

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

要介護認定における特記事項や主治医意見書の
活用実態の把握のための調査研究事業

報 告 書

みずほ情報総研株式会社

令和2(2020)年3月

目次

第1章 調査研究の目的と方法.....	1
1. 本調査研究の目的	1
2. 本調査研究の構成と方法.....	2
第2章 有識者インタビュー調査	6
1. 調査対象	6
2. 質問内容	6
3. 回答結果	6
第3章 保険者向けアンケート調査(A 調査)の結果	10
1. 回答の状況.....	10
2. 集計結果	11
第4章 介護認定審査会委員向けアンケート調査(B 調査)の結果.....	33
1. 回答の状況.....	33
2. 集計結果	33
第5章 主治医意見書データの分析結果.....	61
1. 主治医意見書データの状況.....	61
2. 集計結果	64
第6章 結論と課題.....	78
1. 結論.....	78
2. 今後の分析課題	79
附属資料 Web アンケート調査の設問	81

第1章 調査研究の目的と方法

1. 本調査研究の目的

要介護認定は、要支援や要介護等の状態にある者が、それぞれの必要性に応じた適切なサービス利用を可能とするにあたり、きわめて重要なステップであり、適切・公正な認定の維持が求められる。

他方で、「認定調査票や主治医意見書を取り揃えて認定審査会に向けた資料の整理を行う保険者」「訪問調査を行い、認定調査票を作成する認定調査員」「主治医意見書を作成する医師」のそれぞれに事務負担があり、超高齢化社会において要介護者が増える中、それぞれの負担軽減が求められている。

認定調査票や主治医意見書の作成負担や、介護認定審査会にかかる事務負担・審査の負担等の軽減を図るには、次のような方策が考えられる。

- A: 認定調査票や主治医意見書について、選択肢式の記載欄に比して記入負担が重いと考えられる自由記述欄のうち、可能なものを選択肢化する。
- B: 主治医意見書について、二次判定の結果にほとんど影響を与えていないなど、要介護認定等での活用度の低い項目を削除する。
- C: 状態が安定している被保険者について、要介護認定の有効期間の延長対象を拡げるか、有効期間をさらに長くすることで、要介護認定審査の頻度を低くする。

このような中、2018(平成 30)年 4 月からは、「状態が安定しており、要介護認定等基準時間が要介護度の境界付近(いわゆる「キワ 3 分」)にない等の要件に該当する 1 号被保険者について、有効期間を延長(24→36 ヶ月)する」「コンピュータ判定の結果を審査判定結果とみなすことにつき、認定審査会の包括同意を得るなど、保険者が決定する簡素化手法をとることを可能とする」等の、「介護認定審査会の簡素化」の運用が開始された。

また、2019(令和元)年 12 月 27 日の社会保障審議会介護保険部会「介護保険制度の見直しに関する意見」では、要介護認定制度について、「コンピュータ判定に関する分析等により、認定業務の簡素化を図ること」「認定調査の均てん化を更に進めるとともに、ICT や介護関連のデータの活用を検討すること」の重要性が指摘された。

本調査研究は、ICT や介護関連のデータの活用を通じて、上記のような認定調査票・主治医意見書・介護認定審査会等にかかる業務負担の軽減を図る観点から、次のような事項について検討することを目的に、調査・分析を行ったものである。

- ①主治医意見書のうち、コンピュータによる一次判定に使用されない項目を、どの程度の保険者が電子データ化しているかを把握する。
- ②認定調査票や主治医意見書の自由記述欄のうち、多くの介護認定審査会の委員が、選択肢化可能と考えている項目を把握する。
- ③主治医意見書のうち、コンピュータによる一次判定に使用されない項目を電子化している保険者のデータを分析し、今後の分析に向けた課題を抽出する。

2. 本調査研究の構成と方法

(1) 基本構造

本調査研究では、「1. 本調査研究の目的」に記載した3つの目的に対し、それぞれ次のような調査・分析を行った。また、これにあたっての問題意識の構築のため、アンケート調査の設計に先立って、有識者に対するインタビュー調査を行った(第2章に記載)。

①主治医意見書のうち、コンピュータによる一次判定に使用されない項目を、どの程度の保険者が電子データ化しているかを把握する。	第3章 ➡ 保険者向けアンケート調査(A 調査)
②認定調査票や主治医意見書の自由記述欄のうち、多くの介護認定審査会の委員が、選択肢化可能と考えている項目を把握する。	第4章 ➡ 介護認定審査会委員向けアンケート調査(B 調査)
③主治医意見書のうち、コンピュータによる一次判定に使用されない項目を電子化している保険者のデータを分析し、今後の分析に向けた課題を抽出する。	第5章 ➡ 主治医意見書データ分析

(2) Web アンケート調査の方法

① 調査客体

本調査研究で行ったアンケート調査(「保険者向けアンケート調査(A 調査)」・「介護認定審査会委員向けアンケート調査(B 調査)」)調査客体は、下表のとおりである。

図表 1-1 アンケート調査の調査名称と調査客体

種類	調査名称	調査対象者・調査客体数
保険者向けアンケート調査(A 調査)	主治医意見書の電子データ化に関するアンケート調査	介護保険の保険者である市町村・一部事務組合・広域連合 (全 1,571 保険者※)
介護認定審査会委員向けアンケート調査(B 調査)	要介護認定調査票、主治医意見書の「特記事項」に関するアンケート調査	介護認定審査会の委員 (1,571 保険者×各 5 名=7,855 名)

※…発送名簿は 2017 年度介護保険事業状況報告をもとに作成したため、発送時の客体数は 1,578 保険者であったが、うち 8 市町村が、現在では 1 つの広域連合を設置していることが調査中に判明した。そのため、最終的な客体数は 1,571 保険者となった。

② 調査期間

2020(令和2)年 2 月～3 月

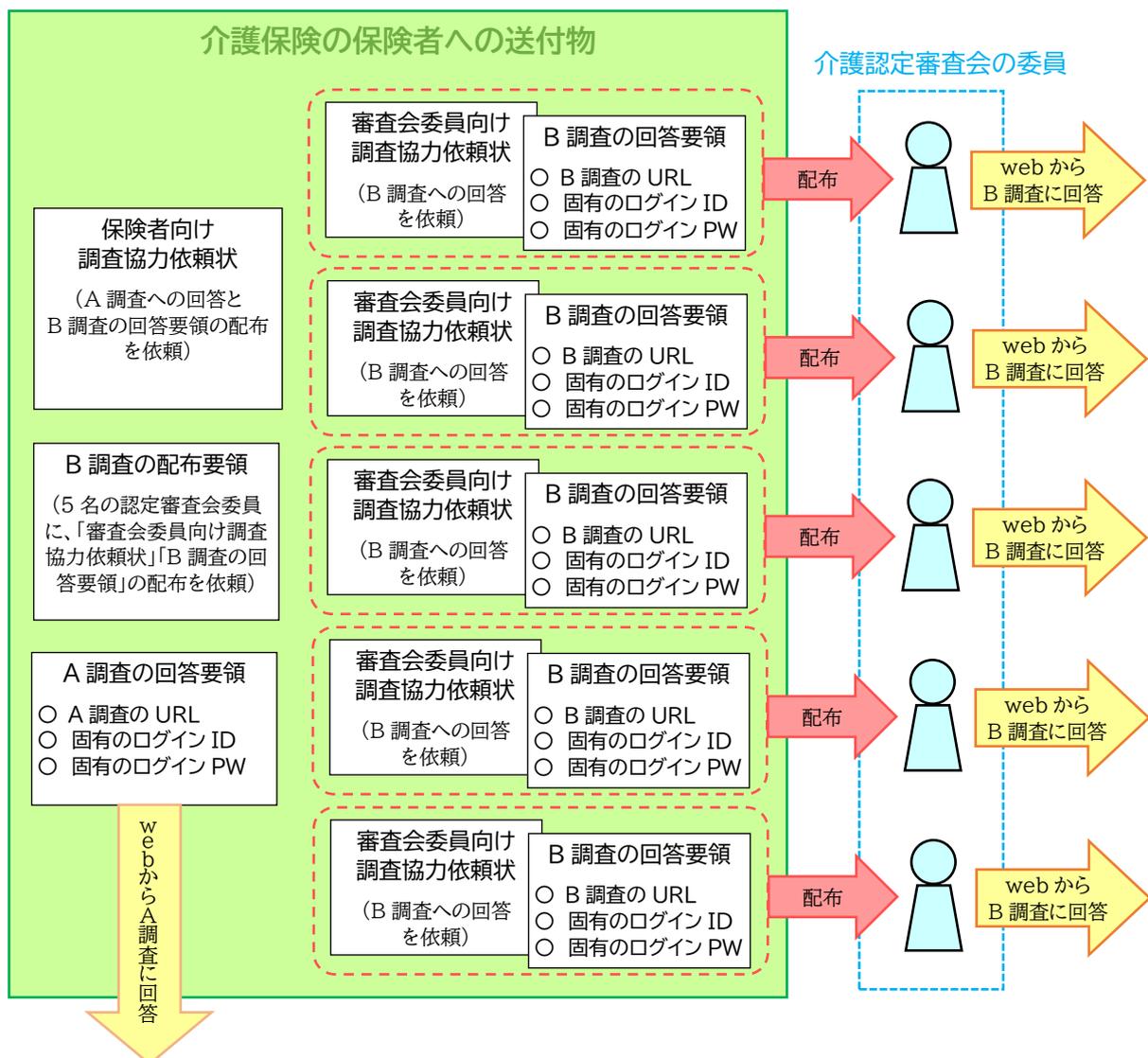
③ 調査票の配布・回答方法

A 調査・B 調査ともに、「アンケート回答画面の URL」「回答画面のログイン ID(回答者ごと固有)」「回答画面のログインパスワード(回答者ごと固有)」を記載した回答要領を郵送し、回答者はウェブサイト上に設けたアンケートフォームから回答する、Web アンケート調査とした。

このうち B 調査については、下図のように、A 調査の調査対象である介護保険の保険者に、介護認定審査会の委員(最大 5 名)に、B 調査の回答要領の配布を依頼した(下図)。

ただし、複数の保険者が共同で要介護認定事務を行っている保険者については、要介護認定事務を行う広域行政の主体(一部事務組合・広域連合・協議会等)に対し、各保険者からの B 調査の配布依頼が集中し、回答者の選任等に困難が生じることが予想された。そのため、複数の保険者が共同で要介護認定事務を行っている保険者については、B 調査の回答要領の配布は不要である旨の説明を行った。

図表 1-2 アンケート調査の配布・回答経路



④ 主な質問事項

A 調査・B 調査の主な質問事項は、下表のとおり。

A 調査では、主治医意見書のうち、一次判定に使用されない項目の電子データ化や、データの活用状況について把握。

B 調査では、認定調査票や主治医意見書のうち、「特記事項」等の自由記述による欄において典型的に記載されやすく、かつ二次判定にあたり判断材料として用いられやすいものについて把握。

図表 1-3 アンケート調査の主な質問内容

種類	調査名称	主な質問内容
保険者向けアンケート調査(A 調査)	主治医意見書の電子データ化に関するアンケート調査	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 保険者の基本情報 ◆ 介護認定審査会の設置形態 ◆ 主治医意見書の受付媒体・データ形式 ◆ 主治医意見書の電子データ化の有無 ◆ テキストデータによる電子化を行わない理由 ◆ テキストデータによる電子化を行っている主治医意見書の項目 ◆ 電子データ化された主治医意見書データの活用状況
介護認定審査会委員向けアンケート調査(B 調査)	要介護認定調査票、主治医意見書の「特記事項」に関するアンケート調査	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 回答者の保有資格 ◆ 認定調査票の特記事項の自由記載欄を選択肢化することが記入の標準化や負担軽減につながるかと考えるか ◆ 特記事項の選択肢化が可能と感じる認定調査票の項目 ◆ 主治医意見書の自由記述欄を選択肢化することが記入の標準化や負担軽減につながるかと考えるか

(3) 主治医意見書データ分析の方法

主治医意見書のうち、一次判定に使用されない項目についてもテキストデータ化を行っている保険者として、愛知県の東三河広域連合から、主治医意見書の電子データの提供を受け、これを分析した。

分析データの概要は、下記の通りである。

図表 1-4 本調査研究で分析した主治医意見書データの概要

提供保険者	東三河広域連合(愛知県)
データ期間	要介護認定日が2018年10月～2019年1月であるもの
データ件数	8,754件
データに含まれる主な事項	<ul style="list-style-type: none">◆ 性別、年齢(2020年2月20日時点)◆ 資格取得日・喪失日、資格異動事由◆ 申請日、要介護認定日、認定有効開始・終了日◆ 第2号被保険者に関わる特定疾病◆ 一次判定・二次判定の結果(今回および前回)◆ 要介護認定調査の基本項目の結果◆ 主治医意見書の記載内容(自由記述以外) 等

第2章 有識者インタビュー調査

1. 調査対象

- ◆ 一般社団法人神奈川県介護支援専門員協会 副理事長
ツツイグループ 医療法人徳寿会 顧問兼コンプライアンス室 室長
松川竜也氏

2. 質問内容

- ◆ 調査員調査書、主治医意見書の自由記載事項について、選択肢方式にできる項目がないか。
- ◆ 現在の主治医意見書の入力必須項目(一次判定に使用している項目)以外の項目を使って、介護認定審査会の簡素化ができるロジックや項目がないか。

3. 回答結果

(1) 主治医意見書のデータの電子化の状況

- ◆ 主治医意見書をOCRで読み取っている保険者は少ないのではないか。
- ◆ 空欄があるとエラーではじかれる認定調査票とは異なり、主治医意見書は空欄項目があっても許容されてしまう。データ分析にあたっては、空欄エラーが生じることに注意を要する。

(2) 主治医意見書に関する負担軽減の方向性

- ◆ 主治医意見書の作成にあたっては、傷病名や自由記載欄も含めて、プルダウン式等の入力活用できないものかと思う。プルダウンとは別に、テキストでの入力を可とすることも可能なはずである。選択式回答とテキスト入力との併用とすることで、標準化と個別性に配慮しながら、簡素化ができるのではないか。
- ◆ 「1(1) 診断名」については、電子カルテ側のデータと連携できないものかと思う。発症日を調べなおして記載する手間や、前回の意見書の発症日と食い違うといった事態を減らすことができるはずである。
- ◆ 「3(5) 身体状況」のうち、身長・体重の変化は重要な情報である一方、体重計を持ち運ぶわけにはいかない在宅医にとっては計測が困難である(ただし、仮に認定調査票に移すとしても、調査員にとっても計測は困難)。
- ◆ 軽度者の簡素化対象が作れば、件数が多い分、その意義は大きい。例えば軽度者であれば、総合事業の基本チェックリストを活用する、といったことが考えられるのではないか。
- ◆ 要支援の被保険者の中には、「要支援の認定を持ってはいるがサービス利用のない人」や「住宅改修のみの人」も多い。また、要介護認定申請自体は(明らかに自立であっても)拒否できないため、明らかに自立と考えられるケースもある。このような当面利用を見込んでいないケースや、明らかに

自立であるケースを、認定審査会で1件1件検討することは益が少ないと感じることもある。ただし、軽度のケースを簡素化の対象とするには、現状の簡素化6要件よりも条件を増やす必要があると思う。

- ◆ 要介護度の閾値からの分数(キワ〇分)は、その大小での二次判定の上がり下がり有無が変わるかについて、実感としては、必ずしもそうとはいえないと思う。
- ◆ 疾患の情報を参照すると、どうしても「疾患からみた状態像」に意識が引きずられやすい。簡素化をするにあたっては、「1(1) 診断名」以外の項目から見出す必要があるのではないか。
- ◆ 分析の方向性として、「簡素化できる部分」を見出すというよりも、「簡素化してはいけない部分」を見出してゆく方がよいかもしれない。例えば、身長・体重に変化があるケースは、疾患の影響がすでに生じているか、疾患による影響が今後生じる可能性が高いことが多いため、簡素化対象とすべきではないと考える。
- ◆ 前回の要介護度と今回の一次判定の結果が同一でなくとも簡素化できうる例としては、進行性の難病等があるかもしれない。明らかに要介護5と思われる状態であって、「4(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し」が「期待できない」であれば、判断はつきやすいだろう。

(3) 主治医意見書の各項目の重要度・信頼性

- ◆ 疾患の予後予測と、サービスの手間に関する予測とが、異なる場合もある。本来は、サービスの手間やサービス提供にあたっての留意事項が記載されるべきであるが、どうしても疾患の予後予測が書かれやすい。
- ◆ 主治医意見書の項目の中には、実態を反映した記入となっているかに疑念のある記載もみられる(例えば、専門外の診療科の医師が作成した場合の「4(2) 栄養・食生活」など)。
- ◆ 主治医意見書作成医師が前回とは変わるケースも少なくないが、主治医意見書作成医師が変わらない場合も多い。主治医意見書作成医師が前回と変わらないケースの中には、前回の主治医意見書をコピーしただけのものもみられる。
- ◆ 「1(1) 診断名」については、前回と比べて追記されることがあっても、減少することはないはずであるが、そのようになっていないケースもある。第2号被保険者の特定疾病についてこのようなことが生じると、困ることとなる。
- ◆ 「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」は、医師によって書きぶりが異なる。「投薬内容を含む」とあるために投薬内容を書き連ねがちであるが、手間はかかるのではないか。
- ◆ 特定疾病の診断の根拠については、書きづらい、あるいはあまり書かれていないことが多く、あまり活用されていないと感じる。
- ◆ 「4(1) 移動」は、認定調査票と重複するうえ、主治医意見書では、たとえば「病院では建物が広く、移動距離が長くなるために車いすを用いる」といった場合に、病院での状況が書かれることも多い。本欄は、在宅での状況を把握している認定調査票によった方が、普段の移動の様子としては確実ではないか。
- ◆ 「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」は、医師による記載に期待するところが大きい項目といえる。一方、要介護認定が、「現状の」「介護の手間」という視点で行

われるべきものであることを考慮すると、介護の手間とイコールでない「状態像」の「将来見通し」を書く向きの強い本項目は、要介護度ではなく、有効期間の設定に参考とすべきものといえる。

- ◆ 「4(4) サービス利用における生活機能の維持・改善の見通し」は、どのような意味で「期待できる」や「不明」にチェックしているのかの解釈が難しい(記入の背景がブラックボックス的)。また、維持・改善が期待できるのであれば当然にケアの必要性はあるし、期待できない場合においても支援が必要であり、結論があまり変わらない。本項目は、有用性が必ずしも高くないように思う。
- ◆ 「4(5) 医学的管理の必要性」は、列挙されているサービス以外にも、レスパイトの観点からデイサービス、ショートステイの記載がなされることが多いのではないかな。
- ◆ 「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」は、きちんと記載してもらわなければならない項目といえる。
- ◆ 「4(7) 感染症の有無」は、生活機能低下の直接の原因となっているもの以外の感染症を書けるという意味はあるのかもしれないが、「1(1) 診断名」との重複感が強く、また1(1)に記載がない感染症が4(7)に書かれているなど、連動していないケースがある。実際に使われているのかは疑問である。
- ◆ 「5.特記すべき事項」は、重要な項目といえる。例えばパーキンソン病である場合、服薬コントロールの有無によって予測は大きく変わりうる。
- ◆ 「5.特記すべき事項」は、記載されてくる内容にブレがある。何を書いてもらいたいのかを整理して項目として明確化する、類似する文章例(認定結果通知の要・不要等)を作るなどをした上で、これをプルダウン化して、かつ自由記載と併用すれば、作成の手間の上でも、データ化のしやすさの上でも、書くべきことの明確化の上でも有意義と思う。
- ◆ 「5.特記すべき事項」のうち、「専門医等に別途意見を求めた場合の結果」や情報提供書等の写しが付されているものは、ほとんど目にする事ができない。作成医師からみても、審査会からみてもあまり必要性が感じられていない、もしくは手間と感ぜられ、行われていないのではないかな。
- ◆ 長谷川式認知症スケールの結果は、記載のある主治医意見書が多く、過去と今回の長谷川式認知症スケールも記載がされている場合、過去からの改善や悪化がわかるため、参考にしている。長谷川式認知症スケールは、前回と今回の差異をみることができている内容であり、統一されたスケールのため、真実味も高い。

(4) 介護認定審査会の状況について

- ◆ 前回の主治医意見書から見立ての変更があるか否かは重要な情報と考えられ、行政や担当ケアマネジャーはそれを参照することができるが、認定審査会では、前回の主治医意見書を確認することができない。
- ◆ K市で行われている電子審査会は、漏洩を防ぐ見地などから審査会前に見ることができず、審査会当日に初見となるため、審査会に長時間を要しており、審査会委員、事務局職員両者にとって負担となっている。

(5) 有効期間について

- ◆ 要介護度の有効期間について、1年もしくは2年など、年単位での有効期間が多く、例えば18か月(1年半)という設定は、状態や生活実態が季節変動から影響を受ける場合もあり、ケアプランにお

いても、地域によっては、季節により支援の変動もあるなかで、管理が複雑となることもある。極論を言えば、状態に応じて適切に区分変更申請を提出することができていれば、必ずしも有効期間を設けずに運用できる可能性もあるのではないか。

第3章 保険者向けアンケート調査(A 調査)の結果

1. 回答の状況

調査客体である 1,571 保険者のうち、49.5%にあたる 778 保険者から回答があった。

うち、48.7%が「政令市・中核市以外の市」、41.5%が「町村」である。

図表 3-1 回答状況

保険者の区分	調査客体数	回答数	割合	回収率
政令指定都市	20	13	1.7%	65.0%
中核市	57	32	4.1%	56.1%
政令市・中核市以外の市	655	379	48.7%	57.9%
町村	776	323	41.5%	41.6%
特別区	23	11	1.4%	47.8%
一部事務組合	14	9	1.2%	64.3%
広域連合	26	11	1.4%	42.3%
合計	1,571	778	100.0%	49.5%

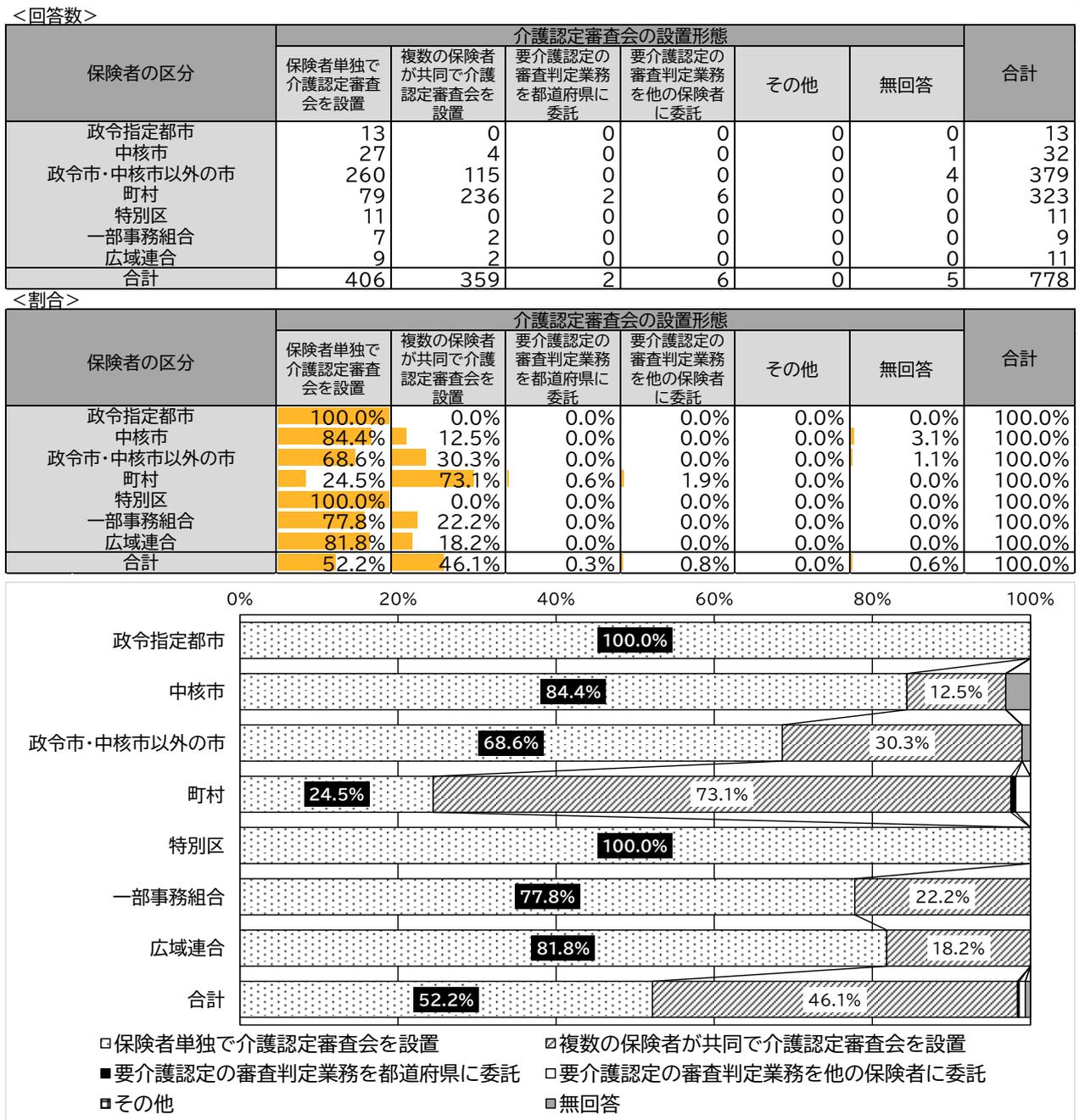
2. 集計結果

(1) 介護認定審査会の設置形態

① 保険者の区分別

回答のあった 778 保険者のうち、保険者単独で介護認定審査会を設置している保険者が 52.2%、複数の保険者が共同で介護認定審査会を設置している保険者が 46.1%である。保険者が町村である場合は、73.1%が複数の保険者が共同で介護認定審査会を設置している。

図表 3-2 保険者の区分別 介護認定審査会の設置形態



② 第1号被保険者数の規模別

介護認定審査会の設置形態を第1号被保険者数の規模別にみると、規模の小さい保険者ほど、複数の保険者が共同で介護認定審査会を設置することが多い傾向にある。

図表 3-3 第1号被保険者数の規模別 介護認定審査会の設置形態

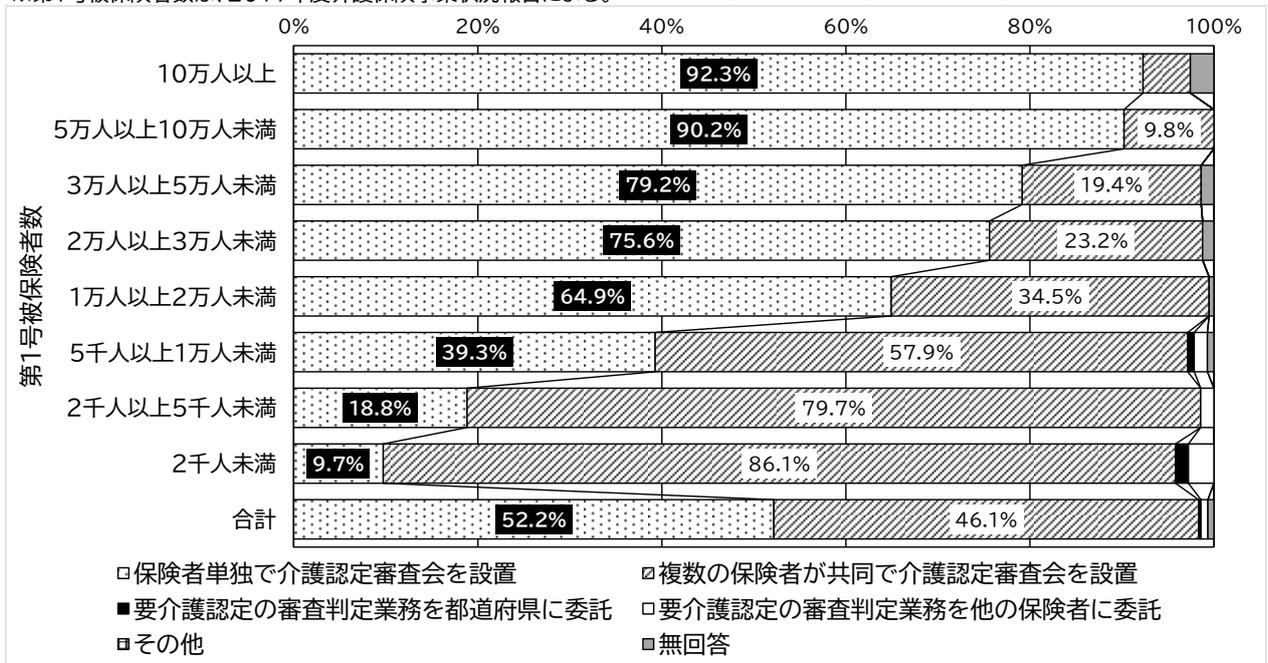
<回答数>

第1号被保険者数(※)	介護認定審査会の設置形態					合計	
	保険者単独で介護認定審査会を設置	複数の保険者が共同で介護認定審査会を設置	要介護認定の審査判定業務を都道府県に委託	要介護認定の審査判定業務を他の保険者に委託	その他		無回答
10万人以上	36	2	0	0	0	1	39
5万人以上10万人未満	37	4	0	0	0	0	41
3万人以上5万人未満	57	14	0	0	0	1	72
2万人以上3万人未満	62	19	0	0	0	1	82
1万人以上2万人未満	126	67	0	0	0	1	194
5千人以上1万人未満	55	81	1	2	0	1	140
2千人以上5千人未満	26	110	0	2	0	0	138
2千人未満	7	62	1	2	0	0	72
合計	406	359	2	6	0	5	778

