

令和元年度
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)

**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
報 告 書**

令和2（2020）年3月

公益社団法人 全日本病院協会

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 報告書(概要)

1. 本調査研究の目的

本調査研究では、主治医意見書を作成する医師を対象としたアンケート調査を行い、「作成の負担感が大きい」記載項目と、その背景を把握した。一方で、主治医意見書を活用する側である介護認定審査会の委員(以降、「認定審査会委員」と表記)や、介護支援専門員(ケアマネジャー)に対するアンケート調査も併せて行い、「介護認定審査会やケアプラン作成時に重視されている」および「記載が不十分と感じられている」記載項目と、その背景を把握した。

加えて、これらを通じて把握した情報をもとに、「注力して記載すべき情報内容」や「記載方法を工夫すべき内容」を整理し、主治医意見書の作成上の要点等を取りまとめた啓発資料を作成するとともに、「介護認定審査会やケアプラン作成時にあまり活用されていない」項目については、記載内容からの除外をはじめとした、主治医意見書の様式の改善に向けた提言を行った。

2. 本調査研究の実施内容

本調査研究では、現行の主治医意見書の様式について、「利用側のニーズ(=介護認定審査会やケアプラン作成において、委員や介護支援専門員がどのような情報を必要としているか)」と「作成者側の負担感(どのような情報の書き込みが、いかなる理由で大きな負担となっているか)」の両面を把握するため、「介護保険の保険者」「認定審査会委員」「介護支援専門員」「主治医意見書作成医師」の4者に対する調査を行うこととした。

また、介護認定審査会にあたっては、介護保険の保険者たる市区町村等に設置されている事務局が、要介護認定調査を行って認定調査票を作成するとともに、主治医意見書の作成を医師に求め、介護認定審査会に向けた資料作成を行う過程において、書類の不備チェック・照会や論点の洗い出し等の支援機能を果たしていると考えられる。これを踏まえ、「介護保険の保険者」に対し、事務局としての支援機能の実態を把握する調査も行うこととした。

アンケート調査の結果をもとに、医師が、介護認定審査会やケアプラン作成において活用ニーズの高い記載項目の作成に注力できることを目的とした啓発資料を作成した。この作成に当たっては、必要に応じて、「主治医意見書記入の手引き」や「介護認定審査会委員テキスト」からの引用を行った。

3. 調査研究の主要結果

(1) 認定審査会委員や介護支援専門員が判断材料として重視する主治医意見書の項目

認定審査会委員は、介護認定審査会において直接に用いることの多い項目(「1. 傷病に関する意見」、
「5. 特記すべき事項」、および認知症に関する項目(3(2)・3(3))を重視する傾向が強い(図表1)。

これに対して、介護支援専門員は、より広い記載項目を重視する傾向があり、特に「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」「4(5)医学的管理の必要性」「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」等は、主として介護支援専門員が重視する項目といえる(図表2)。

一方、「申請者欄(3)他科受診の有無」「4(1)移動」「4(2)栄養・食生活」「4(4)サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し」などは、認定審査会委員・介護支援専門員のいずれについても、重視しているとの回答割合が小さく、相対的に、関心度が低い項目といえる。

図表1 主治医意見書の項目別 認定審査会委員が介護認定審査会における判断材料として「非常に重要」と回答した割合

「非常に重要」との回答割合	申請者のケース									全回答 (※)
	初めて介護認定審査を受ける	第2号被保険者	障害認定を受けていた者が介護認定審査を受ける	身体的な自立度は高いが、認知症を有する	一次判定の要介護度が現時点の要介護度よりも軽い	一次判定で要支援2・要介護1と判定された	何らかの医療的処置がなされている	体の状態の日内変動が大きい傷病を有する	その他	
「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ケース(上位3位以内)」との回答数 (n=1,287)	(n=472)	(n=309)	(n=44)	(n=653)	(n=617)	(n=611)	(n=517)	(n=517)	(n=90)	(n=3830)
申請者欄(3) 他科受診の有無	8.3%	9.1%	20.5%	9.2%	5.5%	5.1%	12.0%	13.3%	4.4%	8.8%
1(1) 診断名	60.6%	83.2%	56.8%	52.5%	40.0%	48.8%	65.6%	66.5%	67.8%	57.4%
1(2) 症状としての安定性	30.9%	35.3%	29.5%	30.8%	35.3%	44.7%	42.7%	57.1%	46.7%	39.6%
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	55.3%	49.5%	36.4%	42.1%	55.9%	45.0%	55.7%	60.5%	71.1%	52.0%
1(3) 特定疾病の経過	29.4%	54.4%	29.5%	21.0%	31.9%	23.1%	39.3%	42.4%	41.1%	32.7%
1(3) 投薬内容を含む治療内容	18.6%	22.0%	20.5%	22.5%	20.6%	14.6%	34.4%	37.3%	37.8%	24.4%
2 特別な医療	22.5%	25.6%	20.5%	12.1%	18.0%	13.9%	48.2%	28.2%	32.2%	23.3%
3(1) 日常生活の自立度等について	30.1%	19.7%	29.5%	43.2%	32.3%	38.5%	18.8%	24.4%	32.2%	30.9%
3(2) 認知症の中核症状	35.0%	26.2%	31.8%	67.2%	38.7%	56.8%	22.6%	24.8%	42.2%	40.9%
3(3) 認知症の行動・心理症状	36.9%	25.6%	31.8%	70.9%	40.2%	58.9%	22.6%	26.1%	44.4%	42.6%
3(4) その他の精神・神経症状	23.7%	17.8%	25.0%	58.0%	28.7%	43.5%	16.4%	21.7%	32.2%	32.0%
3(5) 身体の状態	31.4%	25.9%	38.6%	23.9%	33.9%	25.0%	26.7%	33.5%	35.6%	28.9%
4(1) 移動	21.6%	16.2%	27.3%	19.1%	23.3%	19.0%	14.5%	21.1%	24.4%	19.7%
4(2) 栄養・食生活	12.9%	12.3%	18.2%	11.0%	13.8%	10.1%	12.8%	10.8%	17.8%	12.1%
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	17.6%	14.9%	18.2%	18.8%	18.2%	13.6%	22.2%	25.3%	34.4%	19.1%
4(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し	14.2%	13.9%	18.2%	13.8%	15.7%	11.1%	13.7%	16.8%	17.8%	14.3%
4(5) 医学的管理の必要性	15.7%	18.8%	15.9%	10.7%	12.5%	10.5%	30.8%	21.1%	24.4%	16.7%
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	15.5%	17.5%	15.9%	11.9%	13.9%	9.8%	26.5%	21.9%	23.3%	16.4%
4(7) 感染症の有無	9.3%	9.1%	6.8%	6.6%	5.7%	3.6%	14.5%	8.9%	7.8%	7.9%
5 特記すべき事項	47.9%	45.0%	50.0%	54.2%	54.9%	50.7%	49.9%	53.6%	68.9%	51.9%

※各回答者につき最大3種類のケースについて回答を求めているため、「全回答」欄の回答数は、回答者数よりも多くなる。

図表 2 主治医意見書の項目別 介護支援専門員がケアプランの作成・変更にあたっての判断材料として「非常に重要」と回答した割合

「非常に重要」との回答割合	申請者のケース							全回答
	初めてケアプランを作成	障害認定を受けていた者が介護保険に移行	身体的な自立度は高いが、認知症を有する	前回の要介護度よりも軽くなった	何らかの医療的処置がなされている	体の状態の日内変動が大きい傷病を有する	その他	
「ケアプラン作成・変更時に主治医意見書を活用することが多いケース（上位3位以内）」との回答数 (n=386)	(n=357)	(n=18)	(n=166)	(n=55)	(n=304)	(n=158)	(n=45)	(n=1103)
申請者欄(3) 他科受診の有無	23.8%	44.4%	22.9%	16.4%	26.3%	27.8%	17.8%	24.7%
1(1) 診断名	75.1%	72.2%	63.9%	40.0%	74.0%	71.5%	60.0%	70.2%
1(2) 症状としての安定性	44.5%	66.7%	40.4%	38.2%	56.3%	63.3%	35.6%	49.5%
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	62.2%	61.1%	47.0%	49.1%	59.5%	62.0%	53.3%	58.1%
1(3) 特定疾病の経過	51.5%	61.1%	34.3%	43.6%	55.9%	58.2%	48.9%	50.8%
1(3) 投薬内容を含む治療内容	52.7%	72.2%	53.6%	41.8%	60.9%	62.0%	42.2%	55.8%
2 特別な医療	46.8%	66.7%	32.5%	34.5%	59.5%	55.7%	35.6%	48.7%
3(1) 日常生活の自立度等について	30.3%	44.4%	38.6%	45.5%	25.7%	28.5%	22.2%	30.6%
3(2) 認知症の中核症状	40.1%	38.9%	62.7%	45.5%	27.3%	27.8%	20.0%	37.6%
3(3) 認知症の行動・心理症状	38.7%	44.4%	65.1%	47.3%	26.0%	25.9%	20.0%	37.1%
3(4) その他の精神・神経症状	37.3%	66.7%	59.0%	43.6%	28.9%	31.0%	20.0%	37.4%
3(5) 身体の状態	39.8%	61.1%	27.1%	47.3%	35.2%	48.1%	35.6%	38.3%
4(1) 移動	21.6%	38.9%	18.1%	36.4%	17.8%	29.1%	20.0%	22.0%
4(2) 栄養・食生活	19.9%	27.8%	22.3%	23.6%	25.3%	25.3%	15.6%	22.7%
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	41.2%	44.4%	41.0%	41.8%	49.7%	52.5%	37.8%	45.1%
4(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し	24.6%	38.9%	30.7%	36.4%	25.7%	32.9%	24.4%	27.8%
4(5) 医学的管理の必要性	46.8%	55.6%	34.9%	36.4%	62.5%	60.1%	51.1%	51.0%
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	51.5%	66.7%	42.8%	45.5%	60.2%	59.5%	53.3%	53.8%
4(7) 感染症の有無	49.3%	50.0%	37.3%	38.2%	45.7%	43.7%	40.0%	44.8%
5 特記すべき事項	51.3%	50.0%	47.0%	49.1%	52.0%	55.1%	51.1%	51.2%

※各回答者につき最大3種類のケースについて回答を求めているため、「全回答」欄の回答数は、回答者数よりも多くなる。

(2) 主治医意見書の作成負担の背景と負担軽減の方向性

主治医意見書を作成する医師にとって、「過去に診察したことがなかった外来の患者」に関する作成は、「過去に何度も診察したことのある外来の患者」「過去に診察したことがなかった入院中の患者」に比べて、医師の作成負担感が大きい傾向がみられる(図表 3)。

図表 3 患者のケース別 作成負担が大きいと感じる医師が多い記載項目

	患者のケース					
	過去に何度も診察したことのある外来の患者 (当該患者につき初めて作成する場合)		過去に診察したことのない入院中の患者		過去に診察したことのない外来の患者	
回答者数	421	100.0%	421	100.0%	421	100.0%
申請者欄(3) 他科受診の有無	39	9.3%	45	10.7%	98	23.3%
1(1) 診断名	18	4.3%	54	12.8%	139	33.0%
1(2) 症状としての安定性	41	9.7%	82	19.5%	176	41.8%
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	14.7%	85	20.2%	186	44.2%
1(3) 特定疾病の経過	47	11.2%	77	18.3%	145	34.4%
1(3) 投薬内容を含む治療内容	55	13.1%	55	13.1%	132	31.4%
2 特別な医療	19	4.5%	38	9.0%	96	22.8%
3(1) 日常生活の自立度等について	70	16.6%	69	16.4%	137	32.5%
3(2) 認知症の中核症状	71	16.9%	72	17.1%	142	33.7%
3(3) 認知症の行動・心理症状	75	17.8%	68	16.2%	150	35.6%
3(4) その他の精神・神経症状	70	16.6%	65	15.4%	136	32.3%
3(5) 身体の状態	53	12.6%	45	10.7%	112	26.6%
4(1) 移動	43	10.2%	41	9.7%	99	23.5%
4(2) 栄養・食生活	62	14.7%	48	11.4%	112	26.6%
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	58	13.8%	60	14.3%	138	32.8%
4(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し	68	16.2%	70	16.6%	123	29.2%
4(5) 医学的管理の必要性	38	9.0%	48	11.4%	110	26.1%
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	38	9.0%	41	9.7%	107	25.4%
4(7) 感染症の有無	46	10.9%	43	10.2%	116	27.6%
5 特記すべき事項	45	10.7%	49	11.6%	97	23.0%
「作成負担が大きいと感じる」と回答した項目の数 (平均)	2.4個		2.7個		6.1個	

その一方で、88.8%の医師が、主治医意見書を作成した患者のうち「過去に診察したことがない患者」の占める割合について、「作成することはない」あるいは「1割未満」と回答し(図表4)、73.8%の医師が、「過去に診察したことはあるが、日常的には診察していない患者」の占める割合について、「作成することはない」あるいは「1割未満」と回答している(図表5)。主治医意見書を作成する医師にとって、主治医意見書の大半は日常的に診察をしている患者であると考えられる。

図表4 主治医意見書の作成中、過去に診察したことがない患者が占める割合

◆回答者数

	全体		1ヶ月の平均的な主治医意見書の作成回数				無回答	
	回答者数	割合	0-1回未満程度	1-3回未満程度	3-10回未満程度	10回程度以上		
全体	421	100.0%	77	92	188	52	12	
主治医意見書を作成した患者のうち、過去に診察したことがない患者の割合	作成することはない	270	64.1%	63	70	109	27	1
	1割程度未満	104	24.7%	12	14	57	21	0
	1-2割程度未満	25	5.9%	1	5	17	2	0
	2-3割程度未満	6	1.4%	0	2	3	1	0
	3-5割程度未満	3	0.7%	0	1	1	1	0
5割程度以上	1	0.2%	0	0	1	0	0	
無回答	12	2.9%	1	0	0	0	11	

◆1ヶ月の平均的な主治医意見書の作成回数別の割合

	回答者数(再掲)	全体	1ヶ月の平均的な主治医意見書の作成回数				無回答	
			0-1回未満程度	1-3回未満程度	3-10回未満程度	10回程度以上		
全体	421	100.0%	18.3%	21.9%	44.7%	12.4%	2.9%	
主治医意見書を作成した患者のうち、過去に診察したことがない患者の割合	作成することはない	270	100.0%	23.3%	25.9%	40.4%	10.0%	0.4%
	1割程度未満	104	100.0%	11.5%	13.5%	54.8%	20.2%	0.0%
	1-2割程度未満	25	100.0%	4.0%	20.0%	68.0%	8.0%	0.0%
	2-3割程度未満	6	100.0%	0.0%	33.3%	50.0%	16.7%	0.0%
	3-5割程度未満	3	100.0%	0.0%	33.3%	33.3%	33.3%	0.0%
5割程度以上	1	100.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	
無回答	12	100.0%	8.3%	0.0%	0.0%	0.0%	91.7%	

図表5 主治医意見書の作成中、過去に診察したことはあるが、日常的には診察していない患者が占める割合

◆回答者数

	全体		1ヶ月の平均的な主治医意見書の作成回数				無回答	
	回答者数	割合	0-1回未満程度	1-3回未満程度	3-10回未満程度	10回程度以上		
全体	421	100.0%	77	92	188	52	12	
主治医意見書を作成した患者のうち、過去に診察したことはあるが、日常的には診察していない患者の割合	作成することはない	137	32.5%	43	27	56	10	1
	1割程度未満	174	41.3%	22	41	85	26	0
	1-2割程度未満	54	12.8%	7	14	24	9	0
	2-3割程度未満	28	6.7%	1	5	16	6	0
	3-5割程度未満	8	1.9%	0	3	5	0	0
5割程度以上	6	1.4%	3	1	1	1	0	
無回答	14	3.3%	1	1	1	0	11	

◆1ヶ月の平均的な主治医意見書の作成回数別の割合

	回答者数(再掲)	全体	1ヶ月の平均的な主治医意見書の作成回数				無回答	
			0-1回未満程度	1-3回未満程度	3-10回未満程度	10回程度以上		
全体	421	100.0%	18.3%	21.9%	44.7%	12.4%	2.9%	
主治医意見書を作成した患者のうち、過去に診察したことはあるが、日常的には診察していない患者の割合	作成することはない	137	100.0%	31.4%	19.7%	40.9%	7.3%	0.7%
	1割程度未満	174	100.0%	12.6%	23.6%	48.9%	14.9%	0.0%
	1-2割程度未満	54	100.0%	13.0%	25.9%	44.4%	16.7%	0.0%
	2-3割程度未満	28	100.0%	3.6%	17.9%	57.1%	21.4%	0.0%
	3-5割程度未満	8	100.0%	0.0%	37.5%	62.5%	0.0%	0.0%
5割程度以上	6	100.0%	50.0%	16.7%	16.7%	16.7%	0.0%	
無回答	14	100.0%	7.1%	7.1%	7.1%	0.0%	78.6%	

したがって、「過去に何度も診察したことのある外来の患者」に関する主治医意見書の作成は、個々のケースの作成負担については比較的軽いものであったとしても、件数が多いために、作成負担が重くなっている可能性が高い。よって、「過去に何度も診察したことのある外来の患者」に関する主治医意見書の負担軽減策も重要である。

4. 提言

(1) 一部の記載事項の簡素化の検討

主治医意見書の一部の項目について、「認定審査会委員」「介護支援専門員」のいずれからも、「特に重視している」との回答割合が小さい項目が見出された。また、主治医意見書には、「2.特別な医療」「3(3) 認知症の行動・心理症状」などの認定調査票とおおむね内容が重複している項目も、複数存在する。

このような、「一次判定に用いられず」、「認定審査会委員や介護支援専門員からさほど重視されていない」項目や、「認定調査票の項目と類似性が高く、かつ客観的事実について記載する」項目等を中心に、主治医意見書の記載事項から削除するなど、様式の簡素化について検討する必要がある。

(2) 情報収集に関する支援

本調査研究では、特に当該患者(申請者)について初めて主治医意見書を作成する場合には、他科診療分を含む傷病や、認知症、ADL の状況など、広範な情報や判断材料の収集の困難さが、医師の大きな負担感につながっていると考えられる。

このような仕組みのもとでは、認定調査票と主治医意見書とが類似する項目を中心に、医師が一から調査して記入するのではなく、クレーク等医師以外の職種が情報を整理して医師に提供すること等から医師の負担軽減を図り、より効率的に医師の意見書が作成できることが、介護保険の運営に寄与するものとなる。

目次

第1章 調査研究の目的と方法.....	1
1. 本調査研究の背景・目的.....	1
2. 主治医意見書の作成負担に係る既存調査.....	2
3. 本調査研究の構成.....	4
第2章 事前インタビュー調査の結果.....	8
1. 主治医意見書作成医師に対するインタビュー調査.....	8
2. 認定審査会委員に対するインタビュー調査.....	11
3. 介護支援専門員に対するインタビュー調査.....	13
第3章 アンケート調査の結果.....	15
1. アンケート調査の回収状況.....	15
2. 保険者調査票(h 調査)の集計結果.....	16
3. 認定審査会委員調査票(i 調査)の集計結果.....	27
4. 介護支援専門員調査票(c 調査)の集計結果.....	33
5. 主治医意見書作成医師調査票(d 調査)の集計結果.....	42
第4章 主治医意見書の作成に係る啓発資料の作成.....	71
1. 啓発資料にあたっての作成方針.....	71
2. アンケート調査結果を踏まえた記載事項の整理.....	72
第5章 結論と提言.....	78
1. 結論.....	78
2. 提言.....	84
附属資料.....	85

第1章 調査研究の目的と方法

1. 本調査研究の背景・目的

中央社会保険医療協議会 診療報酬改定結果検証部会「平成 28 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(平成 28 年度調査)」によれば、要介護認定に係る「主治医意見書の記載」は、「診断書、診療記録及び処方せんの記載」などと並んで、医師の負担感が大きな業務となっている。

本調査研究では、主治医意見書を作成する医師を対象としたアンケート調査を行い、「作成の負担感が大きい」記載項目と、その背景を把握した。一方で、主治医意見書を活用する側である介護認定審査会の委員(以降、「認定審査会委員」と表記)や、介護支援専門員(ケアマネジャー)に対するアンケート調査も併せて行い、「介護認定審査会やケアプラン作成時に重視されている」および「記載が不十分と感じられている」記載項目と、その背景を把握した。

加えて、これらを通じて把握した情報をもとに、「注力して記載すべき情報内容」や「記載方法を工夫すべき内容」を整理し、主治医意見書の作成上の要点等を取りまとめた啓発資料を作成するとともに、「介護認定審査会やケアプラン作成時にあまり活用されていない」項目については、記載内容からの除外をはじめとした、主治医意見書の様式の改善に向けた提言を行った。

なお、一部の項目を情報システムからの自動転記とする、医療クラーク等の他職種による下書きを行う等、医師の負担を軽減させている方法を取りうること、「初回の認定」「認定の更新」「区分変更」の違いや、状態の維持・改善可能性の審査判定を伴う要支援 2～要介護 1 レベルの認定が見込まれるケースであるか否か等によって、主治医意見書の記載負担や介護認定審査会での注目箇所が異なることも考えられる。

上記を踏まえ、調査設計にあたっては、上記のような主治医意見書の作成支援体制、申請者のケース種類による違いを踏まえたアンケート調査とすることとした。

これらを通じて、主治医意見書の作成ポイントについて取りまとめた啓発資料を自治体や医師向けに作成・発信し、「介護認定審査会やケアプラン作成時に実際に活用されること」と「医師が無理なく記載できること」の両者を満たすような主治医意見書の作成が広まり、ひいては医師の業務負担の軽減につながるようにすることを、本調査研究の目的とした。

2. 主治医意見書の作成負担に係る既存調査

「要介護認定における主治医意見書の実態把握と地域差の要因分析に関する調査研究事業」(平成27年度老人保健健康増進等事業)では、主治医意見書の作成に関して、主治医意見書を作成する医師が「不要または簡素化した方がよい」と考える記載内容やその理由について、調査を行っている。

これによれば、「記載者の負担軽減」を理由として「不要または簡素化した方がよい」とする回答が最も多いのは、「診察状況、診断名、治療歴、投薬内容、特別な医療の内容」である。

また、「不要または簡素化した方がよい」との回答が多い記載項目と、「活用されていない」との回答が多い記載項目とは一致する傾向にあり、純粋な記載者の負担の大きさだけでなく、「活用されていない」と感じる記載内容が、負担感を重くしている可能性が考えられる。

図表 1-1 主治医意見書記載医師が主治医意見書について不要・簡素化した方がよいと考える項目や理由

主治医意見書の項目	主治医意見書の該当箇所	不要または簡素化した方がよいと「思う」との回答数(n=3,033)	不要または簡素化した方がよいと思う理由の回答数				
			活用されていない	把握が困難	記載者の負担軽減	その他	無回答
診察状況、診断名、治療歴、投薬内容、特別な医療の内容	冒頭部、1、2	409 (13.5%)	203	95	208	20	8
障害高齢者の日常生活自立度、身体の状態	3(1)の一部、(5)	348 (11.5%)	130	163	111	14	11
認知症高齢者の日常生活自立度、認知症の中核症状、周辺症状	3(1)の一部、(2)(3)(4)	251 (8.3%)	67	167	58	11	6
移動の状況、栄養・食生活、心身の機能低下リスクと対処方針	4(1)(2)(3)	466 (15.4%)	248	186	119	16	8
サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し	4(4)	1,117 (36.8%)	597(*)	495	149	64	11
医学的管理の必要性	4(5)	796 (26.2%)	531	243	123	47	11
サービス提供時における医学的観点からの留意事項	4(6)	691 (22.8%)	460	147	153	46	8
特記すべき事項	5	240 (7.9%)	112	42	95	18	10

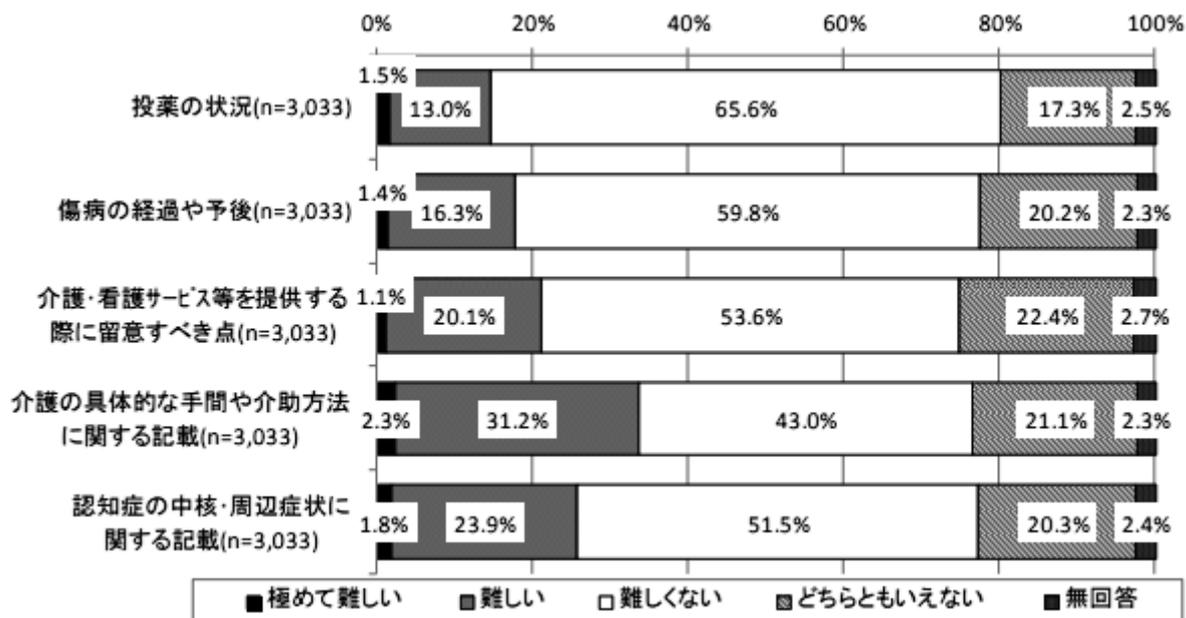
「要介護認定における主治医意見書の実態把握と地域差の要因分析に関する調査研究事業 報告書」より作成。

* 同報告書では、不要または簡素化した方がよいと思う理由について、回答数の記載はなく回答割合の記載のみとなっている。

端数誤差の関係上、「サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し」の「活用されていない」の回答数は、596である可能性がある。

また、主治医意見書の自由記載欄の記載内容のうち、記載が難しいとの回答が多いのは、「介護の具体的な手間や介護方法に関する記載」である。

図表 1-2 主治医意見書記載医師が感じる主治医意見書の自由記載の難しさ



「要介護認定における主治医意見書の実態把握と地域差の要因分析に関する調査研究事業 報告書」より抜粋

3. 本調査研究の構成

(1) 基本的な考え方

本調査研究では、現行の主治医意見書の様式について、「利用側のニーズ(=介護認定審査会やケアプラン作成において、委員や介護支援専門員がどのような情報を必要としているか)」と「作成者側の負担感(どのような情報の書き込みが、いかなる理由で大きな負担となっているか)」の両面を把握するため、「介護保険の保険者」「認定審査会委員」「介護支援専門員」「主治医意見書作成医師」の4者に対する調査を行うこととした。

また、介護認定審査会にあたっては、介護保険の保険者たる市区町村等に設置されている事務局が、要介護認定調査を行って認定調査票を作成するとともに、主治医意見書の作成を医師に求め、介護認定審査会に向けた資料作成を行う過程において、書類の不備チェック・照会や論点の洗い出し等の支援機能を果たしていると考えられる。これを踏まえ、「介護保険の保険者」に対し、事務局としての支援機能の実態を把握する調査も行うこととした。

(2) 事前インタビュー調査

アンケート調査の設計にあたっての課題意識の構築のため、下記のような訪問による事前インタビュー調査を行った。

調査対象	主な質問事項
介護認定審査会の委員	<ul style="list-style-type: none"> ◆介護認定審査会では、1回当たり何件ほどの審査を行うか。また、どのようなケースについて時間をかけて議論が行われることが多いか。 ◆主治医意見書のうち、介護認定審査会において重視している内容・重視していない内容は何か。またそれはいかなる理由か。 ◆主治医意見書のうち、(主として自由記述事項について)介護認定審査会において必要性が高いものの、記載が不十分であることが多い内容は何か。 ◆主治医意見書を作成する医師に対する現行の手引きやガイドラインについて、詳細化や内容の変更を希望するものは何か。
介護支援専門員	<ul style="list-style-type: none"> ◆要介護認定や区分変更に関する相談や申請代行の依頼を受けた際に、主治医意見書を作成する医師として、どのような医療機関の医師を紹介することが多いか。 ◆主治医意見書のうち、ケアプランの作成において重視している内容・重視していない内容は何か。またそれはいかなる理由か。 ◆主治医意見書のうち、(主として自由記述事項について)ケアプラン作成において必要性が高いものの、記載が不十分であることが多い内容は何か。 ◆主治医意見書を作成する医師に対する現行の手引きやガイドラインについて、詳細化や内容の変更を希望するものは何か。
主治医意見書を作成する医師	<ul style="list-style-type: none"> ◆主治医意見書の作成に当たり、作成を支援するソフトウェアの使用や、医療クラーク等による下書きを行っているか。行っている場合、ソフトウェアや他職種による記載では対応が困難な項目はどれか。 ◆主治医意見書のうち、記載にあたっての業務負担が大きいと感じる項目はどれか。どのような点で負担が大きいと感じるか(情報収集が困難、記載に時間がかかる、医師の判断に適さないと感じる、何を書くべきかが明確化されていない、活用されていないと感じ徒労感がある、等)。 ◆主治医意見書の作成の負担が大きい、あるいは困難となりやすい患者はどのような患者であるか。 ◆主治医意見書を作成する医師に対する現行の手引きやガイドラインについて、詳細化や内容の変更を希望するものは何か。特に何を書くべきかが明確化されていない、どのように活用されているかわからないと感じる項目について、どのような記載があると手助けになるか。 ◆過去に別の医療機関の医師が主治医意見書を作成したことのある患者について、前回の意見書等の取り寄せを行うことがあるか。また、手段・取り寄せに当たって何が課題となるか。

