

突入した2025年、増え続ける死者数
在宅緩和ケア&在宅看取りの現実
～家で最期まで過ごす死に方のトリセツ～

2025年10月25日

立川在宅ケアクリニック 井尾和雄

天空の道(ラピュタの道)



どうなるJAPAN！！！！

人口減少！！！！死亡数激増！！！！

2024年出生数(概数)**68万6061人**

(過去最少：前年より**4万1227人減**)

2024年死亡数(概数)**160万5298人** (過去最多)

1日の死亡数**4398人**

出生数と死亡数の差**91万9237人** (過去最大の減少幅)

18年連続の自然減

婚姻件数(速報)**49万9999組** (前年より約1万組増加)

2025年団塊世代75歳、後期高齢者、更なる死亡数増加

資料 厚生労働省「2025年人口動態統計」
令和6年(2024)人口動態統計月報年計(概数)の概況



やっと発表された!!

日本経済新聞

2025年(令和7年)4月12日(土曜日)

高齢者「孤独死」5.8万人

昨年発見に1カ月以上7.8%

警察庁初集計

2024年に一人暮らしの自宅で亡くなった人は7万6020人で、うち76・4%の5万8044人が65歳以上の高齢者だったことが11日、警察庁による初めての集計で分かった。政府は集計されたデータを土台として、必要な施策を検討する。

人口動態統計によると24年の死者数(速報値)は約161万人だった。自宅ですべてなくなった高齢者は単純計算で3・6%にあたる。警察庁は24年に通報や医師からの届け出で警察が取り扱った遺体(自殺を含む)のうち、自宅ですべて死亡した人を集計した。年齢別では85歳以上が1万4658人と最も

多く、75〜79歳が1万2567人、70〜74歳が1万1600人と続いた。65歳以上の遺体のうち、死亡推定時点から発見までにかかった日数は「当日から1日」が最多で39・2%を占めた。「1カ月以上」は7・8%に

あたる4538人だった。警察幹部によると、定期的に様子を見にくる親族や知人がおらず、郵便物が不自然にたまっていった通報で発見に至る事例もあるという。都道府県別では東京都

(7699人)が最も多く、大阪府(5329人)、神奈川県(3659人)、愛知県(3411人)が続いた。24年4月施行の孤独・孤立対策推進法は孤独や孤立を「社会全体の課題」と位置づける。政府はワ

ーキンググループを立ち上げ、孤独死・孤立死の実態把握を進めてきた。警察庁は議論を深めるためデータを集計した。11日に公表されたワーキンググループのとりまとめは、一人暮らしの自宅で亡くなった遺体のうち、死後8日以上経過していたケースについて「生前に社会的に孤立していたことが強く推定される」とした。24年では全年齢で2万1856人が当てはまる。

孤独・孤立対策推進法
令和6年4月1日施行

TYZC-Clinic





鈴木健二さん



篠山紀信さん



坂田利夫さん

お笑いタレントの坂田利夫さん(82)が死去。享年82歳。写真家の篠山紀信さん(83)、元NHKアナウンサーの鈴木健二さん(95)。昨年未から今年3月に相次いで死去した3人の死因は、いずれも老衰だった。厚生労働省の人口動態統計によると、令和4年の死者数は156万9050人。死因別1位は

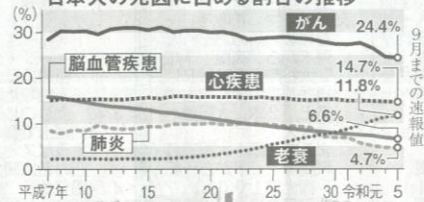
老衰で亡くなる人が増えている。直近では年間約18万人に上り、この20年で8倍に増加。平成30年には長く三大死因の一角を占めてきた脳血管疾患を抜き、がん、心疾患に次ぐ死因別の3位となった。高齢者が多くなっているため当然の傾向といえる一方、専門家は医療現場の意識の変化など別の要因も指摘している。

(中村翔樹)

増える老衰死

20年で8倍

日本人の死因に占める割合の推移



※厚生労働省の人口動態統計による。令和5年は9月までの速報値



「天寿を大事に」 医療の意識変化

老衰死増加の主な要因に、高齢化がある。総務省の統計(6年2月現在の概算値)では、国内の

「がん」の38万5797人、2位は「心疾患(高血圧性を除く)」で23万2964人、「老衰」は3位の17万9529人だった。総数に対する割合は11.4%で、約9人に1人に当たる。5年の死因別の死者数は6月に公表予定だが、昨年9月分までの集計データで、老衰死は全体の11%超を維持しており、上位が続く見通しだ。

85歳以上の人口は約672万人で、20年間で約2.5倍に増加。90歳以上では、老衰が死因1位(4年人口動態統計)となる。高齢者増に伴い、老衰死は今後も増えることが確実視される。死因を判断する医師らの意識の変化を要因に挙げる声もある。厚生省による死亡診断書(死体検案書)の記入マニュアルでは、老衰に関する注意点として、「高齢者で他に記載すべき死亡の原因がない、いわゆる自然死の場合のみ用いる」としている。関係者によると、大学

病院など体制が充実した医療機関では、精密な血液検査などが可能であるがゆえに「何らかの兆候が見つかってしまふ」。若手医師らに経験を積ませる観点からも、検査を尽くす風潮があり、主因としては老衰が適当であるようなケースでも、わずかな疾患を診断書に書き込むケースが多かったという。

老衰死は昭和20年代をピークに長く減少傾向が続き、上昇に転じたのは平成13年ごろからだ。病院が大半だった死亡場所が、介護施設などに多様化。病院勤務医らに比べて老衰死との判断に抵抗感が低いとされており、これがデータに反映されたとの見方がある。東京大高齢社会総合研究機構長で、みどりの経験も多い飯島勝矢教授(老年医学)は、大規模病院の医師らを中心に「老衰死判断に対するハードル」について、「かなり改善されてきた」と指摘する。関係学会などを通じ、死に際などを含めた患者の「生活の質」(QOL)に関する知見が深まっており、飯島氏は「いわば長寿ではなく天寿を大事にするという考え方が、医療界全体に広がっている」としている。



認知症不明者 1万9千人

昨年 11年連続最多更新

認知症やその疑いがあり、2023年に全国の警察に届け出があった行方不明者が延べ1万9039人になったことが、警察庁のまとめで分かった。前年から330人増え、12年の統計開始以来、11年連続での最多更新となった。80歳以上が1万1224人、70代が6838人だったのに対し、60代以下は977人。70代から危険性が高まる傾向がうかがえる。

認知症の行方不明者対策

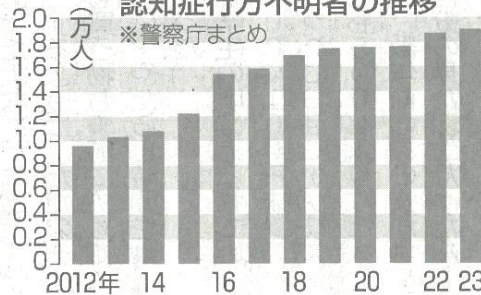
用語解説

厚生労働省の推計によると、国内の認知症患者は2025年に471万人。50

年には586万人となるなど増加傾向が続くとみられている。警察や自治体、地元企業や団体などをつくる見守り体制の構築のほか、発見者が読み取ると家族に連絡できるQRコード、発信器を持った人が近くを通ると家族に知らせる自動販売機など、情報通信技術（ICT）の活用も進められている。GPS端末やドローンも捜索に使われている。

認知症行方不明者の推移

※警察庁まとめ



延べ9万144人。新型コロナウイルス禍の20年は過去最少の7万7022人だったが、3年連続の増加となった。

認知症の行方不明者数は12年の9607人から増え続けた。近年は2倍に迫る状況で推移。高齢化の進行を背景に今後も増えると思われる。一部自治体が高齢者に配布している衛星利用測位システム（GPS）機器や、ドローンによる捜索が早期発見につながったケースがあり、警察庁は関係機

関と連携し、取り組みを進めようとしている。

都道府県別では、兵庫県が2094人と最多で、大阪府が2016人、埼玉県が1912人と続いた。男女比は、男性が55・7％、女性は44・3％。23年以前に届け出られた人も含めると、1万8221人が生存した状態で見つかり、うち1万7988人は届け出から3日以内だった。558人は死亡していた。

不明者全体の年齢層別は、10代が1万7732人、20代が1万7600人、80歳以上が1万4640人の順だった。動機別では、認知症を含む「疾病関係」が27・8％、「家庭関係」15・2％、「事業関係」10・7％と目立っていた。

松村祥史国家公安委員長は4日の定例記者会見で「保護が迅速かつ適切に行われるよう警察を指導したい」と述べた。

Tachikawa

立川在宅ケアクリニック Home Care Clinic



老いる首都圏、介護深刻



総務省が14日発表した2024年10月時点の人口推計で、首都圏(都府県)の65歳以上の高齢者が4人に1人を超えた。高齢化が深刻化する一方、介護職員の不足も懸念されている。高齢者の増加と介護職員の減少が、経済活動に大きな影響を及ぼす可能性がある。

家族にしわ寄せ 離職で経済損失

介護職員の不足は、家族に大きな負担をかける。介護職員の離職は、家族の経済活動に大きな影響を及ぼす。介護職員の不足は、家族の経済活動に大きな影響を及ぼす。

多摩地域26市の将来推計

	2020年	65歳以上割合	2050年推計	65歳以上割合
人口			人口	
青梅市	13万3535	31.9	10万0202	47.7
あきる野市	7万9292	31.0	6万6455	42.0
羽村市	5万4326	27.2	4万2473	39.7
多摩市	14万6951	29.0	13万3806	37.9
福生市	5万6414	27.0	4万4668	37.8
清瀬市	7万6208	29.0	7万2531	37.6
町田市	43万1079	27.6	40万6456	36.7
八王子市	57万9355	27.1	53万2958	36.4
東村山市	15万1815	27.4	14万7601	35.7
東大和市	8万3901	27.4	7万9710	35.5
東久留米市	11万5271	28.8	10万5467	35.5
昭島市	11万3949	26.5	10万7561	34.7
武蔵村山市	7万0829	26.9	6万6075	34.5
日野市	19万0435	24.8	18万5978	33.9
立川市	18万3581	24.8	17万8883	33.2
小平市	19万8739	23.5	19万7822	33.0
国立市	7万7130	23.6	7万4905	32.9
稲城市	9万3151	22.0	10万1191	32.2
狛江市	8万4772	24.1	8万8697	32.0
西東京市	20万7388	23.9	21万2923	31.7
府中市	26万2790	22.2	26万0163	31.4
調布市	24万2614	21.8	25万3359	31.4
武蔵野市	15万0149	21.9	15万8921	30.2
国分寺市	12万9242	21.7	13万0403	29.4
小金井市	12万6074	21.2	12万8944	28.5
三鷹市	19万5391	22.1	20万2399	28.1

※2020年は実績。人口は人、65歳以上割合は%
並びは50年の65歳以上割合が高い順

多摩地域23市で高齢者3割超

推計によると、人口は23区のうち葛飾区と江戸川区で微減するほかは増加する。伸び率が最も高いのは中央区の24.7%増で、港区の20%増が続いた。多摩地域の26市は武蔵野、三鷹、調布、小金井、国分寺、狛江、稲城、西東京市で多少増えるが、それ以外は減少する。減少幅の最大は青梅市の25%減。

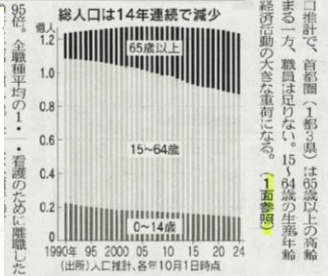
一方、65歳以上人口の割合をみると、町村を除く全自治体で比率は上昇。23区はすべて20%以上となり、足立区と葛飾区は30%を超える。20年時点では千代田、中央、新宿など都心を中心に9区で20%を

青梅 5割近く あきる野 4割以上

町村では、65歳以上が檜原村で68.6%、奥多摩町で62.1%になる。島しょ部は人口減と高齢化率の低下が同時に進むケースもある。八丈町では人口が26.2%減の5196人、うち65歳以上の割合も2.3%低下し37.6%となる。

都の2050年推計人口

国立社会保障・人口問題研究所が22日に発表した地域別将来推計人口で、都の2050年総人口は全国で唯一、20年比で増加する見込みとなった。高齢化の進行は全国に比べればおおむね緩やかなものの、区市はすべて65歳以上の高齢者の割合が上昇。都内でも高齢社会への対応があらためて突きつけられる形となった。(原昌志)



少子化が進み、24年10月時点で22万4000人減り、72万8000人だった。高齢者や女性の労働参加は、国打ち感がある。若者の労働参加は、国打ち感がある。若者の労働参加は、国打ち感がある。

日本は5割台後半、G7最低

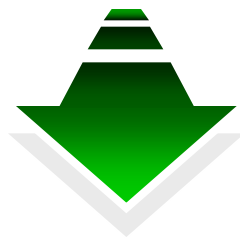
▽国内の生産活動の中心を担う65歳以上の高齢者の割合は、G7の中で最も低い。日本は5割台後半、G7最低。日本は5割台後半、G7最低。日本は5割台後半、G7最低。



きょうのひとびと
郵便局員が自らの配達業務を担う。郵便局員が自らの配達業務を担う。郵便局員が自らの配達業務を担う。

死に場所がない日本

看取り難民が増え続ける



地域包括ケアシステムの誕生



日本の死亡数

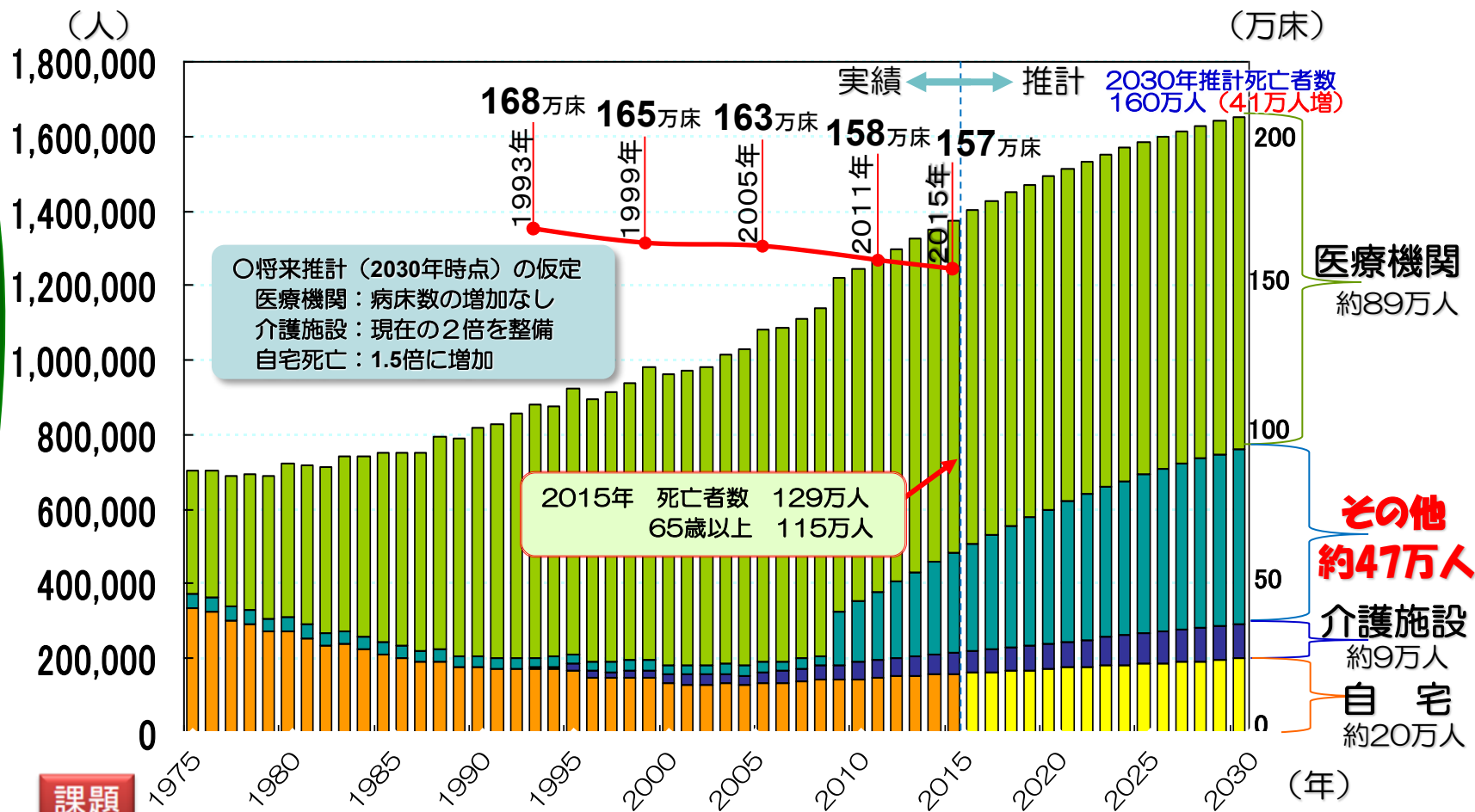
年	総 数		男 性		女 性	
	年間	1日	年間	1日	年間	1日
1980	722,801	1,980	390,644	1,070	332,157	910
1990	820,305	2,247	443,718	1,216	376,587	1,032
2000	961,653	2,635	525,903	1,441	435,750	1,194
2010	1,197,014	3,279	633,701	1,736	563,313	1,543
2015	1,290,510	3,536	666,728	1,827	623,782	1,709
2020	1,372,755	3,761	706,834	1,937	665,921	1,824
2021	1,439,856	3,945	738,141	2,022	701,715	1,923
2022	1,569,050	4,299	799,420	2,190	769,630	2,109
2024	1,605,298	4,398	厚生労働省2025年6月4日公開 「人口動態統計月報年計(概数)の概況」			

資料 厚生労働省「2025年人口動態統計」

Tachikawa 立川在宅ケアクリニック
Home Care Clinic



死亡場所別、死亡者数の年次推移と将来推計



厚生労働省老健局老人保健課長**迫井正深**「地域包括ケアシステムの構築」より抜粋

【資料】厚生労働省平成24年度診療報酬改定の概要、厚生労働省医療施設調査・病院報告（結果の概要）

2015年（平成27年）までの実績は厚生労働省「人口動態統計」2011年（平成23年）以降の推計は国立社会保障・人口問題研究所「人口統計資料集（2006年度版）」から推定

在宅医療・介護の推進について

— 在宅医療・介護あんしん2012 —

施設中心の医療・介護から、可能な限り、住み慣れた生活の場において必要な医療・介護サービスが受けられ、安心して自分らしい生活を実現できる社会を目指す。

- 我が国は国民皆保険のもと、女性の平均寿命86歳（世界1位）、男性80歳（同2位）を実現するなど、世界でも類を見ない高水準の医療・介護制度を確立。
- しかし、入院医療・施設介護が中心であり、平均入院期間はアメリカの5倍、ドイツの3倍。また自宅で死亡する人の割合は、1950年の80%から2010年は12%にまで低下。
- 国民の60%以上が自宅での療養を望んでいる。
- 死亡者数は、2040年にかけて今よりも約40万人増加。

- 国民の希望に応える**療養の場および看取りの場の確保**喫緊の問題。
- 「社会保障・税一体型医療・介護体制の構築」を推進し、地域医療・介護の分化・強化と連携、在宅医療の充実、重点化・効率化等を着実に実現していく必要があり、2025年のイメージを見据えつつ、あるべき医療・介護の実現に向けた策が必要。

