

「末期がん」に対する介護保険制度の運用

— 国の捉え方の何が問題なのか —

Application of Long-Term Care Insurance System for the Cases of Patients in Terminal Cancer

— The Problems of Understanding of the Nation —

武 田 英 樹

Hideki Takeda

I 研究の視点

日本は世界的にも類をみない速さで高齢化が進んでいる。高齢者の介護問題に対応するための制度設計は、将来にわたってわが国の大きな課題となることは間違いない。現段階において介護政策の中心にあるのは介護保険法である。1997年（平成9）年12月に成立した「介護保険法」は、医療保険、年金保険、雇用保険、労働者災害補償保険などに続く5番目の公的社会保険制度である。

介護保険法成立以前の介護サービスは「老人福祉法」と「老人保健法」という二つの異なる制度の下で「措置制度」と実施されてきた。介護保険法は、負担と給付の関係を明確化する、介護サービス利用者の権利性、選択性を確保する、介護の社会化を図ることがねらいとされた¹⁾。

本論で取り上げる「末期がん」は2005年の介護保険法改正により、介護保険の対象として「特定疾病」に追加された。ここに至るまでに

は「特定疾病におけるがん末期の取扱いに関する研究班」²⁾によって議論が進められた経緯がある。介護保険制度上における末期がんの取扱いについての問題が国レベルでクローズアップされたのは、2010年4月20日の参議院厚生労働委員会においてである。梅村聡議員により、筆者らが行った末期がんに関する調査研究が取り上げられ、介護保険制度における未認定問題、軽度判定問題が指摘された³⁾⁴⁾。本委員会での指摘を受けてか、その直後から「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（2010年4月30日）」「末期がん等の方への福祉用具貸与の取扱等について（2010年10月25日）」「末期がん等の方への迅速な要介護認定等の実施について（2011年10月18日）」の3つの事務連絡が厚生労働省から各都道府県及び市区町村等介護保険主管課（室）向けに通達されている。

これらの国の対応は末期がんの人達が円滑に

介護保険を利用できるようにするための迅速な対応のようにみてとれる。確かに国の対応により、実施主体である市町村における末期がんに対する問題意識は今まで以上に高まったといえよう。しかしながら、問題点の指摘にとどまり、根本的解決するまでには至っていない。さらには、事務連絡で制度の取扱いに関する解釈について、周知を図ったとしても制度そのものに問題を抱えている場合は市町村にはどうすることもできない。

本論では厚生労働省が出した3つの事務連絡に焦点をあて、末期がんに対する介護保険制度の運用上における諸問題について明らかにする。まず、国が各自治体に事務連絡として通達した内容の明確化を図る。次にこの事務連絡における運用上の諸問題について、①暫定プランの問題、②要介護認定の迅速化の問題、③末期がんの診断が与える介護度への影響の問題、④末期がんに必要な福祉用具の問題、の概ね4つの視点から論究する。

II がん末期等の利用者に対する国の動向

ここでは、厚生労働省から出された「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」「末期がん等の方への福祉用具貸与の取扱等について」「末期がん等の方への迅速な要介護認定等の実施について」の3つの事務連絡が示す主な内容についてみていくこととする。

1. 事務連絡1：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

2010年4月30日、厚生労働省老健局老人保健課から「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」の事務連絡が各都道府県及び市区町村等介護保険主管課（室）向けに通知された⁵⁾。この事務連絡は、末期がん等の利用者が、介護サービスの利用について、急を要する場合の留意事項を示したものである。

主な内容は次のとおりである。

1) 暫定ケアプランの作成について

- ・制度上、要介護認定の申請を受けた後、認定結果が出る前の段階であっても、暫定ケアプランを作成して、介護サービスの提供を開始することができる。
- ・末期がん等の利用者等で、介護サービスの利用について急を要する場合には、迅速な暫定ケアプランの作成、介護サービスの提供の徹底を図る。

