

200835003A

厚生労働科学研究費補助金  
医療安全・医療技術評価総合研究事業

利用者の視点に立った終末期医療と在宅医療の  
あり方とその普及に関する研究

平成 20 年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 濃 沼 信 夫

平成 21 (2009) 年 3 月

厚生労働科学研究費補助金  
医療安全・医療技術評価総合研究事業

利用者の視点に立った終末期医療と在宅医療の  
あり方とその普及に関する研究

平成 20 年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 濃 沼 信 夫

平成 21 (2009) 年 3 月

## 目次

I	総括研究報告	
	利用者の視点に立った終末期医療と在宅医療のあり方とその普及に関する研究	
	濃沼信夫	1
II	分担研究報告	
	1. 終末期医療と在宅医療の社会的・経済的意義	
	濃沼 信夫	13
	2. 利用者の視点に立った地域緩和ケアチームの育成に関する研究	
	蘆野 吉和	20
	3. 終末期がん患者の在宅支援を目指した地域ネットワークシステムの構築	
	本家 好文	22
	4. ICUにおける脳死状態患者の在宅移行に関する研究	
	川島 孝一郎	24
	5. 在宅医療の質向上と普及に関する研究	
	英 裕雄	27
	6. 在宅医療の普及に関する研究	
	和田 忠志	29
	7. 緩和ケアにおける地域ネットワークの構築に関する研究	
	有賀悦子	32
III	研究成果の刊行に関する一覧表	35
IV	研究成果の刊行物・別刷	41
	資料	

# I. 総括研究報告書

厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）  
総括研究報告書

利用者の視点に立った終末期医療と在宅医療のあり方とその普及に関する研究

研究代表者 濃沼 信夫 東北大学大学院医学系研究科 教授

研究要旨

本研究は利用者の意向に沿う終末期医療と在宅医療のあり方とその普及・促進の戦略に関する政策提言を行うことを目的とする。本年度の研究成果は以下の通りである。

1) 終末期患者の療養先選択に係る要因を調査すると、在宅療養を希望する患者は、病院療養を希望する患者に比べ HADS の Depression Scale が低く、Performance Status が良好である。

2) 居住系施設入所者に関する調査を行った結果、最期を迎える場所については、利用者、家族とも約半数が施設を希望している。その理由は「最期まで面倒をみてもらえる」、「家族に迷惑をかけたくない」、「家族では介護できない」が多く、利用者、家族ともほぼ共通である。

3) 在宅療養支援診療所の訪問診療・往診の実態を把握するため、在宅で看取ったがん末期患者について死亡日より最大 30 日間さかのぼり、診療諸記録とレセプトを分析した。在宅がん患者は死亡の 7～10 日前から訪問診療や往診が多くなり、夜間の往診回数、往診滞在時間も次第に増す傾向がある。独居者は、独居でない場合に比べて訪問件数、1 訪問あたり滞在時間とも多く、指導相談に要する時間の占める割合が高い

4) 緩和治療、特に疼痛治療に関する小冊子を作成し、これを用いた講習会・講演会を開催し、地域住民および、在宅医療現場の医療・介護従事者の教育・啓発を行った。これにより一部の地域でがんの在宅死の割合が増加した。

5) 緩和ケアにおける地域ネットワークの構築に向けたポータルサイトが、がん診療に携わる多施設間、多職種間の医療情報の共有化に有用であるかを検討した。既存の研究会に設置されていたポータルサイトについて掲示板機能の強化、情報提供の整備を行い、アクセス数等を分析したところ、ウィルス対策と煩雑さの課題が判明した。

研究分担者：

濃沼 信夫 東北大学大学院 医学系研究科  
教授

有賀 悦子 国立病院機構 国際医療センタ  
一戸山病院 医師

蘆野 吉和 十和田市立中央病院 病院長

本家 好文 県立広島病院緩和ケア科 部長

川島 孝一郎 仙台往診クリニック 院長

英 裕雄 新宿ヒロクリニック 理事長

和田 忠志 あおぞら診療所新松戸 理事長

## A. 研究目的

本研究は、人口高齢化に伴う需要の増大と社会から求められる患者中心の医療の実践に向け、利用者の意向に沿う終末期医療と在宅医療のあり方とその普及・促進の戦略に関する政策提言を行うことを目的とする。

すなわち、終末期医療と在宅医療に係る社会の要請の明確化、これらの医療の普及を阻害する要因の分析、施設医療から在宅医療への移行を促す説明ツールの有用性の検証、およびこれらの医療の経済的意義の検討など行う。

具体的には、

1) 終末期患者の療養先の選択に関する調査を実施し、終末期在宅医療の普及を阻害する要因を把握する。

2) 居住系施設の療養について、情報提供等がどのように行われているかの実態を明らかにする。

3) 在宅療養支援診療所が関わる在宅での看取りに関し、訪問診療・往診およびこれに係る診療報酬の実態を明らかにする。これらの結果から、利用者の安心・信頼を確保する在宅医療と終末期医療のあり方とその普及・促進の方策について検討する。

4) 在宅医療の利用者の視点に立って在宅医療を支援する訪問看護師およびケアマネージャーに対する教育のための研修会を開催し、さらに、地域住民に対し緩和ケアおよび在宅ホスピスケアを中心とする終末期緩和ケアの啓発の為の講演会を行う。

5) 緩和ケアにおける地域ネットワークの構築に向けたポータルサイトが、がん診療に携わる多施設間、多職種間の医療情報の共有化に有用であるかを検討する。

## B. 研究方法

### 1. がん終末期患者の療養先選択の要因

全国 25 施設に入院中の進行がん患者とその

患者の身の回りの世話をしている主たる介護者（家族）に対し、希望する退院後の療養先、実際の療養先、患者や家族の QOL (EQ-5D, HADS) などのアンケート調査を実施した。入院時における患者と家族との間の希望療養先の一致・不一致別に比較するとともに、実際の療養先と入院時の希望療養先の一致・不一致別に比較検討した。

### 2. 居住系施設における看取り

全国の在宅療養支援診療所のうち、年間看取り数が 10 件以上の実績がある 178 診療所を対象に調査協力の有無について電話確認し、調査協力の同意が得られた 126 診療所 (70.8%) を対象に居住系施設における訪問診療・往診の現状について予備調査を行った。

このうち、44 診療所 (34.9%) で訪問診療・往診を受けている居住系施設の利用者とその家族各 629 人を対象に、居住系施設における医療のあり方に関するアンケート調査を実施した。また、上記利用者が入居する 127 施設を対象に、居住系施設における看取りの現状について調査を実施した。

