

二木教授の医療時評



その109

21世紀初頭の都道府県・大都市の「自宅死亡割合」の推移

— 今後の「自宅死亡割合」の変化を

予想するための基礎作業

二木 立（日本福祉大学教授・副学長）

はじめに

21世紀に入ってから医療政策・診療報酬改定では、在宅医療や自宅等での看取りが非常に重視されています。

小泉政権時代の2005年には、一時、「自宅等での死亡割合を4割」に引き上げる数値目標が示され、それにより2025年度には約5000億円の医療給付費を削減できるとの試算も示されました（2005年7月29日の社会保障審議会医療保険部会「中期の医療費適正化効果を目指す方策について」）。ただし、これは小泉首相から医療費抑制の具体的方策を示すよう厳しく指示された厚生労働省がいわば苦し紛りに発表した数値にすぎず、小泉政権の終了と

共に立ち消えになりました。

しかし、その後の毎回の診療報酬改定でも、在宅医療や在宅での看取りを促進するための施策が次々と打ち出されています。民主党野田内閣時代の閣議決定「社会保障・税一体改革について」（昨年2月17日）の「医療・介護等」改革でも、「できる限り住み慣れた地域で在宅を基本とした生活の継続を目指す地域包括ケアシステム」が柱の1つにされました。昨年8月に成立した「社会保障制度改革推進法」でも、「医療保険制度」（改革）の柱の1つとして、「医療の在り方については、（中略）特に人生の最終段階を穏やかに過ごすことができる環境を整備

する」ことが掲げられました。

最近では、これらの施策が大都市部では効果をあげ、在宅・自宅での死亡割合が上昇しているとの指摘もされています。厚生労働省も、「在宅死亡率「正しくは割合」が2005年の14・4%を底にして上昇に転じ、2009年度には15・7%になったと発表しています（2011年1月21日の中医協総会「医療介護の連携について（その2）」中の「在宅死亡率の推移（全国）」、他）。

そこで、本稿では、厚生労働省「人口動態統計」等を用いて、2000～2011年の「自宅死亡割合」の推移とその要因を、都道府県・大都市を中心にして検討します。次に、その結果を踏まえて、今後自宅死亡割合が増加するか

否かについて考察します。主な調査結果は以下の通りです。①長年続いていた自宅死亡割合の低下は全国レベルでは2005・2006年で底を打ちましたが、その後は一進

一退であり、明らかに上昇に転じたとは言いえません。②自宅死亡割合の推移には大きな地域差があり、首都圏・関西圏やそれ以外の大都市では増加に転じていますが、「その他」地域では減少し続けています。③かつては、高齢者の子との同居割合が高い県ほど自宅死亡割合が高い傾向がありましたが、現在はそのような傾向は完全に消失しています。④東京都区

部では自宅死亡割合が急増していますが、その4割は「孤独死」の増加によるものです。

1. 全国の自宅死亡割合の推移

— 2005・06年で下げ止まった後一進一退

まず、全国の「自宅死亡割合」（死亡総数に対する自宅での死亡数の割合）の推移を検討します。表1は、厚生労働省「人口動態統計」により、1990～2011年の死亡の場所別に

みた死亡数割合の推移をみたものです。（ここで注意すべきことは「自宅」には、グループホーム、サービス付き高齢者住宅、届け出のない老人施設を含む）

表1 死亡の場所別にみた死亡数割合の推移

年	死亡数割合							死亡数	
	総数	病院	診療所	老健施設	老人ホーム	自宅	その他	総数	自宅
1990	100	71.6	3.4	0.0		21.7	3.3	820,305	177,657
2000	100	78.2	2.8	0.5	1.9	13.9	2.8	961,653	133,534
2001	100	78.4	2.8	0.6	2	13.5	2.7	970,331	131,337
2002	100	78.6	2.8	0.6	1.9	13.4	2.7	982,379	131,379
2003	100	78.9	2.7	0.6	1.9	13	2.8	1,014,951	131,991
2004	100	79.6	2.7	0.6	2.1	12.4	2.6	1,028,602	127,445
2005	100	79.8	2.6	0.7	2.1	12.2	2.5	1,083,796	132,702
2006	100	79.7	2.6	0.8	2.3	12.2	2.4	1,084,450	131,854
2007	100	79.4	2.6	0.8	2.5	12.3	2.4	1,108,334	136,437
2008	100	78.6	2.5	1.0	2.9	12.7	2.3	1,142,407	144,771
2009	100	78.4	2.4	1.1	3.2	12.4	2.4	1,141,865	141,955
2010	100	77.9	2.4	1.3	3.5	12.6	2.3	1,197,012	150,783
2011	100	76.2	2.3	1.5	4.0	12.5	3.5	1,253,066	156,491
'90-'00	0.0	▲6.6	▲0.6	0.5	1.9	▲7.8	▲0.5	141,348	▲44,123
'00-'11	0.0	▲2.0	▲0.5	1.0	2.1	▲1.4	0.7	291,413	22,957
'00-'05	0.0	1.6	▲0.2	0.2	0.2	▲1.7	▲0.3	122,143	▲832
'05-'11	0.0	▲3.6	▲0.3	0.8	1.9	0.3	1.0	169,270	23,789

