

# 報告

## 平成23年度 介護保険制度・障害者自立支援法 にかかわる主治医研修会

常任理事・地域福祉部長 前川 勲

### はじめに

要介護度認定は、一号被保険者（65歳以上・高齢者）、二号被保険者（64歳以下・特定疾患認定者）が介護保険制度を利用するための第一歩である。

要介護度判定は、介護保険利用申請者を指定調査員が訪問し74項目の調査項目を調査、これに主治医意見書から得られた情報を一次判定ソフトに入力し、要介護認定基準時間をコンピューターによって推計するという方法で算定される（一次判定）。

次いで多職種から構成されている「二次判定委員会」によって一次判定の妥当性が議論され、最終的な要介護度が決定される。

この結果から「ケアマネジャー」は、申請者の「ケアプラン」を作成する。主治医意見書は、一次・二次判定のみならず「ケアプラン」作成時にも参考となる。

かかる観点から北海道保健福祉部、北海道医師会が主催し例年、郡市医師会・会員を対象として「介護保険制度」に基づく主治医意見書の記載に関する研修会が開催されている。また同時に「障害者自立支援法」にかかわる主治医意見書の記載についての研修が行われている。受講修了者には「研修修了証」が後日送付されている。

平成23年度の開催実績は、表に示すとおりである。全道8カ所で開催され、559名の参加があった。会場

表 平成23年度 主治医研修会

開催地	開催日	出席者数	アンケート回数	回収率(%)
旭川市	23. 8. 19 (金)	114	47	41.2%
札幌市	23. 8. 31 (水)	215	108	50.2%
岩見沢市	23. 10. 12 (水)	26	20	76.9%
室蘭市	23. 10. 17 (月)	29	18	62.1%
釧路市	23. 10. 21 (金)	25	12	48.0%
小樽市	23. 11. 2 (水)	46	33	71.7%
函館市	23. 11. 10 (木)	79	39	49.4%
北見市	23. 11. 14 (月)	25	19	76.0%
合計		559	296	53.0%

でのアンケート調査の結果では、参加者の約80%が以前にも研修会を受講しており、また実際に主治医意見書の記載経験者は94%であった。

### 介護保険下での主治医の役割・主治医意見書記載のポイント

先述の通り、被保険者が介護保険制度を利用するスタートは「当事者の要介護度」である。介護保険制度下では、要介護度に応じた包括型介護報酬が設定されており、基本的にはこの限度内での「ケアプラン＝身体介護・生活介護」が作成される。

平成12年4月、介護保険制度が創設され、以後数度の見直しが行われてきているが、とくに平成21年度には、判定ソフトに用いられる「調査項目」が14項目削除・6項目の追加があり、また実際の調査方法などが見直され「調査員記載マニュアル」が大幅に変更された。この概略は既報（北海道医報第1101号、2010年6月1日付）を参照されたいが、この改定時に「主治医研修テキスト」が改定され、主治医が記載する「主治医の意見書」を要介護度の二次判定を行う際に十分に参考とすることが求められた。

主治医の意見書は、申請者の氏名・住所などの基本情報のほか、①傷病に関する意見、②特別な医療、③心身の状態に関する意見、④生活機能とサービスに関する意見、⑤特記すべき事項の5項目からなっている。

心身の状態の項では、日常生活自立度、認知症の中核症状、認知症の周辺症状など医学的な立場からの記載が重要である。また生活機能とサービスに関する意見の医学的管理の必要性では、申請者が日常生活を維持するための介護・看護サービスについての記載が求められる。さらに特記事項は、主治医の意見書としてもっとも重要であり、申請者の持っている疾患の状態・病態と介護の関係などの視点から記載されることが期待される。

40歳以上65歳未満の申請者（二号被保険者）が要介護認定を受けるためには、16の認定・特定疾患が設定されている。主治医は、意見書にそれぞれの診断基準に基づく特定疾患の診断根拠を記載しなければならない。

近年の高齢者の急増とともに「認知症高齢者」も増加し、とりわけ「軽度認知症症例」が増加してきている。初期の認知症症例では、著しい「身体機能」の低下がなく、そのため一見「生活機能」に大きな障害が見られないことが多い。

