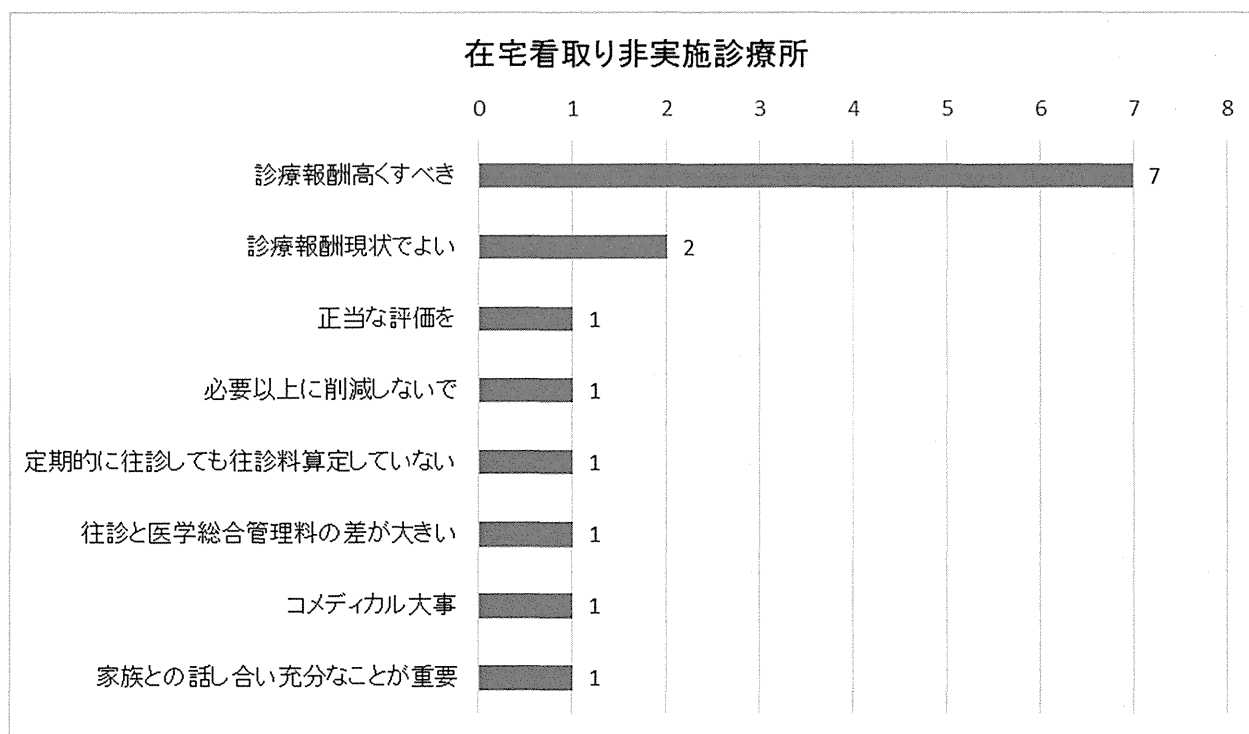
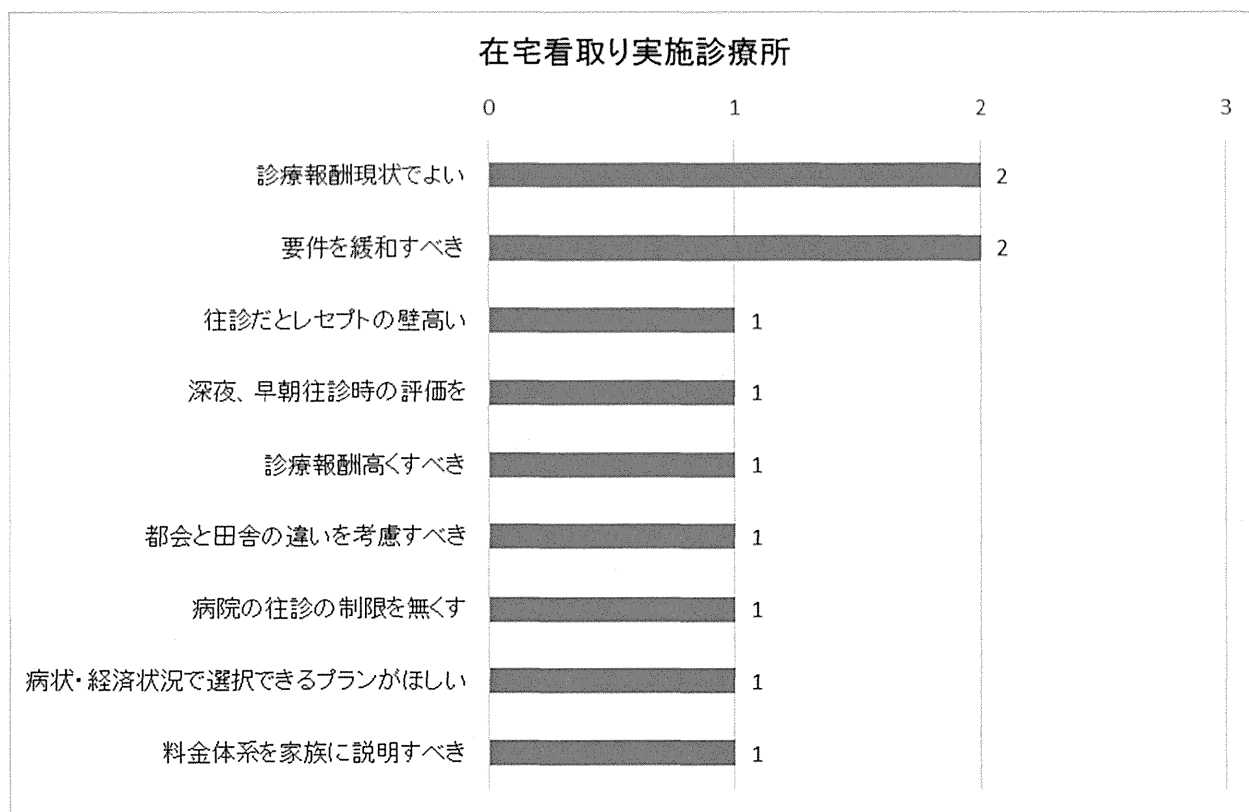


