

第2弾

合併構想 シンポジウム

主催：合併構想委員会

みんなで語るわたしたちの未来

～合併したらどうなるの？～第2弾～

2021年7月21日(水) 14:30～16:30

開催方法：YouTube <https://youtu.be/0C-xkUuAQSc>

QRコード読み取り



第1部 基調講演

『患者家族に寄り添う在宅医療』

医療生協かわち野生活協同組合 八尾クリニック所長 大井 通正 医師

第2部 シンポジウム

テーマ 「新しい生協がめざす地域包括ケアとは」

- *あかがわ地域の助け合い・見守り活動
- *いつまでもおいしく食べることを支える歯科の役割
- *コロナ禍で診療所と介護事業で支えた在宅の事例



あたりまえの日常のちょっと先に死がある・・・患者・家族に寄り添いながら、在宅生活を支える医療、介護のめざすものは何か・・・

新しい生協の理念にどう反映していくかとも考えましょう



第2回合併構想 シンポジウムタイムスケジュール

14:30～合併構想委員長より挨拶 小森構想委員会委員長 5分

14:35～合併構想委員会より報告 志形構想委員会事務局長 10分

14:45～基調講演 「患者家族に寄りそう在宅医療」大井所長 45分

【休憩5分】

15:35～シンポジウム テーマ「新しい医療生協がめざす地域包括ケアとは」

事例報告1. ヘルスコープ 小森理事・野口さん

「あかがわ地域の助け合い・見守り活動」 10分

事例報告2 森ノ宮歯科 歯科衛生士狭間直美氏、谷口歯科統括事務長

「いつまでもおいしく食べることを支える歯科の役割」 10分

事例報告3 なにわ保健生協 水谷ひろみ氏

「コロナ禍で診療所と介護事業のネットワークで患者利用者を支えた事例」 10分

16:05～ 意見交換など 15分

16:20～ シンポジウムまとめ 5分

16:25～ 全体のまとめ挨拶 小森構想委員会委員長 5分

16:30～ 事務局連絡

16:35～ 終了

新しい法人の理念・ビジョン・長期計画 づくりに向けて

合併構想委員会事務局

第1回合併構想学習シンポジウムのまとめ

日時：2021年5月14日（水）14：30～16：30

内容：基調講演 医療生協かわち野 高橋泰行 副理事長

第二部 パネルディスカッション 「法人のこれまでと私たちの考える未来」

なにわ保健生活協同組合	山下	理事長
よどがわ保健生活協同組合	安達	理事長
ほくせつ医療生活協同組合	江口	副理事長
生活協同組合ヘルスコープおおさか	中谷	副理事長
医療生協かわち野生活協同組合	藤田	理事長

参加者：接続端末 210箇所 参加者449名

第1回合併構想学習シンポジウムのまとめ

下記のQRコードをクリックすれば動画再生し

ます高橋医師講演動画



シンポジウム動画



高橋副理事長

第1回合併構想学習シンポジウムのまとめ

高橋医師講演から抜粋

コロナ禍で今、なぜ合併なのか

- ▶ 1、大阪府民のいのちと健康、暮らしをまもるためには、大阪全体を視野に入れた事業と運動が不可欠
- ▶ 2、コロナ禍で医療・介護がひっ迫する中、貧困や社会的弱者を救うのは協同と連帯の力
- ▶ 3、この事業と運動を担う人づくりは、組合員と職員の広い視野に立った共同作業。人づくりは合併の主要な目的
- ▶ 4、どんな事態になってもつぶれない持続可能な経営基盤の確立
- ▶ 5、組合員、職員の夢を実現するには合併以外にない
- ▶ 6、そのためには医療福祉生協、民医連の発展が必要

第1回合併構想学習シンポジウムのまとめ

シンポジウムに参加された方からの感想

- ★「待っている医療から打って出る医療へ」という言葉が印象的
- ★医師問題や経営困難など民医連が団結し、様々な困難を乗り越えてきた歴史があることが理解できた
- ★どんな自治を作るか、一人ひとりが実現して幸せをみんなで作るという先生の言葉が印象的
- ★事業拡大が組合員活動を前進させ、事業と運動を支えてきたと感じた
- ★10年後、20年後の未来にあの時の決断が正しかったといけるような合併に
- ★合併に期待するものは、民医連の団結力と連帯の力
- ★組合員の身近なところに必要な施設、事業があってほしい

第1回合併構想学習シンポジウムのまとめ

第1回合併構想学習シンポジウムの感想の中からは、合併後法人への期待や今まで行ってきた医療活動の振り返りで今後も引き続き大事にしていくべきキーワードなどが、多く寄せられています。

こういうそれぞれの職員や組合員の思いを大事にしながらそれを理念として形づくっていければと考えています

第2回合併構想シンポジウム

基調講演 「患者家族に寄り添う在宅医療」
医療生協かわち野 医療生協八尾クリニック所長
大井 通正 医師

シンポジウム テーマ「新しい生協がめざす地域包括ケアとは」

- ・あかがわ地域の助け合い地域の助け合い・見守り活動
- ・いつまでもおいしく食べることを支える歯科の役割
- ・コロナ禍で診療所と介護事業のネットワークで支えた事例

第2回合併構想シンポジウムの目的・獲得目標

- ①人生の終末期をどのように生活し、どのような医療や介護を受けて最後を迎えるか。住み慣れたまちで自分らしく最後を迎えるために何が必要で、新しい生協がどういう役割を担うのかをともに考え生協の理念づくりに活かす会議とする
- ②組合員・職員の視聴を最大限に広げ、一緒に考え、新しい生協の理念づくりに意見を集約する会議とする

新しい法人の理念づくりへ

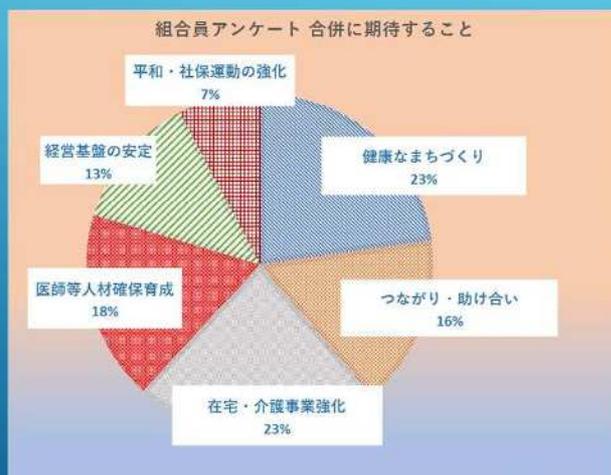
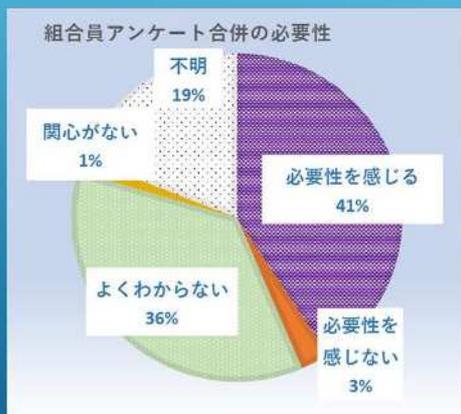
今回の合併構想シンポジウムの感想アンケートで参加者の方の合併法人の理念づくりに向けた声を集めようと考えています。