資料：厚生労働省「人口動態統計」

注：「助産所」は略（1990年以降は死亡割合0.00%）。

「老人ホーム」とは、養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム及び有料老人ホーム。

1994年までは老人ホームでの死亡は、自宅又はその他に含まれる。

「自宅」には、グループホーム、サービス付き高齢者住宅、届け出のない老人施設を含む。

表2 都道府県別の自宅死亡割合・同順位の推移

	自宅死亡割合				増減			都道府県順位	
	2000	2005	2010	2011	'00-'11	'00-'05	'05-'11	2000	2011
総数	13.9	12.2	12.6	12.5	▲1.4	▲1.6	0.2		
01北海道	8.3	8.1	8.7	8.7	▲0.4	▲0.2	0.6	47	45
02青森	13.5	10.6	11.0	10.5	▲3.0	▲2.9	▲0.1	28	34
03岩手	12.8	12.0	11.6	9.6	▲3.2	▲0.9	▲2.4	34	38
04宮城	17.0	14.5	14.7	11.6	▲5.4	▲2.5	▲2.9	8	25
05秋田	15.5	12.0	10.0	10.2	▲5.3	▲3.5	▲1.8	18	35
06山形	18.0	13.6	11.9	11.3	▲6.7	▲4.3	▲2.3	5	30
07福島	17.3	14.2	13.3	12.8	▲4.5	▲3.1	▲1.4	6	17
08茨城	14.4	11.7	11.4	11.3	▲3.0	▲2.7	▲0.3	23	28
09栃木	14.3	12.4	12.7	12.8	▲1.4	▲1.9	0.4	24	16
10群馬	14.2	11.3	10.8	11.3	▲2.9	▲2.9	0.0	26	29
11埼玉	12.0	11.6	11.5	11.8	▲0.2	▲0.4	0.2	41	24
12千葉	14.2	13.2	14.1	14.3	0.1	▲1.0	1.1	25	7
13東京	12.2	13.2	16.1	16.1	3.8	0.9	2.9	39	2
14神奈川	12.8	12.5	14.3	14.8	2.0	▲0.3	2.3	35	6
15新潟	19.2	14.5	12.5	12.5	▲6.8	▲4.7	▲2.0	2	20
16富山	13.0	10.1	11.1	10.7	▲2.2	▲2.9	0.7	33	32
17石川	13.4	10.8	9.5	9.4	▲4.0	▲2.5	▲1.4	30	39
18福井	14.9	11.7	10.3	11.2	▲3.7	▲3.2	▲0.5	21	31
19山梨	15.2	12.2	12.5	13.0	▲2.3	▲3.0	0.8	19	15
20長野	19.8	14.6	13.6	13.6	▲6.3	▲5.2	▲1.0	1	11
21岐阜	16.5	13.6	13.5	13.3	▲3.3	▲2.9	▲0.4	10	13
22静岡	16.3	13.0	13.8	13.6	▲2.7	▲3.3	0.6	12	10
23愛知	13.4	11.4	12.1	12.0	▲1.4	▲2.0	0.6	29	22
24三重	16.7	13.9	13.3	13.6	▲3.1	▲2.9	▲0.2	9	9
25滋賀	18.9	14.2	15.2	14.9	▲4.0	▲4.7	0.7	4	5
26京都	15.9	13.8	14.6	14.1	▲1.8	▲2.1	0.4	15	8
27大阪	13.8	14.3	15.4	15.0	1.1	0.5	0.7	27	4
28兵庫	15.7	14.5	15.4	15.7	0.0	▲1.2	1.2	16	3
29奈良	17.1	16.8	16.4	17.2	0.0	▲0.4	0.4	7	1
30和歌山	18.9	15.0	13.8	13.3	▲5.6	▲3.9	▲1.7	3	12
31鳥取	16.5	13.5	12.3	13.1	▲3.4	▲3.0	▲0.4	11	14
32島根	16.0	12.8	11.4	11.5	▲4.5	▲3.2	▲1.2	13	26
33岡山	15.0	11.7	11.0	11.4	▲3.6	▲3.3	▲0.3	20	27
34広島	14.4	12.0	11.9	12.3	▲2.1	▲2.4	0.3	22	21
35山口	11.9	11.1	10.6	10.6	▲1.3	▲0.8	▲0.5	42	33
36徳島	13.2	11.2	9.9	10.1	▲3.1	▲2.0	▲1.1	31	36
37香川	15.6	11.2	12.3	11.9	▲3.7	▲4.4	0.7	17	23
38愛媛	16.0	12.8	13.2	12.5	▲3.5	▲3.2	▲0.3	14	19
39高知	11.6	10.0	10.8	10.1	▲1.5	▲1.6	0.1	43	37
40福岡	10.1	9.1	8.7	8.7	▲1.4	▲1.0	▲0.3	46	43
41佐賀	12.5	10.2	8.0	8.0	▲4.6	▲2.3	▲2.2	37	47
42長崎	10.3	8.8	9.0	9.3	▲1.0	▲1.5	0.6	45	40
43熊本	10.4	9.5	8.6	9.0	▲1.4	▲0.9	▲0.5	44	42
44大分	12.5	9.5	8.8	8.2	▲4.3	▲3.0	▲1.4	38	46
45宮崎	13.1	11.1	8.9	8.7	▲4.3	▲2.0	▲2.4	32	44
46鹿児島	12.1	9.8	9.1	9.1	▲3.0	▲2.2	▲0.7	40	41
47沖縄	12.5	11.7	11.9	12.8	0.3	▲0.9	1.1	36	18

資料：厚生労働省「人口動態統計」
注：自宅死亡割合は小数点以下1桁までしか表示していないが、都道府県別順位は小数点以下3桁の数値で判定した。
岩手県・宮城県・福島県の2011年の自宅死亡割合の減少は東日本大震災のためと思われる。

前後には「自宅ケア（自宅での看取り）最先進県」と謳われていた長野県の自宅死亡割合が2000年の19・8%（1位）から2011年の13・6%（11位）へと低下し（減少幅第3位）、東京都（16・1%）を下回るに至ったことです。同じく2000年には自宅死亡割合が2位だった新潟県も19・2%から12・5%（20位）へと6・8%

