

## 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

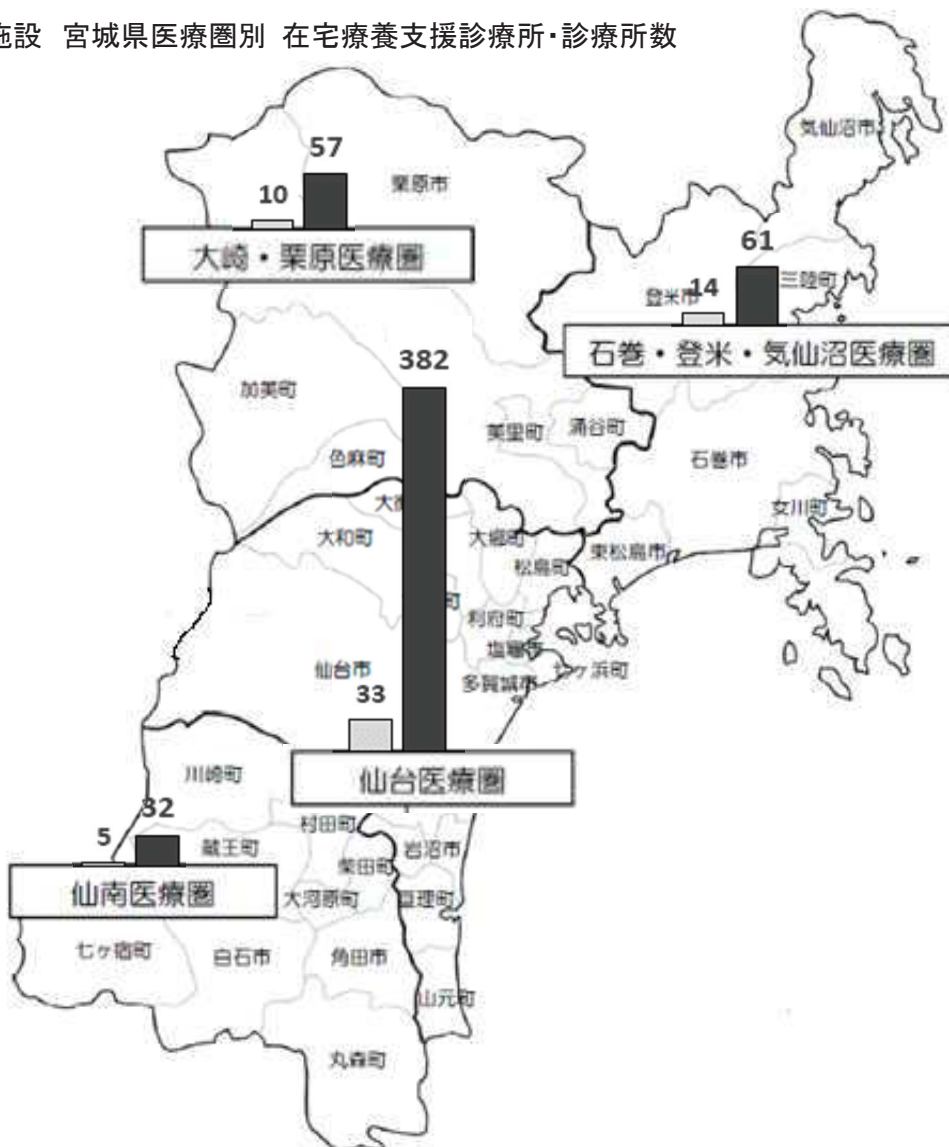
時期：平成26年7月

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

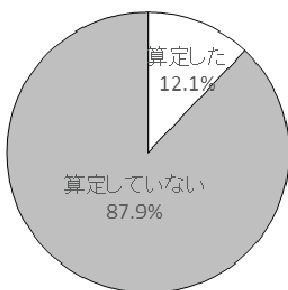
(内訳：看取りを実施していると回答のあった診療所 70 ヶ所、看取りに関して未回答だが看取り実績のある診療所 5 ヶ所、看取りしていないと回答あったが看取り実績のある診療所 4 ヶ所)

③看取り非実施診療所 453 ヶ所

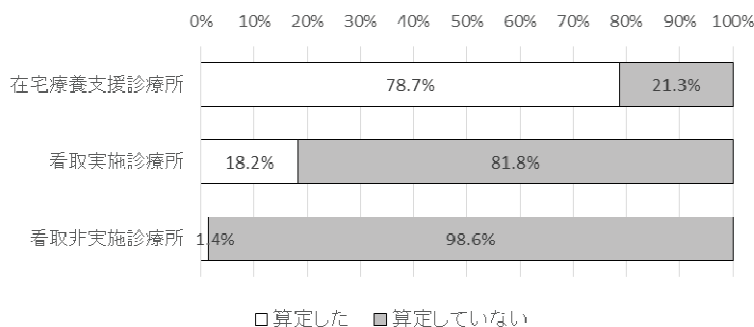
(内訳：看取りしていないと回答のあった診療所 442 ヶ所、看取りに関して未回答で看取り実績のない診療所 11 ヶ所)

【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)

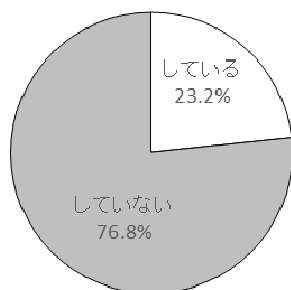


種別	算定した	算定していない	合計	
在宅療養支援診療所	48	13	61	100.0%
看取実施診療所	14	63	77	100.0%
看取非実施診療所	6	419	425	100.0%
全体	68	495	563	100.0%

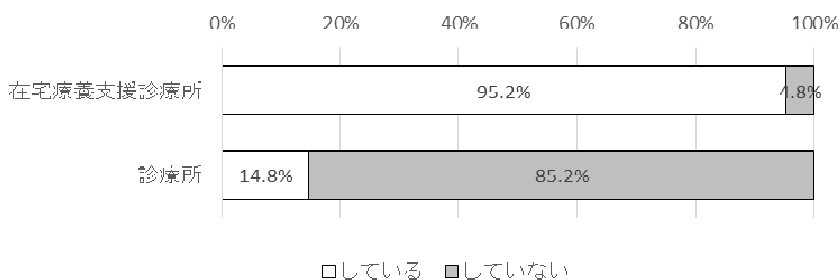
在宅時医学総合管理料を算定している診療所は、全体の中の 12.1%であった。診療所の種別ごとにみると、算定しているのは在宅療養支援診療所では 78.7%、診療所においては看取りを実施している所であっても 18.2%のみであった。

【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)

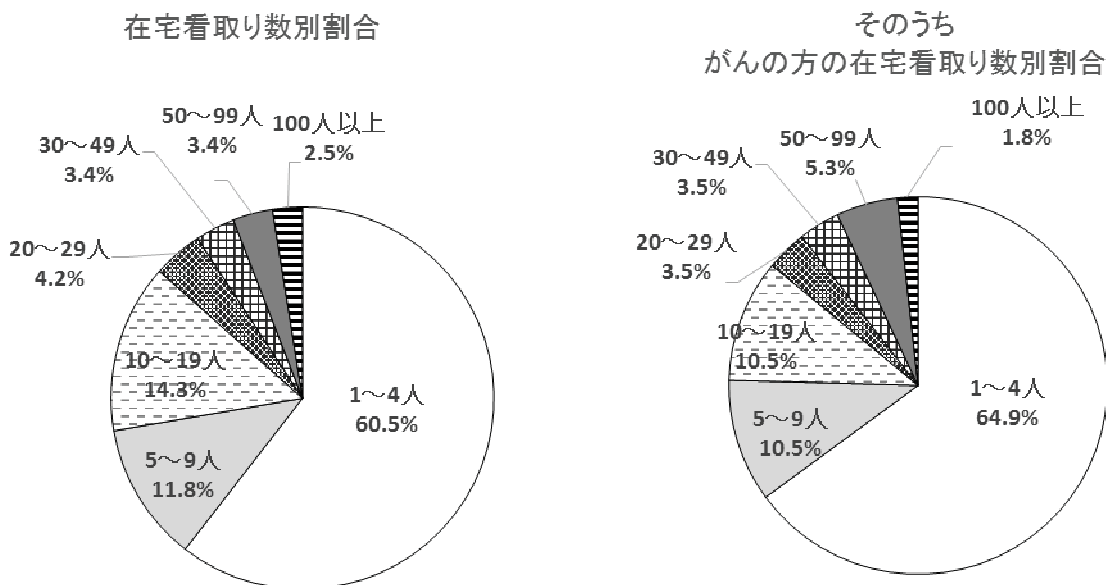


種別	している	していない	合計	
在宅療養支援診療所	59	3	62	100.0%
診療所	79	453	532	100.0%
全体	138	456	594	100.0%

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

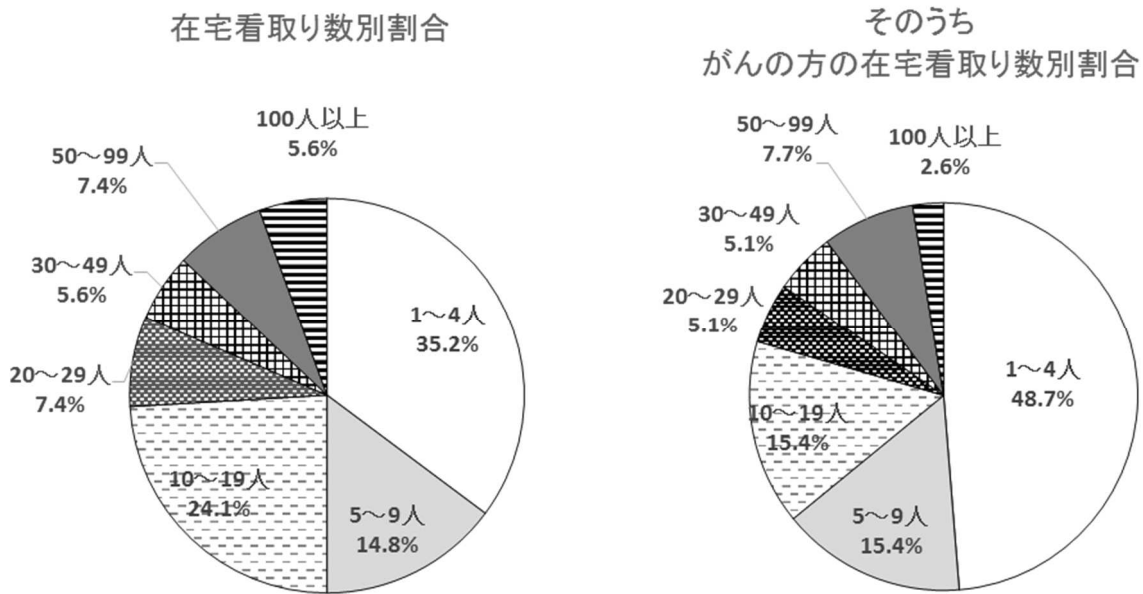
看取った人数	
平均	13.0
標準誤差	3.0
中央値	2.0
最頻値	1.0
標準偏差	33.2
分散	1099.6
尖度	39.9
歪度	5.7
範囲	283.0
最小	1.0
最大	284.0
合計	1543.0
標本数	119.0

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

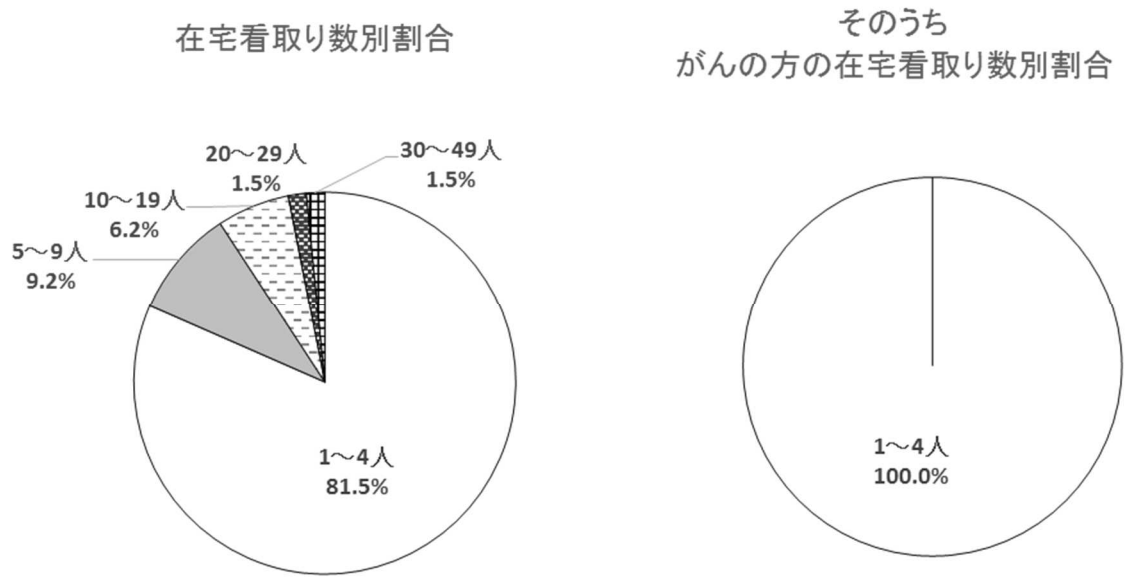
看取った人数	
平均	24.4
標準誤差	6.3
中央値	9.5
最頻値	1.0
標準偏差	46.6
分散	2172.3
尖度	18.4
歪度	3.9
範囲	283.0
最小	1.0
最大	284
合計	1315
標本数	54

