

令和元年度第1回高知県地域医療構想調整会議（中央区域 物部川部会）及び
令和元年度第1回 日本一の健康長寿県構想地南国・香南・香美域推進協議会 議事録

<日時> 令和元年10月8日（火）18:30～20:50

<場所> 中央東福祉保健所 2階会議室

<出席者>（地域医療構想調整会議（中央区域 物部川部会）委員）

議長：中澤宏之、副議長：川竹康寛

委員：井坂公、宇賀四郎、疋田隆雄、谷木利勝、公文龍也、宮野伊知郎、岡西裕公、稲本悠、小松祐子、清遠由美子、北村由佳、濱田二三恵、今井義則、中村洋子、福島富雄、西川明美、宮崎結城、吉村亮子、宗石こずゑ、時久朝子（欠席：味元議生、下川雅弘、島本佳枝）

事務局：医療政策課 課長補佐 宮地洋雄、チーフ（地域医療担当）濱田文晴、主幹 原本将史（中央東福祉保健所）所長 武田良二、地域包括ケア推進監 小野広明、保健監 田上豊資、次長 酒井美枝、衛生環境課長 岡林康夫、地域支援室長 山本貴子、チーフ（地域支援担当）窪田純子、チーフ（地域連携担当）毛利卓哉、主事 谷内志帆

1 開会

2 説明・協議事項

（1）高知県地域医療構想（中央区域物部川部会）に関する事項 地域医療構想調整会議部分

【事務局説明（医療政策課）】

医療政策課、濱田と申します。

私のほうからは、まず議題の1つ目としまして外来医療計画についてご説明させていただきます。座って説明させていただきます。

資料を1枚めくっていただきまして外来医療計画について説明させていただきます。

この計画ですけれども、今年度、医療法の改正により都道府県に策定が義務付けられた計画でございまして、策定にあたりましては、この地域医療構想調整会議において議論をしたうえで策定をすることとされているものでございます。

その背景としまして、1の経緯に書いておりますけれども、外来医療につきましては、特に都市部については、無床診の開設が都市部に偏っていることと、診療所において診療科の専門分化が進んでいること。また、救急等の体制の構築について医療機関間の連携が個々の医療機関の自主的な取り組みに委ねられていること等の状況があることを指摘されまして、そういった状況を踏まえまして、今、第7期の医療計画がありますが、その一部としまして外来医療の機能に関する情報の可視化と、その可視化した情報を新規の開業希望者へ情報提供すること。また、外来医療に関する協議の場の設置等、こういったことを内容としました外来医療計画を策定するようにされたものでございます。

この計画を策定して、新規開業者に対しまして外来医療に関する情報提供。それによりまして、自主的な経営判断の参考にしてもらうことによりまして行動変容を促す。そして、外来医療の偏在を解

消していくこと、こういったことを基本的な考えとしています。

具体的な内容としましては、全体像の中にありますけれども、まず、ひとつ目としまして、外来医療機能に関する情報の可視化でございます。これにつきましては、二次医療圏ごとに外来医療機能の偏在・不足等の客観的な把握を行なうための指標を置くとしまして、外来医師偏在指標というのを並べます。この外来医師偏在指標、全国330いくつかの二次医療圏ごとに上から並べまして、上位の3分の1、33.3%に相当する二次医療圏を外来医師多数区域と設定することとなります。

また、2つ目としましては、この新規開業者に対する情報提供を行なうこととございまして、先ほども説明しました外来医師偏在指標ですとか、外来医師多数区域である二次医療圏の情報を、例えば医療機関のマッピング等に関する情報等を、開業にあたって参考になるデータ、例えば外来患者の状況ですとか地域における診療科の状況を公表して、新規開業希望者に対して情報提供を行ないます。

また、3つ目の内容としまして、外来医療機能に関する協議の場の設置と、その協議の場における協議をふまえた取組でございまして、まず、この協議の場において地域ごとにこういった外来医療機能が不足しているかの議論を行なう協議の場を設置することとされております。

これにつきましては、県としましては、この地域医療構想調整会議での活用を考えております。その中で、この外来、特に外来医師偏在指標の上位3分の1の区域であります外来医師多数区域におきましては、新規開業希望者に対しまして、協議の内容をふまえて在宅医療ですとか初期救急、公衆衛生等を地域において必要とされている医療機能、地域で不足している機能を担うように求めることとされております。

具体的には、策定の流れとしましては、下の方策例に記載しておりますけれども、まず、新規開業希望者が届出用紙を入手する機会をとらえまして、地域における外来医療機能の方針について情報提供を行なうこと。また、これは多数区域において、外来医師多数区域におきましては、地域で定める不足している医療機能を担うことへの合意欄を設けまして、その合意欄の記載を協議の場、地域医療構想調整会議で確認を行なうとともに、外来合意欄の記載がない場合など、新規開業者が外来医療機能の方針に従わない場合は、新規開業者に対して協議の場への出席要請を行ないまして、その協議の場における協議内容を公表する、こういったことを想定しています。こういったことを内容とする計画が外来医療計画でございます。

次のページをお願いいたします。

外来医師偏在指標についてご説明いたします。この指標につきましては、二次医療圏ごとの外来医療の偏在の状況を全国共通のデータで相対的に表す指標となっております。もととなるのは診療所の医師数、それと、人口を算出されるもととなっております。その中で、先ほど申し上げましたように、二次医療圏ごとに偏在の指標を設定して、上位3分の1、全国の中の上位3分の1を外来医師多数区域と位置付けることとなっております。

その中で、高知県の現状としまして、これは暫定値でございます。まだ確定値ではないんですけども、その下の表にありますけれども、外来医師多数区域となるのは、この仁淀川サブ区域を含む中央圏域のみとなっております。

中央区域が外来医師多数区域と、今のところ、なることとなりそうですけれども、中央区域におきまして新規開業する場合には、この外来医療の中で、地域で不足している医療機能を求めることとされることとなります。そのうえで、新規開業者が外来医療機能の不足している機能を担わないといった場合には、協議の場で出席要請を行なってその内容を公表と、こういった内容としております。

次に、3ページをお願いいたします。

外来医師の患者の流出入の状況でございます。これは国から提供されたデータですが、例えば表の見方としましては、左側が患者の住所地、上側が医療機関の所在地となっております。幡多区域でいいますと、患者の総数が1日あたり3500人。その内、自圏域ですね、幡多圏域内で受療している方が3200人、中央圏域で受診している方が200人、都道府県外、高知県以外で受診されている方が100人と、こういった状況になっております。

こうした状況をふまえて、2番のところに移りまして、患者の流出入につきましては、厚労省から提供されたデータをもとに、必要に応じて二次医療圏間で調整をされていることとなっております。

ただ、高知県につきましては、特に調整を行わないというふうにしております。まず、都道府県間の調整を2000人以上の場合は調整が必要とされておりますけれども、高知県と他県とで2000人以上の流出入は発生しない、また、二次医療圏につきましても、そもそも国から提供されたデータにつきましては、患者調査とNDBをもって実態が反映されているというふうにご覧いただいておりますので、これ以上、県として調整を行なう必要がないというふうにご覧いただいております。こういった調整を各都道府県間でやっただけで、最終の外来医師数の偏在指標が確定することとなっております。

