

介護保険の賢い活用法

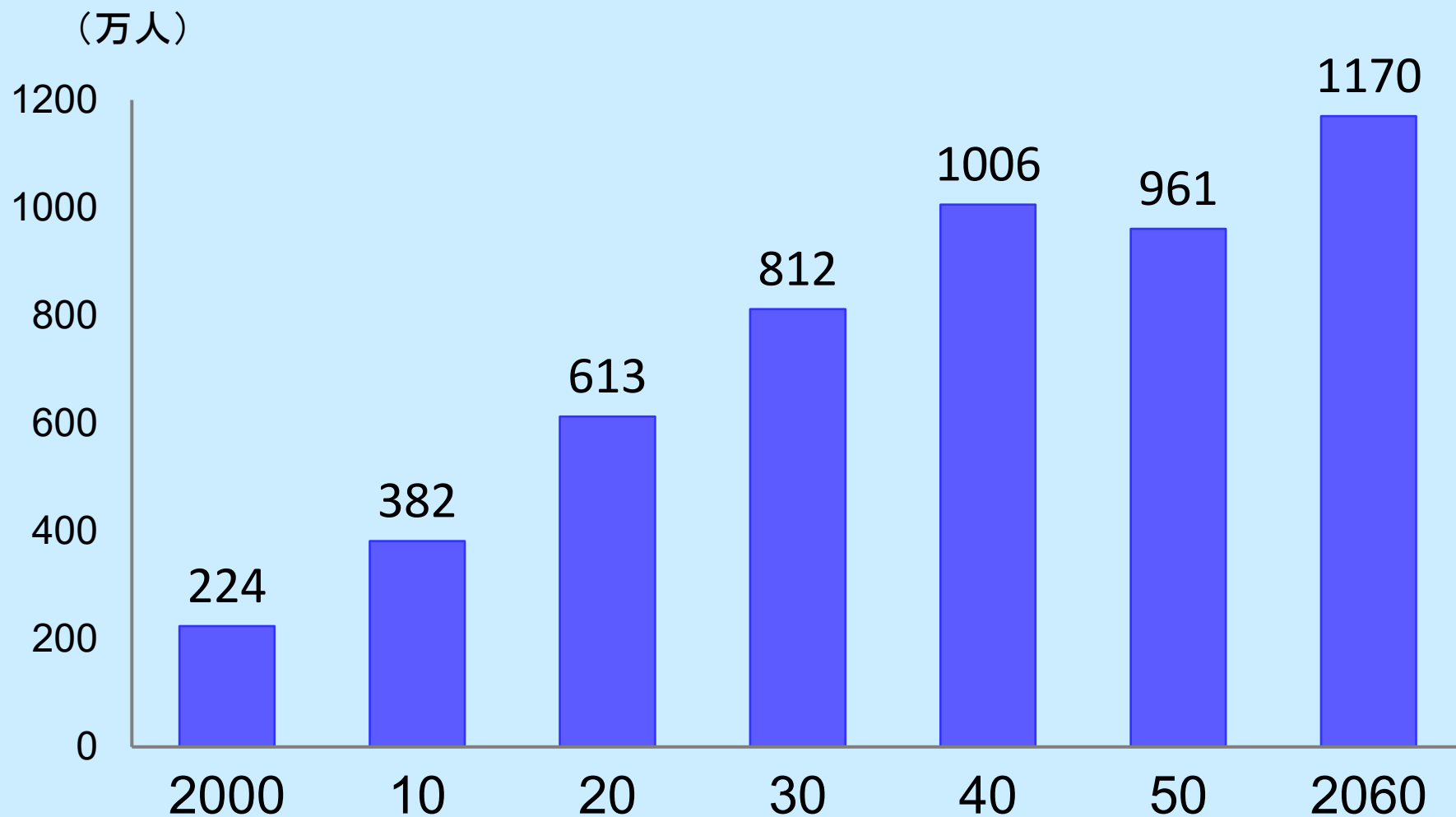
人生の「下り坂」、苦痛のない死の迎え方

- ① 終の棲家は「住宅型有料ホーム」と「サ高住」
- ② 「住宅型」で急増する「ホスピス住宅」
- ③ 「死」を遠ざけた介護保険制度、老衰死への道
- ④ 認知症は病気ではなく老衰の現れ
- ⑤ 「リビングウィル」で死のあり方を自己決定

2026年1月24日 二宮町
ジャーナリスト 浅川 澄一

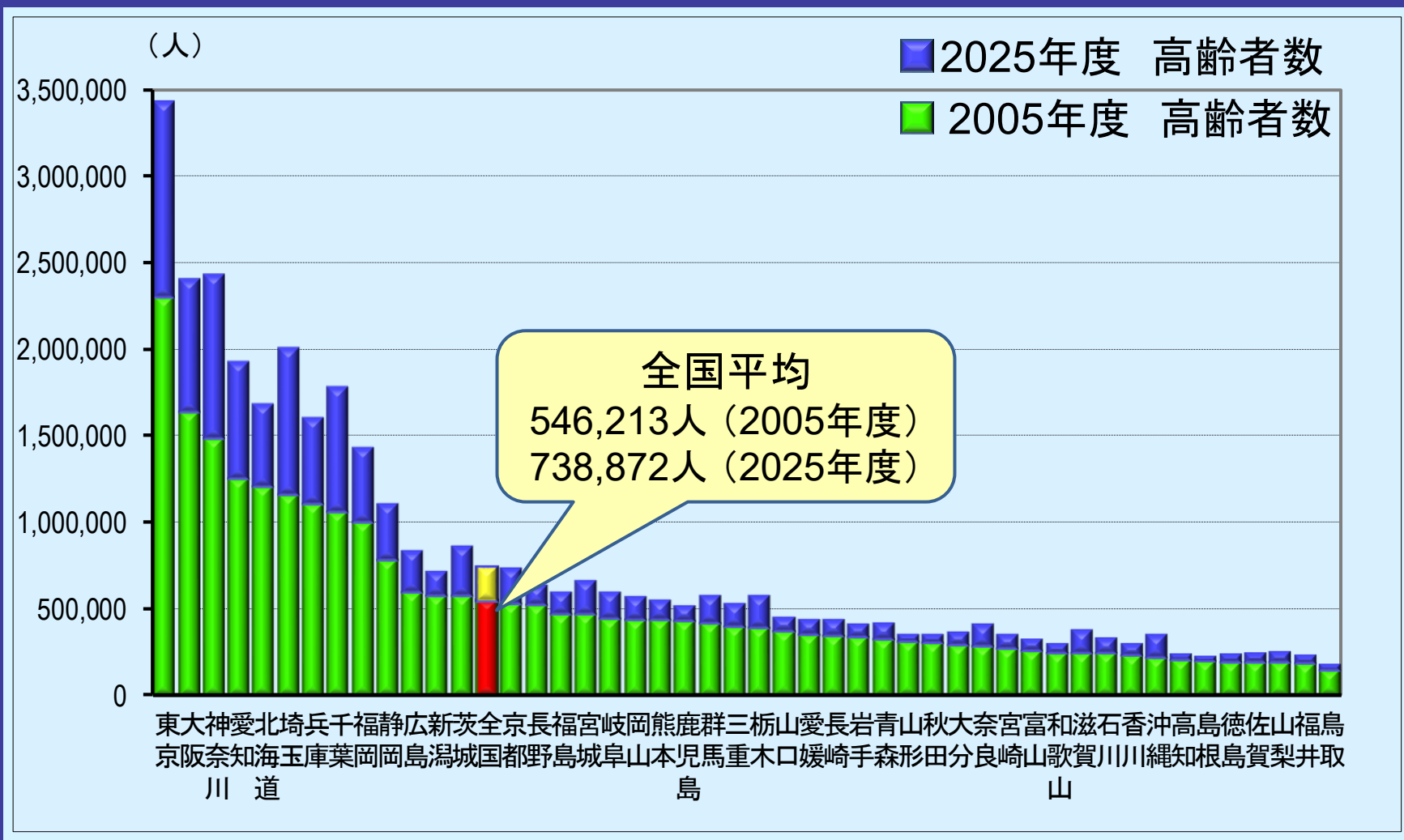
人口減だが、85歳以上の高齢者は増加

要介護認定率：80～84歳で26%、85～89歳で48%



※ 国立社会保障の人口問題研究所「日本の将来推計人口」などから

高齢者は首都圏で急増、地方は頭打ち



【資料】 2005年の高齢者人口については、総務省統計局「平成17年国勢調査第1次基本集計(確定値)」
2025年の高齢者人口については、国立社会保障・人口問題研究所「都道府県の将来推計人口(平成19年5月推計)」

