

令和元年度 厚生労働省 老人保健健康増進等事業
主治医意見書作成の負担感の軽減に関する調査研究事業

書き手・読み手の声に基づく

主治医意見書 書き方のポイント

令和2（2020）年3月

公益社団法人 全日本病院協会

◇本冊子のねらい◇

- この冊子は、介護保険の主治医意見書について、それぞれの欄に「読み手が必要としている情報」を整理し、「書き方のポイント」としてまとめたものです。
- 主治医意見書の「書き手」である医師が、「読み手」(認定審査会委員、ケアマネジャーなど)の必要とする情報の記載に注力することによって、医師の作成負担を少しでも減らしつつ、読み手にも役立つ主治医意見書づくりにつながることを目的としています。
- 本冊子の作成にあたっては、事前に

- ◇ **書き手**…… 主治医意見書を書く医師
- ◇ **読み手**…… 介護認定審査会において主治医意見書を参照する認定審査会委員
- ◇ **読み手**…… ケアプラン作成時に主治医意見書を参考とするケアマネジャー
- ◇ **読み手**…… 介護保険の保険者(介護認定審査会の事務局を担当する市町村等の職員)

の四者に対するアンケート調査を行いました。

- アンケート調査等の結果をもとに、「医師が負担に感じている項目・背景」や、「認定審査会委員・ケアマネジャーが重視している項目・背景」、「認定審査会委員・ケアマネジャーが必要な情報が十分得られていないと感じている項目・背景」などを抽出し、本冊子に反映しています。

1. 主治医意見書の使われ方

- 主治医意見書は、要介護認定の一次判定(コンピュータ判定)および二次判定(介護認定審査会)で参照されるほか、介護サービス計画(ケアプラン)を作成する上でも、参考とされます。

① 要介護認定での利用

- ◇ 主治医意見書の一部の項目が、コンピュータによる一次判定に投入され、介護認定審査会の原案が作成されます。
- ◇ 第2号(=40~64歳の)被保険者の場合、生活機能低下の直接の原因となっている疾病が「特定疾病」に該当することが、要介護認定の要件となっています。介護認定審査会では、特定疾病に該当するかどうかの確認のために、主治医意見書が参照されます。
- ◇ 介護認定審査会では、一次判定の結果に対して、「認定調査票の特記事項」や「主治医意見書に記入された医学的観点からの意見」等を加味し、介護の手間がどの程度になるかの確認が行われます。その結果、必要に応じて、一次判定の結果が変更されます。
- ◇ 要支援・要介護度のうち、要支援2と要介護1との間については、「認知機能の低下の評価」と「状態の安定性の評価」に基づいて振り分けられます。この判定にあたり、認定調査票の特記事項や主治医意見書が参照されます。
- ◇ 介護認定審査会では、要介護度に関する二次判定に加え、要介護認定の有効期間(3~24か月)の判断も行われます。

② ケアプラン作成での利用

- ◇ ケアプランの作成にあたり、介護サービスを提供するにあたっての医学的観点からの意見や留意点等についての情報が、申請者等の同意を得てサービス提供者に提供されます。
- ◇ ケアマネジャーは、主治医意見書等を参考としながら、ケアプランを作成します。

- 介護認定審査会において、一次判定の結果を変更するためには、主治医意見書や、認定調査員が行う認定調査票の記載の中に、「具体的な根拠があること」が求められます。

<厚生労働省 要介護認定適正化事業事務局「要介護認定 介護認定審査会委員テキスト 2009 改定版」>

- ◇ 要介護認定は、一次判定ソフトによる判定から、介護認定審査会における認定まで、原則として、要介護認定等基準時間と呼ばれる介護の手間の判断によって審査が行われます。この審査の考え方は、制度が実施されてから、今日まで変わっていません。
- ◇ 統計的な推定になじまない、申請者固有の手間があって、特記事項や主治医意見書の記載内容から、これらの介護の手間の多寡が具体的に認められる場合は、一次判定の結果に縛られずに、要介護度の変更ができます。(中略) 一次判定の変更は、特記事項または主治医意見書に記載されている当該申請者に特有の介護の手間を根拠とすることが必須の条件です。
- ◇ 一次判定結果を変更する判定を行った場合、事務局に対して、特記事項又は主治医意見書の通常の例と異なる介護の手間を読み取れる具体的な箇所を明示し、これを記録することが重要です。

