

平成 22 年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金
(老人保健健康増進等事業分)

要介護認定における主治医意見書の 記載方法等に関する調査研究事業

報告書

平成 23 年 3 月

NPO シルバー総合研究所

はじめに

2012年の制度見直し、介護報酬改定を控え、介護保険制度は2回目の大きな節目を迎えようとしています。制度施行からの様々な取り組みによって改善された課題もあれば、状況や環境変化に伴って新たに発生した課題もあります。その中で、10年来の課題として、要介護認定やケアプラン作成に重要な「主治医意見書の記載」が挙げられます。

この「主治医意見書」は診断書とは異なり、患者さんの日常生活の状況、特に“介護の手間”についての記載が求められていますが、残念ながらこの記載内容は必ずしも充実していないとの指摘があります。

そこで、主治医意見書、特に「特記すべき事項」欄の記載の充実を目的として、単なる解説書にとどまらず、「どのような目的のために」「どのような準備をして」「どのように表現していくか」の観点から、意見書作成を支援するツールを作成することとしました。

事業では、ヒアリングやアンケート調査を実施し、意見書の書き手である医師と読み手である介護認定審査会委員から多くのご意見を頂き、また、複数の地域の先生方のご協力を得て、試作ツールの内容・有用性の評価を頂きました。そして、それらを踏まえて、①意見書の役割、②記載のための情報収集、③特記すべき事項の文例集 という内容で「主治医意見書記載ガイドブック」を編集しました。

この「主治医意見書ガイドブック」が主治医意見書記載の充実のみならず、今後ますます重要な位置付けとなる「地域包括ケア」における主治医の役割の展開に繋がると期待します。つまり、意見書の作成を通じて、要介護高齢者の医療と介護を結びつける主治医の機能を理解し、チームの一員として医師が多職種との協力を得て、医療情報を多職種にフィードバックすることです。

このガイドブックによって、主治医意見書の特記すべき事項欄の記載が、書き手の医師にとって「書きやすい」ものとなり、同時に読み手の審査委員等にとって「読みやすい（伝わる）」ものとなることを期待します。

要介護認定における主治医意見書の記載方法等に関する調査研究事業

検討委員会委員長

野中 博

目次

はじめに

1. 事業概要

- 1-1 事業目的
- 1-2 事業内容
- 1-3 先行ヒアリング

2. アンケート調査

- 2-1 実施概要
- 2-2 調査結果
 - (1) 医師アンケート結果
 - (2) 審査委員アンケート結果

3. 評価モデル事業

- 3-1 実施概要
- 3-2 実施要領（手順）
- 3-3 評価事業モデル版「記載支援ツール」
- 3-4 評価モデル アンケート結果

4. 考察

- 4-1 アンケートまとめ
- 4-2 全体考察
- 4-3 主治医意見書記載ガイドブックについて

(資料) 郵送アンケート調査票

評価モデル事業アンケート票

1. 事業概要

1-1 事業目的

主治医意見書は、介護保険制度の要といえる要介護認定における重要な基礎資料であり、一次判定（コンピュータ判定）及び二次判定（介護認定審査会）の何れにも用いられる。申請者である高齢者は身体基礎疾患や認知症などの慢性疾患を持つ場合が多く、主治医意見書には、認定の基準となる「介護の手間」にも大きく関わる情報が記載される。また、認定調査では必ずしも得られない医学的観点からの情報を介護認定審査会委員等に的確に伝達することにより、二次判定結果は大きく変わる場合がある。

このように主治医意見書における医療情報が要介護認定のプロセスに適切に反映されることは極めて重要であるにもかかわらず、現状では、主治医意見書の記載が必ずしも適切かつ十分ではないという指摘がしばしばある。

本事業は、要介護認定における主治医意見書の記載方法等について、その現状を調査した上で改善のための方策を検討し、記載の充実に資するツール（仮）の作成等の解決策の提示を行うことを目的とする。

1-2 事業内容

主治医意見書の記載内容が充実し、介護の手間に着目した一連の判定プロセスに活用できるようにするため、また、記載内容について一定の標準化を実現するために、主治医意見書の記載方法・内容の充実を目的とした記載支援ツール（特記すべき事項欄の文例集等）の作成を検討する。

検討にあたっては、有識者からなる検討委員会を設置した上で、現状についての課題抽出（ヒアリング調査）、意見書の書き方・読み方に関するニーズ（アンケート）調査、高齢者の状態別の特記すべき事項文例集（仮）の作成等を順次行う。

①検討委員会

【委員】

氏名	所属
木村 隆次	一般社団法人日本介護支援専門員協会 会長
齊藤 正身	医療法人真正会霞ヶ関南病院 理事長
滝川 英一	社団法人日本医師会 介護保険課 課長
武田 章敬	独立行政法人長寿医療研究センター 脳機能診療部 医長
○ 野中 博	医療法人社団博腎会野中医院 院長
服部 恒幸	和歌山県紀の川市保健福祉部高齢介護課 課長
三上 裕司	社団法人日本医師会 常任理事
山崎 成治	北海道旭川市福祉保険部介護高齢課 課長

（○は委員長、50音順、敬称略）

【オブザーバー】

氏名	所属
堀 裕行	厚生労働省老健局老人保健課 課長補佐
鈴木 貴士	厚生労働省老健局老人保健課 介護認定係 係長

【事務局】

NPO シルバー総合研究所（実施主体）
合同会社 HAM 人・社会研究所（業務委託）

【検討委員会実施状況】

第1回 検討委員会

日時 平成22年9月13日（月）

- 議事
1. 本年度事業案について
 - ・事業概要の説明
 2. 課題整理・先行ヒアリングについて
 - ・先行ヒアリング概要
 - ・結果 ①東京都 ②北海道旭川市 ③静岡県焼津市
 3. アンケート調査について
 - ・アンケート調査実施計画案

第2回 検討委員会

日時 平成22年10月29日（金）

- 議事
1. アンケート調査実施について
 - ・調査票案
 - ・実施方法
 2. 記載支援ツールの評価モデルの実施について
 3. 記載支援ツールの作成について

第3回 検討委員会

日時 平成23年1月31日（月）

- 議事
1. アンケート調査について
 - ・実施概要および中間報告（N350）
 2. 記載支援ツール評価モデルの実施について
 - ・実施概要および進捗状況
 - ・手順と評価方法
 3. 記載支援ツール（成果物）の作成について
 4. 事業報告書（案）について

ワーキング委員会①

- 日時 平成 23 年 1 月 19 日 (水)
- 議事 1. 旭川市 評価モデル実施について
2. 記載支援ツールの作成進捗について

ワーキング委員会② (第 4 回検討委員会の代替)

- 日時 平成 23 年 3 月 23 日 (水)
- 議事 1. 記載支援ツール (ガイドブック) の最終確認
2. 事業報告書 (考察) の検討

②アンケート調査

- 目的 医師と審査会委員の意見書記載に関するニーズ調査
- 対象 医師、審査会委員等 約 5,000 名を想定
- 時期 平成 22 年 11 月～平成 23 年 1 月実施
- 項目 書きにくい状態像は何か、必要な支援ツールは何か、記載が充実しない理由は 等
介護の手間はどのように表現するには、読み取りにくい表現は 等

③記載支援ツール 評価モデル事業

- 目的 記載支援ツールの有効性の検証 (評価)
- 方法 特定の 3～5 地域においてモデル事業版のツールを一定期間使用、評価頂く
- ・案 1 「マニュアルあり医師」と「なし医師」が同一人 (利用者) の意見書を作成し、審査会委員等が評価 (≒疑似審査)
 - ・案 2 アンケート票による事後評価
- 時期 平成 22 年 12 月～平成 23 年 2 月実施

1-3 先行ヒアリング (現状把握・課題収集)

①実施目的

事業の成果物として想定する、主治医意見書の記載充実のための「記載支援ツール」の検討にあたって、意見書記載にかかる実態および課題について、書き手であるかかりつけ医、読み手である審査会委員・行政担当者からヒアリングを行い、現場が必要とするツールのイメージを確認する。

②実施目的

研究会委員委嘱手続に際して事前のご協力を頂き、以下の3地域で先行ヒアリングを実施した。

地域	ヒアリング対象	時期
東京都	東京都医師会地域福祉委員会委員 5 医師	8月23～31日
北海道旭川市	旭川市福祉保険部（介護高齢課介護認定係） 介護認定審査会委員（非医師） 介護認定審査会委員（医師：合議体の長）	8月26日
静岡県焼津市	焼津市医師会 焼津市 ケアマネジャー	9月2日

③ヒアリング項目

【主治医】

- ・書きにくい状態像は何か（認知症、症状の波があるような疾患等）
- ・記載が充実しない（できない）理由は何か（介護の手間の表現方法が分からない等）
- ・意見書を記載するまでの時間、記載に時間がかかる場合の理由は何か
- ・どのようなツールがあれば記載の充実につながるか（具体的な文例集、事例集等）
- ・記載にあたって注意していることは何か（読み手に伝えるための医師側の工夫等）

【審査会関係者】

- ・どのような記載が判定の際に役立つか（役立つ記載例を具体的に挙げてもらう）
- ・どのような記載の意見書が多いか（疑問に思った実際の記載を挙げてもらう）
- ・記載が充実しない理由は何だと思うか（医師の認識不足、不親切、誤解等）
- ・記載の充実のために必要な手当ては何か（医師の研修、読み手のレベルアップ等）

④ヒアリング結果（サマリ）

i) 現状

- 疾患、処方のみ記載、という意見書が一定の割合である
- 介護の手間について記載されている意見書は少ない
- 主治医・意見書研修は実施されているが、出席する医師は同じ（出ない医師は出ない）傾向
- 意見書の役割・機能、また、介護保険制度そのものへの理解・意識が低い医師も多い

ii) 記載の充実のために

(1)書くために何が必要か

- 診察から「日常生活の状況」を把握するようにする（記載のための情報収集）

○情報収集は自分の診療にも役立つ作業になるという認識

(次の診療までの様子を知ることであり、介護スタッフとの連携であり、病診連携にも役立つ)

○診察時のチェックポイントは、身体機能が低下していく項目 を視点にする

例：①歩行、②洗身、③爪切り、④衣服着脱、⑤排泄、⑥食事 の6項目を基本

○身体の状況とともに日常生活をイメージするための 居住環境、家族介護・看護の状況なども把握

○その生活状況について、カルテ等にメモしておくことで、診察時以外の患者の状況を把握する

○情報は自分だけでなく、家族の話、看護師・ケアマネジャー・ケアスタッフとの連携の中から補う

(2)どう表現するか

○介護の手間とは、「自分が管理する疾病に起因して、患者の日常生活やA D Lにどのような影響があるのか」ということ、これを具体例に表現する

○認定調査項目に沿った順序で、疾病の影響で日常生活がどうなっているか をそのまま表現する

○身体状況だけでなく、住居、同居家族、行動などに関連付けて表現する

(3)書きにくい状態像（記載の充実が求められる状態像）

○精神疾患（認知症など）、行動制限がある疾患（呼吸不全、心不全など）、神経疾患（関節リウマチ、パーキンソン病など）

○疾患が日常生活に継続的に影響を及ぼすもの（介護の仕方、手間に与える影響が大きい）

○ガン末期など、予後に状態の変化が予想される疾患（変化に先立って介護で対応）

(4)支援ツールについて

○従来の記載マニュアルは、どのようにチェックするか、どこに何を書くのか（介護の手間を書いて下さい）にとどまっていて、「それをどう表現するのか」に困っている

○状態像別の文例集・キーワード集は、慣れていない医師にとっては有用

○情報収集の仕方についても、問診例やツールがあればよい

○分厚く扱いにくい冊子は敬遠されてしまう

(5)その他

○新規の場合、申請書に勤務医が記載される場合、保険者からの十分な説明と誘導が必要

2. アンケート調査

2-1 実施概要

(1) 実施目的

主治医意見書、特に「特記すべき事項」欄の記載が充実するように、その支援ツールを作成するための基礎情報の収集のため、

- ①（書き手：医師に対して） 介護保険との関わり、意見書記載の現状、記載のための情報収集、充実した記載を妨げている要因、期待される支援ツール等のニーズ 等
- ②（読み手：審査委員に対して） 記載状況の実態、審査会での評価、記載に求める情報についての実態を把握することを目的とする

(2) 対象者

- ① 医師 3,000名 （かかりつけ医／勤務医の別、意見書作成経験などを問わず）
- ② 審査委員 1,000名 （医師委員含む全職種を対象）

(3) 実施方法

医師票と審査委員票の2種類構成

- ① 医師票 郵送アンケート方式
- ② 審査委員票 審査会開催に併せた配布・回収の方式

日本医師会介護保険委員会のご協力を得て14都道府県の医師・審査委員を対象に配布

	都道府県	医師票			審査委員票	
		合計	個別送付	複数対応	市町村	配布数
1	山梨		249		旭川市	80
2	福井		197		広島市	56
3	広島		250		品川区	40
4	東京		259		大阪市	61
5	北海道		163	74	高知市	145
6	高知		205		紀の川市	40
7	大阪		310		大分市 他	79
8	和歌山		219		新潟市	50
9	熊本		225		鹿児島市 他	40
10	三重		238		福島市 他	350
11	鹿児島		250		伊勢市	68
12	新潟		200		八代市 他	55
13	大分		284	150	越前市	67
14	福島		212		甲府市	81
		3,492	3,261	224		1,212

(4) 配布スケジュール

- ① 医師票 12月中旬配布 1月上旬回答〆切（予定）
- ② 審査委員票 12月～1月にかけて配布回収（審査会開催のスケジュールによる）

(5) 回収状況

①医師票

- ・回答〆切 1月7日
- ・回収票 1,112票（回収率 31.1%）

②審査委員票

- ・回答期間 平成22年12月～平成23年1月開催の審査会にて実施・回収
- ・回収票 944票（回収率 77.9%）

2-2 調査結果

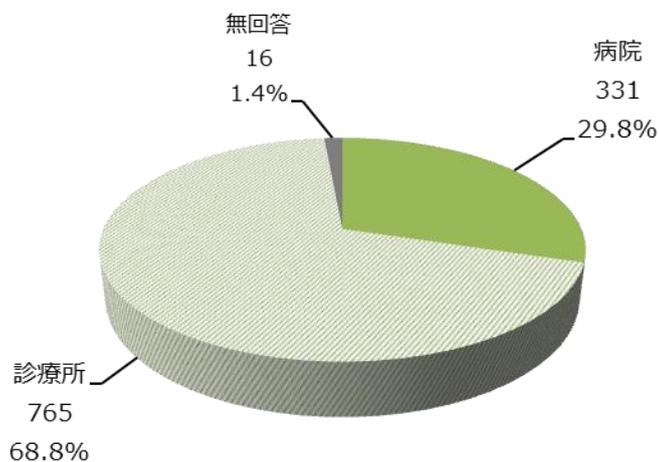
(1) 医師アンケート結果 (N1,112)

Q 1 医療機関の基本属性

1-1 診療形態

診療形態は、「病院」が 331 件 (29.8%)、「診療所」が 765 件 (68.8%) であった。

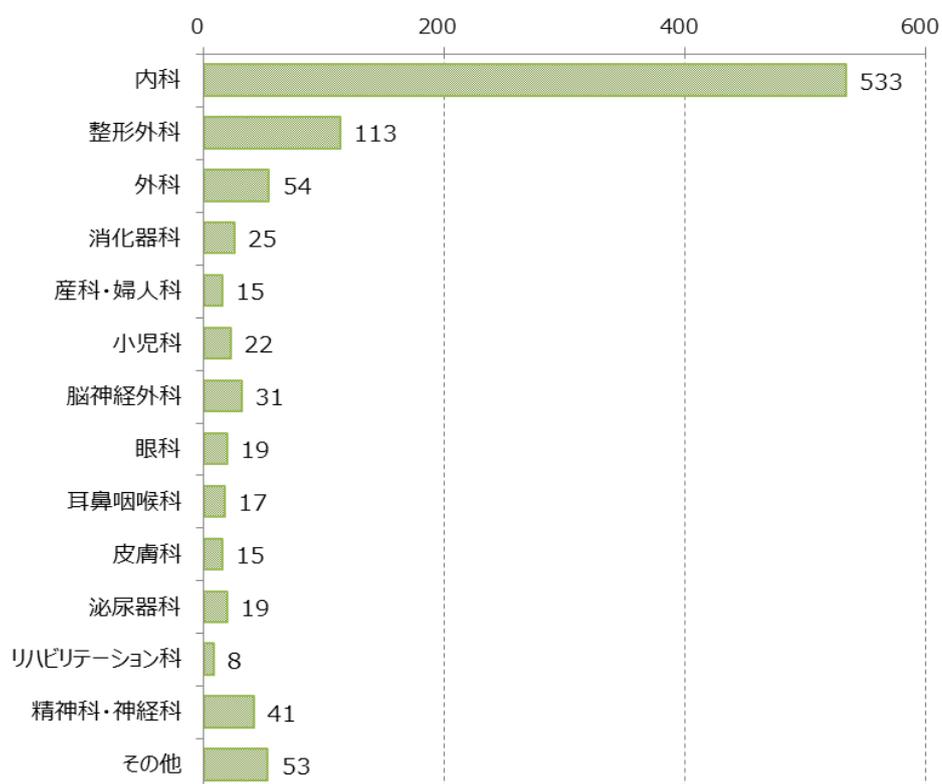
図表 1-1 診療形態 (N1,112)



1-2 診療科

診療科目は「内科」が 533 人、「整形外科」が 113 人、「外科」が 54 人、「精神科・神経科」が 41 件であった。

図表 1-2 診療科目 (N1,112)



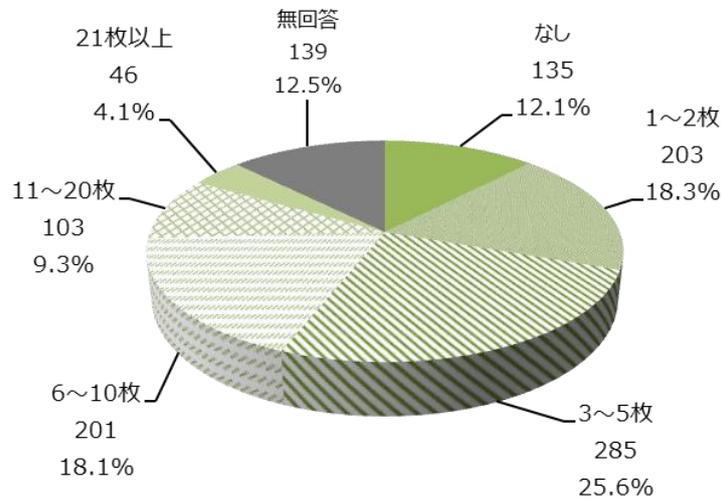
Q2 介護保険への関わり（参加）

2-1 主治医意見書作成

2010年10月の主治医意見書作成実績は、「3～5枚」が285人（25.6%）が最も多く、次いで「1～3枚」が203人（18.3%）、「6～10枚」が201人（18.1%）との順であった。

なお、平均作成枚数は6.9枚で、うち「初回」が1.8枚、「2回目以降」が5.2枚であった。

図表 2-1 主治医意見書作成実績（2010年10月）（N1,112）



（平均作成枚数）

	意見書作成枚数	初回	2回目以降
有効 N（人）	973	973	973
平均値	6.9	1.8	5.2
中央値	4	1	3

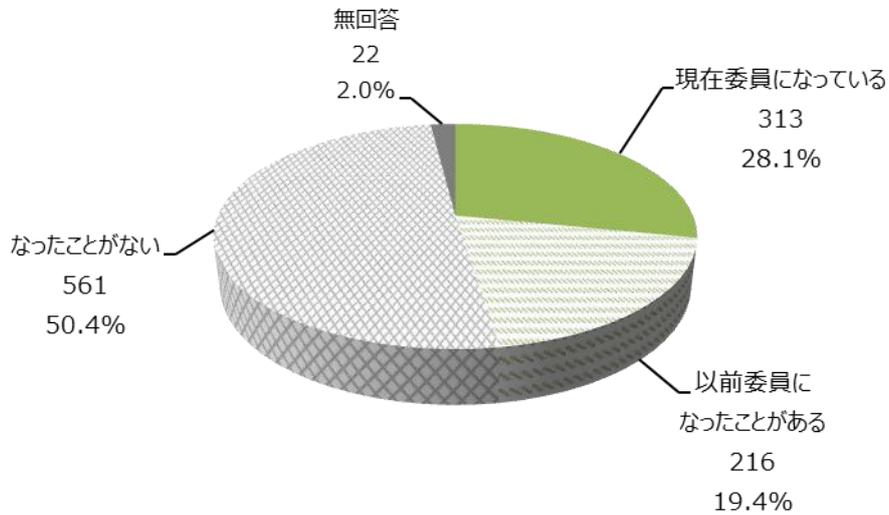
（初回・2回目以降別の作成枚数）

		なし	1枚	2枚	3～5枚	6～10枚	11枚以上	無回答
初回	N	390	245	157	125	56		139
	%	35.1	22.0	14.1	11.2	5.0		12.5
2回目以降	N	183	242		278	174	96	139
	%	16.5	21.8		25.0	15.6	8.6	12.5

2-2 認定審査会委員

介護認定審査会の委員の就任状況は、「現在委員になっている」が313人（28.1%）、「以前委員になったことがある」が216人（19.4%）である一方、「なったことがない」が561人（50.4%）と5割超であった。

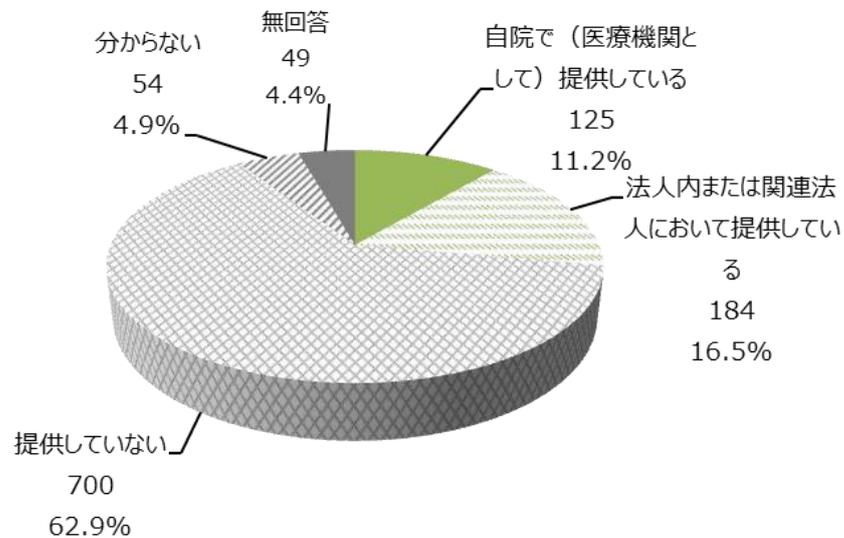
図表 2-2 認定審査委員の就任（N1,112）



2-3 介護保険サービス

自院や関連法人等で介護保険サービスの提供があるかについて、「提供していない」が700人（62.9%）と最も多く、次いで、「法人内または関連法人において提供している」が184人（16.5%）、「自院で提供している」が125人（11.2%）であった。また、「分からない」とする回答も54人（4.9%）あった。