4ページをお願いいたします。

これは、国から提供されたデータが、外来医療計画を作るにあたってデータ類が一定提供されておりますので、それを参考までに付けております。

5ページをお願いいたします。

外来医療計画と併せて、医療機器の効率的な活用にかかる計画というものも併せて策定することとされております。

この計画についての経緯、背景としましては、一番上の経緯のマル2つ目に書いておりますけれども、今後、全国的に人口の減少が進んでいく中で、医療機器についての共同利用についての推進等を行なうことにより、効率的に医療機器を活用していくべき。また、医療機器の共同利用のあり方等につきまして、情報の可視化ですとか新規購入者への情報提供を有効に活用しつつ、必要な協議を行なうべきといったことを指摘されまして、今年度、この計画を作ることとされております。

内容につきましては、その下に書いておりますけれども、まず、医療機器の配置状況に関する情報の可視化としまして、この計画の対象となるのが、CT、MRI、PET、放射線治療、マンモグラフィですけれども、それごとに性・年齢構成を調整した指標を設定したうえで、2つ目としまして、医療機器の配置状況に関する情報提供としまして、先ほど説明しました指標ですとか、医療機器を持っている病院とか診療所のマッピングの情報などを公表したうえで、3つ目としまして、医療機器の効率的活用のための協議とされておりますけれども、医療機器の効率的に活用するための協議の場を設置。これは県としましては、外来の計画と同様に地域医療構想調整会議を活用したいと考えております。

こういった場を設置して、医療機器ごとに共同利用の方針について協議を行ない、結果を公表とされております。そのうえで医療機関が新規に医療機器を購入する場合とか、医療機器の共同利用を新たに行なう場合には、共同利用に係る計画を作成して協議の場において確認する、こういったことを内容とする計画になろうかと考えております。

こうした内容を今後、策定するわけでございますけれども、6ページをお願いいたします。

予定としましては、スケジュールとしましては、最終的に、これは医療計画でございますので医療

審議会のほうに諮問答申をしなければならぬんですけども、その前に各医療構想調整会議でこの計画案をご審議いただきたいと考えております。

この調整会議の中で設けております医療関係者を中心とした11の会議を設置しておりますが、そこで計画案をご審議していただいたうえで医療審議会の下部組織である評価推進部会で審議、まずそのうえで諮問答申といった流れを想定しております、年度内目安に策定、更新したいと考えております。

医療政策課の原本と申します。引き続き、議題(2)のほうの説明をさせていただきます。資料の7ページ目をお開きください。

(2) 公立・公的医療機関等の具体的対応方針の検討についてということで、こちらにつきまして新たな情報、国のほうで議論されておりますのでご報告させていただきますが、まず、7ページ目、1枚目につきましては、今年の振り返りプラス報告といったかたちになっております。

まず、地域医療構想を進めていくうえで地域の中心な医療機関ということで、公立・公的医療機関の役割ということで、一番上にありますとおり、新公立病院改革プランといったプランを策定いただいて、それにつきまして、中段にあります地域医療構想調整会議での協議する必要がありました。協議の内容については、プランで策定いただいた具体的対応方針ということで、大きく2つ、2025年の地域医療構想の年に向けた役割と、その時の病床数ということについて協議をすることとされています。

また、その際には、公立病院でなければ担えないような分野に重点されていくといったことを協議するというかたちで指示されまして、高知県におきましては、平成30年度、昨年度ですね。この調整会議の随時の会議ということで医療関係者にも加わっていただいた会議のほうで各医療機関のプランについて協議を実施させていただいております。

一番下が、この仁淀川区域のプランの協議状況ということで簡単に載せさせていただいております。

この区域、本日もご出席いただいております3病院ありまして、基本的に数字の部分、見ていただけたらと思っておりますが、昨年度、30年度と37年、2025年を比較した場合、現状においては数字での差というものは動きがありません。ただし、基本的には、今の、現状の役割、病床を維持していくというかたちになるんですけども、一部、仰せの内容の中では、仁淀病院さん等につきましては、現状、廃止が決まっている介護療養病床等も有しているということから、そういったところをどういった役割にするかということは今後も協議していただくといったことを、方針を表明いただいたかたちになっております。

こういったかたちで昨年度、終わっております、続きまして8ページ目をお開きいただけたらと思います。

こちらは国の資料になりますが、そういった状況をふまえて国から新たな情報が出てきております。この左側の四角囲みの部分を見ていただけたらと思っておりますが、これまでの取組というところで書いてある部分、これは、先ほどご説明したような内容になっております。

それをふまえて、この結果というのは国のほうにも報告しております、その具体的対応方針の合意結果と括弧囲みであります、その下に表があると思っておりますけれども、実際、日本全体で合意した結果というものを比較した場合、現状と2025年を比較した場合、ほとんど変わりがなかったといったかたちになっております。

その結果を踏まえ、その下に、国のほうでも構想を進めていくため新たな取り組みとして、今後の取組とありますけれども、①の部分を見ていただけたらと思いますが、2019年度年中に国が都道府県に対し、公立・公的医療機関の具体的対応方針の検証を要請、要請対象の医療機関を公表するとあります。

これ、どういったことかと言いますと、国のほうで公立病院の役割というものを分析したうえで、その役割自体が民間とかほかの公立病院と比較して、代替可能性がないかというのを見て、もし、その医療機関に代替可能性があったら、その医療機関、ありますよということで、国が分析を行い名指しすると。その医療機関名をこの年中、予定としては8月、9月くらいになるかなと思いますが、公表するといったかたちです。その名指しされた医療機関につきましては、調整会議等での議論を再度検証してほしいといったかたちで通知される予定になっております。

次、9ページとびますけれども、見ていただけたらと思います。

では、どういったかたちで、そういった公立病院・公的医療機関を分析するかというところで、この9ページ目の中段の分析内容というところで、①分析項目ごとの診療実績等の一定の指標を設定し、当該医療機関でなければ担えないものに重点化されているか分析すると。その際には、②医療機関の所在地、他の医療機関との位置関係を確認すると、そういう地理的条件も勘案するといったことになっております。

どういったことかと言いますと、下の分析のイメージの部分を見ていただけたらと思いますが、①診療実績のデータ分析のところですね、例えば、例ですけども、がんというものがあります。その診療実績につきまして、構想区域の中で医療機関、色々あると思いますが、まず、この下のグラフがありますが、A病院といった公立病院があったとします。では、その実績、例えば手術の件数を見た場合、その実績が、実は近くに同じくらいやっているような民間のB病院があったとしたら、では、そのB病院さん、もしかしたら、代替の可能性はあるんじゃないかといったこととか、また、その区域の中のC病院、D病院といった病院があって、では実際、手術件数を見たら、全然少なかったりします。そしたら、その機能って、A病院とかB病院が担えるんじゃないかといったこと。

