

平成 27 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主治医意見書の実態把握と  
地域差の要因分析に関する調査研究事業  
報告書**

平成 28(2016)年 3 月



三菱UFJリサーチ&コンサルティング

MUFG



## － 目次 －

第1部 本調査研究の実施概要 .....	1
I. 調査の目的 .....	1
II. 本調査研究事業の全体像 .....	2
1. 全体構成 .....	2
2. 各調査の実施概要 .....	2
III. 調査実施体制 .....	3
第2部 主治医意見書のあり方に関する調査 .....	4
I. 調査概要 .....	4
1. 目的とねらい .....	4
2. 対象と主要調査内容 .....	4
3. 実施時期 .....	5
4. 実施方法 .....	5
5. 対象の抽出方法 .....	6
II. 主治医意見書記載医師へのアンケート調査結果 .....	7
1. 回答状況 .....	7
2. 基本情報 .....	7
3. 在宅医療・介護連携の状況 .....	13
4. 認知機能の評価 .....	14
5. 主治医意見書の書式 .....	17
III. 介護認定審査会委員へのアンケート調査結果 .....	22
1. 回答状況 .....	22
2. 基本情報 .....	22
3. 審査判定における情報の活用状況 .....	26
4. 認知機能の評価 .....	27
5. 主治医意見書の書式 .....	28
IV. 介護支援専門員へのアンケート調査結果 .....	32
1. 回答状況 .....	32
2. 基本情報 .....	32
3. 認定調査への従事経験 .....	37
4. 在宅医療・介護連携の状況 .....	39
5. 居宅サービス計画作成時の主治医意見書の活用状況 .....	40
V. 調査結果のまとめ .....	46
1. 各調査結果の要点 .....	46
2. 考察 .....	48

第3部 認定調査項目に関する調査.....	49
I. 調査概要 .....	49
1. 目的とねらい .....	49
2. ヒアリング調査の実施概要 .....	49
3. アンケート調査の実施概要 .....	50
II. 自治体の認定調査員等へのヒアリング調査結果 .....	52
1. 調査結果 .....	52
2. 調査方法の見直しによる選択率等の変化（自治体 A） .....	53
3. 選択率の違いに影響を与える要因に関する仮説の検討 .....	55
III. 自治体の認定調査員等へのアンケート調査結果 .....	57
1. 回答状況 .....	57
2. アンケート集計結果の分析方法 .....	57
3. 認定調査の体制等 .....	59
4. 「1-1 麻痺等の有無（下肢）」の調査方法・判断基準 .....	65
5. 「3-4 短期記憶」の調査方法・判断基準 .....	73
IV. アンケート調査結果を用いた外れ値の要因分析 .....	77
1. 調査分析の方法 .....	77
2. 目的変数の設定 .....	78
3. 地域特性に関する説明変数の設定 .....	85
4. 調査方法・判断基準に関する説明変数の設定 .....	92
5. 重回帰分析によるはずれ値の要因分析 .....	100
6. 判別分析によるはずれ値の要因分析 .....	107
第4部 資料編（調査票） .....	119

# 第1部 本調査研究の実施概要

## I. 調査の目的

要介護認定制度は、介護保険制度の導入以来、公平公正な介護保険給付を実現するための重要な施策として機能してきた。しかしながら、主治医意見書については、その記載内容のバラツキなどについて審査会から改善を求める声も聞かれる。主治医意見書を記載する医師側からも、記載すべき事項やその視点について明確化すべきとの声もある。とりわけ介護予防・日常生活支援総合事業への移行にあわせ、要介護1・要支援2の判定がより注目される環境にあり、適正な判断を行うための情報源としての主治医意見書の重要性は増している。

また、要介護認定の認定調査については、制度発足当初より、地域間格差が発生していることが指摘されており、この解消は制度の公平性を担保するものとして重要な課題となっている。

本事業では、要介護認定における主治医意見書の今後のあるべき改善の方向性について、現場の意見集約を行うことを目的として、主治医意見書の記入方法、記載事項、介護認定審査会における活用実態等について調査を行う。

あわせて、認定調査項目における地域間格差の解消に向けた基礎資料を収集することを目的として、選択率のばらつきの大きい認定調査項目について、各自治体の調査方法及び判断基準の実態等に関する調査を行う。

## II. 本調査研究事業の全体像

### 1. 全体構成

本調査研究事業は、大きく2つの調査から構成されている。

#### ①主治医意見書のあり方に関する調査

- 主治医意見書記載医師へのアンケート調査 第2部Ⅱ
- 介護認定審査会委員へのアンケート調査 第2部Ⅲ
- 介護支援専門員へのアンケート調査 第2部Ⅳ

#### ②認定調査項目に関する調査

- 自治体の認定調査員等へのヒアリング調査 第3部Ⅱ
- 自治体の認定調査員等へのアンケート調査 第3部Ⅲ、Ⅳ

### 2. 各調査の実施概要

#### (1) 主治医意見書のあり方に関する調査

主治医意見書のあり方に関する調査では、主治医意見書を記載する側（医師：第2部Ⅱ）と活用する側（介護認定審査会委員：第2部Ⅲ、介護支援専門員：第2部Ⅳ）の双方を対象とした調査により、主治医意見書の記載事項、活用状況、様式に関する意見等を収集した。

調査にあたっては、「記載内容のバラつき」「認知症高齢者の日常生活自立度」の2点に特に重点を置き、主治医意見書のあり方に関する意見等の収集を行った。

#### (2) 認定調査項目に関する調査

認定調査項目に関する調査では、選択率の地域間格差が大きい「1-1 麻痺等の有無（下肢）」「3-4 短期記憶」を調査対象とし、各自治体における調査方法及び判断基準について調査を行った。

調査にあたっては、特に選択率を上昇させる原因を把握するため、下肢麻痺・短期記憶の選択率の高い自治体を対象にヒアリング調査を行い（第3部Ⅱ）、原因に関する仮説を検討した。それに基づき、アンケート調査票を設計し、全国の自治体の認定調査の実態を調査した。調査結果は、選択率が中央値に近い自治体とはずれ値を示している自治体に分けて比較を行ったほか（第3部Ⅲ）、重回帰分析・判別分析を用いて選択率を上昇させる要因の分析を行った（第3部Ⅳ）。

### III. 調査実施体制

調査実施体制は、以下の通りである。

図表 1-1 調査実施体制

氏名	所属・役職
岩名 礼介	三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング 経済・社会政策部 主任研究員
清水 孝浩	三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング 経済・社会政策部 主任研究員
家子 直幸	三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング 経済・社会政策部 副主任研究員
齋木 由利	三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング 経済・社会政策部 副主任研究員
窪田 裕幸	三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング 経済・社会政策部 研究員
阿部 路恵	三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング 社会システム共創部 アソシエイト
信國 舞	三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング 経済・社会政策部 スタッフ

## 第2部 主治医意見書のあり方に関する調査

### 1. 調査概要

#### 1. 目的とねらい

##### (1) 複数の関係者からの意見の収集

平成23年度の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事務負担の軽減に関する調査研究事業」では、自治体の認定事務局を対象としたアンケート調査を行い、認定事務局が担う主治医意見書に係る業務等を定量的に把握した。また、平成25年度「要介護認定の実施方法に関する調査研究事業」では、上記に加え、介護認定審査会委員を対象としたアンケート調査も行い、審査会委員が審査判定において重視している情報や不足している情報、主治医意見書の書式に対する意見等を把握した。

本調査研究事業では、これらの結果を踏まえ、主治医意見書を記載する側（医師）と活用する側（介護認定審査会委員、介護支援専門員）の双方を対象とした調査により、主治医意見書の記載事項、活用状況、様式に関する意見等を収集することとした。

##### (2) 記載内容のバラつきと認知症高齢者の日常生活自立度

主治医意見書の記載内容のバラつきに関しては、平成25年度調査でも多くの指摘がなされてきたが、記載する側である医師の意見は、これまで定量的な把握はなされていない。また、認知症自立度に関しては、日常生活支援総合事業への移行にあわせ、状態の維持・改善可能性にかかる審査判定がより注目される環境にあるが、記載する医師が様々な基準を有している可能性がある。

本調査研究事業では、この2点に特に重点を置き、主治医意見書のあり方に関する今後の議論に資するような基礎資料の作成を目的とした。

### 2. 対象と主要調査内容

#### (1) 主治医意見書記載医師調査

主治医意見書を記載している医師を対象として、下記の調査項目について尋ねた。

- ・在宅医療・介護連携への関与状況
- ・認知機能の評価基準、評価方法
- ・主治医意見書の記載方法、改善意見 / 等

#### (2) 介護認定審査会委員調査

介護認定審査会の委員を対象として、下記の項目について尋ねた。

- ・審査判定における情報の活用方法
- ・認知機能の評価方法、評価のあり方
- ・主治医意見書の書式で重視している点、改善意見 / 等

### (3) 介護支援専門員調査

居宅介護支援事業所の介護支援専門員を対象として、下記の項目について尋ねた。

- ・ 認定調査への従事状況
- ・ 在宅医療・介護連携の状況
- ・ 居宅サービス計画作成時の活用状況
- ・ (活用している場合) 主治医意見書の書式で重視している点 / 等

### 3. 実施時期

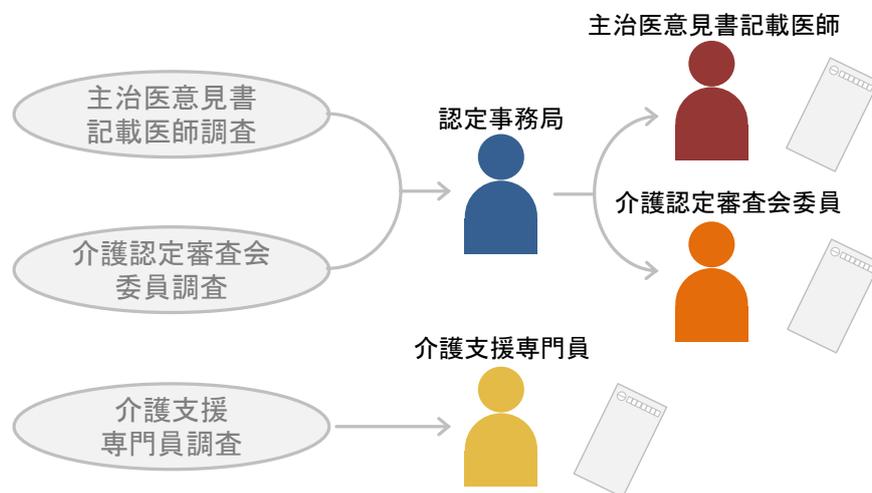
3種類の調査票は、いずれも平成28年1月26日に発送し、2月24日に回収を締め切った。

### 4. 実施方法

3種類の調査票とも、郵送法による発送・回収とした。このうち、主治医意見書記載医師調査と介護認定審査会委員調査は、全国の自治体(被災地域を除く)の認定事務局宛に発送し、実際の回答者には認定事務局より配布いただくよう依頼した。

また、介護支援専門員調査は、被災地域を除いた事業所リストを作成した上で、各事業所に直接発送した。

図表 2-1 調査実施方法



## 5. 対象の抽出方法

### (1) 主治医意見書記載医師調査

認定事務局のうち①主治医意見書の依頼を行っている保険者のみを対象とし、②当該保険者内に勤務地がある医師のうち、③調査票到着日以降に主治医意見書の記載依頼を行う順に5名に達するまで調査票を配布するよう、認定事務局に依頼した。

### (2) 介護認定審査会委員調査

認定事務局のうち①介護認定審査会の運営業務を行っている自治体のみを対象とし、②調査票到着日以降で直近に開催予定の審査会に出席する委員全員(3~6人)に調査票を配布するよう、認定事務局に依頼した。

### (3) 介護支援専門員調査

全国の居宅介護支援事業所(被災地を除く)から約1/10を無作為に抽出し、調査票への記載を求めた。

## II. 主治医意見書記載医師へのアンケート調査結果

### 1. 回答状況

調査票を発送した自治体数は 2,013 件で、各自治体に 5 件ずつ発送したため発送件数は合計 10,065 件であった。ただし、実際には主治医意見書に係る業務を実施していない、本調査の対象外である自治体にも発送していることから、対象件数は不明である。

回収数は 3,222 件、有効回収数は 3,033 件であった。

図表 2-2 調査対象の回答状況(単位:件)

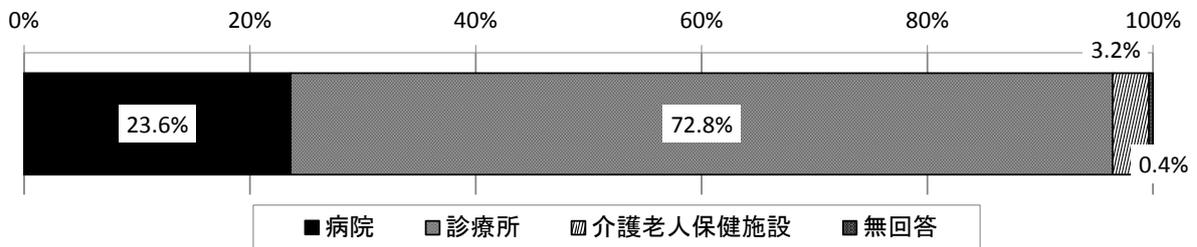
発送自治体数	発送件数	回収数	有効回収数
2,013	10,065	3,222	3,033

### 2. 基本情報

#### (1) 勤務先

回答者の勤務先は、「病院」が 23.6%、「診療所」が 72.8%、「介護老人保健施設」が 3.2%であった。

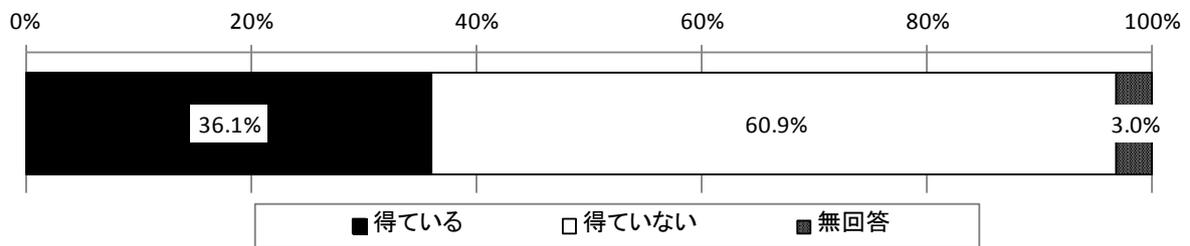
図表 2-3 回答者の勤務先 (n=3,033)



## (2) 在宅療養支援診療所等か

回答者の勤務先について、在宅療養支援病院または在宅療養支援診療所としての認可を「得ている」との回答は 36.1%であった。

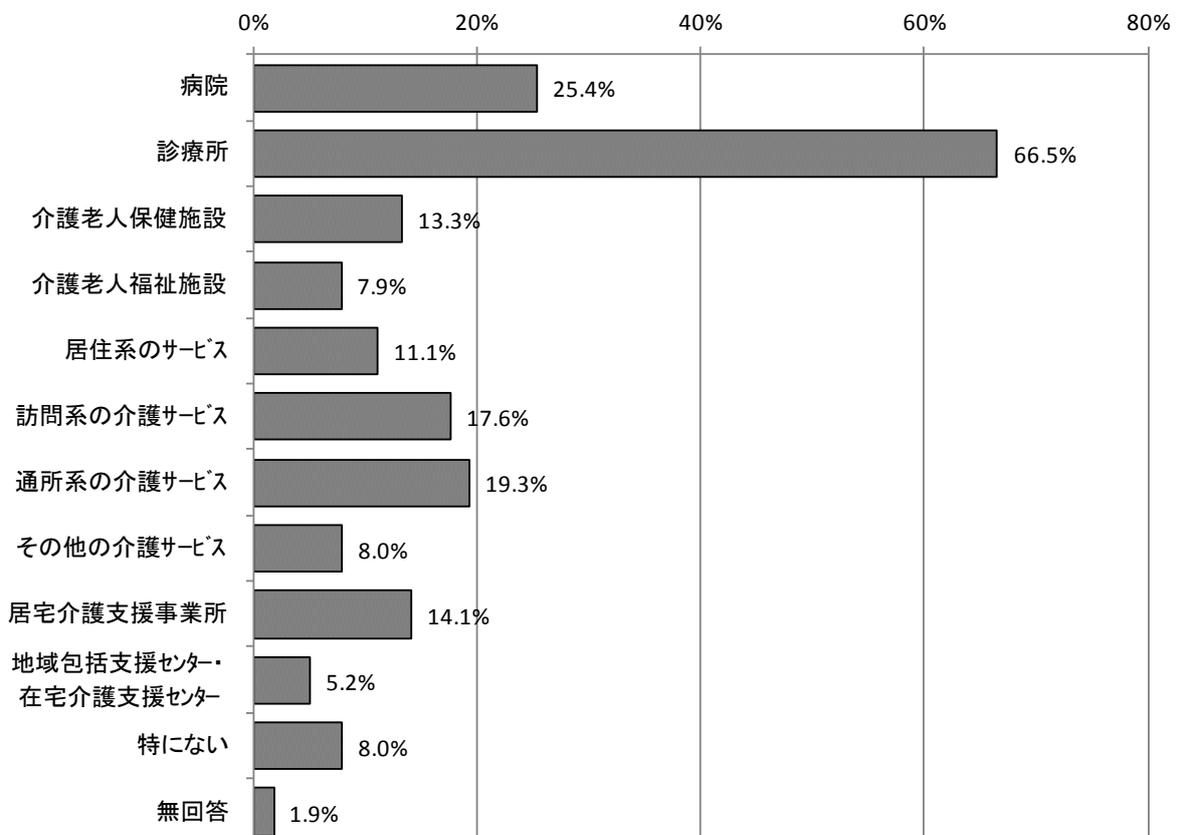
図表 2-4 在宅療養支援診療所・病院としての認可 (n=3,033)



## (3) 法人が運営する医療・介護施設・事業所

回答者の勤務先の医療法人または関連・系列法人が運営する医療・介護施設・事業所としては、「病院」が 25.4%、「診療所」が 66.5%、「通所系の介護サービス（デイサービス、通所リハビリテーション等）」が 19.3%、「訪問系の介護サービス（ヘルパー、訪問看護、訪問リハビリテーション等）」が 17.6%であった。

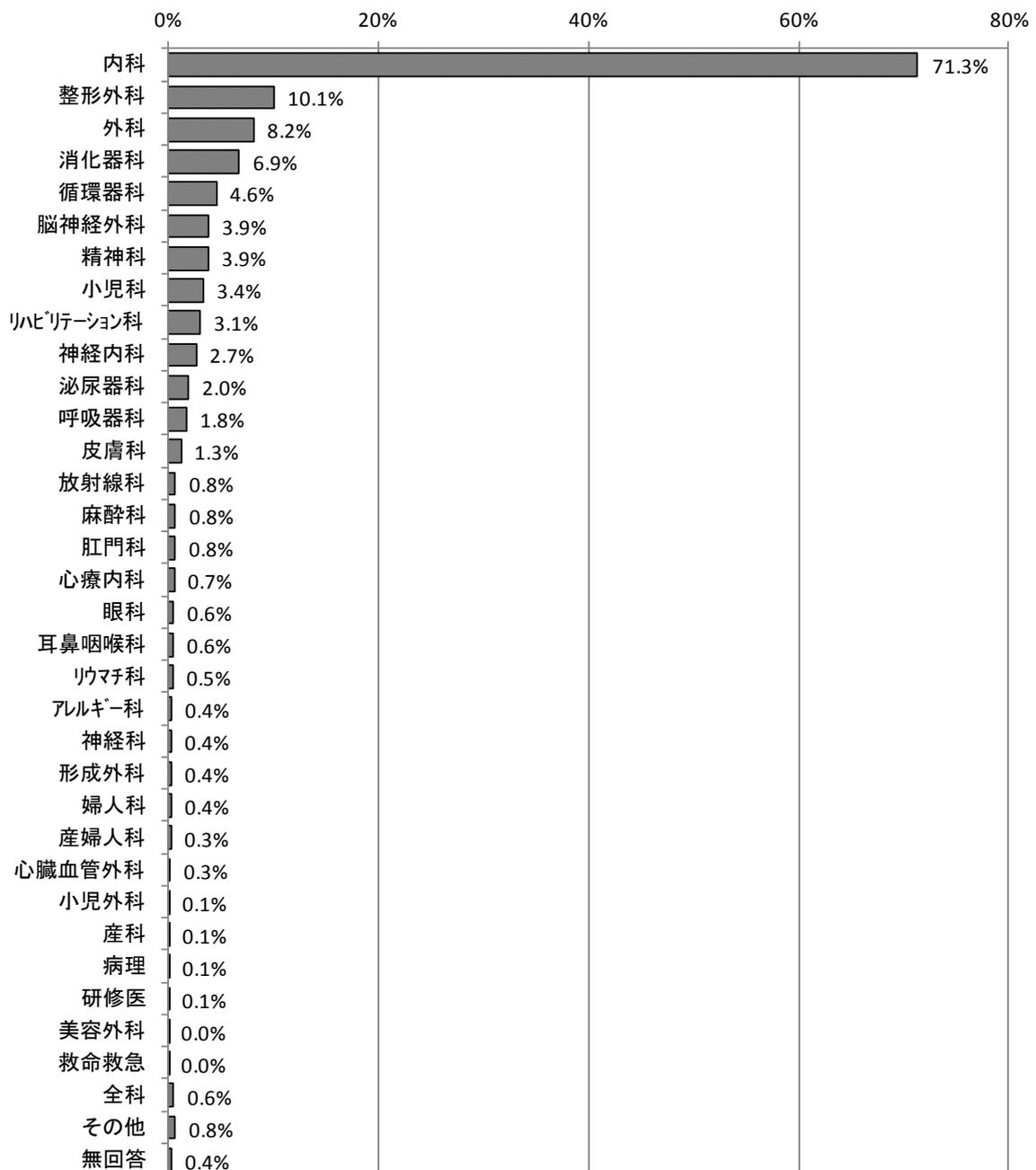
図表 2-5 法人が経営する医療・介護施設・事業所 (複数回答、n=3,033)



#### (4) 主たる診療科

回答者の主たる診療科としては、「内科」が 71.3%、「整形外科」が 10.1%、「外科」が 8.2%であった。

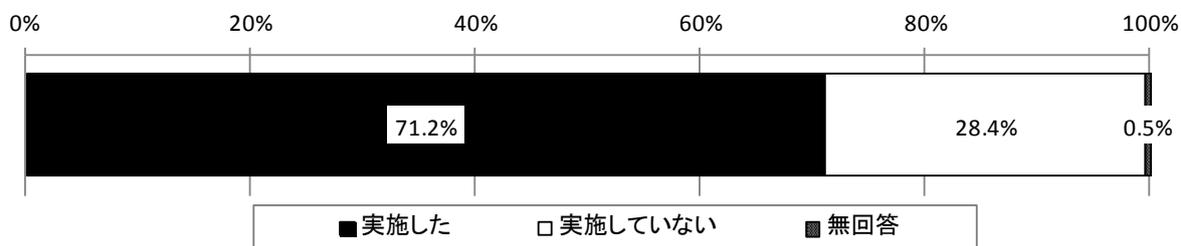
図表 2-6 主たる診療科(複数回答、n=3,033)



### (5) 往診・訪問診療の実施

平成 27 年度（平成 27 年 4 月以降）中に往診または訪問診療を実施したかどうかについては、「実施した」が 71.2%であった。

図表 2-7 往診・訪問診療の実施 (n=3,033)



### (6) 主治医意見書の記載経験

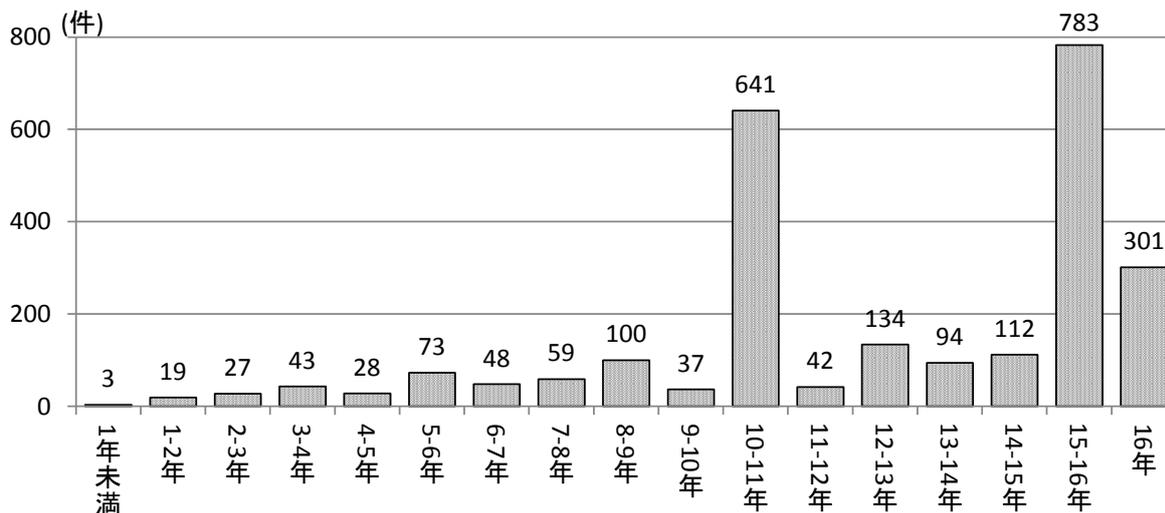
主治医意見書の記載経験（累計）は、平均で 11.9 年、中央値で 13.0 年であった。

回答の分布をみると、「15～16 年」との回答が 783 件で最も多く、次いで「10～11 年」が 641 件であった。

図表 2-8 主治医意見書の記載経験（記入式、単位：年）

n	平均	標準偏差	中央値	最大値	最小値
2,544	11.9	3.7	13.0	16	0

図表 2-9 主治医意見書の記載経験年数の分布 (n=2,544)



### (7) ひと月あたりの主治医意見書の記載依頼

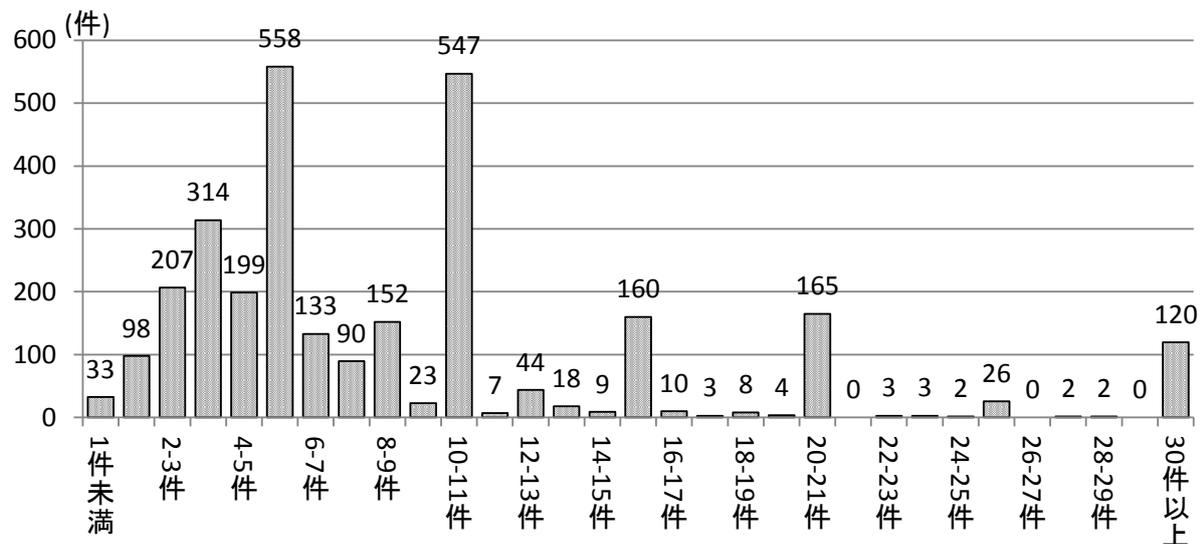
回答者へのひと月あたりの主治医意見書の記載依頼は、平均 9.0 件、中央値 6.0 件であった。

回答の分布をみると、「5～6 件」が 558 件、「10～11 件」が 547 件と多かった。また、「30 件以上」との回答も 120 件あった。

図表 2-10 ひと月あたりの主治医意見書の記載依頼(記入式、単位：件)

n	平均	標準偏差	中央値
2,940	9.0	9.1	6.0

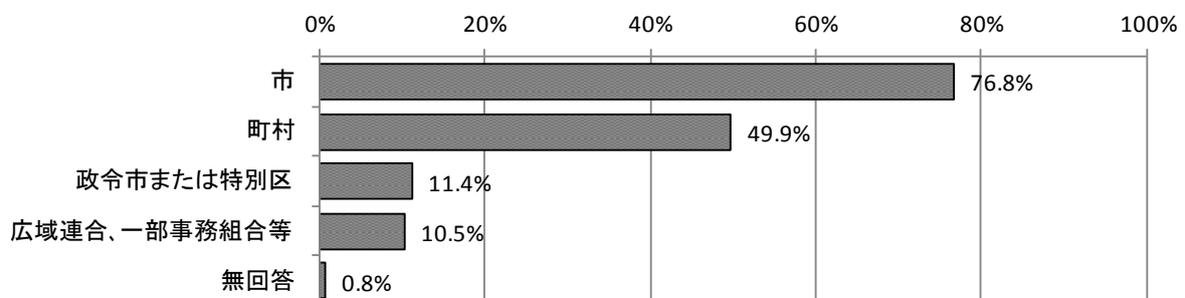
図表 2-11 ひと月あたりの主治医意見書の記載依頼件数の分布(n=2,940)



### (8) 主治医意見書の依頼がある自治体

回答者へ主治医意見書の依頼がある自治体としては、「市」が 76.8%、「町村」が 49.9%であった。

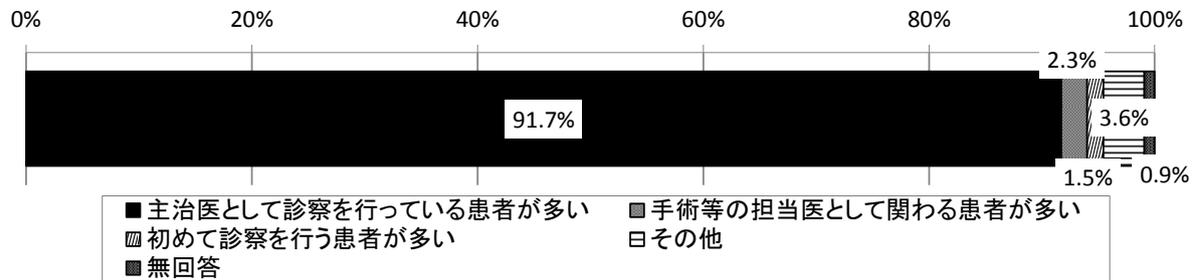
図表 2-12 主治医意見書の依頼がある自治体(複数回答、n=3,033)



### (9) 主治医意見書を記載する患者との接点

回答者と主治医意見書を記載する患者との接点として最もよくあてはまる選択肢としては、「主治医として診察を行っている患者が多い」が 91.7%を占めた。

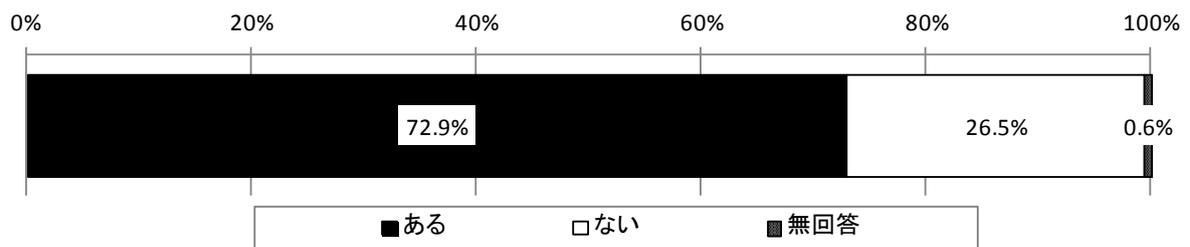
図表 2-13 主治医意見書を記載する患者との接点 (n=3,033)



### (10) 介護認定審査会への出席経験

介護認定審査会の委員として出席した経験については、「ある」が 72.9%であった。

図表 2-14 介護認定審査会への出席経験 (n=3,033)

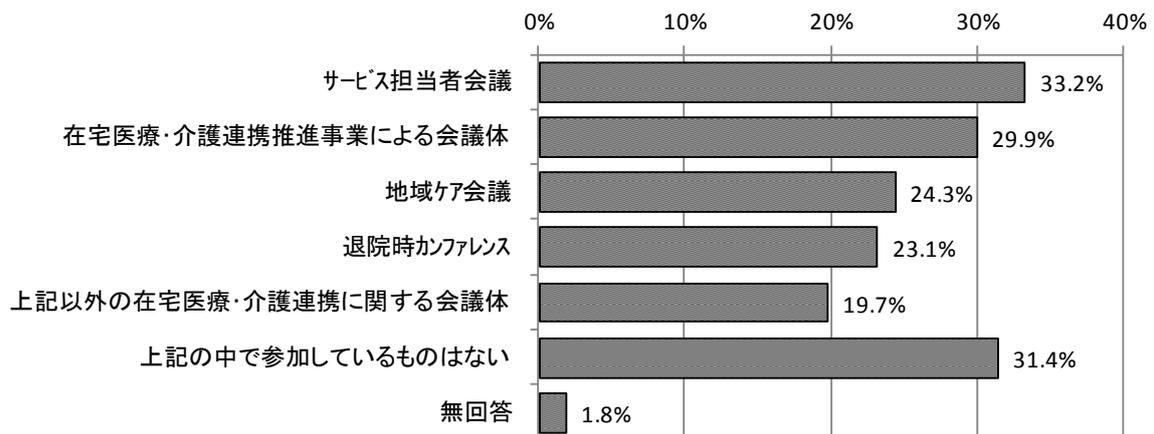


### 3. 在宅医療・介護連携の状況

#### (1) 勤務先または地域内の会議体への参加

平成 27 年度中に、勤務先または地域内で開催される在宅医療・介護連携に関する会議体に参加したかどうかを尋ねたところ、「サービス担当者会議」が 33.2%で最も高く、次いで「在宅医療・介護連携推進事業による会議体」が 29.9%であった。他方、「上記の中で参加しているものはない」との回答も 31.4%あった。

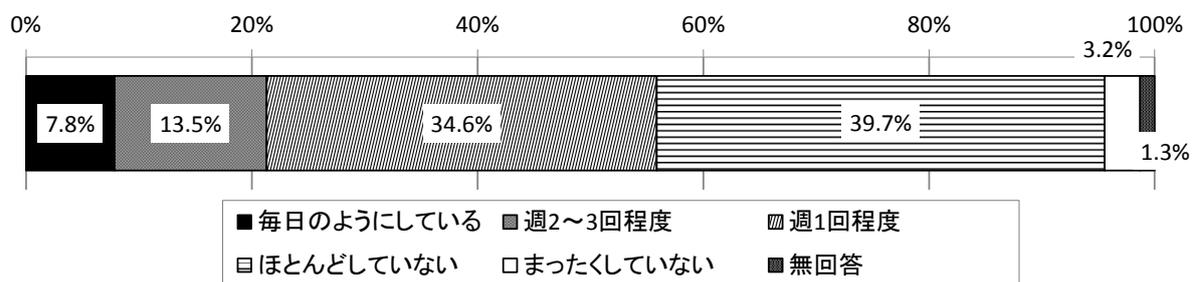
図表 2-15 勤務先または地域内の会議体への参加（複数回答、n=3,033）



#### (2) 介護支援専門員や介護サービス事業者との直接のやり取り

介護支援専門員（ケアマネジャー）や介護サービス事業者との直接のやり取りの頻度として、1 週間におおむねどの程度あるかを尋ねたところ、「ほとんどしていない」が 39.7%、「週 1 回程度」が 34.6%であった。

図表 2-16 介護支援専門員や介護サービス事業者との直接のやり取り (n=3,033)

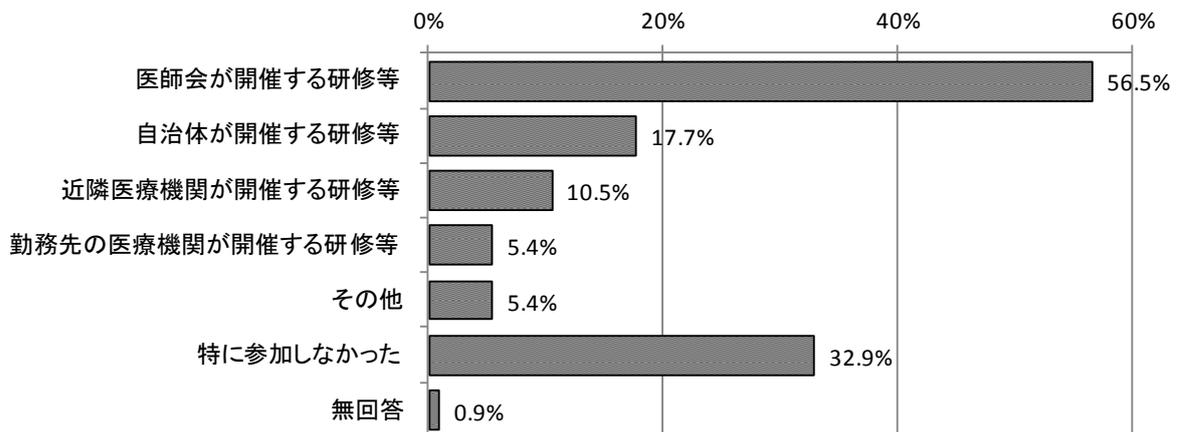


#### 4. 認知機能の評価

##### (1) 認知症に関する研修等への参加

平成 27 年度中に参加した認知症に関する研修等としては、「医師会が開催する研修等に参加した」が 56.5%、「自治体が開催する研修などに参加した」が 17.7%であった。他方、「特に研修等には参加しなかった」は 32.9%であった。

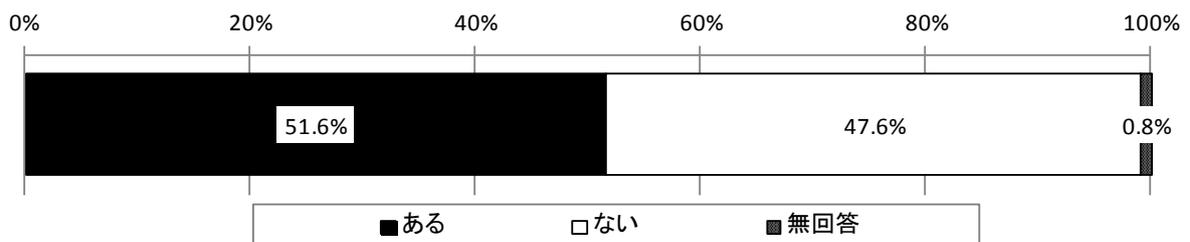
図表 2-17 認知症に関する研修等への参加（複数回答、n=3,033）



##### (2) かかりつけ医認知症対応力向上研修への参加

過去、「かかりつけ医認知症対応力向上研修」に参加した経験については「ある」が 51.6%であった。

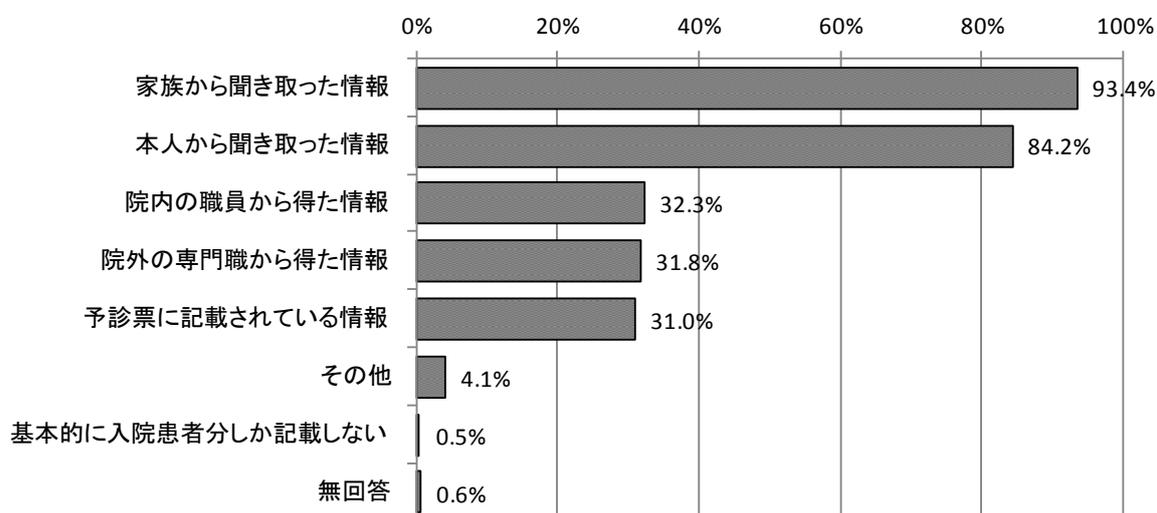
図表 2-18 かかりつけ医認知症対応力向上研修への参加（n=3,033）



### (3) 主治医意見書記載対象者の生活状況の把握

主治医意見書を記載する対象者の生活状況の把握において重視している情報として、「家族から聞き取った情報」が93.4%、「本人から聞き取った情報」が84.2%と高かった。

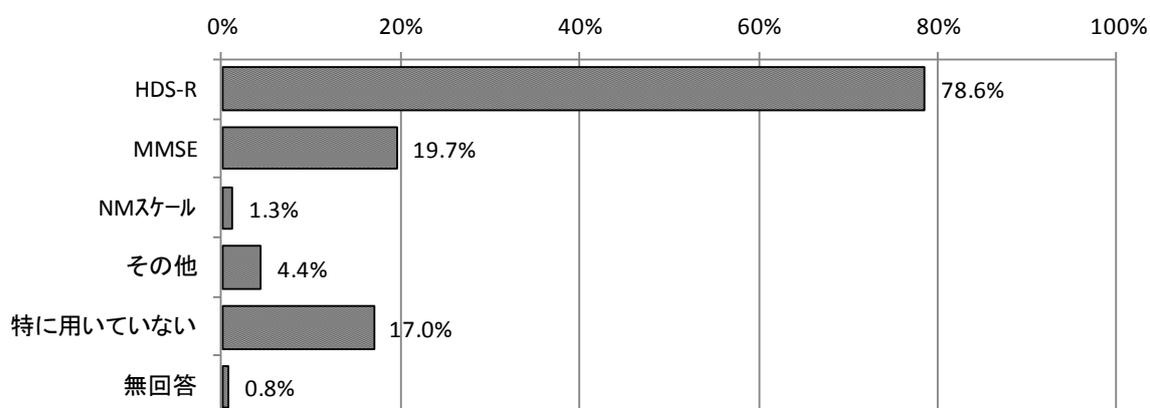
図表 2-19 主治医意見書記載対象者の生活状況の把握(複数回答、n=3,033)



### (4) 認知機能や認知能力等の評価の尺度や検査方法

認知機能や認知能力等を評価するにあたり、「認知症高齢者の日常生活自立度」以外の方法として用いている既存の尺度や検査方法としては、「HDS-R（長谷川式簡易知能評価スケール）」が78.6%と高かった。他方、「特に既存の尺度や検査方法は用いていない」は17.0%であった。

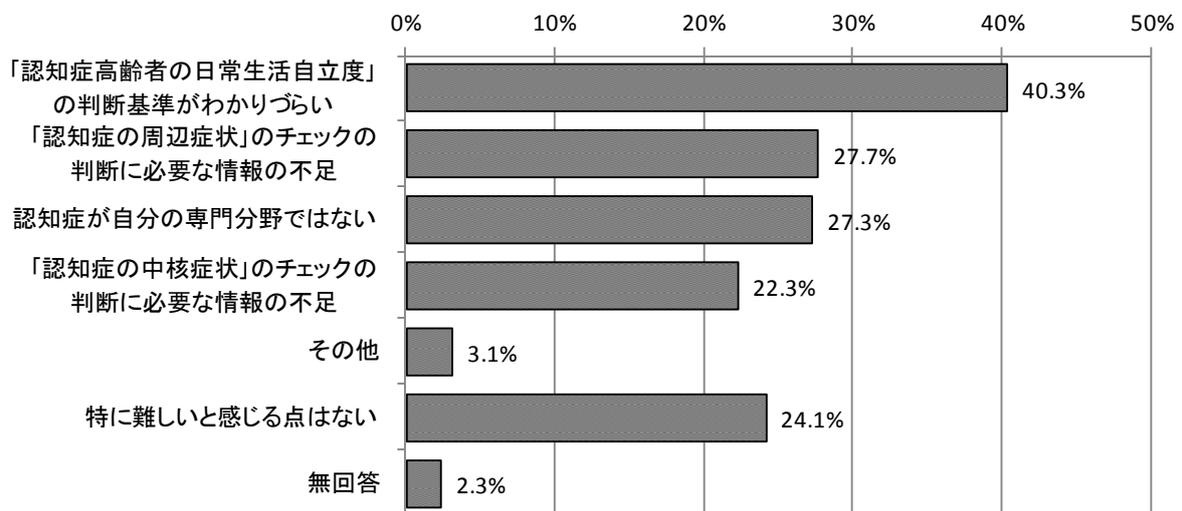
図表 2-20 認知機能や認知能力等の評価の尺度や検査方法(複数回答、n=3,033)



### (5) 認知機能を評価するにあたって難しいと感じる点

認知機能を評価するにあたり難しいと感じる点としては、「『認知症高齢者の日常生活自立度』の判断基準がわかりづらい」が40.3%、「『認知症の周辺症状』のチェックの判断に必要な情報が不足している」が27.7%、「認知症が自分の専門分野ではない」が27.3%であった。他方、「特に難しいと感じる点はない」は24.1%であった。

図表 2-21 認知機能を評価するにあたって難しいと感じる点 (n=3, 033)

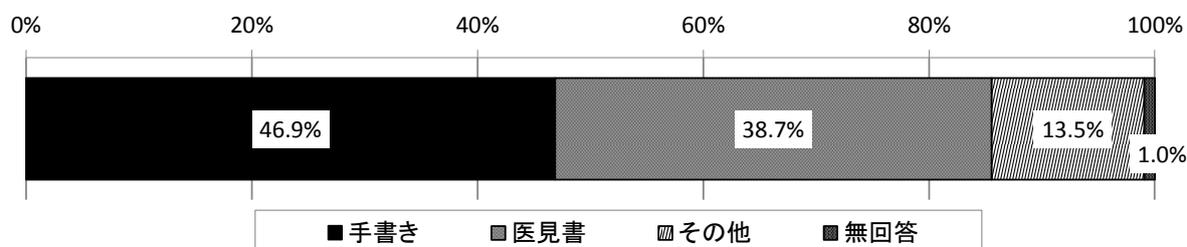


## 5. 主治医意見書の書式

### (1) 主治医意見書の記入方法

主治医意見書の記入方法としては、「手書き」が 46.9%、「医見書（日本医師会作成・配布のソフトウェア）」が 38.7%であった。

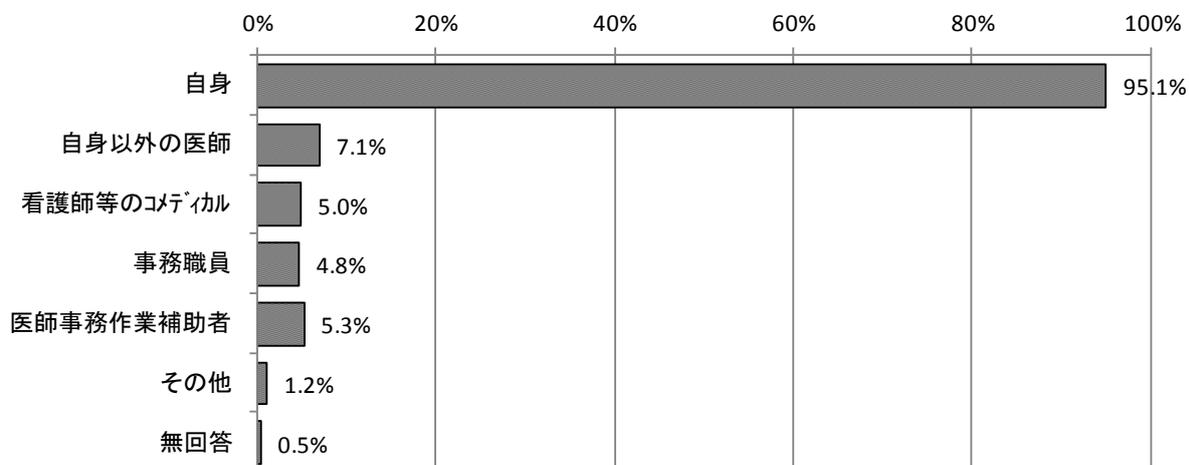
図表 2-22 主治医意見書の記入方法 (n=3, 033)



### (2) 記入を日常的に担っている担当者

主治医意見書の記入を日常的に担っている担当者としては、「回答者自身」が 95.1%で、「医師事務作業補助者」(5.3%)、「看護師等のコメディカル」(5.0%)、「事務職員」(4.8%) は少数にとどまった。

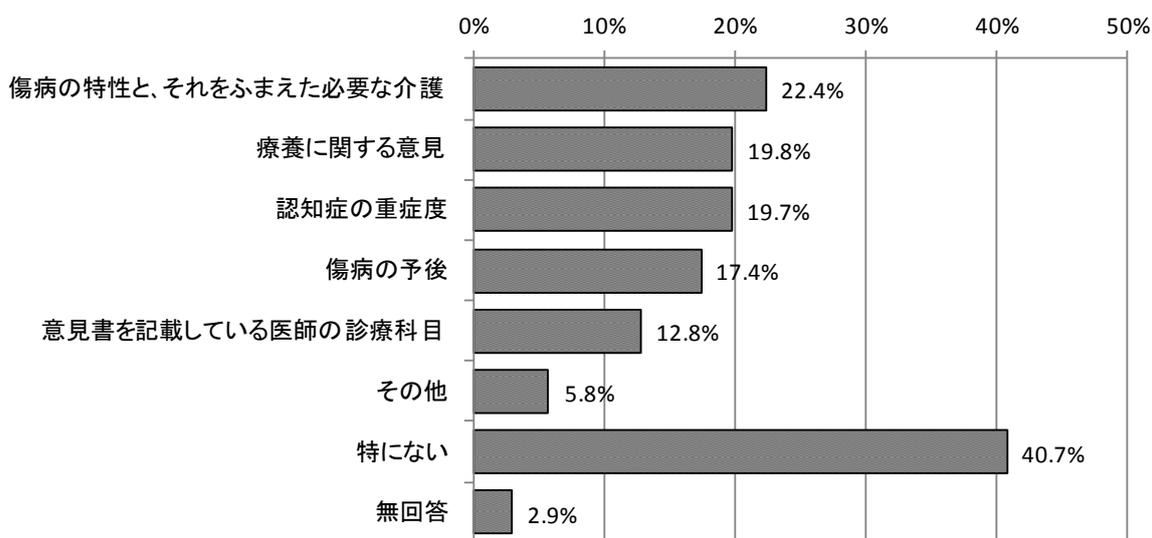
図表 2-23 記入を日常的に担っている担当者 (複数回答、n=3, 033)



