

# シンポジウム○単身・重度在宅高齢者を 地域でどう支えるか



## 町医者の思い

### — 1人暮らし、孤独死、地域活動、そして社会貢献へ

どうたれ内科診療所院長／  
千葉大学医学部臨床教授  
堂垂伸治さん

#### 本日の講演内容

- I. 当院の紹介
- II. 突然死&孤独死  
(当院及び松戸市のデータから)
- III. 地域での対処困難事例  
(常盤平高齢者支援連絡会の活動から)
- IV. 認知症に対して  
(松戸市認知症研究会の活動から)
- V. 地域での活動—社会貢献の紹介  
(准後見人制度・一人暮らしあんしん電話)



をいたします。

松戸市の人口は約50万人で、約1万人が介護保険を利用しています。高齢者率は20%です。全国平均は23%程なので、これから高齢化が進む地域です。介

こんにちは。今日は上図のようなお話



参考: 松戸市の小学生1学年 約4500人

松戸市常住人口  
2011年6月1日現在

人口 484,893 人  
世帯数 210,692 世帯

2009年

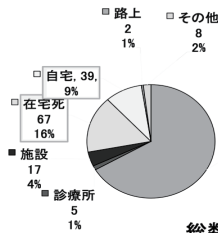
65歳以上	97582人
65歳以上高齢化率	20.4%
介護保険認定総数	13392人
介護保険利用状況	11051人
介護保険支出	199.6億円
生活保護世帯数	4604世帯 (6763人)
生活保護支給額	115億円

介護保険支出は約 200 億円です。生活保護受給者は約 7000 人近く、支給額は 115 億円です。

なり、その内、突然死が 43 人、在宅死が 70 人です。

当院管理患者さんの死亡場所(2)

99.1.5~11.4.30



病院死	67%
診療所	1%
施設	4%
在宅死	16%
自宅	9%
その他	3%

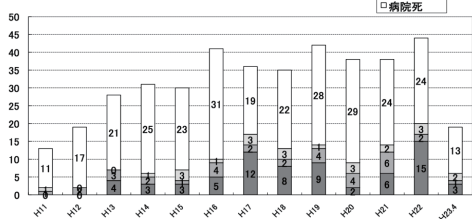
総数: 414人

参考: 病院死: 81.12%, 在宅死: 12.67% (08年)  
東田銀行 <http://www.ipss.go.jp/eiyouthika/bunkens/data/pdf/19409603.pdf>

当院管理患者さんの死亡場所(1)

99.1.5~11.4.30

総数: 414人 (うち、がん患者: 124人 突然死: 43人)  
在宅死: 70名



これは当院が開院した 99 年から今年 4 月までの死亡者数です。414 人が亡く

総数 414 人の内、病院死が 67%、突然死も含まれますが在宅死は 25%です。全国平均は 13%とされていますので、在宅の看取りについては平均以上に成果をあげているつもりです。

私は松戸市医師会の在宅ケア委員会の委員長をしていました。その機会に、松戸市の在宅医療の現状についてアンケート調査を始めました。下のグラフはその結果です。2010 年度では 430 人程が在宅で亡くなっています。非がん死の方が

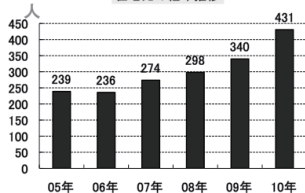
松戸市の在宅医療の現状

松戸市医師会在宅ケア委員会

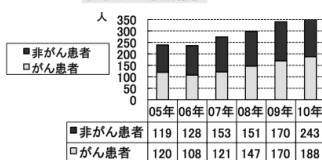
松戸市死亡数

09年: 3408人  
(この10年で千人増加)

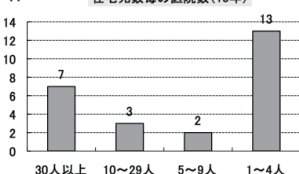
在宅死の経年推移



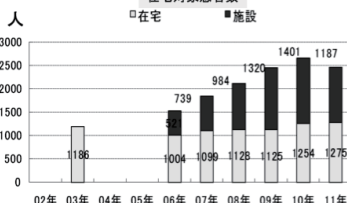
在宅死の内訳別推移



在宅死数毎の医院数(10年)



在宅対象患者数



少しずつ増えています。年間 30 人以上  
在宅で看取っている診療所が 7 つです。  
全体として在宅医療で 1300 人程診てい  
る状況です。明らかに病院の入院機能を  
カバーする能力を持っているといえま  
す。

答をしています。おそらく今後も減る事  
はないでしょう。現代では家族構造が変  
わってきて、NPO や民間企業が、その役  
割を担わなければならなくなってきたと  
いえます。

### <突然死と孤独死>

厚生労働省：H18 年の「今後の予測」

- ① 2015 年から高齢者人口が一層増加し、  
25 年には高齢者人口がピーク（約 3500  
万人）を迎える
- ② 認知症高齢者が「250 万人」へ
- ③ 2015 年には高齢者の一人暮らし世帯が  
「570 万世帯」へ
- ④ 「高齢者多死時代」（100 万人から 170 万  
人）へ
- ⑤ 今後急速に高齢化するのは都市部

