

資料

看取り期にある施設入所高齢者のリロケーション発生の実態：
匿名介護情報等を用いた観察研究シラカタ タクミ タブチサヤカ イトウミキコ ミウラ カツユキ
白片 匠* 田淵紗也香* 伊藤美樹子* 三浦 克之^{2*}
ソフ エトモタカ
祖父江友孝^{3*}

目的 日本では医療・介護サービスの需要増加に対応するため、高齢者施設での看取りが推進されている。2006年には介護保険による終末期ケアとして看取り介護加算が創設され、充実が図られてきた。他方、終末期高齢者にとって居所の移動（以下、リロケーション）は負担が大きいことが明らかになっている。そこで本研究では、回復の見込みがないと判断され、かつ施設での看取り希望者に適用される看取り介護加算等の利用を介護レセプトから実態を明らかにした。

方法 2018年4月から2021年3月末の間に看取り介護加算かターミナルケア加算（以下、終末期ケア）を利用した65歳以上の要介護者を対象とし、厚生労働省より提供された「匿名要介護認定情報等」の特別抽出情報を分析した。観察施設は、看取り介護加算等が適用できる介護老人福祉施設、介護老人保健施設等の6施設である。本研究ではサービス利用終了月に終末期ケアの利用実績のあった233,735人を分析対象とし、施設別・個人要因別・都道府県別に集計した。なお終末期ケアの介護報酬上の3区分（死亡日、死亡前日および前々日、死亡前4～30日）の利用が死亡日まで連続していない場合を、リロケーションありと定義した。

結果 対象者の基本属性は85歳以上が83.35%、男性25.29%、要介護3以上は93.53%だった。終末期ケア利用者数は介護老人福祉施設（114,356人）が最も多かった。介護老人福祉施設と地域密着型介護老人福祉施設、認知症グループホームは、認知症が中・重度（Ⅲa以上）が約8割であった。またリロケーションありは、介護老人福祉施設（加算Ⅱ）が0.22%と最も少なく、地域密着型特定施設が2.02%と最も多かった。施設別では看護職員や医師の配置基準がより手厚い施設で発生が少なかった。個人要因では、リロケーションの発生の多さは、要介護高齢者が男性であることや、年齢の若さ、要介護度の低さ、意思決定や意思の伝達能力の高さと関連していた。

結論 介護保険による終末期ケアは介護度が重度で高年齢者に普及していた。死亡前30日の間のリロケーションは施設別に0.2～2%程度で発生し、他方、リロケーションの発生には個人要因が、抑制には医療職の手厚い配置が関連していた。

Key words : 高齢者施設, 終末期ケア, リロケーション, 介護レセプト分析, 全国規模

日本公衆衛生雑誌 2025; 72(3): 227-237. doi:10.11236/jph.24-038

I 緒 言

1970年代後半から日本における死亡場所は自宅中心から病院中心へと遷移し、2000年には病院と診療

所を合わせると65歳以上の82.07%が医療機関で死亡していた¹⁾。その後、2000年から始まった介護保険制度の浸透とともに徐々にその割合は減少しており、2021年時点で67.84%となっている¹⁾。他方、老人ホーム（老人福祉法による養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム）や介護老人保健施設・介護医療院といった施設での死亡割合が増加傾向を示し、2022年にはそれぞれ11.01%と3.93%を占めている¹⁾。高齢者人口が

* 滋賀医科大学公衆衛生看護学講座

^{2*} 滋賀医科大学社会医学講座公衆衛生学部門

^{3*} 前大阪大学大学院医学系研究科社会医学講座環境医学

責任著者連絡先: 〒520-2192 大津市瀬田月輪町
滋賀医科大学公衆衛生看護学講座 白片 匠

増加していく中で、高齢者入所施設は医療・介護ニーズのある高齢者の生活／療養の場として今後もその重要性は高まると考えられる。

厚生労働省は高齢者施設での看取りを推進するために、介護報酬として2006年度に「看取り介護加算」を、2009年度に介護老人保健施設での「ターミナルケア加算」を導入した。これらの加算は、医師が回復の見込みがないと判断した入所者に対し、本人や家族の意向に沿った看取りの計画を作成して、終末期ケアを行った場合に、死亡日を基準にして最大45日の提供が可能な介護サービスである。算定要件として、入所時など事前に施設の看取りの指針についての説明の実施と、本人や家族の同意を得ておく等の必要がある。2023年現在、「看取り介護加算」や「ターミナルケア加算」が算定できる施設は、6種類 {①介護老人福祉施設、②地域密着型介護老人福祉施設、③介護老人保健施設、④特定施設入居者生活介護の指定を受けた施設（以下、特定施設）、⑤地域密着型特定施設入居者生活介護の指定を受けた施設（以下、地域密着型特定施設）、⑥認知症対応型共同生活介護の提供施設（以下、認知症グループホーム）} まで増加している。また特別養護老人ホーム（①介護老人福祉施設、⑤地域密着型介護老人福祉施設）では看取り介護加算の届出施設が6割、特定施設（④・⑤）では5割を超える^{2,3)}など、高齢者施設での看取りの体制が整ってきている。しかしながら、「看取り介護加算」や「ターミナルケア加算」の利用状況や利用者の特性、提供施設を横断的に調査した報告はなく、全国的な実態は明らかになっていない。

他方、Hannaらは、居所の移動は、患者・家族・医療スタッフへの物理的な負担や、患者・家族への感情的・心理的負担、経済的負担、そして患者にとっての医療の質への負担といった4つの負担をもたらす可能性があるとして述べており、介護施設利用者や認知症患者、がん患者では、死亡前6か月前からリロケーションが大きな負担となることを示している⁴⁾。大野らは「豊かな看取り」について、“看取りについて本人と家族の意思決定に基づき、その意思を尊重したうえで、家族を含めたチームによるケアを行うことによって、最期までこころ、時間、環境が満ち足りている状態で生き、その状態への思いを家族や支援者と分かち合い、その人らしい最期を迎えること”と定義している⁵⁾。これを踏まえると、施設での終末期ケア利用者とは住み慣れた施設で最期を迎えることを希望している者であり、彼らにリロケーションが生じることは、「豊かな看取り」が阻害される可能性をもたらすと考えられる。言い