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

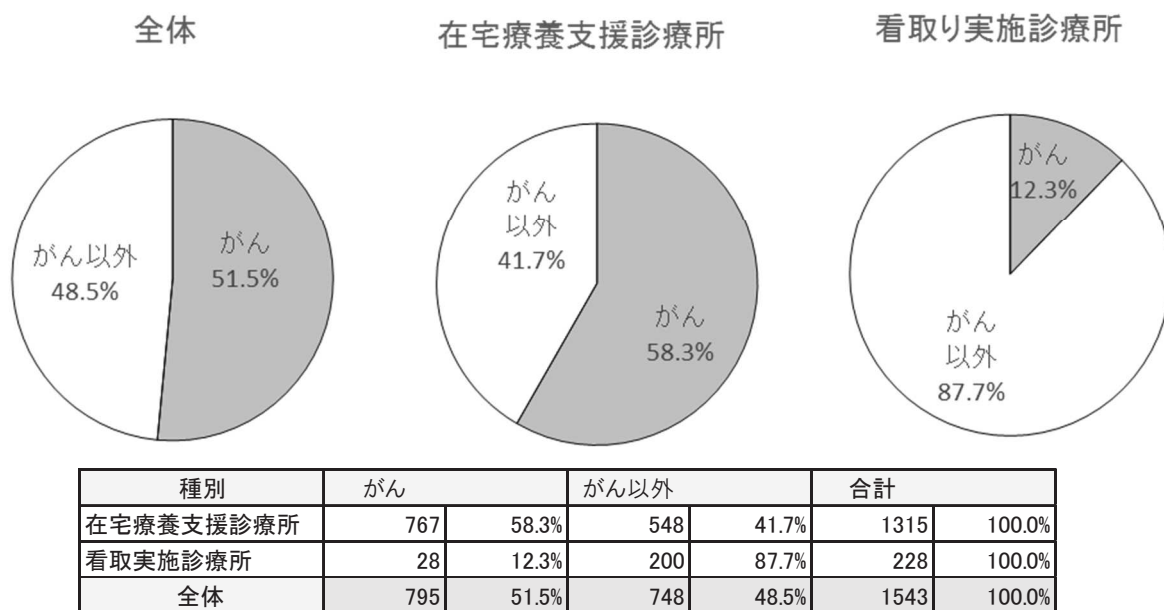
看取った人数	
平均	3.5
標準誤差	0.7
中央値	2.0
最頻値	1.0
標準偏差	5.3
分散	28.3
尖度	12.5
歪度	3.3
範囲	30.0
最小	1.0
最大	31.0
合計	228.0
標本数	65.0

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。

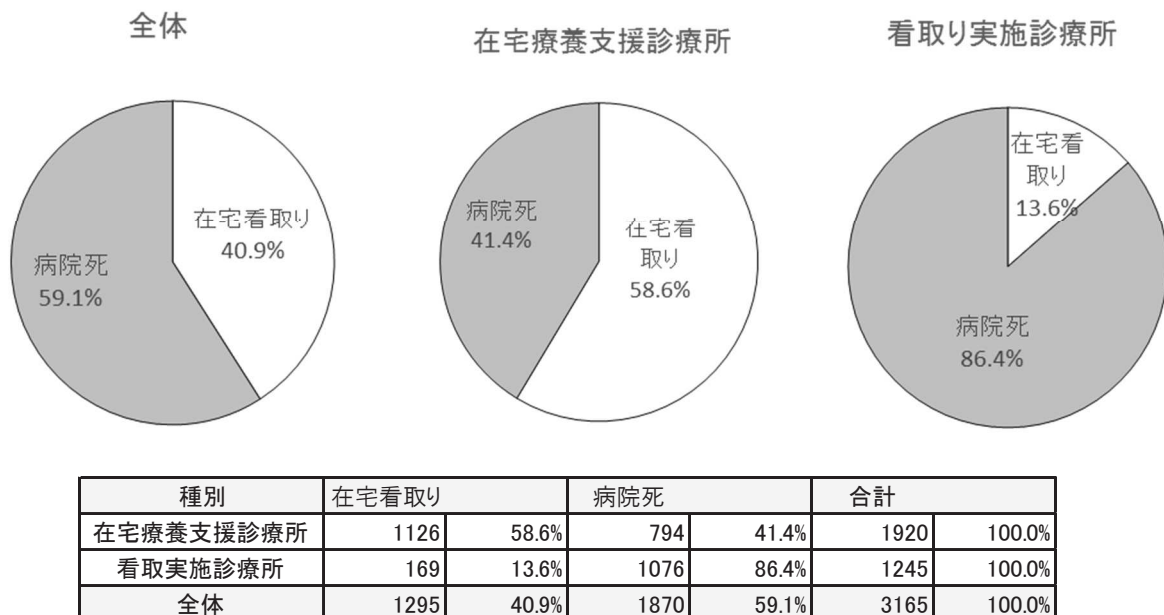
【図 12】 1年間で看取った人数のうち、がんとがん以外の患者の割合



看取りをした人数のうち、がんの方とがん以外の方の割合は、全体で見ると約半々になるが、種別ごとにみると、がんの方の割合は、在宅療養支援診療所では 58.3%、看取りを実施している診療所では 12.3%と大きな差があった。

【図 13】 2-2). 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

在宅看取りと病院死の比率

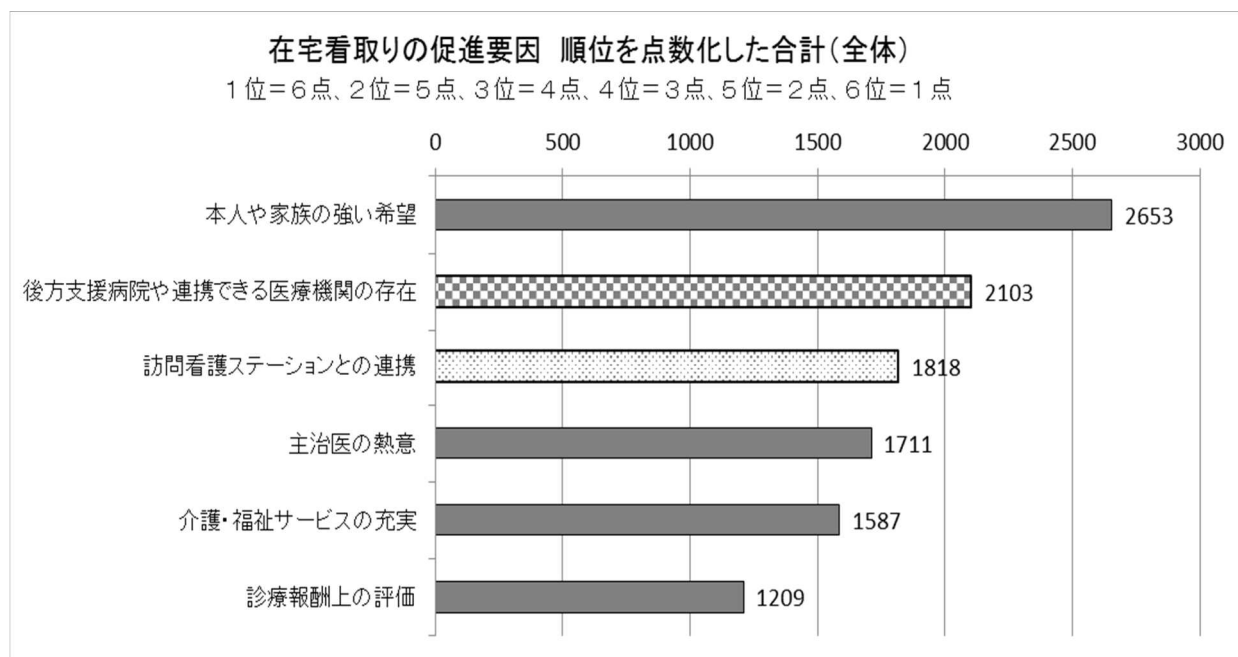


在宅看取りと病院死の割合は、全体では在宅看取り約 40.9%、病院死が約 59.1%であった。在宅療養支援診療所では在宅看取りが 58.6%と病院死よりも多かった。看取りを実施している診療所では病院死が 86.4%であった。



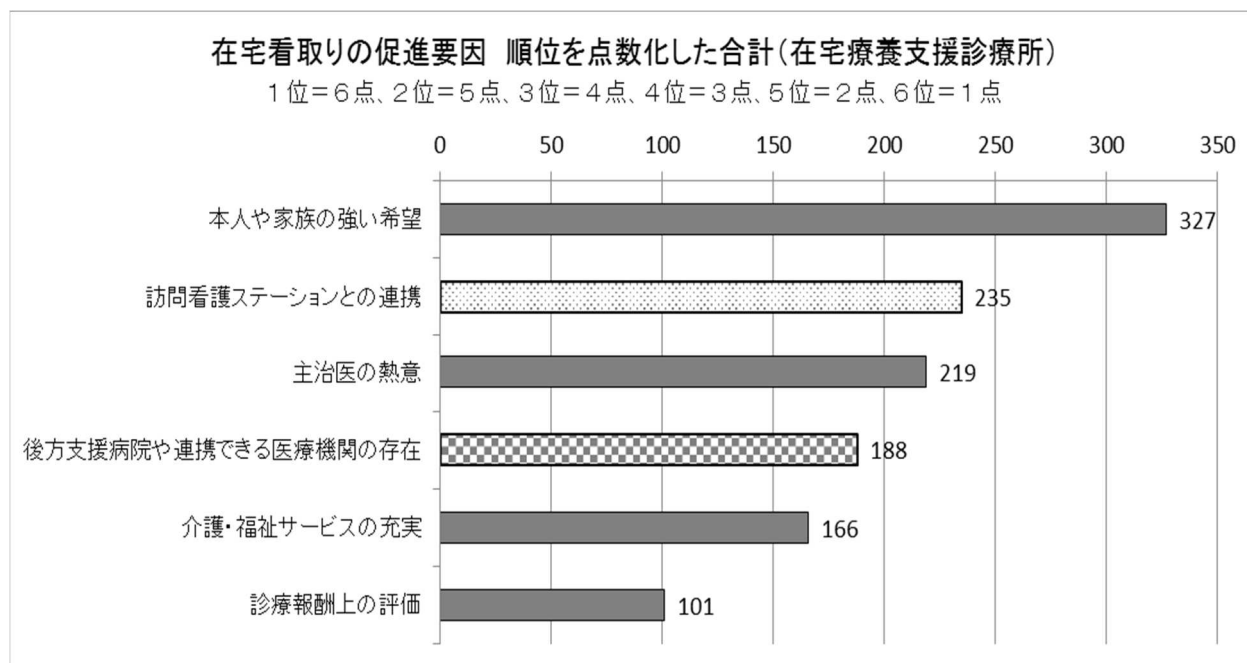
3. 在宅看取りの促進要因は何だと思いますか。重要と思われる順に 1~6 の数字を入れてください

【図 14】 全体



在宅看取りの促進要因に関して、診療所全体を合わせた回答は「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位となっている。看取りを実施していない診療所と全て同じ順位である。

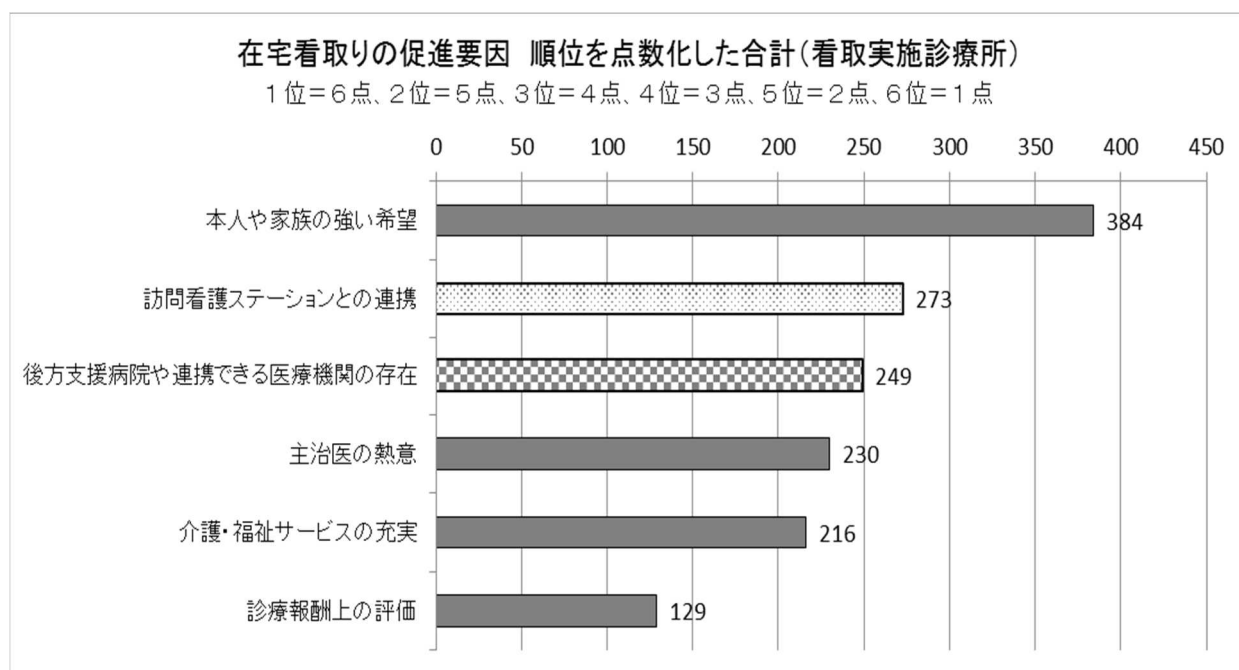
【図 15】 在宅療養支援診療所



在宅療養支援診療所からの回答では、全体で2位となっている「後方支援病院や連携できる医療機関の存在」が4位となっており、全体では3位の「訪問看護ステーションとの連携」が、2位と上がっていた。また、全体では4位の「主治医の熱意」も3位に上がっていた。

