

# 介護保険制度におけるがん末期の位置づけに関する史的研究

武 田 英 樹

美作大学・美作大学短期大学部紀要（通巻第59号抜刷）

## 介護保険制度におけるがん末期の位置づけに関する史的研究

A historical study on the treatment of terminal cancer in the Long Term Care Insurance

武 田 英 樹

キーワード：介護保険制度 がん末期 特定疾病 第2号被保険者 福祉政策

### 1. はじめに

介護保険制度は日本で5つ目の公的保険制度である。本制度の特徴は、その対象を40歳以上とし、65歳以上の第1号被保険者と40歳から64歳までの第2号被保険者に区分し、第2号被保険者には第1号被保険者とは別に給付制限を設けていることである。つまり、40歳から64歳までの第2号被保険者は、制度の支え手として保険料を負担している。しかし、制度の受け手としては国の指定した16の特定疾病に罹患し、これが原因で介護が必要と判断された場合に限り、介護サービスを利用することができるのである。よって、「保険料負担の趣旨という点では、現行の第1号被保険者は『同世代支援』の面が強いものの、第2号被保険者は、自らの老親をはじめとする高齢者世代を支える『世代間扶養』ということが中心」といえる〔社会保障審議会介護保険部会、2004.7〕。

本論で取り上げるがん末期は2006年4月に16番目の特定疾病として介護保険制度の対象に追加された。この制度改正は第2号被保険者の給付範囲を拡大させ、世代間扶養を緩和させることにも繋がるものであった。たしかに、がん末期と診断された第2号被保険者は介護給付の受給者としてその権利を得た。しかしながら、要介護度未認定や軽度認定、主治医意見書の記載不備等、がん末期患者にとって不利益となる問題が顕在化してきている〔武田英樹ほか、2009、239-244；藤田、2013、18-28〕。

今後、がん末期患者の権利侵害を避ける為にも、制度の抜本的な見直しが必要である。その前段階として介護保険制度におけるがん末期の位置づけを改めて明確化しておく必要がある。なぜなら、がん末期がどのような判断に基づいて、介護保険制度の特定疾病に追加されていったのか、その歴史的背景は十分に整理されていないのが現状である。

よって、本論では、介護保険制度の特定疾病にがん末期が追加された歴史的背景を整理し、その位置づけを明らかにすることを目的とする。この目的を達成するために、次の5項目に焦点を当てて論究する。第1に、がん疾患を取り巻く、社会の現状について整理する。第2に、介護保険制度における特定疾病とはどういう位置づけにあるのかを明らかにする。第3に、がん末期が特定疾病に追加されるまでの経過について整理する。第4に、がん末期を特定疾病に追加することの妥当性について分析していく。最後に、これらを踏まえ、介護保険制度においてがん末期を取り扱うことの重要性と課題について提示する。

### II. がんに関わる社会の現状

#### 1. がん患者の実態

内閣府発表の「平成25年版 高齢者白書」によると2012年10月現在、日本の総人口は1億2,752万人、うち65歳以上の高齢者人口は、過去最高の3,079万人（前年2,975万人）となり、総人口に占める割合（高齢化率）

は24.1%（前年23.3%）である〔内閣府、2013〕。

周知のとおり、我が国における悪性新生物（がん）の死因順位は1981年より不動の1位である。厚生労働省患者調査（傷病分類別）によると、2011年における悪性新生物（がん）による推計患者数は298,300人、うち入院が134,800人、外来が163,500人となっている。厚生労働省人口動態統計によると、2011年における「悪性新生物（がん）」での死亡数は年間357,185人で全体の28.5%を占めている。実に4人に1人以上ががんで死亡する時代となっている。年齢別死因でも、40歳から89歳までの全ての年齢階級で「悪性新生物（がん）」が第1位となっている。今後も2030年をピークにがん患者は増加し、がん多死社会の到来が予測されている。

