

介護保険主治医意見書の書き方 (介護保険よもやま話)

安房医師会 医療介護連携担当理事 田中 かつら

介護保険主治医意見書の活かされ方

介護認定審査会は、各自治体ごとに編成された会議です。主治医意見書に記載された「医療情報」と、患者さんの在宅療養の状態を確認した認定調査員から提出された「認定調査票」と照らし合わせ、審査員が合議制で審査し判断します。この方の介護度がどの程度か?調査員が判断した「一次審査」の結果が妥当か?「介護サービス」がなぜ必要かを審査員が判断します。

その際に、調査員では得られない「医師からの立場で」情報提供するのが主治医意見書です。病名だけの診断書ではなく、その方が療養するために必要な一側面が記載されていることが望まれています。

介護認定審査会は、その患者さんがどの人か、特定できないようになっています。また記載した医師が誰かもわからないようになっています。が、認定審査員も慣れたもので、文章の特徴から「きっと〇〇先生だろうなあ」と想像しながら会議に挑んでいます。書かれた先生の思いが伝わってくる意見書に出会うと「さすが、〇〇先生、よく患者さんのことを診ていらっしゃる」と感じます。患者さんだけでなく、介護する家族の大変さを知りうる大切な情報が「主治医意見書」です。

病名の「掟」

「病名は自分の専門から書く」は医師の常です。

が、認定審査会でのポイントは「なぜ、介護サービスが必要か?」です。介護が必要となる「病名」が順位が上になります。図1にある診断名と経過から、審査会では介護に必要な医療的な情報を得ています。

傷病に関する意見	
(1) 診断名 (特定疾病または生活機能低下の直接の原因となっている傷病名については1.に記入) 及び発症年月日	
1. 高血圧症 腹部大動脈瘤	発症年月日 (平成 不詳 年 月 日頃)
2. 糖尿病 COPD	発症年月日 (平成 不詳 年 月 日頃)
3.	発症年月日 (令和 年 月 日頃)
(2) 症状としての安定性 ☒ 安定 ☐ 不安定 ☐ 不明	
(「不安定」とした場合、具体的な状況を記入)	
(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治療内容を含む治療内容 〔最近(概ね6ヶ月以内)介護に影響のあったもの 及び 特定疾病についてはその診断の根拠等について記入)〕 上記にて、内服加療中 特に自覚症状なし。	

図1

この症例は「高血圧」「糖尿病」とありますが、介護を必要とする観点では審査員はイメージし辛いです。

「COPD で息切れがあって ADL が困難なのか?」「腹部大動脈瘤の術後?で廃用性筋力低下があるのか?」

そこで参考になるのが、疾病の経過や診療内容の記載です。ここでは・・・「自覚症状なし」・・・残念。

主治医意見書の一番目の病名は「介護が必要な病態、病名」を記載してください。例えば、1 は「COPD ・ 廃用性筋力低下」「腹部大動脈瘤術後・歩行困難」などの書き方がより良いと思われます。

病状経過・6 か月の「呪縛」

介護認定審査会は、前回その方を審査した同じメンバーではありません。本人は特定できないようになっていきます。そして、前回の意見書は審査会では提示されません。毎回、主治医意見書を初見でその方の病状を把握します。つまり・・・「6 か月以前の情報も欲しい」のです。

「最近の 6 か月の病状の変化」と記載してあるため、図 1 の先生は何も記載されませんでした。間違いではありませんが、この場合、審査会では認定調査員の情報のみに頼ることになります。現在は落ち着いていても、簡単でも結構ですので、前の経過も記載してください。介護が必要になった病状が知りたいのです。

そして、落ち着いている「今」の様子も記載してください。どうして介護サービスが必要なのか?を。

要介護 1 の「怪」・この人には認知症がある?

