

高齢者のがんを考える会議 6

～介護とがん医療の連携についての公開討論～

開催日 2022年2月26日、土曜日、10:00～12:00

Web開催（Zoom会議）

がんはすでに高齢者の慢性疾患になって久しく、がん医療の進歩により治癒例の増加がみられる一方で、がんと共生しながら他病死する高齢がん患者さんもまれではありません。その多くは加齢に伴う心身の機能低下のため見守りや介護を必要とする時期を経て死の転帰をとられます。すなわち、何らかの介護サービスを受けながらがん診療を受けている患者が存在し、その数は高齢化の進行とともに増加することが予想されます。

本討論会では、関係するステイクホルダーが一堂に会し、介護と医療の連携の重要性とあり方について議論することにしました。参加いただき活発な議論をおねがいます。

プログラム

1. 講演

司会 佐伯俊昭 埼玉医科大学国際医療センター 病院長

10:00～10:30

・「介護保険制度について」 村上文 帝京大学法学部法律学科 教授

10:30～11:00

・介護認定がん患者の入院治療（DPC）と退院後の介護サービスと診療について
松田晋哉 産業医科大学公衆衛生学 教授

2. パネルディスカッション

司会 佐伯俊昭 埼玉医科大学国際医療センター 病院長

杉本 研 川崎医科大学総合老年医学 教授

11:00～12:00

・悪性リンパ腫の治療方針～アンケート調査中間報告

照井康仁 埼玉医科大学血液内科 教授

・介護認定患者の外科治療～中間成績

吉田陽一郎 福岡大学病院医療情報部 診療部長、消化器外科 診療教授

・患者・家族の立場から

桜井なおみ キャンサー・ソリューションズ株式会社 代表取締役社長

全国がん患者団体連合会理事

・高齢者のがん医療、支持医療

高橋孝郎 埼玉医科大学国際医療センター支持医療科 教授

・在宅医療、介護サービス

廣瀬哲也 ひろせクリニック 院長

参加申し込み：<https://jp.surveymonkey.com/r/VKWC9JN>

2月21日までに名前、所属、e-mailアドレスを登録ください。

右QRコードからスマートフォンで申込みいただけます。

（会議が近づきましたらe-mailにてZoom会議用の招待URLを送付します。）



主催：厚生労働科学研究 がん対策推進総合研究事業

「高齢者がん診療ガイドライン策定とその普及のための研究」（研究代表 佐伯 俊昭）

共催：高齢者がん医療協議会（議長 田村 和夫）

連絡先：NPO 臨床血液・腫瘍研究会（CHOT-SG）内 研究事務局（福岡）

〒819-0030 福岡市西区室見が丘1丁目14番6号 電話:092-406-4166、FAX:092-406-8356

担当：安部元子、生駒規子；nikoma@fukuoka-u.ac.jp

高齢者のがんを考える会議6
～介護とがん医療の連携についての公開討論～

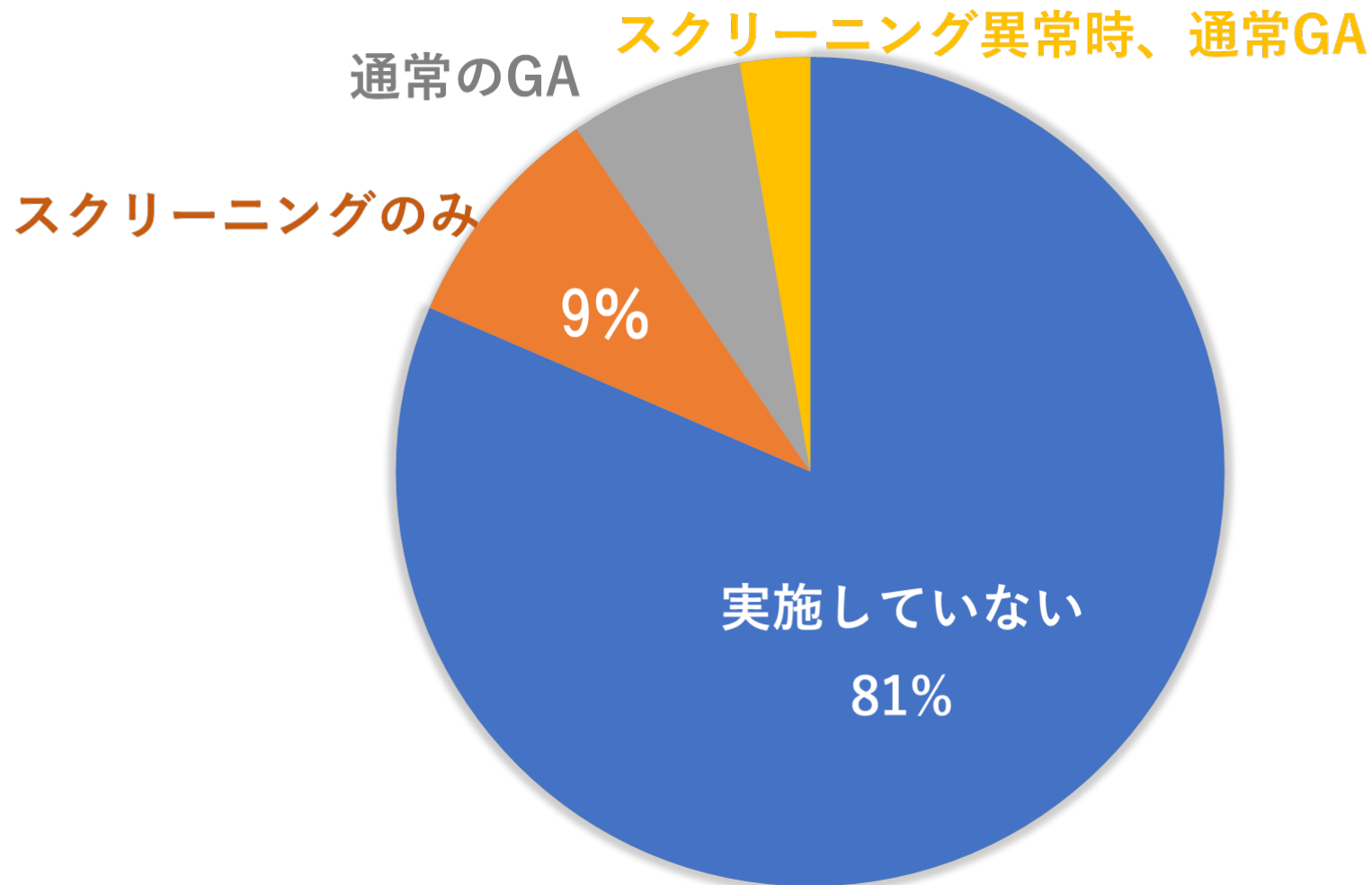
介護認定患者の外科治療～中間成績

福岡大学病院 医療情報部・消化器外科

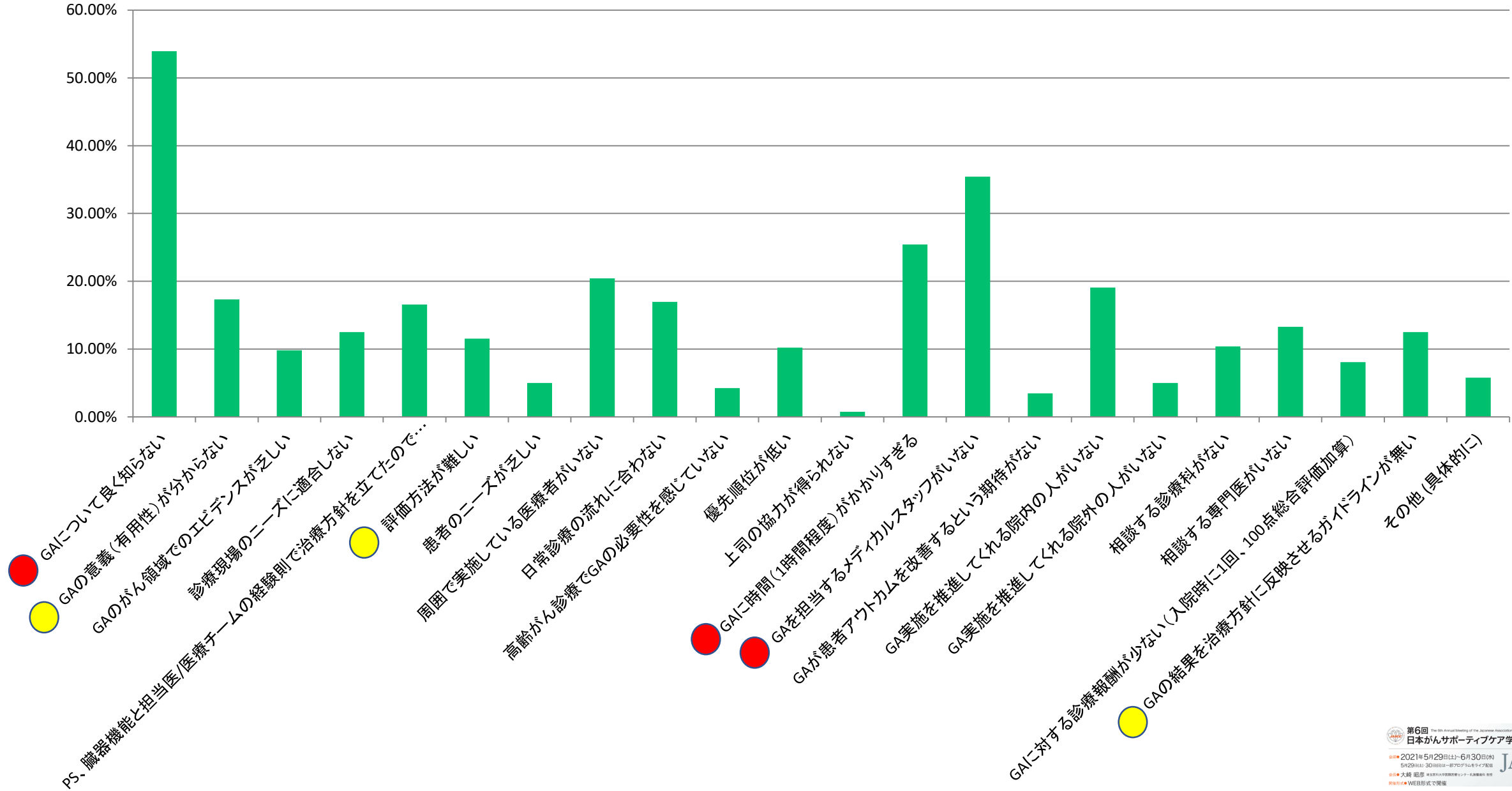
吉田陽一郎

① 高齢者機能評価の現状、介護認定制度の認知度

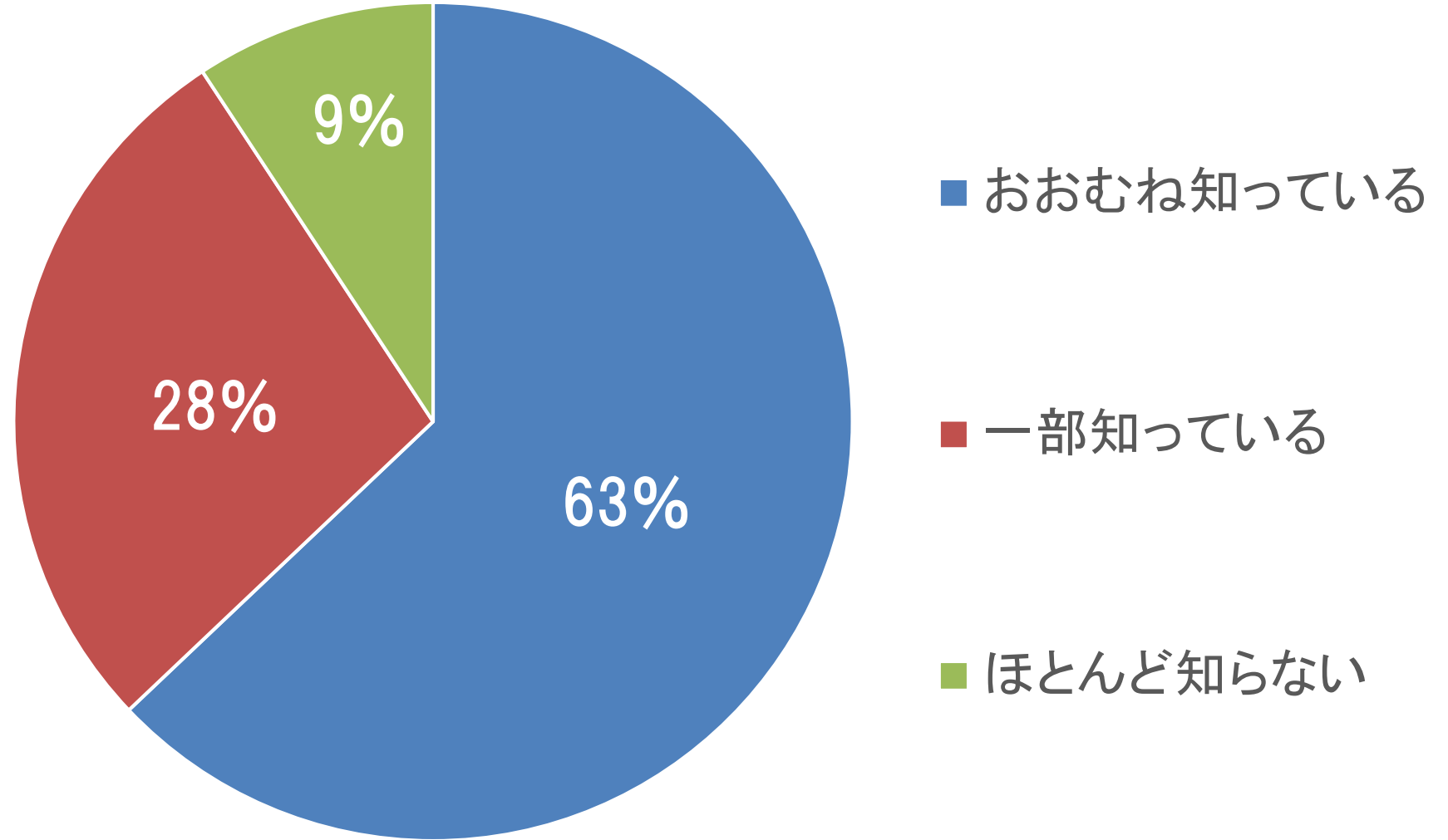
高齢者機能評価（geriatric assessment, GA）を実施していますか？



