

平成 24 年度 「コミュニティで創る新しい高齢社会のデザイン」研究開発領域
第 2 回領域シンポジウム パネルディスカッション 1

高齢社会の CARE と CURE
— 高齢者における医療・認知症を考える —

司会進行：南 砂
(領域アドバイザー／読売新聞東京本社 編集局次長 兼 医療情報部長)

パネリスト：永田久美子 (領域アドバイザー／認知症介護研究・研修東京センター
研究部副部長・ケアマネジメント推進室長)

太田秀樹 (医療法人アスミス 理事長)

辻 哲夫 (東京大学 高齢社会総合研究機構 特任教授)

清水哲郎 (東京大学大学院 人文社会系研究科 特任教授)

成本 迅 (京都府立医科大学大学院 医学研究科 精神機能病態学 講師)

島田裕之 (国立長寿医療研究センター 老年学・社会科学センター
自立支援開発研究部 自立支援システム開発室 室長)

※発言者の敬称略

■ディスカッションの概要

(司会進行)

このテーマであれば皆様色々な場面でお話をお聞きになっていることと思うので、本日は領域のプロジェクトを担っていらっしゃる先生方ならではのお話、および領域アドバイザーの永田先生のお話に集約して、一般論ではなく各々の立場からのお話とさせていただきたい。最初はまず問題を整理する。テーマの 1 つである地域でのケア (CARE)、例えば在宅医療や認知症、虚弱化を予防するための取り組みについて、各プロジェクトにおける実際の活動や計画などを反映しながらお話をいただきたい。まずは辻先生、いかがでしょうか。

(辻)

プロジェクト自体は就労なので接点は少ないかもしれないが、印象的な話がある。対象の 1 つである特別養護老人ホームで、6 人で空いた敷地を耕して畑を作った。6 人でワークシェアリングをしているが、1 人軽度の認知症の方が居て、それぞれが非常に慮って行動されていた。非常に感銘を受けたわけであるが、かつて役人として介護福祉士の仕組みを作った 20 数年前には、認知症者へのケアについては全く分からなかった。それが明確になってきて、一言で言えば「その人がその人らしい」生活を地域の中でできれば、それがベストケアなのである。認知症が本当に普通に受け入れられる社会を創っていく重要性を、常々現場で感じている所である。

(太田)

私は町医者立場で、1992 年から在宅医療に力を入れてきた。当時、在宅医療を行う医者は非常に少なかったが、政府の政策によって最近増えてきた。当時から訪問看護も含め、多職種で地域を支えるということを行ってきた。医学部では治療が主で、ケアについてはあまり学ばない。そうになると、超高齢社会で生じる、加齢による健康課題の解決についてあまり学んでないということになる。そのような状況の中で、地域の中で問題を解決していくために在宅医療という 1 つの答えにたどり着いた。今思い返してみると、リハビリテーション医学の中に現代の在宅医療に

通じるような基本理念・思想を教えてもらったような気がしている。認知症者は増えているが、甲状腺ホルモン異常などに由来するものであれば治せるものもある。しかし、アルツハイマー型認知症は死に至る病と考えても良い。最終的には食べられなくなってしまうので。疾病と捉えるべきか、そこは色々と異論もあると思うが、治療が難しい場合はある種の障害と捉える。現在は 5 万人くらいの認知症の方が精神病院で治療されている。どちらかというと、本人というよりは家族のためである。これは日本特有の現象であって、地域でケアできるようなシステムが早期に確立することを願っている。認知症による徘徊についても、それが散歩となるように地域が支えていければよい。認知症については、医学はそんなに大きな力は持っていないのではないかと個人的には思っている。

（島田）

現在は研究所に勤務しているが、以前は高齢者の保健施設で働いていた。その時には要介護度の高い方がたくさんいらっしゃった。インフルエンザが流行った際、高齢者の方々の多くが転倒され、骨折されて寝たきりになった。また、入所されている方々の 8、9 割の方が認知症を持っていらっしゃった。そのような方々を対象としてリハビリテーションを行ってきたが、一度機能が落ちてしまった方ではなかなか改善が難しい。できるならばそのような状況に陥ることなく、元気で地域で長く暮らせるようなシステムが必要であると感じ、研究を続けている。運動で認知症が予防できるということは、かつては全然関連のない話のように感じられたが、最近では色々な研究が進み、運動により脳の栄養素が多く放出されることが分かった。それ以外にも、様々な活動を通じたアクティブなライフスタイルが肯定的な効果を持つことも分かってきたので、それを広く様々な高齢者の方々に行っていただきたいという思いがある。