■ 24年度は「在宅医療・介護」の推進に向け施策を総動員【在宅医療・介護あんしん2012】

- **予算での対応**
 - ・日本再生重点化枠の活用等により、省横断的に在宅医療・介護を推進
- **制度的対応**
 - ・在宅医療に関する達成すべき目標や医療連携体制等を医療計画に盛り込むこととし、介護保険事業計画との連動の重要性等を記載した「在宅医療の体制構築に係る指針」を提示（24年度中に各都道府県で策定作業→25年度から5年間の新計画）
 - ・在宅医療の法的位置づけを含め、医療法改正について検討中
- **診療報酬・介護報酬**
 - ・24年度同時改定において、在宅医療・介護を重点的に評価

27



社会保障制度改革国民会議 報告書

～確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋～

2013年8月6日

医療・介護分野の改革

改革は「**病院完結型**」から「**地域完結型**」の
医療システムに変えることです。

「**医療から介護へ**」、「**病院・施設から地域・在宅へ**」
という流れを本気で進めようとするれば、医療の見直し
と介護の見直しは、文字通り一体となって行わなければ
ならない。



改革の重要なポイントQOD(死の質)

医療の在り方については、医療提供者の側だけでなく、**医療を受ける国民の側がどう考え、何を求めるかが大きな要素**となっている。超高齢化社会に見合った「地域全体で、治し・支える医療」の射程には、**そのときが来たらより納得し満足のできる最期を迎えることができるように支援すること**

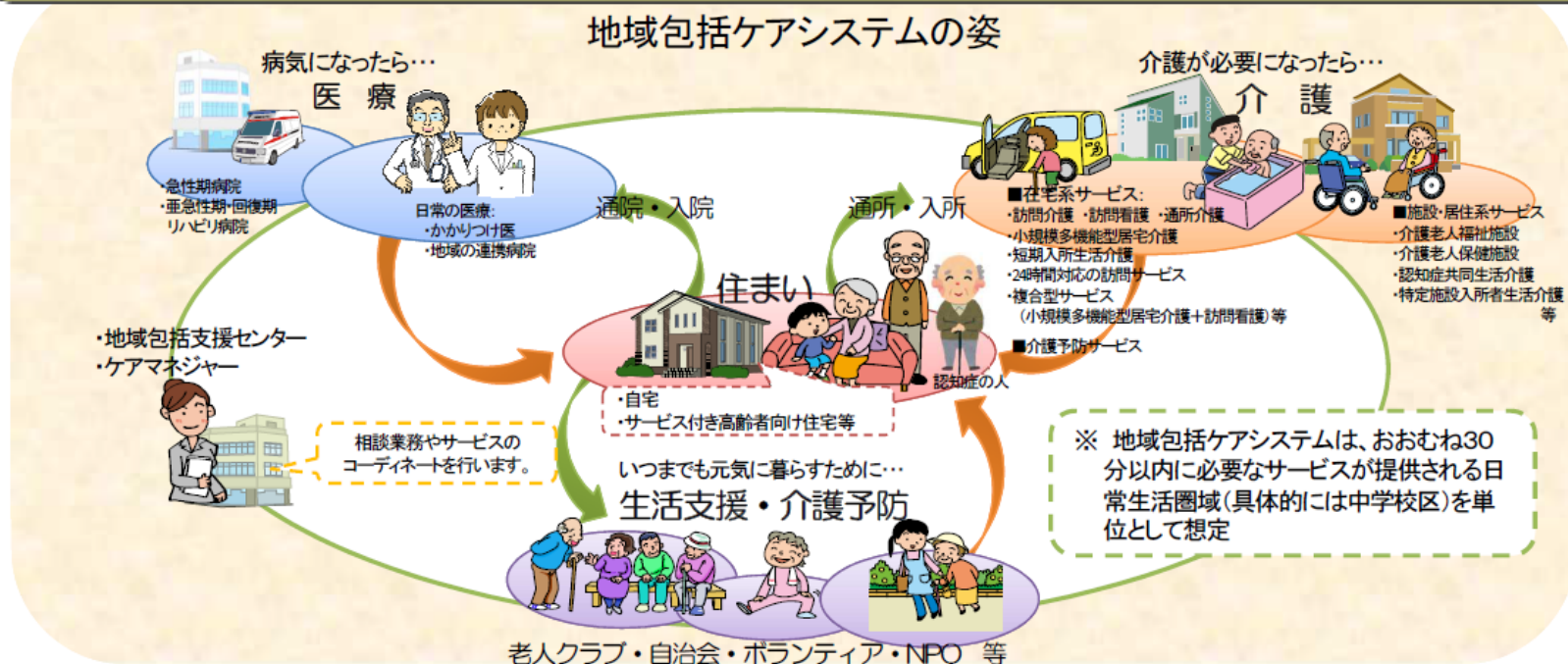
すなわち、死すべき運命にある人間の尊厳ある死を視野にいれた「**QOD(クオリティ・オブ・デス)**を高める医療」も入ってこよう。



地域包括ケアシステム

- 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。
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差**が生じています。

地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要**です。



資料 厚生労働省老健局長原勝則「地域包括ケアシステムの構築を目指して」



地域包括ケアシステムの目的

団塊世代が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**最後**まで続けることができる
ように、**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。

団塊世代の看取り



在宅看取り

在宅緩和ケア

地域包括ケアシステム

地域看取り

地域緩和ケア



地域での看取りを具体的に考える

- I) 急性死：事故、心臓、脳卒中など救急搬送され病院での死（死体検案書）
- II) 慢性死：末期癌、慢性疾患終末期、認知症、老衰、難病などの死
在宅医有・死亡診断書
在宅医無・死体検案書

**地域包括ケアシステムの目的は
慢性死を地域で支え、看取ること**



看取りには二通り

I) 長期戦の看取り

=寝たきり（慢性臓器不全、脳卒中後遺症、認知症、難病、老衰…）の看取り

医師会が中心：24時間体制を補完（主治医・副主治医）して看取る

II) 短期決戦の看取り

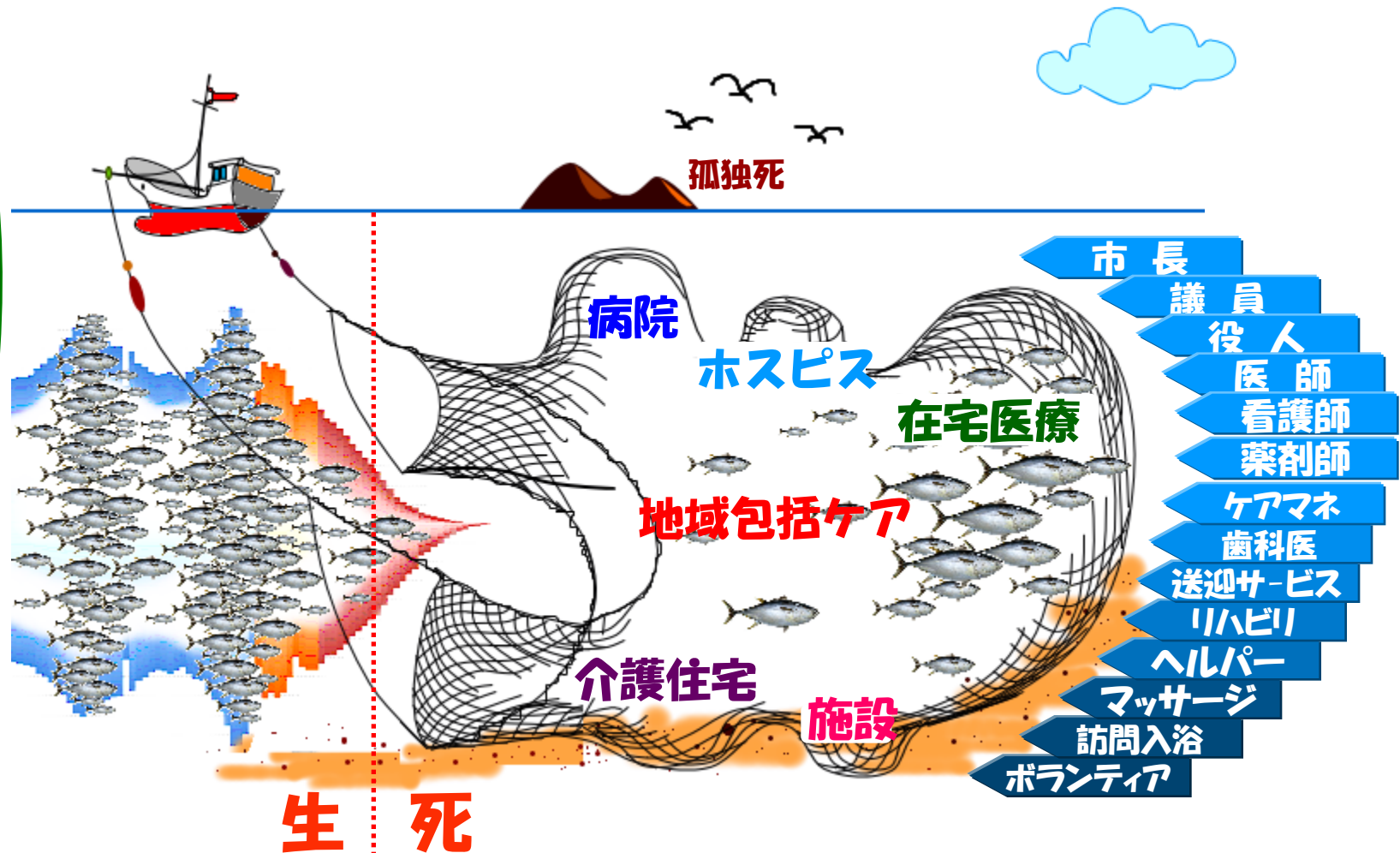
癌の終末期の看取り⇒専門的緩和ケアが必要

専門的緩和ケア＝症状緩和＋ターミナルケア＋看取り

在宅緩和ケアチームが不可欠



地域包括ケアシステムのイメージ



日本の人口推移

	総人口 (千人)	14歳以下 人口(千人)	15~64歳 人口(千人)	65歳以上 人口(千人)	65歳以上 人口割合
2020年	125,325	15,075	74,058	36,192	29%
2025年	122,544	14,073	71,701	36,771	30%
2030年	119,125	13,212	68,754	37,160	31%
2035年	115,216	12,457	64,942	37,817	33%
2040年	110,919	11,936	59,777	39,206	35%
2045年	106,421	11,384	55,845	39,192	37%
2050年	101,923	10,767	52,750	38,406	38%
2055年	97,441	10,123	50,276	37,042	38%
2060年	92,840	9,508	47,928	35,403	38%

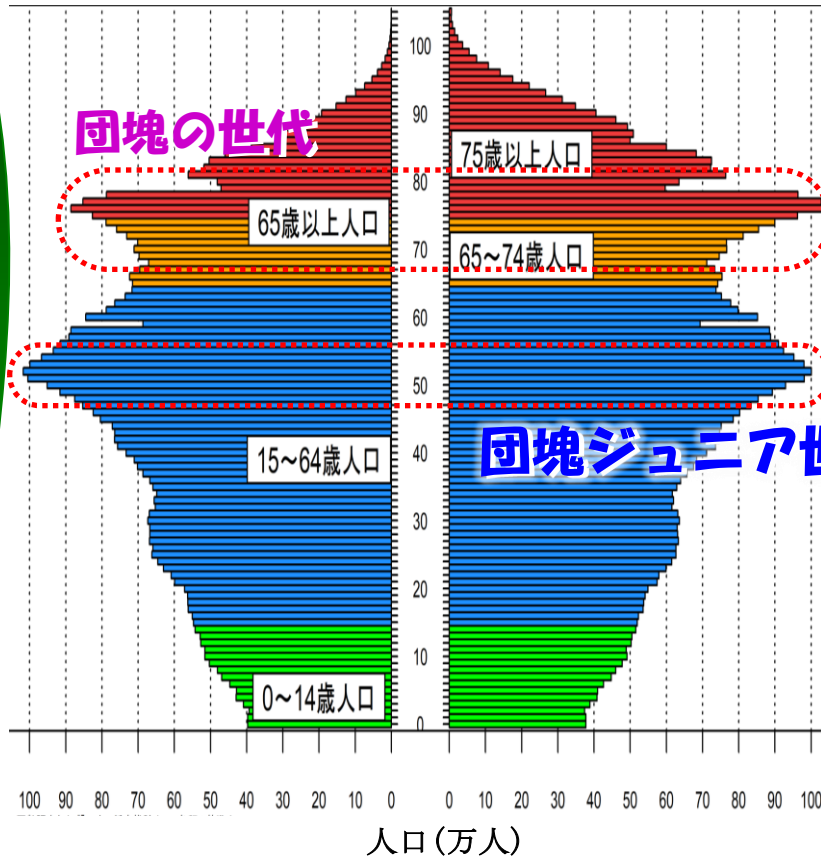
これから40年約6000万人が旅立ちます

資料 国立社会保障・人口問題研究所【出生中位(死亡中位)推計】

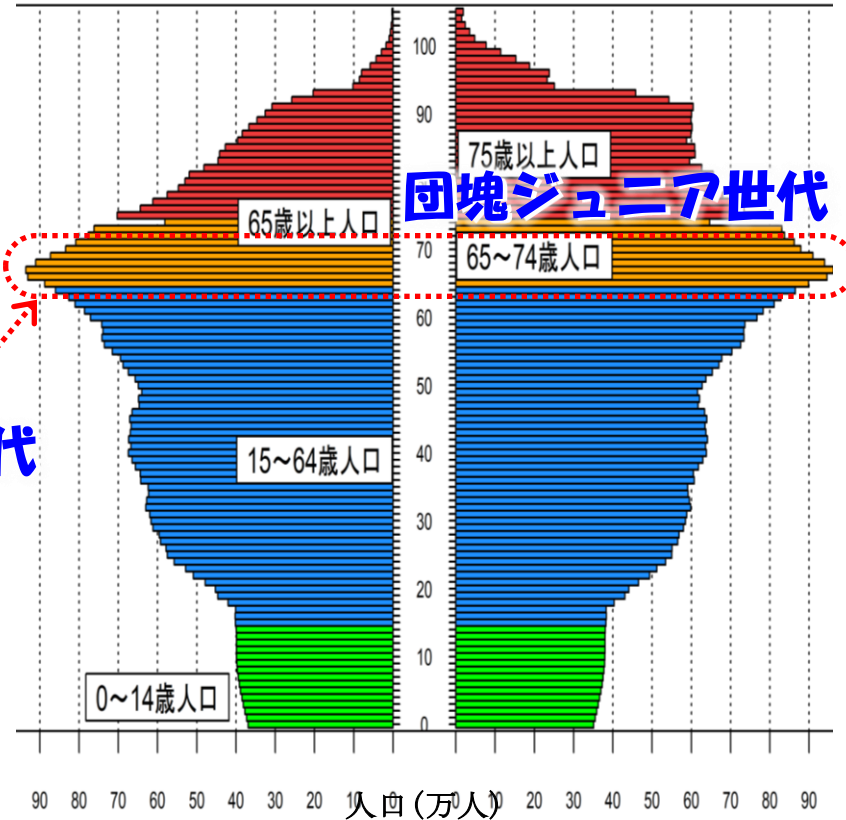


2040年問題

2025年



2040年

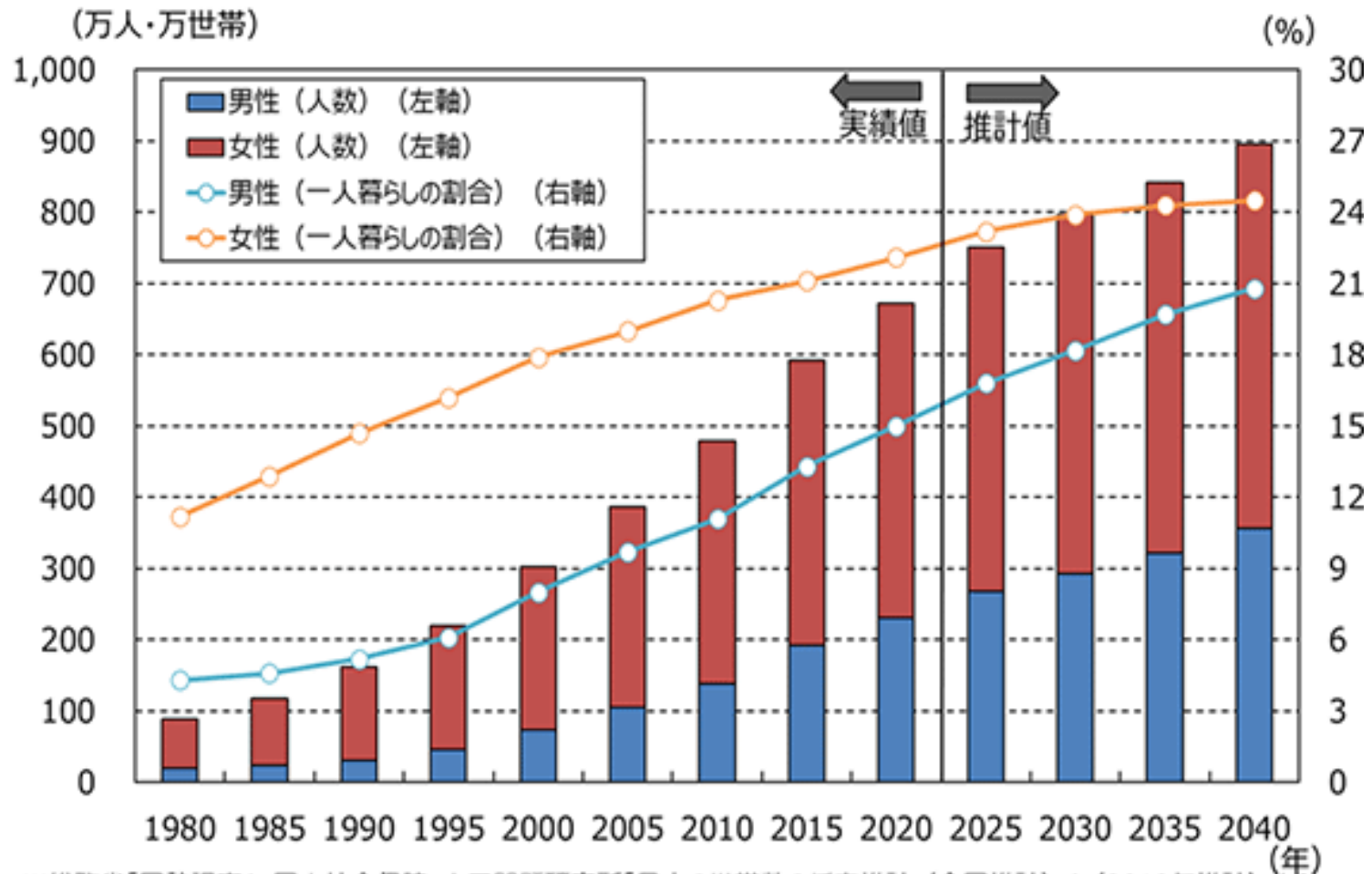


団塊世代が85歳 支える世代が減る

資料 国立社会保障・人口問題研究所 (2025年・2040年の画像)



65歳以上の一人暮らしの者の傾向



※総務省「国勢調査」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計（全国推計）」（2018年推計）より

（資料）内閣府「令和5年版高齢社会白書」

資料 日本生命 <https://www.nissay.co.jp/enjoy/keizai/162.html>



平野久美子
Hirano Kumiko

異状死

日本人の5人に1人は
死んだら警察の世話になる

07
1
異状死

日本人の5人に1人は
死んだら警察の世話になる

9784098254378

1920236009006

ISBN978-4-09-825437-8

C0236 ¥900E

定価：本体900円＋税

小学館

平野久美子 ひらの・くみこ

東京都出身。学習院大学仏文科卒業。
編集者を経て執筆活動へ。学生時代から世界各国を巡り、その体験を生かして多角的にアジアと日本の関係をテーマにした作品多数。主な著書に小学館ノンフィクション大賞受賞作『淡淡有情』のほか、『水の奇跡を呼んだ男』（産経新聞出版）、『テレサ・テンが見た夢 華人歌星伝説』（ちくま文庫）、『つなぐ命 つなげる心——東京大空襲を乗り越えて』（中央公論事業出版）など。

父は生前の望み通り、我が家で息を引き取った。
穏やかな老衰死なのに、私はこう言われて驚いた。

「お父様は《イジョウ死》
扱いとなりますので
警察の聴取を受けて
いただきます」

小学館新書 定価 990円（10%税込）

100
SHOGAKUKAN
100th

平野久美子

在宅死の落とし穴 小学館新書 437

死因を決めるのは 医者ではなくて警察官!?