その際には、②の部分を見ていただけたらと思いますが、この下の図ですが、D病院さん、離れています。そこにしかない病院だった場合は、いくら少なかったとしても、そこにいますよね。そういった①、②のようなことにつきまして国のほうで分析をして、代替可能性があるような医療機関というものを今後、通知してくるといった中身になっております。

その通知結果を踏まえ、③で、この地域医療構想調整会議での再検証が必要になってくるといったかたちになっております。

もう一回8ページに戻っていただけたらと思いますが。

そういったかたちで、全国一律で分析した結果というのが公表される予定になっておりますが、この四角囲みの下のほうから、②の部分を見ていただけたらと思いますが、なおのこと、その中でも一律、日本全国で公表されるんですけども、その中から国が重点的に力を入れてやるよという区域が何区域か設定される予定になっております。

その区域につきましては、県というよりは国が直接来て助言しながら進めていくといったような区域も設定される予定になっておまして、まだ、今、医療機関名もどこが区域になるかも未定なんですけれども、高知県、病床が人口当たり多いなど全国的にも有名な部分もあるので、こういった区域にも設定される可能性はあるのかなと考えております。

現状では未定ですので、今後、まだ、いつに公表されるか、どの医療機関が公表されるかというのも決まっておきませんが、公表された際には、まずは公表された医療機関等に相談というか協議させていただき、調整会議での協議も必要ですので、できれば、この調整会議の随時会議で協議をしていくような形で、考えております。

最後に、現在の病床転換の進捗状況については、報告させていただきます。

現在、地域医療構想の達成のため2025年に向け、病床の必要量の推計を参考に病床の転換を進めております。直近の動きとしては、本県で過剰されている慢性期については、介護療養病床の廃止が決まり、その転換先として示された介護医療院への転換が順調に進んでおり、9月末現在では300床、今年度内には約1500床が介護医療院への転換を実施する予定となっております。引き続き県としても支援を続けていきたいと考えております。

以上で、医療政策課からの説明を終わらせていただきます。

【質疑応答】

(議長)

はい、どうもありがとうございました。委員の皆様から何かご質問、ご意見ございますでしょうか。先ほど医療政策課の方からもお話がありましたように、先日の新聞報道の公表というのは、あくまで国が一定のデータだけを元に公表したということで、いろんなところからご意見をいただいているところでありまして、今後調整会議もしくは随時会議でこの地域の実情に合ったきめの細かい議論を進めていくことになるかと思っております。

(事務局)

一つ説明が漏れましたが、また随時会議で協議させていただきました内容につきましては、こちらでもご報告させていただくようにします。

(議長)

ほかいかがでしょうか。外来医療計画の外来医師の偏在指標につきましてもいくつか医療関係者の先生方には違和感といいますか、現場の肌感覚と違うところもあるかと思っております。特に私が思ったのはこの外来偏在指標というのは診療所の外来でデータを取ってるんですけども、この地域は病院でも結構たくさん外来診療を行っていますので、病院の外来についてもデータを蓄積して一緒に考えないとこの外来医療計画の正確な偏在指標の評価にはならないのかなと考えております。それにつきまして、医療政策課の方お願いします。

(事務局)

おっしゃるとおり、この外来医師偏在指標は国で定めている診療所に基づくデータですので変えようがありません。実際、高知県は病院で外来をしている割合が全国に比べて高い状況があります。そこは協議の場でご説明しながら一緒に考えて進めてまいりたいと思っております。

(議長)

ほかいかがでしょうか。

(J A 高知病院)

公表された数字に明らかな誤解があるんですけど、例えば当院の病床稼働率が 46%とありますけどこんなことはありえない。と申しますのも、この数字の根拠となっている対象期間に病棟の一部を休床や再開したりすると、その時期には病床数や稼働病床数が実情と違うように算定されてしまっています。うちだけでなく他の医療機関も同様ですので、それを一回フィードバックしていただいでぜひとも実情を示す正確な数字にしていきたいと思います。

(議長)

おっしゃるとおりだと思います。公的病院の中にも市町村別の自治体病院とそれから J A や J C H O のような全国組織の公的病院とはまた違った視点もあると思いますので、そういった部分からもさらなる検討が必要かなというふうに思います。

ほかはいかがでしょうか。そうしましたら、この調整会議の方は以上で終了させていただきたいと思います。

それでは続きまして、日本一の健康長寿県構想南国・香南・香美地域推進協議会に関する事項に移ります。まずは、南国、香南、香美市で実施しております在宅医療・介護連携推進事業の取り組みにつきまして、香南市から報告をお願いいたします。

(2) 日本一の健康長寿県構想南国・香南・香美地域推進協議会に関する事項

ア 三市在宅医療・介護連携推進事業の取り組みについて

イ 本人の意向を尊重した地域包括ケア体制について

【意見交換】

(会長)

資料 4 を中心に、地域急性期病院等の後方支援による本人の意向を尊重した地域包括ケア体制の強化について、現状や課題、目指す方向性等が共有できたのではないかなと思います。これから委員の皆様との意見交換に移りたいと思いますが、項目をこちらが指定しながら進めたいと思います。

まず資料 4 の 3 枚目の番号 2 番 3 番、この項目からご意見をお伺いしたいと思いますけど、特に医療・介護従事者の確保困難と高齢化、それから開業医の継承問題について委員の皆様から現状や課題それぞれの取り組みがございましたらご意見をお伺いしたいと思います。まず、医師会の方からご意見をお伺いしたいと思います。

(委員)

もう長らくここで開業してまして一番最近思いますのは、開業医の継承が少ない。子どもはいるのに高齢者になって段々辞めていく。後継者がいるのだけれども継承しない。そういう医療機関が非常に多くなっています。何で継承しないんだろうと考えてみると、医師の子どもがいるのに継承しないのは継承する前に書類を提出するといった事務的な対応に追われて、大半のドクターにとって一番楽しい実際の患者を診て治すということが一番の意欲をもって楽しいことであるのに、書類を書いたり文章を考えたり、行政からの基準を保つためにいろいろなことをするのが非常に煩わし

いことなんです。何人もいればそれに対応できますけど、一人のドクターではそれを行うことが大変なので、それが一番の問題だろうと思います。医療をすることが嫌ではなくて、医療するのは僕が知っている限り皆さん大好きなんです。やりたくてたまらないけど、そのためには、条件がいっぱいつけられる。そこは問題ではないかと思ってます。

(議長)

