令和８年度主治医意見書等研修会

主治医意見書の記載について



埼玉県マスコット「コバトン」「さいたまっち」

埼玉県福祉部地域包括ケア課

令和８年１１月２６日（木）

目　　次

1 要介護認定について

2 主治医意見書について

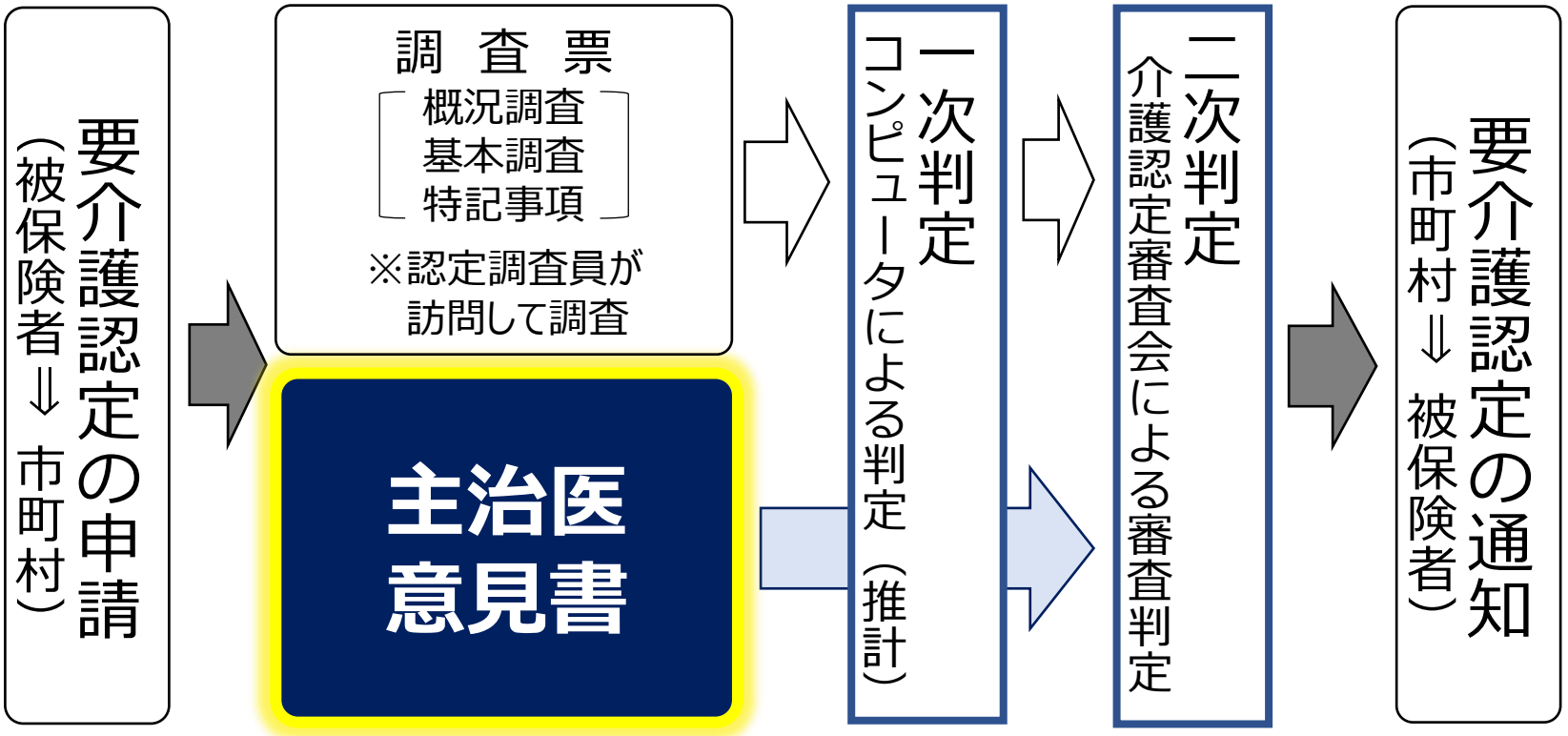
3 主治医意見書の早期提出等について

要介護認定について

1-1　要介護認定の流れ

介護認定審査会は、調査票と**主治医意見書**を用いて、「介護の手間」が通常の例より多い／少ないを審査する。

■要介護認定の手順



※　原則として、申請から３０日以内に要介護認定を行う。

1-2　要介護認定に関わる人々の役割

■　**情報提供者**（申請者本人を知っているのは**２人のみ**）

認定調査員	調査票の作成
主　治　医	**主治医意見書の作成**

■　**コーディネーター**（仲介役）

審査会事務局	正確かつもれなく情報を伝達

■　**意思決定**

介護認定審査会	一次判定の修正・確定、二次判定

主治医意見書について

2-1　主治医意見書の作成について

■ **「主治医意見書記入の手引き」**（厚生労働省作成）

手引きに基づき作成（手引きの構成は以下のとおり）

○　介護保険制度における主治医意見書について
- 主治医意見書の位置付け、具体的な利用方法

○　記入に際しての留意事項
- 記入者、記入方法

○　記入マニュアル
- 0．基本情報、1．傷病に関する意見、2．特別な医療、3．心身の状態に関する意見、4．生活機能とサービスに関する意見、5．特記すべき事項

<u>第三者行為に係る取扱い</u>

第１号被保険者が交通事故等の第三者による不法行為（第三者行為）により介護保険給付を受ける場合、被保険者は保険者への届出が義務付けられている。

→　疑わしい場合は主治医意見書「5.特記すべき事項」にその旨を記載

2-2　主治医意見書の位置付け

○　要介護認定は、**認定調査の結果と主治医意見書に基づき**、保健・医療・福祉の学識経験者から構成される介護認定審査会において、全国一律の基準に基づき公平・公正に行われる。

○　介護保険法では、**「身体上又は精神上の障害（生活機能の低下）の原因である疾病又は負傷の状況等」**について、主治医から意見を求めることとされている。