(3) アンケート調査

本調査研究では、「保険者」「認定審査会委員」「介護支援専門員」「主治医意見書作成医師」の4者に対し、郵送による発送・回収を行うアンケート調査を実施した。

調査対象や配布方法、主な設問内容は、下表の通りである。

調査票名	調査対象・配布方法	主な設問内容
h 調査 保険者調査票	介護保険の全保険者(n=1,578)に対し、調査票を郵送	<ul style="list-style-type: none"> ◆主治医意見書や介護認定審査会に係る各種の事務の担当・分掌・委託等の状況 ◆介護認定審査会用の資料の作成段階における主治医意見書・認定調査票のチェック内容 ◆主治医意見書・認定調査票の作成者に対する照会・修正・再作成の依頼状況 ◆要介護認定の簡素化の実施状況
i 調査 認定審査会委員調査票	h 調査の対象である各保険者を通じて、2名の審査会委員(医療系職種1名、医療系以外の職種1名)に調査票の配付を依頼	<ul style="list-style-type: none"> ◆介護認定審査会において主治医意見書の内容が詳しく検討されるケース ◆認定審査の判断材料としての主治医意見書各項目の重要度 ◆記載が十分でないと感じる主治医意見書の項目とその理由 ◆主治医意見書の作成に関するマニュアル等において解説や留意事項の記載が充実するとよいと思うこと
c 調査 介護支援専門員調査票	全国の居宅介護支援事業所から1,000事業所を無作為抽出して調査票を郵送し、各事業所1名の介護支援専門員に回答を求める	<ul style="list-style-type: none"> ◆ケアプランの作成・変更にあたり主治医意見書を活用することが多いケース ◆ケアプランの作成・変更の判断材料としての主治医意見書各項目の重要度 ◆記載が活用しにくいと感じる主治医意見書の項目とその理由 ◆主治医意見書の作成に関するマニュアル等において解説や留意事項の記載が充実するとよいと思うこと
d 調査 主治医意見書作成医師調査票	全国の病院から1,000施設、一般診療所から1,000施設を無作為抽出して調査票を郵送し、各施設において「主治医意見書を作成することが多い」1名の医師に回答を求める	<ul style="list-style-type: none"> ◆主治医意見書の作成状況、介護認定審査委員の経験の有無 ◆主治医意見書作成時に意識していること ◆前医が作成した主治医意見書の取り寄せ状況 ◆主治医意見書の作成にあたり活用しているもの ◆主治医意見書の作成に関するマニュアル等において解説や留意事項の記載が充実するとよいと思うこと ◆記載負担が大きいと感じる主治医意見書の項目と内容

(4) 啓発資料の作成

アンケート調査の結果をもとに、医師が、介護認定審査会やケアプラン作成において活用ニーズの高い記載項目の作成に注力できることを目的とした啓発資料を作成した。この作成に当たっては、必要に応じて、「主治医意見書記入の手引き」や「介護認定審査会委員テキスト」からの引用を行った。

第2章 事前インタビュー調査の結果

1. 主治医意見書作成医師に対するインタビュー調査

(1) 概要

インタビュー対象者の職種等： 病院長

(2) 回答内容

<主治医意見書の作成方法について>

- ・本院では、日本医師会が会員向けにホームページで無償提供しているソフトウェア「医見書」を用いて、主治医意見書を作成している。
- ・医療クラークによる下書きは、配置に伴う加算が認められる 200 床以上の病院ではないため、行っていない。一方、カルテの整理や内外の書類のやりとり等の看護師の事務作業の軽減のために、文書の整理や各病棟への人員配置を行っている。
- ・県では、県医師会が各郡市の医師会に委託する形で主治医意見書に関する研修会を行っているが、この中でよく出てくる意見としては、「主治医意見書が実際に活用されている実感があれば積極的に書きたいが、どのように使われているかがわからない」というものである。
- ・主治医意見書は、作成が求められる様々な書類の1つであるが、様々な書類の中には数字のとりかたや基準が微妙に異なる書類がある。基準の違いを確認しながら、書類を作成するのは大きな手間である。
- ・主治医意見書のオンラインでの提出が認められれば大きな負担軽減となると思うが、本市ではそれは認められていない。

<主治医意見書の作成の負担感について>

- ・投薬内容や診療内容については、それが用いられているという実感がわきにくい。また、使われ方がわかりにくいために、主治医意見書を紹介状と同じような感覚で記載してしまう医師もいるように思われる。
- ・投薬内容については、すべての内容を記載するのではなく、経管栄養やインシュリン等の手間のかかるものに限定して書くことにすれば良いのではないかと、という意見を持つ医師もいる。また、投薬内容は月ごとに変わりうるため、作成時の状況はすぐが変わってしまう。したがって、例えば1年間コンスタントに投与しているものに限定して書くという考え方もあるのではないかと。また、ケアプラン作成時には、ケアマネジャーにはその時点で最新の服薬状況の情報をとってほしい。
- ・投薬内容については、特定疾患の真正性を確認する目的もあるであろうが、これは薬品名を直接記載するというよりも、コメントとして記載することでよいのではないかと。
- ・「4. 生活機能とサービスに関する意見」については、ケアプラン作成時に必要な情報といえるだろう

が、特に入院患者の場合、居宅での生活状況を確認して主治医意見書が書けるわけではないので、どうしても医師の経験則に頼って書くこととなってしまいます。(5)の「医学的管理の必要性」については、患者の居住エリアにおいて実際にサービスを利用できるのかが分からない中でチェックを付けても、利用につながるのかという思いがある。

- ・ケアマネジャーは、看護師が行う状態や病状の観察に対し、割高感を持っているようだ。また、どうしても本人のことを考えるというよりも、家族の求めに応じてプランを作成し、サインを受けて利用の理由を後付けしているケースが多いように思う。
- ・介護保険のスタート時には、各団体が状態把握のために用いている評価票の使い方に関する研修や、フェイスシートからのニーズ把握の手法に関する議論があったにもかかわらず、近年ではなくなってしまうように思う。

<主治医意見書の作成の難度が高いケースについて>

- ・普段、診療をしていない患者の主治医意見書を作成するケースは、多くはないものの存在する。認知症があるとか、家に閉じこもりがちでどの医療機関もほとんど受診していないといったケースが多い。このような場合、本人の経過がわかる家族や親族がいれば、受診の際に帯同してほしい旨を伝えている。過去には、外来受診が難しいため、訪問での作成を依頼されたこともあった。
- ・介護の場合、ケアマネジャーがついているおかげで過去の経過を把握することは比較的容易だが、障害者の場合は、親が高齢となっている場合などを中心に、過去の経過を知る手がかりに乏しいことも多い。
- ・主治医意見書の作成難度が高くなるケースとしては、一人暮らしで家の中での生活の様子を誰も見ていない人、家族のフィルターがかかっている人、同居家族がいても(半ばネグレクトのような形で)医療を受けさせてもらっていない人などである。一人暮らしの人の場合、ケアマネジャーや地域包括支援センターの職員、民生委員、町内会の方などが帯同することが多いが、徘徊などの家の外の様子は分かっても、家の中の様子がわからない。家族のフィルターがかかっている人は、本人の廃用の予防という観点ではなく、家族の要望に応じた記載となってしまうがちである。
- ・ケアマネジャーは、家族の要望に流されがちである一方、制度化されているものにはよく従うように思う。例えば、地域で退院調整ルールが定められると、その通りの連絡方法をとる。
- ・ともすると、「主治医として本意見書が介護サービス計画作成等に利用されることに同意する」欄のチェックが無視されがちなのではないか。せめてポイントとなるような点は使ってほしいと感じる。また、ケアプランにおいて、どの部分について主治医意見書の記載事項を取り入れたのかがわかるようにしてほしい。加えて、カンファレンス等の場において、他のサービス事業所の職員が主治医意見書を見られないことにも疑問を感じる。

<主治医意見書の作成手引きに期待することについて>

- ・「4. 生活機能とサービスに関する意見」については、たとえば「現在の状態や環境を前提として書く」等の、書くにあたっての前提条件が明記されるとよい。この場合、ケアプラン作成時には、あらかじめ居宅における生活環境を踏まえることになるだろう。

<過去の主治医意見書の取り寄せについて>

・前医の作成した主治医意見書がある場合は、作成医療機関を通じて、必ず取り寄せるようにしている。また、紹介状に主治医意見書が添付されるケースもある。但し、作成時期が2～3年以上前となる場合は、参照する意味はあまりないかもしれない。地域連携パス協議会等の場で医師どうしも顔の見える関係づくりをしていることもあり、主治医意見書の提供を断られた経験はない。もし医療機関から直接提供を受けられないとなると、行政に対して情報開示請求を行うこととなろうが、それは現実的な手段ではない。

2. 認定審査会委員に対するインタビュー調査

(1) 概要

インタビュー対象者の職種等：市介護認定審査会 合議体長

(2) 回答内容

<合議体での認定審査の状況について>

- ・本市では、30 強の合議体がある。1 回の開催あたり、おおむね 40～50 分の時間で 30～40 件ほどの認定審査を行う。開催の 1 週間ほど前には認定調査票や主治医意見書が届くため、3 時間程度をかけて読み込んだ上で、介護認定審査会に臨んでいる。
- ・認定審査にかかる時間は、当初はもっと時間を要していた。短縮できるようになったのは、一次判定ソフトが厳密になってきていることも関係していると思う。

<認定審査において議論となりやすい状況について>

- ・件数の大半は特に疑義もなく一次判定の通りの判定結果となり、最大でも 10 件弱くらいが議論の対象となる。議論となるのは、認定調査票と主治医意見書との間に乖離があるケース、認知症の状態等が一次判定に十分反映されていないと感じるケース、精神障害をもつ方が 65 歳となって介護保険を利用しようとするケース、リウマチや神経性難病の患者で「同居家族がいればやってもらう生活行為を、無理をしながらなんとか自分でやっている」ような状態にあるケースなどである。また、前回認定時よりも大幅に一次判定による要介護度が下がっている場合などは、明確な材料があるか等、注意して認定審査に臨んでいる。
- ・また、要支援 2 か要介護 1 かの判断が伴うもののほか、要介護 1 と要介護 2 との境界部分、要介護 4 と要介護 5 との境界部分にあるケースは、議論となるケースが比較的多い。
- ・リウマチやパーキンソン病など、日内変動の大きい疾患の場合で、要支援と要介護の境界にあるケースは、特に、予防サービスによって改善が見込めるケースではない、状態的には要支援相当ではあるが、原疾患になじまない等の議論となりやすい。
- ・要介護度の認定審査にあたっては、必ずしも純粋に身体や認知症の状態によって判定を行っているわけではなく、生活環境の中で、実際の手間が生じている事柄がある場合は、判定結果に影響する。施設にいる高齢者については、要介護度が軽くなりやすいという意見もある。
- ・精神障害があるケースについては、認知症のケースと同様の困りごとがあっても、ケアのニーズが十分に反映されづらいと感じる。結果として、高い要介護度の判定とならず、障害サービスの利用を継続することもある。

<認定審査において重視している項目について>

- ・認定審査にあたって重視しているのは、「1. 傷病に関する意見」と「3. 心身の状態に関する意見」（特に認知症の中核症状）、および記載がある場合は「5. 特記すべき事項」である。

- ・認知症の状況については、例えば整形外科の医師が作成した場合などについて、認知症の状況が正確に記載されていないと感じるケースがある。また、作成日を確認した上で、入院中の状態について書かれており、現在の状況とは異なるという判断をすることもある。
- ・認定審査にあたっては、「4. 生活機能とサービスに関する意見」を参照することは少ない。この部分は、ケアプランの作成時に生かされる記載欄であると思う。

<主治医意見書の記載が不十分と感じる事項について>

- ・自由記載欄全般について、「介護の手間」に関連する情報とは異なる書きぶりの主治医意見書がある。
- ・主治医意見書の作成を求められるタイミング上、仕方がないケースも多いが、入院中の状況について書かれており退院時点では状況が異なっているケースや、生活状況を確認できずに記載がなされるケースが多い。
- ・特記事項については、「転倒の危険性があり常に見守りが必要」「昼夜逆転しており夜間の対処が必要」「毎晩のようにトイレに行くが汚してしまうため、家族が掃除をしなければならない状態」等の、介護の手間や頻度に直結するような情報が書かれているとよいが、身体の状況だけを見ていると、記載が足りないものもある。
- ・介護認定審査会では、主治医意見書を作成した医師名が伏されているため確認はしづらいが、日常的に診察をしている患者について書くケースと、はじめて診察をする患者について書くケースとで、やはり記載の十分さ度合いは異なるだろう。

<主治医意見書の作成手引きに期待することについて>

- ・手引きには、1(3)の「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」については、予後の見通しや生活への影響、介護の手間に影響を与えるものを中心に書いてほしい旨の記載があるとよい。

3. 介護支援専門員に対するインタビュー調査

(1) 概要

インタビュー対象者の職種等： 居宅介護支援事業所 介護支援専門員

(2) 回答内容

<ケアプランの作成を依頼する医師について>

- ・主治医意見書の作成は、基本的には普段診察を行っている医師に依頼することとなる。急性期病院に定期通院しているケースが2割ほどあるため、このような場合は、急性期病院の医師に依頼がかかることとなる。
- ・ケアマネジャーから見ると、病院の医師に作成を依頼する場合は、医事課を通じてのやり取りとなる点、時間がかかる(1ヶ月程度かかり、サービス担当者会議時に間に合わないケースもある)点においては、診療所の医師に依頼する場合に比べて難を感じる。
- ・日常的に診察を受けていない申請者の場合は、認知症がある場合は認知症の専門医を紹介する、等の方法をとっている。また、複数の診療科を受診している申請者の場合は、受診の頻度や疾患の優先度を勘案して、紹介する医師を決めている。

<ケアプランの作成にあたり重視している記載内容について>

- ・ケアプランを作成する際には、主治医意見書はひとつと確認する。但し、3の(1)「日常生活の自立度等について」や(2)「認知症の中核症状」は重視している一方、「1. 傷病に関する意見」については、相対的には重きを置いていない。
- ・4(5)「医学的管理の必要性」は、主治医意見書においてチェックのなかったサービスをケアプランに入れることは困難である。このため、主治医意見書の作成を依頼する際には、現在利用しているサービスの内容も伝えるようにしている。一方、チェックがあるサービスについて、家族関係や経済的事情、ケアプラン作成時の状態等を勘案すると、すべてをケアプランに入れるとは限らない。但し、チェックがあることは、新たなサービスの利用を開始する契機ともなりうる。
- ・退院して介護保険サービスを利用する場合には、主治医意見書の記載内容が入院時の状況を反映したものであって、ケアプラン作成時には利用者の状態が変わっているケースがあることは、仕方がないと考えている。ケアプランを作成する段階で、あらためてアセスメントを行っている。
- ・「5. 特記すべき事項」については、例えば転倒リスクの高さや必要な医療処置がある場合は、サービス担当者会議等の場で各事業所に伝達することが多い。
- ・ケアプランの作成の頻度は、新規の作成は年に数回程度、更新と変更を合わせて月に2~5件程度である。「新規の作成」「更新」「サービスの変更」の3つの場合で、重視する項目が大きく変わるわけではないが、新規の作成にあたっては、現在の病状を注意深く確認する。また、サービスの変更時には、医療系のサービスの必要性の背景が詳細に書かれているとありがたい。

<主治医意見書の記載が不十分と感じる事項について>

・「3. 心身の状態に関する意見」のうち認知症に関する部分については、主治医意見書があまり実態を反映しておらず、要介護認定が過小の判定となっていると感じるケースがある。例えば、明らかに認知症があるにもかかわらず「自立」にチェックがあったがために、前回認定時に要介護2であった利用者が要支援となったケースもあった。このケースでは、あらためて区分変更申請を行い、事情を含めて病院のソーシャルワーカーを通じて医師に伝達し、再度主治医意見書を作成してもらった。

<主治医意見書の作成手引きに期待することについて>

・作成医師に対する手引きについては、4(5)の「医学的管理の必要性」の背景について、記載が充実するとよいと思う。例えば、医療的な処置についてチェックがなされていないが、訪問看護の必要性にチェックが入っている場合などについて、訪問看護を必要と考えている理由などが記載されているとよい。

第3章 アンケート調査の結果

1. アンケート調査の回収状況

4種類のアンケート調査の配付経路と回収状況は、下表のとおりである。

図表 3-1 アンケート調査の配付経路と回収状況

記号	調査票の種類	配布経路	発送数	回収数	回収率
h	保険者調査票	介護保険の全保険者に郵送	1,578	1,085	68.8%
i	介護認定審査会委員 調査票	各保険者を通じて、2名の審査会委員（医療系職種1名、 医療系以外の職種1名）に調査票の配付を依頼	3,156	1,287	40.8%
c	介護支援専門員調査 票	全国の居宅介護支援事業所から 1000事業所を抽出して郵送	1,000	386	38.6%
d	主治医意見書作成医 師調査票	全国の病院・一般診療所から 各1000施設を抽出して郵送	2,000	421	21.1%

2. 保険者調査票(h 調査)の集計結果

(1) 回答者や審査会の基本情報

① 保険者の区分

回答のあった介護保険の保険者の区分は、「上記(政令指定都市又は中核市)以外の市」が 45.5%で最も多く、次いで「町村」が 41.1%の順が多い。

図表 3-2 保険者の区分

		回答者数	割合
全体		1,085	100.0%
保険者の区分	政令指定都市	19	1.8%
	中核市	49	4.5%
	上記以外の市	494	45.5%
	町村	446	41.1%
	特別区	22	2.0%
	一部事務組合	14	1.3%
	広域連合	25	2.3%
無回答		16	1.5%

② 介護認定審査会の設置形態と開催回数

介護認定審査会の設置形態と開催回数をみると、「保険者が単独で設置」が 53.1%、「複数の保険者が共同で設置」である。

図表 3-3 介護認定審査会の設置形態と開催回数

		回答者数	割合	合議体の数 (平均)	2019年9月の べ審査会開催 回数
全体		1,085	100.0%	10.5	16.5
介護認定審査会の 設置形態	保険者が単独で設置	576	53.1%	11.6	18.6
	複数の保険者が共同で設置	454	41.8%	9.1	13.4
	審査判定業務を都道府県に委託	6	0.6%		
	審査判定業務を他の保険者に委託	13	1.2%		
	その他	29	2.7%		
無回答		7	0.6%		

(2) 保険者による事務局機能の実施状況

① 保険者における介護認定調査等の実務の担当状況

保険者における介護認定調査等の実務の担当状況について、事務の担当・分掌・委託状況をみると、要介護認定調査については、90.8%が「市区町村の本庁の担当部署が実務を担当」している一方、「民間企業等に外部委託」している保険者も 48.3%にのぼり、市区町村本庁による直接実施だけではなく、外部委託の併用を行っている保険者も一定数みられる。

それ以外の機能については、不備内容のチェックや疑義照会→認定調査票と主治医意見書の突合チェック→審査会資料の読み込み→介護認定審査会の運営 といったように、業務ステップが後の段階になるほど(介護認定審査会に近づくほど)、「市区町村の本庁の担当部署が実務を担当」している割合が小さくなり、「広域連合・一部事務組合の担当部署が実務を担当」している割合が大きくなる。

介護認定審査会について、広域連合や一部事務組合、協議会等の広域化を行っている市町村は、要介護認定調査等の初期段階においては市町村自身が行う一方、その後の業務のいずれかのステップから先を、広域処理しているものと考えられる。

図表 3-4 保険者における介護認定調査等の実務の担当状況

◆ 回答者数	全体	事務の担当・分掌・委託状況								その他	
		市区町村の本庁の担当部署が実務を担当	政令指定都市の行政区に実務を分掌	市区町村の支所・出張所等に実務を分掌	広域連合・一部事務組合の担当部署が実務を担当	広域連合・一部事務組合の支部分等に実務を分掌	広域連合・一部事務組合を構成する市町村に実務を分掌	都道府県や他の保険者に委託	民間企業等に外部委託		
◆ 割合	全体	要介護認定調査の実施（認定調査員による訪問）	90.8%	1.5%	5.4%	4.7%	0.2%	1.1%	2.8%	48.3%	2.8%
		認定調査票の不備内容のチェック	89.8%	1.3%	1.4%	15.3%	1.8%	0.9%	0.6%	3.1%	0.8%
		認定調査票の記載内容に関する疑義照会	86.1%	1.3%	1.1%	15.8%	1.3%	0.6%	0.6%	2.3%	0.9%
		主治医意見書の不備内容のチェック	88.2%	1.2%	1.0%	15.6%	1.8%	0.6%	0.6%	3.4%	0.5%
		主治医意見書の記載内容に関する疑義照会	84.8%	1.2%	1.1%	14.7%	1.2%	0.6%	0.6%	2.6%	0.5%
		認定調査票と主治医意見書との突合チェック	77.5%	1.5%	1.0%	17.8%	2.1%	0.3%	0.9%	1.7%	1.0%
		審査会資料の読み込み	73.3%	1.6%	1.3%	19.8%	1.7%	0.6%	1.5%	1.8%	1.6%
		介護認定審査会の運営	63.3%	1.6%	1.7%	25.3%	2.0%	1.4%	4.2%	0.4%	3.4%
		市区町村の本庁の担当部署が実務を担当	984	16	59	51	2	12	30	524	30
		政令指定都市の行政区に実務を分掌	973	14	15	166	19	10	6	34	9
市区町村の支所・出張所等に実務を分掌	933	14	12	171	14	7	7	25	10		
広域連合・一部事務組合の担当部署が実務を担当	956	13	11	169	20	7	6	37	5		
広域連合・一部事務組合の支部分等に実務を分掌	919	13	12	159	13	6	7	28	5		
都道府県や他の保険者に委託	840	16	11	193	23	3	10	18	11		
民間企業等に外部委託	792	17	14	214	18	7	16	19	17		
その他	684	17	18	273	22	15	45	4	37		

② 認定調査票や主治医意見書が届くまでの期間

介護保険法第 27 条第 11 項では、要介護認定申請があった日から原則として 30 日以内に、認定等の処分を行う必要がある。一方で、介護認定審査会の開催に必要な認定調査票や主治医意見書が届くまでの期間を見ると、30 日以内で届く割合が 8 割未満と回答した保険者(「2 割未満」から「6～8 割」までの合計)が、認定調査票については 23.7%、主治医意見書については 31.1%にのぼる。6 割未満と回答した保険者でも、それぞれ 12.2%、10.4%にのぼる。

多くの保険者が、要介護認定申請後 30 日以内に、認定調査票や主治医意見書の取得に至っていないケースを抱えていることがうかがえる。

図表 3-5 認定調査票や主治医意見書が届くまでの期間

◆ 回答者数

	合計	届く割合					無回答
		2割未満	2～4割未満	4～6割未満	6～8割未満	8割以上	
認定調査票が届くまでの期間	1,085	102	163	247	240	199	134
主治医意見書が届くまでの期間	1,085	49	36	47	125	696	132
◆ 割合	1,085	79	224	398	198	57	129
	1,085	18	40	55	224	620	128

◆ 割合

	全体	届く割合					無回答
		2割未満	2～4割未満	4～6割未満	6～8割未満	8割以上	
認定調査票が届くまでの期間	100.0%	9.4%	15.0%	22.8%	22.1%	18.3%	12.4%
主治医意見書が届くまでの期間	100.0%	4.5%	3.3%	4.3%	11.5%	64.1%	12.2%
	100.0%	7.3%	20.6%	36.7%	18.2%	5.3%	11.9%
	100.0%	1.7%	3.7%	5.1%	20.6%	57.1%	11.8%

(3) 保険者による認定調査票・主治医意見書のチェック状況

① 審査会委員用の資料を作成する段階で定調査票と主治医意見書のチェックにかけている時間

審査会委員用の資料を作成する段階で定調査票と主治医意見書のチェックにかけている時間をみると、「5～10分/件程度」が23.1%で最も多く、次いで「2～5分/件程度」が21.6%の順が多い。

図表 3-6 審査会委員用の資料を作成する段階で定調査票と主治医意見書のチェックにかけている時間

		回答者数	割合
全体		1,085	100.0%
特段のチェックは行っていない		12	1.1%
かけている時間	2分/件程度以内	83	7.6%
	2～5分/件程度	234	21.6%
	5～10分/件程度	251	23.1%
	10～15分/件程度	217	20.0%
	15分/件程度以上	148	13.6%
無回答		140	12.9%

② 認定調査票・主治医意見書のチェックとして行っている内容

認定調査票・主治医意見書のチェックとして行っている内容について、「ほぼ全件(9割以上)」について行っているとの回答割合をみると、「記載がされていない欄など、明らかな記載不備がないか」に関するチェックが86.3%、「認定調査票について、項目間を比較して不自然な点がないか」に関するチェックが74.6%、「主治医意見書について、項目間を比較して不自然な点がないか」に関するチェックが58.9%である。

一方、「(新規の要介護認定申請以外について)前回の要介護認定審査の際の資料と比較」については、「ほぼ全件(9割以上)」について行っているとの回答割合は29.3%にとどまり、「ほとんど、または全くなし」との回答が30.0%にのぼる。

図表 3-7 認定調査票・主治医意見書のチェックとして行っている内容

◆回答者数	チェック内容	合計	チェック割合				無回答
			ほぼ全件（9割程度以上）	半数以上	半数以下	ほとんど、または全くなし	
	記載がなされていない欄など、明らかな記載不備がないか	1,085	936	16	7	8	118
	認定調査票について、項目間を比較して不自然な点がないか	1,085	809	41	41	75	119
	主治医意見書について、項目間を比較して不自然な点がないか	1,085	639	51	65	211	119
	（新規の要介護認定申請以外について）前回の要介護認定調査の際の資料との比較	1,085	318	76	245	326	120
	認定調査票と主治医意見書との間に大きな乖離がないか	1,085	594	56	107	208	120
	介護認定審査会において議論となりそうな事項の洗い出し	1,085	489	69	146	261	120
◆割合	チェック内容	全体	チェック割合				無回答
	記載がなされていない欄など、明らかな記載不備がないか	100.0%	86.3%	1.5%	0.6%	0.7%	10.9%
	認定調査票について、項目間を比較して不自然な点がないか	100.0%	74.6%	3.8%	3.8%	6.9%	11.0%
	主治医意見書について、項目間を比較して不自然な点がないか	100.0%	58.9%	4.7%	6.0%	19.4%	11.0%
	（新規の要介護認定申請以外について）前回の要介護認定調査の際の資料との比較	100.0%	29.3%	7.0%	22.6%	30.0%	11.1%
	認定調査票と主治医意見書との間に大きな乖離がないか	100.0%	54.7%	5.2%	9.9%	19.2%	11.1%
	介護認定審査会において議論となりそうな事項の洗い出し	100.0%	45.1%	6.4%	13.5%	24.1%	11.1%

③ 認定調査票や主治医意見書の照会・修正依頼の実施状況

「記載の問い合わせ・照会」の実施状況をみると、認定調査票については 85.5%、主治医意見書については 77.3%の保険者が、「行うことがある」と回答している。

「修正・再作成の依頼」の実施状況をみると、認定調査票については 76.0%、主治医意見書については 55.4%の保険者が、「行うことがある」と回答している。

図表 3-8 認定調査票や主治医意見書の照会・修正依頼の実施状況

◆回答者数

		合計	実施の有無		無回答
			行うことがある	行うことはない	
認定調査票	記載内容の問い合わせ・照会	1,085	928	33	124
	修正・再作成の依頼	1,085	825	133	127
主治医意見書	記載内容の問い合わせ・照会	1,085	839	119	127
	修正・再作成の依頼	1,085	601	354	130

◆割合

		全体	実施の有無		無回答
			行うことがある	行うことはない	
認定調査票	記載内容の問い合わせ・照会	100.0%	85.5%	3.0%	11.4%
	修正・再作成の依頼	100.0%	76.0%	12.3%	11.7%
主治医意見書	記載内容の問い合わせ・照会	100.0%	77.3%	11.0%	11.7%
	修正・再作成の依頼	100.0%	55.4%	32.6%	12.0%

(4) 保険者による主治医意見書のチェック箇所

① 記載内容の問い合わせ・照会を行うことが多い主治医意見書の項目

記載内容の問い合わせ・照会を行うことが多い主治医意見書の項目をみると、「最上位として挙げた回答」では、「1(1)診断名」が20.3%で最も多く、次いで「3(1)日常生活の自立度について」18.4%、「1(2)症状としての安定性」12.4%の順に多い。

同様に、「上位3位までに挙げた項目」では、「3(1)日常生活の自立度等について」が38.6%で最も多く、次いで「1(1)診断名」37.1%、「1(2)症状としての安定性」28.6%の順に多い。

