

「県民と県議会との意見交換会」 二戸会場 の概要

〔日 時〕 平成27年12月15日（火）18：25～20：35

〔場 所〕 二戸地区合同庁舎1階 大会議室

〔テーマ〕 「医療・福祉・介護の連携による安心して暮らせる地域づくりについて」

〔参加者〕 （8名）

高 橋 浩（県立二戸病院 副院長）

菅 原 光 宏（すがわら消化器内科 院長）

佐 藤 綾 香（県立二戸病院 地域医療福祉連携室 医療社会事業士）

内 城 良 子（軽米町地域包括支援センター 主任ケアマネジャー）

中 野 美枝子（公益社団法人 岩手県看護協会立二戸訪問看護ステーション 所長）

中 田 勇 司（社会福祉法人 つつ星会 常務理事・総合施設長）

立 花 光 顕（地域密着型特別養護老人ホーム 慶寿園 施設長）

上 山 正 幸（一戸町 福祉部 健康福祉課 課長補佐 兼 一戸町地域包括支援センター 所長） ※ 敬称略

〔出席議員〕 （8名）

福井せいじ議員、郷右近浩議員、佐々木朋和議員、阿部盛重議員、川村伸浩議員、

工藤勝博議員、工藤誠議員、高田一郎議員

〔オブザーバー議員〕 工藤大輔議員

〔事務局職員〕（5名）

◆ 参加者自己紹介及び現在の業務や活動状況の紹介

○高橋さん

県立二戸病院の消化器科に勤務している。今日も午後に訪問診療を行ってきたところ。

後ほど時間をいただき、カシオペア地域医療福祉連携研究会の取組について、説明させていただくのでよろしくお願ひしたい。

○菅原さん

二戸市内で開業し15年となる。患者の多くは65歳以上であり、開業時から診療している患者が来院できなくなった場合、自宅や施設に訪問診療をしているが、件数が少ないのが実態である。

かかりつけ医として高齢者とどう付き合えばよいか自分の課題と考えている。

○佐藤さん

県立二戸病院でソーシャルワーカーとして働いている。入院している患者が、安心して退院できるよう、また、地域と連携しながら生活できるよう支援を行っている。

カシオペア地域医療福祉連携研究会の事務局として研修会などを行っている。

○内城さん

地域包括支援センターへの相談は、一人暮らし高齢者と高齢者世帯の増加に伴い、認知症の相談が増える傾向にある。身体、医療、経済、家族・親戚関係の希薄など、多問題を抱えるケースの相談に対応している。相談件数自体も増加しており、長期的な支援が必要となっている。

地域包括支援センターの運営は事業者に委託することもできるが、専門職の不足から、町が一手に引き受け、町の直営で運営している。

私は軽米町健康福祉課福祉グループの上席主任看護師でもあり、地域包括支援センターの主任ケアマネジャーでもあり、また、在宅医療・介護連携推進事業の中で在宅医療介護連携コーディネーターの役割も担っている。

○中野さん

当訪問看護ステーションは職員8名で、軽米町、二戸市、一戸町及び九戸村を対応している。住み慣れた地域で療養者と家族が安心して生活を送れるように、一人一人の状態に合わせた看護を提供するという理念で、毎日業務に励んでいる。

○中田さん

この場ではカシオペア地域医療福祉連携研究会の代表世話人という立場でお話したい。当地域は、地域資源も少ない中で、高齢者をどのように支えていけばよいかという喫緊の課題を抱えている。施設を立ち上げて12年になるが、こうした課題は、単体の施設ごとではなかなか解決できないため、連携を図らなければとの思いで活動をしている。その活動については、後ほど時間をいただき、説明させていただくのでよろしくお願ひしたい。

○立花さん

今日は、社会福祉法人と二戸広域の介護支援専門員協議会会長の二つの立場でお話したい。協議会は約150名の会員の職能団体として、これからの地域包括ケアシステムの構築に向け活動を続けているが、人材不足や、業務に追われながら更なるステップアップということで、会員は大変苦慮している。我々としても頑張っていきたいが、制度面でもバックアップしていただきたい。