シンポジウムを通じて学習したそれぞれの法人の医療や歴史を踏まえて、新しくできる合併法人の理念を皆さんの意見を基に作り上げていこうと考えています。

是非積極的な提案、ご意見を宜しくお願いします。

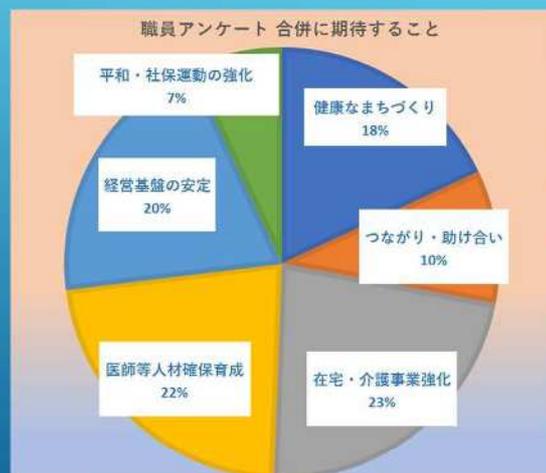
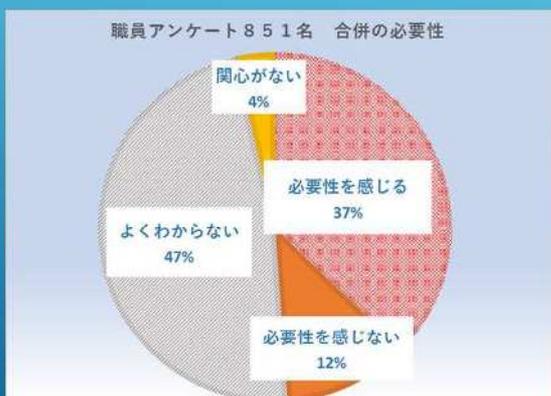
合併アンケートの結果から

組合員向けアンケート結果

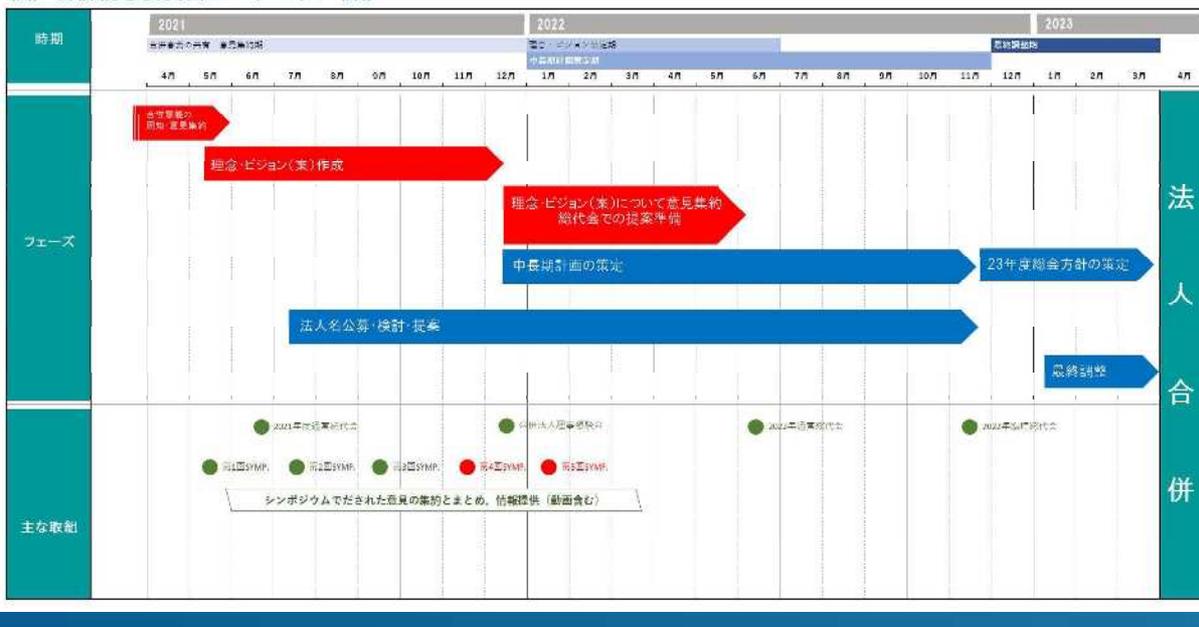


合併アンケートの結果から

職員向けアンケート結果



法) 合併構想委員会ロードマップ(案)



東大阪生協病院の理念

(2005年2月制定)

1. 「いのちの平等」をつらぬく人権尊重の医療
2. 患者組合員が主人公の医療
3. 安心・信頼・満足を提供する医療
4. 地域と生活の場にねざす医療

2021/7/16

1

唱和だけでなく

理念にもとづく医療、それは患者さん、組合員の願いです。各職場で「理念」を唱和してください。しかし唱和だけでなく、わたしたちかわち野医療生協の職員はその意味を考え、日々の営みを通して患者さん組合員の期待にこたえなければなりません。それが私たちの「仕事がい」です。それぞれ担当する分野は違っても病院理念にもとづく医療をともに実践する仲間として励ましあっていきたいと心から願っています。

