

さて、今後の道のりに予想される幾つかの課題について、私見をお話させていただきます。

ほとんどの住民は「病気になったら病院で最新の治療を受けるのが最善」と考えていると思います。こうした中で、このたびの制度改革が、「社会保障制度を守るため」、更に単純に言えば「社会保障制度を守るため（＝お金のため）」に我慢して！と住民に伝わってしまえば、「私たちは大切にされていない。」と大きな反発が予想されます。

このたびの制度改革では、住民には、「最期までどう生きるのが幸福か？そのために医療・介護サービスをどう利用すべきか？」を真剣に考え、価値観の転換を図っていただく必要があります。更には言えば、かつての日本の社会にあった幸福感を取り戻すためには『足るを知る』こと、また、万事自己責任を基本とする『自助』、大切だが面倒臭い人付き合いの上で成り立つ『互助』、義務を果たしてこそ『共助』、かつては「もったいない」と言われた『公助』、そうしたことの再認識なども必要かもしれません。



価値観の転換

- 何が正しいかは、例えば、場所、時代、周囲の環境、その時の気分によって、様々。
- 世間一般に正しいことが、自分にとって正しいとは限らない。
- 前提や背景で価値判断は容易に変わる。
- 受容は、諦めではなく、希望の発見である。

文化の創造



平成25年度 地域包括ケア研究会報告書より

地域包括ケアシステムの5つの構成要素と「自助・互助・共助・公助」

「自助」「互助」「共助」「公助」は専門的サービスと、その発展しての「公助」は生活支援・福祉サービスに分類し、連携しながら実施されるべきである。

地域包括ケアシステムにおける5つの構成要素

【自助】「健康」「予防」「生活」に関するサービスと、その発展しての「公助」は生活支援・福祉サービスに分類し、連携しながら実施されるべきである。

【互助】「介護」「ヘルパー」「ボランティア」など、地域住民が互いに支え合う仕組み。

【共助】「地域」「地域づくり」など、地域住民が互いに支え合う仕組み。

【公助】「行政」「福祉」「医療」など、行政・福祉・医療が連携して提供するサービス。

【本人・家族の選択と心構え】

同時に揃える技 (行政の調整能力)

「自助・互助・共助・公助」からみた地域包括ケアシステム

【自助】「健康」「予防」「生活」に関するサービスと、その発展しての「公助」は生活支援・福祉サービスに分類し、連携しながら実施されるべきである。

【互助】「介護」「ヘルパー」「ボランティア」など、地域住民が互いに支え合う仕組み。

【共助】「地域」「地域づくり」など、地域住民が互いに支え合う仕組み。

【公助】「行政」「福祉」「医療」など、行政・福祉・医療が連携して提供するサービス。

【本人・家族の選択と心構え】

万事、自己責任 大切なことは面倒臭い 義務を果たしてこそその権利 もったいない

また、患者・家族の「親の最期をどう看るか」といった重大なことで、人と違うことはできない。」という心情は理解できませんし、医療・介護サービス提供者の「自信のない・見通しの立たない提案はできないので、無難に従前どおりサービスで済ませたい。」という心情も、十分理解できません。

どうすりゃあええん？ 普通、どうするん？

患者・家族

- 人と違うことはできない。(＝正しいことをしたい。批判されたくない。)
- 私にはわからない。プロのあなたの判断(責任)で、最善の状態を創って欲しい。

医師

- 在宅療養は良く知らない。必要十分なサービスが本当に提供されるのかどうか、自信がない。
- 在宅に帰すための(信頼できる)人脈がない。
- 従前同様に入院医療を勤めておくのが無難。

当面の二〇二五年に向けて地域包括ケアシステムを構築するためには、こうした状況を踏まえた上で、医療・介護連携だけでなく、生活支援・福祉サービス、すまいとすまい方、本人・家族の選択と心構えを、同時進行で揃えることが求められています。このたびの制度改革は、まさに「価値観の転換・新しい文化の創造」とも言えます。

「地域包括ケア」・「在宅療養」と言っても、同じ地域の関係者間でさえ、そのイメージを一致させるのは容易ではないと思います。医師・看護師・ケアマネジャー等には、「医療は何を目指すのか?」「介護は何を目指すのか?」を真剣に考え十分議論して出来る限り方向性を揃え、勇気を持って患者や家族に働きかけ成功事例を重ねていただきたいと思えます。その際には、患者・家族に、在宅療養で提供されるサービスや家族の負担等を説明し、どのような療養生活になるのかをイメージしてもらい、満足できる判断・選択をしてもらう必要があります。そのための、知識、サービス提供の技術、関係機関との連携、コミュニケーション技術等も重要です。

