

## 12.1 大阪地域医療ケア研究会

### 基 調 提 案

(医) 啓友会 医師 中嶋啓子

#### (A) はじめに

どの時代においても、住民一人ひとりの健康が地域社会の消費、経済、文化、政治の活性化の基礎であること、さらに住民の健康はその時代の健康に対する関心度と、医療福祉などの社会保障施策の充足度によって決まるということを前提にすべきである。従って受け手の立場に立った、間違いの少ない質の高い医療提供と人権尊重に基づいたやさしい福祉提供によって住民の健康は維持されるのである。

#### (B) 激変する時代背景

長期経済低成長時代(慢性不況時代と構造改革路線)

国際化(グローバル)時代(電子化、IT化による時間と距離の短縮化と同時実現化)

少子高齢化、家族構造、家庭機能の大変化

#### (C) 医療の転換

**医療の変化・・・**高度医療の発展と疾病構造の変化で世界一の長寿国の実現

**医療のもたらした今日の問題**

- ① 医療費高騰・・・高齢者医療の医療に占める割合が高い
- ② 社会的入院
- ③ 高度高額医療(医療経済への圧迫)
- ④ 病院志向・・・風邪でも大病院、入院医療の安心思い込み依存増加
- ⑤ 長期ケア時代

**医療の質・・・**臓器別専門医療、バイオ遺伝子工学への評価と住民との乖離  
医療の原点、生活医療への見直し(包括的全人的医療への評価)

**医療構造・・・**隔離収容医療から地域開放在宅医療へ  
医療機関の系統的機能分化推進

#### (D) 福祉の転換

救貧対策に主眼をおいた福祉から住民参加相互扶助の福祉への転換  
「措置」から「選択」へ、  
介護保険は高齢者弱者への福音となっているか  
必要な人に必要なものが提供されているか

#### (E) 介護保険制度始まって3年目

その目的：**医療と福祉(介護)の一体的、統合的提供**

## コスト管理とケアマネジメント

介護保険の目指すもの→安心して暮らせる21世紀に

- ① 自立→利用者本位、自己決定、自己選択の権利
- ② 家族で看られない時代、社会介護→チームとネットワーク
- ③ 社会連帯→保険という形での保障、多数の原理

### 介護保険はこれまでの日本の介護問題を解決できるのか？

- ① 寝たきり老人大国→ゴールドプラン「寝たきりゼロ作戦」.
- ② 家制度を引きずる家族介護、嫁介護、介護は女性問題→ 介護の社会化は謳われたが、しかし根深い家族事情がもたらす介護地獄は相変わらず続いている.
- ③ お世話介護、お節介思いつき介護→介護のマニュアル化、科学化、社会規範(コンプライアンスルール)での介護の確立、契約主義や苦情の噴出に対応できるシステム.
- ④ 措置福祉、お役所任せ(役所がどうにかしてくれる).  
長いものに巻かれろ精神→住民自治、住民の地域福祉への参加.

### (F) 地域が変わる

#### 生活圏の拡大、移動、生活形態の変化

スーパーマーケットに全てある(まな板や包丁がなくても食事は可能)

ホテルのような生活が素敵な生活(上げ膳据え膳、至れり尽くせりの生活への憧れ)

#### 食生活の変化

食行動、食形態の変動(インスタント、レトルト、グルメ、お年寄りも肉脂が好き)  
生活習慣病(癌等の成人病)の増加、飽食の中の欠食(不足病、偏食)孤食、等々

#### 家族、家庭機能の変化

大家族から核家族へ、さらに核家族の崩壊、家族の役割の固定概念が崩れる。(父親不在、母原病、家庭内離婚、家庭内別居、シングルマザー、他人家族、未婚家族)  
家庭崩壊(下宿家族、一人住まいの増加、老人世帯の増加など)

#### 介護形態の変化

家庭の介護力低下、女性の社会進出に伴って介護力低下

#### 産業、企業の変化

労働形態の変化(IT時代、サービス業の増加)

#### 文化価値観の変化

#### 教育界の変化

学校教育の崩壊、杀れる子供達の増加、犯罪・虐待・いじめの増加等々  
古きよき時代から、学ぶものはないのか  
次々変わる集団心理的ブーム形成、変遷に追いつけない、圧迫された心理、のけ者にされた心理

