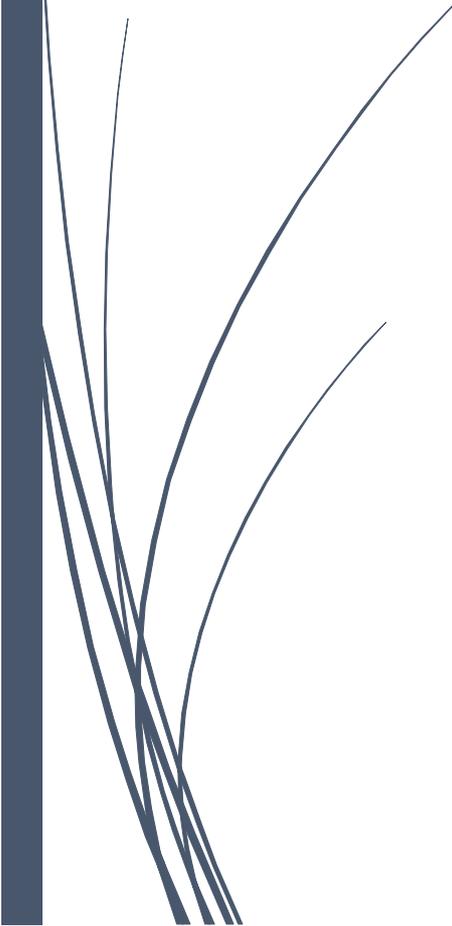
A dark blue vertical bar on the left side of the page, with a blue arrow pointing to the right, overlapping the text.

**要介護認定に係る病院医師等
医療従事者の理解促進事業
病院研修用動画活用マニュアル**

A dark blue vertical bar on the left side of the page, with several thin, curved lines extending from the bottom left towards the center.

大阪府・大阪府医師会

はじめに

我が国では、高齢者を社会全体で支えるという理念のもと、2000年（平成12年）に介護保険制度が始まり、22年目となりました。

大阪府における高齢化の状況は、医療および介護両方のニーズが高まる85歳以上人口が急速に増加し、団塊ジュニア世代が65歳以上となる2040（令和22）年頃に高齢者人口がピークを迎えるとされております。

主治医意見書は、介護保険制度の要介護認定においてその認定区分に影響をあたえる重要な資料です。主治医には、高齢者やその家族が希望の持てる日常生活を送れるよう、患者や家族と十分なコミュニケーションをとり介護が必要な状態についての評価を過不足なく適切に記載することが求められています。

そこで、大阪府医師会では大阪府からの委託を受け、主治医意見書がより正確かつ充実した記載となり、早期に保険者である市町村へ提出されるよう、3年間に亘り取り組んでまいりました。令和元年度は、主治医が患者の実生活に即した介護状況をアセスメントする際に必要な情報である日頃の生活状況を把握しやすくなるよう、大阪府版の主治医意見書問診票を作成いたしました。令和2年度は、「大阪府内の病院医師を対象とした『主治医意見書』に関する実態調査」を実施。病院における主治医意見書の提出遅延や記載不足の要因など、病院に勤務する医師のご意見をお聴かせいただき、その要因などについて考察いたしました。

令和3年度は、「要介護認定に係る病院医師等医療従事者の理解促進事業」を受託し、要介護認定理解促進会議および研修動画作成ワーキングを設置（最終ページに委員名を掲載）。病院医師等の要介護認定制度への理解を促進することにより、病院医師等医療従事者が退院支援において介護と連携した適切な要介護認定等の情報提供等が行われるとともに、主治医意見書を早期に提出され、円滑な要介護認定に資することを目的として、病院研修用の動画を作成いたしました。

本動画は大阪府医師会ホームページ（<https://www.osaka.med.or.jp/doctor/care.html>）にてご覧いただけます。病院をはじめとする各種機関において、研修やその他の機会を活用して一人でも多くの方にご覧いただきたく存じます。本動画の視聴により、主治医意見書をはじめとする介護保険制度への病院医師等医療従事者の理解が深まり、高齢者の生活、ひいては国民の福祉の向上に繋がっていけば幸甚です。

令和4年3月

一般社団法人 大阪府医師会
会長 茂松茂人

「介護保険制度・認定審査について」

大阪府医師会介護・高齢者福祉委員会委員

小田医院院長

小田 真

大阪府事業

「令和3年度要介護認定にかかる
病院医師等医療従事者の理解
促進事業」

大阪府医師会作成動画

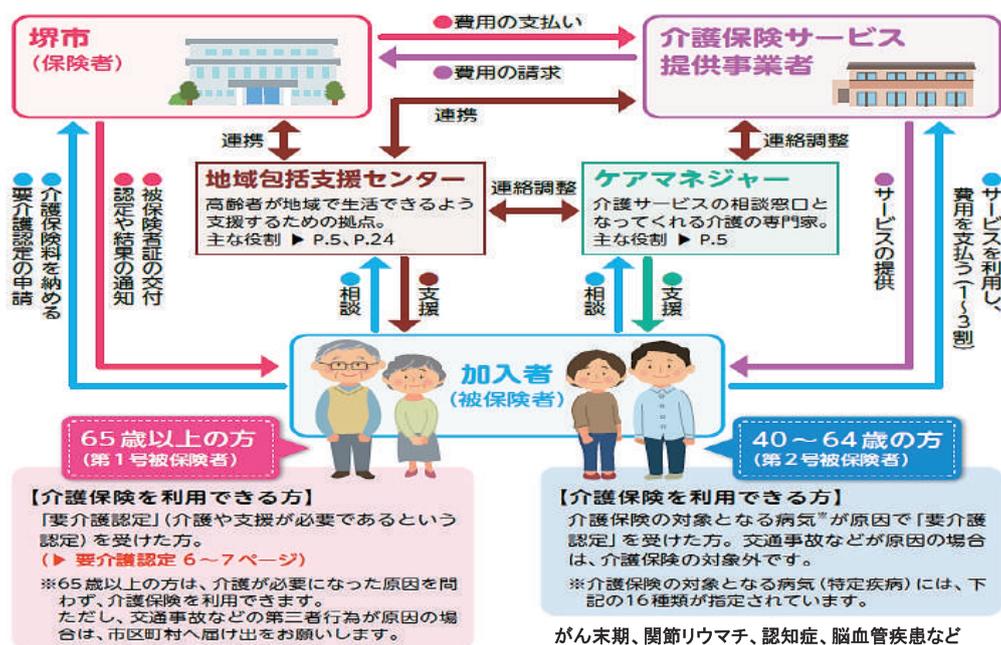
スムーズな退院のために

知っておきたい

介護保険のしくみ



介護保険のしくみ

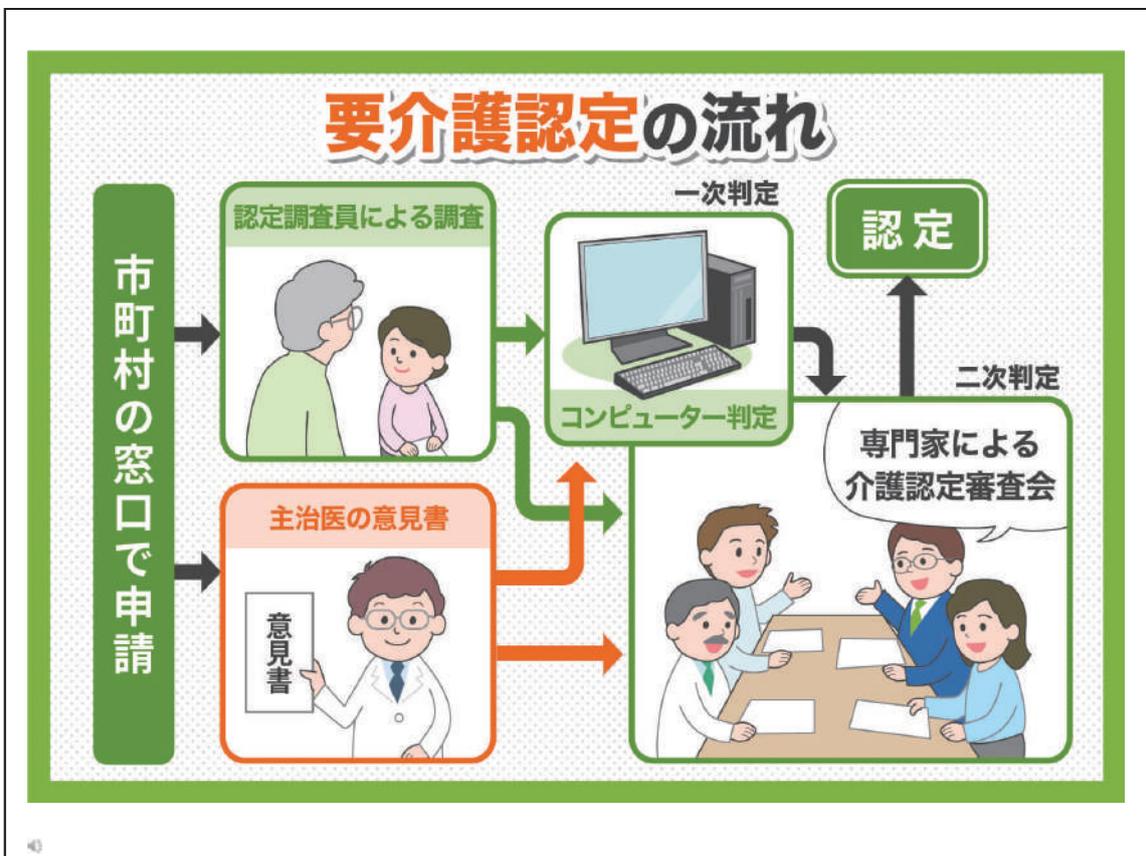
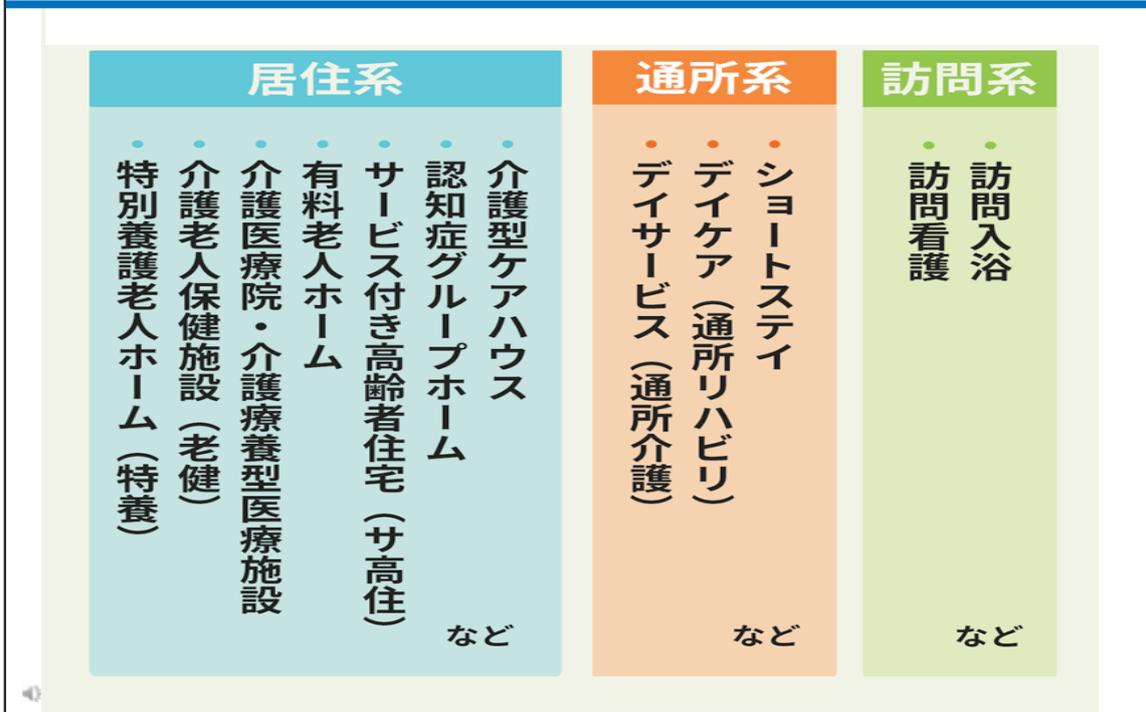


