

原 著

終末期高齢がん患者の在宅療養期間と居宅介護サービスの利用： 2018～2020年度全国介護レセプトに基づく観察研究

マウラ ユウキ*^{3*} タブチ サ ヤ カ シラカタ タクミ ミウラ カツユキ^{4*}
 眞浦 有希*^{3*} 田 淵 紗 也 香^{2*,3*} 白 片 匠^{3*} 三 浦 克 之^{4*}
 ハラダ ア キ コ イトウ ミ キ コ
 原田亜紀子^{4*} 伊藤美樹子^{3*}

目的 日本では人口の高齢化に伴い高齢がん患者が増加し、がんによる死亡のうち自宅での死亡割合も年々上昇している。しかし終末期がん患者の在宅療養期間は概して短く、介護保険サービスの具体的な利用実態は十分に明らかにされていない。そこで本研究は、終末期高齢がん患者の死亡前における在宅療養期間および介護保険サービスの利用状況を、全国的に明らかにすることを目的とした。

方法 厚生労働省より提供された介護保険総合データベースの特別抽出データを用い、2018年4月～2021年3月にターミナルケアマネジメント加算を算定した65歳以上の被保険者16,865人を分析対象とした。死亡月(=ターミナルケアマネジメント加算算定月)から遡及する12か月を観察期間とし、月ごとの居宅介護支援サービスおよび居宅介護サービスの利用を把握し、死亡前の在宅療養月数およびサービス利用の推移を明らかにした。

結果 男性は57.5%で、75～84歳が4割を占め、約6割は認知機能がほぼ自立していた。65歳以上の自宅がん死亡者におけるターミナルケアマネジメント加算の利用割合は全国で12.4%であり、県別では長崎県および山梨県が20%を超え、秋田県、新潟県、鳥取県では5%未満であった。死亡前の連続在宅療養月数は1か月以内が26.2%と最も多く、2か月以内を合わせると52.8%と過半数に上った。また死亡月に利用された居宅介護サービスは多い順に福祉用具貸与16,382人(97.1%)、居宅療養管理指導10,008人(59.3%)、訪問介護6,447人(38.2%)、訪問入浴介護4,464人(26.5%)であった。このうち居宅療養管理指導については医師および薬剤師による指導が利用されていた。また訪問入浴介護は死亡前2か月から利用者・利用割合ともに急増していた。

結論 全国規模の分析により、終末期高齢がん患者の在宅療養期間は中央値が2か月未満、最頻値が死亡月の開始を意味する0.5か月と全体的に短いことが示された。死亡前には福祉用具貸与、居宅療養管理指導、訪問介護、訪問入浴介護サービスが集中的に利用されていた。一方で、ターミナルケアマネジメント加算の利用は自宅がん死亡者の12.4%にとどまり、限定的であった。在宅療養を支える支援体制の課題として、地域差の存在や、より早期からの在宅療養支援の必要性、さらに医療と介護の多職種連携を促進するケアマネジメント体制の整備が求められる。

Key words : ターミナルケアマネジメント加算, 終末期高齢がん患者, 在宅療養期間, 居宅介護サービス, 介護保険レセプト, 在宅ターミナルケア

日本公衆衛生雑誌 2026; 73(6): 544-556. doi:10.11236/jph.25-051

* 沖縄県立看護大学精神保健看護

^{2*} 京都光華大学看護福祉リハビリテーション学部看護学科

^{3*} 滋賀医科大学地域看護学講座

^{4*} 滋賀医科大学 NCD 疫学研究センター
 責任著者連絡先: 〒520-2192 大津市瀬田月輪町
 滋賀医科大学医学部看護学科地域看護学講座 伊藤美樹子

I 緒 言

日本では人口の高齢化に伴って高齢がん患者が増加している。2018年から2020年にかけて悪性新生物による総死亡数は37.3万人から37.8万人へと経年増加しており、このうち65歳以上が占める割合は

87~88% (32.5~33.2万人) に上っている¹⁾。また65歳以上の自宅死亡割合は2023年には全死亡者の15.8%であったのに対し、がんによる死亡者では19.8%と高くなっている。2017年のこの値は全死亡者が12.7%、がん死亡者では12.2%であったことを踏まえると、終末期高齢がん患者の在宅療養ニーズは明らかに高まっていると言える²⁾。またがん患者の主介護者であった遺族に対する調査では、人生の最終段階における自宅での療養生活の質を評価する際に、「穏やかな気持ちで過ごせた」「望んだ場所で過ごせた」「人として大切にされていた」といった要素を高く評価していることが示されている³⁾。これは患者や家族の意思決定支援や、その人らしさを支える緩和ケア普及の成果と考えられる。一方、先行研究では、終末期がん患者の最期の在宅療養期間は、1か月未満から数か月程度と短く^{4,5)}、がん性疼痛の出現や劇的な症状の進行等が予測されるため、急変時の対応や24時間体制などの療養環境を迅速に整える必要が指摘されている⁶⁾。こうした在宅療養を可能にする環境や条件については、医療や看護からの報告はあるものの^{7~10)}、介護保険サービスの利用については十分に検討されていない。

そこで本研究では、介護保険総合データベースの特別抽出情報を用いて、2018年度介護報酬改定により創設された末期がん患者に適用される「ターミナルケアマネジメント加算」の算定者に着眼して、死亡前の在宅療養期間、および死亡前に利用された介護保険サービスを全国規模で明らかにすることを目的とした。あわせて、ターミナルケアマネジメント加算を算定された終末期高齢がん患者の人数、およびがん死亡者・在宅死亡者に対する割合について、都道府県別の特徴を明らかにした。

ターミナルケアマネジメント加算は2024年度の介護報酬改定までは「末期の悪性腫瘍」のみが対象疾患であったため、介護保険による統一された基準の下で全国規模の利用状況が把握可能である。なおターミナルケアマネジメント加算は「末期の悪性腫瘍の患者」に対し、主治医が「1か月以内に日常生活上の障害が出現する」と判断した場合に適用可能で、頻回な訪問（死亡日と死亡日前14日以内に2日以上）を通じて患者の状態変化を予測し、必要な支援の方向性を確認しながらケアプランを作成する事業所を評価する介護報酬である。

II 方 法

1. 使用データと分析対象者

本研究では、厚生労働省が策定した「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）」

に基づき、介護保険総合データベース（以下、介護DB）の特別抽出データの提供を受けた。観察対象は、2018年4月1日から2021年3月31日の間に、ターミナルケアマネジメント加算を算定されたすべての65歳以上の第1号被保険者とした。ターミナルケアマネジメント加算は、死亡月に限り1回のみ算定可能であることから、算定月を死亡月と定義した。算定は居宅サービス計画費情報レコード内のサービスコード（2桁・4桁=43・6100）の有無により特定した。死亡月を含む12か月を観察期間とし（最大2017年5月~2021年3月）、観察期間中の居宅介護支援、および居宅サービスの利用の経時推移を分析した。

分析対象者の適格基準は、①介護給付実績のある最終月とターミナルケアマネジメント加算算定月が一致していること、②算定が1回のみであること、③死亡月の年齢が65歳以上であること、④要支援1以上の認定を受けていること、⑤要介護認定情報との結合が可能であること、のすべてを満たすこととした。ターミナルケアマネジメント加算算定者は19,218人であったが、最終的な分析対象は上記の基準を満たした16,865人となった。

2. 用いた変数

基本属性として、性、年齢階級、要介護度、障害高齢者自立度、認知症高齢者自立度、死亡前認定月数を用いた。性別および年齢階級は、死亡月の基本情報レコードから取得した。要介護認定情報は、有効期間の開始日が最も新しい認定情報を用いて、要介護度（二次判定結果）、認知症高齢者自立度、障害高齢者自立度を抽出した。さらに死亡月と当該要介護認定の認定月との月差から「死亡前認定月数」を算出し、最新の要介護認定と死亡の時期との時間的關係を把握した。