○　要介護認定の結果によって、被保険者が受けられる介護サービスや事業者への報酬が決定されるので、主治医意見書の役割は極めて大きい。

○　介護認定審査会は、医療関係者以外の委員もその内容を理解し審査判定を行うので、なるべく**難解な専門用語**を用いることは避け、**楷書**で**平易**に読みやすく記入する。

2-3　主治医意見書の具体的な利用方法

■主治医意見書の具体的な利用方法

- 第２号被保険者の場合、生活機能低下の直接の原因となっている疾病が**特定疾病に該当するかどうか**の確認
- **介護の手間**がどの程度になるかの確認
- **状態の維持・改善可能性**の評価（要介護１と要支援２の振分け）
- 認定調査による**調査結果の確認・修正**
- 介護サービス計画作成時の利用

■特に活用される内容

特定疾病の有無	**認知症スケール**	**状態の安定・不安定**
処　　方　　薬	**心 身 の 状 態**	**今後のケアへの意見**

2-4　主治医意見書の具体的な利用方法
「特定疾病」の確認

■　40歳以上65歳未満の第２号被保険者については、主治医意見書の記載内容に基づき、要介護状態又は要支援状態の原因である生活機能低下が特定疾病によって生じていることを確認する。

特定疾病に該当する16の疾病

1　がん（がん末期）
2　関節リウマチ
3　筋萎縮性側索硬化症
4　後縦靭帯骨化症
5　骨折を伴う骨粗鬆症
6　初老期における認知症
7　進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病
8　脊髄小脳変性症
9　脊柱管狭窄症
10　早老症
11　多系統萎縮症
12　糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症
13　脳血管疾患
14　閉塞性動脈硬化症
15　慢性閉塞性肺疾患
16　両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

※　「特定疾病にかかる診断基準」に従って記入してください。
※　診断上の主な所見については、「１.傷病に関する意見　（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」の欄に記入してください。