独居世帯の増大  
2015 年：高齢世帯は約 1700 万世帯に増加。  
うち一人暮らし世帯：約 570 万世帯に達し、  
25 年には 680 万人に達すると推計

突然死とは？

「予期していない突然の病死」  
発症から死亡までの時間が 24 時間以内  
「家族（あるいは本人）も主治医もその時に  
死亡すると予測できなかった症例」  
周囲の人間や家族は予期せぬ突然死に驚き悲  
しむ

通常考えられている原因

- 1 心疾患……急性心筋梗塞・狭心症、  
不整脈、心不全……年間約 5 万人
- 2 脳血管疾患……脳出血、脳梗塞、脳  
外傷
- (3 消化器疾患……吐血、下血)

### 基本的数字

	09 年	30 年
死亡数	114 万人	160 万人
高齢化率	22.7%	31.8%
(65 歳以上高齢者数)	(2898 万人)	(3667 万人)
一人暮らし高齢者	460 万人 (10 年 500 万世帯)	720 万人
高齢世帯数 (65 歳以上の者がいる世帯)	1600 万世帯	1900 万世帯
高齢世帯数 (65 歳以上の者だけが いる世帯、単独世帯を含む)	930 万世帯 (10 年 1021 万世帯)	1300 万世帯
認知症患者数	220 万人	330 万人

今後、急速に高齢化するの都市部  
です。2025 年には高齢者の独居世帯が  
680 万人に達するといわれています。

この間、朝日新聞がアンケートを行っ  
ており、70 才以上の約半数の方が、病  
気や高齢の時に子供に頼れないという回

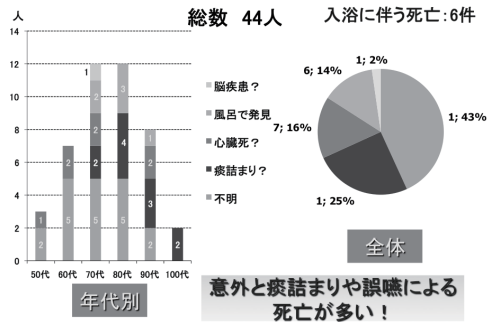
愛知県内の勤労者男女約 20 万人を対象に、  
1989 年から 7 年間にわたって調査した中に、突  
然死した 264 人のデータ  
川村孝氏（京都大学保健管理センター長）

- 40 代、50 代が最も多い
- 女性より男性のほうが約 2 倍の確率で起  
こる
- 月別にみると 4 月が多い（平均的な月に比  
べて 1.62 倍）
- ウィークデーに比べて日曜日は 1.9 倍、土曜  
日が 1.36 倍と、週末に起こるケースが多い
- 深夜から未明にかけて起こることが多く、  
午前 0 時から 3 時は、午前 9 時から 12 時の  
1.71 倍の確率
- 死因は、心臓血管系が半数以上。原因がわ  
かっているものでは、急性心筋梗塞が最も  
多いが、8 割方が原因不明で、心不全である  
（正確に言えば、心不全は死因ではなく、心  
臓が機能しなくなって停止したということ）
- 勤務中に突然死する確率は 2 割弱、勤務外  
が 8 割強。その内訳は、睡眠中が 20%、入  
浴中が 5%、用便中が 5%と、自宅で倒れる  
確率が多い

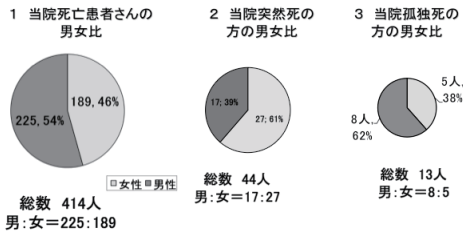
ここで「突然死」について考えたいと思います。これは京都大学保健管理センター長の川村孝さんのデータですが、突然死で亡くなられた方の約8割が原因不明で、心不全で亡くなったとされています。心不全は死因ではなく心臓が機能しなくなって停止したということです。それでは良くないと考え、調べてみました。

脳疾患系の基礎疾患がありました。

当院突然死の推定死因



当院死亡患者さん統計より99.1.5 ~11.4.30



これは当院で死亡された414人の内訳です。全体では男性が多いのですが、突然死の場合は女性が多い。一人暮らしの女性が多いからです。しかし孤独死は男性が多い。男性の方が孤独死が多い事は全国的にも認められています。

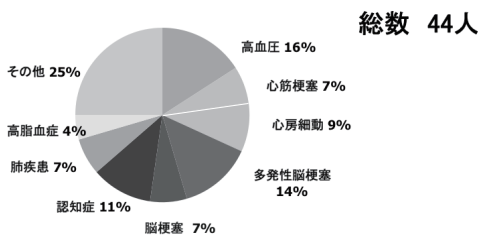
突然死の44人のカルテを見直しました。どうしても原因が不明な場合も多いのですが、些細なことで亡くなられていることが多い印象を持ちました。痰の詰まりや、誤嚥による死亡が多いのです。入浴も突然死の重要な原因の一つです。