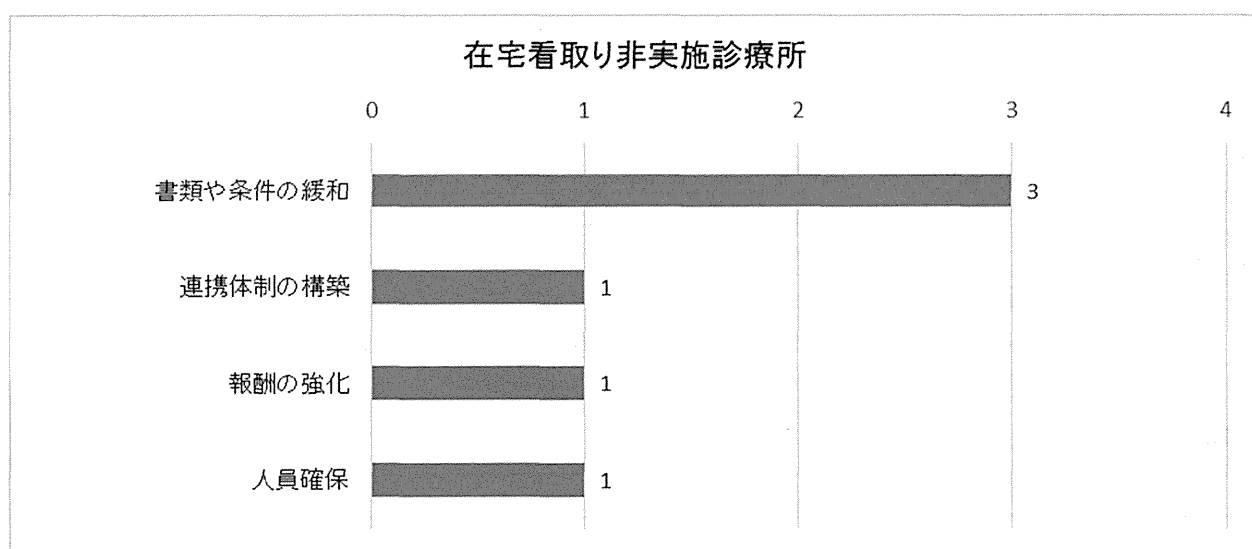
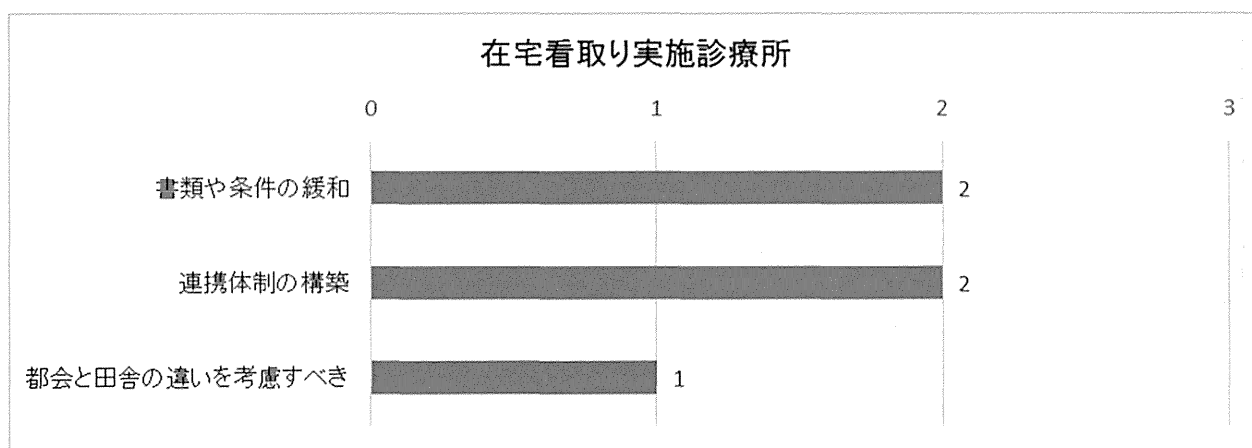
No.	5) 訪問介護員 在宅看取り実施診療所	種別	臨床経 験年数
1	家族に寄り添う気持ちがほしい。	在支診	20
2	在宅で過ごす快適な環境を整える。	在支診	40
3	本人・家族の細かい要望等を汲み上げてほしい。	診療所	23
4	同席して欲しい。	診療所	35
5	TEL,FAX だけでなく、医師と顔を合わせて打合せが簡単に出来るようにしてほしい。ナースだけ、医師だけ、ケアマネージャーにだけしか話さない患者家族がいて、それぞれに違った話をしたりしますので。	診療所	40
6	医師との意志統一を図る。医師と連絡をこまめにとる。家族への配慮をより多くとる。	病院	13
7	自分の訪問中に、息を引きとる時があることへの心の準備、その時の看護師、医師への相談。	在支診	26
8	在宅で看取れることを知っている。	在支診	15
9	チームの一員として、「今、何を望まれているのか」理解していただく事が大切。	在支診	15
10	病状、症状変化の把握。(褥瘡の有無など。)	診療所	8
11	介護員もケアマネージャー、看護師、医師が患者さんの全身容態、診断の処置に就いての様子の理解に資する介護の効果を記録、連絡が大事と感じます。	診療所	55
12	研修等の充実を希望。	在支診	27
No.	5) 訪問介護員 在宅看取り非実施診療所	種別	臨床経 験年数
1	日々、しっかりケアして下さい。	診療所	43
2	「呼吸訓練」「筋力向上(低下防止)」等、ベット周辺で可能なものを援助し、通院の力をつけて欲しい。	診療所	43
3	本人及び家人の精神的サポートをお願いしたい。	診療所	30
4	可能な限りのサポートとそのリソース。	診療所	27
5	サポートが必要です。	診療所	20
6	連携の問題が重要で困難。特に 24 時間対応が重要。	診療所	43
7	連携がきちんに行えるかどうか。	診療所	26
8	あんまり係わりをもてないのでは。	診療所	50
9	当方(主治医)に報告をもらって対応している。	診療所	50
10	看取りへの協力と意志疎通が大事かと思えます。	診療所	17
11	本人家族と病院の間の調整に努力すべき。	診療所	25
12	正確なコンサルト、協力的態度。	診療所	20
13	積極的な対話をとまなう介護。	診療所	38
14	訪問介護⇔家族 十分な話し合い検討が必要と思えます。	診療所	22
15	協力と正確な情報伝達。	診療所	27
16	看取りについての意識、知識を持つ。	診療所	20
17	十分訓練された介護師が少ない様です。	診療所	35
18	大変有意義と考えます。	診療所	40