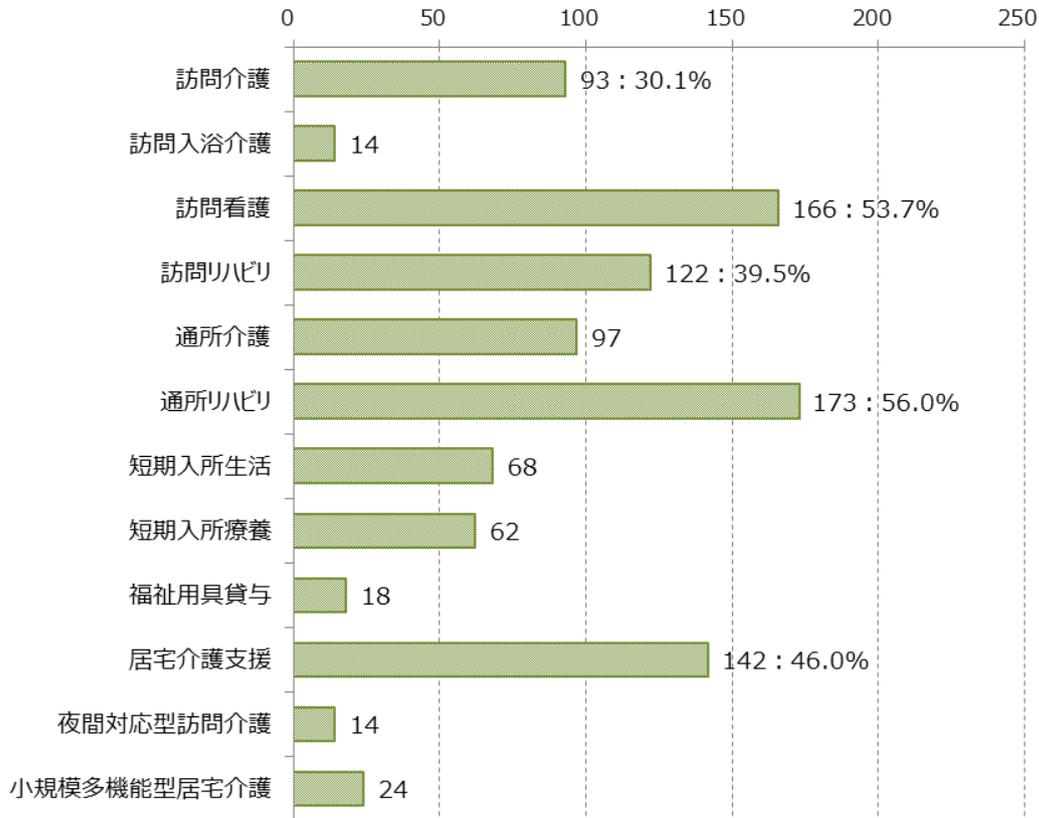
図表 2-3-1 介護保険サービスの提供状況（N1,112）



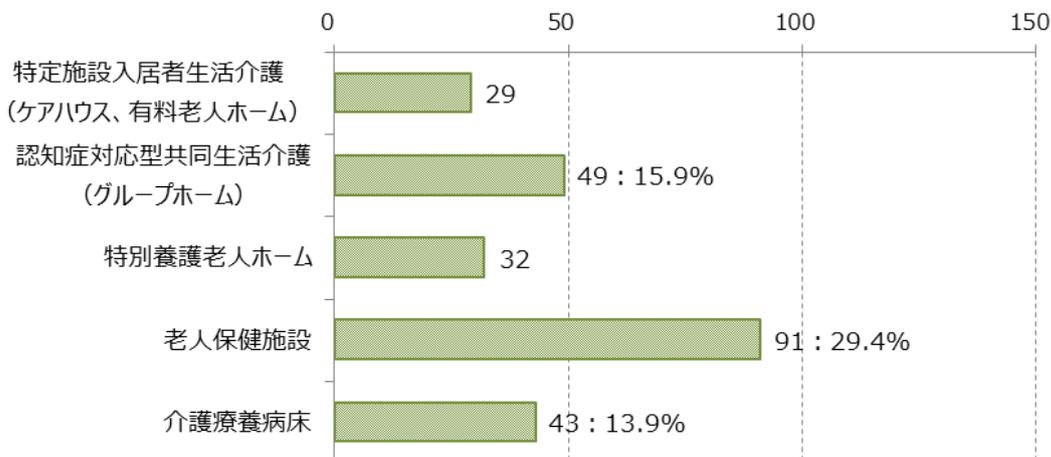
提供しているとした 309 件について、在宅サービスと居住系・施設サービスに分けてその内容（サービス種類）をみると、在宅サービスでは、「通所リハビリ」が 173 件、「訪問看護」が 166 件であった。また、居住系・施設サービスでは、「老人保健施設」が 91 件、「グループホーム」が 49 件という状況であった。

図表 2-3-2 具体的なサービス種類（N309）

（提供している N309 在宅サービス 複数回答）



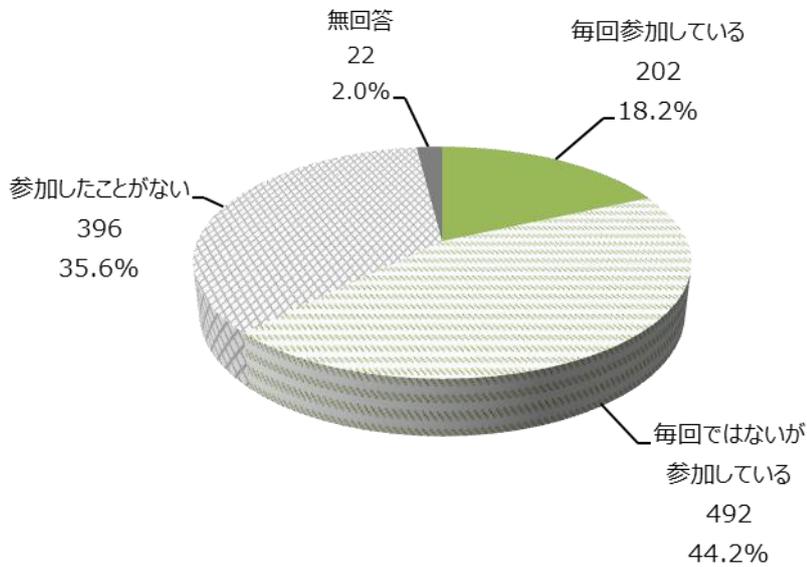
（提供している N309 施設・居住系サービス 複数回答）



2-4 主治医（意見書）研修

主治医意見書に関する研修会等の参加状況では、「毎回参加している」が202人（18.2%）、「毎回ではないが参加している」が492人（44.2%）であり、両者を合わせて6割を超えていた。一方で、「参加したことがない」も396人（35.6%）と4割近くに上った。

図表 2-4 主治医（意見書）研修への参加状況（N1,112）

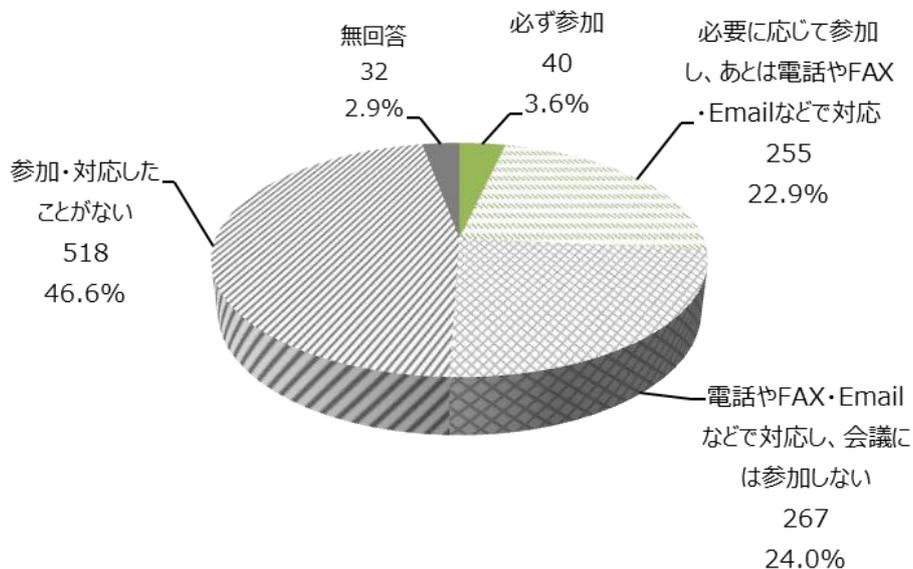


2-5 サービス担当者会議

続いて、サービス担当者会議への参加をみると、「必ず参加」とした回答はわずか40人（3.6%）に留まり、「必要に応じて参加し、あとは電話やFAX・Emailなどで対応」が225人（22.9%）、「電話やFAX・Emailなどで対応し、会議には参加しない」が267人（24.0%）という状況であった。

他方、「参加・対応したことがない」とした回答が518人（46.6%）と5割弱を占めた。

図表 2-5 サービス担当者会議への参加状況（N1,112）

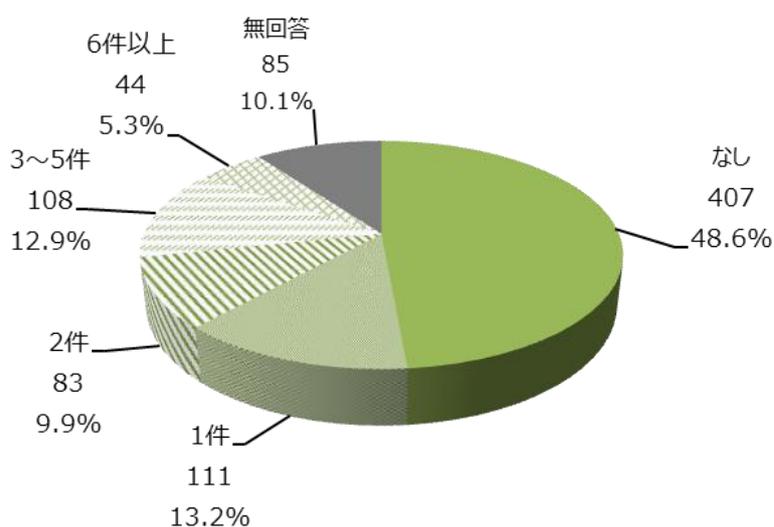


2-6 ケアプラン入手

2010年10月に作成した意見書についてのケアプラン入手状況は、「なし」が407人（48.6%）と5割弱を占めた。以降、「1件」が111人（13.2%）、「3～5件」が108人（12.9%）、「2件」が83人（9.9%）と続いた。

平均作成数6.9件に対して、平均入手件数は1.5件（21.7%）であった。また、サービス担当者会議への参加状況別では、「参加・対応あり」では平均入手件数が2.1件であったのに対し、「参加も対応もなし」では0.6件にとどまっていた。

図表 2-6 ケアプラン入手の状況 (N1,112)



	全体	担当者会議への 参加・対応あり	参加も対応もなし
有効 N	753	445	303
平均値	1.5	2.1	0.6

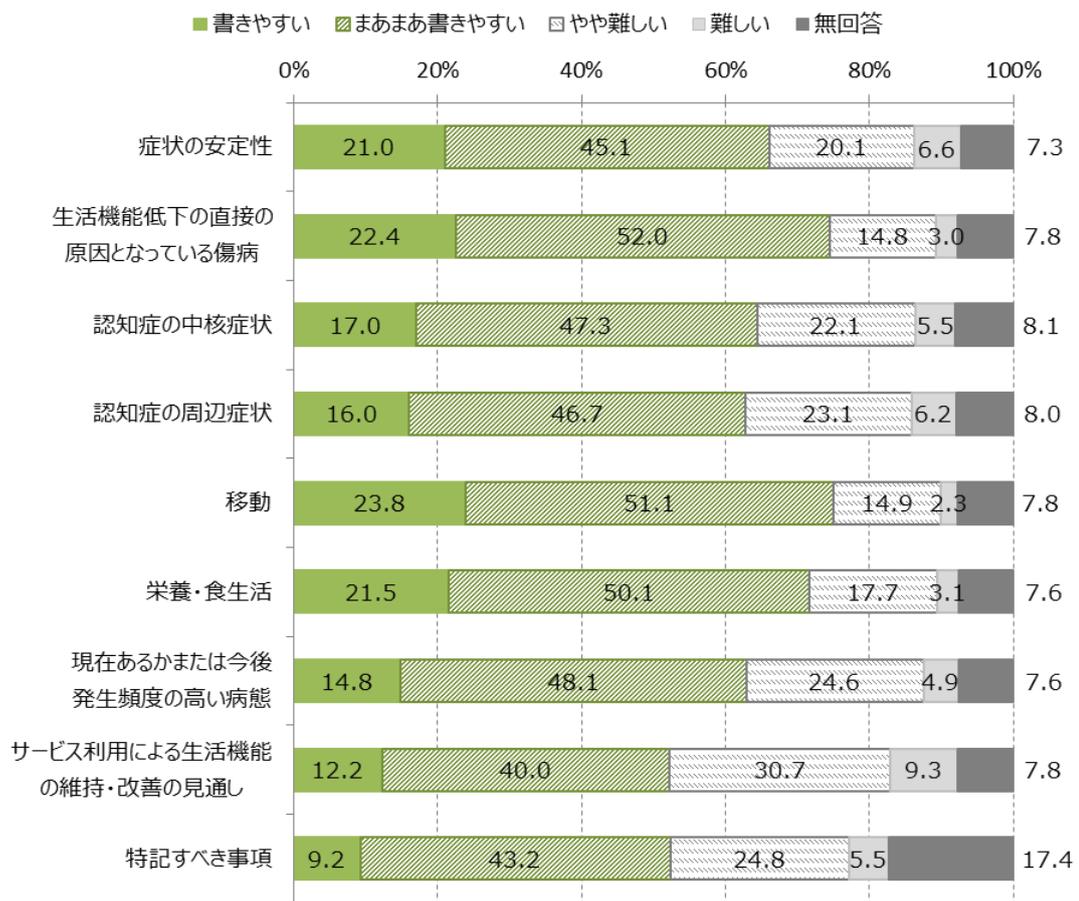
Q3 主治医意見書の記載について

3-1 項目ごとの書きやすさ（4段階評価）

主治医意見書の項目（一部）について、選択のしやすさ、文章表現のしやすさを「書きやすい」～「難しい」の4段階で尋ねた。概ねすべての項目で「書きやすい」「まあまあ書きやすい」が6～7割を占めていた。一方、「サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し」、「特記すべき事項」については5割強にとどまっていた。

また、特記すべき事項の書きやすさについて、主治医（意見書）研修、サービス担当者会議など介護保険との関わり別にみると、関わりが少ないほど「書きやすい」とする割合が低い傾向がみられた。

図表 3-1 項目ごとの書きやすさの評価（N1,112）



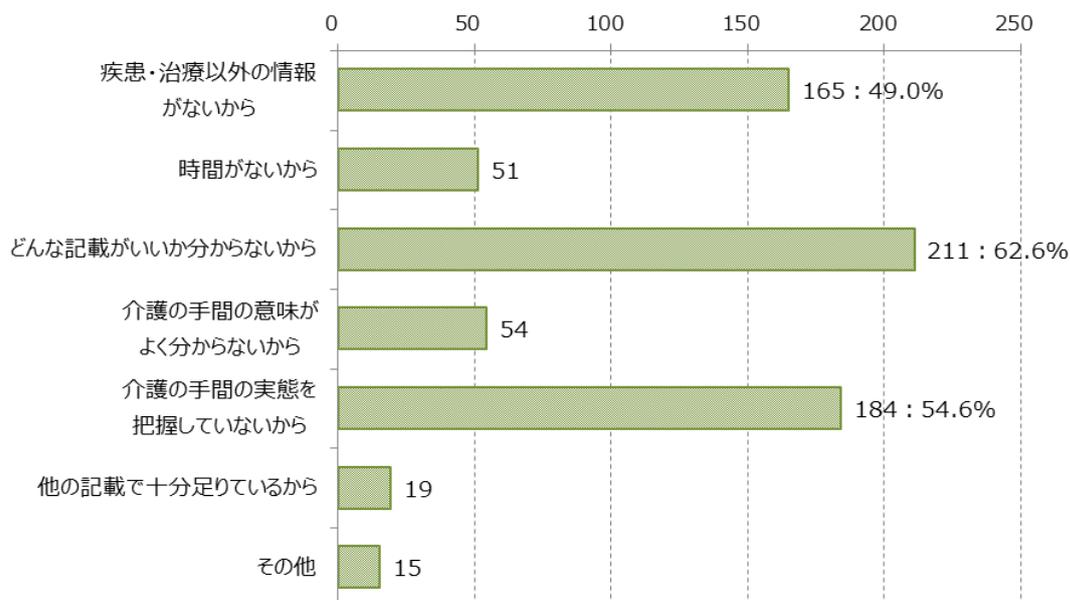
(特記すべき事項欄について)

			合計	書きやすい	まあまあ書きやすい	やや難しい	難しい	無回答
主治医（意見書）	あり	N	694	83	331	181	31	68
		%	100.0	12.0	47.7	26.1	4.5	9.8
研修への参加	ない	N	396	19	145	93	30	109
		%	100.0	4.8	36.6	23.5	7.6	27.5
サービス担当者	あり	N	562	67	276	151	18	50
		%	100.0	11.9	49.1	26.9	3.2	8.9
会議への参加	ない	N	518	34	192	123	42	127
		%	100.0	6.6	37.1	23.7	8.1	24.5

3-2 特記すべき事項について「やや難しい」「難しい」とした場合、その理由（複数回答）

特記すべき事項を難しいと評価した場合（N337）の理由をみると、「どんな記載がいいかわからないから」が211件（62.6%）、「介護の手間の実態を把握していないから」が184件（54.6%）であった。

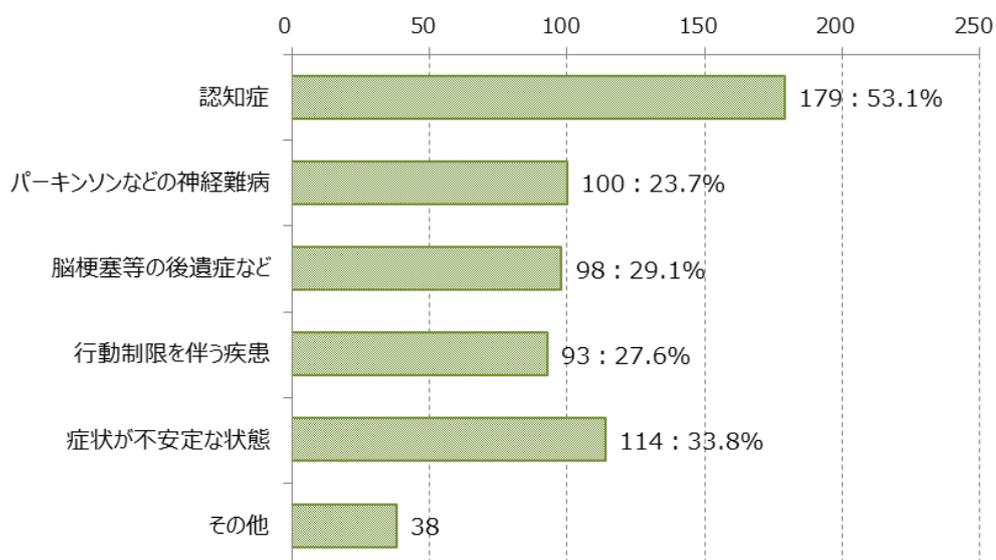
図表 3-2 特記すべき事項を難しいとした理由（N337）



3-3 特記すべき事項について「やや難しい」「難しい」とした場合、そう考える疾患・状態（複数回答）

特記すべき事項を難しいと評価した場合（N337）のそう考える疾患・状態をみると、「認知症」が179件（53.1%）と最も多く、以下、「症状が不安定な状態」が114件（33.8%）、「パーキンソンなどの神経難病」が100件（23.7%）であった。

図表 3-3 特記すべき事項を難しいとした疾患・状態（N337）



3-4 専門でない部分の記載について

また、専門でない部分の記載について、「自分の判断で記載」が 646 人（58.1%）と約 6 割になり、次いで、「何も記載しない」が 199 人（17.9%）であった。意見書記載のために、他科の医師と連携を行うことは一般的な状況ではなかった。

図表 3-4 専門でない部分（項目）の記載について（N1,112）

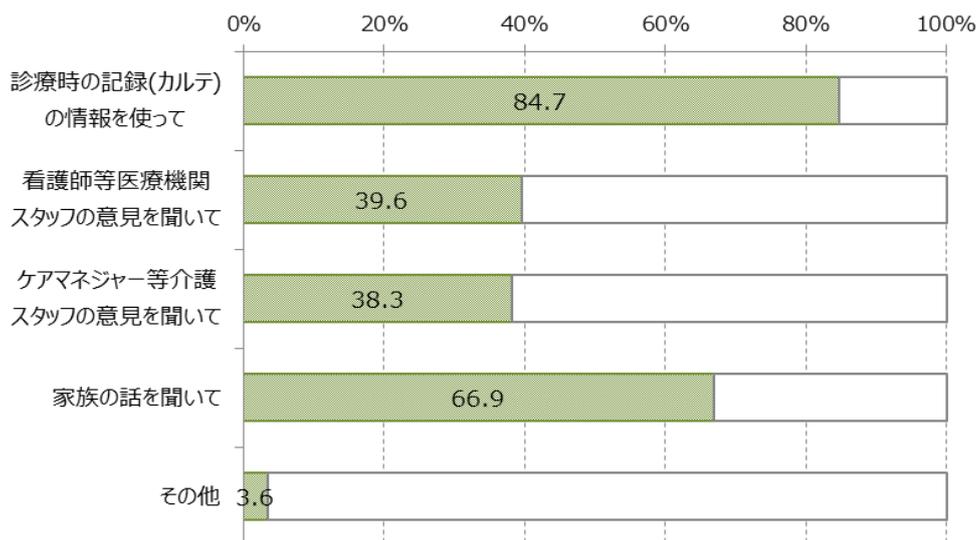
	合計	他の医師に聞いて記載	自分の判断で記載	何も記載しない	その他	無回答
N	1,112	60	646	199	102	105
%	100.0	5.4	58.1	17.9	9.2	9.4

Q 4 特記すべき事項欄記載のための「情報収集」

4-1 意見書作成でどのような情報を使うか（複数回答）

意見書の作成においてどのような情報を使っているかをみると、「診療時の記録（カルテ）の情報を使って」が 84.7%、「家族の話を聞いて」が 66.9%であった。看護師等の院内スタッフ、外部のケアマネジャー等の意見としたのは 4 割弱にとどまった。

図表 4-1 意見書作成でどのような情報を使うか（N1,112）



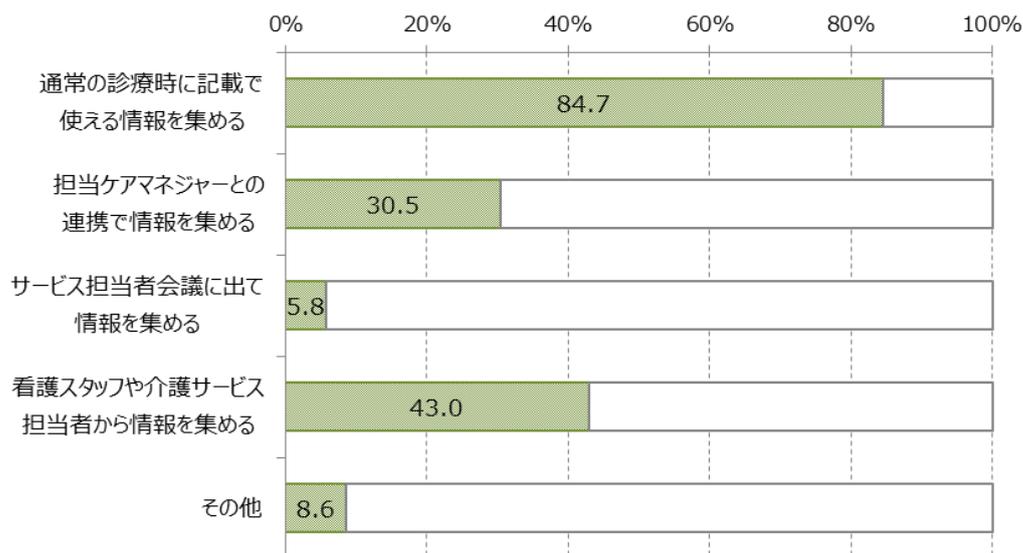
これを、介護保険サービスの提供、サービス担当者会議の参加別にみると、看護師等の院内スタッフでは「サービス提供あり」で 65.7%、「なし」では 29.6%であり、外部のケアマネジャー等では「担当者会議に参加あり」で 52.5%、「なし」では 23.6%と、顕著な差異がみられた。

		合計	診療時の記録(カルテ)の情報	看護師等医療機関スタッフの意見	ケアマネジャー等介護スタッフの意見	家族の話	その他
自院・法人での介護保険サービスの提供	あり	N 309	283	203	177	209	9
		% 100.0	91.6	65.7	57.3	67.6	2.9
	なし	N 700	588	207	223	491	28
		% 100.0	84.0	29.6	31.9	70.1	4.0
サービス担当者会議への参加	あり	N 562	511	281	295	445	26
		% 100.0	90.9	50.0	52.5	79.2	4.6
	ない	N 518	411	149	122	285	14
		% 100.0	79.3	28.8	23.6	55.0	2.7

4-2 情報収集の方法（複数回答）

続いて、それらの情報をどのように集めているかについては、「通常の診療時に記載で使える情報を集める」が 84.7%、「看護スタッフや介護サービス担当者から情報を集める」が 43.0%であった。「サービス担当者会議に出て情報を集める」としたのは僅か 5.8%にとどまっていた。

図表 4-2 情報収集の方法 (N1,112)