調査内容は、居住系施設の利用者とその家族に対しては、施設への入居理由、治療や療養に関する施設からの説明状況、療養先の希望などである。医師に対しては、利用者の傷病名、日常生活自立度、認知症の有無、麻薬適応の有無、利用者の最期を迎える場所としてよいと考える場所とその理由などである。また、居住系施設の施設長に対しては、施設の利用者に関する状況（利用者数や往診・訪問診療の利用者数など）、看取りの体制などである。

### 3. 在宅における看取り

看取りを積極的に行っている在宅療養支援診療所3施設について、在宅で看取ったがん末期患者について、死亡日より最大30日間さかのぼり、診療諸記録とレセプトから、訪問診療・往診の内容と診療報酬点数を分析した。

#### 4. 地域緩和ケア推進のための実践活動

2007年に作成した緩和治療のための一般住民向けの小冊子「あなたはがんの痛みで苦しんでいませんか」を用い、地域の在宅医療に関わる医療従事者（訪問看護師、薬剤師など）および介護従事者（ケアマネージャーなど）に対する教育セミナーを、地域住民に対しては「緩和ケアとは」という題名で緩和ケアおよび在宅ホスピスケアについても講演会を企画した。

#### 5. 緩和ケアでの地域ネットワークの構築

在宅医療等の普及には施設を超えた連携が重要であるが、臨床現場は時間的制限がある。効率的なネットワーク作りには直接対面連携方法だけでは困難なため、ポータルサイト（以下、IT）を用いた地域ネットワーク構築への有用性を検討した。

#### （倫理的配慮）

本調査研究は、東北大学医学部・医学系研究科倫理委員会の承認をえて実施した。

### C. 結果

#### 1. がん終末期患者の療養先選択の要因

入院時点で在宅療養を希望する患者（入院時在宅希望患者）44名、病院を希望する患者（入院時病院希望患者）36名、入院時点で在宅療養を希望する家族（入院時在宅希望家族）19名、病院を希望する家族（入院時病院希望家族）85名から回答が得られた。

入院時在宅希望患者は、入院時病院希望患者と比べ、EQ-5D 効用値が高く、抑うつ確認割合と、不安確認割合が低く、がんと診断されてから月日が浅く、Performance Status (PS) が良好な傾向にある。また、入院時在宅希望家族は、入院時病院希望家族と比べ、EQ-5D 効用値が高く、不安確認割合が低い傾向にある。

入院時における患者と家族との間の希望療養先の一致・不一致別でみると、希望先が在宅

で一致していた患者（希望先在宅一致患者）11名、病院で一致していた患者（希望先病院一致患者）28名、一致していない患者（希望先不一致患者）28名である。

希望先在宅一致患者は、認知症をもつ割合が高いものの、がんと診断されてからは日が浅く、EQ-5D 効用値も比較的良好な傾向にある。希望先病院一致患者は、EQ-5D 効用値が低く、抑うつ確認割合、不安確認割合が高く、がんと診断されてから日が経っており、PS も不良な傾向にある。一方、希望先不一致患者は、多くの項目で、希望先在宅一致患者と希望先病院一致患者との中間的な値となっている。

療養先の選択を希望別にみると、入院時に病院を希望し、実際に病院で療養することになった退院患者（入院病院/退院病院患者）は2名、入院時に在宅を希望し、実際に在宅で療養することになった退院患者（入院在宅/退院在宅患者）は25名である。また、入院時に病院を希望し、実際に在宅で療養することになった退院患者（入院病院/退院在宅患者）は3名、入院時に在宅を希望し、実際に病院で療養することになった退院患者（入院在宅/退院病院患者）は2名である。

退院時に療養先を在宅に選択した入院在宅/退院在宅患者、入院病院/退院在宅患者はEQ-5D 効用値が高く、それ以外では低い傾向にある。療養先の説明の有無と今後の療養先との関連については、一定の傾向は認められない。

#### 2. 居住系施設における看取り

居住系施設に訪問診療・往診している在宅療養支援診療所の医師39名（調査対象の88.6%）より、居住系施設の利用者370名分（同58.8%）の回答が得られた。訪問診療・往診を受けている居住系施設の利用者本人356名（調査対象の56.6%）、家族344名（同54.7%）の回答が得られた。

回答した利用者本人の平均年齢は84.5歳、

女が76.0%を占め、主傷病名は認知症50.0%、脳血管障害18.2%、心疾患9.2%、悪性新生物5.2%である。また、要介護度をみると、要支援1.9%、要介護1が13.1%、要介護2が28.1%、要介護3が22.7%、要介護4が22.0%、要介護5が12.1%であり、利用者の90.2%に認知障害がみられる。

利用者本人の施設への入居理由は、「家族にすすめられた」が40.4%と最も多く、次いで「家族に迷惑をかけたくない」19.9%、「病院での治療が済んだ」9.9%、「必要な医療が受けられる」8.5%の順である。一方、家族の意見は、「家族では介護できない」が31.9%、「家族で決めた」が29.1%、「最後まで面倒みてもらえる」が16.7%である。

最期を迎える場所の希望について、利用者本人と家族の意見が一致の場合と不一致の場合で比較すると、「家族にすすめられた」は一致の場合が26.3%であるのに対し、不一致の場合は41.7%と高い。「ここで最期を迎えたい」は一致の場合は13.2%にあるのに対し、不一致の場合は4.5%と低い。この傾向は、利用者本人と家族と医師（3者間）の意見の一致・不一致の比較においても認められる。

治療や療養に関する施設側からの説明状況をみると、医療サービスに関する説明では、利用者本人の回答は、「十分な説明を受けた」39.2%、「説明を受けたが理解できなかった」28.0%、「説明はなかった」7.6%である。家族の回答は「十分な説明を受けた」90.6%、「説明はなかった」が1.6%である。

費用に関する説明では、利用者本人の回答は各30.9%、20.1%、18.5%である。同じく、家族の回答は各86.5%、5.7%である。急変時の対応に関する説明では、利用者本人の回答は各36.0%、24.5%、11.5%である。家族の回答は各85.8%、3.8%である。また、看取りに関する説明では、利用者本人の回答は各