年に二分してみると、前者では自宅死亡割合が上昇したのは東京都と大阪府だけで、残りの45道府県で減少していました。それに対して、後者では減少は26県に減りました。

自宅死亡割合の都道府県順位をみると、やはり東京都の躍進が顕著で、2000年の39位から

ら、2011年には2位へと37位も順位を上げています（東京都が2位になったのは2009年から）。2011年の1位は奈良県（17・2%。2005年から）、3位は兵庫県（15・7%）。大阪府も2000年の27位から、2011年の4位に躍進しました。

表2でもう1つ注目すべきことは、2000年に自宅死亡割合が高かった県では、その後自宅死亡割合が急減していることです。一番目立つのは、2000年の介護保険制度開始

かつての「自宅ケア先進県」で急減

「はじめに」で述べたように、厚生労働省は「在宅死亡率」が2005年の14・4%から2000年の13・9%へと7・8%ポイントも低下しましたが、2000年以降は低下幅が徐々に縮小し、2005・2006年の12・2%を底にして、それ以降わずかに上昇し、2011年には12・5%になっています。ただし、2007年以降の4年間は文字通りの一進一退であり、現時点では、明らかに上昇傾向に転じたとは断言できません。ただし、死亡総数の増加に対応して、自宅死亡数は2006年の13・2万人を底にして、以後明らかに増加に転じています。2011年の15・6万人はほぼ1996年の水準（15・0万人）です。

東京都等で急増・急上昇

都道府県別死亡割合でもっとも注目すべきことは、東京都が2000年の12・2%から2011年の16・1%へと11年間で3・8%ポイント

も上昇したことです（表には示しませんでしたが、東京都の1990年代の自宅死亡割合は12%台で一進一退しており、明らかに上昇傾向に転じたのは2000年以降です）。この上昇幅は47都道府県の中で突出しています。2位は神奈川県（2・0%ポイント増、3位は大阪府の1・1%ポイント増です。これら3都府県を含めて、この11年間に自宅死亡割合が少しでも増加したのは8都道府県にすぎません。逆に39府県で低下し、しかも、6%ポイント以上低下が6県、1%ポイント以上低下が37県もあります。2000～2005年と2005～2011

2. 都道府県別の自宅死亡割合・順位の推移

い老人施設も含まれていることです。前二者を含むことは、厚生労働省「平成24年度版死亡診断書（死体検案書）記入マニュアル」（8頁）に明記されています。届け出のない老人施設も含まれることは、統計情報部の担当者に直接問い合わせ確認しました。なお、「老人ホーム」には「養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム及び有料老人ホーム」が含まれます。

009年の15・7%へと上昇したと発表しています。しかし、この「在宅」には自宅だけでなく「老人ホーム」も含んでいます（このことは、図のどこにも書かれていません）。この期間に老人ホームでの死亡割合は2・1%から3・2%へと1・1%ポイント上昇しており、「在宅死亡率」上昇の大半はこれによるものです。ちなみに「人口動態統計」では、1994年までは

「老人ホームでの死亡は、自宅又はその他に含まれ」ており、厚生労働省はこの古い定義を（意図的に）復活させたのかもしれない。ただし、厚生労働省が2008年以降発表している、有名な「死亡場所別、死亡者数の年次推移と将来推計」では、「自宅」と「介護施設（老健、老人ホーム）」は区別されているので、2つの発表の間には明らかな不整合・矛盾があります。

表4 都道府県別の65歳以上の者の子との同居割合と自宅死亡率 (2001,2010年)

	2001		2010		都道府県順位			
	子との同居割合	自宅死亡率	子との同居割合	自宅死亡率	子との同居		自宅死亡割合	
					2001	2010	2001	2010
全国	48.4	13.5	42.3	12.6				
01北海道	34.7	8.1	31	8.7	46	46	47	44
02青森	58.1	12.9	50.8	11	16	16	30	32
03岩手	62.1	11.8	54.5	11.6	8	10	38	26
04宮城	60.3	16.5	52.1	14.7	11	12	10	6
05秋田	60.1	14.7	55.2	10	12	8	19	37
06山形	69.5	17	65.1	11.9	1	1	5	23
07福島	62.2	16.9	58.1	13.3	7	3	7	15
08茨城	65.7	13.8	55.3	11.4	2	6	25	29
09栃木	61.9	13.1	55.1	12.7	10	9	29	17
10群馬	54.4	13.9	48.2	10.8	20	20	24	33
11埼玉	56.5	11.9	43.5	11.5	17	26	37	27
12千葉	52.1	13.7	43.8	14.1	25	25	27	9
13東京	37.3	12.4	33.5	16.1	42	43	35	2
14神奈川	43.8	12.7	37.9	14.3	35	33	32	8
15新潟	65.3	18.7	58.3	12.5	3	2	2	19
16富山	62.3	13.5	56.2	11.1	5	5	28	30
17石川	55.9	13.8	51.9	9.5	18	13	26	39
18福井	64.2	14.1	56.8	10.3	4	4	21	36
19山梨	53.5	16.1	48.8	12.5	22	19	11	18
20長野	52.9	18.7	51.2	13.6	23	15	1	12
21岐阜	62	16.9	50.6	13.5	9	17	9	13
22静岡	60	16	54.5	13.8	13	11	12	10
23愛知	53.6	12.8	46.1	12.1	21	23	31	22
24三重	50	16.9	43.4	13.3	29	27	6	14
25滋賀	62.2	17.3	49.7	15.2	6	18	4	5
26京都	44.9	15	36.5	14.6	33	38	15	7
27大阪	35.5	14.2	33.7	15.4	45	42	20	3
28兵庫	42.8	15.5	35.8	15.4	36	39	13	4
29奈良	50.9	16.9	39.4	16.4	27	32	8	1
30和歌山	46.6	18.2	37.7	13.8	32	34	3	11
31鳥取	59.2	15.2	51.9	12.3	14	14	14	20
32島根	54.6	14.9	47.9	11.4	19	21	17	28
33岡山	49.5	14	42.1	11	30	29	23	31
34広島	40.4	14	36.9	11.9	39	37	22	24
35山口	36	10.9	34.2	10.6	43	41	43	35
36徳島	49.4	12.4	43.2	9.9	31	28	33	38
37香川	52.8	14.7	40.6	12.3	24	30	18	21
38愛媛	40.1	15	33.3	13.2	40	44	16	16
39高知	37.9	11.1	35.3	10.8	41	40	42	34
40福岡	42.6	9.9	37.5	8.7	37	36	45	45
41佐賀	58.3	11.8	55.3	8	15	7	39	47
42長崎	42.2	9.7	39.6	9	38	31	46	41
43熊本	51.4	10.2	46.7	8.6	26	22	44	46
44大分	44.1	11.6	37.6	8.8	34	35	41	43
45宮崎	36	12.4	32.8	8.9	44	45	34	42
46鹿児島	26.6	11.7	23.8	9.1	47	47	40	40
47沖縄	50.3	12.3	44.9	11.9	28	24	36	25

