

パネルディスカッション

<中園氏>

それでは、パネルディスカッションに入っていきたいと思います。改めまして、私、草津市役所の中園でございます。本日は、7名の有識者の方々にご参集いただきました。それぞれの方より、まずはショートスピーチという形で、自己紹介も兼ねまして、日々の取り組み、活動されていること、あるいは、その活動の中からどのような課題というものを考えておられるかについて、まずは1巡目ということで、スピーチをお願いしたいと思います。

それでは、早速ですがトップバッターとして、久我先生、よろしくお願いいたします。

<久我氏>

トップバッターの近江八幡市蒲生郡医師会の久我です。よろしくお願いいたします。

まず、近江八幡市蒲生郡医師会の概要ですが、1市2町即ち近江八幡市、竜王町、日野町の医療機関で構成されています。近江八幡市は34診療所と3病院です。そのうち在宅医療に関係する機関、いわゆる産婦人科とか小児科とか耳鼻科、眼科などを除きますと23の医療機関です。竜王町は3診療所、在宅医療に関係するのは3医療機関、日野町は7診療所と1病院、在宅医療に関係するのは5医療機関です。

ここで、この(スライドの)ピンク色の地域が東近江医療圏です。かなり地域的には広い圏域といえます。近江八幡市の中心部から日野町の中心部まで車で30~40分かかります。ということで、医療機関のネットワークの構築という面では距離が離れすぎている印象です。

近江八幡市蒲生郡医師会では、昨年度、県の委託を受けて在宅医療を担う診療所整備推進事業を実施しました。

在宅医療連携システムづくり事業、在宅医療推進協議会、診療所ネットワーク体制整備会議、在宅療養推進に向けた研修会を行いました。

在宅医療連携システムづくり事業、在宅医療推進協議会につきましては、まず昨年の6月に会員に呼びかけ、在宅医療に関心を持っている会員が集まりました。全部で14名でした。

ここに記載した議題で話を進めまして、会員に在宅医療に関する思いを聞き、その中で感じましたことは、診療所間でも在宅医療にかなり温度差があり、現在の状態では負担に感じるという会員もいましたし、また、患者を支える家族もかなり意識に差があり、最期まで看取ろうという家族もそれほ

在宅医療を担う診療所整備推進事業 —近江八幡市蒲生郡医師会の取り組み—

医療福祉・在宅看取りの地域創造会議
平成23年8月30日県立男女共同参画センター

医療法人社団久我内科医院
久我正文

近江八幡市蒲生郡医師会の概要

- 近江八幡市: 34診療所と3病院
在宅医療に関係する医療機関: 23
- 竜王町: 3診療所
在宅医療に関係する医療機関: 3
- 日野町: 7診療所と1病院
在宅医療に関係する医療機関: 5

地域の特徴
地理的に近江八幡市・竜王町が離れている



近江八幡市蒲生郡医師会では、平成22年度に次のとおり在宅医療を担う診療所整備推進事業を実施

- (1) 在宅医療連携システムづくり事業
在宅医療推進協議会
診療所ネットワーク体制整備会議
(ワーキング部会及び報告会)
- (2) 在宅療養推進に向けた研修会
(市民公開講座、関係機関連携研修)

ど多くはない印象であり、モチベーションが落ちてしまうという意見もでした。

そして、第2回目として今年3月に在宅療養に関する、医師会、訪問看護ステーション、病院の地域連携室、市の包括支援センター、薬剤師会、居宅介護支援事業所が集まり、在宅医療に対するそれぞれの関わりや思いなどを聞かせていただきました。

医師会と訪問看護ステーション、医師会と薬剤師会は、それぞれ連携はそれなりに出来ているのですが、訪問看護ステーションと薬剤師会が顔を合わせることが今回初めてで、たいへん貴重な機会であったとのことであり、多職種連携の重要性を感じました。これは診療所ネットワーク体制整備会議の医師会の例会の時に付設して会議を行いました。この在宅医療連携システムづくり事業のまとめですが、診療所ネット

ワークの構築をこれから詰めていくということですが、会員の話聞きまして、全員参加方式は大変難しいと感じました。在宅医療に対する意識の差もあり、最期まで看取る姿勢の診療所による少数のネットワークからまず始めようということになりました。

そして、多職種との連携を図るということ。患者情報を如何に共有するかということで県の医師会が進めているIT事業のネットワークをどのように利用していくかということもこれからの課題と考えます。

そして、当医師会の地理的な条件、先ほども申しましたように地理的に距離が離れていますので、少なくとも2グループでネットワーク構築を行う。旧の近江八幡・安土地域、竜王地域と日野地域の2つに分けてこれからネットワークの構築を進めていきたいと考えております。

東近江圏域の地域医療再生計画が現在進んでおりますが、主に病院の再編成と地域医療支援センターの設立が検討課題です。地域医療支援センターは、東近江市と近江八幡市にそれぞれ1か所ずつ設置する計画ですが、その中に休日急患診療所と三師会の事務局と在宅療養支援センターが入る予定です。

ここで申し上げたいのは、この在宅療養支援センターを置いて、病院から在宅への患者さんの連携を円滑に進めるというような機能を持った在宅療養支援センター、いわゆる地域の病院がそれぞれ地域連携室を設置していますが、病院や地域包括支援センターからの紹介患者さんの在宅での主治医を責任を持って紹介していく地域連携室を作りたいと考えておりま

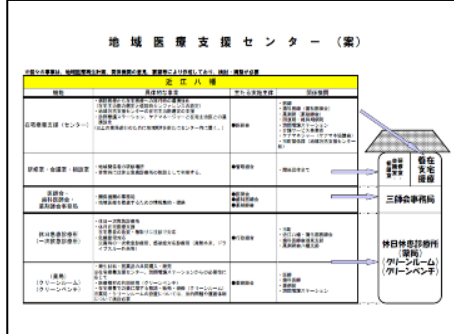
(1)在宅医療連携システムづくり事業
在宅医療推進協議会
第1回 平成22年6月3日 参加者14名
場所:近江八幡総合医療センター2階会議室
1)東近江地域医療再生計画について
2)在宅療養を担う診療所整備推進事業について
3)在宅医療推進のための提言について
4)診療所間のネットワークについて

第2回 平成23年3月31日 参加者23名
場所:近江八幡総合医療センター2階会議室
(関係機関連携会議・研修会と合同開催)
1)退院、退所時の主治医選定について...病院地域連携室
2)在宅患者の病院受入について...訪問看護ステーション、ケアマネジャー、病院地域連携室
3)在宅終末期の連携について...訪問看護ステーション、他
4)在宅医療全般について...薬剤師会、他

(1)在宅医療連携システムづくり事業
診療所ネットワーク体制整備会議(ワーキング部会
及び報告会)
1)平成22年7月27日 参加者24名
場所:近江八幡総合医療センター2階会議室
・在宅医療を担う診療所整備推進事業計画について
・ネットワーク作りの推進について
2)平成22年9月28日 参加者25名
場所:近江八幡総合医療センター2階会議室
・地域医療再生計画についての関係者会議(報告)
・在宅療養支援センター基本構想案について
3)平成22年10月23日 (参加者6名)
場所:近江八幡総合医療センター2階会議室
・県医師会の動きについて
・ネットワークの構築について
・運営手順、主治医の担保(かかりつけ医不在患者の紹介等)

(1)在宅医療連携システムづくり事業
診療所ネットワーク体制整備会議(ワーキング部会
及び報告会)
4)平成23年1月25日 参加者23名
場所:近江八幡総合医療センター2階会議室
・東近江圏域がん診療クリティカルパスについて
・東近江地域医療福祉検討会「地域医療支援センターについて」
・在宅療養支援システムについて
5)平成23年2月3日 (参加者10名) 東近江医師会と合同
場所:近江八幡総合医療センター2階会議室
・県医師会のシステム構想について
・ITネットワーク構想
・東近江医師会の現状(花戸医師)

(1)在宅医療連携システムづくり事業
診療所ネットワーク体制整備会議(ワーキング部会
及び報告会)
結論
診療所ネットワークの構築を詰めていく。
全員参加方式は困難であり、有志診療所による
少人数ネットワークから始める
多職種との連携を図る。
患者情報を如何に共有するか。
当医師会の地理的な条件から、少なくとも2グループ
でネットワーク構築
1)旧近江八幡・安土地域、竜王地域
2)日野地域



す。

本日、この地域創造会議の呼びかけ人であられます笠原県医師会長、宮本守山市長にこのように発表の機会を与えていただきましたことを厚くお礼申し上げます。終わらせていただきます。ありがとうございました。

<中園氏>

久我先生、ありがとうございました。

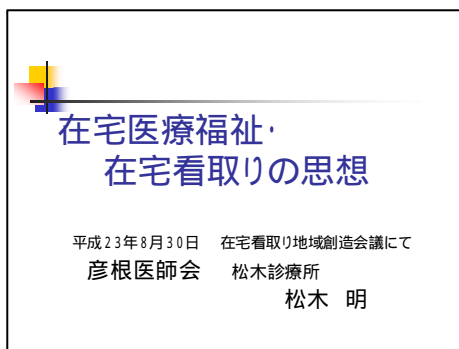
それでは続きまして、彦根でご活躍されております、松木診療所の松木先生、よろしくお願います。

<松木氏>

彦根の松木診療所という開業医の立場でお話ししたいと思います。もともと私は無医村と言いますか、僻地の診療所回りをずっとしておりましたので、医者になってからすぐ往診を始めておりました。往診を始めて二十数年になりますが、やっと往診を進めていく時代に最近なってきたかなと思っています。

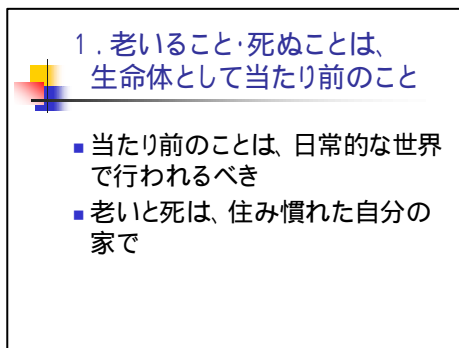
まず一つ、皆さんにご紹介したいケースがあります。実はこの間の土曜日、ある一人の女性が亡くなりました。93歳の女性です。胆嚢がんで病院に入院していたのですが、7月27日くらいに病院から退院してきて、家で最期を暮らしたいということで、家族もそれを迎え入れて、家で生活を始めました。私の方は、昔から少し知り合いだったこともありまして、私の方に往診を頼むということを言われまして、ほとんど毎日のように往診をしていくのですが、ちょうど一ヶ月くらい後の8月27日に亡くなりました。在宅での看取りというのが、その家庭の場合は子どもさん夫婦、それからお孫さん夫婦、それから二人の曾孫さんと、実の娘さん達とその家族が毎日のようにベッドの傍に訪れてくれました。毎日毎日、取っ替え引っ替え色々な人たちがそこに顔を見せて、孫は土曜日日曜日は休みだから、おばあちゃんのベッドの下に布団を敷いて、そこで夜を一緒に明かしました。そういうような、本当に暖かい気持ちに包まれたケースをこの間、体験いたしました。最期、亡くなられたときも、ちょうど土曜日の午後でしたので、本当にたくさんの方が患者さんのもとに集まってきていただいて、最期のお別れをいたしました。私も自分の最期を迎えるとしたら、こういう形でみんなに囲まれていけたらなと心から思いました。本当に美しいものを見せてもらったような気がいたします。

私は常々言っているのですが、皆さんこれから20年後くらいだったらまだ生きておられる方もいらっしゃるかも知れませんが、例えば50年経ったときに、ここに集まりましようと言ったときに、集まってくる人は恐らく一人いるか二人いるかどうかではないかと思えます。100年後なら



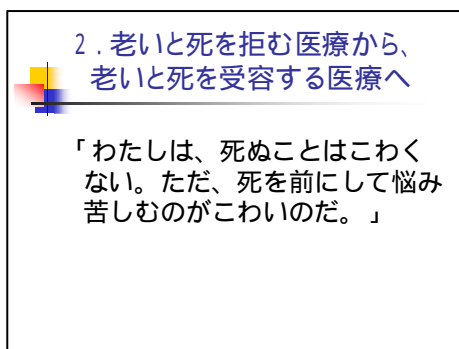
在宅医療福祉・
在宅看取りの思想

平成23年8月30日 在宅看取り地域創造会議にて
彦根医師会 松木診療所
松木 明



1. 老いること・死ぬことは、
生命体として当たり前のこと

- 当たり前のことは、日常的な世界で行われるべき
- 老いと死は、住み慣れた自分の家で



2. 老いと死を拒む医療から、
老いと死を受容する医療へ

「わたしは、死ぬことはこわくない。ただ、死を前にして悩み苦しむのがこわいのだ。」

必ず全員が死んでおります。生き物というものは必ず老いて、最期は死を迎えます。そのことはごく当たり前のことで、生まれたときに、あるいは生き物であるということから、まず大前提としてこれは決まっています。そのことはごく当たり前のことだから、本当に当たり前の世界で、当たり前のように行われなければならない。だから老いと死というのは、自分の住み慣れた地域で、あるいは自分の住み慣れた家で、ここで行われるべきものであって、今まで、後で少し話しますが、病院で老いや死を診てきました。けども、そういう時代は終わってしまって、もう新しいものの考え方をしていけないといけない時代になってきたのだというふうに私は思っております。