誤嚥や痰の詰まりが原因と思われる、突然死の11症例の経緯をまとめました(次ページ表)。ちょっとした先行感染があって抗生剤を処方したり、元気が無くて栄養剤を処方する程度の方が翌朝には死亡している例があります。拾い直してみても、誤嚥や痰の詰まりによる死亡に注意した方がいいと改めて思いました。私個人は、寝たきりとか、少し注意した方がいい方に対し、去痰剤を処方しておいた方が、亡くなるのが少なくなるのではと思っています。

突然死の月別の人数は、全国的にもそうなのですが、やはり冬に多いです。

服薬や血圧管理が良い方でも亡くなっています。従って、いかに努力しても突然死や孤独死は防げないというのが私の

当院突然死の方の基礎疾患



これは当院の突然死の患者さんの基礎疾患です。右上は循環器系で、下の方は

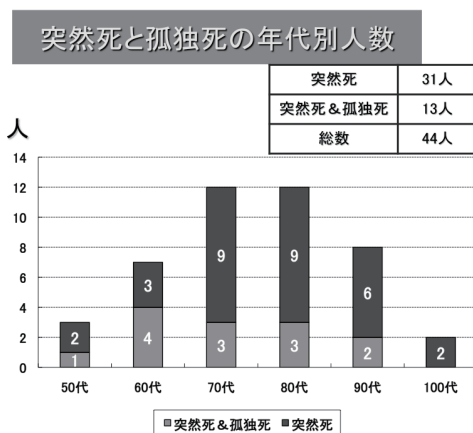
「痰詰まり」や誤嚥が原因と思われた突然死の11症例

年齢	性別	基礎疾患	死亡場所	死亡に至る経緯
92	F	脳梗塞・心筋梗塞	ショート先	2日前に軽度 CRP2.8 あり、抗生剤処方。ショート入所し夜間急変し死亡
77	F	CABV・DM/HOT 中	自宅	HOT 中の方、4日前から痰がらみあり、ネブライザーし施行していた
86	F	パーキンソン/oldTB	病院	胃ろう準備中、経口摂取していたが自宅で痰詰まり？
81	F	甲状腺機能低下症	自宅	2時間半前まで異常なし、突然の呼吸停止
103	F	認知症/寝たきり	自宅	前日から元気なし、夜エンシュア飲ませ翌朝には死亡
80	F	多発性脳梗塞	自宅	突然の呼吸停止、救急車呼ぶも駆け付け死亡診断。エンシュアが口腔内にあった。誤嚥？
99	F	心筋梗塞	自宅	3日前に痰が多く、抗生剤の内服を指示した。ゼリーもむせる状態だった。
85	F	COPD/高血圧	自宅	肺炎球菌性肺炎で入院し、退院後しばらくして急死。荒廃していた肺だった方。
93	M	上顎歯肉悪性腫瘍	自宅	エアコン壊れ暑い中生活、直前にかぜ症状ありその後突然苦しがり1時間程度で死亡。
100	F	胃潰瘍	自宅	前日夕食から食事とれず、咳をして嘔吐するように息を引き取る
72	M	認知症/廃用症候群	自宅	エンシュアのみの胃ろうで長期管理

どうたれ内科診療所

結論です。逆に言えば、日々の暮らしをいかに充実して暮らしていただくかが重要です。もちろん亡くなってから何ヶ月も経って発見されるような孤独死を防止することも大切ですが、それが今の私のスタンスです。

た。意外と若い方 50 代、60 代の方も孤独死をされます。



これは当院のデータで、突然死で且つ孤独死であるというデータを出しまし



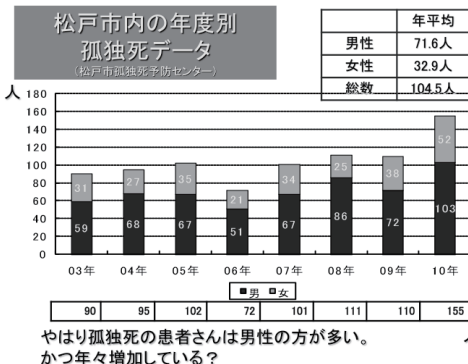
「孤独死」を支えた症例

症例：A.U 殿 No.3800 72歳→78歳  
 140cm 38kg 要介護4  
 既往歴：67歳 連合弁膜症術後、僧帽弁閉鎖不全症、痛風  
 家庭環境：ご主人は60歳で死亡、お子さんはなく、1人暮らし。遠縁の姪が居るだけ。

診療経過：

- ・01年3月他院より紹介さる。車いすで移動可能。それまではボランティアの世話になり、病院に通院していた。03年11月～当院から在宅医療開始。
- ・心拡大著明
- ・04年3月、下血ありCFで大腸ポリープ→EMRになる。
- ・04年12月の胃カメラは食道ポリープ程度。
- ・06年ごろから進行性の貧血あり。
- ・07年10月、嘔吐あり、胃カメラ施行。噴門部を中心に食道まで浸潤した3型進行胃癌あり。
- ・本人・CM等と相談。本人は入院を拒否、住み慣れた自宅（公団）でこのまま過ごしたいと希望され、介護保険サービスを充実させて対応することにした。
- ・末梢の点滴と吸痰対応。
- ・10月31日午後5時10分、心肺停止、死亡確認す。

