投稿

死亡前の介護保険制度利用状況に関する遺族の評価

高橋　理智（タカハシ　リチ）＊1＊3　中澤　葉宇子（ナカザワ　ヨウコ）＊2＊3　宮下　光令（ミヤシタ　ミツノリ）＊4　森田　達也（モリタ　タツヤ）＊5＊6
奥村　泰之（オクムラ　ヤスユキ）＊7　木澤　義之（キザワ　ヨシユキ）＊8　川越　正平（カワゴエ　ショウヘイ）＊9　山本　寛（ヤマモト　ヒロシ）＊10
竹内　恵美（タケウチ　エミ）＊3　山崎　里紗（ヤマザキ　リサ）＊11　小川　朝生（オガワ　アサオ）＊12

目的　わが国の死因の大部分を占めるがん，脳血管疾患，心疾患，肺炎，腎不全で死亡した患者の死亡前の介護保険サービスの利用状況等を明らかにし，介護保険サービスを利用した場合の満足度に関連する要因を探索した。

方法　2017年，2018年にがん，脳血管疾患，心疾患，肺炎，腎不全のいずれかで死亡した患者を対象として，厚生労働省人口動態調査死亡票情報を用いて抽出した患者の遺族に，郵送法で無記名自記式の調査票を送付し，回答を得た。診断されてから死亡までの期間が３カ月以内であった場合および介護保険の対象外となる年齢の場合を除外した。年齢，死亡場所，疾患別に介護保険サービスの利用状況等を記述した。また，介護保険サービスを利用した場合の満足度に関連する要因について，ロジスティック回帰分析を行った。

結果　135,037名の遺族に調査票を送付し，そのうち43,940名が解析対象となった。死亡前６カ月間に介護保険サービスを利用していた患者の割合は，がん56.6%，脳血管疾患73.9%，心疾患71.1%，肺炎77.6%，腎不全78.8%だった。ロジスティック回帰分析の結果，満足度のオッズ比は，死亡場所では病院・診療所を基準とすると，介護老人保健施設・老人ホームで1.75（95%信頼区間，1.52-2.02），自宅で2.21（95%信頼区間，2.03-2.39）だった。死亡前１カ月間の日常生活活動度では，自立を基準とすると，一部介助，全介助でオッズ比は各々1.25（95%信頼区間，1.09-1.43），1.46（95%信頼区間，1.28-1.68）だった。また，死亡前１カ月間に支払った医療費・介護費が高くなるほど，満足度のオッズ比は減少しており，回答者のからだの健康状態が悪くても満足度のオッズ比は減少していた。回答者の介護負担については，負担感がない方が満足度のオッズ比が高かった。

結論　がんでは他の疾患よりも，死亡前の介護保険サービスの利用割合が低かった。しかし，がん以外の疾患での利用割合が現状で十分なのか不十分なのかは明らかではなく，満足度の関連要因を考慮しながら，今後の利用割合の推移を観察し評価していくことが必要である。

キーワード　緩和ケア，遺族，介護保険，がん，慢性疾患，満足度

＊1 国立がん研究センターがん対策研究所がん政策評価研究部研究員　＊2 同がん政策評価研究部室長
＊3 同がん医療支援部研究員　＊4 東北大学大学院医学系研究科保健学専攻緩和ケア看護学分野教授
＊5 聖隷三方原病院緩和支持治療科副院長　＊6 一般社団法人コミュニティヘルス研究機構研究部長
＊7 一般社団法人臨床疫学研究推進機構代表理事　＊8 筑波大学医学医療系緩和支持治療科教授
＊9 あおぞら診療所院長　＊10東京都健康長寿医療センター内科総括部長・呼吸器内科部長
＊11北里大学大学院医療系研究科医療心理学助教
＊12国立がん研究センター先端医療開発センター精神腫瘍学開発分野長

Ⅰ 緒　　言

高齢化の進展，核家族化の進行などに伴い，社会全体による介護ニーズが増大し，わが国では2000年に介護保険制度が導入された[1]。65歳以上の第１号被保険者であれば原因を問わず，要支援・要介護状態となったときに介護保険サービスを受けられ，40～64歳の第２号被保険者であれば，特定疾病に罹患した場合に利用できる[1]。2006年にはその特定疾病に末期がんが追加された[2]。現在，要支援または要介護と認定された者は年々増加しており，介護が必要となった原因は，要支援者では関節疾患が18.9%，要介護者では認知症が24.3%と最も多いことが報告されているが[3]，これらの疾患では主に生活を支えるために介護保険サービスが利用されていると思われる。望む場所で療養し，最期を迎えるためにも介護保険サービスの整備が望まれる[4]。近年，介護保険は看取り介護加算やターミナルケア加算が追加されるなど，看取り機能が増強される傾向となっているが[5]，最期の療養を支えるための死亡前の疾患別の介護保険の利用状況等は現在までに明らかにされていない。さらに介護保険を十分に受けることができたという満足感は，望ましい最期を迎えるために重要な役割を果たすと考えられるが，満足感に関連する要因も明らかにされていない。