せっかく念入りに「終活」しても、
かかりつけ医の「診取り」がなければ
残された家族は大変な思いをする。

「人生最後の医療行為」を 誰に委ねるか?



人のゴールは？ 死

人の死亡率は？ 100%

どこで死を迎えるか

施設

自宅

病院



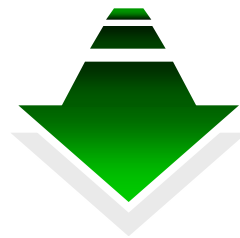
救急車を呼ぶということ



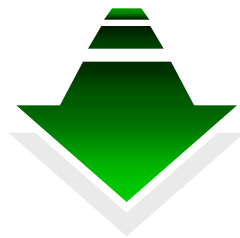
病院搬送の死



延命治療を希望しない 在宅の癌の患者さんたち映像



映画「痛くない死に方」



日本の死亡場所構成比

	病 院	老人保健 施 設	自 宅	その他	死亡総数
全 国	1,033,025	234,321	273,265	28,439	1,569,050
	66%	15%	17%	2%	100%
東京都	82,542	20,716	33,863	2,143	139,264
	59%	15%	24%	2%	100%
多 摩	26,692	5,014	7,657	501	39,864
	67%	13%	19%	1%	100%
立川市	1,164	201	418	25	1,808
	64%	11%	23%	1%	100%

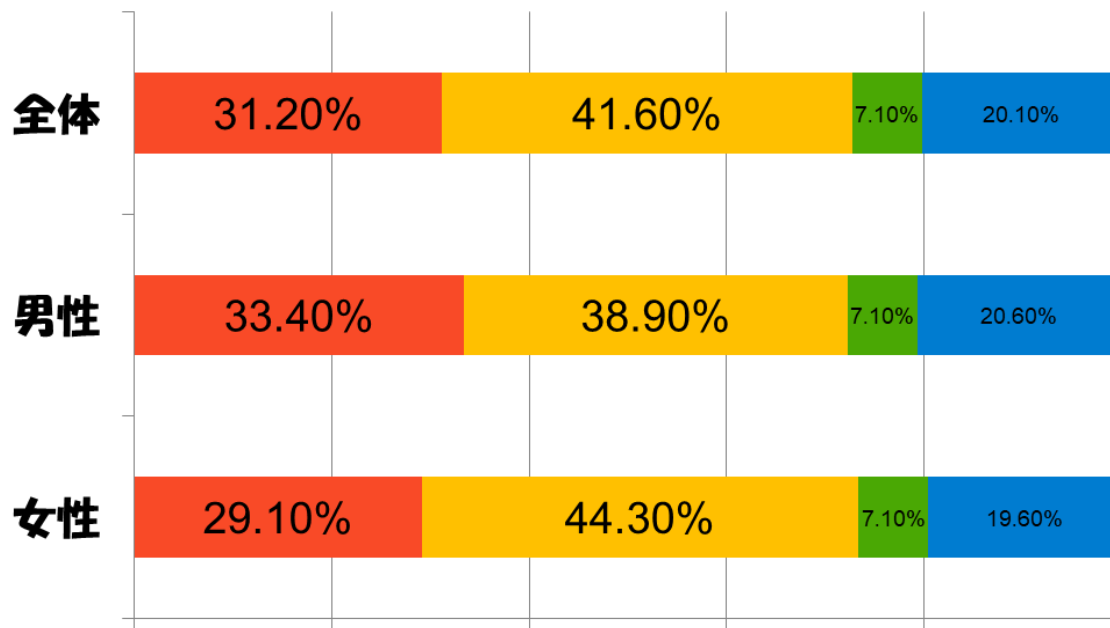
この統計には死体検案書も含まれる

資料 全国・東京都:厚生労働省「2022年人口動態統計」
多摩・立川市:東京都福祉保健局[2020年人口動態統計未掲載資料]より。



余命が短い、最期はどこで？

余命が1～2カ月に限られたら、
「自宅で過ごしたい」人は1割以上、



- 自宅で過ごしたいし、実現可能だと思う
- 自宅で過ごしたいが、実現は難しいと思う
- 自宅では過ごしたくない
- 分からない

資料 財団法人日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団

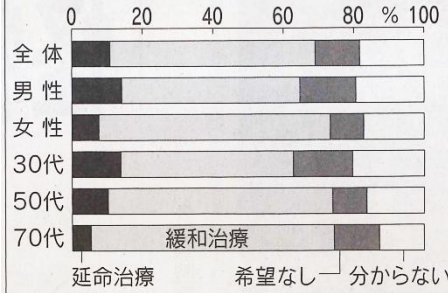


終末期治療の希望 ホスピス財団調査

「延命より痛み緩和」6割

末期がんなどで終末期を迎えた際、延命治療ではなく苦痛を取り除く緩和治療を希望する人が6割に上ることが、日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団(大阪市)の調査で分かった。ただ自身の意思決定が困難な場合に備え、治療法を家族などと話し合ったことがあるとした人は約4割にとどまる。同財団はあらかじめ家族と話し合うことの必要性を訴えている。

人生の最終段階で受たい治療方法



(注)日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団調べ

「家族と話し合い」4割止まり

調査は昨年12月、20〜79歳の約千人を対象に実施した。「人生の最終段階でどのような治療を受けたいか」との設問には、「生命を長くするより、痛みを取り除く治療を希望」が58・1%に上った。「苦痛が伴っても病気に對する治療(延命治療)を希望」との答えは10・9%だった。「分からない」も18・3%を占めた。男性より女性の方が緩和治療を希望する割合が高く、年齢が高くなるほど緩和治療の割合が高まった。

厚生労働省などは、本人が意思表示できない場合に備え、治療法などを家族や医師と決めておくよう指針で示している。調査で家族と話しあったことがあるか聞いたところ、

「詳しく話し合っている」(7・1%)と「一応話し合っている」(35・5%)を合わせ4割にとどまり、「話し合ったことがない」が半数を超えた。

同財団の担当者は「健康な状態では緩和治療を望んでいても、重大な病になれば意思が変わる可能性がある。意思決定ができる段階で身近な人と繰り返し話し合う必要がある」と指摘する。

「終末期を自宅で過ごしたいか」との問いには、7割以上が自宅を希望した。「自宅で過ごしたい」が実現は難しいと思う」と答えた割合が前回調査(12年)に比べて20%以上減り、在宅医療への理解が徐々に進んでいる様



どんな死を迎えるか



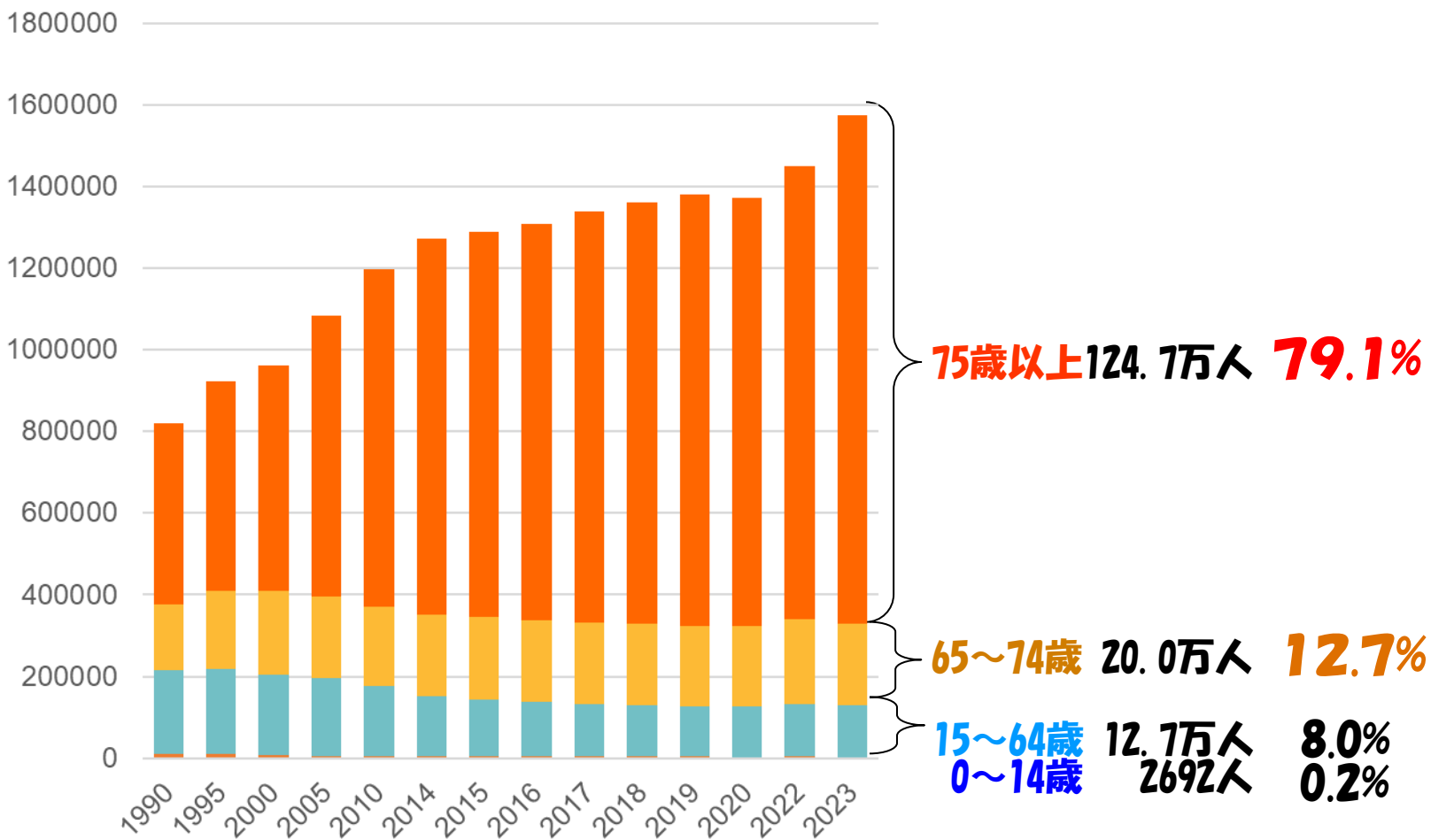
2023年全国死因のトップ10

順位	死 因	死亡数
1位	悪性新生物	382, 504
2位	心疾患	231, 148
3位	老 衰	189, 919
4位	脳血管疾患	104, 533
5位	肺 炎	75, 753
6位	誤嚥性肺炎	60, 190
7位	不慮の事故	44, 440
8位	新型コロナウイルス感染症	38, 086
9位	腎不全	30, 208
10位	アルツハイマー病	25, 453
	総 数	1, 576, 016