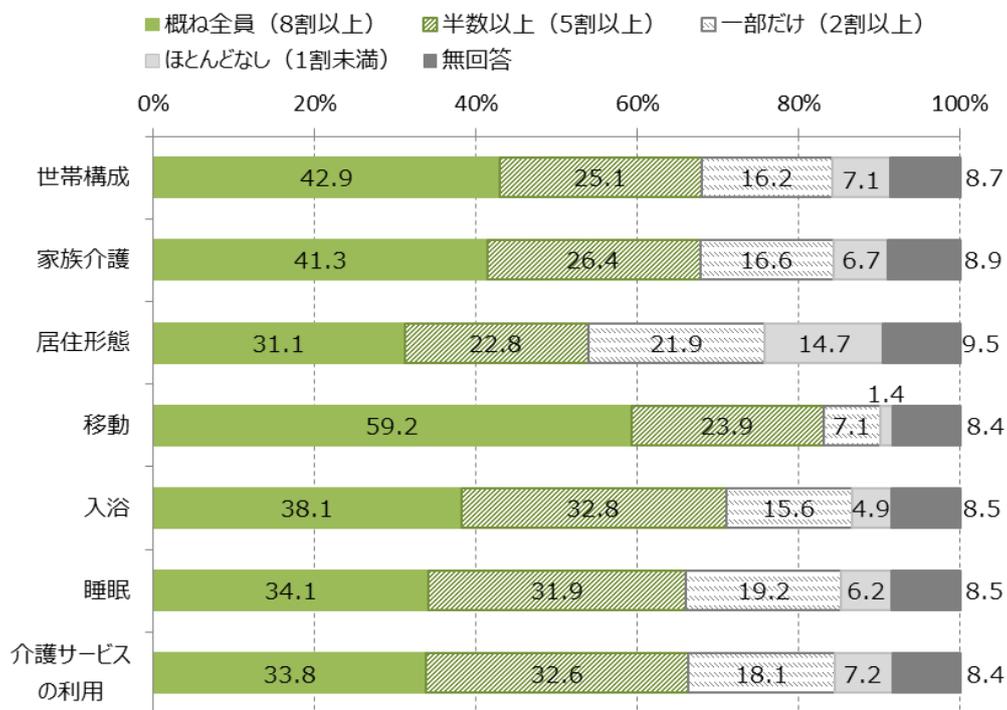


		合計	通常の診療時に記載で使える情報を集める	担当ケアマネジャーとの連携で情報を集める	サービス担当者会議に出て情報を集める	看護スタッフや介護サービス担当者から情報を集める	その他
自院・法人での介護保険サービスの提供	あり	N 309	268	137	43	202	22
		% 100.0	86.7	44.3	13.9	65.4	7.1
	なし	N 700	600	181	15	246	61
		% 100.0	85.7	25.9	2.1	35.1	8.7
サービス担当者会議への参加	あり	N 562	504	249	55	315	62
		% 100.0	89.7	44.3	9.8	56.0	11.0
	ない	N 518	418	83	8	152	34
		% 100.0	80.7	16.0	1.5	29.3	6.6

4-3 診療以外の情報の把握状況

診療以外の日常生活に関する情報について、患者数のどの程度の割合で把握しているかをみると、概ね全員について把握しているとした割合は、「世帯構成」「家族介護」では4割程度、「居住形態」は3割強にとどまった。

図表 4-3 診療以外の情報の把握状況 (N1,112)



①世帯構成

			合計	概ね全員 (8割以上)	半数以上 (5割以上)	一部だけ (2割以上)	ほとんどなし (1割未満)
サービス担当者 会議への参加	あり	N	562	290	158	83	22
		%	100.0	51.6	28.1	14.8	3.9
	なし	N	518	178	113	95	56
		%	100.0	34.4	21.8	18.3	10.8
特記すべき事項 の書きやすさ	書きやすい	N	582	306	145	98	24
		%	100.0	52.6	24.9	16.8	4.1
	難しい	N	337	120	97	68	44
		%	100.0	35.6	28.8	20.2	13.1

②家族介護

サービス担当者 会議への参加	あり	N	562	284	166	83	20
		%	100.0	50.5	29.5	14.8	3.6
	なし	N	518	164	120	101	55
		%	100.0	31.7	23.2	19.5	10.6
特記すべき事項 の書きやすさ	書きやすい	N	582	286	162	100	25
		%	100.0	49.1	27.8	17.2	4.3
	難しい	N	337	114	107	64	43
		%	100.0	33.8	31.8	19.0	12.8

③居住形態

			合計	概ね全員 (8割以上)	半数以上 (5割以上)	一部だけ (2割以上)	ほとんどなし (1割未満)
サービス担当者 会議への参加	あり	N	562	212	152	127	58
		%	100.0	37.7	27.0	22.6	10.3
	なし	N	518	125	94	115	103
		%	100.0	24.1	18.1	22.2	19.9
特記すべき事項 の書きやすさ	書きやすい	N	582	216	141	147	66
		%	100.0	37.1	24.2	25.3	11.3
	難しい	N	337	84	80	81	80
		%	100.0	24.9	23.7	24.0	23.7

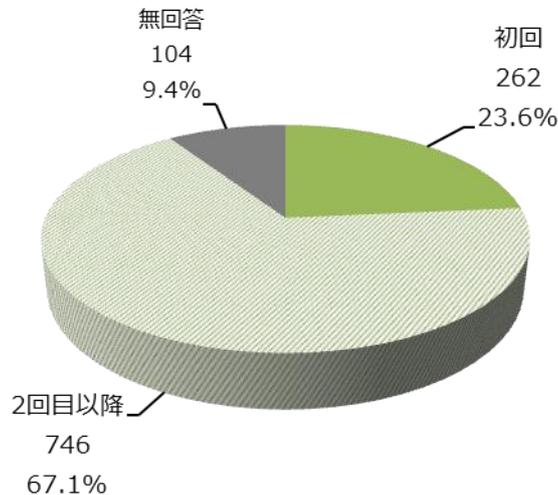
Q5 個別事例（直近で作成した意見書について）

アンケート回答期間から直近で作成した主治医意見書についての個別状況を尋ねた。

5-1 意見書作成回数

直近で作成した意見書の作成回数区分は、「初回」が 262 人（23.6%）、「2 回目以降」が 746 人（67.1%）であった。

図表 5-1 情報収集の方法（N1,112）



5-2 介護サービス等の状況

かかる意見書（の申請者）に関して介護サービス等の状況を見ると、①居宅療養管理指導は「算定している」が 102 人（9.2%）であった。②担当ケアマネジャーを「知っている」としたのは 367 人（33.0%）と 3 分の 1 にとどまっていた。また、③「サービス担当者会議」は「参加した」は僅か 39 人（3.5%）、「電話・FAX などで情報提供した」を含めても 2 割に届かない状況であった。④ケアプランの入手状況は、作成回数区分で若干の違いはあるが、「入手した」のは全体の 2 割前後にとどまっていた。

図表 5-2 （その事例の）介護サービス等の状況（N1,112）

①居宅療養管理指導

	合計	算定している	算定していない	無回答
N	1,112	102	793	217
%	100	9.2	71.3	19.5

②担当ケアマネジャー

	合計	知っている	知らない	無回答
N	1,112	367	605	140
%	100	33.0	54.4	12.6

③サービス担当者会議

	合計	参加した	電話・FAX などで 情報提供した	参加しなかった	無回答
N	1,112	39	180	743	150
%	100	3.5	16.2	66.8	13.5

④-1 ケアプラン入手（初回）

	合計	希望した (意見書に記入)	希望しなかった	無回答
N	262	56	179	27
%	100	21.4	68.3	10.3

④-2 ケアプラン入手（2回目以降）

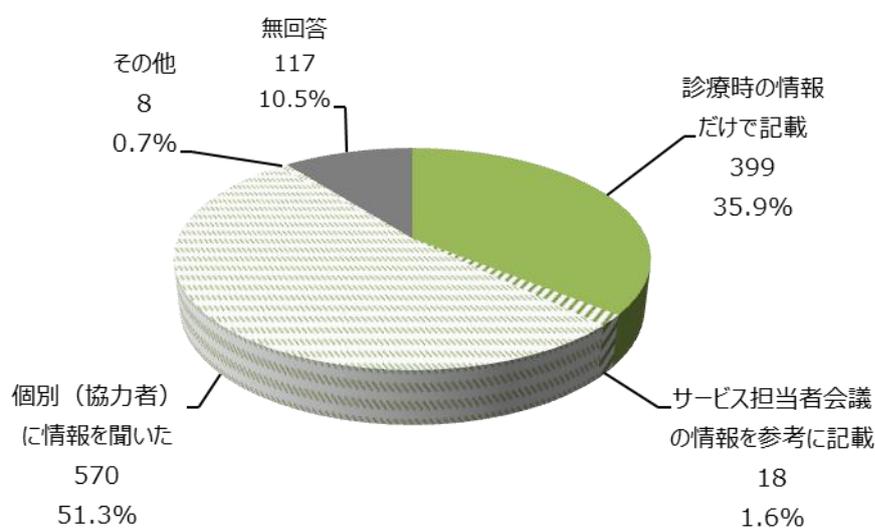
	合計	希望して入手した	希望したが 入手できず	希望しなかった ので入手していない	分からない	無回答
N	746	125	30	386	138	67
%	100	16.8	4.0	51.7	18.5	9.0

5-3-1 情報を集めるための手段

当該意見書の作成のためにどのように情報を集めたかをみると、「個別（協力者）に情報を聞いた」が 570 人（51.3%）と最も多く、次いで、「診療時の情報だけで記載」が 399 人（35.9%）であった。

これを、サービス担当者会議への参加別、意見書作成回数区分別にみると、「参加した」また「2 回目以降」の場合に、「個別（協力者）に情報を聞いた」とする割合が高くなっていた。それらの場合には関係者の幅が広がっている（情報収集源が増えている）ことが示唆された。

図表 5-3-1 情報を集めるための手段（N1,112）

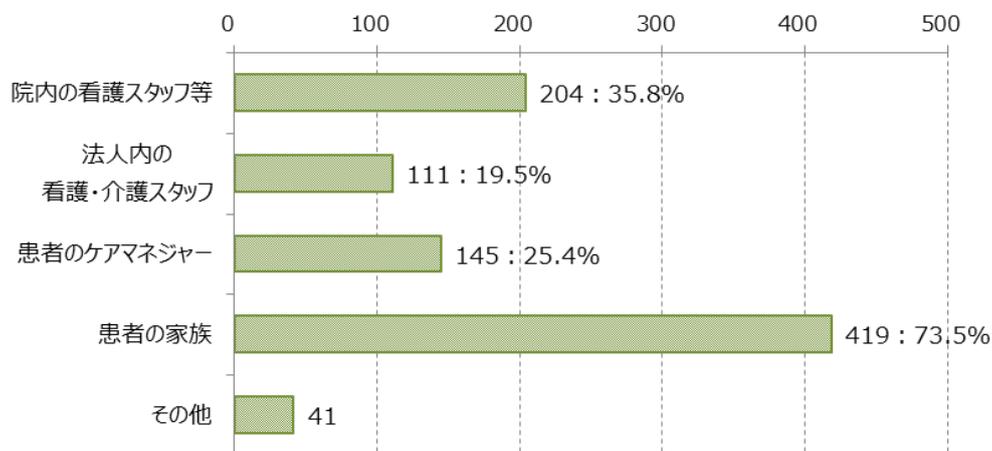


		合計	診療時の情報 だけで記載	サービス担当者 会議の情報を 参考に記載	個別（協力 者）に情報を 聞いた	その他	無回答
サービス担当者 会議への参加	あり	N 562	174	12	351	5	20
		% 100.0	31.0	2.1	62.5	0.9	3.6
	なし	N 518	217	5	208	2	86
		% 100.0	41.9	1.0	40.2	0.4	16.6
意見書作成回数	初回	N 262	107	6	140	4	5
		% 100.0	40.8	2.3	53.4	1.5	1.9
	2回目 以降	N 746	288	12	424	4	18
		% 100.0	38.6	1.6	56.8	0.5	2.4

5-3-2 情報を聞いた協力者（複数回答）

個別（協力者）に情報を聞いたとした570人について、具体的に誰から情報を得たかをみると、「患者の家族」が419人（73.5%）、「患者のケアマネジャー」からは145人（24.5%）にとどまった。

図表 5-3-2 情報を聞いた協力者（N570）



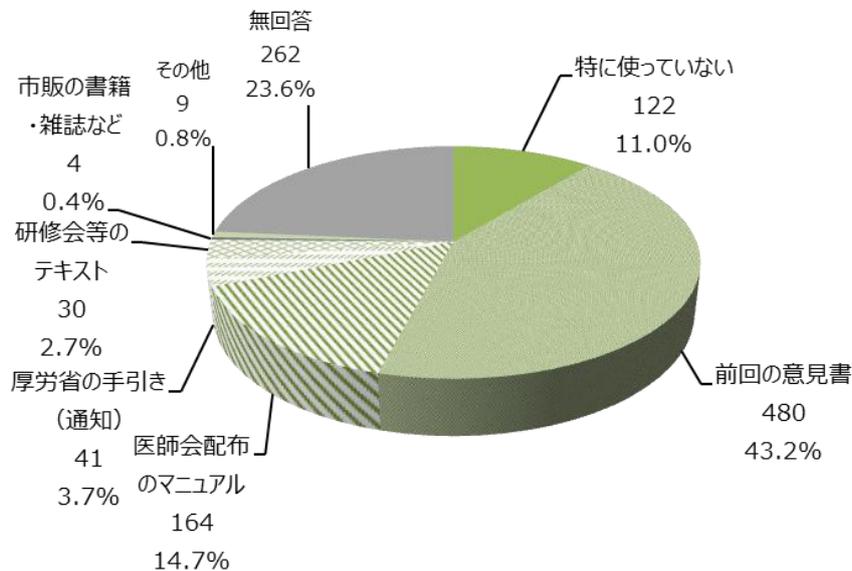
		合計	院内看護 スタッフ等	法人内看護・ 介護スタッフ	患者の ケアマネジャー	患者の家族	その他	無回答
サービス担当者 会議への参加	あり	N 351	140	84	120	245	30	4
		% 100.0	39.9	23.9	34.2	69.8	8.5	1.1
	なし	N 208	62	25	24	167	11	2
		% 100.0	29.8	12.0	11.5	80.3	5.3	1.0
意見書 作成回数	初回	N 140	52	25	30	95	14	4
		% 100.0	37.1	17.9	21.4	67.9	10.0	2.9
	2回目 以降	N 424	150	85	113	319	27	3
		% 100.0	35.4	20.0	26.7	75.2	6.4	0.7

Q 6 意見書作成のための支援ツール

6-1 主に参照するツール

意見書作成の際に参照するツールについて、「前回の意見書」が 480 人（43.2%）と最も多く、次いで、「医師会配布のマニュアル」が 164 人（14.7%）、「厚労省の手引き（通知）」が 41 人（3.7%）の順であった。一方、「特に使っていない」とする回答も 122 人（11.0%）あった。

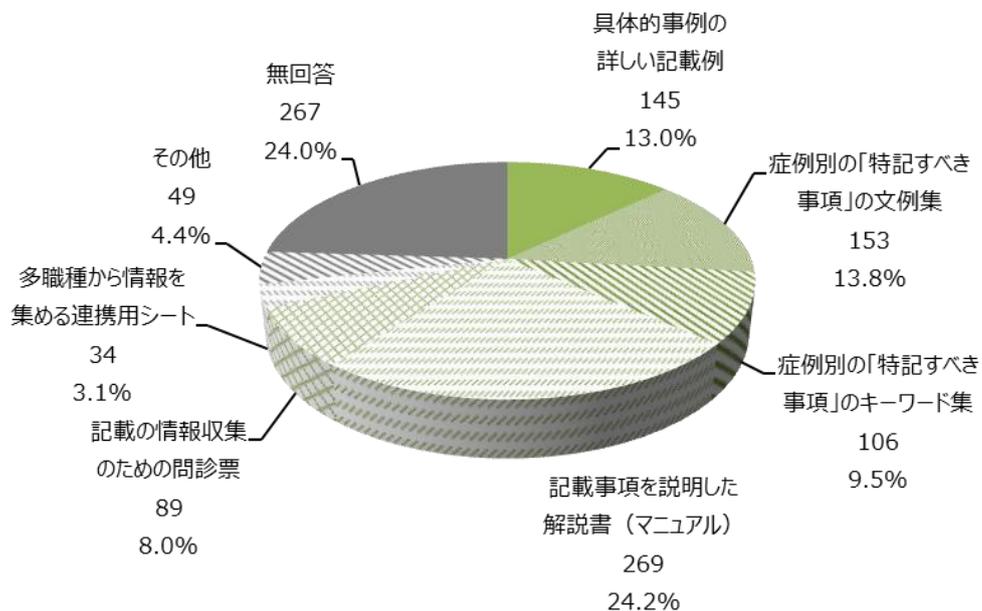
図表 6-1 （意見書作成時に）主に参照するツール（N1,112）



6-2 必要と考える記載支援ツール

必要と考える記載支援ツールとしては、「記載事項を説明した解説書」が 269 人（24.2%）と最も多く、次いで、「症例別の『特記すべき事項』の文例集」が 153 人（13.8%）、「具体的事例の詳しい記載例」が 145 人（13.0%）の順であった。

図表 6-2 必要と考える記載支援ツール（N1,112）



6-3 「特記すべき事項」の記載充実のための改善点や工夫に関する意見

以下、記述回答の内容を抜粋して掲載する。

<p>今までの全国で書かれた意見書の中で、多くの先生方が、頻用される表現があれば、書く手間を軽減する意味で、文章欄はそのままに、チェック式にできる部分を追加するといった工夫があれば、負担が軽減されて有り難いです。</p>
<p>「特記すべき事項」欄が、要介護認定のためにどのような意味を持つかが、わかりにくい。とりあえず、家族の直面している困難な状況を伝えて、本人及び、介護者にとって有利なように配慮を求めている。</p>
<p>膝か腰が悪くて支援が必要なケースでは医師の意見書は整形外科などで記載してほしいと思います。また初回の患者さんで家族もいっしょに来てほしいといったところ拒否された例もあり、他医では家での状態をどこから把握しているのか理解できないこともありました。必ず家族も医師のもとを訪れ介護の何に手間がかかり困っているのかを訴えてほしいと思います</p>
<p>様々な問題点について、出来るだけ多くの情報を伝えられる様に記載しているが、個々の情報に共通する問題点を定型化して設問しそれに○をつける様な工夫があれば余り時間を費やさずに意見書を完成出来るのではないだろうか、疾患別の介護の手間は大体定型化されていると思われるが、記載して時間のかかる部分は動ける認知症の場合が殆どです。家族や介護者から情報を集めて記載しているか、時々情報は全てつかめないケースもあるので、介護者との連携のあり方等も再検討すべきとおもわれる。</p>
<p>リハビリテーション病院に転医したあとに当方（急性期病院）に意見書を送付するのは介護保険サービスの趣旨に反するものであり是非やめて欲しい</p>
<p>実際に 24 時間一緒に生活しているわけではないので、細部はわかりません。しかし医師の書くものですから病気や認知の対応、今後の予測をかくべきだと思います。</p>
<p>介護認定審査会委員をしています。この欄に何を書いてよいのか判らない先生が多いのには驚きです。このような先生はまず研修会に参加しないのです。ですから誰でも書ける要点をついた文例集をお願いします。</p>
<p>1. 詳しい記載例 2. 文例集 3. キーワード集がひとつにまとまった解説書がほしい</p>
<p>診察状況の把握に介護者の意見が聞けることがあり、ケアマネ介護者の連携シート、パスが望ましい</p>
<p>・本人(患者)の言語能力によって意見書の作成は大きく変化する・時としては独断的に患者さんの有利になるよう工夫せざるを得ない</p>
<p>「特記すべき事項」の欄の一部には特に記載してほしい事項についての項目をあらかじめ書いてあったらありがたい。例えば移動、排泄等介護で困っていること。また白ワクのみでなく横線があったら記入しやすい。3-(5)は横線でくぎってないためチェック入れる場所が見づらい。</p>
<p>要点を簡潔に書くのがベストである。(認定委員に役立つから)いくつか項目について書かせる。選択肢を選択させるなどの方法をとれば、あまり書かないドクター対策にはなる。しかし項目を載せることで、項目にしばりつけることになる。自由に書いてもらった方がよい。</p>
<p>「特記すべき」とはあまりにもあいまいな表現だと思いますので、具体的に何を書けときちんと指示していただきたいと思います。(いらぬことまで記入しているのでないかといつも思っています)</p>
<p>介護認定のキーワード、重要ポイントについて何が必要記載事項となるかの目安を知りたい</p>
<p>提供メ切が短いので、意見書記入のために本人を診察できることはほぼありません。「主治医」ということになっていますが、カルテをみても本人を思い出せるのは1～2割です。診療時間内に意見書のための内容を診療・問診することは非常に困難(時間がありません)また、どの方が近日中に更新なのか、そもそも自分が主治医として届けられているのかも不明のため、記載用の情報をあらかじめとっておくこともしていません。書類が来てあわてて各スタッフ(ケアマネ・看護・リハなど)にたずねて記入するのですが工夫も何もありません。すみません。多忙で意見書記入がづらいです。</p>

報告したい内容は多いが表現が困難、具体的な病態をマークシート形式にすると判定会議でも時間短縮がはかれる。主治医意見が過少であると判定が辛くなる印象あり。改善が望まれる。
最低限記載すべき事を決めておく。疾病名があった場合、現在の状況、脳梗塞、脳出血の場合どの程度のことか出来るのか、認知症の場合、長谷川式の点数、問題行動にチェックした場合詳しい内容を記載
受診時に本人のみでなく同居の家族を同伴させる。介護職員からの情報も可能な限り集めるため面会し話をきく。
医療上の注意点危険度重症度などが介護に反映されない。つまり審査会で医療上の困難さを訴えても医師以外は介護とは別と考えることだ。医療行為の中で介護に置き換えられる項目を選びそれに介護に換算する点数をつける(時間でも良い)ようなシステムがほしい。
すこし漠然としすぎです。たとえば身体介護、認知症、生活介助などに分類してそれぞれに「軽度」「中等度」「重度」の介助が必要と思われる、などのチェックを入れるようにすればいかがでしょうか。
長期投薬の関係で直近の状況がわかりにくい
視力障害のみで要介護は認定されるのでしょうか？明らかな身体的異常があるにもかかわらず意見書を「当科しかかかっていないから」という理由で持って来られる方がいます。他の疾患のため体が不自由のようですが受診していないことがあります。意見書を書いてもその方が認定されたかどうか分かりません
主に診察に重点を置いているので、細かい生活レベルなど把握する時間がなく、要点を聞き出し1. 2. 3. 4の項目の内容はチェックするのが精一杯である。その中で特に必要なことは書くようにしている。とにかく担当例が多く細かい情報が得にくい。ケアマネジャーからの情報がベターかと思うが、ケアマネジャーの負担も大変と思う。介護判定会議で日常生活についての議論もされ、それで充分かと思えます。
すこしずつですが、市からくる主治医意見書の依頼用紙にケアマネジャーの所属と名前を入れてもらいたい。たまに、かかりつけでもない患者の依頼が突然くる事があるため。
診療から得られる情報は少なく、意見書を決められた日までに記入することが出来ない。特に初回の場合、本人家族からの依頼も無いことが多く、再診して記入するだけの期間が無いことが多い。ケアマネジャーに現状の病態や、ケアプランを連絡して欲しいと話すのが全然連絡の無い施設等も見受ける。
患者情報の少なさ(特に家族)が最も問題。大病院ではもっと困ると思われる。情報の一元化が必要。
キーワード集があれば、介護側のニーズに沿った情報の提供をより行えると思います。
情報収集については、認定希望の関係者に意見書の予診票を書いて持参していただく。(本アンケート5のような内容を盛り込んで作成)
投薬だけで診察していない老人の事について記載するには限界があり、何か違う方法考えて欲しい
①“前回と変わりありません”を復活させる→判定しやすくなる ②クレームのくる問題のリストのうち、代表的な3つほどを主治医意見書の特記事項内にはじめから項目をおいておく
意見書のページ数が少なすぎる。的確な記載スペースがない。もしまとめて数値化することが目的なら、より具体的な項目を挙げ、○印をつけたり、選択できる方法を考えるべきである。文章を書かせるなら、現在の倍以上のスペースが必要。
特記すべきというあいまいな言葉でなく、医師として介護を要する意見という欄として、ここにかかれたことは最優先にしてほしい。いま、厚生省のやるべきは、いつわりの介護度を作るのではなく、介護度は医師が具体的に書いたことをもとに決めるべきで、それに対してどれだけ費用を出すかは国が決めるべきことでは。
・家族からの情報が得にくかったり、黙って意見書を送りつけてきたりされると、自宅での生活状況がわからず、書きにくい。患者の家族から事前に(診察時に)連絡がほしい。情報もほしい。・現在の要介護度がわからず、記載がどう反映されたか不明、継続の用紙とともに現在の用介護度を送付してほしい。ケアプランも不明で書きっぱなしのような感じ。