川上(急性期病院)から川下(介護施設・在宅療養)まで、当面必要なこと

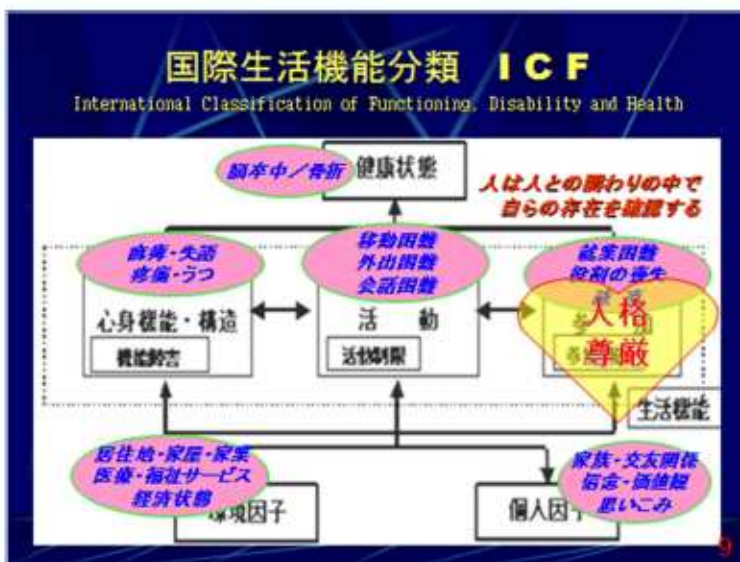
- **社会資源の確保と連携体制づくり**
 - ⇒ 医療計画・介護保険事業計画・医療介護総合確保基金事業・在宅医療連携拠点事業 等
- **在宅療養等を自信をもって勧められる力量の獲得(特に医師・ケアマネ)**
 - ⇒ 連携する関係者との顔の見える関係/信頼関係
質の高いサービス提供・ケアマネジメント技術

コミュニケーション技術の必要性

- 患者・家族が自らのニーズに気付き、提供されるサービスやその上で得られる生活を十分に理解した上で判断することが必要
- 急性疾患 ⇒ 医療が主役
- 慢性疾患 ⇒ 本人の意識改革・行動変容
真に幸福につながる医療?
- 障害・予後を受容すること
= 希望を見出す/折り合いをつける

患者・家族との意思の疎通

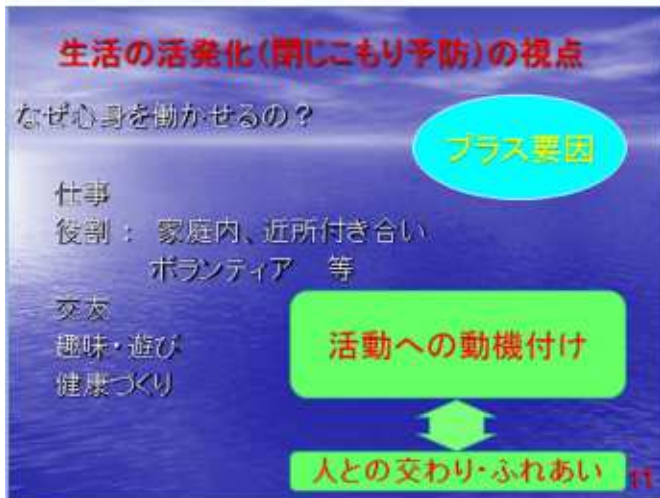
- 在宅療養のイメージの共有
患者・家族に判断を求める前の在宅療養に関するイメージ・情報の伝達
- 悪い情報(予後予測)を、いたわりの心を添えて、衝撃を最小限に、伝える技術
ただ理論的に正しく伝えるだけではダメ
- 患者・家族に真のニーズに気付かせる(希望を見いだせる)コミュニケーション技術
患者・家族の信念・価値観や自己認識に触れるコミュニケーション



併せて、高齢者の特性を踏まえることも必要です。役割の喪失や傷病に伴う障害等で心身を働かせる機会・動機を失いやすいため、生活不活発病(廃用症候群)への配慮も必要です。この配慮を医療介護関係者がケアプランの作成やサービス提供に活かすためのツールがICF(国際生活機能分類)です。また、岡山プライマリ・ケア学会は、医療・介護サービスの向上に向け、このICFを基本とした医療・介護連携シート『むすびの和』を作成して地域への普及を進めています。

少し前述の内容と重複するかもしれませんが。求められる医療の在り方が大きく変化しています。かつては、医療のために日常生活を一時犠牲にすれば完全社会復帰できる急性疾患が主な対象でした。しかし、衛生状態が改善し高齢化が進んだ現在は、完全治癒が困難で本人の意識改革・行動変容・価値観の転換が求められる慢性疾患（糖尿病、高血圧、がん、脳卒中後遺症など）が主な対象になっていきます。病気を治すと言うよりも、病気を折り合いを付けて生きる時代になったと言えます。