## 2. 終末期の介護と最期の場所に対する意識

内閣府が実施した「高齢者の健康に関する意識調査」によると、60歳以上を対象とした「日常生活を送る上で介護が必要になった場合に、どこで介護を受けたいか」の質問に、男女とも「自宅で介護してほしい」人が最も多く、男性は42.2%、女性は30.2%となっている。さらに55歳以上を対象とした「治る見込みがない病気になった場合、どこで最期を迎えたいか」についての質問には、「自宅」が54.6%で最も多く、次いで「病院などの医療施設」が27.7%となっている。「子どもの家」についてはわずか0.7%であり、「特別養護老人ホームなどの福祉施設」の4.5%、高齢者向けのケア付き住宅4.1%よりも低い結果となっている〔内閣府、2013、28-29〕。次いで、「高齢者の延命治療の希望」についての質問は、65歳以上で「少しでも延命できるよう、あらゆる医療をしてほしい」がわずか4.7%にとどまり、「延命のみを目的とした医療は行わず、自然にまかせてほしい」と回答した人の割合は91.1%に及んだ〔内閣府、2013、29〕。我が国においては「長年、住み慣れた『我が家』で介護を受け、自然な最期を迎えたい」と望んでいる者が多いことを意味している。しかし、現在のところ、約8割の人が「病院」で亡くなっている。

## 3. 介護を受ける場所と死を迎える場所の区別意識

上記の調査結果について、別途注目しておきたいのは「介護を受けたい場所」単体では「自宅」がトップであるが、これらをカテゴリー化し、「在宅（親族宅を含む）」か「施設（病院を含む）」で捉えた場合、「施設（病院を含む）」が男性は46.3%、女性は53.4%と約5割を占め、「在宅」を上回ってしまう。一方、「最期を迎えたい場所」では自宅が依然として高い。2008年に実施された終末期医療に関する調査内容では「自分が治る見込みがなく死期が迫っている（6カ月程度あるいはそれより短い期間を想定）と告げられた場合の療養の場所」について「自宅で療養して、必要になれば緩和ケア病棟に入院したい」が最も多く29.4%、次に「自宅で療養して、必要になればそれまでの医療機関に入院したい」が23.0%、「なるべく早く緩和ケア病棟に入院したい」が18.4%、「自宅で最期まで療養したい」が10.9%という結果が出ている〔終末期医療のあり方に関する懇談会、2010〕。このことからも現段階において「介護」を現実的に受ける場所とその最終ステージとして「終末期」を過ごす場所については区別して捉える傾向があり、状況設定によって変化することがうかがえる。

## III. 介護保険制度における特定疾病とは

### 1. 特定疾病とは

既述のとおり、介護保険制度において、40歳以上65歳未満を第2号被保険者が要介護認定を受け、介護サービス利用するためには、介護保険施行令（平成10年政令第412号）第2条で定める16の疾病（特定疾病）に該当していることが必要である。

厚生労働省は、特定疾病の選定基準の考え方を下記のように示している〔厚生労働省、2013〕。

特定疾病とは、心身の病的加齢現象との医学的関係があると考えられる疾病であって次のいずれの要件をも満たすものについて総合的に勘案し、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因し要介護状態の原因である心身の障害を生じさせると認められる疾病である。

1) 65歳以上の高齢者に多く発生しているが、40歳以

上65歳未満の年齢層においても発生が認められる等、罹患率や有病率（類似の指標を含む。）等について加齢との関係が認められる疾病であって、その医学的概念を明確に定義できるもの。

2) 3～6ヶ月以上継続して要介護状態又は要支援状態となる割合が高いと考えられる疾病。

## 2. 第2号被保険者の設定の意義

被保険者・受給者の範囲については、介護保険制度創設当初から大きな論点の一つとして取り上げられていた[厚生省事務局資料、1994;老人保健福祉審議会、1994]。最終的に40歳以上とする現行になった理由の一つとして、「老化に伴う介護ニーズは高齢期のみならず中高年期にも生じ得ること、40歳以降になると一般に老親の介護が必要となり、家族の立場から介護保険による社会的支援という利益を受ける可能性が高まることがあげられている[社会保障審議会介護保険部会、2004]。ここには年齢制限を設けず、全年齢層を対象とする制度設計が困難な中で、家族という概念と「親の面倒は子供がみる」という社会通念を用いて、何とか財源維持に向けて被保険者の範囲を広げたい意図がみてとれる。

