

## 連合千葉議員団会議 調査研究事業 第1回シンポジウム

# パネルディスカッション

司会 宮崎 伸光 千葉県地方自治研究センター 理事長  
パネラー 土橋 正彦 千葉県医師会副会長  
天野 行雄 千葉県議会議員  
石井 宏子 千葉県議会議員  
鏡 諭 淑徳大学教授  
コメンテーター 秋山 正子 NPO法人白十字在宅ボランティアの会理事長



### (司会者 網中 肇)

それでは皆さん大変お待たせいたしました。定刻になりましたので、これよりパネルディスカッションを進めていきます。各パネラーを、簡単に紹介いたします。

まず、コーディネーターとして、法政大学法学部教授の宮崎伸光先生。先ほど基調講演をいただきました秋山正子先生はコメンテーターとしてご参加いただきます。そして淑徳大学・コミュニティ政策学部教授の鏡諭先生。千葉市稲毛区選出の天野行雄県議会議員。君津市選出の石井宏子県議会議員。千葉県医師会・副会長の土橋正彦先生。以上でございます。

これ以降のパネルディスカッションの進行につきましては、宮崎先生にお願いいたします。それでは先生よろしくお願いたします。

○宮崎 ここからはシンポジウムという形で、ディスカッションを進めてまいります。このパネルディスカッションを企画するにあたって題名をどうつけようか悩みました。結局題名を付けずに本番を迎えることになりました。基調講演の秋山先生のお話にもありましたが「地域であらゆる人々が生き生きと暮らしていくためには」ということを考えると、単に保健・医療・福祉をそれぞれバラバラに考えていたのではとても間に合わないことは明らかです。いま秋山さんからの話を受けまして、ここから先は地域の在宅医療の問題に少し比重を置きながら、お話を進めていきたいと思っています。

それでは、最初に千葉県医師会の副会長でいらっしゃる土橋さんに、医師会の在宅医療の取り組みについてのお話を、15分程度ですみませんがよろしくお願いたします。

### シンポジウム司会



**宮崎 伸光** (みやざき のぶみつ)  
法政大学法学部教授  
千葉県地方自治研究センター理事長  
1957年東京生まれ 現在千葉市稲毛区在住  
<主要研究領域>  
自治制度、消防行政、自治体議会

### コメンテーター



**秋山 正子** (あきやま まさこ)  
基調講演者  
NPO法人白十字在宅ボランティアの会理事長  
東京女子医大非常勤講師

### パネラー



**土橋 正彦** (つちはし まさひこ)  
1951年生まれ  
千葉県医師会副会長在宅医療担当 市川市で開業  
<学会・専門医等>  
日本プライマリ・ケア連合学会代議員、  
日本救急医学会専門医、介護支援専門員



**天野 行雄** (あまの ゆきお)  
1960年生まれ  
神奈川大学大学院法学研究科卒  
千葉市稲毛区選出千葉県議会議員 (現在3期目)  
連合千葉議員団会議会長



**石井 宏子** (いしい ひろこ)  
1964年生まれ  
千葉県公立学校勤務後君津市選出千葉県議会議員  
(現在3期目)  
障害を持つ子を抱え議員活動を展開している



**鏡 諭** (かがみ さとし)  
淑徳大学コミュニティ学部教授  
1954年山形県鶴岡生まれ 所沢市役所入庁、  
介護福祉計画担当後2008年から現職  
<研究分野>  
自治体学会、公共政策学会、自治学会、  
認知症ケア学会、成年後見学会

## ■千葉県医師会在宅医療の取り組み

○土橋 ただいま御紹介いただきました、千葉県医師会の副会長をしております土橋と申します。どうぞよろしくお願いいたします。

本日は、千葉県医師会の在宅医療の取り組みについて、お話をさせていただきます。時間が15分ですので、少し早足で飛ばすところもあるかもしれませんが、どうぞ御容赦いただきたいと思います。

私は、先ほどお話にも出ていた市川市医師会の会長を8年ほど務めておりました。その時にいろいろと在宅医療に取り組みました。5年ほど前から千葉県医師会の役員をしていますが、市川市というのは私がいま住んでいる場所ですから、その住んでいる場所で在宅医療を行うと、「ああしたら良いのではないか。こうしたら良いのではないか」ということが、具体的にアイデアとして出てきます。

実は、私が県の医師会の役員となって、はたと考えた時に、県の医師会としてどのような取り組みをしていったらいいのかということは、非常に難題でした。県の医師会として、具体的にどういう仕事をしたらいいのかわからなくて、非常に悩んだ時期がありました。ただ、結論というわけではありませんが、何年かいろいろと考えているうちに到達した課題について、今日は少しお話をできればと思っています。

地域包括ケアシステム論につきましても、皆さんも御存じですし、先ほどもお話がありましたので省略します。基本的には地域の自主性・主体性に基づいて、地域の特性に応じて作り上げていくということです。千葉県医師会から各地区に「こうしましょう。ああしましょう」ではなくて、県医師会が各地区の医師会の活動をいかにサポートするかが重要になってきます。

日本の高齢化社会の特性については皆さんに今さらお話しすることもありませんが、人類史上例のない急速なスピードで高齢化社会がこれから到来します。千葉県は特に高齢化の進展が早い県です。

## ■千葉県の高齢化は急速に進んでいる

平成23年の都道府県の高齢化率の現状ですが、いま千葉県は22%で全国的にはそんなに高い値ではありません。平成17年から平成27年にかけて65歳以上人口の増加率を見ますと、埼玉県が1位、千葉県が2位で50.6%、47位の鹿児島県が10.2%ですから、高齢化社会が進むスピードが非常に速いということです。千葉県内の各市町村の高齢化率を見ますと、現状では1番高いのは御宿町で40%を超えています。一番低いのが浦安市ということで、14%ぐらいでないかと思います。本当に日本の縮図という感じで、高齢化がすごく進んでいる地域から非常に若い町まで混在しているのが、千葉県の特徴と言えます。

千葉県には医療圏が九つありますが、医療圏ごとによって増加率が違います。平成17年には30%を超えているところは安房地区の一部でしたが、平成26年になりますと、夷隅地区と海匝地区にも広がります。そして平成42年には県全体が30%を超える状況となります。いままでのように、病院に入院したり施設に入所する社会システムでは、高齢化社会を乗り越えることがもうできないと言われています。

在宅医療の推進には、地域特性を考慮することが非常に重要です。先ほどの高齢化のスピードも全然違いますし、医療施設の整備状況も全く違います。地理も全く違います。そのような状況の中で、地域特性を考慮しなければ、在宅医療・地域包括ケアシステムは構築できないこととなります。

数年前ですが、英国の医学雑誌に「ランセット」という有名な雑誌がありまして、これが日本特集というものを出版しました。ここでは「日本の課題は世界の近未来図である」と言われ、医療の質を落とさないでどう超高齢化社会を乗り越えるか、日本の行方を世界中が注目しているということがテーマでした。その中でも千葉県は高齢化の進み具合が日本の中で2位ですので、世界の皆さんが千葉県の対応や施策を注目していると言っても、過言ではありません。

これは厚労省も医療計画を見直していて、認知

症あるいは在宅医療というものに、重要な位置付けを行っています。都道府県ごとに見直される次期の医療計画の中に、このような内容のものも含めることになっています。在宅医療での患者の看取りですが、1950年代はだいたい自宅で亡くなる方が80%を超えていました。いまでは逆転をしてほとんどが病院で亡くなります。在宅では14～15%ということで、まだまだ在宅での看取りというのはそう多くはありません。

これからは、入院医療・外来医療以外に、在宅医療の充実が重要となります。私たち医師自身が患者さんを医学モデルとして、病気の原因や解剖学的な障害という観点だけで捉えるのではなく、いわゆるケアという観点から、患者さんを生活者として社会モデルとして考え捉えていくことが非常に重要だと言われています。私たち医師自身がこのようなパラダイムシフト、すなわち思考の枠組みを変えていかないと、この在宅医療を充実させて、いわゆる高齢化社会を乗りきることはできないと思います。

病院というのは治療を最優先する場所です。治療をするために、たいへん機能的につくられていますが、患者さんがそこで生活をする上では必ずしも住み心地が良いところではありません。病状が安定した時には住みなれた自宅で、患者さんが自分自身の自宅を生活の場として選択するのは、非常に自然なことだろうと思います。

地域包括ケアシステムですが、地域のフォーマルサービスというのがいろいろとあります。フォーマルというのは法律に基づいて行われる医療保険や介護保険等の公的サービスですが、そのようないわゆる制度で決まったものだけではなく、地域のインフォーマルサポートの連携が非常に重要かと思っています。私は、フォーマルサービスは棒グラフ的なサービスだと言っています。棒と棒には隙間がどうしてもできてしまいます。独居のお年寄りを自宅で看られるのかという議論がよくありますが、フォーマルサービスだけではなかなか難しい部分があります。やはり近所の方のお手伝いなども含めて、地域のインフォーマルサポートをいかに充実させていくかということが、地域

