

平成 30 年度第 2 回 日本一の健康長寿県構想嶺北地域推進協議会

<日時> 平成 31 年 2 月 20 日（水）18：30～20：30

<場所> 本山町保健福祉センター 一般検診室

<出席者>（嶺北地域推進協議会委員）

会長：古賀眞紀子、副会長：都築康博

委員：佐野正幸、松高栄子、吉村典子、吉本美紀、高石昌彦、権藤重治、筒井京野、中平真司、川村勝彦、公文理賀、大石雅夫、岡崎美佐、矢野信子、北村和喜、朝倉理恵（欠席：川村龍象、近藤諭士）

県関係者：医療政策課長補佐 松岡哲也、主幹 原本将史

事務局：（中央東福祉保健所）所長 田上豊資、地域包括ケア推進監 小野広明、次長 岡林康夫、健康障害課長 松浦朱子、地域支援室長 窪内悦子、地域連携チーフ 隅田裕紀、地域支援チーフ 島田千沙、主事 谷内志帆

1 開会

挨拶（中央東福祉保健所長）

2 説明・協議事項

（1）高知県地域医療構想（中央区域嶺北部会）に関する事項 資料 1

（議事録は高知県医療政策課 HP 公開予定）

（2）日本一の健康長寿県構想嶺北地域推進協議会に関する事項

①嶺北地域における医療機能の確保について

ア 嶺北地域の暮らしを支えるための医療機能の確保に向けた取組について

（中央東福祉保健所 所長 田上） 資料 2

イ 嶺北地域の公的医療機関としての今後の方向性について

（嶺北中央病院 院長） 資料 3

【意見交換】

（会長）

説明ありがとうございます。

これまで、この嶺北地域推進協議会の中では、嶺北地域の救急医療体制と回復期から在宅療養に向けての医療のかかり方などについて検討を行ってきたところです。先ほど事務局より、嶺北地域の暮らしを守るための医療機能のあり方について、また、嶺北地域の公的医療機関としての今後の方向性についての説明がありました。前段の医療政策課からの地域医療構想に関する説明も踏まえ、各委員の皆様からのご意見をお願いいたします。

特にご発言がないようでしたらこちらからご指名させていただいてもよろしいでしょうか。まず、日頃の業務を行う中で嶺北に居住する一住民の視点として嶺北地域の医療機関においてこういった機能、急性期・慢性期が必要とされるのかということの論点についてですが、まず、嶺北地域における医療機能の確保について、A委員お願いいたします。2月4日に開催された4町村首長会議で

の議論の内容も踏まえたうえでご意見をお願いいたします。

(A委員)

はい。土佐町の医療懇談会の内容を踏まえましてご報告させていただきます。

今先ほど嶺北中央病院長からご説明がありましたように、急性期の医療を確保していくということはやはりどの自治体にとっても大切な課題であるという認識はどの首長さんも共通して持っていました。そして、やはり住民が生活していく上で、救急医療を担う医療機関が身近なところにあるということは非常に安心安全な生活を保障するものでもあるということによって非常に大切であるということ。それから、やはり嶺北消防から搬送する時間を考えた時に、市内に搬送する時間を考えますと一度にそういう救急搬送が出るとは限らないんですけども、往復の時間等考えますとやはり救急搬送の需要に応え切れない事態が発生すると、それはやはり住民にとって暮らしていく上での不安に繋がるということも考えられます。

土佐町の町長からは、やはり公的医療機関の担うべき役割の一つとして、救急医療を確保するためにはやはりいくら公的な医療機関であるとは言っても一つの医療機関だけの努力だけで済まされる問題ではなくてやはり嶺北全体で支えていく仕組みを考えていく必要があるという発言がありました。

随分昔の話になりますけれども、産科が嶺北中央病院にございましたときに、存続の危機ということがあってもうだいぶ前の話で資料を探したんですけども見つかりませんでした。

当時、産科医の確保ということで、たしか嶺北でそれぞれの町村で負担をしながら産科の維持をした時期があったと記憶しています。土佐町と本山町と大川村、大豊町だったと思うんですけども、かなり前です。その当時にそうやって産科を支えようか、という時期もございました。結果として産科は存続をしなかったわけですけどもそういった経過もございますので、特に救急医療については待たないということがありますので、今後は嶺北で支えていくということが大切ではないかということを町長が申しておりました。以上です。

(会長)

ありがとうございました。続きまして、B委員さん、大川村の住民の実情を踏まえたご発表をお願いします。

(B委員)

私の方からは大川村の実情と言いますか、小さい子供とかを抱えていたら、本当に皆さんわかると思いますけど、何で今熱が出るのとか、なんで今調子が悪くなるのとかそういうことが多々あると思うんですが、そんな時に大川から高知、例えば時間内でしたら嶺北ですけど時間外とかであれば高知ということになるんですけども、その時に大川から高知へ出て行くというより、今実際西条市に向けて出る方もいるというように聞いています。やっぱり移住をして来たい方でも近くに病院がないという不安があるようです。大川にも診療所はあるんですけども週に決まった曜日の午前中だけならいますというお医者さんが多いので、なかなかその辺への不安というのは、かなりあるように思います。

(会長)

ありがとうございました。C委員さんには、それぞれの医療機関の強みを活かしていくことで住民側にとって必要な医療に繋がるかといった視点でのご意見ををお願いします。

(C委員)

住民の話店内で聞くことがあります。そしてその話を受けて、医療人の仲間として薬を扱うものとして、その二つを主に考えながら、実際に患者さんから伺ったお話をさせていただきます。