<割合>

第1号被保険者数(※)	介護認定審査会の設置形態					合計	
	保険者単独で介護認定審査会を設置	複数の保険者が共同で介護認定審査会を設置	要介護認定の審査判定業務を都道府県に委託	要介護認定の審査判定業務を他の保険者に委託	その他		無回答
10万人以上	92.3%	5.1%	0.0%	0.0%	0.0%	2.6%	100.0%
5万人以上10万人未満	90.2%	9.8%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
3万人以上5万人未満	79.2%	19.4%	0.0%	0.0%	0.0%	1.4%	100.0%
2万人以上3万人未満	75.6%	23.2%	0.0%	0.0%	0.0%	1.2%	100.0%
1万人以上2万人未満	64.9%	34.5%	0.0%	0.0%	0.0%	0.5%	100.0%
5千人以上1万人未満	39.3%	57.9%	0.7%	1.4%	0.0%	0.7%	100.0%
2千人以上5千人未満	18.8%	79.7%	0.0%	1.4%	0.0%	0.0%	100.0%
2千人未満	9.7%	86.1%	1.4%	2.8%	0.0%	0.0%	100.0%
合計	52.2%	46.1%	0.3%	0.8%	0.0%	0.6%	100.0%

※第1号被保険者数は、2017年度介護保険事業状況報告による。



(2) 1ヶ月間の要支援・要介護認定の申請件数

2019年10月における要支援・要介護認定の申請件数は、平均で新規の申請が93.0件、更新申請が205.6件、区分変更申請が46.5件である。

図表3-4 介護認定審査会の設置形態別 1ヶ月間の要支援・要介護認定の申請件数(2019年10月)
<平均値>

介護認定審査会の設置形態	回答数 (新規・更新・区分変更のすべてに回答)	申請種類別の平均件数 (2019年10月1か月間)		
		新規の申請 (要支援認定を受けている被保険者の変更を除く)	更新申請	区分変更申請 (要支援認定を受けている被保険者の変更を含む)
保険者単独で介護認定審査会を設置	388	143.3件	307.2件	73.3件
複数の保険者が共同で介護認定審査会を設置	349	38.8件	96.3件	17.6件
要介護認定の審査判定業務を都道府県に委託	1	5.0件	9.0件	0.0件
要介護認定の審査判定業務を他の保険者に委託	6	13.3件	36.7件	7.0件
その他	0	—	—	—
無回答	1	72.0件	114.0件	44.0件
全体	745	93.0件	205.6件	46.5件

(3) 単独で介護認定審査会を設置しない保険者における主治医意見書の電子データの管理主体

単独で介護認定審査会を設置しない保険者における主治医意見書の電子データの管理主体をみると、保険者自身で管理を行っている割合は 80.7%、介護認定審査会を設置している主体(協議会・一部事務組合・広域連合等)が管理を行っている割合は 43.1%である。

主治医意見書の電子データの活用を検討するにあたっては、「保険者が単独で介護認定審査会の設置やデータが管理を行っている場合」「複数の保険者が共同で介護認定審査会を設置しているが、データ管理は各保険者が行っている場合」「介護認定審査会の設置、データ管理ともに複数の保険者が共同で行っている場合」など、多様な形態を想定する必要があるといえる。

図表 3-5 介護認定審査会の設置形態別 主治医意見書の電子データの管理主体
(単独で介護認定審査会を設置しない保険者)

<回答数>

介護認定審査会の設置形態	主治医意見書の電子データを管理する機関 (複数回答)				回答数(※)
	保険者自身	審査判定業務の委託先である都道府県や保険者	介護認定審査会を設置している協議会や一部事務組合や広域連合等	「協議会」や「機関等」の共同設置に加わっている他の保険者	
複数の保険者が共同で介護認定審査会を設置	274	6	150	14	340
要介護認定の審査判定業務を都道府県に委託	2	0	0	0	2
要介護認定の審査判定業務を他の保険者に委託	5	3	0	0	6
その他	0	0	0	0	0
無回答	0	0	0	0	0
合計	281	9	150	14	348

<割合>

介護認定審査会の設置形態	主治医意見書の電子データを管理する機関 (複数回答)				回答数(※)
	保険者自身	審査判定業務の委託先である都道府県や保険者	介護認定審査会を設置している協議会や一部事務組合や広域連合等	「協議会」や「機関等」の共同設置に加わっている他の保険者	
複数の保険者が共同で介護認定審査会を設置	80.6%	1.8%	44.1%	4.1%	100.0%
要介護認定の審査判定業務を都道府県に委託	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
要介護認定の審査判定業務を他の保険者に委託	83.3%	50.0%	0.0%	0.0%	100.0%
その他	—	—	—	—	—
無回答	—	—	—	—	—
合計	80.7%	2.6%	43.1%	4.0%	100.0%

※単独で介護認定審査会を設置する保険者以外の保険者であって、かつ、「電子データを管理する機関」に1つ以上回答のある保険者の数。

(4) 主治医意見書の受付形態

主治医意見書の受付形態をみると、89.8%の保険者が、OCR 用紙以外の紙媒体で受付を行っている。また、45.5%の保険者が、OCR 用紙で受付を行っている。オンラインや電子媒体での受付を行っている保険者は、1%に満たない。

主治医意見書のデータを、データ分析に適したテキスト形式(※)で電子データ化(以下、「テキスト形式による電子データ化」を指して「テキストデータ化」と表記する)するためには、大半の保険者が、「全件を手入力する」あるいは「OCR 用紙で提出された主治医意見書のみ、可能な項目を機械読み取りにより電子化し、残りの項目や OCR 用紙以外で提出された主治医意見書は手入力する」といった作業を要する状態にあると考えられる。

※…本調査研究において「テキスト形式」とは、主治医意見書に書かれた内容について、たとえば下記のように、「画像ではなく数字や文字として」電子化されているデータ形式を指す。

- ①チェックボックスによる項目の記載内容が、例えばチェックありが「1」や「あり」、チェックなしが「0」や「なし」といったように、数字や文字としてデータ化されている。
- ②数字を記載する項目について、記載された数字が、(画像ではなく)数字としてデータ化されている。
- ③自由記述項目について、記載された内容が、(画像ではなく)文字としてデータ化されている。

図表 3-6 介護認定審査会の設置形態別 主治医意見書の受付形態

<回答数>

介護認定審査会の設置形態	主治医意見書の受付形態 (複数回答)					全体
	オンライン(電子メール、インターネット、専用回線等)	電子媒体 (CD-R, USBメモリ等)	OCR用紙	OCR用紙以外の紙媒体	FAX	
保険者単独で介護認定審査会を設置	4	1	215	366	2	406
上記以外の形態	3	3	139	332	1	367
無回答	0	0	0	1	0	5
合計	7	4	354	699	3	778

<割合>

介護認定審査会の設置形態	主治医意見書の受付形態 (複数回答)					全体
	オンライン(電子メール、インターネット、専用回線等)	電子媒体 (CD-R, USBメモリ等)	OCR用紙	OCR用紙以外の紙媒体	FAX	
保険者単独で介護認定審査会を設置	1.0%	0.2%	53.0%	90.1%	0.5%	100.0%
上記以外の形態	0.8%	0.8%	37.9%	90.5%	0.3%	100.0%
無回答	0.0%	0.0%	0.0%	20.0%	0.0%	100.0%
合計	0.9%	0.5%	45.5%	89.8%	0.4%	100.0%

図表 3-7 オンラインもしくは電子媒体での主治医意見書の受付を行っている保険者における受付データ形式

<回答数>

介護認定審査会の設置形態	主治医意見書の受付データ形式				合計 (オンラインまたは電子媒体での受付のある保険者)
	画像データ、テキストデータの両方	画像データのみのみ	テキストデータのみのみ	いずれもなし、無回答	
保険者単独で介護認定審査会を設置	0	4	1	0	5
上記以外の形態	2	2	2	0	6
無回答	0	0	0	0	0
合計	2	6	3	0	11

<割合>

介護認定審査会の設置形態	主治医意見書の受付データ形式				合計 (オンラインまたは電子媒体での受付のある保険者)
	画像データ、テキストデータの両方	画像データのみのみ	テキストデータのみのみ	いずれもなし、無回答	
保険者単独で介護認定審査会を設置	0.0%	80.0%	20.0%	0.0%	100.0%
上記以外の形態	33.3%	33.3%	33.3%	0.0%	100.0%
無回答	—	—	—	—	—
合計	18.2%	54.5%	27.3%	0.0%	100.0%

(5) 基本情報・一次判定使用項目以外の電子データ化状況

主治医意見書のうち、基本情報・一次判定使用項目以外の電子データ化の状況についてみると、24.7%の保険者に、テキストデータ化を行っている項目がある。

この割合を主治医意見書の受付形態別にみると、オンラインまたは電子媒体での受付のある保険者では72.7%、OCR用紙での受付のある保険者では37.9%、オンライン・電子媒体・OCR用紙での受付のない保険者では12.9%である。

この割合を第1号被保険者数の規模別にみると、第1号被保険者数が5万人以上10万人未満の保険者が46.3%であり、最も大きい。また、5万人未満の保険者では、第1号被保険者数が小規模となるほど割合が小さくなる傾向にある。

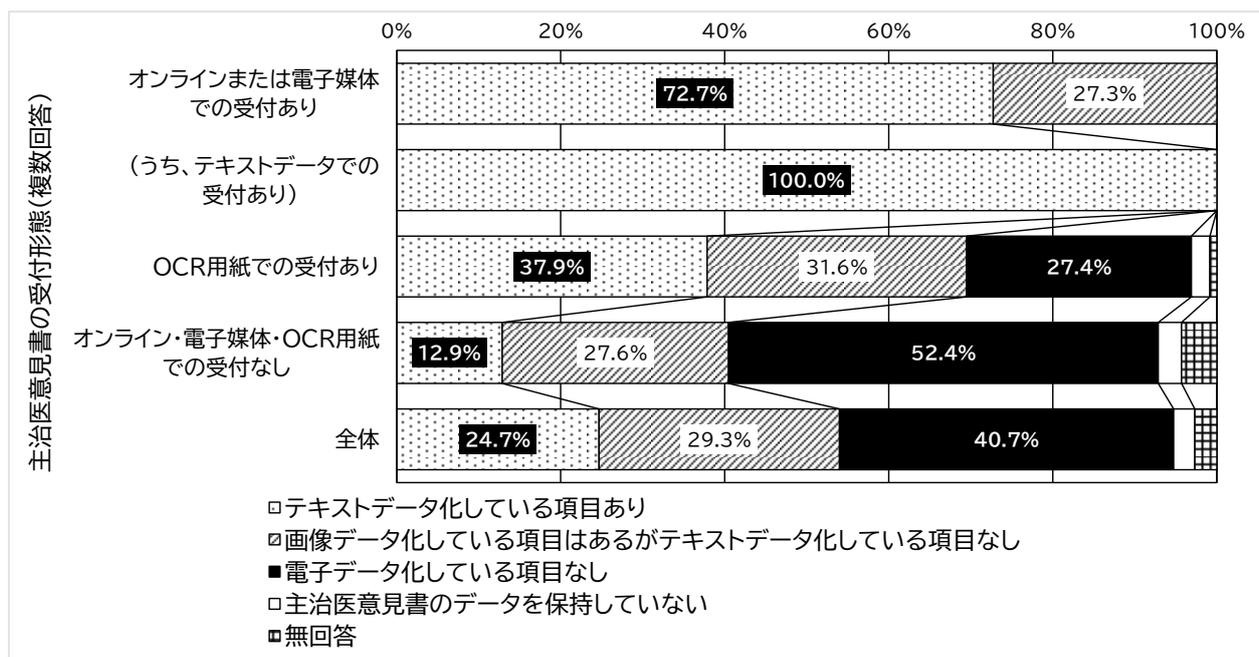
図表 3-8 主治医意見書の受付形態別 基本情報・一次判定使用項目以外の電子データ化状況

<回答数>

主治医意見書の受付形態・データ形式 (複数回答)	基本情報・一次判定使用項目以外の電子データ化状況					合計
	テキストデータ化している項目あり	画像データ化している項目はあるがテキストデータ化している項目なし	電子データ化している項目なし	主治医意見書のデータを保持していない	無回答	
オンラインまたは電子媒体での受付あり	8	3	0	0	0	11
うち、テキストデータでの受付あり	5	0	0	0	0	5
OCR用紙での受付あり	134	112	97	8	3	354
オンライン・電子媒体・OCR用紙での受付なし	54	116	220	12	18	420
全体	192	228	317	20	21	778

<割合>

主治医意見書の受付形態・データ形式 (複数回答)	基本情報・一次判定使用項目以外の電子データ化状況					合計
	テキストデータ化している項目あり	画像データ化している項目はあるがテキストデータ化している項目なし	電子データ化している項目なし	主治医意見書のデータを保持していない	無回答	
オンラインまたは電子媒体での受付あり	72.7%	27.3%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
うち、テキストデータでの受付あり	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
OCR用紙での受付あり	37.9%	31.6%	27.4%	2.3%	0.8%	100.0%
オンライン・電子媒体・OCR用紙での受付なし	12.9%	27.6%	52.4%	2.9%	4.3%	100.0%
全体	24.7%	29.3%	40.7%	2.6%	2.7%	100.0%



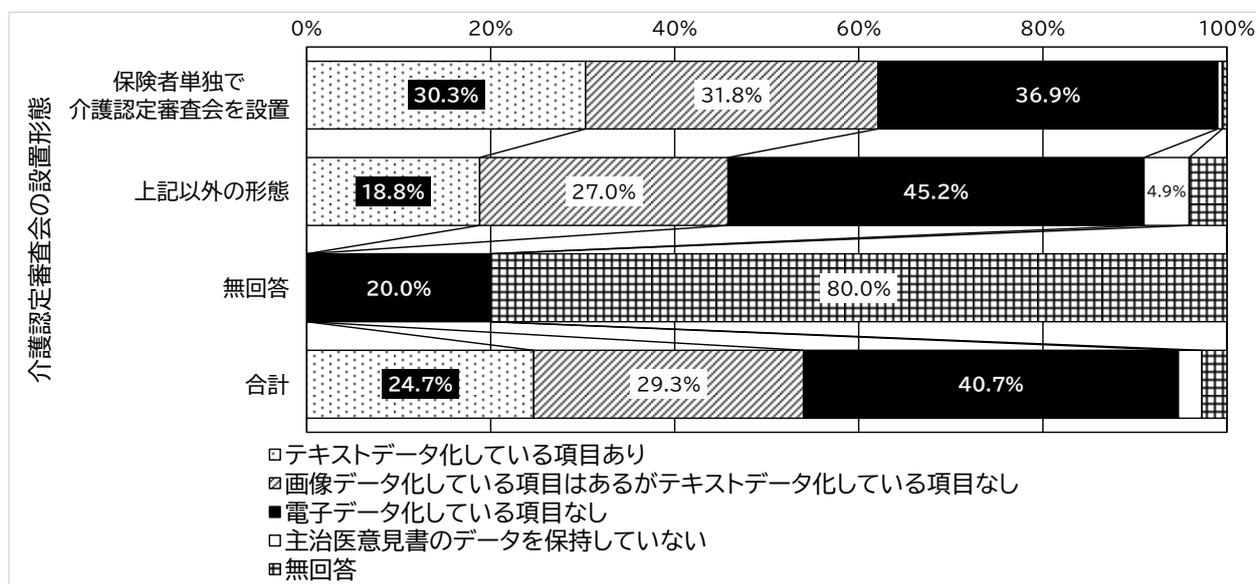
図表 3-9 介護認定審査会の設置形態別 基本情報・一次判定使用項目以外の電子データ化状況

<回答数>

介護認定審査会の設置形態	基本情報・一次判定使用項目以外の電子データ化状況					合計
	テキストデータ化している項目あり	画像データ化している項目はあるがテキストデータ化している項目なし	電子データ化している項目なし	主治医意見書のデータを保持していない	無回答	
保険者単独で介護認定審査会を設置	123	129	150	2	2	406
上記以外の形態	69	99	166	18	15	367
無回答	0	0	1	0	4	5
合計	192	228	317	20	21	778

<割合>

介護認定審査会の設置形態	基本情報・一次判定使用項目以外の電子データ化状況					合計
	テキストデータ化している項目あり	画像データ化している項目はあるがテキストデータ化している項目なし	電子データ化している項目なし	主治医意見書のデータを保持していない	無回答	
保険者単独で介護認定審査会を設置	30.3%	31.8%	36.9%	0.5%	0.5%	100.0%
上記以外の形態	18.8%	27.0%	45.2%	4.9%	4.1%	100.0%
無回答	0.0%	0.0%	20.0%	0.0%	80.0%	100.0%
合計	24.7%	29.3%	40.7%	2.6%	2.7%	100.0%



図表 3-10 第1号被保険者数の規模別 基本情報・一次判定使用項目以外の電子データ化状況

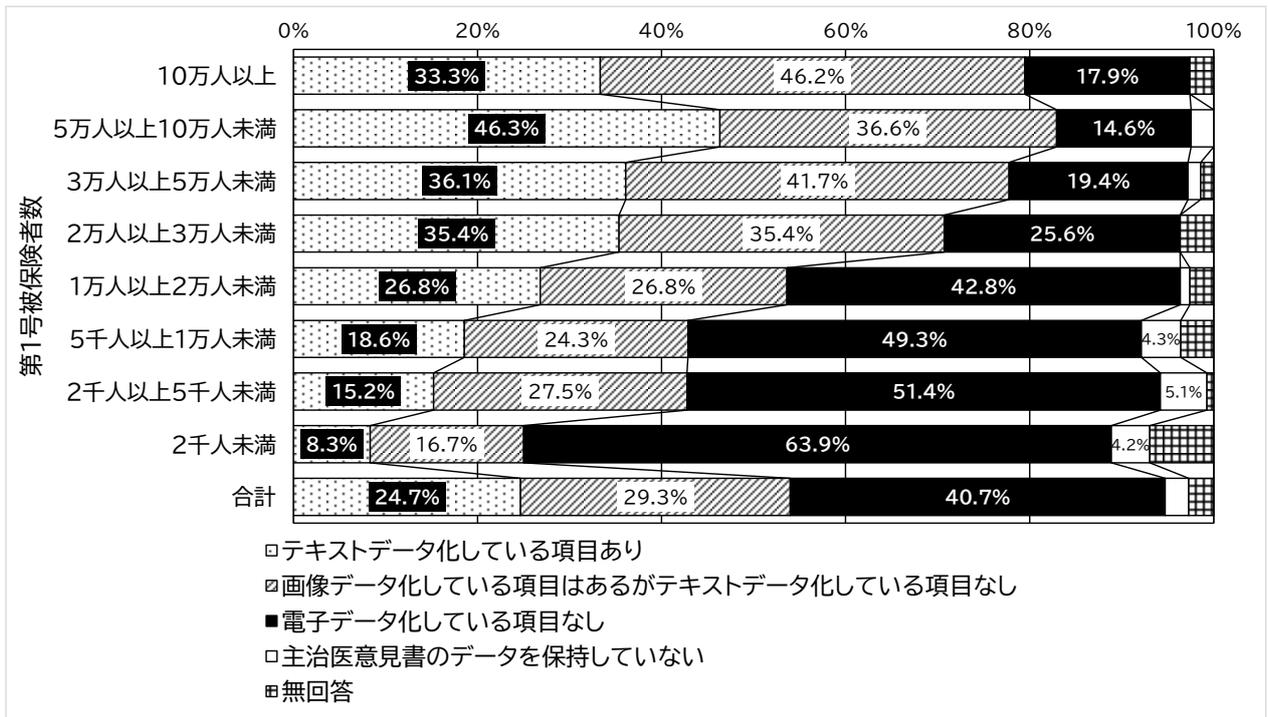
<回答数>

第1号被保険者数(※)	基本情報・一次判定使用項目以外の電子データ化状況					合計
	テキストデータ化している項目あり	画像データ化している項目はあるがテキストデータ化している項目なし	電子データ化している項目なし	主治医意見書のデータを保持していない	無回答	
10万人以上	13	18	7	0	1	39
5万人以上10万人未満	19	15	6	1	0	41
3万人以上5万人未満	26	30	14	1	1	72
2万人以上3万人未満	29	29	21	0	3	82
1万人以上2万人未満	52	52	83	2	5	194
5千人以上1万人未満	26	34	69	6	5	140
2千人以上5千人未満	21	38	71	7	1	138
2千人未満	6	12	46	3	5	72
合計	192	228	317	20	21	778

<割合>

第1号被保険者数(※)	基本情報・一次判定使用項目以外の電子データ化状況					合計
	テキストデータ化している項目あり	画像データ化している項目はあるがテキストデータ化している項目なし	電子データ化している項目なし	主治医意見書のデータを保持していない	無回答	
10万人以上	33.3%	46.2%	17.9%	0.0%	2.6%	100.0%
5万人以上10万人未満	46.3%	36.6%	14.6%	2.4%	0.0%	100.0%
3万人以上5万人未満	36.1%	41.7%	19.4%	1.4%	1.4%	100.0%
2万人以上3万人未満	35.4%	35.4%	25.6%	0.0%	3.7%	100.0%
1万人以上2万人未満	26.8%	26.8%	42.8%	1.0%	2.6%	100.0%
5千人以上1万人未満	18.6%	24.3%	49.3%	4.3%	3.6%	100.0%
2千人以上5千人未満	15.2%	27.5%	51.4%	5.1%	0.7%	100.0%
2千人未満	8.3%	16.7%	63.9%	4.2%	6.9%	100.0%
合計	24.7%	29.3%	40.7%	2.6%	2.7%	100.0%

※第1号被保険者数は、2017年度介護保険事業状況報告による。



(6) テキストデータ化を行っている範囲

「基本情報・一次判定使用項目以外にテキストデータ化している項目がある」と回答した 192 保険者について、テキストデータ化を行っている範囲をみると、75.5%の保険者が、すべての主治医意見書についてテキストデータ化を行っている。

この割合は、OCR 用紙での受付を行っている保険者よりも、オンライン・電子媒体・OCR 用紙のいずれについても受付を行っていない保険者の方が大きい。これは、OCR用紙での受付を行っている保険者の中に、「OCR 用紙で提出された主治医意見書のみを、テキストデータ化の対象としている」保険者がいることが考えられる。

図表 3-11 テキストデータ化を行っている範囲

(基本情報・一次判定使用項目以外にテキストデータ化を行っている項目のある保険者)

<回答数>

主治医意見書の受付形態・データ形式 (複数回答)	テキストデータ化する意見書の範囲			合計 (主治医意見書をテキストデータ化している保険者)
	すべての主治医意見書	一部の主治医意見書のみ	無回答	
オンラインまたは電子媒体での受付あり	8	0	0	8
うち、テキストデータでの受付あり	5	0	0	5
OCR用紙での受付あり	95	39	0	134
オンライン・電子媒体・OCR用紙での受付なし	46	7	1	54
全体	145	46	1	192

<割合>

主治医意見書の受付形態・データ形式 (複数回答)	テキストデータ化する意見書の範囲			合計 (主治医意見書をテキストデータ化している保険者)
	すべての主治医意見書	一部の主治医意見書のみ	無回答	
オンラインまたは電子媒体での受付あり	100.0%	0.0%	0.0%	100.0%
うち、テキストデータでの受付あり	100.0%	0.0%	0.0%	100.0%
OCR用紙での受付あり	70.9%	29.1%	0.0%	100.0%
オンライン・電子媒体・OCR用紙での受付なし	85.2%	13.0%	1.9%	100.0%
全体	75.5%	24.0%	0.5%	100.0%

(7) テキストデータ化を行っている項目

ここでは、「基本情報・一次判定使用項目以外にテキストデータ化している項目がある」と回答した 192 保険者について、主治医意見書の各項目のうち、どの項目をテキストデータ化の対象としているかをみる。

すると、最も多数の保険者がテキストデータ化している項目は、「3(1) 障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)」である。これは、3(1)に含まれるもう 1 つの項目「認知症高齢者の日常生活自立度」が一次判定使用項目であることから、これに付随する形で、テキストデータ化する保険者が多いためと考えられる。

次いでテキストデータ化している保険者が多い項目は、「主治医意見書が介護サービス計画作成等に利用されることの同意欄」81.3%、「意見書作成回数」73.4%、「主治医意見書の記入日」73.4%など、基本情報や申請者欄に含まれる項目である。これは、介護支援専門員への情報提供の有無や、要介護認定のスケジュール管理等の要介護認定事務の処理にあたり、当該項目を用いることが多いためと考えられる。

これらの項目以外の項目のうち、選択肢による項目の多くは、40%台の保険者がテキストデータ化の対象としている。数値による項目(=「1(1) 発症年月日」「3(5) 身長・体重」は、15%強の保険者がテキストデータ化の対象としている。文章による項目の多くは、7~8%程度の保険者がテキストデータ化の対象としている。文章による項目のうち、「1(1) 診断名」をテキストデータ化している保険者の割合は、これよりも大きく、14.1%である。

図表 3-12 テキストデータ化を行っている項目

(基本情報・一次判定使用項目以外にテキストデータ化を行っている項目のある保険者)

主治医意見書の項目		回答数	割合
選択肢による項目	主治医意見書が介護サービス計画作成等に利用されることの同意欄	156	81.3%
	申請者欄(2)意見書作成回数	141	73.4%
	申請者欄(3)他科受診の有無・診療科	90	46.9%
	1(2)症状としての安定性<選択肢部分>	104	54.2%
	2 特別な医療	109	56.8%
	3(1)障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)	163	84.9%
	3(3)認知症の行動・心理症状の有無	109	56.8%
	3(3)認知症の行動・心理症状の内容	105	54.7%
	3(4)その他の精神・神経症状の有無	85	44.3%
	3(4)その他の精神・神経症状に係る専門医受診の有無	77	40.1%
	3(5)利き腕	80	41.7%
	3(5)過去6ヶ月の体重の変化	77	40.1%
	3(5)身体の状態のうち各症状等の有無	84	43.8%
	3(5)身体の状態のうち「麻痺」「失調・不随意運動」の部位	83	43.2%
	3(5)身体の状態のうち各症状等の程度	87	45.3%
	4(1)移動	96	50.0%
	4(2)現在の栄養状態	104	54.2%
	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<選択肢部分>	89	46.4%
	4(4)サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し	86	44.8%
	4(5)医学的管理の必要性(チェックの有無)	76	39.6%
4(5)医学的管理の必要性(下線の有無)	43	22.4%	
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<選択肢部分>	88	45.8%	
4(7)感染症の有無<選択肢部分>	83	43.2%	
数値による項目	主治医意見書の記入日	141	73.4%
	申請者欄(1)最終診察日	95	49.5%
	1(1)発症年月日	34	17.7%
	3(5)身長	30	15.6%
3(5)体重	30	15.6%	
文章による項目	申請者欄(3)他科受診「その他」の内容	16	8.3%
	1(1)診断名	27	14.1%
	1(2)症状としての安定性<自由記載部分>	14	7.3%
	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または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容	15	7.8%
	3(3)認知症の行動・心理症状「その他」の内容	15	7.8%
	3(4)その他の精神・神経症状の症状名	14	7.3%
	3(4)その他の精神・神経症状に係る専門医受診「有」の内容	14	7.3%
	3(5)身体の状態のうち各症状等の部位<自由記載部分>	13	6.8%
	4(2)栄養・食生活上の留意点	14	7.3%
	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「その他」の内容	15	7.8%
	4(3)対処方針	18	9.4%
	4(5)医学的管理の必要性「その他の医療系サービス」の内容	14	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「あり」「その他」の内容	14	7.3%
	4(7)感染症「有」の内容	14	7.3%
5特記すべき事項	16	8.3%	
全体 (主治医意見書をテキストデータ化している保険者)		192	100.0%

(8) テキストデータ化を行わない理由

主治医意見書の電子データを管理しているが、「基本情報・一次判定使用項目以外にテキストデータ化している項目はない」と回答した 545 保険者のうち、64.4%が「入力のための手間や予算を捻出することが難しい」、52.1%が「テキストデータの活用方法が見つからない」ことを、テキストデータ化を行わない理由として挙げている。

図表 3-13 主治医意見書のテキストデータ化を行わない理由

(基本情報・一次判定使用項目以外にテキストデータ化している項目のない保険者)

<回答数>

主治医意見書の受付形態・データ形式 (複数回答)	主治医意見書のテキストデータ化を行わない理由 (複数回答)			全体 (主治医意見書のデータは管理するも、テキストデータ化していない保険者)
	入力のための手間や予算を捻出することが難しいため	テキストデータの活用方法が見つからないため	その他の理由	
オンラインまたは電子媒体での受付あり	1	2	0	3
OCR用紙での受付あり	124	115	21	209
オンライン・電子媒体・OCR用紙での受付なし	227	169	23	336
全体	351	284	44	545