### (3) 追加した方がよいと思われる項目

主治医意見書の書式に追加した方がよいと思われる項目は「特にない」との回答が40.7%と最も高かった。追加した方がよいと思われる具体的な項目としては、「傷病の特性と、それをふまえた必要な介護」が22.4%、「要介護状態の軽減または悪化防止のために必要な療養に関する意見」が19.8%、「認知症の重症度」が19.7%であった。

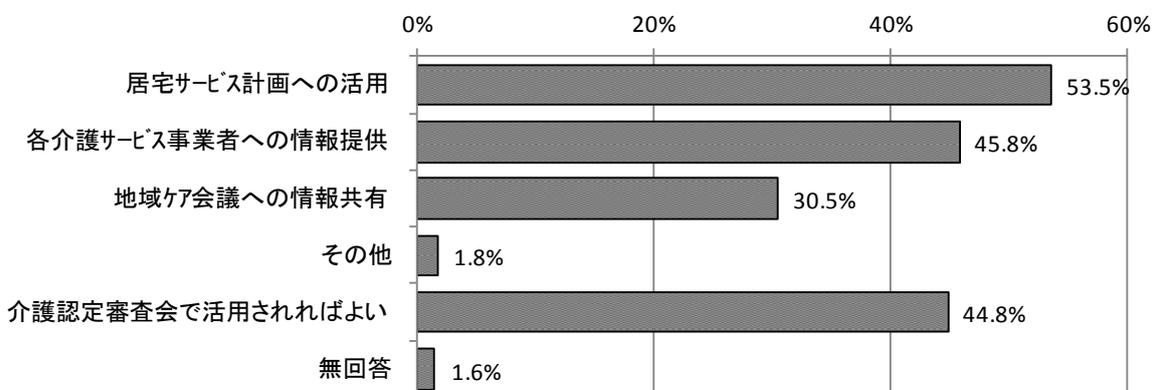
図表 2-24 追加した方がよいと思われる項目(複数回答、n=3,033)



### (4) 活用方法として期待すること

回答者が記載した主治医意見書の活用方法として期待することは、「居宅サービス計画(ケアプラン)への活用」が53.5%、「各介護サービス事業者への情報提供」が45.8%であった。他方、「介護認定審査会で活用されればよい(他の活用方法は特に期待しない)」との回答も44.8%あった。

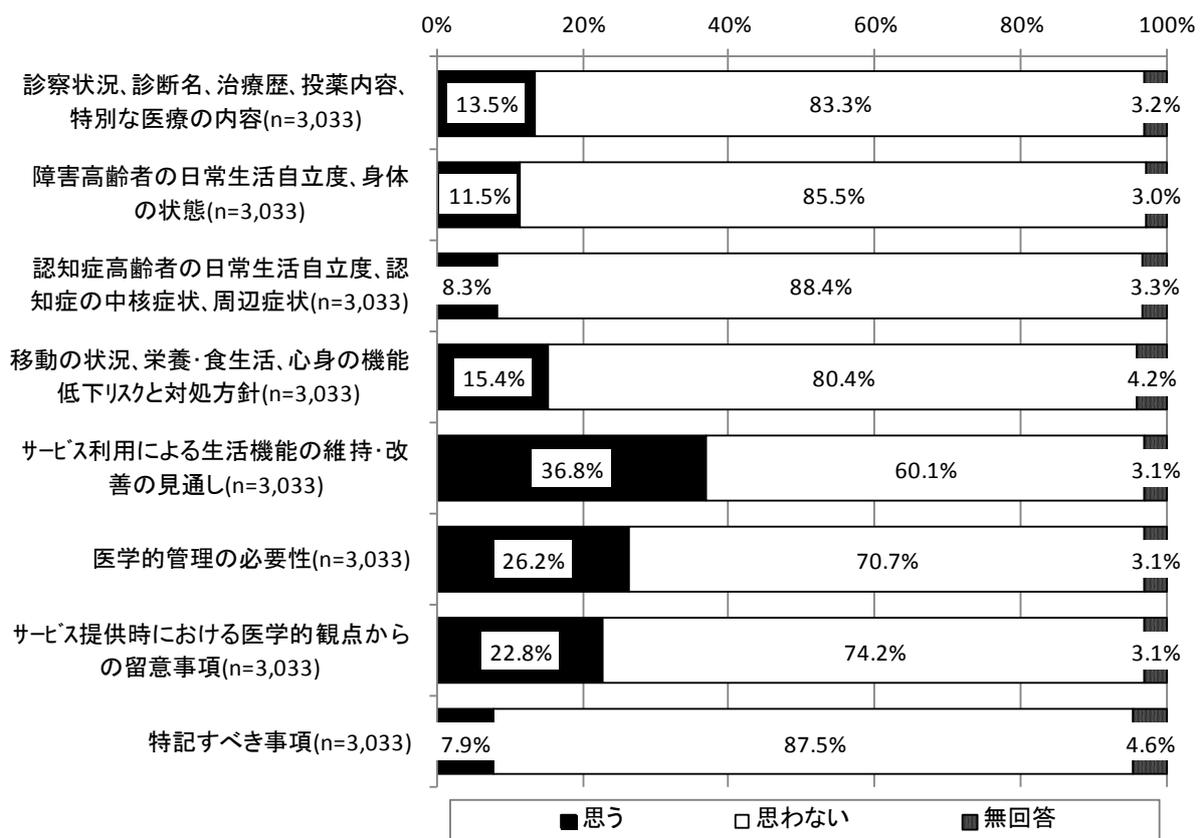
図表 2-25 活用方法として期待すること(複数回答、n=3,033)



### (5) 不要または簡素化した方がよいと思う項目

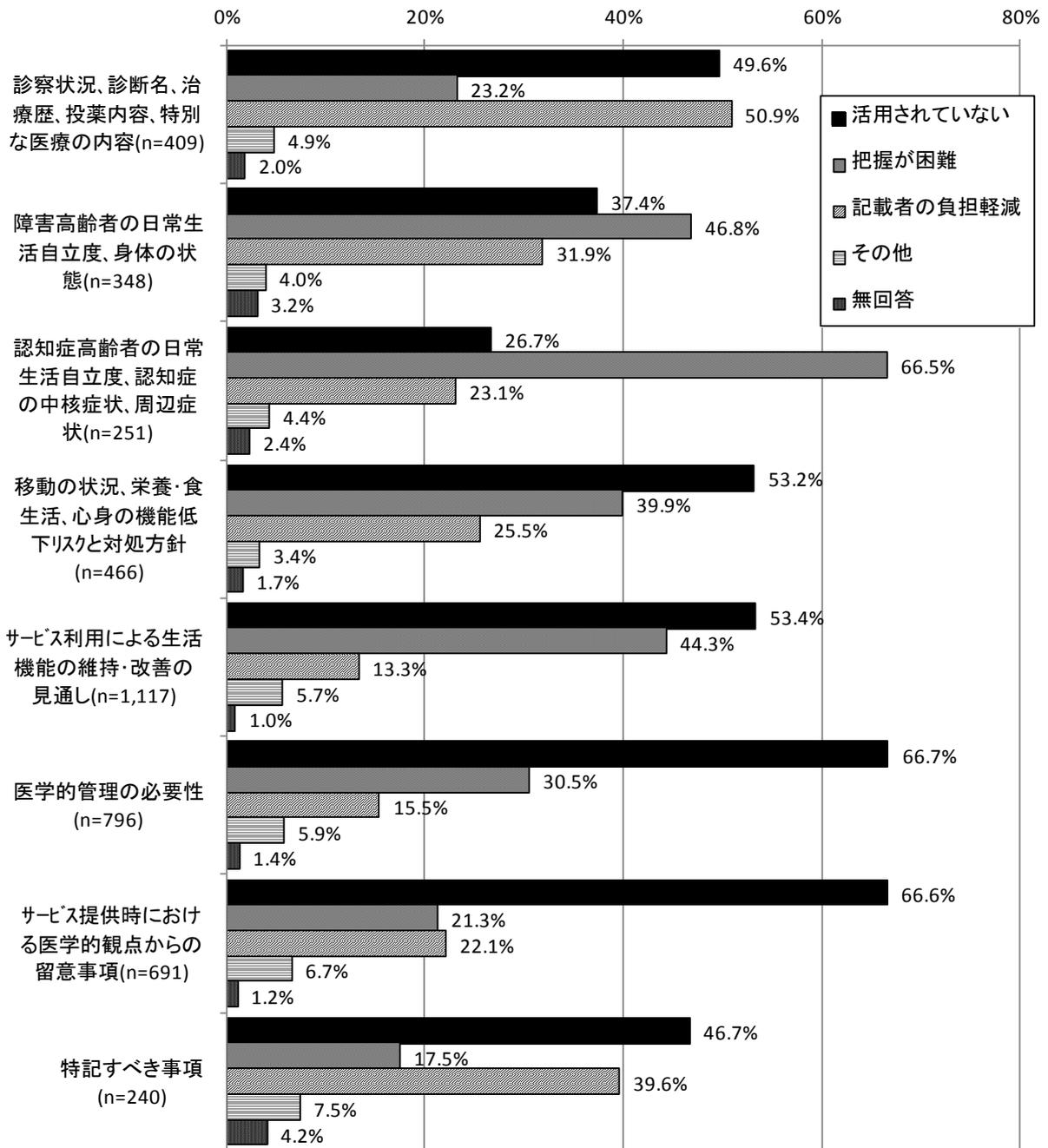
現在の主治医意見書の書式の中で、不要または簡素化した方がよいと思う項目があるかどうかを、書式の大項目ごとに尋ねた。不要または簡素化した方がよいと「思う」と回答があった割合が最も高かったのは「サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し」(36.8%)で、次いで「医学的管理の必要性(訪問診療、訪問看護、リハビリテーション等)」(26.2%)、「サービス提供時における医学的観点からの留意事項(血圧、移動、摂食、運動、嚥下)」(22.8%)であった。

図表 2-26 不要または簡素化した方がよいと思う項目



また、不要または簡素化した方がよいと「思う」項目があった場合は、回答者にその理由も尋ねた。「サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し」を回答した1,117件では、「活用されていない」が53.4%、「把握が困難」が44.3%であった。「医学的管理の必要性(訪問診療、訪問看護、リハビリテーション等)」の796件と、「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、移動、摂食、運動、嚥下)」の691件は、ともに「活用されていない」の割合が比較的高かった(それぞれ66.7%、66.6%)。

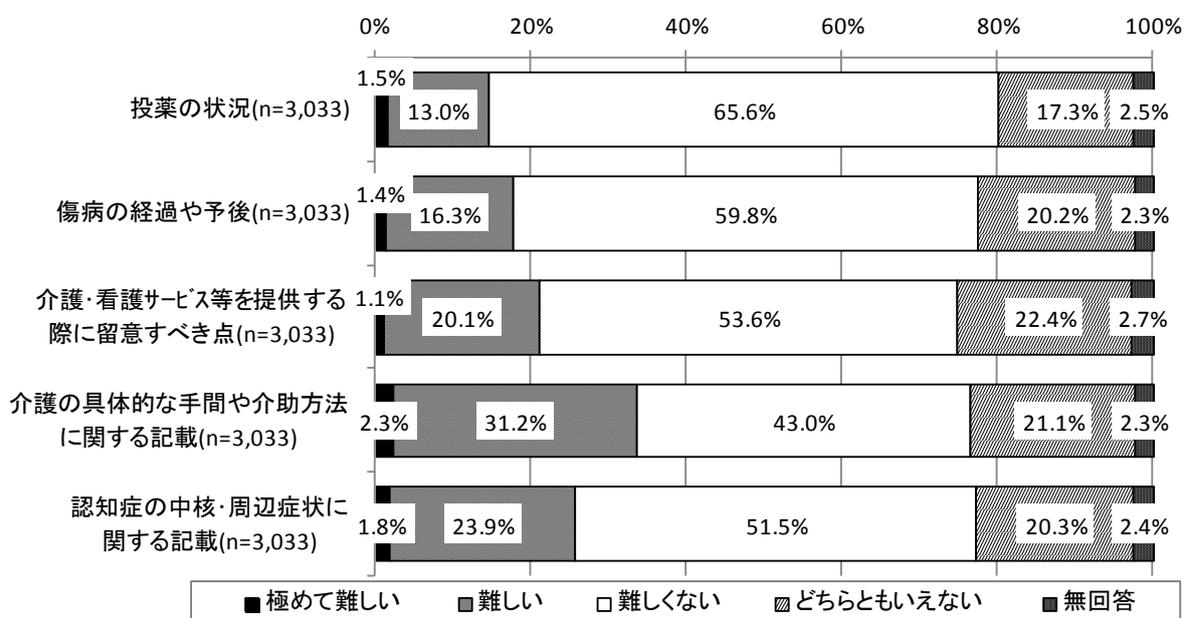
図表 2-27 当該項目を不要または簡素化した方がよいと思う理由（複数回答）



## (6) 自由記載の情報の記載の難しさ

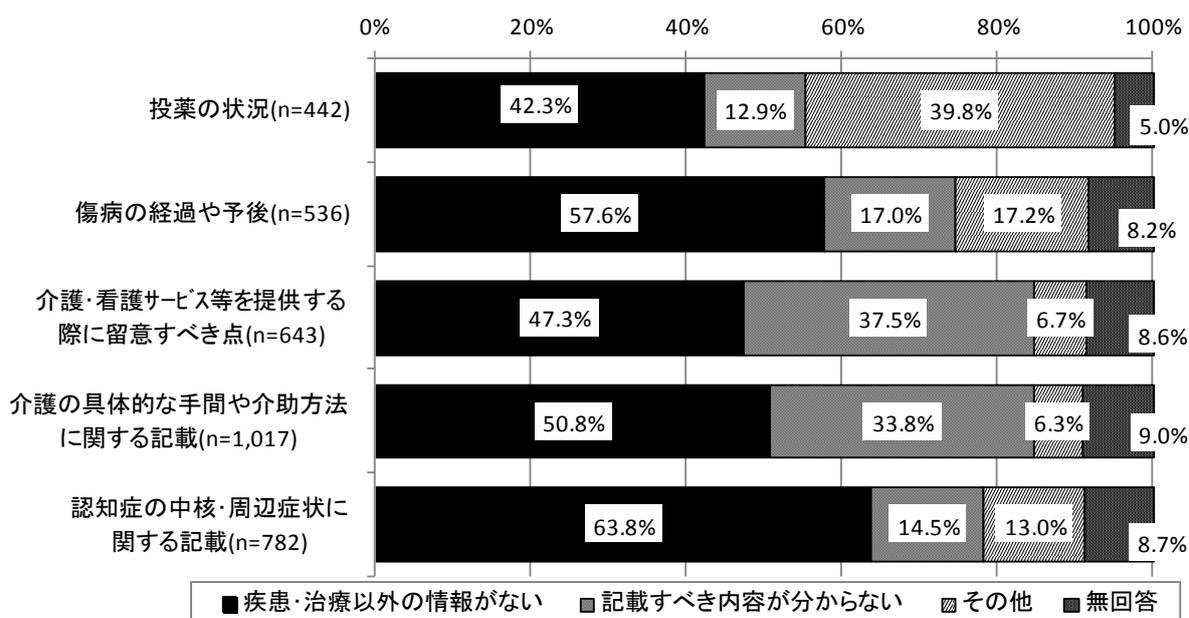
主治医意見書の自由記載の情報（いわゆる「傷病に関する意見」及び「特記すべき事項」）の記載が難しいと感じるかについては、「介護の具体的な手間や介助方法に関する記載」で「極めて難しい」または「難しい」と回答した割合が高かった（合計 33.5%）。

図表 2-28 自由記載の情報の記載の難しさ



その理由について尋ねたところ、「疾患・治療以外の情報がない」が 50.8%、「記載すべき内容が分からない」が 33.8%であった。

図表 2-29 自由記載の情報の記載が難しいと感じる理由



### III. 介護認定審査会委員へのアンケート調査結果

#### 1. 回答状況

調査票を発送した自治体数は2,013件で、各自治体に6件ずつ発送したため発送件数は合計12,078件であった。ただし、実際には介護認定審査会の運営に係る業務を実施していない、本調査の対象外である自治体にも発送していることから、対象件数は不明である。

回収数は3,705件、そのうち有効回収数は3,623件であった。

図表 2-30 調査対象の回答状況(単位：件)

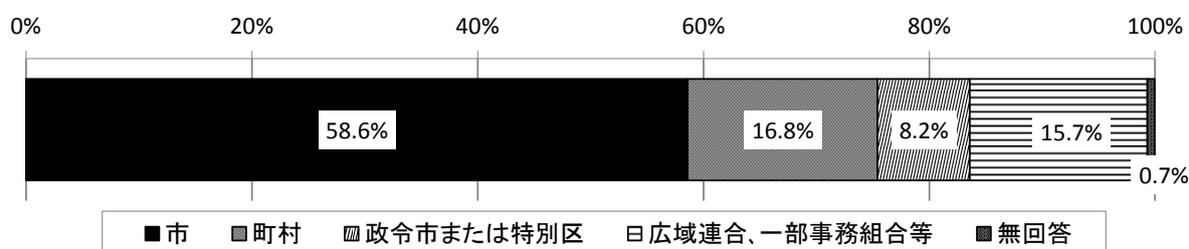
発送自治体数	発送件数	回収数	有効回収数
2,013	12,078	3,705	3,623

#### 2. 基本情報

##### (1) 委員を務めている自治体

回答者が介護認定審査会の委員を務めている自治体は、「市」が58.6%、「町村」が16.8%、「政令市または特別区」が8.2%、「広域連合、一部事務組合等」が15.7%であった。

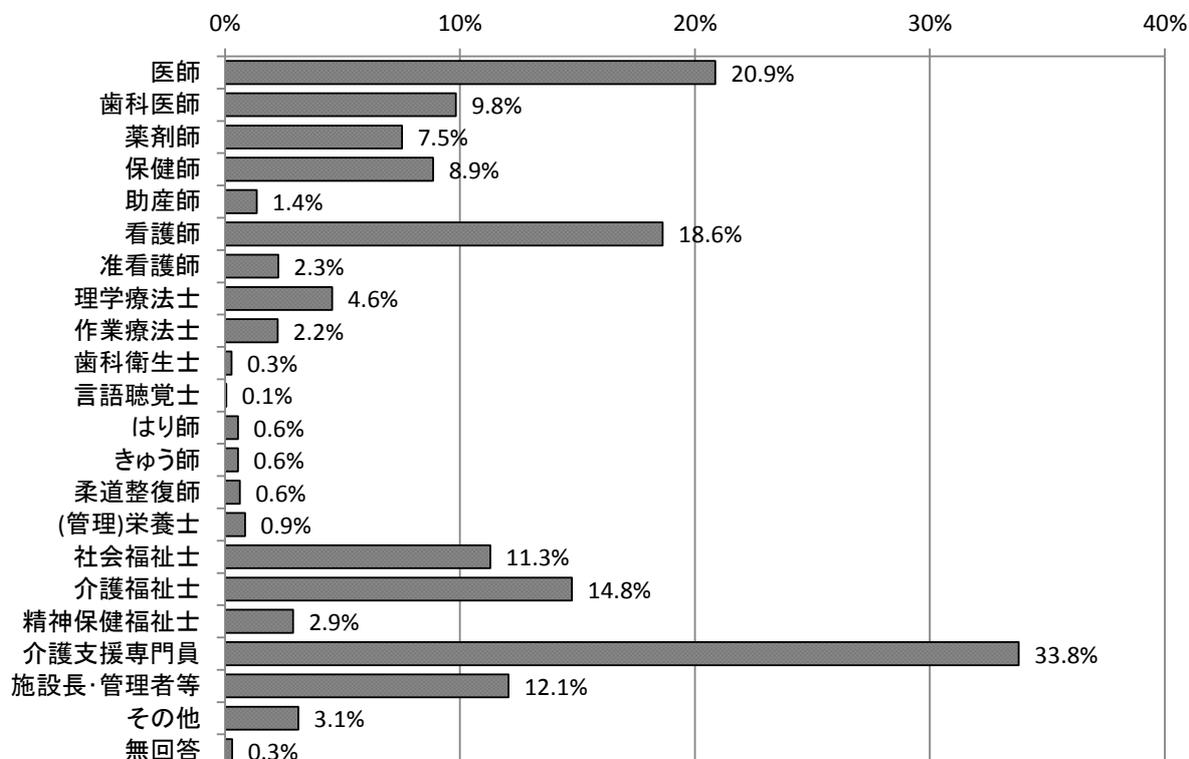
図表 2-31 委員を務めている自治体 (n=3,623)



## (2) 保有している資格

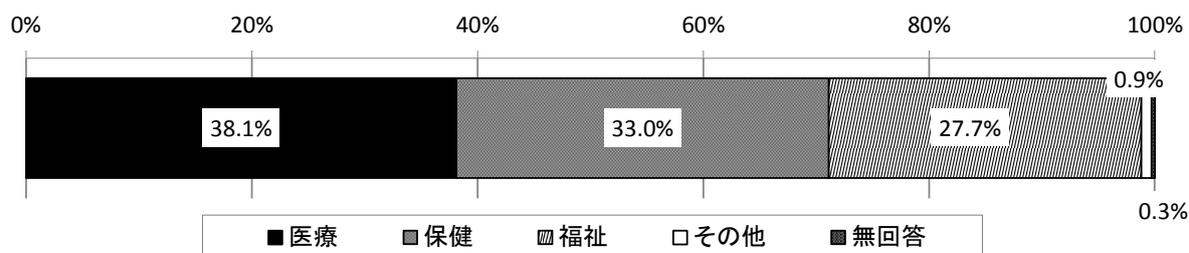
回答者が保有している資格は、「医師」が 20.9%、「看護師」が 18.6%、「介護福祉士」が 14.8%、「介護支援専門員」が 33.8%であった。

図表 2-32 保有している資格(複数回答、n=3,623)



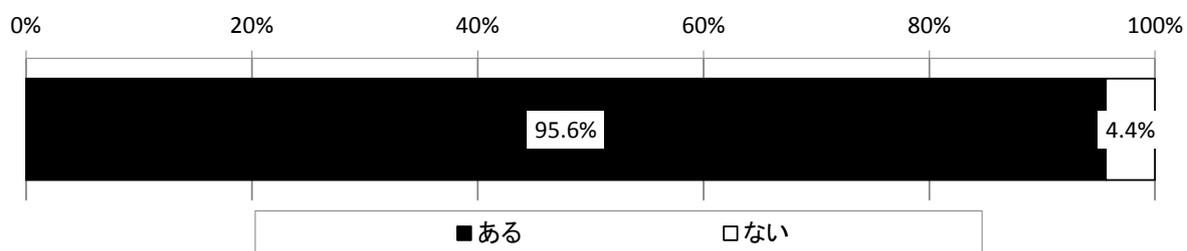
また、保有している資格を、医療（「医師」「歯科医師」「薬剤師」のいずれかを保有）、保健（医療分野の資格を有さず「保健師」「助産師」「看護師」「准看護師」「理学療法士」「作業療法士」「歯科衛生士」「言語聴覚士」「はり師」「きゅう師」「柔道整復師」「(管理)栄養士」のいずれかを保有）、福祉（医療分野と保健分野の資格を有さず「社会福祉士」「介護福祉士」「精神保健福祉士」「介護支援専門員」「施設長・管理者」のいずれかを保有）、「その他」に分けた場合、「医療」が 38.1%、「保健」が 33.0%、「福祉」が 27.7%であった。

図表 2-33 保有している資格の分野(n=3,823)



なお、「医師」の資格を保有していると回答した 756 人に対し、主治医意見書を記載した経験の有無を尋ねたところ、「ある」が 95.6%を占めた。

図表 2-34 医師で主治医意見書を記載した経験 (n=756)



### (3) 介護認定審査会委員としての経験

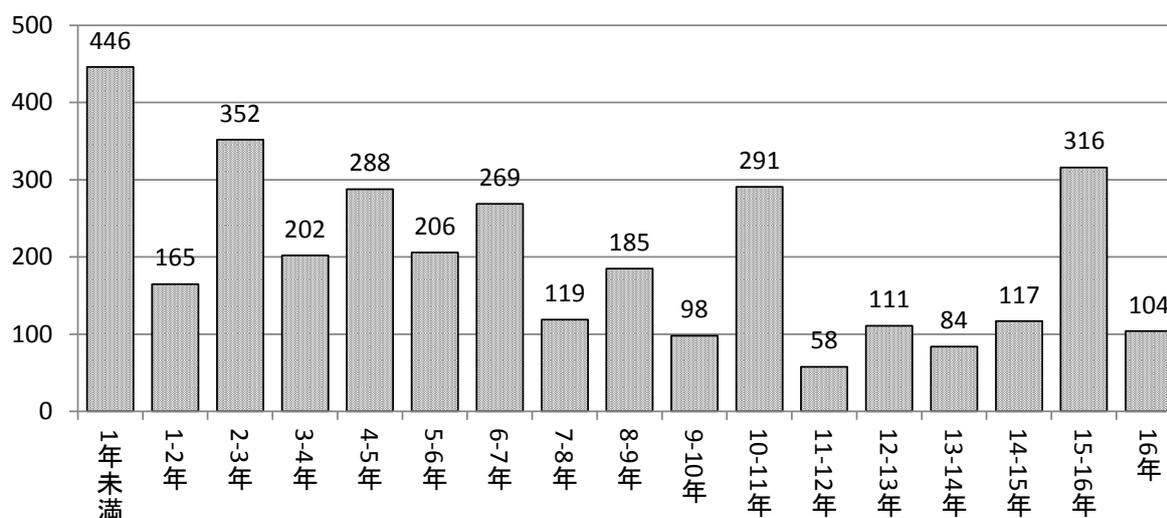
介護認定審査会委員としての経験は、3,411件の回答で平均7.1年、中央値6.0年であった。

これを分布でみると、「1年未満」が446件、「2～3年」が352件であったが、「15～16年」も316件と比較的多かった。

図表 2-35 介護認定審査会委員としての経験(記入式、単位：年)

n	平均	標準偏差	中央値	最大値	最小値
3,411	7.1	4.9	6.0	16.0	0.0

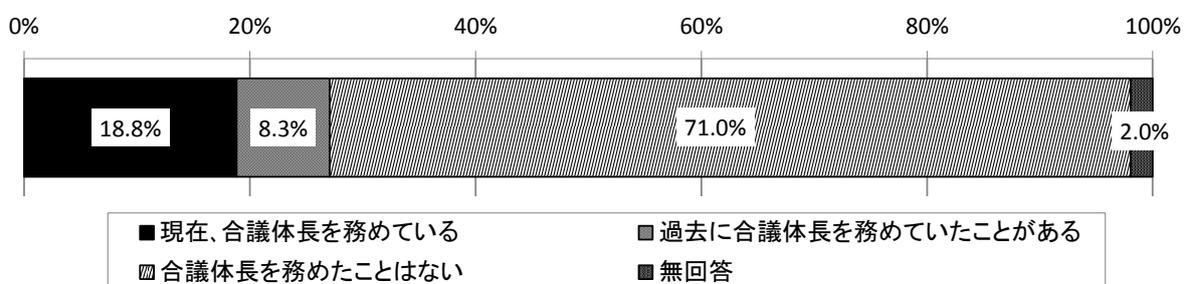
図表 2-36 介護認定審査会委員としての経験年数の分布(n=3,411)



### (4) 合議体長を務めた経験

これまでに合議体長を務めた経験の有無については、「現在、合議体長を務めている」が18.8%、「現在は合議体長ではないが、過去に合議体長を務めていたことがある」が8.3%であった。

図表 2-37 合議体長を務めた経験(n=3,623)

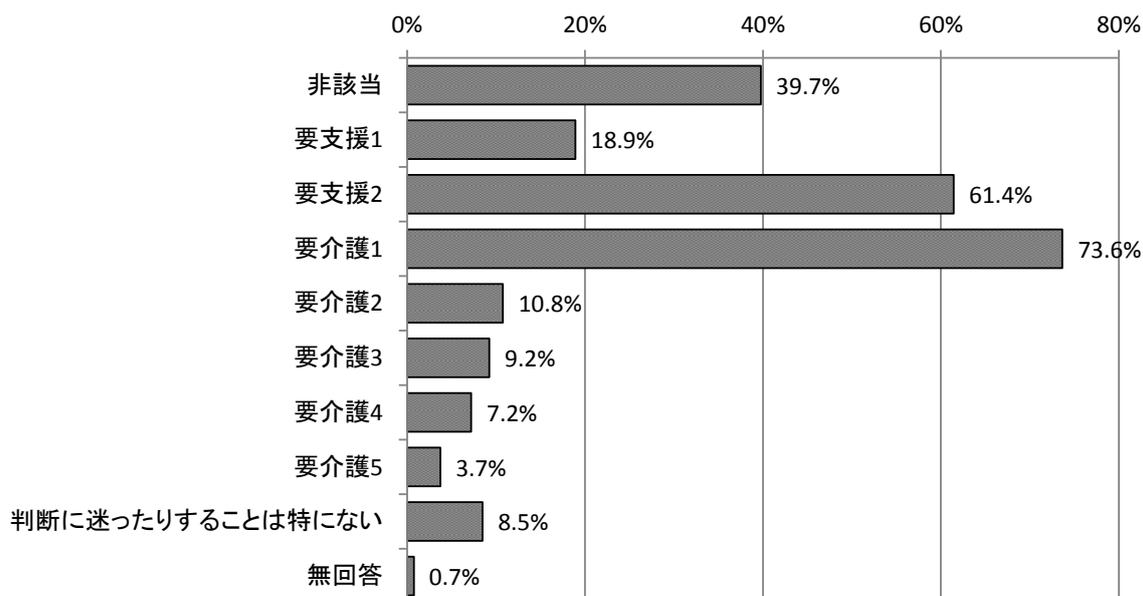


### 3. 審査判定における情報の活用状況

#### (1) 議論に時間がかかったり判断に迷うことの多い要介護度

審査判定を行っている中で、議論に時間がかかったり、判断に迷うことの多い要介護度（一次判定の区分）としては、「要介護1」が73.6%と最も高く、次いで「要支援2」が61.4%と、状態の維持・改善可能性にかかる審査判定を挙げた割合が高かった。また、「非該当」も39.7%と比較的高かった。

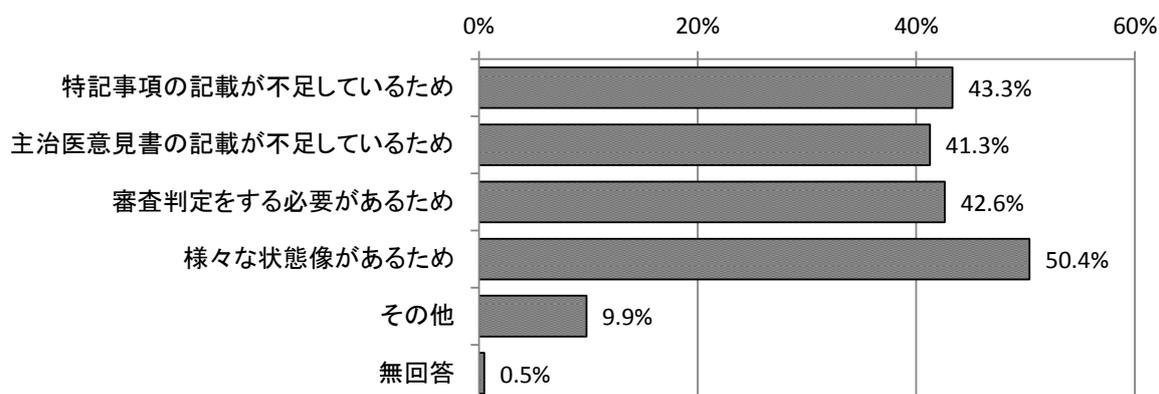
図表 2-38 議論に時間がかかったり判断に迷うことの多い要介護度（複数回答、n=3,623）



#### (2) 議論に時間がかかる要因

前項で、いずれかの要介護度で議論に時間がかかったり判断に迷うことが多いと回答した3,289人に対し、議論に時間がかかる要因を尋ねたところ、「様々な状態像があるため」が50.4%であった。また、「主治医意見書の記載が不足しているため」との回答は41.3%であった。

図表 2-39 議論に時間がかかる要因（複数回答、n=3,289）

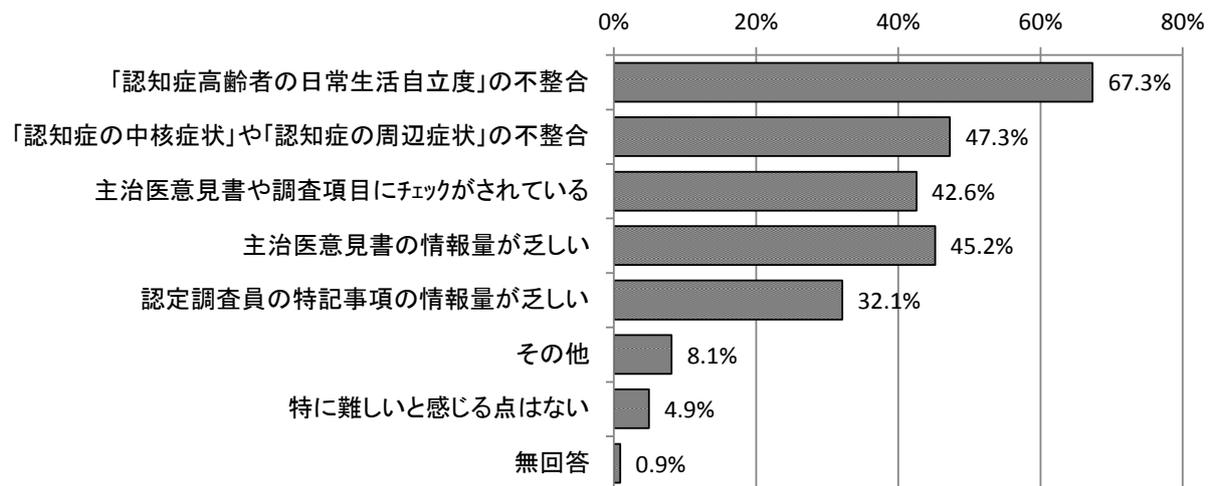


#### 4. 認知機能の評価

##### (1) 要支援 2 と要介護 1 の判定における認知機能の評価の難しさ

介護認定審査会での要支援 2 と要介護 1 の判定における認知機能の評価における難しい点としては、「主治医意見書と認定調査の『認知症高齢者の日常生活自立度』に不整合がある」が 67.3%であった。

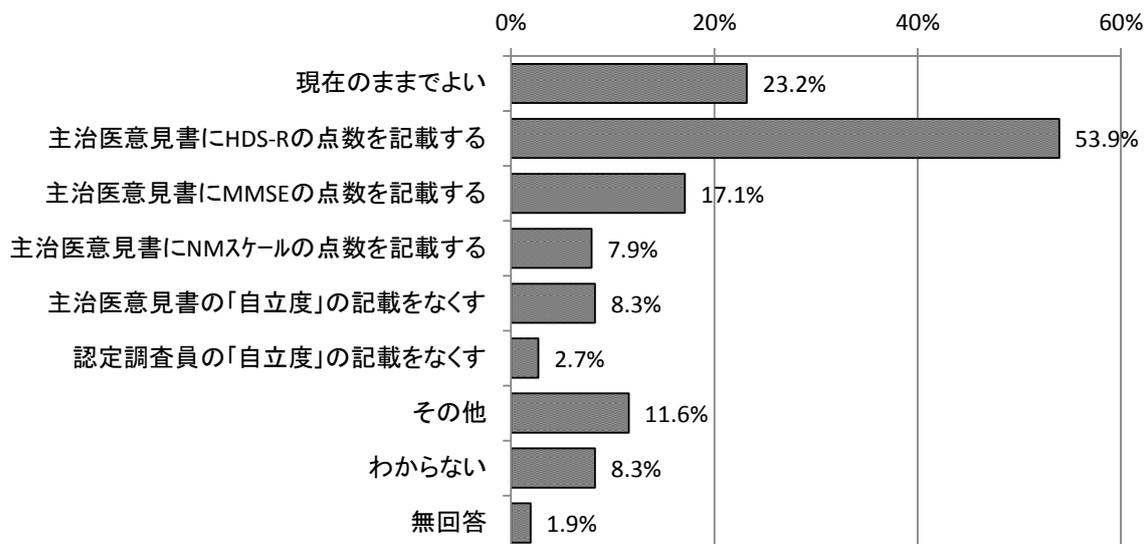
図表 2-40 要支援 2 と要介護 1 の判定における認知機能の評価の難しさ (複数回答、n=3, 623)



##### (2) 介護認定審査会での認知機能の評価のあり方

介護認定審査会での認知機能の評価のあり方としては、「主治医意見書に HDS-R (長谷川式簡易知能評価スケール) の点数を記載する」が 53.9%と高かった。他方、「現在のままでよい」は 23.2%であった。

図表 2-41 介護認定審査会での認知機能の評価のあり方 (複数回答、n=3, 623)



## 5. 主治医意見書の書式

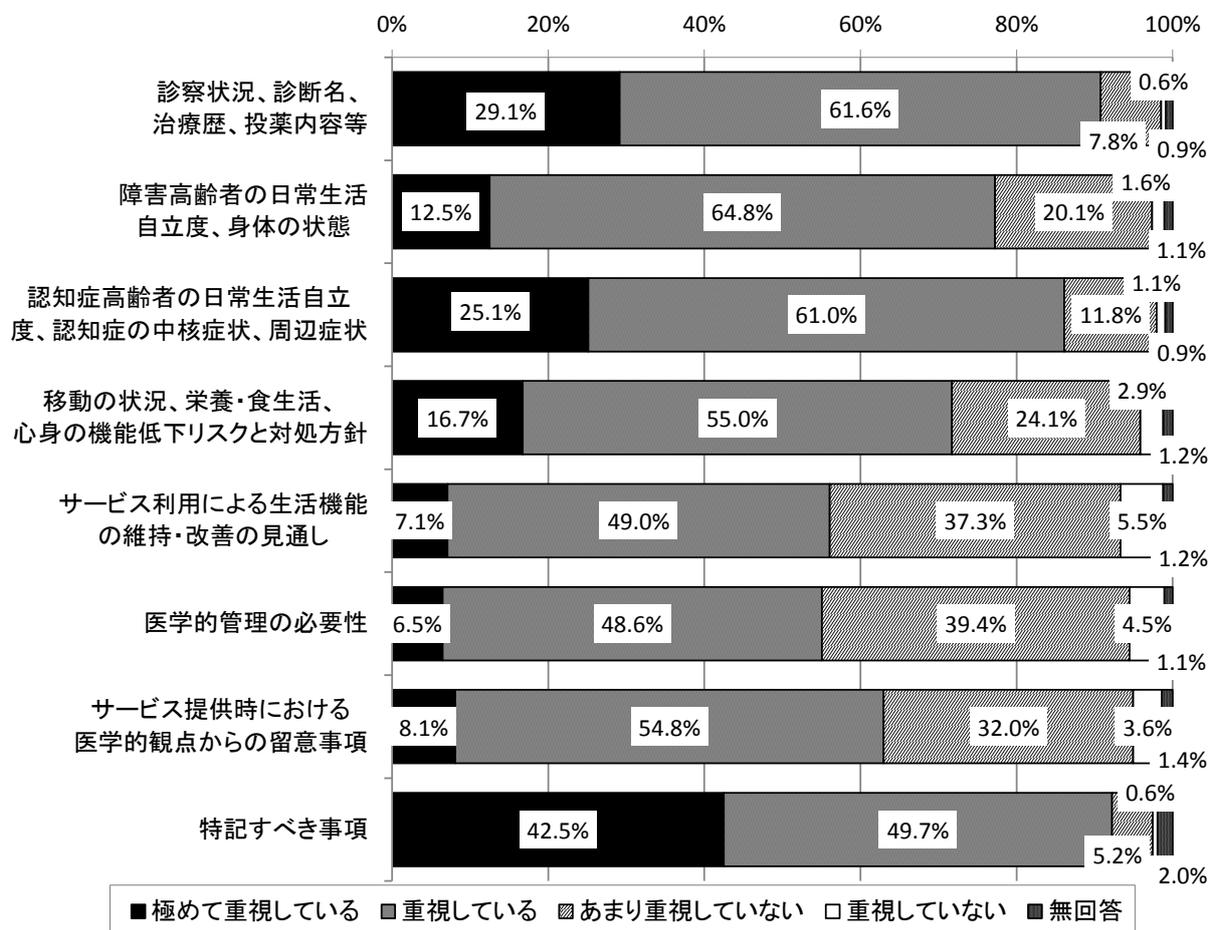
### (1) 審査判定における主治医意見書の各項目の重視度

介護認定審査会で審査判定を行う上で、主治医意見書の書式の各項目についてどの程度重視しているかを尋ねた。

「極めて重視している」の割合が最も高かったのは「特記すべき事項」(42.5%)で、次いで「診察状況(最終受診日、他科受診)、診断名、治療歴、投薬内容、特別な医療の内容」(29.1%)、「認知症高齢者の日常生活自立度、認知症の中核症状、周辺症状」(25.1%)であった。

他方、「あまり重視していない」と「重視していない」の合計の割合が比較的高かったのは、「医学的管理の必要性(訪問診療、訪問看護、リハビリテーション等)」(43.9%)、「サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し」(42.7%)であった。

図表 2-42 審査判定における主治医意見書の各項目の重視度 (n=3, 623)

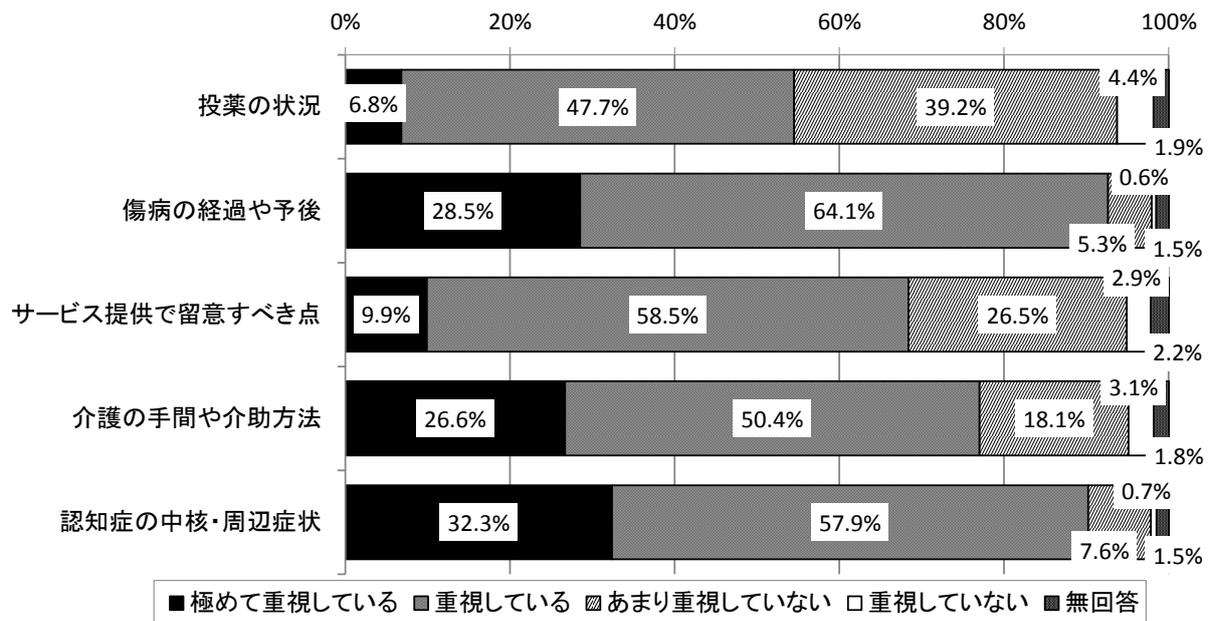


## (2) 審査判定における主治医意見書の自由記載の重視度

介護認定審査会で審査判定を行う上で、主治医意見書の自由記載の情報（いわゆる「傷病に関する意見」及び「特記すべき事項」）としての記載内容について、介護認定審査会委員としてどの程度重視しているかを尋ねた。

「極めて重視している」の割合が最も高かったのは「認知症の中核・周辺症状」（32.3%）であり、次いで「傷病の経過や予後（安定性）」（28.5%）、「介護の具体的な手間や介助方法に関する記載」（26.6%）であった。

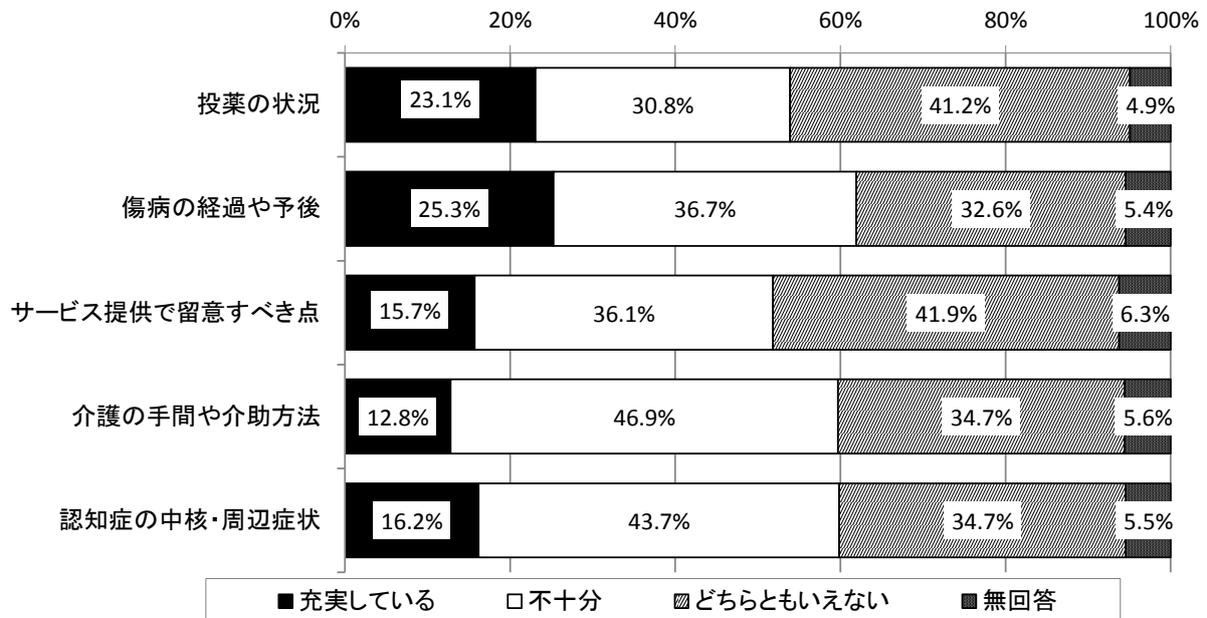
図表 2-43 審査判定における主治医意見書の自由記載の重視度 (n=3, 623)



### (3) 主治医意見書の自由記載の充実度

主治医意見書の自由記載の充実度について、「充実している」との回答の割合は「傷病の経過や予後（安定性）」が 25.3%で最も高く、次いで「投薬の状況」が 23.1%であった。他方、「介護の具体的な手間や介助方法に関する記載」や「認知症の中核・周辺症状」では「不十分」と回答した割合が比較的高かった（それぞれ 46.9%、43.7%）。

図表 2-44 主治医意見書の自由記載の充実度 (n=3, 623)



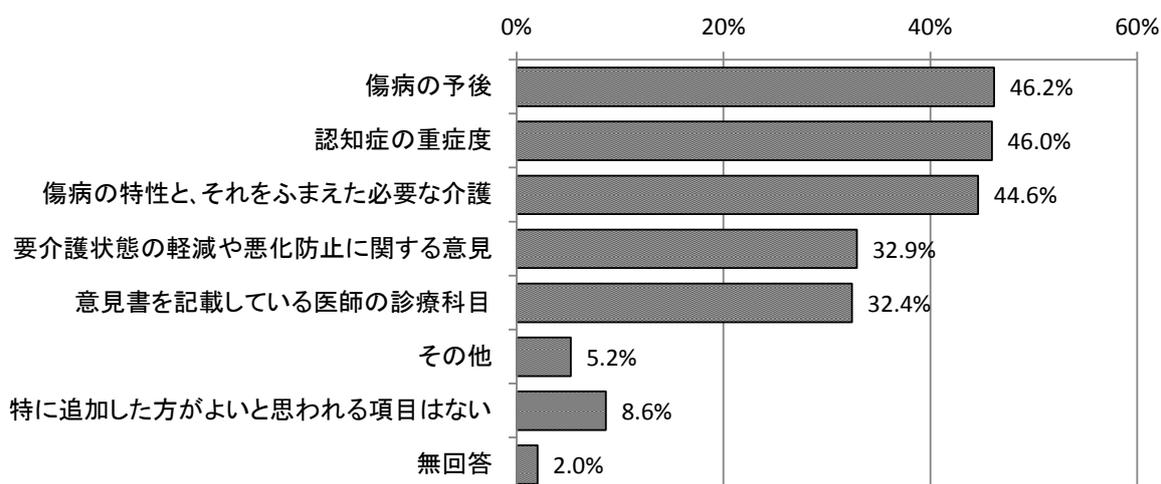
主治医意見書の自由記載の重視度と充実度をあわせてみると、「傷病の経過や予後（安定性）」は介護認定審査会委員が重視している情報であり、記載も比較的充実していると評価されていた。

しかしながら、「認知症の中核・周辺症状に関する記載」や「介護の具体的な手間や介助方法に関する記載」は、重視されていながら、実際の記載は不十分であることが示唆された。

#### (4) 主治医意見書の書式に追加した方がよいと思われる項目

主治医意見書の書式に追加した方がよいと思われる項目としては、「傷病の予後」が46.2%、「認知症の重症度」が46.0%、「傷病の特性と、それをふまえた必要な介護」が44.6%であった。他方、「特に追加した方がよいと思われる項目はない」との回答は8.6%にとどまった。

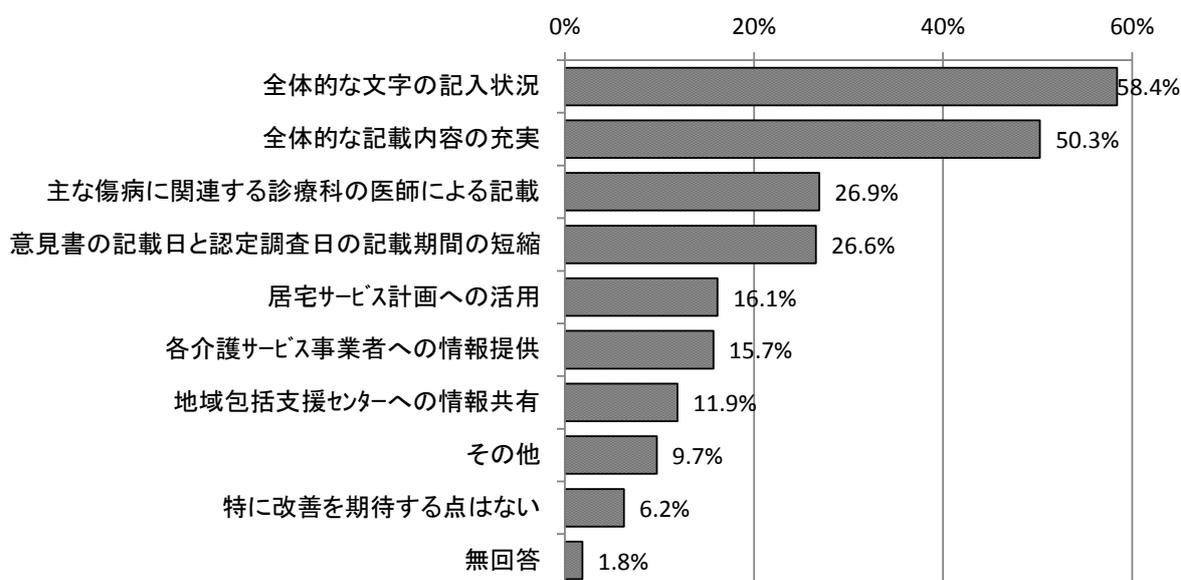
図表 2-45 主治医意見書の書式に追加した方がよいと思われる項目（複数回答、n=3,623）