ありがとうございました。それでは、土佐長岡郡医師会の私の方からも、医師の働き方改革について、国が医師については働き方改革として5年間の経過措置ということで、時間外労働の上限を設定してそれ以上を超えないようにしています。一番は医師の健康確保ということなんですけども、過重労働を軽減させようという目的ではあるんですが、現状でやはり救急医療の現場であったりとか僻地医療とかそういうところの研修教育の現場というのは夕方5~6時以降は上の先生について背中を追いかけて勉強する。我々の時代はそうでしたけれども、それで成り立ってきた部分が非常に大きかったと思うんですね、これを機械的に時間外労働を設定してしまうとそれができなくなって結局は人数でカバーしないとイケないということになってきますので、ただでさえ医師数の少ない中山間地、僻地それから救急医療の現場、高知県のような医師偏在の現場では非常に大きな問題になってくるということになります。ですから、効率的な医療提供体制をつくってできるだけ日中でできることは日中ですとか、それから連携することによって自分たちの不得意な部分とか専門外の部分をカバーするとかそういった考え方が今後ますます必要になってきて、そのためには後から議論になりますけど、住民の方のご協力も必要になってくるということで、ひいては、この地域のネットワークづくりというのが、大事になってくると思いますので、医師の働き方改革だけで終わらないというふうに思っております。これ非常に難しい問題でして、5年間で特に大きな病院がこれからどういう体制をとっていくかというのを皆さん頭を悩ませながら考えていくことになってきますけども、これは我々後方支援的な病院であったりとか、かかりつけ医もそれに協力することも大事だと思っておりますので、そういう視点でまた皆さんと一緒にこの場で協議を続けていきたいと思っております。

(委員)

大学は大学内の勤務時間と大学以外の勤務時間も合わせて計算しないとイケないので、厳密に上限を決められてしまうとどうしても大学にウエイトを置かなければイケなくなる状況にありまして、そうすると外へ行く時間を減らさないといけなかったりして、あまり厳密にやりすぎるのもどうなのかなと思うところで迷いがあるように聞いています。

(議長)

ありがとうございました。大学の内外で勤務している分がすべてカウントされるということですね。そうすると、大学病院から民間病院に当直で行ったりとか、非常勤で行っているその勤務時間も全部カウントされますのでオーバーしてしまうと外に出せない。そうすると、派遣される側の地域の民間病院の医療も縮小し、悪循環になりかねない。急激にそういうことにはならないと思っておりますけど、非常にどの大学病院も頭を悩ませているところだと思います。

続きまして、在宅の歯科診療を支えている歯科医師の立場からご意見をいただいてよろしいでしょうか。

(委員)

香南市の先生が今現在 60 代前後、55 歳から 65 歳の年齢の先生が多いですし、その先生方の後継者が少ない。香美市は、若い先生が多いですので問題ないんですけども、香南市や南国市は非常に後継者がいない。新規に開業されてる先生があまりいないということで、香南市や南国市では 10 年後には歯科診療所がなくなるのではないかなと、次々と閉院する可能性があります。

それで、土長南国地区と香美香南地区で地区は分かれてるんですけども、合併という話も歯科医師会の中ではあります。そうしないと皆さん歯科医師会の役職を持っていますので、今 65 歳過ぎてもやっぱりそれをしなくちゃいけないとかいうふうなこともありますし、高齢化が進んで、訪問診療に行くにしても歯科機材が大変重たいですので、70 歳過ぎたらそれを持てるのかなあという不安もあります。

(議長)

なかなか厳しい状況の説明ありがとうございました。続いて看護師の立場から、看護師も確保、特に医療施設や介護施設の現場での確保が難しくなっておりますけども、施設、病院、診療所、そういったところでの確保の観点からですね、看護協会からご意見いただいてよろしいでしょうか。

- ・療養施設や診療所等の医療従事者の高齢化について
- ・居住系施設の医療体制等について

資料 4 の地域急性期病院と特別養護老人ホームの間での情報共有だったり後方支援というところでうちの病院と施設がやることがすべて正しいことというふうにも思いませんが、ただこういう形で今情報共有をして比較的うまくいってるんじゃないかなというふうに思っています。これが将来的に香南市全体であったり香美市まで含めてであったり、地域地域で完結できるようになればいいなというような思いもあってちょっと一例でお話をさせていただけたらと思います。

医療法人公世会野市中央病院の方は、171 の病床がありまして、病床の内訳はこのようになってますが、急性期から慢性期までの入院治療に対応して、24 時間の救急医療の提供というのに努めています、二次救急病院となっています。社会福祉法人公生会特別養護老人ホームオーベルジュの方は全室個室というユニット型の特養としてまして、50 名のご利用者それからショートステイ 10 名、デイサービス 30 名というような形でお預かりをさせていただいています。

オーベルジュというのは、当院の先代の院長であります公文名誉院長それから当院の管理部長でありまして社会福祉法人の理事長をされてます藤田というものが、医療に強い施設を作りたいという思いで立ち上げたというのを伺っています。その思いで 13 年間を要しておりまして、名誉院長の方からも 171 床の病院だけを診るのではなくて、この 50 床の特養も同じような形で診ていってほしいということはよく聞かされています。ページめくりですけど、オーベルジュの向かいに当院があるという比較的恵まれた距離というところもあるんですけど、隣接してるという距離になっています。

その次ですが、一般的に特養においては、ご利用者の特に夜間急変が生じた時の対応というのは救急車を呼ぶという回答が実はやはり 7 割を占めているようです。しかし、オーベルジュの方では開所以来救急車を呼んだことは一度もありません。それをすべて急変時も含めて当院で対応するという

ことをしています。もちろん当院で対応ができないという場合は、高次の医療機関に送るというようなこともあります。そこは家族との話し合いの上かなというふうに思っています。

次ですが、病院と施設の連携といってもその患者さんの情報とか対応とかいうことだけではなくて、例えば感染対策なんですけど、現在病院の方には2名のICD、ICDと言うのはインデクシオンコントロールドクターと言いまして感染コントロールドクターのことなんですけど、そういった方から施設の方も指導を受けて流行性の感染症、インフルエンザだったりとか、最近では、耐性菌ということが問題になっていますので、そういうことにも相談に乗って指導にあたってることがあります。病院の方で行う感染対策の勉強会についても参加を進めて施設内の感染対策に生かしているというようなことが言えます。

それから二つ目ですが、医療的ケア、それから専門職の介入を通しての連携ということも行っています。近年は介護職員が喀痰吸引を行うなどの医療的なケアが高まりを見せてるんですが、オーベルジュは基本的には医療的なケアは介護職員はさせていません。夜間に吸引などを必要とする緊急時には当院の外来の担当看護師であったり、医師が訪問して対応するというような形をとっています。それから、グループ法人として、職員、特にリハビリの担当者とかを出向させたりということをしてまして、高齢になってくると嚥下をするにあたっての姿勢であったりとかそういうポジショニングの問題なんかが出てきますので、そういったところをアドバイスしてることが挙げられます。こういった連携をしてるというのが強みなのかなというふうには思います。