の力になってくるのではないかと考えています。

## ■緩和ケアと重症の心身障碍児の在宅医療

在宅医療の対象疾患はいろいろあります。本日は、がん患者さんの緩和ケアと、重症の心身障碍児である子どもさんの在宅医療、あとはフレイルと呼んでいる高齢者の虚弱について少し触れます。在宅医療ですが「子どもさんが出てくるのかな？」と、疑問に思われる方もいらっしゃるかと思います。私どもの経験から言うと、子どもさんの在宅医療は結構多いのです。いかにそこをサポートしていくかというのも、非常に大きな課題になっています。高齢者だけではないということです。

フレイルと言うのは、日本老年医学会が提唱している考え方です。私たちは高齢者の介護保険を申請する時に意見書を書きますが、その病名欄にどういう病名を書いたら良いか思い当たらないことがあります。病気ではないのですが、ただ弱っているし、いろいろと問題もあることが結構あります。よく考えてみますと、ここに書いてあるとおり、虚弱や老衰、衰弱や脆弱という加齢に伴うもので、筋肉の低下なども含めてですが、虚弱な感じになっていることがあります。必ずしも病気で脳卒中になったとか、転倒して骨折したということがなくても虚弱なことがあります。

ただ、フレイルは、早い段階で気がつけば元に戻すことができます。リハビリをきちんと行い、介入することによって、元に戻すことがある程度可能なのがフレイルという考え方です。こういう概念も今後は必要になってくると思います。フレイルを虚弱と言ってしまうとそれまでですが、なかなか虚弱では表現できないところにフレイルという言葉が使われているわけです。筋力の低下だとか、倦怠感や日常生活の意欲低下、活動性の低下、歩行速度の低下、体重減少などがフレイルの一つの徴候・症状と言われています。

サルコペニアという筋力低下がおき、基礎代謝・栄養状態も落ちてきて、エネルギー量が減ってきます。意欲が低下して、食欲は低下し、低体重になっていきます。このような悪性の循環がフレイル

ルという状態を進行させます。どこかで介入してあげることによって、それを止めることや改善することが可能になっていきます。

皆さんはがんの緩和ケアというと、終末期におけるがんの痛みや苦しみを、モルヒネを使って治療するというように捉えている方も多いと思います。しかし、必ずしもそのようなものだけではなく、今は、がんと診断された時からの緩和ケアと言われています。必ずしも身体的な痛みだけではなく、トータルペインと呼んでいます。身体的痛みはもちろんのこと、それ以外に社会的な痛み、精神的な痛み、スピリチュアルペインと言って宗教的な背景をもつような痛みも含まれます。このように様々な痛みがあり、がんと診断された時から患者さんをサポートしていく必要があります。このような場合には、がんの専門医と連携して、かかりつけ医がいかに関わるかが重要だと思います。

先ほどの子どもさんのことですが、医師会では在宅医療の支援をかなり行なっています。高齢者は当然ですが、9歳以下のお子さんたちが全体の5%ぐらいいます。重症の心身障害児の方を、地域でお母さんやお父さんが必死になって、一生懸命に看ていることが結構あります。それを医師会としてサポートしていますが、これからはNICU（新生児集中治療室）のベッドも一杯になってきます。そのような方を地域に戻すにはどうしたらよいか、非常に大きな議論になっているところです。地域には、子どもさんを診る主治医やかかりつけ医は、なかなかいません。小児科の先生というだけでは、なかなか診てもらえないことが多いのです。それは非常に重装備の医療機器をつけていることも多いからです。

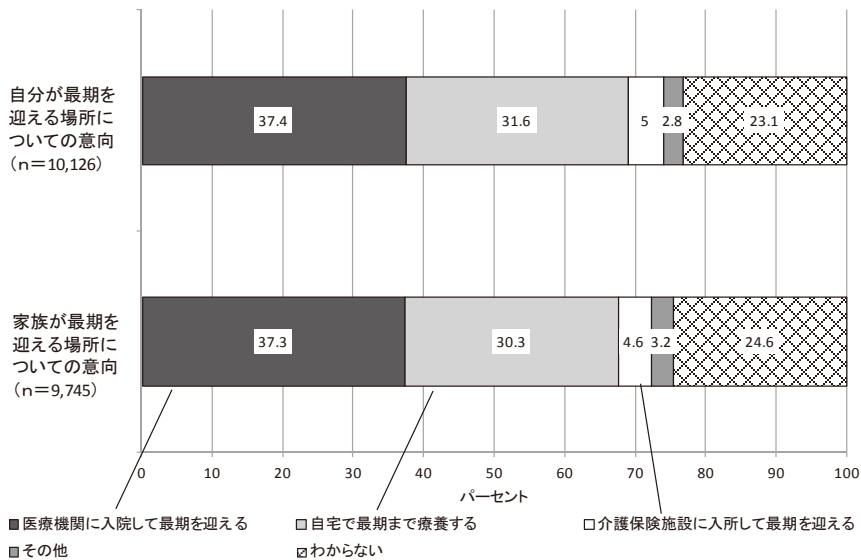
## ■終末期医療を在宅で希望する方が増加

千葉県が行った終末期のアンケートでは、自分

に死期が迫っている場合に、どこで死を迎えたいかという質問に、31%が自宅、37%が病院と答えています（図表1）。

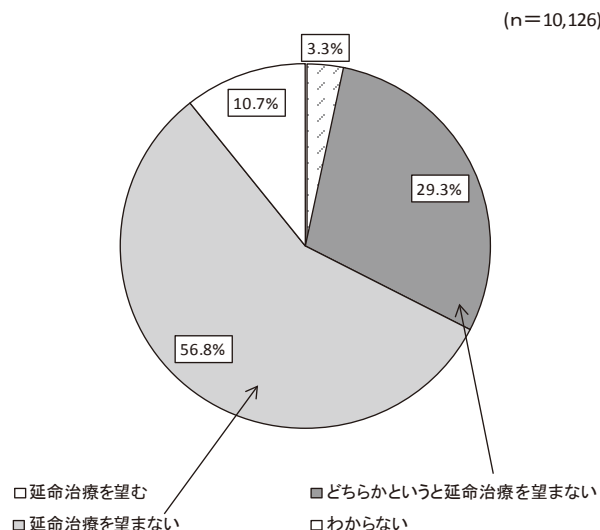
延命治療を受けたいかという質問には、延命治療を望まないという方がやはり圧倒的に多く80%を超えています（図表2）。最近では、こういう終末期におけるいろいろなリビング・ウィルというのでしょうか、自分の意思を伝えるために書くツールのようなものが、いろいろと出ています。自分の考え方をそこにまとめておくのは、とても重要なことですし、在宅医療を行う上でも非常に参考になると思います。

図表1 最期を迎える場所についての意向



出所：千葉県「終末期医療に関する県民意識調査(平成24年度)」

図表2 延命治療を望みますか？  
(自分の延命治療についての意向)



出所：千葉県「終末期医療に関する県民意識調査(平成24年度)」

実は、私が診ていた女性のがん患者でしたが、自宅で最期を迎えたいということでした。私はその患者さんに、自分の意思を伝えてもらいたいのので「メモでいいから紙に書いてください」とお話しして書いていただきました。少し読ませていただきます。

- 不治の病にかかった場合は、死期を引きのばす措置は断り、できるだけ自然死に近く、人工死を避け、最期を自宅で迎えるのが私のリビング・ウィル（望み）です。数カ月に至る植物状態の時は、生命維持装置を取りやめること。
- 経口的な栄養摂取が不能な時は、長期の点滴・強制栄養などはしないこと。
- 苦痛を和らげる処置は、寿命の短縮に関わらず行うこと。がん再発の時は疼痛緩和であっても、再手術・放射線・化学療法は拒否。鎮痛剤による鎮痛緩和治療を中心として受け、先生に最期を診ていただくのが希望です。
- ただし、周囲への負担が大きいうでしたら、〇〇病院の先生に病院での緩和ケアをお願いしてありますので、息子たちへのアドバイスと経過の書類をお願いいたします。
- また、あと1〜2カ月ということでしたら、入院はせずに先生のお力と家族・介護サポーターの援助を受けさせていただき、家で終わりたいのが私の心からの望みです。そこまで、私は残されたことをするとともに、いまだ日常を保てるようにできる努力をしていきたいと思っていますが、先生が何よりの支えで、御負担をおかけいたしますがどうかお許しいただきたいと存じます。
- 主人の母や主人より、私が先に最期を迎えることもあろうかと思いますが、その際はどうぞよろしくお願ひいたします。家で私が最期を迎える希望を持っているのは、病院に対する怖さもありますが、主人には姿を見せておきたいためです。

というように、リビング・ウィルを託されました。残念ながら最後は病院で看取ることになってしまいましたが、このリビング・ウィルを守るために、これをかなえるために、私も微力を尽くさせていただきました。