（南）

有難うございました。辻先生からは就労、太田先生からは在宅医療、島田先生からは認知症の予防という立場からそれぞれお話しいただいた。今度はもう 1 つのテーマである、認知症・虚弱になってしまってもコミュニティで安心して暮らせるためには、という側面からもう 3 方のお話を伺いたい。

（清水）

認知症になっても最後まで安心して暮らせるために、それを阻害する要因、特に住民意識や価値観を取り除くことに焦点を当てて研究開発を進めている。論点は 3 つある。1 つは、ご本人や家族がどう生きていくかを決めていくという、意思決定を支援するという。このことを巡って、日本老年医学会で昨年 6 月に、人工的な水分栄養補給に関わる意思決定プロセスのガイドラインが出されている。そのプロセスの中で、ご本人の意思決定ができる時とできない時に分けているが、厚労省が 2007 年に出している終末期の医療の意思決定プロセスに関するガイドラインの中でこのような分類がなされている。その中で、意思確認ができる時はご本人と話し合い、できない時は家族と話し合い、本人の最善について決定していくということになっている。私もこれを進めて、意思確認ができる時は本人を中心に話し合う、家族にも参加していただく形としている。どう生きるか、どう治療するかはご本人だけが決める問題ではなく、少なくとも一緒に暮らしている家族の問題でもあるためである。それから、医療者も本人が決定したためそれを行うというのではなくて、医療・介護側もこれが本人にとって良いと納得しながら行う必要がある。そのためには合意が必要なので、ご本人が意思確認をできる場合であれば、家族の方

も入って皆で検討していく。意思確認が難しい場合でも、家族と相談しながら進めていくわけであるが、「ご本人の残った力に応じてご本人とも話し合い、その気持ちを大事にする」と付け加えた。意識混濁・昏睡という状態だとご本人と話し合うこと自体困難であるが、認知症がある程度進んだ方でも残った力はある。それを無視して、認知症だと責任のある決定ができないのでご家族が代理で判断する、という考え方ではないということを打ち出している。例えば、ご本人が元気だった時の人生観やご意向を踏まえて、何が最適かということ家族や場合によっては後見人の方にも参加していただいて皆で話し合うわけであるが、ご本人もその場にいる、若しくは分かるような形でお伝えして、能力の限りでお答えいただく。私は妻の母の介護に 3 年くらい関わっていたが、大腸がんの疑いがあった際に、末期と診断されれば介護保険から医療保険に適用が変わり、介護しやすくなるという状況になった。血液検査のための採血を母に話すと、「痛いのはいやだ」と話した。その時、若い頃は我慢できていたことができなくなっていると感じたと同時に、血液検査をすることは「痛い」と分かっているのだとも思った。高齢者のその時、その時の力を大事にするという面にも着眼しなければならない。あと、住民意識という点で、医療というものが最後まで必要だということ、本人の状態が悪くなるほどなにかやってもらうことがある、というのは市民が思い込んでしまっていることである。認知症ということ言えば、私の母が昼夜逆転の生活をしていた際、家族はととてもつらかった。その時主治医の先生が、これは本人がつらいのか、家族がつらいのかとおっしゃった。本人がつらいのであれば何らかの医学的介入も必要であろうが、家族がつらいのであれば、本人が夜中に動き回っても家族はやっていただけるような体制を整えるという、そちらが重要なのではないかと。本当に医学的介入が必要なのか、何らかの社会的な手当でやっていく問題なのか、ということを考える参考である。最後に、なるべく健康寿命を長く、その後の期間を短くするという、いわゆるピンピンコロリが良いだろうが、たとえそうでなくてもいいのではないかと。そのような意識、あるいは社会になっていく必要がある。寝たきりになったり、認知症が進んでケアの必要が長くなった方が標準ではないような扱いをされているのではないかと。長くなったが概ねそのように考えている。

