

りによる状態把握である。一度目の見回りでは生存していた患者が、3 時間後の二度目の見回りでは息を引き取っている場合もある。その際に、蘇生を行うのか否かを事前に取り決めしておかなければならない。病院においても上記 1) ~ 7) を要する。

主治医の最期の診察以降 24 時間以上経過していても、死亡が確認された場合に主治医が診察し、不審死でなく死亡原因を特定できる場合には診断書の交付が行われる。

【日本人の一般的な衰えについて学ぶ】

人は必ず最期を迎える。したがって当該療養者本人はもちろん、家族や親戚縁者、担当する医療や介護関係者も衰えるプロセスを熟知し、状況ごとの対処を事前に打ち合わせなければならない。

そこで、日本人の一般的な衰えをについて学ぶことが必要となる。当クリニックでは担当している療養者と関係する人すべてにこのプロセスを説明して合意を得ている。

1) 日本人の一般的な衰え

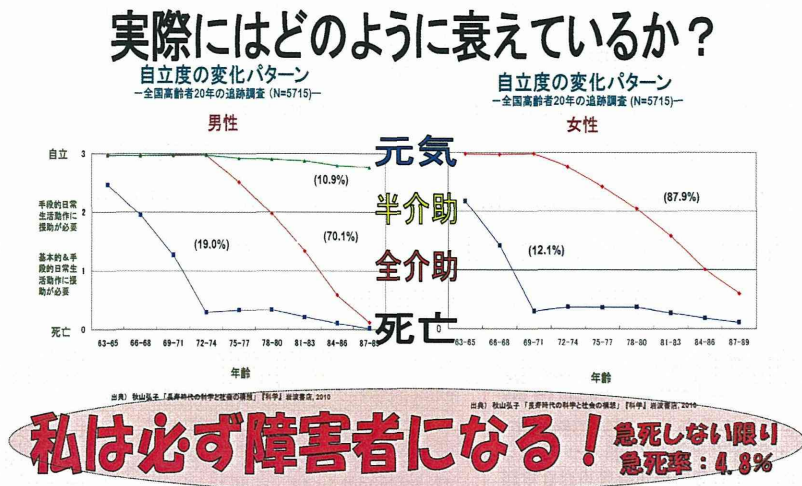


図 4

図 4 は東京大学秋山弘子氏のデータである。日本の高齢者の大部分は最終的には半介助→全介助になった後に死亡する。一方で消防庁の統計による急死(元気で大往生やピンピンコロリが該当する)は全死亡数のわずか 4.8%である。救急搬送されて数日で亡くなる人を合わせたとしても急死は 10%未満であるといつてよい。

健康→半介助→全介助→死亡のプロセスは、まさに障害者となってから最期を迎えることを如実に示している。

- 1) 我々は 90%以上の確立で障害者になって全介助(寝たきり)になってから死亡する。
- 2) 10%以下は急死する。

これが学ぶ最初のデータである。補完データとして図 5 を示す²⁾。

日本人がもっとも体力がある時期は 15~17 歳である。2500Kcal を消費する。処理能力が最大の年齢で処理されたエネルギーが体力となる。もっとも元気な時期である。

このピークを過ぎると徐々に処理能力は低下し、したがって生産される ATP も低下するので体力は低下する。青の■で示されるように高齢になるほどさらに処理能力と体力は低下する。

そして死亡の時には処理能力・体力ともに 0 となる。

亡くなる直前まで元気で居られるわけがないのは図5をみれば歴然だろう。

だから、ピンピンコロリで死ぬということは急死しかあり得ないし、日本人の90%以上はピンピンコロリできずに緩やかに衰え、半介助→全介助を経て死亡する²⁾。

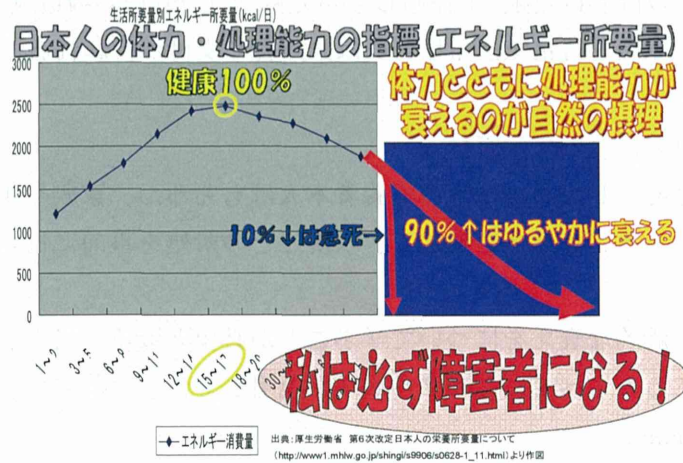


図5

- 3) ピンピンコロリで死ぬことは難しいことを知る。
- 4) 障害者となって介護を受けながら最期を迎えることを理解する。
- 5) 障害者となってもより良い生き方を作り上げることが重要である(図6)。
- 6) 国際障害分類(ICIDH)が2001年から国際生活機能分類(ICF)に変更された。
- 7) したがって、障害者となる在宅療養者が最期の日までより良く暮らすことが可能なためにICFを熟知すること(図7)が在宅医療には必須である³⁾。

私は必ず障害者になる! 急死しない限り 急死率: 4.8%

障害を持つ人に十分な説明責任を果たし、最期の時まで「より良い生き方」を提示・支援できるかに懸かっている人生の最終段階へのプロセスは、障害者の待遇改善や自立支援意識の向上、社会制度の整備等と深く関連する

人生の集大成は障害者論である

国際障害分類を国際生活機能分類ICFに変更した
ICFの国際採用に関する第54回世界保健総会(2001年)

図6

国際生活機能分類(ICF)

国際障害分類→国際生活機能分類

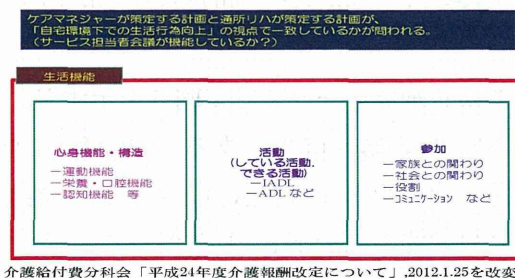
生活機能とは→「生きることの全体」です

- ①急死しない限り必ず障害者になる
- ②障害者が最期の日までより良く生きられるように計ろう
- ③国際障害分類が国際生活機能分類ICFに改訂された
- ④生活機能=生きることの全体から考える
- ⑤生きることの全体が支えられるための説明と支援を行う

ICFはWHOが2001年に提唱

図7

すでに平成24年度介護給付費分科会においても論議の中に図8として生活機能に関する



介護給付費分科会「平成24年度介護報酬改定について」,2012.1.25を改定

図8

内容が述べられている。

国際生活機能分類については文献3)を参照のこと。

【緩やかに衰えて最期の日を迎えるプロセス】



図9

図9は図5の青い■を切り取って説明を加えたものである。

- 1) 詳細は仙台往診クリニックホームページからダウンロード可能⁴⁾。
- 2) 急変時の対応についても事前に打ち合わせをしておくこと。
- 3) 1) 2)を療養者本人・家族・親戚縁者・関わる医療介護スタッフ・行政関係者と共通認識する。

以上により、独居であってもどのような重症者であっても最期の日まで希望する居宅において生活可能であるとともに、関係者から見れば看取りが可能である。

【文献】

- 1) 川島孝一郎：終末期の生活者の生き方を支える相談・支援マニュアル策定に関する研究 総括研究報告書. 平成 21 年度厚生労働科学研究費補助金 厚生労働科学特別研究事業. 2010.3 pp41-62
- 2) 川島孝一郎：『生きることの全体』を支える ICF（国際生活機能分類）に基づく医療・介護等の包括的提供と運営戦略に関する調査研究事業 事業実績報告書 第4章 総括. 平成 22 年度老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業分 厚生労働省発老 0928 第1号. 2011.3 pp263-288
- 3) 川島孝一郎：在宅だから ICF. 訪問看護と介護（医学書院）. 2014.2 vol.19 No.2 pp101-145
- 4) 川島孝一郎：おだやかに最期の日まで暮らすために 生きることの集大成を叶える在宅医療パンフレット. 第三期宮城県地域医療再生計画（在宅医療推進事業）. 2013.11 pp1-22

2. 在宅医療の現状と阻害要因、その解決への糸口

2-1) 地域全体の課題

2-1-1)