千葉県医師会の在宅医療のコンセプトについて、簡単に触れます。在宅医療を行っている医療機関・在宅療養支援診療所というものがあるかと思えます。普通の診療所、あるいは在宅医療を専門に行っている医療機関もありますが、在宅医療を一生懸命にやっている医療機関は、必ずしも在宅療養支援診療所だけではありません。一般のかかりつけの先生方が在宅医療を結構やっているのではないかと考えて、私たちは県医師会として調査をいたしました。

回答いただいたのは1,715の医療機関ですが、

訪問診療を行っているのが378件でした。そのうちの54%は「在宅支援診療所の届けなし」で、これは一般のかかりつけ医の先生と考えていただければ良いかと思えます。必ずしも「在宅診療が多い」ということではありません。

定期的に計画を立てて往診するのを訪問診療と呼んでいます。往診は緊急の時に患者さんの依頼でスポット的に往診するもので、これは475件の医療機関が行っていましたが、そのうちの6割以上が一般の医療機関です。必ずしも在宅療養支援診療所だけが在宅医療を行っているのではないことを今日は知っていただき、そういう機会があれば、かかりつけの先生にまず相談してみることが重要かと思えます。

また、在宅での看取りの患者数ですが、全部で2,347ケースがありました。患者さんの家で看取っているのは1,724件です。その中で、説明は省きますが、さすがに在宅支援診療所や機能強化型在宅支援診療所はやはり多いです。ただ、一般のかかりつけの先生でも444件25.8%ということで、かなり支援診療所に匹敵するぐらいの数を在宅で看取っています。

また、特別養護老人ホームでの看取りに関しては、50%ぐらいをかかりつけの先生が診ています。かかりつけの先生すべてが必ずしも在宅医療をやっているわけではありませんが、相談してみる価値はあると思えます。

## ■県医師会として在宅医療を推進

私たち医師会では、地域でいかに在宅医療を推進していくかを考えて、昨年10月に新しく医師会館が千葉市役所の前にできましたので、その1階部分に地域医療総合支援センターを開設いたしました。ここには在宅医療の機器や介護の機器等を常設展示して、相談員の看護師さんや保健師さんも常駐し、説明したりしています。多職種の方に御利用いただき在宅医療の勉強をしていただいたり、これから在宅医療の希望があり、どんな設備があるのか関心を持っている県民の方にも、自由に見ていただくような場をつくりました。

千葉県には、地区医師会が全部で23あります。その地区医師会の担当理事を集めまして、定期的に勉強会を行っています。そのことによって、各地区に在宅医療を推進していただくリーダーの養成を進めています。それぞれの地区医師会に対し、行政と連携して、市町村と一緒に在宅医療を推進するためのいろいろな勉強会・研究会や会議を開催してくださいとお願いしています。以上、駆け足でしたが、医師会の取り組みについてお話をさせていただきました。ありがとうございました。

○宮崎 どうもありがとうございました。現場の状況をわかりやすくお話していただきました。特にかかりつけのお医者さんの重要性が改めてよくわかりました。

次は、天野さんをお願いしたいと思います。千葉県全体の在宅医療の関係についてのお話をよろしく願いいたします。

## ■連合議員団会議として在宅医療、介護を研究テーマに

○天野 よろしく願いいたします。私はスポーツが好きで整形外科にはよく行くのですが、なかなか内科などには行きませんので、医療・介護の分野は本当に苦手でした。実際に地域で生活をしていく中で、やはり年を重ねるごとに一番重要なテーマだということによりやく気がつきまして、いまいろいろと勉強しています。なかなか専門の分野ではありませんので、的外れのことをお話しするかもしれませんが、お許しいただきたいと思います。

私はいま連合議員団会議の研究会で福祉分科会の座長を務めさせていただいております。その中で今年度は在宅医療・介護に焦点を当てて、千葉県内における医療・介護の体制整備を推進していくという方針が出されています。その中で、どのような課題があり、どのような姿を実現していくのかについて、現状分析や様々な調査研究を行いながら、提言を行っていかうと考えています。

従来から、QOL（生活の質）についてはよく

語られています。最近ではQOD（クオリティ・オブ・デス）・死の質のあり方、安らかな死についての議論がされています。死生観については、日本人はなかなか話す機会がないですし、避ける人が多いのですが、あえて少し触れたいと思います。私は、その人らしい尊厳のある死と権利を一つの人権だと考えています。その死に至る過程で遭遇する苦痛や恐怖、不安感などの心配を取り除いて、安心して死を迎えることができるような条件整備について、きちんと考えていかななくてはならないと思っています。

しかし、後に説明しますが、県内の地域によって医療や介護の資源はそれぞれであり、各地域により限定されていることも事実です。そのような現況の中で、国は在宅医療の整備を示していますが、地域によっては整備ができずに、自分の最後の選択肢が限られてしまう可能性もあります。しかし、そのような中でも理不尽な思いをすることはできないと思っています。ある県職員が「現状でも高齢化率が高く高齢者が多い地域でも何とか対応ができているのだから、それでいいのではないですか」と話しておりましたので、それに対して「やはり、その考えはちょっと違うのではないですか」と、いろいろな議論をした覚えがあります。

本日の配布資料の中には「各地域の実情に適合した条件整備が肝要である」と書いてありますが、地域により資源が違うのですから、その条件の中で整備をすると言っても「何を基本とし、確保すべき最低条件は何なのか」「どうすれば尊厳が確保できるのか」という判断は非常に難しいと思っています。県内の様々な地域で必須となる条件は何なのかということについて、私はその点を特に考察していきたいと思っています。

## ■千葉県の高齢化が進む

それでは、はじめに千葉県の特徴についてです。1番目として高齢者人数の増加ですが、先ほど土橋先生からありましたとおり、日本で2番目に速いスピードでいま高齢化が進んでいます。図表3には、千葉県内市町村の75歳以上人口の推移

図表3 千葉県内市町村の75歳以上人口の推移

自治体名	75歳以上人口の推移			75歳以上人口の増加率		高齢化率 (2015年)
	2010年	2025年	2040年	2010→2025	2010→2040	
千葉県	563 千人	1,082 千人	1,095 千人	192.3%	194.7%	26.2%
千葉市	80,830 人	184,110 人	187,747 人	227.8%	232.3%	26.6%
浦安市	6,981 人	15,109 人	19,558 人	216.4%	280.2%	14.6%
御宿町	1,656 人	2,178 人	1,766 人	131.5%	106.6%	47.7%

出典：千葉県保健医療計画に関する調査（平成22年8月実施）

を載せてあります。千葉県全体では、2010年の75歳以上人口は56万3千人ですが、2025年には108万2千人まで拡大するということが、増加率は192.3%です。これが全国で2番目に速いスピードという表現の数字になっています。ただし、見ていただくと2040年にはいくらかふえないで、横ばいに近くなっていきます。2025年というのは、ちょうど団塊の世代が75歳以上になる一つの節目ですので、それまでにきちんとした整備が必要だということです。

2番目ですが、千葉県は日本の縮図で、都市部と郡部（周辺地域）の地域間の格差が大きいということです。千葉市、浦安市、御宿町を比較させていただきます。千葉市は千葉県の動向とほとんど同じで、2040年でも横ばいです。現在の浦安市は日本で一番高齢化率が低い市ですが、2025年には216%にふえ、2040年にも280%ですから、さらにふえていく傾向です。御宿町を見るとこちらは47市町村で最高の高齢化率です。現在の人数から2025年には増加しますが、さらに右側の40年を見ると減少をはじめています。高齢化率が低い地域から高い地域まで3パターンが混在する中で、どのような形を作っていくのかが、一つのキーポイントになります。

## ■千葉県の医療体制の遅れ

次に、千葉県の在宅医療の体制ですが（図表4）、これは在宅医療づくりの資源となる一番重要な部分だと思います。在宅療養支援診療所について、人口10万人当たりの施設数を載せてありますが、これを見ると非常に差があります。市でも設置されていない地域があります。さらに町村では、

施設がない地域が千葉県の中には15あります。それから、訪問看護ステーションでいうと施設がゼロの町村が11で、市を見ると1施設しかない自治体が千葉県の中に5市あります。47都道府県の中

では、人口当たりで見ると何と45番目であり、設置事業者数が非常に少ないのが現状です。

医師の状況については先ほど土橋先生からもありましたが、人口10万人あたりの医師の数では千葉県は全国45番目になります。埼玉県が最低です。また看護師の数で見ても、千葉県は人口当たりで言うと全国で46番目、埼玉県が47番目という状況です。

さらに県内地域別で見えます。山武・長生・夷隅地域と一番良好な数字の安房地域とを比較すると、亀田病院の関係もあると思いますが、人口当たりの数でいうと（医師の数は）6.7倍、さらに看護師の数では2.7倍というように、人口当たりの医師または看護師の数に大きな差があります。

そして課題として言えるのは、医師と看護師の方の労働条件です。大変厳しい労働条件の中で働いています。厚生労働省の調査結果を見ても、時間外勤務が月に平均90時間ぐらあります。もちろん労働者という捉え方で言えば、もうこれは過労死の対象になるような非常に大変な状況です。また、医師の当直も平均2.8回で、多いところでは18回当直しています。また、看護師も3交代・2交代職場で、月に8.5回の夜勤と、超過勤務が23.4時間という数字も出ていました。このような厳しい現状の中でも安心して私たちが医療・介護の面で生活できるのは、献身的な医師や看護師の皆さんの努力があるからだとは私は評価をしています。