患者さんが頭が痛いと言って受診し、頭痛薬が出ました。めまいがありますと言って出ました。「先生が診察どんなことしてくれたん。」と聞いたら、「痛み止め出しちよき。めまいしたらこれ飲んじよってよ。」と言われたということで、「今日診察に行ってどんなことしたの。」と聞くと「聴診器を当ててくれた。」という人もいます。「診察台で触診は。」と聞くと「診察台の上に触診とか、なんかはぐって紫斑が出てないとか、そういうふうなものを見てもらった。」と言ってくれる人もいます。しかし、何にもしてくれん。「変わりないかよ。」と聞いて、「ない。」と答えると「ほんならいつもの薬出しちよき。」で終わる人もおると。

こういう日常の生活の中で、私は何を支えていけばいいんだろうと思いました。そして今も思います。患者さんにいつ痛くなるのと、頭が痛かったら。それで薬飲んだあとかよってわかるように説明します。「そうやね。朝とか昼とか夜とか関係なしに、昼前に頭が痛い。」と言うので治るか聞くと、「痛いことが多い先生に相談したら頭痛薬くれた。」と、そしたら私が確認します。処方薬見たらカルシウム拮抗剤という血圧を下げる薬が出てる人だとします。そうなったらカルシウム拮抗剤というのは血管がバンと開くんです。それによって血圧が下がるんですけど、急激に開くんで頭も痛くなるであろうし、めまいもするだろうし、なんかめまいっぽいふわふわした感じもあるだろうしと仮定した場合、「いつも起こる。」って聞きます。そしたら「そうやね最近そんなことがよく起こるよ。」と言われます。「そうなるとその時間に血圧測ってみてくれる。」とか言います。そういうので段々患者さんを安全な方向に導いていきたいと思いつつ、日々努力をしていますが、やはりそういう患者さんの訴えを私ができるんだから、絶対お医者さんもできるはずですし、やってると信じたいです。

しかし、透視力があるかのような診察でということをして1人でも聞くと、なんかガクッとなるので、そういうところを一生懸命触診し患者さんが痛いと言ったらどこがどんなに痛いとか、触ってここが痛いとか、ドキドキするような副作用がある薬を飲んでいたら聴診器を当てて、「ちょっと心臓の音ドキドキしてないか聞きたい。朝の薬の中にそんなのが入っているからちょっと聞かしてくれる。」と言って。もし何もなければ「大丈夫。心臓の音も綺麗やきね。」と患者さんに言ってくれます。そして患者さんがああ、安心と思って帰ってきて、私たちの作るお薬も意欲的に飲んでくれるだろうし、質問もいっぱいいろんな健康に対して、何でもくれるだろうと思います。そして、一致団結した周りにそういう病院もあるし、町民同士があそこで暮らしててよかったね。あの病院行こうあの先生えいこと言うてくれるきって言って、それを聞く。お仕事、日々の毎日の仕事、処方箋を受けながら、同じ目線で同じ仕事ができる幸せというのを今以上に味わいたいと思うので、患者さんの言葉を借りながら日々の私の薬に対する思いと一緒に話をしました。すみません、少し失礼な言葉もあったかもしれませんが、以上です。

(会長)

ありがとうございました。最後になりますがD委員さん、それぞれの医療機関における医療機能のすみ分けなど今後の嶺北の医療にとって必要な視点についてのご意見をお願いいたします。

(D委員)

ちょっと上手くいえるかどうかわかりませんが、前回と大きく変わったなというのが、第1印象でした。内容は変わってないかもしれませんが、提案されたこととか、より一歩進んでいるの

かなというふうに感じました。その中で、ああ大変だなと思ったのはやはりずっと強調されていますけれども、地域住民がその医療機関等を守っていく覚悟が必要ということで、なかなかそこについてどれだけ周知徹底できるのかという問題が一つあるのと、人口動態を見据えながら、規模縮小とかダウンサイジングしていったって、それでも、地域の方々の雇用の場としても、非常にこれからの嶺北地域の活動に関わるというか、存続に関わるどころ、規模縮小に対応することだけがすべてではないというところが、この話は新しく気になった点です。その中で、平成37年に向けて具体例も示されていますけど、実際小さい部会とか、そういったことで今後詰めていくという方向性も示されていますが、その中で住民代表としては、それが今間に合うのかということと、どことも雇用と患者さんを抱えた中で進んで規模縮小という方向へ声を上げて調整していきにくいだろうというのわかります。その中で今後の部会等でどれだけそれが平成37年の見込みは取組内で間に合うのかということがちょっと気になるところと、いろんな補助が出されることで、そこがうまく機能しやすくなったというところで非常にこれはありがたいんじゃないかなと思いますけどシミュレーションであったり、これから具体的に取を進める上で、最終的な人件費のところのカバーやそれからその廃止に伴う損失分についても、それを受けてもらえるという非常に大きな、それを前に進めるための第一歩として非常に力強い支援でないかなというふうに思います。

その中で、ステップⅢのところ、病床の転換に向けた改修やダウンサイジングの実行というところでこの資料1のところ、思ったのはQOLですね、QOLをどういうふうにはここではとらえたいのかなというのがちょっと気になりましたので、それを高齢者のQOLの向上を目指した介護医療院への転換のための、ここについては何かシミュレーションなり何かこう規定されるものがあるのか、漠然としたQOLを目指してるのか、そこが一番難しいところだと思うんですね。いろんなその医療機関とか介護医療施設、介護療養施設含めてですね。介護医療院に行った時にここでQOLの向上ってくっついてます。維持をしていくということではなく、この向上ってところがくっついてるのが非常に気になりながら、ちょっと話を、ここについて聞かせていただけたらなと思います。

(会長)