以上より，本研究ではわが国の死因の大部分を占めるがん，脳血管疾患，心疾患，肺炎，腎不全で死亡した患者の死亡前の介護保険サービスの利用状況等を明らかにすることとした。また，介護保険サービスを利用した場合の満足度に影響する要因を探索する。

Ⅱ 方　　法

本研究は，厚生労働省委託事業がん患者の療養生活の最終段階における実態把握事業として国立がん研究センターがん対策研究所が行った「患者様が受けられた医療に関するご遺族の方への調査」[6]の付帯研究として，2023年５～10月に実施された。

（１） 対象

統計法33条に基づき，厚生労働省人口動態調査の二次利用の承認を得て，2017年と2018年の人口動態調査死亡票情報を用いた。2017年情報からは以下の①～④を満たす対象者50,021名を抽出した。①死亡時の年齢20歳以上，②日本国籍，③死因が悪性新生物（以下，がん），脳血管疾患，心疾患，肺炎，腎不全のいずれか，④死亡場所が病院・診療所，自宅，介護老人保健施設・老人ホームのいずれか。2018年情報からは，がんで病院・診療所もしくは自宅で亡くなった85,016名を抽出した。本研究では，介護保険サービスについて調査するため，診断されてから死亡までの期間について，３カ月以内およびわからないと回答した者は除外した。また，介護保険の利用対象とならないすべての疾患における40歳未満の患者と，第２号被保険者の特定疾病に指定されているがん，脳血管疾患以外の40～64歳の患者を除外した。

（２） 調査手順

郵送法により，患者と死別後13～25カ月が経過した家族宛てに無記名自記式の調査票を送付した。発送の約１カ月後，督促として未回答者を対象に調査協力依頼状を再送付した。

（３） 調査項目

調査票の項目は，第２期がん対策推進基本計画でがん対策を評価する指標として，がん対策推進協議会委員を対象に，デルファイ法[7]を用いた意見集約を通して策定された。デルファイ法は，専門家や関係者の意見を複数のラウンドを経て収集し，合意形成を図る方法である[7]。

死亡票より，患者背景として患者の年齢，性別，死因疾患，死亡場所を得た。調査票からは，死亡前１カ月間の日常生活活動度（Activities of daily living；ADL），死亡前１カ月間に支払った医療費・介護費，また遺族背景として患者が亡くなる前１週間の回答者のからだの健康状態，介護の負担感を調査した。死亡前１カ月

間のADLは，“生活は自立していた”“一部介助が必要だった”“ほぼ全般に介助が必要だった”“わからない”から回答を得た。死亡前１カ月間に支払った医療費・介護費は，“10万円未満／月”“10～20万円未満／月”“20～40万円未満／月”“40～60万円未満／月”“60万円以上／月”“わからない”から回答を得た。患者が亡くなる前１週間の回答者のからだの健康状態については，“非常によくなかった”“よくなかった”“まあまあだった”“よかった”から回答を得た。介護の負担感については，介護したことで全体的に負担感が大きかったか尋ね，“全くそう思わない”“そう思わない”“あまりそう思わない”“どちらとも言えない”“ややそう思う”“そう思う”“とてもそう思う”から回答を得た。

介護保険サービスについての評価項目は調査票から，介護保険サービスの利用の有無，介護保険サービスの満足度，介護保険サービスを申請したが利用できなかった場合の理由を調査した。介護保険サービスの満足度は，「患者さまは，お亡くなりになる６カ月前に，介護保険サービスを利用したことがありますか」という質問に「利用したことがある」と回答した者に対して，「患者さまは，必要な介護保険サービスを十分に受けることができたと感じますか」と尋ね，“１．そう思う”“２．ややそう思う”“３．どちらとも言えない”“４．あまりそう思わない”“５．そう思わない”“６．わからない”で評価を得た。また，介護保険サービスを１回も利用したことがないと回答した者に対して，介護保険サービスを利用したことがない理由を，“１．介護保険サービスを知らなかった”“２．介護保険サービスを知っていたが，申請しなかった”“３．介護保険サービスを申請したが利用できなかった”“４．わからない”から選択してもらった。“３．介護保険サービスを申請したが利用できなかった”と回答した者に対しては，さらにその理由を“１．介護認定は受けたが，患者さまやご家族の意向で利用しなかった”“２．介護認定に必要な調査を受ける前に患者さまが亡くなられた”“３．介護認定の等級が低く，希望したサービスを受けることができなかった”“４．介護認定の結果が出る前に，暫定ケアプランを利用できることを知らなかった”“５．その他（自由回答）”“６．わからない”から選択してもらい（複数回答可），５．その他では自由回答を得た。