また、日本全体で見た時の課題は、医師も看護師も国家資格のため限られた人数しかいません。その中で、いまは47都道府県の間で取り合っている状況にあります。医療従事者の確保という点では、なかなか解決策が見えません。特に、地域によって偏在しているのも確かですし、全国的に西

図表4 千葉県の在宅医療の体制

(人口10万人当たり施設数:件/人口10万人)

二次 保健医療圏	病院数		在宅療養 支援診療所	在宅歯科 診療所	訪問対応 薬局	訪問看護 ステーション	
	うち在宅療養 支援病院	うち訪問診療 実施病院					
千葉	4.82	0.10	0.94	4.82	0.52	10.05	3.35
東葛南部	3.79	0.23	0.99	4.20	0.88	8.06	2.69
東葛北部	4.16	0.22	0.89	4.46	3.04	9.06	2.82
印旛	3.62	0.56	1.67	2.09	1.39	8.62	2.09
香取海匝	7.13	0.65	4.21	4.21	0.00	4.54	4.21
山武長生夷隅	4.92	0.21	1.92	2.35	1.07	10.69	3.85
安房	11.40	1.43	7.84	6.41	2.14	14.97	9.27
君津	5.44	0.30	2.42	1.81	0.30	7.25	1.51
市原	4.21	0.70	2.46	2.81	1.40	9.48	3.86
全県	4.53	0.32	1.56	3.83	1.34	8.84	3.05

出典：千葉県保健医療計画に関する調査（平成22年8月実施）

高東低といわれる医療資源の偏りが指摘されており、千葉県で言うと東京に近い地域に集中しています。そのような観点から言えば、その偏在の解消も一つのテーマではないかと思えます。

さらに問題なのは、医師と看護師側が何人必要だという数字がなかなか見えてこないことです。実は、厚生労働省が看護師の調査をしています。その調査によって、何年には何人の看護師が不足するというような数字が出ます。この調査は看護師しか行ってなかったのですが、民主党政権の中では医師の方についても実施をしました。

その結果は出ていますが、実は、これは地域での高齢化の進展等にもなう医療需要の見込みに基づいて、医師・看護師の必要数を算出したものありません。もちろん安心・安全を保つためでもあるのですが、地域の病院が経営上足りないという数字が出ています。議員の皆さんが議会質問をすると「何名ぐらいの医師・看護師が足りないと推計されています」と答弁がありますが、その数字が実際のところ、本当に必要な数字かどうかはわからないのです。それも大きな課題だと思っています。

連合議員団会議では福祉分科会のメンバーにより地域医療や介護に関わる現場調査を行いました。また、54市町村に対して、鏡先生を中心に介護保険に関わる詳細なアンケート調査を実施しています。議員の皆様も市町村の中で取り組んでいると思いますので、チェックをしていただきたいと思えます。そのような調査を行いながら実態を把握し、課題を抽出して政策につなげていこうと考え

ています。

時間がきましたので、一度ここで私のほうは終わらせていただきます。

○宮崎 ありがとうございます。最後の方にお話が出てきた調査についてです。これは先ほどもお話に出てきた

ように、千葉県には都市部と農村部などいろいろな地域がありますので、各所の実情が本当にばらばらなのです。この実態をまずは知らなければいけないということで、現在調査を進めています。集計できましたら何らかの機会をもって御報告したいと思えます。

それでは、先ほどのお話の中でも、お年寄りだけではなく子どもに対するケアも非常に重要だというお話が出てきました。具体的な地域に限っての話になるかと思えますが、石井さんをお願いいたします。

## ■小児の難病対策、在宅医療について

○石井 皆さんこんにちは。私は君津市選出の千葉県議会議員の石井宏子でございます。いまお話がありましたように、小児のこと、それから時間があれば難病のことを、在宅医療の事例からお話をさせていただきたいと思えます。と申しますのも、実は、私も在宅医療を行っている当事者の一人でありまして、子どもに重度の障害があります。ようやく二十歳になりましたが、生まれてからずっと何らかの形で医療と深く関わりながら、子どもを育ててきています。そのような中で、自分の子どもだけではなく、多くの医療ケアの必要ないわゆる医療依存度の高い子どもたちや、そのお母さんやお父さん、家族の方たちといろいろお話をしてきました。いろいろな課題であるとか、これからどうしていったらいいのかについて、すぐには解決できませんが、お話を伺いながら政治活



動をしております。

医療的なケアは何かということ、まずはお伝えたいと思います。先ほど秋山先生のお話の中にもありましたが、痰の吸引と言って、だいたい気管部に穴をあけて、そこからチューブを入れて吸引をします。普通、皆さんでしたらコホッと咳をすることで痰を出すことができるのですが、それができないので痰を吸ってあげるようにします。そうしないと気管が詰まって危険な状態になってしまいます。ここに穴が開いていない場合には、鼻や口からチューブを気管の中まで入れて吸引します。

それから、胃ろうについても先ほどからお話がありました。口から食べることでできない時には、胃に穴を開けて何か接続するものを入れて、そこに特別な栄養剤のようなものを注入し、その栄養剤で食べることに替えていくことになります。

そのほかに、導尿と言って、尿を自分で排尿することができないので、カテーテルを入れて導尿をします。もっと重篤になると人口呼吸器というもので、気管切開などいろいろな方法がありますが、人工的に呼吸を助けるものをお使いになる方もいます。いまは非常にコンパクトになっており、以前はおそらく在宅で人工呼吸器を使うことは難しかったと思いますが、いまでは多くの子どもさんが人口呼吸器を家に持ち帰って暮らしています。また、夜だけ人工呼吸器を付ける方もいます。同時に、自分で上手く酸素を取り込むことができない場合に、酸素吸入するというような医療的なケアもあります。

子どもさんがそのように家で暮らすには、誰がそれを行うかということ、いまのところはお母さんやお父さんです。ただ、このところ痰の吸引や胃ろうからの注入については、法律が改正されて介護者でもできるようになっています。まだ一部です。これからまだ行っていかなくてはいけないところですが、介護の方が行えるような状況にはなってきました。

例えば吸引をするのも、15分おきとか30分おき、1時間おきというようにしないといけませんので、夜介護をする方はほとんど眠れないような状況に

なります。しかし、やはり自分の子どもさんですから、何とか家に帰って暮らしたい、家で子どもを育てたい、病院ではなく家で暮らしをさせたいと、皆さん強く願われています。何とか退院する努力をされて、家で暮らしていくという方がいまでは非常にふえています。

では、そのような方たちがどのくらいいるかと考えますと、実のところ、なかなかこれが県でも把握ができていません。重症心身障害児の出現率というのは、人口千人当たりで0.3人ぐらいと言われていています。いったい何人いるのかということに関して、そんなに多くはないだろうから、まず実態や人数を把握することによって計画や対策が立てられるのではないかと指摘していますが、なかなか把握できていません。

わかるかと思って少し調べたことがあります。そのような子どもさんたちは特別支援学校等に通うと、たいてい医療的なケアが必要となります。毎年調査がされていますので、例えば調査結果を見てみますと、全国では8,655人の方たちが医療的なケアを必要としていて、特別支援学校や普通の小・中学校に通っているということです。

## ■小児の在宅医療の担当課さえ定かでない

千葉県ではどうかというと、369人ということです。これはあくまでも学齢期ですから、それより前の学校に上がる前の子どもたちがまだ大勢います。比率から推計すると、だいたい1,500人～2,000人ぐらいの人数ではないかという予想が立てられています。逆に言えば、そのぐらいの人数ですから何とかならないのか、対策を立てられないのかと思い「限られた人数ですから」というように、いつも県とは話をしています。

実は、8年前に県会議員になりまして、県執行部に「小児の在宅医療について教えてほしい」「勉強会をしたいので実態について教えてほしい」と話をしましたところ、慌てはじめました。「ちょっと、待ってください」と言うので「どうしたの」と聞きましたところ、「担当課がありません」ということでした。「一体全体どこで担当している

か、把握もできていないので、どこでお答えしていいのか、誰が説明に上がればいいのか全くわかりません」という県の話でした。「それでは困るから、誰かが責任をもって考えてください」というところから、スタートしました。

いまどのようになっているかといいますと、先に結論を申し上げてしまいますが、平成25年度から「千葉県小児在宅医療連携拠点事業」というのを開始しています。これは、厚生労働省が全国9ヶ所の都道府県でモデル的に実施している事業で、その内の1ヶ所に千葉県が選ばれました。千葉県の事業については、船橋の医療法人社団「麒麟会」に委託をしています。いまは様々な検証・研究がされています。ようやくスタートしてきたかというところですよ。

地域包括ケアですとか、高齢者の医療・介護サービスのモデルがたくさんできています。多少違うところもありますが、それと同じように、これからのモデルを次々とつくっていけばよいのではないかと考えています。