堺市ホームページ：令和3年度版ともにはぐくむ介護保険より

介護サービスの種類



居住系の介護サービス



「必要となる介護の量」をどのように測るか？

- 「必要となる介護の量」すなわち「介護の手間」は、必要な介護を提供するのに必要な時間「介護の時間」であらわされる。
- 個々の申請者の「介護の時間」を実際に測定することは難しい。
- 申請者の「心身の状態」や「介助の方法」などは、観察や聞き取りで客観的に把握することができる。



「心身の状態」や「介助の方法」から
「介護の時間」を推計するソフト

||
一次判定ソフト

令和2年度厚生労働省要介護認定適正化事業認定調査員能力向上研修会資料より

要介護度は「要介護認定等基準時間」で決まる

- 「介護の時間」＝「要介護認定等基準時間」
- 「要介護認定等基準時間」を基準時間に基づき6段階に分類したものが要介護度（要支援2は状態像で分類）
- 厳密には、要介護度の定義は「要介護認定等基準時間」のみであり、**定性的な定義は存在しない**。

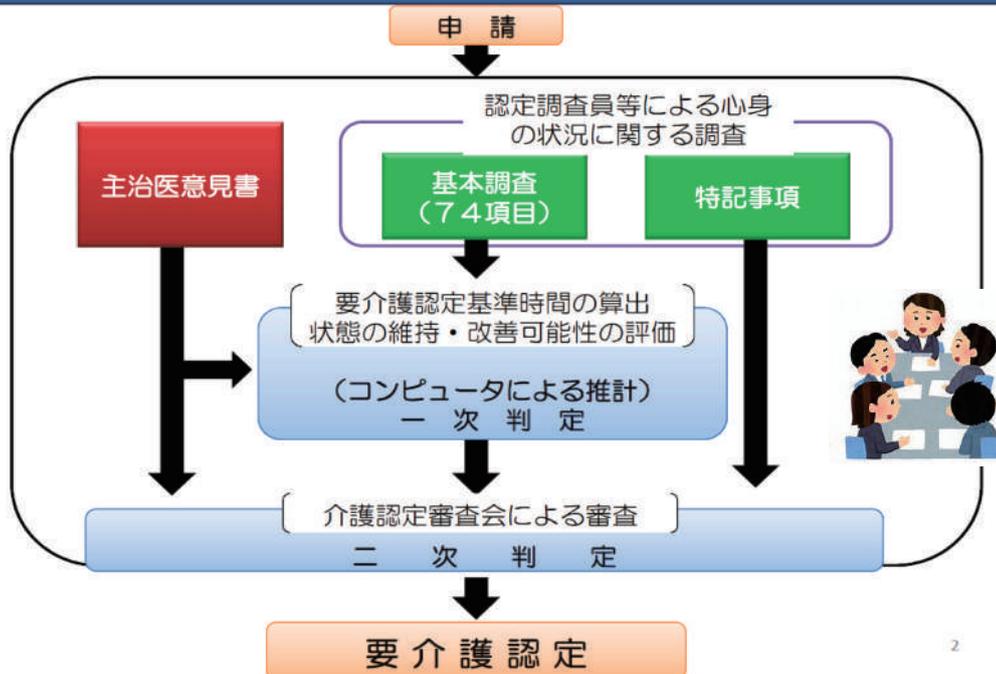
要介護認定等基準時間	要介護度
25分未満	非該当
25分以上32分未満	要支援1
32分以上50分未満	要支援2／要介護1
50分以上70分未満	要介護2
70分以上90分未満	要介護3
90分以上110分未満	要介護4
110分以上	要介護5

令和2年度厚生労働省要介護認定適正化事業認定調査員能力向上研修会資料より

介護度と提供可能サービス

区分	要介護・要支援認定の目安	利用できる在宅サービスの目安
軽 介護予防 ↓ 介護 ↓ 重	要支援1 日常生活の一部について介助を必要とする状態 入浴や掃除など、日常生活の一部に見守りや手助けなどが必要。	週2～3回 ・週1回の介護予防訪問介護 ・介護予防通所サービス
	要支援2 生活の一部について部分的に介護を必要とする状態 食事や排泄など、時々介助が必要。立ち上がりや歩行などに不安定さがみられることが多い。この状態のうち、介護予防サービスにより状態の維持や改善が見込まれる人は要支援2。	週3～4回 ・週2回の介護予防訪問介護 ・介護予防通所サービス
	要介護1 軽度の介護を必要とする状態 食事や排泄に何らかの介助が必要。立ち上がりや歩行などに何らかの支えが必要。	1日1回程度のサービス ・週3回の訪問介護・週1回の訪問看護 ・週2回の通所系サービス
	要介護2 中等度の介護を必要とする状態 食事や排泄に一部介助が必要。入浴などに全面的に介助が必要。片足での立位保持ができない。	1日1～2回程度のサービス ・週3回の訪問介護・週1回の訪問看護 ・週3回の通所系サービス
	要介護3 重度の介護を必要とする状態 食事に一部介助が必要。排泄、入浴などに全面的な介助が必要。両足での立位保持ができない。	1日2回程度のサービス ・週2回の訪問介護・週1回の訪問看護 ・毎日1回、夜間の巡回型訪問介護
要介護4 最重度の介護を必要とする状態 日常生活を遂行する能力は著しく低下し、日常生活全般に介護が必要。意思の伝達がほとんどできない。	1日3～4回程度のサービス ・週5回の訪問介護・週2回の訪問看護 ・毎日2回、早朝夜間の巡回型訪問介護	

要介護認定の流れ



厚生労働省 要介護認定の仕組みと手順 <https://www.mhlw.go.jp> より

主治医意見書を記載しやすくするために

記載医師に多職種の情報が伝わる仕組みづくり

本人の入院前の生活状況・家庭環境を知る

医療クラーク：家族やケアマネジャーなどから聴取

主治医意見書問診票の利用

院内の多職種の本人に対する評価を知る

- 看護師：療養生活における看護全般
- リハビリ職：身体機能や介助方法など
- 社会福祉士：制度利用や生活上の心配事

介護保険の要介護認定・要支援認定を申請される方へ(問診票記入のお願い)

- この問診票は、介護保険の要介護認定・要支援認定に必要な「主治医意見書」を正確に記載するため参考にするものです。日頃の様子や状態をわかる範囲でお答えください。
- 質問の内容がわからないところは、無理に記入しなくて結構です。わかる質問のみご記入のうえ、できるだけ早く主治医(かかりつけ医)にご提出ください。
- 必要に応じて、電話での質問や外来への受診をお願いします。
- 問診票に記載のある個人情報については、介護保険・主治医意見書を作成する目的以外に使用することはありません。 次院医・大病院医師会

主治医意見書問診票

記入日 年 月 日

わかる質問のみご記入ください。質問の内容がわからないところは、無理に記入しなくて結構です。□には、し印をお願いします。

申請者本人(認定を受けられる方)のお名前	問診票を書いていた方のお名前(申請者本人の場合は記入不要です)
性別	性別
氏名 (口男 口女)	氏名
生年月日 年 月 日	本人との続柄 口夫 口妻 口子 口兄弟姉妹 口その他()
電話	電話
同居家族の有無 口同居なし 口同居あり	口夫 口妻 口子 口兄弟姉妹 口その他()
ケアマネジャーを依頼している場合は記入ください	事業所名 電話
今回の介護保険申請について教えてください。(更新・区分変更の場合は、現在の介護度を○で囲んでください。)	口新規 口更新 口区分変更 現在の介護度 (要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5)
在宅で介護する上で困っていることを教えてください。	口状態の悪化 口介護者の負担が大きい 口物忘れの進行 口その他()
現在、他に治療を受けている病院・診療所はありますか?	病院・診療所名 () ()
診療科目(わかれば記入ください)	内科 精神科 外科 整形外科 脳神経外科 皮膚科 泌尿器科 消化器科 眼科 耳鼻咽喉科 口腔顎顔面外科 歯科 理学療法士 作業療法士 言語聴覚士 放射線科 検査科 薬剤科 看護科 理学療法士 作業療法士 言語聴覚士 放射線科 検査科 薬剤科 看護科 理学療法士 作業療法士 言語聴覚士 放射線科 検査科 薬剤科 看護科