（４） 統計解析

調査項目に対して，記述統計を行った。本研究では死因疾患としてがんを多く抽出しているため，疾患名別に集計を行った。また，65歳以上の第１号被保険者は前期高齢者（65～74歳）と後期高齢者（75歳以上）に分けて記述した。次に，介護保険サービスの満足度の関連要因を探索するために，死亡前６カ月以内に介護サービスを利用したことがあると回答した者を対象に，満足度をアウトカムとしてロジスティック回帰分析を行った。アウトカムは，必要な介護保険サービスを十分に受けることができたと感じますかという問に対し，そう思う，ややそう思うと回答した場合に満足，どちらとも言えない，あまりそう思わない，そう思わないと回答した場合に不満足と定義した。わからない，無回答の場合は除外した。説明変数は，患者の年齢，性別，死因疾患，死亡場所，死亡前１カ月間のADL，死亡前１カ月間に支払った医療費・介護費，患者が亡くなる前１週間の回答者のからだの健康状態とした。死因疾患は主にその疾患により介護サービスを利用していること，死亡場所は死亡前に療養した場所であることを想定した。患者が亡くなる前１週間の回答者のからだの健康状態は，非常によくなかった，よくなかったと回答した場合は健康状態が悪い，まあまあだった，よかったと回答した場合は健康状態がよいとした。解析にはSAS9.4（SAS Institute, Cary, NC, USA）を使用した。

（５） 倫理的配慮

本調査「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報告書2018-2019年度調査」[6]は，国立がん研究センターの倫理委員会の承認を得て実施された（承認年月日2018年１月５日，研究課題番号2017-346）。

Ⅲ 結　　果

有効回答数は2017年21,309名，2018年41,267名で計62,576名（回答率54.0％）であった。診断されてから死亡までの期間について，３カ月以内およびわからないと回答された患者，すべての疾患における40歳未満の患者，がん，脳血