介護認定には、要支援 1 から最重度要介護 5 まで、7 段階（非該当を入れると 8 段階）で判断されます。ここで問題になるのが、「要支援 2」のその上は単純に「要介護 1」ではないということ。

要介護 1 は、①「認知症」がある人、②入院や手術などで「状態が不安定」な人が認定されます。体の状態が要支援 1 よりは見守りが必要な状態の方では、認知症がないと同じ身体状況でも支援 2 か介護 2 に振り分けなくてはならないのです。

この要支援 2 と要介護 1 では、審査会でも一番悩むところ。医師の意見書に認知症の記載があるか?調査員が認知機能低下を認めたか?身体機能レベル「支援 2」程度でも、認知症があると「要介護 1」になります。反対に「要介護 1」の一次判定が出ていても、認知症がないと認定会議の二次判定では「支援 2」。

つまり、「要介護 1」と判定された時、不安定要素がない時には「この人には認知症がある」と考えます。

外来ではわからなかった認知症の症状が、実は生活面でははっきりとしていた・・・。認定結果を知り、認知症を見抜けなかったと、ドキドキすることがあります。

「認知症の日常生活自立度」判断の「難」

3. 心身の状態に関する意見

図 2

(1) 日常生活の自立度等について	
・障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)	☐ 自立 ☐ J1 ☒ J2 ☐ A1 ☐ A2 ☐ B1 ☐ B2 ☐ C1 ☐ C2
・認知症高齢者の日常生活自立度	☐ 自立 ☒ I ☐ IIa ☐ IIb ☐ IIIa ☐ IIIb ☐ IV ☐ M
(2) 認知症の中核症状(認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)	
・短期記憶	☒ 問題なし ☐ 問題あり
・日常の意思決定を行うための認知能力	☒ 自立 ☐ いくらか困難 ☐ 見守りが必要 ☐ 判断できない
・自分の意思の伝達能力	☒ 伝えられる ☐ いくらか困難 ☐ 具体的要求に限られる ☐ 伝えられない
(3) 認知症の行動・心理症状(BPSD) (該当する項目全てチェック: 認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)	
☒ 無 ☐ 有	☐ 幻視・幻聴 ☐ 妄想 ☐ 昼夜逆転 ☐ 暴言 ☐ 暴行 ☐ 介護への抵抗 ☐ 徘徊 ☐ 火の不始末 ☐ 不潔行為 ☐ 異食行動 ☐ 性的問題行動 ☐ その他 ()
(4) その他の精神・神経症状	
☒ 無 ☐ 有	症状名: _____ 専門医受診の有無 ☐ 有 () ☐ 無

日常生活自立度、寝たきり度については、想像が付きやすいと思います。

その下「認知症高齢者の日常生活自立度」は非常にわかりづらい。何度も判断表を見ながら考えます。

判断レベル「自立(認知症なし)」～「I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV」「M」がありますが、この判断には2つの指標が必要です。「ADL」と「BPSD」が必要となります。

認知症・基本の話1「中核症状」とは

記銘力障害や見当識障害、判断力低下などのこと。この中核症状により日常生活動作(ADL)に支障が出ているか?がポイントです。認知症では、TVのリモコンの操作や炊事などの行為ができなくなる、ゴミ出しができないなどI-ADLの障害が先行します。

ADL「日常生活動作」は、起床から着替え、移動、食事、トイレ、入浴など日常的に発生する動作を指します。

I-ADLは、物を使って行う日常生活の動作。より頭を使って判断することが求められる動作です。例えば、買い物や服薬管理、電話をかける、電話に出るなどの応対もそうです。買い物の場合、メニューに応じて何をかうべきか理解する、会計時の判断力(=金銭の管理能力)、洗濯をする、料理を作るなども含まれます。

認知症の基本 2・「周辺症状」とは

周辺症状は「BPSD」「行動・心理症状」とも表現されます。認知症中核症状の出現によって、反応性に現れる症状です。一般の方は、この周辺症状が大変だと「重症だ」と思われていますが、周辺症状が出る時期は初期から中等度の時期です。認知機能低下を自覚したご本人が、これからどうなるのか?を心配して「混乱」することによる症状。認知機能低下していない残された機能が起こしている症状でもあります。不眠や不安、易怒性亢進、妄想や幻覚、徘徊・・・などの精神、行動障害のことです。

さて、本題に戻ります。

認知症の日常生活自立度は、認知症の症状(記憶力障害など)があるときは軽度でも「I」。生活に障害がある認知症中核症状があると「II」。周辺症状がある方は「III」以上。中等度以上の中核症状、認知機能障害があり、終日見守りが必要で、常に、誰かが側でケアを必要とする場合は「IV」です。

BPSD はなし、ADL 面だけの方は「II」・・・「II」は生活に支障があっても誰かが注意してあげる「目」が必要も、言葉かけすれば生活は可能な状態です。

BPSD があると「III」・・・「III」は介護という人の「目」と「手」が必要だということ。

BPSD があっても、なくても ADL 全般に介助が必要だと「IV」

この基準は、介護保険が開始された当初から使用されている基準です。いろいろと問題はあるが、現在でも様々な基準に利用されているため「今更の変更が難しい」と策定委員の先生がお話しされていました。わかりにくいのは仕方がないことのようにです。