#### (5) 主治医意見書に改善を期待する点

主治医意見書に関して改善を期待する点としては、「全体的な文字の記入状況（判別しやすくする等）」が58.4%と最も高く、次いで「全体的な記載内容の充実」が50.3%であった。

図表 2-46 主治医意見書に改善を期待する点（複数回答、n=3,623）



## IV. 介護支援専門員へのアンケート調査結果

### 1. 回答状況

調査票を発送した事業所数は 3,821 件、回収数は 1,974 件、有効回収数は 1,951 件で、回収率は 51.1%であった。

図表 2-47 調査対象の回答状況(単位：件)

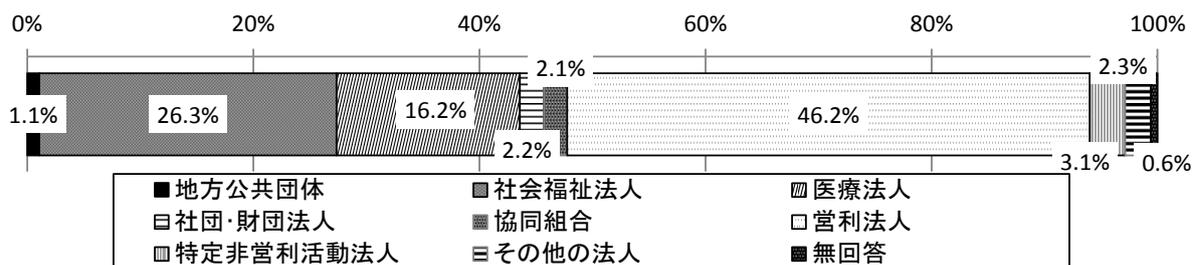
発送件数	回収数	有効回収数	回収率
3,821	1,974	1,951	51.1%

### 2. 基本情報

#### (1) 事業所の開設主体

回答者の勤務先の事業所の開設主体は、「営利法人」が 46.2%、「社会福祉法人」が 26.3%、「医療法人」が 16.2%であった。

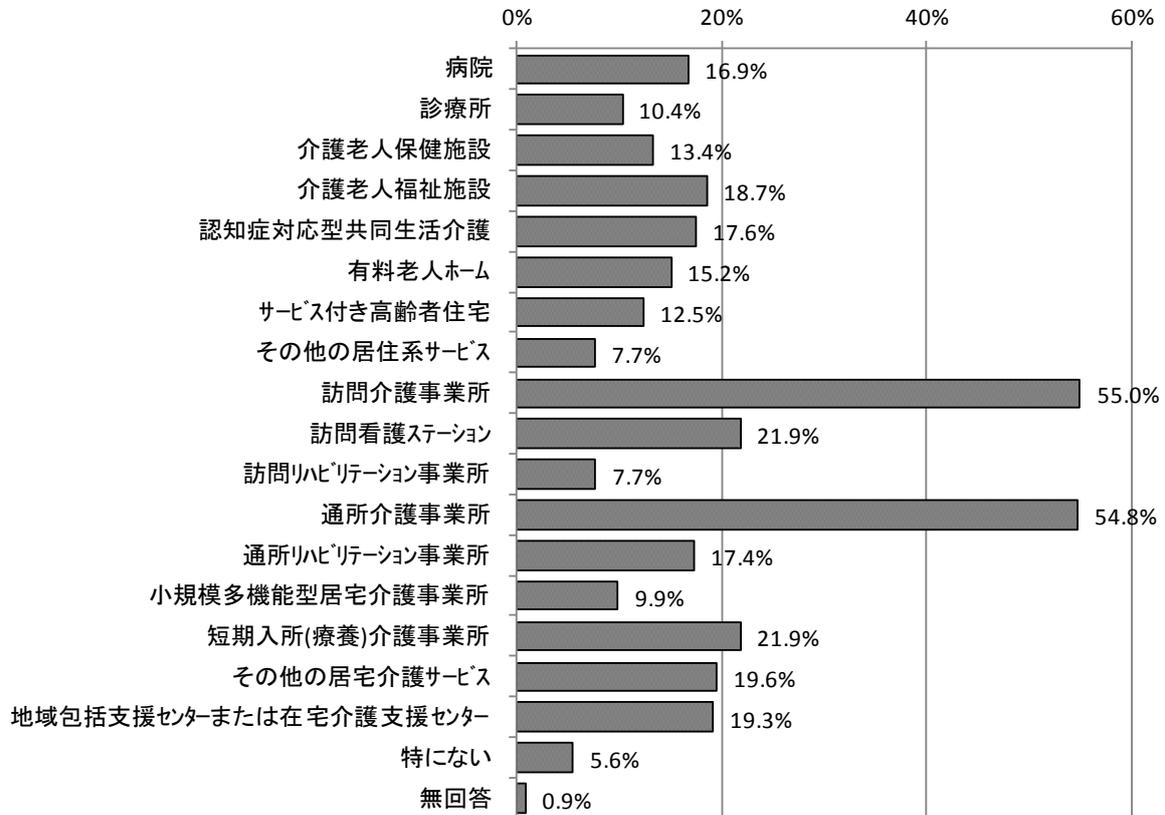
図表 2-48 事業所の開設主体 (n=1,951)



## (2) 法人が運営する医療・介護施設・事業所

回答者の勤務先の法人または関連・系列法人が運営する医療・介護施設・事業所は、「訪問介護事業所」が 55.0%、「通所介護事業所」が 54.8%であった。

図表 2-49 法人または関連・系列法人が運営する医療・介護施設・事業所（複数回答、n=1,951）



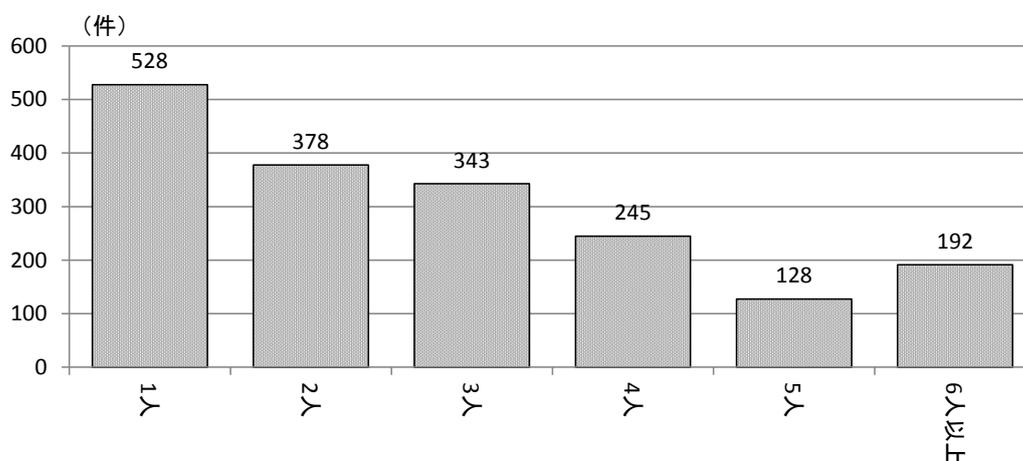
### (3) 事業所の職員数

回答者の勤務先の常勤職員数（実人数）は、平均及び中央値は 3.0 人であった。また、非常勤職員数（実人数）は、平均で 1.2 人、中央値で 1.0 人であった。

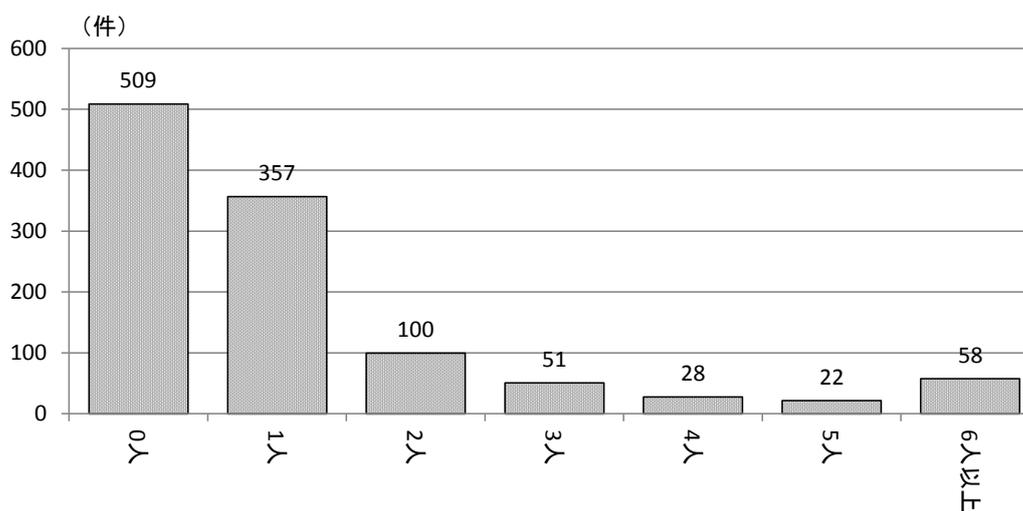
図表 2-50 勤務先の職員数（記入式、単位：人）

	n	平均	標準偏差	中央値
常勤職員	1,814	3.0	2.0	3.0
非常勤職員	1,125	1.2	1.9	1.0

図表 2-51 回答者の勤務先の常勤職員数（複数回答、n=1,814）



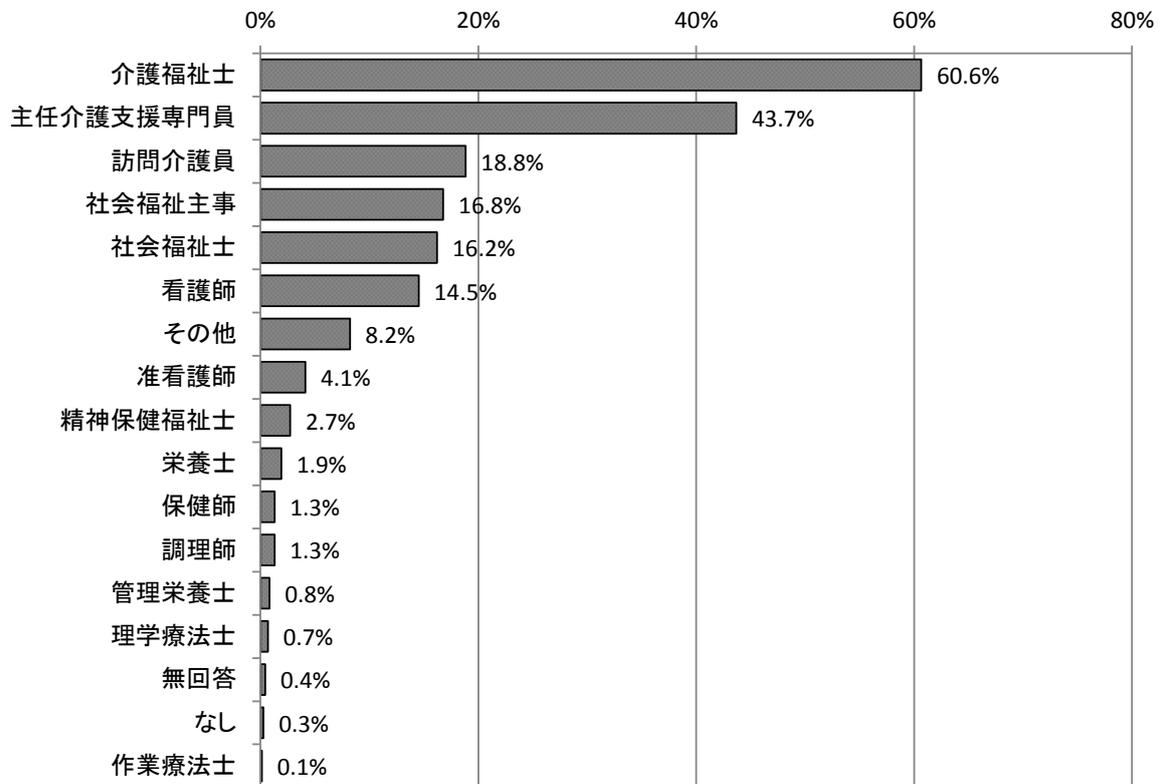
図表 2-52 回答者の勤務先の非常勤職員数（複数回答、n=1,125）



#### (4) 保有資格

回答者が保有する資格は、「介護福祉士」が 60.6%、「主任介護支援専門員」が 43.7%、「訪問介護員」が 18.8%であった。

図表 2-53 保有資格 (複数回答、n=1,951)



### (5) 介護支援専門員の資格取得後の経過年数

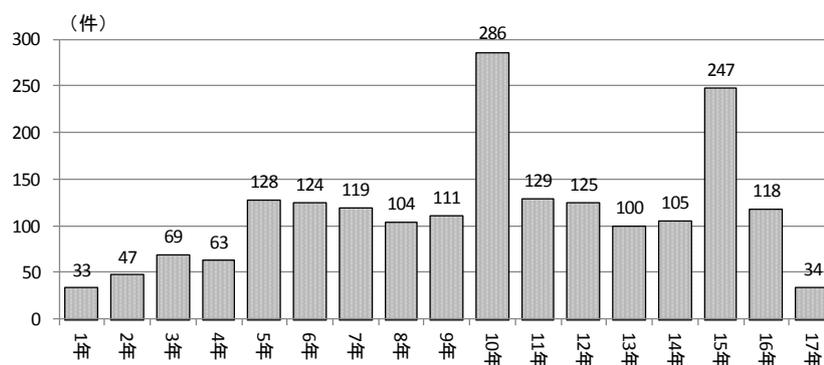
回答者の介護支援専門員の資格取得後の経過年数（累計）は、平均で 10.0 年、中央値で 10.0 年であった。

回答の分布をみると、「10 年」との回答が 286 件で最も多く、次いで「15 年」が 247 件であった。

図表 2-54 介護支援専門員の資格取得後の経過年数（記入式、単位：年）

n	平均	標準偏差	中央値	最大値	最小値
1,942	10.0	4.2	10.0	17	0

図表 2-55 介護支援専門員の資格取得後の経過年数 (n=1,942)



### (6) 居宅サービス計画及び介護予防サービス計画の担当件数

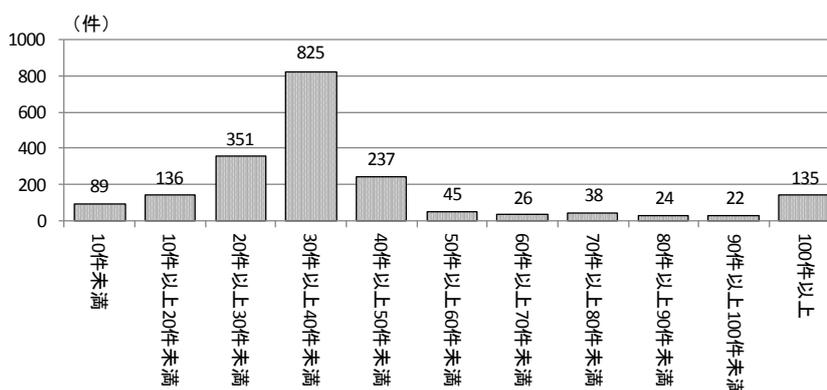
居宅サービス計画及び介護予防サービス計画の担当件数（累計）は、平均で 42.0 件、中央値で 34.0 件であった。

回答の分布をみると、「30 件以上 40 件未満」との回答が 825 件で最も多く、次いで「20 件以上 30 件未満」が 351 件であった。

図表 2-56 居宅サービス計画及び介護予防サービス計画の担当件数（記入式、単位：件）

n	平均	標準偏差	中央値
1,928	42.0	37.0	34.0

図表 2-57 居宅サービス計画及び介護予防サービス計画に担当件数 (n=1,928)

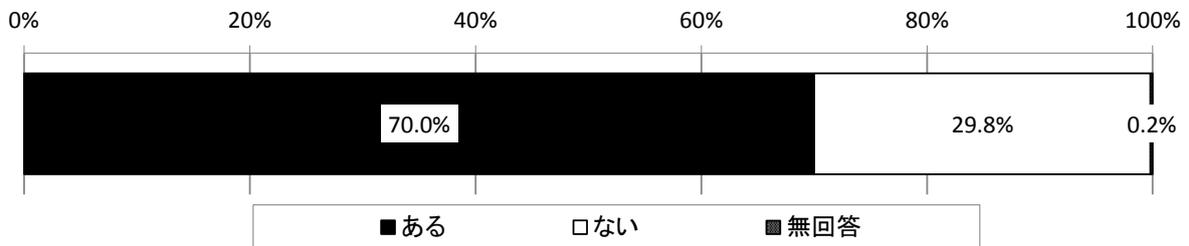


### 3. 認定調査への従事経験

#### (1) 認定調査への従事経験

認定調査へ従事した経験については、「ある」が70.0%であった。

図表 2-58 認定調査への従事経験 (n=1,951)



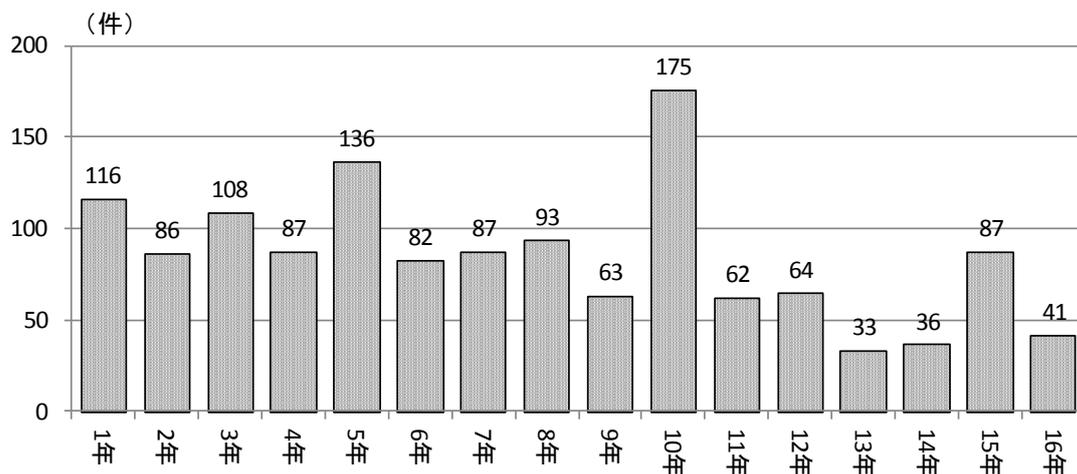
「ある」と回答した介護支援専門員に、認定調査へ従事した経験年数（累計）を尋ねたところ、平均で7.5年、中央値で7.0年であった。

回答の分布をみると、「10年」との回答が175件で最も多く、次いで「5年」が136件であった。

図表 2-59 認定調査へ従事した経験年数（記入式、単位：年）

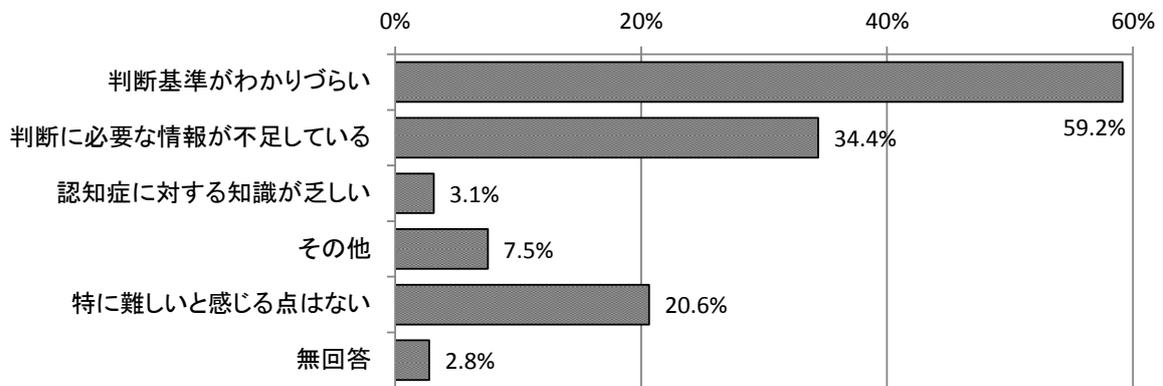
n	平均	標準偏差	中央値	最大値	最小値
1,356	7.5	4.3	7.0	16	0

図表 2-60 認定調査への従事経験年数の分布 (n=1,356)



また、認定調査へ従事した経験が「ある」回答者に、認知症高齢者の日常生活自立度の判定における難しさを尋ねたところ、「判断基準がわかりづらい」が 59.2%、「判断に必要な情報が不足している」が 34.4%、「特に難しいと感じる点はない」が 20.6%であった。

図表 2-61 認知症高齢者の日常生活自立度の判定（複数回答、n=1,366）

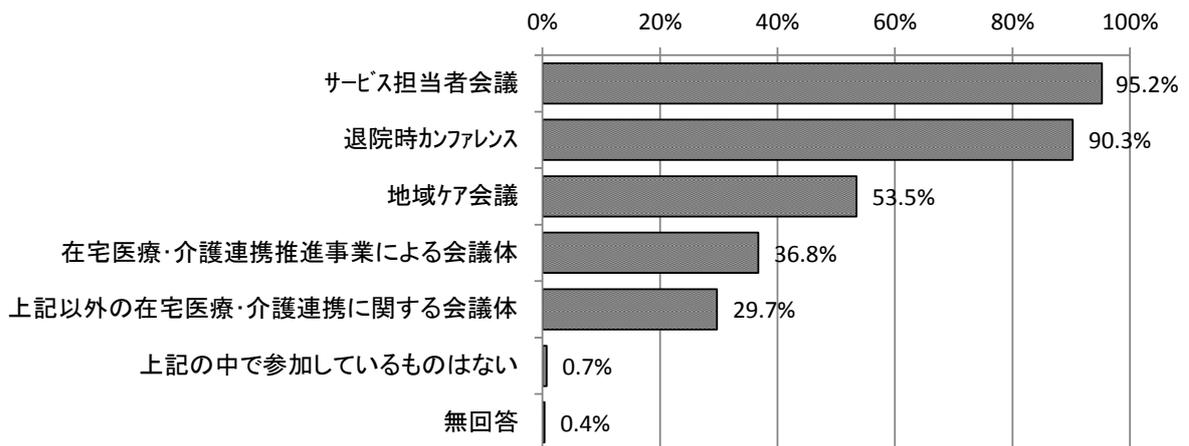


## 4. 在宅医療・介護連携の状況

### (1) 会議体への参加

平成 27 年度中に参加した勤務先または地域内で開催される会議体は、「サービス担当者会議」が 95.2%、「退院時カンファレンス」が 90.3%、「地域ケア会議」が 53.5%であった。

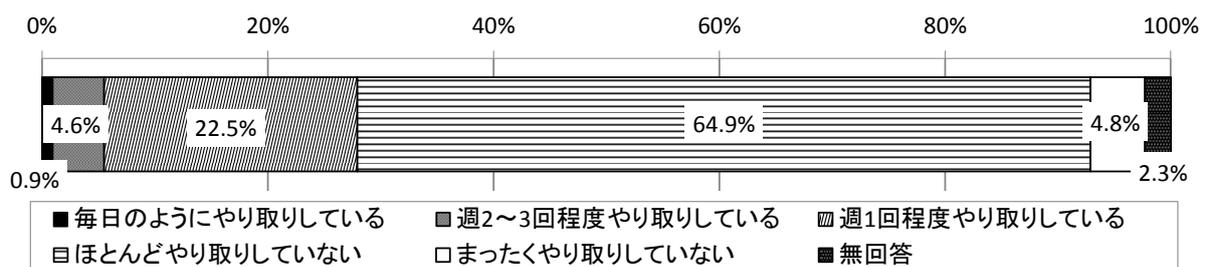
図表 2-62 会議体への参加（複数回答、n=1,951）



### (2) 主治医との直接のやりとりの頻度

1 週間あたりの主治医との直接のやりとりの頻度は、「ほとんどやりとりしていない」が 64.9%と最も高く、次いで、「週 1 回程度やりとりしている」が 22.5%であった。他方、「毎日のようにやりとりしている」は 0.9%と低かった。

図表 2-63 1 週間あたりの主治医との直接のやりとりの頻度 (n=1,951)

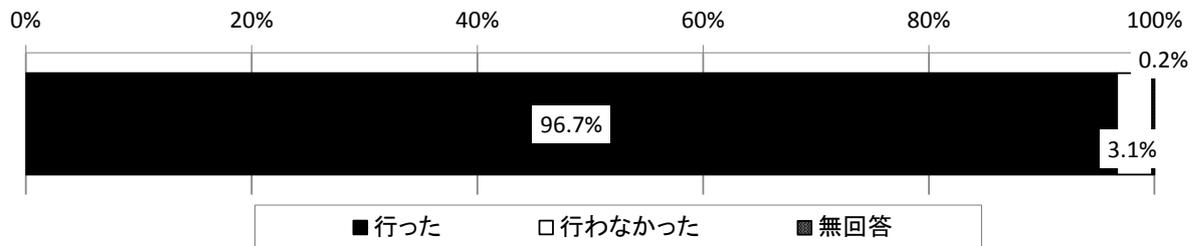


## 5. 居宅サービス計画作成時の主治医意見書の活用状況

### (1) 認定調査結果の情報請求・提供依頼

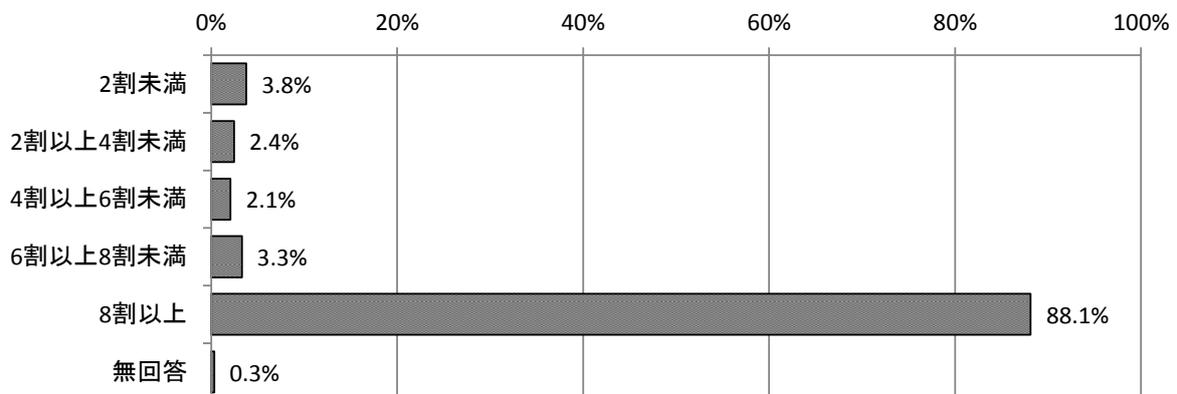
平成 27 年度中における、居宅サービス計画のために保険者に対して認定調査結果の情報請求・提供依頼を実施は、「行った」が 96.7%であった。

図表 2-64 認定調査結果の情報請求・提供依頼 (n=1,951)



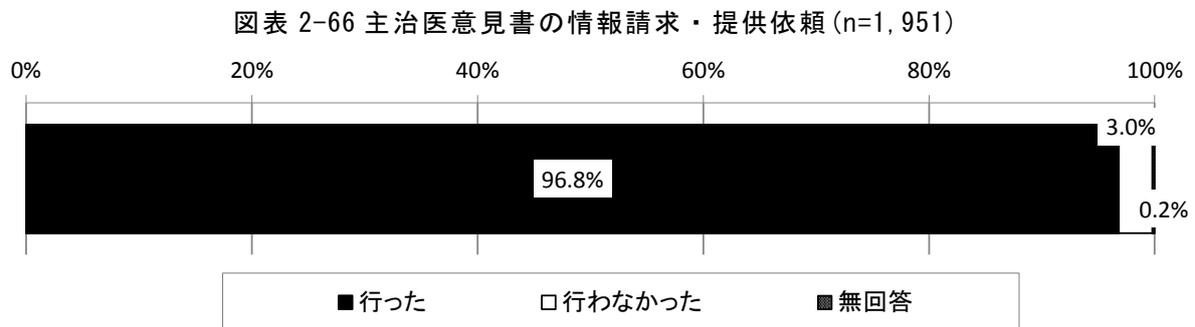
上記で「行った」と回答した介護支援専門員に、居宅サービス計画または介護予防サービス計画を担当している利用者のうち、認定調査結果の情報請求・提供依頼を行った利用者の割合を尋ねたところ、「8割以上」が 88.1%を占めた。

図表 2-65 認定調査結果の情報請求・提供依頼を行った利用者の割合 (n=1,886)



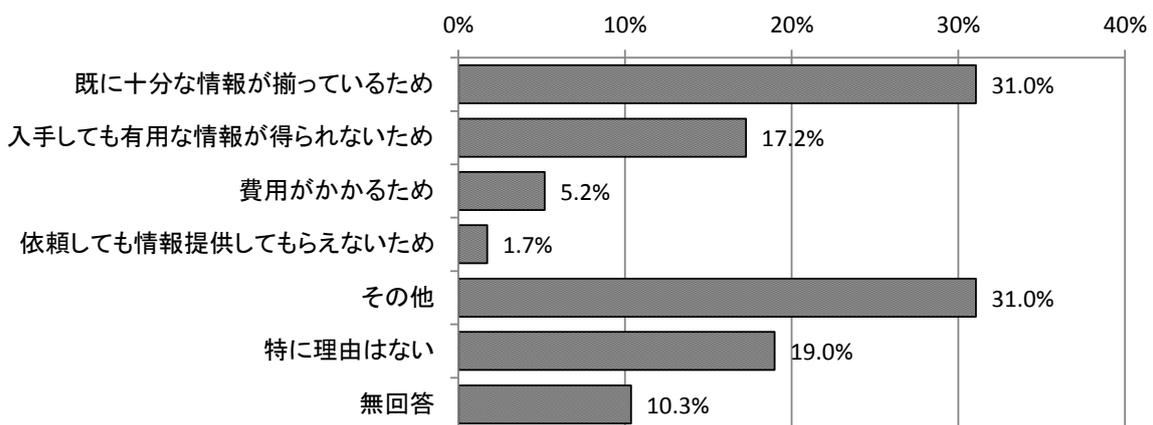
## (2) 主治医意見書の情報請求・提供依頼

平成 27 年度中における、居宅サービス計画のために保険者に対して主治医意見書の情報請求・提供依頼は、「行った」が 96.8%であった。



主治医意見書の情報請求・提供依頼を「行わなかった」とした回答者にその理由を尋ねたところ、「既に十分な情報が揃っているため」が 31.0%であった。

図表 2-67 主治医意見書の情報請求・提供依頼を行わなかった理由 (複数回答、n=58)



### (3) 主治医意見書の情報請求・提供依頼件数

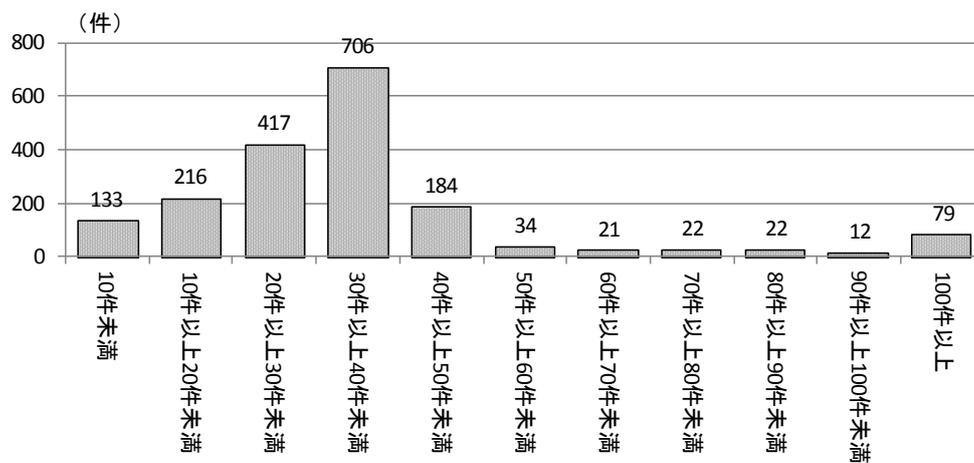
担当している居宅サービス計画のうち、主治医意見書の情報請求・提供依頼を行った件数（累計）は、平均で 35.1 件、中央値で 30.0 件であった。

回答の分布をみると、「30 件以上 40 件未満」との回答が 706 件で最も多く、次いで「20 件以上 30 件未満」が 417 件であった。

図表 2-68 主治医意見書の情報請求・提供依頼件数（記入式、単位：件）

n	平均	標準偏差	中央値
1,846	35.1	29.7	30.0

図表 2-69 主治医意見書の情報請求・提供依頼件数 (n=1,846)

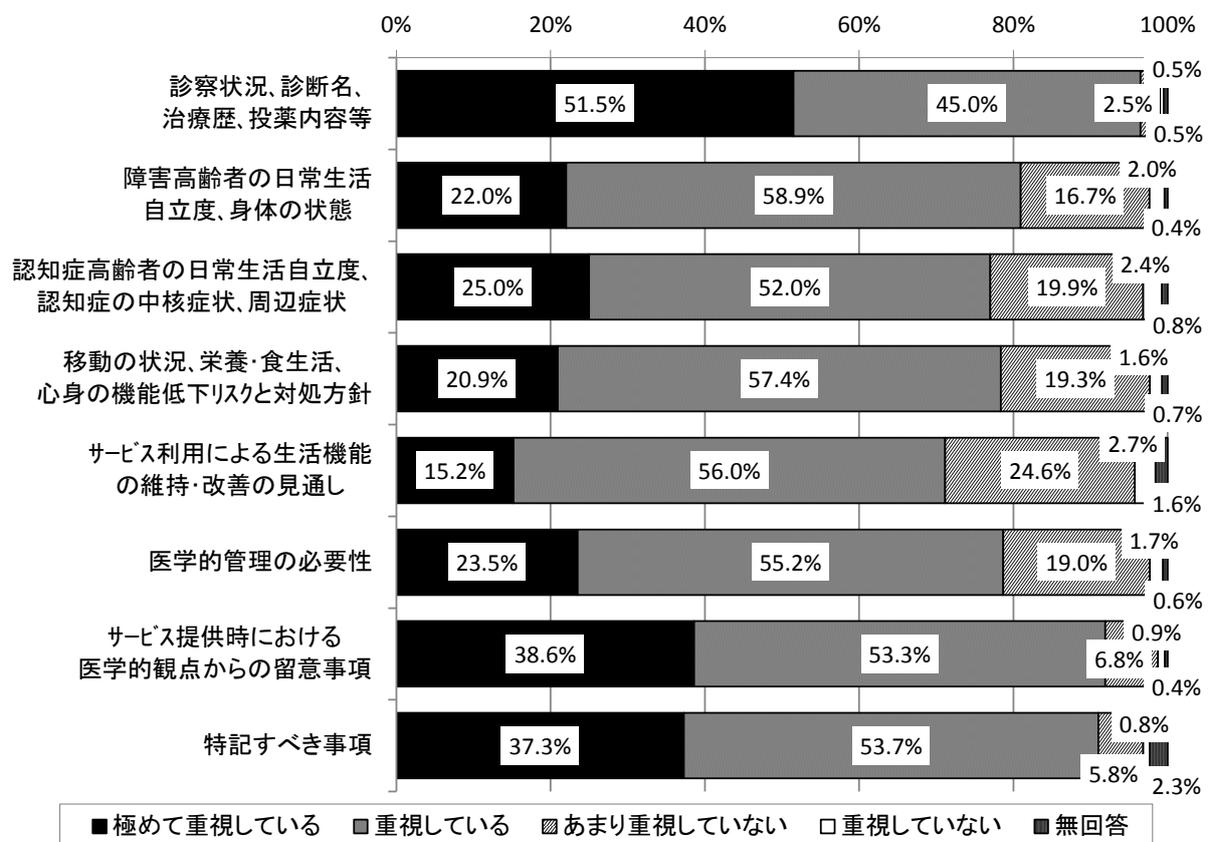


#### (4) 居宅サービス計画作成における主治医意見書の各項目の重視度

現在の主治医の書式の項目について、活用状況を、書式の大項目ごとに尋ねた。活用状況について、「極めて重視している」と回答があった割合が最も高かったのは「診察状況、診断名、治療歴、投薬内容、特別な医療の内容」(51.5%)で、次いで「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、移動、摂食、運動、嚥下)」(38.6%)、「特記すべき事項」(37.3%)であった。

他方、「あまり重視していない」と「重視していない」の合計の割合が比較的高かったのは、「サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し」(27.3%)であった。

図表 2-70 各項目の活用状況 (n=1,889)

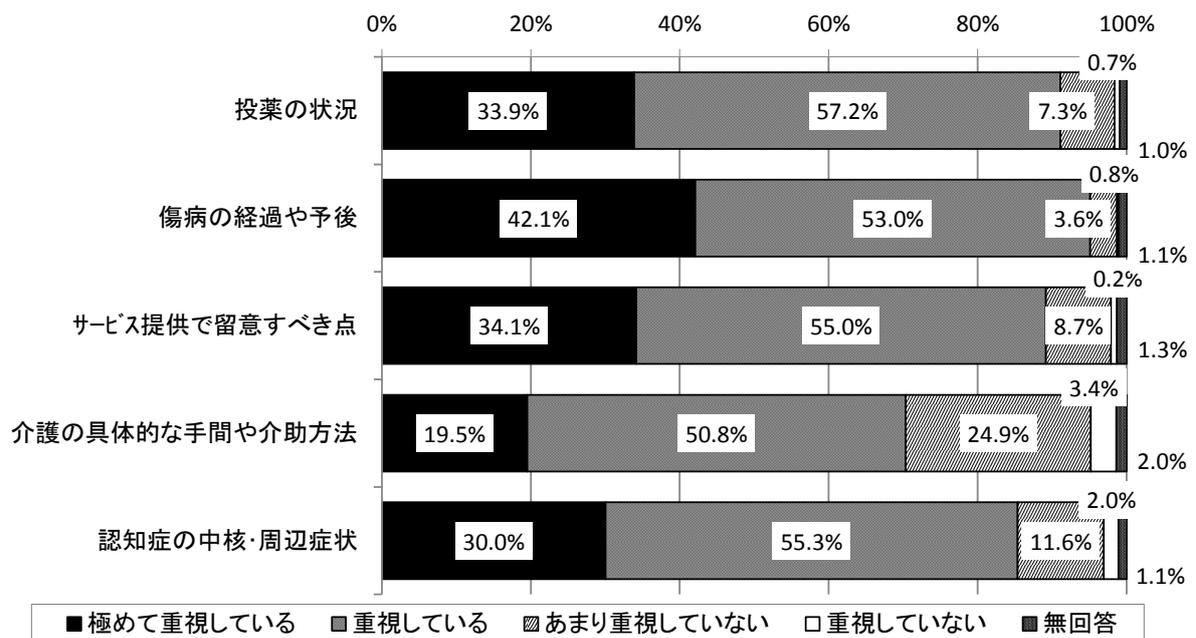


### (5) 居宅サービス計画作成における主治医意見書の自由記載の重視度

居宅サービス計画を作成する上で、主治医意見書の自由記載の情報（いわゆる「傷病に関する意見」及び「特記すべき事項」）としての記載内容について、介護支援専門員としてどの程度重視しているかを尋ねた。

「極めて重視している」の割合が最も高かったのは「傷病の経過や予後（安定性）」（42.1%）であり、次いで「介護・看護サービス等を提供する際に留意すべき点」（34.1%）、「投薬の状況」（33.9%）であった。

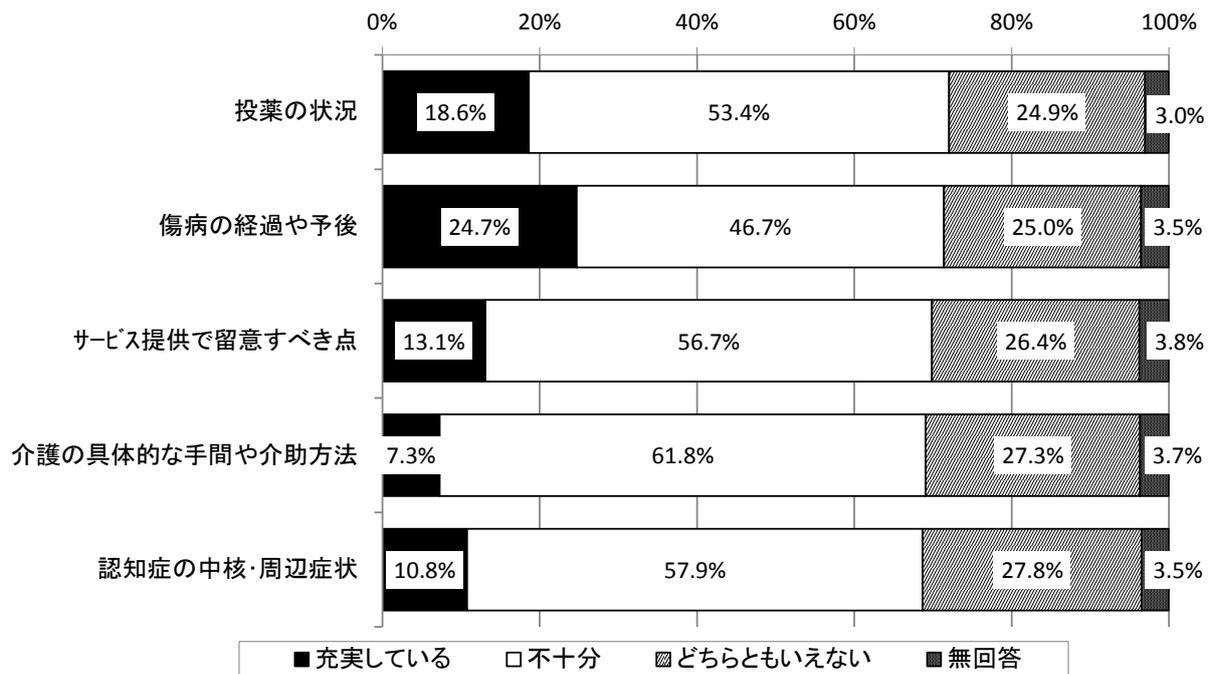
図表 2-71 自由記載の情報の重要度 (n=1, 889)



## (6) 居宅サービス計画作成における主治医意見書の自由記載の充実度

主治医意見書の自由記載の充実度について、「充実している」との回答の割合は「傷病の経過や予後（安定性）」が24.7%で最も高く、次いで「投薬の状況」が18.6%であった。他方、「介護の具体的な手間や介助方法に関する記載」や「認知症の中核・周辺症状」、「介護・看護サービス等を提供する際に留意すべき点」では「不十分」と回答した割合が比較的高かった（それぞれ61.8%、57.9%、56.7%）。

図表 2-72 自由記載の情報の記載の充実度 (n=1,889)



## V. 調査結果のまとめ

### 1. 各調査結果の要点

主治医意見書記載医師調査では、回答者の約 7 割は診療所の医師であり、主たる診療科は内科であった。主治医意見書の記載経験は平均で 12 年近くと長く、ひと月あたりの記載依頼は平均 9 件で、そのほとんどが主治医として診察を行っている患者についてであった。介護認定審査会への出席経験のある医師の割合、及び地域での在宅医療・介護連携に関する会議体への参加の割合はいずれも 7 割を超えている。

また、認知機能の評価については、医師会が開催する研修をはじめとして、1 年以内に何らかの研修に参加している割合が約 7 割に上った。回答者の約 8 割は認知機能や認知能力等の評価尺度として HDS-R (長谷川式簡易知能評価スケール) を用いており、HDS-R の活用が広く浸透していることが明らかになった一方で、認知症高齢者の日常生活自立度の判断基準が分かりづらいとの意見が約 4 割あった。

主治医意見書の書式について、追加した方がよいと思う項目は、特にないとの意見が約 4 割となった。他方、不要または簡素化した方がよいと思う項目としては、3 分の 1 を超える回答者から「サービス利用による生活機能の維持・改善」が挙げられ、その理由としては情報が活用されていないこと、情報の把握が困難であることを指摘する割合が高かった。また、主治医意見書の自由記載のうち、介護の具体的な手間や介助方法に関する記載を難しいと感じている回答者が 3 割を超えていた。

介護認定審査会委員調査の回答者は、保有資格分野は医療が約 4 割、保健と福祉が約 3 割であった。また、介護認定審査会委員の経験年数は平均 7.1 年で、おおむね 4 分の 1 の回答者が合議体長を務めた経験があった。

介護認定審査会委員が議論に時間がかかったり判断に迷ったりすることの多い要介護度は、要介護 1 (約 7 割)、要支援 2 (約 6 割)、非該当 (約 4 割) の割合が高かった。このうち、要支援 2 と要介護 1 の判定における認知機能の難しさに関する回答として最も割合が高かったのは、主治医意見書と認定調査の認知症高齢者の日常生活自立度に不整合がある点で、約 7 割に上った。また、介護認定審査会での認知機能の評価のあり方として、5 割を超える回答者が主治医意見書に HDS-R の点数を記載すべきと回答した。

主治医意見書の書式のうち、特に重視している項目としては「特記すべき事項」、「診察状況 (最終受診日、他科受診)、診断名、治療歴、投薬内容、特別な医療の内容」、「認知症高齢者の日常生活自立度、認知症の中核症状、周辺症状」がそれぞれ 9 割程度と高い一方、「医学的管理の必要性」と「サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し」は 4 割強があまり重視していなかった。また、自由記載の重視度としては、認知症の中核・周辺症状、傷病の経過や予後が比較的重視されていた。ただし、認知症の中核・周辺症状は、介護の具体的な手間や介助方法に関する記載同様、約 4 割の回答者から記載が不十分との指摘があった。

介護支援専門員調査は、回答者の7割が認定調査に従事した経験があり、経験年数は平均7.5年であったが、経験年数のバラつきは大きかった。認定調査に従事した経験がある回答者のうち、認知症高齢者の日常生活自立度の判定で難しく感じる点としては、判断基準がわかりづらいとの指摘が約6割に上った。

在宅医療・介護連携に関連して、回答者のサービス担当者会議や退院時カンファレンスへの参加率は9割を超えていたが、一方で、主治医との直接のやり取りは1週間のうちほとんどないとの回答も3分の2近くを占めた。

居宅サービス計画作成時に主治医意見書の活用状況について、ほとんどの回答者が情報請求・提供依頼を行っていた。重視している項目としては「診察状況（最終受診日、他科受診）、診断名、治療歴、投薬内容、特別な医療の内容」、「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、移動、摂食、運動、嚥下）」、「特記すべき事項」と回答した割合が高かった。主治医意見書の自由記載の重視度は、いずれも重視している割合が高かったものの、介護の具体的な手間や介助方法に関する記載は「あまり重視していない」との回答も4分の1ほどあった。また、自由記載は全般的に不十分だとの回答割合が高かった。

## 2. 考察

### (1) 記載側と利用側の双方が改善を望んでいる

本調査では、主治医意見書記載医師は平均 12 年、介護認定審査会委員は平均 7 年の要介護認定業務経験年数を持つ回答者からの回答が得られた。また、介護支援専門員である回答者も約 7 割が認定調査員としての従事経験があり、要介護認定業務の経験が豊富な回答者に対する調査結果であったといえる。

ただし、このように経験豊富な回答者も、主治医意見書を記載する医師の側からは、記載において判断基準が分かりづらいと感じていたり、情報不足のため記載が難しいと感じていたりする項目があるという意見であった。また、主治医意見書を利用する介護認定審査会委員や介護支援専門員の側からも、審査判定や居宅サービス計画作成において多くの項目を活用していることが明らかになった一方で、記載の充実を求める意見もあった。

### (2) 認知機能の評価に関する記載方法は特に改善を要する

認知機能の評価について、主治医意見書記載医師や認定調査員として従事した経験のある介護支援専門員からは、認知症高齢者の日常生活自立度の判断基準が分かりづらいとの指摘が一定割合あった。加えて、介護認定審査会委員からも要支援 2 と要介護 1 の判定時に主治医意見書と認定調査での自立度の不整合があること、中核症状や周辺症状も含めて審査判定時に重視しているものの自由記載が不足していることなどについて指摘があった。他方、主治医意見書記載医師からは、認知症の中核症状や周辺症状については情報が乏しく、把握が難しいとの意見もみられた。

主治医意見書を記載する 8 割の医師が HDS-R（長谷川式簡易知能評価スケール）を活用していること、5 割以上の介護認定審査会の委員も HDS-R の点数の記載を要望していること等も踏まえ、介護認定審査会における認知機能の評価のあり方について、今後の検討が期待される。

### (3) 様式の簡素化についての検討が望まれる

主治医意見書の様式の簡素化については、特定の項目については簡素化すべきとの意見が多くみられた。特に、「サービス利用による生活機能の維持・改善」については、主治医意見書記載医師からは簡素化した方がよいとの意見、介護認定審査会委員からはあまり重視していないとの意見が一定数みられた。

ただし、介護認定審査会や居宅サービス計画において主治医意見書の様々な項目が活用されており、簡素化は不要との意見も多かった。記載医師の負担に配慮しつつ、充実した審査判定や計画作成が今後も行われるよう、慎重な検討が望まれる。

## 第3部 認定調査項目に関する調査

### 1. 調査概要

#### 1. 目的とねらい

要介護認定の認定調査については、制度発足当初より地域間格差が発生していることが指摘されており、この解消は制度の公平性を担保するものとして重要な課題となっている。認定調査項目の中では、「1-1 麻痺等の有無（下肢）」「3-4 短期記憶」において選択率の地域間格差が大きいことが、厚生労働省の調査（業務分析データ等）で明らかになっている。これらの項目は、要介護認定の一次判定ソフトのロジックに基づけば、一次判定において特に軽度者の出現率に影響を与える場合が多いことが分かっている。特に、「1-1 麻痺等の有無（下肢）」の「麻痺あり」、「3-4 短期記憶」の「できない」の選択率が高い場合、軽中度の要介護度の分布の変化による介護保険財政への影響も考えられる。

そこで、本調査では、「1-1 麻痺等の有無（下肢）」の「麻痺あり」、「3-4 短期記憶」の「できない」の選択率の上昇に影響を与えている要因を把握することを目的とし、両項目の調査方法・判断基準に関する自治体の認定調査員等へのヒアリング調査及びアンケート調査を実施した。