GAを実施しない理由（複数回答可）



介護保険を利用するには介護認定審査が必要ですが、審査過程をご存知ですか？



②自施設のがん患者における介護認定

【2016年1月～2021年3月】

福岡大学病院で「がん」と診断され(約11000人)、介護認定を受けた人：約1300人

【平均年齢】：78.9（40-100）65歳以下70人

【男女比】 51：49

【治療】外科手術245 鏡視下215 内視鏡109 放射線105

化学療法287 内分泌療法47 その他56

【要介護度】 要支援1：292（23.7%） 要支援2：199（16.2%）

要介護1：300（24.4%） 要介護2：213（17.3%）

要介護3：113（9.2%） 要介護4：71（5.8%） 要介護5：42（3.4%）

データ収集における問題点：医療と介護が連携されていない

- ・介護認定を受けた日が分からない。
- ・記載が明確でない

消化器外科における介護と医療：102名

【平均年齢】：82.4（54-97）65歳以下3人

【男女比】 56：46

【介護認定時期】

介護認定→がん 73名（71.6%）

がん→介護認定 29名（28.4%）

【要介護度】

要支援1：33（32.4%）

要介護1：17（16.7%）

要介護3：9（8.8%）

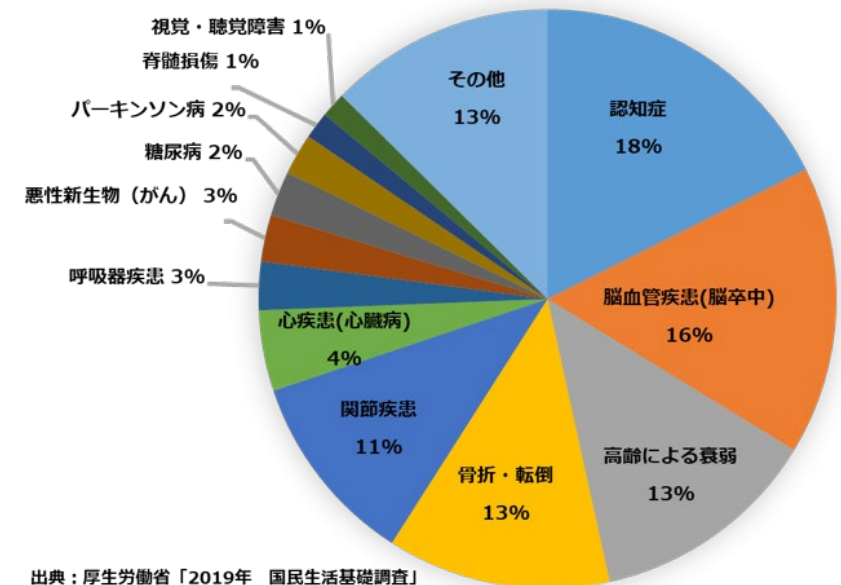
要介護5：4（3.9%）

要支援2：16（15.7%）

要介護2：19（18.6%）

要介護4：4（3.9%）

図1 介護が必要になった原因

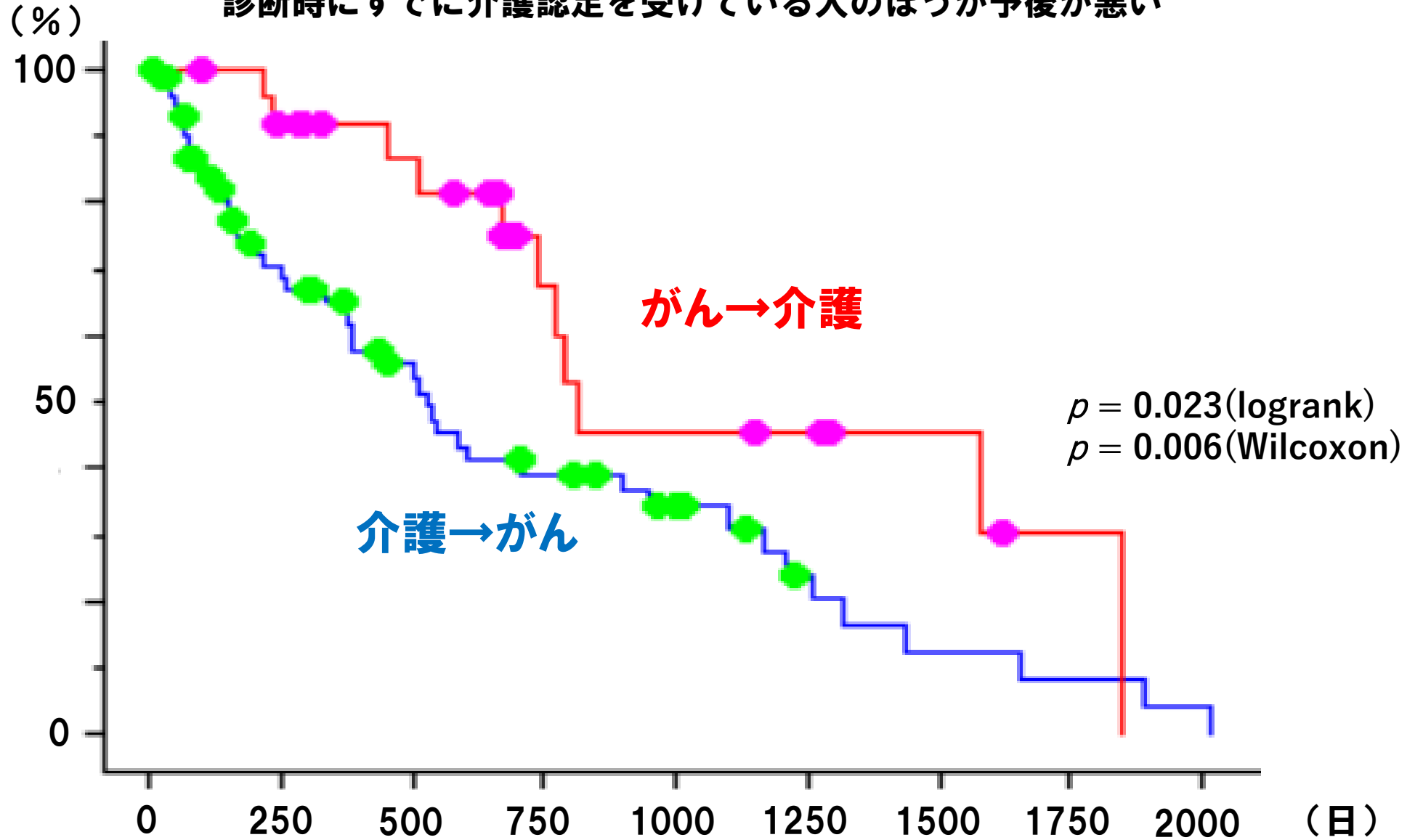


出典：厚生労働省「2019年 国民生活基礎調査」

第15表 要介護度別にみた介護が必要となった主な原因の構成割合 2019年より

介護認定時期による生存率

診断時にすでに介護認定を受けている人のほうが予後が悪い



- ほとんどの施設でGAをしていない。
- 介護認定制度を知っている人は多い。
- 介護認定制度が予後の指標になり得る

高齢者機能評価を行うことが望ましいが、医療と介護の連携を行い、介護認定の結果を利用することによって予後の指標になる可能性がある。

高齢がん患者診療 課題とその解決策

埼玉医科大学国際医療センター 支持医療科 高橋孝郎

もともとがんは高齢者に多い病気である。高齢化社会にてSilver Tsunami が来襲し、それとともにがん患者が激増し、また最近のがん診療の発展により、がんが再発あるいは診断時stage 4 であっても、大腸癌や肺腺がんであれば3年から5年以上、乳がん・前立腺がんであれば10年以上生存することはまれではなくなっており、担がん状態の高齢者は増加の一途となっている。こういった状況下で、高齢者の特徴を知って、がん診療を行うことが必須となってきた。しかし、Medical Oncologist、Palliative Care specialist とも少なく、Geriatriciansは腫瘍には関心が薄い というのが実情で、マンパワーが全く不足しているのは言うまでもないことで、それを言い訳に高齢者がん診療の質向上を蔑ろにする事はできない。高齢者診療に携わる医療者がチームを組み、IT技術（ePRO、ウェアラブルデバイス、遠隔診療など）を駆使して、がん患者のtrajectory（＝がんの診断、がん初期治療、サバイバーシップケア、再発治療、EOLケア）のいずれのphaseにおいても、

緩和ケア・支持医療的 needs および 老年医学的 needs

を複眼的に評価して、個別化されたがん診療・サポーターシップケアを行うことが重要である。

(Nipp RD, Subbiah IM and Loscaizo M: Convergence of geriatrics and palliative care to deliver personalized supportive care for older adults with cancer , JCO, 39, 2185-2194,2021)