しかしながら、そのような中で見えてくることは、先ほど土橋先生のお話にもありましたが、非常に医療資源が乏しいということです。小児科医すら少ないと言われていますが、ましてや重度の、こういう重装備が必要な子どもたちを診られるドクターが、なかなかいらっしやらないのが現実です。小児で在宅医療を行っている医療機関は、いったいどれくらいあるか県に問い合わせたところ、やはり「それもわかりません」ということでした。では、1件1件どのように調べていくかというのが、いまの現状です。

訪問看護ステーションではどうやって小児の子どもたちを看ているかということ、平成24年の「千葉県保健医療計画」の中に「小児も看られます」という意思表示をしてくださっているところがあります。ようやく県の方で「小児も看られる」ということを調査してくれました。先ほど天野さんから訪問看護の状況報告がありましたが、**図表5**に子どもを看られるところの実態が出ています。

**図表5**は平成24年の数字ですので、現在はもう少しふえているかと思います。全体の訪問看護ステーション数が179に対して、乳児疾患の実績実績があるのは48、実施可能かもしれないというのが40、同じように小児の疾患では55の49です。千葉県全体からするとまだまだですし、これを千葉県の地図に落としてみると、明らかに地域差があります。これからそれをどう変えていくのか、どのようなところに住んでいても家に帰って、子どもたちと一緒に暮らせるようにするのが大切になってきます。中にはそれがかなわなくて、NICUという小児の救急治療をするところは何年間もいて、小学校にあがる6歳になっても退院ができず、機械の音のする空間の中でずっと過ごしている子どもさんもいたりします。何とか対策を講じていかなければなりません。

この点については、やはり高齢のモデルと同様の対応が必要になります。訪問診療、訪問看護、訪問のリハビリ、訪問の歯科等々が十分支援できること、生活支援ではヘルパーさんであったり、日中一時で通所ができるなどです。そして何よりも大事なことは、先ほどもお話ししましたが、ずっと子どもさんに付いていなければならない家族のために、レスパイトケアが必要だということです。何かがあった時に美容院にもいけないし、お葬式や冠婚葬祭にも出られないことがないように、短期入所ができるようにすることです。

これらをコーディネートしていくということが重要です。先ほど秋山先生の話の中で「情報が

**図表5 訪問看護ステーション千葉県保健医療圏別実績状況**

二次保健医療圏	訪問介護ステーション数	乳児疾患		小児疾患	
		実施実績あり	要望に応じて実施可能	実施実績あり	要望に応じて実施可能
千葉	31	8	8	9	11
東葛南部	42	13	6	12	9
東葛北部	35	13	4	12	10
印旛	14	5	3	9	1
香取海匠	13	2	4	4	3
山武長生夷隅	17	5	4	5	5
安房	13	1	6	2	6
君津	5	0	2	0	2
市原	9	1	3	2	2
合計	179	48	40	55	49

出典：千葉県保健医療計画に関する調査（平成22年8月実施）

事」ということでした。親の情報量によっては全く差が出てきてしまうので、そういうことにならないよう、いま障害部門では「計画相談支援員」というケアマネージャーに替わるような方が配置されてきています。できれば、その方たちが中心になりながら、コーディネーターとなって家族に寄り添って、この地域にはこのような資源があって、このように連携するといいということができれば良いと思います。

時間ですので、この辺りで閉じさせていただきたいと思います。ありがとうございます。

○宮崎 どうもありがとうございました。いま、私はこの場に座ってコーディネーター役を務めていますが、実はこの全体の企画も含め、このあとにお話をいただく鏡さんが、実質上本当のコーディネーター役であり、全てをまとめられています。

鏡さんは、もともと所沢市役所に長く在職していらしたわけです。いまは在宅医療の方に重点をおいて話を進めてきましたが、この保健医療・福祉・地域の問題を考えると、市町村と県と国のそれぞれの役割の問題は、どうしても避けることができない非常に大きな問題となってきます。

そのようなことも含めて、この間の社会保障制度の大きな変革について、鏡さんからお願いしたいと思います。10分程度でまたよろしく申し上げます。

## ■制度ではなく現場にニーズがある

○鏡 淑徳大学コミュニティ政策学部の鏡です。よろしく申し上げます。時間がありませんのですぐに本題に入ります。今日お話を伺って感じたのは制度の話ではなくて、現場にニーズがあるので、できることをしていくということです。それによって人々の生活を支えるということについて、秋山先生のお話から大変深い感銘を受けました。さらに、千葉県医師会では、在宅医療に対して非常に積極的な対応をされているという話を、土橋先生から伺いました。併せてお二人の議員の先生からは現場の状況を踏まえてお話をいただきながら

ら、制度の不十分さについて問題提起をいただきました。

それらから考えますと、やはり制度と現場のずれがあって、まだまだ社会保障全体にかかる対応が不十分だというのが、共通の認識ではないかと思います。とは言いながらも、現場では何とかいまの制度を活用しながら、人々の生活を支えているのが実態だと思います。

それでいいのかといいますと、必ずしもそうとは言えません。やはり現場の方々が、全員とは言いませんが、思いをもって対応していただけるような方々が、それを仕事として業として成り立つような制度を作っていく必要があると思います。

介護保険制度を含めた「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」というもので「医療介護総合確保推進法」と言われる法律が、2014年6月18日に成立しました。それを受けて、2015年からの介護保険の法改正が予定されています。

## ■介護報酬の引き下げでサービス低下を危惧

今日の新聞にも大きく取り上げられていましたが、介護報酬が改定されます。これは平成27年度(2015年度)からの介護報酬です。すでに御承知のとおり全体としては改定率を2.27%引き下げるという話で、その中身を見ますと、実は全体の報酬は全部下がっています。在宅サービス・施設サービスを含めて下がっており、その減額率は4.48%になります。ただ、介護職員の処遇改善にかかる分が1.65%上がっています。あとは看取りやサービス強化、リハビリテーションなど、個別の政策として誘導している加算というものがあって、これがプラス0.56%です。

ですから、4.48%から1.65%と0.56%を引くと、これが2.27%ということになっています。全体が2.27%下がっているのに、本当に処遇改善の1.65%は実現できるものなのでしょうか。これは素朴に疑問を持たざるを得ません。さらに、その2.27%のうちの在宅サービス分は1.24%、施設サービス分が0.85%下がっています。というように、在宅

サービスも大変大きく下がっています。小規模の通所介護など特別なものについては、ある意味狙い撃ちをして減額したというのが実態です。

このようなことから見ますと、どうも国は社会保障をさらに進めていくような構造にはないということです。社会保障制度改革国民会議の中の議論を受けて今回の改正がありますから、どうも国は財政的には行き詰まり感があって、できるだけ給付が伸びないように、社会保障費が伸びないように、押さえていくつものようです。ただ、そうしますと生活が成り立ちませんので、そのはざまについては「地域の方々に頑張ってください」というメッセージを送っているような構造に読めます。

もちろん、その地域の中で秋山先生や土橋先生のように努力をされて情熱的におやりになっている方は、大変希少な人材だとは思いますが。ただ、一般的に言えば、なかなかそれが全国に広がっていくような構造にはなっていません。ですから、これをどのように考えるかということです。

いまのように、財政的に厳しいから「国の社会保障には頼らないで地域の中でやっていく」という選択をするのか、いやそうではなくて「ある程度給付も大きくし、負担も大きくしながら、もう少し国あるいは自治体が安心を提供する」という仕組みにするのか、これは国民的な議論によって進められなければならないと思います。

今回の介護保険法改正は、「地域包括ケアシステムの構築」と「利用者負担の公平化」という、2つの大きな柱があります。その中で、特に「地域包括ケア」の中の重点化・効率化ですが、全国一律の介護予防給付を地域支援事業に移行することになっています。これも、全体的な財政的な見直しをかけるという流れの中で、地域支援事業にしていくことによって、給付から外すことになりました。

準備の関係もありますので、その部分は市町村が3年間をかけて準備して下さいという構造になっています。平成で言うと、27年・28年・29年の3年間のどこかで実施することになります。実は先ほど申し上げたとおり2.27%下がっています。

この給付費の土台になる算定は、前年の介護予防給付額をベースとして後期高齢者の人数(割合)を掛けていく算式になりますので、2015年からの報酬で2.27%下がると、その2.27%下がった分に後期高齢者率を掛けていくことになります。

技術的に大変難しい選択は求められますが、28年から実施をすると下がる可能性があります。全体の介護予防の給付費が下がっているところに算定することになるからです。まもなく3月議会が始まると思いますが、各市町村では大変頭を痛めていて「何年から実施するのか」を模索しています。全国で約1,700ある自治体のうち、平成27年度から実施をする自治体は100で、平成28年度が260、そして平成29年度が1,000ということで、残る370の自治体は未定と答えています。

いま報酬の発表がありましたので、27年度中に実施しようかという自治体が少し増えています。先ほど話したように、27年度に行えば26年の今年度の給付額に、下がる前の給付に掛けることができますので、年度末の3月でもいいし来年の1月でもいいから「27年度中に実施しよう」という駆け込みの選択をする自治体が、いま急にふえています。ですから、この数字も若干変わると思います。