次ですが、医療的上申の流れということをちょっと上げさせてもらっていますが、何かがあれば病院に任せるというだけではやはり医療の体制というのは脆弱になってしまうのかなと思っています。介護職員が多い中で、そのご利用者様の病状的な問題の把握を施設側がいかにか早く行うかということとはものすごく大事なことかなというふうに思っています。こういった形で、各時間帯での担当者がご利用者様の情報を集約して一日で7回情報共有をするというタイミングの体制をとっています。何かがあった場合には速やかに施設長それから配置医師から病院の方にも連絡を取られまして、すぐに病院を受診というような段取りをしています。こういった上申を毎日繰り返すことで職員一人一人が、ご利用者様の異常発見というのを早期に見つけることができるという大切さを意識して健康維持につなげられるのでないかなというふうに思っています。ご利用者様の状態の観察をより深く行うためには、介護的な会議はやはり不可欠かなというふうには感じてます。一般的な施設では、事務室に看護師がいて何かあれば行くというような形ですが、オーベルジュの看護体制としては4つのユニットの中にそれぞれ看護師を一名ずつ配置して、そこを把握する主任看護師というのを置いています。その次、ここもものすごく大事なことかなというふうに思うんですが、看取りへの取り組みというところで近年では看取りの機会というのも非常に増えています。オーベルジュでは現在入所の段階ですべてのご家族に対して、急変時に延命治療をどこまでするかという具体的な意向を確認しまして終末期に至るまでの栄養の手段であったりとか、看取りを施設で希望するのかどうかというところも含めて意向確認書という形で取っています。今してることがその情報というのを病院の方に申し送りをしまして、患者様が病院を受診した時にカルテを開けば急変時どういう対応するかというのが一発でわかるような体制をとっていますので、最近施設の方から市内の病院に運ばれて延命しないと言ってた方がされてという話もずっとあると思うんですけど、そういったことが切ないということにも徹底をしています。オーベルジュでの看取りの場面というスライドの写真ですけど、ご本人の慣れ親しんだ好きな家具とかを持ち込んだような部屋で最期を迎えていただきます。看

取りケアに入る前の最終的な検査やご家族の説明。看取りケアや意向に対しての同意書。それから看取りケアプランについて家族に同意をいただきまして、看取りケアの取り組みを開始します。そして最期の看取り、見送りをするまでの過程において 24 時間体制で病院と配置医師が関与して看取りケアが実践されています。

オーベルジュでは看取りを行うに当たりまして、苦痛を伴うような医療的な処置は何も行わないということを徹底しています。看取りのケアとして動き出した時点から、注射針一本刺さないケアというのを開始しまして、酸素だけは使った方がやはり呼吸は楽になるかなというような形で対応させていただいています。

現在医療機関におかれた課題としましては、在院日数の短縮だったり在宅復帰率の達成、重症化した患者様の受け入れ先がないなどが挙げられます。当院でも同様ですが、救急病院であるがゆえに、入院により重症化してしまってもとの施設や自宅に戻れない、あるいは医療がそばにないからと受け入れを断られるようなケースも増えています。しかし、医療資源の提供がなされない患者様は介護へ移行していくべきというのが国の方針でもあると思いますし、その役割をどういうふうに果たすかというのが、医療と福祉の連携のあり方にあるのではないかなというふうには感じています。その役割について考えたときに、医療機関側として介護施設に望むこと、また医療機関側からサポートすべきことは医療を必要とする方を医療の側から介護、つまりは生活の場へ移行していくこと。それからそのための受け皿としての体制づくりということにほかならないと思っています。こうして医療機関側、介護施設側が双方に努力を続けることで、一人の人生を互いに支えるということができるのではないかなと思っています。

それから院内の情報の集約というところで、これは病院の方での取り組みなんですけど、当院では院内の情報の集約ということに努めていまして、入院する時から一名の医療ソーシャルワーカーが担当としてつきましてこれまでの生活や今後の意向を把握して、毎日多職種でベッドコントロールの会を行いまして、時々そこにも施設の職員が出てくるというような形での情報共有を行っています。

こういったところが参考になるかどうかというのはちょっとあるんですが、医療と介護の連携の縮図というふうに思ったりもしますし、何より地域の患者様ご利用者様への貢献ということに繋がっていくのではないかなというふうに思っています。

(議長)

素晴らしい取り組みのご説明どうもありがとうございました。非常にお手本にすべきところかなと思いますけども、情報提供としまして続けてさせていただきたいと思いますが、救急搬送に関する消防の状況につきまして、事務局からご説明をお願いします。

(中央東福祉保健所 地域包括ケア推進監)

資料 7 ですが、これは県内に 15 消防本部があり、その救急担当者会議が先日ございまして、その際の資料を少し改編したものになります。その担当者会の議題の一つに心肺停止の際に蘇生拒否の患者への対応ということが議題にありました。こういった対応については国の方での統一のルールが検討されていたようですが、総務省の消防庁の方では、この夏に現時点对応方針の策定は難しいという見解が示されたということでございます。そうした中で、高知県でもそういったルール作りが

可能なのかというのが議題でございました。

回答の一つとして、県の方で各消防本部の実態と申しますか状況についてアンケート調査をしたものがこの資料 7 です。問いにありますように、心肺停止時に家族等から蘇生拒否された場合の対応をどうしていくかの現状でございます。結果として、拒否をされたとしても蘇生措置をして搬送するのが 8 消防、約半分。中止するというのが 1 消防。その他が 6 消防ということで、その内訳が書いてございますけども、中止の場合ということであっても、医師、かかりつけ医、主治医の指示を確認するか連絡を取って判断をしているというのが現状であるというところになっています。また、現在は蘇生措置をして搬送している消防でも、過去には、家族から申し出があつてかかりつけ医に確認すると、生前の本人、家族、医師の間で確認ができており医師から中止の判断の指示があつた場合に不搬送とした事例があるということです。要は、かかりつけ医との関係、本人や家族の意向を尊重するという点においては、かかりつけ医との確認、意思疎通がポイントであるというのがこの資料で示したかったところでございます。

それと、資料 10 の方で保健監から説明もございましたが、資料 10 で見ていただきたいのが、最後の 16 ページにこれは長崎県の事例ですけどこの手引きの検討会メンバーが出ております。このメンバーを見ていただくとやはりこういったことを協議する際、医師会、訪問看護ステーション、介護支援専門員、各施設、消防、市町村など、こういった関係者が集まって協議をしていくこと。この場合は看取りのあり方について関係者が合意形成をしていくことが重要で、その結果としてこういった手引きになっていくというものではないかと考えているところでございます。救急搬送ということだけではなかったですが、資料 7 と資料 10 の説明です。

(議長)

ありがとうございました。もう一つ最後に情報提供として、アドバンス・ケア・プランニングについて、なぜ今この取り組みの推進が求められてるのか、具体的な取り組み事例として嶺北地域での取り組みについて事務局から説明をお願いいたします。

・ACP (アドバンス・ケア・プランニング) について

(議長)

それでは情報提供はこれで終わります、ここから意見交換に移りたいと思います。病状急変時の救急搬送の対応や看取りの対応、それからACP、人生会議の取り組みについて各委員の皆様からご意見をいただきたいと思います。

【意見交換】

(委員)

南国市での取り組みにはなりますが、今現在ニーズ調査で地域の生の声を聞きに行くということ、民生委員と共に行ってる段階です。その中でも、やはり医療や保健についての声もあることを担当からも聞いておりますので、そういった声もこの場やほかの場で共通認識できる場所があれば報告もさせていただきますし、一緒に考えていただきたいことも出てこようかと思っておりますので、そのときはまたご協力をよろしくお願いいたします。

(委員)