○上山さん

一戸町は人口が減少し、現在約1万3,500人、そのうち65歳以上の高齢者は約5,000人で、高齢化率が36%となっている。さらに、中山の園、カナン園といった大きな障がい者施設があり、障害者手帳所持者も1,100人ぐらいである。まさに高齢者・障がい者福祉が必要な町である。町が取り組んでいる医療・介護・福祉の連携、権利擁護、さらに国や県への要望という点を、今日はお話できればと考えている。福祉の分野は、制度の中では解決できない部分がたくさんあると感じている。先週金曜日に、支援していた障がい者が県立一戸病院で亡くなったが、身内も障がい者のため、土日に火葬、葬儀、納骨を代わりに行った。そういうこともお話できればと考えている。

◆ カシオペア地域医療福祉連携研究会の取組紹介

○中田さん

カシオペア地域医療福祉連携研究会は、平成22年に発足した。きっかけは、地域のケアマネジャーの会議で、ケアマネの働きが悪いから受入施設がなかなか見つからないと医師から持ちかけられたことに対し、ケアマネの仕事が誤解している、医師側も退院の時だけこちらの情報を欲しがるが、入院時の情報は提供してくれないなど、お互いの言い分があることに気付いたことである。県立二戸病院が事務局を担い、介護施設、ケアマネジャー、地域包括支援センター、訪問介護

ステーション、県立一戸病院及び県立軽米病院が一堂に会して研究会を立ち上げた。今は、医師会、歯科医師会、薬剤師会、保健所及び市町村も入り活動している。

主な活動としては、研修会、講演会、マップ作り、病院と介護で使う情報共有シートの共通化、栄養部会などの部会の活動、ニュースレター、カシオペア連携窓口情報、SNS活用などである。

平成22年8月の第1回研究会では、カシオペア圏内の医療・介護の現状と問題点を共有し対策を考えるため、医師、介護関係者、行政関係者などが集まりグループワークを行った。この中で、この地域では回復期の医療が圧倒的に乏しいということが共通認識として上がり、今後、これを補完するような活動を始めようということになった。

毎回、100名近くの地域の医療・介護関係者が一堂に会して、口腔摂取の取組や在宅での排泄ケアなどの勉強会を続けている。遠くから先生をお招きすることもある。

マップは、実際に働く当事者が必要な情報をわかりやすく掲載したもので、施設の電話番号まで書いているため、すぐ連絡が取れるようになっている。各施設や病院の窓口情報のデータベースファイルを作って、各施設・事業所に配付している。

様式が統一されないと作業が煩雑になるため、情報共有シートを作成している。病院側でも介護側でもこれ一枚で済むようになっている。この取組により診療報酬や介護報酬で加算が取れるようになっている。

研究会の取組についてケアマネジャーへのアンケートを行ったところ、介護・医療従事者の接点ができ、医療とのやりとりがとてもスムーズになった、共有シートの利用により退院時の情報交換がスムーズになった、退院時の連携が確実に在宅プランに役立つ、施設入所のため退院時カンファレンスが開催されるようになり状況を把握した上で受入可能となったなどの意見があった。

研究会ができる前は、病院は非常に忙しく医師や看護師に会いたくてもなかなか会えないような敷居が非常に高いイメージだった。この研究会の最大のテーマは、顔の見える関係を作ろうということだったので、最初の頃は、病院の食堂で毎回飲み会をしていた。5年になる今はいい関係ができて電話一本でさまざまなことが解決できるようになってきた。

◆ 意思決定支援、訪問診療の取組紹介

○高橋さん

意思決定支援は、カシオペア地域医療福祉連携研究会の活動の一環として行っているもの。

この地域の問題は、面積は東京都の半分ほどであるのに対し、人口は225分の1で、人はまばらにしかいないが、その割に入院できる施設が4施設しかないこと。入院の完結率が低く、特に脳卒中、がんについてその傾向が強い。急性期の病床は足りているが、慢性期の病床が足りない。

訪問診療がいくつかの医療機関で行われているがまだ不十分。訪問看護ステーションは2か所あるが24時間対応は1か所のみ。ホスピスがないこと、老健施設の数には足りているが看取りができる施設が少ないことが挙げられる。

