

医療法人ときわ練馬在宅クリニック820例のまとめ
2018/07/01 - 2025/04/30

データを通して考えるこれからの支えかた

2025/05/15 練馬医療介護多職種連携会

練馬在宅クリニック
力石辰也

【対象・方法】

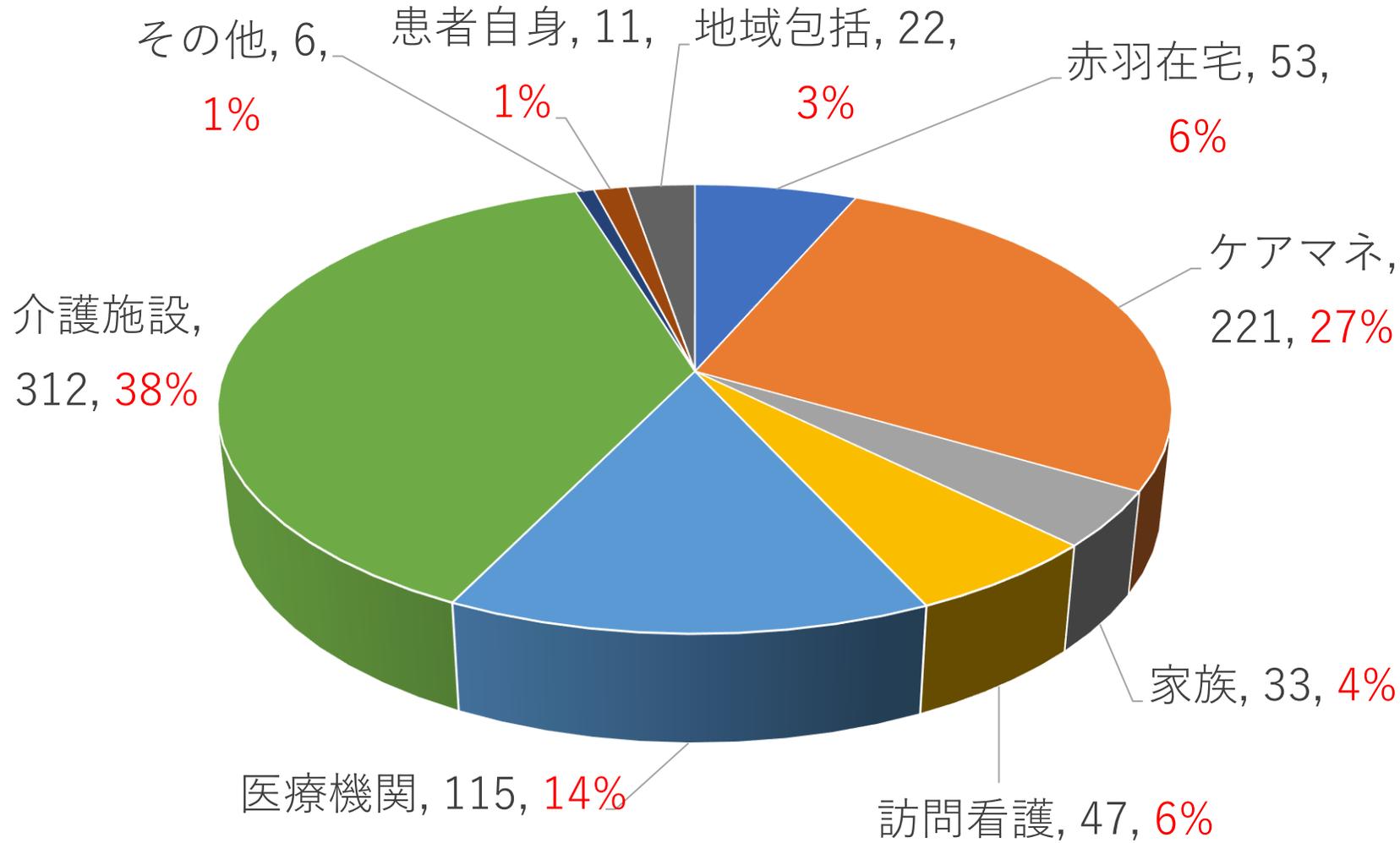
1. 練馬在宅クリニックが開院した2018年7月1日から2025年4月30日までに訪問診療を開始した820例を対象とした。
2. 患者全体は高齢者群・悪性疾患群・その他群に大別できると考えられたため、まずはその分類の妥当性を生存率曲線で比較検討した。
3. それぞれの群において患者の初診時年齢・性別・居住形態（独居、家族同居、施設入所の別）・紹介元・主な病名・生存率・死亡場所を調査した。
4. 高齢者群では、年齢・性別・寝たきり度・PS・自立度・介護認定・およびそれらが生存率に与える影響と、看取り期における補液実施の有無を追加して調査した。
5. データの解析にはMicrosoft社製Excel とフリー統計ソフトEZR*を用いた。

*Kanda Y. *Investigation of the freely available easy-to-use software 'EZR' for medical statistics. Bone Marrow Transplantation* (2013) 48:452–458. DOI: 10.1038/bmt.2012.244

1. 全症例の検討

【結果 1 - 1】

患者紹介元

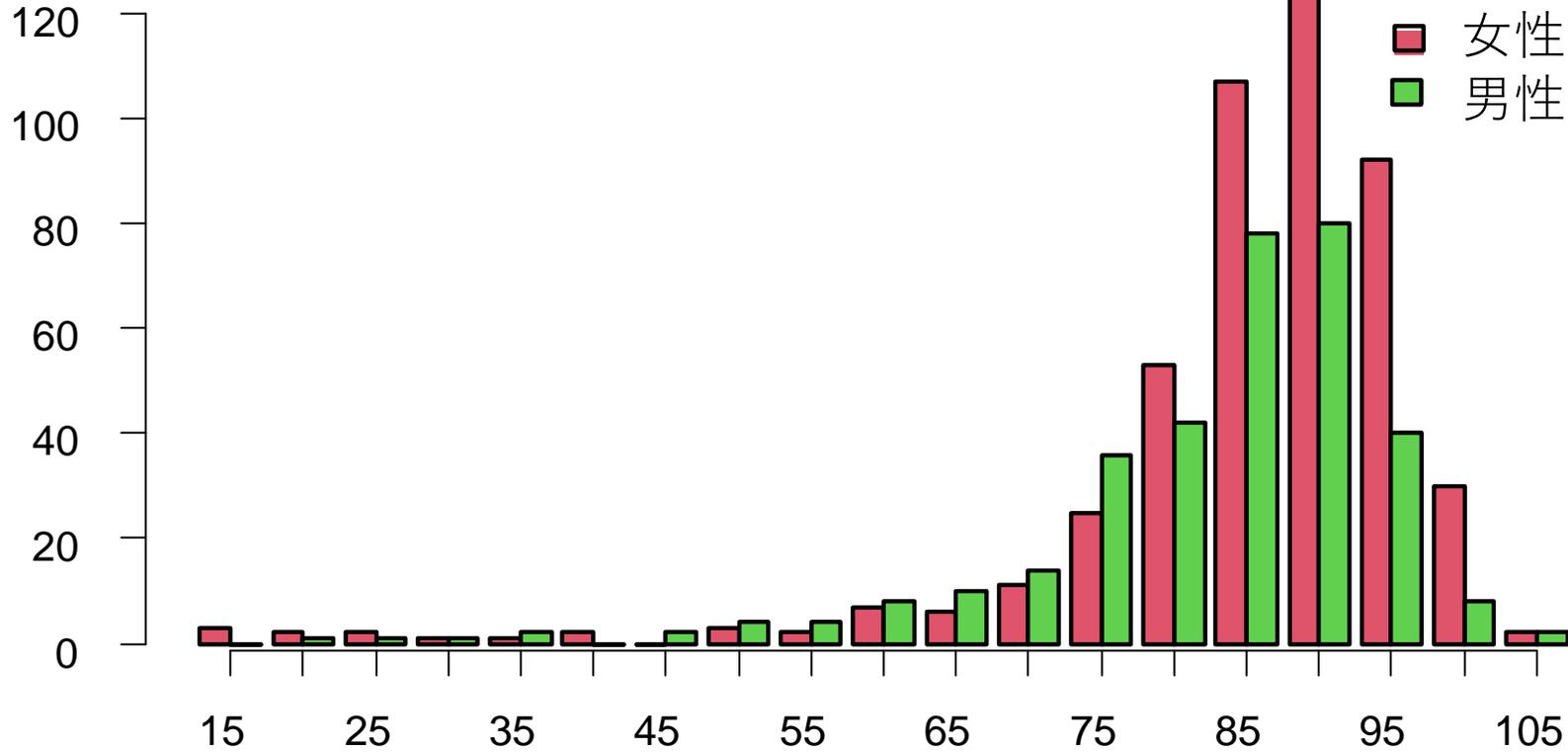


紹介元は介護施設・ケアマネジャー・医療機関の順に多かった。

地域包括支援センターからの患者紹介は3%にとどまっていた。

【結果 1 - 2】

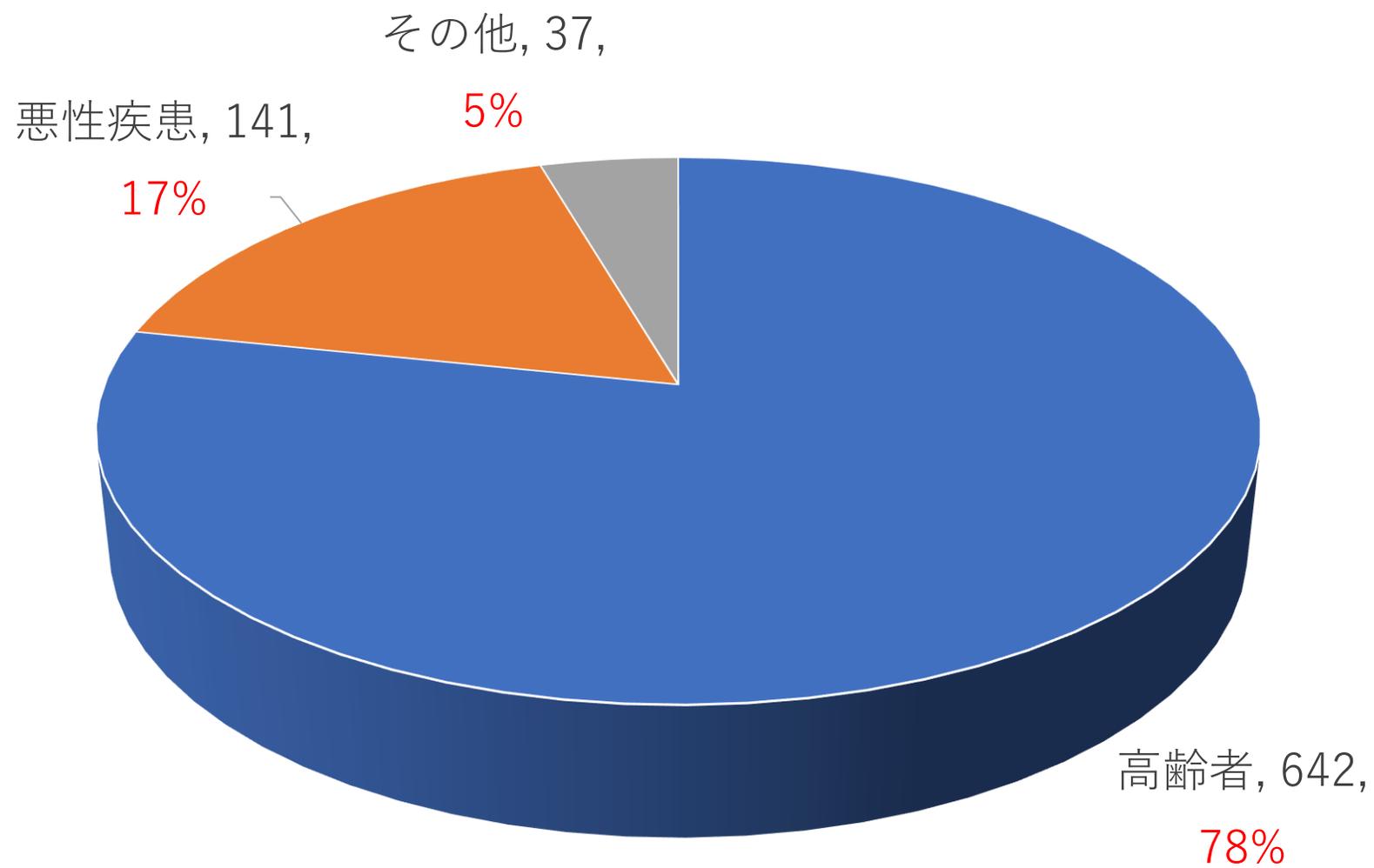
初診時の年齢分布：男女別（全症例）



全症例（男性333例・女性487例）の平均年齢は 82.5 ± 12.7 歳であった。
男女別では
男性 80.5 ± 12.7 歳
女性 83.8 ± 12.7 歳
で、女性のほうが有意に高かった。(p<0.01)

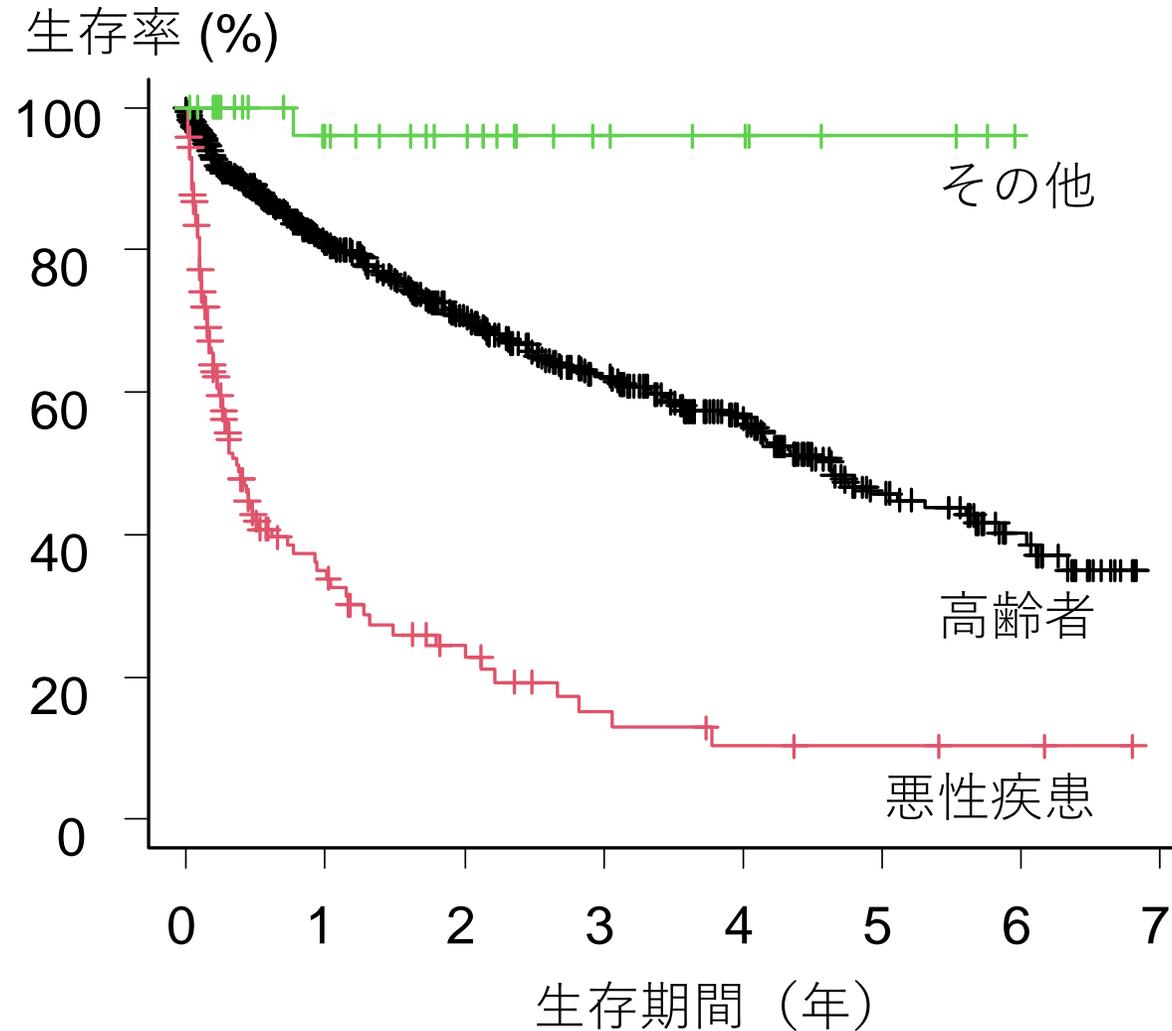
【結果 1 - 3】

全症例の大分類



【結果 1 - 4】

高齢者群・悪性疾患群・その他群の生存率
(Kaplan-Meier 法)