このようなことから考えると、現場のニーズといまある制度との間には大変大きなずれがあります。冒頭に申し上げたとおり、さらにこの介護保険では「何を期待するのか」「地域の中で支援すべき課題は何か」「それを共有する手立ては何か」ということを、改めて整理していく必要があります。

現場の実践はとても大切なことですが、一方、現場が安心して動くことができるような制度をきちんとつくっていくことも重要です。以上で1回目の発言とさせていただきます。

○宮崎 ありがとうございます。ここで基調講演をいただきながら、さらにディスカッションにも残っていただいた秋山さんにもコメントをいただきたいと思います。

会場の皆さんからの質問にお答えいただくことに併せて、それぞれのパネラーの方のお話を受けたコメントをお願いします。質問につきましては、

一部文章を省略しながら読みます。

浦安市の長谷川さんからです。「秋山さんのような活動が全国で展開されるためには、何が、あるいはどんなことが必要なのでしょうか。やはり人の問題でしょうか？」ということですが、先ほど鏡さんのお話の中でも、このことには少し触れられていたと思います。

それから、市原市の湯浅さんからの質問です。「エンド・オブ・ライフケアを統括コーディネーターするのは、どういった方が適当なのでしょうか？」また、その時の費用の負担ということですが「費用はどのぐらいで、誰が負担するのがよろしいでしょうか。費用が高いと、なかなか理想のケアは難しいのではないかと思います」というお話です。

県議会議員の横堀さんからのものですが、二つあります。一つは「秋山さんが実際に行われている訪問看護ステーションですが、看護による点数収入だけで運営が可能なのでしょうか？」ということです。それから町の保健室についても、これは2番目の質問ですが「この運営費用はどなたが負担されているのでしょうか？相談者の負担というのがありますか？」というような質問です。

それから、茂原の前田さんからですが、今日のお話の中で具体的に名前が出てこなかったからだと思いますが、「リハビリでのOTやPTとの連携、また位置づけについても一言コメントをいただけると助かります」ということですが、よろしく願いいたします。

## ■地域での工夫が大切

○秋山 ありがとうございます。土橋先生とは、先生が市川市の医師会長の時に私も呼ばれたりしまして、以前から活躍を拝見させていただきました。今日は県医師会の立場ということで、わかりやすく説明していただき、ありがとうございます。

これからの在宅医療については、小児の在宅というのは非常にいま着目されていて、そのモデル事業が行われています。私たちもそれは身近に感じながら取り組んでいます。また、途中割愛され

ましたが、難病のことについても制度がとても変わってきているように感じています。

それから、いまの質問にお答えしつつですが、鏡先生がおっしゃった生活支援の部分、つまり予防支援・予防給付を介護保険の外に出すということですが、3年間の猶予のもとで、徐々にどう変えていくかは各自治体に委ねられています。上手に基金を獲得してやろうとしているところもありますし、やはり地域支援事業の中でどのように予算を動かすかというのは、すごく大きな問題なのです。

これらの点についてなかなか住民側が理解できていません。また、サービス提供側にとっても、マイナス改定のもとで、自分たちの事業が立ち行くのかということに新しい波が押し寄せていますので、やはり自治体の取り組みの仕方に着目しているのだと思います。

そのような意味で、先ほど私がお話をした“暮らしの保健室”は、「いったい霞を食べて生きているのか」と、皆さんちょっと思われたのではないのでしょうか。お金の話が随分とたくさん出ていますが、そこは十分説明していなかった点ですので、併せてお答えをします。

まず、最初に国のモデル事業を2年間受託して、医療連携の仕事もしつつ、この相談事業を展開してきました。その後は、「東京都在宅療養推進区市町村支援事業」に手を挙げて、直接の自治体である新宿区とタイアップをしました。それが3年計画の中の2年目まで終わったところで、あと1年ということです。では、その後、モデル事業が終了して梯子が外されたらどうするかという辺りも含めてですが、相談に訪れる利用者は無料というのが一つです。

人件費、そしてお部屋代が安いといっても、光熱費や通信費等の維持費がかかっています。それをどうするかですが、うちの訪問看護ステーションは180人の利用者を抱えて16人の看護師で行っている市ヶ谷ともう少し大型の東久留米ですので、去年の4月から市ヶ谷は機能強化型1、東久留米は機能強化型2の算定を受けて、医療保険の面で報酬の高いステーションになっています。そして、そ

の機能強化型を標榜するには、地域に開かれた相談支援を行うようにということが書かれています。

私としては比較的多くの看護師を抱えて、もちろんその人件費も回していかないといけないのですが、一年を通してかなりの実習生・研修生の教育の場になっておりますので、東京都訪問看護教育ステーション事業というものも受託して、その事業助成も受けています。それから研修費用も横からいただいておりますので、訪問看護そのものの事業だけではなく、別の様々なモデル事業等の採択を受けて、そのお金と合わせて運営をしているという状況です。

“暮らしの保健室”自体の専門職は三人ないし四人で、一部は訪問看護ステーションと兼務しておりますので、必要最低限な人数を上手に訪問看護と兼務しながら回している状態です。また、40人程度のボランティア登録を受けています。そういう意味では大変助かりながら、これからも地域に開かれた事業を、直接の事業助成が無くても続けていこうという気概であります。

それから、「人の問題なのか、制度の問題なのか」ということですが、私どもの所はいま月に約平均500人で、その内の150人ぐらいは見学者です。(2カ所ありますので)半年で6,000人というかなりの数の人が相談者以外にも訪れていて、全国ではいま15カ所ほどで似たような事業が展開されています。それはどのようにお金を確保しているかと言いますと、それぞれの地域で工夫をされています。地域包括の別のところで相談事業をもう少し地域に開かれた形にするとか、出張型の暮らしの保健室とか、訪問看護ステーションの隣の部屋で週1回だけ行う等があります。

また、名古屋市立大学では、文部科学省が進める「未来医療研究人材養成拠点形成事業」のお金で緑区にある団地の中に暮らしの保健室を設置しています。大学のスタッフ・学生の方や、地域看護の方たちがそこへ出るというようなところです。そこにリハビリの方たちも駐在していて、いろいろな方の研修の場にもなっています。北は盛岡から南は熊本まで、暮らしの保健室は全国に同じような形で展開されています。

それから、リハビリスタッフのことです。あまり触れませんでしたでしたが、私たちのところでも、訪問看護ステーションにPT(理学療法士)とOT(作業療法士)が1名ずつ市ヶ谷にも東久留米にもおまして、リハビリを積極的に行うようになっています。特に小児の在宅では、OTさんがとても活躍をしています。もう少し病院から外へ出て、在宅リハビリを頑張ってもらいたいと思っています。以上です。

○宮崎 はい、どうもありがとうございました。質問された方は、それぞれよろしいでしょうか?では、少しお話を進めていきます。とりあえず一巡したわけですが、少し話し足りなかったところは、少しではなくたくさんあるかと思います。それから他の方のお話を聞いて、コメントしたいということもあるかと思います。土橋さんお聞きできますか…。土橋さんにもう一つ質問がありました。「往診や訪問看護の必要性が高まると思いますが、実際に人員や経営面で本当に対応ができるのでしょうか」という質問が、茂原の前田さんからございました。よろしく願いいたします。

## ■かかりつけ医の役割が大切

○土橋 訪問診療というのは定期的に計画を立てて、患者さんの家に出向いていくことです。往診というのは、緊急の対応が必要な時に、患者さんの依頼を受けてスポット的に往診をすることになります。従来からいわゆる往診というのは、かかりつけ医の一つの役割としてありました。在宅でいろいろ検査したり、様々な治療処置をするのはなかなか難しい時代になってきまして、非常に減ってまいりました。

ただ、先ほど私のスライドでもお見せしましたように、従来からのかかりつけの先生が訪問診療や往診を比較的行っています。というのは、私もそうですが、かかりつけで10年、20年と通院されてきたお年寄りが、どうしても診療所に来られなくなった時には、もう往診せざるを得ないということが結構あります。

どうしても「行かない」と言う先生もいますが、訪問や往診されているかかりつけの先生はかなりいると思います。ぜひ、地域にそういう信頼できるかかりつけの先生を持っていただいて、そういう状況になった時には、往診や訪問診療を行っていただければ、非常にありがたいと思います。

ただ、往診や訪問診療については、高齢の先生方も多いものですから、夜間とか24時間対応まで担保することになると、なかなか対応できないところもあると思います。そのような時には、在宅療養支援診療所は、申請して24時間担保の診療体制になっているところもありますので、そのようなところと連携しながら対応していくこともあるかと思います。また、地域にいろいろな窓口がありますので、そこで聞いていただければ大丈夫だと思っています。

○宮崎 はい、どうもありがとうございます。質問のほうはよろしいでしょうか。他によろしいですか。それでは、石井さん、さらに追加がありましたらお願いします。

## ■医療と介護の連携

○石井 ありがとうございます。先ほどは子どものことでしたが、今度は少し難病のお話です。平成27年1月1日から、この特定疾患・難病の医療費の取り扱いが改定されていますが、非常に混乱をしていて、私たちのところではいろいろな方からの相談を受けるケースが非常に多いです。