2021/7/16

2

2021年7月21日

合併構想シンポジウム

患者と家族に寄り添う在宅医療

診る、知る、感じる命の重さと深さ
病院理念にもとづく医療活動のひとつとして

医療生協かわち野生活協同組合

医療生協八尾クリニック所長 大井通正

2021/7/16

3

八尾クリニックの概要

医療生協かわち野所属の診療所

生協組合員数 1万3千世帯

2006年2月開所 同年5月 在宅療養支援診療所認可

診療圏 八尾市(人口27万) 全域

組合員健診と外来診療、在宅医療が3本柱

「患者になれない病人をなくそう」をスローガンに「個別無
料送迎サービス」に力を入れている

生活困窮者に対し無料・低額診療制度利用を勧奨

往診体制 常勤医(所長) 1名 非常勤医 2名

看護師 4名 運転手 1名

2021/7/16

4

地域から患者になれない病人をなくそう

医療を受ける権利—受療権を守る

- 自力で通院できる→自力通院患者
- 個別無料送迎サービス利用で通院→送迎患者
- 送迎サービス利用でも通院困難→在宅往診患者

■ 自力通院患者	800人/月
■ 送迎患者	450人/月
■ 在宅往診患者	105人/月

2021/7/16

5

病気を治すことを目指す医療と
治らないことから始まる医療

在宅医療は

「治らないことから始まる医療」である

2021/7/16

6

在宅医療のしくみ

- 在宅療養支援診療所(24時間365日のサービス提供)
- 在宅患者には通常月2回の定期往診(訪問診療)と、必要な場合に臨時往診を行います。患者負担は月2回の訪問診療の場合、「在宅患者訪問診療料」+24時間365日対応としての「在宅時医学総合管理料」+注射・処置・検査費用を合わせ、当院では1割負担で月7500円程度+薬代(薬局に払う)となる。

2021/7/16

7

在宅医療の対象となる条件

- 患者の病状が入院治療の継続を必要としない程度に安定していること
- 患者自身が在宅療養を希望していること
- 家族が患者の希望に同意していること
- 必要とされる患者の介護量を家族の介護力と介護サービス利用で満たせること
- 病院、診療所への通院が困難であること
- 在宅主治医となって患者の在宅療養を支援する医療機関が存在すること

2021/7/16

8

■ 往診患者件数

総数106人 男51人 女55人

年代構成

10代1人 20代2人 40代4人 50代5人

60代16人 70代32人 80代32人

90代14人 100代2人

平均年齢 男73才 女81才

高齢者が多いのは当然であるが、青年・中年層の患者も少なくない。それらの原因疾患には、脳性マヒ、神経・筋難病、癌、脳血管障害が含まれる。

2021/7/16

9

■ 原因疾患

神経筋難病33人 脳血管障害26人

認知症・廃用症候群18人

整形外科疾患10人 癌7人

心・呼吸器疾患6人

頭部外傷3人 脊髄損傷3人

2021/7/16

10

在宅患者はすべて障害を持つ人である

- 日常生活自立度(寝たきり度)
C比率 55%
- 特定疾患・身障手帳1、2級取得
73人 (在医総管比率 79%)
半数以上がねたきり患者である
医療費の自己負担額軽減のため要件を満たす患者には極力制度利用の申請を行なう。

2021/7/16

11

だれが患者を看ているか

- 主介護者
妻30人 娘23人 夫13人 息子7人
母5人 父、嫁、兄弟 各2人
家族介護者なし15人
独居13人 昼間独居12人

家族介護者なし、独居、昼間独居の患者でも適切な在宅療養支援(在宅医療+在宅ケア)があれば在宅療養が可能になることを示している

2021/7/16

12

在宅で可能な医療内容

- 24時間365日の支援(電話対応、訪問看護、往診)
- レントゲン検査、CT、手術、輸血以外小病院外来でできることの多くは在宅でも可能
- バイタルチェック、SPO2、CO2、検血・検尿、心電図、エコー
- 酸素療法、人工呼吸(マスク、気管切開)、胃ろうよりの経腸栄養(固形化)、OE法、注射点滴、中心静脈栄養、褥創の予防と治療、関節穿刺・注射、腹水穿刺
- 気管カニューレ、留置カテーテル、輸液ポンプ、吸引吸入器、カフアシスト、意思伝達装置、人工肛門
- 在宅緩和医療(オピオイドの経口、経皮、持続皮下注)
- 訪問看護、訪問リハ

2021/7/16

13

トリロジー 在宅人工呼吸器の標準機種



2021/7/16

14

在宅医療のめざすもの

- 日常的な医学的管理(リスク管理)に加え

1. 安心安全な療養条件をつくる

2. リハビリテーション

人は病気、障害を身に受けることで無力感にさいなまれる
障害を持ちながら再び人間らしく生きるための援助

(1) 自立度を高め「生活の質」の向上をめざす

(2) 「生きる意欲」を支える

2021/7/16

15

安心安全の療養条件をつくる

1. 患者の障害に見合った療養環境の整備

- 介護用品の導入 生活様式の変更
- 住宅改造 手すり、段差解消、便所・浴室、玄関

2. 介護体制づくり 夜間帯は家族介護の現状

3. 患者に必要とされる適切な医療介護の提供

2021/7/16

16

リハビリテーション

(1) 自立度を高め「生活の質」の向上をめざす

訪問リハの主要な課題であり他職種も協力

- 生活空間を広める
ベッド上から居室、屋内、屋外へ
- 社会参加(患者会への参加など)
- コミュニケーション
情報が得られ意思が伝えられること
- 必要な栄養・水分補給と安全な摂食・嚥下
どんな場合でも「味わう楽しみ」を

2021/7/16

17

生活空間を広める

- 「生活の質」を高めるためにはまず生活空間を拡大すること。
- 生活空間の拡大で廃用症候群の進行による機能低下が予防できる。
- リモコンなどベッド回りですべてが出来るようになってしまうと生活空間がベッド上に限定され、廃用症候群の進行は止められない。便利さが仇になる。
- 可能であれば寝室と日中の居室を分けることで患者の生活空間は寝室、居間、トイレ(浴室)と広がってその間の移動が歩行訓練となって機能低下が予防できる

2021/7/16

18

屋内歩行ができなくなったら介助用車いすの導入を考える。しかし...



コンパクトなキャスター付きの椅子で屋内移動は自立——患者さんの知恵



生活空間を屋外に広げるには

- 屋外への出入りを容易にするためには、玄関の上がりかまちに 手すり、移乗用台、段差解消機の設置、スロープでもよいが場所をとる、出入りのごとにセットが必要
- 車いす特に電動車いすの導入は生活空間を飛躍的に拡大できる。社会参加への有効な手段
- ねたきり患者でもリクライニング車いすで外出の機会をすることで「生活の質」は高まる

2021/7/16

21



コミュニケーション

- 人が人として生きるための重要な手段
- コミュニケーションは言語の理解と表出が可能で初めて成立する
- コミュニケーションの障害が理解面にあるのか表出面にあるのかを評価し対策を考える
- コミュニケーション能力を高めることは「生活の質」の向上に必須の条件
- 神経難病患者の「意思伝達装置」
残存機能を評価し、意思に従って入力可能なスイッチ(インターフェイス)を患者ごとに工夫する