図表 3-9 記載内容の問い合わせ・照会を行うことが多い主治医意見書の項目

		回答数		回答割合	
主治医意見書の記載内容の問い合わせ・照会について「行うことがある」との回答数		839		100.0%	
		回答数		回答割合	
		最上位として挙げた回答	上位3位までに挙げた回答	最上位として挙げた回答	上位3位までに挙げた回答
主治医意見書の各項目	申請者欄(3) 他科受診の有無	41	87	4.9%	10.4%
	1(1) 診断名	170	311	20.3%	37.1%
	1(2) 症状としての安定性	104	240	12.4%	28.6%
	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	25	80	3.0%	9.5%
	1(3) 特定疾病の経過	23	76	2.7%	9.1%
	1(3) 投薬内容を含む治療内容	4	24	0.5%	2.9%
	2 特別な医療	69	136	8.2%	16.2%
	3(1) 日常生活の自立度等について	154	324	18.4%	38.6%
	3(2) 認知症の中核症状	39	204	4.6%	24.3%
	3(3) 認知症の行動・心理症状	2	40	0.2%	4.8%
	3(4) その他の精神・神経症状	6	26	0.7%	3.1%
	3(5) 身体の状態	69	173	8.2%	20.6%
	4(1) 移動	16	81	1.9%	9.7%
	4(2) 栄養・食生活	38	224	4.5%	26.7%
	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	4	9	0.5%	1.1%
	4(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し	11	42	1.3%	5.0%
	4(5) 医学的管理の必要性	2	4	0.2%	0.5%
	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	34	114	4.1%	13.6%
4(7) 感染症の有無	3	32	0.4%	3.8%	
5 特記すべき事項	6	53	0.7%	6.3%	

② 修正・再作成の依頼を行うことが多い主治医意見書の項目

修正・再作成の依頼を行うことが多い主治医意見書の項目をみると、「最上位として挙げた回答」では、「1(1)診断名」が32.6%で最も多く、次いで「3(1)日常生活の自立度について」11.0%、「1(2)症状としての安定性」8.0%の順に多い。

同様に、「上位3位までに挙げた項目」では、「1(1)診断名」が51.6%で最も多く、次いで「3.(1)日常生活の自立度について」27.0%、「1.(2)症状としての安定性」21.1%の順に多い。

図表 3-10 修正・再作成の依頼を行うことが多い主治医意見書の項目

		回答数		回答割合	
主治医意見書の修正・再作成の依頼について「行うことがある」との回答数		601		100.0%	
		回答数		回答割合	
		最上位として挙げた回答	上位3位までに挙げた回答	最上位として挙げた回答	上位3位までに挙げた回答
主治医意見書の各項目	申請者欄(3) 他科受診の有無	38	75	6.3%	12.5%
	1(1) 診断名	196	310	32.6%	51.6%
	1(2) 症状としての安定性	48	127	8.0%	21.1%
	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	20	89	3.3%	14.8%
	1(3) 特定疾病の経過	42	96	7.0%	16.0%
	1(3) 投薬内容を含む治療内容	10	37	1.7%	6.2%
	2 特別な医療	50	78	8.3%	13.0%
	3(1) 日常生活の自立度等について	66	162	11.0%	27.0%
	3(2) 認知症の中核症状	19	102	3.2%	17.0%
	3(3) 認知症の行動・心理症状	1	16	0.2%	2.7%
	3(4) その他の精神・神経症状	6	20	1.0%	3.3%
	3(5) 身体の状態	36	92	6.0%	15.3%
	4(1) 移動	8	33	1.3%	5.5%
	4(2) 栄養・食生活	13	98	2.2%	16.3%
	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	2	4	0.3%	0.7%
	4(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し	4	13	0.7%	2.2%
	4(5) 医学的管理の必要性	1	4	0.2%	0.7%
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	16	58	2.7%	9.7%	
4(7) 感染症の有無	1	10	0.2%	1.7%	
5 特記すべき事項	9	69	1.5%	11.5%	

(5) 期間内に審査判定ができないケースへの対応、要介護認定の簡素化の導入状況

① 前回の認定の有効期間内に介護認定審査会による審査判定ができないケースの対応

前回の認定の有効期間内に介護認定審査会による審査判定ができないケースへの対応をみると、「前回の認定の有効期間内に審査判定ができないケースがある。この場合、申請者に連絡する場合も、しない場合もある」との回答が34.5%で最も多い。

次いで多いのが、「前回の認定の有効期間内に審査判定ができないケースがある。この場合、特段申請者に連絡することはない」との回答である。

図表 3-11 前回の認定の有効期間内に介護認定審査会による審査判定ができないケースの対応

		回答者数	割合
全体		1,085	100.0%
前回の認定の有効期間内に介護認定審査会による審査判定ができないケースの対応	必ず前回の認定の有効期間内に審査判定するようにしている	59	5.4%
	前回の認定の有効期間内に審査判定ができないケースがある。この場合、申請者に必ず連絡をしている	217	20.0%
	前回の認定の有効期間内に審査判定ができないケースがある。この場合、申請者に連絡をする場合も、しない場合もある	374	34.5%
	前回の認定の有効期間内に審査判定ができないケースがある。この場合、特段申請者に連絡することはない	310	28.6%
無回答		125	11.5%

② 要介護認定の簡素化の実施状況

要介護認定の簡素化の実施状況を見ると、「更新認定における有効期間の延長(24ヶ月を超えた有効期間の設定)を行っている」との回答は71.7%、「1次判定の要介護度が前回の認定結果と一致する第1号被保険者の更新申請」等の要件を満たす場合の、介護認定審査会による判定の簡素化を行っている」との回答は31.2%である。

一方、「簡素化を取り入れていない」との回答は11.7%である。

図表 3-12 要介護認定の簡素化の実施状況

		回答者数	割合
全体		1,085	100.0%
簡素化の内容	更新認定における有効期間の延長(24ヶ月を超えた有効期間の設定)を行っている	778	71.7%
	「1次判定の要介護度が前回の認定結果と一致する第1号被保険者の更新申請」等の要件を満たす場合の、認定審査会による判定の簡素化を行っている	338	31.2%
簡素化は取り入れていない		127	11.7%
無回答		129	11.9%

3. 認定審査会委員調査票(i 調査)の集計結果

(1) 回答者の属性

① 保有資格(複数回答)

保有資格をみると、「介護支援専門員」41.3%、「医師」27.6%、「介護福祉士」19.5%、「社会福祉士」16.9%、「看護師」16.4%の順に多い。

図表 3-13 保有資格(複数回答)

		回答者数	割合
全体		1,287	100.0%
保有資格	医師	355	27.6%
	歯科医師	44	3.4%
	薬剤師	53	4.1%
	保健師	114	8.9%
	助産師	13	1.0%
	看護師	211	16.4%
	准看護師	39	3.0%
	理学療法士	51	4.0%
	作業療法士	24	1.9%
	言語聴覚士	1	0.1%
	あん摩マッサージ指圧師・はり師・きゆう師	4	0.3%
	柔道整復師	5	0.4%
	栄養士・管理栄養士	4	0.3%
	公認心理士・臨床心理士	1	0.1%
	社会福祉士	218	16.9%
	介護福祉士	251	19.5%
	精神保健福祉士	49	3.8%
	介護支援専門員	532	41.3%
いずれにも当てはまらない	57	4.4%	

② 審査会委員としての経験年数

審査委員会としての経験年数をみると、「10年以上」が44.4%を占め、「5～10年未満」を加えると68.1%にのぼる。

図表 3-14 審査会委員としての経験年数

		回答者数	割合
全体		1,287	100.0%
審査会委員としての経験年数	1年未満	95	7.4%
	1～2年未満	47	3.7%
	2～3年未満	101	7.8%
	3～5年未満	151	11.7%
	5～10年未満	305	23.7%
	10年以上	571	44.4%
	無回答	17	1.3%

③ 合議体長の経験の有無

合議体長の経験の有無についてみると、「合議体長を務めている」が32.1%、「現在は合議体長ではないが、過去に努めたことがある」が6.8%、「合議体長を務めたことはない」が60.3%である。

図表 3-15 合議体長の経験の有無

		回答者数	割合
全体		1,287	100.0%
合議体長の経験の有無	合議体長を務めている	413	32.1%
	現在は合議体長ではないが、過去に努めていたことがある	87	6.8%
	合議体長を務めていたことはない	776	60.3%
	無回答	11	0.9%

(2) 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ケース

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ケースとして、各回答者に上位 3 位までのケースの回答を求めたところ、「身体的な自立度は高いが、認知症を有するケース」を挙げる回答が 50.7%と最も多く、「一次判定の要介護度が現時点の要介護度よりも軽いケース」47.9%、「一次判定で要支援 2・要介護 1 と判定されたケース」47.2%がこれに次ぐ。

最上位として挙げた回答割合としては、「初めて介護認定審査を受けるケース」が 24.2%と最も多い。

図表 3-16 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ケース

		回答者数		割合	
		最上位として挙げた回答数	上位3位までに挙げた回答数	最上位として挙げた回答数	上位3位までに挙げた回答数
全体		1,287		100.0%	
ケース	初めて介護認定審査を受けるケース	312	472	24.2%	36.7%
	第2号被保険者のケース	110	309	8.5%	24.0%
	障害認定を受けていた者が介護認定審査を受けるケース	8	44	0.6%	3.4%
	身体的な自立度は高いが、認知症を有するケース	192	653	14.9%	50.7%
	一次判定の要介護度が現時点の要介護度よりも軽いケース	227	617	17.6%	47.9%
	一次判定で要支援 2・要介護 1 と判定されたケース	179	611	13.9%	47.5%
	何らかの医療的処置がなされているケース	146	517	11.3%	40.2%
	体の状態の日内変動が大きい傷病を有するケース	77	517	6.0%	40.2%
	その他のケース	30	90	2.3%	7.0%
	無回答	6	31	0.5%	2.4%

(3) 介護認定審査会における主治医意見書各項目の判断材料としての重要度

申請者のケース別×主治医意見書の項目別に、認定審査会委員が介護認定審査会における判断材料として「非常に重要」と回答した割合をみると、すべてのケースの合計では、割合が大きい方から、「1(1)診断名」57.4%、「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」52.0%、「5.特記すべき事項」51.9%の順となっている。

一方、割合が小さい方を見ると、「4(7)感染症の有無」7.9%、「申請者欄(3)他科受診の有無」8.8%、「4(2)栄養・食生活」12.1%の順となっている。また、「4(7)感染症の有無」「4(2)栄養・食生活」を含む「4.生活機能とサービスに関する意見」には、「非常に重要」との回答割合が20%以上となるものがない。

ケース別にみると、特定疾病が認定の要件となる「第2号被保険者」のケースについては、「1(1)診断名」が83.2%・「1(4)特定疾病の経過」が54.4%にのぼる。また、「身体的な自立度は高いが、認知症を有する」ケースと、「一次判定で要介護2・要支援1と判定された」ケースについては、3(2)～3(4)の認知症や精神・神経症状に関する項目が、それぞれ58.0%～70.9%と43.5%～58.9%にのぼる。

図表 3-17 主治医意見書の項目別 認定審査会委員が介護認定審査会における判断材料として「非常に重要」と回答した割合

「非常に重要」との回答割合	申請者のケース									全回答 (※)
	初めて介護認定審査を受ける	第2号被保険者	障害認定を受けていた者が介護認定審査を受ける	身体的な自立度は高いが、認知症を有する	一次判定の要介護度が現時点の要介護度よりも軽い	一次判定で要支援2・要介護1と判定された	何らかの医療的処置がなされている	体の状態の日内変動が大きい傷病を有する	その他	
「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ケース（上位3位以内）」との回答数 (n=1,287)	(n=472)	(n=309)	(n=44)	(n=653)	(n=617)	(n=611)	(n=517)	(n=517)	(n=90)	(n=3830)
主治医意見書の各項目										
申請者欄(3) 他科受診の有無	8.3%	9.1%	20.5%	9.2%	5.5%	5.1%	12.0%	13.3%	4.4%	8.8%
1(1) 診断名	60.6%	83.2%	56.8%	52.5%	40.0%	48.8%	65.6%	66.5%	67.8%	57.4%
1(2) 症状としての安定性	30.9%	35.3%	29.5%	30.8%	35.3%	44.7%	42.7%	57.1%	46.7%	39.6%
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	55.3%	49.5%	36.4%	42.1%	55.9%	45.0%	55.7%	60.5%	71.1%	52.0%
1(3) 特定疾病の経過	29.4%	54.4%	29.5%	21.0%	31.9%	23.1%	39.3%	42.4%	41.1%	32.7%
1(3) 投薬内容を含む治療内容	18.6%	22.0%	20.5%	22.5%	20.6%	14.6%	34.4%	37.3%	37.8%	24.4%
2 特別な医療	22.5%	25.6%	20.5%	12.1%	18.0%	13.9%	48.2%	28.2%	32.2%	23.3%
3(1) 日常生活の自立度等について	30.1%	19.7%	29.5%	43.2%	32.3%	38.5%	18.8%	24.4%	32.2%	30.9%
3(2) 認知症の中核症状	35.0%	26.2%	31.8%	67.2%	38.7%	56.8%	22.6%	24.8%	42.2%	40.9%
3(3) 認知症の行動・心理症状	36.9%	25.6%	31.8%	70.9%	40.2%	58.9%	22.6%	26.1%	44.4%	42.6%
3(4) その他の精神・神経症状	23.7%	17.8%	25.0%	58.0%	28.7%	43.5%	16.4%	21.7%	32.2%	32.0%
3(5) 身体の状態	31.4%	25.9%	38.6%	23.9%	33.9%	25.0%	26.7%	33.5%	35.6%	28.9%
4(1) 移動	21.6%	16.2%	27.3%	19.1%	23.3%	19.0%	14.5%	21.1%	24.4%	19.7%
4(2) 栄養・食生活	12.9%	12.3%	18.2%	11.0%	13.8%	10.1%	12.8%	10.8%	17.8%	12.1%
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	17.6%	14.9%	18.2%	18.8%	18.2%	13.6%	22.2%	25.3%	34.4%	19.1%
4(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し	14.2%	13.9%	18.2%	13.8%	15.7%	11.1%	13.7%	16.8%	17.8%	14.3%
4(5) 医学的管理の必要性	15.7%	18.8%	15.9%	10.7%	12.5%	10.5%	30.8%	21.1%	24.4%	16.7%
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	15.5%	17.5%	15.9%	11.9%	13.9%	9.8%	26.5%	21.9%	23.3%	16.4%
4(7) 感染症の有無	9.3%	9.1%	6.8%	6.6%	5.7%	3.6%	14.5%	8.9%	7.8%	7.9%
5 特記すべき事項	47.9%	45.0%	50.0%	54.2%	54.9%	50.7%	49.9%	53.6%	68.9%	51.9%

※各回答者につき最大3種類のケースについて回答を求めているため、「全回答」欄の回答数は、回答者数よりも多くなる。

図表 3-18 主治医意見書の項目別 認定審査会委員が介護認定審査会における判断材料として「非常に重要」もしくは「重要」と回答した割合

「非常に重要」「重要」との回答割合	申請者のケース									全回答 (※)
	初めて介護認定審査を受ける	第2号被保険者	障害認定を受けていた者が介護認定審査を受ける	身体的な自立度は高いが、認知症を有する	一次判定の要介護度が現時点の要介護度よりも軽い	一次判定で要支援2・要介護1と判定された	何らかの医療的処置がなされている	体の状態の日内変動が大きい傷病を有する	その他	
「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ケース（上位3位以内）」との回答数 (n=1,287)	(n=472)	(n=309)	(n=44)	(n=653)	(n=617)	(n=611)	(n=517)	(n=517)	(n=90)	(n=3830)
主治医意見書の各項目										
申請者欄(3) 他科受診の有無	52.5%	41.4%	70.5%	50.8%	39.9%	39.0%	60.9%	54.5%	51.1%	48.7%
1(1) 診断名	95.6%	95.8%	90.9%	92.5%	86.4%	89.9%	95.9%	95.7%	94.4%	92.7%
1(2) 症状としての安定性	88.8%	79.0%	86.4%	83.8%	88.3%	89.2%	90.5%	91.3%	86.7%	87.6%
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	96.0%	88.7%	93.2%	86.1%	95.8%	90.8%	95.6%	93.2%	93.3%	92.3%
1(3) 特定疾病の経過	87.5%	89.3%	84.1%	67.8%	81.2%	75.0%	88.8%	85.1%	82.2%	81.0%
1(3) 投薬内容を含む治療内容	68.0%	69.6%	75.0%	66.9%	63.9%	62.7%	83.0%	78.3%	77.8%	70.2%
2 特別な医療	81.8%	76.4%	84.1%	58.2%	72.6%	65.5%	90.5%	78.9%	84.4%	74.1%
3(1) 日常生活の自立度等について	80.9%	70.6%	88.6%	87.1%	82.7%	85.4%	71.4%	74.3%	77.8%	80.0%
3(2) 認知症の中核症状	87.1%	72.2%	86.4%	94.8%	86.7%	94.3%	73.7%	77.0%	72.2%	84.8%
3(3) 認知症の行動・心理症状	88.6%	73.5%	86.4%	96.0%	89.3%	94.4%	74.3%	78.1%	77.8%	86.1%
3(4) その他の精神・神経症状	79.4%	69.9%	84.1%	88.8%	79.3%	87.6%	70.6%	73.7%	76.7%	79.6%
3(5) 身体の状態	85.6%	74.1%	95.5%	75.3%	84.6%	77.7%	77.9%	80.7%	75.6%	79.7%
4(1) 移動	72.5%	61.5%	84.1%	67.2%	72.3%	64.8%	59.6%	65.2%	58.9%	66.5%
4(2) 栄養・食生活	67.8%	58.3%	65.9%	56.8%	61.3%	51.7%	62.1%	61.3%	57.8%	59.6%
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	68.6%	60.8%	77.3%	65.7%	63.9%	64.2%	72.3%	72.9%	63.3%	67.1%
4(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し	60.6%	50.2%	86.4%	60.9%	60.9%	56.8%	60.2%	62.9%	51.1%	59.6%
4(5) 医学的管理の必要性	68.0%	60.2%	79.5%	57.9%	59.8%	58.3%	75.0%	69.4%	64.4%	64.0%
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	64.6%	56.3%	79.5%	56.5%	56.7%	53.5%	71.0%	68.9%	62.2%	61.1%
4(7) 感染症の有無	40.9%	37.5%	56.8%	35.2%	33.4%	30.1%	53.2%	42.4%	37.8%	38.7%
5 特記すべき事項	85.8%	79.6%	88.6%	87.4%	89.5%	87.2%	88.4%	88.4%	94.4%	87.3%

※各回答者につき最大3種類のケースについて回答を求めているため、「全回答」欄の回答数は、回答者数よりも多くなる。

(4) 記載が十分でない主治医意見書が多いと感じる主治医意見書の項目

認定審査会委員からみて、「記載が十分でない主治医意見書が多いと感じる」主治医意見書の項目は、回答割合が大きい方から、「5.特記すべき事項」51.2%、「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%、「1(3)投薬内容を含む治療内容」24.7%の順である。

その背景としては、「5.特記すべき事項」と「1(3)投薬内容を含む治療内容」については「空欄になっているなど、記載の不備が多い」が最も多く、「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」については「記載内容が具体的でない」が最も多い。

図表 3-19 認定審査会委員からみて記載が十分でない主治医意見書が多いと感じる主治医意見書の項目

	「要介護認定の判断材料とすにあたり、記載が十分でないと感じることが多い」との回答		記載が十分でないと感じる理由（回答割合）					
	回答数	割合	記載内容が具体的でない	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	医療職以外には記載内容が理解しにくい	空欄になっているなど、記載の不備が多い	その他	
回収数	1,287	100.0%						
主治医意見書の各項目	申請者欄(3) 他科受診の有無	134	10.4%	14.2%	11.9%	9.0%	50.7%	15.7%
	1(1) 診断名	278	21.6%	9.0%	46.4%	12.9%	11.9%	25.2%
	1(2) 症状としての安定性	251	19.5%	37.8%	29.9%	7.2%	23.1%	10.0%
	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	509	39.5%	40.3%	36.1%	20.4%	31.4%	8.1%
	1(3) 特定疾病の経過	295	22.9%	36.9%	27.5%	19.0%	32.9%	7.1%
	1(3) 投薬内容を含む治療内容	318	24.7%	22.3%	11.3%	33.0%	42.1%	6.6%
	2 特別な医療	65	5.1%				55.4%	15.4%
	3(1) 日常生活の自立度等について	169	13.1%				18.3%	41.4%
	3(2) 認知症の中核症状	257	20.0%	34.6%	24.1%	0.8%	19.1%	18.3%
	3(3) 認知症の行動・心理症状	291	22.6%	39.5%	23.0%	1.4%	16.8%	14.1%
	3(4) その他の精神・神経症状	189	14.7%	42.9%	15.3%	1.1%	28.0%	11.6%
	3(5) 身体の状態	241	18.7%	17.8%	8.3%	1.7%	60.6%	14.5%
	4(1) 移動	102	7.9%	31.4%	12.7%	2.0%	21.6%	20.6%
	4(2) 栄養・食生活	129	10.0%	32.6%	9.3%	0.8%	38.8%	8.5%
	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	147	11.4%	40.1%	19.0%	4.1%	36.7%	4.1%
	4(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し	96	7.5%	0.0%	0.0%	0.0%	52.1%	10.4%
	4(5) 医学的管理の必要性	124	9.6%	25.0%	17.7%	6.5%	33.1%	7.3%
	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	131	10.2%				40.5%	3.8%
	4(7) 感染症の有無	77	6.0%	26.0%	6.5%	1.3%	49.4%	7.8%
	5 特記すべき事項	659	51.2%	26.9%	16.8%	2.9%	70.7%	8.5%

◆「3(1) 日常生活の自立度等について」に関する「その他」の主な記載内容…「認定調査との間に大きな差がある」「実際の機能と差が大きい」

◆「1(1) 診断名」に関する「その他」の主な記載内容

…「介護の手間など判定に係る疾患情報が抜けていることがある」「他科の診断名がない」「認知症の記載がない」「字が読めない」

4. 介護支援専門員調査票(c 調査)の集計結果

(1) 回答者の属性

① 保有資格(複数回答)

介護支援専門員調査票の回答者の保有資格をみると、「介護福祉士」が 67.6%で最も多く、次いで「看護師」が 13.0%の順が多い。

図表 3-20 保有資格(複数回答)

		回答者数	割合
全体		386	100.0%
保有資格	医師	0	0.0%
	歯科医師	0	0.0%
	薬剤師	2	0.5%
	保健師	5	1.3%
	助産師	1	0.3%
	看護師	50	13.0%
	准看護師	16	4.1%
	理学療法士	0	0.0%
	作業療法士	0	0.0%
	言語聴覚士	0	0.0%
	あん摩マッサージ指圧師・はり師・きゅう師	3	0.8%
	柔道整復師	3	0.8%
	栄養士・管理栄養士	6	1.6%
	公認心理士・臨床心理士	0	0.0%
	社会福祉士	67	17.4%
	介護福祉士	261	67.6%
	精神保健福祉士	5	1.3%
いずれにも当てはまらない		24	6.2%

② 介護支援専門員としての経験年数

介護支援専門員としての経験年数をみると、「10年以上」が54.9%であり、これに「5～10年未満」を加えると、83.7%にのぼる。

図表 3-21 介護支援専門員としての経験年数

		回答者数	割合
全体		386	100.0%
審査会委員としての 経験年数	1年未満	8	2.1%
	1～2年未満	10	2.6%
	2～3年未満	10	2.6%
	3～5年未満	32	8.3%
	5～10年未満	111	28.8%
	10年以上	212	54.9%
無回答		3	0.8%

③ 年間の平均的なケアプランの新規作成件数

年間の平均的なケアプランの新規作成件数をみると、「10件以上」が35.5%であり、これに「7～10件未満」を加えると、60.1%にのぼる。

図表 3-22 年間の平均的なケアプランの新規作成件数

		回答者数	割合
全体		386	100.0%
年間の平均的な ケアプランの 新規作成件数	1件未満	11	2.8%
	1～2件未満	15	3.9%
	2～4件未満	37	9.6%
	4～7件未満	81	21.0%
	7～10件未満	95	24.6%
	10件以上	137	35.5%
無回答		10	2.6%

④ 月間の平均的なケアプランの変更件数

月間の平均的なケアプランの変更件数をみると、「2～4 件未満」が 36.0%で最も多く、次いで「1～2 件未満」23.3%が多い。

図表 3-23 月間の平均的なケアプランの変更件数

		回答者数	割合
全体		386	100.0%
月間の平均的な ケアプランの変更件数	1 件未満	44	11.4%
	1～2件未満	90	23.3%
	2～4件未満	139	36.0%
	4～7件未満	73	18.9%
	7～10件未満	16	4.1%
	10件以上	14	3.6%
無回答		10	2.6%

⑤ 月間の平均的なケアプランの更新件数

月間の平均的なケアプランの(変更の伴わない)更新件数をみると、「2～4 件未満」が 51.8%で最も多く、次いで「1～2 件未満」21.2%が多い。

図表 3-24 月間の平均的なケアプランの更新件数

		回答者数	割合
全体		386	100.0%
月間の平均的な ケアプランの (変更を伴わない) 更新件数	1 件未満	24	6.2%
	1～2件未満	82	21.2%
	2～4件未満	200	51.8%
	4～7件未満	41	10.6%
	7～10件未満	15	3.9%
	10件以上	13	3.4%
無回答		11	2.8%

(2) ケアプランの作成や変更を行う際の主治医意見書の活用状況

① 活用頻度

ケアプランの作成や変更を行う際の、介護支援専門員の主治医意見書の活用状況をみると、「必ず活用している」との回答は52.3%、「半数以上のケースについて活用している」との回答が20.5%である。

図表 3-25 介護支援専門員による主治医意見書の活用頻度

		回答者数	割合
全体		386	100.0%
活用頻度	必ず活用している	202	52.3%
	半数以上のケースについて活用している	79	20.5%
	活用しているケースは半数に満たない	31	8.0%
	ほとんど活用していない	12	3.1%
無回答		62	16.1%

② 主治医意見書を活用することが多いケース

介護支援専門員が、主治医意見書を活用することが多いケースをみると、「初めてケアプランを作成するケース」が78.5%で最も多く、第2位の「何らかの医療的処置がなされているケース」11.7%を大きく上回る。

図表 3-26 介護支援専門員が主治医意見書を活用することが多いケース

		回答者数		割合	
		最上位として挙げた回答数	上位3位までに挙げた回答数	最上位として挙げた回答数	上位3位までに挙げた回答数
全体		386		100.0%	
ケース	初めてケアプランを作成するケース	303	357	78.5%	92.5%
	障害認定を受けていた者が介護認定審査を受けるケース	0	18	0.0%	4.7%
	身体的な自立度は高いが、認知症を有するケース	9	166	2.3%	43.0%
	前回の要介護度よりも軽くなったケース	0	55	0.0%	14.2%
	何らかの医療的処置がなされているケース	45	304	11.7%	78.8%
	体の状態の日内変動が大きい傷病を有するケース	6	158	1.6%	40.9%
	その他のケース	10	45	2.6%	11.7%
無回答		13	55	3.4%	14.2%

(3) ケアプランの作成・変更における主治医意見書各項目の判断材料としての重要度

申請者のケース別×主治医意見書の項目別に、介護支援専門員がケアプランを作成・変更する際の判断材料として「非常に重要」と回答した割合をみると、すべてのケースの合計では、割合が大きい方から、「1(1)診断名」70.2%、「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」58.1%、「1(3)投薬内容を含む治療内容」55.8%の順となっている。

一方、割合が小さい方から見ると、「4(1)移動」22.0%、「4(2)栄養・食生活」22.7%、「申請者欄(3)他科受診の有無」24.7%、の順となっている。

認定審査会委員の回答傾向とおおむね類似しているが、「非常に重要」との回答割合が、認定審査会委員よりも広い項目に分散する傾向がみられる。

図表 3-27 主治医意見書の項目別 介護支援専門員がケアプランの作成・変更にあたっての判断材料として「非常に重要」と回答した割合

「非常に重要」との回答割合	申請者のケース							全回答
	初めてケアプランを作成	障害認定を受けていた者が介護保険に移行	身体的な自立度は高いが、認知症を有する	前回の要介護度よりも軽くなった	何らかの医療的処置がなされている	体の状態の日内変動が大きい傷病を有する	その他	
「ケアプラン作成・変更時に主治医意見書を活用することが多いケース（上位3位以内）」との回答数 (n=386)	(n=357)	(n=18)	(n=166)	(n=55)	(n=304)	(n=158)	(n=45)	(n=1103)
申請者欄(3) 他科受診の有無	23.8%	44.4%	22.9%	16.4%	26.3%	27.8%	17.8%	24.7%
1(1) 診断名	75.1%	72.2%	63.9%	40.0%	74.0%	71.5%	60.0%	70.2%
1(2) 症状としての安定性	44.5%	66.7%	40.4%	38.2%	56.3%	63.3%	35.6%	49.5%
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	62.2%	61.1%	47.0%	49.1%	59.5%	62.0%	53.3%	58.1%
1(3) 特定疾病の経過	51.5%	61.1%	34.3%	43.6%	55.9%	58.2%	48.9%	50.8%
1(3) 投薬内容を含む治療内容	52.7%	72.2%	53.6%	41.8%	60.9%	62.0%	42.2%	55.8%
2 特別な医療	46.8%	66.7%	32.5%	34.5%	59.5%	55.7%	35.6%	48.7%
3(1) 日常生活の自立度等について	30.3%	44.4%	38.6%	45.5%	25.7%	28.5%	22.2%	30.6%
3(2) 認知症の中核症状	40.1%	38.9%	62.7%	45.5%	27.3%	27.8%	20.0%	37.6%
3(3) 認知症の行動・心理症状	38.7%	44.4%	65.1%	47.3%	26.0%	25.9%	20.0%	37.1%
3(4) その他の精神・神経症状	37.3%	66.7%	59.0%	43.6%	28.9%	31.0%	20.0%	37.4%
3(5) 身体の状態	39.8%	61.1%	27.1%	47.3%	35.2%	48.1%	35.6%	38.3%
4(1) 移動	21.6%	38.9%	18.1%	36.4%	17.8%	29.1%	20.0%	22.0%
4(2) 栄養・食生活	19.9%	27.8%	22.3%	23.6%	25.3%	25.3%	15.6%	22.7%
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	41.2%	44.4%	41.0%	41.8%	49.7%	52.5%	37.8%	45.1%
4(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し	24.6%	38.9%	30.7%	36.4%	25.7%	32.9%	24.4%	27.8%
4(5) 医学的管理の必要性	46.8%	55.6%	34.9%	36.4%	62.5%	60.1%	51.1%	51.0%
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	51.5%	66.7%	42.8%	45.5%	60.2%	59.5%	53.3%	53.8%
4(7) 感染症の有無	49.3%	50.0%	37.3%	38.2%	45.7%	43.7%	40.0%	44.8%
5 特記すべき事項	51.3%	50.0%	47.0%	49.1%	52.0%	55.1%	51.1%	51.2%

