



|              |                                                                             |
|--------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| Title        | 要介護・要支援認定における医学的評価の在り方 : 主治医意見書を中心とした制度設計過程の分析                              |
| Author(s)    | 藤原, 里英子                                                                     |
| Citation     | Co*Design. 2022, 11, p. 155-179                                             |
| Version Type | VoR                                                                         |
| URL          | <a href="https://doi.org/10.18910/86420">https://doi.org/10.18910/86420</a> |
| rights       |                                                                             |
| Note         |                                                                             |

*The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA*

<https://ir.library.osaka-u.ac.jp/>

The University of Osaka

# 要介護・要支援認定における医学的評価の在り方 —主治医意見書を中心とした制度設計過程の分析—

藤原里英子 (大阪大学大学院理学研究科博士前期課程及び大学院副専攻プログラム「公共圏における科学技術政策」修了生 (2021年3月))

## Medical Evaluation in the Certification of Long-term Care and Support Needs: An Analysis of the System Design Process with A Focus on the Family Doctor Opinion Documents

Rieko Fujiwara (Completed in March 2021 the Master's Program of the Graduate School of Science and the Graduate Minor Program, "Science and Technology Policy in Public Sphere," of the Center for the Study of CO\* Design, Osaka University)

2000年4月の介護保険制度創設にあたり、1999年10月に開始された要介護・要支援認定制度において重要な役割を果たしている主治医意見書の運用方法が立案・決定された過程(制度設計過程)を検証した。より具体的には、高齢者の疾患が多様化し総合的な評価体系が求められる中、領域別専門医が記載した単一の主治医意見書に基づいて認定審査を行うという運用方法がなぜ、どのように構築されたのかという問いに答えようとした。本研究の結論として、制度設計過程において主治医意見書の実用性が重視されたと同時に、介護と医療の適用範囲を巡る対立と調整の中で日本医師会の意向が強く反映された結果、一人の医師(主治医)の意見の重要性を確立する現行体制が構築されたことが明らかになった。その主治医意見書の制度設計過程における問題点としては、議論の多様性の担保や円滑な制度運用に向けた基盤の構築、柔軟な見直しを可能にする仕組みが不足していた。要介護・要支援認定において高齢者の健康状態をより適切に把握する仕組みについては、複数の医師の意見に基づく俯瞰的・客観的な医学的評価が必要であると考えられる。

This paper examines the process of creating the procedure of the family doctor opinion documents, which is important in the certification system of long-time care and support needs launched in October 1999, a half year before the establishment of a nursing care system. More specifically, the purpose of this paper is to clarify why and how the certification system based on a single opinion by a medical specialist was established while a more com-

キーワード \_\_\_\_\_ 要介護認定制度、主治医意見書、介護保険制度、政策過程

Keyword \_\_\_\_\_ certification of long-term care and support needs, family doctor opinion documents, nursing care system, policy process

prehensive evaluation has been required. As a conclusion, these facts resulted in the current system that emphasizes the importance of a single doctor's opinion: the practicality of the opinion documents was given priority and the intentions of the Japan Medical Association was strongly reflected in the conflicts and adjustments between nursing and medical care. As the problems in the process, there was a lack of the system that included the diversity of discussions, the construction of the foundation for the smooth operation and the flexible modification. Concerning a better system to properly understand the health status of the elderly in the certification of long-term care and support needs, this paper suggests the need for the overarching and objective medical evaluation based on the multiple doctors' opinions.

## 1 序

日本では、高齢者が尊厳を保ちながら暮らし続けることができる社会の実現に向けて介護・高齢者福祉政策が推進されている<sup>1)</sup>。1980年代頃より急速に進展した高齢化に対応すべく1997年12月には介護保険法が成立し、これに基づき2000年4月より介護保険制度の運用が開始された<sup>2)</sup>。介護保険制度の導入にあたり、その半年前の1999年10月には要介護・要支援認定制度の運用が開始された。これは、介護保険制度の下で提供されるさまざまな介護サービスの内容や対象を決定する際に、高齢者の状態を公正・公平に評価する仕組みであり、介護保険制度の重要な基盤となっている<sup>3)</sup>。

しかし、要介護・要支援認定結果に対する不満の声は少なからず生じている。要介護認定を受けた在宅高齢者約5,000名を対象に、京都府が2017年2月に実施した介護保険サービス利用者に対するアンケート調査では、認定結果に対する不満足層は申請者の2割を占めている<sup>4)</sup>。つまり、生活に支障を感じながらも納得のいく要介護・要支援認定を受けられず、適切な介護保険サービスを享受できていないと感じている高齢者が5人に1人の割合でいることになる。また、2016年1月に実施された691名のケアマネージャー（介護支援専門員）に対するアンケート調査では、認定調査や主治医意見書の不備、長引く審査等により、ケアマネージャーが普段目している高齢者の状態と認定された要介護・要支援度との乖離が生じ、判定結果に納得できなかった経験があるという回答が約9割にのぼる<sup>5)</sup>。

本研究は、このような不満を生む原因として要介護・要支援認定において重要な役割を果たしている主治医意見書に着目する。ここで、要介護・要支援認定の流れを図1に示す<sup>6)</sup>。

まず、市町村の認定調査員による心身の状況調査や主治医意見書に基づいて、コンピュータによる一次判定が行われ、その後、保健・医療・福祉の学識経験者により構成される介護認定審査会において、一次判定や主治医意見書、その他特記事項に基づき二次判定が行われる<sup>7)</sup>。主治医意見書は、一次判定・二次判定の両方に用いられ、外出・家事等の活動ができない直接の原因となっている疾病の確認や介護の手間がどの程度になるかの判断等に関わるものであり、その役割は極めて大きい<sup>8)</sup>。

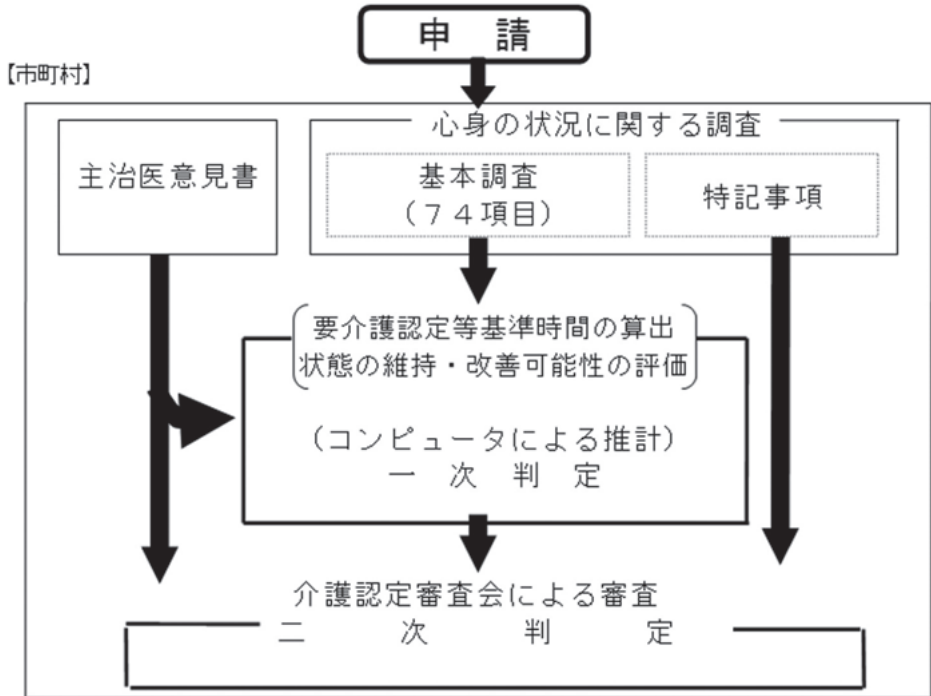


図1 要介護・要支援認定の流れ (厚生労働省ホームページより)

実際、主治医意見書が不満の原因となっている例もある。東京都国民健康保険団体連合会が、2017年4月～2020年3月に寄せられた介護保険に関する苦情を調査したところ、要介護度が軽く認定されたことに対する不満の原因として、制度についての申請者・家族の理解不足や認定調査時の聞き取り不足等に加え、日頃診察してもらっていない医師に介護支援専門員が意見書を記入してもらったこと、認知症を患っているが主治医である整形外科医に記入してもらったこと、等の事例も報告されており、要介護認定における主治医意見書の影響力の大きさが伺える<sup>9)</sup>。また、日頃から高齢者の状態を把握しケアプランの作成などを担うケアマネージャーに対するアンケート調査(2016年1月実施)では、判定結果に納得できない理由として、認定の遅れや結果のばらつきに対する不満に加え、認知症ではないのに主治医意見書に重度の認知症があると記載され要介護度が重くなった、前年の主治医意見書が提出されていたが、医師の意見が正確であると判断され、大幅に軽く認定結果が出た、といった事例も報告されている<sup>10)</sup>。このように、主治医意見書の内容に応じて要介護度に大きな影響を与える事例が複数報告されており、高齢者の健康状態に対する本人や家族、ケアマネージャーの認識と、認定された要介護度との乖離が起こる原因として、主治医意見書の存在を無視することはできない。