大変重い、難しい課題についてそれぞれの委員さんいろんなご意見いただきましてありがとうございました。最後の介護医療院の質問についてどなたか。QOLとはどういうことかって言いますか、介護医療院というのは単なる療養型からの移行ではありません。ということあまり皆さんが理解されていないかもしれないのでご説明お願いいたします。

(高知県医療政策課 松岡)

医療政策課の松岡と申します。

介護医療院等に関するということで、先ほど会長からもございましたように、単純に療養病床から介護医療院は実際のところは同じ看板というようなこともありますが、介護医療院というのはいわゆる、その生活の場ということが主なところとなります。そこがやっぱり療養病床と一番大きい違い。面積の方もやはり少し増えます。6.4㎡から8.0㎡。そういったようなところで、終いの住処ともなるようなところであろうということです。プラス、介護の方も少しですけども増えます。そういう意味で安心してそこで暮らしができていけるようなそういったものが介護医療院と我々考えておりますので、そういった意味で向上という言葉を使わせていただいたということになります。

(会長)

ほかにご質問はありませんでしょうか。何か意見を言っておきたいという方はいますか。

(E委員)

はい。私は保険者協議会という医療保険制度を支える立場の方としての、ちょっとご意見といえますか事務局さんの方へのお願いです。

この資料の2ページ目の中に主観的な区分である病床機能報告に加え、客観的な指標も導入して地域の実情の把握というお話が載っております。その前段で機能のバランスをとるのがこの調整会議等の構想の目的であるという話も伺いましたが、この客観的な指標をこれからつくるにあたって、先ほど地域の病院は地域のもので支えていくんだという声をたくさんお伺いして、ぜひ私も保険者として参加させていただいてる中で、利用者の方、実際の患者さまたちがそのバランスの不具合をどういうふうに感じているのかというのをまたこの場でもお話を聞いたら、また次の議論について進んでいくのかなという感想を持ちましたので、また次回会合等がありましたらちょっとそこら辺の実際の地域の方、利用者の方、患者様が、そのバランスについてどういうふうな私は実体験でこういうふうに感じてるとか、私の知り合いがこういうことを言ってたよ、こういう機能があったら、もうちょっと充実したらいいねみたいな話が聞ければいいなと思いましたので、また次回に向けてご検討していただければと思います。以上です。

(高知県医療政策課 松岡)

ご意見ありがとうございます。先ほどの客観的指標ということなんですけれども、こちらにあります病院それから病床を持つてる医療機関に関しましては、病床機能報告を出していただいております。ただ、少し回復期が余りにも少なすぎて、2025の最後の必要病床数と比べても回復期を増やさなければいけないというように見えると思います。ただ、いろんなお話を聞いていて我々も実体験、実感として、病床期いわゆる回復期においてはそんなに足りないんだろうかと、実際リハの方はかなりもう充実してるように思っております。ただ、そういったようないわゆる実情と病床機能報告と少し乖離があると。これは私ども高知県だけではなくて全国でも同じようなことが言われております。そのために厚生労働省がそういった病床機能報告ではなくて、その区分に関して独自のいわゆる算定をして、その地域地域に合った数字を考えたらどうかということを言っておりますので、いろんな県がそれを出してございまして例えば佐賀県とか大阪府から奈良県、埼玉県いろんなところが出ております。それにつきまして私どもの方も実際に各方式を当てはめたときにどうなるかということシミュレーションしてございまして、一番近くにある我々の実感に近いのは、佐賀県の方式ではないかということ今思っております。

この件につきましては、県医師会さんとも少し話をさせていただいて、佐賀県の方式が一応実情に近いのではないかと。特に大阪府や埼玉県は病床が足りない区域でのいわゆる指標となりますので、それよりは似たような状況である佐賀県が一番近いのではないかとということで医師会さんとはお話をさせていただいているところです。

今後ですが3月8日に私ども評価部会を迎えております。その中で最終的にはこれを使って次のステップに進んだお話をさせていただきたいということを今後考えていこうという予定でございますので、E委員からそういったようなこといただいておりますので、今後はその指標も踏まえて議論を進めさせていただければというふうに思っておりますのでどうぞよろしくお願いをいたします。

(会長)

ほかにご質問等はございませんでしょうか。それでは、続きまして地域包括ケアの推進に関する事項となります。事務局から説明をお願いします。

②「自分らしい生活を取り戻す」ための取り組みについて

(中央東福祉保健所 地域連携チーム 隅田) 資料4

(中央東福祉保健所 隅田)

資料4の内容に入ります前に、今回本山町さんの方で在宅で生活をされている要介護認定者の方の実態調査を行っていただきました、調査の経緯についてちょっと触れさせていただきたいと思います。

住民の方については皆さんどなたもおっしゃるんですけども、やっぱり可能な限り自宅で生活をされたいという暮らしたいという思いがあります。しかし、いろんなご事情、遠方におる家族さんの思いであったりとか、住環境の問題であったりとかいろいろな理由で施設に移っていくということになります。先ほど医療の確保のところでも所長からも話がありましたけれども、施設に移るとなるとそこがそこに人にとっての住まいということになるかと思いますが、どうしても今まで住んでいた地域と途切れてしまうという、そういう現実があります。その現実を踏まえまして、その支援する側がどういう視点で、どういう視点を持って取り組んだらいいのか、それからまた、住民さん側の方も考えを切り換えていただく部分もあろうかと思いますが、そのあたりを考えていく必要があるんですけども、まずはその実際の地域の実情といたしましてその介護認定を受けた方が地域にどれだけいらっしゃるって、街部それから周辺部でどういう割合なのか、何があつたら暮らしていけるのか、何が理由で暮らせなくなるのか、そのターニングポイントについて、実際のところわかっていたいなかったというところがあります。本山町さんが比較的街部と周辺部の区分けもわかりやすい部分もあるということもあって、まずは本山町の包括さんにご足労いただいて、自宅で住む要支援・要介護の方をマップに落としさせていただくという実態調査を行っていただきました。