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）

分担研究報告書

地域全体の課題 宮城県

在宅看取りの阻害・促進要因に関する研究

| | | | |
|-------|---------|----------------------|----------------|
| 研究分担者 | 川島 孝一郎 | 仙台往診クリニック | 院長 |
| 研究協力者 | 伊藤 道哉 | 東北大学大学院 | 医学系研究科 講師 |
| | 小坂 健 | 東北大学大学院 | 歯学研究科 副研究科長・教授 |
| | 武吉 宏典 | 合資会社ティーズ・コンピュータ・サポート | 社長 |
| | 佐々木 みずほ | 仙台往診クリニック | 研究部研究員 |
| | 遠藤 美紀 | 仙台往診クリニック | 研究部次長 |

研究要旨

宮城県内の143病院（悉皆）、1,656診療所（悉皆、うち139在宅療養支援診療所）に対し、在宅看取りの阻害要因・促進要因について、調査票調査を実施した。退院先の「近医自宅」は6年間、ほぼ2割のままで増えていない。病院医師が在宅医師に患者を返さないと在宅看取りは困難であり、退院させても自院に通院させていては、結局、最後は入院して病院死となる。また、在宅緩和ケアと緩和ケア病棟のうち、在宅を第一選択として説明せず、同等に説明する割合は、6年間で変化しておらず6割のままである。病院医師が、まず在宅緩和ケアができることをしっかり説明できるようにすることが喫緊の課題である。病院医師、在宅医師の両者に求められるのは、在宅医療についての本人・家族に対する説明責任を全うすることである。今後、説明内容について、卓越した在宅医師のノウハウを活用してどう説明するのが効果的か、さらなる研究が求められる。また、在宅看取りを推進するためには、新たに在宅看取りに参加しようとする医師に対し、「とにかく在宅看取りは大変だ」という思い込みを取り去り、やれば案外できるという気持ちになれるような支援の方法を工夫すべきである。

宮城県の在宅医療提供体制の現状

宮城県は35市町村で構成され、平成24年3月現在の人口は2,316,283人、65歳以上の高齢者人口は517,925人で、高齢化率は22.3%である。在宅一人暮らしの高齢者数は84,226人で、65歳以上の人口に占める割合は16.3%となっている。県庁所在地である仙台市には、県全体の4割を超える人口が集中している。

宮城県は、4つの医療圏（仙南、仙台、大崎・栗原、石巻・登米・気仙沼）に分かれており、仙台医療圏に人口の63%が集中している。患者が自らの居住する医療圏内の医療機関で受療する割合（依存率）は、外来では全ての圏域で70%以上の充足率となっているが、高齢化の進展に伴い仙台医療圏以外の地域では、診療所等の医療施設数が県平均を下回るなど、身近な生活圏内で十分な医

療を確保することが難しい状況がある。また、入院では多くの患者が仙台医療圏に流出している。

県内の病床数は、一般病床が人口 10 万に対し 707.1（全国平均 705.6）、療養病床は 140.1（全国平均 260.0）と、特に療養病床数が大きく下回っている。また、病床利用率においては、平成 22 年調査報告では、宮城県全体で、一般、療養の何れの病床でも全国値を下回っている。

訪問診療を提供している医療機関は、平成 24 年 8 月現在で全病院 141 ヶ所中 48 ヶ所（34%）、全診療所 1,435 ヶ所中 216 ヶ所（34%）、在宅医療を後方支援する在宅療養支援病院は 6 ヶ所在宅療養支援診療所 128 ヶ所が届出されており年々増加傾向にあるが、人口 10 万人あたりでみると、全国平均を下回り、地域差が見られる。介護保険における請求事業所数でみると、訪問看護ステーションは、103 ヶ所、訪問看護を実施する病院・診療所は 48 ヶ所あり、人口 10 万人あたりの訪問看護事業所数は 4.4 で全国平均 5.3 を下回っている。訪問歯科診療は、在宅療養歯科支援診療所として届出している施設が 57 箇所であり、歯科診療所に占める割合が 5.4%と全国平均を下回っている。宮城県地域医療計画における、在宅医療の数値目標は次の通りである。

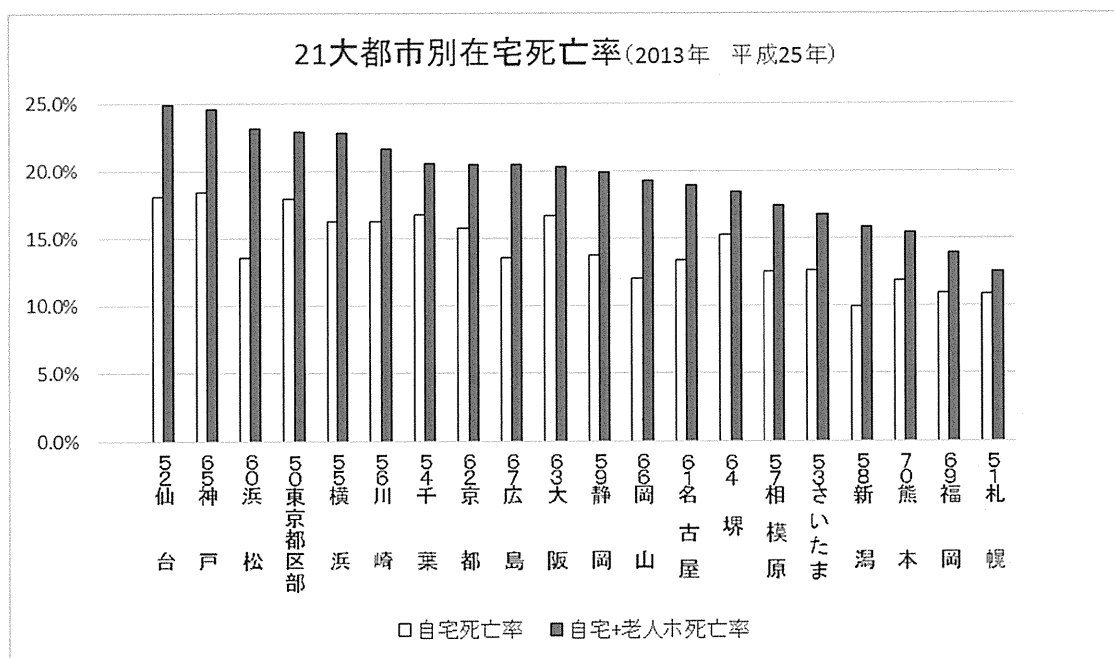
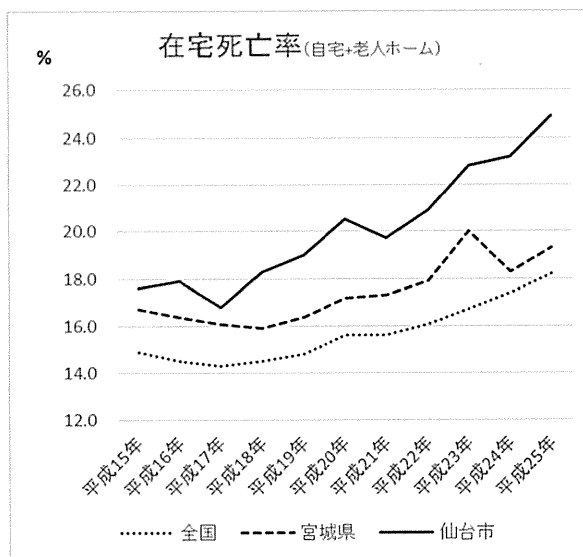
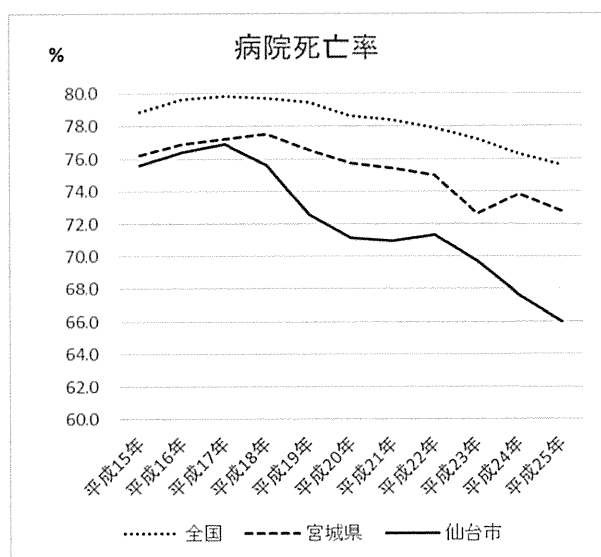
| 指 標 | 現 況 | 平成 29 年度末目標 | 備 考 |
|--------------------|--------------------------------|------------------|----------|
| 在宅療養支援診療所数 | 128 ヶ所 各医療圏 5.4 ヶ所/10 万人 | 10.3 ヶ所/10 万人 | 東北厚生局データ |
| 訪問看護ステーション数 | 103 ヶ所 各医療圏 4.4 ヶ所/10 万人 | 5.3 ヶ所/10 万人 | 県保健福祉部調査 |
| 在宅死亡率 | 17.9%（県全体） | 各医療圏 30% | 県保健福祉部調査 |
| 在宅医療に必要な連携を担う拠点の設置 | なし | 人口 10 万人に 1 ヶ所程度 | |

