

# 新時代介護保険

光と影からベストプランを求めて

今回は主治医意見書を取り上げる。主治医意見書は、二次判定の資料となる。さらにケアプラン作成の参考となり、主治医・かかりつけ医の意見を、介護支援専門員(ケアマネジャー)に伝え、ケアプランに、反映させるものである。

日常業務に際し、ときには時間・手間を取るものであるが、医師の意見を反映した、よりよいケアプランを作成し、要介護者に、よりよい介護を提供するために、誠心誠意記載したいものである。

( 東京大学附属病院医療社会福祉部 )  
田城孝雄

## 主治医意見書

あおぞら診療所

(☎271-0074 千葉県松戸市緑ヶ丘2-357)

和田忠志 前田浩利 川越正平

本稿では、主治医意見書の記載の実際を述べる。まず、介護保険における市町村(および特別区)認定審査会の審査判定のプロセスについて基本的な事項を解説した。次に、日本医師会の「医見書」ソフトを用いて記載した主治医意見書の例をあげ、その後、症例の解説を兼ねて、意見書記載時の留意事項を解説した。とりわけ医師の自由な裁量で記載できる「特記すべき事項」の記載は認定審査でも重視される部分であり、その記載方法については詳述した。

### 介護保険審査判定に関する基礎知識

#### 1. 一次判定と二次判定

認定審査は、一次判定と二次判定とに分けられる。一次判定では、認定調査員が記載した認定調査票の「基本調査」の各項目をもとにして、厚生労働省のソフトによりコンピューター判定を行う。それに先立ち、「基本調査」の各項目が、認定調査票の「特記すべき事項」、および「主治医意見書」に矛盾がないことを確認し、矛盾がある場合は一次判定の修正または再調査が行われる。二次判定では、一次判定結果をもとに、「主治医意見書」も加味して判断が下される。二次判定が最終判定となる。

二次判定で、一次判定結果が修正されて要介護度の変更される割合は約28%である。このことは主治医の意見により、要介護度の変更が十分可能であることを示唆している。大切なことは介護必要度を明確に主治医意見書に記載することであ

る。認定審査会で「一次判定とは異なる介護必要性」が想像されても、意見書に(ほとんど何も記載されていないなどの状態で)根拠を求められなければ、二次判定で要介護度を変更できないことがある。

#### 2. 一次判定で評価されないこと

1) 一次判定ソフトの不備 徘徊のある痴呆患者などでは四六時中目を離せないが、一次判定が「要介護IまたはII」と低評価となることがある。このことは全国の識者が指摘し、活動性のある痴呆患者には一次判定ソフトは不備であり、より高い介護度を与えるべきとの意見がほぼ定説となっている。つまり、このような患者では二次判定での上昇変更ドライブが必然的に働く。このことを医師は知り、その根拠を与えるべく明確な実態の記載をしたい。

2) 一次判定で評価されない介護必要性の要素 一次判定で評価されないものに、意識・身体状態

の経時的な変化、痛み・不安などの主観的な苦しみ、医療処置の必要性・通院などの介護の手間、(パーキンソン病・症候群などの)筋緊張の障害、振戦などの不随意運動、臓器障害の介護への影響、薬物効果・副作用の介護への影響、建物の構造などの身体以外の要素、などがある。また、訪問調査で得られるADL(activity of daily living)は“できるADL”であって、“しているADL”ではないことにも注意したい。

### 3. 審査判定における主治医意見書の意義

認定調査記録と意見書に内容不整合があるとき、必ずしも「再調査」を行うわけではない。実際の審査会では、比較的小さな不整合においては、調査記録と意見書を比較して、より信頼性の高いと思われる記載を採用することが多い。審査会で書類をみていると、認定調査員と主治医のどちらが患者を把握しているかが比較的歴然とわかるものである。“主治医がよりよく患者の状態を把握している”ことが意見書上明確であれば医師の意見は採用されやすくなる。その意見書は一次判定を覆しうる有力な資料となる。