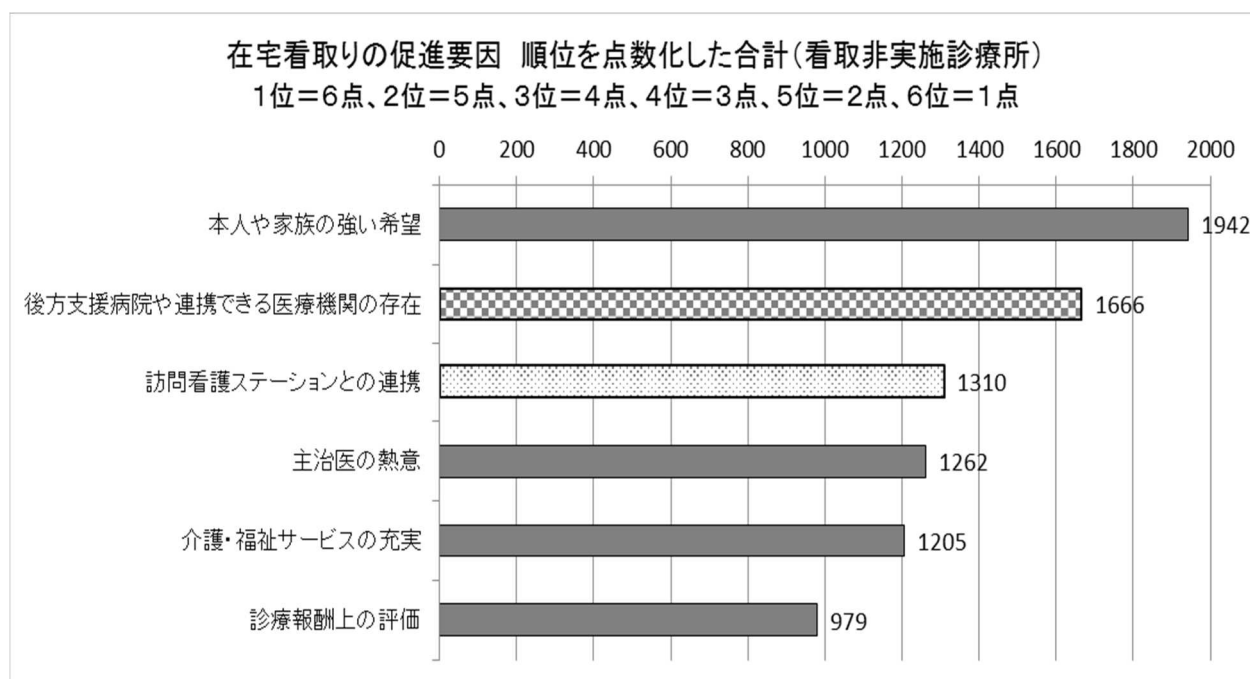


【図 16】 在宅看取りを実施している診療所



看取りを実施している診療所からの回答では、全体で2位となっている「後方支援病院や連携できる医療機関の存在」が3位と下がっており、全体では3位の「訪問看護ステーションとの連携」が、2位と上がっていた。

【図 17】 在宅看取りを実施していない診療所



看取りを実施していない診療所からの回答では、全体と同様に「後方支援病院や連携できる医療機関の存在」が2位で、「訪問看護ステーションとの連携」が3位であった。

**考察：**在宅看取り実施に関し、在宅療養支援診療所とそれ以外の一般診療所とでは、95.2%対14.8%と大きく乖離しており、在宅看取り比率も、在宅療養支援診療所 58.6%に対し、一般診療所では 13.6%で、これまた大きく乖離していた。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、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。

第 1 次調査で、在宅看取りを実施していない施設や、実施していても割合が低い施設では、在宅看取りの促進要因として「後方支援病院や連携できる医療機関の存在」に重きを置いていた。先行調査も同様であった。

先行調査の例として、2013 年 10 月に、横浜内科学会・朝日新聞横浜総局が実施した「在宅での医療と看取（みとり）」調査の概要を記す。在宅看取りの現状と課題を尋ねるアンケートは、同会所属の診療所・病院 376 カ所に郵送され、55 カ所から回答を得た（回収率約 15%）。在宅での看取りを経験した 34 カ所の医療機関に、看取りを増やすために必要なことを複数回答で尋ねてみると「かかりつけ医が在宅医療にかかわる仕組み作り」としたのが、17 カ所で最も多かった。「一般向けの啓発」「看取りに関して診療報酬を手厚くする」が、それぞれ 16 カ所、「(24 時間対応などが義務づけられた)在宅療養支援診療所の要件緩和」(12 カ所)、「在宅専門医の増加」(9 カ所)と続いた。(朝日新聞 2014 年 1 月 14 日掲載)「このアンケートからまず見えてくるのは、在宅医たちが、患者が急変した時に必ず預かってくれる「後方支援病院」を求めている、ということだ。」(朝日新聞 2014 年 1 月 17 日掲載)

在宅看取りを実施していない施設は、「後方支援病院や連携できる医療機関の存在」を当てにするがゆえに、みずから看取りができないでいる可能性がある。一方で、在宅看取りをすでに実施している施設は、「後方支援病院や連携できる医療機関の存在」をさほど重視していない。

つぎに、本研究とほぼ同時期に行われた調査においても、すでに在宅医療を経験しているグループは、「新規にはじめようとするグループに比べて、全体的に「大変」という回答の割合が低い。」という結果であった。前田由美子「2014 年度診療報酬改定に係る診療所調査結果—かかりつけ医機能と在宅医療を中心に—」日医総研ワーキングペーパーNo.330、2014 年 12 月 16 日 日本医師会総合政策研究機構

<http://www.jmari.med.or.jp/download/WP330.pdf>

2014 年度診療報酬改定の影響を把握するため、2014 年 10 月～11 月に、日本医師会会員のうち、診療所開設者および管理者から無作為に 20 分の 1 抽出した 3,413 人に対し、2014 年 10 月 10 日に郵送で調査票を発送し、返送は 11 月 7 日郵送到着分まで受け付けた。不達が 3 件あったので実質対象者は 3,410 人である。回答数は 1,519 人（回答率 44.5%）である。「在宅医療の最大の障壁は「緊急時の対応」である。体力面での不安も大きく、在宅医療を担う診療所医師の業務負担軽減も必要である。」

「在宅医療を行う上で特に大変であると感じているのは、「緊急時の対応」がもっとも多く 75.4%であった。現在、在宅医療を行っていない医師も含めての回答であり、「緊急時の対応」が在宅医療参入の障壁になっているようである。ついで「自身の体力」で 52.9%である。近年、病院勤務医師の勤務環境改善が図られてきたが、在宅医療を担う診療所医師の業務負担軽減も必要である。また、「在宅での看取り」が大変という回答も約 4 割ある。さらに「緊急時に入院できる病床の確保」も

35.7%であり、緊急時の受け皿が整っていない現状がうかがえる。」【図 18】

「診療報酬上の要件（緊急往診、在宅看取り）が厳しくなったため、機能強化型在支診（連携型）2割強が、改定以降、従来型在支診になるか、または在支診ではなくなっている。在支診以外の診療所も相当数の緊急往診、在宅看取りを担っている。」

「以下のグループ分けをして、それぞれ在宅医療を行う上で大変と回答した項目を集計した。

【今後、在宅医療を拡充・継続する予定のグループ（拡充・継続）】

このグループは、在宅医療に必要なコストの捻出が大変という回答が比較的上位に挙がっている。在宅医療に前向きなグループであり、重症患者に高度な在宅医療を提供するなどして、在宅医療のコスト負担が重荷になっているのではないかと推察される。さらに、在宅医療を進めるためには、患者だけでなく患者家族との関係が重要であることがうかがえる。なお、すでに在宅医療を経験しているグループは、新規にはじめようとするグループに比べて、全体的に「大変」という回答の割合が低い。

【在宅医療から縮小・撤退しようとしているグループ（縮小・撤退）】

自身の体力や他院との連携が大変で、縮小、撤退に向かおうとしている。医師自身も高齢化していること、また地方では連携先もなく、高齢の医師が孤立無援になっているおそれがある。

【これから在宅医療に新規参入しようとしているグループ（新規参入）】

他のグループに比べると、認知症、がんについての知識や医療技術の習得が大変だと感じている。在宅医療について相談できる医師も求められており、先輩医師の積極的な支援が望まれる。さらに、多職種との連携も大変と感じており、地域の関係者の支援も必要である。

【在宅医療の予定がないグループ（予定なし）】在宅医療についての知識や医療技術の習得が負担になっている。第一歩を踏み出せそうな入門編的な講習会も有効ではないかと考えられる。また、他のグループに比べて、自院の看護職員の確保、訪問看護ステーションとの連携を大変と感じている。医師と看護職員が協働できる体制を整えば、在宅医療に踏み出せる可能性もある。」【表 1】

【図18】 在宅医療を行う上で大変なこと



【表1】 在宅医療について特に大変と感じていること（複数回答）

網掛けは各項目ごとにもっとも回答比率の高いグループ  
下線つき数字は、当該グループの上位5位

	拡充・継続 (n=419)	縮小・撤退 (n=134)	新規参入 (n=83)	予定なし (n=813)
1 緊急時の対応	81.4	87.3	84.3	72.6
2 在宅での看取り	45.1	49.3	50.6	37.0
3 在宅医療全般についての知識や医療技術の習得	13.6	13.4	25.3	24.7
4 認知症についての知識や医療技術の習得	11.5	7.5	22.9	18.7
5 がんについての知識や医療技術の習得	12.6	9.7	22.9	14.3
6 介護保険制度に係る知識の習得	13.8	13.4	24.1	16.6
7 自身の体力	47.7	66.4	45.8	56.0
8 在宅医療について相談できる医師の確保	10.0	8.2	16.9	14.4
9 自院における在宅医療を行う医師の確保(回答医師本人以外)	21.2	25.4	39.8	33.3
10 自院における在宅医療を行う看護師・准看護師等の確保	19.8	26.1	32.5	39.5
11 緊急時に入院できる病床の確保	37.2	44.8	45.8	33.5
12 他院の医師との連携	20.5	26.9	22.9	18.2
13 歯科医師との連携	5.5	6.0	9.6	8.7
14 保険調剤薬局や薬剤師との連携	6.4	3.7	14.5	10.0
15 ケアマネジャーとの連携	11.5	9.0	18.1	12.9
16 訪問看護ステーションとの連携	11.2	9.0	10.8	11.8
17 多職種とのコミュニケーション	11.9	6.7	16.9	11.3
18 連携のためにITを利用すること	8.1	12.7	15.7	11.7
19 患者さん家族への心のケア	11.9	6.0	12.0	12.5
20 患者さん家族の理解を得ること	17.2	12.7	15.7	12.4
21 在宅医療に必要な医療機器や医療材料等のコストの捻出	23.9	24.6	25.3	22.8

出典

日本医師会総合政策研究機構 前田由美子：2014年度診療報酬改定に係る 診療所調査結果 - かかりつけ医機能と在宅医療を中心に -、日医総研ワーキングペーパー No.3302014年12月16日

## 2次調査

**結果：**宮城県内の在宅療養支援診療所（悉皆）144 施設及び、1次調査に協力していただいた在宅療養支援診療所ではない一般診療所 527 施設、計 671 施設を対象に、平成 26 年 11 月に 2 次調査を実施した。回収数 105、回収率は 15.6%であった。施設別内訳では、在宅療養支援診療所 14 施設、回収率 9.7%、診療所 91 施設、回収 17.2%であった。

在宅看取りの実施は、31.4%であった。在宅療養支援診療所では、100.0%、一般診療所では 20.9%が在宅で看取っていた【図 19】。

「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、先生が望むこと、必要と思われること」を自由に記載してもらった。在宅看取りを実施している施設と、実施していない施設に分け、記述内容をカテゴリー化して集計した。

### ■「本人家族」

在宅看取りを実施している施設では、「今後の経過の説明と理解」「本人家族の意向の一致」「在宅看取りに対する希望と覚悟」「十分な話し合い」「家族の理解と協力」の順であった。在宅看取りを実施していない施設では、「在宅看取りに対する希望と覚悟」「今後の経過の説明と理解」「家族の理解と協力」「十分な話し合い」「家族の負担と負担の軽減」の順であった。「看取りに対するマニュアルがほしい」との意見も複数あった。共通に挙げられるのは、「今後の経過の説明と理解」であった【図 20】。

### ■「病院」

在宅看取りを実施している施設では、「入院必要時の受け入れ体制」「入院中の本人家族への在宅医療の説明」「入院中の在宅への引き継ぎ」「病院スタッフの在宅医療の知識の普及」の順であった。在宅看取りを実施していない施設では、「入院必要時の受け入れ体制」「在宅側への助言や支援」「在宅支援のマンパワーの確保」の順であった。共通に挙げられるのは、「入院必要時の受け入れ体制」であった【図 21】。

### ■「ケアマネジャー」

在宅看取りを実施している施設では、「多職種との連携」「医師との意思疎通」「個別支援」「在宅医療・在宅看取りの説明」、在宅看取りを実施していない施設では、「本人家族の身近でのサポート」「正確な情報伝達」「多職種との連携」「本人家族と医療機関との調整」であり、共通に挙げられるのは、「多職種との連携」であった【図 22】。

### ■「訪問看護師」

在宅看取りを実施している施設では、「欠かせない役割」「医師との意思疎通」「本人家族の意向の汲み上げ」の順、在宅看取りを実施していない施設では、「医師との意思疎通」「生活全般の支援」「欠かせない役割」「正確な情報伝達」「連携困難」の順であった。共通に挙げられるのは、欠かせないパートナーとしての役割を担うために、「医師との意思疎通」を大事にしてほしいという内容である【図 23】。

### ■「訪問介護員」

在宅看取りを実施している施設では、「本人家族のサポート」「医師との意思疎通」「在宅看取りの知識」の順、在宅看取りを実施していない施設でも、「本人家族のサポート」「多職種との連携」「医師との意思疎通」であった【図 24】。



### ■ 「診療報酬」

在宅看取りを実施している施設では、「現状でよい」「要件の緩和」、在宅看取りを実施していない施設では、圧倒的に「診療報酬を高く」が多く、「現状でよい」が続く。在宅看取りを行っていない施設のほうが、診療報酬のアップをより重視している【図 25】。

### ■ 「機能強化型在宅療養支援診療所」

看取り実施施設、非実施施設共通に「申請書類や条件の緩和」「連携体制の構築」を挙げている【図 26】。

### ■ 「看取りを担当する診療所の医師」

在宅看取りを実施している施設では、「本人家族との信頼関係」「十分な説明と実施体制」「一般外来と訪問診療の両方を実施するのは困難」「複数医師」の順、在宅看取りを実施していない施設では、「負担の軽減」「24 時間対応」「本人家族との信頼関係」「複数医師」の順であった。実施していない施設の方がより負担感が大きい【図 27】。

### ■ 「その他」

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ざと言われてるように思います。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。

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【表 2】。

## 2 次調査

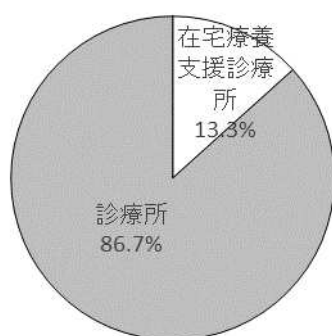
時期：平成 26 年 11 月

対象：宮城県内在宅療養支援診療所（悉皆）144 施設及び、1 次調査に協力していただいた在宅療養支援診療所ではない一般診療所 527 施設

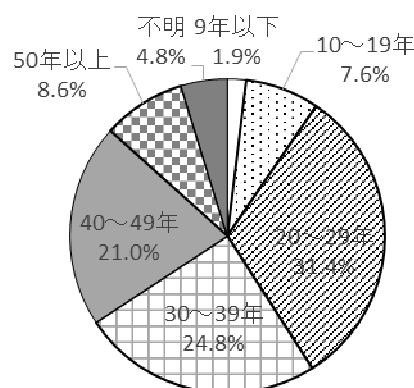
方法：郵送にて調査票を配布

回収数：105 回収率＝15.6%（内訳下表の通り）

回答施設種別 (n=105)