<http://www.pref.miyagi.jp/uploaded/attachment/211355.pdf>

宮城県は平成 25 年度に「第三期宮城県地域医療再生計画（総額 15 億円）」を策定した。この計画は国の「地域医療再生臨時特例交付金（平成 24 年度第 1 次補正予算分）」を活用し、これまでの宮城県地域医療再生計画、第二期宮城県地域医療再生計画、宮城県地域医療復興計画及び第二期宮城県地域医療復興計画において措置された事業以外の事業として、自家発電装置の上層階設置、地域医療学等の寄附講座の設置による医師確保対策、介護と連携した在宅医療推進体制を整備する在宅医療推進事業、在宅医療連携体制の先行事例を県全域に普及するための研修会の開催、そのほか震災をはじめとした計画策定時からの状況変化に対応した新たな取組など、医療提供体制の再構築に必要な事業を展開している。

在宅死亡率の現状

宮城県では、病院死亡率は低下し、在宅での死亡率が年々増加傾向にあり、特に仙台市においては24.9%に上昇している。



在宅看取りの阻害要因に関する調査

目的：在宅看取りの阻害要因について、東日本大震災を挟んだ平成 19 年と 25 年の 6 年間の経時変化を踏まえて明らかにする。

方法：宮城県医療整備課「宮城県病院名簿」掲載全病院を対象に、医師、総看護師長、地域連携室担当者に平成 25 年調査票を郵送し、平成 19 年度の臨床研修病院全国調査の結果と比較検討した。また、平成 19 年度の全国調査のうち宮城県の臨床研修病院のみを抽出し、平成 25 年の宮城県の結果と比較した。

結果：宮城県内の全病院 143 ヶ所に調査票を発送し、医師に回答を依頼した。回答数 37 件、うち 36 件を有効回答数とした（有効回答回収率 25.2%）。

退院支援計画等は平成 19 年 26.3%（n=213）から、52.9%（n=34）と 2 倍に増加した（ $p<0.01$ ）。しかし、宮城県の施設のみで比較をしてみると、平成 19 年 61.5%から平成 25 年 52.9%とむしろ減少傾向にあった【図 1】。

地域医療連携室の機能についての医師の評価は、「十分に機能していると思う」が 17.8%（n=213）から、38.9%（n=36）と倍増した（ $p<0.01$ ）。「思う」と「どちらかというと思う」との回答を合わせると、前回 66.6%が今回 88.9%と、22.3%高くなった。しかし、宮城県のみで比較をしてみると、「十分に機能していると思う」は、37.0%から、38.9%とほとんど変化はなかった【図 2】。

在宅医療について十分な知識や理解があるかについて、「ある」が 5.6%（n=213）から 16.7%（n=36）に、「どちらかというところある」が 31.0%から 66.7%、「ある」と「どちらかというところある」を合わせると、36.6%だったのが、83.4%と大きく増加した（ $p<0.05$ ）。しかし、宮城県のみで比較をしてみると、「在宅医療について十分な知識や理解がある」は、18.5%から 16.7%、「どちらかというところある」は、63.0%から 66.6%とほとんど変化はなかった【図 3】。

在宅医療について十分な知識がある医師、看護師は未だ少なく、医師による退院後の説明も、「十分している」が 20.3%から 1 割ほど増えたものの、33.3%にとどまっている。宮城県のみで比較をしてみると、37.0%から、33.3%とやや減っている【図 4】。

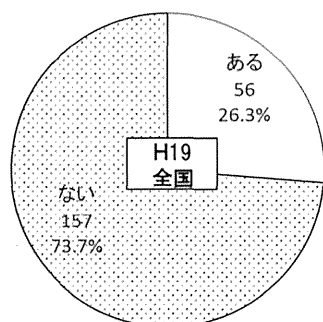
「在宅緩和ケアと緩和ケア病棟いずれを第一選択として説明するか」についても、「同等に説明する」が、57.0%から 61.7%でほとんど変化はなかった。宮城県のみで比較をしてみても、61.6%から 61.7%と変化はなかった【図 5】。

在宅適用可能な退院患者の転機については、平成 19 年調査では、「疾病傷病による通院困難者」に対して、約 5 割が転院、約 2 割がそのまま自院で通院し何かあれば入院という結果であり、7 割の方の在宅復帰が叶わないという状況であった。平成 25 年調査では、他病院転院の割合が減ったものの、退院施設以外の医師が主治医となって在宅療養を行う「近医自宅」は、17.1%から 20.2%と、約 2 割にとどまる。宮城県のみでも、「近医自宅」は、18.1%から 20.2%とほぼ 2 割のままであった【図 6】。

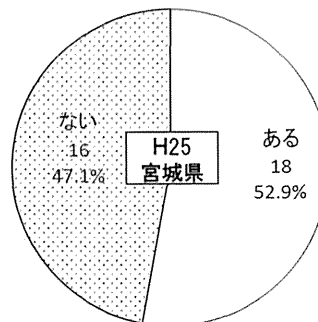
【図1】退院支援（退院計画）についての病院としての取り組みはありますか

H19 全国と H25 宮城県との比較

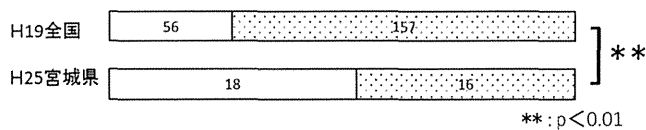
退院支援（退院計画）について病院としての取り組みはありますか(n=213)



退院支援（退院計画）について病院としての取り組みはありますか(n=34)



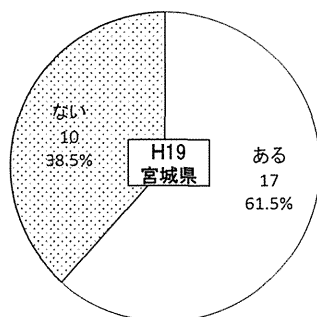
退院支援（退院計画）について病院としての取り組み
□ある □ない



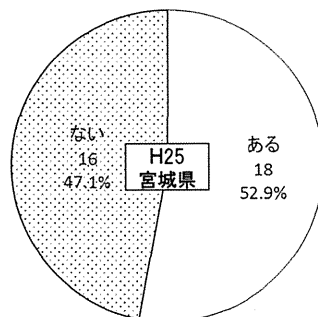
退院支援の取り組みが「ある」と答えたのが前回の 26.3%から今回は 52.9%と約 2 倍に増えていた。

宮城県 H19 と H25 の比較

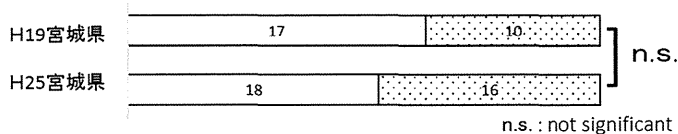
退院支援（退院計画）について病院としての取り組みはありますか(n=27)



退院支援（退院計画）について病院としての取り組みはありますか(n=34)



退院支援（退院計画）について病院としての取り組み
□ある □ない



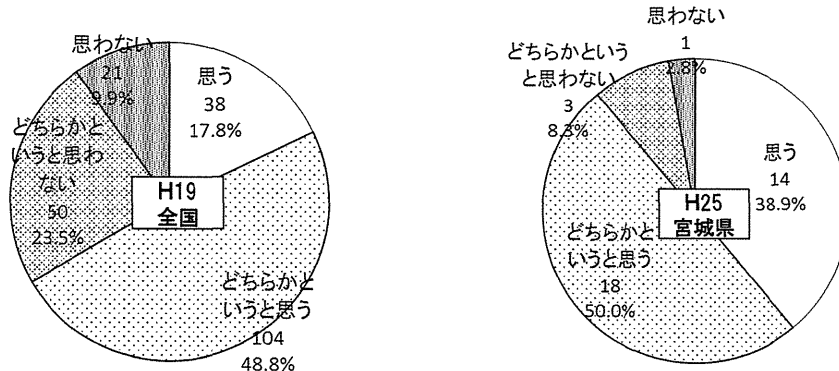
宮城県のみで比較してみると、「ある」が前回の 61.5%から 52.9%とやや減っていた。