【図 24】 2-6) 診療報酬



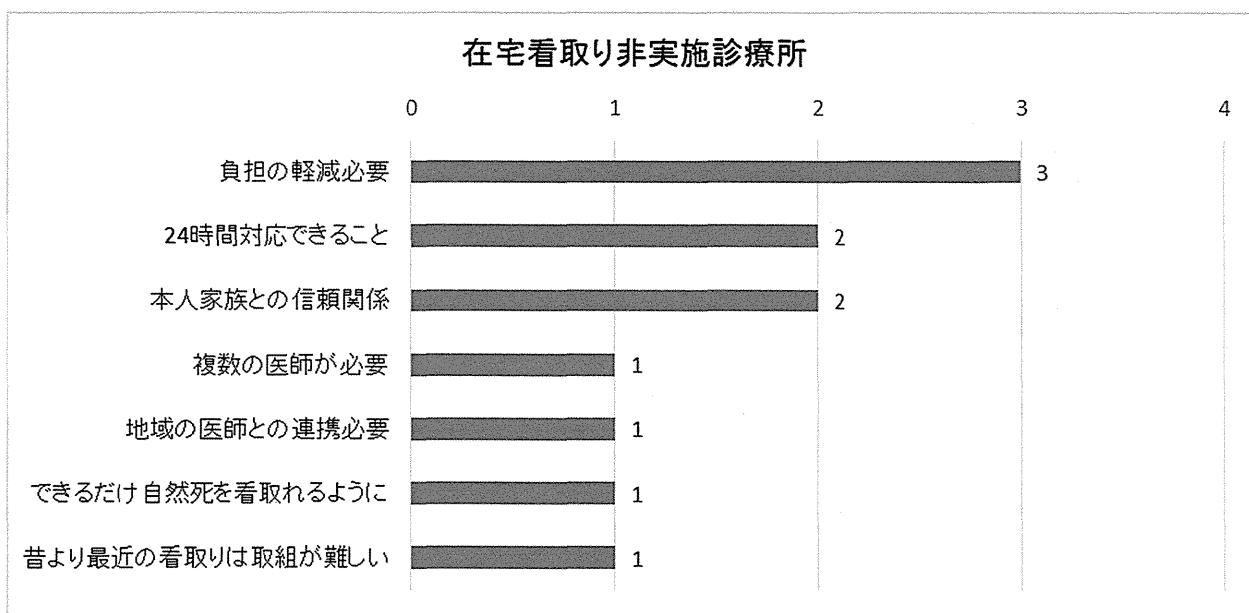
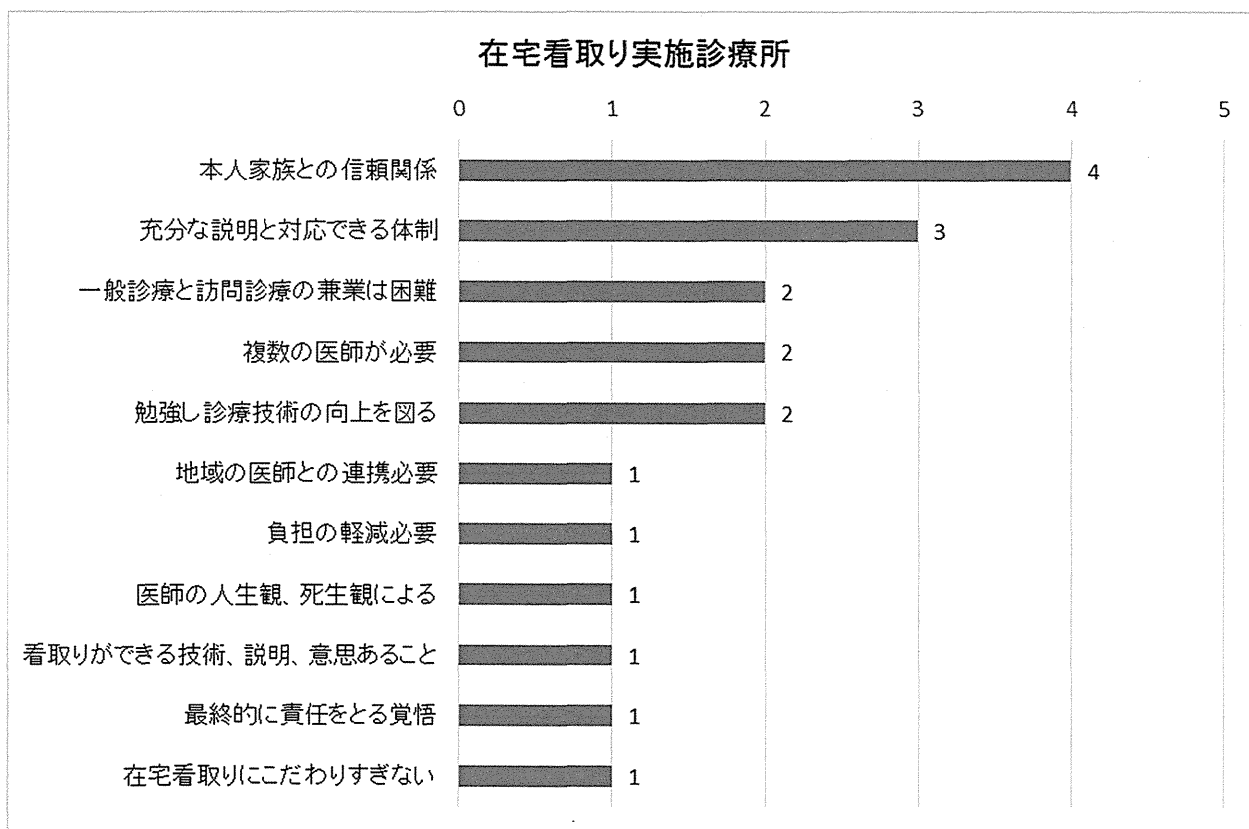
No.	6) 診療報酬 在宅看取り実施診療所	種別	臨床経 験年数
1	現状で充分。	在支診	40
2	これはあまり気にしていません。	在支診	20
3	すべて往診で行っています。今の診療体制は、一人だけでやっているクリニックでは無理です。又、グループ診療は互いにライバルであったり、患者さんの好き嫌いが入りトラブルのもとです。	診療所	40
4	現在常勤3人以上で診療報酬厚く手当てするのもありますが、要件はゆるくするべきだと考えます。	診療所	5
5	「往診」の所に記入すると「何故往診したのか。往診依頼があったか。容態は。」と必ずレセプトは返却されます。「死亡」と記入しても戻ってきます。腹が立つのでレセプトには診療だけで何もしないこととなります。それでもなんとかめしは食べています。保険診療では「往診」は目のかたきです。看取りはサービス、支援です。レセプトは手書きで貴重な存在です。	診療所	55
6	診療報酬上の評価。深夜、早朝往診時の評価。	診療所	8
7	高い方がありがたいです。	在支診	17
8	田舎では必ずしも24時間対応である必要はないことも多いことを厚労省に知ってほしい。大都会と田舎の状況の違いを分からせる必要があると考える。	在支診	27
9	病院が往診する回数を制限したり、足をひっぱるしぼりが無くなれば良いと思う。	診療所	13
10	ある程度、患者さんの病状、経済状況で選べるプランがあってもよいのでは。	診療所	30
11	全体的に在宅支援診療所が「とても高い。」という声を患者さん家族からよく聞かれます。(私は違います。)だれか(ケアマネ、訪問看護師 etc)が、料金の体系をしっかりと説明すべきと考えます。(当地は田舎で所得も低く、お金がない)	診療所	20
No.	6) 診療報酬 在宅看取り非実施診療所	種別	臨床経 験年数
1	看取りの報酬はもっと上げてよいと思います。	診療所	20
2	健康を障害してやっているでしょうし、先の不安もあるでしょう。そうした「苦労」に見合った水準が必要と思います。	診療所	43
3	大変さに見合うものにすべき。	診療所	25
4	医療の成り立つ報酬が払われるかどうか。	診療所	26
5	在宅看取りについて改善を。	診療所	43
6	在宅看取りに対してインセンティブを上げる。	診療所	14
7	適切な評価。	診療所	38
8	事業が成り立つ報酬を出す。	診療所	43
9	不詳。十分なる報酬必要と考えます。	診療所	40
10	正当な評価。(これがむずかしい)	診療所	20
11	必要以上に削減せぬようお願いしたい。	診療所	27
12	往診のみで対処しているが、毎月定期的に往診している場合、往診料をとらないのは不合理と思う。	診療所	50
13	在宅総合診療し、普通の在宅診療の診療報酬の差がありすぎる様に思われます。	診療所	35
14	大事-co medical、 man power 確保のためにも機能強化型支援診療所とも関連。	診療所	31
15	家族との話し合い検討が十分になされている事が重要と思います。	診療所	22

【図 25】 2-7) 機能強化型在宅療養支援診療所



No.	7)機能強化型在宅療養支援診療所	種別	臨床経験年数
1	必要書類、条件が緩和されればいいと思います。	在支診	20
2	当院は機能強化していません。定期的にミーティングなんて出来ません。	在支診	17
3	仙台市内だけでも、もっとネットワーク化してもっと協力関係を。	診療所	30
4	可能な限り連携できる体制。情報の共有。	在支診	40
5	田舎では必ずしも24時間対応である必要はないことも多いことを厚労省に知ってほしい。大都会と田舎の状況の違いを分からせる必要があると考える。	在支診	27
6	率先垂範。	在支診	40
1	往診クリニックを標榜しているクリニックでないと無理と思います。	診療所	35
2	条件がきびしすぎる。	診療所	50
3	当科では無理です。	診療所	20
4	訪看センターとの合理的連携。医師間の意思疎通。患者情報の共有。	診療所	38
5	たずさわる医師にインセンティブを強化する。	診療所	14
6	スタッフの確保。	診療所	26
7	苦痛は和らげるが、延命だけの治療は行わない。	診療所	43
8	家族との話し合い検討が十分になされている事が重要と思います。	診療所	22
9	積極的にやられる先生には敬意を表したいと思います。	診療所	34

【図 26】 2-8) 看取りを担当する診療所の医師



No.	8)看取りを担当する診療所の医師 在宅看取り実施診療所	種別	臨床経験年数
1	本人・家族と何でも話せる信頼関係を持てるよう努力するべきである。特に医療面において十二分に説明を行うことが重要である。	在支診	22
2	あたたかな看取り。	在支診	40
3	本人、家族に「無理」という言葉を使わない。基本的には何でも肯定が良いと思う。	診療所	13
4	最期を迎えるための十分な説明といつでも対応できる体制を整える事。誠実は態度と日々の信頼関係。	在支診	15
5	家族と方針について、頻回に説明、納得の上で進めていくこと。	診療所	8
6	一般診療(1日 80~100人)との兼業はそろそろ難しいかなと感じています。	在支診	24
7	外来診療をやりながらですので、診療中の場合つらい事があります。	在支診	39
8	できれば複数のDrがいれば精神的、肉体的に楽かなと。	在支診	20
9	出来る範囲で行うしかなく人手不足です。	診療所	31
10	日々是精進、日々の学習が必要。惰性に流されないように、と思っています。今はネット等で自宅でもある程度勉強できるし、頑張ります。	在支診	27
11	オピオイドなど看取りを行う上での診療技術を充分に身につける必要があります。	在支診	40
12	僻地医療であり、外来往診・予防接種・往診・学校医・産業医・老人ホームなど多忙で在宅看取りは行いたいけどどうしてもセーブしてしまう。地域で開業医レベルでの連携が必要と思われる。	診療所	30
13	過剰労働にならないよう、コントロールする事が重要と思います。	病院	37
14	医師の人生観、死生観による。	診療所	55
15	看取りを可能にする十分な技術、説明能力、意志のある方に限定すべき。	診療所	30
16	在宅看取りにこだわりすぎないこと。最終的に責任をとる覚悟。	在支診	26
17	看取りをする医師間での連携による協力。(特に医師1名の医療機関)	在支診	35
18	患者さんが平均寿命に達しており、本人の希望(このとき外来することでその意志を確認している場合も含めて)があり、家人も同意したときは看取りを行っております。	在支診	44
No.	8)看取りを担当する診療所の医師 在宅看取り非実施診療所	種別	臨床経験年数
1	大変な仕事です。	診療所	20
2	負担を軽減する。	診療所	14
3	なるべく時間的拘束の短縮。	診療所	27
4	24時間対応する人員や心がまえ。	診療所	17
5	24時間体制がとれる事。	診療所	41
6	家族との話し合い検討が十分になされている事が重要と思います。	診療所	22
7	親切、前向きな態度。	診療所	20
8	臨終の担当医が不在で連絡がとれない時の代理の医師の確保。	診療所	0
9	打診もしくはチームで行なえるかどうか。	診療所	26
10	出来るだけ自然死をみとるように(食べられなくなったら色々な処置をしないで)願いたい。本人家族の同意が必要であるが。	診療所	50
11	以前看取りはしていましたが、最近の看取りはいろいろ取り組みが難しくなっている印象です。	診療所	35
12	私の町内会では、かかりつけの医者がなく、死亡した時に、死亡診断書を書いてくれる医師を心配している人がいた。	診療所	50

