

要介護認定における主治医意見書の医療機関別の分布

モリヤマ ヨウコ タミヤ ナナコ ミヤシタ ユミコ
 森山 葉子*1 田宮 菜奈子*2 宮下 裕美子*3*4
 ナカノ ヒロヤ マツダ トモユキ
 中野 寛也*5*6 松田 智行*7*8

目的 要介護認定における主治医意見書の医療機関区分別の実態およびその特徴を明らかにすることを目的とした。

方法 東京都文京区で2012年3月の介護認定審査会において審査された、申請者が65歳以上であり、主治医意見書が医療機関所属の医師により記載されており、かつ現在の状況が居宅である598件の主治医意見書および介護認定審査会資料を対象とした。これらの個人情報（氏名、住所等）がマスクされた資料をもとに、主治医意見書が記載された医療機関区分別の分布および申請者の属性、さらに医療機関区分別主治医意見書の記載の有無やチェック項目の数等の特徴を分析した。

結果 医療機関区分別の分布は、診療所が53.7%、特定機能病院が13.7%、200床以上の一般病院が13.4%、200床未満の一般病院は10.7%、療養病床のある病院は6.4%であった。記載内容では、診療所および療養病床のある病院に比べ、200床未満の一般病院では自由記述の欄における未記載が多かった。また、特定機能病院および一般病院では、投薬の有無、身長・体重、特記事項等の自由記述の記載のみならず、チェックをする項目数も、少ない傾向にあった。

結論 本研究より、当該対象地域において主治医意見書の記載が最も多かった医師の所属は診療所であったが、2番目に多いのは特定機能病院であり、高度な医療を求められる特定機能病院や大規模な一般病院においても一定割合で主治医意見書が記載されていることが明らかとなった。診療所および療養病床のある病院の医師により記載された主治医意見書は、他医療機関の医師に比べ記載が充実していた。また、これらの医療機関では、作成回数が1回目より2回目以降が多く、継続した診療を通じて申請者の日常の生活状態を把握した上で主治医意見書に記入をしていることがうかがえた。200床未満の一般病院は地域医療の中心的役割を果たす病院も存在すると考えられるが、自由記述欄の未記載が多かった。特定機能病院と200床以上の一般病院では未記載項目が多く、その理由の1つとして、高齢者の日常生活を含めた状態の把握ができていない可能性が示唆された。介護保険における主治医の役割分担および住民の大病院志向に対して、医療機関選択に関する教育の検討が必要であると考えられる。

キーワード 主治医意見書, 要介護認定, 介護保険, 医療と介護の連携, 主治医

*1 筑波大学医学医療系ヘルスサービスリサーチ分野助教 *2 同教授 *3 前同研究員

*4 International Health Policy Program, Thailand Researcher

*5 社会医療法人社団新都市医療研究会 [関越] 会関越病院臨床研修医 *6 前筑波大学医学群医学類学生

*7 日本理学療法士協会事務局 *8 前筑波大学大学院人間総合科学研究科博士課程

I はじめに

介護保険制度は、高齢者福祉と高齢者医療を一体化させた制度であり、かつ、要介護高齢者は、介護と医療を同時に要することが多く、医療と介護の連携は必須である。平成24年度の介護保険法改正において「医療と介護の連携の強化等」に関する項目が追加され、同年度報酬改定では、連携を促進する各種加算が創設された。しかし、国の政策として連携促進を後押しし始めたばかりで、依然として医療と介護の連携は課題が多い状況である。

医療と介護との連携に重要な役割を果たすものとして、主治医意見書がある。主治医意見書は、介護保険法により、要介護認定申請時に主治医に「身体上又は精神上的の障害（生活機能低下）の原因である疾病又は負傷の状況等」について意見を求めることと規定されている¹⁾。これらはコンピューターによる一次判定を補足するものとして、認定の基準となる介護の手間がどの程度になるかの確認、また、状態の維持・改善の可能性の確認等に用いられる²⁾。一次判定の結果に、主治医意見書を加味することで、医学的観点からの情報や、長期間にわたり医学的管理を行っている主治医の意見を反映させ、申請者に必要な介護の手間について総合的に把握し、申請者の要介護度を最終決定する。さらに介護サービス計画（以下、ケアプラン）策定時等にも使われ、医師が高齢者の日々の医学的な状態を他職種へ伝える連携に必要な重要なツールとなる。