画期的な介護保険だが・・・

「家族介護」から「社会的介護」に転換

→ 介護サービスを自宅で受ける

→ 「自宅介護」から「施設入居」へ

- 家族介護の弊害

介護の担い手＝息子の妻、実の娘、妻＝女性たちの「犠牲」
→ 介護のために離職、「生きがい」を断念、趣味を放棄

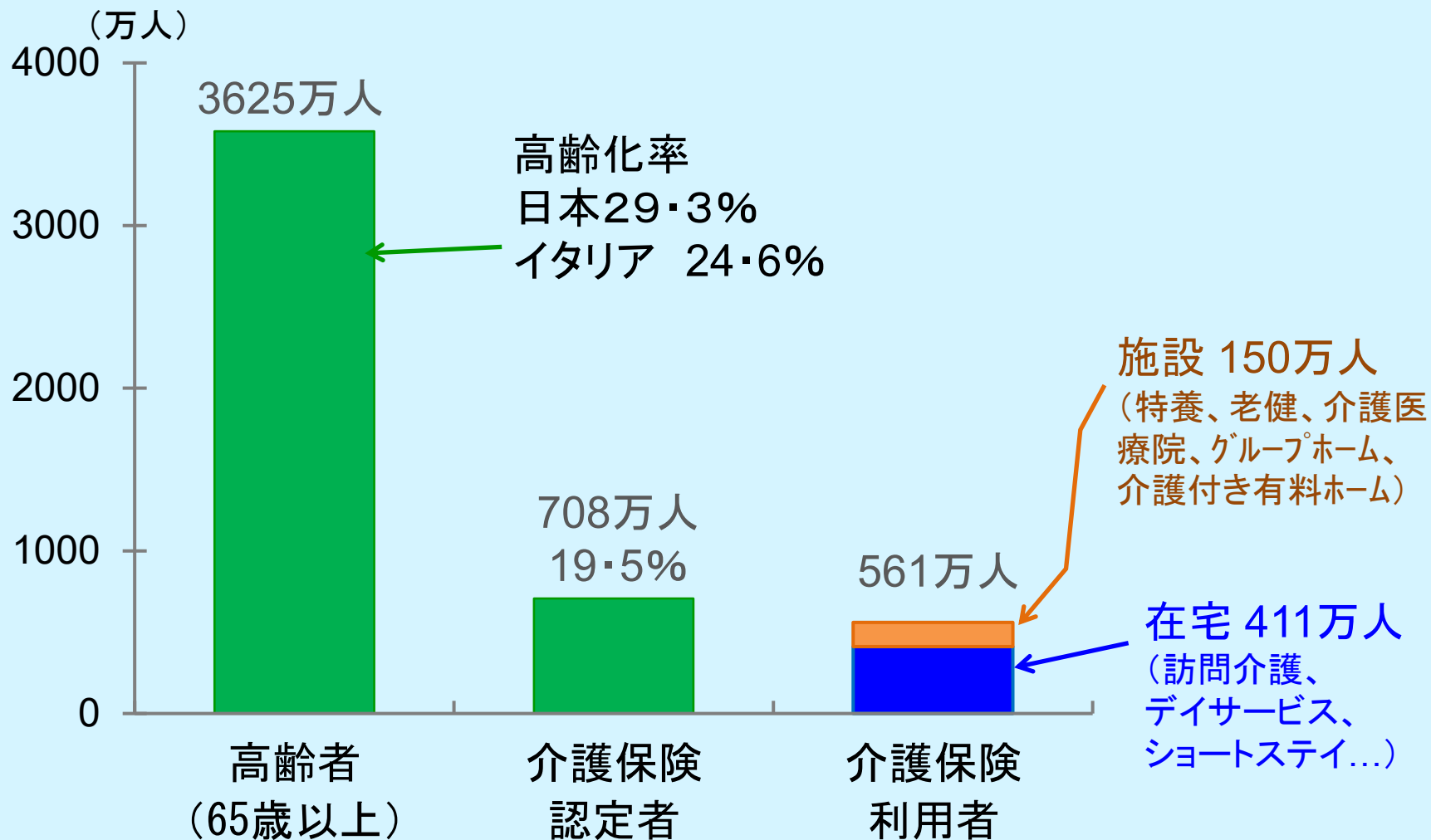
- 介護保険の導入（2000年4月）で家族介護から脱却

目標：「介護の社会化」：プロに任せる、同居家族が前提
自宅での継続介護＝「地域包括ケア」：Aging in Place

- 「独居、老々介護、認知症」で自宅生活が困難、核家族の普及

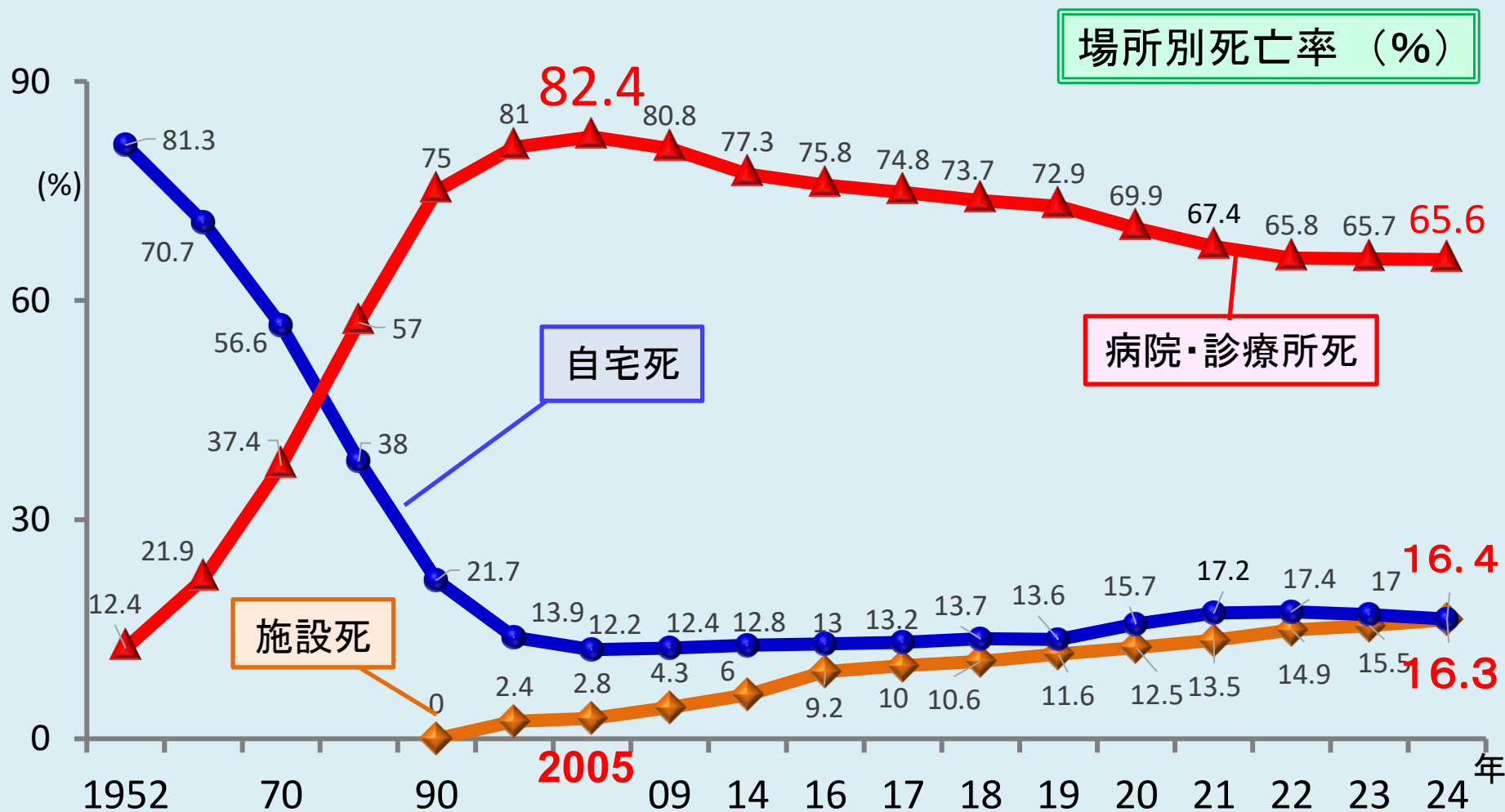
→ 高齢者向けの介護施設に転居、施設が自宅の延長に

介護保険の利用状況



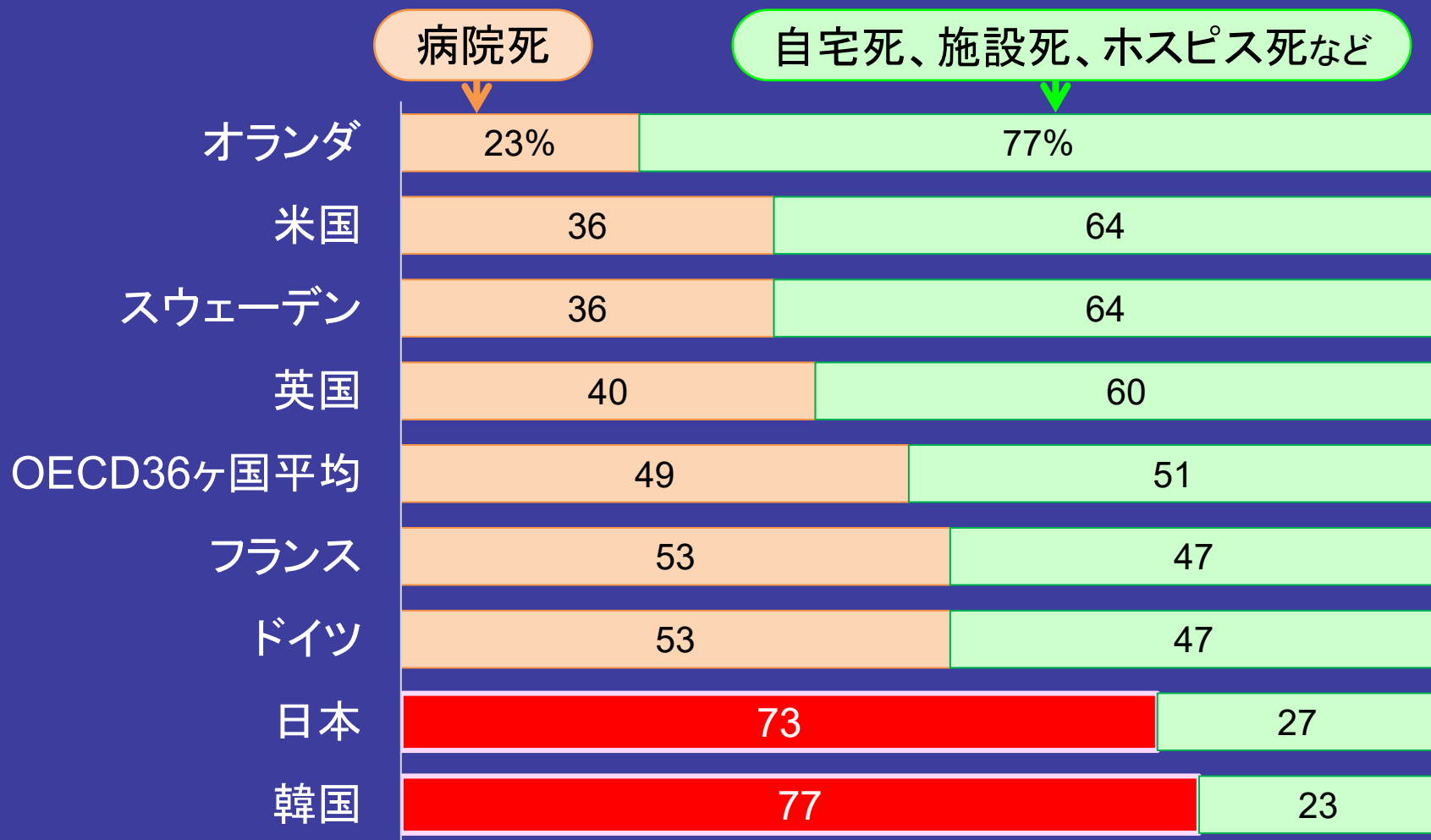
※ 2023年度末時点

死亡場所＝施設死が16%台へ増加 自宅死を「逆転」(サ高住、GH)



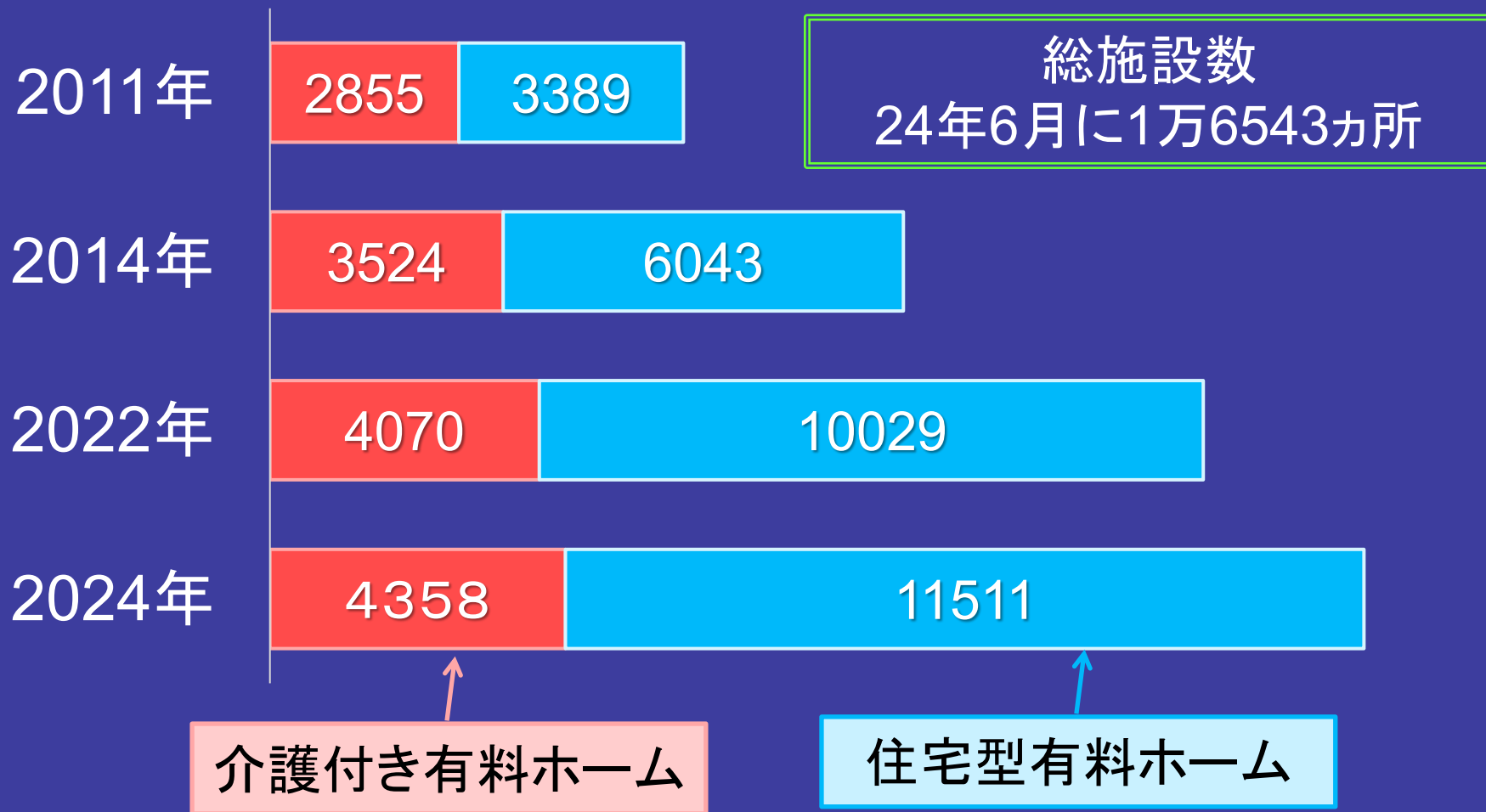
オランダの病院死はわずか23%

—— 病院での各国の死亡率（2021年） ——



※OECDの「End-of-life Care」より

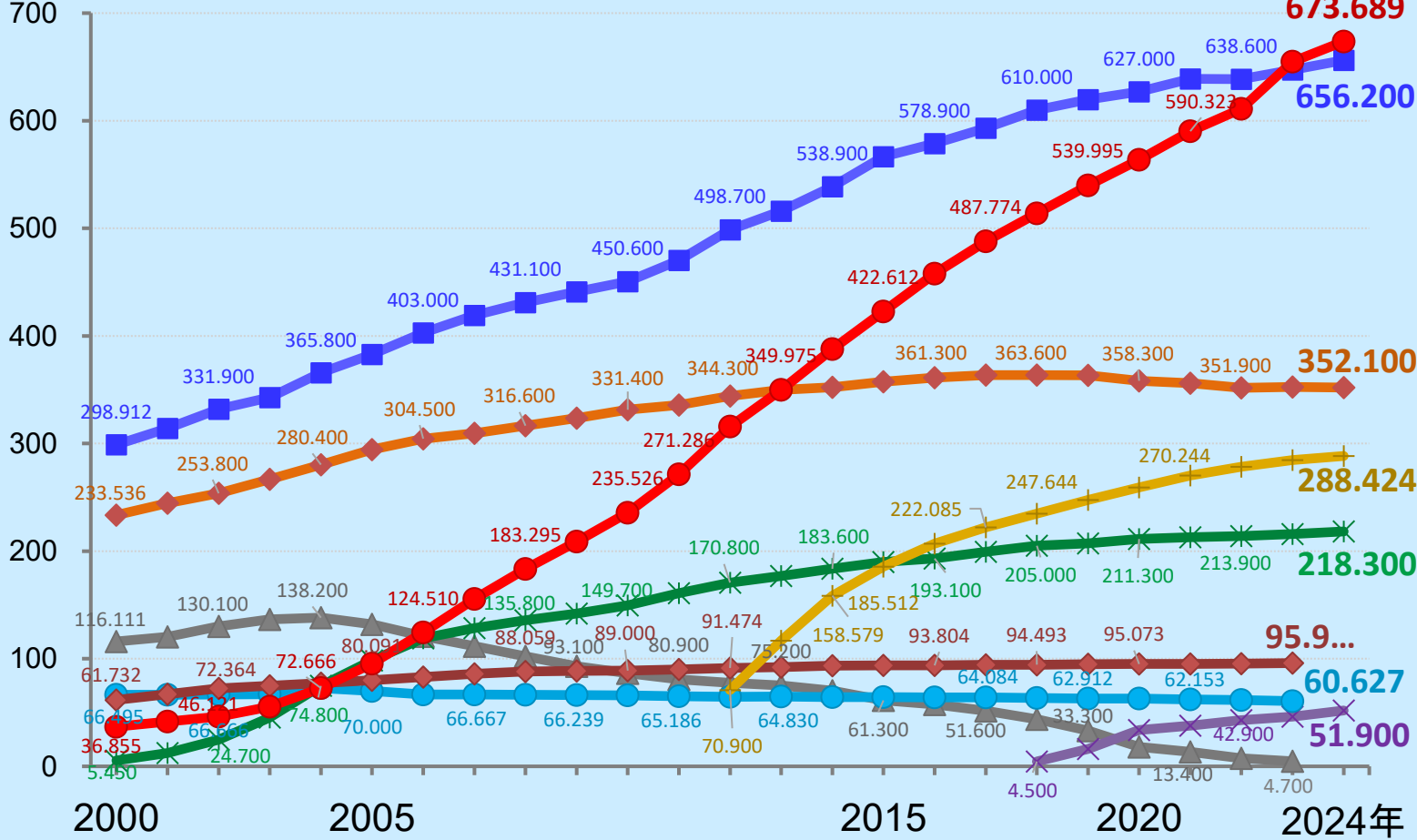
施設数：住宅型が13年間で3・5倍の急増 介護付きホームを圧倒



高齢者向け施設・住まいの利用者数

- 介護老人福祉施設
- 介護老人保健施設
- 介護療養型医療施設
- 介護医療院
- 認知症高齢者グループホーム
- 養護老人ホーム
- 軽費老人ホーム
- 有料老人ホーム
- サービス付き高齢者向け住宅

(千人・床)



有料老人ホーム
(サ高住を除く)

介護老人福祉施設
(特養)