【図 2】 H19・H25 在宅復帰支援の過程で、地域医療連携室は十分に機能していると思いますか

H19 全国と H25 宮城県との比較

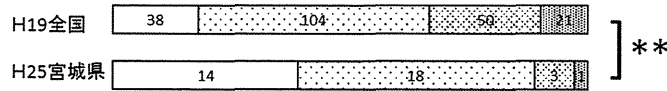
在宅復帰支援の過程で、地域医療連携室は十分に機能していると思いますか (n=213)

在宅復帰支援の過程で、地域医療連携室は十分に機能していると思いますか (n=36)



在宅復帰支援の過程で、地域医療連携室は十分に機能していると思いますか

□ 思う □ どちらかというと思う □ どちらかというと思わない □ 思わない



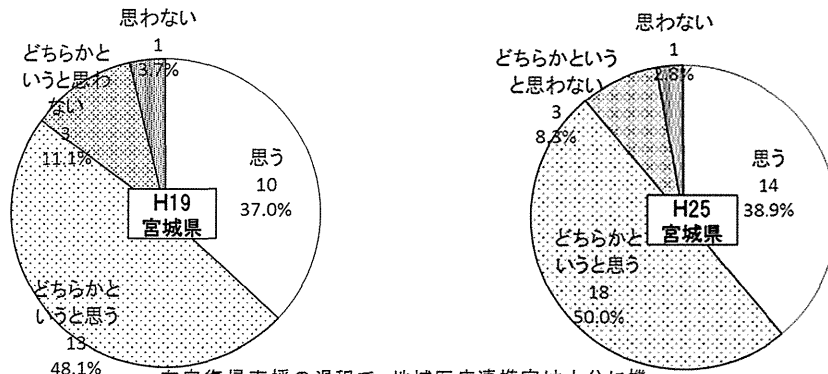
** : p<0.01

「思う」との回答は前回 17.8%に対し、今回は 38.9%と増えている。

宮城県 H19 と H25 の比較

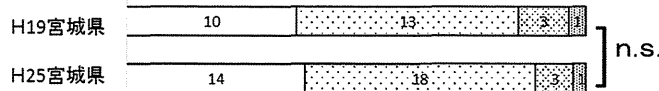
在宅復帰支援の過程で、地域医療連携室は十分に機能していると思いますか (n=27)

在宅復帰支援の過程で、地域医療連携室は十分に機能していると思いますか (n=36)



在宅復帰支援の過程で、地域医療連携室は十分に機能していると思いますか

□ 思う □ どちらかというと思う □ どちらかというと思わない □ 思わない



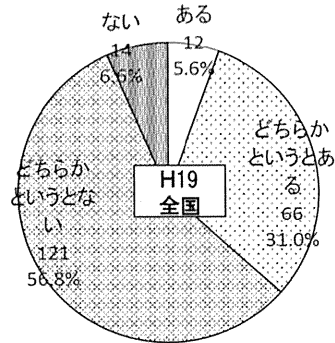
n.s. : not significant

宮城県のみで比較してみると「思う」は 37.0%から 38.9%とほとんど変化はなかった。「思う」と「どちらかというと思う」との回答を合わせると、前回 66.6%が今回 88.9%と、22.3%高くなった。

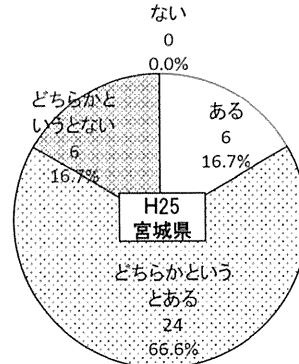
【図3】先生は在宅医療について十分な知識や理解がありますか

H19 全国と H25 宮城県との比較

先生は在宅医療について十分な知識や理解がありますか (n=213)

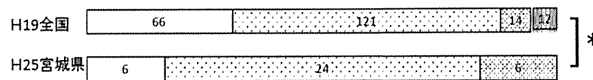


先生は在宅医療について十分な知識や理解がありますか (n=36)



先生は在宅医療について十分な知識や理解がありますか

□ある □どちらかというところ □どちらかというところ ない

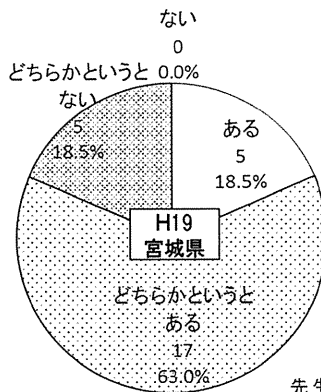


*: p<0.05

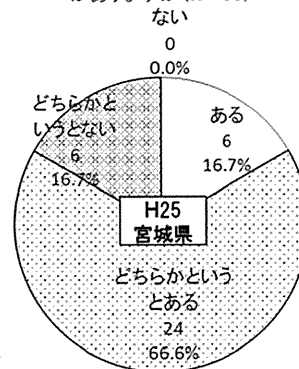
「思う」が前回の 5.6%から 16.7%と増えており、「どちらかと思う」も合わせると、36.8%から 83.4%と大きく増加した。

宮城県 H19 と H25 の比較

先生は在宅医療について十分な知識や理解がありますか (n=27)

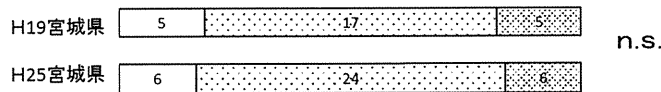


先生は在宅医療について十分な知識や理解がありますか (n=36)



先生は在宅医療について十分な知識や理解がありますか

□ある □どちらかというところ □どちらかというところ ない



n.s.

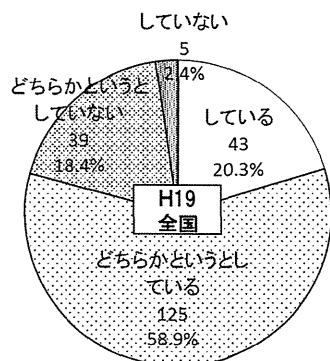
n.s.: not significant

宮城県のみで比較してみると「ある」は 18.5%から 16.7%、「どちらかというところ」が 63.0%から 66.6%とほとんど変化はなかった。

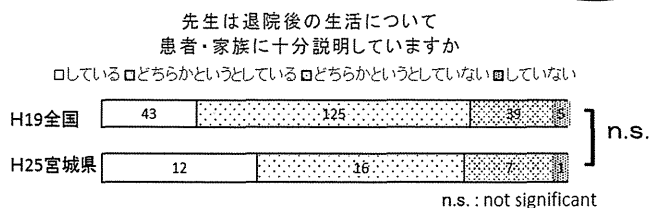
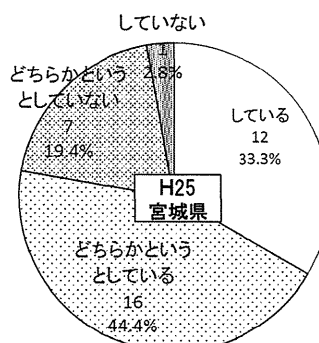
【図 4】 先生は退院後の生活について患者・家族に十分説明していますか

H19 全国と H25 宮城県との比較

先生は退院後の生活について患者・家族に十分説明していますか(n=212)



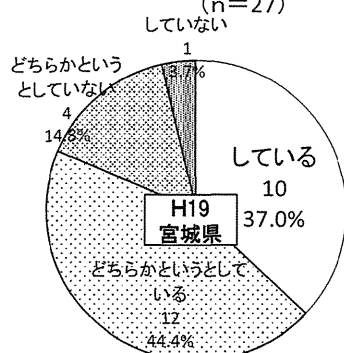
先生は退院後の生活について患者・家族に十分説明していますか(n=36)



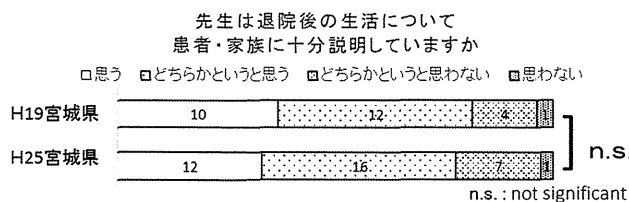
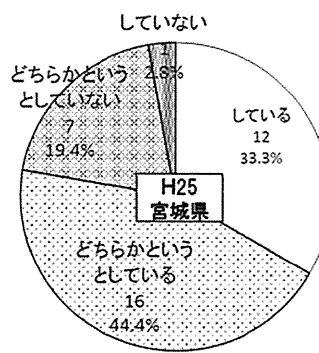
「している」が前回の 20.3%から 33.3%と増えているが、「どちらかというとしている」も合わせると、79.3%から 77.7%と変化はみられなかった。

宮城県 H19 と H25 の比較

先生は退院後の生活について患者・家族に十分説明していますか (n=27)