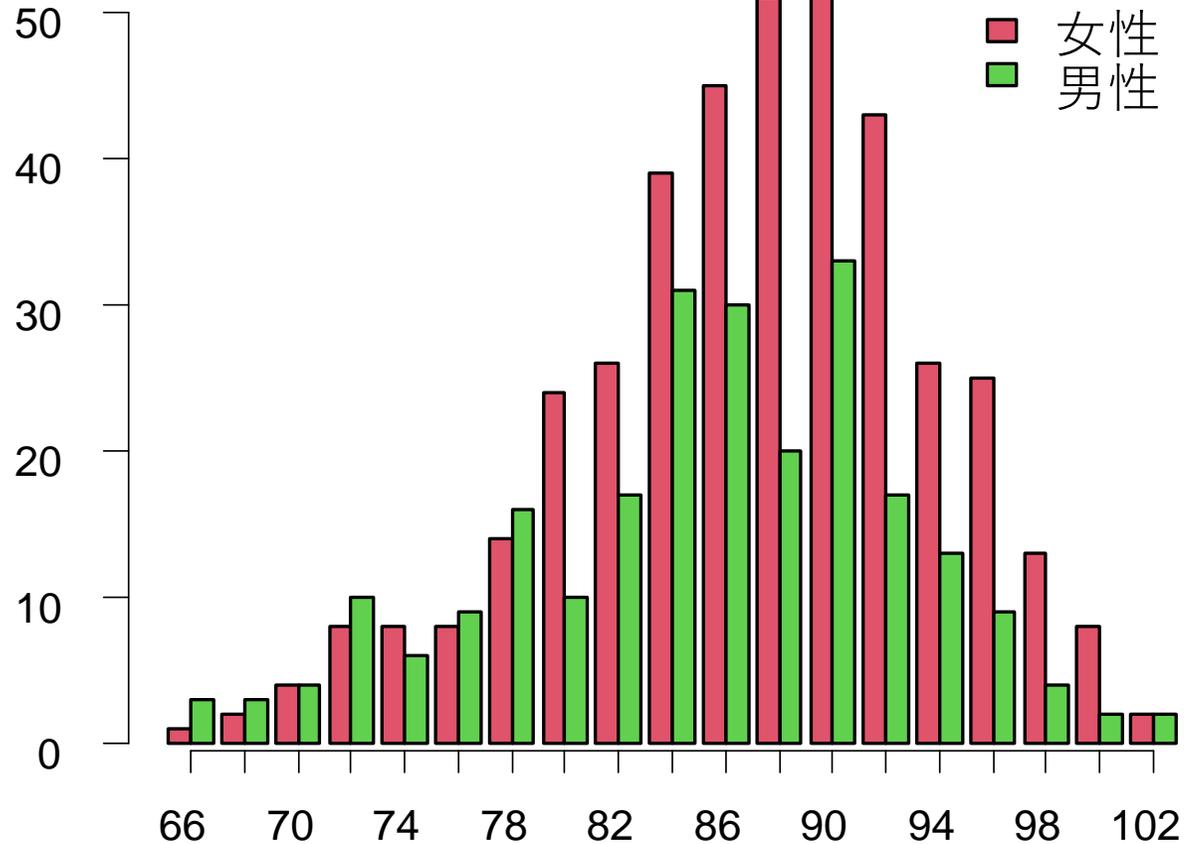


高齢者・がん患者・その他の患者群の生存率は明らかに異なり、患者をこれらの3群に大別することは妥当と考えられた。

2. 高齢者群642例
(65歳以上・悪性疾患を含まない)
の検討

【結果 2 - 1】

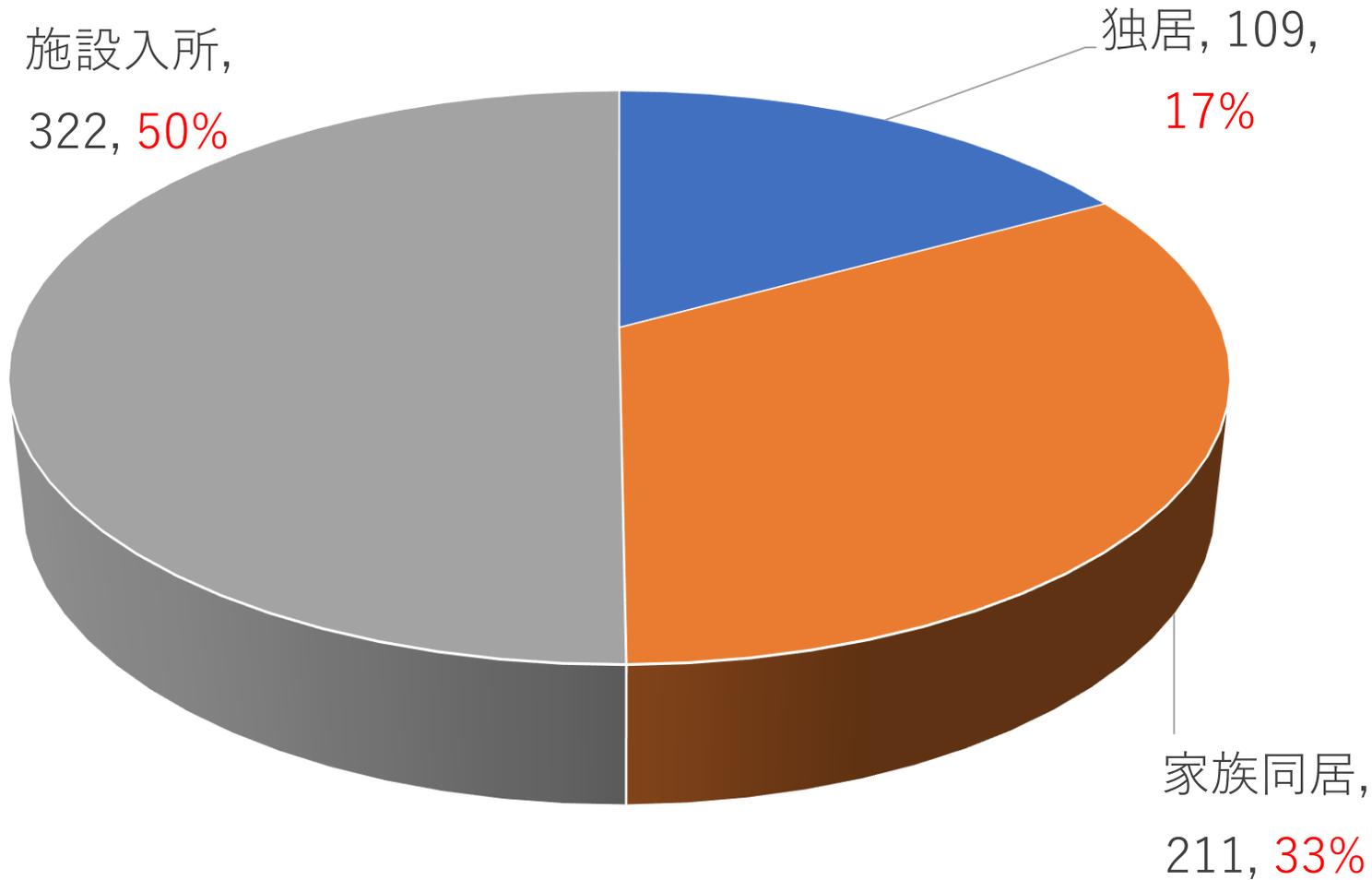
初診時の年齢分布：男女別（高齢者）



高齢者群（男性239例・女性403例）の平均年齢は82.5 ± 12.7歳であった。男女別では男性84.5 ± 7.4歳、女性86.7 ± 6.7歳で、女性のほうが有意に高かった。(p<0.01)

