令和８年度（2026年度）
介護保険制度・障害者総合支援法にかかわる
主治医研修会（医療・介護･事務職等を含む）
テキスト〔介護保険制度〕

令和8年度（2026年度）介護保険制度・障害者総合支援法にかかわる主治医研修会（医療・介護・事務職等を含む）テキスト〔介護保険制度〕

令和８年度（2026 年度）
介護保険制度・障害者総合支援法にかかわる
主治医研修会（医療・介護・事務職等を含む）
テキスト〔介護保険制度〕
令和８年（2026 年）８月発行
発行　一般社団法人　北　海　道　医　師　会
監修　北海道保健福祉部福祉局高齢者保健福祉課

はじめに

医師の皆様には、日頃から主治医意見書の作成や介護認定審査会での審査など介護保険制度の運営に御尽力いただき厚くお礼申し上げます。

平成１２年（２０００年）４月に介護保険制度がスタートしてから２６年が経過し、制度開始時に約７万５千人であった道内のサービス受給者数は、令和７年（２０２５年）４月には約２９万人と約３．８倍に増加しています。

本道では、全国を上回るスピードで高齢化が進んでおり、令和２年（２０２０年）には高齢化率が初めて３０％を超え、道民の約３人に１人が６５歳以上となっています。

こうした中、年齢を重ねても住み慣れた地域で安心して暮らすことのできる社会づくりを進めるためには、医療、介護、予防、住まい、生活支援などのサービスが切れ目なく一体的に提供される「地域包括ケアシステム」の構築が重要です。

道では、これまで関係の皆様に御協力をいただきながら、介護サービス提供基盤の整備や介護従事者の養成・確保など、地域の実情に応じた地域包括ケアシステムの構築を進めてまいりました。

第９期「北海道高齢者保健福祉計画・介護保険事業支援計画」（２０２４年４月～２０２７年３月）では、いわゆる「団塊ジュニア世代」が７５歳以上となる令和２２年（２０４０年）を見据え、地域の人口動態や介護ニーズの見込み等を踏まえて介護サービス基盤の整備を進めるとともに、介護人材の確保や介護現場の生産性の向上を図るなど、高齢者の方々が可能な限り住み慣れた地域で日常生活を営むことができるよう、地域の実情に応じた地域包括ケアシステムの深化・推進を目指すこととしています。

主治医研修は、要介護認定の適切な実施に資することを目的として、北海道医師会及び北海道の主催により、介護保険制度が開始された平成１２年（２０００年）から年間約５００人の医師の皆様に受講していただいています。本テキストが医師の皆様にとって介護保険制度に対する理解及び業務の参考の一助となりますことを祈念いたします。

令和８年（２０２６年）８月

北海道医師会常任理事・地域福祉部長　　菅田忠夫
北海道保健福祉部福祉局高齢者保健福祉課長　　秋田裕幸

目　　次

はじめに

第１章　介護保険制度説明　1
Ⅰ　介護保険制度に関する動向及び主治医意見書記載に係る留意事項等について……３
Ⅱ　北海道における介護保険制度の実施状況について……２３
Ⅲ　介護保険制度における医師の役割と連携について……３３

第２章　事例集　３７
Ⅰ　主治医意見書記入の手引き
（令和7月（2025年）11月20日厚生労働省老健局老人保健課長通知により一部改正）
……３９
Ⅱ　特定疾病にかかる診断基準……５７
Ⅲ　主治医意見書記載のポイント……７４
Ⅳ　認定調査員テキスト2009改訂版（令和６年（2024年）４月改訂）（抄）　…７９
Ⅴ　主治医意見書記載例（事例１～事例４）……８９

第３章　介護情報基盤（主治医意見書オンライン化に向けて）　１１１

第４章　主治医研修におけるよくある質問と回答　１１９

第５章　参考資料集等　１２９
Ⅰ　参考資料集……１３１
１　介護保険制度の概要……１３１
２　介護保険の各種サービスについて……１４５
Ⅱ　関連通知……１６１
３　「主治医意見書記入の手引き」の一部改正について……１６１
４　「要介護認定等の実施について」の一部改正について……１６６
５　末期がん等の方への要介護認定等に関する各種通知等……１７２
６　医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進について…１８３
７　「おむつに係る費用の医療費控除の取扱いについて」の一部改正について…１８６
８　要介護認定結果及び居宅サービス計画の情報提供について……２００
９　主治医意見書の取扱いについて……２０１
１０　第三者行為の届出義務化等に係る留意事項について……２０２
１１　地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律の
一部の施行に伴う関係政令の整備に関する政令の施行について……２０７
１２　「介護認定審査会の運営について」の一部改正について……２０９
Ⅲ　介護保険主治医意見書用問診票（旭川市における使用例）……２１５
Ⅳ　主治医意見書記載ガイドブック……２１７
Ⅴ　障がいと介護の優先関係……２２３

第１章　介護保険制度説明

Ⅰ　介護保険制度に関する動向及び主治医意見書記載に係る留意事項等について

Ⅱ　北海道における介護保険制度の実施状況について

Ⅲ　介護保険制度における医師の役割と連携について

Ⅰ 介護保険制度に関する動向 及び 主治医意見書記載に係る 留意事項等について

北海道庁 保健福祉部 福祉局
高齢者保健福祉課
医療参事 廣島 孝

本日お話する内容

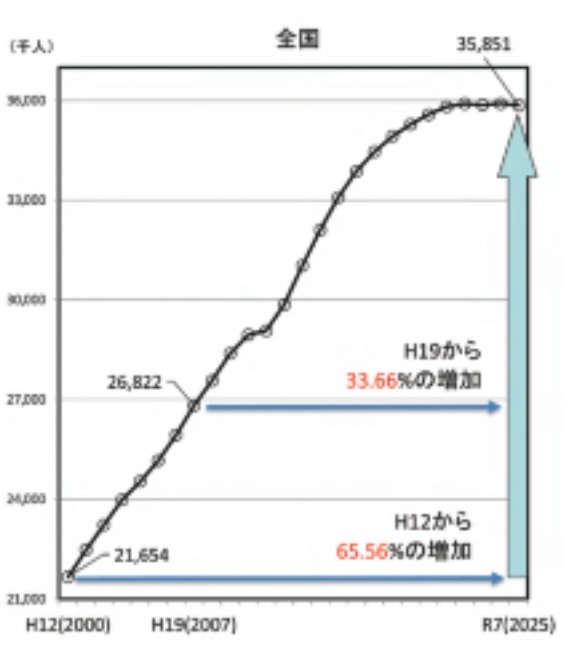
1 介護保険の概況

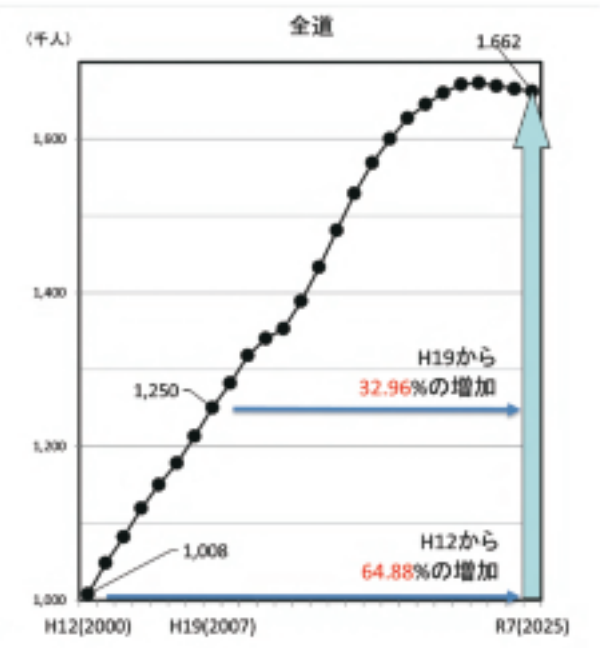
2 要介護認定の仕組み

3 主治医意見書記載に係る留意点

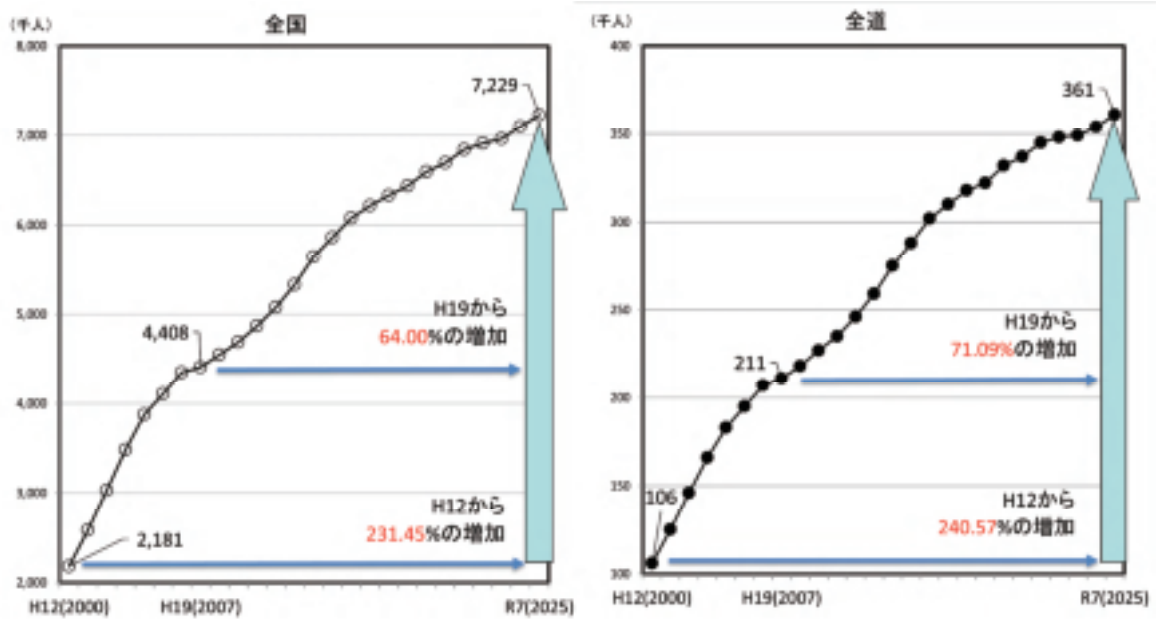
1　介護保険の概況

1）第1号被保険者数の推移

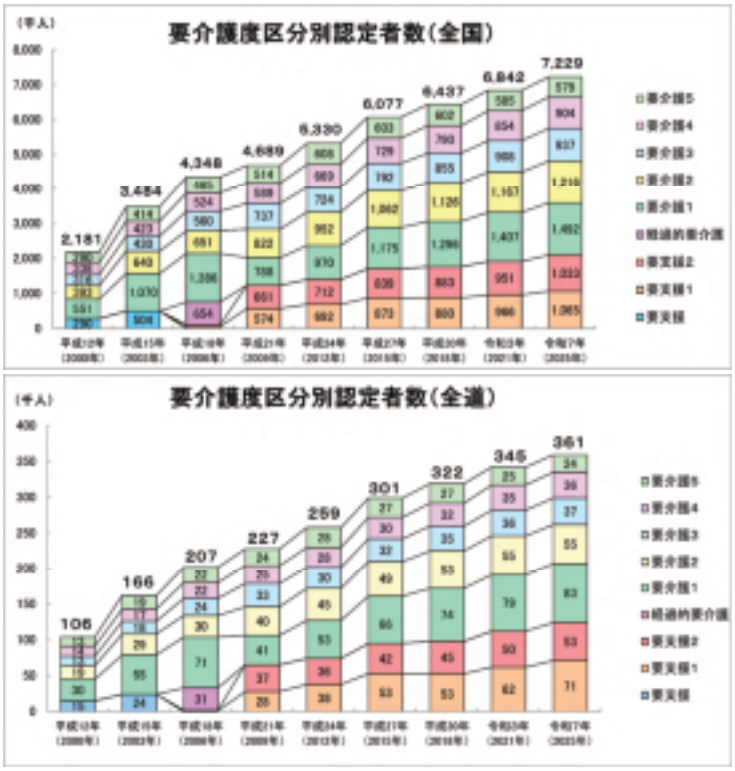




2）要介護認定者数の推移

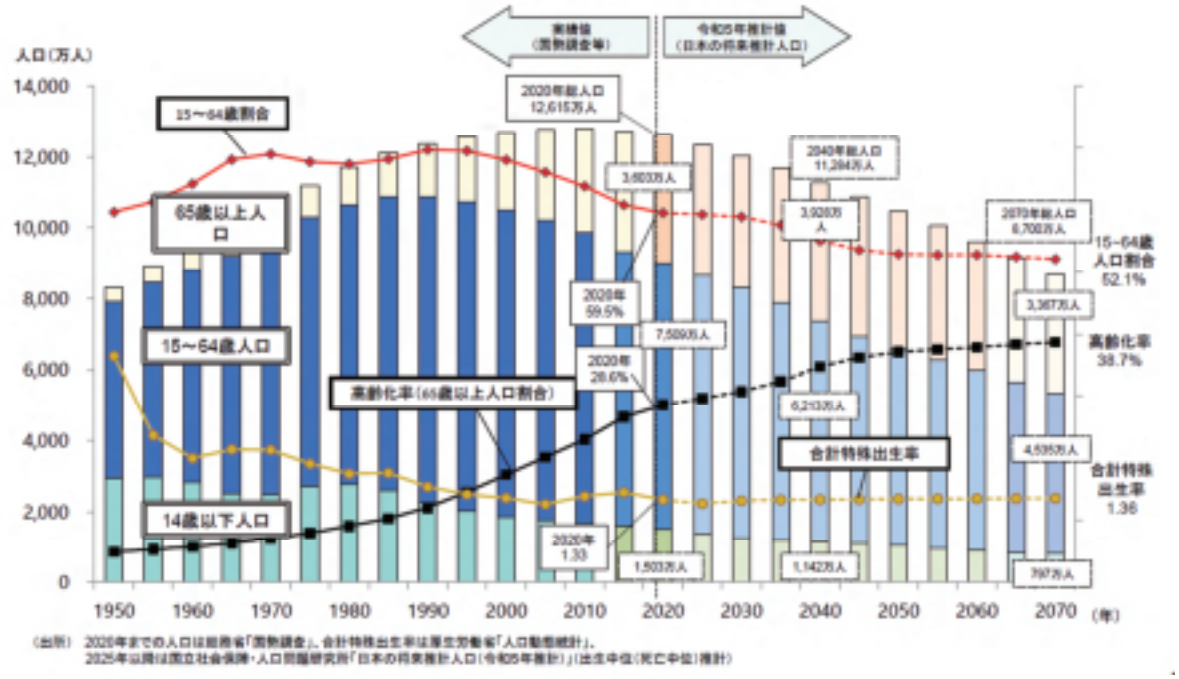


3）要介護度別認定者数



総人口の推移

○　日本の人口は近年減少局面を迎えている。2070年には総人口が9,000万人を割り込み、高齢化率は39%の水準になると推計されている。



（出所）2020年までの人口は総務省「国勢調査」、合計特殊出生率は厚生労働省「人口動態統計」。
2025年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（令和5年推計）」（出生中位（死亡中位）推計）

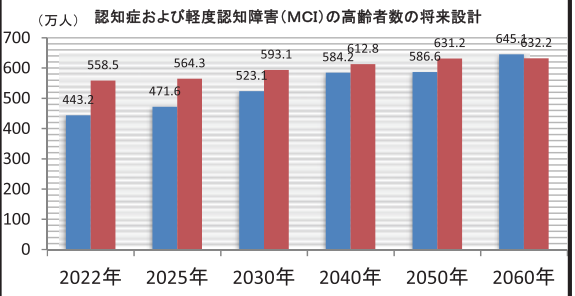
今後の介護保険をとりまく状況（１）

① 65歳以上の高齢者数は、2025年には3,653万人となり、2043年にはピークを迎える予測（3,935万人）。
また、75歳以上高齢者の全人口に占める割合は増加していき、2060年には、25%を超える見込み。

	2015年	2020年	2025年	2030年	2060年
65歳以上高齢者人口（割合）	3,385万人（26.6%）	3,603万人（28.6%）	3,653万人（29.6%）	3,696万人（30.8%）	3,644万人（37.9%）
75歳以上高齢者人口（割合）	1,631万人（12.8%）	1,860万人（14.7%）	2,155万人（17.5%）	2,261万人（18.8%）	2,437万人（25.3%）

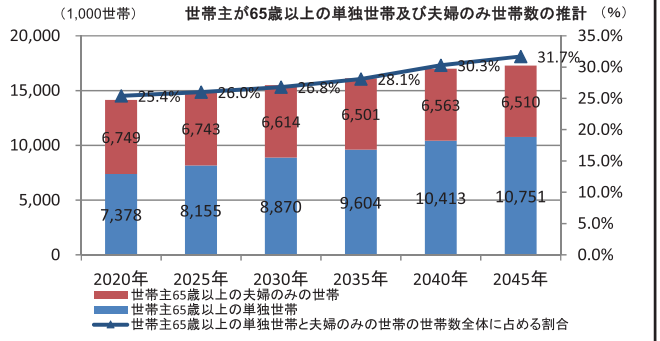
国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（全国）（平成29(2017)年4月推計）」より作成

② 65歳以上高齢者のうち、認知症高齢者が増加していく。



資料：「認知症及び軽度認知障害の有病率調査並びに将来推計に関する研究」（令和5年度老人保健事業推進費等補助金 九州大学 二宮利治教授）より厚生労働省にて作成

③ 世帯主が65歳以上の単独世帯や夫婦のみの世帯が増加していく



国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計（全国推計）（令和6(2024)年推計）」より作成

④ 75歳以上人口は、人口構成が比較的若い県で今後増加し、もともと高齢者人口の多い地方でも穏やかに増加する。各地域の高齢化の状況は異なるため、各地域の特性に応じた対応が必要。

