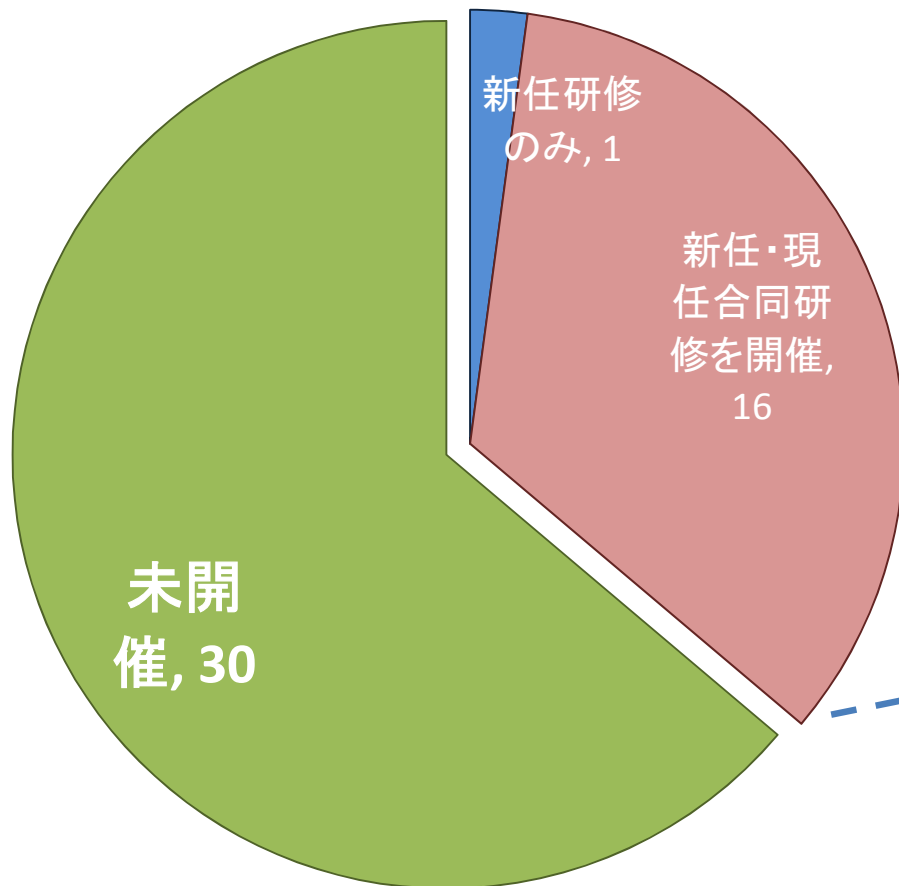


医師意見書作成研修について

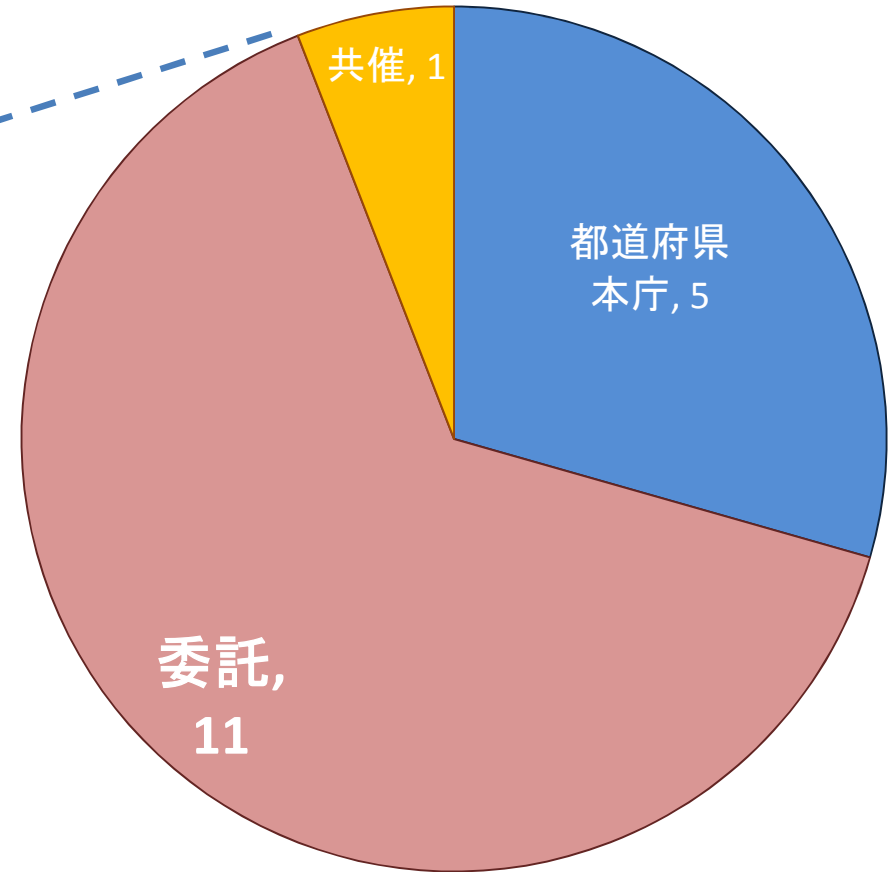
医師意見書作成研修の実施状況とニーズ

医師意見書を作成する医師向けの研修の実施状況

各都道府県における