表１　対象者背景

	がん		脳血管疾患		心疾患		肺炎		腎不全	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
死亡票情報										
患者数	40 098		501		2 197		397		747	
患者年齢										
平均［標準偏差］（歳）	77.0[11.1]		84.5[9.9]		87.7[7.6]		87.3[7.6]		87.8[6.9]	
40～64歳	4 982	12.4	24	4.8	－	－	－	－	－	－
65～74歳	10 262	25.6	36	7.2	154	7.0	23	5.8	31	4.2
75歳以上	24 854	62.0	441	88.0	2 043	93.0	374	94.2	716	95.9
患者性別										
男性	24 072	60.0	257	51.3	865	39.4	208	52.4	362	48.5
女性	16 026	40.0	244	48.7	1 332	60.6	189	47.6	385	51.5
死亡場所										
病院・診療所	23 426	58.4	161	32.1	839	38.2	131	33.0	216	28.9
介護老人保健施設・老人ホーム	2 004	5.0	214	42.7	813	37.0	127	32.0	241	32.3
自宅	14 668	36.6	126	25.2	545	24.8	139	35.0	290	38.8
質問紙情報										
回答者										
年齢［標準偏差］（歳）	64.7[11.9]		67.2[10.6]		66.6[10.0]		66.8[10.5]		65.5[10.1]	
性別										
男性	13 526	33.7	186	37.1	952	43.3	168	42.3	279	37.4
女性	26 170	65.3	306	61.1	1 211	55.1	224	56.4	465	62.3
欠損	402	1.0	9	1.8	34	1.6	5	1.3	3	0.4
患者との関係										
配偶者	19 034	47.5	156	31.1	408	18.6	99	24.9	137	18.3
子	15 067	37.6	244	48.7	1 245	56.7	232	58.4	450	60.2
嫁婿	3 046	7.6	49	9.8	330	15.0	38	9.6	109	14.6
親	761	1.9	14	2.8	50	2.3	9	2.3	14	1.9
その他の親族	1 558	3.9	28	5.6	112	5.1	11	2.8	29	3.9
その他	210	0.5	2	0.4	11	0.5	3	0.8	6	0.8
欠損	422	1.1	8	1.6	41	1.9	5	1.3	2	0.3
死亡前１カ月間の日常生活活動度（ADL）										
自立	7 141	17.9	32	6.4	278	12.7	13	3.3	42	5.6
一部介助	14 037	35.0	37	7.4	512	23.3	42	10.6	160	21.4
ほぼ全介助	18 682	46.6	425	84.8	1 395	63.5	340	85.6	542	72.6
わからない	65	0.2	1	0.2	8	0.4	1	0.3	2	0.3
欠損	173	0.4	6	1.2	4	0.2	1	0.3	1	0.1
死亡前１カ月間に支払った医療費・介護費										
10万円未満/月	9 124	22.8	143	28.5	769	35.0	114	28.7	237	31.7
10～20万円未満/月	12 626	31.5	207	41.3	842	38.3	154	38.8	269	36.0
20～40万円未満/月	9 403	23.5	90	18.0	322	14.7	79	19.9	139	18.6
40～60万円未満/月	2 800	7.0	14	2.8	65	3.0	14	3.5	35	4.7
60万円以上/月	1 487	3.7	8	1.6	21	1.0	8	2.0	12	1.6
わからない	3 730	9.3	31	6.2	126	5.7	20	5.0	40	5.4
欠損	928	2.3	8	1.6	52	2.4	8	2.0	15	2.0
患者が亡くなる前１週間の回答者のからだの健康状態										
非常によくなかった	1 274	3.2	23	4.6	76	3.5	12	3.0	29	3.9
よくなかった	5 781	14.4	86	17.2	324	14.8	58	14.6	105	14.1
まあまあだった	21 257	53.0	265	52.9	1 106	50.3	235	59.2	395	52.9
よかった	11 333	28.3	114	22.8	644	29.3	87	21.9	213	28.5
欠損	453	1.1	13	2.6	47	2.1	5	1.3	5	0.7
介護の負担感										
介護したことで，全体的に負担感が大きかったかについて										
全くそう思わない	5 159	12.9	31	6.2	145	6.6	27	6.8	44	5.9
そう思わない	6 396	16.0	51	10.2	279	12.7	48	12.1	91	12.2
あまりそう思わない	6 445	16.1	62	12.4	309	14.1	46	11.6	99	13.3
どちらとも言えない	4 396	11.0	50	10.0	261	11.9	44	11.1	92	12.3
ややそう思う	7 668	19.1	124	24.8	463	21.1	102	25.7	169	22.6
そう思う	5 875	14.7	89	17.8	402	18.3	74	18.6	137	18.3
とてもそう思う	2 769	6.9	63	12.6	191	8.7	39	9.8	90	12.1
欠損	1 390	3.5	31	6.2	147	6.7	17	4.3	25	3.4

注　表中に記載した割合は，小数点以下第２位を四捨五入しているため，合計は必ずしも100％にならない。

管疾患以外の40～64歳の患者を除外し，43,940名（有効回答率37.9%）を解析対象とした。

解析対象者の背景を**表１**に示した。患者の年齢は，がんで最も低く，平均年齢77.0（標準偏差11.1）歳だった。死亡前１カ月間のADLでは，自立だったのががんで17.9%，心疾患で12.7%と他の疾患に比べて自立だった割合が多かった。

死亡前６カ月間で介護保険サービスを利用していたのは，がんで56.6%，脳血管疾患で73.9%，心疾患で71.1%，肺炎で77.6%，腎不全で78.8%だった。

介護保険サービスに関する質問紙調査の回答の結果を**表２**に示した。介護保険サービスの利用について，第１号被保険者ではすべての疾患，死亡場所において，75歳以上の方が65～74歳よりも利用割合が高くなっていた。死亡場所別では，介護老人保健施設・老人ホームで，75歳以上ではすべての疾患において利用割合が82.8～85.8%と高かった。次いで，自宅で死亡した場合に利用割合が高く，がんでは40～64歳の第２号被保険者でも72.1%が介護保険サービスを利用していた。一方，病院・診療所では，全体的