また、介護ニーズは高齢者特有のものではなく、年齢や特定の疾病にのみ関連付けられる限定的なものというよりは、普遍的なものといえる。よって、介護保険法附則第2条において施行後5年を目途に検討および見直しをする項目として「被保険者及び保険給付を受けられる者の範囲」が明記されることとなった。

この点からも2006年の制度改正に向けて、社会保障審議会介護保険部会においても、『介護ニーズの普遍性』を考えれば、65歳や40歳といった年齢で制度を区分する合理性や必然性は見出し難い[厚生省事務局資料、1994]<sup>1)</sup>として、被保険者・受給者の範囲拡大に向けた議論が行われてきた経緯がある[厚生省事務局資料、1994]。しかし、現在の国民年金の保険料未納率をみても現実的とはいえない[和田謙一郎、2006、128]。

## IV. がん末期が特定疾病に追加されるまで

### 1. 介護保険制度創設とがん疾患

がん末期は介護保険制度成立当初から特定疾病に定められていたわけではない。がん末期が特定疾病に定められたのは2006年のことである。介護保険制度設計段階でも、「要介護認定における特定疾病に関する研究会」において、「がん」が特定疾病に該当するか否かの検討がなされている。その時に課題となったのが、介護保険制度上における第2号被保険者が要介護認定を受ける要件とされている「要介護状態又は要支援状態の原因である身体上又は精神上の障害が加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病であって政令で定めるもの（下線は筆者）」、さらに「3～6ヶ月以上継続して要介護状態又は要支援状態（下線は筆者）」に該当するのかということである。この2つの基準をがんが満たすか否かを検討した結果、要介護状態又は要支援状態が6月間以上継続するものではないという判断に至り、特定疾病から除外されている。

### 2. 介護保険制度施行5年後の見直し

介護保険法施行から5年が経過し、介護保険法改正の時期を迎える中、被保険者・受給者の範囲拡大に向けた議論が活発化した。医学的観点からの「がん」を取り巻く状況は変わっていないが、「がん末期」に限定すれば、他の特定疾病と同等の扱いができる解釈が可能ではないかとの見方が強まっていった。

がん末期を特定疾病に追加することについては、社会保障審議会介護保険部会の意見書において、『制度の谷間』にある者への対応として、「被保険者・受給者の範囲の拡大」の議論とは別に暫定的な対応の可否が検討課題として上げられている[社会保障審議会介護保険部会、2004.12]。介護保険法一部改正法の法案審議においても、「末期がん患者を介護保険の対象とする基本的考え方について」「末期がんが特定疾病に定められていない理由について」「対象となる『がん』の種類について」などが議論されている。

### 3. がん専門家による根拠づくり

この背景には、がんは1981年以来、日本の死因第1位であり、在宅医療、在宅福祉の促進を実現していくうえでも、医療と介護の包括的なケアが必要不可欠な状況にあった。がん患者は在宅療養を継続するなかで、特にがん末期患者の利用ニーズが高い福祉用具貸与などは、介護サービスに該当するものであった。もちろん訪問介護も介護サービスである。しかし、40歳から64歳までのがん末期患者は、介護保険制度の被保険者でありながら介護サービスの利用は叶わず、かといって福祉用具貸与は医療サービスの対象でもなく、まさに法の狭間に追いやられている状態にあった。

このような社会状況を鑑み、がん末期を特定疾病に追加することについての妥当性は、「特定疾病におけるがん末期の取り扱いに関する研究班（以下、がん末期取り扱い研究班）」によって、議論されることになる〔特定疾病におけるがん末期の取り扱いに関する研究班、2005〕。

2005年10月、がん末期取り扱い研究班より、「特定疾病におけるがん末期の取り扱いに関する考え方について—がん末期の方々が住み慣れた地域や自宅で最後を迎えるために—中間報告」が提出され、「40歳以上のがんの末期で介護を必要とする者については介護保険による給付を受けられるようにすべきである」との見解が示された。