2021/7/16

23



2021/7/16

24



「味わう楽しみ」を

- たとえ高度の嚥下障害があっても胃ろうよりの経腸栄養を実施中の患者であっても「味わう楽しみ」を奪ってはならない
- 経口食か経腸栄養かの二者択一ではなく、経腸栄養で必要な栄養分と水分を補給し「リンゴ噛み」で味わう楽しみを
- 「リンゴ噛み」は食品をガーゼに包み患者の口内に入れ咀嚼をうながす。味わう楽しみだけでなく咀嚼力の維持強化につながる

2021/7/16

26



患者にとって「生きる意欲」とは

一人ぼっちでないと思えること
人との「きづな」の実感
笑顔と笑い
五感が刺激されること
見る、聞く、ふれる、味わう、風のそよぎ

2021/7/16

29

独居のALS患者に自宅で告知

- 病気のこと、体の症状のこと、障害に対する方針選択のこと、日常生活のこと、これからの生活の場のことその他心配なこと、こんなことができないかなと思うことなどなんでも相談してください。
 - あなたの在宅療養生活をわたしたち神経難病ケアチームが精一杯知恵を出して支援していきます。
 - 吉〇〇子さん、あなたはひとりではありません。
- 支援するメッセージを常に出し続けることが大切

2021/7/16

30

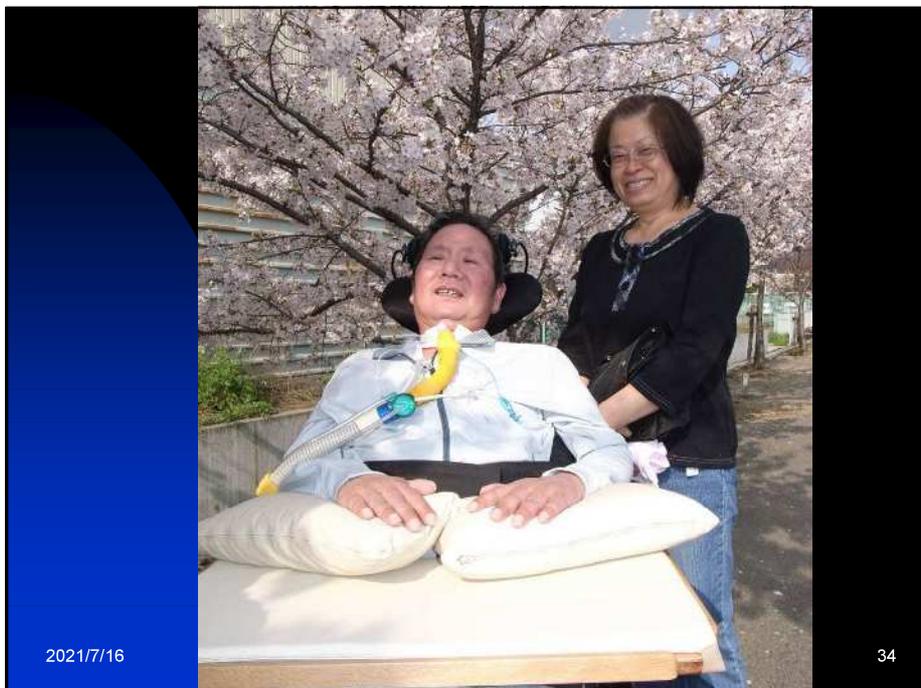


笑顔と笑い

- 患者と家族の写真を撮ってさしあげる
- もう何十年も夫婦で写真なんか撮ってもらったことはありません
- 家族の患者にそそぐまなざし
- 会話が弾み療養生活の中で貴重ななごみのひとときとなる
- 楽器を演奏する
- 私たちのおとづれを楽しみにしてもらえるように

2021/7/16

32











患者と家族のために力を合わせる

職種間連携の大切さ

それを保障するものは

- 多職種に参加する在宅療養支援チームの形成
- 電話、ファックス、連絡ノート、連絡用紙などによる日常的な情報交換
- 患者宅でのサービス担当者会議の定期開催である

2021/7/16

43

在宅療養支援チームによるチーム医療

- 患者・家族を中心にした在宅療養支援チームの形成
(ケアマネジャー、主治医、保健所保健師、訪問看護師、診療所看護師、セラピスト、ヘルパー、住宅改造・介護機器担当者など)
- 患者宅でサービス担当者会議の定期開催
- 病状、障害像など患者情報の共有
- 患者、家族の希望する医療内容を聞く(人生会議ACP)
- 課題の整理と援助方針の確認
- いま何が問題かをチームとして常に把握できているか

2021/7/16

44



在宅看取りについて

- 在宅看取りの場において、私の印象に残っているのは、むしろ死の直前まで当たり前の日常生活を生きてこられて、すーと眠るように亡くなった幾人かの患者さんの言葉だ。
- 身体の花由は利かなくても住み慣れた自分の部屋、毎日目に入る天井の木目、窓、窓から聞こえてくる秋の虫の音、家族の声、顔、まなざし、交わす会話、家族への気配り。

2021/7/16

46

- 亡くなる前日、訪ねてきた孫に「冷蔵庫のアイスクリーム食べさせてやりや」と娘に声をかけた患者さん。
- 「今朝畑で採れた小芋持って帰り」と嫁に包ませた患者さん。
- 「酒は爛に限る」とうまそうに爛酒を口にした患者さん。
- 「ミカちゃん(患者は自分のことをそう言う)ね、お味噌汁が上手なの。パパがつくったお野菜いっぱいに入れたお味噌汁、先生に食べさせてあげる」そう言って1週間後に亡くなった癌患者さん。
- パチンコが好きな患者さん。モルヒネ持続注射器を付けたまま職員とパチンコに行き、「勝った勝った」と大喜びしていた顔。

2021/7/16

47

当たり前の日常のすぐ先に穏やかな死がある

- たとえ痛みを伴う末期癌の患者でも緩和医療で疼痛コントロールが成功すれば、患者や家族にとって「当たり前の日常」が取り戻せる。
- 病室の白い天井を眺め、小走りに廊下を急ぐ看護師の足音、詰所の心拍モニター音に耳をそばだてて死の恐怖と向き合う日々を送る患者。そのような患者に必要なものは、自宅での家族との「当たり前の日常」ではないのか。それをできる限り取り戻そうとすることが在宅医療の目標であり、当たり前の日常を取り戻すことそのすぐ先に穏やかな死がある。在宅看取りの目標をわたしはそうのように考えている。