※各回答者につき最大3種類のケースについて回答を求めているため、「全回答」欄の回答数は、回答者数よりも多くなる。

図表 3-28 主治医意見書の項目別 介護支援専門員がケアプランの作成・変更にあたっての判断材料として「非常に重要」もしくは「重要」と回答した割合

「非常に重要」「重要」との回答割合	申請者のケース							全回答
	初めてケアプランを作成	障害認定を受けていた者が介護保険に移行	身体的な自立度は高いが、認知症を有する	前回の要介護度よりも軽くなった	何らかの医療的処置がなされている	体の状態の日内変動が大きい傷病を有する	その他	
「ケアプラン作成・変更時に主治医意見書を活用することが多いケース（上位3位以内）」との回答数 (n=386)	(n=357)	(n=18)	(n=166)	(n=55)	(n=304)	(n=158)	(n=45)	(n=1103)
申請者欄(3) 他科受診の有無	72.5%	83.3%	69.9%	67.3%	75.0%	77.2%	53.3%	72.6%
1(1) 診断名	97.5%	94.4%	94.0%	81.8%	95.7%	97.5%	95.6%	95.6%
1(2) 症状としての安定性	91.3%	94.4%	90.4%	83.6%	94.7%	96.8%	84.4%	92.3%
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	95.5%	94.4%	89.2%	96.4%	96.1%	94.9%	91.1%	94.5%
1(3) 特定疾病の経過	93.3%	94.4%	86.7%	92.7%	93.4%	94.9%	93.3%	92.6%
1(3) 投薬内容を含む治療内容	92.7%	94.4%	90.4%	90.9%	93.8%	94.9%	93.3%	92.9%
2 特別な医療	91.0%	88.9%	76.5%	83.6%	92.4%	89.9%	84.4%	88.4%
3(1) 日常生活の自立度等について	75.6%	83.3%	75.9%	81.8%	68.1%	71.5%	62.2%	72.9%
3(2) 認知症の中核症状	86.8%	88.9%	92.8%	85.5%	77.0%	82.3%	71.1%	83.7%
3(3) 認知症の行動・心理症状	88.0%	88.9%	93.4%	87.3%	75.7%	83.5%	73.3%	84.1%
3(4) その他の精神・神経症状	86.6%	88.9%	91.0%	87.3%	78.6%	82.9%	71.1%	84.0%
3(5) 身体の状態	87.1%	83.3%	79.5%	85.5%	83.6%	88.0%	84.4%	84.9%
4(1) 移動	69.7%	77.8%	71.1%	78.2%	65.1%	70.9%	62.2%	69.1%
4(2) 栄養・食生活	77.3%	72.2%	77.1%	65.5%	78.9%	75.9%	60.0%	76.2%
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	88.0%	83.3%	84.3%	89.1%	89.5%	91.8%	93.3%	88.6%
4(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し	72.5%	77.8%	77.7%	76.4%	74.7%	79.1%	75.6%	75.2%
4(5) 医学的管理の必要性	91.0%	77.8%	81.9%	83.6%	93.1%	93.0%	86.7%	89.8%
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	90.8%	77.8%	84.9%	90.9%	92.8%	93.0%	91.1%	90.6%
4(7) 感染症の有無	89.4%	72.2%	80.7%	78.2%	86.8%	88.6%	86.7%	86.3%
5 特記すべき事項	91.3%	83.3%	86.1%	89.1%	90.8%	90.5%	91.1%	90.0%

※各回答者につき最大3種類のケースについて回答を求めているため、「全回答」欄の回答数は、回答者数よりも多くなる。

(4) 「4(5)医学的管理の必要性」欄のケアプランへの反映

主治医意見書中、「4(5)医学的管理の必要性」欄の各介護保険サービスについて、チェックや下線の有無に応じて、介護支援専門員がケアプランにどのように反映させているかをみると、「下線が引かれている場合」「下線は引かれていないが、チェックがある場合」のいずれについても、「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」という対応が最も多い(それぞれ54.1%、74.9%)。

逆に、「下線が引かれていない」介護保険サービスについての対応をみると、「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」との回答が、71.8%にのぼる。

介護支援専門員の多くは、「4(5)医学的管理の必要性」欄の各介護保険サービスについて、下線による強調やチェックの有無を判断材料としつつも、介護支援専門員自身の判断によって、ケアプランへの組み込みの提案に反映させるか否かを決めているものと考えられる。

図表 3-29 「4(5)医学的管理の必要性」欄に下線が引かれている場合の介護支援専門員の対応

		回答者数	割合
全体		386	100.0%
下線が引かれている場合の対応	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	61	15.8%
	「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	209	54.1%
	「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	12	3.1%
「医学的管理の必要性」欄に下線が引かれた主治医意見書を受け取ることがほとんどない		82	21.2%
無回答		22	5.7%

図表 3-30 「4(5)医学的管理の必要性」欄に下線は引かれていないが、チェックがある場合の介護支援専門員の対応

		回答者数	割合
全体		386	100.0%
下線が引かれていない場合の対応	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	41	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	289	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	29	7.5%
「医学的管理の必要性」欄に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		6	1.6%
無回答		21	5.4%

図表 3-31 「4(5)医学的管理の必要性」欄にチェックがない場合の介護支援専門員の対応

		回答者数	割合
全体		386	100.0%
チェックがない場合の対応	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	277	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	73	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	2	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		13	3.4%
無回答		21	5.4%

(5) 記載が活用しにくいと感じる主治医意見書の項目

介護支援専門員からみて、「記載が活用しにくいと感じる」主治医意見書の項目は、回答割合が大きい方から、「5.特記すべき事項」26.7%、「3(1)日常生活の自立度等について」22.5%、「3(2)認知症の中核症状」21.5%の順である。

その背景としては、「5.特記すべき事項」については「空欄になっているなど、記載の不備が多い」が最も多く、「3(1)日常生活の自立度等について」および「3(2)認知症の中核症状」については「ケアプラン作成時には状態が変わっているなど、現在の状態が把握できない」が最も多い。

図表 3-32 介護支援専門員からみて記載が活用しにくいと感じる主治医意見書の項目

	「ケアプラン作成・変更の判断材料とするにあたり、記載が活用しにくいと感じることが多い」との回答		記載が活用しにくいと感じる理由（回答割合）					
	回答数	割合	記載内容が具体的でない	必要な情報とは異なる視点の記載がされている	医療職以外には記載内容が理解しにくい	空欄になっているなど、記載の不備が多い	ケアプラン作成時には状態が変わっているなど、現在の状態が把握できない	その他
回収数	386	100.0%						
申請者欄(3) 他科受診の有無	64	16.6%	21.9%	3.1%	0.0%	60.9%	12.5%	6.3%
1(1) 診断名	38	9.8%	13.2%	21.1%	7.9%	23.7%	7.9%	21.1%
1(2) 症状としての安定性	48	12.4%	41.7%	10.4%	8.3%	20.8%	31.3%	2.1%
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	64	16.6%	43.8%	12.5%	20.3%	34.4%	6.3%	4.7%
1(3) 特定疾病の経過	34	8.8%	17.6%	5.9%	26.5%	41.2%	2.9%	5.9%
1(3) 投薬内容を含む治療内容	78	20.2%	26.9%	6.4%	17.9%	55.1%	5.1%	3.8%
2 特別な医療	19	4.9%				26.3%	57.9%	21.1%
3(1) 日常生活の自立度等について	87	22.5%				3.4%	66.7%	13.8%
3(2) 認知症の中核症状	83	21.5%	24.1%	21.7%	2.4%	14.5%	31.3%	6.0%
3(3) 認知症の行動・心理症状	80	20.7%	22.5%	16.3%	2.5%	18.8%	33.8%	5.0%
3(4) その他の精神・神経症状	65	16.8%	24.6%	12.3%	3.1%	33.8%	20.0%	3.1%
3(5) 身体の状態	74	19.2%	17.6%	4.1%	1.4%	59.5%	18.9%	5.4%
4(1) 移動	69	17.9%	17.4%	14.5%	0.0%	5.8%	46.4%	11.6%
4(2) 栄養・食生活	68	17.6%	42.6%	8.8%	0.0%	19.1%	26.5%	5.9%
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	47	12.2%	36.2%	14.9%	4.3%	44.7%	8.5%	0.0%
4(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し	46	11.9%				39.1%	26.1%	13.0%
4(5) 医学的管理の必要性	67	17.4%	20.9%	23.9%	7.5%	26.9%	10.4%	9.0%
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	38	9.8%	50.0%	2.6%	2.6%	28.9%	15.8%	2.6%
4(7) 感染症の有無	48	12.4%	12.5%	0.0%	2.1%	79.2%	6.3%	2.1%
5 特記すべき事項	103	26.7%	20.4%	9.7%	6.8%	67.0%	4.9%	7.8%

5. 主治医意見書作成医師調査票(d 調査)の集計結果

(1) 回答者の属性

① 所属医療機関の種別・病床規模

医療機関種別をみると、「無床診療所」が 48.2%、「有床診療所」が 4.3%、「病院」が 47.3%(= 199/421)である。

また、1 ヶ月の平均的な主治医意見書の作成回数をみると、所属医療機関の種別・病床規模によらず「3-10 回未満程度」が最も多く、37.9%(有床診療所)～56.5%(病院(400 床以上))の割合を占めている。

図表 3-33 所属医療機関の種別・病床規模

◆回答者数

		全体		1ヶ月の平均的な主治医意見書の作成回数				無回答
		回答者数	割合	0-1回未満程度	1-3回未満程度	3-10回未満程度	10回程度以上	
全体		421	100.0%	77	92	188	52	12
医療機関種別・ 病床規模	無床診療所	203	48.2%	54	50	77	16	6
	有床診療所	18	4.3%	6	1	7	1	3
	病院(20-99床)	62	14.7%	4	9	31	18	0
	病院(100-199床)	68	16.2%	5	18	36	9	0
	病院(200-399床)	46	10.9%	7	10	24	5	0
	病院(400床以上)	23	5.5%	1	4	13	3	2
無回答		1	0.2%	0	0	0	0	1

◆1ヶ月の平均的な主治医意見書の作成回数別の割合

		回答者数 (再掲)	全体	1ヶ月の平均的な主治医意見書の作成回数				無回答
				0-1回未満程度	1-3回未満程度	3-10回未満程度	10回程度以上	
全体		421	100.0%	18.3%	21.9%	44.7%	12.4%	2.9%
医療機関種別・ 病床規模	無床診療所	203	100.0%	26.6%	24.6%	37.9%	7.9%	3.0%
	有床診療所	18	100.0%	33.3%	5.6%	38.9%	5.6%	16.7%
	病院(20-99床)	62	100.0%	6.5%	14.5%	50.0%	29.0%	0.0%
	病院(100-199床)	68	100.0%	7.4%	26.5%	52.9%	13.2%	0.0%
	病院(200-399床)	46	100.0%	15.2%	21.7%	52.2%	10.9%	0.0%
	病院(400床以上)	23	100.0%	4.3%	17.4%	56.5%	13.0%	8.7%
無回答		1	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%

② 所属医療機関の設置主体

設置主体をみると、「医療法人」が47.3%で最も多く、次いで「個人」(26.8%)が多い。

図表 3-34 所属医療機関の設置主体

◆回答者数

		全体		1ヶ月の平均的な主治医意見書の作成回数				無回答
		回答者数	割合	0-1回未満程度	1-3回未満程度	3-10回未満程度	10回程度以上	
全体		421	100.0%	77	92	188	52	12
所属医療機関の設置主体	国立	12	2.9%	2	2	6	1	1
	公立	43	10.2%	7	7	18	9	2
	公的	14	3.3%	0	3	8	3	0
	社会保険関係	1	0.2%	0	0	1	0	0
	医療法人	199	47.3%	27	41	95	34	2
	その他の法人	35	8.3%	3	9	20	3	0
	個人	113	26.8%	37	30	39	2	5
無回答		4	1.0%	1	0	1	0	2

◆1ヶ月の平均的な主治医意見書の作成回数別の割合

		回答者数(再掲)	全体	1ヶ月の平均的な主治医意見書の作成回数				無回答
				0-1回未満程度	1-3回未満程度	3-10回未満程度	10回程度以上	
全体		421	100.0%	18.3%	21.9%	44.7%	12.4%	2.9%
所属医療機関の設置主体	国立	12	100.0%	16.7%	16.7%	50.0%	8.3%	8.3%
	公立	43	100.0%	16.3%	16.3%	41.9%	20.9%	4.7%
	公的	14	100.0%	0.0%	21.4%	57.1%	21.4%	0.0%
	社会保険関係	1	100.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%
	医療法人	199	100.0%	13.6%	20.6%	47.7%	17.1%	1.0%
	その他の法人	35	100.0%	8.6%	25.7%	57.1%	8.6%	0.0%
	個人	113	100.0%	32.7%	26.5%	34.5%	1.8%	4.4%
無回答		4	100.0%	25.0%	0.0%	25.0%	0.0%	50.0%

③ 主たる診療科

主たる診療科をみると、「内科」が47.7%で最も多い。次いで多い「精神科」は6.9%である。

図表 3-35 主たる診療科

		回答者数	割合
全体		421	100.0%
主たる診療科	内科	201	47.7%
	精神科	29	6.9%
	整形外科	28	6.7%
	外科	25	5.9%
	脳神経外科	17	4.0%
	循環器内科	14	3.3%
	消化器内科(胃腸内科)	13	3.1%
	神経内科	13	3.1%
	眼科	12	2.9%
	総合診療科	10	2.4%
	泌尿器科	9	2.1%
	呼吸器内科	7	1.7%
	リハビリテーション科	7	1.7%
	耳鼻いんこう科	6	1.4%
皮膚科	5	1.2%	
上記以外の診療科	23	5.5%	
無回答		2	0.5%

④ 臨床経験年数

臨床経験年数をみると、回答の63.9%を、「30年以上」が占める。

図表 3-36 臨床経験年数

◆回答者数

	全体		1ヶ月の平均的な主治医意見書の作成回数				無回答	
	回答者数	割合	0-1回未満程度	1-3回未満程度	3-10回未満程度	10回程度以上		
全体	421	100.0%	77	92	188	52	12	
臨床経験年数	5年未満	2	0.5%	1	0	1	0	0
	5-10年未満	5	1.2%	3	1	1	0	0
	10-15年未満	19	4.5%	4	5	8	1	1
	15-20年未満	32	7.6%	5	6	17	4	0
	20-30年未満	85	20.2%	13	14	40	17	1
30年以上	269	63.9%	49	63	119	30	8	
無回答	9	2.1%	2	3	2	0	2	

◆1ヶ月の平均的な主治医意見書の作成回数別の割合

	回答者数(再掲)	全体	1ヶ月の平均的な主治医意見書の作成回数				無回答	
			0-1回未満程度	1-3回未満程度	3-10回未満程度	10回程度以上		
全体	421	100.0%	18.3%	21.9%	44.7%	12.4%	2.9%	
臨床経験年数	5年未満	2	100.0%	50.0%	0.0%	50.0%	0.0%	0.0%
	5-10年未満	5	100.0%	60.0%	20.0%	20.0%	0.0%	0.0%
	10-15年未満	19	100.0%	21.1%	26.3%	42.1%	5.3%	5.3%
	15-20年未満	32	100.0%	15.6%	18.8%	53.1%	12.5%	0.0%
	20-30年未満	85	100.0%	15.3%	16.5%	47.1%	20.0%	1.2%
30年以上	269	100.0%	18.2%	23.4%	44.2%	11.2%	3.0%	
無回答	9	100.0%	22.2%	33.3%	22.2%	0.0%	22.2%	

⑤ 診療頻度が最も高い領域

診療頻度が最も高い領域をみると、「外来医療」が 58.7%で最も多く、次いで多いのが、「急性期の入院医療(精神科除く)」(15.9%)である。

1ヶ月の平均的な主治医意見書の作成回数を診療頻度が最も高い領域域別にみると、「高度急性期の入院医療(精神科除く)」では「1-3 回未満程度」が 50.0%で最も多かったのに対し、それ以外では「3-10 回未満程度」が最も多く 33.3%(その他)～53.5%(慢性期の入院医療(精神科除く))の割合を占める。

図表 3-37 診療頻度が最も高い領域

◆回答者数

		全体		1ヶ月の平均的な主治医意見書の作成回数				無回答
		回答者数	割合	0-1回未満程度	1-3回未満程度	3-10回未満程度	10回程度以上	
全体		421	100.0%	77	92	188	52	12
診療頻度が最も高い領域	高度急性期の入院医療(精神科除く)	6	1.4%	1	3	1	1	0
	急性期の入院医療(精神科除く)	67	15.9%	9	10	35	12	1
	回復期の入院医療(精神科除く)	27	6.4%	0	5	14	8	0
	慢性期の入院医療(精神科除く)	43	10.2%	4	12	23	4	0
	精神科の入院医療	15	3.6%	1	5	7	2	0
	外来医療	247	58.7%	61	55	101	23	7
	在宅医療	11	2.6%	0	2	6	2	1
その他	3	0.7%	1	0	1	0	1	
無回答		2	0.5%	0	0	0	0	2

◆1ヶ月の平均的な主治医意見書の作成回数別の割合

		回答者数(再掲)	全体	1ヶ月の平均的な主治医意見書の作成回数				無回答
				0-1回未満程度	1-3回未満程度	3-10回未満程度	10回程度以上	
全体		421	100.0%	18.3%	21.9%	44.7%	12.4%	2.9%
診療頻度が最も高い領域	高度急性期の入院医療(精神科除く)	6	100.0%	16.7%	50.0%	16.7%	16.7%	0.0%
	急性期の入院医療(精神科除く)	67	100.0%	13.4%	14.9%	52.2%	17.9%	1.5%
	回復期の入院医療(精神科除く)	27	100.0%	0.0%	18.5%	51.9%	29.6%	0.0%
	慢性期の入院医療(精神科除く)	43	100.0%	9.3%	27.9%	53.5%	9.3%	0.0%
	精神科の入院医療	15	100.0%	6.7%	33.3%	46.7%	13.3%	0.0%
	外来医療	247	100.0%	24.7%	22.3%	40.9%	9.3%	2.8%
	在宅医療	11	100.0%	0.0%	18.2%	54.5%	18.2%	9.1%
その他	3	100.0%	33.3%	0.0%	33.3%	0.0%	33.3%	
無回答		2	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%

⑥ 認定審査会委員の経験

認定審査会委員の経験をみると、「介護認定審査会の経験はない」が 53.2%で最も多く、次いで「合議体長を務めている、または務めていたことがある」が 27.8%の順が多い。

次に、1ヶ月の平均的な主治医意見書の作成回数を認定審査会委員の経験別にみると、認定審査会委員の経験によらず「3-10 回未満程度」が最も多く 42.9%（介護認定審査委員の経験はない）～50.7%（合議体長の経験はないが、認定審査会委員を務めている、または務めていたことがある）の割合を占める。

図表 3-38 認定審査会委員の経験

◆回答者数

		全体		1ヶ月の平均的な主治医意見書の作成回数				無回答
		回答者数	割合	0-1回未満程度	1-3回未満程度	3-10回未満程度	10回程度以上	
全体		421	100.0%	77	92	188	52	12
介護認定審査会委員の経験	合議体長を務めている、または務めていたことがある	117	27.8%	16	21	57	23	0
	合議体長の経験はないが、介護認定審査会委員を務めている、または務めていたことがある	67	15.9%	15	14	34	4	0
	介護認定審査会委員の経験はない	224	53.2%	46	56	96	25	1
無回答		13	3.1%	0	1	1	0	11

◆1ヶ月の平均的な主治医意見書の作成回数別の割合

		回答者数(再掲)	全体	1ヶ月の平均的な主治医意見書の作成回数				無回答
				0-1回未満程度	1-3回未満程度	3-10回未満程度	10回程度以上	
全体		421	100.0%	18.3%	21.9%	44.7%	12.4%	2.9%
介護認定審査会委員の経験	合議体長を務めている、または務めていたことがある	117	100.0%	13.7%	17.9%	48.7%	19.7%	0.0%
	合議体長の経験はないが、介護認定審査会委員を務めている、または務めていたことがある	67	100.0%	22.4%	20.9%	50.7%	6.0%	0.0%
	介護認定審査会委員の経験はない	224	100.0%	20.5%	25.0%	42.9%	11.2%	0.4%
無回答		13	100.0%	0.0%	7.7%	7.7%	0.0%	84.6%

⑦ 介護保険施設・事業所での勤務の有無

介護保険施設・事務所での勤務の有無をみると、「介護保険施設や介護サービス事務所での勤務を行うことはない」が65.3%で最も多く、次いで「介護保険施設の管理者、配置医または嘱託医としての勤務を行うことがある」(22.3%)が多い。

次に、1ヶ月の平均的な主治医意見書の作成回数を認定審査会委員の勤務の有無にみると、認定審査会委員の勤務の有無によらず「3-10回未満程度」が最も多く40.0%(介護保険施設や介護サービス事業所での勤務を行うことはない)～63.6%(介護保険施設以外の介護サービス事業所の管理者、配置医または嘱託医としての勤務を行うことがある)の割合を占める。

図表 3-39 介護保険施設・事業所での勤務の有無

◆回答者数

		全体		1ヶ月の平均的な主治医意見書の作成回数				無回答
		回答者数	割合	0-1回未満程度	1-3回未満程度	3-10回未満程度	10回程度以上	
全体		421	100.0%	77	92	188	52	12
介護保険施設・事業所での勤務の有無	介護保険施設の管理者、配置医または嘱託医としての勤務を行うことがある	94	22.3%	3	17	56	18	0
	介護保険施設以外の介護サービス事業所の管理者、配置医または嘱託医としての勤務を行うことがある	44	10.5%	3	2	28	11	0
	介護保険施設や介護サービス事業所での勤務を行うことはない	275	65.3%	69	72	110	23	1
無回答		21	5.0%	2	2	4	2	11

◆1ヶ月の平均的な主治医意見書の作成回数別の割合

		回答者数(再掲)	全体	1ヶ月の平均的な主治医意見書の作成回数				無回答
				0-1回未満程度	1-3回未満程度	3-10回未満程度	10回程度以上	
全体		421	100.0%	18.3%	21.9%	44.7%	12.4%	2.9%
介護保険施設・事業所での勤務の有無	介護保険施設の管理者、配置医または嘱託医としての勤務を行うことがある	94	100.0%	3.2%	18.1%	59.6%	19.1%	0.0%
	介護保険施設以外の介護サービス事業所の管理者、配置医または嘱託医としての勤務を行うことがある	44	100.0%	6.8%	4.5%	63.6%	25.0%	0.0%
	介護保険施設や介護サービス事業所での勤務を行うことはない	275	100.0%	25.1%	26.2%	40.0%	8.4%	0.4%
無回答		21	100.0%	9.5%	9.5%	19.0%	9.5%	52.4%

(2) 主治医意見書を作成する患者の属性

① 過去に診察したことがない患者が占める割合

主治医意見書を作成した患者のうち、過去に診察したことがない患者が占める割合をみると、「作成することはない」が64.1%で最も多く、次いで「1割程度未満」が24.7%である。

次に、1ヶ月の平均的な主治医意見書の作成回数をみると、過去に診察したことがない患者が占める割合によらず、「3-10回未満程度」との回答が最も多い。

図表 3-40 主治医意見書の作成中、過去に診察したことがない患者が占める割合

◆回答者数

	全体		1ヶ月の平均的な主治医意見書の作成回数				無回答	
	回答者数	割合	0-1回未満程度	1-3回未満程度	3-10回未満程度	10回程度以上		
全体	421	100.0%	77	92	188	52	12	
主治医意見書を作成した患者のうち、過去に診察したことがない患者の割合	作成することはない	270	64.1%	63	70	109	27	1
	1割程度未満	104	24.7%	12	14	57	21	0
	1-2割程度未満	25	5.9%	1	5	17	2	0
	2-3割程度未満	6	1.4%	0	2	3	1	0
	3-5割程度未満	3	0.7%	0	1	1	1	0
5割程度以上	1	0.2%	0	0	1	0	0	
無回答	12	2.9%	1	0	0	0	11	

◆1ヶ月の平均的な主治医意見書の作成回数別の割合

	回答者数(再掲)	全体	1ヶ月の平均的な主治医意見書の作成回数				無回答	
			0-1回未満程度	1-3回未満程度	3-10回未満程度	10回程度以上		
全体	421	100.0%	18.3%	21.9%	44.7%	12.4%	2.9%	
主治医意見書を作成した患者のうち、過去に診察したことがない患者の割合	作成することはない	270	100.0%	23.3%	25.9%	40.4%	10.0%	0.4%
	1割程度未満	104	100.0%	11.5%	13.5%	54.8%	20.2%	0.0%
	1-2割程度未満	25	100.0%	4.0%	20.0%	68.0%	8.0%	0.0%
	2-3割程度未満	6	100.0%	0.0%	33.3%	50.0%	16.7%	0.0%
	3-5割程度未満	3	100.0%	0.0%	33.3%	33.3%	33.3%	0.0%
5割程度以上	1	100.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	
無回答	12	100.0%	8.3%	0.0%	0.0%	0.0%	91.7%	

② 過去に診察したことはあるが、日常的には診察していない患者が占める割合

主治医意見書を作成した患者のうち、過去に診察したことはあるが、日常的には診察していない患者が占める割合をみると、「1割程度未満」41.3%で最も多く、次いで「作成することはない」(32.5%)が多い。

次に、1ヶ月の平均的な主治医意見書の作成回数をみると、日常的には診察していない患者が占める割合が「5割程度以上」の区分以外については、「3-10回未満程度」との回答が最も多い。

図表 3-41 主治医意見書の作成中、過去に診察したことはあるが、日常的には診察していない患者が占める割合

◆回答者数

	全体		1ヶ月の平均的な主治医意見書の作成回数				無回答	
	回答者数	割合	0-1回未満程度	1-3回未満程度	3-10回未満程度	10回程度以上		
全体	421	100.0%	77	92	188	52	12	
主治医意見書を作成した患者のうち、過去に診察したことはあるが、日常的には診察していない患者の割合	作成することはない	137	32.5%	43	27	56	10	1
	1割程度未満	174	41.3%	22	41	85	26	0
	1-2割程度未満	54	12.8%	7	14	24	9	0
	2-3割程度未満	28	6.7%	1	5	16	6	0
	3-5割程度未満	8	1.9%	0	3	5	0	0
5割程度以上	6	1.4%	3	1	1	1	0	
無回答	14	3.3%	1	1	1	0	11	

◆1ヶ月の平均的な主治医意見書の作成回数別の割合

	回答者数(再掲)	全体	1ヶ月の平均的な主治医意見書の作成回数				無回答
			0-1回未満程度	1-3回未満程度	3-10回未満程度	10回程度以上	
全体	421	100.0%	18.3%	21.9%	44.7%	12.4%	2.9%
主治医意見書を作成した患者のうち、過去に診察したことはあるが、日常的には診察していない患者の割合	作成することはない	137	31.4%	19.7%	40.9%	7.3%	0.7%
	1割程度未満	174	12.6%	23.6%	48.9%	14.9%	0.0%
	1-2割程度未満	54	13.0%	25.9%	44.4%	16.7%	0.0%
	2-3割程度未満	28	3.6%	17.9%	57.1%	21.4%	0.0%
	3-5割程度未満	8	0.0%	37.5%	62.5%	0.0%	0.0%
5割程度以上	6	50.0%	16.7%	16.7%	16.7%	0.0%	
無回答	14	100.0%	7.1%	7.1%	7.1%	0.0%	78.6%

(3) 主治医意見書を作成する際の意識

主治医意見書を作成する際の意識の内容をみると、「介護認定審査会での判断材料を提供する」については「強く意識している」との回答が 44.9%である一方、「ケアマネジャーに対しケアプラン作成のための参考となる材料を提供する」「医療職以外の職種等も読み手となることを想定した平易な表現を用いる」については、それぞれ 24.7%と 23.3%である。

図表 3-42 主治医意見書を作成する際の意識

◆回答者数

		全体	意識の度合い			無回答
			強く意識している	ある程度意識している	ほとんど意識していない	
意識の内容	介護認定審査会での判断材料を提供する	421	189	186	29	17
	ケアマネジャーに対しケアプラン作成のための参考となる材料を提供する	421	104	238	61	18
	医療職以外の職種等も読み手となることを想定した平易な表現を用いる	421	98	258	47	18