2. 「読み手」は主治医意見書のどこを重視しているか

1) 認定審査会委員が重視する項目

- 多くの認定審査会委員が、「1(1)診断名」「1(3)生活機能低下の直接の原因となっている傷病の経過」「5.特記すべき事項」を、介護認定審査会における判断材料として「非常に重要」と回答しています。
- また、要支援2と要介護1の振り分けには安定性や認知症の状態が問われるため、また、第2号(=40～64歳)の被保険者は特定疾病が要介護認定の必須要件となるため、それぞれ当該項目が、判断材料として重視されます。

表 認定審査会委員が判断材料として「非常に重要」と回答した主治医意見書の項目

主治医意見書の各項目	申請者のケース									全回答 (n=3830)
	身体的な自立度は高いが、認知症を有する (n=653)	一次判定の要介護度が現時点の要介護度よりも軽い (n=617)	一次判定で要支援2・要介護1と判定 (n=611)	何らかの医療的処置がなされている (n=517)	体の状態の日内変動が大きい傷病を有する (n=517)	初めて介護認定審査を受ける (n=472)	第2号被保険者 (n=309)	障害認定を受けていた者が介護認定審査を受ける (n=44)	その他 (n=90)	
申請者欄(3) 他科受診の有無	9%	6%	5%	12%	13%	8%	9%	20%	4%	9%
1(1) 診断名	53%	40%	49%	66%	67%	61%	83%	57%	68%	57%
1(2) 症状としての安定性	31%	35%	45%	43%	57%	31%	35%	30%	47%	40%
1(3) 生活機能低下の直接の原因となっている傷病の経過	42%	56%	45%	56%	61%	55%	50%	36%	71%	52%
1(3) 特定疾病の経過	21%	32%	23%	39%	42%	29%	54%	30%	41%	33%
1(3) 投薬内容を含む治療内容	23%	21%	15%	34%	37%	19%	22%	20%	38%	24%
2 特別な医療	12%	18%	14%	48%	28%	22%	26%	20%	32%	23%
3(1) 日常生活の自立度等について	43%	32%	38%	19%	24%	30%	20%	30%	32%	31%
3(2) 認知症の中核症状	67%	39%	57%	23%	25%	35%	26%	32%	42%	41%
3(3) 認知症の行動・心理症状	71%	40%	59%	23%	26%	37%	26%	32%	44%	43%
3(4) その他の精神・神経症状	58%	29%	44%	16%	22%	24%	18%	25%	32%	32%
3(5) 身体の状態	24%	34%	25%	27%	33%	31%	26%	39%	36%	29%
4(1) 移動	19%	23%	19%	15%	21%	22%	16%	27%	24%	20%
4(2) 栄養・食生活	11%	14%	10%	13%	11%	13%	12%	18%	18%	12%
4(3) 現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とその対処方針	19%	18%	14%	22%	25%	18%	15%	18%	34%	19%
4(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し	14%	16%	11%	14%	17%	14%	14%	18%	18%	14%
4(5) 医学的管理の必要性	11%	12%	10%	31%	21%	16%	19%	16%	24%	17%
4(6) サービス提供時における医学的観点からの留意事項	12%	14%	10%	26%	22%	15%	17%	16%	23%	16%
4(7) 感染症の有無	7%	6%	4%	15%	9%	9%	9%	7%	8%	8%
5 特記すべき事項	54%	55%	51%	50%	54%	48%	45%	50%	69%	52%