2021/7/16

48

私の考える在宅医療の心得

介護者と患者の気持ちに寄り添う

- 介護者の気持ち
- 家族としてずっと見てあげたいという思いと看ることのつらさ(とくに夜間の介護)のなかで心が揺らぐ。
- 寝たきりの母の介護に疲れた娘。夜間に乱暴な体位交換をしてしまい「私の心に鬼がいる」自己嫌悪に泣く
- 介護サービスは昼間に集中し夜間は家族介護の現状に介護者の肉体的精神的ストレスは大きい
- 家庭というプライベートの場に入り込み患者のことであれこれ指示されるのはたまらない

2021/7/16

49

「あなたのおとうさんでしょ」では家族の反発を招くだけ。

病院と在宅では介護の主体者が医療スタッフから家族に代わることを忘れてはならない。

患者と同じようにまたはそれ以上に介護者である家族の思いを聴き、支援するという私たちの姿勢が家族に届かないと在宅療養支援は成功しない。

主介護者の健康管理にも目をくばることが大切

2021/7/16

50

在宅患者の主介護者が倒れるケース

患者病名	主介護者病名	転帰
■ 脳血管障害	脳血管障害	入院後死亡
■ 脳血管障害	癌	入院後死亡
■ 脳血管障害	脳血管障害	入院後死亡
■ 脳血管障害	心不全	入院後死亡
■ 脳血管障害	脳血管障害	入院中
■ 神経難病	癌	入院後死亡
■ 神経難病	脳血管障害	入院中
■ 神経難病	大動脈瘤破裂	突然死
■ 認知症	脳心事故(推定)	突然死
■ 認知症	大動脈瘤破裂	突然死

■ 主介護者が倒れる原因の70%が脳心事故

2021/7/16

51

主介護者の孤独死リスクは独居老人と変わらない。

- 夫婦ふたり暮らしで認知症や重度の障害を持つ患者の介護を担当している配偶者は、突然のアクシデントに遭遇した場合、患者が配偶者の「異変」を通報できない点で、事実上独居老人と変わらない「孤独死」リスクを持っていると考えるべきであろう。
- 患者の健康状態には目を行き届かせても元気な介護者がしばしばノーマークになってしまう現実。
- 主介護者の健康管理にも目を配ること。

2021/7/16

52

0さんのこと —30年前の経験—

筋萎縮性側索硬化症をわずらい人工呼吸器を装着し在宅療養を開始した。

自己決定への援助 コミュニケーションエイドをつかって

退院準備

在宅人工呼吸をはじめてなにが良かったか。

病院では患者だったが、家では夫婦喧嘩も出来るし、子どもも叱れます。

ほそき身の われを抱きて 湯に入れし
妻は額に 玉の汗して

2021/7/16

53



宗本智之さんはわたしたち東大阪生協病院在宅医療部の
往診患者さんです。

デュシャンヌ型筋ジストロフィーという進行性の難病を身に受
け、身体は自由はうばわれても「脳だけは健常者となにも変
わらない」なかで、宗本智之さんはさまざまな課題に向き合
って実現してきました。興味を持った数学に打ち込み、近畿
大学大学院博士課程を修了し2007年には理学博士号を授
与されました。(論文名Note on p-adic Hermitian
Eisenstein Series)

人工呼吸器を要する彼の体調を考慮し、博士論文公聴会は
生協病院の一室で行なわれ、理学部教授会メンバーの見守
るなか、その堂々とした発表は参加者の感動を呼びました。

2021/7/16

55



2021/7/16

56

患者が私たちに望むもの

- 俳人である90歳の在宅脳卒中患者
- 自宅を訪問した高校生に「医者や看護師さんに望むことは何ですか」と聞かれて
- それはやさしさです。やさしさは「見えない薬」ですからね。

2021/7/16

57



在宅医療がめざすもの

- 患者にとって「当たり前の日常」を取り戻すこと
- 患者の「生きる意欲」を支えること。「命ある限り自分らしく日々を過ごしたい」—そんな患者の「生」を支えること
- 自分がしてほしいケアを患者・家族に提供すること

コロナ禍のなか、自宅で看取った家族の声。

2021/7/16 「家に連れて帰って良かった」

59

- 在宅患者にとって私たちは人生の限られた日々に出会う数少ない「他人」である。
- 「他人」である私たちが患者にできることは、究極のところ「やさしさ＝寄り添う意志」を最後まで届け続けることに尽きる。
- 「やさしさは見えない薬」

医療の根源にふれるこの言葉を私の講義の締めくくりにしたい。

2021/7/16

60



助け合いの会
『チョコっとさん』

発表者 ヘルスコープ理事・組合員活
動委員長 小森 佳子
コーディネーター
野口 桂子

倫理的配慮

- 個人が特定されないようにすることと、本報告会以外で使用しないことを伝え同意を得ています

あかがわ診療所地区での事業所郡



あかがわ地区での事業所郡

・ 組合員活動

ひだまり (たまりば)

よってこ (たまりば)

にじ (たまりば)



・ 医療

あかがわ生協診療所

・ 介護

デイサービスげんき

赤川ヘルパーステーション

あかしんケアプランセンター

グループホーム花しょうぶ

小規模多機能型居宅介護なごみ

地域とのつながりづくり

- 生江deワイワイ元気まつり
- ⇒商店会や地域との協働のまつり
- ⇒地域との交流（地域行事など）
- ⇒商店街の総会などにも

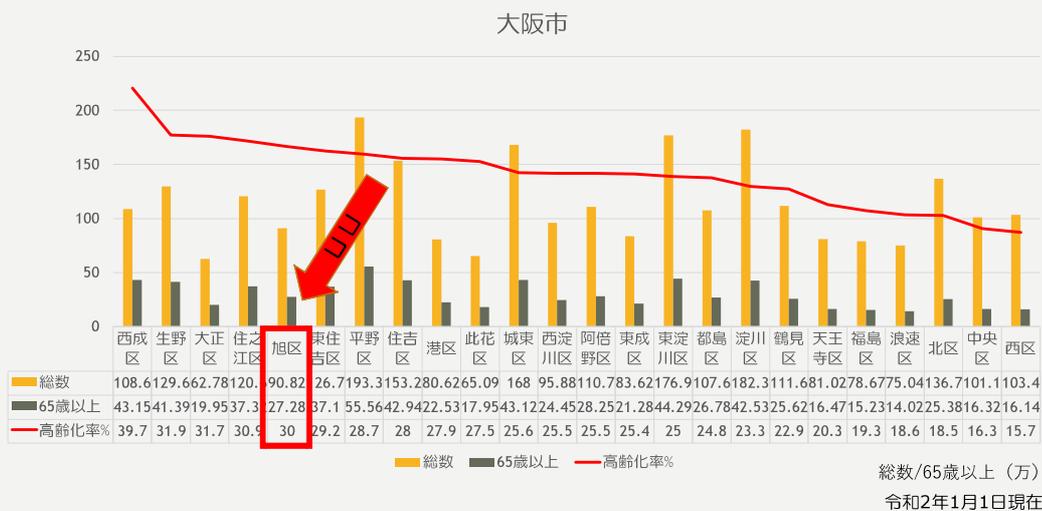
食事会と配食サービス

地域包括支援センターとの連携で見守り活動



大阪市の高齢化率

【大阪市】 総数 2743735人
65歳以上 705007人
高齢化率 25.60%



あかがわ生協診療所地区の助け合い活動は 支部のボランティア活動として実践

- 一昨年、助け合い「チョコっとさん」（有償）の活動スタート
- 支部活動の一環として位置づけ
 - 各支部長が「チョコっとさん」の運営委員
 - 支部運営委員は賛助会員（応援団 年会費1000円）
- 月1回の定例会議で意思統一し活動