2) 要介護認定の実施について

- ・末期がん等の利用者で、介護サービスの利用について急を要する場合には、暫定ケアプランの作成に加え、迅速な要介護認定を行う。

3) 入院中からの介護サービスと医療機関等との連携について

- ・介護報酬上の加算である「医療連携加算」「退院・退所加算」や診療報酬上の加算である「介護支援連携指導料」「退院時共同指導料」「急性期病棟等退院調整加算」等を活用し、入院している末期がん等の患者で、退院後も介護サービスを利用する見通しの者に対しては、切れ目のないサービスの提供をする。

4) 主治医意見書の診断名欄への「末期がん」の明示について

- ・「40歳以上65歳未満の第2号被保険者に

については、主治医意見書の診断名の欄に、介護を必要とさせている生活機能低下等の直接の原因となっている特定疾病名を記入」することになっている。

- ・特に申請者が末期がんと診断されている場合には、診断名を明示することを主治医に周知を図る。

5) 区分変更申請の機会の周知について

- ・末期がん等の利用者は、心身の状況が急激に悪化するため、複数回、要介護状態区分の変更が必要となる場合がある。
- ・よって、末期がん等の利用者から、区分変更申請が提出されれば、要介護状態区分の変更等が速やかに行われることについて周知を図るものである。

2. 事務連絡2：末期がん等の方への福祉用具貸与の取扱等について

2010年10月25日、厚生労働省老健局振興課から「末期がん等の方への福祉用具貸与の取扱等について」の事務連絡が各都道府県及び市区町村等介護保険主管課（室）向けに通知された⁶⁾。この事務連絡は、要介護認定で要支援1、2および要介護1と判定された末期がん等の心身の状態が急速に悪化することが確実に見込まれる者に対する福祉用具貸与の取扱いおよび要介護認定時の留意事項について示したものである。

1) 指定福祉用具貸与費及び指定介護予防福祉用具貸与費の算定について

- ・要支援者および要介護1の者については、「特殊寝台」、「特殊寝台付属品」、「床ずれ防止用具」等の利用に際し、指定福祉用具貸与費および指定介護予防福祉用

具貸与費が原則として算定できない。

- ・ただし、要支援者及び要介護1の者であっても、末期がん等の急速な状態悪化等、短期間のうちに日常的に起きあがりや寝返り等が困難となることが確実に見込まれる者については市町村の判断により指定福祉用具貸与費および指定介護予防福祉用具貸与費を算定することができる。
- ・これは医師の医学的な所見（主治医意見書や医師の診断書等）に基づき判断され、かつ、サービス担当者会議等を通じた適切なケアマネジメントにより福祉用具貸与および介護予防福祉用具貸与が特に必要である旨が判断されている場合、書面等により確認し、その可否を判断する。

2) 介護認定審査会が付する意見について

- ・介護認定審査会は、審査判定の結果を市町村に通知する際に、サービスの有効な利用に関する留意事項について意見を付すことができる。
- ・末期がんの急速な状態悪化等、疾病その他の原因により状態が急速に悪化することが見込まれる者については、介護認定審査会において必要に応じ市町村への意見付記を活用していく。

3. 事務連絡3：末期がん等の方への迅速な要介護認定等の実施について

2011年10月18日、厚生労働省老健局老人保健課より、「末期がん等の方への迅速な要介護認定等の実施について」の事務連絡が各都道府県及び市区町村等介護保険主管課（室）向けに通知された⁷⁾。この事務連絡は2010年度老人保健

健康増進等事業により、財団法人日本公衆衛生協会が実施した「末期がん患者の認定状況調査」の結果を示したものである。

- ・申請から二次判定までの日数が20日を超えている保険者が86.6%、30日を超えている保険者も38.1%あった。
- ・認定調査については、申請後5日以内に実施している保険者が27.7%であり、6～10日で実施している保険者は50.2%であった。
- ・また、調査から二次判定までの状況を見ると、20日を超えている保険者が47.8%であった。
- ・個別申請者の調査の結果では、申請から二次判定までの平均日数は28.9日であり、19.4%の利用者が二次判定前に死亡していた。
- ・末期がんの利用者の申請後の経時的な状況の変化を推計したところ、申請後15日で約1割の利用者が、申請後25日で約2割の利用者が、申請後40日で約3割の利用者が亡くなるという結果であった。