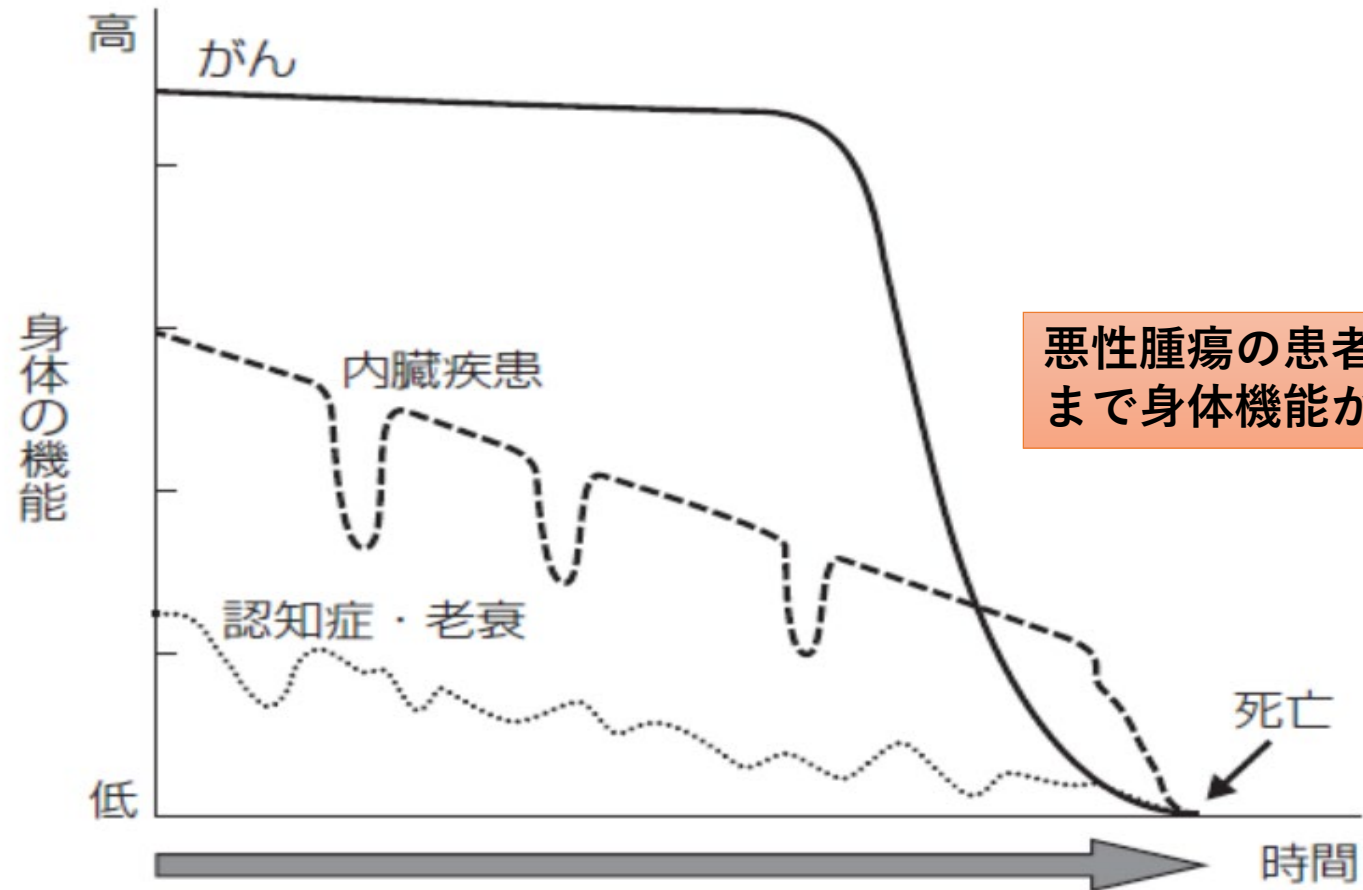
介護認定がん患者の入院治療と 退院後の介護サービスと診療について

産業医科大学

医学部 公衆衛生学教室

松田晋哉

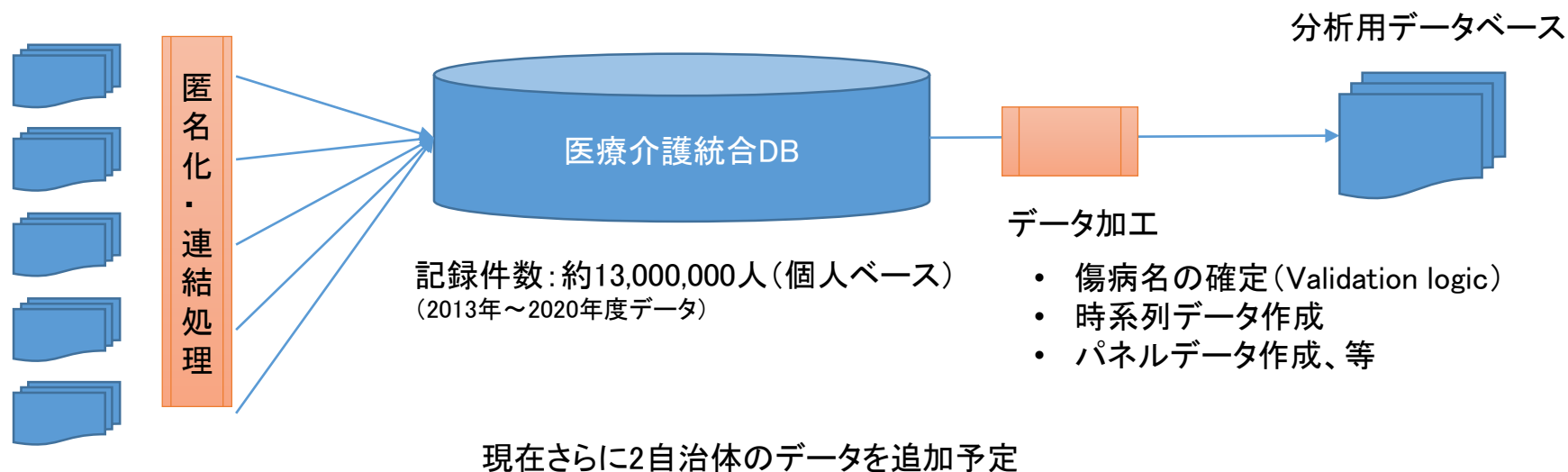
死に至る3つのパターン



悪性腫瘍の患者は、死に至るぎりぎりの時点まで身体機能が維持されている場合が多い

産業医科大学医学部公衆衛生学教室で 作成している医療介護データベースの概要 (令和4年1月時点)

2市1区9府県の医療・介護レセプトを収集し、個人単位で追跡可能なデータベースを構築



氏名、性、生年月日などの情報から医科レセプトと介護レセプトの共通IDを作成し、それを匿名化（ハッシュ関数を利用）した後DB化。

匿名化・共通ID作成は協力自治体のコンピュータで処理

医科レセプトの電子フォーマット

医療機関から月単位で提出される1ファイルの内容

レコードの種類		識別情報	備考	記録
医療機関情報	医療機関情報レコード	I R	1ファイル単位の先頭に記録	必須
レセプト	(別記)	(別記)	1ファイル単位内に1以上記録	必須
診療報酬請求書情報	診療報酬請求書レコード	G O	1ファイル単位の最後に記録	必須

医療機関から月単位で患者ごとに作成されるレセプト情報の内容

レコードの種類		識別情報	備考	記録	複数
レセプト共通レコード		R E	レセプト単位データの先頭に記録	必須	不可
レセプト情報	保険者レコード	H O	医療保険レセプトの場合に記録	(別記)	不可
	公費レコード	K O	公費負担医療レセプトの場合に記録	(別記)	(別記)
	資格確認レコード	S N	資格確認の状況を記録	任意	可※2
	受診日等レコード	J D	受診日等を記録	任意	可
	窓口負担額レコード	M F	窓口負担額等に係る情報を記録	任意	可※3
	包括評価対象外理由レコード	G R	包括評価の対象外となった理由を記録	任意	可
傷病名レコード		S Y	傷病名を記録	必須	可
摘要情報	診療行為レコード	S I	診療行為を記録	必須※1	可
	医薬品レコード	I Y	医薬品を記録	必須※1	可
	特定器材レコード	T O	特定器材を記録	必須※1	可
	コメントレコード	C O	コメントを記録	任意	可
症状詳記レコード		S J	症状詳記を記録	任意	可
臓器提供者レセプト情報		(別記)	(別記)	(別記)	(別記)

研究概要： パネルデータ分析による悪性腫瘍患者の死亡パターンの検討

【資料及び分析方法】

- 東日本の1自治体の2015年4月から2020年3月までの医科レセプト（国民健康保険、後期高齢者医療制度）及び介護レセプトを使用。
- 各制度をつなぐユニークな個人IDを作成し、それをもとにパネルデータを作成。
- 2015年度に悪性腫瘍でDPC対象病院に入院し（DPCレセプトのDPC6桁分類で把握）、退院した75歳以上の患者を抽出。このうち退院月に死亡していない患者を分析対象として、以後月単位で医療・介護サービスの利用状況及び主たる傷病の有病の状況を医科及び介護レセプトから把握し、月単位のパネルデータを作成。

研究概要： パネルデータ分析による悪性腫瘍患者の死亡パターンの検討)

- パネルデータの作成にあたって、死亡以後の月は打ち切りとし、またレセプトで追跡不能となった対象者についてもその月で打ち切りとした。
- 目的変数は死亡の有無（無=0、有=1）で、説明変数は外来受診、一般病床への入院、回復期病床への入院、医療療養病床への入院、精神病床への入院、訪問診療利用、医療保険の訪問看護利用、訪問介護利用、介護保険の訪問看護利用、福祉機器貸与利用、通所介護利用、通所リハビリテーション利用、ショートステイ利用、介護療養病床入所、老人保健施設入所、特別養護老人ホーム入所、グループホーム入所、特定施設生活介護利用、傷病では糖尿病、高血圧、虚血性心疾患、皮膚疾患、下肢関節障害、腎不全、心不全、肺炎、認知症、脳血管障害、尿路感染症、骨折の有無をそれぞれ把握した（以上の変数は無=0、有=1）。

分析対象のエントリー時における概要（1）

変数	男性	女性	全体	p値
対象者数（人）	702	718	1,420	
（%）	49.4	50.6	100.0	
年齢 平均（歳）	83.1	84.1	83.6	p<0.001*
標準偏差（歳）	5.2	5.2	5.2	
観察期間 平均（月）	25.7	28.8	27.2	0.009*
標準偏差（月）	21.8	23.4	22.7	
死亡(%) ¹⁾	75.4	64.9	70.1	p<0.001**
死亡者の観察期間				
平均（月）	15.7	14.1	14.9	0.094*
標準偏差（月）	15.0	14.8	14.9	
要介護認定無(%)	20.09	20.89	20.49	0.304***
要支援1(%)	7.69	7.66	7.68	
要支援2(%)	10.68	12.53	11.62	
要介護1(%)	16.67	13.79	15.21	
要介護2(%)	23.79	22.28	23.03	
要介護3(%)	10.54	8.91	9.72	
要介護4(%)	6.84	8.22	7.54	
要介護5(%)	3.7	5.71	4.72	

- 死亡までの平均観察期間は約15ヶ月で、ほぼ1年後に死亡
- 約80%が要介護認定を受けている。
- 要介護度では要介護2、要介護1が多い。

1) 死亡は観察期間中の全死亡

*: t検定、 **: ログランク検定、 ***: χ^2 検定

分析対象のエントリー時における概要（2）

変数	男性	女性	全体	p値
外来(%)	82.76	80.64	81.69	0.301***
医療療養病床入院(%)	2.99	3.48	3.24	0.602***
訪問診療(%)	11.25	11.7	11.48	0.792***
歯科受診(%)	18.23	17.97	18.1	0.896***
訪問介護(%)	32.34	37.05	34.72	0.062***
訪問看護(%)	13.25	12.67	12.96	0.748***
通所介護(%)	22.22	20.19	21.2	0.350***
通所リハビリテーション(%)	5.27	3.76	4.51	0.170***
ショートステイ(%)	3.28	3.62	3.45	0.722***
介護療養病床(%)	0.14	0.28	0.21	0.577***
老人保健施設(%)	2.28	2.79	2.54	0.544***
特別養護老人ホーム(%)	0.85	3.06	1.97	0.003***
連携(%)	19.52	22.98	21.27	0.111***
糖尿病(%)	44.44	41.23	42.82	0.220***
気分障害(%)	8.26	10.03	9.15	0.249***
高血圧性疾患(%)	63.68	66.99	65.35	0.189***
虚血性心疾患(%)	28.35	26.18	27.25	0.360***
心房細動(%)	11.11	7.52	9.3	<0.001***
腎不全(%)	15.1	10.45	12.75	0.009***
心不全(%)	26.92	28.97	27.96	0.390***
肺炎(%)	19.52	13.09	16.27	0.001***
認知症(%)	14.81	18.11	16.48	0.095***
脳血管障害(%)	30.2	21.31	25.7	<0.001***
貧血(%)	37.32	35.24	36.27	0.414***

- 約80%が外来受診
- 介護保険サービスでは訪問介護がもっとも多く使われている（約35%）。
- 併存症では高血圧（約65%）、糖尿病（約43%）、貧血（約36%）、心不全（約28%）の有病率が高い。

***: χ^2 検定

死亡に関連する要因のパネルデータ分析の結果（1）（男性713名）

変数	オッズ比 (OR)	ORの 標準偏差	ORの95%信頼区間		p 値
			下限	上限	
一般病床入院	2.63	0.35	2.03	3.41	<0.001
医療療養病床入院	64.31	25.09	29.94	138.16	<0.001
外来	0.11	0.02	0.08	0.16	<0.001
訪問診療	17.65	3.60	11.84	26.31	<0.001
歯科受診	0.76	0.15	0.51	1.13	0.174
連携	0.10	0.04	0.05	0.21	<0.001
訪問介護	0.60	0.12	0.41	0.88	0.009
訪問看護	0.68	0.16	0.43	1.08	0.105
通所介護	0.09	0.03	0.05	0.17	<0.001
老人保健施設	1.26	0.48	0.59	2.67	0.550
特別養護老人ホーム	75.38	53.83	18.59	305.59	<0.001
糖尿病	0.56	0.10	0.40	0.79	0.001
気分障害	0.73	0.22	0.40	1.31	0.293
高血圧	0.44	0.08	0.31	0.62	<0.001
虚血性心疾患	1.01	0.21	0.67	1.52	0.965
腎不全	1.60	0.35	1.04	2.45	0.031
心不全	2.27	0.39	1.62	3.19	<0.001
肺炎	3.24	0.50	2.40	4.37	<0.001
認知症	1.33	0.30	0.85	2.08	0.211
脳血管障害	1.33	0.25	0.92	1.92	0.127
貧血	0.95	0.16	0.68	1.32	0.744
LR chi2(21) = 1554.50					
Log likelihood = -1021.5059 Prob > chi2 < 0.0001					

- 入院、入所、訪問診療が必要となる状況は死亡確率を有意に高める。
- 外来受診の継続は死亡確率を有意に低める。
- 在宅・通所介護サービスの利用は死亡確率を有意に低める。
- 腎不全、心不全、肺炎の併存は死亡確率を有意に高める。
- 高血圧、糖尿病の弊損は死亡確率を有意に低める。

(Unbalanced panel data, 固定効果モデル)

死亡に関連する要因のパネルデータ分析の結果（2）（女性718名）

変数	オッズ比 (OR)	ORの 標準偏差	ORの95%信頼区間		p 値
			下限	上限	
一般病床入院	1.96	0.28	1.48	2.59	<0.001
医療療養病床入院	68.95	26.90	32.09	148.14	<0.001
外来	0.06	0.01	0.04	0.10	<0.001
訪問診療	19.74	4.57	12.53	31.08	<0.001
歯科受診	0.66	0.14	0.43	1.01	0.054
連携	0.25	0.09	0.13	0.49	<0.001
訪問介護	0.49	0.10	0.32	0.74	0.001
訪問看護	0.52	0.14	0.30	0.88	0.016
通所介護	0.08	0.03	0.04	0.16	<0.001
老人保健施設	1.08	0.40	0.52	2.25	0.841
特別養護老人ホーム	46.18	24.89	16.06	132.80	<0.001
糖尿病	0.46	0.09	0.31	0.67	<0.001
気分障害	1.33	0.40	0.74	2.39	0.345
高血圧	0.60	0.11	0.42	0.85	0.004
虚血性心疾患	1.23	0.29	0.77	1.96	0.395
腎不全	1.09	0.28	0.66	1.81	0.733
心不全	2.01	0.38	1.38	2.93	<0.001
肺炎	4.13	0.73	2.92	5.83	<0.001
認知症	1.26	0.32	0.76	2.08	0.372
脳血管障害	0.93	0.21	0.60	1.46	0.762
貧血	0.52	0.09	0.36	0.74	<0.001
LR chi2(21) = 1447.18					
Log likelihood = -841.32493	Prob > chi2	<	0.0001		

- 入院、入所、訪問診療が必要となる状況は死亡確率を有意に高める。
- 外来受診の継続は死亡確率を有意に低める。
- 在宅・通所介護サービスの利用は死亡確率を有意に低める。
- 腎不全、心不全、肺炎の併存は死亡確率を有意に高める。
- 高血圧、糖尿病の弊損は死亡確率を有意に低める。

(Unbalanced panel data, 固定効果モデル)

考察 結果をどのように解釈するか？

- 入院、入所、訪問診療が必要となる状況は死亡確率を有意に高める。
 - その契機となる傷病は、肺炎、心不全・腎不全の増悪が多い
- 外来受診の継続は死亡確率を有意に低める。
 - 外来が受診できるような状況を反映→高血圧、糖尿病の併存もこの状況を反映しているものと考えられる。
- 在宅・通所サービスの利用は死亡確率を有意に低める。
 - 在宅・通所サービスが利用できるような状況を反映
 - 他方、介護サービスが正の生命予後効果を持つ報告もある（Kim et al 2012, Koike et al 2013, Lin et al 2015）