◆割合

		全体	意識の度合い			無回答
			強く意識している	ある程度意識している	ほとんど意識していない	
意識の内容	介護認定審査会での判断材料を提供する	100.0%	44.9%	44.2%	6.9%	4.0%
	ケアマネジャーに対しケアプラン作成のための参考となる材料を提供する	100.0%	24.7%	56.5%	14.5%	4.3%
	医療職以外の職種等も読み手となることを想定した平易な表現を用いる	100.0%	23.3%	61.3%	11.2%	4.3%

(4) 前医が作成した主治医意見書の取り寄せ

① 前医が作成した主治医意見書の取り寄せの状況

前医が作成した主治医意見書の取り寄せの状況をみると、「可能な限り必ず取り寄せている」が14.5%、「取り寄せる場合と、取り寄せない場合とがある」が32.8%、「取り寄せることはない」が48.9%である。

これを、1ヶ月の平均的な主治医意見書の作成回数別にみると、「0-1回未満程度」の区分では、「取り寄せることはない」の回答が66.2%と、他の区分よりも多い傾向にある。

図表 3-43 前医が作成した主治医意見書の取り寄せの状況

◆回答者数

		全体	前医からの主治医意見書取り寄せ状況			無回答
			可能な限り、必ず取り寄せている	取り寄せる場合と、取り寄せない場合とがある	取り寄せることはない	
全体		421	61	138	206	16
1ヶ月の平均的な主治医意見書の作成回数	0-1回未満程度	77	6	15	51	5
	1-3回未満程度	92	16	33	43	0
	3-10回未満程度	188	32	67	89	0
	10回程度以上	52	7	22	23	0
無回答		12	0	1	0	11

◆割合

		全体	前医からの主治医意見書取り寄せ状況			無回答
			可能な限り、必ず取り寄せている	取り寄せる場合と、取り寄せない場合とがある	取り寄せることはない	
全体		100.0%	14.5%	32.8%	48.9%	3.8%
1ヶ月の平均的な主治医意見書の作成回数	0-1回未満程度	100.0%	7.8%	19.5%	66.2%	6.5%
	1-3回未満程度	100.0%	17.4%	35.9%	46.7%	0.0%
	3-10回未満程度	100.0%	17.0%	35.6%	47.3%	0.0%
	10回程度以上	100.0%	13.5%	42.3%	44.2%	0.0%
無回答		100.0%	0.0%	8.3%	0.0%	91.7%

② 前医が作成した主治医意見書を参照する希望

前医が作成した主治医意見書を参照する希望をみると、「ぜひとも参照したい」が41.6%、「どちらかといえば参照したい」が41.8%、「参照したいとは思わない」が13.1%である。

図表 3-44 前医が作成した主治医意見書を参照する希望

◆回答者数

		全体	前医が作成した主治医意見書の参照希望			無回答
			ぜひとも参照したい	どちらかといえば参照したい	参照したいとは思わない	
全体		421	175	176	55	15
1ヶ月の平均的な主治医意見書の作成回数	0-1回未満程度	77	28	32	13	4
	1-3回未満程度	92	42	42	8	0
	3-10回未満程度	188	85	80	23	0
	10回程度以上	52	19	22	11	0
無回答		12	1	0	0	11

◆割合

		全体	前医が作成した主治医意見書の参照希望			無回答
			ぜひとも参照したい	どちらかといえば参照したい	参照したいとは思わない	
全体		100.0%	41.6%	41.8%	13.1%	3.6%
1ヶ月の平均的な主治医意見書の作成回数	0-1回未満程度	100.0%	36.4%	41.6%	16.9%	5.2%
	1-3回未満程度	100.0%	45.7%	45.7%	8.7%	0.0%
	3-10回未満程度	100.0%	45.2%	42.6%	12.2%	0.0%
	10回程度以上	100.0%	36.5%	42.3%	21.2%	0.0%
無回答		100.0%	8.3%	0.0%	0.0%	91.7%

③ 前医が作成した主治医意見書の取り寄せ手段

前医が作成した主治医意見書の取り寄せ手段をみると、「前医の医療機関から取り寄せる」との回答が69.8%を占め、最も多い。

これに対し、「保険者(市町村)から取り寄せる」「本人・家族から取り寄せる」との回答は、いずれも17.6%である。

図表 3-45 前医が作成した主治医意見書の取り寄せ手段

◆回答者数

		全体	前医の主治医意見書等の取り寄せの手段				無回答
			前医の医療機関から取り寄せる	保険者(市町村)から取り寄せる	本人・家族から取り寄せる	その他の手段	
合計		199	139	35	35	17	0
前医からの主治医意見書取り寄せ状況	可能な限り、必ず取り寄せている	61	39	13	11	9	0
	取り寄せる場合と、取り寄せない場合とがある	138	100	22	24	8	0

◆割合

		全体	前医の主治医意見書等の取り寄せの手段				無回答
			前医の医療機関から取り寄せる	保険者(市町村)から取り寄せる	本人・家族から取り寄せる	その他の手段	
合計		100.0%	69.8%	17.6%	17.6%	8.5%	0.0%
前医からの主治医意見書取り寄せ状況	可能な限り、必ず取り寄せている	100.0%	63.9%	21.3%	18.0%	14.8%	0.0%
	取り寄せる場合と、取り寄せない場合とがある	100.0%	72.5%	15.9%	17.4%	5.8%	0.0%

④ 前医の主治医意見書等の取り寄せの際の負担感

前医の主治医意見書等の取り寄せの際の負担感をみると、「特に大きな負担感はない」との回答が61.3%を占める。

図表 3-46 前医の主治医意見書等の取り寄せの際の負担感

◆回答者数

	全体	前医の主治医意見書等の取り寄せの負担感				特に大きな負担感はない	無回答	
		取り寄せについて患者の同意を得るのが大変である	取り寄せの際に、前医の医療機関から拒否されることが多い	取り寄せの際に、保険者（市町村）から拒否されることが多い	その他、負担感の大きいことがある			
合計	199	29	21	12	28	122	4	
前医からの主治医意見書取り寄せ状況	可能な限り、必ず取り寄せている	61	7	4	1	8	43	1
	取り寄せる場合と、取り寄せない場合とがある	138	22	17	11	20	79	3

◆割合

	全体	前医の主治医意見書等の取り寄せの負担感				特に大きな負担感はない	無回答	
		取り寄せについて患者の同意を得るのが大変である	取り寄せの際に、前医の医療機関から拒否されることが多い	取り寄せの際に、保険者（市町村）から拒否されることが多い	その他、負担感の大きいことがある			
合計	100.0%	14.6%	10.6%	6.0%	14.1%	61.3%	2.0%	
前医からの主治医意見書取り寄せ状況	可能な限り、必ず取り寄せている	100.0%	11.5%	6.6%	1.6%	13.1%	70.5%	1.6%
	取り寄せる場合と、取り寄せない場合とがある	100.0%	15.9%	12.3%	8.0%	14.5%	57.2%	2.2%

(5) 主治医意見書の作成にあたり、活用しているもの

① 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

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・ことをみると、「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」との回答が36.8%、「医療クラーク等、医師以外の職種が下書きをする」との回答が32.3%である。

一方、「活用しているものはない」との回答は33.3%である。

図表 3-47 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

		回答者数	割合
全体		421	100.0%
活用しているもの・こと	医療クラーク等、 医師以外の職種が下書きをする	136	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	76	18.1%
	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	155	36.8%
	主治医意見書をオンラインで提出する	2	0.5%
	その他	13	3.1%
特に活用しているものはない		140	33.3%
無回答		16	3.8%

② 主治医意見書の作成にあたり、参照している手引きやマニュアル類

主治医意見書の作成にあたり、参照している手引きやマニュアル類をみると、「厚生労働省作成「主治医意見書記入の手引き」」が63.2%で最も多く、次いで「その他の手引き書等」が2.9%、「NPO シルバー総合研究所発行「主治医意見書記載ガイドブック」」が2.1%の順が多い。

一方、「手引きやマニュアル類を参照することはない」との回答は、31.1%である。

図表 3-48 主治医意見書の作成にあたり、参照している手引きやマニュアル類

		回答者数	割合
全体		421	100.0%
参照している手 引きやマニュアル 類	厚生労働省作成 「主治医意見書記入の手引き」	266	63.2%
	NPOシルバー総合研究所発行 「主治医意見書記載ガイドブック」	9	2.1%
	その他の手引き等	12	2.9%
手引きやマニュアル類を参照することはない		131	31.1%
無回答		19	4.5%

(6) 「4(5)医学的管理の必要性」欄の記載の意図

主治医意見書の「4(5)医学的管理の必要性」について、「特に必要の高いもの」として下線を引く場合の意図をみると、「必ずケアプランに組み込まれることまでは期待していないが、相対的に必要性が高いと考えられるサービスに下線を引いている」が 18.5%に対し、「必ずケアプランに組み込まれるような期待するサービスに、下線を引いている」が9.3%である。

一方、「下線を引くことはしていない」との回答が、63.9%を占める。

図表 3-49 「特に必要の高いもの」として下線を引く場合の意図

		回答者数	割合
全体		421	100.0%
下線を引く意図	必ずケアプランに組み込まれるよう期待するサービスに、下線を引いている	39	9.3%
	必ずケアプランに組み込まれることまでは期待していないが、相対的に必要性が高いと考えられるサービスに下線を引いている	78	18.5%
下線を引くことはしていない		269	63.9%
無回答		35	8.3%

次に、主治医意見書の「4(5)医学的管理の必要性」について、下線は引かないが、チェックを行う場合の意図をみると、「必ずケアプランに組み込まれることまでは期待していないが、相対的に必要性が高いと考えられるサービスに下線を引いている」が 57.5%に対し、「必ずケアプランに組み込まれるような期待するサービスに、下線を引いている」が13.3%である。

一方、「チェックをしていない」との回答は、20.4%である。

図表 3-50 下線は引かないが、チェックを行う場合の意図

		回答者数	割合
全体		421	100.0%
チェックを行う意図	必ずケアプランに組み込まれるよう期待するサービスに、チェックを行っている	56	13.3%
	必ずケアプランに組み込まれることまでは期待していないが、相対的に必要性が高いと考えられるサービスにチェックを行っている	242	57.5%
チェックをしていない		86	20.4%
無回答		37	8.8%

最後に、主治医意見書の「4(5)医学的管理の必要性」について、チェック行わない意図をみると、「チェックのないサービスであっても、ケアマネジャーの判断や本人・家族の希望等によっては、ケアプランに組み込まれてもよいと考えている」が 70.3%に対し、「チェックのないサービスについては、ケアプランに組み込むのは適切でないと考えている」が 4.0%である。

図表 3-51 チェックを行わない場合の意図

		回答者数	割合
全体		421	100.0%
チェックを行わない意図	チェックのないサービスであっても、ケアマネジャーの判断や本人・家族の希望等によっては、ケアプランに組み込まれてもよいと考えている	296	70.3%
	チェックのないサービスについては、ケアプランに組み込むのは適切でないと考えている	17	4.0%
無回答		108	25.7%

(7) 主治医意見書の作成に関するマニュアル・手引き等で解説が充実するとよいと思うもの

主治医意見書の作成に関するマニュアル・手引き等で解説が充実するとよいと思うものをみると、多くの記載項目について、「選択肢の判断基準」を挙げる回答が最も多い。

一方、「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」や「1(3)特定疾病の経過」等については、「自由記載欄の文例」を挙げる回答が最も多い。

図表 3-52 主治医意見書の作成に関するマニュアル・手引き等で解説が充実するとよいと思うもの

	マニュアル・手引き等で解説が充実するとよいと思うもの (回答数)				マニュアル・手引き等で解説が充実するとよいと思うもの (回答割合)					
	選択肢の判断基準	自由記載欄に何を書いてほしいか	自由記載欄の文例	記載内容が何に活用されるか	その他	選択肢の判断基準	自由記載欄に何を書いてほしいか	自由記載欄の文例	記載内容が何に活用されるか	その他
			421	100%						
回収数										
申請者欄(3) 他科受診の有無		68	56	72	5		16.2%	13.3%	17.1%	1.2%
1(1) 診断名		82	48	52	4		19.5%	11.4%	12.4%	1.0%
1(2) 症状としての安定性	138	61	77	56	1		32.8%	18.3%	13.3%	0.2%
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		110	113	45	4		26.1%	26.8%	10.7%	1.0%
1(3) 特定疾病の経過		93	98	49	2		22.1%	23.3%	11.6%	0.5%
1(3) 投薬内容を含む治療内容		88	76	61	7		20.9%	18.1%	14.5%	1.7%
2 特別な医療	127			62	2		30.2%		14.7%	0.5%
3(1) 日常生活の自立度等について	156			49	3		37.1%		11.6%	0.7%
3(2) 認知症の中核症状	146			48	3		34.7%		11.4%	0.7%
3(3) 認知症の行動・心理症状	128	52	46	44	4		30.4%	12.4%	10.9%	1.0%
3(4) その他の精神・神経症状	113	60	60	42	1		26.8%	14.3%	10.0%	0.2%
3(5) 身体の状態	112	58	59	42	4		26.6%	13.8%	14.0%	1.0%
4(1) 移動	128			47	1		30.4%		11.2%	0.2%
4(2) 栄養・食生活	102	68	56	45	4		24.2%	16.2%	13.3%	1.0%
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	98	63	79	54	0		23.3%	15.0%	18.8%	0.0%
4(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し	153			61	3		36.3%		14.5%	0.7%
4(5) 医学的管理の必要性	146			58	3		34.7%		13.8%	0.7%
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	135			63	3		32.1%		15.0%	0.7%
4(7) 感染症の有無	124			72	6		29.5%		17.1%	1.4%
5 特記すべき事項	109			78	4		25.9%		18.5%	1.0%
主治医意見書の各項目										

(8) 主治医意見書の作成の負担感

① 作成負担が大きいと感じる医師が多い記載項目と負担感の内容

ここでは、「過去に何度も診察したことのある外来の患者」「過去に診察したことのない外来の患者」「過去に診察したことのない入院中の患者」のそれぞれについて、初めて主治医意見書を作成する場合の、主治医意見書の各項目の「大きな作成負担」の有無と、負担感の背景を問うた。

患者のケース間で比較すると、すべての記載項目について、「過去に診察したことのない外来の患者」について作成する場合は、他の2ケースに比べて、「作成負担が大きいと感じる」との回答割合が大きくなっている。「過去に診察したことのない外来の患者」に関してより詳細にみると、「作成負担が大きいと感じる」との回答割合が特に大きいのは、「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」、次いで「1(2)症状としての安定性」であるが、入院中の患者や過去に何度も診察したことのある患者との比較でみると、「1(1)診断名」についての「作成負担が大きいと感じる」との回答割合の大きさが顕著である。

大きな作成負担を感じる背景についてみると、「過去に診察したことのない患者」については、外来・入院中のどちらについても、「情報の把握が困難」「判断材料が足りない」を挙げる回答が多い。これに対し、「過去に何度も診察したことのある外来の患者」については、「1(3)生活機能低下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」欄について、「他の記録等から転記する手間が大きい」を挙げる回答が多い。

ここからは、下記のような状況が読み取れる。

- 初めて診察する外来患者の場合、他科での診断内容や ADL・認知症等の状況についての情報が十分に得られないことが多く、大きな作成負担感に繋がっていると考えられる。この中には、要介護認定審査・ケアプラン作成上の重要な情報といえる「1(1)診断名」や「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」が含まれる。
- 一方、本節「(2)主治医意見書を作成する患者の属性」の結果を踏まえると、医師にとって、「過去に何度も診察したことのある患者」についての主治医意見書を書くことが大半であると考えられる。作成件数の多さという面では、「過去に何度も診察したことのある外来の患者」についての作成負担感についても、重視されるべきものと考えられる。したがって、「1(3)生活機能低下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」欄に関する、「他の記録等から転記する手間が大きい」との回答の多さは、医師の負担軽減の観点から、重要な情報となると考えられる。

図表 3-53 作成負担が大きいと感じる医師が多い記載項目と負担感の内容
 (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」との回答		負担感の内容 (「作成負担が大きいと感じる」との回答に対する割合)							
	回答数	割合	情報の把握が困難	判断材料が足りない	医師の判断に向かない	今後の見通しが立てにくい	他の記録等から転記する手間が大きい	項目として必要がないと感じる	どのような記載が求められているかがわからない	その他
回収数	421	100.0%								
申請者欄(3) 他科受診の有無	39	9.3%	74.4%	28.2%	7.7%		12.8%	7.7%	5.1%	0.0%
1(1) 診断名	18	4.3%	38.9%	38.9%	5.6%		33.3%	0.0%	11.1%	5.6%
1(2) 症状としての安定性	41	9.7%	19.5%	36.6%	0.0%		9.8%	19.5%	36.6%	0.0%
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	14.7%	32.3%	25.8%	0.0%		48.4%	0.0%	6.5%	6.5%
1(3) 特定疾病の経過	47	11.2%	36.2%	27.7%	2.1%		46.8%	4.3%	8.5%	4.3%
1(3) 投薬内容を含む治療内容	55	13.1%	21.8%	14.5%	0.0%		54.5%	5.5%	12.7%	1.8%
2 特別な医療	19	4.5%	42.1%	42.1%	5.3%		10.5%	10.5%	10.5%	5.3%
3(1) 日常生活の自立度等について	70	16.6%	48.6%	51.4%	24.3%		4.3%	1.4%	2.9%	1.4%
3(2) 認知症の中核症状	71	16.9%	52.1%	56.3%	7.0%		8.5%	1.4%	1.4%	4.2%
3(3) 認知症の行動・心理症状	75	17.8%	58.7%	45.3%	12.0%		8.0%	1.3%	1.3%	1.3%
3(4) その他の精神・神経症状	70	16.6%	52.9%	42.9%	8.6%		8.6%	1.4%	5.7%	1.4%
3(5) 身体の状態	53	12.6%	50.9%	37.7%	20.8%		9.4%	5.7%	1.9%	9.4%
4(1) 移動	43	10.2%	44.2%	41.9%	23.3%		7.0%	7.0%	4.7%	2.3%
4(2) 栄養・食生活	62	14.7%	45.2%	51.6%	17.7%		6.5%	3.2%	4.8%	1.6%
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れに対する方針	58	13.8%	27.6%	55.2%	6.9%		1.7%	8.6%	17.2%	3.4%
4(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見直し	68	16.2%	22.1%	47.1%	13.2%		1.5%	16.2%	10.3%	0.0%
4(5) 医学的管理の必要性	38	9.0%	39.5%	55.3%	10.5%		5.3%	10.5%	23.7%	2.6%
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	38	9.0%	23.7%	42.1%	2.6%		5.3%	18.4%	34.2%	5.3%
4(7) 感染症の有無	46	10.9%	37.0%	50.0%	4.3%		6.5%	19.6%	13.0%	4.3%
5 特記すべき事項	45	10.7%	22.2%	24.4%	2.2%		26.7%	6.7%	40.0%	2.2%
「作成負担が大きいと感じる」と回答した項目の数 (平均)	2.4個									

図表 3-54 作成負担が大きいと感じる医師が多い記載項目と負担感の内容
 (過去に診察したことのない外来の患者について、主治医意見書を作成する場合)

主治医意見書の各項目	「作成負担が大きいと感じる」との回答		負担感の内容 (「作成負担が大きいと感じる」との回答に対する割合)							
	回収数	割合	情報の把握が困難	判断材料が足りない	医師の判断に向かない	今後の見通しが立てにくい	他の記録等から転記する手間が大きい	項目として必要がないと感じる	どのような記載が求められているかがわからない	その他
回収数	421	100.0%								
申請者欄(3) 他科受診の有無	98	23.3%	86.7%	39.8%	3.1%		8.2%	1.0%	2.0%	0.0%
1(1) 診断名	139	33.0%	82.0%	56.8%	0.7%		7.9%	0.0%	1.4%	0.0%
1(2) 症状としての安定性	176	41.8%	65.9%	64.8%	3.4%		4.5%	1.7%	2.8%	0.0%
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	186	44.2%	76.3%	51.6%	2.7%		10.2%	0.5%	1.6%	0.0%
1(3) 特定疾病の経過	145	34.4%	79.3%	55.9%	1.4%		11.0%	0.0%	2.1%	0.0%
1(3) 投薬内容を含む治療内容	132	31.4%	74.2%	47.7%	3.0%		17.4%	2.3%	2.3%	0.8%
2 特別な医療	96	22.8%	81.3%	52.1%	4.2%		7.3%	0.0%	3.1%	1.0%
3(1) 日常生活の自立度等について	137	32.5%	70.1%	62.0%	6.6%		2.9%	2.2%	1.5%	0.7%
3(2) 認知症の中核症状	142	33.7%	75.4%	62.7%	4.2%		2.8%	0.7%	1.4%	0.0%
3(3) 認知症の行動・心理症状	150	35.6%	74.0%	60.0%	4.7%		3.3%	1.3%	1.3%	0.7%
3(4) その他の精神・神経症状	136	32.3%	72.8%	61.8%	5.1%		2.9%	0.7%	2.2%	0.0%
3(5) 身体の状態	112	26.6%	70.5%	58.9%	4.5%		3.6%	1.8%	3.6%	0.9%
4(1) 移動	99	23.5%	71.7%	55.6%	7.1%		4.0%	3.0%	4.0%	0.0%
4(2) 栄養・食生活	112	26.6%	68.8%	60.7%	8.9%		2.7%	1.8%	1.8%	0.0%
4(3) 現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態と対処方針	138	32.8%	60.1%	62.3%	2.9%	13.0%	3.6%	2.2%	5.8%	0.7%
4(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見直し	123	29.2%	61.0%	65.0%	5.7%	14.6%	3.3%	3.3%	5.7%	0.0%
4(5) 医学的管理の必要性	110	26.1%	69.1%	61.8%	2.7%		3.6%	3.6%	3.6%	1.8%
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	107	25.4%	67.3%	65.4%	1.9%		3.7%	0.9%	6.5%	0.9%
4(7) 感染症の有無	116	27.6%	73.3%	56.9%	2.6%		6.0%	2.6%	3.4%	0.9%
5 特記すべき事項	97	23.0%	72.2%	57.7%	1.0%		8.2%	3.1%	16.5%	1.0%
「作成負担が大きいと感じる」と回答した項目の数 (平均)	6.1個									

図表 3-55 作成負担が大きいと感じる医師が多い記載項目と負担感の内容
(過去に診察したことのない入院中の患者について、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」との回答		負担感の内容（「作成負担が大きいと感じる」との回答に対する割合）							
	回答数	割合	情報の把握が困難	判断材料が足りない	医師の判断に向かない	今後の見通しが立てにくい	他の記録等から転記する手間が大きい	項目として必要がないと感じる	どのような記載が求められているかがわからない	その他
回収数	421	100.0%								
申請者欄(3) 他科受診の有無	45	10.7%	82.2%	42.2%	4.4%		15.6%	0.0%	4.4%	2.2%
1(1) 診断名	54	12.8%	68.5%	55.6%	3.7%		18.5%	0.0%	3.7%	1.9%
1(2) 症状としての安定性	82	19.5%	58.5%	48.8%	2.4%		8.5%	1.2%	6.1%	1.2%
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	85	20.2%	63.5%	47.1%	1.2%		21.2%	0.0%	4.7%	1.2%
1(3) 特定疾病の経過	77	18.3%	74.0%	49.4%	2.6%		18.2%	0.0%	5.2%	1.3%
1(3) 投薬内容を含む治療内容	55	13.1%	52.7%	47.3%	1.8%		30.9%	0.0%	5.5%	1.8%
2 特別な医療	38	9.0%	73.7%	44.7%	7.9%		13.2%	0.0%	7.9%	2.6%
3(1) 日常生活の自立度等について	69	16.4%	56.5%	50.7%	8.7%		7.2%	0.0%	2.9%	2.9%
3(2) 認知症の中核症状	72	17.1%	56.9%	55.6%	6.9%		6.9%	0.0%	2.8%	4.2%
3(3) 認知症の行動・心理症状	68	16.2%	58.8%	55.9%	8.8%		7.4%	0.0%	2.9%	4.4%
3(4) その他の精神・神経症状	65	15.4%	56.9%	55.4%	9.2%		7.7%	0.0%	4.6%	4.6%
3(5) 身体の状態	45	10.7%	57.8%	44.4%	11.1%		13.3%	2.2%	4.4%	6.7%
4(1) 移動	41	9.7%	61.0%	51.2%	14.6%		12.2%	0.0%	4.9%	4.9%
4(2) 栄養・食生活	48	11.4%	56.3%	54.2%	10.4%		10.4%	0.0%	4.2%	4.2%
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れに対する対処方針	60	14.3%	51.7%	48.3%	5.0%	18.3%	11.7%	3.3%	8.3%	3.3%
4(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見直し	70	16.6%	50.0%	50.0%	10.0%	17.1%	8.6%	2.9%	8.6%	2.9%
4(5) 医学的管理の必要性	48	11.4%	58.3%	54.2%	10.4%		10.4%	2.1%	8.3%	4.2%
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	41	9.7%	58.5%	51.2%	9.8%		14.6%	9.8%	7.3%	4.9%
4(7) 感染症の有無	43	10.2%	60.5%	44.2%	7.0%		14.0%	11.6%	4.7%	2.3%
5 特記すべき事項	49	11.6%	44.9%	44.9%	4.1%		20.4%	4.1%	26.5%	2.0%
「作成負担が大きいと感じる」と回答した項目の数（平均）	2.7個									

② 主治医意見書の作成負担の軽減のための取組の有無と負担感

ここでは、①で集計した主治医意見書の各項目の「大きな作成負担」の有無について、「主治医意見書の作成負担の軽減のための取組の有無」との関係を見る。

その結果、「医療クラーク等の他の職種による下書き」「ソフトウェアを用いたレセプト情報やカルテ情報からの転記」「ソフトウェアを用いた前回作成した意見書からの変更点のみの入力」などの「主治医意見書の作成負担の軽減のための取組」を行うと、主治医意見書の作成負担感が増える(大きな作成負担を感じる記載項目の数が増える)という、逆転した結果があらわれる。

また、主治医意見書の作成頻度の高さも、負担感に影響すると考えられることを踏まえ、上記の集計を、1ヶ月の主治医意見書の平均的な作成回数が「10回/月程度以上」である回答に限定して行っても、同様の結果となる。

なお、本分析は、いずれも当該患者について「初めて主治医意見書を作成する場合」を想定した際の作成負担感を対象とした分析である。当該患者について2回目以降の作成負担に影響を与えると考えられる、「ソフトウェアを用いた前回作成した意見書からの変更点のみの入力」の有無によっても、「初めて主治医意見書を作成する場合」の負担感に差が出ていることに留意する必要がある。

図表 3-5-6 主治医意見書の作成負担軽減のための取組の有無別 主治医意見書の各項目の「作成負担が大き」と感じる「回答割合」
(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)

	全体	負担軽減のための取組 (集計対象：回答者全体)						負担軽減のための取組 (集計対象：平均的な主治医意見書の作成が10回/月程度以上)					
		医療クラーク等の他の職種による下書き		ソフトウェアによるレポート情報やカルテ情報からの転記		ソフトウェアを用いた前回作成意見書からの変更点のみの入力		医療クラーク等の他の職種による下書き		ソフトウェアによるレポート情報やカルテ情報からの転記		ソフトウェアを用いた前回作成意見書からの変更点のみの入力	
		実施あり	なし	実施あり	なし	実施あり	なし	実施あり	なし	実施あり	なし	実施あり	なし
回答数	421	136	285	76	345	155	266	31	21	16	36	25	27
申請者欄(3) 他科受診の有無	9.3%	7.4%	10.2%	9.2%	9.3%	9.7%	9.0%	6.5%	19.0%	12.5%	11.1%	16.0%	7.4%
1(1) 診断名	4.3%	2.9%	4.9%	1.3%	4.9%	5.2%	3.8%	0.0%	4.8%	0.0%	2.8%	4.0%	0.0%
1(2) 症状としての安定性	9.7%	5.9%	11.6%	6.6%	10.4%	10.3%	9.4%	6.5%	9.5%	0.0%	11.1%	8.0%	7.4%
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%	16.9%	13.7%	13.2%	15.1%	17.4%	13.2%	19.4%	14.3%	18.8%	16.7%	24.0%	11.1%
1(3) 特定疾病の経過	11.2%	14.0%	9.8%	13.2%	10.7%	12.9%	10.2%	16.1%	14.3%	18.8%	13.9%	20.0%	11.1%
1(3) 投薬内容を含む治療内容	13.1%	15.4%	11.9%	14.5%	12.8%	14.2%	12.4%	12.9%	19.0%	18.8%	13.9%	20.0%	11.1%
2 特別な医療	4.5%	5.9%	3.9%	6.6%	4.1%	3.9%	4.9%	6.5%	4.8%	12.5%	2.8%	8.0%	3.7%
3(1) 日常生活の自立度等について	16.6%	23.5%	13.3%	23.7%	15.1%	17.4%	16.2%	19.4%	9.5%	25.0%	11.1%	20.0%	11.1%
3(2) 認知症の中核症状	16.9%	21.3%	14.7%	23.7%	15.4%	19.4%	15.4%	16.1%	14.3%	37.5%	5.6%	20.0%	11.1%
3(3) 認知症の行動・心理症状	17.8%	23.5%	15.1%	17.1%	18.0%	17.4%	18.0%	19.4%	4.8%	25.0%	8.3%	8.0%	18.5%
3(4) その他の精神・神経症状	16.6%	21.3%	14.4%	17.1%	16.5%	16.1%	16.9%	25.8%	4.8%	18.8%	16.7%	8.0%	25.9%
3(5) 身体の状態	12.6%	14.0%	11.9%	10.5%	13.0%	12.9%	12.4%	12.9%	14.3%	12.5%	13.9%	16.0%	11.1%
4(1) 移動	10.2%	13.2%	8.8%	13.2%	9.6%	12.3%	9.0%	12.9%	9.5%	18.8%	8.3%	16.0%	7.4%
4(2) 栄養・食生活	14.7%	19.9%	12.3%	19.7%	13.6%	16.1%	13.9%	19.4%	9.5%	25.0%	11.1%	20.0%	11.1%
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	13.8%	14.0%	13.7%	13.2%	13.9%	12.9%	14.3%	25.8%	14.3%	12.5%	25.0%	16.0%	25.9%
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%	18.4%	15.1%	22.4%	14.8%	16.8%	15.8%	22.6%	19.0%	31.3%	16.7%	20.0%	22.2%
4(5) 医学的管理の必要性	9.0%	8.1%	9.5%	9.2%	9.0%	8.4%	9.4%	16.1%	14.3%	12.5%	16.7%	20.0%	11.1%
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	9.0%	8.8%	9.1%	14.5%	7.8%	11.0%	7.9%	16.1%	9.5%	25.0%	8.3%	20.0%	7.4%
4(7) 感染症の有無	10.9%	13.2%	9.8%	15.8%	9.9%	11.0%	10.9%	16.1%	23.8%	25.0%	16.7%	28.0%	11.1%
5 特記すべき事項	10.7%	14.7%	8.8%	10.5%	10.7%	10.3%	10.9%	19.4%	4.8%	12.5%	13.9%	12.0%	14.8%
「作成負担が大き」と感じる「回答した項目の数 (平均)」	2.4個	2.8個	2.2個	2.8個	2.3個	2.6個	2.3個	3.1個	2.4個	3.6個	2.4個	3.2個	2.4個