23.2%、20.6%、26.1%である。家族の回答は各67.0%、16.3%である。

最期を迎える場所についての意見が一致する群と不一致の群別に説明の状況をみると、医療サービス、費用、急変時の対応に関する説明では、両群に差はみられない。一方、看取りに関する説明では、利用者本人の「十分な説明を受けた」との回答が一致群では22.0%、不一致群では18.4%である。また、利用者本人と家族と医師の意見の一致・不一致の比較では、利用者本人の「十分な説明を受けた」との回答は一致群（23.3%）が不一致群（18.3%）より有意に高い。

最期を迎える場所の希望について、利用者本人の回答は、施設48.8%、自宅34.2%、医療機関17.1%である。その理由は、「最期まで面倒をみてもらえる」24.5%、「住み慣れたところですごしたい」18.5%、「家族に迷惑をかけたくない」18.3%である。一方、家族の回答は、施設54.3%、医療機関27.2%、自宅18.5%である。その理由は、「家族では介護できない」27.7%、「最期まで面倒をみてもらえる」27.3%、「住み慣れたところですよさせたい」14.8%である。

最期を迎える場所について、利用者本人と家族の意見が一致する場合と一致しない場合を比較すると、一致の場合、利用者本人の希望は施設56.3%、自宅31.3%、医療機関12.5%である。家族の希望は各55.1%、28.6%、16.3%である。一方、不一致の場合、利用者本人の希望は各39.6%、50.9%、9.4%であり、家族の希望は各49.4%、20.3%、30.4%である。

最期を迎える場所として選んだ理由に関し、一致・不一致の比較で大きく異なるのは、「経済的な問題」（利用者本人では一致9.8%：不一致0.7%、家族では一致10.8%：不一致2.9%）である。「最期まで面倒をみてもらえる」（利用者本人で一致34.1%：不一致16.9%）



や「家族では介護できない」（家族で一致 19.3%：不一致 30.5%）でも一致群と不一致群に差が認められる。

利用者本人と家族と医師の意見の一致・不一致の比較においても、同様の傾向が認められる。すなわち、三者一致の場合、利用者の希望は施設 75.8%、自宅 15.2%、医療機関 9.1%、家族の希望は施設 78.1%、自宅 9.4%、医療機関 12.5%、医師が理想と考える場所は、施設 83.3%、自宅 10.0%、医療機関 6.7%である。一方、不一致の場合、利用者の希望は施設 33.8%、自宅 54.4%、医療機関 11.8%、家族の希望は施設 42.7%、自宅 28.1%、医療機関 29.2%、医師が理想と考える場所は、施設 89.7%、医療施設 9.0%、自宅 1.3%である。

居住系施設における看取りの現状に関する調査は、全国の 109 施設（85.8%）から回答が得られた。施設規模は 30 人未満が 7 割を占め、グループホームが半数を占める。1 施設あたり利用者数は 28.5 人、うち訪問診療・往診の利用者数は 10.4 人である。看取りの方針を定めている施設は 55.9%であり、1 施設あたりの年間死亡数は 3.8 人で、うち看取り人数は 2.5 人である。

### 3. 在宅における看取り

在宅で看取ったがん末期患者は 94 人（男 55 人、女 39 人）、平均年齢は 71.3±17.1 歳である。平均年齢は、男 69.4±18.1 歳、女 73.9±15.4 歳である。

医師・看護師の訪問件数は看取りの 7~10 日前から増加する。患者宅の滞在時間は、看取りの 7~10 日前から、特に死亡 2 日前~死亡当日に長くなる。また、看取りの 7~10 日前から医師による夜間（18 時~24 時）、深夜（0 時~6 時）、土日祝日の往診件数、平均滞在時間が増加する。

看取りの診療内容をみると、死亡日以外では指導・相談に 4 割弱、症状・処置に約 5 割、調

整・連携、麻薬に約 1 割の時間が割かれる。麻薬の処方を含め、死亡日前 30 日から看取りまでの診療内容の内訳に大きな相違は見られない。

指導・相談の時間は、男性患者が 160 分、女性患者が 204 分、看取りまでの滞在時間は、男性患者で 468 分、女性患者で 577 分である。医師が指導・相談支援に割く時間は、独居患者の場合（292 分）は、独居以外の患者の場合（143 分）よりも長い。

### 4. 地域緩和ケア推進のための実践活動

医療従事者および介護従事者向けの研修会を全国 4 か所で開催した。これらの研修会では主に訪問看護師とケアマネージャーを対象に小冊子を使った症状緩和治療の講義を行った。これらの活動により、一部の地域でがんの在宅死の割合が増加した。

### 5. 緩和ケアでの地域ネットワークの構築

メーリングリストは有益であるが、会員登録を開始するとほぼ同時期から、ウィルスメールが外部の質問メールからメーリングリストへ、また、経路不明に一日複数通が送られてくるようになった。会員登録ページ内の安全性が確実ではないことから、本来目的としていた紹介、逆紹介、患者の症状緩和コンサルテーションなどに現状では用いるべきではないと判断された。

掲示板では、会員は ID、パスワードを記入して会員ページに入った後、適切な項目を選択しなければならない。投稿があった際には、自動的に会員のメールに投稿があった旨を告知するメールが配信されるよう設定を追加したが、掲示板へのアクセス数の増加につながらなかった。掲示板は、投稿経験のある一部の使い慣れた会員に集中していた。

### D. 考察

終末期における療養の場として自宅を希望する人の割合は 6 割に上る（終末期医療に関す

る意識調査)が、これが十分には叶えられないのが現状であり、終末期医療に係る社会的合意の醸成は喫緊の課題である。本研究では、これらの医療の普及を阻害する要因を明らかにするとともに、このための患者行動の変容の意識について検討した。

今日、どこでどのような医療が受けられるのか、地域住民に十分明示されているとは言い難い。このため、患者は病院から退院してしまうと、在宅でどのようなケアが受けられるかわからない。いざという時に病院に戻れないのではないかなどの不安を抱えることが少なくない。

QOLは、入院時に患者と家族の希望療養先が在宅で一致している患者で良好であるが、一致していない患者、希望療養先が病院で一致している患者の順で低下する傾向にある。入院時の健康状態がその後の療養先に対する希望に対して影響を及ぼす可能性が示唆される。

在宅療養におけるがん終末期患者のQOLを調査したところ、死亡1ヶ月前から死亡日まで大きな変化は認められなかった。在宅療養では、死を目前にした患者は、身体面、精神面、ビジュアルの面でも比較的安定していることが示唆される。

看取り方針を定めている居住系施設は6割弱であり、死亡に占める看取りの割合も増える傾向にある。施設での看取りのあり方については、施設の方針の有無によらず、利用者や家族の意向を尊重するという回答が多くみられ、施設での看取りが定着しつつあることが窺える。