老いと死を拒む医療から、老いと死から人は逃げることはできません。ですから、老いと死をいかに受け入れて、受け止めて、そして生きていくのか、死んでいくのか。これはみんなが考えなければならない問題であろうと思います。私はある人にこういうふうに言われたことがあります。私は死ぬことは何も怖くない。けども死ぬ前に悩んで、苦しんで、それが怖いのだと。死ぬことよりも、死ぬ前に悩み、苦しみ、そのことが怖いのだというふうに言われました。まさにそのとおりだと思います。死そのものは必ず訪れます。そのときを、それをいかに安らかに迎え入れることができるのか。それを私たちは支えていかなければならないのだと思っています。

病院と診療所の役割と言いますか、今まで、かつては、病院は病と死を、その世界を病院で演出していました。治療していました。かつては確かに病と死というのが直結していた時代です。死を避けるように格闘していたのが病院です。ですけども、時代は高齢社会に変わってきました。みんなが80、90にまで生きる時代になってきました。病と死の間に老いが介在してくるようになりました。例えば病院で、老いをちゃんと診てくれるでしょうか。私はたくさん認知症の患者も抱えています。病院に認知症の患者を入院させるときに拒絶されることもあります。それから、入院してもわーわー騒ぐので、早く帰らせます、というような扱いを受けることもあります。

病気と死が直結していた時代。それは病院が活躍する時代だったかも知れません。けどもその間に老いが入ってきた場合、老いと死というのは、病院ではどうも扱えないのだろうと思います。病院では得意な分野ではないのではないかと思います。例えば食べられなくなった。そうしたら病院で次に何を言われますか。ペグを入れましょうか、胃瘻を入れましょうか、そういう話になります。そして胃瘻を一杯入れて、帰って来る人たちがたくさんいます。けども、本当にその人たちは、胃瘻を入れることを望んでいたのだろうか。そういうふうによく思います。

ここで、病院は、本来の病院に戻ってもらう。老いと死は、むしろ在宅の医療でちゃんと診ていけないといけない。そういう時代になってきたのだと思っていきたいと思います。病院は今まで、今でも、近くの病院なんかは、昼過ぎて2時、3時くらいまで外来をやっています。そして、入院の患者はほとんど診てくれない。そんな状態になっています。あるいは、病院はもう本当に忙しくて、先生たちもどんどん開業して、病院に医者が少なくなってきています。ですから、この病院というものをもう一回再構築していくために、本来病院がやるべきことは何なのか、そこに立ち返らないといけないと思っています。病院の外来は、開業医から紹介の外来と、病院でないと診られない特殊な外来に限る。それから外来の医療は、いわゆるかかりつけ医、地域の

3. 病院への過度の依存からの脱却

- 病院外来は紹介外来と特殊外来に限る。
- 外来医療は、かかりつけ医へ
- 病院は、高度検査・高度医療・入院に特化する。
- 一次救急はかかりつけ医が、病院は2次・3次救急を
- 病院には専門医、地域には総合医

お医者さんにちゃんとかかっていく。それから病院は入院に特化していく。入院で高度な検査、あるいは高度な治療、こういうものに特化していく。そして、かかりつけ医の本来の役割として、例えば救急でたくさん来るのは、後期高齢者と呼ばれる高齢のお年寄り、乳幼児です。この乳幼児と高齢者をちゃんと地域で診られれば、病院の救急はかなり楽になります。そこに、子どもたちもかかりつけ医をちゃんと持つこと。乳幼児がかかりつけ医を持つこと。それから高齢者もちゃんとかかりつけ医を持つこと。そのかかりつけ医がまず第一次の救急に対応する。例えば電話がかかってきて、あるいはその診療所を開けて診てあげることができるようになっていけば良いと思います。病院には専門医がいて、専門特化した病気の検査なり、治療をすれば良い。地域にはむしろ総合的な医者が出て、何でも診て、できるだけ広い範囲の病気を診る医者が必要だと思えます。

在宅における問題点というので、3つ4つお話ししたいと思います。今、私は50人くらいの患者を在宅で診ております。それから施設関係で言うとあと30人、合計80人くらいを診ておりますが、現状では、在宅生活を続けていくためには、介護者がどうしても必要なのです、誰か介護者が。介護者がいないケースで、在宅で回っているというのは、1名だけいます。その人は完全に寝たきりで、ホームヘルプと訪問看護と往診とで、それだけでずっと回しています。大したことがなく2、3年は続いています、ハラハラドキドキしながら続いています。ただ、大部分の場合には、現状では介護者が必要です。

それから、この介護者がいない場合、一人で暮らしている人たちをどうしていくのか。一人暮らしの人たちが、自分の家で最期を看取って欲しいと言われたときに、それができるのか、可能なのか。それから夫婦で高齢者の二人暮らしの人たち。その人たちが、例えば奥さんが倒れて、旦那さんがそれを看っていく。そういう場合には、それが可能になるのか。それから認知症の人たちです。認知症があって、家庭の中では介護者がいるのだけれども、どうしても看られないというようなケースもたくさんあります。そういう場合には、特養に入ったり、あるいはグループホームに入ったりするわけです。その人たちが、認知症があっても地域の中でちゃんと支えて見ていけるのかどうか。

そしてもう1点大きな問題があります。介護者の支援体制です。実はここ何年か、往診中に介護者が倒れるケースがあります。介護されている方でなくて、介護している人が、例えばくも膜下出血で倒れる、あるいは動脈瘤破裂で倒れたり、脳梗塞で倒れたり、こういうケースが時々見られます。それはやっぱり24時間、一人の介護される人を一人の介護する人が見ていくというのはとても困難なことです。実際に上手くいくケースというのは、最低1.5人、一人の介護者ともう一人サポートしてくれる人間が要ります。ですから、そういう介護者に負担をかけて、介護者が倒れないような仕組み、これも作っていく必要があると思っています。

また、補足は後でさせていただきたいと思えます。

< 中園氏 >

松木先生、ありがとうございました。

それでは、訪問看護のお立場から、千代さんにスピーチをいただきたいと思えます。

4. 在宅医療・在宅ケアの問題点

- 現状はどうしても介護者が必要
- 独居老人・夫婦独居をどうする
- 認知症の人をどうする

<千代氏>

ご紹介をいただきました滋賀県済生会訪問看護ステーションの千代と申します。よろしくお願ひいたします。自己紹介を兼ねまして施設の紹介をいたします。当ステーションは、拠点となる事業所を栗東市出庭におきまして、栗東市の受託事業であります栗東市訪問看護ステーションと、守山市・草津市にそれぞれにサテライト事業所をおきまして、さらに今年度は大津市青山にサテライト事業所を開設いたしました。以前は、移動が片道30分以上かかることもあり、訪問件数が非効率であったり、訪問依頼をお断わりさせていただいたこともあったりしましたが、サテライト事業所をつくったことにより効果的・効率的な運営ができ、また、地域のすみずみのご利用者のニーズへの対応が可能になりました。ステーションを支えているスタッフは、5箇所事業所で総勢71名です。看護師49名、セラピスト8名、ケアマネ2名、

事務その他12名となっております。当ステーションが行っている訪問看護と多機能事業です。

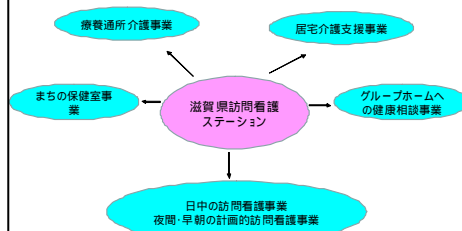
滋賀県下の訪問看護ステーションの実態調査です。ステーションの規模は常勤換算で2.5から5.0人の小規模なステーションが51%と多く、中規模と大規模の割合は同数となっております。職員数は少ない事業所で3人、最多の事業所は39人とばらつきが大きくなっています。休止の事業所は4箇所、廃止の事業所は2箇所となっております。24時間の体制づくりにあたってそれぞれのステーションに聞き取りを行いました。ほとんどのステーションがマンパワー不足をあげております。ニーズについてですが、医療依存度の高い療養者の方や、老老介護・障害を持つ独居老人の方などを抱えている地域は、夜間や土曜日の対応のニーズがあるように推察されます。その他には、待機電話を持つストレスとか、夜間一人訪問の不安とか、研修に行けない、待遇が悪いという意見があがっております

当ステーションが行っております夜間早朝の計画的訪問看護です。平成17年度モデル事業として済生会関連3箇所の事業所の人々が協働して始めました。日中はそれぞれの事業所から訪問に行きますが、夜間は栗東市出庭にあります事業所が拠点となり、それぞれの療養者を訪問いたします。平成18年からは済生会関連の事業所だけではなく、複数の訪問看護ステーションによる地域対応24時間訪問看護の効果的・効率的な実施方法の開発・研究のモデル事業を始めまし

医療福祉、地域包括ケアのある街を目指して

滋賀県済生会訪問看護ステーション
千代 妙子

滋賀県済生会訪問看護ステーションが行う事業



滋賀県内の訪問看護ステーションの現状

1. 規模の基準 (平成22年度滋賀県訪問看護ステーション連絡協議会実態調査より)

職員数(看護職のみの常勤換算) n=52

規模	事業所数	割合
小規模(2.5人~5.0人)	32	51%
中規模(5.1人~7.4人)	15	24%
大規模(7.5人以上)	15	24%

	利用者数	訪問延べ数
介護保険	平均56.8人	平均290.7回
医療保険	平均17.1人	平均130.3回

訪問看護ステーションが抱えている課題 (24時間体制づくりにあたって)

マンパワー不足:

- ・募集しているが来ない、訪問看護師のなり手がなし。
- ・今のケース数、マンパワーでは無理。
- ・夜間対応を進めていくと人がこなくなる。
- ・夜勤勤務をしても休みがあげられない。
- ・子供が小さいので夜間勤務はできない。
- ・働きすぎ、休めない、つぶれていく所長もいる。

ニーズの把握:

- ・体制の必要性はわかるが、どこまでニーズがあるか把握できていない。
- ・必要な人は少ない。
- ・夜、人に入られるのは嫌と言われた。
- ・地域性からみて必要ない。(東近江地区)
- ・5時以降の遅い時間の希望が多い。
- ・24時間体制だけでなく土、日対応を希望。

た。湖南地域のステーションで2ヶ月毎にワーキング会を開催し、夜間・早朝の訪問看護のニーズなど情報共有を行っております。夜間の計画的訪問をご利用の療養者の方に不安や苦痛をお伺いしましたところ、次のようなことがあがりました。

夜間早朝の計画的訪問の効果としましては、誤嚥性肺炎の予防や介護者の負担軽減となりました。インシュリン注

射が困難な人への血糖コントロールが可能となり、在宅療養が継続できました。病状観察が必要な人の在宅看取りが可能となりました。病院から在宅への移行がスムーズになり、また、介護者の夜間の負担軽減になりました。

住み慣れた地域で安心して暮らしていただくための訪問看護ステーションの役割としましては、利用しやすい訪問看護の体制を作ることです。現在、訪問看護の利用が横ばい状態で十分に利用されていない現状があります。訪問看護をより身近に知っていただくために、住民参加型のシンポジウムに参加し、訪問看護の役割をご報告したり、インターネットのホームページやパンフレットを活用しPRを行ったりしています。また、医師会主催の研修会や交流会への参加、訪問看護ステーションとケアマネジャーとの懇親会の開催など、広報や顔見知りの関係づくりも行っております。必要な時間帯・必要なケアを必要な量だけ利用できるような訪問看護の整備が必要です。その体制を構築するためには、ケアを提供する人材確保と離職防止が大切です。働きたい・仕事を続けたいと思えるような職場や労働環境づくりを行い、サービス提供体制を整えていきたいと思っております

24時間365日の療養生活や、在宅看取りを支援するために、24時間計画的訪問や随時対応ができる体制を推進していくことも必要です。介護者の方が高齢であったり、介護者自身も認知症があり介護できなかつたり、また認知症を持つ独居老人の方が増加したりしております。小規模のステーションでは、マンパワー面や対象者の選定が困難ですので近隣のステーションと複数でその地域の在宅ケアのあり方を検討することが必要と考えます。

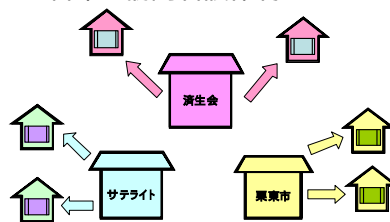
訪問看護ステーションのサービスの資質の向上および機能の拡充を図ることも大切です。在院日数の短縮や退院促進で高度な医療施設が必要な療養者の増加や利用者のニーズも多様化してきました。それに対応するために、各種研修会に参加し専門性の高いケアが提供できるよう教育環境の充

その他:

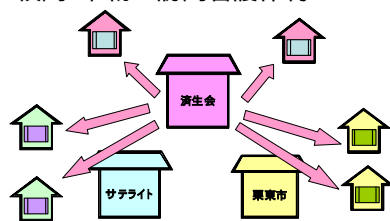
- ・24時間体制をとっても緊急電話が解消されるわけでもなく、不安が大きい。
- ・緊急の場合は、状態がよく把握できていない利用者への対応もしなくてはいけないため不安がある。
- ・常勤へのしわ寄せ
- ・病院の3交代よりしんどい
- ・待機電話をもつことがしんどい、看護師の生活を犠牲にしないとイケない、家族を巻き込んでいる。

- ・在宅をうける医師が少ない。
- ・夜間危険を冒してまでの対応は難しい。
- ・研修にいけない。
- ・夜間1人は不安。
- ・待遇が悪い。
- ・8~9人のニーズがないと経営的にくい。
- ・給与ベースが悪い。