当報告を受けて、2005年11月16日、社会保障審議会介護給付費分科会で『『がん末期』を特定疾病に追加すること等について（案）』が審議されている〔厚生労働省社会保障審議会介護給付費分科会、2005〕。当分科会資料および議事録においては、本件は議題となっているが議事録の中でこの案件が承認された記録はなく、議事録の発言からも報告事項として扱われていることがうかがいられる。介護給付費分科会の中では、がん末期を特定疾病に追加することについては賛否両論の意見が出されている。例えば、がん末期を特定疾病に追加することで、年額4億から20億強の給付増が見込まれていることに対して、委員からは多額の介護給付費に関わる案件をしかるべき審議を経ず報告

で済ませ、制度の中に組み込んでしまうといった手続きに異議を唱える発言が見られる。また別の委員からは、がん末期を特定疾病に追加することは国権の最高機関である国会で議論された議案であり、一分科会が引っくり返すものではないという意見や保険料を納付している第2号被保険者が必要としているものを出さない方向で議論されること自体が理解できないといった意見も出されている。

以上のような過程を経ながらも結果としては当研究班の報告を踏まえ、2006年4月から特定疾病にがん末期が追加されていくことになる。

### 4. 特定疾病としてのがん末期の取り扱い

その後、介護保険制度におけるがん末期の取り扱いについては、2010年4月20日、参議院厚生労働委員会によって、兵庫県姫路市での実態調査が取り上げられ、がん末期患者の要介護度軽度認定や未認定等の問題が浮き彫りとなる〔特定非営利法人 姫路市介護サービス第三者評価機構、2008；武田ほか、2009、239-244〕。その後、厚生労働省は「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）」「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）」「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）」の3つの事務連絡を各都道府県及び市区町村等介護保険主管課（室）向けに通達するに至っている。

## V. がん末期を特定疾病に追加する妥当性

### 1. 特定疾病におけるがん末期の取り扱いに関する研究班

がん末期が特定疾病に追加された背景には、政治的背景に加え、がん末期取り扱い研究班による「特定疾病におけるがん末期の取り扱いに関する考え方について—がん末期の方々が住み慣れた地域や自宅で最後を迎えるために—中間報告」が根拠資料として強力な後押しになったことは明らかである。なぜなら、特定疾病への追加議論において、提示される文章等の根拠資料には、すべて当研究班の報告書が用いられている。



以下では、がん末期取り扱い研究班の報告書を分析し、がん末期を特定疾病に追加することについての妥当性について論究していくこととする。

既述の通り、介護保険制度成立前の「要介護認定における特定疾病に関する研究会」において、「がん」について、その妥当性が検討されている。その結果、介護等を要する期間が6ヶ月間以上継続するものではないとされたため、特定疾病として定められなかったという経緯がある。しかし、この度のがん末期取り扱い研究班による審議は、がん疾患における「末期」という特定の期間に限定した「がん末期」であれば、他の特定疾病と同様の取り扱いが可能ではないかというものである。

がん末期取り扱い研究班は、検討事項として下記の2点を中心に検討することを明示している。

- 1) 医学的に明確な同一の疾病概念を共有する疾病群として整理することができるか。
- 2) 心身の病的加齢現象との医学的関係があると考えられる疾病であって、罹患率や有病率（類似の指標を含む）等について加齢との関係が認められるか。

なお、本研究班がまとめた「がん末期の」定義および診断基準は表1の通りである。

## 2. 疾病群としてのがん解釈

がん末期取り扱い研究班は、まず胃がん、肺がん、乳がん、さらに女性限定の子宮がん、男性限定の前立腺がん等の個別疾病をまとめて「がん」という疾病群として整理できることを証明することで、がん全般を一括りにして介護保険制度の対象にしようとした。