表２　介護保険サービスに関する質問紙調査の

	がん（N＝40,098）						脳血管疾患（N＝501）					
	40～64歳（N＝4,982）		65～74（N＝10,262）		75歳以上（N＝24,854）		40～64歳（N＝24）		65～74（N＝36）		75歳以上（N＝441）	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
介護保険の利用状況												
死亡前６カ月間での介護保険サービスの利用について												
利用あり	1 923	38.6	4 785	46.6	16 003	64.4	6	25.0	18	50.0	346	78.5
利用なし	2 734	54.9	4 768	46.5	7 300	29.4	17	70.8	12	33.3	50	11.3
欠損	325	6.5	709	6.9	1 551	6.2	1	4.2	6	16.7	45	10.2
死亡場所別												
病院・診療所												
利用あり	648	20.2	1 806	28.3	6 970	50.4	2	15.4	6	50.0	87	64.0
利用なし	2 347	73.0	4 089	64.0	5 961	43.1	10	76.9	6	50.0	32	23.5
欠損	221	6.9	493	7.7	891	6.4	1	7.7	－	－	17	12.5
介護老人保健施設・老人ホーム												
利用あり	16	84.2	91	83.5	1 610	85.8	3	100.0	6	50.0	168	84.4
利用なし	2	10.5	10	9.2	119	6.3	－	－	2	16.7	9	4.5
欠損	1	5.3	8	7.3	147	7.8	－	－	4	33.3	22	11.1
自宅												
利用あり	1 259	72.1	2 888	76.7	7 423	81.1	1	12.5	6	50.0	91	85.8
利用なし	385	22.0	669	17.8	1 220	13.3	7	87.5	4	33.3	9	8.5
欠損	103	5.9	208	5.5	513	5.6	－	－	2	16.7	6	5.7
死亡前６カ月間に介護保険を利用したことがある人に対する質問	（N＝1,923）		（N＝4,785）		（N＝16,003）		（N＝６）		（N＝18）		（N＝346）	
必要な介護保険を十分に受けることができたと感じたかについて												
そう思う	927	48.2	2 404	50.2	8 773	54.8	2	33.3	11	61.1	222	64.2
ややそう思う	616	32.0	1 339	28.0	4 376	27.3	2	33.3	4	22.2	74	21.4
どちらとも言えない	147	7.6	403	8.4	1 156	7.2	1	16.7	2	11.1	16	4.6
あまりそう思わない	98	5.1	256	5.4	727	4.5	1	16.7	1	5.6	10	2.9
そう思わない	71	3.7	178	3.7	471	2.9	－	－	－	－	8	2.3
わからない	57	3.0	178	3.7	414	2.6	－	－	－	－	15	4.3
欠損	7	0.4	27	0.6	86	0.5	－	－	－	－	1	0.3
死亡前６カ月間に介護保険を利用したことがない人に対する質問	（N＝2,734）		（N＝4,768）		（N＝7,300）		（N＝17）		（N＝12）		（N＝50）	
介護保険を利用したことがない理由												
介護保険を知らなかった	333	12.2	392	8.2	453	6.2	－	－	2	16.7	4	8.0
申請しなかった	1 003	36.7	2 054	43.1	3 457	47.4	8	47.1	3	25.0	20	40.0
申請したが利用できなかった	481	17.6	1 108	23.2	2 045	28.0	2	11.8	－	－	8	16.0
わからない	683	25.0	850	17.8	856	11.7	4	23.5	7	58.3	11	22.0
欠損	234	8.6	364	7.6	489	6.7	3	17.7	－	－	7	14.0
介護保険を申請したが利用できなかった人に対する質問	（N＝481）		（N＝1,108）		（N＝2,045）		（N＝２）		（N＝０）		（N＝８）	
理由（複数選択可）												
介護認定は受けたが，患者さまや家族の意向で利用しなかった	35	7.3	92	8.3	233	11.4	－	－	－	－	2	25.0
介護認定に必要な調査を受ける前に患者さまが亡くなられた	236	49.1	574	51.8	952	46.6	1	50.0	－	－	－	－
介護認定の等級が低く，希望したサービスを利用できなかった	31	6.4	100	9.0	248	12.1	－	－	－	－	1	12.5
認定結果が出る前に暫定ケアプランを利用できることを知らなかった	20	4.2	44	4.0	74	3.6	－	－	－	－	－	－
その他	166	34.5	321	29.0	580	28.4	1	50.0	－	－	4	50.0
わからない	8	1.7	20	1.8	33	1.6	－	－	－	－	1	12.5
欠損	6	1.2	14	1.3	23	1.1	－	－	－	－	－	－