日中の訪問看護体制

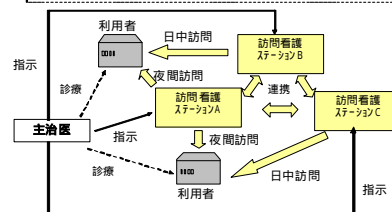


夜間・早朝の訪問看護体制



夜間・早朝の訪問看護の展開イメージ

地域の訪問看護ステーション同士が連携し、地域の夜間・早朝の訪問看護ニーズへ対応する。



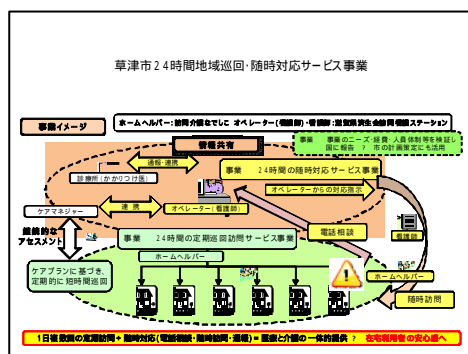
実が必要です。また、地域住民の方が安心して療養できるように、ステーションの連絡協議会を活性化し、ステーション同士が協働することも大切です。

在宅ケアシステムの構築と連携としましては、在宅療養を支えるためには医療・介護・福祉の連携強化が必要です。高度な医療措置を必要とする療養者や在宅看取りを引き受けていただける在宅主治医がいない、また、在宅看取りを選択されていますが看取り時に主治医が遠方で不在のためやむを得ず病院に搬送されるケースがあります。主治医が不在の場合は、協力医で対応するような、久我先生がおっしゃっていたような、医師間のネットワークづくりにも期待を申し上げます。

あと、薬剤師やケアマネジャーとの連携が十分できていない問題もあります。薬剤師と連携して、服薬コントロールができ、状態が安定したというよい例もありますので、連携しながら一人の利用者を支援していきたいと思えます。ケアマネジャーからは、訪問看護は敷居が高いと敬遠されがちですが、顔見知りの関係となり適時に訪問看護を導入していただけるよう働きかけていく必要があります。関係機関と連携しながら、医療福祉、地域包括ケアのあるまちづくりに訪問看護ステーションとして働きかけたいと思えます。

最後に、今年度の草津市のモデル事業である「24時間地域巡回随時対応サービス事業」のイメージ図を参考までにつ

けさせていただきます。



< 中園氏 >

千代さん、ありがとうございました。

それでは、薬剤師のお立場から、栗東でご活躍されております野田さんに、ショートスピーチをいただきたいと思えます。

< 野田氏 >

栗東の凡凡薬局で営業しております、野田眞恵と申します。よろしくお願ひします。

滋賀県内の薬局の概要でございますけれども、H23.8.1現在の県内薬局数は508件、うち処方

住み慣れた地域で安心して生活する上での不安・苦痛

1. 不慣れた医療行為（人工呼吸器・持続点滴・インシュリン注射等）
2. 病状が悪化した時の対応方法
3. 痰のつまり
4. 痛みへの対応
5. 排泄介助
6. 拘束されるストレス、精神的疲労
7. 睡眠不足

夜間・早朝の計画的訪問の効果

1. 夜間も吸引が必要な人への誤嚥性肺炎の予防や介護者の負担軽減となった。
2. 認知症等でインシュリン注射が困難な人への血糖コントロールが可能となり、在宅療養が継続できた。
3. ターミナル期等で定期的な病状観察が必要な人の在宅看取りが可能となった。
4. 医療依存度が高い人の病院から在宅への移行がスムーズになった。また、在宅移行後のケアの実施についても介護者の夜間の負担軽減となった。

住み慣れた地域で安心して暮らし続けるために訪問看護ステーションとしての役割

在宅で療養される方が利用しやすい訪問看護の体制づくり

- 1) 必要な時間帯、必要なケアを必要な量だけ利用できるよう訪問看護を整備する。
- 2) 24時間365日の療養生活や在宅看取りを支援するために24時間計画的訪問や随時対応できる体制を構築する。
- 3) 訪問看護ステーションのサービスの質の向上及び機能の拡充を図る。

在宅ケアシステムの構築と連携

- 1) 在宅療養を支える医療サービスの連携強化
 - ・医師：在宅医、病院勤務医
 - ・病院、退院調整関係者
 - ・薬剤師
- 2) 医療と介護の連携強化
 - ・ヘルパー 24時間地域巡回・随時対応サービス事業
- 3) ケアマネジャーとの連携強化
- 4) 地域包括支援センターとの連携強化

箋を応需することができる薬局は 472 件で、人口比では 3,000 人に 1 件の割合になります。そして、ターミナルケアでモルヒネ等麻薬の院外処方のため麻薬免許を取得している薬局は 318 件で、全体の 7 割程度になります。

処方医の指示で自宅訪問を行っている薬局は、「在宅患者服薬訪問薬剤管理」として国民健康保険を使って行う訪問が 17 件、そして「居宅療養管理指導」として介護保険

を使って行う訪問が 39 件と非常に少ない数となっております。これら 2 つについては届出が必要であり、多くが薬局開設時に届出をしています。

介護保険で「居宅療養管理指導」で行っている訪問事例を紹介します。栗東市在住の 79 歳男性、ご家族は息子 1 人のみで、日中は独居状態です。食事はヘルパーが対応しています。

薬については、眼科は済生会病院にヘルパー付添で受診されており院内投薬されています。泌尿器科は済生会病院で、院外処方箋で凡凡薬局で対応しています。A 医院では、訪問の指示をもらっており、錠剤を泌尿器科の薬と併せて、泌尿器科医師の承諾のもと一包化しています。ラキソベロン錠については、2 錠ずつ分包して、便秘薬と印字し黄色のラインを引いて分包紙はグラシンとしています。この方は、文字が見にくいいため、色によって識別しやすいようラインを引き、グラシンが一番開封しやすく服薬しやすいということで採用しました。内服薬はお薬カレンダー 1 枚で 1 週間分（ポケットに薬が入っている）対応。1 回訪問時に 2 枚（2 週間分）を訪問時にポケットに入れていきます。

訪問時に行うのは、処方箋の確認と残量のチェック、処方された薬以外の薬の追加、余った薬の削除に関して、A 医師の了解をとるなどして行っています。

従来、“お薬手帳”というものがありませんでしたが、現在は、草津栗東医師会が作成した“在宅療養手帳”の“薬剤情報”のページを使用しています。

ほか、「栗東市介護者の会」に個人的に参加しています。介護疲れを癒す場としてボランティアベースで運営されており、薬の相談対応をしています。

< 中園氏 >

野田さん、ありがとうございました。

それでは、続きまして、介護福祉の立場から、溝口さんよりショートスピーチをいただきたいと思います。

凡凡薬局 訪問 配布資料					
通算集計の薬局					
都道府県	市・郡	人口(万人)	薬局数	1,000人当りの薬局数(人口比)	麻薬免許取得薬局数(対薬局%)
大連市	大連市	35.7	11	3000人	7.7 (69%)
	東港市	1.3	46	44 (2900人)	31 (70%)
	庄河县	1.2	27	26 (2900人)	19 (70%)
	普兰店市	6.4	23	19 (2900人)	13 (57%)
甲賀	甲賀市	9.3	30	29 (2900人)	19 (65%)
	彦根市	5.5	15	13 (2400人)	9 (60%)
東近江	近江八幡市	8.2	36	34 (2400人)	25 (74%)
	高島市	11.5	31	30 (2900人)	23 (75%)
湖東	桑名市	3.8	6	6 (6000人)	5 (83%)
	津市	11.2	60	67 (2900人)	30 (62%)
湖北	大津市	7.1	6	6 (2900人)	3 (60%)
	大森町	2.3	7	5 (4600人)	3 (60%)
湖西	高岡市	12.4	52	45 (2900人)	32 (71%)
	宇治町	4	8	8 (6000人)	3 (38%)
関西	奈良市	6.2	21	20 (2900人)	14 (70%)
	香取市	14.1	108	472 (3000人)	318 (67%)

※これ以外の薬局は平成24年4月現在のデータ
※人口は平成24年4月現在の概数

1. 在宅患者訪問薬剤管理料の請求薬局数と件数			
都道府県	薬局数	訪問件数	請求額(千円)
大連市	1	1	1.7
東港市	4	7	2.9
庄河县	1	1	0.6
普兰店市	2	2	4.5
甲賀市	2	2	1.0
彦根市	1	1	0.6
計	17	30	12.8

平成28年7月分国民健康保険からの資料

2. 居宅療養管理指導料の請求薬局数と件数			
都道府県	薬局数	訪問件数	請求額(千円)
大連市	16	226	14.4
東港市	3	12	5.2
庄河县	1	12	6.6
普兰店市	8	34	13.6
甲賀市	3	8	11.9
彦根市	2	41	16.6
近江八幡市	1	1	4.7
高島市	1	1	3.4
津市	1	1	5
桑名市	1	1	5.5
宇治町	1	1	0.2
計	59	438	117.2

平成28年7月分国民健康保険からの資料

① 目的：在宅患者の薬剤管理
 ② 対象：在宅患者（在宅療養）
 ③ 実施：薬剤師による訪問薬剤管理
 ④ 実施：薬剤師による訪問薬剤管理
 ⑤ 実施：薬剤師による訪問薬剤管理
 ⑥ 実施：薬剤師による訪問薬剤管理
 ⑦ 実施：薬剤師による訪問薬剤管理
 ⑧ 実施：薬剤師による訪問薬剤管理
 ⑨ 実施：薬剤師による訪問薬剤管理
 ⑩ 実施：薬剤師による訪問薬剤管理
 ⑪ 実施：薬剤師による訪問薬剤管理
 ⑫ 実施：薬剤師による訪問薬剤管理
 ⑬ 実施：薬剤師による訪問薬剤管理
 ⑭ 実施：薬剤師による訪問薬剤管理
 ⑮ 実施：薬剤師による訪問薬剤管理
 ⑯ 実施：薬剤師による訪問薬剤管理
 ⑰ 実施：薬剤師による訪問薬剤管理
 ⑱ 実施：薬剤師による訪問薬剤管理
 ⑲ 実施：薬剤師による訪問薬剤管理
 ⑳ 実施：薬剤師による訪問薬剤管理
 ㉑ 実施：薬剤師による訪問薬剤管理
 ㉒ 実施：薬剤師による訪問薬剤管理
 ㉓ 実施：薬剤師による訪問薬剤管理
 ㉔ 実施：薬剤師による訪問薬剤管理
 ㉕ 実施：薬剤師による訪問薬剤管理
 ㉖ 実施：薬剤師による訪問薬剤管理
 ㉗ 実施：薬剤師による訪問薬剤管理
 ㉘ 実施：薬剤師による訪問薬剤管理
 ㉙ 実施：薬剤師による訪問薬剤管理
 ㉚ 実施：薬剤師による訪問薬剤管理
 ㉛ 実施：薬剤師による訪問薬剤管理
 ㉜ 実施：薬剤師による訪問薬剤管理
 ㉝ 実施：薬剤師による訪問薬剤管理
 ㉞ 実施：薬剤師による訪問薬剤管理
 ㉟ 実施：薬剤師による訪問薬剤管理
 ㊱ 実施：薬剤師による訪問薬剤管理
 ㊲ 実施：薬剤師による訪問薬剤管理
 ㊳ 実施：薬剤師による訪問薬剤管理
 ㊴ 実施：薬剤師による訪問薬剤管理
 ㊵ 実施：薬剤師による訪問薬剤管理
 ㊶ 実施：薬剤師による訪問薬剤管理
 ㊷ 実施：薬剤師による訪問薬剤管理
 ㊸ 実施：薬剤師による訪問薬剤管理
 ㊹ 実施：薬剤師による訪問薬剤管理
 ㊺ 実施：薬剤師による訪問薬剤管理
 ㊻ 実施：薬剤師による訪問薬剤管理
 ㊼ 実施：薬剤師による訪問薬剤管理
 ㊽ 実施：薬剤師による訪問薬剤管理
 ㊾ 実施：薬剤師による訪問薬剤管理
 ㊿ 実施：薬剤師による訪問薬剤管理

