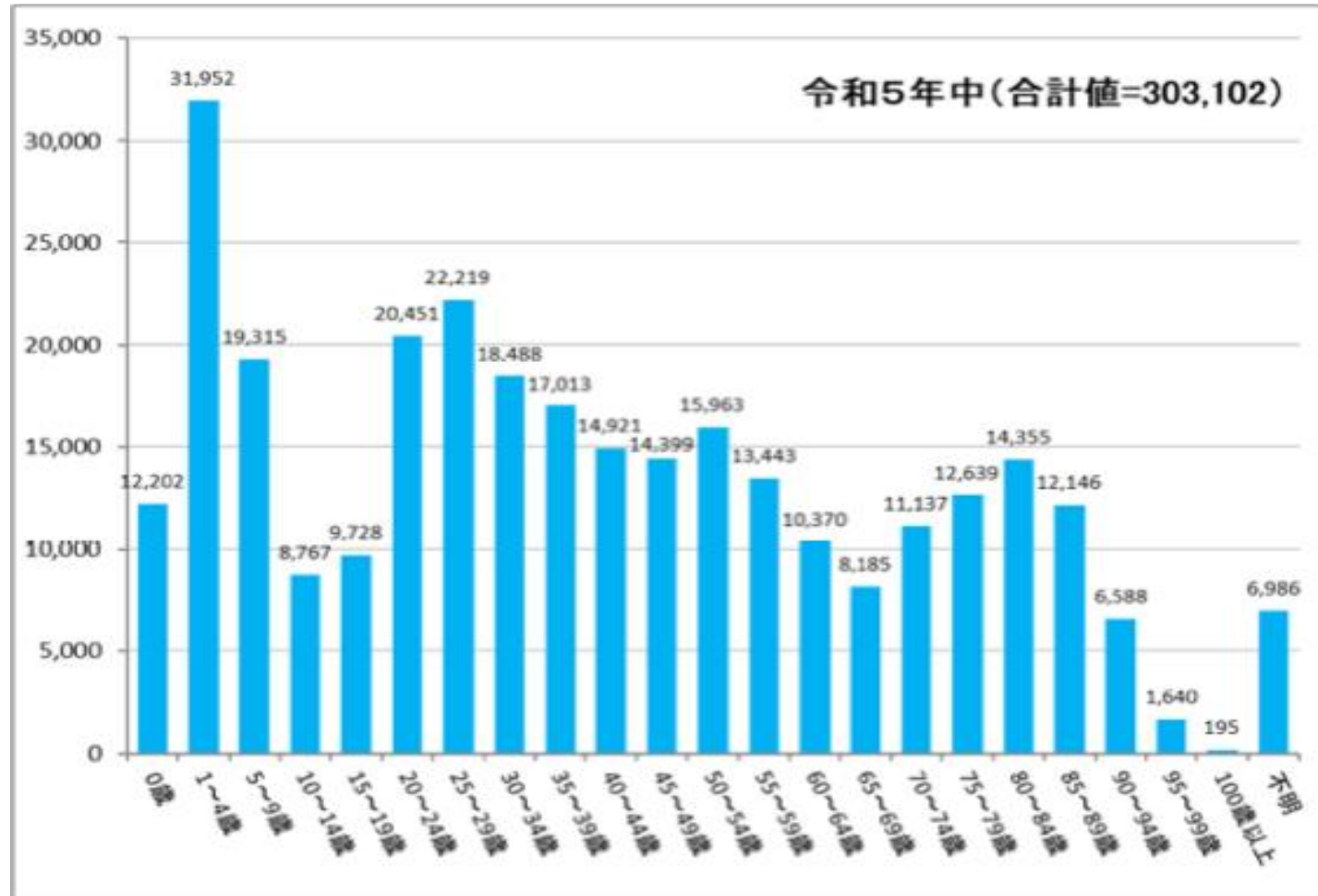
1日あたりの平均受付状況（令和5年中、休日時間帯別）



7 救急相談対象者の年齢構成 **【資料7】**