90%は65歳以上！



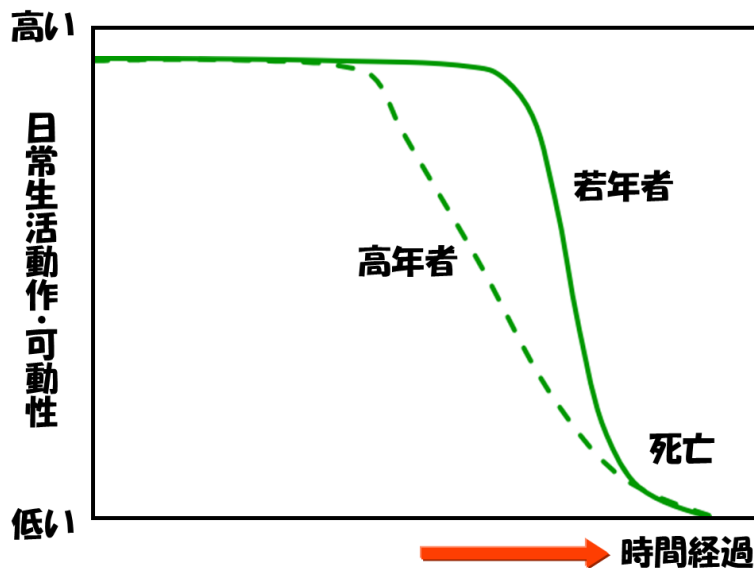
死亡数の年次推移



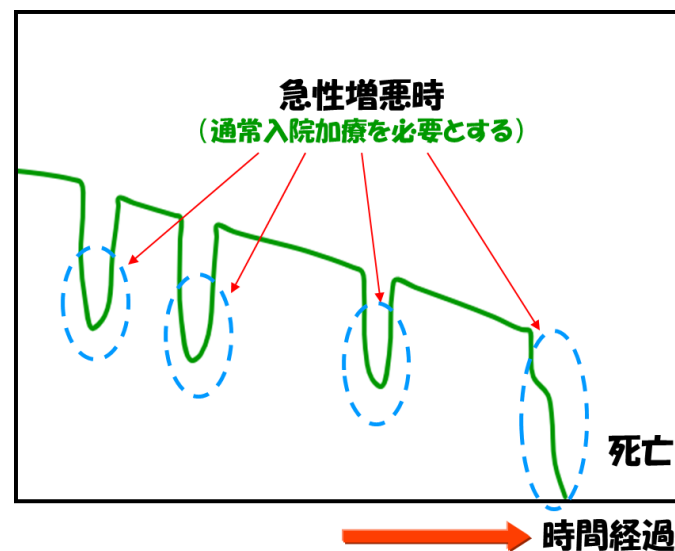
資料 厚生労働省「人口動態統計2023年確定数」



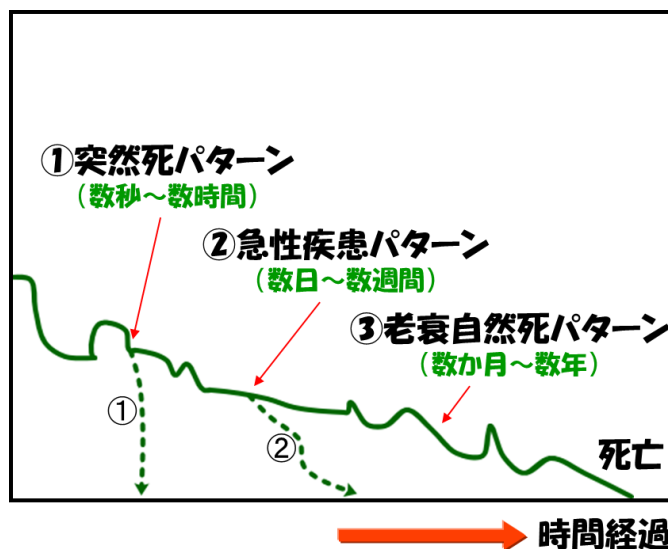
悪性腫瘍のパターン



慢性疾患のパターン



認知症・老衰のパターン



死はどのようにやって来るか

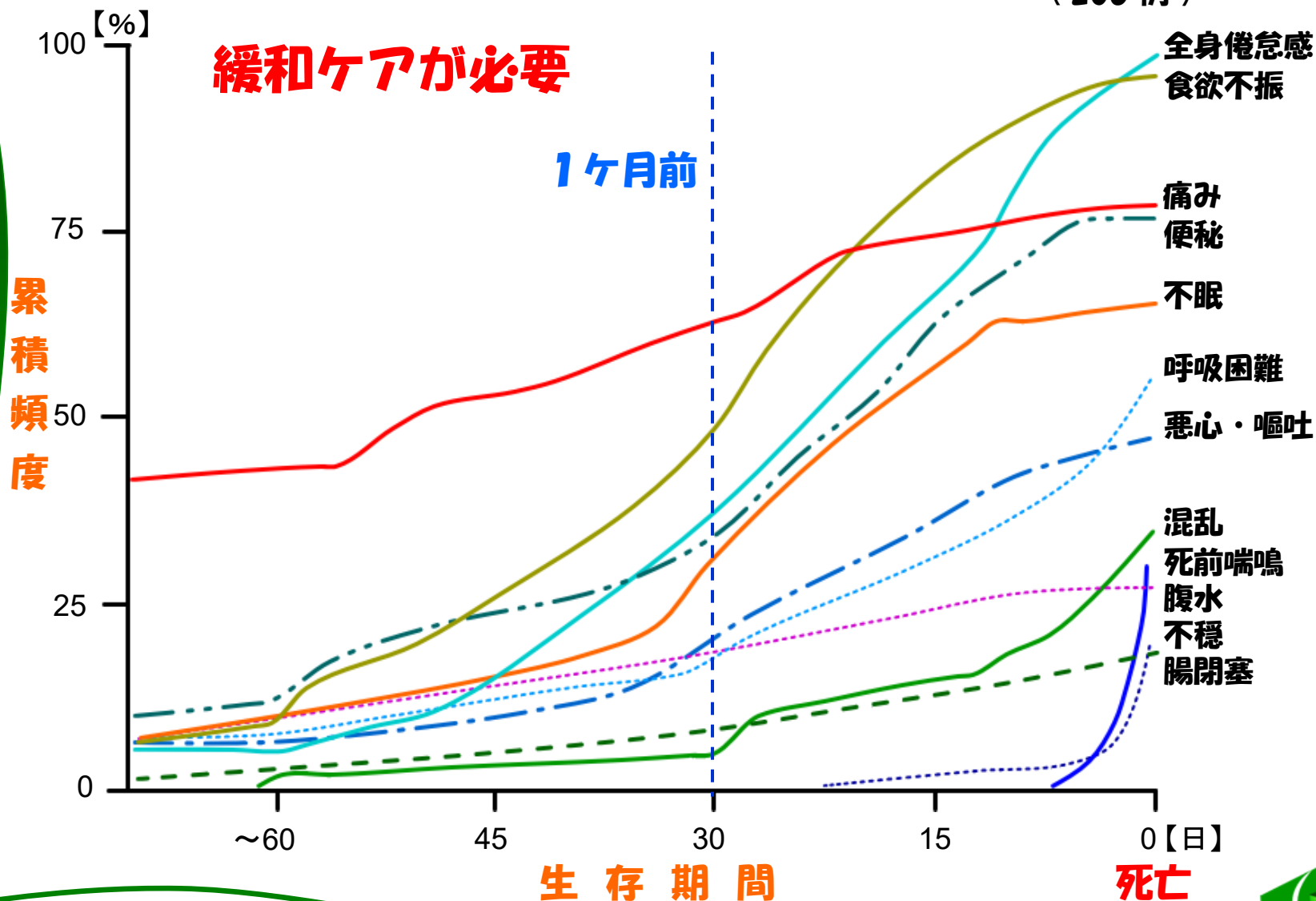


**最期の1ヶ月は
介護と緩和ケアが必須**



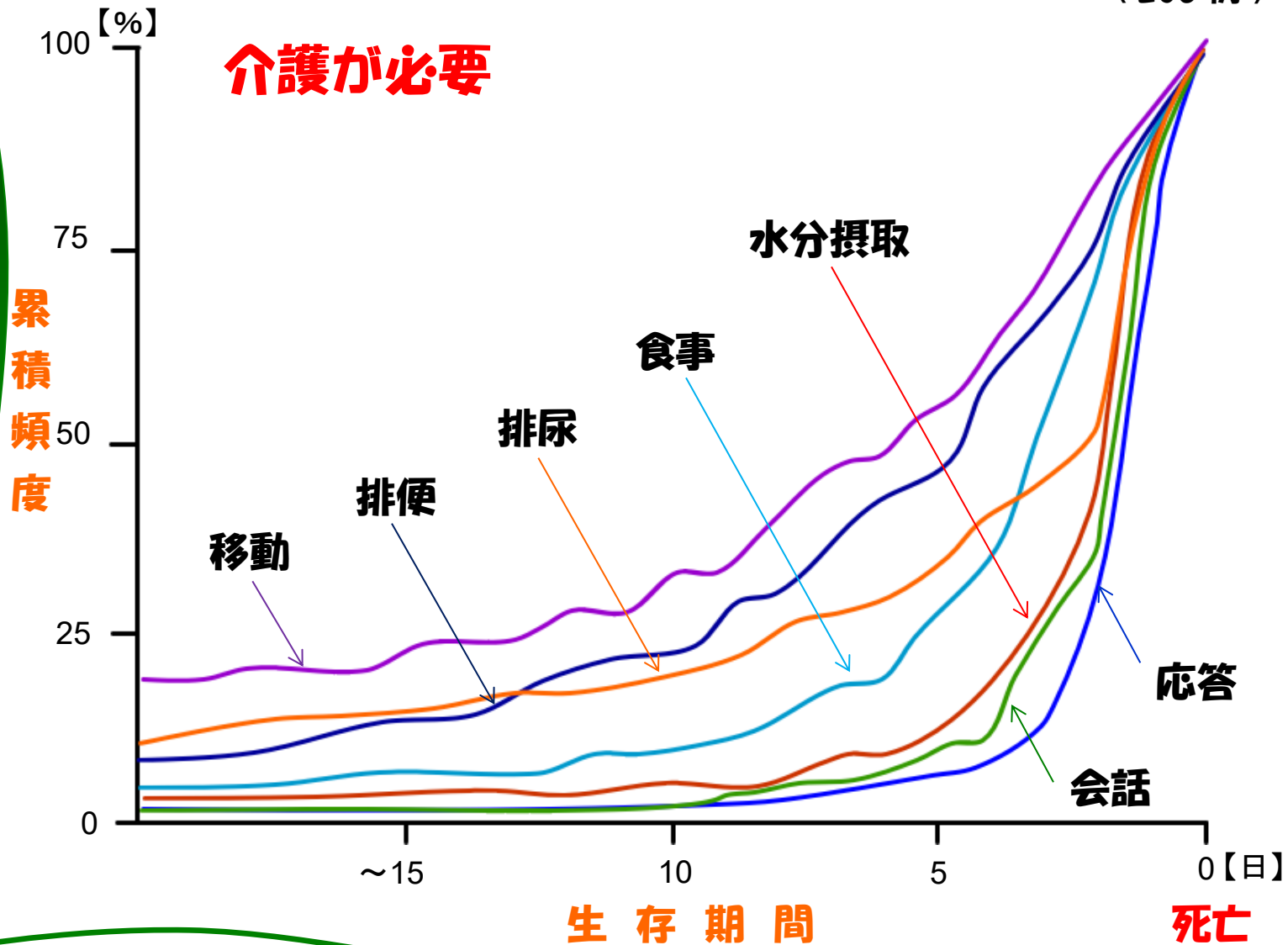
主要な身体症状出現からの生存期間

(206 例)



日常生活動作の障害出現からの生存期間

(206例)



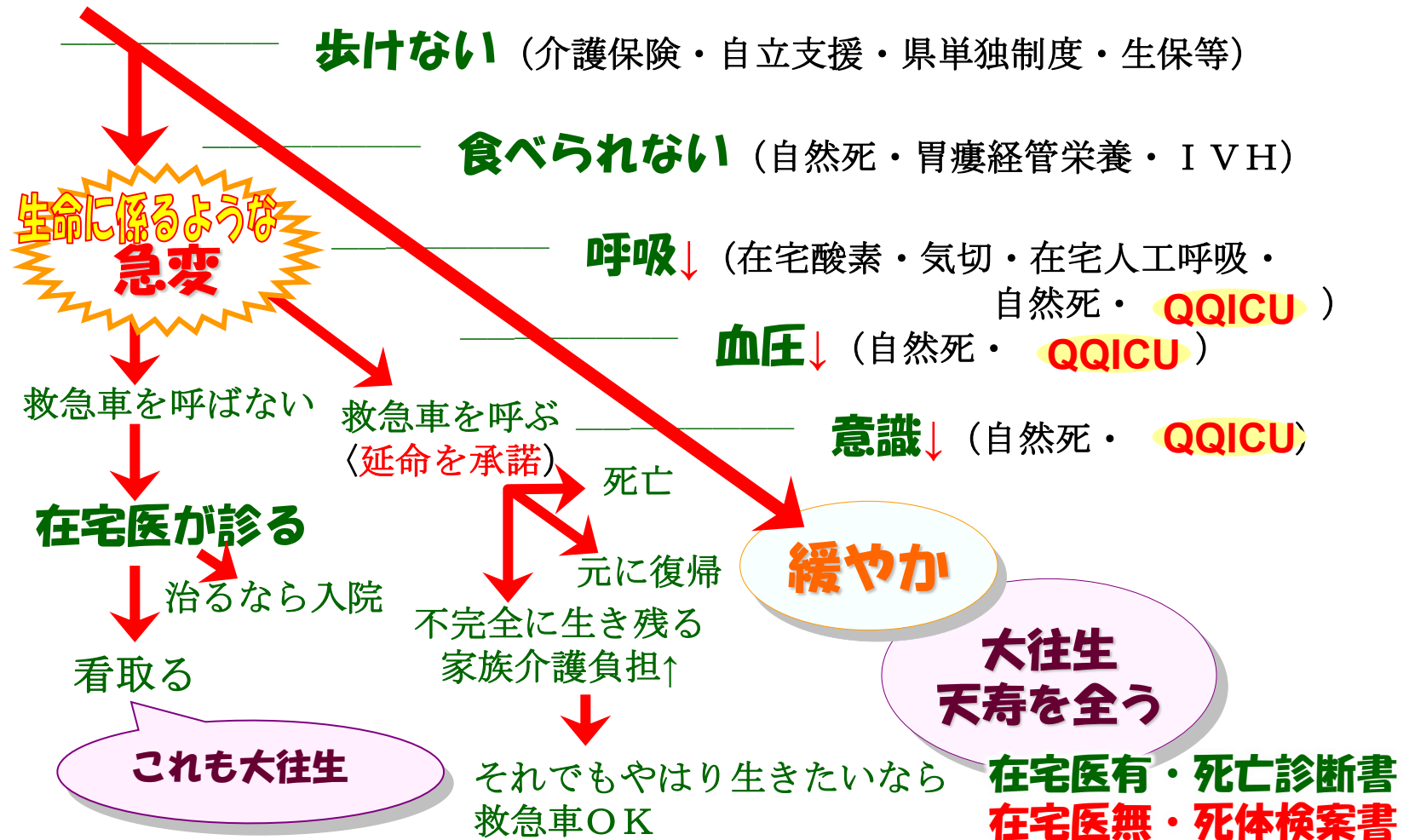
Tachikawa 立川在宅ケアクリニック
Home Care Clinic

出典 最新緩和医療学：最新医学社：19.1999



人間の生き方（看取り）緩急の図

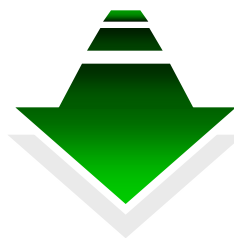
＜生き方は二つしかない＞



出典 仙台往診クリニック 川島孝一郎先生



**立川在宅ケアクリニックの在宅緩和ケア
ゴールは痛くない・苦しくない・辛くない
穏やかな看取り**



**家族がいても、いなくても家で看取る
希望があれば、施設・ホスピス等に移る**



在宅緩和ケアを始めた動機・経緯

1984年～2000年 帝京大学病院、国立王子病院

帝京大学病院、井上レディースクリニック 麻酔科

1995年 父の癌死(肝癌、開業医、3か月、病院死)

緩和ケア後進国？

1996年 友人の癌死(膵癌、黄疸、3か月、診療所死)

死に場所もない国？

1997-8年 ホスピスを建てるため日本・アメリカ見学

1999年 ホスピス断念(地主「やっぱり人の死ぬ場所には…」)

1999年 厚労省のアンケート(癌末期6割は自宅希望)に遭遇

施設も金も要らない…やってみるか

2000年 井尾クリニック開業

2008年 移転・改名立川在宅ケアクリニック



2000年2月開業 上砂町・井尾クリニック



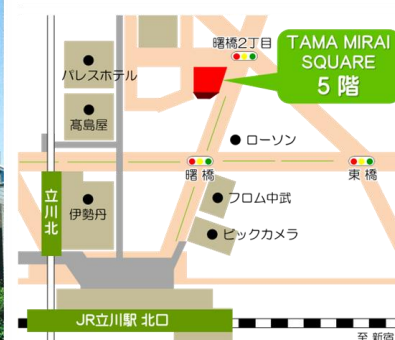
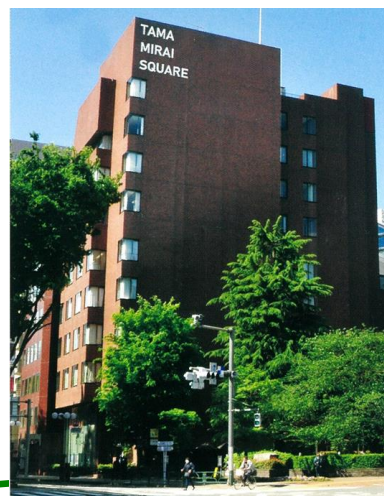
2000年8月に移転 富士見町・井尾クリニック



2008年3月に移転 幸町・立川在宅ケアクリニック



2023年8月に移転 曙町・立川在宅ケアクリニック



家での穏やかな看取りのための医療

- ★ 当院の在宅医療（訪問診療、往診ではない）
＝在宅ホスピス緩和ケア
- ★ 目的は家での穏やかな着陸
- ★ 対象はすべての緩和ケアを必要とする
在宅患者(がん,非がんの区別はない)
- ★ 開院は2000. 2. 22



緩和ケアの定義

WHO.2002

“**緩和ケア**とは、**人生を脅かす疾患**による問題に直面している**患者とその家族**に対して、**疾患の早期から痛み、身体的、心理的、社会的、実存的（スピリチュアル）**な問題に関してきちんとした評価をおこない、それが障害とならないように予防したい対処したいすることで、**QOLを改善**するためのアプローチである。”



がん対策基本法

2016年12月改正法成立

★国及び地方公共団体は、手術、放射線療法、化学療法、**緩和ケア**(**がん****その他の特定の疾病**に罹患した者に係る身体的若しくは精神的な苦痛又は社会生活上の不安を緩和することによりその療養生活の質の維持向上を図ることを主たる目的とする治療、看護その他の行為をいう。第十七条において同じ。)のうち医療として提供されるものその他のがん医療に携わる…医療従事者の育成を図るために必要な施策を講ずるものとする。

(がん対策基本法第15条)



当院の特徴

- 1. 末期がんが特に多い(85%)**
- 2. 非がん患者・難病も多い(15%)**
- 3. 在宅専門である**
- 4. 訪問地域が広い**
- 5. 24時間・365日体制**

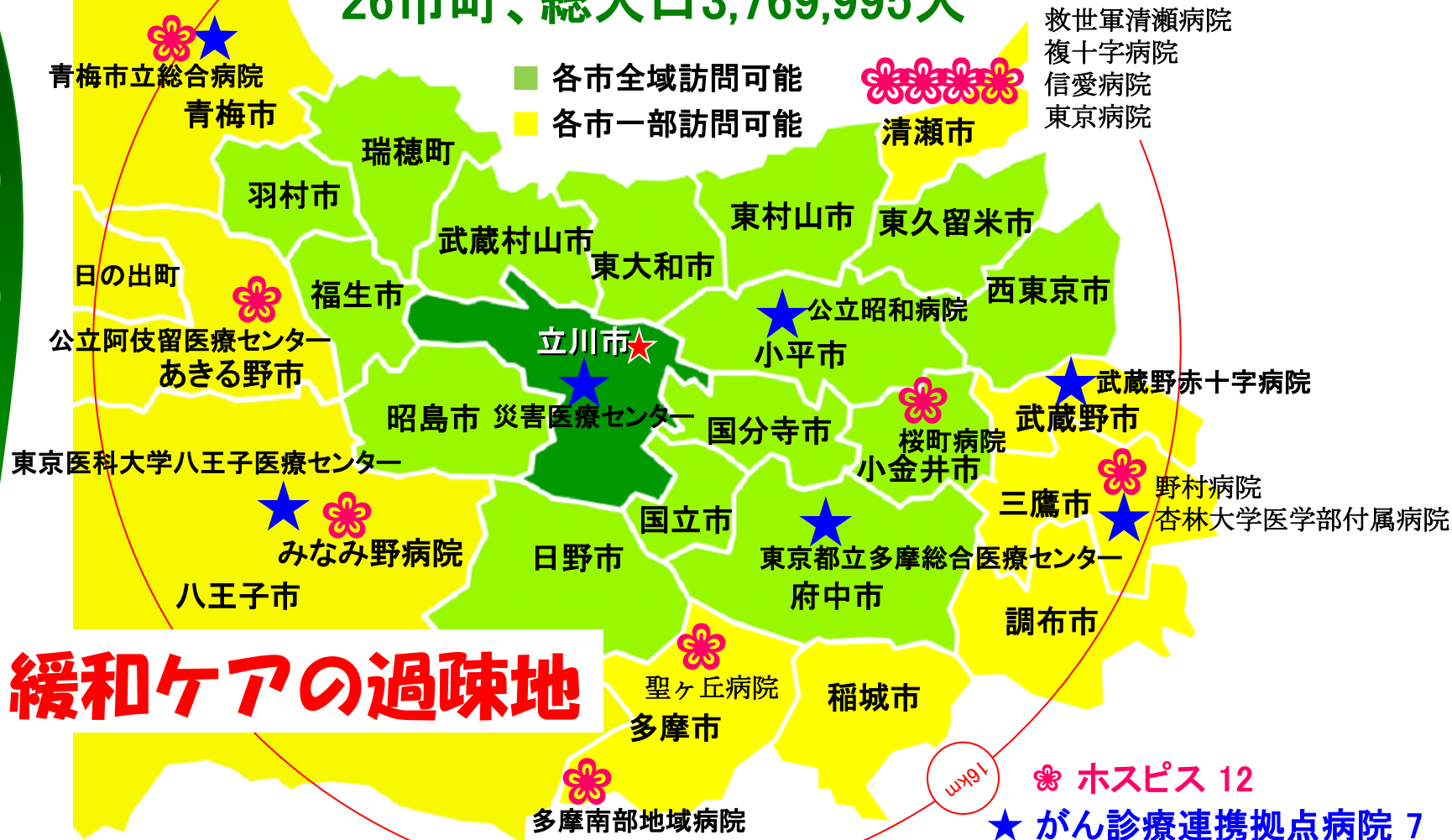


訪問診療地域

(立川市を中心に16kmを訪問)

26市町、総人口3,769,995人

- 各市全域訪問可能
- 各市一部訪問可能



緩和ケアの過疎地

資料:
人口データは2024年1月1日現在総務局統計部
Tachikawa Home Care Clinic



在宅緩和ケアの流れ

- ① 自宅で最期まで過ごしたい → 相談の予約
- ② **全例面談** 本人・家族の意思・病識・覚悟の確認
- ③ 十分な説明
Ⅰ **点滴は天敵** Ⅱ **119は呼ばない** (検死になる)
- ④ 当日から訪問開始
- ⑤ 看取り・入院・施設入所で終了



点滴は天敵

癌だけではなく末期状態には全て

点滴はしない、中心静脈栄養は減らす
体が衰弱してきた状態では
浮腫、腹水、胸水、痰の増加を起こす。
病院Drいわく

「溺れ死にみたい・・・」

「まるで土左衛門だもんね・・・」

自然な苦しめない呼吸状態のためには
余分な水分はいらない、最期まで口から。

(看取りの極意)





『平穩死のすすめ』

石飛幸三先生著

慶應大学出身の外科医、2005年から特養に勤務する。
入所者の3割は嚥下障害があった。

1) 8歳年上の妻が誤嚥性肺炎で入院した。胃瘻を勧められたが、夫は断固拒否、先生が責任を持つと、そのまま帰ってきた。夫は妻を椅子に座らせ、頬と口腔マッサージすると、喉仏が動いて「ゴクン」と飲み込んだ。

「女房は認知症で、もう誰のことともわからない。なのに胃瘻をつけて、そんな状態で頑張らせるのが愛情か？自然にまかせて静かに逝くのを見送るのも愛情じゃないのか。」



2) 85歳の母親が、誤嚥して 入院した。三宅島の息子に胃瘻をつけましょうと連絡があり。「母はもう寿命です。胃瘻はつけないでください。」と頼んだが、母親は経鼻経管栄養で生かされていた。息子は愕然とされ、オイオイと泣かれた。

「島ではこんなことはしません。年寄りが物を食べなくなったら、仏間に布団を敷いて、ただ寝かせておきます。無理に食べさせようとはせず、枕元に水だけ置いておきます。生きる力が残っていれば、自分で手を伸ばして水を飲みます。それでも1ヶ月は生きます。」

人は「食べないから死ぬ」のではなく、「死ぬのだから食べない」のです。



『犯人は私だった！「平穏死の」叶え方』

長尾和弘著

「平穏死」とは**枯れて死ぬこと**

「平穏死」の反対語は「**延命死**」で、**溺れて死ぬこと**。

葬儀屋の証言「自宅で平穏死された遺体は**軽い**、大学病院で亡くなる遺体は**重たい**」年配の病理医の証言「**昔のご遺体は大学病院でも枯れていた、メスを入れたらパッと臓器を取り出せた。最近はメスを入れたら胸からも腹からも水がパッと出てくるし、臓器もふやけた状態だ。今の医師はいったい何を考えているんだ。**」