医師経験年数 (n=105)



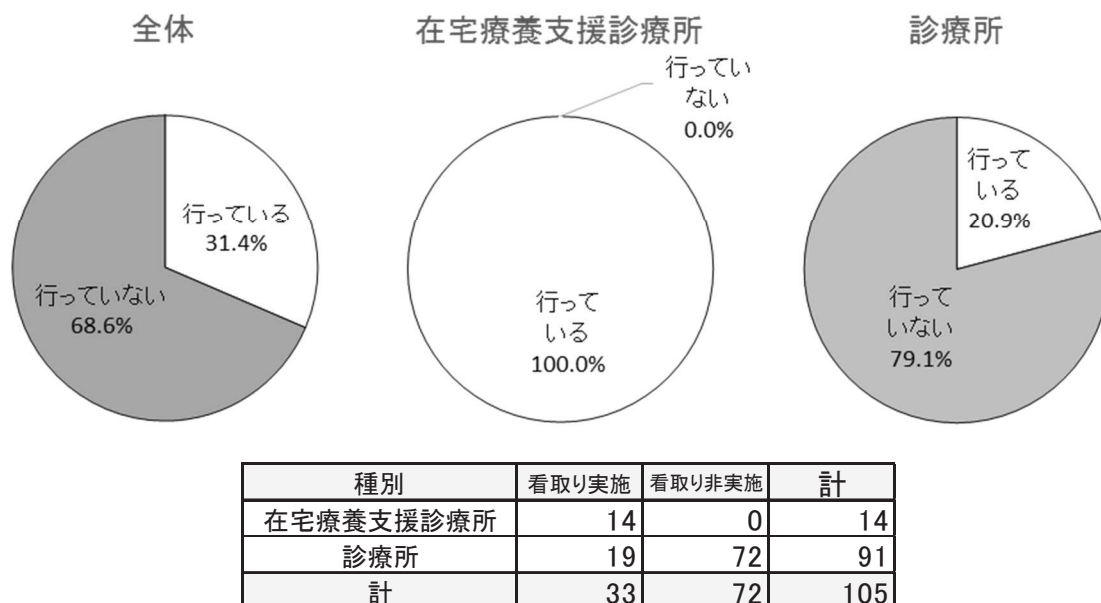
種別	在宅療養支援診療所	診療所	総計
施設数	14	91	105

経験年数	9年以下	10～19年	20～29年	30～39年	40～49年	50年以上	不明	計
施設数	2	8	33	26	22	9	5	105



## 2 次調査結果

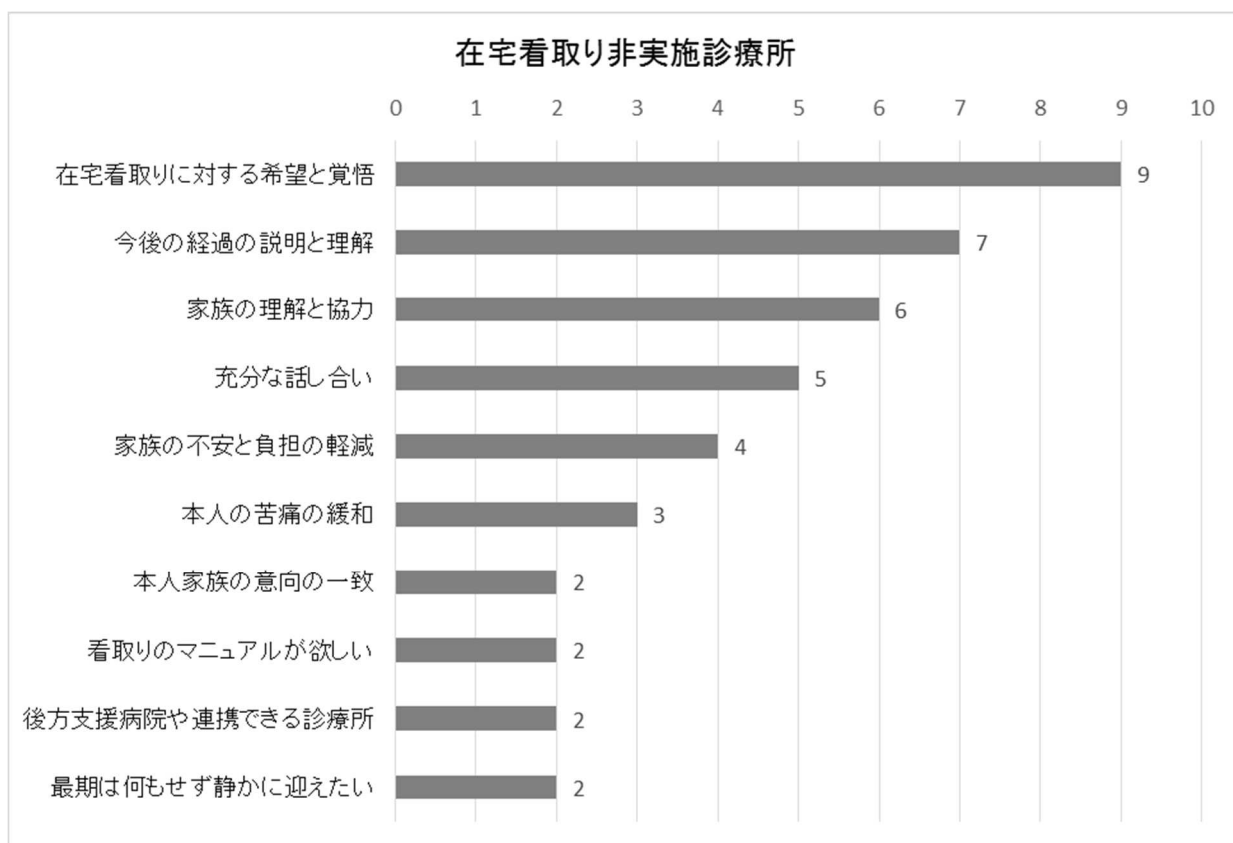
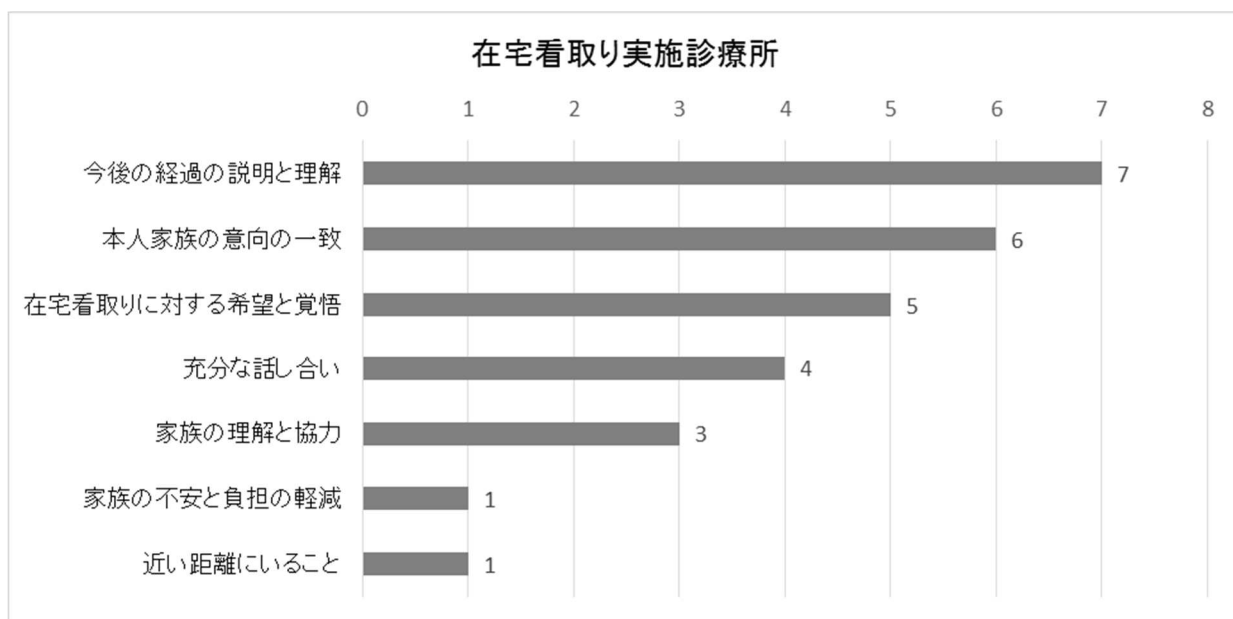
【図 19】 1. 先生は在宅看取りを行っていますか。



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。(自由記述)

- 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

【図 20】 2-1) 本人・家族



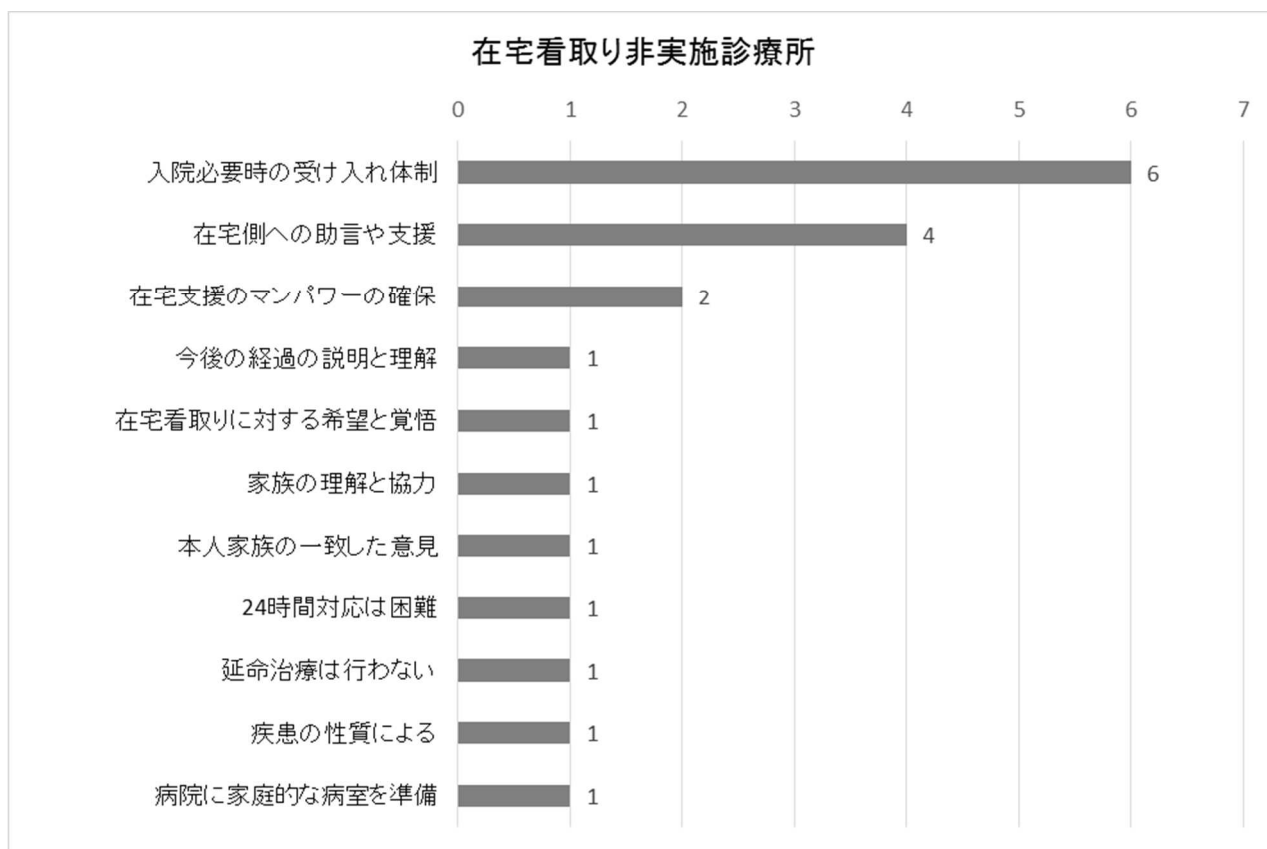
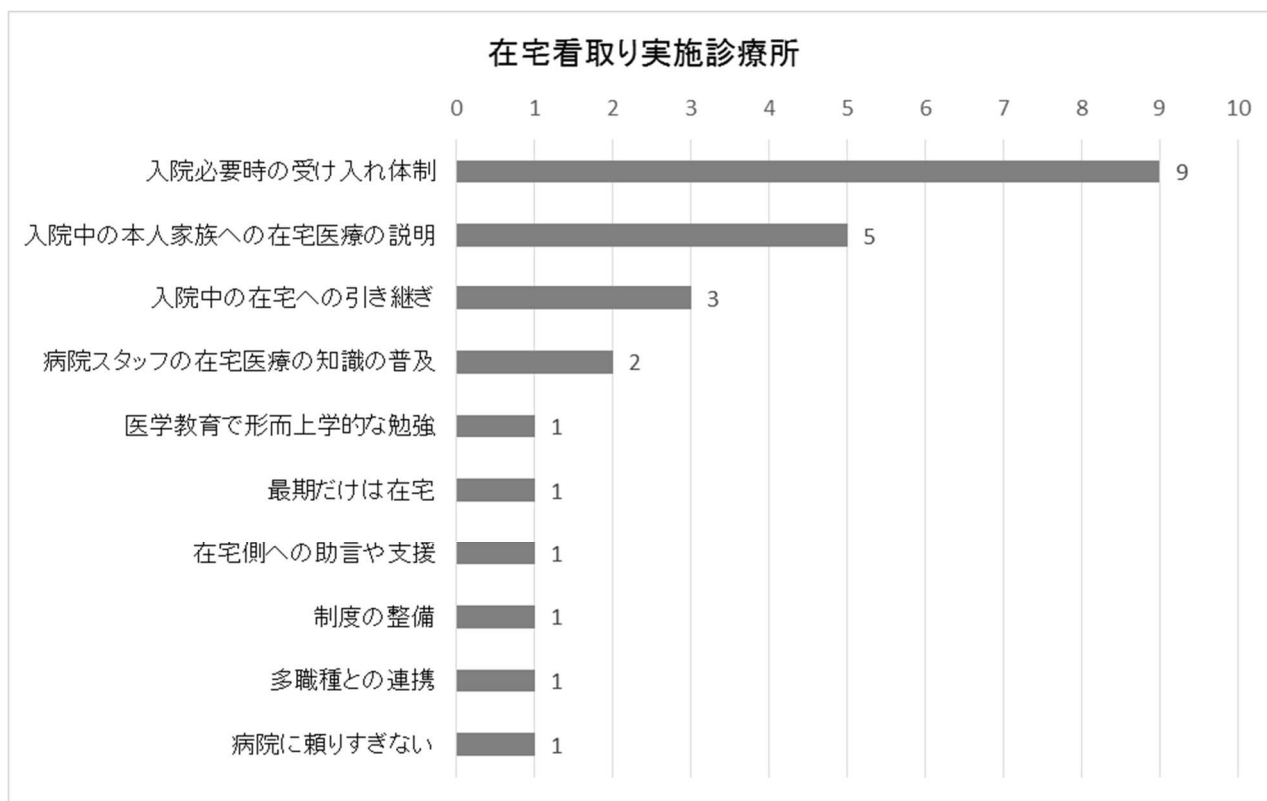
記述のまま掲載