【結果 2 - 2】

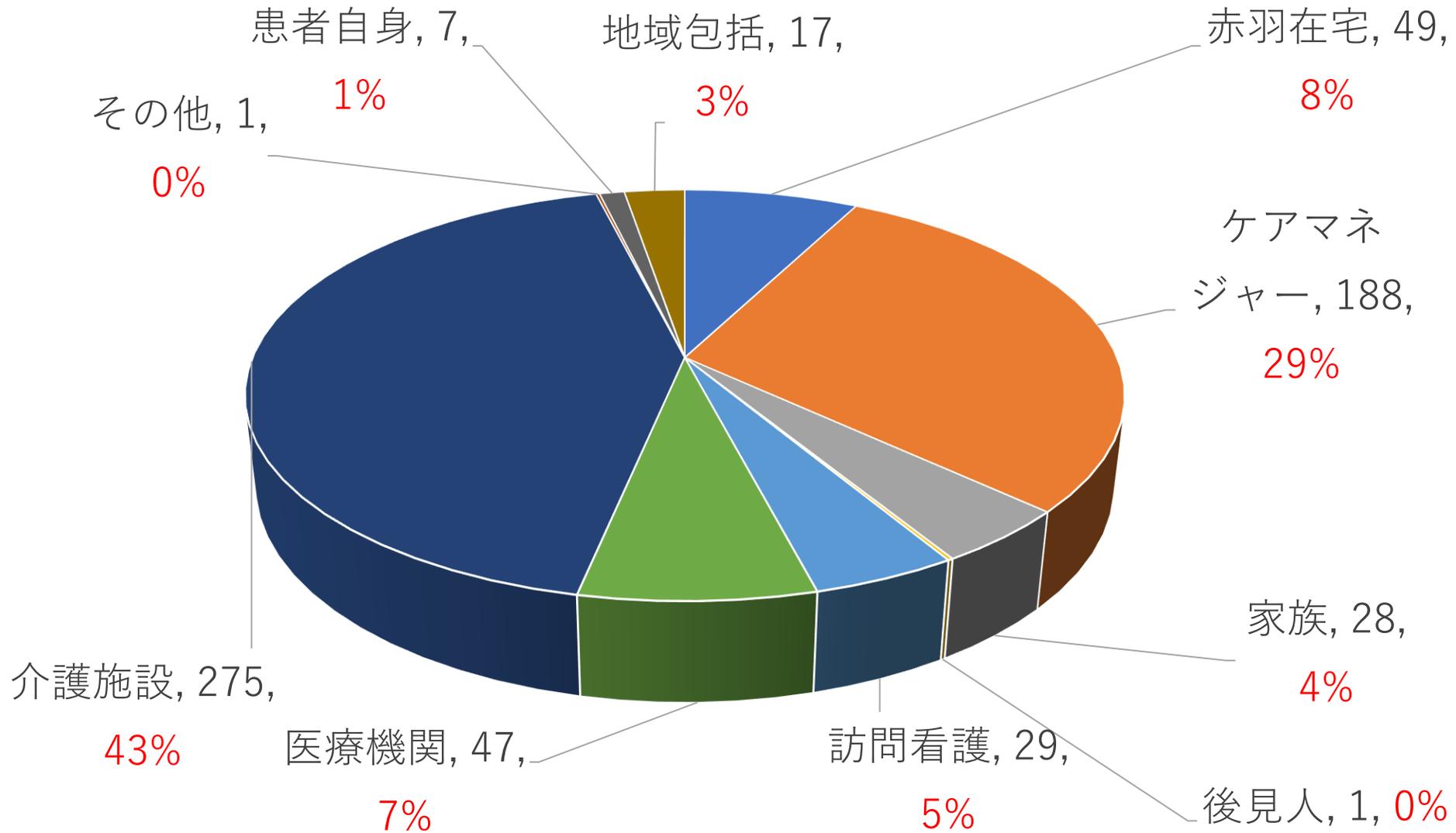
高齢者群の居住形態



練馬在宅クリニックで訪問診療を受ける高齢者は、半数が施設に入居していた。

【結果 2 - 3】

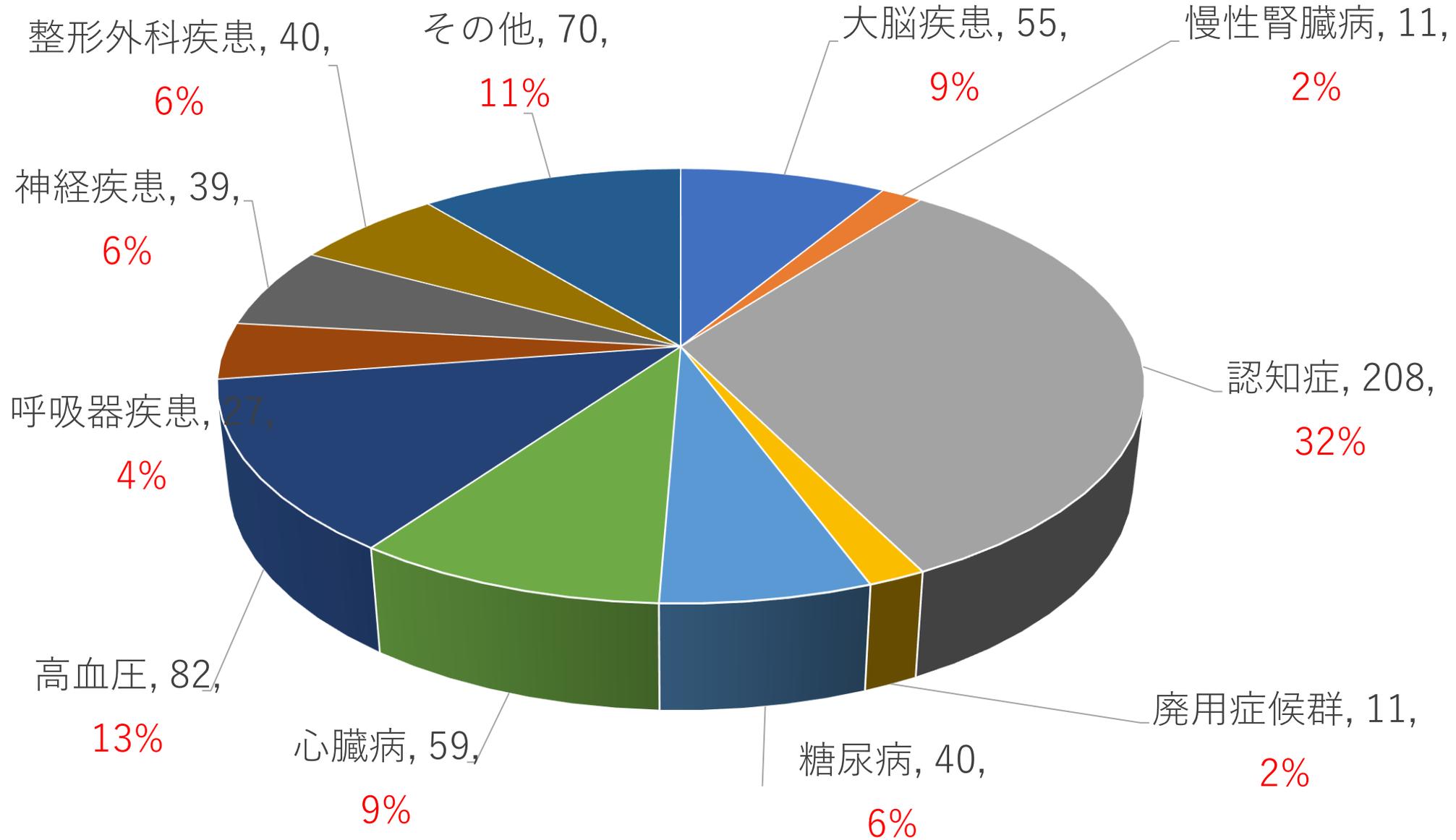
高齢者群の紹介元



紹介元は介護施設とケアマネジャーで約7割を占めていた。地域包括支援センターからの紹介は3%にとどまっていた。

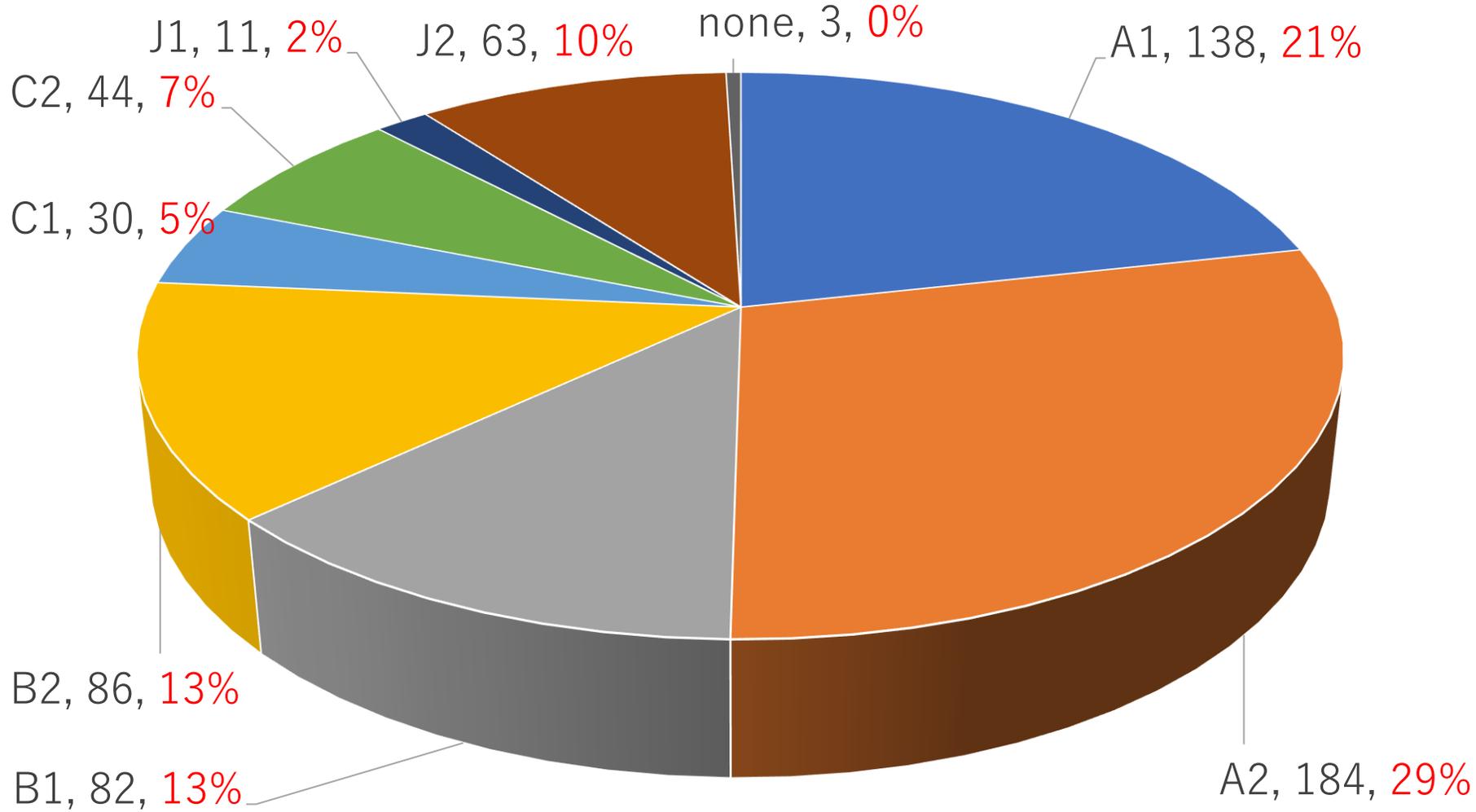
【結果 2 - 4】

高齢者群の主病名



【結果 2 - 5】

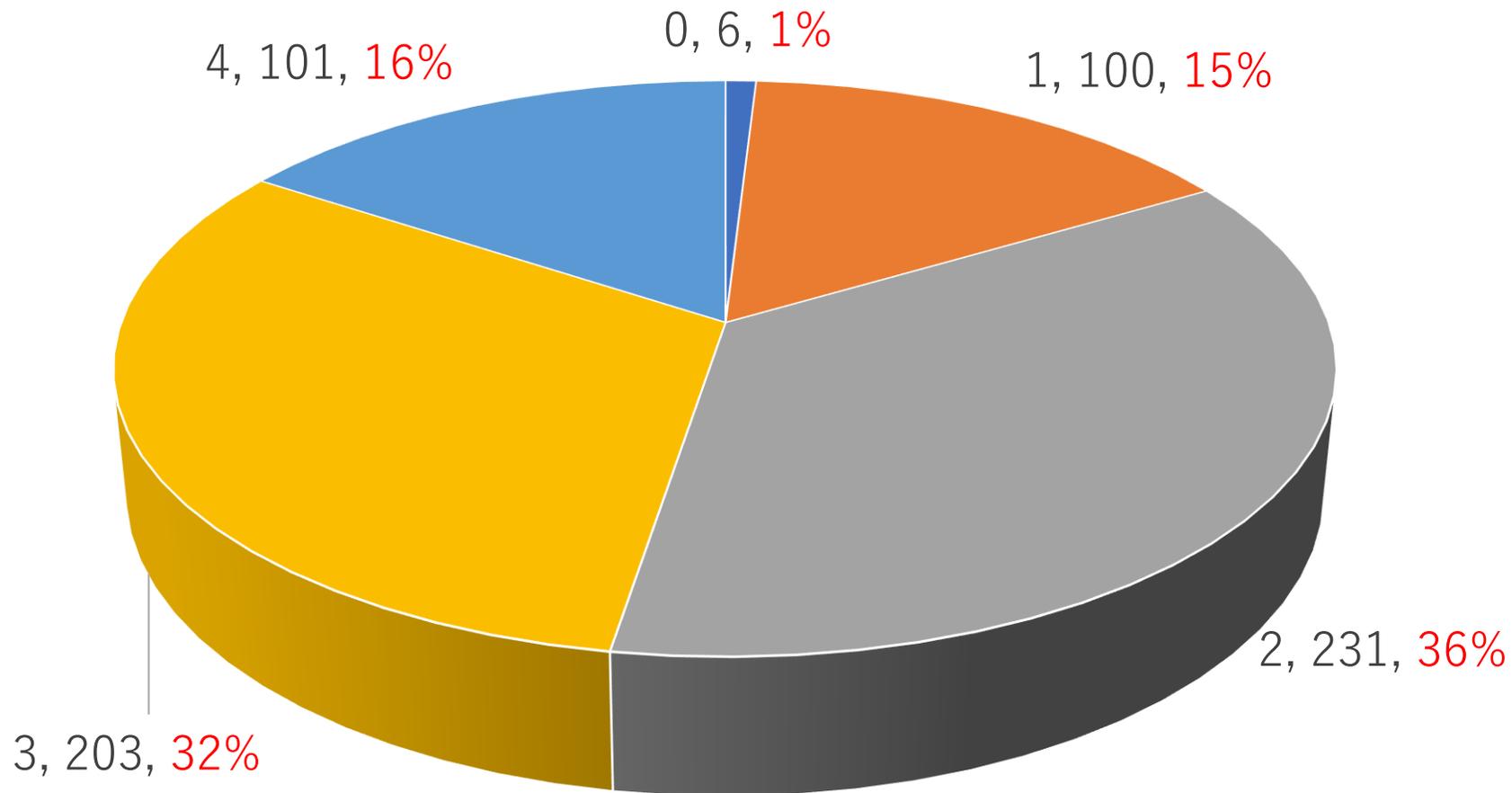
高齢者群の障害高齢者の日常生活自立度
(寝たきり度)



	状態の概要
J1	自立歩行が可能
J2	自立歩行だが見守りが必要
A1	室内移動は可能（介助が必要なことも）
A2	室内移動はできるが、日常生活に介助が必要
B1	室内での移動が困難（ベッド上中心）
B2	ベッド上で座るのも困難
C1	意思疎通は可能な寝たきり
C2	意思疎通も困難な寝たきり

【結果 2 - 6】

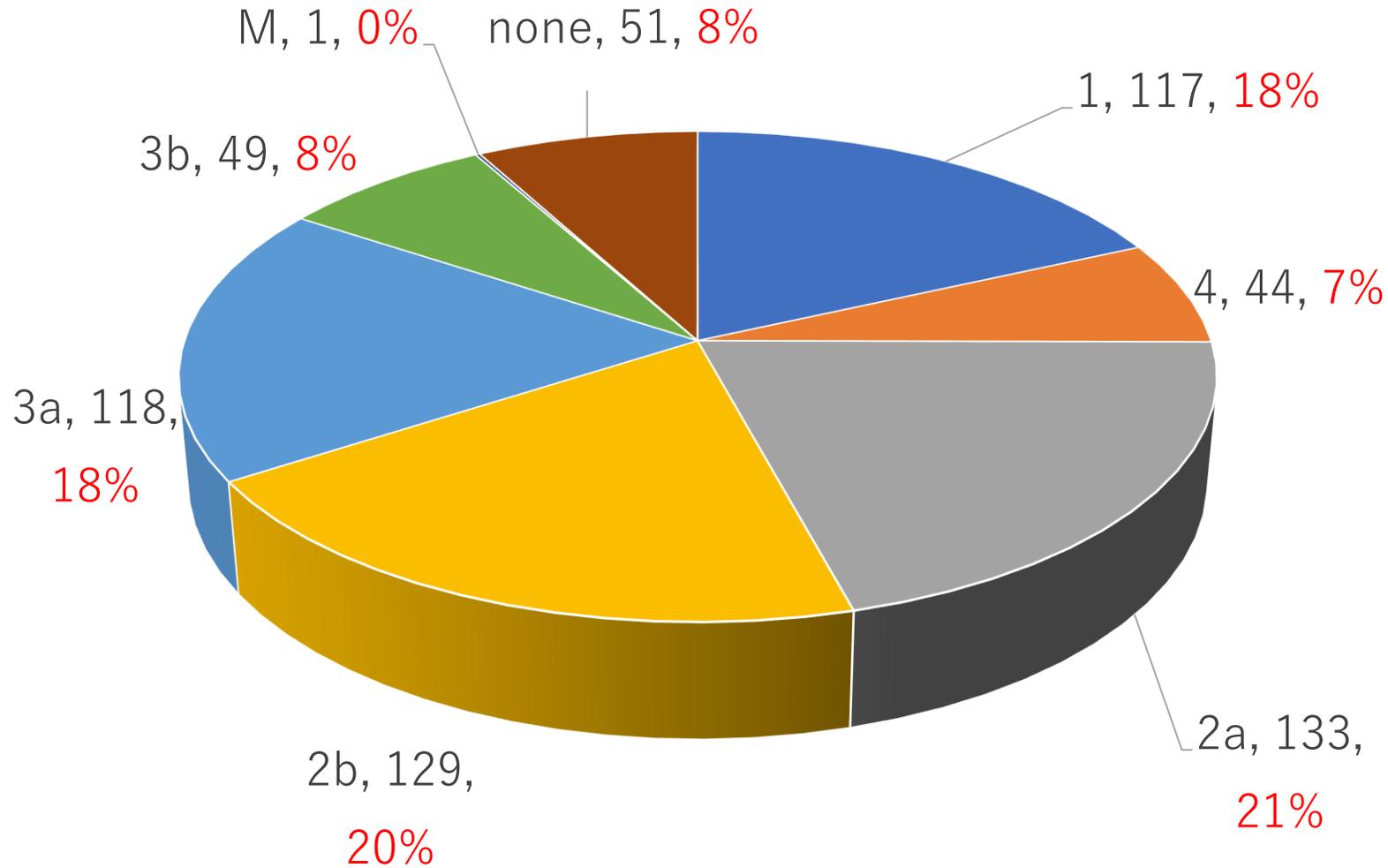
高齢者群の performance status



0	制限なく活動できる
1	軽い身体活動は可能だが、肉体力労働は制限される
2	日中の50%以上は起きており、身の回りのことは可能だが活動は制限される
3	日中の50%以上をベッドか椅子で過ごし、身の回りのことは困難
4	全く動けず、完全な介助が必要

【結果 2 - 7】

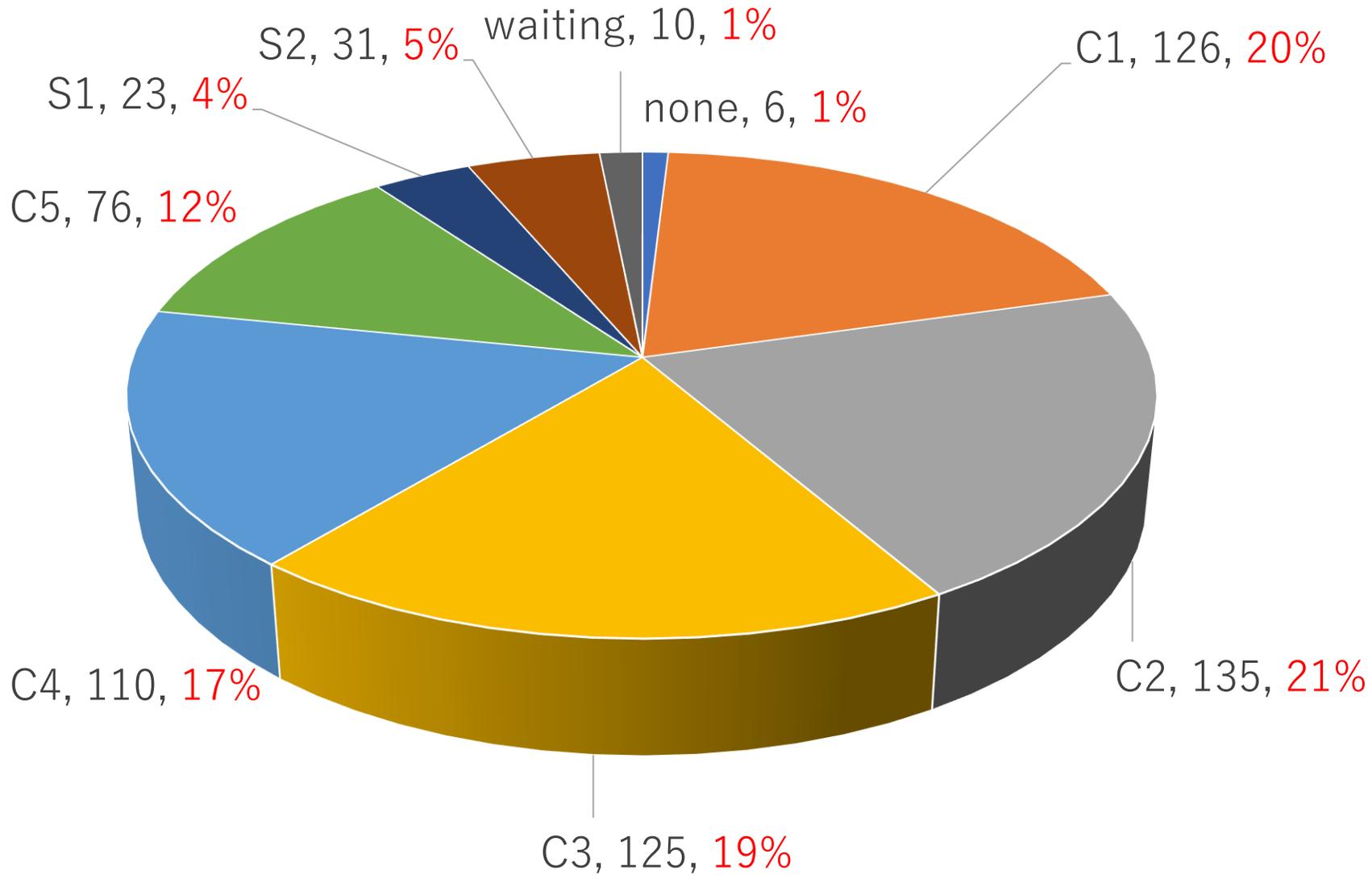
高齢者群の 認知症高齢者の日常生活自立度



自立度	判定基準
自立	認知症を有するが、日常生活は家庭内および社会的にほぼ自立している
I	何らかの認知症を有するが、日常生活はほぼ自立している 日中は家庭外での活動が可能であるが、時に見守りや声かけが必要である
IIa	家庭内での活動はできるが、外出には見守りや付き添いが必要である
IIb	日中でも介護を必要とすることがあるが、介護者の手がかかることがある
IIIa	日中の多くの時間に介護を必要とし、介護者の負担が大きい
IIIb	日常生活に常時介護が必要であり、意思疎通も困難である
IV	精神症状や行動異常が著しく、専門医療や対応が必要である
M	

