

在宅で看取り2万7000人

過去1年 本社集計 支援診療所3割が「ゼロ」

高齢者の自宅などでの療養を支援する在宅療養支援診療所が過去1年間に在宅で看取った患者は、全国で2万7000人になること

在宅での看取り 医師が定期的に自宅などを訪問診療し、死に至るまで見届けること。在宅死は、かつては8割を占めていたが、病院が整備された結果、1割強に落ちている。政府は医療費抑制と患者の生活の質の向上を掲げ、在宅での看取り推進を医療制度改革の柱に据えている。

支援診療所は、高齢者医療を支える中核施設として、昨年4月に創設された。24時間365日往診できる体制を整えることなどが条件で、往診料などを一般の診療所に比べて高く請求で

が、読売新聞社の調査でわかった。在宅での看取り回数の実数が明らかに変わったのは初めて。支援診療所が本来の機能を果たしているかを測る指標となるが、一人も看取ったことがない施設が3割を占めた上、地域差も目立った。

調査は、支援診療所が看取った患者数について、全国の9777施設が今年7月、各都道府県の社会保険事務局に報告したデータを読売新聞社が情報公開請求して集計した。対象期間は、昨年7月から1年間。それによると、在宅で亡くなった患者は2万7007人。このうち、2万1724人が自宅で、5348人が特別養護老人ホームや老人保健施設などで亡くなっていた。地域別では、東京が4514人で最も多く、大阪2345人、神奈川県1844人などの都市部が続く。少ないのは高知、富山などだった。75歳以上の死亡者数1万人当たりで見ると、787人の東京がトップで、大阪587人、奈良(559人)が続いた。

施設(32%)に上り、在宅で最期まで看取るといふ機能を果たしていない施設が多いことがわかった。国立長寿医療センターの大島伸一総長の話「看取りの数は予想していたよりも非常に少ない。手を挙げながら、実際には機能していない支援診療所が多いことが裏付けられた形だ」

関東、近畿などの大都市圏で看取りの割合が高く、北海道・東北、甲信越、中国地方が低かった。診療所に比べて高くなる請求で、0人が3168

〈関連記事15面〉

在宅看取りに地域差

身内に見守られながら、住み慣れた自宅や地域で最期を迎えたい。そんな高齢者の希望をかなえるために創設された在宅療養支援診療所の機能に、大きな地域差があることがわかった。



▲本文記事一面▽
社会部 阿部 保彦

看取り数が全県で30人と、日本で最も少ない高知県。東端の室戸市で開業28年目を迎える三宅医院は、周辺の7市町村を含め、在宅療養支援診療所の看板を掲げるただ一つ

都道府県別の在宅での看取り数

	総数	75歳以上の死亡者1万人あたり
北海道	360	114
青森県	190	206
岩手県	267	270
宮城県	676	525
秋田県	157	168
山形県	242	255
福島県	528	381
茨城県	558	333
栃木県	294	256
群馬県	288	240
埼玉県	954	344
千葉県	1255	471
東京都	4514	787
神奈川県	1844	530
新潟県	385	230
富山県	73	96
石川県	127	180
福井県	90	161
山梨県	148	259
長野県	643	417
岐阜県	515	414
静岡県	792	377
愛知県	1398	434
三重県	317	273
滋賀県	242	335
京都府	831	558
大阪府	2345	587
兵庫県	1594	536
奈良県	431	559
和歌山県	360	479
鳥取県	213	479
島根県	214	349
岡山県	340	265
広島県	336	193
山口県	219	193
徳島県	178	298
香川県	214	301
愛媛県	445	422
高知県	30	48
福岡県	846	304
佐賀県	185	319
長崎県	357	348
熊本県	241	189
大分県	178	209
宮崎県	220	291
鹿児島県	320	243
沖縄県	118	218
全国	2万7072	387

(読売新聞調査)

最期は病院で「根強く

三宅ヨシキ院長が、同市内のグループホームに入居する18人のほかに、在宅の患者5人を見る。訪問診療は毎週火曜日と金曜日の午後、24時間対応を掲げているため、夜間に相談の電話がかかることも多い。

しかし、昨年6月から1年間の看取り数はゼロ。病状が悪化した患者は、病院に搬送されてしまったからだ。「グループホームは看取りに消極的。在宅の場合も昼間に面倒

支援診療所の連携課題

示すという支援診療所の機能発揮できない。

「看取り数に地域差が出る第一の原因は、療養病床によって生まれた病院死志向で、NPO法人「在宅ケアを支える診療所」市民全国ネットワークの太田秀樹事務局長は、背景にあるのが、退院が可能なのに長期入院する「社会的入院」の温床とされる療養病床だ。人口10万人あたり100〜200床で全国平均の3・6倍を数え、日本一。療養病床が増え始めた1990年代から、在宅で重症患者を看取ることが少なくなったと指摘する。

「最期は病院で」との意識が、患者・家族、医療関係者に根強く、看取りの選択肢を

方ほど、往診の手間がかかる上、診療所や、在宅療養の一環を担う訪問看護ステーションや介護関連施設が少なく、連携が難しいといったハンデもある。

一方、各支援診療所が看取る人数を分析すると、別の課題も見えてくる。支援診療所が少なくても、看取り率が高い地域があるからだ。多くの重症患者を看取ることができているかどうかのポイントとなる。

在宅専門の場合、複数の医師がチームを組む。81人を看取った仙台住診クリニック（仙台市）の川島孝一郎院長は、「がんの看取りなどにも対応できる在宅専門の診療所が地域の在宅医療の中核となっている」と話す。

人口が集中する都市部も専門の診療所が自立ち、東京には20人以上を看取る支援診療所が41施設。一方で、看取り率が少なく、地域格差を生む一つの要因となっていた。

開業医のネットワークで看取り数を増やす地域もある。支援診療所平均1・4人の長

解説 スペシャル

増大する医療費
療養病床削減へ
政府が、在宅医療重視に大きくかじを切った背景には、年1兆円規模で増大する医療費の問題がある。

病院では終末期に濃厚な医療が行われがちで、医療費もふくらむ。また、長期入院患者のための療養病床は生活の場とは言い難く、最期を迎えるのにふさわしくないとの指摘も根強い。

このため、政府は現在37万床ある療養病床を大幅削減する方針を打ち出した。その受け皿が、特別養護老人ホームなどを含めた在宅医療というわけだ。

日本看護協会の古橋美留子副会長は、「1人になるときは病院でなければ無理という意識は根強く、在宅へと強制するだけでは不十分。医療、福祉の関係者が連携し、患者・家族を支援する仕組みが必要」と指摘している。

順天堂大学医学部の田城孝雄准教授（公衆衛生学）は「看取りの数の多い報告を義務づけたことで、初めて在宅医療の実態が明らかになった。地域格差の原因を踏まえ、都道府県ごとに在宅医療の推進策を講じるべきだと話している。