B P S D	著しい精神症状あり	M	M	M	M	M
	夜間を中心	III b	III b	III b	III b	IV
	日中が中心	III a	III a	III a	III a	IV
	なし	I	II a	II b	III a	IV
		自立	家庭外で支障	家庭内で支障	介護が必要	常に介護が必要

A D L (I-ADL)

さて、質問です。図2の間違ひはどこでしょう？

答えは・・・認知症高齢者の日常生活自立度は「1」。しかし、その下の短期記憶障害は「問題なし」です。この人は認知症があるのか？ないのか？あっても軽いのか？いろいろ想像します。自立度「1」とつけた場合は、認知症あり。短期記憶は問題はあるのではないのでしょうか？(アルツハイマー型認知症の場合ですが)。ここに示しきれない病態については、ぜひ疾病の経過や、特記事項に記載してください。

特記事項・主治医の「粹」

5. 特記すべき事項

要介護認定及び介護サービス計画作成時に必要な医学的なご意見等を記載して下さい。なお、専門医等に別途意見を求めた場合はその内容、結果も記載して下さい。(情報提供書や身体障害者申請診断書の写し等を添付して頂いても結構です。)

なし。

図3

特記すべき事項については必ずしも記載しなくても良いのですが、ここに生活の状況や本人の特別な事項、主治医ならではの知り得る情報を記載していただきたい。

医師から見た介護サービスは何かが必要か？医療の目から「生活」「介護介入の困難さ」などを書いていただくと、この情報を得た介護支援専門員(ケアマネージャー)からの信頼度が違う(私見)。

例えば・・・「主介護者の妻は、本人との関係性が悪く、介護には積極的ではない」「長男と同居するが、長男は仕事で日中は不在、家事などは全く行っていない」「亡くなった長男の嫁が本人を献身的に介護をしている」など、生活が見える内容があると、「ここは介護介入が必要だ」「負担軽減をしなくては」と審査会の意見に反映されます。

「人」を診る主治医ならではの特別なスペースだと思っています(私見)。

例えば、下記のように書いていただけると介護サービスの必要性が、審査会で伝わると思います。

5. 特記すべき事項

要介護認定及び介護サービス計画作成時に必要な医学的なご意見等を記載して下さい。なお、専門医等に別途意見を求めた場合はその内容、結果も記載して下さい。(情報提供書や身体障害者申請診断書の写し等を添付して頂いても結構です。)

妻と二人暮らしで、家事は全て妻が行っている。COPDによる息切れのため、活動性が低下し、HOT導入を検討している。認知機能も低下(MMSE20/30)しており、声かけや見守りが必要な状態ある。妻が、入院や通院で不在になることが多く、介護サービスの介入が必要である。訪問介護サービスの利用、ショートステイの利用、デイサービスの利用が望まれる。

最後に・介護認定審査会資料(一次判定資料)

以上、介護保険主治医意見書の書き方を徒然なるままに記載しました。おわかりにくい点はたくさんあると思います。主治医意見書が、これから更に重要な情報源となると思われ、よりの確な介護保険サービスに反映できるように、安房医師会からも情報提供して参りたいと思っております。

介護保険主治医意見書問診票をどうぞ有効にご利用いただきますよう、お願い申し上げます。

最後に介護認定審査会に提出される認定調査票の一部を提示いたします。本人が特定できないように一部を削除してあります。この認定調査票と主治医意見書と照らし合わせて会議が進行します。

主治医意見書の重要性がお分かりいただければ幸いです。

文責 田中 かつら

介護認定審査会資料

合議体番号 : 000000 No. 前回要介護度 :
 被保険者区分: 第1号被保険者 年齢: 87歳 現在の状況: 居宅 (施設利用なし)
 申請区分 : 新規申請 性別: 男 前回認定有効期間: ()