現行ソフトでは「認知症加算」として認知症高齢者介護の手間を時間として算出する方法を取り入れているが、残念ながら「生活機能低下」に介護時間の配分がやや偏っている一次判定ソフトでは、認知症高齢者の「要介護度」が軽度に判定される傾向が強い。主治医の意見書の記載に当たっては、ぜひこの点に配慮しての記載が求められる。

日本医師会では平成22年11月、全国数カ所でモデル事業を行い「主治医の意見書記載マニュアル」を作成した。これは、認知症申請者の意見書「望ましい記載例集」である。また、2011年日本臨床内科医会から「認定審査事例でよくわかる・介護保険主治医意見書記載のポイント、診断と治療社」が発刊された。適切な主治医意見を記載するために、これらの資料を参考にさせていただきたい。

認知症例では、実際に病院を訪れる際には認知が目立たないケースも少なくないことが経験される。認知症症例の把握のために旭川市・旭川市医師会では「日常生活問診表」を作成した。これは病院での待ち時間の間に「本人・家族」が日常生活の実際を記載し、主治医の意見書作成に利用してもらいたいという趣旨で作られたものである。

各都市医師会にあっても主治医の負担軽減のために、これらのツールを利用する、あるいは独自の方法を検討することが望まれる。

### 要介護度判定の課題

介護保険制度が発足し10年が過ぎた。この間、高齢者が急激に増加するという社会的な背景がある一方、さまざまな介護技術の進歩があり、サービスの内容などにも変化が生じてきた。また高齢者の生活レベルの地域差などの新たな問題も生まれてきている。

これら介護保険全体の問題点を論じることが本文の主旨ではないため、要介護認定制度のみに絞って問題点を考えてみたい。

要介護度判定は、介護に要する手間を時間軸で判定するという「ロジック」から構成されている。これは、コンピューターによる判定ソフトの作成のために35,000余名の施設入所者に行われている介護の内容をタイム・スタディで測定し、樹形モデルから最終的な介護時間を算出し、この時間の総和をもって要介護度を判定するという「独自のロジック」が用いられている。記載に当たっては、ぜひこの「ロジック」を理解していただきたい。

「ロジック」から算定された一次判定の変更は、二次判定委員会の重要な役割であるが、この際最も参考となるのが「主治医の意見書」である。

要介護高齢者数が400万人を超える状況が推定されている現状から考えると、すべての高齢者を施設で管理することは困難であり、また住み慣れた地域で暮らしたいという高齢者・家族の意識なども相まって「高齢者・在宅介護」という方向性が求められてきている。

しかし一方では、高齢者の増加は「老老家族」「独居」などの家庭環境の変化、また「認認家族」「認知症を抱える家族の増加」などの社会背景の変化を意味している。

先述のように現在の「要介護度判定ソフト」は、

施設入所者の介護時間を基本に作成された。そのため在宅高齢者の要介護度、あるいは認知症高齢者の要介護度判定が適確であるかどうか、という疑問が生まれてきている。特に「独居高齢者」などでは「身体介護」よりは「生活介護」に重点が置かれるために「ケアプラン」作成の際に双方に不満が生まれるなどの問題も浮上してきている。

今後、これらさまざまな問題の解決策が関係者によって検討されるのではないかと考えられるが、現場にあるわれわれ医師は、検討の結果のみならず検討の進め方にも関心を持ってゆかなければならない。

### 結語

平成23年度の「主治医の意見書記載・研修会」の結果を報告するとともに、要介護度認定の問題点について考察した。

高齢者が急増している現状にあって適確に介護保険制度を利用することは、高齢者の医療と共に高齢者の生活支援にとって重要な課題である。主治医の意見書の記載が遅れるために「要介護度認定が遅れてしまう」という嘆きが現場から聞こえてきている。

先述したように研修会の参加者は複数回の参加者（リピーター）が多数であり、研修会に参加していない主治医に問題があるという指摘もある。このような問題点を改善するために、現在の研修会の在り方や参加医へのインセンティブをどうすべきなど解決すべき課題も多い。これらの現場からの貴重な意見を参考にしながら、行政と医師会が今後の方向性を検討してゆくことも必要であろう。