この症例は、ケアマネジャーがしっかりしていれば、1人暮らしの高齢者の方でも支えられるのだということを実際に示した例です。この方は3型の胃がんでしたが、ご本人が家で過ごしたいということで、ケアマネジャーがしっかり対応し、最後は末梢の点滴と吸痰対応だけで看取りました。



これは、松戸市の孤独死予防センター（常盤平団地自治会）が出した数字です。男性の孤独死は女性の2倍です。人口50万の松戸市で年間およそ100人が亡くなっています。1億2000万人という日本の人口に当てはめると、約2万人以上孤独死されているだろうと思います。去年は特に暑かったので孤独死が多かったと推測されます。

孤独死のまとめ

- ・孤独死は年々増えている
- ・古い街並み～戸建てでも多い
- ・孤独死は男が女のほぼ2倍
- ・発見までの日数は3日以内が多いが2割程度は15日以上で、中には5カ月以上という場合もある。
- ・50歳から65歳までの「中年孤独死」が3分の1を占める
- ・孤独死は全国で2万人以上と推定され、さらに増加すると推定される
- ・突然死は秋～冬に多く、自宅が多い
- ・突然死・孤独死はどんなに方策を立てても防げない
- ・突然死の直接死因に「痰詰まり」を考慮しておいた方が良い
- ・だとしたら1人暮らしを楽しんで充実させて過ごせるようにすべき

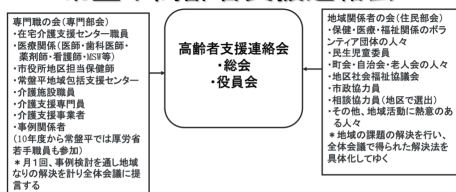
→一人暮らしの自宅＝管理されていない空間

(以上、「松戸市孤独死予防センター」(常盤平団地自治会)の報告から)

これが孤独死予防センターが孤独死についてまとめたものです。普通の戸建でも孤独死は多いです。発見に5ヶ月以上かかる場合もあります。中高年の孤独死も意外と多いです。

超高齢者での突然死については意外と幸せなのではないかとも思います。生きている間に幸せに過ごせばいいのではないのでしょうか。誰かが温かく見守っていて、亡くなってから遠からずに発見されればよいのではないかと思います。

### 常盤平高齢者支援連絡会

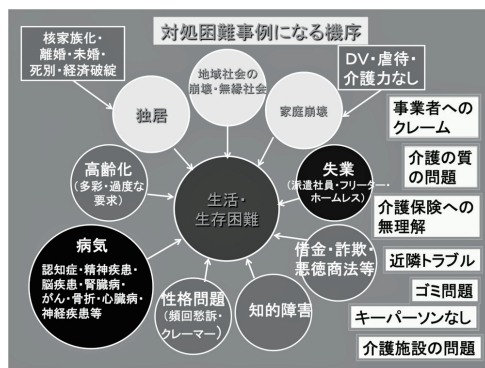


- # 松戸市(人口48万人):02年2月開始 15地区予定(現在9地区)
- # 常盤平地区高支連:04年1月開始(背景人口は約5.4万人)
- # 事務局:「常盤平在宅介護支援センター」が担当
- # 町会長・自治会長、他に公営や町会推薦などで応募された「相談協力員」が参加
- # 月1回の専門部会では、「対処困難事例検討」を行い、かつ地域の課題に対処している

これは私がやっている常盤平高齢者支援連絡会の構図です。地域ケアをこういう形で実践しています。左側が専門職の集まりです。右側が住民の集まりです。両者が役員会や総会で内容を調整してやっています。これは松戸市で02年から開始され、常盤平地区では2年後の04年から開始しました。月1回の専門部会では、対処困難事例の検討を約1時間以上行い、その結果を地域や行政の政策に反映させるといった活動をしています。2時間行っていますが、あと1時間様々な情報交換をします。非常にうまく

動いているので私自身もやりがいを感じています。常盤平地区の背景人口はおおよそ5万4千人で、小さな市に相当しています。常盤平団地は別にあり、その背景人口は7千人です。

これが今年の10月の会です。新潟の萌気園の黒岩先生にお願いし、ぜひとも厚労省の方に来て欲しいという話をしました。当時後期高齢者医療制度の問題が出てきており、こうしたピント外れの政策が出てくるのは、厚労省の役人が現場を知らないからではないかと考えたからです。今は地震で非常に忙しく定期的ではありませんが、それでも若手の職員が来てくれています。



検討した症例を分類しました。様々な原因が重なって生活・生存困難な事例が出てきます。ゴミ問題も、結論としては行政や地域住民、業者など会の関係者が皆集まってやるのがいちばん良いという結論です。そしてやはり半数の方が独居でした。

対処困難事例への対処法

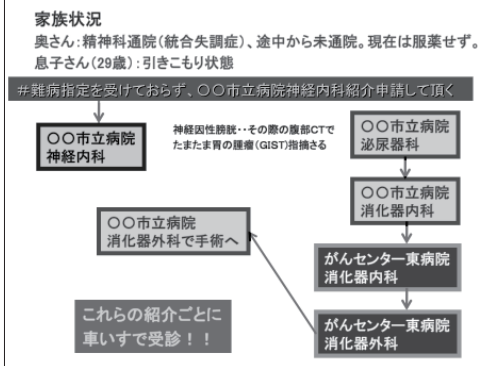
- 1人暮らしあんしん電話
- 専門職の連携とレベルアップ
- 地域住民への周知・宣伝
- 関係機関の連携・一堂での会議
- 成年後見制度の改革
- 地域での見守り・声かけ・組織作り
- 地域での場作り
- 利用者のモラル向上
- 生活保護問題
- 社会・経済対策

