［医 療 制 度］

透析医療における介護保険

藤原久子*1　林田めぐみ*2　丸山祐子*2　原田孝司*2　舩越　哲*1
*1 桜町クリニック　*2 桜町病院

key words：介護保険，通院，QOL

要　旨

平成 12 年度からスタートした介護保険制度の創設背景，概要，具体的な介護サービスについて解説し，さらに，透析患者における介護保険についても触れる．また，当院の研究において，介護通院は透析患者の入院件数を減少させるという結果が得られたので，透析医療における介護保険の有用性を報告する．

はじめに

わが国では急速な高齢化に伴い，高齢者介護の問題が老後の最大の不安要因となっている．透析患者においても同様な傾向にあり，高齢者の透析導入，糖尿病性腎症からの透析導入の増加，長期透析患者の高齢化などにより，要介護透析患者が急増している状況である．他疾患の患者に比べ通院の頻度が圧倒的に高い透析患者にとっては，要介護度が高まり，自らの力で通院できないことは何事にも代えがたい苦悩であり，恐怖である．このような中で，2000（H 12）年よりスタートした介護保険制度が多くの患者の体と心と暮らしを支えることとなった．

1　介護保険制度創設等について

1）　制度創設の背景

人口の高齢化の進展に伴って，寝たきりや認知症などにより介護を必要とする高齢者が急速に増加している．このことは，核家族化の進展などによる家族の介護機能の低下などとあいまって，介護問題をより深刻化させている．高齢者に対する介護サービスは，以前は医療と老人福祉と老人保健の三つの異なる制度のもとで行われていたが，利用手続きや費用負担の面で不均衡となっていることなど，利用者の立場に立った総合的なサービス提供・サービス利用のしやすさ・効率的なサービス提供の観点などから様々な問題が指摘された．また高齢社会となって，誰もが相当程度の確率で，自らが介護を必要とする状態となったり，介護を必要とする状態となった老親を介護する可能性があり，それらの急増が見込まれている．これらを踏まえ，現行制度の再構築を図り，国民共同連帯の理念に基づき，社会全体で介護を必要とする者の介護を支える新たな仕組みとして介護保険制度が創設された．

2）　介護保険法の成立

介護保険法は 1997（H 9）年 12 月 9 日に国会成立し，1961（S 36）年の国民皆保険達成以来の新しい社会保険制度として同月 17 日に公布された．施行は 2000（H 12）年 4 月である．

3）　介護保険法の目的

加齢に伴って生じる心身の変化に起因する疾病等に

Care insulance in long-term dialysis treatment
Sakuramati Clinic
Hisako Fujihara
Sakuramati Hospital
Megumi Hayasida
Yuko Maruyama

より要介護状態となり，介護，機能訓練ならびに看護および療養上の管理，その他の医療を要する者が，その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう，必要な保健医療サービスおよび福祉サービスに関わる給付を行い，国民の保健医療の向上および福祉の増進を図ることを目的としている．

4)　基本的理念

介護保険制度の保険給付は，被保険者の要介護状態の固定化につながることのないようサービス提供が迅速に行われる必要がある．保険給付は，要介護状態の軽減，悪化の予防に資するよう行われるとともに，医療との連携に十分配慮して行わなければならない．また，介護保険制度は，介護支援サービス（ケアマネージメント）の仕組みを制度的に位置付けたものである．ケアプランを通じ，心身の状況・環境等に応じ，自己決定を最大限尊重し，個々人に適したサービスが配慮されなければならない．また要介護状態となった場合も，可能な限り，居宅（在宅）において，その能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう配慮されなければならないとされている．

2　介護保険制度の概要について

1)　介護保険の被保険者の分類と受給要件

第1号被保険者（市町村の区域内に住所のある65歳以上の人）と第2号被保険者（市町村の区域内に住所のある40歳以上65歳未満の人で，医療保険に加入している人）である．第1号被保険者の場合は，原因を問わず要介護状態・要支援状態の時にサービスを受けられる．第2号被保険者は，要介護状態・要支援状態となる原因を特定16疾病と限定している．

