

『あなたは、どこまで ひとりで暮らせますか？』

2016.03.14 平成27年度老人保健事業推進費等補助金老人健康増進等事業
「医療・介護ニーズがある高齢者等の地域居住のあり方に関する調査研究事業」 医療と住まいの新しい関係

全国在宅療養支援診療所連絡会
会長 新田 國夫

私の履歴書

- | | | |
|------|--|--------|
| 1967 | 早稲田大学第一商学部卒業 | |
| 1979 | 帝京大学医学部卒業 | |
| 1981 | 大学病院救命救急センター |) 約10年 |
| 1983 | 消化器外科 | |
| 1990 | 国立市に新田クリニック開設 在宅医療を開始 | |
| 1996 | 医学博士 | |
| 1997 | つくしの家(宅老所)開設 | |
| 1998 | 通所リハビリテーション(デイケア)開設 | |
| 2000 | 居宅介護支援事業所開設 | |
| 2004 | 認知症グループホームのがわ開設(2ユニット)、
ケア付有料老人ホームコミュニティホームのがわ
(特定施設入居者生活介護)開設 | |
| 2008 | 認知症グループホームやがわ、
認知症やがわデイサービスセンター開設 | |
| 2011 | つくし会訪問看護ステーション開設 | |



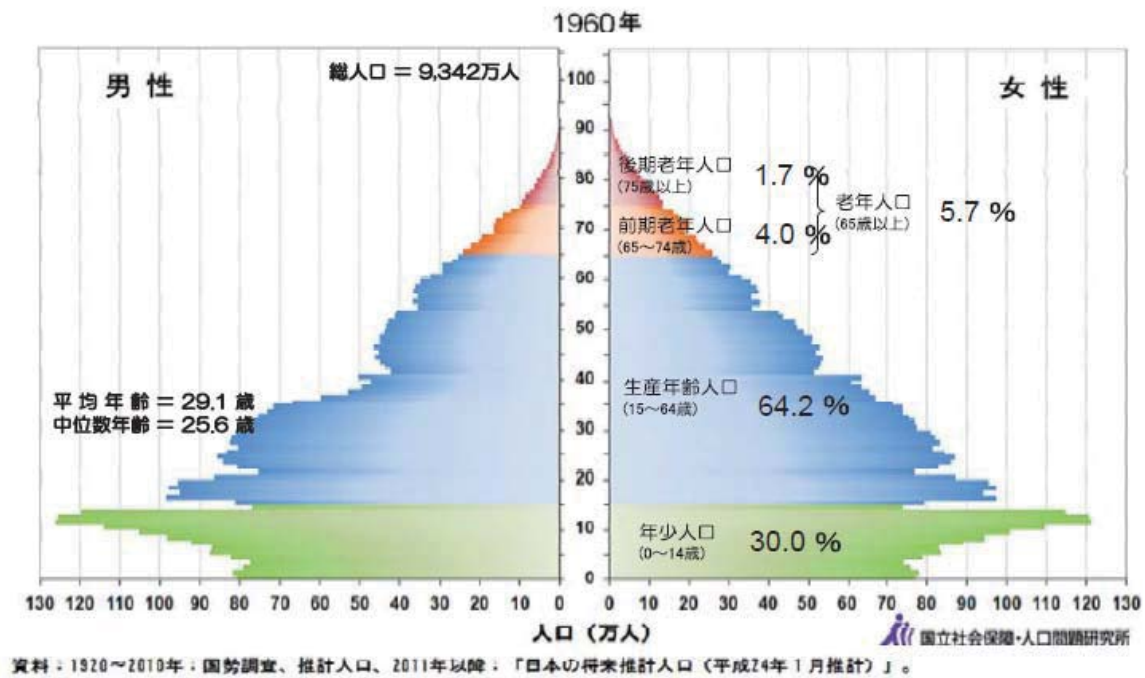
都営矢川北団地



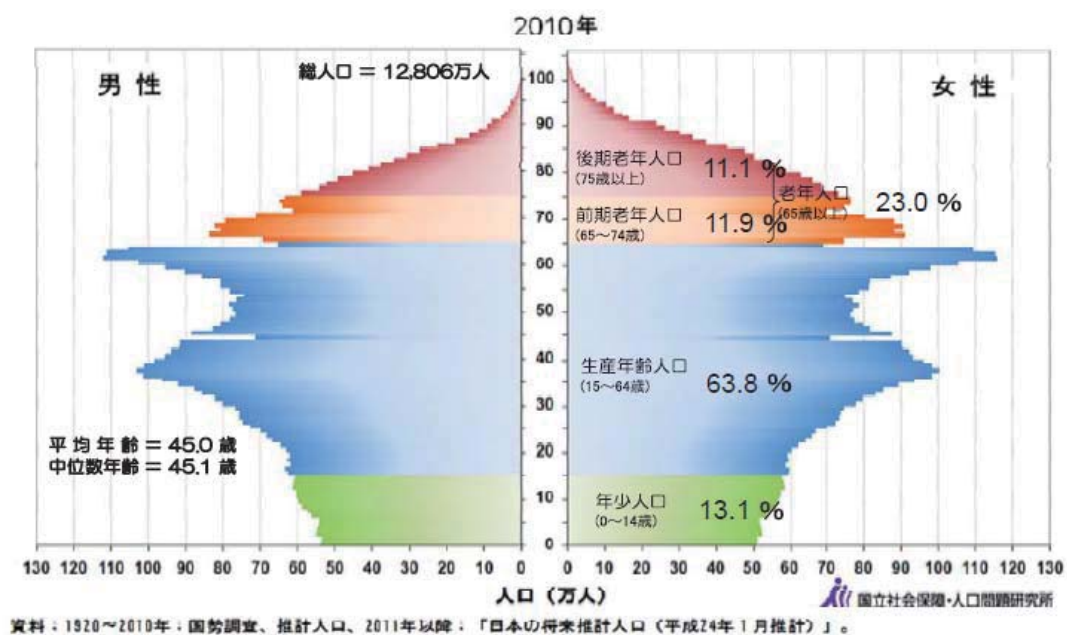
都市基盤整備公団国立富士見台第3団地



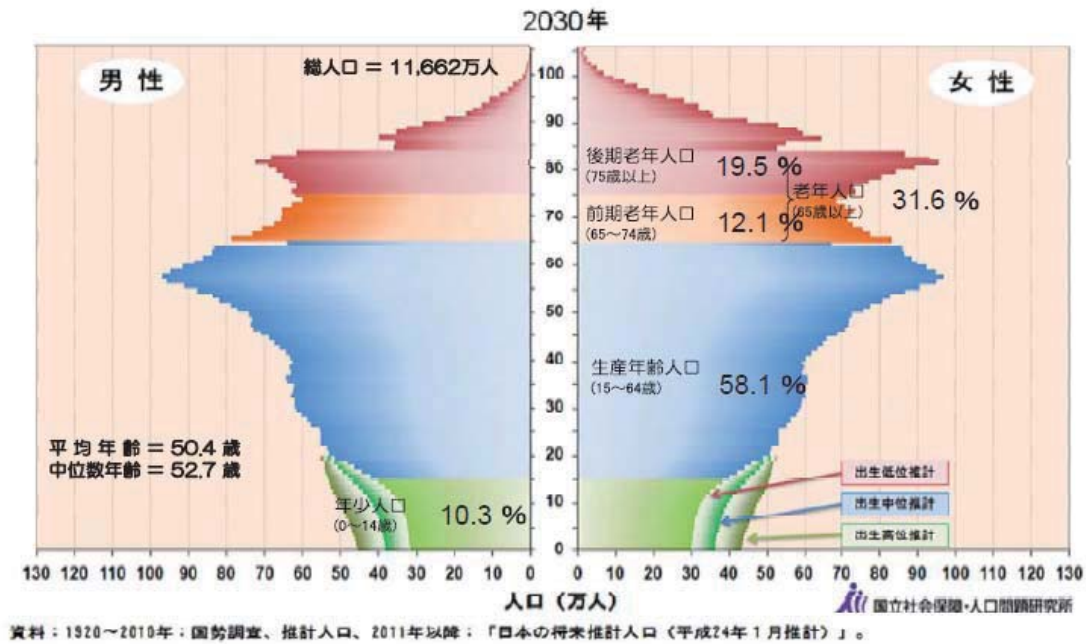
日本の人口ピラミッド 1960年