<割合>

主治医意見書の受付形態・データ形式 (複数回答)	主治医意見書のテキストデータ化を行わない理由 (複数回答)			全体 (主治医意見書のデータは管理するも、テキストデータ化していない保険者)
	入力のための手間や予算を捻出することが難しいため	テキストデータの活用方法が見つからないため	その他の理由	
オンラインまたは電子媒体での受付あり	33.3%	66.7%	0.0%	100.0%
OCR用紙での受付あり	59.3%	55.0%	10.0%	100.0%
オンライン・電子媒体・OCR用紙での受付なし	67.6%	50.3%	6.8%	100.0%
全体	64.4%	52.1%	8.1%	100.0%

図表 3-14 主治医意見書のテキストデータ化を行わない理由(主な自由回答)
 (基本情報・一次判定使用項目以外にテキストデータ化している項目のない保険者)

分野	回答内容
<p>手間・費用</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 現システムは、OCR 用紙で取り込みを行っても手入力を行う項目があるため、かえって手間がかかり、インクなどのコストもかかる。 ◆ 審査会では意見書のコピーを基に確認し、必要な情報について審査しているため、入力やシステム改修する手間は省きたい。 ◆ 電子データ化するためのシステム導入費用がかかるため。 ◆ オンラインでの提出は、システム改修等の費用面で難しいため。
<p>画像データの使用</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ OCR 登録処理を行い、画像として認定審査会に提出しているため。 ◆ OCR 用紙の場合はデータ化して管理しているが、OCR 用紙以外の場合は画像として保存している。 ◆ 画像データとしてしか取り扱っていないため。 ◆ 画像としてデータ保存しており、テキスト化する機能を有していない。 ◆ 主治医意見書を取り込んだ画像を、個人情報等をマスク処理したうえで審査会の事前配付資料の一部として送付しているため。 ◆ 審査会に画像データを資料として使用するため、一時判定項目以外の必要性がない。 ◆ 二次判定では意見書の画像データそのものを参考に行っているため。 ◆ 市町村システムがスキャンした画像として利用しており、電子データ化の必要がない。
<p>システム非対応</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ システムが対応していないため。 ◆ 現行システムが対応しておらず、対応可能にするには改修費用が掛かるため。 ◆ システム上、すべて電子データ化できるようにはなっていない。 ◆ 現在使用している認定ソフトに、基本情報や一次判定に用いられる項目以外を入力できる場所が存在しないため。 ◆ 介護システムに入力しているため。 ◆ 現在使用している介護保険システムの性質上、主治医意見書をテキストデータとして電子データ化することが困難なため。 ◆ 使用しているシステムが、画像またはチェックボックスでの対応となっているため。 ◆ 医師会や導入しているシステム業者との調整が必要。
<p>医療機関の対応</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 医療機関や医師により意見書作成方法や使用する様式、提出方法等が異なるため。 ◆ 独自で主治医意見書様式を作成している医療機関が多い。 ◆ 頻繁に依頼する病院がデータ化に対応していない。
<p>手書きに伴うデータ化の困難さ</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 主治医の方の記載文字(手書き)があまりにも独特すぎて、解読・文書化するには時間がかかりすぎる。 ◆ 手書きのためテキストデータ化が難しい。

分野	回答内容
広域行政関連	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 介護認定審査会を主催している広域連合において電子データ化を進めるのであれば同様にしていく。 ◆ 介護保険組合を2市町で構成しているため協議が必要である(足並みをそろえての導入が望ましいのではないか)。 ◆ 保険者から広域連合へ審査を依頼する際、連携システムを介して意見書の画像データを送信しており、当該システム内に画像データが保存されている。データを閲覧することは可能だが、それを他の何かに活用する予定はない。 ◆ 一部事務組合にてデータ化されるため。
検討なし	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 検討をしていないため。 ◆ 電子データ化する意識が事務局になく、一次判定に用いない項目の電子データ化や活用についてこれまで検討したことが無いため。 ◆ 電子データ化の検討をした実績が無い。導入を想定した場合、医療機関も含めたシステムの対応やセキュリティの関係など、予算も含めて課題が多いと思われる。 ◆ どの内容を電子データ化するか等、市町村及び広域事務組合間で協議、検討をしたことがない。
必要性を感じない	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 現時点においては必要と考えていない。 ◆ 件数が少なく、電子化は費用対効果を考えてメリットがない。 ◆ 件数が多くないため、電子データ化の必要性を感じないため。 ◆ 現時点では電子データ化の必要性を感じないため。 ◆ 現時点で紙媒体での不都合がないため。 ◆ 個別に主治医意見書内容を確認する必要がある場合、システムにPDFデータとしていることから、業務に支障がない。本市において主治医意見書内容を用いて、分析することなどの取り組みをしていないこと、要介護適正化事業【業務分析データ】にて、傾向を把握することができているため。

(9) 主治医意見書の電子データの活用状況・予定

本調査研究では、主治医意見書の電子データの活用状況・予定について、「審査の省力化や効率化のための電子データの活用」「地域の被保険者の実態把握等を目的とした主治医意見書データの収集・統計化」「介護認定審査会の判断材料となる知見を得るための主治医意見書データの解析」「ケアプラン作成の参考となる知見を得るための主治医意見書データの解析」の4つの活用方法を設定し、その実施や検討の有無について調査した。

すると、いずれの活用方法についても、「行っている」と回答した保険者は5%に満たず、90%以上の保険者が、「現在行っておらず、将来行うことも検討していない」と回答している。

図表 3-15 主治医意見書の電子データの活用状況・予定

<回答数>

主治医意見書の電子データの活用状況・予定	実施・検討の状況				合計
	行っている	現在行っていないが、将来行うことを検討している	現在行っておらず、将来行うことも検討していない	無回答	
審査の省力化や効率化のための電子データの活用	19	17	725	17	778
地域の被保険者の実態把握等を目的とした主治医意見書データの収集・統計化	34	19	708	17	778
介護認定審査会の判断材料となる知見を得るための主治医意見書データの解析	1	13	749	15	778
ケアプラン作成の参考となる知見を得るための主治医意見書データの解析	3	13	745	17	778

<割合>

主治医意見書の電子データの活用状況・予定	実施・検討の状況				合計
	行っている	現在行っていないが、将来行うことを検討している	現在行っておらず、将来行うことも検討していない	無回答	
審査の省力化や効率化のための電子データの活用	2.4%	2.2%	93.2%	2.2%	100.0%
地域の被保険者の実態把握等を目的とした主治医意見書データの収集・統計化	4.4%	2.4%	91.0%	2.2%	100.0%
介護認定審査会の判断材料となる知見を得るための主治医意見書データの解析	0.1%	1.7%	96.3%	1.9%	100.0%
ケアプラン作成の参考となる知見を得るための主治医意見書データの解析	0.4%	1.7%	95.8%	2.2%	100.0%

(10) 主治医意見書の電子データの活用内容

「審査の省力化や効率化のための電子データの活用」の内容に関する自由回答としては、認定調査票との相違の表示や、前回の主治医意見書との比較表示に関するものがみられる。

図表 3-16 審査の省力化や効率化のための主治医意見書の電子データの活用内容(主な自由回答)

分野	回答内容
認定調査票との比較	<ul style="list-style-type: none"> ◆ <u>認定調査項目との不整合チェック表示あり。</u> ◆ <u>パソコンを使用した電子審査会を行っており、調査票と意見書の内容に相違がある場合に、注意喚起のメッセージを画面に表示している(自立度、特別な医療など)。</u>
前回との比較	<ul style="list-style-type: none"> ◆ <u>前回との状態の変化具合を比較してもらう。</u> ◆ <u>前回提出時の入院等の状況の明示、前回基準時間の表示をしている。</u> ◆ <u>電子審査会にて、前回及び今回の主治医意見書を PDF 化し委員へ配信、比較できるようにしている。</u> ◆ <u>保存した今回の主治医意見書と前回の主治医意見書の電子データを紙媒体に出力し、比較して判定の参考となるように、審査会資料として配布している。</u> ◆ <u>前回自立度を表示している。</u> ◆ <u>審査会で、認定システムを利用し、参考として前回の意見書と比較できる。</u> ◆ <u>特定疾患の表示、簡素化一覧表作成時に要介護認定等基準時間・認知症高齢者の日常生活自立度・介護度・期間を、前回のもの含め利用。</u> ◆ <u>前回の主治医意見書と大きく変わった部分や特定疾病を自動的に強調表示になれば、審査会委員の審査の省力化になるので、将来は検討したいと考えている。</u>
その他	<ul style="list-style-type: none"> ◆ <u>国等からの調査やアンケートおよび統計を出すときに使用。</u> ◆ <u>審査の省力化に向けて検討している。</u> ◆ <u>被保険者の身体状況の変化に気づき、介護認定の適正化が図られる。</u>
【凡例】	<p><u>下線</u> … 審査の省力化や効率化のための主治医意見書の電子データの活用について、「行っている」と回答した保険者からの回答</p> <p><u>斜字</u> … 上記について、「現在行っていないが、将来行うことも検討している」と回答した保険者からの回答</p>

「地域の被保険者の実態把握等を目的とした主治医意見書の収集・統計化」の内容に関する自由回答としては、傷病や認知症の把握についての回答がみられ、さらには傷病・認知症と要介護状態との関連性の把握や、介護予防・健康づくりへの活用について言及した回答もある。

図表 3-17 地域の被保険者の実態把握等を目的とした主治医意見書の収集・統計化の内容
(主な自由回答)

分野	回答内容
介護に関連する傷病の把握	<ul style="list-style-type: none"> ◆ <u>介護申請の原因となった疾病等の把握に用いている。</u> ◆ <u>傷病名のデータを集め、要介護状態との関連性を調査するため統計化している。</u> ◆ <u>要介護認定を受けた原因となっている傷病名について、傾向を把握するために統計化している。</u> ◆ <u>意見書記載内容の「診断名」をデータ化しており、介護保険第1号被保険者の新規申請の原因疾患を見える化している。それを、衛生部門担当課や国保部門担当課の保健事業の予防の取り組みとして、データ提供している。</u> ◆ <u>疾病名から、申請の原因となる疾病の把握等を行っている。</u> ◆ <u>新規申請する際の主な傷病の集計に用いている。</u> ◆ <u>認定者の現病歴、既往歴の把握を行っている。</u> ◆ <u>新規申請時の主治医意見書について、介護が必要となった主原因や、介護が必要となった被保険者が患っている疾病の傾向を把握するためにデータ化を行っている最中である。</u> ◆ <u>生活機能低下の原因となっているおもな傷病を把握し、介護予防・自立支援につなげる目的で、主治医意見書の診断名をテキストデータ化し、統計化することを検討している。</u> ◆ <u>診断名をデータ化することにより、介護状態となる病名が統計的にわかれると思われる為、介護予防の方策の一つとして活用する。</u>
傷病動向一般の把握	<ul style="list-style-type: none"> ◆ <u>令和元年度は疾病動向の確認目的のため一部データ化をした。</u> ◆ <u>意見書の診断名の集計を行い、疾病の発生割合を出している。</u> ◆ <u>疾患別の上位の把握(脳血管疾患、認知症、骨折等)に用いている。</u> ◆ <u>疾病名の統計を、市の健康増進計画における重点的な取り組みの指標(数値目標)としている。</u> ◆ <u>必要に応じて、申請時点でも疾病の分析を地区診断に活用している。</u> ◆ <u>地域の被保険者の実態把握を行う。</u>
介護予防への活用	<ul style="list-style-type: none"> ◆ <u>一般介護予防事業で認定者の分析を行った際に使用した。</u> ◆ <u>介護予防データヘルスを行うため、画像をデータ化している。</u> ◆ <u>市介護予防推進会議の資料として用いるため、認定の原因疾患や介護度重度化の原因疾患を統計化している。</u> ◆ <u>障害高齢者の日常生活自立度や認知症高齢者の日常生活自立度の推移等を集計し、地域の介護予防事業などを担当している係に情報提供している。</u> ◆ <u>地域の被保険者の実態把握などを目的として、多数の主治医意見書の電子データを集積すれば介護予防にもつながると思うので、将来は検討したいと考えている。</u>
認知症の把握	<ul style="list-style-type: none"> ◆ <u>認知症高齢者のみ行っている</u> ◆ <u>認知症高齢者の日常生活自立度を把握している。</u>

分野	回答内容
	<ul style="list-style-type: none"> ◆ <u>認知症障害者自立度から、認知症のある認定者数を把握している。</u> ◆ <u>3(1) 認知症高齢者の日常生活自立度を用いて、認知症の人数を把握。(広報に掲載)</u> ◆ <u>地域の被保険者の自立度を確認するために、使用する場合がある。</u> ◆ <u>市の高齢者支援計画において、認知症に係る総合的な支援をするにあたり、認知機能の低下があると評価された要介護(要支援)認定者数の実態把握のため、日常生活の自立度等についての項目を用いた。</u> ◆ <u>年齢別、介護度別に認知症度の統計を出して実態把握を行い、高齢者保健福祉施策担当課に情報提供している。</u> ◆ <u>認知症高齢者自立度や診断名と基本情報との統計などをとる。</u>
その他	<ul style="list-style-type: none"> ◆ <u>予算や協議会等の参考資料として活用した。</u> ◆ <u>被保険者の身体状況の変化の状況がひと目でわかり、介護サービスが適正に行われているかの判断材料の一つとなる。</u>
【凡例】	<p><u>下線</u> … 地域の被保険者の実態把握等を目的とした主治医意見書の収集・統計化について、「行っている」と回答した保険者からの回答</p> <p><u>斜字</u> … 上記について、「現在行っていないが、将来行うことも検討している」と回答した保険者からの回答</p>

介護認定審査会の判断材料や、ケアプラン作成の参考となるような知見を得ることを目的とした電子データの活用としては、すでに行われている取り組み事例としては、具体的な回答を得ることはできなかった。

図表 3-18 介護認定審査会の判断材料となるような知見を得るための
主治医意見書の電子データの活用の内容(主な自由回答)

回答内容	
◆	<u>審査会に必要とされる情報のため、審査会資料に意見書を画像として記載している。</u>
◆	一次判定結果の 32 分以上 50 分未満である要支援 2・要介護 1 の振り分けが適切か否かについて、データ収集・解析した上で、適切な事例を全審査会に周知し、適正化を図りたい。
◆	具体的な利用項目は決まっていないが、今後介護予防のためにデータ統計が必要と考える。
【凡例】	下線 … 介護認定審査会の判断材料となるような知見を得るための主治医意見書の電子データの活用について、主治医意見書の収集・統計化について、「行っている」と回答した保険者からの回答
	斜字 … 上記について、「現在行っていないが、将来行うことも検討している」と回答した保険者からの回答

図表 3-19 ケアプラン作成の参考となるような知見を得るための
主治医意見書の電子データの活用の内容(主な自由回答)

回答内容	
◆	<u>ケアマネジャー等の作成者に情報提供するために意見書を画像として保存している。</u>
◆	<u>ケアプラン点検を行う際の参考にしている。</u>
◆	医学的観点からの留意事項を用いる。
◆	具体的な利用項目は決まっていないが、今後介護予防のためにデータ統計が必要と考える。
【凡例】	下線 … ケアプラン作成の参考となるような知見を得るための主治医意見書の電子データの活用について、主治医意見書の収集・統計化について、「行っている」と回答した保険者からの回答
	斜字 … 上記について、「現在行っていないが、将来行うことも検討している」と回答した保険者からの回答

上記以外の目的での電子データの活用としては、障害者控除をはじめとした、他制度での活用についての回答が多くみられる。

図表 3-20 その他の主治医意見書の電子データの活用内容(主な自由回答)

分野	回答内容
傷病の把握	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 第一疾病については、要介護認定状態の原因究明に活用している(統計化は行っていない)。 ◆ 過去1年間に要介護認定申請を行ったケースについて、その認定に至った主な傷病名を主治医意見書から読み取り、被保険者の実態把握資料とした(平成30年度実施)。 ◆ 第2号被保険者の特定疾患のデータを活用し統計をとっている。 ◆ 第2号被保険者の特定疾病について、多いものを統計化している。
認知症の把握	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 介護ロボットを利用している対象者の、認知症高齢者の日常生活自立度の状態を参考にしようか検討している。 ◆ 認知症高齢者の数を推計するために、「認知症高齢者の日常生活自立度」のデータを統計化して参考にしている。
介護支援専門員への情報提供	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 画像を電子化してファイリングし、ケアプラン作成時の情報提供の申請があったときに、システムから打ち出している。また、ファイリングされた意見書から特定疾病を確認している。 ◆ ケアマネから審査会資料の開示依頼があるとき、主治医の同意が有ることを容易に確認できる。 ◆ 介護(予防)サービス計画作成のための情報開示に活用している。 ◆ 事業所がケアプラン作成のため情報提供の申請があった場合、意見書の電子データをプリントアウトし渡している。
医師への情報提供	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 主治医への要介護認定情報の提供に用いる。 ◆ 「主治医意見書が介護サービス計画作成等に利用されることの同意欄」を、主治医へ被保険者の認定状況を報告する際に活用している。
請求への活用	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 主治医意見書作成料請求書の取りまとめに用いる。 ◆ 「意見書作成回数」の項目を、意見書作成手数料支払いの際に用いる。
給付の適正化への活用	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 介護給付の適正化として、個別のケアプランに対し主治医意見書の電子データを活用している。
行政計画への活用	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 介護保険の次期計画作成時に、介護が原因となる疾患として何が多いかを集計している。また、みなし2号の疾患で何が多いかを集計して、保健部門に情報提供をしている。 ◆ 介護保険事業計画策定の検討を行うにあたり、要介護認定新規申請者の主治医意見書の診断名のデータ(画像データ)を活用している。
多職種連携への活用	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 新規認定申請者のみ一部データ(どういった要因で介護を受けるに至ったか)を電子化し、ケア会議のケース抽出やデータ分析に活用している。 ◆ 多職種間での連携のためのシステムと同期して、障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)やテキストデータとしているデータの一部を共有している。

分野	回答内容
他制度への活用	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 障害者控除の対象者であるか主治医意見書等から判定しており、システムで判定する際に電子データ化した主治医意見書の情報を活用している。 ◆ 障害者控除対象者の要件確認、おむつ代の医療費控除対象者の要件確認、福祉用具の軽度者利用申請にあたっての医師の意向確認に用いている。 ◆ おむつ代の医療費控除認定のために主治医意見書の電子データを活用している(尿失禁の項目の有無等)。 ◆ 「3(1) 障害高齢者の日常生活自立度」及び「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」の「尿失禁」を寝たきり者のおむつ代医療費控除証明書発行の際に活用している。 ◆ 障害者控除に活用している。 ◆ 軽度者の福祉用具の貸与を検討する際や確定申告時のおむつの使用証明について、主治医意見書の内容から貸与や発行が適正であるかについて、画像データを利用して検討している。また、第三者求償についても主治医意見書の画像データの内容を活用している。 ◆ 障害者控除、おむつ医療費控除の判定(障害高齢者の日常生活自立度、認知症高齢者の日常生活自立度のみ)に用いる。 ◆ 福祉用具購入費、住宅改修費の支給にかかる、本人の身体状況等の判定材料とする。
その他	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 地域の被保険者の実態把握などには、電子データ化されていない「1(1) 診断名」を別途集計したり、訪問調査の電子データを活用したりしている。 ◆ 介護認定審査会の資料を保険者間でやりとりするために、電子データ化している。

第4章 介護認定審査会委員向けアンケート調査(B 調査)の結果

1. 回答の状況

介護認定審査会委員向けアンケート調査(B 調査)では、A 調査の調査対象である全1,571保険者のうち、472 保険者の計 1,330 人の介護認定審査会委員から、回答を得た。

2. 集計結果

(1) 自由記入欄の「選択肢化」についての考え

① 回答者の保有資格

回答者の保有資格を最も細かい 18 区分で見ると、「介護支援専門員」が 34.1%で最も多く、次いで「医師」22.2%、「介護福祉士」17.1%、「社会福祉士」15.2%、「看護師」14.2%が、上位5つとなっている。

図表 4-1 回答者の保有資格(複数回答)

保有資格(18区分)	回答数	割合
医師	295	22.2%
歯科医師	85	6.4%
薬剤師	121	9.1%
保健師	84	6.3%
助産師	11	0.8%
看護師	189	14.2%
准看護師	17	1.3%
理学療法士	80	6.0%
作業療法士	45	3.4%
言語聴覚士	2	0.2%
社会福祉士	202	15.2%
介護福祉士	227	17.1%
管理栄養士	6	0.5%
栄養士	5	0.4%
精神保健福祉士	50	3.8%
介護支援専門員	454	34.1%
その他の医療分野の公的な資格※	97	7.3%
その他の福祉分野の公的な資格なし (都道府県等による認定調査員研修のみ)	20	1.5%
無回答	6	0.5%
合計	1,330	100.0%

※ その他の医療分野の公的な資格の内訳：社会福祉主事、福祉施設の施設長、柔道整復師、鍼灸師等

回答者の保有資格については、同種の業務を行う資格、回答者数が少ない資格を12区分にまとめた。
以降の設問については、12区分での集計結果を掲載する。

図表 4-2 回答者の保有資格(複数回答)

保有資格(12区分)	回答数	割合
医師	295	22.2%
歯科医師	85	6.4%
薬剤師	121	9.1%
保健師・助産師・看護師・准看護師	301	22.6%
理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	127	9.5%
社会福祉士	202	15.2%
介護福祉士	227	17.1%
管理栄養士・栄養士	11	0.8%
精神保健福祉士	50	3.8%
介護支援専門員	454	34.1%
その他の医療・福祉分野の公的資格	97	7.3%
その他の福祉分野の公的な資格なし (都道府県等による認定調査員研修のみ)	20	1.5%
無回答	6	0.5%
合計	1,330	100.0%

② 認定調査票の「特記事項」等の「選択肢化」についての考え

認定調査票の「特記事項」等の「選択肢化」については、合計で「標準化や負担軽減につながる」が68.4%、「わからない」が19.8%、「標準化や負担軽減につながらない」が11.7%となっている。回答者の保有資格(12区分)でみると、「介護支援専門員」は81.8%が「標準化や負担軽減につながる」と回答していて最も高い。

図表 4-3 保有資格別(12区分)
認定調査票の「特記事項」等の「選択肢化」についての考え(単数回答)

<回答数>

保有資格(12区分)	要介護認定調査票の「特記事項」等の「選択肢化」				合計
	標準化や負担軽減につながる	標準化や負担軽減につながらない	わからない	無回答	
医師	181	47	66	1	295
歯科医師	56	12	17	0	85
薬剤師	90	9	22	0	121
保健師・助産師・看護師・准看護師	222	16	63	0	301
理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	85	13	29	0	127
社会福祉士	149	21	32	0	202
介護福祉士	164	27	36	0	227
管理栄養士・栄養士	9	1	1	0	11
精神保健福祉士	36	3	11	0	50
介護支援専門員	336	50	67	1	454
その他の医療・福祉分野の公的資格	69	8	20	0	97
その他の福祉分野の公的な資格なし (都道府県等による認定調査員研修のみ)	10	1	9	0	20
無回答	3	0	3	0	6
合計	910	155	263	2	1330

<割合>

保有資格(12区分)	要介護認定調査票の「特記事項」等の「選択肢化」				合計
	標準化や負担軽減につながる	標準化や負担軽減につながらない	わからない	無回答	
医師	61.4%	15.9%	22.4%	0.3%	100.0%
歯科医師	65.9%	14.1%	20.0%	0.0%	100.0%
薬剤師	74.4%	7.4%	18.2%	0.0%	100.0%
保健師・助産師・看護師・准看護師	73.8%	5.3%	20.9%	0.0%	100.0%
理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	66.9%	10.2%	22.8%	0.0%	100.0%
社会福祉士	73.8%	10.4%	15.8%	0.0%	100.0%
介護福祉士	72.2%	11.9%	15.9%	0.0%	100.0%
管理栄養士・栄養士	74.4%	7.4%	18.2%	0.0%	100.0%
精神保健福祉士	73.8%	5.3%	20.9%	0.0%	100.0%
介護支援専門員	81.8%	9.1%	9.1%	0.0%	100.0%
その他の医療・福祉分野の公的資格	74.0%	11.0%	14.8%	0.2%	100.0%
その他の福祉分野の公的な資格なし (都道府県等による認定調査員研修のみ)	50.0%	5.0%	45.0%	0.0%	100.0%
無回答	50.0%	0.0%	50.0%	0.0%	100.0%
合計	68.4%	11.7%	19.8%	0.2%	100.0%

③ 認定調査票の「特記事項」等の「選択肢化」が可能と感じる項目

認定調査票の特記事項の「選択肢化」について、「記載の標準化や負担軽減につながる」とした回答者にとって、選択肢化が可能と感じる項目は、合計では、「5-1 薬の内服」55.9%が最も高く、次いで「5-2 金銭の管理」53.3%、「1-7 歩行」53.2%、「1-1 麻痺等の有無(左上肢、右上肢、左下肢、右下肢、その他(四肢の欠損))」51.5%、「1-3 寝返り」51.5%が上位5つである(図表 4-4-3、図表 4-4-4)。1群「身体機能・起居動作」が3項目、5群「社会生活への適応」が2項目となっている。

一方、選択肢化が可能と感じる割合が低い項目は、「4-13 意味もなく独り言や独り笑いをする」21.2%、「4-11 物を壊したり、衣類を破いたりする」21.9%、「4-10 いろいろなものを集めたり、無断でもってくる」23.1%、「4-14 自分勝手に行動する」24.7%、「4-3 泣いたり、笑ったりして感情が不安定になる」24.9%が下位5つである。いずれも4群「精神・行動障害」である。

保有資格別(2区分:「医療職」、「介護・福祉・その他」)で見ると、4群「精神・行動障害」の全項目で、選択肢化が可能と感じる項目の割合が、「医療職」の方が「介護・福祉・その他」よりも高い(図表 4-4-4)。

図表 4-4-1 認定調査票の特記事項の「選択肢化」が可能と感じる項目(複数回答)
 (特記事項の「選択肢化」について「標準化や負担軽減につながる」とした回答者分を集計)

<回答数>

要介護認定調査票の番号、項目		保有資格別（2区分）			合計
		医療職	介護・福祉 ・その他	無回答	
第1群 身体機能・起居動作					
1-1	麻痺等の有無（左上肢、右上肢、左下肢、右下肢、その他（四肢の欠損））	324	385	1	469
1-2	拘縮の有無（肩関節、股関節、膝関節、その他（四肢の欠損））	304	371	1	444
1-3	寝返り	321	411	2	469
1-4	起き上がり	320	404	2	463
1-5	座位保持	314	368	2	445
1-6	両足での立位保持	298	388	2	436
1-7	歩行	353	371	1	484
1-8	立ち上がり	293	376	2	429
1-9	片足での立位	275	368	2	403
1-10	洗身	264	326	1	385
1-11	つめ切り	267	358	2	403
1-12	視力	251	314	2	379
1-13	聴力	249	306	2	375
第2群 生活機能					
2-1	移乗	308	326	2	422
2-2	移動	331	361	2	460
2-3	えん下	262	311	0	372
2-4	食事摂取	289	317	0	389
2-5	排尿	288	299	1	393
2-6	排便	284	296	1	389
2-7	口腔清潔	241	323	2	357
2-8	洗顔	255	384	2	396
2-9	整髪	262	381	2	398
2-10	上衣の着脱	263	335	0	376
2-11	ズボン等の着脱	270	340	0	382
2-12	外出頻度	266	303	2	387
第3群 認知機能					
3-1	意思の伝達	262	265	0	374
3-2	毎日の日課を理解	230	284	2	346
3-3	生年月日や年齢を言う	286	327	2	411
3-4	短期記憶	258	310	1	376
3-5	自分の名前を言う	271	323	2	395
3-6	今の季節を理解する	252	297	2	370
3-7	場所の理解	265	270	1	367
3-8	徘徊	241	207	0	316
3-9	外出すると戻れない	214	203	0	295

次頁へ続く

図表 4-4-2 認定調査票の特記事項の「選択肢化」が可能と感じる項目(複数回答)
 (特記事項の「選択肢化」について「標準化や負担軽減につながる」とした回答者分を集計)
 (つづき)

<回答数>

要介護認定調査票の番号、項目		保有資格別（2区分）			合計
		医療職	介護・福祉 ・その他	無回答	
第4群 精神・行動障害					
4-1	物を盗られたなどと被害的になる	223	173	0	293
4-2	作話	185	161	0	248
4-3	泣いたり、笑ったりして感情が不安定になる	174	143	0	227
4-4	昼夜の逆転がある	216	162	0	277
4-5	しつこく同じ話をする	196	173	0	262
4-6	大声をだす	190	146	0	242
4-7	介護に抵抗する	229	188	0	301
4-8	「家に帰る」等と言い落ち着きがない	172	158	0	229
4-9	一人で外に出たがり目が離せない	194	161	0	257
4-10	いろいろなものを集めたり、無断でもってくる	161	120	0	210
4-11	物を壊したり、衣類を破いたりする	154	111	0	199
4-12	ひどい物忘れ	217	215	0	300
4-13	意味もなく独り言や独り笑いをする	141	129	0	193
4-14	自分勝手に行動する	170	137	0	225
4-15	話がまとまらず、会話にならない	167	153	1	228
第5群 社会生活への適応					
5-1	薬の内服	352	418	3	509
5-2	金銭の管理	329	402	2	485
5-3	日常の意思決定	278	302	1	393
5-4	集団への不適応	212	233	0	297
5-5	買い物	289	368	2	427
5-6	簡単な調理	275	370	2	415
合計		634	773	3	910

次頁へ続く

図表 4-4-3 認定調査票の特記事項の「選択肢化」が可能と感じる項目(複数回答)
 (特記事項の「選択肢化」について「標準化や負担軽減につながる」とした回答者分を集計)
 (つづき)

