

視点

介護保険制度と医師会活動



福島県医師会常任理事

原 寿 夫

はじめに

2024年度は、診療報酬と介護報酬、障害福祉等報酬が同時改定となる、6年に1回のトリプル改定の年である。団塊ジュニア世代が65歳以上の高齢者となり、高齢者人口がピークに達する、いわゆる「2040年問題」に加えて、昨年度の出生数が80万人を下回った急激な少子化、結果として人口減の右肩下がりの社会構造が明確になり、これまでの右肩上がりのビジネスモデルは多くの場面で通用しなくなってきた。

2016年度の診療報酬改定の基本方針に登場した「治し、支える医療」について、2022年12月28日の社会保障制度審議会・医療部会の「医療提供体制の改革に関する意見」では、「『治す医療』を担う医療機関と『治し、支える医療』を担う医療機関の役割分担を明確化する」とあり、より踏み込んだ議論になったようである。しかし、ここで述べられている「治す医療」は“急性期医療”は含まず、“高度急性期医療”のみを指すようである。急性

期含め回復期、慢性期は「治し、支える医療」に“役割分担”され、さらに介護を含めた必要なサービスが途切れることなく提供できる仕組みが求められるとされている。そして、医療には「生活者の視点」を、介護には「医療の視点」を入れた見直しを進めるという表現となっている。

ところで、国立社会保障・人口問題研究所が、2020年の国勢調査の結果をもとに日本の将来推計人口を公表した。それによると、日本の総人口は2070年に現在の7割にあたる約8,700万人に、高齢化率は39%近くに、平均寿命は男性86歳、女性92歳になるとのことである。

また、ワシントン大学研究チームによると、世界の人口は2064年の97億人をピークに減少に転じ2100年には88億人に減少するとのことである。その時日本の人口は約6,000万人で、現在の世界11位から38位になると予測されている。

このようなグローバルな視点から、人口が

減少していく右肩下がりの社会構造における社会保障制度を考えることは国民皆保険制度としての医療や年金制度等において重要であり、介護保険制度においても例外ではない。

しかし、市町村を保険者としている介護保険制度では、上記に加えて自分たちの街をどのような街にしたいのか、もっと身近な課題として考えることが求められ、そのことを可能にする仕組みが備わっている。個々の介護サービスの利用申請の受付は市町村であり、その要介護認定を決める審査会を開くのも市町村である。そして、介護サービスの需要と供給、保険料の設定も保険者である市町村に決定権があり、地域密着型サービスも市町村で決めることが可能である。

介護保険制度は2000年に創設され、23年が経ち、地区医師会活動との関係や、医師として、かかりつけ医としての関わりについて、それぞれの視点からもう一度整理してみたい。

1. 介護保険運営協議会と地区医師会活動

地域医療を支えている地区医師会にとって最も大切なのは、保険者である市町村が開催する、介護保険運営協議会への積極的な参加である。

第九次の高齢者福祉計画と介護保険事業計画が次年度から各市町村でスタートするため、介護保険サービスの現状把握や今後を検討するための各種アンケート調査が現在行われていると思われる。これらを議論するのが、介護保険運営協議会であり、この協議会の委員には、地域の医療や介護、福祉等関係団体の役員等が推薦されていることが多い。

郡山市の介護保険運営協議会の場合、その委員は、12名から構成されている。特別養護老人ホーム施設長連絡会や居宅介護支援事業所連絡協議会、福祉関連学校、そして、郡山医師会、郡山歯科医師会、郡山薬剤師会、県看護協会郡山支部、郡山市民生児童委員協議

会連合会等から推薦されている。

郡山市は今年度、以前から課題であった介護福祉士等介護関連職員の不足状況等を把握するためのアンケート調査項目が新たに加えられた。これによって、高齢化による介護サービスの需要増と、少子化による介護サービスの受け皿の減少の現状把握をしたく加えたものである。

このことによって、市町村独自の課題が浮き彫りになれば、必要に応じて地域密着型サービス等の検討もでき、保険料の増減等のシミュレーションも含め、自分たちの街を自分たちで考えていくことが、多少なりとも可能になり得るのではないだろうか。

介護保険施設と医師会員の関係をみると、郡山医師会の場合、会員が法人理事長等である介護保険関連施設だけでも2022年9月現在、対前年度比100床増の2,794床あった。

2. 介護認定審査会と“医師”

患者さんが医療を受けたいときは、保険証を持参すれば、いつでも必要な医療を受けることができる。しかし、介護サービスを受けたい場合は、利用者またはその関係者が保険者である市町村の窓口申請する必要がある。

申請後に、調査員による調査書とかかりつけ医の主治医意見書の記載依頼が送付され、その2つの書類から要介護認定がなされる。この要介護認定を行うのが「介護認定審査会」であり、これもまた保険者である市町村が主催する。

その審査会の委員は、医療や介護の関係団体からなる5名の委員で構成されている。一般的には、医師を含め地域の関係団体からの推薦であることが多いが、必ずしも地域からでなければならないのではなく、専門職種であれば地域性は問われない。よって、医師に関しても、他の市町村から応援して頂くことも可能であり、医療圏域での連携体制構築の

一つとして捉えて頂ければとも思われる。

しかし、この審査会の委員を経験することは、主治医意見書の記載内容のポイントを知り得るだけでなく、介護保険制度全体を理解する上でも、医師自身にとっても意味あることである。診療科に関係なく、多少なりとも介護保険サービスに関わる診療をされている医師会員は、ぜひ一度は経験していただきたい。

そして、多くの会員に経験して頂くためにも、介護認定審査会の委員を地区医師会が推薦することが可能な、市町村との関係性を構築しておくことが大切であると思われる。

3. 主治医意見書と“かかりつけ医”

介護保険サービスを利用する際は、前述のように、かかりつけ医の「主治医意見書」が必要である。申請から1ヶ月以内に要介護認定をすることが求められているので、一般的には意見書の依頼から一週間以内に返送していただきたいところである。また、高齢者の多くは複数の診療科にかかっていることが多いが、主治医意見書の記載は1人の医師に限

定されている。申請者又はその家族が、この先生が”主治医”であると思った医師を申請時に届けて、その医師に主治医意見書の依頼がされるのである。言い換えれば、信頼を寄せている医師であるので、その信頼にぜひ応えて頂きたい。

おわりに

医療に「生活者の視点」を、介護に「医療の視点」を入れることにより、高度急性期医療から、急性期、回復期、慢性期、そして介護サービスと、必要なときに途切れることなく提供される仕組みが構築されようとしている。

しかし、どのように素晴らしい仕組みであっても、関係者がその意図するところを理解していなければ良い結果は得られない。介護保険制度への理解がなければ、医療から介護、介護から医療への途切れのないサービスの提供は困難であるとさえ言える。

よって、前述の3点について再度確認し、介護保険制度への理解を深めて頂ければ幸いである。