病気になり考える力が低下したり、元々考える力が低下して病気になる高齢者に対する人工的水分栄養補給法と意思決定支援について勉強会を重ねてきた。

高齢者の終末期医療の問題点としては、どこまで治療するかしないか、検査をするかしないか、延命処置をするかしないかである。

2012年に老年医学会から人工栄養の全国版ガイドラインが出された。これに対して、わかりやすい地域版のガイドラインを作った。

高齢者の特性として、医療関係者の前ではなかなか本当のことが言えない、気を使って思ってもいないことを言うことがある。家族も高齢となっていることが一番問題である。

食べられなくなった場合、全身状態の評価、どこで最期を迎えたいかなど検討した上で、多職

種カンファレンスで相談し、人工栄養を行う場合は鼻から管を入れたり、胃ろうを作ったり、末梢点滴を行ったりする。人工栄養を行わないと決めた場合は、看取りのケアを行う。

看取りも選択肢の一つであるが、話し合いでは家族からは何とか治療法はないかと聞かれる。また、退院後行き場がない方もたくさんいる。施設ではみられない危ない状態の方もいる。家族においては、施設や自宅で亡くなられるのは困るという考えから看取りの決断ができない。看取りの迷走となる。

家族が話し合いに参加するための心構えとしてのツールHONSE（ホンズ）を作った。この中には、患者の人柄、終末期医療についての患者との話し合いの有無、仮に話せるとした場合、治療希望、話し合いに参加した人がその内容を誰かに話しているかといった30弱の文面が入っている。これを読みながら皆さんと話しているうちに、患者以外の人も自分もこういうものを残して置くべきかと気づく。

このHONSEとガイドラインを使って、平均年齢は83歳の食べられなくなった方32人がどうなったかまとめたデータがある。この結果によれば、話しかけても意思表示が全く確認できなかった19人については、半数以上が人工栄養、胃ろうなどを作ってしまった。また、本人も家族も人工栄養を希望しなかった9人のうち7人が病院で亡くなっている。本来なら、自宅又は住み慣れた施設で亡くなられるのが一番よいと考えられるが、地域の特性で、そのような方も病院で看取らざるを得ない状況となっている。

そこで我々は、延命治療について本人の思いを記録し残しておく方法が必要ではないか、自宅や施設での看取りを支援することが必要ではないかと考え、HOTARUという事前指示書を作った。これは、延命治療についての意向、がんの告知、緩和医療、療養の場、最期はどこで過ごしたいか、情報の公開範囲について選べるようにしてある。

個人主義が主体の欧米では事前指示書が非常に普及している。日本の場合は欧米と違い世間体を重視する社会なので、個人の意思決定を地域で支えようと考えている。

HOTARUは皆さんに配るのではなく、例えば薬局や公共施設に山積みで置いておこうと考えている。特に書かなくても、これを目にして話題にした時に患者の意思が家族に伝わっていれば、胃ろうを作るかどうか問題になった時に非常に良い情報となる。事前指示書を配るよりも、抵抗なく話ができる環境づくりが大事と考える。ダウンロードしたり、配付するのではなく、書きたい時に手を伸ばせばそこにあるのが自然であり、嫌なら最初は見せなくてもよいし、そういうタイミングが来たら見せればよい。

HOTARUはただのモノではなく、地域で話し合って作ったプロセスが非常に重要であり、この事前指示書を書いたことが、恥ずかしいとか冷たいとか思われぬような地域づくりが必要である。

今回、カシオペア地域医療福祉連携研究会で案を作ったが、既に医療の範囲を超え生活・文化の問題になっているので、今後は行政も含め委員会を作って普及について考える予定としている。今後も勉強会を重ねつつ、今年度内には設置を目指したい。

次に訪問診療の話をさせていただく。

私は2009年から訪問診療を年間30回前後行っている。在宅での看取りは大体4分の1くらいで数はそう多くはない。訪問回数は5回以下が約6割で、特に3回以下が非常に多く、初回訪問が看取りとなることもよくある。