【結果 2 - 8】

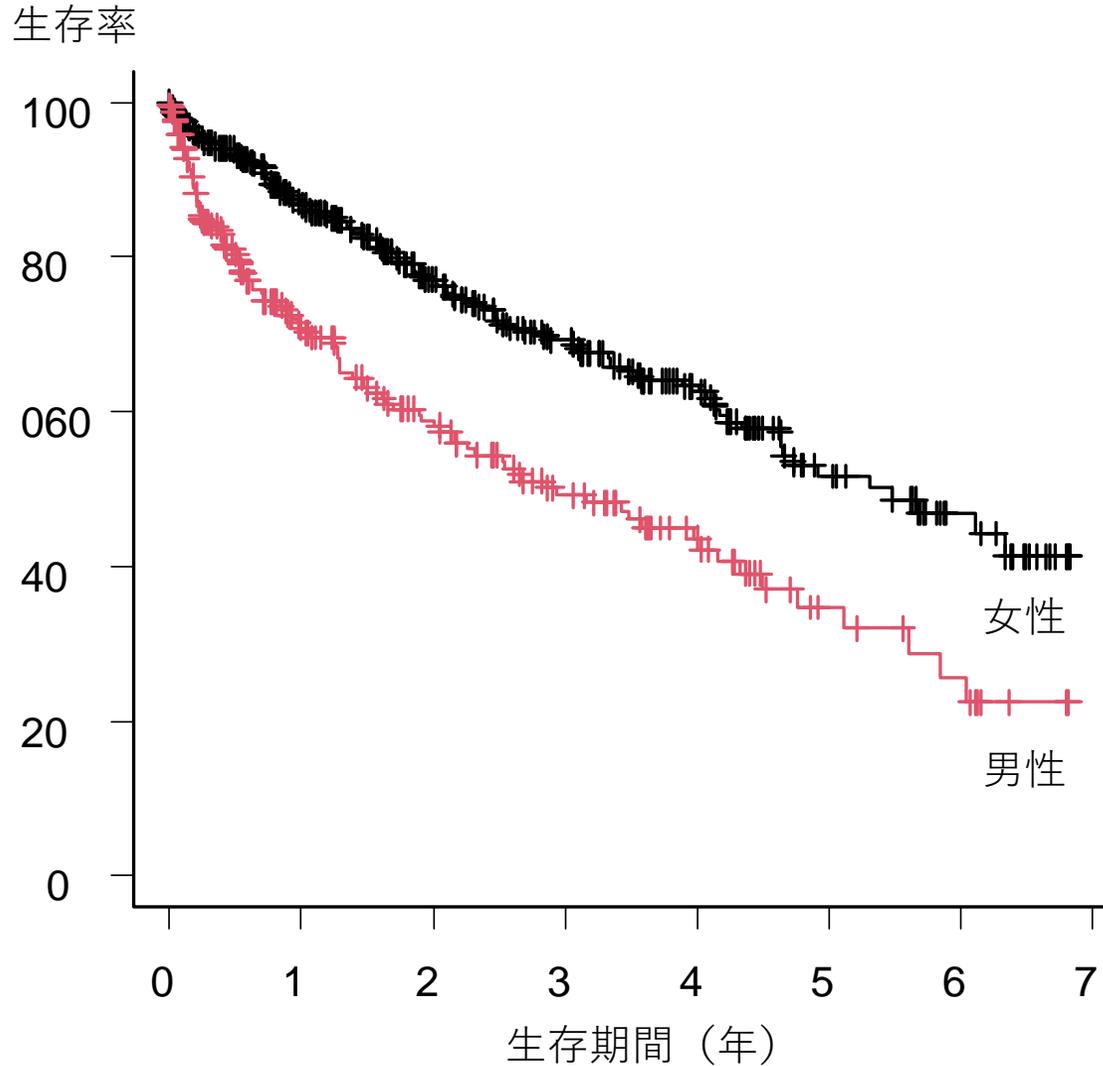
高齢者群の介護認定



非該当 (自立)	介護の必要なし、自立して生活可能
要支援1	軽度の支援が必要な状態
要支援2	要支援1よりもやや介助が必要な状態
要介護1	部分的な介護が必要な状態
要介護2	要介護1よりも介護量が多い状態
要介護3	中等度の介護が必要な状態
要介護4	重度の介護が必要な状態
要介護5	最も重度の介護が必要な状態

【結果 2 - 9】

高齢者群642例の生存率

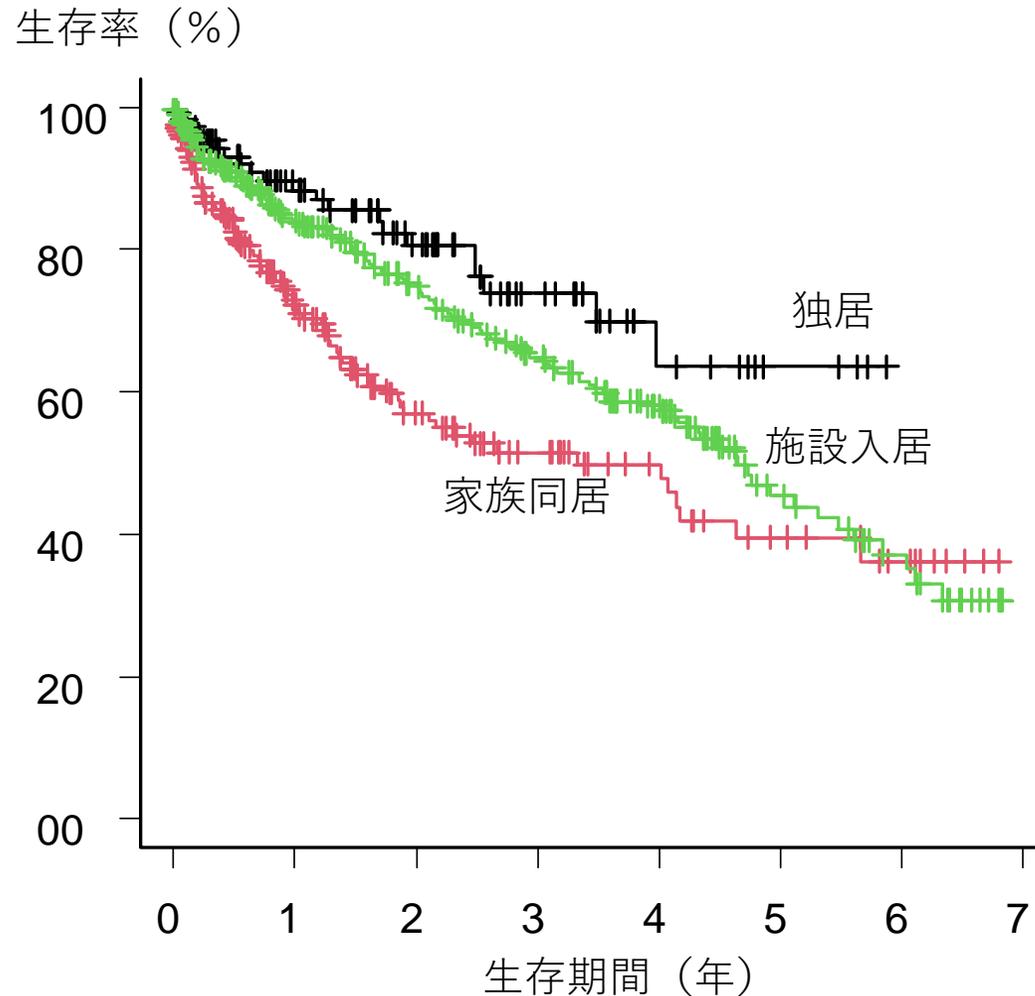


全高齢者（男性239例・女性402例）の5年生存率は男性34.7%、女性51.7%で、女性の生存率が有意に高かった。

生存率 (%)	1年	2年	3年	4年	5年
女性	86.7	77.0	69.2	63.3	51.7
男性	70.8	58.9	49.2	43.6	34.7

【結果 2 - 1 0】

高齢者群642例: 居住形態と生存率

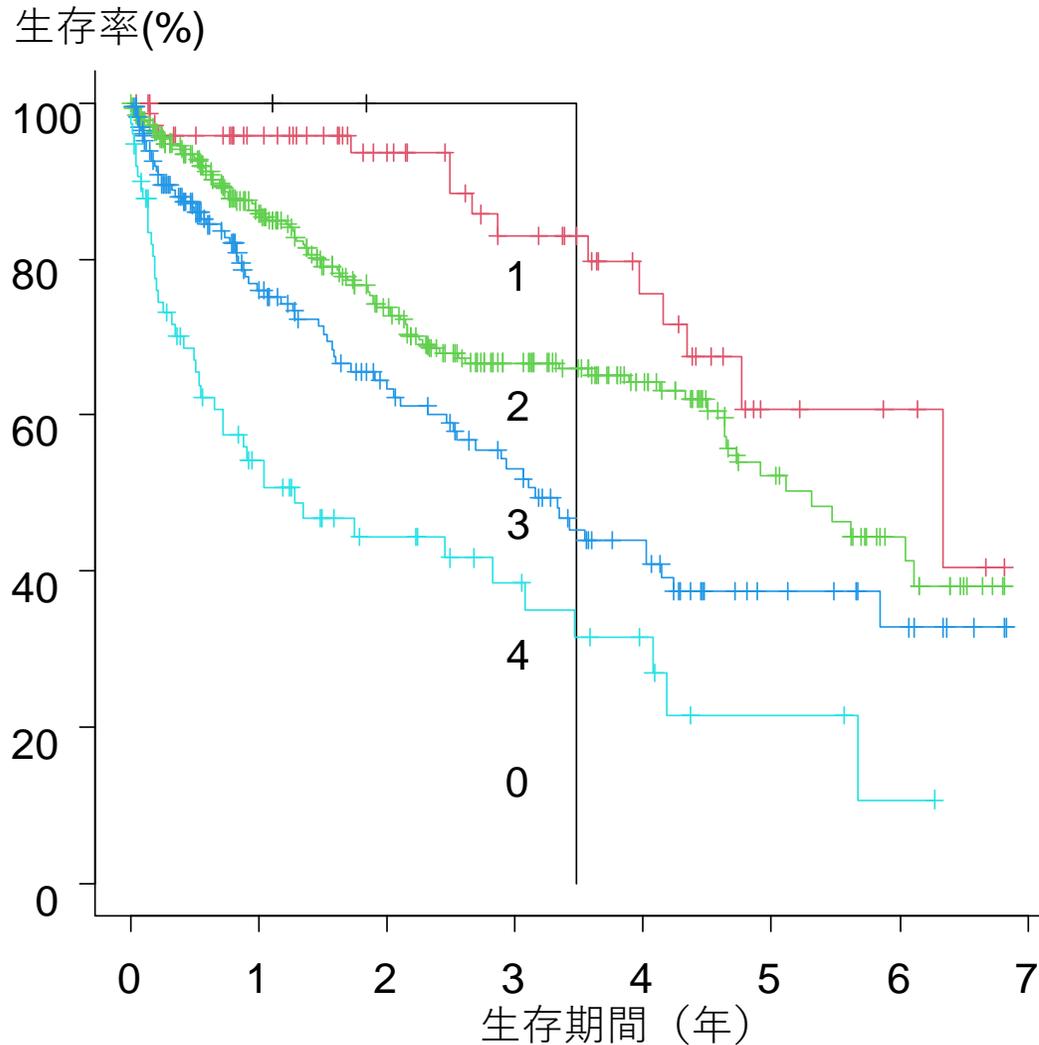


居住形態によって独居・家族同居・施設入居にわけ、生存率を比較した。
独居症例の生存率は他の2群と比較して悪くなかった。
家族同居の症例は介入当初の生存率が低かったが、5年目以降は施設入居と同等になった。

生存率 (%)	1年	2年	3年	4年	5年
独居	88.3	80.6	73.8	63.5	63.5
家族同居	72.3	57.0	51.5	49.9	39.6
施設入居	84.0	75.2	64.9	58.0	45.4

【結果 2 - 1 1】

高齢者群642例:
初診時における「障害高齢者の寝たきり度」と生存率



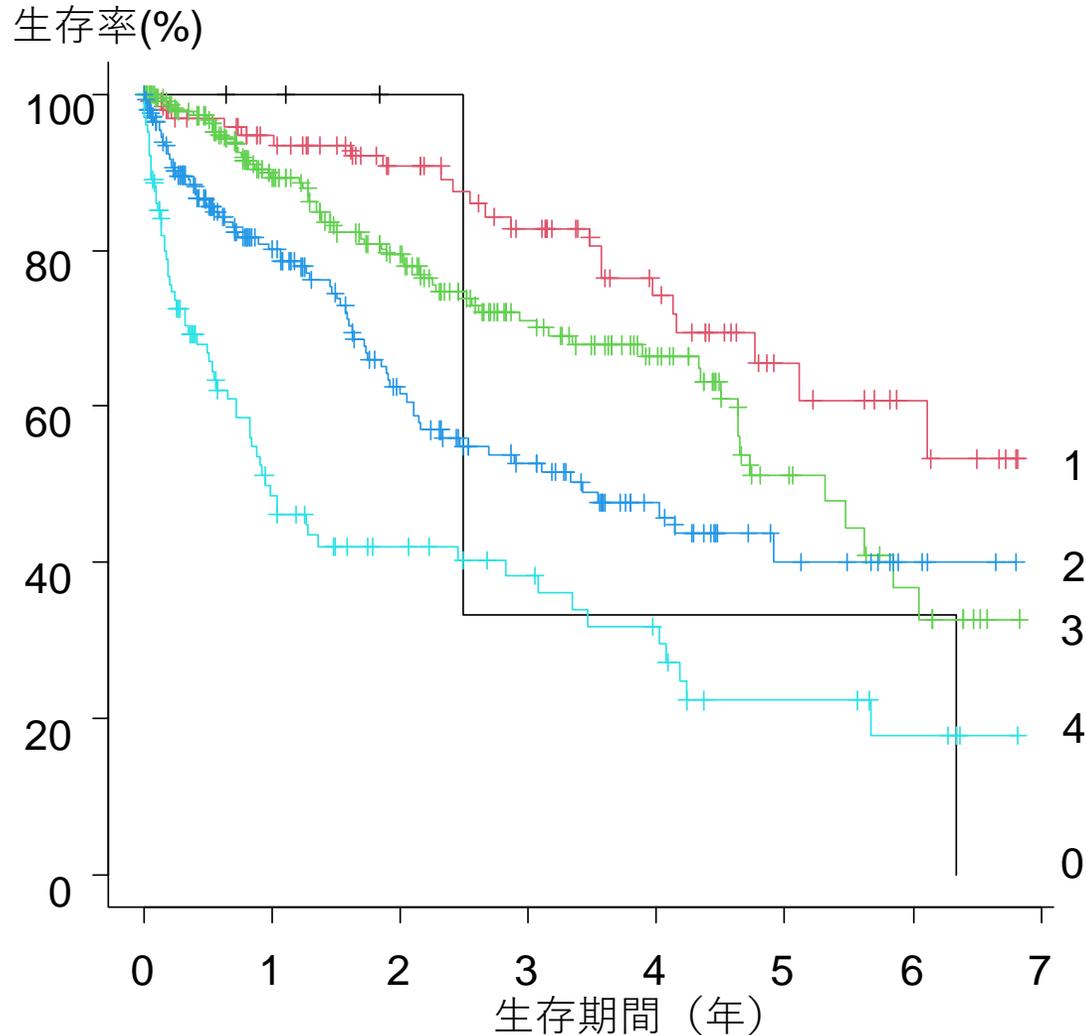
0 = 自立
 $J = J1 + J2$
 $A = A1 + A2$
 $B = B1 + B2$
 $C = C1 + C2$

初診時の寝たきり度が高くなるほど生存率は悪くなる傾向があった。

自立度	判定基準
自立	認知症を有するが、日常生活は家庭内および社会的にほぼ自立している
I	何らかの認知症を有するが、日常生活はほぼ自立している
IIa	日中は家庭外での活動が可能であるが、時に見守りや声かけが必要である
IIb	家庭内での活動はできるが、外出には見守りや付き添いが必要である
IIIa	日中でも介護を必要とすることがあるが、介護者の手がかかることがある
IIIb	日中の多くの時間に介護を必要とし、介護者の負担が大きい
IV	日常生活に常時介護が必要であり、意思疎通も困難である
M	精神症状や行動異常が著しく、専門医療や対応が必要である