対処困難事例への対処法を書き出してみました。これらの条件をいかにして整えるのか、自分たちで取り組んだり、行政等に働きかけたりしています。

家庭崩壊の事例

症例：T.A 殿  
 No.13173 69歳  
 既往歴：65歳～ 多系統萎縮症（OPCA）  
 66歳～ 糖尿病  
 職歴：ガス代の集金業

患者さんのADL：つかまって歩けない、室内を這って歩く程度。筋力低下が進んでいる。車いす生活。自力で動かす事も次第に出来なくなっている。その後、嚥下困難、呂律が回りづらい状態となっている。



これは「家族崩壊」の例です。こういう事例はたいへん多いです。OPCA（多

系統萎縮症）の患者さんです。歩けず、嚥下困難でろれつがまわらない状況になっています。奥さんが精神科に通院されていて、息子さんは引きこもり状態です。ヘルパーが入ると「ヘルパーがお金を取っている」と言われてしまうような家庭です。こうした家庭は松戸市でも少なからずあります。この方はヘルパーの支援のもと車椅子で移動しているのですが、某病院に通院したらがんセンター〇病院を紹介され、そこでも内科から外科を紹介され、そしてもう一回某病院の外科を紹介されたと。とんでもない対応をされています。

8割以上が認知症などのなんらかの疾患を契機に対処困難事例に陥っているのが現状です。

対処困難事例＝76例の検討内容

生活困難	14	金銭問題	3
認知症	7	家族崩壊	3
住民の質	7	事業者の質	3
DV・虐待	6	介護家族の問題	3
ゴミ問題	5	悪徳商法	2
近隣トラブル	4	孤独死への対応	2
精神障害	4	その他	13

対処困難事例に対して検討した対応策一覧

認知症対策（うち後見問題）	18 (7)	独居対策	3
地域づくり・地域での連携	14	公共の問題点	3
市民への教育・啓発	8	高齢者虐待対策	2
関係機関との連携	7	孤独死・突然死への対応	2
事業者の質向上	6	ゴミ出し対策	2
精神医療問題	4	悪徳商法対策	2
		生活保護問題	2
		総計	76

対処困難事例と対策をまとめました。



すべて解決できたわけではありませんが、それなりの結論を出しています。この検討内容は、常盤平地区のケアマネ全員に配布しています。PDF形式にして、メールで送れる体制にしています。

なった事例です。日常的な金銭管理が全くできず、ちょっとした商法にもだまされやすい1人暮らし高齢者について検討しました。成年後見制度や社協がやっている日常生活自立支援事業では、現実的には対応が難しいとの結論になりました。

後見問題を考える契機となった事例

H22.1.21 事例：日常的な金銭管理が全く出来ず悪徳商法にもだまされやすい一人暮らし高齢者への対応を検討した事例

88歳女性 独居 要介護2。認知レベル1 J2

夫の死後、1人息子や実弟とは争い状態。お金の引き出しも他人の世話になる位。

不要な品物の費用を言われるままに支払っている。物忘れが進行し薬の管理も出来ない。訪問看護を導入したが料金が高いといって勝手に断ってしまう。数百円のお金を惜しむ反面、何十万というお金には糸目をつけず支払ってしまう。成年後見の話をするが、本人は理解出来ず。

息子と連絡をとりたいと思う一面もあり、電話をしたり手紙を出したりするがとりあってくれない。こだわりが強く、以前からの株取引に加え、様々な機械を買い求め、居室は物であふれ衛生状態もよくない。有料老人ホームを見学するが、本人1人では決める判断能力はない。今春にも近所に負けれられないというだけで大規模な外壁塗装工事を予定している。今後どう関われば良いか。

①介護保険では対応できない事例が多発している。  
⇒金銭管理ができない⇒日常生活自立支援事業で対応したい事例。しかし活用しづらい現状がある。また成年後見制度と「自立支援事業」の制度間の隙間が大きい。

②本人は関わる人を役職や資格でランキングして、接する態度が変わる。

③本人は困っていないが、足の踏み場もなく子バエだらけの室内環境。

④大事にならないと介入が難しいのでは？

①大事に至る前に自分の身の振り方を勉強する若い仕度勉強会の開催（成年後見制度や日常生活自立支援事業を勉強）

②成年後見制度と自立支援事業の問題点の把握と改善点について

松戸市認知症研究会

# 現在認知症は全国で約200万人、80歳以上では4人に1人と言われている

# 松戸市でも認知症患者さんは7000人以上と推定

# 05年10月、増大する認知症患者さんに松戸市医師会として対応するため、医師会内に「認知症部会」設置。2月に1回程度の会議（松戸市も参加）

# 09年7月からは松戸市が主体となって現在の「松戸市認知症研究会」として活動

<参加者・団体>

認知症の人と家族の会

介護施設

地域包括支援センター

在宅介護支援センター

医師（3人）

委員は上記の7人、会長は私、

事務局は松戸市

他に各種関係者がその都度参加

（これまで、警察・銀行・弁護士・グループホーム代表・千葉県職員等参加）

松戸市認知症研究会という松戸市の公的な組織があり、委員は7人、私が会長をしています。約2月に1回会議を行い、市内の認知症対策について検討しています。警察や銀行、弁護士、グループホーム代表者などにも参加してもらい、ご意見をうかがっています。