換えると、彼らにリロケーションが生じていないかどうか把握することは、利用者の“Quality of End of Life”を向上させるために重要であると言える。

このような立場から本研究では、匿名加工情報化された介護情報（匿名要介護認定情報等）を用いて、2018年度から3年度分の「看取り介護加算」や「ターミナルケア加算」の利用者と利用実績を全国規模で分析し、高齢者入所施設での終末期ケアの普及状況、および死亡直前30日間のリロケーションの発生とその要因について利用者の個人特性別、施設別、都道府県別に明らかにした。

II 方法と対象

1. 分析データ

厚生労働省の「匿名介護情報等の提供に関するガイドライン（令和2年10月策定）」に基づき、匿名要介護認定情報等の特別抽出データの提供を受けた。匿名要介護認定情報等とは、介護保険被保険者に関する匿名化された要介護・要支援に関する認定情報や心身の状況、利用した介護サービス情報等を指す。匿名要介護認定情報等の利用は、対象者の身体機能や認知機能等の情報を得つつ、介護保険利用者を悉皆的にかつ死亡前のサービス利用状況をもれなく把握できるため、全国規模の実態を明らかにできる点で優れている。以下に分析データ作成の手続きを述べる。

2. 観察対象者

観察対象者は「2018年4月1日から2021年3月31日までの間に看取り介護加算またはターミナルケア加算を1度でも算定したすべての第1号被保険者（65歳以上）」であり、当該対象者に紐づく認定情報と介護サービス情報等である。このうち、介護レセプト等の情報を突合でき、重複・過誤請求のない233,735人を分析対象とした。対象者選定のフローを図1に示した。

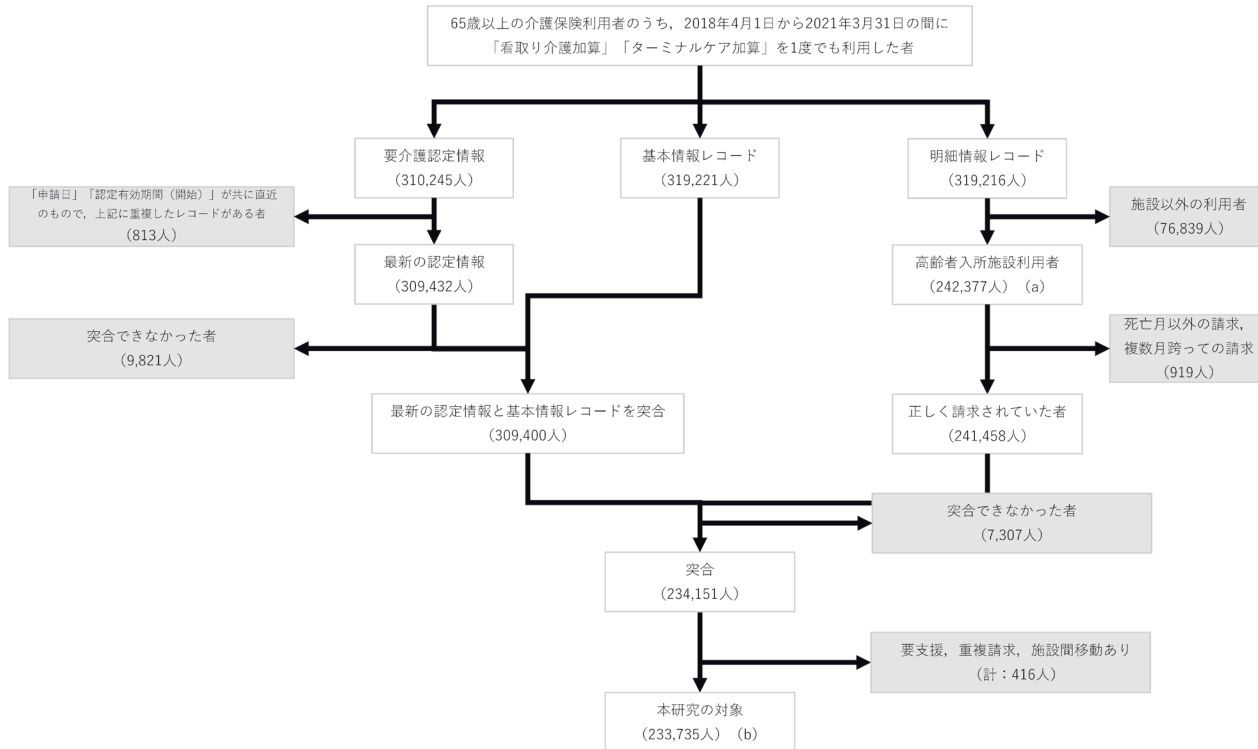
3. 研究に用いる指標

リロケーションの発生には、身体機能・認知機能・意思表示能力に関係するという仮説のもと以下の指標を用いた。いずれの指標も記載がない場合は欠損値として扱った。

1) リロケーションの発生（図2）

介護レセプト等情報のうち、明細情報レコードから施設毎の看取り介護加算等の終末期ケアに係るコード値を用いた。これらの報酬は、観察期間（2018年度介護報酬改定）においては、死亡日を基準に「死亡当日」「死亡前々日および前日」「死亡前30～4日」の3区分が設定されており、1日単位で算定される。よって本研究では、これら3区分（死