（成本）

大学病院に勤務している医師の立場から、少し認知症医療についてお話しさせていただく。メディアによる報道でよくご存知かと思うが、地方における医師不足の問題がある。我々のプロジェクトの対象は京都府の丹後地域という北部日本海側に位置する地域で、典型的に医療資源が不足している地域である。市内から電車で 2 時間 30 分くらいかかる所のため、医師はもちろんのこと、福祉関係者も、研修等がなかなか受けにくい環境である。そこで暮らす認知症の方を支えようと思うと、まずはその認知症の方々を支えている医療関係者を支えることが第一であると思う。そのため、3 年ほど前からテレビ会議を使って、医療関係者を対象に認知症に関する講義を行っている。その中で認知症に対する理解が深まって、普段のケアがやりやすくなったり、あるいは何か迷った時には私に相談いただく関係になり、少しはお役に立てているのではと感じている。かかりつけの先生方も、消化器や循環器がご専門であるので、安心して認知症の治療に取り組むためには時々専門医の話が聞けるという環境もある。しかし、地方にはなかなか医者が赴任したがないということに加え、大学病院の現状としても、入局してくれる若手の先生が少なくなっている。不足している所から不足している所へ医師を派遣するという厳しい状況である。今回のプロジェクトでは、医療・福祉関係者のみならずコミュニティ、一般の高齢者の方まで拡げてい

きたいと考えている。1 つ念頭に置いているのは、カナダにおける研究であるが、外科医が心臓手術を少し認知症の進んでいる高齢者に進めた際に、ご家族も看護師やソーシャルワーカーとともに心臓手術のメリット・デメリットを 3 回かけてじっくりと説明を受けたという研究がある。外科医は心臓血管の手術が必要だと思って進めているわけであるが、丁寧な説明の結果、7 割の方が手術実施を止めたという結果が報告されている。元気な時から医療に対する知識や、どのように医療を受けたいのかという意識が広まっていけば、ひょっとしたら医療の必要性をかなり減らすことができるのかもしれない。もしそれが実現されれば、地方における医療資源の不足も解消することができるかもしれない。医療同意というテーマではあるが、医療福祉資源の不足という側面にもアプローチしていけるのではないかと考えている。トータルとしてイメージするのは、兵庫県丹波町の例である。ここでは、小児科の先生が過労で倒れて辞めていくという状況を解決するために、母親たちが自身で勉強会を立ち上げ、コンビニ受診のようなことは止めようという取り組みが展開され、先生の方も少し余裕が出てきている。その高齢者版というか、元気な時、あるいは少し認知症が出てきたとしても十分に自分の受けたい医療についてイメージを膨らませておくことで、医療へのかかりやすさ、また提供しやすさというものが修正されるのではないかと考えている。最終的にはそのようなイメージを持っている。

(南)

有難うございました。それでは認知症介護の専門家として永田先生よりお話をお伺いしたい。

(永田)

色々な論点があると思うが、やはり大事なことは部分ではなくて、人が生きていくということは時間の経過とともに暮らしも求めることも変わり、どんな医療・ケア・支援があっても最後は人生を生き切っていくという、その長い一連のコマを様々な人たちが支えていくことであろう。今まで、高齢者の方も認知症の方も、当事者の目線に立ったデザインというより、提供側の論点に立った医療・ケア・支援、あるいは福祉機器の提供というものが行われてきたように思う。当事者の生きるプロセスに沿った形で提供される必要がある。認知症の早期予防から終末期に至るまでお話があったが、それはすべて、私たち 1 人 1 人が生きていく過程の中でどの段階においても大切であるが、それぞれが分断された形で検討されてきたために、あちこちで断線が起きたり、無駄なものが生まれたりしたように思う。それを解消していかなければならない。認知症の方はこれから量的にも増えていくわけで、より当事者の生きるプロセスに沿ったシステムを創っていくことが必要である。その 1 つの方法論として、地域をベースにすることが挙げられる。コミュニティを舞台にすることで、点でバラバラになっていたこれまでの仕組みがつながり、プロセスを創りやすくなる。「コミュニティで創る新しい高齢社会のデザイン」という本領域の取り組みは非常に重要なテーマであると思う。現在行われている取り組みを、いかに統合するかという所が非常に重要な点である。それぞれ先進的に研究・開発されたものが、地域の中で当事者の視点に立ち、いかに統合したものを創出できるかが非常に大きなポイントである。また、当事者から見て、それが価値のあるものなのか。今は理想像に見えるかもしれないが、将来高齢になり、認知症になっても自分がどう生き切りたいのかということを明確に描くということ、それに向かって進んでいくということである。辻先生がとてもシンプルに仰っているが、認知症でもその人らしくコミュニティの中で自然に過ごしていけるように支えるという、このような観点が必要であると感じている。