【表1】 2・9) その他

No.	9)その他 在宅看取り実施診療所	種別	臨床経 験年数
1	一般開業医が外来診療とともに在宅に取り組むのは無理なのかなあと感じています。”在宅”に求める水準がどんどん上がって敷居が高くなっていく気がします。自宅で看取らなければ在宅にあらずと言われているように思います。そういう線で進めていくのであれば、いずれは在宅専門の、それも複数医でやるところだけが担うことになるでしょう。	在支診	24
2	主治医が看取りのために 365 日間 24 時間拘束されるのは大変なことです。不在時もきちんと対応できる連繁体制を整えることが必須です。	在支診	40
3	できれば本人の希望、家族の希望が強ければ、希望どおりにしてあげたいとは思いますが。しかし、現実的には様々な要因があり、困難なことが多いと思います。条件が合致していれば今後も行っていきたいと思っています。	診療所	23
4	時間外労働などの負担の軽減を計る。	診療所	30
5	在宅看取りは積極的には行っておりません。十分に話し合い、少しでも問題がある場合は控えるようにしております。	診療所	37
6	行政のがんばりが大切と思います。	診療所	20
No.	9)その他 在宅看取り非実施診療所	種別	臨床経 験年数
1	地域完結型の地域包括ケアシステムでは在宅医療後方病院の確保が必要。確保されなければ絵にかいた餅と思う。確保されたなら、在宅ケア連絡会(市内 14 ヶ所)を地域包括ケア連絡会と改組し、夫々に担当箇所の地域包括支援センターに加入してもらい、医師、歯科医師、薬剤師、看護師、介護士など、多業種で連絡会を充実させ地域包括ケアシステムを構築することが仙台市では容易に具体的に実施出来ると思う。看取りはこの一部として考えてほしい。別分けでは混乱する。平成 22 年 5 月まで往診をして、看取りを行っていました。	診療所	50
2	医療と介護のすり合わせの地域医療包括支援計画に基づいて無駄を省きやるべき事はみんなで協力して行うという事に対しては賛成です。各論に関しては良くわかりません。	診療所	30
3	以前、病院勤務で訪問診療を少し担当。地元のDr. に死亡後に確認のため往診してもらったことがあった。トラブルはなかった、日頃の家族への説明が大切。(夜に死亡しても、地元Dr.の都合に合わせて訪問死亡診断書を書いてもらっていた。)	診療所	43
4	特養の常勤医師をしており、施設利用者がターミナルを向かえた場合の対応をして家族に今迄の状態、今後の状態を説明し、当施設では看取り介護の同意書を作製しており、同意を得た場合、署名押印を得ている。	診療所	50
5	近所の高齢者患者が増えている。通院できなくなった時、在宅医療、在宅看取りに不安を感じている。	診療所	44
6	すべからず臨終におよんでも冷静でいられること。	診療所	
7	核家族化で困難でしょうが、可能であれば昔の医療で行っていたような自然死看取りが良いのではないのでしょうか。	診療所	45
8	70 歳まで往診をしていましたが、体力のこともあり今はめったにいたしません。総合在宅で 2 週間に 1 回往診する患者さんの看取りをした方はなくなりましたが。	診療所	50
9	以前は在宅看取りをしていたが、脳梗塞を起こしてから、自家用車を廃車にしたので現在は往診していない。もっぱら貴院(仙台往診クリニック)にお願いしている。	診療所	50
10	開業間も無いため、かかりつけ患者が看取り希望のときには対応する予定です。個人開業の難しさを感じます。	診療所	17
11	眼科医ですので参考になりますかどうか。当方機材の都合で往診もままならぬ状態ですので。	診療所	34
12	皮膚科について、在宅患者の求めに応じ、できる範囲で往診をする。	診療所	30

**考察：**宮城県、特に仙台市では、東日本大震災の前後で病院死亡率は減少し、在宅死亡率は19%から24.9%に上昇している。在宅看取りに関し、震災の直接的影響は少ない。在宅看取りの阻害要因・促進要因は、見合いの関係にある。

まず、病院の医師が、在宅医療のメリット・デメリットを知り、在宅についてしっかりと説明する説明責任を果たすことが重要である。2次調査でも在宅看取りを実施している医師の方が、十分な説明を重視していた。そのためには、医学教育における在宅医療のカリキュラムの充実、初期研修・後期研修、生涯教育における在宅医療の重点化が必要である。

次に、在宅看取りを行おうとする地域の診療所の医師は、後方支援病院や連携施設を最初から当てにするのではなく、みずから看取る覚悟を決めることが先決で、やってみれば在宅看取りは、案外大変でないという認識を持つことが肝要である。そのためには、在宅看取りを積極的に行っている医師が、在宅看取りのツボをわかりやすく伝える場を増やす必要がある。

特に重要なのは、本人・家族に対する在宅医師による、在宅医療の説明である。千葉氏の先行研究によると「熟達した在宅医師の説明」の特徴は、必要な医療的情報と生活情報が強く関連している。身体的、医学的情報に偏重せず、生活の質を支える視点から話される説明内容であった。これは患者や主介護者の意向を踏まえながら、在宅療養生活の基盤を形成するための説明と言える。在宅医療に熟達した医師による初診時の説明内容は、15のサブカテゴリーによって構成され、さらに「診療内容や症状への対応に関する説明」、「死や看取りの概念に関する説明」、「経済面や諸制度の活用に関する説明」の3つの大カテゴリーに大別された。」これまでの先行研究にはない、重要な説明は、「在宅医療の仕組みと関わるスタッフの説明」「24時間 365日体制で対応できるという説明」「ケアマネジャーとの連携と情報共有についての説明」「生命保険の基礎部分を適用し保険金を療養生活に活用できるという説明」の4つであった」（千葉宏毅、尾形倫明、伊藤道哉、金子さゆり：在宅末期がん患者と主介護者に対する熟達した在宅医師の初診時の説明内容に関する定性的研究、日本在宅医学会会誌、16(1)、21-26、2014）。

**結論：**在宅看取りの阻害要因、促進要因について、宮城県の病院、診療所に対する悉皆調査により検討した。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と説明することできるようにすることが喫緊の課題である。在宅療養支援診療所のみならず、一般の診療所での在宅看取り強化が提言されているが、なかなか実現は困難であり、宮城県においても、当面、在宅療養支援診療所の強化と連携をさらに推し進めるべきと考える。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」という障壁を取り去り、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。



