

# 新たな介護保険制度対策特別委員会会議録

(平成27年10月21日)

栄町議会

## 新たな介護保険制度対策特別委員会

### 議事日程

平成27年10月21日（水曜日）午後1時30分 開会

- 事 件 （1）在宅医療の現状について  
（2）訪問看護の現状について

#### 出席委員（12名）

委員長	橋本 浩 君	副委員長	大野 徹 夫 君
委員	菅原 洋之 君	委員	金島 秀 夫 君
委員	染谷 茂 樹 君	委員	藤村 勉 君
委員	松島 一 夫 君	委員	山田 真 幸 君
委員	野田 泰 博 君	委員	高萩 初 枝 君
委員	戸田 榮 子 君	委員	大野 博 君

#### 出席委員外議員（1名）

議長 大澤 義 和 君

#### 欠席委員（なし）

---

#### 講師

医療法人社団相生会 理事長 小川 芳信 様  
医療法人社団育誠會 さかえ訪問看護ステーション 所長 岡野 和子 様  
看護師 麻生 雅栄 様

#### 説明のため出席した者

総務課長	長崎 光 男 君	健康保険課長	小出 善 章 君
福祉課長	埜 寄 久 雄 君	福祉課課長補佐	金子 治 君

---

#### 出席議会事務局

事務局長 鈴木 正 巳 君 書記 野平 薫 君

◎ 開 会

○委員長（橋本 浩君） ただいまから、第5回新たな介護保険制度対策特別委員会を開会いたします。

---

◎ 開 議

○委員長（橋本 浩君） 本日は、大変お忙しいところ、医療法人社団相生会理事長小川芳信様、そしてもうおふた方、医療法人社団育誠會さかえ訪問看護ステーション所長岡野和子様並びに同看護師麻生雅栄様に本日のご講演をお願いいたしましたところ、快くお引き受けくださりまして、誠にありがとうございます。議会を代表いたしまして、お礼を申し上げさせていただきます。

それでは早速、次第に沿いまして進めさせていただきます。

はじめに、「在宅医療の現状について」と題しまして、小川芳信様よりご講演をいただきます。小川先生よろしくお願いたします。

○講師（小川芳信様） みなさま、こんにちは。おがわ内科の小川です。本日はお忙しい中、議員の皆さまがたにはお集まりいただきまして誠にありがとうございます。また、このような発表の機会をお与えくださいました岡田町長はじめ、栄町役場職員の皆さまがたにはこの場を借りまして深く御礼申し上げます。

さて、今回、在宅医療の現状についてのお話ということで、いただいております。本来、これから将来、利用する可能性のある方々もこの席にいらっしゃるかもしれませんが、できるだけ具体的な内容になるようお話ししたいと思います。

まず、「在宅医療」とは、住み慣れた自宅で最後まで暮らせるよう、患者さんとご家族の生きることの全体に関わる医療というふうに定義されます。望まれば、居心地の良い生活の場で、最後の看取りまで支える医療、そしてこれを成し得るためには生活を支える医者だけではなくて、歯科医師、看護師、薬剤師、その他諸々のスタッフ若しくは他職種の協同作業、そういったものが必要で、24時間・365日、切れ目のないサービスの提供というのが目標であります。しかしながら、現実問題としてこういったことが実際に地域で成されているところは数少ない現状です。そして団塊の世代が75歳以上となる2025年度を目標に、国のほうは地域包括ケアシステムというふうな構想を立てまして、増加し続ける要介護老人を地域で支え合うシステム作りを全ての地方自治体に義務付けました。医療費削減を目的に、病床の削減、介護保険費用の支給を制限するような形で今現在、国が様々な改革をしている。そういった中で地域に住む人々を安全に暮らしていくために国は自治体・自治会・ボランティアに有償・無償の協力をお願いするというのがこの地域包括ケアシステムということで、要は国の財源が厳しいので、その財源を増やさずに自治体や地域住民の方々に肩代わり

してもらおうというのがこの地域包括ケアシステムの一つの目的だろうと思います。この地域包括ケアシステムを上手に進めていくには、どうしても在宅医療という問題が一つの大きな柱になります。つまり、命、生命の保障なくして地域包括ケアシステムは成り得ません。それを医師1人が往診なり在宅医療だけで看取るというのは難しいです。そこには介護サービスのケアヘルパーや訪問看護師、そういった方々と共同で全体を取り巻いて地域の住民の方々の安全な暮らしを守っていく。そのためには一つ一つのサービス関係者が常に協力するような状況を作らなきゃいけない。そのためにはやはり行政や議会の皆さまがたのご理解とご協力をいただいて、こうした関係を作るようなシステムを各自治体で作っていただかなければいけない。

地域包括ケアシステムを構築するためにはということで、これは私の同級生なんですけれども、栃木県の小山地区で、医師会で在宅医療担当の理事をやっている者のスライドを借りてきたんですが、まず、これは行政が真剣に取り組むことが大事だと。それからもう一つは地区医師会がこれにきちんと協力する、こういう行政と医師会とがきちんと組んでやっついていかないとなかなかうまくできない。それから「医療モデル」、つまり病気を治して家に帰るということだけじゃなくて、その人達の生き様、最後は命の長寿を達成した後に、どのような形で自分は人生の最後を送っていくのか、そういった「生活モデル」も、皆さまがたも意識の改革が必要なんだという意見です。彼の言葉を借りると、在宅医療とは、住み慣れた自宅で療養したいと希望されている、通院が困難な患者さんと家族の生活を支えていくのが在宅医療だ。自宅では困難との判断でサ高住、「サ高住」というのはサービス付き高齢者住宅の省略ですけども、そういったところに入居している方々もいますよ。動けなくなったらずっと掛かっていた医師が自宅に診に来てくれるのが一番安心だということです。今現在、掛かっている医師が、もし動けなくなったら自宅で診てくれるというのが本来の理想的な形なんだというのが彼の意見です。なぜ在宅医療がこれほどまで言われるようになったかと言いますと、家で過ごすことの素晴らしいことが再認識された、国の立場からは医療経済的な側面もある。つい40年前までは、8割の人がほとんど自宅で看取られていました。ところが、現在では逆に8割のかたが病院で死んでいます。また、少子高齢化に伴い、国民医療費が増加して、経済的に今の健康保険制度は破綻しかけています。そんな中で在宅医療というシステムは入院医療よりかなり安く済みますので、医療費削減ということからもたいへん都合がいいという、そういった国の思惑もあって、国は地域包括ケアシステムの中で在宅医療というのを大きな柱の一つとして取り上げてきているということになります。

ここで、在宅医療、在宅医療と言いますけれども、昔の往診と今の在宅医療がどう違うのか、これははっきりとしておきます。病院での医療というのは、これは「治す医療」です。しかし、在宅医療というのは1人1人の患者、家族を支える医療です。そして、在宅医療の中にはこれまで往診、往診と言われていた、緊急時に臨時的に単発で行う往診、これを「緊

急往診」といって、これが皆さまがたがこれまでに経験、見聞きしている内容の往診ということになります。現在では、緊急往診は緊急往診としてやりますけれども、本来は定期的に決まった日にお伺いをするということを定期往診、これは国の健康保険制度でも取り入れられて、名前を「訪問診療」というふうに分けています。したがって、今現在、在宅医療と言った場合には定期的に行う「訪問診療」と臨時で行う「緊急往診」と、その二つが一緒になったものと考えておいてください。したがって、文書で往診だ、往診だと言っている場合が、それが書かれたものが昔であれば緊急往診で、現在、書かれたものであればもしかしたら訪問診療と往診とがごっちゃになっているかもしれません。そのことをご理解ください。

そして在宅医療というのは、なにも医者だけ、1人が行うものではなくて、医者が行う訪問診療、それから先ほどの、昔言っていた往診という緊急往診、それから他の職種の歯科医師、薬剤師、その他の方々の協力が必要と。そうして大きく訪問看護ステーションからの訪問、それを全部を結び付ける行政が中心となって行っていただきたい地域連携、こういったことが一緒になって在宅医療が初めて可能になるということです。

