

主治医意見書 記載のポイント

宮城県医師会常任理事
(介護保険担当)
富谷中央病院理事長

清野正英

主治医意見書

介護認定審査会に伝える重要な情報源

二次判定に用いられる重要な資料
(患者が要支援になるか要介護になるか
サービスを利用できるかの判断に必要)

- 医学的診断書とは内容が異なる。
- 患者の日常生活の状況について記載。
- 「特記すべき事項」に「介護の手間と頻度を書くことが最も重要」。

介護認定審査会

- 一次判定
認定調査員の作成する74項目の基本調査
(コンピューターに入力して算出)
- 二次判定
認定調査員の記載する「特記事項」を参考にして
判定(統計で把握されない介護の手間)

主治医意見書、特に「特記すべき事項」に記載された
介護の手間と頻度を参考にして判定

認定調査員が調査する74項目

群： 高齢者の一定の特徴や介助の内容を
反映する総合的な指標

第1群：身体機能、起居動作

第2群：生活機能

第3群：認知機能

第4群：精神、行動障害（BPSD関連）

第5群：社会生活への対応

その他：過去14日間にうけた特別な医療

要介護認定

- 一次判定

統計的な手法。申請者の状態に関する情報を同様の特徴をもった高齢者グループに提供された介護の手間から介護量を推定。

⇒ コンピュータで要介護認定等基準時間に変換。

- 二次判定(介護の手間にかかる審査判定)

上記サンプルだけでは、多様な状態像をもつ高齢者の手間を判定することは困難。

統計的な推定になじまない固有の手間が調査員の特記事項や主治医意見書に記載されていれば要介護度の変更ができる。

主治医意見書の記載

- 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ている。
- 日頃の診療において患者さんの日常生活も把握しておく。
- 医師だけではなく看護師などのスタッフからの情報や協力も必要となる。
- 集めた情報を「介護の手間」という観点から介護審査委員に伝わるように書く。

集める情報

- 身体に関する情報。
身長、体重の変化。四肢(利き腕や欠損)。
麻痺, 拘縮(有無と部位)。
- 生活に関する情報
屋内、屋外の移動(手段や距離、回数)、食事、
排泄、入浴(回数や程度)、睡眠。
- 行動に関する情報
外出(頻度)、認知機能(物忘れや見当識)
認知症の影響(介護への抵抗, 火の扱い)

情報収集の重要性

- 診断名や治療だけではなく、それらが日常生活に与える影響も記載。
- 家族やサービス利用による介護の必要性。
- 「医療」と「介護」をつなぐための情報源。
- 患者さん本人、家族、看護師、ケアスタッフ、ケアマネージャーとの連携や協力も必要。

診断名

- 生活機能低下の直接の原因になっている傷病名を比重の高い順番で記載。
医学的な疾病の重症度の順位比較ではない。
(介護の手間が生じてくる状態についての全体像を示す診断名を記載)
- 特定疾病(16病名。45歳以上、65歳未満の第2号被保険者)の場合、明確に判断できるような診断名を記載する。
(診断名がないと確認のため戻される)

特定疾病(16病名)

(申請者が40歳以上65歳未満の
第2号被保険者の場合)

1. がん末期
2. 関節リウマチ
3. 筋委縮側索硬化症(ALS)
4. 後縦靱帯骨化症
5. 骨折を伴う骨そしょう症
6. 初老期認知症
7. パーキンソン病
8. 脊髄小脳変性
9. 脊柱管狭窄症
10. 早老症
11. 多系統萎縮症
12. 糖尿病性神経障害、
腎症、網膜症
13. 脳血管疾患
14. 閉塞性動脈硬化症
(ASO)
15. 慢性閉塞性肺疾患
(COPD)
16. 両側の膝関節又は
股関節に著しい変形
を伴う変形性関節症

症状としての安定性

「不安定」とした場合の具体的状況

積極的な医学管理を必要とすることが予測される場合「不安定」を選択、具体的内容を記載。

- 心不全あり、息切れのため長く歩けない
 - 脳梗塞既往あり、血圧変動が大。
 - 変形性膝関節症で労作時膝痛あり。
 - 胃がん再発、食欲不振著明。
 - 認知症のため、不安、興奮しやすい。
- （日常生活での問題点について記載）

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

- 生活機能低下の状況がわかるような傷病の経過を記載
- 投薬内容については、介護上留意すべき薬剤を記載。(薬剤の羅列は必要ない)
- 服用時間の厳守が必要な薬剤、食前、就寝前等。服薬介助の注意点も。
- 第2号被保険者の場合、特定疾患診断の根拠も記載

特別な医療

(過去14日以内に受けた特別な医療の すべてにチェック)

- ◆ 医師の指示に基づき過去14日以内に看護職員等が行った診療補助の行為(医師の診療行為も含む)
- ◆ 点滴の管理、中心静脈栄養、透析、ストーマの処置、酸素療法、レスピレーター、気管切開の処置、疼痛の介護、経管栄養、モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等)、褥瘡の処置、カテーテル(留置カテーテル等)
- ◆ 急性疾患への対応で一時的に実施された医療行為や術後のドレナージや尿排泄以外の目的のカテーテルは含まない。
- ◆ 認定調査員による同じ項目のチェックもあるが医療の専門家ではない(主治医が確認、多くは要介護時間に加算)