図表 3-5-7 主治医意見書の作成負担軽減のための取組の有無別 主治医意見書の各項目の「作成負担が大き」と感じる「回答割合」
(過去に診察したことのない患者について、主治医意見書を作成する場合)

	全体	負担軽減のための取組 (集計対象：回答者全体)						負担軽減のための取組 (集計対象：平均的な主治医意見書の作成が10回/月程度以上)					
		医療クラーク等の他の職種による下書き		ソフトウェアによるレポート情報やカルテ情報からの転記		ソフトウェアを用いた前回の作成意見書からの変更点のみの入力		医療クラーク等の他の職種による下書き		ソフトウェアによるレポート情報やカルテ情報からの転記		ソフトウェアを用いた前回の作成意見書からの変更点のみの入力	
		実施あり	なし	実施あり	なし	実施あり	なし	実施あり	なし	実施あり	なし	実施あり	なし
回答数	421	136	285	76	345	155	266	31	21	16	36	25	27
申請者欄(3) 他科受診の有無	23.3%	25.0%	22.5%	19.7%	24.1%	26.5%	21.4%	29.0%	28.6%	31.3%	27.8%	36.0%	22.2%
1(1) 診断名	33.0%	33.8%	32.6%	27.6%	34.2%	38.7%	29.7%	38.7%	28.6%	37.5%	33.3%	36.0%	33.3%
1(2) 症状としての安定性	41.8%	44.9%	40.4%	46.1%	40.9%	52.3%	35.7%	41.9%	38.1%	43.8%	38.9%	48.0%	33.3%
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%	45.6%	43.5%	55.3%	41.7%	54.2%	38.3%	45.2%	47.6%	62.5%	38.9%	56.0%	37.0%
1(3) 特定疾病の経過	34.4%	41.2%	31.2%	39.5%	33.3%	40.0%	31.2%	45.2%	33.3%	56.3%	33.3%	52.0%	29.6%
1(3) 投薬内容を含む治療内容	31.4%	36.8%	28.8%	39.5%	29.6%	35.5%	28.9%	35.5%	42.9%	56.3%	30.6%	52.0%	25.9%
2 特別な医療	22.8%	30.9%	18.9%	23.7%	22.6%	23.2%	22.6%	32.3%	19.0%	25.0%	27.8%	32.0%	22.2%
3(1) 日常生活の自立度等について	32.5%	36.8%	30.5%	40.8%	30.7%	38.7%	28.9%	38.7%	28.6%	62.5%	22.2%	40.0%	29.6%
3(2) 認知症の中核症状	33.7%	39.0%	31.2%	39.5%	32.5%	40.6%	29.7%	45.2%	28.6%	62.5%	27.8%	44.0%	33.3%
3(3) 認知症の行動・心理症状	35.6%	39.7%	33.7%	43.4%	33.9%	41.3%	32.3%	48.4%	33.3%	68.8%	30.6%	48.0%	37.0%
3(4) その他の精神・神経症状	32.3%	37.5%	29.8%	36.8%	31.3%	37.4%	29.3%	41.9%	28.6%	50.0%	30.6%	44.0%	29.6%
3(5) 身体の状態	26.6%	30.9%	24.6%	28.9%	26.1%	29.7%	24.8%	35.5%	33.3%	43.8%	30.6%	36.0%	33.3%
4(1) 移動	23.5%	25.7%	22.5%	28.9%	22.3%	27.1%	21.4%	22.6%	23.8%	37.5%	16.7%	28.0%	18.5%
4(2) 栄養・食生活	26.6%	33.1%	23.5%	34.2%	24.9%	31.0%	24.1%	41.9%	23.8%	56.3%	25.0%	44.0%	25.9%
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%	35.3%	31.6%	34.2%	32.5%	33.5%	32.3%	38.7%	42.9%	37.5%	41.7%	40.0%	40.7%
4(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し	29.2%	33.1%	27.4%	30.3%	29.0%	29.7%	28.9%	32.3%	38.1%	43.8%	30.6%	36.0%	33.3%
4(5) 医学的管理の必要性	26.1%	30.1%	24.2%	27.6%	25.8%	27.1%	25.6%	35.5%	38.1%	43.8%	33.3%	44.0%	29.6%
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	25.4%	30.1%	23.2%	30.3%	24.3%	29.0%	23.3%	38.7%	28.6%	50.0%	27.8%	44.0%	25.9%
4(7) 感染症の有無	27.6%	29.4%	26.7%	26.3%	27.8%	29.0%	26.7%	35.5%	33.3%	56.3%	25.0%	48.0%	22.2%
5 特記すべき事項	23.0%	29.4%	20.0%	17.1%	24.3%	23.9%	22.6%	29.0%	19.0%	18.8%	27.8%	24.0%	25.9%
「作成負担が大き」と感じる「回答した項目の数(平均)」	6.1個	6.9個	5.7個	6.7個	5.9個	6.9個	5.6個	7.5個	6.4個	9.4個	6.0個	8.3個	5.9個

図表 3-58 主治医意見書の作成負担軽減のための取組の有無別 主治医意見書の各項目の「作成負担が大き」と感じる「回答割合」
(過去に診察したことなかった入院中の患者について、主治医意見書を作成する場合)

	全体	負担軽減のための取組 (集計対象：回答者全体)						負担軽減のための取組 (集計対象：平均的な主治医意見書の作成が10回/月程度以上)					
		医療クラーク等の他の職種による下書き		ソフトウェアによるレポート情報やカルテ情報からの転記		ソフトウェアを用いた前回作成意見書からの変更点のみの入力		医療クラーク等の他の職種による下書き		ソフトウェアによるレポート情報やカルテ情報からの転記		ソフトウェアを用いた前回作成意見書からの変更点のみの入力	
		実施あり	なし	実施あり	なし	実施あり	なし	実施あり	なし	実施あり	なし	実施あり	なし
回答数	421	136	285	76	345	155	266	31	21	16	36	25	27
申請者欄(3) 他科受診の有無	10.7%	12.5%	9.8%	15.8%	9.6%	14.2%	8.6%	22.6%	14.3%	31.3%	13.9%	24.0%	14.8%
1(1) 診断名	12.8%	13.2%	12.6%	13.2%	12.8%	14.8%	11.7%	25.8%	19.0%	25.0%	22.2%	20.0%	25.9%
1(2) 症状としての安定性	19.5%	19.9%	19.3%	19.7%	19.4%	23.2%	17.3%	29.0%	28.6%	31.3%	27.8%	32.0%	25.9%
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	20.2%	22.8%	18.9%	23.7%	19.4%	21.9%	19.2%	29.0%	28.6%	43.8%	22.2%	32.0%	25.9%
1(3) 特定疾病の経過	18.3%	24.3%	15.4%	22.4%	17.4%	22.6%	15.8%	25.8%	23.8%	31.3%	22.2%	28.0%	22.2%
1(3) 投薬内容を含む治療内容	13.1%	16.2%	11.6%	17.1%	12.2%	14.2%	12.4%	25.8%	23.8%	43.8%	16.7%	28.0%	22.2%
2 特別な医療	9.0%	11.8%	7.7%	11.8%	8.4%	11.6%	7.5%	19.4%	19.0%	31.3%	13.9%	24.0%	14.8%
3(1) 日常生活の自立度等について	16.4%	18.4%	15.4%	17.1%	16.2%	20.6%	13.9%	22.6%	19.0%	31.3%	16.7%	28.0%	14.8%
3(2) 認知症の中核症状	17.1%	19.9%	15.8%	14.5%	17.7%	18.7%	16.2%	22.6%	19.0%	31.3%	16.7%	24.0%	18.5%
3(3) 認知症の行動・心理症状	16.2%	19.1%	14.7%	14.5%	16.5%	18.1%	15.0%	19.4%	14.3%	31.3%	11.1%	20.0%	14.8%
3(4) その他の精神・神経症状	15.4%	18.4%	14.0%	11.8%	16.2%	17.4%	14.3%	22.6%	14.3%	25.0%	16.7%	20.0%	18.5%
3(5) 身体の状態	10.7%	10.3%	10.9%	11.8%	10.4%	11.0%	10.5%	9.7%	14.3%	18.8%	8.3%	12.0%	11.1%
4(1) 移動	9.7%	11.8%	8.8%	9.2%	9.9%	9.7%	9.8%	19.4%	14.3%	25.0%	13.9%	16.0%	18.5%
4(2) 栄養・食生活	11.4%	12.5%	10.9%	14.5%	10.7%	14.8%	9.4%	25.8%	14.3%	37.5%	13.9%	24.0%	18.5%
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	14.3%	17.6%	12.6%	18.4%	13.3%	15.5%	13.5%	22.6%	19.0%	31.3%	16.7%	24.0%	18.5%
4(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し	16.6%	20.6%	14.7%	19.7%	15.9%	16.1%	16.9%	25.8%	23.8%	37.5%	19.4%	28.0%	22.2%
4(5) 医学的管理の必要性	11.4%	12.5%	10.9%	14.5%	10.7%	12.3%	10.9%	12.9%	19.0%	25.0%	11.1%	24.0%	7.4%
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	9.7%	10.3%	9.5%	15.8%	8.4%	12.9%	7.9%	16.1%	19.0%	31.3%	11.1%	28.0%	7.4%
4(7) 感染症の有無	10.2%	14.0%	8.4%	15.8%	9.0%	10.3%	10.2%	25.8%	14.3%	37.5%	13.9%	24.0%	18.5%
5 特記すべき事項	11.6%	15.4%	9.8%	13.2%	11.3%	13.5%	10.5%	22.6%	14.3%	18.8%	19.4%	16.0%	22.2%
「作成負担が大き」と感じる「回答した項目の数(平均)」	2.7個	3.2個	2.5個	3.1個	2.7個	3.1個	2.5個	4.5個	3.8個	6.2個	3.3個	4.8個	3.6個

(9) 訪問看護指示書・計画書・報告書の運用

① 訪問看護指示書を交付する場合の電子的な指示書の作成・送付等の実施状況

訪問看護指示書を交付する場合の電子的な指示書の作成・送付等の実施状況をみると、「手書きで指示書を作成し、電子的な作成を行っていない」との回答が 38.0%で最も多く、次いで「電子的に作成し、印刷をしたうえで手書きをサインで押印をしている」(32.8%)との回答が多い。

図表 3-59 訪問看護指示書を交付する場合の電子的な指示書の作成・送付等の実施状況

		回答者数	割合
全体		421	100.0%
訪問看護指示書の 作成・送付方法	手書きで指示書を作成しており、電子的な作成を行っていない	160	38.0%
	電子的に作成し、印刷をした上で、手書きでサインと押印をしている	138	32.8%
	電子的に作成し、電子署名を行った上で、郵送により送付している	57	13.5%
	電子的に作成し、電子署名を行った上で、電子的に送付している	4	1.0%
訪問看護指示書を作成していない		42	10.0%
無回答		20	4.8%

② 訪問看護事業所から提出される訪問看護計画書の内容の役立ち度合い

訪問看護事業所から提出される訪問看護計画書の内容の役立ち度合いをみると、「とても役立つ」「役立つ」を合わせた回答割合は 56.8%であるのに対し、「あまり役立たない」「役立たない」を合わせた回答割合は 28.0%である。

図表 3-60 訪問看護事業所から提出される訪問看護計画書の内容の役立ち度合い

		回答者数	割合
全体		421	100.0%
訪問看護計画書の 役立ち度合い	とても役立つ	33	7.8%
	役立つ	206	48.9%
	あまり役立たない	105	24.9%
	役立たない	13	3.1%
目にすることがないため分からない		40	9.5%
無回答		24	5.7%

③ 訪問看護事業所から毎月提出される訪問看護報告書の内容の役立ち度合い

訪問看護事業所から毎月提出される訪問看護報告書の内容の役立ち度合いをみると、「とても役立つ」「役立つ」を合わせた回答割合は 58.7%であるのに対し、「あまり役立たない」「役立たない」を合わせた回答割合は 25.4%である。

図表 3-61 訪問看護事業所から毎月提出される訪問看護報告書の内容の役立ち度合い

		回答者数	割合
全体		421	100.0%
訪問看護報告書の 役立ち度合い	とても役立つ	32	7.6%
	役立つ	215	51.1%
	あまり役立たない	94	22.3%
	役立たない	13	3.1%
目にすることがないため分からない		43	10.2%
無回答		24	5.7%

④ 訪問看護計画書や訪問看護報告書の電子的な受信への対応状況

訪問看護計画書や訪問看護報告書の電子的な受信への対応状況をみると、「受信するための環境がない」との回答が 41.8%で最も多く、次いで「受信するための環境はあるが、受信したことはない」との回答(24.5%)が多い。

図表 3-62 訪問看護計画書や訪問看護報告書の電子的な受信への対応状況

		回答者数	割合
全体		421	100.0%
訪問看護計画書や 訪問看護報告書の 電子的な受信	受信したことがある	29	6.9%
	受信するための環境はあるが、受信したことはない	103	24.5%
	受信するための環境がない	176	41.8%
	わからない	87	20.7%
無回答		26	6.2%

第4章 主治医意見書の作成に係る啓発資料の作成

1. 啓発資料にあたっての作成方針

啓発資料は、下記のような点に考慮して、作成した。

- 医師が、介護認定審査会やケアプラン作成において活用ニーズの高い記載項目の作成に注力できることを、啓発資料の狙いとする。
- 医師にとって作成の負担感が大きい記載項目を中心に、「記載負担を生む背景」を踏まえた、作成負担の軽減策を提示する。
- 介護認定審査会やケアプラン作成において活用ニーズの高い記載項目や、認定審査会委員や介護支援専門員が記載に不備が多いと感じている記載項目を中心に、アンケート調査における自由記述の回答も引用しながら、「項目ごとに求められている記述の在り方」を提示する。
- 主治医意見書作成医師への調査では、主治医意見書の多くの欄について、「マニュアル・手引き等で解説が充実するとよいと思うもの」として、「選択肢の判断基準」との回答が多くみられる。これを考慮し、必要に応じて、「主治医意見書記入の手引き」や「介護認定審査会委員テキスト」も引用しながら、各欄に求められている記述の在り方や、記載内容が一次判定結果に与える影響等についても、解説する。

2. アンケート調査結果を踏まえた記載事項の整理

(1) 認定審査会委員や介護支援専門員の活用ニーズが高い記載項目の解説

「認定審査会委員調査票」「介護支援専門員調査票」のうち、申請者のケース別×主治医意見書の記載項目別に、認定審査会委員や介護支援専門員が、判断材料として「非常に重要」と回答した割合を集計し、これを用いて、「どのようなケースについて、どの記載項目が特に重視されているのか」を啓発資料上に明記した。

啓発資料中に掲載した表を、下記に示す。

図表 4-1 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

	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%

図表 4-2 介護支援専門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

	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%

(2) 主治医意見書作成医師の作成負担感の大きさと負担軽減策の紹介

「主治医意見書作成医師調査票」のうち、患者のケース別×主治医意見書の記載項目別に、医師が「作成負担が大きいと感じる」と回答した割合を集計し、上位の項目を啓発資料中に掲載した。

このうち、「過去に診察したことがなかった外来の患者」については、負担感の背景が「情報の把握が困難」というものが多く、主治医意見書の書き方の問題によるものではないことから、啓発資料に特段の対応策を記述することは困難であった。

これに対し、「過去に何度も診察したことがある外来の患者」は、上記の「過去に診察したことがなかった外来の患者」に比べて、個々の記載項目に関する「作成負担が大きいと感じる」との回答率は大幅に低い。その一方で、88.8%の医師が、主治医意見書を作成した患者のうち「過去に診察したことがない患者」の占める割合について、「作成することはない」あるいは「1割未満」と回答し、73.8%の医師が、「過去に診察したことはあるが、日常的には診察していない患者」の占める割合について、「作成することはない」あるいは「1割未満」と回答しており、主治医意見書を作成する医師にとって、主治医意見書の大半は日常的に診察をしている患者であると考えられる。

したがって、「過去に何度も診察したことがある外来の患者」に関する主治医意見書の作成は、個々のケースの作成負担については比較的軽いものであったとしても、件数が多いために、トータルとしては作成負担が重くなっている可能性が高い。よって、「過去に何度も診察したことがある外来の患者」に関する主治医意見書の負担軽減策も、主治医意見書の作成負担軽減につながると考えられる。

このような観点から、「過去に何度も診察したことがある外来の患者」に関する主治医意見書の負担感の背景についてみると、一部の項目に「他の記録等から転記する手間が大きい」ことが負担感の最大の背景となっているものがある。これを踏まえ、啓発資料においては、「他の記録等から転記する手間の大きさ」を軽減しうる対応策として、アンケートでも調査項目とした「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」といったものを紹介することとした。

図表 4-3 作成する主治医意見書のうち、過去に診察したことがない患者が占める割合(再掲)

◆回答者数

		全体		1ヶ月の平均的な主治医意見書の作成回数				無回答
		回答者数	割合	0-1回未満程度	1-3回未満程度	3-10回未満程度	10回程度以上	
全体		421	100.0%	77	92	188	52	12
主治医意見書を作成した患者のうち、過去に診察したことがない患者の割合	作成することはない	270	64.1%	63	70	109	27	1
	1割程度未満	104	24.7%	12	14	57	21	0
	1-2割程度未満	25	5.9%	1	5	17	2	0
	2-3割程度未満	6	1.4%	0	2	3	1	0
	3-5割程度未満	3	0.7%	0	1	1	1	0
5割程度以上	1	0.2%	0	0	1	0	0	
無回答		12	2.9%	1	0	0	0	11

◆1ヶ月の平均的な主治医意見書の作成回数別の割合

		全体	1ヶ月の平均的な主治医意見書の作成回数				無回答
			0-1回未満程度	1-3回未満程度	3-10回未満程度	10回程度以上	
全体		100.0%	18.3%	21.9%	44.7%	12.4%	2.9%
主治医意見書を作成した患者のうち、過去に診察したことがない患者の割合	作成することはない	100.0%	23.3%	25.9%	40.4%	10.0%	0.4%
	1割程度未満	100.0%	11.5%	13.5%	54.8%	20.2%	0.0%
	1-2割程度未満	100.0%	4.0%	20.0%	68.0%	8.0%	0.0%
	2-3割程度未満	100.0%	0.0%	33.3%	50.0%	16.7%	0.0%
	3-5割程度未満	100.0%	0.0%	33.3%	33.3%	33.3%	0.0%
5割程度以上	100.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	
無回答		100.0%	8.3%	0.0%	0.0%	0.0%	91.7%

図表 4-4 作成する主治医意見書のうち、過去に診察したことはあるが、日常的には診察していない患者が占める割合(再掲)

◆回答者数

		全体		1ヶ月の平均的な主治医意見書の作成回数				無回答
		回答者数	割合	0-1回未満程度	1-3回未満程度	3-10回未満程度	10回程度以上	
全体		421	100.0%	77	92	188	52	12
主治医意見書を作成した患者のうち、過去に診察したことはあるが、日常的には診察していない患者の割合	作成することはない	137	32.5%	43	27	56	10	1
	1割程度未満	174	41.3%	22	41	85	26	0
	1-2割程度未満	54	12.8%	7	14	24	9	0
	2-3割程度未満	28	6.7%	1	5	16	6	0
	3-5割程度未満	8	1.9%	0	3	5	0	0
5割程度以上	6	1.4%	3	1	1	1	0	
無回答		14	3.3%	1	1	1	0	11

◆1ヶ月の平均的な主治医意見書の作成回数別の割合

		全体	1ヶ月の平均的な主治医意見書の作成回数				無回答
			0-1回未満程度	1-3回未満程度	3-10回未満程度	10回程度以上	
全体		100.0%	18.3%	21.9%	44.7%	12.4%	2.9%
主治医意見書を作成した患者のうち、過去に診察したことはあるが、日常的には診察していない患者の割合	作成することはない	100.0%	31.4%	19.7%	40.9%	7.3%	0.7%
	1割程度未満	100.0%	12.6%	23.6%	48.9%	14.9%	0.0%
	1-2割程度未満	100.0%	13.0%	25.9%	44.4%	16.7%	0.0%
	2-3割程度未満	100.0%	3.6%	17.9%	57.1%	21.4%	0.0%
	3-5割程度未満	100.0%	0.0%	37.5%	62.5%	0.0%	0.0%
5割程度以上	100.0%	50.0%	16.7%	16.7%	16.7%	0.0%	
無回答		100.0%	7.1%	7.1%	7.1%	0.0%	78.6%

(3) 主治医意見書の各項目に関する記載事項

アンケート調査の結果等を踏まえ、主治医意見書の各欄について、下表のような記載を行った。

図表 4-5 アンケート結果等の啓発資料への反映内容

主治医意見書の項目	アンケート結果等	記載への反映
1(1)診断名	<ul style="list-style-type: none"> ・保険者調査において、1(1)診断名は、主治医意見書の各項目のうち「修正・再作成の依頼を行うことが最も多い項目」の第1位、「記載内容の問い合わせ・照会を行うことが最も多い項目」の第2位。 ・認定審査会委員調査・介護支援専門員調査の両方において、主治医意見書の各項目のうち、判断材料として「非常に重要」との回答割合が第1位。 ・認定審査会委員調査において、「記載が十分でない主治医意見書が多いと感じる」背景の第1位が、「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」。 	<ul style="list-style-type: none"> ・保険者からの照会や再作成依頼が多い項目であることを記載。 ・認定審査会委員調査の自由記述、および「主治医意見書記入の手引き」からの引用として、生活機能低下の直接の原因となっている傷病名や特定疾病名を記載すべきであることを解説。
1(2)症状としての安定性	<ul style="list-style-type: none"> ・主治医意見書作成医師調査において、負担感の背景の第1位が「どのような記載が求められているかわからない」、マニュアル等で解説が充実するとよいと思うものの第1位が「選択肢の判断基準」。 	<ul style="list-style-type: none"> ・「主治医意見書記入の手引き」と「介護認定審査会委員テキスト」からの引用を中心に、安定性の考え方を解説。
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	<ul style="list-style-type: none"> ・認定審査会委員調査において、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」の3項目が、「記載が十分でない主治医意見書が多いと感じる項目」の第2～4位。また、上記の背景として、「記載内容が具体的にない」「空欄になっているなど、記載の不備が多い」との回答が多い。 ・主治医意見書作成医師調査において、「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」の「1(3)投薬内容を含む治療内容」に関する負担感の背景の第1位が、「他の記録等から転記する手間が大きい」。 	<ul style="list-style-type: none"> ・左記の結果を表で掲載。 ・認定審査会委員調査の自由記述、および「主治医意見書記入の手引き」からの引用として、「生活機能低下を引き起こしている要因を具体的に記載すること」や「求められているのは薬の列挙ではないこと」等について解説。
3(1)日常生活の自立度等について	<ul style="list-style-type: none"> ・3(1)認知症高齢者の日常生活自立度は、一次判定の使用項目。 	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症高齢者の日常生活自立度について、一次判定に与える影響や、要支援2/要介護1の振り分けとの関係を解説。
3(2)認知症の中核症状・(3)認知症の行動・心理症状	<ul style="list-style-type: none"> ・3(2)認知症の中核症状は、一次判定の使用項目。 ・認定審査会委員調査において、3(2)と3(3)は、「記載が十分でない主治医意見書が多いと感じる項目」で1(3)に次いで多く、その理由として、「記載内容が具体的にない」が第1位。 	<ul style="list-style-type: none"> ・3(2)認知症の中核症状について、一次判定に与える影響や、要支援2/要介護1の振り分けとの関係を解説。 ・認定審査会委員調査・介護支援専門員調査の自由記述のうち、3(2)(3)の記載内容に関する希望について書かれたものを掲載。

主治医意見書の項目	アンケート結果等	記載への反映
3(5)身体の状態	・3(5)のうち身長・体重について、認定審査会委員調査・介護支援専門員調査の両方において、記載を求める自由記述が多い。	・認定審査会委員調査・介護支援専門員調査の自由記述のうち、身長・体重の記載に関する希望について書かれたものを掲載。
4(2)栄養・食生活	・食事行為は、一次判定の使用項目。	・食事行為について、一次判定に与える影響を解説。
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	・介護支援専門員調査において、回答者の45.1%が判断材料として「非常に重要」と回答。	・本欄を参考としているのが主に介護支援専門員であることを記載。 ・介護支援専門員調査の自由記述と、「主治医意見書記入の手引き」からの引用として、求められる情報について解説。
4(5)医学的管理の必要性	・主治医意見書作成医師調査において、「4(5)医学的管理の必要性」欄の「マニュアル・手引き等で解説が充実するとよいと思うもの」の第1位が「選択肢の判断基準」(34.7%)。 ・介護支援専門員調査において、「4(5)医学的管理の必要性」欄のサービスに、下線が引かれている場合の対応として、「本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・家族に提案する」との回答が54.1%にのぼる。	・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」にその旨を明記する必要があることを記載。
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	・介護支援専門員調査において、回答者の53.8%が判断材料として「非常に重要」と回答。	・本欄を参考としているのが主に介護支援専門員であることを記載。 ・介護支援専門員調査の自由記述と、「主治医意見書記入の手引き」からの引用として、求められる情報について解説。
5 特記すべき事項	・認定審査会委員調査において、回答者の51.5%が判断材料として「非常に重要」と回答(全項目中第3位)している一方、51.2%が「記載が十分でない主治医意見書が多いと感じる」と回答(全項目中第1位)。 ・介護支援専門員調査において、回答者の51.2%が判断材料として「非常に重要」との回答している一方、26.7%が「記載が活用しにくいと感じる」と回答(全項目中第1位)。 ・主治医意見書作成医師調査において、「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」の本欄に関する負担感の背景の第1位が、「どのような記載が求められているかがわからない」。	・認定審査会委員調査・介護支援専門員調査の自由記述のうち、特記すべき事項の記載内容に関する希望について書かれたものを掲載。

第5章 結論と提言

1. 結論

(1) 認定審査会委員や介護支援専門員が判断材料として重視する主治医意見書の項目

認定審査会委員は、介護認定審査会において直接に用いることの多い項目（「1. 傷病に関する意見」、「5. 特記すべき事項」、および認知症に関する項目（3(2)・3(3)）を重視する傾向が強い（図表 5-1）。

これに対して、介護支援専門員は、より広い記載項目を重視する傾向があり、特に「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」「4(5)医学的管理の必要性」「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」等は、主として介護支援専門員が重視する項目といえる（図表 5-2）。

一方、「申請者欄(3)他科受診の有無」「4(1)移動」「4(2)栄養・食生活」「4(4)サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し」などは、認定審査会委員・介護支援専門員のいずれについても、重視しているとの回答割合が小さく、相対的に、関心度が低い項目といえる。

図表 5-1 主治医意見書の項目別 認定審査会委員が介護認定審査会における判断材料として「非常に重要」と回答した割合(再掲)

