

全ての住民の暮らしを地域で支える医療とケアのネットワークを目指して

大阪地域医療ケア研究会

事務局／大阪府福祉人権推進センター内 E-mail:ocmc@humind.or.jp
〒556-0028 大阪市浪速区久保吉2-2-3
ホームページ <http://www.humind.or.jp/ocmc/>

2003年3月20日 発行

No.2

大阪地域医療ケア研究会 第1回セミナー

2003年2月8日(土) 午後2時～5時／大阪府福祉人権推進センター

2月8日は、地域医療に携わる方々の参加を得て、第1回セミナーが開催されました。

まず、医師・看護師・相談員の立場から日頃感じている地域医療・ケアのあり方についての報告があり、その後、4つのグループにわかれてワークショップを行いました。

ワークショップでは、「地域で暮らしを支える医療とケアを実現していくため」の課題整理として、まず、各自課題をカードに書き出し、グループ内でディスカッションをしながら課題の分類・整理をし、(P.8 参照)最後はグループ別の発表を行いました。

皆さんから挙げられた課題については、今後も当会の研究課題として考えていきたいと思います。



CONTENTS (もくじ)

第1回セミナー 「実践報告・課題発表」

▼実践報告

- 地域で暮らしを支える地域医療とケア
なかじま診療所 中嶋 啓子 (2)
- 菜の花診療所の実践報告
菜の花診療所 岡崎和佳子 (3)
- 住吉診療所の実践報告
住吉診療所 長畑 卓治 (6)

▼課題発表

- ワークショップ
グループ発表 (8)

■TOPICS (朝日新聞 2003.3.15 より)

▼高齢者医療の保険料率、75歳で区分

将来の高齢者医療について厚生労働省は、高齢者を65～74歳と75歳以上に分け、保険料率の設定などを変える新たな仕組みを導入する方向で検討に入った。与党3党の了解が得られれば、今月末の閣議で決定する方針だ。

報告Ⅰ

なかじま診療所 医師 中嶋 啓子

◆ 地域で暮らしを支える医療とケア ◆

▼今求められていること



今求められていることは、誰もがいつでもどこでも必要な医療とケアが受けられる医療ケアシステムの構築です。それは「全ての住民の健康で文化的な生活が保障され、全てのライフステージにおいて自分らしく誇りと生き甲斐を持った生活を送り、自己の可能性の発展と夢を実現させて行く機会が保障された社会の実現」であり、全ての住民の暮らしを地域で支える医療とケアが連携した総合的な生活支援システムです。

私たちは、今求められているそのことに、自分がどのようにご利用者とその生活を支えていき、そのシステムをどう作っていくのかが問われています。

▼在宅ケアとは

在宅ケアとは、高齢者や障害者が自分の住み慣れた地域で、家族や友人と共に健全で安心した生活が送れるよう支援することです。また、医療・保健・福祉の連携がなければ在宅医療は成り立ちません。

在宅医療ケアを行うに当たって大切な心意気

- 心のゆとり
- アットホーム(暖かさ) 
- ホット安心
- 楽しさ
- 輝き 
- 躍動感
- 少しの犠牲(ボランティア精神)
- 学び 

また、在宅ケアは地域によって色々な違いがあり、利用者、患者さんの生活にも違いがあります。それらの生活は家族が支えており、家族主導になっているところが多いため、家族が納得して生活を支えていくチーム&ネットという生活支援が、地域の中での在宅ケアのポイントだと思います。

チームワークの基本姿勢

- 患者、利用者一人一人への優しい思いやり
- 利用者と共に泣き笑い、喜びも悲しみも分かち合う
- 利用者のデマンドやニーズに答えようという当たり前の気持ちを持続できること
- 専門性を超えて素直に相手を認めお互いの不足を補うこと
- チームの成果(評価)は自分の成果、自分の成果(評価)はチームの成果にできる柔軟な心

▼地域リハビリテーションとは

地域リハビリテーションの目的は、「QOLを第一に！」と生活支援をする時に必ず言うことにしています。基本的には日常生活を支えるのは介護保険でもできます。しかし、生活というのは決して食事をして排泄することだけではありません。豊かに生きるということは、自分なりの生き方や家族と共に、或いは病気や障害があっても地域の中で生活をし、誰かのためになっている。また、旅行をしたり、近所づきあいや友人とのおしゃべりなどが自由にできることが保障されてはじめて、本当の生活といえます。