「**平穏死**」「**尊厳死**」と「**安楽死**」は異なる。

肺癌でも**枯れる**と呼吸苦も軽く酸素不要で、より長生きする。
終末期以降の「**脱水は友**」である。



痛みは我慢しない

痛みを我慢することに何の意味もない、
心身ともに消耗するだけ。

痛みをとり、十分な睡眠、栄養をとり、
治療に専念。

モルヒネはいい薬。歴史がある。

困るのは便秘。

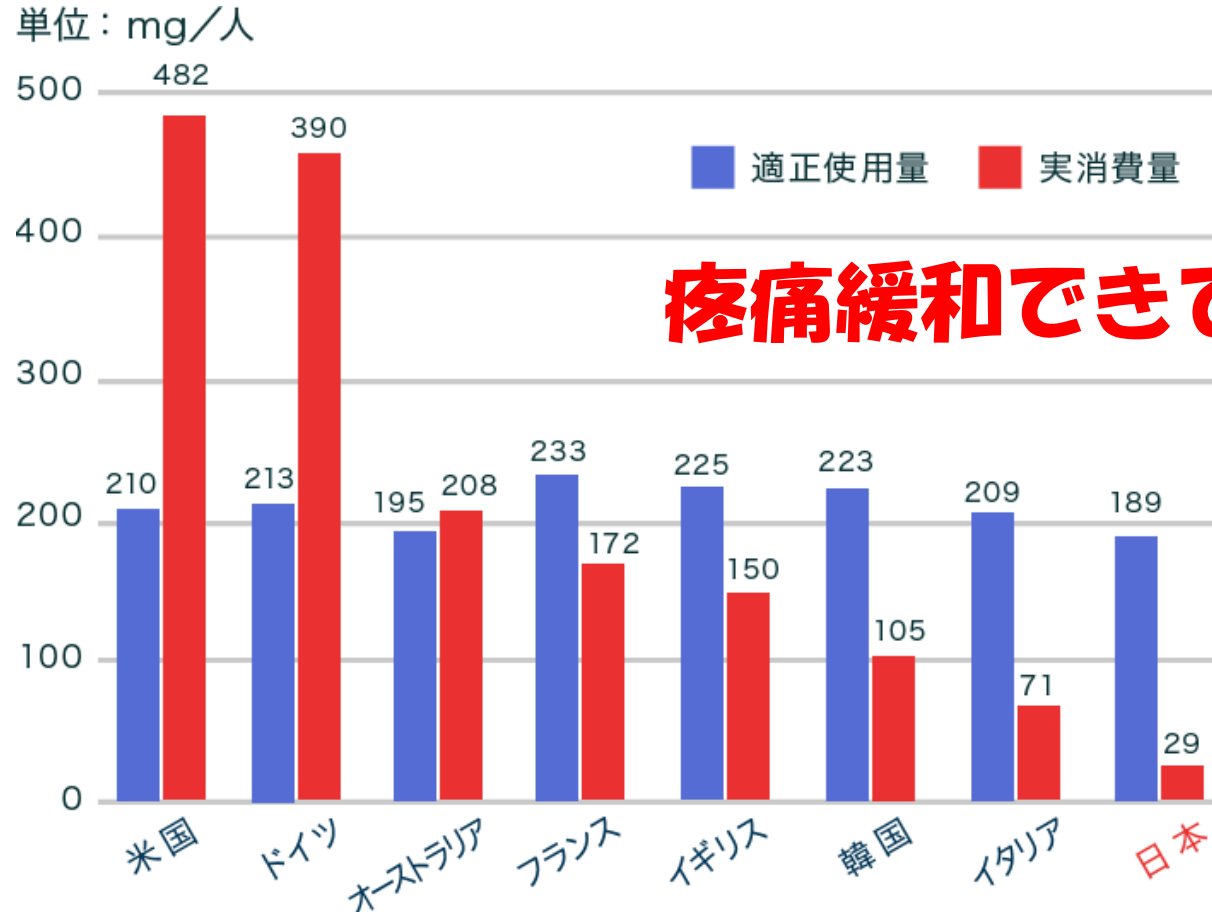
誤解が多い。

「痛みが消える量が適切な投与量」

非癌患者にもモルヒネは使用できる



医療用麻薬の適正使用量と実消費量 (2010年 WHO報告)



疼痛緩和できてるの？

Duthey B, et al.:
J Pain Sympt Manage., 2014, 47 (2), 283

資料 シオノギ製薬 <http://www.shionogi.co.jp/tsurasa/treatment/global/>



当院のスタッフ

医 師	8人	(常勤5人、非常勤3人)
看護師	4人	(常勤4人)
事 務	8人	(常勤6人、非常勤2人)

配達調剤薬局20箇所以上

連携した訪問看護ステーション60箇所以上

連携した訪問介護事業所200箇所以上



初日の面談ですべてが決まる

- ① 本人が「家に帰りたい」と望んでいるか確認
- ② 家族が家で「看取る覚悟」があるかを確認
- ③ 24時間・365日支援することを伝える
- ④ 点滴は原則的に行わないことの説明
- ⑤ 痛み止め(モルヒネ等)の十分な説明
- ⑥ 呼吸困難については家でも十分対応できる説明

★失敗するときは部外者の登場

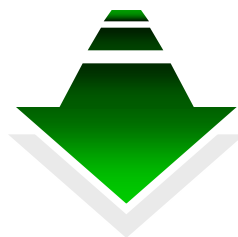


在宅看取りには3つの覚悟

- ① 家で死にたい**本人の覚悟**（ACP）
- ② 家で看取りたい**家族の覚悟**
- ③ 家で最期まで支える**医療、介護の覚悟**



ここまで来るのに25年



仲間を作り、ネットワークを作り
地域在宅緩和ケアチームが出来つつある



三水定期講演会

(平成24年4月18日第1回～令和7年8月20日第46回)

市民講演会 第35回 三水定期講演会

死に方のトリセツ

～がん、介護、看取り難民にならないために～

講師 井尾 和雄 先生
立川在宅ケアクリニック 理事長

昭和27年熊本生まれ。帝京大学医学部を卒業。帝京大学病院麻酔科、国立王子病院麻酔科、井上レディースクリニック麻酔科勤務を経て、平成12年に在宅緩和ケア専門の井尾クリニックを開業。平成20年、移転と同時に立川在宅ケアクリニックに改称し、現在に至る。がん、難病、寝たきりの患者さん4,300人以上を24時間在宅で最期まで看取ってきた経験のある医師。

＜主な著書＞
『看る診る看取る』『幸せな最期』『後悔しない最期の時の迎え方』『死に方のトリセツ』

令和4年 11月16日(水曜日)
13:00～14:30 (開場12:30～)

会場 たましんWinセンター

東京都立川市緑町3-4

(多摩信用金庫本店 3F)

参加費 無料・予約制(定員25名)

◆主催 多摩信用金庫

共催 立川在宅ケアクリニック

お申し込み お問い合わせは

立川在宅ケアクリニック

TEL 042-537-7066

FAX 042-534-6965



在宅緩和ケア講演会

(令和5年11月8日第1回～令和7年10月8日第24回)

在宅緩和ケア講演会

死に方の 極意
ACP の勧め

毎月第2水曜日

3月12日

13:30～15:30

講師 立川在宅ケアクリニック
理事長 井尾 和雄

日本は超高齢多死時代に入っています。2025年に時代は更に変わります。団塊世代が75歳を迎え更に年間死亡数(2023年は159万人)が急増します。老老世帯、認知世帯、独居世帯が更に増え、ごみ捨て難民、買物難民、介護難民、看取り難民、孤独死も増加します。知っていますか？動けない、トイレ行けない、寝たきりになっても、病院入院は無理、特養・老健は入所困難です。家族は看てくれますか？サービス付き高齢者施設、高級介護マンション乱立、デイサービス、ショートステイ花盛り、行き場はありますか？お金はありますか？覚悟はありますか？

現在の日本の医療・看護・介護、死の現実、死に方の極意、ACP等をお話します。人は100%死にます。看取り難民、警察介入後死にならないように備えましょう。

会場 千190-0012
東京都立川市曙町2-8-28
TAMA MIRAI SQUARE 3階
カンパレンスルーム

申込 立川在宅ケアクリニック 担当:山口
TEL : 042-506-1993
FAX : 042-506-1991

参加費 無料 定員30名
申込先着順

主催 在宅緩和ケア充実診療所
立川在宅ケアクリニック



多摩在宅ケアネットワーク

(平成19年10月18日第1回～令和7年8月14日第104回)

開催日	議題・発表者	参加者
第01回	第11回	① 学会報告「日本緩和医療学会」 ② 学会報告「日本在宅ケア学会」
第02回	第12回	③ 特別講演「在宅ケアの未来」
第03回	第13回	④ 特別講演「在宅ケアの未来」
第04回	第14回	⑤ 特別講演「在宅ケアの未来」
第05回	第15回	⑥ 特別講演「在宅ケアの未来」
第06回	第16回	⑦ 特別講演「在宅ケアの未来」
第07回	第17回	⑧ 特別講演「在宅ケアの未来」
第08回	第18回	⑨ 特別講演「在宅ケアの未来」
第09回	第19回	⑩ 特別講演「在宅ケアの未来」
第10回	特別講演会	⑪ 特別講演「在宅ケアの未来」
	第20回	⑫ 特別講演「在宅ケアの未来」
	第21回	⑬ 特別講演「在宅ケアの未来」
	第22回	⑭ 特別講演「在宅ケアの未来」
	第23回	⑮ 特別講演「在宅ケアの未来」
	第24回	⑯ 特別講演「在宅ケアの未来」
	第25回	⑰ 特別講演「在宅ケアの未来」
	第26回	⑱ 特別講演「在宅ケアの未来」
	第27回	⑲ 特別講演「在宅ケアの未来」
	第28回	⑳ 特別講演「在宅ケアの未来」
	第29回	㉑ 特別講演「在宅ケアの未来」
	第30回	㉒ 特別講演「在宅ケアの未来」
	第31回	㉓ 特別講演「在宅ケアの未来」
	第32回	㉔ 特別講演「在宅ケアの未来」
	第33回	㉕ 特別講演「在宅ケアの未来」
	第34回	㉖ 特別講演「在宅ケアの未来」
	第35回	㉗ 特別講演「在宅ケアの未来」
	第36回	㉘ 特別講演「在宅ケアの未来」
	第37回	㉙ 特別講演「在宅ケアの未来」
	第38回	㉚ 特別講演「在宅ケアの未来」
	第39回	㉛ 特別講演「在宅ケアの未来」
	第40回	㉜ 特別講演「在宅ケアの未来」
	第41回	㉝ 特別講演「在宅ケアの未来」
	第42回	㉞ 特別講演「在宅ケアの未来」
	第43回	㉟ 特別講演「在宅ケアの未来」
	第44回	㊱ 特別講演「在宅ケアの未来」
	第45回	㊲ 特別講演「在宅ケアの未来」
	第46回	㊳ 特別講演「在宅ケアの未来」
	第47回	㊴ 特別講演「在宅ケアの未来」
	第48回	㊵ 特別講演「在宅ケアの未来」
	第49回	㊶ 特別講演「在宅ケアの未来」
	第50回	㊷ 特別講演「在宅ケアの未来」
	第51回	㊸ 特別講演「在宅ケアの未来」
	第52回	㊹ 特別講演「在宅ケアの未来」
	第53回	㊺ 特別講演「在宅ケアの未来」
	第54回	㊻ 特別講演「在宅ケアの未来」
	第55回	㊼ 特別講演「在宅ケアの未来」
	第56回	㊽ 特別講演「在宅ケアの未来」
	第57回	㊾ 特別講演「在宅ケアの未来」
	第58回	㊿ 特別講演「在宅ケアの未来」
	第59回	㊽ 特別講演「在宅ケアの未来」
	第60回	㊾ 特別講演「在宅ケアの未来」
	第61回	㊿ 特別講演「在宅ケアの未来」
	第62回	㊽ 特別講演「在宅ケアの未来」
	第63回	㊾ 特別講演「在宅ケアの未来」
	第64回	㊿ 特別講演「在宅ケアの未来」



37団体 91名

第65回	平成28年08月04日	『成年後見等の制度から今の世の中の現状、事例について』 村田光男法律事務所	団体数	人数
			51団体	99名
第66回	平成28年10月13日	『独居の看取りを可能にするための地域での取り組み』 宮崎 和加子 先生	団体数	人数
			66団体	128名
第67回	平成28年12月08日	『遺品整理士について。高齢者一人暮らしの現状について』 一般財団法人 遺品整理士認定協会	団体数	人数
			39団体	72名
第68回	平成29年02月09日開催予定	ワールドカフェ形式 立川市医師会共催	団体数	人数
			48団体	86名



第3回多摩緩和ケア実践塾

緩和ケアに興味のある医師、看護師、薬剤師、医学生、
看護学生、薬学生を対象に緩和ケアの実践塾

平成24年度多摩緩和ケア実践塾時間割

時間： 午後 1 時 15 分～4 時 55 分					
会場：JR 立川駅 南口 アレア2 6 階アレアホ					
平成 24 年 05 月 12 日 土 午後	1 時 15 分～2 時 45 分	2 時 45 分～3 時	3 時～3 時 15 分	3 時 15 分～午後 4 時 45 分	4 時 45 分～55 分
	講義 1	質問	休憩	講義 2	質問
	緩和ケア総論 (ケアタウン小平クリニック 院長 山崎章郎先生)			疼痛緩和 (国立がん研究センター緩和医療科 的場元弘先生)	
平成 24 年 07 月 14 日 土 午後	1 時 15 分～2 時 45 分	2 時 45 分～3 時	3 時～3 時 15 分	3 時 15 分～午後 4 時 45 分	4 時 45 分～55 分
	講義 1	質問	休憩	講義 2	質問
	緩和ケアに必要な薬の話 (昭和大病院薬剤科 柏原由佳先生)			様々な症状緩和 (日の出ヶ丘病院緩和ケア病棟 沖陽輔先生)	
平成 24 年 09 月 15 日 土 午後	1 時 15 分～2 時 45 分	2 時 45 分～3 時	3 時～3 時 15 分	3 時 15 分～午後 4 時 45 分	4 時 45 分～55 分
	講義 1	質問	休憩	講義 2	質問
	緩和ケア病棟の一日、症状緩和の極意 (東芝病院緩和ケア病棟 茅根義和先生)			緩和ケア病棟の一日と緩和ケア看護の極意 (武蔵村山病院 田辺美香先生)	
平成 24 年 11 月 10 日 土 午後	1 時 15 分～2 時 45 分	2 時 45 分～3 時	3 時～3 時 15 分	3 時 15 分～午後 4 時 45 分	4 時 45 分～55 分
	講義 1	質問	休憩	講義 2	質問
	日本の緩和ケア (過去・現在・未来) 在宅緩和ケア 12 年の実践から見えるもの (立川在宅ケアクリニック 井尾和雄先生)			緩和ケアチームの一日と精神症状緩和の極意 (都立駒込病院緩和ケアチーム 赤穂理恵先生)	
平成 25 年 01 月 12 日 土 午後	1 時 15 分～2 時 45 分	2 時 45 分～3 時	3 時～3 時 15 分	3 時 15 分～午後 4 時 45 分	4 時 45 分～55 分
	講義 1	質問	休憩	講義 2	質問
	実践的在宅緩和ケアとその極意 (ふじもと在宅緩和ケアクリニック 院長 藤本肇先生)			緩和ケア訪問看護とその極意 (白十字訪問看護ステーション 所長 秋山正子先生)	
平成 25 年 03 月 16 日 土 午後	1 時 15 分～2 時 45 分	2 時 45 分～3 時	3 時～3 時 15 分	3 時 15 分～午後 4 時 45 分	4 時 45 分～55 分
	講義 1	質問	休憩	講義 2	質問
	癌体験者としての経験と医療者への要望 (NPO 法人ブーゲンビリア 代表 内田絵子先生)			妻を看取った家族として&今後の日本に必要な医療とは (日本対がん協会会長・元国立がんセンター総長 垣添忠先生)	



多摩緩和ケアネットワーク

(平成24年8月25日第1回～平成29年3月18日第10回)



TPC net (Tama Palliative Care network)

第10回「多摩緩和ケアネットワーク」のお知らせ

多摩での緩和ケアを実践する医療者のネットワークである「多摩緩和ケアネットワーク」の第10回の会を以下の要項で開催いたします。
緩和ケアに従事する医療者、これから考えている方ぜひご参加下さい。

日 時：平成29年 **3月18日** 土
午後1時30分～4時30分

場 所：JR立川駅北口徒歩5分
立川市曙町2-38-5 立川ビルヂング7階
「立川商工会議所 11階 第6会議室」

参加費：1000円(当日お支払ください。)

会場の定員が120名ですので参加ご希望の方は事前に下記メールにてお申込みください。
info@tpc-net.com 参加票を返信いたします。



テーマ：在宅緩和ケアの現場において難渋した症例のデスカッション

午後1時30分～1時40分 開会挨拶

午後1時40分～2時25分 症 例 1

若年性乳がん末期、化学療法、在宅緩和ケア併進中にシフトチェンジをした1例
立川在宅ケアクリニック (訪問診療)
東京都立多摩総合医療センター
東大和訪問看護ステーション

午後2時25分～2時35分 休 憩

午後2時35分～3時20分 症 例 2

高齢胃がん末期患者の夫と認知症の妻の生活支援を行い看取りを行った1例
立川在宅ケアクリニック (訪問診療)
公立昭徳病院
訪問看護ステーションはぎやま

午後3時20分～3時30分 休 憩

午後3時30分～4時15分 症 例 3

呼吸苦、精神的不安、家族間の関係性に難渋した1例
立川在宅ケアクリニック (訪問診療)
災害医療センター
立川在宅ケアクリニック (訪問看護)

午後4時15分～4時25分 統 括

午後4時25分～4時30分 閉会挨拶

第1回	第2回	第3回	第4回	第5回	第6回	第7回	第8回	第9回	第10回
内 容	内 容	内 容	内 容	内 容	内 容	内 容	内 容	内 容	内 容
午後1時30分～1時40分 開会挨拶	午後1時30分～1時40分 開会挨拶	午後1時30分～1時40分 開会挨拶	午後1時30分～1時40分 開会挨拶	午後1時30分～1時40分 開会挨拶	午後1時30分～1時40分 開会挨拶	午後1時30分～1時40分 開会挨拶	午後1時30分～1時40分 開会挨拶	午後1時30分～1時40分 開会挨拶	午後1時30分～1時40分 開会挨拶
午後1時40分～2時25分 症 例 1	午後1時40分～2時25分 症 例 1	午後1時40分～2時25分 症 例 1	午後1時40分～2時25分 症 例 1	午後1時40分～2時25分 症 例 1	午後1時40分～2時25分 症 例 1	午後1時40分～2時25分 症 例 1	午後1時40分～2時25分 症 例 1	午後1時40分～2時25分 症 例 1	午後1時40分～2時25分 症 例 1
午後2時25分～2時35分 休 憩	午後2時25分～2時35分 休 憩	午後2時25分～2時35分 休 憩	午後2時25分～2時35分 休 憩	午後2時25分～2時35分 休 憩	午後2時25分～2時35分 休 憩	午後2時25分～2時35分 休 憩	午後2時25分～2時35分 休 憩	午後2時25分～2時35分 休 憩	午後2時25分～2時35分 休 憩
午後2時35分～3時20分 症 例 2	午後2時35分～3時20分 症 例 2	午後2時35分～3時20分 症 例 2	午後2時35分～3時20分 症 例 2	午後2時35分～3時20分 症 例 2	午後2時35分～3時20分 症 例 2	午後2時35分～3時20分 症 例 2	午後2時35分～3時20分 症 例 2	午後2時35分～3時20分 症 例 2	午後2時35分～3時20分 症 例 2
午後3時20分～3時30分 休 憩	午後3時20分～3時30分 休 憩	午後3時20分～3時30分 休 憩	午後3時20分～3時30分 休 憩	午後3時20分～3時30分 休 憩	午後3時20分～3時30分 休 憩	午後3時20分～3時30分 休 憩	午後3時20分～3時30分 休 憩	午後3時20分～3時30分 休 憩	午後3時20分～3時30分 休 憩
午後3時30分～4時15分 症 例 3	午後3時30分～4時15分 症 例 3	午後3時30分～4時15分 症 例 3	午後3時30分～4時15分 症 例 3	午後3時30分～4時15分 症 例 3	午後3時30分～4時15分 症 例 3	午後3時30分～4時15分 症 例 3	午後3時30分～4時15分 症 例 3	午後3時30分～4時15分 症 例 3	午後3時30分～4時15分 症 例 3
午後4時15分～4時25分 統 括	午後4時15分～4時25分 統 括	午後4時15分～4時25分 統 括	午後4時15分～4時25分 統 括	午後4時15分～4時25分 統 括	午後4時15分～4時25分 統 括	午後4時15分～4時25分 統 括	午後4時15分～4時25分 統 括	午後4時15分～4時25分 統 括	午後4時15分～4時25分 統 括
午後4時25分～4時30分 閉会挨拶	午後4時25分～4時30分 閉会挨拶	午後4時25分～4時30分 閉会挨拶	午後4時25分～4時30分 閉会挨拶	午後4時25分～4時30分 閉会挨拶	午後4時25分～4時30分 閉会挨拶	午後4時25分～4時30分 閉会挨拶	午後4時25分～4時30分 閉会挨拶	午後4時25分～4時30分 閉会挨拶	午後4時25分～4時30分 閉会挨拶