介護老人保健施設

サ高住

認知症高齢者
グループホーム

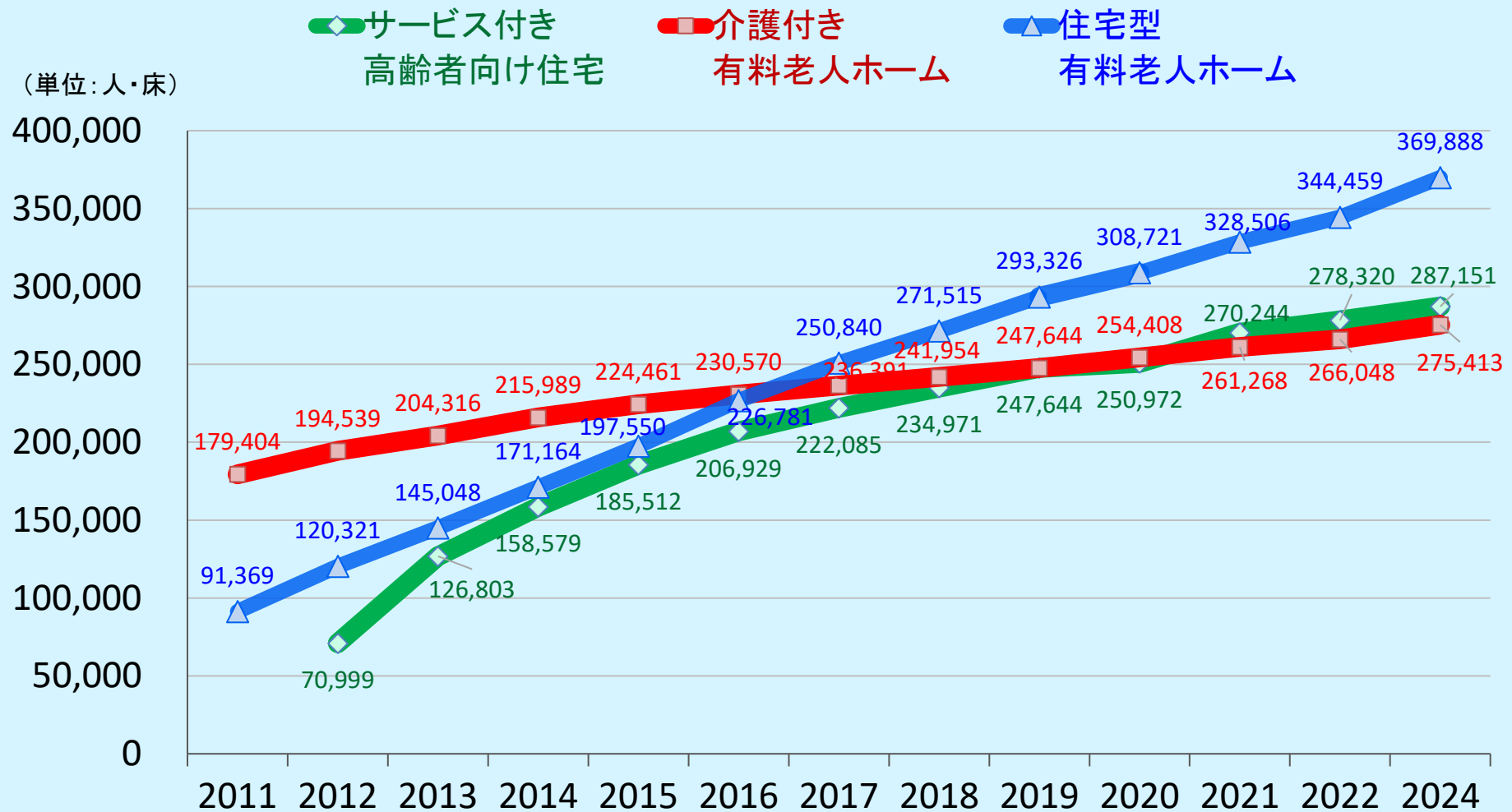
軽費老人ホーム

養護老人ホーム

介護医療院

介護療養型
医療施設

定員数:「住宅型」は「介護付き」より9万人も多い



※1: 有料老人ホームは、厚生労働省老健局の調査結果による。(利用者数ではなく定員数)

※2: サービス付き高齢者向け住宅は「サービス付き高齢者向け住宅情報提供システム」による(利用者数ではなく登録戸数)

「住宅型」と「サ高住」は自由に開設できる

高齢者住まい法
(国交省)

老人福祉法、介護保険法、
各都道府県と政令市のガイドライン
(都道府県有料老人ホーム設置運営指導指針)

サ高住

住宅型有料ホーム

介護付き有料ホーム

自由に開設、2軍

自由に開設、補欠

開設に許認可、1軍

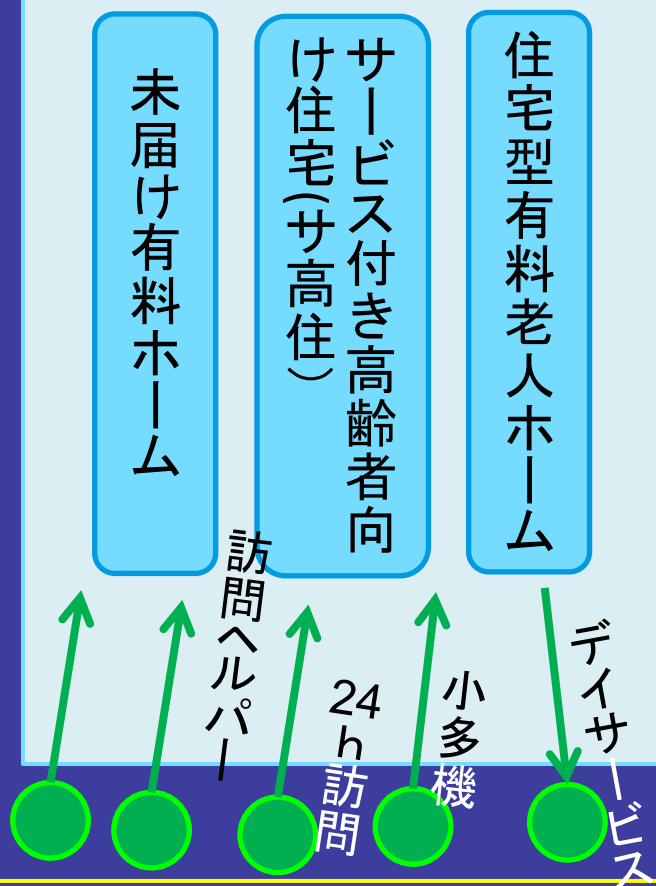
在宅サービス
(訪問介護、デイサービス、小多機……)

特定施設入居者生活介護

介護保険

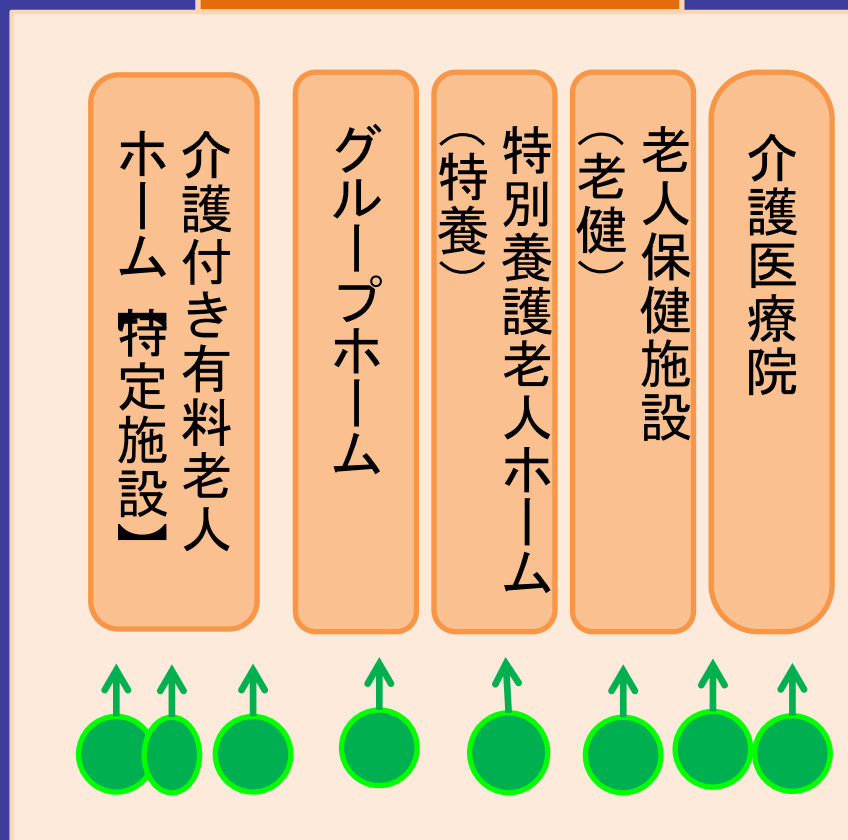
施設は2タイプ。「介護選択型」のケアは自宅と同じ

介護選択型



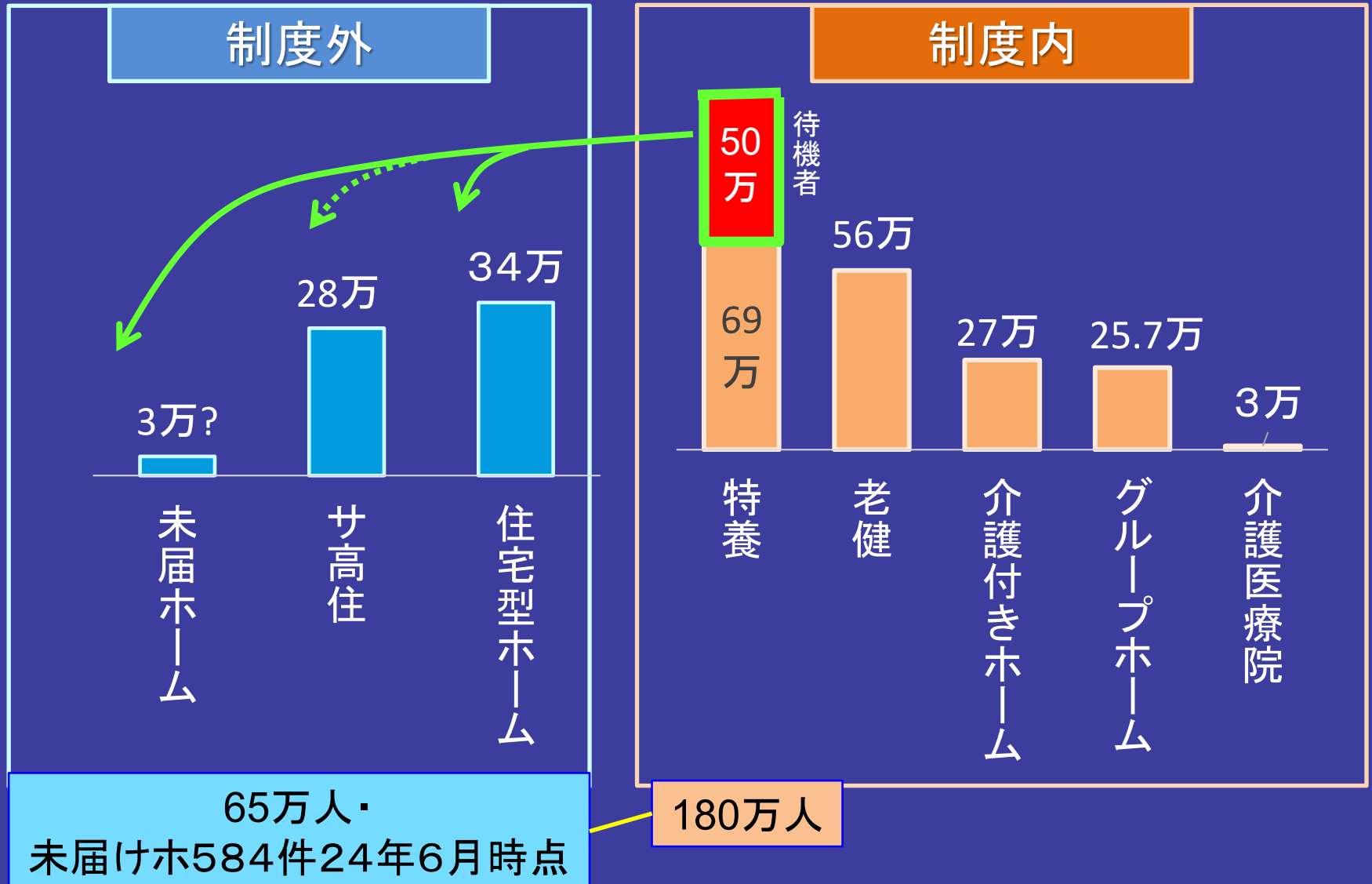
介護保険の在宅サービスは
外部事業者？から

介護お任せ型



介護サービスは施設内で完結

特養待機者の「受け皿」として「保険制度外」が急増 — 施設の利用者数 —



「住宅型」の優 支 苑（やさしえん・釧路市）



(上)LDルームで寛ぐ
(右)10m²弱の最多居室

9.94m² : 16室 9・5万円

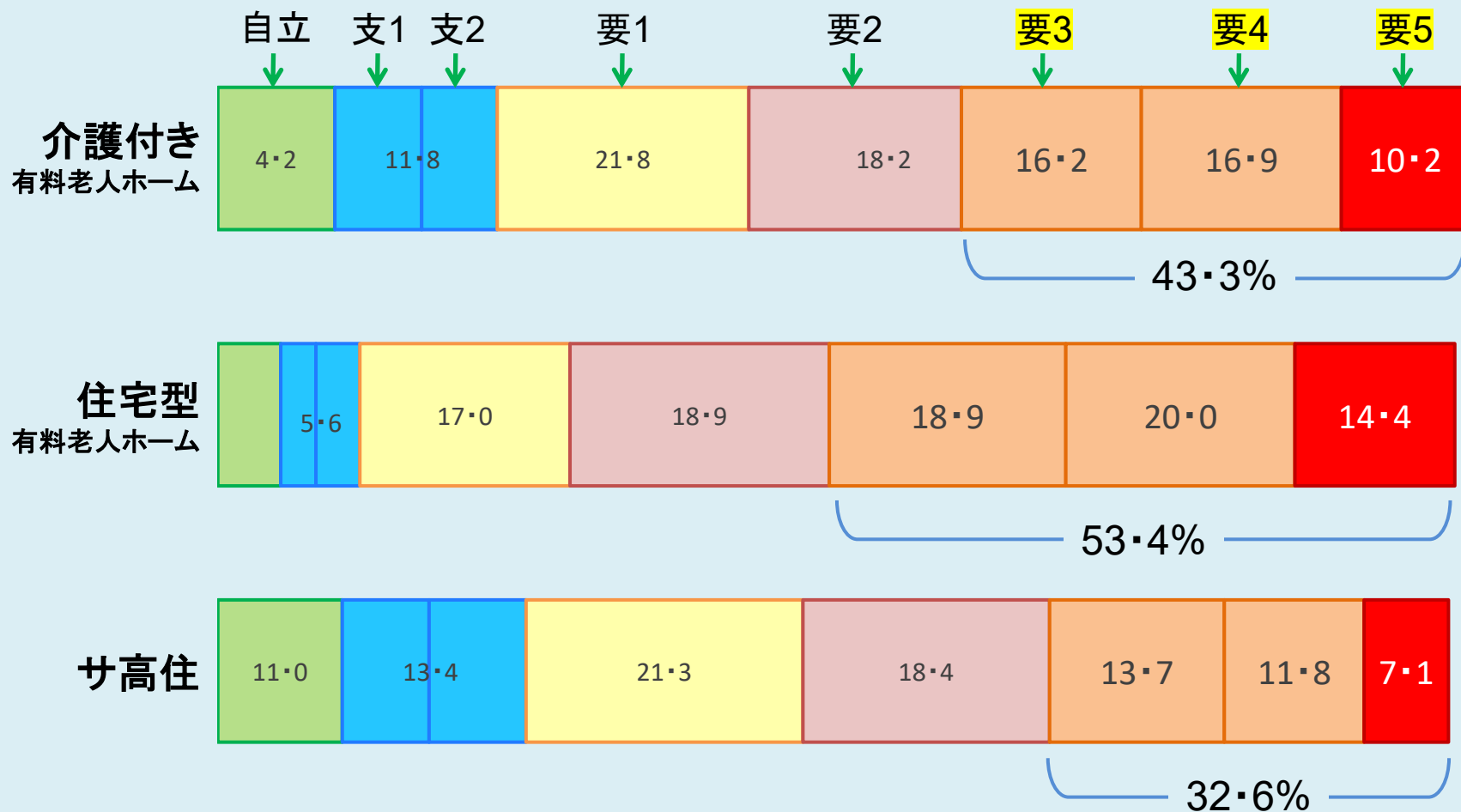
11.3m² : 8室 12万円

12.48m² : 4室 11万円

●GH並み



「住宅型」が「介護付き」より重度者を受け入れ — 要介護度別の入居者の割合(%) —



住宅型有料老人ホームの定員ランク

	法人名	総施設数 定員合計		所在地
1	ベネッセスタイルケア	94	6,102	東京都新宿区
2	アンビスホールディングス(ホスピス型)	89	4,394	東京都中央区
3	川島コーポレーション	43	4,286	千葉県君津市
4	ベストライフ	56	3,571	東京都新宿区
5	創生会グループ	62	2,811	福岡市
6	三井不動産レジデンシャルウェルネス	3	2,688	東京都中央区
7	グッドタイムリビング	22	2,338	東京都中央区
8	西日本鉄道	7	2,092	福岡市
9	HITOWAケアサービス	31	1,876	東京都港区
10	サンウェルズ	33	1,681	石川県金沢市