- Kim J-N, Shiwaku K. The effect of utilization of in-home services and the changes in levels of care needs of frail persons (2002–2004): results of a two-year follow-up study. *J Rural Med.* 7:6–14, 2012.
- Koike S, Furui Y : Long-term care-service use and increases in care-need level among home-based elderly people in a Japanese urban area, *Health Policy.* 110(1):94-100. 2013. doi: 10.1016/j.healthpol.2012.12.011. Epub 2013 Jan 9.
- Lin HR, MS, Otsubo T, Imanaka Y: The Effects of Dementia and Long-Term Care Services on the Deterioration of Care-needs Levels of the Elderly in Japan, *Medicine (Baltimore).* 2015 Feb; 94(7): e525. doi: 10.1097/MD.0000000000000525

まとめ

- 後期高齢者の悪性腫瘍治療後の状態では、一般病床や療養病床への入院につながる肺炎、心不全、腎不全のような急性期イベントの発生が死亡にいたる確率を高めることが確認された。
- 人生の最終段階において、QOLの高い生活を送るためには、訪問系・通所系の介護サービスを利用し、ADLの維持・向上に努めることの有用性も示唆された。
- 後期高齢のがん患者のケアマネジメントにおいては、以上のように医療・介護の総合的なケアマネジメントの提供が必要である。

悪性リンパ腫の治療方針

～介護を必要とする悪性リンパ腫患者の治療に関するアンケート調査中間報告

埼玉医科大学病院 血液内科 照井康仁

びまん性大細胞型 B 細胞リンパ腫 (DLBCL) は悪性リンパ腫の中で一番多いタイプで、標準的一次治療は R-CHOP 療法であるが、治療の減量や中止は年齢や一般状態 (Performance Status) を参考にしているのが現状である。潜在的に薬物療法のみで治癒可能な DLBCL に絞り、その治療を担当する診療科・センターが介護度に応じてどのような治療を実施する可能性があるかをアンケート調査することにし、介護度とその脆弱性の程度に応じた治療方針を回答いただくことにした。アンケート内容は、介護度別に DLBCL の限局期 (I, II 期) 及び進行期 (III, IV 期) の治療介入の有無、治療選択、選択理由、年齢区分、平均余命区分とした。456 施設中 102 施設からの回答 (22.4%) をもとに統計解析前の中間結果として、「介護非該当」、「要支援 1」、「要支援 2」、「要介護 1」、「要介護 2」では、「治療をする」傾向であったが、「減量する」傾向であった。また、「要介護 3」、「要介護 4」、「要介護 5」では、「治療をしない」傾向であったが、治療をする場合は減量又は緩和的治療が選ばれていた。各施設の介護度への理解は中程度が最も多く、高齢者 DLBCL の治療方針を決定する上での介護度は「参

考にする」・「ある程度参考にする」が 95%を占めた。介護度や社会的要因などの総合的な観点から治療方針を決定している様である。今後、アンケートの統計学的解析からの詳細な結果が待たれる。

高齢者のがんを考える会議6
～介護とがん医療の連携についての公開討論～
2022年2月26日

介護保険制度について

帝京大学法学部法律学科教授
村上 文

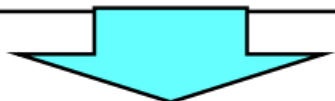
目次

- ◆ 介護保険制度導入の基本的考え方
- ◆ 制度の仕組み
- ◆ 制度の利用の流れ
- ◆ 制度利用者の増加と課題
- ◆ 地域包括ケアシステムの構築に向けて
- ◆ 介護する家族の仕事と介護の両立

介護保険制度の導入の基本的な考え方

【背景】

- 高齢化の進展に伴い、要介護高齢者の増加、介護期間の長期化など、介護ニーズはますます増大。
- 一方、核家族化の進行、介護する家族の高齢化など、要介護高齢者を支えてきた家族をめぐる状況も変化。
- 従来の老人福祉・老人医療制度による対応には限界。



高齢者の介護を社会全体で支え合う仕組み(介護保険)を創設

1997年 介護保険法成立、2000年 介護保険法施行

【基本的な考え方】

- **自立支援**・・・単に介護を要する高齢者の身の回りの世話をすることを超えて、高齢者の自立を支援することを理念とする。
- **利用者本位**・・・利用者の選択により、多様な主体から保健医療サービス、福祉サービスを総合的に受けられる制度
- **社会保険方式**・・・給付と負担の関係が明確な社会保険方式を採用

介護保険制度創設前の制度の問題点

老人福祉

対象となるサービス

- ・特別養護老人ホーム等
- ・ホームヘルプサービス、デイサービス等

(問題点)

- 市町村がサービスの種類、提供機関を決めるため、利用者がサービスの選択をすることができない
- 所得調査が必要なため、利用に当たって心理的抵抗感が伴う
- 市町村が直接あるいは委託により提供するサービスが基本であるため、競争原理が働かず、サービス内容が画一的となりがち
- 本人と扶養義務者の収入に応じた利用者負担(応能負担)となるため、中高所得層にとって重い負担

老人医療

対象となるサービス

- ・老人保健施設、療養型病床群、一般病院等

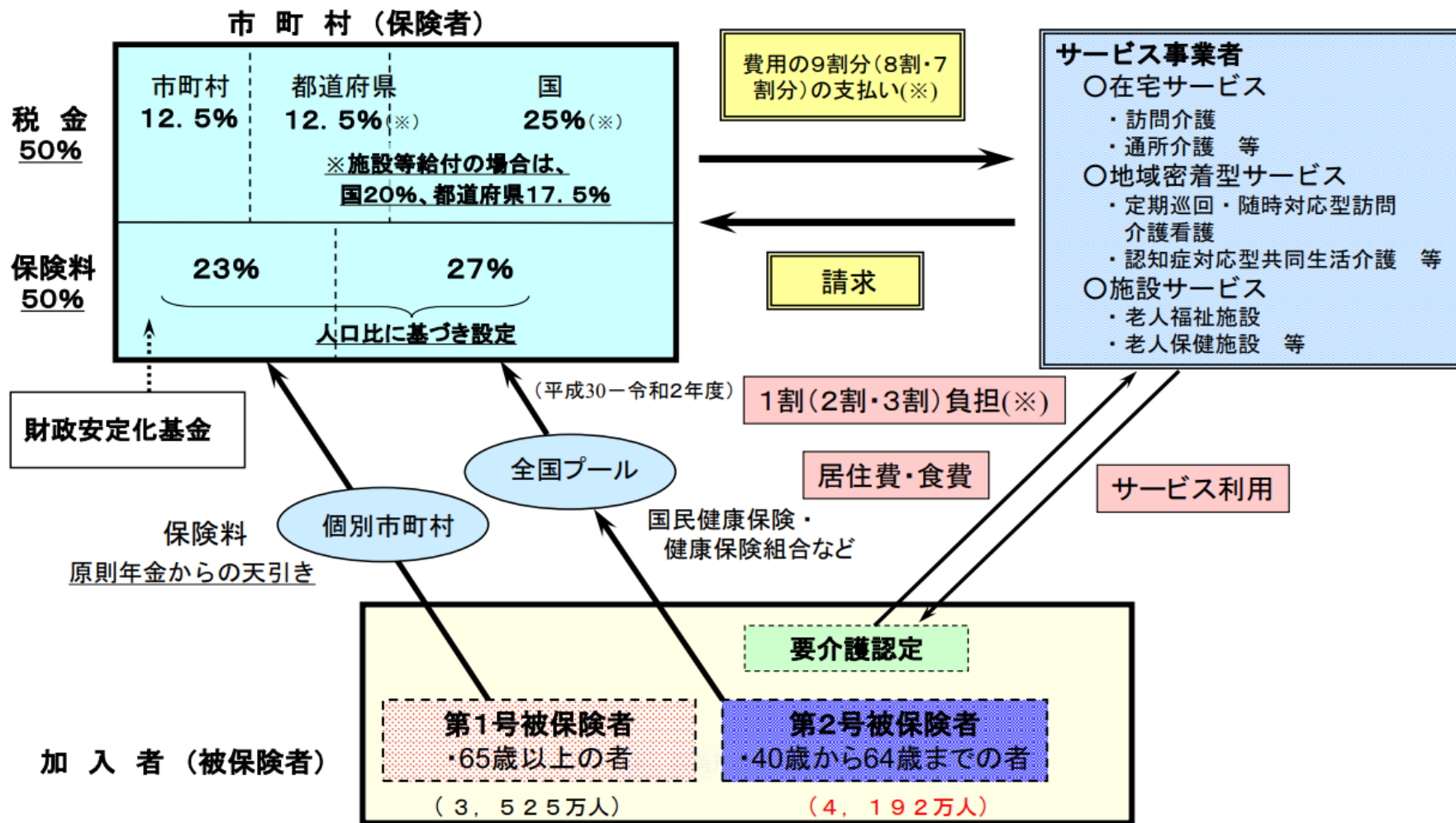
(問題点)

- 中高所得者層にとって利用者負担が福祉サービスより低く、また、福祉サービスの基盤整備が不十分であったため、介護を理由とする一般病院への長期入院(いわゆる社会的入院)の問題が発生
 - 特別養護老人ホームや老人保健施設に比べてコストが高く、医療費が増加
 - 治療を目的とする病院では、スタッフや生活環境の面で、介護を要する者が長期に療養する場としての体制が不十分
(居室面積が狭い、食堂や風呂がない等)

● 四角形の領域切り取り(R)

従来の老人福祉・老人医療制度による対応には限界

介護保険制度の仕組み



(注) 第1号被保険者の数は、「介護保険事業状況報告年報」によるものであり、平成30年度末現在の数である。

第2号被保険者の数は、社会保険診療報酬支払基金が介護給付費納付金額を確定するための医療保険者からの報告によるものであり、平成30年度内の月平均値である。

(※) 一定以上所得者については、費用の2割負担(平成27年8月施行)又は3割負担(平成30年8月施行)。

介護保険制度の被保険者(加入者)

- 介護保険制度の被保険者は、①65歳以上の者(第1号被保険者)、②40～64歳の医療保険加入者(第2号被保険者)となっている。
- 介護保険サービスは、65歳以上の者は原因を問わず要支援・要介護状態となったときに、40～64歳の者は末期がんや関節リウマチ等の老化による病気が原因で要支援・要介護状態になった場合に、受けることができる。

	第1号被保険者	第2号被保険者
対象者	65歳以上の者	40歳から64歳までの医療保険加入者
人数	3,525万人 (65～74歳:1,730万人 75歳以上:1,796万人)	4,192万人
受給要件	<ul style="list-style-type: none"> ・要介護状態 (寝たきり、認知症等で介護が必要な状態) ・要支援状態 (日常生活に支援が必要な状態) 	要介護、要支援状態が、末期がん・関節リウマチ等の加齢に起因する疾病(特定疾病)による場合に限定
要介護(要支援)認定者数と被保険者に占める割合	645万人(18.3%) (65～74歳: 73万人(4.2%) 75歳以上: 572万人(31.8%))	13万人(0.3%)
保険料負担	市町村が徴収 (原則、年金から天引き)	医療保険者が医療保険の保険料と一括徴収

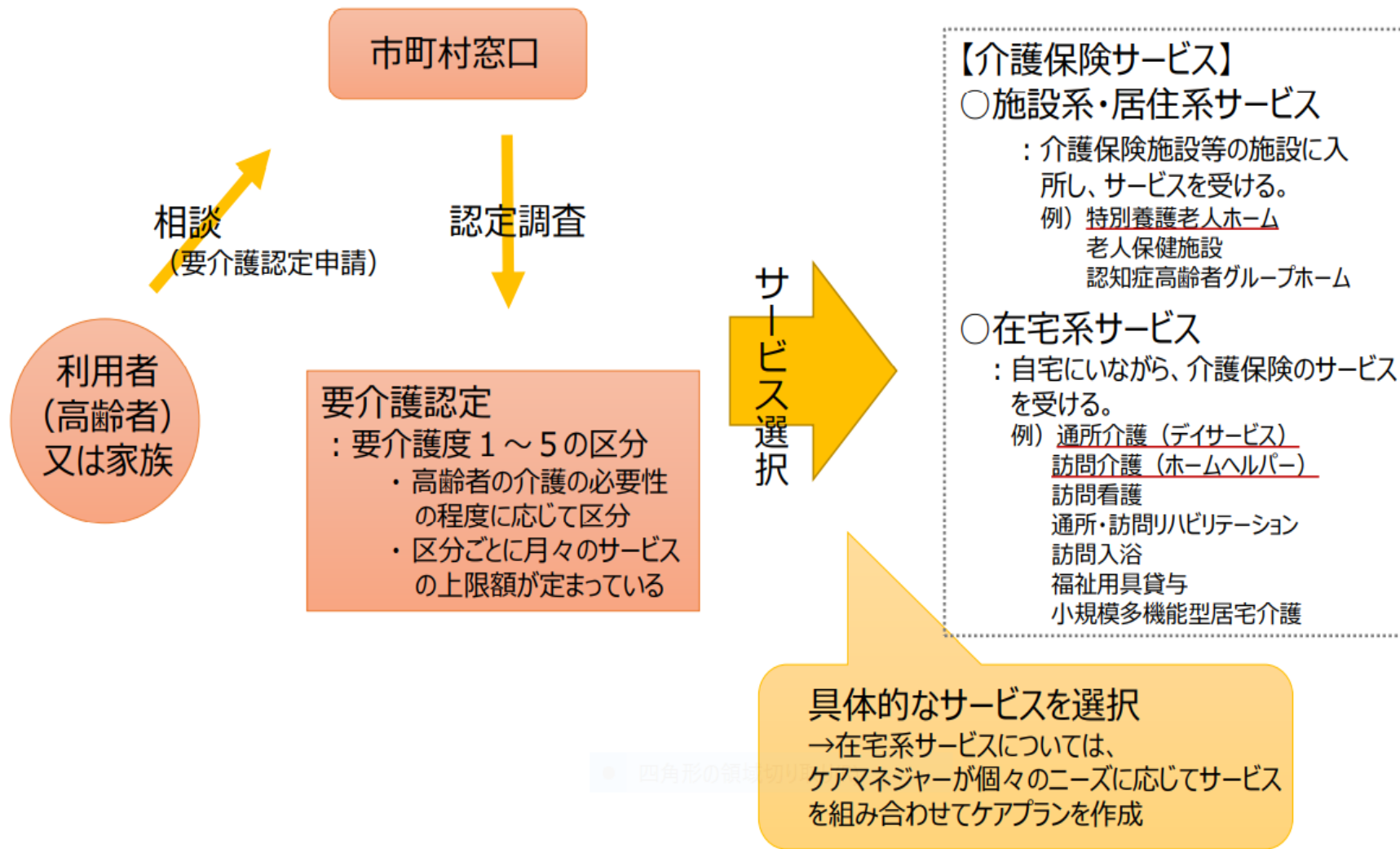
(注) 第1号被保険者及び要介護(要支援)認定者の数は、「介護保険事業状況報告」によるものであり、平成30年度末現在の数である。
第2号被保険者の数は、社会保険診療報酬支払基金が介護給付費納付金額を確定するための医療保険者からの報告によるものであり、平成30年度内の月平均値である。