介護保険制度改正では、特定疾病の見直しにより2号被保険者にがん終末期が加えられ、療養通所介護等の重度者への通所サービスの充実、介護福祉施設や認知症グループホームなどでの看護体制の充実が図られるようになった。これらは、医療機関以外での看取りや療養の普及を促すものである。

また、老人福祉施設の看取りに関する調査結

果によると、看取り体制は2002年20.0%(特別養護老人ホーム)、2004年38.5%(特別養護老人ホーム)、2007年33.6%(認知症グループホーム)、2008年43.0%(グループホーム、小規模作業所)などと着実に整備が進められている。2006年には全国社会福祉協議会から「老人福祉施設における看取りに関する指針」が提示されており、本調査の結果もこれらの動きを反映したものと考えられる。

利用者本人や家族の意向を尊重した看取りを実施するには、利用者や家族への説明が重要となる。施設からの看取りに関する説明状況についてみると、家族の7割が説明を受けたと回答しているのに対し、利用者への説明は約4割にとどまり、そのうち半数が説明を受けたが理解できなかったと回答している。

調査対象となった利用者の約9割に認知障害がみられるが、認知や理解力は主治医の判断で調査協力が可能な水準であり、説明を受けた者の半数が理解できないという結果は、施設側の説明の仕方に課題がある可能性が高い。また、利用者と家族の意向が一致している場合には、一致していない場合に比べて、説明を受けたと答えた割合も高い。本人と家族双方の意向を尊重した看取りを実現するには、家族とともに利用者に対する丁寧な説明が重要と考えられる。

自由記載では、居住系施設での看取りを推進するには、「施設での医療的行為に関する課題の整理」、「主治医・訪問看護師との連携」、「看取りに関する職員研修」の重要性が指摘されている。特に、居住系施設における医療行為のニーズに対応するためには、看護師の確保は喫緊の課題と考えられる。

自宅で最期を迎えることを希望する高齢者は多いが、家族の負担や症状が急変した場合の懸念のほか、現状では実際には在宅での看取りを支える診療所等が少ないことから、在宅療養を選択できずにいることが少なくない。しかし、

在宅医療に加え、介護の相談や家族指導などにも適切に対応してくれる医師を見つけることは容易ではないのが現状である。

在宅医療の中心となるかかりつけの医師が、継続して治療を行っていく中で、再入院等の時も含め、医療機関や看護・介護サービス機関等との連携を図るなど、中心的な役割を担う仕組みが構築されている地域では、患者は安心して療養生活を送りやすい。

現行の医療計画（5か年計画）最終年度である2012年を含む2011年～2015年の年間死亡数は133万人に上ると推計されている。死亡数の増加に見合う看取りの体制づくりが急がれる。現在15%程度（全国平均）にとどまる看取り率を25%の水準にまで引き上げる目標を設定し、計画的に整備を進めることが重要と思われる。

現在、特に進行がんを対象とした在宅医療は極めて不十分な状況にある。その一つの理由は病院における緩和ケアの普及が進まず、患者が在宅医療に移行しえないことである。もう一つの理由は、在宅医療で医療支援や介護支援の体制が十分整備されていないことである。地域住民は特にがんの終末期に関し、病院以外の場所で看取られることに大きな不安と抵抗感を抱いていることが挙げられる。

T市で積極的な実践活動を展開したところ、がんの在宅死の割合はこの1～2年で急に増加し、2008年は2割を超える勢いである。医療従事者、介護従事者、地域住民に対する教育・啓発活動の意義は極めて大きいと考えられる。

ソーシャル・ネットワーキング・サービス（SNS）が急速に普及し、会員サイト内には掲示板を残しつつ、投稿があると自動的に登録された複数のメールアドレスに本文が直接配信されるサービスが無料で行われるようになってきている。この仕組みを利用してサイトを整備し、アクセスと掲示板機能の改善を試みたが、安全

性と簡便さの観点から困難に直面した。医療者が独自に作成、整備するよりも、既存サイトを適切に利用の方が簡便、安価と思われる。

## E. 結論

本研究は、増大する社会的な需要に応え、利用者の安心・信頼を確保する終末期医療と在宅医療のあり方とその普及・促進のための戦略について政策提言を行うことを目的とした。

すなわち、終末期医療と在宅医療に係る社会の要請の内容の明確化、終末期医療と在宅医療の普及の阻害要因の把握、緩和ケア病棟以外での終末期医療のあり方の検討、がんの終末期医療と在宅医療のあり方の検討、終末期医療と在宅医療推進の意義についての社会経済面からの検討などを行うものである。

このために必要な5種の調査を実施したところ、終末期患者の療養先選択に影響する要因は、HADSのDepression ScoreとPerformance Statusと考えられた。

居住系施設入所者に関する調査では、最期を迎える場所については、利用者も家族も約半数が施設を希望していた。利用者と家族の意向が一致している場合、利用者の希望は施設75.8%、自宅15.2%と施設が多いのに対し、一致していない場合は、利用者の希望は施設33.8%、自宅54.4%と自宅が多くなる。利用者とともに家族に対する十分な説明が重要と考えられる。

在宅がん患者では死亡の7～10日前から在宅療養支援診療所の訪問診療や往診が多くなり、夜間の往診回数、往診滞在時間も次第に増す傾向がある。この看取りの過程は、今後の在宅医療の診療報酬上の評価に重要な示唆を与えるものと思われる。

利用者のニーズに応じて、夜間に往診する場合の評価、特に土日祝日の夜間帯の往診に対する診療報酬上の適切な評価が望まれる。独居者

は、訪問件数、1訪問あたり滞在時間とも多く、指導相談に要する時間の占める割合が高い。独居者の看取りについての新たな評価が必要になっていることが窺える。

緩和治療に関する小冊子を作成し、これを用いた講習会・講演会を開催した。これらの活動により一部の地域でがんの在宅死の割合が増加し、医療・介護従事者、地域住民に対する教育・啓発活動の意義は大きいと考えられた。

緩和ケアにおける地域ネットワークの構築に向けたポータルサイトが、多施設間、多職種間の医療情報の共有化に有用であるかを検討したところ、安全性、簡便性に難点があり、既存サイトの利用するのが適切と考えられた。

#### F. 健康危険情報

特になし

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

- 1) Koinuma N: Future perspectives of aging society. Japan-Finland Joint Seminar on Wellbeing in Aging Society Report. 2008.
- 2) 濃沼信夫: 介護予防の評価. 医療経済学・政策学の視点から. 公衆衛生 (印刷中)
- 3) 千葉宏毅、濃沼信夫、伊藤道哉、川島孝一郎: 在宅療養支援診療所の推移と在宅看取りの関係に関する一考察. 東北公衆衛生学会誌. 57:23, 2008.
- 4) 千葉宏毅、濃沼信夫、伊藤道哉、川島孝一郎: 在宅療養支援診療所の経年推移と在宅看取りの地域性に関する一考察. 日本医療・病院管理学会誌. 45Suppl:174, 2008.
- 5) 蘆野吉和: 緩和ケアにおける中心静脈栄養. 皮下埋込型ポートの有用性を含めて. 臨床栄養. 113:637-641, 2008.
- 6) 蘆野吉和: ターミナルケア—終末期にある

褥瘡患者の栄養ケアのポイント. 臨床栄養. 112:752-758, 2008.