在宅療養管理指導について
 ① 目的：在宅患者の薬剤管理
 ② 対象：在宅患者（在宅療養）
 ③ 実施：薬剤師による訪問薬剤管理
 ④ 実施：薬剤師による訪問薬剤管理
 ⑤ 実施：薬剤師による訪問薬剤管理
 ⑥ 実施：薬剤師による訪問薬剤管理
 ⑦ 実施：薬剤師による訪問薬剤管理
 ⑧ 実施：薬剤師による訪問薬剤管理
 ⑨ 実施：薬剤師による訪問薬剤管理
 ⑩ 実施：薬剤師による訪問薬剤管理
 ⑪ 実施：薬剤師による訪問薬剤管理
 ⑫ 実施：薬剤師による訪問薬剤管理
 ⑬ 実施：薬剤師による訪問薬剤管理
 ⑭ 実施：薬剤師による訪問薬剤管理
 ⑮ 実施：薬剤師による訪問薬剤管理
 ⑯ 実施：薬剤師による訪問薬剤管理
 ⑰ 実施：薬剤師による訪問薬剤管理
 ⑱ 実施：薬剤師による訪問薬剤管理
 ⑲ 実施：薬剤師による訪問薬剤管理
 ⑳ 実施：薬剤師による訪問薬剤管理
 ㉑ 実施：薬剤師による訪問薬剤管理
 ㉒ 実施：薬剤師による訪問薬剤管理
 ㉓ 実施：薬剤師による訪問薬剤管理
 ㉔ 実施：薬剤師による訪問薬剤管理
 ㉕ 実施：薬剤師による訪問薬剤管理
 ㉖ 実施：薬剤師による訪問薬剤管理
 ㉗ 実施：薬剤師による訪問薬剤管理
 ㉘ 実施：薬剤師による訪問薬剤管理
 ㉙ 実施：薬剤師による訪問薬剤管理
 ㉚ 実施：薬剤師による訪問薬剤管理
 ㉛ 実施：薬剤師による訪問薬剤管理
 ㉜ 実施：薬剤師による訪問薬剤管理
 ㉝ 実施：薬剤師による訪問薬剤管理
 ㉞ 実施：薬剤師による訪問薬剤管理
 ㉟ 実施：薬剤師による訪問薬剤管理
 ㊱ 実施：薬剤師による訪問薬剤管理
 ㊲ 実施：薬剤師による訪問薬剤管理
 ㊳ 実施：薬剤師による訪問薬剤管理
 ㊴ 実施：薬剤師による訪問薬剤管理
 ㊵ 実施：薬剤師による訪問薬剤管理
 ㊶ 実施：薬剤師による訪問薬剤管理
 ㊷ 実施：薬剤師による訪問薬剤管理
 ㊸ 実施：薬剤師による訪問薬剤管理
 ㊹ 実施：薬剤師による訪問薬剤管理
 ㊺ 実施：薬剤師による訪問薬剤管理
 ㊻ 実施：薬剤師による訪問薬剤管理
 ㊼ 実施：薬剤師による訪問薬剤管理
 ㊽ 実施：薬剤師による訪問薬剤管理
 ㊾ 実施：薬剤師による訪問薬剤管理
 ㊿ 実施：薬剤師による訪問薬剤管理

< 溝口氏 >

先ほど、松木先生の最後のスライドのところですが、認知症の人はどうするのか、一人暮らしの人はどうするのか、本人が望むように自宅で死ぬのはいいのはわかりきっているがどうしたらいいのか、色々課題があると思います。課題克服のヒントとして、1つの事例を紹介したいと思います。

街かどケアネットの、“街かど”とは、“ふつうさ”、“生活感のある”、これまでケアに重点を置きすぎてきた反省から、専門性と併せて、“生活感”、“ふつうさ”という視点が必要である、という志がこもっています。

事例の背景ですが、湖南省という町には、“近江学園”が石部町に移転してから40年になります。近江学園等の施設と、NPO（なんてん、あったか等）地域福祉（社協の取り組み）民間事業所等の民間の取り組みをベース

にして、他の町より誇れる、ちょっとだけ温かい町になったと自負しています。

石部の平和堂では買い物をする障害者の姿も普通に見かけるし、あったかほーむ、なんてん、など様々な取り組みを、市民、事業者、行政などが一緒になって共に生きるまちづくりに40年間取り組んできました。

看取り期を迎えられたあるお年寄りの事例です。脳梗塞を何回か繰り返しており、だんだん体も弱ってきました。本当は息子夫婦が、家で死なせたいと強く望み、相談にも来られたが、ずいぶん悩んでおられた。秋桜舎（こすもすや：小規模多機能型居宅介護）から20mしか離れていない近所の家です。しかし身内、近所住民の多くから、“なんで病院にやらないのか”と直接的、間接的に聞こえる声に、泣きながら秋桜舎（こすもすや）に相談に来られました。自宅と秋桜舎（こすもすや）を往き来しながら、看取り期を迎えられました。

この息子夫婦の決心を看取りまで支えたのは、在宅医療、看取りの医師、訪問看護ステーション、薬剤師、ケアマネジャー、小規模多機能スタッフ、専門職の連携・協働であり、それに加えて近所のおばちゃんたち住民の応援も力強く大きかったと思います。

結果、自宅ではなかったけれど、自宅近くの慣れ親しんだ秋桜舎で看取ることができました。

開業医は日曜日、夜など時間問わずの往診、薬剤師も時間外対応、湖南省訪

<p>医療福祉・在宅看取りの地域創造会議</p> <p>「地域密着から地域生活密着へ」</p> <p>-医療・介護・福祉の連携に加えて地域住民の理解と応援も欠かせない-</p> <p>街かどケア滋賀ネット 世話人代表 溝口 弘</p> <p>2011年（平成23年）8月30日</p>	<p>街かどケア</p> <p>「街かど」 街中の中で みんなと一緒に 日常的な 生活感のある 季節的な 普通の家で 普通のことを 普通の人を囲める</p> <p>「ケア」 專業を重視した 自立支援の 専門的な知識 情報 技術 記憶 さりげない配慮 さりげない援助</p>
--	--

街かどケア 湖南省石部の地域的背景

「近江学園」ほかの施設が大津市南郷から移転して40年
施設、事業所、団体の努力と住民の理解で
障病(しょうがい)のある人たちが居て当たり前前の街を目指している

東海道51次 石部宿 湖南三山 助け合い・支え合いの街

<p>市民、事業者、行政がかわせて共に生きる街づくり 普通に、共に、働き、暮らすことを応援する街</p> <p>わいびい おんがや</p>	<p>街かどケア 2例目 「家で死なせてあげたい」を選んだ家族</p> <p>自宅前の事業所で で亡くなった近江さん 最後は息子さんに あつてもらって我が家へ 最近の介護、息子さんと夫婦 遠くに送って...でもやっぱり家で</p>
---	---

重度になったら 病院や施設で死ぬのが当然？

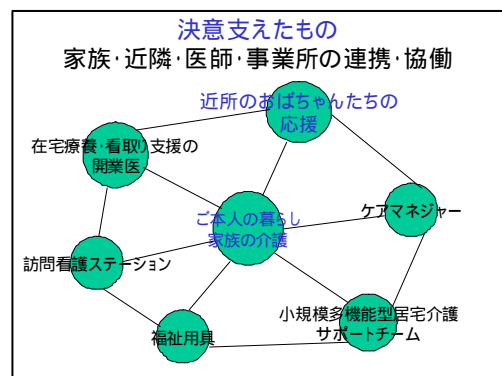
死に場所 死に方 支援の仕方は多様

でもまだまだ自宅や在宅で死ぬことは難しい

在宅療養・看取りの仕組みが出来ていない

殆どの住民は自宅・在宅看取を希望しているが
実際は困難と思っている
(何で病院に入れないのか、という発言)

多死時代到来で必ずしも病院で死ねない



<p>自宅では死ねなかったが、家の一隅で看取れたのは 専門職の連携 1</p>	<p>自宅では死ねなかったが、家の一隅で看取れたのは 専門職の連携 2</p>
---	---

自宅では死ねなかったが、家の一隅で看取れたのは
近所のおばちゃんたちの応援

問看護ステーション、秋桜舎（こすもすや）のライフサポートチーム、で支える体制でしたが、また、なんで病院に行かないのかという住民もいる中、近所のおばちゃんたちの声かけなど等の応援が大変大きく、一緒になって看取りをしていただいた事例でした。

在宅療養、看取りを可能にするには、“仕組みづくり”が必要です。また、地域住民の理解と応援も絶対に欠かせないと、生活の視点から特にそう感じます。

地域の中で、自分らしく、思いに沿って、働き、暮らし、死んでいく、そのためには、医療・介護・福祉の各専門職の連携、協働は欠かせません。中でも開業医の先生たちの連携は不可欠ですが、医師個人の努力では限界があります。石部では他の開業医も往診を積極的に始めておられます。また、これと併せて地域住民の理解と応援は不可欠ではないかと思えます。

< 中園氏 >

溝口さん、ありがとうございます。

それでは、続きまして、呼びかけ人の1人でもあり、滋賀県医療審議会委員でもあります、宮本守山市長より、ショートスピーチをお願いします。

< 宮本市長 >

みなさんこんにちは。

私の方からは、今、守山市は「すこやかまちづくり行動プラン」というのを進めておりますので、その内容をご紹介したいと思います。その中でも特に（資料の）右側にある「在宅支援」というところで、地域医療の体制の充実、安心ネットワークの推進ということに取り組んでおります。この辺りを中心にお話をしたいと思っています。目指すところは、本日の会議の趣旨である医療福祉在宅看取り、これをいかに進めるかという形で進めているところです。

まず、「すこやかまちづくり行動プラン」の概要をご紹介します。このプランは、今年度、23年度から5か年計画で取り組んでいるものです。実は守山市の高齢化率は17.06%ということで滋賀県全体が20%、日本全体でいきますと23%という中、比較的若いまちです。にもかかわらず介護保険料は県の中で一番高い、こういう状況です。

守山市の介護保険料は、平均で4,400円ということで、他のまちで4,390円ということもあるのですが、県の中では一番高いという状況でございます。また、国民健康保険税これ

在宅療養・看取りを可能にするためには

医療と介護の連携の **仕組みづくり**
(中学校区ごとに 地域の実情に合わせた内容)

地域住民の **理解と応援**
(住み慣れた所で 思い通りに死んでいく)

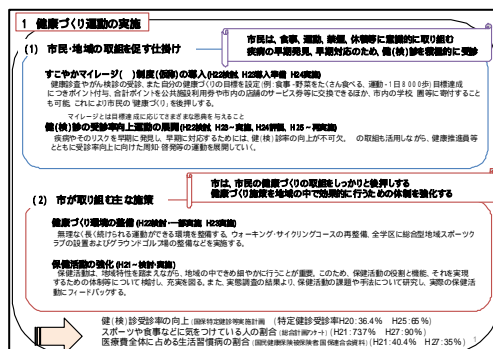
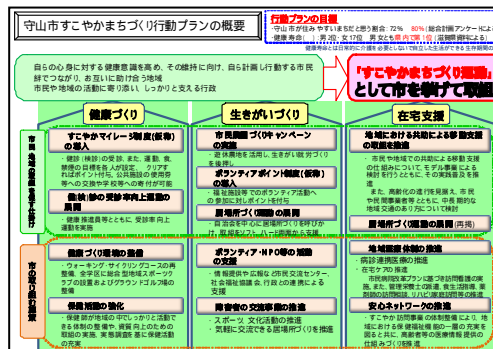
二つの事例から見えてきたもの

地域の中で **自分らしく おもいに沿って**
働き 暮らし 死んでいくためには

医療・介護・福祉の専門職の **連携・協働**

特に医師間の連携の **仕組み**

地域住民の **理解と応援**



も過去2年間上がりまして、年配の方から経済的に大変厳しいというお話もいただいております。何が原因となっているのかと考えますと、守山の場合は開業医がたくさんおられます、また介護事業所もたくさんあるということで、市民のみなさんがかなり医療とか介護に頼る生活をしている実態が明らかになりまして、まずは市民のみなさんが健康に暮らしていただけるまちを作っていこうということで作ったのがこの計画です。

目指していることが右上にありますように、健康寿命、介護等に頼らず元気に暮らしていただける期間というのを県で一番を狙っていこうというふうな目標を立てております。今、男性が2位、女性が17位ということで、県下の市町19ありますので、女性の方はかなり健康寿命が短いという実態です。そのような中、左側に「健康づくり」とあります。特に下から2つめ「健康づくり環境の整備」ということで、今年度は各学区7つあるのですがグラウンドゴルフ場を整備しまして楽しんでいただく、身近なところで健康づくりができる環境整備を進めております。

また、左側の上 にあります「すこやかマイレージ制度」というのがありますが、やはり健康づくりという意味では、健診をしっかり受けていただく、日頃から運動をしていただくこれが重要です。そのために自ら目標を掲げて健康づくりの取り組みをした際に、ポイントがたまってそのポイントを市内のお店等で還元できるような制度を来年度からスタートさせたいと思っております。

2つめが「生きがいづくり」です。特に にありますように「ボランティアポイント制度」、これは生きがいをもって福祉施設、介護施設もそうですし、保育所、そういったところでボランティアをしていただく際に、これもポイントがたまって市内で商品に還元できるという制度を来年度から動かそうと思っています。さらには にあります「居場所づくり運動の展開」ということで、お一人暮らしの方が孤立しないように自治会を中心に居場所づくりの取り組みをしていただく、これに対して市が積極的に支援する中、取り組みをいただいているところです。

そして、本日の大きなテーマにも関わりがあります、「在宅支援」です。 にございます「地域医療体制の推進」ということでございまして、「病診連携」、さらには「病病診連携」、こういったものが必要だと思いますし、在宅ケアを進めることが大事だと思っております。守山につきましては、みなさまご存じの通り県の成人病センターがあります。隣接して救急なり高度医療という意味では滋賀医大、済生会こういった地域医療資源が豊富にあるところです。また市民病院の隣には県の成人病センターがあるということで今、成人病センターとも地域医療の連携がどうやったらできるかという話もさせていただいております。この急性期、そして高度医療を担っていただく病院さらには市民病院、ここは今、二次救急もやっておりますが、そして開業医の先生、この病病診の連携、そして在宅までを含めた流れをいかに作っていくか、これを市の大きな課題として今、検討を進めているところです。一番大きな課題というのは、やはり開業医の先生が訪問で在宅の医療に伺うその際に、急変時にいかに迅速に二次救急、三次救急の病院に搬送していく

2 生きがいづくり運動の実施

市民は、心豊かな生活を送り、心の健康を保つために、都市・農村など生活者が1階層や多層の居場所づくりを積極的に行う。地域は、住居が広（交通）できる居場所づくりを創出する。

(1) 市民・地域の取組を促す仕掛け

市民農園（0）の開催（H22-実施）
市民農園の開催により、定休農地を市民農園として活用し、生きがいづくりを後押しする。

ボランティアポイント制度（仮称）の導入（H22-実施、H23-実施）
市民が、福祉施設等でボランティア活動をする際に、ポイント発行する制度を導入することで、生きがいボランティア活動を後押しする。