この結果を踏まえ、次の2点について重要性を強調した。

- ①末期がんの利用者に対する要介護認定等について、申請後二次判定までは多くの保険者で一定の日数を要しており、迅速な二次判定に向けた取り組みの重要である。
- ②末期がんの利用者については、申請後短期間で亡くなる方が一定程度存在するため、市町村等において、末期がんの利用者に対する迅速な要介護認定等を行えるよう関係機関等との連携体制の構築や、暫定ケアプランの適切な活用といった取り組みが重要

である。

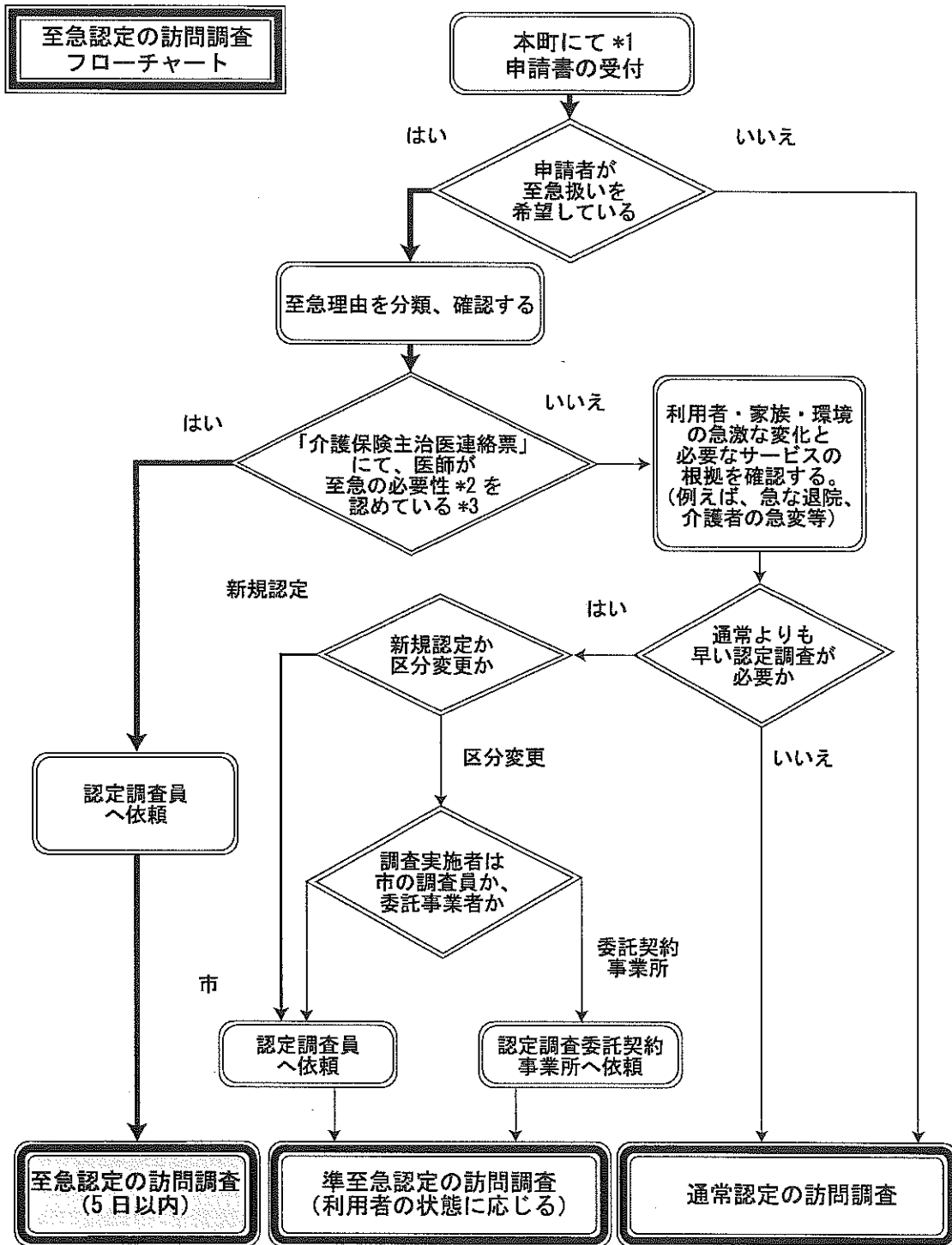
Ⅲ. 国の事務連絡に関する諸問題

1. 暫定ケアプランの問題

介護保険制度は、要介護認定の申請から認定結果ができるまでに約1ヶ月の期間を要する。申請者が要介護と判定される事が確実な場合には、保険者の判断で、暫定プランによる介護サービスの提供が認められている。