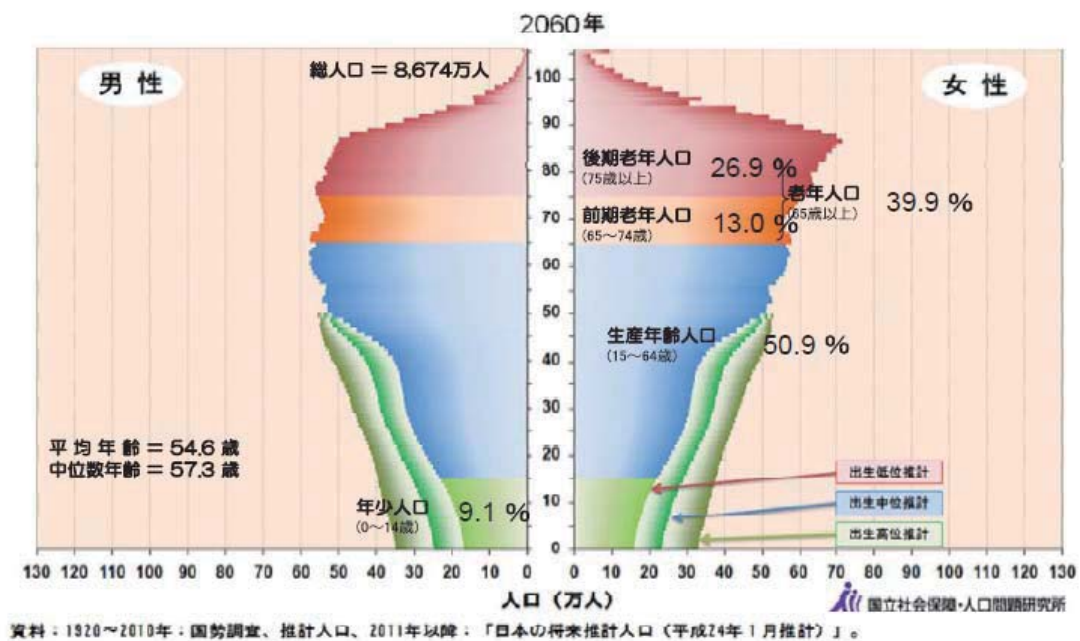
日本の人口ピラミッド 2010年



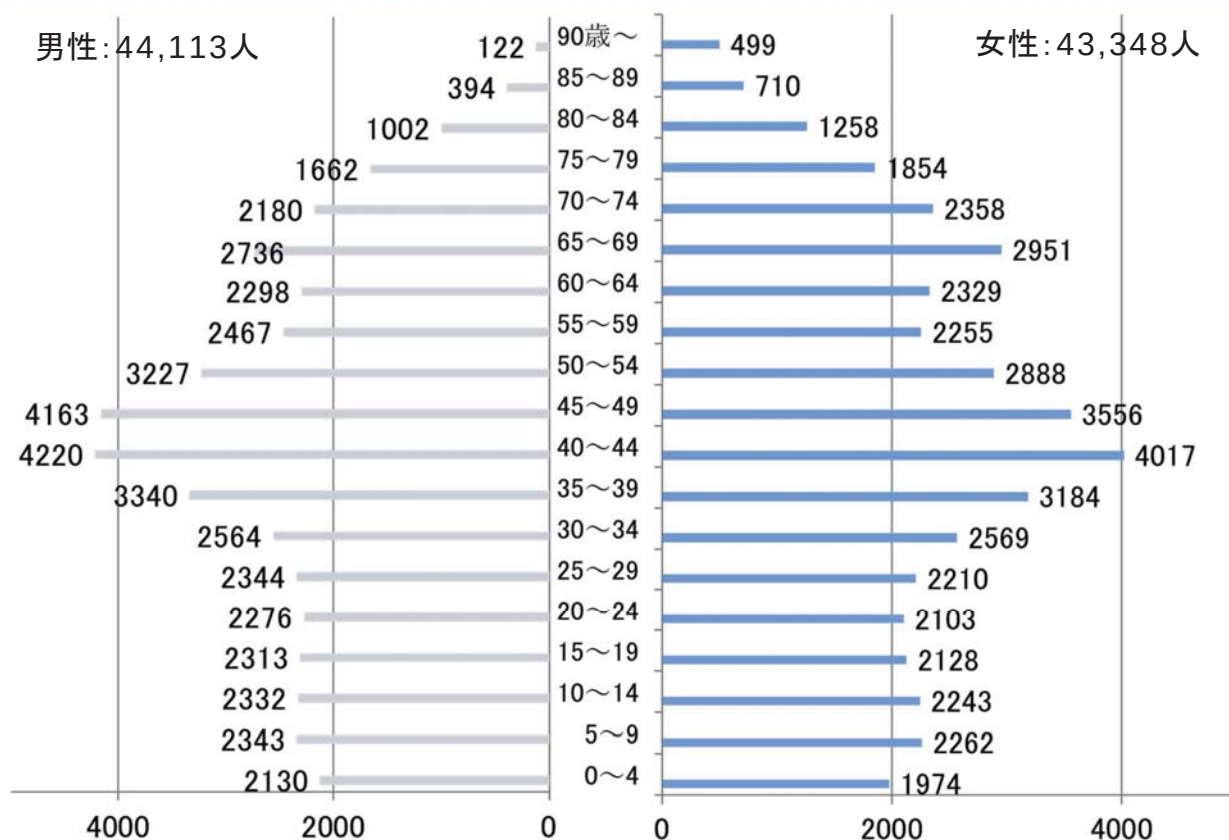
日本の人口ピラミッド 2030年



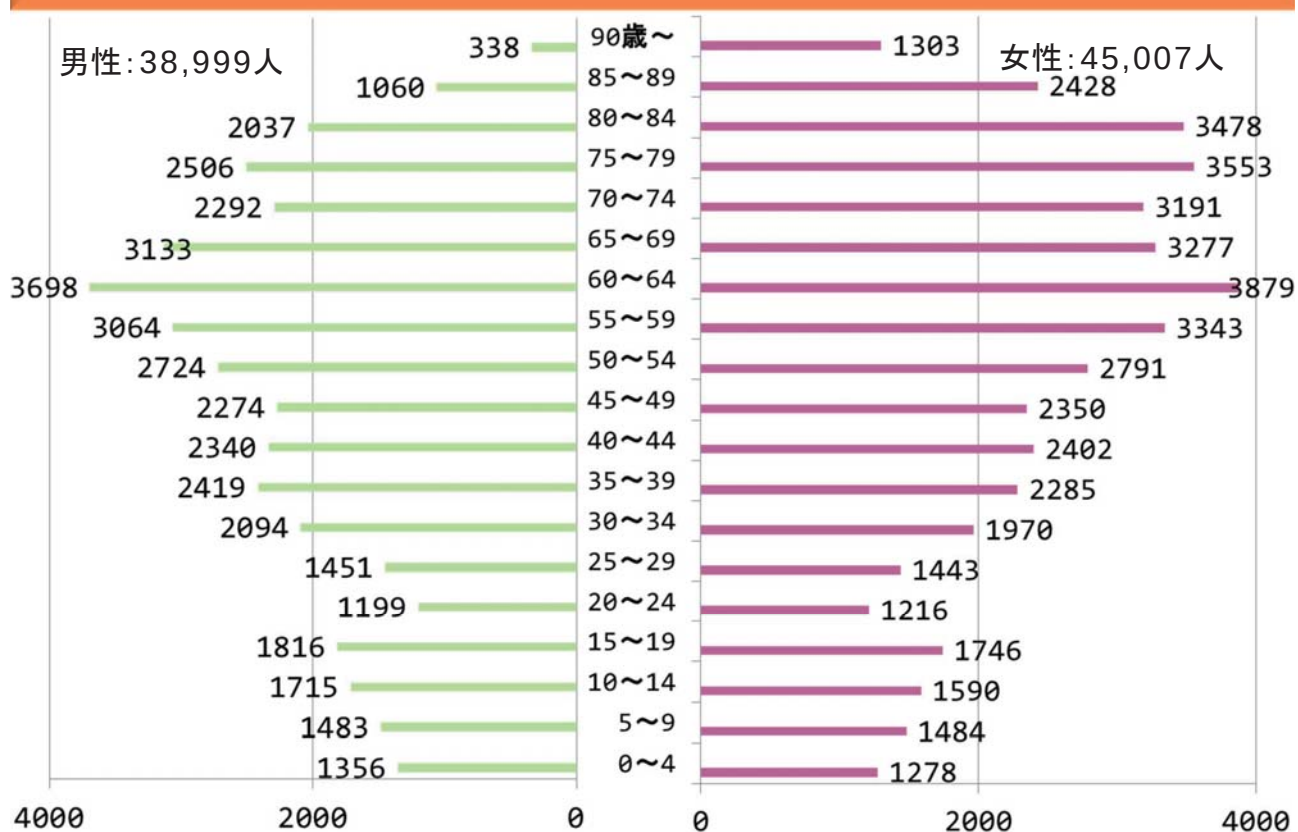
日本の人口ピラミッド 2060年



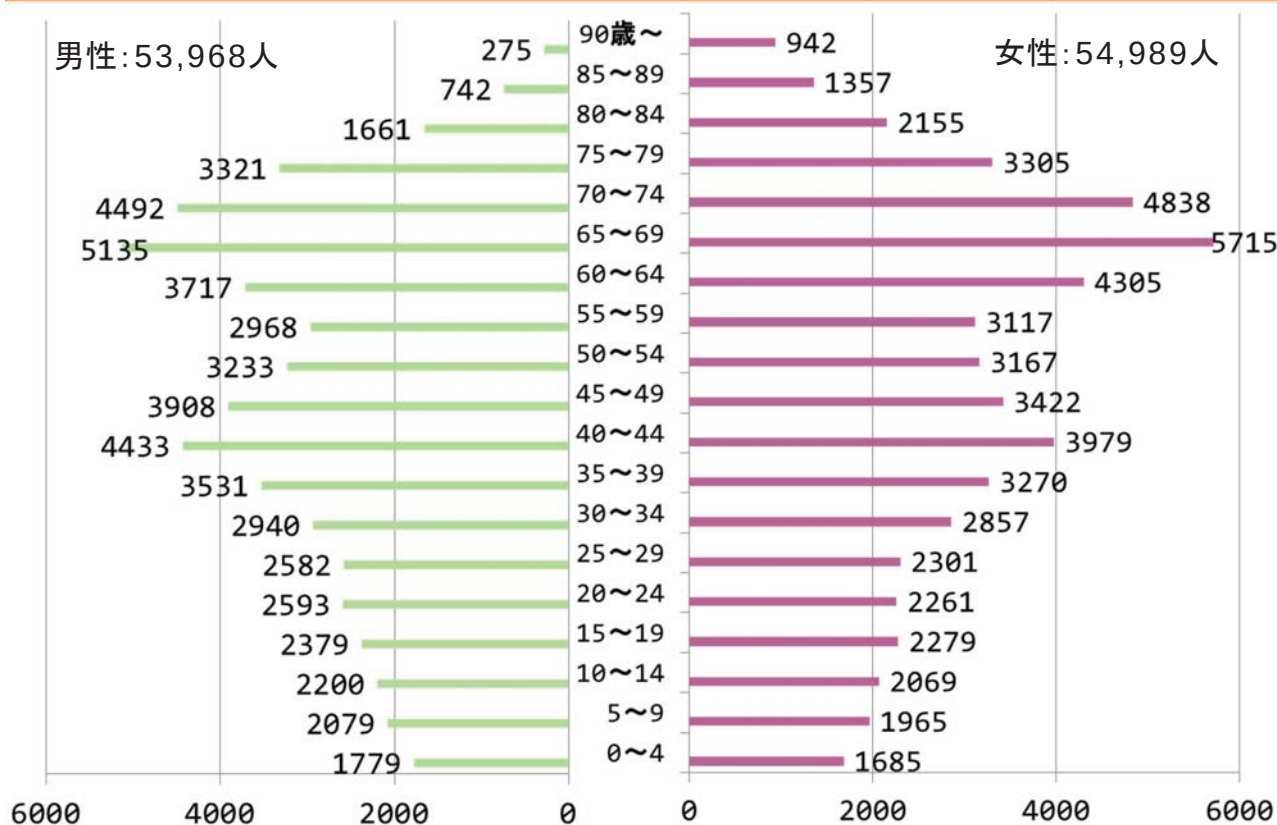
稲城市年齢別・男女別人口（平成28年1月1日現在）



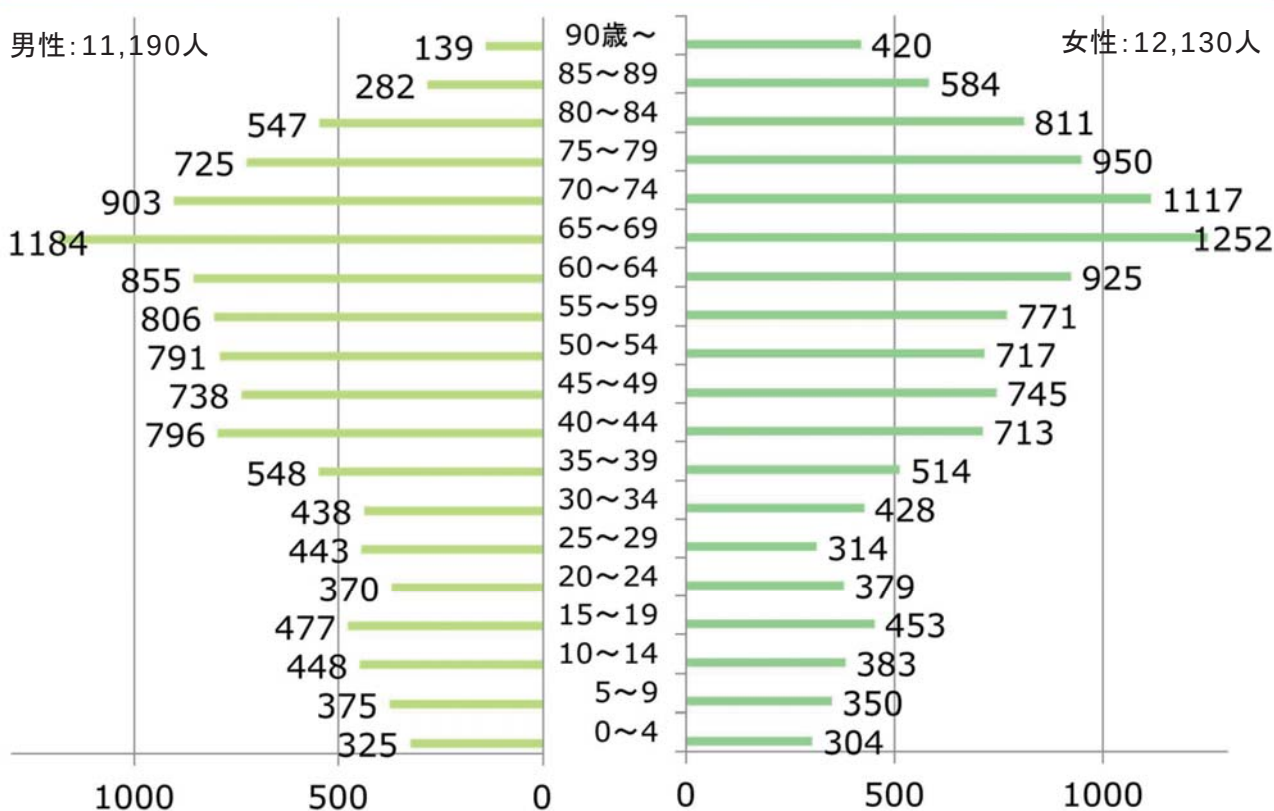
大仙市年齢別・男女別人口（平成26年10月1日現在）



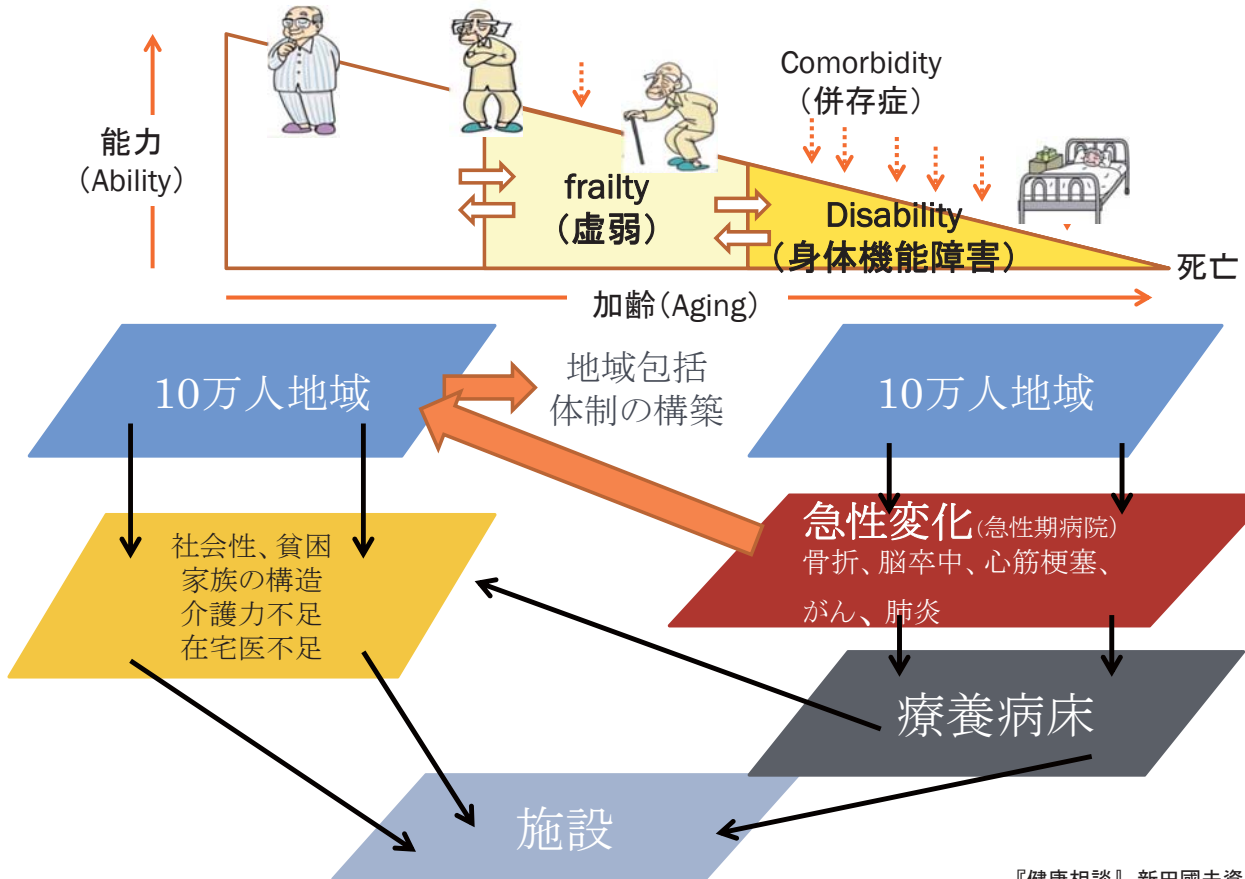
取手市年齢別・男女別人口(平成28年1月1日現在)