2)　介護保険料

介護保険の保険料は，65歳未満の人は，国民健康保険や健康保険などの公的医療保険の保険料に上乗せする形で徴収される．65歳以上の人は公的年金から天引きをする方法と納付用紙や口座振替などで支払う．額については，所得・資産に応じてである．

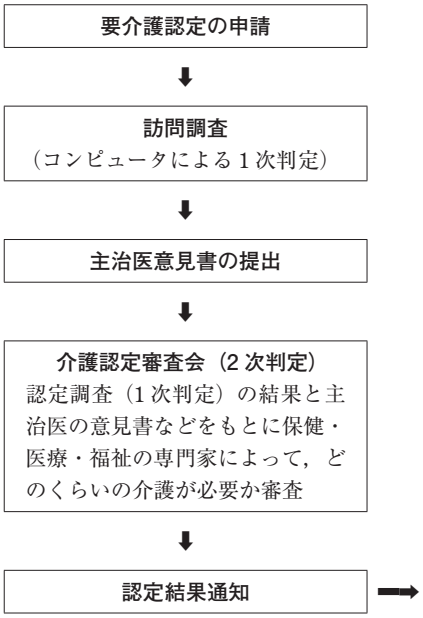
3)　介護保険の申請と認定および認定の目安

介護保険の申請方法および認定の目安を**図1**に示す．

4)　利用者の負担する費用

介護サービスを受ける時，利用者は原則として介護費用の1割を負担し，残りの9割が保険で給付されることになる．ただし，要介護状態の区分に応じた上限（支給限度基準額）を超えてサービスを利用すると，超えた分については全額自己負担となる．また，居宅介護サービス計画費や介護予防サービス計画費のケアマネジメントの費用については全額保険給付である．

介護保険サービスの支給限度額としては，要介護度に応じて1カ月あたりの支給限度額が単位数で決めら



非該当	一　般	
	特定高齢者	
要支援1		起き上がり・立ち上がりなどの能力が少し低下し，身の回りの世話の一部に介助が必要．
要支援2		要支援1相当の状態で，心身の状態の現状維持・改善が見込まれる．
要介護1		歩行・洗身などの能力が少し低下し，身の回りの世話の一部や立ち上がりに支えが必要．
要介護2		移動・衣服の着脱などの能力が低下し，身の回りの世話に全般に介護が必要．立ち上がりや歩行に支えが必要．
要介護3		日常生活の動作の能力が著しく低下し，ほぼ全面的な介護が必要．
要介護4		要介護3の状態に比べ，さらに動作能力が低下し，介護なしには日常生活を営むことが困難な状態．
要介護5		要介護4の状態よりさらに動作能力が低下しており，介護なしには日常生活を営むことがほぼ不可能な状態．

図1　介護保険申請の手順と認定の目安

表 1　支給限度額

認　定	1カ月の支給限度額
要支援 1	4,970 単位（約 5 万円）
要支援 2	10,400 単位（約 11 万円）
要介護 1	16,580 単位（約 17 万円）
要介護 2	19,480 単位（約 20 万円）
要介護 3	26,750 単位（約 27 万円）
要介護 4	30,600 単位（約 31 万円）
要介護 5	35,830 単位（約 37 万円）

れている（**表 1**）．サービスによって 1 単位の単価は 10〜10.6 円の範囲で設定されている．

しかし，1 割負担とは言え，全額利用者の負担となるものもある（施設サービスの食費および住居費等，他）．例えば要介護 5 の利用者が限度額まで利用した場合，自己負担額は 37,000 円であり，それに食費等の実費も加えられる．高齢者にとっては耐えがたい金額となりうることも多い．そのために，利用者負担の軽減制度が設置されている．具体的には，高額介護サービス費・高額介護予防サービス費と呼び，設定した上限額を超える場合，超えた分を後から払い戻す制度や，生計困難者に対する介護保険利用者負担額軽減事業・生活福祉資金貸付制度・家族介護慰労金制度等がある．