2-5 「特定疾病」に関する記入上の留意点

■　介護認定審査会は、**主治医意見書に基づき、「特定疾病」に該当するかどうか**を判断する。

・　特定疾病の診断については、
「主治医意見書記入の手引き」の
「特定疾病の症候・所見のポイント」を参考とし、
「特定疾病にかかる診断基準」に従って判断をする。

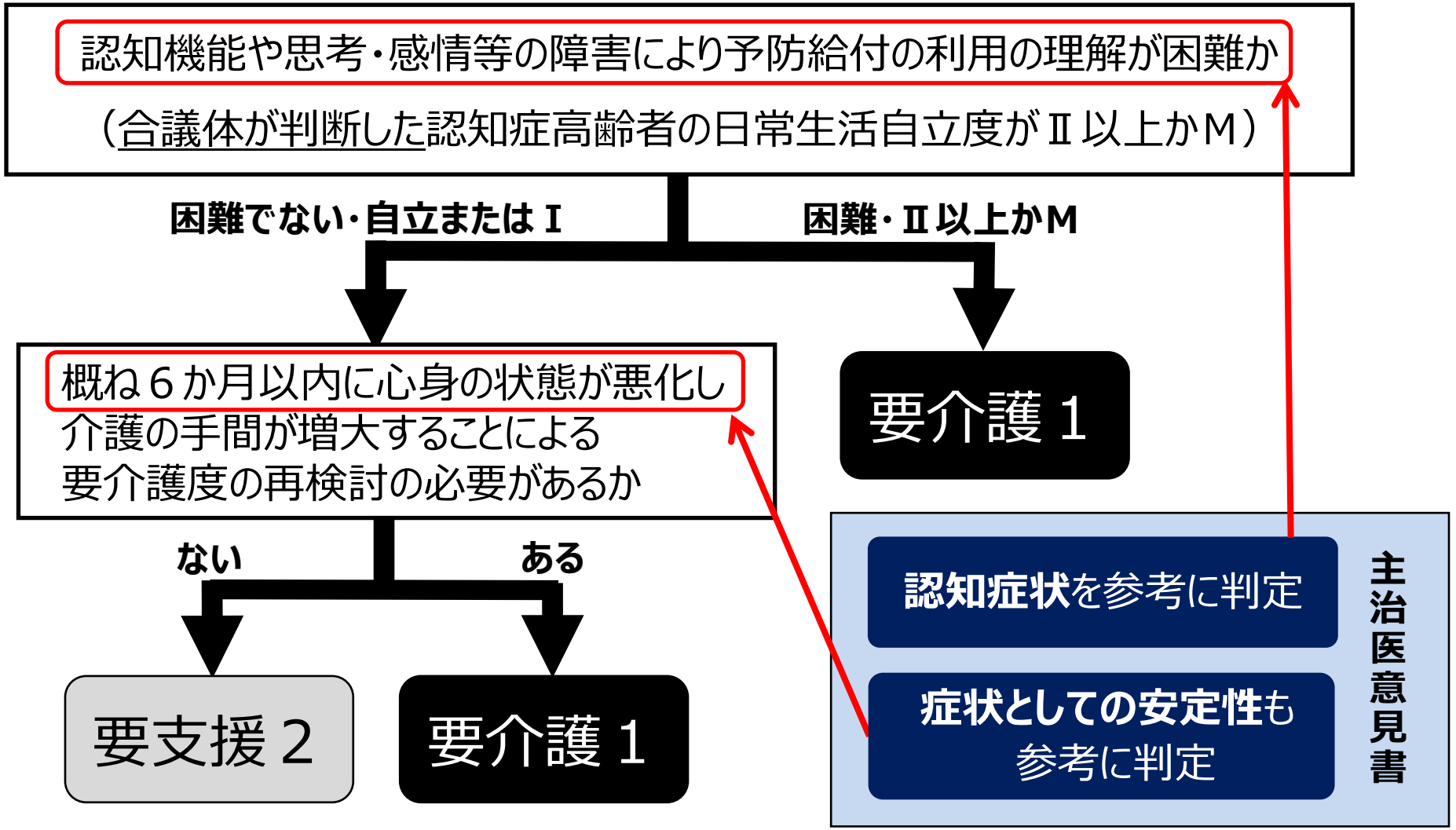
・　診断上の主な所見については、
「**１．傷病に関する意見（１）診断名**」に記入する。

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）

2-6　主治医意見書の具体的な利用方法
状態の維持･改善可能性の評価（要介護１と要支援２の振分けに活用）



2-7　障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準

生活自立	ランクJ	何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する １．交通機関等を利用して外出する ２．隣近所へなら外出する
準寝たきり	ランクA	屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない １．介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する ２．外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている
寝たきり	ランクB	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが、座位を保つ １．車いすに移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う ２．介助により車いすに移乗する
	ランクC	１日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する １．自力で寝返りをうつ ２．自力では寝返りもうたない