第2号被保険者の加齢に起因する特定疾病

※ 特定疾病とは

1 がん（医師が一般に認められている知見にもとづき回復の見込みがない状態に至ったと判断したものに限る。）	9 脊柱管狭窄症
2 関節リウマチ	10 早老症
3 筋萎縮性側索硬化症	11 多系統萎縮症
4 後縦靭帯骨化症	12 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症および糖尿病性網膜症
5 骨折を伴う骨粗鬆症	13 脳血管疾患
6 初老期における認知症	14 閉塞性動脈硬化症
7 進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症およびパーキンソン病	15 慢性閉塞性肺疾患
	16 両側の膝関節または股関節に著しい変形を伴う変形性関節症
8 脊髄小脳変性症	

介護保険制度利用の流れ(イメージ)



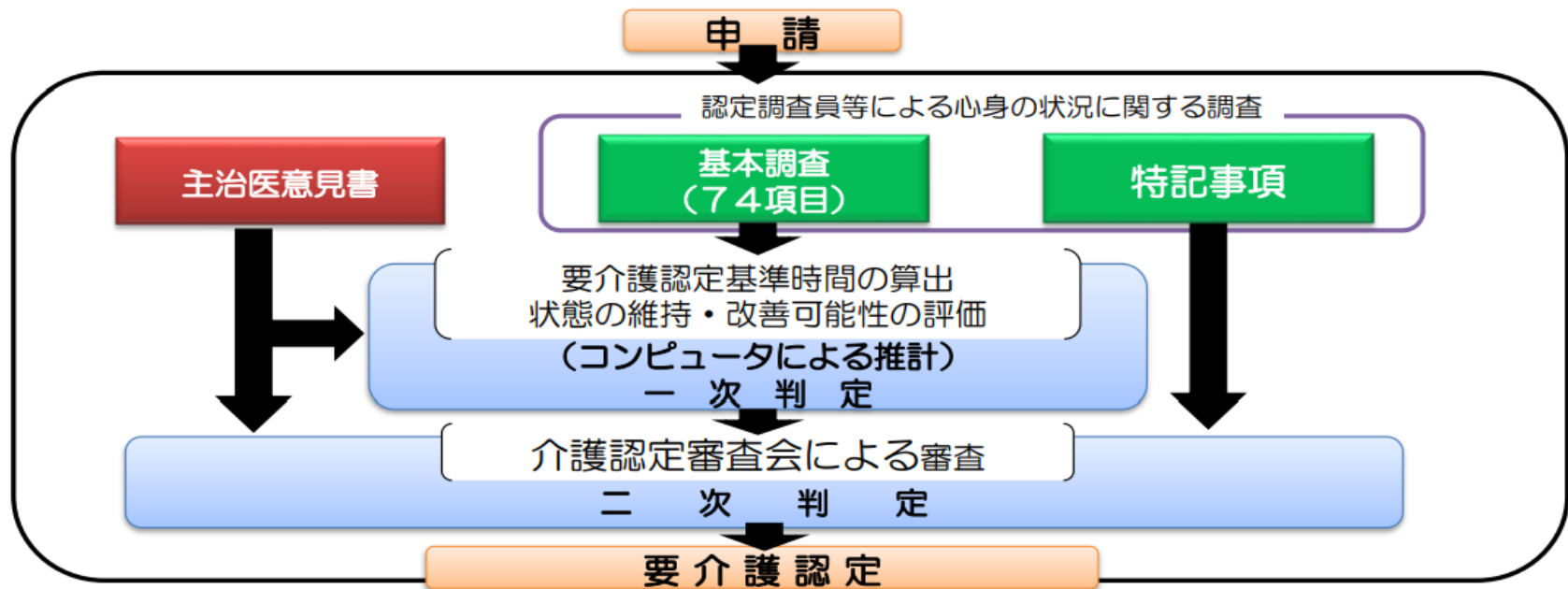
介護保険制度における要介護認定制度について

趣旨

- 介護保険制度では、寝たきりや認知症等で常時介護を必要とする状態(要介護状態)になった場合や、家事や身支度等の日常生活に支援が必要であり、特に介護予防サービスが効果的な状態(要支援状態)になった場合に、介護の必要度合いに応じた介護サービスを受けることができる。
- この要介護状態や要支援状態にあるかどうかの程度判定を行うのが要介護認定(要支援認定を含む。以下同じ。)であり、介護の必要量を全国一律の基準に基づき、客観的に判定する仕組み。

要介護認定の流れ

- 要介護認定は、まず、市町村の認定調査員による心身の状況調査(認定調査)及び主治医意見書に基づくコンピュータ判定を行う。(一次判定)
- 次に保健・医療・福祉の学識経験者により構成される介護認定審査会により、一次判定結果、主治医意見書等に基づき審査判定を行う。(二次判定)
- この結果に基づき、市町村が申請者についての要介護認定を行う。



一次判定 要介護認定等基準時間の推計を利用

要支援1	要介護認定等基準時間が25分以上32分未満又はこれに相当すると認められる状態
要支援2 要介護1	要介護認定等基準時間が32分以上50分未満又はこれに相当すると認められる状態
要介護2	要介護認定等基準時間が50分以上70分未満又はこれに相当すると認められる状態
要介護3	要介護認定等基準時間が70分以上90分未満又はこれに相当すると認められる状態
要介護4	要介護認定等基準時間が90分以上110分未満又はこれに相当すると認められる状態
要介護5	要介護認定等基準時間が110分以上又はこれに相当すると認められる状態

要介護認定等基準時間は、認定調査の結果に基に申請者の状態像を数量化し、この値と福祉施設等の高齢者約3400人に対し実施した介護サービスの時間の調査結果（1分間タイムスタディ・データ）との関連性を分析することで推計。
いわば「**介護の手間**」の総量・・・**介護の必要度をはかる「ものさし」**

要介護度と区分支給限度基準額

居宅サービスや地域密着型サービスの利用額の上限(月)

要介護度	区分支給限度基準額
要支援1	5,032単位
要支援2	10,531単位
要介護1	16,765単位
要介護2	19,705単位
要介護3	27,048単位
要介護4	30,938単位
要介護5	36,217単位

- ・1単位10～11.4円（地域やサービスにより異なる）
- ・別途、住宅改修費は1人につき、20万円まで、福祉用具購入費は年10万円まで

介護サービスの種類

	都道府県・政令市・中核市が指定・監督を行うサービス	市町村が指定・監督を行うサービス
介護給付を行うサービス	<p>◎居宅介護サービス</p> <p>【訪問サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○訪問介護（ホームヘルプサービス） ○訪問入浴介護 ○訪問看護 ○訪問リハビリテーション ○居宅療養管理指導 ○特定施設入居者生活介護 ○福祉用具貸与 ○特定福祉用具販売 <p>【通所サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○通所介護（デイサービス） ○通所リハビリテーション <p>【短期入所サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○短期入所生活介護（ショートステイ） ○短期入所療養介護 <p>◎施設サービス</p> <ul style="list-style-type: none"> ○介護老人福祉施設 ○介護老人保健施設 ○介護療養型医療施設 ○介護医療院 	<p>◎地域密着型介護サービス</p> <ul style="list-style-type: none"> ○定期巡回・随時対応型訪問介護看護 ○夜間対応型訪問介護 ○地域密着型通所介護 ○認知症対応型通所介護 ○小規模多機能型居宅介護 ○認知症対応型共同生活介護（グループホーム） ○地域密着型特定施設入居者生活介護 ○地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 ○複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護） <p>◎居宅介護支援</p>
予防給付を行うサービス	<p>◎介護予防サービス</p> <p>【訪問サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○介護予防訪問入浴介護 ○介護予防訪問看護 ○介護予防訪問リハビリテーション ○介護予防居宅療養管理指導 ○介護予防特定施設入居者生活介護 ○介護予防福祉用具貸与 ○特定介護予防福祉用具販売 <p>【通所サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○介護予防通所リハビリテーション <p>【短期入所サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○介護予防短期入所生活介護（ショートステイ） ○介護予防短期入所療養介護 	<p>◎地域密着型介護予防サービス</p> <ul style="list-style-type: none"> ○介護予防認知症対応型通所介護 ○介護予防小規模多機能型居宅介護 ○介護予防認知症対応型共同生活介護（グループホーム） <p>◎介護予防支援</p>

この他、居宅介護（介護予防）住宅改修、介護予防・日常生活支援総合事業がある。

介護報酬について

- 介護報酬とは、事業者が利用者（要介護者又は要支援者）に介護サービスを提供した場合に、その対価として事業者を支払われるサービス費用をいう。
- 法律上、事業所が所在する地域等も考慮した、サービス提供に要する平均的な費用の額を勘案して設定することとされている。（介護保険法第41条第4項等）

介護報酬の構造

基本報酬

（基本的なサービス提供に係る費用）

加算

事業所のサービスの提供体制や
利用者の状況に応じて評価

基本報酬の例

- ✓ 30分以上1時間未満の場合
 - ・訪問介護（身体介護） 396単位
 - ・訪問看護 821単位（訪問看護ステーション）
573単位（病院・診療所）
- ✓ 1回につき
 - ・訪問リハビリテーション 307単位

ケアマネージャーは介護保険のキーパーソン

◆ケアマネージャーは利用者が選択(事業所リスト配布)

◆ケアマネジメント

- ・利用者の状態、ニーズ、意向を踏まえケアプラン(原案)作成
(サービス事業者も利用者が選択) *「介護サービス情報公表システム」参照
- ・サービス担当者会議
- ・ケアプランに基づくサービス提供の調整
- ・モニタリング 実施状況とニーズの検証→ケアプランの変更も

◆給付管理

◆病院への入院、退院時の連絡、調整等

これまでの20年間の対象者、利用者の増加

○介護保険制度は、制度創設以来20年を経過し、65歳以上被保険者数が約1.6倍に増加するなかで、サービス利用者数は約3.3倍に増加。高齢者の介護に無くてはならないものとして定着・発展している。

①65歳以上被保険者の増加

	2000年4月末		2020年4月末	
第1号被保険者数	2,165万人	⇒	3,558万人	1.6倍

②要介護（要支援）認定者の増加

	2000年4月末		2020年4月末	
認定者数	218万人	⇒	669万人	3.1倍

③サービス利用者の増加

	2000年4月		2020年4月	
在宅サービス利用者数	97万人	⇒	384万人	4.0倍
施設サービス利用者数	52万人	⇒	95万人	1.8倍
地域密着型サービス利用者数	—		84万人	
計	149万人	⇒	494万人※	3.3倍

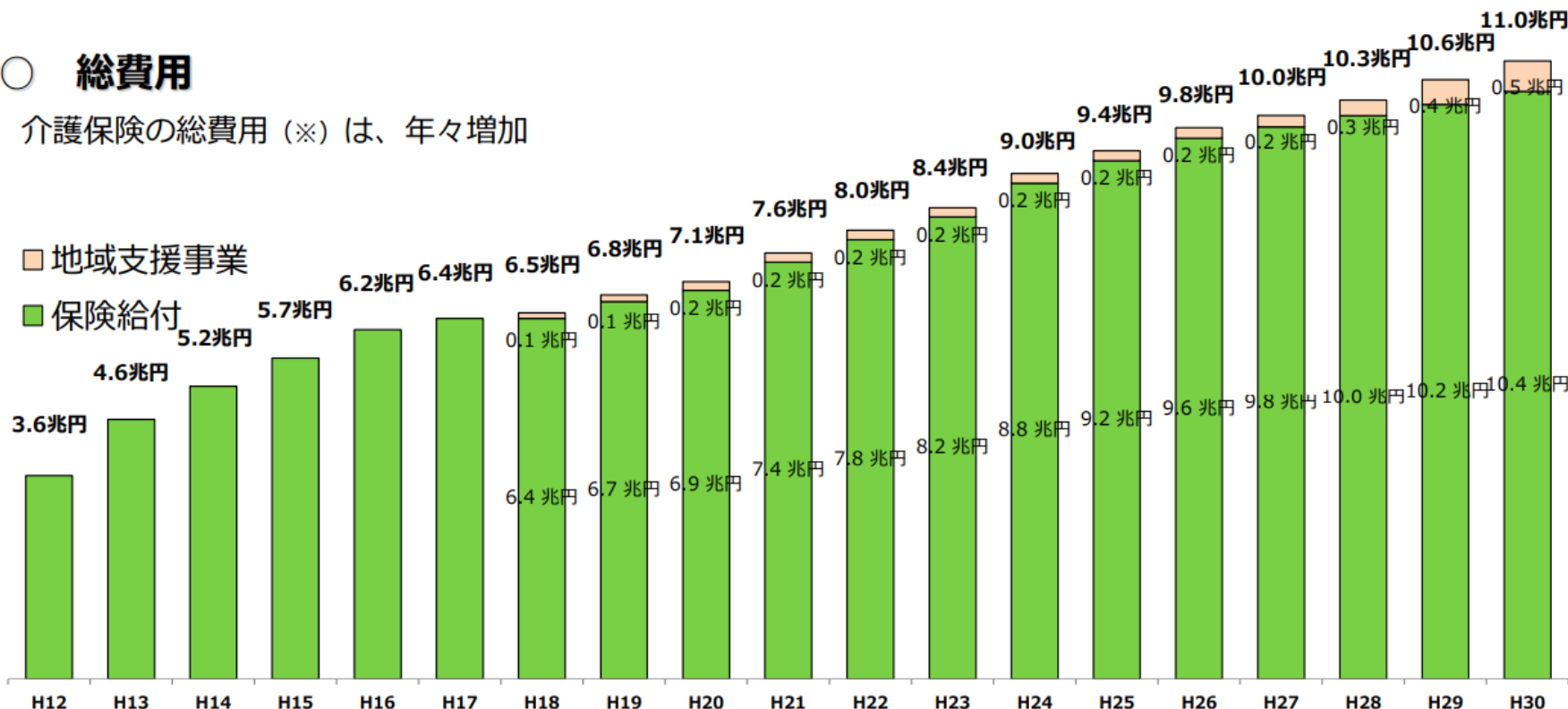
（出典：介護保険事業状況報告）

※ 居宅介護支援、介護予防支援、小規模多機能型サービス、複合型サービスを足し合わせたもの、並びに、介護保険施設、地域密着型介護老人福祉施設、特定入所者生活介護（地域密着型含む）、及び認知症対応型共同生活介護の合計。在宅サービス利用者数、施設サービス利用者数及び地域密着型サービス利用者数を合計した、延べ利用者数は563万人。