下田市年齢別・男女別人口(平成28年1月31日現在)



虚弱型フロー(フレイル・モデル)



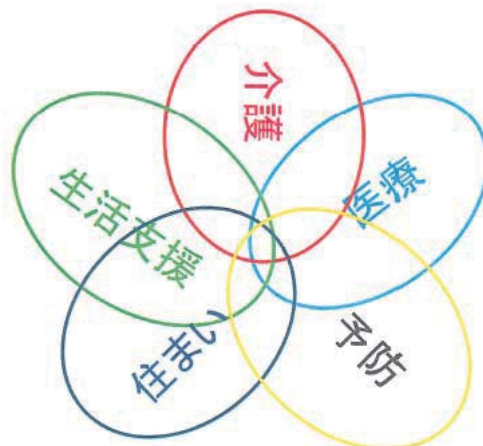
『健康相談』 新田國夫資料

地域包括ケアシステムの進化

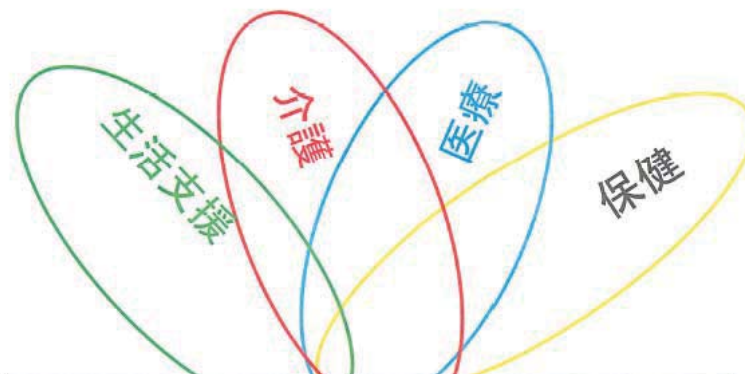
出所: 慶應義塾大学田中滋教授(地域包括ケア研究会座長)作成資料

地域包括ケアシステムVer1.0

「5輪の花」図



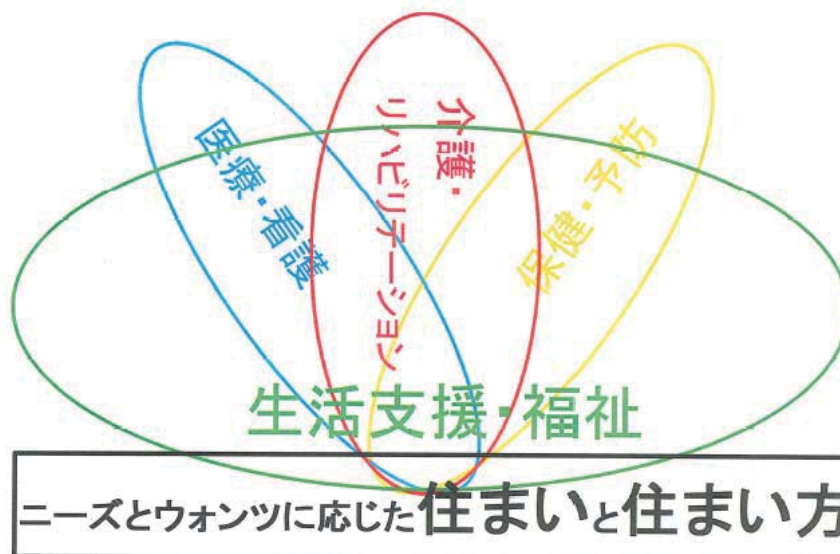
地域包括ケアシステムVer2.0



ニーズとウォンツに応じた **住まいと住まい方**

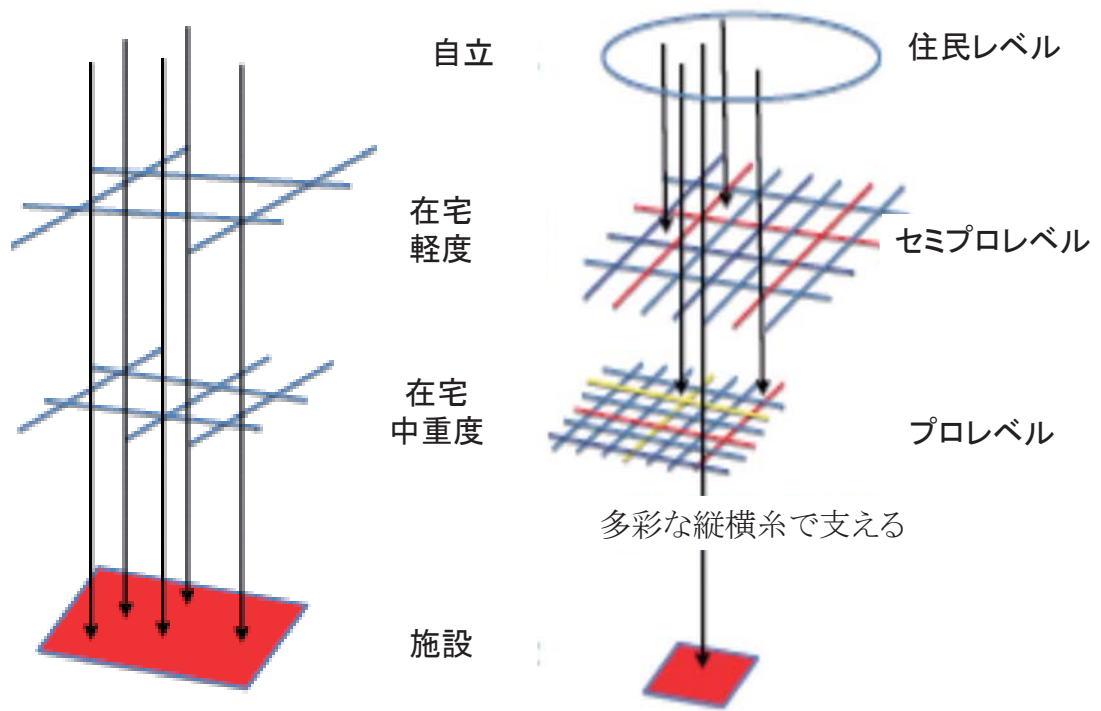
「地域包括ケアとまちづくり」堀田聡子氏資料より

地域包括ケアシステムVer2.1



ニーズとウォンツに応じた **住まいと住まい方**

「地域包括ケアとまちづくり」堀田聡子氏資料より



施設が不足しているのではなく、セーフティネットが機能していない

施設、病院はそれほど必要でなくなる？

4つの目標

いつまでもいきいきと健康に

ひとり暮らしでも

認知症になっても

中・重度の要介護状態になっても

住み慣れた地域で
生活を継続できる

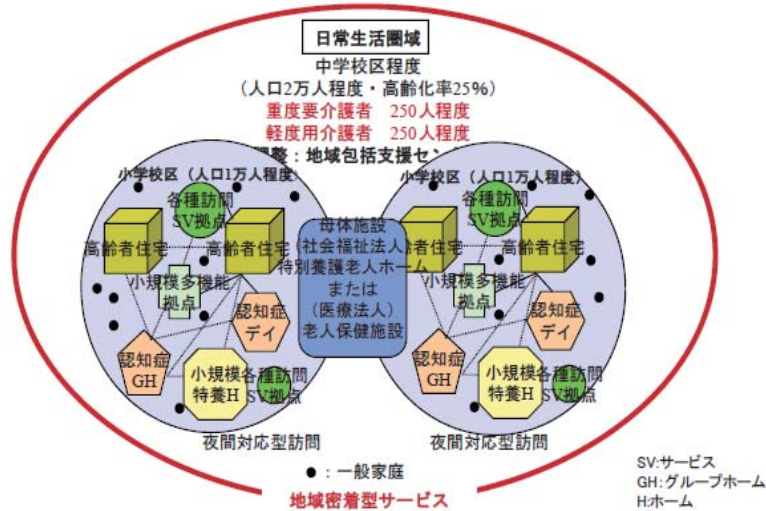
看取り

「地域包括ケアシステム」と「住まい」との関係

前提条件：適切な住まいの確保（所与の条件ではない…）

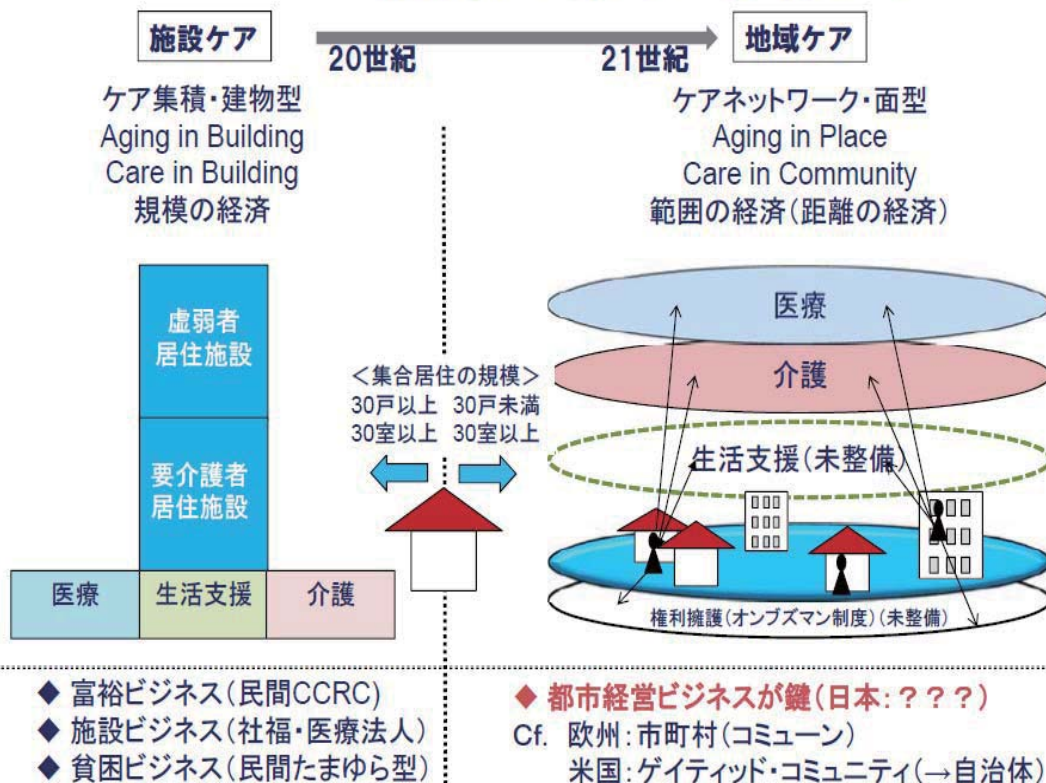
＋
地域包括ケアシステム

高齢化率 25%： 1中学校区2万人で 500人の要介護高齢者を支える仕組み
 高齢化率 30%： 同上 600人の要介護高齢者を支える仕組み



2016.02.08大都市における地域包括ケアをつくる政策研究会 2030年の東京都の住み方と課題 園田眞理子様資料より

「施設ケア」から「地域ケア」へ



2016.02.08大都市における地域包括ケアをつくる政策研究会 2030年の東京都の住み方と課題 園田眞理子様資料より

家

