

地域共生社会と新しい認知症観

医療法人社団創福会 ふくろうクリニック等々力・自由が丘

山口 潔

 玉川医師会

日本老年医学会 老年科専門医・指導医・代議員
日本内科学会 総合内科専門医 厚生労働省 臨床研修指導医
日本プライマリ・ケア連合学会 認定医・指導医
日本認知症学会 専門医・指導医 テストステロン治療認定医
日本老年精神医学会 専門医・指導医 日本老年腫瘍学会 理事
日本サイコオンコロジー学会登録精神腫瘍医・評議員
日本医師会 認定健康スポーツ医 緩和医療学会指導医講習会修了
玉川医師会 理事 在宅医療部担当
東京大学医学部・杏林大学医学部・東京都立大学 非常勤講師
東京医科歯科大学・日本赤十字看護大学 臨床教授 昭和大学 客員教授



医療法人社団 創福会
ふくろうクリニック等々力
Fukuro Clinic TODOROKI

医療法人社団 創福会
ふくろうクリニック自由が丘
Fukuro Clinic JIYUGAOKA

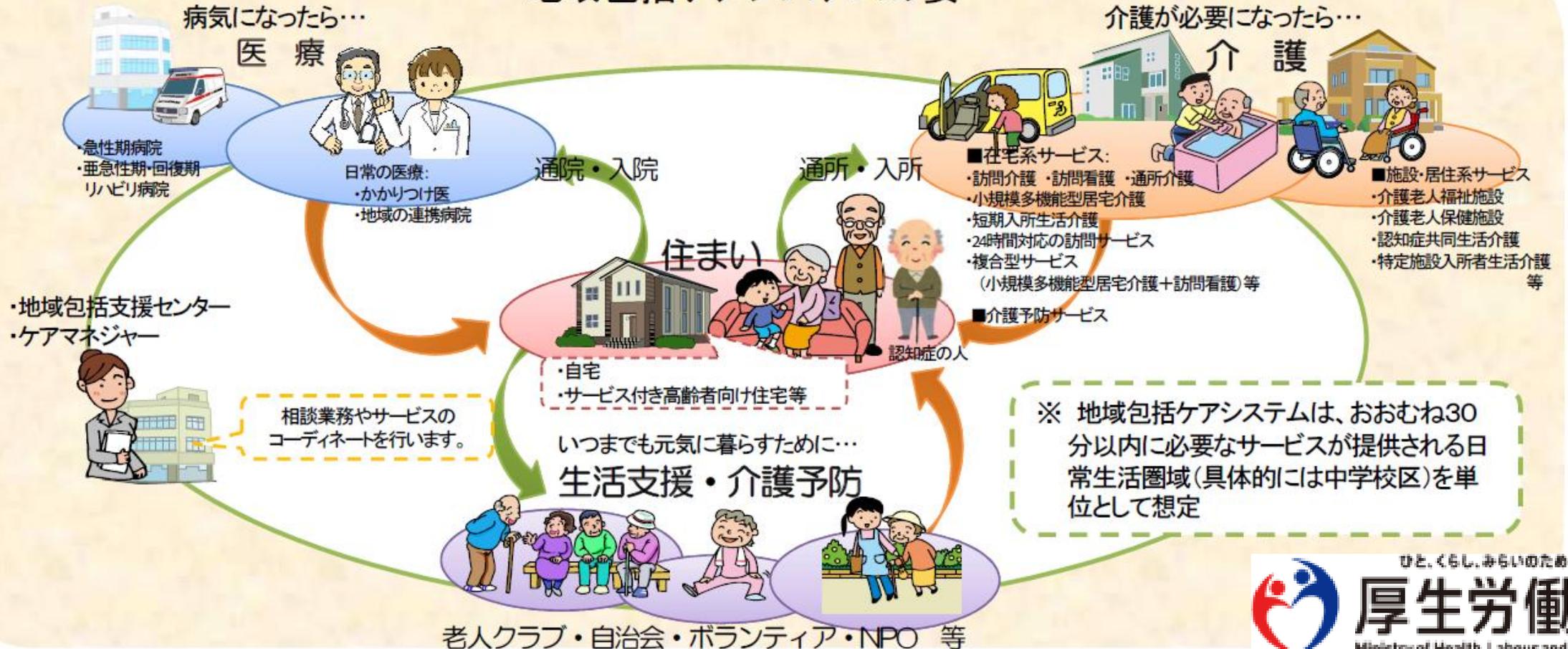
医療法人社団 創福会
ふくろうクリニック目白台
Fukuro Clinic MEJIRODAI