<割合>

要介護認定調査票の番号、項目		保有資格別（2区分）			合計
		医療職	介護・福祉 ・その他	無回答	
第1群 身体機能・起居動作					
1-1	麻痺等の有無（左上肢、右上肢、左下肢、右下肢、その他（四肢の欠損））	51.1%	49.8%	33.3%	51.5%
1-2	拘縮の有無（肩関節、股関節、膝関節、その他（四肢の欠損））	47.9%	48.0%	33.3%	48.8%
1-3	寝返り	50.6%	53.2%	66.7%	51.5%
1-4	起き上がり	50.5%	52.3%	66.7%	50.9%
1-5	座位保持	49.5%	47.6%	66.7%	48.9%
1-6	両足での立位保持	47.0%	50.2%	66.7%	47.9%
1-7	歩行	55.7%	48.0%	33.3%	53.2%
1-8	立ち上がり	46.2%	48.6%	66.7%	47.1%
1-9	片足での立位	43.4%	47.6%	66.7%	44.3%
1-10	洗身	41.6%	42.2%	33.3%	42.3%
1-11	つめ切り	42.1%	46.3%	66.7%	44.3%
1-12	視力	39.6%	40.6%	66.7%	41.6%
1-13	聴力	39.3%	39.6%	66.7%	41.2%
第2群 生活機能					
2-1	移乗	48.6%	42.2%	66.7%	46.4%
2-2	移動	52.2%	46.7%	66.7%	50.5%
2-3	えん下	41.3%	40.2%	0.0%	40.9%
2-4	食事摂取	45.6%	41.0%	0.0%	42.7%
2-5	排尿	45.4%	38.7%	33.3%	43.2%
2-6	排便	44.8%	38.3%	33.3%	42.7%
2-7	口腔清潔	38.0%	41.8%	66.7%	39.2%
2-8	洗顔	40.2%	49.7%	66.7%	43.5%
2-9	整髪	41.3%	49.3%	66.7%	43.7%
2-10	上衣の着脱	41.5%	43.3%	0.0%	41.3%
2-11	ズボン等の着脱	42.6%	44.0%	0.0%	42.0%
2-12	外出頻度	42.0%	39.2%	66.7%	42.5%

次頁へ続く

図表 4-4-4 認定調査票の特記事項の「選択肢化」が可能と感じる項目(複数回答)
 (特記事項の「選択肢化」について「標準化や負担軽減につながる」とした回答者分を集計)
 (つづき)

<割合>

要介護認定調査票の番号、項目		保有資格別 (2区分)			合計
		医療職	介護・福祉 ・その他	無回答	
第3群 認知機能					
3-1	意思の伝達	41.3%	34.3%	0.0%	41.1%
3-2	毎日の日課を理解	36.3%	36.7%	66.7%	38.0%
3-3	生年月日や年齢を言う	45.1%	42.3%	66.7%	45.2%
3-4	短期記憶	40.7%	40.1%	33.3%	41.3%
3-5	自分の名前を言う	42.7%	41.8%	66.7%	43.4%
3-6	今の季節を理解する	39.7%	38.4%	66.7%	40.7%
3-7	場所の理解	41.8%	34.9%	33.3%	40.3%
3-8	徘徊	38.0%	26.8%	0.0%	34.7%
3-9	外出すると戻れない	33.8%	26.3%	0.0%	32.4%
第4群 精神・行動障害					
4-1	物を盗られたなどと被害的になる	35.2%	22.4%	0.0%	32.2%
4-2	作話	29.2%	20.8%	0.0%	27.3%
4-3	泣いたり、笑ったりして感情が不安定になる	27.4%	18.5%	0.0%	24.9%
4-4	昼夜の逆転がある	34.1%	21.0%	0.0%	30.4%
4-5	しつこく同じ話をする	30.9%	22.4%	0.0%	28.8%
4-6	大声をだす	30.0%	18.9%	0.0%	26.6%
4-7	介護に抵抗する	36.1%	24.3%	0.0%	33.1%
4-8	「家に帰る」等と言い落ち着きがない	27.1%	20.4%	0.0%	25.2%
4-9	一人で外に出たがり目が離せない	30.6%	20.8%	0.0%	28.2%
4-10	いろいろなものを集めたり、無断でもってくる	25.4%	15.5%	0.0%	23.1%
4-11	物を壊したり、衣類を破いたりする	24.3%	14.4%	0.0%	21.9%
4-12	ひどい物忘れ	34.2%	27.8%	0.0%	33.0%
4-13	意味もなく独り言や独り笑いをする	22.2%	16.7%	0.0%	21.2%
4-14	自分勝手に行動する	26.8%	17.7%	0.0%	24.7%
4-15	話がまとまらず、会話にならない	26.3%	19.8%	33.3%	25.1%
第5群 社会生活への適応					
5-1	薬の内服	55.5%	54.1%	100.0%	55.9%
5-2	金銭の管理	51.9%	52.0%	66.7%	53.3%
5-3	日常の意思決定	43.8%	39.1%	33.3%	43.2%
5-4	集団への不適応	33.4%	30.1%	0.0%	32.6%
5-5	買い物	45.6%	47.6%	66.7%	46.9%
5-6	簡単な調理	43.4%	47.9%	66.7%	45.6%
合計		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

④ 主治医意見書の「1. 傷病に関する意見」の「(1) 診断名」や「(2) 症状としての安定性」の自由記入欄の「選択肢化」についての考え

主治医意見書の「1. 傷病に関する意見」の「(1) 診断名」や「(2) 症状としての安定性」の自由記入欄の「選択肢化」については、「標準化や負担軽減につながる」が 58.3%、「わからない」が 21.4%、「標準化や負担軽減につながらない」が 18.6%となっている。回答者の保有資格(12 区分)でみると、主治医意見書を作成する「医師」は 55.9%であり、合計よりも 2.4 ポイント低い。

図表 4-5 主治医意見書の「1傷病に関する意見」の「(1) 診断名」や「(2) 症状としての安定性」の自由記入欄の「選択肢化」についての考え(単数回答)

<回答数>

保有資格	主治医意見書の「1傷病に関する意見」の「(1)診断名」や「(2)症状としての安定性」の自由記入欄の「選択肢化」				合計
	標準化や負担軽減につながる	標準化や負担軽減につながらない	わからない	無回答	
医師	165	69	58	3	295
歯科医師	57	15	12	1	85
薬剤師	80	19	20	2	121
保健師・助産師・看護師・准看護師	168	55	76	2	301
理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	78	21	27	1	127
社会福祉士	119	35	45	3	202
介護福祉士	135	40	48	4	227
管理栄養士・栄養士	5	3	3	0	11
精神保健福祉士	32	11	6	1	50
介護支援専門員	255	89	101	9	454
その他の医療・福祉分野の公的資格	59	16	18	4	97
医療・福祉分野の公的資格なし(都道府県等による認定調査員研修のみ)	7	4	9	0	20
無回答	2	0	2	2	6
合計	776	248	284	22	1,330

<割合>

保有資格	主治医意見書の「1傷病に関する意見」の「(1)診断名」や「(2)症状としての安定性」の自由記入欄の「選択肢化」				合計
	標準化や負担軽減につながる	標準化や負担軽減につながらない	わからない	無回答	
医師	55.9%	23.4%	19.7%	1.0%	100.0%
歯科医師	67.1%	17.6%	14.1%	1.2%	100.0%
薬剤師	66.1%	15.7%	16.5%	1.7%	100.0%
保健師・助産師・看護師・准看護師	55.8%	18.3%	25.2%	0.7%	100.0%
理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	61.4%	16.5%	21.3%	0.8%	100.0%
社会福祉士	58.9%	17.3%	22.3%	1.5%	100.0%
介護福祉士	59.5%	17.6%	21.1%	1.8%	100.0%
管理栄養士・栄養士	66.1%	15.7%	16.5%	1.7%	100.0%
精神保健福祉士	55.8%	18.3%	25.2%	0.7%	100.0%
介護支援専門員	45.5%	27.3%	27.3%	0.0%	100.0%
その他の医療・福祉分野の公的資格	56.2%	19.6%	22.2%	2.0%	100.0%
医療・福祉分野の公的資格なし(都道府県等による認定調査員研修のみ)	35.0%	20.0%	45.0%	0.0%	100.0%
無回答	33.3%	0.0%	33.3%	33.3%	100.0%
合計	58.3%	18.6%	21.4%	1.7%	100.0%

- ⑤ 主治医意見書の「1. 傷病に関する意見」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」の自由記入欄の「選択肢化」についての考え

主治医意見書の「1. 傷病に関する意見」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」の自由記入欄の「選択肢化」については、「標準化や負担軽減につながる」が 47.8%、「わからない」が 29.2%、「標準化や負担軽減につながらない」が 20.9%となっている。回答者の保有資格(12 区分)でみると、主治医意見書を作成する「医師」は 44.7%であり、合計よりも 3.1 ポイント低い。

図表 4-6 主治医意見書の「1傷病に関する意見」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」の自由記入欄の「選択肢化」についての考え(単数回答)

<回答数>

保有資格	主治医意見書の「1傷病に関する意見」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」の自由記入欄の「選択肢化」				合計
	標準化や負担軽減につながる	標準化や負担軽減につながらない	わからない	無回答	
医師	132	0	59	0	295
歯科医師	52	16	15	2	85
薬剤師	62	26	32	1	121
保健師・助産師・看護師・准看護師	155	31	113	2	301
理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	65	28	32	2	127
社会福祉士	92	40	67	3	202
介護福祉士	110	45	68	4	227
管理栄養士・栄養士	5	2	3	1	11
精神保健福祉士	25	10	14	1	50
介護支援専門員	212	95	138	9	454
その他の医療・福祉分野の公的資格	46	17	30	4	97
医療・福祉分野の公的資格なし(都道府県等による認定調査員研修のみ)	6	4	8	2	20
無回答	2	0	2	2	6
合計	636	278	388	28	1,330

<割合>

保有資格	主治医意見書の「1傷病に関する意見」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」の自由記入欄の「選択肢化」				合計
	標準化や負担軽減につながる	標準化や負担軽減につながらない	わからない	無回答	
医師	44.7%	0.0%	20.0%	0.0%	100.0%
歯科医師	61.2%	18.8%	17.6%	2.4%	100.0%
薬剤師	51.2%	21.5%	26.4%	0.8%	100.0%
保健師・助産師・看護師・准看護師	51.5%	10.3%	37.5%	0.7%	100.0%
理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	51.2%	22.0%	25.2%	1.6%	100.0%
社会福祉士	45.5%	19.8%	33.2%	1.5%	100.0%
介護福祉士	48.5%	19.8%	30.0%	1.8%	100.0%
管理栄養士・栄養士	51.2%	21.5%	26.4%	0.8%	100.0%
精神保健福祉士	51.5%	10.3%	37.5%	0.7%	100.0%
介護支援専門員	45.5%	18.2%	27.3%	9.1%	100.0%
その他の医療・福祉分野の公的資格	46.7%	20.9%	30.4%	2.0%	100.0%
医療・福祉分野の公的資格なし(都道府県等による認定調査員研修のみ)	30.0%	20.0%	40.0%	10.0%	100.0%
無回答	33.3%	0.0%	33.3%	33.3%	100.0%
合計	47.8%	20.9%	29.2%	2.1%	100.0%

⑥ 主治医意見書の「3. 心身の状態に関する意見」の「(4) その他の精神・神経症状」の自由記入欄の「選択肢化」についての考え

主治医意見書の「3. 心身の状態に関する意見」の「(4) その他の精神・神経症状」の自由記入欄の「選択肢化」については、「標準化や負担軽減につながる」が53.8%、「わからない」が26.2%、「標準化や負担軽減につながらない」が17.4%となっている。回答者の保有資格(12区分)でみると、主治医意見書を作成する「医師」は56.9%であり、合計よりも3.1ポイント高い。

図表 4-7 主治医意見書の「3. 心身の状態に関する意見」の「(4) その他の精神・神経症状」の自由記入欄の「選択肢化」についての考え(単数回答)

<回答数>

保有資格	主治医意見書の「3 心身の状態に関する意見」の「(4) その他の精神・神経症状」の自由記入欄の「選択肢化」				合計
	標準化や負担軽減につながる	標準化や負担軽減につながらない	わからない	無回答	
医師	168	63	59	5	295
歯科医師	52	13	18	2	85
薬剤師	73	12	33	3	121
保健師・助産師・看護師・准看護師	152	46	99	4	301
理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	68	26	30	3	127
社会福祉士	104	39	54	5	202
介護福祉士	125	35	62	5	227
管理栄養士・栄養士	7	1	3	0	11
精神保健福祉士	28	13	8	1	50
介護支援専門員	238	93	112	11	454
その他の医療・福祉分野の公的資格	51	16	25	5	97
医療・福祉分野の公的資格なし(都道府県等による認定調査員研修のみ)	8	2	8	2	20
無回答	2	0	2	2	6
合計	715	232	348	35	1,330

<割合>

保有資格	主治医意見書の「3 心身の状態に関する意見」の「(4) その他の精神・神経症状」の自由記入欄の「選択肢化」				合計
	標準化や負担軽減につながる	標準化や負担軽減につながらない	わからない	無回答	
医師	56.9%	21.4%	20.0%	1.7%	100.0%
歯科医師	61.2%	15.3%	21.2%	2.4%	100.0%
薬剤師	60.3%	9.9%	27.3%	2.5%	100.0%
保健師・助産師・看護師・准看護師	50.5%	15.3%	32.9%	1.3%	100.0%
理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	53.5%	20.5%	23.6%	2.4%	100.0%
社会福祉士	51.5%	19.3%	26.7%	2.5%	100.0%
介護福祉士	55.1%	15.4%	27.3%	2.2%	100.0%
管理栄養士・栄養士	60.3%	9.9%	27.3%	2.5%	100.0%
精神保健福祉士	50.5%	15.3%	32.9%	1.3%	100.0%
介護支援専門員	63.6%	9.1%	27.3%	0.0%	100.0%
その他の医療・福祉分野の公的資格	52.4%	20.5%	24.7%	2.4%	100.0%
医療・福祉分野の公的資格なし(都道府県等による認定調査員研修のみ)	40.0%	10.0%	40.0%	10.0%	100.0%
無回答	33.3%	0.0%	33.3%	33.3%	100.0%
合計	53.8%	17.4%	26.2%	2.6%	100.0%

⑦ 主治医意見書の「4. 生活機能とサービスに関する意見」の自由記入欄の「選択肢化」についての考え

主治医意見書の「4. 生活機能とサービスに関する意見」の自由記入欄の「選択肢化」については、「標準化や負担軽減につながる」が 57.1%、「わからない」が 24.2%、「標準化や負担軽減につながらない」が 16.1%となっている。回答者の保有資格(12 区分)でみると、主治医意見書を作成する「医師」は 59.3%であり、合計よりも 2.2 ポイント高い。

図表 4-8 主治医意見書の「4. 生活機能とサービスに関する意見」の自由記入欄の「選択肢化」についての考え(単数回答)

<回答数>

保有資格	主治医意見書の「4 生活機能とサービスに関する意見」の自由記入欄の「選択肢化」				合計
	標準化や負担軽減につながる	標準化や負担軽減につながらない	わからない	無回答	
医師	175	51	63	6	295
歯科医師	55	14	15	1	85
薬剤師	76	15	27	3	121
保健師・助産師・看護師・准看護師	169	45	85	2	301
理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	71	23	29	4	127
社会福祉士	109	34	55	4	202
介護福祉士	130	33	58	6	227
管理栄養士・栄養士	8	2	1	0	11
精神保健福祉士	28	10	11	1	50
介護支援専門員	253	79	108	14	454
その他の医療・福祉分野の公的資格	53	16	23	5	97
医療・福祉分野の公的資格なし(都道府県等による認定調査員研修のみ)	10	2	6	2	20
無回答	1	0	3	2	6
合計	759	214	322	35	1,330

<割合>

保有資格	主治医意見書の「4 生活機能とサービスに関する意見」の自由記入欄の「選択肢化」				合計
	標準化や負担軽減につながる	標準化や負担軽減につながらない	わからない	無回答	
医師	59.3%	17.3%	21.4%	2.0%	100.0%
歯科医師	64.7%	16.5%	17.6%	1.2%	100.0%
薬剤師	62.8%	12.4%	22.3%	2.5%	100.0%
保健師・助産師・看護師・准看護師	56.1%	15.0%	28.2%	0.7%	100.0%
理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	55.9%	18.1%	22.8%	3.1%	100.0%
社会福祉士	54.0%	16.8%	27.2%	2.0%	100.0%
介護福祉士	57.3%	14.5%	25.6%	2.6%	100.0%
管理栄養士・栄養士	62.8%	12.4%	22.3%	2.5%	100.0%
精神保健福祉士	56.1%	15.0%	28.2%	0.7%	100.0%
介護支援専門員	72.7%	18.2%	9.1%	0.0%	100.0%
その他の医療・福祉分野の公的資格	55.7%	17.4%	23.8%	3.1%	100.0%
医療・福祉分野の公的資格なし(都道府県等による認定調査員研修のみ)	50.0%	10.0%	30.0%	10.0%	100.0%
無回答	16.7%	0.0%	50.0%	33.3%	100.0%
合計	57.1%	16.1%	24.2%	2.6%	100.0%

⑧ 主治医意見書の「5. 特記すべき事項」の自由記入欄の「選択肢化」についての考え

主治医意見書の「5. 特記すべき事項」の自由記入欄の「選択肢化」については、「標準化や負担軽減につながる」が44.6%、「標準化や負担軽減につながらない」が27.9%、「わからない」が24.7%となっている。回答者の保有資格(12 区分)でみると、主治医意見書を作成する「医師」は45.1%であり、合計よりも0.5ポイント高い。

図表 4-9 主治医意見書の「5. 特記すべき事項」の自由記入欄の「選択肢化」についての考え(単数回答)

<回答数>

保有資格	主治医意見書の「5 特記すべき事項」の自由記入欄の「選択肢化」				合計
	標準化や負担軽減につながる	標準化や負担軽減につながらない	わからない	無回答	
医師	133	94	64	4	295
歯科医師	42	24	18	1	85
薬剤師	57	33	29	2	121
保健師・助産師・看護師・准看護師	142	67	90	2	301
理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	57	31	35	4	127
社会福祉士	83	59	55	5	202
介護福祉士	102	64	52	9	227
管理栄養士・栄養士	5	4	2	0	11
精神保健福祉士	24	13	12	1	50
介護支援専門員	193	137	110	14	454
その他の医療・福祉分野の公的資格	43	27	23	4	97
医療・福祉分野の公的資格なし(都道府県等による認定調査員研修のみ)	6	4	7	3	20
無回答	1	0	2	3	6
合計	593	371	329	37	1,330

<割合>

保有資格	主治医意見書の「5 特記すべき事項」の自由記入欄の「選択肢化」				合計
	標準化や負担軽減につながる	標準化や負担軽減につながらない	わからない	無回答	
医師	45.1%	31.9%	21.7%	1.4%	100.0%
歯科医師	49.4%	28.2%	21.2%	1.2%	100.0%
薬剤師	47.1%	27.3%	24.0%	1.7%	100.0%
保健師・助産師・看護師・准看護師	47.2%	22.3%	29.9%	0.7%	100.0%
理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	44.9%	24.4%	27.6%	3.1%	100.0%
社会福祉士	41.1%	29.2%	27.2%	2.5%	100.0%
介護福祉士	44.9%	28.2%	22.9%	4.0%	100.0%
管理栄養士・栄養士	47.1%	27.3%	24.0%	1.7%	100.0%
精神保健福祉士	47.2%	22.3%	29.9%	0.7%	100.0%
介護支援専門員	45.5%	36.4%	18.2%	0.0%	100.0%
その他の医療・福祉分野の公的資格	42.5%	30.2%	24.2%	3.1%	100.0%
医療・福祉分野の公的資格なし(都道府県等による認定調査員研修のみ)	30.0%	20.0%	35.0%	15.0%	100.0%
無回答	16.7%	0.0%	33.3%	50.0%	100.0%
合計	44.6%	27.9%	24.7%	2.8%	100.0%

⑨ まとめ—認定調査票の特記事項や主治医意見書の自由記入欄の各欄の「選択肢化」について

認定調査票の特記事項の「選択肢化」について、68.4%と約7割の回答者が肯定的な回答(標準化や負担軽減につながる)であったが(図表 4-3)、74 項目ごとに選択肢化が可能であると感じるかについて尋ねると、最も割合が高い「5-1 薬の内服」でも 55.9%で、5割を超える項目は 7 項目にとどまった(図表 4-4-3、図表 4-4-4)。

主治医意見書の自由記入欄の「選択肢化」については、「1.傷病に関する意見」の「(1) 診断名」や「(2) 症状としての安定性」の自由記入欄の「選択肢化」が、肯定的な回答(標準化や負担軽減につながる)の割合が最も高く 58.3%であった(図表 4-5)。次いで、「4.生活機能とサービスに関する意見」が 57.1% (図表 4-8)、「3.心身の状態に関する意見」の「(4) その他の精神・神経症状」が 53.8% (図表 4-7)で、それぞれ過半数となっていた。また、主治医意見書の「1.傷病に関する意見」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」は 47.8% (図表 4-6)、「5.特記すべき事項」は 44.6% (図表 4-9)と4割台であった。

(2) 自由記述の記載状況（代表的な意見の一部を掲載）

① 認定調査票の「特記事項」等の「選択肢化」についての意見

認定調査票の「特記事項」等の「選択肢化」が、標準化や負担軽減に「つながる」とする肯定的な理由としては、「約 20 年間の要介護認定の実績を元に選択肢化の可能性がある」、「調査員の認定調査業務の効率化・標準化に資する可能性がある」、「審査会の業務の効率化が期待される」などの回答があった。

「選択肢化」が考えられる項目としては、「申請理由」、「世帯の介護力」、「住環境」、「癌末期の有無」、「HDS-R 値」、「人生の最終段階の医療・ケアについての本人・家族の希望(ACP)」などが挙げられている。評価項目の特記事項については、「同じことを表現している内容の表現を統一する」、「介護の手に影響する状態や行動の出現にばらつきがある場合の頻度や様子の具体的な情報」、「全介助・一部介助・見守りに係る記載の内容と判断基準」、「歩行に関する「支えが必要」の選択肢の介護量を推し量る情報」などの回答があった。

標準化や負担軽減に「つながらない」とする否定的な理由としては、「逆に調査員や調査事務局の負担増になる」、「特記事項は個別の情報なので選択肢化は困難」、「文章の方が目を通しやすい。選択肢だと目を通さなくなると見落としにつながる」などの回答があった。

図表 4-10 認定調査票の「特記事項」等の自由記述欄を「選択肢化」する理由、
考え得る効果的な「選択肢化」の内容(自由記述)

【標準化や負担軽減に「つながる」を選択した回答者】

回答者の保有資格	回答内容
医師、介護支援専門員、老健施設長 医療系大学教授(非常勤)	1. 家族の介護力 2. 居宅の住環境 3. 施設の介護環境 4. 病院での療養環境 5. 本人の残存能力 6. 本人の認知能力 7. 老年症候群の有無 8. 癌末期の有無 9. 心不全などの終末期の有無 10. 担当介護支援専門員の能力 11. 居宅介護支援事業所の能力 12. 地域包括支援センターとの連携が可能か不可能か
医師	認定調査員の記載のばらつきが整理できる。また、確認作業が安定する。
医師	1、練度の低い調査員の記載には誤字、脱字が多く判読に苦勞する。2、未熟な理解のもとに専門用語を誤用した記載が多い。3、「端座」等本来の意味を離れた勝手な造語が散見され、読むのに精神的苦痛を感じる。4、記載された内容が医師の診断によるものか、家族からの伝聞か、本人の主張か、記載者の勝手な「診断」か、判断できない記載がある。
医師	ADL の状態や申請理由など
医師	評価の均一化は必要。主観の排除も。
医師	調査員の記入時の簡便化や判定時の時間短縮にも有用と考える。
医師	特記事項の記載内容が同じ状態像を示していても、異なる文言での記載になっている例がある為、よく記載される情報を整理すると良いと思います。
医師	癌末期状態など
医師	「転倒リスク高い」「独居」「老々介護」「常時見守り必要」
医師	移動、自立歩行、杖歩行、車椅子自操、車椅子介助。排泄:自力、一部介助、全介助、オムツ使用有無。

回答者の保有資格	回答内容
医師	要介護認定に必要な病名、病状等家族、調査員が良く理解していない記載が多くみられる。ある程度選択肢を選びさらに重要事項を自由記載してもらおうとよい。
医師	多くの項目が選択肢による重症度の確認が可能であり、選択肢のチェックによる調査票記入の負担軽減と標準化に有用であると思われる。よくある認定調査票特記事項記載文例集のなかで、簡潔に選択肢化できる項目は良いのではないのでしょうか。
医師	①前回調査時と比較し、増悪または改善傾向の有無 ②現在利用しているサービスの必要性や有効性 ③癌・難病・認知症などで、終末期での対応について本人・家族の希望(ACPを含む)
医師	自由記載欄には、HDS-R 値や、どのくらい大変か、どんなサービスが希望かなど書いていただけると非常に参考になるのに、あまり記載が無い場合も多いので、選択肢があるとやはり記載される率が高くなると思うので、判定しやすくなると期待できるから。
医師	世帯構成、住居環境など。
医師	書かれている内容を何系統かに分類し、選択肢化する
医師	特記事項の記載について、特に介護の手間の頻度に関しての記述がないものが散見され、実際どの程度手間がかかっているのかをイメージする事が難しい状況です。例えば同じ「一部介助」でも頻度によりその手間は大きく異なります。頻度の記述を確実にを行うため「選択肢化」を利用する事は記述のものを減らすのに有効と思います。
医師	調査票は長文のものも多く、かえって患者象がつかみづらいです。選択化した方が良いと考えます。
医師	今まで記載された内容上位 5 項目程度を選択肢化。
医師	調査員による記載のばらつきがなくなり、審査会においても読み込みの手間が少なくなることが期待されます。特に第一群は選択化に最適です。
薬剤師、介護支援専門員	基本調査特記事項について、概ね記載されている内容は表現こそ違っていても同じ様なことを表現している事多いので、選択肢化されていけば統一された評価としてすぐに判断できるのではないかと考えました。
保健師、看護師、精神保健福祉士、介護支援専門員	一人暮らしの調査は不明点があります、調査員が匂い、汚れ等の有無確認できるので選択肢があるといい。4 群は毎日、週、月の選択肢
保健師、看護師、介護支援専門員、精神保健相談員、思春期保健相談員	介護の手間に影響する問題となる状態や行動の出現にばらつきがある場合、頻度が読み取れる記載があると良い。
保健師、看護師、介護支援専門員	調査員の視点や表現に左右される事なく判断しやすい。しかし問題行動等重症な場合には頻度や様子について自由記載は必須だと思う。
看護師、准看護師、介護支援専門員	認定調査件数が増えており調査員の手間を軽減する、記載漏れを防ぐ、記載者の伝えたいことが伝わりにくい文章がある(簡潔な文章になっていない)ことなどを避けるという点で有効だと思う

回答者の保有資格	回答内容
看護師、介護支援専門員	<p>標準化により効率化を図ることについて賛成です。調査員の背景にある専門性の相違等による必要情報の視点の差を少なくする。すべての項目は該当しないのではないかと考える、逆に効率化が図れなくなる可能性もある。このことを踏まえ上記 1 にチェックした。標準化、負担軽減につながると考え下記について記載した。・事実(能力)、現状(介助)把握できる表現化 ・判断に必要な情報の基準の共有化(標準化)に繋がる ・メリットデメリットを明らかにし補完できる標準化(ツール)が必要 ・記載傾向からの具体化 ・逆に時間(双方の負担)が増さない明確な基準(考え方)の明示と共有が必要※目的にかなった形(ツール)でなければ、逆効果になる可能性も含む ・選択肢が限定され記載時間の短縮繋がる項目と選択肢 ・「見守り、一部介助」の傾向、手間がわかる選択肢 ・「生年月日や年齢を言う」など一見、1つの設問に2つ以上の回答が求められているという誤認を防ぐ視点から設問に「生年月日や年齢を言う」に(どちらか言える)の文章を追加し→「できる・できない」の記載ができると良い。「できない」の選択肢に「生年月日」と「年齢」があると良い。 ・「今の季節を理解」の「できない」の場合「まったく回答がない」・「違う季節を回答」、「どちらともとれる時期」例えば 3 月等・雪がたくさんあれば冬、ほとんどなければ春と解答するかもしれない・この部分は特記記載が良いのか…。※調査員が、判断に迷う項目・基準の傾向、あるいはパターン化し記載する項目の選択肢化 ・選択肢化で誤った選択を防ぐことが可能(誤った選択をしやすい項目の選択肢化) ・介護に要する手間がわかる表現 ・「生活機能」の「一部介助」、「全介助」の選択肢の選択基準の選択肢化で記載の軽減※介護者(家族・同居者)の価値観(求めるもの)や年齢相応の経過(老い)への受け止め、理解に差があること などを考慮した客観性が必要。認知、精神行動については、判断基準と行動の標準化で可能になるのではないかと。※お願い 4 群の 5 の「しつこく」の表現は、主観なので適切と思いません(不適切と考えます)</p>
看護師、介護支援専門員	<p>介護保険の認定調査ももう 20 年がたち、一定のレベルになっているので、今まで積み重ねてきた実績とデータがあれば、調査員の負担軽減につながると思われる。また選択肢で書ききれない内容は従来通り自由記載をきちんとして必要な情報は提供してほしい。</p>
理学療法士、介護支援専門員	<p>家族構成、居住環境は選択化してもよいと思う。</p>
社会福祉士、介護福祉士、介護支援専門員	<p>認定調査員の文章力にもバラつき生じていることが散見される。選択肢を設けることで記入もれやばらつきを減らすことは効果的と考える。ただし、介護の時間などの特記事項については、認定調査員のスキルを十分に発揮した特記事項として頂きたい。</p>
社会福祉士、介護福祉士、介護支援専門員	<p>特記事項に関しては、記載内容に差があるのが実情です。特に全介助と一部介助・見守りに係る記載内容、判断基準が調査員によって認識が違うように感じています。歩行に関しても、「支えが必要」との選択肢のみでは、実際の介助量を押し量るに不十分だと考えます。</p>
社会福祉士、介護福祉士、介護支援専門員	<p>「洗身」の項目に「清拭」追加、生年月日と年齢の項目を分ける、「簡単な調理」のレベルが「炊飯」「加熱」「即席めん調理」とばらばらで分かりづらい・「病院／施設／家族で用意」や「ももとの生活習慣として実施していない」を追加</p>
社会福祉士、介護福祉士、介護支援専門員	<p>世帯構成、介助に時間や手間がかかっている事、主介護者など</p>
社会福祉士、介護福祉士、介護支援専門員	<p>3・5群項目は特記内容がある程度決まっていると思うので選択肢化出来ると思う</p>