次は、成年後見制度を考える契機と

松戸市認知症研究会の討議内容（一部）

- ・認知症患者さんの連携をスムーズに行う方法に関して認知症患者さんや家族の方の課題の整理とその解決策の検討
- ・医療や介護の現場での課題の整理とその解決策の検討
- ・専門職向けの研修会の開催
- ・関連する方々からの報告（「認知症のひとと家族の会」、松戸警察、銀行、弁護士）

■医師に認知症と診断された時、家族の立場からすると「がんの告知」以上に絶望感に襲われる事を医師も理解して頂きたい。

■松戸では徘徊者の保護件数は年間 300 名、搜索願は 150 名くらい。市内の防災行政無線や安全安心メールで市民にも呼び掛け保護している。徘徊では本人の身元がわかるものを持たせる、または衣服の目立たないところに名前を縫い付けて頂きたい。

■銀行では意思確認が出来ない方は払出や新規取引はできない。認知症などの対応マニュアルは用意していない。悪徳商法や詐欺などを阻止できるかどうかは窓口行員の機転にかかっている。

■医療や介護の現場で認知症患者さんの世話や代行を行う場合は、後に紛争とならないよう親族等からできる限り承諾書を頂いて活動したほうが良い。

家族の方からは、医師は何気なく「この方は認知症ですね」と伝えるが、家族はがんの告知以上に絶望感に襲われる事を理解して欲しいと言われました。警察からは、徘徊する高齢者には本人の身元がわかるものを持たせて欲しい、衣服の目立たない所や靴に名前をつけて欲しいなどの要望ができました。また〇〇銀行からも意見を聞きました。びっくりしたことに認知症対応マニュアルは用意しておらず、振り込め詐欺などを阻止できるかどうかは窓口行員の機転にかかっているとのことで、これは改善が必要だと感じ

ました。弁護士から介護関係者に対し、後から紛争にならないよう親族等から出来る限り承諾書をもって活動をしたほうが良いという報告を受けました。

認知症研究会はいろいろなイベントもしています。今のところサポーター 1 万人を目標に活動し、「オレンジ声かけ隊」というものを作ったりしています。その会の「あんしん一声運動オープニングイベント」には、およそ 500 ～ 600 人が集まりました。こうしたイベントは、私たちが単独でやるより松戸市という行政が呼びかけた方が、ずっと反応が良くなります。

松戸市認知症研究会の活動から

- 医療・保健・福祉・介護の「顔の見える連携」
- 「かかりつけ医」……高齢者や認知症の患者さんは連携があれば対処しやすい＝医師の負担を軽減
- 逆に認知症の患者さんや家族および専門職は医師の関わりを切望
- 「認知症連携用紙」を作成、専門職が活用
- 専門職向け認知症研修会
- 市民向け講演会
- 徘徊高齢者防災無線

・年 1 回程度、通信を専門職向けに発行する薬剤師会・歯科医師会とも連携を目指す

- ・「成年後見制度」や「日常生活自立支援事業」
  - ①費用が高い、人員が少ない。
  - ②十分にカバーしきれていない。
  - ③大変使い勝手が悪い制度。
- ・これらの制度の隙間を埋める機動性を持ち使い勝手の良い松戸方式として「准後見人グループ」的なものを作れないか？

今後、認知症研究会は、専門職向けの通信を年 1 回程度発行していこうと考え

ています。また薬剤師会、歯科医師会との連携を始めています。

現行の「成年後見人制度」  
・「日常生活自立支援事業」の問題点 (1)

松戸市の成年後見人制度利用者数  
……約 400 人 (も居ない?)  
「日常生活自立支援事業」(社協)  
……たった 37 人!  
実際に必要とされる方は万単位!  
需要と供給のアンバランス!  
その陰で悪徳商法や  
振り込め詐欺の被害が増加!

低所得者には費用面で壁が高い  
10 年間で利用者 17 万人。後見人を選ぶのは約 6 割が子供などの親族。第三者は 36.5% (09 年) で、弁護士や司法書士、社会福祉士といった専門職以外は 5.7% にすぎない。人口の 1% 程度が利用するのが世界の標準。日本は 120 万人前後のニーズがあるはずで、利用が少なすぎる。

「日常生活自立支援事業」の問題点 (2)

平成22年11月現在

現在の契約件数	34,273	100.0%
認知症高齢者等	18,412	53.7%
知的障害者等	8,843	20.0%
精神障害者等	7,130	20.8%
その他	1,888	5.5%