このように、主治医意見書は診断書とは異なる

り、傷病や治療経過と共に、それらが日常生活に与える影響や介護の必要性を把握すべきものであり、これらを熟知した医師が記載することが想定されている。しかし、これまでの研究でも、日ごろの高齢者の状態を熟知していない医師による記載³⁾⁻⁵⁾、記載の不十分さ³⁾⁶⁾等の問題が指摘されている。さらに、「主治医として意見書を作成すべき診療科が限定されていないため、指名された医師は日常生活の状態を把握している、いないにかかわらず作成しなければならない⁴⁾状態にあるとされているように、実際には医師の医療機関区分、診療科、患者の熟知度などは様々であると考えられる。主治医意見書は、診療所から高度な医療を提供する医療機関まで様々な医療機関の医師により記載されていることが推測されるが、医療機関別主治医の分布およびそれによる主治医意見書の内容の違いなど、実態は把握されていない。

そこで、本研究では、主治医意見書を記載する医師の所属医療機関区分別の分布および各々の申請者の属性と主治医意見書の特徴を明らかにすることを目的とした。

II 方法

(1) 使用データおよび分析対象

2012年3月に、東京都文京区の介護認定審査会で用いられた主治医意見書および介護認定審査会資料を使用した。そのうち、介護認定審査会資料の「現在の状況」が「居宅」である638件に限定した。その理由は、入院・入所中の者はその関係医療機関に主治医意見書を依頼することが推測され、通常的主治医の選択方法とは異なる可能性があると考えたからである。また、申請者が第一号被保険者である65歳以上に限定し、主治医の医療機関区分が不明および医療機関外であったものを除いた598件を用いた。

(2) 医療機関区分

筆者らが作成した医療機関分類コード（表1）を用いて医療機関の分類を文京区職員に委託し、コード番号のみ記された状態での主治医

表1 医療機関分類コード

コード	医療機関の種類
1	診療所
2	特定機能病院
3	国立大学法人／学校法人による病院 (特定機能病院を除く)
4	精神病床のある病院
5	療養病床のある病院
6	一般病院（200床以上）
7	一般病院（200床未満）

意見書の閲覧の許可を得た。従って筆者らは個々の医療機関名ではなく、各医療機関の区分のみがわかる状態で閲覧した。

(3) 分析項目

主治医意見書および介護認定審査会資料に、記載された以下の項目について医療機関区分別に分布を示した。申請者の属性として介護認定審査会資料より、年齢、性別、申請区分、当該医師による主治医意見書作成回数、一次判定結果、認知症高齢者自立度を用いた。また、主治医意見書に記載された、以下の項目を主治医意見書の特徴として分布を示した。生活機能低下の直接の原因となっている第一傷病名、過去14日以内に受けた特別な医療数、診断名記載数、傷病の経過に関する記載、投薬の有無および処方内容の記載、身長・体重の記載、特記すべき事項の記載、記載方法（手書き、入力ソフト）、認定結果の情報提供希望の記載を用い、さらに一次判定と二次判定結果の差を示した。

(4) 倫理的配慮

本研究は筑波大学医の倫理委員会の承認を得て実施した（承認日：平成24年10月19日、通知番号：第698号）。主治医意見書および介護認定審査会資料について、個人情報（氏名、住所等）がマスクされた状態での情報公開請求を行い、公開を受けた。

Ⅲ 結 果

(1) 申請者の基本属性

各項目の医療機関区分別の分布を表2に示す。以下、数の少なかった国立大学法人／学校法人による病院（以下、大学病院）（特定機能病院を除く）（7（1.2%））および精神病床のある病院（6（1.0%））以外について述べる。主治医意見書に記載した主治医が所属する医療機関は、診療所が321（53.7%）、特定機能病院が82（13.7%）、200床以上の一般病院が80（13.4%）、200床未満の一般病院が64（10.7%）、療養病床のある病院が38（6.4%）であった。平均年齢