地域包括ケアシステム～2025年

○ 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現**していきます。

地域包括ケアシステムの姿





在宅医療の進歩

1. 自宅で亡くなる方の増加（令和3年以降は減少）

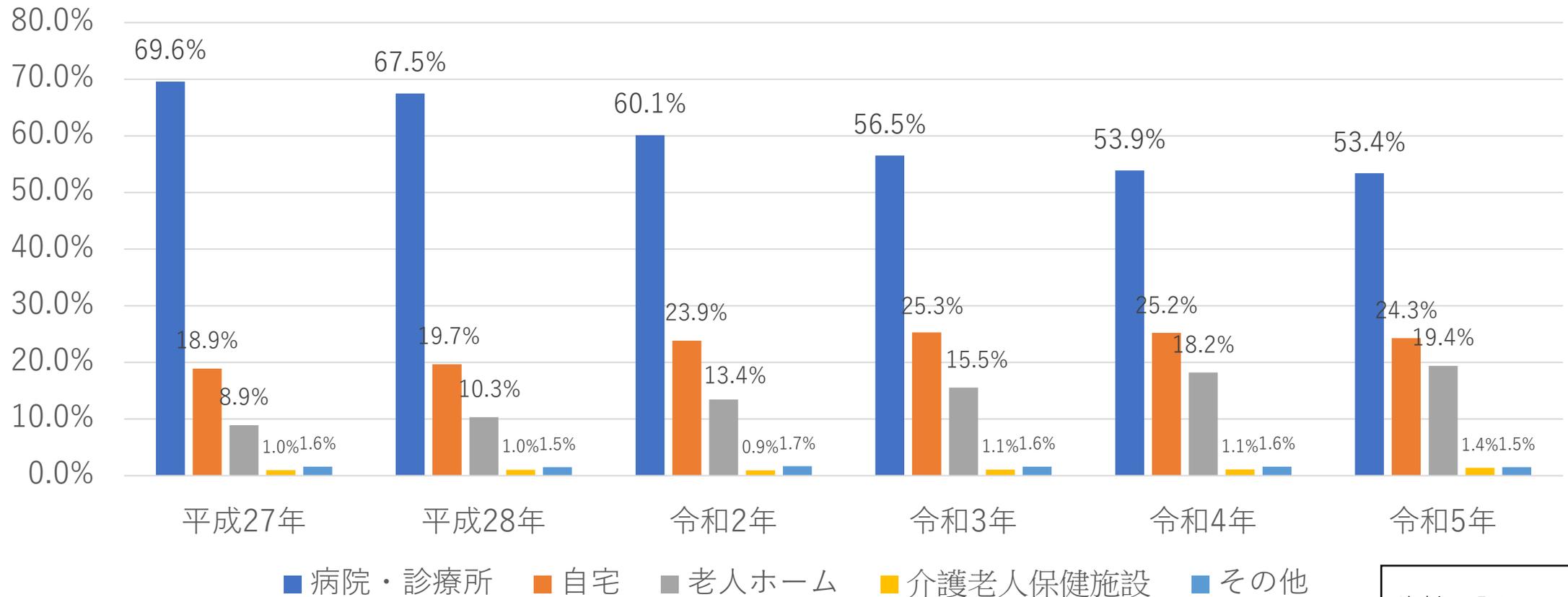
がん末期の患者さんでは、自宅で最期まで過ごしたいと希望する方が増加。在宅緩和ケアチームを形成し、**在宅ホスピスケア**が可能に。