在宅診療には16キロルールというのがあり、状態が急変した時にあまり遠いと責任が持てないということで、基本は16km以内の所しか行けないことになっている。

ある日の訪問診療では、二戸市3人、一戸町2人、九戸村1人を公用車とタクシーの2台で回って所要時間4時間、走行距離103km、タクシー料金32,000円、病院で徴収できる交通費は600円であり、タクシー代はほとんど病院の持ち出しとなる。だからといって訪問診療しなければ、

家で死にたいという希望はほぼかなえられなくなる。

開業医の先生達も地道に訪問診療をやっているが、多い数には応えられない。病気でない老衰の人は家で死にたい希望があって当然であるが、そういう人がわざわざ病院で死ななければならぬという現状もある。

医療過疎だから仕方ないというのは悲しすぎるという思いで訪問診療をやっている。

今、特別養護老人ホームでの看取りは大体7割くらいまで進んでいるといわれるが、この辺りでは看取りができない施設が大多数となっているので、うまくいくようサポートしたい。

県立病院は県下にあまねく良質な医療を提供するために作られたと聞いている。家で死にたい人、病気でない人が家で死ぬのは当たり前のことと平均的な考えと思っている。収支上は訪問診療をやればやるほど赤字となるが、県立病院はある程度赤字でも住民の生活を向上させる仕事をするべきと思っている。病気でないお年寄りが死ぬために病院に来るのは非常に悲しいことではないかと思う。

高齢者が増えているというが、増え方には二つのパターンがあると考えられる。一つは人口の割合が多くなっている所、簡単にいうと田舎。東北、中国、四国などの山間部は率が上がっている。もう一つは65歳以上の人口が多い所。高齢者数は多いけれど住みやすい所で、ここに住みたい、ここで死にたいという気持ちがあるので、なし崩し的に高齢者の率だけが上っている所よりも勢いが違うと思う。

やはり、どうしても人口の多い地域の政策、主張が注目を浴びる傾向があり、本県の大部分はどちらかといえば率が上っている地域なので、同じ土俵で話をしても仕方がない。

予算があってもなくても、本人の気持ちを受け継ぐことはどんな地域でも共通と思われ、意思決定支援や事前指示書は経済的な負担もかからないので、進めていければと考えている。

この間、人工栄養をやらずに自然に看取った県立二戸病院が記事になっている。このようなことで訴えられることはないと思うが、大原則として、医師単独ではなくチームで対応すること、皆で合議して決定すること、緩和ケアを充実させること、この三つを守っていれば法的な問題はないといわれている。

◆ 意見交換

○高田議員

介護報酬の見直しの中には看取り加算があり、特養も加算を受ければ対応可能だが、人材の問題もあると思うが、実施に向けて何が障壁になっているか。

医療、介護従事者の連携だけでなく、地域との連携も非常に大事になってくると思うが、その辺りの考え方、取組はどうか。

【回答：中田さん】施設には嘱託医がいるが、診療所の数が非常に少なく、医師に非常に大きな負荷がかかっている現状では、24時間死亡診断書を書ける嘱託医が見つからないため、施設での看取りが進んでいない。

仮に施設で亡くなると警察が状況確認などに入るので、施設としては極力避けたい。そのため極力病院へ送ることになり、施設で看取することはほとんどない。

【回答：立花さん】特養に勤めて三十数年になるが、家族と医師の連携の下、家族に宿泊してもらい看取ったことは何件かある。

出生から死亡まで、医師の診断書がなければ戸籍上の処理ができない制度になっている。救急搬送時に主治医以外の医師の場合に、事件としての取扱いとなる場合があるなど、受診時の医療機関の協力が必要である。

家族と医療機関と施設の意思疎通ができていないと、なかなか終末の看取りには至らない。

【回答：菅原さん】 看取る時間は予想できない。開業医が9時から5時又は6時まで診療している間、自分の診ている患者が施設や自宅で急変した場合、あらかじめ家族や施設と話し合いができていれば、その日の夕方にもその場へ行って死亡診断書を書くことはできる。

