

日本の医療・介護 当面する課題にどう対応するか

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・目白台

山口 繁



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



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・老年精神医学会専門医・指導医
日本メンズヘルス医学会テストステロン治療認定医 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



自己紹介

◆開業医・医療法人社団創福会理事長

3つの診療所：ふくろうクリニックと訪問看護ステーションを経営

常勤医師7名 職員129名 東京都世田谷区・文京区

◆日本老年医学会老年科専門医・指導医・代議員

外来と訪問診療の二刀流

高齢者の包括的診療、認知症・精神医療が専門

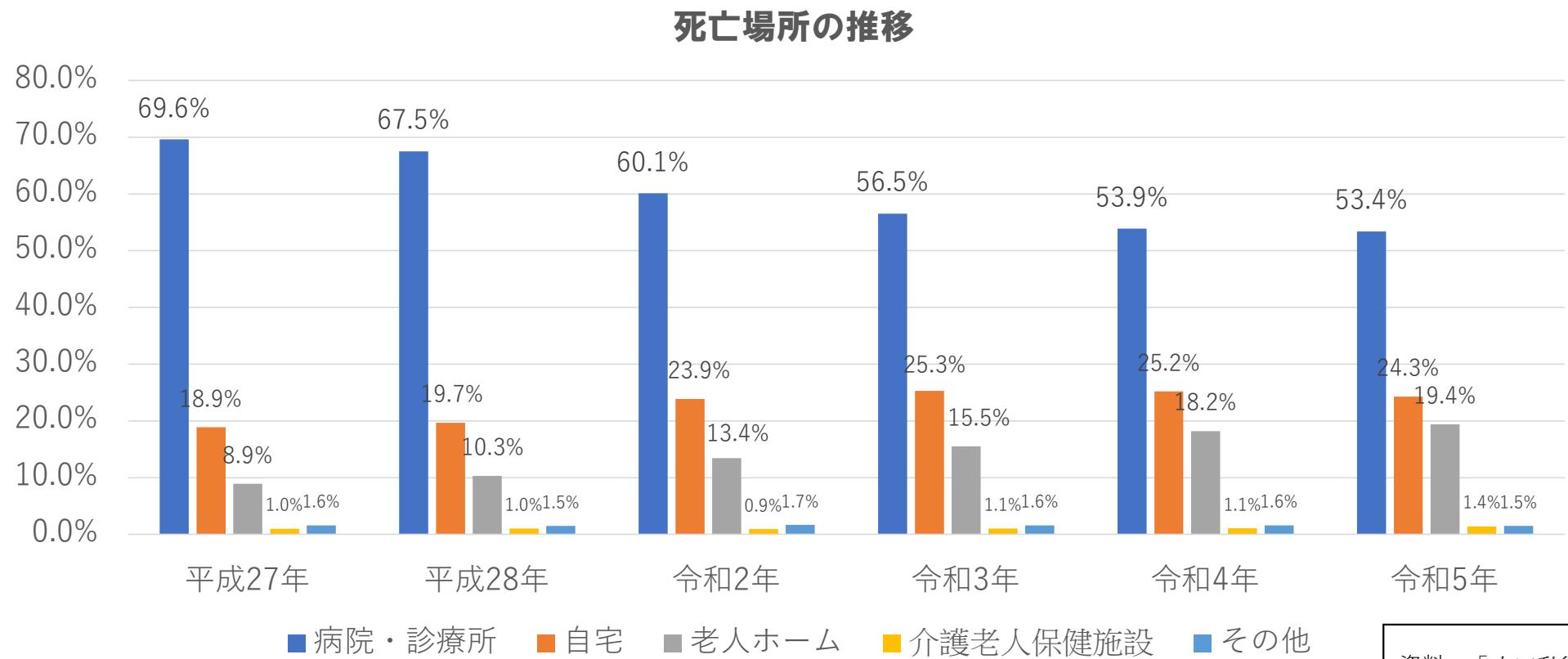
◆プリマリ・ケアで言うところの「地域志向のアプローチ」に取り組む

暮らしの保健室を運営（尾山台商店街・東京都市大との協働）

玉川医師会理事 世田谷区医療介護連携・認知症関連委員会の委員



現状：世田谷区民の死亡場所の推移



資料：「人口動態調査」
(厚生労働省)



現状：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。



課題 1：高齢者の増加

1. 外来患者の変化

加齢に伴いさまざまな臓器の疾病・機能障害に対する治療・ケアが必要になる。その結果、高齢者は複数の医療機関への通院が必要に。

＜対策＞ **老年科医**、老年医学に精通したかかりつけ医の養成

2. 入院患者の変化

入院患者の多くは高齢者、認知症の方であり、老年病の急性疾患（誤嚥性肺炎、尿路感染症、骨折、心不全）で入院する。

＜対策＞ **老年科医**、老年看護学に精通した看護師の養成



課題2：人手不足

1. 救急病院

医学の進歩は医師の専門分化を進めた。救急病院でも、各病院にすべての専門医が休日夜間に当直している状態を作るのは困難。トリアージというが、トリアージすら困難であれば、救急受け入れを断るしかない。