※都道府県名欄の（ ）内の数字は倍率の順位

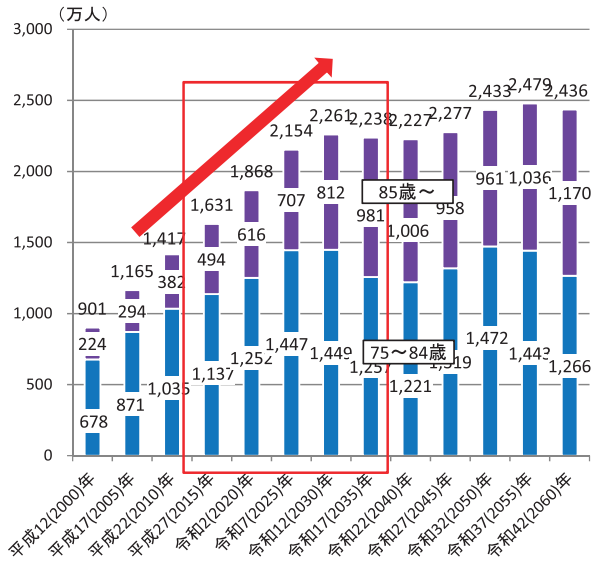
	沖縄県(1)	滋賀県(2)	栃木県(3)	宮城県(4)	神奈川県(5)	～	東京都(21)	～	高知県(45)	島根県(46)	山口県(47)	全国
2020年<>は割合	15.3万人<10.8%>	18.6万人<13.1%>	27.1万人<14.0%>	32.3万人<14.0%>	123.1万人<13.3%>		169.4万人<12.1%>		13.1万人<19.0%>	12.3万人<18.4%>	24.5万人<18.3%>	1860.2万人<14.7%>
2040年<>は割合（）は倍率	25.3万人<17.6%>（1.60倍）	24.9万人<19.0%>（1.34倍）	35.5万人<21.4%>（1.31倍）	41.8万人<20.8%>（1.30倍）	156.8万人<17.7%>（1.27倍）		202.7万人<14.0%>（1.20倍）		13.9万人<26.4%>（1.06倍）	12.9万人<23.4%>（1.05倍）	25.5万人<24.1%>（1.04倍）	2227.5万人<19.7%>（1.20倍）

国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(令和5(2023)年推計)」より作成

今後の介護保険をとりまく状況（２）

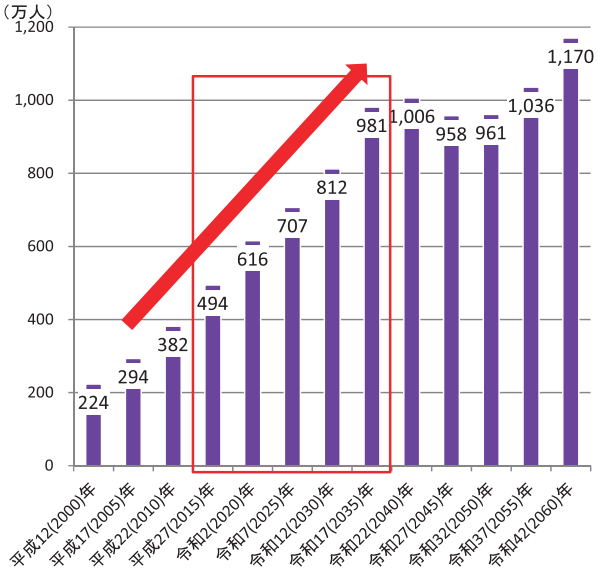
75歳以上の人口の推移

〇75歳以上人口は、介護保険創設の2000年以降、急速に増加してきたが、2015年から2025年までの10年間も、急速に増加。



85歳以上の人口の推移

〇85歳以上の人口は、2015年から2025年までの10年間、75歳以上人口を上回る勢いで増加し、2035年頃まで一貫して増加。



（資料）将来推計は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」（令和5(2023)年4月推計）出生中位（死亡中位）推計
2020年までの実績は、総務省統計局「国勢調査」（年齢不詳人口を按分補正した人口）

今後の介護保険をとりまく状況（３）

年齢階級別の要介護認定率

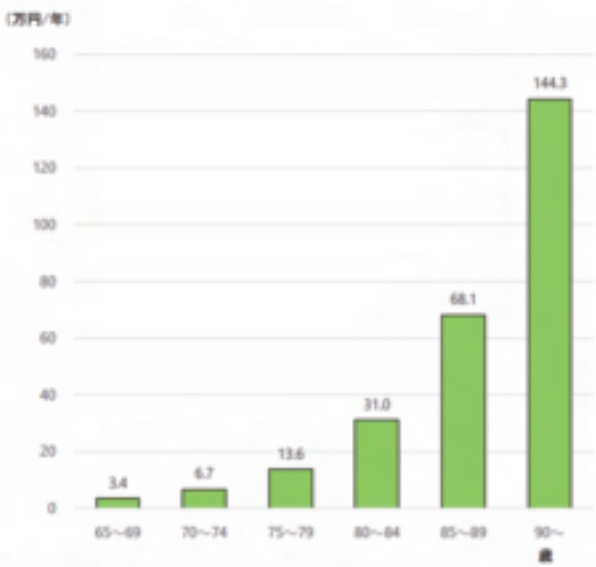
〇要介護認定率は、年齢が上がるにつれ上昇。特に、85歳以上で上昇。



出典：2023年9月末認定者数（介護保険事業状況報告）及び2023年10月1日人口（総務省統計局人口推計）から作成
注）要支援1・2を含む数値。

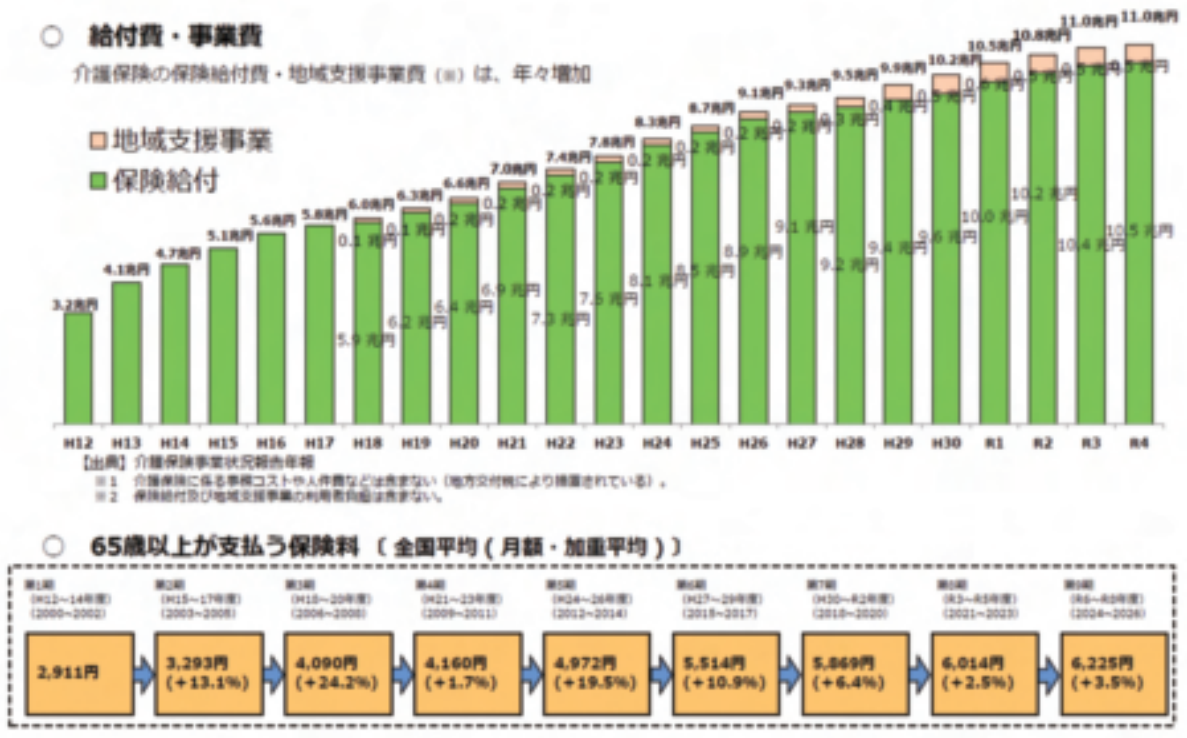
年齢階級別の人口1人当たりの介護給付費

〇 一人当たり介護給付費は85歳以上の年齢階級で急増。



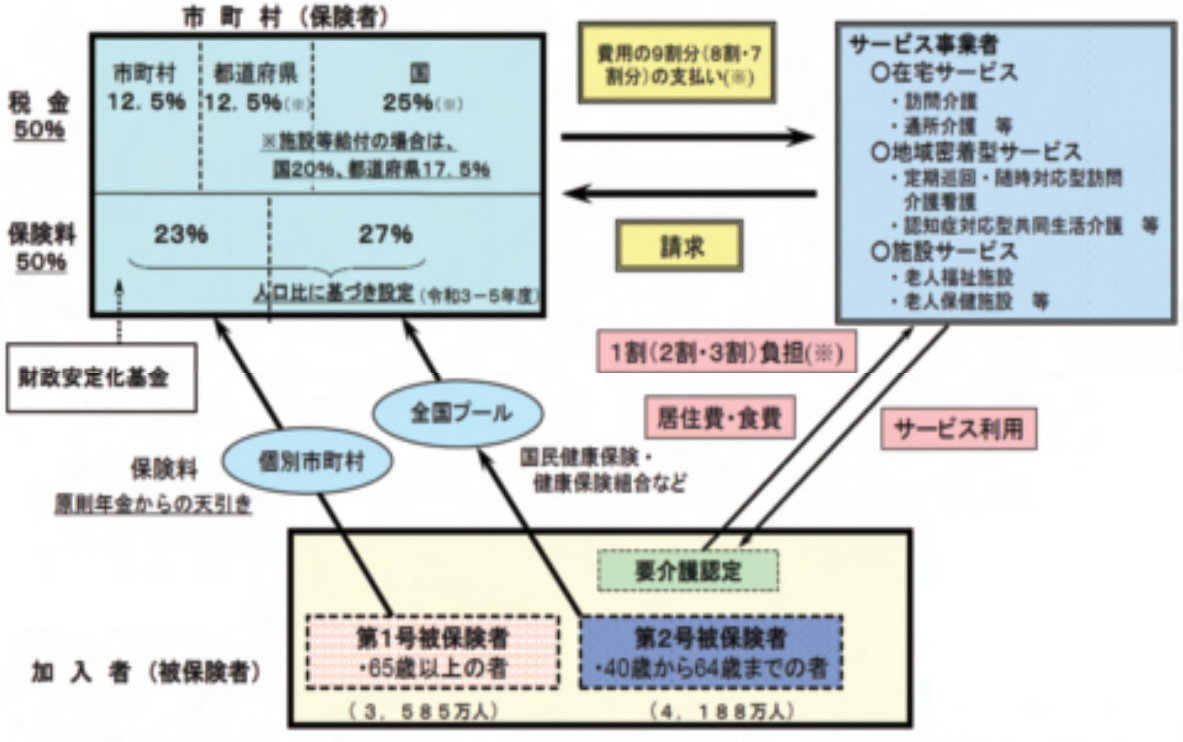
出典：2023年度「介護給付費等実態統計」及び2023年10月1日人口（総務省統計局人口推計）から作成
注）高額介護サービス費、高額医療合算介護サービス費は含まない。
補足給付に係る費用は、サービスごとに年齢階級別受給者数に応じて按分。

介護保険にかかる給付費・事業費と保険料の推移



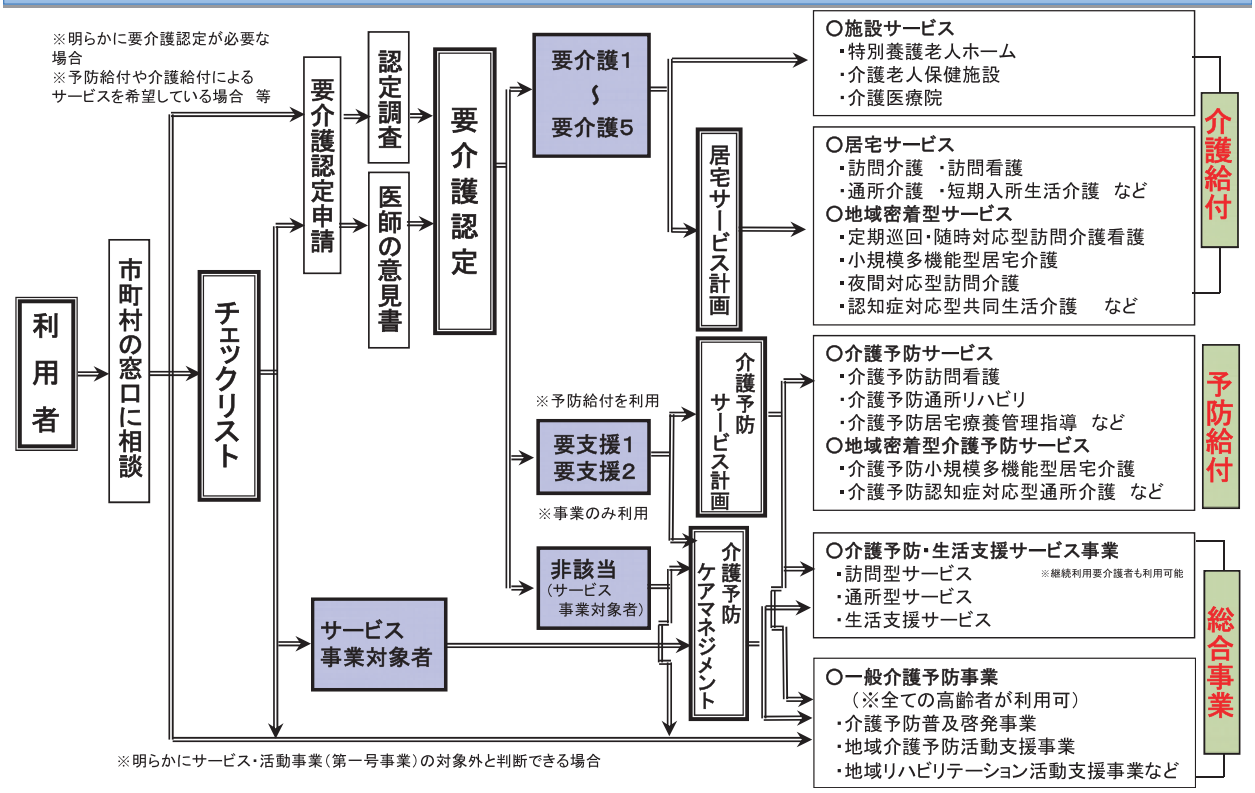
11

介護保険制度の仕組み



（注）第1号被保険者の数は、「令和4年度介護保険事業状況報告年報」によるものであり、令和4年度末現在の数である。
第2号被保険者の数は、社会保険診療報酬支払基金が介護給付費納付金額を確定するための医療保険者からの報告によるものであり、令和4年度内の月平均値である。
（※）一定以上所得者については、費用の2割負担（平成27年8月施行）又は3割負担（平成30年8月施行）。

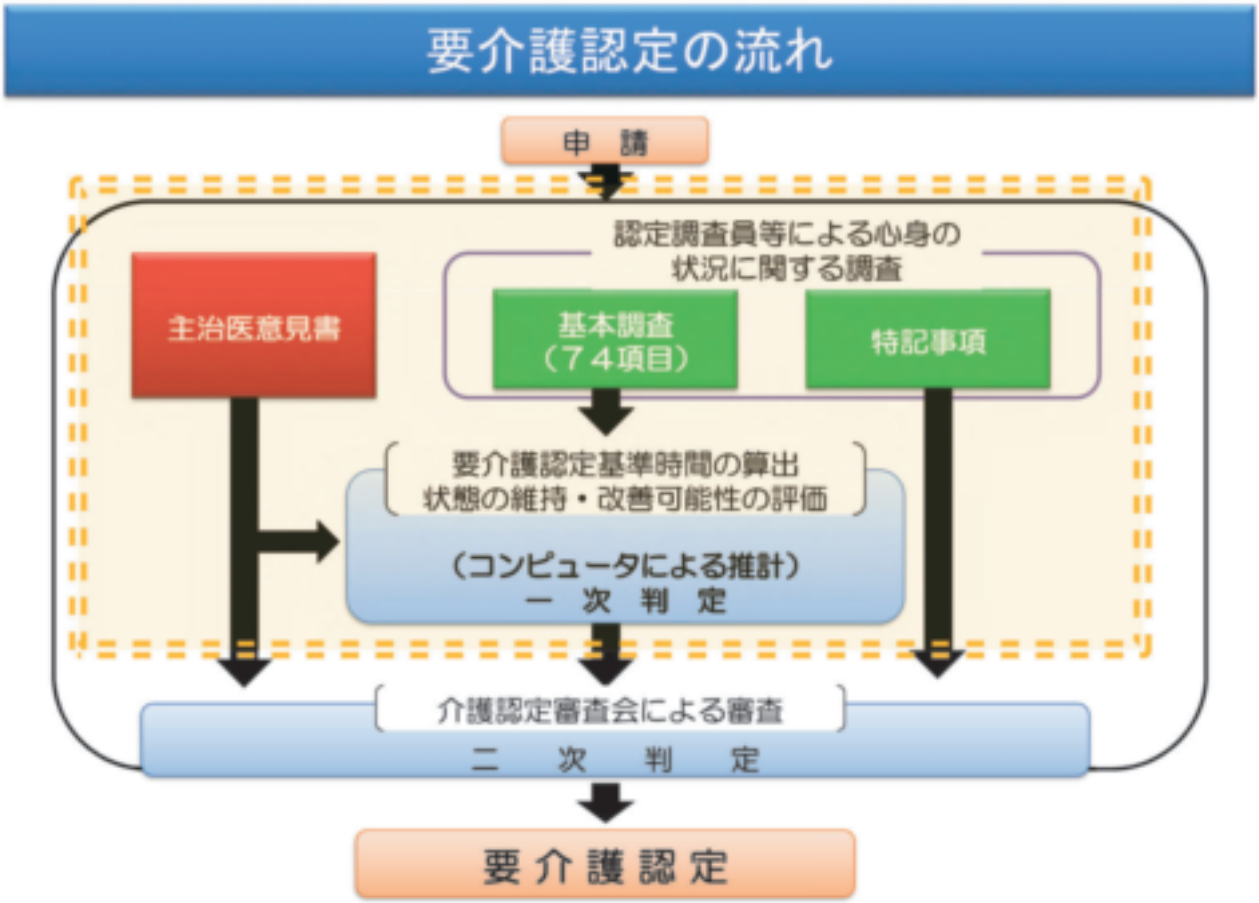
介護サービスの利用の手続き



※ 被保険者からの不服申立状況

	要介護認定			保険料（賦課）			保険料（給付）		
	R5（2023）	R6（2024）	R7（2025）	R5（2023）	R6（2024）	R7（2025）	R5（2023）	R6（2024）	R7（2025）
認容（原処分取消）	1	0	0	0	0	0	0	0	0
棄却（原処分妥当）	6	2	1	0	0	2	0	0	0
却下（請求不適法）	1	2	0	3	3	2	0	0	0
取下げ	0	0	1	0	0	0	0	0	0
小　計	8	4	2	3	3	4	0	0	0

２　要介護認定の仕組み


要介護認定の流れ
申　請
認定調査員等による心身の
状況に関する調査
主治医意見書
基本調査
（７４項目）
特記事項
要介護認定基準時間の算出
状態の維持・改善可能性の評価
（コンピュータによる推計）
一　次　判　定
介護認定審査会による審査
二　次　判　定
要介護認定

