

第2章 主治医意見書作成の視点

I. 認定審査の観点から

旭川市医師会副会長 白井宏之

1. はじめに

介護認定審査会運営要綱によれば、「認定審査会での個別の審査判定において、基本調査の調査結果から得られた一次判定を原案として、調査票の特記事項及び主治医意見書（以下「意見書」という。）の内容から、通常の例に比べてより長い（短い）時間を介護に要すると判断される場合には、一次判定の結果を変更する」とされている。

したがって、要介護認定において、意見書の内容は、認定調査の特記事項と並んで、二次判定で要介護度の変更を可能とする根拠となりうる重要な位置を占めている。意見書の内容に求められるものは、二次判定に役立つ情報、すなわち、医学的観点からみての「介護の手間」の程度や状況の記載などである。

また、平成18年4月より介護保険制度の一部が改正され、基本理念である「自立支援」をより徹底する観点から、介護保険制度を予防重視型のシステムに転換し、①要支援状態、要介護状態となることの予防や、②要介護状態の軽減または悪化の予防につながるサービスの提供に主眼が置かれるようになり、この中で従前、要支援、要介護1と判定された軽度者に対する保険給付について、新たに「新予防給付」のサービスが創設された。

したがって、新予防給付の対象者の選定は、介護認定審査会において、高齢者の状態の維持・改善可能性に着目して行う必要があり、意見書においては、特に生活機能低下の状況及び原因について医学的観点からの意見が求められるようになった。

2. 「心身の状態に関する意見」の評価上の留意点

(1) 治療的観点から行動制限がある場合

疾病によっては、治療的観点から、医師が患者に対して行動の制限などを指示する場合がある（心不全などの心疾患、気管支喘息など）。これらの疾病においては、基本調査項目によっては、調査員の「認定調査票（以下「調査票」という。）の記入の手引き」に基づく評価のみでは、「介護の手間」を正確に判断できないことがある。特に、調査票に医師の指示内容などの特記事項がない場合には、介護の手間が延長する状況を判断できない。このような場合は意見書の記載内容から判断されるので、その状況および指示内容についても記載することが望まれる。心疾患の場合には、「New York Heart Associationの心機能分類」（表1）または「心不全の重症度分類」（表2）の何

度に相当するかなどが「5. 特記すべき事項」欄に記載されていると判断の参考になる。

介護認定審査会には、医師などの医療関係者に加え、福祉等の関係者も委員となるため、このような配慮が必要である。

(2) 認知症の周辺症状がある場合

介護認定審査会における、二次判定での変更事例としては、認知症の周辺症状（以下「周辺症状」という。）をその根拠とする事例が最も多く、したがって、意見書の記載にあたっては、周辺症状の有無について本人への診察、家族などの介護者への問診などによる聞き取りから、正確に判断し、記載することが求められる。

現行の一次判定によって推計される要介護認定等基準時間では、周辺症状による介護の手間の延長が、必ずしも、要介護度に直接反映されない場合がある。現場でも、「障害高齢者の日常生活自立度」（以下「寝たきり度」という。）が低く、「認知症高齢者の日常生活自立度」が高く、周辺症状が多い、いわゆる「運動能力の低下していない認知症高齢者」の場合に、要介護度を変更する事例を多く経験する。

このような事例に対しては、平成15年4月より、一次判定において、一定の要件を満たした場合に、要介護度を1～2段階重度に評価するような見直しが行われた。しかしながら、「介護の手間」の観点からは十分に要介護度に反映していない事例も散見され、二次判定でさらに要介護度の変更を余儀なくされた事例も見られる。

したがって、一次判定において周辺症状のある事例の場合は、意見書において、周辺症状のために「介護の手間」が延長しているという状況が詳細に記載されることが、二次判定における要介護度の変更のためには欠かすことのできない重要な根拠となる。

特に、「徘徊」「火の不始末」などがある場合は、施設介護に比べ、居宅介護では介護者にとって大きな負担になるので、「5. 特記すべき事項」欄に詳細に記載することが必要である。

なお、「火の不始末」は通常、施設介護では生じないにもかかわらず施設入所者にもチェックされていることがあるが、その場合はその状況を「5. 特記すべき事項」欄に記載することが必要である。また、「昼夜逆転」は、基本調査では不眠でも「ある」とされるが、特に、夜間せん妄の場合は「介護の手間」の著しい延長も考えられるため、「3. 心身の状態に関する意見」の「(4) その他の精神・神経症状」欄に「せん妄」と記載し、「5. 特記すべき事項」欄にその状況を記載することが必要である。