家とは人と人とのつながり

家はハードの意味ではなく、生活の中身



自分が住む町の家

「住まい」

- 生活のにおいと音がある、人の気配が感じられる空間
- 地域住民にとってなじみの環境であること
- 心地のいい空間

「暮らし」

- 本人のもてる力が発揮できる
- 本人の生活を支えるために必要な医療がある
- 本人の希望を支える
- 本人にとっての最善を優先する
- 家族の意思を尊重する
- 個別の生活習慣やスタイルを尊重する

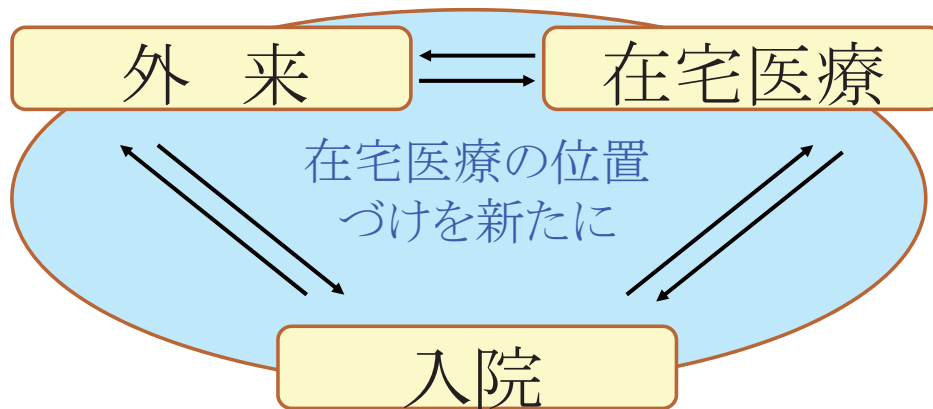
Nitta Clinic

制度の限界について

重篤な病いや認知症を抱えて行き場を失い、人生の最期に途方に暮れている人を見過ごせなかった人、生活の視点を取り入れた看護の必要を感じた人、病院で最後の最期まで治療を受けて亡くなる「死」が「違う」と感じていた人、「看取り」の文化を地域に取り戻したいと思った人

だれもが制度の限界を感じ、真摯に模索し、一步踏み出すことです。その「家」の住民一人ひとりに生活を取り戻し、最後の日まで彼らの日常を大切に守っていく、その先に看取りがある

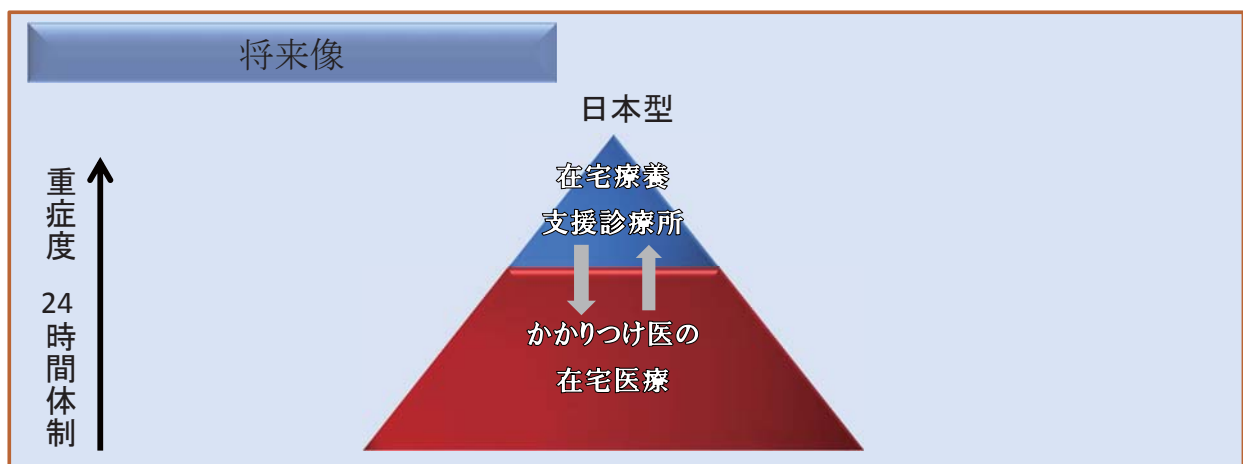
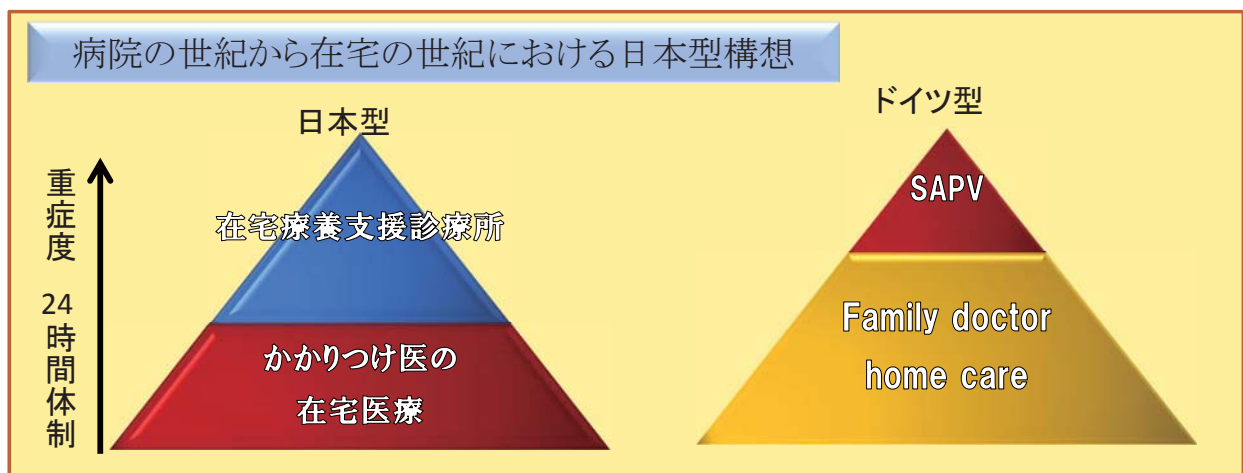
地域の医療スタイル



単に、

- ・急性期病院がパンクしてしまう理由ではなく・・・
- ・入院から在宅療養への導入だけではなく・・・
- ・通院困難だから在宅療養ではなく・・・

👉積極的に『在宅療養の優位性』を考えながら



従来の医療の考え方

1. 正常とは完成された個体を対象として数値化、画像化したものである
2. 正常とは部分(臓器・細胞・遺伝子等)の機能や構造をもって決定したものである
3. 全体は部分の集積で説明が可能な体系である
4. 病気は部分の傷害(一臓器、一傷害)という形で発症する
5. 傷害の原因と部位の特定は可能である
6. 部位への技術の介入によって、治癒・回復を目指す
7. 部分への治療の結果は全身の生命予後、QOLに直結する
8. 特定病因論、古典力学、要素分解主義の因果律で説明が可能である