【結果 2 - 1 2】

高齢者群642例: 初診時の performance status と生存率

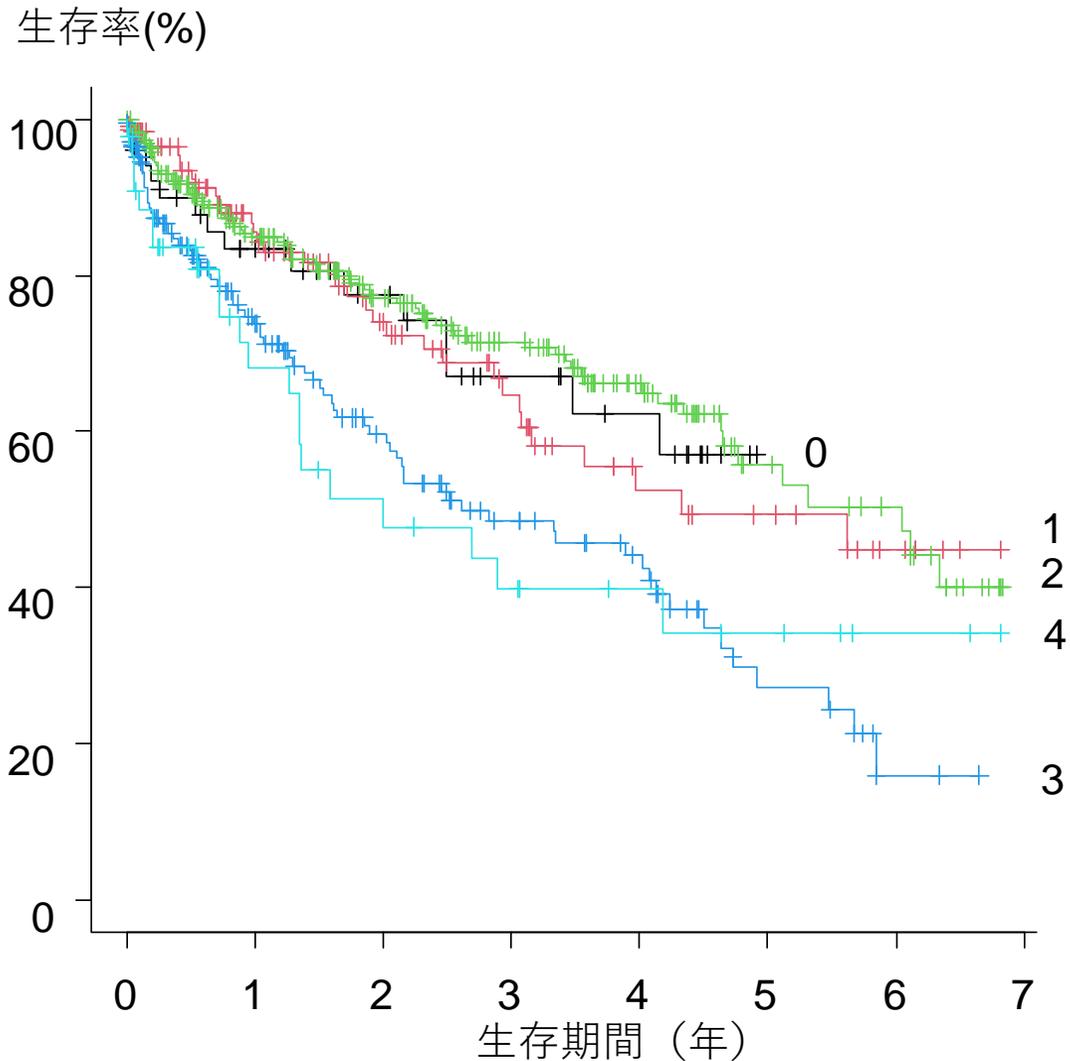


初診時の PS によって生存率に差が認められた。

0	制限なく活動できる
1	軽い身体活動は可能だが、 肉体労働は制限される
2	日中の50%以上は起きており、身の回りのことは可能だが活動は制限される
3	日中の50%以上をベッドか椅子で過ごし、身の回りのことは困難
4	全く動けず、完全な介助が必要

【結果 2 - 1 3】

高齢者群642例:
初診時における「認知症高齢者の日常生活自立度」と生存率



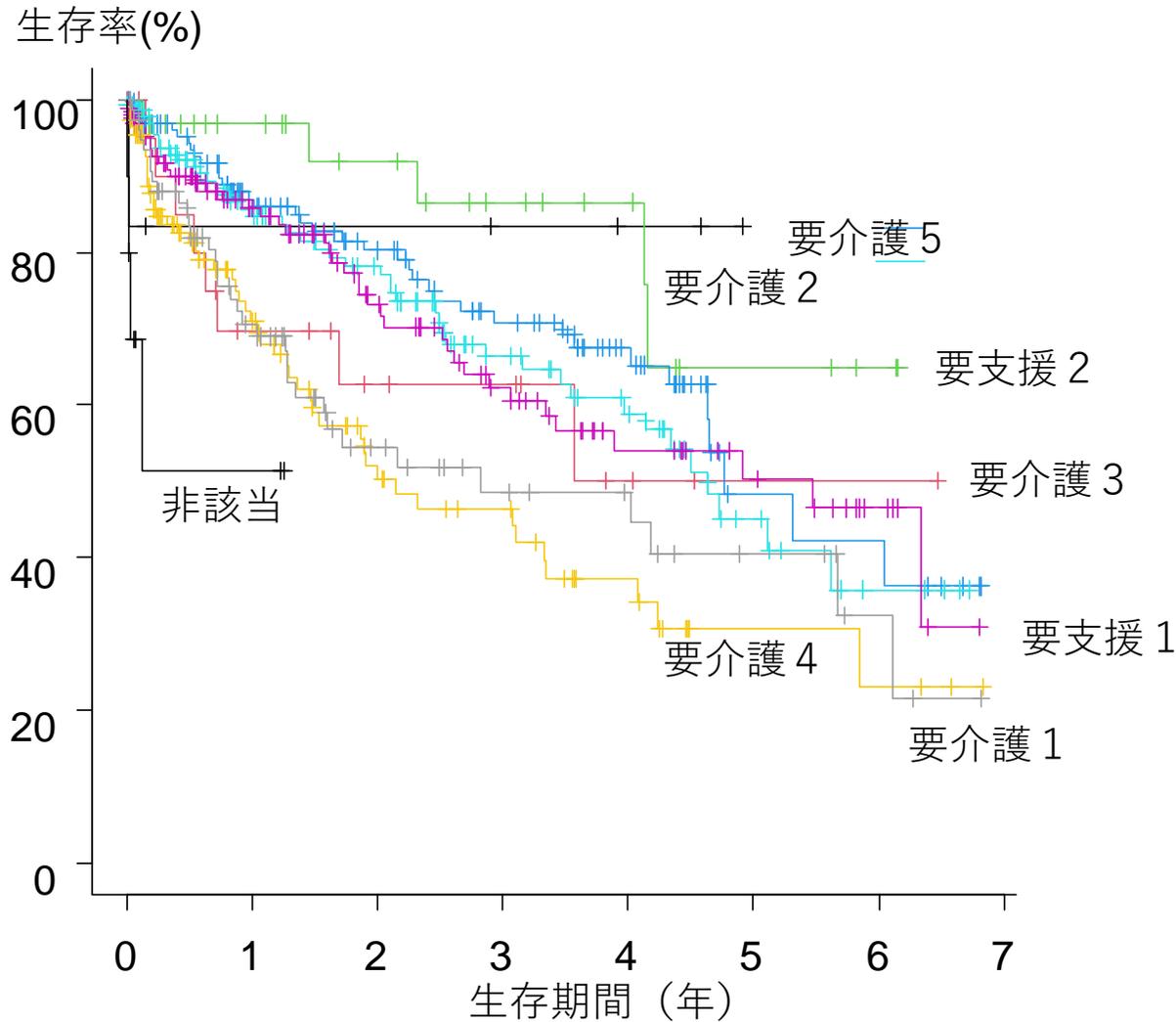
0=なし
1=1
2a+2b=2
3a+3b=3
4=4

自立度が下がるほど生存率も悪い傾向だったが、3と4は4年以降逆転していた。

自立度	判定基準
自立	認知症を有するが、日常生活は家庭内および社会的にほぼ自立している
I	何らかの認知症を有するが、日常生活はほぼ自立している
IIa	日中は家庭外での活動が可能であるが、時に見守りや声かけが必要である
IIb	家庭内での活動はできるが、外出には見守りや付き添いが必要である
IIIa	日中でも介護を必要とすることがあるが、介護者の手がかかることがある
IIIb	日中の多くの時間に介護を必要とし、介護者の負担が大きい
IV	日常生活に常時介護が必要であり、意思疎通も困難である
M	精神症状や行動異常が著しく、専門医療や対応が必要である

【結果 2 - 1 4】

高齢者群642例:
初診時における介護認定と生存率



介護認定と生存率
の間に明確な関係
はなかった。

- 非該当 (自立) 介護の必要なし、自立して生活可能な状態
- 要支援1 軽度の支援が必要な状態
- 要支援2 要支援1よりもやや介助が必要な状態
- 要介護1 部分的な介護が必要な状態
- 要介護2 要介護1よりも介護量が多い状態
- 要介護3 中等度の介護が必要な状態
- 要介護4 重度の介護が必要な状態
- 要介護5 最も重度の介護が必要な状態

【結果 2 - 1 5】

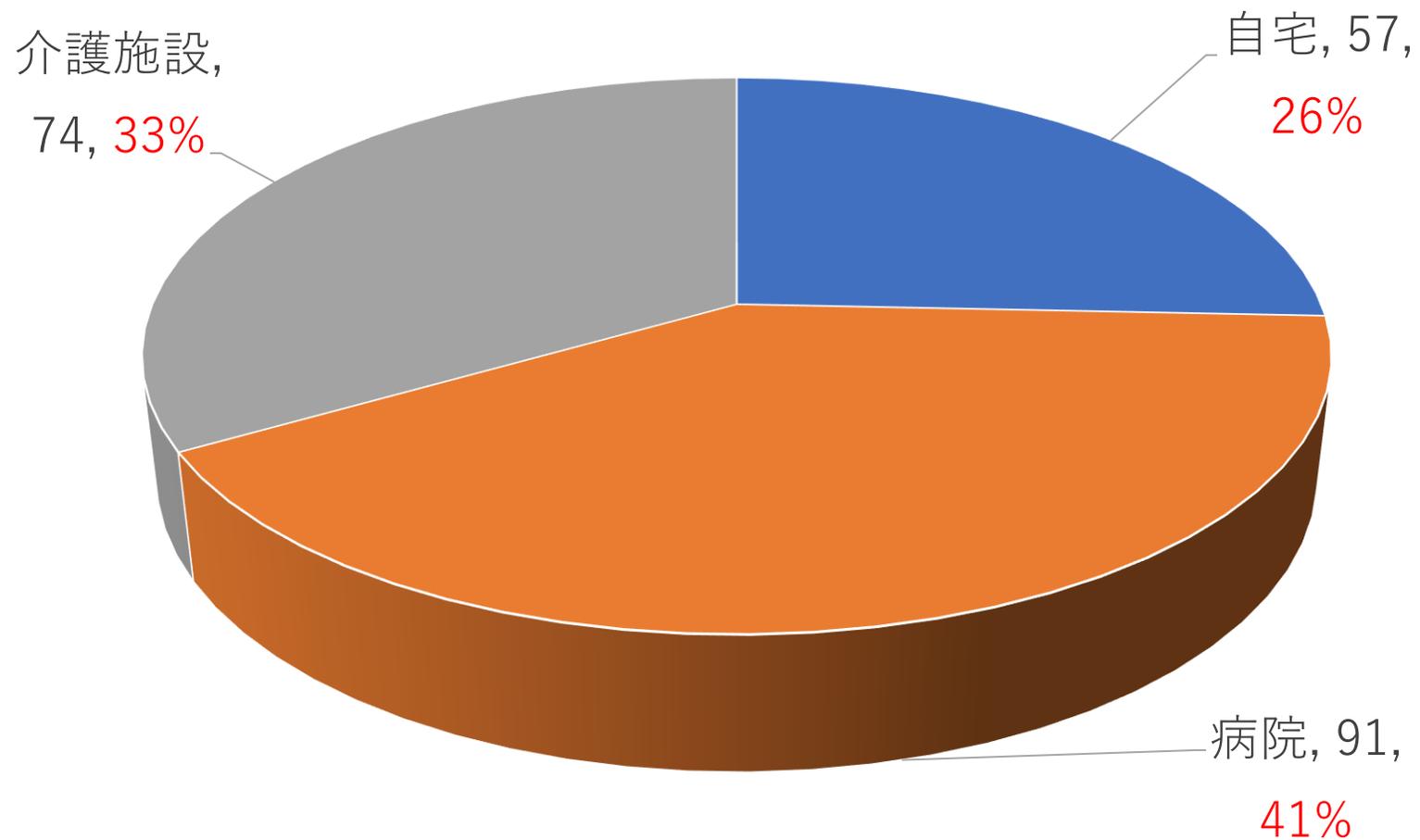
高齡者群642例:
生存率に影響を与える因子（多変量解析）

高齡者群で生存期間に影響を及ぼす因子を探索するため、従属変数を生存期間、独立変数を初診時年齢・性別・居住形態・寝たきり度・日常生活自立度・PS・介護認定を独立変数として、Cox比例ハザード回帰で分析した。

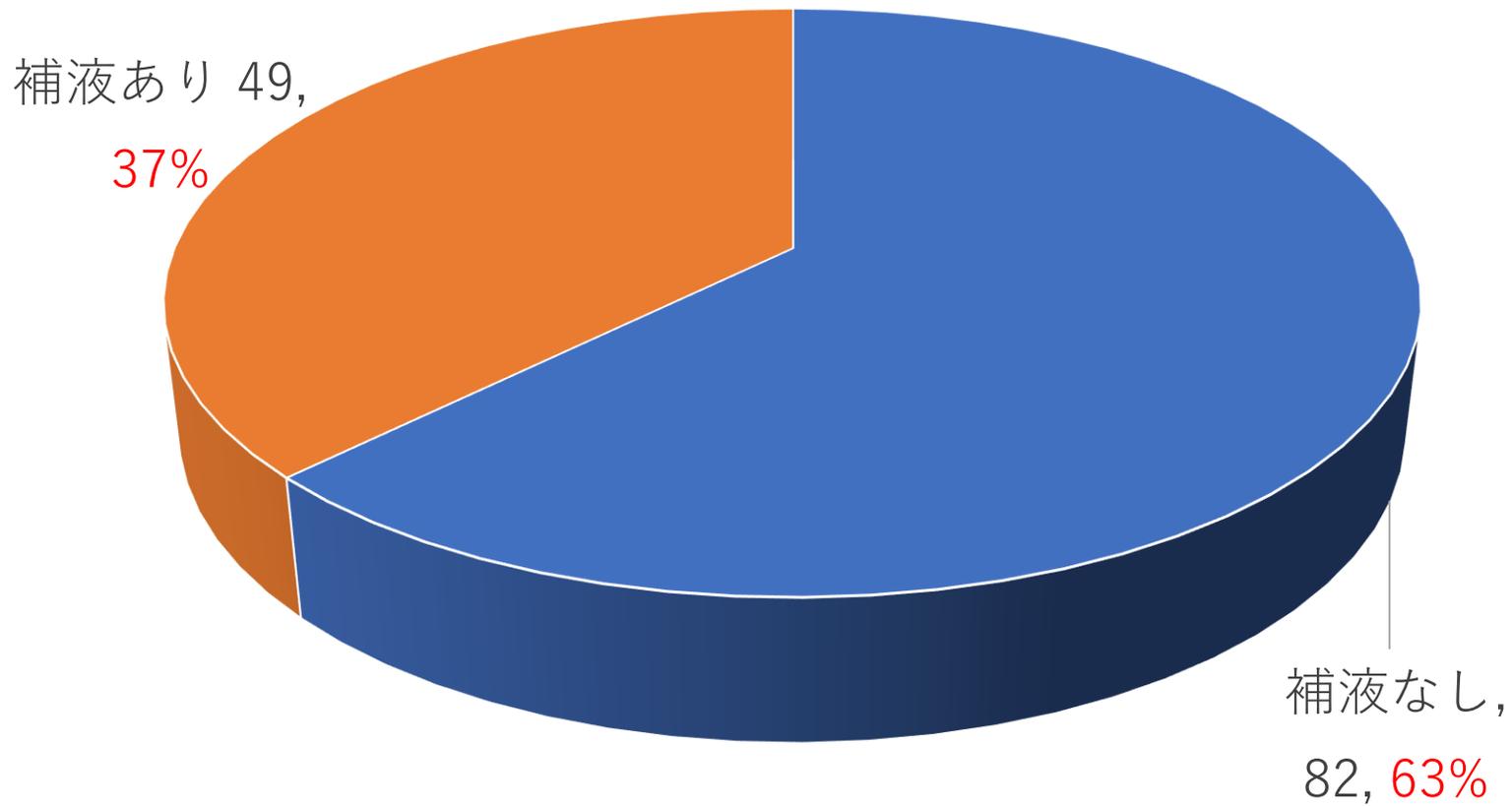
因子	HR	95%信頼区間（下限）	95%信頼区間（上限）	P値	統計学的有意性
男性 vs 女性	2.315	1.77	$3.0289.0 \times 10^{-10}$		有意 (*) **
初診時年齢 (1歳増加)	1.063	1.041	$1.0857.3 \times 10^{-9}$		有意 (*) **
寝たきり度	1.256	0.989	1.596	0.061	傾向あり (.)
PS	1.493	1.206	1.849	0.00024	有意 () **
認知症の自立度	1.061	0.916	1.229	0.431	有意でない
要介護度	1.045	0.94	1.162	0.42	有意でない
独居/同居/施設	0.96	0.788	1.171	0.689	有意でない