令和 年 月 日 作成 令和 年 月 日 調査
 令和 年 月 日 申請 令和 年 月 日 審査

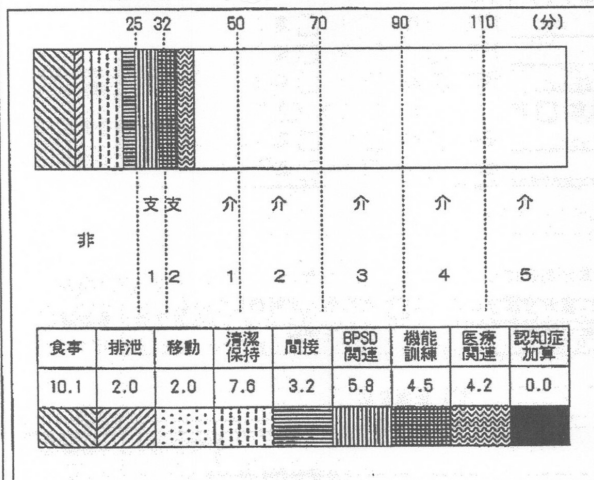
1 一次判定等

(この分数は、実際のケア時間を示すものではない)

一次判定結果 : 要介護1

要介護認定等基準時間 : 39.4分

前回基準時間 :



簡素化除外 : 除外しない
 簡素化可能 : 不可
 簡素化予定 : 通常

警告コード:

3 中間評価項目得点

	第1群	第2群	第3群	第4群	第5群	合計
今回	83.8	97.9	93.0	100.0	47.9	422.6
前回						

4 日常生活自立度

障害高齢者自立度 : A 2
 認知症高齢者自立度 : II b

5 認知機能・状態の安定性の評価結果

認知症高齢者の日常生活自立度
 認定調査結果 : II b
 主治医意見書 : I
 認知症自立度II以上の蓋然性 : 67.6%
 状態の安定性 : 不安定
 給付区分 : 介護給付相当

6 現在のサービス利用状況 (なし)

2 認定調査項目

調査結果	前回結果
第1群 身体機能・起居動作	
1. 麻痺 (左一上肢) (右一上肢) (左一下肢) (右一下肢) (その他) 2. 拘縮 (肩関節) (股関節) (膝関節) (その他) 3. 寝返り 4. 起き上がり 5. 座位保持 6. 両足での立位 7. 歩行 8. 立ち上がり 9. 片足での立位 10. 洗身 11. つめ切り 12. 視力 13. 聴力	つかまれば可 自分で支えれば可 つかまれば可 つかまれば可 支えが必要 一部介助 全介助
第2群 生活機能	
1. 移乗 2. 移動 3. えん下 4. 食事摂取 5. 排泄 6. 排便 7. 口腔清潔 8. 洗顔 9. 整髪 10. 上衣の着脱 11. スボン等の着脱 12. 外出頻度	一部介助
第3群 認知機能	
1. 意思の伝達 2. 毎日の日課を理解 3. 生年月日をいう 4. 短期記憶 5. 自分の名前をいう 6. 今の季節を理解 7. 場所の理解 8. 徘徊 9. 外出して戻れない	できない
第4群 精神・行動障害	
1. 被害的 2. 作話 3. 感情が不安定 4. 昼夜逆転 5. 同じ話をする 6. 大声を出す 7. 介護に抵抗 8. 落ち着きなし 9. 一人で出たがる 10. 収集癖 11. 物や衣類を壊す 12. ひどい物忘れ 13. 独り言・独り笑い 14. 自分勝手に行動する 15. 話がまとまらない	
第5群 社会生活への適応	
1. 薬の内服 2. 金銭の管理 3. 日常の意思決定 4. 集団への不適応 5. 買い物 6. 簡単な調理	一部介助 特別な場合以外可 全介助 全介助

<特別な医療>

点滴の管理	:	気管切開の処置	:
中心静脈栄養	:	疼痛の看護	:
透析	:	経管栄養	:
ストーマの処置	:	モニター測定	:
酸素療法	:	じょくそうの処置	:
レスビレーター	:	カテーテル	:

認定調査票(概況調査)

前回

前々回

審査

現在の状況

居宅

入所年月

1 調査対象者の主訴、家族状況、調査対象者の居住環境（外出が困難になるなど日常生活に支障となるような環境の有無）、日常的に使用する機器・器械の有無等について特記すべき事項を記入してください。