しかし、主治医意見書に関する先行研究は不足している。要介護・要支援認定制度については、これまで、一次判定や要介護認定審査会等に関する課題分析は行われてきたものの、主治医意見書に着眼した研究は少ない<sup>11)</sup>。先行研究としては、例えば、主治医意見書の提出にかかる期間や、それ

が要介護認定の所要日数や認定結果に与える影響を分析しているものがある。2012年に実施された要介護認定における事務負担の軽減に関する調査では、期限内に提出される主治医意見書の割合は、4割以上6割未満が最も多く(32.4%)、次いで6割以上8割未満(28.3%)であり、8割以上10割未満はわずか16.1%にとどまることが明らかになった<sup>12)</sup>。また、2014年に行われた要介護認定の実施方法に関する調査では、要介護認定の議論に時間がかかる原因として、主治医意見書の記載不足は3番目に多く、38.7%を占めた<sup>13)</sup>。さらに、主治医意見書の提出の遅延が認定期間長期化の原因であると指摘している研究もある<sup>14)</sup>。加えて、医師が所属する医療機関や地域差による主治医意見書の質のばらつきを指摘した実態調査もある<sup>15)</sup>。2012年3月に東京都文京区の介護認定審査会で用いられた主治医意見書および介護認定審査会資料を対象に実施された調査では、大病院志向のため大規模な病院をかかりつけ医としている高齢者が一定数いる一方で、大規模な病院の医師は高齢者の状態を把握できていない現状が指摘されている<sup>16)</sup>。また、主治医意見書の記載を行っている医師の所属する医療機関として最も多いのは診療所(53.7%)であり、高度な医療行為を求められる特定機能病院(13.7%)や200床以上の大規模な一般病院(13.4%)においても一定割合で主治医意見書が記載されているが、それらの病院では主治医意見書の未記載項目が多く、高齢者の日常生活を含めた状態が把握できていない可能性が指摘されている<sup>17)</sup>。一方、主治医意見書の制度設計にまで踏み込んだ考察を行っている研究はほとんどない。また、そもそも現行の運用方法がどのような意図で設定されたのか等、制度設計過程について不明な点が多く、検証も不十分である<sup>18)</sup>。

本研究は、認定結果の不満の原因と考えられる主治医意見書の問題点として、その運用方法、特に、領域別専門医が記載した単一の意見書に基づいて認定審査が行われている点に着目する。その理由は、このような運用方法により、高齢者の健康状態を総合的に評価することができなくなっているためである。現在、主治医意見書を作成する医師は、専門の診療領域に関する深い知識を持つ領域別専門医がほぼすべてを占め、科や専門を問わず診療する全科診療医の割合は0.6%である<sup>19)</sup>。しかし、高齢者は複数の疾患を抱えていることが多い。東京都健康長寿医療センター研究所によると、東京都内に住む75歳以上の高齢者約131万人のうち、約8割以上が2疾患以上の慢性疾患を併存し、約6割以上が3疾患以上を併存していることが指摘されている<sup>20)</sup>。このように高齢者が多くの疾患を併発することは、介護保険法成立以前より指摘されていた<sup>21)</sup>。また、2008年度の後期高齢者医療制度創設時には、複数の慢性疾患を持つ高齢者の健康維持や治療の支援を目的とした医療制度の改革が行われており、この時点においても高齢者の疾患多様化が問題視されていたことが伺える<sup>22)</sup>。したがって、要介護・要支援認定制度の運用開始以前より、高齢者の持つ複数の疾患を総合的に評価することが求められてきた。しかし、領域別専門医が他領域の様々な疾患にまで理解を深め患者の生活に及ぼす影響を適切に判断することは難しい。実際、意見書作成を担う医師の3割近くは、例えば申請者の認知機能を評価するにあたり難しいと感じる点について、「認知症が自分の専門分野ではない」ことを挙げている<sup>23)</sup>。さらに、社会福祉学の専門家からも、「主治医として意見書を作成すべき診療科が指定されていないため、指名された医師は日常生活の状態を把握している、いないにかかわらず作成

しなければならない」ことが、意見書の信頼性を下げる要因であると指摘されている<sup>24)</sup>。したがって、領域別専門医による単一の意見書で審査を行う現行の制度設計には限界があり、これが認定結果の不満を生む一要因であると考えられる。しかし、こうした現行制度が構築された経緯は明らかにされておらず、その反省点を生かしより良い制度設計過程を構築することが難しくなっている。また、認定結果や審査に対する不信感が生じ続ければ、介護保険制度そのものへの信頼を揺るがす事態にもなりかねない。主治医意見書の制度設計とその実態との間に乖離が生じている原因を分析し、早急に適切な評価体制を構築することが求められている。

本研究は、2000年4月の介護保険制度創設にあたり1999年10月に開始された要介護・要支援認定制度において重要な役割を果たしている主治医意見書の運用方法が立案・決定された過程、すなわちその制度設計過程を検証するものである。より具体的には、高齢者の疾患が多様化し総合的な評価体系が求められる中、領域別専門医が記載した単一の主治医意見書に基づいて認定審査を行う運用方法がなぜ、どのように構築されたのかという問いに答えようとするものである。これにより、主治医意見書の制度設計過程における問題点を整理するとともに、要介護・要支援認定において高齢者の健康状態をより適切に把握するための医学的評価の在り方について考察し、現状の改善点の提示を試みる。

## 2 研究の手法

本研究は、主に文献調査（参考関連文献の収集と分析）によって進めた。要介護・要支援認定制度および主治医意見書の運用方法が構築された過程については、『介護保険制度史：基本構想から法施行まで』（介護保険制度史研究会、2019年）や『介護保険導入の政策形成過程』（日本医師会総合研究機構、1997年）、『介護保険制度の政策過程』（和田勝、2007年）等を用いて分析した<sup>25)</sup>。また、主治医意見書の運用方法が変更された経緯については、厚生労働省老健局要介護認定調査検討会議事録（2006年～）等、要介護・要支援認定制度の見直しに関する資料を用いて分析した<sup>26)</sup>。さらに、要介護・要支援認定や主治医意見書の問題点や改善点を検討するため、『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報告書』、『要介護認定の実施方法に関する調査研究事業報告書』、『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』（いずれも三菱UFJリサーチ&コンサルティング、2012年、2014年、2016年）等の調査結果を分析し、実態を把握した<sup>27)</sup>。

以上のような文献調査を補強・補足するとともに、政策過程に関わった当事者としての経験や意見、評価を明らかにするために、主治医意見書の運用方法が立案・決定された経緯について、それに携わった元行政官や専門家にインタビューを行った。一人目は、厚生労働省の審議会等の委員を務めた

社会保障制度の専門家である。医療と福祉の関係性や主治医意見書の導入経緯等について回答を得た。二人目は、介護保険制度の創設に携わった当時の厚生省の元行政官である。介護保険法成立後の要介護認定制度の構築過程について、実際の経験を交えながら回答を得た。三人目は要介護認定基準の構築に携わった専門家である。メールでのコメントや助言を得た。また、インタビュー調査は、昨今の新型コロナウイルスの感染拡大によりオンライン（Zoom利用等）で実施し、その後もメールで追加の情報・意見交換等を行った。

### 3 分析の結果

本研究の分析の結果として、介護保険制度の基盤である要介護・要支援認定制度の一部として導入された主治医意見書の立案・決定過程について、①介護保険制度に関する検討の本格化まで（1980年代～1994年3月）、②介護保険法成立に至るまで（1994年4月～1997年12月）、③要介護認定制度に関するモデル事業の検討・実施とその後（1995年4月～1999年10月）、④介護保険法施行後（2000年4月～現在）の4つに分けて述べる。

#### 3.1 介護保険制度に関する検討の本格化まで（1980年代～1994年3月）

まず初めに、介護保険制度に関する議論が本格化する1994年3月までの動きについて述べる（図2参照）。この頃は、これまでの高齢者福祉の在り方が問われる中で、介護と医療の関係性を見直すとともに再定義を試みる動きがあり、このような介護と医療の関係性は、後に主治医意見書の構築にも影響を与えた。また、主治医意見書を含む要介護認定の枠組みについても検討が開始された。