要介護認定等基準時間の基礎データ

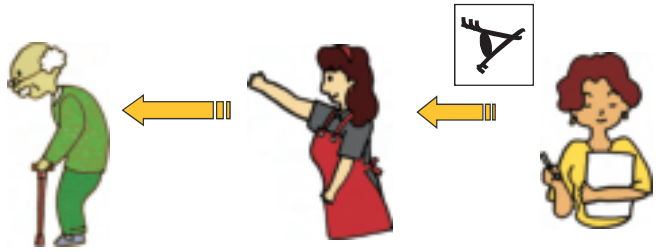
平成19年（2007年）に特養、老健等の施設に入所している約3,400人の高齢者を対象に48時間にわたり調査

どのような介護サービスがどの位の時間にわたって提供されたかを調べた資料

高齢者の身体的状態、知的な状態を記述した資料

二つの資料を組み合わせて「要介護認定等基準時間」を算出

「１分間タイムスタディ」



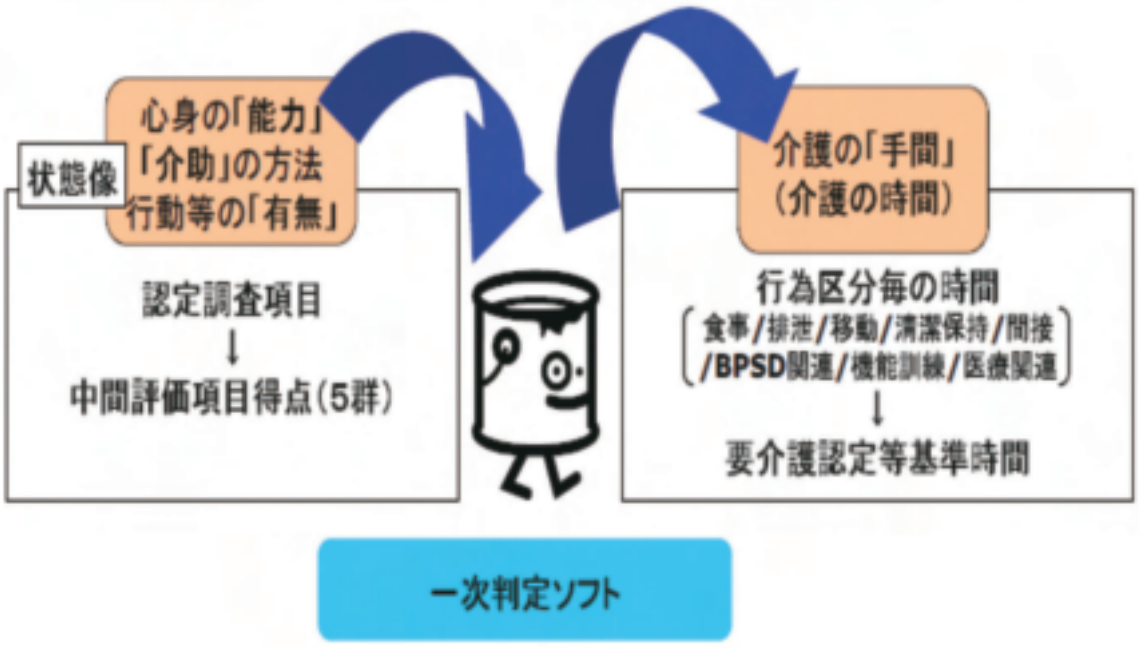
高齢者　介護者　調査者

1分間ごとにケアの行為を記録

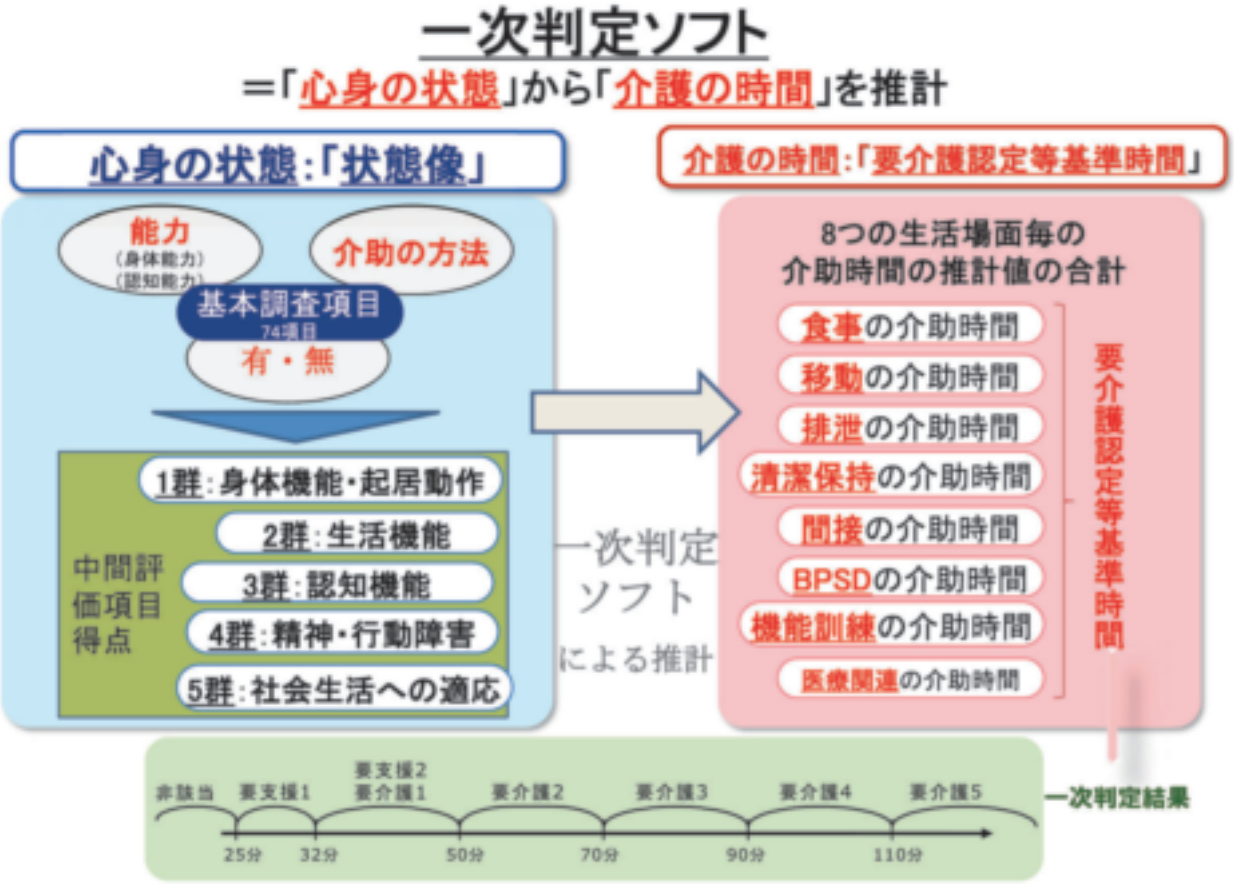
状態調査



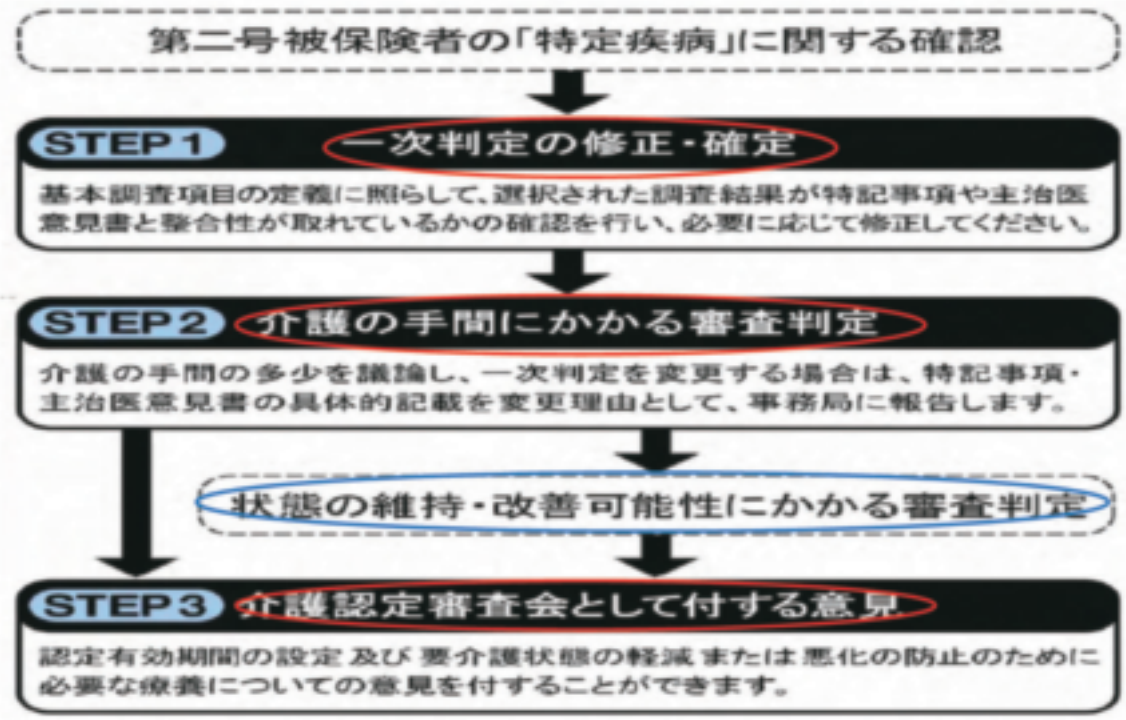
要介護認定の基本設計の考え方について



一次判定ソフト


一次判定ソフト
＝「心身の状態」から「介護の時間」を推計
心身の状態：「状態像」
介護の時間：「要介護認定等基準時間」
能力
（身体能力）
（認知能力）
介助の方法
基本調査項目
74項目
有・無
1群：身体機能・起居動作
2群：生活機能
3群：認知機能
4群：精神・行動障害
5群：社会生活への適応
中間評価項目得点
一次判定ソフトによる推計
8つの生活場面毎の介助時間の推計値の合計
食事の介助時間
移動の介助時間
排泄の介助時間
清潔保持の介助時間
間接の介助時間
BPSDの介助時間
機能訓練の介助時間
医療関連の介助時間
要介護認定等基準時間
非該当
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
25分
32分
50分
70分
90分
110分
一次判定結果

介護認定審査会の手順


第二号被保険者の「特定疾病」に関する確認
STEP 1
一次判定の修正・確定
基本調査項目の定義に照らして、選択された調査結果が特記事項や主治医意見書と整合性が取れているかの確認を行い、必要に応じて修正してください。
STEP 2
介護の手間にかかる審査判定
介護の手間の多少を議論し、一次判定を変更する場合は、特記事項・主治医意見書の具体的記載を変更理由として、事務局に報告します。
状態の維持・改善可能性にかかる審査判定
STEP 3
介護認定審査会として付する意見
認定有効期間の設定及び要介護状態の軽減または悪化の防止のために必要な療養についての意見を付することができます。

第二号被保険者の「特定疾病」に関する確認

申請者が第二号被保険者の場合、主治医意見書に基づき、16の「特定疾病」に該当するかどうかを判断する

- がん（がん末期）
- 関節リウマチ
- 筋萎縮性側索硬化症
- 後縦靭帯骨化症
- 骨折を伴う骨粗鬆症
- 初老期における認知症
- パーキンソン病関連疾患（進行性核上麻痺、大脳皮質基底核変性症含む）
- 脊髄小脳変性症
- 脊柱管狭窄症
- 早老症
- 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
- 閉塞性動脈硬化症
- 慢性閉塞性肺疾患
- 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

介護認定審査会｜3つの役割

- *STEP 1*: 一次判定の修正・確定
  - 認定調査員の調査内容の確定
- *STEP 2*: 介護の手間にかかる審査判定
  - 介護の手間を専門職の視点から審査判定
  - 状態の維持・改善可能性にかかる審査判定
- *STEP 3*: 介護認定審査会として付する意見
  - 認定有効期間に関する意見
  - 療養についての意見

STEP 1：一次判定の修正・確定

STEP 1　一次判定の修正・確定

基本調査項目の定義に照らして、選択された調査結果が特記事項や主治医意見書と整合性が取れているかの確認を行い、必要に応じて修正してください。

- 基本調査の選択の妥当性を確認；単純な間違い、矛盾、等
  - 各調査項目の定義と特記事項や主治医意見書の記載内容から理由を明らかにして事務局に修正依頼。
  - 本プロセスを経てはじめて、「一次判定」が確定。

  （修正した後の一次判定が、最終的な一次判定として記録される）
- 一次判定を確定するのは、「介護認定審査会」の役割

STEP 2：介護の手間にかかる審査判定

STEP 2　介護の手間にかかる審査判定

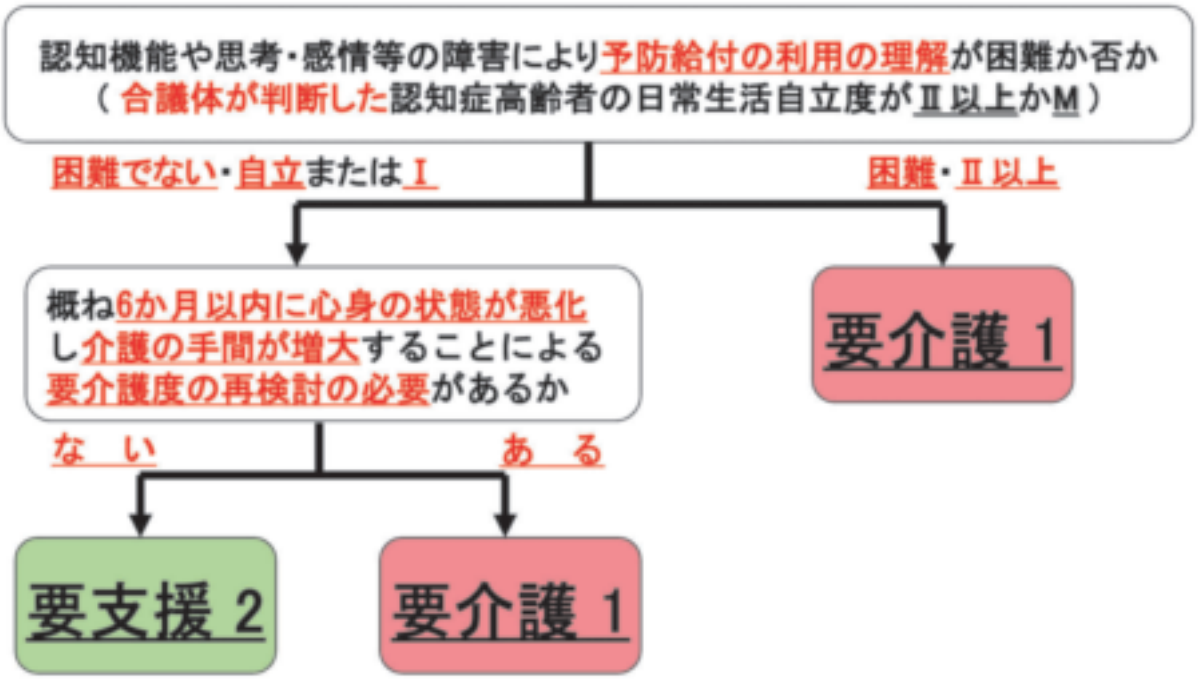
介護の手間の多少を議論し、一次判定を変更する場合は、特記事項・主治医意見書の具体的記載を変更理由として、事務局に報告します。

- 通常の例よりも「介護の手間」が、「よりかかる」・「よりかからない」の視点での議論；
  - 一次判定ソフトの推計では評価しきれない部分を委員の専門性・経験に基づき合議にて判断。
  - 「介護の手間」が、より「かかる」・「かからない」と判断した場合、「要介護認定等基準時間」も参考にしながら、一次判定の変更が必要か否か、吟味。
  - 「認定調査員・特記事項」・「主治医意見書・特記すべき事項」欄に基づいて審査。

（理由を記録することが重要）

32分以上50分未満	状態の維持・改善可能性にかかる審査判定

■ 1 基本的な考え方



STEP 3：介護認定審査会として付する意見

STEP 3 介護認定審査会として付する意見

認定有効期間の設定及び要介護状態の軽減または悪化の防止のために必要な療養についての意見を付することができます。

- 有効期間の延長・短縮；
  - 原則：新規・区分変更：6ヶ月、更新：12ヶ月
  - 短くする／長くすることが可能
    - 要介護状態区分の長期間にわたる固定は、時として被保険者の利益を損なう場合がある。
    - 例）介護の手間の改善がみられるにもかかわらず、同じ要介護状態区分で施設入所が継続されれば、利用者は不要な一部負担を支払い続けることになる。
    - すべてのケースで適切な有効期間の検討が必要。
  - 議論のポイント
    - 入退院の直後、リハビリテーション中など
    - 急速に状態が変化している場合
    - 長期間にわたり状態が安定していると考えられる場合。

３　主治医意見書記載に係る留意点

ご留意いただきたい点

1) 末期がん等の方への要介護認定等について

2) 主治医意見書の早期提出について

3) 第三者行為の届出義務化等に関して

4) 医師及び医療関係職と事務職員等の間等での役割分担の推進について

5)令和3年(2021年)「主治医意見書の記入の手引」 改正について

6)令和7年(2025年)の主治医意見書様式及び「主治医意見書記入の手引き」改正について

1）末期がん等の方への要介護認定等について

要注意：H31(2019).2.19付け事務連絡による**変更前**の取扱い

平成22年（2010年）4月30日・厚生労働省老健局老人保健課事務連絡

末期がん等の方への要介護認定等における留意事項について（ 抜粋 ）

① 「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」において「40歳以上65歳未満の第2号被保険者については、主治医意見書の診断名の欄に、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」することとしています。

② 主治医意見書に「末期がん」であることを明示することは、保険者の要介護認定事務局や介護保険認定審査会における迅速な対応に資するため、特に申請者が末期がんと診断されている場合には、診断名を明示いただくよう主治医の皆さまに周知願います。
ただし、告知の問題については十分留意願います。

平成31年（2019年）2月19日付事務連絡

- 特定疾病の名称の記入について
  - 特定疾病の名称の記入に当たっては、単に「がん」と記載されたもので申請を受理して差し支えない

- 特定疾病の確認について
  - 特定疾病に該当するかを確認する場合であっても、「末期がん」等の表現ではなく、介護保険サービスを利用し得る状態であることを主治医に確認したかどうかに留めるなど、申請者の心情に配慮した対応をお願いする

