

まず、分析手法やその表現方法などにおいて馴染みのないものが多く、そのため、的外れなコメントになる可能性を危惧しますので、この点は、ご容赦ください。取捨選択はお任せします。

<全体に>

今後の多死社会に向け、実証的に現状を分析する大変貴重な内容である。

特に、①全国データである、②病床提供体制に密接にかかわる 2 次医療圏を分析単位とした、③操作変数法を用いて、内生性を考慮したことは、本研究において重要な点であるとする。そして、この点の新規性を、レビューをもとにもっと強調してもよいかと思えます（特に②③）。

<Major points>

以下の点について、確認・検討をお願いしたい。

1) ベッド数の扱い：「病院病床数や介護保険 3 施設のベッド数が利用可能であることも在宅での看取りに影響することが示されている。そこで、これらの変数も分析に投入する。病院病床数と介護保険 3 施設のベッド数の和（ベッド数）変数として利用される」とあるが、病院病床数と介護保険 3 施設を一緒にしてしまってもよいのか疑問がある。

在宅死亡以外の状況として、病院死亡と施設死亡があるが、両者の背景は異なる。

病院死亡は、疾病が重症で治療を要する＝医療ニーズが実際にある(evaluated needs)、医療ニーズを自覚している(perceived needs)そして、医療志向・・・などが背景にあると考えられる。一方、施設死亡は、急性期治療を要さない状態、もしくは医療ニーズより生活ニーズを選択した状態が背景にあると考える。

また、政策的にも、医療費削減としての施設死亡推進の動きがある。従って、これに対応する実態を反映するには、病院と施設を分けて検討をすることが必要と考える。

ただし、実際にはnが少ないので、結果はどの程度影響があるのかは不明であるが。過去の文献で、病床数は有意な関連がでているが、本結果には有意に出ていないのはこのためもあるかもしれない。これまでの病床数の研究ではなされていない病院ベッド数と在宅死亡の内生性の確認も興味深い。2 次医療圏単位であることの意義も、病床数のみにしたほうがより明確になろう。

さらには、介護保険施設の経営者が在宅サービスを経営することも多く、施設が多い地域は、在宅サービスも多くなることが予想される。これは、アウトカムである在宅死亡と施設死亡に逆に影響する要素が共存することになるため、結果を薄めている可能性も考えられよう。

2) 在宅死亡率の意味・定義

本来、本研究が目指しているアウトカムは、各種状況の中で一定の過程を経て選択された在宅死であり、予想外の急変によるものや、経過の不明な孤独死的なものは、除外することが本来は望ましい。イントロにも、孤独死を対象としていない旨の記載がある。データの限界はあるが、この辺の考察も必要であろう（1990年の拙文では、査読者の指摘をうけ、この急変事例を除外するため、ねたきりになって1週間以上の後に死亡した事例に絞った）。

3) 操作変数について

15歳以上の女性失業者において、「在宅死亡数に影響を与えるとは考えられない」とあるが、経験的には、在宅退院と介護者（ほとんどが女性）が無職であることは、先行研究でも明らかであり、職のない女性は、家族介護にあたることも多く、在宅死亡に関係するのではないかと考える。

統計検定上、これは否定されているようだが、表4のどれから読み取れるのか把握できない。専門外の者にもわかるよう、説明いただけるとありがたい。

希望の表明への考察はとても重要なポイントと思います。

在宅死、病院死、施設死亡の3概念を踏まえ、今後の発展を期待します。