医療・介護関係者は、提供するサービスを人々の真の幸福に結びつけるために、「人はどう在れ



ば幸福を感じるのか」、「何が行動変容の動機になるのか。」などを十分に理解して、患者・家族に働きかける必要があります。例えば、前者については「私はあなたを見ています。あなたは大切な人です。」という態度が、後者については、人との交わり・触れ合い等から「この幸福をいつまでも・・・」という思いを引き出すような働きかけ、あるいは人が行動を起こす動機となる「信念・価値観」や「自己認識」に対する働きかけが、極めて重要になっていることを十分認識する必要があります。この認識を踏まえたコミュニケーションが、患者・家族に「自分たちの本当の望み」に気が付いて貰い、真に幸福に繋がる選択をしてもらう上で、極めて重要です。

私は あなたを見ています。
あなたは 大切な人です。

自己認識・スピリチュアル → コア・ステート

1 Being	自己の存在
2 Inner Peace	こころの平安
3 Love	慈愛
4 Okness	自分は充分である
5 Oneness	人・自然・宇宙との一体感

この幸福をいつまでも・ ➡ 健康でありたい！！





以上、縷々述べましたが、まずは医療・介護・行政関係者等が、自己研鑽に励みつつ、お互いの能力とその限界を知り、知恵と力を出し合い協調することが大切です。そして住民の意思を尊重しながら一つ一つ丁寧に最善のサービス提供に努めるなど、地道に取り組むことが求められていると思います。

連携するには

- 相手の能力とその限界を知る
- 相手の立場で考える姿勢
- 誠意をもって応える姿勢
- 無理をお願いし、無理なら断れる関係

最後にもう一度、このたびの貴重な機会をいただきましてことに感謝いたします。

トピックス

『第二十二回学術大会・研究発表より』

「地域包括ケアから考える老健の役割」

『在宅復帰後の生活の在り方を考える』

介護老人保健施設 倉敷老健 堀口 貴司

倉敷老健は、倉敷平成病院に併設する入所定員百五十床の施設です。要介護1〜5までのさまざまな疾患を持たれている方が入所されています。平成二十四年の介護保険法改正に伴って新たに導入された、在宅復帰・在宅療養支援機能加算は二〇二五年問題の解決のための先駆けであり、地域包括ケアの中心である老健としての再認識するきっかけとなったものです。ご周知の通り、加算要件は六か月間で三十%以上の在宅復帰率と三か月間でベッド回転率が五%以上という要件があります。この要件を満たし、本来あるべき老健の在宅復帰機能をより強化していくためには、現状様々な問題が出てきました。現状の課題の見直し、問題解決を図る為、支援相談員として何をすべきか課題の把握に取り組みました。

平成二十四年の介護報酬の改正により住み慣れた地域で過ごす事が重要となり、地域の方々へ、老健を知ってもらう機会を今まで以上に増やしていくことが必要と考えました。施設全体の問題としては、地域の方々に、選ばれる魅力ある施設

になって行く事が必要です。長期の入所者の処遇も考えていかなければならない状況となりました。今後支援相談員として、入所者・家族・職員・地域とのパイプ役であることを今以上に意識し、連携が密に行えるように努めていきたいと思えます。また老健として、在宅復帰・在宅復帰療養支援機能加算の習得のために、数字だけを追いかける業務ではなく、入所者とその家族の双方が、住み慣れた地域の中で、その人らしく安心して生活していけるよう支援していくこそが、地域包括ケアの根底にあることを忘れず、今後業務に努めていきたいと思えます。

「真庭における口腔ケア、3年間の取り組み」

真庭市社会福祉協議会 居宅介護支援南事業所

池田 弘美

日本人の死亡原因として肺炎は近年増加しており、真庭地域も同様です。そこで医師・歯科医師・訪問看護師・介護支援専門員・地域包括支援センター・保健師が中心となり、高齢者、寝たきりの方の誤嚥性肺炎を減らすことを目標に、口腔ケアの取り組みを平成二十四年度より始めました。

手始めとして現状把握のために、居宅介護支援専門員・サービス事業所介護職員へアンケートを行い、その結果口腔内の観察ができていない、ケアプランに繋がっているケースが少ない、という

◆関連団体の紹介

NPO法人

岡山県認知症高齢者グループホーム協会

福嶋 裕美子

認知症グループホームでの 医療との連携と看取り

私はグループホームケアのパイオニアで老人医療専門医であるバルプロ・ベックフリス博士が主宰されるスウェーデンのシルビアホームでの研修で、グループホームの介護、医療連携、運営などを学び、帰国後の二〇〇〇年にグループホームを開設しました。当時、日本では「概ね身辺の自立ができており、共同生活を送ることに支障のない方」という入居条件があったため、特に医療連携や看取りについての規定はありませんでした。当手を振り返りますと、行政の方々と私の意見が対立したのを思い出します。グループホームも医療が必要という私の意見に反し、「グループホームは、普通の暮らしをして認知症の進行を防止するところだから、医療はいらない。」と言われました。スウェーデンでは、当時から医療連携看取りは当然でしたので、私にはとても違和感がありました。その頃、私の祖母をグループホームで看取る経験をしました。制度的には、医療連携に関する加算がない中、運営母体の医療法人の診