高齢者施設・住宅の定員数ランキング

	会社名	総定員	棟数	有料老人ホーム	サ高住	グループホーム	特養	その他	売上高 (億円)
1	SOMPOケア	29,777	472	19,639	9,636	422	0	80	1,554
2	学研グループ	20,644	562	1,116	13,165	6,173	0	190	786
3	ベネッセスタイルケア	20,642	355	20,496	128	18	0	0	1,393
4	ニチイグループ	16,196	489	9,593	928	5,615	0	60	非公開
5	川島コーポレーション	15,268	158	14,863	405	0	0	0	544
6	創生会グループ	13,441	256	8,434	1,674	0	1,272	2,061	800
7	ベストライフ	12,521	193	12,470	51	0	0	0	403
8	湖山医療福祉グループ	11,835	202	1,565	0	1,185	6,474	2,611	791
9	木下の介護	9390	145	8,722	162	171	0	335	非公開
10	葵会グループ	8709	96	7,892	0	36	731	50	非公開

施設の「良し」「悪し」の見分け方

——「お試し泊り」でチェック——

- ① 施設内で看取られる ○
年間に何人が施設で亡くなっているか。緩和ケアへの志向があるか
救急車で搬送され、病院で亡くなる人が多い ×
- ② 認知症の人にすぐ薬（向精神薬、鎮静剤）を投与している ×
認知症の人の話をよく聞いているか
- ③ 地域住民がボランティアに来ている ○
- ④ 地域の祭りや花見、寺社、公園、コンビニに外出できる ○
ドアの施錠などで外出を抑制 ×
- ⑤ 利用者に対し、自宅での普通の生活に近づけようと努力している ○
食事、睡眠、入浴、トイレなどの時間厳守 ×
- ⑥ 辞めるスタッフが多い ×

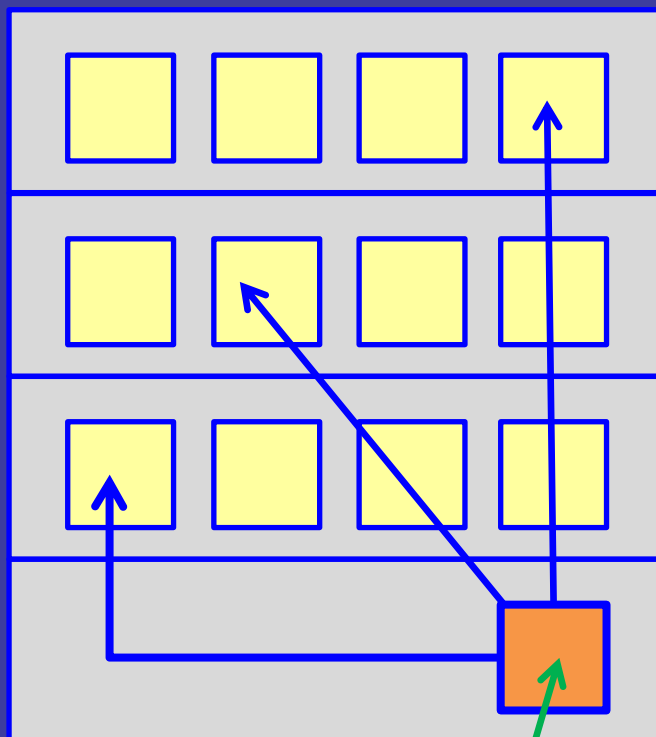
共同通信が連続スクープ

- 24・6・17 ホスピス住宅 看護で不正 「必要ない人も1日3回」
診療報酬目的で過剰に訪問
- 6・23 訪問看護過剰実施か アプリシエイト東淀川
「やることなくユーチューブ見せた」
- 9・2 パーキンソン病老人ホーム **PDハウス**
診療報酬 不正請求か
- 9・4 関西大手でも不正請求か スーパーコート
訪問看護 全て「複数人」記載指示
- 25・2・7 **28億円不正請求 サンウェルズ** 調査委報告
- 3・23 ホスピス最大手「**医心館**」 訪問看護不正請求か
「虚偽記録で診療報酬」元社員証言
- 4・27 医心館・訪問介護でも不正請求か
- 8・8 **アンビス** 報告書を公表 **6364万円の影響額**

「ホスピス住宅」で不正請求

— 住宅型有料老人ホームに訪問看護ステーションを併設 —

＜ホスピス住宅＞



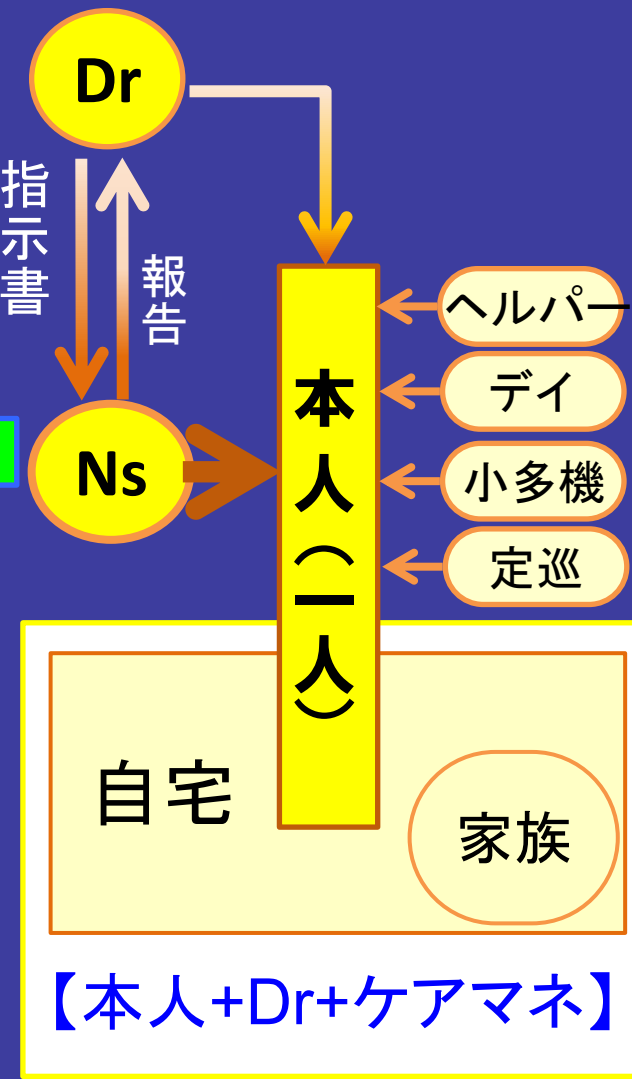
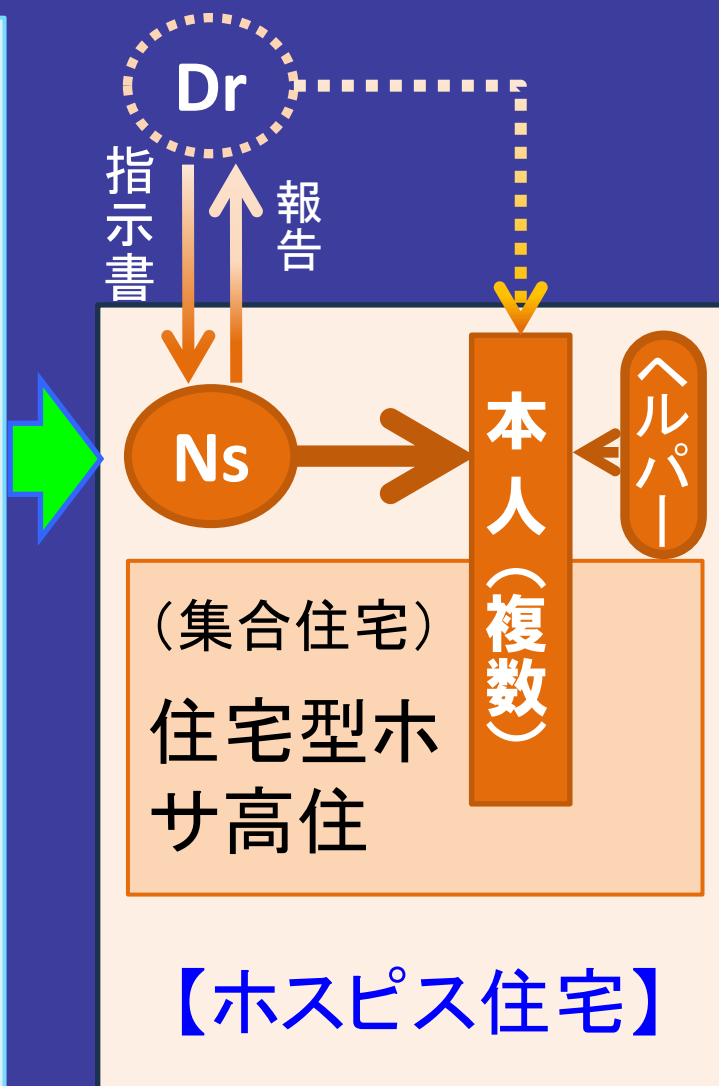
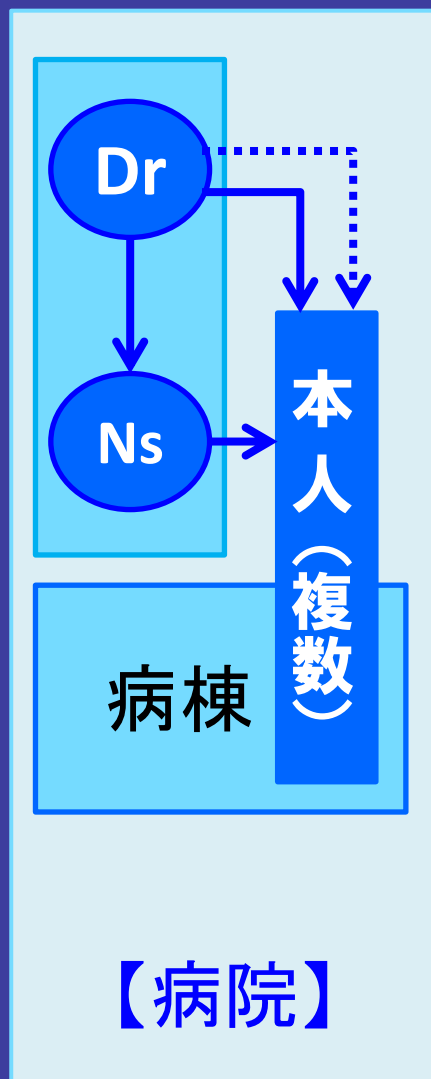
訪問看護ステーション

- 訪問看護 — ①日に3回訪問
②複数看護師で加算
→ 過剰訪問 → 診療報酬を不正請求
- 2024年6月17日 共同通信が初配信
- ガン末期、パーキンソン病
- アプリシエイト東淀川、サンウェルズのPDハウス、スーパー・コート、医心館
- 普及の理由:
多死→緩和ケア病棟(463棟、9536床)と緩和ケア医が不足 → 常に満室→ 難民化(ガン死38万人)
- 「ホスピス住宅」で上場4社:

病院死

ホスピス住宅死

自宅看取り



ホスピス住宅の上場4社

社名	施設名	施設数	定員数	売上高 (億円)	決算月
アンビス ホールディングス	医心館	130	6706	491	25年 9月期
サンウェルズ	PDハウス	43	2325	264	25年 3月期
CUCホスピス	ReHOPE	51	2234	137 (ホスピス 部門)	25年 3月期
日本ホスピスHD	ファミリーホスピス	55	1873	121	24年 12月期

★日本ホスピス住宅推進協会(25年4月設立)

- 代表者＝高橋正・日本ホスピスHD社長
- 幹事社＝日本ホスピスHD、CUCホスピス
- 参加社＝アライブメディケア、スミリンフィルケア、HITOWAケアサービス、フレアス、マザアス