1. 療病について

主に介護が必要になった原因の療病は何ですか?(わかれば記入ください)	原因の療病名	おおよその年月だけでも構いません	いつ頃	年	月	日頃	不明
上記のほかに、今までにかかった大きな病気などについて記入してください。	療病名()	おおよその年月だけでも構いません	いつ頃	年	月	日頃	不明
病気の名称(例えば、骨折、心臓発作(心臓発作)、糖尿病(ぜんそく)など)、手術をしたかどうか	療病名()	おおよその年月だけでも構いません	いつ頃	年	月	日頃	不明

次の3-(1)、3-(2)、3-(3)、3-(4)の質問は、物忘れの程度などを判断するうえで重要な内容です。答えられる範囲でご記入ください。

3-(1) 日常生活の状態について

日常生活の状態についておたずねします。該当する項目に□にし印を付けて、下の「おたずね」についても選択してください。

□ からだの不自由さはありません。	
□ 少しからだは不自由ですが、日常生活はほぼ自立しており、一人で外出できます。	J1
□ 1. 電車、バスを利用して出かけることができます。	J2
□ 2. とおり道へなら外出できます。	
□ 家の中では、おおむね自立していますが、一人では外出できません。	A1
□ 1. 日中はベッドや椅子から出て生活し、誰かと一緒に外出できます。	A2
□ 2. 日中も寝たり起きたりの生活で、ほとんど外出しません。	
□ 家の中の生活でも誰かの手助けが必要で、ベッドの上で過ごす時間は長いもの居ることができます。	B1
□ 1. 自ら車椅子(車いす)に乗り、食事、排泄(はいせつ)はベッドから離れて行きます。	B2
□ 2. 誰かの手助けがないと車椅子(車いす)に乗ることができません。	
□ 一日中ベッドの上で生活し、食事、排泄(はいせつ)、着替えの時に手助けがいらします。	C1
□ 1. 自分の方で、嚥下(えんげ)を行うことができます。	C2
□ 2. 誰かの手助けがないと、嚥下(えんげ)ができません。	

3-(2) 覚醒や記憶について

つい先程のことを忘れてしまうことがありますか? □はい □いいえ

日常生活で、物事を自分で決める(判断)することができますか?	□決めることができる □毎日の生活(いごと)以外に多少の判断がある □毎日の生活(いごと)にも判断が必要 □決めることがほとんどできない
自分自身でほいこと、ほしくないことは、きちんと伝えられますか?	□伝えられる □はいはいは伝えられるが多少の困難がある □時々伝えられるが言葉・排泄(はいせつ)など基本的なことに限られる □ほとんど伝えられない

介護保険の主治医意見書

正確かつ充実した記載

と 迅速な提出 を

よろしくお願いいたします

※ なお、市町村によって、主治医意見書問診票の配布方法や様式が異なる場合がありますのでご確認をお願いします。

大阪府事業

「令和3年度要介護認定にかかる
病院医師等医療従事者の理解促進事業」

動画作成：大阪府医師会

出典

- ・ 堺市ホームページ：令和3年度版とものほぐくむ介護保険
- ・ 令和元年度要介護認定都道府県等職員研修資料
- ・ 令和2年度厚生労働省要介護認定適正化事業
認定調査員能力向上研修会資料

一部改編

「病院における介護保険主治医意見書の作成について」

森之宮病院診療部医療社会事業課副部長

大阪医療ソーシャルワーカー協会理事 藤井由記代

介護保険主治医意見書の作成について

介護保険主治医意見書は、診断書ではありません。
介護を要する状況を伝えるための意見書です。

～病院医師ならではの、主治医意見書の作成のポイント～

事例①：A子さん 80歳 夫と2人暮らし

入院前

夫が妻の認知症・筋力低下を心配
デイケア利用を勧めていた



屋内段差の解消など、
ケアマネジャーとも相談

要介護1

1日1回何らかのサービス
を利用できる程度

入院：退院時の見通し

排泄・更衣・入浴など、
ほとんどのADLに介助を要する状態で
退院される可能性あり…



骨折して入院

退院後の暮らしに備え、早期に
介護認定の区分変更を申請。

要介護1のサービス利用では、
夫と共倒れになるリスクあり

退院



下記プランにより、

再骨折・リハビリ継続・共倒れを予防

- ・毎日の訪問サービス利用
(ヘルパー・看護・リハビリ)
- ・週3回のデイケア
- ・住宅改修・車いすレンタル

要介護4

退院に間に合うように、
適した認定結果を取得できた。

入院中の主治医意見書が、退院後の生活再建に大きく影響します

介護認定は、訪問調査と介護保険主治医意見書をもとに、
介護認定審査会（医師・看護師・介護支援専門員等）で決定されます。



「必要な医療・ケア」「状態悪化のリスク」に加え、
「介護の手間」を審査員に伝える意見を記載しましょう。
病院では、下記を是非ご活用ください。



院内多職種の見解を反映する

		
看護師： 療養生活における看護全般	社会福祉士： 制度利用や生活上の心配事	リハビリ： 身体機能やリハビリ意見など

記載者※に多職種情報が伝わる仕組み

※医師・医師事務作業補助者等

入院前の生活状況・家庭環境の反映



家庭環境や病前の
介護環境や介護不安は
家族やケアマネジャー
から聴取します

・入院時連携シート・
主治医意見書問診票の積極的な活用

ケアプランに反映させてほしい意見を記載できます

例) ケアマネジャーから求められる意見に備えて
車イス・介護ベッドをレンタルするとき

別途意見書の提示を求められる

ケアマネジャーのプランによりレンタルできる

← 要支援1 要支援2 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5 →



5. 特記すべき事項

要介護認定及び介護サービス計画作成時に必要な医学的など意見等を見守りに影響を及ぼす疾病の状況等の留意点を含め記載して下さい。特に、介護に要する手間に影響を及ぼす事項について記載して下さい。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。（情報提供書や障害者手帳の申請に用いる診断書等の写しを添付して頂いても結構です。）

・屋内外での転倒歴があり、骨折するリスクが高い。
介護ベッドの利用・屋外では車椅子の利用が必要である。

事例②：B子さん 退院日の夜間に119通報し、再入院。

入院前

心不全

同居する息子は夜勤。
患者は夜間に不安を訴え、
何度か救急搬送されていた。

認知機能の低下あり。

患者の施設入所を考え、
介護保険を申請した。



入院

入院：病院ではスタッフと談笑して過ごし、気になる認知症状もなかったが、

自宅生活への不安「ずっと入院したい」と話していた。

主治医意見書には、心不全の病状を記載。

認知症・介護への意見は記載せず。

結果、要支援1



退院

退院

退院した日の夜、
不安が募り、119通報。

再入院

再入院

患者・息子ともに
施設退院を希望したが、
要支援1で介護保険施設の利用
は困難。

区分変更を行った。



☆主治医意見書に、

夜間の見守り介護困難・意欲低下・認知機能の低下等による
不安症状の増大などを記載できれば、

要介護の認定・施設入所を検討できた事例。

患者の状態に適した主治医意見書の提出は、患者の暮らしに直結します！

適した介護認定がないとき



- ・ 必要な介護サービスに介護保険を利用できません。
- ・ 家族の介護疲れなどにより、療養生活が破綻するリスクが高まります。
- ・ 必要なケアを継続できず、病態悪化につながります。

適した介護認定があるとき



- ・ 適した介護サービスを利用できる可能性が高まります。
- ・ 退院後の療養生活の安心感が高まります。
- ・ 必要なケアを継続できる体制を構築しやすくなります。

病院全体で、患者に適した介護保険主治医意見書を作成できる仕組みを。
医師事務作業補助者・多職種・かかりつけ医・家族やケアマネジャー…
医師以外との協働も視野に入れましょう。



介護保険主治医意見書が、 病院運営に直結していることは理解されていますか？！

• 速やかな意見書の作成

↓
• 速やかな退院支援

↓
• 在院日数の短縮

↓
• 速やかな新患の確保

治療終了や病状安定を待たずに
作成しても構いません。

• 適した意見書の作成

↓
• 適した退院支援

↓
• 再入院率の減少

↓
• 新たな新患の確保

他科の疾患も含め、介護を要する
背景も記載してください

• 適した意見書の作成

↓
• 病院と地域の信頼関係

↓
• 地域における病院の存在
意義

↓
• 病院経営の安定

判読できる文字で
お願いします



地域から「〇〇病院は意見書の提出が遅い」「意見書の内容がひどい」
などの声が聞かれることも… 病院としての取組が期待されています。

(別添3)

主治医意見書

記入日 令和 年 月 日

申請者	(ふりがな) -----	男 ・ 女	〒 _____
	明・大・昭 年 月 日生(歳)		連絡先 ()
上記の申請者に関する意見は以下の通りです。			
主治医として、本意見書が介護サービス計画作成等に利用されることに		<input type="checkbox"/> 同意する。 <input type="checkbox"/> 同意しない。	
医師氏名 _____		電話 () _____	
医療機関名 _____		FAX () _____	
医療機関所在地 _____			
(1) 最終診察日	令和 年 月 日		
(2) 意見書作成回数	<input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 2回目以上		
(3) 他科受診の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合)→ <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input 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 type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> その他()		