医師意見書作成研修の開催実績 (H26)

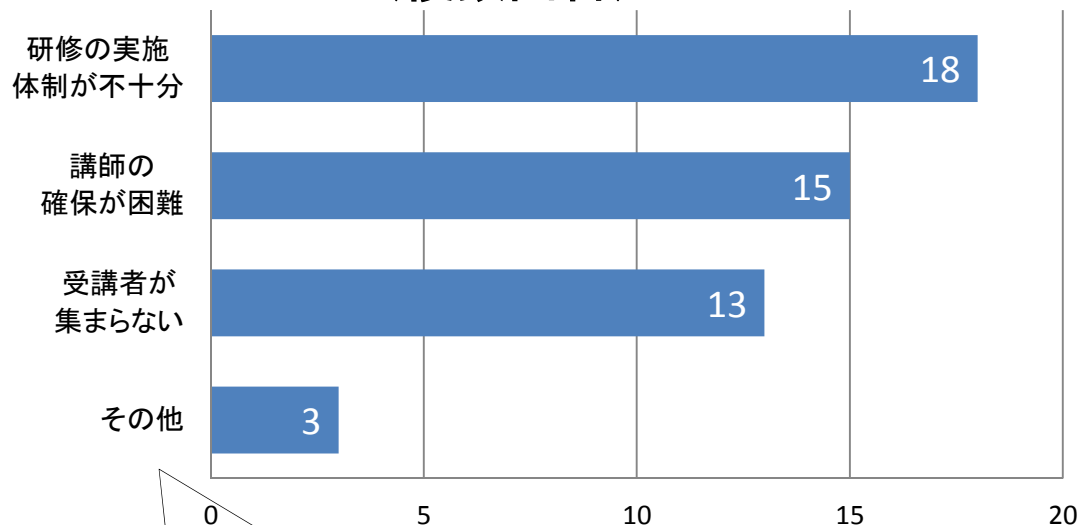


医師意見書作成研修の実施主体



医師意見書作成医師研修が未開催の自治体の意見

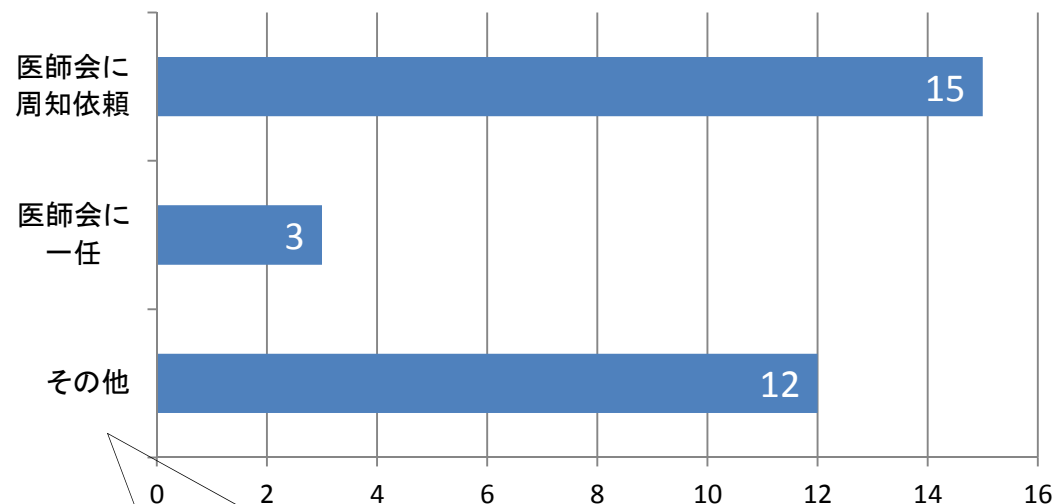
医師研修を開催しない理由 (複数回答)