「死ぬときぐらい 好きにさせてよ」



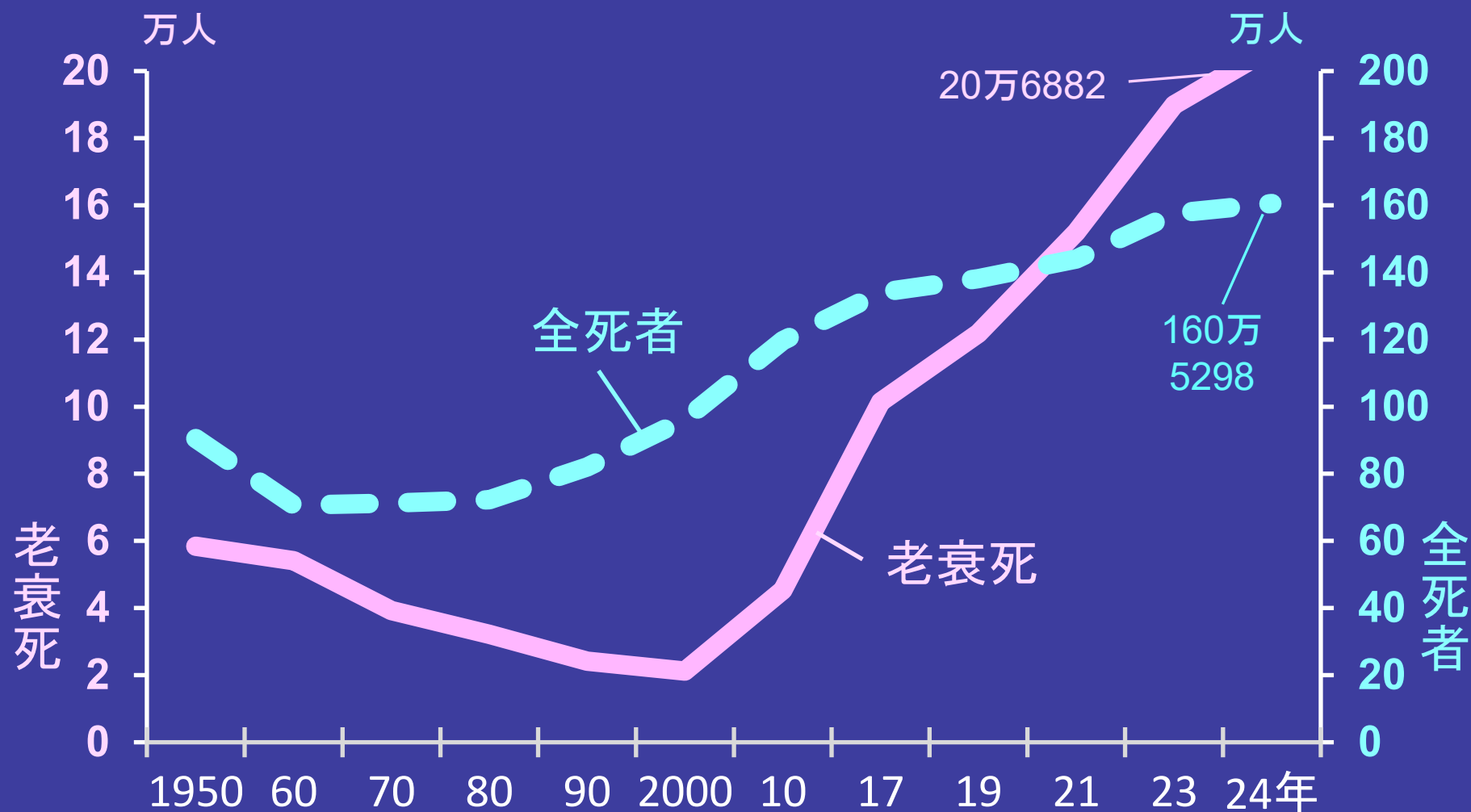
生きるのも日常 死んでいくのも日常

樹木希林 2016年1月5日

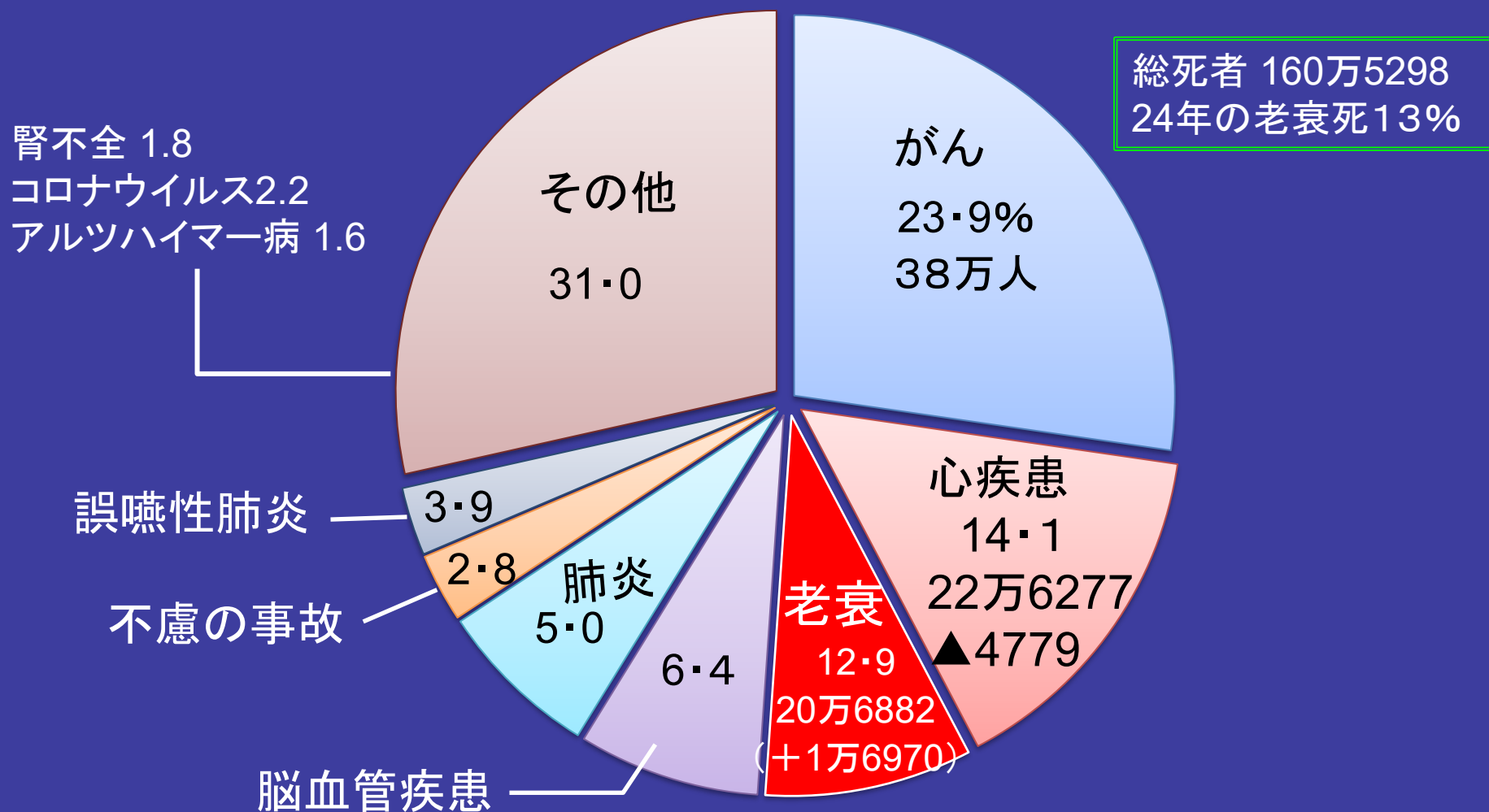
↑「オフィーリア」ジョン・エヴァレット・ミレイ作

1851年

「老衰死」が急増、8人に1人、20万人に 医療界の先導でなく、国民が意識転換



がん死＝頭打ち。1位、38万人
老衰死＝急増。19年に3位、25年は2位へ



死因が老衰死——著名人にも広がる

- 宮沢喜一 : 07年6月28日 87歳
- 阿川弘之(作家) : 15年 94歳
- 中曽根康弘 : 09年11月29日 101歳
- 高島忠夫(俳優) : 19年6月 88歳 自宅で
「ここ数カ月、寝たきりの状態が多くなり、呼吸も弱まり、母曰く、最後は眠るように旅立ったのがせめてもの救いです」(長男の政宏)
- 日野原重明(聖路加病院名誉院長) : 17年7月 105歳 自宅で
点滴や人工呼吸器の延命措置を拒否し、自宅で同病院の医師の診察を受けていた。「この1ヶ月はアイスクリームなどしか喉を通らなかった」(読売新聞)
「静かに眠るように亡くなった」(朝日新聞)。(発表は呼吸不全)
- 田中邦衛(俳優) : 21年3月24日 88歳 都内で
- 瀬戸内寂聴 : 21年11月11日 99歳 発表は心不全だが...
- 海部俊樹 : 22年 1月 9日 91歳
- エリザベス女王 : 22年 9月 8日 96歳 2日前にトラス首相任命
- 加賀乙彦(作家) : 23年1月12日 93歳
- 篠山紀信(写真家) : 24年1月4日 83歳
- 三笠宮妃百合子 : 24年11月15日 101歳 誤嚥性肺炎、脳梗塞
- 谷川俊太郎(詩人) : 24年11月13日 92歳

坂田藤十郎は大往生(老衰死)

● 上方歌舞伎役者、鴈治郎、4代目坂田藤十郎

▼ 2020年11月12日 88歳

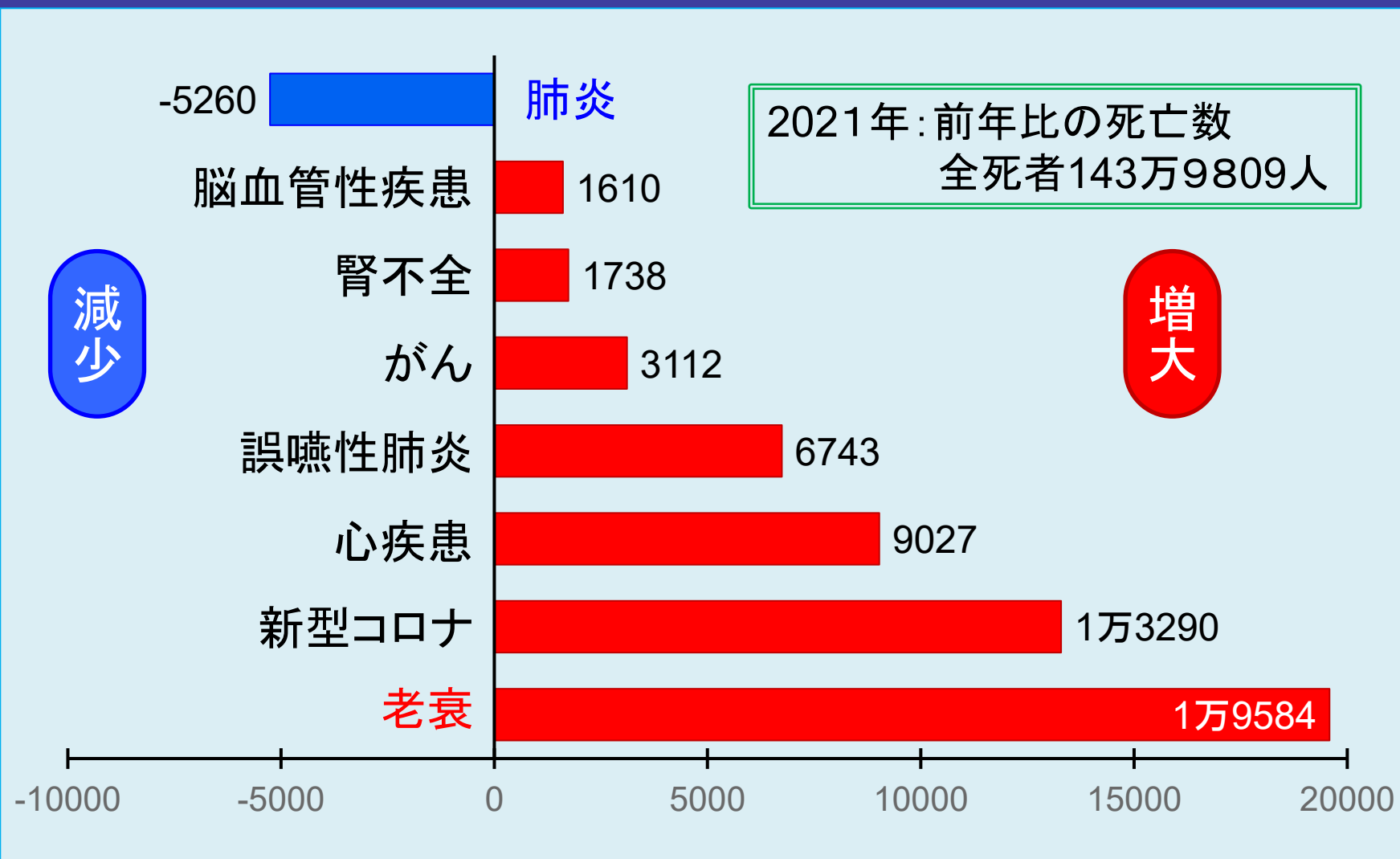
▼ 妻の扇千景

入院中の都内の病院に呼ばれ駆け付けた。
「寝ているんだなと思ったら、目の前で
すーっと息を引き取った」

「病院の方から『どこも痛くないし、苦しくありませんよ。
大往生です』と言われました」

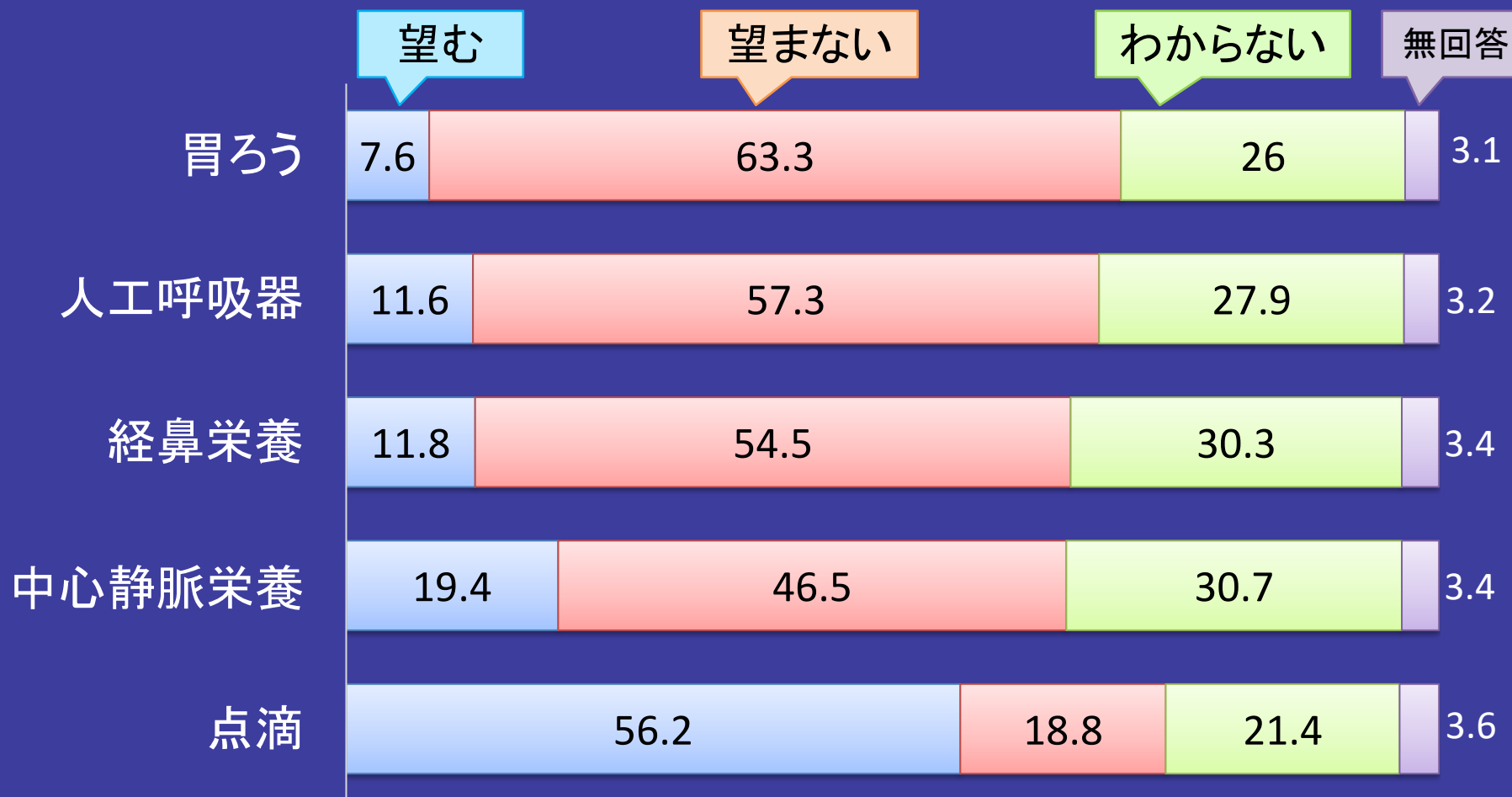
コロナ禍でも老衰死は増え続ける

—— 死因別の死亡数の増減 ——



延命治療を「望まない」が多数(点滴は例外)