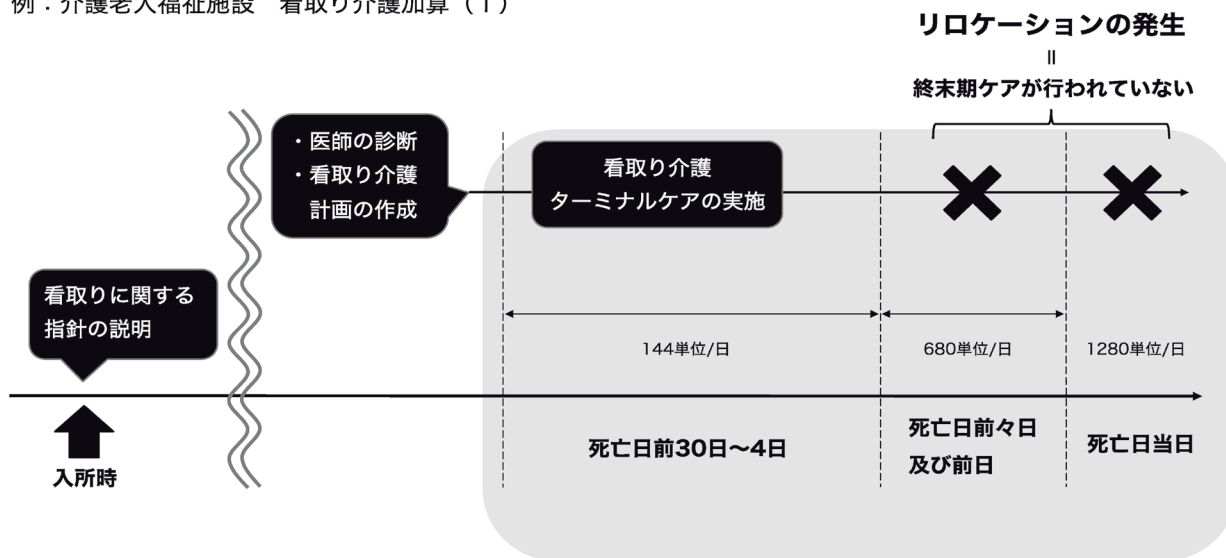
図1 対象者選定のフロー



注1) 施設以外の利用者には、看護小規模多機能居宅介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、訪問看護によるターミナルケア利用者が含まれる。
 注2) 適合割合 (b/a) : 96.43%

図2 看取り介護加算とリロケーションのイメージ

例：介護老人福祉施設 看取り介護加算 (1)



萱垣 憲英 (2017) 介護報酬における看取り介護加算に関する一考察より改変して作成

亡日、死亡前日および前々日、死亡前4～30日)の利用が死亡日まで連続していない場合をリロケーションありと定義した。

2) 身体機能・認知機能・意思表示能力

死亡時点で有効な要介護認定情報より、性別、要介護度(要介護1～5)、認知症高齢者の日常生活自

立度(以下、認知症自立度)と障害高齢者の日常生活自立度(以下、障害自立度)、視力、聴力、日常の意思決定、意思の伝達の情報を利用した。また身体の麻痺と関節拘縮はいずれかの部位で麻痺や拘縮がある者を「あり」とした。

3) 利用施設

介護レセプト等情報のコード値から終末期ケアを使用した施設を特定した。また年齢は死亡月における年齢（5歳階級）を用いた。

4. 分析方法

終末期ケアの利用者をリロケーション発生の有無と、対象者個人が持つ特性、利用する施設、住所地の都道府県をクロス集計し、統計的に記述した。

また、高齢者施設を利用している者のうち、どの程度の利用者が終末期ケアを利用しているかを相対的に比較するため、以下の計算式を用いて施設別に「施設定員の終末期ケア利用割合」を求めた。なお、各施設の定員数には、令和2年度介護サービス施設・事業所調査における2020年10月1日時点の値を用いた。

$$\text{施設定員の終末期ケア利用割合 (\%)} \\ = \frac{\text{施設別の終末期ケアの利用者数}}{\text{施設別の定員数 (2020年10月1日時点)}} \times 100$$

加えて、65歳以上の死亡者のうち、何人が終末期ケアを利用して亡くなったかを相対的に比較するため、以下の計算式を用いて都道府県別の「施設での終末期ケア利用割合」を求めた。なお、都道府県別の65歳以上死亡者数は、人口動態調査で公表されている2018年1月から2020年12月までの3年間の死亡者数を使用した。

$$\text{施設での終末期ケア利用割合 (\%)} \\ = \frac{\text{都道府県別の終末期ケアの利用者数}}{\text{都道府県別2018~2020年の65歳以上死亡数}} \times 100$$

分析用データセットの作成および解析にはJMP Pro 17.0 (JMP Statistical Discovery LLC.) を使用した。また、各個人要因とリロケーションの有無と各個人要因、利用施設別、都道府県別の関係を χ^2 検定で検討した。検定における有意水準は5%とした。

5. 倫理的配慮

本研究は滋賀医科大学倫理審査委員会承認を得た上で実施した。(承認年月日: 2021年10月12日, 整理番号: R2021-113)

III 研究結果

1. 対象者の基本属性

対象者は男性が25.29%, 75歳以上が97.90%, 90歳以上が60.75%であり、要介護4または5の寝たきりである者は全体の79.93%だった。

身体面の情報では、麻痺がある者は76.54%, 拘縮がある者は63.55%だった。視力や聴力は「普通」が最も多く、それぞれ47.44%, 37.03%であった。障害自立度では「寝たきり」とされるB1~C2である者が85.98%を占めた。

認知機能や意思伝達に関わる部分の情報では、日常の意思決定が「日常的に困難」「できない」がそれぞれ45.44%, 26.23%, 意思の伝達は「ほとんど不可」「できない」がそれぞれ27.28%, 14.44%と、全体の7割以上が日常の意思決定が難しい一方で、自身の意思を伝えることが難しい者は全体の4割程度に留まった。認知症自立度においては、「日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さがときどき見られ、介護を要する」状態であるⅢより重度な者は、全体の74.65%であった。

2. リロケーション発生状況

リロケーションありは全体の1.30%であった。

1) 個人要因別 (表1)