注　表中に記載した割合は，小数点以下第２位を四捨五入しているため，合計は必ずしも100%にならない。

に介護保険サービスを利用したことのある患者の割合は少なく，がんでは第１号被保険者でも65～74歳で28.3％，75歳以上で50.4％にとどまっていた。介護保険サービスを利用したことがある場合，必要な介護保険サービスを十分に受けることができたと感じますかという問いに，おおむね60～70％以上がそう思う，もしくはややそう思うと回答していたが，一方でそう思わない，あまりそう思わないという回答がおおむね10％弱あった。介護保険サービスを利用したことがない場合，その理由を尋ねた問では“申請しなかった”が，どの疾患でも最も多く選択されていた。さらに“申請したが利用できなかった”を選択した回答者に対して，その理由を尋ねた問では，がんにおいて約半数が“介護認定に必要な調査を受ける前に患者さまが亡くなられた”を選択していた。またその他を選択した場合に記述された自由回答について，意味内容の類似性・相違性からカテゴリー分類した結果を**表３**に示した。自由記述内容の多くは病態による問題に分類され，特に「介護認定が下りる前に死亡した，申請したが間に合わなかった」という記述が最も多かった。

介護保険サービスの満足度との関連要因を探索した結果を**表４**に示した。死因疾患により満足度に差はなかった。死亡場所では病院・診療所を基準とすると，オッズ比は介護老人保健施設・老人ホームで1.75（95％信頼区間，1.52-2.02），自宅で2.21（95％信頼区間，2.03-2.39）であり，介護老人保健施設・老人ホームと自宅での死亡で満足度が高いことがわかった。死亡前１カ月間のADLでは，自立を基準とすると，一部介助，全介助でオッズ比は各々1.25（95％信頼区間，1.09-1.43），1.46（95％信頼区間，1.28-1.68）であり，介護度が高くなるほど満足度のオッズ比が高くなっていた。また，死亡前１カ月間に支払った医療費・介護費が高くなるほど，満足度のオッズ比は減少しており，回答者のからだの健康状態が悪くても満足度のオッズ比は減少していた。

結果

心疾患（N＝2,197）				肺炎（N＝397）				腎不全（N＝747）			
65～74歳（N＝154）		75歳以上（N＝2,043）		65～74歳（N＝23）		75歳以上（N＝374）		65～74歳（N＝31）		75歳以上（N＝716）	
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
66	42.9	1 496	73.2	14	60.9	294	78.6	18	58.1	571	79.7
77	50.0	376	18.4	6	26.1	49	13.1	11	35.5	86	12.0
11	7.1	171	8.4	3	13.0	31	8.3	2	6.5	59	8.2
27	40.3	506	65.5	5	55.6	83	68.0	7	43.8	141	70.5
36	53.7	201	26.0	3	33.3	32	26.2	8	50.0	42	21.0
4	6.0	65	8.4	1	11.1	7	5.7	1	6.3	17	8.5
13	81.3	674	84.6	3	60.0	101	82.8	3	75.0	197	83.1
2	12.5	48	6.0	–	–	8	6.6	1	25.0	15	6.3
1	6.3	75	9.4	2	40.0	13	10.7	–	–	25	10.5
26	36.6	316	66.7	6	66.7	110	84.6	8	72.7	233	83.5
39	54.9	127	26.8	3	33.3	9	6.9	2	18.2	29	10.4
6	8.5	31	6.5	–	–	11	8.5	1	9.1	17	6.1
（N＝66）		（N＝1,496）		（N＝14）		（N＝294）		（N＝18）		（N＝571）	
30	45.5	890	59.5	6	42.9	173	58.8	9	50.0	347	60.8
19	28.8	382	25.5	4	28.6	71	24.2	6	33.3	137	24.0
8	12.1	82	5.5	3	21.4	24	8.2	2	11.1	35	6.1
3	4.6	57	3.8	1	7.1	10	3.4	1	5.6	33	5.8
1	1.5	31	2.1	–	–	8	2.7	–	–	11	1.9
5	7.6	44	2.9	–	–	8	2.7	–	–	5	0.9
–	–	10	0.7	–	–	–	–	–	–	3	0.5
（N＝77）		（N＝376）		（N＝6）		（N＝49）		（N＝11）		（N＝86）	
1	1.3	20	5.3	–	–	5	10.2	–	–	8	9.3
39	50.7	180	47.9	1	16.7	23	46.9	4	36.4	35	40.7
12	15.6	68	18.1	1	16.7	9	18.4	3	27.3	23	26.7
19	24.7	72	19.2	3	50.0	8	16.3	1	9.1	16	18.6
6	7.8	36	9.6	1	16.7	4	8.2	3	27.3	4	4.7
（N＝12）		（N＝68）		（N＝1）		（N＝9）		（N＝3）		（N＝23）	
2	16.7	18	26.5	–	–	2	22.2	1	33.3	5	21.7
4	33.3	16	23.5	–	–	2	22.2	2	66.7	5	21.7
2	16.7	8	11.8	–	–	2	22.2	–	–	4	17.4
–	–	3	4.4	–	–	1	11.1	–	–	–	–
3	25.0	22	32.4	1	100.0	3	33.3	–	–	6	26.1
1	8.3	3	4.4	–	–	–	–	–	–	1	4.4
–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	2	8.7