【1次調査票】



郵便往復はがき

□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---

仙台市青葉区花京院二丁目1-7  
 仙台往診クリニック 研究部内

「在宅看取りの促進要因に関する研究」  
 事務局 行

院長先生

平成26年度厚生労働科学研究費補助金分担研究  
 『在宅看取りの促進要因に関する研究』  
 アンケート調査ご協力のお願い

謹啓

向暑の候、先生におかれましてはますますご健勝のこととお慶び申し上げます。

今回、在宅看取りの促進要因を明らかにすることを目的に、宮城県内の診療所の先生を対象に調査を実施させていただくことになりました。

ご多用中たいへん恐縮ですが、今後の厚生労働省の施策に生かされる重要なデータとなりますので、アンケートにご協力賜りますようお願い申し上げます。

謹白

平成26年7月

分担研究者 川島 孝一郎

\*\*\* アンケート調査 \*\*\*\*\*

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  
 算定した  
 算定していない

※裏面に続きます

◆返信期限：7月18日(金)までに  
 ご返信お願いいたします。

みやぎの医療・介護 連携マップ

つながりライン

\*\*\*以下アンケートの続きです\*\*\*\*\*

2. 在宅看取りをしていますか  
 している⇒1)、2)、3にご回答ください  
 していない⇒3にご回答ください
- 1) H25年4月～H26年3月の1年間で  
 看取った人数( )人  
 →そのうちがんの方の人数( )人
- 2) わかる範囲で結構ですので、在宅看取りと  
 病院死の比率を教えてください  
 (H25年4月～H26年3月の1年間)  
 在宅看取り：病院死 = ( : )
3. 在宅看取りの促進要因は何だと思えますか  
 重要と思われる順に1～6の数字を入れて  
 ください  
 本人や家族の強い希望  
 介護・福祉サービスの充実  
 訪問看護ステーションとの連携  
 後方支援病院や連携できる医療機関の存在  
 診療報酬上の評価  
 主治医の熱意

平成26年度厚生労働科学研究費補助金分担研究  
 「在宅看取りの促進要因に関する研究」  
 分担研究者 川島 孝一郎  
 事務局 仙台往診クリニック 研究部  
 〒980-0013 仙台市青葉区花京院二丁目1-7  
 Tel: 022-722-3886 / Fax: 022-722-3877  
 E-mail: kenkyu@oushin-sendai.jp

市区町村名	
診療所名(任意)	

ご協力いただき、誠にありがとうございました。

\*\*\*\*\*

【2次調査票】

院長先生

平成26年度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  
『在宅看取りの促進要因に関する研究』

アンケート調査ご協力のお願い

謹啓

暮秋の候、先生におかれましてはますますご健勝のこととお慶び申し上げます。

7月に実施いたしました「在宅看取りの促進要因に関する調査」へのご協力、誠にありがとうございました。調査結果は別紙の通りとなりました。このたび前回の調査結果を踏まえ、さらに先生のご意見をお伺いし、在宅看取りの促進要因を明らかにすべく2次調査を実施させていただくこととなりました。

ご多用中たいへん恐縮ですが、今一度アンケートにご協力を賜りますよう、何卒よろしくお願い申し上げます。

謹白

平成26年11月

分担研究者 川島孝一郎  
(仙台往診クリニック 院長)

**在宅看取りの促進要因に関する研究 2次調査票** にご回答頂き、同封の返信封筒にて、**2014年11月29日(金)**までにご返送くださいますようお願いいたします。

問い合わせ先

仙台往診クリニック研究部

担当：遠藤 美紀

〒980-0013 仙台市青葉区花京院2丁目1-7

TEL：022-722-3866(平日9~17時) FAX：022-722-3877(24時間)

e-mail：kenkyu@oushin-sendai.jp

## 在宅看取りの促進要因に関する研究 2次調査票

問1 先生は在宅看取りを行っていますか。

1. 行っている。
2. 行っていない。

問2 在宅で最期を迎えたいという方々の希望を叶えるために、下記の各々について、先生が望むこと、必要と思われることをお書きください。(先生個人のお考えでも、一般的な診療所の医師の立場からのお考えでも、どちらでも構いません。)

1) 本人・家族

2) 病院

3) ケアマネジャー

4) 訪問看護師

5) 訪問介護員

6) 診療報酬

7) 機能強化型在宅療養支援診療所

8) 看取りを担当する診療所の医師

9) その他

**ご自身について**

医院名 (任意)	
芳名 (任意)	
種別	<input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 在宅療養支援診療所
臨床経験 年数	(         ) 年
診療科	<input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 呼吸器科 <input type="checkbox"/> 消化器科 <input type="checkbox"/> 胃腸科 <input type="checkbox"/> 循環器科 <input type="checkbox"/> アレルギー科 <input type="checkbox"/> 小児科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> リハビリ科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 心療内科 <input type="checkbox"/> 産婦人科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> その他

～以上でアンケートは終わりです。ご協力誠にありがとうございました。～

## 2-1-2)

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

青森県における在宅医療の現状と阻害要因—その解決への糸口

研究分担者 蘆野吉和 青森県立中央病院 医療管理監

### 研究要旨

青森県における在宅医療の現状を、実施状況などの関連する資料、死亡の場所、各医療圏の医師会および市町村の担当者との面談などにより解析し、その阻害要因について検討し、在宅医療普及のための戦略について考察した。

平成 23 年の青森県における在宅医療の実績によれば、各医療圏において違いはあるが、全県的には在宅医療は進んでおらず、特に看取りを伴う在宅医療、あるいはがん疾患に対する在宅医療は一部地域を除きあまり行われていないのが現状である。この現状に影響を及ぼしている要因は多様であり、地域性として青森県で指摘されている項目は、東北地方の中では冬の降雪量や積雪量が最も多い、医師が少ない、過疎地域が拡大しつつある、そして介護保険施設や高齢者住宅などの居住系の総ベッド数（総高齢者ベッド数）が多いことなどが上げられている。しかし、急性期医療を担う医療従事者の在宅医療および地域連携に対する理解不足と担当患者に対する説明不足、地域連携部門が有効に機能していないこと、訪問看護ステーションおよび訪問看護師が不足していること、訪問診療医が少ないこと、地域住民の大病院志向がまだ強いことなどが最も大きな要因であると思われる。

今後、『地域医療介護総合確保促進法』に基づく地域包括ケアシステム構築の過程において、また、地域医療構想策定の過程において、これらの要因を含め、各医療圏の急性期医療を担う病院、医師会、看護協会そして行政を交えて地域の課題を抽出し、具体的な戦略を立てることが必要と思われる。

### 【はじめに】

筆者は青森県十和田市の十和田市立中央病院院長に赴任した時(平成 17 年)から、十和田市を含む上十三医療圏における在宅医療、特に進行したがん患者の在宅看取りを伴う在宅医療（在宅ホスピスケア、在宅緩和ケア）体制の構築を開始し、最終的に地域の訪問看護ステーション、調剤薬局、介護関連事業者、介護支援専門員との地域連携体制（十和田地域緩和ケア支援ネットワーク）を構築した<sup>1)</sup>。この過程で取り組んだことは、病院内外の医療従事者および介護従事者に対する緩和ケア教育、病院の地域連携部門の強化、在宅医療の実践および後方支援を担当する総合診療科の開設などであるが、この取り組みを通して、どのような地域であっても、地域の実情を踏まえた取り組みにより在宅医療の体制構築は可能であると考えている。

一方、平成 22 年から在宅医療拠点事業が開始され、平成 23 年には青森県では十和田市立中央病院が事業委託を受けて事業を実施、平成 24 年以降の 3 年間は地域医療再生基金による在宅医療推進事業が全県で展開されていることとなっている。また、平成 24 年 4 月には医療保険と介護保険の同時改定による在宅医療の推進と共に在宅医療・介護推進プロジェクト（「新生在宅医療・介護元年」）が始まり、平成 25 年 4 月には第 6 次保険医療計画が策定され、5 疾患における在宅医療体制の整備を県単位で進める計画となっている。さらに、平成 26 年 4 月には在宅医療を中核とする地域包括ケアシステムの構築が始まっている。したがって、これまでの 3 年間に在宅医療を取り巻く環境は大きく変わったこととなる。

そこで、今回、これまで得られた在宅医療に係わる情報と、筆者が青森県立中央病院の医療管理監（在宅医療担当）という立場で青森市および青森県の在宅医療を俯瞰して感じたこと、そして在宅医療推進事業の現地調査として各医療圏の医師会や市町村担当者との会議において得られた情報などを分析し、青森県における在宅医療の現状と普及に係わる要因、特に阻害要因について検討し、解決に向けての方策について提言する。

【方法と対象】

青森県における在宅医療に係わる情報として、平成 23 年の在宅医療実施状況調査結果、平成 24 年死亡場所別死亡数報告、日本医師会総合政策研究機構ワーキングペーパー（地域の医療提供体制の現状と将来—都道府県別・二次医療圏別データ集—2014 年度版）、各医療圏の医師会および市町村担当者に対する現地調査（平成 26 年 10 月 11 月実施）などをもとに分析した。