- 7) 蘆野吉和: 癌末期. 今日の病態栄養療法 (改訂第2版). 渡辺明治、福井富徳 編. 南江堂. 104-108, 2008.
- 8) 蘆野吉和: 看取りを通じた地域づくり. 明日の在宅医療 第3巻. 中央法規出版(株). 131-151, 2008.
- 9) 蘆野吉和: 在宅ホスピスケアにおける地域ネットワークの構築. 在宅ガイドブック. 田城孝雄 編著. 中外医学社. 126-131, 2008.
- 10) 蘆野吉和: がんの在宅医療総論. 在宅ガイドブック. 田城孝雄 編著. 中外医学社. 178-182, 2008.
- 11) 蘆野吉和: 終末期緩和医療 改定第2版. 認定 病態栄養専門師のための病態栄養ガイドブック. 日本病態栄養学会 編. メディカルレビュー社. 270-274, 2008.
- 12) 本家好文: 緩和ケア支援センター設立の経緯と機能. 緩和医療学. 10(1):87-90, 2008.
- 13) 本家好文: 地域緩和ケアネットワークの現状とこれからの課題. 緩和ケア推進体制と広島緩和ケア支援センターの取り組み. 緩和ケア. 18(増刊号):29-32, 2008.
- 14) 本家好文: 緩和ケアネットワーク. 緩和医療学. 10(4):428-429, 2008.
- 15) 本家好文: がん対策専門委員会 緩和ケア推進WG 平成19年度報告書 広島県地域保健対策協議会調査研究報告特集号. 広島医学. 62(12):840-843, 2008.
- 16) 本家好文: 地域における緩和ケアネットワーク. 緩和ケア. 19(増刊号):印刷中, 2009.
- 17) 川島孝一郎: 生き方を支える歯科医療の未来(後期高齢者のための歯科医療) FOURAM. 日本歯科医師会雑誌. 60(11):1150-1151, 2008.
- 18) 川島孝一郎: 在宅人工呼吸療法 1)TPPV

- A 在宅における診療技術／Ⅲ在宅における治療技術在宅医学. 日本在宅医学会編, メディカルレビュー社, 98-105, 2008.
- 19) 川島孝一郎:特集 地域医療連携 実践ガイドブック. 重症在宅医療を中心とした地域連携. 治療. 90(3)増刊号:1337-1344, 2008.
- 20) 川島孝一郎:こんなになってまで生きることの意味. シリーズ ケア—その思想と実践(全6巻)1巻, 上野千鶴子, 他, ケアという思想, 岩波出版, 211-226, 2008.
- 21) 川島孝一郎:後期高齢者に求められる「真の医療」を論じるためには, 医師による十分な「生き方の提示」が重要である. Gpnet, 54(12):29-37, 2008.
- 22) 川島孝一郎:終末期の判断と終末期医療の方針決定. インターナショナルナーシングレビュー, 31(2):21-28, 2008.
- 23) 川島孝一郎:特集 在宅医療から在宅医学へ, 医学教育へのチャレンジャー—在宅医学の基本概念, 保健の科学, 50(6):395-399, 2008.
- 24) 川島孝一郎:医師の説明責任と生き方の提示. 精神保健ミニコミ誌 CLAIRIERE クレリエール, 424:1, 2008.
- 25) 川島孝一郎:在宅医療における人間理解, 在宅医療の展望, 大島伸一 他, 中央法規出版, 121-145.
- 26) 川島孝一郎:終末期の決定プロセスのあり方とニューロエシックス. 臨床神経学, (48)11:955-957, 2008.
- 27) 川島孝一郎:医療依存度の高い在宅療養者と家族の暮らしを支える在宅ケアの確立. 医療の視点から, 神経治療学, 25(6):719, 2008.
- 28) 川島孝一郎:治す医療から生き方を支える医療へ, 巻頭コラム『プラタナス』, 日本医事新報, 4419:1, 2009.
- 29) 川島孝一郎:『家で看取り』で求められる病院の役割と連携室担当者の心構え. 地域連携 network, 1(6):95-101, 2009.
- 30) 川島孝一郎:介護員のための重度介護時代の危機管理. GPnet, 2:57-63, 2009.
- 31) 英裕雄:都会で行う在宅医療連携. 治療, 90:1331-1336, 2008.
- 32) 英裕雄:胃ろうについて. (1)「誤嚥=食事止め=胃ろう」という単純な方程式は成り立たないケアマネジメント, 19(1):60-61, 2008.
- 33) 英裕雄:胃ろうについて. (2)胃ろう造設によって元気な生活を取り戻したNさん. ケアマネジメント, 19(2):56-57, 2008.
- 34) 英裕雄:胃ろうについて考える. (3)「胃ろうを選択しない」生き方もある. ケアマネジメント, 19(3):58-59, 2008.
- 35) 英裕雄:高齢者虐待について. 前編 虐待をどう見つけるか. ケアマネジメント, 19(4):58-59, 2008.
- 36) 英裕雄:高齢者虐待について. 後編 虐待を疑ったらチームで支援を. ケアマネジメント, 19(5):56-57, 2008.
- 37) 英裕雄:後期高齢者医療制度可能性に期待も. ケアマネジメント, 19(6):56-57, 2008.
- 38) 英裕雄:在宅でのターミナル・ケア その1 家族の気持ちの整理を優先し, 本人の生活をチームで支援する. ケアマネジメント, 19(7):56-57, 2008.
- 39) 和田忠志:教育システムを包括した在宅医療. 地域医療連携 実践ガイドブック, 治療. (3)増刊号:1345-1352, 2008.
- 40) 和田忠志:連載 高齢者虐待にどう対応する 1. 高齢者虐待とは何か?. 訪問看護と介護, 4:320-323, 2008.
- 41) 和田忠志:高齢者虐待にどう対応するか 2. 高齢者虐待対応の基本. 訪問看護と介護, 5:412-415, 2008.