<p>私自身は、患者さんの実像が読む人に伝わるようなエピソードなどを書くことを心がけるようにしていますが、読む側＝認定委員としては、主治医が患者さんをどう診ているかがわかれば、たいへん参考になります。何も書かない方も多いです。</p>
<p>研修会での内容には、殆ど同じであり参考にならず（市が中心で行っているためであろうが）、不可能に近いであろうが、認定審査会で行われたいものでも良い例、悪い例を擬似的に用いてレクチャーするのが良いのではない。</p>
<p>ただ空欄でなく、何が求められているのか、キーワードがあれば書きやすいと思う。</p>
<p>次の項目を印刷して○×式にしたのでしょうか。①床から立ち上がる ②タオルを絞る ③カッターシャツのボタンをはめる ④階段の昇降 ⑤物をはこぶ ⑥ズボン、パンツの着脱 ⑦顔を洗い、そして拭く ⑧丸首シャツの着脱 ⑨背中を洗う ⑩髪を洗う ⑪グラスの水を飲む</p>
<p>外来に月1回でも診察に来られる患者さんは、情報がよくわかるが、半年に1回のみ、主治医意見書のために来られる方の状況把握は難しい。書けないと思うこともある。ケアマネジャーが当院の担当の場合は良いが、他施設の場合、トンチンカンな主治医意見書になることもあり、また、主治医の思いは介護度と、実際の介護度の違いにおどろくこともよくある。</p>
<p>どれ位の介護の手間がかかるかをわかりやすく表現するのは難しい。情報収集も独自に患者家族に記載してもらってアンケートを用意したりもしているが、充実させている時間的余裕もない（診療時間内に情報収集するのは大変）上記のようなキチンとした、このようなものを用意して頂けるとありがたい。</p>
<p>どんな情報が求められていて、どんな書き方をすればよいかわからない。自由記載欄が増えるほど、状態適切に記述できると思いますが、記載に費やす時間も増え、普段の業務に差しつかえるほどになりそうです。</p>
<p>私は、介護認定審査委員をしたことがあるので、その時の経験から、介護度の得点評価に関係にありそうな情報を主に記載しています。そうすると、「調査票」とかなり被った内容になるのですが、委員をした時の印象では、「調査票」はピリからキリまであり、信用できないものも多々含まれているので、「調査票」の守備範囲をカバーするつもりで書いています。</p>
<p>私自身は認定審査委員会をしている関係上、主治医の感じている本音を素直に記載して頂ければ良いと感じています。例えば、従来は介1までであったが、現在は介2あるいは介3でも良いのではないかとか…。（現実には主治医が介護度に対しては言及してはいけないのでしょうか）また記載する立場からは、出来るだけ生々しい現場の状況が伝わる様に自由に書かせて頂いております。</p>
<p>審査会では「特記すべき事項」が要介護度判定（一次判定）にきわめて重要であるが、実際にはほとんど空欄であったり、的外れな記載が多く、困っている。特に大病院のドクターにその傾向があるが、そもそも介護に興味のない医師に意見書を書いてもらう事に問題があるのではないかと思っている。</p>
<p>認定審査会で要介護度の変更にこの欄の記載が重要です。医学的な意見ではなく、病状から、どのように介護の手間がかかるのかを重視されます。</p>
<p>ケアマネジャーや家族からの情報収集できる手段がほしい（当院では当院で作成した予診票を利用し、特に高齢者の場合は本人ではなく、家族がケアマネジャーに記載してもらっている）</p>
<p>・多くの意見書で空欄となっているのが現状です。すいあげた項目をあげておいて、それについて簡単に記載するようにすればよいと思います。・現在の審査会では、医師の意見がほとんど反映されないしくみになっています。意見書をもっと重視するよう、意見書の内容全体を考え直す必要があるのではないのでしょうか。</p>
<p>記載欄がせまくて、処方について記載しにくいので、どのような内容を記入してほしいのか、項目を決めて項目別に記入欄を作ってほしい。</p>
<p>現状（症状やADL）①維持 ②改善 するために必要な医療や援助（介護）、手間等を通常の診療中に見聞き、カルテに記載しておく作業</p>

自由に記載できる項目であり、特に改善する必要はない。但し、審査会での判定に充分利用してほしい。無視されていると考えられることがままある。
家族がどういふ介護を求めているのかがよくわからないことが多いので、症状から何を注意してもらおうのかの判断が難しい場合がある。患者情報を医師が集めるには時間的にも限度があるので、ケアマネ、行政が情報提供をするシステム作りが必要と考える。
認定審査委員をしているが、主治医意見書をまだ診断書と感ちがいしている医師がみられる。記載内容に「～なので介護が必要である」などがある。各医師会で適時、意見書記載について研修が必要。
居宅担当のケアマネジャーは、知らないことが多い。また、ケアプランを希望しても、提供されることもなく、サービス担当者会議のお知らせもない。意見書にケアプランを希望すれば届くのですか？
若い先生や医学生は現在の大学教育、研修では医療、疾病、治療については、学習、実習、研修をしますが、ADL、介護生活を見る視点、介護保険施設の状況については学習していないと思います。卒業研修の中で、介護施設や通所リハ等での研修の機会が必要と思います。
現在の認定基準は課の実態を十分に反映されていない。特に認知症のある人では、介護2～3位の場合は、介護5の人よりも介護の量ははるかに多いのである。
介護審査会に入っているが、意見書が軽くあつかわれており、審査会に何ら影響を与えておらず、むしろ医師の意見書が、判定に対し、マイナスに働いているような意見すらでる状態であり、審査会、意見書のあり方そのものに疑問がある。医師に判定の責任を押しつけておきながら、意見書のあつかいが軽い印象が強く感じられる。
①患者、家族に問診票に答えてもらい、それに必要ならばかかりつけ医のコメントを入れるという様にしてはどうか。②読み難い字で書かれていると情報としての価値が無くなってしまふ。できればワープロで入力して欲しい。③多くて月1、2回の診療時に得られる情報は多くない。
時間的な事も問題点の一つと思いますが、認定審査会の席上では主治医意見書は重要視されていません。主治医意見書自体の意義が問われているのではと思います。
主治医意見書を重要とするなら、情報は本人の診察、希望、ケアプラン、ケアマネジャー等の情報等を集めて最後に書くのが良いと考える。
・問題点として意見書記載分の判定会議の結果（介護度等）が主治医に伝えられない。・得られた情報を詳細に記載しても評価されない（例）…認知症が重度であっても、担当者が訪問時には、調子よく質問等に答えられてしまうetc　・本来、外科的疾患での生活制限のあるケースでも、病院通院であると近医でやむなく意見書作成し、本来の生活制限について評価できない点
勤務医が限られた時間で情報収集するのは困難であり、問診票を作って当院でも導入されている「ドクターアシスタント」のスタッフに収集してもらうことを検討したい。
患者並びに対象者の日常生活での症状（病状）は変化するので、本人の周辺情報、特にケアマネジャー並びにヘルパーや介護サービス出勤職員の情報を希望します。
①申請後、患者に「介護認定の申請のため」の受診である旨を主治医に対して伝えるよう、申請時に充分説明すべきである。②問診票又は、予診表を申請時に渡す。それに記載して主治医受診する。③主治医とは何かを十分に理解させた上、申請をうけつける。すなわち記載する医師に主治医（介護上の意見を書くことができる主治医）であるという自覚を持たすことが重要である。
・項目を掲示して載く　・○×式の様に記入しやすい部分も作る　・具体的な記載例も教えて欲しい　・キーワード集も示してほしい　・この部分をしっかり記入してあげたいが、どこまで書くべきか…かなり時間がとられる。
連携パスなどによる多職種の情報が意見書作成時に添付されている事が望ましい
ケアマネジャーからの情報が意見書を書く前（意見書用紙と同時に）に入手できると良い。
キーワード集、文例集があるとよいと思います。

認定審査会では、調査より算定されたコンピューターの結果が重視されて、主治医意見書は、殆ど参考にされないで、病態について主に記載すれば充分と思われる。入浴、すいみん、排泄などは、認定調査が詳細でかつ正しいので、記載しなくてよいのではないかとと思われる。

意見書記載前には必ず受診するように義務をもうけてほしい。記載に際し、新しい情報が無く、記入に苦心する例が多く、本人に電話等にて連絡を行っているが、それは我々の仕事では根本的にないと思う。

どのような記載が担当者として有用なのか良く分からない（他の記載でそこそこ足りているようにも思うし…）ので、文例集などあれば書きやすい。しかし、その前に記載するための情報が足りていないケースが多い。即ち、対象者自身がほとんど（1回ということも多い！）診療を受けていないことが少なくない。更に、介護に介入している（施設利用が多い場合には、ほとんど介入していないかもしれないが…）家族さえ受診せず、施設の職員が代理で受診していることもある。介護保険の話もせず、たまたま受診したような人の意見書が少し後に送られて来て、それから利き手や身長を調べていなかったことに気づくことがよくある。

受診時には、身体状態しか把握できないため、在宅生活において不安な点、不明な点など、医師が把握する仕組みが必要。医師の意見書作成時期と受診時期が重ならないことも多く、介護保険の申請や更新の手続きがなされた時には、併せて受診をして、現状を確認できるような仕組みにする。

歯科医を審査委員にしているのに、意見書に反映する部分があまりにもない。ほとんどない。しかし、医科歯科の連携は認知症においても、とても重要で、もっと歯科部分の項目の充実が必要と思われた。

介護度の判定の基本は、介護の手間をランク化することである。認定審査に関わる人、訪問し、パソコンに打ち込む数値化する人、主治医に共通するものを作った方が良い。現状は、家族の方からすると、介護度が上がれば喜ぶし、落ちると主治医は文句を言われる状況にある。

今の主治医意見書では、介護度の判定審査には反映されないことが多い。コンピューターによる判定と、調査員での結果が介護度に反映できるような主治医意見書の充実が必要で、記載方法の変更を望む。

様式としては現在の自由記入形式が良いと思うが、何も書いてない意見書も多く、審査の際に困っています。医師のモラルでしょうが、意見書が重要視されなくなるのではと心配しています。

主治医意見書に病気の重さを書いても、介護量に反映しているわけではない為、種々記載してもあまり重要視されない様に思います。また、書く医師も重要視される内容を書けない様に思います。医師もADLを気にしているが、伝わる様に食事、排泄、更衣、入浴などをチェック式でつけられる様にしてあげたら聞きこぼしもなく、また、医師の意見としても反映される印象があります。

(2) 審査委員アンケート結果 (N994)

Q1 基本属性

1-1 職種

審査委員の職種について、「保健医療」職が 841 人（89.1%）、「福祉」職が 103 人（10.9%）であった。保健医療のうち、「医師」は 251 人（26.6%）、「保健師・看護師」は 187 人（19.8%）であった。

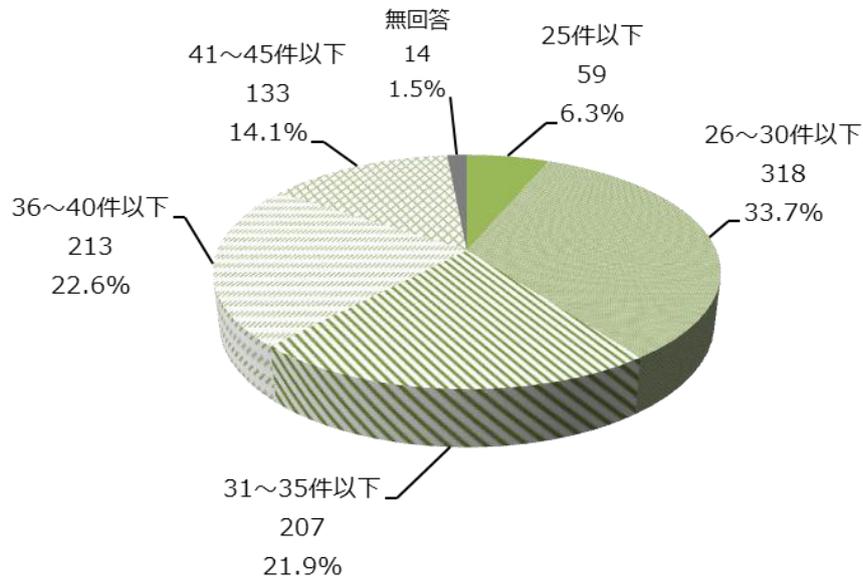
図表 1-1 審査委員職種の構成割合 (N994)

	合計	医師	保健医療		福祉
			歯科医師・薬剤師 PT・OT	保健師 看護師	社会福祉士 介護福祉士等
N	944	251	403	187	103
%	100.0	26.6	42.7	19.8	10.9

1-2 合議体の判定件数

所属する合議体の 1 回あたりの判定件数について、「26～30 件以下」が 318 人（33.7%）と最も多く、次いで、「36～40 件以下」が 213 件（22.6%）、「31～35 件以下」が 207 人（21.9%）という順になった。なお、会議時間にも差異があると思われるが、平均件数は 35.2 件であった。

図表 1-2 情報を集めるための手段 (N994)



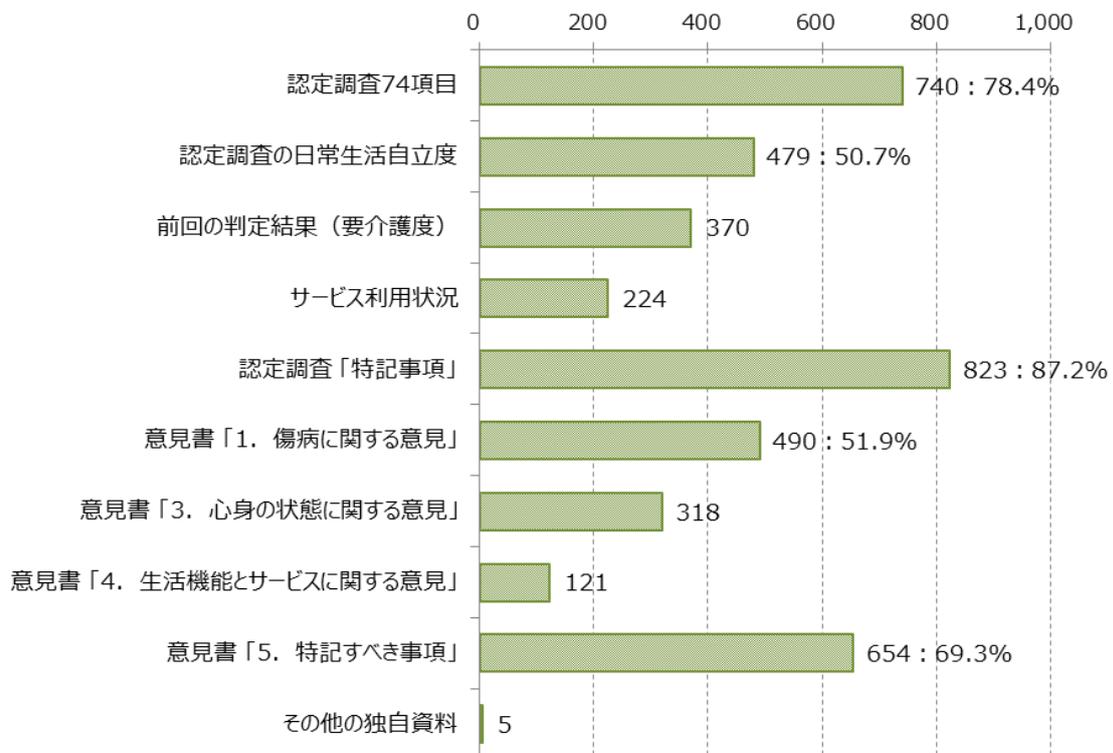
Q2 判定プロセスについて

2-1 二次判定で重視する情報（複数回答、5つまで）

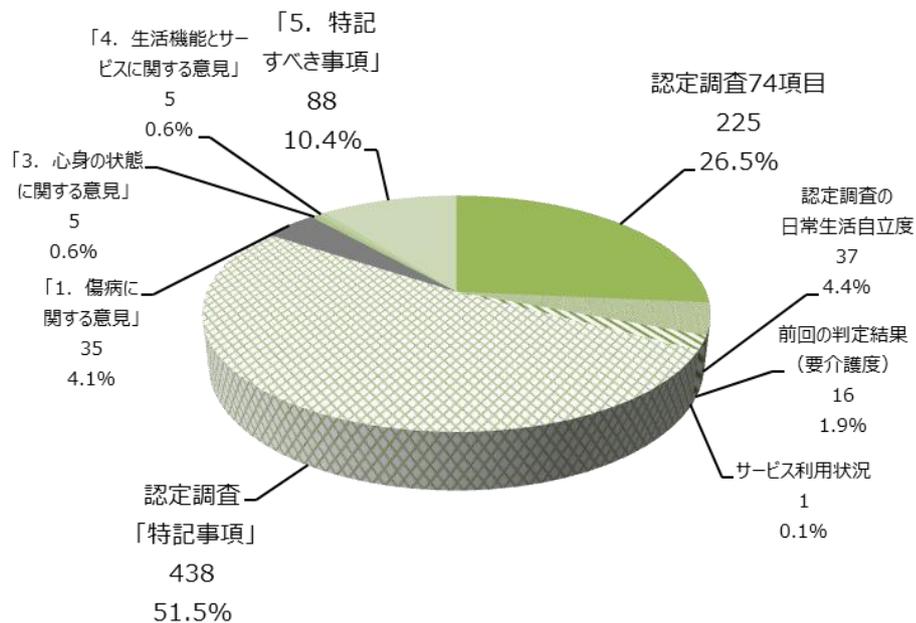
二次判定で重視する情報（最大 5 つまで回答）をみると、「認定調査『特記事項』」が 823 件（87.2%）、「認定調査 74 項目」が 740 件（78.4%）、次いで、「意見書『5.特記すべき事項』」が 654 件（69.3%）であった。

一番重視する項目は、「認定調査『特記事項』」が 51.5%、「意見書『5.特記すべき事項』」は 10.4%にとどまった。

図表 2-1 二次判定で重視する情報（N994）



（一番重視する情報）

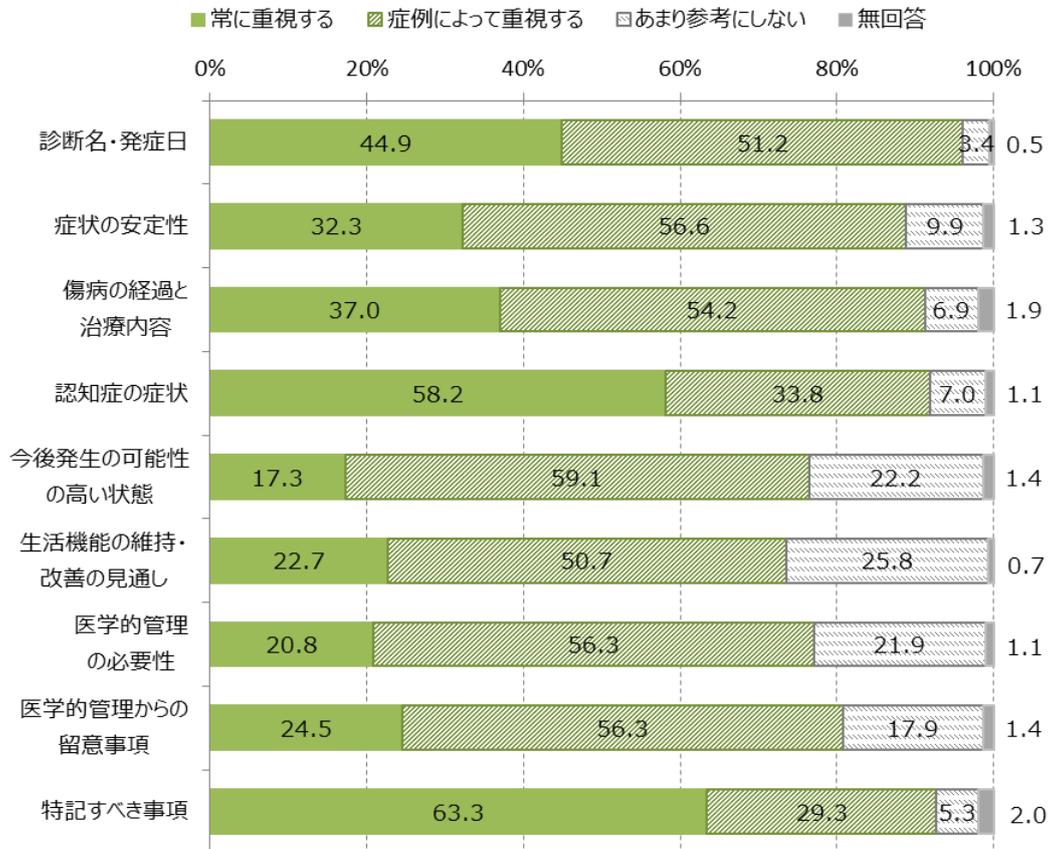


2-2 意見書の項目の重視度（3段階評価）

主治医意見書の項目について、「常に重視する」、「症例によって重視する」「あまり参考にしない」の3段階評価をみると、「今後発生の可能性が高い状態」、「生活機能の維持・改善の見通し」、「医学的管理の必要性」は「あまり参考にしない」とする割合が2割を上回っていた。

「特記すべき事項」は、「常に重視する」が63.3%と6割を超え、「あまり参考にしない」は5.3%にとどまっていた。

図表 2-2-1 情報を集めるための手段（N994）



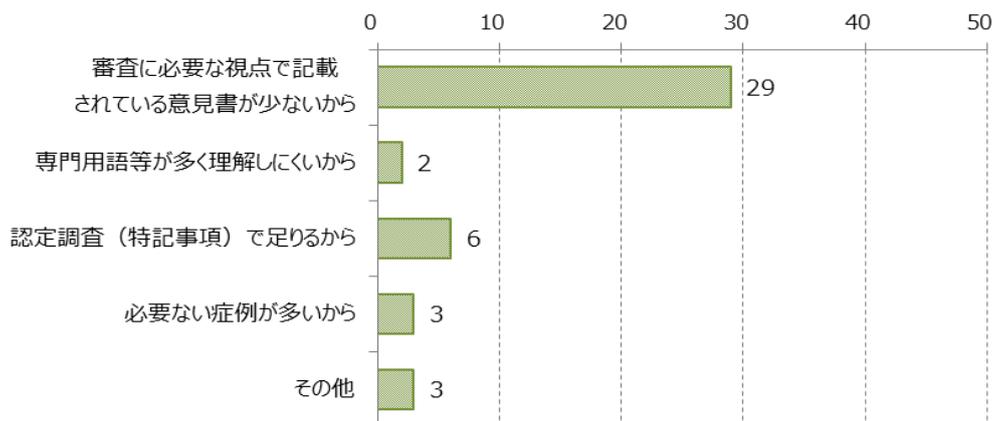
(特記すべき事項について)

		合計	常に重視する	症例によって重視する	あまり参考にしない	無回答
保健医療	医師	N 251	141	94	12	4
		% 100.0	56.2	37.5	4.8	1.6
福祉職	医師以外の保健医療職	N 403	269	107	23	4
		% 100.0	66.7	26.6	5.7	1.0
その他		N 187	120	49	10	8
		% 100.0	64.2	26.2	5.3	4.3
		N 103	68	27	5	3
		% 100.0	66.0	26.2	4.9	2.9

(特記すべき事項について「あまり参考にしない」N50とした理由)

「あまり参考にしない」とした50人の理由をみると、「審査に必要な視点で記載されている意見書が少ないから」が29人、「認定調査（特記事項）で足りるから」が6人であった。

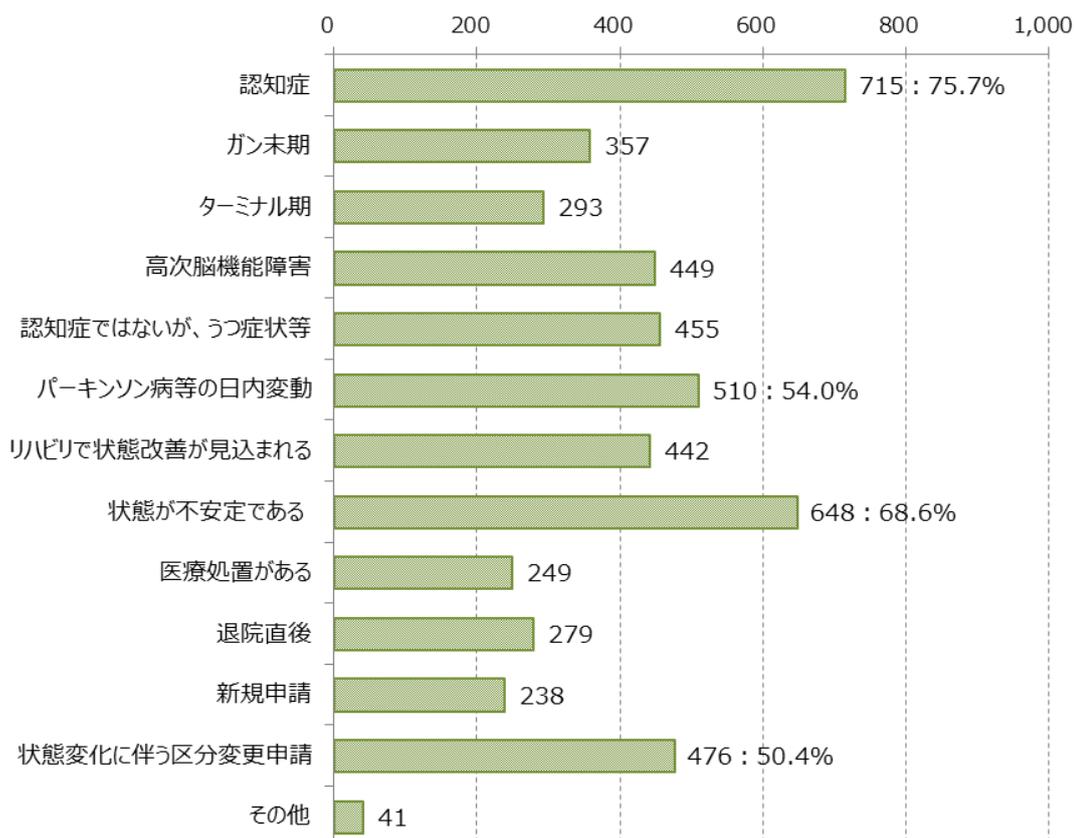
図表 2-2-2 あまり参考にしない理由（N50）



2-3 記載の充実を望む疾病・状態（複数回答）

特記すべき事項で記載の充実を望む疾病・状態としては、「認知症」715件（75.7%）、「状態が不安定である」648件（68.6%）、「パーキンソン病等の日内変動」510件（54.0%）、「状態変化に伴う区分変更申請」476件（50.4%）が過半数となった。