日常生活の自立度等について（重要）

- 障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）
自立、J(J1, J2), A(A1, A2), B(B1, B2),
C(C1, C2)
- 認知高齢者の日常生活自立度
自立, I、
II(IIa, IIb)、III(IIIa、IIIb)、IV、M

日常生活の自立度の判定において認定調査員と主治医で差がありすぎる場合も見受けられる。
(この項目にチェックがないと戻される)

要介護1相当と判定された場合

- 改めて状態の維持、改善可能性の検討がなされる
(振り分け)
- ① 認知症が高度の場合(認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上)や状態が不安定の場合 ⇒ 要介護1
- ② 認知症がない(自立)、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅰの場合や状態が安定の場合 ⇒ 要支援2

(この振り分けの為にも日常生活の自立度判定が重要)

主治医意見書と認定調査表でダブル チェックとなっているのが2ヶ所

- ① 特別な医療
- ② 日常生活の自立度について

(②は意外と一致しない場合があるので、
審査判定の際には検討が必要になる)

認知症

アルツハイマー型認知症

- 人との接触性は比較的良好
- 受け答えがスムーズ
- 作話やわからないこと巧妙にごまかす場合もある
- 認知症が潜んでいないか見出す努力
- 認定調査員は認知症への理解が乏しく正しく判断できない場合が多い

認知機能のための情報収集

日常生活動中にみられる介護の手間

- 意志疎通が出来ない
- 家族を認識できない
- 同じものを何度も買ってくる
- 外出し道に迷う
- 着替えをしても順番が不適切
- 尿, 便失禁、リハビリパンツを外す
- 幻覚
- 怒りっぽい、些細なことで大声を上げる
- 入浴を拒否することが多い

認知症の進行に関する事項

- 物忘れが進行
- HDS-R(長谷川式)が悪化、実地困難
- ひとりで外出困難になった
- 尿失禁がひどくなりオムツを使用
- 妄想が激しくなった
- 夜間不穏状態になった

これらのため介助に手間がかかる(日中、夜間、12時間、24時間などを記載)

麻痺

- 主治医意見書では医学的な運動、知覚機能の障害を記載。
調査員は痛みがあっても動かせない場合も麻痺と判定。
(異なる使い方をしているので注意！)
- 調査員は四肢の動かしにくさ、筋力の低下をみている。
(様々な原因による筋力の低下、意識障害、パーキンソン病、
重度の寝たきり、関節の可動制限も麻痺としている)。
- 調査員は日常生活に支障がないと「麻痺なし」と判定している。
また、「しびれ感」だけでは「麻痺なし」と判定。

バラツキが多い！

「特記すべき事項」欄の重要性

- 主治医意見書の一番最後の項目
- 「医療」と「介護」をつなぐための重要な記載が求められる
- 「介護の手間」を具体的に記載
(身体機能の低下に伴い生じる介護の手間、生活に支障があるかどうか)

「特記すべき事項」の記載方法

- 適切な一次判定修正を行うための根拠となる。
- 介護の「手間」と「頻度」の記載が重要。
特に生活機能とBPSD（認知症に伴う行動障害と精神症状関連）
- 介助量を基本に（移動、排尿、食事などの記載は重点的に）、どのような介護が必要か生活の全体像を記載。
- 2回目以降の場合、前回に比し介護の必要度が不変か減少か増加しているかも記載。

この欄に記載のない主治医意見書がしばしば見受けられるので必ず記載する（情報伝達を放棄したことになる）。

日常生活の動作チェック項目

- 食事
ムセ、食事にかかる時間など
- トイレやおムツ
排泄介助、夜間のトイレ、尿意など
- 移動
ふらつき、杖歩行、転倒しやすいなど

見守り、家族の付添の頻度や回数を記載

介護の手間

◆ 例えば歩けないだけではダメ。

(歩けないことで日常生活にどういう不便があり、介護側にどんな手間がかかるのかを記載)。

利用者の病態を正確に介護保険に反映させる。

介護ということ自体を理解する必要がある。

介護の手間の判断

- 「一部介助」、「全介助」は一次判定ですでに加味されている。
- 「ときどき」、「頻繁」は平準化の観点から望ましくない。
- 手間の出現頻度を数量を用い具体的に（毎日、週に1、2回、月に1回など）。特に精神、行動障害における項目で重要。

主治医意見書

- 医師は診断書や証明書を書くのに慣れていますが介護に関しては不慣れ。
(主治医意見書の書き方研修会を開催しているが)
- 特に介護の手間と頻度の記載が難しい。
- 申請者が外来、入院、在宅、施設と多岐にわたり直近の十分な情報が得られない。
- 主治医意見書の「特記すべき事項」の記載が無い(約20%)
- 一次判定変更のための重要性が浸透していない。
- 拙劣な文字は避ける(パソコン、ソフトの活用)。