1980年代後半より介護保険制度創設への要請が高まっていた。この背景には、高齢化の進展による介護ニーズ増大の一方で、核家族化の進行による高齢者の孤立や介護する側である家族の高齢化等、要介護者を支えてきた周囲の環境も変化していたことがあり、これまでの老人福祉・老人医療制度に限界が生じていた<sup>28)</sup>。当時、問題視されていた事柄の一つとして、社会的入院の増大があった。社会的入院とは、家に介護者がいない、世間体や費用面を考慮して介護施設に入りたくない、といった社会的理由により、医学的処置の必要性が低いにも関わらず長期的に入院することをいう。社会的入院は、年間5,000億から1兆円にのぼる医療費で財政を圧迫していた上に、不適切な医療サービスと劣悪な環境で寝たきりになってしまう高齢者もあり、大きな社会問題となっていた<sup>29)</sup>。その結果、介護と医療の分離を肯定する論調がマスコミ等で見られるようになり、介護保険制度についても、これまで医療行為として行ってきた部分から介護サービスを切り離すという点では、介護と医療を分離するものであるとも認識されていた<sup>30)</sup>。このような介護と医療の対立は、1997年12月の介護保険法成立以降、要介護認定に関して具体的に議論する中でも見られた<sup>31)</sup>。一方で、1990年6月の福祉8法（老人福祉

## ①介護保険制度の検討本格化まで

1980年代

高齢化・核家族化などにより老人福祉・老人医療制度に限界  
例)「社会的入院」(財政圧迫・不適切なサービス)

→医療と介護の線引きを求める論調

1990年6月

老人福祉制度の見直しを主とした福祉8法改正

→医療・福祉横断的な領域の構築を促す流れ

高齢者の暮らしを  
支える仕組みづくりに  
対する要請の高まり

1990年頃～

厚生省において介護保険制度の検討開始

1992年～ 要介護認定制度の素案検討開始

1993年11月

厚生省に「高齢者介護問題に関する省内検討プロジェクトチーム」発足

→介護保険制度の基本的な枠組み検討開始

図2 介護保険制度の検討本格化まで(筆者作成)

法、身体障害者福祉法、精神薄弱者福祉法、児童福祉法、母子及び寡婦福祉法、社会福祉事業法、老人保健法、社会福祉・医療事業法)改正時には、福祉と保健、医療を連携させるとともに、これらの分野を横断する新たな領域の構築を促す流れもあった<sup>32)</sup>。

ここで、現時点(2021年11月)での介護と福祉、医療、保健の関係性を整理し、介護保険制度創設時に目指した介護の位置づけを現在から振り返る。厚生労働省の政策分類には福祉・介護や健康・医療などがあり、保健は後者に含まれている<sup>33)</sup>。福祉政策では、すべての人々が幸せに暮らすことのできる社会を目指して、障害者やホームレス等支援を必要とする人々に対してサービスの提供や制度の整備を行っており、介護は主に高齢者を対象とする福祉として位置づけられている<sup>34)</sup>。一方、医療と保健は、ともにすべての人々が健康に暮らすことのできる社会を目指して政策を進めており、医療は怪我や病気からの回復を、保健は健康状態の維持を担っているが、それぞれ高齢者を対象とする範囲については介護と重なる部分がある<sup>35)</sup>。このように、介護と福祉、医療、保健は密接に関連し合っている(図3参照)。主治医意見書は、その中でも主に介護と医療の関係性を巡る議論に影響を受けて構築されたが、詳しくは後述する。以上のような状況の中、1990年頃より当時の厚生省において介護保険制度の検討が開始され、1993年11月には厚生省に「高齢者介護問題に関する省内検討プロジェクトチーム」が発足し、介護サービス提供の対象者や仕組み、また費用負担の在り方等、介護保険制度の基本的な枠組みが検討された<sup>36)</sup>。

一方、主治医意見書を含む要介護認定制度についての議論は、介護保険制度の枠組みに関する議論とは別のところで1992年頃からすでに検討が進められていた<sup>37)</sup>。特にこの頃は、要介護認定基

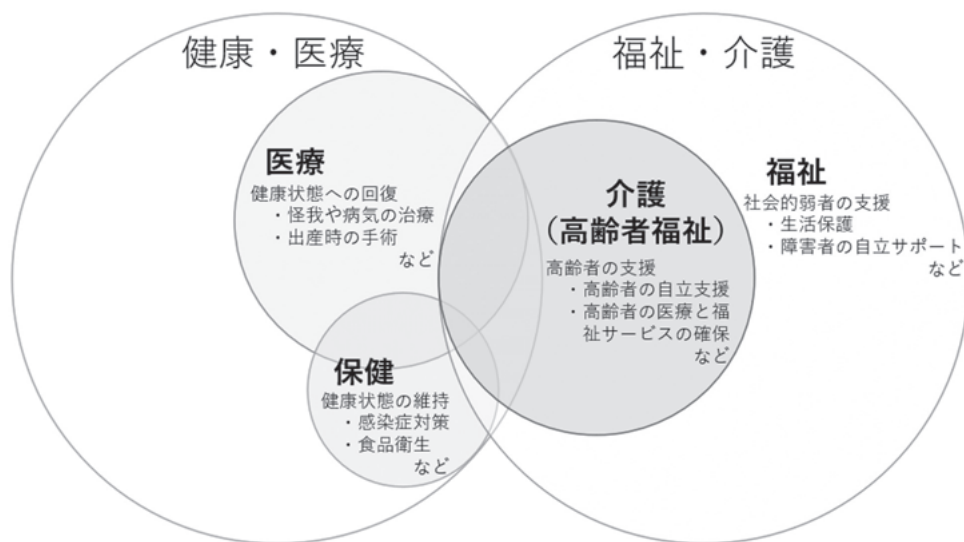


図3 現在(2021年11月時点)の介護と福祉、医療、保健の関係性  
(厚生労働省ホームページに基づき筆者作成)

準の策定に向けた研究プロジェクトが厚生省で進められていた。1992年～1993年度には北海道で「高齢者総合ケアシステム研究プロジェクト」が始まり、米国で開発された仕組みが検討された。これは介護保険制度を想定した方式ではなかったが、「高齢者介護問題に関する省内検討プロジェクトチーム」は要介護認定やケアマネジメントのシステムに活用できるのではないかと考え、具体的な方式の一つとして視野に置かれていた。しかし、高齢者ケアに対する米国と日本の考え方の違いや調査票の膨大な項目数等の問題点が浮き彫りとなり、結局は、全国社会福祉協議会が1994年3月にまとめた「特別養護老人ホームのサービスの質の向上に関する調査研究報告書」において提案された方式が有力な候補となった。このように、要介護認定制度の中でも認定基準については早い段階から検討が行われており、法案成立まで常に大きく取り上げられた議題であった。

以上のように、1994年3月までは介護保険制度や要介護認定基準についての検討が始まったが、この頃より介護と医療の関係性を巡る議論が巻き起こっており、これは後に主治医意見書の導入にも影響を与えることとなる。

### 3.2 介護保険制度法案成立に至るまで(1994年4月～1997年12月)

次に、介護保険制度に関する議論が本格化した1994年4月から、介護保険法が成立した1997年12月まで、主に介護保険法案の作成における動きについて述べる(図4参照)。この時期には、介護と医療の保険適用範囲を巡る対立と調整が生じたとともに、介護保険制度における医療の重要性を明確にしようとする日本医師会の意向も顕在化し、これらが主治医意見書の構築に影響を与えた。

介護保険制度に関する大きな動きとしては、1994年4月に「高齢者介護問題に関する省内検討プロ

## ②検討開始から介護保険法成立まで

1994年4月

厚生省に高齢者介護対策本部設置→介護保険制度の本格的な検討開始

1995年2月

厚生省「老人保健福祉審議会」審議開始

1995年4月

厚生省「基礎調査研究会」設置→要介護認定の仕組みについて議論

1995年4月～

要介護認定制度の検討本格化

- ・一部の専門家・関係者のみで非公開に議論
- ・主な論点は認定プロセスと認定基準の策定
- ・主治医意見書のアイデアが既に検討されていた。

1996年3月

要介護認定基準公表

1997年12月

介護保険法成立

図4 検討開始から介護保険法成立まで（筆者作成）

ジェクトチーム」の発展として「高齢者介護対策本部」が厚生省に設置された後、1995年2月には老人保健福祉審議会（以下、老健審）での審議が開始され、介護保険制度の検討が本格的に開始された<sup>38)</sup>。老健審等の意見報告を受け、厚生省は1996年5月に『介護保険制度試案』を作成、1996年6月には修正案とはほぼ同内容の『介護保険制度案大綱』を作成して、介護保険制度創設に関する連立与党3党（自社さ）の政策合意も得られた<sup>39)</sup>。そして、1997年12月には介護保険法が成立した<sup>40)</sup>。

一方、要介護認定制度に関する議論は、1995年4月に厚生省に設置された専門家や現場の代表から成る「基礎調査研究会」で行われた<sup>41)</sup>。基礎調査研究会では、透明性と客観性を追求したこれまでにないまったく新しい要介護認定システムの仕組みが目指されており、主治医意見書のアイデアもすでに検討されていた<sup>42)</sup>。しかし、高齢者介護対策本部の事務局は、重要かつ革新的なシステムを目指すからこそ、その議論に利害関係者を加えると意見がまとまらないのではないかという危機感を抱いた。そこで、要介護認定制度に関しては、調査研究の実施から導入準備まで一貫して、老健審での議論とは別に専門家や一部の関係者のみで非公開に行われた。このような検討手法は、国民を含む多くの関係者・関係団体を巻き込んで意思形成が行われた介護保険制度とは対照的であった。また、限られたメンバーでの議論は、専門的な知見を要する以上やむを得ない側面があった一方で、議論の内容や結果が長らく非公開にされたことは要介護認定制度に対する不信感を生んだと指摘されている<sup>43)</sup>。1996年3月には老健審にその結果が報告され、要介護認定基準（試案）も公表された。この試案は、要介護・要支援認定システムを検討する上での方向性を決定づけるものであり、後述するモデル事業の実施へと大きく踏み出すこととなった。