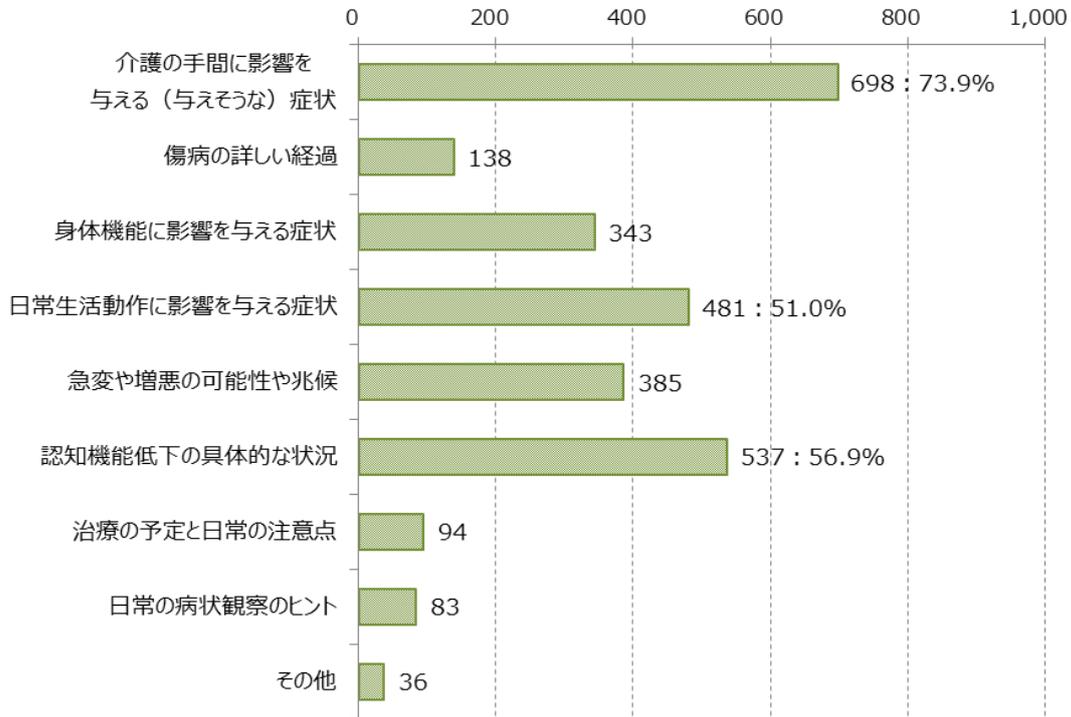
図表 2-3 記載の充実を望む疾病・状態（N994）



2-4 「特記すべき事項」欄に記載してほしい情報（複数回答）

特記すべき事項に記載してほしい情報（内容）は、「介護の手に影響を与える（与えそうな）症状」が 698 件（73.9%）と最も多く、以下、「認知機能低下の具体的な状況」が 537 件（56.9%）、「日常生活動作に影響を与える症状」が 481 件（51.0%）という順であった。

図表 2-4 記載してほしい情報（N994）



（「介護の手に影響を与える症状」の記載を望む理由：一部抜粋）

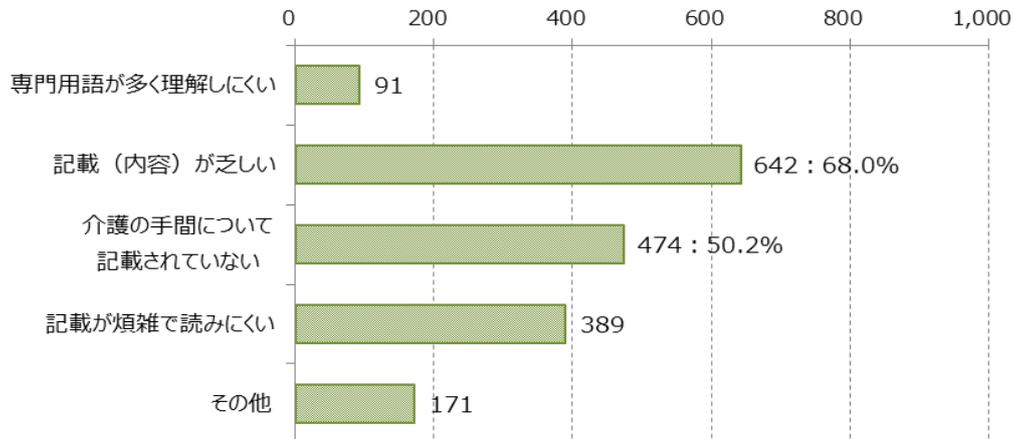
全体像の把握に必要と思われます
医師の意見でないと分からないことが多い
具体的な症状を知ることで、介護の手の程度がわかりやすい
精神疾患や認知症、又、血圧コントロール不良の事例とか、泌尿器系疾患など、他者より介護ケア観察で手間がかかるものなど、疾患名だけでは症状がわかりにくいため
チェック項目で挙がらないものがある為
認定調査のみでなく、医師の特記すべき事項にも 1 についての記載があった方が、二次判定での変更理由などの説得性が増すと思います。又、認定調査との整合性をみることができるので良いと思います。
ターミナル期などの患者に関する情報があるかどうか
コメントに一部介助とかかれても、介助者からしてみると介助が軽いのか、重いのか、介助の手の質、大変さが変わってくるから
精神症状や本人の性格、性質など、具体的に書いてあるとよい
認知症の周辺症状のチェックがよく確認できる
認定期間を判断するのに有用であるから
医療の状態からのアドバイスも必要であるから
調査員の聞き取りを確定もしくは補足する形になり、より本人の状態像に近づくのではないかとと思われる
主治医は経過をみているので、家族のことも含めて書いてほしい

Q3 「特記すべき事項」欄の記載に対する意見

3-1 意見書の記載について感じる事（複数回答）

意見書の記載について感じる事として、「記載（内容）が乏しい」が642件（68.0%）と最も多く、以下、「介護の手間について記載されていない」が474件（50.2%）と続いた。

図表 3-1 意見書の記載について感じる事（N994）



3-2 「特記すべき事項」の記載充実のための改善点や工夫に関する意見

調査票と「特別な医療」の箇所、不一致な事が多い。「特別な医療」は詳細を記載してほしい
医師にとっては日常生活が見えにくい、記載困難である。介護の手間も実際家族の話のみで、実際わかりかねている
御多忙中、くわしく書いていただいていると思います。診察室での対象者の姿みでなく、日常の状況もよく把握され、記入して下さい、二次判定時に役立っています。記載時（4）の設問項目等を設定していけば、より必要な情報が得られるかなと思います。
特記事項を未記入のまま提出せず、何かしら記入してほしい。内服薬でも良いし、高血圧ならコントロール状況とか、どの位の割合で内服を処方されているのか。本人一人での受診なのか、家族と一緒に来られるのか、とか、何のために診察（かかりつけ医）となっているのかなど、何でも良いと思います。
特記事項の欄が空白になっている意見書もあるが、必ず記入してほしい。介護サービスを必要と感じ、申請されていると思うので、少しでも介護認定が認められるような内容であってほしい。
認知症に関する具体的状況を記載するスペースがあると良いのではと思われる
記載内容について整理してはどうでしょうか ①病症の経緯 ②生活状況 ③長谷川式 ④症例状態の増悪の可能性
前回との変化点、認知症面、身辺処理、家族の介護の状況等があると助かります。
僭越ですが…自分の父母、兄弟など家族が該当者になった時を想定して、記入して欲しい（記載のしかたで判定が左右されることが多くあったという経験から）
本人が一番困っていること及び家族の介護能力の状況
患者が出されるクレームの大きな頻度の多いものを3つリストアップしてもらおう。その3つについて、記載があった方がよいものを最初からこの欄に記入しておく→そうすればクレームが減少するのでは
何でもよいので、書いていただきたいです。先生が知っている情報、変化点など。一次判定を変える作業は大変なので、主治医の意見が知りたいことがよくあります。（調査項目は、一次判定にすでに反映されているので）

3. 評価モデル事業

3-1 実施概要

(1) 実施目的

アンケート調査（医師・審査委員）と並行して、事業の成果物として予定する「意見書の記載支援ツール」の（評価モデル版）を用いて、ツールの使い手である医師から事前の評価を得る。

(2) 方法

予め配布する記載支援ツールを利用して、一定期間の主治医意見書を作成してもらい、「5.特記すべき事項」を中心とした主治医意見書の記載がどの程度充実したか、参考になったか、さらに追加して欲しい情報等があったか、等について、アンケート（またはヒアリング）を行う。

具体的な流れは以下の通り。

- ① 評価モデル事業にご協力頂ける 会員医師を 15～20 名程度 選定頂く
※意見書の記載件数が多い（と思われる）先生（行政のご協力あれば）
- ② 地域医師会（または事務局）より記載支援ツール（評価モデル版）一式を送付・配布
※ご協力頂く内容や手順書、アンケート票を併せて送付
- ③ 配布後 2～3 週間内に作成する 意見書（10 例程度）の記載の際に使用して頂く
- ④ 一定期間後、アンケート（A4 版 2 ページ程度） または ヒアリングにて評価を頂く
※記載した意見書の特記すべき事項欄の記載内容をアンケートで回答頂く

(3) 実施地域

	実施期間	協力医師数	ご協力医師会
旭川市	1月20日～2月10日	18名	旭川市医師会
焼津市	2月1日～2月20日	15～20名	焼津市医師会
紀の川市	2月10日～3月中旬	15～20名	那賀医師会

(4) 評価モデル事業用の（暫定）記載支援ツール

“意見書記載のための情報収集”と“特記すべき事項欄記載用の文例集”を中心とした暫定版の記載支援ツールを使用

3-2 実施要領（手順） （ご協力頂いた医師に配布した資料より）

評価モデル事業 評価要領（兼 手順ご説明資料）

1. 実施目的

アンケート調査（医師および審査委員）と並行して、調査研究事業の成果物として予定する「主治医意見書の記載支援ツール」の暫定版（評価モデル版）を用いて、当該ツールの有効性（意見書記載の参考となったかどうか等）の事前評価を得る。

2. 事業全体概要

上記の目的のため、以下の事業を実施する。

- (1) 医師・審査委員に対するアンケート調査 （実施済み）
- (2) 記載支援ツール（評価モデル版）を用いた評価事業 （今回お願いする部分）

事業の成果物である意見書の記載支援ツールの評価モデル（暫定）版を、全国 2～3 地域の医師各 15 名程度に実際に利用して頂き、ツールの有効性等を評価

3. 評価モデル事業

(1) 概要

支援ツールを一定の期間 概ね以下の手順 (2) の流れで実際に使って頂き、その期間中に作成された主治医意見書を振り返って、「特記すべき事項」欄を中心に、ツールが役に立ったか（参考になったか）、追加して欲しい情報・文例等があったか、等の有効性を評価（アンケート回答）して頂く。

(2) 手順

①確認

評価モデル版（3.）の支援ツールを予めご一読して頂く

②情報収集

主治医意見書を依頼される可能性のある患者の日常生活にかかる情報を収集する

※ 日常診療の際に先生ご自身が、また、院内スタッフやケア関係者の協力によっても可

※ 予診票はあくまで情報収集のための項目サンプルであって、利用・作成は必須ではない

③意見書作成

配布後 2～3 週間の間に依頼される主治医意見書の作成（記載）にあたって参考にして頂く

※ 評価頂くにあたって期間中の意見書作成件（枚）数は問わない

④記録・保存（可能な範囲で）

「特記すべき事項」欄について、記述内容をコピー等で保存しておいて頂く

※ 評価アンケート調査票に、可能な範囲で回答頂く（文例蓄積の意味も含めて）

⑤評価（アンケート）

過去の記載経験に照らして、ツールを参考にした（文例を利用した）意見書作成のプロセスや「5.特記すべき事項」欄の記述等に関する事後の「評価アンケート」に回答して頂く

(3) 実施（ご協力の）期間等

平成 23 年 2 月〇日～2 月〇日

平成 23 年〇月にツール配布（手順①）

〇日までの意見書作成にて実際に使用（手順②～④）

期間終了後に評価アンケートに回答の上、市医師会までご提出（手順⑤）

(4) お問い合わせ

実施期間中、評価ご協力にあたってご不明な点等ありましたら、市医師会までお尋ね下さい。

4. 評価モデル版 記載支援ツール（A4 横版資料）

- (構成)
- ・意見書の役割と記載のヒント（趣旨）
 - ・情報収集のための予診票（サンプルのご提示）
 - ・状態別の「特記すべき事項」の文例集（①認知症、②リハビリを必要とする状態）

3-3 評価モデル事業版「記載支援ツール」

主治医意見書 記載支援ツール

(評価モデル事業版)

要介護認定における主治医意見書の記載方法等に関する調査研究

(平成 22 年度 厚生労働省老人保健健康増進等補助金)

1. 主治医意見書の記載にあたって

2000年4月に介護保険制度が施行されて以来、多くの課題が報告されており、その一つに要介護認定やケアプラン作成に重要な役割を果たす「主治医意見書の記載」の問題があります。

この主治医意見書は、その名称の如く医師が記載する意見書ですが、従来から医師が記載していた診断書とは内容が異なります。そのためか、主治医意見書の記載が不十分との意見が今でも聞かれます。

主治医意見書は、その内容（項目）を見れば、疾病やその治療について記載するのは当然ですが、その他に日常生活の状況について記載する必要があります。

一般に、患者さん（申請者）の日常生活を実際に見る事の可能な診療所等のかかりつけの医師にとってはその記載は可能と思われませんが、入院後の外来管理等が中心となる病院等の医師にとっては困難な場合が多いでしょう。その点、病棟等の看護師をはじめとするスタッフは、患者の入院生活を支えるため、比較的日常生活における介護の手間を把握していることも事実です。

例えば、ここで挙げたような病院等に勤務の医師が主治医意見書を記載する場合には、受け持ち看護師の協力を得て記載する事で、より充実した記載内容とすることも可能なのです。

最近では、患者が病院から退院する際、多職種協働による退院前カンファランスが実施される事が推進されていますが、このカンファランス開催を通じて、適切な情報を得て主治医意見書の記載に役立てることも考えられます。

主治医意見書の記載は、全てのプロセス（情報収集から実際の記載まで）を医師だけが行わなければならないというものではありません。主治医意見書に期待される役割を十分に意識して、日頃の診療で患者さんのおおまかな日常生活を把握すること、看護師等のスタッフの協力を得ること、ケアスタッフとの連携から情報を得ること、などが重要となります。

それら情報を、「介護の手間」という観点から、“読み手に伝わる”書面として形（意見書）にしていくことが、主治医に求められている役割と言えるでしょう。

2. 情報収集のために

主治医意見書を記載するには、患者さんの疾病の状態や診療経過以外にも、それらが日常生活に与える影響やご家族やサービス利用による介護の必要性などの情報が不可欠です。そして、その意見書がどのように利用されるのか、を考えれば、過去の状態に基づくのではなく、現在と予後を意識したものであることが必要です。特に、「特記すべき事項」欄の記載にあたっては、それらの情報は、患者さんの「医療」と「介護」をつなぐ 充実した記載のために重要となります。

もともと、それらの基本的な生活情報は、意見書作成の依頼があつて「さあ、情報を集めよう」となれば、記載の期限が設定されている中でかえって医師の負担となる場合もあります。

そこで、意見書の作成を求められる可能性のある患者さんについては、日常診療の場面において、または、その患者さんに関わる看護師等のスタッフの声から、意見書記載に必要な日常生活の情報を把握するための「予診票（仮称）」をいくつか紹介します。

もちろん、ここに挙げられた情報（項目）だけが必要な情報とは限りませんし、ここから必要な項目を取捨選択して利用して頂

くことも構いません。普段、先生方が使っている同様の趣旨の書面などがあれば、それを妨げるものでもありません。

必要なことは、その患者さんの主治医意見書を記載するにあつて、「介護の手間」を表現する基礎となる、患者さんの生活や環境をタイムリーに把握する方法を持つておくことだと思います。そして、それは先生方一人だけが担うものではなく、看護師等の院内のスタッフや、ケアスタッフとの連携や協力によって、そして何より患者さんご本人とご家族を含めて、関係者全員で準備し、共有するものと考えます。

主治医意見書を記載するための準備の一つとして、ご自身の診療、担当される患者さんにマッチした「予診票（仮称）」を選び、ぜひ活用して下さい。

※ 記載支援ツール制作にあたって予診票をご提供頂いた自治体・医療機関は以下の通りです。

- ① 広島県三次市（申請者が記入して受診時に持参）
- ② 広島県竹原市（医療機関に備付けて受診時に作成）
- ③ 東京都台東区立台東病院（医療機関間の情報連携用）

※ 評価モデル事業では、別紙として①、②を掲載しています。

3. 「特記すべき事項」欄の記載にあたって

主治医意見書には、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つのパートがあります。1～4までは、主にそれぞれの所定項目についてチェックを入れていく形式となっています(一部、特定疾病の診断根拠等の記述もあります)。

ここで、患者さんの要介護認定における審査判定にとって、また、その後の介護サービス利用(ケアプラン作成等)にとって重要となるのが、「5. 特記すべき事項」欄の記述といえます。先生方が担当される患者さんの「医療」と、ご家族やケアスタッフとともに支える「介護」をつなぐための重要な記載が求められているからです。

記載支援ツール(仮称)では、この特記すべき事項欄に着目し、記載の充実に資するよう、「介護の手間」の観点から患者さんの状況をより適切に表現する文例を、状態像や状況別に編集しています。

まず、状態像や状況の全体像を紹介(1)し、続いて 状態像特有の情報収集の視点や方法(2)を整理しています。さらに、いわゆる介護の手間が現れる場面(3)を説明した上で、それらを適切に表現する文例(4)を載せています。

(一部の項目では、上記のパターンに沿った編集をしていないものもあります)

もちろん、これらの解説や文例は、個々の患者さんの疾病の状況や家族介護等の生活環境などの個別事情を網羅しているものではありませんので、あくまで参考として、先生方が担当される患者さんの意見書記載にあたってアレンジして活用頂くことを想定しています。

1. 認知症を有する状態像

(1) 状態像の特徴

認知症のある高齢者は、記憶や見当識の障害といった認知機能の障害とともに、薬の飲み忘れや尿・便失禁といった日常生活動作の障害、興奮や徘徊、意欲の低下といった行動・心理症状を伴うことが多くなります。

認知機能の障害は認知症の原因疾患と障害される部位、重症度によって異なります。例えば、アルツハイマー型認知症では記憶や見当識が初期から障害されるのに対し、前頭側頭型認知症では言葉を話せなかったり、理解できないといった失語の症状が初期から出現することが多くなります。また、日常生活動作の障害も同様です。例えば、典型的なアルツハイマー型認知症では、軽度では物の置忘れや段取り・計画を立てられなくなり、中等度になると買い物や服薬ができなくなります。高度になると、更衣や入浴、排泄に介助を要するようになり、意思の表出や言語の理解も障害され、歩行も障害されてきます。

一方、認知症の行動・心理症状は、レビー小体型認知症の幻覚や

前頭側頭型認知症の脱抑制や常同行為のように、原因疾患によって出現しやすい症状はありますが、生活環境や周囲の人の対応によっても影響されることが知られており、また、必ずしも認知症の重症度や経過とともに悪化するとは限らないといった特徴があります。

また、アルツハイマー型認知症やレビー小体型認知症、前頭側頭型認知症などの神経変性による認知症の場合は、症状が進行していくことが特徴です。認知症のある高齢者の特徴として環境の変化に適応することが困難であることから、引越しや入院・入所などに伴い、症状が変動しやすいことにも注意し、評価する必要があるでしょう。

(2) 記載のための情報収集の視点と方法

認知症のある高齢者の状態像を的確に伝える(表現する)ために、主として以下の視点での情報収集が重要と考えられます。

① 認知機能

(例：改訂長谷川式簡易知能評価スケール(HDS-R) 15/30、記憶と見当識の障害が高度、全く意思疎通ができない)

②日常生活動作

(例：薬の飲み忘れが多い、トイレがわからず部屋の中で排泄する)

③行動・心理症状

(例：不安が強い。ひとりで外出し戻って来られず警察に保護される)

④処方内容とその影響

(例：少量の抗精神病薬を使用したところ歩行困難となり、中止した)

⑤現在受けている支援及び今後必要な支援

(例：現在デイサービスを週3回利用している、今後ショートステイの利用にて介護負担を減らす必要がある)

⑥生活環境

(例：独居、公団の4階に住んでいてあまり外出しない)

⑦家族の状況と介護負担

(例：認知症の妻と二人暮らしである。主介護者である長男の嫁がもの盗られ妄想の対象となっており、その対応に疲弊している)

⑧経過と予後予測

(例：ADLは悪化しつつある。徘徊の頻度は増加している。)

⑨現在ある困難や危険性及び今後予想される困難や危険性

(例：しばしば経済被害を受けている。今後、家人へ暴力をふるう危険性がある)

⑩身体合併症

(例：肺炎を来たしたが認知症のため外来で点滴治療を行っている)

⑪評価に際しての留意事項

(例：症状は1日のうちでも大きく変動している。とりつくろいのために正常にみられる)

以上の項目を全て医師だけで情報収集し、記載することは困難とされます。本人・家族の話の他、看護師等院内スタッフ、ケアマネジャー、訪問看護師等との連携や協力によって、一つでも多くの情報を把握することが大切です。

(3) 介護の手間が現れる場面とは

認知機能の障害、例えば、記憶障害があってもメモなどの活用により自立して生活できる場合があります、即座に介護の手間に結びつくとは限りません。一方、日常生活動作の障害は、身体症状のみの高齢者と同様に介護を必要とします。

また、行動・心理症状は、介護負担と相関関係にあることが示されています。特に、夜間の不穏や幻覚・妄想などは介護負担を増す因子とされており、行動・心理症状の種類と頻度・程度の評価が重要となります。また、頻度は少なくとも火の不始末や夜間の徘徊、経済被害の状況など本人と家族の生命や財産に重大な影響を与える事柄についても評価しておくことが望ましいといえます。

日常生活動作の障害は、認知症症状のない身体症状のみの高齢者であっても、一定の介護の手間を要しますが、認知症で介護への抵抗を示す場合にはその手間が増加といわれています。また、便失禁に不潔行為が加わった場合なども介護の手間は増加します。逆に、行動・心理症状がほとんどなく、認知機能の低下に伴う日常生活動作の障害だけであれば、身体症状のみの高齢者と介護の手間はそれほど変わらない場合もあります。

また、生活環境や家族の状況も介護の手間に影響を与えます。徘徊を例にとっても、行動が制限される病院や施設などに入院・入所している場合と自由に出入りができる自宅にいる場合では介護負担は異なってくるのが想定され、それらの状況が適切に記載される必要があります。また、介護者が認知症の場合には、対応がより困難になることは容易に想像できますので、それに関する記載も重要な情報となるでしょう。

認知症のある高齢者の介護の手間は、様々な要素が複雑に絡み合っただけで生じる場合が多いので、個々の要素とその関係を含め、視野の広い評価、記載することが望ましいでしょう。

(4) 具体的な文例

以下では、認知症高齢者の「介護の手間」を表現する文例をテーマ（場面）別に整理しています。認知症についての疾病の管理からは直接的に導かれない記述であっても、その患者さんの「介護」を考えるときの重要な「医療」の情報となります。

患者さんの状況にマッチする表現でなくても、視点や表現のヒントとして、また近い表現によって、特記すべき事項欄の記述に活用頂ければと考えます。

【日常生活に関する記載】

①認知機能

- 記憶と見当識の障害が顕著である。
- 認知機能の低下のため、全く意思疎通ができない。
- 家族を認識できないことがある。

②日常生活動作

- 物の置き忘れが多い。
- 自分で調理を行っているが、しばしば鍋を焦がしている。

- ゴミ出しの曜日を間違え、トラブルになることがある。
- 買い物に行き、同じものを買ってくる。
- 高額な羽毛布団を契約するなどの経済被害にあっている。
- 金銭管理ができない。
- 薬の飲み忘れが多い。
- 外出するが、しばしば道に迷い、近所に人に連れてきてもらうことがある。
- 着替えをしても順番が不適切なことが多い。
- しばしば尿失禁をする。
- 尿便失禁あり、リハビリパンツを使用しているが、尿取パットを外してしまう。