【結果】

1. 平成 23 年在宅医療実施調査結果（表 1）

表1 平成23年青森県各二次医療圏毎の在宅医療実施状況

二次医療圏	在宅医療実施患者数		在宅死		人口あたりの在宅医療実施数	在宅死亡/全死亡	在宅死亡/在宅医療施行者	在宅医療におけるがん患者の割合	在宅がん死亡/在宅死亡者	在宅がん死亡/がん死亡者	がん在宅/がん死亡者
	総数	がん	総数	がん							
下北医療圏	1295	8	8	4	1.58%	0.79%	0.62%	0.62%	50.00%	1.44%	2.89%
青森医療圏	1307	84	100	22	0.40%	2.65%	7.65%	6.43%	22.00%	1.98%	7.56%
上十三医療圏	913	118	200	79	0.49%	9.12%	21.91%	12.92%	39.50%	12.74%	19.03%
西北五医療圏	290	18	52	15	0.20%	2.59%	17.93%	6.21%	28.85%	2.52%	3.02%
津軽医療圏	3474	187	137	37	1.14%	3.63%	3.94%	5.38%	27.01%	3.20%	16.19%
八戸医療圏	2448	136	208	61	0.72%	5.67%	8.50%	5.56%	29.33%	5.83%	12.99%

① 下北医療圏

在宅医療実施者数は、人口あたりでは 1.58%と他地域に比べもっと多いものの、在宅での看取りは 8 件と少なく、全死亡者に対する割合は 0.79%、在宅医療実施者に対する割合は 0.62%と、他地域に比べ極端に少ない。一方、全がん死亡者に対する在宅医療施行数の割合は 2.89%、全がん死亡者に対する在宅死亡率は 1.44%と県内では最も低い割合となっている。しかし、在宅死亡者 8 名のうち 4 名はがん疾患であり、がんの在宅医療実施者 8 名に対し、がん在宅死は 4 名となっている。

② 青森医療圏

在宅医療実施者数は、人口あたりでは 0.40%と低く、在宅での看取りは 100 件あるが、全死亡者に対する割合では 2.65%と低く、在宅医療実施者に対する割合は 7.65%であった。一方、全がん死亡者に対

する在宅医療施行数の割合は7.56%、全がん死亡者に対する在宅死亡率は1.98%と下北医療圏について低い割合となっている。

### ③ 上十三医療圏

在宅医療実施者数は、人口あたりでは0.49%と低いものの、在宅での看取りは200件と多く、全死亡者に対する割合9.12%、在宅医療実施者に対する割合21.91%は青森県内では最も高い。また、全がん死亡者に対する在宅医療施行数の割合19.03%、全がん死亡者に対する在宅死亡率12.74%ともに県内では最も高い割合となっている。

### ④ 西北五医療圏

在宅医療実施者数は、人口あたりでは0.20%と他地域に比べもっと少なく、在宅での看取りは52件で、全死亡者に対する割合は2.59%と低いものの、在宅医療実施者に対する割合は17.93%と高い。一方、全がん死亡者に対する在宅医療施行数の割合は2.52%と低く、全がん死亡者に対する在宅死亡率も3.02%と低い。しかし、在宅医療を実施したがん患者18名中15名は在宅死となっており、下北医療圏と類似したデータとなっている。

### ⑤ 津軽医療圏

在宅医療実施者数は、総数として青森県内で最も多く、人口あたりでは1.14%と青森県の三大都市を含む医療圏の中では最も高い値となっている。しかし、在宅での看取りは187件で、全死亡者に対する割合では3.63%と低く、在宅医療実施者に対する割合は3.94%であった。一方、在宅医療実施者におけるがん患者の割合は、5.38%と上十三医療圏や下北医療圏を除く医療圏なみであるが、全がん死亡者に対する在宅医療施行数の割合は16.19%と高いものの、全がん死亡者に対する在宅死亡率は3.29%と低く、がん患者の在宅医療は取り組まれているものの最後は病院などに搬送している実態があるものと思われる。

### ⑥ 八戸医療圏

在宅医療実施者数は、人口あたりでは0.72%と青森県では中間に位置し、総数として青森県内で最も多く、人口あたりでは1.14%と青森県の三大都市を含む医療圏の中では最も高い値となっている。在宅での看取りは61件で、全死亡者に対する割合では5.67%と上十三医療圏に次いで高く、在宅医療実施者に対する割合は8.50%であった。一方、在宅医療実施者におけるがん患者の割合は、5.56%と上十三医療圏や下北医療圏を除く医療圏なみであるが、全がん死亡者に対する在宅医療施行数の割合は12.29%と比較的高く、全がん死亡者に対する在宅死亡率は5.86%と全国平均より下回るが、上十三医療圏について高い割合である。

## 2. 平成24年死亡場所別死亡者数 (図1-1、図1-2、図1-3、図1-4、図1-5、図1-6)

図1-1 平成24年死亡場所別割合(下北医療圏)

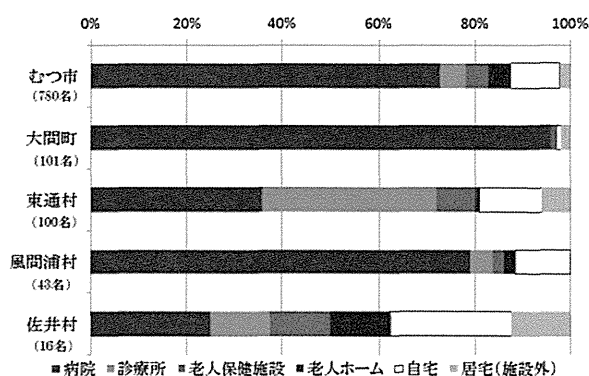


図1-2 平成24年死亡場所別割合(青森医療圏)

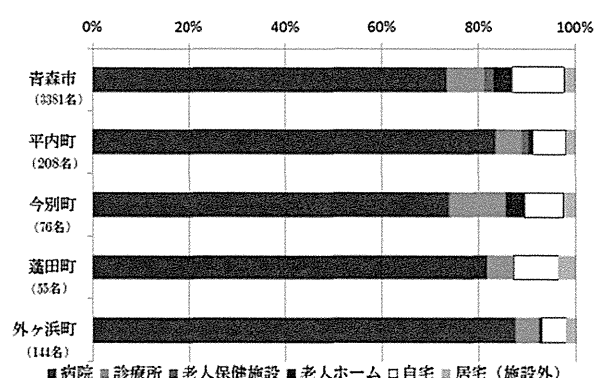


図1-3 平成24年死亡場所別割合(上十三医療圏)

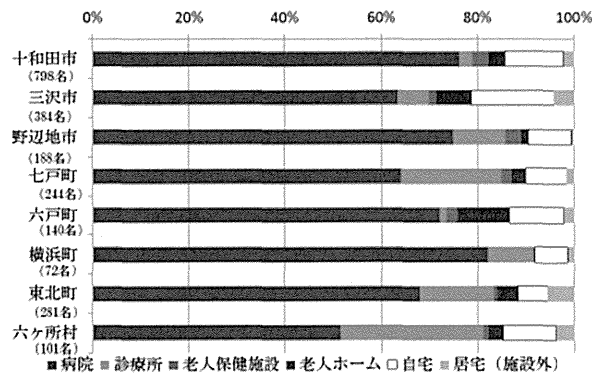


図1-4 平成24年死亡場所別割合(津軽医療圏)

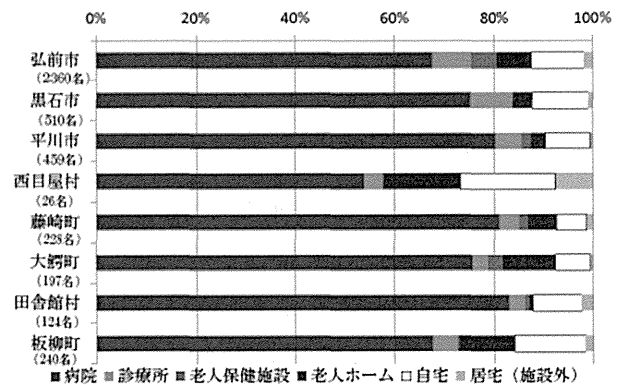


図1-5 平成24年死亡場所別割合(八戸医療圏)