ただし、そういう嘱託医が少ないのは確かである。容体が急変した際に、担当医がいないような場合には、県立病院に搬送せざるを得ない。

【回答：高橋さん】 医師不足が根底にある。現状では新幹線で盛岡から通う嘱託医が多く、夜間の対応が難しいことも多い。しかし、そういう方々に頼らないと医師が集まらないのが現実である。盛岡市は訪問診療の環境が非常に整っている。開業医が多く、他の開業医と差別化を図るため訪問診療を始めることから、自然と環境が整う。一方、当地域では外来診療で手一杯の開業医が多く、訪問診療まで行うのは難しい。

地域において、家で亡くなるのが自然なものとなり、住民の考え方も変わってくれば、在宅での看取りや訪問診療も受けとめやすくなると思う。

延命治療について、本人と家族との話し合いが全くなされていない場合、判断を医師に委ねられることが多いが、医師の立場では、自然に看取るとはなかなか言えない。子や兄弟なら、延命治療を続けるのは忍びないと止める判断もできるが、遠い親戚だと難しい。

そうした中、事前指示書で本人の意向がわかれば、こうしたことが言いやすくなる。

○福井座長

看取りについて何か御意見あるか。

【回答：中野さん】 高橋先生の訪問診療の患者には私達の訪問看護も入っている。家で看取る件数は把握していないが、少しずつ浸透してきていると思う。

病院で看取るか、それとも家で看取るかは、病院側では聞きづらいので、意識のある場合には訪問看護師が御本人に意向を確認する。大抵は家で看取られたいと言われるが、家庭の状況でできない場合が多い。老老介護の問題や、亡くなった際に警察が来るのではと家族が不安に思っている場合、説明して納得いただけるのであれば、家で看取ることが一番だと思っている。

ただし、介護者の体力、金銭面を考えると、家で亡くなりたいたいという本人の希望に沿えないことも多いと感じる。

【回答：内城さん】 軽米町の中核病院は、県立軽米病院となっており、町で唯一、訪問診療を実施されている。ただ、24時間対応の訪問診療は、対応が困難な状況と感じており、看取りは進んでいない。

しかし、状態が悪い時には「いつでも病院を受診してください！」という言葉で、安心して在宅療養ができていく傾向にある。

【回答：佐藤さん】 最初から家で看取られたいという方は多くないと思うが、訪問診療を受けるうちに、最期も家で過ごしたいと考えが変わる方もいる。家庭の事情で、最期まで家で過ごせない方もいる。もう少しサービスが充実できれば、可能になるかもしれない。

〔回答：上山さん〕 行政の立場としては、身内や家族がいない場合が非常に困る。入院や施設サービスなどを利用する際は契約行為のため、身元引受人や保証人が必要である。入院したくとも入院もできない。医師が医療同意を求める人もいない。亡くなったとき誰が面倒を看るのか、一番困っている。仮に家族がいても、他県や盛岡に住んでいるため、家族との関わりが薄くなっている。

家族と連絡が取れない場合、病院も施設も頼るのは行政となってくる。休日、夜間に病院へ行ったり、火葬、葬儀から納骨までやらざるを得ない現状である。

本人が家で最期を迎えたいとしても、家族との関わりの中で、病院で何とか、役場で何とかというのが実態であり、支援する関係者としてはもがいている状況である。

〔回答：高橋さん〕 大部屋での入院が最も安い。在宅の場合は介護できる人が必要だが、仕事を休むわけにはいかない。施設入所よりも、入院するのが最も経済的負担が少ない。

在宅介護、在宅介護といっても無理がある。介護者の給料を補償する制度などがあればよいが、介護のために一旦仕事を辞めれば復職は大変である。

患者がいろいろな選択肢を選べるのが包括ケアの基本だと思うが、実際は選べない。その大前提がなっていないところで、在宅介護といわれても非常に困る。

○工藤（勝）議員

一人暮らしの高齢者が増えてくる中、在宅看護は現実的には難しい面があると思う。特養の役割は大きくなってくると思う。特養は今後どのような施設運営を行っていくのか。

〔回答：中田さん〕 国は国民総活躍時代ということで、特養を増やすと今さら言っているが、施設経営に手を挙げる人はいない。仮にお金や土地があったとしても、施設を運営する介護職員が集まらない。特に都市圏は大変である。県内では、県南地域では他産業との間で若い労働力の取り合いになっていると聞く。県北地域は逆にそうした激しさはない。