表2 申請者の基本属性別選択医療機関区分別の分布

(単位 件)

	分布		年齢 平均± 標準偏差 (歳)	性別				申請区分(4区分中)					
	n	%		男性		女性		新規		更新		その他	
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
総数	598	100.0	83.2±7.0	184	30.8	414	69.2	174	29.1	353	59.0	71	11.9
診療所	321	53.7	84.4±6.5	88	27.4	233	72.6	71	22.1	221	68.8	29	9.0
特定機能病院	82	13.7	80.6±6.4	30	36.6	52	63.4	29	35.4	42	51.2	11	13.4
一般病院(200床以上)	80	13.4	81.4±8.2	31	38.8	49	61.3	38	47.5	31	38.8	11	13.8
一般病院(200床未満)	64	10.7	82.5±7.4	16	25.0	48	75.0	22	34.4	26	40.6	16	25.0
療養病床のある病院	38	6.4	83.6±7.4	14	36.8	24	63.2	13	34.2	22	57.9	3	7.9
大学病院(特定機能病院を除く)	7	1.2	83.1±5.4	1	14.3	6	85.7	1	14.3	5	71.4	1	14.3
精神病床のある病院	6	1.0	81.8±7.9	4	66.7	2	33.3	-	-	6	100.0	-	-

	作成回数				一次判定結果				認知症高齢者自立度							
	1回目		2回目以降		自立・要支援		要介護1-3		要介護4-5		自立		I・II		III・IV・M	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
総数	271	46.0	318	54.0	191	31.9	285	47.7	122	20.4	122	20.4	347	58.0	129	21.6
診療所	118	37.5	197	62.5	110	34.3	154	48.0	57	17.8	51	15.9	193	60.1	77	24.0
特定機能病院	45	56.3	35	43.8	28	34.1	36	43.9	18	22.0	25	30.5	45	54.9	12	14.6
一般病院(200床以上)	50	63.3	29	36.7	25	31.2	41	51.2	14	17.5	25	31.2	42	52.5	13	16.3
一般病院(200床未満)	37	57.8	27	42.2	16	25.0	28	43.8	20	31.2	10	15.6	39	60.9	15	23.4
療養病床のある病院	17	44.7	21	55.3	12	31.6	17	44.7	9	23.7	9	23.7	20	52.6	9	23.7
大学病院(特定機能病院を除く)	2	28.6	5	71.4	-	-	5	71.4	2	28.6	2	28.6	5	71.4	-	-
精神病床のある病院	2	33.3	4	66.7	-	-	4	66.7	2	33.3	-	-	3	50.0	3	50.0

注 1) 各項目のnは欠損の有無により異なる。
2) 分布の欄以外は、各変数内で横に合算して100%とした。

は診療所で84.4歳と最も高く、特定機能病院で80.6歳と最も低かった。性別では、男性は特定機能病院で36.6%、200床以上の一般病院で38.8%、療養病床のある病院で36.8%と、診療所の27.4%や200床未満の一般病院の25.0%に比べやや多かった。申請区分については更新が半数を超えていたのは診療所で68.8%、特定機能病院で51.2%、療養病床のある病院で57.9%であった。当該医師にとっての作成回数について、2回目以降の方が1回目より多かったのは、診療所で62.5%、療養病床のある病院で55.3%であった。一次判定結果はいずれの医療機関区分においても自立・要支援が3割前後、要介護1-3が4~5割、要介護4-5が2~3割前後であり大きな差はなかったが、認知症高齢者自立度では、自立が特定機能病院で30.5%、

200床以上の一般病院で31.2%でありその他の医療機関より多く、Ⅲ・Ⅳ・Mがそれぞれ14.6%および16.3%と他より少ない傾向にあった。

(2) 主治医意見書の特徴

主治医意見書の記載内容の特徴として、まず生活機能低下の直接の原因となっている第一傷病名上位5つの医療機関区分別の分布を示す(表3)。全体における第一傷病名は、アルツハイマー病、その他の認知症、脳梗塞、骨折、がんの順に多かった。医療機関区分別に最も多かったのは、診療所ではアルツハイマー病、特定機能病院ではアルツハイマー病・骨折・がん、一般病院では骨折、療養病床のある病院では脳梗塞であった。