ここには単に介護ニーズが高いとされる一部のがん疾患を取り上げるのではなく、がんという疾病群として介護保険制度に取り込んでいくことに政策的意義があるからこそ、まずは疾病群としての整理を進めたものと考えられる。今後の日本のがん疾患を取り巻く医療と介護の事情を見据えた時、社会保障全般として医療と福祉の一体的な取り組みが必要不可欠である。そうでなければ、今後も増加の一途を辿るがん患者を医

療だけで支えていくことは困難である。さらに、がん疾患に特化した福祉制度を新設するのではなく、既存の制度の中に取り込んでいくことで迅速に基盤整備が進められる。

がん末期取り扱い研究班は、がん疾患を同一の疾病概念を共有する疾病群であることを証明するための根拠として、「自律的増殖的」「浸潤性」「転移性」「致死性」をあげている。「自律的増殖的」とは無制限の自律的な細胞増殖が見られること、「浸潤性」とは浸潤性の増殖を認めること、「転移性」とは転移すること、「致死性」とは何らかの治療を行わなければ、上記の結果として死に至ることとしている。そして、白血病のような非固形の悪性新生物も含めて、この定義を満たすという結論に至っている。

これにより、「がん」の疾病構造がいずれも共通するものであることを証明するに至っている。よって、がん疾患全般を一括りにした疾病群として取り扱うことが可能という解釈を提示した。

## 3. 加齢現象としてのがん解釈

次に必要なのは、介護保険制度の対象となる上で最も重要である「加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病」ということに加えて、「末期」という一定の期間をみれば、「3～6ヶ月以上継続して要介護状態又は要支援状態」にあるという解釈である。既述の通り、「がん」自体としては介護保険制度の制度設計の段階で既に介護等を要する期間が6ヶ月間以上継続するものではないとされ、特定疾病から除外されている。

がん末期取り扱い研究班は、がんの年齢階級別罹患率や年齢階級別死因簡単分類死亡率および研究文献等から『『がん』は心身の病的加齢現象との医学的関係が強いと考えられる疾患であって、罹患の状況等からも加齢に伴う疾患であると考えて矛盾はない』と結論づけている [特定疾病におけるがん末期の取り扱いに関する研究班、2005、5]。

次に「末期」の定義についてである。「末期」を定義するにあたり重視すべき点は、がん末期患者が介護

表1 介護保険における特定疾病としてのがん末期の定義及び診断基準

がん【がん末期】
医師が一般に認められている医学的知見に基づき、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。
【定 義】
以下の特徴をすべて満たす疾病である。
①無制限の自律的な細胞増殖が見られること（自律増殖性） 本来、生体内の細胞は、その細胞が構成する臓器の形態や機能を維持するため、生化学的、生理学的な影響を受けながら細胞分裂し、増殖するものであるが、がん細胞はそういった外界からの影響を受けず無制限かつ自律的に増殖する。
②浸潤性の増殖を認めること（浸潤性） 上記の自律的な増殖により形成される腫瘍が、原発の臓器にはじまり、やがて近隣組織にまで進展、進行する。
③転移すること（転移性） さらに、播種性、血行性に遠隔臓器やリンパ行性にリンパ節等へ不連続に進展、進行する。
④何らかの治療を行わなければ、①から③の結果として死に至ること（致死性）
【診断基準】
以下のいずれかの方法により悪性新生物であると診断され、かつ、治癒を目的とした治療に反応せず、進行性かつ治癒困難な状態（注）にあるもの。
① 組織診断又は細胞診により悪性新生物であることが証明されているもの。
② 組織診断又は細胞診により悪性新生物であることが証明されていない場合は、臨床的に腫瘍性病変があり、かつ、一定の時間的間隔を置いた同一の検査（画像診査など）等で進行性の性質を示すもの。
注）ここでいう治癒困難な状態とは、概ね6ヶ月間程度で死が訪れると判断される場合を指す。なお、現に抗がん剤等による治療が行われている場合であっても、症状緩和等、直接治癒を目的としていない治療の場合は治癒困難な状態にあるものとする。

出所：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慣れた地域や自宅で最期を迎えるために—中間報告（2005.10.20）