上記のような要介護認定制度に関する議論の中で、主治医意見書の立案や運用方法の構築が行われたと考えられるが、これには2つの要素が影響を及ぼした。まず1つ目は、介護と医療の関係性を巡る議論である<sup>44)</sup>。これは、前述の通り、介護保険制度の検討以前より生じていたものであるが、法案作成に向けて議論が本格化する中でさらに熱を帯びた。そもそも介護保険制度は、これまで医療保険が適用されていた範囲のうち介護サービスとの関係が深いものを介護保険の適用範囲として切り出すものであり、どこまでを介護とし、どこまでを医療とするかについては対立と調整が生じていた(図5参照)。主治医意見書は、介護の中に医療の要素を組み込むものであり、このような介護と医療の適用範囲を巡る対立と調整の結果として導入されたと考えられる。

2つ目は、日本医師会の意向である<sup>45)</sup>。日本医師会は、医療費の財源確保等の観点から介護を医療の一部として位置づけており、この意向は、介護保険制度本体に大きな影響を与えた。例えば、法案作成の最終段階で日本医師会会長の指摘を受けて法案の内容を修正し、介護における医療の役割を明確にさせたという経緯がある<sup>46)</sup>。また医師会は、介護保険制度に対する医師、特に開業医の関与を早い段階から推し進めていた。この背景には、高齢の入院患者が増加し開業医の重要性が低下していることへの危機感があった。医師会幹部は、在宅介護においても医師が重要な役割を果たす必要があると考え、要介護認定から開業医が関与するべきだという認識を早くから持っていた。このような背景から、当時、医師会はかかりつけ医の制度化を目指しており、介護保険制度においてもかかりつけ医の役割を高めていくことに大きな関心を寄せていた<sup>47)</sup>。かかりつけ医とは、「なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には領域別専門医、領域別専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師」と定義されている<sup>48)</sup>。日頃の健康状態を知る医師がいれば、体調悪化の際に早期かつ的確に対応することができる。厚生省では1993年より、かかりつけ医推進モデル事業が行われていた<sup>49)</sup>。そして、先述の日本医師会の意向を反映させるものこそ、まさに主治医意見書であった。主治医意見書は、要介護認定に主治医、つまりかかりつけ医の意見を反映させる役割を担うものであり、かかりつけ医の重要性をより印象付けるとともに、介護における医師や医療の役割を明確にするものであった。

以上のように、主治医意見書は、介護と医療の適用範囲を巡る対立と調整において、要介護認定



○介護保険制度は、これまで医療保険適用であった治療を伴わない長期入院(社会的入院)など(点線部分)を切り出し、介護保険として再定義するものであった。

図5 介護保険制度創設における介護と医療の関係性(筆者作成)

における医師の役割明確化やかかりつけ医の普及等を狙う日本医師会の意向を反映させる一つのかたちであった。

### 3.3 要介護認定制度に関するモデル事業の検討・実施とその後（1995年4月～1999年10月）

次に、要介護認定に関するモデル事業の検討が始まった1995年4月から要介護認定制度が開始された1999年10月までの動きについて述べる（図6参照）。このような要介護認定制度の導入に向けた具体的な取り組みは、前節で述べた枠組みに関する議論と一部平行して実施されたため、年代は少し前後するが切り分けて説明する。モデル事業は、主治医意見書等を用いて実践的に行われ、その運用方法についても議論された。その中で、介護保険制度におけるかかりつけ医自体の存在感も増大し、主治医意見書の重要性を決定づけることとなった。

前述した基礎調査会による調査研究や要介護認定基準の公表等を経て、1996～1998年度には、1996年7月に厚生省が基礎調査委員会を改組して誕生した「高齢者ケアサービス体制整備検討委員会」が中心となって要介護認定のモデル事業を繰り返し実施し、試案の見直しを行った<sup>50)</sup>。1996～1998年度のモデル事業実施時点ですでに、認定調査やかかりつけ医の意見書の作成、認定審査会の開催まで実際と同じ流れで実施しており、この時、かかりつけ医の意見書は一次判定後の認定審査会による審査のみで用いられた<sup>51)</sup>。意見書の具体的な内容については、福祉分野で用いられていた仕組みを参考にして作成された<sup>52)</sup>。また、主治医意見書の狙いは、怪我や病気について医学的に事

## ③モデル事業から介護保険法施行まで

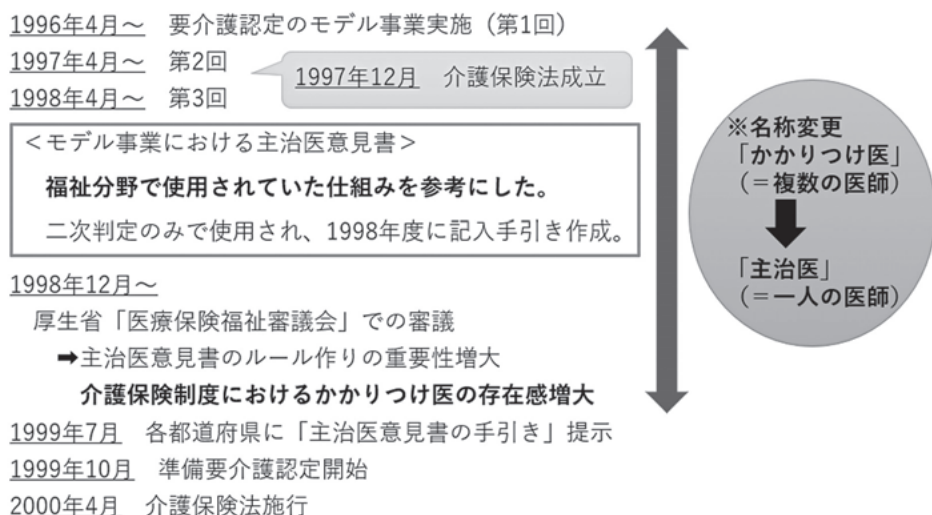


図6 モデル事業から介護保険法施行まで（筆者作成）

細かく記載することではなく、それらが介護の手間にどのように影響するのかを明らかにすることであった<sup>53)</sup>。1997年度のモデル事業では、二次判定における変更可否の判断に全国的なばらつきが指摘されたため、1998年度のモデル事業実施の際には、かかりつけ医意見書記入手引きが作成された<sup>54)</sup>。また、モデル事業実施後には自治体より「意見書が正確に記載されていないことがある、研修やマニュアルの充実が必要」という意見も出された<sup>55)</sup>。

厚生省老人保健福祉局の「医療保険福祉審議会」（以下、医福審）では、1998年12月より老人保健福祉部会・介護給付部会合同部会が開催された。ここでは、介護保険制度の施行に向けて、要介護・要支援認定制度の仕組みについて具体的な議論が行われた。メンバーは、医療機関の元病院院長や政策提言を行う民間組織の理事長（1997年10月時点）等計20名であった<sup>56)</sup>。1998年12月に開催された第1回では、介護サービスを行う事業者等の運営基準について議論された。その中で、全国老人福祉施設協議会会長（1997年10月時点）は、要介護・要支援者自身がサービスを自由に選択できるように、かかりつけ医の意見書は偏りのないものであるべきだとし、これを実現するには指針を作成する必要があると指摘している<sup>57)</sup>。また、第3回（1999年1月25日）においても、神奈川県国民健康保険団体連合会理事長（1997年10月時点）が徹底したルール作成を強く要求しており、具体的には、要介護・要支援申請時に医師から診断を受けること等を提案している<sup>58)</sup>。さらに、同会議において、部長もかかりつけ医が日本に絶対に必要であると発言している<sup>59)</sup>。第1回～第3回の合同部会審議において、かかりつけ医の意見書に対するルール作りの重要性が高まったとともに、かかりつけ医そのものの存在感も増大していたと考えられる。また、主治医意見書の具体的な運用方法を検討する中で、その名称を「かかりつけ医」から「主治医」に変更した経緯もある<sup>60)</sup>。これは、複数の医師を示す「かかりつけ医」よりも、一人を指す「主治医」の方が、実用性の観点からより良いと判断されたためであると考えられる。