これからの高齢者医療と在宅医療

1. 高齢者は完成された成人とは異なる
2. 老化という過程に疾病が加わる
3. 多臓器の傷害が一般的である
4. 正常とは、部分(臓器・細胞・遺伝子等)と全身との至適な平衡・調和状態である
5. 部分と全身との平衡・調和状態は個によって大きく異なる
6. 部分の機能や構造の検査は補助的な価値をもつ
7. 治療は部分と全身との至適な平衡・調和状態を目指す
8. 至適な平衡・調和状態は生命予後やQOLを改善する
9. 部分の治療の結果は全身の改善に直結しない
10. 復元力の強さは個体によって差が著しい

最期まで家で暮らしたい あたり前の願いをかなえるには



①決めるのは本人(自己決定)

どんな場合にも、決めるのは本人です。なぜなら、本人の代わりに生き、老いて死んでいくことは誰にもできないからです。家族が勝手に決めることはできません。

②生活が続けるということ(生活の継続)

たとえベッドから起き上がれなくなっても、家族の会話が聞こえ、家事をする音、食事のしたくをするにおいもわかります。自ら体を動かし、何かをする事だけが「生活」ではないのです。

③本人ができることを生かす(残存能力の活用)

生活を継続する中で、だんだんと自分でできることは減ってきますが、受け取る力は五感のうちのどこかに残っています。

老いることへの不安は どこから来るのだろうか？



①生活の不安

本人の不安

- 買い物や掃除など身の回りのことができなくなったら？
- 排泄が出来なくなったら？
- 今ある貯金が尽きてしまったら？

家族の不安

- ・ 火の始末は大丈夫？
- ・ 親の介護で自分の生活が激変するのでは？
- ・ 騙されて財産を取られるかも？
- ・ 本人の希望を受け入れられないときは？
- ・ 介護の必要な家族が何人も重なったら？

②加齢に伴う変化への不安

いままでできていたことができなくなると、本人は不安になります。

いちばん老いを感じるのは感覚です。視覚や聴覚、味覚、臭覚などがまず衰えるのです。

ふつうに昇っていた階段で息切れしたり、膝が痛くなったり。あるいは生きる意欲をだんだんなくしていくこともあります。

③病気の不安

突然倒れたら？

60歳を過ぎて突然倒れる病気で、いちばん多いのは脳卒中です。もし脳卒中などで障害が残ったとしても、訪問リハビリテーションやデイケアサービスを受けながら、自宅で生活することができます。

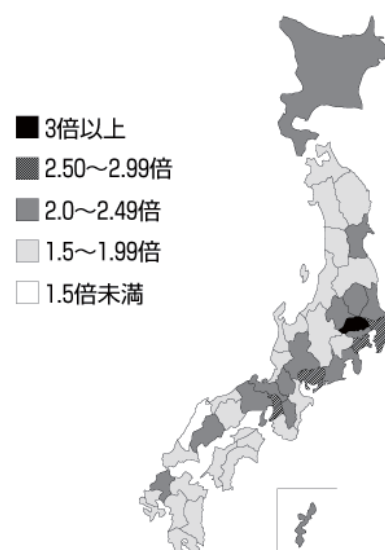
認知症になったら？

いまや認知症は誰もが認知症になり得る時代です。認知症は生活障害を起こしますが、顔なじみの関係があれば、一人になっても何不自由なく生活でき、最期まで自分の家で暮らせます。

認知症462万人、予備軍400万人

- 全国の認知症患者数は462万人、介護保険利用者から推定していた従来の推定数(12年305万人)を大きく上回った
- 65歳以上の認知症有病率は15%で、74歳までは10%以下だが、85歳以上で40%超(2012年)
- 在宅で居住する人は約270万人、うち独居者は約43万人(2010年)
- 認知症の予備軍と考えられる軽度認知障害の有病率は約400万人と推定(2012年;有病率13%)

都市部で急増する認知症 (認知症患者数の増加率35/05年)



埼玉3.1倍,千葉,神奈川2.9倍、愛知2.6倍,大阪2.5倍,東京2.4倍

我が国の認知症施策を加速するための新たな戦略の策定について

～認知症サミット日本後継イベント(11/6)における安倍総理大臣の挨拶より～

そこで、私は本日ここで、我が国の認知症施策を加速するための新たな戦略を策定するよう、厚生労働大臣に指示をいたします。我が国では、2012年に認知症施策推進5か年計画を策定し、医療・介護等の基盤整備を進めてきましたが、新たな戦略は、厚生労働省だけでなく、政府一丸となって生活全体を支えるよう取り組むものとします。

～認知症サミット日本後継イベント(11/6)における塩崎厚生労働大臣の挨拶より～

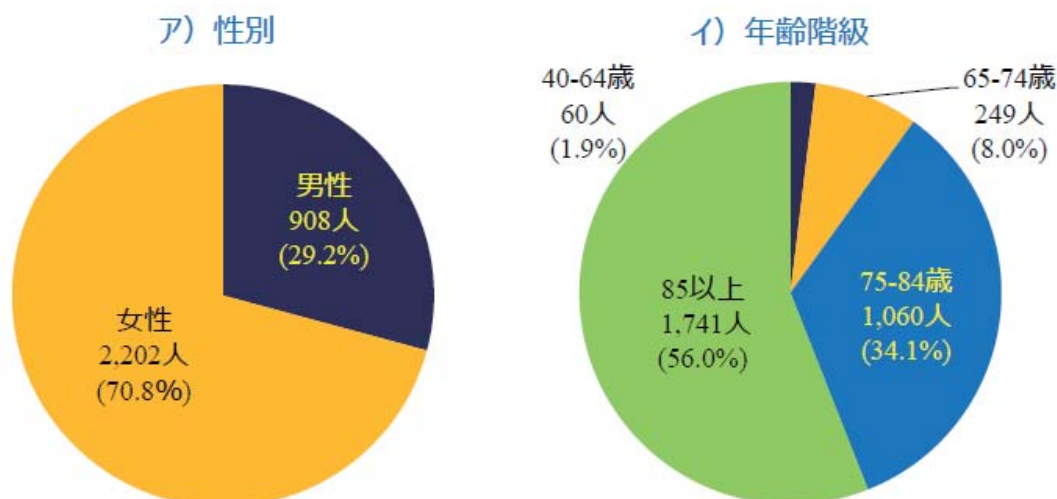
[新たな戦略の策定に当たっての基本的な考え方]

- ① 早期診断・早期対応とともに、医療・介護サービスが有機的に連携し、認知症の容態に応じて切れ目なく提供できる循環型のシステムを構築すること
- ② 認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて、省庁横断的な総合的な戦略とすること
- ③ 認知症の方御本人やその御家族の視点に立った施策を推進すること

認知症の人の特性（性別、年齢階級別）

- 認知症自立度Ⅱ以上（以下、認知症）を性別にみると、「女性」が70.8%を占めていた。
- 年齢階級をみると、「85歳以上」が56.0%と最も多く、次いで「75～84歳」34.1%の順であった。
- 40～64歳の認知症の人は60人であった。

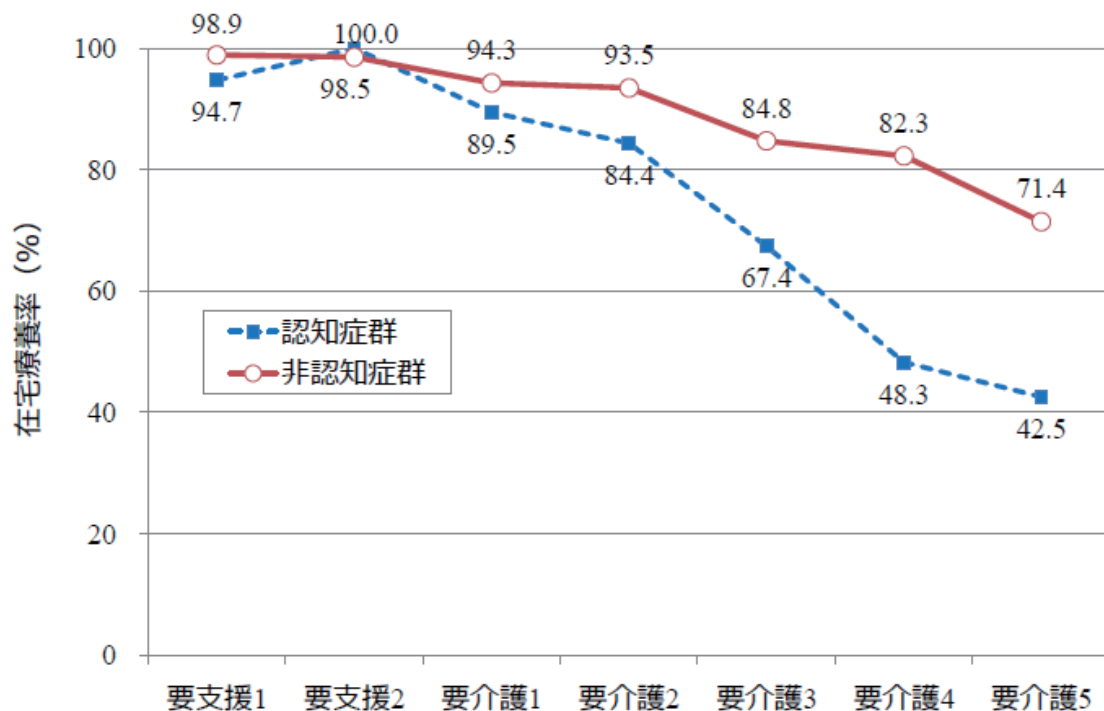
図2. 性別年齢階級別にみた認知症の人数（n=3,110）



要介護度別にみた在宅療養率

(認知症の人と認知症以外の人との比較、B市)