3　介護サービスの種類と費用について

要支援者対象のサービス内容を**表 2** に，要介護者対象のサービス内容を**表 3** に示す．なお，表中にある参照番号と，以下に記述する①②…の番号とは対応している．

①　訪問予防訪問介護（ホームヘルプサービス）

予防の場合は，ホームヘルパーが自宅に来て利用者と協働して家事や援助を行う．自己負担の目安としては要支援 1・2 は 1,234 円/1 カ月（週 1 回），要支援 2 は 4,010 円/1 カ月（週 2 回）である．

①′　訪問介護（ホームヘルプサービス）

ヘルパーが自宅に来て，日常生活の介護や家事の援助を行う．自己負担の目安としては，家事援助が 208 円/1 回（1 時間未満），身体介護が 402 円/1 回（1 時間未満），家事援助と身体介護 314 円/1 回（1 時間未満）である．

②　介護予防訪問入浴介護サービス

入浴設備を積んだ移動入浴車などで訪問し，入浴の介助を行う．自己負担の目安としては要支援，854 円/1 回である．

②′　訪問入浴介護サービス

②に同じ．自己負担の目安として 1,250 円/1 回である．

③　訪問看護，介護予防訪問看護

看護師が自宅に訪問し看護を行う．医師の指示が必要．自己負担の目安としては共通で 830 円/1 回（1 時間未満）である．

④　訪問リハビリテーション・介護予防訪問リハビ

表 2　要支援者対象のサービス（予防給付）

区　分	サービス		参照番号
居宅サービス	家庭を訪問するサービス	介護予防訪問介護	①
		介護予防訪問入浴介護	②
		介護予防訪問看護	③
		介護予防訪問リハビリテーション	④
		介護予防居宅療養管理指導	⑤
	日帰りで行うサービス	介護予防通所介護	⑥
		介護予防通所リハビリテーション	⑦
	施設への短期入所サービス	介護予防短期入所生活介護	⑧
		介護予防短期入所療養介護	⑨
	その他のサービス	介護予防特定施設入居者生活介護	⑩
		介護予防福祉用具貸与	⑪
		特定介護予防福祉用具購入	⑫
		介護予防住宅改修費支給	⑬
地域密着型サービス	日帰りで行うサービス	介護予防認知症対応型通所介護	⑭
	その他のサービス	介護予防小規模多機能型居宅介護	⑭
		介護予防認知症対応型共同生活介護	⑭

表 3　要介護者対象のサービス（介護給付）

区　分	サービス		参照番号
居宅サービス	家庭を訪問するサービス	訪問介護	①′
		訪問入浴介護	②′
		訪問看護	③
		訪問リハビリテーション	④
		居宅療養管理指導	⑤
	日帰りで行うサービス	通所介護	⑥′
		通所リハビリテーション	⑦′
	施設への短期入所サービス	短期入所生活介護	⑧
		短期入所療養介護	⑨
	その他のサービス	特定施設入居者生活介護	⑩
		福祉用具貸与	⑪
		特定福祉用具購入	⑫
		住宅改修費支給	⑬
地域密着型サービス	家庭を訪問するサービス	夜間対応型訪問介護	⑭
	日帰りで行うサービス	認知症対応型通所介護	⑭
	その他のサービス	小規模多機能型居宅介護	⑭
		認知症対応型共同生活介護	⑭
施設サービス	介護老人福祉施設		⑭
	介護老人保健施設		⑭
	介護療養型医療施設		⑭