先生は退院後の生活について患者・家族に十分説明していますか(n=36)

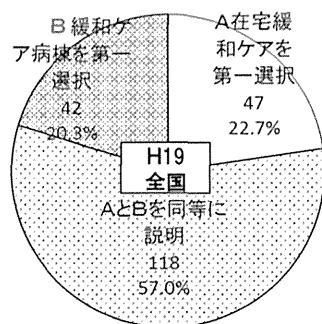


宮城県のみで比較をしてみると「している」が 37.0%から 33.3%とやや減っている。

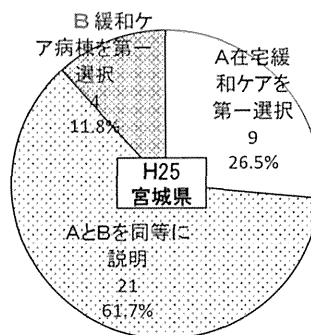
【図5】 A.在宅緩和ケアとB.緩和ケア病棟についての説明をどのようにしていますか

H19 全国と H25 宮城県との比較

A.在宅緩和ケアと、B.緩和ケア病棟、ふたつの選択肢について、先生はどのように説明していますか(n=207)

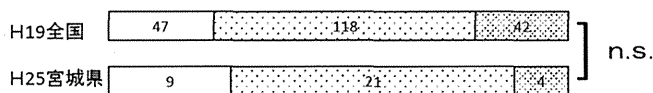


A.在宅緩和ケアと、B.緩和ケア病棟、ふたつの選択肢について、先生はどのように説明していますか(n=34)



A.在宅緩和ケアと、B.緩和ケア病棟、ふたつの選択肢について、先生はどのように説明していますか

□A在宅緩和ケアを第一選択 □AとBを同等に説明 □B在宅緩和ケア病棟を第一選択

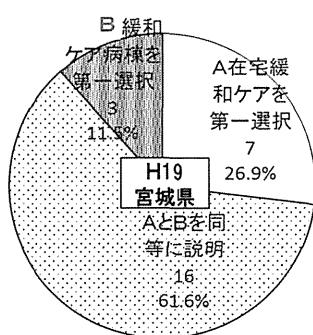


n.s. : not significant

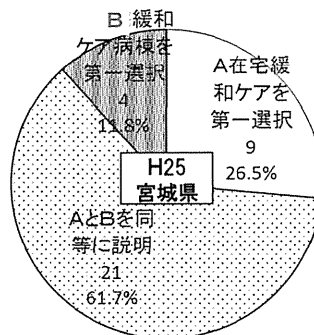
「A.在宅緩和ケアを第一選択、B.緩和ケア病棟を同等に説明している」が 57.0%から 61.7%でほとんど変化はなかった。

宮城県 H19 と H25 の比較

A.在宅緩和ケアと、B.緩和ケア病棟、ふたつの選択肢について、先生はどのように説明していますか(n=26)

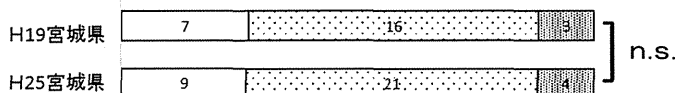


A.在宅緩和ケアと、B.緩和ケア病棟、ふたつの選択肢について、先生はどのように説明していますか(n=34)



A.在宅緩和ケアと、B.緩和ケア病棟、ふたつの選択肢について、先生はどのように説明していますか

□A在宅緩和ケアを第一選択 □AとBを同等に説明 □B在宅緩和ケア病棟を第一選択

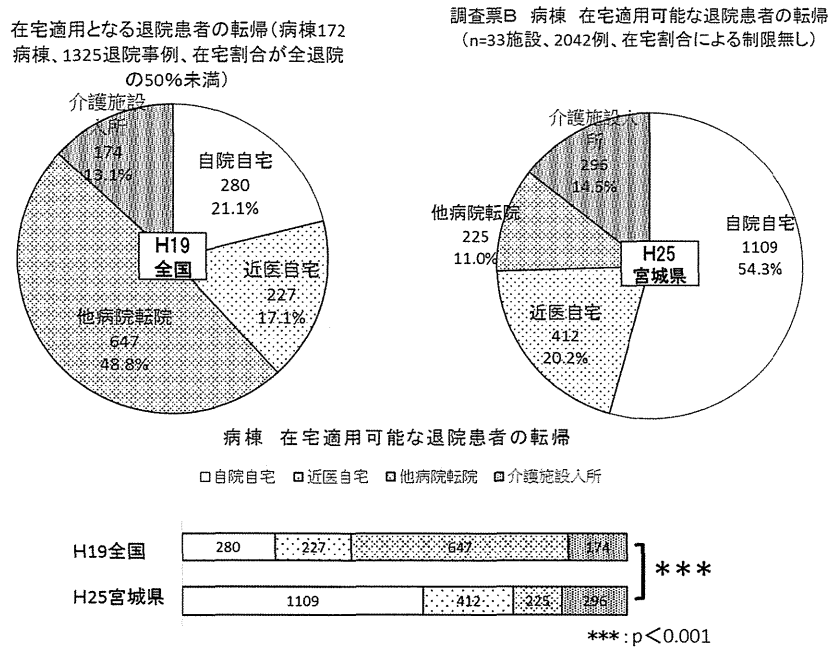


n.s. : not significant

宮城県での比較でも、「A.在宅緩和ケアを第一選択、B.緩和ケア病棟を同等に説明している」は 61.6%から 61.7%と変化はなかった。

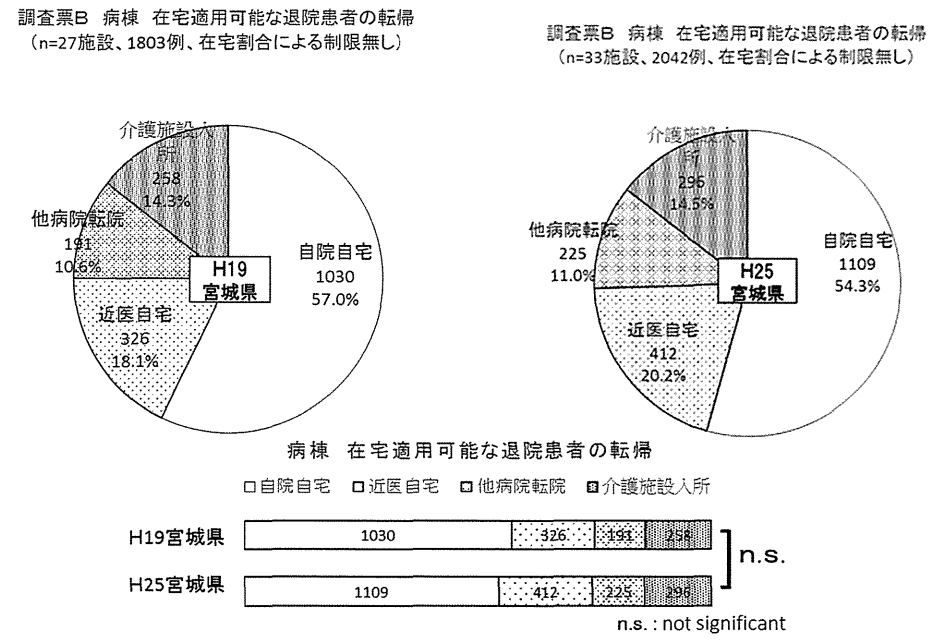
【図6】在宅適用となる退院患者の転帰を教えてください

H19 全国と H25 宮城県との比較



平成 19 年度調査では「疾病傷病による通院困難者」に対して、約 5 割が転院、約 2 割がそのまま自院で通院し何かあれば入院という結果であった。平成 25 年調査では、他病院転院の割合が減ったものの、退院施設以外の医師が主治医となって在宅療養を行う「近医自宅」は、17.1%から 20.2%と、約 2 割にとどまっている。

宮城県 H19 と H25 の比較



宮城県のみでも、「近医自宅」は、18.1%から 20.2%とほぼ 2 割のままであった。

考察：対象施設・地域を異にした調査であり、今回の調査は東日本大震災被災地が含まれているので、単純に結果を比較することはできないが、宮城県の場合、病院の退院支援体制は大震災があったにもかかわらず、あまり影響を受けていないことがうかがわれる。19年度調査においては、退院前の病院医師の説明内容で、復帰後の生活・介護福祉制度・民間の制度等の説明と具体的な支援策の提示が行われていないことが挙げられた。平成25年の調査結果においても、退院後の生活全体を支える支援方法についての詳細な説明と支援は不足している。病院の医師、看護師が、在宅医療の良さを十分認識し、患者の退院後の生活について詳細に説明することが在宅看取りを推進する根本である。病院医師・看護師・連携室職員等が、説明責任と具体的な退院後の支援策を提示できるようにしていくことが必要と考えられる。

