

I. わが国の医療提供体制と緩和ケア

4. 介護保険と緩和ケア

西村 秋生* 小山 秀夫**

(*国立保健医療科学院 研修企画部 **静岡県立大学 経営情報学部)

はじめに

2002年のWHO（世界保健機関）による“Palliative care”の定義により、緩和ケアは対象者が「末期状態」にあるかどうか、という属性から切り離され、病気によって起きている問題や起きてくる問題に対応する医療であるという考え方ができるようになった。2008年現在、この考え方がどれくらい一般化しているかはともかくとして、本稿においては「緩和ケア」という単語を、この考え方で捉えることで進めたい。

さて、わが国において緩和ケアは、ホスピス・緩和ケア病棟を主軸として発展してきた歴史がある。本稿の題目は介護保険と緩和ケアとの関わりであるが、多くの医療従事者にとって、介護保険という制度自体、あまり馴染みのあるものではなく、緩和ケアの領域の外に存在するものと認識さ

れているのではないだろうか。

そこで本稿では、まず介護保険の制度について基本的な解説を行い、そのうえで緩和ケアとの接点について述べていきたい。制度の詳細に明るい読者は、前半は読み飛ばしていただいても構わない。

介護保険の基本的な仕組み

① 介護保険制度の概要

介護保険制度は2000年4月に開始された。その目的は、介護保険法第1条にあるとおり、「加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことが出来るよう、必要な保

表1 介護保険費用分担

保険者	市町村（特別区を含む）とし、国、都道府県、医療保険者、年金保険者、社会保険診療報酬支払い基金、国民健康保険団体連合会が重層的に支え合う	
被保険者	第1号被保険者 (65歳以上の者)	第2号被保険者 (40歳以上65歳未満の医療保険加入者)
賦課方法	所得段階別定額保険料	被用者保険の被保険者 標準報酬×介護保険料率 (事業者負担50%) 国民健康保険の世帯主 所得割、資産割、均等割、平均割 (国庫負担50%)
徴収方法	基準額以上の年金保険者については、年金から天引き（特別徴収）、その他の者については市町村が個別に徴収（普通徴収）	医療保険各法により、医療保険者が医療保険料として徴収し、納付金として社会保険診療報酬支払い基金に納付し、支払基金は交付金として、市町村に一括交付
受給権者	要介護者、要支援者として認定を受けた者	特定疾病が原因で要介護者、要支援者として認定を受けた者

健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行い、国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ること」にある。わが国の社会保険制度としては、医療・年金・雇用・労災に次ぐ5番目の保険である。

保険者は主として市町村・特別区が担い、国および都道府県がその支援にあたることとされている。介護保険を運営する財源は、保険料1/2、税収1/2からなっており、税収はさらにその1/2を国、1/4ずつを県および国が負担することとなっている。保険料を支払う被保険者は、表1に示

表2 特定疾病の分類

1. 神経系
脳血管疾患
パーキンソン病関連疾患
筋萎縮性側索硬化症
多系統萎縮症
脊髄小脳変性症
2. 代謝系
糖尿病合併症
閉塞性動脈硬化症
早老症
3. 骨格系
骨折を伴う骨粗鬆症
関節リウマチ
変形性関節症
脊柱管狭窄症
後縦靭帯骨化症
4. その他
初老期認知症
慢性閉塞性肺疾患
末期がん

すように、65歳以上の第1号被保険者と、40歳以上65歳未満の医療保険加入者である第2号被保険者であり、保険料の支払額、支払い方法ともそれぞれ異なる。また、第2号被保険者が受給権を得るには、定められた16種類の特定疾病のいずれかに罹患していることが原因で、要介護状態となっていることが証明されなければならない(表2)。

介護保険制度は、従来のいわゆる老人福祉、老人保健、老人医療という名称でそれぞれ提供されていたサービスを、できるだけ一元化する方向で再編成したものである(表3)。しかし、従来の高齢者に対するサービスがすべて介護保険に統合されたわけではなく、医療サービスの主たる提供元は、引き続き医療保険および老人保健制度が担っている(図1)(ただし、後期高齢者については、本書が出版される頃には老人保健制度から後期高齢者医療制度に移行している予定である)。