2-8　認知症高齢者の日常生活自立度判定基準

ランク	判　断　基　準	見られる症状・行動の例	判断にあたっての留意事項及び提供されるサービスの例
Ⅰ	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。		在宅生活が基本であり、一人暮らしも可能である。相談、指導等を実施することにより、症状の改善や進行の阻止を図る。
Ⅱ	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。		在宅生活が基本であるが、一人暮らしは困難な場合もあるので、日中の居宅サービスを利用することにより、在宅生活の支援と症状の改善及び進行の阻止を図る。
Ⅱａ	家庭外で上記Ⅱの状態がみられる。	たびたび道に迷うとか、買物や事務、金銭管理等それまでできたことにミスが目立つ等	
Ⅱｂ	家庭内でも上記Ⅱの状態がみられる。	服薬管理ができない、電話の応対や訪問者との対応等一人で留守番ができない等	
Ⅲ	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。		日常生活に支障を来たすような行動や意思疎通の困難さがランクⅡより重度となり、介護が必要となる状態である。「ときどき」とはどのくらいの頻度を指すかについては、症状・行動の種類等により異なるので一概には決められないが、一時も目を離せない状態ではない。 在宅生活が基本であるが、一人暮らしは困難であるので、夜間の利用も含めた居宅サービスを利用しこれらのサービスを組み合わせることによる在宅での対応を図る。
Ⅲａ	日中を中心として上記Ⅲの状態が見られる。	着替え、食事、排便、排尿が上手にできない、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、失禁、大声、奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等	
Ⅲｂ	夜間を中心として上記Ⅲの状態が見られる。	ランクⅢａに同じ	
Ⅳ	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	ランクⅢに同じ	常に目を離すことができない状態である。症状・行動はランクⅢと同じであるが、頻度の違いにより区分される。 家族の介護力等の在宅基盤の強弱により居宅サービスを利用しながら在宅生活を続けるか、または特別養護老人ホーム・老人保健施設等の施設サービスを利用するかを選択する。施設サービスを選択する場合には、施設の特徴を踏まえた選択を行う。
Ｍ	著しい精神症状や周辺症状あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する周辺症状が継続する状態等	ランクⅠ～Ⅳと判定されていた高齢者が、精神病院や認知症専門病棟を有する老人保健施設等での治療が必要となったり、重篤な身体疾患が見られ老人病院等での治療が必要となった状態である。専門医療機関を受診するよう勧める必要がある。

2-9　主治医意見書記載ガイドブック

「特記すべき事項」欄に記載する文例等が記載されています。

○　記載にあたって（情報収集）
主治医だけで行うのではなく、看護師やケアスタッフの協力を得る。

①　身体機能
身長・体重の変化、麻痺・拘縮の有無　　など

②　生活機能
移動、食事、排泄の状況　　など

③　認知機能
認知症スケール、記憶障害の有無、意思疎通の可否、介護抵抗の有無
など

④　その他
特定疾病、症状の安定度、処方薬、今後のケア、家族の負担感
など

※主治医意見書ガイドブック
http://ham-ken.com/wp/wp-content/uploads/2015/05/64c285d972b4d3b0afeb052b1a28fe1d.pdf

2-10　主治医意見書　様式

（別添３）

主治医意見書　　記入日　令和　年　月　日

申請者	（ふりがな） 明・大・昭　年　月　日生（　歳）	男・女	〒　－ 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　□同意する。　□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	□初回　□２回目以上
（３）他科受診の有無	□有　□無 （有の場合）→□内科 □精神科 □外科 □整形外科 □脳神経外科 □皮膚科 □泌尿器科 □婦人科 □眼科 □耳鼻咽喉科 □リハビリテーション科 □歯科 □その他（　）

１．傷病に関する意見

（１）診断名（特定疾病また　発症年月日
１．　月　日頃）
２．　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
（「不安定」とした場合、具体的

（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）

特定疾病・認知症スケール・処方薬など疾病に関する事項を記載します。

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　□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
特別な対応　□モニター測定（血圧、心拍、酸素飽和度等）　□褥瘡の処置
失禁への対応　□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)　□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
・日常の意思決定を行うための認知能力　必要　□判断できない
・自分の意思の伝達能力　求に限られる　□伝えられない