回答者の保有資格	回答内容
社会福祉士、介護福祉士、介護支援専門員	第1群の3～6、8、9は手段や掴まるものを選択肢化できるのではないかと。第2群の7～11、第5群の1、2、5、6の一部介助は同じ内容の記述が多い。
社会福祉士、精神保健福祉士、介護支援専門員、社会福祉主事、主任介護支援専門員	第5群が、項目の内容上、選択肢化が、馴染みそうな感じがする。例)金銭管理は、子が行い、小遣い銭のみ管理する、等。
社会福祉士、精神保健福祉士、介護支援専門員	各項目(特に2、4群)で頻度(月に1回程度、週1回程度)に関する記述が多いため、選択肢などあるとよいのではないかと。
社会福祉士、精神保健福祉士	・調査員による情報の精度のばらつきが目立つため、特に標準化やもれの対策として有効と考える。・移動(歩行)手段・状況など現在の居場所、複数の医療機関に受診しているケースの場合の意見書作成医療機関以外の医療情報など。
社会福祉士、介護支援専門員	1群2群の基本機能、生活機能については標準化しやすいと思われる。
社会福祉士、介護支援専門員	排泄行為の後処理の有無、更衣の協力動作の有無、車いすの自操の可否
介護福祉士、介護支援専門員、社会福祉主事任用資格	第2群排泄面については、尿意有無、失禁の有無、布パンツやリハビリパンツ、尿取りパッドなどの使用の有無、使用はトイレなのか、Pトイレや尿器なのか、時間帯で夜間、日中の排泄方法など、細分化できそうで様子が分かりやすそうです。
介護福祉士、介護支援専門員	4群の回数
介護福祉士、介護支援専門員	調査員によってばらつきや捉え方に違いがあるため
介護福祉士、介護支援専門員	1群の特記は、「手摺につかまるとできる」等、同じ様な特記が多いので選択肢化で負担軽減されると思います。2群5群は実際の介助内容等の記載が大切だが選択肢化が可能なら特記の軽減が図れると思います。(一部介助でも自立に近いのか全介助に近い状態なのか等)3群の一部と4群は認知機能や問題行動なので、どの様な手間が掛かっているのかは選択肢化より、実際に起こっている介護の手間や頻度を具体的に記載する方が分かり易いと思います。寝たきりで重度の方は全介助が多く、問題行動も無いので選択肢化の方が効率的だと思います。
介護福祉士、介護支援専門員	言葉の言い回し方の違いや同じ内容が何度も記載されているので選択肢化されれば、記載する側も読み込む側も混乱せず負担軽減できるかと思う
介護支援専門員、社会福祉主事	同じ表現を使用されることで、認定審査会資料の読み込み時間の短縮につながる。・「準備や後始末」「声かけ・指示」などの軽度な支援・3-4 短期記憶の低下の具体的内容
介護支援専門員	時間帯や頻度を具体化する
介護支援専門員	歩行距離、立位保持の秒数、見える距離、見守りの範囲(声掛けがどの程度ひつようなか)

【標準化や負担軽減に「つながらない」を選択した回答者】

回答者の保有資格	回答内容
医師	逆に、調査員の負担が増えるだけでなく、審査会メンバーの事前準備の負担も増えそうである。今のままで良い。
准看護師、精神保健福祉士、介護支援専門員	自由記載欄は、調査対象者個々の介護の状況、生活実態等を記載するものであり、標準化、選択肢化することは困難で、結局は自由記載になってしまう可能性が高い。また、選択肢化することで、調査員によっては記載すべき事項を記載

回答者の保有資格	回答内容
	しなくなることが懸念される。
社会福祉士、介護支援専門員	誰にでも当てはまるようなよく記載される情報というのはそれほど多くなく、個別の情報であることが大半のように思う。選択肢化すると、確かに負担の軽減にはなると思うが、それら個別の詳細な情報の記載が少なくなり、判定が正確にできなくなるのではないかと思う。
介護福祉士、介護支援専門員	文章で記述してあった方が目を通しやすい。選択肢だとほとんど目を通さなくなるため、見落としなどにつながる。
介護支援専門員	選択式でおさまらない記述の方が多いと思われます。

【「わからない」を選択した回答者】

回答者の保有資格	回答内容
介護福祉士、介護支援専門員	認定調査項目にあてはまりづらい状況が多いため、その方の詳しい状況を、特記事項に詳細に書いていただくことで、共通認識がしやすいと考えています。選択肢化にすると、調査員さんの負担は減ると思いますが、標準化になるかどうかは、なんともわかりません。
介護支援専門員、鍼灸師	調査員が記載する特記事項の内容には、その調査員の着目点、問題に対する着眼点、表現力等に著しい差が生じている。このように能力が乏しいと思われる調査員がプルダウンメニューに頼りすぎ、本来注視すべき問題点を表現できない又はしないことが懸念されるため。

② 主治医意見書の「1.傷病に関する意見」の「(1) 診断名」、「(2) 症状としての安定性」の自由記述欄の「選択肢化」についての意見

主治医意見書の「1.傷病に関する意見」の「(1) 診断名」、「(2) 症状としての安定性」の自由記述欄の「選択肢化」が標準化や負担軽減に「つながる」とする肯定的な理由としては、「最上段は特定疾病や介護が必要となっている原因の傷病名を選択式で選べるようにする」、「不安定の基準を明確にする」、「電子カルテに対応した ICD 対応の診断名であれば負担軽減につながる」などの回答があった。

標準化や負担軽減に「つながらない」とする否定的な理由としては、「診断名は多いので選択肢化は難しい」、「電子カルテで作成でき、現状でも大した手間とは言えない」などの回答があった。

図表 4-11 主治医意見書の「1.傷病に関する意見」の「(1) 診断名」、「(2) 症状としての安定性」の自由記述欄を「選択肢化」することについて、

標準化や負担軽減に「つながる」/「つながらない」/「わからない」と回答した理由(自由記述)

【標準化や負担軽減に「つながる」を選択した回答者】

回答者の保有資格	回答内容
医師	1、認知症やフレイル、ロコモの症状がありながら、その症状の主治医でないという理由で診断名の記載がされていないことが多い。何らかの方法で、適切な診断名が傷病に関する意見に反映させる工夫が必要である 2、選択肢化による診断名の絞り込みで、調査員等に対する教育が修正、進歩する可能性がある。現状では記載医師が担当科の病名を記載しているだけで、評価には意味が乏しいこともある。
医師	一番上に記載すべき診断(特定疾病や生活機能の直接の原因となっている傷病名)がついていないことが多いので、少なくともその部分はそれに相応する病名がプルダウン化されたほうが良く、最上段は診断名1ではなく「特定疾病や生活機能の直接の原因となっている傷病名」などとした方が良い
医師	不安定の基準を明確にすべき。
医師	記載時の時間短縮に有用
医師	診断名の選択肢化は難しいが、「安定／不安定」は可能と思われる。
医師	病名は多く選択肢設定は難しいが大枠を決めればできる
医師	高血圧や胆石など介護が必要となる診断名ではないため状況が分からない診断名が多すぎるため。意見書を出すためだけに診察を受けたと思われるものが多いため。
医師	状態の安定、不安定に関しては①慢性の変性脳疾患(アルツハイマー、レビー小体、パーキンソンなど)の場合、基本的には緩徐であるから「安定」である。特記に進行の早さの有無をチェックすればよい。②骨折の直後の状態不安定や、肺炎、心不全などによる入院中の状態の不安定に関しては、安定であることはありえないから、自動的に「不安定」でよい。
医師	主治医はどうしても医療的治療をしている病名を主に記載する傾向があり、自分の専門でないが介護面で重要な病名「認知症」「軽度認知障害」「脳梗塞後遺症」「腰椎脊柱管狭窄症」「腰痛症」「膝関節症」「圧迫骨折」「片麻痺」「筋力低下」「高次脳機能障害」「末期がん」などが省略される傾向がある。選択肢として挙げるものが該当するかを問うことによってこれらの抜けが無くなる可能性が高い。
医師	①悪筆で判読困難となる事の回避 ②曖昧な診断名表記の回避

回答者の保有資格	回答内容
医師	症状としての安定性、の意味をよく理解周知いただいていないと感じることが多いから。よく、今後ゆっくり悪化していく(だから不安定)、といった記載があるが、それは誰でもそうであり、今後リハビリなどによって改善していく(介護度がよくなっていく)際に不安定と書くのが本来と思うので。もっと誤解されにくい選択肢や記載事項にすべき。
医師	今まで記載された上位内容 5 項目程度を選択肢化。
医師	(1)電子カルテに対応した ICD 対応の診断名であれば負担軽減につながると思います。(2)症状の安定性についての記載がない意見書が多いので、医学的な安定性について審査会で判断に困ることがあるので、有用と思われます。
医師	既に20年近く介護認定審査会が執り行われ、そこに集まったデータを分析すれば、介護に至った疾患病名の主だったものが整理できる。その疾病を持った要介護者に提供される介護サービスの特徴はいくつかの選択肢として整理できると思う
社会福祉士、介護福祉士、介護支援専門員	高齢者の疾病は限られたものが多い。
社会福祉士、精神保健福祉士	・標準化や負担軽減につながると思われるが、選択肢によると思われる。
社会福祉士、介護支援専門員	認知症(アルツハイマーやレビー小体型認知症)、高血圧、脳梗塞、脳出血、糖尿病など記載頻度の高い病名は選択肢化することで、記載の手間を省けると考えます。
介護支援専門員、社会福祉主事	診断名については、未だに手書きの先生も多いため、ソフトの導入が進むと思う。診断として「認知症」があるかどうかかわかると良い。

【標準化や負担軽減に「つながらない」を選択した回答者】

回答者の保有資格	回答内容
医師	バリエーションが多すぎる。
医師	診断名に関しては多数あるため、自己記載でいいと思われる。
医師	メニューが増えると 電子カルテシステム的にも問題が生じる可能性大
医師	診断名の統一はむずかしい
介護福祉士、介護支援専門員	診断名は数が多いのと同じ傷病でも症状が違うため

【「わからない」を選択した回答者】

回答者の保有資格	回答内容
医師	記入されない例が多く、必要性を感じない。
医師	症状としての安定性については、記載内容が多彩である場合多く、選択肢化は難しい、と思われるため。
医師	特に診断名は多様であり、選択肢化は困難ではないかと思います。

③ 主治医意見書の「1.傷病に関する意見」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」の自由記述欄の「選択肢化」についての意見

主治医意見書の「1.傷病に関する意見」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」の自由記述欄の「選択肢化」が標準化や負担軽減に「つながる」とする肯定的な理由としては、「認知症の有無、フレイル、ロコモの有無や程度については記載させる必要がある」、「脳卒中や変性症、骨折や脊柱管狭窄症、すべり症などの整形外科的疾患、老人性うつ病や統合失調症、アルコール中毒などの精神科疾患などは、ADL に直接影響を与えるので、チェックできるようにすると効率的」、「薬の内容は必要」などの回答があった。

標準化や負担軽減に「つながらない」とする否定的な理由としては、「病状や状態の経過や現状に関してはそれぞれ異なるため、選択肢化は難しい」、「同じ傷病でも症状が違う」などの回答があった。

図表 4-12 主治医意見書の「1.傷病に関する意見」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」の自由記述欄を「選択肢化」することについて、標準化や負担軽減に「つながる」/「つながらない」/「わからない」と回答した理由(自由記述)

【標準化や負担軽減に「つながる」を選択した回答者】

回答者の保有資格	回答内容
医師	1、認知症の有無や、フレイル、ロコモの有無や程度について必ず記載をさせる必要がある。2、調査票の内容と突合して判断する際に、主治医意見書の記載医師が認知症や神経疾患等について「存在しない」のか「確認していない」のか「知らない」のかを明確にする必要がある。
医師	「病状の安定性」とひとくくりにしてよい。
医師	記載時の時間短縮に有用
医師	審査会資料として読む立場でいえば、細かすぎる専門的な記載で審査に直接関係のない内容のことも少なくないため、最低限これは記載すべきという選択肢があるとよい
医師	病名が多く、複合的要因も多いので選択肢設定はしい難しいが生活機能の低下の理由に限定すればできる
医師	④と同じく、生活機能低下の原因となっている傷病名ではない記載があるため。
医師	意見書の記載の中で、最も大切な部分であるものの、十分な記載がされていない意見書が散見されるため、必要な情報を選択肢として作ることは、標準化の上で有用と考えられる。
医師	背景疾患が脳卒中や変性症、骨折や脊柱管狭窄症、すべり症などの整形外科的疾患、老人性うつ病や統合失調症、アルコール中毒などの精神科疾患などは、ADL に直接影響を与えるので、チェックできるようにすれば、効率的。内科的疾患は重症糖尿病のみ。外科的な癌に関しては、病期、治療歴、治療効果の欄が必要。
医師	①悪筆で判読困難となる事の回避 ②記載内容が余りに乏しく、参考としがたい事も多い ③処方箋のコピペしかされていない意見書も多い
医師	薬の内容はやはり知りたいところだが、書いていない場合もあるため、選択肢がしっかりしていれば書いてもらえるかと思うので。
看護師、准看護師、介護支援専門員	記載の(少)ない意見書も散見されるため。また内服についての記載がない意見書が多く、薬剤情報は審査会で必要というよりも介護支援専門員が服薬についての意識をもつという点で必要だと思う

【標準化や負担軽減に「つながらない」を選択した回答者】

回答者の保有資格	回答内容
医師	選択肢のある項目すべてを確認しなければならなくなる。
医師	経過が個人で違うため、選択肢可は出来ないと思う。
医師	病状や状態の経過や現状に関してはそれぞれ異なるため、選択肢化は難しいと思われる。
医師	電子カルテ上での書類作成であり、現状でも大した手間とは言えない
医師	主治医の負担増にもつながるし、簡単な記述で済む場合も多い。
医師	経過と治療内容は、個々の症例によって全く異なり、選択肢を設けたり、プルダウンメニューによる回答がそぐわないと考えられるためです。
医師	経過は多様であり記載が望ましいと思われる。
医師	患者により治療内容が大幅にちがう。
医師	病歴や疾病の状態については、自由記載の方が、患者さんの状態を把握しやすいと思われる。記入を選択肢化するといっても膨大になりませんか。意見書のどこに記載するのでしょうか。審査員としては、不要な記載のほうが増えて、読み込むのに時間がかかり負担が大きくなるのではないのでしょうか。

【「わからない」を選択した回答者】

回答者の保有資格	回答内容
医師	そもそもこの欄は不要と思う(古いもののコピーも多い)
医師	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、記載内容が多彩である場合多く、選択肢化は難しい、と思われるため。
医師	選択肢化を実施しても、自由記述も併せて記入がないと、評価が難しいことも多く、負担の軽減につながるかは不明である。
理学療法士	選択肢が多くなる可能性が高く、選択肢を見つけ出すだけでも大変。
社会福祉士、介護福祉士、介護支援専門員	症状については個人によって違いが多いため、選択肢化は適さないのではないかと。
社会福祉士、精神保健福祉士	・治療経過の記載部分は、判定を検討する際の判断のための重要な情報の一つであると個人的には感じている。そのため標準化を進め過ぎてしまうと、個人の経過が読み取りづらくなる恐れが生じるのではと懸念される。
介護支援専門員、社会福祉主事	医師によって記載内容に違いがあるので。

④ 主治医意見書の「3.心身の状態に関する意見」の「(4) その他の精神・神経症状」の自由記述欄の「選択肢化」についての意見

主治医意見書の「3.心身の状態に関する意見」の「(4) その他の精神・神経症状」の自由記述欄の「選択肢化」が標準化や負担軽減に「つながる」とする肯定的な理由としては、「精神科医師以外には、認知症以外の精神疾患は直接関与しないことが多く、主な精神疾患を挙げて選択することは助けになる」、「不安定の基準を明確にする」、「精神・神経症状に限られており、選択肢化が比較的容易であり、負担軽減につながる」などの回答があった。

標準化や負担軽減に「つながらない」とする否定的な理由としては、「全て選択肢化されているため、現状でよい」、「認知機能や精神症状の状態を読み取るために重要な部分であると考えており、選択肢化による入力よりも自由記述が良い」などの回答があった。

図表 4-13 主治医意見書の「3.心身の状態に関する意見」の「(4) その他の精神・神経症状」の自由記述欄を「選択肢化」することについて、

標準化や負担軽減に「つながる」/「つながらない」/「わからない」と回答した理由(自由記述)

【標準化や負担軽減に「つながる」を選択した回答者】

回答者の保有資格	回答内容
医師	選択する疾患の数を少なくできればよい。
医師	記載時の時間短縮に有用
医師	負担はたいしたことないが、標準化には寄与するであろう
医師	「(4) その他の精神・神経症状」の自由記述欄は、症状名記載となっており、限定した選択肢を設けたり、プルダウンメニューによる回答の選択が可能と思われるためです。
医師	介護にかかわる精神・神経症状について理解していない記載がある。また、この記載が非常に乏しいことも問題である。
医師	精神科医師以外には、認知症以外の精神疾患は直接関与しないことが多く、主な精神疾患を挙げて選択することは助けになると思われる。日常生活に影響の多いものを選択肢に上げることが重要。
医師	選択肢を設定すれば、少しでも該当項目を探す様になるのではないかと？
医師	精神・神経症状に限られており、選択肢化が比較的容易であり、負担軽減につながると考えます。
医師	比較的単純な質問項目なので、プルダウンメニュー向きです。
介護福祉士、介護支援専門員	例えば、3の心身の状態の自立度等について、認知症高齢者の自立度を選択するか、診断名で認知症を選択した際に、関連項目として認知症の中核症状や周辺症状、専門医の有無、特記すべき事項に長谷川式スケールを反映させる事ができると効率的だと思います。選択肢化する事で調査票の様にチェックもれや記入もれがある場合も分かる様になると未記入も防げると思います。

【標準化や負担軽減に「つながらない」を選択した回答者】

回答者の保有資格	回答内容
医師	記載量が多いわけではないし、個別性が高いため。
医師	全て選択肢化されているため、現状でよいと思われる。
医師	細かな内容については、主治医も把握しきれない場合も多いようで、基本調査の特記事項で捕捉する現在の方式で問題は感じていない。

回答者の保有資格	回答内容
医師	現状の方式で良いかと思う。
社会福祉士、精神保健福祉士	・⑥同様、認知機能や精神症状の状態を読み取るために重要な部分であると考えており、選択枝化による入力よりも自由記述が良いと考える。
介護支援専門員、社会福祉主事	今の記載方法がすでにチェック式なので、このままでも良い。

【「わからない」を選択した回答者】

回答者の保有資格	回答内容
医師	精神神経症状を把握し診断できること(例えば失認と失行の違いなど)が一般的な医師において簡単とは思えないのでこの項目は不要と考える
医師	(4) その他の精神・神経症状については、記載内容が多彩である場合が多く、選択枝化は難しい、と思われるため。
医師	精神症状は選択枝化できない

⑤ 主治医意見書の「4 生活機能とサービスに関する意見」の自由記述欄の「選択枝化」についての意見

主治医意見書の「4.生活機能とサービスに関する意見」の自由記述欄の「選択枝化」が標準化や負担軽減に「つながる」とする肯定的な理由としては、「必要な情報がわかりづらいため、選択枝があると記載しやすくなる」、「部位も選択枝化を」、「主観的表現が多くなりがちな項目のため」などの回答があった。

標準化や負担軽減に「つながらない」とする否定的な理由としては、「全て選択枝化されているため、現状でよい」、「それほどバラつきもみられないし、今のままで問題を感じない」などの回答があった。

図表 4-14 主治医意見書の「4.生活機能とサービスに関する意見」の自由記述欄を「選択枝化」することについて、

標準化や負担軽減に「つながる」/「つながらない」/「わからない」と回答した理由(自由記述)

【標準化や負担軽減に「つながる」を選択した回答者】

回答者の保有資格	回答内容
医師	必要な情報がわかりづらいため、選択枝があると記載しやすくなる。
医師	部位も選択枝化を。
医師	記載時の時間短縮に有用
医師	標準化には寄与するであろう
医師	「4.生活機能とサービスに関する意見」の自由記述欄は、限定した選択枝を設けたり、プルダウンメニューによる回答の選択が可能と思われるためです。
医師	対処方針の文言が、数種類で足りるため。オムツ使用、要見守り、要介助、食事介助等。
医師	介護が必要なことについての記載ではなく、病状の説明に終わっていることが多い。
医師	ここは、主観的表現が多くなりがちな項目のため
医師	自由記述欄には、HDS-R 値や、どのくらい大変か、どんなサービスが希望かなど書いていただくと非常に参考になるのに、あまり記載が無い場合も多いので、選択枝があるとやはり記載される率が高くなると思うので、判定しやすくなると期待できるから。

回答者の保有資格	回答内容
医師	「4.生活機能とサービスに関する意見」の自由記述欄については、比較的、記載内容は限られたものとなると思われるため、選択肢化は良い方法と考えられる。
社会福祉士、精神保健福祉士	・医師がどのようなサービスを利用することが望ましいと考えるか…などは選択肢化が望ましいと考える。
介護支援専門員、社会福祉主事	筋力低下の部位などは、プルダウンで選べると良い。

【標準化や負担軽減に「つながらない」を選択した回答者】

回答者の保有資格	回答内容
医師	全て選択肢化されているため、現状でよいと思われる。
医師	それほどバラつきもみられないし、今のままで問題を感じない。
医師	現状の方式で良いかと思う。
医師	選択肢で制限できるものではない

【「わからない」を選択した回答者】

回答者の保有資格	回答内容
医師	そもそも不要
医師	同項目は現在「(2) 食生活上の留意点」「(3)の「対処方法」「(5) その他の医療系サービス」「(6) サービス提供時における医学的観点からの留意点」「(7) 感染症の有無」のみであり、(3)(5)(7)に関しては有用かも知れない。
医師	現在でも自由記述量はさほど多くなく、負担軽減には結びつかないのではないかと考えます。
医師	要介護度認定には必要ない項目なので、審査会においては議論されることはありません。自由記載でよいのではないのでしょうか。

⑥ 主治医意見書の「5.特記すべき事項」の自由記述欄の「選択肢化」についての意見

主治医意見書の「5.特記すべき事項」の自由記述欄の「選択肢化」が標準化や負担軽減に「つながる」とする肯定的な理由としては、「介護の手間の内容や、大変さの記述が多くみられ、前回との比較の記載も多くみられるので、この辺りを選択肢化するのはいい」、「記載時の時間短縮に有用」、「本来記載すべき内容の記載漏れを減らせる」、「この欄の記載が二次判定のうえで大切」などの回答があった。

標準化や負担軽減に「つながらない」とする否定的な理由としては、「記載する医師が介護面に関する視点を理解する必要がある」、「自由な記述が望ましい」などの回答があった。

図表 4-15 主治医意見書の「5.特記すべき事項」の自由記述欄を「選択肢化」することについて、標準化や負担軽減に「つながる」/「つながらない」/「わからない」と回答した理由(自由記述)

【標準化や負担軽減に「つながる」を選択した回答者】

回答者の保有資格	回答内容
医師	自由記述も必要だが、ある程度、記載しなければならない内容が絞れるので良いと思う。しかし、選択肢を多くすると手間が多くなるのでできるだけ少なくしてほしい。
医師	理由:記載の無い意見書も多いので、選択肢があれば何らかの情報は得られると思う。内容:第1~5群では評価できないような、例えば変動の有無や介護者の有無など、加えて新規もしくは区分変更の場合の申請理由など
医師	記載がないこともあるため、ADL や今回の申請理由等の選択肢化はあったほうが良いと思われる。
医師	記載時の時間短縮に有用
医師	介護の手間の内容や、大変さの記述が多くみられ、前回との比較の記載も多くみられるので、この辺りを選択肢化するのはいいと思う。
医師	認定審査会での参考となる事項については、限定した選択肢を設けたり、プルダウンメニューによる回答の選択が可能と思われるためです。このアンケートに関する質問は、主治医意見書が電子的に記載していることが前提になっているように感じますが、手書きの主治医意見書も大変多い事をご承知おき下さい。
医師	本来記載すべき内容の記載漏れを減らせる この欄の記載が二次判定のうえで大切なことも多い
医師	癌末期状態などの定型状態があればわかりやすい
医師	介護に手間がかかっているという選択肢があればよいと思います
医師	記載されていない意見書が多いので介護の必要性を強く表現できる選択肢を用意してもらいたい
医師	主治医意見書の「特記すべき事項」は、1次判定を変更する根拠となる医師の記載「身体」「精神」の主な部分である。ただし具体例は多様に互ることが予想されるので、自由記載を標準とするが、精神、身体の部分でいくつかの類型を例示しチェックすることは有用かも知れない。申し訳ない話であるが、主治医意見書で特記事項を全く記載しない意見書が散見されるので、全く意見書を参考にできない事態を改善できると思われる。また審査会においてサービス利用の必要性を指摘することがあるが、意見書で主治医がその必要性を表明してはどうか。少ない例示としては、・リハビリテーション(訪問、通所、デイサービス)の必要性・訪問歯科、誤嚥防止指導の必要性・褥創予防の必要性・認知機能を含めた精神的ケアの必要性などが考えられる。
医師	①前回調査時と比較し、増悪または改善傾向の有無 ②現在利用しているサービスの必要性や有効性 ③癌・難病・認知症などで、終末期での対応について本人・家族の希望(ACPを含む)

回答者の保有資格	回答内容
医師	自由記載欄には、HDS-R 値や、どのくらい大変か、どんなサービスが希望かなど書いていただくと非常に参考になるのに、あまり記載が無い場合も多いので、選択肢があるとやはり記載される率が高くなると思うので、判定しやすくなると期待できるから。
医師	主治医意見書のうち「5.特記すべき事項」については、比較的、記載内容は限られたものとなると思われるため、選択肢化は良い方法と考えられる。
医師	これまでの介護審査会に蓄積された事項をデータベース化して選択肢を作成すれば、審査が簡素化される。場合によっては、審査会審査にかけなくて2次判定まで簡素化できると思う。
理学療法士	記載されないケースにおいては標準化に寄与すると思われる。しかし『特記すべき事項』についてはプルダウンメニューでは不十分となり、自由記述が必要となるケースがほとんどかと思う。

【標準化や負担軽減に「つながらない」を選択した回答者】

回答者の保有資格	回答内容
医師	記載する医師が介護面に関する視点を理解する必要がある。
医師	そもそも標準化にそぐわない項目である
医師	特記事項こそ選択肢化は不要かと思われる。
医師	自由な記述が望ましい。
医師	介護の手間について記載することになっておりますが、個別性が大きい項目です。プルダウンメニューには不向きです。簡潔な自由記載が良いのではないのでしょうか。

【「わからない」を選択した回答者】

回答者の保有資格	回答内容
医師	このアンケートの前提が良くわからない。「プルダウンメニュー」という言葉が使われているのは、主治医意見書の電子化を前提しての質問と理解し良いのか？ 特記すべき事項を選択肢化するには、紙ベースでは無理だと思う。主治医意見書や調査票をはやく電子化してほしい。介護認定審査会も、認定に関して意見の分かれるものだけを web 会議で検討すればよい。現状の会議は通常業務終了後に、遠くへ出かけなければならず、負担が大きい。web 会議化すれば、時間と経費と謝金と全部節約可能だ。
医師	選択肢化を実施しても、自由記述も併せて記入がないと、評価が難しいことも多く、負担の軽減につながるかは不明である。
看護師、介護支援専門員	審査時、重要視しています。
社会福祉士、精神保健福祉士	プラスアルファの情報を記載する部分であると考えているため、自由記述が望ましい。
介護支援専門員、社会福祉主事	記入されていないことも多いが、特に判定に支障がない。

第5章 主治医意見書データの分析結果

1. 主治医意見書データの状況

(1) 分析に用いたデータの要件と件数

本調査研究では、第1章に記載の通り、愛知県の東三河広域連合において、2018年10月～2019年1月に要介護認定を受けた、8,754件分の主治医意見書データの提供を受けた。