リテーション

理学療法士や作業療法士が自宅に訪問し，機能回復訓練を受ける．自己負担の目安としては共通で 500 円/1 日である．

⑤　在宅療養管理指導・介護予防在宅療養管理指導

通院が困難な方に対して医師・歯科医師・薬剤師・歯科衛生士・管理栄養士が家庭訪問して療養上の管理や指導を行う．自己負担の目安については職種について異なるが，350～500 円/1 回程度である．

⑥　介護予防通所介護（デイサービス）

デイサービスセンターに行き運動器の機能向上，栄養改善，口腔機能の向上に加え，入浴・送迎を行う．自己負担の目安は 4,353 円/1 カ月である．

⑥′　通所介護

デイサービスセンターに行って，生活指導・日常生活訓練・食事・入浴等のサービスを日帰りで受ける．送迎あり，自己負担の目安は介護度によって多少異なるが，1 日 697～1,125 円である．

⑦　介護予防通所リハビリテーション

老人保健施設や病院・診療所にて，運動器の機能向上・栄養改善・口腔機能の向上等のサービスを行う．自己負担の目安としては，要支援 1 が 2,496 円/1 カ月，要支援 2 が 4,880 円/1 カ月である．

⑦′　通所リハビリテーション

老人保健施設や病院・診療所に行って，食事，入浴，リハビリテーションの専門家による機能回復訓練などを受けることができる．自己負担の目安としては，要介護で多少ばらつきはあるものの 688 円/1 日～1,303 円/1 日である．

⑧　短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護（ショートステイ）

特別養護老人ホームなどの施設で介護が必要な人を短期間，介護や日常生活の介護などの世話を行う．自己負担の目安として，要支援 1 が 500 円/1 日であり，要介護 5 が 971 円/1 日である．30 日以内の利用．

⑨　短期入所療養介護・介護予防短期入所療養介護（ショートステイ）

医学的管理の必要な人を短期間，老人保健施設，医療施設などで介護する．自己負担の目安としては，要支援 1 で 617 円/1 日であり，要介護 5 が 1,040 円/1 日である．30 日以内の利用．

⑩　特定施設入所者生活介護・介護予防特定施設入

所者生活介護

有料老人ホームなどに入所している人に施設が提供する介護サービス．自己負担の目安としては，要支援1,214円/1日～要介護5,818円/1日となる．

⑪　福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与（レンタル）

心身の機能が低下し，日常生活に支障がある人への生活をしやすくする福祉用具のレンタル．例えば，ベッド，車椅子，手すり，スロープ，歩行補助杖，歩行器など．

⑫　特定福祉用具販売・特定介護予防福祉用具販売

心身機能が低下した方が入浴や排せつなどに用いる．

⑬　住宅改修費・介護予防住宅改修費

心身の機能が低下した高齢者の住まいの手すりの取り付けや段差解消など，住宅改修についての費用が1割の自己負担でできる．

⑭　地域密着型サービス（地域密着型介護予防サービス）

地域密着型サービスとは，住み慣れた地域で生活を続けられるように，身近な生活圏ごとにサービス拠点を作り，地域の実情に合わせたサービスを行っている．認知症対応型通所介護，認知症対応型共同生活介護（グループホーム），小規模多機能型居宅介護，夜間対応型訪問介護，地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護．

施設サービスは，要介護状態の人が受けられるサービスで，以下のような種類がある（要支援の方は受けることができない）．介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム），介護老人保健施設，介護療養型医療施設．

以上，介護保険について解説した．介護保険には多岐にわたるサービスがあり，ニーズに応じケアマネージャーが，ケアプランを作成する仕組みとなっているため，年々，介護保険サービス利用度は高まっている現状である．もちろん，透析患者においても同様である．要支援，要介護透析患者は，血液透析，腹膜透析とともに医療度が高く，在宅での生活を支援する際には訪問介護，訪問看護などのサービス利用が不可欠である．また透析施設をはじめとする，各種医療機関への通院援助が必要不可欠である．これは必須通院支援であり，大きな特徴であると言えよう．