介護費用と保険料の推移

○ 総費用

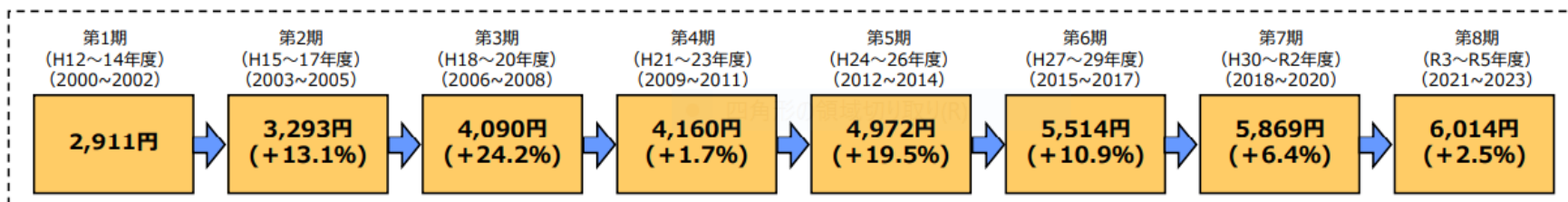
介護保険の総費用（※）は、年々増加



※1 介護保険に係る事務コストや人件費などは含まない（地方交付税により措置されている）。

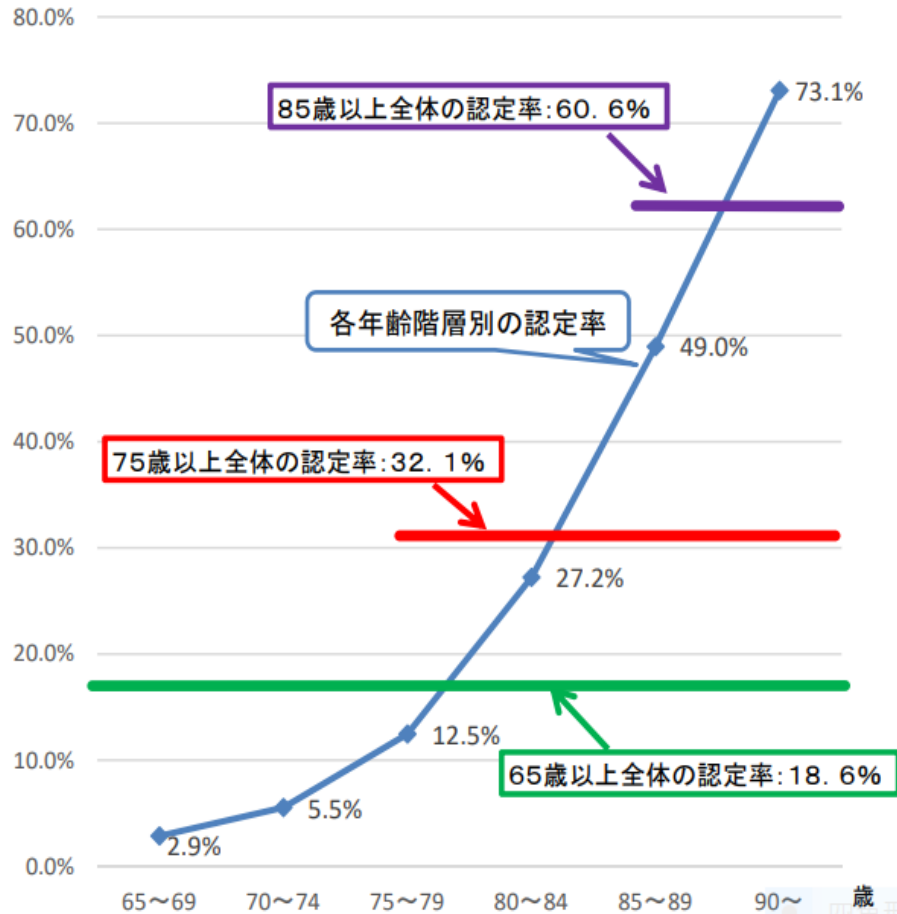
※2 地域支援事業の利用者負担は含まない。

○ 65歳以上が支払う保険料〔全国平均（月額・加重平均）〕



年齢階級別の要介護認定率

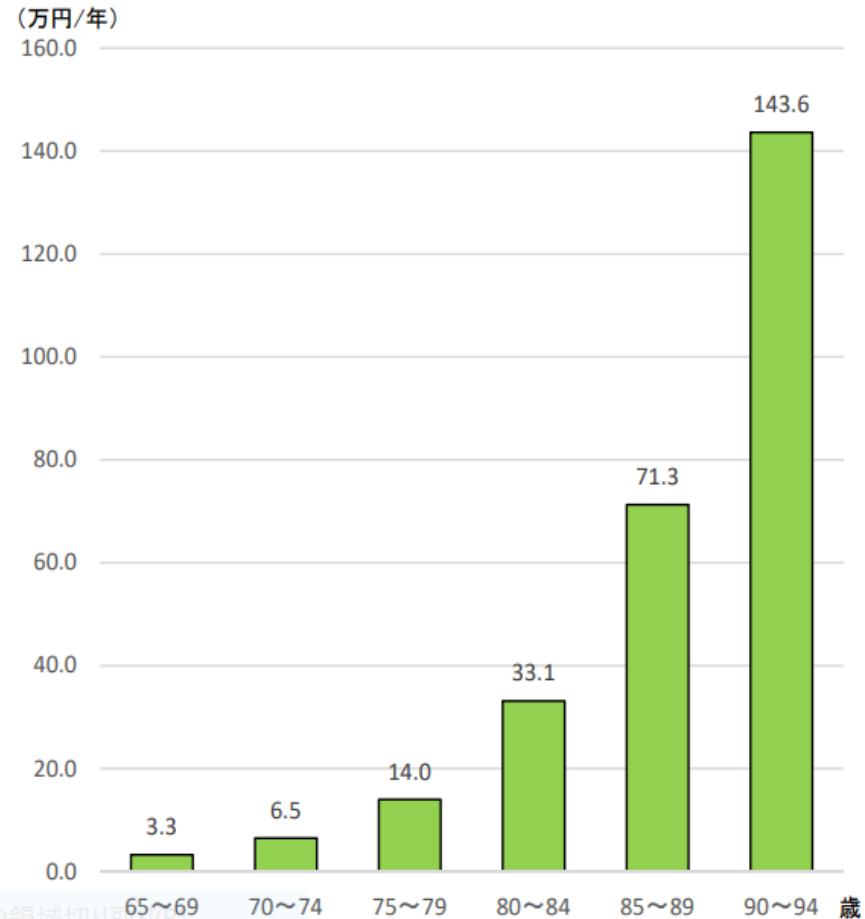
○要介護認定率は、年齢が上がるにつれ上昇。特に、85歳以上で上昇。



出典: 2019年9月末認定者数(介護保険事業状況報告)及び2019年10月1日人口(総務省統計局人口推計)から作成

年齢階級別の人口1人当たりの介護給付費

○一人当たり介護給付費は85歳以上の年齢階級で急増。

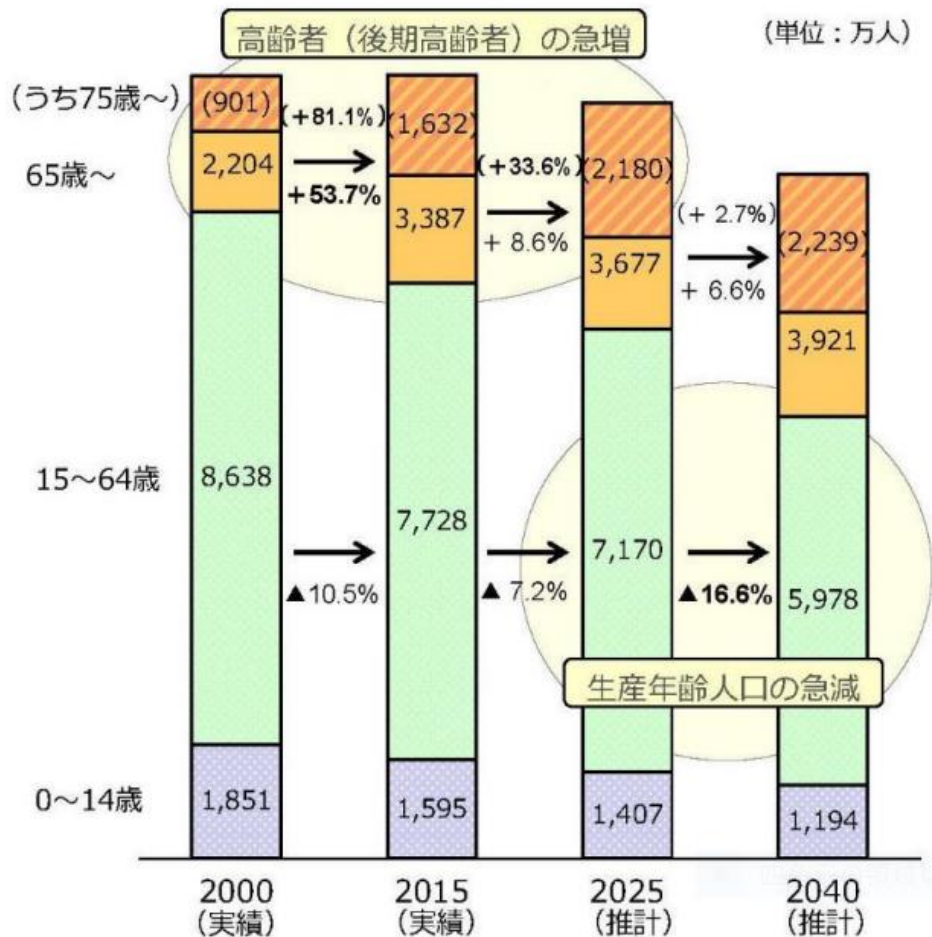


出典: 2018年度「介護給付費等実態統計」及び2018年10月1日人口(総務省統計局人口推計)から作成

注) 高額介護サービス費、高額医療合算介護サービス費は含まない。
 補足給付に係る費用は、サービスごとに年齢階級別受給者数に応じて按分。

○人口構造の推移を見ると、2025年以降、「高齢者の急増」から「現役世代の急減」に局面が変化。

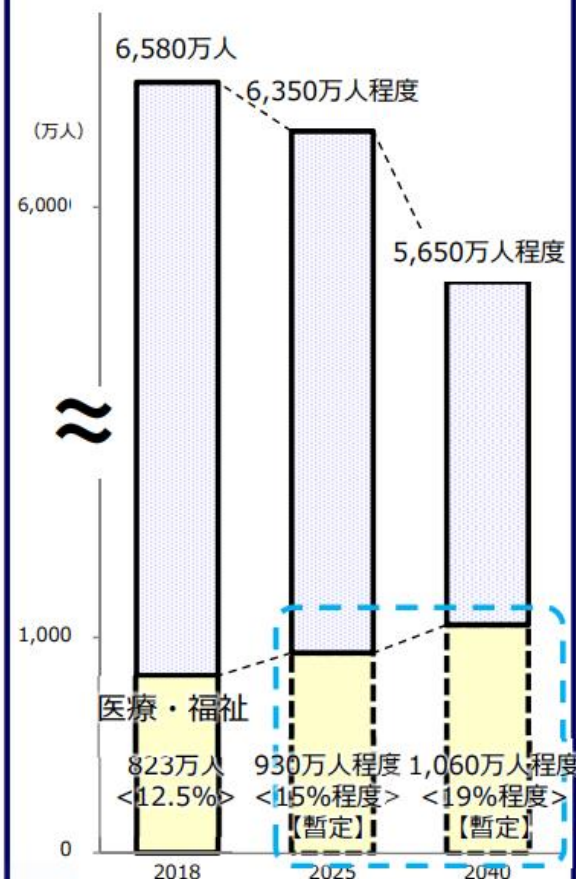
【人口構造の変化】



(出典)総務省「国勢調査」人口推計、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口 平成29年推計」