【結果 2 - 1 6】

高齢者群642例のうち死亡例222例の死亡場所



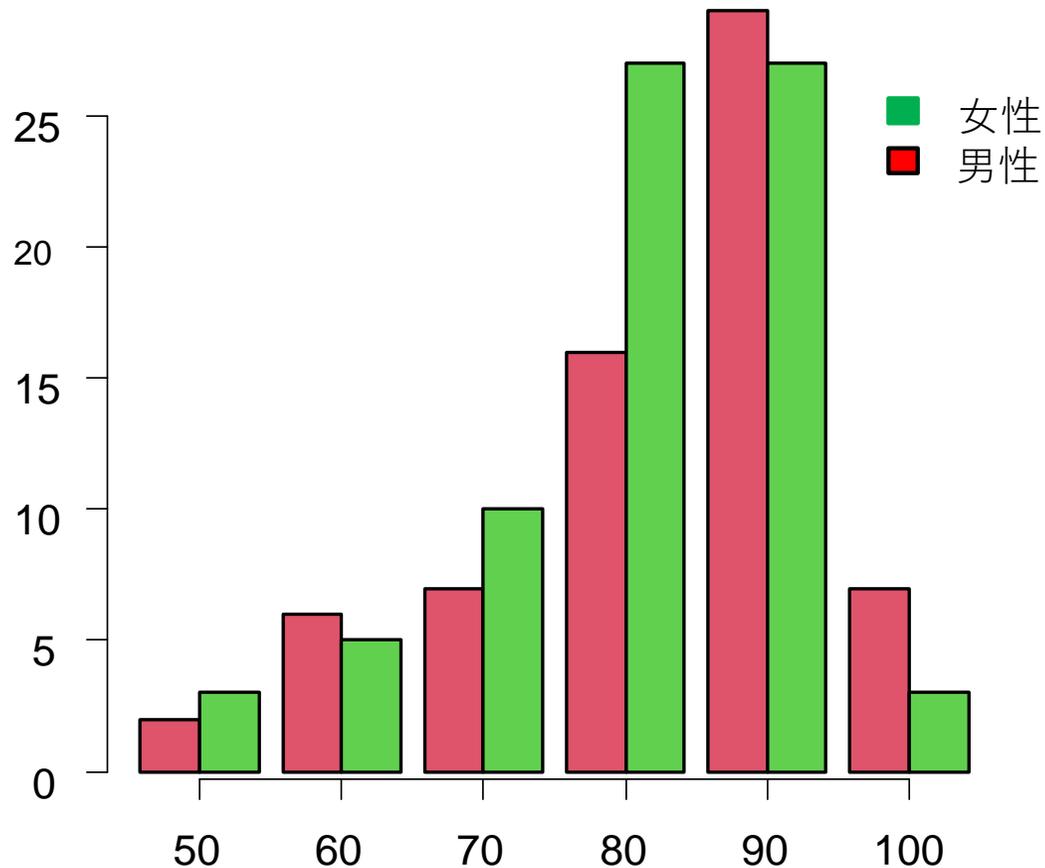
【結果 2 - 1 7】 高齢者群642例:自宅及び施設における死亡例 (131例)
終末期補液の有無



3. 悪性疾患群141例（65歳以上を含む） の検討

【結果3-1】

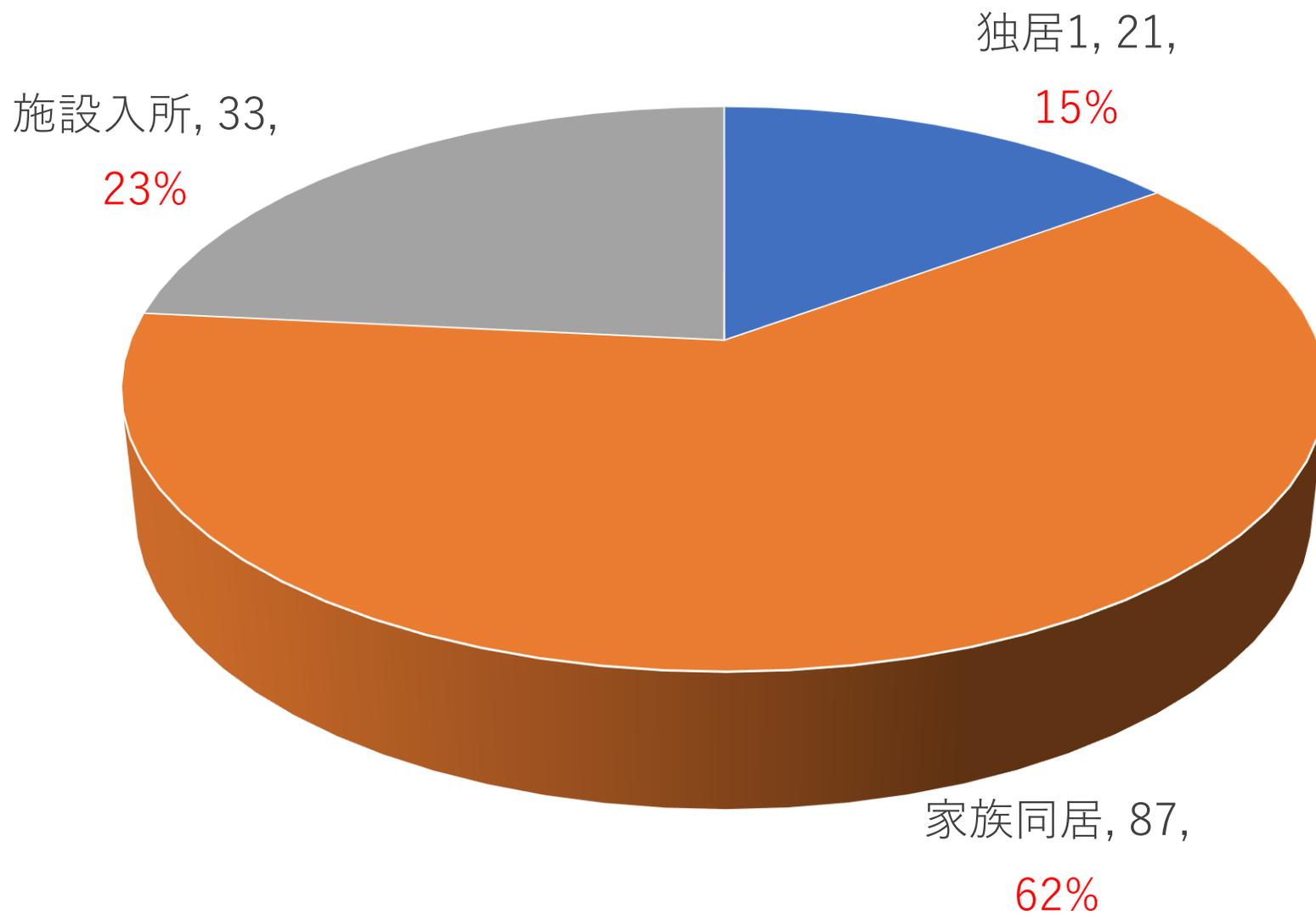
悪性疾患群141例: 年齢分布



悪性疾患群（男性75例・女性67例）の平均年齢は 77.2 ± 11.4 歳であった。男女別では
男性 76.0 ± 11.1 歳
女性 78.5 ± 11.8 歳
で、男女差はなかった。
年齢層は意外に高く、40代より若い世代の利用者は2名しかいなかった。