死亡前の療養期間は、ターミナルケアマネジメント加算を基点に死亡月から遡及する形で「連続在宅療養月数」を評価した。具体的には、観察期間（死亡月を含む12か月）の居宅サービス計画費情報レコードから、居宅介護支援（2桁=43）が提供された月を抽出し、死亡月から同サービスが連続して提供された月数を算出した。この時、介護DBには死亡日の情報が含まれていないため、死亡月には便宜的に0.5か月を与えた。

介護DBには診断や治療等の医療情報が収録されていないが、ターミナルケアマネジメント加算は死亡月における「末期の悪性腫瘍の患者」の在宅療養に適用されるため、終末期高齢がん患者における在宅療養の様相を捉え得る有効な指標と考える。

さらに算定の地域的特徴を把握するため、都道府

県別の「65歳以上のがん死亡者1,000人あたりのターミナルケアマネジメント加算算定率」および「65歳以上自宅がん死亡者におけるターミナルケアマネジメント加算利用割合 (%)」の2つの指標を算出した。いずれも、都道府県別の算定者数を分子とし、厚生労働省が公表する「人口動態保健所保管統計第4表(2018年~2020年)」に基づく、都道府県別の65歳以上のがん死亡者数および自宅死亡者数(3年間累計)を分母として算出した。

また介護保険サービスは利用実績のある居宅サービスの種類を把握した。各月における居宅介護サービスの利用状況を明らかにするため、給付実績のある各サービスについて、サービス提供先番号・利用月・サービス種別(2桁)の組み合わせから構成されるデータを用いた。これらを一意のレコードとして整理し、各サービスにおける月ごとの利用者数を算出した。この際、観察対象とするサービスは、月ごとの利用者数が10人以上で、かつ12か月間の延べ利用者総数が100人以上のものに限定した。さらに居宅療養管理指導については、4桁のサービスコードを用いて、同様の方法で医師・薬剤師・歯科医師・歯科衛生士・管理栄養士の職種別の利用者数も把握した。

3. 分析方法

まずターミナルケアマネジメント加算算定者の属性を把握した上で、死亡月までの連続在宅療養月数の分布を算定者の属性別、都道府県別に比較した。統計解析には、 χ^2 検定、Wilcoxon順位和検定およびKruskal-Wallis検定を用いた。ターミナルケアマネジメント加算の普及状況については、都道府県別の「65歳以上自宅がん死亡者におけるターミナルケアマネジメント加算利用割合 (%)」および「65歳以上のがん死亡者1,000人あたりのターミナルケアマネジメント加算算定率」から評価した。また連続在宅療養月数に見られる分布の特徴も観察した。

観察期間中の居宅介護サービスの利用の推移は、月別の利用者数と利用割合を経時的に観察した。

4. 倫理的配慮

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

III 結 果

1. 対象者の属性別に見たターミナルケアマネジメント加算利用状況と連続在宅療養月数の傾向

表1に対象者の属性別に見たターミナルケアマネジメント加算利用状況と連続在宅療養月数を示した。分析対象者16,865人のうち、男性は57.5%(9,699

人)、女性は42.5%(7,166人)であった。年齢階級別では80~84歳が20.9%(3,525人)と最も多く、次いで75~79歳が20.0%(3,374人)、90歳以上は12.2%(2,050人)を占めた。常時介護が必要な要介護度4以上が49.0%(8,269人)であった。認知症高齢者自立度は自立が30.4%(5,125人)、Iが27.0%(4,554人)であり、約6割は認知機能がほぼ自立していた。また、障害高齢者自立度では寝たきり状態にあるBとCが合わせて62.0%を占めた。要介護認定の死亡前認定月数(中央値)は、要介護1~4が死亡3か月前、要介護5が2か月前であったが、要支援1・2では10か月以上前であった。

65歳以上自宅がん死亡者のターミナルケアマネジメント加算利用割合は全体で12.4%であり、女性はすべての年齢層で男性よりも高く、年齢が高いほど利用割合が低下していた。男性は65~89歳で12%程度と年齢による違いは認められなかったが、90歳以降では顕著に低下した。65歳以上のがん死亡者1,000人あたりの算定率は全体で17.11であり、75歳未満の女性では20を超え、性・年齢階級別で最も高かった。

連続在宅療養月数は、女性が平均4.2か月、中央値2.5か月であったのに対し、男性は平均3.5か月、中央値1.5か月で、男性の方が有意に短かった($P < 0.001$)。最頻値は0.5か月で、死亡月の在宅療養開始が最多であった。年齢階級別では65~84歳までは中央値1.5か月であったが、85歳以上群では年齢が上がるにつれて長くなり、95歳以上では平均7.0か月、中央値9.5か月であった。

2. ターミナルケアマネジメント加算利用状況と連続在宅療養月数の地域差

図1に死亡月までの連続在宅療養月数別にみたターミナルケアマネジメント加算算定者の分布を示した。在宅での療養が死亡月とその前月であったことを示す1.5か月群が26.6%(4,483人)と最も多く、ついで死亡月当月の0.5か月群が26.2%(4,421人)であり、全体の52.8%が2か月以内であった。連続在宅療養月数が2.5か月群は1.5か月群の半数以下に減少し、それ以降は10.5か月まで漸減していた。観察期間で最長となる11.5か月は16%(2,696人)だった。

つづいて、都道府県別にみたターミナルケアマネジメント加算算定者数および連続在宅療養月数の特徴を表2に示す。算定者数は東京都が1,575人と最も多く、神奈川県(1,445人)、大阪府(1,079人)、愛知県(990人)、埼玉県(944人)が続いた。最小は秋田県の17人であり、鳥取県25人、高知県38人、新潟県51人、佐賀県55人がこれに次いだ。

表1 対象者の属性別に見たターミナルケアマネジメント加算利用状況と連続在宅療養月数 (N = 16,865)