③行動・心理症状

- 家族がいないと不安が強い。
- 物事に関心を示さない。
- 長男の嫁に対するもの盗られ妄想がある。
- 幻覚があり、常に床の上にある何かを拾う動作をしている。
- 易怒性があり、些細なことで大声を上げる。
- 入浴を拒否することが多く、時に暴力をふるう。

【症状の進行に関する記載】

①認知機能

- 記憶障害は徐々に進行している。
- 2年前の初診時に HDS-R が6点であったが、現在は実施困難である。

②日常生活動作

- 独りで外出できなくなった。
- 尿失禁の頻度が増加し、夜間はオムツを使用するようになった。

③行動・心理症状

- もの盗られ妄想が激しくなっている。
- 夜間起きてゴソゴソしていることが増加した。

【直接的な介助・ケアに関する記載】

①家族介護の様子（負担感）

- 服薬は家族が管理している。
- 入浴を嫌がるため、デイサービスで入浴している。

- トイレに連れて行っても便座に腰掛けることが困難であり、介助に手間がかかる。
- 主介護者である長男の嫁がもの盗られ妄想の対象となっており、その対応に疲弊している。

②介助の内容と自分でできること

- 更衣は独力では困難であるが、適切な衣服を順番に手渡せば自分で着ることができる。
- 適切にトイレ誘導すれば尿失禁することは少ない。

【介護サービス利用に関する記載】

①現在利用している介護サービスのこと

- 現在、デイサービスを週2回利用している。
- 食事は配食サービスを利用している。
- 急に立ち上がり転倒することがあるので見守りが必要である。

②必要なサービス

- 今後、ショートステイの利用が必要と思われる。

- 独居のため、服薬管理や経済被害に対する見守りが必要である。
- 日中うとうとしていることが多いため、デイサービス等の利用により、適度な働きかけが必要である。
- 日常生活は比較的保たれているが、昼間は自宅に一人きりとなり、通所サービスなどのサービス利用が望ましい。
- 介護保険サービスの利用に関しても抵抗が予想され、こまめな調整が必要と思われる。

2. 継続的なリハビリテーションを要する状態像

(1) 状態像の特徴

介護保険サービスの利用者にとって、リハビリテーション（以後リハビリと略す）の必要性を「訓練」というイメージで捉える傾向がありますが、リハビリ専門職である理学療法士（PT）、作業療法士（OT）、言語聴覚士（ST）の役割は決して訓練に限定されるものではありません。各専門職種として、障害の有無のみならず、その程度や生活に支障があるかどうかを評価し、利用者や介護者、そして介護保険サービスに携わる他職種への指導やアドバイス等がもっとも重要な役割と言っても過言ではありません。特に生活期（維持期）と言われる時期においては、変化が目に見えにくいため、日常生活の小さな変化を見逃しやすく、結果的に入院や入所による治療やリハビリを余儀なくされることもあります。日々の個別訓練だけでなく、定期的な評価の重要性を忘れてはならないでしょう。

1) 高齢者リハビリテーション研究会から

高齢者リハビリテーション研究会では、高齢者の状態（状態像）に応じた対応（アプローチ）、すなわち脳卒中モデルだけ

でなく、徐々に生活機能が低下する廃用症候群モデルや、いずれのモデルにも属さないが重度の要介護者の代表的な疾患である認知症高齢者モデル等の態様別に生活機能向上の視点から取り組むことの必要性を「あるべき方向性」として提言していますが、様態別の基本的な考え方として以下のように示されています。

①脳卒中モデル

発症直後から集中的に提供されてきたリハビリに続き、在宅復帰後は日常的に適切な自己訓練を行うとともに、具体的な課題やさらなる目標が設定されたときに、必要に応じて期間を限って計画的にリハビリを行うことが基本となる。

②廃用症候群モデル

徐々に生活機能が低下してくることから、生活機能の低下が軽度である早い時期にリハビリを行うことが基本となる。リハビリの提供にあたっては、必要なときに、期間を限って計画的に行われることが必要である。

③認知症高齢者モデル

認知症高齢者は、環境の変化に対応することが難しいため、

生活の継続性やなじみの人間関係が維持される環境の下にケアが提供されることが必要となる。その上で必要な専門医療と連携し適切なリハビリが検討されるべきである。

2) 短期集中的な提供が必要

介護の必要度とリハビリの必要性が必ずしも一致しないことは誰もが認めることでありますが、生活機能の低下や低下が予測される時期に個別訓練として提供する場合は、経時的な変化を確認しながら短期集中的に計画的なリハビリの提供が求められます。状態の変化を把握するためには、介護者はもとより、介護に携わるサービス提供者からの情報を収集することが重要となるでしょう。

3) 継続的な提供が必要

リハビリは長期間にわたって漫然と提供されるべきものではありませんが、明らかな変化を把握しにくい生活期（維持期）の場合、定時的な評価は必須と言って良いでしょう。その評価次第で個別訓練が必要になる場合もありますが、多くの場合は評価の結果を本人・家族・携わる他職種等に伝える指導が中心の関与になります。レベル低下に対応するだけでなく、レベル低下しない

ように対応するためにはリハビリ専門職の重要な役割として評価・指導を位置づけるべきであって、そのかわりを指示するのが医師の重要な役割といえます。

(2) 記載のための情報収集の視点と方法

リハビリについては、高齢者の心身の機能が低下したときに、まずリハビリの適切な提供によってその機能や日常生活における様々な活動の自立度をより高めるというリハビリ前置の考え方に立って提供すべきですが、前述した通り、生活機能が低下してからではなく、低下しないようにリハビリの「目」が必要であることも「前置」の考え方と言えるでしょう。

日常の変化を捉えるには情報収集は欠くことはできません。その視点として重要なのは、障害の程度というより「生活に支障があるかどうか」であって、家族や介護者、サービス提供者がその視点で情報を提供してくれることが望まれます。見方を変えれば「介護の負担状況の変化」とも言えますが、それがリハビリの重要な役割の一つである介護の負担軽減に対するアプローチにつながります。

特に注意すべきは、廃用症候群の発症であって、身体的に問題がなくても、社会・家族等の問題が誘因になり、徐々に生活機能が低下してくることは日常的に起こりやすくなります。そのためにも心理的な問題や閉じこもり傾向などの状況を把握するための情報収集のルートを確保するべきでしょう。外来や訪問による診察時には、同じ評価手法を定期的の実施していくことが肝要となります。もちろん、介護保険サービスを利用中であれば、介護支援専門員（ケアマネジャー）との間で情報交換、情報の共有化を図ることが求められます。

例えば、

- ① Berthel Index
- ② Vitality Index
- ③ 簡易転倒リスクチェック
- ④ 障害高齢者の自立度、認知症高齢者の自立度、HDS-R、MMSEなどの活用が比較的取り組みやすいでしょう。

また、以下に示す日常生活動作チェック用紙を活用し、本人・家族に事前にチェックをしてもらったり、問診などにより、廃用性心身機能低下を見逃さないことが必要です。

日常生活動作チェック用紙

平成 年 月 日

お名前： _____

食事の場面

- ① むせることが多くなった
- ② 食事に時間がかかるようになった
- ③ はしやスプーンを使えなくなった
- ④ 食事中に横に傾いたり、椅子から落ちそうになったりする

就寝時

- ① 寝返り、起き上がりに時間がかかるようになった
- ② 起き上がりのときによくふらついたり、転倒することもある

トイレやオムツで

- ① 尿意がはっきりしなくなってきた
- ② パンツの上げ下ろしでふらつく
- ③ トイレ移動時にふらつく … 手すり（あり・なし）
- ④ 夜のトイレは、トイレ・ポータブルトイレ・しびん・おむつ

移動の時

- ① 最近ふらつくようになってきた
- ② 家の中では、伝い歩きや杖で移動している
- ③ 階段や段差のあるところで、膝折れなど転びそうになることがある

(続き)

風呂

- ① 転びそうになる … てすり (あり・なし)
- ② 風呂から出られなくなることがある

玄関

- ① 転びそうになる … 手すり (あり・なし) 椅子 (あり・なし)

日中の座りきり評価

- ① 日中テレビを見て座っていることが多い
- ② 自宅では日課がある (家の施錠・カーテン・新聞取り・郵便取り・庭の手入れ・炊事・洗濯・掃除・散歩・その他 ())

2007年2月 日本リハビリテーション病院・施設協会 地域リハビリテーション推進委員会かかりつけ医のためのリハビリテーションガイドより

(3) 具体的な文例

以下では、継続的なリハビリテーションを必要とする高齢者の「介護の手間」を表現する文例を整理しています。ただし、リハビリテーションは、様々な疾患や状態に応じたサービス提供手法であるため、それを要する疾病や症状別の考え方によって整理していません。もっとも、その患者さんの「介護」を考えるとときの重要な「医療」の情報であることに変わりはありません。

患者さんの状況にマッチする表現でなくても、視点や表現のヒントとして、また近い表現によって、特記すべき事項欄の記述に活用頂ければと考えます。

【主な疾病・症状別の記載】

①筋萎縮性側索硬化症

- 廃用性の筋力低下に対するリハビリは状態に応じた内容・量で行う。
- 進行状況に応じた補装具の選択が重要なので、定期的な評価が必要。

②パーキンソン病

- 重症度に応じてリハビリやケアの内容を変更。
- 転倒の危険性が高く、廃用症候群に陥りやすいのでリハビリは継続的に必要。
- 嚥下障害・末梢神経障害・自律神経障害などにも注意が必要

③脊髄小脳変性症

- 運動失調が中心なので、継続的なリハビリの提供が必須。
- 特に社会性の維持・回復を考えれば、通所リハビリを勧めることになる。

④閉塞性動脈硬化症

- 重症例以外は歩行を中心とした運動療法を勧めます。
- ぬるま湯による足浴も効果がある。
- 禁煙や温暖な環境整備、マッサージも効果的。

⑤慢性閉塞性肺疾患

- 運動や栄養の指導
- 肺呼吸器に対するリハビリが必要であり、呼吸機能の定期的なチェックを実施する

⑥膝関節・股関節の変形性関節症

- 同じ姿勢を長時間とらないように指導する。
- 膝の場合には大腿四頭筋の筋力アップが重要
- 体重のコントロール次第で症状が軽減することを説明

⑦慢性関節リウマチ

- 活動期に積極的なリハビリは勧めない
- 関節の拘縮予防が重要で、関節可動域の保持・拡大が必要
- 変形予防や進行状態に応じた補装具の活用

⑧後縦靭帯骨化症

- 上半身の着脱は座位で行い、ズボンの着脱は臥位で行うこと
- 主に頸椎の場合は、屈曲位の方が楽

⑨脊柱管狭窄症

- 腰椎の場合、歩行していると足が重くなり痛みが出現するので、休息が必要
- 失禁や頻尿などの排尿障害に注意が必要
- 筋力強化や頭痛のコントロールは継続的に行う必要がある。

⑩骨折を伴う骨粗鬆症

- 再度の骨折の危険性を説明
- 食事（栄養）と運動の指導
- 転倒・転落の予防、骨折の予防のための環境整備が必要。

⑪廃用症候群

- 急性期・慢性期疾患を問わず、早期離床が重要
- 落ちた筋肉の回復には時間がかかり、継続したリハビリが必要になる
- 離床だけでなく、社会性の維持・回復をめざして通所系サービスを活用する。

⑫片麻痺

- すべてを介助するのではなく、動作の一部を手伝う気持ちが大切。
- 各関節が拘縮しやすいことに注意が必要。
- 食事はできるだけ座位の姿勢で。
- 少しずつ移動できるようになると慎重さに欠けたり、注意力が散漫になり転倒しやすい。

⑬失語

- 話しかけるときは、正面に座りわかりやすい短い文で話す。
- 聞くときは、ゆっくり話を聞き、表情から話を推測することも大事。
- 接し方は子供扱いや馬鹿にしたり無理強いをしない。

⑭転倒・転落

- ライティング、床の段差、手すり、電気のコード、薬剤、家具のレイアウト等に配慮が必要である。

⑮リハビリ専門医・リハビリスタッフへの相談が必要な場合（観察点、留意点などを示す）

- 寝返り・起き上がりができない
- 椅子からの立ち上がりが不安定
- トイレ動作が難しい あるいは不安定
- 食事動作に時間がかかる
- 移動に時間がかかる、不安定
- 関節の動きが悪くなってきた
- 持久力の低下
- 会話が不明瞭
- むせが多くなった

【リハビリサービスの利用に関する記載】

- 毎週〇回、通所リハビリの利用を提案します。
- 毎週〇回、訪問リハビリの利用を提案します。
- 少なくとも月 1 回の日常生活動作を含むリハビリ専門職による評価が必要である。
- 少なくとも 3 ヶ月に 1 回の日常生活動作を含むリハビリ専門職による評価が必要である。
- 訪問・通所を問わず、継続的なリハビリの提供が必要である。
- 訪問・通所を問わず、短期集中的なリハビリの提供が必要である。
- 訪問リハビリによる定期的な個別訓練が必要である。
- 通所リハビリによる医学的管理・リハビリの提供が必要である。
- 理学療法士による評価および歩行動作を中心にした個別訓練が必要である。
- 作業療法士による評価および生活全般にわたる個別訓練が必要である。
- 言語聴覚士による評価および嚥下訓練が必要である。
- 言語聴覚士による評価及び言語訓練が必要である。

参考文献

- 1999 年 9 月 主治医意見書のポイント 編著 齊藤正身
発行 社会保険研究所
- 2007 年 2 月 日本リハビリテーション病院・施設協会 地域リハビリ
テーション推進委員会
かかりつけ医のためのリハビリテーションガイド

3-4 評価モデル アンケート結果

(1) 基本属性

図表 1 意見書作成患者数と評価モデル期間中の平均作成数 (N44)

	協力医師数 (アンケート回答数)	意見書作成 患者数	期間中の 平均作成件数
旭川市	12 人	122.2 人	7.8 件
焼津市	18 人	103.7 人	5.9 件
紀の川市	14 人	116.1 人	5.3 件

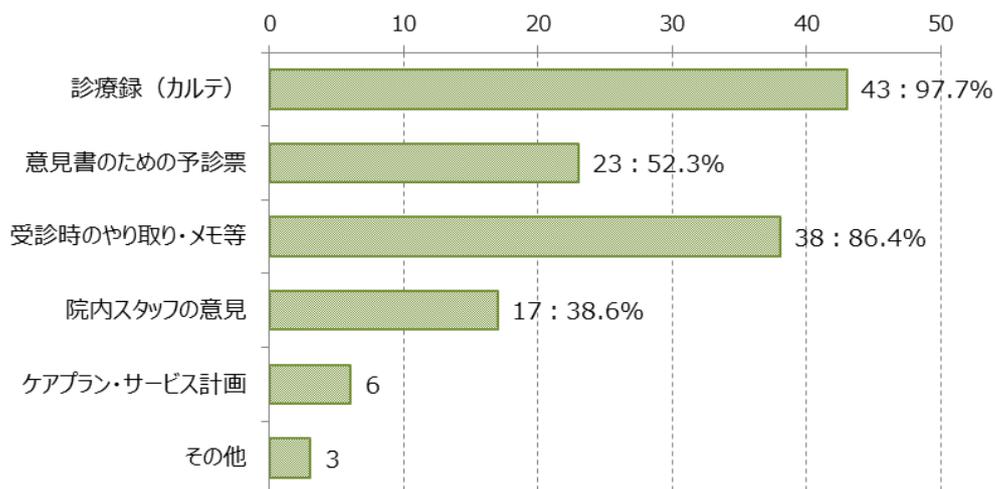
(2) 主治医意見書の作成について

2-1 意見書を記載するときどのような資料を参照しているか

意見書記載の際の参照資料は、「診療録（カルテ）」が 43 件（97.7%）で最も多く、次いで、「受診時のやり取り・メモ等」が 38 件（86.4%）の順であった。

「院内スタッフの意見」「ケアプラン・サービス計画」などを参照する場合は相対的に低かった。

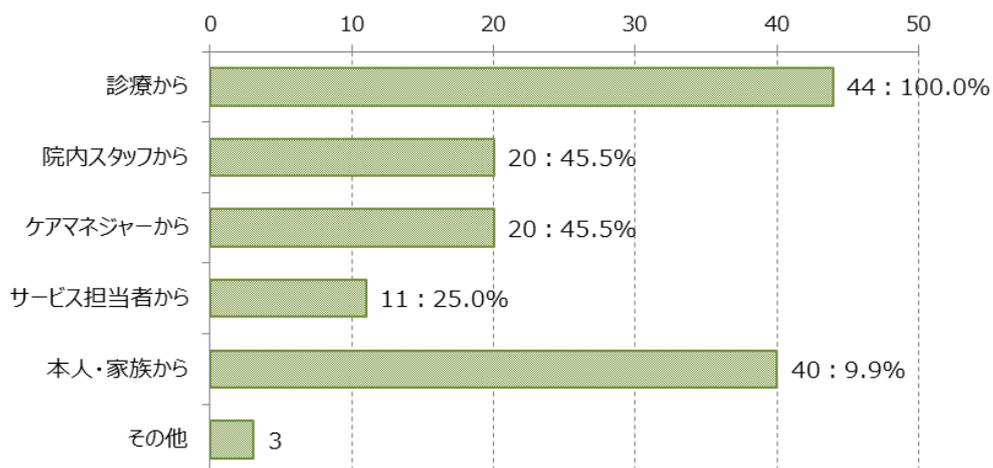
図表 2-1 意見書記載時の参照資料 (N44)



2-2 情報をどのように収集しているか

また、情報をどのように収集しているかについては、「診療から」が 44 件（100.0%）、「本人・家族から」が 40 件（90.9%）であった。「院内スタッフから」「ケアマネジャーから」「サービス担当者から」の情報収集は相対的に低かった。

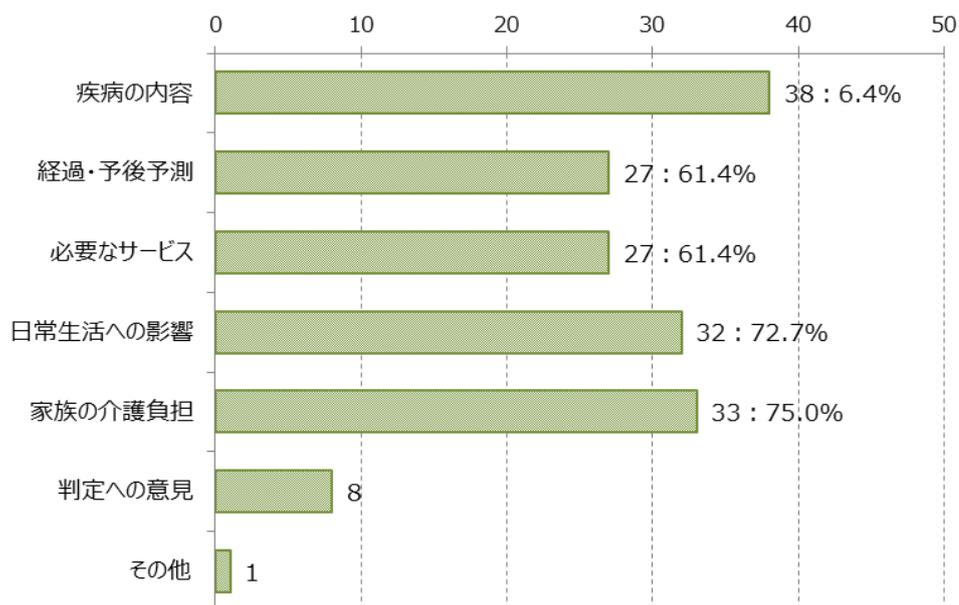
図表 2-2 情報をどのように収集しているか (N44)



2-3 特記すべき事項に記載する内容

特記すべき事項にどのような内容を記載したかでは、「疾病の内容」が 38 件 (86.4%)、「家族の介護負担」が 33 件 (75.0%)、「日常生活の影響」が 32 件 (72.7%) であった。

図表 2-3 特記すべき事項に記載する内容 (N44)

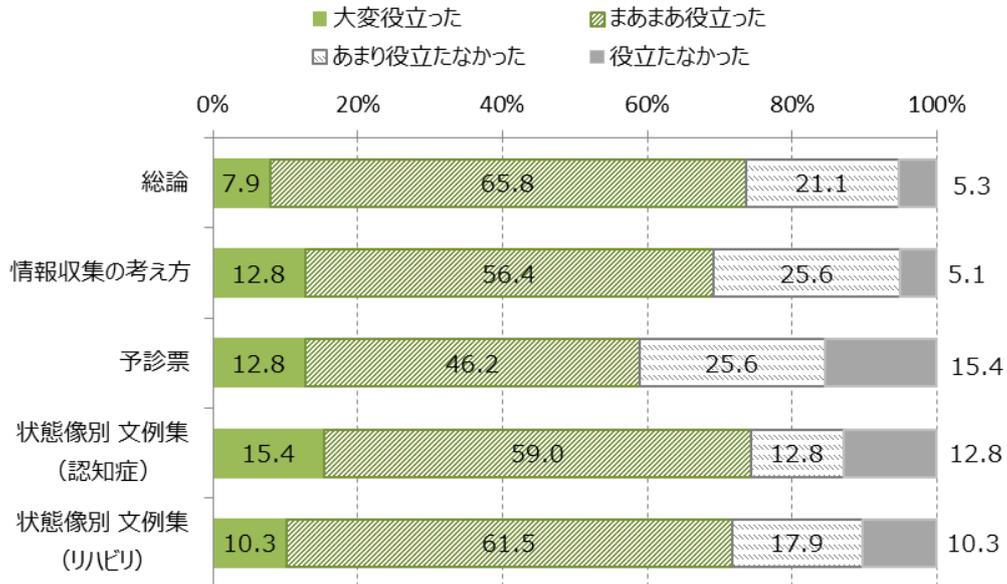


(3) 記載支援ツール（モデル事業版）の評価について

3-1-1 役立つ内容であったかどうか

モデル事業版の記載支援ツールについて、編集した項目ごとに「大変役立つ」～「役立つなかった」の4段階での評価をみると、「予診票」を除いた項目では「大変役立つ」「まあまあ役立つ」が7割以上を占めていた。

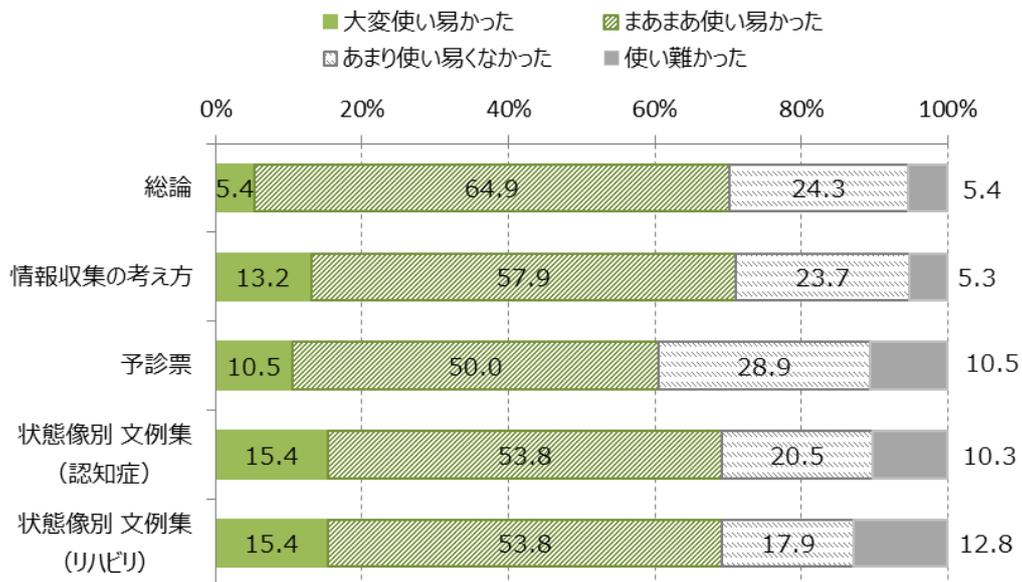
図表 3-1-1 役立つ内容であったか（N44）



3-1-2 使い易かった（読みやすかった）かどうか

モデル事業版の記載支援ツールについて、編集した項目ごとに「大変使い易かった」～「使い難かった」の4段階での評価をみると、認知症、リハビリの文例集で「大変使い易かった」がともに15.4%と相対的に高い割合を示していた。