### 2. ヒアリング調査の実施概要

#### (1) 目的

ヒアリング調査では、「1-1 麻痺等の有無（下肢）」「3-4 短期記憶」の選択率の上昇に影響を与える要因について仮説を組み立てるため、いくつかの自治体の認定調査員に対して、聞き取りを行った。

#### (2) 調査対象

調査対象は、「1-1 麻痺等の有無（下肢）」の「麻痺あり」、「3-4 短期記憶」の「できない」の選択率が、全国平均と比べて高い自治体を選定し、認定調査の指導等に携わる自治体職員及び認定調査員に対し、聞き取りを行った。

#### (3) 調査内容

主な調査内容は、以下の通りである。

（下肢麻痺）

- ・確認動作を実施する際の姿勢
- ・下肢の挙上における角度の判断基準
- ・静止した状態で保持できるかの判断基準（時間、震え等） 等

（短期記憶）

- ・「面接調査の直前に何をしてきたか」を思い出せるか確認する質問方法

- ・「面接調査の直前に何をしていたか」の質問と3品提示の優先順位
- ・質問に正しく回答したと判断する基準
- ・日頃の状況の聞き取りの質問方法、判断基準

#### (4) 実施時期

平成27年10月～11月

### 3. アンケート調査の実施概要

#### (1) 目的

ヒアリング調査の結果に基づき、選択率の違いに影響を与える調査方法・判断基準について仮説を設定した。それに基づき、アンケート調査票を設計し、全国的な状況を把握するため、全国の自治体へのWEBアンケート調査「認定調査項目（下肢麻痺・短期記憶）に係る各自治体の実施方法および判断基準に関するアンケート調査」を実施した。

#### (2) 調査対象

調査の実施にあたっては、認定調査員個人の調査方法や判断基準ではなく、自治体の認定調査員全体の傾向を把握するため、調査対象は、「市区町村（広域連合、一部事務組合等を含む）の自治体の認定調査の全体的な傾向を把握している職員、または認定調査の実施件数になるべく多い認定調査員」とした。（なお、被災地でアンケートの回答が難しい自治体、認定調査を実施していないことが調査実施前に判明している自治体は、調査対象から除外した。）

#### (3) 調査内容

主な調査内容は、以下の通りである。

（調査体制）

- ・調査員の人数
- ・直営調査員が調査を実施する件数の割合 等

（下肢麻痺）

- ・確認動作の実施方法
- ・確認動作における判断基準
- ・日頃の状況の聞き取りにおける判断基準 等

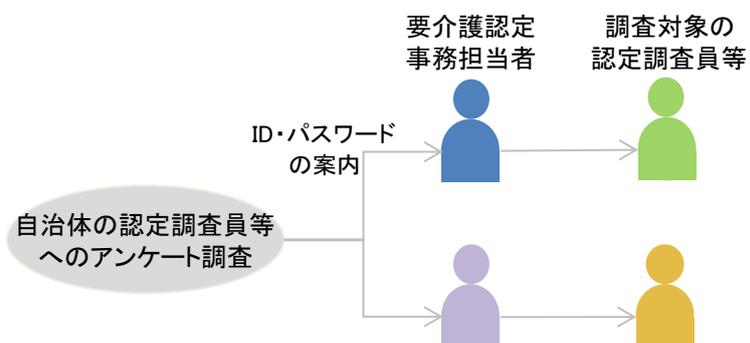
（短期記憶）

- ・「面接調査の直前に何をしていたか」の質問方法
- ・3品提示の実施頻度、実施方法、「できない」の選択への影響
- ・日頃の状況の聞き取りにおける判断基準 等

#### (4) 実施時期、実施方法

本調査は、WEB アンケートにて実施した。アンケート回答サイトへのログインに必要な ID・パスワードを、調査事務局より、各自治体の要介護認定事務担当者に電子メールにて送付し、回答サイトを通じて、調査対象の認定調査員等の回答を回収した。

図表 3-1 アンケート調査の実施の流れ



○ログイン用 ID・パスワードの送付：平成 28 年 1 月 15 日

○回答サイトでの回答回収：平成 28 年 1 月 18 日～2 月 1 日

## II. 自治体の認定調査員等へのヒアリング調査結果

### 1. 調査結果

調査結果は、以下の通りであった。

図表 3-2 ヒアリング調査結果のまとめ

自治体		自治体A	自治体B	自治体C	
調査項目の選択率	下肢麻痺(左)「あり」	平均値 +2σ 以上	平均値 +2σ 以上	平均値 +2σ 以上	
	下肢麻痺(右)「あり」	平均値 +2σ 以上	平均値 +2σ 以上	平均値 +2σ 以上	
	短期記憶「できない」	平均値 +σ 以上	平均値 -σ より高く、平均値 +σ より低い	平均値 +σ 以上	
調査体制	認定調査員	1~10名	51~100名	1~10名	
	委託調査員	0人	101名以上	1~10名	
調査方法判断基準	下肢麻痺	拳上角度	・確認動作において、テキストのイラストにあるような水平までの下肢の拳上を基準にしていた	・確認動作において、水平までの下肢の拳上を基準としている	・確認動作において、可動出来る範囲での下肢の拳上で判断している
		保持時間		・確認動作において、筋力低下がみられる場合は、数秒間、静止した状態で保持できるかを確認している	・確認動作において、保持の秒数は定められていないため、静止が出来た場合は麻痺なしと判断している
		静止状態	・確認動作において、下肢の震えなどがみられる場合は、「麻痺あり」と判断していた可能性がある	・確認動作において、下肢の震えなどがみられる場合は、「麻痺あり」と判断している	・静止が出来れば麻痺なしと判断している ・振戦がある場合は特記事項に状況を記載している
		確認動作	・確認動作において、下肢を水平位置に拳上するために、もたれている場合、「麻痺あり」と判断していた	・身体を地面から垂直にして実施しており、円背の場合は、もたれないような姿勢で実施している	・椅子に座るか仰臥位で確認している
	その他	・確認動作において、他動的に動かせる範囲まで、下肢を拳上でできても、「拘縮がある」ということで、「麻痺あり」としていた可能性がある ・単純に、下肢筋力が低下していることを理由として、「麻痺あり」を選択していた可能性がある	・確認動作において、下肢を拳上し、静止した状態で保持できる場合でも、頻繁に転倒するなど筋力低下がみられる場合は「麻痺あり」と判断することがある ・「日常生活上での支障」が現状の判断基準に含まれないことを認識していなかった	・疾病により麻痺がある場合や歩行の姿勢、足の運びなどを総合的に判断している	
	短期記憶	直前に何をしていたか		・食事をしたか等を聞く場合が多い。食事メニューまで聞いているが、食事メニューまで答えられるかどうかでなく、食事をしたことを覚えていたかどうかで選択している	・直前に何をしていたかを質問し返答により3品の提示にうつり短期記憶を確認している
		3品提示	・「3品提示」を毎回実施していた(提示する品は、各調査員で異なっていた)	・「面接調査の直前に何をしていたか」をたずねる質問を優先的に実施している	・3品提示をして5分~10分後に2つを提示し残り1つを答えてもらう。出来ても出来なくても介護者や家族に日頃の状況を確認し判断している
		その他			・判断に迷った場合は内容を特記事項に記載している

※調査項目の選択率のデータの出所は、要介護認定業務分析データ(平成26年4月1日以降申請~平成26年12月31日までに認定支援ネットワークに送信されたデータ)となっている。

※自治体Aは、調査方法の見直しを行った後のヒアリング調査であったため、「調査方法・判断基準」については、見直し前の状況について聞き取りを行った。

### (1) 下肢麻痺の調査方法・判断基準の状況

ヒアリング調査を行った自治体の中には、下肢の「挙上角度」について水平を基準とする自治体が見られた。「静止した状態で保持できるか」の確認については、数秒間の保持を判断基準とする自治体や、静止した状態での下肢の震えなどを総合的に考慮し、「麻痺あり」と判断している自治体も見られた。また、確認動作については、椅子にもたれている場合に「麻痺あり」と判断したり、椅子にもたれないような姿勢で実施している自治体があった。

こうした、「挙上角度」「保持時間」「静止状態」の判断基準や「確認動作」の実施方法などが、「麻痺あり」の選択率に影響を与えている可能性がある。

### (2) 短期記憶の調査方法・判断基準の状況

ヒアリングを行った自治体においては、「面接調査の直前に何をしていたか」をたずねる際、「調査の直前に食べた食事のメニュー」まで聞く自治体が見られた。また、「3品提示」を毎回実施している自治体もあった。

こうした、「直前に何をしていたか」をたずねる質問方法や、「3品提示」の実施頻度などが、「できない」の選択率に影響を与えている可能性がある。

## 2. 調査方法の見直しによる選択率等の変化（自治体 A）

### (1) 調査方法の見直し

自治体 A は、2014 年度時点で、下肢麻痺（左）および下肢麻痺（右）ともに、「あり」の選択率が、平均値+2 $\sigma$  以上であったが、都道府県の研修を受講したことをきっかけに、調査方法の見直しとして、調査方法に係る意見交換会を実施した。また、認定調査員の退職・新規雇用により多くの調査員が入れ替わったため、新たな調査体制で調査方法や判断基準等に関する共有を行い、認定調査を実施している。

### (2) 調査方法の見直し前後における選択率等の変化

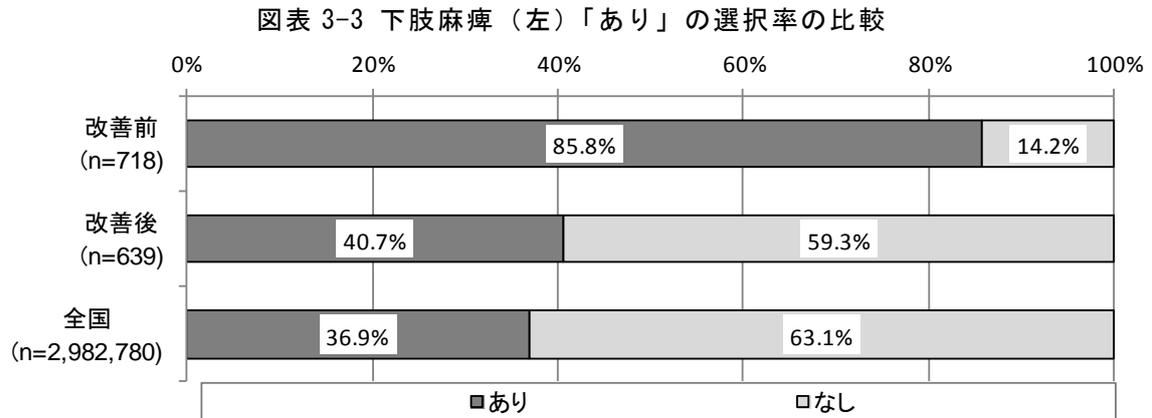
以下では、調査方法の見直し前後における選択率等の変化を整理した。データは、要介護認定業務分析データを用いており、以下の時点で比較を行った。

○改善前：平成 26 年 4 月 1 日以降申請～平成 26 年 12 月 31 日までに認定支援ネットワークに送信された A 自治体のデータ

○改善後・全国：平成 27 年 4 月 1 日以降申請～平成 27 年 12 月 31 日までに認定支援ネットワークに送信された A 自治体・全国のデータ

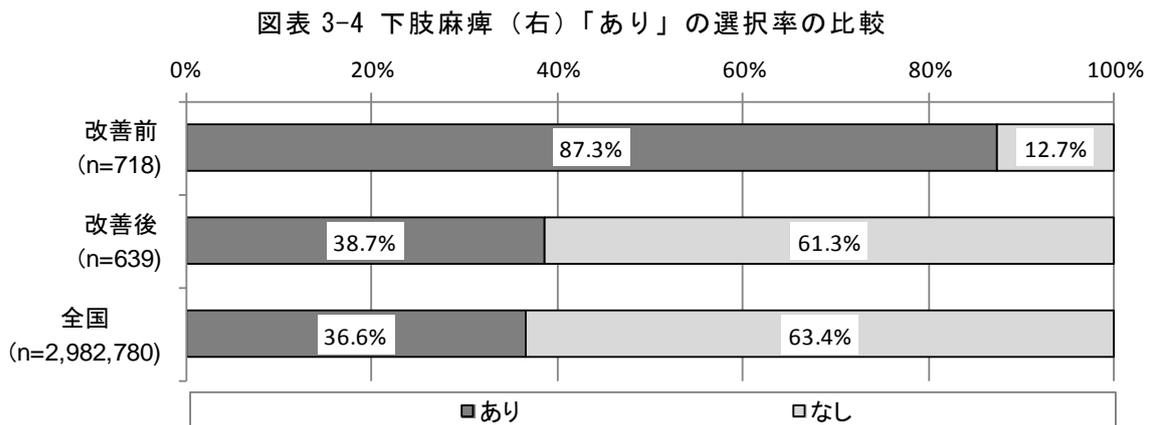
1) 下肢麻痺（左）「あり」の選択率

改善前に 85.8%あった選択率が改善後に 40.7%となり、全国平均の 36.9%に近づいた。



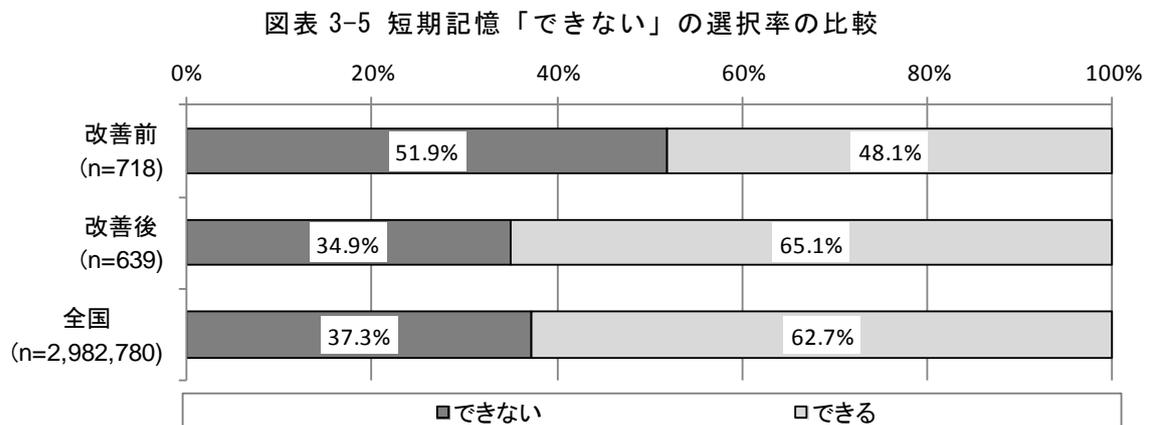
2) 下肢麻痺（右）「あり」の選択率

改善前に 87.3%あった選択率が改善後に 38.7%となり、全国平均の 36.6%に近づいた。



3) 短期記憶「できない」の選択率

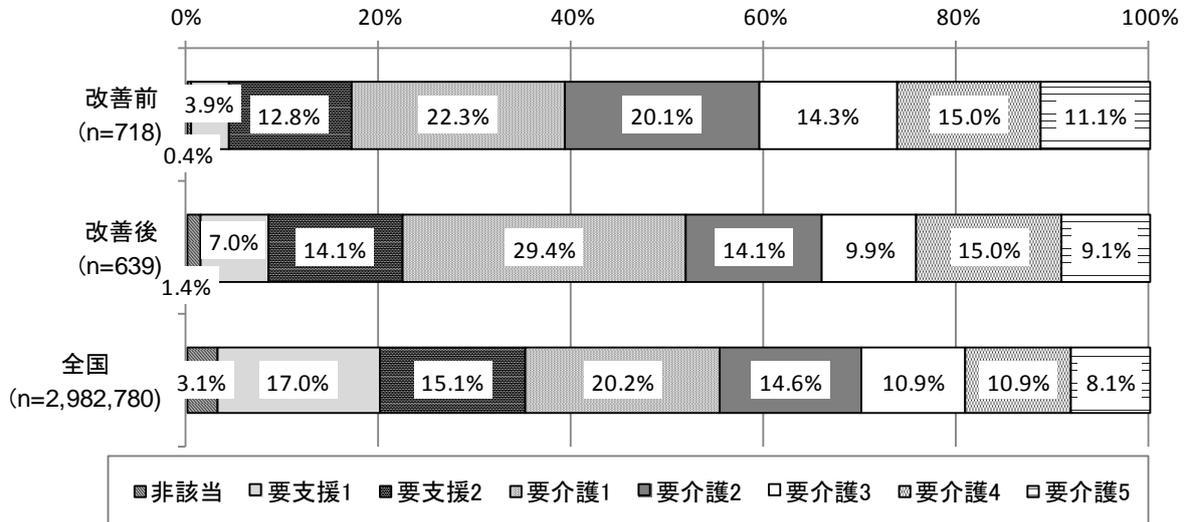
改善前では、51.9%であった選択率は、改善後に 34.9%となり、全国平均の 37.3%に近づいた。



4) 一次判定の要介護度分布

改善前は、要介護 2 以上の出現率が約 6 割を占めていたのに対し、改善後は約 5 割に減少し、要介護 1 の出現率が増加した。

図表 3-6 一次判定の要介護度分布比較



3. 選択率の違いに影響を与える要因に関する仮説の検討

以上の結果をふまえて、「1-1 麻痺等の有無（下肢）」の「あり」、「3-4 短期記憶」の「できない」の選択率の違いに影響を与える要因について、下記の通り仮説を検討した。これらの項目をふまえて、「Ⅲ. 自治体の認定調査員等へのアンケート調査」の調査票の設計を行った。

※ここでの「選択率への影響」はあくまで仮説であり、必ずしも選択率に影響するとは限らない。仮説の検証結果については、「IV-6. 判別分析によるはずれ値の要因分析」を参照されたい。

図表 3-7 調査方法・判断基準に関する要因（仮説）

■ 下肢麻痺

想定される要因	選択率への影響（仮説）
下肢の「 <b>挙上角度</b> 」に関する判断基準	下肢の挙上については、軽度の可動域制限がある場合は、関節の動く範囲で行うことになっているが、「水平位置までの挙上」を厳密に判断している場合には、下肢麻痺「あり」の選択率が高くなる可能性がある。
下肢の静止状態の「 <b>保持時間</b> 」に関する判断基準	挙上した下肢を静止した状態で保持できるかの判断については、秒数や状態等の規定はないが、自治体で独自の基準が設けられている場合、選択率に影響を与える可能性がある。
「 <b>静止状態</b> 」を保持できていると判断する基準	

想定される要因	選択率への影響（仮説）
「確認動作」の実施方法	確認動作の実施方法については、椅子で試行する場合は「大腿部が椅子から離れないこと」、仰向けで試行する場合は「枕等から大腿部が離れないこと」が条件となっているが、その他に確認動作の実施方法（背中との角度やいすの高さ等）について、自治体で独自の基準が設けられている場合、選択率に影響を与える可能性がある。
他の調査項目との「連動選択」	全ての調査項目は、それぞれの定義に従って調査することとなっているが、例えば、『1-7 歩行』で『できない』を選択する場合には、必ず下肢麻痺を『あり』とする」等、他の調査項目と連動して選択を行っている場合、選択率に影響を与える可能性がある。
「日頃の状況」の聞き取りにおける判断基準	日頃の状況の聞き取りにおいて、自治体で独自の判断基準が設けられている場合、選択率に影響を与える可能性がある。

### ■短期記憶

想定される要因	選択率への影響（仮説）
面接調査の「直前に何をしていたか思い出せるか」を把握する質問方法	「面接調査の直前に何をしていたか思い出す」能力を評価する際、面接調査直前または当日行ったことについてたずねるより難易度の高い（低い）質問をしている場合、選択率に影響を与える可能性がある。
「3品提示」の実施頻度、実施方法	3品提示は、面接調査直前または当日行ったことについてたずねる質問での確認が難しい場合に実施することになっているが、毎回3品提示を実施し、その評価に基づき選択している場合や、3品提示の実施方法に誤りがある場合は、選択率に影響を与える可能性がある。
質問に「正答」と判断する基準	質問されたことについて、ほぼ正確な回答ができる場合は「できる」を選択することになっているが、この判断について自治体で独自の基準を設けている場合、選択率に影響を与える可能性がある。
他の調査項目との「連動選択」	全ての調査項目は、それぞれの定義に従って調査することとなっているが、例えば、『4-12 ひどい物忘れ』で『ある』を選択する場合には、必ず短期記憶を『できない』とする」等、他の調査項目と連動して選択を行っている場合、選択率に影響を与える可能性がある。
「日頃の状況」の聞き取りにおける判断基準	日頃の状況の聞き取りにおいて、自治体で独自の判断基準が設けられている場合、選択率に影響を与える可能性がある。

### ■下肢麻痺・短期記憶共通

想定される要因	選択率への影響（仮説）
認定調査件数に占める「直営調査員」が認定調査を実施する割合（「直営割合」）	認定調査件数に占める直営調査員（市区町村職員、事務受託法人の職員等）が実施する割合が高い場合、認定調査に関する指導や方針共有が比較的容易になるため、調査方法や判断基準に偏りがある場合に、選択率への影響が出やすいと考えられる。（逆に、直営調査員の実施割合が低い地域では、選択率にばらつきが生じやすい。）

### III. 自治体の認定調査員等へのアンケート調査結果

#### 1. 回答状況

回答サイトへのログイン用 ID・パスワードを送付自治体数は 1,765 件で、回収数は 1,336 件、回収率は 75.7%であった。また、回答を回収した自治体のうち、認定調査を実施している自治体数は 1,259 件であった。

図表 3-8 調査対象の回答状況(単位：件)

送付自治体数	回収数	回収率	認定調査を実施している自治体数
1,765	1,336	75.7%	1,259

#### 2. アンケート集計結果の分析方法

##### (1) はずれ値自治体の抽出方法

調査結果の分析にあたっては、選択率の違いに影響を与える要因を把握するため、回答自治体を、全国平均に近い選択率を示している「平均自治体」と、全国平均に比べて非常に高い選択率を示している「はずれ値自治体」に分類して、合計との比較を行った。

自治体の分類にあたっては、要介護認定業務分析データの選択率を活用し、平均値と標準偏差 ( $\sigma$ ) を算出した上で、下記の抽出基準で分類した。

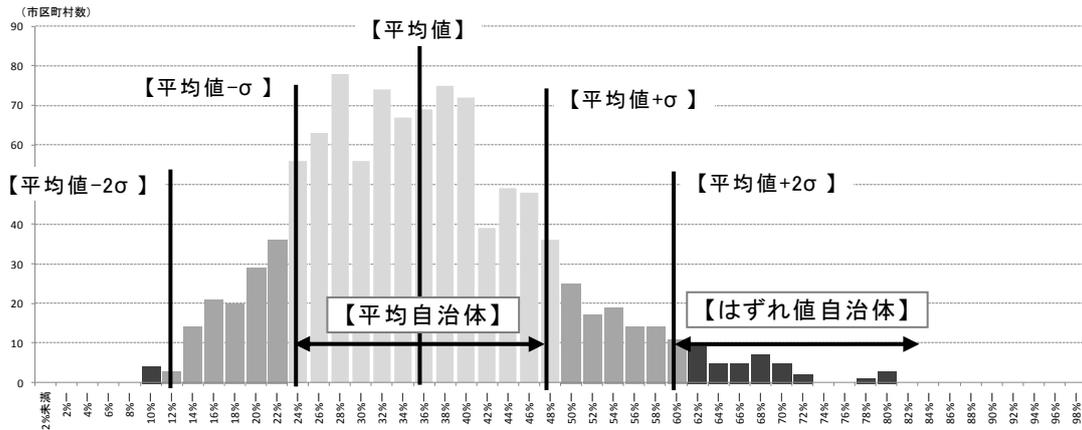
図表 3-9 自治体の抽出方法

	平均自治体	はずれ値自治体
Ⅲ3~5 での表記	「平均自治体」	「+2 $\sigma$ 自治体」
抽出基準	「1-1 麻痺等有無(下肢)」の「あり」、「3-4 短期記憶」の「できない」の選択率が、平均値- $\sigma$ より高く、平均値+ $\sigma$ より低い	「1-1 麻痺等有無(下肢)」の「あり」、「3-4 短期記憶」の「できない」の選択率が、平均値+2 $\sigma$ 以上
アンケート回答自治体の該当数 ※( )内は、うち、認定調査を実施している自治体数	下肢麻痺：600 (553) 短期記憶：596 (549)	下肢麻痺：39 (36) 短期記憶：26 (24)

※抽出基準に用いた選択率は、平成 27 年 4 月 1 日～平成 27 年 12 月 31 日までに認定支援ネットワークに 500 件以上送信のあった自治体の要介護認定業務分析データである。(認定支援ネットワークに送信のない自治体および送信件数が 500 件未満の自治体は含まれない。)

※下肢麻痺については、下肢麻痺(左)および下肢麻痺(右)の値がどちらか一方でも、はずれ値自治体の抽出基準に該当すれば「はずれ値自治体」、下肢麻痺(左)および下肢麻痺(右)のどちらも、平均自治体の抽出基準に該当する場合は「平均自治体」としている。

図表 3-10 自治体の抽出イメージ



(2) 回答自治体の選択率別構成割合に関する  $\chi^2$ (カイ二乗)適合検定

回答自治体を、選択率に基づき下記の通り分類し、その構成割合を、全国の自治体を同様に分類した場合の構成割合と比較して、 $\chi^2$  適合検定を行ったところ、有意差はないとの結果となった ( $\chi^2 < 9.488$ )。したがって、以降の調査結果で示す「合計」については、一定の代表性があると言える。

図表 3-11  $\chi^2$ (カイ二乗)適合検定

範囲	母集団						有効票						④期待度数					
	下肢麻痺(左)		下肢麻痺(右)		短期記憶		下肢麻痺(左)		下肢麻痺(右)		短期記憶		下肢麻痺(左)		下肢麻痺(右)		短期記憶	
	件数	比率	件数	比率	件数	比率	件数	比率	件数	比率	件数	比率	件数	比率	件数	比率	件数	比率
平均値-2σ 以下	6	0.6%	2	0.2%	13	1.2%	5	0.6%	1	0.1%	7	0.8%	5	0.6%	2	0.2%	11	1.2%
平均値-2σ より大きく平均値-σ 以下	149	14.2%	155	14.8%	149	14.2%	106	12.5%	107	12.6%	104	12.2%	121	14.2%	126	14.8%	121	14.2%
平均値-σ より大きく平均値+σ 未滿	741	70.8%	737	70.5%	726	69.4%	611	71.9%	612	72.0%	595	70.0%	602	70.8%	599	70.5%	590	69.4%
平均値+σ 以上平均値+2σ 未滿	108	10.3%	109	10.4%	130	12.4%	92	10.8%	94	11.1%	118	13.9%	88	10.3%	89	10.4%	106	12.4%
平均値+2σ 以上	42	4.0%	43	4.1%	28	2.7%	36	4.2%	36	4.2%	26	3.1%	34	4.0%	35	4.1%	23	2.7%
合計	1046	100.0%	1046	100.0%	1046	100.0%	850	100.0%	850	100.0%	850	100.0%	850.0	100.0%	850.0	100.0%	850.0	100.0%

範囲	$\chi^2$ 値の計算								
	①(有効票件数-期待度数件数)			②(①×①)			③(②÷④)		
	下肢麻痺(左)	下肢麻痺(右)	短期記憶	下肢麻痺(左)	下肢麻痺(右)	短期記憶	下肢麻痺(左)	下肢麻痺(右)	短期記憶
平均値-2σ 以下	0	-1	-4	0	0	13	0.003	0.241	1.202
平均値-2σ より大きく平均値-σ 以下	-15	-19	-17	227	359	292	1.878	2.853	2.409
平均値-σ より大きく平均値+σ 未滿	9	13	5	78	172	25	0.130	0.287	0.043
平均値+σ 以上平均値+2σ 未滿	4	5	12	18	29	153	0.205	0.332	1.446
平均値+2σ 以上	2	1	3	3	1	11	0.102	0.032	0.463
合計							2.318	3.744	5.564

### 3. 認定調査の体制等

以降の集計結果については、特に記載がない限り、下記の n 数とする。

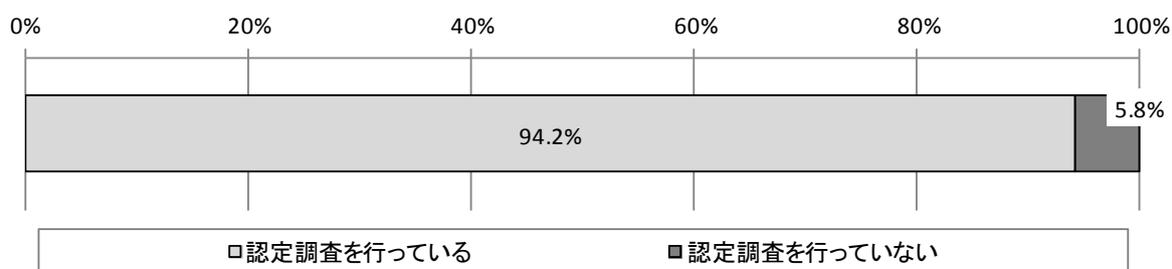
図表 3-12 集計結果の n 数

	下肢麻痺	短期記憶
合計	1,259	1,259
平均（平均自治体）	553	549
+2σ（はずれ値自治体）	36	24

#### (1) 認定調査の実施状況

回答のあった自治体が認定調査を実施しているかについて、「認定調査を行っている」は、94.2%であった。

図表 3-13 認定調査の実施状況（n=1,336）



以降の集計結果は、「認定調査を行っている」と回答した自治体の集計結果である。

## (2) 認定調査を行っている人の所属

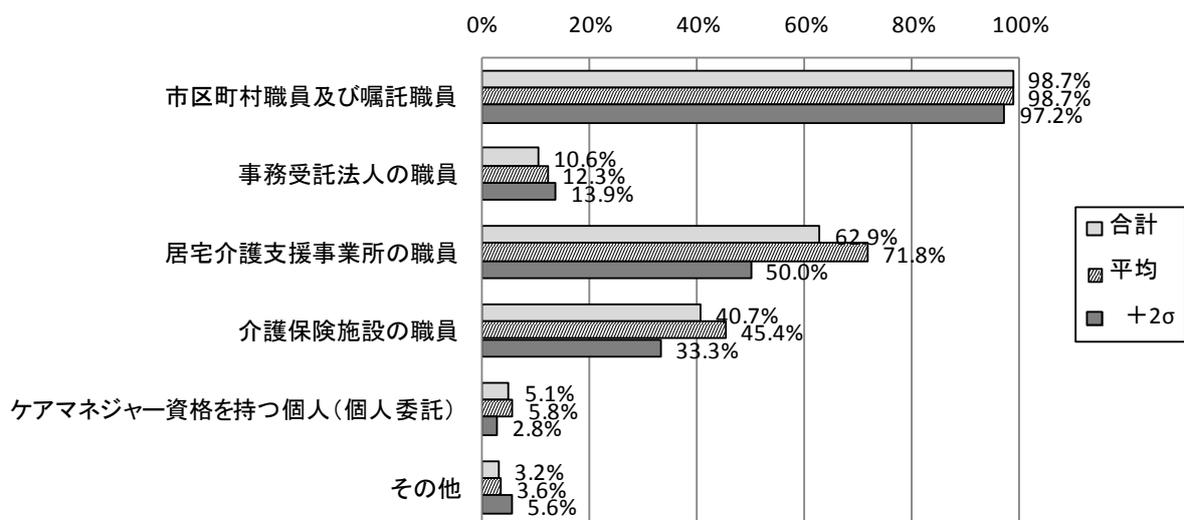
認定調査を実際に行っている人の所属についてたずねた。

合計では、「市区町村職員及び嘱託職員」が最も多く 98.7%、ついで「居宅介護支援事業所の職員」が 62.9%であった。

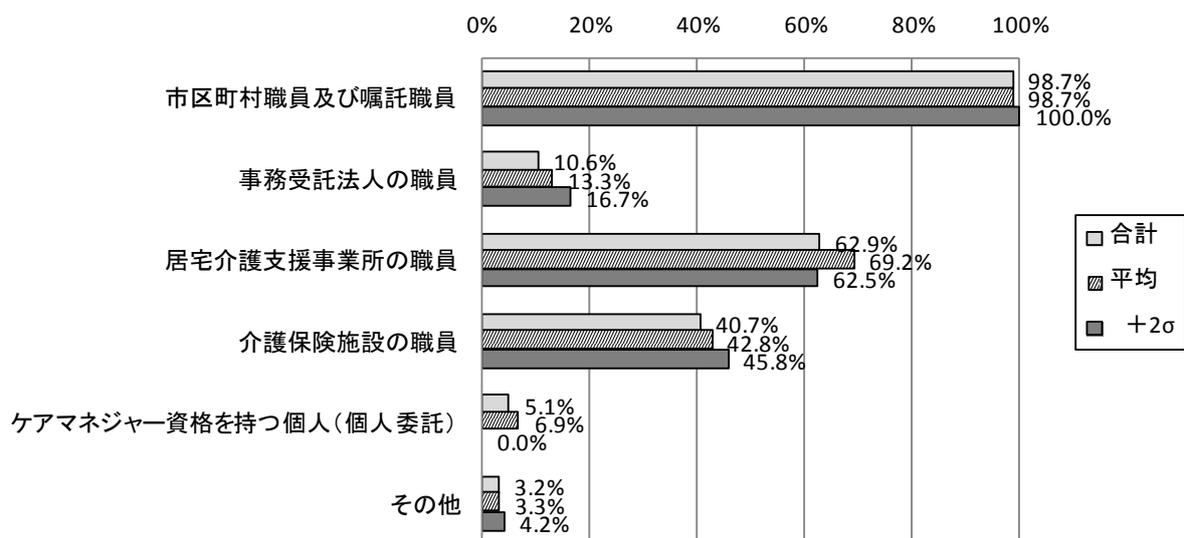
下肢麻痺の選択率別でみると、平均自治体は、+2σ自治体に比べて「居宅介護支援事業所の職員」の割合が高かった。

短期記憶の選択率別では、大きな差はみられなかった。

図表 3-14 認定調査を行っている人の所属（下肢麻痺の選択率別）（複数回答）



図表 3-15 認定調査を行っている人の所属（短期記憶の選択率別）（複数回答）



### (3) 直営調査員が認定調査を実施する割合

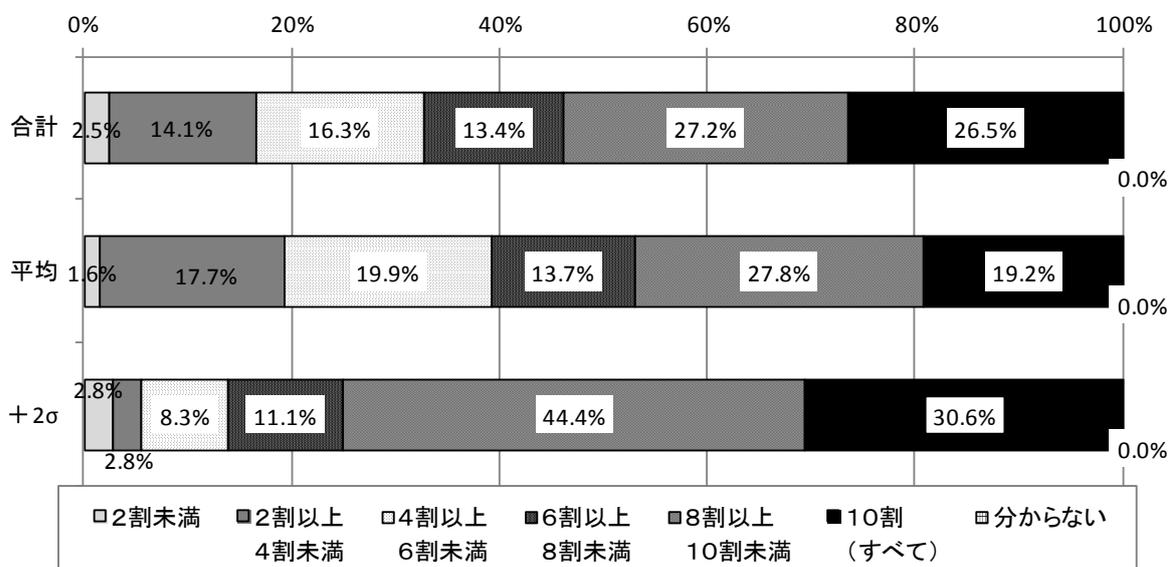
直営調査員（市区町村職員・嘱託職員、事務受託法人の職員など）が認定調査を実施する件数の割合をたずねた。

合計では、「8割以上10割未満」（27.2%）、「10割（すべて）」（26.5%）が多く、あわせて約5割であった。

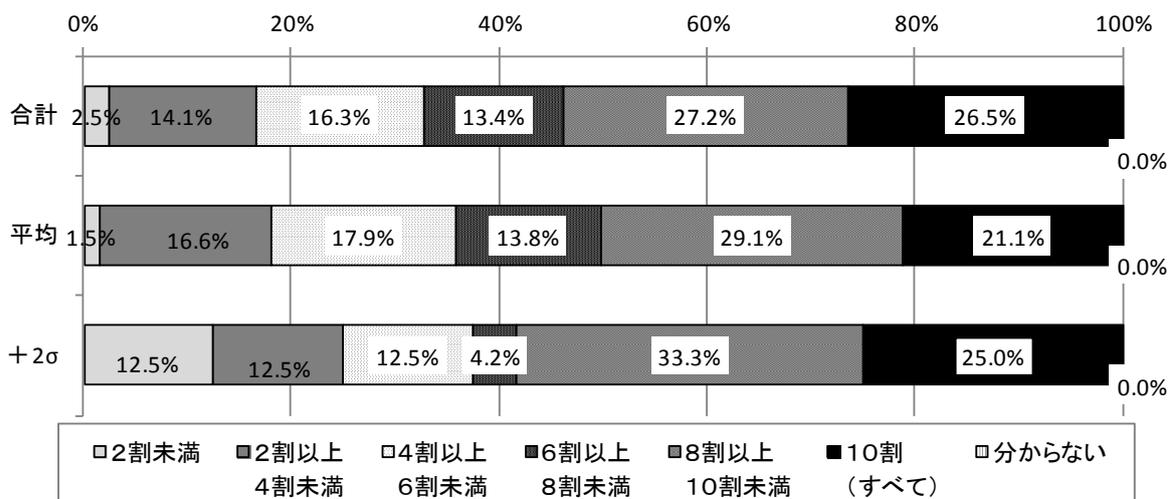
下肢麻痺の選択率別でみると、+2σ自治体は、平均自治体と比べて「8割以上10割未満」「10割（すべて）」の割合が高かった。

短期記憶では、大きな差はみられなかった。

図表 3-16 直営調査員が認定調査を実施する件数の割合（下肢麻痺の選択率別）



図表 3-17 直営調査員が認定調査を実施する件数の割合（短期記憶の選択率別）



#### (4) 直営調査員の概ねの人数

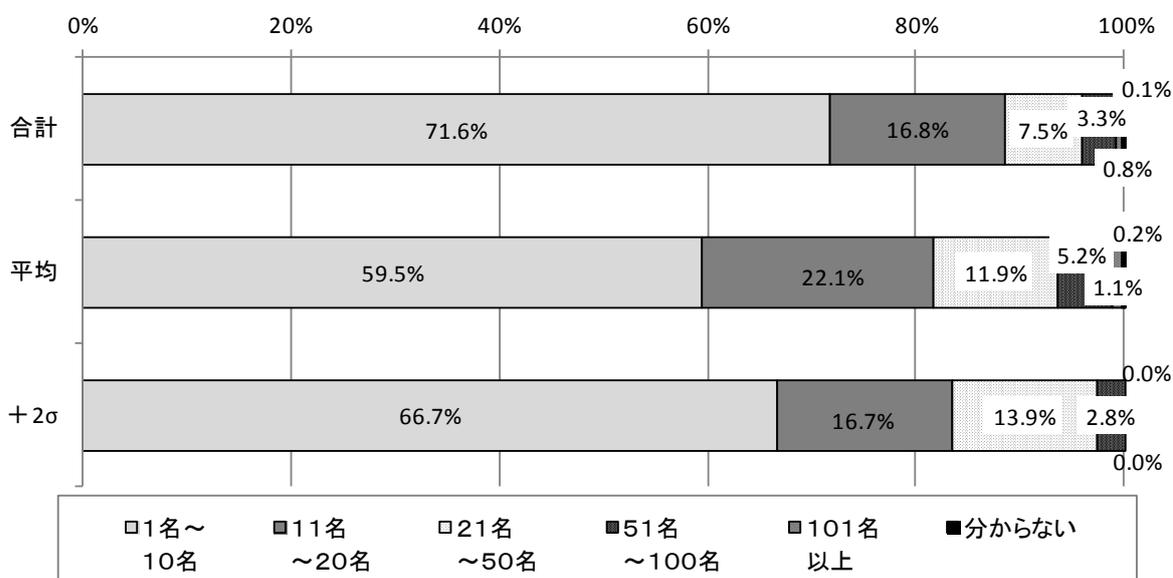
直営調査員（市区町村職員・嘱託職員、事務受託法人の職員など）の概ねの人数をたずねた。

合計では、「1名～10名」が最も多く71.6%、ついで「11名～20名」が16.8%であった。

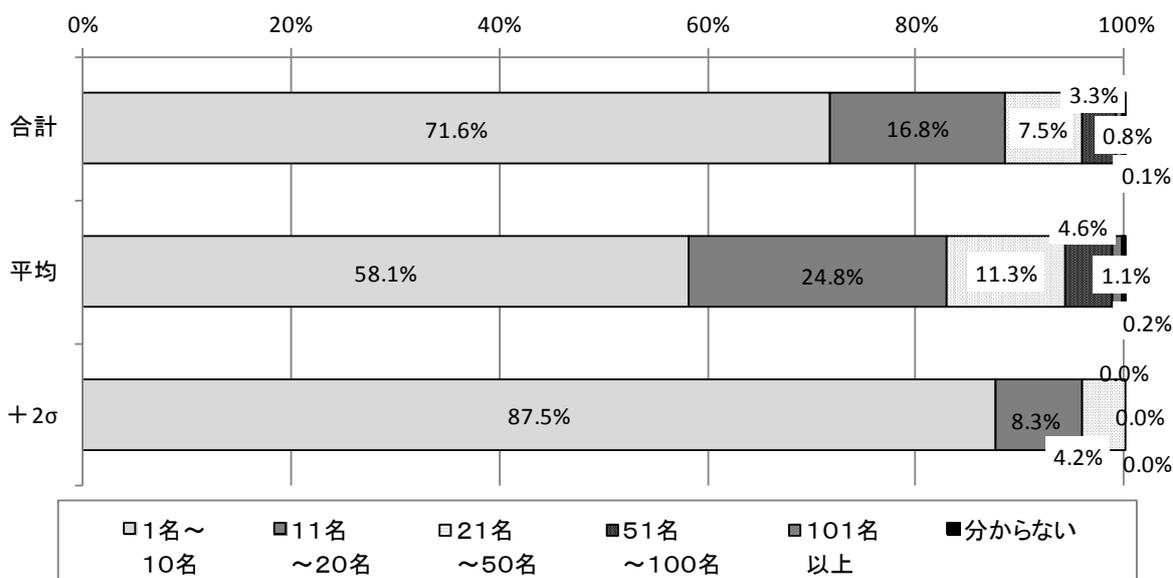
下肢麻痺の選択率別でも、大きな差はみられなかった。

短期記憶の選択率別でみると、+2σ自治体は、平均自治体と比べて「1名～10名」の割合が高かった。

図表 3-18 直営調査員の概ねの人数（下肢麻痺の選択率別）



図表 3-19 直営調査員の概ねの人数（短期記憶の選択率別）



### (5) 委託調査員の概ねの人数

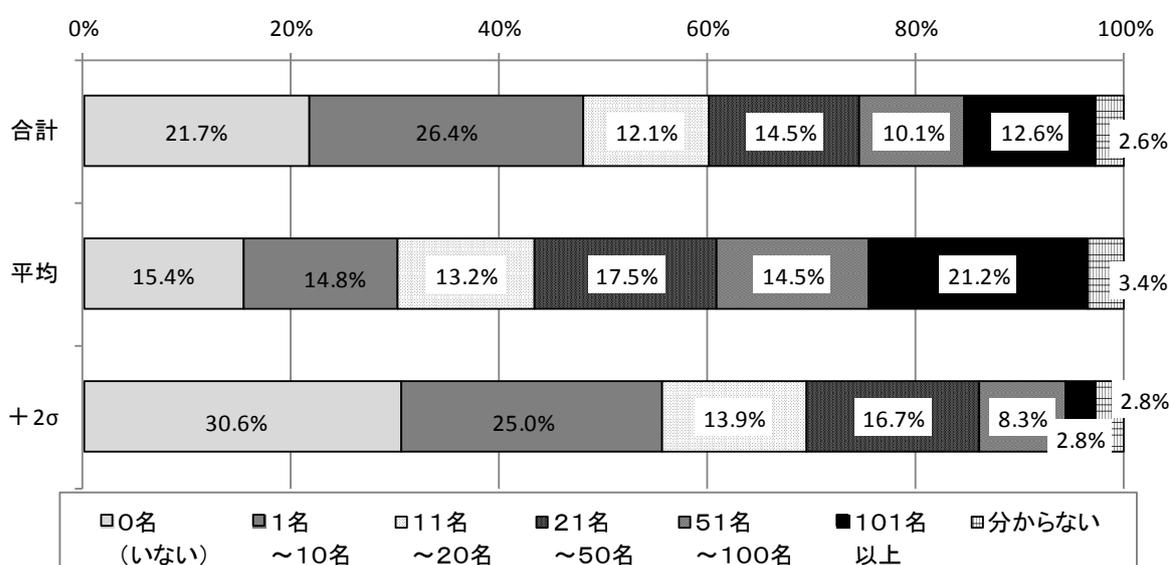
居宅介護支援事業所・介護保険施設の職員・ケアマネジャー資格を持つ個人（委託）の職員をあわせた認定調査員の概ねの人数をたずねた。

合計では、「1名～10名」が最も多く26.4%、ついで「0名（いない）」が21.7%であった。

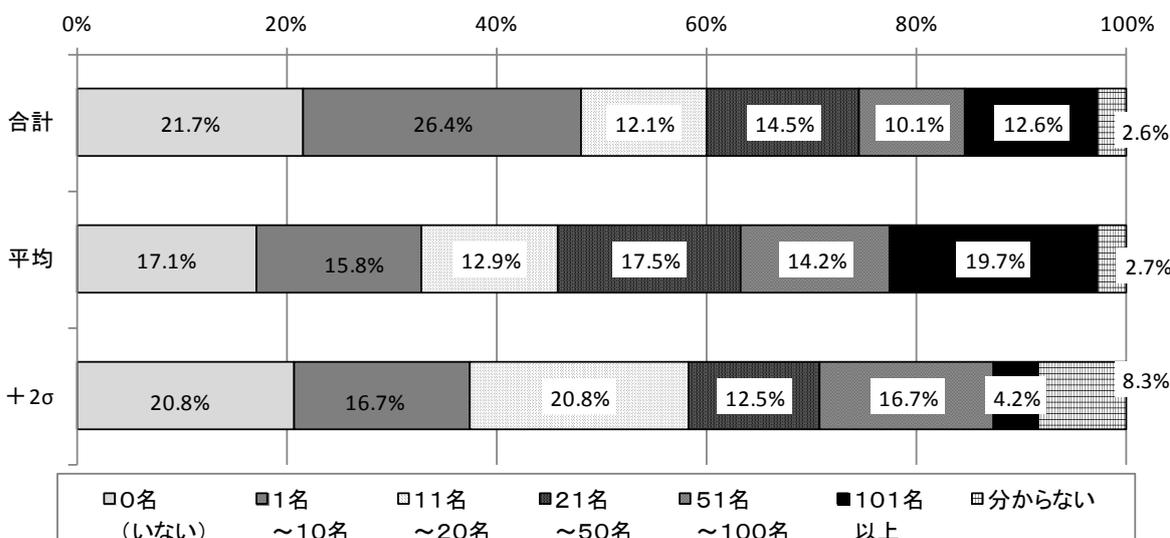
下肢麻痺の選択率別でみると、+2σ自治体は、平均自治体と比べて「0名（いない）」「1名～10名」の割合が高かった。

短期記憶の選択率別でも、平均自治体は、+2σ自治体と比べて「101名以上」の割合が高かった。

図表 3-20 委託調査員の概ねの人数（下肢麻痺の選択率別）



図表 3-21 委託調査員の概ねの人数（短期記憶の選択率別）



## (6) 「認定調査員向け能力向上研修会」への参加状況

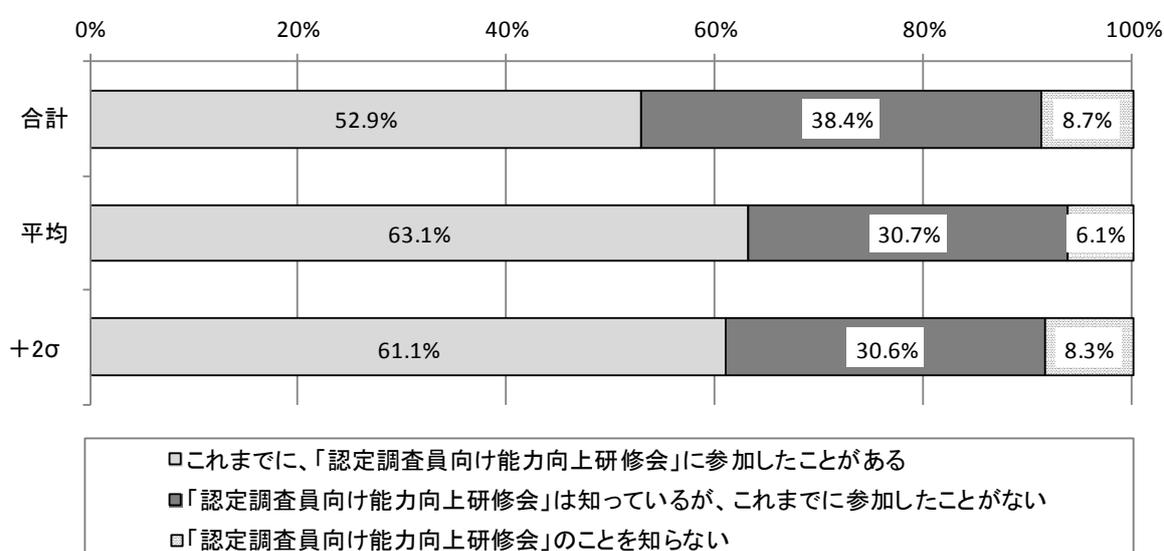
事務受託法人の認定調査員、審査会事務局等の職員が「認定調査員向け能力向上研修会」に参加したことがあるかについてたずねた。

合計では、「認定調査員向け能力向上研修会に参加したことがある」が最も多く52.9%、ついで「認定調査員向け能力向上研修会は知っているが、これまでに参加したことがない」が38.4%であった。