2. 施設で亡くなる方の増加

認知症の患者さんでは、入所先の施設で最期まで過ごしたいと希望する方が増加。誤嚥性肺炎、尿路感染症、心不全など、内科的疾患に関しては、介護施設に居ながら治療すること（**在宅入院**）も広く行われるようになった。

現状：世田谷区民の死亡場所の推移

死亡場所の推移



資料：「人口動態調査」
(厚生労働省)



地域包括ケア = 脱病院

◆地域包括ケアシステムの目指すところ

① 重度な要介護状態となっても

② 住み慣れた地域で

③ 自分らしい暮らしを人生の最後まで続けること

入院・医療中心から在宅・介護中心へ

◆ 住み慣れた地域にというのは、**老人ホームなどの介護施設は含まれており、ことさら自宅での介護を目指しているわけではなかった。**

◆ 介護をどこで受けたいかという質問をすると、自宅より介護施設や病院と答える人が多かった：平成24年度内閣府の調査。



認知症基本法

- ◆ 認知症基本法が令和5年6月に成立、令和6年1月施行。
- ◆ 認知症施策を**認知症の人を起点に実施**することや、**認知症と共に希望を持って生きる**という「**新しい認知症観**」の理解促進の重要性等が示された。
- ◆ 認知症の人を含めた国民一人一人が「**新しい認知症観**」に立ち、認知症の人が自らの意思によって、多様な主体と共に、日常生活及び社会生活を営むことができる**共生社会**を創り上げていく必要がある。



新しい認知症観

- ◆ 認知症になったら何もできなくなるのではなく、認知症になってからも、一人一人が個人としてできること・やりたいことがあり、住み慣れた地域で仲間等とつながりながら、希望を持って自分らしく暮らし続けることができるという考え方。
- ◆ 認知症の人を単に「支える対象」としてではなく、**一人の尊厳のある個人**として捉え、認知症の人がその個性と能力を十分発揮し、経験や工夫をいかしながら、**共に支え合って生きる**ことができるようにすることが重要である。



施設入居者あるある

- ◆施設入居者の中には「家族に騙されて連れてこられた」「早く帰りたい」「ここは監獄だ」という方が少なからずいます。
- ◆家族の中にも「本人にはここが老人ホームだと言わないでください」と要望される方もいます。
- ◆もちろん認知症のある方なので、「被害妄想」ともいえますし、家族は本人が納得しやすい嘘の説明をせざるを得なかったのかもしれない。
- ◆日本人は、家族に迷惑をかけたくないと考えがちなので、認知症になったら老人ホームに入るのだろうと思っていました。

希望して施設入所する方なんて
少ないのか？

2011年



2021年

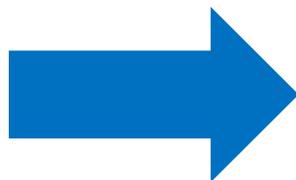
在宅ひとり死の ススメ

上野千鶴子

累計 **111万部突破**
「おひとりさまの老後」
シリーズ最新作

おひとりさまでも、
認知症でも大丈夫。
慣れ親しんだ自宅で
幸せな最期を
迎える方法。

文春新書 1295



老後2000万円必要？ 4000万円必要？

世帯年収900万円



- 夫婦とも会社員
- 退職金なし
- 持家あり
- 生活レベル高め
- 70歳まで就労予定

必要となる
老後資金

概算**1780万円**

世帯年収700万円



- 夫:会社員、妻:専業主婦
- 退職金1000万円
- 持家なし
- 生活レベル普通
- 65歳まで就労予定

必要となる
老後資金

概算**4860万円**

老後2000万円問題 = 老人ホーム入所金？



私の忘れられない経験

- ◆88歳男性。一人暮らし。レビー小体型認知症。うつ病。歩行は初診時には伝い歩き可能だったが、経過とともに寝たきり、オムツの状態に。
- ◆生活保護。3畳2間のアパート在住。当初お姉さんがキーパーソンだったが亡くなられ、離婚した妻・子？とは連絡がとれず、事実上、アパートの大家さんがキーパーソン代わりに相談にのっていた。
- ◆**要介護3**。ヘルパー、訪問看護師（精神科訪問看護）は毎日のように訪問。**肺炎の時も特別指示で点滴治療。**
- ◆初診往診から5年。認知症がやや高度になっても一人暮らし継続。