「がん患者の療養生活の最終段階における実態把握事業」
（令和4年（2022年）3月 国立がん研究センター がん対策研究所）

- 死亡前6ヶ月間に介護保険を「一回も利用したことがない」20,807 名
  - 「介護保険を知らなかった」1,565 名（7.5%）
  - 「申請したが利用できなかった」4,849 名
    - うち、2,413 名（49.8%）が「介護認定に必要な調査を受ける前に患者さまが亡くなられた」

    - 調査対象：遺族
    - 有効回答数：約54,000名

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
厚生労働省老健局老人保健課・医政局地域医療計画課・健康生活局がん・疾病対策課事務連絡
令 和 6 年（2024年）5 月 31 日

- 迅速な サービス提供の開始に向けた暫定ケアプランの作成等について
  - 暫定ケアプランの作成及び迅速なサービス提供の開始 について
  - 心身の状況が変化した場合の対応について
- 迅速な要介護認定の実施について
  - オンラインによる認定調査の実施について
  - 主治医意見書の簡易な作成について、傷病名、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及び食事行為）及び特記すべき事項等に限定した記載のものを受理しても差し支えない
  - 一次判定ソフトの活用 等 について
- 介護認定審査会の柔軟な運用について
  - 合議体の構成について 委員の定数を3人とすることが可能。同一の委員を複数の合議体に所属させることや、委員が所属していない合議体における審査判定に加わることも必要に応じて可能
  - 介護認定審査会の開催方法について資料の持ち回りやオンラインによる実施可能

2）主治医意見書の早期提出について

- 介護保険法上、要介護認定は、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、主治医意見書の提出が遅延していることが指摘されている。
- また、市町村では、主治医意見書の提出の遅延に伴う督促に負担がかかっている。

⇒ 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、主治医意見書の早期提出にご協力いただきたい。

要介護認定に要する期間の集計（令和6年度（2024年度）認定分）

厚生労働省ホームページより

項　目	主治医意見書依頼から入手までの期間	調査依頼から実施までの期間	申請から認定までの期間
	日　数	日　数	日　数
全　国	17.9	11.1	39.9
北海道	18.1	7.1	40.1

令和7年（2025年）12月19日までに介護保険総合データベースへ格納された要介護認定情報のうち、認定申請日が令和6年（2024年）4月～令和7年（2025年）3月のデータを集計したもの

3）第三者行為の届出義務化等に関して

○ 平成28年（2016年）4月1日以降、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）により介護給付を受ける場合に、保険者への届出が必要となったことにより、主治医に対し、第三者行為を原因とする負傷が疑われる場合に主治医意見書「5.特記すべき事項」にその旨の記載を行うことを要請。

4）医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進について（抜粋）

平成19年（2007年）12月23日　医政局通知

- ② 主治医意見書の作成（略）
- 医師が最終的に確認し署名することを条件に、事務職員が医師の補助者として主治医意見書の記載を代行することも可能である。
- また、電磁的記録により作成する場合は、電子署名及び認証業務に関する法律（平成12年法律第102号）第2条第1項に規定する電子署名をもって当該署名に代えることができるが、作成者の識別や認証が確実に行えるよう、その運用においては「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守されたい。

5）令和3年（2021年）「主治医意見書記入の手引」改正について

- なるべく難解な専門用語を用いることは避け、「楷書」で平易に分かりやすく記入してください。
- 医師氏名等
  - 医師氏名のみは医師本人による自著をお願いします。
- 症状としての安定性
  - 脳卒中や心疾患、外傷の急性期や慢性疾患の急性増悪期で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
  - 例えば進行性のがんで急激な悪化が見込まれる場合は特記するべき事項ではなく症状としての安定性に記載してください。
- 以下詳細省略

主治医意見書における医師氏名等の取扱いについて

- 「主治医意見書記入の手引き」（令和３年８月１６日改正通知）は、主治医意見書に記載する「医師氏名」等について、医師本人の自著を求めている。
- 上記通知の改正を踏まえ、各保険者から医師本人の自著ではなく、記名押印された主治医意見書が提出された場合、これを受理して差し支えないか、問い合わせが多数寄せられているところ。
- 今回寄せられた照会を受けて、医師本人の自著がない主治医意見書についても,受理して差し支えない取り扱いとする
- なお、押印廃止はデジタル化に向けた取り組みであることに留意しつつ、医師本人の記載であることは確認する必要があることからやむを得ない場合は、従前の通り、押印しても差し支えないことを申し添える。

全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議（令和4年（2022年）３月）資料より

6）令和7年（2025年）の主治医意見書様式及び「主治医意見書記入の手引き」改正について

令和8年（2026年）4月1日以降、順次、介護情報基盤経由での情報共有が開始されることに伴う、デジタル化対応のための改正。

様式の改正

- 主治医意見書が介護サービス計画作成等に利用されることへの同意の有無欄の削除
- 「5. 特記すべき事項」の注意書きにおける「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。」の文言削除

「医師氏名」等（改正後手引き抜粋）

- 主治医意見書を介護情報基盤を用いて作成及び送信する場合については、医師本人による 自署を不要とします。その場合、電子署名を用いることも可能ですが、当面の間、医療機関の判断で電子署名を行わなくとも構いません。なお、電子署名をせず、セキュリティ事案が発生した場合には、医療機関には調査や患者に対しての説明が求められ、事案に対する責任が医師本人や医療機関に生じることに留意ください。
- 紙媒体で主治医意見書を作成及び提出する場合については、医師本人の記入であることを確認する必要があることから、医師氏名のみは医師本人による自署をお願いします。なお、医師氏名の欄には、押印の必要はありません。また、医療機関の所在地、名称等は、ゴム印等を用いても構いません。

ご清聴いただきありがとうございます。

□ 「主治医意見書」は、公平公正な要介護認定になくてはならないものです。

➢ 「1 傷病に関する意見」、
「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」などの記載を根拠に、介護認定審査会において、介護度が決定されます。

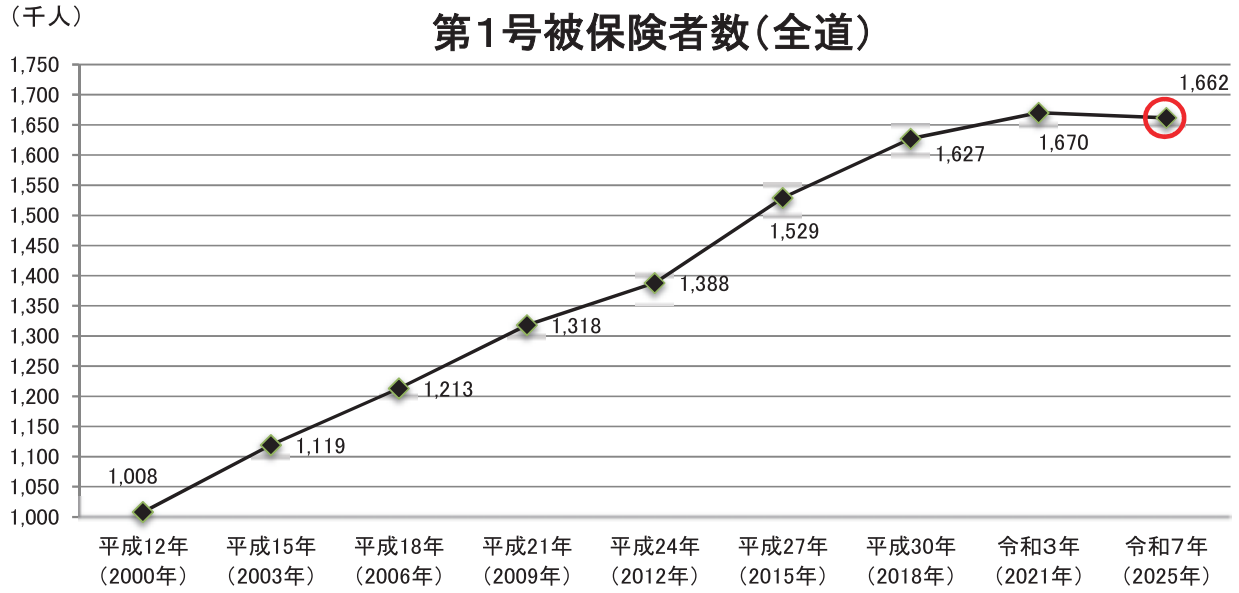
➢ 特に、主治医から見た「介護の手間」に関する情報の提供をお願いいたします。

Ⅱ　北海道における介護保険制度の実施状況について

1）　第1号被保険者数の推移

区　分	平成12年（2000年）	平成15年（2003年）	平成18年（2006年）	平成21年（2009年）	平成24年（2012年）	平成27年（2015年）	平成30年（2018年）	令和3年（2021年）	令和7年（2025年）
全　道	1,008	1,119	1,213	1,318	1,388	1,529	1,627	1,670	1,662
全　国	21,654	23,981	25,935	28,384	29,855	33,083	34,919	35,809	35,851

※各年4月末の数
※千人未満切捨て





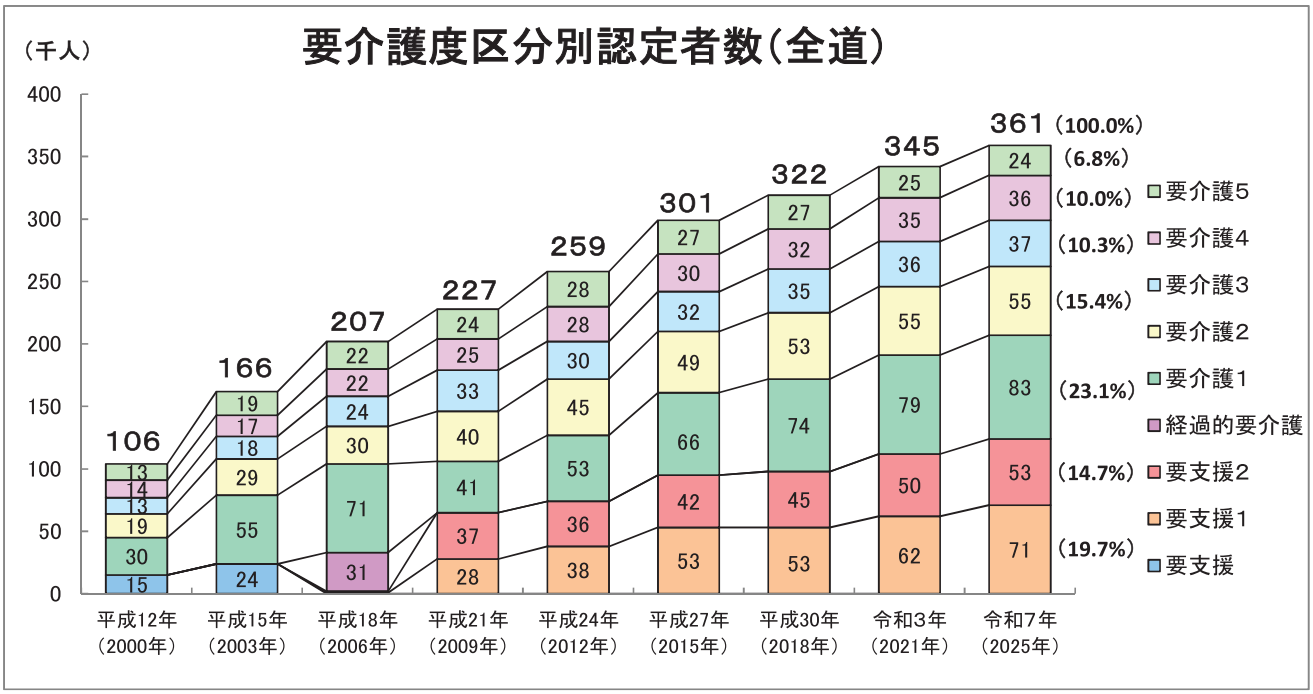
※　出典：厚生労働省「介護保険事業状況報告」（暫定）（令和7年(2025年)4月分）

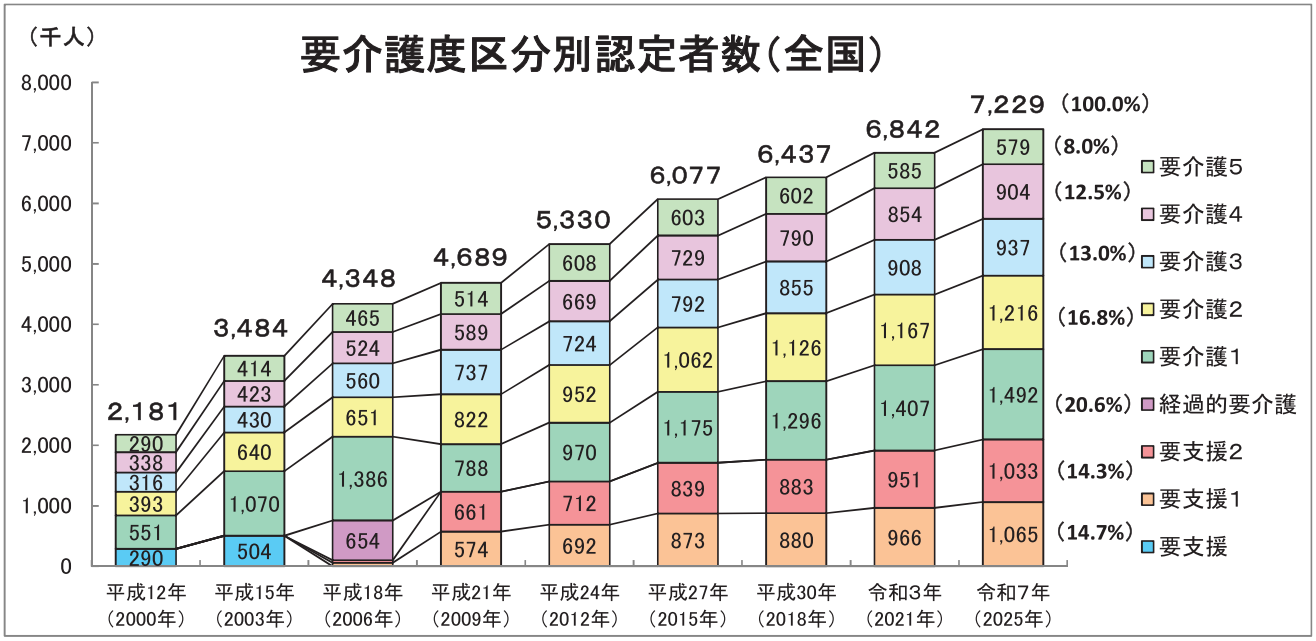
2） 要介護認定者の推移

（単位：千人）

区　　分	平成12年（2000年）	平成15年（2003年）	平成18年（2006年）	平成21年（2009年）	平成24年（2012年）	平成27年（2015年）	平成30年（2018年）	令和3年（2021年）	令和7年（2025年）
全　道	106	166	207	227	259	301	322	345	**361**
（認定率）	（10.2%）	（14.3%）	（16.5%）	（16.7%）	（18.2%）	（19.3%）	（19.5%）	（20.4%）	**（21.4%）**
全　国	2,181	3,484	4,348	4,689	5,330	6,077	6,437	6,842	**7,229**
（認定率）	－	（14.0%）	（16.2%）	（16.0%）	（17.3%）	（17.9%）	（18.1%）	（18.7%）	**（19.8%）**

※各年4月末の数
※認定者数には第2号被保険者分を含む
※（ ）内の認定率は、第1号被保険者数に対する第1号被保険者である要介護認定者の割合





※　出典：厚生労働省：「介護保険事業状況報告」（暫定）（令和7年（2025年）4月分）
※　それぞれに千人未満を切り捨てた数値のため、合算した数値が上表の各月の数値と一致しない。
※　経過的要介護とは、平成18年（2006年）4月1日の介護保険法改正において「要支援」の認定区分から新たに「要支援1、要支援2」の区分が設けられたことに伴い、同月3月31日時点で「要支援」の認定を受けていた被保険者が法改正後も認定有効期間が残っていた場合の要介護状態区分。

3） 居宅サービス給付単位数

（令和7年（2025年）4月審査分）

区分	支給限度基準額	全　国	
		平均給付単位数	平均利用率（%）
要支援 1	5,032単位	1,370.2単位	27.2
要支援 2	10,531単位	2,219.7単位	21.1
要介護 1	16,765単位	7,206.4単位	43.0
要介護 2	19,705単位	10,140.7単位	51.5
要介護 3	27,048単位	15,702.4単位	58.1
要介護 4	30,938単位	19,441.9単位	62.8
要介護 5	36,217単位	24,451.1単位	67.5

厚生労働省介護給付実態統計月報より

＊「平均給付単位数」は、居宅サービス支給限度額管理対象単位数の合計をそれに対応する利用者数で割って求めたもの。

4） 令和7年度（2025年度）前期の要介護認定結果

区分	全道		全国	
	一次判定	二次判定	一次判定	二次判定
非該当	1.9%	0.5%	2.8%	1.0%
要支援 1	18.3%	17.7%	14.7%	14.2%
要支援 2	13.7%	13.5%	12.4%	13.2%
要介護 1	22.6%	23.5%	21.6%	21.3%
要介護 2	14.5%	15.1%	14.8%	15.6%
要介護 3	10.1%	10.3%	11.8%	12.1%
要介護 4	11.0%	11.0%	12.8%	12.9%
要介護 5	7.9%	8.4%	9.1%	9.7%