さらに、「不潔行為」は「排泄物を弄んだり、まき散らす場合など」と定義されているが、それ以外の場合にもチェックされていることが多く見られ、注意を要する。

(3) 精神・神経症状がある場合

認知症の他に、高齢者に多く認められる精神・神経症状として、うつ病（うつ状態）と意識障害（もうろう状態、せん妄）がある。また、脳器質的疾患による失語、失行、失認などがある場合は「(4) その他の精神・神経症状」欄に記載する。失語ではそのために意思疎通が障害され、また、失行、失認があるとそのために「介護の手間」が延長することがあるので、その状況を「5. 特記すべき事項」欄に記載することが必要である。

うつ病（うつ状態）では、精神運動抑制のため「介護の手間」が延長する場合があります、その状況

を「5. 特記すべき事項」欄に記載することが必要である。

(4) 日内変動がある場合

疾病によっては日内変動が認められるものがある（パーキンソン病のon/off現象、wearing off現象、うつ状態、認知症など）。

このような場合は、状態が悪化した状況、発生頻度、持続時間などを記載することにより、「介護の手間」が延長することが分かり、二次判定において要介護度を変更する根拠となるので、家族、介護者などから詳細を聞き取ることが必要である。

(5) 高度な肥満、麻痺がある場合

主治医意見書の中には、利き腕、身長、体重の未記載例が散見される。特に体重は高度の肥満がある場合には、通常よりも介護の手間がかかる可能性もある。測定困難な状況も少なくないが、できる限り記載することが望ましい。

また、利き腕に麻痺がある場合、利き腕と反対側とでは「介護の手間」に差が生ずるので、記載することが必要である。

3. 「生活機能とサービスに関する意見」の評価上の留意点

今回の改正に伴い、新たに「移動」、「栄養・食生活」、「サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し」の3項目が新設された。これらの評価は、新予防サービス給付によって、生活機能の維持・改善が期待される利用者を選別するためには重要な項目であり、正確に評価される必要がある。

4. 「特別な医療」の評価上の留意点

特別な医療によるケア時間は、基本調査による一次判定で推定される要介護認定等基準時間に加算されることから、特別な医療に該当するか否かを正確に判断することが求められる。

これは、申請者が過去14日間に受けた12項目に該当する医療行為が「看護職員等が行った診療補助行為（医師が同様の行為を診療行為として行った場合を含む）」として行われたことを評価するもので、「医師でなければ行えない行為」「家族、本人が行う類似行為」は含まれない。例えば「疼痛の看護」ではがん末期の疼痛コントロールに相当する痛みで、看護職員が医師の指示に基づいてパップ剤を貼付する、座薬を挿入するなどの行為を行った場合は「あり」、家族、本人が行った場合は「なし」となる。また、継続的に実施されているもののみを対象とし、急性疾患への対応で一時的に実施される医療行為は含まれないことへの留意も必要である。

5. 「特定疾病」の評価上の留意点

介護認定審査会の委員となっている医師に求められる役割のひとつは、申請者が第2号被保険者【40歳以上65歳未満】の場合に、生活機能の低下の原因となっている疾病が、政令で定められた16疾病【特定疾病】に該当するか否かの判断である。

特定疾病については、その診断上の根拠となる所見について、意見書の「1. 傷病に関する意見」欄の「(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」欄に記載することとされている。しかし、特定疾病に該当する傷病名は記載されていても、診断上の根拠となる所見が記載されていない、または記載が不備のために、特定疾病に該当するか否かの判断ができない意見書が提出された場合、照会せざるを得ないことがあるので、診断上の根拠となる所見を記載することが必要である。

また、再認定時に、特定疾病の診断根拠となる所見を、前回の認定時に特定疾病と認定されたにもかかわらず、同じように記載しなければならないのかという声もあるが、「再認定にあたっては、過去に用いた審査判定資料については、介護認定審査会が審査対象者の状態を把握するために参照することはさしつかえないが、審査判定の直接的な資料としては用いない」とされており、また、多数の合議体で構成されている介護認定審査会の場合は、必ずしも同一の合議体で審査されるという保証はないので、前回と同様に記載することが必要である。