資料：厚生労働省「国民生活基礎調査」、厚生労働省「人口動態統計」

だし、ここまでの都道府県別死亡数・割合は公式には報告されていないので、その近似値として、2025

位、2010年43位と低いままなのに、自宅死亡割合の順位は35位から2位に急上昇しています。同じ傾向は、大阪府、神奈川県でもみられます。他方、北海道、鹿児島県等では、子との同居率・順位も、自宅死亡割合・順位も低いま

死亡数の多い都道府県順位と累積死亡数・割合

表5は、2011年の死亡総数の都道府県別

順位と累積死亡数・割合をみたものです。死亡数が一番多いのは言うまでもなく東京都の10.6万人(8.5%)で、以下、大阪府の7.9万人、神奈川県7.1万人、愛知県の6.0万人、埼玉県の5.8万人と続きます。た

自宅死亡割合と子との同居割合との相関は消滅

表3は、1995〜2010年の65歳以上の高齢者の子との同居割合(以下、子との同居割合)と自宅死亡割合、および各年の両者の都道府

ポイント低下し(減少幅1位)、2011年には全国平均(12.5%)と同水準になりました。3位だった和歌山県も18.9%から13.3%(12位)へと5.6%ポイント低下しました(減少幅4位)。自宅死亡割合の減少幅2位は、3世代家族・高齢者の子との同居割合が高く、やはり「在宅ケア先進県」と言われていた山形県で、2011年の18.0%(5位)から2011年の11.3%(30位)へと6.7%ポイントも減少し、2011年には全国平均(12.5%)さえ下回るに至りました。

なお、都道府県別の2000年の自宅死亡割合と2000〜2011年の自宅死亡割合増減率ポイントとの相関係数はマイナス0.581で、明らかな逆相関があります。このことは、統計的にも、2000年に自宅死亡割合が高かった県ほど、その後の自宅死亡割合低下幅が大きい傾向があることを示しています。

表3 65歳以上の高齢者の子との同居割合と自宅死亡割合等の推移

年	1995	1998	2001	2004	2007	2010
全国	子との同居割合 54.3	50.3	48.4	45.5	43.6	42.3
	自宅死亡割合 18.3	15.9	13.5	12.4	12.3	12.6
両者の都道府県別データの相関係数	0.605	0.528	0.476	0.326	0.155	-0.001

資料：厚生労働省「グラフでみる世帯の状況—国民生活基礎調査の結果から」
厚生労働省「人口動態統計」
注：「国民生活基礎調査」の大規模調査は3年ごとに実施。
1995年の子との同居割合、相関係数には兵庫県を含まない(阪神淡路大震災のため)。

存在していた子との同居率と自宅死亡割合との正の相関関係が、2010年には完全に消失したことを意味します。これにより、自宅死亡割合は高齢者の子との同居割合が高い(つまり家族介護力が高いはずの)県ほど高いというかつ

府県別数値の相関係数の推移をみたものです。一見すると、全国レベルでは、子との同居割合の低下と自宅死亡割合の低下はほぼ並行しています。しかし、都道府県別の子との同居割合と自宅死亡割合の相関係数は、1995年の0.605から2010年のマイナス0.001へと、ほぼ一直線に低下しています。このことは、統計的には、ほんの15年前にはまだ

表5 2011年の死亡数(総数)の都道府県順位と累積死亡数・割合

死亡数順位	総数	死亡数		同割合
		死亡数	累積死亡数	
		1,253,066		
1	東京	105,723	105,723	8.5
2	大阪	78,952	184,675	14.8
3	神奈川	70,946	255,621	20.4
4	愛知	59,720	315,341	25.2
5	埼玉	57,670	373,011	29.8
6	北海道	56,970	429,981	34.4
7	兵庫	52,259	482,240	38.6
8	千葉	51,689	533,929	42.7
9	福岡	48,112	582,041	46.5
10	静岡	37,303	619,344	49.5

資料：厚生労働省「人口動態統計」
注：都道府県別死亡数、累積死亡数には、所在地外国・不詳者の死亡(2493人)は含まない。
累積死亡割合はこれ等を除いた1,250,573人を分母にして計算。