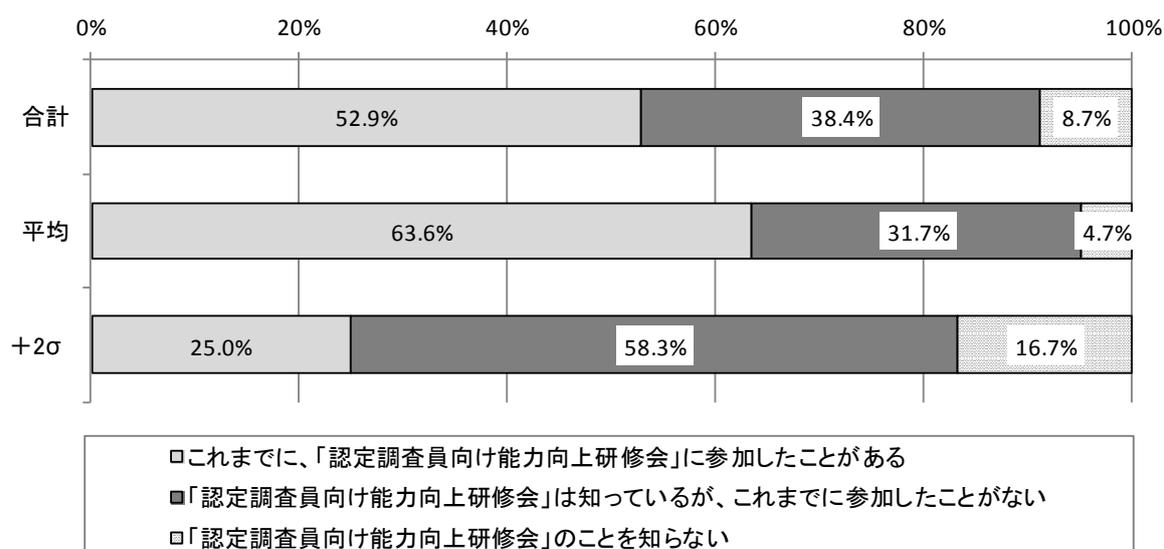
下肢麻痺の選択率別でも、大きな差はみられなかった。

短期記憶の選択率別でみると、平均自治体は、+2σ自治体と比べて「認定調査員向け能力向上研修会に参加したことがある」の割合が高かった。

図表 3-22 「認定調査員向け能力向上研修会」への参加状況（下肢麻痺の選択率別）



図表 3-23 「認定調査員向け能力向上研修会」への参加状況（短期記憶の選択率別）



#### 4. 「1-1 麻痺等の有無（下肢）」の調査方法・判断基準

以降の集計結果については、特に記載がない限り、下記の n 数とする。

図表 3-24 集計結果の n 数

	下肢麻痺
合計	1,259
平均（平均自治体）	553
+2σ（はずれ値自治体）	36

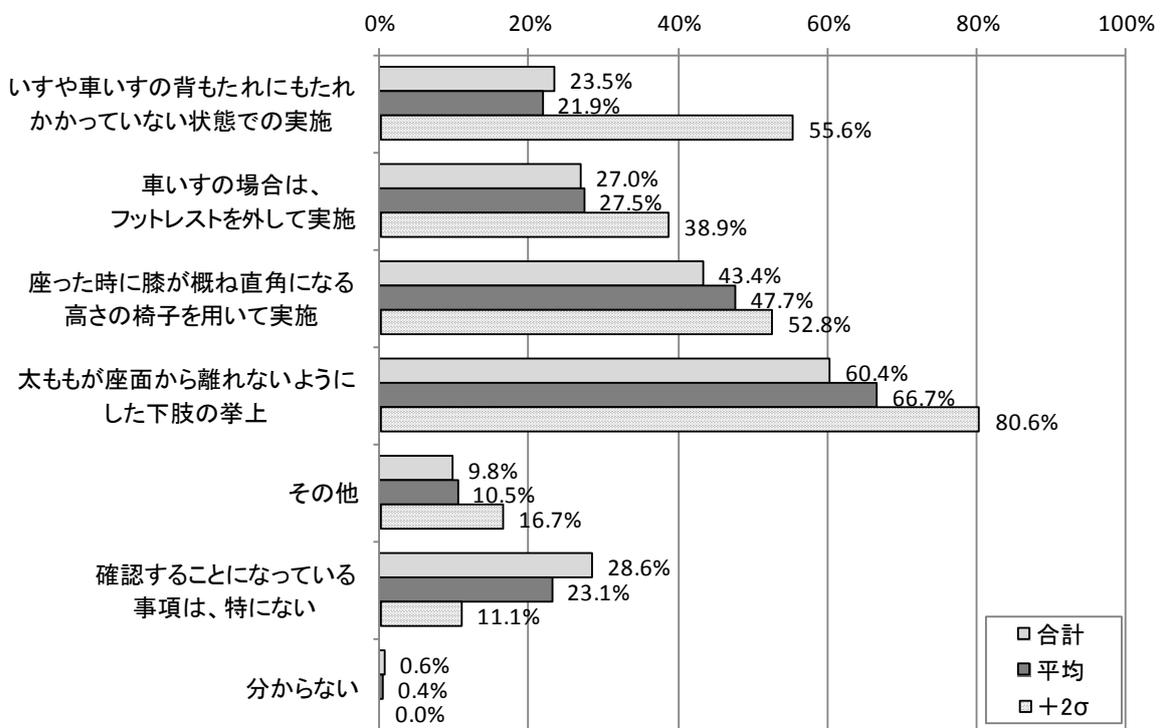
##### (1) 確認動作を実施する際の確認事項

「1-1 麻痺等の有無（下肢）」の確認動作を行う際、認定調査員が確認することになっている事項があるかについてたずねた。

合計では、「太ももが座面から離れないようにした下肢の挙上」が最も多く 60.4%、ついで、「座った時に膝が概ね直角になる高さの椅子を用いて実施」が多く 43.4%であった。

下肢麻痺の選択率別でみると、+2σ自治体は、平均自治体と比べて「いすや車いすの背もたれにもたれかかっている状態での実施」の割合が高く 55.6%であった。

図表 3-25 確認動作を実施する際の確認事項



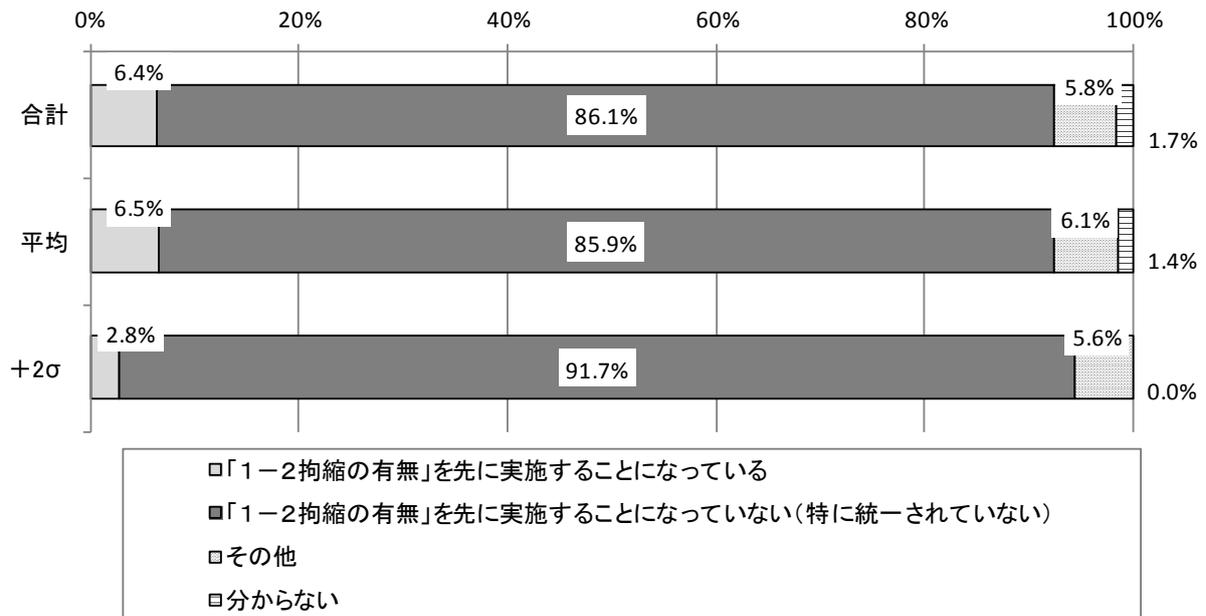
(2) 「1-1 麻痺等の有無（下肢）」「1-2 拘縮の有無」の調査手順

「1-1 麻痺等の有無（下肢）」の調査の前に、「1-2 拘縮の有無」の確認を先に実施することになっているかたずねた。

合計では、「1-2 拘縮の有無を先に実施することになっている」が 6.4%にとどまった。

下肢麻痺の選択率別でも、大きな差はみられなかった。

図表 3-26 「1-2 拘縮の有無」の確認の実施ルール



### (3) 確認動作における基準

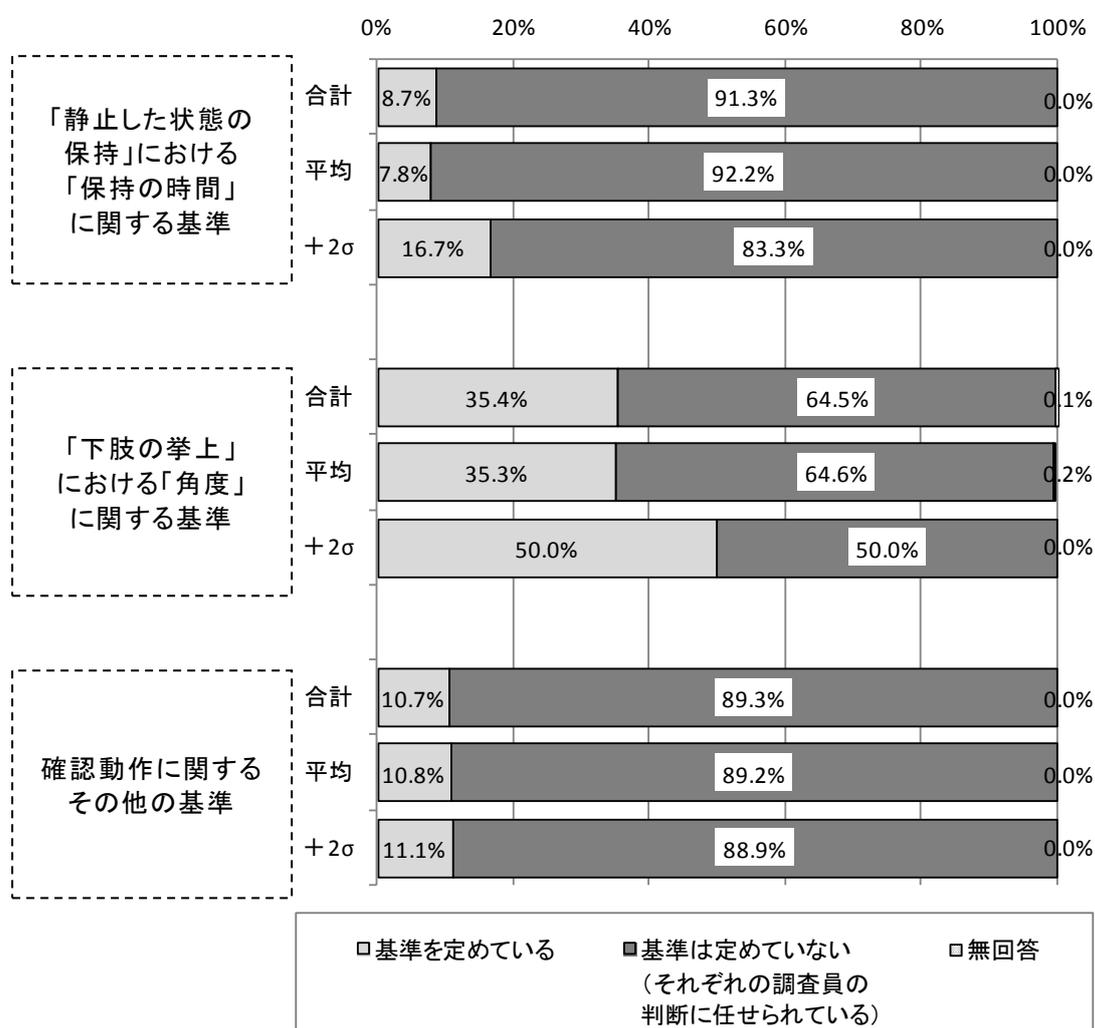
#### 1) 基準の有無

「1-1 麻痺等の有無（下肢）」の確認動作について、基準を定めているかたずねた。

合計では、「基準を定めている」自治体は、「静止した状態の保持における保持の時間に関する基準」は 8.7%、「下肢の挙上における角度に関する基準」は 35.4%、「確認動作に関するその他の基準」は 10.7%であった。

下肢麻痺の選択率別でみると、「下肢の挙上における角度に関する基準」については、+2σ自治体は、平均自治体と比べて「基準を定めている」の割合が高く、50.0%であった。

図表 3-27 「1-1 麻痺等の有無（下肢）」の確認動作における基準



2) 「静止した状態の保持」における「保持の時間」に関する基準の内容

静止した状態の保持における保持の時間に関する「基準を定めている」と回答した自治体に対し、基準の内容をたずねた。

合計では、最低の秒数を「1秒」としている自治体が最も多く60件であった。

下肢麻痺の選択率別でも、最も多かったのは「1秒」で、平均自治体で17件、+2σ自治体で3件であった。

図表 3-28 「静止した状態の保持」における「保持の時間」に関する基準の内容

No	「静止した状態の保持」における「保持の時間」に関する基準の内容 (最低何秒保持できれば、「保持ができる」と判断するか)	件数		
		合計	平均	+2σ
1	10秒	3	0	0
2	5秒	10	3	1
3	4秒	2	0	0
4	3秒	13	5	0
5	2秒	15	5	1
6	1秒	60	17	3
7	数秒	4	1	1
	計	107	31	6

3) 「下肢の挙上」における「角度」に関する基準の内容

下肢の挙上における角度に関する「基準を定めている」と回答した自治体に対し、基準の内容をたずねた。

合計では、「90度(水平)」としている自治体が最も多く402件であった。

下肢麻痺の選択率別でも、最も多かったのは、「90度(水平)」で、平均自治体で121件、+2σ自治体で17件であった。

図表 3-29 「下肢の挙上」における「角度」に関する基準の内容

No	「下肢の挙上」における「角度」に関する基準の内容 (最低何度以上、挙上できれば、「下肢の挙上ができる」と判断するか)	件数		
		合計	平均	+2σ
1	90度(水平)	402	121	17
2	80度以上	9	3	0
3	70度以上	8	2	0
4	60度以上	9	2	0
5	20度以上50度未満	11	5	0
6	可動域まで(無理の無い範囲の挙上、握りこぶし1個程度など)	6	1	1
	合計	445	134	18

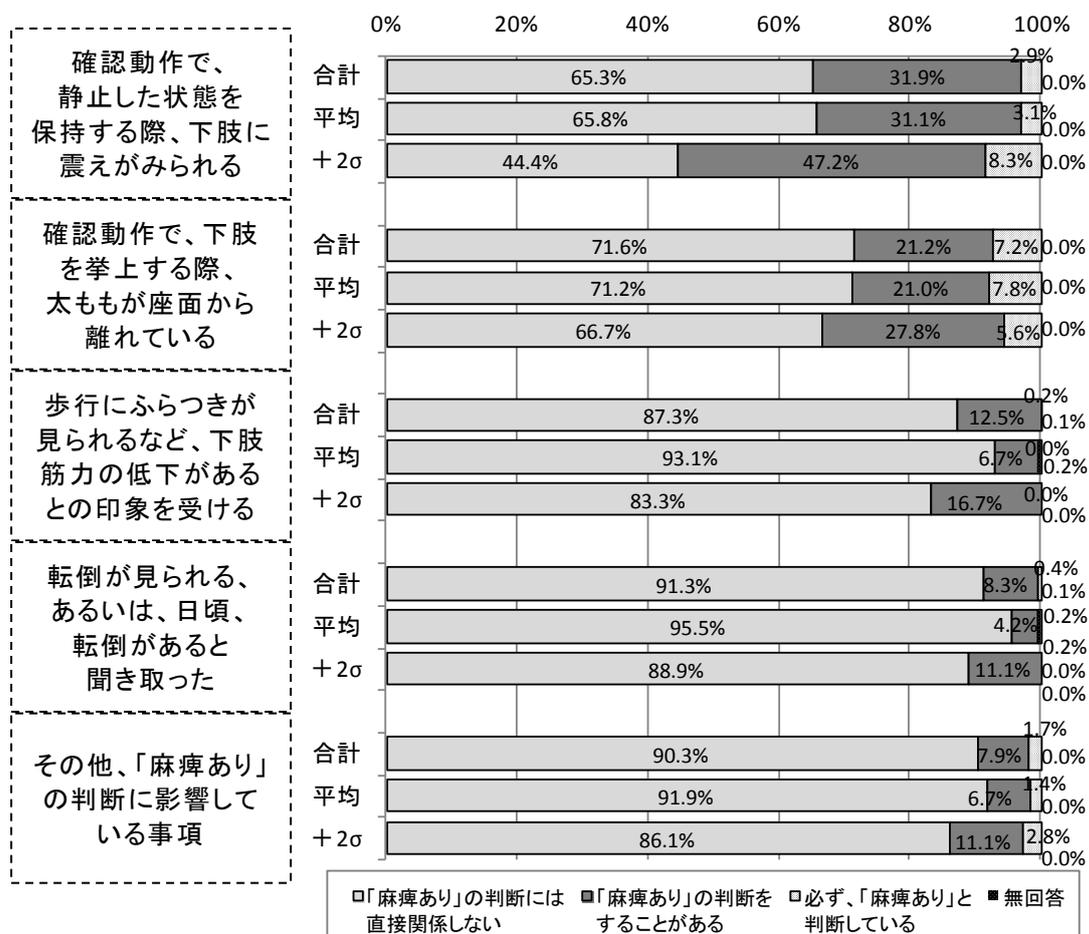
#### (4) 「麻痺あり」の判断に影響する事項

「1-1 麻痺等の有無（下肢）」を「麻痺あり」と判断するのに、以下の事項がどの程度影響するかたずねた。

合計では、「『麻痺あり』の判断をすることがある」「必ず『麻痺あり』と判断している」を合わせた割合は、「静止した状態を保持する際、下肢に震えがみられる」は 34.8%、「下肢を挙上する際、太ももが座面から離れている」は 28.4%、「歩行にふらつきが見られるなど、下肢筋力の低下があるとの印象を受ける」は 12.7%、「転倒が見られる、あるいは、日頃、転倒があると聞き取った」は 8.7%、「その他、『麻痺あり』の判断に影響している事項」は 9.6%であった。

下肢麻痺の選択率別でみると、「静止した状態を保持する際、下肢に震えがみられる」については差がみられ、「『麻痺あり』の判断をすることがある」「必ず『麻痺あり』と判断している」を合わせた割合は、平均自治体で 34.2%であったのに対し、はずれ値自治体では 55.5%であった。

図表 3-30 「麻痺あり」の判断に影響する事項



※「その他、『麻痺あり』の判断に影響している事項」については、選択肢「『麻痺あり』の判断には直接関係しない」は、「ない」としてたずねた。

※「確認動作で、下肢を挙上する際、太ももが座面から離れている」については、離れていることをもって「麻痺あり」とする場合は「『麻痺あり』の判断をすることがある」「必ず、『麻痺あり』と判断している」、確認動作をやりなおす場合は、「『麻痺あり』の判断には直接関係しない」を選択することとしてたずねた。

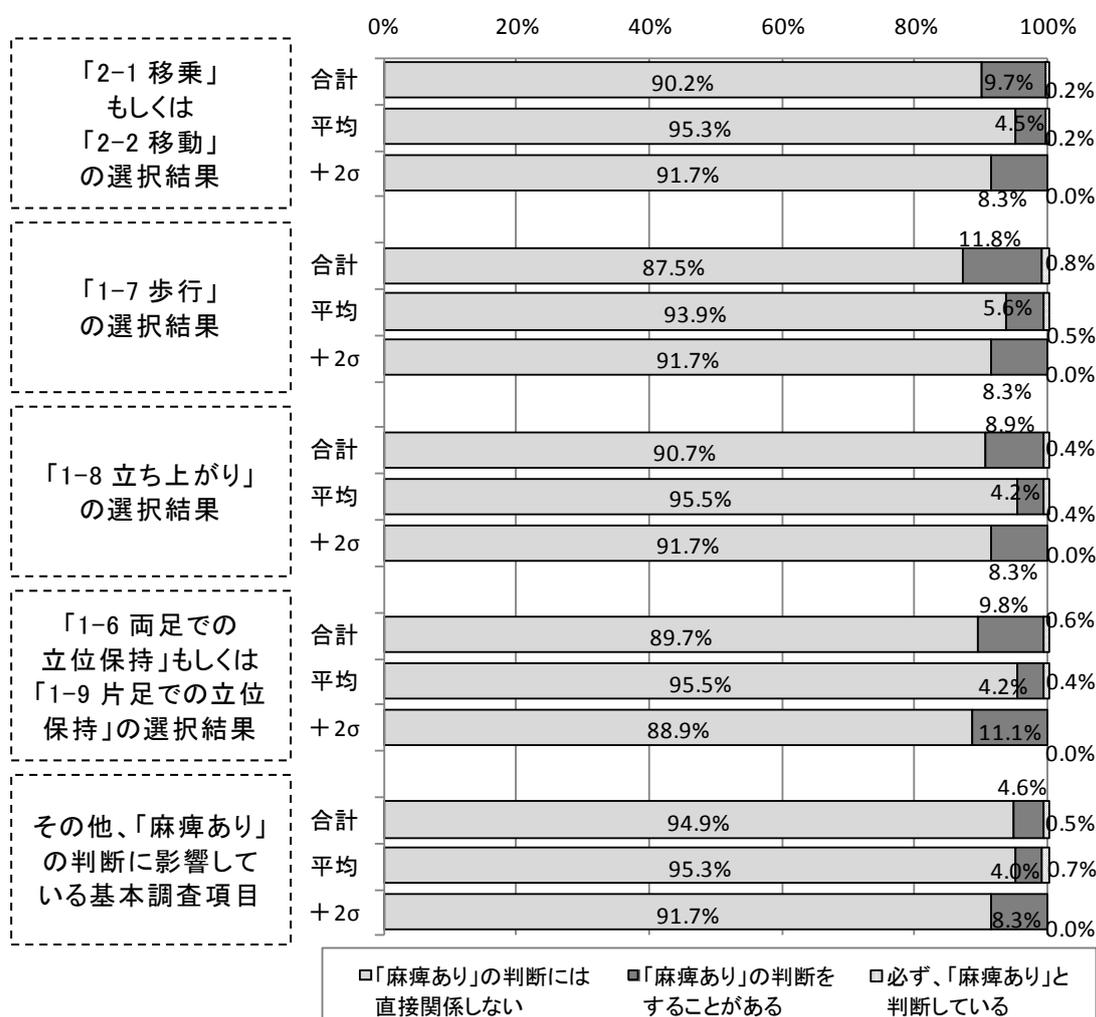
### (5) 「麻痺あり」の判断に影響する基本調査項目

「1-1 麻痺等の有無（下肢）」を「麻痺あり」と判断するのに、以下の基本調査項目の選択結果がどの程度影響するかたずねた。

合計では、「『麻痺あり』の判断をすることがある」「必ず『麻痺あり』と判断している」を合わせた割合は、「2-1 移乗」もしくは「2-2 移動」は 9.9%、「1-7 歩行」は 12.6%、「1-8 立ち上がり」は 9.3%、「1-6 両足での立位保持」もしくは「1-9 片足での立位保持」は 10.4%、「その他、『麻痺あり』の判断に影響している基本調査項目」は 5.1%であった。

下肢麻痺の選択率別でも、大きな差はみられなかった。

図表 3-31 「麻痺あり」の判断に影響する基本調査項目



※「その他、『麻痺あり』の判断に影響している事項」については、選択肢「『麻痺あり』の判断には直接関係しない」は、「ない」としてたずねた。

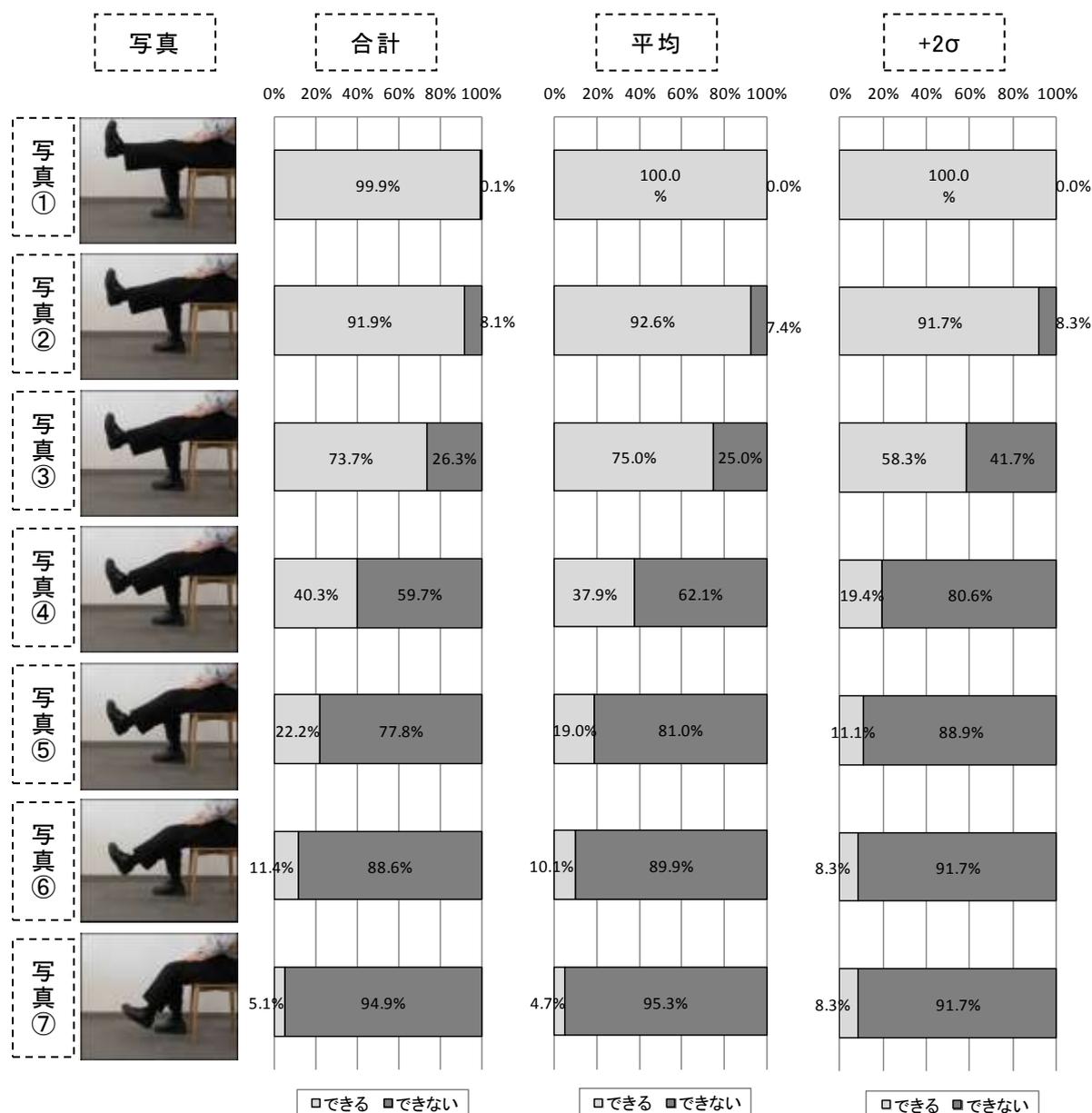
## (6) 「下肢の水平位置までの挙上」における判断基準

「1-1 麻痺等の有無（下肢）」の確認動作における「下肢の水平位置までの挙上」について、それぞれ挙上角度の異なる 7 つの写真を見て、「下肢の水平位置までの挙上ができる」として判断するかどうかたずねた。

合計では、「できる」と「できない」の割合が最も均衡したのは、写真④であった。

下肢麻痺の選択率別でみると、「できる」と「できない」の割合が最も均衡したのは、平均自治体では写真④であったのに対し、+2σ自治体では写真③であった。

図表 3-32 「下肢の水平位置までの挙上」の判断基準



※「できる」は、「『下肢の水平位置までの挙上ができる』として判断する」、「できない」は「『下肢の水平位置までの挙上ができる』として判断するには、十分とはいえない」という選択肢でたずねた。

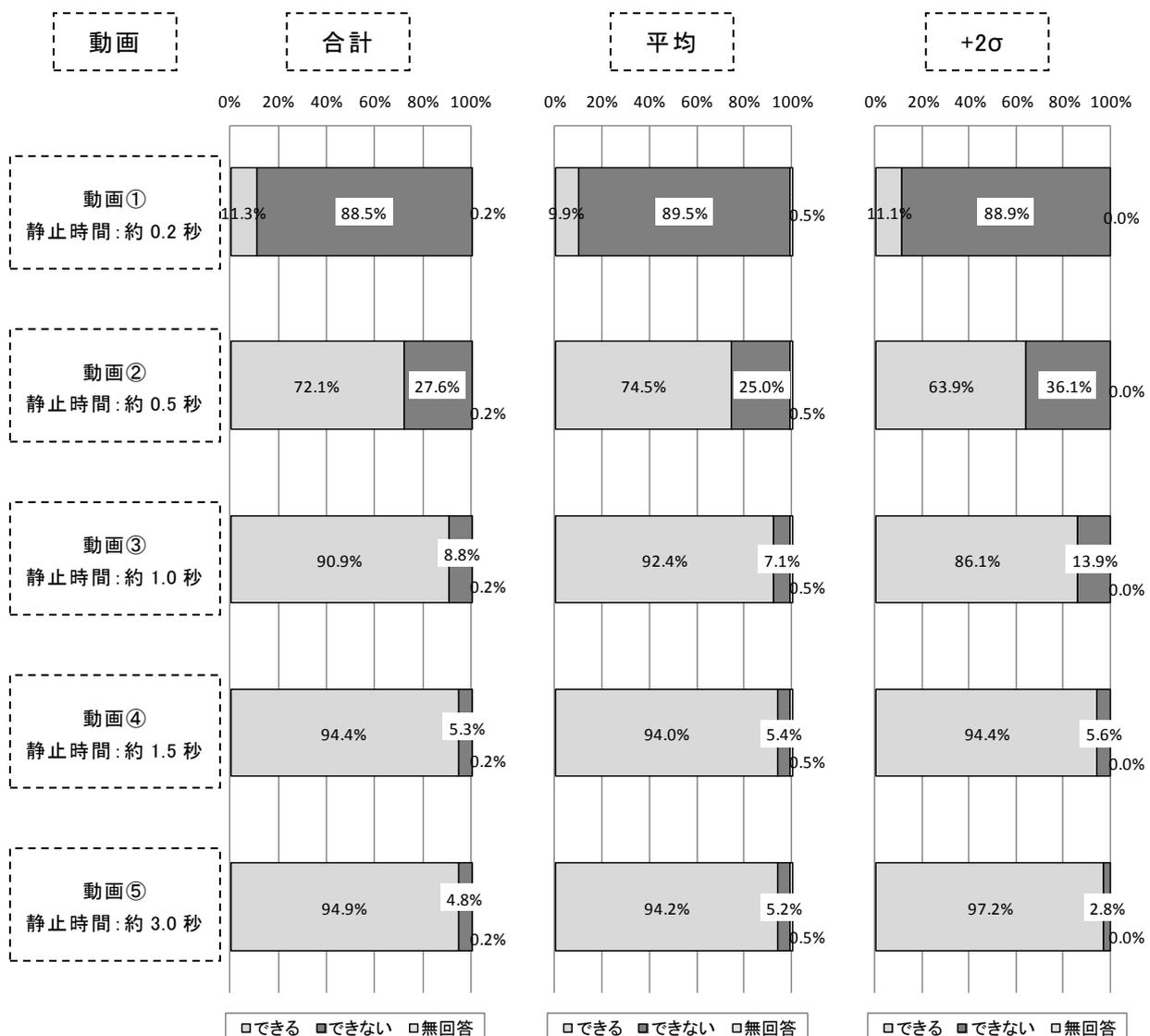
### (7) 「下肢の静止状態の保持」における判断基準

「1-1 麻痺等の有無（下肢）」の確認動作における「下肢の静止状態の保持」について、それぞれ静止時間が異なる5つの動画を見て、「下肢の静止状態の保持ができる」として判断するかどうかたずねた。

合計では、動画①（約0.2秒）では、「できない」が多く88.5%であったのに対し、それ以上の秒数の動画では「できる」が多かった。

下肢麻痺の選択率別でも、同様の傾向がみられた。

図表 3-33 「下肢の静止状態の保持」の判断基準



※「できる」は、「『下肢の静止状態の保持ができる』として判断する」、「できない」は「『下肢の静止状態の保持ができる』として判断するには、十分とはいえない」という選択肢でたずねた。

## 5. 「3-4 短期記憶」の調査方法・判断基準

以降の集計結果については、特に記載がない限り、下記の n 数とする。

図表 3-34 集計結果の n 数

	短期記憶
合計	1,259
平均（平均自治体）	549
+2σ（はずれ値自治体）	24

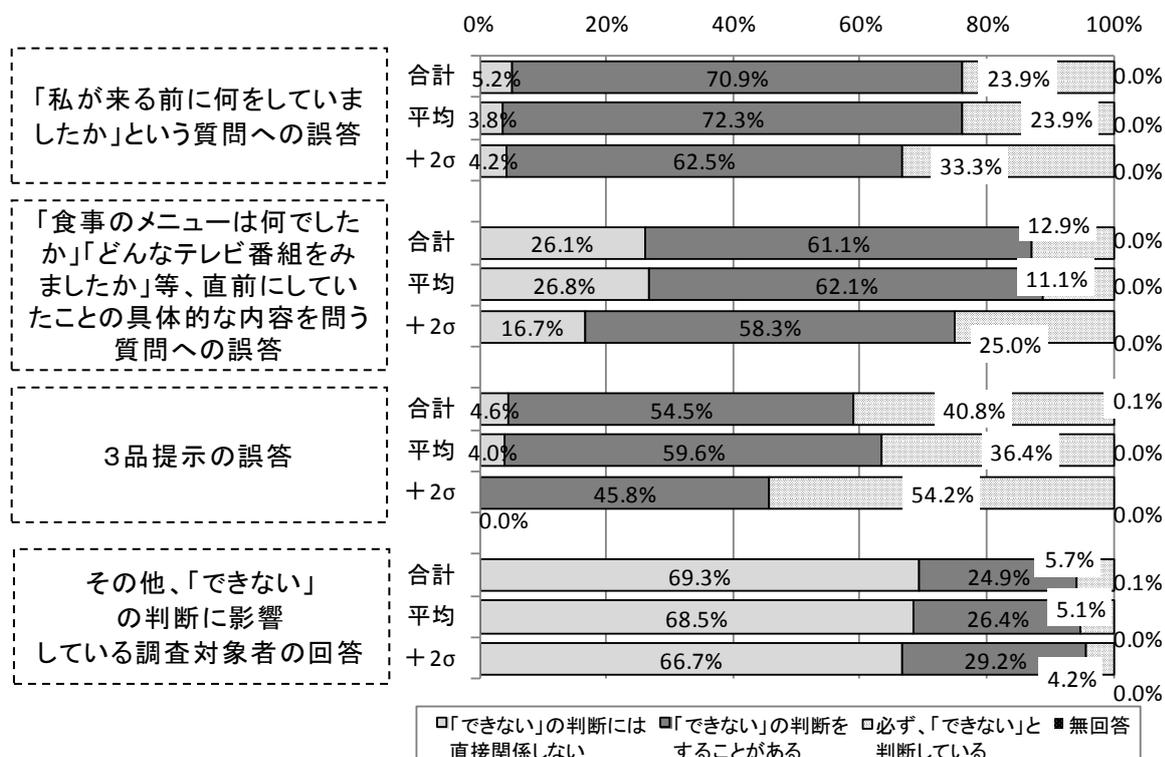
### (1) 「できない」の判断に影響する調査対象者の回答

「3-4 短期記憶」を「できない」と判断するのに、以下の調査対象者の回答がどの程度影響するかについてたずねた。

合計では、「その他、『できない』の判断に影響している調査対象者の回答」を除くと、いずれの項目も「『できない』の判断をすることがある」が最も多かった。「必ず『できない』と判断している」は、「『私が来る前に何をしていましたか』という質問への誤答」は 23.9%であったのに対し、「3品提示の誤答」は 40.8%であった。

短期記憶の選択率別でみると、「3品提示の誤答」について「必ず『できない』と判断している」割合で差がみられ、平均自治体で 36.4%であったのに対し、+2σ自治体では 54.2%であった。

図表 3-35 「できない」の判断に影響する調査対象者の回答



※「その他、『できない』の判断に影響している調査対象者の回答」については、選択肢「『できない』の判断には直接関係しない」は、「ない」としてたずねた。

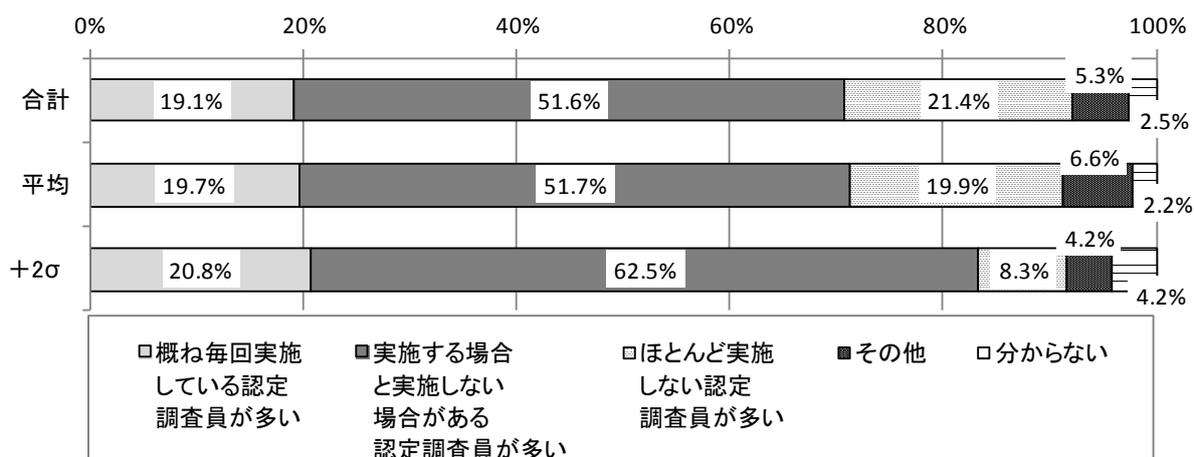
## (2) 3品提示の実施頻度

3品提示をどのくらいの頻度で実施している認定調査員が多いかについてたずねた。

合計では、「実施する場合と実施しない場合がある認定調査員が多い」が最も多く51.6%、ついで、「ほとんど実施しない認定調査員が多い」が21.4%、「概ね毎回実施している調査員が多い」が19.1%であった。

短期記憶の選択率別でみると、平均自治体は、+2σ自治体と比べて「ほとんど実施しない認定調査員が多い」の割合が、やや高かった。

図表 3-36 3品提示の実施頻度



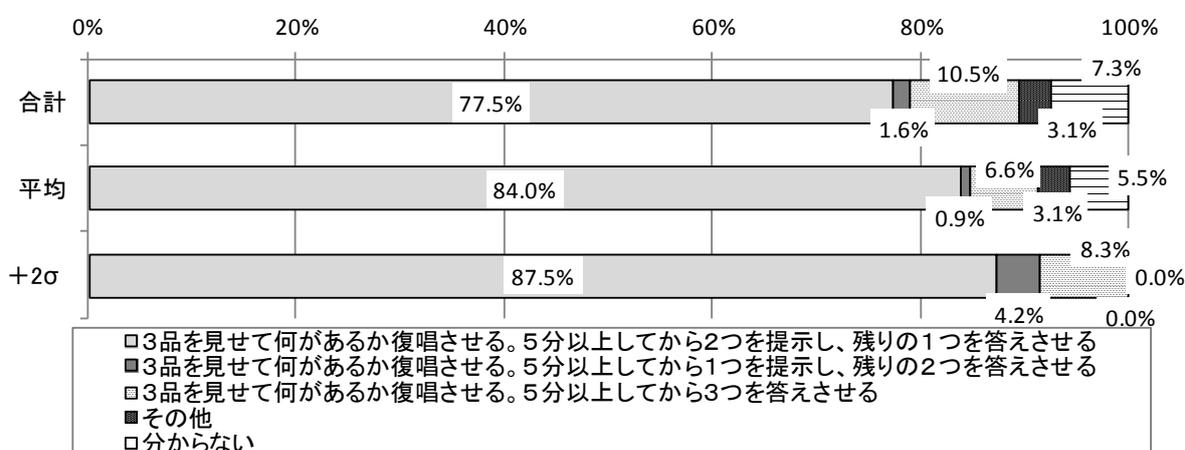
## (3) 3品提示の実施方法

「3品提示」のテストを実施する際、どのように行う認定調査員が多いかについてたずねた。

合計では、「3品を見せて何があるか復唱させる。5分以上してから2つを提示し、残りの1つを答えさせる」が最も多く77.5%であった。

短期記憶の選択率別でも、大きな差はみられなかった。

図表 3-37 3品提示の実施方法



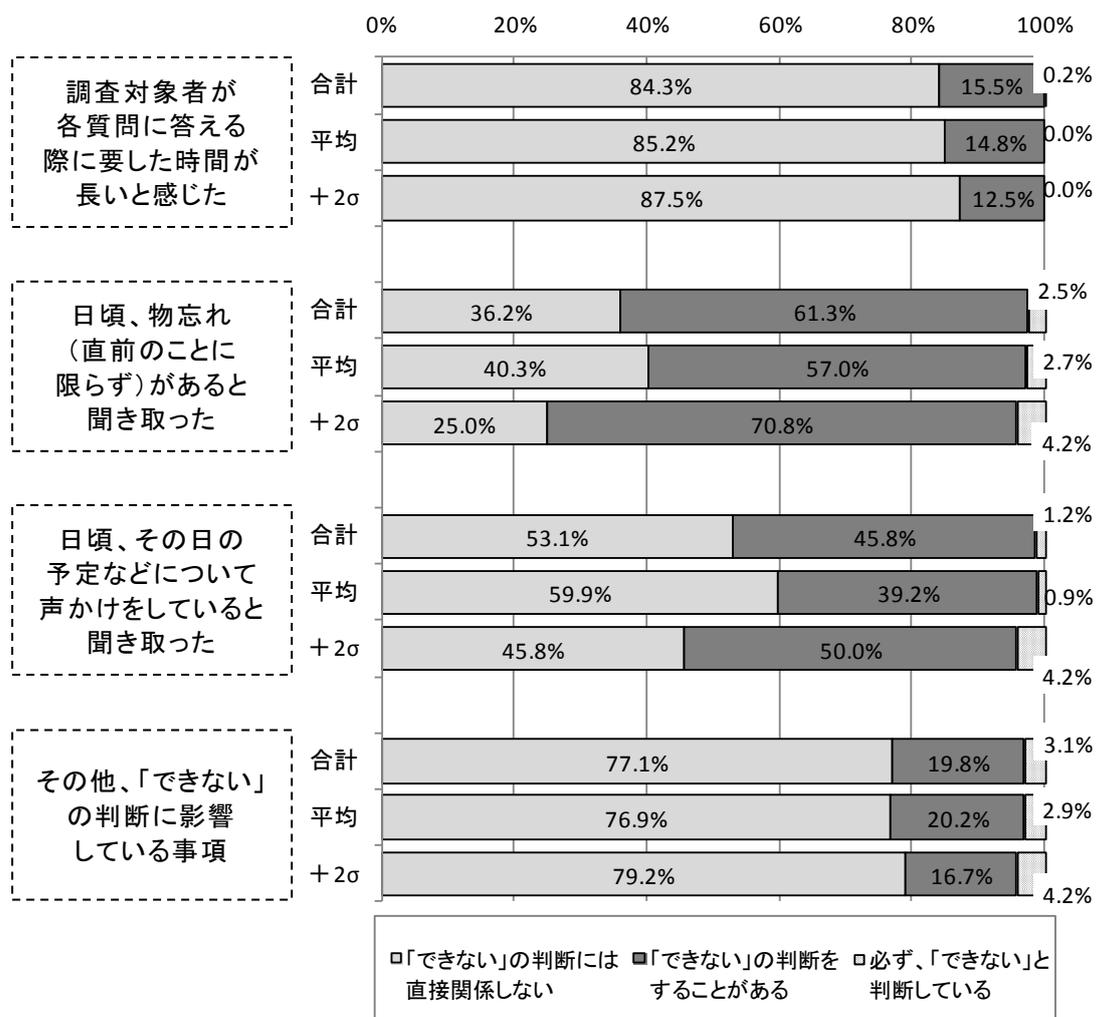
#### (4) 「できない」の判断に影響する事項

「3-4 短期記憶」を「できない」と判断するのに、以下の事項はどの程度影響するかについてたずねた。

合計では、「『できない』の判断をすることがある」「必ず、『できない』と判断している」を合わせた割合は、「調査対象者が各質問に答える際に要した時間が長いと感じた」は 15.7%、「日頃、物忘れ（直前のことに限らず）があると聞き取った」は 63.8%、「日頃、その日の予定などについて声かけをしていると聞き取った」は 47.0%、「その他、『できない』の判断に影響している事項」は 22.9%であった。

短期記憶の選択率別でみると、「『できない』の判断をすることがある」「必ず、『できない』と判断している」を合わせた割合に差がみられたのは、「日頃、物忘れ（直前のことに限らず）があると聞き取った」（平均自治体 59.7%、+2σ自治体 75.0%）、「日頃、その日の予定などについて声かけをしていると聞き取った」（平均自治体 40.1%、+2σ自治体 54.2%）であった。

図表 3-38 「できない」の判断に影響する事項



※「その他、『できない』の判断に影響している事項」については、選択肢「『できない』の判断には直接関係しない」は、「ない」としてたずねた。

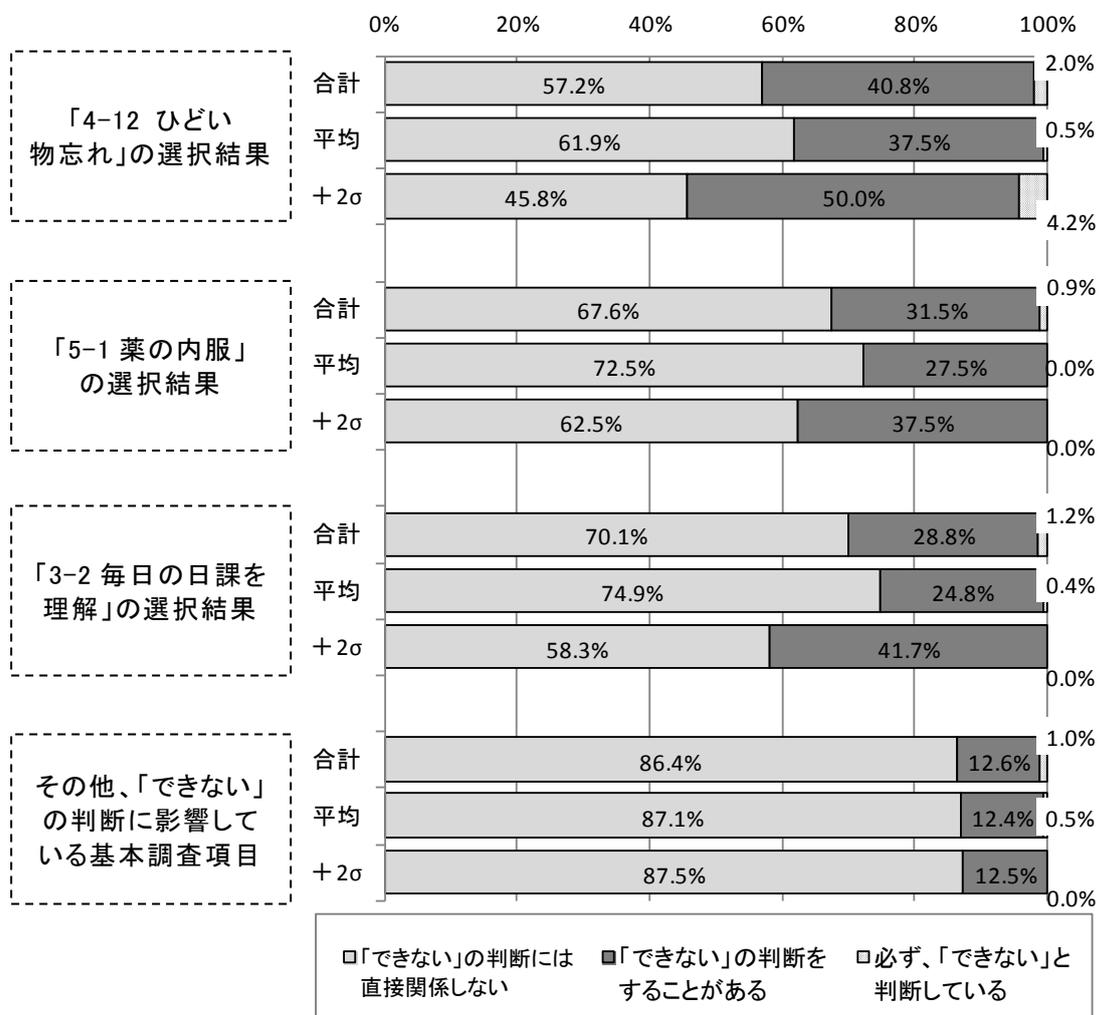
### (5) 「できない」の判断に影響する基本調査項目

「3-4 短期記憶」を「できない」と判断するのに、以下の基本調査項目はどの程度影響するかについてたずねた。

合計では、『できない』の判断をすることがある「必ず、『できない』と判断している」を合わせた割合は、「4-12 ひどい物忘れ」は 42.8%、「5-1 薬の内服」は 32.4%、「3-2 毎日の日課を理解」は 30.0%、「その他、『できない』の判断に影響している基本調査項目」は 13.6%であった。

短期記憶の選択率別でみると、『できない』の判断をすることがある「必ず、『できない』と判断している」を合わせた割合に差がみられたのは、「4-12 ひどい物忘れ」(平均自治体 38.0%、+2σ自治体 54.2%)、「3-2 毎日の日課を理解」(平均自治体 25.2%、+2σ自治体 41.7%)であった。

図表 3-39 「できない」の判断に影響する基本調査項目



※「その他、『できない』の判断に影響している基本調査項目」については、選択肢『できない』の判断には直接関係しないは、「ない」としてたずねた。

## IV. アンケート調査結果を用いた外れ値の要因分析

### 1. 調査分析の方法

#### (1) 調査分析の手順

認定調査項目の「1-1 麻痺等の有無（下肢）」、「3-4 短期記憶」の選択率のばらつきに影響を与えている要因を把握するため、想定される要因について仮説を設定した上で、「Ⅲ. 自治体の認定調査員等へのアンケート調査」の回答データを用いて、重回帰分析・判別分析を行った。想定される要因については、①地域特性（人口構造、認定率等）に関する要因、②調査方法・判断基準に関する要因に分けて指標を検討した。具体的な手順は、以下のとおりである。