6. その他の記載上の留意点

(1) 訪問調査の記載内容との相違の観点から

① 日常生活自立度について

要介護度認定においては、寝たきり度と認知症高齢者の日常生活自立度は調査票、意見書に共に記載される仕組みになっている。

介護認定審査会に提出された資料をみると、調査票と意見書とでは、日常生活自立度の不一致がしばしば見受けられる。「日常生活自立度の組み合わせによる要介護度の分布」は、要介護認定の参考指標の一つとされており、その判定にあたっては正確に行われる必要がある。

これら二つの日常生活自立度の判定については、たとえば、認知症高齢者の日常生活度では「金銭管理にミスが目立つ、できない」、「服薬管理ができない」などがある場合はⅡ以上となることなど、判定基準が示されており、判断が困難な場合には、本人への診察および家族・介護者への問診などで症状を確認し、それらの基準を参照し正確に判定することが必要である。

今回の改正において、認知症高齢者の日常生活度については、不一致が見られる場合には「認知症自立度評価ロジック」を用いて、その蓋然性が参考指標として、介護認定審査会資料に表示される。

新予防給付は、要支援1（従前の要支援）、要支援2（認定審査会の介護の手間に係る審査判定の段階で要介護1相当と判定されたものの多く）を対象としている。この対象の選定にあたっては、適切な利用が見込まれない状態像の1つとして「認知機能や思考・感情等の障害により、十分な説明を行ってもなお、新予防給付の利用にかかる適切な理解が困難である状態」がある。

すなわち「認知症高齢者の日常生活自立度」が概ねⅡ以上の者であって、一定の介護が必要な程度の認知症があるものは予防給付対象から除外されることになることから、日常生活自立度の、より正確な判定結果の記載が主治医意見書に要求されるのはいうまでもなく、適切な医学的管理による、認知症症状の改善の可能性などについての特記事項への記載も重要となる。

② 最終診察日と訪問調査日のずれ

調査日と医師の最終診察日に大きな隔たりがある事例が散見される。その場合に両者の内容に乖離が生じ、照会をしなければならないことになる。そのような事態をさけるためにはなるべく直前に診察をし、記載することが望ましい。

③ 記載漏れ

主治医意見書の記載項目で記載漏れがある場合であっても、一次判定ソフトにより介護認定審査会資料を作成することは可能であるが、要介護認定にあたっては、調査票の基本調査項目との不整合がないかなどの比較検討が必要であり、なるべく記載漏れがないことが望ましい。

(2) その他

意見書に医学的専門用語、略語などが記載されていることがある。介護認定審査会は医師以外の福祉関係の委員も含まれているため、専門用語、略語の使用はさけ、なるべく平易な記載をして、理解されるようにすることが望まれる。

また、判読し難い文字で記載された意見書も散見され、なるべく丁寧な文字で記載することにも配慮していただきたい。

7. おわりに

以上、要介護認定にあたり望ましい意見書の記載について述べた。

主治医に対し、市町村又は介護認定審査会より照会があった場合は、要介護認定を公平、公正に行うために誠実な対応が望まれる。

表 1 New York Heart Association の心機能分類

Class	内容
I	身体活動を制限する必要のないもの。日常生活における身体活動では疲労、動悸、息切れ狭心症状が起こらない
II	身体活動を軽度ないし中等度に制限する必要のあるもの。日常生活程度の身体活動で疲労、動悸、息切れ、狭心症状が起こる。
III	身体活動を軽度ないし中等度に制限する必要のあるもの。日常生活程度の軽い身体活動でも疲労、動悸、息切れ、狭心症状が起こる。
IV	身体活動を制限して安静にしているにもかかわらず、心不全症状や狭心症状が起こり、少しでも体を動かすと訴えが増強する。

心不全の重症度分類

度	内容	
0	心不全なし	普通の階段は昇っても息切れがしない。日常の活動で何らの症状もみられない。
I	心不全徴候	普通の階段を昇ると息切れがするが、途中で休むほどではない。
II	軽症心不全	普通の階段を昇るとき、息切れがして途中で休む。 日常の活動のあと夕方になると下腿にむくみがみられる。
III	中等度心不全	普通に平地を歩いていても息切れのため長く歩けない。 また安静時にも多少の呼吸困難がある。下腿にわずかなむくみを見る。
IV	高度心不全	室内の歩行および排尿、排便時に呼吸困難がある。安静時にも呼吸困難がある 下腿に明らかなむくみを見る。
V	重度心不全	歩行および起立が不能である。安静時にも強い呼吸困難がある (起坐呼吸、夜間呼吸困難発作など)。また、下腿に強度の浮腫と腹水、胸水がみられる。

循環機能検査法: 杉本恒明ら, 中山書店