この間、パーキンソン病の方から相談がありました。その方の場合には、家族で何とか対応しているのですが、まずは「保健所とか行政がとても頼りにならなかった」という指摘でした。聞いてみると、保健所側でも制度がどうなっていくのかわからなくて、とても困っており、お互いに泣き合ってしまうような状況に陥っていたということでした。では、そういう時にケアマネさんはどうだったかという、やはりこれもまた頼りにならなくて「医療のことはケアマネにはわからないのです」というような、非常に厳しい状況でした。

実は「医療側もわかっていなかった」というのが、つい最近わかりました。指定医療機関と指定医との違いがわからずに、指定医療機関にならなかったために、指定難病にも関わらず患者が助成を受けられず、訪問診療の時にはお金を払い続けていたことがわかりました。何とか県からその医療機関に対して「簡単なので取ってください」と話をしてもらい、指定医療機関を取っていただいて、対応できるようになってきています。ですので、非常に混乱しているというように思います。

やはり、ここで相談者の方からの悩みは、まだまだ医療と介護の連携ができていなくて、一体全体どちらがコーディネートをするのかということです。ケアマネジャーがコーディネートするのか、訪問看護師がコーディネートするのかというところがあって、これは小児の場合も同様です。

医療側に関しては、先ほど土橋先生から「医療側も生活者の立場から見なければならぬ」というお話がありました。医療は生活の視点が大事ですし、それから介護は医療の視点が大事ですので、そここのところをお互いに学び合うというか、もう少し上手く連携ができてくれれば良いと思います。逆に、そういうところは少し秋山先生にお聞きしたいと、お話を伺いながら思っていました。

それから、もう一つ提起させていただきたいのは、難病や小児の場合には医療費の助成がそれなりに出ますが、それ以外で、例えば衛生材料の先ほどの吸引するチューブであるとか、そういう時に使わなくてはいけないゴムの手袋であるとか、本当に細かい小さいところですが、様々な介護用品や衛生材料などの負担が非常に大きいのです。吸引器を買わなければならないとか、そういうこともあります。

また、驚いたのは在宅に移りたいのでお試し期間のように「病院からいったん帰る」という時に、ベッドがダブルカウントされると駄目なので介護費用としては認められないというように、介護と先ほど来あるような制度が現実合っていないということです。本当に小さいところですが、一人ひとりからすると「非常に困難である」という相談が多々あることを、紹介させていただきます。

ありがとうございました。

○宮崎 いま、いろいろと指摘された点は、一つ一つが非常に細かいことのように見えるのですが、非常に重要な内容が含まれているのではないかと思います。これにつきましては、秋山さんコメントをお願いします。

## ■医療資源をコーディネートする

○秋山 まず、今年の1月から、例えば難病の費用負担などがかなり変わってきていますが、それも4月から再び変わります。ですから、ものすごく混乱している現場があります。きちんと申請し直さないと自己負担割合が出ませんので、その点についてもそれぞれの窓口できちんと説明していただく必要があります。それが1月に変わり、4月にも変わります。いまは曖昧なまま進んでいる状態ですが、保健所側でも答えやすいような窓口整備をしていただきたいと思います。収入の程度によっては、逆に自己負担額がかなりふえておりまして、今度はそこに高額医療等をかぶせて、制度をいろいろと使っていないといけません。その点については、相談窓口できちんと対応してもらいたいと私自身も思っています。

それから衛生材料の問題です。その点は非常に難しく、例えばある程度は衛生材料も管理療養費の中から出してくれるパターンもありますが、やはりゴムの手袋は難しいです。では、費用負担をどのように少なくするかは、ケースに入る訪問看護等と直接相談させていただいたり、どのように「仕入れるか」というのは変ですが、具体的に個々の事情に合わせて対応しています。

また、医療と介護の重なった部分のいろいろな面でのコーディネートですが、難病等に関してはやはり医療保険で訪問看護はケースに入りますので、介護保険と医療保険と相乗り状態の時に「どちらが主導か」というのは難しい面があります。介護保険のケアマネージャーさんと訪問看護は、きちっとコミュニケーションを取らないといけません。医療が前へ出なければいけないとい

う部分もあります。そこは「どちらが」ではなくて、場面によっては前が出る方が先に行くというのか、そういう「あうんの呼吸」のチームが作れないと、医療依存度の高い人のケアはできないと考えています。そこに保健センターの保健師さんをぜひ絡めていただかないといけません。

先ほど吸引器の問題が出ましたが、難病指定を受けている方には吸引器の貸与事業が都道府県事業であります。それは保健師さんの範疇ですから、そういう制度も上手く使って様々なところをと思います。それから、身障の自立支援のところも入ってきます。その辺のところを、介護保険だけしかわからないというのではなく、あらゆる資源を上手くコーディネートができるように、そこはある意味で訪問看護にももう少し前へ出てもらいたいと思います。以上です。

○宮崎 なかなか様々な情報に精通してコーディネートをしていくというのは、実際のところ難しいでしょうね。それでは、天野さん、お願いいたします。

## ■県の在宅医療の現状

○天野 先ほど大きな課題として、千葉県の現状、特徴について話をさせていただきました。簡単にまとめますと、様々な地域で、どのレベルまで在宅医療を整備していくべきなのかという点です。都市部ではいろいろな医療や介護の資源はあります。しかし、2025年には千葉県の高齢者の人口が2倍に拡大しますから、患者数なり利用者数が増える中で、耐えられる状況を確認できるのかというのが一つです。

東京から離れた千葉県東部・南部の地域で言いますと、今はもう人口が減りつつあります。その地域に投資して病院や看護ステーションをつくるということについて、今後の人口減少を勘案しますと、なかなか難しい状況です。そのような中で、どのように必要な医療資源を確保するのかが、一つの大きな問題だと思います。

二つ目は、これは医療も介護もそうですが、市



町村によって二極化する恐れがあるということです。どれだけのサービスを確保できるかということが、ある面で市町村の考え方や対応に委ねられる点が多々ありますので、サービス提供という観点から、地域格差が拡大しすぎるのが懸念されます。

そして三つ目の大きな課題です。たぶん、これも市町村が主体的な事業者として地域包括ケア全体に対応することになると思います。このような中で、最終的な責任はどこかとするのか、国なのか県なのか市町村なのか、勉強不足かもしれませんが、私にはあまりよく見えていない状況があります。それが懸念されるところです。

そのような中で今後の課題の確認や条件整備のポイントとして、何点かをお話しします。1番目は、平成30年の介護保険事業計画の策定です。医療と介護を上手く連携させた中で、数字的なマッチングをさせながらつくることになりますから、それに向けての条件整備が始まります。これまで医療計画は5年、介護は3年というサイクルで回っていましたから、整合性はありませんでした。それが30年からサイクルを合わせますので、それが一つのポイントになります。その中で先ほどお話しした「どういう形をつくり上げるべきか」というのが、地域ごとに出てきます。

二つ目には、医療介護総合確保推進法に基づいて基金ができました。消費税のアップ分の一部がここに回ってきています。千葉県では26年度に医療のみで36億6千万円、来年度が介護と医療で50億円ということです。これによって、どう整備が進められるかというのも1つのポイントです。

そして三つ目のポイントですが、先ほどお話ししたように千葉県の中でどのような地域包括ケアシステムを作り上げるのかということです。今日も地元の訪問看護ステーションの看護師さんが見えていますが、地域の中で医療と介護を連携させたビレッジのように、村の形で集約した場所をつくったらどうかということです。それによって医療と介護の連携もできるし、総合的な相談窓口もできるし、いざという時の対応力もアップします。そこに子どもの施設等を含めて、総合的なものを

つくるのも一つの方策ではないのかというお話をいただいています。

そして、次にもう一つは看取りの場所のあり方です。千葉県はどうしてもその部分で強化しないといけないのかと思いますが、県に確認したところ、介護保険福祉施設・特養で看取りを行っているのは33.9%で、有料老人ホームでは47.3%の施設で行っています。ある調査機関の発表では、看取りを行っている施設は全国では平均66.3%という数字が出ています。これと比較をすると、随分と低い数字になっています。おそらく、これは医師や看護師に、上手く協力いただける体制がつかれないことも原因だと思いますので、その点もチェックが必要です。

あと4番目には、千葉県医師会でも積極的に取り組んでいただいている「かかりつけ医」についてです。これから在宅に向けて、さらに役割は高まっていますが、実のところ県は県民の皆さんに対し、何も周知や宣伝をしていません。実際は、ただ単に予算が取れないことが原因のようですが、その点についても、きちんと定着させていかなければなりません。

それから、5番目の地域包括支援センターの機能強化です。先ほどの6名の市議会議員の方に調査していただきましたが、地域包括支援センターについては、一つの市を除いて他の五つの市全部は「増設しないと入りきれない」と答えています。ただし、専門職の確保がたぶん難しいのではないかと思います。ある一定レベルの方を確保するのは相当苦勞すると言われてしますので、その点もチェックポイントかと思っています。