結論：6年間経過したが、宮城県では退院先の「近医自宅」はほぼ2割のままで増えていない。病院医師が在宅医師に患者を返さない在宅看取りは困難であり、退院させても自院に通院させているのは、結局、最後は入院して病院死となる。また、在宅緩和ケアと緩和ケア病棟のうち、在宅を第一選択として説明せず、同等に説明する割合は、6年間で変化せずほぼ6割のままである。病院医師が、まず在宅緩和ケアができることをしっかり説明することができるようにすることが喫緊の課題である。

在宅看取りの促進要因に関する調査

目的：平成 25 年度、在宅看取りの阻害要因に関する調査結果を踏まえ、促進要因に関する調査を実施し、在宅看取りを促進するための方策について提言を行う。

方法：宮城県内の全診療所 1,656 施設を対象に、1 次調査として、平成 26 年 7 月、往復はがきを用い、在宅看取りの実施等についてアンケート調査を実施した。

2 次調査として、1 次調査の回答があった診療所および、宮城県内の在宅療養支援診療所の全施設を対象に、封書によるアンケート調査を実施した。

結果：回収数 594、回収率 35.9%であった。

「在宅時医学総合管理料」を算定している診療所は、全体の 12.1%であった。算定の内訳を診療所の種別でみると、在宅療養支援診療所では 78.7%、一般診療所で看取りを実施している施設では 18.2%で算定していた【図 7】。

在宅看取りを実施している診療所は、全体の 23.2%であった。在宅療養支援診療所では、95.2%、在宅療養支援診療所以外の一般診療所では 14.8%が在宅で看取っていた【図 8】。

平成 25 年 4 月～26 年 3 月の 1 年間で、在宅で看取った人数は、全体では 1 施設あたり、13.0±33.2 人であるが、1～4 人が 60.5%と最も多く、看取り 100 人以上の施設が 3 ヶ所あり、そのいずれもが在宅療養支援診療所であった。がんの方の在宅看取り数については、年間 13.9±38.3 人で、1～4 人が 64.9%と最も多かった。100 人以上ががんの方を在宅で看取っている施設が 1 ヶ所(262 人)あった【図 9、図 10】。

がん患者の看取りの実績がある在宅療養支援診療所以外の一般診療所は 18 ヶ所で、その全てで看取り数が 1～4 人であった【図 11】。

1 年間で看取った人数のうち、がんとそれ以外の割合は、回答全体では、がん 51.5%とほぼ半々であるが、在宅療養支援診療所の回答では、がんが 58.3%、一方、看取りを行った一般診療所ではがんが、12.3%と大きく乖離していた【図 12】。

在宅看取りと病院死の比率は、全体では、病院死 59.1%、在宅看取り 40.9%であるが、在宅療養支援診療所のみでは、在宅看取りが、58.6%、一般診療所では在宅看取りが 13.6%で、大きく乖離していた。今回調査の在宅療養診療所以外の一般診療所回答の病院死 86.4%は、全国の病院死の割合約 8 割を超えていた【図 13】。

「在宅看取りの促進要因」（重要と思われる順位を回答）について、回答全体では「本人や家族の強い希望」が 1 位で、「後方支援病院や連携できる医療機関の存在」が 2 位、「訪問看護ステーションとの連携」が 3 位となっている【図 14】。

在宅療養支援診療所のみでは、「本人や家族の強い希望」が 1 位、全体 2 位の「後方支援病院や連携できる医療機関の存在」が 4 位、全体 3 位の「訪問看護ステーションとの連携」が 2 位であった【図 15】。

在宅看取りを実施している一般診療所の回答では、「本人や家族の強い希望」が 1 位、全体回答 2 位の「後方支援病院や連携できる医療機関の存在」が 3 位、全体 3 位の「訪問看護ステーションと

の連携」が2位である【図16】。

看取りを実施していない診療所からの回答は、回答全体と同じく「本人や家族の強い希望」が1位で、「後方支援病院や連携できる医療機関の存在」が2位、「訪問看護ステーションとの連携」が3位となっている【図17】。

1次調査

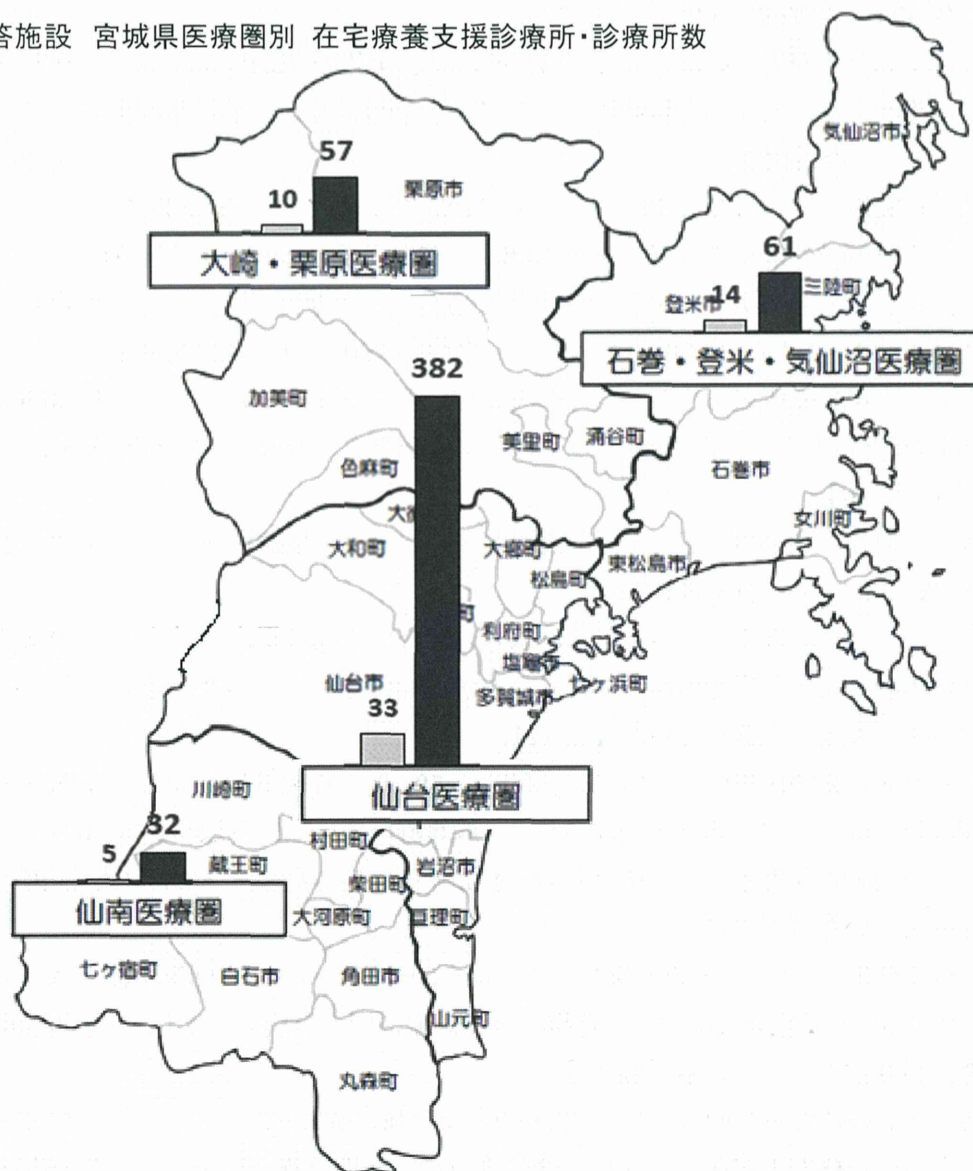
時期：平成26年7月

対象：宮城県内診療所（悉皆）1656施設

方法：往復はがきにて調査票を配布

回収数：594 回収率：35.9%（内訳下表の通り）

回答施設 宮城県医療圏別 在宅療養支援診療所・診療所数



| 種別 地域 | 在宅療養支援診療所 | | | | 診療所 | | | 計 | | |
|-----------|-----------|-----|-------|------|-----|-------|------|-----|-------|--|
| | 発送数 | 回収数 | 回収率 | 発送数 | 回収数 | 回収率 | 発送数 | 回収数 | 回収率 | |
| 石巻・登米・気仙沼 | 25 | 14 | 56.0% | 192 | 61 | 31.8% | 217 | 75 | 34.6% | |
| 仙台 | 90 | 33 | 36.7% | 1074 | 382 | 35.6% | 1164 | 415 | 35.7% | |
| 仙南 | 8 | 5 | 62.5% | 102 | 32 | 31.4% | 110 | 37 | 33.6% | |
| 大崎・栗原 | 16 | 10 | 62.5% | 149 | 57 | 38.3% | 165 | 67 | 40.6% | |
| 計 | 139 | 62 | 44.6% | 1517 | 532 | 35.1% | 1656 | 594 | 35.9% | |