「診断名」、「生活機能低下の直接の原因となっている傷病の経過」は、多くの認定審査会委員が重視する項目です。

主治医意見書の各項目

「特記すべき事項」は、認定審査会委員・ケアマネジャーともに重視する項目です。

要支援2と要介護1の判断には、認知症の状態が問われるため、認知症に関する項目が重視されます。

第2号被保険者(64歳未満)は、特定疾病が認定の必須条件であるため、「診断名」は最重要項目です。

<表の見かた>

- ◇ 上の表は、認定審査会委員へのアンケート調査の回答結果から作成しています。
- ◇ アンケート調査では、まず「認定審査に当たり主治医意見書の記載内容が特に詳しく検討される申請者のケース」として上位3つまでを挙げて頂いた上で、そのケースごとに、主治医意見書の各項目の「介護認定審査会における判断材料としての重要度」をご回答いただきました。
- ◇ 例えば、「第2号被保険者」の「1(1)診断名」の83%とは、「特に詳しく検討される申請者のケース」の上位3つの中に「第2号被保険者」を挙げた回答者が309人おり、うち83%(257人)が、「1(1)診断名」を判断材料として「非常に重要」と回答したことを示しています。

2) ケアマネジャーが重視する項目

- ケアマネジャーは、認定審査会委員に比べて、幅広い項目を判断材料として重視する傾向があります。
- 中でも、多くのケアマネジャーが、「1.傷病に関する意見」「2.特別な医療」「5. 特記すべき事項」を、ケアプラン作成上の判断材料として「非常に重要」と回答しています。
- 「投薬を含む治療内容」「医学的管理の必要性」「サービス提供時における医学的観点からの留意事項」等の項目は、認定審査会委員よりも、主にケアマネジャーに読まれることが多い項目です。

表 ケアマネジャーが判断材料として「非常に重要」と回答した主治医意見書の項目

「1.傷病に関する意見」「2.特別な医療」は、多くのケアマネジャーが重視する項目です。「診断名」は、とりわけ重要です。

	申請者のケース							全回答 (n=1103)
	初めてケアプランを作成 (n=357)	何らかの医療的処置がなされている (n=304)	身体的な自立度は高いが、認知症を有する (n=166)	体の状態の日内変動が大きい傷病を有する (n=158)	前回の要介護度よりも軽くなった (n=55)	障害認定を受けていた者が介護保険に移行 (n=18)	その他 (n=45)	
申請者欄(3) 他科受診の有無	24%	26%	23%	28%	16%	44%	18%	25%
1(1) 診断名	75%	74%	64%	72%	40%	72%	60%	70%
1(2) 症状としての安定性	45%	56%	40%	63%	38%	67%	36%	50%
1(3) 生活機能低下の直接の原因となっている傷病の経過	62%	60%	47%	62%	49%	61%	53%	58%
1(3) 特定疾病の経過	52%	56%	34%	58%	44%	61%	49%	51%
1(3) 投薬内容を含む治療内容	53%	61%	54%	62%	42%	72%	42%	56%
2 特別な医療	47%	60%	33%	56%	35%	67%	36%	49%
3(1) 日常生活の自立度等について	30%	26%	39%	28%	45%	44%	22%	31%
3(2) 認知症の中核症状	40%	27%	63%	28%	45%	39%	20%	38%
3(3) 認知症の行動・心理症状	39%	26%	65%	26%	47%	44%	20%	37%
3(4) その他の精神・神経症状	37%	29%	59%	31%	44%	67%	20%	37%
3(5) 身体の状態	40%	35%	27%	48%	47%	61%	36%	38%
4(1) 移動	22%	18%	18%	29%	36%	39%	20%	22%
4(2) 栄養・食生活	20%	25%	22%	25%	24%	28%	16%	23%
4(3) 現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とその対処方針	41%	50%	41%	53%	42%	44%	38%	45%
4(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し	25%	26%	31%	33%	36%	39%	24%	28%
4(5) 医学的管理の必要性	47%	63%	35%	60%	36%	56%	51%	51%
4(6) サービス提供時における医学的観点からの留意事項	52%	60%	43%	59%	45%	67%	53%	54%
4(7) 感染症の有無	49%	46%	37%	44%	38%	50%	40%	45%
5 特記すべき事項	51%	52%	47%	55%	49%	50%	51%	51%