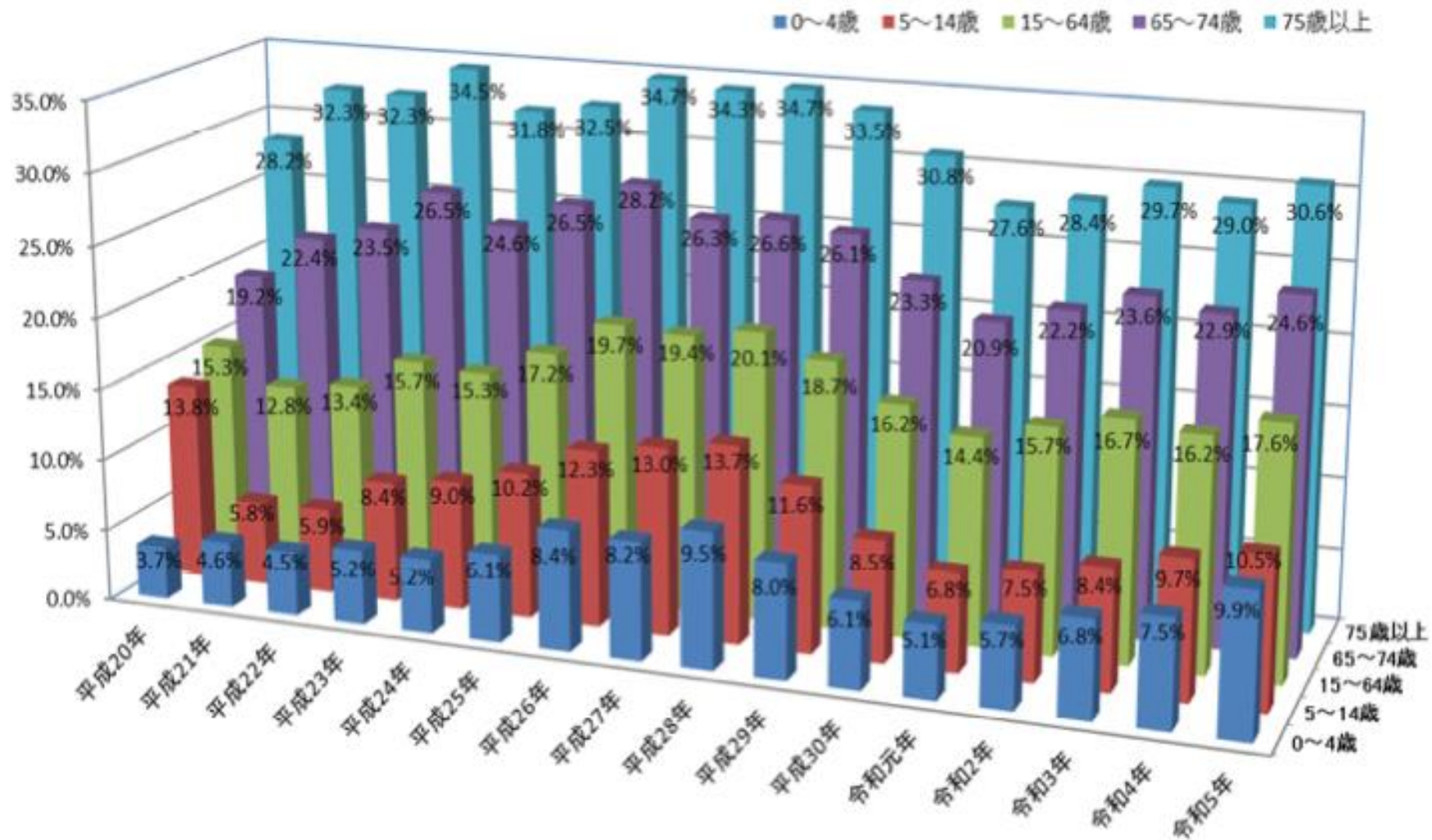
1歳から4歳までの救急相談が最も多く、0歳から14歳までの小児の相談が全体の約24%を占めています。