保険制度を円滑に利用することを想定しての議論ということである。よって、厳格な医学的用語定義を行うことによって、ただ法的に「がん末期」を疾病群として介護サービスの権利を獲得させることが論点ではないということである。現実に介護サービスの利用段階において、「がん末期」であることを証明することに時間と手間を要し、結局のところ、ハードルが高くて利用することが困難ということが起こらないような定義が求められた。がん末期取り扱い研究班は、このような臨床現場および実務重視のスタンスで議論を進めていたといえる。

「末期」の定義については、がんではなく、末期がんとして「治癒困難」であることを前提にすることで「介護等を要する期間が6ヶ月間以上継続するもの」という給付対象としての妥当性を見出すことになる。

がん自体が加齢に伴う疾病であると位置づけただけでは、回復が期待され、「介護等を要する期間が6ヶ月間以上継続するもの」という基準をクリアすることができない。

これについてがん末期取り扱い研究班は、「治癒目的の治療を中止したがん患者の多くは短期間で死を迎え、6ヶ月間以上の長期間にわたり生存する事例は少数である」[特定疾病におけるがん末期の取り扱いに関する研究班、2005、9]との調査データ等を提示している。

これらをもとに、「末期」となれば「回復の期待なし」であり、「一度要介護状態となれば、介護の必要性は継続的であり」、6ヶ月以上の継続については、その多くは「6ヶ月程度で死亡してしまう」という臨床現場を視点に、末期がんによる要介護状態を証明してい

ることになる。

最終的に「がん末期」の定義として「治癒を目的とした治療に反応せず、進行性かつ治癒困難又は治癒不能と考えられる状態」とすることが実務上適当と結論付け、さらに「治癒困難」と判断する目安として、「6ヶ月間程度で死に至ると判断される場合」と脚注に加えた「特定疾病におけるがん末期の取り扱いに関する研究班、2005、10」。ここには様々な委員への配慮がうかがえる。そして、がん末期の診断基準については「具体的な検査手技等は示さず、臨床経過の中で主治医が総合的に判断すること」とするのが現場に則しているとの考えを示した。

## VI. 介護保険制度においてがん末期を取り扱うことの重要性と課題

最後に介護保険制度においてがん末期を取り扱うことの重要性と課題について述べる。

「がん」という疾病の一部分の期間を抜き出して特定疾病に追加しようという議論は些か強引な面も否めないわけではない。他の疾患についても同様の論理で特定疾病とすることが論理上は成り立つことが推測されるからである。しかし、そうしてでも早期に「がん」を介護サービスの利用範囲に入れることが社会政策上において必要であったといえるであろう。今後も増加の一途を辿ることが確実ながん患者の介護問題が社会問題化する前に介護保険制度の基盤づくりをしていくことは、介護給付費増加の側面からも緩やかな増加曲線を描くといった政策的戦略として有効なことといえよう。

また、がん末期はその疾病の経過的特徴が介護保険制度の制度設計にはまり難い特徴をもっている。介護保険制度における「加齢に伴う」は年を重ねるにつれて徐々に老化することによって徐々に要介護状態になっていく過程を想定している。ここでの経過は少なくとも半年から1年以上の単位での段階的なものである。がん末期は余命からも全利用期間が概ね6ヶ月程度を見込んでいる。何よりも、介護保険制度は、運用上においても、がん末期のように急激な状態の変化に

より短期間で要介護状態に陥り、その後短期間で死に至るケースを想定したシステムになっていない。後から介護保険制度の対象に追加されたがん末期がその制度上の問題で権利を十分に行使できないといった状況にある。

既述の通り、厚生労働省は地方自治体のがん末期に関する事務連絡を調達し、その改善を図ろうとするスタンスはみてとれる。しかし、事務連絡といった運用上の取り扱いでどうにかなるものではない。例えば、申請をしておきながら認定調査前に死亡してしまった場合、どんな運用上の解釈をしようが制度上は未認定となる。仮に暫定プランでサービスを利用していれば、保険給付外サービスとなり、10割の全額自己負担である。国が暫定プランの活用を進めるのであれば、この期間に上記のような保険給付外サービスの利用が発生した場合の9割は保険者である市町村が負担することが妥当と考える〔伊藤、2008、126-127〕<sup>2)</sup>。がん末期を介護保険の対象に加えたからには、制度における生存権保障のための抜本的な制度改革が公的責任として必要ではないだろうか。