私の忘れられない経験続き

- ◆ある時、幻聴がひどくなった。夜中の2時頃に、女性の声で「開けてください、中に入れてください」と言われるそうで、とても怖いそう。
- ◆今までもそのようなことは何度もあり、電話を唯一かけることのできる大家さんに夜中でも電話をすることがあった。今回は、毎日のように大家さんに電話かけてしまい、**大家さんも眠れなくて困るとお手上げ**。
- ◆さすがに大家さんにはこれ以上迷惑はかけられないということで、世田谷区のケースワーカーが、老人ホームへの入所を支援することになった。都外の老人ホームに入所が決まり、終診となった。



認知症観を変えるとは？

- ◆ 認知症になると何もできなくなるというというのは確かに偏見です。まずは認知症の方がさまざまな能力を持っていることを知るべきでしょう。
- ◆ 一方で、**認知症の方はさまざまな問題を起こす**ことがあります。それでもなお、認知症の方が地域に暮らし続けることを、**家族や地域住民に受け入れてもらう**には、認知症の方に対して**寛容**になってもらえるよう、認知症の方の心を、自分事として知ってもらうことも大切と考えます。
- ◆ 認知症の方の家族介護者支援の在り方を見直すべきです。



施設入所予防のために

1. 本人へのアプローチ

- ・早期診断治療
- ・BPSDの治療
- ・移動能力の維持
- ・入院予防

2. 家族介護者へのアプローチ

- ・家族介護者の負担を軽減するケア
- ・家族が認知症の方に対して寛容になれる心構えを持つ

3. 地域へのアプローチ

- ・地域住民が認知症のケアに参加できるよう育成
- ・地域住民が認知症の方に対して寛容になれる心構えを持つ

地域共生社会～2040年

支え・支えられる関係の循環 ～誰もが役割と生きがいを持つ社会の醸成～

- ◇居場所づくり
- ◇社会とのつながり
- ◇多様性を尊重し包摂する地域文化



- ◇生きがいづくり
- ◇安心感ある暮らし
- ◇健康づくり、介護予防
- ◇ワークライフバランス

すべての人の生活の基盤としての地域

- ◇社会経済の担い手輩出
- ◇地域資源の有効活用、雇用創出等による経済価値の創出

地域における人と資源の循環 ～地域社会の持続的発展の実現～

- ◇就労や社会参加の場や機会の提供
- ◇多様な主体による、暮らしへの支援への参画

すべての社会・経済活動の基盤としての地域



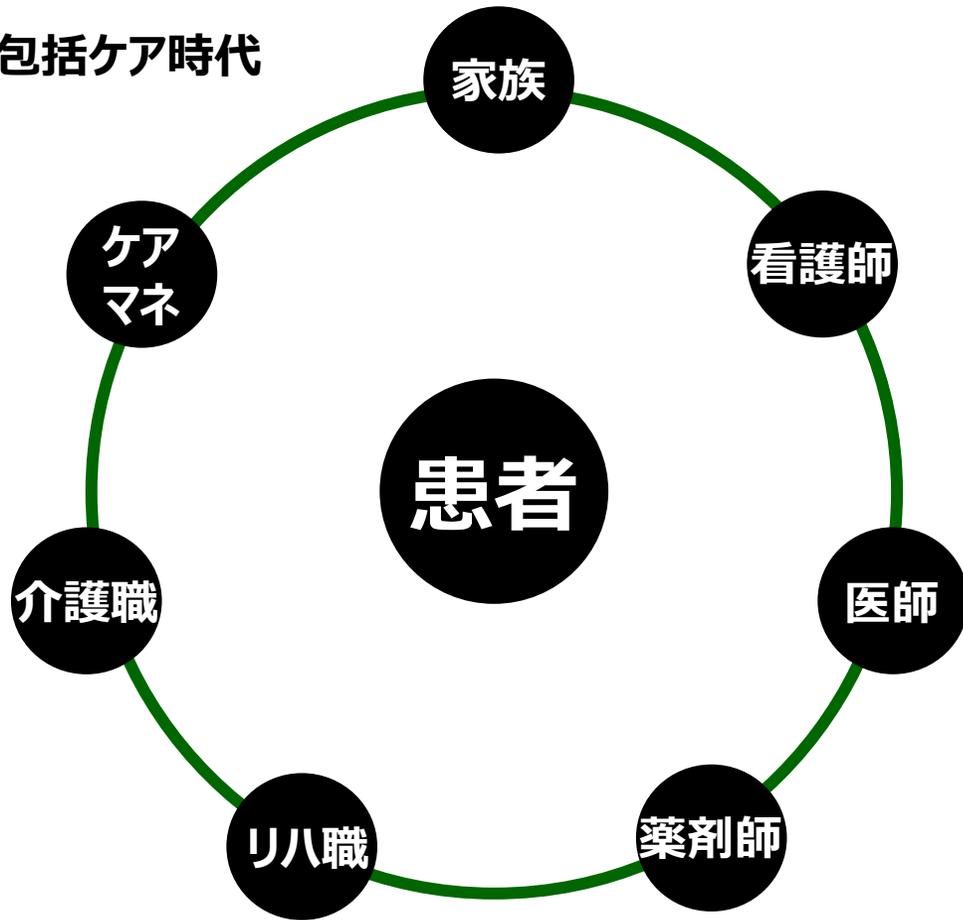
地域共生社会のポイント

- ◆制度・分野ごとの『縦割り』を超える。
- ◆「支え手」「受け手」という関係を超える。
- ◆地域住民や地域の多様な主体が参画する。
- ◆人と人、人と資源が世代や分野を超えてつながる。
- ◆住民一人ひとりの暮らしと生きがいをともに創る。
- ◆地域をともに創る。