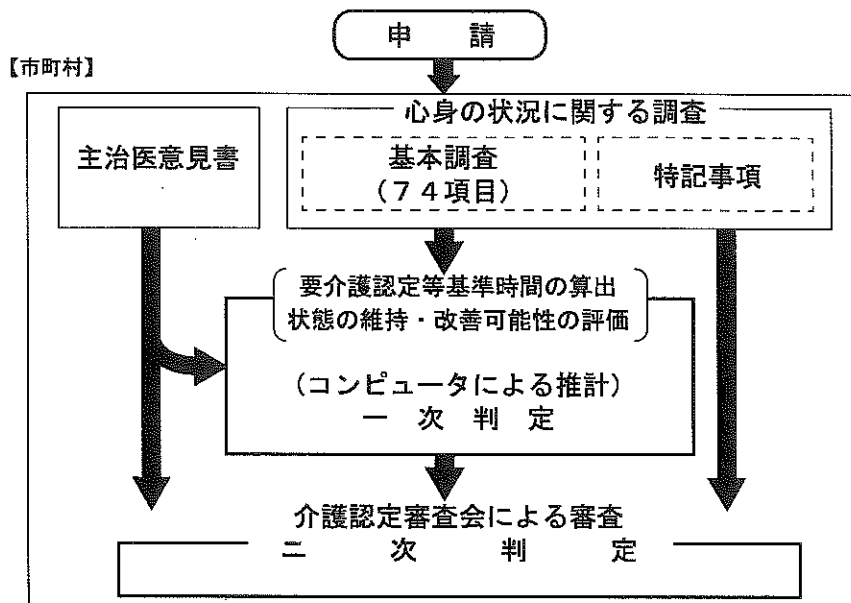
国は、「末期がんの場合は急を要するので暫定プランを積極的に活用しましょう」といっているのである。この対応は末期がんに限った事ではなく、すべての申請者に当てはまることである。申請者が要介護と判定されるという事は「介護が必要」と判定されことでもある。すなわち、要介護と判定される事が確実視される者には、すべて暫定プランによって適切な介護サービスを提供していくことを想定することが利用者利益となるのである。よって、これは被保険者の権利を尊重していく上でケアマネジャーが当然検討すべきことを謳っているにすぎない。

暫定プランでの対応で問題なのは、訪問調査を実施できずに申請者が死亡し、「未認定」と判定された場合である。この場合は介護度が判定されていないので介護保険を利用することができない。よって、暫定プランによって利用していた介護サービスは保険適用外で10割自己負担となる。申請者は、法の定めに従い保険料を支払って、要介護認定の申請をして、蓋を開けてみると、保険者側の問題で10割自己負担となる。ケアマネジャーについてもプラン料は当然発生しない。この様な状況で、現場の介護サー



注1: システムは本庁に意向や書類が届いてからスタートする。支所と本町間のやりとりは保証されない。
 注2: 生命の危機（概ね1ヶ月の間に急激な状態悪化が見込まれる場合）
 注3: 医療機関への確認ができて「至急扱い」として受理される。
 注4: 受付（医療機関確認）後、本庁市役所開庁日の5日以内に実施する。
 注5: 姫路市・介護サービス改善協議会により作成。

図1 至急認定の訪問調査フローチャート



出所：厚生労働省ホームページ『要介護認定に係る制度の概要』（2012年10月1日）
現在）<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/nintei/gaiyo1.html>

図2 要介護認定の流れ

ビス事業者は10割の請求をできるであろうか。国の事務連絡で「保険者の判断で」と謳うのであれば、このような事態で生じた保険部分の利用料は保険者である自治体が補填することが運用上、望ましい。