の常識は完全に覆されたと言えます。順序が逆になりましたが、表4に2001年と2010年の都道府県別の65歳以上の者の子との同居割合と自宅死亡率を示します。特徴的な都道府県をみると、山形県は子との同居割合が2001年69.5%、2010年65.1%と高水準を維持しており、共に1位ですが、自宅死亡割合は同じ期間に17.0%(5位)から11.9%(23位)へと大幅に低下しています。同じ傾向は、新潟県でもみられます。逆に、東京都では子との同居割合の順位は2000年42

年の65歳以上高齢者の都道府県別推計人口・割合を用いて、その累積割合を計算すると、上位5都府県で33.5%、上位10都道府県で54.4%になり、2010年の累積死亡割合より、それぞれ3.7%ポイント、4.9%ポイント上昇するにすぎません(国立社会保障・人口問題研究所「日本の都道府県別将来推計人口」平成17

3. 13大都市の自宅死亡割合の推移

ここまでは都道府県レベルの検討をしてきましたが、これだけでは、大都市とそれ以外の地方で起きている自宅死亡割合の変化を過小評価してしまふ可能性があります。同一都道府県内でも、大都市とそれ以外の地域では、自宅死亡割合に相当の違いがあることが予想されるからです。

表6は、2000～2011年の市部・郡部、13大都市・同所在都道府県「その他」の自宅死亡割合の推移をみたものです。ここで13大都市とは、東京都区部と2000年時点での政令指定都市12市を指します。神奈川県と福岡県には政令指定都市が2つあるので、大都市を有する

(2005)～47(2035)年―平成19年5月推計」83頁。2010年の65歳以上の高齢者の死亡は死亡総数の85.2%を占める。このことは、現在も、将来も、死亡場所や自宅死亡の問題は、一部の都道府県に限定された問題ではなく、全国の問題であることを示しています。

都道府県数は11になります。なお2011年には政令指定都市は19市に増加していますが、新しい指定都市の死亡数は2000年の「人口動態統計」には掲載されていません。

まず、市部・郡部別の自宅死亡割合をみると、2000年には市部13.2%、郡部15.9%で郡部の方が2.0%ポイント高かったのが、2005年には市部の方が0.1%ポイント高くなり、2011年にはその差は1.9%にまで拡大しています。ただし、市部でも2000～2005年には自宅死亡割合は低下しています。それに対して、13大都市(合計)では自宅死亡割合は2000年の12.8%から2005年

の13.2%、2010・2011年の15.2%へと増加し続けています。自宅死亡割合を13大都市以外の「その他」と比べると、2000年には1.3%低かったのに対して、2011年には3.4%も高くなっています。13大都市別にみると、北九州市を除いた12大都市で、2000～2011年に自宅死亡割合が増加しています。特に増加が顕著なのは、東京都区部で、2000年の12.9%から2011年の17.5%へと4.6%ポイントも増加し、13大都市中1位になっています(ただし、2010年の17.8%からは微減です)。以下、千葉市(3.2%ポイント増)、横浜市(3.1%ポイント増)、川崎市・神戸市(2.7%ポイント増)で、増加幅が大きい上位5大都市中4大都市が首都圏に集中しています。

13大都市が所在する都道府県の「その他」の地域をみると、2000～2011年に自宅死亡割合が増加しているのは、東京都(2.4%ポイント増)と神奈川県(0.8%ポイント増)、大阪府(0.6%ポイント増)にすぎず、それ以外の8県の「その他」では低下しています。一番減少幅が大きい「その他」は、東日本大震災の影響があると思われる宮城県を除けば、京都府で4.5%

表6 市部・郡部、13大都市・当該都道府県「その他」の自宅死亡割合の推移

	2000	2005	2010	2011	'11-'00
国	総数 13.9	12.2	12.6	12.5	▲1.4
	市部 13.2	12.3	12.8	12.8	▲0.4
	郡部 15.9	12.1	11.2	10.6	▲5.3
	差 ▲2.0	0.1	1.4	1.9	
13大都市	12.8	13.2	15.2	15.2	2.4
その他	14.1	12.0	11.9	11.8	▲2.3
	差 ▲1.3	1.2	3.3	3.4	
東京	区部 12.9	14.3	17.8	17.5	4.6
	その他 10.6	10.7	12.5	13.0	2.4
	差 2.3	3.6	5.3	4.4	
北海道	札幌 9.6	9.8	10.6	11.3	1.7
	その他 7.9	7.5	8.0	7.7	▲0.2
	差 1.7	2.2	2.6	3.6	
宮城	仙台 15.7	14.9	16.6	15.9	0.1
	その他 17.6	14.3	13.7	10.1	▲7.5
	差 ▲1.9	0.6	3.0	5.8	
千葉	千葉 11.8	12.4	14.9	14.9	3.2
	その他 14.6	13.3	13.9	14.2	▲0.4
	差 ▲2.8	▲0.9	1.0	0.8	
神奈川	横浜 12.7	12.7	15.4	15.9	3.1
	川崎 12.7	13.8	14.7	15.5	2.7
	その他 12.8	11.9	13.3	13.6	0.8
	差 ▲0.1	1.1	1.9	2.1	
愛知	名古屋 12.7	11.7	13.1	13.2	0.6
	その他 13.7	11.3	11.6	11.3	▲2.4
	差 ▲1.1	0.4	1.5	1.9	
京都	京都 14.6	13.5	15.0	15.0	0.4
	その他 17.6	14.1	14.0	13.1	▲4.5
	差 ▲3.0	▲0.6	1.1	1.9	
大阪	大阪 14.4	15.7	17.2	16.6	2.1
	その他 13.5	13.6	14.5	14.2	0.6
	差 0.9	2.2	2.7	2.4	
兵庫	神戸 14.4	15.0	16.1	17.1	2.7
	その他 16.1	14.3	15.2	15.2	▲0.9
	差 ▲1.7	0.7	1.0	1.9	
広島	広島 12.5	11.6	12.6	13.1	0.5
	その他 15.3	12.2	11.6	11.9	▲3.3
	差 ▲2.8	▲0.6	0.9	1.1	
福岡	北九州 9.4	8.7	8.4	8.2	▲1.2
	福岡 10.5	10.0	10.4	10.9	0.5
	その他 10.2	8.9	8.1	8.1	▲2.1
	差 ▲0.3	0.4	1.3	1.4	