ここで、千葉県医師会が作ったビデオがありますので、しばらくご鑑賞ください。

#### \* ビデオ鑑賞

○講師（小川芳信様） どうもありがとうございました。よくできたビデオで、まさに現実  
に今現在、起こっているのはこういったことじゃないでしょうか。

在宅医療というのはどういう歴史を辿ってきたのかということなんですけれども、ここで数字の誤りがあるので訂正させていただきます。1945年、昭和20年に終戦、その下、1951年、昭和35年とプリントにありますけれども、これは1961年、昭和36年に訂正してください。その下、1973年の下、昭和50年～60年代、文章では1978年となっていますけれども1976年で昭和51年と訂正しておいてください。

国は、昭和36年に国民皆保険制度を作り上げて実行に移しています。これによって、今まで病院に掛かれなかった人達が簡単に受診できるようになりました。その結果、医療機関の受診が増加していき、その傾向は昭和48年の老人医療費無料化という政治的な判断が行われ、病院の外来は老人であふれ、病院の新築・増築ラッシュということが行われました。そして医学の進歩、医療の充実と相まって救急救命処置で助かる人が増えました。その結果は、脳卒中の後遺症で寝たきりの人達が増加していったという時代背景があります。そして、先ほどのビデオにもありましたけれども、昭和51年、1976年に病院で死ぬかたと自宅で亡くなるかたが逆転しました。このことは、自宅で看取りをしなくなった結果、若い人たちは老人が死んでいく姿を見る機会を失ってしまった。そして、「死」というものを病院に押しつけて日常生活から切り離してしまった。その結果、寝たきりとなった老人は病院での

長期入院生活を余儀なくされ、点滴に繋がれ、ベッドに抑制されて虚ろな眼で天井を眺めているという姿がマスコミで盛んに報道されて社会問題化した時期がありました。「死」という自然現象を日常生活から病院に任せてしまった結果、病院信仰という、一時、そういった風潮がでます。救急救命で助かる人が増えてきた。それから老人医療費無料化、しかしながら福祉施設の貧困さから入院して退院した後に行く先がない。病院にいれば色々な高度な医療機械を使ってなかなか死ぬことがないということから、一時は、入院していると絶対に死なないという錯覚で、入院しているのになんで死んだんだというふうに訴訟が起こされたり、退院を勧められても老人ホームに行くのは世間体が悪いからと。今では想像もつきませんが、その当時、老人ホームに入所させるということは親不孝と同じ扱いだだったので、世間体が悪いからこのまま入院を続けさせておいてくれと。こういうのを社会的入院ということで、一時、盛んに問題にされました。そしてその結果は寝たきりだけ植物状態の老人患者が病院のベッドを埋めてしまうような状態になった。そういったのが散々、マスコミ、テレビで報道されるに従って、私達はあんな死に方は嫌だね、できるならぴんぴんころり、ぼっくりといきたいというふうなぼっくり信仰となっていて、長患いはしたくない、嫁にも面倒見てもらいたくない、できるだけ元気で長生、死ぬならぼっくりと、というようなことが一時出て、これは有吉佐和子先生の「恍惚の人」というベストセラー小説が映画化になって、それから大きく話題を呼んでいる。この近くにもそのぼっくり信仰の寺院があって、川向うにお札を配っているところもあります。

それとは別に、安楽死という問題を取り上げて、今では日本尊厳死協会と名前を変えて尊厳死、よりよく生きて死を自分で選択するという権利は1人1人あるんだよと。尊厳死の宣言書ということで、リビング・ウィルというのを、今、盛んに作っております。リビング・ウィルというのはどういうことかという、無意味な延命措置は拒否します、苦痛を和らげる措置は最大限に希望いたします、植物状態になったら生命維持装置は止めてくださいというふうなことを文書で書いて、家族の間で共有するというのがリビング・ウィルということです。千葉県医師会でも、毎年のようにこのリビング・ウィルを医師会主導で作って、毎年改定していいものに作り上げようと努力しております。ここで一つ、力を入れているのが、細かくて見づらいんですけども、最期まで続けたいことはなんですかと。例えば朝はごはんのみそ汁が食べたいと、それから好きなテレビを見たいとかお酒を毎日飲みたいとか。そういう続けられることは尊重しますよと、そうして自分の最期を自分らしく生きていたいという。ここが一番、医師会としては重点を置いております。最期までなにをやり続けたいんですかということ、できるだけ尊重してあげましょうというふうに考えています。そして、先ほどもありましたように、入院期間というのは最近の医療制度では救急で入ろうが予約で入ろうが、大体、平均2週間です。2週間経つと、まず急性期病院からは病院を移るように勧告されます。そして、例えばリハビリが必要な場合にはリハビリ病院に移って、

更に最大平均3ヶ月、そしてそれが過ぎますと在宅に移るか、それとも自宅、施設のほうに入所するかということが選択されます。ビデオでもその選択で家族会議等が開かれています。

ここでもう一度、在宅医療の歴史なんですけれども、健康保険が当初、改正されたときには在宅医療は講想からなかったんです。往診という形はこれはあくまでも緊急、一時的な措置で、保健所に届け出て、国が許可をした病院及び診療所だけが保険診療ができる場所というふうに扱っていて、自宅というのは許可されていませんから、本来ならば保険診療できないところと。ただし、往診の場合に限っては緊急避難的に健康保険が使えますよというふうにはしたんです。従いまして例えば道路で倒れている、公民館で何か催し物をやっていたときに誰かが倒れたときに、医者に来てもらって治療した、そこは保険で認められている場所じゃないから健康保険は使えません。ですから飛行機の中で誰かドクター、と言ったときに医者が救命措置をした場合でもこれは医療はできるけれど保険の適用はないです。ですから公民館で誰か具合が悪くなったら、どうぞ救急車を呼んで医療機関に連れて行ってそちらで治療を受けてください。それが健康保険の建前です。従って、自宅で注射を打っていて、それを健康保険で認めさせてくれというのはなかなか認められなかったんです。それが昭和56年に初めて、インスリンという注射を自分で自宅で注射して、それが保険が認められるようになって、それから在宅医療が健康保険が適用になってきた。特に昭和61年の訪問診療算定、つまりこの時期から国民の医療費が膨大になって、国が入院治療から在宅医療に大転換したんです。それと同時に介護保険法が施行されて、入院医療費を圧縮するために入院治療から在宅治療へと国が大転換して、今現在、このように在宅医療、在宅医療というふうに話が進んでるわけです。健康保険で言う場合の在宅医療の対象者ですけれども、何度も出ていますけれども寝たきりであるということ、難病であるということ、それから癌の末期であるということですから、元気な人でぴんぴん歩ける人が、ちょっと忙しいから医者に往診してくれと言った場合、これは健康保険の対象外です。自費ならばできますけれども健康保険では本来、支給の対象外という制限があるということです。それから在宅医療の費用ですけれども、医療費と介護費と両方重なります。ただし、日本の健康保険は非常に優遇されていて、高額療養費制度というのがあって、自己負担の上限が決められています。一般の人でしたらば年金で生活されているかたは1ヶ月12,000円を超えた場合にはそれ以降は全て保険で補填される。これは色々な医療機関、薬局で保険を使った場合でもそれは上澄み、加算されて12,000円を超えた段階でそれ以上の支払は発生しません。非常に日本の健康保険は低所得者に対しては非常に恵まれた制度だと思います。

それから、いま言ったように低所得者への軽減措置というのは色々準備されていますから、在宅医療をした場合に、例えば体に人工呼吸器をつなげて、持続点滴をやって、そういった機械がいっぱい付いていても全て12,000円以上はかかりません。訪問診療の申込みとしては、入院中であればその退院医療連携室、退院相談の担当者、介護保険施設、例えば

医療介護3だった人が要介護1になったから施設から退去を求められた場合に、それはその相談室、ケアマネージャーに相談する。それから自宅で療養している人が訪問診療を申し込みたいといった場合には、まずは普段かかっている医師に申し出てお願いしてください。