—— 最終段階の時の治療方針 ——

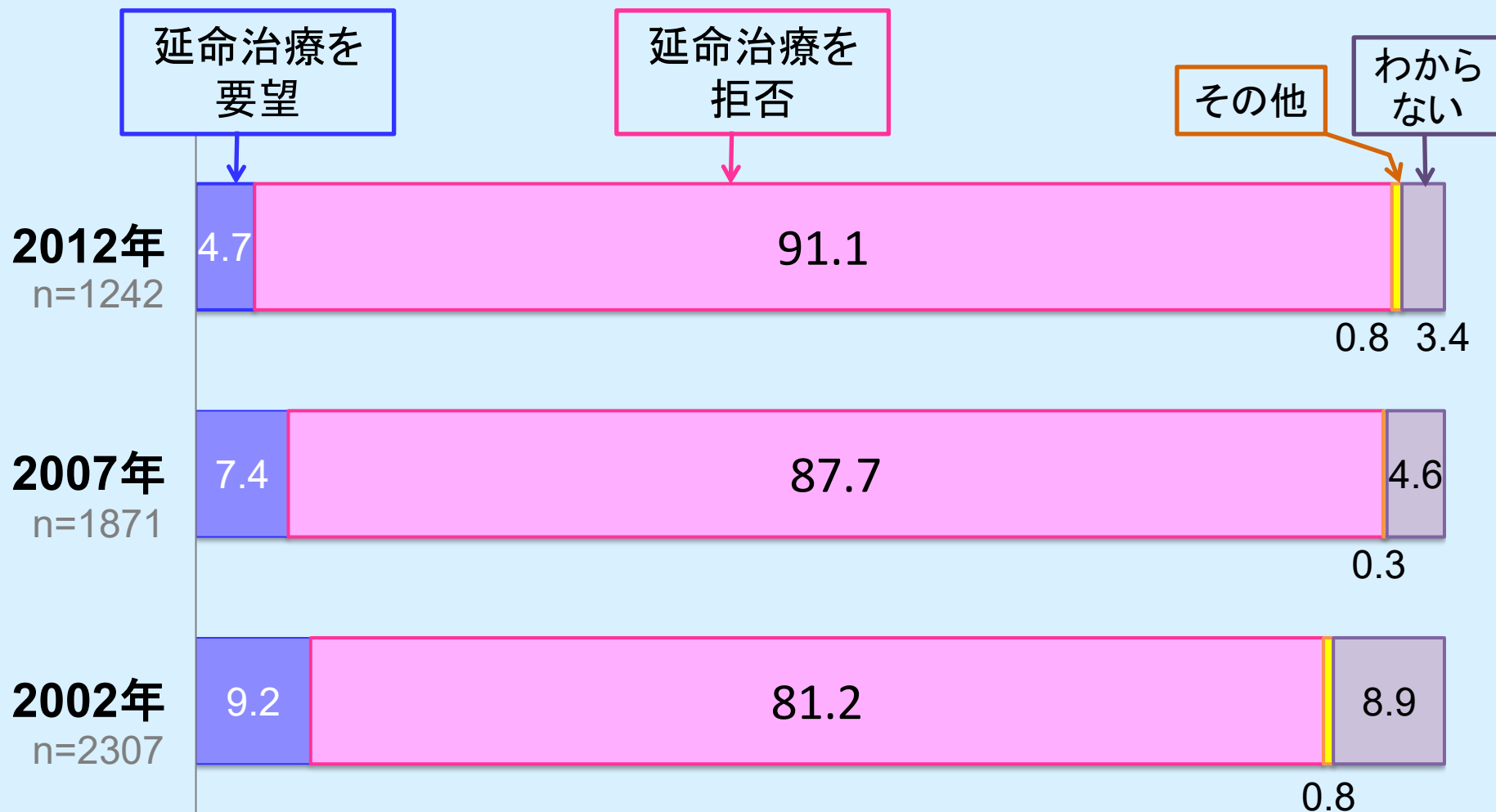


※厚労省「2022年 人生の最終段階における医療・ケアに関する意識調査」

※2022年11月～23年1月に実施、回答者は3000人の一般国民

延命治療の拒否が 91%

65歳以上の高齢者



※内閣府の「高齢者の健康調査に関する意識調査」。5年毎に調査

目指すは「地域包括ケアシステム」

これまでと同じ地域で
医療、介護、生活サービスを死ぬまで
受け続けられる

- 24時間、365日を通じて
- 30分以内(日常生活圏域)に
- 病院等に依存しない住みなれた地域で
在宅ケアの限界を高める
- あらゆる住居(在宅＝既存施設、**有料老人ホーム、**
グループホーム、高齢者住宅、自宅)で
- 欧米ではAIP(Aging in Place)

目的は「自立支援」、「死」が欠落 —— 地域包括ケアの解説図(厚労省) —— 「健康寿命を延ばす」?



三世代同居↓高齢シングル
家族介護↓単独看取り

新版・地域包括ケア



緩和ケア

(苦痛除去、QOL重視
ホスピス、安楽死、
LW、自立から自律)

- 「ひたすら生かす医療」から「命を終えるための医療」に
(Dr.小堀鷗一郎)
▼支える医療

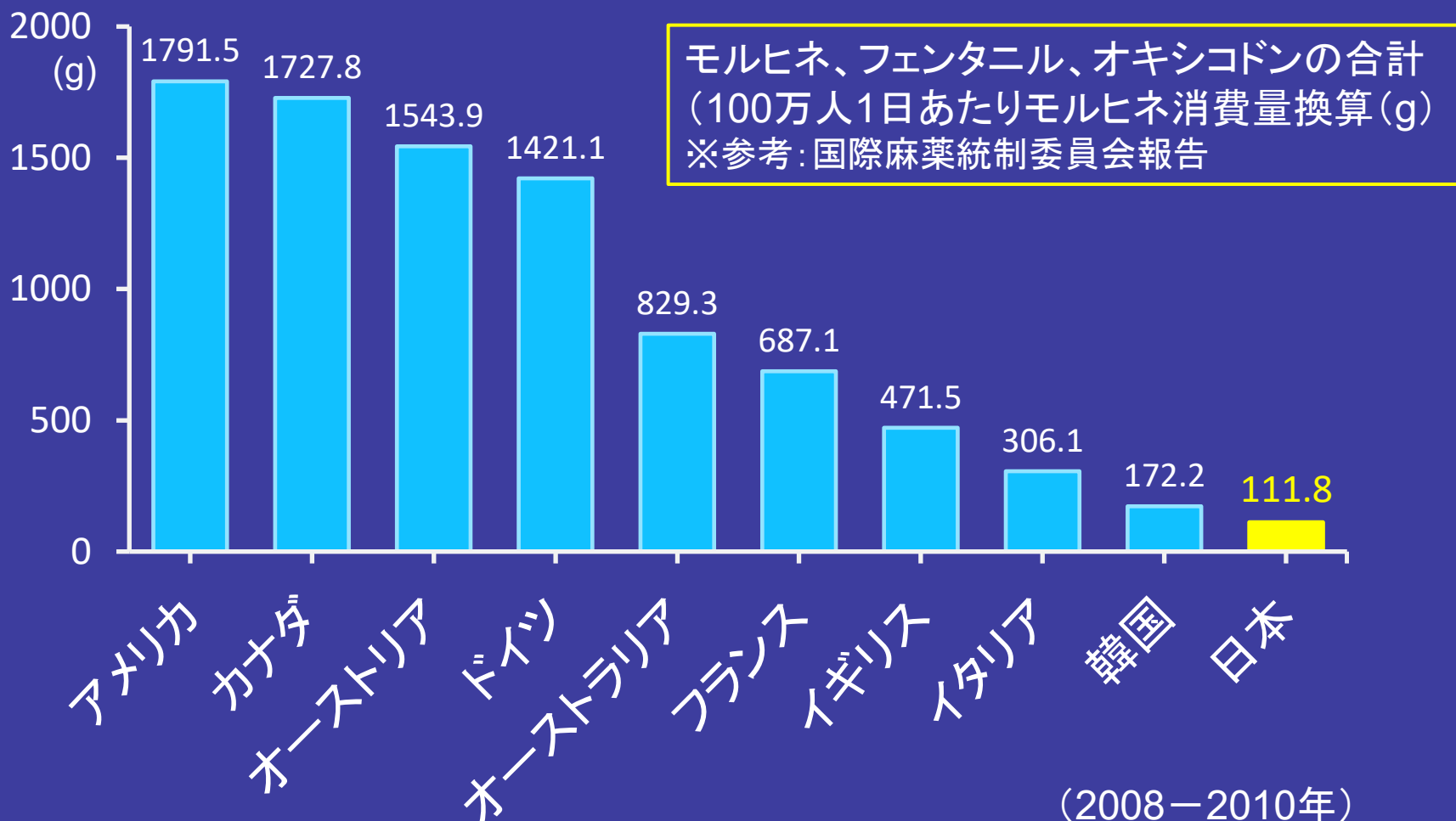
「痛み」が少ないのはPCUより施設

—療養場所別、死亡前1ヶ月のがん患者の「痛み」調査—

痛みが少なく 過ごせた		身体の苦痛が 少なく過ごせた
45.2	病 院 (n=392)	38.0 (%)
54.9	PCU (n=85)	54.9
61.1	施 設 (n=411)	59.6
52.4	自 宅 (n=682)	49.0

- 「病院が少ないのは、重度者ほど入院するから」(同センター)
- PCU = Palliative Care Unit = 緩和ケア病棟

医療用麻薬の消費量が異常に少ない日本 →未熟な緩和ケア



教会系ホスピス（ドイツ・マインツ）



庭や玄関の聖母子像が目を引く。
外観はかつての修道院そのもの。

- 入所型の「クリストファラス・ホスピス」
- カソリック系のカリタスが02年1月に開設
- 8室
- 2017年の利用者は89人も
 - ・ 自宅から38人、病院から51人
 - ・ 滞在は2日～183日
 - ・ プロテスタント41人、カソリック36人
 - ・ 86人はがん患者
- 入居条件
 - 治療が終了
 - 緩和ケアを希望
 - 自宅生活が無理
 - リハビリを望まない
- 看護介護職が11人
- ボランティア26人＝週1回、3時間の活動
- ドイツに入所型ホスピスは235ヶ所
(16年時点)