その後、1999年4月にはモデル事業を踏まえ、「高齢者ケアサービス体制整備検討委員会」において要介護認定基準の試案が見直され、同月30日には「要介護認定等に係る介護認定審査会による審査及び判定の基準等に関する省令」の公布により、要介護認定基準が決定された<sup>61)</sup>。1999年7月には各都道府県知事に対し「主治医意見書記入の手引き」が示された<sup>62)</sup>。そして、1999年10月には準備要介護認定が開始され、2000年4月の介護保険法施行に伴い、本格始動となった<sup>63)</sup>。

以上より、主治医意見書の運用方法は、既に使用されていた仕組みを参考にしたものの、3回のモデル事業を通じてさらなる検討が行われた。その中で、実用性の観点から、意見書は一人の医師が作成するものとされた。また、医福審の審議では、介護保険制度におけるかかりつけ医自体の重要性がより強く認識されるようになり、主治医意見書についても同様に、要介護認定において必要なものであるという考えが決定づけられた。

### 3.4 介護保険法施行後（2000年4月～現在）

最後に、介護保険法が施行された2000年4月から現在までの動きについて述べる（図7参照）。介

## ④介護保険法施行から現在まで

2000年4月～ 介護保険制度の診療報酬改定に合わせて3年ごとに見直し

2006年10月 要介護認定調査検討会設置

→主治医意見書については、調査項目の変更・追加等が実施済み。  
大きな改定は行われていない。

<かかりつけ医普及の遅れ>

1993年頃～

厚生省主導によりかかりつけ医推進モデル事業実施

→介護保険制度においてもかかりつけ医が重要な役割を果たす  
ことを目指していた。

→専門分野を超えた知見を持つ医師の育成強化が指摘されていた。



推進活動の本格的な始動は約20年後

2013年8月

日本医師会がかかりつけ医の養成に努めることを初めて明確に表明

2016年4月

かかりつけ医機能研修制度開始

2021年11月現在

かかりつけ医の普及・育成の取り組みが続いている。

図7 介護保険法施行から現在まで(筆者作成)

介護保険制度および要介護認定は継続して見直されているが、主治医意見書に関してはこれまで大きく変更されていない。また、介護保険制度創設時に想定していたかかりつけ医の実態は現在もなお十分とは言えず、当初の狙いと現状との乖離が生じている。

介護保険制度は3年ごとの報酬改定に合わせて見直しが行われており、その中で要介護・要支援認定や主治医意見書の在り方についても議論されている。2006年10月には、要介護・要支援認定における一次判定の仕組みについて専門的・技術的な検討を行うため、要介護認定調査検討会が設置・開催された<sup>64)</sup>。2009年10月には、介護の手間の判定精度を向上させるため、また認定結果のばらつきを是正するために見直しが行われ、認定調査がより詳しく行われるようになった<sup>65)</sup>。これは今までで最も大きな変更であり、他にも質問項目の変更や追加等が行われてきたが、主治医意見書に関しては大きく変わっていない。

また、介護保険制度の創設時に推進していたかかりつけ医の普及は現在もなお遅れている<sup>66)</sup>。前述の通り、1993年には厚生省の主導により推進事業が行われており、この頃より日本医師会は介護や福祉においてかかりつけ医が重要な役割を担うべきであるという考えを持っていた<sup>67)</sup>。また同年にはかかりつけ医の育成強化についても指摘されており、これまでのように非専門科知識の取得を各自の努力に頼るのではなく、日本医師会等がプログラムとして教育の場を提供すべきであるとされている<sup>68)</sup>。しかし、日本医師会がかかりつけ医の養成に努めることを明確に表明したのは約20年後の2013年8月である<sup>69)</sup>。2016年4月には日本医師会がかかりつけ医機能研修制度を導入したが、1期日実施後である2019年7～9月の時点でこれを修了した医師は、病院で3割、診療所で4割程度にとどまる<sup>70)</sup>。また、

かかりつけ医の定着も遅れており、2018年10月～2019年1月に厚生労働省が行った患者に対する意識調査によると、かかりつけ医を決めていると回答した人は全体の6～7割である一方で、2020年11月に行われた厚生労働省社会保障審議会の医療部会では、国民が持つかかりつけ医のイメージにはばらつきがあることが指摘されている<sup>71)</sup>。

以上のように、主治医意見書は定期的に見直されているが、大きな変更は行われていない。また、かかりつけ医の普及の遅れに即した改定も行われておらず、このような想定と現状との乖離が主治医意見書を巡る問題の原因となっていると考えられる。

## 4 考察

ここでは、これまで明らかにしてきた主治医意見書の立案・決定過程(制度設計過程)における長所や短所、そして現状に至る問題点やその解決策を整理し検討することで、要介護・要支援認定におけるよりよい医学的評価の在り方について提言を試みる。

制度設計過程における長所は、大きく2つある。1つ目は、日本医師会の積極的な関与により主治医意見書の導入が円滑に行われたことである。日本医師会は、医療財源確保の観点から介護保険制度創設に前向きな姿勢であった<sup>72)</sup>。当時、日本医師会が特に危惧していたことは、入院患者の増加による開業医の重要性の低下であった。要介護認定への主治医の関与はこれを回避する一つの解決策であり、介護保険制度における医療の位置づけを明確にしようとする日本医師会の動きに乗って、比較的早い段階から受け入れられたと考えられる。

2つ目は、3年にわたるモデル事業を行い主治医意見書の実用性を検証したことである。モデル事業では、専門家や各業界の代表者に加え、要介護認定の実施主体である市町村等現場の意見を踏まえた検討が行われた<sup>73)</sup>。この期間には、「かかりつけ医」から「主治医」への名称変更が行われており、主治医意見書の実用性を重視していたことが伺える。また、主治医意見書の運用方法は現在まで大きく変更されておらず、1999年10月に準備要介護認定を開始した時点ですでに優れた実用性を示していた。

一方、制度設計過程における短所あるいは現在までの問題点は、大きく2つある。1つ目は、幅広い医学知識や介護、福祉等への総合的な理解を持つ理想的なかかりつけ医の存在を前提としたことである。現行体制では、申請者の持つすべての傷病について主治医が記載することとなっており、食事や歩行等普段の生活についても評価しなければならない<sup>74)</sup>。しかし前述の通り、これらを適切に記載できる医師の育成は進んでいない<sup>75)</sup>。また、育成・普及の強化については、主治医意見書の運用方法の構築以前よりすでに指摘されていた<sup>76)</sup>。つまり、制度設計時点において前提とされていた理想的なかかりつけ医の実態はなく、また育成・普及の取り組みも不十分であったために、現状として、単一の

意見書を用いる運用方法に限界が生じていると考えられる。このような事態を防ぐためには、介護・医療等の異分野が密に連携し合い、介護保険制度の構築と同時にかかりつけ医の整備も積極的に進めるべきであった。少なくとも、状況に応じて主治医意見書の在り方を柔軟に見直すことが必要であった。これは、見直しを担う厚生労働省老健局社会保障審議会（介護保険部会）の負担増加や、修正の頻発による国民の混乱に繋がる可能性がある。しかし、あらかじめ代替案を作成して実行準備を進めておくことで変更に伴う手間や混乱をできる限り少なくすることや、修正案およびその作成過程を早期に公開し丁寧に説明することにより、円滑かつ柔軟な見直しを実現できるのではないかと考える。

2つ目の問題点は、主治医意見書の制度設計に関する議論、特に初期段階における議論がやや粗略であったことである。これにより、単一の意見書を用いる運用方法が問題視されることなく検討が進められた可能性がある。要介護認定に関する検討は、早い段階から一貫して一部の関係者や医療関係団体が中心となって進められた。議論の主体を絞ったことは円滑な意思決定につながったが、一方で、医療関係団体の意向を色濃く反映することとなった。1995年頃から開始された老健審や医福審では、現場を含めたある程度広い範囲から意見を集められていたが、要介護認定に関する議論の主眼は要介護認定基準にあり、付随する主治医意見書の仕組みについて深く議論が行われていたかは疑問である。また、すでに作成された主治医意見書の内容を後から覆すことは難しかったのではないかと考える。つまり、初期段階から丁寧に、複数の観点で吟味し、生じうる課題をより多く明らかにする必要がある。しかし、広く意見を集めることで成案が得られない可能性もある。そこで、すべての議論を広く行うのではなく、多くの人にとって関わりの深い全体の骨格についての議論は広く、専門的な知見を要する詳細な部分についての議論は参加者を限定しつつも深く行うことによって、両者を使い分けることが効果的ではないかと考える。以上のようにして検討過程における課題を克服することで初めて、よりよい主治医意見書の運用方法を模索することができると考える。