療所から医師、看護師がボランティアで、医療・看護行為を行いスムーズな看取りができました。とても安らかな死でした。

さて、時代は変わりグループホームの入居者も時間と共に重度化してきました。二〇〇六年に、グループホームにおいて入居者が重度化しても、あるいは終末期になっても住み慣れたグループホームでの生活が継続できるように医療体制を強化するために、新たに「医療連携体制加算」が新設されました。二〇〇九年には、グループホームにも「看取り介護加算」が認められました。本年4月の介護報酬改定でも「看取り介護加算」の充実が図られました。「在宅時医学総合管理料」も算定でき、医療、看護の充実のもと、看取りまで可能な体制整備となっています。

グループホームにおける看取りは、現在のところ母体の経営者の考え方により取り組みがばらばらです。医療法人など医療系の経営母体では、関連施設の医療職の協力もあり積極的に取り組んでいるところも増えてきました。

グループホームでの看取りを可能にするには、医療の介入とともに、経営者の理解と決意、職員の統一した介護が重要です。

職員の看取りに対する正しい知識や理解も不可欠です。

地域包括ケアシステムの構築のもと、多職種・多機関の連携がすすみ、多くのグループホームで看取りが可能となるよう啓蒙してまいります。

最近グループホームで看取った人の娘さんは、「事情があつて自宅で見てやるのが出来ませ

んでしたが、グループホームの職員の皆さんや関連施設の医師・看護師さんたちの暖かいケアにより、充分満足する看取りが出来ました。ここ数ヶ月間は、私も度々母のそばに居ることができ、介護もしてやれたことは幸せであり満足しています。ありがとうございました。」と語っておられました。



居室には位牌も・・・

グループホームいるかの家



◆研修会の予定

- ◎平成二十七年七月
プライマリ・ケア講座
- ◎平成二十七年九月
認知症研修会
- ◎平成二十七年十月
岡山県医師会プライマリ・ケア部会研修会
- ◎平成二十七年十二月
実践シンポジウム

※詳細は追ってご案内いたします。



◆お願い

平成二十七年度の会費のご請求の時期が近づいて参りましたので、よろしくお願いいたします。また、学会に対しての意見、ご感想などございましたらお聞かせ下さい。



◆入会のご案内

★申込書は、HPからダウンロード出来ます。
<http://www.p-care-okayama.com/>

岡山プライマリ・ケア学会 入会申込書

岡山プライマリ・ケア学会 会長 藤野 隆雄

本会が主催する「プライマリ・ケア」に関する研修会や、地域医療の発展に貢献することを目的として、本会に加入する方を募集しております。本会に加入すると、本会が発行する「プライマリ・ケア」に関する雑誌や、本会が主催する研修会に参加することができます。また、本会が発行する「プライマリ・ケア」に関する雑誌や、本会が主催する研修会に参加することができます。また、本会が発行する「プライマリ・ケア」に関する雑誌や、本会が主催する研修会に参加することができます。

ご入会のご案内

1. 入会申込書（印刷済）をダウンロード
2. 会費を振込または現金で送付
3. 会費が到着次第に入会手続きを進めます
4. 入会手続き完了後、入会のご案内（メール）と入会資料を送付いたします
5. 入会料金は、本会が発行する「プライマリ・ケア」に関する雑誌や、本会が主催する研修会に参加することができます。

※入会料金は、本会が発行する「プライマリ・ケア」に関する雑誌や、本会が主催する研修会に参加することができます。

〒703-8522 岡山市中区古京町一丁目一十番 岡山県医師会内

TEL: 086-272-3225
FAX: 086-271-1572
Eメール: gakkai@p-care-okayama.com

編集後記

先月のお話ですが、五月二十日は「交通事故死ゼロを目指す日」だったそうです。記録に残っている昭和四十三年以降、日本全国で交通事故死がなかった日は無いとのことですが、被害者・加害者共に良いことにはなりません。事故に遭遇した経験からより感じることですが、一人一人がその危険に常にさらされていることを改めて認識し、日々をより穏やかに過ごしていくよう祈っております。

編集委員

- 佐藤 涼介
- 菅崎 仁美
- 丸田 康代
- 奥田 圭太郎

編集・発行

岡山プライマリ・ケア学会 事務局

〒703-8522

岡山市中区古京町一丁目一十

(岡山県医師会内)

TEL: 086-272-3225

FAX: 086-271-1572

Eメール: gakkai@p-care-okayama.com