「その他」の内容

- ・ どの程度、研修要望があるか不明
- ・ 国マニュアル等を配布しており、特に必要性を感じていない。
- ・ 医師意見書のは、介護保険でも既に記載していることから、研修は不要と判断。

医師研修を実施しない場合の代替方法



「その他」の内容

- ・ 市町村経路でマニュアルを配布
- ・ 医療機関等へマニュアルを配布
- ・ 行政側より丁寧なマニュアルやQ & Aを周知することで対応していただけるのではないかと
- ・ 市町村が対応できるようにしている
- ・ 他の研修に参加いただく
- ・ 問い合わせがあれば手引きで説明
- ・ 代替方法も特になし

○本来業務の多忙さ

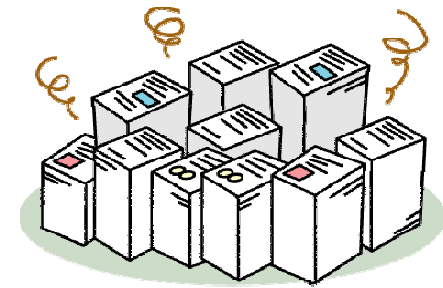
ex) 診察、往診、カルテの作成など



+

○各種制度の類似資料の作成

ex) 要介護認定の意見書、障害者年金の診断書、
障害者手帳の診断書



ポイントをしっかりと押さえて、
効率よく作成したい

審査会委員からの意見、要望

医師意見書について、H28に訪問した市町村審査会の委員からいただいた意見

- 医師意見書について、認定に際して初めて診察する患者や家族等から聞き取った内容か、実際に医師が普段から診療していて生活全般を知っている患者について記載した内容かで温度差を感じる。医師意見書の初回か2回目以降かのチェックを意識するようにしている。
- 医師意見書を書く際、精神障害と身体障害の重複障害がある場合など、専門外の部分を適切に評価するのは難しい。専門外の障害や、複数の障害をもつ人については、複数の意見書を得ることができれば、より適切に審査できるようになるだろう。（同様の意見複数）
- 医師意見書を書く際に、何を書いたらよいのか、現場では情報が不足している印象がある。情報をアナウンスする等の工夫が必要である。
- 読みやすい、わかりやすい記載にしてほしい。（同様の意見複数）

医師意見書作成研修の実施方法について

＜他の研修と連携＞

- ・ 要介護認定の意見書作成のための研修とあわせて実施。
- ・ 医師向けに開催される他の研修で一コマ時間をいただく。

＜医師が参加しやすい時期、場所で開催＞

- ・ 夜間や休診日、診察のない時間帯を選んで
- ・ 市区町村ごと、地域ごと等、参加しやすい場所を選んで

（参考）工夫をされている都道府県の実例

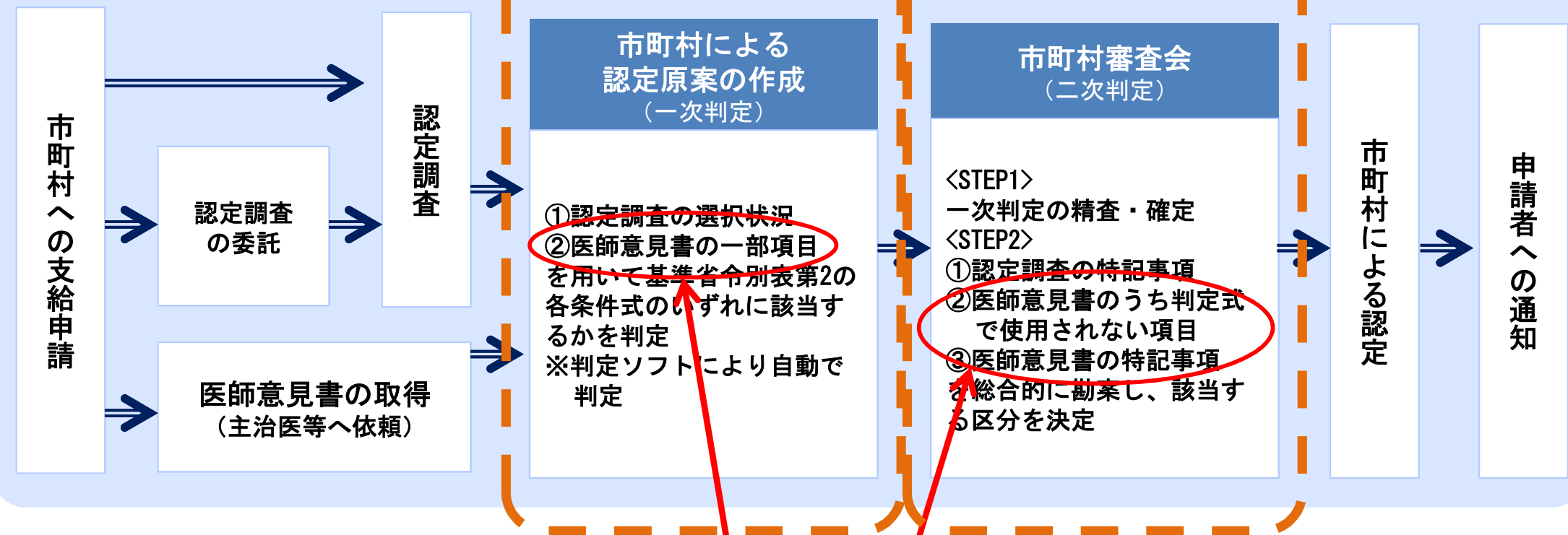
- ・ 集合型研修の開催が困難であるため、医師会主催の研修の中で時間をとっていただき、医師意見書記載に当たっての留意点等を説明。