表３　介護保険サービスを申請したが利用できなかったことに関する自由記述内容（ｎ＝888）

	記述数
病態による問題	
入院していた	149
申請していたが，入院となった	94
重症になってしまった，とても家や施設ではみられない状態になった	25
病気の進行が早かった	22
利用する機会がなかった	13
介護認定が下りる前に死亡した，申請したが間に合わなかった	341
制度による問題	
手続きに時間がかかりすぎる	7
等級が低かった，希望のサービスが受けられなかった	23
却下された，認定が下りなかった	30
年齢が若かった	6
医療保険を使っていた	9
患者や家族の意思	
本人の意向	17
自立していた，元気だった，介護を受ける必要がなかった	32
同居の家族が介護してくれた	10
必要がなかった（必要がなかった理由が不明）	20
その他	
その他	34
利用していたサービスに関する内容	20
文の意味が不明瞭	36

回答者の介護負担については，負担感がない方が満足度のオッズ比が高かった。

表４　介護保険サービス利用の満足度との関連要因

	オッズ比	95％信頼区間
年齢	1.01	1.01-1.02
性別		
男性	1.00	
女性	1.03	0.96-1.12
死因疾患		
がん	1.00	
脳血管疾患	1.24	0.86-1.78
心疾患	1.18	0.98-1.41
腎不全	0.90	0.70-1.17
肺炎	0.86	0.61-1.22
死亡場所		
病院・診療所	1.00	
介護老人保健施設・老人ホーム	1.75	1.52-2.02
自宅	2.21	2.03-2.39
死亡前１カ月間のADL		
自立	1.00	
一部介助	1.25	1.09-1.43
全介助	1.46	1.28-1.68
死亡前１カ月間に支払った医療費・介護費		
10万円未満／月	1.00	
10～20万円未満／月	0.83	0.75-0.92
20～40万円／月	0.76	0.68-0.84
40～60万円／月	0.60	0.52-0.70
60万円以上／月	0.55	0.45-0.67
回答者のからだの健康状態		
健康状態よい	1.00	
健康状態悪い	0.76	0.69-0.83
回答者の介護負担感		
介護負担感あり	1.00	
介護負担感なし	1.12	1.03-1.21

注　HosmerとLemeshowの適合度検定，Ｐ＝0.43

Ⅳ 考　　察

本研究は，わが国の主要な死因疾患で亡くなる前６カ月間の介護保険利用状況を明らかにした初めての研究である。本研究の結果から，がん以外の疾患では71.1～78.8％の患者が死亡前に介護保険サービスを利用しており，がんでは56.6％と他の疾患に比べて低かったことがわかった。がんの場合，ADLは死亡前１カ月までである程度は維持されていることが多く，死亡直前になってから急速に低下することが知られている[8)9)]。本研究においてもがんでは死亡前１カ月間のADLについて，半数以上が自立もしくは一部介助と回答していた。また，介護保険を申請したが利用できなかった理由として，約50％が認定調査を受ける前に患者が亡くなったと回答しており，死亡前の１カ月間でADLが低下し始めてから介護認定を申請したが，間に合わなかった患者が多くいたことが示唆される。がん患者においてはもともと介護保険制度ががん患者の急速な病状の進行を想定していないこともあり[10)]，認定が下りる前に患者が亡くなるなどの問題が指摘されている[11)12)]。一方で，希望する療養場所と死亡場所は必ずしも一致せず，自宅で療養し必要になれば医療機関に入院したいと希望する人も少なくない[13)]。自由記述で病態による問題に挙げられている多くは，病気が進行し入院となったため介護保険サービスを利用できなかったと捉えることができる内容であり，自宅での看取りを希望していなかったのであれば，必ずしも介護保険サービスは必要ではなかったのかもしれない。しかしながら，最期を迎えるためだけでなく，療養中の福祉用具の利用など住環境を整備することも介護保険で可能であり，ADLが低下し始めるより前の早い段階から患者・家族に社会資源の情報提供を行い，かつ介護保険手続きを迅速化していくことは，質の高い療養生活を送り，最期を迎えるために重要な体制であると考えられる。また，介護度の結果が出る前でも利用できる暫定ケアプランや[14)]，使用した介護サービス費用の給付分を申請日までさかのぼって受けとることができる償還制度があり，より一層の周知が必要で