	算定者数*	算定者総数に占める割合*	65歳以上 自宅がん 死亡者の 加算利用割合 (%)**	65歳以上の がん死亡 1,000人あたり の算定率**	連続在宅療養月数				
					平均	標準偏差	中央値	最頻値	有意確率
全体	16,865	100	12.43	17.11	3.80	3.94	1.5	1.5	
性 ^{a)}									0.001
女性	7,166	42.5	13.08	17.77	4.20	4.15	2.5	1.5	(<0.001) ^{b)}
65～69歳	854	(11.9)	15.16	22.18					
70～74歳	1,139	(15.9)	14.15	21.57					
75～79歳	1,278	(17.8)	14.21	19.82					
80～84歳	1,369	(19.1)	13.57	17.54					
85～89歳	1,308	(18.3)	12.17	15.48					
90～94歳	890	(12.4)	11.40	14.72					
95歳以上	328	(4.6)	9.41	13.33					
男性	9,699	57.5	11.99	16.65	3.50	3.78	1.5	0.5	
65～69歳	1,144	(11.8)	12.36	15.46					
70～74歳	1,804	(18.6)	12.05	16.82					
75～79歳	2,096	(21.6)	12.28	17.33					
80～84歳	2,156	(22.2)	12.20	17.73					
85～89歳	1,667	(17.2)	12.05	16.62					
90～94歳	707	(7.3)	10.79	14.78					
95歳以上	125	(1.3)	8.07	11.70					
年齢階級 ^{c)}									<0.001
65～69歳	1,998	11.8	13.42	17.76	2.62	3.03	1.5	0.5	
70～74歳	2,943	17.5	12.78	18.39	2.87	3.24	1.5	1.5	
75～79歳	3,374	20.0	12.94	18.20	3.28	3.59	1.5	0.5	
80～84歳	3,525	20.9	12.70	17.66	3.77	3.88	1.5	1.5	
85～89歳	2,975	17.6	12.10	16.10	4.68	4.34	2.5	11.5	
90～94歳	1,597	9.5	11.12	14.75	5.59	4.59	3.5	11.5	
95歳以上	453	2.7	9.00	12.84	7.03	4.77	9.5	11.5	
要介護度 (二次判定結果) ^{c)}				死亡前認定月数 (中央値)***					
要支援 1	72	0.4		9.0	2.38	2.44	1.5	0.5	<0.001
要支援 2	65	0.4		10.5	2.50	2.62	1.5	1.5	
要介護 1	1,976	11.7		2.0	3.27	3.53	1.5	0.5	
要介護 2	3,579	21.2		2.0	3.81	3.89	1.5	1.5	
要介護 3	2,904	17.2		2.0	4.03	4.04	2.0	1.5	
要介護 4	3,953	23.4		2.0	3.88	4.01	1.5	0.5	
要介護 5	4,316	25.6		1.0	3.85	4.10	1.5	0.5	
認知症高齢者自立度 ^{c)}									
I	4,554	27.0			3.22	3.52	1.5	1.5	<0.001
II a	1,566	9.3			4.15	4.13	2.5	1.5	
II b	2,741	16.3			4.90	4.40	2.5	11.5	
III a	1,610	9.5			5.86	4.70	4.5	11.5	
III b	369	2.2			5.39	4.65	2.5	11.5	
IV	638	3.8			4.97	4.64	2.5	0.5	
M	105	0.6			4.08	4.27	1.5	0.5	
自立	5,125	30.4			2.65	2.95	1.5	1.5	
障害高齢者自立度 ^{c)}									
A1	1,025	6.1			5.35	4.60	3.5	11.5	<0.001
A2	4,779	28.3			3.54	3.70	1.5	1.5	
B1	2,290	13.6			3.58	3.76	1.5	1.5	
B2	3,629	21.5			3.97	4.02	1.5	1.5	
C1	1,675	9.9			3.28	3.70	1.5	0.5	
C2	2,860	17.0			3.76	4.10	1.5	0.5	
J1	58	0.3			4.26	4.22	2.0	1.5	

表1 対象者の属性別に見たターミナルケアマネジメント加算利用状況と連続在宅療養月数 (N = 16,865) (つづき)

	算定者数*	算定者総数に占める割合*	65歳以上 自宅がん 死亡者の 加算利用割合 (%)**	65歳以上の がん死亡 1,000人あたり の算定率**	連続在宅療養月数				
					平均	標準偏差	中央値	最頻値	有意確率
J2	377	2.2			4.48	4.13	2.5	1.5	
自立	15	0.1			2.90	3.64	1.5	0.5	

* 合計が N = 16,865 または 100% にならないものは欠損値の表記を省略したため
 ・ターミナルケアマネジメント加算算定者の属性情報は、性別・年齢は死亡月、要介護認定情報は死亡時に有効な情報にて示した。
 **2018年から2020年の「人口動態保健所保管統計表 第4表 (死亡数：都道府県・死因・年齢 [5歳階級]・性・死亡の場所別)」より、悪性新生物による自宅死亡者数を都道府県別に抽出し、3年間の累計を算出した。この値を分母とし、対応する都道府県別のターミナルケアマネジメント加算算定者数を分子として、65歳以上の自宅でのがん死亡者におけるターミナルケアマネジメント加算算定割合を求めた。

*** 最新の要介護認定月と死亡月の差によって求めた。死亡月と同月の場合は0となる。

- a) 性別による年齢階級分布の差を χ^2 検定で検証
- b) 性を独立変数、連続在宅療養月数を従属変数とした Wilcoxon 順位和検定
- c) 連続在宅療養月数を従属変数とした Kruskal-Wallis 検定

障害高齢者自立度

C1：日常生活の食事、排泄、着替えのいずれにおいても全面的に介助が必要で常にベッド上で過ごしているが、自力で寝返りができて体位を変えられる

C2：日常生活の食事、排泄、着替えのいずれにおいても全面的に介助が必要で常にベッド上で過ごしているが、自力で寝返りができない

B1：日常生活活動のうち、食事、排泄、着替のいずれかにおいては、部分的に介護者の援助を必要とし、1日の大半をベッドの上で過ごしているが介助なしに車いすに移乗し食事や排泄もベッドから離れて行える

B2：日常生活活動のうち、食事、排泄、着替のいずれかにおいては、部分的に介護者の援助を必要とし、1日の大半をベッドの上で過ごしているが介助のもと、車いすに移乗し、食事または排泄に関しても、介護者の援助を必要とする。

A1：寝たり起きたりはしているものの食事、排泄、着替時はもとより、その他の日中時間帯もベッドから離れている時間が長く、介護者がいればその介助のもと、比較的多く外出する

A2：日中時間帯、寝たり起きたりの状態にはあるもののベッドから離れている時間の方が長い、介護者がいてもまれにしか外出しない

J：日常生活はほぼ自立し、一人で外出する。J1は遠方への外出、J2は町内の距離への外出

認知症高齢者自立度

I：日常生活は家庭内および社会的にほぼ自立している

II a：家庭外で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多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。

II b：家庭内で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多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。

III a：日中を中心として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見られ、介護を必要とする。

III b：夜間を中心として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見られ、介護を必要とする。

IV：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頻繁に見られ、常に介護を必要とする。

M：著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。

図1 死亡月までの連続在宅療養月数別にみたターミナルケアマネジメント加算算定者の分布 (N = 16,865)

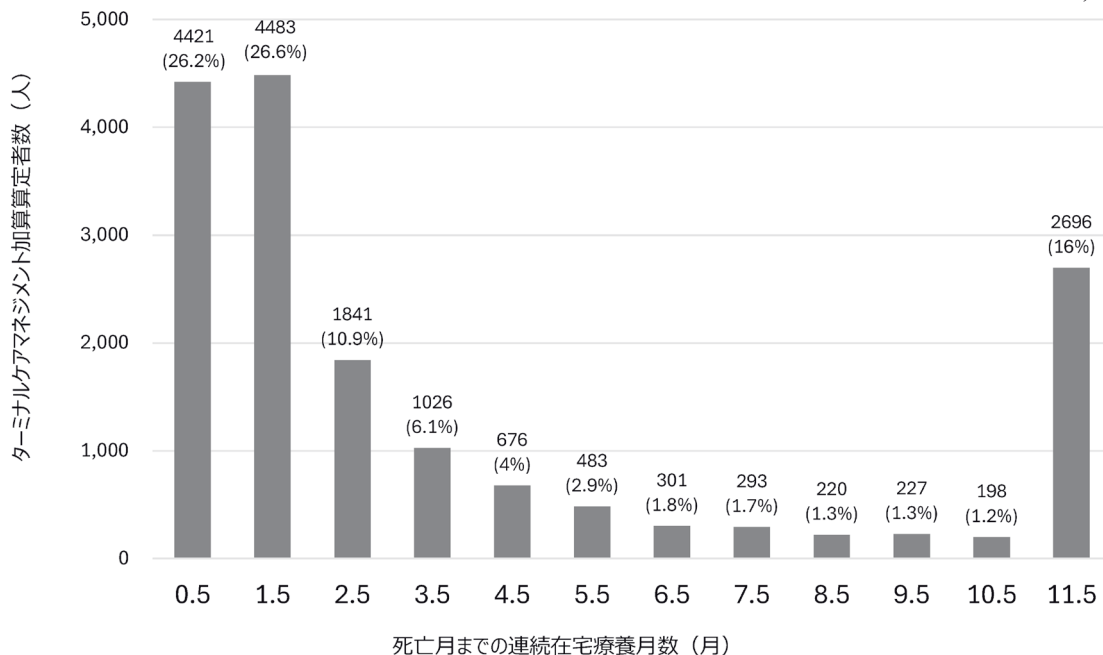


表2 都道府県別にみたターミナルケアマネジメント加算利用状況と死亡月までの連続在宅療養月数の分布 (N = 16,865)