表3 生活機能低下の直接の原因になっている第一傷病名(上位5つ)の医療機関区分別の分布

(単位 件)

	n	アルツハイマー病		その他の認知症		脳梗塞		骨折		がん	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
総数	598	65	10.9	54	9.0	51	8.5	50	8.4	45	7.5
診療所	321	47	14.6	38	11.9	27	8.4	10	3.1	21	6.5
特定機能病院	82	8	9.8	5	6.1	2	2.4	8	9.8	8	9.8
一般病院(200床以上)	80	4	5.0	2	2.5	11	13.8	16	20.0	9	11.3
一般病院(200床未満)	64	3	4.7	2	3.1	3	4.7	12	18.8	6	9.4
療養病床のある病院	38	2	5.3	5	13.2	7	18.4	2	5.3	-	-
大学病院(特定機能病院を除く)	7	-	-	-	-	1	14.3	2	28.6	1	14.3
精神病床のある病院	6	1	16.7	2	33.3	-	-	-	-	-	-

注 網掛けは、各医療機関において最も多かった第一傷病名である。

表4 医療機関区分別の主治医意見書の特徴

(単位 件)

	特別な医療の数 中央値 (最少、 最大値)	診断名 記載数 中央値 (最少、 最大値)	傷病の 経過 記載あり (%)	投薬 有無 記載あり (%)	処方内容 記載あり (%)	身長・体重 記載あり (%)	特記事項 記載あり (%)	記載方法 手書き (%)	情報提供 希望あり (%)	一次・二次 判定差 重度化 (%)
総数	0(0,7)	3(1,13)	590 (98.7)	306 (51.2)	173 (28.9)	396 (66.2)	383 (64.0)	362 (60.6)	194 (71.6)	153 (26.0)
診療所	0(0,4)	3(1,13)	315 (98.1)	204 (63.6)	138 (43.0)	273 (85.0)	251 (78.2)	182 (56.7)	144 (87.8)	84 (26.0)
特定機能病院	0(0,7)	2(1,7)	81 (98.8)	29 (35.4)	4 (4.9)	31 (37.8)	35 (42.7)	77 (95.1)	14 (31.1)	20 (24.0)
一般病院(200床以上)	0(0,5)	2(1,6)	80 (100.0)	25 (31.3)	9 (11.3)	33 (41.3)	29 (36.3)	22 (27.5)	8 (42.1)	24 (30.0)
一般病院(200床未満)	0(0,4)	2(1,9)	63 (98.4)	19 (29.7)	6 (9.4)	29 (45.3)	27 (42.2)	57 (89.1)	18 (62.1)	13 (20.0)
療養病床のある病院	0(0,6)	3(1,8)	38 (100.0)	21 (55.3)	9 (23.7)	24 (63.2)	33 (86.8)	14 (36.8)	6 (85.7)	10 (26.0)
大学病院 (特定機能病院を除く)	0(0,2)	1(1,4)	7 (100.0)	3 (42.9)	2 (83.3)	1 (14.3)	3 (42.9)	7 (100.0)	2 (50.0)	2 (29.0)
精神病床のある病院	0(0,0)	3(1,4)	6 (100.0)	5 (83.3)	5 (28.6)	5 (83.3)	5 (83.3)	3 (50.0)	2 (66.7)	- (-)

注 各項目のnは欠損の有無により異なる。

次に、その他の主治医意見書の記載内容の特徴を医療機関区別に示す(表4)。診断名の記載数は記載欄が3行であり、通常3つまで記載することになっているが、その中央値は診療所や療養病床のある病院では3であったが、特定機能病院や一般病院では2と少なかった。傷病の経過についての自由記述欄は、ほぼすべてにおいて記載されていたが、投薬の有無は、診療所で63.6%および療養病床のある病院で55.3%と半数以上で記載されていたのに対し、特定機能病院は35.4%、200床以上の一般病院は31.3%、200床未満の一般病院は29.7%と記載が少なかった。さらに、その処方内容は、診療所では43.0%で記載されていたのに対し、特定機能病院では4.9%、200床以上の一般病院では11.3%、200床未満の一般病院では9.4%と記載が少なかった。身長・体重の記載は、診療所で85.0%、療養病床のある病院で63.2%と、特定機能病院の37.8%、200床以上の一般病院41.3%、200床未満の一般病院45.3%より多く記載されていた。特記すべき事項の自由記述欄の記載は、診療所で78.2%、療養病床のある病院で86.8%と記載ありが多かったが、特定機能病院は42.7%、200床以上の一般病院は36.3%、200床未満の一般病院は42.2%と半数に満たなかった。一方、記載方法が手書きであった施設の割合は、特定機能病院で95.1%、200床未満の一般病院で89.1%と、200床以上の一般病院の27.5%や療養病床のある病院の36.8%より高かった。