その中で、調査をどのような方法で行ったのか、それから調査を行ってみて、日頃支援を行っている中で感覚としてこう思っている部分と同じ結果だったのか、また意外に思っていたところと違う部分があったのか、そういったところも踏まえて、見えてきた部分とかそこを踏まえた視点で取り組んでいこうとされていることについて、所長さんの方から詳細を説明をお願いいたします。

(本山町地域包括支援センター所長)

はい。本山町包括です。よろしく申し上げます。

本山町の要介護認定者が今のところ約220人です。そのうちの在宅で生活なさっている142名で、在宅はケアハウス、養護も含まれます。特養とグループホームは、除いてますが、142名の方の実態調査と銘打ち、やってみました。ここに本山町のマップがあるんですけど、皆さんの方にもあると思うんですけども、このように、これは周辺部の1番から100何番まで番号をふりまして、その方々が要介護何でどこに住んでいるかっていうような感じで落とし込みました。そして、街部の1区から5区までの方については、このマップには落とし込んでないんですけども、皆さんのお手元に例があると思うんですが、このような感じで生年月日とか要介護認定をいつ受けたかとか調べてみました。

それによって、主に生活支援者、見守り者、通院介護者この辺りはもうほとんど調査に行った方々

に聞いたりとか実際お電話をして聞いたりとかしてやったんですけれども、わかっていたつもりなんですけれどもなかなかやはり別居の子供という方々も多く、ここにも見えてきた事項として書かせてもらいましたが、主な生活支援者や通院介護者が別居の子供の場合は、その子供以外支援できる家族はまずいないと言っていいと思います。ゆえに、余裕があって、3人子供がいてたまたま長男さんが連れてってくれているっていう意味ではなくて、もうこの人しかいない配偶者でなければもうこの人しかいないというような状況であることはわかっています。あと配偶者が支援していた場合配偶者がいなくなったときは、子供のところに行くことなくケアハウスや養護老人ホームに施設入所するパターンが多いということも顕著にわかりました。

この地図でわかったことは、やはり米どころというか本山の中でもよくお米をつくっているようなところは昔ながらの2世帯以上の住宅で2世帯以上で暮らせるところが多く、その方々は、家で介護しているパターンが多いということも顕著に表れておりました。これを嶺北全体にいえるのかもしれないんですけれども、長男が親の面倒見るのが当然というような家族共通の認識も大変根強くあって、リタイアと同時に都市部に妻を置いてでも親の面倒を見るために帰ってくる長男っていうのも何人もいらっしゃいました。全くすべて居を移す場合もあるんですけれども、それよりも都市部、特に岡山とか姫路とかこういう名称が入ってきたんですけれども、そこに奥様や子供さんはおりながら月に2週間いて帰るというようなことをなさってる方が何人もいらっしゃいました。その方々はただ要介護度の重い親を自宅で看ているというケースはなく、ただ心配なので誰か側にいたほうがいい程度で2週間帰ってきてまた姫路へ帰るというような生活なさってる人が多いんだなあというふうな実感です。けれどもこの方々が介護度がつくと、これまたすぐに施設ということになってしまうという現状もこの夏にもありました。

入居者の入居前の介護者については先ほど申し上げたような状況で、同居の家族が介護を行っている場合入所する施設は、いきなりもう特養に入られる。そうではない場合は養護老人ホームやケアハウスレベルの介護状態ではあまり入所しないで、先ほど私が申し上げたそのちょっと米どころみたいな感じなんですけれども、今見てくださってる人は要支援や要介護1ぐらいではもう全然腹くくってらっしゃるので、すぐ施設入所ということではなく、どうしても困って言う時にはもう要介護3以上のパターンが多いということもわかりました。あまり介護が必要な方にもかかわらず、遠方に住む家族が気になりだして養護老人ホーム、ケアハウスに入所するというケースも多いっていうのは、先ほど申し上げた長男さんが例えば姫路にいてというパターンもそうです。この在宅生活ができて人とできなくなる人のターニングポイントについてこれは完全に主観ですが、最近思うことなんですけれども、子供さんが県外にいる場合、県外では少しでも手がかかり出したらずに施設入所の申請を行うというような気がしております、在宅の親に対してこれ以上周りに迷惑をかけられないし、私たちにも心配をさせないで欲しいというような話をして施設入所説得するというか、このターニングポイントが何なんだろうと思うと、やはり入院や退院を繰り返し始めると病院や、私達から電話がかかってくる回数が多くなれば多くなるほど一緒に住んでいない息子も娘さんも気が重くなるというのか、もう帰ってきてくれたらそのまま施設へお願いしますというような依頼に来るパターンが大変この1年を考えると多かったです。遠方の子供による入所への判断がターニングポイントと書いたんですが、例えばこの冬場の生活に困難をきたす住宅環境がターニングポイントとなるんですけど、冬場もそうですが夏場もエアコンをつけるのが大嫌いなので、親が何を言ってもエアコンをつけてくれない、脱水で救急搬送したケース、この

夏2件あったんですが、そのままもう施設にお願いしますと病院に搬送されたその帰りに言いに来た家族が2件ありました。冬はここにも書いてありますように外トイレで外風呂で今までは何とかなっていたんですけれども、入退院を繰り返すうちに外のお風呂には行けん、外のお手洗にポータブルを用意すれば何とかなるんですけれども、外のお風呂のこととかはもう住宅改修をするというレベルではなくなって、リフォームをせんといかんような状況になってきてそこまではするつもりは全くないという話で、施設に入らせてもらいたいっていうようなお話がありました。