No.	1) 本人・家族 在宅看取り実施診療所	種別	臨床経験年数
1	今後どのような経過をたどり、最期を迎えるのかについての想像がつかかどうか。その為には、医師や支えるスタッフに対して不安や理想・思いを十分に伝えられるかが重要。何でも声に出していただく事がよいと考える。又、本人と家族の思いやりが合致しているのが望ましい。	在支診	15

2	(理想的には)本人・家族ともに病名・病状・看取りに至るまでの経過予想について説明されていることが望ましい。	診療所	22
3	在宅でくつろぐ事の利点・欠点がある程度予測して、理解する様努力していただく事が重要。	診療所	30
4	不測の事態が起こり得るということを十分理解してもらう。	診療所	30
5	理解と経験。	診療所	20
6	食べられなくなる、というのは死への経過のごく当たり前の症状であることを認識させる。(家族が慌てているので)。手一杯点滴したり経管栄養を行うことが良いことではないという教育が必要。	診療所	13
7	実子(遠方存在も含め)全員の一致した希望と理解が必須です。	診療所	24
8	本人はともかく、家族の間での意見が割れているケースがときどきあるので、家族の中での意思統一が望まれる。	在支診	27
9	精神・霊・心だけが自分のものであり、身体は天(神・仏)からの借り物で、もう使えなくなってお返しすることになる。自力ではどうにもならないもの(医学の力を借りるにせよ)最後の時間は人生で最も大切な時間であることを、本人、周囲の人に理解してもらうようにしたい。	診療所	50
10	常日頃の本人の言動とこれに賛成する家族の人生観が一致した処から始まる。	診療所	55
11	本人の(判断力のある時点での)希望。 家族の希望(全員の認識の一致)。	診療所	8
12	在宅で最期むかえる希望をかなえてあげる、受け入れる家族の気持ちが必要。それに対する支援がある事も知ってほしい。	診療所	20
13	在宅看取りの希望がある事が必須と考えます。医療者 etc がおしつけるものではありません。	診療所	19
14	覚悟が大事。ぶれないこと。	診療所	40
15	何があってもやりとげる相当な覚悟。診療所の医師には急な対応が出来ない事があるという事を十分理解して頂きたい。	診療所	23
16	医療機関等との十分なコミュニケーション。	診療所	26
17	先日、ケアマネージャーを介して在宅医療を引き受けました。ケアマネージャー、本人、家族全員が入院させない、最後まで在宅でと言っていたので引き受けましたが、私が引き受ける一年前からホスピスに依頼しており、最後になったら、在宅医療の主治医を解約された苦い経験があります。結局在宅でなくなりました。最後をどうするかについて依頼する時には医師に伝えてほしい。ケアマネージャーもずるい。	診療所	40
18	十分にコミュニケーションをとるよう心がけております。	診療所	37
19	家族:心からの支え。	診療所	40
20	家族が初めから無理と決めてかかり、聞く耳を持たない人がいる。家族に看取る気持ちさえあれば、何とかなってきたように思います。	診療所	39
21	家族に立ち会って欲しい。	診療所	35
22	本人の希望を尊重する、家族の不安をとり除く。	診療所	35
23	「近くの先生でよかったね。」と言われたそうです。1年10ヶ月脳梗塞でなくなったケース。死去を家族が十分に納得していた。	診療所	51
24	訪問診療を受ける。	診療所	15
No.	<b>1)本人・家族 在宅看取り非実施診療所</b>	<b>種別</b>	<b>臨床経験年数</b>
1	強い希望。	診療所	38
2	強い希望と家族全員の総意が必要。	診療所	27
3	本人の希望と家族の希望の本音がきけることが大切と考えます。	診療所	40
4	本人の満足が得られれば良い。	在支診	23
5	特に家族の自宅で看取る覚悟と努力が必要と思います。	診療所	17

6	昔は当然の事でしたが現在、相当の覚悟が要ると思います。	診療所	34
7	最後まで看取するという覚悟を最後までしっかり持ってほしい。	診療所	43
8	本人の意向が最優先と思いますが、病院中心に推移してきた日本の医療現場ではまだまだ家族の不安が大きく、社会的な認知・受容（への努力）がまだ必要かと思えます。	診療所	31
9	医療・ケアに限界があることを理解すべき。	診療所	25
10	在宅看取りは非常に大変であることを理解して頂く。	診療所	29
11	看取り介護についてよく説明し、理解を得ている。	診療所	50
12	病状や展望への理解	診療所	27
13	「看取り」なることを家族・本人とも完全に理解し、完全に納得していること。臨終になっても動揺しないこと。	診療所	32
14	出来るだけ多くの家族の方々とお別れするために、脈拍が増加してきた時点で”最期の時”を告げるべきである。	在支診	50
15	特に 90 歳以上の老人の場合、具合が悪いとすぐ入院させて点滴でもしてもらいたいと希望するが、飲食を十分しなくとも在宅で静かに見守っていてもいいのではないか。往診も不要。(家族)	診療所	45
16	家族の意志が最優先と思います。	診療所	48
17	家族の献身。	診療所	20
18	協力が必要不可欠です。	診療所	20
19	本人が在宅看取りを望んでいても、家族が入院を希望することが多い。家族の在宅看取りに関する理解を求める必要あり。	診療所	43
20	診療側の説明で在宅看取りをすることで始まったあとに家族の意向が変わることがあると思います。開始前の診療側、家族本人の十分な話し合いが大切です。	診療所	35
21	看取りをどこで行うか、問題となっていることを知っておく必要あり。	在支診	20
22	よく話し合っておくこと。最後は在宅と思っても、急変すると救急車を呼んでしまう家族が必ず出てしまう。	診療所	30
23	希望をよく聞く。	診療所	50
24	うばすて山にはさせない。延命治療は行わない。この 2 点ははっきりしています。	診療所	30
25	家族の介護や心的負担をどのくらい軽減できるか。	診療所	26
26	在宅で最後を。は家族には多大な負担。金も体力も尽きてしまう。現在の政府は女を外で働かせようとしているが、では一体誰が最後までつきそうのか。	診療所	26
27	在宅は家人の負担が大きいと思うが、自分が最期を迎える立場であれば何もしてもらわなくて良いので自宅で静かにしたいと思う。	診療所	30
28	本人: 苦痛がない事又は、内服で苦痛のコントロールができる事。 家族: マンパワーが充分にある事。	診療所	41
29	本人の疼痛がひどいとき、疼痛管理の可能な開業医が少ないので病院での看取りがよい。家族、本人が寝たきりになった時、家族が介護可能などとき家族が看取る。ひとり暮らしの高齢者の対象が不十分。	診療所	50
30	本人: 苦痛のない様に。 御家族も患者様が苦痛の状況に至っている状況は辛いと思います。	診療所	22
31	生前に話し合いがもたれ、親戚も含めて考えが一致していることが大切である。	診療所	30
32	希望や同意のサンプル文書があれば参考になります。	診療所	40
33	急変し痰や食べ物がつまって呼吸ができないとか、血圧が急に上下したりした時、診療所医師の役割は。日中多忙で、もし夜間対応したら。きちんとした考えを表明しておいて欲しい。	診療所	43
34	個人で病院の経営に携わっており、急変などを起こした時にはそちらにお願いしている。親類で在宅診療所があり、そちらにもお願いしている。	診療所	41
35	小生は、人生の最後は不必要な検査投薬をお断りして、自宅で家族に見守られてあの世へ旅立ちたいと思っておりますので、その節はよろしくお願い申し上げます。	診療所	63
36	安楽死の選択。家族及び他人には迷惑をかけたくないので。	診療所	16

【図 21】 2-2) 病院



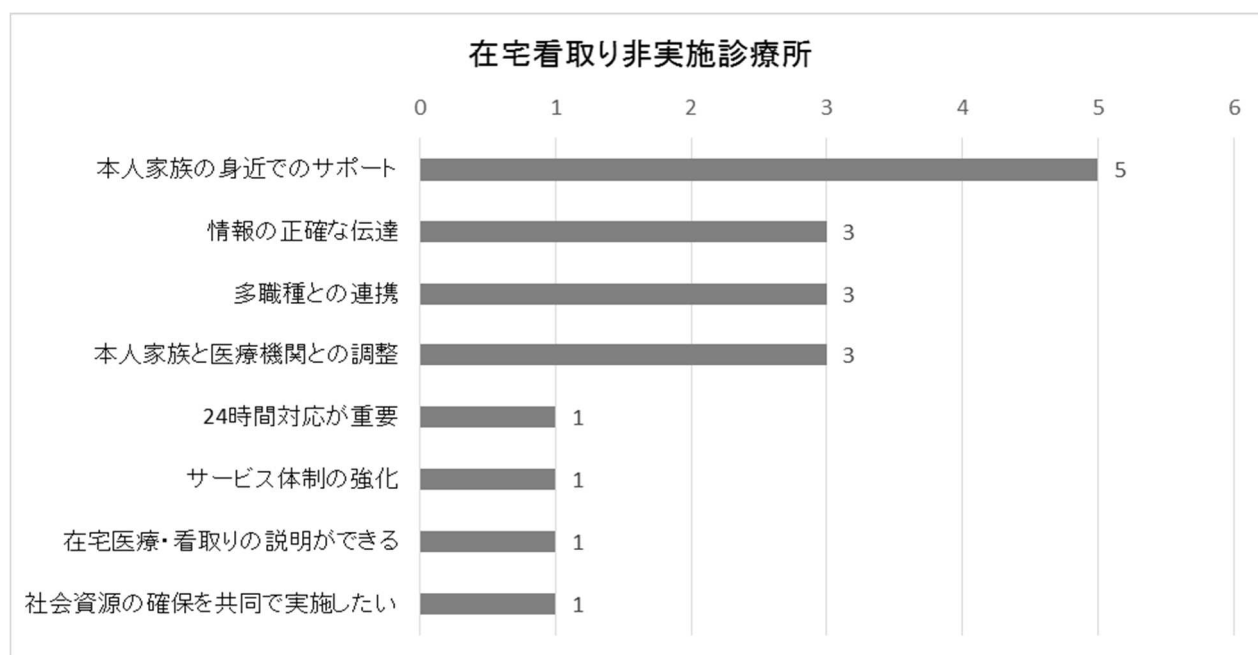
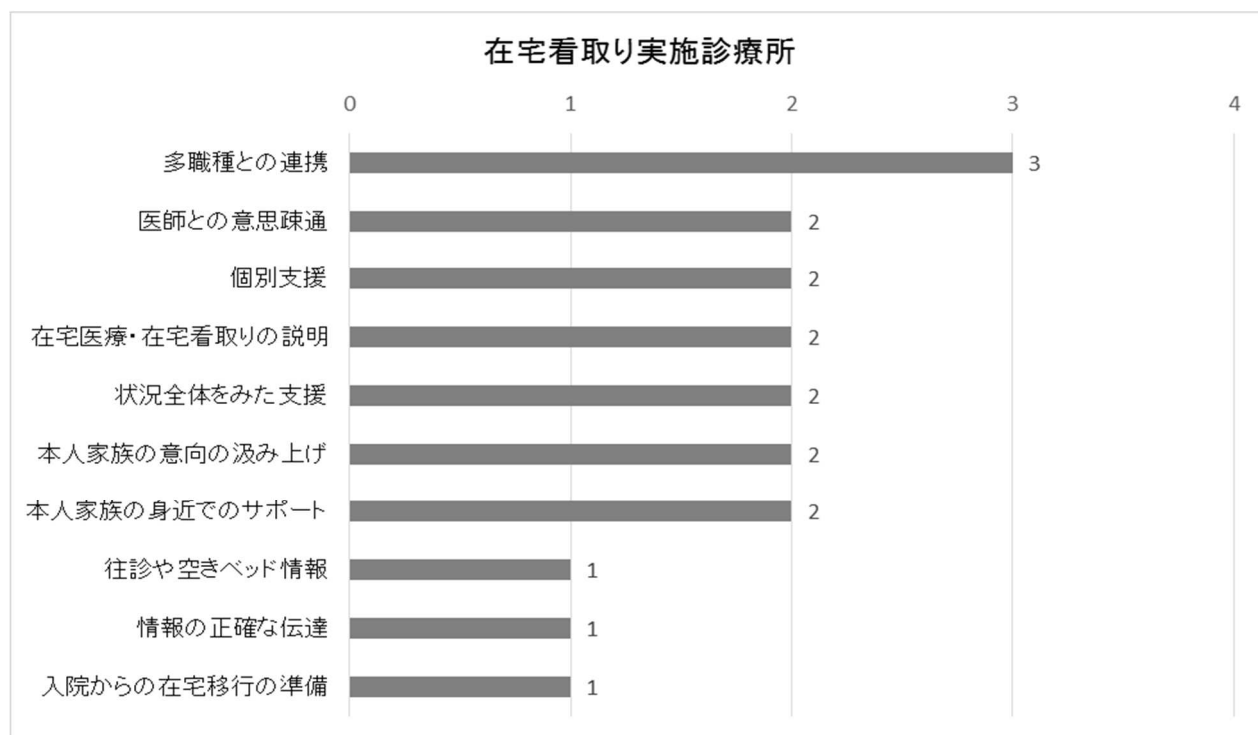
No.	2)病院 在宅看取り実施診療所	種別	臨床経 験年数
1	最期まで在宅でなくても、一時だけ、最期だけ入院のバックベッドの確保。入院して最期だけ帰す決心。	在支診	26
2	最後の最後に救急車を呼ぶ家族もいます。そんな時でも受け入れてくれる病院は助かります。	在支診	24
3	入院が必要なときにはいつでも対応できる体制を整えること。 主治医に対する適切な助言、医療的な援助。	在支診	40
4	希望時入院させて。	在支診	17
5	本人(少ない)家族が希望した時引き取ってもらいたい。今のところよく対応してもらっています。	在支診	39
6	デイサービスに行っているうちに急変して救急車で大学に搬送され死去されたケース。 矢張り病院の受け入れが必要。	診療所	51
7	最後に病院でとの希望の患者さんや家族の方がおりましたも、途中からは引き受けてくれません。よって、最後は病院でとの申し入れは受けられません。	診療所	40
8	当診療所が往診で対応出来ないときの後方支援をお願いしたい。	診療所	5
9	バックアップ体制。	診療所	8
10	「在宅で最期をむかえる」(末期に対して)という選択もある事を説明、それに対する支援もあるという説明が必要だと思います。	在支診	20
11	家族への説明が不十分なケースが多い気がする。在宅医師と在宅担当医との十分な意思疎通がないまま家族への説明をほぼ丸投げされたため、在宅看取りを断ったケースすらある。もう少し質の高い医療を行って頂きたいと感じることが多い。田舎だからレベル低くてよいとは言えない筈。	在支診	27
12	在宅での看取りの値打ちを説明し、在宅担当医を信頼するよう話す。	在支診	40
13	在宅看取りの正しい教育。	在支診	35
14	疾患に対して、何が出来るのか出来ないのか。治療出来なければどのような最期が考えられるかまで、説明できれば良いが。看取りを行う側からすると、はっきり「治療はない」として在宅にゆだねていただくと看取りへ持って行き易い気はします。	在支診	15
15	入院から在宅療養に移行する準備段階で、在宅療養に必要な要素を整備しておくことが望ましい。身障手帳取得、介護保険手続、家族への栄養・吸引等の指導、等。	在支診	22
16	リスクの高い患者さんにおいては、退院前に十分在宅医師、ケアマネ、訪問看護ステーションと打合せを。	診療所	30
17	訪問診療に特化した診療所の存在を知っている。	在支診	15
18	症状(痛みなど)があるから自宅へ帰るのは無理と考える医師や医療従事者が、まだまだ多い。本人家族が希望するのであれば大抵のことは自宅でも行えるといえる、という事を周知させるのが必要。		