1. 傷病に関する意見

(1) 診断名 (特定疾病または生活機能低下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. _____	発症年月日	(昭和・平成・令和	年 月 日頃)
2. _____	発症年月日	(昭和・平成・令和	年 月 日頃)
3. _____	発症年月日	(昭和・平成・令和	年 月 日頃)
(2) 症状としての安定性 <input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不明			
〔「不安定」とした場合、具体的な状況を記入〕			
(3) 生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容 (最近(概ね6ヶ月以内)介護に影響のあったもの 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)			

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) <input type="checkbox"/> 褥瘡の処置				
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	
・障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2
・認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <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) 認知症の中核症状 (認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)	
・短期記憶	<input 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 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 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
(3) 認知症の行動・心理症状 (BPSD) (該当する項目全てチェック: 認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)	
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<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()
(4) その他の精神・神経症状	
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	→ 症状名: _____
〔専門医受診の有無 <input type="checkbox"/> 有 (科) <input type="checkbox"/> 無〕	

(5) 身体の状態

利き腕 (□右 □左) 身長= cm 体重= kg (過去6ヶ月の体重の変化 □ 増加 □ 維持 □ 減少)

□四肢欠損 (部位: _____)

□麻痺 □右上肢 (程度: □軽 □中 □重) □左上肢 (程度: □軽 □中 □重)
 □右下肢 (程度: □軽 □中 □重) □左下肢 (程度: □軽 □中 □重)
 □その他 (部位: _____ 程度: □軽 □中 □重)

□筋力の低下 (部位: _____ 程度: □軽 □中 □重)

□関節の拘縮 (部位: _____ 程度: □軽 □中 □重)

□関節の痛み (部位: _____ 程度: □軽 □中 □重)

□失調・不随意運動 ・上肢 □右 □左 ・下肢 □右 □左 ・体幹 □右 □左

□褥瘡 (部位: _____ 程度: □軽 □中 □重)

□その他の皮膚疾患 (部位: _____ 程度: □軽 □中 □重)

4. 生活機能とサービスに関する意見

(1) 移動

屋外歩行 □自立 □介助があればしている □していない

車いすの使用 □用いていない □主に自分で操作している □主に他人が操作している

歩行補助具・装具の使用(複数選択可) □用いていない □屋外で使用 □屋内で使用

(2) 栄養・食生活

食事行為 □自立ないし何とか自分で食べられる □全面介助

現在の栄養状態 □良好 □不良

→ 栄養・食生活上の留意点 (_____)

(3) 現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とその対処方針

□尿失禁 □転倒・骨折 □移動能力の低下 □褥瘡 □心肺機能の低下 □閉じこもり □意欲低下 □徘徊

□低栄養 □摂食・嚥下機能低下 □脱水 □易感染性 □がん等による疼痛 □その他 (_____)

→ 対処方針 (_____)

(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し

□期待できる □期待できない □不明

(5) 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。予防給付により提供されるサービスを含みます。)

□訪問診療 □訪問看護 □訪問歯科診療 □訪問薬剤管理指導

□訪問リハビリテーション □短期入所療養介護 □訪問歯科衛生指導 □訪問栄養食事指導

□通所リハビリテーション □老人保健施設 □介護医療院 □その他の医療系サービス(_____)

□特記すべき項目なし

(6) サービス提供時における医学的観点からの留意事項 (該当するものを選択するとともに、具体的に記載)

□血圧 (_____) □摂食 (_____) □嚥下 (_____)

□移動 (_____) □運動 (_____) □その他 (_____)

□特記すべき項目なし

(7) 感染症の有無 (有の場合は具体的に記入して下さい)

□無 □有 (_____) □不明

5. 特記すべき事項

要介護認定及び介護サービス計画作成時に必要な医学的なご意見等を見守りに影響を及ぼす疾病の状況等の留意点を含め記載して下さい。特に、介護に要する手間に影響を及ぼす事項について記載して下さい。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。(情報提供書や障害者手帳の申請に用いる診断書等の写しを添付して頂いても結構です。)

主治医意見書記入要点

〈令和4年3月〉

主治医意見書

“主治医意見書の完成日”を記入されたい。

記入日 令和 年 月 日

申請者	(ふりがな)	男 女	施設・病院等に入所・入院している場合は、施設等名、所在地、電話番号を記入されたい。なお、医療機関における病床の種別（精神病床等）や障害福祉サービス（グループホーム等）等、調査対象者の状況について、介護の必要性を判断する際に参考となる事項についても記入されたい。
	明・大・昭 年 月 日生(歳)		

上記の申請者に関する意見は以下の通りです。

主治医として、本意見書が介護サービス計画作成等に利用されることに 同意する。 同意しない。

医師氏名 _____ 必ず医師本人が自署されたい。
 医療機関名 _____
 医療機関所在地 _____

医師からケアマネジャーに医療情報を積極的に提供するという観点から、格段の理由がなければ、“同意する”にチェックされたい。申請者本人の同意は申請段階で確認されており、主治医には「守秘義務」に関する問題は生じない。

(1) 最終診察日	令和 年 月	最後に診察した日を記入。できるだけ直近の情報を提供されたい。
(2) 意見書作成回数	<input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 2回目以上	
(3) 他科受診の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合)→ <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input 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 type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> その他 ()	

1. 傷病に関する意見

不明の場合は「無」とし、「有」の場合は必ずその診療科を記入されたい。

(1) 診断名(特)	診断名(特定疾病または生活機能低下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	発症年月日
1.	_____	発症年月日(昭和・平成・令和 年 月 日頃)
2.	_____	発症年月日(昭和・平成・令和 年 月 日頃)
3.	_____	発症年月日(昭和・平成・令和 年 月 日頃)

(2) 症状としての安定性 安定 不安定 不明

(「不安定」とした場合、具体的な状況を記入)

(3) 生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容
 (最近(概ね6ヶ月以内)介護に影響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)

①日常生活活動の低下、外出や社会参加の機会の減少、家庭内での役割の喪失や配偶者との死別や転居等、生活機能低下を引き起こしている要因を具体的に記入されたい。②投薬については、睡眠、排泄、疼痛の改善等、生活の安定や介護に影響する薬がある場合は、服薬方法、見守りの必要性など介護上、特に留意すべき点を整理して記入されたい。③意識障害がある場合は、その状況についても具体的に記入されたい。

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"/> レスビーター <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) <input type="checkbox"/> 褥瘡の処置
失禁への対応	<input type="checkbox"/> カテーテル(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

作成日から起算して、過去14日間に看護職員等が行った診療補助行為(医師が行った場合を含む)について判断されたい。看護の度合いの把握であり、関節内注射など「医師でなければ行えない行為」や、処方された湿布薬を貼付するなど「家族または本人が行った行為」は含まれない。また継続して実施されているもののみを対象とする。

(1) 日常生活の自立度等について

・障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度) 自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2

・認知症高齢者の日常生活自立度 自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M

(2) 認知症の中核症状(認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)

・短期記憶 問題なし 問題あり

・日常の意思決定を行うための認知能力 自立 いくらか困難 見守りが必要 判断できない

・自分の意思の伝達能力 伝えられる いくらか困難 具体的要求に限られる 伝えられない

認知症の中核症状の3項目は、一次判定に反映されるため必ず記入されたい。

(3) 認知症の行動・心理症状(BPSD) (該当する項目全てチェック: 認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)

無 有 { 幻視・幻聴 妄想 昼夜逆転 暴言 暴行 介護への抵抗 徘徊
 火の不始末 不潔行為 異食行動 性的問題行動 その他 ()

(4) その他の精神・神経症状

無 有 [症状名: _____] 専門医受診の有無 有 () 無

人権に配慮した記入をされたい。

4種類以上ある場合は、「5. 特記すべき事項」欄に記入されたい。

作成料の区分に使われる項目で、申請者に対する作成回数で記入。申請者にとっては2回目以降の申請であったとしても、医師として初めてその申請者の意見書を作成する場合には、「初回」になる。一旦中断していた場合(認定の有効期間の満了、他医での作成等)であっても、再度意見書の作成を依頼された場合(復活)は、「2回目以上」となる。また、同一医療機関内であれば、主治医が変わっても「2回目以上」となる。

○記入等にあたっては次の点について、特段の注意を払われたい。

- ① 申請者の人権に配慮した語句・表現などを使用されたい。法令の改正により、病名等が変更されているので注意されたい。
- ② 病院名などの固有名詞や「前回と同じ」の表現は使用しない。
- ③ 略語や外国語・難解な医学専門用語の使用は避けて、平易にわかりやすく記入されたい。
- ④ ケアマネジャーは、「主治医意見書」の内容から現在及び今後発生する可能性が高い状態を想定してケアプラン（介護サービス計画）を作成するので、「主治医」とケアマネジャーとの連携に重要な役割を持つことを認識して記入されたい。
※詳細は、「主治医意見書マニュアル」を参照されたい。

1. 傷病に関する意見

(1) 診断名

- ① 診療開始日ではなく発症年月日を記入し、不明確な場合はおおよその年月を、全く不明の場合は「不詳」とされたい。
- ② 第2号被保険者（満40歳以上65歳未満）の場合は、生活機能低下等の直接の原因となっている疾病が、がん末期・パーキンソン病・脳血管疾患などの政令で定められた16の「特定疾病」に該当する必要がある。
※ **生活機能**とは、身体や精神の働きである「心身機能」、ADL（日常生活行為）、外出、家事、職業等に関する生活行為全般である「活動」、家庭や社会での役割を果たすことである「参加」を含む包括概念である。

(2) 症状としての安定性

脳卒中や心疾患、外傷等の急性期であったり、急激な変化が見込まれ、積極的な医学的管理を必要とすることが予想される場合は「不安定」を選択し、具体的な状況を記入されたい。症状に日内変動や日差変動がある疾病については、家族や介護者からの情報にも十分に留意されたい。

