

# 新時代 介護保険

光と影からベストプランを求めて

## 低所得者に対する介護保険活用

あおぞら診療所

(☎ 271-0074 千葉県松戸市緑ヶ丘 2-227-2)

和田忠志 前田浩利 川越正平

本稿では、低所得者に対する介護保険活用を述べる。まず、介護保険の主に患者負担に関わるシステムを概説した。次に、症例を提示し、介護保険活用の実際を解説した。生活保護が受給できる場合、自己負担はなく、さまざまなサービス活用が円滑にできる。医療保険と介護保険のそれぞれで給付サービスに特徴があり、それらを知ることによって、患者の自己負担を軽減できる。また、低所得者に対する自己負担軽減処置を活用できることがある。また、介護保険は、そのほかの制度活用と併用してより有効に活用される。

### 介護保険システムの概説

今回は連載第1回であることを考慮し、介護保険のシステムのうち、主に患者負担に関わる部分について概説する。

#### 1. 被保険者

介護保険被保険者は、65歳以上の「第1号被保険者」と、40歳以上65歳未満の「第2号被保険者」とに分かれる。第1号被保険者は障害のいかんを問わず給付を受けられるが、第2号被保険者は「特定疾病」(Table 1)の存在下においてのみ給付が受けられる。また、第2号被保険者たるためには医療保険加入者であることが条件となる。特定疾病の有無は認定審査会が「主治医意見書」の病名欄で判断する。したがって、主治医が意見書病名欄に特定疾病を記載することが受給要件となる。

被保険者は保険料を支払う。大部分の第1号被

Table 1. 介護保険における特定疾病

1. 筋萎縮性側索硬化症
2. 後縦靭帯骨化症
3. 骨折を伴う骨粗鬆症
4. Shy-Drager 症候群
5. 初老期における痴呆
6. 脊髄小脳変性症
7. 脊柱管狭窄症
8. 早老症
9. 糖尿病性神経障害, 糖尿病性腎症, 糖尿病性網膜症
10. 脳血管疾患
11. パーキンソン病
12. 閉塞性動脈硬化症
13. 慢性関節リウマチ
14. 慢性閉塞性肺疾患
15. 両側の膝関節, 股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

保険者では年金より天引き、第2号被保険者は医療保険料徴収時に医療保険者が徴収する。所得額によりある程度保険料額が異なる。低所得者に対

する保険料減免は行う市町村と行わない市町村がある。

## 2. 介護保険における申請

医療保険と異なり、介護保険給付は「申請」による。すなわち、給付を受けようとする被保険者は市町村に申請が必要である。申請を受け、市町村は「認定調査」を行い、かつ主治医に「意見書」を求める。作成された「認定調査票」と「主治医意見書」を材料として市町村介護認定審査会が要介護度状態区分を判断する。なお、給付には有効期間が設定され、6ヵ月を基本とするが、認定審査会判断により3ヵ月から1年のあいだで設定できる。継続して介護保険給付を受けようとする市民は、有効期限がきれる前に更新申請を行う必要がある。

訪問看護や訪問リハビリテーションのように医療保険と介護保険の双方で提供しうるサービスがある。このような場合、患者が介護保険認定をもつ場合は、介護保険を優先的に使用する義務がある。なお現在の制度では、70歳以上の高齢者の場合、医療保険と介護保険の双方で提供しうるサービスでは、一般に医療保険で受けるほうが自己負担額が安価である。このため、訪問看護・訪問リハビリテーション以外の居宅サービスを希望しない場合には、あえて介護保険の申請を行わず、医療保険のみを用いる方法もある。また、いったん介護保険の申請をすると、認定結果の取り消しをすることはできない。したがって、介護保険の申請を行うかどうかの見極めはときに慎重であるべきである。ただし、これは介護保険法施行初頭における老人保健制度との移行的な不整合によるものであるから、これらの共通サービスの給付額は、近い将来、同一になるものと思われる。

## 3. 要介護認定

要介護認定は市町村介護認定審査会でを行う。患者の介護度を表す「要介護状態区分」は要支援がもっとも軽く、その次に、要介護1があり、それから2,3と次第に重くなり、最重度は要介護5と判定される。要介護状態区分が重度ということは患者の利用できるサービス総額が大きいことを意味する。この総額の月ごとの規制額のことを「支給限度基準額」と呼ぶ。サービスの種類によっては、重度であるほど給付額単価が大きいものがあり、その場合には患者自己負担額も比例して大きいことを認識しておく。たとえば、「要介護2」の患者がデイサービスを受けていて、次の認定で同一患者が「要介護4」と判定されると、同じサービスを受けても自己負担額は高くなる(サービス提供機関への報酬給付額も高くなる)。したがって、高い判定が患者にとって有利なことばかりではなく、ときには金銭的にはより負担になりうる。