## 症 例

ここでは具体的な主治医意見書を示し、解説したい(Fig.1)。

## 解 説

### 1. 記載の方法論

1) 医師の記載 認定審査員の「医師の記載が読めない」という意見は実に多い。まず第一に字が粗雑で読めないもので、第二が専門用語が理解できないというものである。

前者に関しては、いうまでもなく丁寧に書くに

尽きる。また、ワープロなどで記載する方法がある。Fig.1では日本医師会「医見書」ソフトで記載した。このような電子的方法を用いると、記載をコンピューターに保存し、2回目以降は、新たな変化だけを修正すれば、ごく短時間で記載できる利点もある。

後者に関しては、できるだけ専門用語を使用せずに介護必要性を明確に記載したい。一般に審査は5人1組の合議体で行われる。そこに医師も通常含まれる。だが医師以外の委員も多く、専門用語が理解されないことは多い。とりわけ、英文や略号はほとんどの審査員に理解されない。Fig.1では、「振戦」、「姿勢反射異常」などの専門用語は用いたが、Yahr分類などは用いず、具体的状態を記載した。

2) 具体的事実に即した簡潔な記載を 個々のケースの認定審査は比較的短時間でされるため、審査員が読み切れるような簡潔な記載を心掛けたい。

記載は抽象的表現を避け、過去に起きたエピソード(転倒・骨折・失禁・褥瘡など)を明確にし、それらが現実に生じうることを具体的に記載したい。Fig.1でも、意見書を書く時点では外傷はないが、それが生じることを明確に記載した。

3) 意見書は全項目を埋めなければならないか 「主治医意見書」は記載不備でも採用される。したがって、全項目を埋める必要はない。むしろ、介護必要度を高める事実を明確に書くほうがよい。たとえば「体重」は、特別に重くて介護負担が重いときや、肥満関連疾病のため食事療法の適応での確な家事援助を要するときなどを除き、記載には大きな意味はない。また、寝たきりの患者では体重測定が困難なことが多く、そのときは患者を苦しめてまで測定することもない。Fig.1では、身長・体重は介護必要性に大きく関わらないため空欄とした。

# 主治医意見書

記入日 平成13年12月18日

申請者	(ふりがな) なんこうたろう 南江太郎様 明・大・(印) 12年12月20日生 (63歳)	(男) 〒271-0088 東京都文京区本郷三丁目42-6 連絡先
上記の申請者に関する意見は以下の通りです。 本意見書が介護サービス計画作成に利用されることに <input checked="" type="checkbox"/> 同意する。 <input type="checkbox"/> 同意しない。		
医師氏名	和 田 忠 幸	
医療機関名	あおぞら診療所	電話 047-369-1248
医療機関所在地	千葉県松戸市緑ヶ丘2-337-2	FAX 047-369-1247
(1) 最終診察日	平成12年12月18日	
(2) 意見書作成回数	<input type="checkbox"/> 初回 <input checked="" type="checkbox"/> 2回目以上	
(3) 他科受診の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合) → <input type="checkbox"/> 内科 <input checked="" type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 外科 <input checked="" type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input checked="" type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> リハビリテーション科 <input checked="" type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> その他 ( )	

## 1. 傷病に関する意見

(1) 診断名 (特定疾病または障害の直接の原因となっている傷病名については 1. に記入) 及び発症年月日	
1. パーキンソン病	発症年月日 (平成06年10月 日頃 )
2. 高血圧症	発症年月日 (不詳 )
3. 狭心症	発症年月日 (昭和60年 月 日頃 )
(2) 症状としての安定性	<input checked="" type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不明
(3) 介護の必要の程度に関する予後の見通し	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 不変 <input checked="" type="checkbox"/> 悪化
(4) 障害の直接の原因となっている傷病の経過及び投薬内容を含む治療内容 (最近6ヶ月以内に変化のあったもの 及び 特定疾病についてはその診断の根拠等について記入)	
平成6年発症後しだいにADL低下し、現在は屋内からうじて伝い歩きレベルのADL。上肢に振戦あり、姿勢反射異常のため前かがみ歩行で突進し、倒れやすい。嚥下の障害もありむせやすく、誤嚥性肺炎で、8月25日から31日まで入院した。	
シンメトレル50mg 2錠 朝・夕2回(食後)	ドブス200mg 3カプセル 朝昼夕3回(食後)
レンドルミン0.25mg 1錠 就寝前	