以上を踏まえ、今後の主治医意見書に関する検討の進むべき方向性として、要介護・要支援認定における医学的評価の在り方について提言する。まず、単一の主治医意見書を用いる現行の医学的評価の長所としては、以下が挙げられる。例えば、申請者の健康状態に対する医師の見解が一つであることは認定審査での迷いの少なさにつながっている。また、意見書が一人一部に制限されていることは医師の煩雑さの軽減にもつながっている。しかし、これらが誰にとっての利益であるかに着目すると、それは申請者というよりもむしろ制度の運用や医学的評価に関わる立場にとってのものである。そしてこれは、制度設計過程において運用者側の実用性と日本医師会の意向を重視したために生じた弊害である。したがって今後は、申請者の視点を組み入れることのできる制度設計体制を整備した上で、申請者にとっても利益の大きな医学的評価体制を構築することが求められる。具体的には、複数の医師の意見に基づく俯瞰的・客観的な評価体制を提案したい。これにより、複数の疾患を適切に把握することが難しい現行の評価体制における申請者への不利益を、大きく改善できると考える。実現にあたっては、医師の負担増加や認定審査の複雑化等の問題がある。しかしこれらについては、電子化による記載時の手間の省略や更新手続きの簡素化により医師の負担を減らすとともに、複数の医師

の意見を定量的にとりまとめるシステムを構築・利用することで審査における迷いや負担を軽減することができると考える。これらの基盤を整えた上で、複数の医師の意見書を提出可能とする評価体制への変更が有効であろう。

## 5 結論

本研究は、2000年4月の介護保険制度創設にあたり1999年10月に開始された要介護・要支援認定制度において重要な役割を果たしている主治医意見書の運用方法が立案・決定された過程、すなわち制度設計過程を検証し、高齢者の疾患が多様化し総合的な評価体系が求められる中、領域別専門医が記載した単一的主治医意見書に基づいて認定審査を行うという運用方法がなぜ、どのように構築されたのかという問いに答えようとするものであった。その答えを簡潔にまとめれば、以下のようになる。制度設計過程において、主治医意見書の実用性が重視されたと同時に、介護と医療の適用範囲を巡る対立と調整の中で日本医師会の意向が強く反映された結果、要介護・要支援認定制度における一人の医師（主治医）の意見の重要性を確立する現行体制が構築された。

最後に、本研究の意義として先行研究との関係を整理してみたい。本研究では、理想的なかかりつけ医の存在を前提とした主治医意見書の制度設計過程を明らかにし、その育成・普及の遅れに応じた修正が不十分であったことで、現状として認定結果に不満が生じている可能性を指摘した。これは先行研究においてあまり着目されていなかった点であり、本研究が主治医意見書の立案・決定過程を分析したことで得られた結論である。また、一部の関係者を中心とした議論の結果、医療関係団体の影響を強く受けることとなり、政策過程において広く議論することの必要性をあらためて指摘した。さらに、要介護認定における医学的評価の在り方として複数の観点から評価することの必要性を指摘し、これまで先行研究や要介護認定調査検討会で着目されていた一次判定ロジックや認定評価の地域差に加え、要介護認定に関する新たな問題点を提起した。

一方で、本研究の限界もしくは課題としては、かかりつけ医の育成・普及の遅れや高齢者の疾患の多様化等の実態を、制度構築時にはどのように認識していたかについての分析が難しかった点である。本研究では入手することができなかった資料や証言の分析を行うことで、当時どのような根拠に基づき判断が下されたのかについてより具体的に明らかにすることは重要である。また、要介護認定制度などの介護保険制度全般の見直しを担う厚生労働省老健局が、現行の主治医意見書の問題点をどのように捉え検討を進めているのかについても検証が必要である。以上のような分析や検証を積み重ねていくことで、現状に即した制度の設計や修正を行うための方策やよりよい医学的評価の在り方について示唆を得ることができるだろう。

## 謝辞

本研究は、大阪大学大学院副専攻プログラム「公共圏における科学技術政策」の2020年度開講科目「研究プロジェクト」として行われたものである。

本研究を実施するにあたり、COデザインセンターの渡邊浩崇先生には担当教員としてテーマ設定から調査実施、論文作成に至るまで丁寧にご指導いただきました。また、COデザインセンターの平川秀幸先生、八木絵香先生、工藤充先生、水町衣里先生、鍛冶一郎先生、そして小林傳司先生、ならびにプログラムの同期の皆さまには、有益なご助言をいただきました。COデザインセンター道信美穂氏には、さまざまな事務上のサポートをしていただきました。本研究のインタビュー調査では、社会保険制度や介護保険制度、要介護認定制度の専門家3名の方々にご協力いただき、その後も研究に関するご助言を賜りました。以上の皆さまに感謝を申し上げます。

## 註

- 1) 厚生労働省ホームページ「介護・高齢者福祉」（確認日：2020年12月21日）。  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/kaigo\\_koureisha/index.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/index.html)
- 2) 厚生労働省老健局（2016年）『日本の介護保険制度について』：4-6。
- 3) 厚生労働省ホームページ「要介護認定に係る制度の概要」（確認日：2020年6月12日）。  
<https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/nintei/gaiyol.html>
- 4) 京都府（2017年）『介護保険サービス利用者アンケート調査（第10回）』：9。
- 5) ケアマネジメントオンライン（2016年1月）「要介護認定の判定結果に不服がある場合の対応に関する調査結果：9割のケアマネ、判定結果に納得できない経験「あり」」（確認日：2020年5月15日）。  
[https://www.caremanagement.jp/?action\\_enq\\_user=true&page=cmnr160128](https://www.caremanagement.jp/?action_enq_user=true&page=cmnr160128)
- 6) 厚生労働省ホームページ「要介護認定に係る制度の概要」（確認日：2021年1月4日）。<https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/nintei/gaiyol.html>
- 7) 厚生労働省ホームページ「要介護認定に係る制度の概要」（確認日：2021年1月4日）。<https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/nintei/gaiyol.html>
- 8) 厚生労働省（2003年）『主治医意見書記入の手引き』：2。
- 9) 東京都国民健康保険団体連合会（2017～2019年）『介護サービスの苦情相談白書』。[https://www.tokyo-kokuhoren.or.jp/nursing\\_office/statistical\\_material/white\\_paper.html](https://www.tokyo-kokuhoren.or.jp/nursing_office/statistical_material/white_paper.html)
- 10) ケアマネジメントオンライン（2016年1月）「要介護認定の判定結果に不服がある場合の対応に関する調査」（確認日：2021年7月18日）。  
<https://www.caremanagement.jp/feature/detail/126>
- 11) 青柳俊（2000年）「要介護認定の問題―厚生省一次判定ロジックの過去・現在―」『総合リハビリテーション』28（1）。瀧田英敏・鬼崎信好（2001年）「要介護認定をめぐる現状と課題―要

- 介護認定審査会を中心として」『福岡県立大学紀要』9(2):55-72。
- 12) 三菱UFJリサーチ&コンサルティング(2012年)『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報告書』:28。
- 13) 三菱UFJリサーチ&コンサルティング(2014年)『要介護認定の実施方法に関する調査研究事業報告書』:64。
- 14) 大江陽介(2005年)「要介護認定の所要日数に及ぼす主治医意見書の影響—2年間の調査」『日本老年医学会雑誌』42(3)。  
水尻強志「主治医意見書と要介護認定結果との関係を分析して」『日本リハビリテーション医学会誌』38(7)。
- 15) 一般財団法人厚生労働統計協会(2015年)「要介護認定における主治医意見書の医療機関別の分布」『厚生指標』62(4)。  
三菱UFJリサーチ&コンサルティング(2016年)『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』。
- 16) 一般財団法人厚生労働統計協会(2015年)「要介護認定における主治医意見書の医療機関別の分布」『厚生指標』62(4)。
- 17) 一般財団法人厚生労働統計協会(2015年)「要介護認定における主治医意見書の医療機関別の分布」『厚生指標』62(4)。
- 18) 介護保険制度史研究会(2019年)『介護保険制度史:基本構想から法施行まで』新装版、東洋経済新報社:549-550。
- 19) 三菱UFJリサーチ&コンサルティング(2016年)『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』:9。
- 20) 東京都健康長寿医療センター研究所(2019年)プレスリリース「75歳以上の約8割が2疾患以上、約6割が3疾患以上の慢性疾患を併存」。  
<https://www.tmg Hig.jp/research/release/2019/0201.html>
- 21) 糸氏英吉(1993年)「《かかりつけ医》機能と在宅医療」『順天堂医学』39(3):302。
- 22) 飛田英子(2020年)「《かかりつけ医》の制度化と定着・普及に向けて」『JRIレビュー』9(81):81。この制度は、後期高齢者に限って医療機関の選択の自由を奪われるとの反発に合い1年で廃止に至った。
- 23) 三菱UFJリサーチ&コンサルティング(2016年)『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』:16。
- 24) 松山真、宮岡等(2000年)「要介護認定の一次判定と主治医意見書の問題点」『老年精神医学雑誌』11(9):1004。
- 25) 介護保険制度史研究会(2019年)『介護保険制度史:基本構想から法施行まで』新装版、東洋経済新報社。