「居場所づくり運動」の展開（H22-実施～H23-実施）
自宅に拠りどころなく、主体的に他人と交わることにより、自助を高め、互助を引き出すと期待される。このことから、市民には、自主的に地域の交流を積極的に行うことのできる「居場所」創出と学習が必要となる。各地域においては、施設工夫により住居が交流できる「居場所づくり」に努める。 同は、こうした取組を情報提供、補助などにより支援する。

(2) 市が取り組む主な施策

市民は、市属の居場所づくりの取組をしっかりと後押しする。居場所づくり（居場所）の中で積極的に行うための体制を整化する。

ボランティア・NPO等の取組の支援（H22-実施～H23-実施）
福祉施設や高齢者と交流できるセンター、公民館の運営により、ボランティア・NPO等の活動をしやすく環境づくり（ボランティア等の活動に関心がある人に活動機会を創出、ボランティア間の情報交換を容易にする機会提供、活動に参加するきっかけの提供等）を行う。

障害者の交流事業の推進（H22-実施、H23-実施）
障害者の生きがいを活動に促すため、障害者スポーツ教室や障害者福祉クラブを開催する。また、障害者が気軽に交流できる居場所づくりを行う。

生きがいを持って活動している高齢者の割合（地域福祉計画）：H21-48.3%、H22-49.3%、H23-50.1%
ボランティア・NPO活動等の増加（世帯別）：H21-62グループ、40団体、H22-70グループ、50団体
関心ももたせ、定期的に仲間と交流する場がある高齢者の割合（地域福祉計画）：H22-55.5%、H23-59.1%

3 在宅支援の充実

市民の誰もが安心して地域の中で暮らせるよう、地域医療体制の確立や日常生活の支援の充実をしっかりと取り組む。

(1) 市民・地域の取組を促す仕掛け

高齢者により影響することが困難な方への地域（村）による移動支援の取組を推進（H22-実施、H23-実施）
市民や地域での活動による移動支援の仕組みについて、モデル事業による検討を行うとともに、その実施普及を推進していく。また、障がい者の移動支援、車椅子や福祉用具等と併せて、車椅子が利用可能な状況のあり方についても検討を行う。

「居場所づくり運動」の展開（H22-実施～H23-実施）

(2) 市が取り組む主な施策

地域医療体制の推進（H22-実施）
地域医療体制の中で特種な医療ニーズを、関係機関からの受け入れや連携医療体制への引きつなごうの連携を強化していくとともに、市民病院改善プログラムに基づき在宅ケアの更なる推進を図るべく、訪問看護をはじめ、看護支援士の派遣や薬剤師等の訪問相談、180家庭訪問等を推進していく。

安心ネットワークの推進（H22-実施）
すこやか訪問事業の体制整備により、地域における保健福祉機能の一層の充実を図ると共に、地域の中で見守りが必要な方がいる場合であっても、必要な医療情報が医療機関等に届くような医療機関提供の仕組みづくりを推進する。

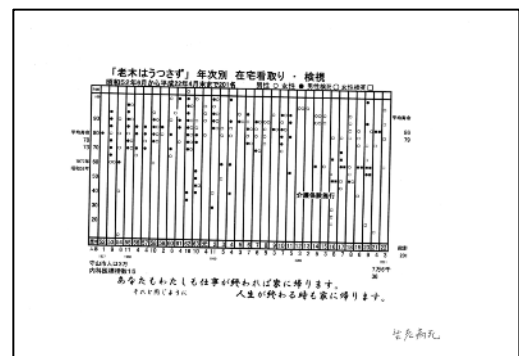
地域での共助による移動支援の取組事例数（H21-0件、H22-5件）
関心ももたせられる人が近所にいる割合（地域福祉計画）：H21-56.6%、H22-70%
自宅で見守られる方の割合（地域福祉計画）：H20-1.6%、H22-20%

か、また、ちょっと様子が悪いという時に、今日はどこかで入院をして様子をみてくれないかというバックアップの体制を整えることも大事だと思っています。そういう意味で市民病院をうまく活用いただく中、この病病診、在宅の連携というのをこの守山で是非進めていきたい、こういう思いで進めております。そして在宅のケアという意味では来年度から新しい第5次の介護保険事業計画が始まって参ります。皆さんご存じの地域包括ケアというものを推進していくことになる訳です。守山においても24時間の訪問看護・介護これを展開していきたいと思っています。今、守山は市の大きさというのは44km²でして、だいたい縦が10km、横が5kmという狭いエリアですが、市をだいたい3か所に分けて3事業者に24時間の訪問看護・介護やっていただくという思いで進めているところです。

そして「安心ネットワークの推進」とありますけれど、今「すこやか訪問事業」というのを展開しています。各学区に保健師を配置して普段の生活、悩みをお抱えの方からいろんな相談を受けるといふ展開をしています。この「すこやか訪問事業」では、市の地域包括支援センター、民生委員、ケアマネ、自治会こういうところが連携しまして、しっかりと地域の困られた方の見守りをしていくという環境づくりをしております。容体が急変した際にこのネットワークでしっかりと発見をして、迅速に医療機関等につなげていくという体制の構築も現在進めているところです。

最後に(資料に)「老木はうつさず」とありますが、市内にいらっしゃいます開業医の先生からいただいたものです。大変見にくいのですが、介護保険が始まったのが平成12年度です。この先生は、在宅の看取りということで、平成12年度までは、下にありますように10人近くの方をずっと看取ってこられたという話をされています。ちょっと見づらいのですが、在宅の看取りをされた方、平成12年度以降は下の方は があると思いますが、は検死をしたと、家で亡くなって変死ということで警察から依頼をされて検死をしたという件数だそうです。これを見ていただきますと、平成12年度以降は看取りの件数に比べて大変検死の数が多いということが見て取れると思います。結局、介護保険制度が始まり、今までは家で介護をしていたが、介護事業所に預ける、その中で家族での看取りそういった機能が少し低下したのではないかとその先生はおっしゃっておられます。そういった意味で、今回24時間の訪問看護・介護を導入するというのは、その部分を補うということですが、やはり最期の看取りは家族も含めて看取っていただく必要があると思いますので、やはり家族のあり方自体も見直していかなければならないというふうに思っているところです。

なお、右下に「生老病死」と書いてありますが、その開業医の先生がおっしゃっております。昔は、家でみなさん生まれ、老い、そして病気になり、そして死んでいった、その姿を子ども達も見ながら命の大切さを知っていた、しかしながら、今はその「生老病死」すべて子ども達は見られない、そんな状況で育っている、命に対する思いというのが薄らいでいる原因になっているのではないかと、そんなこともおっしゃっていました。また、その開業医の先生がおっしゃっていましたのは、同居をしてもお年寄りが亡くなって2日間放置されていた、そんな家庭もあったそうです。そういう意味で、この在宅の看取り、単に看取りというのは公的な、また医療機関、また介護のサービスを充実するだけでなくその家族、いかに連携をしてやっていくか、そういっ



た気運を醸成していくことも大事ではないかなと思っております。

私の発表は以上とさせていただきます。ありがとうございました。

< 中園氏 >

宮本市長、ありがとうございました。

それでは、続きまして、滋賀県知事であります嘉田由紀子知事より、ショートスピーチをいただきます。

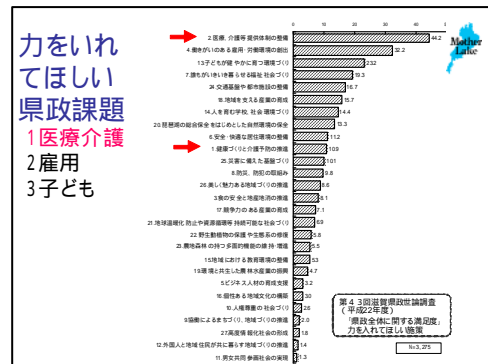
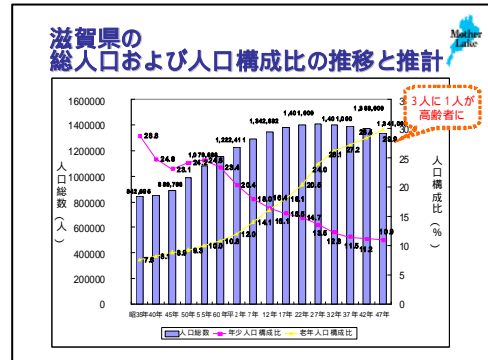
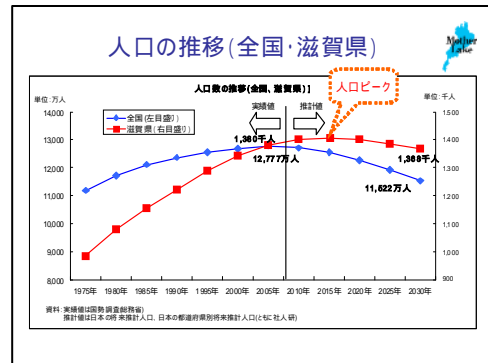
< 嘉田知事 >

改めまして嘉田でございます。このような時間をいただきましてありがとうございます。私の話は、まさに、今みなさんが、それぞれ医師として、あるいは訪問看護ステーションの責任者としてあるいは地域福祉、薬剤師さんとして、お話いただきましたが、私たちが求めようとしております在宅看取りの仕組みの背景について少し考えさせていただきたいと思えます。言うまでもなく日本の人口構造が大きく変わっております。滋賀県は、高齢化の率は全国と比べますと少し遅いんですけども、それにしてもますます少子高齢化がすすみ、そして2030年くらい、次のこれですね、総人口・人口構成比がこんな状態になってまいります。先ほど宮本市長が今滋賀県高齢化率20%ということですけども、あと25年後には30%を超えます。3人に1人が高齢者。私はこの医療とか家族問題というの

は、政策的に手を打っても効果が出てくるのは10年後20年後、あるいは社会の意識になると一世代後なんです。ですから今からいろいろ手を打つことが大切ではないかということで、県としてはこの少子高齢化の問題に対しての手を打とうとしているわけです。それから県民の皆さんが力を入れてほしい県政課題という事で圧倒的に多いのが、この医療介護と提供体制の整備でございます。こちらにあるのが健康づくりと介護予防の推進。ちなみに2番目は雇用と労働環境の整備です。こうみると医療介護は高齢者が望んでいるだろうと思われるかもしれませんが、実は世代別に、性別に見てみますと、男性であっても、男性の20代、一番多いのは雇用・労働環境なんです。男性の20代でも医療介護・提供体制が大事だと。私はショックなのは子どもが育つというのは4番目なんです。そして30代40代もやはり医療介護。50代でちょっと2番目になりますけれどもまだ。女性はどうかというと、女性も

滋賀の未来戦略
地域を支える医療福祉・在宅看取り

平成23年8月30日
滋賀県知事 嘉田 由紀子



雇用・労働環境が1番で20代ですね。2番目が子どもが育つ、3番目が医療。でも30代以上はすべて医療介護という状態で、やはり県民の皆さんがもう老いも若きもこの介護・医療体制を望んでいると。そして若きもというところでは、もうご自分の親御さんはどうしようかというところで、これはここで親孝行な20代30代で望ましいと思うんですけども、逆に子育てのほうの比重が弱まっているというのは、私は知事としては大変気にしております。まあそういう中で、昨年、県の基本構想を作成いたしました。滋賀県に住んでよかったなあ、まさに住み心地日本一というところでの基本構想を作成したんですけども、ここに県民の皆さんが望んでいる領域、ひとつは人生の応援団、2つ目は環境を守る、3つ目は産業を育成する、そして4つ目は安全安心。この人生を守るというところの3つ目に「地域を支える医療福祉、在宅看取り」を入らせていただきました。そしてその中身についてはもうあまり詳しく申しあげませんが、まず人材育成そして医療と福祉の連携、今日のテーマそのものです。それから県民の健康づくり、このあたりの大きな仕組みというのは先ほど宮本市長が示していただきました。実質はかなり基礎自治体である市がやっていいただく、それを県が応援をする立場ということでございます。そういう中で今日のかかなり大きなテーマでございます、松木先生も生老病死、家でと言っておられました。「人生の最期をどこで迎えたいと思うか」、これは平成21年の県政の世論調査です。5割以上の方が自宅での看取りを望んでおられます。逆に病院は17%、わからないという方が21%おられます。実態はというと今、8割が病院、2割が自宅と施設でございます。30年前は5割自宅だったんです。ですからこの30年間で逆転したと、病院と自宅ということですね。それで在宅を望みながらも、なかなか実現できないというのがこれまでも議論になりました。介護の方がおられない、あるいはかかりつけ医がおられない、あるいは社会的にも、なんで病院に入れないのかと、病院に行くほうがなんとなく上等な死のように思われていたりする。そこに対して、この図を否応なく私は出さざるを得ないと思っているんですけども、今、毎年滋賀県では1万1千人の方が亡くなっておられますが、2030年、20年後には1万7千人近くの方が亡くなります。この方たちが8割そのまま病院で亡くなると