「投薬内容を含む治療内容」「医学的管理の必要性」「医学的観点からの留意事項」は、主にケアマネジャーが重視する項目です。

認知症を有するケースでは、認知症に関する項目も重視されます。

「5. 特記すべき事項」は、認定審査会委員・ケアマネジャーともに重視する項目です。

<表の見かた>

- ◇ 上の表は、ケアマネジャーへのアンケート調査の回答結果から作成しています。
- ◇ アンケート調査では、まず「ケアプランの作成や変更を行うにあたり主治医意見書を活用することが多い申請者のケース」として上位3つまでを挙げて頂いた上で、そのケースごとに、主治医意見書の各項目の「ケアプランの判断材料としての重要度」をご回答いただきました。
- ◇ 例えば、「何らかの医療的処置がなされている」の「1(1)診断名」の74%とは、「主治医意見書を活用することが多い申請者のケース」の上位3つの中に「何らかの医療的処置がなされている」を挙げた回答者が304人おり、うち74%(225人)が、「1(1)診断名」を判断材料として「非常に重要」と回答したことを示しています。

3. 「書き手」にとっての主治医意見書の負担感

1) 医師にとって作成負担の大きい記載項目とその背景

- 下の表は、主治医意見書を作成する医師の多くが、「作成負担が大きいと感じる」と回答した記載項目と、その負担感の背景を載せたものです。
- 「過去に診察したことがなかった外来の患者」の主治医意見書を作成する場合、「情報の把握が困難」であるために、診断名や傷病の経過、認知症の状況等に関する記載の負担が大きくなっています。
- 「過去に何度も診察したことのある外来の患者」の主治医意見書を初めて作成する場合、認知症や精神・神経症状に関する記載の負担が大きくなっています。傷病の経過については、「他の記録等から転記する手間が大きい」ことも、負担感を生んでいます。

表 医師が「作成負担が大きいと感じる」主治医意見書の項目とその背景

過去に診察したことがなかった外来の患者について、主治医意見書を作成する場合				過去に何度も診察したことのある外来の患者について、初めて主治医意見書を作成する場合			
「作成負担が大きいと感じる」回答が多い項目		負担感の背景の第1位		「作成負担が大きいと感じる」回答が多い項目		負担感の背景の第1位	
第1位	1(3) 生活機能低下の直接の原因となっている傷病の経過	44.2%	情報の把握が困難 76.3%	第1位	3(3) 認知症の行動・心理症状	17.8%	情報の把握が困難 58.7%
第2位	1(2) 症状としての安定性	41.8%	情報の把握が困難 65.9%	第2位	3(2) 認知症の中核症状	16.9%	判断材料が足りない 56.3%
第3位	3(3) 認知症の行動・心理症状	35.6%	情報の把握が困難 74.0%	第3位	3(1) 日常生活の自立度等について	16.6%	判断材料が足りない 51.4%
第4位	1(3) 特定疾病の経過	34.4%	情報の把握が困難 79.3%		3(4) その他の精神・神経症状	16.6%	情報の把握が困難 52.9%
第5位	3(2) 認知症の中核症状	33.7%	情報の把握が困難 75.4%	第5位	4(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し	16.2%	判断材料が足りない 47.1%
第6位	1(1) 診断名	33.0%	情報の把握が困難 82.0%	第6位	1(3) 生活機能低下の直接の原因となっている傷病の経過	14.7%	他の記録等から転記する手間が大きい 48.4%
第7位	4(3) 現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とその対処方針	32.8%	判断材料が足りない 65.0%		4(2) 栄養・食生活	14.7%	判断材料が足りない 51.6%

2) 作成負担を軽減するための取り組み

- 医師に対するアンケートでは、30%以上が、「ソフトウェアを用いて、前回作成した意見書からの変更点だけを入力すればよいようにしている」「医療クラーク等、医師以外の職種が下書きをする」と回答しています。
- これらの取り組みは、医師にとって、「他の記録等から転記する手間」の省力化につながるものと考えられます。