■ 社協の「日常生活自立支援事業」・対応人員は極めて貧弱。予算も少なく報酬も少ない。地域的な偏りもある。

地域福祉・ボランティア情報ネットワーク

これは、社会福祉協議会の「日常生活自立支援事業」と「成年後見人制度」の問題点です。利用がほとんど進んでいません。この 10 年で成年後見制度の利用者は 17 万人、日常生活自立支援事業は 3 万 4 千人と言われています。実は世界の平均的なニーズは人口の 1% 程度です。これを日本にあてはめると 120 万人

のニーズがあるはずですが、それに比べて利用者が少なすぎます。

また日常生活自立支援事業は利用が少ないだけでなく、地域の偏りが非常に大きいです。50 万都市の松戸市で、たった 37 人です。3、4 人の担当者が時給 850 円程で働いているということですので、非常に心許ない状況です。一方で滋賀県は 1 万人程が利用しています。やはり行政や NPO が一生懸命働きかけているようです。

「成年後見人制度」の問題点 (3)

成年後見の利用に関与する人

任意後見  
法定後見

市民後見センターきょうと

①後見人が弁護士・税理士などで、ご本人(被後見人等)の財産に十分な余裕がある場合  
報酬額：月額 5 万円

②後見人が(社)成年後見センター・リーガルサポート所属の司法書士で、本人(被後見人等)の財産に十分な余裕がある場合  
報酬額：月額 3 万円

③後見人が家族・親族で、本人(被後見人等)の財産に十分な余裕がある場合  
報酬額：月額 1 万円～3 万円

成年後見人制度の費用面です。月額 1 万円から 5 万円ほどかかります。会議に

参加していただいた弁護士から、東京では資産の調査や手付金だけで約21万円かかる（オアシス）と聞きました。そんなお金を払うというのは経済的に厳しい方はもちろん一般の方も難しいのではないのでしょうか。

これは東大などが行っている「市民後見人制度」の説明とその課題です。

私はやはり、現場で当事者と接している介護保険事業者と法律家等と連携した協同作業で、なんとか有効な後見システムを作れないかと考えています。

「成年後見人制度」の問題点（4）

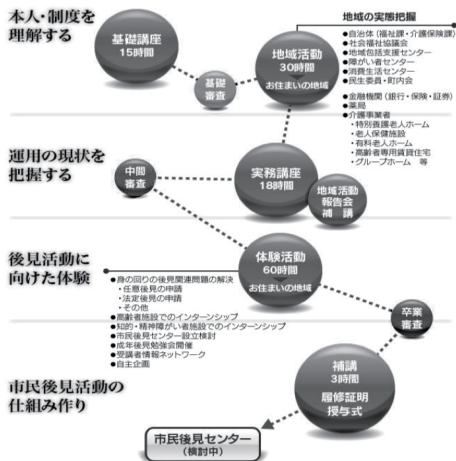
市民後見人の展望

＜市民後見人の定義＞

市民後見人とは、市民後見人養成講座を修了し、その後所定の後見実務コースを修了し、後見事務能力を備えたことを高齢社会 NGO 連携協議会が認めた者をいう。

また、市民後見人は、高齢社会 NGO 連携協議会が認める成年後見制度の利用推進を目的とした団体に所属し、常に研鑽を積み後見活動を行わなければならない。

市民後見人は、今後の需要を鑑みこれから創設される新たな枠組みであるため、現状において法的な位置付けはされていない。



東京大学政策ビジョン研究センター  
市民後見研究実証プロジェクト  
2～3日の講義

「福祉について考える UMEMOTO のブログ」より

松戸方式「准後見人制度」への展望 1

＜市民後見人の位置付け＞市民後見人は、弁護士や司法書士のように成年後見制度に職業として関わるのではなく、ボランティアで後見活動に関わる人たちであり、親族後見人と専門職後見人（弁護士、司法書士、社会福祉士等）の間の存在として位置付けられる。しかし、市民後見人が持つ知識や経験は、専門職と比較すれば明らかに低いため、専門職との緊密な連携、専門職からの手厚いバックアップが必要となる。また、活動内容としては専門性、倫理性を問われる財産管理よりも、身上監護を主体として活動することが考えられており、法律が関わることなどは専門職のサポートを受けることになる。そういった状況を創り出すために、両者が関わる協議会の創設と、各地域に市民後見人が所属する団体の創設が必要と考えられている。市民後見人はその団体に属して後見活動をすることによって、責任体制を明確にしていくことになる。

# 国・厚労省……市民後見人制度の導入  
# 「松戸方式」……介護保険事業者の現場と法律家等との協同作業で有効な後見システムを作れないか？

141 戸方式「准後見人制度」への展望 2

「市民後見人」がこれまでなかなか認められない理由……これまで、行政や社会福祉協議会がバックにいる人々のみ。①信用できない。②専門知識がない、などがその理由。

市民後見人もなかなか育たない……面倒・大変・割りに合わない・下手をすると訴えられる・憎まれる

資質の確保・後見監督人

これらを何とか克服出来ないか？

- 1 お金のない人も、判断力が低下した人も、障害者も手軽に信頼できる「後見人制度」を作れないか？

資質の確保と担保・後見監督人

- 2 関わる人（後見人等）も手間隙か

けず、しかも適当なビジネスモデルとなる制度に出来ないか？

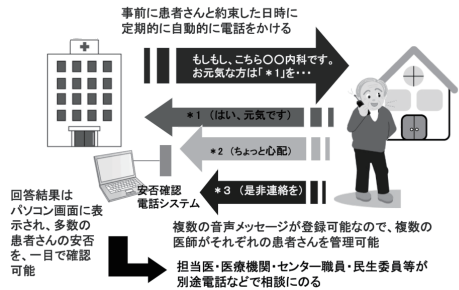
これらを根本的に解決するには、介護保険と同様な（低所得者だけを対象とする）「保険制度」にするのが一番良いが……。