資料：厚生労働省「人口動態統計」
注：13大都市は東京都区部と2000年時点の政令指定都市12市。
仙台市と宮城県その他の2011年の自宅死亡割合急減は東日本大震災の影響と思われる。

ポイントも減少しています。ただし、2005～2011年に限定すると、上記3都府県に加えて、北海道、千葉県、兵庫県、「その他」でも、自宅死亡割合は増加に転じていました。

東京都区部の自宅死亡増加の5割は「孤独死」増加

ただし、表6で示した大都市部での自宅死亡

割合の増加を、そのまま額面通りに受け取ることはできません。一般に「自宅死亡(在宅死)」というと、手厚い在宅ケア(医療・介護)に支えられた「家族による看取り」・「家族の中での安らか(平穏)な死」がイメージされがちです。しかし、統計上の「自宅死亡」には、グループホーム(正式名称は認知症対応型共同生活介護)やサービス付き高齢者向け住宅(2012年まで

法人高齢者住宅財団「高齢者専用賃貸住宅登録状況」、総務省「日本の統計2012」を用いて、2010年の65歳以上人口に対するグループホーム定員と高齢者専用賃貸住宅戸数を計算したところ、東京都は共に全国最下位でした(全国平均はそれぞれ4.5人、1.4戸。東京都はそれぞれ1.5人、0.5戸。表は略)。これによりこの仮説は棄却されました。

は高齢者専用賃貸住宅)での死亡や、誰にも看取られることのない自宅での「孤独死」も含まれるため、これらの増加により見かけ上の自宅死亡割合が増加している可能性もあるからです。以下、この点を東京都(区部)について、検証します。まず、東京都の自宅死亡割合の増加はグループホームと高齢者専用賃貸住宅の増加によるものとの仮説を立てました。そのために、厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」と財団

次に、東京都区部の自宅死亡割合の増加は孤独死の増加によるものとの仮説を立てました。

東京都区部では、全国で唯一、東京都監察医務院により、医師法第21条に基づく異状死のすべてが検案・解剖されており、このデータを基にして、金浦佳雅氏等は1987～2007年の「孤独死」（一人暮らしの者の異状死死亡で死亡場所が自宅の場合）が急増していることお

表7 東京都区部の「孤独死」数と自宅死亡数・割合の推移

	孤独死数		自宅死亡数		孤独死をた 除いた 自宅死亡割合	孤独死を た 除いた 自宅死亡割合
	(A)	(B)	(B-A)	(A/ B*100)		
1995	1,880	7,349	5,469	25.6	12.9	9.6
2000	2,454	7,636	5,182	32.1	12.9	8.8
2005	3,383	9,287	5,904	36.4	14.3	9.1
2006	3,395	9,534	6,139	35.6	14.6	9.4
2007	3,950	10,659	6,709	37.1	15.9	10.0
2008	3,780	11,191	7,411	33.8	16.5	10.9
2009	3,875	11,170	7,295	34.7	16.5	10.8
2010	4,711	12,819	8,108	36.8	17.8	11.3
2011	4,490	12,688	8,198	35.4	17.5	11.3
'00-'11	2,036	5,052	3,016	3.3	4.6	2.6
'11/'00*100	183.0	166.2	158.2			

出所：金浦佳雅・他「世帯分類別の異状死基本統計—東京都区部における孤独死の実態調査」『厚生指標』57(10), 2010。
金浦佳雅・他「東京都23区における孤独死統計(平成15～19年)」, 2011(東京都監察医務院のホームページに公開)

注：「孤独死」は「一人暮らしの者の異状死死亡で死亡場所が自宅の場合」。2000～2007年の自宅死亡数増加に対する孤独死数増加の寄与率は49.5%(1496/3023)

よびその要因を報告しています⁽²⁾。
表7は、金浦氏等によるこの「孤独死」数データと「人口動態統計」のデータを接合して、1995～2011年の東京都区部の「孤独死」数と自宅死亡数・割合の推移をみたものです(2008～2011年については東京都監察医務院からデータ提供を受けました)。
2000～2011年に自宅死亡数は7636人から1万2688人への66・2%増加

していますが、そのうちの「孤独死」数は2454人から4490人へと83・0%も増加しています。そのため、自宅死亡に対する孤独死の割合は2000年の32・1%

4. 考察—今後の「死亡急増時代」に自宅死亡割合は増加するか？

これまでの分析結果をまとめると以下の通りです。①長年続いていた自宅死亡割合の低下は全国レベルでは2005・2006年で底を打ちましたが、その後は一進一退であり、明らかに上昇に転じたとはまだ言えません。②自宅死亡割合の推移には大きな地域差があり、首都圏・関西圏やそれ

から35・4%へと増加しています。その結果この期間の自宅死亡数増加(5052人)に対する「孤独死」数増加(2036人)の寄与率は40・3%に達します。
視点を改めて、自宅死亡数から「孤独死」数を除いた死亡数の死亡総数に対する割合を再計算すると、2000年は8・8%、2011年は11・3%で2・6%ポイントの増加にとどま