このような実態なんですけれども、先ほど田上所長が申し上げてたんですが、別にケアハウスに入ることや養護に入ることがとても悪いことではなくてそれが在宅だと思えば全然それでいいと思うんですが、そうしたときにまだ本山町の場合はどうしても施設の垣根が高すぎる、入所したらもう二度と返ってこられないようなイメージを持っている住民の方がいらっしゃり、悲しいお話ですけれどもあったかふれあいセンターに楽しくいらっしゃってたのに、支援1で施設入所、ケアハウスに入る時にあったかふれあいセンターでお別れの会を開いて泣きながらお別れをされたというふうにお聞きしまして、どうしてだろうとは思いますが、やはりケアハウスに入るとあったかになかなか行けなくなる。そういった実情があります。うちの職場でも話をしているんですが、今後施設側ともそのようなことをなくせるような関係性を作っていきたいというふうな話はしておりますので、来年度はぜひそんな悲しいお話を聞かないように支援をしていきたいと思っております。以上です。

(会長)

大変なご調査ありがとうございました。本当にもう私達も身につまされるお話だったと思いますし、今後の発想を本当に変えていかないといけないとつくづく感じます。

先ほどのお話をお伺いしまして、各自治体における現状と課題、今後支援を行うにあたっての方向性などについてご意見をいただきたいと思っております。まずF委員さん、よろしくお願ひします。

【意見交換】

(F委員)

はい、大豊町です。本山町の報告を聞かせてもらいながら、大豊町はどうかかなと考えてました。

大豊町では、要介護認定を受けておられる方が全体でいくと500名を超えるぐらいおります。実際在宅で、サービスを受けながら生活しておる人数なんですけど、要支援の方だけでも、1月の実績でいくと、71名。要介護の方はさらにおりまして、ちょっと正確な数はわからないんですけども、ざっと月報を見る限り、230~240名の方が在宅におられます。お聞きしててやはり、どこで施設ないし、療養型も含めてなんですけど、自宅を離れるかというようなところなんですけど、大きなところは本当に本山町が今発表いただいたその通りだと思います。大豊町も少し前までは要介護3がもう限界でした。そこを超えると、やはり施設へ入っていく方がすごく多かったように思います。ただ、ここ数年、要介護4、5で在宅の方が出てき始めまして、それがどうしてそうなのかっていうところまでちょっとなかなか調査の方もできていない状況なんですけれども、やはり先ほどもおっしゃられたように、県外から子供さんが帰ってこられる。それから、同居の方がおられて初めてやはり成り立つところがありますので、独居の高齢者も非常に大豊町は多いですので、なかなか増えてきたとはいえ、やはり要介護3のところの大きなラインなんじゃないかなと思います。今うちの町の年齢のピークが85歳ぐらいです。最初のお話でもありましたけど、大豊町は高齢者人口の減少率

が非常に高いということで、やはり亡くられる方も非常に多いですし、若い世代が少ない分ちょっと支える数に限界があるのかなという気がしています。やはり年齢が上がってくれば上がってくるほど今すごく問題なのが認知症の方、認知症の独居の服薬管理っていうところがすごく問題になっています。認知の方も、生活が何とかできる段階では地域の方が「みんな一緒よ。通る道よ。」って言って支えてくれる方ももちろんあります。「一時期も置いておかれん。火事になったら大変。」って包括へ連絡が来たんですけども、それこそサポーター養成講座であったり、いろんな場面で健康教育させていただいて、報道とかメディアとかも関係あると思うんですけども、少しずつ浸透してきたかなっていう認知症でも地域におれるんだよっていうのは浸透してきたかなっていう印象です。

ただ、この夏ぐらいから3件ほど徘徊の事例がありまして、どうしてももう私達も連絡せざるを得なくて家族さんに連絡したら、「それは目的があって行きゆうんだから放つといてください。」って言われる方もおるんですけど、やはりそれでも地域の方から心配の声が上がってきて3件徘徊ケースなんですけど、3件のうち、2件はやっぱり施設の方へ移っていきました。1件は、ご家族の方がお仕事を調整して、ケアマネさんもすごく頑張ってくださいってサービス調整して、在宅で頑張っています。やはりどれだけの介護量、介護する方が協力してくれるかどうか。それから経済的なところもすごく大きくて、それだけの費用も出せませんとはっきりおっしゃる方もおりますし、非常に難しい問題ではあると思います。独居の方も多いです、子供さんが5人おっても6人おっても見事にみんな県外というパターンもありますので、まだ、まだここからあと10年は大豊町介護の問題、どこでどう暮らしていくかというのが永遠と課題として続いていく現状ではないかと思っております。以上です。

(会長)

ありがとうございました。続きまして、G委員さんお願いいたします。

(G委員)