（令和7年度（2025年度）厚生労働省　要介護認定適正化事業　業務分析データより）

※数値は、令和7年（2025年）4月1日～令和7年（2025年）9月30日の申請分

(1) 重度変更率の高い順

	変更率		集計対象	変更件数	
	重度	軽度	件数	重度	軽度
全国	7.7%	0.6%	2,380,904	183,999	13,285
北海道	6.6%	0.5%	121,724	7,981	631
更別村	26.9%	0.0%	93	25	0
美唄市	24.2%	1.5%	656	159	10
石狩市	19.4%	0.1%	1,326	257	1
旭川市	18.7%	3.5%	7,033	1,316	249
天塩町	16.7%	0.0%	90	15	0
美瑛町	15.8%	0.0%	311	49	0
積丹町	15.6%	1.6%	64	10	1
夕張市	15.6%	0.0%	333	52	0
名寄市	15.1%	0.4%	677	102	3
厚沢部町	14.9%	0.0%	101	15	0
岩見沢市	14.4%	0.8%	2,356	339	18
中川町	14.3%	0.0%	35	5	0
古平町	14.0%	0.0%	114	16	0
白糠町	13.8%	0.8%	246	34	2
壮瞥町	13.0%	0.0%	69	9	0
東神楽町	12.6%	0.0%	230	29	0
乙部町	12.6%	0.7%	135	17	1
大雪地区広域連合	12.6%	0.3%	741	93	2
七飯町	12.4%	0.8%	651	81	5
余市町	12.3%	0.0%	587	72	0
西興部村	12.0%	4.0%	25	3	1
奥尻町	11.9%	6.8%	59	7	4
仁木町	11.6%	0.0%	95	11	0
月形町	11.2%	0.0%	98	11	0
知内町	10.5%	0.0%	133	14	0
島牧村	9.9%	1.4%	71	7	1
八雲町	9.8%	0.0%	479	47	0
厚岸町	9.7%	0.0%	268	26	0
雨竜町	9.7%	1.6%	62	6	1
稚内市	9.7%	0.0%	776	75	0
芦別市	9.6%	0.0%	446	43	0
木古内町	9.5%	0.0%	147	14	0
別海町	9.4%	0.0%	277	26	0
羽幌町	9.2%	0.0%	271	25	0
留寿都村	9.1%	0.0%	33	3	0
赤井川村	8.8%	0.0%	34	3	0
新十津川町	8.6%	1.7%	174	15	3
当麻町	8.2%	4.1%	194	16	8
京極町	8.2%	0.0%	49	4	0
根室市	8.2%	0.0%	601	49	0
帯広市	8.0%	0.0%	3,528	281	1
苫小牧市	7.9%	0.0%	3,300	261	1
蘭越町	7.8%	0.0%	141	11	0
函館市	7.8%	1.0%	7,167	558	69
後志広域連合	7.8%	0.1%	1,349	105	2
上ノ国町	7.8%	3.9%	129	10	5
当別町	7.7%	1.9%	415	32	8
下川町	7.7%	0.0%	78	6	0
恵庭市	7.7%	0.5%	1,215	93	6
伊達市	7.5%	0.0%	795	60	0
東川町	7.5%	1.0%	200	15	2
遠軽町	7.5%	0.0%	482	36	0
津別町	7.4%	0.0%	149	11	0
雄武町	7.3%	0.0%	109	8	0
佐呂間町	7.3%	0.0%	150	11	0
紋別市	7.2%	1.1%	571	41	6
千歳市	7.1%	0.2%	1,441	102	3
上富良野町	7.0%	0.0%	215	15	0
興部町	6.8%	1.1%	88	6	1
倶知安町	6.8%	0.0%	280	19	0
洞爺湖町	6.7%	0.7%	299	20	2
愛別町	6.7%	4.0%	75	5	3
新得町	6.7%	0.0%	150	10	0
江差町	6.6%	10.4%	211	14	22
広尾町	6.6%	0.0%	198	13	0
浜中町	6.4%	0.0%	94	6	0
黒松内町	6.3%	0.0%	63	4	0
遠別町	6.3%	0.0%	95	6	0
室蘭市	6.3%	0.0%	2,141	134	0
大樹町	6.2%	0.0%	162	10	0
鷹栖町	6.1%	1.2%	163	10	2
空知中部広域連合	5.8%	2.7%	584	34	16
苫前町	5.8%	0.0%	121	7	0
北広島市	5.7%	4.7%	1,359	78	64
共和町	5.7%	0.0%	141	8	0
美幌町	5.4%	0.0%	467	25	0
北斗市	5.3%	0.4%	1,225	65	5
せたな町	5.3%	0.0%	76	4	0
札幌市	5.3%	0.1%	39,885	2,096	59
豊浦町	5.1%	0.0%	98	5	0
栗山町	5.1%	0.0%	336	17	0
喜茂別町	5.0%	0.0%	60	3	0
標茶町	5.0%	0.8%	242	12	2
上川町	5.0%	2.0%	101	5	2
鹿部町	4.9%	0.0%	102	5	0
湧別町	4.8%	0.0%	250	12	0
新ひだか町	4.8%	0.0%	545	26	0
剣淵町	4.8%	0.0%	63	3	0
美深町	4.8%	0.8%	126	6	1
清水町	4.7%	0.0%	253	12	0
森町	4.7%	0.5%	381	18	2

	変更率		集計対象	変更件数	
	重度	軽度	件数	重度	軽度
枝幸町	4.7%	0.4%	254	12	1
日高中部広域連合	4.7%	0.0%	660	31	0
奈井江町	4.6%	2.3%	130	6	3
三笠市	4.6%	0.0%	435	20	0
泊村	4.3%	0.0%	46	2	0
新冠町	4.3%	0.0%	115	5	0
上砂川町	4.3%	1.1%	93	4	1
今金町	4.3%	0.0%	94	4	0
鹿追町	4.3%	0.0%	94	4	0
小樽市	4.2%	0.2%	4,242	180	10
芽室町	4.2%	0.0%	453	19	0
増毛町	4.2%	1.6%	192	8	3
松前町	4.1%	0.0%	244	10	0
真狩村	4.1%	0.0%	49	2	0
浦臼町	4.1%	6.1%	49	2	3
富良野市	4.1%	0.0%	516	21	0
厚真町	3.8%	0.0%	104	4	0
幌延町	3.7%	0.0%	54	2	0
福島町	3.7%	0.0%	136	5	0
中札内村	3.6%	0.0%	83	3	0
寿都町	3.5%	0.0%	85	3	0
比布町	3.4%	6.0%	116	4	7
豊富町	3.4%	0.0%	87	3	0
南空知南部介護認定審査会	3.3%	0.0%	636	21	0
小平町	3.3%	2.4%	123	4	3
登別市	3.2%	0.0%	1,007	32	0
滝川市	3.1%	0.0%	749	23	0
江別市	3.0%	0.1%	2,577	78	3
士別市	3.0%	0.0%	530	16	0
置戸町	2.9%	0.0%	103	3	0
羅臼町	2.9%	0.0%	69	2	0
滝上町	2.8%	1.4%	72	2	1
釧路町	2.8%	0.0%	396	11	0
長万部町	2.6%	0.0%	195	5	0
幌加内町	2.6%	0.0%	39	1	0
えりも町	2.5%	1.7%	118	3	2
岩内町	2.5%	1.1%	365	9	4
新篠津村	2.4%	0.0%	85	2	0
士幌町	2.3%	0.0%	131	3	0
ニセコ町	2.2%	0.0%	90	2	0
由仁町	2.2%	0.0%	136	3	0
釧路市	2.2%	0.0%	4,867	106	1
むかわ町	2.1%	0.0%	242	5	0
大空町	2.0%	0.0%	148	3	0
砂川市	2.0%	0.2%	498	10	1
南富良野町	1.9%	0.0%	53	1	0
浜頓別町	1.8%	0.9%	113	2	1
音更町	1.7%	0.0%	974	17	0
安平町	1.6%	0.0%	189	3	0
北見市	1.5%	0.0%	3,047	45	0
鶴居村	1.4%	0.0%	70	1	0
弟子屈町	1.4%	0.0%	214	3	0
平取町	1.4%	0.0%	144	2	0
留萌市	1.4%	0.8%	734	10	6
歌志内市	1.3%	6.6%	76	1	5
池田町	1.3%	0.0%	233	3	0
網走市	1.2%	0.1%	684	8	1
豊頃町	1.1%	0.0%	87	1	0
上士幌町	1.0%	0.0%	100	1	0
小清水町	1.0%	0.0%	102	1	0
訓子府町	0.9%	0.0%	109	1	0
標津町	0.9%	0.0%	111	1	0
中富良野町	0.8%	0.0%	118	1	0
浦幌町	0.8%	0.0%	132	1	0
長沼町	0.6%	0.0%	308	2	0
南幌町	0.6%	0.0%	164	1	0
日高町	0.5%	0.0%	423	2	0
本別町	0.4%	0.0%	234	1	0
深川市	0.4%	0.0%	252	1	0
浦河町	0.3%	0.0%	303	1	0
幕別町	0.3%	0.2%	653	2	1
赤平市	0.0%	0.0%	320	0	0
神恵内村	0.0%	0.0%	19	0	0
妹背牛町	0.0%	0.0%	80	0	0
秩父別町	0.0%	0.0%	46	0	0
北竜町	0.0%	0.0%	65	0	0
沼田町	0.0%	0.0%	77	0	0
占冠村	0.0%	0.0%	19	0	0
和寒町	0.0%	0.0%	96	0	0
音威子府村	0.0%	0.0%	7	0	0
初山別村	0.0%	0.0%	40	0	0
猿払村	0.0%	0.0%	28	0	0
中頓別町	0.0%	0.0%	58	0	0
礼文町	0.0%	0.0%	39	0	0
利尻町	0.0%	0.0%	34	0	0
利尻富士町	0.0%	0.0%	54	0	0
斜里町	0.0%	0.0%	168	0	0
清里町	0.0%	0.0%	95	0	0
白老町	0.0%	0.0%	596	0	0
様似町	0.0%	0.0%	115	0	0
足寄町	0.0%	0.0%	213	0	0
陸別町	0.0%	0.0%	56	0	0
中標津町	0.0%	0.0%	327	0	0

資料：令和7年度(2025年度)厚生労働省要介護適正化事業　業務分析データ

(2) 軽度変更率の高い順

	変更率		集計対象	変更件数	
	軽度	重度	件数	軽度	重度
全国	0.6%	7.7%	2,380,904	13,285	183,999
北海道	0.5%	6.6%	121,724	631	7,981
江差町	10.4%	6.6%	211	22	14
奥尻町	6.8%	11.9%	59	4	7
歌志内市	6.6%	1.3%	76	5	1
浦臼町	6.1%	4.1%	49	3	2
比布町	6.0%	3.4%	116	7	4
北広島市	4.7%	5.7%	1,359	64	78
当麻町	4.1%	8.2%	194	8	16
愛別町	4.0%	6.7%	75	3	5
西興部村	4.0%	12.0%	25	1	3
上ノ国町	3.9%	7.8%	129	5	10
旭川市	3.5%	18.7%	7,033	249	1,316
空知中部広域連合	2.7%	5.8%	584	16	34
小平町	2.4%	3.3%	123	3	4
奈井江町	2.3%	4.6%	130	3	6
上川町	2.0%	5.0%	101	2	5
当別町	1.9%	7.7%	415	8	32
新十津川町	1.7%	8.6%	174	3	15
えりも町	1.7%	2.5%	118	2	3
雨竜町	1.6%	9.7%	62	1	6
積丹町	1.6%	15.6%	64	1	10
増毛町	1.6%	4.2%	192	3	8
美唄市	1.5%	24.2%	656	10	159
島牧村	1.4%	9.9%	71	1	7
滝上町	1.4%	2.8%	72	1	2
鷹栖町	1.2%	6.1%	163	2	10
興部町	1.1%	6.8%	88	1	6
岩内町	1.1%	2.5%	365	4	9
上砂川町	1.1%	4.3%	93	1	4
紋別市	1.1%	7.2%	571	6	41
東川町	1.0%	7.5%	200	2	15
函館市	1.0%	7.8%	7,167	69	558
浜頓別町	0.9%	1.8%	113	1	2
標茶町	0.8%	5.0%	242	2	12
留萌市	0.8%	1.4%	734	6	10
白糠町	0.8%	13.8%	246	2	34
美深町	0.8%	4.8%	126	1	6
七飯町	0.8%	12.4%	651	5	81
岩見沢市	0.8%	14.4%	2,356	18	339
乙部町	0.7%	12.6%	135	1	17
洞爺湖町	0.7%	6.7%	299	2	20
森町	0.5%	4.7%	381	2	18
恵庭市	0.5%	7.7%	1,215	6	93
名寄市	0.4%	15.1%	677	3	102
北斗市	0.4%	5.3%	1,225	5	65
枝幸町	0.4%	4.7%	254	1	12
大雪地区広域連合	0.3%	12.6%	741	2	93
小樽市	0.2%	4.2%	4,242	10	180
千歳市	0.2%	7.1%	1,441	3	102
砂川市	0.2%	2.0%	498	1	10
幕別町	0.2%	0.3%	653	1	2
後志広域連合	0.1%	7.8%	1,349	2	105
札幌市	0.1%	5.3%	39,885	59	2,096
網走市	0.1%	1.2%	684	1	8
江別市	0.1%	3.0%	2,577	3	78
石狩市	0.1%	19.4%	1,326	1	257
苫小牧市	0.0%	7.9%	3,300	1	261
帯広市	0.0%	8.0%	3,528	1	281
釧路市	0.0%	2.2%	4,867	1	106
室蘭市	0.0%	6.3%	2,141	0	134
北見市	0.0%	1.5%	3,047	0	45
夕張市	0.0%	15.6%	333	0	52
稚内市	0.0%	9.7%	776	0	75
芦別市	0.0%	9.6%	446	0	43
赤平市	0.0%	0.0%	320	0	0
士別市	0.0%	3.0%	530	0	16
三笠市	0.0%	4.6%	435	0	20
根室市	0.0%	8.2%	601	0	49
滝川市	0.0%	3.1%	749	0	23
深川市	0.0%	0.4%	252	0	1
富良野市	0.0%	4.1%	516	0	21
登別市	0.0%	3.2%	1,007	0	32
伊達市	0.0%	7.5%	795	0	60
新篠津村	0.0%	2.4%	85	0	2
松前町	0.0%	4.1%	244	0	10
福島町	0.0%	3.7%	136	0	5
知内町	0.0%	10.5%	133	0	14
木古内町	0.0%	9.5%	147	0	14
鹿部町	0.0%	4.9%	102	0	5
八雲町	0.0%	9.8%	479	0	47
長万部町	0.0%	2.6%	195	0	5
厚沢部町	0.0%	14.9%	101	0	15
今金町	0.0%	4.3%	94	0	4
せたな町	0.0%	5.3%	76	0	4
寿都町	0.0%	3.5%	85	0	3
黒松内町	0.0%	6.3%	63	0	4
蘭越町	0.0%	7.8%	141	0	11
ニセコ町	0.0%	2.2%	90	0	2
真狩村	0.0%	4.1%	49	0	2
留寿都村	0.0%	9.1%	33	0	3
喜茂別町	0.0%	5.0%	60	0	3
京極町	0.0%	8.2%	49	0	4
倶知安町	0.0%	6.8%	280	0	19
共和町	0.0%	5.7%	141	0	8
泊村	0.0%	4.3%	46	0	2
神恵内村	0.0%	0.0%	19	0	0
古平町	0.0%	14.0%	114	0	16
仁木町	0.0%	11.6%	95	0	11
余市町	0.0%	12.3%	587	0	72
赤井川村	0.0%	8.8%	34	0	3
南幌町	0.0%	0.6%	164	0	1
由仁町	0.0%	2.2%	136	0	3
長沼町	0.0%	0.6%	308	0	2
栗山町	0.0%	5.1%	336	0	17
南空知南部介護認定審査会	0.0%	3.3%	636	0	21
月形町	0.0%	11.2%	98	0	11
妹背牛町	0.0%	0.0%	80	0	0
秩父別町	0.0%	0.0%	46	0	0
北竜町	0.0%	0.0%	65	0	0
沼田町	0.0%	0.0%	77	0	0
東神楽町	0.0%	12.6%	230	0	29
美瑛町	0.0%	15.8%	311	0	49
上富良野町	0.0%	7.0%	215	0	15
中富良野町	0.0%	0.8%	118	0	1
南富良野町	0.0%	1.9%	53	0	1
占冠村	0.0%	0.0%	19	0	0
和寒町	0.0%	0.0%	96	0	0
剣淵町	0.0%	4.8%	63	0	3
下川町	0.0%	7.7%	78	0	6
音威子府村	0.0%	0.0%	7	0	0
中川町	0.0%	14.3%	35	0	5
幌加内町	0.0%	2.6%	39	0	1
苫前町	0.0%	5.8%	121	0	7
羽幌町	0.0%	9.2%	271	0	25
初山別村	0.0%	0.0%	40	0	0
遠別町	0.0%	6.3%	95	0	6
天塩町	0.0%	16.7%	90	0	15
猿払村	0.0%	0.0%	28	0	0
中頓別町	0.0%	0.0%	58	0	0
豊富町	0.0%	3.4%	87	0	3
礼文町	0.0%	0.0%	39	0	0
利尻町	0.0%	0.0%	34	0	0
利尻富士町	0.0%	0.0%	54	0	0
幌延町	0.0%	3.7%	54	0	2
美幌町	0.0%	5.4%	467	0	25
津別町	0.0%	7.4%	149	0	11
斜里町	0.0%	0.0%	168	0	0
清里町	0.0%	0.0%	95	0	0
小清水町	0.0%	1.0%	102	0	1
訓子府町	0.0%	0.9%	109	0	1
置戸町	0.0%	2.9%	103	0	3
佐呂間町	0.0%	7.3%	150	0	11
遠軽町	0.0%	7.5%	482	0	36
湧別町	0.0%	4.8%	250	0	12
雄武町	0.0%	7.3%	109	0	8
大空町	0.0%	2.0%	148	0	3
豊浦町	0.0%	5.1%	98	0	5
壮瞥町	0.0%	13.0%	69	0	9
白老町	0.0%	0.0%	596	0	0
厚真町	0.0%	3.8%	104	0	4
安平町	0.0%	1.6%	189	0	3
むかわ町	0.0%	2.1%	242	0	5
日高町	0.0%	0.5%	423	0	2
平取町	0.0%	1.4%	144	0	2
新冠町	0.0%	4.3%	115	0	5
浦河町	0.0%	0.3%	303	0	1
様似町	0.0%	0.0%	115	0	0
新ひだか町	0.0%	4.8%	545	0	26
音更町	0.0%	1.7%	974	0	17
士幌町	0.0%	2.3%	131	0	3
上士幌町	0.0%	1.0%	100	0	1
鹿追町	0.0%	4.3%	94	0	4
新得町	0.0%	6.7%	150	0	10
清水町	0.0%	4.7%	253	0	12
芽室町	0.0%	4.2%	453	0	19
中札内村	0.0%	3.6%	83	0	3
更別村	0.0%	26.9%	93	0	25
大樹町	0.0%	6.2%	162	0	10
広尾町	0.0%	6.6%	198	0	13
池田町	0.0%	1.3%	233	0	3
豊頃町	0.0%	1.1%	87	0	1
本別町	0.0%	0.4%	234	0	1
足寄町	0.0%	0.0%	213	0	0
陸別町	0.0%	0.0%	56	0	0
浦幌町	0.0%	0.8%	132	0	1
釧路町	0.0%	2.8%	396	0	11
厚岸町	0.0%	9.7%	268	0	26
浜中町	0.0%	6.4%	94	0	6
弟子屈町	0.0%	1.4%	214	0	3
鶴居村	0.0%	1.4%	70	0	1
別海町	0.0%	9.4%	277	0	26
中標津町	0.0%	0.0%	327	0	0
標津町	0.0%	0.9%	111	0	1
羅臼町	0.0%	2.9%	69	0	2
日高中部広域連合	0.0%	4.7%	660	0	31