夫婦2人世帯。定年退職を機に妻と一緒に農業を学んで花や野菜を出荷するまでになり、20年以上農業を継続し、自立した生活を送っていた。虚血性心疾患の既往、人間ドックにて胸部大動脈瘤があるとのこと。しかし喫煙習慣があり、妻は禁煙してほしいと思っているが、本人は長生きしたからもうよいと話し、たばこをやめようとはしない。車の運転ができる妻が近年怪我をして入院、その際に農業はやめた。今年の6月～7月にかけて妻が入院、手術、その後治療を受け、家事をしない本人が独居となることが近年頻発しており、具合の悪い妻が自分が不在となる期間の日常生活の段取りをする必要が生じることも多くなっている。このような中、今後何らかのサービスが必要なことが起こるかもしれないが、介護保険の認定を受けておけばいざという時にスムーズであろう、という思いから新規の申請に至る。調査は支援1の妻同席により行った。

認定調査票(特記事項)

認定調査日

令和 年 月 日

生年月日:昭和 年 月 日

- (1-1.2) 椅子座位にて動作確認、左右上肢を横に広げる際に腕が痛いと言ええるが、定義の動作は可能で麻痺・拘縮なし。
- (1-3.4) 布団で臥床。居室で横になってテレビを見ていると話し布団ではなく居室畳にて確認。寝返りはつかまらずで「1」。起き上がりは、腕や手を強く畳に押し付けており「2」。
- (1-5) 座位保持は「何時間でもできる」と話し、若干の体圧移動はあるが、胡坐等で保持できている。
- (1-6.8) 立ち上がりはテーブルに両手をついてゆっくり行すが、立った後は10秒程度の立位保持可能。
- (1-7) 室内では何かに掴まったり、手をついて非常にゆっくりと行う。
- (1-9) 片足保持は2本の手で掴まって行う。
- (1-10.11) 浴室内は手すりや設置済み、洗身は妻が背中を介助しており「2」。爪切りは妻が行い「3」。
- (1-12.13) 両目白内障の手術済みで、日常生活に支障ない。聴力も良好で両「1」。
- (2-1.2) 日常生活の移乗・移動は自立している。
- (2-3.4) 妻が用意する食事、または必要時配食弁当をむせなく1人でも摂取することができ「1」。
- (2-5.6) 排泄時の失敗でズボンや汚す事はあるが、失禁等は殆ど無く、自分で交換も可能であるものの、排尿は立って行うため、床掃除が頻回に必要である。排尿は「3」、排便は「1」。通院する日のみ紙パンツを使用する。
- (2-7～11) 毎日の習慣として、整容行為・更衣自立。着替えの衣類は妻が準備する必要がある。
- (2-12) 2か月に1回の定期通院の他は、妻の運転で買い物や知人の家に訪問する、散髪に行く等で合計で月に4回（平均で週1回程度）で「1」を選択。
- (3-2) 今日が何曜日かわからないが、1日のおおよその日課は理解でき「1」。
- (3-3) 生年月日は言え、年齢は1歳違いを答え定義で「1」。
- (3-4) 短期記憶3点テストができず「2」。
- (4-12) 調査中「トイレまで歩いてください」と依頼したところ、「トイレはどこだったかな」と大きく独り言を言う。物忘れが一段と多くなってきた、と本人にも妻にも認識がある。手間が生じているわけではなく、妻にも独言は聞こえているはずだが何の反応もなく「1」を選択。保険証も妻が管理。
- (5-1) 薬の管理は自分で行うが、食事の都度、妻が水を用意し、服用を確認しており「2」。
- (5-2) 通帳類は自分で管理し、引き下ろしの額は自分で指定し、妻に引き下ろしを依頼する。下ろした後は小遣い程度の少額を所持する。
- (5-5.6) 買い物、調理は妻が行う。ご飯を茶碗に盛ることもしない。妻が朝外出し、帰りが午後になるような日はおにぎりを作り、置いておくようにしている。妻が長期不在となった入院の際には、地域限定のボランティアを民生委員が教えてくれて利用したり、1日2食の配食弁当サービスの利用、宅配カタログ予約注文の利用をした。近くに親戚はおらず、妻が入院等をする都度このような準備が必要となる。
- (7-障害自立度) 妻の介助なく外出はせず、日中も傾眠である「A2」。
- (7-認知機能自立度) 日常生活に頻回に必要な内容に失見当が見られるが、妻の注意や民生委員、地域ボランティア、市の制度等を利用することにより、何とか自立できる。本人の役割であるタ方のシャッター閉め、米を精米することは継続できている状態で「IIb」。

※ 警告の有無 無

104

一次判定警告コード

※理由を記入して下さい。