今現状としては、なかなか薬局の薬剤師が最期の看取りに関わるということは少ないのが実状ではあるんですが、今後在宅が増えてくるにつれて薬剤師もどんどん看取りに関わってくることが増えてくると思います。私自身も高知市の事例ではあるんですが、訪問時に患者さんの呼吸が止まりまして、すぐに訪問看護師とか主治医の先生に連絡をした記憶があります。我々薬剤師も、今後はそういった看取りに対しての知識というものを深めていかなければならないなというふうに考えております。

(委員)

看取りに関してはやはり情報共有をどうやってするかというところも本当に大事なことだと思いますし、当院とオーベルジュの場合は同じ電子カルテを置いて、ドクターもよくわかっている恵まれた状況にあるからできてるといふ24時間対応できてるといふようなところもあったりしますので、今後はぜひ「高知あんしんネット」等のネットワークできちんと繋がって、ドクター自体も持ち分で作ることを分けていけば、いろんなことが地域で対応できるんじゃないかなというふうに思います。

(委員)

看取りに関してはやはり家族がどういう希望であるかというのが看取りができるかどうかの境目だと思います。今、野市中央病院長からオーベルジュの話もあったんですけど、針一本刺さなくていいという、そういうような希望のある家の場合でしたら我々開業診療所の医師も対応できます。やはり何とかして欲しいという希望の患者ではなかなかハードルも高いので一般的にはちょっと受け入れがたいんですけども、普段落ちついてる人を往診に行くことが多いんですけども、たとえば肺炎の疑いが出たときにやはり受け入れてもらえる施設があると非常にやりやすいです。現状は比較的受け入れてもらえてるので最初思ったよりは、順調にいったんじゃないかなと思ってます。それも数の問題で少人数だったらということで余りにも人数が多くなると一人診療所ではちょっと対応できないところもあると思います。現状ではよくやってもらってると思います。

(委員)

看取りはしてないんですけども、ごくまれにある場合は、医療職の場合は看取りにある程度慣れてますけれども、ご家族にとったらすべてが初体験で、どんどん状態が変わるその度に意見が変わる、家族の意見が微妙に変わってくる。それは当然なんですけどもうそれに対応できなくなることが実は多いんです。ご家族だけで話ができてましても親類の者が来て当然変わったり、いきなり救急車を呼んで搬送してしまうとか、だからどこまで話をしておくか話をしてもいつそれが反故にされるか。ということととにかく難しいということしかわかりません。

(議長)

私は医師会の立場としての発言ですけど、このエリアは比較的病院とか診療所がある程度確保できてる地域だと思いますね。オーベルジュのように後方支援がしっかりされている施設ばかりだったらいいんですけども、そういった連携が残念ながら取れていないところもまだまだあるというこ

とで、医師会としてできるとすれば必ず施設の周辺に病院とか診療所があると思うんですが、そういった近くの医療機関ができるだけ後方支援として関わられるような体制ができないかなということですね。初めて診る患者さんであれば夜間に急に頼まれると、診たことがないのでということでお断りすることも多いと思いますけど、嘱託医として関わっていただければ別なんですけど、そうでない先生であっても情報提供をいただいて最寄りの医療機関なのでこういった患者さんがいますとか、それから急変時にはこういうふうな希望をされていますとかそういった情報を共有できるような体制があれば、もう少しお手伝いできる医療機関が増えるのかなというふうに思っております。こういった方法でやるかというのはなかなか難しいかもしれませんが、そういった地域の小さな医師会だからこそ、そういった連携ができるのではないかなというふうに思います。ACPについても、日々の日常からそういった話をかけつけの先生が患者さんやご家族としておくと、たとえ夜間とか休日であっても、もう方針が決まっているのでそれほど大した負担にならないから診てもいいですよというふうな方向に行くのではないかなというふうに思いますので、医師会として組織としてそういった取り組みを少しずつ進めていきたいなというふうに思っております。

(委員)

医療従事者の高齢化ならびに医療従事者を確保するというのが非常に大変なんじゃないでしょうかね。特に先ほど看護師をどういうふうにして具体的に確保するかというお話もありました。本当になかなか従事者を確保するのが大変なんじゃないだろうかと思いますと同時に、もう一つ、例えば先ほどの継承の問題ですが、最近南国市で何軒か院長がいなくなったわけなんですけど、その中でやめてしまったところも三軒くらい。継承してもらったところもあるんですが聞いた範囲ではなかなか大変なようで、どう大変なのかわからないんですが、変な話ですけど行政的な手続きがなかなか大変なのかもしれませんし、できるだけ優しくしてくれと言うつもりはもちろんですけど、スムーズに手続きできるようにしてもらいたいと思います。

(委員)

アドバンス・ケア・プランニングに関しては、皆さんご存知のように統計では自宅で亡くなりたいという方が多いんですけども、実際は医療機関で亡くなっていると。できるだけ患者の要望に添えるようにしていきたいと思っています。当病院は後方支援病院として契約を結んでいる介護施設等の皆さんに集まっていただいて交流会を年2回しています。顔の見える関係とか言いたいことを言える関係に持って行って、介護施設の方々の医療記録を情報共有して、急変に対して何とか希望に添えたいというふうに考えております。

(委員)

ACPに関して以前からICTの中に導入したいというのは思っていました、他の圏域ですけども消防からも搬送に関して情報が見れないかというような意見もありましたので、ACPのことも導入してやっていきたいなということは考えてます。「高知家@ライン」では、最終的な判断だけではなくてこの一番最初のACPの人生会議とか、「あなたが大切にしていることは何ですか」というようなそういったところからの流れがわかるようになりますので、何とか導入していきたいなと思います。

(委員)

看護としては、病院という環境の中で働いていると、なかなか在宅での看取りとかというのがイメージがつきにくいというがあるので、訪問看護の方に協力をしてもらったりしながら、看護師として看取りをどう考えるかというのを事例とかを通してながら知識やイメージづくりというのをうちの病院としてはやっているところです。

先日、看護協会主催で在宅で看取った事例の検討会を行いました。緩和ケアの入院を希望されてただけけれども、病院まで30分以上かかり高齢の家族がお見舞いに行くというのもちょっと現実的には難しいということで、組めるケアプランを使ってできるだけ在宅で、看取れる環境を整えた事例を紹介いただきました。奥様が看取られ満足して最期を迎えたということで、よかったんだけどもそうなるまでにはかなり葛藤もあって大変だったというようなことをお話してもらいました。在宅での看取りのイメージがなかなかつかない、最期はやはり病院でお願いしますというようなことが多くて、看取りたいという気持ちもあるんだけど、何かあった時どうしようとかこうなったらどうしようという不安があるということで、やはりかかりつけの先生との連携、何かあったときはすぐ対応できますよというような何かこう安心できるような保証みたいなものがあるともうちょっと進むかなというふうに思いました。

(議長)

住民の方へのわかりやすい説明が必要だと思います。

(委員)