## 2. 特別な医療 (過去14日間以内に受けた医療のすべてにチェック)

処置内容	<input type="checkbox"/> 点滴の管理	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養	<input type="checkbox"/> 透析	<input type="checkbox"/> ストーマの処置	<input type="checkbox"/> 酸素療法
	<input type="checkbox"/> レスピレーター	<input type="checkbox"/> 気管切開の処置	<input type="checkbox"/> 疼痛の看護	<input type="checkbox"/> 経管栄養	
特別な対応	<input type="checkbox"/> モニター測定 (血圧、心拍、酸素飽和度等)				
失禁への対応	<input type="checkbox"/> カテーテル (コンドームカテーテル、留置カテーテル 等)				

## 3. 心身の状態に関する意見

(1) 日常生活の自立度等について	
・障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input checked="" type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2
・痴呆性老人の日常生活自立度	<input checked="" type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M
(2) 理解および記憶	
・短期記憶	<input checked="" type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり
・日常の意思決定を行うための認知能力	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 判断できない
・自分の意思の伝達能力	<input type="checkbox"/> 伝えられる <input checked="" type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 具体的要求に限られる <input type="checkbox"/> 伝えられない
・食事	<input checked="" type="checkbox"/> 自立ないし何とか自分で食べられる <input type="checkbox"/> 全面介助
(3) 問題行動の有無 (該当する項目全てチェック)	
	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無
(有の場合) →	<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> その他 ( )

南江太郎様 63歳 (平成13年12月18日)

(4) 精神・神経症状の有無  
有 (症状名 振戦、姿勢反射異常、突進歩行、小刻み歩行、すくみ足 ) 無  
 (有の場合) → 専門医受診の有無 有 ( ) 無

(5) 身体の状態  
 利き腕 ( 右 左 ) 体重 =  kg 身長 =  cm

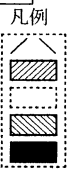
<input type="checkbox"/> 四肢欠損 (部位: )	程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重
<input type="checkbox"/> 麻痺 (部位: )	程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重
<input checked="" type="checkbox"/> 筋力の低下 (部位: 四肢・体幹)	程度: <input checked="" type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重
<input type="checkbox"/> 褥瘡 (部位: )	程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重
<input type="checkbox"/> その他皮膚疾患 (部位: )	程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重

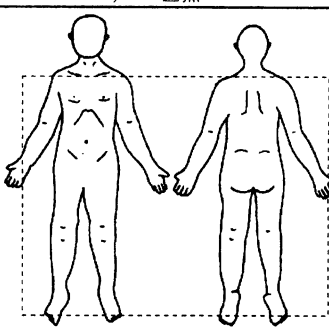
関節の拘縮

・肩関節 <input checked="" type="checkbox"/> 右 <input checked="" type="checkbox"/> 左	・股関節 <input checked="" type="checkbox"/> 右 <input checked="" type="checkbox"/> 左
・肘関節 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	・膝関節 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左

失調・不随意運動

・上肢 <input checked="" type="checkbox"/> 右 <input checked="" type="checkbox"/> 左	・体幹 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左
・下肢 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	

凡例 



4. 介護に関する意見

(1) 現在、発生の可能性が高い病態とその対処方針

<input checked="" type="checkbox"/> 尿失禁	<input checked="" type="checkbox"/> 転倒・骨折	<input type="checkbox"/> 徘徊	<input type="checkbox"/> 褥瘡	<input checked="" type="checkbox"/> 嚥下性肺炎	<input type="checkbox"/> 腸閉塞	<input type="checkbox"/> 易感染性
<input type="checkbox"/> 心肺機能の低下	<input type="checkbox"/> 痛み	<input type="checkbox"/> 脱水	<input type="checkbox"/> その他 ( )			