ります。
以上から、東京都区部における自宅死亡数増加の4割は「孤独死」数の増加によるものであり、これを除いた自宅死亡割合は微増にとどまっていると言えます。

以外の大都市では増加に転じていますが、「その他」地域では減少し続けています。③かつては高齢者の子との同居割合が高い県ほど自宅死亡割合が高い傾向がありましたが、現在はそのような傾向は完全に消失しています。④東京都区部では自宅死亡割合が急増していますが、その4割は「孤独死」の増加によるものです。

これらの結果のうち、私自身にとっても一番意外だったのは④です。なぜなら、従来は、最近の大都市部における自宅死亡割合の増加は、在宅ケア(医療・介護)の拡充のためと考えられてきたし、それを示唆する統計も少なくな

かったからです。例えば、厚生労働省は「高齢者の訪問看護利用者数が多い都道府県では、在宅で死亡する者の割合が高い傾向がある」(関係数10・64)というキレイな図を発表しています(2012年1月21日中医協総会「医療介護の連携について(その2)」)。武林亨氏も、同様に、在宅看取率(自宅死亡割合)は、在宅看取り実施施設数、訪問看護ステーションへの指示書交付施設数、訪問看護ステーション利用者回数・利用実人数と統計的に有意な関係があると報告しています⁽⁴⁾。

しかし、「孤独死」の増加が東京都区部に限られず、他の大都市にも共通する現象であることを考えると、大都市の自宅死亡数・割合の増加、およびそれに対する在宅ケアの普及の寄与は、かなり割り引いて考えなければならないかもしれません。

ともあれ、以上の結果、および今後到来する「死亡急増時代」では単身高齢者・夫婦高齢者世帯

の死亡が急増することを考えると、今後、「地域包括ケアシステム」を中心とする在宅ケア拡充策が推進されても、「孤独死」を除いた自宅死亡割合を大きく高めることは困難だと思えます。

厚生労働省も自宅死亡割合を高めることは困難と認識

私は、賢明な厚生労働省も、建前とは別に、本音では、今後、グループホームやサービス付き高齢者向け住宅等での死亡を除いた「狭義の自宅死亡」割合を高めることは困難であると認識していると推察しています。

私がこう判断する根拠は2つあります。1つは、「はじめに」でも引用した厚生労働省「死亡場所別、死亡者数の年次推移と将来推計」では、2030年の狭義の自宅死亡が約20万人(死亡総数の12%)とされ、この数値はこの推計の基準年とされている2006年の自宅死亡割合12・2%と同水準だからです。

もう1つの根拠は、これも「はじめに」で引用した、2012年2月の閣議決定「社会保障・税一体改革大綱」の「在宅サービス・居住系サービスの強化」の項で、「切れ目のない在宅サービスにより、居宅生活の限界点を高めるための

24時間対応の訪問サービス、小規模多機能型サービスなどを充実させる」と書かれているからです。ちなみに、「限界点を高める」の初出は、社会保障審議会介護保険部会「介護保険制度の見直しに関する意見」(2010年11月30日)で、そこでは「居宅介護の限界点を高めていく」と表現されていました⁽⁵⁾。

上記閣議決定の表現は玉虫色ですが、「居宅生活の限界点を高める」とは、すべての高齢者を自宅・居宅で看取することは不可能と認めたくえで、濃厚な在宅ケアの提供により、自宅での療養をギリギリまで追求するが、最期は病院・施設で看取することを想定しているとも読めます。

私は厚生労働省のこのような(隠れた・本音の)判断はリアルだと思えます。その理由は3つあります。第1は、2003年の厚生労働省「終末期医療に関する調査」によると、「自分が痛みを伴う末期状態の患者となった場合」、または「脳血管障害や痴呆等によって日常生活動作が困難となり、さらに治る見込みのない疾患に侵された場合」に、「自宅で最期まで療養したい」と考えている一般国民は、それぞれ10・5%、22・7%にすぎないからです⁽⁶⁾。第2の理由は、日本福祉大学の研究者が行なった

訪問看護ステーションの大規模全国調査で、死亡した在宅要介護者の遺族（介護者）の満足度は自宅死亡で常に高いとは限らず、介護者が病院を希望していたが自宅死亡した場合には、病院に入院して死亡した遺族より低いことが実証されているからです⁽⁷⁸⁾。

第3は、現在の診療・介護報酬を前提にする限り、自宅での看取りを可能にするための、24時間対応の濃厚な在宅ケア（医療・介護）が事業者の採算ベースにのる地域は人口が密集している大都市部に限られるからです。逆に、報酬をさらに引き上げると、公的医療・介護費用に限定しても（つまり、家族介護の「リアルコスト」を無視しても）、施設ケアよりも在宅ケアの方がはるかに高額になるのは確実です。現在の診療報酬でも、がん末期等重症患者の在宅医療に熱心に取り組んでいる診療所の医療費は、入院医療費に比較して必ずしも割安とは限らないことが示されています⁽⁷⁹⁾。

サ高住等での「自宅死亡」は急増するか？

厚生労働省が上述したリアルな認識に基づいて、今後、有料老人ホームやサービスピ付き高齢者向け住宅（以下、サ高住）が急速に整備され、サ高住等での「自宅死亡」は急増するか？

ただし、有料老人ホームやサ高住の多くは実態的には「入所施設」に近いので、それらの整備については、国土交通省と厚生労働省との間に「温度差」があることも見落とせません。具体的に言えば、国土交通省が両者の整備に前のめりなのに対して、厚生労働省幹部の中にはそれに懐疑的な方が少なくありません。