第3回「多摩緩和ケアネットワーク」	第9回「多摩緩和ケアネットワーク」
多摩での緩和ケアに従事する医療者のネットワーク	多摩での緩和ケアに従事する医療者のネットワーク
日 時：平成28年11月11日 午後1時30分～4時30分	日 時：平成28年11月11日 午後1時30分～4時30分
場 所：JR立川駅北口徒歩5分 立川市曙町2-38-5 立川ビルヂング7階 「立川商工会議所 11階 第6会議室」	場 所：JR立川駅北口徒歩5分 立川市曙町2-38-5 立川ビルヂング7階 「立川商工会議所 11階 第6会議室」
参加費：1000円(当日お支払ください。)	参加費：1000円(当日お支払ください。)
会場の定員が120名ですので参加ご希望の方は事前に下記メールにてお申込みください。 info@tpc-net.com 参加票を返信いたします。	会場の定員が120名ですので参加ご希望の方は事前に下記メールにてお申込みください。 info@tpc-net.com 参加票を返信いたします。
内容：【第一部】 「地域包括ケアシステム」これとこれから 立川在宅ケアクリニック 【第二部】 午後1時30分～1時40分 開会挨拶 午後1時40分～2時25分 症 例 1 若年性乳がん末期、化学療法、在宅緩和ケア併進中にシフトチェンジをした1例 立川在宅ケアクリニック (訪問診療) 東京都立多摩総合医療センター 東大和訪問看護ステーション 午後2時25分～2時35分 休 憩 午後2時35分～3時20分 症 例 2 高齢胃がん末期患者の夫と認知症の妻の生活支援を行い看取りを行った1例 立川在宅ケアクリニック (訪問診療) 公立昭徳病院 訪問看護ステーションはぎやま	内容：訪問診療・ 午後1時30分～1時40分 開会挨拶 午後1時40分～2時25分 症 例 1 若年性乳がん末期、化学療法、在宅緩和ケア併進中にシフトチェンジをした1例 立川在宅ケアクリニック (訪問診療) 東京都立多摩総合医療センター 東大和訪問看護ステーション 午後2時25分～2時35分 休 憩 午後2時35分～3時20分 症 例 2 高齢胃がん末期患者の夫と認知症の妻の生活支援を行い看取りを行った1例 立川在宅ケアクリニック (訪問診療) 公立昭徳病院 訪問看護ステーションはぎやま

主催 多摩緩和ケアネットワーク

共催 立川市医師会 日本在宅ホスピス協会

『多摩緩和ケアネットワーク』事務局 医療法人社団在和会 立川在宅ケアクリニック内
〒190-0002 東京都立川市幸町5-71-16 フォートワグ Ⅲ1階 TEL:042-534-6964 FAX:042-534-6965

Tachikawa 立川在宅ケアクリニック Home Care Clinic



ニュースレター「在宅」

(平成14年12月20日第1号～令和7年10月1日第81号)

第26号

2011.10.1

在宅

すぐそこに「団塊世代大津波」 25%の在宅看取りが目標

今の日本は東日本大震災、原発事故、経済不安という戦後最大の危機に直面しています。時間はかかりますが必ず乗り越えることができますと信じています。

一方、従来からの日本の危機「超高齢化多死時代」が去ったわけではありません。すぐそこに団塊世代という大津波が見えています。これから30年の間に4000万人以上の日本人が旅立ちます。「最期の場所」をどうしますか？もうすでに病院、施設、ホスピスでは収容しきれない事態が始まっています。日本全体の年間死亡数（癌、非癌すべて）の25%を在宅で看取る体制がなければ「団塊世代大津波」は防げません。地域住民すべての「地域で生きて逝く」「地域で看取る」という意識改革が必要です。



実績 (旧井尻クリニックからの通算)

2011年9月31日現在

年度別看取り患者数 (単位:人)	2006年度 2007年度	2010年度	2011年度	合計	2006年度 2007年度	2010年度	2011年度	合計
在宅	1,198	160	130	1,488	施設	181	27	24
						232	1,720	

■ 地域別在宅看取り患者数 (単位:人)													■ 在宅看取り患者診療日数 (単位:人)			
立川市	487	羽村市	7	東大和市	199	瑞穂町	17	1週間未満	196	13.17%	1週間～1ヶ月未満	507	34.07%			
大島町	188	八王子市	27	日野市	101	東村山市	10	1ヶ月～3ヶ月未満	413	27.76%	3ヶ月～6ヶ月未満	176	11.83%			
国分寺市	114	府中市	53	武蔵村山市	102	あきる野市	4	6ヶ月以上	196	13.17%	合 計	1,488	100%			
国立市	76	その他	24													
福生市	19	合 計	1,488													

■ 死因別在宅看取り患者数 (単位:人)	総数	男	女	1. 肺癌	256	181	75	6. 肝臓癌	85	53	32	2. 胃癌	192	141	51	7. 乳癌	78	0	78	3. 大腸癌	152	88	64	8. 胆嚢・胆管癌	69	31	38	4. 膵臓癌	104	56	48	9. 食道癌	50	43	7	5. 老衰	98	51	47	10. 肺炎	32	14	18
----------------------	----	---	---	-------	-----	-----	----	--------	----	----	----	-------	-----	-----	----	-------	----	---	----	--------	-----	----	----	-----------	----	----	----	--------	-----	----	----	--------	----	----	---	-------	----	----	----	--------	----	----	----



地域包括ケアシステム本格始動

キーワード: QOD & ACP & Aging in place



超高齢多死社会に突入した日本、増え続ける年間総死亡数、団塊世代が後期高齢者となる2025年からは本格的に増加しピーク時には年間170万人が旅立つ国になります。がん難民、介護難民、看取り難民、孤独死等が増え続けることになり、「療養の場の確保と看取りの場の確保」のために最後にたどり着いたのが「地域包括ケアシステム」です。「人々を住み慣れた地域で最後まで支える」というスローガンで医療・看護・介護などすべてが変わりました。その変遷を見続けてきた私がキーワードだと思っているのが「QOD & ACP & Aging in place」です。

QOD (Quality of Death) とは「死の質」という意味です。「地域包括ケアシステム誕生のもとになった「社会保障制度改革国民会議」には次のように記載されています。超高齢化社会に見合った「地域全体で治し・支える医療」の射程には、そのときが来たらより納得し満足のできる最後を迎えることができるように支援すること—すなわち、死すべき運命にある人間の尊厳ある死を視野にいた「QOD (Quality of Death) を高める医療」も入っています。

2000年の開業以来3,200人を超える患者さんを看取ってきました。その大多数は高齢者です。皆さんと一緒に延

命医療は受けたくない、痛い・苦しい最期は嫌だ、PPK (ピンピンコロリ) が理想、家族に迷惑をかけたくない、出来れば家がよい等と希望されました。QOL (Quality of Life) は勿論重要ですが、高齢者の多くはQODを望んでいます。

ACP (Advance Care Planning) とは将来の変化に備え、将来の医療及びケアについて、患者さんを主体に、そのご家族や近しい人、医療ケアチームが、繰り返し話し合いを行い、患者さんの意思決定を支援するプロセスのことです。終末期においても尊厳ある生き方を最期まで実現する、すなわちQODを重視したプロセスです。

Aging in place とは「住み慣れた所で安心して自分らしく年を取る」という考え方のことです。終末期には次第に動ける範囲が狭まります、住み慣れた地域で医療や介護サービスを受け続けることが出来る仕組みがあれば最期まで地域で過ごすことが出来る、「地域包括ケアシステム」そのものです。「地域包括ケアシステム」を後押しするため2018年4月診療・介護報酬同時改定がされ在宅医療・訪問看護・ケアマネ・退院調整等の点数が強化されました。2025年に向けて今後増々「病院完結型から地域完結型」へシフトしていくと思われます。問題は点数狙いの心無い訪問診療・訪問看護などの存在です。また孤独死への対応には警察、消防の協力も不可欠です。まだまだ問題山積です。もうちょっと、がまだすばい!

井尻 和雄

実績

■ 年度別看取り患者数 (単位:人)						
2000年 ～2013年	2014年	2015年	2016年	2017年	2018年	合計
2,200人	223人	267人	284人	192人	58人	3,224人

■ 死因別在宅看取り患者数 (単位:人)	総数	男	女	1. 肺癌 <td>462</td> <td>331</td> <td>131</td> <td>6. 肝臓癌</td> <td>147</td> <td>94</td> <td>53</td> <td>2. 胃癌</td> <td>364</td> <td>264</td> <td>100</td> <td>7. 乳癌</td> <td>133</td> <td>0</td> <td>133</td> <td>3. 大腸癌</td> <td>275</td> <td>149</td> <td>126</td> <td>8. 胆嚢・胆管癌</td> <td>125</td> <td>71</td> <td>54</td> <td>4. 膵臓癌</td> <td>242</td> <td>127</td> <td>115</td> <td>9. 食道癌</td> <td>95</td> <td>82</td> <td>13</td> <td>5. 老衰</td> <td>168</td> <td>52</td> <td>116</td> <td>10. 肺炎</td> <td>72</td> <td>44</td> <td>28</td>	462	331	131	6. 肝臓癌	147	94	53	2. 胃癌	364	264	100	7. 乳癌	133	0	133	3. 大腸癌	275	149	126	8. 胆嚢・胆管癌	125	71	54	4. 膵臓癌	242	127	115	9. 食道癌	95	82	13	5. 老衰	168	52	116	10. 肺炎	72	44	28
----------------------	----	---	---	--	-----	-----	-----	--------	-----	----	----	-------	-----	-----	-----	-------	-----	---	-----	--------	-----	-----	-----	-----------	-----	----	----	--------	-----	-----	-----	--------	----	----	----	-------	-----	----	-----	--------	----	----	----

2018年3月31日現在

■ 地域別在宅看取り患者数 (単位:人)	■ 在宅看取り患者診療日数 (単位:人)									
立川市	855	羽村市	58	1週間未満	351	12.26%				
東大和市	371	瑞穂町	71	1週間～1ヶ月	962	33.59%				
昭島市	311	八王子市	36	1ヶ月～3ヶ月	814	28.42%				
日野市	130	東村山市	87	3ヶ月～6ヶ月	364	12.71%				
国分寺市	154	府中市	92	6ヶ月以上	373	13.02%				
武蔵村山市	192	あきる野市	39							
国立市	102	西東京市	6							
福生市	101	その他	49							
小平市	210									



TZCニュースレター

(令和4年2月28日第1号～令和7年10月1日第78号)



今週のトピックス

帰らんちゃよか

数年前、高校の同級生と立川で飲んだことがある。2次会に流れカラオケになった。その時友人の一人がこの歌「帰らんちゃよか」を歌った。どこか聞き覚えのある、熊本弁の歌だった。その時は「島津亜矢」バージョンだった？気がする。「吾亦紅」と同じく、聴いていても、歌ってみても、しんみりしてしまう歌である。その後、最初に歌ったのは「肥後わか」の「お米はあさん」で有名な「ばってん荒川」であることが分かった。熊本出身の「島津亜矢」が歌わせて欲しいと頼み込んで「お前ならよかたい！大切に歌わなんぞ！」と許したらしい。「ばってんさん」には数回会ったことがある。父の診療所に通院していた時、父の弟と共同経営していた演芸酒場「お米」でも会ったと思う。普通の刈り上げのおじさんだった。演歌歌手としても有名で、後に刈り上げ着流して「火の国一代」歌っているのを見たことがある。「お米はあさん」の時は女装、演歌歌手の時は男装で活躍されていた。お婆さんの女装は「志村けん」の婆さんにそっくりである。「博多華丸」もモノマネ芸のレパートリーにしているらしい、「江頭2:50」もデビュー当時の芸名は「パッテン江頭」を名乗っていた。俳優としても映画に出ていた、一番びっくりしたのは「静かなるドン」のコミカルな親分役だった。「トラック野郎」にも出ていたらしい。「ピータだれし」などの大物芸人から東京を拠点とした活動を勧められたが「余計な仕事はしたくない」と断り、あくまでも自身の原点である九州の舞台と、福岡・熊本でのテレビやラジオにこだわり続けた。2006年10月69歳で膀胱癌により他界されている。葬儀には全国からは「ピータだれし」「だけし軍団」「北島三郎」「西川きよし」「市原悦子」「天童よしみ」…熊本出身の「水前寺清子」「八代亜紀」「石川さゆり」「原田悠里」「コロク」井出らっきょ…からお悔やみが寄せられている。「島津亜矢」が遺影の前でこの曲を熱唱している。この曲は熊本出身のシンガーソングライターの「関島秀樹」が「生きたらよか」のタイトルで1995年に作詞・作曲した。その曲を「帰らんちゃよか」にタイトルを変え1996年に自身の40周年記念ベストアルバム「生きたらよか」に収録している。熊本出身のスターは多いが、今年の新星はヤクルトの「村上宗隆」選手である。



歌詞「帰らんちゃよか」作詞・作曲 関島秀樹

そらあとときどき 俺たちも
淋しき夜は過ぎすこつも あるばってん
二人りの 暮らしも長くなって
これかあたりまえのこつ 思うよ
どこの誰かが 結婚したとか
かわいひ孫のきて聞くとも、もう慣れた
ぜいたくは言うたら きりんなか
元気でおるだけで 幸せと思わんなら
それでどうかい うまくいきよつかい
自分のやりたかこつは
少しはしよつかい
心配せんでよか 心配せんでよか
けっこう二人で
けんかばしながら暮らしとる
帰らんちゃよか 帰らんちゃよか
母ちゃんもお前のこつは わかつとるけん
そらあとときどき 帰ってきたり
ちよちよこ電話はかけてくるとは うれしかよ

それにしだって 近頃やさしゅうなったね
なんか弱気になつとつじや なかつかい
田舎があるけん だめなら戻るけん
逃げ道にしとるだけなら 悲しかよ
親のためとか 年のせいとか
そぎゃんこつば 言訳にすんよ
それでどうかい 都会は楽しかいかい
今頃後悔しとつじや なかつかい
心配せんでよか 心配せんでよか
父ちゃんたち
二人でなんとか暮らしゆけるけん
帰らんちゃよか 帰らんちゃよか
今度みかんばいばい 送るけん
心配せんでよか 心配せんでよか
親のために おまえの生き方かえんてよか
どうせおれたちや 先に逝くとやけん
おまえの思うたとおりに 生きたらよか



この10年程で末期がん・難病患者を入所させるホスピス・難病専門と名乗るサ・高住が急増している。医師は常駐しておらず近隣の在宅医orかかりつけ医が訪問で診ているらしい。看護師も常駐しておらず、同じ系列の訪問看護ステーション、それも同じ施設内から訪問で看ているようだ。サ・高住はその患者には家となり訪問診療・訪問看護が成立する。末期であれば、週1の訪問診療、週3の訪問看護、24時間体制、緊急訪問診療・緊急訪問看護、最期まで看る・診る・看取る、であれば何の問題もない。今のところの問題は三つあると思っている。①紹介会社の存在:法外な紹介料、介護度の高い入所者ほど高い紹介料、1件120万円とも報道されている。②必要のない訪問看護を行い、不正・過剰請求が行われている。③最期を看取することもなく、救急搬送されているようである。ホスピスを名乗る・難病専門を名乗る・最期までと謳うサ・高住の殆どが株式会社上場をしている。適性の医療・看護・介護の水準で充分な緩和ケアを提供し、最期まで支えてくれば、今後増え続ける多死社会の一助になると思われるが、利益優先では自然淘汰されていくと考える。命優先を徹底し、利益を還元し医師・看護師・介護士への緩和ケア教育を行うことが求められる。そもそも、医療・看護・介護・薬局などを株式会社で経営することを認めることが利益優先に繋がっているように思う、今日この頃である。世界の大国、先進国、発展途上国にも同じ臭いを感じている。皆さんはどう思いますか？

サービス付き高齢者向け住宅の登録状況(R7.2末時点)



著書

在宅死のすすめ

看る診る看取る

井尾和雄〔著〕
中込敦子〔レポート〕



「看護師さんは女房のか
けど、女房は看護師のか
だから先生、自分はホ
うず最期まで家にいるよ」

在宅ホスピス医
井尾和雄

後悔しない
最期の時の
迎え方



人生最期の日をあなた
どこで迎えますか？

家族に負担をかけず、自分らしく
人生をまっとうするためには？
1500人を看取った在宅ホスピス医が教える
「在宅での看取り」の教科書。

〔看る診る看取る〕
在宅ケア
クリニック
10年の歩み

現代書林

痛みも苦しみもなく、
自宅で大往生
するための準備

在宅ホスピス医
井尾和雄

幸せな最期

1900人を
看取った
医師からの警告

「最期の時」が近づ
救急車を呼んでは

最期まで自宅で過ごせる

死に方の
トリセツ

取扱説明書



立川在宅ケアクリニック理事長
井尾和雄 著

数多くの患者を看取ってきた著者が考える
「良死」「患者の充実した時間」とは？

誰にでも、
あなたを
大切に思う



「最期の時に寄り添う人」がいる

〇〇先生、〇〇先生、〇〇先生、推薦本！



在宅緩和ケア4939人の看取りの分析



在宅看取り患者診療日数(がん)

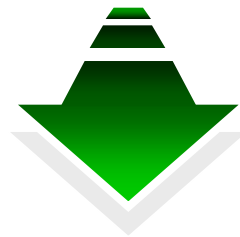
1週間未満	491人	12.6%
1週間～1ヶ月未満	1402人	36.0%
1ヶ月～3ヶ月未満	1145人	29.4%
3ヶ月～6ヶ月未満	466人	12.0%
6ヶ月以上	392人	10.1%
合 計	3896人	100%

在宅看取り患者診療日数(非がん)

1週間未満	75人	11.0%
1週間～1ヶ月未満	96人	14.1%
1ヶ月～3ヶ月未満	174人	25.5%
3ヶ月～6ヶ月未満	97人	14.2%
6ヶ月以上	240人	35.2%
合 計	682人	100%