性別は、男性(1.57%)は女性(1.21%)よりもリロケーション「あり」の割合が有意に高かった($P < .0001$)。年齢階級別にみると、70歳~74歳の「あり」が1.71%と最も高く、対象者の多い80歳以上の人に注目すると、80歳~84歳で1.56%であり、それ以降は年齢階級が上がるにつれて割合が低下した($P < .0001$)。要介護度別にみると、要介護1で「あり」は2.32%であったが、要介護度が高くなるほど「あり」が低くなり、要介護5は1.16%であった($P < .0001$)。麻痺の有無別では、麻痺のない人(1.42%)はある人(1.26%)よりもリロケーション「あり」の割合が有意に高かった($P = .0064$)。拘縮の有無別も同様に、ない人(1.40%)はある人(1.24%)よりもリロケーション「あり」の割合が有意に高かった($P = .0015$)。

2) 利用施設・加算別 (表2)

リロケーション「あり」の割合が最も高かったのは⑤地域密着型特定施設で2.02%だった。次いで⑥認知症グループホームが2.00%, ④特定施設が1.98%だった。「あり」の割合が最も低かったのは①介護老人福祉施設(看取り介護加算Ⅱ)の0.22%だった。①介護老人福祉施設と②地域密着型介護老人福祉施設では、より医師や看護師の配置が手厚い加算Ⅱの施設が、また③介護老人保健施設では比較的医療依存度の高い入所者に対応可能な療養型の施設が、それぞれ0.22%, 0.51%, 0.53%と「あり」の割合が低かった。

3) 都道府県別 (表3)

終末期ケア利用者が最も多かったのは東京都で、20,192人が利用していた。その後は、神奈川県(16,981人)、大阪府(11,959人)、愛知県(11,139人)、静岡県(10,924人)と続いた。反対に最も利用者が少なかったのは高知県で754人だった。リロケーション「あり」の割合が最も高かったのは大阪府(2.05%)で、千葉県(1.79%)、徳島県(1.75%)

表1 終末期ケア利用者の個人要因とリロケーションの関係

	終末期ケアの利用者 人 (%)		リロケーション				χ^2 検定 P値
			なし 人 (%)		あり 人 (%)		
			N = 233,735	(100)	n = 230,698	(98.70)	
性別 (人 (%))							
男性	59,114	(25.29)	58,183	(98.43)	931	(1.57)	< .0001
女性	174,621	(74.71)	172,515	(98.79)	2,106	(1.21)	
年齢 (人 (%))							
65歳～69歳	1,261	(0.54)	1,246	(98.81)	15	(1.19)	< .0001
70歳～74歳	3,636	(1.56)	3,574	(98.29)	62	(1.71)	
75歳～79歳	9,500	(4.06)	9,368	(98.61)	132	(1.39)	
80歳～84歳	24,510	(10.49)	24,128	(98.44)	382	(1.56)	
85歳～89歳	52,841	(22.61)	52,084	(98.57)	757	(1.43)	
90歳～94歳	72,974	(31.22)	72,062	(98.75)	912	(1.25)	
95歳以上	69,013	(29.53)	68,236	(98.87)	777	(1.13)	
要介護度 (人 (%))							
要介護1	4,917	(2.10)	4,803	(97.68)	114	(2.32)	< .0001
要介護2	10,216	(4.37)	10,009	(97.97)	207	(2.03)	
要介護3	31,768	(13.59)	31,317	(98.58)	451	(1.42)	
要介護4	78,240	(33.47)	77,240	(98.72)	1,000	(1.28)	
要介護5	108,594	(46.46)	107,329	(98.84)	1,265	(1.16)	
麻痺の有無 ^{a)} (人 (%))							
なし	54,158	(23.46)	53,391	(98.58)	767	(1.42)	.0064
あり	176,657	(76.54)	174,423	(98.74)	2,234	(1.26)	
拘縮の有無 ^{a)} (人 (%))							
なし	84,142	(36.45)	82,965	(98.60)	1,177	(1.40)	.0015
あり	146,673	(63.55)	144,849	(98.76)	1,824	(1.24)	
視力 ^{a)} (人 (%))							
普通	109,509	(47.44)	108,042	(98.66)	1,467	(1.34)	.0983
1 m 先が見える	61,530	(26.66)	60,711	(98.67)	819	(1.33)	
目の前が見える	27,775	(12.03)	27,429	(98.75)	346	(1.25)	
ほとんど見えない	6,098	(2.64)	6,028	(98.85)	70	(1.15)	
判断不能	25,903	(11.22)	25,604	(98.85)	299	(1.15)	
聴力 ^{a)} (人 (%))							
普通	85,479	(37.03)	84,337	(98.66)	1,142	(1.34)	.0075
やっと聞こえる	69,065	(29.92)	68,112	(98.62)	953	(1.38)	
大声が聞こえる	58,586	(25.38)	57,899	(98.83)	687	(1.17)	
ほとんど聞こえず	4,318	(1.87)	4,273	(98.96)	45	(1.04)	
判断不能	13,367	(5.79)	13,193	(98.70)	174	(1.30)	
日常の意思決定 ^{a)} (人 (%))							
できる	3,198	(1.39)	3,127	(97.78)	71	(2.22)	< .0001
特別な場合を除いてできる	62,199	(26.95)	61,180	(98.36)	1,019	(1.64)	
日常的に困難	104,885	(45.44)	103,653	(98.83)	1,232	(1.17)	
できない	60,533	(26.23)	59,854	(98.88)	679	(1.12)	
意思の伝達 ^{a)} (人 (%))							
できる	81,872	(35.47)	80,624	(98.48)	1,248	(1.52)	< .0001
ときどきできる	52,638	(22.81)	51,942	(98.68)	696	(1.32)	
ほとんど不可	62,973	(27.28)	62,279	(98.90)	694	(1.10)	
できない	33,332	(14.44)	32,969	(98.91)	363	(1.09)	

表1 終末期ケア利用者の個人要因とリロケーションの関係 (つづき)