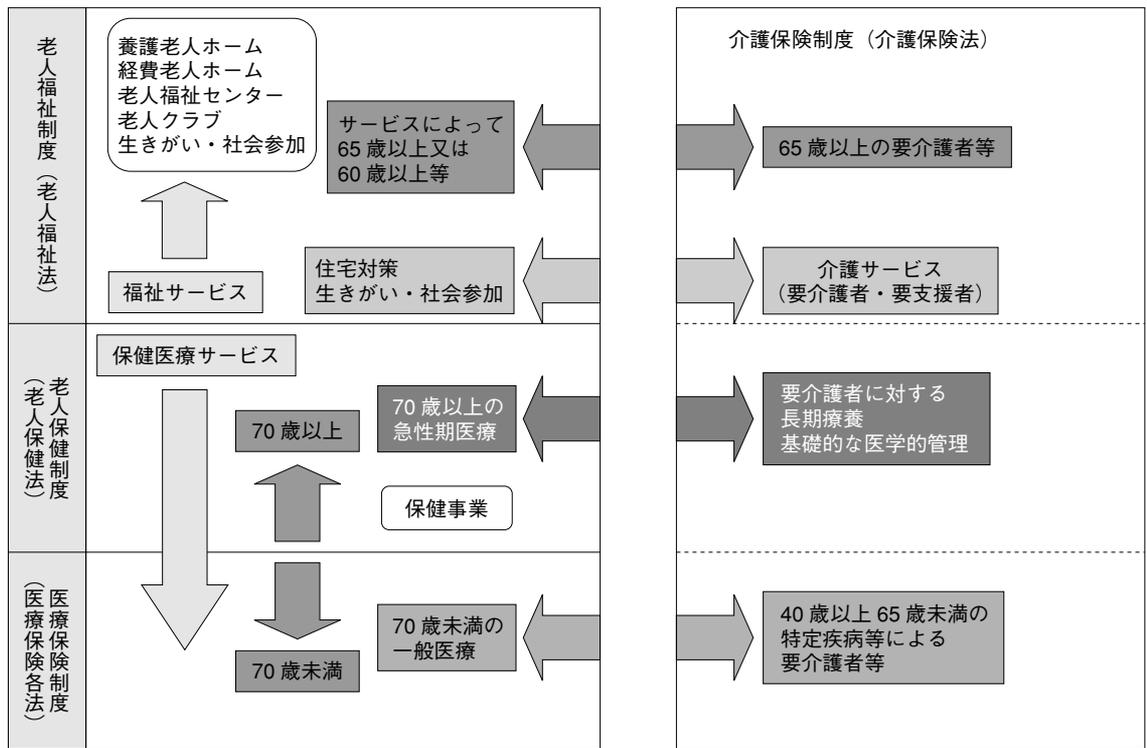
② 介護保険サービス利用上の特性

介護保険のサービスは、40歳以上の被保険者すべてが利用できるわけではない。介護保険サービスの利用を希望する被保険者は、自分が加入する保険者である市町村に申請を行う。申請を受理した市町村は、要介護認定を行い、対象者の給付適用の可否と、適用である場合の適正な給付額あるいは給付上限額について決定するプロセスを経なければならない(図2)。

判定結果は自立・要支援1・要支援2・要介護1～5の8段階に分類され、各判定ごとに1月給付される上限額である、支給限度額が定められて

表3 介護保険の給付対象となった福祉・保健・医療サービス

	福祉	保健	医療	その他
訪問系	ホームヘルプ (訪問介護) 訪問入浴		訪問看護 訪問診療 (居宅療養管理指導)	訪問リハ 居宅療養 管理指導
通所系	デイサービス (通所介護) 短期入所(生活介護)	デイケア (通所リハ) 短期入所(療養介護)		グループホーム
入所系	特別養護老人ホーム 経費老人ホーム 有料老人ホーム	老人保健施設	療養型病床群等 (療養病床、介護保険適用は廃止予定)	
その他	日常生活用具貸与等			住宅改修



(出典：参議院厚生委員会調査室介護保険法案参考資料を加筆修正)