厳密には、支給限度基準額には上記に述べたもっともよく使用される月ごとの基準額(「訪問通所サービス区分に係る居宅介護サービス費区分支給限度基準額」)のほか、6ヵ月あたりのショートステイの限度日数を規定する「短期入所サービス区分に係る居宅介護サービス費区分支給限度基準額」、1年あたりの福祉用具購入限度を規定する「居宅介護・支援福祉用具購入費支給限度基準額」、および、ほぼ永続的な住宅改修の限度を定める「居宅介護・支援住宅改修費支給限度基準額」がある。この四者のうち、前二者は1月より一本化された。

## 4. 居宅療養管理指導

患者居宅での医師の行為には「居宅療養管理指導」という介護保険の給付が存在する。居宅療養管理指導は、「往診料」、「訪問診療料」などの医療保険給付に加えて、独立して請求できる。これは、介護保険居宅サービス事業者に対する医師の情報



## 2. 医療保険の活用

既述のように、70歳以上の高齢者の場合、訪問看護・訪問リハビリテーションは、一般に医療保険で受けるほうが自己負担額が安価である。逆に、若年者では、医療保険では自己負担額は2〜3割であり、医療保険のほうが自己負担は高額である。このため、高齢者では、訪問看護・訪問リハビリテーションの利用なら医療保険のみを用いる方法もある。しかし、実際には、そのほかの介護保険のサービスを受けたほうが患者に利益があることが多く、医療保険だけの受給ケースは多くない。また、訪問看護では、訪問看護ステーションのそれよりも、医療機関のもののほうが報酬が低く、自己負担も安価である。

また、「厚生労働大臣が定める疾病等」(Table 2)あるいは末期癌患者の場合には、「訪問看護」を医療保険で受けられる。このメリットは2つある。1つは、高齢者の場合、訪問看護を自己負担額が低く利用できること、2つ目は、訪問看護が医療保険に移ることで支給限度基準額枠外となり、支給額をそれ以外のサービスに振り向けることができ、事実上、限度額が高くなる作用があることである。

また、訪問薬剤指導は、高齢者の場合、医療機関が診療所であるとき、多くの場合(自己負担定額の場合)、医療保険で行えば、患者自己負担額は無料であるが、介護保険では1回あたり約550円(居宅療養管理指導550単位の10%)の自己負担が発生する。

## 3. 所得による介護保険自己負担減免処置

低所得者では、訪問介護に限り、介護保険給付額の10%の負担額を3%まで減額する制度がある。また、市町村により、より幅広い減免制度をもっているところもある。このような制度を活用して、介護保険制度を利用することにしている。

Table 2. 厚生労働大臣が定める疾病等

多発性硬化症
重症筋無力症
スモン病(亜急性脊髄視神経症)
脊髄小脳変性症
Huntington 舞蹈病
進行性筋ジストロフィ症
筋萎縮性側索硬化症
パーキンソン病(ヤールの臨床的症度分類のステージ3以上であって生活機能症度がII度またはIII度のものに限る)
Shy-Drager 症候群
Creutzfeldt-Jakob 病
後天性免疫不全症候群
頸髄損傷
人工呼吸器を使用している状態

## 4. 退院援助としての介護保険活用

制度細部を医師が把握することは事実上困難である。とりわけ、通常は病棟医療に従事する医師ではなおさらであろう。しかし本症例のように、退院時あるいは退院直後に介護保険のサービスを導入することが多い。そのため、病棟医といえども大まかに制度の特徴を把握し、ケアマネジャーと連携しながら、患者・家族に自宅での医療・介護の可能性を説明し、準備を行う必要がある。また一般に、ADLの低下した患者およびその家族は退院に強い不安感をもつが、適切な説明や準備により、安心して自宅退院を決断できる。

## 5. そのほかの制度活用

本症例では、身体障害者手帳の申請により医療保険の自己負担を無料にしたり、老人保健法に定める保健事業に従事する理学療法士の訪問(これは市の事業となり無料)を実施している。このような他の制度の活用は本稿の本旨でないものでこれ以上は述べないが、介護保険以外の制度活用を併用するのが普通である。