（南）

有難うございました。永田先生が、いかにしてコミュニティの中で認知症・虚弱化を予防し、またそうなったとしても安心して暮らせるコミュニティを創るか、ということについてまとめて下さいました。ここからは、特に予防・共生に捉われず、高齢者医療・認知症における今後の課題について幅広く議論を行っていただければと思う。コミュニティで認知症・虚弱を支えていくには様々な立場からの関わりが必要となるため、それぞれの立場の役割等について、考えを伺いたい。

（辻）

私は、在宅医療を含む地域包括ケアモデルの構築も行っている。皆、非常に長生きになって、大部分の人が老いて亡くなるということとなった。老いるということは治せないの、医療ではなく「生活を続ける」という観点が必要である。地域で生活し続ける社会を創る、ということが答えて、医療においても治療のために病院に行くのであるが、最終的には生活を支えるための医療に来てほしい。生活を支えるためのシステムに全面転換していく必要がある。そのためには、医師・看護師をはじめとした多職種連携、それぞれの職種を地域でネットワーク化していかなければならない。そうしなければ、地域の中で認知症の方を支えていくことも難しくなってしまう。これは全く新しい試みで、地道な地域でのネットワークづくりが必要となるが、これが実現されなければ成り立たない。もう 1 点、簡単にいうと住民啓発である。住民の方々が理解しない限りネットワークは動かない。老いて亡くなるというこの社会を迎えて、老い方というものを我々が学ぶということ、また認知症であっても、地域でその人がその人らしく最後まで暮らすということが間違いなく最善の策なのである。それを受け入れる術を我々は学ばなければならない。これまでのように治療技術が発展し、それを受ければ治るということでは全くなくて、全面的な社会システムの転換が必要である。

（太田）

コミュニティが舞台となるというのはまさしくその通りであって、地域包括ケアシステムの構築が基礎自治体のミッションとなっている。これは医療・介護・生活支援・介護予防・住まいという 5 つの構成要素から成り立っており、その構築には行政側が相当しかりとしていなければならない。では、地域包括ケアシステムを進めるのは誰の仕事か。例えばチーム医療を例にとると、オーケストラのプレイヤーたちがチームを作って音楽を美しく奏でる、というようなレベルの話では地域包括ケアシステムは見えてこない。ここにはコンポーザー（行政）が関わっている。行政とプレイヤーとの関係は非常に重要で、行政はプレイヤーのためではなくオーディエンス（住民）のためにスコアを書いている。そうすると、住民と行政、プレイヤーが価値観を共有しなければならない。そのコンダクターが誰かということはまた難しい問題であるけれども、各地域の必要に応じたふさわしい人がなればよい。マルチステークホルダを誰かが束ねて組織していくことが大変重要である。オーケストラのみがチームではなく、コンポーザー、オーケストラ、そしてオーディエンスがチームとなることで、初めて地域包括ケアシステムが成立するものと考えている。

（島田）

施設にいらっしゃる認知症の方が口をそろえて言うのは、「家に帰りたい」ということ。地域若しくは家でいつまでも過ごすということは、万人にとって共通の願いである。では、家で暮らす

ためにはどのような条件が必要なのか。人は日常生活の中で様々な機能・役割を果たしながら過ごしている。それらの機能の中で最初に衰えてくるのが、社会的役割の喪失である。この役割喪失が進んでいくと、身体はもちろん脳の活動量も低下していく。そうすると段々と心身機能が衰えていき、バスや電車を使ってどこかに外出する、金銭管理を自分で行なうといった手段的な日常生活活動が不自由になっていく。このような活動ができなくなってくると、一人暮らしが困難な状況に陥ってしまう。そのため、高齢期においていつまでも自身のご家庭で過ごすためには、1 つは社会的役割をいかに持ち続けるかということである。辻先生が取り組まれている就労モデルが非常に重要なキーポイントになるのではと思っている。そして、もう少し年を重ねて機能が低下した際には、いかに外に出て様々な物を用いた活動を行うか。このような側面から色々な認識を住民の方々に理解していただいて、活動的なライフスタイルを身につけていただく。このような観点が重要だと思う。