- 日本医師会総合研究機構(1997年)『介護保険導入の政策形成過程』。
- 和田勝(2007年)『介護保険制度の政策過程』東洋経済新報社。
- 26) 厚生労働省老健局要介護認定調査検討会議事録(2006年第1回～)。
- 27) 三菱UFJリサーチ&コンサルティング(2012年)『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報告書』。
- 三菱UFJリサーチ&コンサルティング(2014年)『要介護認定の実施方法に関する調査研究事業報告書』。
- 三菱UFJリサーチ&コンサルティング(2016年)『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』。
- 28) 厚生労働省老健局(2016年)『日本の介護保険制度について』:4-6。
- 29) 和田勝(2007年)『介護保険制度の政策過程』東洋経済新報社:41。
- 介護保険制度史研究会(2019年)『介護保険制度史:基本構想から法施行まで』新装版、東洋経済新報社:27-28。
- 30) 和田勝(2007年)『介護保険制度の政策過程』東洋経済新報社:66-68。インタビューで得られた回答も参考にした。
- 31) インタビューで得られた回答を参考にした。
- 32) 佐藤満(2014年)『厚生労働省の政策過程分析』慈学社出版:148-153。
- 33) 厚生労働省ホームページ「政策について」(確認日:2021年1月5日)。
- <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/index.html>
- 34) 厚生労働省ホームページ「福祉・介護」(確認日:2021年1月5日)。
- [https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/index.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/index.html)
- 35) 厚生労働省ホームページ「健康・保険」(確認日:2021年1月5日)。
- [https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryuu/index.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/index.html)
- 36) 厚生労働省老健局(2016年)『日本の介護保険制度について』:4-6。
- 一般財団法人厚生労働統計協会(2018年)「地域の医療介護入門シリーズ 地域の医療と介護を知るために-わかりやすい医療と介護の制度・政策 第24回 介護保険制度の創設とその経緯(その1):介護保険法案国会提出までの経緯(1)」『厚生指標』65(8):45。
- 37) 要介護認定システムの素案の議論に関しては、以下の文献を参考にした。
- 介護保険制度史研究会(2019年)『介護保険制度史:基本構想から法施行まで』新装版、東洋経済新報社:546-559。
- 38) 一般財団法人厚生労働統計協会(2018年)「地域の医療介護入門シリーズ 地域の医療と介護を知るために-わかりやすい医療と介護の制度・政策 第24回 介護保険制度の創設とその経緯(その1):介護保険法案国会提出までの経緯(1)」『厚生指標』65(8):46。一般財団法人厚生労働統計協会(2018年)「地域の医療介護入門シリーズ 地域の医療と介護を知るた

- めに－わかりやすい医療と介護の制度・政策 第25回 介護保険制度の創設とその経緯（その2）：法案提出までの経緯（2）」『厚生指針』65（11）：49。
- 39) 日本医師会総合研究機構（1997年）『介護保険導入の政策形成過程』：29。
- 40) 厚生労働省老健局（2016年）『日本の介護保険制度について』：4。
- 41) 主治医意見書を含む要介護認定制度についての議論に関しては、以下の文献を参考にした。
- 介護保険制度史研究会（2019年）『介護保険制度史：基本構想から法施行まで』新装版、東洋経済新報社：138－139、546－579。
- 42) インタビューで得られた回答を参考にした。
- 43) インタビューで得られた回答を参考にした。
- 44) 和田勝（2007年）『介護保険制度の政策過程』東洋経済新報社：68。インタビューで得られた回答も参考にした。
- 45) 当時の日本医師会の意向に関しては、下記文献を参考にした。
- 和田勝（2007年）『介護保険制度の政策過程』東洋経済新報社：66－67。
- 46) 和田勝（2007年）『介護保険制度の政策過程』東洋経済新報社：66。
- 47) 介護保険制度史研究会（2019年）『介護保険制度史：基本構想から法施行まで』新装版、東洋経済新報社：94。
- 48) 日本医師会ホームページ「かかりつけ医を持ちましょう」（確認日2020年11月5日）。<https://www.med.or.jp/people/kakari/>
- 49) 倉敷医師会ホームページ「かかりつけ医Q&A」（確認日2020年11月5日）。
- <https://www.kurashiki-med.or.jp/kurashiki/faq/index.html>
- 50) 介護保険制度史研究会（2019年）『介護保険制度史：基本構想から法施行まで』新装版、東洋経済新報社：565－567。
- 51) 介護保険制度史研究会（2019年）『介護保険制度史：基本構想から法施行まで』新装版、東洋経済新報社：565－566。
- 52) インタビューで得られた回答を参考にした。
- 53) インタビューで得られた回答を参考にした。
- 54) 介護保険制度史研究会（2019年）『介護保険制度史：基本構想から法施行まで』新装版、東洋経済新報社：571。
- 55) 介護保険制度史研究会（2019年）『介護保険制度史：基本構想から法施行まで』新装版、東洋経済新報社：576。
- 56) 介護保険制度史研究会（2019年）『介護保険制度史：基本構想から法施行まで』新装版、東洋経済新報社：478。
- 57) 厚生関係審議会議事録等老人保健福祉局「医療保険福祉審議会」老人保健福祉部会・介護給付費部会合同部会第1回議事要旨（1998年）。

- [https://www.mhlw.go.jp/www1/shingi/s9812/s1214-2\\_17.html](https://www.mhlw.go.jp/www1/shingi/s9812/s1214-2_17.html)
- 58) 厚生関係審議会議事録等老人保健福祉局「医療保険福祉審議会」老人保健福祉部会・介護給付費部会合同部会第3回議事要旨(1999年)。
- [https://www.mhlw.go.jp/www1/shingi/s9901/s0125-1\\_17.html](https://www.mhlw.go.jp/www1/shingi/s9901/s0125-1_17.html)
- 59) 厚生関係審議会議事録等老人保健福祉局「医療保険福祉審議会」老人保健福祉部会・介護給付費部会合同部会第3回議事要旨(1999年)。
- [https://www.mhlw.go.jp/www1/shingi/s9901/s0125-1\\_17.html](https://www.mhlw.go.jp/www1/shingi/s9901/s0125-1_17.html)
- 60) インタビューで得られた回答を参考にした。
- 61) 介護保険制度史研究会(2019年)『介護保険制度史：基本構想から法施行まで』新装版、東洋経済新報社：580－596。
- 62) 介護保険制度史研究会(2019年)『介護保険制度史：基本構想から法施行まで』新装版、東洋経済新報社：590。
- 63) 厚生労働省老健局(2016年)『日本の介護保険制度について』：4。介護保険制度史研究会(2019年)『介護保険制度史：基本構想から法施行まで』新装版、東洋経済新報社：590。
- 64) 厚生労働省老健局要介護認定調査検討会(2006年)『要介護認定調査検討会要綱(案)』。
- 65) 厚生労働省ホームページ「要介護認定方法の見直し(平成21年10月)に係るパンフレット」(確認日：2020年11月30日)。
- <https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/nintei/minaosi.html>
- 66) 東京保険協会(2020年3月13日)「―2020年度点数改定―「かかりつけ医」推進姿勢 強固に」(確認日2020年11月5日)。<https://www.hokeni.org/docs/2020031300090/>
- 67) 日本医師会ホームページ「かかりつけ医を持ちましょう」(確認日2020年11月19日)。<https://www.med.or.jp/people/kakari/>
- 68) 糸氏英吉(1993年)「『かかりつけ医』機能と在宅医療」『順天堂医学』39(3)：308。
- 69) 日本医師会(2013年9月5日)「「医療提供体制のあり方―日本医師会・四病院団体協議会合同提言―」まとめる」日医NEWS、第1248号(確認日2020年11月5日)。<http://www.med.or.jp/nichinews/n250905a.html>
- 70) 厚生労働省(2019年)『平成30年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(令和元年度調査)かかりつけ医機能等の外来医療に係る評価等に関する実施状況調査報告書(案)』：15。
- 71) 厚生労働省(2019年)『平成30年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(令和元年度調査)かかりつけ医機能等の外来医療に係る評価等に関する実施状況調査報告書(案)』：71。
- 厚生労働省(2020年)「第23回医療計画の見直し等に関する検討会」参考資料(外来機能の明確化・連携、かかりつけ医機能の強化等について)：1。
- 72) 日本医師会と介護保険制度の関係に関しては以下の文献を参考にした。
- 和田勝(2007年)『介護保険制度の政策過程』東洋経済新報社：66－67。

73) モデル事業に関しては以下の文献を参考にした。

介護保険制度史研究会(2019年)『介護保険制度史:基本構想から法施行まで』新装版、東洋経済新報社:565-579。

74) 厚生労働省(2009年9月30日)『要介護認定における「認定調査票記入の手引き」、「主治医意見書記入の手引き」及び「特定疾病にかかる診断基準」について』:4-7。 [https://www.mhlw.go.jp/web/t\\_doc?dataId=00tb6469&dataType=1&pageNo=1](https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=00tb6469&dataType=1&pageNo=1)

75) NIKKEY STYLE(2016年9月11日)「かかりつけ医、根付くか 総合力ある医師の育成課題」(確認日:2020年12月25日)。  
<https://style.nikkei.com/article/DGXXKZO07071870Z00C16A9TZT001?channel=DF130120166089>