(3) 生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容

生活機能低下の状況がわかるような傷病の経過や、関連する状況などについて記入されたい。
※二次判定の重要な根拠となることに留意して記入されたい。

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）

該当する口にレ印を付けられたい。

3. 心身の状態に関する意見

該当する口にレ印を付けられたい。

(1) 日常生活の自立度等について

・障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）の判定基準（判定の流れは、3頁の「表1」を参照）

- <ポイント>・原則として、移動に関わる状態像に着目し、あわせて排泄、食事、着替に着目して判定されたい。
- ・能力があるにもかかわらず行っていない状況にあるときは、能力に応じて判定されたい。
 - ・補装具、車いす等を使用している場合は、使用している状態で判定されたい。
 - ・認知症により指示を理解できないため、移動や食事を行うことができない場合であっても身体の状態のみに着目して判定されたい。

・認知症高齢者の日常生活自立度の判定基準（判定の流れは、3頁の「表2」を参照）

- <ポイント>・意思疎通の程度、見られる症状、行動に着目して判定されたい。
- ・評価に当たっては、家族等の介護者からの情報も参考にされたい。
 - ・認知症の程度の医学的判定とは必ずしも一致するものではないことに留意されたい。

(2) 認知症の中核症状（認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む）

- ・ **短期記憶**：新しい出来事を覚えられなくなり、つい先ほどのこともすぐに忘れてしまうことを意味するが、家族等からできる限り日常の様子を聞くことが大切である。

・日常の意思決定を行うための認知能力（要約）

自立	日常生活において首尾一貫した判断をすることができる。
いくらか困難	新しい課題や状況に際して、判断が多少困難。
見守りが必要	毎日の日課にも、合図や見守りが必要。
判断できない	ほとんどまたは全く判断できない。

・自分の意思の伝達能力（要約）

伝えられる	考えを容易に表現し、相手に理解させることができる。
いくらか困難	考えをまとめるのに多少の困難がある。
具体的要求のみ	時々伝えられるが、基本的な要求に限られる。
伝えられない	ほとんど意思を伝えられない。

(3) 認知症の行動・心理症状 (BPSD) (該当する項目全てチェック: 認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)
 認知症の経過中に生じてくる様々な精神症状のことであり、認知症の一次障害である主症状 (中核症状) よりも、二次障害である行動・心理症状 (BPSD) の方が認知症の介護を困難なものにする場合がある。該当する口にレ印を付けられたい。

(4) その他の精神・神経症状

認知症以外の失語、構音障害 (ろれつが回らない)、せん妄、傾眠傾向、失見当識、失認、失行などの精神・神経症状があれば記入されたい。

表 1 <障害高齢者の日常生活自立度 (寝たきり度) の判定の流れ>

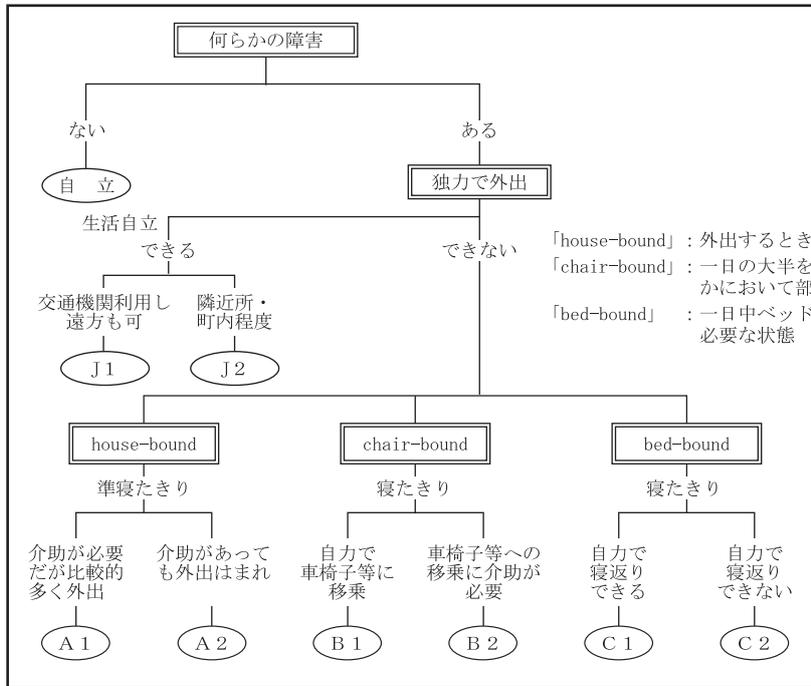
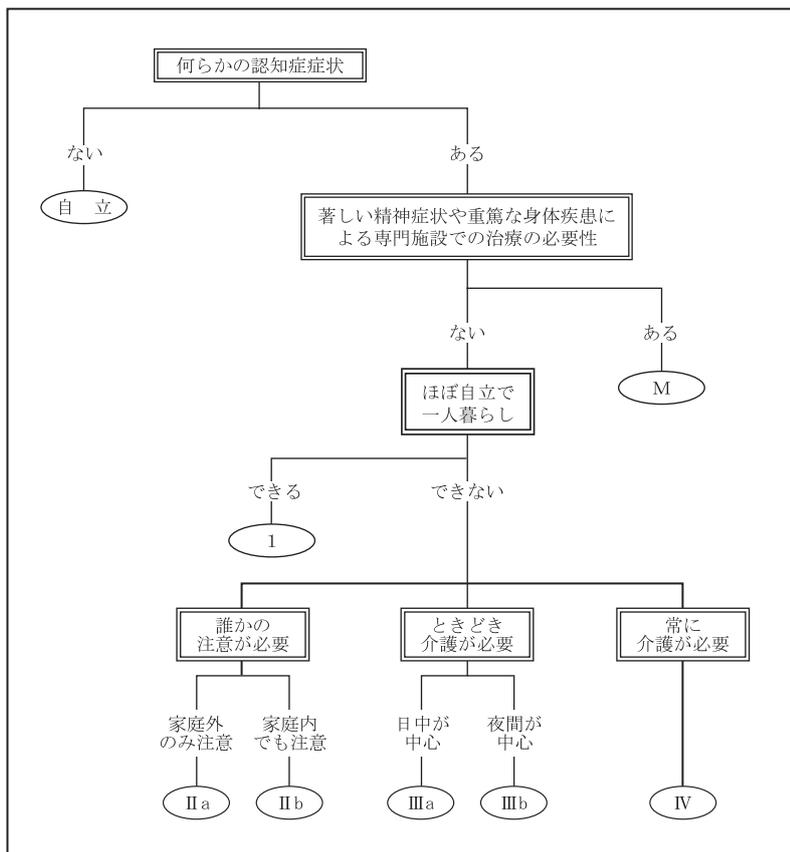


表 2 <認知症高齢者の日常生活自立度の判定の流れ>



※参考「外来時の対応」

～厚生労働省「認知症サポート医養成研修・診断編」
 資料より抜粋・編集

【初診時】

- **本人が一人で受診した場合**
 - ・もの忘れの訴えをむやみに否定しないで相談にのり、状況に応じて精査するか、専門医に紹介する。
- **家族と一緒に受診した場合**
 - ・本人が受診について納得している場合は、通常の手順で診察する。
 - ・本人が十分納得していない場合は、まず本人とゆっくり話して気持ちを聴き、診察の同意を得てから診察する。

【通院中】

- **かかりつけ医が本人の様子で気づいた場合**
 - ・家族などから情報を集めて、本人の了解を得た上で精査するか、専門医に紹介する。

利き腕

介護の手間を考える上で、必ず記入されたい。

身長・体重

移乗、入浴介護等、介護の手間を考える上で必要となる。体重の変化は、栄養状態の把握の目安となる。

(5) 身体の状態

利き腕 (右 左) 身長 = cm 体重 = kg (過去 6 ヶ月の体重の変化 増加 維持 減少)

四肢欠損 (部位 : _____) **3%程度の増減が目安**

麻痺 右上肢 (程度 : 軽 中 重) 左上肢 (程度 : 軽 中 重)

筋力の低下 (部位 : _____ 程度 : 軽 中 重)

関節の拘縮 (部位 : _____ 程度 : 軽 中 重)

関節の痛み (部位 : _____ 程度 : 軽 中 重)

失調・不随意運動 ・ 上肢 右 左 ・ 下肢 右 左 ・ 体幹 右 左

褥瘡 (部位 : _____ 程度 : 軽 中 重)

その他の皮膚疾患 (部位 : _____ 程度 : 軽 中 重)

①過去6ヶ月程度の体重の維持(概ね3%未満)、②BMI<体重(kg)/身長(m)²>18.5以上、③血清アルブミン値が明らかである場合には3.5g/dlを上回る—の3項目全てが該当する状態。
上記指標が入手できない場合には、食事行為、食事摂取量、食欲、顔色や全身状態(浮腫、脱水、褥瘡などがない状態)から、総合的に栄養状態が良いと判断される状態。これ以外は「不良」となる。

4. 生活機能とサービスに関する意見

(1) 移動
 屋外歩行 自立 介助があげられている していない
 車いすの使用 用いていない 主に自分で操作している 主に他人が操作している
 歩行補助具・装具の使用(複数選択可) 用いていない 屋外で使用 屋内で使用

(2) 栄養・食生活
 食事行為 自立ないし何とか自分で食べられる 全面介助
 現在の栄養状態 良好 不良
 → 栄養・食生活上の留意点 (**食事の項目は一次判定に反映されるため必ず記入されたい。**)

(3) 現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とその対処方針
 尿失禁 転倒・骨折 移動能力の低下 褥瘡 心肺機能の低下 閉じこもり 意欲低下 徘徊
 低栄養 摂食・嚥下機能低下 脱水 易感染性 がん等による疼痛 その他 ()
 → 対処方針 ()

(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し
 期待できる 期待できない **現在の状態から概ね3~6ヶ月、介護保険サービスやその他の高齢者に対するサービスを利用した場合の生活の維持改善の見通しを記入されたい。**