	終末期ケアの利用者 人 (%)		リロケーション				χ^2 検定 P 値	
			なし 人 (%)		あり 人 (%)			
障害自立度 ^{a)b)} (人 (%))								
自立	96	(0.04)						
J1	69	(0.03)	1,162	(98.14)	22	(1.86)		
J2	1,019	(0.44)						
A1	9,026	(3.91)	8,886	(98.45)	140	(1.55)		
A2	22,154	(9.60)	21,794	(98.38)	360	(1.62)	< .0001	
B1	18,207	(7.89)	17,946	(98.57)	261	(1.43)		
B2	106,555	(46.17)	105,239	(98.76)	1,316	(1.24)		
C1	12,697	(5.50)	12,507	(98.50)	190	(1.50)		
C2	60,992	(26.43)	60,280	(98.83)	712	(1.17)		
認知症自立度 ^{a)} (人 (%))								
自立	2,575	(1.12)	2,515	(97.67)	60	(2.33)		
I	9,084	(3.94)	8,906	(98.04)	178	(1.96)		
II a	10,184	(4.41)	10,018	(98.37)	166	(1.63)		
II b	36,671	(15.89)	36,137	(98.54)	534	(1.46)	< .0001	
III a	89,375	(38.72)	88,279	(98.77)	1,096	(1.23)		
III b	21,050	(9.12)	20,757	(98.61)	293	(1.39)		
IV	58,072	(25.16)	57,459	(98.94)	613	(1.06)		
M	3,804	(1.65)	3,743	(98.40)	61	(1.60)		

^{a)}欠損値だった者がいたため合計が合わない場合がある

^{b)}一部の集計値で頻度が10人未満のものは、前後の値と合計したものを示す

表2 利用施設・加算別の終末期ケア利用者数とリロケーションの関係、施設定員の看取り割合

	終末期ケアの利用者 人 (%)		定員数 (人)	施設定員の 看取り割合 ^{a)b)} (%)	リロケーション		
					なし 人 (%)	あり 人 (%)	
全施設	N = 233,735	(100)	1,552,961	15.05	n = 230,698 (98.70)	n = 3,037 (1.30)	
利用施設 (人 (%))							
①介護老人福祉施設 (加算Ⅰ)	85,609	(36.63)	575,644	19.87	84,302 (98.47)	1,307 (1.53)	
①介護老人福祉施設 (加算Ⅱ)	28,747	(12.30)			28,683 (99.78)	64 (0.22)	
②地域密着型介護老人 福祉施設 (加算Ⅱ)	2,368	(1.01)	63,378	17.21	2,356 (99.49)	12 (0.51)	
②地域密着型介護老人 福祉施設 (加算Ⅰ)	8,539	(3.65)			8,410 (98.49)	129 (1.51)	
③介護老人保健施設 (療養型)	3,020	(1.29)	373,979	17.83	3,004 (99.47)	16 (0.53)	
③介護老人保健施設 (療養型以外)	63,666	(27.24)			62,988 (98.94)	678 (1.06)	
④特定施設	25,679	(10.99)	314,386	8.17	25,170 (98.02)	509 (1.98)	
⑤地域密着型特定施設	742	(0.32)	8,591	8.64	727 (97.98)	15 (2.02)	
⑥認知症グループホーム	15,365	(6.57)	216,983	7.08	15,058 (98.00)	307 (2.00)	

^{a)}施設定員の看取り割合 (%) = 施設別の終末期ケア利用者数 / 施設別の定員 (介護サービス施設・事業所調査) × 100

^{b)}施設定員の看取り割合は加算の種類別ではなく①～⑥の利用施設別に求めた。

が続いた。「あり」の割合が最も低かったのは山形県 (0.68%) で、長野県 (0.69%)、福島県 (0.74%) と続いた。なお、集計値に10未満の数値が含まれる