今後、厚生労働省の推計によると2030年には自宅で亡くなる人を1.5倍の約20万人、介護施設での看取りを現在の2倍の約9万人、病院で何とか現状維持の約89万人を看取ったとしても約47万人が最期を迎える場所がなくなってしまうことが指摘されている〔厚生労働省ライブチャンネル、2012〕<sup>3)</sup>。しかし、今後病床数の増加もなく、医療政策的には急性期への医療資源の集中的な投入と専門分化していこうという中で、これまで通りに病院が看取りまでの入院を受け入れていくことが物理的に可能なのであろうか。国の統計からもこれらの多くががん患者であることが推測され、病院を追われた彼らは余生をどこで過ごすのか。がん患者の「健康で文化的な生活」を保障していくのは公的責任といえる。病院の機能分化に加え、在宅医療および在宅介護の基盤整備は、国および地方自治体の政策的な喫緊の課題なのである。医療と福祉の連携促進国が進めている地域包括ケアにおいて、がん末期は認知症と並ぶ重要案件といえるであろう。しかし、現在、



地域包括ケアにおいては、医療と福祉の連携が強調されながらも、がん末期患者の在宅療養を念頭においた議論は十分とはいえない。

実際のところ、法整備が進んでも、がん患者の在宅療養環境が充実するとはいえない。社会政策は方向性を示すものであって、実務は現場が行うものである。現在のところ、在宅医療においても看取りが進んでいるとは言い難い結果が出ている。在宅医療を促進していくために創設された在宅療養支援診療所は2010年7月1日現在で12,487ヶ所の届出がある。うち報告数11,879ヶ所のなかで、昨年度1年間で1名以上の看取りをしていない診療所が49.1%にも及んでいる〔中央社会保険医療協議会総会、2011〕。在宅療養を促進するための診療所の約半分がひとりも看取っていないのである。がん末期患者は、「ターミナル期を在宅で」と願い、この診療所に期待をよせて退院したとしても、2分の1の確率で、在宅で最期を迎えることができないのである。この結果からも、医療機関だけで看取りを進めていくことが困難であることがわかる。

現場レベルでは、介護支援専門員を中心に福祉専門職がターミナルケアや緩和ケアに関するスキルアップを図っていくことが求められる。在宅におけるターミナルケアはチームプレーである。どんなに有能で志の高い医師であったとしても病気から身上監護まで、すべてのことを担うことは不可能である。がん末期が特定疾病に追加されて既に8年が過ぎようとしている。しかし、がん末期は依然と変わらず医療が中心であり、がん末期の利用者に対するケアに長けた福祉専門職が育ちにくいのが現状である。现阶段で、地域包括支援センターががん末期患者やその家族が在宅療養を希望した時、有効な社会資源へと繋いでいくことがどの程度可能なのであろうか。がん末期患者は限られた時間を価値あるものとするために介護保険制度を利用するのである。しかし、サービス提供者側の教育不足、経験不足などによって、サービス利用者の生存権を大きく侵害してしまう〔和田、2006、119〕。

地域のターミナルケアのスキルアップには、地域ケア会議への期待が大きい。地域ケア会議において、が

ん末期をテーマにした検討会を積極的に行い、カンファレンス数の蓄積を図ることが求められる。医療機関は病気、生活全般は福祉と、その役割分担について議論を重ねていく中でそれぞれの役割が明確化していくものとする。特に在宅医が地域の介護サービスの実態を知ること、がん患者を看取る上でのチームケアのイメージ作りにも役立つことが期待できる。また、役割の明確化は、一方的な業務の押し付けを抑制し、医療従事者と福祉従事者の対等な関係作りにも役立つのではないだろうか。