＜対策＞病院の**集約化**、救急科医の養成

2. 介護施設・在宅介護・訪問看護ステーション

小規模事業所では、夜勤の負担が重いのと職員病欠時の対応が困難。

＜対策＞介護施設の**集約化**、在宅介護事業所の集約化



新型コロナ自宅療養者医療

2020年～COVID19感染症の蔓延…当院の役割が問われました。

第4波 通院困難者の抗原・PCR検査、ワクチン接種

第5波 **自宅療養者往診→在宅酸素療法導入**



第6波 家族・施設クラスター対応→ラゲブリオ処方

第7波 発熱外来・オンライン診療

玉川医師会在宅医療担当理事として対応。



かかりつけ医機能とは？

新型コロナ対応の経験をもとに本格的な議論に・・・

- ① 外来医療：日常的によくある疾患への幅広い対応
- ② 在宅医療
- ③ 休日・夜間の対応 → 診療所も集約化が必要か？
- ④ 入院先の医療機関との連携、退院時の受入
- ⑤ 介護サービス等との連携等



医療法人社団 創福会 Fukuro Clinic MEJIRODAI

ふくろうクリニック目白台

理想的なかかりつけ医機能をもつ診療所を目指す
地域住民のすべての医療ニーズに応える：外来・在宅・予防
2026年4月開設

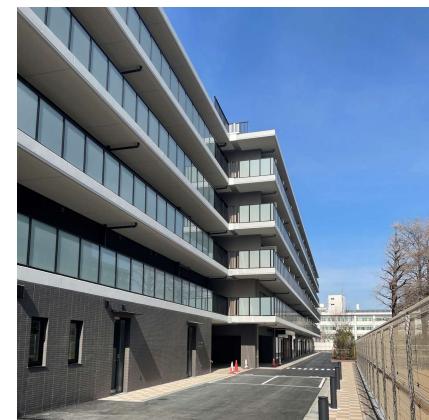
◆外来医療： 小児科・内科・老年科／病院との連携

循環器・消化器・呼吸器・乳腺・婦人・整形

◆在宅医療： 24時間365日対応／介護・福祉との連携

◆予防医療： 乳幼児健診・特定健診・後期高齢者健診

がん検診：肺・大腸・胃・乳腺・子宮 予防接種

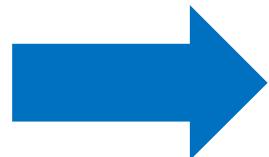




課題3：施設入居者あるある

- ◆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つたのかもしれません。
- ◆日本人は、家族に迷惑をかけたくないと考えがちなので、認知症になつ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？





認知症 なぜ施設入所に？

1. 患者に介護破綻と思われる事件が起きた。

- ◆認知症の進行 = 生活機能障害の介護の視点が不足
- ◆行動心理症状 = 物盗られ妄想・徘徊で家族・近隣と軋轢
- ◆転倒など移動能力に関連 = 生涯スポーツの視点が不足
- ◆病気かかり入院 = 在宅入院の視点が不足