Ⅳ 考 察

主治医意見書を記載した医師の所属機関別の分布は、診療所が53.7%と最も多かった。一方、特定機能病院および200床以上の一般病院も、それぞれ約13%を占めており、高度な医療を求められている医療機関においても主治医意見書が記載されている実態が明らかとなった。主治医意見書を記載する医師は、原則申請者が指名することになっているが、比較的年齢の低い人や男性では、特定機能病院や200床以上の一般

病院等の大きな病院に依頼する傾向にあった。しかし、特定機能病院や一般病院では、作成回数が1回目より2回目以降が少なく、2回目以降の継続的主治医としては、診療所や療養病床のある病院へ移行している可能性もみとれた。そして、診療所や療養病床のある病院の医師は、主治医意見書の記載においても、特定機能病院や一般病院と比べて未記載が少なく充実しており、継続した診療を通じて申請者の日常生活状態を把握した上で主治医意見書を記入していると考えられた。一方、地域医療の中心的役割を果たす病院も存在すると考えられる200床未満の一般病院において、診療所および療養病床のある病院に比べると、自由記述欄の未記載が多かった。また、特定機能病院と200床以上の一般病院では自由記述欄の記載やチェック項目数および情報量が少なかった。

主治医意見書記載ガイドブックで述べられているように、介護保険制度における主治医意見書では、申請者の介護の必要性について詳細な情報が求められる⁷⁾。特に、特定機能病院や一般病院で記載の少なかった「特記すべき事項」は、要介護認定審査会における審査判定に加え、その後の介護サービス利用時にもケアプラン作成や継続的フォローにも用いられ、「医療」と「介護」をつなぐための重要な情報源となる⁷⁾とされ、詳細な記載が求められているものである。この重要な欄に記載がないということは、主治医意見書として求められる情報が乏しいことにつながると考えられる。

このように本研究によって、医師の所属する医療機関により、内容の記載量や記載方法が異なることが示唆された。本研究では、その理由は明らかにできないが、考えられる医師側の理由としては、医師が申請者の日常の状況を把握できていない、把握しているが忙しくて書く時間が足りない、教育不足などから書く必要性の認識が低い等が考えられる。認識の差の可能性を示す報告として、日本臨床内科医会が実施した同会員への介護保険や主治医意見書に関わるアンケートでは、「介護保険における医師の関与がだんだんと希薄化されているように感じる

がどうか」に対し、そう思うと回答したのは、開業医の66.6%、勤務医・その他の52.5%であり、開業医と勤務医という勤務形態による介護保険への姿勢等、介護保険制度への関わり具合による問題意識の差異がみられた⁸⁾としている。

本研究は在宅の高齢者を対象に行ったが、在宅における医師の役割は、「在宅医療に積極的に取り組み、要介護者の医学的管理、治療方法についての選択肢の提示、介護者に対するケア方法の指示、指導、介護者の悩みや不安に対する相談相手など、長期ケアにおける役割⁹⁾を担うことが求められており、在宅医療のニーズも増える中、こうした役割の医師はますます重要になるであろう。主治医意見書記載ガイドブックには、申請者の身近に存在する診療所等のかかりつけの医師は、地域での患者の日常生活を実際にみることは可能だが、疾病管理が主である病院等の医師にはそれは困難であると記されている⁷⁾。在宅ケアにおける役割を担う医師は、高度の医療を提供すべき大きな病院より、日ごろから高齢者の病状および生活を把握している地域に根差した医療機関の医師が望ましいと考える。