10畳ほどの居室。は青色だけのすっきりした内装ゆったりした大きい椅子。



居室と同じ、自然の木肌と青色のクロスで統一したリビングダイニングルーム。
きちんと整った中に寛ぎやすい雰囲気だ。



教会系ホスピス（マインツ）

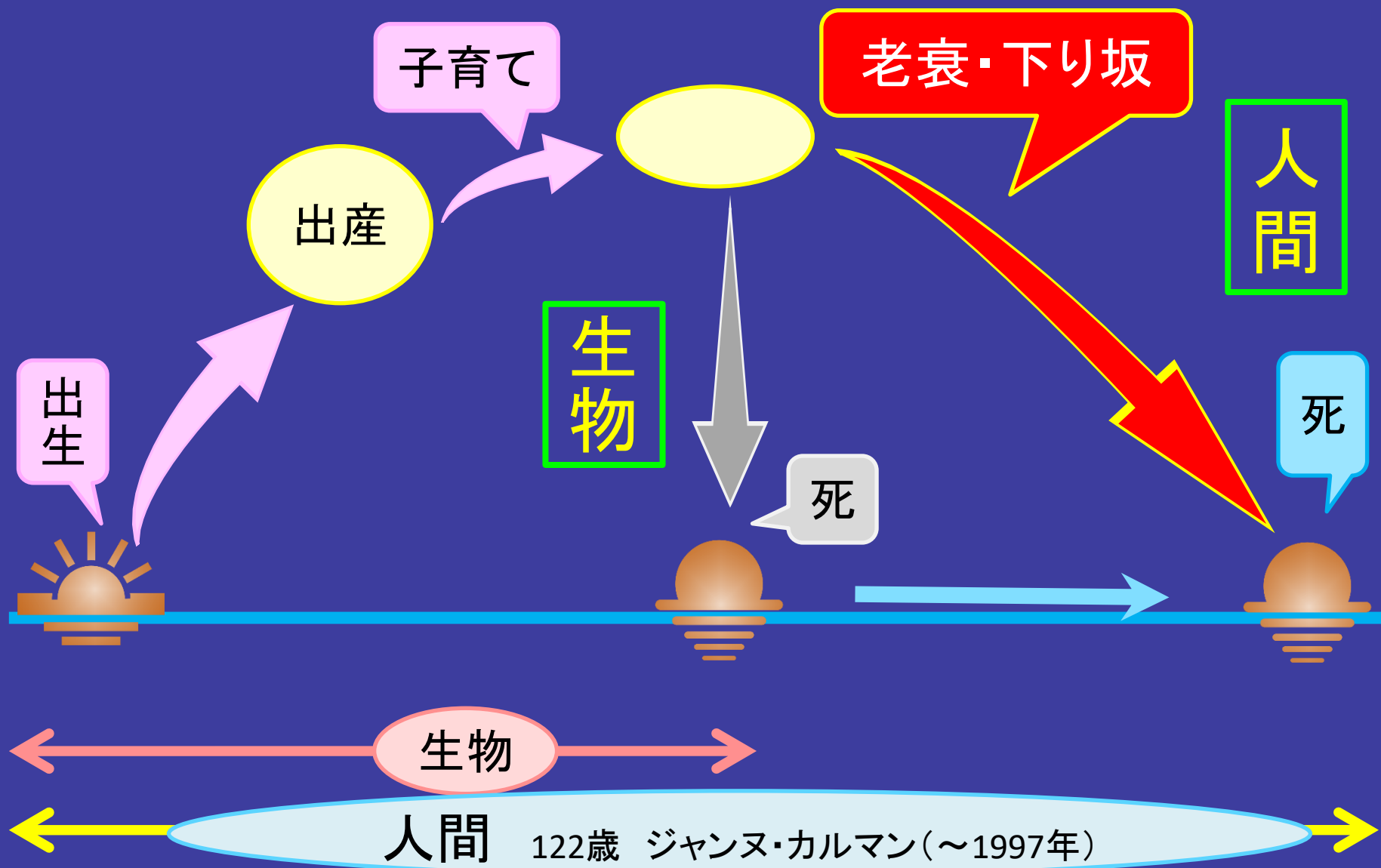


ドイツ・レクリングハウゼンの「聖フランシスコ・ホスピス」



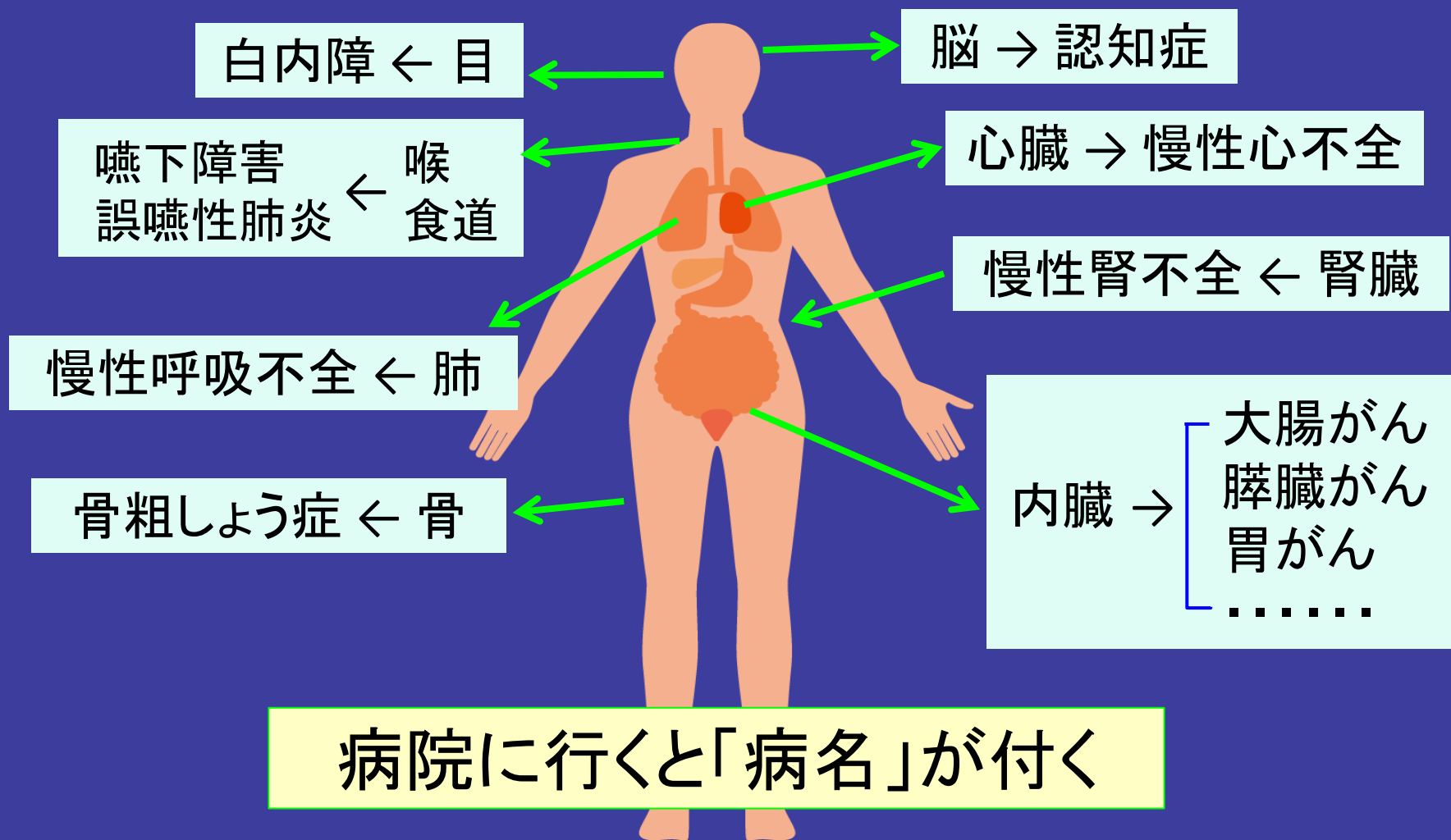
木肌と濃紺の家庭的なリビングルーム

人間だけ「老衰」。「下り坂」の医療介護

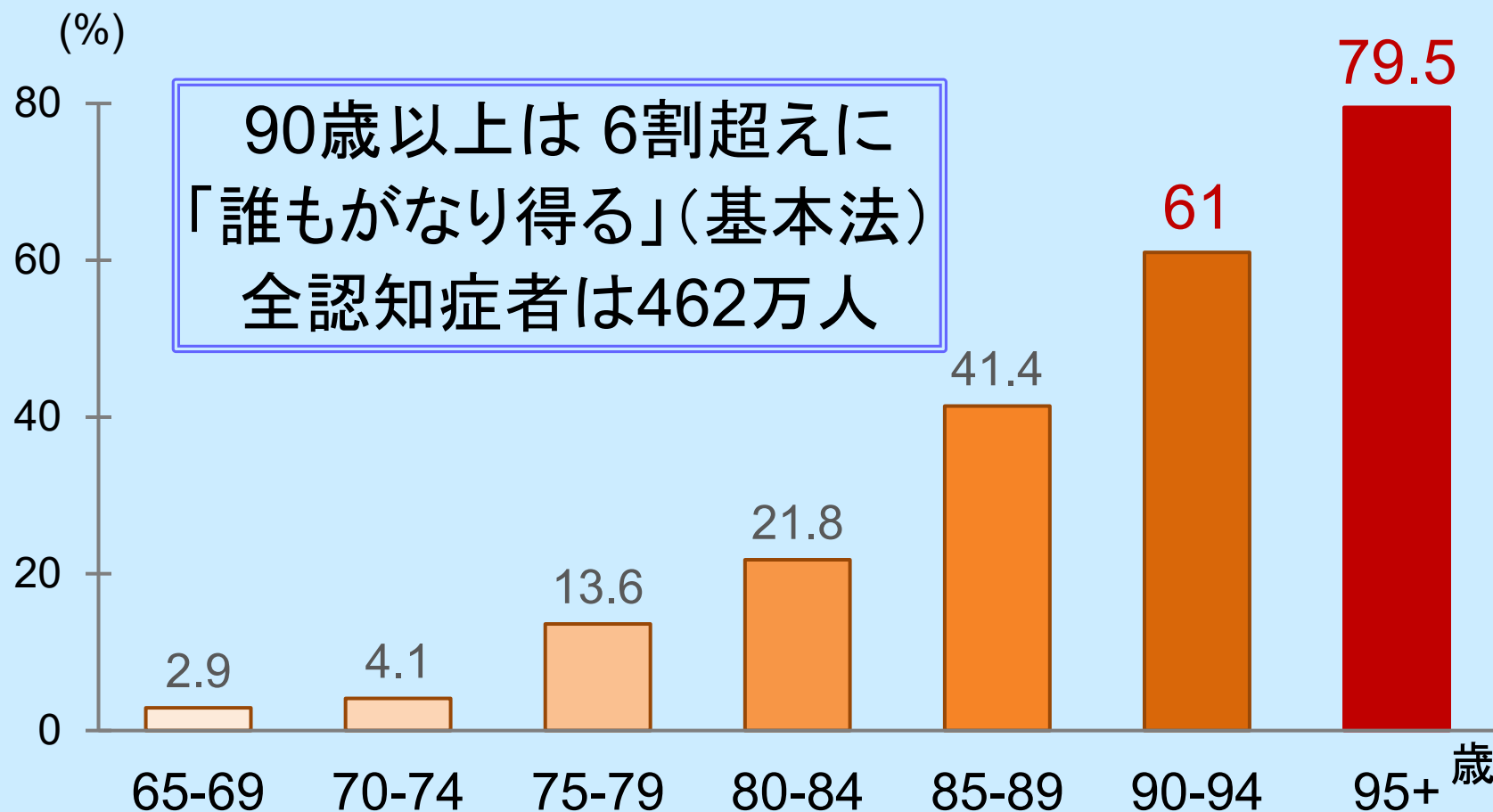


病気ではなく老衰

— 加齢に伴う自然の摂理 —



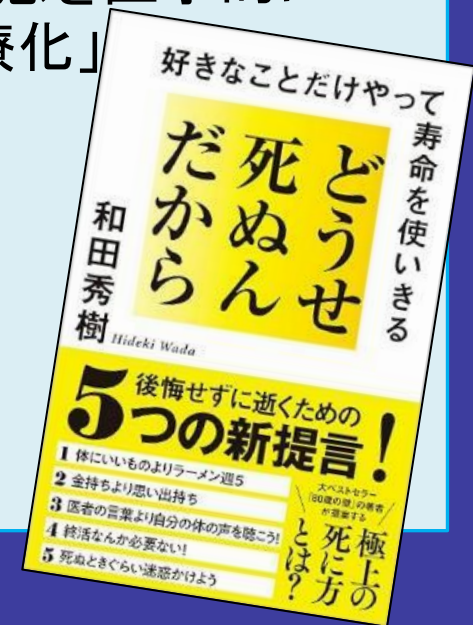
認知症は病気か？ 認知症有病率を再考 →加齢とともに等比級数的増加



※認知症対策総合研究事業「都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応」の総合研究報告書（朝田隆研究代表者 2013年～2012年）から、2百数十万人から462万人へ

「認知症は脳の老化現象。病気ではない」

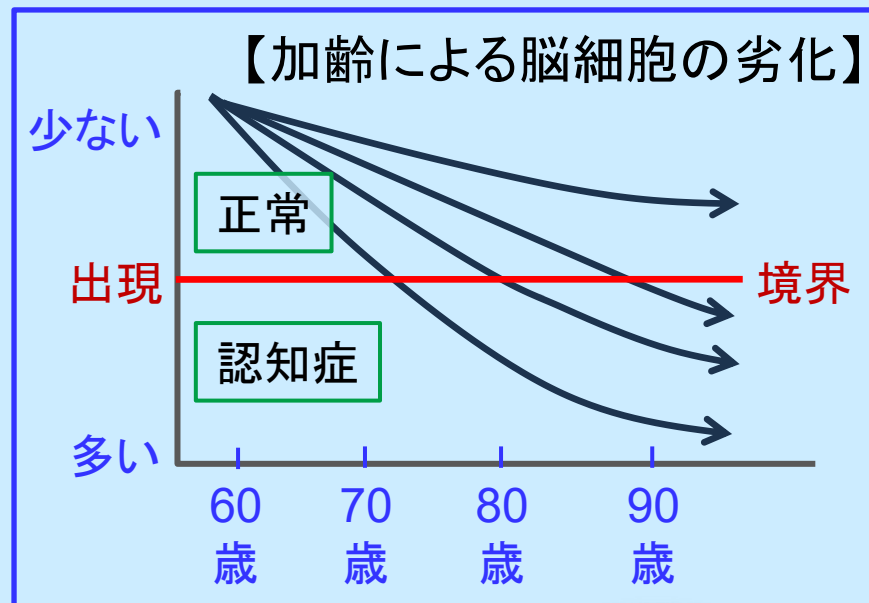
- Dr.大井玄・東大名誉教授
認知症は長生きに伴う心身の「障害」である。
長生きすれば誰にでも起こりうる「正常」な現象。病気ではない。
- Dr.斎藤正彦・松沢病院名誉院長
90歳代になると半分の人が認知症になる。これを病気と診断することに意味があるのだろうか。認知症の原因疾患を医学的に征服しようという欲望は捨てて……。 「脱専門医療化」
- Dr.和田秀樹
認知症は病気ではなく、老化現象のひとつ。
足腰が弱り、視力や聴力が衰えるのと同じ。
——「どうせ死ぬんだから」(23年3月発行)



「高齢者のアルツハイマー型認知症は病気ではない」 「脳の老化現象の促進された状態である」

—— Dr. 松下正明(88歳)・元東大教授 ——

- アルツハイマー型認知症は、生物としての人間の老化現象
- 加齢によりアミロイド β の蓄積、タウたんぱく、大脳皮質、海馬の萎縮。
- 正常な老人でも同様の蓄積、萎縮、変異がある。質的差異はない。**量的に少ないだけ。**



- 加齢—老眼、難聴、薄毛、運動能力——と同様
- Dr.松下は30歳代(1970年代)に松沢病院等での年間40～50体の病理解剖(剖検)で「発見」
- 血管性認知症、レビー小体型、若年性は「病気」

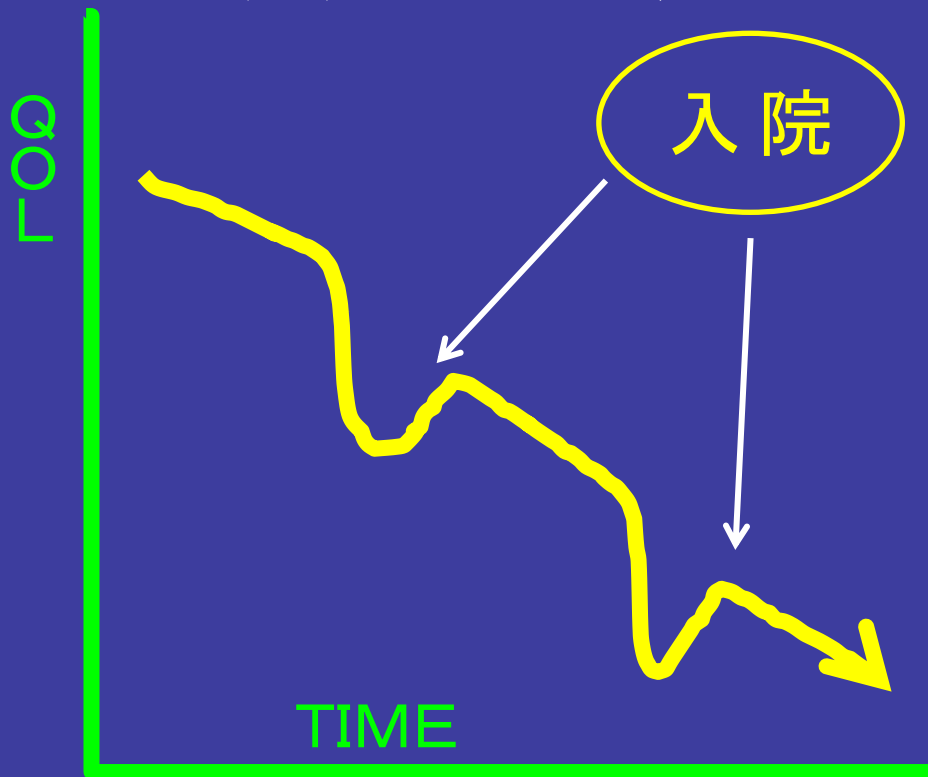


入院すると心身は悪化する

— 孤独死は病室にあり —

— 病院に「暮らし」はない —

- 安静、絶食で筋力低下し寝たきりに
→ サルコペニア



終末期の延命医療(反・老衰)