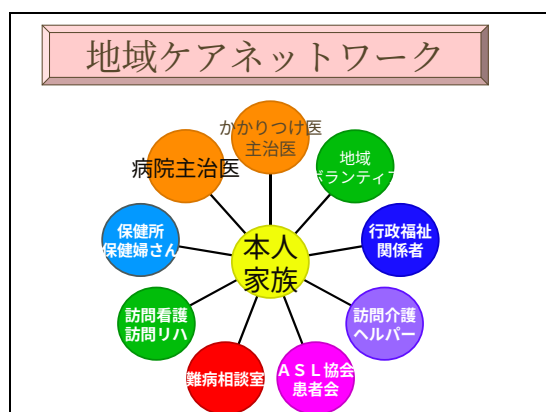
地域リハビリテーションとは

地域リハビリテーションとは地域社会と家庭という場において「社会参加」「自立」「QOL」を直接的な課題とし、その結果としてノーマライゼーションや人間復権を目指す活動の総体を言う。その為には医療福祉保健の緊密な連携を基に地域社会と地域全体の理解が必要である。

(介護支援専門員標準テキスト、地域リハビリテーション方法論から)

▼これからの診療所医療

- ①医療保険と介護保険の両刀使い（武蔵だ）
- ②在宅医療は診療所の手で
- ③慢性疾患（生活習慣病など）維持期医療
- ④病院で死ねない時代、ターミナルは開業医
- ⑤地域医療福祉のコーディネイター
居宅介護支援事業所併設の意義
CMとの協働連携の意義
- ⑥住民参加型医療の啓
- ⑦病診連携時代



▼「医療・保健・福祉」のネットワークの留意点

- ①和輪環を持った協調性
- ②他の職種に任せられる心の広さ
- ③柔軟な思考、臨機応変に対応できる腰軽さ
- ④全ての人がコーディネイター、ケアマネージャー
- ⑤自分なりの意見が言える。いつでも引く力があること。

大阪地域医療ケア研究会の課題

- (1) 地域ニーズの掘り起こし生活の中の真理を情報発信する。
- (2) QOL重視、人権尊重いじめ虐待差別のない医療ケア
- (3) 生活習慣病への取り組み多方面から健康づくりを考える。
- (4) 在宅医療の推進
- (5) 介護保険制度の調査改善
- (6) 病診連携のもと診療所医療の活性化
- (7) 地域住民との協働ボランティア活動の推進

▼今そして、これから私たちにとって必要なこと

- ◎生涯を通じた健康づくりと全ての住民の暮らしを地域で支える「医療とケアのネットワーク」作り
- ◎受け手」も「送り手」も共に地域で輝いて生きる。

報告 II

菜の花診療所 看護師 岡崎 和佳子

◆ 菜の花診療所の実践報告 ◆

▼菜の花診療所のなりたち



1991年に「みんなで創ろう、みんなの診療所」ということで設立準備会を立ち上げ、1年間で全国から450名の出資・寄付により、7千万円の資金が集まりました。

北は北海道、南は沖縄まで実際に診療所の医療を受けることの無い方による真心と熱意により、菜の花診療所は誕生しました。1992年の年末にオープンして10年が過ぎ、現在は、外来診療と在宅医療、在宅ケア（訪問診療、訪問リハビリ、訪問看護）を行っています。

▼大阪市生野区の特徴

大阪生野区は、ほんとうに下町で消防車や救急車も入れない細い路地が多く、訪問診療に行くときは、自転車で回らなければ行けない所です。逆に人情がある土地柄で、障害者グループホームや作業所がたくさんあり、活気のある街です。

高齢者人口は約3万人で高齢化率17%、要介護認定者数は6,157人(2002年12月)、これは大阪24区の中で一番多く、高齢者人口も3位となっています。高齢者の数も多いのですが、居宅介護支援事業所や施設なども非常に多く、また、診