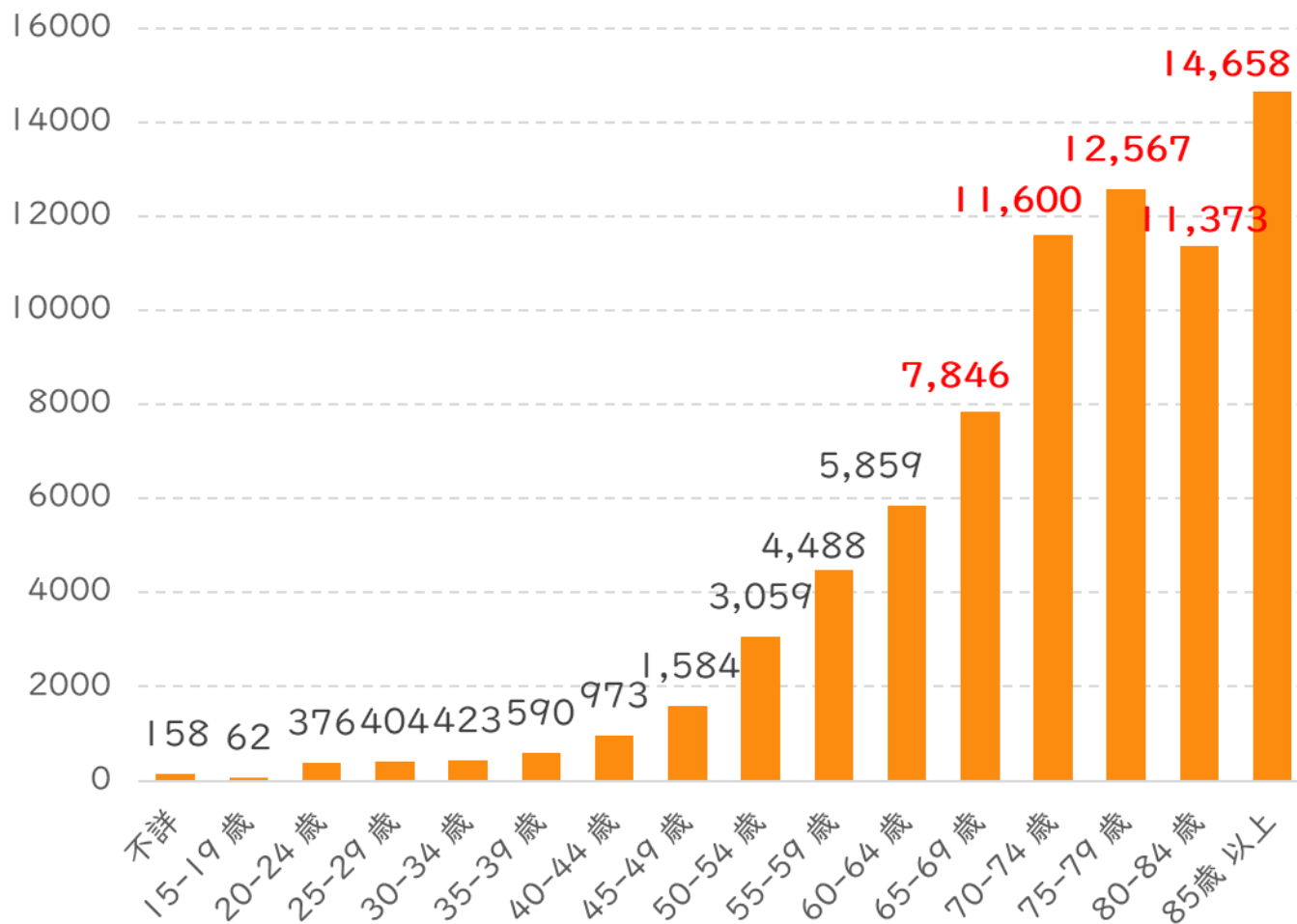
現在の最大の問題



増え続ける独居、孤独死
看取らないサ高住



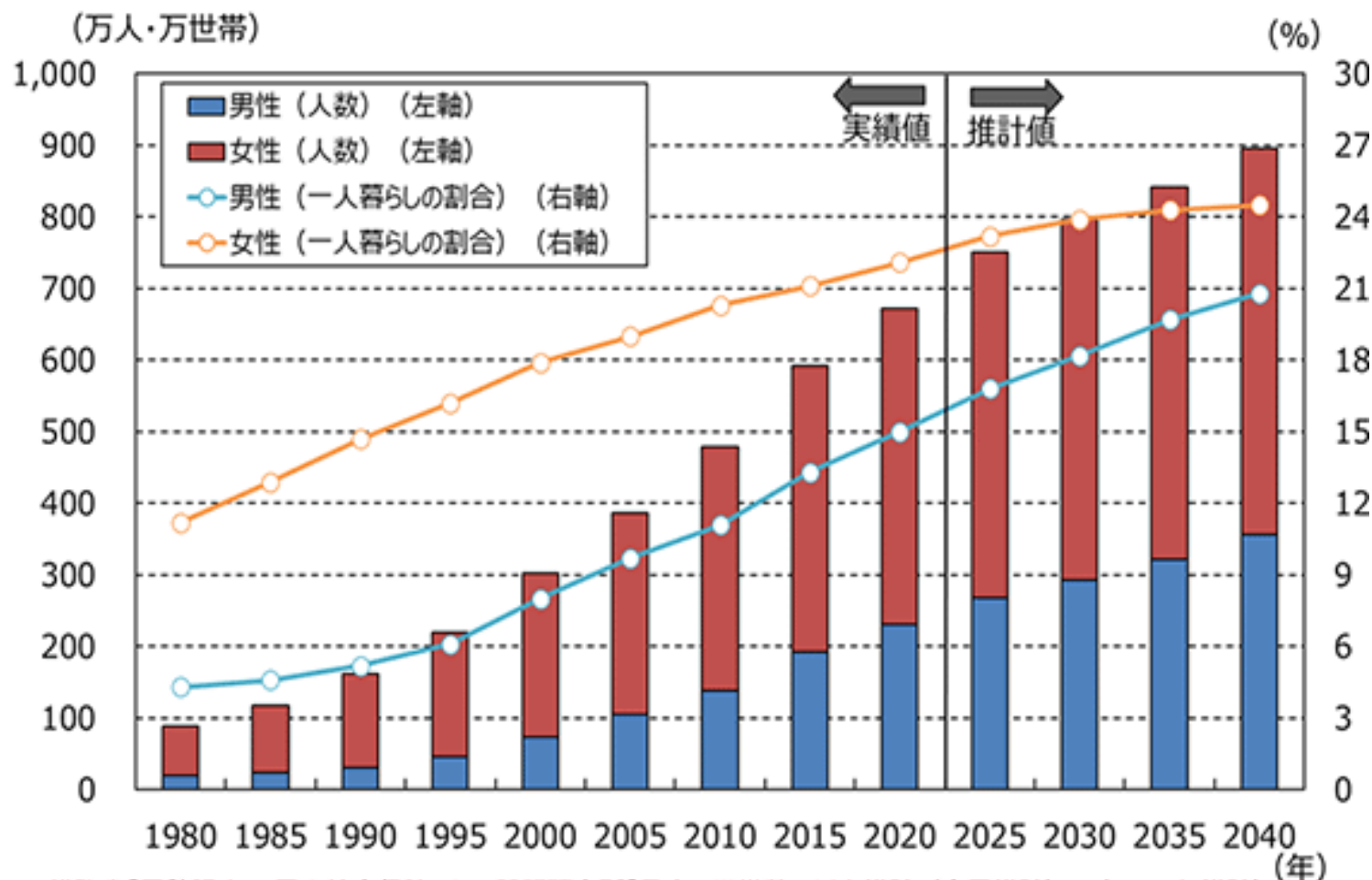
2024年に自宅で死亡した 一人暮らしの人の年齢層



資料 2025年4月11日 警視庁報道発表



65歳以上の一人暮らしの者の傾向



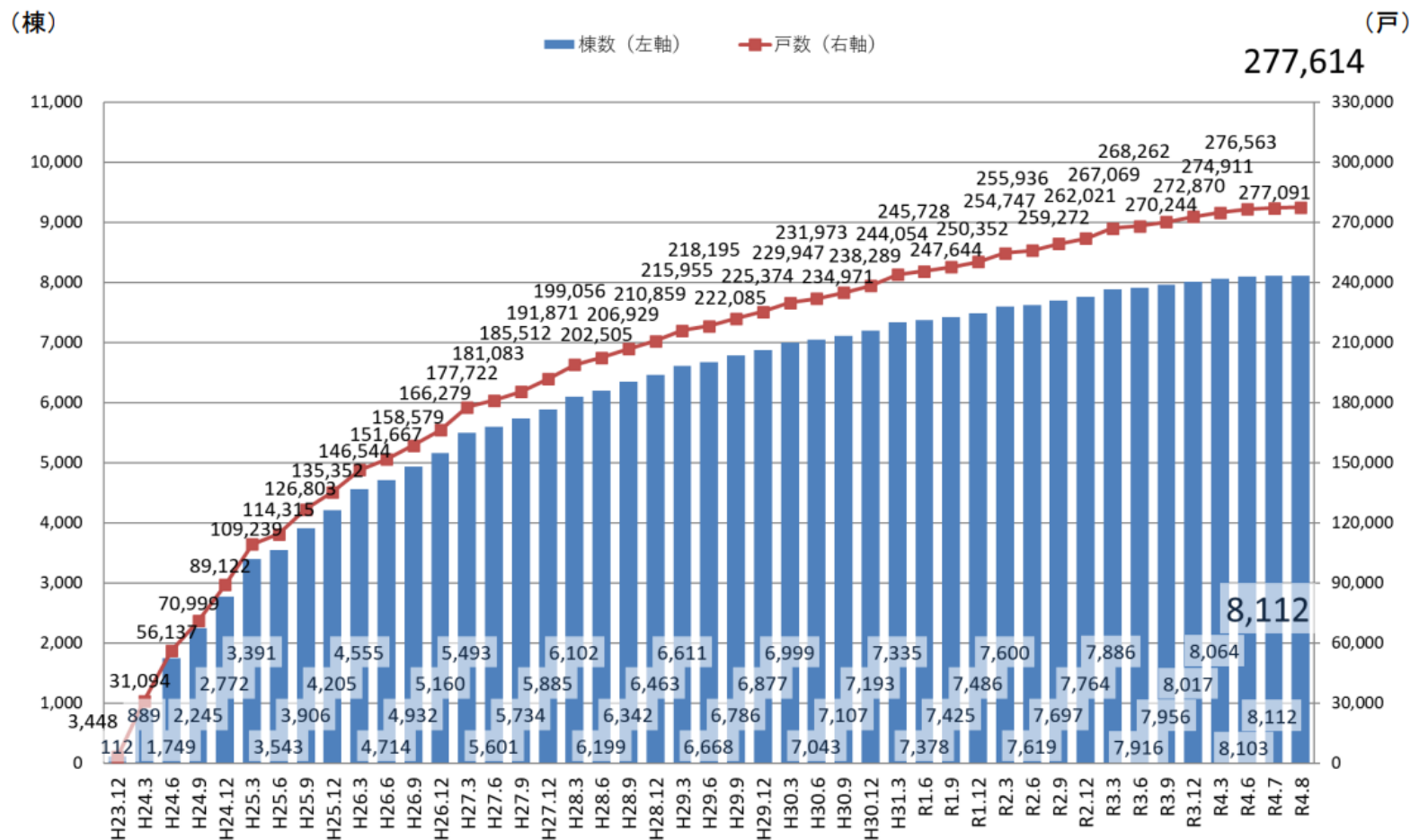
※総務省「国勢調査」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計（全国推計）」（2018年推計）より

（資料）内閣府「令和5年版高齢社会白書」

資料 日本生命 <https://www.nissay.co.jp/enjoy/keizai/162.html>



サービス付き高齢者向け住宅の登録状況(R4.8末時点)



孤立死 1万1669人

今年の上半期（1～6月）に自宅で亡くなった一人暮らしの人は、全国で4万913人（暫定値）に上った。前年同期の暫定値から3686人増えた。警察庁が29日に発表した。死亡推定日から警察が把握するまでに8日以上かかった「孤立死」とされるケースは、前年同期比1233人増の1万1669人だった。4万913人を年代別に見ると、10代以下23人、20代369人、30代529人、40代1206人、50代4002人、60代7304人、70代1万2874人、80代以上1万

今年上半期 死亡推定から把握 8日以上

4515人で、年代が上がるにつれて増えている。死亡推定日から警察が把握するまでの日数は、1日以内が1万5351人で4割近くを占めた。2日～1週間以内では1万3893人。実態把握を進める内閣府の作業部会は、「8日以上」を「孤立死」の目安としている。対策を検討する内閣府のプロジェクトチームは7月に報告書を取りまとめた。居場所やつながり作りのため、地域活動と人とのマッチングを支援することなどが必要だと指摘している。

（板倉大地）



全国・東京都・多摩・立川 65歳以上単独世帯数

	2025年	2030年	2035年	2040年
全 国	7,512,000	7,959,000	8,418,000	8,963,000
東京都	920,538	966,248	1,036,849	1,129,400
多 摩	256,910	271,521	286,963	303,765
立 川	13,841	14,727	15,704	16,989

独居の看取りが急増！看取りどうする？
ACPの普及、どうする？

資料： 1「平成27年 国勢調査」(総務省統計局) 2「令和2年 国勢調査」(総務省統計局)
3「日本の世帯数の将来推計(全国推計)(2018(平成30)年推計)」(国立社会保障・人口問題研究所)
4「東京都世帯数の予測(平成31年3月)」(東京都総務局統計部人口統計課)



日本の死亡場所構成比

	病 院	老人保健 施 設	自 宅	その他	死亡総数
全 国	1,033,025	234,321	273,265	28,439	1,569,050
	66%	15%	17%	2%	100%
東京都	82,542	20,716	33,863	2,143	139,264
	59%	15%	24%	2%	100%
多 摩	26,692	5,014	7,657	501	39,864
	67%	13%	19%	1%	100%
立川市	1,164	201	418	25	1,808
	64%	11%	23%	1%	100%

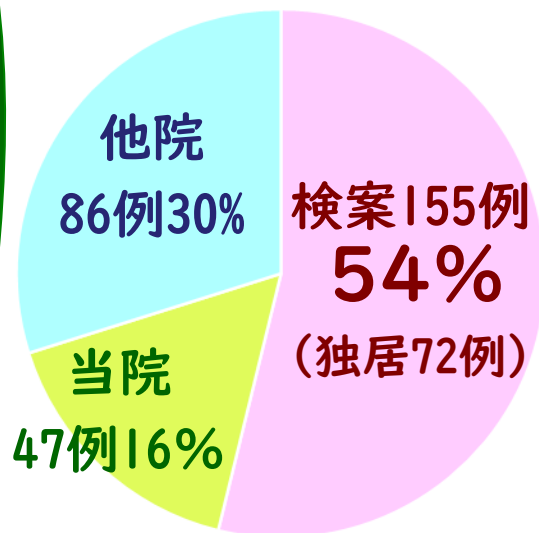
資料 全国・東京都: 厚生労働省「2022年人口動態統計」
多摩・立川市: 東京都福祉保健局[2020年人口動態統計未掲載資料]より。