(男性) 世代別政策要望

	第1位	第2位	第3位	第4位	第5位
20年代 (N=129)	4. 働きがいのある雇用・労働環境の創出 42.6	2. 医療、介護等提供体制の整備 27.0	24. 交通基盤・情報基盤の整備 26.4	13. 子どもが育つ環境づくり 21.7	20. 防災・防犯の総合的な取り組みの実施 18.6
30年代 (N=224)	2. 医療、介護等提供体制の整備 41.1	4. 働きがいのある雇用・労働環境の創出 31.5	13. 子どもが育つ環境づくり 30.8	19. 地域を支える産業の育成 21.4	24. 交通基盤・情報基盤の整備 21.4
40年代 (N=279)	2. 医療、介護等提供体制の整備 39.9	4. 働きがいのある雇用・労働環境の創出 31.2	24. 交通基盤・情報基盤の整備 24.7	13. 子どもが育つ環境づくり 21.4	17. 経済力の向上による雇用の創出 18.6
50年代 (N=311)	4. 働きがいのある雇用・労働環境の創出 42.4	2. 医療、介護等提供体制の整備 37.0	18. 防災・防犯の総合的な取り組みの実施 22.5	24. 交通基盤・情報基盤の整備 21.9	6. 安全・安心な暮らしの実現 17.0
60年代 (N=304)	2. 医療、介護等提供体制の整備 41.1	4. 働きがいのある雇用・労働環境の創出 29.9	7. 誰もがいきいき暮らせる社会づくり 21.3	20. 防災・防犯の総合的な取り組みの実施 18.3	19. 地域を支える産業の育成 18.0
70歳以上 (N=223)	2. 医療、介護等提供体制の整備 39.9	7. 誰もがいきいき暮らせる社会づくり 26.9	13. 子どもが育つ環境づくり 22.4	20. 防災・防犯の総合的な取り組みの実施 17.9	18. 地域を支える産業の育成 17.5

(女性) 世代別政策要望

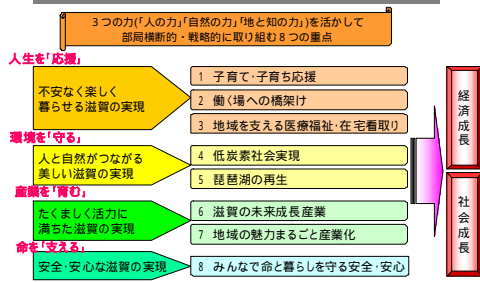
	第1位	第2位	第3位	第4位	第5位
20年代 (N=176)	4. 働きがいのある雇用・労働環境の創出 42.6	13. 子どもが育つ環境づくり 39.2	2. 医療、介護等提供体制の整備 38.9	24. 交通基盤・情報基盤の整備 27.0	20. 防災・防犯の総合的な取り組みの実施 14.2
30年代 (N=314)	2. 医療、介護等提供体制の整備 41.1	13. 子どもが育つ環境づくり 47.5	4. 働きがいのある雇用・労働環境の創出 35.7	4. 人を育む学校、社会環境 27.7	24. 交通基盤・情報基盤の整備 16.9
40年代 (N=285)	2. 医療、介護等提供体制の整備 40.4	13. 子どもが育つ環境づくり 29.8	14. 人を育む学校、社会環境 28.1	7. 誰もがいきいき暮らせる社会づくり 21.2	13. 子どもが育つ環境づくり 20.8
50年代 (N=339)	2. 医療、介護等提供体制の整備 39.9	4. 働きがいのある雇用・労働環境の創出 45.7	13. 子どもが育つ環境づくり 20.8	19. 地域を支える産業の育成 18.9	7. 誰もがいきいき暮らせる社会づくり 18.0
60年代 (N=310)	2. 医療、介護等提供体制の整備 39.9	7. 誰もがいきいき暮らせる社会づくり 30.3	4. 働きがいのある雇用・労働環境の創出 24.6	13. 子どもが育つ環境づくり 22.3	3. 後の世代の安全と健康の実現 17.1
70歳以上 (N=226)	2. 医療、介護等提供体制の整備 39.9	7. 誰もがいきいき暮らせる社会づくり 35.4	13. 子どもが育つ環境づくり 28.1	13. 子どもが育つ環境づくり 16.4	14. 人を育む学校、社会環境 15.5

私たち自身の幸せや豊かさを求めながら、次世代が滋賀に誇りを持ち安心して暮らしていけるために・・・

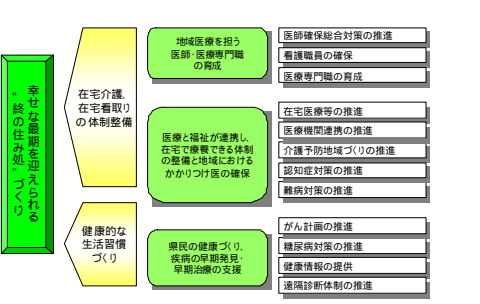
↓

「人の力」「自然の力」「地と知の力」を活かした未来戦略
「滋賀県基本構想」
 を策定しました。
 未来を拓く8つの扉(プロジェクト)

8つの重点テーマ(未来戦略プロジェクト)



地域を支える医療福祉・在宅看取りプロジェクト

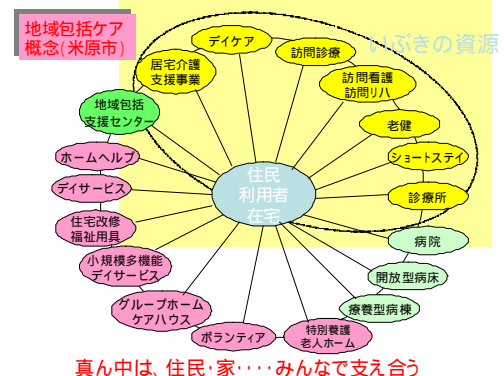
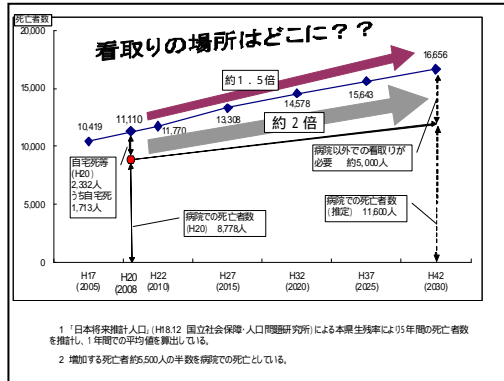
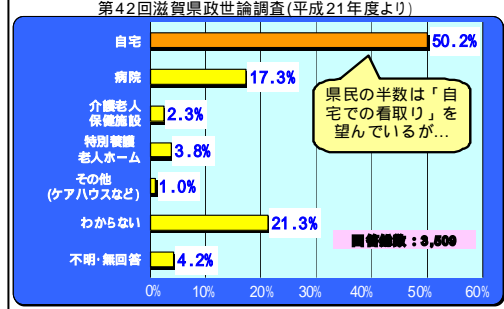


すると、到底もう医療機関はケアしきれません。一方で、先ほどのように守山市さんも医療費の増高で苦しんでおられます。もう一つはそもそもが、病院で亡くなることを望んでおられない。それならば、やはり在宅看取りを望んでおられる方に、その仕組みをつくるのが行政の役割だろうというのが、今日のひとつのメッセージでございます。松木先生をはじめ、また、久我先生のところでは八幡でお話し始めていただいております。具体的にそれぞれの地域で進めていただいているわけですが、この利用者を困むまさに連携ネットワークが必要だという、この図は米原市伊吹の、畑野先生が作って下さった図でございます。すでに在宅看取りを積極的に進めておられる診療所の、畑野先生からご提供いただいております。そして住人、家、みんなで支えあう仕組みをどうして作っていくかということですが、これももうすでに出ております。在宅で療養できる体制の整備としては、かかりつけ医の確保、地域ぐるみで高齢者を見守る仕組みづくり、医療、介護、看護、そして往診、訪問、それからもうひとつは健康づくり、疾病の早期発見、早期治療というところで大きく2つの柱が必要です。ここに具体的な県の政策ですが、人材育成あるいはかかりつけ医の確保そして早期発見、早期治療、予算化をしております。これについてはまた時間がございましたら後ほど情報交換したいと思います。

私は実は、私自身も個人的には家で死にたいなあと思っ

ているので、今60ですけれども、自分が家で死ぬために、20年30年後に滋賀県でどう支えてもらったらよいのかというのも、これは勉強させていただきたいと思っております。在宅の現場へいろいろ訪問させていただいております。これは永源寺の診療所の、花戸先生のところですが、いったん病院から帰られて、この方、実は一人暮らしなんです。一人暮らしでも在宅でできると。子供さんがお近くにいますけれども、週何回か子供さんが来てくれる。そして看護、それと花戸先生がかかりつけ医として来て下さる。ともかく病院より家がいいと言ってらっしゃいます。ここにあるのがお薬の、野田先生が言ってらしたお薬を入れるカレンダーのようなものですね。ここは伊吹の畑野先生のところですが、本人の希望にそって自宅とそれから診療所を行ったり来たりできるようにする。ポイントは先ほど看護、介護の方が倒れてしまうといけません。畑野

人生の最期(看取り)を迎えたいと思う場所は？



在宅で療養できる体制の整備

かかりつけ医の確保、地域ぐるみで高齢者を見守る仕組みづくり等(医療・看護・介護の往診・訪問)。

健康づくりや疾病の早期発見・早期治療の支援

疾病の早期発見・治療の体制整備等(他職種の地域でのクリティカルパス・連携バス等)

主な施策

地域連携を促す医師・医療専門職の育成

医師確保のための総合対策
地域医療の担い手育成の取組支援
魅力ある病院づくり、職場環境整備
医学生、臨床研修医等の県内定着促進等
看護職員確保等対策事業
看護職員の養成、確保定着、潜在看護力の活用、質向上
④地域を元気づける医療専門職育成事業
臨床能力の高い医療専門職の育成

在宅で療養できる体制の整備と地域におけるかかりつけ医の確保

在宅医療等の推進
病院から在宅まで切れ目のない医療を提供する仕組みづくりや連携機能を備えた拠点整備等
認知症疾患医療センターの医療相談支援事業の推進
認知症疾患医療センターの機能強化

国民の健康づくり、疾病の早期発見・早期治療の支援

がん計画推進事業
がん医療連携体制の整備やインフォームドコンセントのあり方検討
③結核疾患医療連携体制整備事業
地域における医療連携の推進等
②遠隔診断体制整備事業
病院連携遠隔診断ネットワークと病理診断教育支援体制の構築

さんの1つの言い方は、お嫁さんも働きながら介護ができる。これは私も実は長男の嫁の立場で、連れ合いの両親を面倒みるかどうするかというところで、実はいったん県庁職員を辞めざるを得ないということもございました。子育てが終わって一段落すると今度は親の介護、ほんとに仕事との両立で苦しんだんですけども、そういうところもやはり皆が周りで支えていかなければいけない。そして生老病死を家庭の中で、命のバトンタッチ、これは病院から家族へ先ほど松木先生が言ってらっしゃいましたけれども、ほんとにこういう感じでお孫さんが曾孫さんがまわりで、そしてほんとにもう瀕死の状態のなかにあっても、こう曾孫さんの声が聞こえると目がぴくぴくぴくって動いて、「あっ、この子供さんのお孫さんの声が聞こえてるんだ」という感じがよくわかりました。畑しながら、これ畑野先生ですけども、こうやって本当にみなさんが生老病死、家族の中で地域の中で見守っていく。けれども、特定の人にだけ、長男の嫁だけに負担がかかってはいけない、ということがこれからの命のバトンタッチを病院から家族へという方向だろうと思っております。

最後にエンディングノート。これも先ほど、どうしても病院にいて、様々な生きてもらうための手当をしなければいけない、ということで延命治療であるとか、あるいは胃ろうということがありますけれども、自分自身で家族へのメッセージを残そうというこのエンディングノート運動というのを是非広げていきたいなと思っております。自分がまだそれなりに認識できるときにノートを作る、家族に介護が必要になったらどうするか、認知症になったらどうするか、延命治療をどうするか。胃ろうはしてほしくないよとか、あるいはしてほしい場合はどうするか、手元において時々見直す、そしてこのことを家族の間で話ができるという事が、まさに死ぬのは当たり前、死をタブー視しないという人間としての本来の姿に戻っていくひとつの手立てではないかと思っております。ただエンディングノートというこの言い方が、カタカナでわかりにくいので日本語でいうとどうなるかなと、例えば人生の引き継ぎ帳とか、人生の身仕舞い帳とか。最近曾野綾子さんが、人生のたたみ方という言い方をしておられました。これはみなでいい表現をつくっていただけたらと思っております。

また、昨年、県としては「ありがとう看護師さん」のメ

地域で支える在宅看取り【往診】



先生が来てくださるので安心。

病院よりも家がいい。

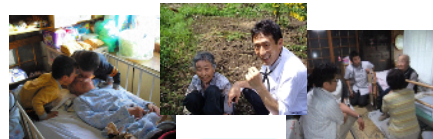
地域で支える在宅看取り【地域包括ケアセンター】



お嫁さんも働きながら介護できるように・・・

本人の希望にそって自宅時間をできるだけ長く・・・

在宅看取り「命のバトンタッチ」を病院から家族へ



・現代の若者は、身近な死や老・病・死を生活の中で経験することが少ない。
 ・高齢者の方が「生きる」ことを若者に伝える機会
 ・家族への思いやり、親への尊敬、家族の役割
 ・地域づくり・家族の再構築

エンディングノート

エンディングノートを日本語で言い換えるなら・・・
 例えば、
 人生の引き継ぎ帳、
 人生の身仕舞い帳、
 自分らしく生き抜くための備忘帳、
 最後まで自分らしく生きるノート。

- ・家族へのメッセージ
- ・介護が必要になった場合
- ・認知症の状態になった場合
- ・延命治療に関する意思
- ・胃ろうに関する意思 等



手元において、時々見直す。
 家族や周囲の人とも話しておく。

「ありがとうがつなぐ地域医療」
 募集中！
 H23.8.1 ~ 9.30
 メッセージ標語

ッセージを集めさせていただきました。今年は「お医者さんありがとう」ということで私たちは患者として、あるいは専門家の方からお力をいただく立場からして、あれができないこれがないではなくてまず、「ありがとう」と言える、そういう県民になっていきたいと思っております。