終末医療の希望ですけれども、医療でもありましたように自宅で療養するというかたが全体の58.8%という、これは国の調査です。ちょっとビデオと数字が少しずれていますけれども。終末ケアはやはり家族、家庭で死にたい、理由としては住み慣れた場所、それから最期まで家族と一緒にいたいと。ただ、全てが良い面があるかという、やはりそこには色々な問題点があって、まず、1番の問題点は、家族に負担をかけることを一番問題にしています。やはり家庭の介護力、それにどうしても依存せざるを得ないので、本人としては家族に負担をかけるのは一番心配している。それから、これは東京都の数字でもやはり家族に負担がかかるのが一番心配だと。こんどは最近の風潮としては、老老介護、つまり夫婦共に高齢になってきて、夫が妻を、妻が夫を、どちらももう80歳以上では老老介護だと。これはもう在宅医療ではなかなか難しい家庭環境です。それから2人とも認知症を患っていた場合には、これもまた在宅ではなかなか難しいです。つまり老老介護、認認介護、これがこれから増えていく。これが増えてくると在宅医療自体が成り立たなくなってくる。今度は医師側からの問題ですけれども、在宅医療をやってくれよと言った場合に、やりたくないというのが過半数なんです。あまりにも負担が多いと。新規に在宅医療に取り組むにはしんどい、1年365日、24時間待機しろというのはどだい無理な話だ、国は何を言っているんだというふうなことです。色々な理屈をつけていますけれども、結局はやりたくないというのが過半数の医師の気分、気持ちです。

私のほうのこれまでの在宅医療のことをお話しますと、この約10年間、総数で56名、大体60代、70代、80代が中心で、これを見ると70代では男性が14名に対して女性が3名、80代は男性が12名に対して女性が8名ということで、どうも男性が在宅医療を受けていることが多かったです。これはどういうことかと言いますと、私の予測ですけれども、旦那さんが倒れた場合には奥さんがしっかり面倒看てくれるんです。日本の女性はとても優しいですから、決して見捨てることはないんです。ところが奥さんが倒れちゃうと、ご主人はお手上げ状態になっちゃうんです。ちょっと面倒看られないということで施設に預けちゃうということなんじゃないかと思うんです。それから80代になると今度は介護の手が子供や孫に移るでしょうから、そうするとお母さん倒れたんだったら僕たちが看るよというふうなことで、80代、90代は益々、孫のほうで面倒看るからお母さんもおばあちゃんも面倒看てくれるということで、やはり70代の女性の頑張りやと70代の男性の薄情さですかね。平均訪問期間は平均すると大体180日、半年位です。半年位訪問して、その結果は半数を看取った状態で、あとは入院したり中断したりということがあります。高齢者がどんどん増えるとともに認知症のかたもどんどん増えていきます。死亡数ですけれども、今現在、



この辺り、年間約140万人位死亡しているのが平成54年には166万人、今よりも26万人増える。では、こういう人達はどのような所でお亡くなりになるのかといいますと、死亡するかたはずっと増えていきます。そして病院は、ベッドは増えていきません。ほぼ同じ位、少しは少なくなる。それから介護保健施設も微々としてちょっとは増える。在宅で看取りはそれほど増えないだろうと国はすでに諦めています。そうしますと47万人がどこで看取ってもらえるのか未定状態です。もしかすると自宅で亡くなって警察が見る、警察がこの47万人に対して全て検死をしなきゃいけないのかということ、これを見たら警察のかたは頭を抱えるんじゃないかなと思います。そのうち良い知恵が出てくるんだと思います。

以上、今日のまとめですけれども、在宅医療は自宅などの住み慣れた場所で自分らしく生活をするための支えとなります。それから、在宅医療を受けるには本人と家族が「看取り」について同じ考えかたであることが必要です。在宅医療は医師だけでなく、歯科医師・看護師等の幅広い専門職の連携と行政の力が必要です。在宅医療が広まるには、医療制度、特に安楽死の問題、それから消極的及び積極的安楽死、それから生命に関する法律、つまり、例えば在宅医療をしていて適切な医療行為ではなかったのではないかと後から裁判が起こった場合に医師はどうしても負けてしまいますから、どうしても保守的になってしまいます。それから、社会制度の整備、死に関しての社会制度です。これまで病院で色々と、例えば人工呼吸器を止めてしまったとか、患者の求めに応じて筋弛緩剤を投与したとか、全部、医者は、あれは家族からの要請だと思います、なんとなく。医者が積極的にやったことはないはず。ただし、これが裁判になり訴訟になると全て殺人罪です。そういった社会制度が整わないとなかなか在宅での看取りというのも場合によっては混乱するかもしれません。なるべくそういう風潮が是正されることを期待しております。拙い説明で申し訳ございません。

以上で説明を終わります。ありがとうございました。

○委員長（橋本 浩君） 小川先生、「在宅医療の現状について」の、大変貴重なご講演ありがとうございました。

それでは、せっかくの機会でございますので、皆様から何かご質問などがございましたら、挙手をお願いいたします。戸田委員。

○委員（戸田栄子君） 小川先生のすぐ隣にお世話になっております、戸田です。本当に小川先生のご活躍や医療に対する熱意に常に関心しているんですけども、とりわけ今回、在宅医療のお話の中で、全国的にはそうなんだろうけども、自宅で最期を迎えたいという傾向が強いと思うんですが、その在宅医療全体を見て、とりわけ栄町を担当していただいて特に先生から、末期の特徴として感じる事とか、そういうことなどありましたら。それからその前にとっても素晴らしい、訪問看護ステーションのほうからも字が大きくて、たいへん助かりますし、カラーで内容もわかりやすくとても良い資料をいただいて感謝しています。あり

がとうございます。ぜひ、その辺のご苦勞とかご感想などお聞かせいただきたいです。

○講師（小川芳信様） ありがとうございます。私が在宅医療を受けるに当たっては、まずご家族と面談をします。そしてご家族が何を希望としているか、それから私がどこまでできるのか、その私の限界というのをまず皆さんに提示して、つまり私は在宅医療やっけても俗に言う専門の在宅医療じゃない、空いている時間にささっと行く、外来診療の片手間にやっけているなんちゃって在宅ということなんですけれども、やはりご家族が期待する姿と、実際に私が提供できる実情との差が大きいと、やはりこれは失望されることが大きいと思います。従って、私がまずできることとできないことをきちんと説明した上でそれでその在宅医療をお選びになるかどうかということをご説明します。これは受けてしまってから、後でこれはできないこれはやれる、これはできないとなると、やはりこれは感情的なしこりになりますから、まず出発するに当たって私はここからここまでしかできませんよ、それでいいですかというふうなことでご理解いただいています。それから在宅医療をするにはやはり今の日本では「介護力」です。最終的には独居のかたを自宅で看取するというのが、究極の在宅医療だと思いますけれど、それはとても無理です。従って今、私は「介護力」がないかたの在宅医療はお引き受けしていません。「介護力」というのは、私は腕が3本ないと駄目だと。2本だけじゃ無理だと。もう1人、1.5人の介護力がないと1人の人を自宅で看続けるというのはまず不可能だと。どうしても共倒れになります。従って常に奥さん1人がいても、お子さんが近くにいる時々手伝ってくれるというふうなことを要求します。介護力がますます低下していついていますから、この栄町で今、在宅を受けている人、ご夫婦がいてそして親が倒れて自宅で引き取ったと、これは受けます。ただし、ご主人が倒れて奥さん1人で介護するといった場合にはよく相談します。施設に預けたほうがいいんじゃないでしょうか、ということも考えてです。従って在宅医療を今の時点で私がお引き受けする最大の根拠は、「介護力」です。その「介護力」の判断をこちらではきちっとした上でお引き受けする。従って一番怖いのは共倒れです。厳しいなと思います。ただし、ここは医者や訪問看護師が家庭の中に入るといって、ガラッと変わります。つまり相談できる、アドバイスする専門家がいますということは、自宅で介護する人にとっては非常に心強いです。1人ぼっちでずっと寝たきりのお父さん、お母さんを面倒見るよりは、定期的に看護師が行って状態を聞いたりそこで相談したり、色々話を聞いたりするだけでとても気持ちは休まります。ですから、とりあえず「看取り」まではいかなくても在宅で、自宅で看るといってに対しては不安を持たなくていいと思います。最終的に看取れないなと思ったら、もうギブアップして救急車呼べばいいです。そうして割り切れればいいと思います。

○委員長（橋本 浩君） それでは、他にございませんか。

ないようですので、質問の時間を終わらせていただきます。

これで小川先生の「在宅医療の現状について」のご講演をこれで終了とさせていただきます。

小川先生、貴重なご講演、本当にありがとうございました。皆様、今一度、小川先生に、お礼の拍手をお願いいたします。ありがとうございました。

それではここで、15分間休憩をとりたいと思います。2時45分から講演会を再開いたしますので、よろしくをお願いいたします。

午後2時28分 休憩

午後2時45分 再開

○委員長（橋本 浩君） 皆様お揃いでございますので、休憩前に引き続き、講演会を開会させていただきますと思います。それでは初めに、岡野所長様、一言いただければと思います。