総代会後に年1回の総会を開催

- 50名余りの賛助会員と15名ほどの活動会員が誕生
- 【活動内容】
 - ⇒ゴミ出し
 - ⇒買い物代行
 - ⇒草むしり
 - ⇒通院の付き添い

もっと増やしていきたい..

活動内容

- 中でも力を入れ、大事にしている活動
⇒ **見守り活動**
- 高齢者世帯や、一人暮らしの高齢者が多いなか、
地域でのニーズが高まっている！

■Kさん（70代男性）の例

- 組合員さんからの依頼
「マンションの4階から1階に引っ越したい方（Kさん）
がいるが、腰痛や体調が悪く、自分一人では難しい…。
『なんとか助けて欲しい…』」
- 肺気腫もあり、4階に住んでいることで、外出など難しく、
ADLの低下にもつながっている…
- Kさんは、家族や知人との関係はほとんどない。

初期支援

- 自宅を訪問すると、布団は敷きっぱなしでボロボロ、ひどい環境で過ごされていた。
- 活動会員を募り、ヘルパーSTにも協力依頼し、『引っ越し』行った。
- **医療**（あかがわ生協診療所）と**介護**（あかしん居宅）に繋ぐことができた

経過

- 医療につなげた事で体力が回復！
- その後、外出時に転倒し右手首を骨折。
- 介護保険で訪問ヘルパーを利用。
- 医師に勧められた手首の手術を拒否、治療を中断したことで、右手首は力を入れることが難しくなり、生活に支障も…。

<現状>

煙草(x。x)y-° ° ° により引火、
顔面や喉を、大火傷！！の経緯有

- 医療は送迎車を利用して通院していたが、現在は往診。
- 「動くと息切れする、そう長く生きられない…」というのが本人の口癖があるが、生きることを諦めてはおらず、絶えず酸素濃度は測っている。
- 要介護1で、訪問介護（掃除/洗濯/買い物/入浴介助）の実施
- コロナ禍で、外出に不安がありほとんど自宅で過ごしている

今後の課題

本人は・・・

コロナ禍での環境変化で、人との関りが減っている中、ヘルパーや助け合いサポーターとのつながりを感じ、不安や寂しさを補っている様子。

⇒訪問すると笑顔がみられ、喜んでおられるようで、今後も継続した関わりを続けていきたい。

■ Mさんの例

- 2020年11月頃、路上で足元をふらつかせて歩いていたMさんを、組合員さんが発見。
⇒自宅まで送り事情を聞く、
一人暮らしで昨年3月から糖尿病の治療を中断している。
『コロナ禍で、病院通いがままならなくなった』
と相談を受ける。
- あかがわ診療所へ紹介し、【組合員送迎】を利用し治療再開。

初期支援

- 診療所での配食サービスの利用
- 「チョコっとさん」への要請があり、
まずは【部屋の掃除】を実施。
- その後、買いもの等「チョコっとさん」を利用するようになる。

経過

- 健康診断から【大腸ガン】が見つかり病院へ入院となる。
 - 他医療機関での、大腸ガンの手術待ちで一時帰宅。
 - 部屋中に血液が点在！
早朝、緊急呼び出しがあり、訪問！
 - 救急車を要請し、手術待ちをしていた他医療機関に搬送。
- ※尿道管がウイルスによって炎症を起こし、血便が出ていたとの事

経過

- 他医療機関にて大腸がんの手術などで1ヶ月入院し、その後コープおおさかHPにて、リハビリを行い入院期間を1か月残し、自主退院。
- 退院後は自宅で過ごせるよう、組合員さんの協力で清潔な寝具も準備し、在宅へ復帰となる。

今後の課題

- Mさんは20年前に離婚、二人の息子とも断絶状態。
- 生きる希望もないし「どうでもいい」と思っていた日々だった。
⇒断絶状態の息子が、退院時に迎えに来てくれていた。
- 「チョコっとさん」や、あかがわ診療所との関わりの中で少し前向きになっている。
- 今後家族には、何かを求めるのではなく、状況のみを伝える程度に連絡し、家族関係の構築につながればと考える

まとめ



- このような活動が「助け合いの会」だけに終わらず、地域内の支部会議等に参加している【医療、介護】の職員と**事例共有**をすることで、介護認定につながったり、患者紹介につながっています。
- 地域の中で、助け合いの会を**支部全体や、地域職員全体として関わる**ことで、地域のニーズに応え、より良い地域になるよう、目指していきたい。

歯とお口の健康は 元気で長生きの 秘訣

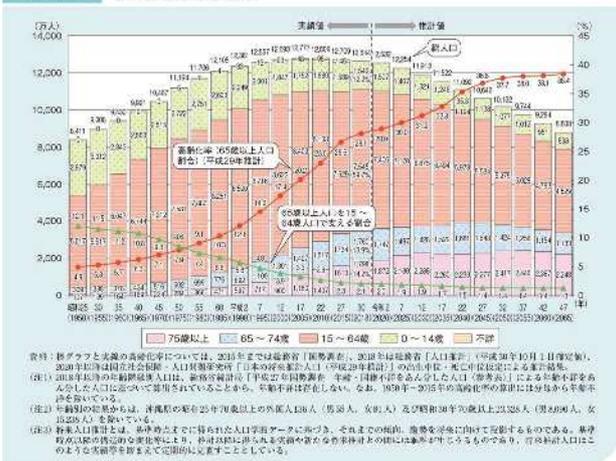
合併歯科グループ

目次

- ①高齢期を元気に過ごすには歯とお口の健康が必須です
- ②定期検診で歯周病の予防・治療を
- ③訪問歯科診療について知ってください
- ④これからの歯科の課題
- ⑤合併生協・5か所の歯科の紹介