都道府県	算定者数	算定者総数に占める割合	65歳以上自宅がん死亡者の加算利用割合 (%)*	65歳以上のがん死亡1,000人あたりの算定率**	連続在宅療養月数			
					平均	標準偏差	中央値	最頻値
長崎県	297	1.76	21.00	23.41	3.7	3.9	1.50	0.50
山梨県	207	1.23	20.74	31.55	3.7	4.0	1.50	0.50
熊本県	228	1.35	18.98	15.96	3.7	4.0	1.50	0.50
青森県	196	1.16	18.92	15.12	4.3	4.2	1.50	1.50
北海道	753	4.46	18.32	14.62	3.8	3.9	1.50	0.50
岡山県	271	1.61	17.85	17.92	3.9	4.1	1.50	1.50
沖縄県	162	0.96	17.48	21.01	<u>3.0</u>	<u>3.6</u>	1.50	0.50
奈良県	336	1.99	17.39	30.45	3.3	3.7	1.50	1.50
福島県	316	1.87	17.32	19.34	3.5	3.7	1.50	1.50
静岡県	774	4.59	17.06	26.99	3.9	4.0	1.50	0.50
鹿児島県	218	1.29	16.44	15.70	3.9	4.0	1.50	0.50
富山県	176	1.04	16.15	18.69	3.9	4.0	2.00	0.50
宮崎県	119	0.71	16.08	12.65	3.4	3.9	1.50	1.50
京都府	480	2.85	15.76	23.45	4.4	4.3	2.50	0.50
滋賀県	173	1.03	15.61	17.95	4.2	4.3	1.50	0.50
福岡県	675	4.00	15.49	16.54	3.6	3.8	1.50	1.50
広島県	356	2.11	15.38	16.36	3.9	4.0	1.50	1.50
大分県	121	0.72	15.18	12.39	4.0	4.2	1.50	1.50
長野県	332	1.97	15.10	19.48	3.3	3.7	1.50	1.50
岐阜県	404	2.40	14.53	24.94	3.7	3.7	1.50	1.50
栃木県	307	1.82	14.49	20.56	<u>3.0</u>	<u>3.5</u>	1.50	1.50
愛知県	990	5.87	14.41	19.33	<u>3.9</u>	3.9	2.50	1.50
島根県	84	0.50	14.12	12.79	5.5	4.5	4.00	11.50
群馬県	292	1.73	13.89	18.39	3.3	3.7	1.50	1.50
山口県	139	0.82	13.87	10.76	4.2	4.2	2.50	0.50
茨城県	332	1.97	13.81	14.27	3.6	3.8	1.50	1.50
山形県	166	0.98	13.61	15.88	<u>2.9</u>	<u>3.2</u>	1.50	0.50
三重県	277	1.64	13.45	20.07	3.6	3.9	1.50	0.50
香川県	124	0.74	12.68	15.67	3.6	4.0	1.50	0.50
埼玉県	944	5.60	12.49	18.32	3.8	3.9	1.50	1.50
宮城県	316	1.87	11.79	17.96	4.5	4.2	2.50	1.50
福井県	73	0.43	11.72	11.63	4.0	4.2	1.50	1.50
徳島県	60	0.36	11.13	9.13	3.4	3.8	1.50	0.50
兵庫県	805	4.77	10.83	18.57	3.8	3.9	1.50	1.50
神奈川県	1,445	8.57	10.60	23.07	3.8	4.0	1.50	0.50
石川県	105	0.62	10.26	11.06	<u>3.1</u>	<u>3.4</u>	1.50	0.50
和歌山県	138	0.82	10.25	15.74	4.8	4.4	2.50	11.50
大阪府	1,079	6.40	9.93	15.60	4.1	4.1	2.50	0.50
愛媛県	165	0.98	9.73	13.77	3.6	4.0	1.50	0.50
岩手県	77	0.46	8.63	<u>6.52</u>	4.2	4.4	1.50	0.50
東京都	1,575	9.34	8.58	17.89	4.0	4.0	2.50	1.50
千葉県	592	3.51	8.56	13.07	3.4	3.7	1.50	0.50
佐賀県	<u>55</u>	<u>0.33</u>	<u>8.35</u>	7.68	3.4	3.9	1.50	0.50
高知県	<u>38</u>	<u>0.23</u>	<u>5.34</u>	<u>5.60</u>	4.0	3.8	2.50	0.50
鳥取県	<u>25</u>	<u>0.15</u>	<u>4.98</u>	<u>4.88</u>	<u>2.7</u>	<u>3.2</u>	1.50	0.50
新潟県	<u>51</u>	<u>0.30</u>	<u>4.28</u>	<u>2.44</u>	4.1	4.3	1.50	0.50
秋田県	<u>17</u>	<u>0.10</u>	<u>3.37</u>	<u>1.54</u>	4.8	4.6	2.50	0.50

・太字は上位5県、下線は下位5県を表す。ただし連続在宅療養月数の中央値と最頻値は上位のみ示した。

・都道府県別の結果は「65歳以上自宅がん死亡者のターミナルケアマネジメント加算利用割合 (%)」の降順で示した。

*2018年から2020年の「人口動態保健所保管統計表 第4表 (死亡数: 都道府県・死因・年齢 [5歳階級]・性・死亡の場所別)」より、悪性新生物による自宅死亡者数を都道府県別に抽出し、3年間の累計を算出した。この値を分母とし、対応する都道府県別のターミナルケアマネジメント加算算定者数を分子として、65歳以上の自宅でのがん死亡者におけるターミナルケアマネジメント加算算定割合を求めた。

**2018年から2020年の「人口動態保健所保管統計表 第4表 (死亡数: 都道府県・死因・年齢 [5歳階級]・性・死亡の場所別)」より、悪性新生物による死亡者数を都道府県別に抽出し、3年間の累計を算出した。この値を分母とし、対応する都道府県別のターミナルケアマネジメント加算算定者数を分子として、65歳以上の自宅でのがん死亡者1,000人あたりの算定率を求めた。

「65歳以上の自宅がん死亡者におけるターミナルケアマネジメント加算利用割合 (%)」をみると、長崎県および山梨県では20%を超えて高く、鳥取県、新潟県、秋田県では5%未満であった。最大/最小比は6.2(長崎/秋田)であった。また、「65歳以上のがん死亡者1,000人あたりのターミナルケアマネジメント加算算定率」では山梨県が最も高く31.55、秋田県が最も低く1.54で、最大/最小比は20.4(山梨/秋田)であった。すなわち、ターミナルケアマネジメント加算算定には自宅死亡者中の活用で約6倍、がん死亡者中の活用で約20倍の地域差が存在していた。

連続在宅療養月数の平均が最も長かったのは島根県の5.5か月であり、最も短かったのは鳥取県の2.7

か月であった。平均4か月以上の府県には近畿地方(京都、滋賀、和歌山、大阪)や東北地方(青森、宮城、岩手、秋田)が多かった。ただし、都道府県の約8割(36/47)で連続在宅療養月数の中央値は1.5か月、約6割(26/47)で最頻値は0.5か月(死亡月)であった。

3. 死亡前12か月の居宅介護サービス利用状況

表3および図2は、観察期間中の居宅介護サービスの利用推移を示す。死亡月に最も利用者数と利用割合が高いサービスは福祉用具貸与16,382人(97.1%)であり、次いで居宅療養管理指導10,008人(59.3%)、訪問介護6,447人(38.2%)、訪問入浴介護4,464人(26.5%)であった。訪問介護を除くサービスはいずれも、死亡月に近づくにつれて利用者