○講師（岡野和子様） さかえ訪問看護ステーションの管理者をしています、岡野です。日頃より介護保険課をはじめ、福祉課の皆さん、栄町の皆さんにはたいへんお世話になっております、ありがとうございます。本日はこのような機会をいただき、訪問看護を知っていただく機会をいただきありがとうございます。小川先生のほうにも日頃よりたいへんお世話になっております。小川先生は栄町で診療されていまして、急遽、癌のターミナルのかたとか末期のかたとかが退院されて自宅で看取りたいとか、看取ってあげたいとかたの患者を引き受けてくださったり、元々、先生が開業してから長いお付き合いで先生のほうに受診されている患者がたまたま日医大で癌の診断をされたとかいう患者を看取ってくださったりとか、そういう部分があって、長いお付き合いを経ての看取りをしてくださるといことで、患者の性格を知っていたり、もちろんご家族とも信頼関係をお持ちだったりしてとても助かります。でも、先生もなにぶん、お1人でされているので、私達が何か力になればということでも協力させていただいています。それでは、拙い発表になるかと思いますが、発表させていただきます。よろしくお祈いします。今回はスタッフの麻生が発表させていただきます。あと、9月にたまたま災害者の支援ということで千葉の方で研修がありまして、そのときに思ったことがだいぶあって、皆様に伝えたいということで最後に発表させていただきますので、よろしくお祈いします。

○委員長（橋本 浩君） 講演は、「訪問看護の現状について」と題しまして、さかえ訪問看護ステーション看護師 麻生雅栄様よりご講演をいただきます。麻生様、よろしくお祈いいたします。

○講師（麻生雅栄様） よろしくお祈いします。さかえ訪問看護ステーションの麻生と申します。先に一つ質問させていただきたいんですけども、皆さんの中でご家族でも訪問看護を利用されたことのあるかたは何名ほどいらっしゃいますか。松島様、大澤様、2名。どうでしたか、正直。

○委員（松島一夫君） 申し訳ないんですけども、母がずっと見てましたので、私はただ横目でちらっと見ていただけで。ただ、非常に家族は感謝しておりました。

○講師（麻生雅栄様） 大澤様はいかがでしたか。

○議長（大澤義和君） 疑問点多かったです。お袋が病気で親父が看っていたんです。けっこうしっかりしていてよく看っていたので、奉公が1週間に2回か3回、あとお風呂と利用していたんですけれども、来た人があまりよくなかったというか、親父が全部やっちゃって、来た人は何もやらないで親父を褒めて、自分は何もやらないで家族構成、長男は何やっていますかとかそんなことばかり、1年中。たまたま隣で話を聞いていて、俺らの孫がどうだ、どこへ何やってるの仕事どうしてるのとかそんな話ばかりで、何これと。

○講師（麻生雅栄様） そうですか、コミュニケーションに力を入れさせていただいているのでしょうか。あまりイメージが良くなかったというか、そういう感じだったということですので。今日の発表を聞いていただいて、少しでもイメージが良くなっただけたり、少しはこういうことを普通はやっているんだなということで、ご理解いただければ嬉しいかなと思いますので、よろしくお願い致します。

まず、訪問看護ですが、先ほど小川先生の講演の中にもありましたが、病気・障害を持っているかたと医療的な処置が必要なかたに対して、在宅で安心して過ごせるように、私達、訪問看護師がご自宅に伺ってケアをさせていただいております。先ほど先生の中にあつたように、対象者は全てのかたということになっております。歴史からいくと、昭和57年の老人保健法の成立に伴って訪問看護というのが法律的に位置付けされています。その後、平成3年、老人保健法の改正に伴って「老人訪問看護制度」ということでそちらの老人訪問看護ステーションの設置になっております。このときは高齢者対象の訪問看護ということになっていましたが、平成6年の健康保険法の改正に伴って高齢者以外のかたでも在宅で医療を受ける全てのかた対象ということになっております。皆さんご存知のように2000年の介護保険の施行により、介護保険での訪問看護が開始になって、訪問看護ステーションというような形になっています。これを見ていただいても…わかりにくいですか、医療保険と介護保険という形、2つの保険でそれぞれ私達、行かせていただいているような状況になっています。また、後で介護保険と医療保険の違いについてはお話させていただきたいと思います。

私達、さかえ訪問看護ステーションは、平成7年12月に開設をしております、今年で21年目を迎えさせていただいております。場所なんですけれども、北総栄病院の外来の奥のほうにステーションは設置させていただいて、同法人内で色々、介護事業等もさせていただいているような状態です。職員のほうですが、現在、看護師4人で、今、全員でこちらに参加させていただいているんですが、4人で行わせていただいております。利用なんですけれども、今うちのほうのステーションで訪問させていただいているのが、22歳から103歳までのかた、けっこう幅広いんですけれども、お宅に訪問させていただいて、人数は介護保険開始してから570名ほどのかたと関わらせていただいております。現在は先ほどの介護保険で入らせていただいているかた29名です。このうち25名が栄町在住のかたになっております。この介護保険で入っているかたというのが65歳以上で要支援・要介護の認

定を受けていらっしゃるかたで、40歳以上65歳未満、16疾病に該当して要支援・要介護の認定を受けているかたという形になっています。その他のかたは医療保険で入らせていただいております。現在は当ステーションでは10名いらっしゃいまして、そのうち7名が栄町在住のかたになっております。小川先生のお話にもありましたが、老老介護、認認介護も正直多い、増えてきているなという実があります。独居のかたというのもぼちぼちという感じで増えているなという印象を受けております。訪問地区なんですけれども、当ステーションから15キロメートル圏内の訪問ということで、栄町全域、印西市、成田市、川を越えた茨城県の一部です、河内町の辺りまで訪問させていただいております。

訪問看護をどうしたら利用できるのかということなんですけれども、入院されているかたであれば病棟の看護師であったり病院の退院支援室などにご相談いただくと、すんなり主治医のほうに通ってという形があります。あと、ケアマネージャー、主治医ということになっていきますが、主治医のほうで訪問看護の必要性があると判断されて指示書出た時点で、私達初めて訪問させていただけるようになります。なので、まず主治医の先生にご相談いただくのが一番早いのかなと思います。ただ、現実、うちのスタートになるきっかけは、ケアマネージャーから、こういう人がいるんだけど受けられるかなというのが現実が一番多いです。そこから主治医の先生にご相談くださいと言ってご案内している場合が多いです。実際、その指示はうちの訪問だとどこが多いのかなということ、何カ所かあるんですけれども、北総栄病院、小川先生、日医大、成田日赤、その辺が比較的多くうちの訪問看護では指示を受けて行かせていただいているような状況です。

料金がどのくらいかかるんだろうというのがあると思うんですけれども、訪問看護の場合、30分未満、60分未満、90分未満で介護保険の場合は料金設定が変わってきています。代表的なものとかだいたい皆さん1割負担なんですけど、稀に高収入のかたとかは8月から2割負担のかたとかもいらっしゃいます。ただ、だいたい1割で、週1回、60分未満の訪問というかたが多いので、そういうかたであれば60分未満1回行くと834点、週1回なので月で4回、緊急時訪問加算と言いまして24時間何かあったら連絡取れますよ、必要なら伺いますという加算があるんですけれども、それが540点、合わせるとだいたい4,293円です。医療保険で入った場合は、先ほどの30分、60分という区切りがなく、1回でいくらという形になります。それはだいたい90分まで、1回です。その場合ですと、3割負担のかたで栄町のかたであれば週1回で24時間の対応体制加算、先ほどの緊急時訪問加算と同じなんですけれども、名前が保険によって異なっています。医療保険の場合、交通費が別途取られてしまいますので、そちらを合わせると月14,194円が出ている金額です。ただこれはあくまでも契約上というかあれで、実際には介護保険の場合、そちらの下にも書いてあるんですけれども、人によっては加算が色々出てきています。初めての訪問ですと初回加算とか取られますし、特別管理加算と言って、例えばチューブが入