高齢期を元気に過ごすには歯とお口の健康が必須です

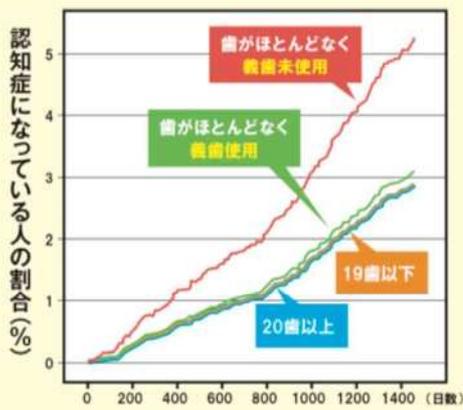
図1-1-1 高齢化の推移と将来推計



5人に1人が認知症
(65歳以上)

高齢期を元気に過ごすには歯とお口の健康が必須です

資料1 歯数・義歯使用と認知症との関係
(年齢、所得、BMI、治療中疾患、飲酒等の有無を調整済み)



資料2 アルツハイマー型認知症患者の調査結果

- 歯の数 → 健康な人の1/3
 - 入れ歯の使用率 → 健康な人の1/2
 - 抜け始める時期 → 健康な人より20年早い
- 出典： ためしてガッテン Vol. 28 P033

資料3 転倒と歯の関係
歯が20本以上ある人を基準にすると

- 歯が19本以下・義歯を不使用 → 転倒しやすさ2.5倍
- 歯が19本以下・義歯を使用 → 転倒しやすさ1.4倍程度にとどまった

出典： 佐賀新聞、2016.7.18、25面
<https://minoru-ac.com/zuzu/10/01/989/>

定期検診で 歯周病の 予防・治療を

① 歯を失う原因

平成17(財)8020推進財団調査

③ 定期検診の継続で健康な状態が保てます

【ライチャークカラーアトラス歯周病学より改変】

② メンテナンスと歯の本数

(厚生労働省:歯科疾患実態調査より)

訪問歯科診療のことを知ってください

高齢や障がいなどの理由で歯科診療所に通院できない方々がいつまでも口から食べつづけられるよう歯科医師や歯科衛生士がご自宅や施設にお伺いして診療を行うことです
https://www.gcda.jp/index.php?page_id=394

訪問診療の目指す効果

回復

予防

痛みがなくなり
食事が楽しくなる

お口の状態が清潔に保て
誤嚥性肺炎の予防になる

口腔機能の維持・向上になる

QOLの向上

歯周病検査



スケーリング



ポータブル訪問歯科診療
ユニット

抜歯



義歯新製 ①



個人トレー



印象採得

咬合採得



試適

義歯新製 ②



義歯装着前



義歯装着後

グループホーム野江ゆおびか（三丁目歯科から）

Aさん（86才・女性）

7年前に東大阪生協病院退院後、野江ゆおびかへ
現在看取り介護中

「口腔ケアを続けることでお口の中がきれいになります。ドロドロのお口では食べても味を感じることが出来ずに、食べたいと気持ちが無くなり、生きる意欲も失われてしまいます。最後まで自分の口で食べるということを大事に、その人らしい最期を迎えていただきたい」（管理者・藤原さん）



グループホーム野江ゆおびか（三丁目歯科から）



スポンジブラシを使っての
口腔ケア



口腔ケア終了後大好きな冷やし羊羹をモグモグごっくん

グループホーム野江ゆおびか（三丁目歯科から）

若年性アルツハイマー型認知症
要介護5

「口を開けてください」という言葉の意味理解ができないので、開口器を利用しての治療。



口腔内のケアは歯科医師でないとむづかしい

【看護スタッフ・岡本さんにインタビュー】

認知症の方にとっても歯は大事、食べることは生きること、歯科のことを忘れたらダメだと思っています。

訪問歯科診療の時はいつも診療の介助をするようにしています。認知症の方は知らない方との対応では不穏になりがちで、さらに歯科は怖いという意識が働き、その傾向が顕著に現れる場合があります。顔なじみの職員が寄り添うことで利用者さんも安心され、スムーズな治療が行えます。

また、「この部分が歯周病がひどいので、重点的に磨くようにしてください」などの指導・助言を直接歯科医師から聞くことが出来、それを介護職員に伝えることが大切ですので。

【感想・事務長・谷口】

口腔内がきれいな利用者さんが多く、口臭も全く気になりません。

施設と歯科との協力で患者ファーストの対応、QOL向上につながっている。素晴らしい介護と歯科との連携の実践事例だと感じました。

これからの歯科の課題

医科・介護との連携強化

そのために歯科からの発信力を高める

職員・組合員向けの講座の開催を計画

「元気で長生きのためには歯と口の健康
が大事であることを知ってもらいたい」

合併生協では歯科は5か所になります

淡路歯科診療所

(阪急淡路徒歩3分)



せいきょう三丁目歯科

(地下鉄蒲生4丁目徒歩3分)



コープおおさか病院歯科

(地下鉄今福鶴見徒歩3分)



合併生協では歯科は5か所になります

生協森の宮歯科

(JR環状線森ノ宮駅徒歩3分)



田島診療所歯科

(JR奈良線東部市場前駅徒歩10分)



淡路歯科診療所 よどがわ保健生協	大阪市東淀川区淡路4-34-11
最寄駅 阪急淡路	Tel 06-6320-4178
せいきょう三丁目歯科 ヘルスコープおおさか	大阪市生野区林寺5-12-18 (蒲生厚生診療所4階)
最寄駅 地下鉄蒲生4丁目	Tel 06-6936-8241
コープおおさか病院歯科 ヘルスコープおおさか	大阪市鶴見区鶴見3-6-22 (コープおおさか病院2階)
最寄駅 地下鉄今福鶴見	Tel 06-6914-1167
生協森の宮歯科 ヘルスコープおおさか	大阪市東成区中道1-10-35
最寄駅 JR森ノ宮	Tel 06-6975-0841
田島診療所歯科 ヘルスコープおおさか	大阪市生野区林寺5-12-18 (田島診療所4階)
最寄駅 JR東部市場前	Tel 06-6717-8241

ご清聴ありがとうございました
これからも歯科をよろしく申し上げます

コロナ禍における 医療と介護事業所の ネットワークについて

なにわ保健生活協同組合
フレンズ居宅支援事業所
ケアマネージャー 水谷 日呂美

事例

夫（74歳 要介護3）
60代でアルツハイマー型認知症を発症

妻（72歳）
神経内科に通院（嘔吐・不眠のため）
サルコイドーシス

長男（46歳）30代でALS発症

なにわ保健生協の関り

- ▶ 平成26年3月から、法人内の桜ノ宮訪問看護ステーション看護師とヘルプーステーションフレンズヘルパーで、ALSの長男の在宅ケアを開始する。
- ▶ 夫と妻の主治医は、淀川クリニック右馬先生。
- ▶ はじめは、妻と長男、二人での生活であったが、次男家族と過ごしていた夫の認知症が進行し、妻は、長男と認知症の夫を介護する生活を決断し、平成27年から、3人の生活がスタートする。