先に述べた厚生労働省「死亡場所別、死亡者数の年次推移と将来推計」では、2030年には、医療機関、介護施設（老健、老人ホーム）、自宅以外の「その他」の場所での死亡が47万人（28%）に達するとされ、その多くが有料老人ホームやサ高住での死亡になると予想・期待されています。しかし、私は、この将来推計中の、医療機関での死亡数は今後一定という仮定および介護施設での死亡数は施設整備数に比例するという仮定は非現実的であり、今後生じるであろう病院（特に慢性期病院）の在院日数のさらなる短縮と介護報酬による施設での看取り促進の政策誘導により、両者での死亡を大幅に

そこでの死亡が急増することを期待しているのは確実です。既に述べたように、サ高住は「自宅」に含まれるので、今後、そこでの死亡を含んだ「自宅死亡割合」が増加する可能性は十分にあります。

ただし、都市部でのサ高住の料金の相場が1月15〜20万円であることを考慮すると、有料老人ホームはもちろん、サ高住を利用できるのは都市部の厚生年金族に限られると思います。この点について、「地域包括ケアシステム」の厚生労働省側の立役者と言える宮島俊彦前老健局長も「サービスピ付き高齢者向け住宅というのは、どちらかというと高齢者の単身・夫婦世帯が増える都市対策として考えられている」と明言しています⁽⁸⁰⁾。

しかも、高齢者の持ち家比率およびそれへの満足度が非常に高く、共に8割を超えていることを考えると（総務省「住宅・土地統計調査（2008年）」、内閣府「国民生活に関する世論調査（2011年）」）、都市部の厚生年金族でも、もともと住んでいた自宅を売却しての有料老人ホームやサ高住への「早めの住み替え」が大規模に進むとは考えにくいと思います。さらに、日本の高齢者の医療依存（あるいは医療

上積みすることは十分に可能だと判断しています。今後の病院での死亡数増加の可能性については、別に詳しく論じたのでお読み下さい⁽⁸¹⁾。謝辞

貴重なデータ・文献や御示唆をいただいた、以下の方々に感謝します（アイウエオ順）。
安藤高朗氏（医療法人永生会永生病院理事長）、池端幸彦氏（医療法人池慶会池端病院理事長）、太田貞司氏（神奈川県立保健福祉大学名誉教授、金浦佳雅氏（防衛医科大学校助教）、吉良伸一郎氏（日経ヘルスケア編集部）、久保田文氏（日経メディカル編集部）、斉藤正身氏（医療法人真正会霞ヶ関南病院理事長）、村上正泰氏（山形大学医学部教授）。

引用文献

- 1) 新田園夫「どこで看取るか―看取りの場を考える」『医療白書2012年度版』日本医療企画、2012、158―166頁。
- 2) 金浦佳雅・森晋二郎・他「世帯分類別の異状死基本統計―東京都区部における孤独死の実態調査」『厚生指標』57（10）：20―25頁、2010。
- 3) 金浦佳雅・谷藤隆信・他「東京都23区における孤独死統計（平成15〜19年）」2011（東京都監察医務院のホームページに公開）。
- 4) 武林亨「平成22年度厚生労働科学研究費補助金

への信頼」の強さを考慮すると、医療のバックアップのないサ高住での死亡が急増することも考えにくいと言えます。

厚生労働省幹部が、最近、異口同音に医療機関によるサ高住の開設を推奨しているのはこのためだと思います。主な発言は以下の通りです。武田俊彦社会保障担当参事官（当時）「…粗悪な高齢者用住宅が作られないよう、医療法人のような医療提供者が街づくりに関与するパターンがあってもいいと個人的には思っている」⁽⁸²⁾。

鈴木康裕保険局医療課長（当時）「私は、有料老人ホームやサービスピ付き高齢者向け住宅のような集住系の施設に入ってもらい、そこに医療や介護サービスピを付けて対応するしか方法がないと思っている。（中略）各医療法人が土地や建物、医療・介護サービスピなどを提供することで、質や効率性を高めていくことが求められる」⁽⁸³⁾。

私はこのような率直な発言の背景には、厚生労働省の以下のような思惑・危機意識があると推察しています。今後急増する死亡者を病院ですべて看取することは困難であるが、既存の老人福祉施設も財政制約上大幅には増やせない。かといって自宅での看取りを大幅に増やすことは困難なので、サ高住や有料老人ホームでの看取

特別研究事業「在宅療養支援の実態把握と機能分化に関する研究」2011（厚生労働省のホームページに公開）。

- 5) 太田貞司編「大都市の地域包括ケアシステム」光生館、2012、8―9頁。
- 6) 厚生労働省「終末期医療に関する調査等検討会報告書」2004（厚生労働省のホームページに公開）。
- 7) 樋口京子・近藤克則・他「在宅療養高齢者の看取り場所の希望と『介護者の満足度』に関する要因の検討―終末期に向けてのケアマネジメントに関する全国訪問看護ステーション調査から」『厚生指標』48（13）：8―15、2001。
- 8) 宮田和明・近藤克則・樋口京子編『在宅高齢者の終末期ケア―全国訪問看護ステーション調査に学ぶ』中央法規、2004。
- 9) 濃沼信夫・川島孝一郎・他「在宅医療の医療経済」大内尉義・他編『高齢者の退院支援と在宅医療』メジカルビュー社、2006、210―217頁。
- 10) 宮島俊彦「地域包括ケアの展望」『社会保険旬報』2514号：17頁、2012。
- 11) 武田俊彦「体制改革における在宅医療の推進」『日本医事新報』4600号：14―17、2012。
- 12) 鈴木康裕「平成24年度診療報酬改定について―新しいフロンティアが我々の前にある」『日経ヘルスケア』2012年5月号：64頁。
- 13) 二木立「今後の死亡急増で『死亡場所』はどう変わるか？」『日本医事新報』4626号：26―27頁、2012。