土佐町の現状と課題としまして、土佐町は認定毎年大体約400人弱なんですけど、やはり大豊町も言われたように、要介護3以上になると、やはり施設入所者の割合が非常に高くなります。また、3以上でサービスを全く使われていないというのは主に入院が理由になります。介護度でいうと、土佐町の場合も、要介護3あたりが一つのターニングポイントかなというふうに思っています。うちのケアマネの方が今年の新規の認定に申請においでた方、67名の分析をしてみたんですけど介護が必要になった主な原因っていうところで、やっぱり一番は認知症。それから関節疾患、骨折、転倒、脳血管疾患と続いてました。新規の方の調査場所は在宅で調査をした人が67名のうち41名、67名のうち入院先、病院で調査をしたのが25名、施設で調査をしたのが1名となっています。この方たち新規の申請なので、次の更新の6ヶ月後に調査に行った時に、果たしてその方が入院してた方が在宅になってるのか施設になってるのか、医療機関なのかっていうところをまた分析していくと本山町さんみたいに、ターニングポイントであったり、また課題が在宅を阻害してたり、長期になったりっていう、そういった要因もさらに分析できるのではないかなと思っています。本山町から出たような冬場の生活に支障をきたすっていうところで言うと土佐町は広い。まず中心部から瀬戸、南川、黒丸という1時間以上かかる場所もあって、そういったところはそもそも近所の見守りも少なくサービスも少ないところで、そういうところにお住まいの方は早い段階で土佐町が整備した高齢者住宅の方に早めの住みかえをされた方もいらっしゃいます。

あとここ最近この3ヶ月の間に起こった事例なんですけど、ぎりぎりまでサービスも使わず介護

認定も受けずに、認定を受けたらおそらく要支援レベルにはなるであろうと思われた人もずっとご自分で生活されていた80代、90代の方がいたんですけど、1人80代の方はちょっと精神的不調をきたして市内の精神科に入院されて3ヶ月が経過したのでそろそろ嶺北地域へ帰ってくるという段取りになったけど、やはりご家族の方はもう土佐町では看ることができないということで、在宅はもう不可能という状況です。あと1人90代の方も、ずっとご自宅で生活されていたんですけど、この間家でしりもちをついて、両股関節頸部骨折で市内の病院で入院されて、無事手術は成功したんですけど、やはりもう自力歩行はできないだろうということで、嶺北地域へ帰ってきたとしても、在宅ではない別のところでのような方が本当にこの3ヶ月の間にいました。やはりおうちでは看れないとご家族の方がおっしゃってるし、大豊町も言われたように、家族の介護力の背景であったり、あと経済的などところもあります。本当に一人一人追っかけていくと背景も課題も違ってくると思うので、それを包括ケアとシステムとして何が課題かっていうところで検討しているのが個別ケア会議の中で、ケアマネさんとかケースを出していただいてそこで共通の課題とかそういうのを議論している状況で本当に非常に難しい問題だなというふうに思っています。そういった包括ケアシステムを考えるのは、また、事例を積み上げていく中で見えてくるものに対してどうやっていくかということは、また今後のことになっていきます。以上です。

(会長)

ありがとうございました。続きまして、H委員さんお願いいたします。

(H委員)

大川村です。

大川村につきましては高齢者185名程度の中で、要介護認定を受けておられる方っていうのは43名、約23%程度が認定を受けられております。ただ認定者の割合を見てみると、要支援が半数という状況にはなっておるということです。先ほどからどこから施設かっていうようなところで、うちも要介護3になれば必ず施設の方へっていうところなんですけど、どこからかといえば大体要介護2レベルから、施設の方への移行が始まってくるのかなっていうところなんです。要介護2に至らない場合でも、ここ数年では要支援1とか2のレベルでも本人はまだ地域で過ごしたいっていう思いはありながらも、ご家族等のご意向によってケアハウスであったり有料老人ホーム等の入所に繋がったこともあります。本人としてはやっぱり住み慣れた地域でちょっと過ごしたいっていう気持ちはもちろんあるということと、それとやっぱり、大川村の人口を少しでも自分が保ちたいっていう、すごく地域への貢献それによって自分の役割っていうものを持っておるっていう方もおいでで、やっぱりすごくそういうところでは地域への愛着であったり、思いがすごく強いっていうことは、現実にございます。ただやっぱり体力的にとか少し気力的にとかいうことが落ち込んできた時、それから自分の生活の中で少し誰かの手助けが必要になった時、あるいは病気とかけがとかになれば、やはり現実的にその不安っていうものが目に見えてくると、そして自分だけの不安ではなくて周りへの気づかいとか、家族への気づかいによって、やっぱり施設っていうことも少し考えてくる現実が出てくるような感じを受けております。家族についてはやっぱり1人での生活を心配をして、施設っていう方もおいでますし、できるだけ住宅改修をしてでも地域で過ごさしてあげたいということで、そういう何か支援がないのかということ、相談があるケースもあります。また、引き取ってもなかなか見られないっていうことで近くの施設へ入所をさせていくっていうようなことも考えられる家族もおいでるということです。ここをちょっと最近大川村の方で高齢者地域包括ケアシス

テムをどう構築していくかっていうことをいろいろと考えてく中、高齢者の本心ってどこにあるんだろうって、少し考えました。周りに気づかってとか、今あるサービスではもう仕方ないとか、申し訳ないとかいうようなところで、何か本心が言えずにおいでる方も実はいらっしゃるんじゃないかなというふうに思っておったり、もちろん皆様ご存知の通り、医療介護っていう資源がないことで、こちらがもう限界をどこかで決めてしまっておったのではないかなというふうに少し感じるようになっております。国が決めた綺麗な包括ケアシステムの形ってというのはなかなか大川村では難しいですけど、その仕組みをどうやって作っていくかっていうのは、資源がないながらも何か手だてとか工夫とか仕組みとかいう中でもう少し支援のあり方っていうものがあるんじゃないかなというふうには少し感じておるところです。