表 医師が主治医意見書の作成負担の軽減のために活用しているもの・こと

負担軽減のための取り組み	「行っている」 との回答割合
ソフトウェアを用いて、前回作成した意見書からの変更点だけを入力すればよいようにしている	36.8%
医療クラーク等、医師以外の職種が下書きをする	32.3%
ソフトウェアを用いて、レセプト情報やカルテ情報から転記をする	18.1%
主治医意見書をオンラインで提出する	0.5%
その他	3.1%

4. 「読み手」のニーズを踏まえた各項目の書き方のポイント

1(1) 診断名

- 「1(1)診断名」は、介護保険の保険者に対するアンケートにおいて、「記載内容の問い合わせ・照会を行うことが最も多い項目」「修正・再作成の依頼を行うことが最も多い項目」の両方で、第1位の項目です。
- 要介護度は、原則として「介護の手間」の判断によるため、これを踏まえた傷病名の順位づけが必要です。
- 「3.心身の状態に関する意見」で認知症に関する記載がある一方、「診断名」に認知症にかかわる疾患が記載されていない場合、認知症を理由とした判定ができないと考える審査会委員もいます。

＜アンケート自由記述欄における審査会委員からの主な指摘＞

- ◇ 介護が必要とされる直接の病名を、重要度の高い順で記載してほしい。
- ◇ 主治医領域の病名しか記載がない。
- ◇ 認知症はあるが診断名欄にその記載がない場合、認知症を理由とした要介護1の選択がしづらい。
- ◇ 略語での病名記載だとわからない。

＜アンケート自由記述欄におけるケアマネジャーからの主な指摘＞

- ◇ 本人・家族が具体的病名を知らないこともあるので参考にしている。

＜厚生労働省「主治医意見書記入の手引き」＞

- ◇ 「1.」の傷病名には、65歳以上の第1号被保険者については、生活機能低下の直接の原因となっている傷病名を、40歳以上65歳未満の第2号被保険者については、介護を必要とさせている生活機能低下等の直接の原因となっている特定疾病名を記入してください。

1(2) 症状としての安定性

- 「不安定」とした場合は、具体的な状況や理由を記載すると、判定や有効期間の設定の助けとなります。
- 要支援2と要介護1の振り分けのために行われる「状態の安定性の評価」では、「短期間で心身の状態が変化することが予測され、それに伴い、要介護度の重度化も短期的に生ずるおそれが高く、概ね6か月程度以内に要介護状態等の再評価が必要な場合」に、要介護1と判定されます。

＜アンケート自由記述欄における審査会委員からの主な指摘＞

- ◇ 介護の手間の増加を招く症状の変動を記載してほしい。
- ◇ 「不安定」にチェックされていても、具体的な状況が記入されていないことが多い。

＜厚生労働省「主治医意見書記入の手引き」＞

- ◇ 脳卒中や心疾患、外傷等の急性期や慢性疾患の急性増悪期等で、積極的な医学的管理を必要とすることが予想される場合は「不安定」を選択し、具体的な内容を自由記載欄に記載してください。記載欄が不足する場合は「(3)生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容」に記載してください。現在の全身状態から急激な変化が見込まれない場合は「安定」を選択してください。不明の場合は「不明」を選択してください。
- ◇ なお、症状には日内変動や日差変動があるため、介護者からの情報にも留意してください。

＜厚生労働省 要介護認定適正化事業事務局「要介護認定 介護認定審査会委員テキスト 2009 改定版」＞

- ◇ 「状態の安定性」は、病状そのものではなく、介護の手間の増加につながる変化が概ね6か月以内に発生するかどうかという視点で検討してください。
- ◇ 「状態不安定」と判断した場合は、概ね6か月以内に介護の手間が増大する可能性がある状態であるため、認定有効期間も6か月以内に設定するのが適当です。