→ 対処方針 ( )  
 ( )  
 ( )

(2) 医学的管理の必要性 (特に必要性の高いものには下線を引いて下さい)

<input checked="" type="checkbox"/> 訪問診療	<input checked="" type="checkbox"/> 短期入所療養介護	<input type="checkbox"/> 訪問栄養食事指導
<input checked="" type="checkbox"/> 訪問看護	<input checked="" type="checkbox"/> 訪問歯科診療	<input type="checkbox"/> その他 ( )
<input checked="" type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション	<input type="checkbox"/> 訪問歯科衛生指導	
<input checked="" type="checkbox"/> 通所リハビリテーション	<input checked="" type="checkbox"/> 訪問薬剤管理指導	

(3) 介護サービス (入浴サービス、訪問介護等) における医学的観点からの留意事項

- ・血圧について 特になし 有 ( )
- ・嚥下について 特になし 有 (しばしばむせがあるため見守りが必要。)
- ・摂食について 特になし 有 (セッティングを要する)
- ・移動について 特になし 有 (見守り及び適時の介助要する。)
- ・その他 ( )

(4) 感染症の有無 (有の場合は具体的に記入して下さい)

有 ( ) 無 不明

5. その他特記すべき事項

要介護認定に必要な医学的なご意見等を記載して下さい。なお、専門医等に別途意見を求めた場合はその内容、結果も記載して下さい。(情報提供書や身体障害者申請診断書の写し等を添付して頂いても結構です。)

家事能力は失われている。移動は見守りと適時の介助を要する。一見、起立・立位も可能、歩行自立のように見える。しかし、姿勢反射異常があり、段差につまづきやすく、歩き始めるとまれず壁にぶつかりやすく、倒れやすい。特にあわてたときに転倒が多い。独居のため単独時に転倒し外傷・熱傷を繰り返す。6月の熱傷は全治2ヵ月、先月の後頭部切傷は縫合要した。現状の介護では重篤な外傷を負う。排泄は移動を含め一部介助、入浴は危険で単独でさせるべきではない。屋内段差解消のための住宅改修も必要と考える。

独居の不安もあり、不眠があり眠剤使用中。この薬には筋弛緩作用もあり、転倒・骨折リスクが高まる。しかし、医学的に必要なものであり介護力を高めてこれに対応すべきである。

主治医意見書の記入例



Table 1. 主治医意見書と認定調査票に共通の項目

A. 「2. 特別な医療の全項目」 点滴の管理, 中心静脈栄養, 透析, ストーマの処置, 酸素療法, レスピレーター, 気管切開の処置, 疼痛の看護, 経管栄養, モニター測定(血圧, 心拍, 酸素飽和度など), 褥瘡の処置, カテーテル(コンドームカテーテル, 留置カテーテルなど)
B. 「3. 心身の状態に関する意見」 ・「(1)日常生活の自立度などについて」の全項目 ・「(2)理解および記憶」のうち, 短期記憶, 意思の伝達の2項目が共通(食事摂取はやや形態が異なるが似た項目がある) ・「(3)問題行動」のうち, 幻視・幻聴, 昼夜逆転, 暴言, 暴行(認定調査では「暴言暴行」という1項目) 介護への抵抗, 徘徊, 火の不始末, 不潔行為, 性的問題行動(認定調査では「性的迷惑行為」) ・「(5)身体の状態」のうち, 麻痺, 筋力の低下(ただし, 認定調査での麻痺や筋力の低下は, 医学的なそれではなく, 日常生活に支障がある状態をいう) 褥瘡, そのほかの皮膚疾患 関節の拘縮

## 2. 認定調査票との共通項目の取り扱い

主治医意見書と認定調査票には共通項目がある(Table 1). この部分は, 医師の意見は二次判定ばかりでなく, 一次判定にも影響を与える点で重要である。つまり, 認定調査でこれらの項目にチェックがなく意見書にチェックがあれば, 医師の意見に従って調査票が修正され, 一次判定をやり直すことがある。したがって, このような項目は意識的に記入したい。