最後に、先ほど石井議員からも指摘がありましたが、健康福祉部の体制強化の問題があります。実は、私も予算委員会の中で突っ込んだ話をしたのですが、在宅医療に関する課が7課にまたがっています。要するに7課にまたがると、お互いに縦割りですから、横の連携がありませんので、戦略的な方針が打てません。きちんと連携をするように組織化してほしいと指摘しましたが、ちょうど来年の27年度から新しく在宅と地域包括ケア・基金事業に関連して担務する課と、課の中に係

やグループをつくりましたので、それに対応していくということです。その点についても、これからはチェックしていきたいと思っています。少し行ったり来たりの話ですみませんが、以上です。

○宮崎 はい、ありがとうございました。最後に鏡さんにまとめていただこうかと思いますが、その前に少しだけ…。

介護保険の制度が今度変わります。給付の中から地域支援事業に取り出され、別枠になるというお話が先ほど出てきました。介護保険というのは、介護の社会化ということです。介護というのは個人の問題ではなくて、社会の問題だということです。自分に必要があるかどうかわかりませんが、もしかしたら必要になるかもしれないリスクを、共同で分散するために保険料を支払うのです。したがって、その保険料で賄われるわけですから、その保険料を負担した人には、いずれ必要となった時に介護を受ける権利が発生するということです。

これには権利の関係があったはずですが、地域支援事業になってしまいますと、この権利性が奪われてしまうわけです。これでは、昔の措置制度と何ら変わりのないものになってしまうような危惧があります。その意味では、かなり大きな発想

といえますか、思想といえますか、考え方の転換が伴われているように思われますが、その点も含めてよろしくをお願いします。

## ■自治体、首長、議員、市民が今問われている

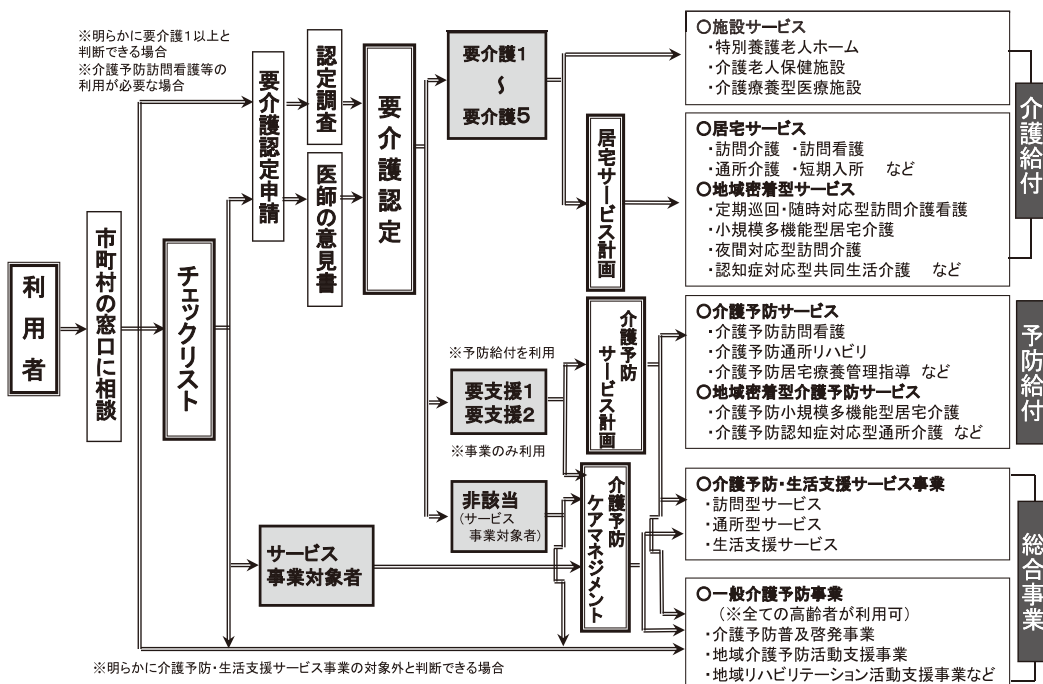
○鏡 いま宮崎先生からお話がありましたとおり、この介護保険改正において、**図表6**にも書いてありますが「新しい総合事業」ということで、市町村の実施する事業になっています。

給付というのは、基本的に全国同一です。要介護認定に従って、要介護度1～5の人は等しくサービスが受けられるはずですが、法律に基づく基準に従って、各都道府県が指定した事業者のサービスを受けることなので、言ってみれば全国同じようなサービスが得られるはずですが、しかし、今度は市町村の事業になってきますと、市町村が作成しますので、例えば千葉市と浦安市では違うことになるし、鴨川市と山武市は違うというように、それぞれの自治体によって実施の期間も違うし、実施方法も異なるということが生じてくるわけです。その意味では、大変大きな変革であると思います。これも含めて、厚生労働省や国は「地域包括ケア」と称しています。つまり、サービスの主体が市町村に移行していくことをう

たっているわけですから。

そのような点から考えると、国が狙っている眼目としては、医療費や給付費の縮減が、かなり大きなテーマになっていると思います。とは言いながらも、今日のシンポジウム全体でもありましたように「地域でニーズがあるなら、

図表6 介護サービスの利用の手続き



出所：厚生労働省老健局振興課「介護予防・日常生活支援総合事業ガイドライン案（概要）」

それを支援しなければならない」というのが、この地域で生き生きと暮らすためのテーマだと思います。

その意味では、国はできるだけ給付を絞り、必要と思われる人に集中的にお金を注ぎ込みたいのです。しかし、その制度で生活を十分支えられるかと言うと、そうではありません。そのギャップを誰が埋めているかと言うと、地域の情熱ある方々だというのが実態だと思います。本当にこれでいいのかということ、やはり自治体の中で議論していくべきですし、さらに都道府県や国で社会保障のあり方について、もう一度きちんと見直す時期にきているのではないかと思えるのです。

もう介護保険も15年になります。20年経てば制度としては成人になりますから、全体を見直す時期だと思います。併せて大切なのは何かと言いますと、自治体に責任があるということだと私は思います。このような地域の話は、厚生労働省発で見るとはなくて、ニーズがそこにあるのですからそれぞれの自治体が、一番基礎的な自治体である市区町村が対応するというのが、当たり前だと思います。その自治体というのは、首長も議会も市民も含めてということです。

凡庸な自治体には、それぞれの凡庸な首長なり議員なり市民がおられるのかもしれませんが、ですから、その責任が自治体に問われるというのは、首長であるか議会であるか市民であるかはわかりませんが、それぞれの方すべてに問われているのだと思います。やはり、きちんとものを言って考え方を確立していくことを、共有していくことが大切です。

先ほど統括コーディネーターの話が出ました。これまで地域で包括ケアを行っている方、在宅医療で進んだ実践を行っている方には、地域の中の医療機関であるとか、保健師の方々、介護の関係など、それぞれのポジションで地域をコーディネートできる方がいます。

例えば、広島県御調町であるとか、尾道であるとか、沢内村、五色町とか、栗山町、国立市、そういうところには固有名詞が上がるような方々がいらっしゃいます。その意味では、凡庸な自治体

にはなかなか安心した仕組みができないと思いますが、ただ、必要なことは気づきです。「こういう問題が地域にある」ということを気づくことが必要ですし、その課題を整理することです。秋山さんのお話のとおり、使える補助金であるとか、使える財源は何かということも含めて整理をしていくことが必要だと思います。

さらに、それを今度は関係する方と共有し、行動して連携することが必要です。そのための会議を開いて共有化し、具体的な支援につなげていく、効果を測定して、さらに課題を整理するということです。そのような政策的な循環が求められるのではないかと思います。そのことによって、初めて地域で安心して生き生きと暮らす仕組みが実現できていこうと思います。

ですから、気づきをし、連携したり具体的に行動することを、それぞれの自治体の中で努力していただくことが必要です。それを後押しするのは、やはり地域の市議員、県議員の方々です。自治体職員が気持ちよく、一生懸命に仕事ができるような環境をつくる必要があるのではないかと思います。

○宮崎 どうもありがとうございました。

本日は様々な論点で、いろいろな話題が提供されたと思いますが、大きな政策課題であることには間違いありません。政策課題であり、同時に会場においでの方の中には政治に関わる方も大勢いらっしゃいます。政治課題でもあるし、また行政課題でもあるし、ある意味では様々な市民の実践課題・活動課題であったかもしれません。

冒頭に私は「このシンポジウムとパネルディスカッションに、どのような題名をつけたらいいのか非常に迷ってつけられなかった」と申し上げました。最後に至るまで、皆さんお一人お一人がお感じになられたことで題名をおつけいただき、それぞれお持ち帰りいただいて、また皆さん方の話題にさせていただければよろしいかと思います。

これにて「題名のないシンポジウム、パネルディスカッション」を終了させていただきたいと思えます。どうもありがとうございました。