現在、主治医意見書を記載する医師は、原則申請者が自由に指定することになっており、診療科や医療機関の種類を特定したり、医師に資格を持たせることは特にしていない。しかし、主治医がない場合に申請者の主治医意見書を記載する指定医については、1999年に行われた厚生労働省の全国担当課長会議で配布された資料¹⁰⁾に、高齢者介護（医療を含む）に関する実務経験を有することが望ましく、都道府県または医師会等が主治医意見書の記載についての研修等を行った場合には、当該研修を受講した医師に記載を依頼することを原則とする、と記されており、申請者が選択する一般の主治医に対しても同様の要件を求めてもよいかもしれない。

一方で、主治医を選択する側である申請者が、特定機能病院や大規模な病院を選択しているために、こうした医療機関でも主治医意見書の記載が行われることになる。主治医意見書に限らず、一般的に大病院志向があるといわれている

が、大病院をかかりつけ医としている先行研究として、全国調査で、かかりつけ医療機関が病院であると回答した者が36.0%いるとした調査がある¹¹⁾。また東京都と茨城県における調査では、21.9%が「大病院（大学病院等の特定機能病院を含む）」にかかりつけ医がいると回答し¹²⁾、他の調査ではどんな病気やケガでも「大病院」を選択すると回答した60歳以上の者も18.5%いた¹³⁾。こうした大病院志向から、大規模な病院をかかりつけ医としている高齢者は多く、主治医意見書の記載を依頼する医師としても、特定機能病院や200床以上の一般病院等大病院に求めている可能性がある。本研究の結果から大規模な病院では主治医意見書への記載内容が相対的に少ないことが判明したが、主治医意見書には申請者の介護の必要性について詳細な情報が求められる⁷⁾観点から、主治医意見書を依頼する医師としてふさわしい医師はどういった医師なのかを議論し、住民への教育と、大規模病院から地域の医師への適切な紹介を促すことが必要であると考ええる。

本研究の限界として、本研究を行った東京都文京区には、4つの特定機能病院が存在するが、同市内あるいは同区内に特定機能病院が複数存在するのは、新宿区に4つ、板橋区、大阪府吹田市に2つずつのみであり、他地域に比べ、主治医意見書の記載に特定機能病院の医師を指名する割合が高い可能性があるため、日本全国への一般化は難しい可能性がある。ただし、すべての申請者が文京区の医療機関のみに主治医を指名したわけではなく、区外の医療機関利用者も多いことが推測されるが、筆者らは、医療機関名がマスクされた状態で医療機関区分のコードのみを閲覧したため、区内と区外の医療機関の割合を把握しておらず、文京区の医療機関の分布がどの程度影響しているかは定かではない。

また、チェック項目にチェックがされていない、あるいは自由記述欄に記載がないことは、記載する医師が状態を把握できていないのか、医師の判断により記載されていないのか、あるいは申請者の特性を表しているのかは推測の域でしかなく、これらの記載量を持って、医師の

記載方法のいかんを問うことには限界がある。ただし、例えば身長・体重の記載は、測定さえすれば記載できる内容であるため、こうした記載の有無については医師の裁量によるものと考えられる。また、本データをもとに、われわれは、診療所と特定機能病院の医師による意見書のみに着目し、申請者の年齢、性別、一次判定の結果等の属性で調整をした上での比較分析を行ったが、特定機能病院医師に書かれた場合には自由記述の記載が有意に少ないという結果が得られており¹⁴⁾、本研究における全所属の医師における記載の多少も、医師側の理由による部分が多いと推察される。

なお、今回入手可能であった主治医意見書は、ひと月の審査会で使用されたものに限定されたが、季節変動等も考慮して、より大きなサンプル数を集めることは今後の課題である。

主治医意見書は、医療と介護の連携における重要なツールであり、高齢者の正確な情報ができる限り詳細に記載されることが望ましいが、本研究において、大規模病院では、相対的に記載事項が少なく、高齢者の日常の生活を把握できていない、あるいは把握していても時間や認識の低さなどにより記載していない可能性が示唆された。従って、高度の医療を求められる大規模病院においても介護保険の主治医を担うことがふさわしいのか、どういった医療機関、診療科、高齢者医療・介護の習熟度の医師が役割を担うべきか議論の余地があると考ええる。さらに、住民の大病院志向に対して医療機関選択に関する教育も必要ではないかと考える。