2. 要介護認定の迅速化の問題

介護保険法においては、申請から30日以内に認定結果を通知する事が原則とされている。2011年度の全国平均は36.20日と通常でも申請から1ヶ月以上の時間を要しているのが現状である。国の事務連絡においても、申請日の同日中に認定調査を実施し、直近の介護認定審査会で二次判定を行う旨の事例が提示されている。申請当日に認定調査を実施する事は中核市や政令指定都市規模ではそう簡単にできるものではない。認定調査員は、かなり先まで認定調査を実施するためのスケジュールを組んでおり、そ

こに割り込ませるといふことにもまた公平性の問題が生じてくるのである。そもそも各自治体において至急の取扱う基準が明確でない。筆者らによるケアマネジャーに対する調査においても、90.9%の者が要介護認定における至急扱いの該当項目について明確化を図るべき⁸⁾と、基準の明確化による公平性と効率化を望んでいる。例えば、図1のように姫路市においては医師会等との連携により、至急を要する者には「主治医連絡票」の添付によって原則5日以内（閉庁日を除く）に訪問調査を実施し、迅速な要介護認定に繋げる施策を打ち出している⁹⁾。

しかし、国の示す方法では根本的解決にならないことが明らかである。図2は厚生労働省が作成した要介護認定の流れを図式化したものである。介護度が認定されるにはコンピューターによる一次判定を経て、二次判定において介護

認定審査会による審査が必要となる。要介護認定の迅速化を図るには概ね次の3項目に留意する必要がある。一次判定の段階では①主治医意見書の早期提出と、②心身の状況に関する調査（以下、認定調査）の早期実施である。そして、二次判定の段階では③介護認定審査会の早期開催である。

認定調査が当日に実施されたとしても主治医意見書が提出されない限りにおいては、介護認定審査会が開催できないのである。しかし、国は事務連絡の中で、認定調査の早期実施には触れても、主治医意見書の早期提出には触れていない。触れているのは、特定疾病名である「末期がん」という診断名を明示することである。ただし、主治医意見書は診察さえ済ませれば申請者が死亡した場合でも、診察日時点の意見書を作成することができる。しかし、認定調査については、申請に基づいて実施されるものであり、訪問調査前に申請者が死亡した場合、調査書を作成しようがないという解釈になり、介護認定審査会を開催するための資料が揃わずに「未認定」となってしまう。

また両者が揃ったとしても二次判定の介護認定審査会が直近で開催される必要性が出てくる。実際のところ、開催回数は、ほぼ毎日のように開催されている自治体から、隔週の自治体とまちまちであり、直近が表す期間には開きがある。

よって、この3項目がスムーズに機能することにより、要介護認定の迅速化は図れるとしても、申請者死亡による「未認定」のリスクは回避できないのである。

3. 末期がんの診断が与える介護度への影響の問題

事務連絡の中で「主治医意見書の診断名欄への『末期がん』の明示について」が触れられている。そもそも40歳以上65歳未満の第2号被保険者については特定疾病の診断がなければ介護保険は利用できないため、この診断名の明記は必須となる。もし、記載漏れがあれば、書類の訂正作業などに余分な時間を費やすことになりかねない。

さらに特定疾病であること以外にも「末期がん」という診断には重要なメッセージが含まれていることを制度設計者達は把握しておかなければならない。それは「がん末期」すなわち「終末期」ということである。末期がんの申請者達が望む生活に当てはまるのは「いかに自立した生活を送るか」よりも「いかにクオリティの高い生活を送るか」ではないだろうか。両者は全く時限の違うものである。

ここで問題視されることは、末期がんと診断された申請者が要支援と判定され、予防給付の対象となるケースがあるということである。すなわち、介護保険の対象であることの証明として末期がんという診断が重要視されているが、末期がんの申請者が介護保険を適切に活用して生活するにはどうするのかについて、十分な活用がなされていないということである。介護認定審査会は、末期がんという診断名に対する臨床的あるいは学術的な視点から十分な検討がなされていないとは考えがたい。介護保険法第7条において、要支援状態とは「身体上若しくは精神上的の障害があるために入浴、排せつ、食事等の日常生活における基本的な動作の全部若しく