(5) 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ください。)
 訪問診療 訪問看護 訪問歯科診療 訪問薬剤管理指導
 訪問リハビリテーション 短期入所療養介護 訪問歯科衛生指導 訪問栄養食事指導
 通所リハビリテーション 老人保健施設 介護医療院 その他の医療系サービス ()
 特記すべき項目なし

(6) サービス提供時における医学的観点からの留意事項 (該当するものを選択するとともに、具体的に記載)
 血圧 () 摂食 () 嚥下 ()
 移動 () 運動 () その他 ()
 特記すべき項目なし

(7) 感染症の有無 (有の場合は具体的に記入して下さい)
 無 有 () 不明

5. 特記すべき事項

他の項目で記入しきれなかったことなどを記入されたい。

要介護認定及び介護サービス計画作成時に必要な医学的なご意見等を見守りに影響を及ぼす疾病の状況等の留意点を含め記載して下さい。特に、介護に要する手間に影響を及ぼす事項について記載して下さい。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。(情報提供書や障害者手帳の申請に用いる診断書等の写しを添付して頂いても結構です。)

- ①特記すべき事項に追加することがない場合
例・特記すべきことはない。
- ②介護認定審査会委員に対して情報を伝える目的の場合
例・パーキンソン病の症状の日内変動が著しい。
・めまいによって不安感が増強されている。
- ③ケアマネジャーに対して情報を伝える目的の場合
例・日中独居であり、デイサービスの利用が望ましい。
・左半身完全麻痺のため、座位保持が困難で、移動、入浴等は全介助が必要である。
・認知症の進行により、家中に閉じこもりがちのため、通所サービスによる社会との接触が必要である。
・介護への抵抗、昼夜逆転が頻発し、在宅介護は限界に来ている。
- ④申請者の情報提供を希望する場合
例・(市町村など保険者に対して) 要介護認定結果の通知をお願いしたい。
・(ケアマネジャーに対して) 初回のケアプラン(介護サービス計画)の提供を希望する。

(5) 身体の状態

- ・四肢欠損～その他皮膚疾患があれば部位を記入されたい。また、程度は医学的重症度ではなく、介護の手間がどの程度必要かの観点で判断されたい。

四肢欠損	腕・足・指等について、欠損が生じている状態。
麻痺	主に神経系の異常によって起こった筋力低下、あるいは随意運動の障害。
筋力の低下	麻痺以外の原因による、随意運動に支障のある筋力の低下。
関節の拘縮	皮膚・筋肉等の関節構成体以外の軟部組織の変化による、関節の可動域制限。
関節の痛み	日常生活に支障をきたす程度の関節の痛みがある状態。
失調 不随意運動	運動の遂行に必要な筋肉の協調が失われた状態。個々の筋力は正常でありながら、運動が雑拙であることが特徴。意思や反射によらずに出現する、目的に添わない運動。
褥瘡	持続的圧迫等による局所の循環障害によって生じる阻血性壊死。
その他の 皮膚疾患	褥瘡以外で身体介助、入浴等に支障のある皮膚疾患がある状態。

4. 生活機能とサービスに関する意見

(1) 移動

・屋外歩行

自立	自分だけで屋外を歩いている状態。歩行補助具や装具・義足を用いている場合も含む。外出するには促しが必要でも、屋外は1人で歩いている場合も含む。
介護があれば している	介護者と一緒に屋外を歩いている状態。直接介助されている場合だけでなく、そばで見守っている場合も含む。
していない	屋外歩行をしていない状態。歩こうとすれば歩けるが実際は歩いていない場合や、訓練の時だけ屋外歩行をしている場合を含む。また、車いすで屋外を移動している場合等を含む。

・車いすの使用

車いす（電動車いすも含む）を常時使っている場合だけでなく、例えば外出時だけの使用や、病院や通所施設等だけで使用している場合も含む。

用いていない	全く使用していない状態。
主に自分で操作	車いすを用いることがあり、その場合は主に自分だけで操作（駆動）している状態。主に室内での状態で判断し、例えば室内は自分だけでこいでいるが、屋外は後ろから押してもらっている場合なども含む。
主に他人が操作	車いすを用いていることがあり、その場合は主に他人に操作（押してもらおう等）してもらっている状態。操作時に見守りを必要とする場合を含む。

・歩行補助具（杖・シルバーカー等）・装具の使用

室内・屋外の両方で使用している場合は、両方の口にチェックされたい。義足の使用は含まない。

使用していない	日常生活では、歩行補助具も装具も全く使用していない状態。訓練歩行の時だけ使っている場合も含む。
屋外で使用	日頃の屋外歩行の時に使用している状態。例えば遠出の時だけの使用のように、時々使用している場合も含む。
室内で使用	日頃の屋外歩行の時に使用している状態。例えば家事の時だけの使用のように、特定の生活行為を行う時のみ使用している場合も含む。

(2) 栄養・食生活

高齢者では、慢性的なエネルギー・たんぱく質等の補給不足による「低栄養」が、筋力や身体機能の低下、感染症や褥瘡等を誘発し、生活機能の低下をきたす。要介護状態の改善及び重度化の予防の観点から、情報を提供されたい。

・食事行為

自立ないし 何とか自分で食べられる	自分1人で、ないし、見守りや励まし、身体的援助によって、自分で食べることができる。
全面介助	他の者の全面的な介助が必要である。

・現在の栄養状態

目安を基に判断し、医学的観点から、改善に向けた留意点について、()内に記入されたい。

(3) 現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とその対処方針

- ① 介護の手間や介護に要する時間に影響のある代表的な状態とその対処方針を記入されたい。
- ② 必要なサービス量を判定する目安にもなることに留意されたい。

- ③ 尿失禁に関しては、「おむつに係る費用の医療費控除」を受ける際の証明書に活用されるので、現時点で尿失禁が起きている場合と発生の可能性が高い場合に□にレ印を付けられたい。
- ④ 現在あるか、または今後6ヶ月以内に発生の高い状態があれば、□にレ印を付けられたい。

(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し

傷病の症状としての見通しではなく、社会性の維持・改善の視点から判断されたい。即ち、サービスを利用した場合の「生きる」ことの3つのレベル（生命・生活・人生）を示す下記の「心身機能・構造」、「活動」、「参加」などが、包括された生活機能の維持・改善の見通しについて、該当する□にレ印を付けられたい。

「心身機能・構造」とは、体や心の働きと体の部分。

「活動」とは、歩くことや身の回りの動作や家事などの生活行為。

「参加」とは、家庭生活や社会の中で役割を果たすこと。

(5) 医学的管理の必要性

医学的観点からみて、必要と思われる医療系サービスを選択されたい。各サービスには、予防給付で提供されるものも含む。特に必要性が高いと判断されるサービスについては、項目に下線を引かれたい。なお、この欄は、サービスに関する指示書に代わるものではない。

「訪問歯科診療」・「訪問歯科衛生指導」については、口腔内の状態(歯の崩壊や喪失状態、歯の動揺や歯肉からの出血の有無、義歯の不適合など)をもとに判断されたい。

「その他の医療系サービス」には、通院や入院による治療、地域支援事業の訪問型介護予防や機能訓練、保健所による保健指導等も含む。また、現在、申請者が利用していなかったり、地域に該当するサービスが無かったりする場合でも、必要と思われるればチェックされたい。

(6) サービス提供時における医学的観点からの留意事項

血圧管理、摂食、嚥下機能(咀嚼、嚥下から食塊が胃に至るまでの機能)、運動負荷を伴うサービスについての留意事項を、具体的に記入されたい。移動については歩行に限らず、居室とトイレの移動、ベッドから車いすへの移乗等も含めて、留意事項があれば具体的に記入されたい。

介護サービスが、医療職のいない状況で提供される場合が多いことを考慮し、不安感を助長させないよう、医学的観点からの適切な助言を()内に記入されたい。

(7) 感染症の有無

介護の現場における二次感染を予防する観点から、日常の診療から知り得た感染症に関する情報を記入されたい。また、この項目は新たな検査を求めるものではない。

5. 特記すべき事項 ※二次判定の重要な根拠となることに留意して記入されたい。

- ①他の項目で記入しきれなかったことや選択式では表現できないことを簡潔に記入されたい。
- ②日常の診療内容から、介護の手間及び状態の維持・改善の可能性に対して、量的・質的にどの程度影響を及ぼすかが記入のポイントである。
- ③医療のニーズ、疾病の進行、認知症の程度、生活機能の状態、口腔内の状況、療養の様子、リハビリテーションの目標、生活や家族環境など、介護認定審査会における審査判定やケアプラン（介護サービス計画）作成、或いはサービスを受ける上で重要と考えられる事項があれば、その情報を記入（提供）されたい。
- ④なお、情報提供書や身体障害者申請診断書等の写しを添付する場合は、情報提供者の了解をとるようにされたい。
- ⑤また、市区町村に対して申請者の要介護認定結果の通知を依頼する場合、ケアマネジャーに対して申請者のケアプラン（介護サービス計画）の提供を希望する場合は、各々その旨を記入されたい。但し、市区町村ごとに取扱いが異なる場合があるので、詳細は申請者の市区町村に問合せされたい。



大阪府医師会
(地域医療2課)

〒543-8935 大阪市天王寺区上本町 2-1-22

TEL 06-6763-7002 FAX 06-6765-3737

URL <http://www.osaka.med.or.jp>

<令和4年3月>

大阪府版「主治医意見書問診票」

主に介護保険の「主治医意見書」を初めて作成する申請者（患者）の参考資料としてご利用ください。要介護認定・要支援認定の更新時（区分変更時含む）の際は、必要な場合のみご利用ください。なお、問診票は、「主治医意見書」を正確に記載するため参考にするもので、「主治医意見書」作成に必須のものではありません。

①介護保険・主治医意見書問診票について

～ 医療機関・市町村における使用上の留意事項 ～

②介護保険要介護認定・要支援認定を申請される方へ（問診票記入のお願い）

③主治医意見書を作成される医療機関の先生へ（主治医意見書記入上のお願い）

④主治医意見書問診票（様式）

※大阪府医師会ホームページよりダウンロード可能

(<https://www.osaka.med.or.jp/doctor/care.html>)