(出典)平成30年4月12日経済財政諮問会議加藤臨時委員提出資料(厚生労働省)

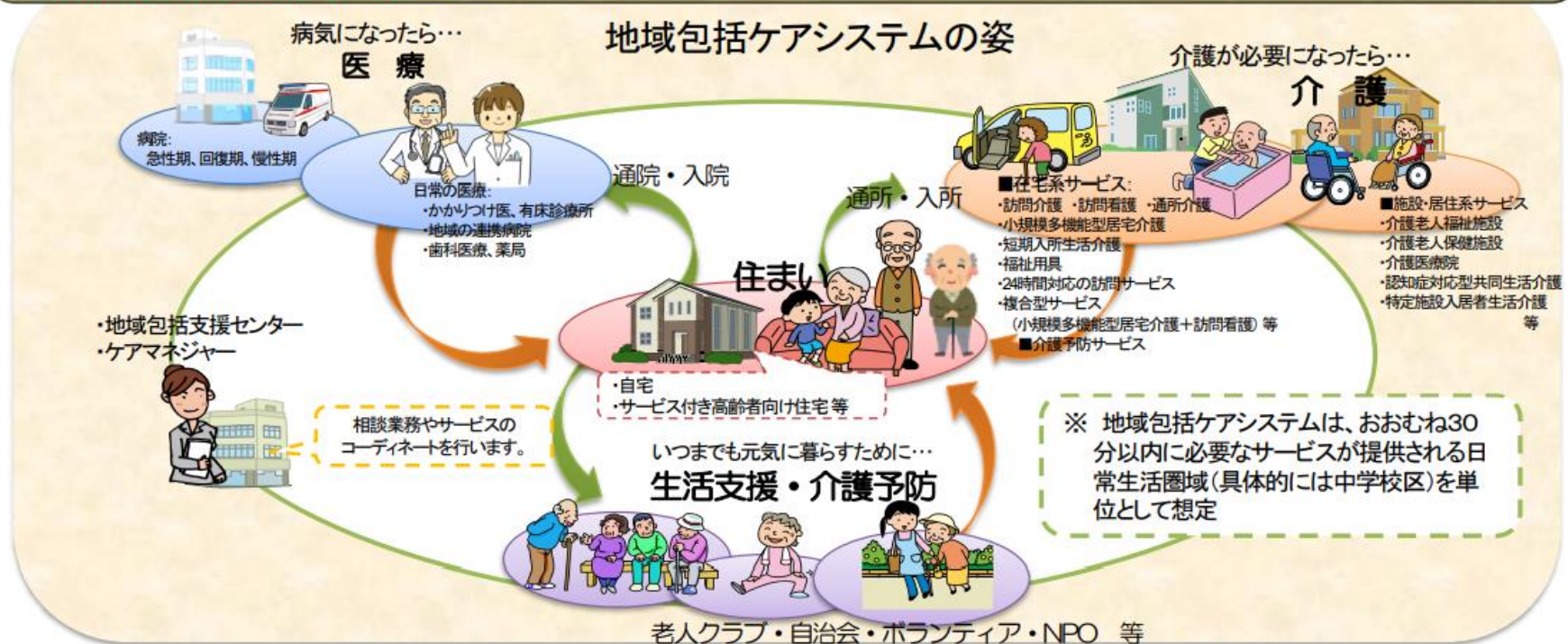
《就業者数の推移》



(資料) 就業者数について、2018年は内閣府「経済見通しと経済財政運営の基本的態度」、2025年以降は、独立行政法人労働政策研究・研修機構「平成27年労働力需給の推計」の性・年齢別の就業率と国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口 平成29年推計」(出生中位・死亡中位推計)を用いて機械的に算出。医療・福祉の就業者数は、医療・介護サービスの年齢別の利用状況(2025年)をもとに、人口構造の変化を加味して求めた将来の医療・介護サービスの需要から厚生労働省において推計(暫定値)。

地域包括ケアシステムの構築について

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制(地域包括ケアシステム)の構築を実現。**
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差。**
- 地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要。**



地域包括支援センターについて

地域包括支援センターは、市町村が設置主体となり、保健師・社会福祉士・主任介護支援専門員等を配置して、住民の健康の保持及び生活の安定のために必要な援助を行うことにより、地域の住民を包括的に支援することを目的とする施設。（介護保険法第115条の46第1項）

総合相談支援業務

住民の各種相談を幅広く受け付けて、制度横断的な支援を実施

多面的（制度横断的）支援の展開

行政機関、保健所、医療機関、児童相談所など必要なサービスにつなぐ

介護サービス

ボランティア

ヘルスサービス

成年後見制度

地域権利擁護

民生委員

医療サービス

虐待防止

介護相談員

障害サービス相談

生活困窮者自立支援相談

介護離職防止相談

権利擁護業務

- ・成年後見制度の活用促進、高齢者虐待への対応など

包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

- ・「地域ケア会議」等を通じた自立支援型ケアマネジメントの支援
- ・ケアマネジャーへの日常的個別指導・相談
- ・支援困難事例等への指導・助言

全国で5,351か所
(ランチ等を含め7,386か所)

※令和3年4月末現在

厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課調べ。

チームアプローチ

主任ケアマネジャー等

社会福祉士等

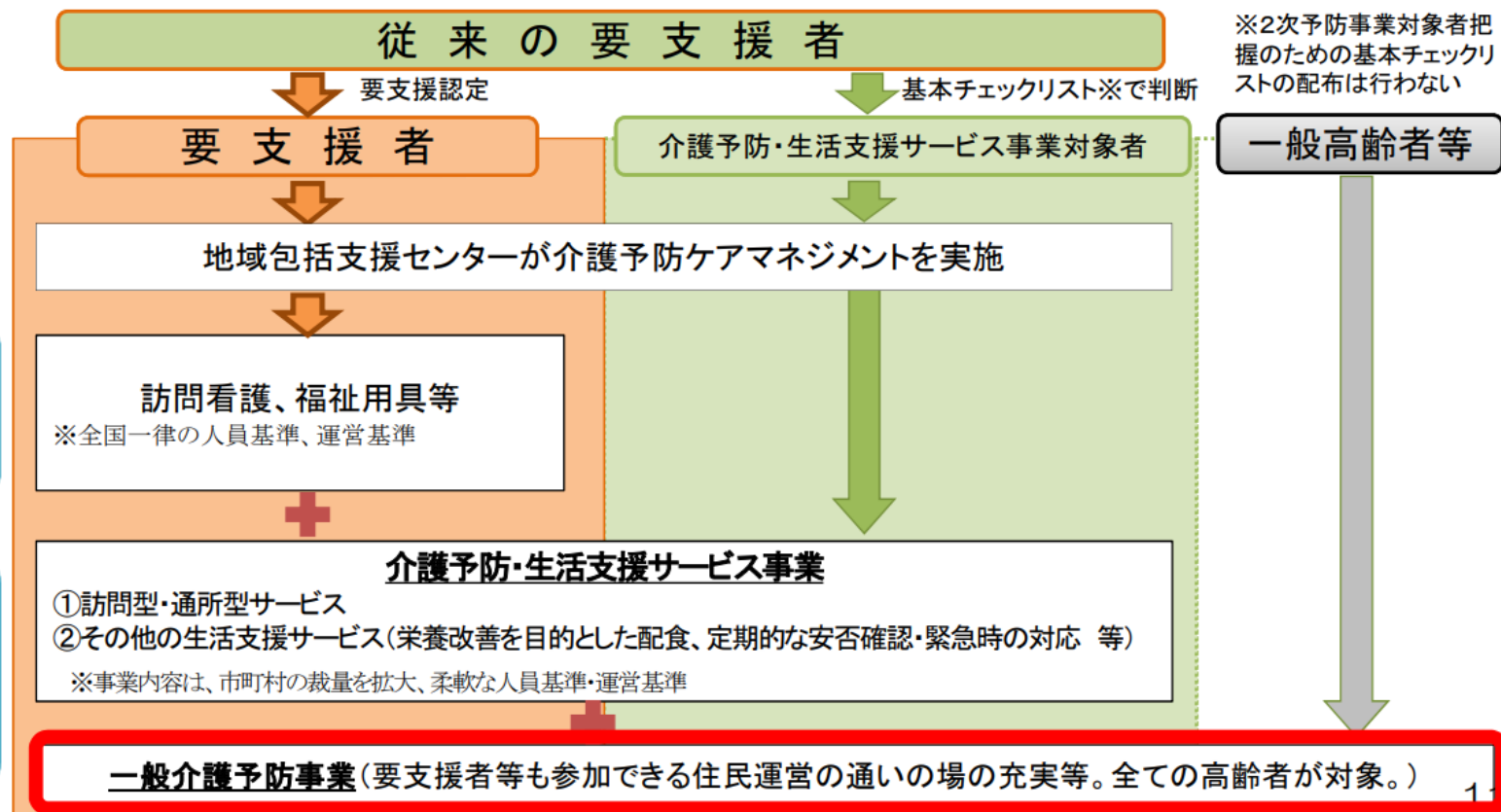
保健師等

介護予防ケアマネジメント (第一号介護予防支援事業)

要支援・要介護状態になる可能性のある方に対する介護予防ケアプランの作成など

【参考】総合事業の概要

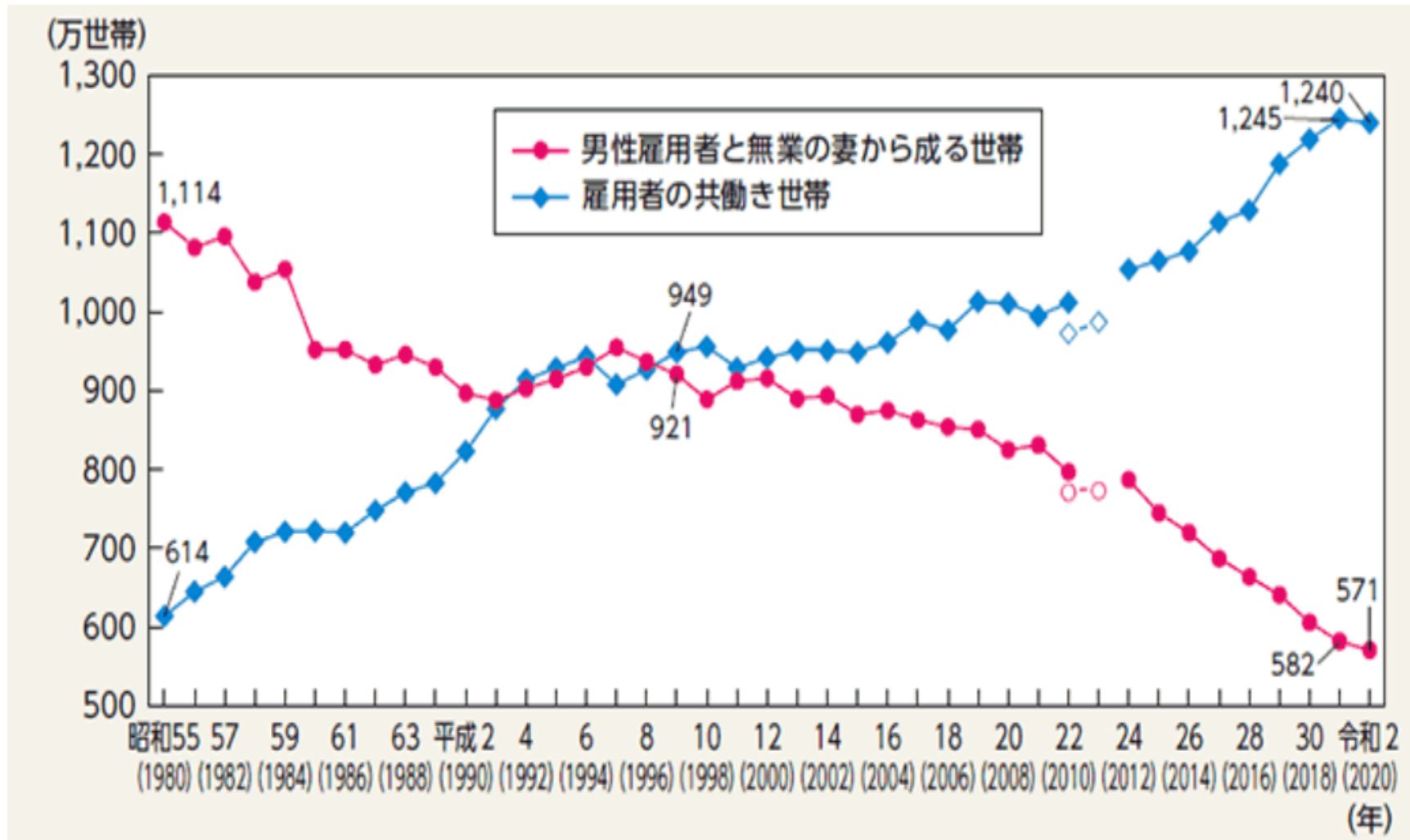
- 訪問介護・通所介護以外のサービス(訪問看護、福祉用具等)は、引き続き介護予防給付によるサービス提供を継続。
 - 地域包括支援センターによる介護予防ケアマネジメントに基づき、総合事業(介護予防・生活支援サービス事業及び一般介護予防事業)のサービスと介護予防給付のサービス(要支援者のみ)を組み合わせる。
 - 介護予防・生活支援サービス事業によるサービスのみ利用する場合は、要介護認定等を省略して「介護予防・生活支援サービス事業対象者」とし、迅速なサービス利用を可能に(基本チェックリストで判断)。
- ※ 第2号被保険者は、基本チェックリストではなく、要介護認定等申請を行う。