76) 糸氏英吉(1993年)「《かかりつけ医》機能と在宅医療」『順天堂医学』39(3):307-309。

## 文献

青柳俊(2000年)「要介護認定の問題—厚生省一次判定ロジックの過去・現在—」『総合リハビリテーション』28巻1号。

秋吉貴雄(2017年)『入門公共政策学—社会問題を解決する「新しい知」』中公新書。

CareNet(2019年3月8日)「高齢者の6割以上が3疾患を併存:8割以上が2疾患を併存、東京都内の高齢者データを分析」(確認日:2020年4月15日)。

<https://www.carenet.com/news/general/hdnj/47532>

一般財団法人厚生労働統計協会(2015年)「要介護認定における主治医意見書の医療機関別の分布」『厚生指の指標』第62巻第4号。

一般財団法人厚生労働統計協会(2018年)「地域の医療介護入門シリーズ 地域の医療と介護を知るために—わかりやすい医療と介護の制度・政策 第24回 介護保険制度の創設とその経緯(その1):介護保険法案国会提出までの経緯(1)」『厚生指の指標』第65巻第8号。

一般財団法人厚生労働統計協会(2018年)「地域の医療介護入門シリーズ 地域の医療と介護を知るために—わかりやすい医療と介護の制度・政策 第25回 介護保険制度の創設とその経緯(その2):法案提出までの経緯(2)」『厚生指の指標』第65巻第11号。

糸氏英吉(1993年)「《かかりつけ医》機能と在宅医療」『順天堂医学』39巻3号。

介護保険制度史研究会(2019年)『介護保険制度史:基本構想から法施行まで』新装版、東洋経済新報社。

ケアマネジメントオンライン(2016年1月)「要介護認定の判定結果に不服がある場合の対応に関する調査結果:9割のケアマネ、判定結果に納得できない経験「あり」」(確認日:2020年5月15日)。

[https://www.caremanagement.jp/?action\\_enq\\_user=true&page=cmnr160128](https://www.caremanagement.jp/?action_enq_user=true&page=cmnr160128)

国立社会保障・人口問題研究所「日本社会保障資料Ⅳ(1980-2000)10介護保険」。

<http://www.ipss.go.jp/publication/j/shiryuu/no.13/data/kaidai/10.html>

高齢者総合ケアシステム研究会編(1993年)『明日の高齢者ケアをめざして：高齢者ケアプランとケアミックス』.

高齢者総合ケアシステム研究会編(1993年)『高齢者総合ケアシステム研究プロジェクト:タイムスタディ・マニュアル』.

高齢者総合ケアシステム研究会編(1993年)『高齢者総合ケアシステム研究プロジェクト』(中間報告書).

高齢者総合ケアシステム研究会編(1993年)『高齢者総合ケアシステム研究プロジェクト:高齢者データセット』.

厚生関係審議会議事録等老人保健福祉局「医療保険福祉審議会」老人保健福祉部会・介護給付費部会合同部会.

<https://www.mhlw.go.jp/www1/shingi/roujin.html>

厚生労働省(2003年)『主治医意見書記入の手引き』.

厚生労働省(2014年)『領域別専門医制度整備指針』.

厚生労働省(2019年)『平成30年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(令和元年度調査)かかりつけ医機能等の外来医療に係る評価等に関する実施状況調査報告書(案)』.

厚生労働省(2019年)『介護保険事業状況報告』.

厚生労働省(2020年)「第23回医療計画の見直し等に関する検討会」参考資料(外来機能の明確化・連携、かかりつけ医機能の強化等について).

厚生労働省ホームページ「福祉・介護」(確認日:2021年1月5日).

[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/index.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/index.html)

厚生労働省ホームページ「介護・高齢者福祉」(確認日:2020年12月21日).

[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/kaigo\\_koureisha/index.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/index.html)

厚生労働省ホームページ「健康・保険」(確認日:2021年1月5日).

[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryuu/index.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/index.html)

厚生労働省ホームページ「政策について」(確認日:2021年1月5日).

<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/index.html>

厚生労働省ホームページ「要介護認定方法の見直し(平成21年10月)に係るパンフレット」(確認日:2020年11月30日).

<https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/nintei/minaosi.html>

厚生労働省ホームページ「要介護認定」(確認日:2020年4月13日).

[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/kaigo\\_koureisha/nintei/index.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/nintei/index.html)

厚生労働省ホームページ「要介護認定に係る制度の概要」（確認日：2021年1月4日）. <https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/nintei/gaiyol.html>

厚生労働省（2009年9月30日）「要介護認定における「認定調査票記入の手引き」、「主治医意見書記入の手引き」及び「特定疾病にかかる診断基準」について」.

[https://www.mhlw.go.jp/web/t\\_doc?dataId=00tb6469&dataType=1&pageNo=1](https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=00tb6469&dataType=1&pageNo=1)

厚生労働省老健局（2016年）『日本の介護保険制度について』.

厚生労働省老健局要介護認定調査検討会（2006年）『要介護認定調査検討会要綱（案）』.

厚生労働省老健局要介護認定調査検討会議事録（2006年第1回～）.

京都府（2017年）『介護保険サービス利用者アンケート調査（第10回）』.

松前町立松前病院ホームページ「全科診療医ってどんな医者?」.

<http://matsumae-hospital.com/column/%E5%85%A8%E7%A7%91%E8%A8%BA%E7%99%82%E5%8C%BB%E3%81%A3%E3%81%A6%E3%81%A9%E3%82%93%E3%81%AA%E5%8C%BB%E8%80%85%EF%BC%9F/>

松山真・宮岡等（2000年）「要介護認定の一次判定と主治医意見書の問題点」『老年精神医学雑誌』11(9).

三菱UFJリサーチ&コンサルティング（2012年）『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報告書』.

三菱UFJリサーチ&コンサルティング（2014年）『要介護認定の実施方法に関する調査研究事業報告書』.

三菱UFJリサーチ&コンサルティング（2016年）『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』.

水尻強志「主治医意見書と要介護認定結果との関係を分析して」『日本リハビリテーション医学会誌』38(7).

日本病院会認定病院総合医育成事業ホームページ（確認日：2020年11月30日）

<http://www.hospital.or.jp/sogoi/>

日本医師会（2013年9月5日）「「医療提供体制のあり方—日本医師会・四病院団体協議会合同提言—」まとめる」日医NEWS、第1248号（確認日2020年11月5日）.

<http://www.med.or.jp/nichinews/n250905a.html>

日本医師会ホームページ「かかりつけ医を持ちましょう」（確認日2020年11月5日）.

<https://www.med.or.jp/people/kakari/>

日本医師会総合研究機構（1997年）『介護保険導入の政策形成過程』.

大江陽介（2005年）「要介護認定の所要日数に及ぼす主治医意見書の影響—2年間の調査」『日本老年医学会雑誌』42(3).

大阪府（2016年）『大阪府の要介護認定率、介護費の現状等について』.

佐藤満 (2014年) 『厚生労働省の政策過程分析』慈学社出版.

澁田 英敏・鬼崎 信好 (2001年) 「要介護認定をめぐる現状と課題―要介護認定審査会を中心として」  
『福岡県立大学紀要』9 (2).

島津淳 (2008年) 『介護保険制度と政策形成過程』久美株式会社.

東京保険協会 (2020年3月13日) 「―2020年度点数改定―「かかりつけ医」推進姿勢 強固に」(確認日2020年11月5日).

<https://www.hokeni.org/docs/2020031300090/>

東京都健康長寿医療センター研究所 (2019年) プレスリリース「75歳以上の約8割が2疾患以上、約6割が3疾患以上の慢性疾患を併存」.

<https://www.tmg Hig.jp/research/release/2019/0201.html>

東京都国民健康保険団体連合会 (2017～2019年) 『介護サービスの苦情相談白書』.

[https://www.tokyo-kokuhoren.or.jp/nursing\\_office/statistical\\_material/white\\_paper.html](https://www.tokyo-kokuhoren.or.jp/nursing_office/statistical_material/white_paper.html)

筒井孝子 (1999年) 『図解よくわかる要介護認定』日本看護協会出版会.

筒井孝子 (2001年) 『介護サービス論―ケアの基準化と家族介護のゆくえ』有斐閣.

和田勝 (2007年) 『介護保険制度の政策過程』東洋経済新報社.

読売新聞オンライン (2020年9月17日) 「菅内閣発足、「縦割り110番」設置へ…コロナ対策・経済再生を最優先」(確認日: 2021年1月7日).

<https://www.yomiuri.co.jp/politics/20200916-OYT1T50289/>

結城康博 (2011年) 『日本の介護システム―政策決定過程と現場ニーズの分析』岩波書店.

全国社会福祉協議会 (1994年) 『特別養護老人ホームのサービスの質の向上に関する調査研究報告書』.

(投稿日: 2021年7月23日)

(受理日: 2021年12月9日)