この8,754件分のデータから、図表5-1に該当する786件分のデータを除外した7,968件分を、本調査研究における分析対象とした。

この7,968件の申請のうち、新規申請は2,180件(27.4%)、区分変更申請(要支援から、要介護への変更に係る申請を含む。以下本調査研究について同じ。)は986件(12.4%)、更新申請は4,802件(60.3%)である(図表5-2)。

図表 5-1 分析対象とする主治医意見書データの抽出方法

除外要件		除外件数
● 「資格異動事由」欄に資格喪失の記載あり	<内訳> ◆ 死亡による 513件 ◆ 転出による 19件 ◆ 医療保険脱退による 2件 ◆ 広域内転出による 18件 ◆ 住所地特例解除による 1件	553件
● 一次判定の要介護状態区分が「一」	<内訳>(一部) ◆ 要介護認定申請事由が「転入元からの引き継ぎ」であり、当該保険者の二次判定を受けていない 43件	52件
● 要介護認定日時点で64歳以下		214件
(除外対象合計)(※)		786件

※3つの除外要件の複数に該当するケースがあるため、「除外対象合計」の件数は、各除外要件の件数の合計とは一致しない。

図表 5-2 分析対象データの申請の種類別構成

申請内容	件数	割合
全件	7,968	100.0%
新規申請	2,180	27.4%
区分変更申請(※)	986	12.4%
更新申請	4,802	60.3%

※要支援から、要介護への変更に係る申請を含む。

(2) 電子データとして提供を受けた項目

① 主治医意見書

本調査研究において提供を受けた主治医意見書の電子データについて、項目ごとの提供の有無をまとめたものを、次ページ図表 5-3 に示す。

すべての選択肢項目(ただし、「4(5) 医学的管理の必要性」の下線の有無は除く)と、発症年月日以外の日付データの提供を受けた一方、「1(1) 診断名」、「3(5) 身体の状態」のうち身長・体重、および自由記述欄については、提供を受けていない。

② 認定調査票

認定調査票のうち、基本調査の全項目(いずれも選択肢形式)と、概況調査のうち「現在受けているサービスの状況」等の電子データの提供を受けた。一方、特記事項(いずれも自由記述)の電子データについては、提供を受けていない。

なお、データの整理に当たっては、認定調査票の現在の様式に含まれる項目のうち、過去の様式から引き継がれた項目は、旧様式における順番でデータが並べられていた。今後、多数の保険者について認定調査票の電子データを収集・分析するにあたっては、保険者や、保険者が導入しているシステムごとに、データのカラム順序が異なっている可能性があることに留意を要する。

図表 5-3 主治医意見書の各項目の提供の有無

記載欄		記載方式			
		選択肢/コード	数値/日付	自由記述	
上端	主治医意見書の記入日		○		
申請者	生年月日		○		
	年齢		20/2/20時点		
	性別	○			
	主治医意見書が介護サービス計画作成等に利用されること	○			
(1)	最終診察日		○		
(2)	主治医意見書作成回数	○			
(3)	他科受診	有無	○		
		診療科	○	×	
1(1)	診断名	診断名	×	×	
		発症年月日		×	
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または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容			×	
2	特別な医療(過去14日以内に受けたもの)	○			
3(1)	日常生活の自立度等について	障害高齢者	○		
		認知症高齢者	○		
3(2)	認知症の中核症状	短期記憶	○		
		日常の意思決定を行うための認知能力	○		
		自分の意思の伝達能力	○		
3(3)	認知症の行動・心理症状	有無	○		
		内容	○	×	
3(4)	その他の精神・神経症状	有無・症状名	○	×	
		専門医受診	○	×	
3(5)	身体の状態	利き腕	○		
		身長		×	
		体重		×	
		過去6ヶ月の体重の変化	○		
		四肢欠損	有無・部位	○	×
			有無	○	
		麻痺	部位	○	×
			程度	○	
			筋力の低下	有無・部位	○
		関節の拘縮	程度	○	
			有無・部位	○	×
		関節の痛み	程度	○	
			有無・部位	○	×
		失調・不随意運動	程度	○	
有無	○				
褥瘡	部位	○			
	有無・部位	○	×		
その他の皮膚疾患	程度	○			
	有無・部位	○	×		
4(1)	移動	屋外歩行	○		
		車いすの使用	○		
		歩行補助具・装具の使用	○		
4(2)	栄養・食生活	食事行為	○		
		現在の栄養状態	○		
		栄養・食生活上の留意点		×	
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	可能性の高い状態	○	×	
		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	チェックボックス	○		
		下線	×		
		その他サービス内容		×	
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	血圧	○	×	
		摂食	○	×	
		嚥下	○	×	
		移動	○	×	
		運動	○	×	
		その他		×	
4(7)	感染症の有無	○		×	
5	特記すべき事項			×	

注：「1(1) 診断名」×「選択肢/コード」欄の「×」は、コード化された傷病名の提供を受けていないことを示す。

2. 集計結果

(1) 要介護認定等基準時間および要介護度の状況

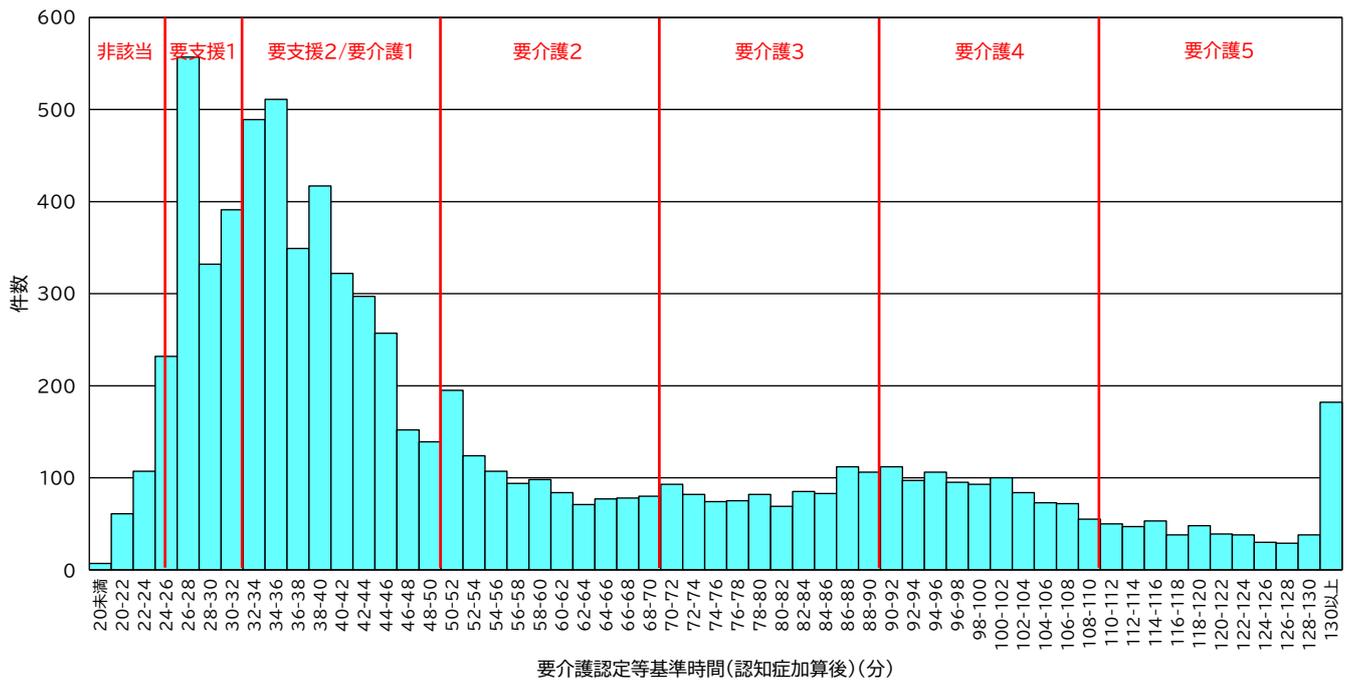
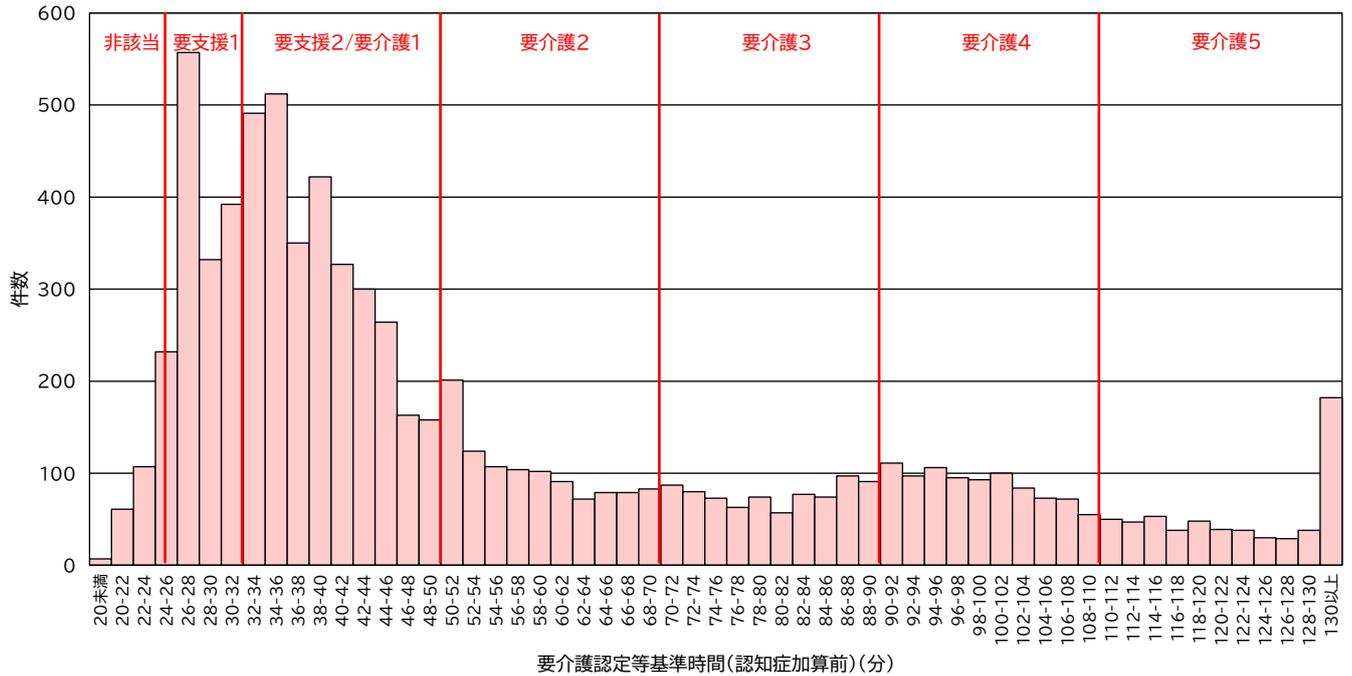
① 一次判定における要介護認定等基準時間や要介護度の分布

一次判定における、認知症加算前・加算後の要介護認定等基準時間の分布を図表 5-4 に、認知症加算の前後における要介護度の遷移を図表 5-5 に示す。

分析対象 7,968 件のうち、認知症加算が行われ、要介護度の区分が変わるデータは、144 件(1.8%)にとどまる。また、認知症加算前後での要介護認定等基準時間の分布には、ほとんど変化はみられない。

認知症加算後において、非該当～要支援 2/要介護 1(=要介護認定等基準時間が 50 分未満)である申請は 4,620 件(58.0%)、これに要介護 2(=要介護認定等基準時間が 50 分以上 70 分未満)である申請を加えると 5,628 件(70.6%)となる。介護認定審査において、多くを占めるのは要介護 2 以下の軽度者であるといえる。

図表 5-4 要介護認定等基準時間の分布(上:認知症加算前、下:認知症加算後)



図表 5-5 認知症加算の前後による要介護度の遷移

		一次判定結果(認知症加算あり)								合計	
		非該当	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5		
(認知症加算なし)	一次判定結果	非該当	368	0	0	0	0	0	0	0	368
		要支援1	0	1,319	0	1	0	0	0	0	1,320
		要支援2	0	0	1,002	0	0	0	0	0	1,002
		要介護1	0	0	0	1,930	54	1	0	0	1,985
		要介護2	0	0	0	0	954	87	1	0	1,042
		要介護3	0	0	0	0	0	773	0	0	773
		要介護4	0	0	0	0	0	0	886	0	886
		要介護5	0	0	0	0	0	0	0	592	592
合計		368	1,319	1,002	1,931	1,008	861	887	592	7,968	

		一次判定結果(認知症加算あり)								合計	
		非該当	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5		
(認知症加算なし)	一次判定結果	非該当	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
		要支援1	0.0%	99.9%	0.0%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
		要支援2	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
		要介護1	0.0%	0.0%	0.0%	97.2%	2.7%	0.1%	0.0%	0.0%	100.0%
		要介護2	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	91.6%	8.3%	0.1%	0.0%	100.0%
		要介護3	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	100.0%
		要介護4	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	100.0%
		要介護5	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	100.0%

② 一次判定→二次判定における遷移

認知症加算後の一次判定結果による要介護度が、二次判定によってどのように遷移したかを、図表 5-6、図表 5-7、図表 5-8 に示す。

「認知機能の低下」と「状態の安定性」の評価による振り分けが行われる要支援2と要介護1との間の遷移を除くと、7,968 件の申請のうち、二次判定で要介護度が引き上げられたのは 660 件(8.3%)、引き下げられたのは 6 件(0.1%)である。二次判定のうち「介護の手間にかかる審査判定」において、変更が行われるケースのほとんどは、要介護度の引き上げであり、引き下げが行われるケースはきわめて少ない。

また、二次判定での変更率は、一次判定での要介護度により大きく異なり、おおむね、軽度者ほど変更が行われやすい傾向にある。例えば、一次判定で「非該当」であった申請の 64.9%が、二次判定において要支援1～要介護1へと変更されている一方、一次判定で「要介護5」であった申請の 99.7%は、二次判定での変更が行われていない。

一次判定で「要支援2」または「要介護1」(＝要介護認定等基準時間が32分以上50分未満)であった2,933件の申請についてみると、1,819件(62.0%)が要介護1に、998件(34.0%)が要支援2に振り分けられている。

図表 5-6 一次判定→二次判定における要介護度の遷移

		二次判定結果								合計
		非該当	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	
(認知症加算あり) 一次判定結果	非該当	129	226	3	10	0	0	0	0	368
	要支援1	0	1,119	88	111	1	0	0	0	1,319
	要支援2	0	2	914	84	2	0	0	0	1,002
	要介護1	0	0	285	1,534	112	0	0	0	1,931
	要介護2	0	0	0	0	952	56	0	0	1,008
	要介護3	0	0	0	0	1	822	37	1	861
	要介護4	0	0	0	0	0	1	873	13	887
	要介護5	0	0	0	0	0	0	2	590	592
合計		129	1,347	1,290	1,739	1,068	879	912	604	7,968

		二次判定結果								合計
		非該当	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	
(認知症加算あり) 一次判定結果	非該当	35.1%	61.4%	0.8%	2.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
	要支援1	0.0%	84.8%	6.7%	8.4%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
	要支援2	0.0%	0.2%	91.2%	8.4%	0.2%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
	要介護1	0.0%	0.0%	14.8%	79.4%	5.8%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
	要介護2	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	94.4%	5.6%	0.0%	0.0%	100.0%
	要介護3	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	95.5%	4.3%	0.1%	100.0%
	要介護4	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	98.4%	1.5%	100.0%
	要介護5	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.3%	99.7%	100.0%

注：赤色斜字は、図表 5-8 の集計対象部分(=一次判定において要支援 2・要介護 1 であった申請)を示す。

図表 5-7 一次判定→二次判定における要介護度の引き上げ・引下げ等の状況

二次判定での変更状況	件数	割合
全件	7,968	100.0%
変更なし	6,933	87.0%
要支援2⇔要介護1の変更	369	4.6%
上記を除く要介護度の引き上げ	660	8.3%
上記を除く要介護度の引き下げ	6	0.1%

図表 5-8 一次判定において要支援 2・要介護 1 であった申請の二次判定の結果

二次判定での変更状況	件数	割合
一次判定で要支援2・要介護1	2,933	100.0%
要介護2以上へ引き上げ	114	3.9%
要介護1	1,819	62.0%
要支援2	998	34.0%
要支援1以下に引き下げ	2	0.1%

(2) 有効期間の設定状況

二次判定の結果、「非該当」であった申請を除く、申請の種類別の有効期間の分布をみると、新規申請の95.0%、区分変更申請の94.3%が有効期限12ヶ月、更新申請の96.0%が有効期限36ヶ月となっている。また、新規申請および区分変更申請において12ヶ月よりも短い有効期間とされた申請161件のうち147件(91.3%)、更新申請において36ヶ月よりも短い有効期間とされた申請191件のうち109件(57.1%)が、「二次判定の結果が要介護1、有効期間が6ヶ月」の組み合わせである。

一方、2018(平成30)年4月以降、新規申請および区分変更申請の有効期間は原則6ヶ月・上限12ヶ月、更新申請の有効期間は原則12ヶ月・上限36ヶ月とされている。また、2018(平成30)年4月改定版の「介護認定審査会委員テキスト」の30ページでは、「状態不安定による要介護1の場合は、6ヶ月以下の期間に設定することが適当」とされている。

ここからは、東三河広域連合においては、「状態不安定」を理由として要介護1に振り分けられた申請を有効期間6ヶ月とするほかは、大半の申請について、最大の有効期間を設定する運用をとっていることがうかがえる。

図表 5-9 申請の種類別 二次判定の要介護度別 要介護認定の有効期間

◆件数			二次判定結果						
申請の種類	有効期間	全件	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
新規申請	全件(非該当除く)	2,083	655	383	501	188	126	134	96
	6ヶ月	105	5	1	96	0	1	0	2
	12ヶ月	1,978	650	382	405	188	125	134	94
	24ヶ月	0	0	0	0	0	0	0	0
	36ヶ月	0	0	0	0	0	0	0	0
区分変更申請	全件(非該当除く)	986	2	50	190	168	218	239	119
	6ヶ月	56	0	1	51	2	1	1	0
	12ヶ月	930	2	49	139	166	217	238	119
	24ヶ月	0	0	0	0	0	0	0	0
	36ヶ月	0	0	0	0	0	0	0	0
更新申請	全件(非該当除く)	4,770	690	857	1,048	712	535	539	389
	6ヶ月	112	1	0	109	1	0	0	1
	12ヶ月	20	5	4	4	4	0	3	0
	24ヶ月	59	11	5	25	5	7	4	2
	36ヶ月	4,579	673	848	910	702	528	532	386
◆割合			二次判定結果						
申請の種類	有効期間	全件	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
新規申請	全件(非該当除く)	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	6ヶ月	5.0%	0.8%	0.3%	19.2%	0.0%	0.8%	0.0%	2.1%
	12ヶ月	95.0%	99.2%	99.7%	80.8%	100.0%	99.2%	100.0%	97.9%
	24ヶ月	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	36ヶ月	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
区分変更申請	全件(非該当除く)	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	6ヶ月	5.7%	0.0%	2.0%	26.8%	1.2%	0.5%	0.4%	0.0%
	12ヶ月	94.3%	100.0%	98.0%	73.2%	98.8%	99.5%	99.6%	100.0%
	24ヶ月	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	36ヶ月	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
更新申請	全件(非該当除く)	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	6ヶ月	2.3%	0.1%	0.0%	10.4%	0.1%	0.0%	0.0%	0.3%
	12ヶ月	0.4%	0.7%	0.5%	0.4%	0.6%	0.0%	0.6%	0.0%
	24ヶ月	1.2%	1.6%	0.6%	2.4%	0.7%	1.3%	0.7%	0.5%
	36ヶ月	96.0%	97.5%	98.9%	86.8%	98.6%	98.7%	98.7%	99.2%

(3) 主治医意見書の各記載欄の記入割合

主治医意見書のうち、「論理的に1つもチェックがつかない状態が存在しうる記載欄」(例:「2.特別な医療」欄……いずれの医療処置等も受けていない場合は、1つもチェックがつかない)を除く記載欄について、記入が行われている割合を図表 5-10 に示す。

東三河広域連合においては、一次判定に用いられる記載欄(3(1)のうち「認知症高齢者の日常生活自立度」、3(2) 認知症の中核症状、4(2)のうち「食事行為」)のみならず、多数の選択肢式の記載欄について、記入が行われている割合が100%近くとなっている。

一方、3(5)のうち「利き腕」「過去6ヶ月の体重の変化」、「4(1) 移動」、「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、記入が行われている割合が10%台後半である記載欄もあり、大半の申請について記入が行われている欄と、10%台後半にしか記入が行われていない欄との間で二極分化している。

図表 5-10 主治医意見書の各記載欄への記入状況

記載欄		記載方式	一次判定	対象件数	うち記入あり		うち「不明」以外の記入あり		
上端	主治医意見書の記入日	日付		7,968	7,968	100.0%	7,968	100.0%	
申請者欄	主治医意見書が介護サービス計画作成等に利用されることの同意欄	選択肢		7,968	7,968	100.0%	7,968	100.0%	
(1)	最終診察日	日付		7,968	6,419	80.6%	6,419	80.6%	
(2)	主治医意見書作成回数	選択肢		7,968	7,968	100.0%	7,968	100.0%	
(3)	他科受診	有無		7,968	7,578	95.1%	7,578	95.1%	
		診療科	選択肢	3,797	703	18.5%	703	18.5%	
1(2)	症状としての安定性	選択肢		7,968	7,968	100.0%	7,524	94.4%	
3(1)	日常生活の自立度等について	障害高齢者	選択肢	7,968	7,968	100.0%	7,968	100.0%	
		認知症高齢者	選択肢	使用	7,968	7,968	100.0%	7,968	100.0%
		短期記憶	選択肢	使用	7,968	7,968	100.0%	7,968	100.0%
3(2)	認知症の中核症状	日常の意思決定を行うための認知能力	選択肢	使用	7,968	7,968	100.0%	7,968	100.0%
		自分の意思の伝達能力	選択肢	使用	7,968	7,968	100.0%	7,968	100.0%
3(3)	認知症の行動・心理症状	有無	選択肢	7,968	7,788	97.7%	7,788	97.7%	
		内容	選択肢	2,342	2,325	99.3%	2,325	99.3%	
3(4)	その他の精神・神経症状	有無	選択肢	7,968	1,479	18.6%	1,479	18.6%	
		専門医受診	選択肢	86	86	100.0%	86	100.0%	
3(5)	身体の状態	利き腕	選択肢	7,968	1,319	16.6%	1,319	16.6%	
		過去6ヶ月の体重の変化	選択肢	7,968	1,248	15.7%	1,248	15.7%	
		麻痺	部位	選択肢	145	143	98.6%	143	98.6%
			程度(右上肢)	選択肢	82	81	98.8%	81	98.8%
			程度(右下肢)	選択肢	63	61	96.8%	61	96.8%
			程度(左上肢)	選択肢	101	98	97.0%	98	97.0%
			程度(左下肢)	選択肢	83	81	97.6%	81	97.6%
			程度(その他)	選択肢	5	4	80.0%	4	80.0%
		筋力の低下	程度	選択肢	1,003	994	99.1%	994	99.1%
		関節の拘縮	程度	選択肢	310	287	92.6%	287	92.6%
		関節の痛み	程度	選択肢	514	506	98.4%	506	98.4%
		失調・不随意運動	部位	選択肢	55	46	83.6%	46	83.6%
褥瘡	程度	選択肢	25	16	64.0%	16	64.0%		
その他の皮膚疾患	程度	選択肢	38	36	94.7%	36	94.7%		
4(1)	移動	屋外歩行	選択肢	7,968	1,394	17.5%	1,394	17.5%	
		車いすの使用	選択肢	7,968	1,395	17.5%	1,395	17.5%	
		歩行補助具・装具の使用	選択肢	7,968	1,396	17.5%	1,396	17.5%	
4(2)	栄養・食生活	食事行為	選択肢	使用	7,968	7,967	100.0%	7,967	100.0%
		現在の栄養状態	選択肢	7,968	7,863	98.7%	7,863	98.7%	
4(4)	サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し	選択肢		7,968	1,391	17.5%	1,303	16.4%	
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	血圧	選択肢	7,968	1,393	17.5%	1,393	17.5%	
		摂食	選択肢	7,968	1,393	17.5%	1,393	17.5%	
		嚥下	選択肢	7,968	1,393	17.5%	1,393	17.5%	
		移動	選択肢	7,968	1,394	17.5%	1,394	17.5%	
		運動	選択肢	7,968	1,388	17.4%	1,388	17.4%	
4(7)	感染症の有無	選択肢		7,968	7,958	99.9%	7,570	95.0%	

注： 前の項目のチェック内容に応じて、記入対象となるか否かが決まる項目(例：「(3) 他科受診」欄の「診療科」欄……「(3) 他科受診」欄の「有無」欄で「有」が選択された場合のみに記入対象となる)については、記入対象となる申請のみを集計対象としている。

(4) 二次判定の結果に大きな影響を及ぼさない記載項目についての検討

① 検討の背景と分析の方法

ここでは、下記のような分析を行った。

図表 5-11 「二次判定の結果に大きな影響を及ぼさない記載項目」の検討の背景と方法

<p>要介護認定にかかる業務負担軽減の方向性</p>	<p>◆ 「二次判定の結果に大きな影響を及ぼさない」と考えられる主治医意見書の記載項目を、主治医意見書において必要度の低い項目とみなし、様式の見直し対象の候補とする。</p>
<p>「二次判定の結果に及ぼす影響の大きさ」に関する考え方</p>	<p>◆ 主治医意見書の選択肢による記載項目のうち、二項対立の構造をとる項目(例:「幻視・幻聴」について「チェックあり」と「チェックなし」、「現在の栄養状態」について「良好」と「不良」など)について、二群間の二次判定の差が小さいものを、「二次判定の結果に大きな影響を及ぼしていない」と評価する。</p>
<p>分析の方法</p>	<p>◆ 上記の「二群間の二次判定の差」の評価にあたり、「α:一次判定→二次判定での要介護度の変更割合の差」と、「β:二次判定における要支援2/要介護1の振り分けにおいて要介護1と判定された割合の差」とを、別々に検討する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ なお、αは「介護の手間」に関する評価に与える影響を、βは「認知機能の低下」および「状態の安定性」に関する評価に与える影響を、それぞれみるものである。 ◆ したがって、αでは要支援2と要介護1を同一のものとして扱い、要支援2と要介護1との間の変更は、「一次判定→二次判定での要介護度の変更」には含めない。 ◆ βでは、一次判定・二次判定ともに、「要支援2または要介護1」であったもののみを対象として、要支援2/要介護1の振り分け状況をみる。 <p>◆ あわせて、カイ二乗検定によって、二群間に、「α:一次判定→二次判定での要介護度の変更割合」や「β:二次判定における要支援2/要介護1の振り分けにおいて要介護1と判定された割合」の有意差が認められるかについても検討する。</p>

② 一次判定→二次判定での要介護度の変更割合に関する分析結果

一次判定→二次判定での要介護度の変更割合の差をみた結果を、図表 5-12 に示す。

10%水準で「一次判定→二次判定での要介護度の変更割合」に二群間の有意な差があったのは、「2. 特別な医療」のうち「点滴の管理」(A 群:「チェックあり」<B 群:「チェックなし」)、3(5)のうち「右体幹・左体幹の失調・不随意運動」(左右とも、A 群:「チェックあり」>B 群:「チェックなし」)、4(5)のうち「その他の医療系サービス」(A 群:「チェックあり」>B 群:「チェックなし」)である。

二群間の割合の単純な差(%ポイント)をみると、上記の記載項目の他に、「3(3) 認知症の行動・心理症状」のうち「性的問題行動」(A 群:「チェックあり」>B 群:「チェックなし」)、「3(5) 身体の状態」のうち「麻痺—その他」(A 群:「チェックあり」>B 群:「チェックなし」)や「7.感染症の有無」(A 群:「有」>B 群:「無」)の差が大きい傾向にある。

なお、「2.特別な医療」や「3(5) 身体の状態」のうち「(その他を除く)麻痺」「褥瘡」などの項目の多くが、A 群=「チェックあり」の方が、一次判定→二次判定での要介護度の変更割合が小さくなる傾向にある。一次判定→二次判定での要介護度の変更のほとんどが引き上げである(図表 5-7)ことを考えると、「様々な医療処置の必要性や身体の機能低下が認められる群の方が、一次判定→二次判定での要介護度の引き上げが起こりにくい」という逆転した結果を生じているといえる。

その背景としては、主治医意見書の記載項目とほぼ同じ内容の項目が、要介護認定調査の認定調査票(基本項目)にも含まれており(認定調査票「1-1.麻痺等の有無」「6 群. 過去 14 日間に受けた医療」など)、これが一次判定にも用いられていることが考えられる。一次判定で出される要介護度に、すでにこれらの項目が反映されているため、認定調査票と主治医意見書とで大きく評価が分かれられない限り、主治医意見書の記載に基づく二次判定の変更に至ることが少ない、という可能性がある。

また、「一次判定→二次判定での要介護度の変更割合」に関する二群間の差が小さい項目が多数あることから、今回の分析結果の時点では、「二次判定の結果に大きな影響を及ぼしていない」項目を絞り込むには、さらなる分析が必要と考えられる。