都道府県が存在したため、終末期ケアの利用者数が全体の0.5%未満の県はリロケーションの有無は記載していない。

表3 都道府県別の終末期ケア利用者数とリロケーションの関係、施設での終末期ケア利用割合

	終末期ケアの利用者 人 (%)		施設での 終末期ケア 利用割合 ^{a)} (%)	リロケーション ^{b)}			
	<i>N</i> = 233,735	(100)		なし 人 (%)		あり 人 (%)	
				<i>n</i> = 230,698	(98.70)	<i>n</i> = 3,037	(1.30)
都道府県							
北海道	6,338	(2.71)	3.59	6,235	(98.37)	103	(1.63)
青森県	2,733	(1.17)	5.58	2,703	(98.90)	30	(1.10)
岩手県	3,365	(1.44)	7.03	3,321	(98.69)	44	(1.31)
宮城県	4,596	(1.97)	6.85	4,548	(98.96)	48	(1.04)
秋田県	2,559	(1.10)	5.95	2,524	(98.63)	35	(1.37)
山形県	4,565	(1.95)	10.62	4,534	(99.32)	31	(0.68)
福島県	5,287	(2.26)	7.83	5,248	(99.26)	39	(0.74)
茨城県	4,984	(2.13)	5.56	4,921	(98.74)	63	(1.26)
栃木県	3,116	(1.33)	5.27	3,080	(98.84)	36	(1.16)
群馬県	3,819	(1.63)	6.01	3,767	(98.64)	52	(1.36)
埼玉県	9,557	(4.09)	5.15	9,431	(98.68)	126	(1.32)
千葉県	8,878	(3.80)	5.40	8,719	(98.21)	159	(1.79)
東京都	20,192	(8.64)	6.27	19,915	(98.63)	277	(1.37)
神奈川県	16,981	(7.27)	7.57	16,707	(98.39)	274	(1.61)
新潟県	9,087	(3.89)	10.93	8,933	(98.31)	154	(1.69)
富山県	2,935	(1.26)	8.07	2,906	(99.01)	29	(0.99)
石川県	3,093	(1.32)	8.75	3,069	(99.22)	24	(0.78)
福井県	2,234	(0.96)	8.57	2,216	(99.19)	18	(0.81)
山梨県	2,076	(0.89)	7.61	2,059	(99.18)	17	(0.82)
長野県	7,267	(3.11)	10.18	7,217	(99.31)	50	(0.69)
岐阜県	5,131	(2.20)	8.05	5,063	(98.67)	68	(1.33)
静岡県	10,924	(4.67)	9.45	10,829	(99.13)	95	(0.87)
愛知県	11,139	(4.77)	5.89	10,985	(98.62)	154	(1.38)
三重県	4,558	(1.95)	7.93	4,480	(98.29)	78	(1.71)
滋賀県	2,592	(1.11)	7.19	2,551	(98.42)	41	(1.58)
京都府	4,777	(2.04)	6.47	4,722	(98.85)	55	(1.15)
大阪府	11,959	(5.12)	4.89	11,714	(97.95)	245	(2.05)
兵庫県	8,931	(3.82)	5.63	8,839	(98.97)	92	(1.03)
奈良県	2,814	(1.20)	6.96	2,779	(98.76)	35	(1.24)
和歌山県	2,376	(1.02)	6.69	2,350	(98.91)	26	(1.09)
鳥取県	2,055	(0.88)	10.12	2,030	(98.78)	25	(1.22)
島根県	2,567	(1.10)	9.49	2,547	(99.22)	20	(0.78)
岡山県	4,476	(1.92)	7.33	4,440	(99.20)	36	(0.80)
広島県	4,818	(2.06)	5.68	4,770	(99.00)	48	(1.00)
山口県	2,482	(1.06)	4.75	2,455	(98.91)	27	(1.09)
徳島県	1,483	(0.63)	5.34	1,457	(98.25)	26	(1.75)
香川県	1,954	(0.84)	5.81	1,936	(99.08)	18	(0.92)
愛媛県	3,393	(1.45)	6.77	3,364	(99.15)	29	(0.85)
高知県	754	(0.32)	2.67	—	—	—	—
福岡県	4,825	(2.06)	3.32	4,757	(98.59)	68	(1.41)
佐賀県	1,074	(0.46)	3.90	—	—	—	—
長崎県	2,757	(1.18)	5.69	2,714	(98.44)	43	(1.56)
熊本県	3,291	(1.41)	5.57	3,245	(98.60)	46	(1.40)
大分県	2,706	(1.16)	6.70	2,678	(98.97)	28	(1.03)
宮崎県	1,548	(0.66)	4.03	1,532	(98.97)	16	(1.03)
鹿児島県	3,133	(1.34)	5.24	3,079	(98.28)	54	(1.72)
沖縄県	1,556	(0.67)	4.96	1,539	(98.91)	17	(1.09)

^{a)}施設での終末期ケア利用割合 (%) = 都道府県別の終末期ケア利用者数 / 都道府県別2018~2020年の65歳以上死亡数 (人口動態調査) × 100

^{b)}集計値に10未満の数値が含まれる都道府県が存在したため、終末期ケアの利用者数が全体の0.5%未満の県はリロケーションの有無について記載していない

3. 終末期ケアの施設別、都道府県別利用状況

1) 施設別の比較 (表2)

施設定員の看取り割合は、全体で15.05%であり、①介護老人福祉施設 (19.87%)、③介護老人保健施設 (17.83%)、②地域密着型介護老人福祉施設 (17.21%) が高く、他の3施設では7~8%台と施設によって大きな差が認められた。

2) 都道府県別の比較 (表3)

施設での終末期ケア利用割合が最も高かったのは新潟県で、10.93%だった。その後は山形県 (10.62%)、長野県 (10.18%)、鳥取県 (10.12%) と続いた。反対に最も看取り割合が低かったのは高知県 (2.67%) で、福岡県 (3.32%)、北海道 (3.59%)、佐賀県 (3.90%) と続いた。

IV 考 察

本研究では、厚生労働省から2018年3月の「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」が出された直後に改定された2018年度の介護報酬期間中の施設入所高齢者の死亡前30日間のリロケーションの発生とその要因を全国規模で明らかにした。

1. 終末期ケアの普及状況

施設定員の看取り割合から、介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設、介護老人保健施設では定員の2割弱が3年間で終末期ケアを利用して死亡していることを明らかにした。野村総合研究所が2017年度に行った調査では、60.6%の特別養護老人ホーム (①介護老人福祉施設、②地域密着型介護老人福祉施設) は看取り介護加算の届出をしており、そのうち64.2%の施設が過去半年間に看取り介護加算を利用した看取りを行っていた⁶⁾。一方で、④特定施設と⑤地域密着型特定施設を対象にした2017年度の調査では、57.3%の施設が看取り介護加算の届出をしていたが、そのうち過去半年間に看取り介護加算を利用した看取りを行っていた施設は、45.3%だった⁷⁾。これらの調査結果と本研究の施設定員の看取り割合の値をかんがみると、④特定施設・⑤地域密着型特定施設は、①介護老人福祉施設・②地域密着型介護老人福祉施設と比較して看取りを行っていないという特徴があると言える。

施設での終末期ケア利用割合を都道府県にみると、看取り割合が5%以下だったのは、北海道、大阪府、山口県、高知県、福岡県、佐賀県、宮崎県、沖縄県であった。厚生労働省の「令和4年度医療費 (電算処理分) の地域差分析」によれば、一人当たりの年齢調整後医療費は、北海道や大阪、中国・四国・九州地方が高い⁸⁾。そして一人当たりの

医療費が高い地域と、本研究で明らかになった施設での終末期ケア利用割合の低い地域は概ね合致していた。このことから、施設での終末期ケア利用割合が低い都道府県では、入院等による医療サービスが終末期高齢者の看取りを担っている可能性が示唆される。