資料：令和7年度（2025年度）厚生労働省要介護適正化事業　業務分析データ

5） 介護サービス受給者の推移

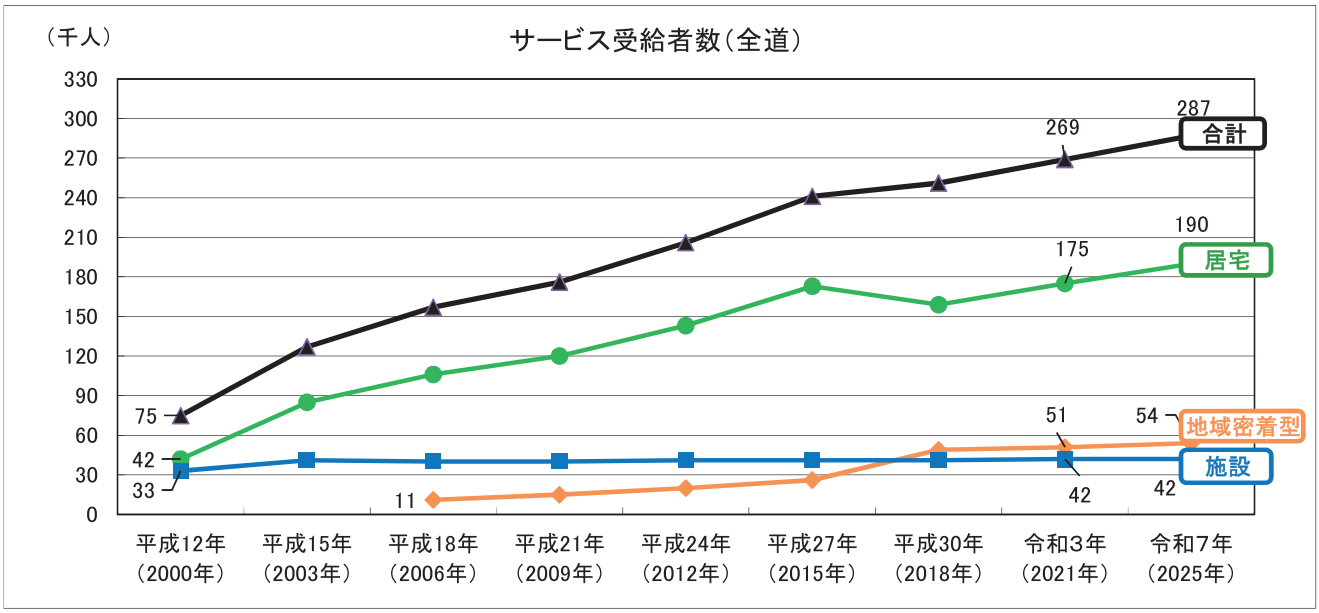
（単位：千人）

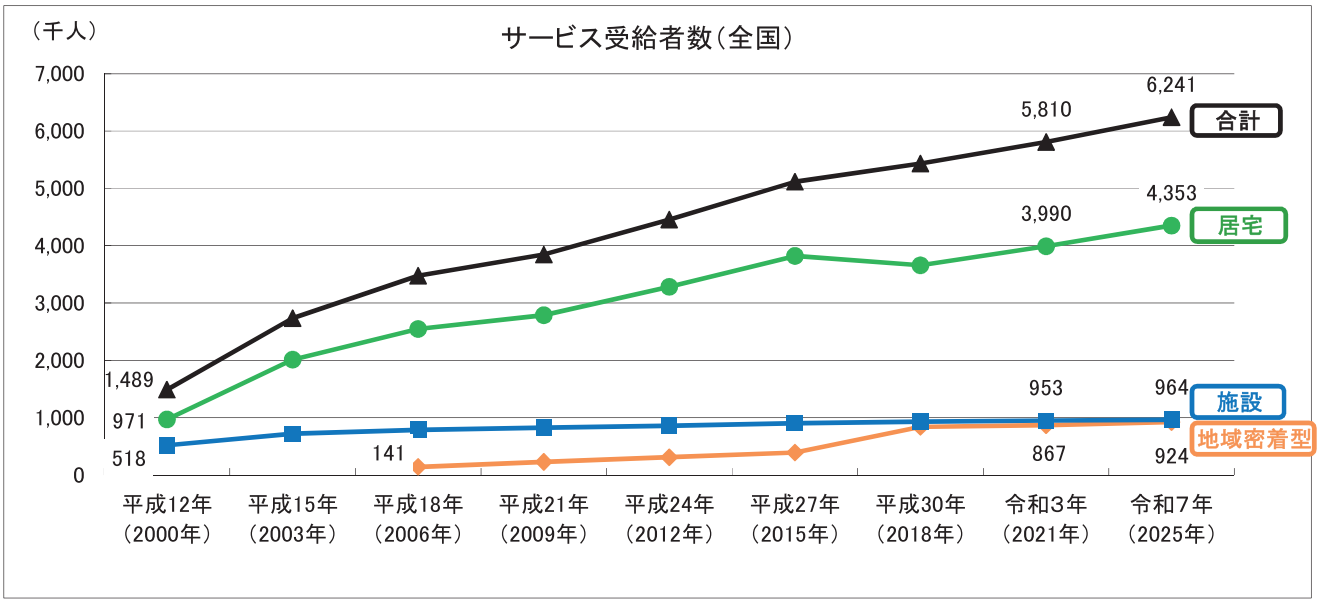
区分		平成12年（2000年）	平成15年（2003年）	平成18年（2006年）	平成21年（2009年）	平成24年（2012年）	平成27年（2015年）	平成30年（2018年）	令和3年（2021年）	令和7年（2025年）
全道	居宅	42	85	106	120	143	173	159	175	190
	地域密着型	―	―	11	15	20	26	49	51	54
	施設	33	41	40	40	41	41	41	42	42
	計	75	127	157	176	206	241	251	269	287
全国	居宅	971	2,014	2,546	2,790	3,284	3,821	3,659	3,990	4,353
	地域密着型	―	―	141	227	310	394	840	867	924
	施設	518	721	788	828	861	902	932	953	964
	計	1,489	2,736	3,476	3,846	4,456	5,118	5,432	5,810	6,241

※各年の現物給付4月サービス分、償還給付5月支出決定分

※各数値は第2号被保険者分を含む。

※それぞれ千人未満を切り捨てているため、サービスの合算数と合計欄の数値は一致しない。





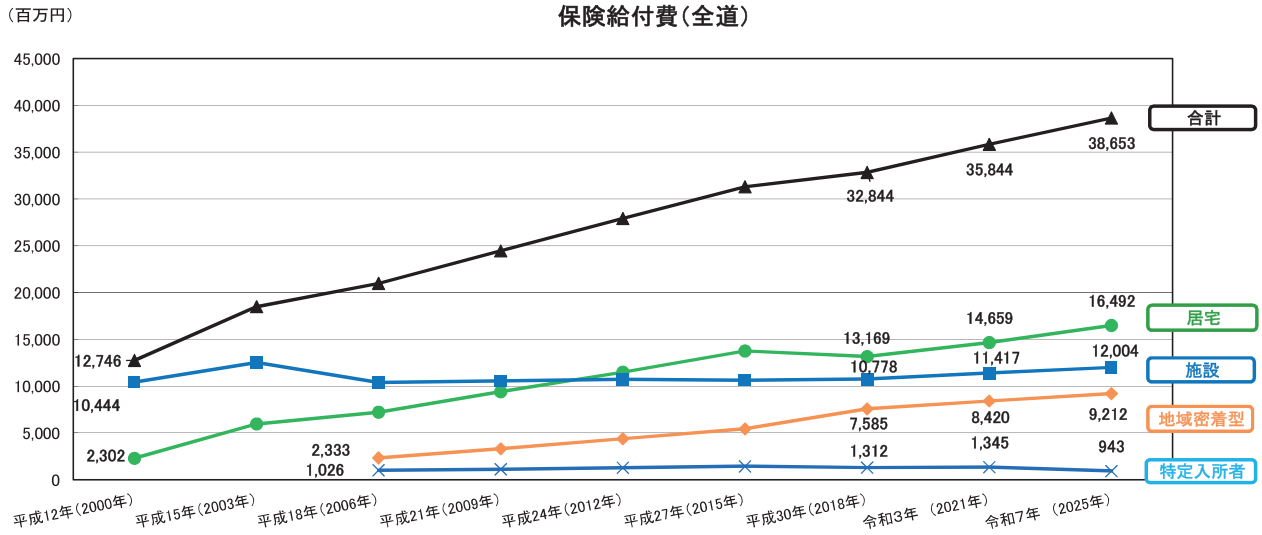
※出典：厚生労働省「介護保険事業状況報告」（暫定）（令和7年（2025年）6月分）

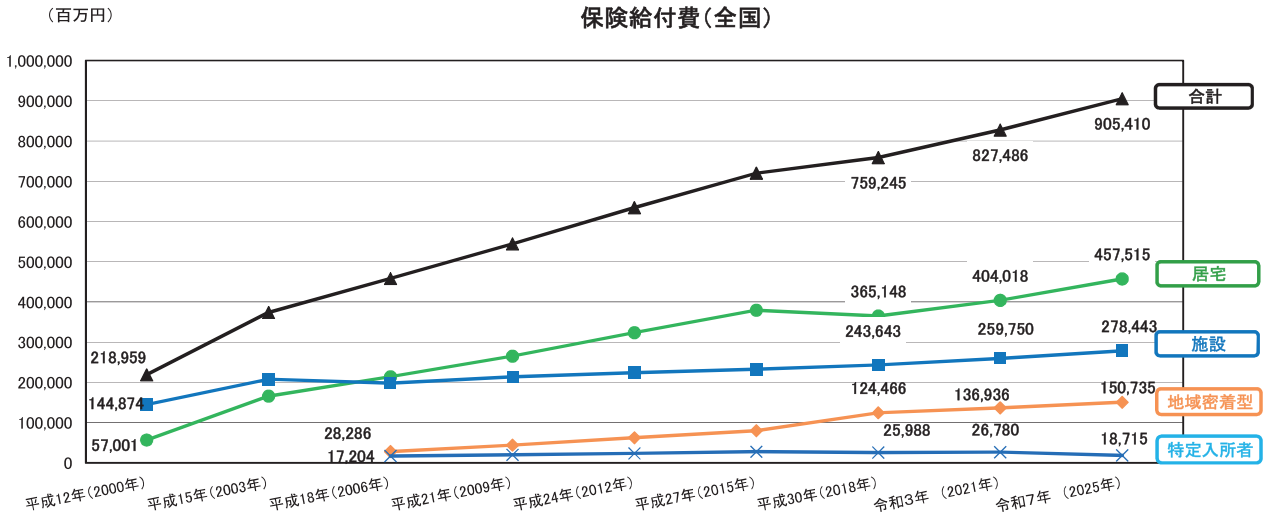
6） 保険給付状況の推移

（単位：百万円）

	区分	平成12年（2000年）		平成15年（2003年）		平成18年（2006年）		平成21年（2009年）		平成24年（2012年）		平成27年（2015年）		平成30年（2018年）		令和3年　（2021年）		令和7年　（2025年）	
		給付費	構成割合	給付費	構成割合	給付費	構成割合	給付費	構成割合	給付費	構成割合	給付費	構成割合	給付費	構成割合	給付費	構成割合	給付費	構成割合
全道	居　宅	2,302	18.1%	5,971	32.3%	7,221	34.4%	9,417	38.5%	11,506	41.2%	13,766	44.0%	13,169	40.1%	14,659	40.9%	16,492	42.7%
	地域密着型	－	－	－	－	2,333	11.1%	3,320	13.6%	4,385	15.7%	5,450	17.4%	7,585	23.1%	8,420	23.5%	9,212	23.8%
	施　設	10,444	81.9%	12,528	67.7%	10,394	49.6%	10,581	43.3%	10,732	38.5%	10,634	34.0%	10,778	32.8%	11,417	31.9%	12,004	31.1%
	特定入所者介護	－	－	－	－	1,026	4.9%	1,132	4.6%	1,291	4.6%	1,448	4.6%	1,312	4.0%	1,345	3.8%	943	2.4%
	計	12,746	100.0%	18,499	100.0%	20,975	100.0%	24,452	100.0%	27,916	100.0%	31,298	100.0%	32,844	100.0%	35,844	100.0%	38,653	100.0%
全国	居　宅	57,001	26.0%	166,100	44.4%	214,365	46.8%	265,487	48.8%	324,048	51.1%	379,492	52.7%	365,148	48.1%	404,018	48.8%	457,515	50.5%
	地域密着型	－	－	－	－	28,286	6.2%	44,454	8.2%	62,465	9.8%	80,112	11.1%	124,466	16.4%	136,936	16.5%	150,735	16.6%
	施　設	144,874	66.2%	207,954	55.6%	198,493	43.3%	214,115	39.3%	224,185	35.3%	232,505	32.3%	243,643	32.1%	259,750	31.4%	278,443	30.8%
	特定入所者介護	－	－	－	－	17,204	3.8%	20,235	3.7%	23,952	3.8%	27,914	3.9%	25,988	3.4%	26,780	3.2%	18,715	2.1%
	計	218,959	100.0%	374,054	100.0%	458,349	100.0%	544,293	100.0%	634,651	100.0%	720,023	100.0%	759,245	100.0%	827,486	100.0%	905,410	100.0%

※各年の現物給付4月サービス分、償還給付5月支出決定分
※百万円未満を切り捨てているため、各項目の合算数と計の数値は一致しない場合がある。
※平成12年（2000年）4月提供分の保険給付額（全国）は、区分ができない保険者があるため、居宅・施設の合算数と計の欄の数値が一致しない。
※特定入所者介護サービス費：施設介護サービス等の食費・居住費（滞在費）は通常、全額自己負担となるが、低所得者にあっては、国が定めた費用限度額を控除した額を保険給付。





※出典：厚生労働省「介護保険事業状況報告」（暫定）（令和7年（2025年）6月分）

7） 第1号被保険者に係る介護保険料について

① 保険料基準額の全道平均

区分	月額平均（円）	保険者数	全国平均(円)
第9期保険料	5,738 （前期比0.8%増）	156	6,225 （前期比3.5%増）
第8期保険料	5,693 （前期比1.3%増）	156	6,014 （前期比2.5%増）
第7期保険料	5,617 （前期比9.4%増）	156	5,869 （前期比6.4%増）
第6期保険料	5,134 （前期比10.9%増）	156	5,514 （前期比10.9%増）
第5期保険料	4,631 （前期比16.2%増）	156	4,972 （前期比19.5%増）
第4期保険料	3,984 （前期比1.9%増）	157	4,160 （前期比1.7%増）
第3期保険料	3,910 （前期比11.3%増）	178	4,090 （前期比24.2%増）
第2期保険料	3,514 （前期比13.0%増）	203	3,293 （前期比13.1%増）
第1期保険料	3,111	207	2,911

（注1）北海道の市町村数は179あり、保険者数は、空知中部広域連合（歌志内市、奈井江町、上砂川町、浦臼町、新十津川町、雨竜町）、大雪地区広域連合（東川町、東神楽町、美瑛町）、日高中部広域連合（新冠町、新ひだか町）、後志広域連合（島牧村、黒松内町、蘭越町、ニセコ町、真狩村、留寿都村、喜茂別町、京極町、倶知安町、共和町、泊村、神恵内村、積丹町、古平町、仁木町、赤井川村）を各1保険者とするため156となる。

（注2）月額平均については各市町村の被保険者数に月額保険料額を乗じて足し上げたものを全市町村の被保険者数で割りかえしたものである。（加重平均）

② 保険料基準額の分布

区分	第1期	第2期	第3期	第4期	第5期	第6期	第7期	第8期	第9期	増減（8期→9期）
7，000円以上								2（1．3%）	1（0．6%）	▲ 1
6，500円以上							4（2．6%）	12（7．7%）	16（10．3%）	4
6，000円～6，499円					1（0．6%）	4（2．6%）	18（11．5%）	22（14．1%）	32（20．5%）	10
5，500円～5，999円					6（3．8%）	22（14．1%）	45（28．9%）	47（30．1%）	45（28．8%）	▲ 2
5，000円～5，499円	－	1（0．5%）	3（1．7%）	4（ 2．5%）	15（9．6%）	44（28．2%）	39（25．0%）	43（27．6%）	39（25．0%）	▲ 4
4，500円～4，999円	4（1．9%）	26（12．8%）	45（25．3%）	53（33．8%）	49（31．4%）	56（35．9%）	40（25．6%）	22（14．1%）	18（11．5%）	▲ 4
4，000円～4，499円					42（27．0%）	19（12．2%）	8（5．2%）	7（4．5%）	4（2．6%）	▲ 3
3，500円～3，999円	25（12．1%）	59（29．1%）	72（40．4%）	61（38．9%）	32（20．5%）	9（5．8%）	1（0．6%）	－	1（0．6%）	1
3，000円～3，499円	123（59．4%）	82（40．4%）	41（23．0%）	30（19．1%）	7（4．5%）	2（1．3%）	1（0．6%）	1（0．6%）	－	▲ 1
2，500円～2，999円	51（24．6%）	35（17．2%）	17（9．6%）	9（ 5．7%）	4（2．6%）	－	－	－	－	－
2，499円以下	4（1．9%）	－	－	－	－	－	－	－	－	－
計	207（100%）	203（100%）	178（100%）	157（100%）	156（100%）	156（100%）	156（100%）	156（100%）	156（100%）	0

③ 第8期保険料との比較

区 分	保険者数	内 訳
引き上げ	65	1,000円以上1,500円未満：5　500円以上1,000円未満：14　500円未満：46
据え置き	61	
引き下げ	30	500円以上1,000円未満：3　500円未満：27

④ 多段階設定の保険者

17段階（1）	帯広市
16段階（1）	大雪地区広域連合
15段階（5）	旭川市、網走市、北見市、音更町、厚岸町
14段階（4）	室蘭市、釧路市、鹿追町、芽室町
13段階（145）	上記以外の保険者

⑤ 各保険者の保険料

別添一覧表のとおり

※1 別添一覧表にある「基準月額」は条例に規定されている基準年額保険料を12で除し、1円未満の端数を四捨五入して記載している。（条例上月額として規定されていないため）

このため、各市町村（保険者）が公表している月額保険料と異なる場合がある。

なお、「基準年額」は各保険者の条例に規定されている第5段階の保険料である。

8） 北海道介護保険審査会の状況（令和8年（2026年）3月31日現在）

（単位：件）

	要介護認定			保険料（賦課）			保険料（給付）		
	令和5年度（2023）	令和6年度（2024）	令和7年度（2025）	令和5年度（2023）	令和6年度（2024）	令和7年度（2025）	令和5年度（2023）	令和6年度（2024）	令和7年度（2025）
認　容（原処分取消）	1	0	0	0	0	0	0	0	0
棄　却（原処分妥当）	6	2	1	0	0	2	0	0	0
却　下（請求不適法）	1	2	0	3	3	2	0	0	0
取下げ	0	0	1	0	0	0	0	0	0
計	8	4	2	3	3	4	0	0	0