①

介護保険・主治医意見書問診票について ～ 医療機関・市町村における使用上の留意事項 ～

大阪府・大阪府医師会

1 目 的

主治医が要介護認定・要支援認定の申請者（以下、「申請者」という。）の日頃の状況等必要な情報を得るため、主治医意見書問診票（以下、「問診票」という。）を活用することにより、主治医意見書がより正確かつ充実した記載となること、また早期の提出を図る。

2 対 象 者

- (1) 当該医療機関が、主治医意見書を初めて作成する申請者
- (2) 要介護認定・要支援認定の更新申請時（区分変更申請時を含む）は、必要な方

※ 問診票は、主治医が申請者の日頃の状況の把握が困難な場合の参考情報であるため、日常診療により日頃の状況を把握している、又は聞き取りで把握できる等、主治医が問診票を必要としない場合は対象としない。

3 記 入 者

申請者本人、あるいは（本人の状況をよく知る）ご家族、介護者の方や介護支援専門員。

4 問診票の使用にあたっての留意事項

- ◆ 問診票は主治医意見書の『参考資料』であり、問診票の記載内容全てが主治医意見書に反映されるとは限りません。また、問診票を介護認定審査会資料として取り扱うことはありません。
- ◆ 対象者にとって問診票の記入や医療機関への提出は任意であり、主治医意見書作成に必須の資料ではないため、家族がいない等の状況により申請者が問診票を提出できない場合においても、主治医意見書の作成と早期提出をお願いします。
- ◆ **市町村における問診票の取り扱いは、各市町村によって異なります。**
 - ・問診票は、「1 目的」に資する活用を促進するために大阪府版として作成しましたが、運用方法（案内・配布方法等）は各市町村によって異なります。
 - ・市町村や医療機関等によっては、既に独自に問診票を作成されているところもありますが、その使用を妨げるものではありません。
- ◆ **医療機関での問診票の使用について**

主治医が必要とする際に自主的にご使用ください。

 - ・医療機関から対象者への説明・配布をお願いします。
 - ・問診票等の用紙の印刷は、各医療機関でお願いします。
※大阪府医師会ホームページに問診票等の様式を掲載しますのでご活用ください。
 - ・問診票は、市町村に提出する必要はありません。

② ^{かいごほけんようかいごにんてい} 介護保険要介護認定・^{ようしえんにんてい} 要支援認定を申請される方へ^{しんせい} ^{かた}
 ^{もんしんひょうきにゆう} (問診票記入の^{ねが} お願い)

- この問診票は、主治医が申請される方の日頃の状況を知り、
^{いがくてき} 医学的に^{ほんだん} 判断した上で、^{うえ} 要介護認定・^{ようしえんにんてい} 要支援認定に必要な「^{しゅじい} 主治医
^{いけんしょ} 意見書」をより^{せいかく} 正確に^{さくせい} 作成するため、^{さんこう} 参考に^{さんこう} させていただくものです。
^{ひごろ} 日頃のご様子や^{じょうたい} 状態を^{はんい} わかる^{ねが} 範囲で^{こた} お答え^{こた} ください。
- ^{もんしんひょう} 問診票の^{きさい} 記載や^{しゅじい} 主治医への^{ていしゅつ} 提出は^{にんい} 任意ですが、^{えんかつ} 円滑な^{ようかいごにんてい} 要介護認定
に向けて^む ご協力^{きょうりよく} くださいますよう^{ねが} お願い^{ねが} します。
- ^{ほんにん} ご本人、あるいは(^{ほんにん} ご本人の^{じょうきょう} 状況を^し よく知^し っている) ^{かぞく} ご家族、^{かいごしゃ} 介護者
の方、または^{かいごしえんせんもんいんなど} 介護支援専門員等が^{きにゆう} ご記入^{きにゆう} ください。
- ^{しつもん} 質問の内容が^{ないよう} わからないところは、^{むり} 無理に^{きにゆう} 記入^{けっこう} しなくて^{けっこう} 結構^{けっこう} です。
^{しつもん} わかる^{しつもん} 質問のみ^{きにゆう} ご記入^{きにゆう} のうへ、^{はや} できるだけ^{しゅじい} 早く^い 主治医(かかりつけ医)
^{ていしゅつ} にご提出^{ていしゅつ} ください。
- ^{ひつよう} 必要に応じて、^{おう} おう電話での^{でんわ} 質問や^{しつもん} 外来への^{がいらい} 受診を^{じゅしん} お願い^{ねが} することがあ
ります。
- ^{もんしんひょう} 問診票は、あくまでも^{さんこう} 参考であり、^{しゅじい} 主治医^{いけんしょ} 意見書は^{しゅじい} 主治医の^{ほんだん} 判断で
^{さくせい} 作成^{さくせい} されます。
- ^{もんしんひょう} 問診票に^{きさい} 記載のある^{こじんじょうほう} 個人情報については、^{かいごほけん} 介護保険・^{しゅじい} 主治医^{いけんしょ} 意見書
^{さくせい} を作成^{さくせい} する目的以外に^{もくてきがい} 使用^{しよう} することはありません。

③ 主治医意見書を作成される医療機関の先生へ (主治医意見書記入上のお願い)

- この問診票は、主に介護保険の「主治医意見書」を初めて作成する申請者（患者）の参考資料としてご利用ください。要介護認定・要支援認定の更新時（区分変更時含む）の際は、必要な場合のみご利用ください。
- 問診票は、「主治医意見書」を正確に記載するため参考にするものですが、「主治医意見書」作成に必須のものではありません。記入する家族がいないなどの状況により申請者（患者）が問診票を提出できない場合においても「主治医意見書」作成のご協力をお願いします。
- 「主治医意見書」作成の遅延、不明確な文字、記載内容の不備などは、要介護認定の遅延につながります。正確な意見書作成と早期提出をお願いします。
- 申請者の状況によっては、必要に応じて他の医療機関や介護支援専門員と連携のうえ、主治医意見書の作成をお願いします。
- 問診票に記載されている個人情報については、「主治医意見書」を作成する目的以外の使用はできません。

④ 介護保険の要介護認定・要支援認定を申請される方へ(問診票記入のお願い)

- この問診票は、介護保険の要介護認定・要支援認定に必要な「主治医意見書」を正確に記載するため参考にするものです。日頃のご様子や状態をわかる範囲でお答えください。
- 質問の内容がわからないところは、無理に記入しなくて結構です。わかる質問のみご記入のうえ、できるだけ早く主治医(かかりつけ医)にご提出ください。
- 必要に応じて、電話での質問や外来への受診をお願いすることがあります。
- 問診票に記載のある個人情報については、介護保険・主治医意見書を作成する目的以外に使用することはありません。

大阪府・大阪府医師会

主治医意見書問診票

記入日 年 月 日

わかる質問のみご記入ください。質問の内容がわからないところは、無理に記入しなくて結構です。
□には、レ印をお願いします。

<small>しんせいしや ほんにん</small> 申請者本人(認定を受けられる方)のお名前		問診票を書いていただく方のお名前 (申請者本人の場合は記入不要です)	
ふりがな		ふりがな	
氏名 (□男 □女)		氏名	
生年月日 明・大・昭 年 月 日生		本人との続柄 □夫 □妻 □子 □兄弟姉妹 □その他()	
電話 - -		電話 - -	
同居家族の有無	□同居なし ・ □同居あり → □夫 □妻 □子 □兄弟姉妹 □その他()		
ケアプランを依頼しているところがあればご記入ください	事業所名	電話	- -

今回の介護保険申請について教えてください。 (更新・区分変更の場合は、現在の介護度を○で囲んでください。)	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 区分変更 ↓ 現在の介護度 (要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5)
在宅で介護する上で困っていることを教えてください。	<input type="checkbox"/> 状態の悪化 <input type="checkbox"/> 介護者の負担が大きい <input type="checkbox"/> 物忘れの進行 <input type="checkbox"/> その他()
現在、他に治療を受けている病院・診療所はありますか？	病院・診療所名 () ()
診療科目(わかれば記入ください)	
<input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input 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 type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> その他()科	

1 傷病について

主に介護が必要になった原因の傷病名は何ですか？ (わかれば記入ください)	原因の傷病名 おおよその年月だけでも構いません いつ頃 年 月 日頃 ・ 不明 傷病名 ()
上記のほかに、今までにかかった大きな病気などについて記入してください。	おおよその年月だけでも構いません いつ頃 年 月 日頃 ・ 不明 傷病名 ()
病気の名前(例えば、骨折、心臓発作(しんぞうほっさ)、喘息(ぜんそく)など)、手術をしたかどうかなど	いつ頃 年 月 日頃 ・ 不明 傷病名 ()