2. リロケーションの発生要因

施設によって医療的ニーズに対応する看護職員の配置基準は異なっている。①介護老人福祉施設や②地域密着型介護老人福祉施設、③介護老人保健施設は比較的多くの看護職員を配置することになっている一方で、④特定施設と⑤地域密着型特定施設においては「常勤看護師を1人以上」となっており、①~③の施設と比較すると少ない。⑥認知症グループホームに至っては、看護職員の配置基準がないだけでなく、看取り介護加算の算定要件を満たすためには「医療連携体制加算」を同時に算定している必要があるものの、看取り介護加算 (I) に関しては訪問看護事業所や病院、診療所などの外部の看護師と24時間連絡が取れる状態であれば要件を満たす。つまり、看取り介護の提供に際してグループホーム内に看護師を配置する必要がない。本研究では、医師や看護職員の体制がより手厚い①介護老人福祉施設 (加算II) や②地域密着型介護老人福祉施設 (加算II)、③介護老人保健施設 (療養型) では、リロケーションの発生割合がそれぞれ0.22%、0.51%、0.53%とかなり少なかった。Trahanらは、文献検討により、施設から不必要な救急搬送が増加させる要因の一つとして施設看護師の医療的ニーズへ対応力不足やプライマリケア医を欠くことを明らかにしている⁹⁾。本研究の結果に照らすと、医療的ニーズへの対応力が高い施設は、リロケーションを発生させることなく施設で最期に至るまで看取りができていと考えられる。

個人要因では性との関連が見られたが、介護保険による終末期ケア利用者は女性の方が男性の約3倍多かった。女性の方が平均寿命が長いことが影響していると考えられる。また、利用者数の多い80歳以上のより年齢が高い群では、リロケーションが抑制されるという関連がみられた。年齢が上がれば身体機能や認知機能が低下することや、また認知機能や身体的な状態は要介護度という総合的な指標に集約され、本研究対象者の約8割が要介護度4以上の重度者であったことを考慮すると、介護保険による終末期ケアは、介護負担がより大きい高齢者に対して普及していると言える。ポルトガルで行われた研究では、入所者の年齢が若いほどリロケーションが多く発生することが報告されている¹⁰⁾。本研究にお

いてもリロケーションの発生の多さは、要介護高齢者が男性であることや、年齢の若さ、要介護度の低さ、意思決定や意思の伝達能力の高さと関連していた。加えて、本研究では、本人の意思決定や意思の伝達能力が低下しているとリロケーション発生が抑制されるという関係が認められた点が注目された。このことは、施設での看取りは、要介護者本人の意思ではなく、家族等による代理意思決定で施設での看取りが行われている可能性がある。また介護老人保健施設を対象にした研究では、87歳を超えると家族が急変時の救急搬送を望まなくなるという報告がある¹¹⁾。超高齢になると意思決定能力が低下することに加えて、介護老人保健施設は、他の入所施設と比べて医療的ニーズへの対応力が高いという特徴があるため、死亡当日までターミナルケアが利用されているのではないかと考えられた。

都道府県別のリロケーションの発生に焦点を当てると、北海道や大阪府、徳島県、佐賀県、鹿児島県では施設での終末期ケア利用割合が低く、かつリロケーションありの割合が高い傾向が認められた。反対に山形県や石川県、福井県、長野県、静岡県、島根県では施設での終末期ケア利用割合が高く、同時にリロケーションの発生割合が低い傾向が見られた。こうした背景には、施設における終末期ケアの経験や医療機関数、病床数といった医療資源の多寡や、山間部や離島などの地理的要因の影響があると考えられる。ただし本研究では関連する要因は明らかにできておらず、さらなる研究が必要である。

3. 研究の限界

本研究は、高齢者施設で看取り介護加算等を利用して死亡した65歳以上の者について匿名要介護認定情報等を用いて、終末期におけるリロケーションの発生頻度を示した点に新規性がある。ただし、リロケーションの定義やデータについては、いくつかの限界がある。

一つは、本研究では、終末期におけるリロケーションは、対象者にとっての住み慣れた居所からの移動として捉えている点である。そのため最期だけ自宅に戻って看取りされたケースや、予定されていた入院でサービス提供が中断したケースなどが含まれている可能性がある。よって、死亡前30日におけるリロケーション発生は必ずしも避けるべき事象なのかということや、リロケーションの発生と「豊かな看取り」との関連については、今後、さらなる検討や議論が必要である。看取り期に自宅へ退所した場合には、夜間も含めた安全の確保や高齢者本人にとっての安楽な療養の確保と同時に、高齢者が呈する呼吸苦や排泄への対応や食事の世話などに不慣れ

な家族への療養指導や在宅療養体制の調整が必要である。他方、看取り期に病院や診療所へ入院した場合には、介護保険による看取りが計画された(=医療依存度が低い)高齢者に対する医療提供の適正さの側面からの議論が必要である。当事者や家族の個人的な意思決定の問題だけではなく、医療やケアを提供する側やそれを支える医療介護体制の課題といった多様な側面を含むと考えるからである。また本研究では、リロケーションを介護報酬によって死亡日から遡及して連続的とする区分別の利用の有無によって操作的には定義したため、同一区分内で一時移動があった者は観測できていない点も限界である。

別の観点として、本研究では看取り介護加算等を利用せずに施設で亡くなった要介護者や、加算を算定していない施設で亡くなった要介護者の情報は含まれていない点がある。このような要介護者は、加算を利用した者と比較して看取りに対する意思の確認や看取りを行う施設環境、職員体制等が十分でない施設の可能性がある。そのため本研究の対象者以上に終末期のリロケーションが発生している可能性があると考えられるものの、本研究で用いた情報からは明らかにできなかった。

さらに、もう一つの限界として本研究では、要介護者の身体機能・認知機能等の情報を介護保険による要介護認定情報のみから用いたという点である。そのため疾病や治療等に関する医療情報を得ることができていない。また要介護認定の有効期間は、2018年度からは更新申請で最大3年(令和4年5月からは一部で4年)と長い。よって本研究における要介護認定情報は死亡月に有効な情報を用いたものの、施設入所者の認定有効期間の長さのため、終末期の身体機能・認知機能等は全体的にさらに低下している可能性がある。ただし介護保険による終末期ケアの開始の条件として、医師により一般的に認められている医学的知見から回復の見込みがないと判断し医療機関での対応の必要性が低いと判断されているという条件を満たしているという点では終末期に関する一定の水準を満たしていると考えられる。

今後の課題として、看取り介護加算等の利用者以外の情報を踏まえた検討や、医療レセプトと連結して分析することが必要である。さらには経年比較や施設要因、地理的要因など、本研究では十分に明らかにできなかったリロケーションに関連する要因の検討が必要である。