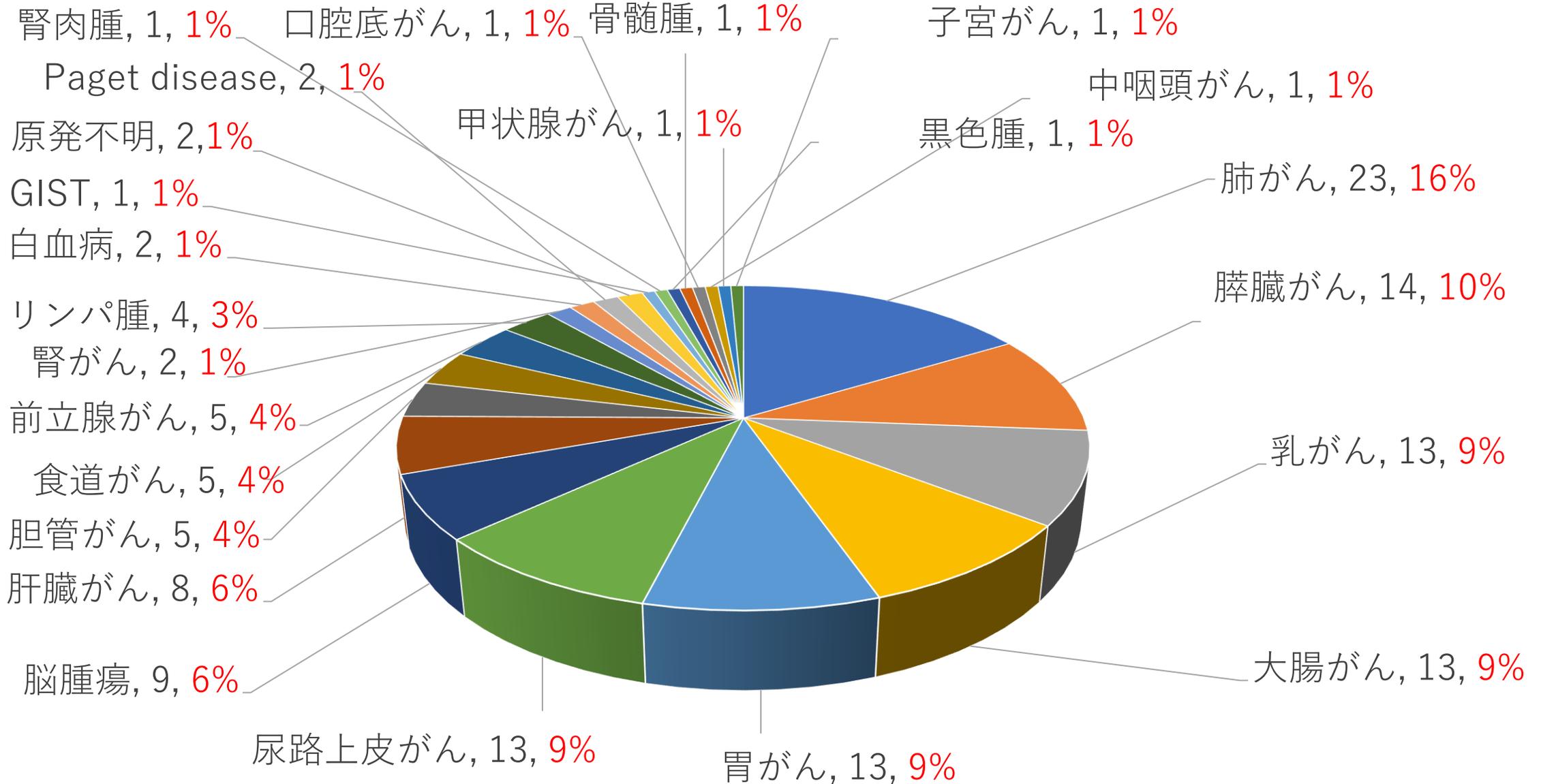
【結果 3 - 2】

悪性疾患群の居住形態



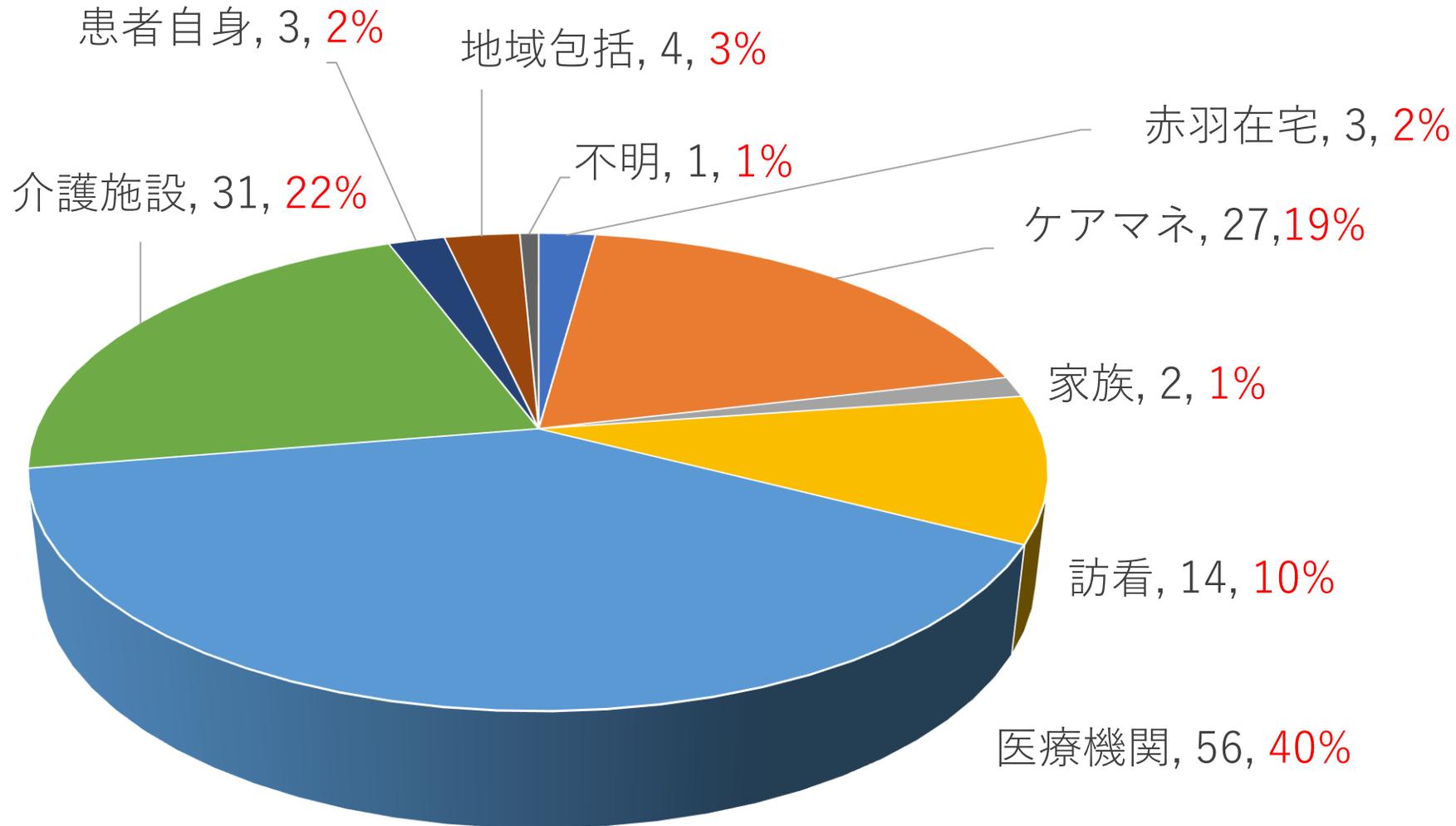
【結果3-3】

悪性疾患群141例:
臓器別



【結果3-4】

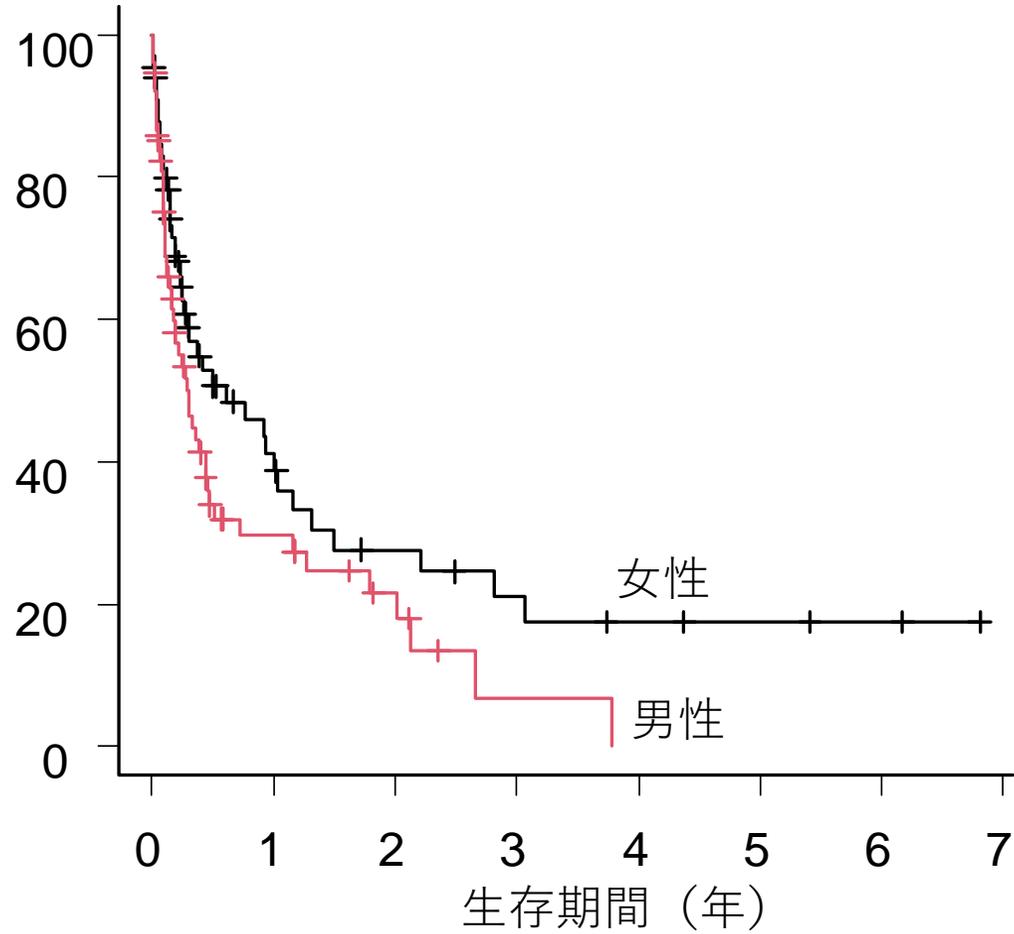
悪性疾患群141例:
紹介元



【結果3-5】

悪性疾患群141例:
生存率

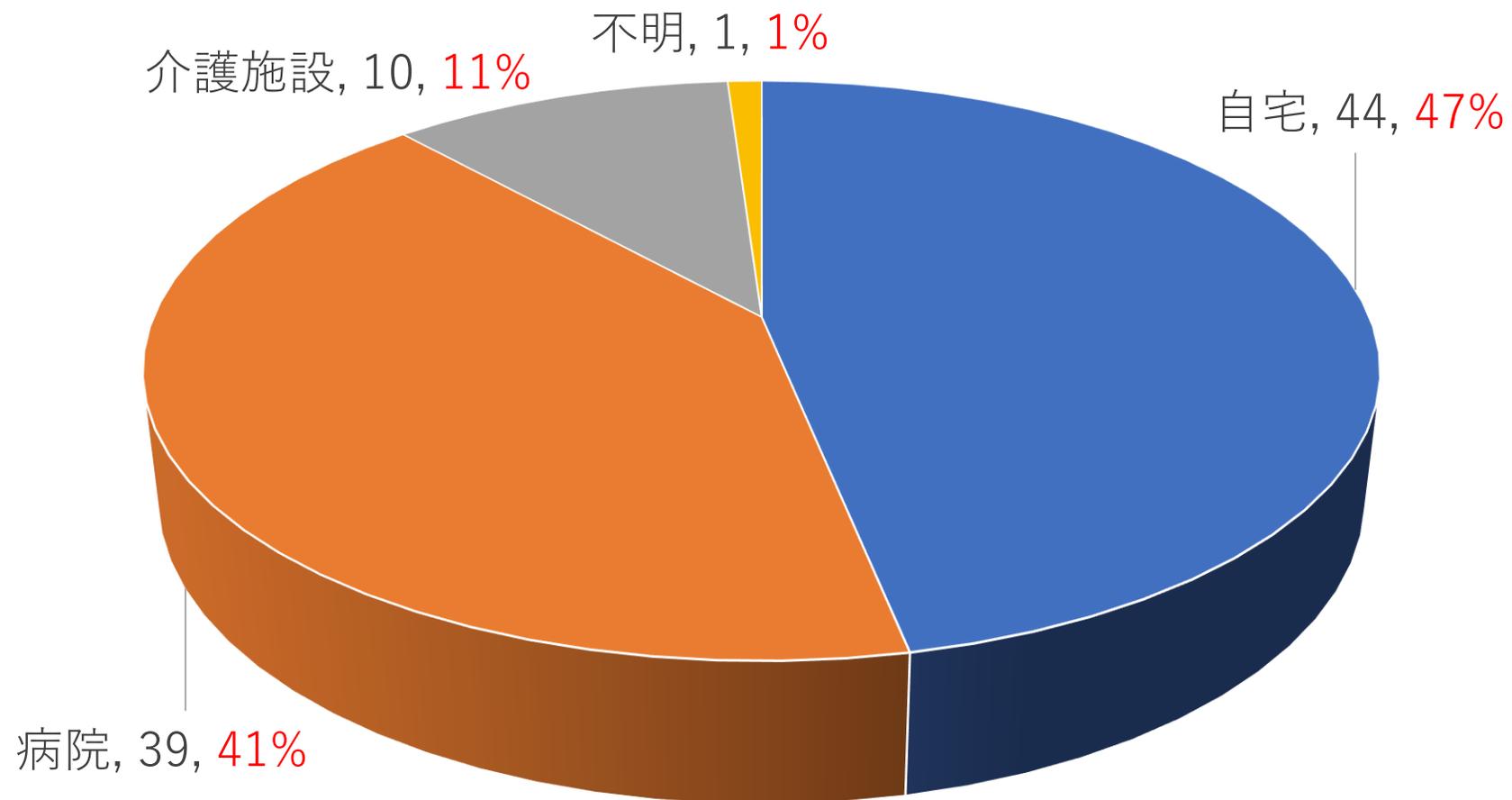
生存率 (%)



生存率 (%)	1年	2年	3年	4年	5年
女性	41.1	27.6	21.1	17.5	17.5
男性	29.7	21.6	6.7	NA	NA

【結果3－6】

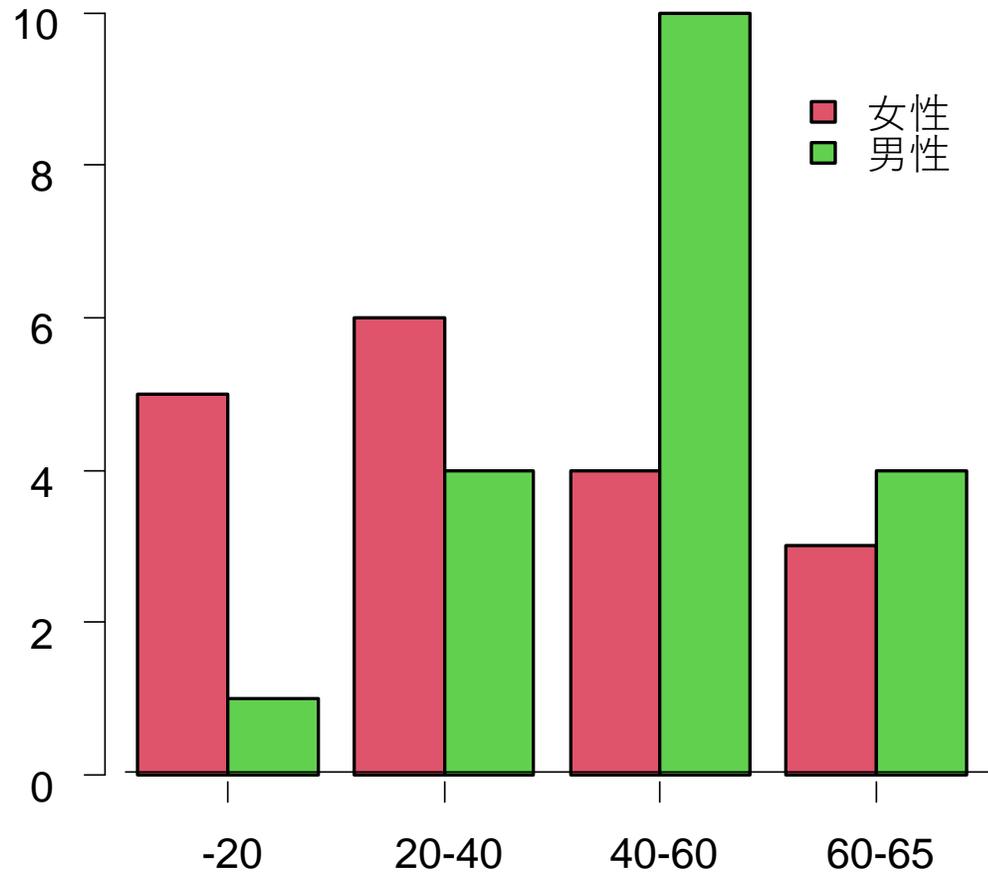
悪性疾患群141例：
死亡場所



4. その他群37例（65歳未満） の検討

【結果 4 - 1】

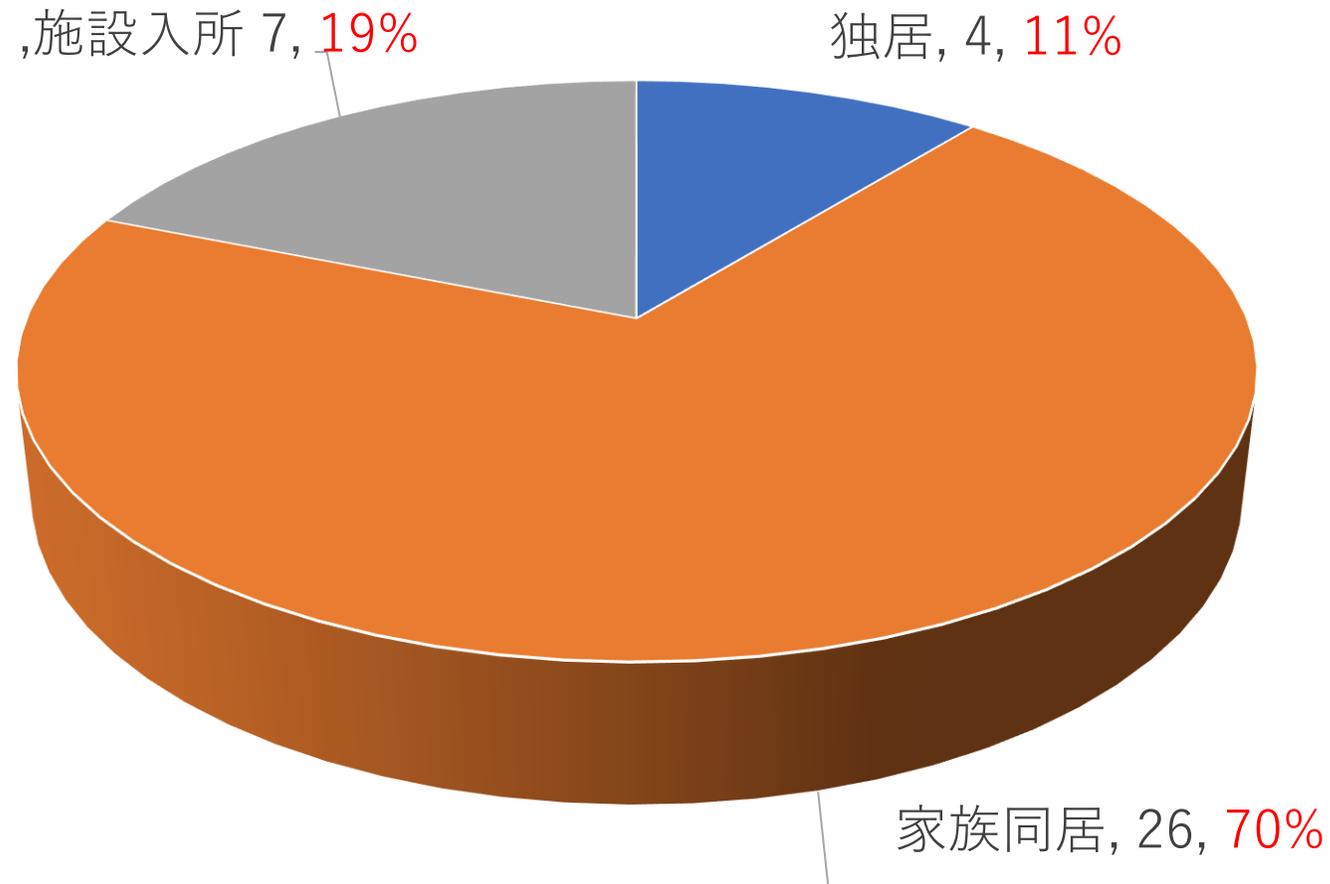
その他群37例:
年齢分布



医療的ケア者群（男性19例・女性18例）の平均年齢は 42.6 ± 17.3 歳であった。男女別では男性 46.4 ± 18.3 歳、女性 36.6 ± 14.5 歳で、男女差はなかった。