表3 ターミナルケアマネジメント加算算定者における死亡前12か月の居宅介護サービス利用の推移

サービス種類	12月	11月	10月	9月	8月	7月	6月	5月	4月	3月	2月	1月 (=死亡月)
月別の居宅介護サービス利用者数 (全体)	3,356	3,539	3,743	3,931	4,202	4,466	4,895	5,498	6,436	8,128	12,444	16,865
17. 福祉用具貸与	2,484 74.0%	2,662 75.2%	2,847 76.1%	3,013 76.6%	3,268 77.8%	3,545 79.4%	3,933 80.3%	4,525 82.3%	5,513 85.7%	7,226 88.9%	11,671 93.8%	16,382 97.1%
31. 居宅療養管理指導	926 27.6%	1,011 28.6%	1,138 30.4%	1,231 31.3%	1,370 32.6%	1,530 34.3%	1,830 37.4%	2,217 40.3%	2,865 44.5%	4,135 50.9%	7,412 59.6%	10,008 59.3%
11. 訪問介護	1,298 38.7%	1,350 38.1%	1,448 38.7%	1,525 38.8%	1,620 38.6%	1,738 38.9%	1,885 38.5%	2,098 38.2%	2,412 37.5%	3,061 37.7%	4,695 37.7%	6,447 38.2%
12. 訪問入浴介護	165 4.9%	183 5.2%	212 5.7%	249 6.3%	284 6.8%	326 7.3%	411 8.4%	533 9.7%	735 11.4%	1,173 14.4%	2,809 22.6%	4,464 26.5%
13. 訪問看護	1,086 32.4%	1,137 32.1%	1,219 32.6%	1,267 32.2%	1,343 32.0%	1,417 31.7%	1,526 31.2%	1,643 29.9%	1,761 27.4%	1,849 22.7%	1,909 15.3%	1,381 8.2%
76. 定期巡回・随時対応型 訪問介護看護	59 1.8%	60 1.7%	66 1.8%	67 1.7%	70 1.7%	85 1.9%	94 1.9%	120 2.2%	144 2.2%	214 2.6%	394 3.2%	603 3.6%
15. 通所介護	1,045 31.1%	1,071 30.3%	1,098 29.3%	1,118 28.4%	1,149 27.3%	1,161 26.0%	1,189 24.3%	1,207 22.0%	1,204 18.7%	1,167 14.4%	1,112 8.9%	555 3.3%
14. 訪問リハビリテーション	173 5.2%	179 5.1%	198 5.3%	193 4.9%	202 4.8%	217 4.9%	236 4.8%	255 4.6%	289 4.5%	320 3.9%	408 3.3%	366 2.2%
71. 夜間対応型訪問介護	12 0.4%	15 0.4%	16 0.4%	15 0.4%	17 0.4%	18 0.4%	25 0.5%	26 0.5%	32 0.5%	55 0.7%	127 1.0%	205 1.2%
78. 地域密着型通所介護	411 12.2%	413 11.7%	415 11.1%	429 10.9%	436 10.4%	439 9.8%	435 8.9%	450 8.2%	434 6.7%	413 5.1%	370 3.0%	191 1.1%
21. 短期入所生活介護	218 6.5%	230 6.5%	235 6.3%	249 6.3%	266 6.3%	275 6.2%	273 5.6%	275 5.0%	288 4.5%	293 3.6%	287 2.3%	134 0.8%
16. 通所リハビリテーション	410 12.2%	423 12.0%	425 11.4%	426 10.8%	436 10.4%	447 10.0%	434 8.9%	421 7.7%	417 6.5%	384 4.7%	305 2.5%	130 0.8%
72. 認知症対応型通所介護	60 1.8%	58 1.6%	59 1.6%	61 1.6%	59 1.4%	65 1.5%	68 1.4%	68 1.2%	67 1.0%	61 0.8%	59 0.5%	32 0.2%
22. 短期入所療養介護 (介護老人保健施設)	35 1.0%	42 1.2%	37 1.0%	40 1.0%	48 1.1%	44 1.0%	39 0.8%	49 0.9%	52 0.8%	49 0.6%	38 0.3%	17 0.1%

表3 ターミナルケアマネジメント加算算定者における死亡前12か月の居宅介護サービス利用の推移（つづき）

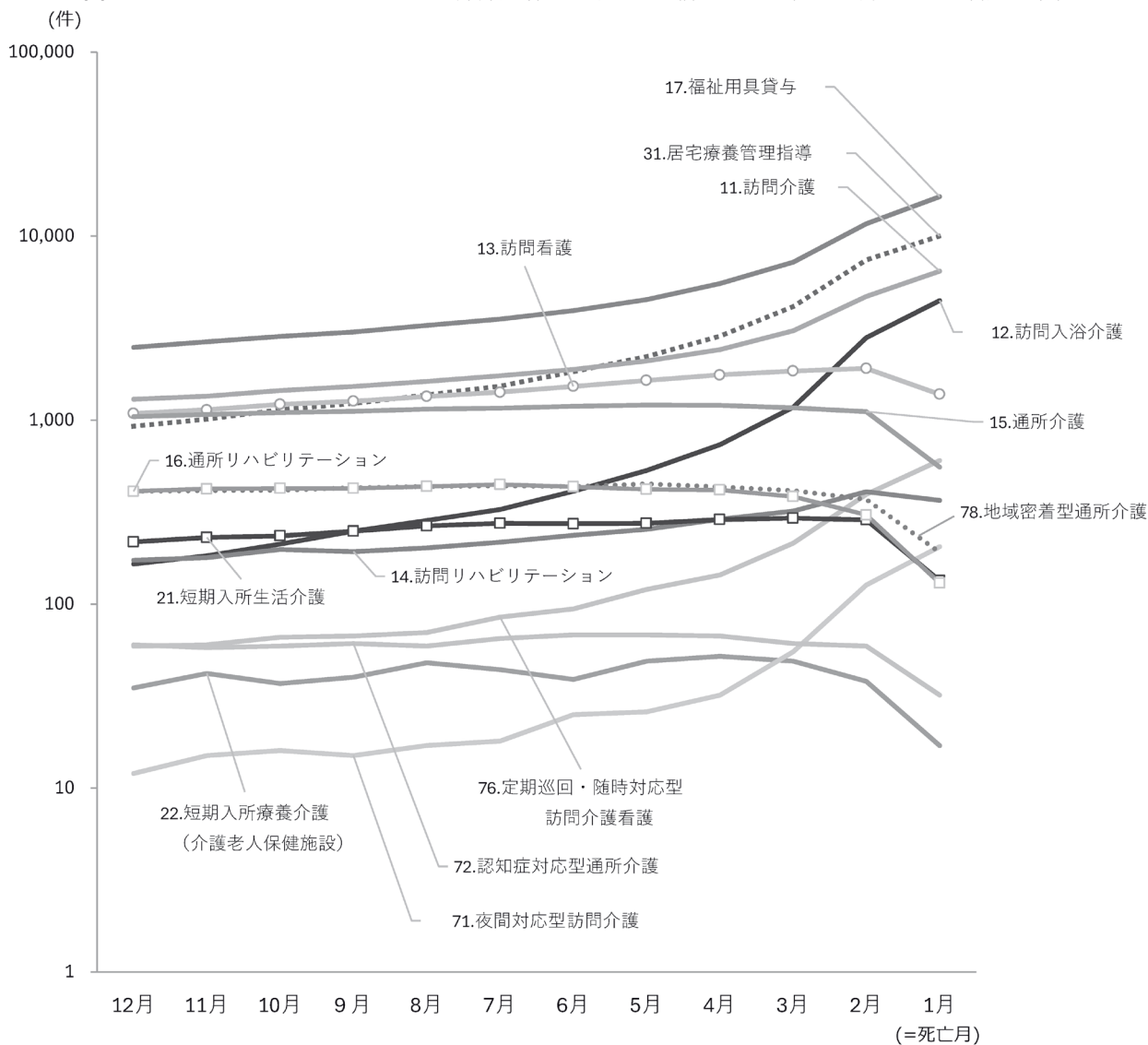
(再掲)	12月	11月	10月	9月	8月	7月	6月	5月	4月	3月	2月	1月 (=死亡月)
31. 居宅療養管理指導 (n)	926	1,011	1,138	1,231	1,370	1,530	1,830	2,217	2,865	4,135	7,412	10,008
医師居宅療養管理指導	743	823	922	1,131	1,131	1,282	1,533	1,867	2,434	3,539	6,269	8,360
	80.2%	81.4%	81.0%	91.9%	82.6%	83.8%	83.8%	84.2%	85.0%	85.6%	84.6%	83.5%
薬剤師居宅療養管理指導	462	493	572	700	700	788	983	1,227	1,607	2,397	4,715	6,099
	49.9%	48.8%	50.3%	56.9%	51.1%	51.5%	53.7%	55.3%	56.1%	58.0%	63.6%	60.9%
歯科医師居宅療養管理指導	176	180	195	217	217	224	272	298	347	372	488	384
	19.0%	17.8%	17.1%	17.6%	15.8%	14.6%	14.9%	13.4%	12.1%	9.0%	6.6%	3.8%
歯科衛生士等居宅療養管理指導	129	138	149	158	158	165	201	210	265	288	384	318
	13.9%	13.6%	13.1%	12.8%	11.5%	10.8%	11.0%	9.5%	9.2%	7.0%	5.2%	3.2%
管理栄養士居宅療養管理指導	11	17	19	17	17	26	26	32	36	37	55	53
	1.2%	1.7%	1.7%	1.4%	1.2%	1.7%	1.4%	1.4%	1.3%	0.9%	0.7%	0.5%