っていらっしゃる、在宅酸素をされている、ストマといって人工肛門設置されているかたですとそちらの管理の加算が発生してきたりしています。あとは一番下のターミナル加算は癌とか終末期のかたの色々かかってくるので、そういう加算等もプラスになる場合もございます。医療費に関しては公費で負担されているものもありまして、そちらに関しましては下に書かせていただいています特定疾患のかたと重度心身障害の医療費の助成とか、原子爆弾の被爆者・被災者、小児慢性特定疾患の医療費の助成が入っている場合などは、こちらは公費負担で、あまりご本人負担はなく交通費くらいで来ています。

私達が行って、実際に何をしているかということですが、一般的にいうお熱を測ったり血圧を測ったり、その状態を観察、全体的に全部の観察をさせていただいています。お腹、胸、どこか異常がないかということ診させていただいたり、清潔ケアと言ってお風呂に入ったり、お風呂に入れなにかたであれば体を拭かせていただいたり、どうしても手足が洗えないかたもいらっしゃるので、そういうかたのケア等をさせていただいています。寝たきりになると誤嚥性肺炎の危険がありますよと、先ほどの小川先生のスライドでもありましたが、そういうのも含めて口腔ケア等もさせていただいています。医療的な処置では床ずれと傷があったりという処置を行ったり、点滴と排便のケア等、腹膜透析をされていらっしゃるかたというのもいらっしゃるので、そちらの介助をさせていただいたり、採血、ストマというのは先ほどの人工肛門です、そちらのケアをさせていただいたり、お小水の管をはいていらっしゃるかたもいらっしゃるので、そちらの交換等させていただいています。あとは24時間点滴をされているかたもいらっしゃいますので、そちらのほうの管理等も行わせていただいています。その下にあります医療機器管理というのは、在宅酸素、人口呼吸器などご自宅でやられているかたの指導も含めて管理等行っています。どうしても寝たきりになってしまうと拘縮といって、関節がもう固まってしまっていて動きにくくなってしまいうというのがあったり、筋力の低下が進んでしまったりというのがありますので、本当に週1回の1時間とかの訪問ですけれども、そのなかでも少しでもリハビリのほう進めさせていただいたりというのもさせていただいています。内服管理、お薬の管理です、飲み忘れてしまったり、先ほども言いましたが老老介護・認認介護、そういうのもあったり、どうしてもお子さんが日中は仕事に出てしまって看れる現実がない、介護力がちょっと低いなという場合とかもありますので、そういうかたの内服の管理等もさせていただいています。配薬カレンダーといいまして、曜日、朝・昼・晩で分けていられるようなお薬用のカレンダーがあるんですけど、それを配薬をしてそこから飲んでいただいて、どのくらい飲めていらっしゃるのか、例えば朝はしっかり飲めるんだけど昼・夜のお薬は飲めないよというような患者には、なるべく朝に全部飲むように、重要な薬を朝にもって行って、昼・夜は飲まなくてもいいような工夫を先生や薬剤師などと相談させていただいて、やらせていただいたりもしています。あとは終末期のケアです。やはり癌の患者であれば人によって痛みが強くなってしまっているかたも癌の場所

や状況によってはありますので、そういうかたの痛みのコントロールということで、そこに書いてあるシリンジポンプ・インフューザーポンプというのは後ほど画像でお見せします。看取りとかをやっているような状態です。ちなみに、平成26年度在宅での看取りは9名いらっしゃいます。今年度に関しては4月からですと6名在宅で看取りをさせていただいています。内3名は小川先生のほうで看取りをしていただきました。その下です、利用者や家族への指導・助言ということで、なかなか介護に不慣れな、皆さん最初から慣れていらっしゃるかたばかりではないですので、手続きとか行政の問題です、手続きがわかりにくかったりどうやって手続きをしていったらいいのか、あと、こういうサービスがあるんだよということを知らないまま在宅介護にはいられるかたというのもいらっしゃいますので、そういうかたへのケアマネジャーはもちろんですけれども、そういう人達と連携をとりながらそういう手続き、申請の方法等を助言をさせていただいたりしています。その下です、当然ながら主治医、ケアマネジャー、他のヘルパー、薬剤師、歯科衛生士、リハビリのスタッフなどと連携しながら処置を行っています。これが在宅で主に使われている医療機器というかものなんですけれども、こちらが腹膜透析に使われる機械になります。これが先ほど言ったインフューザーポンプとシリンジポンプなんですけど、本当に少量ずつお薬を持続的に継続して流していくような、勝手に押してくれてやってくれる機械になります。この辺は在宅酸素の機械になります。このカフティポンプというのが、点滴24時間でも時間で何ミリリットル落としましょうというかたがいらっしゃるの、そういうかた用に使われている点滴の種類の機械になります。在宅で私達、色々なことを工夫してますよということなんですけれども、どうしても病院と違って物が全て揃っているわけではないし、家庭によって色々な経済状況があります。その中で、ある資源を最大限に生かしながらなるべくコストを控える。介護者の負担を考慮していくということをまず大前提において介護させていただいてますので、先ほど言いましたけれど介護保険のかたですと時間で金額が変わってきてしまいますので、最初に60分なら60分、30分なら30分ということで行っている契約時間内になるべくケアを終わらせるように努力をさせていただいています。

次が過度に洗濯物、洗濯ひとつとってもどうしても年配のかたですと非常にたいへんな状況ですよね。若い人だったら洗濯機入れるか、洗濯機が洗ってくれるから大丈夫という場合もありますけれど、年のあがったかただとたいへんですので、洗濯物増やさないようにしたり、コストが掛かってくる消耗品です、おむつ、手袋、そういうものは最小限に抑えさせていただいたりしています。傷を洗ったり、ここには陰部洗浄と書いてあるんですけれども、洗浄する際、病院では陰洗ボトルといわれる大きなものがあるんですけど、そういうのをわざわざ在宅で買っていただくのもコストが掛かってきますし、あるものを有効利用ということで、食器の洗剤の容器、ペットボトルにキャップのところに穴を開けて、それを洗浄のボトル代わりに使ったりということをさせていただいています。先生や、訪問看護って1人が

そのお宅に伺って情報を取ってきますが、他のスタッフというのはその時点では行かないので。ただ、次に行くのは別のスタッフという状況がありますので、そちらのほうで情報共有という意味で写真を、主に皮膚の状態、褥瘡であったり、皮膚が酷くなっていないかとか爛れていないかとか、そういう評価をするためにも、今スマートフォンとかデジタルカメラとか色々ありますのでそういうので写真を撮って、みんなで共有して次のケアに生かしたりしているというような状態です。

あと、これは在宅ならではだと思わすけれども、下の、利用者の癒しとなっているペットと仲良くする、これはまず病院では絶対にあり得ないことなんですけれども、私達が行くのはご自宅なので、ご自宅に行くと必ずだいたい皆さんペットを癒しのために飼ってらっしゃるんです。家族の一員だったり、その子がいるだけで家全体がまとまっているとか癒されているのが非常に多いので、ペットと仲良くしないと家族と仲良くするくらい大事なことになってきますので、色々な子がいるんですけれども、多小、苦手なペット、そういう子とも仲良く過ごせるようにしています。こちら、緊急時訪問看護、24時間対応体制ということですが、先ほど緊急加算とか加算がついていますということをお話したかと思うんですけども、その加算付いているかた、せっかくお金をいただいています。ということで、私達、24時間365日いつでも連絡が取れる体制をとっています。今も、ちょうど私、その携帯電話番号なんですけれども、発表ということで別のスタッフに持っています。携帯電話を必ず持って歩いて、いつでも連絡が取れるようにしています。電話の指示だけで済む場合もありますが、ほとんどが訪問を実際に、夜中であろうが明け方であろうがどんな状況であっても必要に応じて行かせていただくようにしております。今多い緊急の内容ですが、実際皆さん、緊急では鳴ったと思ったら、どんなので呼ばれると思いますか。戸田さん、いかがですか。

○委員（戸田栄子君） 状態が悪くなった。

○講師（麻生雅栄様） あと、どなたかいらっしゃいますか。金島さん、どんなことで呼ばれていると思います、私達。

○委員（金島秀夫君） 寂しくて。

○委員（松島一夫君） 電球が切れたとか。

○講師（麻生雅栄様） ああ、それは幸いにもないです、うちは。救急隊とかでたまにあるみたいなんですけれども、電球が切れたから直してくれとか、車椅子にさせられないからといって119番を鳴らされたという話も聞いたことがあります。