2. 介護者側の都合で自宅介護困難と判断した。

- ◆介護する時間がとれない、環境が悪い
- ◆介護者の心構え、メンタル障害



克服のための3つのアプローチ

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

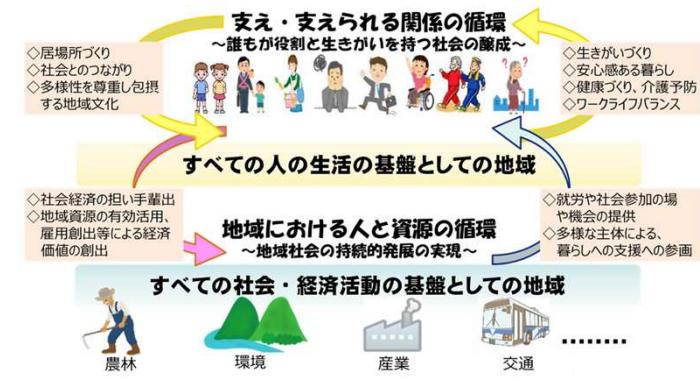


認知症観を変える

- ◆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。

地域共生社会のポイント

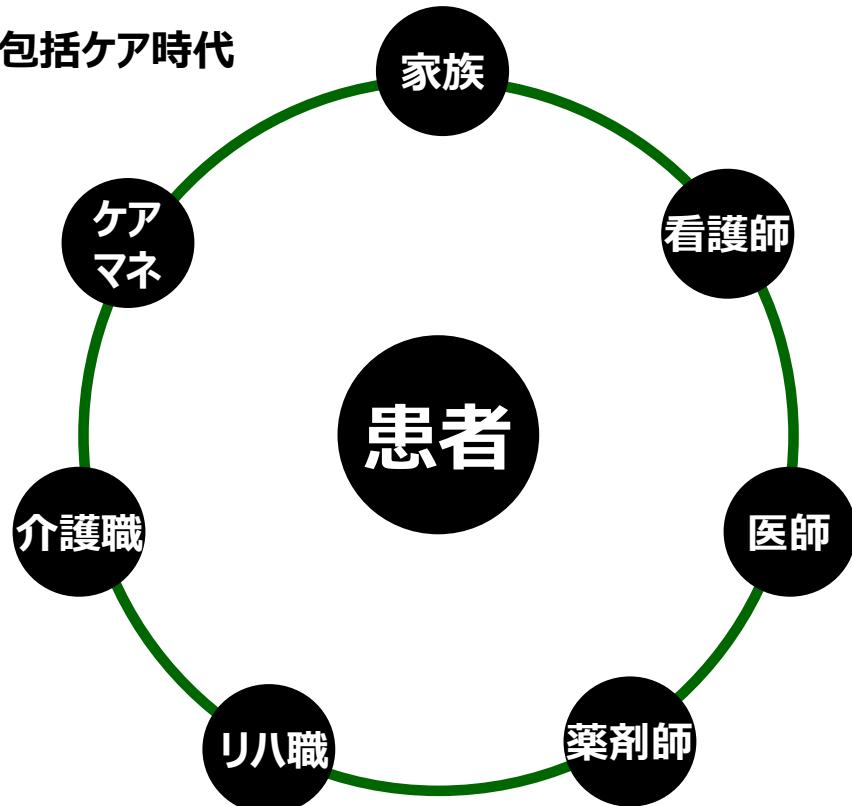
- ◆制度・分野ごとの『縦割り』を超える。
- ◆「支え手」「受け手」という関係を超える。
- ◆地域住民や地域の多様な主体が参画する。
- ◆人と人、人と資源が世代や分野を超えてつながる。
- ◆住民一人ひとりの暮らしと生きがいをともに創る。
- ◆地域をともに創る。





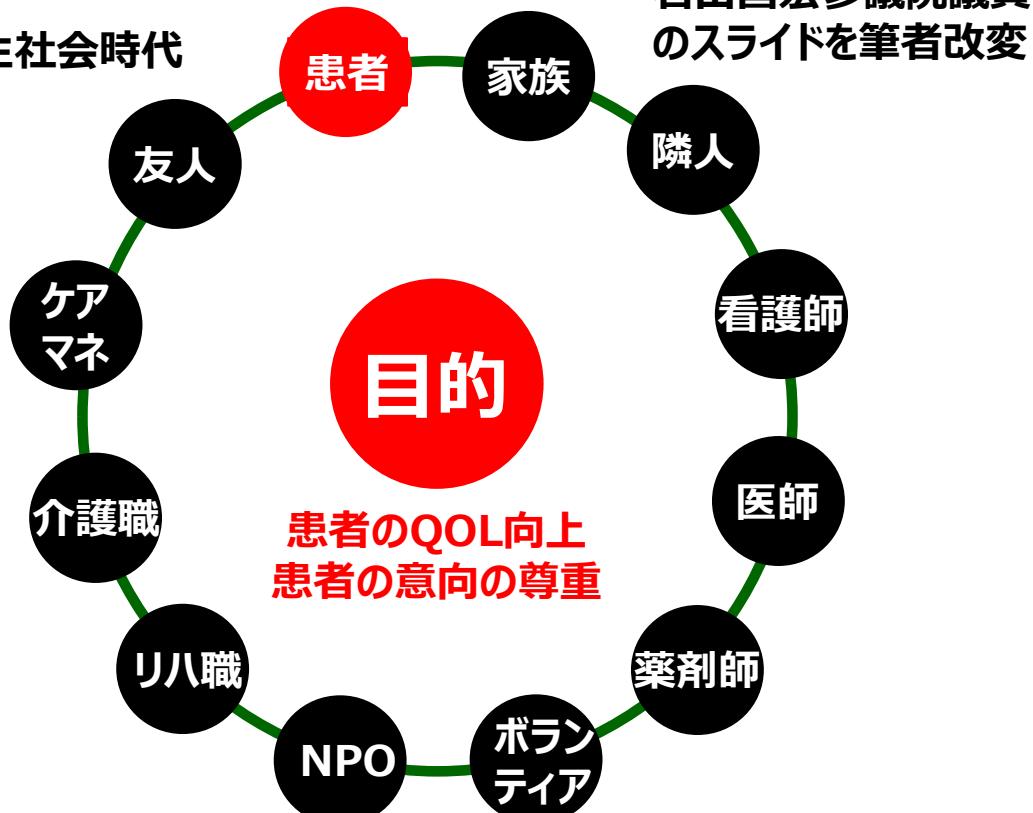
「支え手」「受け手」という関係を超えるとは 患者中心の考え方を変える

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



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。



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」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るような地域づくりが必要ではないでしょうか。**