1 次調査結果

回答のあった診療所 594 ヶ所を以下の 3 種別に分けて分析した。

①在宅療養支援診療所 62 ヶ所

②看取り実施診療所 79 ヶ所

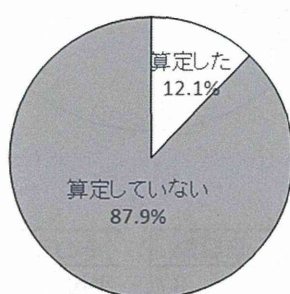
(内訳：看取りを実施していると回答のあった診療所 70 ヶ所、看取りに関して未回答だが看取り実績のある診療所 5 ヶ所、看取りしていないと回答あったが看取り実績のある診療所 4 ヶ所)

③看取り非実施診療所 453 ヶ所

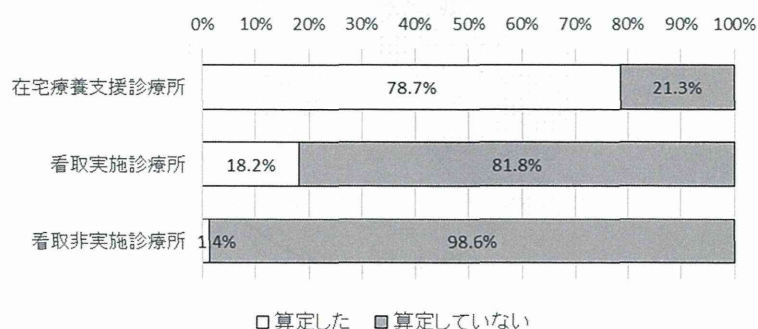
(内訳：看取りしていないと回答のあった診療所 442 ヶ所、看取りに関して未回答で看取り実績のない診療所 11 ヶ所)

【図 7】 1. H25 年 4 月～H26 年 3 月の 1 年間で、在宅時医学総合管理料を算定しましたか

在宅時医学総合管理料
を算定しましたか
(全体)



在宅時医学総合管理料を算定しましたか(種別ごと)

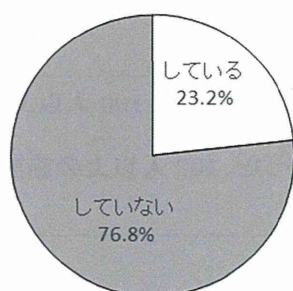


| 種別 | 算定した | | 算定していない | | 合計 | |
|-----------|------|-------|---------|-------|-----|--------|
| 在宅療養支援診療所 | 48 | 78.7% | 13 | 21.3% | 61 | 100.0% |
| 看取実施診療所 | 14 | 18.2% | 63 | 81.8% | 77 | 100.0% |
| 看取非実施診療所 | 6 | 1.4% | 419 | 98.6% | 425 | 100.0% |
| 全体 | 68 | 12.1% | 495 | 87.9% | 563 | 100.0% |

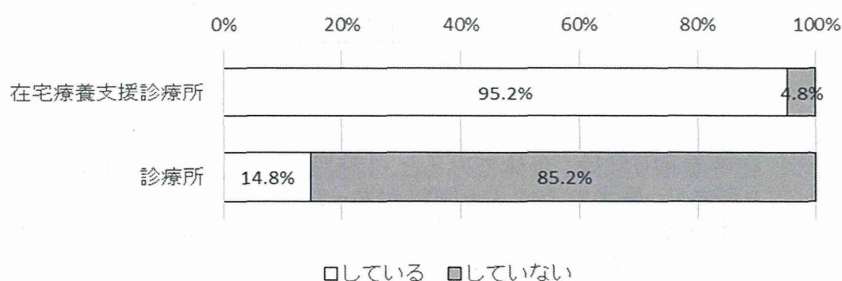
在宅時医学総合管理料を算定している診療所は、全体の中の 12.1%であった。診療所の種別ごとにみても、算定しているのは在宅療養支援診療所では 78.7%、診療所においては看取りを実施している所であっても 18.2%のみであった。

【図 8】 2. 在宅看取りをしていますか

在宅看取りをしていますか
(全体)



在宅看取りをしていますか(種別ごと)

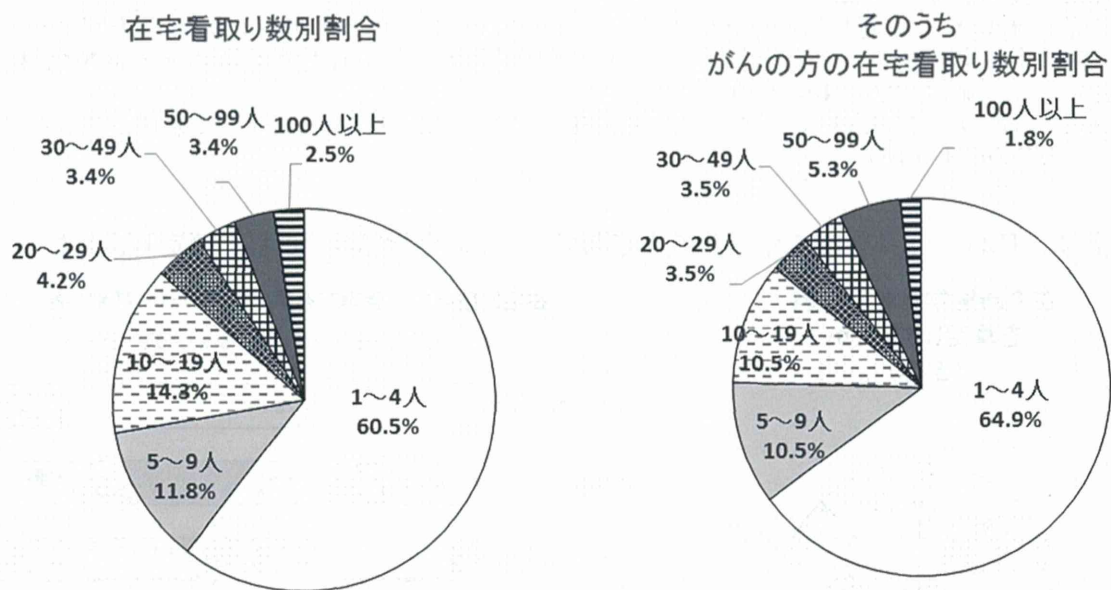


| 種別 | している | | していない | | 合計 | |
|-----------|------|-------|-------|-------|-----|--------|
| 在宅療養支援診療所 | 59 | 95.2% | 3 | 4.8% | 62 | 100.0% |
| 診療所 | 79 | 14.8% | 453 | 85.2% | 532 | 100.0% |
| 全体 | 138 | 23.2% | 456 | 76.8% | 594 | 100.0% |

在宅看取りをしている診療所は、全体の中の 23.2%であった。診療所の種別ごとでは、在宅療養支援診療所で 95.2%、診療所においては 14.8%あった。

2-1) H25年4月～H26年3月の1年間で看取った人数 そのうちがんの方の人数

【図9】 全体



| 看取り数 | 施設数 |
|--------|-----|
| 1～4人 | 72 |
| 5～9人 | 14 |
| 10～19人 | 17 |
| 20～29人 | 5 |
| 30～49人 | 4 |
| 50～99人 | 4 |
| 100人以上 | 3 |
| 計 | 119 |