包括としたら、高齢になっても、地域でできるだけ住める環境づくりっていうことを考えていきたいと思えますし、一方、私は包括でありながら、介護保険の保険者でもあります。施設へ1人が移行することによって、うちの介護保険の財政ではすごく大きく影響を受けるっていうことも現実にあります。このバランスを見ながら、できるだけ地域で受け入れられる仕組みっていうものがどこにあるんだろうと。今ないものを作り出すっていうことは非常に難しいのかもしれませんができないからではなくて、何かできる工夫っていうのは必要でしょうし、取り入れてくる努力も必要なのかなというふうに考えております。実際にあるにもかかわらずうまく利用ができてないとかいうようなケースもありますので、そういうものがなぜ使われていかないのかとかいう検証も必要ですし、今後、やっぱり地域の本心をいかに拾いながらその中でどういう仕組みができていけるのかっていうことを地域とともに、そして事業所、そして行政、包括と一緒に考えていく必要があるのかなというふうには考えております。以上です。

(会長)

各町村からのご意見ありがとうございました。少し時間を押して参りましたけれども、自分らしい生活を取り戻すための取り組みについて日頃の業務や取り組みを行う上でのご意見をお二方お願いしたいと思います。

(I委員)

はい。私は土佐町で高齢者の皆さんが集う場として日頃皆さんがおいでくださって日々を本当に楽しく心豊かに生きていこうというようなそういったサロン事業活動に取り組んでおります。でもその中で高齢者もいつかは身体も悪くなったり障害者になったりして命も果てていくという現状もありますけれども、せめて生きているうちはやはりみんなで楽しんで充実した生活を送ろうと、充実した活動をしていこうということで取り組んでおりますが、やはり病院から退院して帰ってきますと、なかなか生活ができない状態なんですよね。ご飯を食べることも炊事をしたりすることもそういう生活の厳しさというものが身の回りにもありますので、やはりそこで本当に高齢者の人たちはもうストップした状態で家族も離れていたりということでケアハウスへ行こうかどうかそういった悩みもありますので、本当に私たちもそこまでは力を差し伸べることもできなかつたりしますけど、でもやはり老後どう生きるかっていうことですね、やはりそこら辺をちょっと皆で生きているうちはできるだけそういう集いの場に来ることによって、非常に元気を取り戻すことができる。元気でまた生きる力やそういうような皆が前向きに生きていけるというそういう要素もございましてやはり地域で見守っていく、そういう施設、私もボランティア活動しておりますけどそういう中でそういう人たちを大事にしていくという体制づくりをしていきたいなというふうにもいつも考え

ております。生きづらさを抱える人たちに手を差し伸べ、また本人もなかなか助けてと言えない心理もあると思うんですね。そういう思いを受けとめてやりたいしまた地域で見守っていく。また高齢者、認知症の人たち共に少しでも安心して暮らせる豊かに暮らしていけるそういう思いをみんなですべて大事にしていこうというそういうボランティアの輪を広げていけたらというふうに思います。地域で住みたい、住み慣れたところで自分は生涯を閉じたい。そういうですね、生活の大変さもあるけれども、やはりみんなですべてそういうことをそれぞれ住民サイドの場です、こう考えていく、そういう機運をつくっていく必要があるのではないかとというふうに考えています。現実非常に厳しいですけども、そういう話をする場を持ち皆で語り合いながらですねこれからの高齢化をどう生きていくかということも非常に住民としては考えていかなければならない課題ではないだろうかというふうに捉えております。まとまりがありません。すいません。

(会長)

ありがとうございました。最後にJ委員さん、よろしく願いいたします。

(J委員)

はい。ケアマネとしては業務の中で自立支援という、在宅の自立支援というところが一つの大きな業務です。ですが、自宅で生活できないという方も中にいらっしゃいます。その中で時に息子さん1人、娘さん1人の介護者の中で仕事ができなくなる。例えば夜排泄が多くて夜眠れないと、そうなった時に仕事につかえるから、介護離職しないとこれは看れないという時に、やはり施設っていうのを家族さんに話をしたりします。私たちはモニタリングがありまして1ヶ月に1回自宅訪問した時に家族さんの声、それとご本人様の声を聞いて、在宅で住み慣れた地域ですべて暮らしていけるかということもケアマネは考えてます。やはり家族さんの声、特にその仕事ができなくなると言ったところで、ちょっと施設っていう話も実際は声をかけてます。仮にその施設に入ったとして、養護老人ホームやケアハウスで介護保険上在宅という位置付けということなので、入所前に通った集いの場だとかに行けなくなるというのはちょっと介護保険上おかしいことかなと私は思います。やはりそこは、施設側にちょっと検討して入所前に行ってた、その集いの場というところは継続して行けるようになったら、施設というところが生活の延長の場だというふうにご理解できるのかなと思いますので、そこら辺の検討をしていただきたいなと思います。以上です。

(会長)

どうもありがとうございました。最後にK委員の方から何かございませんか。

(K委員)

今回初めて参加させていただきました。私の場合は非常勤の職でございまして、今特に感じておりますのは、介護保険を担当しておりますけれども、その中で、ちょっと元気で介護に来られるんですね。ただ、夜間の場合に、奥さん1人で対応できないような状況です。結局家庭の崩壊になるようなそういう状況になってきまして、やっぱりそうなれば施設を利用させていただいて、奥さんが今度元気になっている。この一長一短があるんじゃないかなと思います。

うちの場合、介護職員もかなり頑張ってはおりますけれども、ただ送迎に軽四で1台1人ずつについていけないかんというようなことで限定されてます。一日の利用者が。そういうふうにとんどもんどもん増やしていったらいいんですけども、それは車両の関係、人員の関係と無理ですので、今の現状をやらざるを得ないのかなというふうには考えておりますけれども、そういった厳しい中で本人は来て、デイサービス受けて特に入浴が大好きなんですね、朝からすぐ入浴をして帰るまで