しかしながら、全国規模で悉皆的な介護保険による終末期ケアの実態について、死亡前30日の間のリロケーションは施設別に0.2~2%程度で発生し、

地域差が認められたこと、リロケーションの発生には個人要因が、抑制には、医療職の手厚い配置体制が関連していたことを明らかにした点で一定の意義を有する。

本研究はJSPS 科研費JP21H03162の助成を受け実施した。本研究に関し、開示すべき利益相反 (COI) はない。

(受付 2024. 4.13)
(採用 2024. 9.25)
(J-STAGE 早期公開 2024.12.23)

文 献

- 1) 厚生労働省. 令和4年(2022)人口動態統計(確定数)の概況. 2023. https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakutei22/dl/04_h2-1.pdf (2024年1月3日アクセス可能).
- 2) 三菱UFJリサーチ&コンサルティング. 介護老人福祉施設における看取りのあり方に関する調査研究事業 報告書. 2020. https://www.murc.jp/wp-content/uploads/2020/05/koukai_200424_15.pdf (2024年1月3日アクセス可能).
- 3) PwCコンサルティング合同会社. 高齢者向け住まいにおける運営形態の多様化に関する実態調査研究事業 報告書. 2022. <https://www.yurokyo.or.jp/contents/pdf/3884-1> (2024年1月3日アクセス可能).
- 4) Hanna N, Quach B, Scott M, et al. Operationalizing burdensome transitions among adults at the end of life: A scoping review. *Journal of Pain and Symptom Management* 2021; 61: 1261–1277.
- 5) 大野かおり, 西内陽子, 大村佳代子, 他. 福祉・医療の現場から「豊かな看取り」の概念分析. *地域ケアリング* 2023; 25(12): 56–61.
- 6) 株式会社 野村総合研究所. 高齢者向け住まいにおける運営実態の多様化に関する実態調査研究報告書. 2018. https://www.nri.com/-/media/Corporate/jp/Files/PDF/knowledge/report/cc/social_security/20180420-3_report_1.pdf?la=ja-JP&hash=4885C628FACBBAC4B9AB771D17CED45470B97738 (2024年1月3日アクセス可能).
- 7) 株式会社 野村総合研究所. 高齢者施設等における医療ニーズ対応のあり方に関する調査研究事業報告書. 2018. https://www.nri.com/-/media/Corporate/jp/Files/PDF/knowledge/report/cc/social_security/20180420-2_report_1.pdf?la=ja-JP&hash=962928A15D57372BB442D75A3817F615D63F8681 (2024年1月3日アクセス可能).
- 8) 厚生労働省. 令和4年度 医療費(電算処理分)の地域差分析. 2023. https://www.mhlw.go.jp/content/iryohi_r04den.pdf (2024年1月3日アクセス可能).
- 9) Trahan LM, Spiers JA, Cummings GG. Decisions to transfer nursing home residents to emergency departments: A scoping review of contributing factors and staff perspectives. *Journal of the American Medical Directors Association* 2016; 17: 994–1005.
- 10) Bárrios H, Nunes JP, Teixeira JPA, et al. Nursing home residents hospitalization at the end of life: Experience and predictors in portuguese nursing homes. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2023; 20: 947.
- 11) 佐々木大輔. 介護老人保健施設におけるアドバンス・ケア・プランニングの試み. *心身医学* 2019; 59: 652–656.

Current status of relocation among terminally ill older residents of nursing facilities: Observational study using anonymous long-term care receipt information

Takumi SHIRAKATA*, Sayaka TABUCHI*, Mikiko ITO*, Katsuyuki MIURA^{2*} and Tomotaka SOBUE^{3*}

Key words : older care facilities, end-of-life care, relocation, public long-term care insurance receipt analyses, nationwide study

Objectives In Japan, efforts to provide “end-of-life care” in nursing homes are increasing and its introduction through long-term care insurance in 2006 is a major step forward. However, previous studies have shown that relocating older adults to their end-of-life care affects their burden. This study examined individuals’ end-of-life care use under long-term care insurance in older care facilities and investigated the relocation frequency among terminally ill older residents of nursing facilities using receipt data.

Methods The research targeted individuals aged ≥ 65 years under long-term care insurance who used formal end-of-life care services and were passed into residential facilities between April 1, 2018 and March 31, 2021. Data were obtained from anonymous long-term care certification information provided by the Ministry of Health, Labor, and Welfare. Six facilities providing end-of-life care were considered; older care facilities, geriatric health service facilities, designated establishments, and dementia group homes. A total of 233,735 individuals with service use records in the month of service cessation were aggregated according to facility, individual factors, and prefecture. Additionally, we defined end-of-life relocation as occurring if three categories of end-of-life care fees (day of death, 1–2 days before death, and 4–30 days before death) did not continue until the day of death.

Results The participants were individuals aged ≥ 85 years (83.35%), 25.29% were men, and 93.53% required a care level of ≥ 3 . Older nursing care facilities recorded the highest number (114,356) of end-of-life care users. The proportion of individuals with moderate-to-severe dementia (level \geq IIIa; approximately 80%) was higher in nursing homes for older adults, community-based nursing homes for older adults, and dementia group homes than in other facilities. Relocation during the terminal phase was less prevalent in facilities with higher doctor and nurse staffing levels. At the individual level, relocation is more frequent among men, younger individuals, those with lower care levels, and those with intact decision-making and communication abilities.

Conclusion Terminally ill residents aged ≥ 80 years with severe levels of care were the most likely to use end-of-life care. Moreover, 0.2–2% relocated across all facilities within 30 days before death. The relocation frequency increased based on individual factors and was mitigated by a thorough system of medical staff deployment.

* Department of Public Health Nursing, Shiga University of Medical Science

^{2*} Department of Public Health, Shiga University of Medical Science

^{3*} Previous Division of Environmental Medicine and Population Sciences /Department of Social and Environmental Medicine, Osaka University