次の3-(1)、3-(2)、3-(3)、3-(4)の質問は、物忘れの程度などを判断するうえでの重要な内容です。答えられる範囲でご記入ください。

3-(1) 日常生活の状態について

日常生活の状態についておたずねします。該当する項目に1つにレ印を付けて、下の1か2についても選択してください。		
<input type="checkbox"/>	からだの不自由さはありません。	
<input type="checkbox"/>	少しからだは不自由ですが、日常生活はほぼ自立しており、一人で外出できます。	
<input type="checkbox"/>	1. 電車、バスを利用して出かけることができます。	J1
<input type="checkbox"/>	2. となり近所へなら外出できます。	J2
<input type="checkbox"/>	家の中では、おおむね自立していますが、一人では外出できません。	
<input type="checkbox"/>	1. 日中はベッド・布団(ふとん)から出て生活し、誰かと一緒にであれば外出できます。	A1
<input type="checkbox"/>	2. 日中も寝たり起きたりの生活で、ほとんど外出しません。	A2
<input type="checkbox"/>	家の中の生活でも誰かの手助けが必要で、ベッドの上で過ごす時間は長いものの座ることができます。	
<input type="checkbox"/>	1. 自ら車椅子(くるまいす)に乗り、食事、排泄(はいせつ)はベッドから離れて行きます。	B1
<input type="checkbox"/>	2. 誰かの手助けがないと車椅子(くるまいす)に乗ることができません。	B2
<input type="checkbox"/>	一日中ベッドの上で生活し、食事、排泄(はいせつ)、着替えの時に手助けがいらいます。	
<input type="checkbox"/>	1. 自分の力で、寝返(ねがえ)りをうつことができます。	C1
<input type="checkbox"/>	2. 誰かの手助けがないと、寝返(ねがえ)りもうてません。	C2
物忘れの程度についておたずねします。該当する項目に1つにレ印を付けて、下の1か2についても選択してください。		
<input type="checkbox"/>	物忘れはありません。	
<input type="checkbox"/>	少し物忘れがありますが、日常生活は、ほぼ自立して生活しています。	I
<input type="checkbox"/>	物忘れが多少進んでいますが、誰かが注意しておれば、生活できます。	
<input type="checkbox"/>	1. たびたび道に迷い、お金の計算や買い物にミスが目立ちます。	II a
<input type="checkbox"/>	2. 薬の飲み方を間違えたりします。一人で電話番号(でんわばん)や留守番(るすばん)はできません。	II b
<input type="checkbox"/>	日常生活に支障をきたすような症状や行いが時々みられ、思っていることが伝わらず、介護が必要です。	
<input type="checkbox"/>	1. 日中を中心として、時々、日常生活に支障をきたすような症状・行動等が見られます。 (例) 着替え、食事、排便(はいべん)、排尿(はいりょう)が上手にできないか、時間がかかる。やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊(はいかい)、失禁(しっきん)、大声、奇声をあげる、火の不始末(ふしまつ)、不潔行為(ふけつこうい)、性的異常行為等がある。	III a
<input type="checkbox"/>	2. 夜間を中心として、時々、上記(例)のような日常生活に支障をきたすような症状・行動等が見られます。	III b
<input type="checkbox"/>	日中も夜間も、頻繁(ひんぱん)に、上記(例)のような日常生活に支障をきたすような症状・行動等が見られ、常に介護が必要です。	IV
<input type="checkbox"/>	専門的医療(せんもんてきいりょう)を必要とする著(いちじる)しい精神症状や困った行動、重篤(じゅうとく)な身体疾患(しんたいしっかん)が見られます。	M

3-(2) 理解や記憶について

つい先程のことをすぐ忘れてしまうことはありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
日常生活で、物事を自分で決める(判断する)ことができますか？	<input type="checkbox"/> 決められる <input type="checkbox"/> 毎日の日課(にっか)以外は多少の困難がある <input type="checkbox"/> 毎日の日課(にっか)にも見守りが必要 <input type="checkbox"/> 決められることがほとんどできない
自分のしてほしいこと、ほしくないことは、きちんと伝えられますか？	<input type="checkbox"/> 伝えられる <input type="checkbox"/> だいたいは伝えられるが多少の困難がある <input type="checkbox"/> 時々伝えられるが飲食・排泄(はいせつ)など基本的なことに限られる <input type="checkbox"/> ほとんど伝えられない

3-(3) 日常生活で困っている行動について

1	実際にはないものが見えたり、聞こえたりしますか？	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
2	実際にはなかった事をあったように言うことがありますか？ (例えば、お金をとられたとか、なくなったとか言う)	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
3	昼夜が逆転していますか？(昼間に寝ていることが多く、夜間(深夜、早朝)動き回ったり、大声を出したりする)	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
4	今までになかったような暴言(ぼうげん)をはくことがありますか？	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
5	介護者に暴行(ぼうこう)を加えることがありますか？	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
6	介護に抵抗(ていこう)または拒否(きよひ)することがありますか？	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
7	外出して帰れなくなったことがありますか？	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
8	ガスコンロの消し忘れなど火の不始末(ふしまつ)がありますか？	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
9	排便(はいべん)後などに、便や尿に触(さわ)ったりすることがありますか？	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
10	本来食べられないものを食べたり、食べようと口に入れたりすることがありますか？	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
11	まわりが迷惑するような性的な行動がありますか？	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
1から11までの質問の他に困っている行動がありますか？		<input type="checkbox"/> ある ()	<input type="checkbox"/> ない

3-(4) 精神・神経症状について

精神科(せいしんか)・神経科(しんけいか)・心療内科(しんりょうないか)にかかっていますか？	<input type="checkbox"/> かかっている <input type="checkbox"/> かかっていない
かかっている病名などがわかれば記入してください。	

3-(5) 身体の状態について

利き腕(ききうで)はどちらですか？	<input type="checkbox"/> 右利き	<input type="checkbox"/> 左利き
身長と体重は？(測(はか)れないときはおおよそで結構です)	身長	cm 体重 kg
最近6ヶ月で体重の増減(ぞうげん)がありますか？	<input type="checkbox"/> 増えた	<input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 減った
手・足・指等に欠損(けっそん)がありますか？	<input type="checkbox"/> ある(部位)	<input type="checkbox"/> ない
手足やその他で麻痺(まひ)しているところがありますか？	<input type="checkbox"/> ある(部位)	<input type="checkbox"/> ない
手足やその他で筋力(きんりょく)の低下がありますか？	<input type="checkbox"/> ある(部位)	<input type="checkbox"/> ない
手足の関節部(かんせつぶ)で硬くなって動きにくいところがありますか？	<input type="checkbox"/> ある(部位)	<input type="checkbox"/> ない
手足の関節部(かんせつぶ)で痛いところがありますか？	<input type="checkbox"/> ある(部位)	<input type="checkbox"/> ない
手足のふるえなど、自分の意思ではない体の動きがありますか？ (例えば、手の指がふるえる、顔面(がめん)がけいれんするなど)	<input type="checkbox"/> ある(部位)	<input type="checkbox"/> ない
現在、床ずれ(じょくそう)がありますか？	<input type="checkbox"/> ある(部位)	<input type="checkbox"/> ない
床ずれ(じょくそう)以外の皮膚(ひふ)の病気がありますか？ (例えば、体にかゆいところがあるなど)	<input type="checkbox"/> ある(部位)	<input type="checkbox"/> ない

4-(1) 移動について

屋外(おくがい)を歩行できますか？	<input type="checkbox"/> 歩行できる <input type="checkbox"/> 介助があればできる <input type="checkbox"/> 歩行できない
車いすを使用していますか？	<input type="checkbox"/> 使用していない <input type="checkbox"/> 使用していて自分で操作できる <input type="checkbox"/> 使用していて介助がいる
杖(つえ)、歩行器(ほこうき)、シルバーカーなどの歩行補助具(ほこうほじょぐ)や装具(そうぐ)を使用していますか？	<input type="checkbox"/> 使用していない <input type="checkbox"/> 屋外で使用している <input type="checkbox"/> 屋内で使用している

4-(2) 栄養・食生活について

食事は自分一人ですみますか？	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> なんとか <input type="checkbox"/> できない
現在の栄養状態(えいようじょうたい)は良好ですか？	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良
入れ歯を使用していますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
自分で歯みがきができますか？	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない

4-(3) 現在の身体状況について

便や尿をもらすことがありますか？ (便意(べんい)や尿意(にょうい)がわからないことがありますか？)	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> ない
よく転んだりしますか？	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> ない
移動する力は低下していますか？	<input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> やや維持 <input type="checkbox"/> 低下
床ずれ(じょくそう)はありますか？	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
息が苦しくなることはありますか？	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> ない
外出せず一人で過ごすことが多いですか？	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
意欲(いよく)の低下がありますか？	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
あてもなく歩き回るようなことはありますか？	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
食欲不振(しょくよくふしん)がなく食事は十分取れていますか？	<input type="checkbox"/> 取れている <input type="checkbox"/> 取れていない
食べ物や飲み物をスムーズに飲むことができますか？	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 何とか <input type="checkbox"/> できない
水分補給(すいぶんほきゅう)は十分にできていますか？	<input type="checkbox"/> できている <input type="checkbox"/> できていない
風邪(かぜ)などの感染症(かんせんしょう)によくかかりますか？	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> たまに <input type="checkbox"/> ない
がん等によるひどい痛みがありますか？	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
その他何か気になる症状はありますか？	<input type="checkbox"/> ある() <input type="checkbox"/> ない

5 その他

その他、介護をしていて困ったり、主治医に伝えておきたいことがあれば、ご記入ください。

ご協力ありがとうございました。

【要介護認定理解促進会議】

〈委員〉

中尾	正俊	大阪府医師会副会長
◎前川	たかし	大阪府医師会理事
星賀	正明	大阪府医師会理事
牧	恭彦	大阪府病院協会理事
鹿島	洋一	大阪府私立病院協会常任理事
濱田	和則	大阪介護支援専門員協会会長
藤井	照代	大阪府看護協会教育研修部部長
藤井	由記代	森之宮病院診療部医療社会事業課副部長、 大阪医療ソーシャルワーカー協会理事
楽木	宏実	大阪大学大学院医学系研究科内科学講座（老年・総合内科学）教授
前防	昭男	大阪府医師会介護・高齢者福祉委員会委員（豊中市）
中島	周三	大阪府医師会介護・高齢者福祉委員会委員（茨木市）
○小田	真	大阪府医師会介護・高齢者福祉委員会委員（堺市）

◎委員長、○副委員長

【要介護認定理解促進会議 研修動画作成ワーキング】

〈委員〉

前川	たかし	大阪府医師会理事
牧	恭彦	大阪府病院協会理事
中辻	朋博	大阪介護支援専門員協会事務局長
藤井	照代	大阪府看護協会教育研修部部長
藤井	由記代	森之宮病院診療部医療社会事業課副部長、 大阪医療ソーシャルワーカー協会理事
小田	真	大阪府医師会介護・高齢者福祉委員会委員（堺市）

※事務局 大阪府医師会地域医療2課