療所、薬局も多いため激戦区となっています。

●居宅介護支援事業者	47ヶ所		
●居宅介護サービス事業所			
訪問介護	44ヶ所	特養ホーム	7ヶ所
通所介護	17ヶ所	老健施設	4ヶ所
通所リハビリ	6ヶ所	療養型	7ヶ所

▼活動状況

下記の表をご覧いただければわかるように、非常に在宅中心（往診、訪問診療、訪問看護）の診療所であるといえます。この10年間で、在宅で看取った患者さんは50人で、去年は7人、今年は1人となっており、2ヶ月に1人のペースでターミナルの患者さんを看取っています。

外来患者数	
月平均	約550人
日平均	60～70人
訪問診療	約120件
訪問看護	約380件
訪問リハビリ	約35件
ケアプラン	75件
これまで在宅で看取った患者	50人
スタッフ数	
医師	3人（2人）
看護師（ケアマネ兼務）	9人（5人）
理学療法士	（1人）
作業療法士	（1人）
事務	5人（3人）

▼診療所からできること

診療所の利点は、小回りが利くということです。ドクターがすぐそばにいますので、必要な時に必要な治療とケアがその日のうちに、すぐに行えます。

▼実践報告 M.Sさんの場合

78才 病名 脳梗塞後遺症
大腸癌術後（人工肛門造設）
脊髄小脳変形症
要介護 5 主介護者 娘

●1993年から訪問診療と訪問看護利用

- ・週2回訪問看護と身体介護（入浴）
- ・金曜日は通所介護で入浴
- ・ショートステイ 7日～10日／月
- ・褥瘡予防マットのレンタル
- ・訪問診療 内科2回／月 眼科2回／月
歯科 1回／月

●2003年1月のスケジュール

3日	緊急訪問看護 入院（レイウス） 家族より相談
8日	気管切開を進められるが拒否 自宅へ帰ることを希望
10日	病院へ面会、退院の方向へ 主治医・婦長と面談 在宅酸素・IVH発注
13日	在宅酸素設置
14日	退院、訪問看護(13:00-15:00) 主治医（菜の花）往診 ケアマネ同行 酸素3L/min
15日	食事訓練開始／訪看 IVH・全身清拭・褥瘡処置 この10日間で背中・背骨部に褥瘡ができる
16日	IVH・洗髪・処置／訪看
17日	IVH中止／訪問診療（ケアマネ同行） バルーンカテーテル抜去 酸素2L/min
18日	リハビリ開始／訪看 酸素1L/min 全身清拭・手・足浴・ガーゼ交換
20日	リハビリ・ガーゼ交換／訪看 全身清拭・手・足浴
21日	訪問診療
22日	リハビリ／訪看 洗髪・ガーゼ交換（褥瘡消失）
23日	リハビリ／訪看 全身清拭・手・足浴
27日	シャワー浴／訪看（NS 2名対応）
28日	訪問診療
30日	シャワー浴／訪問看護(11:00-12:30) 食事介助指導（ヘルパー）
31日	通所介護(10:00-16:00)

退院後3週間で入院前の生活スタイルに戻すことができました。しかし、10日の面談では、病院の主治医から「これは自殺行為だ、こんな人を連れて帰ったらこの人は死んでしまう、あんた達は何を考えている」と言われました。

M.Sさんが入院前の状態に回復できたのは、自宅という住み慣れた場所で、自分にあった生活（好きな時間に好きな食べ物や好きなこと）ができたからです。

▼まとめ

1. その人らしく

M.Sさんのようにその人らしく過ごすこと、臓器を治療しただけではその人は元気にはなりません。そして、日常生活は理屈道理にはいかず、生き方、暮らし方は人それぞれです。ですから、在宅においては患者さんや家族が主人公であり、私たちはただ、寄り添っていくことだけなのです。

また、在宅ケアは待つことが必要で、時期を逃さないことが大切です。

2. きめ細やかに

診療所だからできるきめ細やかな対応で、利用者や家族にとって一番良いと思える、あらゆるサービスを提案すること。（各種制度や助成、自治体の福祉サービス等）

退院直後の急性期は、安定するまで十分な看護をすること。

ターミナルケアに関しては、家族が本人を支える介護体制を作ることが必要です。また、亡くなった後の家族のケアも大切なことです。

例えば、死亡診断が下された時に、ご家族と一緒に時間をかけて清拭や化粧をします。その時間は、亡くなった方の思い出話をして、「よく看取ったね、これが一番よかったね。」というメッセージを家族に伝え、ご家族には、自宅で看取ったことの自信を必ず感じてもらうようにしています。