図6. 在宅療養率の比較（認知症の人と認知症以外の人）



第3回地域包括ケア研究会資料、2015/10/15 市町村の地域マネジメントの現状・課題と支援策に関する私見 ー直接支援を通じて感じたことをベースにー 国立社会保障・人口問題研究所 川越雅弘様資料より

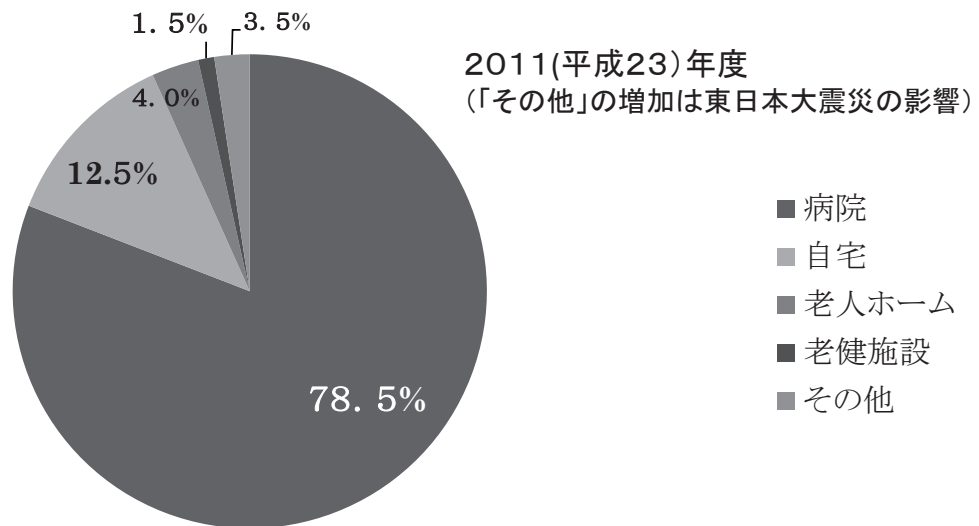
『あなたはどこまで
一人で暮らしていけますか？』

病院で生まれ、病院で死ぬのは幸せか

病院で99%強が生まれる

病院で78.5%が亡くなる(うち有床診療所2.3%)

看取りの場所(全国平均・総死亡数に占める割合)



自宅死の多い地域・少ない地域

死亡総数に占める「自宅死」の割合 (2011年度)

カッコ内は一人当たり医療費(国保+高齢者医療制度)の地域差指数(年齢補正後の全国順位)

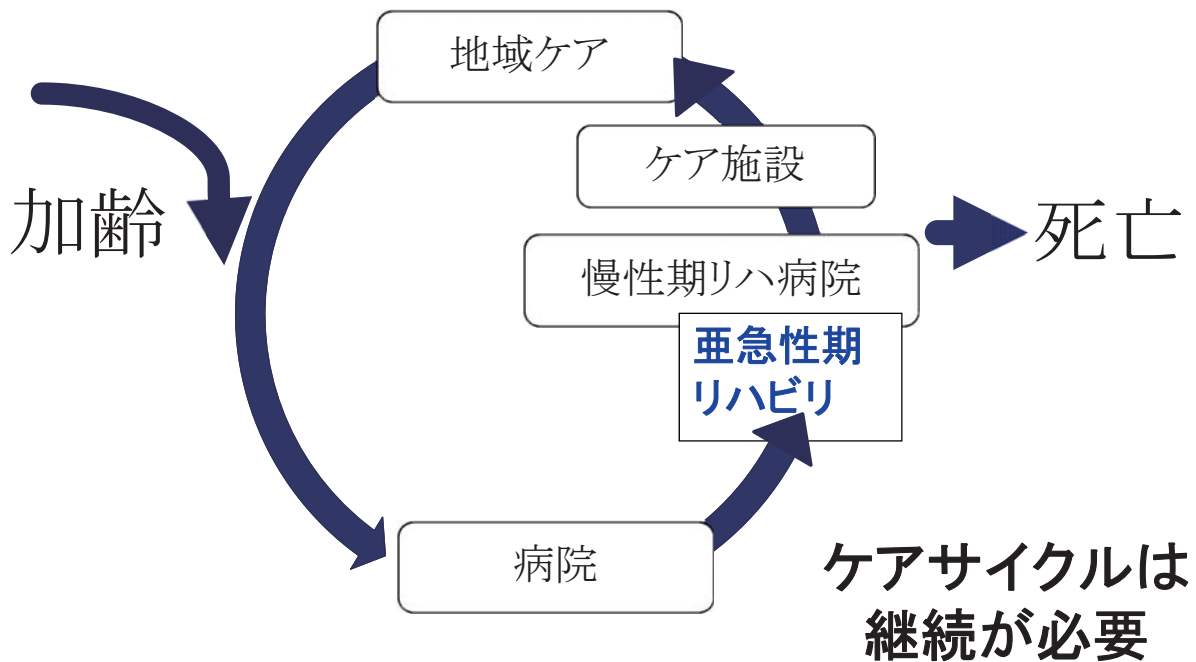
- 1位 奈良県 17.2% (26位)
2位 東京都 16.1% (28位) ←2000年度 39位 12.2%
3位 兵庫県 15.7% (18位)
4位 大阪府 15.0% (10位)
5位 滋賀県 14.9% (25位)
(全国平均 12.5%) ←2000年度 13.9%
- 45位 北海道 8.7% (2位)
46位 大分県 8.2% (8位)
47位 佐賀県 8.0% (5位)

「長野モデル」の変貌

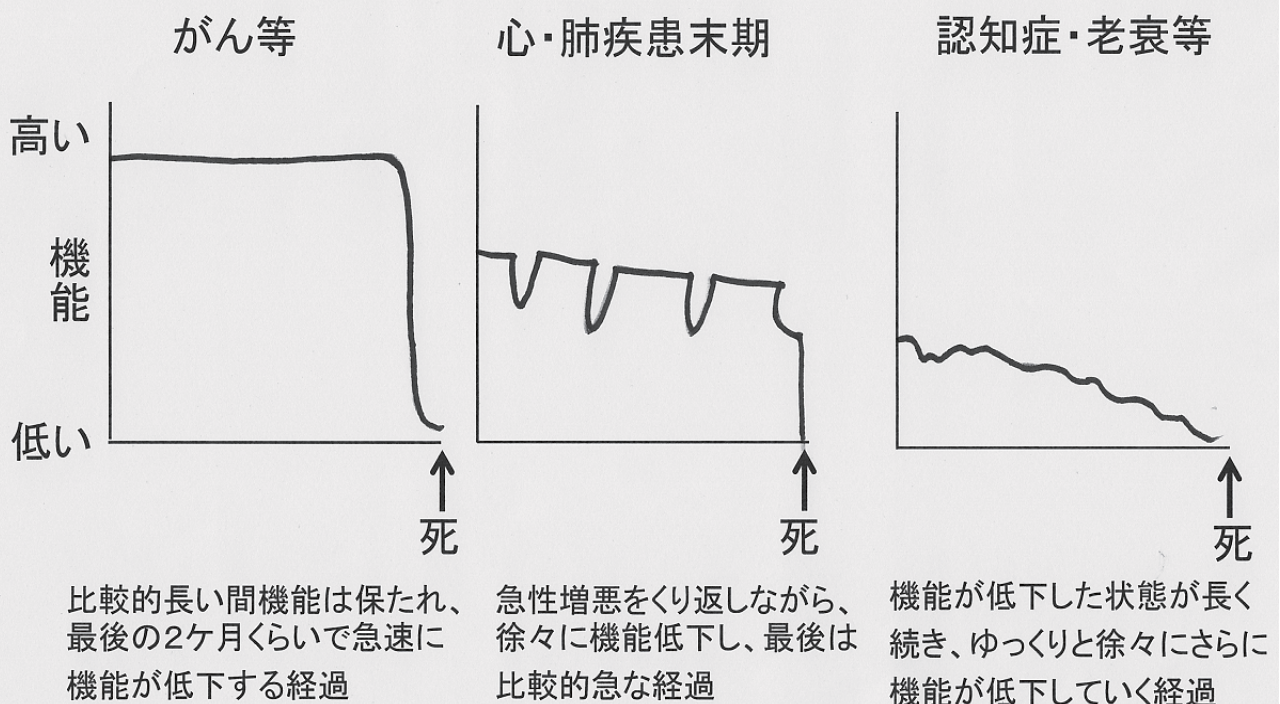
長野県2000年度・1位19.8% ~2011年度・11位13.6%(44位)