では実際ですが、けっこう多いのが状態が悪いよ、熱が出たとか吐いているとか、そういう状態報告が結構多いですが、それと合わせて呼吸がおかしい、止まっている、これは重傷な感じです。看取りもやっていますので、実際にもう、事前にだいたい私達、状態が悪いというのであれば泊る可能性がありますとかそういうのをお伝えはしているんです。それで呼



吸がおかしいとか止まっている、現実、冷たくなっている。けっこう多いです。朝起きてずっと付き添っていて手を握っていましたが、朝、目が覚めたら、ちょっとうとうととして起きて起きたら冷たくなっていたとか、けっこういらっしゃいます、このパターン。あと、単純に様子の変、熱がある、痰が絡んでるから吸引してほしい、おしっこの管が抜けたなど排泄関係が多くて、人工肛門の袋にうんちが溜まるようになっているんですけど、その袋が耐えられなくて便が出てしまったパンクしてしまった、爆発たという表現にしていますけれどもそういうのがあったり、普通の人で下痢しちゃって酷いんです、今、介護者がいないので来て下さいとか、いつもなら介護者がいておむつ交換をしてもらえるんですけども、してもらえないから来てほしい。あとは逆に便が出ていない、出ていないという基準も色々ありまして、人によっては1週間出ていなくて出てないよという人もいますし、その日出ていないから来て下さいというかたもいらっしゃいます。痛みがあったり床ずれが酷くなっている、ベッドから落ちてしまって、老老介護のかたで落ちてベッドに上げられないから来てほしい、食べない、震えている、独特なんですけどお風呂に入ると言ってきかないという人もいました。介助が必要だけれども、私達、訪問で伺ったときに見守りでお風呂に入れる、心臓の疾患があるので見守りが必要だということなんですけど、私が行かないときは基本的に入らないという人だったんですけどお風呂に入ると言ってきかないからお風呂に入れてほしいという例です。お風呂に入ると言って困る、それなら入れば、と思われるかたもいらっしゃると思うんですけど、病気のために入れない、本来なら家族介助では入れないというかたの困っちゃうところです。私達の悩みを載せさせていただきました。これは看取りのとき、先生と連絡が取れない、連絡が取れても先生のほうも状況が色々ありますので現場にいらっしゃれないという場合もあります。先ほど、携帯電話365日24時間と言いましたが、24時間ということは私達、トイレやお風呂も普通の人間なので入ります。その間に携帯電話が鳴る事もありますので、ちょっとヒヤヒヤしながらやっています。夜中に訪問したときに2時間、3時間帰ってこられない場合があるんですけど、それでも昼間の仕事、次の日が日勤であれば普通に勤務をしていますので、そういうのも辛いかないというのもあります。24時間いつでも連絡をくださいと言ってお金もいただいているんですけど、具合が悪いです、でそのまま連絡をいただかずに直接救急車を呼んで病院に搬送されて、実はこういうことがありましたと後日の訪問で言われることもあります。正直これがあると私達としても先ほどの松島さん、大澤さんの話ではないですけれども、ちょっと信用されていないのかなと心に傷を負ってしまうような部分もある現実があります。介護者のかたが独自の、自分流の介護というのを確立されていて、それが全部が全部悪いとは否定はしないんですけども、患者にとってよくない方向に行ってしまうということで指導をさせていただいたりもするんです。そのときに確立しすぎてしまって受け入れをしていただけなくて、患者にマイナスな影響にいつてしまう。その指導に時間がかかってたいへんだということがあります。あとは先ほども言い

ましたそ。経済状況、家庭によって様々な状況があります。そこで物品の使用状況、例えばお湯を使うにしても 使いかたとかも気を使うようにしています。

ここからなんですけど、先ほど説明ありましたけど、実は9月に災害時の在宅医療者の支援についてということで研修にいかせていただいていたんですが、その中で3.11、東日本大震災のときの岩手県の状況を、実際に現場に行かれたおのさわ先生のお話を聞かせていただいて感じたことなんですけど、あの津波の状況であってもみんな避難しているだろうという予測で、時間がたってから現地調査に行ったときに意外に家が壊れていようがなんだろうが家にいる要支援者というのが非常に多かったという現実があったそうです。こちらはまさかないだろうという予測で行っているのに、本当に必要な人は避難せずというかできずというか、何とかなるかなというので自宅に入るかたが多かったという現実があったりします。あとは行政の連絡が取れていないことが多くて、例えば通路を挟んで介護保険課、福祉課と並んでいたそうなんです。健康保険課かな？その辺の似たような課が並んでいたそうなんです。通路挟んで本当にすぐだったらしいんですけど、お互いの連携が全く取れておらず、市内のかたの情報が共有されていなかった。誰がどこで今どうしているのかということも全くわからない、後は片方がわかっているけど片方は知らないのもう1回その人に確認をしたりという現実があったということがありました。ただ、その中でも一番正確な情報を持っていたのが介護保険課だったということですが、この情報もけっこう遅くなってからわかった情報、本来なら1週間以内に安否確認などはしなければいけなくて、早目にやらなければいけないことを、現実、予定外のあの震災だったので動けなかったという。市もまさかここまで酷くなるというので全く体制ができていなかったそうです。なのでマニュアル化も何もされておらずぐちゃぐちゃな状態。やらなきゃいけないことは1ヶ月経ってもできていない。市内のかたにマイナスになってしまっている部分があったということがありました。あとは避難所に行っているかたで癌のターミナルのかたって意外に元気なかたもいらっしやるんです。普通に歩かれているかたもいらっしやるので、そういうかたが避難所生活をしていて、だけど自分が癌ですということを言えない。まわりがみんな被災者で、被災者の中で自分が癌ですと言にくい現実があって、対応が遅れてしまう。避難所の中でもピックアップしていく必要があったという状態でした。避難所によっては、リーダーによって避難所の救援物資の使いかたができていない避難所とできていない避難所というのがありまして、活かせなかった現実があったということです。義援金なども届いたのですが、ある避難所では野菜不足を非常に言われていました。その隣にイオンがあってその中で野菜のしゃぶしゃぶ食べ放題をやっています。この現実を皆さん、どう考えられますか。おかしい話ですよ、物はある、けれども実際は行けない、お金もないから食べに行けない。あるけれどもそれがどこにあるのかをわかっていなくて活かせないという現実があったということです。千葉県でも旭市が津波の被災になっています。市の取組としては他の市ではこういうことをやっていますと挙

げてくれているのがあったんですが、冷蔵庫に患者情報を置いておいて、決められた用紙があるらしいんです。名前・生年月日・既往歴など情報があって、それにプラスして数日分の薬、薬の情報です、そういうのをに入れておいて、何かあったときにみんながそこを見ればわかるよというような状況を作ってくというのがあったり、ケアマネージャー対応防災支援マニュアルというのがありまして、そういう情報が全部あって、それをケアマネージャー1人1人が持っている。あとは地域包括支援センターが支援中の対象者緊急連絡ファイルというのを作成して、似たようなものです、どこも。患者の情報を持ってその人の自宅の地図も入れておいて、何かあったらすぐ行けるように。自分の担当の人は自分達で確認をして共有するというをやっている取組をしています。

そこで栄町にもぜひともお願いが。私達、訪問看護で入っていて支援が必要なかたを看ています。消防で一応、ベクトルというシステムを取り入れて、かなりいいシステムだと思います。そのシステムを取り入れていると思うんですけども、今現在、それが一切、介護や医療の現場に共有されていません。それが現実です。せっかくいいものがあるのに活かしていない、けっきょく同じですよ。それって非常にもったいない事だと思うんです。災害が起きたときに共有できる何か、もちろん消防・警察・行政・介護・医療、そこで何かがあると、大きな災害が起きたときに非常に便利で有効的に迅速に対応ができるのではないかと私達、ちょっと考えています。特に栄町、こういってはあれですけど大きな町ではありません。小さな町だからこそ動けることがあるのかなと。だからこそできることというのを進めていくことができるのかなと思って。そこで共有できて安否確認のシステムなどが確立していただこうというのかなということで。コストもけっして安いものではないと思います。幾らかかるかは私、わかりませんが、そのシステムって簡単に言葉でお願いしますといっても、実際、税金を使いながら皆さんやることになるとは思いますが、でもそれは結果として町内の人達の命を守る事、安全・安心を守ることに繋がっていくのではないかと思いますので、ぜひベクトルを中心にして活かしていけるようなシステム作りを町のほうでお願いできたらこの機会なので。どさくさ紛れで申し訳ないのですが、やっただけだと医療のほうとしても非常に嬉しいかなと思うんですけども、いかがですか。個人情報には守らなければいけないものです。