「非常に重要」との回答割合	申請者のケース									全回答 (※)
	初めて介護認定審査を受ける	第2号被保険者	障害認定を受けていた者が介護認定審査を受ける	身体的な自立度は高いが、認知症を有する	一次判定の要介護度が現時点の要介護度よりも軽い	一次判定で要支援2・要介護1と判定された	何らかの医療的処置がなされている	体の状態の日内変動が大きい傷病を有する	その他	
「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ケース(上位3位以内)」との回答数 (n=1,287)	(n=472)	(n=309)	(n=44)	(n=653)	(n=617)	(n=611)	(n=517)	(n=517)	(n=90)	(n=3830)
申請者欄(3) 他科受診の有無	8.3%	9.1%	20.5%	9.2%	5.5%	5.1%	12.0%	13.3%	4.4%	8.8%
1(1) 診断名	60.6%	83.2%	56.8%	52.5%	40.0%	48.8%	65.6%	66.5%	67.8%	57.4%
1(2) 症状としての安定性	30.9%	35.3%	29.5%	30.8%	35.3%	44.7%	42.7%	57.1%	46.7%	39.6%
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	55.3%	49.5%	36.4%	42.1%	55.9%	45.0%	55.7%	60.5%	71.1%	52.0%
1(3) 特定疾病の経過	29.4%	54.4%	29.5%	21.0%	31.9%	23.1%	39.3%	42.4%	41.1%	32.7%
1(3) 投薬内容を含む治療内容	18.6%	22.0%	20.5%	22.5%	20.6%	14.6%	34.4%	37.3%	37.8%	24.4%
2 特別な医療	22.5%	25.6%	20.5%	12.1%	18.0%	13.9%	48.2%	28.2%	32.2%	23.3%
3(1) 日常生活の自立度等について	30.1%	19.7%	29.5%	43.2%	32.3%	38.5%	18.8%	24.4%	32.2%	30.9%
3(2) 認知症の中核症状	35.0%	26.2%	31.8%	67.2%	38.7%	56.8%	22.6%	24.8%	42.2%	40.9%
3(3) 認知症の行動・心理症状	36.9%	25.6%	31.8%	70.9%	40.2%	58.9%	22.6%	26.1%	44.4%	42.6%
3(4) その他の精神・神経症状	23.7%	17.8%	25.0%	58.0%	28.7%	43.5%	16.4%	21.7%	32.2%	32.0%
3(5) 身体の状態	31.4%	25.9%	38.6%	23.9%	33.9%	25.0%	26.7%	33.5%	35.6%	28.9%
4(1) 移動	21.6%	16.2%	27.3%	19.1%	23.3%	19.0%	14.5%	21.1%	24.4%	19.7%
4(2) 栄養・食生活	12.9%	12.3%	18.2%	11.0%	13.8%	10.1%	12.8%	10.8%	17.8%	12.1%
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	17.6%	14.9%	18.2%	18.8%	18.2%	13.6%	22.2%	25.3%	34.4%	19.1%
4(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し	14.2%	13.9%	18.2%	13.8%	15.7%	11.1%	13.7%	16.8%	17.8%	14.3%
4(5) 医学的管理の必要性	15.7%	18.8%	15.9%	10.7%	12.5%	10.5%	30.8%	21.1%	24.4%	16.7%
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	15.5%	17.5%	15.9%	11.9%	13.9%	9.8%	26.5%	21.9%	23.3%	16.4%
4(7) 感染症の有無	9.3%	9.1%	6.8%	6.6%	5.7%	3.6%	14.5%	8.9%	7.8%	7.9%
5 特記すべき事項	47.9%	45.0%	50.0%	54.2%	54.9%	50.7%	49.9%	53.6%	68.9%	51.9%

※各回答者につき最大3種類のケースについて回答を求めているため、「全回答」欄の回答数は、回答者数よりも多くなる。

図表 5-2 主治医意見書の項目別 介護支援専門員がケアプランの作成・変更にあたっての判断材料として「非常に重要」と回答した割合(再掲)

「非常に重要」との回答割合	申請者のケース							全回答
	初めてケアプランを作成	障害認定を受けていた者が介護保険に移行	身体的な自立度は高いが、認知症を有する	前回の要介護度よりも軽くなった	何らかの医療的処置がなされている	体の状態の日内変動が大きい傷病を有する	その他	
「ケアプラン作成・変更時に主治医意見書を活用することが多いケース(上位3位以内)」との回答数 (n=386)	(n=357)	(n=18)	(n=166)	(n=55)	(n=304)	(n=158)	(n=45)	(n=1103)
申請者欄(3) 他科受診の有無	23.8%	44.4%	22.9%	16.4%	26.3%	27.8%	17.8%	24.7%
1(1) 診断名	75.1%	72.2%	63.9%	40.0%	74.0%	71.5%	60.0%	70.2%
1(2) 症状としての安定性	44.5%	66.7%	40.4%	38.2%	56.3%	63.3%	35.6%	49.5%
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	62.2%	61.1%	47.0%	49.1%	59.5%	62.0%	53.3%	58.1%
1(3) 特定疾病の経過	51.5%	61.1%	34.3%	43.6%	55.9%	58.2%	48.9%	50.8%
1(3) 投薬内容を含む治療内容	52.7%	72.2%	53.6%	41.8%	60.9%	62.0%	42.2%	55.8%
2 特別な医療	46.8%	66.7%	32.5%	34.5%	59.5%	55.7%	35.6%	48.7%
3(1) 日常生活の自立度等について	30.3%	44.4%	38.6%	45.5%	25.7%	28.5%	22.2%	30.6%
3(2) 認知症の中核症状	40.1%	38.9%	62.7%	45.5%	27.3%	27.8%	20.0%	37.6%
3(3) 認知症の行動・心理症状	38.7%	44.4%	65.1%	47.3%	26.0%	25.9%	20.0%	37.1%
3(4) その他の精神・神経症状	37.3%	66.7%	59.0%	43.6%	28.9%	31.0%	20.0%	37.4%
3(5) 身体の状態	39.8%	61.1%	27.1%	47.3%	35.2%	48.1%	35.6%	38.3%
4(1) 移動	21.6%	38.9%	18.1%	36.4%	17.8%	29.1%	20.0%	22.0%
4(2) 栄養・食生活	19.9%	27.8%	22.3%	23.6%	25.3%	25.3%	15.6%	22.7%
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	41.2%	44.4%	41.0%	41.8%	49.7%	52.5%	37.8%	45.1%
4(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し	24.6%	38.9%	30.7%	36.4%	25.7%	32.9%	24.4%	27.8%
4(5) 医学的管理の必要性	46.8%	55.6%	34.9%	36.4%	62.5%	60.1%	51.1%	51.0%
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	51.5%	66.7%	42.8%	45.5%	60.2%	59.5%	53.3%	53.8%
4(7) 感染症の有無	49.3%	50.0%	37.3%	38.2%	45.7%	43.7%	40.0%	44.8%
5 特記すべき事項	51.3%	50.0%	47.0%	49.1%	52.0%	55.1%	51.1%	51.2%

※各回答者につき最大3種類のケースについて回答を求めているため、「全回答」欄の回答数は、回答者数よりも多くなる。

(2) 主治医意見書の作成負担の背景と負担軽減の方向性

主治医意見書を作成する医師にとって、「過去に診察したことがなかった外来の患者」に関する作成は、「過去に何度も診察したことがある外来の患者」「過去に診察したことがなかった入院中の患者」に比べて、医師の作成負担感が大きい傾向がみられる(図表 5-3)。

図表 5-3 患者のケース別 作成負担が大きいと感じる医師が多い記載項目

	患者のケース					
	過去に何度も診察したことがある外来の患者 (当該患者につき初めて作成する場合)		過去に診察したことがなかった入院中の患者		過去に診察したことがなかった外来の患者	
回答者数	421	100.0%	421	100.0%	421	100.0%
申請者欄(3) 他科受診の有無	39	9.3%	45	10.7%	98	23.3%
1(1) 診断名	18	4.3%	54	12.8%	139	33.0%
1(2) 症状としての安定性	41	9.7%	82	19.5%	176	41.8%
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	14.7%	85	20.2%	186	44.2%
1(3) 特定疾病の経過	47	11.2%	77	18.3%	145	34.4%
1(3) 投薬内容を含む治療内容	55	13.1%	55	13.1%	132	31.4%
2 特別な医療	19	4.5%	38	9.0%	96	22.8%
3(1) 日常生活の自立度等について	70	16.6%	69	16.4%	137	32.5%
3(2) 認知症の中核症状	71	16.9%	72	17.1%	142	33.7%
3(3) 認知症の行動・心理症状	75	17.8%	68	16.2%	150	35.6%
3(4) その他の精神・神経症状	70	16.6%	65	15.4%	136	32.3%
3(5) 身体の状態	53	12.6%	45	10.7%	112	26.6%
4(1) 移動	43	10.2%	41	9.7%	99	23.5%
4(2) 栄養・食生活	62	14.7%	48	11.4%	112	26.6%
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	58	13.8%	60	14.3%	138	32.8%
4(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し	68	16.2%	70	16.6%	123	29.2%
4(5) 医学的管理の必要性	38	9.0%	48	11.4%	110	26.1%
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	38	9.0%	41	9.7%	107	25.4%
4(7) 感染症の有無	46	10.9%	43	10.2%	116	27.6%
5 特記すべき事項	45	10.7%	49	11.6%	97	23.0%
「作成負担が大きいと感じる」と回答した項目の数(平均)	2.4個		2.7個		6.1個	

その一方で、88.8%の医師が、主治医意見書を作成した患者のうち「過去に診察したことがない患者」の占める割合について、「作成することはない」あるいは「1割未満」と回答し(図表 5-4)、73.8%の医師が、「過去に診察したことはあるが、日常的には診察していない患者」の占める割合について、「作成することはない」あるいは「1割未満」と回答している(図表 5-5)。主治医意見書を作成する医師にとって、主治医意見書の大半は日常的に診察をしている患者であると考えられる。

図表 5-4 主治医意見書の作成中、過去に診察したことがない患者が占める割合(再掲)

◆回答者数

	全体		1ヶ月の平均的な主治医意見書の作成回数				無回答	
	回答者数	割合	0-1回未満程度	1-3回未満程度	3-10回未満程度	10回程度以上		
全体	421	100.0%	77	92	188	52	12	
主治医意見書を作成した患者のうち、過去に診察したことがない患者の割合	作成することはない	270	64.1%	63	70	109	27	1
	1割程度未満	104	24.7%	12	14	57	21	0
	1-2割程度未満	25	5.9%	1	5	17	2	0
	2-3割程度未満	6	1.4%	0	2	3	1	0
	3-5割程度未満	3	0.7%	0	1	1	1	0
5割程度以上	1	0.2%	0	0	1	0	0	
無回答	12	2.9%	1	0	0	0	11	

◆1ヶ月の平均的な主治医意見書の作成回数別の割合

	回答者数(再掲)	全体	1ヶ月の平均的な主治医意見書の作成回数				無回答	
			0-1回未満程度	1-3回未満程度	3-10回未満程度	10回程度以上		
全体	421	100.0%	18.3%	21.9%	44.7%	12.4%	2.9%	
主治医意見書を作成した患者のうち、過去に診察したことがない患者の割合	作成することはない	270	100.0%	23.3%	25.9%	40.4%	10.0%	0.4%
	1割程度未満	104	100.0%	11.5%	13.5%	54.8%	20.2%	0.0%
	1-2割程度未満	25	100.0%	4.0%	20.0%	68.0%	8.0%	0.0%
	2-3割程度未満	6	100.0%	0.0%	33.3%	50.0%	16.7%	0.0%
	3-5割程度未満	3	100.0%	0.0%	33.3%	33.3%	33.3%	0.0%
5割程度以上	1	100.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	
無回答	12	100.0%	8.3%	0.0%	0.0%	0.0%	91.7%	

図表 5-5 主治医意見書の作成中、過去に診察したことはあるが、日常的には診察していない患者が占める割合(再掲)

◆回答者数

	全体		1ヶ月の平均的な主治医意見書の作成回数				無回答	
	回答者数	割合	0-1回未満程度	1-3回未満程度	3-10回未満程度	10回程度以上		
全体	421	100.0%	77	92	188	52	12	
主治医意見書を作成した患者のうち、過去に診察したことはあるが、日常的には診察していない患者の割合	作成することはない	137	32.5%	43	27	56	10	1
	1割程度未満	174	41.3%	22	41	85	26	0
	1-2割程度未満	54	12.8%	7	14	24	9	0
	2-3割程度未満	28	6.7%	1	5	16	6	0
	3-5割程度未満	8	1.9%	0	3	5	0	0
5割程度以上	6	1.4%	3	1	1	1	0	
無回答	14	3.3%	1	1	1	0	11	

◆1ヶ月の平均的な主治医意見書の作成回数別の割合

	回答者数(再掲)	全体	1ヶ月の平均的な主治医意見書の作成回数				無回答	
			0-1回未満程度	1-3回未満程度	3-10回未満程度	10回程度以上		
全体	421	100.0%	18.3%	21.9%	44.7%	12.4%	2.9%	
主治医意見書を作成した患者のうち、過去に診察したことはあるが、日常的には診察していない患者の割合	作成することはない	137	100.0%	31.4%	19.7%	40.9%	7.3%	0.7%
	1割程度未満	174	100.0%	12.6%	23.6%	48.9%	14.9%	0.0%
	1-2割程度未満	54	100.0%	13.0%	25.9%	44.4%	16.7%	0.0%
	2-3割程度未満	28	100.0%	3.6%	17.9%	57.1%	21.4%	0.0%
	3-5割程度未満	8	100.0%	0.0%	37.5%	62.5%	0.0%	0.0%
5割程度以上	6	100.0%	50.0%	16.7%	16.7%	16.7%	0.0%	
無回答	14	100.0%	7.1%	7.1%	7.1%	0.0%	78.6%	

したがって、「過去に何度も診察したことのある外来の患者」に関する主治医意見書の作成は、個々のケースの作成負担については比較的軽いものであったとしても、件数が多いために、作成負担が重くなっている可能性が高い。よって、「過去に何度も診察したことのある外来の患者」に関する主治医意見書の負担軽減策も重要である。

「過去に何度も診察したことのある外来の患者」に関する主治医意見書の作成に当たり、大きな作成負担を感じる背景についてみると、「1(3)生活機能低下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」欄について、「他の記録等から転記する手間が大きい」を挙げる回答が多い(図表 5-6)。

図表 5-6 作成負担が大きいと感じる医師が多い記載項目と負担感の内容
(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)(再掲)

	回答者数	負担の内容							
		情報の把握が困難	判断材料が足りない	医師の判断に向かない	今後の見通しが立てにくい	他の記録等から転記する手間が大きい	項目として必要がないと感じる	どのような記載が求められているかわからない	その他
申請者欄(3) 他科受診の有無	39	74.4%	28.2%	7.7%		12.8%	7.7%	5.1%	0.0%
1(1) 診断名	18	38.9%	38.9%	5.6%		33.3%	0.0%	11.1%	5.6%
1(2) 症状としての安定性	41	19.5%	36.6%	0.0%		9.8%	19.5%	36.6%	0.0%
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	32.3%	25.8%	0.0%		48.4%	0.0%	6.5%	6.5%
1(3) 特定疾病の経過	47	36.2%	27.7%	2.1%		46.8%	4.3%	8.5%	4.3%
1(3) 投薬内容を含む治療内容	55	21.8%	14.5%	0.0%		54.5%	5.5%	12.7%	1.8%
2 特別な医療	19	42.1%	42.1%	5.3%		10.5%	10.5%	10.5%	5.3%
3(1) 日常生活の自立度等について	70	48.6%	51.4%	24.3%		4.3%	1.4%	2.9%	1.4%
3(2) 認知症の中核症状	71	52.1%	56.3%	7.0%		8.5%	1.4%	1.4%	4.2%
3(3) 認知症の行動・心理症状	75	58.7%	45.3%	12.0%		8.0%	1.3%	1.3%	1.3%
3(4) その他の精神・神経症状	70	52.9%	42.9%	8.6%		8.6%	1.4%	5.7%	1.4%
3(5) 身体の状態	53	50.9%	37.7%	20.8%		9.4%	5.7%	1.9%	9.4%
4(1) 移動	43	44.2%	41.9%	23.3%		7.0%	7.0%	4.7%	2.3%
4(2) 栄養・食生活	62	45.2%	51.6%	17.7%		6.5%	3.2%	4.8%	1.6%
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	58	27.6%	55.2%	6.9%	22.4%	1.7%	8.6%	17.2%	3.4%
4(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し	68	22.1%	47.1%	13.2%	17.6%	1.5%	16.2%	10.3%	0.0%
4(5) 医学的管理の必要性	38	39.5%	55.3%	10.5%		5.3%	10.5%	23.7%	2.6%
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	38	23.7%	42.1%	2.6%		5.3%	18.4%	34.2%	5.3%
4(7) 感染症の有無	46	37.0%	50.0%	4.3%		6.5%	19.6%	13.0%	4.3%
5 特記すべき事項	45	22.2%	24.4%	2.2%		26.7%	6.7%	40.0%	2.2%

このことを踏まえ、啓発資料においては、啓発資料においては、「他の記録等から転記する手間の大きさ」を軽減しうる対応策として、アンケートでも調査項目とした「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」といったものを紹介することとした(図表 5-7)。

図表 5-7 負担軽減の対応策として、啓発資料中で紹介した表

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%

<上の表に関する啓発資料中の解説文>

- 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。

2. 提言

(1) 一部の記載事項の簡素化の検討

主治医意見書の一部の項目について、「認定審査会委員」「介護支援専門員」のいずれからも、「特に重視している」との回答割合が小さい項目が見出された。また、主治医意見書には、「2.特別な医療」「3(3)認知症の行動・心理症状」などの認定調査票とおおむね内容が重複している項目も、複数存在する。

このような、「一次判定に用いられず」、「認定審査会委員や介護支援専門員からさほど重視されていない」項目や、「認定調査票の項目と類似性が高く、かつ客観的事実について記載する」項目等を中心に、主治医意見書の記載事項から削除するなど、様式の簡素化について検討する必要がある。

(2) 情報収集に関する支援

本調査研究では、特に当該患者(申請者)について初めて主治医意見書を作成する場合には、他科診療分を含む傷病や、認知症、ADL の状況など、広範な情報や判断材料の収集の困難さが、医師の大きな負担感につながっていると考えられる。

このような仕組みのもとでは、認定調査票と主治医意見書とが類似する項目を中心に、医師が一から調査して記入するのではなく、クラーク等医師以外の職種が情報を整理して医師に提供すること等から医師の負担軽減を図り、より効率的に医師の意見書が作成できることが、介護保険の運営に寄与するものとなる。

附属資料

アンケート調査票

厚生労働省令和元年度老人保健健康増進等事業 【調査実施機関：全日本病院協会】

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

保険者調査票

※特に記載がない限り、2019年9月1日現在の状況についてご回答ください。

問1 ご回答者様のご連絡先等をご記入ください。

1) 介護保険の保険者の区分	01. 政令指定都市 04. 町村 07. 広域連合	02. 中核市 05. 特別区	03. 01・02以外の市 06. 一部事務組合
2) 介護保険の保険者の名称			
3) ご回答責任者の所属			
4) ご回答責任者の氏名			
5) ご回答責任者の連絡先(電話番号)	()-()-()		

問2 貴保険者における、介護認定審査会の設置形態についてご回答ください。

1) 介護認定審査会の設置形態 (○は1つ)	01. 貴保険者が単独で介護認定審査会を設置している 02. 複数の保険者が共同で介護認定審査会を設置している 03. 要介護認定の審査判定業務を、都道府県に委託している 04. 要介護認定の審査判定業務を、他の保険者に委託している 05. その他			} 2)3)にもご回答ください
2) 合議体の数	()合議体	3) 2019年9月1ヶ月間における介護認定審査会の開催回数(すべての合議体の開催回数の合計)	()回	

問3 貴保険者における、主治医意見書や介護認定審査会に係る下記の事務について、実務の担当・分掌・委託等の状況をご回答ください(当てはまる番号すべてに○)。

【選択肢】	1: 市区町村の本庁の担当部署が実務を担当	2: 政令指定都市の行政区に実務を分掌
	3: 市区町村の支所・出張所等に実務を分掌	4: 広域連合・一部事務組合の担当部署が実務を担当
	5: 広域連合・一部事務組合の支部等に実務を分掌	6: 広域連合・一部事務組合を構成する市町村に実務を分掌
	7: 都道府県や他の保険者に委託(※)	8: 民間企業等に外部委託
	9: その他	10: 実施していない
※ 選択肢7の「都道府県や他の保険者に委託」には、「遠隔地に居所を有する被保険者に関する事務の他市町村への委嘱」は含みません。		
1) 要介護認定調査の実施(認定調査員による訪問)	1・2・3・4・5・6・7・8・9	
2) 認定調査票の不備内容のチェック	1・2・3・4・5・6・7・8・9・10	
3) 認定調査票の記載内容に関する疑義照会	1・2・3・4・5・6・7・8・9・10	
4) 主治医意見書の不備内容のチェック	1・2・3・4・5・6・7・8・9・10	
5) 主治医意見書の記載内容に関する疑義照会	1・2・3・4・5・6・7・8・9・10	
6) 認定調査票と主治医意見書との突合チェック	1・2・3・4・5・6・7・8・9・10	
7) 審査会資料の読み込み	1・2・3・4・5・6・7・8・9・10	
8) 介護認定審査会の運営	1・2・3・4・5・6・7・8・9	

※問4以降は、貴保険者のうち、認定審査会事務局の実務に直接に携わっている方がご回答ください。

問4 要介護認定申請のあった日から、14日以内、または30日以内に認定調査票や主治医意見書が届く割合について、ご回答ください(もっとも近い選択肢の番号各1つに○)。

【注】「②30日以内に届く割合」には、14日以内に届く割合も含めてお答えください。
 たとえば、14日以内に届く割合が50%、15～30日以内に届く割合が20%である場合、
 ①は03とご回答し、②は50%+20%=70%となるので04とご回答ください。

1) 認定調査票	①14日以内に届く割合	01. 2割未満	02. 2～4割未満	03. 4～6割未満	04. 6～8割未満	05. 8割以上
	②30日以内に届く割合	01. 2割未満	02. 2～4割未満	03. 4～6割未満	04. 6～8割未満	05. 8割以上
2) 主治医意見書	①14日以内に届く割合	01. 2割未満	02. 2～4割未満	03. 4～6割未満	04. 6～8割未満	05. 8割以上
	②30日以内に届く割合	01. 2割未満	02. 2～4割未満	03. 4～6割未満	04. 6～8割未満	05. 8割以上

問5 あなたは、審査会委員用の資料を作成する段階で、認定調査票と主治医意見書のチェックを、どの程度行っていますか。

1) 申請1件当たりの認定調査票・主治医意見書のチェックにかけている時間(最も近い番号1つに○)	01. 特段のチェックは行っていない	02. 2分/件程度以内
	03. 2～5分/件程度	04. 5～10分/件程度
	05. 10～15分/件程度	06. 15分/件程度以上
2) 認定調査票・主治医意見書のチェックとして行っている内容(各1つに○)		
【選択肢】	1: ほぼ全件(9割程度以上)について行っている	2: 半数以上について行っている
	3: 半数以下について行っている	4: ほとんど、または全く行うことはない
① 記載がなされていない欄など、明らかな記載不備がないかのチェック	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4	
② 認定調査票について、項目間を比較して不自然な点がないかのチェック	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4	
③ 主治医意見書について、項目間を比較して不自然な点がないかのチェック	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4	
④ (新規の要介護認定申請以外について)前回の要介護認定調査の際の資料との比較	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4	
⑤ 認定調査票と主治医意見書との間に大きな乖離がないかのチェック	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4	
⑥ 介護認定審査会において議論となりそうな事項の洗い出し	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4	

問6 あなたは、審査会委員用の資料を作成する段階で、認定調査票や主治医意見書について、内容の問い合わせ・照会や、修正・再作成を依頼することがあります(当てはまる番号各1つに○)。

1) 認定調査票	①記載内容の問い合わせ・照会	01. 行うことがある	02. 行うことはない
	②修正・再作成の依頼	01. 行うことがある	02. 行うことはない
2) 主治医意見書	①記載内容の問い合わせ・照会	01. 行うことがある ↓ 3)にもご回答ください	02. 行うことはない
	②修正・再作成の依頼	01. 行うことがある ↓ 4)にもご回答ください	02. 行うことはない
3) 主治医意見書のうち、記載内容の問い合わせ・照会を行うことが多い項目 (上位3つの項目について、該当する記号(A~T)を下表から選び、右の回答欄にご記入ください)		1 番 目	2 番 目
4) 主治医意見書のうち、修正・再作成の依頼を行うことが多い項目 (上位3つの項目について、該当する記号(A~T)を下表から選び、右の回答欄にご記入ください)		1 番 目	2 番 目
<設問 3), 4)の選択肢>			
記号	主治医意見書の箇所	記号	主治医意見書の箇所
A	申請者欄(3) 他科受診の有無	K	3(4) その他の精神・神経症状
B	1(1) 診断名	L	3(5) 身体の状態
C	1(2) 症状としての安定性	M	4(1) 移動
D	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	N	4(2) 栄養・食生活
E	1(3) 特定疾病の経過	O	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
F	1(3) 投薬内容を含む治療内容	P	4(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し
G	2 特別な医療	Q	4(5) 医学的管理の必要性
H	3(1) 日常生活の自立度等について	R	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
I	3(2) 認知症の中核症状	S	4(7) 感染症の有無
J	3(3) 認知症の行動・心理症状	T	5 特記すべき事項

問7 あなたが所属している認定審査会事務局では、要介護・要支援認定の更新申請に際し、前回の認定の有効期間内に介護認定審査会による審査判定ができないケースが生ずることはありますか。また、生じた場合、どのような対応をとっていますか(○は1つ)。

01. 必ず前回の認定の有効期間内に審査判定するようにしている。
02. 前回の認定の有効期間内に審査判定ができないケースがある。この場合、申請者に必ず連絡をしている。
03. 前回の認定の有効期間内に審査判定ができないケースがある。この場合、申請者に連絡をする場合も、しない場合もある。
04. 前回の認定の有効期間内に審査判定ができないケースがある。この場合、特段申請者に連絡をすることは無い。

問8 あなたが所属している認定審査会事務局では、2018年4月より認められた「要介護認定の簡素化」を取り入れていますか(当てはまる番号すべてに○)。

01. 更新認定における有効期間の延長(24ヶ月を超えた有効期間の設定)を行っている。
02. 「1次判定の要介護度が前回の認定結果と一致する第1号被保険者の更新申請」等の要件を満たす場合の、認定審査会による判定の簡素化を行っている。
03. 01・02のいずれも取り入れていない。

→ 02に○を付した場合、以下にもご回答ください。

国の通知(平成30年3月23日老発0323第1号厚生労働省老健局長通知)に示された、簡素化の対象となる6つの要件に対し、さらに <u>要件を追加している場合</u> 、その要件についてご記入ください。	認定審査会の簡素化の方式について、ご記入ください。

問4 問3において「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」と回答された上位3つのケースのそれぞれに関し、介護認定審査会における判断材料として重要と考える主治医意見書の項目と、その背景について、ご回答ください。

1) 問3で「1番目」に挙げたケースに関する介護認定審査					
主治医意見書の欄	介護認定審査会における判断材料としての重要度 (あてはまる番号各1つに○)				重要と思う／思わない背景・理由
	4 非常に重要	3 重要	2 あまり重要でない	1 重要でない	
申請者欄(3) 他科受診の有無	4	3	2	1	
1(1) 診断名	4	3	2	1	
1(2) 症状としての安定性	4	3	2	1	
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	4	3	2	1	
1(3) 特定疾病の経過	4	3	2	1	
1(3) 投薬内容を含む治療内容	4	3	2	1	
2 特別な医療	4	3	2	1	
3(1) 日常生活の自立度等について	4	3	2	1	
3(2) 認知症の中核症状	4	3	2	1	
3(3) 認知症の行動・心理症状	4	3	2	1	
3(4) その他の精神・神経症状	4	3	2	1	
3(5) 身体の状態	4	3	2	1	
4(1) 移動	4	3	2	1	
4(2) 栄養・食生活	4	3	2	1	
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	4	3	2	1	
4(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し	4	3	2	1	
4(5) 医学的管理の必要性	4	3	2	1	
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	4	3	2	1	
4(7) 感染症の有無	4	3	2	1	
5 特記すべき事項	4	3	2	1	

2) 問3で「 <u>2番目</u> 」に挙げたケースに関する介護認定審査					
主治医意見書の欄	介護認定審査会における判断材料としての重要度 (あてはまる番号各1つに○)				重要と思う／思わない背景・理由
	4 非常に重要	3 重要	2 あまり重要でない	1 重要でない	
申請者欄(3) 他科受診の有無	4	3	2	1	
1(1) 診断名	4	3	2	1	
1(2) 症状としての安定性	4	3	2	1	
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	4	3	2	1	
1(3) 特定疾病の経過	4	3	2	1	
1(3) 投薬内容を含む治療内容	4	3	2	1	
2 特別な医療	4	3	2	1	
3(1) 日常生活の自立度等について	4	3	2	1	
3(2) 認知症の中核症状	4	3	2	1	
3(3) 認知症の行動・心理症状	4	3	2	1	
3(4) その他の精神・神経症状	4	3	2	1	
3(5) 身体の状態	4	3	2	1	
4(1) 移動	4	3	2	1	
4(2) 栄養・食生活	4	3	2	1	
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	4	3	2	1	
4(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し	4	3	2	1	
4(5) 医学的管理の必要性	4	3	2	1	
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	4	3	2	1	
4(7) 感染症の有無	4	3	2	1	
5 特記すべき事項	4	3	2	1	

