

令和6年度広島県介護認定審査会委員・主治医研修

# 介護保険制度における 主治医の役割について

主治医意見書の重要性

一般社団法人 広島県介護支援専門員協会  
常任理事 中束 奈津紀

## 本日の内容

- 要介護認定の仕組みと  
主治医意見書の位置づけ
  - 主治医意見書の具体的な活用方法
  - 意見書の項目ごとのポイント解説
- ※別紙も参照ください。

本研修は、【主治医意見書記入の手引き（R3.8.16）/厚労省】を基に作成しております。

## 「要介護認定」＝「要介護度を決める」とは？

要介護認定は、「心身の重篤さ」や「能力」ではなく、  
「介護の手間（時間）」をものさしとした評価指標。

「要介護認定」

||

どのくらいの「介護の手間」が必要となるか？  
 を定量的な指標で示す

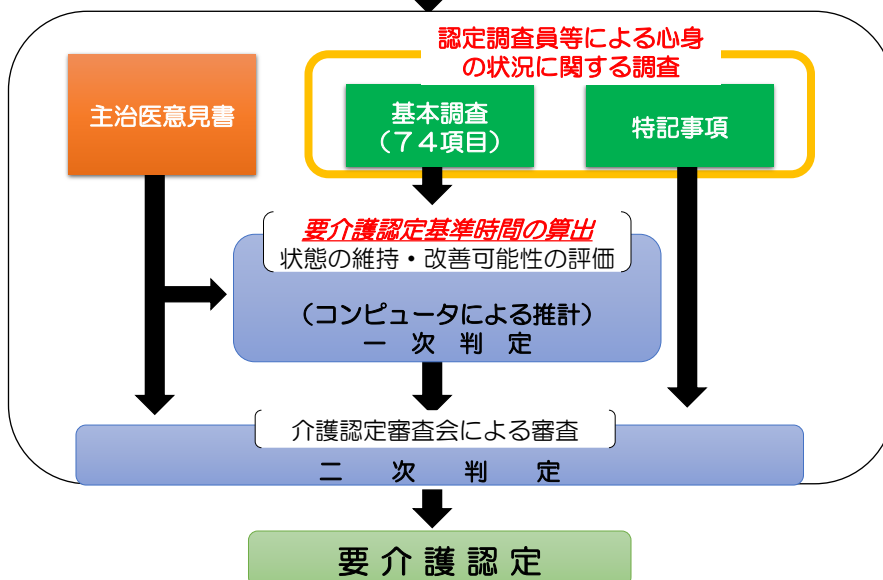
||

必要な介護を提供するのに必要な時間  
 「介護の時間」を測る

介護の手に強い影響のある項目  
 「基本的項目（74項目）」を抽出

## 要介護認定の流れ

申請



## 主治医意見書の位置づけ

介護保険法では、被保険者から要介護認定の申請を受けた市町は、当該被保険者の「身体上又は精神上的の障害（生活機能低下）の原因である疾病又は負傷の状況等」について、申請者に主治医がいる場合には、主治医がその意見を記入するものとしている。

要介護認定の結果如何によって、申請を行った高齢者は介護保険によるサービスを利用できるかどうか、またサービスの上限や施設に支払われる報酬が決定されることとなるため、主治医意見書の役割は極めて大きいといえる。

## 本日の内容

- 要介護認定の仕組みと  
主治医意見書の位置づけ
- 主治医意見書の具体的な活用方法
- 意見書の項目ごとのポイント解説  
※別紙も参照ください。

本研修は、【主治医意見書記入の手引き/厚労省】を基に作成しております。

## 主治医意見書の具体的な活用方法

- (1) 第2号被保険者の特定疾病に該当するかどうか
- (2) 介護の手間がどの程度になるのか確認
- (3) 状態の維持・改善可能性の評価
- (4) 認定調査による調査結果の確認・修正
- (5) 介護サービス計画作成時の活用

### (1) 第二号保険者の「特定疾病」に関する確認

【特定疾病に該当する16の疾病】

- ◆ がん※医師が一般的に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがない状態に至ったと判断したものに限る
- ◆ 関節リウマチ
- ◆ 筋萎縮性側索硬化症
- ◆ 後縦靱帯骨化症
- ◆ 骨折を伴う骨粗鬆症
- ◆ 初老期における認知症  
(アルツハイマー病、脳血管性認知症等)
- ◆ 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  
(パーキンソン病関連疾患)
- ◆ 脊髄小脳変性症
- ◆ 脊柱管狭窄症
- ◆ 早老症(ウェルナー症候群等)
- ◆ 多系統萎縮症
- ◆ 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症  
及び糖尿病性網膜症
- ◆ 脳血管疾患(脳出血、脳梗塞等)
- ◆ 閉塞性動脈硬化症
- ◆ 慢性閉塞性肺疾患(肺気腫、慢性気管支炎等)
- ◆ 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

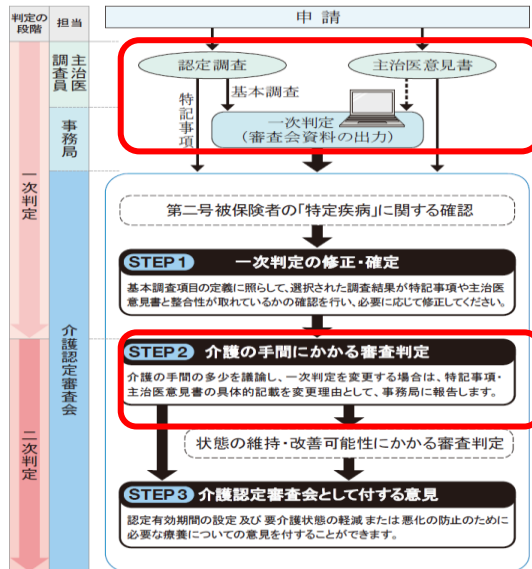
1. 該当する
2. 該当しません  
(⇒審査終了)