ある。

介護保険サービスの満足度との関連要因では，死亡場所で病院・診療所よりも介護老人保健施設・老人ホーム，自宅で満足度が高かった。さらに，ADLが低下するほどつまり介護度が上がるほど，満足度が高くなっていたことから，介護保険サービスを多く使用したと実感できるほど満足度が高くなると考えられる。また，回答者のからだの健康状態が悪いと，満足感が低くなることがわかった。さらに，一般に医療や介護にかかる費用が増大するほど満足度は低くなると考えられるが，本研究はそのことを裏付ける結果であったといえる。

死亡場所別では，介護老人保健施設・老人ホームでの利用が高かったが，100％ではなかった。その理由として，サービス付き高齢者向け住宅等も含まれていること，遺族の自己申告であり介護保険を利用していた事実をよく把握しておらず，利用なしと回答した場合が含まれていることが考えられる。

本研究の限界として，遺族による代理評価であり自己申告であること，患者と死別後13～25カ月が経過した後に回答しているため想起バイアスの可能性があることが挙げられる。また，介護保険制度上の介護保険サービスの利用について調査したが，民間の介護保険なども含めて回答している可能性があり，その場合は過大評価になり得る。今回，死因疾患別に死亡前の介護保険の利用状況を明らかにしたが，併存疾患は考慮しておらず，死因疾患に罹患する前に併存疾患により介護保険サービスを利用していた可能性が挙げられる。しかし，それはどの疾患においても同様であり，本研究ではEnd-Of-Lifeにおける介護保険利用の実態をその時期に最も影響する死因疾患別に調査した。

本研究から，がんでは他の疾患で亡くなる場合に比べて，介護保険サービスの利用割合が低いことがわかった。しかし，各疾患での利用割合が現状で十分なのか不十分なのかは明らかではなく，満足度の関連要因を考慮しながら，今後の利用割合の推移を観察し評価していくことが必要である。

文　献

1）厚生労働省老健局.「介護保険制度の概要」.（https://www.mhlw.go.jp/content/000801559.pdf）2023.5.15.
2）厚生労働省.「介護保険制度改革の概要－介護保険法改正と介護報酬改定－」.（https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/topics/0603/dl/data.pdf）2023.5.15.
3）厚生労働省. 2019年国民生活基礎調査の概況Ⅳ. 介護の状況.（https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa19/dl/05.pdf）2023.5.15.
4）厚生労働省.「在宅医療・介護の推進について」.（https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iryou/zaitaku/dl/zaitakuiryou_all.pdf）2023.5.15.
5）厚生労働省.「令和３年度介護報酬改定における改定事項について」.（https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000768899.pdf）2023.5.15.
6）国立がん研究センターがん対策研究所「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報告書　2018-2019年度調査」（https://www.ncc.go.jp/jp/icc/qual-assur-programs/project/040/2019-2020/20220325.pdf）2023.4.3.
7）A Fink, J Kosecoff, M Chassin, et al. Consensus methods：characteristics and guidelines for use. Am J Public Health 1984；74（９）：979-83.
8）Hsien Seow, Lisa Barbera, Rinku Sutradhar, et al. Trajectory of performance status and symptom scores for patients with cancer during the last six months of life. J Clin Oncol 2011；29（９）：1151-8.
9）June R Lunney, Joanne Lynn, Daniel J Foley, et al. Patterns of functional decline at the end of life. JAMA 2003；289（18）：2387-92.
10）厚生労働省. 第34回介護給付費分科会資料「がん末期」を特定疾病に追加すること等について.（https://www.wam.go.jp/gyoseiShiryou-files/documents/2005/9803/siryou2-1_pdf.gif）2023.6.12.
11）藤田敦子. 末期がん患者に対する介護保険サービスの提供に関する調査結果について. Hospice and Home Care 2013；21（１）：18-28.
12）井村千鶴，野末よし子，伊藤富士江，他. がん患者に対する介護保険手続きの迅速化の効果. 緩和ケア　2011；21（１）：102-7.
13）厚生労働省.「終末期医療に関する調査等検討会報告書」（８）終末期における療養の場所.（https://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/07/s0723-8.html）2023.6.12.
14）厚生労働省.「末期がん等の方への要介護認定等における留意事項について」.（https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/nintei/dl/terminal-cancer_1.pdf）2023.12.25.