○委員（藤村 勉君） ベクトルって何だ。

○講師（麻生雅栄様） ベクトルは、実際は消防の人に話を聞いていただくと一番いいかと思うんですけども。災害じゃないです、普段のときも使われてます。ただ、それが活かさればいいのかなと。

○議長（大澤義和君） こういうところでみんなから言われるから、なかなか色々なところに。

○講師（麻生雅栄様） そうですよ、それが現実だと思います。ただ災害時にそれを言っ

ていたら、守れません。岩手のほうでも現実、行政が動かなかった。ボランティアに安否確認をお願いしたい、とお願いしました。けども行政は、それでは質が保てない、ということでボランティアをお願いをすることを拒みました。その結果、安否確認が1ヶ月以上もとれなかった、その現実があります。やはり命を守るときに優先しなければ何なのか、いけないことは何なのかというのを考えたときに、そのときは個人情報とかそんなの言って、頭を柔らかく対応していただければいいんじゃないかなと思うんですけども。よろしくお願ひします。訪問看護からは離れてしまうんですけど。すいません、ついでなので言わせていただきました。訪問看護で老老介護とか認認看護を行っている人とか独居のかたを見ていると、そういう災害時に守らなきゃいけない人の優先度は高いと思うんです。その人達を早く対応してあげたいと思いますので、色々、癌のかたとかもいらっしゃいますので、そこを助けていただけるように、より良い医療にさせていただけるようにご協力をいただければいいかなと思います。私も栄町の町民なので、そこは切にお願いしたいなと思います。

訪問看護の話はこれで終わりにさせていただきたいと思います。ありがとうございました。

○委員長（橋本 浩君） 麻生様、「訪問看護の現状について」ということで、貴重なご講演ありがとうございました。

それでは、せっかくの機会でございますので、所長の岡野様並びに看護師の麻生様に、皆様からご質問が何かございましたら、お願いいたします。野田委員。

○委員（野田泰博君） 質問というよりも、こういうことなんじゃないですかね。例えばあそこに今、最後のところ、災害時の一番最後に挙げていたところ。ここで、真ん中のところに「警察・行政・包括・病院・ケアマネ・訪問看護の情報を共有化し」というときに、今、言われていたあなたが必要な、悲鳴をあげていたのは、災害時のときには自治会というのがその中にも入ってきて、自治会の中に色々な、例えば同じ自治会の中に400世帯くらいの中で、どの人が車椅子に乗らなきゃいけないか、どの人がどういう薬を飲まなきゃいけないか、そういうのは全然、自治会の中では把握できないんです。そこに福祉を担当する民生委員というのがいるけれども、民生委員と自治会のコラボレーションというものはっきり言ってできない状況です。そのできない状況は何かというと、そこに壁があるんです。今、行政の言った、あなたが感じている壁というのは何かというのは、法律とか条例とか、一番、行政側が守らなければいけない個人情報というのがあるんです。ではどこでその壁を崩してやるかといったときに、地震が起きたときに何かあったときにイチ、ニのサンでパーっと壊してもそれは自治会も対応できないし、車椅子を助けに行こうと思っても助ける人達が、情報がきたとしてもどこに行ってもどこに行ってもいいかわからないというのが現実なんです。助けに行こうと思ってもどこにどういう人がいるか、混乱の最中にそういう情報が入ったとしても動けないんです。

○講師（麻生雅栄様） それは元々、情報を持っていませんか、民生委員が。

○委員（野田泰博君） いや、だから情報を持っているのは民生委員。それが出てこないというのが今の現実、今、あなたが。

○講師（麻生雅栄様） 地域の繋がりをもう少し活性化させることで民生委員を中心に近所の方々に助け合うというのはできるかと思うんです。

○議長（大澤義和君） 自治会では一応、個人情報を持っている。

○講師（麻生雅栄様） 持っているけどそれを活かせていない状態が、今、現実ありますよね。

○議長（大澤義和君） 毎年毎年、役員も頑張っているけれど、やはり個人情報の壁があって、誰もかれもってというのが色々そういうところがあるんです。

○委員（藤村 勉君） 結局、この別表というのは、全部消防でやっているやつなんだ。ただ、個人情報関係があるから、はっきり言って、自分の命よりも個人情報のほうが大事だという人がいっぱいいるんです。だから出さないと。だから消防でもこの別表のところで引っかかっちゃうんです、全てを出せない。全部そういう人達に、情報を提供してくださいと頼んでいるんですけども、俺は自分の命よりも個人情報のほうが大事だという人いっぱいいる。

○講師（麻生雅栄様） そういう人はまあ、しょうがないですよ。

○委員（藤村 勉君） だから進まないんです。

○講師（麻生雅栄様） ただ、命は守らなければ。

○委員（野田泰博君） 自治会の中ではその400世帯を1件1件回って、どこに高齢者がいてどこに病院に通っている人がいて、どこに車椅子の人がいるというのをひとつずつ調べるわけです。ところがその調べたもの、私も調べたんです、ところが調べられるほうは自治会に何で言わなきゃいけない義務があるんだと、こうなるわけです。だから個人も、あなたの叫びはわかるだけでも、個人もそういう壁を作っているし自治会のほうにも、壁を壊そうとしてやってもなかなか壊れない。個人で壊されない、守ろうとする個人もいるわけの中に。だから悲痛な声を上げているけども、行政だけじゃ消防だけが悪いんじゃないくて、そういう個人としての、何であなた達に言わなきゃいけないんだ、あなた自治会でしよう、私達、言う必要ないでしょうとこういうような人達がけっこう多いということも事実であるということを頭に入れておいていただきたいということ。

○講師（麻生雅栄様） じゃあ実際に災害起きたときにきっと共有されないで終わりますよね。結局同じことを繰り返してしまうようなことになりそうですね。

○委員（野田泰博君） 可能性はありますね。

○委員長（橋本 浩君） ちょっといいですか。もう一回、講演に戻します。これは今、講演を聴く場なんです。なので、今お話されたことは、我々、十分ちゃんと話を聞いていますし、訴えていることは十分理解もできますので。ただ、一方においてそういう形を取れる、

取っていくということは良いことなんだろうけれども、そのことをやるにはやはり現実の問題というのがしっかりあるということをご理解いただければと。ただ、もちろん我々はそれを否定しているわけではないので、その場でもないですし。むしろ、その気持ちはみんな一緒です。なので、そこはご理解いただきたいなと思います。

他にありますか。藤村委員。

○委員（藤村 勉君） 全て一所懸命やってくれていると思うんですけども、はっきり言ってこれだけの人数で在宅介護をやってもらっている。休みはどういうふうを取っていますか。

○講師（岡野和子様） 今日も本当はお休みなんです。水曜日と日曜日ということで。それは休んでいます。

○委員（藤村 勉君） でも24時間。

○講師（岡野和子様） 3人で交代で携帯を持っている。

○委員（藤村 勉君） 3人で24時間、だって1人で24時間ずっと仕事やっているわけじゃないでしょう。

○講師（岡野和子様） そうです、携帯を持っているということです。それで連絡を受けたら訪問してというような感じで持っています。鳴らないときもあります。

○委員（藤村 勉君） これは看護師もそうだし小川先生もそうなんですけども、栄町そのものに医者のかたがこれに携わってくれるというかたは小川先生、さかえ訪問看護ステーション、これだけだとはっきり言って、なかなか難しいと思うんです。これももって医者の先生方もこれに参加してくれなくちゃしょうがない。看護師も参加してくれなくちゃ、はっきり言ってどんどん、きついでしょう。

○講師（岡野和子様） きついときもありますけれど、24時間仕事をしているわけではなくて、そういう連絡を受けたときに訪問しているということなので、大丈夫です。実際、人数も40名くらいなんですけども、毎日行っているかたはいませんし、週に1回とか月に1回の訪問のかたもいらっしゃるので、病院としてもまだまだ受け入れができる状況ではあります。