* 月別の利用者数が10以上のみサービスのみ

* サービス種類の前にある2桁の数字は介護給付費単位数等サービスコード表によるサービス種類コードを表す

* 居宅療養管理指導について、訪問職種別・種類（4桁のサービスコード）別の利用者総数

図2 ターミナルケアマネジメント加算算定者における死亡前12か月の居宅介護サービス利用の推移



*サービス種類の前にある2桁の数字は介護給付費単位数等サービスコード表によるサービス種類コードを表す

数・利用割合ともに増加していた。

訪問入浴介護は3か月前を境に、入浴サービスが提供される通所介護を上回り急増していた。訪問看護は死亡前12か月の時点では32.4%と利用割合が3位と高かったが、死亡月には8.2%と減少していた。居宅療養管理指導は死亡前5か月以降で利用者・利用割合ともに2位を維持していた。

その他の居宅サービス利用は多くても10%程度と少なかったが、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、訪問リハビリテーション、夜間対応型訪問介護は、いずれも死亡月に向けて増加傾向を示した。反対に、通所リハビリテーションは死亡月にかけて減少していた。

居宅療養管理指導の職種別利用については、医師による指導は死亡月に至るまで8~9割で利用されていた。次いで薬剤師による指導が5~6割で推移しており、歯科医師・歯科衛生士による指導はいずれも死亡月に数%にとどまっていた。管理栄養士による指導はほとんどみられなかった。

Ⅳ 考 察

1. ターミナルケアマネジメント加算利用者数の地域差

本研究では、終末期高齢がん患者における在宅療養のための社会資源の利用実態について全国規模の介護DBを用いた観察によって明らかにした。「ターミナルケアマネジメント加算」は医師によって「回復の見込みがない」と診断された末期がん患者に適用され、かつ原則として在宅で死亡した利用者を対象としている。よって算定者を観察対象とした最期の在宅療養期間や在宅療養中に導入された介護サービスに関する知見は、終末期高齢がん患者の療養のための条件整備や資源開発、また効果的な地域包括ケアシステムの検討に資する知見として有益であると考えられる。

本研究では、ターミナルケアマネジメント加算の地域的な普及状況を示す2つの指標を用いて分析した。1つは「65歳以上の自宅がん死亡者におけるターミナルケアマネジメント加算利用割合（以下、自宅死亡者に対する利用割合）」であり、各都道府県のターミナルケアマネジメント加算算定者が自宅死亡者全体に占める割合を示す。もう1つは「65歳以上のがん死亡者1,000人あたりのターミナルケアマネジメント加算算定率（以下、がん死亡者に対する算定率）」であり、がん死亡者全体（自宅・病院を含む）に対するターミナルケアマネジメント加算算定の頻度を示す。この2つの指標を比較することで、地域ごとのターミナルケアマネジメント加算活

用の特徴を把握した。その結果、全国値はそれぞれ12.4%および17.11であり、ターミナルケアマネジメント加算が制度として全国的に十分浸透しているとは言い難い状況が明らかになった。

都道府県別の自宅死亡者に対するターミナルケアマネジメント加算利用割合は、最大/最小比が約6.2倍、がん死亡者に対する算定率では20倍以上の差があった。こうした地域差は、末期がん患者の在宅療養に関わる在宅医療資源の整備状況や、医療・介護の連携体制、さらにはターミナルケアマネジメント加算制度に対する認識の違いなどを反映している可能性がある。療養月数の平均が4か月以上と長かった都道府県には、近畿地方や東北地方が多く含まれていたことから、制度の運用に関する地域特性も影響していることが示唆され、今後のターミナルケアマネジメント加算普及に向けては地域ごとの支援体制の検討が求められる。

また、「65歳以上の自宅がん死亡者におけるターミナルケアマネジメント加算利用割合」の低い都道府県は、いずれも利用者自体も少なかったことから、このような差異には地域における在宅医療および介護を含む在宅ターミナルケアの供給可能性(availability)や提供体制の違いが影響していると考えられる。概して、大都市近郊などでは医療・介護サービスが充実していると考えられるが、本研究では必ずしも大都市地域での加算利用が多いわけではなかった。利用割合の高い都道府県では、地域で緩和ケアを担う人材の育成や提供体制の充実、地域医療連携の推進¹¹⁾などの取り組みを通じて、医療機関・訪問看護・介護サービスの連携が効果的に機能している可能性も考えられる。

居宅で療養する終末期がん患者の生活の質を高め、積極的治療や入院回数を抑制し、患者と家族の心理的負担の軽減などの緩和ケアの利益を得るためには、少なくとも3~4か月間の多職種チームによる継続的な緩和ケアが必要であると考えられている⁴⁾。国内の報告によると、橋本ら⁸⁾の2012年の調査では在宅緩和ケアを開始したがん患者の在宅療養期間の中央値は38日(四分位範囲17-75)であった。Kumagai¹²⁾らの2021年の報告では、訪問栄養食事指導を受けた予後不良者がん患者の在宅療養期間は中央値3か月(同1-10)であった。また、神奈川県国民健康保険レセプト研究¹³⁾では、退院後に在宅医療を受けたがん患者の在宅療養期間は平均3.13か月(標準偏差4.67)と報告されている。

本研究では、26都道府県(55.3%)における連続在宅療養月数の最頻値は死亡月と同じ0.5か月であり、また36都道府県(76.6%)では、中央値が2か

月に満たないことが示された。

この結果は、居宅で最期を迎えることを希望する患者や家族が在宅ターミナルケアによる利益を得るためには、“迅速な在宅療養環境の構築”が必要であることを示唆している。また別の観点からは、居宅介護サービスの利用条件が整っている地域であっても、病院から在宅療養への移行時期が遅れている可能性が示唆される。