19	医学教育で形而上学的なものが全く不足している。宗教、哲学、倫理、道徳、運命、自力、他力、人間の尊厳、生命について、宇宙について。医学教育6年のなかで医師、教師たるものは最低三年位は勉強すべきと考える。	診療所	50
20	制度づくり。	診療所	20
21	かかりつけ医と家族と介護施設の長とケアマネージャー、訪問看護師との会合を2回は施行、お互いの理解の上を実施に入る。	診療所	55
22	病院のバックアップは必要ですが、在宅看取りをやり通す為には頼りすぎないのも大切と思われまます。	病院	13
No.	<b>2) 病院 在宅看取り非実施診療所</b>	種別	臨床経験年数
1	状態が急変した際に対応してもらえるかどうか。(強い苦痛が出現した等)	診療所	26
2	急に方針が変わった場合でもフレキシブルに対応する。	診療所	14
3	在宅であれば病院とは地域連携システムで後方支援をお願いしたい。	診療所	30
4	突然の入院要望に対応できる。	診療所	38
5	病気を持ったまま、診療所に帰ってきた場面と上記のような「急変」時は少なくとも直後～短期間位は、「即入院」としてくれてこそ、連続的な医療でしょう。	診療所	43
6	いざという時に引き取って看取る所があると助かります。	診療所	17
7	在宅を希望された場合、その後のフォローアップ体制が整っていればいいと思います。	診療所	34
8	可能な限りのサポートとそのリソース。	診療所	27
9	サポートがあれば望ましいです。	診療所	20
10	自宅に戻った場合の指示が適切になされることが大切。	診療所	30
11	十分な人員の確保。	診療所	27
12	スタッフの人員数が十分でないと満足の得られる看取りはむずかしい様です。	診療所	35
13	かかりつけ医が、最期をどのように迎えるのかという患者のイメージについて、一般的な事柄を説明しておく必要あり。	診療所	20
14	本人・家族の希望を確認できたら、それを尊重すべき。	診療所	25
15	在宅希望が一番とは思いますが、家族の受け入れが大事だと思います。	診療所	22
16	介護していない遠方の家族が家族と同意して在宅看取りをしようとしている時、遠方から来てこのままではだめ入院させるべきとして病院に入院させたりするので、家族との同意をきちんとしておくべきだと思う。	診療所	50
17	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
18	延命のための治療は決して行わない。	診療所	43
19	疾患の性質により何ともいえず。	診療所	40
20	最期を迎える方の病室は家庭的な雰囲気のる部屋を2～3室準備すべきである。	診療所	50
21	こちらは別に構わないが、事情を知らない病院の医師、あるいは検死を行う関係者に迷惑をかけてしまう。	診療所	30



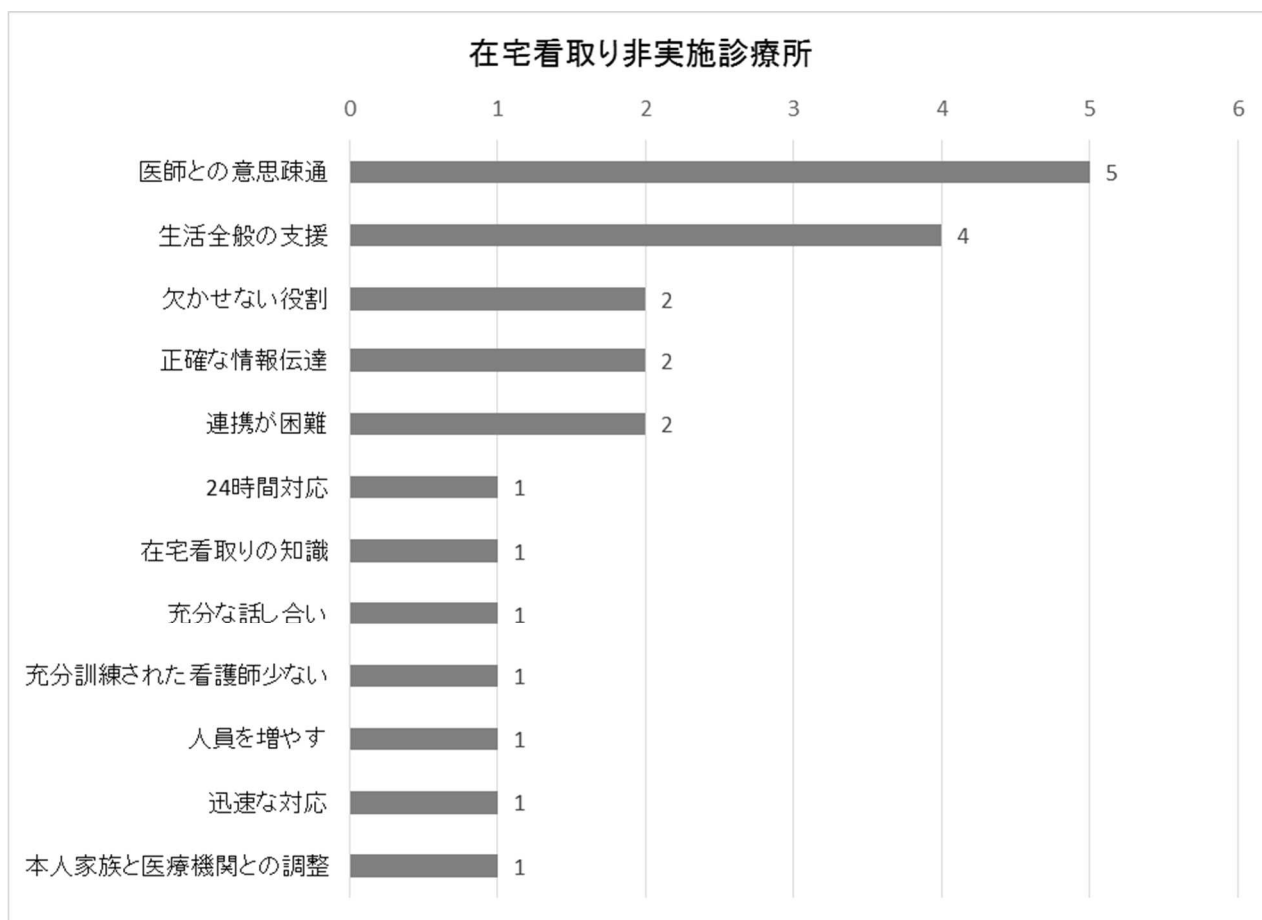
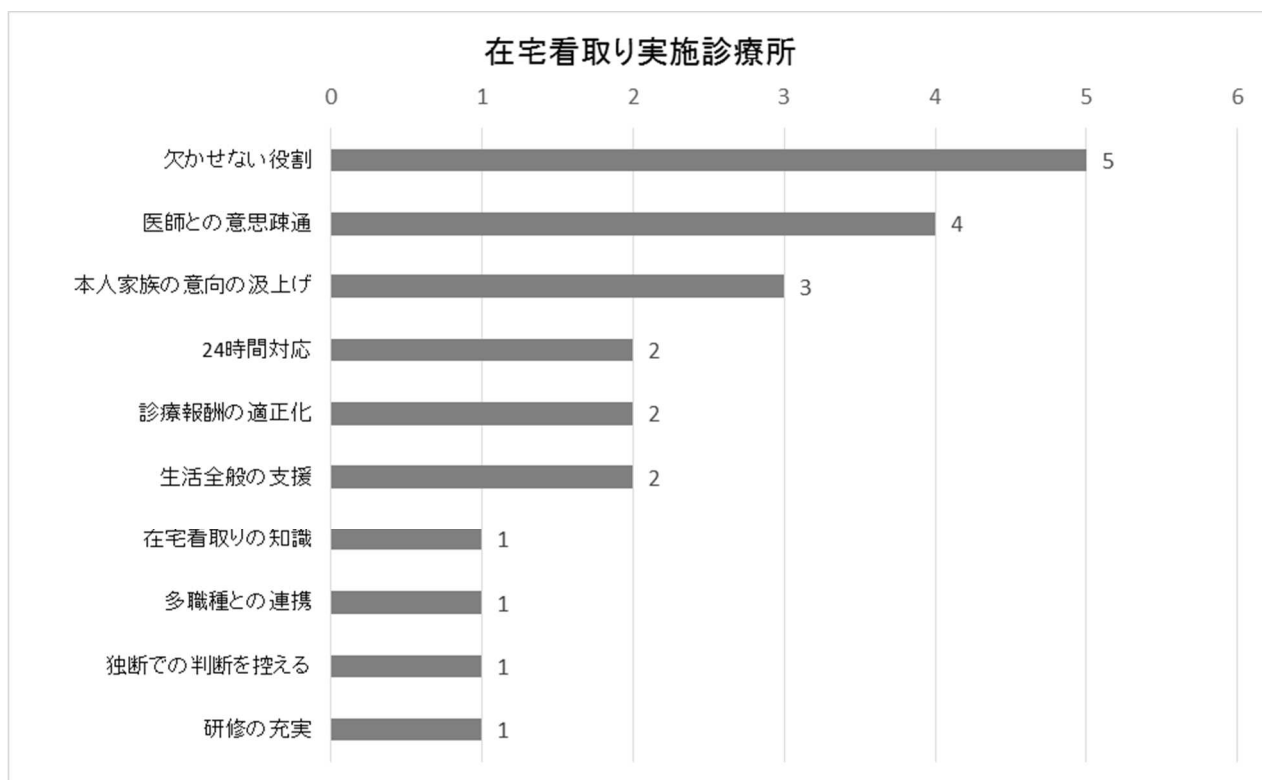
【図 22】 2-3) ケアマネジャー



No.	3) ケアマネジャー 在宅看取り実施診療所	種別	臨床経験年数
1	関係事業所との適切な、連絡・相談。	在支診	26
2	医師として若いとき、相当に勉強をしていなかったのが、終末期医療は殆ど役立ててなかったことを残念に思っている。	診療所	50
3	医師、訪問看護師、ヘルパーと密に連絡をとり、コミュニケーションを築くことが大切。	病院	13
4	医師に気兼ねがあるのか。あまり医師に相談して来ない人が多い。別に遠慮しなくてよいのに、と感じる。	在支診	27