申請者が**第二号被保険者(40歳以上65歳未満の申請者)**の場合のみ、主治医意見書に基づき、「特定疾病」に該当するか判断する。

⇒(審査会)申請者の生活機能低下の原因となっている疾病がこの特定疾病に該当していることを確認

厚労省：特定疾病にかかる診断基準

## (2) 特記事項の「手間」に関する記載内容



### 3つの評価軸

- ・能力 「できる」「できない」
- ・介助の方法 「介助されていない」「一部介助」「全介助」他
- ・有無 「ない」「ときどきある」「ある」

機械的には処理できない具体的内容

### 5. 特記すべき事項

介護の手間の程度や状況等について具体的な状況を挙げて記入  
どのような介護がどれくらいの頻度でいつごろ提供され介護の手間がかかっているのか

## (3) 状態の維持・改善可能性の評価

「要支援2」「要介護1」「要介護認定等基準時間が32分以上50分未満である状態（当該状態に相当すると認められないものを除く）又はこれに相当すると認められる状態」と判定されたものに対して、「要支援2」「要介護1」のいずれかに該当するか、判定を行う。

### 重視する項目

- 「3 (1) 日常生活の自立度等について」
- 「3 (2) 認知症の中核症状」
- 「3 (3) 認知症の行動・心理症状」
- 「3 (4) その他の精神・神経症状」

医学的観点からの意見等を加味して、心身の状態が安定していない者や認知症等により予防給付等の利用に係る適切な理解が困難な者を除いた者を「要支援2」と判定することとなります。

## (4) 認定調査による調査結果の確認修正

認定調査員及び主治医のみ利用者を**知っている**。  
 その上、主治医はその利用者の生活機能、認知機能の程度を  
**評価できる立場**にあり、またその家族の関わりも把握している。

### 情報提供者

介護認定審査会は認定調査員や主治医からの情報をもとに  
 総合的に判断を行う。

**意思決定の場**

であり

**情報集約の場**

主治医の意見の方が、より申請者の状況について正確に把握していることが明らかな場合には、介護認定審査会は認定調査員の調査結果を修正し、改めて一次判定からやり直すこととなります

## (5) 介護サービス計画作成時の利用

### ● 介護支援専門員作成の「ケアプラン」

#### ・ 介護サービス提供における留意点

例：血圧管理についての留意事項にどの程度の運動負荷なら可能なのか  
 末期の方の予後 など

○総合事業における介護予防ケアマネジメントのケアプラン作成

○指定介護老人福祉施設及び指定地域密着型介護老人福祉施設における入所に関する検討のための委員会での特例入所対象者の判定及び施設への優先入所対象者の判定

○認知症日常生活自立度を基準とした加算における日常生活自立度の決定  
 など

## 本日の内容

- 要介護認定の仕組みと  
主治医意見書の位置づけ
- 主治医意見書の具体的な活用方法
- 意見書の項目ごとのポイント解説  
※別紙も参照ください。

本研修は、【主治医意見書記入の手引き/厚労省】を基に作成しております。

## 記入に際しての留意事項

- 主治医意見書の記入は、申請者の主治医が行うこと  
医師本人の記入を確認する必要があることから、  
医師氏名は自署する。
- 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  
した上で審査判定を行うことになるので、  
なるべく難解な専門用語を用いることは避け、**楷書**でわかりやす  
く記入する。

## 1. (1) 診断名

現在罹患している傷病の診断名と、その発症年月日を記入。

●発症年月日がはっきりわからない場合は、おおよその発症年月を記入

例：脳血管障害の再発や併発の場合には、直近の発作（発症）が起きた年月日を記入

●「1.」の傷病名には、

（第1号被保険者）生活機能低下の直接の原因となっている傷病名

（第2号被保険者）介護を必要とさせている生活機能低下等の直接の原因となっている特定疾病名

を記入。

## 1 (3) 生活機能低下の直接の原因に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

「(1) 1. 診断名」について、

生活機能低下と関連が深い事項について要点を簡潔に記入。

※「診断名2, 3」生活機能低下と関連が深い事項についても記入。

①日常生活活動の低下、外出や社会参加の機会の減少、家庭内の役割の喪失他更なる生活低下を引き起こしている要因。

②投薬は、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。

③意識障害がある場合にはその状況。

## 4(5) 医学的管理の必要性

医学的観点から、申請者が利用する必要があると  
考えられる 医療系サービスについて選択。

特記すべき項目がない場合は、  
「特記すべき項目なし」を選択。

※本項目の記入は、ここに記入されている  
サービスについての指示書に代わるものではない。

## まとめ（主治医意見書のポイント）

審査会へ

- 主治医意見書の読み手は、医師以外がほとんどです。  
医療関係者しか理解できない言葉を避けましょう。
- 要介護1、あるいは要支援2程度と推測される場合において、  
認知機能や状態・維持改善可能性にかかる審査判定に役立つ情報を記載  
⇒認知症高齢者の日常生活自立度を判断した根拠を説明。

介護サービス計画作成に関わる介護支援専門員等へ

- 参考となる情報（身体的・精神的観点）
- 医療系サービスの必要性の根拠
- 施設利用に関する意見とその根拠
- サービス利用全般に関わる疾病上からの留意または禁忌事項