本研究対象者は高齢患者であるという特徴がある。直近の要介護認定時期を示す死亡前認定月数からは、要介護1～5では死亡前2～3か月で認定を受けていたことが明らかになった。このことは、要介護者では、がんの診断や進行を契機に在宅療養へ移行したケースや、がん末期の急激な身体状況の悪化によって要介護認定の区分変更がおこなわれた可能性が考えられる。一方、年齢が高いほど在宅療養期間が長い傾向は、がん末期の療養以前から要介護状態にあった可能性が考えられる。ただし、本研究では、末期がんの診断時期を特定することはできなかったため、この点を踏まえた分析は今後の課題である。

2. 死亡月までの介護サービス利用状況の変化

本研究で明らかになった終末期高齢がん患者の主な介護保険サービス利用は、介護ベッドや車椅子などの福祉用具貸与、専門職による居宅療養管理指導、そして訪問入浴介護であった。これらのサービスはいずれも、死亡月に近づくほど利用者数および利用割合が増加していた。

一方、訪問看護の利用割合は、死亡月に近づくにつれて低下していた。末期がん患者に対する訪問看護は、介護保険よりも医療保険が優先適用される特例として医療保険によって提供されることが多い。介護DBには医療保険による利用情報は含まれていないため、本研究で明らかになった訪問看護の利用状況は、過小評価されていることに留意する必要がある。

訪問入浴介護の利用は3月を境に急増していた。その背景には、終末期に伴う全身状態の悪化やADLの低下により、デイサービス等への通所や居宅での入浴介助が困難となる身体的要因が関与していると考えられる。保清自体はシャワー浴や清拭によっても可能であるが、入浴が患者や家族により強く選好される傾向があったと推察される。

一般病棟と緩和ケア病棟における終末期がん患者への入浴ケアの頻度や遺族の満足度を調査したHayashiらの研究¹⁴⁾では、入浴は末期がん患者とその家族にとって、患者が個人として尊重され、尊厳が保たれていることを実感できる重要な体験である

ことが示唆されている。本研究では、訪問入浴介護の死亡月の利用者は26.5%にのぼった。入浴が日常生活に定着している日本において、終末期高齢がん患者の在宅療養における訪問入浴は、身体的な不快感や倦怠感の緩和やリラクゼーションとしての効果にとどまらず、その人らしさを保つことができる一方で、家族にかかる負担がほとんどないため、緩和ケアとして選好されやすかったのではないかと考えられた。

他方、看取り期の利用者においては、褥瘡の保護や防水処理といった身体の保全行為に加え、創傷等に対するスキンケア、さらに入浴中の呼吸状態や意識状態の観察など、通常に比べて実施される行為が多岐にわたることが特徴である。また9割以上の事業所が完全な新規利用者として看取り期から介入していることも明らかとなっている¹⁵⁾。訪問入浴介護には看護師が同行するものの、当該看護師は原則として主治医の指示系統には組み込まれていない。そのため利用者の全身状態や疾患の進行状況を的確に把握し、安全かつ適切なケアを提供するためには、主治医および訪問看護師との情報共有と連携体制の整備が不可欠である。また、より早期の在宅療養移行によって患者の在宅療養にある程度の時間的余裕があることは、患者・家族だけでなく、在宅療養チームを構成する医療従事者や介護保険サービス提供者にとっても、がん末期の在宅療養を支えるチームの構築（team building）と質の高い実践を円滑に進めるために必要であると考えられる。

橋本ら⁹⁾は、在宅緩和ケアを受けた終末期がん患者においては、死亡月には4割の患者が訪問介護を受けていたことを明らかにしつつ、在宅療養支援での家族の介護負担軽減と精神的ケアが重要であると指摘している。本研究では、観察期間中の12か月間、訪問介護を受けた患者の割合が常に4割前後で推移していたことや、定期巡回・随時対応型訪問介護看護の利用が増加していたことから、訪問介護や訪問看護を“利用者が必要とするタイミング”で利用できる柔軟なサービスが、患者の体調の変化の度合いの大きい死亡月やその前月に増加したものと推察された。また居宅介護支援事業所における在宅ターミナルケアの提供の有無は、スタッフ数の充実や看護職員の割合の高さ、さらに訪問看護・訪問介護事業所との連携体制の構築が関連要因として明らかにされている¹⁶⁾。終末期における在宅ケアマネジメントは、多職種による包括的アプローチであり、各専門職がそれぞれの知識と技術を調整・統合することの重要性が指摘されている¹⁷⁾。本研究においても、死亡月には医師や薬剤師による居宅療養管理指

導の利用が増加しており、多職種連携の必要性と、そうした連携のもとで在宅ターミナルケアが提供されている実態が明らかとなった。

3. 本研究における限界と課題

最後に研究の限界と課題について述べる。本研究データの限界として、まず、介護DBは月単位での記録であるため、週単位の入院や日単位の在宅・入院の切り替えなど、詳細な療養状況を把握できないという点がある。次に、がんの診断時期や入院治療に関する情報が含まれていないために、がん末期と診断されてからの在宅療養期間や要介護認定との因果的・時系列的関係が特定できないという点がある、さらに介護DBに死亡を特定する情報が含まれていないため、今回の分析対象のサービスの利用状況が、ターミナルケアマネジメント加算を利用しない利用者とは異なる特徴を持つかどうかの検討ができない点が挙げられる。

しかしながら、ターミナルケアマネジメント加算は回復の見込みがない末期がん患者に対して在宅療養中に算定される加算であるため、本研究の分析対象者が終末期にある高齢がん患者であり、同加算の算定月には在宅で療養していたと推定するのは妥当と考えられる。本研究ではこの前提に基づき、死亡月に至るまでの連続する在宅療養期間に着目し、全国規模で介護サービス利用の傾向を明らかにした点に独創性がある。ただし、高齢末期がん患者の在宅療養期間に応じた支援ニーズやケア提供のあり方を明らかにするためには、末期がんの診断時期や治療に関する情報と介護DBを突合した新たな研究が求められる。また、2018～2020年における65歳以上のがんによる死亡者数は98.6万人であり、ターミナルケアマネジメント加算が算定されたのはその約1.7%にとどまったことから、制度創設から3年を経ても普及が限定的であることが示された。よって、本研究の知見を終末期高齢がん患者の在宅療養の全体像として捉えるには限界がある。しかしながら、この知見がまだターミナルケアマネジメント加算が普及する前の先進的な取り組み事例の蓄積であるという見方をすれば、在宅療養環境の支援に資すると考える。

さらに、ターミナルケアマネジメント加算の普及に向けては、介護・医療の連携を担うケアマネジャーの資質向上および人員体制の強化が、一層重要になると考えられる。2024年度の介護報酬改定により、悪性腫瘍患者以外にも算定が可能となったことから、当該加算の算定対象の拡大と算定経験の蓄積が、終末期高齢がん患者のより早期の段階からの在宅療養の実現に寄与するのにかについても、今後さ

らなる実証的研究が求められる。

V 結 語

本研究は、介護保険総合データベースの特別抽出情報を用いて、末期がん患者に適用されるターミナルケアマネジメント加算の算定者を対象に、死亡前の在宅療養期間および死亡前に利用された介護保険サービスを全国規模で明らかにした。分析対象者は16,865人で、死亡月までの連続在宅療養月数の中央値は36都道府県で2か月未満、26都道府県では最頻値が死亡月の開始を意味する0.5か月であった。また、死亡前12か月間に最も多く利用されていた居宅サービスは福祉用具貸与、居宅療養管理指導、訪問入浴介護であり、とくに訪問入浴介護は、終末期における生活支援として多く利用されており、終末期の在宅療養を支える介護サービスの一つであることが示唆された。今後は、より早期からの在宅療養支援と、医療と介護の多職種連携を促進するケアマネジメント体制の整備が求められる。