ステップ1	【目的変数の設定】 下肢麻痺、短期記憶の選択率のばらつきの状況の把握、目的変数の指標の検討	IV-2
ステップ2	【地域特性に関する説明変数の設定】 下肢麻痺、短期記憶の選択率に影響を与えている地域特性の要因に関する仮説の設定、指標の検討	IV-3
ステップ3	【調査方法・判断基準に関する説明変数の設定】 下肢麻痺、短期記憶の選択率に影響を与えている調査方法・判断基準の要因に関する仮説の設定、指標の検討	IV-4
ステップ4	【重回帰分析によるはずれ値の要因分析】 目的変数を選択率とした重回帰分析による要因分析	IV-5
ステップ5	【判別分析によるはずれ値の要因分析】 目的変数をはずれ値の該当の有無とした判別分析による要因分析	IV-6

#### (2) データ出所

本調査分析で用いたデータは、下記の方法で収集した。「下肢麻痺・短期記憶の調査方法、判断基準」については、「Ⅲ. 自治体の認定調査員等へのアンケート調査」の回答データを用いた。

図表 3-40 本調査分析で用いたデータの出所

データの種別	データの出所	時点等
下肢麻痺・短期記憶の選択率	要介護認定業務分析データ	平成27年4月1日以降申請～平成27年12月31日までに認定支援ネットワークに500件以上送信のあった自治体分
市町村別人口・年齢区分別高齢者数	住民基本台帳年齢階級別人口	平成27年1月1日時点
市町村別要支援・要介護認定者数（要支援・要介護認定率の算出に使用）	介護保険事業状況報告（月報）	平成26年12月末時点
下肢麻痺・短期記憶の調査方法、判断基準	認定調査項目（下肢麻痺・短期記憶）に係る各自治体の実施方法および判断基準に関するアンケート調査（自治体の認定調査員等へのアンケート調査）	平成28年1月18日～平成28年2月1日

## 2. 目的変数の設定

ここでは、平成 27 年 4 月 1 日以降申請～平成 27 年 12 月 31 日までに認定支援ネットワークに送信のあった自治体の業務分析データを用いて、「1-1 麻痺等の有無（下肢）」の「麻痺あり」、「3-4 短期記憶」の「できない」の選択率のばらつきの状況を分析した。

なお、分析対象は 500 件以上送信している市区町村とし、区別にデータが送信されている政令市については、データの重複が生じないように精査した上で分析を行った（n=1,046）。

### (1) 選択率のばらつきの状況

#### 1) 基本統計量

下肢麻痺については、平均値は、左 37.0%、右 36.7%、中央値は、左 36.1%、右 35.6%、標準偏差は左右ともに 12.0 であった。下肢麻痺（左）では、最小値 11.0%～最大値 81.3%まで開きがあり、下肢麻痺（右）では、最小値 11.3%～最大値 81.1%まで開きがあった。

短期記憶については、平均値は 39.2%、中央値は 38.9%、標準偏差は 7.1 で、最小値 20.0%～最大値 66.6%まで開きがあった。

図表 3-41 選択率の基本統計量(単位：%)

	平均値	標準偏差	最小値	中央値	最大値
下肢麻痺（左）「あり」	37.0	12.0	11.0	36.1	81.3
下肢麻痺（右）「あり」	36.7	12.0	11.3	35.6	81.1
短期記憶「できない」	39.2	7.1	20.0	38.9	66.6

	最小値	第 1 四分位	中央値	第 3 四分位	最大値
下肢麻痺（左）「あり」	11.0	28.3	36.1	44.4	81.3
下肢麻痺（右）「あり」	11.3	28.1	35.6	43.9	81.1
短期記憶「できない」	20.0	34.2	38.9	43.9	66.6

2) 度数分布

選択率の度数分布をみると、下肢麻痺は 30%以上 40%未満、短期記憶は 30%以上 40%未満の市区町村が多かった。

図表 3-42 選択率の度数分布

選択率	下肢麻痺（左） 「あり」		下肢麻痺（右） 「あり」		短期記憶 「できない」	
	市区 町村数	相対 度数	市区 町村数	相対 度数	市区 町村数	相対 度数
10%未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
10%以上 20%未満	62	5.9%	64	6.1%	0	0.0%
20%以上 30%未満	262	25.0%	276	26.4%	88	8.4%
30%以上 40%未満	341	32.6%	344	32.9%	497	47.5%
40%以上 50%未満	244	23.3%	231	22.1%	386	36.9%
50%以上 60%未満	89	8.5%	84	8.0%	69	6.6%
60%以上 70%未満	37	3.5%	37	3.5%	6	0.6%
70%以上 80%未満	8	0.8%	9	0.9%	0	0.0%
80%以上 90%未満	3	0.3%	1	0.1%	0	0.0%
90%以上	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
合計	1,046	100.0%	1,046	100.0%	1,046	100.0%

3) はずれ値市区町村の状況

抽出基準を、平均値±2σ、平均値±σとして、市区町村を抽出したところ、平均値+2σ以上の市区町村数は、下肢麻痺（左）42件（4.0%）、下肢麻痺（右）43件（4.1%）、短期記憶 28件（2.7%）であった。

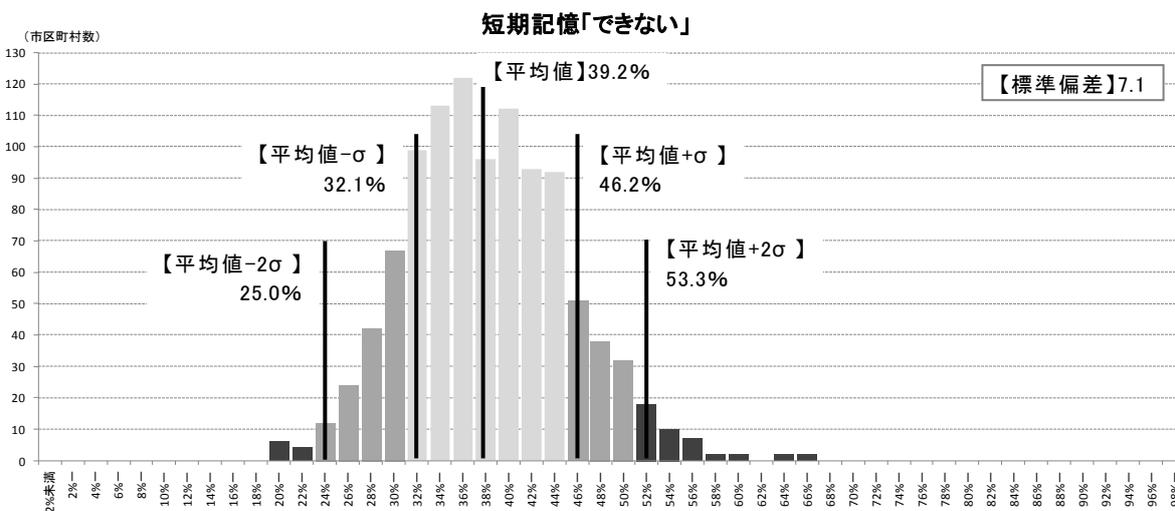
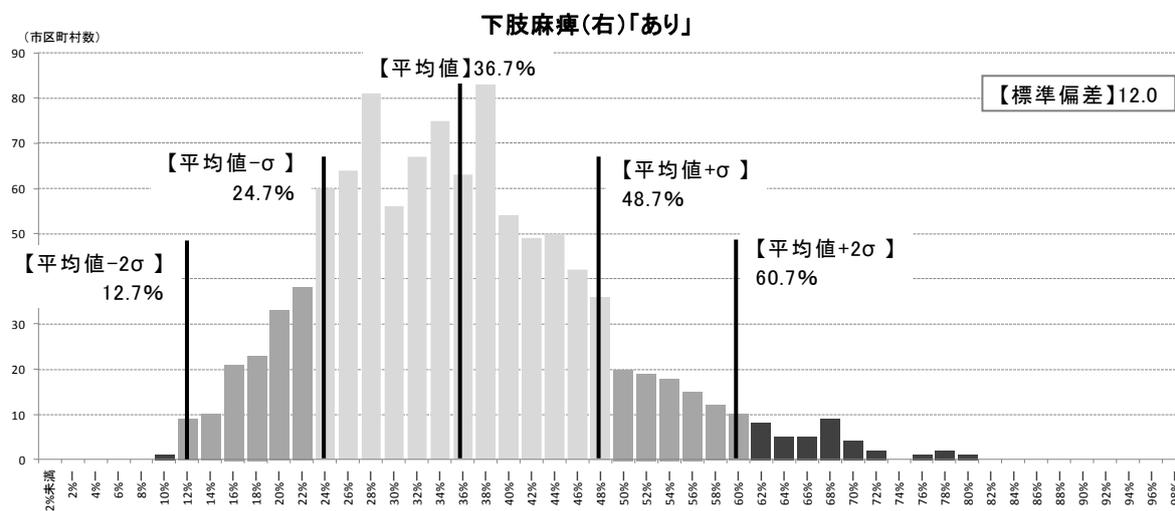
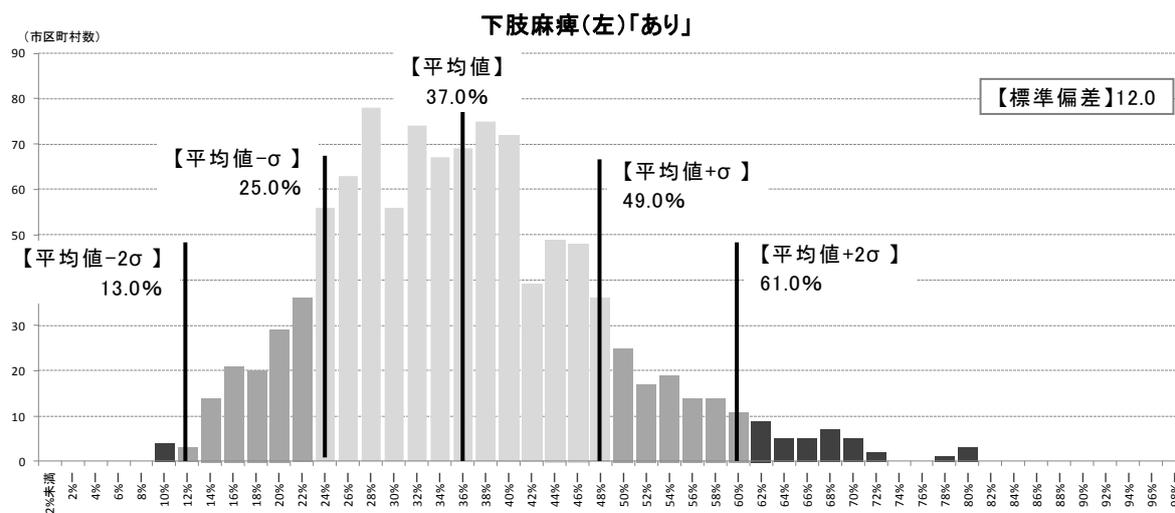
図表 3-43 選択率のはずれ値の抽出基準(単位：%)

	平均値-2σ	平均値-σ	平均値	平均値+σ	平均値+2σ
下肢麻痺（左） 「あり」	13.0	25.0	37.0	49.0	61.0
下肢麻痺（右） 「あり」	12.7	24.7	36.7	48.7	60.7
短期記憶 「できない」	25.0	32.1	39.2	46.2	53.3

図表 3-44 はずれ値の市区町村数(単位：市区町村)

	平均値-2σ 以下	平均値-2σ より高く平 均値-σ 以下	平均値-σ より高く 平均値+σ 未満	平均値+σ 以上 平均値+2σ 未満	平均値+2σ 以上
下肢麻痺（左） 「あり」	6(0.6%)	149(14.2%)	741(70.8%)	108(10.3%)	42(4.0%)
下肢麻痺（右） 「あり」	2(0.2%)	155(14.8%)	737(70.5%)	109(10.4%)	43(4.1%)
短期記憶 「できない」	13(1.2%)	149(14.2%)	726(69.4%)	130(12.4%)	28(2.7%)

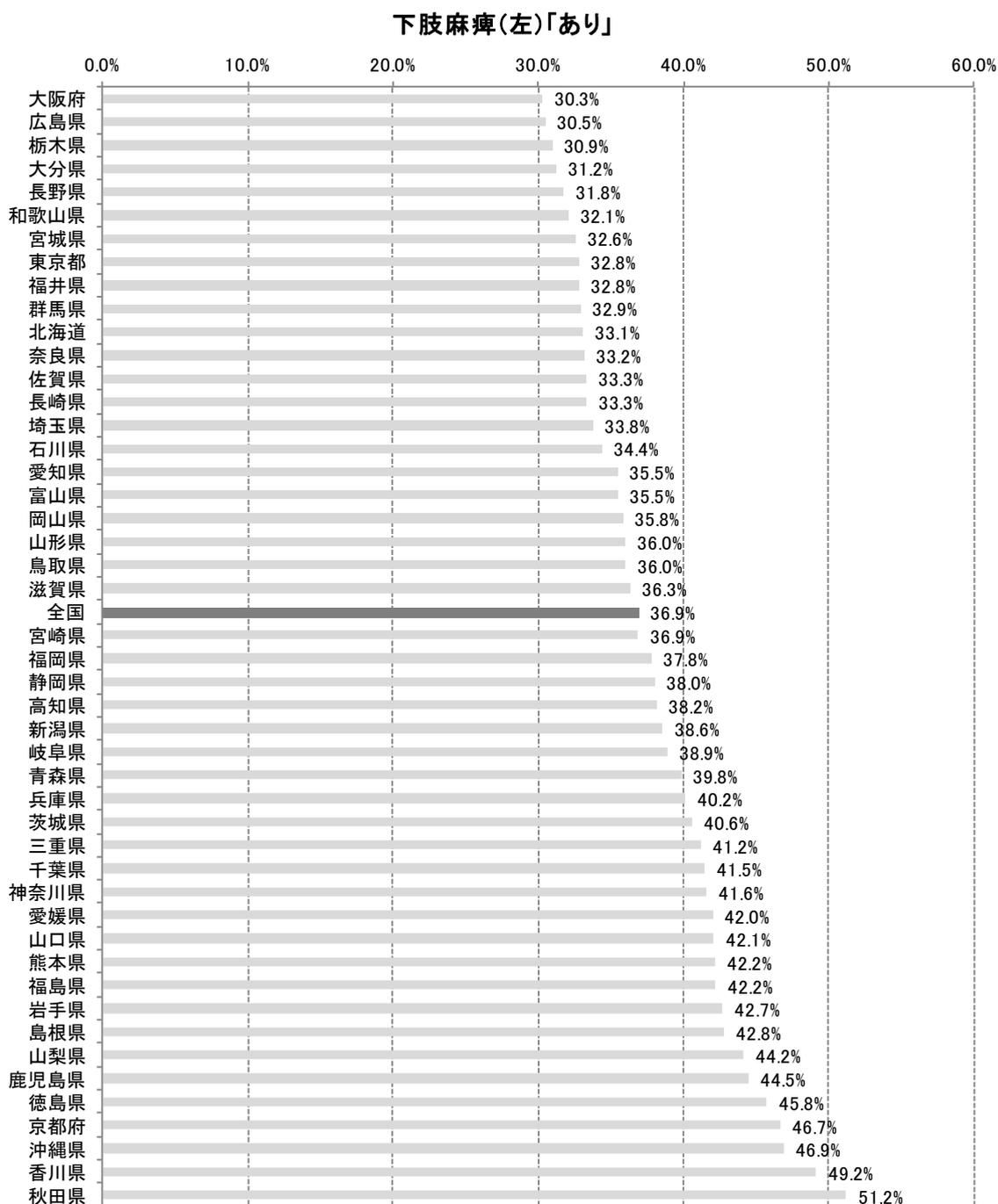
図表 3-45 選択率のヒストグラム



#### 4) 都道府県別にみた選択率の状況

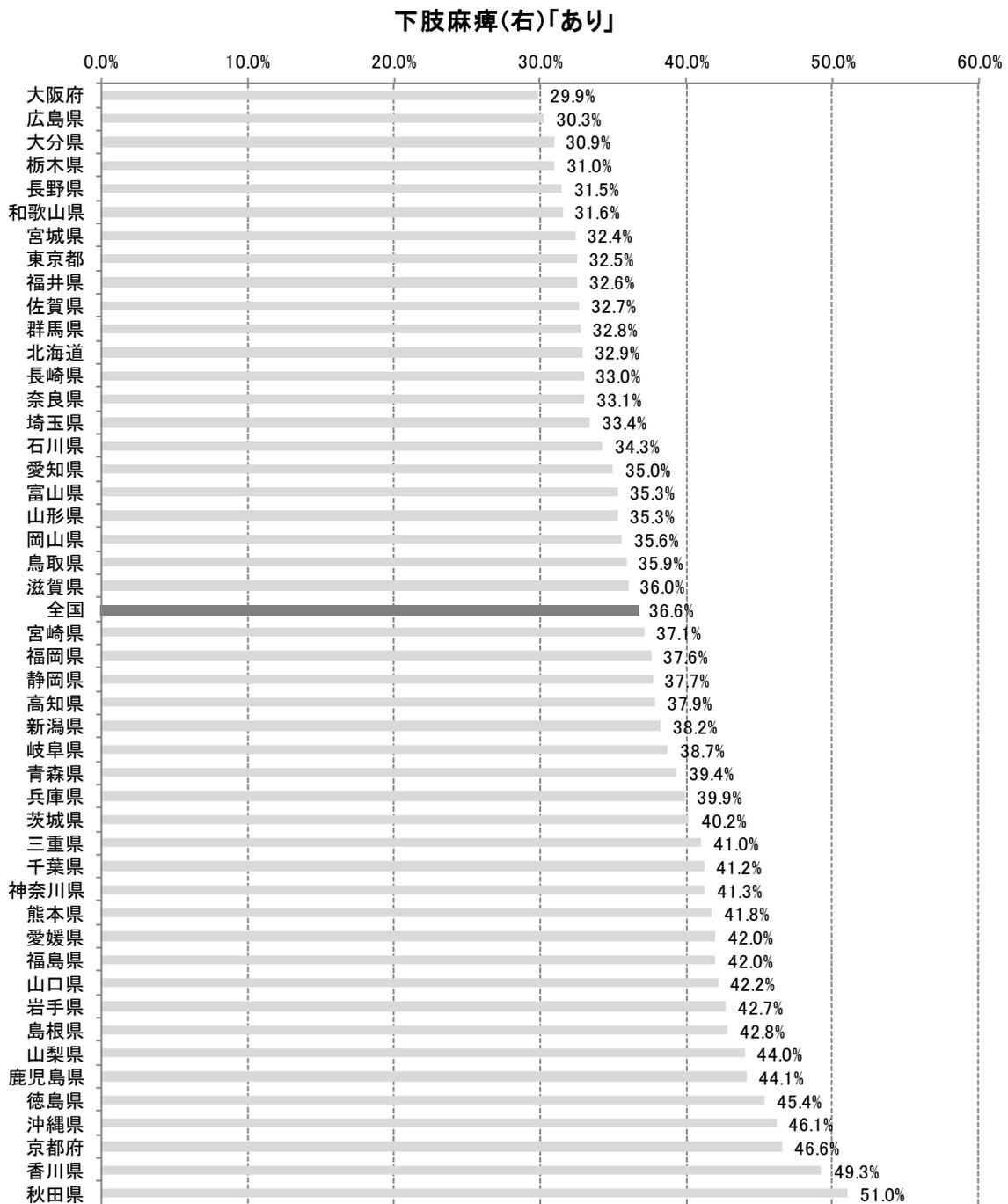
下肢麻痺（左）の選択率は、全国が 36.9%であったのに対し、最も高い都道府県は秋田県で 51.2%、最も低い都道府県は大阪府で 30.3%であった。

図表 3- 46 都道府県別選択率—下肢麻痺（左）



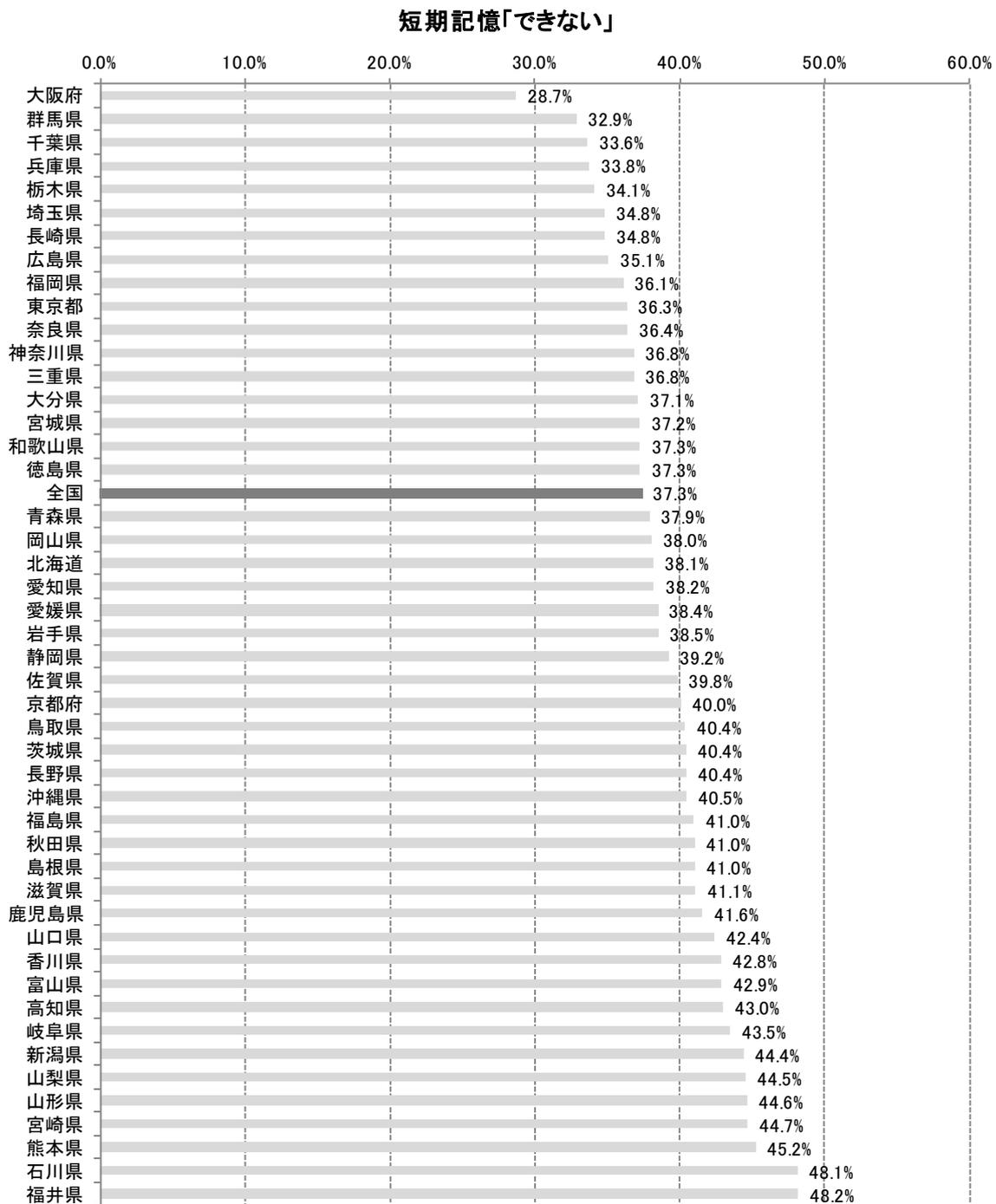
下肢麻痺（右）の選択率は、全国が 36.6%であったのに対し、最も高い都道府県は秋田県で 51.0%、最も低い都道府県は大阪府で 29.9%であった。

図表 3-47 都道府県別選択率—下肢麻痺（右）



短期記憶の選択率は、全国が 37.3%であったのに対し、最も高い都道府県は福井県で 48.2%、最も低い都道府県は大阪府で 28.7%であった。

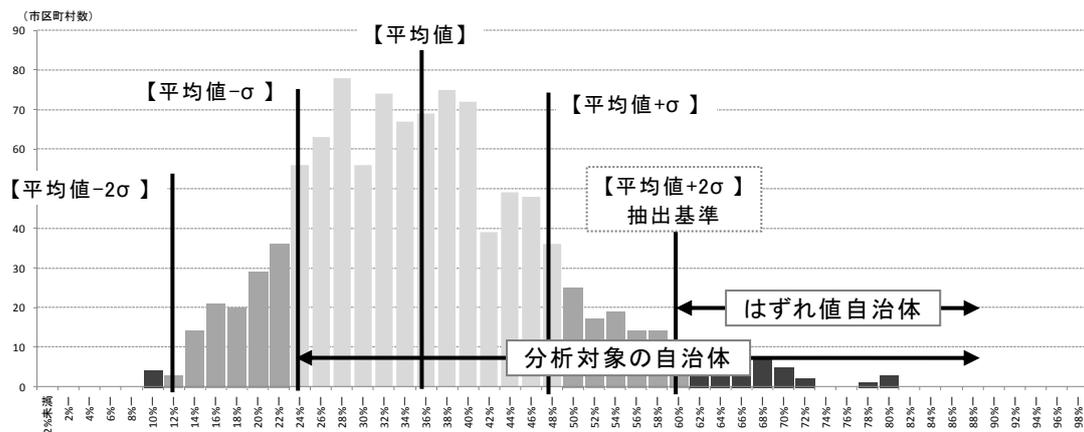
図表 3-48 都道府県別選択率－短期記憶



## (2) 目的変数の設定

選択率のばらつきの状況をみると、平均値+2 $\sigma$ 以上は全体の2.4~4.1%とごく少数であり、選択率が非常に高い市区町村もみられる。これらの地域は、全国の基準と異なる調査方法や判断基準が運用されている可能性があるため、平均値+2 $\sigma$ を抽出基準として、これ以上の選択率をはずれ値とした。また、はずれ値の要因分析では、選択率を高める要因を把握する必要があるため、選択率が平均値 $\cdot\sigma$ より高い自治体を分析の対象とした。

図表 3-49 はずれ値の抽出基準の設定



### 3. 地域特性に関する説明変数の設定

ここでは、下肢麻痺・短期記憶の選択率に影響を与えている要因について、①地域特性（人口構造、認定率等）の観点から仮説を設定し、指標の検討を行った。

#### (1) 地域特性の要因に関する仮説の設定

下肢麻痺・短期記憶の選択率に影響を与えていると考えられる地域特性の要因としては、以下のものが考えられる。

※ここでの「選択率への影響」はあくまで仮説であり、必ずしも選択率に影響するとは限らない。仮説の検証結果については、「6. 判別分析によるはずれ値の要因分析」を参照されたい。

図表 3-50 地域特性に関する要因（仮説）

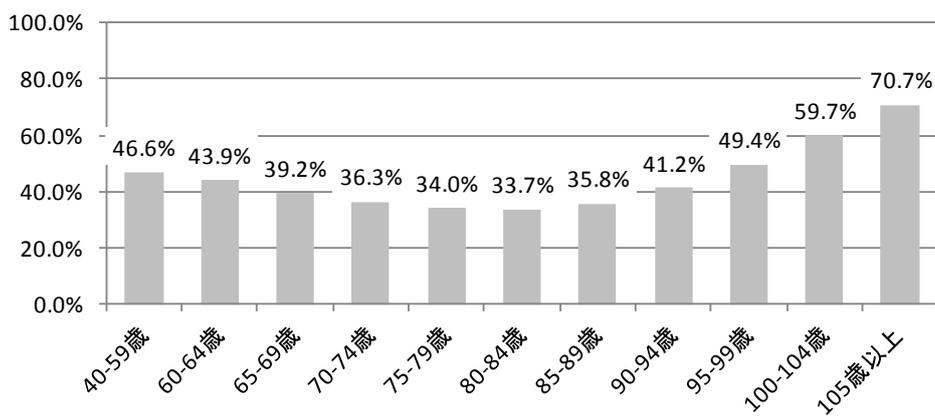
想定される要因	選択率への影響（仮説）
高齢者に占める高年齢者（85歳以上など）の割合	高齢者に占める高年齢者の割合が高い地域では、認定者に占める中重度の割合が高くなる可能性がある。
要支援・要介護認定率（高齢者数に占める要支援・要介護認定者の割合）	認定率は、高齢者の年齢区分別人口だけでなく、軽度者向けサービスの整備量や要介護認定の申請への対応方法なども影響する。例えば、高齢者に占める高年齢者の割合が低ければ、一般的に認定率は低くなると考えられるが、その他の影響を受けて実際の認定率が高くなっている場合は、認定者に占める軽度者の割合が高くなる可能性がある。
軽度者向けサービスの整備量	介護予防通所介護など、軽度者向けのサービスが充実している地域では、サービス量が要介護認定の申請のよび起こしにつながり、認定率が高まる可能性がある。他方、生活支援や通いの場など、介護保険外の支援・サービスが充実しており、虚弱高齢者等の支援で積極的に活用している地域では、認定率が低くなると考えられる。また、同様の観点から、介護予防・日常生活支援総合事業への移行状況も影響すると考えられる。
地域包括支援センター等の窓口対応	地域包括支援センター・市町村等の窓口において、相談者のニーズに応じて、要介護認定の申請だけでなく、介護保険外の支援・サービスも活用しながら個別に対応している場合は、認定率が低くなる可能性がある。

## (2) 地域特性の要因に関する指標の検討

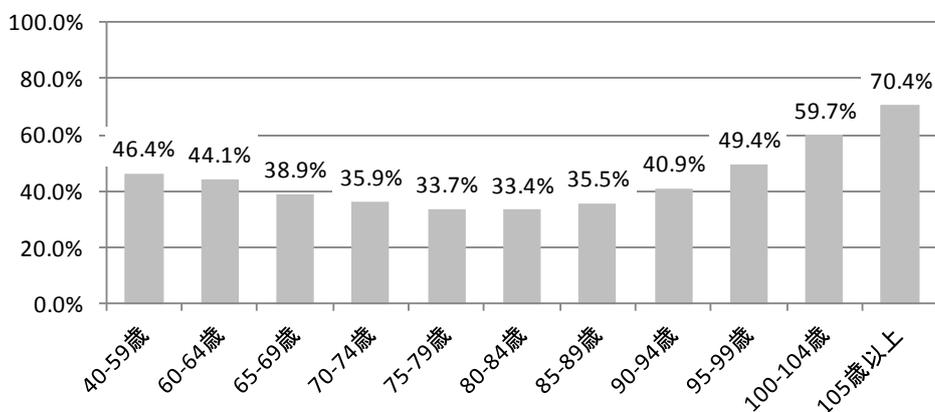
### 1) 高齢者に占める高年齢者の割合が選択率に与える影響

下肢麻痺「あり」、短期記憶「できない」について、認定調査対象者の年齢別選択率をみると、下肢麻痺は80歳以上になると、年齢が上がるにつれて選択率が高くなる。一方、短期記憶は、年齢が上がるにつれて選択率が高くなる。市町村の高齢者に占める高年齢者（85歳以上など）の割合が高い場合、認定調査対象者に占める高年齢者の割合も高くなると考えられるため、選択率に一定の影響が生じると推察される。

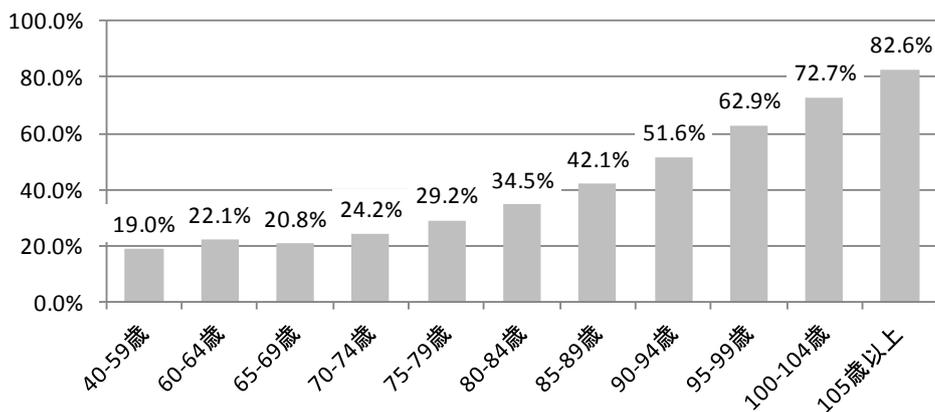
図表 3-51 下肢麻痺（左）「あり」の年齢別選択率



図表 3-52 下肢麻痺（右）「あり」の年齢別選択率

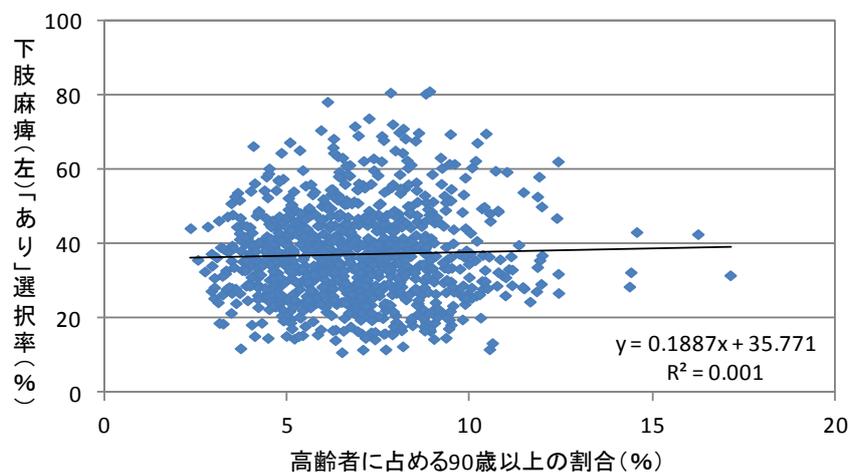
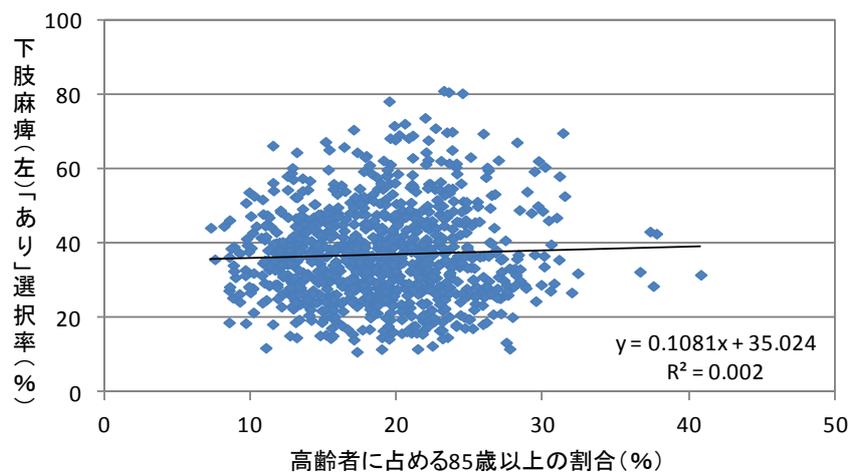
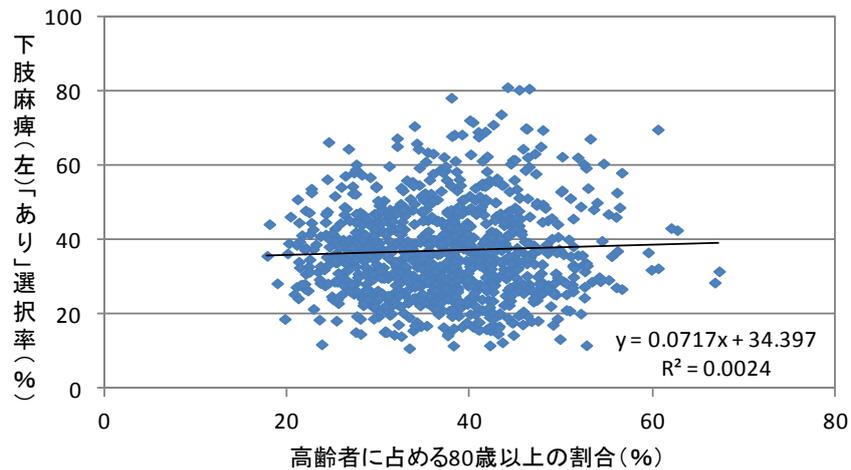


図表 3-53 短期記憶「できない」の年齢別選択率

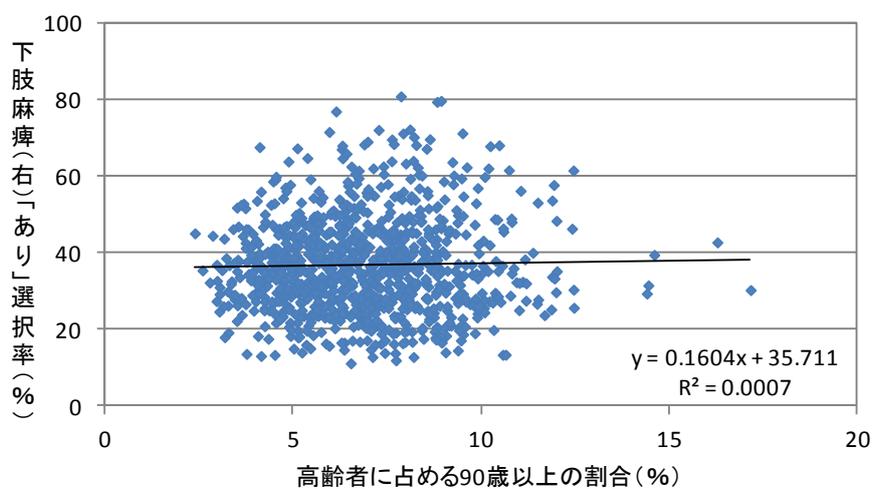
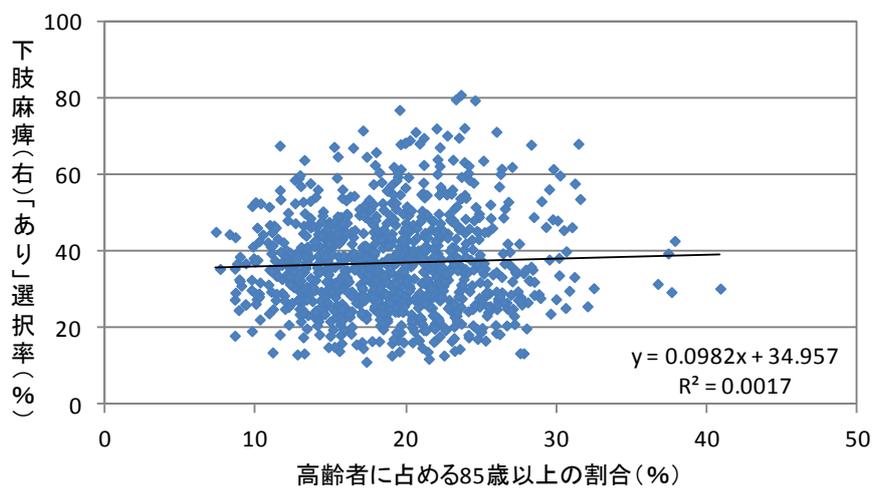
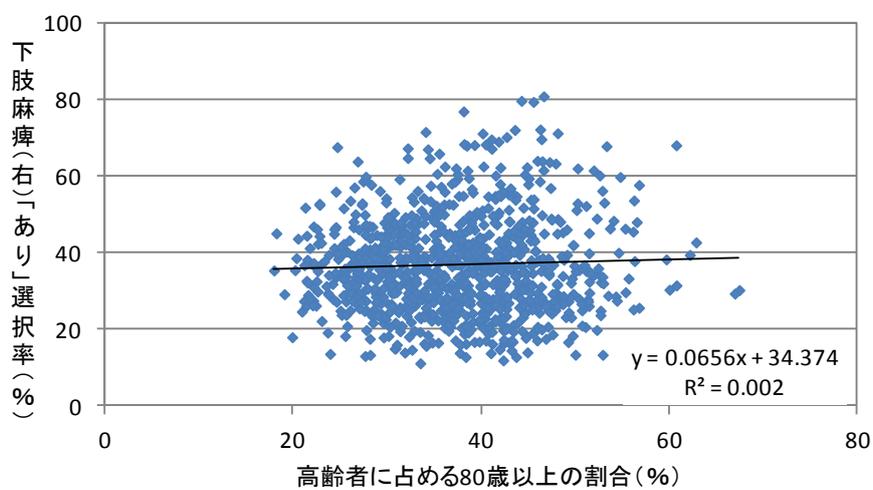


各市町村の高齢者に占める高年齢者の割合と選択率の関係をみると、いずれも正の相関がみられ、短期記憶では下肢麻痺に比べて強い相関がみられた。下肢麻痺での相関が弱かったのは、前述の通り、年齢の上昇に伴う選択率の変化の傾向が、80歳未満と80歳以上で異なるためと考えられる。

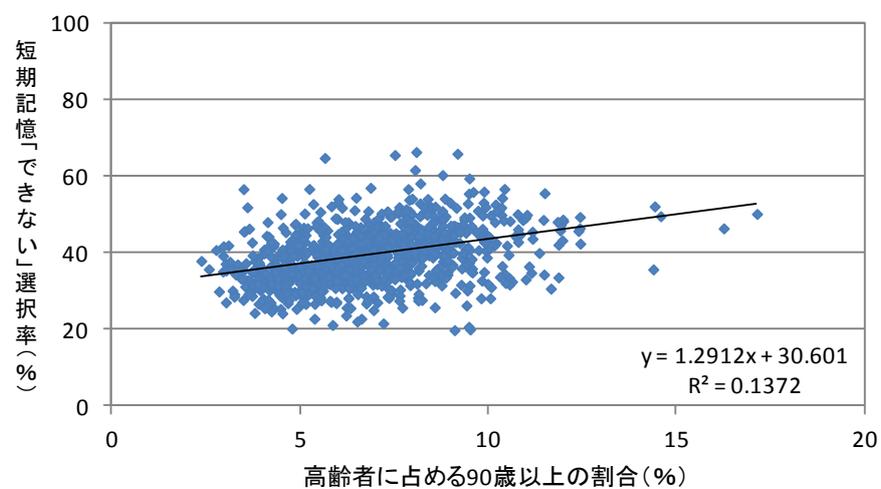
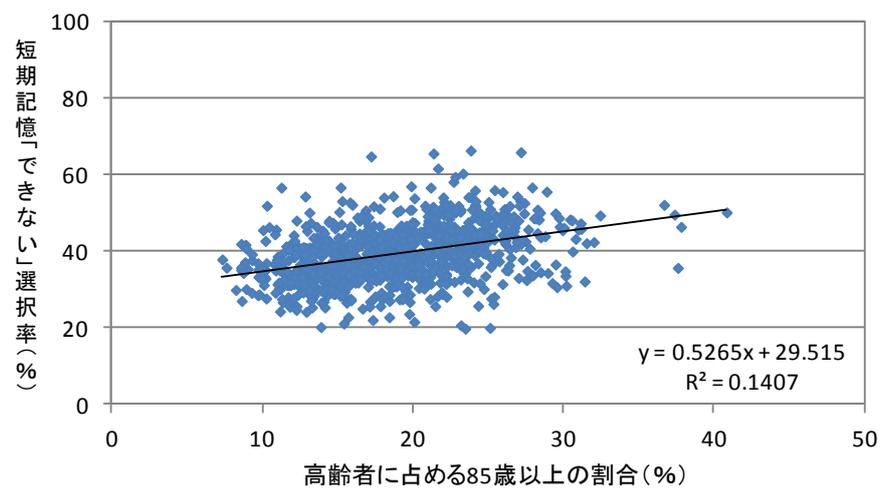
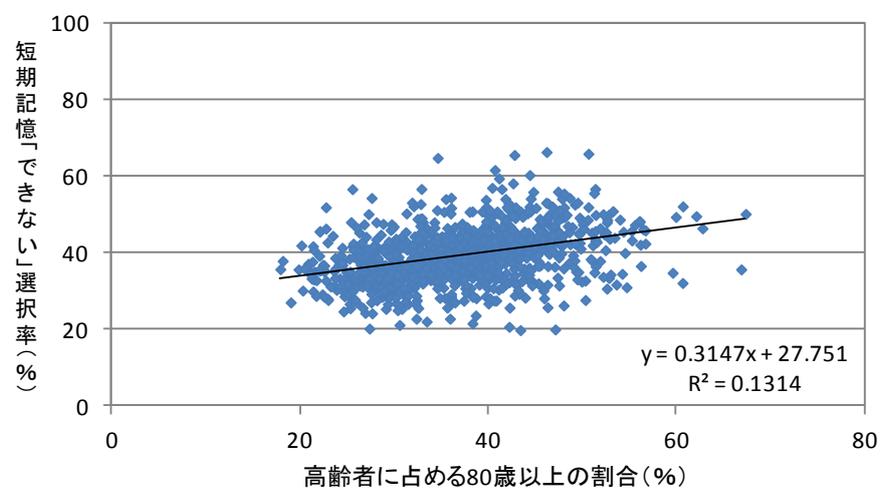
図表 3-54 下肢麻痺（左）「あり」の選択率と高齢者の年齢構成の関係



図表 3-55 下肢麻痺（右）「あり」の選択率と高齢者の年齢構成の関係



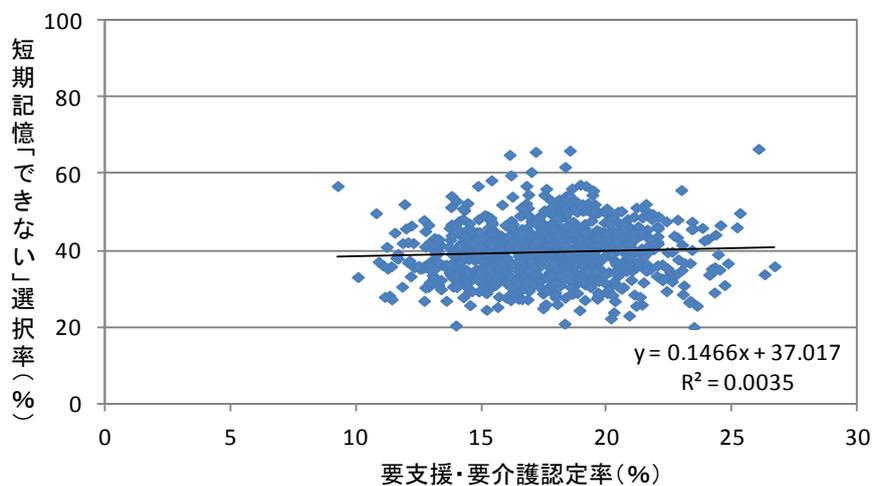
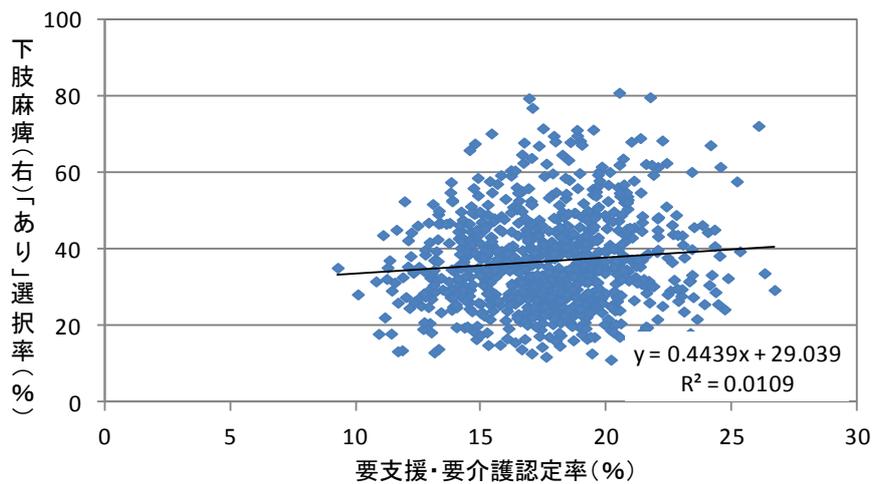
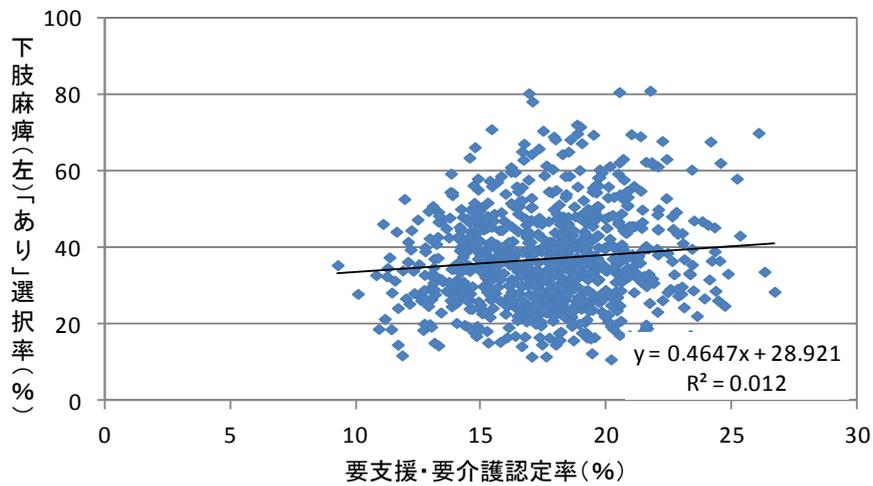
図表 3-56 短期記憶「できない」の選択率と高齢者の年齢構成の関係



## 2) 要支援・要介護認定率が選択率に与える影響

各市町村の要支援・要介護認定率と選択率の関係をみると、いずれも正の相関がみられ、下肢麻痺は短期記憶に比べてやや強い相関がみられた。

図表 3-57 選択率と要支援・要介護認定率の関係



### 3) 地域特性の説明変数の検討

以上をふまえ、下記を地域特性の説明変数の指標として設定することとした。なお、(1)の仮説であげた要因のうち、「軽度者向けサービスの整備量」「地域包括支援センター等の窓口対応」は、「認定率」と相関があると考えられるため、これらの影響についてもある程度反映できると考えられる。

図表 3-58 地域特性の要因に関する説明変数

**【高齢者に占める高年齢者の割合】**

- ① 高齢者に占める 80 歳以上の割合
- ② 高齢者に占める 85 歳以上の割合
- ③ 高齢者に占める 90 歳以上の割合

**【認定率】**

- ④ 要支援・要介護認定率

#### 4. 調査方法・判断基準に関する説明変数の設定

ここでは、下肢麻痺・短期記憶の選択率に影響を与えている要因について、②調査方法・判断基準の観点から仮説を設定し、指標の検討を行った。

##### (1) 調査方法・判断基準の要因に関する仮説の設定

「Ⅲ. 自治体の認定調査員等へのアンケート調査」の調査票の設計にあたっては、下肢麻痺・短期記憶の選択率に影響を与えている調査方法・判断基準の要因として、以下を仮説として設定した。

※ここでの「選択率への影響」はあくまで仮説であり、必ずしも選択率に影響するとは限らない。仮説の検証結果については、「6. 判別分析によるはずれ値の要因分析」を参照されたい。