は一部について厚生労働省令で定める期間にわたり継続して常時介護を要する状態の軽減若しくは悪化の防止に特に資する支援を要すると見込まれ、又は身体上若しくは精神上の障害があるために厚生労働省令で定める期間にわたり継続して日常生活を営むのに支障があると見込まれる状態」と規定されている。予防給付の目的は「単に高齢者の運動機能や栄養状態といった特定の機能改善だけをめざすものではなく、これらの心身機能の改善や環境調整などを通じて、一人ひとりの高齢者ができる限り要介護状態にならないで自立した日常生活を営むことができるよう、支援すること」である¹⁰⁾。

末期がんの人たちに求められるのは、ターミナルケアや緩和ケアである。そもそもターミナルケアとは「患者を悩ませる不快な症状を早期に手当てし、精神的・霊的苦痛を和らげ、患者が人生を振り返り、身の整理などを通じて人生の総決算をすることができるように」¹¹⁾ 支援することである。また緩和ケアとは、「がん等で治療が困難となったターミナル期にある人の、身体的・精神的・社会的苦痛が複雑に絡み合った苦痛を和らげるケアのこと」¹²⁾ である。

つまり、限られた余生をクオリティの高いものにしていくために介護サービスをどう活用するかがケアマネジメントの重要な視点であり、運動機能の維持・向上や栄養バランス等の管理をケアの中心におくものではない。厚生労働省においても予防給付の適切な利用が見込まれない状態像として「末期の悪性腫瘍や進行性疾患（神経難病等）により、急速に状態の不可逆的な悪化が見込まれるもの」をあげている¹³⁾。ターミナル期にある末期がんの人に対しては、介

護認定審査会による非該当の判定はADLの状態から想定されるとしても、要支援と判定される事は制度上も運用上も矛盾が生じ、予防給付の対象とする意義、目的を明示する事は不可能と考える。

よって、末期がんの明示は特定疾病であることを示すだけではないため、65歳以上の第1号被保険者の主治医意見書にもしっかりと明示する事と保険者ならびに介護認定審査会がこの疾患の示す意味を明確に理解し、制度の運用に務めることが求められる。

4. 末期がんに必要な福祉用具の問題

2006年4月より福祉用具貸与の利用制限が実施され、2012年4月からは福祉用具サービス計画の作成が事業者には義務づけられた。前者は介護給付の適正化、後者は利用者の状態に応じた福祉用具の選定や介護支援専門員等との連携を強化するためとされている。懸念されるのは、急速に状態の不可逆的な悪化が生じる末期がんの利用者が、福祉用具等を利用することに手間がかかり、利用抑制に繋がるということである。筆者らの調査では、末期がんの利用者の介護サービスの利用頻度が高い項目は福祉用具貸与と医療系サービスであり、福祉用具貸与については、特殊寝台と床ずれ防止用具が通常の介護サービスよりも利用頻度が高いことが明らかとなっている。これはターミナル期をベッドで安楽に過ごすことを目的においた介護サービスの利用を表すものと考えられる。要支援1、要支援2および要介護1の場合はこれらの福祉用具を利用することができないため、例外給付の手続きが必要となる。

周知のとおり、末期がんの利用者はターミナ

ル期という特別なケアを必要とされること、そして、急速な状態の変化により短期間で状態が悪化し、寝たきりでの生活あるいは状態の悪化後、数日で死に至ることが想定される。だから、時間的余裕をもって対応するということが困難であり、状態像の変化に手続き処理がついていけないということが想定される。よって、比較的軽度の介護状態、あるいは事前に福祉用具が活用できる環境を整備しておく必要がある。

これは医師の医学的な所見（主治医意見書や医師の診断書等）が必要とされるため、要介護認定の申請時には、末期がんの診断名とともに福祉用具の必要性についても明示することが重要であることを医師に周知させることが求められる。

V おわりに

T. H. マーシャル (T. H. Marshall) は、福祉を目的として選択する社会政策が直面する最も基本的な問題のひとつとして、「いかに不愉快でない、自尊心を傷つけない、尊大ない方法によって、大量生産的サービスを高度に個別化された成果として分配するか」¹⁴⁾と述べている。国は制度設計上において、市町村は制度運用上において、これらを意識した取り組みが求められるであろう。またマーシャルはシティズンシップについて「コミュニティの完全な成員であ