本研究はJSPS 科研費(21H03162)の助成を受けて実施しました。本研究に関して開示すべきCOIはありません。本研究の実施にあたり、前大阪大学大学院医学系研究科社会医学講座環境医学教室教授の祖父江友孝先生には長年にわたりご指導賜りました。記して感謝申し上げます。

{	受付	2025. 5.21)
	採用	2025.11.21)
	J-STAGE 早期公開	2026. 2.26)

文 献

- 1) 厚生労働省. 人口動態調査 人口動態統計 確定数 死亡. 表番号 5-15死因(死因年次推移分類)別にみた性・年齢(5歳階級)・年次別死亡数及び死亡率(人口10万対). <https://www.e-stat.go.jp/dbview?sid=0003411659> (2025年5月21日アクセス可能).
- 2) 厚生労働省. 人口動態調査 人口動態統計 確定数 死亡. 表番号 5-22主な死因(死因年次推移分類)別にみた性・死亡の場所・年齢(特定階級)別死亡数及び百分率. <https://www.e-stat.go.jp/dbview?sid=0003411666> (2025年5月21日アクセス可能).
- 3) 第84回がん対策推進協議会(資料). 患者さまが受けられた医療に関するご遺族の方への調査(2019-2020年調査結果概要). 国立がん研究センターがん対策研究所がん医療支援部. <https://www.mhlw.go.jp/content/10901000/001005581.pdf> (2024年12月16日アクセス可能).
- 4) Davis MP, Temel JS, Balboni T, et al. A review of the tri-

- als which examine early integration of outpatient and home palliative care for patients with serious illnesses. *Ann Palliat Med* 2015; 4: 99–121.
- 5) Jordan RI, Allsop MJ, ElMokhallalati Y, et al. Duration of palliative care before death in international routine practice: a systematic review and meta-analysis. *BMC Med* 2020; 18: 368.
 - 6) 原田静香, 美ノ谷新子, 柴崎美紀, 他. 在宅終末期がん患者のケアマネジメントに関する介護支援専門員の認識 介護支援専門員の属性による差に焦点を当てて. *日本プライマリ・ケア連合学会誌* 2016; 39: 219–226.
 - 7) 大園康文, 石井容子, 宮下光令. 訪問看護師からみた終末期がん患者の在宅療養に関する問題とその解決策. *日本がん看護学会誌* 2012; 26: 52–60.
 - 8) 橋本孝太郎, 佐藤一樹, 内海純子, 他. 在宅緩和ケアを受けた終末期がん患者の実態調査. *Palliat Care Res* 2015; 10: 153–161.
 - 9) 吉田美由紀, 廣瀬未央, 陶山啓子, 他. 在宅医療提供体制が整った環境において在宅緩和ケアを受けた終末期がん患者の在宅看取りの関連要因. *日本看護学会誌* 2021; 41: 623–629.
 - 10) 高林広明, 河原正典, 橋本孝太郎, 他. 高齢がん患者に対する在宅緩和ケアの年齢別比較 多施設共同研究. *Palliative care research* 2018; 13: 129–138.
 - 11) 滋賀県医療福祉の地域創造会議規約. https://mitori.siga.jp/cms_mitori/wp-content/uploads/2015/10/b263c338fd26cb1f35c03da7355bf30b1.pdf (2025年5月21日アクセス可能).
 - 12) Kumagai K, Nagao T, Yasuta Y, et al. Nutritional and dietary guidance during home visits to patients with cancer. *Nagoya J Nutr Sci* 2021; 7: 13–22. <https://doi.org/10.15073/00001627>
 - 13) 江頭勇紀, 渡邊 亮. 在宅医療サービスの供給に基づくがん患者の在宅死への影響に関する要因分析. *日本在宅医療連合学会誌* 2024; 5: 18–27.
 - 14) Hayashi E, Aoyama M, Masukawa K, et al. Bathing in terminal care of cancer patients and its relation to perceptions of a “Good Death”: a nationwide bereavement survey in Japan. *Palliative Medicine Reports* 2022; 3: 55–64.
 - 15) 厚生労働省老健局: 社会保障審議会介護給付費分科会(第230回)訪問介護・訪問入浴介護(改定の方向性). <https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001164131.pdf> (2025年5月21日アクセス可能).
 - 16) Igarashi A, Kurinobu T, Ko A, et al. Factors related to the provision of home-based end-of-life care among home-care nursing, home help, and care management agencies in Japan. *BMC Res Notes* 2015; 8: 434.
 - 17) Kaneda A, Kanoya Y. End-of-life care management for older adults at home by multidisciplinary professionals in Japan. *J Gen Fam Med* 2023; 24: 294–302.
-

Home care duration and service use among elderly patients with terminal cancer in Japan: A nationwide study using the Japanese Long-Term Care Insurance Claims

Yuki MAURA^{*,3*}, Sayaka TABUCHI^{2*,3*}, Takumi SHIRAKATA^{3*},
Katsuyuki MIURA^{4*}, Akiko HARADA^{4*} and Mikiko ITO^{3*}

Key words : Terminal Care Management add-on, elderly patients with terminal cancer, duration of home care, home care services, Japanese Long-Term Care Insurance Claims Records, home-based terminal care

Objectives In Japan, the number of home-based cancer deaths has been increasing due to population aging. However, home-based end-of-life care among patients with terminal cancer are short-term, and the actual use of long-term care (LTC) insurance services remains unclear. This study aimed to elucidate the duration of home-based care and use of LTC insurance services before death among older adults with terminal cancer in Japan.

Methods Using data extracted from the Japanese Long-term Care Database provided by the Ministry of Health, Labour and Welfare, we analyzed 16,865 insured individuals aged ≥ 65 years who were billed for the Terminal Care Management (TCM) add-on between April 2018 and March 2021. The observation period was set at 12 months preceding the month of death (the month in which the add-on was billed). Monthly data on the use of home care support and services were examined to determine the duration of home-based care and trends in service use antemortem.

Results Of the participants, 57.5% were men, 40% were aged 75–84 years, and approximately 60% were cognitively independent. The national TCM billing rate among home-based cancer deaths in individuals aged ≥ 65 years was 12.4%, with substantial prefectural variation; Nagasaki and Yamanashi were $>20\%$, whereas Akita, Niigata, and Tottori were $<5\%$.

The distribution of continuous home-based care antemortem was skewed toward shorter durations, with 26.2% of patients receiving care for ≤ 1 month and 52.8% receiving care for up to two months. In the month of death, the most frequently used LTC services were welfare-equipment-rental (97.1%), home-medical-care-management-guidance (59.3%), home-visit-care (38.2%), and home-visit-bathing (26.5%). Physicians and pharmacists predominantly provided guidance. The use of home-visit bathing increased sharply from two months antemortem.

Conclusion The duration of home-based care among older adults with terminal cancer was short, with a median of <2 months (mode; 0.5 months), corresponding to the month of death. Key home care services, such as welfare-equipment-rental, home-medical-management-guidance, home-visit-care, and home-visit-bathing, were intensively used near the end of life. However, the use of the TCM add-on remained limited. These findings highlight the regional disparities and challenges in home care systems, underscoring the need for early support and care management to promote interdisciplinary collaboration.

* Dep. of Psychiatry and Mental Health Nursing, Okinawa Prefectural College of Nursing

2* Faculty of Nursing, Social Work and Rehabilitation Science, Kyoto Koka University

3* Dept. of Community Health Nursing, Shiga University of Medical Science

4* NCD Epidemiology Research Center, Shiga University of Medical Science