3. 選ばれる診療所となるために

他にはない特徴を出すことです。菜の花診療所の場合は、極め細やかに対応する以外に、入浴に力を入れています。体が汚くなると人として生きる意欲を失うため、入浴は人としての尊厳を守る

手段のひとつです。私は入浴を一石三鳥の看護だと思っています。一目で全身の状態がチェックでき、皮膚の観察やADLの確認もでき、裸のつき合いなので本音が聞きやすく、信頼関係が作りやすい看護だと思っています。

あとは、地域の社会資源を上手く活用しています。近所にある個人商店（お惣菜、ケーキ、果物店等）など、一度利用すると次から電話1本だけでご利用者宅に届けてもらったり、診療所から発信することで地域の中にある社会資源を上手く活用でき、その方の生活の質の向上につながると感じています。

4. 理念を見失うな

つつい診療所の経営を優先に考えてしまいましたが、やはり利用者（患者）の立場に立つことでしか生き残れないということをこの10年間に感じてきました。菜の花診療所は、何回も経営の危機に直面し、潰れそうになった事があります。そんな時に裏切らなかったのは患者さんです。いつも患者さんが診療所を利用して下さったおかげで、ずっと続いていると感じています。囲い込みをせずに患者さんのことを中心に考え、プランを作ってきたからだと思っています。

5. 情けは人のためならず

今の高齢者が幸せにならないと私たちの老後はないと思います。地域全体が豊かになるように診療所は色々な情報を発信し続けたいといけません。地域の医療やケアは自分づくり、人づくり、地域づくりであり、自分に将来返ってくる事だと思っています。

6. 未来へ

今後の課題ですが、後継者を作っていくということです。また、地域連携と利用者へのトータルサービスをどのようにしていくか。あとは、社会資源の掘り起こしや活用（人、場、ネットワークの構築）などが大きな課題です。

最後に、つらい時ほど理念を忘れずに生きていき

たいと思ひまして、日野原先生の言葉を紹介させていただきます。

『まず与えることから始めよう。富のあるものは富を、才のあるものは才を、時間のあるものは時間を。しかし、なんと言っても人が人に与える最高のものは心である。他者のための「思い」と「行動」に費やした時間、人とともにどれだけの時間を分け合ったかによって、真の人間としての証がなされる。』 日野原 重明 「いのちの言葉」

報告 III

住吉診療所 事務長&相談員 長畑 卓治

◆住吉診療所の実践報告◆

▼診療所の概要



住吉診療所の事務長兼相談員という立場で報告させていただきます。

設立は、1986年で、概要は下記の通りです。常勤医師として後岡医師、大伴医師がいます。

()内は人数

常勤医師	後岡管理医師（内科・小児科） 大伴医師（内科）
非常勤医師	内科(6)・小児科(1)・整形外科(3) 眼科(1)・訪問(1)・ドッグ&エコー検査(2)
常勤看護師	外来(2.5)・在宅訪問(3)・健診(0.5)
非常勤看護師	外来(4)
常勤受付医療事務員	(2)
非常勤受付医療事務員	(6)
常勤管理者	(2) *経営・医療相談員含む
その他非常勤	薬剤師(4)・放射線技師(4) 栄養士(1)・マッサージ師(1)

今までは大伴医師が診療所を支えていましたが、新しい内科・小児科の後岡医師にバトンタッチし、

現在転換を図っているところです。

▼業務三本柱

外来患者	約 550 人(のべ約 3000 人/月)
在宅訪問診療・看護	約 30 人/月
健診受診者	約 20 人/月

部落地域内（約 500 世帯 1300 人・独居老人約 100 世帯）
地域外約半々の利用数

▼ケア・相談内容

医療相談として、痴呆症の問題、独居老人の問題、孤独死の問題、多発性脳梗塞、躁鬱病（こころの病）、これに伴う自殺行為、或いは末期癌、転倒骨折、脳挫傷入院、パーキンソン症候群、知的障害、筋緊張性ジストロフィーなど様々な相談に関するケアを行っています。