る人々に与えられる地位 (status) である。その地位を所有するすべての人々は、その地位に与えられる権利と義務に関して平等である」とも述べている¹⁵⁾。各々が制度に基づいて保険料を納めているにもかかわらず、被保険者の中で特定の者がサービス利用において不利益が生じるということがあれば、早急に改善されなければならない。

以前、末期がんに対する介護度の軽度認定について、厚生労働省老人保険課は「末期がん患者のみ要介護度を上げるのは公平性に欠ける」と新聞記者の取材に回答している¹⁶⁾。既述のとおり、予防給付の対象としては不適切なケースとしておきながら、具体的な対応策としては明確なものが打ち出されていないのが現状である。では、末期がんの利用者が受けている不利益について、公平性の観点からどのような説明ができるのであろうか。

介護保険制度上、がん末期は状態の不可逆的な点で、他の老化に伴う自立度の低下と同一視することができた。しかし、長期的経過による自立度の低下を想定した制度設計からは外れて、ケアの目指す方向についてもズレが生じてしまった。この現状を一つの基準で捉える事は困難である。よって、新たな視点で捉えていく事が本当の意味での公平性に繋がるのではないだろうか。

引用文献

- 1) 武田英樹「介護保険法と介護保健サービス」井村圭壯・相澤譲治『高齢者福祉史と現状課題』学文社、2010、58-89頁。
- 2) 特定疾病におけるがん末期の取扱いに関する研究班『特定疾病におけるがん末期の取扱いに関する考え方について—がん末期の方々が住みなれた地域や自宅で最後を迎えるために—中間報告』2005

年10月20日

- 3) 特定非営利法人姫路市介護サービス第三者評価機構『末期がん患者が十分な介護サービスを受けるための介護認定システム確立について—医療から福祉へ患者をどう繋げるか—』フランスベッド・メディカルホームケア研究助成報告書、2008年
- 4) 武田英樹・藤田益伸・山野敬子・小田研二・田中洋三「がん末期利用者に対する介護保険制度のあり方について—介護サービス改善の提言に向けて—」『ホスピスと在宅ケア』第17巻第3号、2009年、239-244頁
- 5) 厚生労働省老健局老人保健課事務連絡「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」平成22年4月30日
- 6) 厚生労働省老健局振興課事務連絡「末期がん等の方への福祉用具貸与の取扱等について」平成22年10月25日
- 7) 厚生労働省老健局老人保健課事務連絡「末期がん等の方への迅速な要介護認定等の実施について」平成23年10月18日
- 8) 田中洋三・武田英樹・藤田益伸他『末期がん患者が十分な介護サービスを受けるための介護認定システム確立について—医療から福祉へ患者をどう繋げるか—』財団法人フランスベッド・メディカルホームケア研究助成・調査研究報告書、2009年。
- 9) 武田英樹・藤田益伸・山野敬子他『がん末期利用者と介護保険制度：姫路市による訪問調査至急取扱いについて』ホスピスと在宅ケア第18巻3号、2010年、p.303.
- 10) 神戸市「《予防給付》介護予防ケアマネジメントマニュアル<Vol.3>」2010年、p.7
- 11) 見藤隆子・小玉香津子・菱沼典子編『看護学事典』日本看護協会出版会、2003年、p.420.
- 12) 宮原伸二編著「福祉医療用語辞典」創元社、2006年、p.224
- 13) 厚生労働省ホームページ「要介護認定はどのように行われるか」2012年11月1日現在。
<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/nintei/gaiyo2.html>
- 14) T・H・マーシャル著／岡田藤太郎訳「社会政策—二十世紀英国における—」相川書房、1981年、8頁
- 15) T・H・マーシャル著／岡田藤太郎・森定玲子訳「社会学・社会福祉学論集—市民資格と社会的階級他」相川書房、1998年、98頁
- 16) 神戸新聞「介護保険：認定に時間、急変に対応できず」2010年8月17日。