私のところのステーションは24時間ではないので、看取り自体があまりないんですけど在宅で看取るとなれば本当に家族の方の受け入れもそうなんですけど、ご本人がその告知を受け入れているかどうかというのでもお家で死にたいという方もいるし、その告知を聞きたくなかったとまだ死にたくないというふうに言われてる利用者の方もおいでるので、受け入れをどのように私たちがそのサポートしていくかと、家族もやはり受け入れができない方がおりますので、家族の方にどういうふうに持っていくかというか、赤の他人ではあるのでそんなにぐいぐいとはいけないんですけどご本人の希望に沿って家族の方にどういうふうに支援をしていくかというのも在宅では課題かなと思います。

(議長)

はい、非常に大事なポイントであると思います。

(委員)

今日初めてなんですが「人生最終段階の医療・介護についての要望書」というのを見せていただいて、この中に食べれなくなった時の栄養方法、自分で選ぶという項目があるというのにすごく感動しまして、この段階に行くまでに栄養士もできることがもっとたくさんあるのではないかと、地域でもっと支えられることがあるんじゃないかということのを再認識したところです。それで、自分らしく人生を終えるためにはやはり食べること、口から最後まで食べれるということが大切なんだと

いうことを再認識しましたので、どういうふうにしたら地域で専門職が支えていくことができるのかということのをこれからは考えていきたいと思いました。

(委員)

私は高齢者で一人暮らしの方がたくさんいるところに住んでおまして、この看取りということは私たちは難しいんですけども、具合が悪くなったということで電話がかかり、救急車を呼んだりとか昼間でしたら近くの診療所からかかりつけの先生が来てくださいます。地域包括支援センターや社会福祉協議会と密に連絡を取りまして、要配慮者台帳というのを作っていますが、任意なので登録しない方もたくさんいますし、家族がどこにいるのか、一人暮らしでも親戚がどこにいるかわからない場合がたくさんあります。高知市の病院へ診察に行かれてる方もたくさんいますけども、できるだけ近隣の先生のところを紹介してもらい、そちらでお薬とかもいただいではどうか、何かあったときには近くの先生が来てくださるよというふうなお勧めをしたりしています。

(委員)

私はこの看取りという経験がなく、こういう専門でもないものでよくわからないんですけど、私は家族との話で延命治療はしないと。そして、苦痛を伴う医療的な処置は何も行わないでということが希望でございます。

(委員)

医師とか看護師さんの不足の問題ですが、私も昭和 47 年、今から 50 年近く前「老人生活」という本を読んでおりますと、二つだけ気になったことがあったんですが、一つは、今から 40 年 50 年したら人手がなくて介護人が少なくなり外国から雇わないかんよになると書いておりました。それから、介護人が外国から来ても十分な介護が受けられないみたいなことを書いておりました。そのときものすごくショックを受けたんですけど、本当にそういう時代が来たんですよ。もう 50 年近く経ちますし、もう 10 年、20 年前から人手不足は言われておりましたけど、医師、看護師、介護人を見ても対策をどういうふうにするかとか国とか県とかがやってきたかなと今でも思います。もう私たちよりやはり皆さんここにおられる方の方がもっと深刻になるんじゃないかなと思っております。

終末期のことですけれども、私の祖母が孫たちも集まった中で亡くなりました。私はその時に自分もこんなふうになりたいなあと思ったことですけれども、それも 20~30 年前のことですけれども、延命治療も必要ないし、友達同士ぼけないためによくランチをしたり遊んだりしてますけど、そこでよく言われるのは延命治療はしない。それから認知症にはなりたくない。この二つはみんながよく言うんですよ。だけど私はこの間、虚血性大腸炎になりましてものすごく痛かったんですが、脂汗がタラタラ出るわ涙が出るわでもう本当に救急車呼んでと思いましたが、誰も近くに家族がいなくて本当に辛い思いをしました。ぼけても良いから痛いのは嫌だと思っております。それから、エンディングノートを息子が書いておきやと買ってきました。まだ書いてませんけれど、きっちりと書いておこうと思っております。

(委員)

ちょっと話がずれてしましますが、私は右手右足の麻痺と失語症を患っておりまして、今 17 年経

っております。当初は医療関係者、セラピストの方々に悪態をついて、「私たちの苦しみがあなたにわかるのか。」というような言い方もしたと思います。ところが、僕の中学校の時の同級生の息子さんが理学療法士になられて4月に就職されて年末におじさんのところで自らの命をなくしました。その時に、この病気で苦しんでるのは僕らだけじゃないんだと、これに苦しむのは医療を担当してくれる若い人たちも本当に悩んでるんだというふうに思いました。それがいろんな意味で両目が開いたきっかけでした。そして、今この会を見て偉そうにすいません、どうしてもみんな他人ごとにもなっているだろうと思います。それをやはり自分ごとにしていって、例えば、先日、身体障害者連盟の会で講演をしていただきまして、いろんな各地の会長と話をしてしましたら、「身体障害者のメンバーが所長さんと話し合いをする場面を見たことはない。」と。つまり、そういう場所の設定を全くされていない、要するに支援される側に固定されたままでいるということで、例えば今日の会の中でも一つみんなの連携がものすごい大事だと思うんですが、看取りというものを例えば一人が何ができるかと言ってできるはずがない。それじゃなくて、例えば今の栄養士の方と歯科医師と言語聴覚士たちがそろってそこにまた当事者である人達も入って、そしたら「この人たちで開く勉強会ってどんな勉強会になるだろうね。」というような前向きな話になっていくと、一風進んでいくんじゃないかなと。医療のベッド数の話も、ベッド数に合わせてみんな病気になっているのではなくて、病気の人たちが入院するからベッド数が生まれてくるので、ベッド数を先に決めるというのはどうも僕らには理解ができない。どうしてこういうベッド数にしなくてはいけないのかという話からしてもらわないと、本当に理解ができないのが正直な気持ちです。どうか皆さんと一緒に連携ということをこういう場で声に出していただけたらありがたいなと思います。

(議長)

貴重なご意見ありがとうございました。本当にわかりやすく住民の方に伝える手段ももっと発信しないといけないと思います。

(委員)

私もこの資料9なんかを見させていただきながら、もう少し勉強しなければいけないなと思ったところでした。看護師さんの方から在宅での看取りのイメージがつきにくいんじゃないかというようなことのお話もありました。本市の方で、今年度は、小笠原先生の「四万十～いのちの仕舞い～」という映画の上映会をさせていただいて住民の方に見ていただきましたけども、やはりそうやって啓発の機会を持つこともすごく大事なことにだなと思っております。また、いろいろと検討しながら取り組んでいきたいと思っておりますのでよろしくお願いします。

(委員)

初めてこの会に参加させていただきましたけれども、いろんな意見があって大変勉強させていただきました。まだまだわからないことがいっぱいですけどやはりいろんな部署が連携していくことと、それからやはり看取りについてはもちろん私もですけど自分が死ぬときに私はこう死にたいと言っても、やはり家族の人とか周りの人の理解がないとなかなかその通りにならないんじゃないかなというのはなんかすごく想像がつかまずし、消防の方にも話を聞いたときには、やはり家族の方がどうしても送ってもらいたい、助けてもらいたいということで呼ばれるので、なかなか蘇生

をしないわけにいかないというような現状もお聞きしたことがあるので、これから考えていかなければならないところかなと思いました。

(委員)