4　当院での研究紹介

当院において『介護通院は透析患者の入院件数を減少させる―当院における傾向―』という研究を行ったのでここで報告する．週3回，透析施設での治療を必要とする血液透析患者にとって，高齢などの理由で自力での通院が困難となった場合，入院を受け入れなければならないことは不幸なことと考えられる．当院の外来血液透析患者において，通院患者数や入院患者の状況を経年的に観察することにより，通院介護がどのように機能しているかの調査を行った．長崎市においては，当院以外に長期入院で血液透析患者を受け入れる施設がほとんどないことが，今回の解析を行うに至った背景であった．

1）　介護利用通院者の実態

図2は介護利用通院患者数の全外来通院透析患者に占める割合の推移である．平成14年度は23.7%で，年々増加し平成18年度は33.8%となっているが，平成19年度は下降傾向となっている．その内容を**図3**で見てみると，平成14年度・15年度は介護者の9割

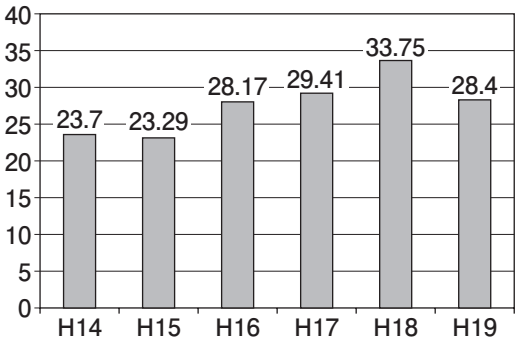


図2　介護利用通院者の割合
縦軸は%．

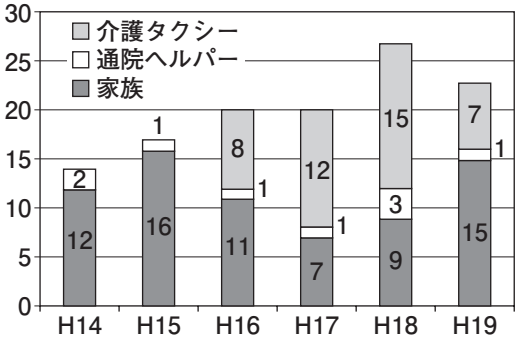


図3　介護利用通院者の推移
縦軸は人数．

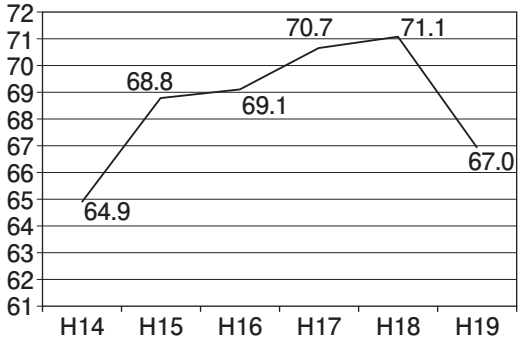


図 4　介護利用通院者の平均年齢
縦軸は年齢.

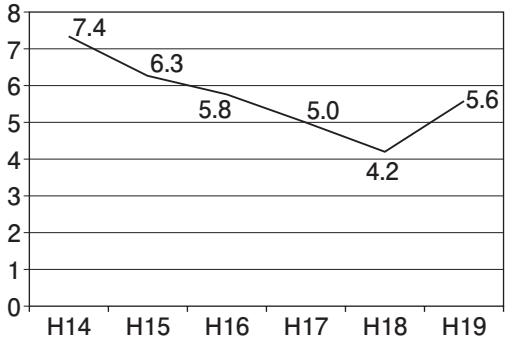


図 5　介護利用通院者の平均透析歴
縦軸は年.