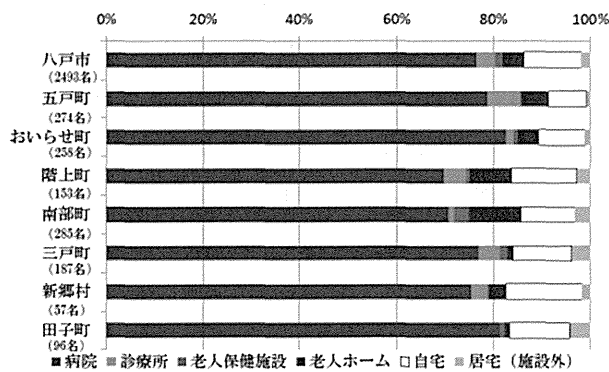
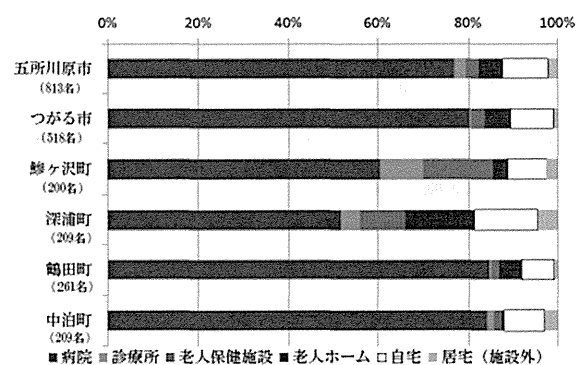


図1-6 平成24年死亡場所別割合(西北五医療圏)



各医療圏の市町村での死亡場所として、病院が比較的多いのが、下北医療圏の大間町 96%、青森医療圏の平内町 83.7%、外ヶ浜町 87.5%、津軽医療圏の田舎館村 83.1%、八戸医療圏のおいらせ町 82.6%、西北五医療圏の鶴田町 84.7%、中泊町 84.2%であった。また、病院が比較的小さいのが、下北医療圏の東通村 36%、佐井村 25%、上十三医療圏の三沢市 63.3%、六ヶ所村 51.5%、津軽医療圏の弘前市 67.6%、西目屋村 53.8%、板柳町 67.5%、西北五医療圏の鯉ヶ沢町 60.5%、深浦町 51.7%であった。

診療所が比較的多いのが、下北医療圏の東通村 36%、上十三医療圏の七戸町 20.9%、六ヶ所村 29.7%であった。

一方、老人ホームが比較的多いのが、下北医療圏の東通村 36%、佐井村 25%、上十三医療圏の三沢市 16.9%、八戸医療圏の新郷村 15.8%、階上町 13.7%、津軽医療圏の板柳町 14.2%、西目屋村 19.2%、西北五医療圏の深浦町 15.3%であった。

自宅が比較的多いのが、下北医療圏の東通村 13%、佐井村 25%、上十三医療圏の十和田市 12.2%、三沢市 16.9%、八戸医療圏の階上町 13.7%、新郷村 15.8%、田子町 12.5%、津軽医療圏の板柳町 14.2%、西目屋村 19.2%、西北五医療圏の深浦町 14.4%であった。また、居宅が多いのが下北医療圏の東通村 6%、佐井村 12.5%、津軽医療圏の西目屋村 7.7%であった。



### 3) 在宅医療関連のリソースの現状

平成23年青森県在宅医療実施調査による各二次医療圏の在宅医療実施医療機関数(表2)では、病院として多いのが八戸医療圏で、診療所として多いのが青森医療圏および津軽医療圏および八戸医療圏であり、下北医療圏、上十三医療圏、および西北五医療圏が少ない傾向にあった。

表2 平成23年青森県各二次医療圏の在宅医療実施医療機関数

二次医療圏	在宅医療実施施設数		(参考) 在宅医療実 施者総数	在宅療養支援診療所		在宅療養支援病院
	病院	診療所		通常型	強化型	強化型
下北医療圏	3	7	1295	2	0	0
青森医療圏	6	66	1307	23	0	1
上十三医療圏	8	15	913	5	0	0
西北五医療圏	8	12	290	4	0	0
津軽医療圏	8	24	3474	22	7	2
八戸医療圏	13	24	2448	13	0	0

表3 在宅療養支援施設数  
(平成26年7月現在)

在宅療養支援施設	青森県	津軽医療圏	八戸医療圏	青森医療圏	上十三医療圏	下北医療圏	全国平均
在宅療養支援診療所1	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	(0.16)
在宅療養支援診療所2	21 (1.53)	14 (4.59)	0 (0)	7 (2.15)	0 (0)	0 (0)	(2.72)
在宅療養支援診療所3	74 (5.39)	23 (7.53)	14 (4.17)	24 (7.37)	7 (3.81)	2 (2.51)	(8.47)
在宅療養支援病院1	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	(0.13)
在宅療養支援病院2	3 (0.22)	2 (0.66)	0 (0)	1 (0.31)	0 (0)	0 (0)	(0.31)
在宅療養支援病院3	2 (0.15)	0 (0)	0 (0)	2 (0.61)	0 (0)	0 (0)	(0.36)

( )は人口10万人あたりの施設数

表5 青森県二次医療圏別訪問看護ステーション数

二次医療圏	事業者数	75歳以上 1万人当たり
下北医療圏	7	6.7
青森医療圏	22	5.6
上十三医療圏	16	6.6
西北五医療圏	11	4.7
津軽医療圏	37	8.9
八戸医療圏	27	6.7
青森県	120	6.7
全国	7825	5.6

日医総研ワーキングペーパー 2014年6月24日「地域の医療提供体制の現状と未来—都道府県別・二次医療圏別データ集—」 国際医療福祉大学 高橋 奏 日医総研 江口成美 より抜粋

一方、日本医師会地域医療情報システムに掲載されている平成26年7月の時点(表3)での在宅医療支援診療所および在宅療養診療所および支援病院の施設数は平成23年より増えてはいるものの人口10万人あたりの施設数を全国平均と比較すると青森医療圏および津軽医療圏ではほぼ平均であるものの、他の医療圏は非常に少なく、在宅療養支援病院は八戸医療圏、上十三医療圏、下北医療圏にはなく、また、在宅療養支援診療所は下北医療圏に2施設しかない状況であった。

### 4) 地域医療再生基金による在宅医療推進事業に関する現地調査結果

訪問看護ステーションの事業者数(表5)は、日本医師会総合政策研究機構ワーキングペーパー(地域の医療提供体制の現状と将来—都道府県別・二次医療圏別データ集—2014年度版)によると、西北五医療圏以外は全国平均より多い傾向にあるが、実際に看取りを伴う在宅医療を支援するためには24時間応需体制が必要であり、その実態についての正確な資料がないのが現状である。

平成26年10月と11月にかけて、県担当者、青森県医師会担当者と同様、各医療圏の医師会長を含む担当者、圏域市町村の介護担当者との面談を行った。全体を通して感じたことは、医師会幹部が在宅医療を実践している地域は取り組みが積極的であること、その逆もあること、医師会自身が会員の在宅医療に関する正確な情報を持っていないこと(アンケートなどで得た情報はあり)、在宅医療に関するリソース、特に24時間対応してくれる訪問看護ステー

ションの情報が得られていないことである。以下、各医療圏における取り組み状況で特徴的と感じた項目を中心に記載する。

### ①下北医療圏

下北医療圏においては、地域再生基金による在宅医療推進事業は取り組まれていない。理由は、県による募集が年度末ぎりぎりであったこと、また、当医師会の会員が少ないためとの説明であった。この地域は海岸に面した地域に点在して集落があること、医療および介護のリソースが少ないことが、在宅医療が進まない原因とも考えられる。大間町では、ほとんどの人が大間病院で亡くなっており、地域住民の意識として最後は病院で死ぬものという認識が強いとの説明であった。一方、施設も含めた在宅死の多い地域（佐井村、東通村）もあり、これも地域特性である。

東通村は、東通診療所と村の行政担当者が連携し、古くから地域包括ケアを積極的に進めている地域であり、在宅医療を積極的に行い、村内の高齢者施設を含めた「地域内での看取り」を推進している。

表6 平成25年度死亡場所(東通村)