特養に期待する声はあるが、一方で介護報酬は引き下げられており、アクセルとブレーキを同時に踏むようなちぐはぐな政策に見える。我々は戸惑っている、憤っている。福祉をしっかりとほしければ、方針をしっかりと決めて進めてほしい。そのしわ寄せを受けるのは現場であり最終的に国民である。制度を利用したくても利用できない。

〔回答：立花さん〕 将来の人口構造や税収はわかっていたはずである。介護保険が始まる時に、国は走りながら考えるとしていたが、いまだにゴールが見えない状況である。

公共施設の使い方についてももう少し柔軟にしてほしい。ようやく最近、病院の空ベッドの用途等を転換できるようにしてきたが、これは10数年前から言ってきたこと。

施設についても、家族が働くためにどうするか。少子化にも対応して学童と高齢者を一緒に施設で対応するなどとしていいのではないか。それぞれの施設の枠や基準が厳格で、縦割りにしてしまっているのが、ハコモノや職員配置に多額の財源が必要になる。

お金もなく人もいない時代になってくるので、今ある資源をもう少し柔軟に使う方法を考えて行政は支援するべきと思う。

特養は介護のプロとしてやっていくことは当然だが、人材のない中で、在宅の拠点云々と言われても、なかなか動けないのが現実である。

○工藤（勝）議員

介護の人材の奪い合いもあって、施設はそう簡単に増やせないとの話だが、待機している人は増

えている。

〔回答：中田さん〕 国の政策によってこれまで特養を抑制して在宅へ誘導してきた。しかし今更特養の話をしているのはおかしい。特養を重視する方針を継続していれば、今のような心配はなかった。介護報酬も絞られ魅力のない仕事にってしまった。

○佐々木議員

慢性期のベッドが減る中で、どうやって対応していくのかが問題。先の常任委員会において、福祉介護施設で行う医療も在宅だとの言い方を県はしていた。こうした中でどうやって在宅医療に取り組んでいくのか。

〔回答：中田さん〕 在宅医療については、今ここでやっている連携しかないと思う。この顔の見える関係というのがとても大事である。命を救うべき先生が終末期に関する冊子HOTARUを作れたのも、我々介護関係者と触れ合ったからだ。

○福井座長

今の仕事の立場から在宅介護、医療を地域で進める場合にどのようなものが必要か。

〔回答：内城さん〕 医師、看護師、介護職員、保健師、リハビリ専門職等の人材不足など課題が山積している。

今年、在宅医療・介護連携推進事業の中で山形県鶴岡市と新潟県長岡市へ先進地視察に行った際に、医師が積極的だと在宅医療はスムーズに進んでいくと感じた。

以前ケアマネ協議会の委員をしていた時にも医師との連携の必要性を感じ、10年以上も医師会との合同研修会や交流会・懇親会等をやっていたが、情報提供、共有はなかなか進まずにマンネリ化していた。ところが、県立二戸病院の医師側からケアマネへ連携の話が来たところ、一気に関係者が集まって連携が広がった経緯がある。医療側から求められるとスムーズに展開できるのではないか。

〔回答：中田さん〕 介護側からすると、医師と接することは非常にハードルが高い。今はこのように同じテーブルで話ができる雰囲気がある。

介護、ケアマネのレベルは特に高いとはいえず、先生方からの全然なっていないという声は本当にそのとおりのと思う。介護側にも課題が多く、一生懸命勉強し、努力しなくてはならない。

〔回答：中野さん〕 家又は施設で長く生活していくためには、やはり介護に関わる人の数が必要である。施設でも、家でも24時間同じ介護が受けられなければ病院に戻ってきってしまう。