医師意見書作成研修の内容について

- 概論的講義（制度上の位置づけ、使われ方） 20分
- 記載におけるポイント 20分
- 実際の記載事例の紹介 15分
- 専門外の診療科についての意見の考え方 5分

制度上の位置づけ、使われ方

認定手続きの流れ

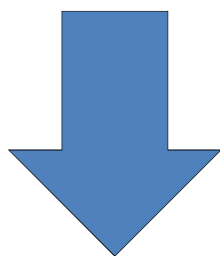


医師意見書の出番は2カ所。

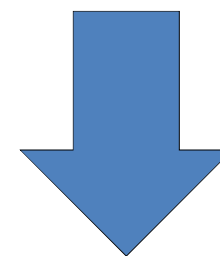
障害支援区分が示すもの、目的

(障害支援区分の定義)

障害者等の障害の多様な特性その他の心身の状態に応じて必要とされる標準的な支援の度合



どんな支援が必要になるのか？



どんな支援が行われているのか？

「支援の量」を意識した記載

- (例)
- ・ 「精神・神経症状」の選択肢で「睡眠障害」にチェック
 - ・ 「傷病に関する意見」に「睡眠導入剤を処方」と記載
 - ・ 「生活障害評価」で「服薬の管理」を3にチェック

市町村審査会で審査

飲み忘れはあるけどだいたい眠れている？

処方していてもなお不眠？

服薬しないため眠れていない？



「服薬の必要性は理解し状態は安定」
「病識が薄く、服薬管理必要」等、
支援の必要性、内容について
わかりやすく具体的な記載が必要。

医師意見書の記載例

医師意見書（記載例）

記入日 平成 27年 0月 0日

申請者	〔ふりがな〕	男	女
明・大・昭・平	年 月 日 至 (歳)	〒	〒
〒		〒	
上記の申請者に関する意見は以下の通りです。 主治医として本意見書がサービス申請用封筒の添付に当たって利用されることに <input type="checkbox"/> 同意する、 <input type="checkbox"/> 同意しない。			
医師氏名	〒		
区療養所住所	〒		

(1) 最終診察日: 平成 27年 0月 0日

(2) 意見書作成回数: 初回 2回目以上

(3) 他 科 受 診: 内科 精神科 外科 整形外科 脳神経外科 皮膚科 泌尿器科 腫瘍科 小児科 耳鼻咽喉科 その他

4. 障害の原因となる病気

(1) 診断名（障害の直接の原因となっている病名については1.に記入）及び発症年月日

1. 〇〇症 (〇〇歳) 発症年月日 昭和 21年 4月 1日

2. △△△病 発症年月日 昭和 25年 4月 1日

3. _____ 発症年月日 昭和 平成 年 月 日

入院歴（最近の入院歴を記入）

1. 昭和 25年 4月 ~ 26年 6月 [病名: △△△病]

2. 昭和 平成 年 月 ~ 年 月 [病名: _____]

(2) 症状としての安定性 不安定である場合、具体的な状況も記入。
 常に精神疾患・障害については症状の変動についてわかるように記入。
〇〇氏は、半年~1年で再発を繰り返している。

(3) 障害の直接の原因となっている病名の経過及び治療内容を含む治療内容

平成 20年に発症。検査の結果、〇〇症と診断。平成 23年10月から自宅療養。
平成 24年4月に△△△病を合併。〇〇氏は、ステロイド治療により経過。再発の可能性あり。
(現在〇〇〇を180mg投与中、副作用による▽▽▽症状を認める) 脳神経痛、鼻炎汚染が持続。