①審査請求の理由

ア）要介護認定に関すること

・更新認定で、前回の認定より要介護度が下がったことに対する不服

・「要支援」と認定されたことに対する不服

イ）保険料（賦課）に関すること

・保険料負担の重さに対する不服

・介護保険料の特別徴収に対する不服

・算定内容の根拠及び金額の算出方法が明確でないことに対する不服

・市町村が行う保険料減免の対象外とされたことに対する不服

ウ）保険料（給付）に関すること

・不正に請求し受領するつもりはないのに、不正と判断されてしまったことに対する不服

②要介護認定における主な認容事例の裁決の理由（平成14年度（2002年度）以降）

ア）基本調査結果に疑問があるのに、認定審査会において基本調査結果を確認する手続きが不十分であるため。

イ）基本調査結果と主治医意見書の不整合に関して、認定審査会において具体的な議論がされてはおらず、再調査や調査結果の一部修正についても検討されていないため。

ウ）認定審査会において、特定疾病の確認及び日常生活自立度の組み合わせについて、主治医意見書、基本調査結果を確認する手続きが不十分であるため。

エ）認定審査会において、特記事項及び主治医意見書の内容に基づいた介護に要する時間についての具体的な議論がなく、一次判定の変更の際に検証すべき参考指標である「日常生活自立度の組み合わせによる要介護度別分布」「要介護度変更の指標」「状態像の例」を根拠に、一次判定を変更したため。

オ）認定審査会において、一次判定を確定した後に、特記事項及び主治医意見書からは通常の例に比べて介護に要する時間が短いと判断する記述が確認できないにもかかわらず、二次判定で1段階軽度変更させたため。

カ）認定申請にあたり請求人家族に接触を試みたが、応答がないことから職権で処分庁の職員が提出したが、本人の意思確認があったかどうかまで言及されていないため手続きが不十分である。

キ）認定審査会において、介護の手間の勘案する際及び状態の維持・改善可能性について、審査する際、具体的に検討をした記録が見あたらず手続きが不十分である。

ク）認定審査会において、状態の維持・改善可能性について、審査する際、具体的に検討をした記録が見あたらず手続きが不十分である。

ケ）認定審査会において、認知機能の低下の評価について、審査する際、具体的に検討をした記録が見あたらず手続きが不十分である。

９） 指定サービス事業所数の推移

（4月1日現在）

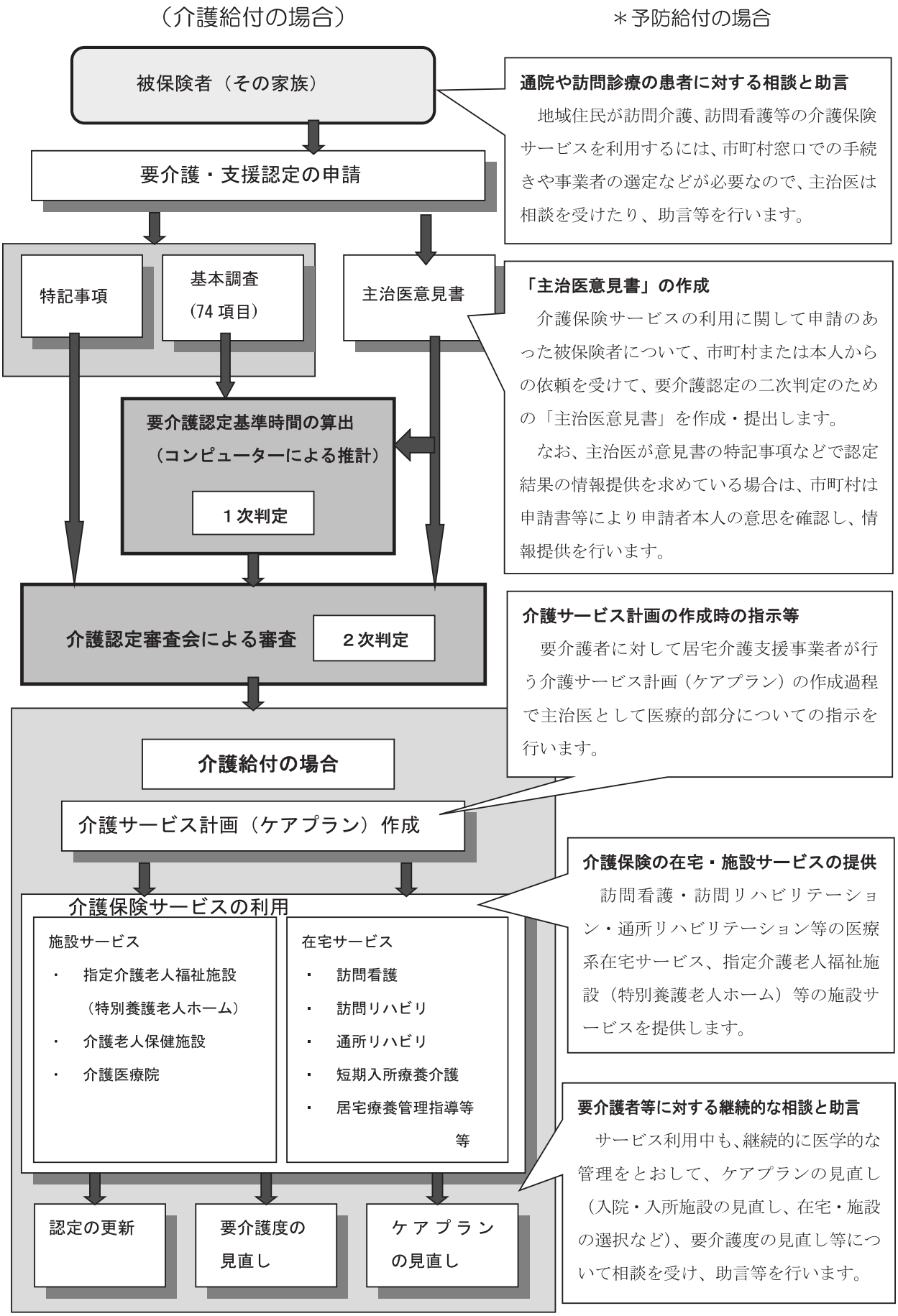
サービス区分	平成12年（2000年）（A）	平成18年（2006年）（B）	令和8年（2026年）（C）	差 引(B−A)	差引（C−B）
①指定居宅サービス事業所	1,747	3,184	5,038	1,437	1,854
訪問介護	544	1,092	1,703	548	611
訪問入浴介護	63	67	55	4	▲ 12
訪問看護	256	271	864	15	593
訪問リハビリテーション	1	36	117	35	81
居宅療養管理指導	1	13	169	12	156
通所介護	354	762	718	408	▲ 44
通所リハビリテーション	88	83	11	▲ 5	▲ 72
短期入所生活介護	257	290	467	33	177
短期入所療養介護	2	14	9	12	▲ 5
特定施設入居者生活介護	9	70	307	61	237
福祉用具貸与	172	280	313	108	33
特定福祉用具販売	0	206	305	206	99
②指定居宅サービス事業所(介護予防)	0	1,073	2,544	1,073	1,471
介護予防訪問入浴介護	0	47	50	47	3
介護予防訪問看護	0	248	844	248	596
介護予防訪問リハビリテーション	0	11	98	11	87
介護予防居宅療養管理指導	0	0	165	0	165
介護予防通所リハビリテーション	0	34	11	34	▲ 23
介護予防短期入所生活介護	0	238	456	238	218
介護予防短期入所療養介護	0	5	9	5	4
介護予防特定施設入所者生活介護	0	62	303	62	241
介護予防福祉用具貸与	0	222	305	222	83
特定介護予防福祉用具販売	0	206	303	206	97
小　計（①＋②）	1,747	4,257	7,582	2,510	3,325
③指定居宅介護支援事業所	948	1,280	1,506	332	226
④介護予防支援事業所	0	156	448	156	292
⑤地域密着型サービス	32	839	2,799	807	1,960
定期巡回随時対応型訪問介護看護	0	0	146	0	146
夜間対応型訪問介護	0	0	8	0	8
認知症対応型通所介護	0	111	185	111	74
小規模多機能型居宅介護	0	0	354	0	354
認知症対応型共同生活介護	32	724	998	692	274
地域密着型特定施設入居者生活介護	0	1	32	1	31
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	0	3	125	3	122
地域密着型通所介護	0	0	860	0	860
複合型サービス	0	0	91	0	91
⑥地域密着型介護予防サービス	0	834	1,491	834	657
介護予防認知症対応型通所介護	0	110	181	110	71
介護予防小規模多機能型居宅介護	0	0	318	0	318
介護予防認知症対応型共同生活介護	0	724	992	724	268
小　計（⑤＋⑥）	32	1,673	4,290	1,641	2,617
⑦介護保険施設	377	426	611	49	185
指定介護老人福祉施設	251	273	381	22	108
介護老人保健施設	126	153	177	27	24
介護医療院			53	0	53
総　　計	3,104	7,792	14,437	4,688	6,645

（事業者台帳管理システムデータより）

※介護老人保健施設・介護療養型医療施設・介護医療院のみなし指定事業（通所リハ・短期療養）を除く。
※保健医療機関・保険薬局のみなし指定事業（訪問看護・訪問リハ・居宅療養管理指導・通所リハ）を除く。

Ⅲ　介護保険制度における医師の役割と連携について

1　介護保険サービスと医師の役割



２　主治医との連携と情報提供

（１） 情報開示に係る考え方

サービス担当者間で共通の目標の下に指定居宅サービス等の提供が適切に行われるためには、作成された居宅サービス計画の内容について、保険給付対象サービス事業者のみならず、主治医や計画上位置づけられたサービスを行うボランティア等の保険給付対象外のサービス事業者等が、共通の認識をもつことが望ましいとされています。

（２）連携方法

ア　主治医の求めにより各種情報を提供する場合

情報種別	条　　件	方　　法
要介護認定結果等	申請者本人の意思が要介護認定申請書等によって確認されている場合	＜提供者＞市町村 ・市町村は、主治医から情報開示請求があった場合、それぞれの情報公開条例に基づき情報開示の判断を行い情報提供する。 ・主治医意見書の「５．その他特記すべき事項」等に審査判定結果の情報提供を求めている場合、市町村が申請者本人の同意を確認の上主治医に情報提供する。（自治体により取扱いが異なる場合がある。）
居宅サービス計画	申請者本人による文書による同意	＜提供者＞居宅介護支援事業者 主治医意見書の「５．その他特記すべき事項」等に居宅サービス計画の情報提供を求めている場合、介護支援専門員が申請者本人の文書による同意を得た上で主治医に情報提供する。

イ　介護支援専門員の求めにより各種情報を提供する場合

情報種別	条　　件	方　　法
主治医意見書	サービス担当者会議等で利用者の個人情報を用いる場合は利用者の同意を、利用者の家族の個人情報を用いる場合には家族の同意をあらかじめ得ておく。	＜提供者＞市町村 ・市町村は、介護支援専門員から情報開示請求があった場合、それぞれの情報公開条例に基づき情報開示の判断を行い情報提供する。情報開示する場合市町村は主治医の同意を確認する必要がある。
医学的観点からの留意事項等意見		＜提供者＞主治医 ・介護支援専門員は、利用者等の同意を得た上で、主治医に連絡し、文書や面接等で医学的観点からの留意事項等意見を得る。

ウ　保険給付対象及び保険給付対象外のサービス提供事業者等の求めにより各種情報を提供する場合

情報種別	条　件	方　　法
居宅サービス計画	利用者本人による文書による同意	＜提供者＞居宅介護支援事業者 「介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について」（平成 11 年(1999 年)11 月 12 日老企第 29 号厚生省老人保健福祉局企画課長通知）の別紙１の第５表「サービス担当者に対する照会（依頼）内容」等の文書において、作成された居宅サービス計画の内容について、情報提供を希望する旨が記載されているなど、居宅サービス計画の情報提供を求めている場合、介護支援専門員が申請者本人の文書による同意を得た上でサービス提供事業者に情報提供する。

＜参考＞　平成 12 年(2000 年)4 月 11 日付老振第 24 号・老健第 93 号
「要介護認定結果及び居宅サービス計画の情報提供について」

（３） 市町村の情報に関する具体的取り扱い

開示資料	具体的取り扱い
□ 主治医意見書 □ 認定調査結果 □ １次判定結果 □ 認定審査会議事録	・個別に情報開示請求がなされた場合は、自治事務たる市町村事務に係る情報であることから、各市町村の情報開示条例等に基づき判断することとなる。 ・決定過程の透明性の確保の観点から、審査判定を行うにあたり用いる資料について、被保険者本人から請求があった場合には、基本的に開示することが適当である。 ・主治医意見書は、被保険者本人に対して告知していない病名等が記載されていることもあることから、情報開示にあたっては、当該主治医等との協議が必要である。 ・認定審査会議事録は、認定審査会の適切な運営の確保を鑑み、個別の委員について、特定されないよう配慮することが必要である。

（４）法令上の主治医との連携に関する位置づけ

介護保険制度においては、要介護状態の軽減や悪化の防止、要介護状態の予防に役立てるために、サービスを提供する際には、次のように医療との連携に十分配慮することとされています。

■ 「介護保険は、被保険者の要介護状態又は要介護状態となるおそれがある状態に関し、必要な保険給付を行うものとする。
２ 前項の保険給付は、要介護状態等の軽減又は悪化の防止に資するよう行われるとともに、医療との連携に十分配慮して行われなければならない。」（介護保険法第2条）

■ 「指定居宅介護支援は、要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう行われるとともに、医療サービスとの連携に十分配慮して行われなければならない」（平 11 厚生省令 38（以下、「基準省令」）第 12 条）

■ 「介護支援専門員は、サービス担当者会議（介護支援専門員が居宅サービス計画の作成のために、利用者及びその家族の参加を基本としつつ、居宅サービス計画の原案に位置付けた指定居宅サービス等の担当者（以下この条において「担当者」という。）を招集して行う会議をいう。以下同じ。）の開催により、利用者の状況等に関する情報を担当者と共有するとともに、当該居宅サービス計画の原案の内容について、担当者から、専門的な見地からの意見を求めるものとする。ただし、利用者（末期の悪性腫瘍の患者に限る。）の心身の状況等により、主治の医師又は歯科医師（以下この条において「主治の医師等」という。）の意見を勘案して必要と認める場合その他のやむを得ない理由がある場合については、担当者に対する照会等により意見を求める事ができるものとする。」（基準省令第 13 条第 9 号）

■ 「介護支援専門員は、指定居宅サービス事業者等から利用者に係る情報の提供を受けたときその他必要と認めるときは、利用者の服薬状況、口腔機能その他の利用者の心身又は生活の状況に係る情報のうち必要と認めるものを、利用者の同意を得て主治の医師若しくは歯科医師又は薬剤師に提供するものとする。」（基準省令第 13 条第 13 の 2 号）

■ 「介護支援専門員は、利用者が訪問看護、通所リハビリテーション等の医療サービスの利用を希望し

ている場合その他必要な場合には、利用者の同意を得て主治の医師等の意見を求めなければならない。」（基準省令第 13 条第 19 号）

- 「前号の場合において、介護支援専門員は、居宅サービス計画を作成した際には、当該居宅サービス計画を主治の医師等に交付しなければならない。」（基準省令第 13 条第 19 の 2 号）
- 「介護支援専門員は、居宅サービス計画に訪問看護、通所リハビリテーション等の医療サービスを位置付ける場合にあっては、当該医療サービスに係る主治の医師等の指示がある場合に限りこれを行うものとし、医療サービス以外の指定居宅サービス等を位置付ける場合にあっては、当該指定居宅サービス等に係る主治の医師等の医学的観点からの留意事項が示されているときは、当該留意点を尊重してこれを行うものとする」（基準省令第 13 条第 20 号）

第２章　事例集

Ⅰ　主治医意見書記入の手引き
（令和７年(2025 年)11 月 20 日厚生労働省老健局老人保健課長通知により一部改正）

Ⅱ　特定疾病にかかる診断基準

Ⅲ　主治医意見書記載のポイント

Ⅳ　認定調査員テキスト 2009 改訂版（令和６年（2025 年）４月改訂）（抄）

Ⅴ　主治医意見書記載例（事例１～事例４）

Ⅰ　主治医意見書記入の手引き

Ⅰ　介護保険制度における主治医意見書について

１．主治医意見書の位置付け

介護保険の被保険者が保険によるサービスを利用するためには、介護の必要性の有無やその程度等についての認定（要介護認定）を保険者である市町村から受ける必要があります。

この要介護認定は、市町村職員等による調査によって得られた情報及び主治医の意見に基づき、市町村等に置かれる保健・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・公正に行われます。

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村は、当該被保険者の「身体上又は精神上の障害（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、主治医から意見を求めることとされています。主治医意見書は、この規定に基づき、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であり、その様式等については全国で一律のものを使用することとします。

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が、また利用できる場合には在宅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ものですから、審査判定に用いられる資料である主治医意見書の役割は極めて大きいものです。

介護認定審査会では、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りますので、なるべく難解な専門用語を用いることは避けて作成してください。

２．主治医意見書の具体的な利用方法

主治医意見書は、介護認定審査会において、主として以下のように用いられます。

（１）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

申請者が 40 歳以上 65 歳未満の場合は、要介護状態の原因である身体上又は精神上の生活機能低下が政令で定められた 16 疾病（特定疾病）によることが認定の要件となっています。介護認定審査会は、主治医意見書に記入された診断名やその診断の根拠として記入されている内容に基づき、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します。その上で、介護の必要度等について、65 歳以上の方と同様に審査及び判定を行います。

従って、特定疾病に該当している場合の診断根拠については、本主治医意見書内に記入してください。

（２）介護の手間がどの程度になるのかの確認（介護の手間に係る審査判定）

介護認定審査会ではまず心身の状況に関する 74 項目の調査項目と主治医意見書に基づく一次判定結果を原案として介護の手間に係る審査判定を行います。審査判定にあたっては、認定調査票の特記事項や主治医意見書に記入された医学的観点からの意見等を加味して、介護の手間の程度や状況等を総合的に勘案することとなりますので、必要に応じて一次判定結果は変更されます。

従って、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してください。

（３）状態の維持･改善可能性の評価（状態の維持･改善に係る審査判定）

介護認定審査会における介護の手間に係る審査判定において「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」と判定された者に対しては、続いて状態の維持･改善可能性に係る審査判定を行い、「要支援２」「要介護１」のいずれの要介護状態等区分に該当するか、判定を行います。審査判定にあたっては、認定調査項目や、特記事項、主治医意見書に記入された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

認定調査員による認定調査は、通常は１回の審査に対して１回行うこととされており、また、認定調査員の専門分野も医療分野に限らず様々です。従って、申請者に対して長期間にわたり医学的管理を行っている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等の介護保険事業の適切な運営を目的とした主治医意見書の活用