例えば、施設できちんと夜勤の体制をとるとか、在宅でも訪問看護が入れる回数を増やすとか。ただし、それにはやはりお金と人が必要になる。

訪問看護に行くと、ひどい環境の中で暮らしている方がいて驚くこともあるが、このような方は施設に入って楽に生活させてあげたほうがいいと思う。

○佐々木議員

人とお金という話があり、なかなか難しい面もある。その中で自治体では、例えば、地域のボランティアや自治会による生活支援という話も出てきているが、実際に可能か。

〔回答：上山さん〕実際に地域との関わりは不可欠である。一戸町では障がい者の高齢化が問題となっている。国は障がい者が地域での生活に移行する政策を進めており、町内ではグループホームが約30か所、約150人が住んでいる。

地域での生活には、民生委員、保健推進員、町内会長など様々な人の関わりが必要になってくる。移行支援のためのケア会議を頻繁に開催し、必ず民生委員や町内会長が参加し、情報を共有した上でそれぞれの役割分担により取組を行っている。

○工藤（誠）議員

特養の待機者が多いことへの対応、待機者の解消に向けて具体的な進め方はあるか。

〔回答：上山さん〕待機者が多い背景については、障がい者の高齢化という問題があり、障がいサービスを受けていた人が65歳を迎えると、制度上は介護保険制度に移行しなければならない。ところが、特養の待機者が多いため、障がい者施設から介護サービスに移行できない。

さらに一戸町の場合は、県立一戸病院320床のうち220床が精神科病棟であり、精神障がいの方を病院から地域へ移行させないと、新たに入院受入れができない。

医療と高齢者、障がい者の分野でお互い行き詰まって回らない状態となっている。

これに対する取組として、例えば障がい者施設入所から介護保険に移行が必要な人、退院可能な人などの具体的なケースを持ち寄って、主に医療、介護、障がいといった分野からスタッフや代表を2名ぐらいつつ参加し幹事会を作り、移行を推進している。

○阿部議員

来年4月から訪問の診療所を作っていいという国の施策になった。外来と訪問を両立するのは無理という話もよく聞く。外来をやらずに訪問だけでも可とすることについて、現職の医師としての考えは。

また、これを成功させるため、全県をカバーする医師をシステム化できるのか。

〔回答：高橋さん〕当地域は、人口減少により家がまばらで高齢者の割合が高く、車で方々回らなければならない、冬には予定どおりに回れない。こうした中では、訪問診療では食べていけない。人口が密集している地域と高齢者の割合が高くなっている地域を一緒くたに訪問診療といっても無理がある。

〔回答：菅原さん〕訪問診療に関する国の新たな方針では、外来診療を行わずに訪問診療のみ行う診療所も設置可能とのこと。詳細な施設基準は分からないが、事務所さえ構えれば、例えばバス一台に必要な医療機器等を備えて移動しながら診療することも可能かと思われるが、それが当地域で成り立つかどうかは別問題と思われる。

当地域の医療施設は離れて点在しており、また開業医の高齢化も進んでいる。内科の開業医が少ないのが最も大きな問題。

急性期を診る県立二戸病院のような基幹病院で、訪問診療を行っているのは非常に特殊であり、おそらくほかではどこにもないと思う。

○福井座長

地域にある資源で、高齢者によりよい環境を勧めるに当たっての視点は。円滑な退院を進める場合にどのような話をするか。

【回答：佐藤さん】退院支援を進める中で、施設入所など本人の希望に沿えばいいのだが、なかなか沿えないことも多い。例えば、施設に入りたいが金銭的な面で在宅を選択せざるを得ないとか。当地域では金銭的に裕福でない方が多いと感じる。

必要なサービスを入れることができるとか、お金があるとか、そうしたところが充実してくれば、在宅も進んでいくと思う。

◆ 感想など

○立花さん

議員の方々と意見交換できたことは今後の励みになる。山積する課題について、これから各方面や関係機関と連携しながら進めていきたい。包括支援システムの来年度の構築に向け今後協会ともども頑張りたい。

○上山さん

県内において一戸町は、障がい者や高齢者の支援は、関係者の連携が取れて充実していると自負している。これをさらに推進していく上で、障がい者サービス住所地特例制度と介護保険の適用除外施設において制度上の問題があり、国及び県に要望書を提出している。