図表 5-12 主治医意見書のうち二項対立の構造をとる記載項目のチェック内容による、「一次判定→二次判定での要介護度の変更割合」の対比

記載欄	カテゴリの内容		分析対象			一次→二次判定で 変更あり					一次→二次判定で 変更なし		カイニ乗 検定				
						割合		差分	件数		件数			p値			
			A群	B群	A群	B群	両群計	A群	B群	A-B	A群	B群	A群		B群		
全体			7,968			8.4%			666		7,302						
	主治医意見書が介護サービス計画作成等に利用されることの同意欄		同意する	同意しない	7,945	23	7,968	8.4%	4.3%	4.0pt	665	1	7,280	22	92.2%		
(2)	主治医意見書作成回数		初回	2回目以上	3,885	4,083	7,968	8.3%	8.4%	-0.1pt	323	343	3,562	3,740	99.9%		
(3)	他科受診		有無	他科受診あり	3,797	3,781	7,578	8.4%	8.4%	0.0pt	320	319	3,477	3,462	100.0%		
1(2)	症状としての安定性		不安定	安定	1,567	5,957	7,524	7.8%	8.4%	-0.6pt	123	502	1,444	5,455	90.9%		
2	特別な医療(過去14日以内に受けたもの)	点滴の管理	チェックあり	チェックなし	431	7,537	7,968	3.5%	8.6%	-5.2pt	15	651	416	6,886	0.3%		
		中心静脈栄養	チェックあり	チェックなし	45	7,923	7,968	2.2%	8.4%	-6.2pt	1	665	44	7,258	52.7%		
		透析	チェックあり	チェックなし	110	7,858	7,968	2.7%	8.4%	-5.7pt	3	663	107	7,195	20.2%		
		ストーマの処置	チェックあり	チェックなし	57	7,911	7,968	5.3%	8.4%	-3.1pt	3	663	54	7,248	86.9%		
		酸素療法	チェックあり	チェックなし	189	7,779	7,968	5.3%	8.4%	-3.1pt	10	656	179	7,123	49.8%		
		レスピレーター	チェックあり	チェックなし	12	7,956	7,968	8.3%	8.4%	0.0pt	1	665	11	7,291	100.0%		
		気管切開の処置	チェックあり	チェックなし	17	7,951	7,968	11.8%	8.4%	3.4pt	2	664	15	7,287	96.8%		
		疼痛の看護	チェックあり	チェックなし	464	7,504	7,968	6.3%	8.5%	-2.2pt	29	637	435	6,867	41.4%		
		経管栄養	チェックあり	チェックなし	110	7,858	7,968	7.3%	8.4%	-1.1pt	8	658	102	7,200	98.2%		
		モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等)	チェックあり	チェックなし	313	7,655	7,968	7.3%	8.4%	-1.1pt	23	643	290	7,012	93.3%		
		褥瘡の処置	チェックあり	チェックなし	63	7,905	7,968	3.2%	8.4%	-5.2pt	2	664	61	7,241	52.6%		
		カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル等)	チェックあり	チェックなし	226	7,742	7,968	4.0%	8.5%	-4.5pt	9	657	217	7,085	12.1%		
3(3)	認知症の行動・心理症状	有無	あり	なし	2,342	5,446	7,788	8.9%	8.2%	0.8pt	209	445	2,133	5,001	75.1%		
		内容	幻視・幻聴	チェックあり	チェックなし	509	7,459	7,968	8.8%	8.3%	0.5pt	45	621	464	6,838	98.3%	
			妄想	チェックあり	チェックなし	823	7,145	7,968	9.6%	8.2%	1.4pt	79	587	744	6,558	60.5%	
			昼夜逆転	チェックあり	チェックなし	482	7,486	7,968	7.3%	8.4%	-1.2pt	35	631	447	6,855	84.8%	
			暴言	チェックあり	チェックなし	613	7,355	7,968	9.5%	8.3%	1.2pt	58	608	555	6,747	78.8%	
			暴行	チェックあり	チェックなし	202	7,766	7,968	5.0%	8.4%	-3.5pt	10	656	192	7,110	37.0%	
			介護への抵抗	チェックあり	チェックなし	812	7,156	7,968	9.6%	8.2%	1.4pt	78	588	734	6,568	60.7%	
			徘徊	チェックあり	チェックなし	376	7,592	7,968	11.7%	8.2%	3.5pt	44	622	332	6,970	12.4%	
			火の不始末	チェックあり	チェックなし	339	7,629	7,968	11.2%	8.2%	3.0pt	38	628	301	7,001	28.9%	
			不潔行為	チェックあり	チェックなし	348	7,620	7,968	9.2%	8.3%	0.9pt	32	634	316	6,986	95.4%	
			異食行動	チェックあり	チェックなし	56	7,912	7,968	3.6%	8.4%	-4.8pt	2	664	54	7,248	64.0%	
			性的問題行動	チェックあり	チェックなし	16	7,952	7,968	25.0%	8.3%	16.7pt	4	662	12	7,290	12.2%	
			その他	チェックあり	チェックなし	534	7,434	7,968	7.3%	8.4%	-1.1pt	39	627	495	6,807	84.2%	
3(4)	その他の精神・神経症状		有無	あり	86	1,393	1,479	8.1%	9.5%	-1.3pt	7	132	79	1,261	98.2%		
	専門医受診		あり	なし	45	123	168	4.4%	9.8%	-5.3pt	2	12	43	111	74.9%		
3(5)	身体 の状態	利き腕	右	左	1,287	32	1,319	9.6%	6.3%	3.4pt	124	2	1,163	30	93.7%		
		四肢欠損	有無	チェックあり	チェックなし	20	7,948	7,968	10.0%	8.4%	1.6pt	2	664	18	7,284	99.5%	
		麻痺	有無	チェックあり	チェックなし	145	7,823	7,968	3.4%	8.4%	-5.0pt	5	661	140	7,162	19.9%	
			部位	右上肢	チェックあり	チェックなし	82	7,886	7,968	3.7%	8.4%	-4.7pt	3	663	79	7,223	49.6%
				左上肢	チェックあり	チェックなし	63	7,905	7,968	4.8%	8.4%	-3.6pt	3	663	60	7,242	78.4%
				右下肢	チェックあり	チェックなし	101	7,867	7,968	3.0%	8.4%	-5.5pt	3	663	98	7,204	27.5%
				左下肢	チェックあり	チェックなし	83	7,885	7,968	3.6%	8.4%	-4.8pt	3	663	80	7,222	48.2%
				その他	チェックあり	チェックなし	5	7,963	7,968	20.0%	8.4%	11.6pt	1	665	4	7,298	82.9%
筋力の低下	有無	チェックあり	チェックなし	447	6,967	7,414	11.4%	8.3%	3.1pt	51	579	396	6,388	15.9%			

図表 5-12 主治医意見書のうち二項対立の構造をとる記載項目のチェック内容による、「一次判定→二次判定での要介護度の変更割合」の対比(つづき)

記載欄			カテゴリの内容		分析対象			一次→二次判定で					カイニ乗 検定					
								変更あり		変更なし		p値						
								割合		件数				件数				
A群	B群	A群	B群	両群計	A群	B群	A-B	A群	B群	A群	B群							
全体					7,968		8.4%		666		7,302							
3(5)	身体 の状態	関節の拘縮	有無	チェックあり	チェックなし	310	7,658	7,968	8.1%	8.4%	-0.3pt	25	641	285	7,017	99.8%		
		関節の痛み	有無	チェックあり	チェックなし	514	7,454	7,968	7.8%	8.4%	-0.6pt	40	626	474	6,828	97.1%		
		失調・不随意運動	部位	右上肢	有無	チェックあり	チェックなし	55	7,913	7,968	16.4%	8.3%	8.1pt	9	657	46	7,256	20.1%
				左上肢	有無	チェックあり	チェックなし	37	7,931	7,968	8.1%	8.4%	-0.3pt	3	663	34	7,268	100.0%
				右下肢	有無	チェックあり	チェックなし	29	7,939	7,968	6.9%	8.4%	-1.5pt	2	664	27	7,275	99.4%
				左下肢	有無	チェックあり	チェックなし	22	7,946	7,968	9.1%	8.4%	0.7pt	2	664	20	7,282	99.9%
				右体幹	有無	チェックあり	チェックなし	10	7,958	7,968	10.0%	8.4%	1.6pt	1	665	9	7,293	99.8%
				左体幹	有無	チェックあり	チェックなし	15	7,953	7,968	26.7%	8.3%	18.3pt	4	662	11	7,291	8.7%
		褥瘡	有無	チェックあり	チェックなし	12	7,956	7,968	33.3%	8.3%	25.0pt	4	662	8	7,294	2.0%		
		その他の皮膚疾患	有無	チェックあり	チェックなし	25	7,943	7,968	0.0%	8.4%	-8.4pt	0	666	25	7,277	51.5%		
4(2)	栄養・食生活	現在の栄養状態		不良	良好	858	7,005	7,863	7.1%	8.5%	-1.4pt	61	596	797	6,409	58.2%		
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の処方針	可能性 の高い 状態	尿失禁	チェックあり	チェックなし	618	7,350	7,968	8.3%	8.4%	-0.1pt	51	615	567	6,735	100.0%		
			転倒・骨折	チェックあり	チェックなし	1,104	6,864	7,968	9.1%	8.2%	0.9pt	101	565	1,003	6,299	79.0%		
			移動能力の低下	チェックあり	チェックなし	998	6,970	7,968	8.4%	8.4%	0.1pt	84	582	914	6,388	100.0%		
			褥瘡	チェックあり	チェックなし	193	7,775	7,968	6.7%	8.4%	-1.7pt	13	653	180	7,122	87.8%		
			心肺機能の低下	チェックあり	チェックなし	415	7,553	7,968	8.7%	8.3%	0.3pt	36	630	379	6,923	99.6%		
			閉じこもり	チェックあり	チェックなし	591	7,377	7,968	8.8%	8.3%	0.5pt	52	614	539	6,763	98.4%		
			意欲低下	チェックあり	チェックなし	696	7,272	7,968	8.8%	8.3%	0.4pt	61	605	635	6,667	98.3%		
			徘徊	チェックあり	チェックなし	132	7,836	7,968	12.9%	8.3%	4.6pt	17	649	115	7,187	31.0%		
			低栄養	チェックあり	チェックなし	253	7,715	7,968	9.5%	8.3%	1.2pt	24	642	229	7,073	93.3%		
			摂食・嚥下機能低下	チェックあり	チェックなし	266	7,702	7,968	9.0%	8.3%	0.7pt	24	642	242	7,060	98.4%		
			脱水	チェックあり	チェックなし	205	7,763	7,968	7.8%	8.4%	-0.6pt	16	650	189	7,113	99.4%		
			易感染性	チェックあり	チェックなし	169	7,799	7,968	8.9%	8.3%	0.5pt	15	651	154	7,148	99.6%		
			がん等による疼痛	チェックあり	チェックなし	21	7,947	7,968	4.8%	8.4%	-3.6pt	1	665	20	7,282	94.9%		
その他	チェックあり	チェックなし	16	7,952	7,968	6.3%	8.4%	-2.1pt	1	665	15	7,287	99.3%					
4(4)	サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し		期待できない	期待できる	32	1,271	1,303	6.3%	9.4%	-3.2pt	2	120	30	1,151	94.5%			
4(5)	医学的 管理の 必要性	チェック ボックス	訪問診療	チェックあり	チェックなし	304	7,664	7,968	9.5%	8.3%	1.2pt	29	637	275	7,027	90.2%		
			訪問看護	チェックあり	チェックなし	302	7,666	7,968	8.6%	8.3%	0.3pt	26	640	276	7,026	99.9%		
			訪問歯科診療	チェックあり	チェックなし	76	7,892	7,968	7.9%	8.4%	-0.5pt	6	660	70	7,232	99.9%		
			訪問薬剤管理指導	チェックあり	チェックなし	103	7,865	7,968	6.8%	8.4%	-1.6pt	7	659	96	7,206	95.4%		
			訪問リハビリテーション	チェックあり	チェックなし	317	7,651	7,968	8.5%	8.4%	0.2pt	27	639	290	7,012	100.0%		
			短期入所療養介護	チェックあり	チェックなし	328	7,640	7,968	9.5%	8.3%	1.1pt	31	635	297	7,005	91.2%		
			訪問歯科衛生指導	チェックあり	チェックなし	60	7,908	7,968	5.0%	8.4%	-3.4pt	3	663	57	7,245	82.8%		
			訪問栄養食事指導	チェックあり	チェックなし	58	7,910	7,968	6.9%	8.4%	-1.5pt	4	662	54	7,248	98.3%		
			通所リハビリテーション	チェックあり	チェックなし	691	7,277	7,968	9.3%	8.3%	1.0pt	64	602	627	6,675	84.8%		
			その他の医療系サービス	チェックあり	チェックなし	236	7,732	7,968	13.1%	8.2%	4.9pt	31	635	205	7,097	6.4%		
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	血圧		あり	特になし	600	793	1,393	9.5%	9.3%	0.2pt	57	74	543	719	100.0%		
		摂食		あり	特になし	240	1,153	1,393	9.6%	9.4%	0.2pt	23	108	217	1,045	100.0%		
		嚥下		あり	特になし	217	1,176	1,393	9.2%	9.4%	-0.2pt	20	111	197	1,065	100.0%		
		移動		あり	特になし	947	447	1,394	8.8%	10.7%	-2.0pt	83	48	864	399	70.8%		
		運動		あり	特になし	856	532	1,388	9.2%	9.8%	-0.5pt	79	52	777	480	99.0%		
4(7)	感染症の有無		あり	なし	19	7,551	7,570	21.1%	8.3%	12.8pt	4	624	15	6,927	25.4%			

③ 二次判定における要支援 2/要介護 1 の振り分けにおいて要介護 1 と判定された割合に関する分析結果

二次判定における要支援 2/要介護 1 の振り分けにおいて要介護 1 と判定された割合の差をみた結果を、図表 5-13 に示す。

「3(3) 認知症の行動・心理症状」に含まれる大半の項目について、A 群:「チェックあり」が要介護 1 に振り分けられる割合は、B 群:「チェックなし」が要介護 1 に振り分けられる割合よりも有意に大きい。

これは、要支援 2/要介護 1 の振り分けにおいて、「認知機能や思考・感情等の障害により予防給付等の利用に係る適切な理解が困難である場合」には要介護 1 に振り分けられるため、認知症の行動・心理症状のあるケースの多くが、要介護 1 に振り分けられることが背景となっているものとみられる。

一方、「1(2) 症状としての安定性」については、A 群:「不安定」と B 群:「安定」との間に、要介護 1 に判定される割合の有意差はみられない。要支援 2/要介護 1 の振り分けにおいて、「短期間で心身の状態が変化することが予測され、それに伴い、要介護度の重度化も短期的に生ずるおそれが高く、概ね 6 ヶ月程度以内に要介護状態等の再評価が必要な場合」には要介護 1 に振り分けられるが、このような「状態の不安定」と、主治医意見書の「症状としての安定性」欄の記載とは、切り離された形で二次判定が行われていることがうかがえる。

「3(5) 身体の状態」のうち「麻痺」については、全体・部位別のいずれについても、A 群:「チェックあり」が B 群:「チェックなし」よりも要介護 1 に判定される割合が小さい傾向にある。麻痺が主たる原因となつて、一次判定で「要支援 2」または「要介護 1」(＝要介護認定等基準時間が 32 分以上 50 分未満)となっているケースでは、認知症が主たる原因となつて「要支援 2」または「要介護 1」となっているケースと比べて認知症を有することが少なく、結果として、二次判定において「要支援 2」に振り分けられることが多いという可能性が考えられる。

図表 5-13 主治医意見書のうち二項対立の構造をとる記載項目のチェック内容による、「二次判定における要支援2/要介護1の振り分けにおいて要介護1と判定された割合」の対比

記載欄			カテゴリの内容		分析対象			一次・二次判定がいずれも要支援2/要介護1のうち、二次判定で要介護1					カイニ乗検定				
								割合			差分		件数		件数		p値
								A群	B群	両群計	A群	B群	A-B	A群	B群	A群	
全体					2,817			57.4%			1,618		1,199				
3(5)	身体 の 状態	関節の拘縮	有無	チェックあり	チェックなし	95	2,722	2,817	40.0%	58.0%	-18.0pt	38	1,580	57	1,142	0.7%	
		関節の痛み	有無	チェックあり	チェックなし	214	2,603	2,817	43.9%	58.5%	-14.6pt	94	1,524	120	1,079	0.1%	
		失調・不随意運動	有無	チェックあり	チェックなし	24	2,793	2,817	62.5%	57.4%	5.1pt	15	1,603	9	1,190	96.8%	
			部位	右上肢	チェックあり	チェックなし	17	2,800	2,817	70.6%	57.4%	13.2pt	12	1,606	5	1,194	75.1%
				左上肢	チェックあり	チェックなし	13	2,804	2,817	69.2%	57.4%	11.8pt	9	1,609	4	1,195	86.3%
				右下肢	チェックあり	チェックなし	7	2,810	2,817	14.3%	57.5%	-43.3pt	1	1,617	6	1,193	14.8%
				左下肢	チェックあり	チェックなし	4	2,813	2,817	0.0%	57.5%	-57.5pt	0	1,618	4	1,195	14.4%
				右体幹	チェックあり	チェックなし	6	2,811	2,817	83.3%	57.4%	26.0pt	5	1,613	1	1,198	64.8%
				左体幹	チェックあり	チェックなし	5	2,812	2,817	100.0%	57.4%	42.6pt	5	1,613	0	1,199	29.4%
		褥瘡	有無	チェックあり	チェックなし	7	2,810	2,817	57.1%	57.4%	-0.3pt	4	1,614	3	1,196	100.0%	
その他の皮膚疾患	有無	チェックあり	チェックなし	10	2,807	2,817	40.0%	57.5%	-17.5pt	4	1,614	6	1,193	74.1%			
4(2)	栄養・食生活	現在の栄養状態	不良	良好	188	2,590	2,778	60.6%	57.4%	3.2pt	114	1,487	74	1,103	86.2%		
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	可能性の高い状態	尿失禁	チェックあり	チェックなし	208	2,609	2,817	66.8%	56.7%	10.1pt	139	1,479	69	1,130	4.4%	
			転倒・骨折	チェックあり	チェックなし	437	2,380	2,817	57.0%	57.5%	-0.5pt	249	1,369	188	1,011	99.8%	
			移動能力の低下	チェックあり	チェックなし	389	2,428	2,817	52.2%	58.3%	-6.1pt	203	1,415	186	1,013	16.5%	
			褥瘡	チェックあり	チェックなし	28	2,789	2,817	60.7%	57.4%	3.3pt	17	1,601	11	1,188	98.9%	
			心肺機能の低下	チェックあり	チェックなし	143	2,674	2,817	51.7%	57.7%	-6.0pt	74	1,544	69	1,130	57.4%	
			閉じこもり	チェックあり	チェックなし	240	2,577	2,817	64.2%	56.8%	7.4pt	154	1,464	86	1,113	18.2%	
			意欲低下	チェックあり	チェックなし	272	2,545	2,817	66.9%	56.4%	10.5pt	182	1,436	90	1,109	1.1%	
			徘徊	チェックあり	チェックなし	49	2,768	2,817	95.9%	56.8%	39.2pt	47	1,571	2	1,197	0.0%	
			低栄養	チェックあり	チェックなし	64	2,753	2,817	59.4%	57.4%	2.0pt	38	1,580	26	1,173	99.2%	
			摂食・嚥下機能低下	チェックあり	チェックなし	63	2,754	2,817	66.7%	57.2%	9.4pt	42	1,576	21	1,178	52.3%	
			脱水	チェックあり	チェックなし	50	2,767	2,817	54.0%	57.5%	-3.5pt	27	1,591	23	1,176	97.0%	
			易感染性	チェックあり	チェックなし	35	2,782	2,817	48.6%	57.5%	-9.0pt	17	1,601	18	1,181	76.8%	
			がん等による疼痛	チェックあり	チェックなし	6	2,811	2,817	50.0%	57.5%	-7.5pt	3	1,615	3	1,196	98.7%	
その他	チェックあり	チェックなし	7	2,810	2,817	57.1%	57.4%	-0.3pt	4	1,614	3	1,196	100.0%				
4(4)	サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し	期待できない	期待できる	8	500	508	87.5%	58.8%	28.7pt	7	294	1	206	44.3%			
4(5)	医学的管理の必要性	チェックボックス	訪問診療	チェックあり	チェックなし	88	2,729	2,817	55.7%	57.5%	-1.8pt	49	1,569	39	1,160	99.0%	
			訪問看護	チェックあり	チェックなし	97	2,720	2,817	61.9%	57.3%	4.6pt	60	1,558	37	1,162	84.9%	
			訪問歯科診療	チェックあり	チェックなし	22	2,795	2,817	72.7%	57.3%	15.4pt	16	1,602	6	1,193	54.8%	
			訪問薬剤管理指導	チェックあり	チェックなし	41	2,776	2,817	61.0%	57.4%	3.6pt	25	1,593	16	1,183	97.5%	
			訪問リハビリテーション	チェックあり	チェックなし	107	2,710	2,817	49.5%	57.7%	-8.2pt	53	1,565	54	1,145	41.7%	
			短期入所療養介護	チェックあり	チェックなし	117	2,700	2,817	65.8%	57.1%	8.7pt	77	1,541	40	1,159	32.0%	
			訪問歯科衛生指導	チェックあり	チェックなし	17	2,800	2,817	76.5%	57.3%	19.1pt	13	1,605	4	1,195	46.9%	
			訪問栄養食事指導	チェックあり	チェックなし	24	2,793	2,817	58.3%	57.4%	0.9pt	14	1,604	10	1,189	100.0%	
			通所リハビリテーション	チェックあり	チェックなし	303	2,514	2,817	56.1%	57.6%	-1.5pt	170	1,448	133	1,066	97.0%	
			その他の医療系サービス	チェックあり	チェックなし	84	2,733	2,817	57.1%	57.4%	-0.3pt	48	1,570	36	1,163	100.0%	
			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	血圧	あり	特になし	240	300	540	51.7%	64.0%	-12.3pt	124	192	116	108
摂食	あり	特になし			51	489	540	58.8%	58.3%	0.5pt	30	285	21	204	100.0%		
嚥下	あり	特になし			41	498	539	68.3%	57.4%	10.9pt	28	286	13	212	60.7%		
移動	あり	特になし			349	189	538	54.2%	65.6%	-11.5pt	189	124	160	65	8.5%		
運動	あり	特になし			323	216	539	55.7%	62.5%	-6.8pt	180	135	143	81	48.5%		
4(7)	感染症の有無	あり	なし	8	2,645	2,653	75.0%	57.4%	17.6pt	6	1,518	2	1,127	79.8%			

図表 5-13 主治医意見書のうち二項対立の構造をとる記載項目のチェック内容による、「二次判定における要支援2/要介護1の振り分けにおいて要介護1と判定された割合」の対比(つづき)

記載欄	カテゴリの内容		分析対象			一次・二次判定がいずれも要支援2/要介護1のうち、二次判定で要介護1					一次・二次判定がいずれも要支援2/要介護1のうち、二次判定で要支援2	カイ二乗検定					
						割合		差分	件数				件数				
			A群	B群	A群	B群	両群計	A群	B群	A-B	A群	B群	A群	B群	p値		
全体			2,817			57.4%			1,618		1,199						
	主治医意見書が介護サービス計画作成等に利用されることの同意欄		同意する	同意しない	2,808	9	2,817	57.4%	77.8%	20.4pt	1,611	7	1,197	2	67.6%		
(2)	主治医意見書作成回数		初回	2回目以上	1,266	1,551	2,817	58.4%	56.7%	1.7pt	739	879	527	672	84.4%		
(3)	他科受診	有無	他科受診あり	他科受診なし	1,472	1,208	2,680	51.1%	65.1%	-14.1pt	752	787	720	421	0.0%		
1(2)	症状としての安定性		不安定	安定	515	2,156	2,671	61.4%	56.3%	5.1pt	316	1,214	199	942	22.8%		
2	特別な医療(過去14日以内に受けたもの)	点滴の管理	チェックあり	チェックなし	88	2,729	2,817	60.2%	57.3%	2.9pt	53	1,565	35	1,164	96.2%		
		中心静脈栄養	チェックあり	チェックなし	7	2,810	2,817	28.6%	57.5%	-28.9pt	2	1,616	5	1,194	49.5%		
		透析	チェックあり	チェックなし	52	2,765	2,817	25.0%	58.0%	-33.0pt	13	1,605	39	1,160	0.0%		
		ストーマの処置	チェックあり	チェックなし	13	2,804	2,817	53.8%	57.5%	-1.6pt	7	1,611	6	1,193	99.5%		
		酸素療法	チェックあり	チェックなし	49	2,768	2,817	53.1%	57.5%	-4.5pt	26	1,592	23	1,176	94.2%		
		レスピレーター	チェックあり	チェックなし	2	2,815	2,817	100.0%	57.4%	42.6pt	2	1,616	0	1,199	68.6%		
		気管切開の処置	チェックあり	チェックなし	2	2,815	2,817	50.0%	57.4%	-1.4pt	1	1,617	1	1,198	99.7%		
		疼痛の看護	チェックあり	チェックなし	165	2,652	2,817	40.0%	58.5%	-18.5pt	66	1,552	99	1,100	0.0%		
		経管栄養	チェックあり	チェックなし	3	2,814	2,817	100.0%	57.4%	42.6pt	3	1,615	0	1,199	52.7%		
		モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等)	チェックあり	チェックなし	84	2,733	2,817	54.8%	57.5%	-2.8pt	46	1,572	38	1,161	96.9%		
		褥瘡の処置	チェックあり	チェックなし	5	2,812	2,817	60.0%	57.4%	2.6pt	3	1,615	2	1,197	100.0%		
		カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル等)	チェックあり	チェックなし	34	2,783	2,817	58.8%	57.4%	1.4pt	20	1,598	14	1,185	99.9%		
3(3)	認知症の行動・心理症状	内容	有無	あり	なし	679	2,078	2,757	88.4%	47.3%	41.1pt	600	982	79	1,096	0.0%	
			幻視・幻聴	チェックあり	チェックなし	141	2,676	2,817	93.6%	55.5%	38.1pt	132	1,486	9	1,190	0.0%	
			妄想	チェックあり	チェックなし	243	2,574	2,817	94.7%	53.9%	40.7pt	230	1,388	13	1,186	0.0%	
			昼夜逆転	チェックあり	チェックなし	99	2,718	2,817	92.9%	56.1%	36.8pt	92	1,526	7	1,192	0.0%	
			暴言	チェックあり	チェックなし	163	2,654	2,817	95.7%	55.1%	40.6pt	156	1,462	7	1,192	0.0%	
			暴行	チェックあり	チェックなし	35	2,782	2,817	97.1%	56.9%	40.2pt	34	1,584	1	1,198	0.0%	
			介護への抵抗	チェックあり	チェックなし	167	2,650	2,817	94.6%	55.1%	39.5pt	158	1,460	9	1,190	0.0%	
			徘徊	チェックあり	チェックなし	84	2,733	2,817	98.8%	56.2%	42.6pt	83	1,535	1	1,198	0.0%	
			火の不始末	チェックあり	チェックなし	143	2,674	2,817	83.9%	56.0%	27.9pt	120	1,498	23	1,176	0.0%	
			不潔行為	チェックあり	チェックなし	59	2,758	2,817	89.8%	56.7%	33.1pt	53	1,565	6	1,193	0.0%	
			異食行動	チェックあり	チェックなし	9	2,808	2,817	100.0%	57.3%	44.7pt	9	1,609	0	1,199	8.2%	
			性的問題行動	チェックあり	チェックなし	0	2,817	2,817	—	57.4%	—	0	1,618	0	1,199	—	
		その他	チェックあり	チェックなし	174	2,643	2,817	84.5%	55.7%	28.8pt	147	1,471	27	1,172	0.0%		
3(4)	その他の精神・神経症状	有無	あり	なし	26	548	574	88.5%	55.8%	32.6pt	23	306	3	242	1.3%		
		専門医受診	あり	なし	13	48	61	76.9%	79.2%	-2.2pt	10	38	3	10	99.9%		
3(5)	身体状態	利き腕	右	左	504	13	517	58.3%	38.5%	19.9pt	294	5	210	8	56.2%		
		四肢欠損	有無	チェックあり	チェックなし	9	2,808	2,817	55.6%	57.4%	-1.9pt	5	1,613	4	1,195	100.0%	
		麻痺	有無	チェックあり	チェックなし	40	2,777	2,817	35.0%	57.8%	-22.8pt	14	1,604	26	1,173	3.9%	
			部位	右上肢	チェックあり	チェックなし	18	2,799	2,817	44.4%	57.5%	-13.1pt	8	1,610	10	1,189	74.1%
				左上肢	チェックあり	チェックなし	13	2,804	2,817	38.5%	57.5%	-19.1pt	5	1,613	8	1,191	58.8%
				右下肢	チェックあり	チェックなし	31	2,786	2,817	35.5%	57.7%	-22.2pt	11	1,607	20	1,179	10.3%
				左下肢	チェックあり	チェックなし	25	2,792	2,817	32.0%	57.7%	-25.7pt	8	1,610	17	1,182	8.3%
				その他	チェックあり	チェックなし	2	2,815	2,817	50.0%	57.4%	-1.4pt	1	1,617	1	1,198	99.7%
筋力の低下	有無	チェックあり	チェックなし	197	2,446	2,643	58.4%	57.8%	0.6pt	115	1,414	82	1,032	99.9%			