最後に、今日のこの医療福祉の会合ですけれども、私、いま皆さんの活動を見させていただいて、ほんとに滋賀県というのは、民間で現場でさまざまな工夫をしていただく、そこが一番モデルで最先端を走っていただいている。それを行政はあとから、取り上げさせていただきながらいろいろな財政的、あるいは人的な支援をさせていただく。そういう意味でこの医療福祉・在宅看取りの地域創造会議は自覚者の皆さんの集まりであり、私たち県としては黒衣となって支援をさせていただきたいと思っております。少し時間過ぎてしまいました。私の方からのミニスピーチ、以上でございます。ありがとうございました。

<中園氏>

嘉田知事ありがとうございました。ここで、パネルディスカッションに移る前に会場の方から、指定発言として、御一名ご指名させていただきたいと思えます。東近江のほうで活躍されております、小鳥先生のほうからですね、もしよろしければ指定発言をして頂ければというふうに考えております。すみません、もしよろしければ、壇上のほうでお願いできますでしょうか。

<小鳥氏>

あの、東近江医師会、県医師会副会長の小鳥でございます。1つだけスライドを見ていただきます。

先ほど渡邊部長のほうからお話ございましたが、活動を通じた自覚者の広がりという言葉がありますけれども、これほんとにいい言葉で、僕はファシリテーターっていう言葉を使っているんですけれども、みなさん自覚者の気概を持っていただいて、各地区で作っていただきたいと思えます。A地域B地域って書いてございますけれども、一応三方よし研究会、東近江地区ですけれども、一応できあがってございます。これから辻先生がお話になりますが、辻先生は東大教授ですが、この本を書かれまして、往診は開業医の輝かしい歴史、今こそ機能を回復させるとき、ということで、世界には往診というのはあまりないシステムでありますことをご理解していただきたいと思えます。時間外往診それが総合医の条件。ここは細かいんですがゴッドハンドやIPS細胞はカッコいいと、しかしここに書いてあることはですね、往診という泥臭い真面目なカッコよさもあっていいと、どちらも大切ですが、日本ではあまりにも前者に重きをおきすぎてはいないかと、カッコいいの定義を変えると、往診と時間外に報酬シフトをと、パラダイムシフトですね、往診報酬を含めパラダイムシフトが起こる。パラダイムというのはみなさんが考えている常識ですけれどもそれが変化してくると、まあ、事務次官をされた辻教授ですから、往診報酬以外は簡単にシフトをするような実力を持っておられる方で、だんだんこの方向に行くのではないかなあと私は思っております。しかしですね、水を差すんじゃないですが後はお任せします。あの日に戻りたい看取りの風景ということ。アルフレッサですけれども、スウェーデンと比べますと看護にかかる看護師さんの数がスウェーデン4.2に対して、日本は10万人あたり0.4と10倍の差があると。トップと比べるからややこしくなるんですけれども、それでもですね、次もあります、形が変わってきた、在宅病床を守る医師、松木先生ですけれども、日本ではですね、やや進んでいる、かなり進んでいるですね、左のほうがかなりまだ日本は遅れておるという事を

自覚していただいて、僕はいつもパラメディカル様は神様だと思っています。それがパラメディカルさんがいない、いないと在宅、在宅言ってもなかなか進みません。是非、為政者の方はこういうことも考えて、この本の充実も是非考えていただきたいと思います。余分な追加発言でした。ご清聴ありがとうございました。

< 中園氏 >

小鳥先生、すみません、急な指定発言のご依頼で大変恐縮でございました。ありがとうございました。

それではですね、パネリストの皆さん、すみません大変お待たせいたしました。壇上の方にお上がりいただきまして、それぞれのショートスピーチを受けまして簡単にディスカッションおよびまとめという形をさせていただきたいと思います。またちょっと会場の皆さん、同じ姿勢をずっと保たれて少し疲れがたまっているかと思しますので、少し今の間、体の伸びなどをしてほぐしていただければと思います。すみません、ちょっと進行のほうが大変押しておりまして申し訳ございません。

ディスカッション

< 中園氏 >

それではですね、早速ディスカッションの方に移ってまいりたいと思います。少し時間を押ししておりますけれども、目途といたしましては4時15分までと、そこでこのディスカッションのほう繰り出していただければというふうに考えております。そこでそのあといったん5分程度休憩をはさみまして、辻先生の講演という形でお願いできればというふうに考えております。まず私の方から順に話を送らせていただきたいと思います。まず、久我先生、あと松木先生の方から実際に、訪問診療・往診など、どう地域で広げていくかという取り組みについて、1つは久我先生のほうから地域医師会のある程度俯瞰に立ったお立場からですね、在宅療養支援センターの構想などいただいたところがございます。もしよろしければその在宅支援センターの構想、あるいは地域の中に医療連携室を作る、これ1つのキーワードだと思いますけれどもそのことについてご説明をいただければ。続いて松木先生の方からは実際の訪問診療でご努力されている中で、それをですね、どうまたこう広げていくには手立てを考えられるのかというふうな切り口でご質問したいと思います。

< 久我氏 >

現状といたしまして、在宅医療に積極的な医療機関は、まだまだひとにぎり、病院とか、地域包括支援センターからの紹介患者さんは、気軽に引き受ける医療機関に集中しているという現状があると思います。今後在宅で療養する方が増えてくると、ひとにぎりの医療機関にしわ寄せがきて、在宅医療の崩壊になるのではないかと危惧しております。出来るだけ引き受け手の医療機関を拡大していかなければいけないということで、それぞれの医療機関が、どこまでの技術で在宅医療ができるかという情報を、在宅療養支援センターで集約し、紹介された患者を振り分けていくというシステムを考えております。

< 中園氏 >

お1人の有志の医師にあまり負担がかぶさらないように、それを地域の中で仕組みをつくっていったらどうかというような構想だと受け止めてよろしいでしょうか。今の久我先生のお話も受けまして、松木先生のほうに、そうした取り組みの感想であったりとか、あるいはどう広めていくかということについて、ご感想なりお考えを聞かせていただきたいと思います。

< 松木氏 >

往診をする医者が少ないというのは、勉強しない子供に勉強をさせるみたいなもんだと思うんです。ですからまず往診の面白さを知ってもらわないと。ねえ。で、往診に行きますと家の中にならずか入っていけるわけです。普通やったら家宅侵入罪とか言われるわけですが。家のなかにならずか入っているんなものを見せてもらいます。それから場合によっては帰りにキャベツや大根やら一緒につけてもらったりします。原則としてその家でとれたものはいただくことにしています。で、そういうような往診の楽しさ、家族の中での関係だとかその人がどういうふうに住んでんのかなってというのがもう即座に見えます。家のなかに入っていけば。ですからまずは往診の楽しさを知ってもらうということですね。それからそれに関して言えば、例えばいま自治医大の先生たちの活動がずっと出ていました。私は自治医大の出身ではないんですが、ああいうような教育の過程の中で、往診も含めて地域に出ていくという教育がなされないといけない。どうしても大学病院、例えば滋賀医大で言えば専門家の専門医の教育ばかりしてしまっていて、地域に出ていけるような医者のその教育がされていないという事があると思います。で、その医者の頭の中にも大学病院が一番で次はその、公的病院が次でそれから民間の病院が3番目で、それから地域の医者っていうのは4番目でカスみたいなもんやというふうに、そういうふうに序列をつけているくらいがあるんじゃないかと。そうじゃなくて地域の中で最先端で動いている医者も、これも非常に必要で、最先端の医療なんです。私はやっぱりそれに誇りを持っております。ですからそういうふうに、往診の楽しさを知ってもらう事と、それからもうひとつ、勉強できない子どもには餌がいらいます。ちゃんと報酬をつけてあげれば、きっとそれなりに皆さん往診に行かれるんじゃないかなというふうに思います。

< 中園氏 >

往診の楽しさというところでのお言葉がございました。そうした中で、これは私の一つの勝手な見方かもしれませんが、もちろんその開業医の方1人での頑張りであったりとか、あるいはっていうところがあるんですけども、ここは他の、例えば多職種の方と連携をして、いわば地域にチーム医療福祉ができるような、そういう連携がうまくいったときにまた往診の面白さっていうのがあるのではないのかな、というふうに私の感想として思っておるんですが、そうしたその連携や多職種をすすめていくにあたってのそういうおもしろさっていうご経験など、もしありましたら1つ事例など披露していただければと思うんですがいかがでしょうか。

< 松木氏 >

まず、うまくいくケースっていうのは、訪問看護とツーカーの関係であるということ。それからケアマネージャーですね、ケアマネージャーがいつもこう電話一本とか、あるいはメールで交わるとかというような関係である場合には非常にスムーズに動きます。例えば今日これから往診

行くぞっていったときに、ケアマネがさっと同席してくれたりですね、そういうようなことがうまくできますので、それから訪問看護とも同時に一緒に行こうかというようなことも話し合っ、日にちを決めてですね、そういうこともあります。

<中園氏>

今、そのケアマネージャーとの連携という形でのご発言がございました。久我先生の資料8ページのところの地域医療支援センターの中でも、在宅療養支援センターの機能として地域包括の連携あるいは訪問看護ステーション、ケアマネージャーと在宅診療との連携強化というような形での機能っていうのを付与されているようなイメージがされているように思います。ここは例えば具体的なそういう紹介であったりとかそうした機能を考えていらっしゃるのでしょうか。

<久我氏>

あの、医療のですね、在宅医療の病院から在宅への円滑な連携っていうことでお話ししましたけれども、地域包括ケアのですね、やはり拠点というイメージでこの在宅療養支援センターをですね、将来育てていきたいと。それで多職種連携を図っていきたいというのがまあ夢でもあります。

<中園氏>

多職種連携を図る、まあ土台作りといいますか、そういうものになればというような構想だと受け止めてよろしいでしょうか。そして多職種連携を行うにあたって、1つどう在宅に医療というものを充実させていくかと、もちろんそれは開業医の方々が訪問診療、往診に取り組みされてどうサポートしていくかっていう見方もあるんですが、一方で例えば訪問看護をどう機能強化していくのか、あるいは普及促進をしていくのか、そうしたその切り口もまた重要になっていくと考えております。そうした中で訪問看護の立場で是非千代さんにお伺いしたいんですが、特に訪問看護の機能強化、あるいは充実なり図っていくあるいは普及促進を図っていくには、どうした点がかギになっていくのかということについてお伺いしてもよろしいでしょうか。

<千代氏>

やはり在宅医療を充実させるためには、在宅医師と訪問看護ステーションの連携が必須だと思います。在宅療養支援診療所が始まりました時に、ある開業医の先生に、在宅療養支援診療所をされるのかお伺いした時に「僕は研修にも行きたいし、お酒も飲みたいから一人では到底できない」ということ言われておられました。訪問看護ステーションを上手に使っていただいて、何かあった時には訪問看護ステーションが先に行って状態を観察させていただいて、在宅主治医の方に連絡させていただいて、必要に応じて先生が往診していただくというように連携をとらしていただくと、先生のほうもある程度負担が軽減するんじゃないかなと思います。訪問看護ステーションを信頼していただいて、上手に使っていただきましたらまた在宅医療の充実もするのかなと思います。あとまた利用者さん、ご家族の方にどの時間帯が一番介護されるうえで大変ですかということをお伺いしたときに、家族の朝や夕のご飯を作らないといけないし、ご自分もご飯を食べないといけない、お風呂も入らないといけない、その時に訪問介護とか看護とが入ってくると助かるということをお伺いしていましたので、マンパワーの不足という問題が残ります

が、24時間の夜間早朝の計画的な訪問看護を推進していきたいと思います。またサテライト事業所や療養通所介護等の多機能事業も検討していくことによって在宅医療とか住みやすい地域づくりが可能となるんじゃないかなと思います。

<中園氏>

今のご発言と、あと千代さんのスライド、配布資料ですと19ページ目のところにご説明ありますけれども、19ページの下の方のスライドですね。夜間早朝の計画的訪問の効果という形でまとめられております。非常にこの1, 2, 3, 4, 4点ともですね、例えば2番目の認知症等で、かつインシュリン注射がなかなか困難、医療行為が必要だけれども認知症がちょっと入れているというような方に効果があったとか。あるいは医療依存の高い等に対して非常に効果が高いというようなことがございました。私は市の担当として最近よく聞くのが、医療依存度の高い方に対するですね、在宅支援はなかなか実は難しいことになっているんじゃないのかと、さらにそこに認知症あるいは老老介護というケースが入っていくともっと難しいことになってしまう。特に松木先生の発言の中でもあったんですが、そうした方、医療依存の高い方をですね家族がかなり頑張って介護していると。ちょっとショートステイなどで預けたくてもそういう医療依存の高い方はなかなかこうとっていただけない。で、勢い家族に負担が重なってしまって家族の方が倒れてしまうというようなケースを私の市でもちょっと聞いているところです。そうした医療依存度の高い人に当たってですね、こういう訪問看護の夜間早朝の計画的訪問っていうのは、非常に効果が高いのではないのかなと私自身も思っておるんですが、こうしたケースについて千代さんのご経験あるいはその実際に具体的に当たられた事例などについてちょっと披露していただけますでしょうか。