そして、市民に対するがん末期と在宅療養に関する教育が重要となるだろう。がん末期患者と家族が安心できる在宅療養の環境整備は医療と福祉の専門機関および専門職種の役割が大きい。しかし、「がんは病気」、「病気は医療」、「自宅で介護はできても、治療は家ではできない」という意識はターミナル期を介護保険制度中心の生活で組み立てることに不安を感じるであろう。その不安の大半は情報不足からくるものであると考える。今後の経過を見据え、長期的な視野で在宅療養の促進に向けた情報提供やターミナルケアの教育を計画的に進めることが必要である。その方向性を明確化していくことが各市町村の公的責任といえるであろう。

## VII. おわりに

がん末期患者の在宅療養および看取りの充実を図る上で介護保険制度は医療保険制度の重要なパートナーであり、貴重な受け皿であることに疑いの余地はない。介護保険制度は介護の社会化を謳い創設された。だからといって家族の役割がなくなったわけではなく、利用者のキーパーソンとしての存在は利用者の生活に大きな影響を及ぼす。制度が掲げる「自立した生活」を制度が決めるわけでもない。しかし、日本という法治国家において、制度はその人の最期をも拘束する影響力をもっている。市民の幸福、安寧な生活を維持向上するための福祉制度がそれを阻むようなことは防がなければならない。

## 註)

- 1) 介護保険制度創設時においても若年層を被保険者とした場合について障害者サービスとの関連を中心に議論された経緯がある。
- 2) さらに伊藤は要介護認定に要する期間を生活保護の要否決定と同じ14日以内にするべきと述べている。
- 3) 厚生労働省保険局医療課長の鈴木康裕氏は資料説明の中で「いろいろ、あまあまに算定して」という発言からも、積算されている数値が最低ラインであることがうかがえる。

## 引用文献

- 伊藤周平 (2008)『介護保険法と権利保障』法律文化社.
- 厚生省事務局資料 (1994. 4. 30)「若年層を被保険者とした場合の問題点 (メモ)」和田勝 (2007)『介護保険制度の制作過程』.
- 厚生労働省「特定疾病の選定基準の考え方」<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/nintei/gaiyo3.html>, 2013.9.1.
- 厚生労働省ライブチャンネル[USTREAM] (2012.3.5)「平成24年度診療報酬改定説明会 (医療課長説明)」.  
<http://www.mhlw.go.jp/douga/ustream.html>, 2013.9.1.
- 厚生労働省社会保障審議会介護給付費分科会 (2005.11.16) 第34回議事録.
- 社会保障審議会介護保険部会 (2004.12.10)「『被保険者・受給者の範囲』の拡大に関する意見」.
- 社会保障審議会介護保険部会 (2004.7.30)「介護保険見直しに関する意見」.
- 社会保障審議会介護保険部会 (2004.7.30)「介護保険見直しに関する意見」.
- 終末期医療のあり方に関する懇談会 (2010.12)「『終末期医療に関する調査』結果について」.  
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000000yp23.html>, 2013.9.1.
- 中央社会保険医療協議会総会 (2011.10.5)「第198回資料：入院・外来・在宅医療について (総論)」.

藤田敦子 (2013)「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」『ホスピスケアと在宅ケア』第21巻1号.

特定疾病におけるがん末期の取り扱いに関する研究班 (2005.10.20)「特定疾病におけるがん末期の取り扱いに関する考え方について—がん末期の方々が住み慣れた地域や自宅で最後を迎えるために—中間報告」.

特定非営利法人 姫路市介護サービス第三者評価機構 (2008)「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—」.

内閣府 (2013)「平成25年版 高齢者白書 (全体版)」.  
武田英樹・藤田益伸・山野敬子ほか (2009)「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3号.

老人保健福祉審議会 (1994. 4. 22)「高齢者介護保険制度の創設について (概要) —審議の概要・国民の議論を深めるために—」和田勝 (2007)『介護保険制度の制作過程』.

和田謙一郎 (2006)「介護保険特定疾病と末期がん～在宅ターミナルケアを考慮したうえで～」『四天王寺国際仏教大学紀要』第41号.