（清水）

論点を 1 つだけ挙げると、私たちはプライバシーを知ってしまったということ。プライバシーという概念を知ってしまった私たちがケアを受ける、ということの問題である。以前は、大家族であれば大家族、あるいは相手の家の台所の中まで知っているような近隣のコミュニティ、その中で互助的な機能が成立していた。それが崩壊した今、核家族で介護に対応しきれない部分を介護保険で何とか支えていこうという状況になっている。ところが、今度は介護保険を受ける側が在宅でやっていく時に、例えばヘルパーさんが入ってくることへの抵抗があり、これは、自分の家の中を赤の他人に覗かれないというプライバシーの問題である。このような部分は、在宅で最期までという話の時に生じてくる問題だと思う。私の知っている限りでは、ヘルパーさんが家を見て「綺麗にしていますね」と家族の方に言ったことが、家の中をのぞいて評価していることになってしまう。そうした問題が常に存在するのではと思う。

（成本）

1 点のみ、地域ごとの差異について触れたいと思う。私が診ている認知症の方でも、月に何名かは徘徊して迷子になることがあるが、その時に生じることが地域によって全く異なっている。例えば、ある地域では徘徊しても知り合いの方が国道で歩いている人を見つけて連れて帰ってくれたりする。しかし別の地域では、電車に乗ってより遠くへ行ってしまうたり、地域を歩いても誰も声をかけない等、徘徊ひとつをとっても起きることはかなり異なっている。やはり各地域に適した方法を考えなければならないが、例えば小さい地域の自治体であればそれだけ力が無くなってきてしまうため、その辺りをどうすればよいかという点が今の私の問題意識である。

（太田）

やはり都会と地方都市では相違がある。高齢化の問題は都市部でより深刻化していることがしばしば指摘される。地方都市では、例えば三世帯が同居していて、土地とのつながりも非常に強い。そのためプライバシーもあまりなく、近隣の方が緊急の電話をしてくるような場合もある。清水先生がご指摘の問題は、都会の課題なのかなという感じもある。そのような観点でいくと在宅医療は地方都市の方がやりやすいという印象もあるが、基礎自治体の規模と年間の予算の関係もある。小さな地域になるほど予算も小さいが、反対にその絆も深い。たとえシステムとして動かなくても、限界集落等では 1 人の保健師さんが非常に努力することで在宅医療が上手くいくような例もある。予算が無いと在宅医療は不可能ということではなく、小さい規模の所にはその分

知恵もある。

（辻）

プライバシーの問題は非常に深刻である。これからの高齢者世帯は一人暮らしないしは夫婦世帯が主となり、若い家族との同居というのは非常に少なくなる。これは基本課題で、例えば入口を別にした居室を構えたり、セカンドハウスに住み分けるなどの方法も考えられる。こうした問題をしっかりと考えていかなければ、むしろ若い家族との同居の方が **all or nothing** で家族も倒れてしまう。この問題は我々のライフスタイルから考え直す必要があるのではないかと感じている。それから行政について、結論から言えば市町村、基礎自治体に力がなければ住民は非常に不幸である。社会システムというものがなければ我々は前に進めない時代になった。かつては感染症などで亡くなっていた方も多く、介護や認知症の問題はあまりなかった。最近になって急激に顕在化してきた問題であるため、社会システムがこれに対応しない限り解決が無理である。それは市町村がコーディネートすべきであろう。

（永田）

あくまでも、この領域のテーマである「コミュニティ」にこだわってまとめさせていただく。先ほど辻先生が行政の役割の重要性について述べて下さったが、行政の人もコミュニティの構成員なのである。誰かがやれば良いというわけではなく、マルチステークホルダの大事な一員であるし、やはり大切なのは話し合いであると思う。どんなに社会システムやツールが発展しようと、合意が形成されない限りそれは実行されない。また誰かが描いた価値ではなく、コミュニティで暮らす方々が「これが必要だ」と思う共通の価値が生まれられない限り、いい仕組みや方法がこの領域で開発されても、実装として広がっていかないと思う。その中で、どれだけ対話ができるか、非常にシンプルなことではあるが、対話のできる範囲がコミュニティである。人と人とが出会って会話をし、その積み上げの中で合意と実行、またそれを行いながら、本当に必要なものに合った、話し合いながらの作り変えの作業が必要となる。高齢社会のデザインだけでなく、そのデザインを実行に移すためのゴールのない普及運動を続けなければならぬ。舞台としてのコミュニティの意味や価値といったものを丁寧に考えながらの研究やアクションが必要であると思う。

（以上）