○委員（藤村 勉君） さっき質問すればよかったんですけども、小川先生のほうにむしろ聞きたいんですけども、小川先生は、今、1人でやってやってられるんですけども、やはり厳しいですね、先生の立場としてどうですか。

○講師（小川芳信様） 厳しいです。新たに成田市も今、在宅医療のほうに医師会が積極的に取り組んで1人でも多くの参加者を募っている状況です。栄町も、私以外にも、鈴木整形外科内科の先生が在宅をやっているから、時々、色々なお話をして、少なくとも自分が看ている患者が動けなくなったらお互いに往診しようねというふうな話はしています。訪問看護ステーションですけども、印旛郡市管内の訪問看護ステーションは今、減少傾向にあります。成田では1つ2つ、辞めました。やはり訪問看護ステーションは国の方針で小規模なところに対しての補助が少なく、大規模に大掛かりにやっているところに手厚く移行しています。集中

化を図っているとは言うんですけれども。ですからさかえ訪問看護ステーションのように3名、4名でやっているところは非常に厳しいと思います。熱意で何とか維持しているということで、これからも皆様とのご協力とご理解をいただければ、何とかさかえ訪問看護ステーションが維持できるようにご協力いただければと思います。

以上です。

○委員（藤村 勉君） 訪問看護ステーションのほうも一緒なんですけれども、国としてこの方針を決めたわけですから、そっちに移行していかなくちやしょうがないんですけども、それがなかなか進まないんですけどもそれがなかなか進まない原因は、やはり医者、先生の立場からすれば、開業医でやっていればどんどんお客さんはくるんですよ。それを行かなくちやしょうがないとなるとたいへんだから、他の先生は手を挙げないという現状はどうなんですか。

○講師（小川芳信様） それは確かに四街道市の先生が仰っていたのは「今、俺たちはこれで十分だから、何も新たに在宅医療なんかやる必要はない」という意見です。確かにそうです。確かにそうですけれど長い目で見ますと、千葉県の人口はどんどん減少しますし、あと20年もすれば病院はベッド余ります。人がいなくなりますから。今、散々病院建ててはいますけれどもそのうちベッドは空いてきます。そうすると一人一人の開業の医師の外来数も減ってきます。そのときに在宅を取り組もうということになるかとは思いますが、やはり急に在宅をやろうとしてもすぐには上手くいきません。そのノウハウがあり何なりを蓄積して、それを後世に伝えなきゃいけないという考えで、私は今やっていますから、私のあとに続く人間を増やすということと、それから栄町単独では無理です。必ず成田市、印西市、ある程度広域で物事を考えて、印西市の医師会のほう、成田市の医師会のほうと結びつきを持って、訪問看護ステーションも成田市の訪問看護ステーション、そういった、もう少し広域に物事を考えていくうえでも、栄町である程度まとまっていく必要は、それはそれなりにあると思います。その上で成田市の医師会、医師団とも協力体制を組めるような形で。地域でもって数少ない医師、訪問看護ステーションを有効に活用できるようにしていきたいと思っています。

○委員（藤村 勉君） ありがとうございます。

○委員長（橋本 浩君） 他にございませんか。最後、戸田委員お願いいたします。

○委員（戸田栄子君） 講義の中で気にかかったのは、訪問看護師の悩みの中で経済状況に差があるので、物品の使用条件に気を使うということで、ショックです。同じ状況になってこういうことしてあげたいと思っても点数っていうか。やっぱりその辺は現状としてはけっこうぶつかりますか。その辺の、こういうことしてあげたいと思ったときに、判断としてはこの家庭の事情では、お湯を沸かすにも気を使うというのはすごく、とってもショックだったんです。度々、直面するんですか。

○講師（岡野和子様） 度々ということはないんですけども、彼女まだ2年目なので、けっこうショックを受けた部分があったと思いますけれども。

○委員（戸田栄子君） 現実、さびしいですね。

○講師（岡野和子様） お湯を沸かせない、今、給湯器とか一般的なんですけれども、やかんで沸かして持ってきてくれるとか、そういう。あと、そのかたはお風呂もお家では入れるような状況なんですけれども身体的には。それなのにお風呂の改修とかができてなかった。震災の影響で壊れて直せないとそういったことがある。今聞いたら色々あるってことで、お湯もたくさんのお湯を使わないで少しのお湯で、これで済ませてくださいというお家もあるということです。

○委員（戸田栄子君） わかりました、たいへんです。

○委員長（橋本 浩君） 大野副委員長。

○副委員長（大野徹夫君） 貴重な勉強をさせてもらったんですけども、ちょっとこのこととは違うんですけども、少し前に医者に行きまして点滴をしたことがあるんですけども、これがどうもおっかなくて寝らんなかったんですけども、途中切れちゃって、空気が入ったら危ないとか、今はそれ大丈夫なんですか。

○講師（小川芳信様） 点滴というのは自宅で点滴したんですか。

○副委員長（大野徹夫君） 日医大で点滴やってもらったんです。

○講師（小川芳信様） 病院の中で点滴したんですか。

○副委員長（大野徹夫君） はい。

○講師（小川芳信様） 病院の中で点滴してるのは一番安全じゃないですか。

○副委員長（大野徹夫君） もし切れちゃってもそこで止まっているわけですか。

○講師（小川芳信様） 止まります。静脈に点滴してポンプを使わなければ、大気の圧力以上には入っていかないから、必ず大気圧のところで止まります。空気は入りません。

○副委員長（大野徹夫君） ありがとうございます、安心しました。

○委員長（橋本 浩君） それではよろしいでしょうか。

それではこれで麻生様の「訪問看護の現状について」のご講演を終了といたします。麻生様、貴重なご講演を本当にありがとうございました。皆様、今一度、麻生様に、お礼の拍手をお願いいたします。ありがとうございました。

○委員長（橋本 浩君） それでは講演の時間、これで終了とさせていただきます。本当にお忙しい中、小川先生、岡野様、麻生様、お三方、本当に本日はありがとうございました。

それではここで休憩をとりまして、4時5分から再開させていただきます。私共、委員だけ残りまして委員会を少しだけ、これからの進めかたについて話がありますので、よろしく願いいたします。本日はありがとうございました。

午後3時51分 休憩

午後4時 5分 再開

○委員長（橋本 浩君） 休憩前に引き続き、会議を開きます。



もう少しだけなんですけれども、今後の特別委員会の予定についてでございます。これまで柏地域医療連携センターの視察を含めまして、本橋副町長、埜寄福祉課長、金子福祉課長補佐、千葉県健康福祉部の木川さん、そして本日、小川先生と、岡野様と麻生様の貴重なご講演をいただきました。4月に計画したスケジュールに沿って、今回第5回の特別委員会が予定通りに終了いたしました。今後の予定につきましては当初のご案内のとおり、委員の皆さまとともに研修してきた介護保険制度の問題点、課題を整理して提言内容の協議・決定を行い、その調査結果を12月の定例会にて報告することとなっております。そのためには提言内容をまとめるという作業を、時間的に制約のある中で進めていくという日程となっております。

そこで、事務局に、これまでの研修してきた第1回から第5回の内容を一度整理していただきまして、これまでの特別委員会によりまして浮かび上がってきた大きな項目での課題等につきましては委員長の私から町執行部に課題、意見などを、まずは提示したいと考えております。その上で、それをたたき台として次回の特別委員会では委員の皆様のご意見をいただいた、踏まえて提言としてまとめてまいりたいと思っておりますが、それでまずはよろしいでしょうか。

[「異議なし」の声あり]

それと、次回の開催日につきましても、おそらく11月になるかと思っております。11月中のどこかで先ほどのたたき台を出したうえで皆様の意見をお聴きするという場を設定させていただきたいと思っておりますので、日程については私に一任いただきましてよろしいでしょうか。

[「異議なし」の声あり]

異議がないようですので、お願い致します。

---

## ◎閉 会

○委員長（橋本 浩君） それでは長時間に渡って、本日はお疲れさまでした。以上で本日の会議を閉じ、閉会といたします。どうもありがとうございました。

午後4時8分 閉会

---

上記会議録を証するため下記署名いたします。

平成27年12月9日

新たな介護保険制度対策特別委員会  
委員長 橋本 浩