図表 3-59 調査方法・判断基準に関する要因（仮説）（再掲）

##### ■ 下肢麻痺

想定される要因	選択率への影響（仮説）
下肢の「 <b>挙上角度</b> 」に関する判断基準	下肢の挙上については、軽度の可動域制限がある場合は、関節の動く範囲で行うことになっているが、「水平位置までの挙上」を厳密に判断している場合には、下肢麻痺「あり」の選択率が高くなる可能性がある。
下肢の静止状態の「 <b>保持時間</b> 」に関する判断基準 「 <b>静止状態</b> 」を保持できていると判断する基準	挙上した下肢を静止した状態で保持できるかの判断については、秒数や状態等の規定はないが、自治体で独自の基準が設けられている場合、選択率に影響を与える可能性がある。
「 <b>確認動作</b> 」の実施方法	確認動作の実施方法については、椅子で試行する場合は「大腿部が椅子から離れないこと」、仰向けで試行する場合は「枕等から大腿部が離れないこと」が条件となっているが、その他に確認動作の実施方法（背中との角度やいすの高さ等）について、自治体で独自の基準が設けられている場合、選択率に影響を与える可能性がある。
他の調査項目との「 <b>連動選択</b> 」	全ての調査項目は、それぞれの定義に従って調査することとなっているが、例えば、『1-7 歩行』で『できない』を選択する場合には、下肢麻痺を、必ず『あり』と判断する／『あり』と判断することがある」等、他の調査項目と連動して選択を行っている場合、選択率に影響を与える可能性がある。
「 <b>日頃の状況</b> 」の聞き取りにおける判断基準	日頃の状況の聞き取りにおいて、自治体で独自の判断基準が設けられている場合、選択率に影響を与える可能性がある。

## ■ 短期記憶

想定される要因	選択率への影響（仮説）
面接調査の「直前に何をしていたか思い出せるか」を把握する質問方法	「面接調査の直前に何をしていたか思い出す」能力を評価する際、面接調査直前または当日行ったことについてたずねるより難易度の高い（低い）質問をしている場合、選択率に影響を与える可能性がある。
「3品提示」の実施頻度、実施方法	3品提示は、面接調査直前または当日行ったことについてたずねる質問での確認が難しい場合に実施することになっているが、毎回3品提示を実施し、その評価に基づき選択している場合や、3品提示の実施方法に誤りがある場合は、選択率に影響を与える可能性がある。
質問に「正答」と判断する基準	質問されたことについて、ほぼ正確な回答ができる場合は「できる」を選択することになっているが、この判断について自治体で独自の基準を設けている場合、選択率に影響を与える可能性がある。
他の調査項目との「連動選択」	全ての調査項目は、それぞれの定義に従って調査することとなっているが、例えば、『4-12 ひどい物忘れ』で『ある』を選択する場合には、短期記憶を、必ず『できない』と判断する／『できない』と判断することがある」等、他の調査項目と連動して選択を行っている場合、選択率に影響を与える可能性がある。
「日頃の状況」の聞き取りにおける判断基準	日頃の状況の聞き取りにおいて、自治体で独自の判断基準が設けられている場合、選択率に影響を与える可能性がある。

## ■ 下肢麻痺・短期記憶共通

想定される要因	選択率への影響（仮説）
認定調査件数に占める「直営調査員」が認定調査を実施する割合（「直営割合」）	認定調査件数に占める直営調査員（市区町村職員、事務受託法人の職員等）が実施する割合が高い場合、認定調査に関する指導や方針共有が比較的容易になるため、調査方法や判断基準に偏りがある場合に、選択率への影響が出やすいと考えられる。（逆に、直営調査員の実施割合が低い地域では、選択率にばらつきが生じやすい。）

## (2) 調査方法・判断基準の要因に関する指標の検討（下肢麻痺）

「Ⅲ. 自治体の認定調査員等へのアンケート調査」の回答結果を、「はずれ値自治体」（選択率が平均値+2σ以上）と「平均自治体」（選択率が平均値-σより高く平均値+σ未満）で比較し、比較的大きな差がみられた項目を、説明変数の指標として設定することとした。

### 1) 各指標の比較

回答結果の比較は、以下の通りであった。

図表 3-60 アンケート回答データの比較（下肢麻痺）

想定要因	指標	アンケートにおける回答	平均自治体 n=553	はずれ値自治体 n=36
挙上角度	○下肢の挙上角度に関する基準の有無とその内容	基準があり、「90度」「水平」等と定めている	31.6%	47.2%
	○下肢の水平位置までの挙上ができると判断する角度	写真4で、「水平位置までの挙上ができる」と判断しない	62.1%	80.6%
保持時間	○下肢の静止状態の保持時間に関する基準の有無とその内容	基準があり、「2秒以上」と定めている	3.3%	5.6%
	○下肢の静止状態の保持ができると判断する時間	動画2（0.5秒）で、「静止状態の保持ができる」と判断しない	25.0%	36.1%
静止状態	○静止した状態を保持する際、下肢に震えがみられる場合の「麻痺あり」の選択への影響	「麻痺あり」と必ず判断する／判断することがある	34.2%	55.6%
確認動作	○確認動作を行う際の確認事項	背もたれにもたれかかっている状態で行う	21.9%	55.6%
		車椅子の場合は、フットレストを外して行う	27.5%	38.9%
		座った時に膝が概ね直角になる高さのイスを用いる	47.7%	52.8%
		太ももが座面から離れないようにして挙上してもらう	66.7%	80.6%
運動選択	○「2-1 移乗」「2-2 移動」「1-7 歩行」「1-8 立ち上がり」「1-6 両足での立位保持」「1-9 片足での立位保持」の選択結果による「麻痺あり」の選択への影響	「2-1 移乗」もしくは「2-2 移動」の選択結果により、「麻痺あり」と必ず判断する／判断することがある	4.7%	8.3%
		「1-7 歩行」の選択結果により、「麻痺あり」と必ず判断する／判断することがある	6.1%	8.3%
		「1-8 立ち上がり」の選択結果により、「麻痺あり」と必ず判断する／判断することがある	4.5%	8.3%
		「1-6 両足での立位保持」もしくは「1-9 片足での立位保持」の選択結果により、「麻痺あり」と必ず判断する／判断することがある	4.5%	11.1%

想定要因	指標	アンケートにおける回答	平均自治体 n=553	はずれ値自治体 n=36
日頃の状況	○下肢筋力の低下があると印象を受ける場合の「麻痺あり」の選択への影響	「麻痺あり」と必ず判断する／判断することがある	6.7%	16.7%
	○転倒がみられる、日頃転倒があると聞き取った場合の「麻痺あり」の選択への影響	「麻痺あり」と必ず判断する／判断することがある	4.3%	11.1%
直営割合	○「直営調査員」（市区町村職員、事務受託法人等）が認定調査を実施する件数の割合	8割以上	47.0%	75.0%

※選択肢が3つ以上の設問については、最も差の大きい選択肢での比較を行った。

## 2) 下肢麻痺の説明変数の検討

1)の結果から、「平均自治体」と「はずれ値自治体」で割合に比較的大きな差のみられた下記の項目を、下肢麻痺の説明変数の指標として設定することとした。

「①挙上角度に関する基準」については、「⑤直営調査員が調査する件数の割合」が高いほど、基準が遵守される可能性が高くなり、選択率への影響が大きくなると考えられることから、①と⑤の組み合わせを指標として追加した。

また、「④背もたれにもたれない状態で行う」場合、もたれて行う場合と比べて、下肢を高く挙上するのが難しく、また、静止した際に震えが発生しやすくなることをふまえ、②と④、③と④の組み合わせを指標として追加した。

図表 3-61 調査方法・判断基準の要因に関する説明変数（下肢麻痺）

<p><b>【挙上角度】</b></p> <p>①下肢の挙上角度に関する基準があり、「90度」「水平」等と定めている</p> <p>②「水平位置までの挙上ができる」と判断する最低挙上角度</p> <p><b>【静止状態】</b></p> <p>③静止状態で下肢に震えがみられる場合に、「麻痺あり」の選択へ影響する（「麻痺あり」と必ず判断する／判断することがある）</p> <p><b>【確認動作】</b></p> <p>④確認動作を行う際、背もたれにもたれかかっていない状態で行う</p> <p><b>【直営割合】</b></p> <p>⑤直営調査員が調査する件数の割合</p> <p><b>【組み合わせ】</b></p> <p>⑥①と⑤の組み合わせ（角度基準×直営割合）</p> <p>⑦②と④の組み合わせ（挙上できると判断する最低角度×もたれないで実施）</p> <p>⑧③と④の組み合わせ（震えが選択に影響×もたれないで実施）</p>
--

### (3) 調査方法・判断基準の要因に関する指標の検討（短期記憶）

短期記憶の説明変数を検討するため、下肢麻痺と同様にアンケート回答データの比較を行った。

#### 1) 各指標の比較

回答率の比較は、以下の通りであった。

図表 3-62 アンケート回答データの比較（短期記憶）

想定要因	指標	回答	平均自治体 n=549	はずれ値自治体 n=24
直前に何を していたか	○「食事のメニューは何でしたか」、「どんなテレビ番組をみましたか」等、直前にしていたことの具体的な内容を問う質問に誤答した場合の「できない」の選択への影響	「できない」と必ず判断／判断することがある	73.2%	83.3%
3品提示	○3品提示の実施頻度	毎回実施する調査員が多い／実施する場合と実施しない場合がある調査員が多い	71.4%	83.3%
	○3品提示の判断頻度	3品提示を誤答した場合に、必ず「できない」と判断している	36.4%	54.2%
	○3品提示の実施方法	誤って実施している（3つを答えさせる等）	7.5%	12.5%
正答	○質問に応える際に要した時間が長いと感じた場合の「できない」の選択への影響	「できない」と必ず判断する／判断することがある	14.8%	12.5%
連動選択	○「4-12 ひどい物忘れ」「5-1 薬の内服」「3-2 毎日の日課を理解」の選択結果による「できない」の選択への影響	「4-12 ひどい物忘れ」の選択結果により、「できない」と必ず判断する／判断することがある	38.1%	54.2%
		「5-1 薬の内服」の選択結果により、「できない」と必ず判断する／判断することがある	27.5%	37.5%
		「3-2 毎日の日課を理解」の選択結果により、「できない」と必ず判断する／判断することがある	25.1%	41.7%
日頃の状況	○日頃、物忘れ（直前のことに限らず）があると聞き取った場合の、「できない」の選択への影響	「できない」と必ず判断する／判断することがある	59.7%	75.0%
	○日頃、その日の予定などについて声かけしていると聞き取った場合の、「できない」の選択への影響	「できない」と必ず判断する／判断することがある	40.1%	54.2%
直営割合	○「直営調査員」（市区町村職員、事務受託法人等）が認定調査を実施する件数の割合	8割以上	50.3%	58.3%

※選択肢が3つ以上の設問については、最も差の大きい選択肢での比較を行った。

2) 短期記憶の説明変数の検討

1)のうち、「日頃の状況」「連動選択」について、相関関係をみると、一定の相関がみられた。

「日頃の状況」については、物忘れ（直前のことに限らず）があると聞き取った場合に「できない」の選択に影響する自治体では、予定などについて声かけをしていると聞き取った場合にも「できない」の選択に影響する可能性があることを示唆していると考えられる。

同様に、「連動選択」についても、「4-12 ひどい物忘れ」の選択結果が「できない」の選択に影響する自治体では、他の調査項目（「5-1 薬の内服」「3-2 毎日の日課を理解」）の選択結果も「できない」の選択に影響する可能性があると考えられる。

図表 3-63 短期記憶の各指標の相関行列 (n=1, 259)

		日頃の状況		連動選択		
		日頃の物忘れ	予定などの声かけ	4-12 ひどい物忘れ	5-1 薬の内服	3-2 毎日の日課を理解
状況 日頃の	日頃の物忘れ	1.0000	0.4969	0.3781	0.2923	0.3014
	予定などの声かけ	0.4969	1.0000	0.3859	0.3485	0.4101
連動 選択	4-12 ひどい物忘れ	0.3781	0.3859	1.0000	0.5979	0.5804
	5-1 薬の内服	0.2923	0.3485	0.5979	1.0000	0.6181
	3-2 毎日の日課を理解	0.3014	0.4101	0.5804	0.6181	1.0000

※「必ず、『できない』と判断している」「『できない』の判断をすることがある」を1、「『できない』の判断には直接関係しない(特に意識されていない)」を0として、相関行列を作成。

図表 3-64 短期記憶の各指標の相関係数の無相関の検定

上三角：P値/下三角：判定 (\*\*:1%有意, \*:5%有意)

		日頃の状況		連動選択		
		日頃の物忘れ	予定などの声かけ	4-12 ひどい物忘れ	5-1 薬の内服	3-2 毎日の日課を理解
状況 日頃の	日頃の物忘れ	-	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
	予定などの声かけ	**	-	0.0000	0.0000	0.0000
連動 選択	4-12 ひどい物忘れ	**	**	-	0.0000	0.0000
	5-1 薬の内服	**	**	**	-	0.0000
	3-2 毎日の日課を理解	**	**	**	**	-

そこで、「連動選択」「日頃の状況」について、組み合わせの指標を設定し、回答データを比較したところ、以下の通りであった。

図表 3-65 アンケート回答データの比較（短期記憶、組み合わせ）

指標		回答	平均自治体 n=549	はずれ値自治体 n=24
連動選択	○「4-12 ひどい物忘れ」「5-1 薬の内服」「3-2 毎日の日課を理解」の選択結果による「できない」の選択への影響の組み合わせ	すべてが影響し、「できない」と必ず判断する／判断することがある	17.5%	29.2%
		いずれかが影響し、「できない」と必ず判断する／判断することがある	44.3%	66.7%
日頃の状況	○「日頃、物忘れ（直前のことに限らず）があると聞き取った場合の『できない』の選択への影響」と「日頃、その日の予定などについて声かけしていると聞き取った場合の、『できない』の選択への影響」の組み合わせ	両方が影響し、「できない」と必ず判断する／判断することがある	36.6%	54.2%
		いずれかが影響し、「できない」と必ず判断する／判断することがある	63.2%	75.0%

以上の結果から、「平均自治体」と「はずれ値自治体」で割合に比較的大きな差のみられた下記の項目を、短期記憶の説明変数の指標として設定することとした。

3品提示については、3品提示の実施頻度が高く、かつ、誤答した場合に、必ず「できない」を選択している場合、選択率により影響すると考えられることから、①と②の組み合わせを指標として追加した。

図表 3-66 調査方法・判断基準の要因に関する説明変数（短期記憶）

**【3品提示】**

- ① 3品提示の実施頻度
- ② 3品提示を誤答した場合に、必ず「できない」と判断する

**【連動選択】**

- ③ 「4-12 ひどい物忘れ」の選択結果が、「できない」の選択へ影響する（「できない」と必ず判断する／判断することがある）
- ④ 「3-2 毎日の日課を理解」の選択結果が、「できない」の選択へ影響する（「できない」と必ず判断する／判断することがある）
- ⑤ 「4-12 ひどい物忘れ」「5-1 薬の内服」「3-2 毎日の日課を理解」のいずれかの選択結果が、「できない」の選択へ影響する（「できない」と必ず判断する／判断することがある）

**【日頃の状況】**

- ⑥ 日頃、物忘れ（直前のことに限らず）があると聞き取った場合に、「できない」の選択へ影響する（「できない」と必ず判断する／判断することがある）
- ⑦ 日頃、その日の予定などについて声かけしていると聞き取った場合に、「できない」の選択へ影響する（「できない」と必ず判断する／判断することがある）
- ⑧ 「日頃の物忘れ」「日頃の声かけ」の両方が、「できない」の選択へ影響する（「できない」と必ず判断する／判断することがある）

**【直営割合】**

- ⑨ 直営調査員が調査する件数の割合

**【組み合わせ】**

- ⑩ ①と②の組み合わせ（3品提示の実施頻度×誤答した場合に必ず「できない」と判断）

## 5. 重回帰分析によるはずれ値の要因分析

2. で検討した目的変数、3. 4. で検討した説明変数を用いて、重回帰分析を行い、はずれ値の要因分析を行った。

### (1) 指標一覧

分析対象は、「Ⅲ. 自治体の認定調査員等へのアンケート調査」の回答自治体のうち、下記の条件に該当する自治体とした。

- 認定調査を実施している
- 要介護認定業務分析データを 500 件以上送信している（平成 27 年 4 月 1 日以降申請～平成 27 年 12 月 31 日まで）
- 選択率が平均値・ $\sigma$  より高い

目的変数・説明変数は、下記の指標を用いた。

図表 3-67 重回帰分析の指標一覧

		下肢麻痺	短期記憶
目的変数		下肢麻痺「あり」の選択率（左・右）	短期記憶「できない」の選択率
説明変数	地域特性	<b>【高齢者に占める高年齢者の割合】</b> ① 高齢者に占める 80 歳以上の割合 ② 高齢者に占める 85 歳以上の割合 ③ 高齢者に占める 90 歳以上の割合 <b>【認定率】</b> ④ 要支援・要介護認定率	
	調査方法・判断基準	<b>【挙上角度】</b> ① 下肢の挙上角度に関する基準があり、「90 度」「水平」等と定めている ② 「水平位置までの挙上ができる」と判断する最低挙上角度 <b>【静止状態】</b> ③ 静止状態で下肢に震えがみられる場合に、「麻痺あり」の選択へ影響する <b>【確認動作】</b> ④ 確認動作を行う際、背もたれにもたれかかっていない状態で行う <b>【直営割合】</b> ⑤ 直営調査員が調査する件数の割合 <b>【組み合わせ】</b> ⑥ ①と⑤の組み合わせ（角度基準×直営割合） ⑦ ②と④の組み合わせ（挙上できると判断する最低角度×もたれないで実施） ⑧ ③と④の組み合わせ（震えが選択に影響×もたれないで実施）	<b>【3 品提示】</b> ① 3 品提示の実施頻度 ② 3 品提示を誤答した場合に、必ず「できない」と判断する <b>【連動選択】</b> ③ 「4-12 ひどい物忘れ」の選択結果が、「できない」の選択へ影響する ④ 「3-2 毎日の日課を理解」の選択結果が、「できない」の選択へ影響する ⑤ 「4-12 ひどい物忘れ」「5-1 薬の内服」「3-2 毎日の日課を理解」のいずれかの選択結果が、「できない」の選択へ影響する <b>【日頃の状況】</b> ⑥ 日頃、物忘れ（直前のことに限らず）があると聞き取った場合に、「できない」の選択へ影響する ⑦ 日頃、その日の予定などについて声かけしていると聞き取った場合に、「できない」の選択へ影響する ⑧ 「日頃の物忘れ」「日頃の声かけ」の両方が、「できない」の選択へ影響する <b>【直営割合】</b> ⑨ 直営調査員が調査する件数の割合 <b>【組み合わせ】</b> ⑩ ①と②の組み合わせ（3 品提示の実施頻度×誤答した場合に必ず「できない」と判断）

## (2) 下肢麻痺のはずれ値の要因分析

### 1) 強制投入法による重回帰分析

強制投入法による重回帰分析を行ったところ、以下のような結果となった。

5%水準で有意と判定された変数は、左は、要支援・要介護認定率（④）の1変数、右は、要支援・要介護認定率（④）、挙上できると判断する最低角度（②）、直営割合（⑤）の3変数であった。また、目的変数との単相関が比較的大きかったのは、左右ともに、もたれないで実施（④）、挙上できると判断する最低角度×もたれないで実施（②×④）、震えが選択に影響×もたれないで実施（③×④）で、いずれも正の相関であった。

回帰式の決定係数をみると、修正 R<sup>2</sup> 乗が、（左）0.0514、（右）0.0578 と、精度の低い結果となった。

図表 3-68 各変数の回帰係数、P 値、単相関等

#### ■ 下肢麻痺（左）

変数		偏回帰係数	標準偏回帰係数	P 値	判定 *: P<0.05 **: P<0.01	目的変数との単相関
地域特性	①高齢者に占める 80 歳以上の割合	-0.5088	-0.3976	0.2465		0.0857
	②高齢者に占める 85 歳以上の割合	1.4858	0.7139	0.1508		0.0895
	③高齢者に占める 90 歳以上の割合	-1.6524	-0.3181	0.1818		0.0829
	④要支援・要介護認定率	42.7872	0.1144	0.0368	*	0.1125
調査方法・判断基準	①90 度等の角度基準あり	2.2568	0.0994	0.3991		0.0606
	②挙上できると判断する最低角度	0.6192	0.0851	0.0547		0.1265
	③震えが選択に影響	1.0946	0.0493	0.2730		0.0985
	④もたれないで実施	-1.8624	-0.0756	0.5827		0.1465
	⑤直営割合	0.6797	0.0921	0.0601		0.0686
	⑥①×⑤（角度基準×直営割合）	-0.3984	-0.0817	0.5041		0.0620
	⑦②×④（挙上できると判断する最低角度×もたれないで実施）	0.8205	0.1675	0.2204		0.1711
	⑧③×④（震えが選択に影響×もたれないで実施）	2.6261	0.0758	0.1759		0.1584
定数項	27.3686		0.0000	**		

■ 下肢麻痺（右）

変数		偏回帰係数	標準偏回帰係数	P 値	判定 *: P<0.05 **: P<0.01	目的変数との単相関
地域特性	①高齢者に占める 80 歳以上の割合	-0.6385	0.1185	0.1456		0.0886
	②高齢者に占める 85 歳以上の割合	1.8285	-0.4972	0.0772		0.0937
	③高齢者に占める 90 歳以上の割合	-1.9888	0.8749	0.1080		0.0864
	④要支援・要介護認定率	44.3461	-0.3815	0.0307	*	0.1147
調査方法・判断基準	①90 度等の角度基準あり	1.7035	-0.0627	0.5236		0.0584
	②挙上できると判断する最低角度	0.6884	0.0973	0.0325	*	0.1341
	③震えが選択に影響	1.3349	0.0749	0.1815		0.1067
	④もたれないで実施	-1.5521	-0.0609	0.6475		0.1495
	⑤直営割合	0.7210	0.0600	0.0464	*	0.0788
	⑥①×⑤（角度基準×直営割合）	-0.2979	0.0945	0.6169		0.0643
	⑦②×④（挙上できると判断する最低角度×もたれないで実施）	0.7939	0.1615	0.2356		0.1749
	⑧③×④（震えが選択に影響×もたれないで実施）	2.2914	0.0660	0.2381		0.1587
定数項		26.9600		0.0000	**	

図表 3-69 回帰式の精度

■ 下肢麻痺（左）

重相関係数		決定係数		ダービンF値	AIC
R	修正 R	R2 乗	修正 R2 乗		
0.2624	0.2268	0.0688	0.0514	1.9588	3083.8884

■ 下肢麻痺（右）

重相関係数		決定係数		ダービンF値	AIC
R	修正 R	R2 乗	修正 R2 乗		
0.2740	0.2404	0.0751	0.0578	1.9334	3082.8374

2) 説明変数の調整による重回帰分析

投入した説明変数のうち、「他の説明変数と相関がみられ、かつ、回帰係数の低い変数」、「10%水準で有意でない変数」を取り除いた上で、再度、重回帰分析を行ったところ、以下のような結果となった。

5%水準で有意と判定された変数は、左右ともに、要支援・要介護認定率（④）、挙上できると判断する最低角度（②）、震えが選択に影響（③）、直営割合（⑤）、挙上できると判断する最低角度×もたれないで実施（②×④）の5変数で、いずれも正の相関であった。また、標準偏回帰係数が比較的高かったのは、挙上できると判断する最低角度×もたれないで実施（②×④）であった。

回帰式の決定係数をみると、修正 R2 乗が（左）0.0539、（右）0.0597 と精度の低い結果となった。

図表 3-70 各変数の回帰係数、P 値、単相関等 (\*\*:1%有意, \*:5%有意)

■ 下肢麻痺 (左)

変 数		偏回帰係数	標準偏回帰係数	P 値	判定 *: P<0.05 **: P<0.01
地域性	④要支援・要介護認定率	39.7696	0.1063	0.0056	**
判断調査基準方法	②挙上できると判断する最低角度	0.7138	0.0981	0.0119	*
	③震えが選択に影響	1.7606	0.0794	0.0381	*
	⑤直営割合	0.5598	0.0758	0.0479	*
	⑦②×④ (挙上できると判断する最低角度×もたれないで実施)	0.6783	0.1385	0.0004	**
定数項		25.6928		0.0000	**

■ 下肢麻痺 (右)

変 数		偏回帰係数	標準偏回帰係数	P 値	判定 *: P<0.05 **: P<0.01
地域性	④要支援・要介護認定率	40.3765	0.1079	0.0048	**
判断調査基準方法	②挙上できると判断する最低角度	0.7709	0.1058	0.0066	**
	③震えが選択に影響	1.9052	0.0856	0.0250	*
	⑤直営割合	0.6409	0.0865	0.0237	*
	⑦②×④ (挙上できると判断する最低角度×もたれないで実施)	0.6861	0.1396	0.0004	**
定数項		24.6792		0.0000	**

図表 3-71 回帰式の精度

■ 下肢麻痺 (左)

重相関係数		決定係数		F-値	AIC
R	修正 R	R <sup>2</sup> 乗	修正 R <sup>2</sup> 乗		
0.2472	0.2321	0.0611	0.0539	1.9539	3075.3137

■ 下肢麻痺 (右)

重相関係数		決定係数		F-値	AIC
R	修正 R	R <sup>2</sup> 乗	修正 R <sup>2</sup> 乗		
0.2587	0.2444	0.0669	0.0597	1.9300	3074.5965

### (3) 短期記憶のはずれ値の要因分析

#### 1) 強制投入法による重回帰分析

強制投入法による重回帰分析を行ったところ、以下のような結果となった。

5%水準で有意と判定された変数は、要支援・要介護認定率（④）、3品提示の実施頻度（①）の2変数であった。また、目的変数との単相関が比較的大きかったのは、高齢者に占める80歳以上の割合（①）、高齢者に占める85歳以上の割合（②）、高齢者に占める90歳以上の割合（③）で、いずれも正の相関であった。

回帰式の決定係数をみると、修正R2乗が0.2067と精度の低い結果となった。

図表 3-72 各変数の回帰係数、P値、単相関等 (\*\*:1%有意, \*:5%有意)

変数		偏回帰係数	標準偏回帰係数	P値	判定 *: P<0.05 **: P<0.01	目的変数との単相関
地域特性	①高齢者に占める80歳以上の割合	0.0309	0.0421	0.8971		0.3475
	②高齢者に占める85歳以上の割合	0.5084	0.4254	0.3646		0.3641
	③高齢者に占める90歳以上の割合	0.4273	0.1438	0.5264		0.3608
	④要支援・要介護認定率	-69.7747	-0.3329	0.0000	**	0.0781
調査方法・判断基準	①3品提示の実施頻度	1.7955	0.1915	0.0000	**	0.1345
	②3品提示の誤答で、必ず「できない」を選択	0.8190	0.0653	0.5930		0.0028
	③「4-12 ひどい物忘れ」で連動選択	0.1723	0.0140	0.8440		0.0555
	④「3-2 毎日の日課を理解」で連動選択	-0.4152	-0.0303	0.5388		0.0325
	⑤4-12,5-1,3-2 のいずれかで連動選択	0.6341	0.0524	0.5021		0.0588
	⑥日頃の物忘れが選択に影響	-0.5903	-0.0477	0.3365		-0.0051
	⑦日頃の声かけが選択に影響	0.3630	0.0297	0.7539		0.0479
	⑧日頃の物忘れ、日頃の声かけの両方が選択に影響	0.4137	0.0333	0.7505		0.0373
	⑨直営割合	0.0054	0.0013	0.9732		0.0674
	⑩①×②(3品提示の実施頻度×誤答したら必ず「できない」を選択)	-0.4576	-0.0796	0.5248		0.0261
定数項		36.1565		0.0000	**	

図表 3-73 回帰式の精度

重相関係数		決定係数		F-ヒートソン比	AIC
R	修正R	R2乗	修正R2乗		
0.4745	0.4547	0.2251	0.2067	1.8227	2051.0368

2) 説明変数の調整による重回帰分析

投入した説明変数のうち、「他の説明変数と相関がみられ、かつ、回帰係数の低い変数」、「10%水準で有意でない変数」を取り除いた上で、再度、重回帰分析を行ったところ、以下のような結果となった。

5%水準で有意と判定された変数は、高齢者に占める 85 歳以上の割合 (②)、3 品提示の実施頻度 (①) の 2 変数で、いずれも正の相関であった。また、標準偏回帰係数が比較的高かったのは、高齢者に占める 85 歳以上の割合 (②) であった。

回帰式の決定係数をみると、修正 R2 乗が 0.1642 と精度の低い結果となった。

図表 3-74 各変数の回帰係数、P 値、単相関等 (\*\*:1%有意, \*:5%有意)

変 数		偏回帰 係数	標準 偏回帰 係数	P 値	判定 *: P<0.05 **:P<0.01
特 地 性 域	②高齢者に占める 85 歳以上の割合	0.4499	0.3789	0.0000	**
判 調 断 査 基 方 準 法	① 3 品提示の実施頻度	1.5880	0.1719	0.0000	**
	⑤4-12,5-1,3-2 のいずれかで連動 選択	0.8503	0.0707	0.0539	
定数項		29.2640		0.0000	**

図表 3-75 回帰式の精度

重相関係数		決定係数		F-値	AIC
R	修正 R	R2 乗	修正 R2 乗		
0.4101	0.4052	0.1682	0.1642	1.7785	2132.7442

#### (4) 考察

説明変数の調整による重回帰分析の結果をみると、下肢麻痺、短期記憶ともに、修正 R<sup>2</sup> 乗が、(下肢麻痺・左) 0.0539、(下肢麻痺・右) 0.0597、(短期記憶) 0.1642と、精度の低い結果となった。精度が低かった原因としては、以下2つが考えられる。

○説明変数の一部に、ダミー変数を用いている

○平均値+2 $\sigma$ 以上の自治体とその他の自治体で選択率が上昇している要因が異なる

本分析では、目的変数は連続変数である選択率を用いているが、説明変数のうち、調査方法・判断基準の一部の変数についてはアンケートの回答を0, 1のダミー変数に設定して用いている。これが、決定係数が低下した一つの原因と考えられる。

また、本分析の説明変数のうち、調査方法・判断基準に関する変数は、はずれ値自治体(選択率が平均値+2 $\sigma$ 以上)の選択率が高い要因に関する仮説に基づき設定している。一方で、分析対象自治体に占めるはずれ値自治体の割合は、下肢麻痺 5.2% (736件中 39件)、短期記憶 3.5% (739件中 26件)と、ごくわずかである。したがって、はずれ値自治体以外の自治体については、他の要因により選択率が上昇しており、説明力が十分な回帰式とならなかったと考えられる。

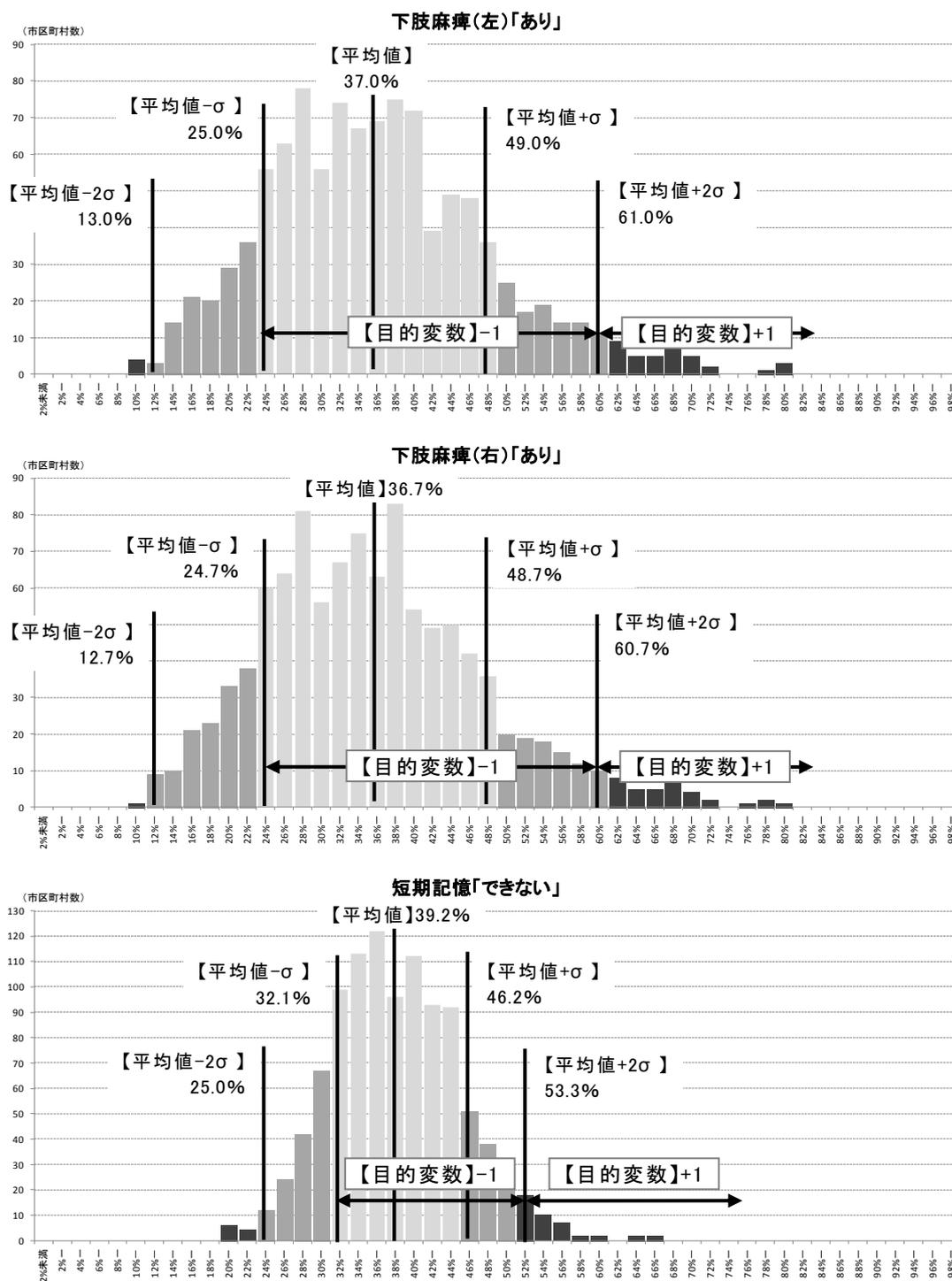
そこで、分析対象の自治体、はずれ値自治体とその他の自治体に分類し、判別分析により、はずれ値の要因分析を行うこととした。

## 6. 判別分析によるはずれ値の要因分析

### (1) 指標設定

分析対象の自治体は、重回帰分析と同様とした。目的変数については、「選択率が平均値+2 $\sigma$ 以上」のはずれ値自治体を+1、「選択率が平均値- $\sigma$ より高く、平均値+2 $\sigma$ 未満」を-1とし、説明変数は重回帰分析と同様の指標を用いた。

図表 3-76 判別分析の目的変数の設定



## (2) 下肢麻痺のはずれ値の要因分析

### 1) 強制投入法による判別分析

強制投入法による判別分析を行ったところ、以下のような結果となった。

5%水準で有意と判定された変数は、挙上できると判断する最低角度×もたれないで実施（②×④）の1変数であった。また、標準化判別係数が比較的高かったのは、高齢者に占める80歳以上の割合（①）、高齢者に占める85歳以上の割合（②）、挙上できると判断する最低角度×もたれないで実施（②×④）で、高齢者に占める80歳以上の割合（①）は負の相関、その他は正の相関であった。

下肢麻痺のはずれ値の判別関数は、有意性検定のP値は0.0001未満、判別の中率は76.34%と、一定の精度を得られた。

図表 3-77 下肢麻痺-判別係数と標準化判別係数

	変数	判別係数	標準化判別係数	P値	判定 *: P<0.05 **: P<0.01
地域特性	①高齢者に占める80歳以上の割合	-0.1219	-1.0114	0.4040	
	②高齢者に占める85歳以上の割合	0.3661	1.8658	0.2874	
	③高齢者に占める90歳以上の割合	-0.3344	-0.6833	0.4163	
	④要支援・要介護認定率	10.3283	0.2946	0.1304	
調査方法・判断基準	①90度等の角度基準あり	-0.3391	-0.1598	0.7031	
	②挙上できると判断する最低角度	-0.0256	-0.0378	0.8109	
	③震えが選択に影響	0.5072	0.2436	0.1281	
	④もたれないで実施	-1.4595	-0.6247	0.1964	
	⑤直営割合	0.2205	0.3178	0.0671	
	⑥①×⑤（角度基準×直営割合）	0.1721	0.3764	0.3857	
	⑦②×④（挙上できると判断する最低角度×もたれないで実施）	0.5462	1.1712	0.0144	*
	⑧③×④（震えが選択に影響×もたれないで実施）	0.4238	0.1298	0.5119	
定数項		-3.3527			

図表 3-78 下肢麻痺-判別関数の固有値

固有値	寄与率	累積寄与率	相関比
0.0927	100.00%	100.00%	0.2912

図表 3-79 下肢麻痺-判別関数の有意性の検定

Wilksのλ	カイ二乗値	自由度	P値
0.9152	56.9840	12	0.0000

図表 3-80 下肢麻痺-判別の中率

判別結果		予測値		判別の中率
		-1	1	
観測値	-1	473	143	76.79%
	1	11	24	68.57%
全体				76.34%

2) 説明変数の調整による判別分析

投入した説明変数のうち、「他の説明変数と相関がみられ、かつ、判別係数の低い変数」、「10%水準で有意でない変数」を取り除いた上で、再度、判別分析を行ったところ、以下のような結果となった。

5%水準で有意と判定された変数は、高齢者に占める85歳以上の割合(②)、震えが選択に影響(③)、角度基準×直営割合(①×⑤)、挙上できると判断する最低角度×もたれないで実施(②×④)の4変数であった。また、標準化判別係数が最も高かったのは、挙上できると判断する最低角度×もたれないで実施(②×④)であった。

下肢麻痺のはずれ値の判別関数は、有意性検定のP値は0.0001未満、判別率的中率は74.89%と、一定の精度を得られた。

図表 3-81 下肢麻痺-判別係数と標準化判別係数

	変数	判別係数	標準化判別係数	P値	判定 *: P<0.05 **: P<0.01
特地域	②高齢者に占める85歳以上の割合	0.0913	0.4676	0.0023	**
判調査 断基 準法	③震えが選択に影響	0.7653	0.3670	0.0167	*
	⑥①×⑤(角度基準×直営割合)	0.1536	0.3346	0.0296	*
	⑦②×④(挙上できると判断する最低角度×もたれないで実施)	0.3173	0.6865	0.0000	**
定数項		-2.5762			

図表 3-82 下肢麻痺-判別関数の固有値

固有値	寄与率	累積寄与率	相関比
0.0675	100.00%	100.00%	0.2514

図表 3-83 下肢麻痺-判別関数の有意性の検定

Wilksのラムダ*	カイ二乗値	自由度	P値
0.9368	43.9553	4	0.0000

図表 3-84 下肢麻痺-判別率的中率

判別結果		予測値		判別率的中率
		-1	1	
観測値	-1	481	160	75.04%
	1	10	26	72.22%
全 体				74.89%

### (3) 短期記憶のはずれ値の要因分析

#### 1) 強制投入法による判別分析

強制投入法による判別分析を行ったところ、以下のような結果となった。

5%水準で有意と判定された変数は、要支援・要介護認定率（④）の1変数であった。また、標準化判別係数が比較的高かったのは、高齢者に占める80歳以上の割合（①）、高齢者に占める85歳以上の割合（②）、高齢者に占める90歳以上の割合（③）で、高齢者に占める85歳以上の割合（①）は負の相関、その他は正の相関であった。

短期記憶のはずれ値の判別関数は、有意性検定のP値は0.0231、判別率的中率は73.39%と、下肢麻痺に比べて低い精度であった。

図表 3-85 短期記憶-判別係数と標準化判別係数

	変数	判別係数	標準化判別係数	P値	判定 *: P<0.05 **: P<0.01
地域特性	①高齢者に占める80歳以上の割合	0.1867	1.5247	0.3874	
	②高齢者に占める85歳以上の割合	-0.4388	-2.2045	0.3861	
	③高齢者に占める90歳以上の割合	0.9069	1.8313	0.1367	
	④要支援・要介護認定率	-24.7720	-0.7146	0.0160	*
調査方法・判断基準	①3品提示の実施頻度	0.2476	0.1596	0.5167	
	②3品提示の誤答で、必ず「できない」を選択	-0.2269	-0.1092	0.8697	
	③「4-12ひどい物忘れ」で連動選択	-0.4403	-0.2152	0.5775	
	④「3-2 毎日の日課を理解」で連動選択	0.0022	0.0010	0.9971	
	⑤4-12,5-1,3-2のいずれかで連動選択	0.9733	0.4850	0.2539	
	⑥日頃の物忘れが選択に影響	0.0042	0.0020	0.9940	
	⑦日頃の声かけが選択に影響	-1.0925	-0.5392	0.2962	
	⑧日頃の物忘れ、日頃の声かけの両方が選択に影響	1.7015	0.8244	0.1477	
	⑨直営割合	-0.1469	-0.2124	0.3121	
	⑩①×②（3品提示の実施頻度×誤答したら必ず「できない」を選択）	0.3379	0.3545	0.6029	
定数項		-1.0789			

図表 3-86 短期記憶-判別関数の固有値

固有値	寄与率	累積寄与率	相関比
0.0453	100.00%	100.00%	0.2081

図表 3-87 短期記憶-判別関数の有意性の検定

Wilksのλ	カイ二乗値	自由度	P値
0.9567	26.3915	14	0.0231

図表 3-88 短期記憶-判別率的中率

判別結果		予測値		判別率的中率
		-1	1	
観測値	-1	428	155	73.41%
	1	6	16	72.73%
全体				73.39%

2) 説明変数の調整による判別分析

投入した説明変数のうち、「他の説明変数と相関がみられ、かつ、回帰係数の低い変数」、「10%水準で有意でない変数」を取り除いた上で、再度、判別分析を行ったところ、以下のような結果となった。

5%水準で有意と判定された変数は、高齢者に占める85歳以上の割合(②)、「4-12 ひどい物忘れ」「5-1 薬の内服」「3-2 毎日の日課を理解」のいずれかで連動選択(⑤)の2変数で、いずれも正の相関であった。また、標準化判別係数は、高齢者に占める85歳以上の割合(②)の方が高かった。

短期記憶のはずれ値の判別関数は、有意性検定のP値は0.0017、判別率の中率は65.34%と、下肢麻痺に比べて低い精度であった。

図表 3-89 短期記憶-判別係数と標準化判別係数

	変数	判別係数	標準化判別係数	P 値	判定 *: P<0.05 **:P<0.01
特地域	②高齢者に占める85歳以上の割合	0.1644	0.8210	0.0034	**
判調査基方法	⑤4-12,5-1,3-2のいずれかで連動選択	1.1834	0.5890	0.0358	*
定数項		-3.6936			

図表 3-90 短期記憶-判別関数の固有値

固有値	寄与率	累積寄与率	相関比
0.0191	100.00%	100.00%	0.1370

図表 3-91 短期記憶-判別関数の有意性の検定

Wilks のラムダ*	カイ二乗値	自由度	P 値
0.9812	12.7947	2	0.0017

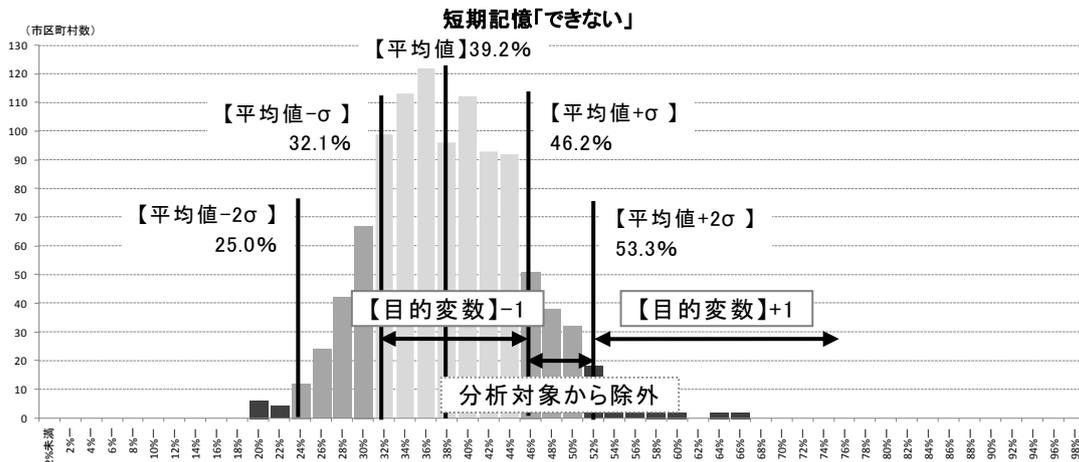
図表 3-92 短期記憶-判別率の中率

判別結果		予測値		判別率の中率
		-1	1	
観測値	-1	426	228	65.14%
	1	7	17	70.83%
全 体				65.34%

3) 説明変数・分析対象の調整による判別分析

2)の判別分析では、高い精度を得られなかったため、分析対象の自治体から、「選択率が平均値+ $\sigma$ 以上、平均値+2 $\sigma$ 未満」を除外し、目的変数を、「選択率が平均値+2 $\sigma$ 以上」のはずれ値自治体を+1、「選択率が平均値- $\sigma$ より高く、平均値+ $\sigma$ 未満」を-1として、より差が出るように設定した上で、再度、判別分析を行った。

図表 3-93 目的変数の調整



説明変数のうち、「他の説明変数と相関がみられ、かつ、回帰係数の低い変数」、「10%水準で有意でない変数」を取り除いて、判別分析を行ったところ、以下のような結果となった。

5%水準で有意と判定された変数は、高齢者に占める 90 歳以上の割合 (③)、「4-12 ひどい物忘れ」「5-1 薬の内服」「3-2 毎日の日課を理解」のいずれかで連動選択 (⑤) の 2 変数で、いずれも正の相関であった。また、標準化判別係数が最も高かったのは、高齢者に占める 90 歳以上の割合 (③) であった。

短期記憶のはずれ値の判別関数は、有意性検定の P 値は 0.0001 未満、判別の中率は 71.13%と、2)分析対象の調整前と比べて精度が上がった。

図表 3-94 短期記憶-判別係数と標準化判別係数

	変数	判別係数	標準化判別係数	P 値	判定 *: P<0.05 **: P<0.01
特地域	③高齢者に占める 90 歳以上の割合	0.4325	0.8256	0.0001	**
判断調査基準方法	⑤4-12,5-1,3-2 のいずれかで連動選択	1.0599	0.5264	0.0134	*
	⑩①×②(3品提示の実施頻度×誤答したら必ず「できない」を選択)	0.3460	0.3655	0.0856	
定数項		-3.6575			

図表 3-95 短期記憶-判別関数の固有値

固有値	寄与率	累積寄与率	相関比
0.0445	100.00%	100.00%	0.2064

図表 3-96 短期記憶-判別関数の有意性の検定

Wilks のラムダ <sup>a</sup>	カイ二乗値	自由度	P 値
0.9574	22.6214	3	0.0000

図表 3-97 短期記憶-判別的中率

判別結果		予測値		判別的中率
		-1	1	
観測値	-1	357	144	71.26%
	1	7	15	68.18%
全 体				71.13%

#### (4) 考察

##### 1) 下肢麻痺のはずれ値の要因

説明変数の調整による判別分析の結果、地域特性については「人口構成」、調査方法・判断基準については「挙上角度」「静止状態」に関する説明変数が選定された。

標準化判別係数はすべて正の値で、最も高かったのは、C『水平位置までの挙上ができる』と判断する最低挙上角度×確認動作を行う際、背もたれにもたれかかっていない状態で行う』で 0.6865 であった。

また、判別率的中率は 74.89%と、一定の精度が得られたと言える。

図表 3-98 下肢麻痺-判別関数の説明変数と標準化判別係数

要因		変数	標準化判別係数
地域特性	人口構成	A 高齢者に占める 85 歳以上の割合	0.4676
調査方法・判断基準	挙上角度	B 下肢の挙上角度に関する基準があり、「90 度」「水平」等と定めている*1×直営調査員が調査する件数の割合*2	0.3346
		C 「水平位置までの挙上ができる」と判断する最低挙上角度*3×確認動作を行う際、背もたれにもたれかかっていない状態で行う*1	0.6865
	静止状態	D 静止状態で下肢に震えがみられる場合に、「麻痺あり」の選択へ影響する*1（「麻痺あり」と必ず判断する／判断することがある）	0.3670

\*1: 0.1 のダミー変数

\*2: 2 割未満、2 割以上 4 割未満、4 割以上 6 割未満、6 割以上 8 割未満、8 割以上 10 割未満、10 割(すべて)の 6 段階評価

\*3: 1～8 の 8 段階評価

#### 【人口構成】A

前述の通り、下肢麻痺「あり」の選択率は、調査対象者の年齢が 80 歳以上では、年齢が上がるほど選択率が高まる傾向がみられた。高齢者に占める 85 歳以上の割合が高い自治体では、調査対象者に占める 85 歳以上の割合が高くなることにより、下肢麻痺「あり」の選択率が上昇すると考えられる。

#### 【挙上角度】BC

(B) 挙上角度に関する基準は、直営調査員が調査する件数の割合との組み合わせで、説明変数として選定された。直営調査員が調査する件数の割合が高い場合、調査員間で調査方法や判断基準が統一されやすくなるため、定められている基準が選択率に影響しやすいことを示唆していると言える。

下肢麻痺の確認動作では、水平に下肢を挙上できない場合には、他動的に最大限動かせる高さまで挙上し、静止した状態で保持できるかどうかで判断することにな

っている。これを厳密に水平まで挙上できるかを基準としており、かつ、その基準を調査員間で徹底して遵守しているほど、はずれ値の原因になりうると考えられる。

(C)「水平位置までの挙上ができる」と判断する最低挙上角度については、確認動作（もたれないで実施）との組み合わせで説明変数として選定された。背もたれにもたれないで確認動作を実施する場合、背中の角度が大腿部から垂直に近くなり、もたれている場合と比べて下肢が挙上しにくくなるため、挙上角度の判断が選択率に影響しやすくなることを示唆していると言える。

調査項目の定義では、下肢麻痺の確認動作を実施する際の背中の角度について具体的な定めがないが、背もたれにもたれない姿勢で確認動作を実施しており、かつ、「挙上できる」と判断する角度が厳しければ（水平に近ければ）、はずれ値の原因になりうると言える。なお、「『水平位置までの挙上ができる』と判断する最低挙上角度」のみでは、説明変数に選定されなかったことから、挙上角度の判断のみでは、はずれ値の要因になりにくいことが確認された。

#### 【静止状態】D

調査項目の定義では、下肢麻痺の確認動作について、「静止した状態で保持できるか」を確認する際の詳細な判断基準は定められていない。これについて、静止した状態で震えが見られる場合に、「麻痺あり」の選択に影響する場合には、はずれ値の原因になりうることが確認された。