（３）認知症の行動・心理症状（BPSD　で同様の症状を認める場合を含む）
□無　□有 →　□幻視・幻聴　□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（　科）□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
□筋力の低下　（部位：　）
□関節の拘縮　（部位：　）
□関節の痛み　（部位：　）
□失調・不随意運動　・上肢 □
□褥瘡　（部位：　）　程度：□軽 □中 □重）
□その他の皮膚疾患（部位：　）　程度：□軽 □中 □重）

身体機能

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　その他（　）
→　対処方針（　）

（４）サービス利用による生活機能の
□期待できる

（５）医学的管理の必要性（特に必要　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

生活機能

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。）

今後のケア、家族の負担感など
その他特記すべき事項を記載します。

診断名・特定疾病

状態の安定性

認知機能

主治医意見書の早期提出等について

3-1　主治医意見書の早期提出について（１）

・　介護保険法上、要介護認定は、原則として申請日から３０日以内に行わなければならない。しかしながら、現状では、申請日から４０日程度かかっている。

・　こうした背景の１つに、**主治医意見書の入手までに日数を要している**ことがある。

⇒　申請者が可能な限り早くサービス利用を開始することができるようにするためにも、**引き続き主治医意見書の早期提出に御協力ください**。

3-2　主治医意見書の早期提出について（２）

認定審査期間等の平均値

- **調査依頼日から調査実施日まで**の期間
  埼玉県　平均**11.8**日 (全国 平均11.1日)

- **主治医意見書依頼日から入手日**までの期間
  埼玉県　平均**20.3**日 (全国 平均17.9日)

- **介護認定審査会等事務処理**期間
  埼玉県　平均**19.3**日 (全国 平均16.8日)

- **申請日から二次判定日まで**の日数
  埼玉県　平均**45.4**日 (全国 平均39.9日)
  30日以内　**12.6**% (全国 22.8%)

出典：厚生労働省ＨＰ　認定審査期間等（令和６年度分）

3-3　主治医意見書の早期提出について（３）

認定審査を30日以内に実施するための、認定審査期間における各段階の参考期間

- 認定調査の実施　⇒　認定調査の依頼から 7日以内
- 主治医意見書の入手　⇒　主治医意見書の作成依頼から 13日以内
- 介護認定審査会の開催　⇒　認定調査票・主治医意見書が揃ってから12日以内

出典：厚生労働省老健局老人保健課　令和7年3月31日付け事務連絡
「認定審査期間等の公表について」

3-4　がん等の方に対する速やかな介護サービスの提供（1）

「がん等の方に対する速やかな介護サービスの提供について」
（令和6年5月31日付け 厚生労働省老健局老人保健課等 事務連絡）

○　がん等の方（末期の状態であって、心身の状況が急激に悪化する方）については、要介護認定申請に基づき迅速な介護サービスの提供が必要

○　厚生労働省の調査によると、死亡前6か月間に介護保険を「一回も利用したことがない」と回答した20,847名のうち、

・「申請したが利用できなかった」 **4,849名（23.3%）**

・「介護保険を知らなかった」 **1,565名　（7.5%）**

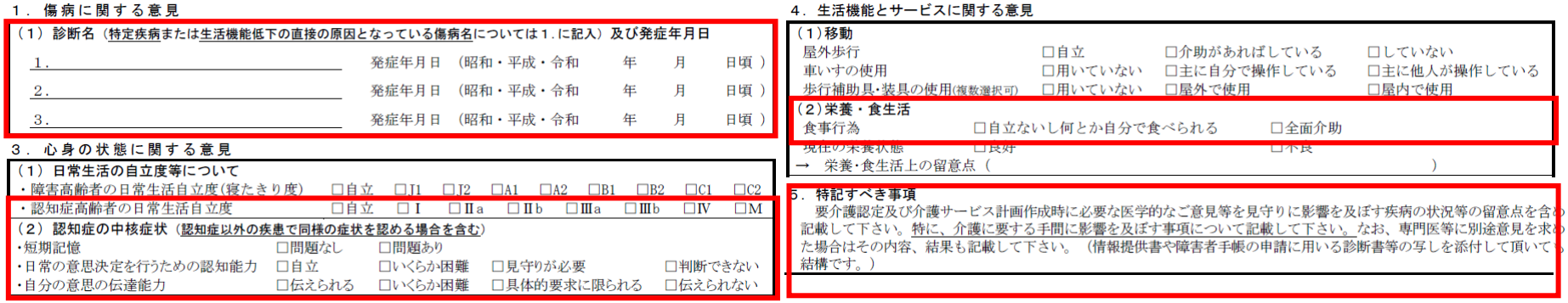
➢　がん等の方のうち、急速に病状が悪化する方については、要介護認定手続・迅速な介護サービス開始について特段の配慮が求められる。