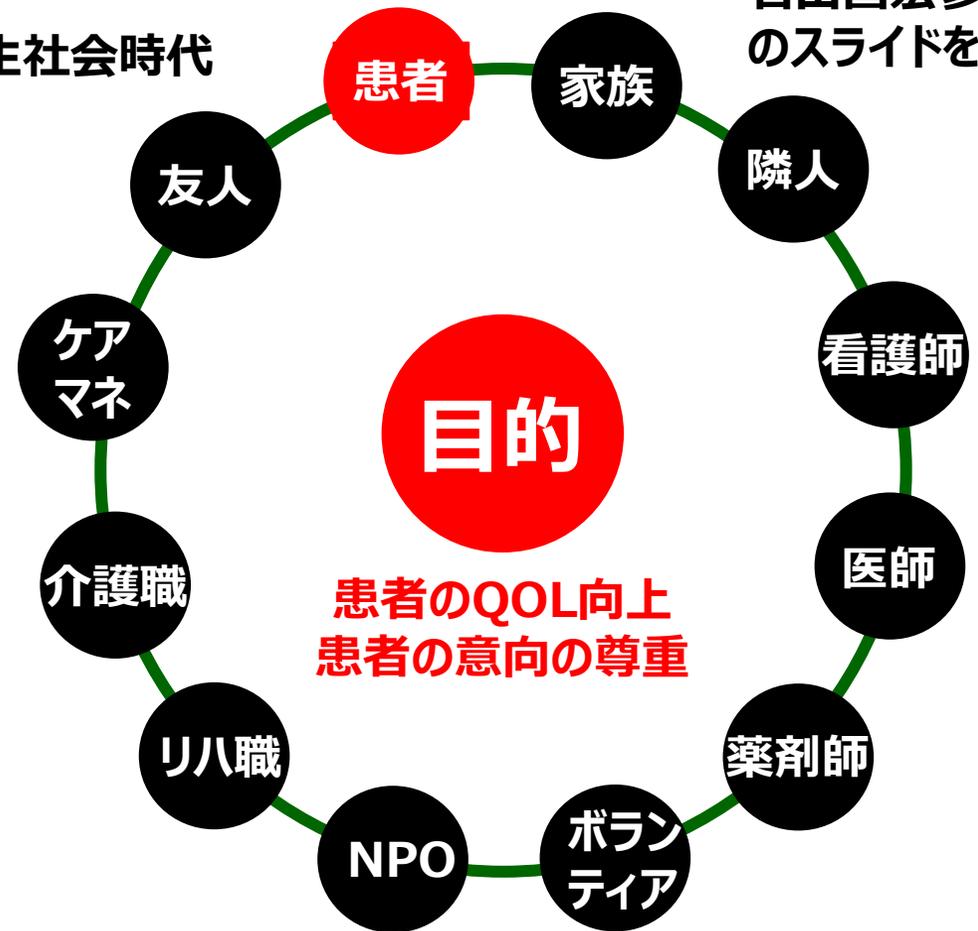
「支え手」「受け手」という関係を超えるとは 患者中心の考え方を変える

地域包括ケア時代



患者中心といいながら、ケア提供者が患者を管理。
ケアにおいて提供者がより重い責任をもつ。

地域共生社会時代



患者のQOL向上
患者の意向の尊重

目的を中心に患者とケア提供者は対等。
患者も目的のために義務や責任を負う。

石田昌宏参議院議員
の slides を筆者改変



認知症で最期まで自宅で①

- ◆93歳女性。認知症（特発性正常圧水頭症）で訪問診療。
- ◆認知症は高度。会話は完全に困難。寝返りも介助が必要。
- ◆96歳の夫と2人暮らし。娘さんも近所に住んでいる。
- ◆娘さんは仕事をしており、診療には付き添っていない。
- ◆要介護5。ヘルパー、訪問看護師が毎日何回も訪問。自費もあり。
- ◆食事の介助が必要だが、夫は介助していない。
- ◆認知症が進行し嚥下が困難に。

認知症で最期まで自宅で①続き

- ◆週3回、訪問看護師が皮下点滴。
- ◆途中肺炎を繰り返し、そのたびに自宅で治療し、最期まで自宅で。

◆最期まで自宅にいられた理由

① 夫、娘が自宅看取りの意思をもっていた。

※夫は根っからの医者嫌いで全く薬をのんでいない方。

② その割に、介護はプロ任せで、自分達ではやっていなかった？

※要介護5にもかかわらず、介護負担感は低かった。





認知症で最期まで自宅で②

- ◆91歳女性。一人暮らし。認知症、骨粗鬆症で訪問診療。