## 3. 一次判定で評価されないこと

1) 意識・身体状態の経時的な変化 たとえば, 非代償性肝障害がある患者では, 日によって意識状態が変化しうる。意識清明な日は「ほぼ自立」, やや意識が混濁している日は「要介護」, 倒れているときは「全介助で病院搬送要」である。そして, わずかでも意識障害があるときには服薬が不安定となりがちで, そのために意識障害を増悪しうる

ため, 服薬援助が絶対的に必要となる。さらに高度意識障害があるときには自ら援助を求めることができず, 「他者の発見」が不可欠である。認定調査時には「一見自立」にみえるかもしれないが, 実際には, 介護者の目が行き届かなければ昏睡状態を経て死亡する可能性がある。したがって, 「毎日の安否確認」や, 状況に応じての「介助」は生存に不可欠である。こういうことが審査員に理解されるよう記載したい。

また, 高齢者や, 脳血管障害後遺症の患者などでは, 気温などの変化やその日の体調によってADLが異なることがしばしばある。このようなことも具体的に記載したい。

2) 痛み・不安などの主観的な苦しみ 認定調査では, その動作に痛みがあろうと, ある動作が可能であれば“できる”ことになる。しかし, 痛みが苦痛なために, “できる”動作でも, 通常は“しない”患者は多い。また, 痛みを我慢しながら動くと, 痛みを意識が集中し, 周囲の危険などに注意が向かないことも多い。また, 慢性関節リウマチのように痛みの強さが日によって大きく変化する場合もある。このような状態には「動かなれば動けなくなる」という狭義のリハビリテーション的発想だけでは対応は不可能である。現実に痛みが強いときには簡単には動けないものである。本人が怠慢なわけではなく, むしろ介助の対象とみるべきである。そのことを明確に記載したい。

また, 精神症状のうち, いわゆる「問題行動」は一次判定で捉えられるが, 「不安」などの主観的な苦しみは一次判定では認識されない。しかし, 不安の強い患者に時間をかけて対話すべきことは臨床的原則である。「独居のため自分の身体状況について不安が強く, 介護者が自宅を去ろうとすると介護者を必ず呼びとめ話をしはじめる。このような状況に関し介護者の傾聴を要する」などの記載があってもよいと思われる。

3) 医療処置の必要性・通院などの介護の手間  
たとえば、「四肢をほとんど自分で動かさず寝返り不能で、頻回の痰吸引を要する経管栄養中の患者」などで一次判定が要介護「III」と低評価になる例がある。この背景には、「(寝たきりよりは)動けて転倒などをしうる人が危なく、より介護を要する」との発想で判定ソフトが作製されているらしいこと、吸引などの医療処置の手間が一次判定で評価されないこと、によると思われる。たとえば、「多発脳梗塞のために痰が咯出できず、常に痰が気管に存在する。痰が強く絡むと容易に酸素飽和度が低下する。介護者が昼夜を問わず定期的に吸引を行っているが、これは窒息防止のため不可欠」などと記載して介護必要性を明確にしたい。

外用薬使用などの介助必要性も一次判定では考慮されない。「腰痛に対し湿布が、足白癬に対し軟膏が処方されているが、巧緻運動障害のために、自力では貼ったり塗布できず、介助を要する」とか、「疼痛に対し、坐薬使用が1日2~3回必要だが、手の変形のため挿入できず介助を要する」などと記載したい。

そのほか、「通院」などの手間も一次判定で考慮されない。しかし、患者は一般に半日がかかりで通院を行う。「現在、整形外科と神経内科に月2回ずつ通院しており、受診にはそれぞれ1回あたり4~5時間を要する。この間の介助を要する」などの記載が望まれる。

4) 筋緊張の障害、振戦などの不随意運動など歩行可能なパーキンソン病患者などでは、筋力は比較的保たれていても、自宅で転倒を繰り返す人がある。このような麻痺とは異なる運動障害による危険性は、一次判定では一般に認識されない。これも Fig. 1 にその特徴を記してみた。