3-5　がん等の方に対する速やかな介護サービスの提供（2）

主治医意見書の簡易な作成について

保険者の判断で必要があると認めた場合、**以下の項目に限定して記載した主治医意見書を受理しても差し支えない。**

①傷病名、②一次判定に必要な項目（認知症高齢者の日常生活自立度、短期記憶、日常の意思決定を行うための認知能力、自分の意思の伝達能力、食事行為）、③特記すべき事項等



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）

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）　□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

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（　　）

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。）

※　主治医意見書における申請者の傷病名の取扱いに当たっては、申請者の心情に配慮した対応をお願いします。

3-6　がん等の方に対する速やかな介護サービスの提供（3）

医療機関における適切な対応について

⑴　がんや臓器不全の末期等、末期の状態にあって、心身の状況が急激に変化する方の診療を行っている医療機関においては、患者の心身の状況に応じ、介護サービスの活用を提案する等の対応を行う。

⑵　介護保険サービスを必要とするがん等の方については、医療機関から速やかに地域包括支援センター等に相談する等、できるだけ迅速に介護保険サービスと連携し、要介護認定申請や暫定ケアプランの作成等の手続を進める。

⑶　がん等の方が退院後に在宅等に生活の拠点を移す場合において、入院中の段階からケアマネジャー等と医療機関が連携し、退院後の介護サービスを調整すること等が診療報酬上・介護報酬上評価されていることから、退院後も介護サービスを利用する見通しの方に対して、切れ目のないサービスの提供を実施する。

3-7　主治医意見書の記入に当たっての口腔内の状態確認（1）

- **高齢者の口腔ケア**はＱＯＬの維持向上に当たって非常に重要
- 主治医意見書では、主治医が申請者の口腔内の状態をもとに、
  ①　**訪問歯科診療及び訪問歯科衛生指導の必要性**について、チェックする
  ②　**口腔清潔に関して**、特に留意事項があれば、特記事項に要点を記載することとなっている。

主治医意見書記入の手引き（抜粋）

Ⅲ　記入マニュアル

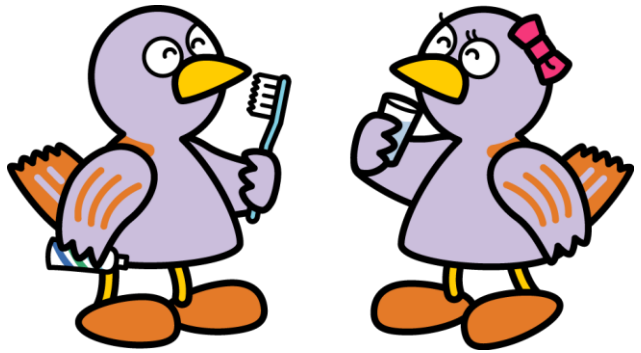
４．生活機能とサービスに関する意見
（５）医学的管理の必要性
（略）訪問歯科診療及び訪問歯科衛生指導については、口腔内の状態（例えば、歯の崩壊や喪失状態、歯の動揺や歯肉からの出血の有無、義歯の不適合等）をもとに、口腔ケアの必要性に応じて該当する□にレ印をつけてください。（略）

５．特記すべき事項
（略）口腔内の状況から口腔清潔に関して、特に留意事項があれば、要点を記載してください。
また、専門医に意見を求めた場合にはその結果、内容を簡潔に記入してください。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いただいても構いません。なお、その場合は情報提供者の了解をとるようにしてください。（略）

3-８　主治医意見書の記入に当たっての口腔内の状態確認 (2)

【訪問歯科診療及び訪問歯科衛生指導が必要と考えられる状態の例】

- 歯が欠けたり、被せていた金属等がはずれた状態を放置している
- 歯が抜けた状態のまま放置している
- 歯肉から出血している
- 動いている歯がある
- 入れ歯がはずれやすい、かむと痛い
- 口腔内に食物残渣がある
- 口臭が強い



ご視聴ありがとうございました