少なくとも行政という公共性が関わる必要がある

（参考：滋賀県「協働ネットしが」）

お金がない人も判断力が低下した人も障害者も、手軽に利用できる後見人制度を作れないかと考えています。同時に適度なビジネスモデルを作らなければならないと考えます。弁護士さんは、これらの問題を根本的に解決するには、今の財政上は難しいので、介護保険と同様に低所得者だけを対象とする保険制度が一番いいと話していました。

1人暮らしあんしん電話“おたずねフォン”の構成



「一人暮らしあんしん電話」の活用例と活用分類 (07.7~10.8.31)

電話相談のみ	48回
受診を促す	23回
認知症絡みの方	17回
服薬指導と処方	16回
看護師を派遣	3回
往診	2回
救急手配	1回
ボタン押し間違い	16回
総計	126回

全参加者の推移 (07年7月~10年8月31日)

	人数	平均年齢	男性:女性
参加者総数	110人	76.9歳	22人:88人
10年8月31日利用者数	88人	76.4歳	18人:70人
離脱者数	22人	78.8歳	4人:18人

回答者人数: 42人/110人  
平均利用者数: 82.0人

タイムリーな電話連絡により病状悪化を防いだケースが3割以上の45例

“おたずねフォン”の結果

09年8月31日~10年11月6日

対象者数: 平均 約82.3人  
総電話回数: 4776回(以上) (週1回&翌日再電話体制)

問題なし	受信のみ	応答なし	話中	体調不良	要連絡	誤答	電話総数
4437	167	89	21	42	9	11	4776

この1年間「おたずねフォン」では、回答が正確で安定し、ほぼ完全な安否確認が可能となった。

「1人暮らしあんしん電話」は、一人暮らしでも何とか患者さんに安心感を持って頂くためのシステムを作ろうと、工学院大学の菅村教授や学生たちと一緒に考えたものです。私の声をPCに録音し、PCから定期的に各家に電話がかかります。それに対して、大丈夫な方は※印プラス1番を、ちょっと心配な方は※印プラス2番を押します。すぐに連絡が欲しい人は※印プラス3番を押すという

システムです。結果一覧を、朝のミーティング前に職員が見てチェックしてくれます。夕方にもチェックします。約5000回電話をかけ、126回、前頁の表のような反応がありました。具合が悪い方を早めに診察できたこともありました。

費用は月に約7000円です。約82人を管理していますので、1人から100円もらえば成り立つモデルです。患者さんは、プッシュホンボタン1で返答するだけです。料金は発生しません。ですから患者さんには負担が少ないという特徴があります。

またこのシステムによって、安心感を提供できます。看護師、患者さん双方とも無駄な気疲れが生じません。これを始める前は、通院1ヶ月の合間の2週間目に、看護師に患者さんに電話をかけるよう指示していました。患者さんも何ともののに電話がかかってきて「何なの？」という受け止め方だったのですが、このシステムにしてからは、納得して進んでいます。本来は地域包括支援センター等がカバーすべき部分だと思うのですが、自治体は「何か問題がある」と申告してきた人には対応しても、地域全体を積極的に守るようなスタンスではありませんので動きません。その事を最近痛感しています。実は、大阪・和泉地区でもやはり住民たちが高齢化し、低所得者たちが残っているとので、この地区の〇〇同盟の青年部がこのシステムを100人単位で動かしています。そして大阪の〇〇

同盟全体に取り入れたいと話していました。北海道松前郡福島町でも、社協が導入しています。悪い評判は全くありません。これからどんどん広げていきたいと思っています。

#### 本システムの特徴

- ① 馴染みの声で電話をするので、安心感を提供できる。
- ② 対象者を「監視」するのではなく、お互いに気疲れしない「さりげなく」声かけする手段である。
- ③ 夜間に問い合わせができ、発信側の人手や手間がかからず現場の負担にならない。
- ④ 低コストで携帯電話も対象とできるので将来性がある。
- ⑤ 地域に多数存在する「自ら声を上げることのできない弱者」を対象とした見守りで広範に運用できる。
- ⑥ 患者さんの孤独感を癒し、医療機関への敷居を低くし連絡を取り易い気持ちにさせる。医療機関に見守られている安心感を提供し、さらに病状の悪化を手前でくい止められる。
- ⑦ 医療機関や介護サービス事業者・行政・地域包括センター・地区社協・自治会・町内会・老人会・民生委員等が運用可能である。
- ⑧ 認知症の患者さんには適していなかった。落ち着いた方々にこの機器を活用し、より困難な方々には別途対応を行うと合理的である。