- ◆認知症は中等度。屋内歩行はなんとか可能。
- ◆娘が近隣に住んでいるが、仕事をしており介護はほぼしていない。
- ◆要介護2。ヘルパー、訪問看護師が毎日のように訪問。
- ◆本人の意思は明確ではなかった。
- ◆自宅玄関の鍵はいつも開いていて、さまざまな年代の隣人があがりこんでいる。以前は活発な女性だったようだ。

認知症で最期まで自宅で②続き

- ◆ある日、顔と両上肢がむくんできて、精査目的で病院受診。
- ◆入院精査にて肺がん末期と診断され、治療の適応もない状態であった。
- ◆娘さんの希望もあり、予後は週の単位という状態で、自宅に戻ってきた。
- ◆ベット上生活、完全オムツで、在宅酸素療法もしている。
- ◆娘さんは仕事は続けており、訪問看護・介護はフル活用。
- ◆同時に、さまざまな年代の隣人がよく訪れていた。
- ◆そのまま自宅で過ごし、お看取りに至った。





Take Home
Message

脱病院の次は脱施設

- ◆ 認知症の方の本人参加を進めれば、「暮らしと生きがいをともに創る」ことができるでしょうか。 **家族介護者の支援こそが大切**ではないでしょうか。
- ◆ 介護施設では、十分なケアを受けることができます。しかし、**ケアを受ける立場、管理される立場**では、自由や自己実現、社会貢献は阻害され、認知症の方の幸福度は高まらないと思いませんか。
- ◆ 認知症の方が最期まで自宅で暮らすことを可能にするために、医療・介護・行政スタッフが施設への収容を勧めるのではなく、**地域住民がケアに協力**してもらえそうな**地域づくり**が必要ではないでしょうか。