▼医療・福祉機関との連携

医療機関は、府立病院、住吉市民病院を中心として、近隣の診療所（精神科・在宅・健診・眼科）との連携を図っています。特に当診療所に精神科を持つことは困難なため、田畑クリニック（精神科）と連携を取り対応しています。

福祉機関は、なごみ居宅支援事業者（ケアマネ・デイサービス・訪問介護）と住吉総合福祉センターのリハビリセンター、配食サービス、知的障害者作業所などと連携を取っております。その他、人権文化センターの社会資源も活用しています。

▼住吉診療所の役割

「揺りかごから墓場まで」ということで、地域には保育所もお寺もあり、充実した社会資源は整っています。それらの資源を活用しながら、医療・福祉・保健サービスをつなげていく必要があります。

あと、周辺地域住民の健康と暮らしをサポートしていく（健康---身体・こころ・家族や社会）ということが大切だと思います。

来年度には365日24時間の在宅支援サービスを立ち上げる予定で、我々診療所のあり方が問われております。

▼実践報告 U.Sさんの場合

87才 病名 高血圧症・変形性膝関節症
女性 白内障・脊椎症・難聴
左耳身障手帳3級
要介護 5 主介護者 娘

●ADL 歩行困難

自宅では這うように移動・野外は車椅子介助・食事自力摂取可・排泄リハビリパンツ使用・デイ入浴・訪看自宅入浴介助・衣服着脱ゆっくりと自力着脱可。

物取られ妄想あり・昼夜逆転あり。

●生活暦

10年前まで長女と同居。昨年まで手押し車で自力歩行可。しかし、徐々に身体能力が低下し、訪問看護・デイサービスを最大限に利用し、なんとか独居で生活していた。

●問題

昨年夏すぎより身体能力著しく低下し、10月には立位困難。車椅子の移乗、入浴不可。その後徐々に回復。しかし、痴呆症状がときどき見られるようになった。

●対応

本人の「自宅で暮らしたい!」という願いをかなえられるよう在宅サービス会議で検討。(夜間介護体制・夜間緊急体制・隣近所の理解・痴呆症等医療的サポート)

しかし、家族の強い要望(孫娘が自分の姑さんを無理して在宅で看られた際に姑さんとの関係がうまく行かず、十分な対策ができずしんどい思いをした。そんな思いを母にさせたくない)で老健施設へ入所。

▼住吉診療所の課題

①理学療法士がいないため

地域リハビリの展開、訪問リハビリサービスの実施ができない。今後は、総合福祉センターのリハビリと連携して、地域リハビリの展開が必要である。

②外来部と訪問部と健診部が有機的につながっていない。

患者さんの状態に応じて臨機応変に対応しないといけません。各部署バラバラでなく、対応(導

入)・治療・ケア等一貫した流れのマニュアル的基準をもったチーム医療を行う必要がある。

③医療相談員(MSW)の位置付けが弱い。

保険点数がないということもあり、役割として明確な位置付けがない。

④患者さんの服薬依存度が高く、理解度が低い。

服薬の見直しと丁寧な説明、計画的な検査の強化、慢性指導の強化(運動処方・リハビリ処方)

が必要。

⑤職員評価(査定)の実施、評価基準・目標の作成と明確化。医療サービスの水準の向上と個々人の努力目標を具体化する。

⑥他機関との連携。

特にケアマネジャーやヘルパー、デイサービス職員との協力関係をつくる。ただ、患者さんや利用者への感覚の違い、専門用語、指示系統、考え方の違いがある。

⑦日曜・祝日・夜間・深夜の対応が十分でない。

365日24時間の体制の強化。

以上、非常に精神的にも外見的にも色々問題がありますが、あせらずやっていきたいと思えます。

研究会へのご意見・ご要望などがございましたら、下記のアドレスにお送りください。

E-mail:ocmc@humind.or.jp

ワークショップ／グループ発表のまとめ

2グループのみ掲載しております。

(当研究会のホームページには、すべて掲載しております)