権利擁護も重要な問題であり、二戸圏域ではカシオペア権利擁護支援センターというNPO法人を立ち上げ進めている。全国的にも先進的なセンターになると自信を持っている。

○中田さん

本県は高齢化率が上昇し、様々な課題があるが、福祉の分野では、日本の中でトップランナーであり、世界でもトップランナーである。福祉の問題は長期的なものではなくて、今後10年から15年の問題であり、集中して取り組んでいかなければならない。日本の中で本県がうまく乗り越えたとすれば、世界の中でも素晴らしいモデルケースになると思う。

実は、二戸地域では特養の待機者は増えておらず、ショートステイも空いてきている。有料老人ホームから少しずつ空きつつあり、需要はピークを過ぎ、下降線に入ったと思っている。

本県の中でも高齢化や人口減少が進んでいる当地域で、医療資源が乏しい中、もちろん連携が必要であるが、高橋先生や菅原先生のような特定のマンパワーが、自分の持ち場以上の働きをして何とか地域医療を維持しているということを理解していただきたい。

このような取組を支援していただけるよう県に働きかけていただきたい。

○中野さん

医療でも介護でも、どこにいても、必要なサービスを必要な量受けられるように、どんな人でも、お金があってもなくても、皆で支援していくことを考えなければならないと思う。

○内城さん

軽米町でも県への要望を出しているが、県立軽米病院の医療相談室に常勤の職員がおらず退院支援がスムーズではないと感じている。また、医師の不足について、今のままでは、10年後はゼロとなる。この対策をお願いしたい。

集落が分散はしているが元気な高齢者も多いので、地域の方々の地域力で、近所付き合いを密にして支え合うような取組をしていきたい。

専門職としてやりがいと生きがいを感じられるような環境づくりや、技術を深めて離職防止になるような取り組みをしていきたい。

○佐藤さん

退院先を考えたり、意思決定支援をする際に、患者の希望をかなえてあげられないのは悲しいので、自分でできることから、周りとの連携を強めて、患者・利用者の思いに沿うような支援ができるようにしたい。

○菅原さん

最後に議員の皆様をお願いしたいことが一つある。奨学生の地域卒の医大生が増えているが、そろそろ卒業し始める時期で、医師数が増えてくる。しかし、増えた医師が盛岡市や大きな都市へ集中してしまえば、せっかく税金を使ったものが何にもならない。

特に県北や沿岸地域に、地元の議員の皆様には、若い研修医や地元出身者につながりをもって、何とか地元に残ってもらえるように、何かの折に伝えていただければありがたい。

○高橋さん

恵まれない人の所へ行ってみたいという希望が一つのきっかけで訪問診療を始めた。しかし、これまで訪問診療をしてきて思ったのは、とても恵まれている人にしか訪問できていないということ。訪問診療を受けられるのは、ある程度介護者がいて、経済的に余裕のある人であって、そうでない人は一番安い病院への入院ということになる。

介護施設への入所待ちの間は、待機者は病院を入院して回っているが、それが悪いわけでもない。病院ができないことを施設がやり、施設が厳しい時は病院が頑張り、在宅で介護者が疲れた時には患者を入院させて家族を休ませる。こういうことができるのは、顔の見える関係ができているからで、各施設個々の利益を尊重してはできないこと。

採算だけ考えれば、訪問診療しない方がいいし、家族を休ませるレスパイト入院ももうからない。院長が私のしていることを容認してくれるからできている。

顔の見える関係で、お互いにできないところを支え合っている感じである。地域には地域の特殊性があるので、こういう地域もあるということを考えていただきたい。

◆ 閉会

○福井座長

私たちがまだまだ理解が浅いと痛感させられた。

私たちの役割は、人、モノ、お金を、地域に合わせて有機的に結び付けることだと、皆様から教えられた気がする。これから私達一人一人が、今日の意見交換の内容をしっかりとものにして、議会の共有物とし、それを県当局へ伝え、国に対しても訴えていくようにしたい。

中田さん、高橋先生の取組説明や、皆様一人一人の御意見には学ぶべき点が多くあったので、今後も支援していくとともに、皆様からもまだまだ御意見を伺いたいと思うので、よろしく願いしたい。

本日は、お忙しいところ、御参加いただき誠に感謝申し上げます。