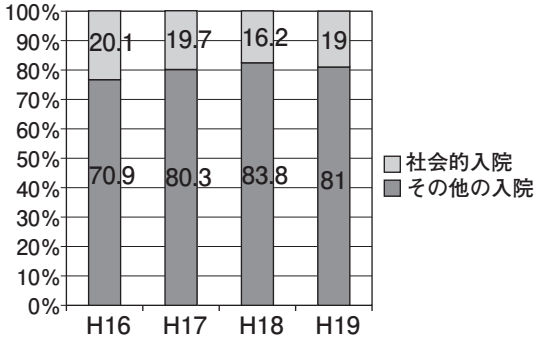


図 6　入院理由

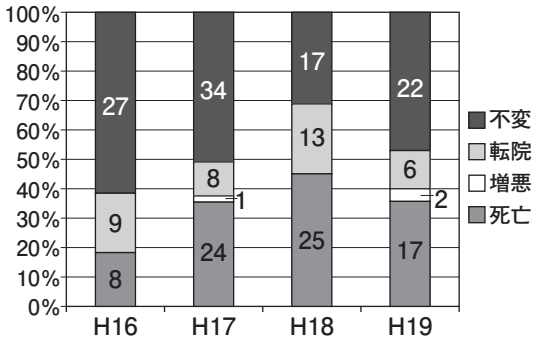


図 7　社会的入院患者の転帰

以上が患者の家族で占めている．平成 16 年より市内のタクシー会社 2 社が介護タクシー事業を本格稼働したのに伴い，介護タクシーの利用が増大している．それにより，家族による介護通院が減少していたが，平成 19 年度は介護タクシー利用者数が減少し，再び家族での対応が増加している．これは平成 19 年度に介護保険制度の改定（見直し）が行われ，要介護の認定基準が変更になったことで，介護タクシーの利用が厳しくなったことによるものであると考えられる．

図 4 は介護利用通院患者の平均年齢を示しており，平成 18 年度まではわずかに上昇傾向であったが，平成 19 年度は下降し 67.0 歳となっている．**図 5** は介護利用通院患者の平均透析歴を示しており，平成 14 年度に 7.4 年であったのが年々低下し，平成 18 年度には 4.2 年となっているが，平成 19 年度は 5.6 年と上昇傾向がみられている．

図 2〜5 をまとめると，平成 18 年度までの介護利用通院患者の平均年齢が上昇し透析歴が低下傾向を示しているのは，高齢透析導入患者の増加によることが推測される．また，平成 19 年度に，介護タクシー利用者が前年度の約半数となり，平均透析歴が上昇傾向，平均年齢が下降傾向となったことは，高齢透析導入患者で平成 18 年度までは介護タクシー利用対象者であると考えられた患者のうち，透析歴が浅く比較的 ADL 良好な患者が，一般のタクシー利用での通院になっている，もしくは社会的入院となっている可能性が考えられる．そこで，社会的入院について調査を行った．

2）　社会的入院の実態

患者によっては入院目的が疾病治療の目的とは異なり，外来通院を続けるための諸々の支援が得られないために，入院を余儀なくされる場合がある．これらを社会的入院と呼んでいるが，通院介護者が不在なための入院も含まれている．

図 6 では，社会的入院数の入院全体に占める割合を示している．平成 16 年度は 20.1% であったのが平成 18 年度には 16.2% まで減少したが，平成 19 年度は 19.0% と上昇傾向を示している．これにより，介護保険利用ができなかった患者の一部は，社会的入院になった可能性が考えられた．

図 7 では，その社会的入院患者の転帰を不変・転院・増悪・死亡に分類した．なお，社会的入院は入院目的の性質上「軽快退院」はなく，多少の ADL 変化等については「不変」として処理している．軽快退院

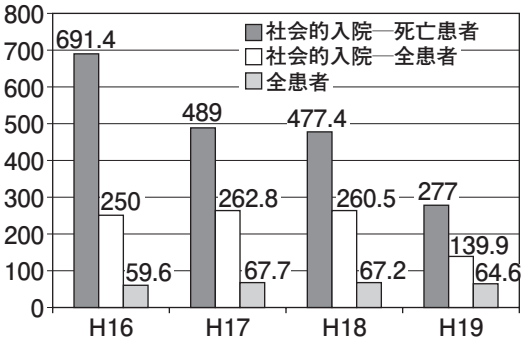


図 8　社会的入院患者の平均日数
縦軸は日数.