本人と家族の意向なんですけれども、介護のサービスを利用するときからすでに本人抜きのケアプランになっている家族の意向プランになっているということは、すでに介護を受けている現状の方からも出てきているところだというふうに思っています。それから看取りのことについても、ACPのことについても、もっとこう具体的に漠然と看取りや延命治療を受けたくないわというふうに言う方もおいでるかと思うんですけれども、じゃあ延命というのはどういうことなのか、どういう処置を本当にしないのかという正しい知識や理解をしていただけるようにするために、市の方からも普及啓発をする必要があるかなというふうに思っています。住民さんはすごく看取りについても、エンディングノートについても関心が強くて、エンディングノートはないですかと窓口に相談に来られる方もおいでますし、香南市の方でもこのとんからりんの家の活動の「おぼえがき」を大量に購入させていただいて、5～6年ぐらい前に地域に向けて普及啓発をさせてもらったところで、今もエンディングノートの方は無料で配布もさせてもらっているんですけれどもやはり継続が普及啓発には必要だなというふうに思いました。土佐町では働き盛りの40代、50代のうちから生涯学習として取り組んでいるということもあったので、高齢者だけではなく高齢者を支える方が自分のエンディングというのを考えることも一緒にやっけていかないと、本人抜きになっていくんではないかなというふうに思っているところです。

それから連携のところでは、地域の方で訪問看護等が活躍をされてますけれども、24時間対応で動ける訪問看護ステーションというのが限られているということと、それからその往診、訪問診療ができる医療機関が限られているということについては、ご本人がご自宅で最期を迎えたいと言ってもそれを支える仕組みというのが整っているかと言われると整っていない部分もありますし、かかりつけの先生に看取ってもらいながら在宅で最期を迎えたいというのがなかなかできないというのは現状としてあると思います。ですからその訪問看護ステーションも、D委員が言われたみたいに、訪問看護ステーションを支えるステーション、ステーション同士の連携というのも必要かなというふうにも思いますし、在宅のサービスが居住系の施設や特養に入って行きにくいので、地域の中で最期まで看取っていくというのであれば、施設や在宅という枠もこれから越えて連携が必要なのではないかなと感じました。

(委員)

香南市では野市図書館があるんですけれども、そこで非常に終活に関する本がすごく貸し出しが多いということで、香南市地域包括支援センターの社会福祉士が終活の研修会を行っております。50人ぐらいの会場が本当にいっぱいになるぐらいになって第2回目を開催したり、また香我美図書館でも、やはりその貸し出しがよくあるということで、そちらでも終活の研修会や講演会をやるようになってます。ですので、非常に住民の方もこういう終活であったりそういう自分の意思を残すという、リビングウィルについての関心は本当に段々と高まっているようには思うところです。市の方も、またこれから社会福祉士だけでなく、医師の先生であるとか専門的な方のお話の研修会もこれから計画をしていきたいと考えているところです。

(委員)

今回初めて参加させていただきまして、皆さんとの連携が大事なこと、またいろいろな職種の方の意見が聞けて大変ありがたかったと思います。皆さんが言われてますように、看取りや本人より家族の意向で決定されることなどがありますので、地域住民への啓発が大変重要であると考えまして、三市の検討会で検討したり、また南国市独自でも何か普及啓発していかなければと思っているところで、今年南国市も初めてエンディングノートを作成しまして、地域のいきいきサークルにお話しに行ってお配りしたりしているところです。これからも普及啓発を続けていきたいと思っています。

(議長)

はい、ありがとうございました。委員の皆様からの貴重なご意見もたくさんいただきました。本当にありがとうございました。あとやはり住民の皆様にはわかりやすい説明をすることとそれから皆さんおっしゃってたように、多職種で連携をすること、多機関で連携することこれに尽きるかなと思います。先進的なオーベルジュの取り組みは本当に我々が医師会としてお手本にもしながら組織として取り組むべきところも大きいかなというふうに思っております。まだまだこれからやらなくてはいけないことが多いんですけども、繰り返しこの協議会もしくはもう少し小さな会議で具体的な取り組みを進めていければというふうに思っております。最後に何か皆様方でこれは言っておきたいというふうなご意見がありましたらお願いいたします。よろしいでしょうか。

では、最後に田上保健監から本日のまとめとして、ご意見をいただきたいと思います。よろしくお願ひします。

(中央東福祉保健所長)

これまで本当に素晴らしいご議論ご意見をいただきましたので、少し私の方でまとめさせていただければと思います。

まず一点目の医師不足等の人材の問題ですけれども、これは働き方改革で今後ますます厳しくなっていくであろうその中で、医療従事者の高齢化であるとか継承の問題、こういったことは医師だけでなく、歯科医師も同じく看護師さんも同じような問題がある共通する課題だということでの共通認識が今日はできたのかなと。じゃあ具体的にどうするのというところは今後の課題かと思ひます。

二点目の、人生の最期をどう迎えるのか、看取り、ACPの問題ですけれども、この部分かなり貴重な意見をたくさんいただけたと思います。本当に大きく変わってきたなと思うのは、これまで人生の最期のことはみんながタブー視してあまり議論をしなかったと。ところが、私も高齢者対象に講演をすることはあるんですが、実際の高齢者にとってはものすごく強い関心事になっているし、望まない延命措置をしてほしくないという強い思ひをたくさん持たれております。ところが、実態はご家族とずれがあるということ。また、実際の最後の医療サービスの提供の段階では本人の思ひに沿ったことができてないということがございます。ここらあたりはタブーではなくて、もっとオープンにしっかり議論をしていかなきゃいけない、普及啓発していかなきゃいけない課題だということが大体皆さんで共通できたかと思ひます。もう一つは、住民の立場と提供側の医療等の医療・介護サービスを提供する側、この両者の間でもう少ししっかりと共通した議論が必要ではないかと。これはP委員か

らご意見をいただきました。自分ごととして、両者が一同に集まった場所でしっかり議論をしていきましょうよということが二つ目に重要なことかと思えます。

三点目に、提供側についても様々な関係するところが連携協力していく必要があると。そういう意味で、野市中央病院とオーベルジュのすばらしい取り組みの一例をご紹介いただきました。こうした取り組みも参考にさせていただきながら、ご本人の思いを尊重した対応を地域ぐるみでできるようにしていく、そのステップに移行していくにはどうしたらいいのかということに関係者でしっかりと議論ができればなと思えます。そして、最終的には長崎県県南保健所の具体例がありますけれども、地域全体の関係者が共通認識して共通のルールとして取り組んでいくことができるようなそういう手引きも作り、その手引きをしっかりと応用できるような地域になっていけばいいと。要は、野市中央病院とオーベルジュでされてるようなことが、この南国・香南・香美全域でできるようになることを目標にしていけばいいのではないかなということでございます。今日は本当に素晴らしいご議論をたくさんいただきましたので、このことを踏まえて今後とも取り組んで参りたいと思えますので、よろしく願いいたします。ありがとうございました。

4 連絡事項

- ・次回会議予定：2月頃

5 閉会