1(3) 生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容

- 認定審査会委員へのアンケート調査において、主治医意見書の 1(3)を構成する、「生活機能低下の直接の原因となっている傷病の経過」「特定疾病の経過」「投薬内容を含む治療内容」は、主治医意見書の全項目の中で、「記載が十分でないと感じることが多い」との回答が多い順から第 2～4 位を占めます。
- 十分でないと感じる理由としては、「記載内容が具体的でない」「空欄になっているなど、記載の不備が多い」といった回答が多くなっています。

表 認定審査会委員が「記載が十分でないと感じることが多い」と感じる主治医意見書の項目

「記載が十分でないと感じる」回答が多い項目		不十分と感じる理由の第1位	
第1位	5 特記すべき事項 51.2%	空欄になっているなど、記載の不備が多い	70.7%
第2位	1(3) 生活機能低下の直接の原因となっている傷病の経過 39.5%	記載内容が具体的でない	40.3%
第3位	1(3) 投薬内容を含む治療内容 24.7%	空欄になっているなど、記載の不備が多い	42.1%
第4位	1(3) 特定疾病の経過 22.9%	記載内容が具体的でない	36.9%
第5位	3(3) 認知症の行動・心理症状 22.6%	記載内容が具体的でない	39.5%
第6位	1(1) 診断名 21.6%	必要としている情報とは異なる視点の記載がされている	46.4%

<アンケート自由記述欄における審査会委員からの主な指摘>

- ◇ 疾病に対する医学的な細かい説明ではなく、介護の手間と考えるのに役立つ内容を記載してほしい。
- ◇ 薬を列挙するのではなく、経過や原因をきちんと記載してほしい。
- ◇ がんの場合、ステージ等の進行状況及び急な状態悪化の可能性等、予後の見通しについて記載があると、判断の参考となる。

<厚生労働省「主治医意見書記入の手引き」>

- ◇ 高齢者においては、傷病による生活機能低下に、転倒、入院等を契機として日中の生活が不活発になったこと、外出の機会の減少、配偶者との死別や転居などを契機とする社会参加の機会の減少、家庭内での役割の喪失等の様々な要因が加わることにより、さらに生活機能が低下することが考えられます。これら更なる生活機能低下を引き起こしている要因があれば、具体的に記載してください。
- ◇ 投薬内容については、生活機能低下の直接の原因となっている傷病以外についても、介護上特に留意すべき薬剤や相互作用の可能性がある薬剤の投薬治療を受けている場合は、この欄に記入してください。（ただ単に投薬内容を羅列するのではなく、必ず服用しなければならない薬剤、頓服の必要な薬剤等を整理して記入するようにしてください。）

3 (1) 日常生活の自立度等について

- 要支援2と要介護1との振り分けのために行われる「認知機能の低下の評価」では、「認知症高齢者の日常生活自立度がⅡ以上」であることが、要介護1に区分する目安となります。
- 一次判定では、「認知症高齢者の日常生活自立度」が「自立またはⅠ」と「Ⅱ以上」のどちらであるのかによって、結果が分かれる場合があります。

<厚生労働省 要介護認定適正化事業事務局「要介護認定 介護認定審査会委員テキスト 2009 改定版」>

- ◇ 認知機能や思考・感情等の障害により予防給付等の利用の理解が困難と判断するには、認知症高齢者の日常生活自立度がⅡ以上であるかどうかを目安としています。しかし、これは、認知症以外の精神疾患等に起因し、予防給付等の利用が困難である場合を排除するという意味ではありません。

3 (2) 認知症の中核症状 ・ (3) 認知症の行動・心理症状

- 一次判定では、「運動能力の低下していない認知症高齢者」に特有の介護の手間を評価するために、「認知症の中核症状」3項目が用いられます。身体の状態等にもよりますが、この 3 項目のチェック内容によっては、一次判定における要介護度の区分が、1 段階繰り上がる場合があります。
- また、主治医意見書と認定調査票との間で、認知症高齢者の日常生活自立度が「自立またはⅠ」と「Ⅱ以上」の判断が分かれた場合、一次判定では、「認知症の中核症状」の 3 項目が、「自立度Ⅱ以上である蓋然性」の評価に使用されます。したがって、この 3 項目のチェック内容によって、一次判定結果が要支援2/要介護1のどちらになるのかが変わる場合があります。
- 「認知症の中核症状」「認知症の行動・心理症状」のそれぞれについて、審査会委員の 20.0%、22.6%が「記載が十分でないと感じることが多い」と回答しています。いずれもその理由として、「記載内容が具体的にでない」ことを挙げる回答が最も多くなっています。