図1 介護保険制度と老人福祉制度，老人保健制度との役割分担

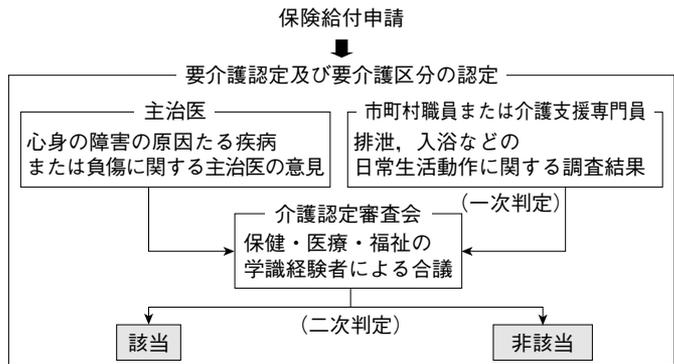


図2 要介護認定までの流れ

いる (表4)。自立と判定された場合は非該当となり、給付対象とはならない。要支援と判定された場合には施設サービスの利用はできないなど、一部のサービスには要介護度に応じた利用制限がある。

なお、施設サービスについてはこの表とは独立に、要介護度ごとの定額支払部分定められており、居宅サービスではさらに各サービスごとに区分支給限度額が定められている。該当と認定さ

れた被保険者は、これらの上限額等を考慮して、自分が利用するサービスに関する介護サービス計画を作成、保険者である市町村に提出し、その計画に従って介護サービスの提供を受けることとなる。

ただ、実際には被保険者やその家族が、適切な介護サービス計画を作成することは困難であるため、指名した居宅介護支援専門員(ケアマネジャー)に計画作成を委託できることとなっている

(図3)。受託したケアマネジャーは、被保険者本人およびその周辺状況を勘案し、さらに利用できるサービス提供者の状況などをサービス担当者会議などを開催して把握したうえで、適切な介護サ

ービス計画を作成して市町村に提出する。また、実際にサービスが計画に従って適切に提供されているかどうかを適宜確認・調整する役割も担っている。

なお介護保険はいくつかの独特な仕組みを持っているが、そのひとつにいわゆる上乗せ、横出しがある(図4)。介護保険が給付するサービスには上限が定められているが、市町村が独自の判断でサービス提供量を追加、あるいは介護保険本体のメニューにない独自のサービスを追加することは認められている。さらに、被保険者が全額自費で、同様のサービスをサービス提供者から追加購入することも可能である。

表4 各要介護度ごとの支給限度額(居宅サービス)

要介護度	支給限度額(居宅サービス)
要支援1	4万9,700円
要支援2	10万4,000円
要介護1	16万5,800円
要介護2	19万4,800円
要介護3	26万7,500円
要介護4	30万6,000円
要介護5	35万8,300円