5	医師との意志疎通、コンタクトのとりやすさ((できれば面会し)方針や病状に関し、認識を一致させておくこと。)	診療所	8
6	患者様自身の看取りであるため、マニュアル通りではなく、個々の考えに合ったプランや援助が必要。「こうあるべき」「こうしないと」ではなく、何が本人、ご家族の望みであるか、くみ取っていただけると良いのですが。カンファレンスの開催とチームのかなめとしての役割をお願いします。	在支診	15
7	在宅医療は基本的に「オーダーメイド」の医療展開になるので、医療保険介護保険の範囲内でどれだけ柔軟に対応できるか、自費が出てくるのであれば、どの部分をどのようにするのか、どのように組み立てるかが鍵です。	在支診	17
8	「在宅で最期をむかえる」(末期に対して)という選択もある事を説明、それに対する支援もあるという説明が必要だと思います。	在支診	20
9	訪問診療に特化した診療所の存在を知っている。	在支診	15
10	容態、介護経過をみての、経験を知識を活かしてのマネジメントを実施する大事な人です。	診療所	55
11	状況全体について客観的で公平な判断を行う。	診療所	30
12	本人・家族の意向を十分調べ現実的な対応を。	診療所	30
13	本人・家族の細かい要望等を汲み上げてほしい。	診療所	23
14	頻繁に訪問し、家族を支える。	在支診	40
15	患者さんに対して適切な環境を整えてくれる配慮と指導力。	在支診	40
16	在宅往診と空ベッドの情報が必要。	診療所	51
17	依頼する医師に隠し事なく、きちんと正確に情報を提供してほしい。その場限りの対応をするケアマネージャーが実在します。	診療所	40
18	入院から在宅療養に移行する準備段階で、在宅療養に必要となる要素を整備しておくことが望ましい。(身障手帳取得、介護保険手続、家族への栄養・吸引等の指導、ケアプラン整備、ケア体制の構築、等)	在支診	22
19	看取りとの関係で特に問題を感じたことはありません。	在支診	24
20	影が薄い感じがします。	在支診	39
No.	<b>3)ケアマネジャー 在宅看取り非実施診療所</b>	<b>種別</b>	<b>臨床経験年数</b>
1	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
2	本人、家人との意志疎通をしっかりと、医療者の関係を良くする。	診療所	38
3	患者と家族のサポート(肉体的・精神的)	診療所	17
4	ケアマネージャー⇄家族 十分な話し合いが大切と思います。	診療所	22
5	可能な限りのサポートとそのリソース。	診療所	27
6	当方(主治医)に報告をもらって対応している。	診療所	50
7	情報の正確な伝達。	診療所	20
8	協力と正確な情報伝達。	診療所	27
9	連携が大切です。	診療所	35
10	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
11	患者・ご家族と医療機関との間を調整して下さい。	診療所	43
12	本人家族と病院の間の調整に努力すべき。	診療所	25
13	サービス体制をどこまで強化充実させられるか。連携がキチンととれるか。	診療所	26
14	看取りについての意識、知識を持つ。	診療所	20
15	使える社会的資源は共に確保し、共に交渉して欲しい。例えばHOT基準に直してなくとも「歩行時SpO2低下で導入可能を」というような場合が大事。	診療所	43
16	居宅のケアマネは、小生に連絡があり、適切に対応している。	診療所	50
17	家族に親身になってみてくれる人が少ないのではないかと。	診療所	50
18	対応可能な時間を増やす。	診療所	14
19	仕事は増えるでしょうが。病院での看取りとどちらがいいのか分かりません。	診療所	34

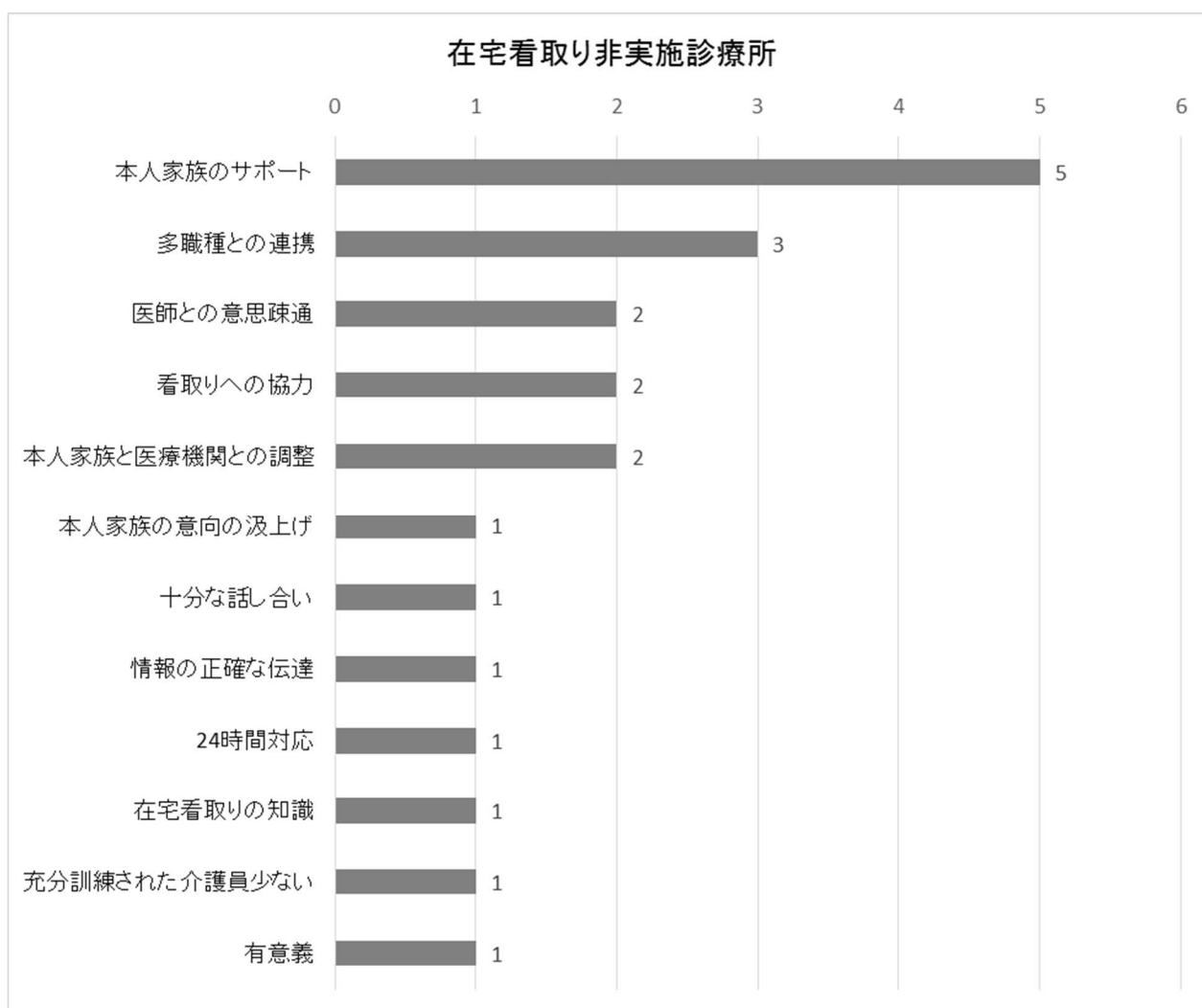
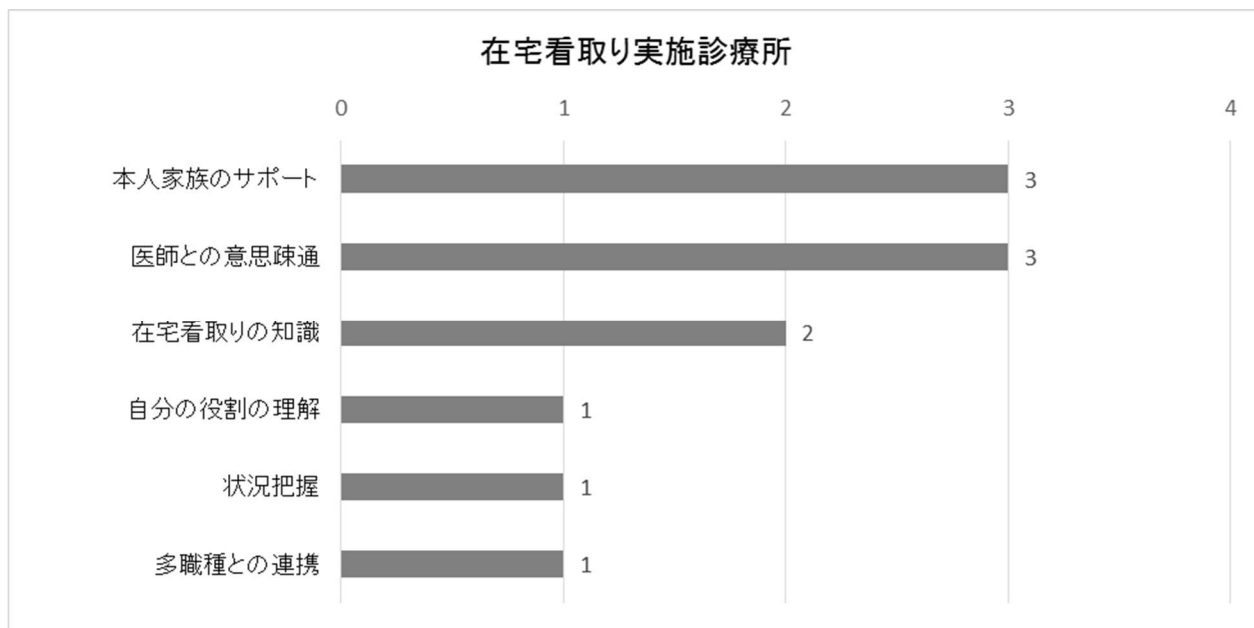
【図 23】 2-4) 訪問看護師



No.	4) 訪問看護師 在宅看取り実施診療所	種別	臨床経験年数
1	主役であることを自覚し、愁訴にこまめに対応する。	在支診	40
2	地域に積極的なステーションがあり、助かっています。	在支診	24
3	よくやってくれていると思います。	在支診	39
4	経験の豊富な方であれば記録も確実に要点をとらえ、連絡の電話で十分理解できます。	診療所	55
5	同席して欲しい。	診療所	35
6	「経口摂取困難=点滴」と言う考えは看取りに対して必要かどうか、本人、家族が望まない医療行為・処置が必要かどうか、一番近くでかかわる事も多いと思いますので、患者・家族の声に傾けていただければ。	在支診	15
7	24時間必ず対応できる体制。	在支診	40
8	研修等の充実を希望。	在支診	27
9	医療的な対応だけにこだわらない。	在支診	26
10	24時間訪問Nsステーションの増加。診療報酬UP。	在支診	20
11	在宅で看取れることを知っている。	在支診	15
12	土・日・祝に特別指示を出すときに、ご家族が出費を負担してしまう。ステーションへの報酬は減額せずに、ご家族のプラス負担分を公的にカバーできる制度があればよいと思う。	在支診	22
13	看護だけではなく、医療上必要な情報を提供していただく(医師やケアマネ、介護職に)。	診療所	30
14	本人・家族の細かい要望等を汲み上げてほしい。	診療所	23
15	独断での判断はなるべく控える。	診療所	30
16	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
17	病態や病状変化の観察、把握。	診療所	8
18	何も食べられなくなった時は、家族の不安解消のため皮下点滴を行うことがあります。訪問看護ステーション又は自院看護婦が対応します。	診療所	51
19	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。	診療所	13
20	一番大切なパートナーと思われまますので、十分にコミュニケーションをとるよう心がけております。	診療所	37
No.	4) 訪問看護師 在宅看取り非実施診療所	種別	臨床経験年数
1	協力的な態度と前向きな相談を。	診療所	20
2	定期受診の間の食事や体操、家の様子や家族の協力等に出来るだけ援助して欲しい。	診療所	43
3	看取りについての意識、知識を持つ。	診療所	20
4	本人家族と病院の間の調整に努力すべき。	診療所	25
5	十分訓練された看護師が少ない様に思われます。	診療所	35

6	人数を増やす。	診療所	14
7	例えば、医師や家族が胃がんの高齢者自然死を見守ると合意した場合、訪問看護師が貧血高度を見てこのままではだめ輸血するべきだ等合意を無視しないこと。主治医・家族との連携が必要。	診療所	50
8	変化あれば直接Dr. に連絡。	診療所	43
9	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
10	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
11	可能な限りのサポートとそのリソース。	診療所	27
12	家族を助けるキメ細やかな訪問看護ができるかどうか。	診療所	26
13	訪問看護師⇄家族 十分な話し合い検討が必要と思えます。	診療所	22
14	当方(主治医)に報告をもらって対応している。	診療所	50
15	看取りにおいては大事な役割です。	診療所	20
16	協力と正確な情報伝達。	診療所	27
17	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
18	あんまり係わりをもてないのではないか。	診療所	50
19	必要時の対応が迅速であること。適切な情報の伝達。	診療所	38
20	大変有意義と考えます。	診療所	40