- 42) 和田忠志: 高齢者虐待にどう対応するか3. 家庭内虐待におけるパターン認識. 訪問看護と介護. 6:502-505, 2008.
- 43) 和田忠志: 高齢者虐待にどう対応するか4. 家庭内虐待における具体的なケース対応の手順. 訪問看護と介護. 7:598-601, 2008.
- 44) 和田忠志: 高齢者虐待にどう対応するか5. 家庭内虐待対応における多職種連携. 訪問看護と介護. 8:692-695, 2008.
- 45) 和田忠志: 高齢者虐待にどう対応するか6. 家庭内虐待対応における制度活用などの基礎知識. 訪問看護と介護. 9:772-775, 2008.
- 46) 和田忠志: 高齢者虐待にどう対応するか7. カンファレンスの活用1. 訪問看護と介護. 10:46-849, 2008.
- 47) 和田忠志: 高齢者虐待にどう対応するか8. カンファレンスの活用2. 訪問看護と介護. 11:934-937, 2008.
- 48) 和田忠志: 高齢者虐待にどう対応するか9. 被害者と有効な信頼関係を構築する. 訪問看護と介護. 12:1036-1039, 2008.
- 49) 大島伸雄, 藤井博之, 和田忠志: くせものキーワード事典. 大島伸雄, 藤井博之, 和田忠志 編著. 医学書院. 2008.
- 50) 和田忠志: こんなときどうする? ホームヘルパーと家族のための医療講座. 医歯薬出版. 2008.
- 51) 和田忠志: 在宅医療とは何か. 佐藤智, 大島伸一, 高久史麿, 和田忠志 他編著. 明日の在宅医療 全7巻中第1巻. 在宅医療の展望. 中央法規出版. 17-40, 2008.
- 52) 和田忠志: 柳原病院を中心とした地域医療の模索. 佐藤智, 大島伸一, 高久史麿, 和田忠志 他編著. 明日の在宅医療 全7巻中第1巻. 在宅医療の展望. 中央法規出版. 211-227, 2008.
- 53) 和田忠志: 在宅医を育てる医学教育. 日本在宅医学会テキスト編集委員会. 在宅医学. メディカルレビュー社. 51-58, 2008.
- 54) 和田忠志: 在宅医療における診断と技術. 日本在宅医学会テキスト編集委員会. 在宅医学. メディカルレビュー社. 59-69, 2008.
- 55) 有賀悦子: オキシコドン, オピオイド・ローテーションの基礎と臨床. ペインクリニック. 29 (7):877-888, 2008.
- 56) 有賀悦子: がん性疼痛. 病気と薬パーフェクト BOOK 2008. 薬局(増刊号). 59(4): 1544-1550, 2008.
2. 学会発表
- 1) Koinuma N, Ogata T, Ito M: Economic burden and associated factors with the feeling of burden of cancer patients. Society for Medical Decision Making Europe. Engelberg. 2008. 6.
- 2) 千葉宏毅, 濃沼信夫, 伊藤道哉, 川島孝一郎: 在宅療養支援診療所の推移と在宅看取りの関係に関する一考察. 第57回東北公衆衛生学会. 青森県. 2008. 7.
- 3) 千葉宏毅, 濃沼信夫, 伊藤道哉, 川島孝一郎: 在宅療養支援診療所の経年推移と在宅看取りの地域性に関する一考察. 第46回日本医療・病院管理学会学術総会. 静岡県. 2008. 10.
- 4) 川島孝一郎: シンポジウム. 神経学における倫理. 臨床倫理: 終末期決定プロセスのガイドライン. 第49回日本神経学会総会. 神奈川県. 2008. 5
- 5) 川島孝一郎: セミナー. 超重症児の医療的ケア. 在宅療養支援診療所としての重症心身障害児への関わり. 第50回日本小児神経学会総会. 東京都. 2008. 5.
- 6) 川島孝一郎: パネルディスカッション. 避けては通れぬ在宅医療—今在宅では—.

第 26 回日本神経治療学会総会，神奈川県，  
2008. 6.

- 7) 川島孝一郎：シンポジウム パネリスト，  
新たな局面を迎えた緩和ケア－住み慣れた  
家での最後は可能か，第 16 回日本ホスピ  
ス・在宅ケア研究会 全国大会，千葉，  
2008. 7.
- 8) 川島孝一郎：講演，最後まで安心できる暮  
らしを支える心構え，NPO 在宅ケアを支え  
る診療所・全国ネットワーク，第 14 回全  
国の集い in 京都，京都府，2008. 9.
- 9) 川島孝一郎：全国 10,000 ヶ所 在宅療養  
支援診療所実態調査報告，第 4 回在宅医  
療推進フォーラム，東京都，2008. 11.
- 10) 有賀悦子：在宅緩和ケアネットワークにお  
けるチームアプローチ，パネルディスカ  
ッション，第 4 回がんチーム医療研究会，  
東京，2008. 11.
- 11) 有賀悦子：緩和医療と癌治療，シンポジウ  
ム，第 2 会日本緩和医療薬学会年会，横  
浜，2008. 10.
- 12) 有賀悦子：臨床例からみるがん疼痛緩和，  
特別講演，第 2 回信州大学医学部附属病  
院薬剤部公開セミナー，第 5 回中信薬剤  
師緩和ケア勉強会，松本，2008. 9.
- 13) 有賀悦子：骨がん性疼痛におけるオピオイ  
ドの役割，基礎と臨床の最前線から，ラ  
ンチョンセミナー，日本ペインクリニック  
学会第 42 回大会，福岡，2008. 7.