#### 【まとめ】

標準化判別係数が最も高かった変数は、挙上角度 C で、人口構成 A よりも高い値を示した。挙上角度 B、静止状態 D の標準化判別係数も、人口構成 A と大きな差はみられなかったことから、下肢麻痺のはずれ値の原因としては、人口構成だけでなく、調査方法・判断基準も影響しており、特に、「挙上角度」「静止状態」に関する判断が、選択率を上昇させている可能性があると言える。

## 2) 短期記憶のはずれ値の要因

説明変数の調整による判別分析の結果、地域特性については「人口構成」、調査方法・判断基準については「連動選択」に関する説明変数が選定された。

標準化判別係数はいずれも正の値で、A「高齢者に占める 85 歳以上の割合」の方が高く 0.8210 であった。

また、判別率的中率は 65.34% であった。

図表 3-99 短期記憶-判別関数の説明変数と標準化判別係数

要因		変数	標準化判別係数
地域特性	人口構成	A 高齢者に占める 85 歳以上の割合	0.8210
判断調査基準	連動選択	B 「4-12 ひどい物忘れ」「5-1 薬の内服」「3-2 毎日の日課を理解」のいずれかの選択結果が「できない」の選択に影響する*1（「できない」と必ず判断する／判断することがある）	0.5890

\*1:0,1 のダミー変数

### 【人口構成】A

前述の通り、短期記憶「できない」の選択率は、調査対象者の年齢が上がるほど選択率が高まる傾向がみられた。高齢者に占める 85 歳以上の割合が高い自治体では、調査対象者に占める 85 歳以上の割合が高くなることにより、短期記憶「できない」の選択率が上昇すると考えられる。

### 【連動選択】B

認定調査の全ての調査項目は、各々の定義に基づいて選択することになっており、複数の調査項目の間に選択の連動性はない。したがって、連動性を持った選択（例：「4-12 ひどい物忘れ」で「ある」を選択する場合には、短期記憶を、必ず「できない」と判断する／「できない」と判断することがある）を行っている場合、選択率の偏りを招く可能性がある。

この連動選択に関する説明変数が選定されたことから、「4-12 ひどい物忘れ」「5-1 薬の内服」「3-2 毎日の日課を理解」のいずれかの選択結果により、短期記憶の「できない」を連動して選択している場合、はずれ値の原因になりうると考えられる。逆に、短期記憶と「4-12 ひどい物忘れ」「5-1 薬の内服」「3-2 毎日の日課を理解」の選択結果は直接関係しないと調査員が認識している場合は、選択率の上昇を招く可能性は低いと考えられる。

説明変数の調整に加え、分析対象の自治体から「選択率が平均値+ $\sigma$ 以上、平均値+2 $\sigma$ 未満」を除外して行った判別分析では、地域特性については「人口構成」、調査方法・判断基準については「連動選択」「3品提示」に関する説明変数が選定された。

標準化判別係数はすべて正の値で、最も高かったのは、A「高齢者に占める90歳以上の割合」の方が高く0.8256であった。

また、判別率的中率は71.13%と、分析対象の調整前と比べて精度が向上した。

図表 3-100 短期記憶-判別関数の説明変数と標準化判別係数

要因		変数	標準化判別係数
地域特性	人口構成	A 高齢者に占める90歳以上の割合	0.8256
判調 断査 基方 準法	連動選択	B「4-12 ひどい物忘れ」「5-1 薬の内服」「3-2 毎日の日課を理解」のいずれかの選択結果が「できない」の選択に影響する*1（「できない」と必ず判断する／判断することがある）	0.5264
	3品提示	C 3品提示の実施頻度*2 × 3品提示を誤答した場合に必ず「できない」を選択*1	0.3655

\*1: 0,1 のダミー変数

\*2: 概ね毎回実施している調査員が多い、実施する場合と実施しない場合がある調査員が多い、ほとんど実施しない調査員が多いの3段階評価

#### 【人口構成】A

「高齢者に占める85歳以上の割合」と同様に、高齢者に占める90歳以上の割合が高い自治体では、調査対象者に占める90歳以上の割合が高くなることにより、短期記憶「できない」の選択率が上昇すると考えられる。

#### 【3品提示】C

3品提示については、実施頻度と、誤答した場合に「できない」の選択に影響する頻度の組み合わせが、説明変数として選定された。短期記憶の調査では、まず、「面接調査の直前に何をしていたか」をたずねる質問を実施し、この質問での確認が難しい場合に3品提示を実施することになっている。しかし、「確認が難しい」と判断する具体的な基準は定められていないため、各自治体の3品提示の実施頻度には地域差が生じている可能性がある。今回の分析結果からは、3品提示を実施する頻度が高く、かつ、誤答した場合に必ず「できない」を選択している場合には、はずれ値の原因になりうることが確認された。

## 【まとめ】

短期記憶については、どちらの分析結果をみても、地域特性の標準化判別係数が高くなっている。したがって、短期記憶のはずれ値の原因としては、人口構成の影響が比較的大きいものの、調査方法・判断基準の「連動選択」「3品提示」も選択率を上昇させていると考えられる。

なお、分析対象から、「選択率が平均値+ $\sigma$ 以上、平均値+2 $\sigma$ 未満」を除外したことで精度が向上したのは、「選択率が平均値+ $\sigma$ 以上、平均値+2 $\sigma$ 未満」の自治体では、はずれ値の要因と、選択率を上昇させるその他の要因が、混合して生じているためと考えられる。

## 第4部 資料編（調査票）

### ○主治医意見書のあり方に関する調査

- ・主治医意見書記載医師票 120～123 ページ
- ・介護認定審査会委員票 124～127 ページ
- ・介護支援専門員票 128～131 ページ

### ○認定調査項目に関する調査

- ・自治体の認定調査員等へのアンケート調査票 132～143 ページ



問7 ひと月あたりの平均として、おおよそ何件程度の主治医意見書の記載依頼がありますか。

ひと月あたり \_\_\_\_\_ 件程度

問8 主治医意見書の依頼がある自治体をお選びください。(あてはまるものをすべて選択)

- |              |                 |
|--------------|-----------------|
| 1. 市         | 2. 町村           |
| 3. 政令市または特別区 | 4. 広域連合、一部事務組合等 |

問9 主治医意見書を記載する患者との接点として、最もよくあてはまるものをお選びください。(1つを選択)

- |                                     |
|-------------------------------------|
| 1. 介護保険申請以前から主治医として診察を行っている患者が多い    |
| 2. 在院中に手術等の担当医として関わる患者が多い           |
| 3. 主治医意見書の記載を目的として来院し、初めて診察を行う患者が多い |
| 4. その他→ (具体的に: _____ )              |

問10 介護認定審査会の委員として、介護認定審査会に出席したことがありますか。(1つを選択)

- |       |       |
|-------|-------|
| 1. ある | 2. ない |
|-------|-------|

## 2. 在宅医療・介護連携の状況

問11 平成27年度(平成27年4月以降)中に、勤務先または地域内で開催される下記の会議体に参加(電話、FAX、e-mail等による対応も含む)しましたか。(あてはまるものをすべて選択)

- |                          |                        |
|--------------------------|------------------------|
| 1. 退院時カンファレンス            | 2. 地域ケア会議              |
| 3. サービス担当者会議             | 4. 在宅医療・介護連携推進事業による会議体 |
| 5. 上記以外の在宅医療・介護連携に関する会議体 | 6. 上記の中で参加しているものはない    |

問12 介護支援専門員(ケアマネジャー)や介護サービス事業者との直接のやり取りは、1週間におおむねどの程度ありますか。(1つを選択)

- |                          |                    |
|--------------------------|--------------------|
| 1. 毎日のように(週5回程度)やり取りしている | 2. 週2~3回程度やり取りしている |
| 3. 週1回程度やり取りしている         | 4. ほとんどやり取りしていない   |
| 5. まったくやり取りしていない         |                    |

## 3. 認知機能の評価

問13 平成27年度(平成27年4月以降)中に、認知症に関する研修等に参加されましたか。(あてはまるものをすべて選択)

- |                        |                          |
|------------------------|--------------------------|
| 1. 医師会が開催する研修等に参加した    | 2. 勤務先の医療機関が開催する研修等に参加した |
| 3. 近隣医療機関が開催する研修等に参加した | 4. 自治体が開催する研修等に参加した      |
| 5. その他→ (具体的に: _____ ) |                          |
| 6. 特に研修等には参加しなかった      |                          |

問14 過去に「かかりつけ医認知症対応力向上研修」に参加したことがありますか。(1つを選択)

- |       |       |
|-------|-------|
| 1. ある | 2. ない |
|-------|-------|

問15 主治医意見書を記載する対象者の生活状況の把握について、どのような情報を重視していますか。(あてはまるものをすべて選択)

- |                             |                 |
|-----------------------------|-----------------|
| 1. 本人から聞き取った情報              | 2. 家族から聞き取った情報  |
| 3. 予診票に記載されている情報            | 4. 院内の職員から得た情報  |
| 5. 院外の専門職から得た情報             | 6. その他→(具体的に: ) |
| 7. 基本的に入院患者の主治医意見書しか記載していない |                 |

問16 認知機能や認知能力等を評価するにあたって、「認知症高齢者の日常生活自立度」以外の方法として、既存の尺度や検査方法を用いていますか。(あてはまるものをすべて選択)

- |                            |                        |
|----------------------------|------------------------|
| 1. HDS-R (長谷川式簡易知能評価スケール)  | 2. MMSE (ミニメンタルステート検査) |
| 3. NM スケール (N 式老年者用精神状態尺度) | 4. その他→(具体的に: )        |
| 5. 特に既存の尺度や検査方法は用いていない     |                        |

問17 認知機能を評価するにあたって、難しいと感じる点がありますか。(あてはまるものをすべて選択)

- |                                    |                  |
|------------------------------------|------------------|
| 1. 「認知症高齢者の日常生活自立度」の判断基準がわかりづらい    |                  |
| 2. 「認知症の中核症状」のチェックの判断に必要な情報が不足している |                  |
| 3. 「認知症の周辺症状」のチェックの判断に必要な情報が不足している |                  |
| 4. 認知症が自分の専門分野ではない                 |                  |
| 5. その他→(具体的に: )                    | 6. 特に難しいと感じる点はない |

#### 4. 主治医意見書の書式

問18 主治医意見書の記入は、主にどのような方法で行っていますか。(1つを選択)

- |                  |                             |
|------------------|-----------------------------|
| 1. 手書き           | 2. 「医見書」(日本医師会作成・配布のソフトウェア) |
| 3. その他 →(具体的に: ) |                             |

問19 主治医意見書の記入を日常的に担っているのはどなたですか。(あてはまるものをすべて選択)

- |                      |                  |
|----------------------|------------------|
| 1. あなたご自身            | 2. あなた以外の医師      |
| 3. 看護師等のコメディカル       | 4. 事務職員          |
| 5. 医師事務作業補助者(医療クラーク) | 6. その他 →(具体的に: ) |

問20 主治医意見書の書式に、追加の方がよいと思われる項目はありますか。(あてはまるものをすべて選択)

- |                                    |                        |
|------------------------------------|------------------------|
| 1. 傷病の予後                           | 2. 傷病の特性と、それをふまえた必要な介護 |
| 3. 認知症の重症度                         | 4. 意見書を記載している医師の診療科目   |
| 5. 要介護状態の軽減または悪化の防止のために必要な療養に関する意見 |                        |
| 6. その他→(具体的に: )                    |                        |
| 7. 特に追加の方がよいと思われる項目はない             |                        |

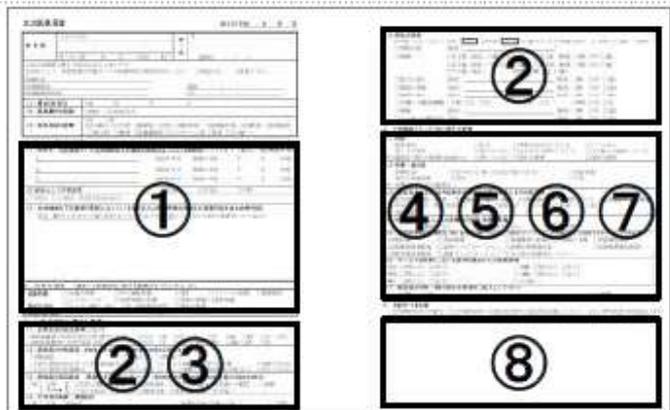
問21 あなたが記載した主治医意見書の活用方法として期待することはありますか。(あてはまるものをすべて選択)

- |                                     |                     |
|-------------------------------------|---------------------|
| 1. 居宅サービス計画(ケアプラン)への活用              | 2. 各介護サービス事業者への情報提供 |
| 3. 地域ケア会議への情報共有                     | 4. その他→(具体的に: )     |
| 5. 介護認定審査会で活用されればよい(他の活用方法は特に期待しない) |                     |

問22 主治医意見書の書式の中で、不要または簡素化した方がよいと思う項目はありますか。

	不要または簡素化した方がよいと思うか（1つを選択）	（左欄が1.の場合）その理由（あてはまるものをすべて選択）
①診察状況（最終受診日、他科受診）、診断名、治療歴、投薬内容、特別な医療の内容	1. 思う 一右欄へ 2. 思わない	1. 活用されていない 2. 把握が困難 3. 記載者の負担軽減 4. その他
②障害高齢者の日常生活自立度、身体の状態（身長、体重、四肢の状態、褥瘡の有無等）	1. 思う 一右欄へ 2. 思わない	1. 活用されていない 2. 把握が困難 3. 記載者の負担軽減 4. その他
③認知症高齢者の日常生活自立度、認知症の中核症状、周辺症状	1. 思う 一右欄へ 2. 思わない	1. 活用されていない 2. 把握が困難 3. 記載者の負担軽減 4. その他
④移動の状況、栄養・食生活、心身の機能低下リスクと対処方針（尿失禁、転倒・骨折、閉じこもり等）	1. 思う 一右欄へ 2. 思わない	1. 活用されていない 2. 把握が困難 3. 記載者の負担軽減 4. その他
⑤サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し	1. 思う 一右欄へ 2. 思わない	1. 活用されていない 2. 把握が困難 3. 記載者の負担軽減 4. その他
⑥医学的管理の必要性（訪問診療、訪問看護、リハビリテーション等）	1. 思う 一右欄へ 2. 思わない	1. 活用されていない 2. 把握が困難 3. 記載者の負担軽減 4. その他
⑦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、移動、摂食、運動、嚥下）	1. 思う 一右欄へ 2. 思わない	1. 活用されていない 2. 把握が困難 3. 記載者の負担軽減 4. その他
⑧特記すべき事項	1. 思う 一右欄へ 2. 思わない	1. 活用されていない 2. 把握が困難 3. 記載者の負担軽減 4. その他

＜ご参考＞主治医意見書の書式と問22の設問の位置関係



問23 主治医意見書の自由記載の情報（いわゆる「傷病に関する意見」及び「特記すべき事項」）の記載について、難しいと感じますか。難しいと感じる場合、その理由もお選びください。（それぞれ1つを選択）

	記載の難しさ（1つを選択）	（難しい場合）その理由（1つを選択）
投薬の状況	1. 極めて難しい 2. 難しい 3. 難しくない 4. どちらともいえない	1. 疾患・治療以外の情報がない 2. 記載すべき内容が分からない 3. その他（ ）
傷病の経過や予後（安定性）	1. 極めて難しい 2. 難しい 3. 難しくない 4. どちらともいえない	1. 疾患・治療以外の情報がない 2. 記載すべき内容が分からない 3. その他（ ）
介護・看護サービス等を提供する際に留意すべき点	1. 極めて難しい 2. 難しい 3. 難しくない 4. どちらともいえない	1. 疾患・治療以外の情報がない 2. 記載すべき内容が分からない 3. その他（ ）
介護の具体的な手間や介助方法に関する記載	1. 極めて難しい 2. 難しい 3. 難しくない 4. どちらともいえない	1. 疾患・治療以外の情報がない 2. 記載すべき内容が分からない 3. その他（ ）
認知症の中核・周辺症状に関する記載	1. 極めて難しい 2. 難しい 3. 難しくない 4. どちらともいえない	1. 疾患・治療以外の情報がない 2. 記載すべき内容が分からない 3. その他（ ）

本調査は以上で終了です。ご協力ありがとうございました。

「平成27年度 主治医意見書のあり方に関する調査」介護認定審査会委員票

設問中、特に記載のないものに関しては、平成28年1月1日現在の状況でお答えください。

1. 基本情報

問1 あなたが委員を務めている自治体をお選びください。(1つを選択)

- |              |                 |
|--------------|-----------------|
| 1. 市         | 2. 町村           |
| 3. 政令市または特別区 | 4. 広域連合、一部事務組合等 |

問2 あなたが保有している資格をお選びください。(あてはまるものをすべて選択)

- |              |             |             |             |           |
|--------------|-------------|-------------|-------------|-----------|
| 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. 社会福祉士 |
| 11. 介護福祉士    | 12. 歯科衛生士   | 13. 言語聴覚士   | 14. はり師     | 15. きゅう師  |
| 16. 柔道整復師    | 17. (管理)栄養士 | 18. 精神保健福祉士 | 19. 介護支援専門員 |           |
| 20. 施設長・管理者等 | 21. その他( )  |             |             |           |

枝問2-1 問2で「1. 医師」を選択した方に伺います。これまでに、主治医意見書を記載したご経験はありますか。(1つを選択)

- |       |       |
|-------|-------|
| 1. ある | 2. ない |
|-------|-------|

問3 介護認定審査会委員としての経験年数は、累計でどの程度になりますか。

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_か月

※ 途中で間隔が空いていたことがある場合は、これまでの合計の経験年数をご記入ください。

問4 これまでに合議体長を務めたことがありますか。(1つを選択)

- |                                    |
|------------------------------------|
| 1. 現在、合議体長を務めている                   |
| 2. 現在は合議体長ではないが、過去に合議体長を務めていたことがある |
| 3. 合議体長を務めたことはない                   |

## 2. 審査判定における情報の活用状況

問5 現在、審査判定を行っている中で、議論に時間がかかったり、判断に迷うことの多い要介護度（一次判定の区分）はありますか。（あてはまるものをすべて選択）

- |  |         |         |         |
|--|---------|---------|---------|
| 1. 非該当                                   | 2. 要支援1 | 3. 要支援2 | 4. 要介護1 |
| 5. 要介護2                                  | 6. 要介護3 | 7. 要介護4 | 8. 要介護5 |
| 9. 特定の要介護度で、議論に時間がかかったり、判断に迷ったりすることは特にない |         |         |         |

枝問5-1 問5で1.～8.のいずれかを選択した方に伺います。議論に時間がかかる要因として、どのようなことがありますか。（あてはまるものをすべて選択）

- |                                  |
|----------------------------------|
| 1. 特記事項の記載が不足しているため              |
| 2. 主治医意見書の記載が不足しているため            |
| 3. 状態の維持・改善可能性にかかる審査判定をする必要があるため |
| 4. 様々な状態像があるため                   |
| 5. その他（ )                        |

## 3. 認知機能の評価

問6 介護認定審査会での要支援2と要介護1の判定における認知機能の評価において、難しいと感じる点がありますか。（あてはまるものをすべて選択）

- |   |
|---|
| 1. 主治医意見書と介護認定調査の「認知症高齢者の日常生活自立度」に不整合がある                |
| 2. 主治医意見書と介護認定調査の「認知症の中核症状」や「認知症の周辺症状」に関するチェックに不整合がある   |
| 3. 主治医意見書の「診断名」欄に認知症の記載がないにも関わらず、主治医意見書や調査項目にチェックがされている |
| 4. 主治医意見書の情報量が乏しい                                       |
| 5. 生活上の様子に関する認定調査員の特記事項の情報量が乏しい                         |
| 6. その他→（具体的に： )   |
| 7. 特に難しいと感じる点はない  |

問7 介護認定審査会での認知機能の評価のあり方について、どのようにすべきだと思いますか。（あてはまるものをすべて選択）

- |   |
|---|
| 1. 現在のままでよい                             |
| 2. 主治医意見書にHDS-R（長谷川式簡易知能評価スケール）の点数を記載する |
| 3. 主治医意見書にMMSE（ミニメンタルステート検査）の点数を記載する    |
| 4. 主治医意見書にNMスケール（N式老年者用精神状態尺度）の点数を記載する  |
| 5. 主治医意見書の「認知症高齢者の日常生活自立度」の記載をなくす       |
| 6. 認定調査員の「認知症高齢者の日常生活自立度」の記載をなくす        |
| 7. その他→（具体的に： )                         |
| 8. わからない                                |

## 4. 主治医意見書の書式

問8 介護認定審査会で審査判定を行う上で、主治医意見書の書式の各項目についてどの程度重視していますか。  
(それぞれ1つを選択)

	どの程度重視しているか（1つを選択）	
①診察状況(最終受診日、他科受診)、診断名、治療歴、投薬内容、特別な医療の内容	1. 極めて重視している 3. あまり重視していない	2. 重視している 4. 重視していない
②障害高齢者の日常生活自立度、身体の状態(身長、体重、四肢の状態、褥瘡の有無等)	1. 極めて重視している 3. あまり重視していない	2. 重視している 4. 重視していない
③認知症高齢者の日常生活自立度、認知症の中核症状、周辺症状	1. 極めて重視している 3. あまり重視していない	2. 重視している 4. 重視していない
④移動の状況、栄養・食生活、心身の機能低下リスクと対処方針(尿失禁、転倒・骨折、閉じこもり等)	1. 極めて重視している 3. あまり重視していない	2. 重視している 4. 重視していない
⑤サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し	1. 極めて重視している 3. あまり重視していない	2. 重視している 4. 重視していない
⑥医学的管理の必要性(訪問診療、訪問看護、リハビリテーション等)	1. 極めて重視している 3. あまり重視していない	2. 重視している 4. 重視していない
⑦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、移動、摂食、運動、嚥下)	1. 極めて重視している 3. あまり重視していない	2. 重視している 4. 重視していない
⑧特記すべき事項	1. 極めて重視している 3. あまり重視していない	2. 重視している 4. 重視していない

<ご参考>主治医意見書の書式と  
問8の設問の位置関係

The diagram illustrates the layout of the physician's opinion form with numbered boxes indicating the location of the survey questions:

- Box 1: Located in the section for medical management necessity (⑥).
- Box 2: Located in the section for medical management necessity (⑥).
- Box 3: Located in the section for medical management necessity (⑥).
- Box 4: Located in the section for service utilization (⑤).
- Box 5: Located in the section for service utilization (⑤).
- Box 6: Located in the section for service utilization (⑤).
- Box 7: Located in the section for service utilization (⑤).
- Box 8: Located in the section for special items to be noted (⑧).

問9 介護認定審査会で審査判定を行う上で、主治医意見書の自由記載の情報（いわゆる「傷病に関する意見」及び「特記すべき事項」）に記載内容について、介護認定審査会委員としてどの程度重視しているか、並びに現状における記載の充実度を、それぞれ選択肢からお選びください。

	審査判定上での重要度（1つを選択）	記載の充実度（1つを選択）
投薬の状況	1. 極めて重視している 2. 重視している 3. あまり重視していない 4. 重視していない	1. 充実している 2. 不十分 3. どちらともいえない
傷病の経過や予後（安定性）	1. 極めて重視している 2. 重視している 3. あまり重視していない 4. 重視していない	1. 充実している 2. 不十分 3. どちらともいえない
介護・看護サービス等を提供する際に留意すべき点	1. 極めて重視している 2. 重視している 3. あまり重視していない 4. 重視していない	1. 充実している 2. 不十分 3. どちらともいえない
介護の具体的な手間や介助方法に関する記載	1. 極めて重視している 2. 重視している 3. あまり重視していない 4. 重視していない	1. 充実している 2. 不十分 3. どちらともいえない
認知症の中核・周辺症状に関する記載	1. 極めて重視している 2. 重視している 3. あまり重視していない 4. 重視していない	1. 充実している 2. 不十分 3. どちらともいえない

問10 主治医意見書の書式の中で、追加の方がよいと思われる項目はありますか。（あてはまるものをすべて選択）

1. 傷病の予後	2. 傷病の特性と、それをふまえた必要な介護
3. 認知症の重症度	4. 意見書を記載している医師の診療科目
5. 要介護状態の軽減または悪化の防止のために必要な療養に関する意見	
6. その他→（具体的に： _____）	
7. 特に追加の方がよいと思われる項目はない	

問11 主治医意見書に関して、改善を期待する点はありますか。（あてはまるものをすべて選択）

1. 全体的な文字の記入状況（判別しやすくする等）	2. 全体的な記載内容の充実
3. 意見書の記載日と認定調査日の記載期間の短縮	4. 主な傷病に関連する診療科の医師による記載
5. 居宅サービス計画（ケアプラン）への活用	6. 各介護サービス事業者への情報提供
7. 地域包括支援センターへの情報共有	8. その他→（具体的に： _____）
9. 特に改善を期待する点はない	

本調査は以上で終了です。ご協力ありがとうございました。

「平成 27 年度 主治医意見書のあり方に関する調査」介護支援専門員票

設問中、特に記載のないものに関しては、平成 28 年 1 月 1 日現在の状況でお答えください。

1. 基本情報

問1 事業所の開設主体をお選びください。(1つを選択)

- |                   |           |             |
|-------------------|-----------|-------------|
| 1. 地方公共団体         | 2. 社会福祉法人 | 3. 医療法人     |
| 4. 社団・財団法人        | 5. 協同組合   | 6. 営利法人(会社) |
| 7. 特定非営利活動法人(NPO) | 8. その他の法人 |             |

問2 事業所の法人または関連・系列法人が運営する医療・介護施設・事業所をお選びください。(あてはまるものをすべて選択)

- |                             |                    |
|-----------------------------|--------------------|
| 1. 病院                       | 2. 診療所             |
| 3. 介護老人保健施設                 | 4. 介護老人福祉施設        |
| 5. 認知症対応型共同生活介護             | 6. 有料老人ホーム         |
| 7. サービス付き高齢者住宅              | 8. その他の居住系サービス     |
| 9. 訪問介護事業所                  | 10. 訪問看護ステーション     |
| 11. 訪問リハビリテーション事業所          | 12. 通所介護事業所        |
| 13. 通所リハビリテーション事業所          | 14. 小規模多機能型居宅介護事業所 |
| 15. 短期入所(療養)介護事業所           | 16. その他の居宅介護サービス   |
| 17. 地域包括支援センターまたは在宅介護支援センター |                    |
| 18. 特になし                    |                    |

問3 事業所の職員数を、常勤職員、非常勤職員にわけて実人数でご記入ください。

常勤職員 \_\_\_\_\_人 非常勤職員 \_\_\_\_\_人

問4 あなたの取得資格をお選びください。(あてはまるものをすべて選択)

- |               |              |            |
|---------------|--------------|------------|
| 1. 介護福祉士      | 2. 主任介護支援専門員 | 3. 看護師     |
| 4. 准看護師       | 5. 保健師       | 6. 精神保健福祉士 |
| 7. 理学療法士      | 8. 作業療法士     | 9. 社会福祉士   |
| 10. 管理栄養士     | 11. 栄養士      | 12. 調理師    |
| 13. 訪問介護員( )級 | 14. 社会福祉主事   | 15. その他( ) |
| 16. なし        |              |            |

問5 介護支援専門員の資格取得後の経過年数をご記入ください。(四捨五入による整数)

約 \_\_\_\_\_年

問6 居宅サービス計画及び介護予防サービス計画の担当件数（要介護・要支援の合計件数）をご記入ください。

平成28年1月1日時点で \_\_\_\_\_ 件

## 2. 介護認定調査への従事経験

問7 これまでに認定調査員として、介護認定調査に従事したことがありますか。（1つを選択）

1. ある 2. ない

枝問7-1 問7で「1. ある」を選択した方に伺います。認定調査員としての経験年数は、累計でどの程度になりますか。（四捨五入による整数）

約 \_\_\_\_\_ 年

※ 途中で間隔が空いていたことがある場合は、これまでの合計の経験年数をご記入ください。

枝問7-2 問7で「1. ある」を選択した方に伺います。「認知症高齢者の日常生活自立度」を判定するにあたって、どのような点が難しいと感じますか。（あてはまるものをすべて選択）

1. 判断基準がわかりづらい 2. 判断に必要な情報が不足している  
3. 認知症に対する知識が乏しい 4. その他→（具体的に： \_\_\_\_\_）  
5. 特に難しいと感じる点はない

## 3. 在宅医療・介護連携の状況

問8 平成27年度（平成27年4月以降）中に、勤務先または地域内で開催される下記の会議体に参加しましたか。（あてはまるものをすべて選択）

1. 退院時カンファレンス 2. 地域ケア会議  
3. サービス担当者会議 4. 在宅医療・介護連携推進事業による会議体  
5. 上記以外の在宅医療・介護連携に関する会議体 6. 上記の中で参加しているものはない

問9 主治医との直接のやり取りは、1週間におおむねどの程度ありますか。（1つを選択）

1. 毎日のように（週5回程度）やり取りしている 2. 週2～3回程度やり取りしている  
3. 週1回程度やり取りしている 4. ほとんどやり取りしていない  
5. まったくやり取りしていない

#### 4. 居宅サービス計画作成時の主治医意見書の活用状況

問10 平成27年度（平成27年4月以降）中に、居宅サービス計画のために保険者に対して認定調査結果の情報請求・提供依頼を行いましたか。（1つを選択）

- |        |           |
|--------|-----------|
| 1. 行った | 2. 行わなかった |
|--------|-----------|

枝問 10-1 問10で「1. 行った」を選択した方に伺います。あなたが居宅サービス計画または介護予防サービス計画を担当している利用者のうち、認定調査結果の情報請求・提供依頼を行った利用者の割合はおおむねどの程度になりますか。（1つを選択）

- |             |             |
|-------------|-------------|
| 1. 2割未満     | 2. 2割以上4割未満 |
| 3. 4割以上6割未満 | 4. 6割以上8割未満 |
| 5. 8割以上     |             |

問11 平成27年度（平成27年4月以降）中に、居宅サービス計画のために保険者に対して主治医意見書の情報請求・提供依頼を行いましたか。（1つを選択）

- |           |                                      |
|-----------|--------------------------------------|
| 1. 行った    | → <u>問12へお進みください</u>                 |
| 2. 行わなかった | → <u>枝問11-1をご回答いただき</u> 、本調査は終了となります |

枝問 11-1 問11で「2. 行わなかった」を選択した方に伺います。主治医意見書の情報請求・提供依頼を行わなかったのはなぜですか。（あてあはまるものをすべて選択）

- |                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|
| 1. 既に十分な情報が揃っているため    | 2. 費用がかかるため           |
| 3. 依頼しても情報提供してもらえないため | 4. 入手しても有用な情報が得られないため |
| 5. その他→（具体的に： _____）  |                       |
| 6. 特に理由はない            |                       |

→ご回答ありがとうございました。

【以降は、問11で「1. 行った」を選択した方のみお答えください】

問12 担当している居宅サービス計画のうち、主治医意見書の情報請求・提供依頼を行った件数をご記入ください。

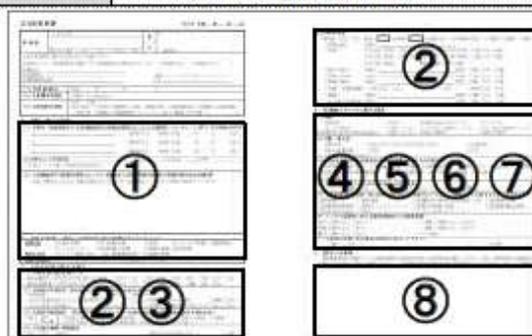
現在担当している居宅サービス計画のうち _____件
----------------------------

→裏面もご回答ください。

問13 居宅サービス計画を作成する上で、主治医意見書の書式の各項目についてどの程度活用していますか。(それぞれ1つを選択)

	どの程度活用しているか (1つを選択)	
①診察状況(最終受診日、他科受診)、診断名、治療歴、投薬内容、特別な医療の内容	1. 極めて重視している 3. あまり重視していない	2. 重視している 4. 重視していない
②障害高齢者の日常生活自立度、身体の状態(身長、体重、四肢の状態、褥瘡の有無等)	1. 極めて重視している 3. あまり重視していない	2. 重視している 4. 重視していない
③認知症高齢者の日常生活自立度、認知症の中核症状、周辺症状	1. 極めて重視している 3. あまり重視していない	2. 重視している 4. 重視していない
④移動の状況、栄養・食生活、心身の機能低下リスクと対処方針(尿失禁、転倒・骨折、閉じこもり等)	1. 極めて重視している 3. あまり重視していない	2. 重視している 4. 重視していない
⑤サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し	1. 極めて重視している 3. あまり重視していない	2. 重視している 4. 重視していない
⑥医学的管理の必要性(訪問診療、訪問看護、リハビリテーション等)	1. 極めて重視している 3. あまり重視していない	2. 重視している 4. 重視していない
⑦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、移動、摂食、運動、嚥下)	1. 極めて重視している 3. あまり重視していない	2. 重視している 4. 重視していない
⑧特記すべき事項	1. 極めて重視している 3. あまり重視していない	2. 重視している 4. 重視していない

<ご参考>主治医意見書の書式と問13の設問の位置関係



問14 居宅サービス計画を作成する上で、主治医意見書の自由記載の情報(いわゆる「傷病に関する意見」及び「特記すべき事項」)に記載内容について、介護支援専門員としてどの程度重視しているか、並びに現状における記載の充実度を、それぞれ選択肢からお選びください。

	居宅サービス計画作成上での重要度 (1つを選択)	記載の充実度 (1つを選択)
投薬の状況	1. 極めて重視している 3. あまり重視していない	2. 重視している 4. 重視していない
傷病の経過や予後(安定性)	1. 極めて重視している 3. あまり重視していない	2. 重視している 4. 重視していない
介護・看護サービス等を提供する際に留意すべき点	1. 極めて重視している 3. あまり重視していない	2. 重視している 4. 重視していない
介護の具体的な手間や介助方法に関する記載	1. 極めて重視している 3. あまり重視していない	2. 重視している 4. 重視していない
認知症の中核・周辺症状に関する記載	1. 極めて重視している 3. あまり重視していない	2. 重視している 4. 重視していない

本調査は以上で終了です。ご協力ありがとうございました。

## 認定調査項目（下肢麻痺・短期記憶）に係る 各自治体の実施方法および判断基準に関するアンケート調査

### ■ご回答をお願いしたい方

市区町村(広域連合、一部事務組合等を含む)の下記の職員の方がご回答ください。

○貴自治体の認定調査の全体的な傾向を把握している方

(例：認定調査票の確認をしている方、認定調査員に指導している方など)

上記の方のご回答が難しい場合は、

○貴自治体の中で、認定調査の実施件数になるべく多い方

※貴自治体にて、認定調査を実施していない場合は、要介護認定業務に携わっている方がご回答ください。

### ○貴自治体についてお伺いします

貴自治体名	(IDでログインした際に、表示される)
-------	---------------------

問1 貴自治体における認定調査の実施体制について、お伺いします。

(1) 貴自治体では、認定調査を行っていますか。

<あてはまるもの1つを選んでください>

1. 認定調査を行っている 2. 認定調査を行っていない
---------------------------------

★「2.認定調査を行っていない」を選択した場合は、ここで調査終了。

(2) 貴自治体で認定調査を行っている人は、どのような方ですか。

<あてはまるもの全てを選んでください>

※ なお、市町村外に居住している申請者の認定調査については、除いて考えてください。

- |   |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"><li>1. 市区町村職員及び嘱託職員</li><li>2. 事務受託法人の職員</li><li>3. 居宅介護支援事業所の職員</li><li>4. 介護保険施設の職員</li><li>5. ケアマネジャー資格を持つ個人（個人委託）</li><li>6. その他（<span style="float: right;">）</span></li></ol> |
|---|

(3) 貴自治体において、市区町村職員・嘱託職員、事務受託法人の職員など、いわゆる「直営調査員」が認定調査を実施する件数は、全体の中でどれくらいの割合ですか。

<あてはまるもの1つを選んでください>

※ なお、市町村外に居住している申請者の認定調査については、除いて考えてください。

- |   |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"><li>1. 2割未満</li><li>2. 2割以上4割未満</li><li>3. 4割以上6割未満</li><li>4. 6割以上8割未満</li><li>5. 8割以上10割未満</li><li>6. 10割（すべて）</li><li>7. 分からない</li></ol> |
|---|

問2 貴自治体の認定調査員の人数について、お伺いします。あてはまるもの1つを選んでください。

(1) 市区町村職員・嘱託職員、事務受託法人の職員をあわせた認定調査員の概ねの人数。

<あてはまるもの1つを選んでください>

※ なお、市町村外に居住している申請者の認定調査については、除いて考えてください。

- |  |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"><li>1. 1名～10名</li><li>2. 11名～20名</li><li>3. 21名～50名</li><li>4. 51名～100名</li><li>5. 101名以上</li><li>6. 分からない</li></ol> |
|--|

(2) 居宅介護支援事業所・介護保険施設の職員・ケアマネジャー資格を持つ個人（委託）をあわせた認定調査員の概ねの人数。

<あてはまるもの1つを選んでください>

※ なお、市町村外に居住している申請者の認定調査については、除いて考えてください。

1. 0名（いない）
2. 1名～10名
3. 11名～20名
4. 21名～50名
5. 51名～100名
6. 101名以上
7. 分からない

問3 貴自治体及び事務受託法人の認定調査員、審査会事務局等の職員は、「認定調査員向け能力向上研修会」に参加したことがありますか。

<あてはまるもの1つを選んでください>

1. これまでに、「認定調査員向け能力向上研修会」に参加したことがある
2. 「認定調査員向け能力向上研修会」は知っているが、これまでに参加したことがない
3. 「認定調査員向け能力向上研修会」のことを知らない

※(ご参考)「認定調査員向け能力向上研修会」とは

「認定調査員向け能力向上研修会」は、厚生労働省が「要介護認定適正化事業」の一環として実施しているもので、都道府県職員や市区町村の指導的立場の職員および認定調査員等を対象とした、全2日間の研修です。今年度は、6月～1月にかけて、札幌・仙台・金沢・埼玉・東京・名古屋・大阪・広島・徳島・福岡・鹿児島等の11箇所で開催されています。各自治体における認定調査に関する研修講師や指導者層の育成・充実を図るため、要介護認定に関する基礎知識から実例を用いた演習まで、指導者の視点から幅広い内容で研修を実施しています。

○「1-1 麻痺等の有無(下肢)」の実施方法、判断基準についてお伺いします。

問4 「1-1麻痺等の有無(下肢)」の確認動作を行う際、貴自治体の認定調査員が確認することになっている(ルール化している、指導している等)事項はありますか。  
 <あてはまるもの全てを選んでください>

- |                                 |
|---------------------------------|
| 1. いすや車いすの背もたれにもたれかかっている状態で行う   |
| 2. 車いすの場合は、フットレストを外して行う         |
| 3. 座った時に膝が概ね直角になる高さの椅子を用いて行う    |
| 4. 太ももが座面から離れないようにして、下肢を挙上してもらう |
| 5. その他( )                       |
| 6. 確認することになっている事項は、特になし         |
| 7. 分からない                        |

問5 貴自治体の認定調査員は、「1-1麻痺等の有無(下肢)」の調査の前に、「1-2拘縮の有無」の確認を先に実施することになっていませんか(ルール化している、指導している等)。

<あてはまるもの1つを選んでください>

- |  |
|--|
| 1. 「1-2 拘縮の有無」を先に実施することになっている              |
| 2. 「1-2 拘縮の有無」を先に実施することになっていない(特に統一されていない) |
| 3. その他( )                                  |
| 4. 分からない                                   |

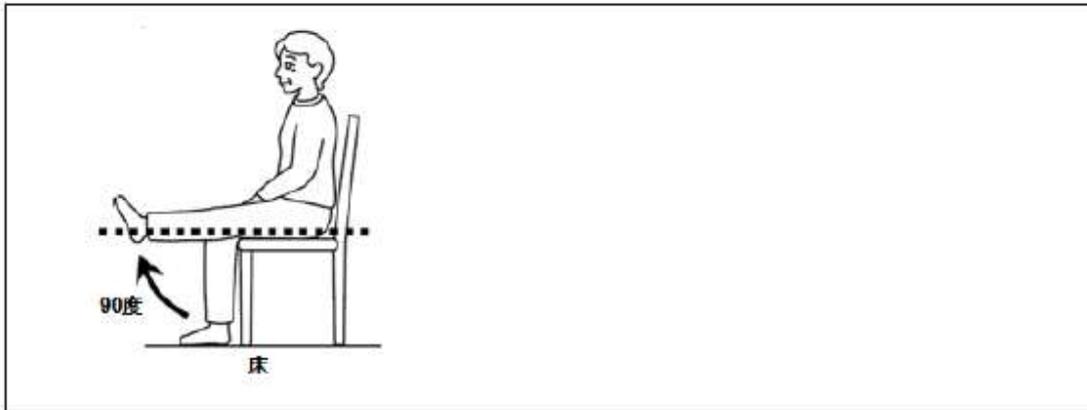
問6 貴自治体では、「1-1麻痺等の有無(下肢)」の確認動作について、以下のような基準を定めていますか。

<あてはまるもの1つずつを選んでください>

	1. 基準を定めている	2. 基準は定めていない(それぞれの判断)
①「静止した状態の保持」における「保持の時間」に関する基準	1 ( ) 秒	2
②「下肢の挙上」における「角度」に関する基準	1 床から 度*1	2
③確認動作に関するその他の基準	1 基準の内容を記入 ( )	2

\*1 水平の場合は、床から90度とする

※(ご参考)床から90度の場合



問7 貴自治体の認定調査員が、「1-1麻痺等の有無（下肢）」を「麻痺あり」と判断するのに、以下の事項はどの程度影響しますか。あなた個人ではなく「貴自治体の認定調査員にどのような傾向があるか」という観点で、ご回答ください。

<あてはまるもの1つずつを選んでください>

※ 以下の事項は、調査の際に必ず勘案しなければならないことではありません。「麻痺あり」の判断に直接関係しないと考えている場合は、「1.」を選択してください。

	1. 「麻痺あり」の判断に は直接関係しない(特 に意識されていない)	2. 「麻痺あり」の判断を することがある	3. 必ず、「麻痺あり」と 判断している
①確認動作で、静止した状態を保持する際、下肢に震えがみられる	1	2	3
②確認動作で、下肢を挙上する際、太ももが座面から離れている ※離れていることをもって「麻痺あり」とする場合は「2.」「3.」、確認動作をやりなおす場合は、「1.」を選択	1	2	3
③歩行にふらつきが見られるなど、下肢筋力の低下があるとの印象を受ける	1	2	3
④転倒が見られる、あるいは、日頃、転倒があると聞き取った	1	2	3
⑤その他、「麻痺あり」の判断に影響している事項	ない	2 ( )	3 ( )

問8 貴自治体の認定調査員が、「1-1麻痺等の有無（下肢）」を「麻痺あり」と判断するのに、以下の基本調査項目の選択結果はどの程度影響しますか。あなた個人ではなく「貴自治体の認定調査員にどのような傾向があるか」という観点で、ご回答ください。

<あてはまるもの1つずつを選んでください>

※ 例えば、「1-7歩行」が「できない」の場合に「1-1麻痺等の有無（下肢）」で必ず「麻痺あり」を選択している場合は、②「1-7歩行」の選択結果は、「3.」を選択してください。

※ 以下の事項は、調査の際に必ず勘案しなければならないことではありません。「麻痺あり」の判断に直接関係しないと考えている場合は、「1.」を選択してください。

	1. 「麻痺あり」の判断に は直接関係しない（特 に意識されていない）	2. 「麻痺あり」の判断を することがある	3. 必ず、「麻痺あり」と 判断している
①「2-1 移乗」もしくは「2-2 移動」 の選択結果	1	2	3
②「1-7 歩行」の選択結果	1	2	3
③「1-8 立ち上がり」の選択結果	1	2	3
④「1-6 両足での立位保持」もしく は「1-9 片足での立位保持」の選 択結果	1	2	3
⑤ その他、「麻痺あり」の判断に影 響している基本調査項目	ない	2 調査項目名を 記入 ( )	3 調査項目名を 記入 ( )

○「1-1 麻痺等の有無(下肢)」の判断基準についてお伺いします。

ここでは、可能な限り「貴自治体の認定調査員にどのような傾向があるか」という観点でご回答ください。ただし、それが難しい場合は、「あなたが認定調査員個人としてどう考えるか」という観点で、ご回答いただいても構いません(貴自治体の調査員の総意である必要はありません)。

問9 「1-1麻痺等の有無(下肢)」の確認動作では、「下肢の水平位置までの挙上」が判断基準の1つとなっています。以下の写真を見て、「下肢の水平位置までの挙上ができる」として判断するかどうか、お答えください。

<あてはまるもの1つずつを選んでください>

- ※ 写真の調査対象者は、他動的に最大限動かせる高さまで挙上しているものとします。
- ※ 本設問は、「下肢の水平位置までの挙上(挙上角度)」に関する判断基準を問うものであり、実際の認定調査で「麻痺あり」を判断する際に考慮する他の要素(姿勢、下肢の静止状態の保持、日頃の状況の聞き取り等)は考慮しなくてよいものとします。

	1. てきの平「下 判断」上置肢 するとがまの るしで	2. いとにてきの平「下 はは判る挙位下 い、断」上置肢 え十すとがまの な分るしで
①写真1 	1	2
②写真2 	1	2

<p>③写真 3</p> 	<p>1</p>	<p>2</p>
<p>④写真 4</p> 	<p>1</p>	<p>2</p>
<p>⑤写真 5</p> 	<p>1</p>	<p>2</p>
<p>⑥写真 6</p> 	<p>1</p>	<p>2</p>
<p>⑦写真 7</p> 	<p>1</p>	<p>2</p>

ここでは、可能な限り「貴自治体の認定調査員にどのような傾向があるか」という観点でご回答ください。ただし、それが難しい場合は、「あなたが認定調査員個人としてどう考えるか」という観点で、ご回答いただいても構いません(貴自治体の調査員の総意である必要はありません)。

問10 「1-1麻痺等の有無(下肢)」の確認動作では、「下肢の静止状態の保持」が判断基準の1つとなっています。以下の、5つの動画を見て、「下肢の静止状態の保持ができる」として判断するかどうか、お答えください。

<あてはまるもの1つずつを選んでください>

※ 本設問は、「下肢の静止状態の保持」に関する判断基準を問うものであり、実際の認定調査で「麻痺あり」を判断する際に考慮する他の要素(姿勢、下肢の水平位置までの挙上、日頃の状況の聞き取り等)は考慮しなくてよいものとします。

	1. 「下肢の静止 状態の保持 ができる」と して判断す る	2. 「下肢の静止 状態の保持 ができる」と して判断す るには、十分 とはいえな い
①動画1	1	2
②動画2	1	2
③動画3	1	2
④動画4	1	2
⑤動画5	1	2

○「3-4 短期記憶」の実施方法、判断基準についてお伺いします。

問1 1 貴自治体の認定調査員が、「3-4短期記憶」を「できない」と判断するのに、以下の調査対象者の回答はどの程度影響しますか。あなた個人ではなく「貴自治体の認定調査員にどのような傾向があるか」という観点で、ご回答ください。

<あてはまるもの1つずつを選んでください>

※ 前提として、調査対象者の回答は、調査対象者や介護者から聞き取りした「日頃の状況」と合致しているとします。

	1. 「できない」の判断に は直接関係しない(特 に意識されていない)	2. 「できない」の判断を することがある	3. 必ず、「できない」と 判断している
①「私に来る前に何をしていましたか」という質問への誤答	1	2	3
②「食事のメニューは何でしたか」、「どんなテレビ番組をみましたか」等、直前にしていたことの具体的な内容を問う質問への誤答	1	2	3
③ 3品提示の誤答	1	2	3
④その他、「できない」の判断に影響している調査対象者の回答	ない	2 具体的な内容を記入 ( )	3 具体的な内容を記入 ( )

問1 2 貴自治体では、「3品提示」をどのくらいの頻度で実施している認定調査員が多いですか。

<あてはまるもの1つを選んでください>

1. 概ね毎回実施している認定調査員が多い
2. 実施する場合と実施しない場合がある認定調査員が多い
3. ほとんど実施しない認定調査員が多い
4. その他 ( )
5. 分からない

問13 貴自治体では、「3品提示」のテストを実施する際、どのように行う認定調査員が多いですか。

＜あてはまるもの1つを選んでください＞

- |   |
|---|
| 1. 3品を見せて何があるか復唱させ、見えないところにしまう。5分以上してから2つを提示し、残りの1つを答えさせる |
| 2. 3品を見せて何があるか復唱させ、見えないところにしまう。5分以上してから1つを提示し、残りの2つを答えさせる |
| 3. 3品を見せて何があるか復唱させ、見えないところにしまう。5分以上してから3つを答えさせる           |
| 4. その他 ( )  |
| 5. 分からない  |

問14 貴自治体の認定調査員が、「3-4短期記憶」を「できない」と判断するのに、以下の事項はどの程度影響しますか。あなた個人ではなく「貴自治体の認定調査員にどのような傾向があるか」という観点で、ご回答ください。

＜あてはまるもの1つずつを選んでください＞

※ 以下の事項は、調査の際に必ず勘案しなければならないことはありません。「できない」の判断に直接関係しないと考えている場合は、「1.」を選択してください。

	1. 「できない」の判断に は直接関係しない(特 に意識されていない)	2. 「できない」の判断を することがある	3. 必ず、「できない」と 判断している
①調査対象者が各質問に答える際に要した時間が長いと感じた	1	2	3
②日頃、物忘れ(直前のことに限らず)があると聞き取った	1	2	3
③日頃、その日の予定などについて声かけをしていると聞き取った	1	2	3
④その他、「できない」の判断に影響している事項	ない	2 具体的な内容を記入 ( )	3 具体的な内容を記入 ( )

問15 貴自治体の認定調査員が、「3-4短期記憶」を「できない」と判断するのに、以下の基本調査項目の選択結果はどの程度影響しますか。あなた個人ではなく「貴自治体の認定調査員にどのような傾向があるか」という観点で、ご回答ください。

<あてはまるもの1つずつを選んでください>

※ 例えば、「4-12ひどい物忘れ」が「ある」の場合に「3-4短期記憶」で必ず「できない」を選択している場合は、①「4-12ひどい物忘れ」の選択結果は、「3.」を選択してください。

※ 以下の事項は、調査の際に必ず勘案しなければならないことではありません。「できない」の判断に直接関係しないと考えている場合は、「1.」を選択してください。

	1. 「できない」の判断に は直接関係しない(特 に意識されていない)	2. 「できない」の判断を することがある	3. 必ず、「できない」と 判断している
①「4-12 ひどい物忘れ」の選択結果	1	2	3
②「5-1 薬の内服」の選択結果	1	2	3
③「3-2 毎日の日課を理解」の選択結果	1	2	3
④その他、「できない」の判断に影響している基本調査項目	ない	2 ( )	3 ( )

ご協力まことにありがとうございました。以上で、質問は終わりです。  
回答内容をご確認いただき、「送信」ボタンを押して回答を送信してください。

(平成28年2月1日(月) 〆切)



平成 27 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主治医意見書の実態把握と  
地域差の要因分析に関する調査研究事業  
報告書

平成 28 (2016) 年 3 月

発行 三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社  
住所 〒105-8501 東京都港区虎ノ門5-11-2 オランダヒルズ森タワー  
電話 : 03-6733-1021  
FAX : 03-6733-1028