＜アンケート自由記述欄における審査会委員からの主な指摘＞

- ◇ 長谷川式簡易知能評価スケール（HDS-R）や MMSE の検査を実施している場合は、それを記載してほしい。
- ◇ 認知症について、介護の手間という観点から記載してほしい。

＜アンケート自由記述欄におけるケアマネジャーからの主な指摘＞

- ◇ 長谷川式簡易知能評価スケール（HDS-R）を記載してほしい。
- ◇ 受診時の状況だけでなく、日ごろの状況を本人・家族に確認してほしい。

3 (5) 身体の状態

- アンケートの自由回答欄では、審査会委員・ケアマネジャーの双方から、身長・体重の記載を求める意見がみられます。

＜アンケート自由記述欄における審査会委員からの主な指摘＞

- ◇ 身長・体重は、介護の手間や、全体状態をみる重要な情報となるので、必ず記載してほしい。

＜アンケート自由記述欄におけるケアマネジャーからの主な指摘＞

- ◇ ベッド・車いすの選定にも関わるため、身長・体重は必ず記載してほしい。

4(2) 栄養・食生活

- 一次判定では、「運動能力の低下していない認知症高齢者」に特有の介護の手間を評価するために、「認知症の中核症状」3項目のほか、「食事行為」の項目も用いられます。身体の状態等にもよりますが、「食事行為」のチェック内容によっては、一次判定における要介護度の区分が、1 段階繰り上がる場合があります。

4(3) 現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とその対処方針

- 本欄は、主としてケアマネジャーがケアプランを作成する際に判断材料とされています。

＜アンケート自由記述欄におけるケアマネジャーからの主な指摘＞

- ◇ 対処方針を具体的に記載してもらえればケアプランや、在宅生活に反映できる。
- ◇ 医療、介護両面のことを予想してくれていると、今後注意すべきことが支援者全員の意識統一につながり連携もしやすく、また予防にも活かせる。

＜厚生労働省「主治医意見書記入の手引き」＞

- ◇ 日常の申請者の状態を勘案して、現在あるかまたは今後概ね6か月以内に発生する可能性の高い状態があれば、該当する口にシ印をつけてください。また、具体的な状態とその際の対処方針（緊急時の対応を含む）について要点を記入してください。

4(5) 医学的管理の必要性

- 多くのケアマネジャーは、「医学的管理の必要性」欄の各介護サービスへのチェックや下線の有無を、判断材料の1つとして用いつつも、ケアマネジャー自身の判断によって、ケアプランへの組み込みを提案するか否かを決めています。
- 医師として「必ずケアプランに組み込むべき」と考える介護サービスがある場合は、「5. 特記すべき事項」においてその旨を記載する必要があると考えられます。

表 「医学的管理の必要性」欄にチェックのあるサービスに関するケアマネジャーの対応

対応	「特に必要の高いもの」として下線が引かれているサービス	下線は引かれていないが、チェックがなされているサービス
利用者の居住地域にそのサービスを提供する事業所がない等、特段の事情がない限りは、ケアプランへの組み込みを必ず利用者・家族に提案している	15.8%	10.6%
「医学的管理の必要性」欄を判断材料としつつ、必要性が高いと判断した場合には、ケアプランへの組み込みを利用者・家族に提案している	54.1%	74.9%
「医学的管理の必要性」欄をあまり判断材料とはしていない	3.1%	7.5%
「医学的管理の必要性」欄に下線が引かれた/チェックのある主治医意見書を受け取ることがほとんどない	21.2%	1.6%
無回答	5.7%	5.4%