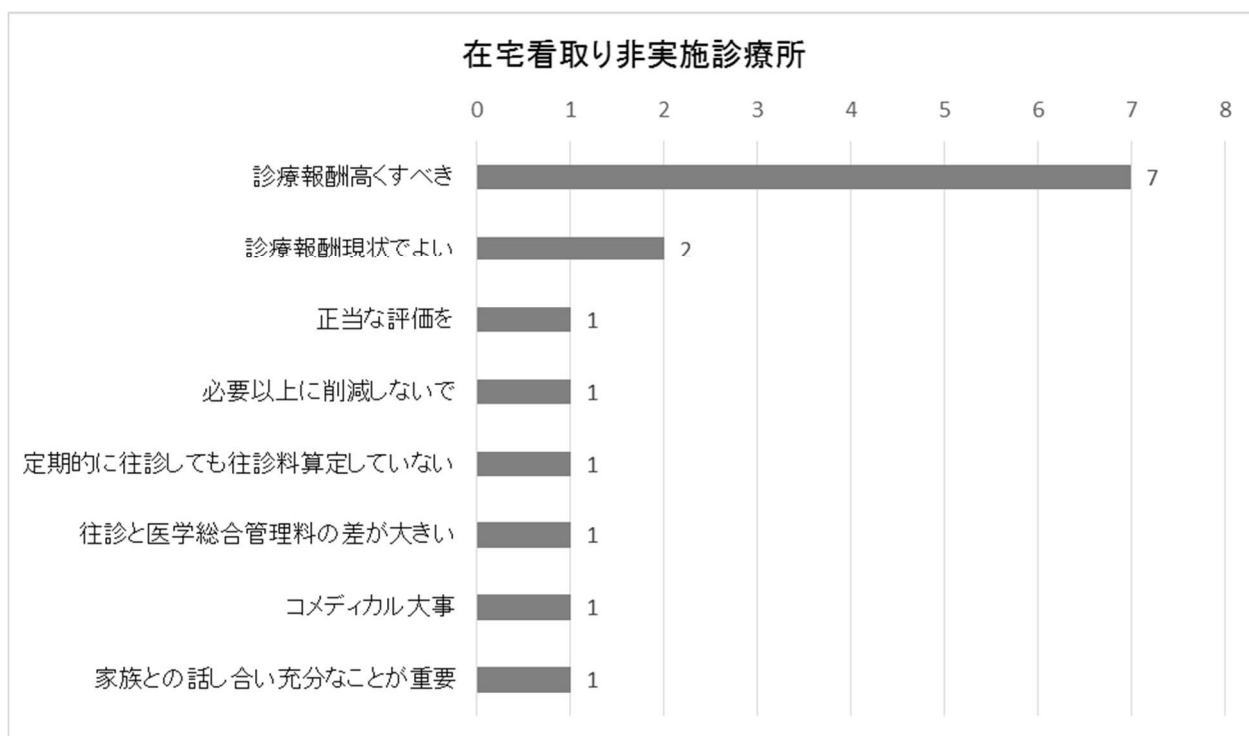
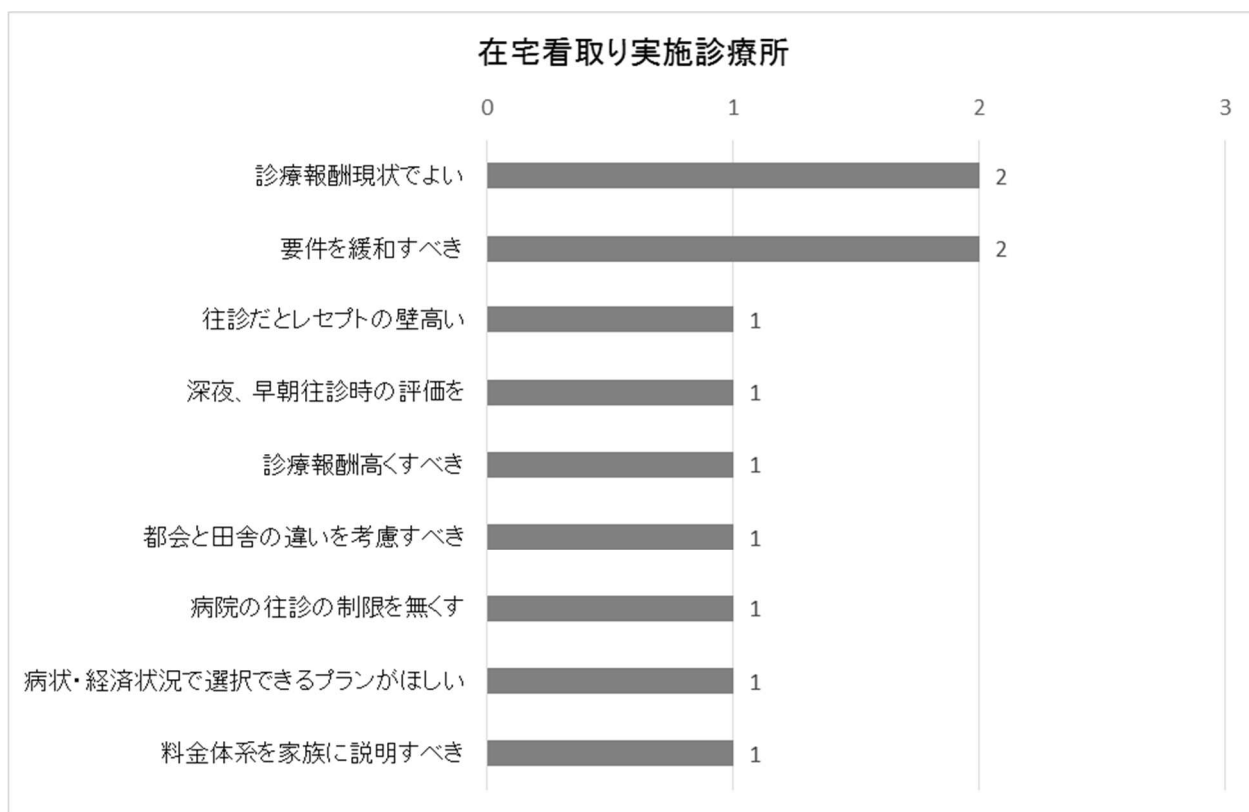
【図 24】 2-5) 訪問介護員



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	連携がキチンと行えるかどうか。	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	積極的な対話をともなう介護。	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

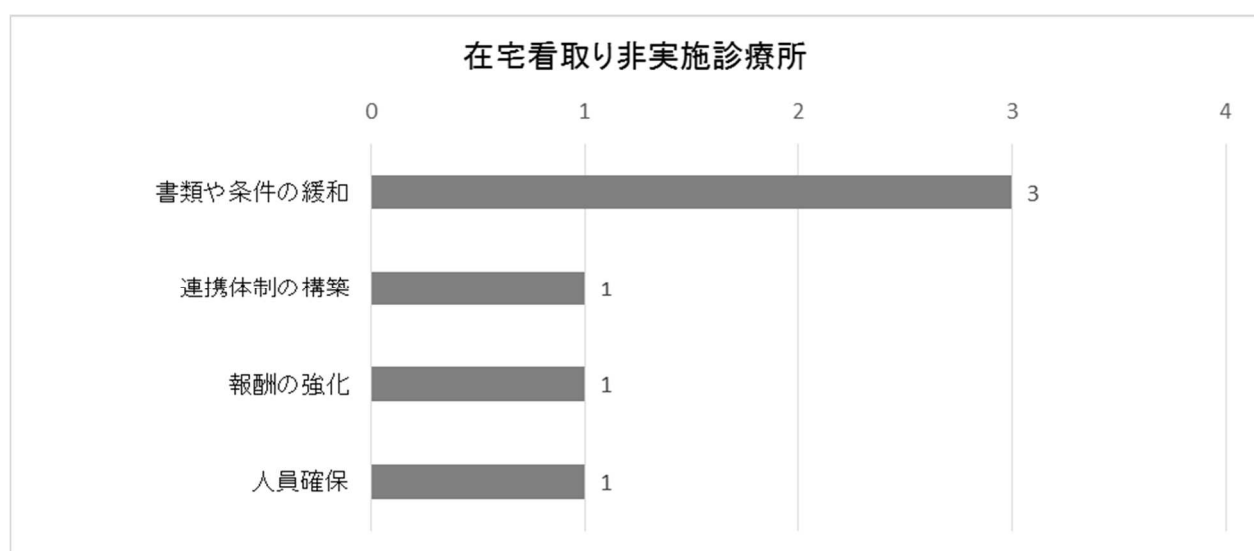
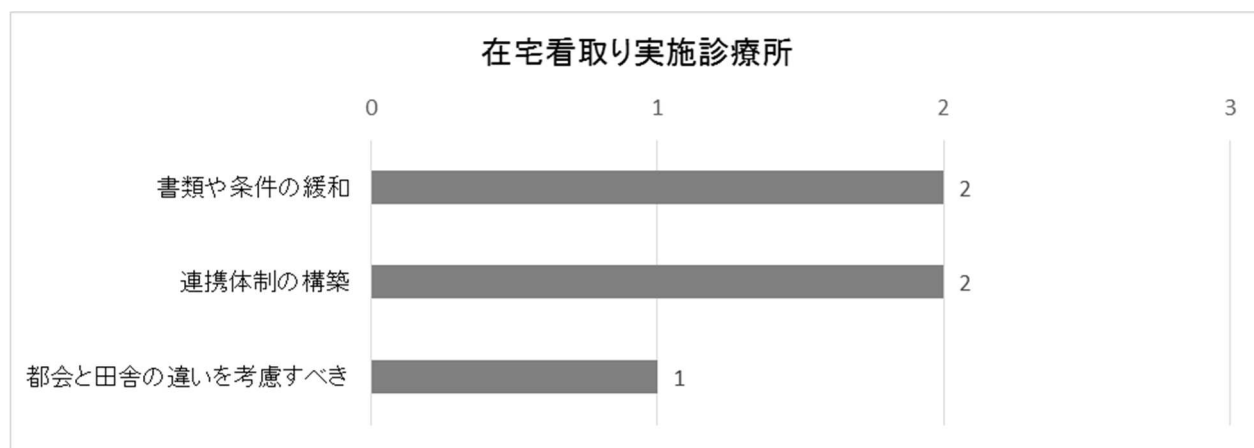


【図 25】 2-6) 診療報酬



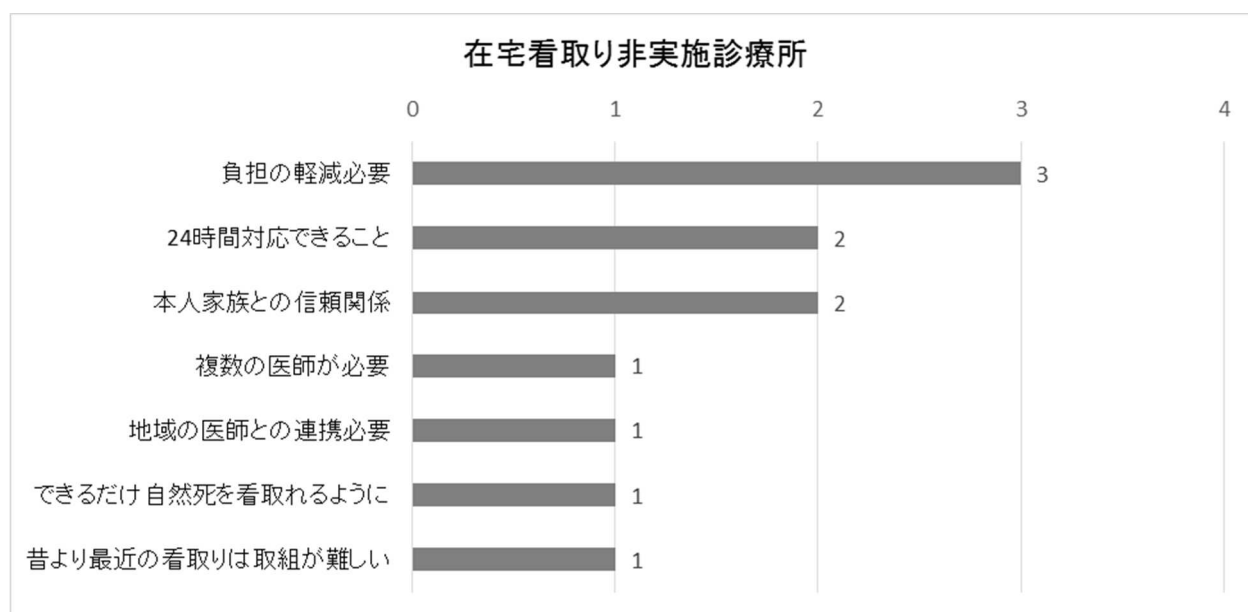
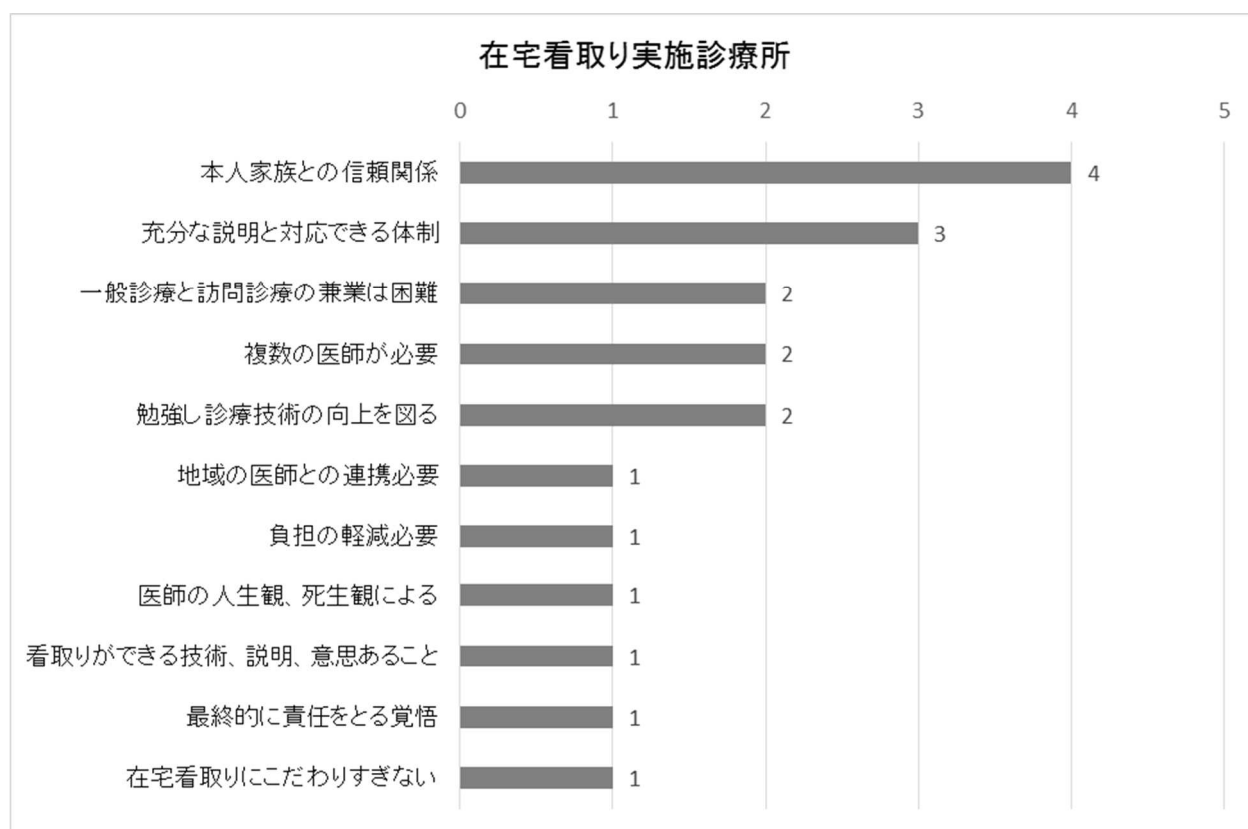
No.	6) 診療報酬 在宅看取り実施診療所	種別	臨床経験年数
1	現状で充分。	在支診	40
2	これはあまり気にしていません。	在支診	20
3	すべて往診で行っています。今の診療体制は、一人だけでやっているクリニックでは無理です。又、グループ診療は互いにライバルであったり、患者さんの好き嫌いが入りトラブルのもとです。	診療所	40
4	現在常勤3人以上で診療報酬厚く手当とするのもありますが、要件はゆるくするべきだと考えます。	診療所	5
5	「往診」の所に記入すると「何故往診したのか。往診依頼があったか。容態は。」と必ずレセプトは返却されます。「死亡」と記入しても戻ってきます。腹が立つ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、足をひっぱるしび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	健康を阻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 26】 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良いと思います。	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	可能な限り連繋できる体制。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 27】 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十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2】 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ざと言われてるように思います。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だと思います。	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うことがあった。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)をお願いしている。	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

\*\*\* 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

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をお願い

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、よろしく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

◆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 資源マップ  
 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: 022-722-3866 / 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。～