ケアサイクル

高齢者に必要な循環ケア

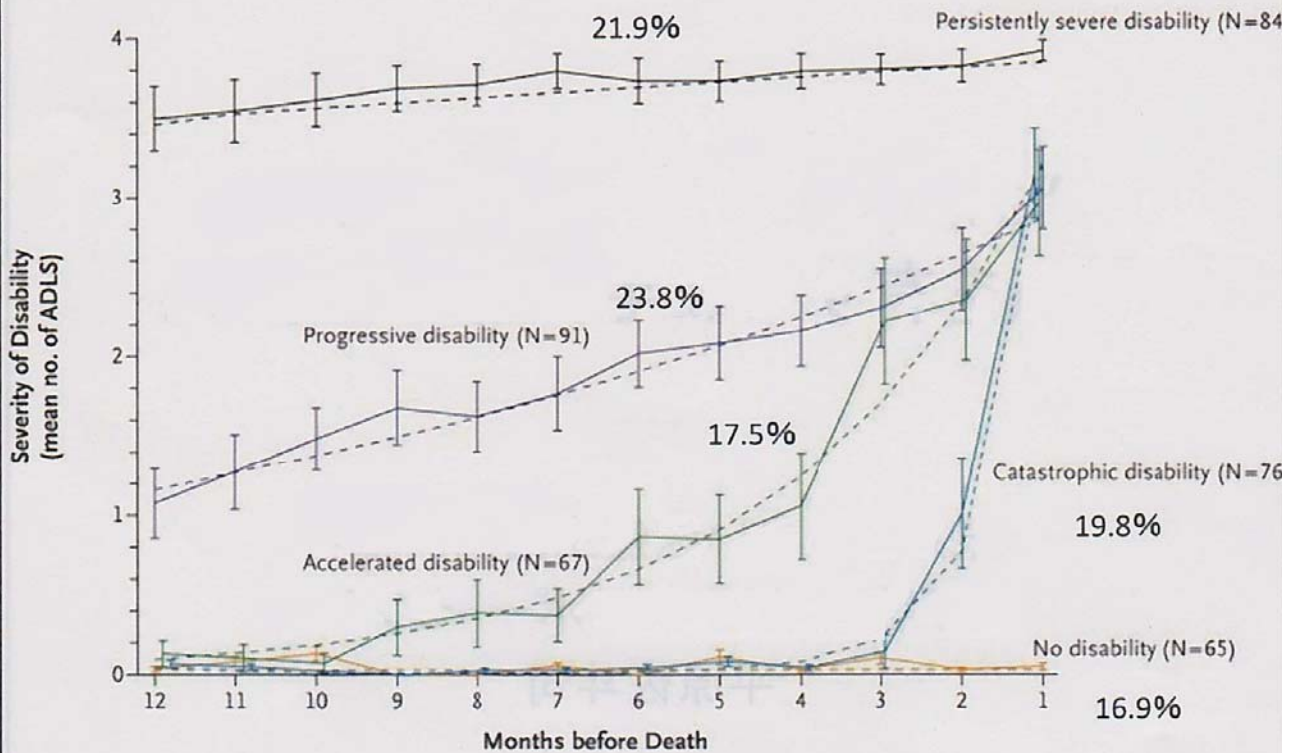


終末期の軌道



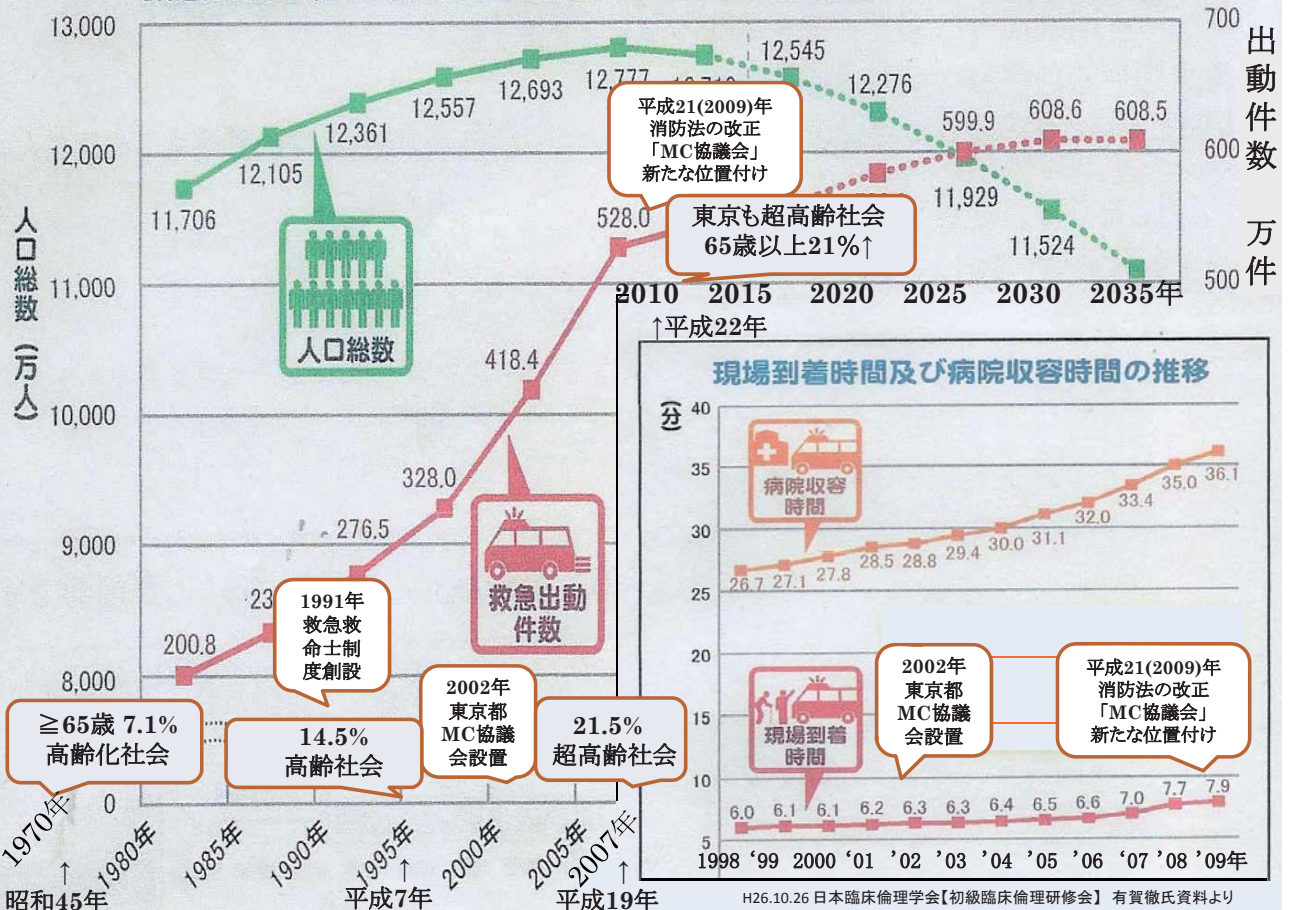
Lynn J. Serving patients who may die soon and their families. JAMA 285 7,2001

高齢者の最期の一年間の軌道



Thomas M. G., N Engl J Med 362:1173-1180 April 1, 2010

救急出動件数と総人口の動向 (2010年までは実績値、2015年以降は推計値)



「看取り」

- ・ 家族(本人が大切に思う人)の主体的な看取りを支える
- ・ 看取りに至るプロセスに寄り添う家族を支援する
- ・ 生活の延長線上にある自然死の尊重

Nitta Clinic

どこで、どのように最期を迎えるのか
元気なうちから介護や看取りについて話し合っておこう

「自分で身の回りのことができなくなったらどうするか、考えている？」

「もしもの場合に診てほしい先生はいる？
延命治療をしてほしい？」

「いっしょにいてほしいと思う人はいる？」



『安心して自宅で死ぬための5つの準備』

- 1.死ぬということについて心づもりをしておく
- 2.加齢によって身体に何が起きるかを知っておく
- 3.「病院信仰」を捨てかかりつけ医に在宅医療を頼む
- 4.医療と介護の公的サービスの現状を知って使いこなす
- 5.「最後の2週間を幸せに生きる」と心に決める

プロフィール

新田 國夫（にった くにお）

- 1967 早稲田大学第一商学部卒業
- 1979 帝京大学医学部卒業
- 帝京大学病院第一外科・救急救命センターなどを経て
- 1990 東京都国立市に新田クリニック開設 在宅医療を開始
- 1992 医療法人社団つくし会設立 理事長に就任し現在に至る

資格・公職等

- 医学博士、日本外科学会外科専門医、日本消化器病学会専門医、
- 日本医師会認定産業医
- 全国在宅療養支援診療所連絡会会長、日本臨床倫理学会理事長、福祉フォーラム・東北会長、福祉フォーラム・ジャパン副会長、日本在宅ケアアライアンス議長
- 医道審議会保健師助産師看護師分科会看護師特定行為・研修部会委員
- 厚生労働省老人保健健康推進事業地域包括ケア研究会委員、東京都在宅療養推進会議会長