## (G) 何故在宅医療ケアなのか

### 在宅医療の目的は

どんな病気があっても、どんなに重症であっても、家で生活を送れることである。従ってそれを実現する為には、その人の療養を支える介護者なくして成り立たないのである。介護あっての在宅である。[介護なくして在宅医療はない]

### 在宅医療、在宅ケアとも

場所は地域の中であり、対象は高齢者、障害者など地域住民であり、目的は対象者が安全で安心な健康生活を送る為に生活を支援することであり、医療関係者や、福祉関係者や、ケアマネジャーがチーム・ネットで協働して、医療とケアを統合、整合して提供することである。

従って、変わる地域、変わる生活、変わる介護形態の中、在宅医療ケアを行えばおのずと地域内問題にあたり、地域と向き合うことになる。

これまでの縦割り行政の弊害を言葉だけでなく、実践的に乗り越え、医療者、ケア者が連携協働することで、一つの目標に向かって、同一平面で同じ目線で見て、討議することができるということは、問題解決、整理に早道であると考ええる。これまでの日本の風習が不得意にした連携活動を実践的に克服する為にも、ここに大阪地域医療ケア研究会を立ち上げる。

## (H) 大阪地域医療ケア研究会立ち上げるにあたって前提とすべき共通点

- ① 地域内での実践経験を基に、観念的研究者集団ではなく、「実践の中に真理あり」をモットーとした実践者集団である。地域の実態に即した問題をまとめる。
- ② 参加者は医療関係者、福祉関係者等の医師、看護師、リハ職、介護職、栄養士、薬剤師 ヘルパー、事務職、ケアマネジャー（CM）、社会福祉士。  
その他地域医療ケアに興味があり、何らかの関わりを持つ人。  
当事者（患者、利用者、その家族、その介護者）はもちろん、各職種の学生、卵達も参加 OK である。
- ③ 住民一人ひとりの多様なニーズに目をやり、地域ニーズの掘り起こしはまだできていないと考える。
- ④ 医療連、地区診療所の人権尊重医療の歴史の継承  
イ 行政との闘いで、地域医療の需要にこたえ一定の成果を挙げてきた。  
ロ いじめ、虐待、差別を認めないこれまでの地区診療所の人権尊重の医療ケアから学ぶ。
- ⑤ 地域内は総合病院や大きい病院をはじめ大型企業もあるが、地域は小さい住民の集合であり、地域医療は、そこに住む一人ひとりが健全な生活を送れているかどうかである。住民に最も近い、診療所、小売業など小規模機関を巻き込んだ、地域ケアネットワーク作りが問われている。
- ⑥ 地域ニーズに応えるには、単独機関の自己完結はありえない。医療機関の機

能分化、役割分担を明確にし、病診連携等医療ケアシステムの構築が重要である。

## 地域医療ケア研究会の課題

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、地域社会で孤立することなく、家族や友人に囲まれ、人と人との豊かな関係の中で生活し、全てのライフステージにおいて、自分らしく、誇りと生きがい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い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。

### 私たちが目指すこと

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づくり

### 「受け手」も「送り手」も共に地域で輝いて生きる

- (1) 未開拓地域ニーズの掘り起こし、一人ひとりの患者住民の生活の中から生きるエネルギーを学び、実践の中の真理を情報発信する。
- (2) 人権尊重に基づいた医療ケアの取り組み 虐待予防、抑制廃止、転倒予防、QOL など
- (3) 住民の健康づくり 生活習慣病への取り組み、食生活、環境、運動など多方面から健康づくりを考える。
- (4) 地域医療の今日的課題
  - ・ かかりつけ医の推進
  - ・ 在宅ケアの推進
  - ・ 在宅ターミナルケア
  - ・ 在宅ホスピス
- (5) 在宅医療の推進 そのスキルアップ、研修を行う。
- (6) ターミナルはこれからの地域ケアの最重要課題となるであろう。
- (7) 各関係機関、関係者のスキルアップ、研修体制の確立。
- (8) 相互扶助によるケア機関の連携と地域医療ケアシステムの構築。
- (9) 病院など医療機関の機能分化が進む中、小さいもの、特に小規模機関（診療所など）の役割の明確化と機関同士の連携の構築。
- (10) 受け手が考える住民参加型医療ケア、ボランティア協働型医療ケア。