順番にというような形でやってもらいますけれど、そういった今言ったような事例がありまして、その辺の過程を見ながらケアマネの方もそれに対応していかないといけないだろうとそんなふうに考えています。医療機関とか、そういう施設に頼らざるを得ないというような状況があります。以上です。

(会長)

各町村それぞれの悩みとか、個別のいろんなケースも出ましたけれども、とにかく支える人の人口もいないところでの在宅の難しさその在宅の考え方については以前から田上所長の方からも施設というのは、それが在宅にも匹敵するという考え方を、やっぱり私どもも療養型とか施設と一緒に持っておりますので、非常にその考え方を変えていかなくちやいけないってことを痛感しまして、隔絶されて入院から全然違うところになっちゃったということになると、とても帰れなくなってしまふ。それであっても入院という病気というエピソードが起こる度に、高齢者の方がその都度体力を失ってくれるとかそういう形になってきます。なかなか在宅でいわゆる在宅をすることはほとんど不可能と言っていいと思うんです。その方達がもうそのまま入院していいのかっていうことを痛感させられました。

ちょっとICTの問題もありますが後に田上所長から総括としてお話いただきたいと思います。時間の関係で各委員にそれぞれふることができなかったんですが、ご意見、まだちょっと言っておきたいという方がおりましたらあれですけども大丈夫でしょうか。よろしければ、ちょっと次の課題のICTを利用した地域医療介護情報ネットワークの推進につきまして、事務局の説明をお願いいたします。

② ICTを活用した地域医療介護情報ネットワークの推進について

(中央東福祉保健所 地域包括ケア推進監 小野) 資料5

(会長)

ありがとうございました。先ほどの件に関しましての質問及びご意見はございませんでしょうか。特にないようですが、それぞれの議題での意見がありました。最後に田上所長の方から総括として一言お願いいたします。

(中央東福祉保健所 田上)

長時間にわたりまして大変有意義なご意見をたくさんいただきましてありがとうございました。3点ほどに整理してお話させていただければと思います。

一つ目の地域医療構想についてとそれから嶺北中央病院についてのお話がありました。このことにつきましては、改めまして、別の場で自治体間の協議、また関係医療機関同士の協議、そうした場でもって具体的に詰めさせていただければと思います。

それから2点目3点目、これは医療介護のサービス提供者とそれからサービスを利用する側の会話ということでございます。一つ目が医療を提供者と医療利用する側の対話ということになりますが、先ほど私もご説明させていただきました嶺北の医療をしっかりと守っていくという観点のお話をさせていただきました。このことについてはですね、なぜこういう問題が起こってきているのかということに住民の皆さんにわかりやすくご説明をするということ。そして住民の皆さんが自分たちも参画しなければならぬということをしかりとご理解をいただくということが必要かと思っております。その方向に向けて実際及び関係者でもって全力を挙げて取り組んでいく必要があるかなと思っております。

ただ、もう一方ですね、住民のサイドからすると医療の質をしっかりと担保して欲しいと、質の悪いサービスを利用しろというのか、というようなご意見も当然出てくるかと思えます。その辺の話も含め、しっかりと提供側と受ける側が会話をしていくということがとても大事なことじゃないかなというふうに思えます。

三つ目は、施設サービスの提供者等と施設を利用される方々の間ですね、利用者及びそのご家族また地域の方々との対話ということでございます。先ほど本山町地域包括支援センター所長からお話がありました。施設に入るとお別れ会をします。施設というのがですね、居宅、いわゆる在宅なのに、自宅から別の在宅に移るのに、お別れをすることはどういうことだと。お別れをするということは隔絶された別世界に行っちゃう、さようならっていうことですよ。そうではないでしょうって発想の転換をですね、お別れをする側の住民の皆さんにしっかりとご理解いただくこととそれから施設に入られる方も、諦めないということが必要かと思えます。当然施設側もですね、ここは住むところだから、地域の中に出ていく。また、地域との交流、そういった事を積極的に後押しするための努力は施設側もぜひお願いしたいんですけども、施設側だけでこれはできません。今、地域医療の方ですね、時々入院ほぼ在宅と。自宅におりながらときどき入院して拠点はやっぱり在宅であるといいねっていう単語がございます。時々地域ほぼ施設ということもあって、当然いいんじゃないかなというふうに思えます。施設に入りながら、時々あったかに行きます、時々とんからりんに行きます、逆に時々とんからりんからあったかから施設の方にお宅を訪問するように、施設の居宅の方に顔を出していただく。こういう地域との関係性をつくっていく。このことはですね、施設も周辺住民の皆さんもこれまでの固定観念を完全に壊していただいて、思い切って発想転換する必要があります。施設だけのかごの鳥状態になって嬉しい人はいないと思えます。住み慣れたところ、時々前に住んでたところにできれば時々外泊、泊まりに行きたい。少し身体が許す方であればたまには墓参りにも行きたい。自分の住んでる例えば畑が気になる。畑もちょっと見に行きたい。施設におりながらそれができるようにする。でもこれを施設がそこまでサービスするのは到底無理です。ですから、これは地域の力でもって、それを実現していく。そういう方向に大きく転換をする。この医療を守っていくって話とそれから施設の中に住みながら、自分らしい暮らしができるようにしていく。この二つのことを実現していくには、医療介護の提供者側と住民の皆様方、利用者との中の思い切ったこれまでの固定観念を捨てた積極的な対話をですね、これから強力にする必要があるんじゃないかなと思えます。そういう方向に向けて今後、皆さんが力を合わせて取り組んでいけたらなというふうに思いました。今日は大変有意義なご意見を多々いただきましてありがとうございました。

3 連絡事項

- ・次回会議については、来年度の体制が決まり次第連絡予定。

4 閉会