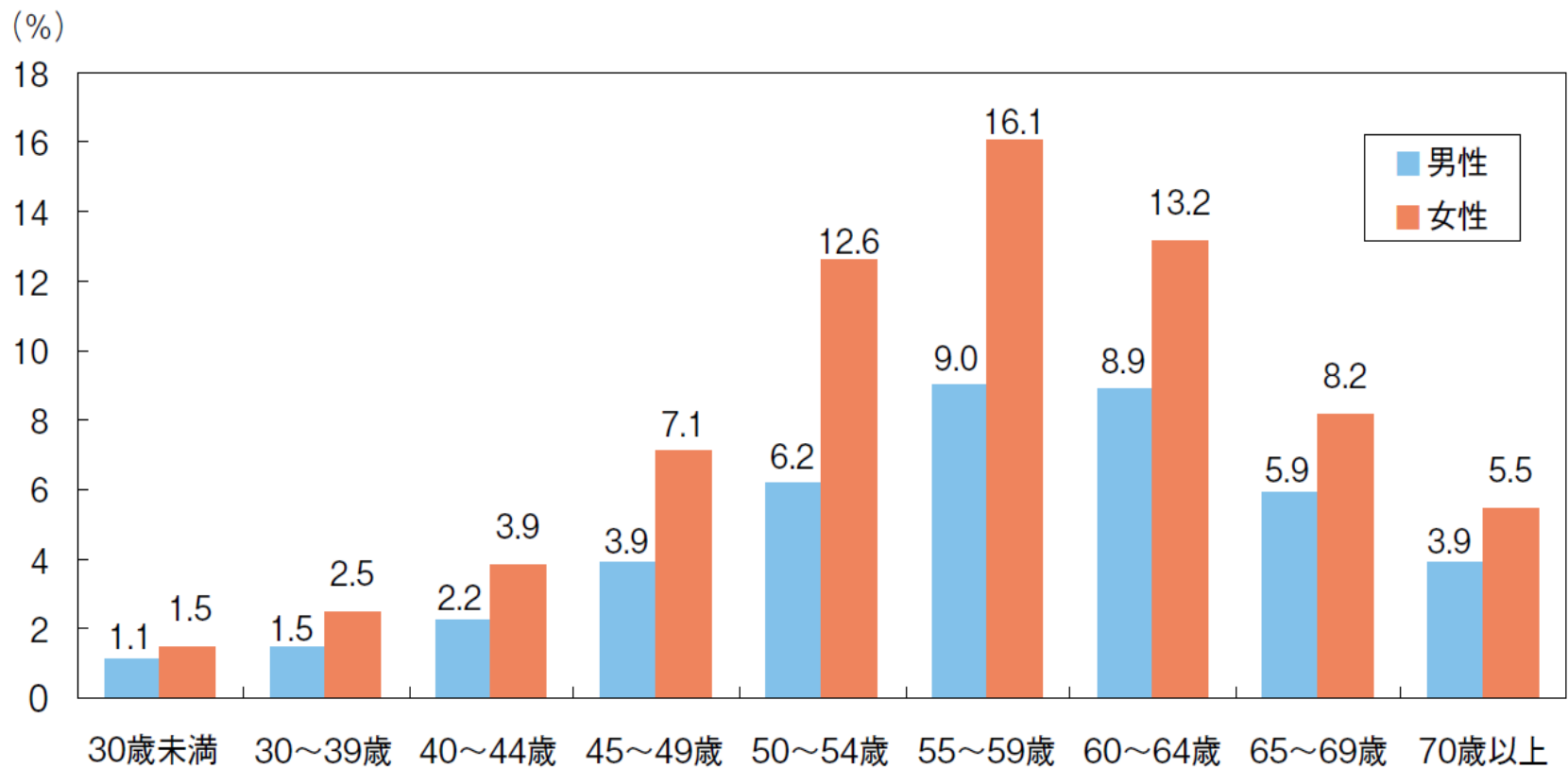
介護予防給付

総合事業

〈家族の状況〉 共働き等世帯数の推移(非農林業)



介護をしている雇用者の年代別割合（平成29年）



(備考)

1. 総務省「平成29年就業構造基本調査」より作成。
2. 会社などの役員を除く雇用者。

● 四角形の領域切り取

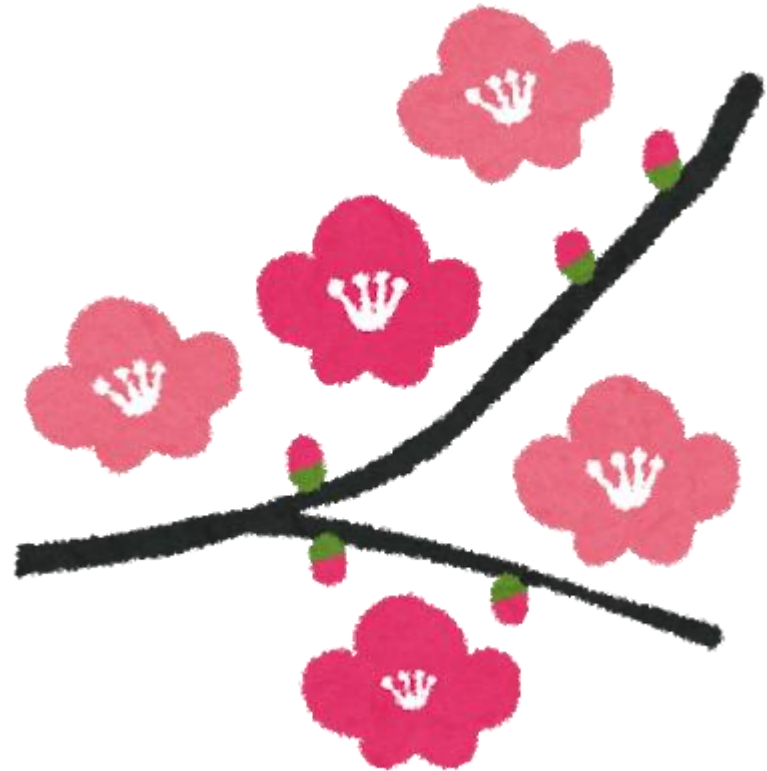
出所 ワーク・ライフ・バランスレポート2019

仕事と介護の両立のための**5**つのポイント

1. 職場に「家族等の介護を行っている」ことを伝え、必要に応じて勤務先の「仕事と介護の両立支援制度」を利用。育児・介護休業法により、介護休業、休暇等の権利あり。
2. 介護保険サービスを利用し、自分で「介護をしすぎない」。むしろ介護の体制を整え、良質の介護をマネージすることが重要。
3. 信頼できるケアマネジャーを選び、相談する。 病院のMSWとの関係も大事。
4. 日ごろから、家族や要介護者宅の近所の方々等と良好な関係を築く。
5. 介護を深刻に捉えすぎずに自分の時間を確保する。ショートステイの活用で息抜きも。

ひとりで抱え込まないことが大事

ご視聴
ありがとうございます。
ございました。



厚生労働省のHPからの資料等を参考にしています。

(抄録) 介護保険制度について

帝京大学法学部法律学科教授 村上 文

➤ 介護保険制度導入の基本的考え方

・介護保険制度は、高齢化の進展による介護ニーズの増大、要介護者を支えてきた家族の状況変化、従来の老人福祉・老人医療制度による対応の限界を背景に、高齢者の介護を社会全体で支える仕組みとして創設され、2000年4月より開始。自立支援を理念とし、利用者本位のサービス選択、社会保険方式を採用した(村上のスライド3,4)。

➤ 介護保険制度の仕組み

・スライド5の通り。市町村と特別区が保険者。被保険者は①65歳以上の第1号被保険者と②40歳から64歳の第2号被保険者に分かれ、特に受給要件、保険料の徴収方法が異なる(スライド6,7)。被保険者は要介護認定を受けて、サービス事業者からサービスを利用する。自己負担は1割～3割。保険者は第1号被保険者の保険料を徴収し、介護サービス費用の7割～9割をサービス事業者に支払い、介護保険財政を運営する。財源は税金5割、保険料5割。

➤ 制度の利用の流れ

・スライド8の通り。サービス利用者は、市町村の窓口で要介護認定申請を行う。要介護認定は、介護の必要量を全国一律の基準に基づき客観的に判定する仕組み。市町村はスライド9,10の通り、認定調査員による認定調査、主治医意見書に基づくコンピューター判定を行う(一次判定)。次に介護認定審査会により、一次判定結果、主治医意見書等に基づき審査判定を行う(二次判定)。この結果に基づき、市町村が申請者についての要介護認定を行う。

・要介護度によって、区分支給限度基準額(居宅サービスや地域密着型サービスの利用額の上限(月))が異なる(スライド11)。

・介護サービスの種類はスライド12の通り。要介護1～5の人は上段の介護給付、要支援1,2の人は下段の予防給付のサービスを受けられる。右側の市町村が指定・監督を行う地域密着型のサービスは、原則として利用対象者はその市町村の住民のみ。

・介護報酬は、事業者が利用者に介護サービスを提供した場合の対価(スライド13)。単位で決められ、医療保険の診療報酬は全国一律で1点10円だが、介護報酬は地域・サービス内容によって1単位あたりの金額が異なる(10～11.4円)。地域によって人件

費や物価が異なることを考慮（医療保険は地域を母体としない保険者も多い）。

・ケアマネジャーは介護保険のキーパーソンである。利用者の状態、ニーズを踏まえ、適切なサービスを組み合わせ、ケアプランを作成し、ケアマネジメントを行う（スライド 14）。サービスの組み合わせとともに提供者のチームを形成する役割も重要。病院への入院、退院時の連絡、調整も担う。

➤ 制度利用者の増加と課題

・制度創設以来 20 年間で、サービス利用者は 3.3 倍に増加（スライド 15）。

・介護費用と 65 歳以上が支払う保険料も増加（スライド 16）。

・要介護認定率は年齢が上がるにつれ上昇。年齢階級別の人口 1 人当たりの介護給付費は 85 歳以上の年齢階級で急増（スライド 17）。

・人口構造の推移を見ると、2025 年以降、現役世代の急減が深刻（スライド 18）。財政的にも、介護の担い手不足としても課題となる。

➤ 地域包括ケアシステムの構築に向けて

・現在進められている地域包括ケアシステムの姿はスライド 19。地域包括支援センターとケアマネジャーの役割が大きい。図の下部の生活予防・介護予防を重視し、老人クラブ、自治会等による活動も期待。

・地域包括支援センターは、介護予防ケアマネジメント、包括的・継続的ケアマネジメント支援業務など多面的支援の展開を目的としており、医療・介護の連携の役割も担っている（スライド 20）。

・総合事業についてはスライド 21 の通り。地域包括支援センターによる介護予防ケアマネジメントに基づき、総合事業のサービスと介護予防給付のサービス（要支援者のみ）を組み合わせ利用できる。総合事業の財源は介護保険の給付費と同じ。

➤ 介護する家族の仕事と介護の両立

・雇用者の共働き世帯数は、男性雇用者と無業の妻からなる世帯数の倍以上（スライド 22）。

・介護している雇用者の年代別割合は、50 歳台、60 歳台が多い（スライド 23）。

・介護離職を防ぎ、仕事と介護を両立するためには、ひとりで抱え込まず、①勤務先の「仕事と介護の両立支援制度」の利用、②介護保険サービスを利用し、自分で介護をしすぎず、介護体制を整え良質の介護をマネージすること等、スライド 24 の 5 つのポイントが重要。専門職の方々からも家族へのアドバイスをお願いしたい。

高齢者のがんを考える会議6～介護とがん診療の連携についての公開討論～

<抄録>介護サービス・在宅医療の立場から

「要介護認定」は、生活の中で高齢者の機能を評価する geriatric assessment (GA) の一つと考えられる。高齢者のがん診療と介護との連携を在宅・介護サービスの視点から考えていくうえでは

- 1 すでに介護認定を受けている高齢者のがん治療の遂行を支える課題と
- 2 治療を受けている高齢者に対する認定、のひと介護サービスの導入についての課題がある。

「支える」課題では、治療の遂行を生活の中で支えるために医療・介護担当者だけでなく行政から地域住民をふくめた広範囲で多彩なサポートメンバーを含む多職種チームの編成が焦点となる。このハブの要として医師に限らず訪問看護師、ケアマネージャーの存在が大きく、また地域包括支援センターは生活圏内に設置されており、情報を集約する拠点の有力な候補である。高齢者がん患者の意思決定の支援には、本人、家族、担当者で行う Advance Care Planning 「人生会議」 の場を活用すべきである。

「要介護認定、サービスの導入」の課題においては、がんのように急速に病状が変化する疾病では、認定に要する時間、必要な介護度の判定が現行の制度ではうまく適合していない事があげられる。またがん患者の介護マネジメントに練達したケアマネージャー

一の数が多いことも指摘されている。

病院での治療を担当する医師と地域の在宅医の連携のタイミングが遅いということも解決すべき課題である。入院中に PS が低下した退院時の時点ではなく、外来通院中から二人主治医の形を取るようなより早期からの連携が必要である。

対策としては次のことが考えられる。

- ① 地域で利用できる医療介護福祉資源の情報を統括する拠点の設置。

拠点病院の患者支援室／地域包括支援センター／在宅医療拠点センター間の連携の推進

- ② 高齢者のがんのマネジメント、在宅ケアに対応できるケアマネージャー・訪問診療医・訪問看護師・薬剤師・介護タクシーなどのサービス業者・介護施設等のリストを作成・共有する

- ③ 将来の病態の変化に応じた介護度を判定できるように主治医意見書に「がん等の特定疾病で急速な病状の進行が危惧される」という具体的な項目を追加する。

- ④ より早期からの介護導入のために、がん治療主治医は、高齢がん患者の情報を必ず患者支援室と共有し、あらかじめ介護の導入を組み入れた入退院ルールを作成しておく。また外来通院中から地域のかかりつけ医と二人主治医体制をとる。

- ⑤ 地域でのがん在宅ケアの講習会、多職種連携カンファレンス等の推進を通じ、高齢者がん診療を担う人材の育成と相互依頼のできる関係の構築を進めていく。