救急相談対象者の年齢構成比（5歳ごと）



(2) 年齢構成別 割合の推移 【資料3-2】

119番転送の年齢構成別割合の推移（割合は各年・各年齢層の相談件数における割合）



ACP・在宅医療・救急医療

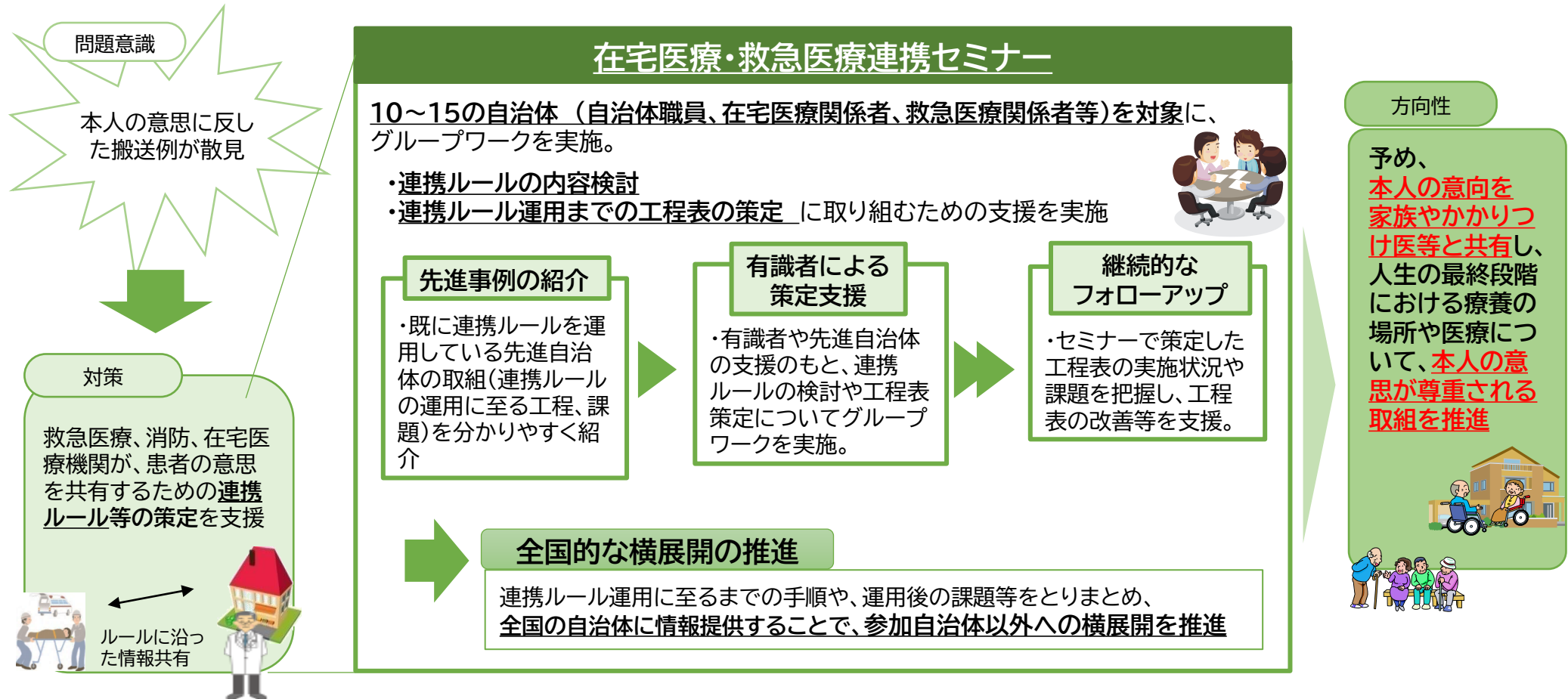
在宅医療・救急医療連携セミナー

<背景・課題> 本人の意思に反した(延命を望まない患者の)救急搬送が散見

国民の多くが人生の最期を自宅で迎えることを希望している。一方、高齢者の救急搬送件数も年々増加し、また大半は、人生の最終段階における医療等について、家族と話し合いを行っていない。このような背景を踏まえると、今後、本人の意思に反した救急搬送が増加する懸念がある。

<対策> 患者の意思を関係機関間で共有するための連携ルールの策定支援

先進自治体では、在宅医療関係者と救急医療関係者の協議の場を設け、救急搬送時の情報共有ルールの設定や、住民向け普及啓発に取り組んでいる。こうした先進事例をもとに、複数の自治体を対象としたセミナーを実施し、連携ルール策定のための重点的な支援を行う。また、本取組について全国的な横展開を推進していくことで、人生の最終段階において本人の意思が尊重される環境を整備する。



居宅・介護施設の高齢者の救急医療

(疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について(令和5年3月31日付医政指発0331第14号)抜粋)

見直しのポイント

- ・ 居宅・介護施設の高齢者が、自ら意思に沿った救急医療を受けられるような環境整備を進める

見直しの具体的内容

救急医療の体制構築に係る指針(疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について(令和5年3月31日付け 課長通知))

第2 医療体制の構築に必要な事項

2 各医療機能と連携

(2) 病院前救護活動の機能【救護】

② 関係者に求められる事項

エ 地域の救急医療関係者

- ・ 医療関係者、介護関係者は、地域包括ケアシステムやアドバンス・ケア・プランニング(以下「ACP」という。)に関する議論の場等において、患者の希望する医療・ケアについて必要な時に確認できる方法について検討すること
- ・ 自治体や医療従事者等は、患者や家族が、人生の最終段階においてどのような医療・ケアを望むかについて日頃から話し合うことを促すこと
- ・ ACPに関する議論や救急現場における心肺蘇生を望まない心肺停止患者への対応方針等は、例えば、救急医療の関係者や地域包括ケアの医療・介護関係者、消防関係者等地域の関係者がそれぞれ実施する会議を合同で開催することなどにより、地域の実情に応じ地域の多様な関係者が協力して検討すること



Future Institute Wolong

一般社団法人 未来研究所臥龍

<http://www.garyu.or.jp/organization.html>