立川市の自宅死亡の現状

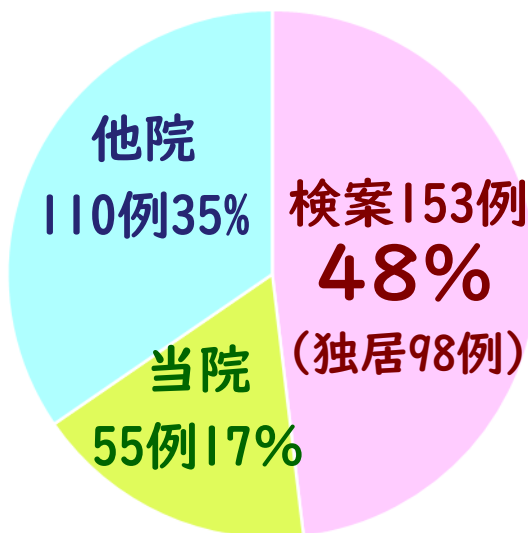
2014年

自宅死亡288例



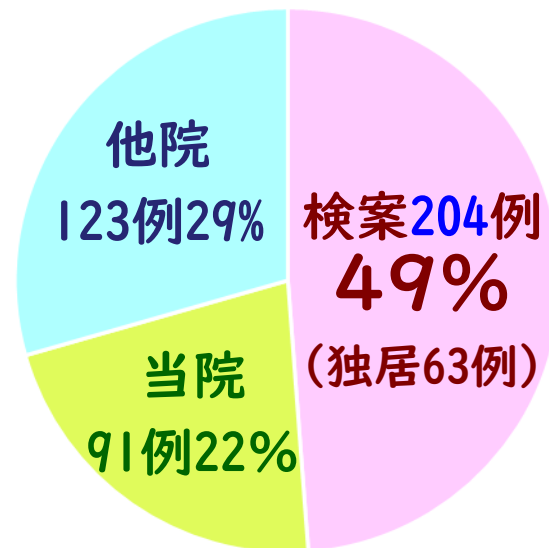
2015年

自宅死亡318例



2020年

自宅死亡418例

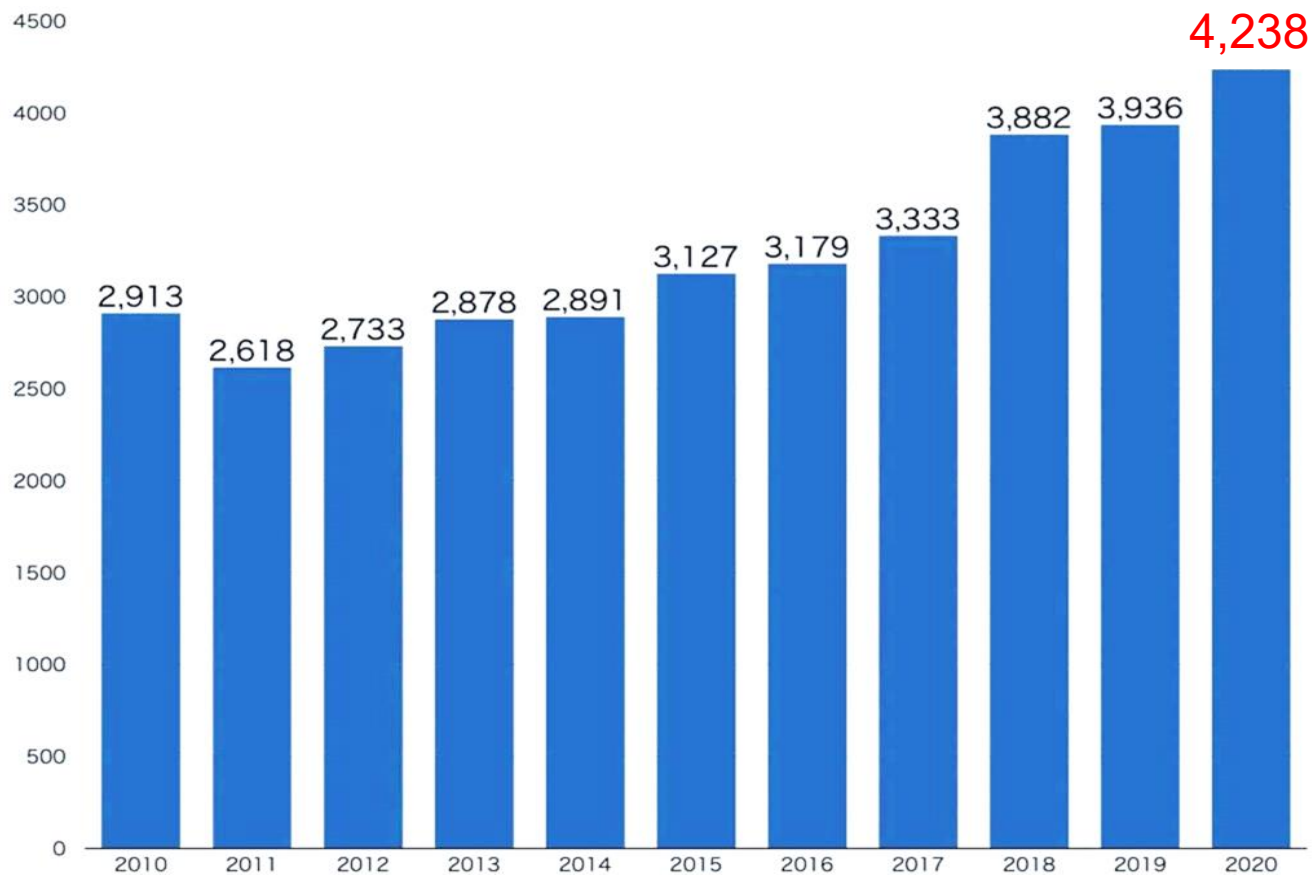


自宅死亡は増加しているが、半数は検案であり
独居検案が多い

出典 厚生労働省人口動態統計、東京都福祉保健局のデータより立川在宅ケアクリニック統計



東京23区65歳以上の孤独死の件数



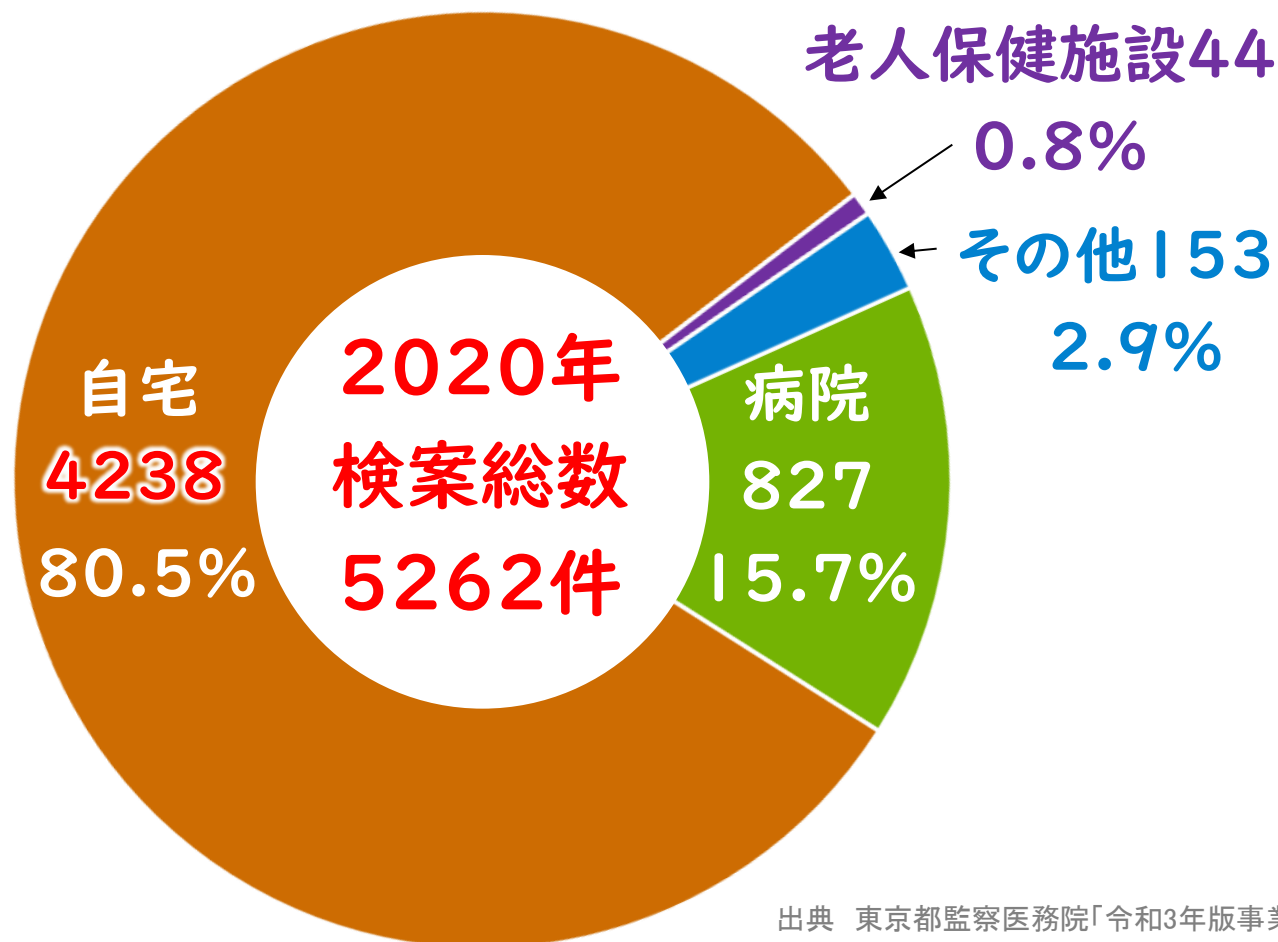
《東京都監察医務院の統計より内閣府作成》

増加することは明白である

出典 介護ニュース『東京23区、孤独死が9年連続増加 2020年は4200件超＝高齢社会白書』



区部65歳以上の一人暮らしの死亡確認場所 (検 案)



出典 東京都監察医務院「令和3年版事業概要」



死亡診断書（死体検案書）

この死亡診断書（死体検案書）は、我が国の死因統計作成の資料としても用いられます。かい書で、できるだけ詳しく書いてください。

記入の注意

生年月日が不詳の場合は、推定年齢をカッコを付して書いてください。

夜の12時は「午前0時」、昼の12時は「午後0時」と書いてください。

「老人ホーム」は、養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム及び有料老人ホームをいいます。

傷病名等は、日本語で書いてください。
I欄では、各傷病について発病の型（例：急性）、病因（例：病原体名）、部位（例：胃噴門部がん）、性状（例：病理組織型）等もできるだけ書いてください。

妊娠中の死亡の場合は「妊娠満期週」、また、分娩中の死亡の場合は「妊娠満期週の分娩中」と書いてください。

産後42日未満の死亡の場合は「妊娠満期週産後満期日」と書いてください。

I欄及びII欄に関係した手術について、術式又はその診断名と関連のある所見等を書いてください。紹介状や伝聞等による情報についてもカッコを付して書いてください。

「交通事故」は、事故発生からの期間にかかわらず、その事故による死亡が該当します。
「5煙、火災及び火傷による傷害」は、火災による一酸化炭素中毒、窒息インキ
さい。った日
以内に

しつか

には、
載され
書いて

まれま

るもの
しをつ

いてく

氏名	日本太郎		1男 2女	生年月日	明治 昭和 元 年 / 月 / 日 大正 平成 (生まれてから30日以内に死亡したときは生まれた時刻も書いてください。)	午前・午後 時 分
死亡したとき	平成 28 年 4 月 14 日		午前・午後 09 時 26 分			
死亡したところ及びその種別	死亡したところの種別	1 病院 2 診療所 3 介護老人保健施設 4 助産所 5 老人ホーム 6 自宅 その他				
	死亡したところ	東京都立川市幸町				
	(死亡したところの種別1-5) 施設の名称	番 地 号 番 号				
死亡の原因	(ア) 直接死因	胃癌				
	(イ) (ア)の原因	発病（発症）又は受傷から死亡までの期間				
	(ウ) (イ)の原因	◆年、月、日等の単位で書いてください。ただし、1日未満の場合は、時、分等の単位で書いてください。 (例：1年3ヵ月、5時間20分)				
	(エ) (ウ)の原因					
◆I欄、II欄ともに疾患の終末期の状態としての心不全、呼吸不全等は書かないでください	I					
◆I欄では、最も死亡に影響を与えた傷病名を医学的因果関係の順番で書いてください	II	直接には死因に関係しないがI欄の傷病経過に影響を及ぼした傷病名等				
◆I欄の傷病名の記載は各欄一つにしてください	手術	部位及び主要所見 1 無 2 有 胃切除術				
ただし、欄が不足する場合は(エ)欄に残りを医学的因果関係の順番で書いてください	解剖	主要所見 1 無 2 有				
(15) 死因の種類	1 病死及び自然死 外因死 不慮の外因死 { 2 交通事故 3 転倒・転落 4 溺水 5 煙、火災及び火傷による傷害 } その他及び不詳の外因死 { 9 自殺 10 他殺 11 その他及び不詳の外因 } 12 不詳の死					



ACP (Advance Care Planning) とは？

将来の変化に備え、**将来の医療及びケアについて、患者さんを主体に、そのご家族や近しい人、医療・ケアチームが、繰り返し話し合いを行い、患者さんの意思決定を支援するプロセスのことです。**
患者さんの人生観や価値観、希望に沿った、将来の医療及びケアを具体化することを目標にしています。



ACPの愛称が「人生会議」に決定
11月30日「人生会議の日」



人生の終わりまで、あなたは、どのように、過ごしたいですか？



もしものときのために

「人生会議」

～自らが望む、人生の最終段階の医療・ケアについて話し合ってみませんか～

11月30日（いい暮らし・暮取られ）は人生会議の日

話し合いの進めかた（例）

誰でも、いつでも、
命に関わる大きな病気やケガをする
可能性があります。

命の危険が迫った状態になると、
約70%の方が、
医療やケアなどを自分で決めたり
望みを人に伝えたりすることが、
できなくなると言われています。

自らが希望する医療やケアを受けるために
大切にしていることや望んでいること、
どこでどのような医療やケアを望むかを
自分自身で前もって考え、
周囲の信頼する人たちと話し合い、
共有することが重要です。



あなたが
大切にしていることは
何ですか？

あなたが
信頼できる人は
誰ですか？

信頼できる人や
医療・ケアチームと
話し合いましたか？

話し合いの結果を
大切な人たちに伝えて
共有しましたか？

心身の状態に応じて意思は変化することがあるため
何度でも繰り返し考え話し合いたしましょう

もしものときのために、あなたが望む医療やケアについて、
前もって考え、繰り返し話し合い、共有する取組を
「人生会議（ACP：アドバンス・ケア・プランニング）」
と呼びます。

あなたの心身の状態に応じて、かかりつけ医等からあなたや
家族等へ適切な情報の提供と説明がなされることが重要です。

このような取組は、個人の主体的な
行いによって考え、進めるものです。
知りたくない、考えたくない方への
十分な配慮が必要です。



詳しくは、厚生労働省のホームページをご覧ください。

https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_02783.html



wa © 立川在宅ケアクリニック
Home Care Clinic



までまでまで
俺の人生ここで終わり？
大事なことも何にも伝えてなかったわ
それとおとん、俺が意識ないと思って
隣のベッドの人にずっと喋りかけてたけど
全然笑ってないやん
声は聞こえてるねん。
は？！
病院で
おとんの
すべった話
聞くなら
家で嫁と
子どもと
ゆっくりしときたかったわ
ほんまええ加減にしいや
あーあ、もっと早く
言うといたら良かった！
こうなる前に、みんな

「人生会議」しとこ

命の危機が
迫った時、
想いは正しく
伝わらない。

「もしものとき」のための話し合い

人生会議

「人生会議」とは、もしものときのために、
あなたが望む医療やケアについて前もって考え、
家族等や医療・ケアチームと繰り返し話し合い、共有する取組の事です。
※個人の事情等により考え、進めるものであり、取りとけない、考えにくい方へのサポートが重要です。

厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

人生会議 検索

QRコード

ACP 人生会議

鬼気迫る感じだったか
このポスターは1日で終了した



ACPと人生会議では伝わらない

当院は

A C P(アドバンス ケア プランニング)

あらかじめ **し**にかた **プ**ラン

A

C

P

と考えている



「かかりつけ医」とは？①

患者が考えている「かかりつけ医」

患者が考えている「かかりつけ医」は自分が**日頃通う**内科、整形外科…の先生を「かかりつけ医」と考えている。昔は自宅で開業し夜間、休日も家にいる時には患者の相談に対応してくれる医師は沢山いた。私の父もそういう医師だった。時代は変わり診療所と自宅は別、夜間休日は連絡がつかない開業形態が増えた。都会では大多数の開業医がそうである。**医師の側はその患者の「かかりつけ医」とは思っていない。**



「かかりつけ医」とは？②

医師会が考えている「かかりつけ医」

日本医師会では、かかりつけ医を「**なんでも相談できる**上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う**総合的な能力**を有する医師」と位置づけている。

通院できることが条件である



「かかりつけ医」とは？③

消防が考えている「かかりつけ医等」

消防が考えている「かかりつけ医等」は家で「心肺停止」を「家族等が発見」した時に**45分以内**又は**12時間以内**に駆けつけてくれる医師のことである。

「心肺蘇生を望まない意思を示された」場合以下の要件があれば行わない。

- ① **ACP**が行われている成人で心肺停止状態であること
- ② 傷病者が人生の**最終段階**にあること
- ③ 傷病者本人が「**心肺蘇生の実施を望まない**」こと
- ④ 傷病者本人の意思決定に際し想定された症状と現在の症状とが**合致**すること

等とは命に最後まで責任を持つ医師(在宅医)のことである



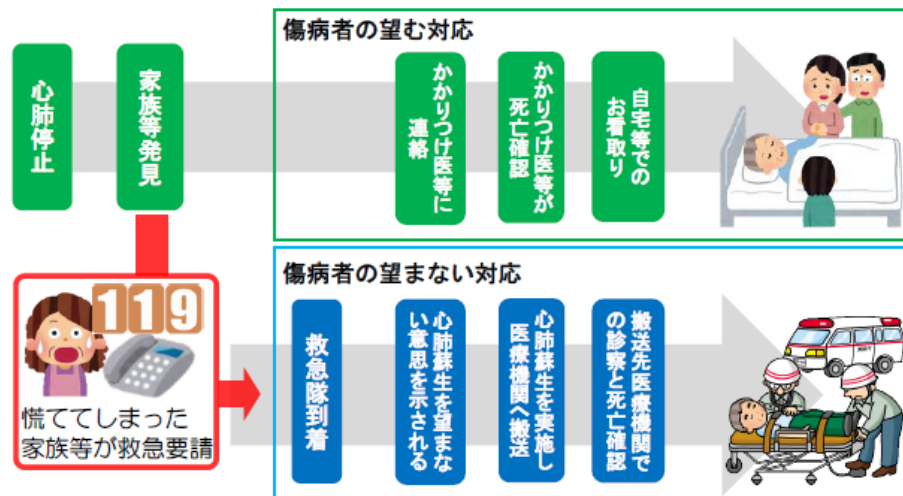
運用開始日

令和元年12月16日（月）9時00分覚知の事案から

心肺蘇生を望まない傷病者への対応について

1 現状

終末期の傷病者が、家族や医師等と話し合っ（ACP：愛称「人生会議」）自宅での看取りなどの意思を固めていても、慌てた家族等から救急要請があった場合、救急隊は救命を主眼とするため、現行の体制では傷病者の意思に沿うことができない。



可能な限り傷病者の意思を尊重できるように、東京消防庁救急業務懇話会や東京都メディカルコントロール協議会等での検討結果を踏まえて、**対応体制を整理**

2 運用の要件

- 1 ACPが行われている成人で心肺停止状態であること
- 2 傷病者が人生の最終段階にあること
- 3 傷病者本人が「心肺蘇生の実施を望まない」こと
- 4 傷病者本人の意思決定に際し想定された症状と現在の症状とが合致すること

救急隊から**かかりつけ医等**に連絡し、これらの項目を確認できた場合、心肺蘇生を中断し「かかりつけ医等」又は「家族等」に傷病者を引き継ぐ。



3 運用の細部

- ①心肺停止の確認
- ②心肺蘇生の実施と情報聴取



傷病者

初動の対応

○家族等から、傷病者本人に「心肺蘇生の実施を望まない意思」があることを示されるまでは、通常の活動が続ける。

- ③家族等から、傷病者本人が「心肺蘇生の実施を望んでいない」ことを示される。



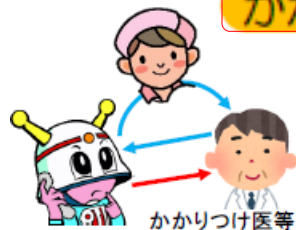
家族等

意思確認の方法

○書面に限らず口頭の情報提供も含む。
○伝えられる方法によらず、傷病者本人の「心肺蘇生の実施を望まない意思」の確認は**必ずかかりつけ医等**に行う。

- ④かかりつけ医等に「直接」又は「訪問看護師等を経由して」連絡し、傷病者の意思を確認する。

かかりつけ医等への確認項目



かかりつけ医等

- ✓ 傷病者が**人生の最終段階**にあること
- ✓ 傷病者本人が「**心肺蘇生の実施を望んでいない**」こと
- ✓ 傷病者本人の意思決定に際し想定された症状と**現在の症状とが合致**していること

- ⑤かかりつけ医等が到着するまでの時間を確認する。
- ⑥引き継げる場合に限り、かかりつけ医等からの指示を受けて心肺蘇生を中止する。

かかりつけ医等又は家族等への引継ぎ



○およそ**45分以内**にかかりつけ医等が到着できる場合

かかりつけ医等の到着まで救急隊は待機し、直接引き継ぐ。
○およそ**12時間以内**にかかりつけ医等が到着できる場合
家族等に引き継ぎ、救急隊は引き揚げる。

- ⑦心肺蘇生を中止する場合は、家族等から「同意書」に署名をもらう。

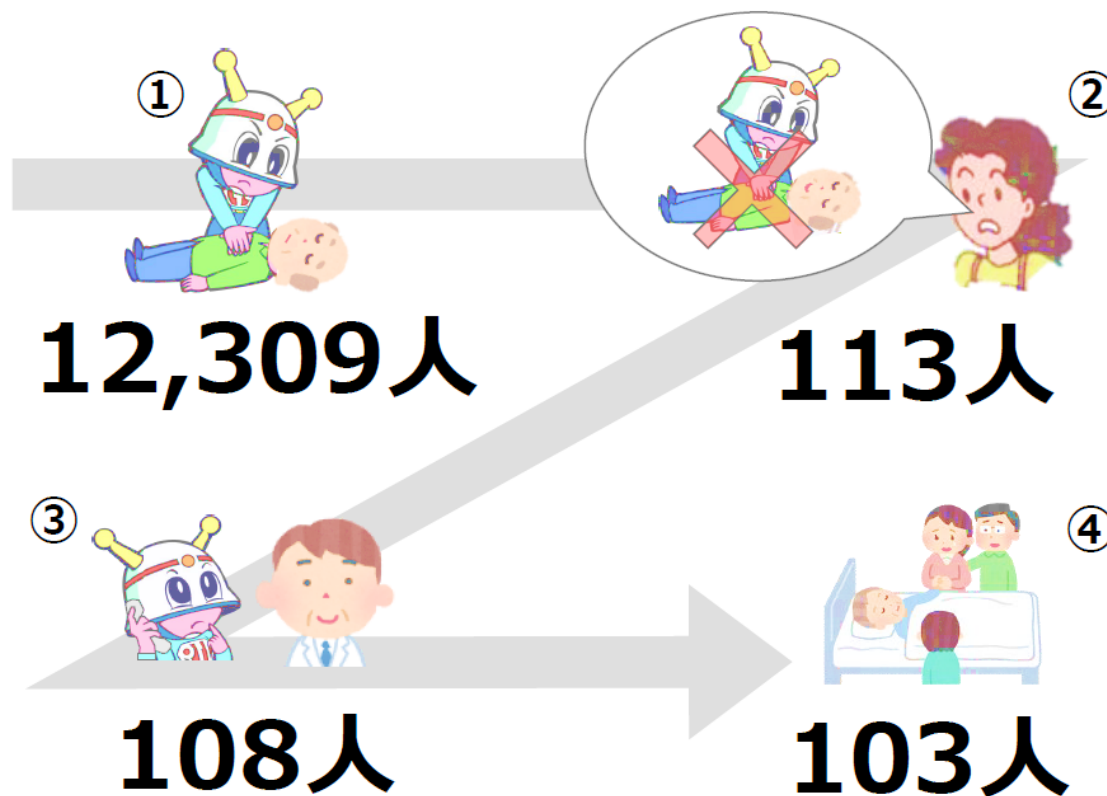




2

運用開始後の件数

① 心臓マッサージ

② 望まない意思
表明③ かかりつけ医
連絡④ 心臓マッサージ
等の中止・引継

出典: 東京消防庁救急部救急管理課 鈴木翔平



等とは？

「かかりつけ医」とは患者の命に最期まで責任をもつ医師のことである。

通院できる間は、病院・診療所の医師が自分の病気の主治医である。通院困難、寝たきり、癌終末期などの場合には、その先生が24時間365日責任もって最期まで診ることは困難である。困難な場合には在宅医が必要になる。

「かかりつけ医等」「家族等」とあるのは在宅医、独居の場合には友人・知人も含むということです。人生の終わりを考えて、文書として残しておくACPの作成、家族等にも伝えておくことが必要です。



家での平穏死・尊厳死を望む場合

- ①「延命不要」「尊厳死希望」等を
家族や周囲に残しておくこと。

A C P

- ②「死亡診断書」を書いてくれる
「医師」を確保しておくこと。

最期のかかりつけ医

- ③「痛くない死に方」を実現するには
「痛くない死なせ方」の技を持つ医師であること。

緩和ケアの技術



御清聴ありがとうございました！