図表 3-1-2 使い易かったかどうか（N44）



3-2 記載支援ツールで取り上げたいと思う状態像について

パーキンソン病の日内・日間変動がある状態。 (例) 午後になると OFF の状態となり、ADL 全般に全介助が必要となる。
独居
疾患と状態像←オーバーラップしている点が多いが、やむを得ないことかもしれない。状態像として、嚥下困難、疾病として誤嚥性肺炎も追加したほうが良いと思います。
レビー小体型認知症・前頭側頭型認知症・アルツハイマー型認知症は、全て介護での注意点が異なる。
現在受けている支援及び今後必要な支援。経過と要予測。
意見書の多くは、病気が原因というよりは、加齢による衰弱・廃用が問題になることが多いです。
脳血管障害後遺症における軽度の不全麻痺、意欲低下の状態
認知症
身体表現性精神病（胃痛・腰痛）
運動器不安定症、脳血管障害後遺症（片麻痺・失語以外）
片麻痺に伴う ADL 低下について（重症の片麻痺患者の介護度が低い傾向にあるため）
ALS での補装具の選択における、定期的な評価やパーキンソン病における ON・OFF へのリハビリケアの内容。COPD における呼吸リハビリの強化について。
非常に高齢で認知症がない方。日常生活に見守りや介助が必要なことが多いが、困難さ、生活の中での危険性が伝えにくい。
①火の不始末は重要だと思います。②センターが使用で、事故は小さいものを含めてあるかどうか。③排尿・排便を室内にしてその結果どうい状態になり、家人が動困っているのか。④異食は何を食べているのか？（ねずみを食るとか、便を食るとか）以上 4 項目は必ずチェックしています。
認知に対する家族の介護の手間を表現する具体的な記載例等。
糖尿病で様々な合併症を（網膜症で視力低下・腎症で透析など）を伴う状態。骨粗鬆症で円背や腰痛・骨折を繰り返した状態など。
認知症の初期。外来診察では、ほとんど異常を発見しえないが家族の話がポイントになる。
物忘れについて。機能のことを話してもらおう。オリエンテーション、短期記憶、どんな生活をしているか判断する。

(4) 意見書の記載全般についてのご意見

認知症の評価が難しい。一日のうちでも変動がある。まだらの状態を反映できるような評価方法の確立が望まれる。
認知症の進行期だが日中独居のため一人で外出して買い物ドリンクなども多量に飲んだりする。通所サービスを利用してリハビリを兼ねて独居の時間を減らし、社会性を保って認知症の進行を遅らせる必要がある。
いただいた予診票を活用できれば少しいかなと思いました。この短期間のうちでは十分に活用することができませんでした。今後、活用していきたいと思います。慢性期・介護を中心に診療している先生は特記事項を一生懸命書くことが多いと思います。しかし、急性期を中心に診ている先生は忙しくて時間がなかったり、事例がなかったり、実際の生活像を知らなかったり、どれほど困っているか把握していないことが多く、特記事項を書くことが少ないと思います。これらの先生たちにこそ、教育・啓発が必要だと思います。
認知症の精神症状と、既存の精神疾患の精神症状について、区別を要する。
日常の診療中に、意見書の記載内容について情報を収集するのは困難なことが多い
家庭での生活環境を詳しく知りたい。どんなサービスを希望するかはっきり知りたい。

現在の処方など全て記入しなければならないのか、パソコンで記入する時、もっとも時間がかかってしまう。
読むものの立場にもなって、記載はできるだけシンプルにあるべき。無関係な疾病についての記載など読むのが大変なだけだ。何がホントなのか、明確にすべきと思う。
日常生活自立度を障害高齢者と認知症高齢者に分けていますが、この違いを解っていない記載者（医師）が多いと思います。例えば、認知症のために（身体的に問題なくても）外出しない患者を、障害高齢者のB～Cにチェックしてある意見書も多くみられます。また、該当する項目がない患者も多いように思います。例えば、介護を必要とする状況があるとき、日中も夜間も同じ程度にあるとき。
定形文のソフトがあると便利
主治医の名前を隠さずに公表してはどうか。このようなものを配布しても、はじめからあまりやる気のないDr.にはあまり参考にならないのではないか。
今回は3件と少なかつたため、評価は難しいですが、主治医意見書の記入が必要なときは、患者または家族が受診時に持参してもらうと情報収集がしやすい。今のシステムでは受診診察日に主治医意見書が届くこともあるため、情報収集が不足になることがあります。
もう少し具体的に身体状況あるいは、生活状況のCheckポイントが必要と思われた。 例) 上着を自分で着脱可能か。ズボンを自分ではいているか。お風呂は1人でOKか
広く情報を集め、調査委員が知りえる事項まで記入されるよう努めたい
本人あるいは介護する家族に対してどこまで踏み込んで良いのか迷っている。
意見書を読むだけで本人の状況、家族の介護負担など把握できる内容を目指しています。
普段受診をしていない患者さんからも主治医意見書の記載を求められるケースがたまにある。
調査員が記載できること以外を、きっちりと補足できる内容を目標に、認知症の症状を詳記、全体像がわかるように病歴をきっちり記載。主治医でないと記載できないことを目標にすべきでは、と考えます。
予診票の配布は良いと思うが、配布されてから意見書作成までの時間が短く、電話等の確認となってしまう。

4. 考察

4-1 アンケートまとめ

〈先行ヒアリング〉

- 主治医意見書の記載の現状についての課題提起が多数あった。診療経過や処方内容のみの意見書が多いこと、特記すべき事項欄に“介護の手間”の記載があるものは少ないこと、また、意見書の役割や介護保険制度そのものに関心が低い医師も少なからずいる、との指摘があった。
- 意見書を記載するためには、患者の外来時の様子のみならず、日常生活の状況を把握することが重要であり、それらの情報は自分（医師）だけでなく、本人・家族また看護師等のスタッフや外部のケアマネジャーやサービス担当者とも協力して行うことで、負担を軽減できる、との指摘があった。

〈医師アンケート〉

- 主治医意見書の記載は一定程度あるものの、介護保険制度への関わりが一般的とは言えない状況がうかがえた。「認定審査会の委員になっただけではない」医師は 50.4%、「主治医（意見書）研修に参加していない」が 35.6%、「サービス担当者会議に参加・対応していない」が 46.6%であった。
- 主治医意見書の項目別の書きやすさについては、「特記すべき事項」について「難しい（書きにくい）」とした割合は顕著に多くはなかったものの、理由をみると、「どんな記載がいいかわからないから」「介護の手間の実態を把握していないから」「疾患・治療以外の情報がないから」などが多かった。
- 「難しい」と思う疾患や状態については、「認知症」が 53.1%と最も多く、「症状が不安定な状態」「パーキンソンなどの神経難病」といったものが挙げられた。
- 意見書記載の事前準備としての情報収集について、現状ではどのような情報を使っているか、では、「診療時の記録（カルテ）の情報を使って」とした回答が 8 割超で最も多く、次いで「家族の話を聞いて」とするものが多かった。
- 情報収集の方法では、「通常の診療時に記載で使える情報を集める」とした回答は 8 割超であったが、看護師等のスタッフからは 4 割、ケアマネジャーからは 3 割にとどまっていた。サービス担当者会議に出て、とした回答は僅かに 5%強にとどまっていた。
- 個別事例の設問の回答からは、初回作成の場合に比べて 2 回目以降の作成の場合には、診療時に自分で集めた情報だけでなく、看護師等のスタッフの協力やケアマネジャーやサービス担当者の協力を得て情報収集している傾向があった。
- 意見書作成時の参照資料としては、「前回の意見書」という回答が多かったが、必要と考える資料やツールとしては、「記載事項を説明した解説書（マニュアル）」や「症例別の特記すべき事項の文例集」を挙げる回答が多かった。

〈審査委員アンケート〉

- 審査判定において（一番）重視する情報は、「認定調査の特記事項」が 51.5%、「認定調査 74 項目の結果」が 26.5%と多かったが、続いて「意見書の特記すべき事項」とする回答も 10.4%で 3 番目であった。また、主治医意見書の中の項目別では、「特記すべき事項」を 7 割弱が「常に重視する」としていた。
- 読み手である審査委員が特記すべき事項の記載を充実してほしいと考える状態としては、「認知症」「状態が不安定」「パーキンソン病等の日内変動」が多く回答された。もっとも、これは「（記載が）難しい」とした状態と同様の傾向となっていた。
- また、傷病や状態に限らず、特記すべき事項欄の記載に求めるものとしては、「介護の手間に影響を与える症状」が最も多く、次いで「認知機能低下の具体的な状況」であった。

4-2 全体考察

(1) 特記すべき事項の記載には十分な日常生活の情報が必要

ヒアリングやアンケートでも指摘される通り、主治医意見書の特記すべき事項欄に充実した記載を行うには、傷病そのものに関する情報だけでは十分とはいえない。求められる内容が、“傷病等が日常生活に与える影響”である以上、患者ごとの日常生活の様子をできる限り情報として持つておくことが望ましいのである。

四肢の麻痺や関節拘縮も、利き手の違い、住居形態の違い、同居者の有無、補装具等の使用、他の症状との関係、様々な要因によって、“介護の手間”に違いがあることはイメージできるところである。それらは、治療経過や疾患の状態（ステージや進行度）の記載だけでは、必ずしも医療職だけではない審査委員に伝わらない場合もあると考える。

“診察室の外の”、“自宅での”患者の様子を知らない、つまり、介護の手間を自らがイメージできなければ、「伝わる」意見書は作成できないのではないだろうか。

(2) 情報収集は必ずしも全てを医師だけが行うものではない

患者の日常生活の情報を収集することの重要性は既述の通りであるが、限られた診療時間において、また多くの患者をもつ医師にとって、全ての患者について自分で情報収集していくことは現実的ではないだろう。院内の看護師等のスタッフや外部のケアマネジャー等の協力を得ながら、またもちろん家族の協力も得て、一定の日常生活の様子を知ることができる。院内のスタッフであれば、待合室の会話から、精算時のやり取りから、家族からの相談調整の中から、情報を取ってもらうことは難しくないと思われる。また、ケアマネジャーやサービス担当者場合は、わざわざ電話やメールで連絡するのではなく、日頃の連携の中で、特にサービス担当者会議の機会に協力を求めておけばよいだろう。

すなわち、情報収集の過程は、多職種連携の過程でもあると言える。全てを医師が、または、医療が担うのではなく、意見書は協働作業で作成する、という考え方が重要であると考ええる。

(3) “根拠”を示すだけでなく、具体的な“日常生活への影響”を示すことが重要

特記すべき事項には、傷病に関する医学的な根拠を記載するだけでなく、その傷病が日常生活にどのように影響を与えるのか、すなわち、介護の手間（介護負担）にどのように影響を与えるのか、また、日常生活の場面でどのように介護の手間として具体化するのか、を示すことが重要である。読み手に“介護の手間”をイメージさせることがポイントである。

もっとも、特記すべき事項欄の記載に求められているのは、単に日常生活の中の大変さを抽象的に記載することではなく、傷病に起因する日常生活の影響の情報であることが重要であり、医学的観点からの意見として記載されるものであることも忘れてはならない。

(4) 充実した記載とは、読み手に伝わる表現であること

豊富な情報を収集しても、それを特記すべき事項として記載する際に、“読み手に伝わる”表現となっているかが重要である。診療録（カルテ）や医療機関間の情報提供書とは目的も読み手も異なることを意識して記載されなければならない。認知症評価スケールのスコアや関節可動域（角度）そのものではなく、それによって、日常生活上の何ができないか、行いにくいのか、他者の手助けがいるのか が読み手から求められているのであり、それが“伝わる”ように表現することが重要なのである。

4-3 「主治医意見書記載ガイドブック」について

アンケート等の調査から得られた知見とそれに基づく考察を踏まえて、本事業の成果物として、「主治医意見書記載ガイドブック」（小冊子）と 概要版（A4版 2つ折）を作成した。構成は、①趣旨：主治医意見書の役割の再確認、②情報収集：重要性和方法論、③文例集：伝わる記載のための表現例、という 3 部構成としている。

文例集は、疾患別や高齢者の特徴別の編集も検討したが、特定の疾患や特徴を全てカバーする文例を準備することは難しく、ガイドブックでは、大きく「身体機能」と「認知機能」という機能別に、表現のサンプル集として編集することとした。もちろん、意見書を書くとする患者の特徴にあてはまる文例を、文例集の中から探すことも可能ではあるが、収載したサンプル文例を参考に、個々の患者の“傷病が日常生活に与える影響”を表現する際にアレンジして記載していくことを想定している。

主治医意見書の作成プロセスは、ある意味、今日的な主治医としての役割や機能について、理解し、かつ、果たしているかが問われる作業ともいえる。もっとも、全てのプロセスを医師だけが担うのではなく、患者本人・家族はもちろん、院内外の多職種の協力を得て作成し、それらの協力者（多職種）にフィードバックするまでを考え、作成していくことが重要である。特定の状態を前提とした全項目の記載事例ではなく、「情報収集」と「文例」に着目したガイドブックから、意見書作成の考え方やプロセスが理解され、充実した特記すべき事項の記載につながることを期待したい。

主治医 意見書 記載ガイドブック

特記すべき事項欄の充実のために

主治医 意見書 記載ガイドブック

特記すべき事項欄の充実のために

平成22年度 厚生労働省老人保健健康増進等事業

「要介護認定における主治医意見書の記載方法等に関する調査研究事業」委員会編

委員長	野中 博	医療法人社団博腎会野中医院 院長
委員	木村 隆次	一般社団法人日本介護支援専門員協会 会長
(アイウエオ順)	斉藤 正身	医療法人真正会霞ヶ関南病院 理事長
	滝川 英一	社団法人日本医師会 介護保険課 課長
	武田 章敬	独立行政法人国立長寿医療研究センター 脳機能診療部第二脳機能診療科 医長
	服部 恒幸	和歌山県紀の川市保健福祉部高齢介護課 課長
	三上 裕司	社団法人日本医師会 常任理事
	山崎 成治	北海道旭川市福祉保険部介護高齢課 課長

制作協力 合同会社 HAM 人・社会研究所

発行 NPOシルバー総合研究所

〒105-0013 東京都港区浜松町1-12-5 TEL: 03 (5425) 2383 FAX: 03 (5405) 1184
Eメール: info@silver-soken.com ホームページ: http://www.silver-soken.com

平成23年3月作成

主治医
意見書
記載ガイドブック
特記すべき事項欄の充実のために

主治医
意見書
記載ガイドブック
特記すべき事項欄の充実のために

目次

p 2	1. 主治医意見書の記載にあたって
p 4	2. 情報収集のために
	(1) なぜ情報収集が重要なのか
	(2) どのように集めるのか
	(3) 集める情報は何か
p 8	3. 「特記すべき事項」欄の文例集
p10	3 - (1) 身体機能
	1. 高齢者の特徴
	2. 記載のための情報収集の視点と方法
	3. 具体的な文例
p16	3 - (2) 認知機能
	1. 高齢者の特徴
	2. 記載のための情報収集の視点と方法
	3. 具体的な文例

2000年4月に介護保険制度が施行されて以来報告されている課題に、要介護認定やケアプラン作成に重要な「主治医意見書の記載」があります。

この主治医意見書は当然医師が記載する書類ですが、診断書とはその内容が異なります。主治医意見書はその内容（項目）から、疾病やその治療について、さらに患者さんの日常生活の状況（特に介護の手間）についても記載する必要があります。

実際に患者さん（申請者）の身近に存在する診療所等のかかりつけの医師は、地域での患者さんの日常生活を実際に見る事は可能です。しかし、疾病管理等が主である病院等の医師には患者さんの日常生活を実際に見る事は困難です。その場合でも病院内の看護師やその他のスタッフは、患者さんの日常生活を支えるために当然介護の手間を把握しています。例えば、病院等に勤務する医師が主治医意見書を記載する場合には、院内の看護師等のスタッフの協力を得てより充実した内容を記載することが可能になります。

最近では、患者さんが病院から退院する際、多職種協働による退院前カンファランスの実施が推進されていますが、このカンファランスを通じて適切な情報を得て、主治医意見書の記載に役立てることも可能です。

主治医意見書の情報収集から実際の記載までの全てのプロセスを医師だけが行うのではなく、主治医意見書に期待される役割を十分に理解して、日頃の診療において患者さんの日常生活を把握すること、看護師等のスタッフの協力を得ること、ケアスタッフとの連携等から情報を得ることが重要なのです。

それらの集めた情報を、「介護の手間」という観点から、“読み手に伝わる”書類として意見書を記載することが、主治医に求められている本来の役割です。

(1) なぜ情報収集が重要なのか

主治医意見書を記載するには、患者さんの傷病や診療・治療経過だけでなく、それらが日常生活に与える影響やご家族やサービス利用による介護の必要性などの情報が不可欠です。そして、「その意見書がどのように利用されるのか」を考えれば、過去の状態に基づくのではなく、新しい情報によって現在と予後を意識したものであることが必要です。その中でも、「特記すべき事項」欄の記載は、**これからの患者さんの「医療」と「介護」をつなぐ（必要な医療サービスを確保する）**ための重要な情報源であり、患者さんの傷病が介護の手間を与える影響も含め十分な情報に基づいて記載されることが求められます。

(2) どのように集めるのか

それらの基本的な生活情報は、意見書作成の依頼があつて「さあ、情報を集めよう」となれば、意見書の提出期限が設定されている中でかえって医師の負担となる場合もあります。だからこそ、意見書作成の可能性のある高齢者の患者さんについては、日常生活の情報を集めておくことが効果的でスムーズな意見書記載につながると考えます。

もっとも、それは主治医一人だけが担うものではなく、

看護師等の院内のスタッフや、外部のケアマネジャーやケアスタッフとの連携や協力によって、そして何より患者さんご本人とご家族を含めて、関係者全員で準備し、共有するものと考えます。必要なことは、「介護の手間」を表現する基礎となる、患者さんの生活や環境をタイムリーに把握する **方法を持っておくこと** なのです。

(3) 集める情報は何か

どのような情報を集めておくことが、「特記すべき事項」欄に“介護の手間”を表現するときに役立つのでしょうか。患者さんの疾病の状態や診療経過、日常生活はさまざまですから、一概にこの項目を集めればよいというものはありませんが、一般的には以下のような項目を可能なかぎり新しい情報として集めておくのが望ましいと言えます。



- ① 身長・体重（BMI）の変化
- ② 四肢（利き腕や欠損）
- ③ 麻痺・拘縮（有無と部位）



- ① 屋内・屋外の移動（手段や距離）
- ② 食事・排泄・入浴の動作（回数、程度）
- ③ 日中離床・睡眠（時間や薬）



- ① 外出（頻度や意欲）
- ② 認知機能（記憶や見当識）
- ③ 認知症の影響（介護への抵抗や火の扱い）

もちろん、ここに挙げられた情報（項目）だけが必要な情報とは限りませんし、ここから必要な項目を取捨選択して利用して頂くことも構いません。普段、先生方が使っている同様の趣旨の書面などがあれば、それを妨げるものでもありません。

ポイントはそれらの項目についての状態をそのまま書くだけでも、**患者さんの“介護の手間”のイメージを意見書の“読み手”にある程度伝える（おおよその介護の様子をイメージさせる）ことができる**ということです。そして、その状態が患者さんの傷病に起因していること、傷病の経過とともに予測されること、などが加えられれば、「介護の手間に影響を与える医学的観点からの意見」となるのです。

以下に基本チェックリストの25項目を示します。もちろん、高齢者の日常生活の全てを把握することができるものではありませんが、このような視点（項目）から患者さんの日常生活の様子を確認することも情報収集の一つの視点です。

【基本チェックリスト】

- 1 バスや電車で1人で外出していますか
- 2 日用品の買物をしていますか
- 3 預貯金の出し入れをしていますか
- 4 友人の家を訪ねていますか
- 5 家族や友人の相談にのっていますか

- 6 階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか
- 7 椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか
- 8 15分位続けて歩いていますか
- 9 この1年間に転んだことがありますか
- 10 転倒に対する不安は大きいですか

- 11 6ヵ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか
- 12 身長 cm 体重 kg (BMI=)

- 13 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか
- 14 お茶や汁物等でむせることがありますか
- 15 口の渇きが気になりますか

- 16 週に1回以上は外出していますか
- 17 昨年と比べて外出の回数が減っていますか

- 18 周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあると言われますか
- 19 自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか
- 20 今日が何月何日かわからない時がありますか

- 21 (ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない
- 22 (ここ2週間) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった
- 23 (ここ2週間) 以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる
- 24 (ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない
- 25 (ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする

主治医意見書には、「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つのパートがあります。1～4までは、主にそれぞれの所定項目についてチェックを入れていく形式になっています（一部記述欄もあります）。

ここで、患者さんの要介護認定における審査判定にとってはもちろんのこと、その後の介護サービス利用（ケアプラン作成等）にとって重要となるのが、「5. 特記すべき事項」欄の記述といえます。先生方が担当される患者さんの「医療」と、ご家族やケアスタッフとともに支える「介護」をつなぐための重要な記載が求められているからです。（疾病の経過や治療や投薬内容等は、「1. 傷病に関する意見」の記述欄に記載します）

意見書記載ガイドブックでは、この「特記すべき事項」欄に着目し、記載の充実に資するよう、患者さんの状況から“介護の手間”をより適切に表現するサンプル文例を、身体機能の面と認知機能の面から編集しています。それぞれ

に、(1) 高齢者の特徴を紹介し、続いて(2) 情報収集の視点や介護の手間を表すヒントとしています。そして(3) それらを具体的に表現する文例（サンプル）を載せています。

もちろん、これらの解説や文例は、個々の患者さんの疾病の状況や家族介護等の生活環境などの個別事情を網羅しているものではありません。あくまで参考として、先生方が担当される患者さんの状態や症状に応じて意見書に記載する“介護の手間”の表現にアレンジして頂くことを想定しています。

3

(1) 身体機能

1. 高齢者の特徴

高齢者の身体機能の低下は様々な要因、様々な環境によって起こりますが、主治医意見書において特に記載の充実が望まれる場合として、疾病の慢性期に生じる廃用症候群を挙げることができます。この廃用症候群は、その後の対応の違い等から、大きく「軽度の傷病で容易に生じる」場合と「日常生活において徐々に生じる」場合に分けることができます。介護保険サービスの利用の前提となる要介護認定においても、その違いを踏まえた“身体機能の低下に伴って生じる介護の手間（生活の支障）”の情報が重要なものとなるでしょう。

「軽度の傷病で容易に生じる」身体機能の低下の場合には、きっかけとなる傷病の経過とともに機能低下を予測しながら個別訓練を提供するなど短期集中的なリハビリテーションが必要となりますし、また、「日常生活において徐々に生じる」身体機能の低下の場合には、生活期（維持期）において明らかな機能低下（変化）を把握しにくいいため、リハビリ専門職を中心に複数の目による定性的で継続した評価が重要となってきます。

身体機能の低下は日常生活への支障を直接的にもたらすものですので、主治医意見書にはその原因となっている傷病との関係から“介護の手間”をより具体的に表現することが求められると言えます。

2. 記載のための情報収集の視点と方法

高齢者の身体機能の低下を把握するときに、その視点として重要なのは障害の程度というより「生活に支障があるかどうか」、見方を変えれば「介護の負担状況の変化」とも言えますが、それを家族や介護者、そしてサービス提供者から把握する情報収集ルートを確認することがポイントです。また、身体機能の低下は心理的な問題や閉じこもり傾向などとも密接に関わりますので、介護保険サービスを利用中であれば、介護支援専門員との間で情報交換、情報の共有化を図ることが求められるでしょう。

参考までに簡単な日常生活の動作チェック項目を示します。本人・家族に事前にチェックをしてもらったり、院内・院外の関係スタッフから情報を集めたり、また、ご自身の問診などでも、廃用性の身体機能の低下を見逃さないことが何より重要です。

日常生活の動作チェック項目

【食事の場面】

- ① むせることが多くなった
- ② 食事に時間がかかるようになった
- ③ はしやスプーンを使えなくなった
- ④ 食事中に横に傾いたり、椅子から落ちそうになったりする

【就寝時】

- ① 寝返り、起き上がりに時間がかかるようになった
- ② 起き上がりのときによくふらついたり、転倒することもある

【トイレやオムツで】

- ① 尿意がはっきりしなくなってきた
- ② パンツの上げ下ろしでふらつく
- ③ トイレ移動時にふらつく（手すりの「あり」「なし」）
- ④ 夜のトイレ（「トイレ」「ポータブルトイレ」「しびん」「おむつ」）

【移動の時】

- ① 最近ふらつくようになってきた
- ② 家の中では、伝い歩きや杖で移動している
- ③ 階段や段差のあるところで、膝折れなど転びそうになることがある

【風呂】

- ① 転びそうになる（手すり「あり」「なし」）
- ② 風呂から出られなくなることがある

【玄関】

- ① 転びそうになる（手すり「あり」「なし」）、（椅子「あり」「なし」）

【日中の座りきり評価】

- ① 日中テレビを見て座っていることが多い

- ② 自宅では日課がある（家の施錠・カーテン・新聞取り・郵便取り・庭の手入れ・炊事・洗濯・掃除・散歩・その他（ ））

平成 19 年 2 月 日本リハビリテーション病院・施設協会 地域リハビリテーション推進委員会かかりつけ医のためのリハビリテーションガイドより

3. 具体的な文例

(1) 疾患や症状に伴う介護の手間に関すること

- パーキンソン症状のため転倒の危険性が高く、廃用症候群に陥りやすい。
- 神経難病のため、疾病の進行に応じてリハビリやケアの内容を変更することが重要であり、医療系サービスの利用によって定期的な評価が行われることが望ましい。
- 関節疾患があるが、体重のコントロール次第で症状が軽減する。
- 脊柱管狭窄症に伴う失禁や頻尿などの排尿障害に注意が必要である。
- 慢性関節リウマチのため各関節が拘縮しやすく、家族による対応だけでは負担が大きい。
- 歩行で足が重くなり痛みが出現するので、トイレ移動が困難で、排泄介助を要するようになっている。
- 骨粗しょう症のため、再度の骨折や転倒・転落の予防の環境整備が必要である。