5. 障害の程度

身長: 160cm 体重: 60kg (過去6ヶ月の体重の変化 増加 維持 減少)

右腕 [痛: 軽 中 重] 左腕 [痛: 軽 中 重]

右足 [痛: 軽 中 重] 左足 [痛: 軽 中 重]

その他 [痛: _____ 程度: 軽 中 重]

過去6ヶ月の症状の変動 改善 維持 増悪

肩関節 右 [痛: 軽 中 重] 左 [痛: 軽 中 重]

肘関節 右 [痛: 軽 中 重] 左 [痛: 軽 中 重]

股関節 右 [痛: 軽 中 重] 左 [痛: 軽 中 重]

膝関節 右 [痛: 軽 中 重] 左 [痛: 軽 中 重]

その他 [痛: _____ 程度: 軽 中 重]

(6) 関節の痛み 部位: 全身 程度: 四肢 中

(7) 歩行・移動運動 過去6ヶ月の症状の変動 改善 維持 増悪

上肢 右 [痛: 軽 中 重] 左 [痛: 軽 中 重]

下肢 右 [痛: 軽 中 重] 左 [痛: 軽 中 重]

その他 [痛: _____ 程度: 軽 中 重]

(8) 視覚 部位: _____ 程度: _____

(9) その他の疾患 部位: _____ 程度: _____

3. 行動及び認知機能の制限に関する事項

(1) 行動上の障害: 不安定歩行 暴言 自傷 他害 火傷への抵抗 徘徊

危険の認識が困難 不潔行為 臭気 性的逸脱行動 その他 [_____]

(2) 精神症状・能力障害二種評価
精神症状評価 合計 0 1 2 3 4 5 6

能力障害評価 合計 0 1 2 3 4 5

(3) 生活障害評価 (判断時期 平成 27年 0月)

食事 合計 0 1 2 3 4 5 生活リズム 合計 0 1 2 3 4 5

排泄 合計 0 1 2 3 4 5 金銭管理 合計 0 1 2 3 4 5

服薬管理 合計 0 1 2 3 4 5 対人関係 合計 0 1 2 3 4 5

(4) 精神・神経症状: 意識障害 記憶障害 注意障害 進行性認知障害

社会的行動障害 その他の認知機能障害 気分障害 [うつ気分、軽躁/躁状態]

幻覚障害 幻聴 妄想 その他 [_____]

専門医受診の有無 有 無 不明

(5) てんかん: 週1回以上 月1回以上 年1回以上

4. 特別な医療（現在、定期的あるいは頻回に受けている医療）

処置内容 薬物の管理 中心神経系薬 透析 ストーマの処置

酸素療法 レスビレーター 気管切開の処置 疼痛の管理

検査検査 [買ろう] 呼吸器処置 (回家 回/日) 関節の処置

特別な処置 モニター測定 [血圧、心拍、酸素飽和度等] 褥瘡の処置

先着への対応 カテーテル [ロンドンカテーテル、留置カテーテル 等]

5. サービス利用に関する意見

(1) 現在、発生の可能性が高い病名とその対応方針

感染症 心臓機能の低下 疼痛 脱水 行動障害 精神障害

けいれん発作 その他 [_____]

→ 対応方針 [バリアフリー、杖の使用、録音機 など]

(2) 障害福祉サービスの利用時に必要な医学的観点からの留意事項

血圧について _____

嚥下について _____

歩行について _____

移動について [病例に注意、長距離の移動不可]

行動障害について _____

精神症状について _____

その他 [暑い時期は適切な対応が必要]

(3) 感染症の有無 (有の場合は具体的に記入)

有 無 不明

6. その他特記すべき事項

障害支援区分の認定やサービス申請用封筒の添付に必要な医学的な意見を記載してください。なお、専門医等に別途意見を求めた場合はその内容、結果も記載してください。 [清潔性検査や褥瘡検査や専門医受診等] 申し渡す事項を明記して頂いても結構です。]

脳神経痛、鼻炎汚染は、清潔、手動によって変動。悪化の際はADL低下。

一人暮らしのため、夜間の移動が必要。GOLの改善が期待できる。

障害の原因となっている疾病が適切に記載されているか

傷病の経過、特記事項は書かれているか

チェック漏れはないか

- 他の診療科の診断も必要かもしれない。
 - 患者は他の診療科も受診しているようだ。
 - 所見が困難な部分がある。
- 市町村事務局へ伝達、相談を。
他の診療科へも情報提供を依頼する、審査会に判断を仰ぐ等、事務局での対応も必要になる部分。
抱え込まず、連携して対応を。