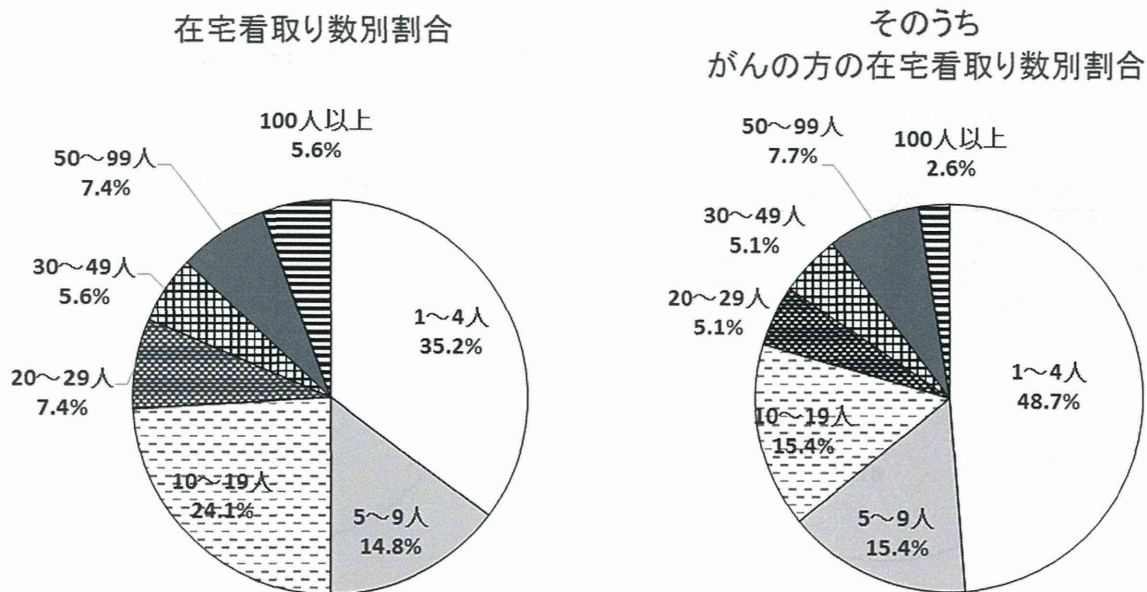
| 看取った人数 | |
|--------|--------|
| 平均 | 13.0 |
| 標準誤差 | 3.0 |
| 中央値 | 2.0 |
| 最頻値 | 1.0 |
| 標準偏差 | 33.2 |
| 分散 | 1099.6 |
| 尖度 | 39.9 |
| 歪度 | 5.7 |
| 範囲 | 283.0 |
| 最小 | 1.0 |
| 最大 | 284.0 |
| 合計 | 1543.0 |
| 標本数 | 119.0 |

| 看取り数 | 施設数 |
|--------|-----|
| 1～4人 | 37 |
| 5～9人 | 6 |
| 10～19人 | 6 |
| 20～29人 | 2 |
| 30～49人 | 2 |
| 50～99人 | 3 |
| 100人以上 | 1 |
| 計 | 57 |

| そのうちがんの方 | |
|----------|--------|
| 平均 | 13.9 |
| 標準誤差 | 5.1 |
| 中央値 | 2.0 |
| 最頻値 | 1.0 |
| 標準偏差 | 38.3 |
| 分散 | 1466.8 |
| 尖度 | 32.4 |
| 歪度 | 5.3 |
| 範囲 | 261.0 |
| 最小 | 1.0 |
| 最大 | 262.0 |
| 合計 | 795.0 |
| 標本数 | 57.0 |

在宅看取り数は、全体で見ると、1施設あたり、1～4人が60.5%と最も多かった。100人以上の施設も3ヶ所あり、最大で284人と回答があった。
看取り数のうち、がんの方の在宅看取り数も1～4人が64.9%と多かった。100人以上の施設も1ヶ所あり、最大で262人と回答があった。

【図 10】 在宅療養支援診療所



| 看取り数 | 施設数 |
|--------|-----|
| 1~4人 | 19 |
| 5~9人 | 8 |
| 10~19人 | 13 |
| 20~29人 | 4 |
| 30~49人 | 3 |
| 50~99人 | 4 |
| 100人以上 | 3 |
| 計 | 54 |

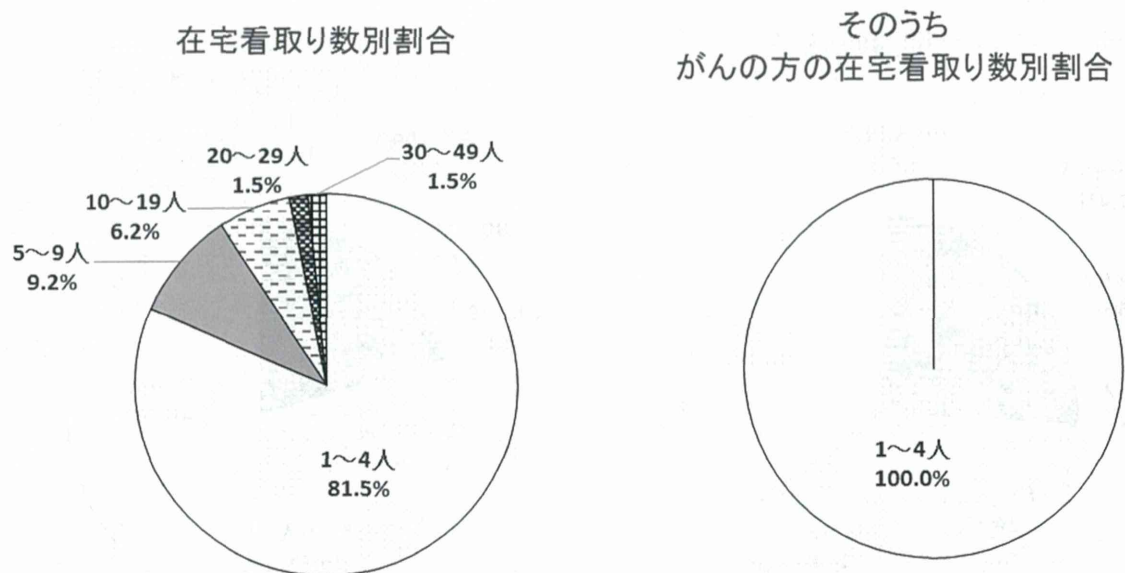
| 看取った人数 | |
|--------|--------|
| 平均 | 24.4 |
| 標準誤差 | 6.3 |
| 中央値 | 9.5 |
| 最頻値 | 1.0 |
| 標準偏差 | 46.6 |
| 分散 | 2172.3 |
| 尖度 | 18.4 |
| 歪度 | 3.9 |
| 範囲 | 283.0 |
| 最小 | 1.0 |
| 最大 | 284 |
| 合計 | 1315 |
| 標本数 | 54 |

| 看取り数 | 施設数 |
|--------|-----|
| 1~4人 | 19 |
| 5~9人 | 6 |
| 10~19人 | 6 |
| 20~29人 | 2 |
| 30~49人 | 2 |
| 50~99人 | 3 |
| 100人以上 | 1 |
| 計 | 39 |

| そのうちがんの方 | |
|----------|--------|
| 平均 | 19.7 |
| 標準誤差 | 7.3 |
| 中央値 | 5.0 |
| 最頻値 | 1.0 |
| 標準偏差 | 45.3 |
| 分散 | 2055.1 |
| 尖度 | 22.3 |
| 歪度 | 4.4 |
| 範囲 | 261.0 |
| 最小 | 1.0 |
| 最大 | 262 |
| 合計 | 767 |
| 標本数 | 39 |

在宅療養支援診療所では、1施設あたり、1~4人の施設は少なくなり35.2%であった。半数以上の施設が年間10人以上の看取りを行っていた。100人以上の施設も3ヶ所あり、最大で284人と回答があった。がんの方の看取りに関しては約4割の施設で年間看取り数が10人以上であった。100人以上の施設も1ヶ所あり、最大で262人と回答があった。

【図 11】 在宅看取り実施診療所



| 看取り数 | 施設数 |
|--------|-----|
| 1~4人 | 53 |
| 5~9人 | 6 |
| 10~19人 | 4 |
| 20~29人 | 1 |
| 30~49人 | 1 |
| 計 | 65 |

| 看取った人数 | |
|--------|-------|
| 平均 | 3.5 |
| 標準誤差 | 0.7 |
| 中央値 | 2.0 |
| 最頻値 | 1.0 |
| 標準偏差 | 5.3 |
| 分散 | 28.3 |
| 尖度 | 12.5 |
| 歪度 | 3.3 |
| 範囲 | 30.0 |
| 最小 | 1.0 |
| 最大 | 31.0 |
| 合計 | 228.0 |
| 標本数 | 65.0 |

| 看取り数 | 施設数 |
|------|-----|
| 1~4人 | 18 |
| 計 | 18 |

| そのうちがんの方 | |
|----------|------|
| 平均 | 1.6 |
| 標準誤差 | 0.2 |
| 中央値 | 1.0 |
| 最頻値 | 1.0 |
| 標準偏差 | 0.7 |
| 分散 | 0.5 |
| 尖度 | -0.3 |
| 歪度 | 0.9 |
| 範囲 | 2.0 |
| 最小 | 1.0 |
| 最大 | 3.0 |
| 合計 | 28.0 |
| 標本数 | 18.0 |

在宅看取りを実施している診療所では1~4人のところが約8割あった。10人以上の看取りを実施している施設も1割ほどあった。
 がんの方の看取りに関しては、看取りの実績のある施設が18ヶ所で、その全てで1~4人であった。