第6章 結論と課題

1. 結論

(1) 保険者による主治医意見書の電子データ化の状況

- オンラインや電子媒体での主治医意見書の受付を行っている保険者は 1%に満たず、OCR 用紙での受付を行っている保険者も、半分に満たない。これに対して約 90%の保険者が OCR 用紙以外の紙媒体で受付を行っていることから、主治医意見書を、データ分析に適したテキストデータ化するためには、大半の保険者が、「全件を手入力する」あるいは、「OCR 用紙で提出された主治医意見書のみ、可能な項目を機械読み取りにより電子化し、残りの項目や OCR 用紙以外で提出された主治医意見書は手入力する」といった作業を要する状態にあると考えられる。
- 主治医意見書の基本情報・一次判定使用項目以外の項目を、(一部であっても)テキストデータ化している保険者は、25%弱である。被保険者数が多い保険者ほど、テキストデータ化を行っている割合が大きいことから、複数の保険者からテキストデータ化された主治医意見書のデータを分析する場合は、都市部の申請者に偏ったデータとなる可能性が高いと考えられる。
- 主治医意見書の基本情報・一次判定使用項目以外の項目のうち、テキストデータ化している保険者が多い順から並べると、「3(1) 障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)」>「基本情報や申請者欄に含まれる項目」>「選択肢による項目」>「数値や日付による項目」>「文章による項目」となる。特に、文章による項目をテキストデータ化しているのは、「1(1) 診断名」を除くと、いずれも 7%程度にとどまる。文章による項目を用いた簡素化ロジックの作成には、「データを提供いただく保険者の確保」に加えて、「作成した簡素化ロジックを適用可能な保険者がきわめて限られる」という課題があるものと考えられる。
- 「審査の省力化や効率化のための電子データの活用」「地域の被保険者の実態把握等を目的とした主治医意見書データの収集・統計化」「介護認定審査会の判断材料となる知見を得るための主治医意見書データの解析」「ケアプラン作成の参考となる知見を得るための主治医意見書データの解析」といった主治医意見書の電子データの活用について、90%以上の保険者は、実行・検討ともに行っていない。また、主治医意見書のテキストデータ化を行わない最大の理由は、「入力のための手間や予算の捻出が難しい」ことにある。今後、主治医意見書のデータ活用を拡げるためには、作成・提出段階でのテキストデータ化など、「より手間のかからない」テキストデータ化の仕組みを構築する必要がある。

(2) 介護認定審査会委員からみた「選択肢化可能」な自由記述項目やその効果

- 過半数の介護認定審査会委員が、認定調査票の特記事項や、主治医意見書のうち複数の自由記入欄について、その「選択肢化」が「記載の標準化や負担軽減につながる」と回答した。このうち、主治医意見書の自由記入欄について、「選択肢化」が「記載の標準化や負担軽減につながる」との回答割合が最も大きいのは、「1. 傷病に関する意見」の「(1) 診断名・(2) 症状としての安定性」である。
- また、認定調査票の特記事項の「選択肢化」について「記載の標準化や負担軽減につながる」とした回答者のうち、「選択肢化が可能と感じる」項目に関する回答をみると、「5-1 薬の内服」「5-2 金銭の管理」「1-7 歩行」「1-1 麻痺等の有無」「1-3 寝返り」を挙げた回答者が多い。

(3) 主治医意見書の電子データの分析結果

- 本調査研究では、一次判定に使用されない項目についてもテキストデータ化を行っている保険者として、愛知県の東三河広域連合から主治医意見書の電子データの提供を受け、これを分析した。
- 一次判定→二次判定の遷移をみると、一次判定で「非該当」であった申請の64.9%が、二次判定において要支援1～要介護1へと変更されている一方、一次判定で「要介護5」であった申請の99.7%は、二次判定での変更が行われていない。一次判定での要介護度に応じて、二次判定での変更率は大きく異なり、おおむね、軽度者ほど変更が行われやすい傾向にある。
- 二次判定の結果が「非該当」であったものを除く申請について、有効期間の分布をみると、東三河広域連合では、「状態不安定」を理由として要介護1に振り分けられた申請を有効期間6ヶ月とする以外は、大半の申請について、最大の有効期間(新規申請及び区分変更申請:12ヶ月、更新申請:36ヶ月)を設定する運用をとっていることがうかがえる。本来、新規申請及び区分変更申請は6ヶ月、更新申請は12ヶ月の有効期間が原則とされていることから、有効期間の設定の在り方については、保険者によって、大きく運用が異なっている可能性がある。
- 主治医意見書の選択肢項目の中から、「二次判定に大きな影響を及ぼさない項目」を抽出する目的で、二項対立の構造をとる項目(例:「幻視・幻聴」について「チェックあり」と「チェックなし」、「現在の栄養状態」について「良好」と「不良」など)ごとに二群を設定し、「一次判定→二次判定の変更割合」について、二群間の比較を行うと、「様々な医療処置の必要性や身体の機能低下が認められる群の方が、一次判定→二次判定での要介護度の変更(ほとんどの場合が引き上げ)が起こりにくい」という逆転した結果を生じる項目が散見される。これは、一次判定で出される要介護度に、すでに主治医意見書の項目と同種の認定調査票の項目の結果が反映されているため、認定調査票と主治医意見書とで大きく評価が分かれないう限り、主治医意見書の記載に基づく二次判定の変更に至ることが少ないことが、背景となっている可能性がある。
- 同様の手法で、「二次判定における要支援2/要介護1の振り分けにおいて要介護1と判定された割合」について、二群間の比較を行うと、3(5)のうち「麻痺」について、全体・部位別のいずれについても、A群:「チェックあり」がB群:「チェックなし」よりも要介護1に判定される割合が小さい傾向にある。麻痺が主たる原因となって、一次判定で「要支援2」または「要介護1」(=要介護認定等基準時間が32分以上50分未満)となっているケースでは、認知症が主たる原因となって「要支援2」または「要介護1」となっているケースと比べて、認知症を有することが少なく、結果として二次判定において、「要支援2」に振り分けられることが多いことが考えられる。

2. 今後の分析課題

(1) 一次判定結果のコントロールを行った分析の必要性

- 本調査研究では、「二次判定に大きな影響を及ぼさない項目」を抽出する目的で、二項対立の構造をとる項目ごとに二群を設定し、「一次判定→二次判定の変更割合」についての二群間の差を評価した。その結果、主治医意見書の記載内容が二次判定に与える影響として、想定とは逆の結果となる項目が散

見されることとなった。その背景として、主治医意見書の項目と類似した認定調査票の項目の調査結果が、一次判定結果に影響している可能性がある。

- また、一次判定→二次判定間の遷移の集計結果からは、要介護度が軽度であるほど、二次判定で引き上げ方向への変更が行われる割合が大きい傾向が得られた。
- 今後の分析に当たっては、一次判定結果の要介護度をコントロールし、認定調査票の調査結果による影響を取り除いた上で、主治医意見書の記載内容が二次判定に与える影響を評価することが考えられる。
- また、認定調査票と主治医意見書とで類似している項目について、どの程度の乖離が生じているのかを確認することも、有用であると考えられる。

(2) 有効期間の長期化に資する分析の実施

- 要介護認定審査の業務負担の軽減策としては、他に「介護の手間にかかる状態が長期に安定的と考えられる状態」にある要支援・要介護者について、「要介護認定の有効期間を長くすることで、更新申請の頻度を低くする」ことも考えられる。
- 主治医意見書のデータから、このような「介護の手間にかかる状態が長期に安定的と考えられる状態」を抽出するには、①前回認定時と今回認定時の要介護度が同じである申請について、前回の主治医意見書にどのような記載傾向がみられるのかを把握する、②今回認定時に、長い有効期間が認められた申請について、今回の主治医意見書にどのような記載傾向がみられるのかを把握する、といったアプローチが考えられる。
- しかしながら、本調査研究では、①については前回の主治医意見書のデータが得られなかったため、②については、主治医意見書の電子データの提供を受けた東三河広域連合では、「状態不安定を理由として要介護 1 に振り分けられたものを除く大半の要介護認定について、最大の有効期間を設定する」運用をとっていると考えられ、他と比べて「長い有効期間が認められた申請」を抽出することができなかったため、いずれも実施することができなかった。
- 今後の分析にあたっては、①「前回の主治医意見書」と、「前回・今回の要介護認定の結果」を突合可能な形でデータ化している保険者や、②要介護認定の有効期間の長さの分布が全国の平均像に近く、かつ有効期間の上限よりも短い有効期間を標準とし、「介護の手間にかかる状態が長期に安定的と考えられる状態」の申請のみ有効期間を延長している保険者を探索し、その保険者から主治医意見書の電子データの提供を受けて、これを分析することが考えられる。

附属資料 Web アンケート調査の設問

令和元年度 老人保健健康増進等事業
要介護認定における特記事項や主治医意見書の活用実態の把握のための調査研究事業
主治医意見書の電子データ化に関するアンケート調査（A調査）

【回答方法】

- 回答後は、必ず、画面の最終にある **保存** もしくは **送信** をクリックしてください。
- 回答を中断する場合には、**保存** をクリックしてください。
- 回答が確定しましたら **送信** を押してください。ボタンを押した以降は、再編集やご回答頂いた内容の確認をすることができなくなりますので、ご注意ください。
- **確認** をクリックしますと印刷確認画面が表示されます。

【推奨環境】

- より安全で快適にご利用いただくため、OS・ブラウザは最新バージョンでご覧になることを推奨しています。
- パソコンのOSやブラウザにより、一部ページが正しく機能しない場合があります。
- ご使用のブラウザ設定でJavaScript及びCookieを無効にされている場合には、正しく機能しない、または正しく表示されないことがあります。JavaScript及びCookieを有効にしてご覧ください。

アンケート設問への回答開始

1. 貴保険者の基本情報について、お答えください。

問1 貴保険者の区分をお答えください。＜当てはまる選択肢1つにチェック＞

- 1. 政令指定都市
- 2. 中核市
- 3. 政令市・中核市以外の市
- 4. 町村
- 5. 特別区
- 6. 一部事務組合
- 7. 広域連合

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お答えください。＜当てはまる選択肢1つにチェック＞

- 1. 貴保険者が単独で介護認定審査会を設置している（注1）
- 2. 複数の保険者が共同で介護認定審査会を設置している（注2）
- 3. 要介護認定の審査判定業務を、都道府県に委託している
- 4. 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

5. その他

注1：一部事務組合や広域連合による保険者が、単独で介護認定審査会を設置している場合は、「選択肢1」を選んでください。

注2：「複数の保険者が共同で介護認定審査会を設置」には、「協議会」「機関等の共同設置」「一部事務組合」「広域連合」のいずれの形態も含まれます。

問2-2 【問2で「2」「3」「4」「5」をご回答頂いた保険者のみご回答ください】

貴保険者では、提出された主治医意見書の電子データを、どの機関が管理していますか。＜当てはまる選択肢すべてにチェック＞

- 1. 保険者自身が管理している
- 2. 審査判定業務の委託先である都道府県や保険者が管理している
- 3. 介護認定審査会を設置している協議会や一部事務組合や広域連合等が管理している
- 4. 「協議会」や「機関等の共同設置」に加わっている他の保険者が管理している

問3

貴保険者における、令和元(2019)年10月の1ヶ月間における要支援・要介護認定の申請件数をお答えください。

- ① 新規の申請（要支援から要介護への変更申請を除く） 件
- ② 更新申請 件
- ③ 区分変更申請（要支援から要介護への変更申請を含む） 件

2. 貴保険者では、どのような形態で主治医意見書を受け付けているかについて、お答えください。

問4

貴保険者では、どのような形態で主治医意見書を受け付けていますか。＜当てはまる選択肢すべてにチェック＞

- 1. オンライン（電子メール、インターネット、専用回線等）での主治医意見書の提出を受け付けている
- 2. 電子媒体（CD-R、USBメモリ等）での主治医意見書の提出を受け付けている
- 3. OCR（光学文字認識）用紙による主治医意見書の提出を受け付けている
- 4. OCR用紙以外の紙媒体による主治医意見書の提出を受け付けている
- 5. FAXでの主治医意見書の提出を受け付けている

問4-2 【問4で「1」または「2」を選択された保険者のみご回答ください】

貴保険者では、オンラインや電子媒体で提出される主治医意見書について、どのようなデータ形式のものを受け付けていますか。＜当てはまる選択肢すべてにチェック＞

- 1. 画像データでの提出を受け付けている
- 2. テキストデータ（注）での提出を受け付けている

注：このアンケートにおいて、「テキストデータ」とは、主治医意見書に書かれた内容について、たとえば下記のように、「画像ではなく数字や文字として」電子化されているデータを指します。

- ①チェックボックスによる項目の記載内容が、例えばチェックありが「1」や「あり」、チェックなしが「0」や「なし」といったように、数字や文字としてデータ化されている。
- ②数字を記載する項目について、記載された数字が、（画像ではなく）数字としてデータ化されている。
- ③自由記述項目について、記載された内容が、（画像ではなく）文字としてデータ化されている。

3. 貴保険者における、主治医意見書の電子データ化やその活用の状況について、お答えください。

問5

貴保険者では、主治医意見書のうち、申請者の基本情報や「一次判定に用いられる項目」（注1）以外の項目にも、電子データ化をしているものがありますか。＜当てはまる選択肢1つにチェック＞

- 1. 基本情報や一次判定に用いられる項目以外に、電子データ化している項目はない。
- 2. 基本情報や一次判定に用いられる項目以外にも、画像として電子データ化している項目はあるが、テキストデータとして電子データ化している項目（注2）はない。
- 3. 基本情報や一次判定に用いられる項目以外にも、テキストデータとして電子データ化している項目（注2）がある。
- 4. 他の自治体や保険者が主治医意見書のデータを取り扱っており、保険者として主治医意見書のデータを保持していない。

注1：「一次判定に用いられる項目」とは、3(1)のうち「認知症高齢者の日常生活自立度」、3(2)認知症の中核症状、4(2)のうち「食事行為」を指します。

注2：このアンケートにおいて、「テキストデータ」とは、主治医意見書に書かれた内容について、たとえば下記のように、「画像ではなく数字や文字として」電子化されているデータを指します（問4 - 2の注と同じ内容です）。

- ①チェックボックスによる項目の記載内容が、例えばチェックありが「1」や「あり」、チェックなしが「0」や「なし」といったように、数字や文字としてデータ化されている。
- ②数字を記載する項目について、記載された数字が、（画像ではなく）数字としてデータ化されている。
- ③自由記述項目について、記載された内容が、（画像ではなく）文字としてデータ化されている。

問5-2A 【問5で「1」または「2」を選択された保険者のみ、ご回答ください】

貴保険者が、主治医意見書について、（基本情報や一次判定に用いられる項目を除き）テキストデータによる電子データ化をしていない理由は何ですか。＜当てはまる選択肢すべてにチェック＞

- 1. 入力のための手間や予算を捻出することが難しいため
- 2. テキストデータの活用方法が見つかっていないため
- 3. その他の理由

その他の理由（具体的に）

問5-2B【問5で「3」を選択された保険者のみ、ご回答ください】

貴保険者では、どのような範囲の主治医意見書を、テキストデータとしての電子データ化の対象としていますか。

- 1. すべての主治医意見書を、テキストデータとしての電子データ化の対象としている。
- 2. テキストデータとしての電子データ化の対象を、テキストデータやOCR用紙で提出されたものなど、一部の主治医意見書に限定している。

問5-3【問5で「3」を選択された保険者のみ、ご回答ください】

貴保険者では、主治医意見書のどの項目を、テキストデータとして電子データ化していますか。＜当てはまる選択肢すべてにチェック＞

①選択肢による記載項目（一次判定に用いられる項目を除く）

- 1. 主治医意見書が介護サービス計画作成等に利用されることの同意欄
- 2. 申請者欄(2)意見書作成回数
- 3. 申請者欄(3)他科受診の有無・診療科
- 4. 1(2)症状としての安定性＜選択肢部分＞
- 5. 2 特別な医療
- 6. 3(1)障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）
- 7. 3(3)認知症の行動・心理症状の有無
- 8. 3(3)認知症の行動・心理症状の内容
- 9. 3(4)その他の精神・神経症状の有無
- 10. 3(4)その他の精神・神経症状に係る専門医受診の有無
- 11. 3(5)利き腕
- 12. 3(5)過去6ヶ月の体重の変化
- 13. 3(5)身体の状態のうち各症状等の有無
- 14. 3(5)身体の状態のうち「麻痺」「失調・不随意運動」の部位
- 15. 3(5)身体の状態のうち各症状等の程度
- 16. 4(1)移動
- 17. 4(2)現在の栄養状態
- 18. 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＜選択肢部分＞

- 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
- 20. 4(5)医学的管理の必要性（チェックの有無）
- 21. 4(5)医学的管理の必要性（下線の有無）
- 22. 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<選択肢部分>
- 23. 4(7)感染症の有無<選択肢部分>

②数値による記載項目

- 1. 主治医意見書の記入日
- 2. 申請者欄(1)最終診察日
- 3. 1(1)発症年月日
- 4. 3(5)身長
- 5. 3(5)体重

③文章による記載項目

- 1. 申請者欄(3)他科受診「その他」の内容
- 2. 1(1)診断名
- 3. 1(2)症状としての安定性<自由記載部分>
- 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または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容
- 5. 3(3)認知症の行動・心理症状「その他」の内容
- 6. 3(4)その他の精神・神経症状の症状名
- 7. 3(4)その他の精神・神経症状に係る専門医受診「有」の内容
- 8. 3(5)身体の状態のうち各症状等の部位<自由記載部分>
- 9. 4(2)栄養・食生活上の留意点
- 10. 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「その他」の内容
- 11. 4(3)対処方針
- 12. 4(5)医学的管理の必要性「その他の医療系サービス」の内容
- 13. 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「あり」「その他」の内容
- 14. 4(7)感染症「有」の内容
- 15. 特記すべき事項

貴保険者において、電子データ化された主治医意見書のデータをどのように活用しているか、あるいは活用を検討しているかについてお答えください。＜①～④それぞれ当てはまる選択肢各1つにチェック＞

①介護認定審査会において、たとえば「前回の主治医意見書と大きく変わった部分や特定疾患を自動的に強調表示して注意を喚起する」など、審査の省力化や効率化のために主治医意見書の電子データを活用していますか。

- 1. 行っている
- 2. 現在行っていないが、将来行うことを検討している
- 3. 現在行っておらず、将来行うことも検討していない

「行っている」「現在行っていないが、将来行うことを検討している」場合の具体的な内容（取組内容・目的、用いている項目など）：

②地域の被保険者の実態把握などを目的として、多数の主治医意見書の電子データを集めて統計化していますか。

- 1. 行っている
- 2. 現在行っていないが、将来行うことを検討している
- 3. 現在行っておらず、将来行うことも検討していない

「行っている」「現在行っていないが、将来行うことを検討している」場合の具体的な内容（取組内容・目的、用いている項目など）：

③「固有の介護の手間」「認知機能の低下」「状態不安定」等の介護認定審査会の判断材料となるような知見を得るために、多数の主治医意見書の電子データを集めて解析していますか。

- 1. 行っている
- 2. 現在行っていないが、将来行うことを検討している
- 3. 現在行っておらず、将来行うことも検討していない

「行っている」「現在行っていないが、将来行うことを検討している」場合の具体的な内容（取組内容・目的、用いている項目など）：

④ケアプラン作成に参考となるような知見を得るために、多数の主治医意見書の電子データを集めて解析していますか。

- 1. 行っている
- 2. 現在行っていないが、将来行うことを検討している
- 3. 現在行っておらず、将来行うことも検討していない

「行っている」「現在行っていないが、将来行うことを検討している」場合の具体的な内容（取組内容・目的、用いている項目など）：

⑤①～④以外に、主治医意見書の電子データを活用しているもの・活用を検討しているものがあ

れば、ご記入ください。

保存

送信

アンケートの終了

設問は以上です。
令和2年3月9日（月）までに、ご回答の上、「送信」をクリックしてください。
ご回答頂き誠にありがとうございました。

確認

ログアウト

©「主治医意見書の電子データ化に関するアンケート調査（A調査）」

令和元年度 老人保健健康増進等事業
要介護認定における特記事項や主治医意見書の活用実態の把握のための調査研究事業
要介護認定調査票、主治医意見書の「特記事項」に関するアンケート調査
(B調査)

【回答方法】

- 回答後は、必ず、画面の最終にある **保存** もしくは **送信** をクリックしてください。
- 回答を中断する場合には、**保存** をクリックしてください。
- 回答が確定しましたら **送信** を押してください。ボタンを押した以降は、再編集やご回答頂いた内容の確認をすることができなくなりますので、ご注意ください。
- **確認** をクリックしますと印刷確認画面が表示されます。

【推奨環境】

- より安全で快適にご利用いただくため、OS・ブラウザは最新バージョンでご覧になることを推奨しています。
- パソコンのOSやブラウザにより、一部ページが正しく機能しない場合があります。
- ご使用のブラウザ設定でJavaScript及びCookieを無効にされている場合には、正しく機能しない、または正しく表示されないことがあります。JavaScript及びCookieを有効にしてご覧ください。

【ご回答にあたっての留意事項】

- 本アンケート調査において、「選択肢化」とは、自由記述欄の記入のもれやばらつきを少なくするなどの「標準化」のために、想定される記載内容の選択肢を設けたり、プルダウンメニューによる回答の選択を可能とすることを指します。
- この場合であっても、**選択肢やプルダウンメニューにない記載を行う場合には、自由記述が可能**であるものと想定して、ご回答ください。

アンケート設問への回答開始

◆ あなたが保有する資格についてご回答ください。(複数回答)

- 1. 医師
- 2. 歯科医師
- 3. 薬剤師
- 4. 保健師
- 5. 助産師
- 6. 看護師
- 7. 准看護師
- 8. 理学療法士
- 9. 作業療法士
- 10. 言語聴覚士

- 11. 社会福祉士
- 12. 介護福祉士
- 13. 管理栄養士
- 14. 栄養士
- 15. 精神保健福祉士
- 16. 介護支援専門員
- 17. その他医療・福祉分野の公的な資格
- 18. 医療・福祉分野の公的な資格なし（都道府県等による認定調査員研修のみ）

① **要介護認定調査票の「特記事項」等の自由記述欄について、よく記載される情報を「選択肢化」することは、記入の標準化や負担軽減につながるとお考えですか。**

※「選択肢化」とは、自由記述欄の記入のめれ・ばらつきを少なくするなどの「標準化」や、記載頻度が高い内容を逐一文章で書くことを避ける「負担軽減」のために、選択肢を設けたり、プルダウンメニューによる回答の選択を可能とすることを指します。**選択肢で書ききれない内容は、従来通りの自由記述も可能**であると想定してご回答ください。

- 1. 標準化や負担軽減に「つながる」
- 2. 「つながらない」
- 3. わからない

② **上記①の設問で選択肢を選ばれた理由、考え得る効果的な「選択肢化」の内容等について、ご記入ください。**

理由、「選択肢化」の内容等

要介護認定調査票の各項目について、似たような内容が記載されやすいなど、特記事項の「選択肢化」が可能と感じる項目を選択してください。（複数回答）

第1群 身体機能・起居動作

- 1-1 麻痺等の有無（左上肢、右上肢、左下肢、右下肢、その他（四肢の欠損））
- 1-2 拘縮の有無（肩関節、股関節、膝関節、その他（四肢の欠損））
- 1-3 寝返り
- 1-4 起き上がり
- 1-5 座位保持
- 1-6 両足での立位保持

- 1-7 歩行
- 1-8 立ち上がり
- 1-9 片足での立位
- 1-10 洗身
- 1-11 つめ切り
- 1-12 視力
- 1-13 聴力

第2群 生活機能

- 2-1 移乗
- 2-2 移動
- 2-3 えん下
- 2-4 食事摂取
- 2-5 排尿
- 2-6 排便
- 2-7 口腔清潔
- 2-8 洗顔
- 2-9 整髪
- 2-10 上衣の着脱
- 2-11 ズボン等の着脱
- 2-12 外出頻度

第3群 認知機能

- 3-1 意思の伝達
- 3-2 毎日の日課を理解
- 3-3 生年月日や年齢を言う
- 3-4 短期記憶
- 3-5 自分の名前を言う
- 3-6 今の季節を理解する
- 3-7 場所の理解
- 3-8 徘徊
- 3-9 外出すると戻れない



第4群 精神・行動障害

- 4-1 物を盗られたなどと被害的になる
- 4-2 作話
- 4-3 泣いたり、笑ったりして感情が不安定になる
- 4-4 昼夜の逆転がある
- 4-5 しつこく同じ話をする
- 4-6 大声をだす
- 4-7 介護に抵抗する
- 4-8 「家に帰る」等と言い落ち着きがない
- 4-9 一人で外に出たがり目が離せない
- 4-10 いろいろなものを集めたり、無断でもってくる
- 4-11 物を壊したり、衣類を破いたりする
- 4-12 ひどい物忘れ
- 4-13 意味もなく独り言や独り笑いをする
- 4-14 自分勝手に行動する
- 4-15 話がまとまらず、会話にならない

第5群 社会生活への適応

- 5-1 薬の内服
- 5-2 金銭の管理
- 5-3 日常の意思決定
- 5-4 集団への不適応
- 5-5 買い物
- 5-6 簡単な調理

③ **主治医意見書のうち「1 傷病に関する意見」の「(1)診断名」や「(2)症状としての安定性」**の自由記述欄について、よく記載される情報を「選択肢化」することは、記入の標準化や負担軽減につながるとお考えですか。
※「選択肢化」とは、自由記述欄の記入のもれ・ばらつきを少なくするなどの「標準化」や、記載頻度が高い内容を逐一文章で書くことを避ける「負担軽減」のために、選択肢を設けたり、プルダウンメニューによる回答の選択を可能とすることを指します。**選択肢で書ききれない内容は、従来通りの自由記述も可能**であると想定してご回答ください。

- 1. 標準化や負担軽減に「つながる」

- 2. 「つながらない」
- 3. わからない

④ 上記③の設問で選ばれた選択肢について、その理由等について、ご記入ください。

理由

⑤ 主治医意見書のうち「1 傷病に関する意見」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」の自由記述欄について、よく記載される情報を「選択肢化」することは、記入の標準化や負担軽減につながるとお考えですか。

※「選択肢化」とは、自由記述欄の記入のもれ・ばらつきを少なくするなどの「標準化」や、記載頻度が高い内容を逐一文章で書くことを避ける「負担軽減」のために、選択肢を設けたり、プルダウンメニューによる回答の選択を可能とすることを指します。選択肢で書ききれない内容は、従来通りの自由記述も可能であると想定してご回答ください。

- 1. 標準化や負担軽減に「つながる」
- 2. 「つながらない」
- 3. わからない

⑥ 上記⑤の設問で選ばれた選択肢について、その理由等について、ご記入ください。

理由

⑦ 主治医意見書のうち「3 心身の状態に関する意見」の「(4)その他の精神・神経症状」の自由記述欄について、よく記載される情報を「選択肢化」することは、記入の標準化や負担軽減につながるとお考えですか。

※「選択肢化」とは、自由記述欄の記入のもれ・ばらつきを少なくするなどの「標準化」や、記載頻度が高い内容を逐一文章で書くことを避ける「負担軽減」のために、選択肢を設けたり、プルダウンメニューによる回答の選択を可能とすることを指します。選択肢で書ききれない内容は、従来通りの自由記述も可能であると想定してご回答ください。

- 1. 標準化や負担軽減に「つながる」
- 2. 「つながらない」
- 3. わからない

⑧ 上記⑦の設問で選ばれた選択肢について、その理由等について、ご記入ください。

理由

⑨ 主治医意見書のうち「4 生活機能とサービスに関する意見」の自由記述欄について、よく記載される情報を「選択肢化」することは、記入の標準化や負担軽減につながるとお考えですか。

※「選択肢化」とは、自由記述欄の記入のもれ・ばらつきを少なくするなどの「標準化」や、記載頻度が高い内容を逐一文章で書くことを避ける「負担軽減」のために、選択肢を設けたり、プルダウンメニューによる回答の選択を可能とすることを指します。選択肢で書ききれない内容は、従来通りの自由記述も可能であると想定してご回答ください。

- 1. 標準化や負担軽減に「つながる」
- 2. 「つながらない」
- 3. わからない

⑩ 上記⑨の設問で選ばれた選択肢について、その理由等について、ご記入ください。

理由

⑪ 主治医意見書のうち「5 特記すべき事項」について、よく記載される情報を「選択肢化」することは、記入の標準化や負担軽減につながるとお考えですか。

※「選択肢化」とは、自由記述欄の記入のもれ・ばらつきを少なくするなどの「標準化」や、記載頻度が高い内容を逐一文章で書くことを避ける「負担軽減」のために、選択肢を設けたり、プルダウンメニューによる回答の選択を可能とすることを指します。選択肢で書ききれない内容は、従来通りの自由記述も可能であると想定してご回答ください。

- 1. 標準化や負担軽減に「つながる」
- 2. 「つながらない」
- 3. わからない

⑫ 上記⑪の設問で選ばれた選択肢について、その理由等について、ご記入ください。

理由

保存

送信

アンケートの終了

設問は以上です。

令和2年3月13日（金）までに、ご回答の上、「送信」をクリックしてください。

ご回答頂き誠にありがとうございました。

[確認](#)

[ログアウト](#)

©「要介護認定調査票、主治医意見書の「特記事項」に関するアンケート調査（B調査）」