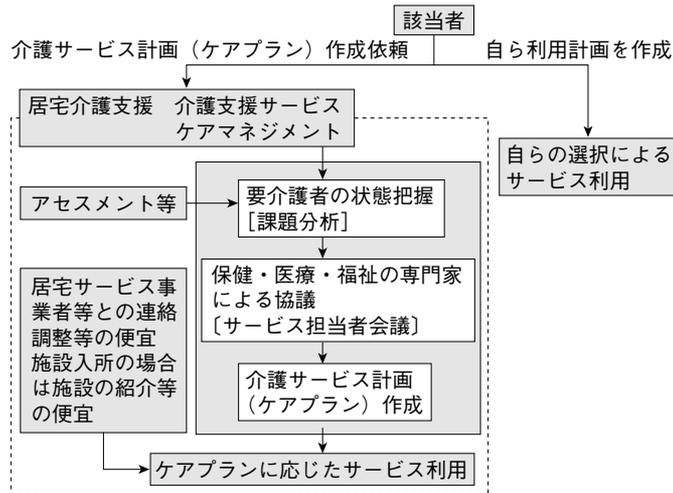


図3 介護サービス計画作成と利用の流れ

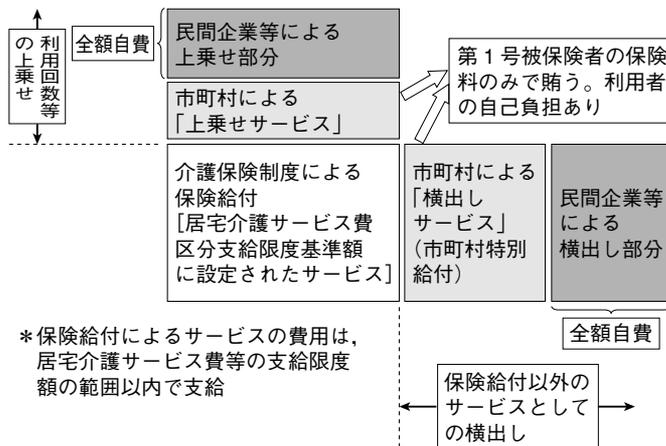


図4 上乗せサービスと横出しサービスの考え方

介護保険と緩和ケア

以上、介護保険の基本的な仕組みについて概説したが、それではこれらのサービスは、緩和ケアの領域とどのような接点を持つのだろうか。現在、医療分野では、「施設から在宅へ」の流れが重要視されているが、この考え方は介護分野においては所与の概念である。たびたびの改訂によってもその方向性は変わらない。今般、療養病床に対する介護保険の給付は行わない決定がなされた一方で、在宅により近い形での介護を提供できるような介護報酬の仕組みがつくられつつあることは、その流れに即したものであるということもできる。介護保険の積極的な利用は、在宅における緩和ケアの支援であると考えられる。

具体的に緩和ケアの対象者の方が利用する介護保険上のサービスには、その方のADLなどのレベルにもよるが、たとえば独居の方に対する定期的なケアや、緊急時の対応などが想定されるであろう。介護保険の訪問看護サービスでは、基本サービス単位としての定期的な訪問に加えて、緊急時訪問看護に対する加算が算定できる。また、特にターミナルケアに対応した場合には、これらも評価する報酬体系が整えられている。医療保険の訪問看護と併用することはできないが、状況に応じて選択することができるだろう。また、ホームヘルパーによる訪問介護についても、2006年度から夜間対応型訪問介護が新設され、在宅独居等に対する対応がしやすくなった。

2006年度においては、短期入所系サービス、通所系サービスについても緩和ケアと関わりの深い改訂が行われた。まず、通所系サービスにおいて新設された「療養通所介護」がある。これは、「難病やがん末期の要介護者など、医療ニーズと介護ニーズを併せ持つ在宅の中重度者等の通所ニーズに対応する観点から、医療機関や訪問看護サービス等との連携体制や安全かつ適切なサービス提供のための体制を強化した通所サービス」について、報酬上の評価を行うものである。同様の主

旨で短期入所療養介護においては「日帰り利用」を評価することとなった。緩和ケアを必要とする対象者で、家族が日中のケアを要望している場合にうまく活用できるのではないだろうか。また、短期入所生活介護については、夜間帯に看護職員を配置するなど、夜間看護体制を強化した場合の評価、および在宅中重度者が短期入所する場合には、継続してそれまでと同じ訪問看護師からサービス提供が受けられる体制を確保した場合に対する評価が新設され、疾病への対応力が強化されている。

在宅でのケアを重視する方向ではあるが、一方で現在でも施設内での看取りが必要な場合があることは避けられない。これまでは多くの場合、医療施設が看取りの役割を果たしてきたと考えられるが、今回の改訂では、特別養護老人ホームに対して、看護師の配置強化など、重度化への対応の評価と、看取りへの介護を行った場合の評価がなされることとなった。

なお、介護保険開始当時は、特定疾病のなかに末期がんは含まれていなかったが、2006年度の改正で新規に追加され、40～64歳の第2号被保険者であっても末期がんの場合には要介護認定を受けることが出来るようになっている。

おわりに

このように、特に2006年度の改正により、介護保険は緩和ケアの領域を強く意識した体制となっていることがおわかりいただけたかと思う。しかしその一方で、このように緩和ケア向けに強化された機能が、まだ十分に活用されていないという現状もある。前述のように、介護保険サービスの活用は、サービス計画を立てるケアマネジャーの存在が重要である。緩和ケアを行っている医療施設とケアマネジャーとの間で、情報交換を活性化することにより、緩和ケア領域はもっと介護保険を積極的に活用することができるのではないかと考える。