食欲減退
脱水
低栄養



胃ろう・経鼻経管で過
剰な栄養
人口呼吸器(気管切開)
心臓を動かす
血圧を薬で上げる



- 痰が気道に詰まる
→ 吸引は激痛、虐待
- 気管切開のチューブ
交換は激痛
- むくみ、嘔吐→虐待
- 免疫機能低下
→出血
→口の中が血だらけ、
目の端が切れて出血



Dr.日野原重明の反省、悔悟

「医療をめざす、若き友へ — 医と生命のいしずえ」1991年の著書

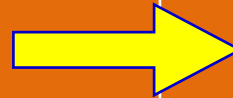
- 「重篤な患者には気管に管を入れる、点滴注射を行う、尿道に管を入れる、苦しいと言えば麻酔薬を打つ、そして患者が昏々と眠ってしまうが、栄養剤はタププリ注射する、ということの連続行為を行い、考える人間でない人間を作ってきたのです。私たちの医療は人間を人間でない者にして、**人生最悪の不幸**のうちに終末に至らしめていたといえましょう」
- 「たいていの人の人生は、その最後の3カ月、1カ月、1週間は、その人の**最悪の状態**で最も不幸な中で残り少ない日を送っているのです」
- 「あたふたと走り回ってありとあらゆる処置をし、それに対して何も不思議に思わなかったのです。人間は当然そうやって死んでいくのだ、と思っていたのです」
- 「私たちのやっていた終末医療は、人間の最期をなんと**惨めな**ものにしていたのだろう」 → 欧米のホスピス視察で転換

「ご当地医療」に大転換 増やすのは生命の「量」から「質」に

社会保障
制度改革
国民会議
2013年8月

これまでの医療 (1970年代モデル)

- 体を治す医療
- 病院完結型
- 入院医療、専門医主導
- 救命、延命、治療
- 社会復帰
- 寿命 60歳代



これからの医療 (2025年モデル)

- 治し(生活を支える)医療
- 地域完結型
- 在宅医療、多職種協働
- 病気(合併症)と共存
- QOL(生活の質)、QOD
- 寿命 80歳代

自力で飲み食いできなくなれば寿命 : Dr中村 「命を延ばす」だけが正しいのだろうか : Dr石飛

● Dr. 中村仁一「大往生したけりゃ医療とかかわるな」(12年1月)

「大病院の医者とは人間が自然に死ぬ姿を見ない、知らない」

「枯れる死を妨害するのが点滴、酸素吸入の延命治療」

「攻撃的治療の尻ぬぐいが緩和ケア」

「繁殖を終えれば、死を視野に入れる」

「『老い』を『病』にすり替えてはならない」



● Dr. 石飛幸三「平穏死のすすめ」(10年2月)

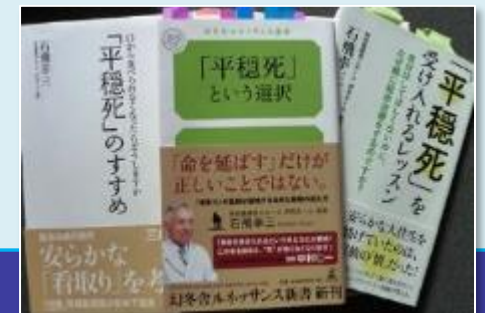
「延命至上主義は自然死を知らない医療者の押し付け」

「病院時代は、人間は苦しんで死ぬと思っていた」(Dr小笠原文雄も)

「老衰と延命治療の衝突が起きている」

「人の最終章に科学を押し付けるのは無意味」

「人間も自然の一部。自然の摂理に従えば」



「幸せな」在宅死の方法

1. 家庭医(主治医、かかりつけ医)を決める

- 通院困難の理由を話す
- 在宅療養支援診療所(医療保険)の登録医
- 訪問看護ステーションの訪問看護(医師の指示書で訪問)から
- 「リビング・ウィル」(事前指示書)を書いておく。ACPを実施
- 「救急車を呼ばない」「入院しない」と文書(エンディングノート)にし、家族、家庭医、ケアマネジャー等にも伝えておく

2. 家庭医の決め方: 在宅医療のガイド本「さいごまで自宅で診てくれるいいお医者さん」(週刊朝日MOOK)から16km内で探す

3. 家庭医の月1~2回の定期訪問を受ける

4. 死亡時に家庭医が死亡診断書を書く

- 24時間前に診断なくても、死因判明ならOK)

不審死

- 死体検案書
- 警察の介入

看取り直後に家族が「笑顔でピース」

小笠原文雄医師（小笠原内科院長、岐阜市）
「満足死、納得死なら遺族は笑顔で見送れる」

「なんとめでたいご臨終」
(17年6月発行)から



94歳の1人暮らし女性がデイサービスからの帰宅直後に心不全で旅立つ。家族一同が集まりピースサイン。ひ孫は手でハートマークをつくる。

良い在宅医を探すには――



「リビングウイル(LW)」(生前の意思)

- 「終末期には過剰な医療は御免被りたい」
「チューブだらけの延命処置は嫌です」 → 尊厳死

- → Ms.樋口恵子(92歳): 名刺裏に
「私、回復不可能、意識不明の場合、苦痛除去以外の
延命治療は辞退致します。2014年1月13日 印」



- 欧米諸国: リビングウイル = **延命処置をしない**、Dignity
各国の「安楽死協会」が主唱

- 日本尊厳死協会(1976年に発足、会員9万人)のLW

「死期を引き延ばすためだけの**医療措置は希望しません**」
「ただし、緩和ケアは充分に行ってください」

「リビング・ウィル」とは

1. 病気や事故などで、回復の見込みがない、
人生の最終段階を（終末期）を迎えた時。
意思表示ができなくても下記を望みます。

- 延命処置 を希望 するか、しないか
- 緩和医療 を希望 するか、しないか

2. 延命処置とは

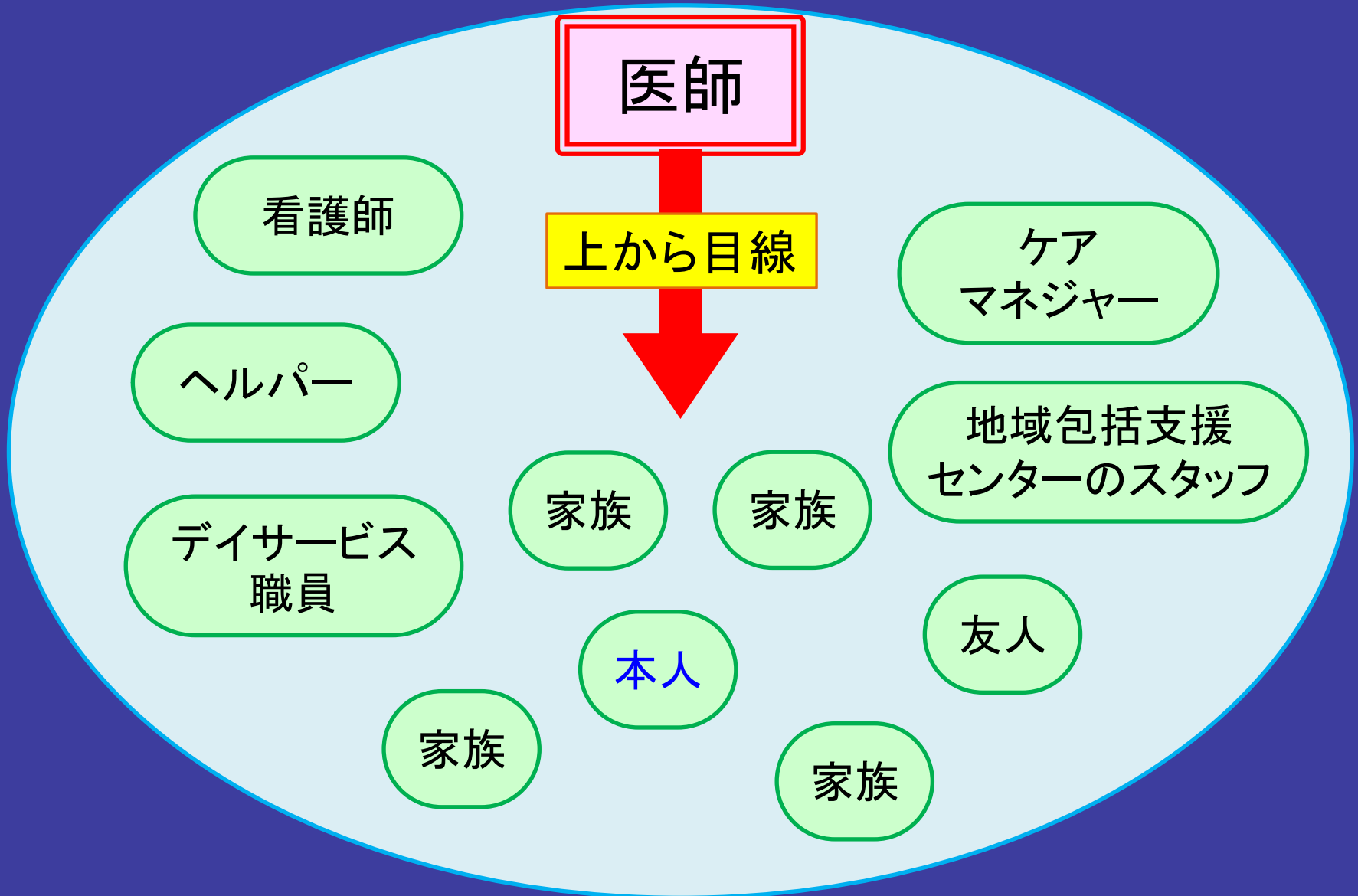
- 口から食べられない時に —— 胃瘻、経鼻経管、静脈への点滴
- 呼吸が難しい時に —— 酸素吸入、人工呼吸器
- 心臓が止まった —— AED、心臓マッサージ
- その他 —— 昇圧剤、人工透析、輸血、

ACP (AdvanceCarePlanning) とは

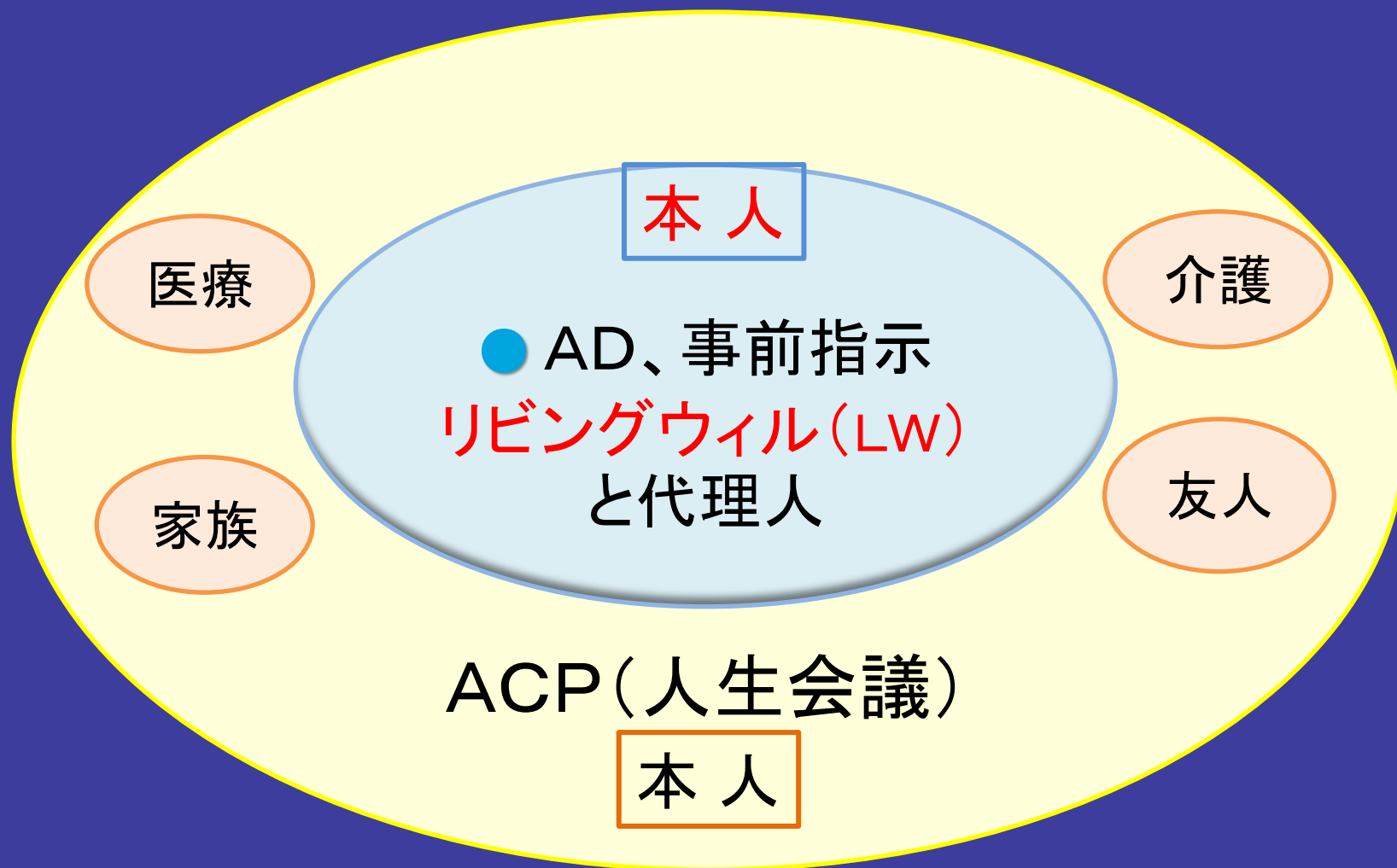
- 人生の最終段階について
本人が家族等や医療・ケアチームと
事前に繰り返し話し合うプロセス

- 本人の意思が大事
- 変更できる
- 文書に
- 家族等、施設、医療機関に渡す

ACPへの疑問——医師主導、本人の発言に制約



LW(本人の意思)からACPへ



AD = Advance Directive

ACP = Advance Care Planning