#### H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得  
なし
2. 実用新案登録  
なし
3. その他  
なし

## II. 分担研究報告書



終末期医療と在宅医療の社会的・経済的意義

研究分担者 濃沼 信夫 東北大学大学院医学系研究科 教授

研究要旨

本研究は、人口高齢化に伴う需要の増大と患者中心の医療の実践に向け、利用者の意向に沿う終末期医療と在宅医療のあり方とその普及・促進の戦略に関する政策提言を行うことを目的とする。本年度の研究成果は以下の通りである。

1) 終末期患者の療養先選択に影響する要因を検討した結果、在宅療養を希望する患者は、病院療養を希望する患者と比べてHADSのDepression Scaleが低く、Performance Statusが良好である。

2) 居住系施設入所者に関する調査を行った結果、最期を迎える場所については、利用者、家族とも約半数が施設を希望している。その理由は「最期まで面倒をみてもらえる」、「家族に迷惑をかけたくない」、「家族では介護できない」が多く、利用者、家族ともほぼ共通である。

3) 在宅療養支援診療所の訪問診療・往診の実態を把握するため、在宅で看取ったがん末期患者について死亡日より最大30日間さかのぼり、診療諸記録とレセプトを分析した。在宅がん患者(n=94)は死亡の7～10日前から訪問診療や往診が多くなり、夜間の往診回数、往診滞在時間も次第に増す傾向がある。土日祝日の夜間帯の往診に対する診療報酬上の適切な評価が望まれる。独居者は、独居でない場合に比べて訪問件数、1訪問あたり滞在時間とも多く、指導相談に要する時間の占める割合が高く、独居者の看取りの新たな評価が必要と考えられる。

A. 研究目的

本研究は、人口高齢化に伴う需要の増大と社会から求められる患者中心の医療の実践に向け、利用者の意向に沿う終末期医療と在宅医療のあり方とその普及・促進の戦略に関する政策提言を行うことを目的とする。

すなわち、終末期医療と在宅医療に係る社会の要請の明確化、これらの医療の普及を阻害する要因の分析、施設医療から在宅医療への移行を促す説明ツールの有用性の検証、およびこれらの医療の経済的意義の検討などを行う。

具体的には、1) 終末期患者の療養先の選択

に関する調査を実施し、終末期在宅医療の普及を阻害する要因を把握する。

2) 居住系施設の療養について、情報提供等がどのように行われているかの実態を明らかにする。

3) 在宅療養支援診療所が関わる在宅での看取りに関し、訪問診療・往診およびこれに係る診療報酬の実態を明らかにする。これらの結果から、利用者の安心・信頼を確保する在宅医療と終末期医療のあり方とその普及・促進の方策について検討する。

## B. 研究方法

### 1. がん終末期患者の療養先選択の要因

全国 25 施設に入院中の進行がん患者とその患者の身の回りの世話をしている主たる介護者（家族）に対し、希望する退院後の療養先、実際の療養先、患者や家族の QOL (EQ-5D、HADS) などのアンケート調査を実施した。入院時における患者と家族との間の希望療養先の一致・不一致別に比較するとともに、実際の療養先と入院時の希望療養先の一致・不一致別に比較検討した。

### 2. 居住系施設における看取り

全国の在宅療養支援診療所のうち、年間看取り数が 10 件以上の実績がある 178 診療所を対象に調査協力の有無について電話確認し、調査協力の同意が得られた 126 診療所 (70.8%) を対象に居住系施設における訪問診療・往診の現状について予備調査を行った。

このうち、44 診療所 (34.9%) で訪問診療・往診を受けている居住系施設の利用者とその家族各 629 人を対象に、居住系施設における医療のあり方に関するアンケート調査を実施した。また、上記利用者が入居する 127 施設を対象に、居住系施設における看取りの現状について調査を実施した。

調査内容は、居住系施設の利用者とその家族に対しては、施設への入居理由、治療や療養に関する施設からの説明状況、療養先の希望などである。医師に対しては、利用者の傷病名、日常生活自立度、認知症の有無、麻薬適応の有無、利用者の最期を迎える場所としてよいと考える場所とその理由などである。また、居住系施設の施設長に対しては、施設の利用者に関する状況（利用者数や往診・訪問診療の利用者数など）、看取りの体制などである。

### 3. 在宅における看取り

看取りを積極的に行っている在宅療養支援診療所3施設について、在宅で看取ったがん末

期患者について、死亡日より最大30日間さかのぼり、診療諸記録とレセプトから、訪問診療・往診の内容と診療報酬点数を分析した。

（倫理的配慮）

本調査研究は、東北大学医学部・医学系研究科倫理委員会の承認をえて実施した。

## C. 結果

### 1. がん終末期患者の療養先選択の要因

入院時点で在宅療養を希望する患者（入院時在宅希望患者）44 名、病院を希望する患者（入院時病院希望患者）36 名、入院時点で在宅療養を希望する家族（入院時在宅希望家族）19 名、病院を希望する家族（入院時病院希望家族）85 名から回答が得られた。

入院時在宅希望患者は、入院時病院希望患者と比べ、EQ-5D 効用値が高く、抑うつ確診割合と、不安確診割合が低く、がんと診断されてから月日が浅く、Performance Status (PS) が良好な傾向にある。また、入院時在宅希望家族は、入院時病院希望家族と比べ、EQ-5D 効用値が高く、不安確診割合が低い傾向にある。

入院時における患者と家族との間の希望療養先の一致・不一致別でみると、希望先が在宅で一致していた患者（希望先在宅一致患者）11 名、病院で一致していた患者（希望先病院一致患者）28 名、一致していない患者（希望先不一致患者）28 名である。

希望先在宅一致患者は、認知症をもつ割合が高いものの、がんと診断されてからは日が浅く、EQ-5D 効用値も比較的良好な傾向にある。希望先病院一致患者は、EQ-5D 効用値が低く、抑うつ確診割合、不安確診割合が高く、がんと診断されてから日が経っており、PS も不良な傾向にある。一方、希望先不一致患者は、多くの項目で、希望先在宅一致患者と希望先病院一致患者との中間的な値となっている。

療養先の選択を希望別にみると、入院時に病

院を希望し、実際に病院で療養することになった退院患者(入院病院/退院病院患者)は2名、入院時に在宅を希望し、実際に在宅で療養することになった退院患者(入院在宅/退院在宅患者)は25名である。また、入院時に病院を希望し、実際に在宅で療養することになった退院患者(入院病院/退院在宅患者)は3名、入院時に在宅を希望し、実際に病院で療養することになった退院患者(入院在宅/退院病院患者)は2名である。

退院時に療養先を在宅に選択した入院在宅/退院在宅患者、入院病院/退院在宅患者はEQ-5D 効用値が高く、それ以外では低い傾向にある。療養先の説明の有無と今後の療養先との関連については、一定の傾向は認められない。

## 2. 居住系施設における看取り

居住系施設に訪問診療・往診している在宅療養支援診療所の医師39名(調査対象の88.6%)より、居住系施設の利用者370名分(同58.8%)の回答が得られた。訪問診療・往診を受けている居住系施設の利用者本人356名(調査対象の56.6%)、家族344名(同54.7%)の回答が得られた。