の割合は年々減少しているが，平成 19 年度は増加傾向となった．死亡退院の割合は逆に増加していたが，平成 19 年度に下降傾向が見られた．平成 16 年度から平成 18 年度で「死亡」が増加し「不変」が減少したことから，社会的入院患者の入院時のリスクが高くなってきていることがうかがえた．つまり，全身状態が低下するまで頑張って通院している患者が増加しているのではないかと考えられた．平成 19 年度に「不変」が増加傾向となっているのは，介護タクシー利用が厳しくなったことが影響している可能性がある．

図 8 は，社会的入院患者の平均在院日数を示している．全患者の平均在院日数は毎年 60 日前後となっている．それに対し，社会的入院の患者全体では，毎年 260 日前後であったのが，平成 19 年度で 139.9 日となった．また，社会的入院患者で転帰が「死亡」の患者の平均は，平成 16 年度で 691.4 日であったが，平成 19 年度では 277.0 日まで短縮した．

3)　研究のまとめ

すべての結果をまとめると，介護タクシー利用者は平成 15 年度では 0 名であった状況から毎年増加を続け，平成 16 年度には 15 名となっていたが，平成 19 年度には 7 名に減少した．また，社会的入院患者の割合は，平成 16 年度の 20.1% から平成 18 年度の 16.2 % に減少したが，平成 19 年度には 19.0% となった．また，社会的入院後の死亡患者の在院日数は 691.4 日から 277.0 日にまで短縮した．これにより，通院困難となった血液透析患者は，介護システムの充実によって，在宅での生活がより長期となった可能性が示唆される．

おわりに

以上，当院の研究結果でもわかるように，透析医療における介護保険は重要な役割を果たしていると言える．どの透析施設においても常に充実した透析医療提供に努め，日々さらなる向上に努めている．しかしこの素晴らしい医療も，透析施設に患者が来て初めて提供されるものである．言いかえれば，通院支援行為なくして透析療法は始まらないということになる．はじめの部分で介護保険の目的や基本理念に触れたが，透析医療における介護保険サービスは，介護保険の目的や基本理念等により忠実に，かつ，より具体的に施行されていることがわかる．

また，当院の研究は通院にスポットをあてたものであるが，もともと慢性腎不全の治療としては，①透析療法，②食事療法，③投薬療法，④運動療法と 4 本柱があり，すべての療法においても介護保険は必須である．具体的に言うならば，食事療法ではヘルパー利用とか配食サービス・施設サービスの支援が考えられる．投薬療法では，訪問看護・ヘルパー等の利用等が考えられる．運動療法では訪問リハビリサービス・デイケア・デイサービス利用・訪問入浴利用が考えられる．

介護保険のサービスを工夫して受けることが生命予後にしっかりと繋がる．そして，何よりも QOL の向上である．したがって，透析医療における介護保険はとても有用なものであると言える．

文　献

1)　厚生省高齢者ケアサービス体制整備委員会：介護支援専門員―標準テキスト―；長寿社会開発センター，1999.
2)　厚生省老人保健福祉局介護保険制度準備室監修：介護保険制度の解説；社会保険研究所，1998.
3)　社団法人シルバーサービス振興会介護サービス情報公表支援センター：「介護サービスの公表」関連法令通知集 平成 19 年度版；中央法規出版，2007.
4)　社団法人シルバーサービス振興会介護サービス情報公表支援センター：事業者のための「介護サービス情報の公表」制度 Q & A；2006.