夫の認知症の進行

- ▶ 夫は、体力があり、毎日、近隣の散歩を続けていたが、夫の認知症の進行は顕著で、平成29年5月、散歩から道に迷い、3日間家に帰ってこず。3日目に兵庫県の公園で発見されるが、記憶はなく、風邪をひいており、その風邪が長男にうつり、長男は、緊急入院し、気管切開、人工呼吸器をつける状態になる。
- ▶ その後も、夫が行方不明になることが続き、令和2年12月、日課にしていたスーパーまでの水汲みの途中で、水を持ったまま家に帰れず、今度は川西警察で保護される。
- ▶ その後は、妻の代わりにヘルパーと一緒にスーパーに水を汲みに行く対応に変更し、デイサービスも活用しながら、何とか在宅生活を継続させていた。

新型コロナウイルスの感染

- ▶ 令和3年1月、お正月に妹夫婦が自宅に来る。2日後、妹がコロナ感染していることが分かり、一緒にいた3人も濃厚接触者になる。
- ▶ 検査の結果、長男は陰性であったが夫と妻が陽性判定がでる。
- ▶ 法人の訪問看護ステーション看護師の迅速な働きかけで、一番リスクのある長男の搬送先は、数日で決まる。長男が感染していたら、確実に重篤化していたことが考えられ、一番の危機は回避することが出来た。
- ▶ しかし、夫の搬送先がなかなか決まらない。介護保険課に相談したところ、『コロナ患者のところに訪問ができる訪問介護事業所を探して、在宅で生活をするしかない。認知症の症状云々は言ってもらえない。外に出ようとするのなら、鍵をかけて閉じ込めておくしかない。』と容赦ない指導が行われる。

法人内の強い連携

- ▶ 普通では受けてくれないケースであるが、法人内の訪問介護事業所が率先して訪問してくれることになり、ここからサービス提供責任者を中心に、コロナ対応の研修を受け、防護服の提供等も受けながら、着々と訪問準備を進めていく。
- ▶ 土曜日に大阪市介護保険課から指導を受け、日曜日にもかかわらず、その指導課がコロナ感染防止の指導研修に法人内事業所を訪れ、介護部長やサービス提供責任者が指導を受け、月曜日からの訪問に臨む準備をした。
- ▶ 介護部長やケアマネージャーは、リスクを分散させないように、自分一人が訪問し、対応する覚悟でスケジュールを調整した。

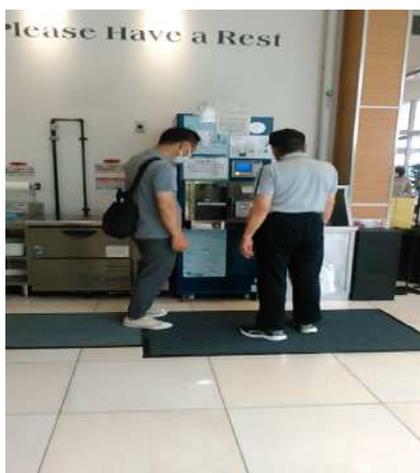
その後

- ▶ 結果としては、訪問を開始する前に、夫の搬送先が決まる。（精神病院ではあったが・・・）
- ▶ 妻の搬送先も決まり、危機的な状況は抜け出すことが出来た。
- ▶ 妻の入院期間は、2週間程度で、一番早く在宅に戻ることになった。しかし、自宅は、除菌できていない状況で、そこでも法人内の訪問看護師の協力により、除菌を行い、自宅にもどれる状態にする。その後、長男もコロナに感染することなく、自宅に無事に戻ることが出来る。
- ▶ 夫は精神病院で隔離をされ、治療はしておらず、状態悪化し転院となる。認知症の悪化に加え、身体状況も歩行困難、排せつもおむつの状態になり、在宅での生活は不可能なレベルになるが、妻は自宅に連れて帰る事を決意する。
- ▶ そして、その後も様々な職種が関り、以前のような生活を取り戻しつつある。
- ▶ 今後の夫の認知症の進行もあるが、主治医・ケアマネ・訪問看護・訪問介護と法人内のネットワークで関わる強みを生かし、3人の支援を続けていきたい。

まとめ

- ▶ ケアマネージャとしては、今回のようなケースを率先して受けてもらえ、『チームなにわ』の力をフル活用し、乗り切ろうと協力をしてもらえたことが、何よりも有り難く、頼もしかった。
- ▶ 実際に、この時の研修・訓練が、その後のコロナ陽性者のところへの訪問にも生かされた。このコロナ禍で、入院が出来ず、在宅での治療、経過観察を余儀なくされた場合、特に今回のように陽性者が認知症を患っておられ、さらにその家族に難病を抱えた家族がいるようなケースは、今後も起こることが想定され、法人事業所の迅速な連携で乗り切れたことは大きい。
- ▶ 徘徊され、行方不明になった時も、法人内の他部署の職員が時間外にも関わらず、車で迎えに行くなど、法人内の普段かかわりのない事業所職員も協力して、在宅生活を維持してきた経緯もあり、組合員のいのち・生活を守るために努力・工夫を続ける医療福祉生協だからできる対応に家人も信頼を寄せてくれている。
- ▶ 今回のケースは、夫も長男も施設入居は困難で、在宅生活を送るしか選択肢がない。そんな多重困難ケースに、新型コロナの災いが降りかかり、本当の危機を迎えようとしていた中で、『誰一人取り残さない』医療福祉生協の助け合い・支えあいの理念に基づき、法人内のチームワーク、多職種連携で支え切れたことは大きな自信につながった。

ご清聴ありがとうございました。



合併構想学習シンポジウム 第2弾 アンケート

2021年7月21日開催

■所属法人を教えてください	法人名：
■名前を教えてください※無記名可	
■医療生協かわち野 大井医師の基調講演を聞いての感想をお聞かせください	
■シンポジウムの感想をお聞かせください	
■新しい生協の理念づくりに関してご意見があればご記入ください	
■理念づくりで大切にしたいキーワードがあればご記入ください	
キーワード：	
大切にしたい理由があればお書きください：	
■今後の学習企画やニュース配信等ご希望の方はメールアドレスをご入力ください	
_____ @ _____	

アンケートご協力ありがとうございました。