表 「医学的管理の必要性」欄にチェックのないサービスに関するケアマネジャーの対応

対応	チェックがなされていないサービス
チェックのないサービスであっても、必要性が高いと判断した場合には、ケアプランへの組み込みを利用者・家族に提案している	71.8%
チェックのないサービスについては、ケアプランへの組み込みを利用者・家族に提案しないが、利用者・家族の希望によっては組み込むことがある	18.9%
チェックのないサービスについては、利用者・家族の希望があったとしても、ケアプランに組み込むことはない	0.5%
「医学的管理の必要性」欄をあまり判断材料とはしていない	3.4%
無回答	5.4%

4(6) サービス提供時における医学的観点からの留意事項

- 本欄は、主としてケアマネジャーがケアプランを作成する際に判断材料としている欄です。
- サービスを利用するにあたっての留意点を、具体的に書くことが求められます。

＜アンケート自由記述欄におけるケアマネジャーからの主な指摘＞

- ◇ 血圧の項については、入浴不可を判断する血圧についての記載がほしい。
- ◇ 「降圧剤の服用を確認する」「転倒に注意」等の具体的な事柄の記入がほしい。

＜厚生労働省「主治医意見書記入の手引き」＞

- ◇ 申請者がサービスを利用するにあたって、医学的観点から、特に留意する点があれば、「口あり」にし印をつけ、サービスを提供する上で不安感を助長させないよう、() 内に具体的な留意事項を記載してください。

5 特記すべき事項

- 「特記すべき事項」は、要介護認定審査・ケアプラン作成の両方において、判断材料として重視されている項目です。
- 一方、審査会委員の 51.2%、ケアマネジャーの 26.7%が「記載が十分でないと感じることが多い」と回答しています(いずれも主治医意見書の全項目中 1 位)。その理由としては、「空欄になっているなど、記載の不備が多い」ことを挙げる回答が最も多く、次いで「記載内容が具体的でない」回答が多くなっています。

＜アンケート自由記述欄における審査会委員からの主な指摘＞

- ◇ 診断名から起こる症状を根拠とした介護の手間という観点を重視してほしい。
- ◇ 意識障害の程度・24 時間介護が必要か否かについての記入があると、チェックのみでは判断しにくかった部分が理解しやすくなる。
- ◇ 生活上の困りごとやその経年的な移り変わり、また予後予測の記載があればぜひ書いてほしい。
- ◇ 介護サービスにより、心身の機能改善が見込まれるために必要な支援とその必要性について付記してもらえると、二次判定時のレベル加除の大切なポイントになる。
- ◇ 身体能力のある方の認知度が軽く判定されやすいので、生活に支障をきたしている部分を記入してほしい。
- ◇ 認知症がある場合は、客観的評価（HDS-R、MMSR など）がほしい。
- ◇ 「認知症が進行」ではなく具体的なことを記入する。家族の状況を書いてあるものはイメージしやすい。
- ◇ 「前回と同じ」「前回から変化なし」などの記載はやめてほしい。
- ◇ 医学的な専門用語ではなく、介護認定審査員、介護支援専門員が理解出来るように記入してほしい。
- ◇ 字が汚すぎて読めないことがある。

＜アンケート自由記述欄におけるケアマネジャーからの主な指摘＞

- ◇ サービス利用時に、注意すべき点・医学的に管理すべき点について記載してほしい。
- ◇ 末期の方は予後を記入してほしい。医学的な観点からみて、どのように生活をするとうまいか、気をつけるべきかを知りたい。
- ◇ 前回の意見書をそのまま使い回しているのが明らかなものがあったり、明らかに状態が悪くなっている患者でも空欄だったりする。
- ◇ 手書きのものは、字が読めないものがある。

令和元年度 厚生労働省 老人保健健康増進等事業
「主治医意見書作成の負担感の軽減に関する調査研究事業」

書き手・読み手の声に基づく 主治医意見書 書き方のポイント

作成 公益社団法人 全日本病院協会