3) 問3で「 <u>3番目</u> 」に挙げたケースに関する介護認定審査					
主治医意見書の欄	介護認定審査会における 判断材料としての重要度 (あてはまる番号 各1つに○)				重要と思う／思わない背景・理由
	4 非常に重要	3 重要	2 あまり重要でない	1 重要でない	
申請者欄(3) 他科受診の有無	4	3	2	1	
1(1) 診断名	4	3	2	1	
1(2) 症状としての安定性	4	3	2	1	
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	4	3	2	1	
1(3) 特定疾病の経過	4	3	2	1	
1(3) 投薬内容を含む治療内容	4	3	2	1	
2 特別な医療	4	3	2	1	
3(1) 日常生活の自立度等について	4	3	2	1	
3(2) 認知症の中核症状	4	3	2	1	
3(3) 認知症の行動・心理症状	4	3	2	1	
3(4) その他の精神・神経症状	4	3	2	1	
3(5) 身体の状態	4	3	2	1	
4(1) 移動	4	3	2	1	
4(2) 栄養・食生活	4	3	2	1	
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	4	3	2	1	
4(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し	4	3	2	1	
4(5) 医学的管理の必要性	4	3	2	1	
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	4	3	2	1	
4(7) 感染症の有無	4	3	2	1	
5 特記すべき事項	4	3	2	1	

問5 介護認定審査における判断材料とする観点から、記載が十分でない主治医意見書が多いと感じる項目とその理由について、ご回答ください。

主治医意見書の欄	要介護認定の判断材料としたり、記載が十分でないと感じることが多い項目 (あてはまるものすべてに○)	記載が十分でないと感じる理由 (あてはまるもの全てに○) ※「e」を選択された場合は、()内に具体的な内容をご記載ください。				
		a 記載内容が具体的にでない	b 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	c 解釈しにくい 医療職以外には記載内容が理解しにくい	d 空欄になっていたりなど、記載の不備が多い	e その他(※)
申請者欄(3) 他科受診の有無		a	b	c	d	e (不足内容)
1(1) 診断名		a	b	c	d	e (不足内容)
1(2) 症状としての安定性		a	b	c	d	e (不足内容)
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		a	b	c	d	e (不足内容)
1(3) 特定疾病の経過		a	b	c	d	e (不足内容)
1(3) 投薬内容を含む治療内容		a	b	c	d	e (不足内容)
2 特別な医療					d	e (不足内容)
3(1) 日常生活の自立度等について					d	e (不足内容)
3(2) 認知症の中核症状		a	b	c	d	e (不足内容)
3(3) 認知症の行動・心理症状		a	b	c	d	e (不足内容)
3(4) その他の精神・神経症状		a	b	c	d	e (不足内容)
3(5) 身体の状態		a	b	c	d	e (不足内容)
4(1) 移動		a	b	c	d	e (不足内容)
4(2) 栄養・食生活		a	b	c	d	e (不足内容)
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		a	b	c	d	e (不足内容)
4(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し					d	e (不足内容)
4(5) 医学的管理の必要性		a	b	c	d	e (不足内容)
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		a	b	c	d	e (不足内容)
4(7) 感染症の有無		a	b	c	d	e (不足内容)
5 特記すべき事項		a	b	c	d	e (不足内容)

問6 主治医意見書の作成に関するマニュアル・手引き等で解説や留意事項の記載が充実するとよいと思うことについて、ご回答ください。

主治医意見書の欄	マニュアル・手引き等で解説や留意事項の記載が充実するとよいと思うこと (自由記載)
申請者欄(3) 他科受診の有無	
1(1) 診断名	
1(2) 症状としての安定性	
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	
1(3) 特定疾病の経過	
1(3) 投薬内容を含む治療内容	
2 特別な医療	
3(1) 日常生活の自立度等について	
3(2) 認知症の中核症状	
3(3) 認知症の行動・心理症状	
3(4) その他の精神・神経症状	
3(5) 身体の状態	
4(1) 移動	
4(2) 栄養・食生活	
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	
4(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し	
4(5) 医学的管理の必要性	
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	
4(7) 感染症の有無	
5 特記すべき事項	

問4 問3において「主治医意見書を活用することが多い」と回答された上位3つのケースのそれぞれに関し、ケアプランの作成や変更における判断材料として重要と考える主治医意見書の項目と、その背景について、ご回答ください。

1) 問3で「1番目」に挙げたケースに関するケアプランの作成や変更					
主治医意見書の欄	ケアプランの判断材料としての重要度 (あてはまる番号各1つに○)				重要と思う／思わない背景・理由
	4 非常に重要	3 重要	2 あまり重要でない	1 重要でない	
申請者欄(3) 他科受診の有無	4	3	2	1	
1(1) 診断名	4	3	2	1	
1(2) 症状としての安定性	4	3	2	1	
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	4	3	2	1	
1(3) 特定疾病の経過	4	3	2	1	
1(3) 投薬内容を含む治療内容	4	3	2	1	
2 特別な医療	4	3	2	1	
3(1) 日常生活の自立度等について	4	3	2	1	
3(2) 認知症の中核症状	4	3	2	1	
3(3) 認知症の行動・心理症状	4	3	2	1	
3(4) その他の精神・神経症状	4	3	2	1	
3(5) 身体の状態	4	3	2	1	
4(1) 移動	4	3	2	1	
4(2) 栄養・食生活	4	3	2	1	
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	4	3	2	1	
4(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し	4	3	2	1	
4(5) 医学的管理の必要性	4	3	2	1	
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	4	3	2	1	
4(7) 感染症の有無	4	3	2	1	
5 特記すべき事項	4	3	2	1	

2) 問3で「 <u>2番目</u> 」に挙げたケースに関するケアプランの作成や変更					
主治医意見書の欄	ケアプランの判断材料としての重要度 (あてはまる番号各1つに○)				重要と思う／思わない背景・理由
	4 非常に重要	3 重要	2 あまり重要でない	1 重要でない	
申請者欄(3) 他科受診の有無	4	3	2	1	
1(1) 診断名	4	3	2	1	
1(2) 症状としての安定性	4	3	2	1	
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	4	3	2	1	
1(3) 特定疾病の経過	4	3	2	1	
1(3) 投薬内容を含む治療内容	4	3	2	1	
2 特別な医療	4	3	2	1	
3(1) 日常生活の自立度等について	4	3	2	1	
3(2) 認知症の中核症状	4	3	2	1	
3(3) 認知症の行動・心理症状	4	3	2	1	
3(4) その他の精神・神経症状	4	3	2	1	
3(5) 身体の状態	4	3	2	1	
4(1) 移動	4	3	2	1	
4(2) 栄養・食生活	4	3	2	1	
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	4	3	2	1	
4(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し	4	3	2	1	
4(5) 医学的管理の必要性	4	3	2	1	
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	4	3	2	1	
4(7) 感染症の有無	4	3	2	1	
5 特記すべき事項	4	3	2	1	

3) 問3で「3番目」に挙げたケースに関するケアプランの作成や変更					
主治医意見書の欄	ケアプランの判断材料としての重要度 (あてはまる番号各1つに○)				重要と思う／思わない背景・理由
	4 非常に重要	3 重要	2 あまり重要でない	1 重要でない	
申請者欄(3) 他科受診の有無	4	3	2	1	
1(1) 診断名	4	3	2	1	
1(2) 症状としての安定性	4	3	2	1	
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	4	3	2	1	
1(3) 特定疾病の経過	4	3	2	1	
1(3) 投薬内容を含む治療内容	4	3	2	1	
2 特別な医療	4	3	2	1	
3(1) 日常生活の自立度等について	4	3	2	1	
3(2) 認知症の中核症状	4	3	2	1	
3(3) 認知症の行動・心理症状	4	3	2	1	
3(4) その他の精神・神経症状	4	3	2	1	
3(5) 身体の状態	4	3	2	1	
4(1) 移動	4	3	2	1	
4(2) 栄養・食生活	4	3	2	1	
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	4	3	2	1	
4(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し	4	3	2	1	
4(5) 医学的管理の必要性	4	3	2	1	
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	4	3	2	1	
4(7) 感染症の有無	4	3	2	1	
5 特記すべき事項	4	3	2	1	

問5 主治医意見書の記載欄のうち4(5)「医学的管理の必要性」欄のチェックの有無等を、ケアプランにどのように反映していますか。あてはまる番号各1つに○をご記入ください。

<p>1) 「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</p>	<p>01. 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</p> <p>02. 「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</p> <p>03. 「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</p> <p>04. 「医学的管理の必要性」欄に下線が引かれた主治医意見書を、受け取ることがほとんどない</p>
<p>2) 下線は引かれていないが、チェックのあるサービス</p>	<p>01. 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</p> <p>02. 「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</p> <p>03. 「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</p> <p>04. 「医学的管理の必要性」欄に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</p>
<p>3) チェックのないサービス</p>	<p>01. 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</p> <p>02. 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</p> <p>03. 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</p> <p>04. 「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</p>

問6 ケアプランの作成・変更の判断材料とする観点から、記載が活用しにくい主治医意見書が多いと感じる項目とその理由について、ご回答ください。

主治医意見書の欄	ケアプラン作成・変更の判断材料とするに当たり、記載が活用しにくいと感じる項目が多い項目（あてはまるものすべてに○）	記載が活用しにくいと感じる理由（あてはまるもの全てに○） ※「f」を選択された場合は、()内に具体的な内容をご記載ください。					
		a 記載内容が具体的でない	b 必要な情報とは異なる視点の記載がされている	c 医療職以外には記載内容が理解しにくい	d 空欄になっていたり、記載の不備が多い	e ケアプラン作成時には状態が変わっているなど、現在の状態が把握できない	f その他(※)
申請者欄(3) 他科受診の有無		a	b	c	d	e	f(内容:)
1(1) 診断名		a	b	c	d	e	f(内容:)
1(2) 症状としての安定性		a	b	c	d	e	f(内容:)
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		a	b	c	d	e	f(内容:)
1(3) 特定疾病の経過		a	b	c	d	e	f(内容:)
1(3) 投薬内容を含む治療内容		a	b	c	d	e	f(内容:)
2 特別な医療					d	e	f(内容:)
3(1) 日常生活の自立度等について					d	e	f(内容:)
3(2) 認知症の中核症状		a	b	c	d	e	f(内容:)
3(3) 認知症の行動・心理症状		a	b	c	d	e	f(内容:)
3(4) その他の精神・神経症状		a	b	c	d	e	f(内容:)
3(5) 身体の状態		a	b	c	d	e	f(内容:)
4(1) 移動		a	b	c	d	e	f(内容:)
4(2) 栄養・食生活		a	b	c	d	e	f(内容:)
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		a	b	c	d	e	f(内容:)
4(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し					d	e	f(内容:)
4(5) 医学的管理の必要性		a	b	c	d	e	f(内容:)
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		a	b	c	d	e	f(内容:)
4(7) 感染症の有無		a	b	c	d	e	f(内容:)
5 特記すべき事項		a	b	c	d	e	f(内容:)

問7 主治医意見書の作成に関するマニュアル・手引き等で解説や留意事項の記載が充実するとよいと思うことについて、ご回答ください。

主治医意見書の欄	マニュアル・手引き等で解説や留意事項の記載が充実するとよいと思うこと (自由記載)
申請者欄(3) 他科受診の有無	
1(1) 診断名	
1(2) 症状としての安定性	
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	
1(3) 特定疾病の経過	
1(3) 投薬内容を含む治療内容	
2 特別な医療	
3(1) 日常生活の自立度等について	
3(2) 認知症の中核症状	
3(3) 認知症の行動・心理症状	
3(4) その他の精神・神経症状	
3(5) 身体の状態	
4(1) 移動	
4(2) 栄養・食生活	
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	
4(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し	
4(5) 医学的管理の必要性	
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	
4(7) 感染症の有無	
5 特記すべき事項	

厚生労働省令和元年度老人保健健康増進等事業 【調査実施機関：全日本病院協会】

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

主治医意見書作成医師調査票

※特に記載がない限り、2019年9月1日現在の状況についてご回答ください。

問1 ご所属の医療機関についてご回答ください。

1) 医療機関名	
2) 許可病床数 (○は1つ)	01. 無床診療所 03. 20～99床 05. 200～399床 02. 19床以下(有床診療所) 04. 100～199床 06. 400床以上
3) 設置主体 (○は1つ)	01. 国立(国、独立行政法人国立病院機構、国立大学法人、独立行政法人労働者健康安全機構、国立高度専門医療研究センター、独立行政法人地域医療機能推進機構) 02. 公立(都道府県、市町村、地方独立行政法人) 03. 公的(日赤、済生会、北海道社会事業協会、厚生連、国民健康保険団体連合会) 04. 社会保険関係(健康保険組合及びその連合会、共済組合及びその連合会、国民健康保険組合) 05. 医療法人(社会医療法人は含まない) 06. その他の法人(公益法人、学校法人、社会福祉法人、医療生協、会社、社会医療法人等、その他法人) 07. 個人

問2 ご回答者様についてご回答ください。

1) 氏名		2) ご連絡先電話番号	()-()-()
3) 主たる診療科 (○は1つ)	01. 内科 02. 呼吸器内科 03. 循環器内科 04. 消化器内科(胃腸内科) 05. 腎臓内科 06. 神経内科 07. 糖尿病内科(代謝内科) 08. 血液内科 09. 皮膚科 10. アレルギー科 11. リウマチ科 12. 感染症内科 13. 小児科 14. 精神科	15. 心療内科 16. 外科 17. 呼吸器外科 18. 心臓血管外科 19. 乳腺外科 20. 気管食道外科 21. 消化器外科(胃腸外科) 22. 泌尿器科 23. 肛門外科 24. 脳神経外科 25. 整形外科 26. 形成外科 27. 美容外科 28. 眼科	29. 耳鼻いんこう科 30. 小児外科 31. 産婦人科 32. 産科 33. 婦人科 34. リハビリテーション科 35. 放射線科 36. 麻酔科 37. 病理診断科 38. 臨床検査科 39. 救急科 40. 総合診療科 41. 老年科 42. 全科
4) 臨床経験年数 (○は1つ)	01. 5年未満 02. 5年～10年未満	03. 10～15年未満 04. 15～20年未満	05. 20～30年未満 06. 30年以上
5) 診療頻度が最も高い領域 (○は1つ)	01. 高度急性期の入院医療(精神科除く) 02. 急性期の入院医療(精神科除く) 03. 回復期の入院医療(精神科除く) 04. 慢性期の入院医療(精神科除く)	05. 精神科の入院医療 06. 外来医療 07. 在宅医療 08. その他	

6) 介護認定審査会委員の経験 (○は1つ)	01. 合議体長を務めている、または務めていたことがある 02. 合議体長の経験はないが、介護認定審査会委員を務めている、または務めていたことがある 03. 介護認定審査会委員の経験はない	
7) 介護保険施設・事業所での勤務 (あてはまるもの全てに○)	01. 介護保険施設(介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)・介護老人保健施設・介護療養型医療施設または介護医療院)の管理者、配置医または嘱託医としての勤務を行うことがある 02. 通所リハビリテーション・訪問リハビリテーションなど、01以外の介護サービス事業所の管理者、配置医または嘱託医としての勤務を行うことがある 03. 介護保険施設や介護サービス事業所での勤務を行うことはない	
8) 1ヶ月の平均的な主治医意見書の作成回数 (○は最も近いもの1つ)	01. 0~1回未満/月程度 02. 1~3回未満/月程度 03. 3~10回未満/月程度 04. 10回/月程度以上	
9) 主治医意見書を作成した患者のうち、右記のような患者の割合 (○は最も近いもの1つ)	①過去に診察したことがない患者	01. 作成することはない 02. 1割程度未満 03. 1~2割程度未満 04. 2~3割程度未満 05. 3~5割程度未満 06. 5割程度以上
	②過去に診察したことはあるが、日常的には診察していない患者	01. 作成することはない 02. 1割程度未満 03. 1~2割程度未満 04. 2~3割程度未満 05. 3~5割程度未満 06. 5割程度以上

問3 主治医意見書を作成する際に、下記のことをどの程度意識していますか。

1) 介護認定審査会での判断材料を提供する (○は1つ)	01. 強く意識している 02. ある程度意識している 03. ほとんど意識していない
2) ケアマネジャーに対しケアプラン作成のための参考となる材料を提供する(○は1つ)	01. 強く意識している 02. ある程度意識している 03. ほとんど意識していない
3) 医療職以外の職種等も読み手となることを想定した平易な表現を用いる(○は1つ)	01. 強く意識している 02. ある程度意識している 03. ほとんど意識していない

問4 過去に別の医療機関の医師が主治医意見書を作成した患者について、主治医意見書を作成する場合に、前医が作成した主治医意見書等を取り寄せることがありますか。

1) 前医の主治医意見書等の取り寄せの有無 (○は1つ)	01. 可能な限り、必ず取り寄せている 02. 取り寄せる場合と、取り寄せない場合とがある 03. 取り寄せることはない
2) 前医の主治医意見書等の取り寄せが可能であるならば、参照したいと思うかどうか (○は最も近いもの1つ)	01. ぜひとも参照したい 02. どちらかといえば参照したい 03. 参照したいとは思わない
3) 前医の主治医意見書等の取り寄せの手段 (あてはまるもの全てに○) ※1)で「01」「02」を選択された場合、3)にもご回答ください。	01. 前医の医療機関から取り寄せる 02. 保険者(市町村)から取り寄せる 03. 本人・家族から取り寄せる 04. その他の手段 (その内容⇒)
4) 前医の主治医意見書等の取り寄せの際の負担感 (あてはまるもの全てに○) ※1)で「01」「02」を選択された場合、4)にもご回答ください。	01. 取り寄せについて患者の同意を得るのが大変である 02. 取り寄せの際に、前医の医療機関から拒否されることが多い 03. 取り寄せの際に、保険者(市町村)から拒否されることが多い 04. その他、負担感の大きいことがある (その内容⇒) 05. 特に大きな負担感はない

問5 主治医意見書の作成にあたり、活用しているものについてご回答ください。

1) 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 (あてはまるもの全てに○)

- 01. 医療クラーク等、医師以外の職種が下書きをする
- 02. 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
- 03. 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
- 04. 主治医意見書をオンラインで提出する
- 05. その他(その内容⇒)
- 06. 特に活用しているものはない

2) 主治医意見書の作成にあたり、参照している手引きやマニュアル類 (あてはまるもの全てに○)

- 01. 厚生労働省作成「主治医意見書記入の手引き」
- 02. NPO シルバー総合研究所発行「主治医意見書記載ガイドブック」
- 03. その他の手引き等(手引きの名称⇒)
- 04. 手引きやマニュアル類を参照することはない

問6 主治医意見書の記載欄のうち 4(5)「医学的管理の必要性」欄について、ケアプランにどのように反映されることを期待してチェックをつけていますか。もっともあてはまる番号各1つに○をご記入ください。

1) 「特に必要の高いもの」として下線を引く場合	<ul style="list-style-type: none"> 01. 必ずケアプランに組み込まれるよう期待するサービスに、下線を引いている 02. 必ずケアプランに組み込まれることまでは期待していないが、相対的に必要性が高いと考えられるサービスに下線を引いている 03. 下線を引くことはしていない
2) 下線は引かないが、チェックを行う場合	<ul style="list-style-type: none"> 01. 必ずケアプランに組み込まれるよう期待するサービスに、チェックを行っている 02. 必ずケアプランに組み込まれることまでは期待していないが、相対的に必要性が高いと考えられるサービスにチェックを行っている 03. チェックをしていない
3) チェックを行わない場合	<ul style="list-style-type: none"> 01. チェックのないサービスであっても、ケアマネジャーの判断や本人・家族の希望等によっては、ケアプランに組み込まれてもよいと考えている 02. チェックのないサービスについては、ケアプランに組み込むのは適切でないと考えている

問7 主治医意見書の作成に関するマニュアル・手引き等で解説が充実するとよいと思うものについて、ご回答ください。

主治医意見書の欄	マニュアル・手引き等で解説が充実するとよいと思うもの（あてはまるもの全てに○） ※「e」を選択された場合は、()内に具体的な内容をご記載ください。				
	a 選択肢の判断基準	b 自由記載欄に何を 書いてほしいか	c 自由記載欄の文例	d 記載内容が何に活 用されるか	e その他(※)
申請者欄(3) 他科受診の有無		b	c	d	e (具体的に:)
1(1) 診断名		b	c	d	e (具体的に:)
1(2) 症状としての安定性	a	b	c	d	e (具体的に:)
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		b	c	d	e (具体的に:)
1(3) 特定疾病の経過		b	c	d	e (具体的に:)
1(3) 投薬内容を含む治療内容		b	c	d	e (具体的に:)
2 特別な医療	a			d	e (具体的に:)
3(1) 日常生活の自立度等につ いて	a			d	e (具体的に:)
3(2) 認知症の中核症状	a			d	e (具体的に:)
3(3) 認知症の行動・心理症状	a	b	c	d	e (具体的に:)
3(4) その他の精神・神経症状	a	b	c	d	e (具体的に:)
3(5) 身体の状態	a	b	c	d	e (具体的に:)
4(1) 移動	a			d	e (具体的に:)
4(2) 栄養・食生活	a	b	c	d	e (具体的に:)
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	a	b	c	d	e (具体的に:)
4(4) サービス利用による生活 機能の維持・改善の見通し	a			d	e (具体的に:)
4(5) 医学的管理の必要性	a			d	e (具体的に:)
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	a			d	e (具体的に:)
4(7) 感染症の有無	a			d	e (具体的に:)
5 特記すべき事項	a			d	e (具体的に:)

問8 以下の A～C のケースのそれぞれについて主治医意見書を作成する際に、記載の負担が大きいと感じる項目とその内容について、ご回答ください。

- ・ケース A 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
- ・ケース B 過去に診察したことの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
- ・ケース C 過去に診察したことのなかった入院中の患者について、主治医意見書を作成する場合

1) ケース A 過去に何度も診察したことの <u>ある外来の患者</u> について、 <u>初めて</u> 要介護認定を受ける場合									
主治医意見書の欄	負担感の大きさ	負担感の内容（あてはまるもの全てに○）							
	作成負担が大きいと感じる項目の欄に、○をご記入ください（あてはまるものすべてに○）	a 情報の把握が困難	b 判断材料が足りない	c 医師の判断に向かない	d 今後の見通しが立てにくい	e 他の記録等から転記する手間が大きい	f 項目として必要がないと感じる	g どのような記載が求められているかがわからない	h その他
申請者欄(3) 他科受診の有無		a	b	c		e	f	g	h
1(1) 診断名		a	b	c		e	f	g	h
1(2) 症状としての安定性		a	b	c		e	f	g	h
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		a	b	c		e	f	g	h
1(3) 特定疾病の経過		a	b	c		e	f	g	h
1(3) 投薬内容を含む治療内容		a	b	c		e	f	g	h
2 特別な医療		a	b	c		e	f	g	h
3(1) 日常生活の自立度等について		a	b	c		e	f	g	h
3(2) 認知症の中核症状		a	b	c		e	f	g	h
3(3) 認知症の行動・心理症状		a	b	c		e	f	g	h
3(4) その他の精神・神経症状		a	b	c		e	f	g	h
3(5) 身体の状態		a	b	c		e	f	g	h
4(1) 移動		a	b	c		e	f	g	h
4(2) 栄養・食生活		a	b	c		e	f	g	h
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		a	b	c	d	e	f	g	h
4(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し		a	b	c	d	e	f	g	h
4(5) 医学的管理の必要性		a	b	c		e	f	g	h
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		a	b	c		e	f	g	h
4(7) 感染症の有無		a	b	c		e	f	g	h
5 特記すべき事項		a	b	c		e	f	g	h

2) ケースB 過去に診察したことの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

主治医意見書の欄	負担感の大きさ	負担感の内容（あてはまるもの全てに○）							
	作成負担が大きいと感じる項目の欄に、○をご記入ください（あてはまるものすべてに○）	a 情報の把握が困難	b 判断材料が足りない	c 医師の判断に向かない	d 今後の見通しが立てにくい	e 他の記録等から転記する手間が大きい	f 項目として必要がないと感じる	g どのような記載が求められているかがわからない	h その他
申請者欄(3) 他科受診の有無		a	b	c		e	f	g	h
1(1) 診断名		a	b	c		e	f	g	h
1(2) 症状としての安定性		a	b	c		e	f	g	h
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		a	b	c		e	f	g	h
1(3) 特定疾病の経過		a	b	c		e	f	g	h
1(3) 投薬内容を含む治療内容		a	b	c		e	f	g	h
2 特別な医療		a	b	c		e	f	g	h
3(1) 日常生活の自立度等について		a	b	c		e	f	g	h
3(2) 認知症の中核症状		a	b	c		e	f	g	h
3(3) 認知症の行動・心理症状		a	b	c		e	f	g	h
3(4) その他の精神・神経症状		a	b	c		e	f	g	h
3(5) 身体の状態		a	b	c		e	f	g	h
4(1) 移動		a	b	c		e	f	g	h
4(2) 栄養・食生活		a	b	c		e	f	g	h
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		a	b	c	d	e	f	g	h
4(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し		a	b	c	d	e	f	g	h
4(5) 医学的管理の必要性		a	b	c		e	f	g	h
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		a	b	c		e	f	g	h
4(7) 感染症の有無		a	b	c		e	f	g	h
5 特記すべき事項		a	b	c		e	f	g	h

3) ケースC 過去に診察したことのなかった入院中の患者について、主治医意見書を作成する場合

主治医意見書の欄	負担感の大きさ	負担感の内容（あてはまるもの全てに○）							
	作成負担が大きいと感じる項目の欄に、○をご記入ください（あてはまるものすべてに○）	a 情報の把握が困難	b 判断材料が足りない	c 医師の判断に向かない	d 今後の見通しが立てにくい	e 他の記録等から転記する手間が大きい	f 項目として必要がないと感じる	g どのような記載が求められているかがわからない	h その他
申請者欄(3) 他科受診の有無		a	b	c		e	f	g	h
1(1) 診断名		a	b	c		e	f	g	h
1(2) 症状としての安定性		a	b	c		e	f	g	h
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		a	b	c		e	f	g	h
1(3) 特定疾病の経過		a	b	c		e	f	g	h
1(3) 投薬内容を含む治療内容		a	b	c		e	f	g	h
2 特別な医療		a	b	c		e	f	g	h
3(1) 日常生活の自立度等について		a	b	c		e	f	g	h
3(2) 認知症の中核症状		a	b	c		e	f	g	h
3(3) 認知症の行動・心理症状		a	b	c		e	f	g	h
3(4) その他の精神・神経症状		a	b	c		e	f	g	h
3(5) 身体の状態		a	b	c		e	f	g	h
4(1) 移動		a	b	c		e	f	g	h
4(2) 栄養・食生活		a	b	c		e	f	g	h
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		a	b	c	d	e	f	g	h
4(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し		a	b	c	d	e	f	g	h
4(5) 医学的管理の必要性		a	b	c		e	f	g	h
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		a	b	c		e	f	g	h
4(7) 感染症の有無		a	b	c		e	f	g	h
5 特記すべき事項		a	b	c		e	f	g	h

※問9では、訪問看護の指示書・計画書・報告書についてお伺いいたします。

問9 訪問看護指示書と訪問看護計画書、報告書の運用についてご回答ください。

1) 訪問看護指示書を交付する場合の電子的な指示書の作成・送付等の実施状況 (○は1つ)

- 01. 手書きで指示書を作成しており、電子的な作成を行っていない
- 02. 電子的に作成し、印刷をした上で、手書きでサインと押印をしている
- 03. 電子的に作成し、電子署名を行った上で、郵送により送付している
- 04. 電子的に作成し、電子署名を行った上で、電子的に送付している
- 05. 訪問看護指示書を作成していない

2) 訪問看護事業所から提出される訪問看護計画書の内容が診療に役立つか (○は1つ)

- 01. とても役立つ
- 02. 役立つ
- 03. あまり役立たない
- 04. 役立たない
- 05. 目にすることがないため分からない

3) 訪問看護事業所から毎月提出される訪問看護報告書の内容が診療に役立つか (○は1つ)

- 01. とても役立つ
- 02. 役立つ
- 03. あまり役立たない
- 04. 役立たない
- 05. 目にすることがないため分からない

4) 訪問看護計画書や訪問看護報告書の電子的な受信への対応状況 (○は1つ)

- 01. 受信したことがある
- 02. 受信するための環境はあるが、受信したことはない
- 03. 受信するための環境がない
- 04. わからない

事業実施体制

「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」

事業実施体制

【事業検討委員会】

委員長	木下 毅	公益社団法人全日本病院協会常任理事 医療法人愛の会光風園病院理事長
副委員長	土屋 繁之	医療法人慈繁会土屋病院理事長
委員	江澤 和彦	倉敷スイートホスピタル理事長
委員	本庄 弘次	医療法人弥生会本庄内科病院理事長
委員	仲井 培雄	医療法人社団和楽仁芳珠記念病院理事長
委員	西村 勇人	医療法人社団芙蓉会二ツ屋病院理事長
委員	進藤 晃	医療法人財団利定会大久野病院理事長
委員	田中 圭一	医療法人笠松会有吉病院理事長
特別委員	栃本 一三郎	上智大学総合人間科学部社会福祉学科教授

事業担当副会長 美原 盤 公益財団法人脳血管研究所美原記念病院院長

【業務一部委託先】

みずほ情報総研株式会社 社会政策コンサルティング部
村井昂志
森岡聖晴
山田大輔
近藤拓弥

【事務局】

公益社団法人全日本病院協会 企画業務課 久下、向井、山崎

【事業検討委員会開催日時】

第1回	2019年7月26日(金)	15時～17時
第2回	2019年9月7日(土)	14時～17時
第3回	2020年2月7日(金)	13時～15時
第4回	2020年3月7日(土)	15時～17時

不許複製 禁無断転載

令和元年度老人保健事業推進費等補助金（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 報告書

発行日 2020年3月

発行者 公益社団法人全日本病院協会

住 所 〒101-8378

東京都千代田区神田猿楽町2-8-8 住友不動産猿楽町ビル 7F

電話 03-5283-7441（代）