回答した利用者本人の平均年齢は84.5歳、女が76.0%を占め、主傷病名は認知症50.0%、脳血管障害18.2%、心疾患9.2%、悪性新生物5.2%である。また、要介護度をみると、要支援1.9%、要介護1が13.1%、要介護2が28.1%、要介護3が22.7%、要介護4が22.0%、要介護5が12.1%であり、利用者の90.2%に認知障害がみられる。

利用者本人の施設への入居理由は、「家族にすすめられた」が40.4%と最も多く、次いで「家族に迷惑をかけたくない」19.9%、「病院での治療が済んだ」9.9%、「必要な医療が受けられる」8.5%の順である。一方、家族の意見は、「家族では介護できない」が31.9%、「家族で決めた」が29.1%、「最後まで面倒みても

らえる」が16.7%である。

最期を迎える場所の希望について、利用者本人と家族の意見が一致の場合と不一致の場合で比較すると、「家族にすすめられた」は一致の場合が26.3%であるのに対し、不一致の場合は41.7%と高い。「ここで最期を迎えたい」は一致の場合は13.2%あるのに対し、不一致の場合は4.5%と低い。この傾向は、利用者本人と家族と医師(3者間)の意見の一致・不一致の比較においても認められる。

治療や療養に関する施設側からの説明状況をみると、医療サービスに関する説明では、利用者本人の回答は、「十分な説明を受けた」39.2%、「説明を受けたが理解できなかった」28.0%、「説明はなかった」7.6%である。家族の回答は「十分な説明を受けた」90.6%、「説明はなかった」が1.6%である。

費用に関する説明では、利用者本人の回答は各30.9%、20.1%、18.5%である。同じく、家族の回答は各86.5%、5.7%である。急変時の対応に関する説明では、利用者本人の回答は各36.0%、24.5%、11.5%である。家族の回答は各85.8%、3.8%である。また、看取りに関する説明では、利用者本人の回答は各23.2%、20.6%、26.1%である。家族の回答は各67.0%、16.3%である。

最期を迎える場所についての意見が一致する群と不一致の群別に説明の状況をみると、医療サービス、費用、急変時の対応に関する説明では、両群に差はみられない。一方、看取りに関する説明では、利用者本人の「十分な説明を受けた」との回答が一致群では22.0%、不一致群では18.4%である。また、利用者本人と家族と医師の意見の一致・不一致の比較では、利用者本人の「十分な説明を受けた」との回答は一致群(23.3%)が不一致群(18.3%)より有意に高い。

最期を迎える場所の希望について、利用者本

人の回答は、施設 48.8%、自宅 34.2%、医療機関 17.1%である。その理由は、「最期まで面倒をみてもらえる」24.5%、「住み慣れたところですごしたい」18.5%、「家族に迷惑をかけたくない」18.3%である。一方、家族の回答は、施設 54.3%、医療機関 27.2%、自宅 18.5%である。その理由は、「家族では介護できない」27.7%、「最期まで面倒をみてもらえる」27.3%、「住み慣れたところですごさせたい」14.8%である。

最期を迎える場所について、利用者本人と家族の意見が一致する場合と一致しない場合を比較すると、一致の場合、利用者本人の希望は施設 56.3%、自宅 31.3%、医療機関 12.5%である。家族の希望は各 55.1%、28.6%、16.3%である。一方、不一致の場合、利用者本人の希望は各 39.6%、50.9%、9.4%であり、家族の希望は各 49.4%、20.3%、30.4%である。

最期を迎える場所として選んだ理由に関し、一致・不一致の比較で大きく異なるのは、「経済的な問題」（利用者本人では一致 9.8%：不一致 0.7%、家族では一致 10.8%：不一致 2.9%）である。「最期まで面倒をみてもらえる」（利用者本人で一致 34.1%：不一致 16.9%）や「家族では介護できない」（家族で一致 19.3%：不一致 30.5%）でも一致群と不一致群に差が認められる。

利用者本人と家族と医師の意見の一致・不一致の比較においても、同様の傾向が認められる。すなわち、三者一致の場合、利用者の希望は施設 75.8%、自宅 15.2%、医療機関 9.1%、家族の希望は施設 78.1%、自宅 9.4%、医療機関 12.5%、医師が理想と考える場所は、施設 83.3%、自宅 10.0%、医療機関 6.7%である。一方、不一致の場合、利用者の希望は施設 33.8%、自宅 54.4%、医療機関 11.8%、家族の希望は施設 42.7%、自宅 28.1%、医療機関 29.2%、医師が理想と考える場所は、施設

89.7%、医療施設 9.0%、自宅 1.3%である。

居住系施設における看取りの現状に関する調査は、全国の 109 施設 (85.8%) から回答が得られた。施設規模は 30 人未満が 7 割を占め、グループホームが半数を占める。1 施設あたり利用者数は 28.5 人、うち訪問診療・往診の利用者数は 10.4 人である。看取りの方針を定めている施設は 55.9%であり、1 施設あたりの年間死亡数は 3.8 人で、うち看取り人数は 2.5 人である。

### 3. 在宅における看取り

在宅で看取ったがん末期患者は 94 人 (男 55 人、女 39 人)、平均年齢は 71.3±17.1 歳である。平均年齢は、男 69.4±18.1 歳、女 73.9±15.4 歳である。

医師・看護師の訪問件数は看取りの 7~10 日前から増加する。患者宅の滞在時間は、看取りの 7~10 日前から、特に死亡 2 日前~死亡当日に長くなる。また、看取りの 7~10 日前から医師による夜間 (18 時~24 時)、深夜 (0 時~6 時)、土日祝日の往診件数、平均滞在時間が増加する。

看取りの診療内容をみると、死亡日以外では指導・相談に 4 割弱、症状・処置に約 5 割、調整・連携、麻薬に約 1 割の時間が割かれる。麻薬の処方を含め、死亡日前 30 日から看取りまで診療内容の内訳に大きな相違は見られない。

指導・相談の時間は、男性患者が 160 分、女性患者が 204 分、看取りまでの滞在時間は、男性患者で 468 分、女性患者で 577 分である。医師が指導・相談支援に割く時間は、独居患者の場合 (292 分) は、独居以外の患者の場合 (143 分) よりも長い。

### D. 考察

終末期における療養の場として自宅を希望する人の割合は 6 割に上る (終末期医療に関する意識調査) が、これが十分には叶えられない