死亡の場所	人数(%)
病院(むつ総合病院)	3(8.8%)
診療所	14(41.1%)
施設	5(14.7%)
在宅	12(35.2%)

その結果として、平成25年度では病院死8.8%、施設死14.7%、在宅死35.2%という実績を上げている(表6)。

この成果は東通診療所の医師の地域包括ケアおよびその中核となる在宅医療に対する意識の高さにより得られているもので、このモデルは青森県の過疎地域の地域包括ケアシステム構築の一つのモデルであると思われた。

### 2) 青森医療圏

青森医療圏においては、在宅医療に特化した診療所はないものの、在宅医療に先進的に取り組んでいる診療所医師が複数おり、また、在宅緩和ケアに取り組んでいる緩和ケア病棟の医師もおり、そのネットワーク（青森在宅緩和ケア懇話会）が日常的に機能していることより、看取りを念頭においた在宅医療の受け皿として十分に機能できる体制はあると思われるが、地域全体としては在宅医療が進んでいる地域となっていない。その最大の要因は、急性期病院の医療従事者（医師および看護師）の意識であり、県立中央病院も含めて多くの急性期病院が病院完結型医療となっている。その結果あるいはその原因として、診療所医師を含めた医療従事者の地域連携あるいは在宅医療についての理解度が低く、また、地域連携部門を含めた事務部門の地域連携活動の強化が図られていない。

そして、最も大きな問題として指摘されたことが、利用者に十分な説明（病状説明、在宅医療で提供される医療の内容、今後の病状予測など）がなく、また、紹介される時期が遅い（病状がかなり悪くなってから紹介される）ことであった。

### 3) 上十三医療圏

筆者が地域緩和ケア支援ネットワークを構築した十和田市周辺においては、開業医の高齢化が進み、訪問診療はほとんど行われていない地域であり、それ以外の地域では在宅医療が地域の開業医により代々行われている。このため、十和田市においては、病院医師が訪問診療を担当し補足しているが、今後の体制構築においては医師会が主導して必要があると思われる。ただし、医師会として、医師会員以外の現状が把握できないという指摘があった。

### 4) 西北五医療圏

西北医療圏においては、海岸に沿って点在する集落が多く、訪問診療は行っているものの全域をカバーするのは現状の医師の数では無理であること、これをカバーするには24時間対応の訪問看護ステーションが必要であること、この訪問看護ステーションも利用者が多くないと経営を維持できないことなどが説明された。

## 5) 津軽医療圏

### 図2 弘前医師会の在宅医療推進事業



・「弘前地区在宅医療支援センターそよかぜ」  
平成26年4月開設  
弘前医師会館に開設  
専任の看護資格をもって職員を配置  
・医療機関および介護事業所との情報共有システム(IT)を導入

津軽医療圏は弘前医師会と南黒医師会の二つの医師会がある。

弘前医師会は、平成25年度から在宅医療推進事業には積極的に取り組んでおり、各種会議、多職種連携研修会などを開催するほか、「弘前地区在宅医療支援センターそよかぜ」を医師会内に開設、専任の職員を配置し相談業務を強化させている。また、ITによる医療と介護の情報共有事業も開始しており、このモデルは青森県における地域包括システム構築の都市型モデルとなりうるものと思われた。なお、地域医療再生基金後の支援センターおよびITの維持費について心配しており、「基金」の活用の有効性が示唆された。

一方、弘前医師会に隣接する南黒医師会においては、医師が少ない、訪問看護ステーションが少ないなど在宅医療に関するリソースの問題があり、この解決策としてやはり24時間体制の訪問看護ステーションの確保が重要課題と思われた。また、弘前医師会も南黒医師会もITの共同利用を考慮しており、今後の「基金」の有効活用のモデルとなるものと思われた。

## 6) 八戸医療圏

八戸医療圏の八戸市においては、在宅医療に積極的に取り組む診療所が数か所あるが、医師会全体としての取り組みは今年度からであり、事業としての成果はこれからのように思えた。

### 【考察】

これまで得られた資料と実際の在宅医療の現場を俯瞰すると、青森県の在宅医療は、特に看取りを伴う在宅医療は地域システムとして、また、実践活動としてまだまだ普及していないのが現状である。その阻害因子と課題、そして課題解決のための戦略について、以下考察した。

阻害因子として特に重要と思われる項目は、急性期病院の医療従事者の意識、急性期病院における地域連携部門の体制強化の遅れ、24時間対応してくれる訪問看護ステーションの不足、訪問診療医の不足、地域住民の意識、冬の交通環境などである。この順番は筆者が考える重要度の順位を示している。

#### 1) 急性期病院の医療従事者の意識

この意識とは、最終目標として治すことを目指す意識、具合が悪い場合はどのような病態であっても入院させ治療を行う意識、すなわち病院完結型医療を目指す意識であり、地域連携や地域を念頭におかない意識である。この意識は特にがん疾患で強く働き、緩和ケアの普及と共にがんの在宅医療が進んでいない最大の要因であると思われる。

このため、自然の経過として死を迎えることが予測される場合でも、何らかの（延命的）治療が提示されるものの、在宅医療あるいは在宅での看取りという選択肢が提示されておらず、受け皿があるにも関わらず看取りを伴う在宅医療が進まない（青森医療圏など）、在宅医療が比較的行われているにも関わらず在宅死が少ない（津軽医療圏）結果となっている。また、在宅医療の対象者が増えないことが、訪問診療医を含めた地域リソースの充実を阻む結果（青森県全域）となっている。

そして、その一方で、病状がかなり悪くなってから在宅医療が勧められ、病状や今後の病状の推移に関して十分な説明がないまま紹介される事例も増えてきており、この場合、患者や家族は見捨てられ感を引きずったまま、在宅医療に係るスタッフは信頼関係を十分に築く時間的余裕のない状態で、在宅医療が提供される状況となっている事実もあり、医師会として在宅医療体制を積極的に進められない要因となっている。

さらに、病状が最悪の状態ですぐ急性期病院の救急部門に搬送されることにより、急性期病院の医療スタッフの業務負担を増し、人生最期の時間をあわただしい雰囲気ですごす結果ともなり、医療従事者および家族の満足感を低下させている。

病院勤務医が、高齢者を含めて、「生命を脅かす」病状や病態であると診断した時点で、治す治療法を提示し説明するだけでなく、治療を受けながらあるいは治療を受けないでどのように生活していきたいのか本人や家族に問いかけること、また、治らない病状となった時、あるいは病状悪化が予測される時に、どのような場で療養したいのか問い、急性期病院では入院が難しいことなどの説明を補足することで、在宅医療のニーズは広がり、地域住民や地域医療機関および介護機関の意識の変容が促せるものと思われる。

## 2) 急性期病院地域連携部門の体制強化の遅れ

急性期病院における地域連携部門は地域連携の要となる部門であり、円滑な連携の遅れは在院日数の延長と、特に青森県中央病院や八戸市民病院などの大病院におけるベッドの有効利用の阻害因子となっており、平成26年度の診療報酬改定で在宅復帰率が要件に組み込まれる以前においても病院経営の大きな課題であった。青森県全域においては、前方連携体制は整備されているものの後方連携体制の整備が遅れているものと推測される。この理由として、対応する職員の人材不足、特にソーシャルワーカーの不足、担当職員の在宅医療や地域医療に関する知識不足、地域連携室のリーダーシップの不足などがあげられる。

したがって、今後、地域連携室の人員の強化、特にソーシャルワーカーの増員とソーシャルワーカーへの医学教育および看護部との連携強化によるメディカルソーシャルワーカーとしての役割付与が必要と思われる。なお、このためにも、国としてメディカルソーシャルワーカーの医療職として資格を明確化するなどの検討が必要と思われる。

## 3) 訪問看護ステーションの不足

訪問看護ステーションに関して今回の得られた情報（表5）においては、数値上青森県は西北五医療圏を除くすべての医療圏において訪問看護ステーションの事業所数が75歳以上1万人当たりの全国平均（5.6）を上回っており、特に津軽医療圏では8.9と大幅に上回っている。そして、この数値が津軽医療圏において訪問診療数が多い理由の一つとなっている可能性と、訪問診療が多いことが訪問看護ステーション数の多い理由になっている可能性が示唆される。青森県の大都市である八戸市、青森市、弘前市では事実訪問看護ステーションが多いものの、この地域以外では非常に少ないという現実、また、看取