V 結 語

本研究より、当該対象地域において主治医意見書の記載が最も多かった医師の所属は診療所であったが、2番目に多いのは特定機能病院であり、高度の医療を求められる特定機能病院や大規模な一般病院においても一定割合で主治医意見書が記載されていることが明らかとなった。診療所および療養病床のある病院の医師により記載された主治医意見書は、他医療機関の医師

に比べ記載が充実していた。また、これらの医療機関では、作成回数が1回目より2回目以降が多く、継続した診療を通じて申請者の日常生活状態を把握した上で主治医意見書に記入をしていることがうかがえた。200床未満の一般病院は地域医療の中心的役割を果たす病院も存在すると考えられるが、自由記述欄の未記載が多かった。特定機能病院と200床以上の一般病院では未記載項目が多く、その理由の1つとして、高齢者の日常生活を含めた状態の把握ができていない可能性が示唆された。介護保険における主治医の役割分担および住民の大病院志向に対して医療機関選択における教育の検討が必要であると考ええる。

謝辞

本研究実施にあたり、多大なご協力をいただきました文京区介護保険課の皆様、文京区医師会理事・本郷内科クリニック院長、山崎瑞樹先生に感謝申し上げます。

本研究は、科学研究費補助金（基盤研究(A)）「医療・介護・福祉の融合－現場発ヘルスサービスリサーチによる地域包括ケアの実現」（課題番号：24249031、研究代表者：田宮菜奈子）によるものである。

文 献

- 1) 介護保険法第27条3（平成9年12月17日 法律第123号）。
- 2) 厚生労働省老健局老人保健課長通知平成21年3月31日 別添2「主治医意見書記入の手引き」（老老発第0331001号）。
- 3) 秋田裕. 要介護認定上の問題点－介護認定審査会について－. 総合リハビリテーション 2002; 30(2): 186-7.
- 4) 松山真, 宮岡等. 要介護認定の一次判定と主治医意見書の問題点. 老年精神医学雑誌 2000; 11(9): 1000-4.
- 5) 大江洋介. 要介護認定の所要日数に及ぼす主治医意見書の影響－2年間の調査. 日本老年医学会雑誌 2005; 42(3): 335-9.
- 6) 田中章慈. 主治医意見書の記載について. 日本医

- 師会雑誌 2002；1(14)：91-6.
- 7) 平成22年度厚生労働省老人保健健康増進等事業『要介護認定における主治医意見書の記載方法等に関する調査研究事業』委員会編. 主治医意見書記載ガイドブック. NPOシルバー総合研究所. 2011；3.
- 8) 田中章慈, 安達秀樹, 朝倉晃, 他. 介護保険アンケート調査の結果報告－日本臨床内科医会会員の意識調査－. 日本臨床内科医会会誌 2010；25(4)：485-98.
- 9) 青柳俊. 介護保険制度における医師の役割. 日本老年医学会雑誌 1997；34：990-1.
- 10) 平成11年8月3日全国担当課長会議 資料No.5 要介護認定の事務処理等について 要介護認定・介護支援チーム.
- 11) 厚生省大臣官房統計情報部編. 表17. 平成7年国民生活基礎調査第1巻解説編. 東京：財団法人厚生統計協会, 1997；155.
- 12) 遠藤久夫. 「かかりつけ医」の実態と受療行動に及ぼす影響. 学習院大学経済経営研究所年報 2004；18：27-37.
- 13) 杉澤秀博, 杉原陽子, 金恵京, 他. 高齢者における医療機関選択に関連する要因－なぜ大病院を選択するのか－. 日本公衆衛生雑誌 2000；47(11)：915-24.
- 14) Yoko Moriyama, Nanako Tamiya, Akiko Kamimura, et al. Doctors' opinion papers in long-term care need certification in Japan：Comparison between clinic and advanced treatment hospital settings. Public Policy and Administration Research 2014；4(9)：31-7.