<千代氏>

現在、済生会訪問看護ステーションでは、夜間早朝の計画的訪問は6名、訪問させていただいております。まあほとんどが難病です。パーキンソン、ALSであったりとか脊髄小脳変性症とかいう難病の方が多くて、ALSの方はほとんど人工呼吸器をつけておられますので、1回につき30分の訪問なんですけど、人工呼吸器の管理とか、あとご家族の方もやはり疲労されてますので、ご家族の方のお話を聞きながらとか、まあそういう点滴をされる持続点滴をされている方もおられますので、持続点滴の管理とか、そういう専門的な看護が必要となってきますので、やはりその方に接する緊張感というのも看護師には多いみたいで、そこら辺を管理者としてはサポートしていきたいなと思います。

<中園氏>

ありがとうございます。ここであの、野田さんにもお伺いしたいんですが、ちょっと先ほどのショートスピーチの中でまだ詳しく触れられてはいなかったんですが、いただいた資料などを拝見すると薬局の可能性、在宅診療における薬局の可能性っていうのが、もっと実は関係者に知られてもいいのではないのかなというふうな印象を私、見受けしております。ただその一方で在宅支援に乗り出している薬局はこの滋賀を見てもですね、まだまだちょっと数が全体のパーセンテージからすれば低いのかなというような資料を今回提示していただいております。この際、今いい機会でございますので薬局、薬剤のもつ可能性、在宅診療における可能性っていうのを一言触

れていただけないでしょうか。

<野田氏>

ありがとうございます。もともとの資料の中に外来服薬支援のご説明ができなかったんですけども、これはあるデイケアセンターのケアマネージャーさんから薬局に電話がございました。ある方が薬をお持ちになってデイケアセンターに来られました。その方、2 医院に受診なさっておられました。ところが「何を飲ましていいかわからへん」ということでお電話頂戴いたしました。それでご家族に薬全部と薬剤の情報書を持ってきてもらい、それから処方いただいているドクターの了解のもとに、重複投薬とか相互作用を確認した後で朝昼夜に分けて一包化をさせていただきます。でこれが外来服薬支援です。自己による服薬管理が困難な患者については、患者および家族の求めにおいて、そういうことができるという制度です。今後こういうこともやらしてもらいたいなというふうに思っております。それで、今、訪問看護ステーションさんと医師会さんとの連携で医療材料の確保ということで当薬剤師会のほうで、どういうふうに代行していくかということをお話し合っているところです。で、千代さんもおっしゃっていたんですけども、訪問看護なさる時にどうしても薬の方も整理せなあかん、ところが時間が足らへんねんっていうふうにおっしゃっていますんで、まあそういう時に薬剤師を使っただけがあればありがたいと思います。あとこれはちょっと特殊な話なんですけれども、胃ろう等で薬を入れるときに簡易懸濁法っていう方法があるんです。お薬っていうのは60度ぐらいまでは安定ですし、溶けます。ですから粉にしなくても、よくなります。これは薬剤によるんですけども、そういうことも患者様に相談を受けてやっていきたいなあと思っております。

<中園氏>

千代さんのプレゼンテーションの中でもケアマネと薬剤との連携、そこは実はこれまで盲点だったけれども、そこが今後の課題としてあがってくるのではないかなというような指摘があったかと思えます。そうした薬剤の可能性、あるいはどう多職種連携の中に、一緒に連携をしていくのかというような中で、薬局の可能性っていうのは、もっともっと皆さん方に理解されてもいいのかなという風な形で、私、今日のプレゼンを聞いていて思った次第でございます。続きまして溝口さんにお伺いしたいと思うんですが、溝口さんのスライドの中ではお手元の資料だと27ページのところで、具体の事例に基づいて大きく3点、何が大事であるかということ述べられております。これに今の医療介護福祉の専門医師の連携共働、特に医師間の連携の仕組みっていう形であげられている中で、さらに拝見したスライドの中で特に印象的だったのは、地域住民の理解と応援を得て在宅の看取りっていうのをされているというのは私の中で印象に残っております。そしてその地域住民の理解と応援っていうものをどう深めていくのかと、そうした視点でご発言をいただけないでしょうか。

<溝口氏>

24ページの資料をまた、見てもらいたいと思うんですけども、先ほど知事の発言の中にもありましたように、本当はほとんどの人が自宅で死にたいと思っているのに、実際は死ねないという現状もよくわかっておられますから、先ほど言いましたように自宅で死にたい、それをやり遂げたいという家族さんに対して、逆に非難めいたことが起きてしまうというようなことが出て

きています。仕組みのところは先ほども言いましたけれども、やっぱりそういう実践っていうのが在宅、自宅に近い在宅で死ぬことができるっていう実践をですね、あちこちでモデルを示して、実はできるんやでっていうことを地域住民の人にやっぱり示しながら理解を求めていくっていうのが、実際やってみてほんとにつくづく思いました。やっぱ変わられるんですね。なんで病院に入れへんねんて言うておられた身内さんが... 20mか30mしか離れてないので、最後はうちの事業所からですね、息子さんがおぶってですね、おばあちゃんをおうちに連れて帰らしたんです。あまりにも近いから寝台車なんか呼べへんで、おぶって帰らしたんです。もう感動的でしたね。私が見てもなんか本当にもうこんな親孝行ってないなっていうぐらい。そういう事例を見られてですね、実は昨日もその相談があったんですよ。うちももう入院をしないで秋桜舎(こすもすや)さんをお願いをしたいと。そこももうちょっと先の30mぐらい40mぐらいのところなんですけれどもね。そういうことを実際示していくっていうことが必要ではないかなと思います。

<中園氏>

そうした地域の中で実際に示していくっていうのが大事だご指摘がありました。そこはもう、そういう地域の中で具体的に在宅での看取りの姿っていうのを見て、知って、感じてもらう、そういう経験っていいですか事例の積み重ね、そこしか、それが地道であるけれども、それが最も地域の住民の理解や応援を得ていく道筋っていうふうに理解してよろしいでしょうか。

<溝口氏>

そうです、はい。

<中園氏>

今の話を受けまして、嘉田知事に是非ご意見をいただきたいと思うんですが、嘉田知事のプレゼンテーションの中でも、今後、病院以外での看取りの方が今の高齢者の自宅でお亡くなりになられている方の恐らく2倍以上、まあ今後20年間でですね、2倍以上の方がおそらく病院以外での看取りっていう形になっていくであろうと、その中で、どうその住民や利用者というのを中心において関係者が取り囲んで、みんなでこう支えあっていくのかというそういう仕組みづくりが大事だというプレゼンテーションございました。知事のなかでも在宅看取りというものは1つ、主要のプロジェクトとして掲げられておりますけれどもそうした地域住民の理解などを深めていく、あるいは関係者の理解を深めていく、そこをどう県はサポートしていくのか、そうしたことについて知事の思いについてお伺いしてもよろしいでしょうか。

<嘉田知事>

はい、今日、まさに医療福祉・在宅看取りの地域創造会議の出発というか、キックオフになるわけですけども、こんなにたくさんの方が、まさに自覚者として集まっていたということ、とっても心強いと思っております。やはり今までは病院に行くのが上等やと。そのほうが家族もあるいは子供も親孝行なんやと。ずっと近代化の中で思っていた節がありますけれど、いよいよそれがほんとに幸せなのと、見直す時代になってきている。ただ、まだなんとなく言えない。そういうときに今日の皆さんが、まさにいろんな職種連携で声を上げて、実践の事例を見せ

て、そして「あ、あれの方が幸せなんやなあ」と思ってくれる人が本心増えていく、その出発点が今日だと思うんですね。まだまだこれからなので、今日のこの地域創造会議の一番のキーワードは地域住民が守り育てる、どっかにすでにシステムがあるのではない、守り育てるといふ、そのためにそれぞれが当事者として自覚者として関わっていただける、ほんとに心強いです。県としてはあくまでも黒衣で支援をさせていただきたいと思っております。そして後からまた、辻哲夫先生も国のほうの動きをお話ししてくださると思いますので、国と県とそして市、今日は守山の宮本市長も来ていただいていますけれども、行政は黒衣になってあとは民間の方が主役になってやっていただく、その守り育てる第一歩は、今日こうやってみなさんが集まっておられるということで大変うれしく、県としても一生懸命やらさせていただきたいと思っております。

<中園氏>

ありがとうございます。今日は第一歩という知事のご発言がございました。この地域創造会議の呼びかけ人として笠原医師会長、そしてこの趣旨にご賛同いただきまして、滋賀県医療審議会委員として、呼びかけ人の1人となっていただきました宮本市長にも本日ご参加いただいております。1つ、私も市の職員として今仕事をしておるんですけども、地域包括支援センターのですね、可能性っていうものは、1つこの医療福祉の連携を深めていく中でまた大きな役割を果たしているのではないかなというふうに思います。その地域包括って、なぜ「包括」っていう名前がついたのか考えてみれば、それは社会的な支援を必要な方が地域なりから排除されることなく、いろんな支援者に包まれて、それぞれその人らしい生活を送っていくと、そういうおそらく願いをこめて、地域包括っていう名前が、介護保険制度の見直しを契機として、市に導入されていると、私の理解としては一応そういうふうに考えておりますが、そうした地域にいる社会的な支援が必要な方を、まあ今後どう関係者と連携を図って支援していくのか、そうしたネットワークを作る中で地域包括の果たす役割というのは非常に大きな立場を担っているのではないかなというふうに考えております。そうしたその地域包括センターの今後の展開、あるいはその可能性ということについて市長にお伺いしてもよろしいでしょうか。

<宮本市長>

はい、地域包括支援センターについてまあまあおっしゃられたようにやはりいろんな関係者をつなぐ役割ではないかと医療、福祉、また介護、また地域の皆さん、まあそういったものをつなぐとしたネットワークでつなぎとめる、それが一番大きな役割だと思っております。しかしながら現状はうちの市の場合で言いますと、例えば民生委員さんとケアマネさん、全然情報のやり取りができておりませんで、介護事業所で具合が悪い、そういう情報が民生委員さんには全く入っていない。それで民生委員さんがとなりの人がなんか変だという近所の情報を受けて見に行くとですね、バタッと倒れられておられると、そういう報告もいろいろ受けております。そういう意味でうちの市では民生委員さんとケアマネさんの情報交換会、まあこうものもやっていこうと思っておりますが、なにより情報をですね、しっかりと関係者で共有する、そういう環境をつくるのが大事だと思っております。まあその中心的役割を担うのが、市の地域包括支援センターではないかというふうに思っております。またうちの市の場合でいきますと人口7万8千人ですが、地域包括支援センターは市に1か所です。職員がだいたい15名ぐらいで、先ほど申し上げましたすこやか訪問事業に、だいたい4、5名毎日出ておりますので、そういう意味では情報のネッ

トワークを結ぶその役割が十分果たしているのかということ、今、十分ではないというふうに思っております。そういう意味で地域包括支援センターの充実、これ大きな課題として取り組んでいます。実はうちの市の場合、直営かつ1か所なんですけど他の県にいきますと民間がやっていたり、またその介護事業所がサポートする形でやっている。また市の中で数か所ある、こういったものもあります。こんなものも参考にしながら、今後、今日のテーマでもあります地域福祉、在宅看取り、さらには見守り、こういうものを地域包括支援センター中心に見直していただきたいなというふうに思っております。

< 中園氏 >

大変駆け足ではございましたが、今回7人のパネリストの方々にご参集いただきました。それぞれ医師、看護師、薬剤師、そして介護福祉の事業者、そして市長、知事という形で各医療福祉に携わる関係者にご参集いただきまして日々見えてらっしゃる課題についてスピーチなり、ディスカッションなりいただいたところでございます。あの知事もおっしゃられておりましたけれども、まさに本日の医療福祉・在宅看取りの地域創造会議、本日がキックオフと言いますか、そもそも笠原会長が冒頭あいさつされましたように、それまでの滋賀の中で独自の医療福祉の発展というものがある、それをもう一度再確認する場であってはどうかと、そしてもう一度再確認したりあるいは他の地域で実はこういうおもしろい取り組みをやってるんだというのを知って、実は私のところではこういう事で悩んでいるんだと、これをどうすればいいんだろうかというのをほかの地域の人と相談、気軽に相談できるようなそういう関係を作っていくと、そこで得たヒントとか成功体験というものをそれぞれの地域、自分のホームタウンに持ち帰ってですね、それを日々の取り組みの中で生かしていただくと。そうした場になればいいなというふうに私も願っているところでございます。大変駆け足でつたないコーディネーターで申し訳ございませんでしたが、また今後も是非皆さん方、緩やかなこうしたネットワークというものを作っていきまして、お互いに顔の見える関係というものをこの全県単位で作っていければいいなというふうに願っております。

< 宮本市長 >

この場をお借りして1点だけ申し上げさせていただきたいと思っております。知事から先ほど黒衣という話もありましたが、行政はやっぱり後ろから応援するという役割だと思っております。国・県・市それぞれの役割も黒衣としての役割があると思っております。特にちょっと他の市に聞いておりますとやっぱり医療資源が県内で偏在をしていると、そういう意味で離れていても開業医かかりつけ医さんが応援に行くとか、そういったものを応援していくようなそういう背景を如何に作るか、こういったものは県のほうに頑張っていたかなくてはならないというふうな話もちょうと耳にしております、是非、県のほうでもその点をお願いしたいと思っております。そして市のほうはですね、しっかり総合的なコーディネートをして、医療福祉、また在宅見取り推進をしていきたいと思っております。また国のほうでは今後安定した医療、医療福祉の実現で財源確保の議論もされていくと思っております。それぞれの国県市役割分担をしてやっていくことが大事だと思っております。私はそういう思いで取り組んでまいりますのでよろしくお願いしたいと思っております。

<中園氏>

市長、まとめていただき、ありがとうございました。

それでは、7名のパネリストの皆様がたに盛大な拍手をもってお送りしたいと思います。ありがとうございました。