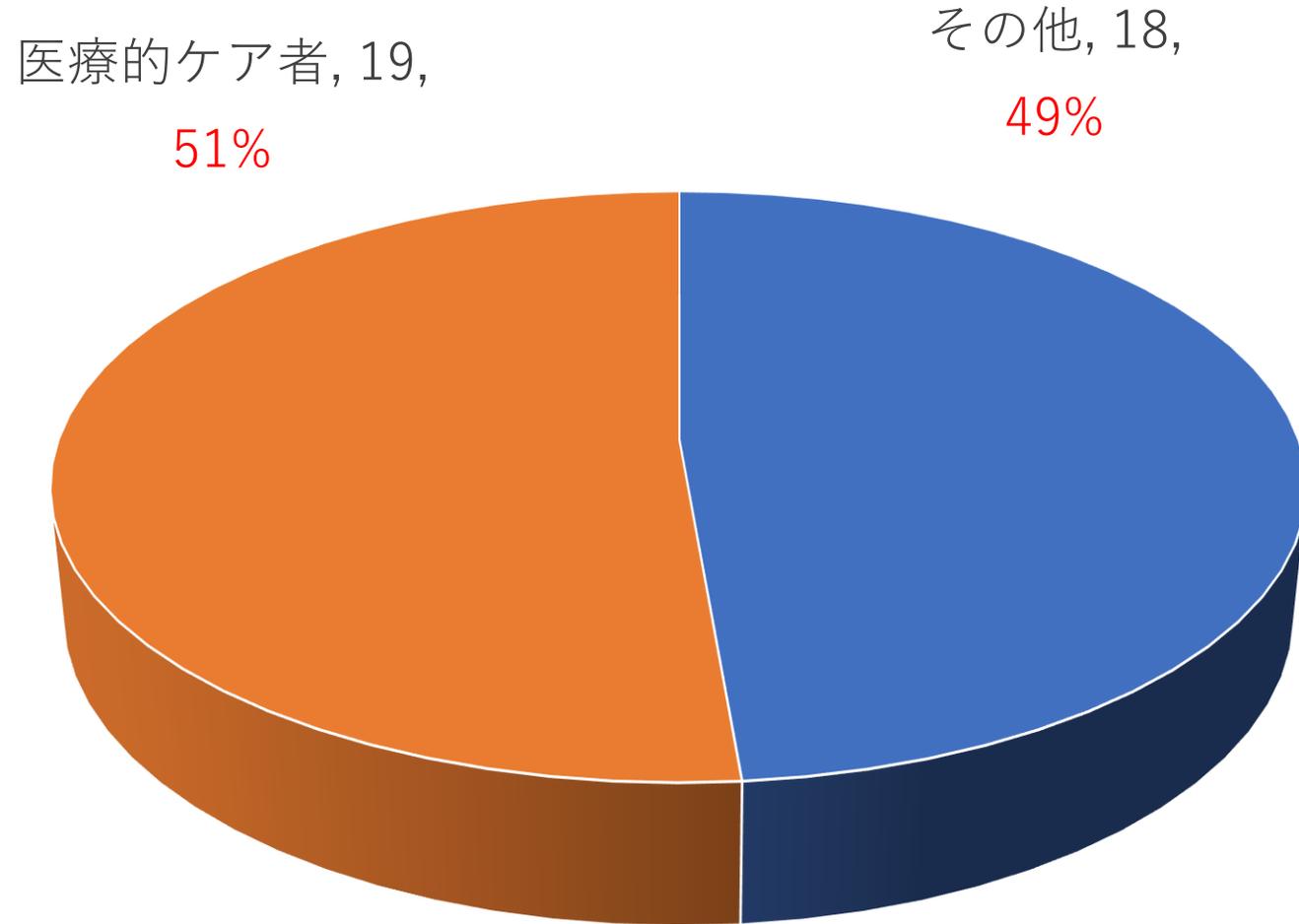
【結果 4 - 2】

その他群37例:
居住形態



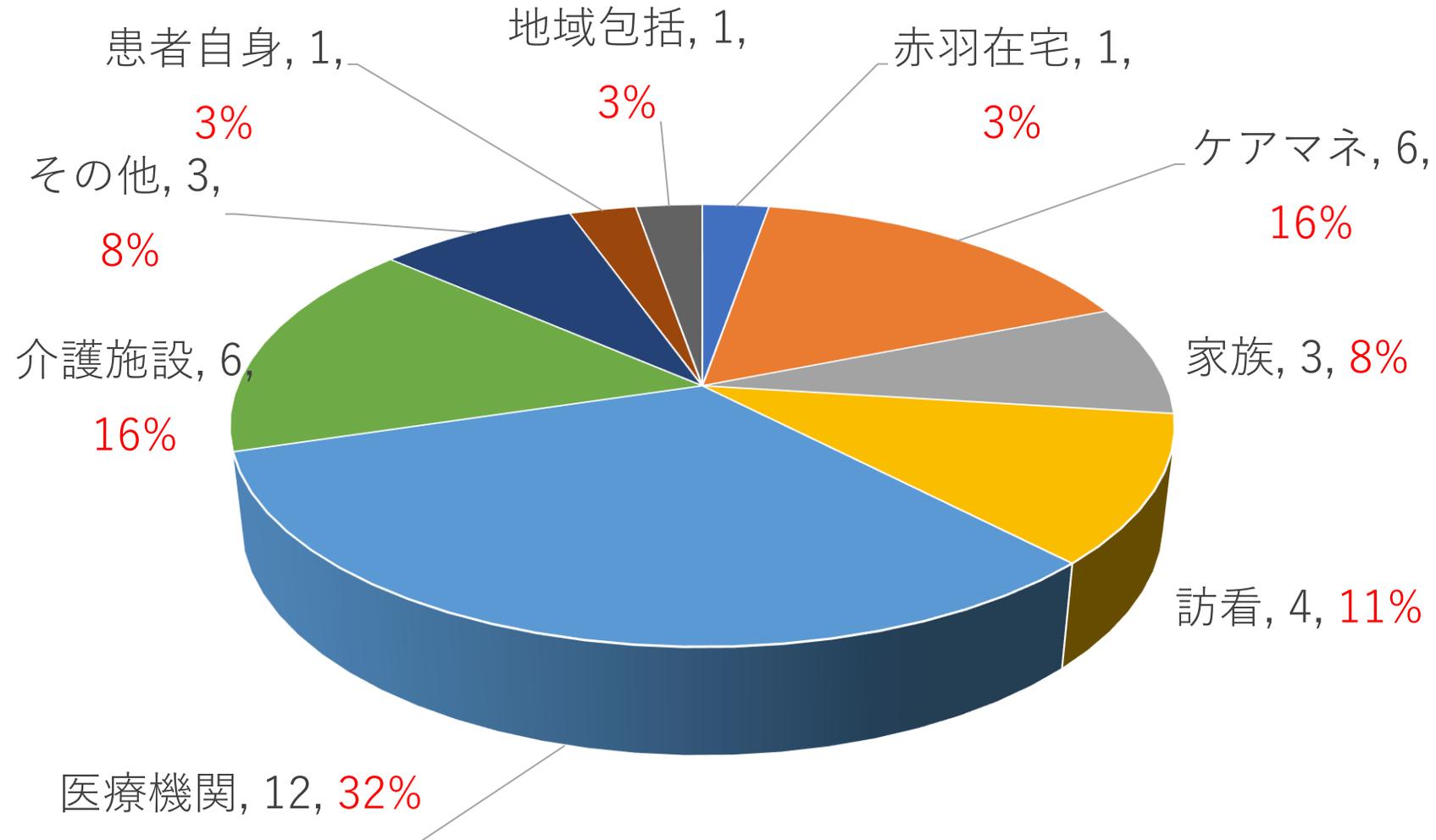
【結果 4 - 3】

その他群内訳



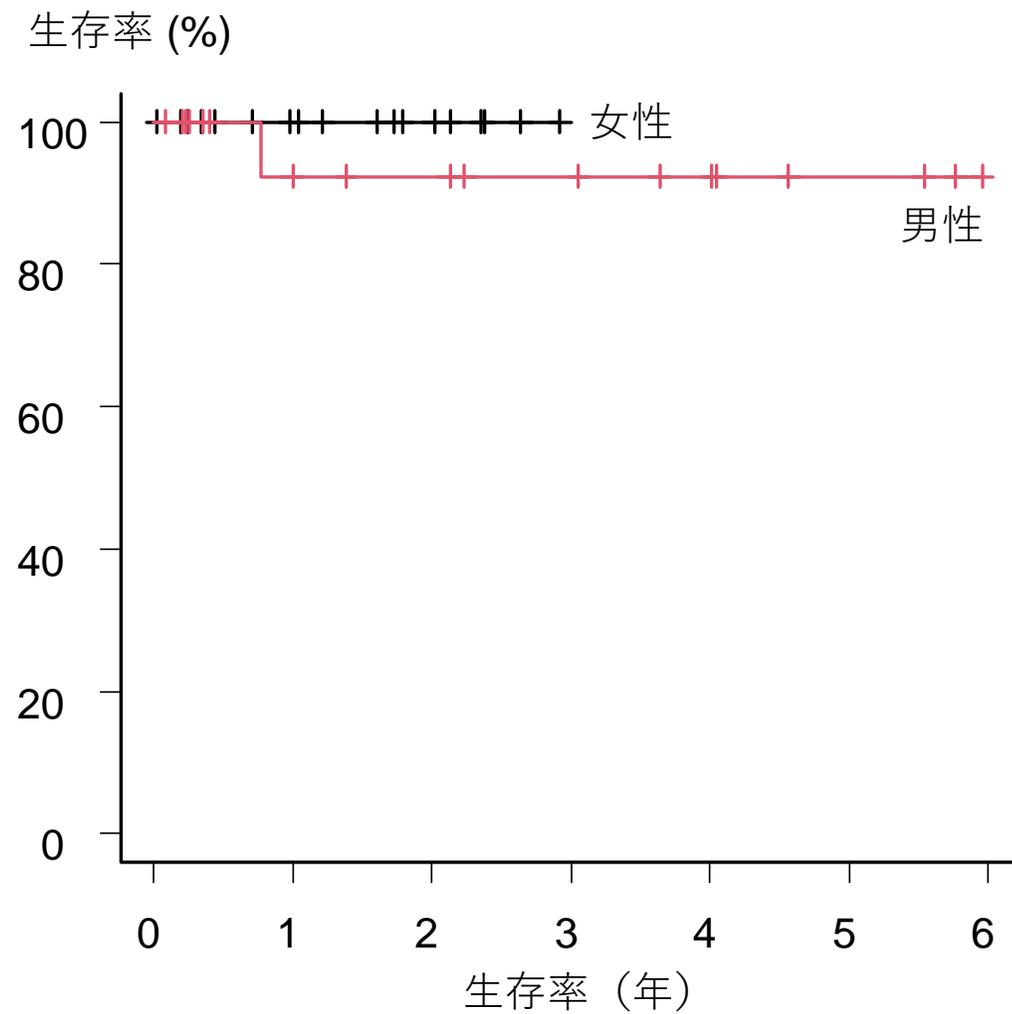
【結果 4 - 4】

その他群37例
紹介元



【結果 4 - 5】

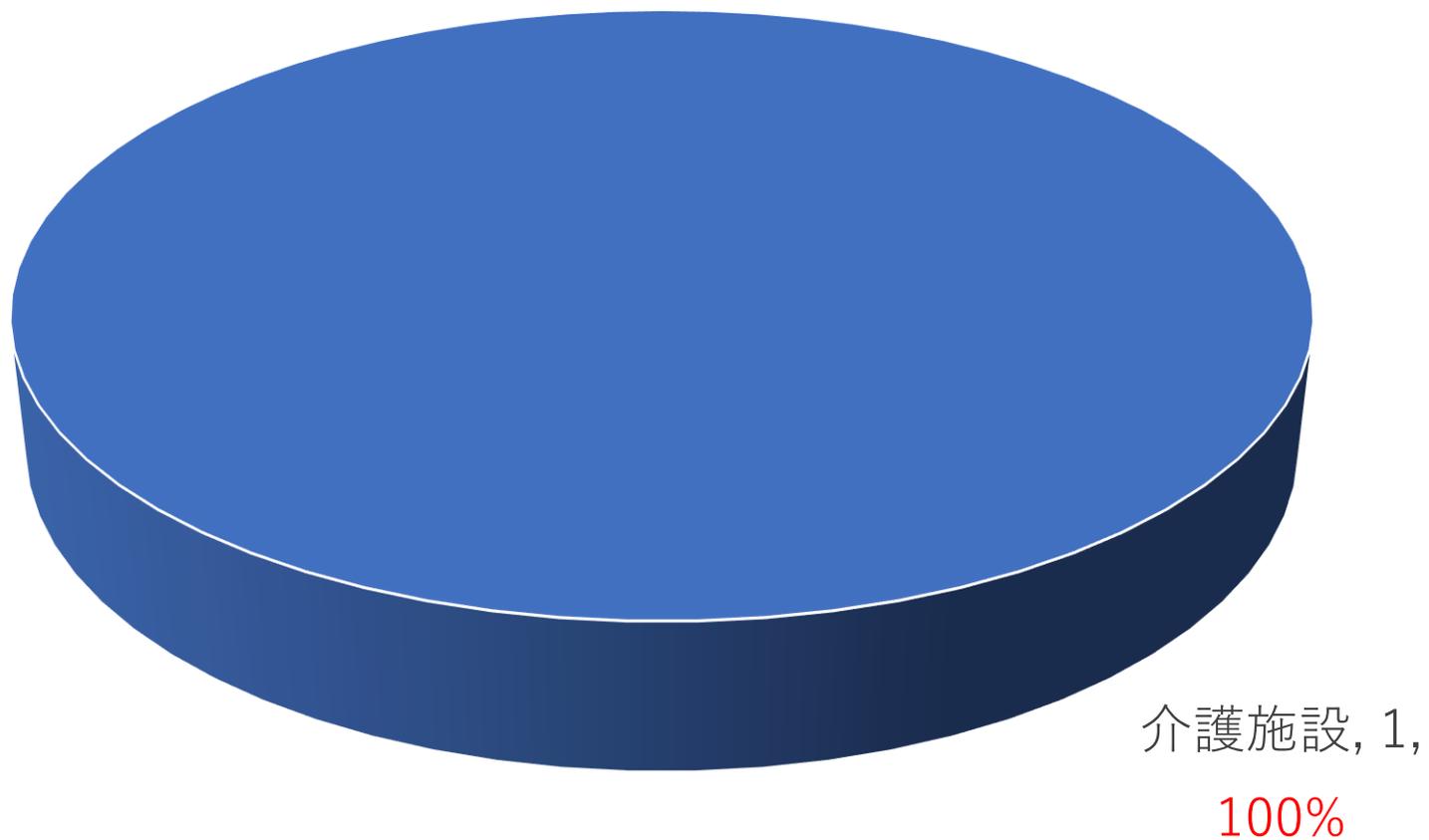
その他群37例: 生存率



生存率 (%)	1年	2年	3年	4年	5年
女性	100	100	NA	NA	NA
男性	92.3	92.3	92.3	92.3	92.3

【結果 4 - 6】

その他群37例
死亡場所



介護施設, 1,
100%

【結果 5 - 1】

各群における死亡例の死亡場所

	高齢者群 n=222		悪性疾患群 n=93		その他群 n=1	
自宅	57	26.0%	44	47.3%		
病院	91	41.0%	38	40.9%		
介護施設	74	33.0%	10	10.8%	1.00	100%
不明	0	0%	1	1.1%		

【考察 1】

1. 患者紹介元は介護施設が約38%、次いでケアマネジャーが約27%で、これらの二者で半数以上を占めていた。
2. 一方で、地域包括支援センターからの紹介は3%にとどまっております、今後は地域包括支援センターとの連携を深める必要があると考えられました。

地域包括支援センターと訪問診療クリニックの連携における課題

情報共有	<ul style="list-style-type: none">・個人情報保護の観点から情報共有が慎重になり、必要な情報伝達が滞ることがある・ICT（電子カルテ、ケア記録）等の共有基盤が未整備で、FAXや電話に頼っている
役割の不明瞭さ	<ul style="list-style-type: none">・医療と介護の連携において、どこまで誰が関与するか（例：ACP支援や看取りの判断）が不明確・ケアマネジャーや看護師など他職種との調整が煩雑になりやすい
連携体制の構築不足	<ul style="list-style-type: none">・定期的な連携会議の機会が少ない、顔の見える関係ができていない・地域ごとに医療資源や包括の体制にばらつきがあり、連携の質が不均一
時間・人材の制約	<ul style="list-style-type: none">・包括支援センター側も人員不足で業務量が多く、訪問診療との調整に十分な時間が割けない・医師側もスケジュールが過密で、包括との打ち合わせに時間を割きにくい
制度上の壁	<ul style="list-style-type: none">・医療と介護で報酬体系や制度が異なり、連携のインセンティブが生じにくい・包括支援センターは介護予防・総合相談が中心で、医療的介入が必要な段階に関わりづらい

【考察 2】

3. 高齢者の居住形態で生存率を比較した場合、独居の高齢者の生存率は家族同居や施設入所と比較して悪くなかった。また、多変量解析では、独居であることが生存率に影響を与えていなかった。
4. つまり、訪問診療にたどり着けば、独居の高齢者も生存率という観点で見ると、家族同居や施設入居者と同等なので、訪問診療をはじめとする介護サービスにたどり着けない高齢者を見出す努力（アウトリーチ）が必要と考えられた。
5. 若年（40代以下）の悪性疾患患者の利用が極めて少なかった。（141例中2名）若い世代の悪性疾患患者やその家族に、訪問診療という手段があることが十分周知されていない可能性がある。

【考察3】

6. 今回の調査では死亡症例の約40%は病院で死亡していた。

参考：どこで最期を迎えたいか？

調査機関	実施年	自宅で最期を迎えたいと希望する割合
日本財団	2021年	58.8%
厚生労働省	2017年	約70%
内閣府	2023年	45.8%

高齢者群で自宅で死亡したのは26.0%、悪性疾患群では47.3%であった。

7. 悪性疾患群では最期まで自宅で過ごしたいという希望は概ね達成できたと考えられるが、**高齢者群では最期は病院で死亡する例がまだまだ多い**のが現状であった。
8. 施設入居者が本来の自宅に戻って最期を看取った例はなかった。
9. 今後は介入当初から最期を迎えたい場所をどこにするかを元気なうちに、患者本人や家族と議論しておくことが重要と考えられた。
(**終末期のこと・最期のことを家族内で話題にするのはタブーとする風潮を改めよう。**)

【考察 4】

8. 高齢者群の死亡例222例のうち、49例（37%）が看取り期に補液が行われていた。終末期の補液については慎重に検討する必要がある。ここでも本人の意思が重要。

【（皮下）補液の利点】

脱水症状の緩和	口渇、倦怠感、便秘、せん妄などを軽減する可能性がある
経口摂取困難時の水分補給	経口摂取できない場合でも最小限の水分を補える
家族の安心感	「治療してもらっている」ことで家族の納得・安心につながる
低侵襲性	皮下補液は侵襲が少なく自宅や施設でも実施可能

【補液のリスク】

水分過剰による合併症	むくみ、胸水、腹水、肺水腫、呼吸苦などを引き起こす可能性
自然な看取りの妨げ	終末期の自然経過（昏睡や枯れるような死）を遅らせる可能性
ルート確保・管理の負担	皮下穿刺による苦痛、感染リスク、管理負担が増加する
倫理的・心理的なジレンマ	本人の意思が不明確な場合、延命的介入と見なされることもある

【take home message】

1. 練馬在宅クリニックは地域包括支援センターとの連携を深める必要がある。
2. 訪問診療にたどり着けば、独居の高齢者も生存率という観点で見ると限り、家族同居や施設入居者と同等なので、訪問診療をはじめとする介助サービスにたどり着けない高齢者を見出す努力（アウトリーチ）が必要と考えられた。
3. 高齢者の約半数が自宅で最期を迎えることを希望していても、実際に自宅で死亡できたのは26%に過ぎなかった。自宅で最期を迎えるためには家族の覚悟が必要だと推測される。
4. 若年（40代以下）の悪性疾患患者の利用が極めて少なかった。（141例中2名）若い世代の悪性疾患患者やその家族に、訪問診療という手段があることが十分周知されていない可能性がある。
5. 高齢者の終末期の補液をどうするかを含めて、終末期の過ごし方を本人がきちんと意思表示ができるうちに家族と一っしょに考えておくことが重要と考えられた。