- 後縦靭帯骨化症により、ズボンの着脱を臥位で行うため介助に時間がかかる。
- 廃用症候群のため、離床の確保はもとより、社会性の維持・回復をめざして通所系サービスの活用が望ましい。
- 廃用症候群の予防のため離床が欠かせないが、家族がつきっきりとなるため負担が大きい。
- 失語症状があり、意思疎通が難しい場合が多く、時間をかけてゆっくり話を聞いたり、表情から話を推測しなければならない。
- 片麻痺であるが、少しずつ移動できるようになっているため、かえって慎重さに欠けたり、注意力が散漫となって転倒しやすく、常時の見守りが必要である。
- 下肢の筋力低下に伴い、椅子からの立ち上がりやトイレ動作が不安定になってきている。
- 寝返り・起き上がりが自らの力で難しくなっていて、そのため離床の意欲も無くなっている。

(2) 直接的な介助・ケアやサービス利用に関すること

- 片麻痺のため、動作の一部（できない部分）を手伝う形での介助となり、家族による介護（時間）の負担が大きい。

- 日常生活での歩行訓練には、転倒の危険があるので、近隣への散歩には毎回家族が付き添っている。
- 進行性の疾患のためリハビリ専門職の定期的な評価や専門医への受診が必要である。
- 症状の進行に応じて、毎週〇回、訪問リハビリを利用しているが、本人のリハビリの意欲に濃淡があり、入浴やトイレ移動などで全介助を要する場合がある。
- 少なくとも3ヶ月に1回の日常生活動作を含むリハビリ専門職による評価が必要である。
- 転倒による廃用症候群の予防のため、短期集中的なりハビリの提供の確保が望まれる。
- 関節の拘縮が進行しないように、同じ姿勢が長時間とならないよう夜間も頻回な介助を要している。
- 徐々に廃用症候群が進んでいるので、継続的なりハビリサービスの確保が必要である。
- 理学療法士（PT）等の専門職による訓練と定期的な評価が必要である。

1. 高齢者の特徴

認知機能が低下した高齢者は、記憶や見当識の障害といった認知機能の障害とともに、薬の飲み忘れや尿・便失禁といった日常生活動作の障害、興奮や徘徊、意欲の低下といった行動・心理症状を伴うことが多いのが一般的です。

認知機能の障害は認知症の原因疾患と障害される部位、重症度によって異なりますが、例えばアルツハイマー型認知症では記憶や見当識が初期から障害されるのに対し、前頭側頭型認知症では言葉を話せなかったり、理解できないといった言語の症状が比較的初期から出現することが多いと言えます。アルツハイマー型認知症やレビー小体型認知症、前頭側頭型認知症などの神経変性による認知症の場合は、症状が徐々に進行していくことが特徴です。認知機能の低下した高齢者は環境の変化に適應することが困難ですから、環境によって症状が変動しやすいことにも注意し、評価する必要があるでしょう。

2. 記載のための情報収集の視点と方法

認知機能の低下に伴う介護の手間を的確・十分に表現するため、主として以下の視点で情報を集めること（状況を把握しておくこと）が重要と考えられます。

日常生活動作（例：薬の飲み忘れが多い、トイレがわからず部屋の中で排泄する）

行動・心理症状（例：不安が強い。ひとりで外出し戻って来られず警察に保護される）

処方内容とその影響（例：少量の抗精神病薬を使用したところ歩行困難となり、中止した）

現在受けている支援及び今後必要な支援（例：現在デイサービスを週3回利用している、今後ショートステイの利用によって介護負担を減らす必要がある）

生活環境（例：独居、公団の4階に住んでいてあまり外出しない）

家族の状況と介護負担（例：認知症の妻と二人暮らしである。主介護者である長男の嫁がもの盗られ妄想の対象となっており、その対応に疲弊している）

経過（例：ADLは悪化しつつある。徘徊の頻度は増加している）

身体合併症（例：肺炎を来たしたが認知症のため外来で点滴治療を行っている）

その他の評価上の留意事項（例：症状は1日のうちでも大きく変動している。とりつくろいのため正常にみられる）

また、収集した情報を“介護の手間”に置き換えて表現する際に、以下の視点が参考になるでしょう。

- 認知機能、例えば記憶の障害があってもメモなどの活用により自立して生活できる場合があり、即座に介護の手間に結びつくとは限りません。
- 行動・心理症状は介護の手間と相関関係にあることが示されています。特に夜間の不穏や幻覚・妄想などは介護負担を増す因子とされており、行動・心理症状の種類と頻度・程度の評価が重要となります。
- 頻度は少なくとも火の不始末や夜間の徘徊、経済被害の状況など本人と家族の生命や財産に重大な影響を与える事柄についても評価しておくことが望ましいと言えます。
- 認知症で介護への抵抗を示す場合には、一般的に身体症状のみの高齢者の場合よりも介護の手間が増加すると言われます。
- 生活環境や家族の状況も介護の手間に影響を与えます。徘徊を例にとっても、行動が制限される病院や施設などに入院・入所している場合と自由に出入りができる自宅にいる場合では介護負担は異なってくるのが想定され、適切に記載される必要があります。

- 介護者が認知症の場合には、対応がより困難になることは容易に想像できます。
- 認知症のある高齢者の介護の手間は様々な要素が複雑に絡み合っている場合が多いので、個々の要素とその関係を含めて評価、記載することが望まれます。

3. 具体的な文例

以下では、認知症高齢者の「介護の手間」を表現する文例をテーマ（場面）別に整理しています。認知症についての疾病の管理からは直接的に導かれない記述であっても、その患者さんの「介護」を考えるときの重要な「医療」の情報となります。

患者さんの状況にマッチする表現でなくても、視点や表現のヒントとして、また近い表現によって、特記すべき事項欄の記述に活用頂ければと考えます。

(1) 日常生活中にみられる介護の手間に関すること

- 認知機能の低下のため、全く意思疎通ができない。
- 家族を認識できないことがある。
- 自分で調理を行っているが、しばしば鍋を焦がしている。
- ゴミ出しの曜日を間違え、トラブルになることがある。
- 買い物に行き、同じものを買ってくる。

- 高額な羽毛布団を契約するなどの経済被害にあっている。
- 外出するが、しばしば道に迷い、近所の人に連れてきてもらうことがある。
- 着替えをしても順番が不適切なことが多い。
- 尿便失禁あり、リハビリパンツを使用しているが、尿取パットを外してしまう。
- 幻覚があり、常に床の上にある何かを拾う動作をしている。
- 易怒性があり、些細なことで大声を上げる。
- 入浴を拒否することが多く、時に暴力をふるう。

(2) 症状の進行に関すること

- 記憶障害は徐々に進行している。
- 2年前の初診時に HDS-R が6点であったが、現在は実施困難である。
- ひとりで外出できなくなった。
- 尿失禁の頻度が増加し、夜間はオムツを使用するようになった。
- もの盗られ妄想が激しくなっている。
- 夜間起きてゴソゴソしていることが増加した。

(3) 直接的な介助・ケアやサービス利用に関すること

① 家族介護の状況（負担感）

- 服薬は家族が管理している。
- 自宅では入浴を嫌がるため、デイサービスで入浴している。
- トイレに連れて行っても便座に腰掛けることが困難であり、介助に手間がかかる。
- 妻がトイレ誘導すればしているため、尿失禁することは少ない。
- 更衣は独力では困難であるが、適切な衣服を順番に手渡せば自分で着ることができる。
- 家族がいないと不安が強く、家族についてまわり、家族の介護負担も大きい。
- 主介護者である長男の嫁がもの盗られ妄想の対象となっており、その対応に疲弊している。

② 利用している・必要となる介護サービス・サービス利用の注意点

- 現在、デイサービスを週2回利用している。
- 日中うとうとしていることが多いため、デイサービス等の利用により、適度な働きかけが必要である。
- 介護保険サービスの利用に関しても抵抗が予想され、こまめな調整が必要と思われる。
- 急に立ち上がり転倒することがあるので見守りが必要である。
- 独居のため、服薬管理や経済被害に対する見守りが必要である。

(参考) 医師・審査委員アンケート調査票

評価モデル事業アンケート調査票

主治医意見書の記載に関するアンケート調査（医師票）

1. 医療機関の基本属性

所在地	() 都・道・府・県 () 市・区・町・村		
医療機関の形態	1. 病院 2. 診療所	病床数	() 床
主な診療科 (ご自身の診療科) 【○は1つ】	(複数標榜されている場合は患者数の多い診療科に○を付けてください) 1. 内科 2. 整形外科 3. 外科 4. 消化器科 5. 産科・婦人科 6. 小児科 7. 脳神経外科 8. 眼科 9. 耳鼻咽喉科 10. 皮膚科 11. 泌尿器科 12. リハビリテーション科 13. 精神科・神経科 14. その他 ()		

2. 介護保険への関わり（参加）

主治医意見書作成	2010年10月実績 () 枚	内訳 初回 () / 2回目以降 ()
介護認定審査会委員 【○は1つ】	1. 現在委員になっている 2. 以前委員になったことがある 3. なったことがない	
介護保険サービス 【○は1つ】	1. 自院で(医療機関として)提供している(下記設問にも回答してください) 2. 法人内または関連法人において提供している(下記設問にも回答してください) 3. 提供していない 4. 分からない(提供しているがサービス種類が分からない場合を含む)	
	1. または 2. とご回答の場合、具体的なサービスについて、お分かりになる範囲で 全てに ○を付けてください	
在宅サービス 【○はいくつでも】	1. 訪問介護 2. 訪問入浴介護 3. 訪問看護 4. 訪問リハビリ 5. 通所介護 6. 通所リハビリ 7. 短期入所生活 8. 短期入所療養 9. 福祉用具貸与 10. 居宅介護支援(ケアマネ) 11. 夜間対応型訪問介護 12. 小規模多機能型居宅介護	
居住系サービス 施設サービス 【○はいくつでも】	1. 特定施設入居者生活介護 (ケアハウス、有料老人ホーム) 2. 認知症対応型共同生活介護 (グループホーム) 3. 特別養護老人ホーム 4. 老人保健施設 5. 介護療養病床	
主治医(意見書)研修 【○は1つ】	1. 毎回参加している 2. 毎回ではないが参加している 3. 参加したことがない	
サービス担当者会議 【○は1つ】	1. 必ず参加している 2. 必要に応じて参加し、あとは電話や FAX、Email などで対応している 3. 電話や FAX、Email などで対応し、会議には参加しない 4. 参加・対応したことがない	
ケアプラン入手	上記 10 月に作成した意見書のうち、ケアプランを入手した件数 () 件	

3. 主治医意見書の記載について

(1) 意見書の記載にあたって、下記の項目ごとの 選択のしやすさ、または、文章表現のしやすさ について、4段階評価で当てはまるものに○を付けてください。【○は1つ】

(下欄の番号は意見書のそれぞれの項目番号です)	書きやすい	まあまあ書きやすい	やや難しい	難しい
1. 傷病に関する意見				
(2) 症状としての安定性	1	2	3	4
(3) 生活機能低下の直接の原因となっている傷病	1	2	3	4
3. 心身の状況に関する意見				
(2) 認知症の中核症状	1	2	3	4
(3) 認知症の周辺症状	1	2	3	4
4. 生活機能とサービスに関する意見				
(1) 移動	1	2	3	4
(2) 栄養・食生活	1	2	3	4
(3) 現在あるかまたは今後発生頻度の高い病態	1	2	3	4
(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し	1	2	3	4
5. 特記すべき事項	1	2	3	4

(2) (1)の設問の「5. 特記すべき事項」で、“やや難しい”“難しい”と回答した場合、その理由として当てはまるもの 全てに ○を付けてください。【○はいくつでも】

1. 疾患・治療以外の情報がないから	2. 時間がないから
3. どんな記載がいいか(役立つか)分からないから	4. “介護の手間”の意味がよく分からないから
5. “介護の手間”の実態を把握していないから	6. 他の記載で十分足りているから
7. その他()	

(3) (1)の設問の「5. 特記すべき事項」で、“やや難しい”“難しい”と回答した場合、そのように考える疾患や状態像等について、当てはまるもの 全てに ○を付けて、併せてその理由も記入してください。【○はいくつでも】

疾患や状態像等	理由
1. 認知症	例)長谷川式スケールの得点以外に何を書いているのか分からない
2. パーキンソンなどの神経難病	
3. 脳梗塞等の後遺症など	
4. 行動制限を伴う疾患 (心疾患・呼吸器疾患等)	例)症状が出ているときと出ないときの差が大きく、生活の支障を表現しにくい
5. 症状が不安定な状態	
6. その他()	
7. その他()	

(4) 患者が複数の診療科を受診している場合、自分の専門でない部分については、どのように記載していますか、当てはまるものに○を付けてください。【○は1つ】

1. 他の医師に聞いて記載する	2. 自分の判断で記載する	3. 何も記載しない
4. その他()		

4. 「特記すべき事項」欄を記載するための情報収集について

(1) 意見書を記載するとき、どのような情報を使っていますか、当てはまるもの 全てに ○を付けてください。【○はいくつでも】

1. 診療時の記録(カルテ)の情報を使って	2. 看護師等 医療機関スタッフの意見を聞いて
3. ケアマネジャー等 介護スタッフの意見を聞いて	4. 家族の話を聞いて
5. その他()	

(2) 情報はどのように集めていますか、当てはまるもの 全てに ○を付けてください。【○はいくつでも】

1. 通常の診療時に記載で使える情報を集めるようにしている
2. 利用者の担当ケアマネジャーとの連携で情報を集めるようにしている
3. 利用者(患者)のサービス担当者会議に出て、情報を集めるようにしている
4. 看護スタッフや介護サービス担当者から情報を集めるようにしている
5. その他()

(3) どのような情報を集めていますか、当てはまるもの 全てに ○を付けてください。【○はいくつでも】

1. 移動の状況(転倒の可能性)	2. 入浴の状況	3. 睡眠の状況
4. 介護サービスの利用状況	5. 食事・栄養の状況	6. 排泄の状況
7. リハビリの実施状況	8. 家族の介護状況	9. 居住環境
10. 認知機能の低下による生活上の変化・支障	11. その他()	

(4) 意見書を記載した患者について、診療以外の情報をどの程度把握していますか、4段階の人数割合の目安で当てはまるものに○を付けてください。【○は1つ】

(例:意見書を書いた患者が10人いて、そのうち6人の入浴の状況を知っている場合は「2」に○を付けてください)

	概ね全員 (8割以上)	半数以上 (5割以上)	一部だけ (2割以上)	ほとんどなし (1割未満)
1. 世帯構成 (独居か、誰と同居しているか など)	1	2	3	4
2. 家族介護 (誰が主介護者か など)	1	2	3	4
3. 居住形態 (戸建てかマンションか など)	1	2	3	4
4. 日常生活の様子・状況	/			
(1) 移動 (手段(歩行か車いす等か)、距離など)	1	2	3	4
(2) 入浴 (介助やサービスの利用 など)	1	2	3	4
(3) 睡眠 (時間や眠剤服薬の有無 など)	1	2	3	4
(4) 介護サービスの利用 (サービスの種類や回数 など)	1	2	3	4

6. 意見書記載のための支援ツールについて

(1) 意見書を書くとき、主にどのようなツールを使っていますか(参照していますか)、当てはまるものに○を付けてください。【○は1つ】

1. 特に使っていない(自分の記録・メモ等から)	2. 前回の意見書を参照している
3. 医師会等で配布されたマニュアルを参照している	4. 厚労省の手引き(通知)を参照している
5. 研修会等のテキストを見ている	6. 市販の参考書籍・雑誌などを参照している
7. その他 ()	

(2) (1)の設問で3~6に回答した場合、○を付けたツールについて、それぞれ4段階評価で当てはまるものに○を付けてください【○は1つ】

(下の番号は上記(1)の設問の選択肢番号です)	非常に参考になる	まあまあ参考になる	あまり参考にならない	使わないので分からない
3. 医師会等で配布された記載マニュアル	1	2	3	4
4. 厚労省の手引き(通知)	1	2	3	4
5. 研修会等のテキスト	1	2	3	4
6. 市販の参考書籍・雑誌	1	2	3	4

(3) 「特記すべき事項」欄の記載を充実させるため、どのような支援ツールがあればよいと思いますか、当てはまるものに○を付けてください。【○は1つ】

1. 具体的事例の詳しい記載例	2. 症例別の「特記すべき事項」の文例集
3. 症例別の「特記すべき事項」のキーワード集	4. 何を書くべきかを説明した解説書(マニュアル)
5. 記載の情報収集のための問診票	6. 多職種から情報を集める連携用シート
7. その他 ()	

(4) 「特記すべき事項」欄の記載の充実を図るための改善点(意見書の様式など)や工夫(記載方法や情報収集)について、ご意見を自由に記載してください。

質問は以上です。ご協力ありがとうございました。同封の返信封筒にてご返送ください。

主治医意見書の記載に関するアンケート調査（認定審査委員）

1. 基本属性についてご記入ください

保険者名	()市・区・町・村
ご自身の職種	()
合議体の判定件数	合議体 1 回あたり 平均 ()件

2. 判定プロセスについてご回答ください

(1) 合議体での二次判定において、重視される情報(材料)はどれですか、当てはまるもの 5 つまで○を付けてください。うち、一番重視すると考えるもの 1 つに◎を付けてください。【最大 5 つ、うち◎を 1 つ】

1. 認定調査 74 項目のチェック状況	2. 認定調査の日常生活自立度(障害・認知症)
3. 前回の判定結果(要介護度)	4. サービス利用状況
5. 認定調査の「特記事項」の記載	6. 意見書の「1. 傷病に関する意見」のチェックと記載
7. 意見書の「3. 心身の状態に関する意見」のチェック	8. 意見書の「4. 生活機能とサービスに関する意見」のチェック
9. 意見書の「5. 特記すべき事項」の記載	10. その他 独自の資料 ()

(2) 主治医意見書について、記載項目ごとの重視度を 3 段階評価で当てはまるものに○を付けてください。【○は 1 つ】 また、「3. あまり参考にしない」とした項目について、その理由を枠外の吹き出しから 1 つ選んで数字を記入してください。

※()の数字は意見書の項目番号です	常に重視する	症例によって重視する	あまり参考にしない	その理由
1. 診断名や発症日 (1. (1))	1	2	3	
2. 症状の安定性 (1. (2))	1	2	3	
3. 傷病の経過と治療内容(服薬含む) (1. (3))	1	2	3	
4. 認知症の中核症状・周辺症状 (3. (2)(3))	1	2	3	
5. 今後発生の可能性の高い状態 (4. (3))	1	2	3	
6. 生活機能の維持・改善の見通し (4. (4))	1	2	3	
7. 医学的管理の必要性 (4. (5))	1	2	3	
8. 医学的観点からの留意事項 (4. (6))	1	2	3	
9. 特記すべき事項 (5.)	1	2	3	

1. 審査に必要な視点で記載されている意見書が少ないから 2. 専門用語等が多く理解しにくいから
3. 認定調査(特記事項)で足りるから 4. 必要ない症例が多いから 5. その他

(3) 記載が充実させてほしい(充実していると審査判定にとって有用)と思う状態像はどのようなものですか、当てはまるもの 全てに ○を付けてください【○はいくつでも】

1. 認知症の事例	2. ガン末期の事例	3. ターミナル期の事例
4. 高次脳機能障害の事例	5. 認知症ではないが、うつ症状等がある事例	6. パーキンソン病等の日内変動のある事例
7. リハビリ進行中で状態改善が見込まれる事例	8. 状態が不安定であると考えられる事例	9. 医療処置がある事例
10. 退院直後の事例	11. 新規申請の事例	12. 状態変化に伴う区分変更申請の事例
13. その他()		

(4) 「特記すべき事項」に書いてもらいたい情報は何か、当てはまるもの 全てに ○を付け、○を付けた項目について その理由も簡単に回答してください。【○はいくつでも】

	記載を望む(求める)理由
1. 介護の手に影響を与える(与えそうな)症状	
2. 傷病の詳しい経過	
3. 身体機能に影響を与える症状	
4. 日常生活動作に影響を与える症状	
5. 急変や増悪の可能性や兆候	
6. 認知機能低下の具体的な状況	
7. 治療の予定と日常の注意点	
8. 日常の病状観察のヒント	
9. その他 ()	

3. 「特記すべき事項」欄の記載に対する意見についてご回答ください

(1) 意見書の記載について感じる点として、当てはまるもの 全てに ○を付けてください。【○はいくつでも】

1. 専門用語が多く理解しにくい	2. 記載(内容)が乏しい
3. 介護の手に関して記載されていない	4. 記載が煩雑で読みにくい
5. その他()	

(2) 「特記すべき事項」欄の記載の充実に向けた改善点や工夫について、ご意見を自由に回答してください。

設問は以上です。ご協力ありがとうございました。

主治医意見書記載支援ツール 評価モデル事業 評価アンケート

評価モデル事業へのご協力ありがとうございました。最後に、本事業で作成予定のツールの評価等を中心に、以下のアンケートにご回答をお願い致します。

問1 基本属性

医療機関名(市)	_____ ()市
患者数 意見書作成件数	主治医意見書を作成している患者数 ()人
	2011年1月の意見書作成件数 ()件
	評価モデル期間中の意見書作成件数 ()件

問2 主治医意見書の作成について（「5.特記すべき事項」欄の記載を中心に

2-1 普段、主治医意見書を書くとき、主にどのような資料を参照していますか、当てはまるもの全てに○を付けて下さい。【○はいくつでも】

1. 診療録(カルテ)の情報	2. 予診票(意見書を書くための情報)
3. 外来等の受診時のやり取り(記憶やメモ)	4. 看護師等 院内スタッフの意見
5. ケアプラン・サービス計画	6. その他()

2-2 意見書を書くための情報はどのように収集していますか、当てはまるもの全てに○を付けて下さい。【○はいくつでも】

1. 自身の診療から	2. 看護師等 院内スタッフから
3. 担当ケアマネジャーから	4. サービス担当者・事業者から
5. 本人・家族から	6. その他()

2-3 「5. 特記すべき事項」欄の記載 について、下記の設問に回答して下さい。

(1) 対象者(意見書を作成する患者のうち) どの程度の方について記載していますか。【○は1つ】

1. 全員	2. ほぼ全員(8~9割)	3. 半数以上
4. ごく一部(1~2割)	5. ほとんど書かない	

(2) 記載する内容はどのようなものですか、当てはまるもの全てに○を付けて下さい。【○はいくつでも】

1. 疾病の内容(現状)	2. 疾病の経過・予後予測	3. 必要なサービス
4. 日常生活への影響	5. 家族の介護負担	6. 判定への意見
7. その他()		

<裏面にも ご回答をお願い致します>

問3 記載支援ツール（文例集）について（実際に使ってみて）

3-1 評価モデルで使用した記載支援ツール(冊子)について、項目ごとに「役に立ったかどうか」、また「使い易かったかどうか」を、それぞれ4段階で評価して下さい。【○は1つ】

役立ったかどうか	大変役立った	まあまあ役立った	あまり役立たなかった	役立たなかった
1 総論	1	2	3	4
2-1 情報収集の考え方	1	2	3	4
2-2 予診票(サンプル)	1	2	3	4
3-1 状態像別の文例集(認知症)	1	2	3	4
3-2 同上(リハビリを要する場合)	1	2	3	4

使い易かった(読み易かった)かどうか	大変使い易かった	まあまあ使い易かった	あまり使い易くなかった	使い難かった
1 総論	1	2	3	4
2-1 情報収集の考え方	1	2	3	4
2-2 予診票(サンプル)	1	2	3	4
3-1 状態像別の文例集(認知症)	1	2	3	4
3-2 同上(リハビリを要する場合)	1	2	3	4

3-2 認知症 または リハビリを要する場合、の特記すべき事項欄の記載で、よいと思うものがあれば、2～3例 記載して下さい。(ご自身が実際に書いたものか否かは問いません)

3-3 記載支援ツールで取り上げたらよいと思う状態像(疾病等)について、2～3例 挙げて下さい。

問4 主治医意見書の記載全般についてご意見があれば自由に記入して下さい。

質問は以上です。長期間のご協力ありがとうございました。医師会事務局までご提出をお願い致します。

末筆ではありますが、本事業において、先行ヒアリング調査、医師および審査委員アンケート調査、評価モデル事業でのご回答・評価に多大なるご協力を頂いた先生方、また、同調査等の実施にあたってご協力頂いた日本医師会介護保険委員会の先生方、モデル事業実施地域の地域医師会の皆様に感謝申し上げます。

平成 22 年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金
(老人保健健康増進等事業分)

**要介護認定における主治医意見書の
記載方法等に関する調査研究事業**

平成 23 年 3 月

発行 : NPO シルバー総合研究所

〒105-0013 東京都港区浜松町 1-12-5
TEL : 03 (5425) 2383 FAX : 03 (5405) 1184
Eメール: info@silver-soken.com
ホームページ: <http://www.silver-soken.com/>