5) 臓器障害の介護への影響 認定調査では各動作が「できる」かどうか重点がおかれるが、実際には医療上の理由で、できることでも患者に

「行ってはいけない」と説明することもある。「呼吸不全のため安静を要し、息切れのない程度の屋内歩行に行動を制限している。したがって、外出時には、必ず介護者を付け、車いすなどを用いるべきで、そうでなければ呼吸不全の増悪を招きうる」などの記載で行動制限を明確にしたい。

6) 薬物効果・副作用の介護への影響 向精神薬などが、集中力を鈍らせたり、転倒・骨折リスクを高めることは広く知られる。たとえば、「老人性うつ病および頑固な不眠があり、抗うつ薬、眠薬を投与中。これらには、鎮静作用、筋弛緩作用があり、そのため転倒・骨折リスクが高まる。しかし、これらは医学的に必要なものであり、介護力を高めて対応すべき」などと記載したい。

7) 身体以外の要素 自宅の建物の構造や周囲の状況などで、介助を要する状況を書きたい。「歩行器歩行しているが、居室と廊下のあいだに段差があり、ここ1年間に数回その場所で転倒している。住宅改修が必要だが、それが行われるまで移動時介助を要する」、「自宅が丘の上であり、自宅周辺の階段および坂の歩行に介助を要する。とくに下り坂で転びやすい」などの記載が考えられる。

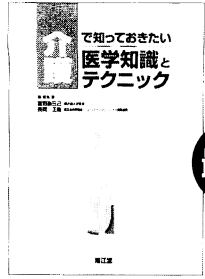
8) “できる ADL”ではなく“している ADL”  
たとえば、会社の通勤を全力疾走で行う人はいない。このように、人間は常に全力で生活するわけではないし、そもそも「全力での生活」は不可能である。ここに“できる ADL”ではなく“している ADL”を生活の中で評価することの決定的な意義がある。認定調査では、時間がかかっても、ある動作が可能であれば“できる”ことになる。あるテレビ番組で、ボタンのかけはずしを30分かけてできたので“できる”とするという認定調査を放映していたが、問題がある。その動作は実用的でないからである。実際その人が、ボタンが5つある服を1枚着るのに2時間半ずつかけて毎日服を着脱することはありえない。「ボタンのかけはず



しは1個あたり約30分かかるため、実際には嫁が衣服着脱を手伝う」とか、「ボタンの代わりにマジックテープを使用した服を用いて着脱」などと記載するのが正しいと思われる。

**参考文献**

- 1) 厚生省老人保健福祉局長：介護認定審査会の運営について、老発第597号、1999
- 2) 厚生省老人保健福祉局老人保険課：要介護認定二次判定変更事例集、2000
- 3) 厚生省老人保健福祉局企画課長：主治医意見書記入の手引き、老企第21号、1999
- 4) 日本医師会：H12年度介護保険対応意見書 Ver 1.5 コンパクトディスク、2000
- 5) 和田忠志：『特記すべき事』に介護の必要性をどう書くか、訪問看護と介護5(2)：96、2000
- 6) 日本医師会：主治医意見書記入マニュアル、日医会誌121(12)、1999



**介護で知っておきたい医学知識とテクニック**

●編集 富野康日己 順天堂大学教授・長岡正範 国立身体障害者リハビリテーション病院部長

要介護者の医学的な状態を正確に把握し、それに応じた的確な介護を実践するために必要な知識を網羅した。前半では人体の解剖・生理、高齢者に多く見られる疾患の病態など、介護にあたって身につけておきたい医学の基礎知識を簡潔な文章を用いながら十分に解説し、後半では介護現場で必要な介護・介助のテクニックをQ&Aで説明している。介護福祉士、ヘルパーをはじめ介護現場のスタッフに必携。

■B5判／198頁 定価(本体2,500円+税) 2002.2第1版

**最新刊**

**南江堂**