主治医意見書は、介護サービス計画や介護予防ケアマネジメントのケアプランの作成に際し、介護サービスを提供するにあたっての医学的観点からの留意点を反映するために活用されます。

サービス提供時の医学的観点からの留意点や禁忌等は主治医意見書の記載内容のみから判断されるものではありませんが、介護サービス計画作成等に有用となる留意点をお分かりになる範囲で具体的に記入してください。

主治医意見書はケアプランの作成の他、介護保険事業の適切な運営のため、例えば以下の場面において活用されます。

なお、申請者本人の同意を得た上で主治医意見書をサービス担当者会議の参加者に示すことについては、主治医に「守秘義務」に関する問題が生じることはないことを申し添えます。

・　地域ケア個別会議

地域ケア会議の考え方や実践手法を整理し取りまとめた手引き（※１）において、ケアプランの作成時に用いたもの又は医学的な情報を参照するものの例として、主治医意見書を用いる旨を紹介しています。

具体的には、介護支援専門員が主治医意見書を地域ケア個別会議に持参したり、口頭等で内容を共有することにより、当該会議における個別事例の検討に活用される場合があります。

・　居宅・施設サービスの入所判定

指定介護老人福祉施設等の入所に関する通知（※２）において、「施設は、保険者市町村に対し（中略）当該入所申込者が特例入所対象者に該当するか否かを判断するに当たって適宜その意見を求めること。」としており、当該求めに対して保険者は主治医意見書を用いて意見を表明する場合があります。また、認知症対応型共同生活介護の入居要件については、基準省令（※３）において、「指定認知症対応型共同生活介護事業者は、入居申込者の入居に際しては、主治の医師の診断書等により当該入居申込者が認知症である者であることの確認をしなければならない。」としており、認知症の確認に際して主治医意見書が活用される場合があります。

具体的には、介護支援専門員や保険者から、指定介護老人福祉施設、指定地域密着型介護老人福祉施設及び認知症対応型共同生活介護における入所に関する検討のための委員会に主治医意見書が提出され、特例入所対象者の判定、施設への優先入所対象者の判定又は認知症の診断の確認に活用される場合があります。

・　加算の算定

介護報酬の留意事項通知（※４）において、「加算の算定要件として（中略）『認知症高齢者の日常生活自立度』を用いる場合の日常生活自立度の決定に当たっては、医師の判定結果又は主治医意見書を用いるものとする。」と規定しています。

具体的には、各事業所において、認知症高齢者の日常生活自立度を要件としている報酬（認知症加算や特定事業所加算等）の算定に、主治医意見書の認知症高齢者の日常生活自立度の記載が活用される場合があります。

※１．介護予防活動普及展開事業　市町村向け手引き

※２．指定介護老人福祉施設等の入所に関する指針について（平成 26 年 12 月 12 日付け老高発 1212 第 1 号厚生労働省老健局高齢者支援課長通知）

※３．指定地域密着型サービスの事業の人員，設備及び運営に関する基準（平成 18 年厚生労働省令第 34 号）第 94 条

※４．指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（短期入所サービス及び特定施設入居者生活介護に係る部分）及び指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準の設定に伴う実施上の留意事項について（平成 12 年３月８日付け老企第 40 号厚生省老人保健福祉局企画課長通知）

Ⅱ　作成に際しての留意事項

１．作成者

主治医意見書の作成は、申請者の主治医が行ってください。

２．作成・送信方法

介護情報基盤を活用して主治医意見書を電子的に作成及び送信する場合は、電子カルテシステム又は文書作成システム（以下、「当該システム」という。）を用いて主治医意見書を作成し、当該システムを利用して介護情報基盤に送信してください。この場合、利用する当該システムは、厚生労働省老健局老人保健課が示す「主治医意見書／請求書電送サービスの導入に関するシステムベンダ向け技術解説書」に対応した機能が具備されている必要があります。また、主治医意見書の作成及び介護情報基盤への送信にあたっては、介護保険資格確認等 WEB サービスなどの公的なサービスを利用することも可能です。

紙媒体に記載する場合は、インク、またはボールペンを使用してください。

Ⅲ　作成マニュアル

１．基本情報

「申請者の氏名」等

申請者の氏名を記入し、ふりがなを併記してください。

性別については、該当する□にレ印をつけてください。

生年月日及び年齢（満年齢）については、該当するものに〇印をつけ、必要事項を記入してください。

住所及び連絡先については、居住地（自宅）の住所及び電話番号も記入してください。施設に入院･入所している場合は、当該施設の施設名、住所及び電話番号を記入してください。

「医師氏名」等

主治医意見書を記入する主治医の所属する医療機関の所在地及び名称、電話番号、ＦＡＸ、主治医の氏名を記入してください。主治医意見書を介護情報基盤を用いて作成及び送信する場合については、医師本人による自署を不要とします。その場合、電子署名を用いることも可能ですが、当面の間、医療機関の判断で電子署名を行わなくとも構いません。なお、電子署名をせず、セキュリティ事案が発生した場合には、医療機関には調査や患者に対しての説明が求められ、事案に対する責任が医師本人や医療機関に生じることに留意ください。

紙媒体で主治医意見書を作成及び提出する場合については、医師本人の記入であることを確認する必要があることから、医師氏名のみは医師本人による自署をお願

いします。なお、医師氏名の欄には、押印の必要はありません。また、医療機関の所在地、名称等は、ゴム印等を用いても構いません。

（１）最終診察日

申請者を最後に診察した日を記入してください。

（２）主治医意見書作成回数

申請者について主治医意見書を初めて作成する場合は「□初回」に、２回目以降の場合は「□２回目以上」にレ印をつけてください。

（３）他科受診の有無

申請者が他科を受診しているかどうかについて、お分かりになる範囲で該当する□にレ印をつけてください。有の場合は、該当する診療科名の□にレ印をつけてください。主治医意見書中に該当する診療科名がない場合には、その他の（　　）内に診療科名を記入してください。

２．傷病に関する意見

（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してください。

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してください。例えば、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してください。

「１.」の傷病名には、65 歳以上の第１号被保険者については、生活機能(※)低下の直接の原因となっている傷病名を、40 歳以上 65 歳未満の第２号被保険者については、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してください。

生活機能低下を引き起こしている傷病が複数ある場合もまれではありませんが、より主体であると考えられる傷病を優先して記入してください。

なお、４種類以上の傷病に罹患している場合については、主な傷病名の記入にとどめ、必要であれば、「５．特記すべき事項」の欄に記入してください。

特定疾病の診断については、以下に示す「特定疾病の症候・所見のポイント」を参考としつつ、別添３の「特定疾病にかかる診断基準」に従って記入するとともに、診断上の主な所見については「（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」に記入してください。

※:　生活機能とは、①体・精神の働き、体の部分である「心身機能」、②ＡＤＬ（日常生活行為）・外出・家事・職業に関する生活行為全般である「活動」、③家庭や社会での役割を果たすことである「参加」、のすべてを含む包括概念。

生活機能には健康状態（病気・怪我・ストレスなど）、環境因子（物的環境・人的環境・制度的環境）、個人因子（年齢・性別など）などが様々に影響する。

特定疾病の症候・所見のポイント

	疾病名	症候・所見
1	がん （がん末期）	以下のいずれかの方法により悪性新生物であると診断され、かつ、治癒を目的とした治療に反応せず、進行性かつ治癒困難な状態（注）にあるもの。 ① 組織診断又は細胞診により悪性新生物であることが証明されているもの ② 組織診断又は細胞診により悪性新生物であることが証明されていない場合は、臨床的に腫瘍性病変があり、かつ、一定の時間的間隔を置いた同一の検査（画像診査など）等で進行性の性質を示すもの。 注） ここでいう治癒困難な状態とは、概ね６月間程度で死が訪れると判断される場合を指す。なお、現に抗がん剤等による治療が行われている場合であっても、症状緩和等、直接治癒を目的としていない治療の場合は治癒困難な状態にあるものとする。
2	関節リウマチ	指の小関節から股・膝のような大関節まであらゆる関節に炎症が起こり、疼痛・機能障害が出現する。とくに未明から早朝に痛みとこわばりが強い。筋、腱にも影響し筋力低下や動作緩慢が顕著になる。
3	筋萎縮性側索硬化症	筋萎縮・筋力低下、球麻痺、筋肉の線維束性収縮、錐体路症状を認める。それに反して感覚障害、眼球運動障害、膀胱直腸障害、褥瘡は原則として末期まで認めない。
4	後縦靭帯骨化症	靭帯の骨化は頚椎に最も多く、頚髄の圧迫では手足のしびれ感、運動障害、腱反射亢進、病的反射出現等の痙性四肢麻痺となる。胸髄圧迫では上肢は異常なく、下肢の痙性対麻痺となる。
5	骨折を伴う 骨粗鬆症	脊椎圧迫骨折 … 腰背部痛を伴う脊柱の変形が特徴的である。軽微な外傷後もしくは誘因なく急性の腰痛を生じ寝たきりになることが多い。 大腿骨頚部骨折・転子部骨折 … 転倒等の後に、大転子部の痛みを訴え起立不能となる。膝の痛みを訴える場合もある。転位の少ない頚部骨折の場合、歩行可能な場合もある。
6	初老期における認知症（ｱﾙﾂﾊｲﾏｰ病、血管性認知症、レビー小体病等）	ｱﾙﾂﾊｲﾏｰ病 … 初期の主症状は、記憶障害である。また、意欲の低下、物事の整理整頓が困難となり、時間に関する見当識障害がみられる。 中期には、記憶の保持が短くなり、薬を飲んだことを忘れたり、同じ物を何回も買ってくるようになる。後期には、自分の名前を忘れたり、トイレがわからなくなったり、部屋に放尿するようになる。また失禁状態に陥る。薬物治療で進行の遅延効果が得られる場合がある。 血管性認知症 … 初発症状として物忘れで始まることが多い。深部腱反射の亢進、足底反射、仮性球麻痺、歩行異常等の局所神経徴候を伴いやすい。一般に、記憶障害はかなりあっても、判断力は保持されており、人格の崩壊は認められない。 レビー小体病 … 進行性の認知症。リアルな幻視体験が特徴。パーキンソン症状が先行する事もあり、薬物治療で効果が得られる場合がある。
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（パーキンソン病関連疾患）	臨床的に、これら三疾患にはパーキンソン症状が共通に認められる。すなわち、筋肉のこわばり（筋固縮）、ふるえ(振戦)、動作緩慢（無動）、突進現象（姿勢反射障害）などのうちのいくつかを認めるものである。 ① パーキンソン病は、パーキンソン症状を中心とし、薬剤などの治療効果が高いものが多い ② 進行性核上性麻痺は、異常な姿勢（頚部を後屈させ、顎が上がる）や、垂直方向の眼球運動障害（下方を見にくい）といった多彩な症状を示す ③ 大脳皮質基底核変性症は、パーキンソン症状と大脳皮質症状(手が思うように使えないなど)が同時にみられる など、症状や病状の進行に差が見られる。①振戦 ②筋強剛（固縮） ③動作緩慢 ④姿勢反射障害 ⑤その他の症状（自律神経障害、突進現象、歩行障害、精神症状等）
8	脊髄小脳変性症	初発症状は歩行のふらつき（歩行失調）が多い。非常にゆっくりと進行。病型により筋萎縮や不随意運動、自律神経症状等で始まる。最終的には能動的座位が不可能となり、寝たきり状態となる。
9	脊柱管狭窄症	腰部脊柱管狭窄症 … 腰痛、下肢痛、間欠性跛行を主訴とする。 頚部脊柱管狭窄症 … 両側の手足のしびれで発症するものが多い。手足のしびれ感、腱反射亢進、病的反射出現等の痙性四肢麻痺を呈する。
10	早老症（ｳｪﾙﾅｰ症候群等）	若年者で老人性顔貌、白髪、毛髪の脱落とともに肥満の割に四肢が細い。若年性白内障、皮膚の萎縮と角化、足部皮膚潰瘍、四肢の筋肉・脂肪組織・骨の萎縮、血管・軟部組織の石炭化、性腺機能低下症、糖尿病、髄膜腫等を認める。
11	多系統萎縮症	多系統萎縮症（ＭＳＡ）は臨床的に、①起立性低血圧、排尿障害、発汗低下など自律神経症状、②筋肉のこわばり、ふるえ、動作緩慢、小刻み歩行などパーキンソン症状、③立位や歩行時のふらつき、呂律が回らない、字がうまく書けないなどの小脳症状、を様々な程度に組み合わせて呈する疾患である。 自律神経症状が強いものを「シャイ・ドレーガー症候群」、パーキンソン症状が強いものを「線条体黒質変性症」、小脳症状が強いものを「オリーブ橋小脳萎縮症」とする。ＭＲＩなど画像検査が診断に有効である。パーキンソン病や小脳萎縮症に比して、やや進行が早い傾向がある。
12	糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症	糖尿病性腎症 … 糖尿病の罹病期間が長い。糖尿病に伴う蛋白尿を呈する。また、高血圧と浮腫を伴う腎機能障害を認める。 糖尿病性網膜症 … 主な症候は視力低下。末期まで視力が保たれることもあり、自覚症によると手遅れになりやすい。 糖尿病性神経障害 … 下肢のしびれ、痛み等を認める。

13	脳血管疾患(脳出血、脳梗塞等)	脳出血 … 発症状況と経過は一般に頭痛、悪心、嘔吐をもって始まり、しだいに意識障害が進み、昏睡状態になる。半身の片麻痺を起こすことが多く、感覚障害、失語症、失認、失行、視野障害等が見られる。 脳梗塞 … 発症状況と経過は、アテローム血栓症脳梗塞やラクナ梗塞では、夜間安静時に発症し起床時に気が付かれ、症状が徐々に完成することが多く、心原性脳塞栓症では、日中活動時に突発的に発症して症状が完成することが多い。 注）高次脳機能障害については、言語・思考・記憶・行為・学習・注意障害等が生じ、社会生活をさまたげることが多いが、外見からは分かりにくく、注意が必要である。
14	閉塞性動脈硬化症	問診で閉塞病変に由来する症状－下肢冷感、しびれ感、安静時痛、壊死 等があるかどうか聞く。視診により下肢の皮膚色調、潰瘍、壊死の有無をチェックする。触診ですべての下肢動脈の拍動の有無を調べる。
15	慢性閉塞性肺疾患（肺気腫、慢性気管支炎、気管支喘息、びまん性汎細気管支炎）	肺気腫 … ほとんどが喫煙者で、男性に多い。体動時呼吸困難が特徴的であるが、出現するのはある程度病変が進行してからである。咳、痰を訴えることもある。 慢性気管支炎 … 喫煙者に多く、慢性の咳、痰を認める。体動時呼吸困難は、感染による急性増悪時には認めるが、通常は軽度である。身体所見では、やや肥満傾向を示す人が多いといわれる。 気管支喘息 … 発作性の呼吸困難、喘鳴、咳（特に夜間・早朝）が、症状がない時期をはさんで反復する。気道閉塞が自然に、または治療により改善し、気流制限は可逆的である。その他、気道過敏症を示す。 びまん性汎細気管支炎 … 呼吸細気管支領域にびまん性炎症により、強い呼吸障害をきたす。初期には肺炎球菌、インフルエンザ桿菌等が感染菌となりやすく、痰、咳、喘鳴を呈し、長引くと菌交代現象を起こし、緑膿菌感染になり重症化しやすい。
16	両側の膝関節または股関節の著しい変形を伴う変形性関節症	初期の場合は、歩行し始めの痛みのみであるが、次第に、荷重時痛が増え、関節可動域制限が出現してくる。

（東京都医師会：介護保険における特定疾病診断の手引き．東京都医師会雑誌，51（９）：1763-1821,1999 を一部改変）

（２）症状としての安定性

上記（１）で記入した「生活機能低下の直接の原因となっている傷病による症状」の安定性について、該当する□にレ印をつけてください。

脳卒中や心疾患、外傷等の急性期や慢性疾患の急性増悪期等で、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、具体的な内容を自由記載欄に記載してください。例えば、進行性のがんで、急激な悪化が見込まれる場合については「６．特記すべき事項」ではなく、本項に記載することが望まれます。記載欄が不足する場合は「（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」に記載してください。

現在の全身状態から急激な変化が見込まれない場合は「安定」を選択してください。不明の場合は「不明」を選択してください。

なお、症状には日内変動や日差変動があるため、介護者からの情報にも留意してください。特に精神疾患患者にあっては、可能な限り日頃の状況を把握している者に立会を求め、症状の変動についての情報にも留意する。

（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

上記「（１）１．診断名」に記入した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については、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してください。

また、「２.」「３.」の診断名についても、生活機能低下の原因となっている傷病について記入してください。

高齢者においては、傷病による生活機能低下に、転倒、入院等を契機として日中の生活が不活発になったこと、外出の機会の減少、配偶者との死別や転居などを契機とする社会参加の機会の減少、家庭内での役割の喪失等の様々な要因が加わることにより、さらに生活機能が低下することが考えられます。これら更なる生活機能低下を引き起こしている要因があれば、具体的に記載してください。

投薬内容については、生活機能低下の直接の原因となっている傷病以外についても、介護上特に留意すべき薬剤や相互作用の可能性がある薬剤の投薬治療を受けている場合は、この欄に記入してください。（ただ単に投薬内容を羅列するのではなく、必ず服用しなければならない薬剤、頓服の必要な薬剤等を整理して記入するようにしてください。）

また、意識障害がある場合には、その状況についても具体的に記載してください。

３．特別な医療

申請者が過去１４日間に受けた１２項目の医療のうち、看護職員等が行った診療補助行為（医師が同様の行為を診療行為として行った場合を含む）について該当する□にレ印をつけてください。

「医師でなければ行えない行為」、「家族／本人が行える類似の行為」は含まれないので注意して下さい。

なお、この項目は、訪問調査においても、調査員によるチェックの対象となっていますが、訪問調査員は必ずしも医療の専門家ではないことから、主治医意見書においても記入をお願いするものです。

なお、１２項目以外の医師が行った治療行為は含まれない点に留意してください。

４．心身の状態に関する意見

（１）日常生活の自立度について

現状から考えられる障害高齢者の日常生活自立度及び認知症高齢者の日常生活自立度について、以下の判定基準を参考にして、該当する□にレ印をつけてください。遷延性の意識障害等で、認知症高齢者の日常生活自立度が判断不能である場合は、□Mにレ印をつけ、「１.（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」の欄に具体的な内容を記入して下さい。

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

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たすような症状・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たすような症状・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）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）

申請者に認められる認知症の中核症状の有無について、以下に記載されている判定基準に基づき、該当する□にレ印をつけてください。なお、認知症の中核症状として列挙していますが、その他の疾患で同様の状態が認められる場合も、該当する□にレ印をつけてください。

短期記憶

例えば、身近にある３つのものを見せて、一旦それをしまい、５分後に聞いてみる等の方法を用いて、申請者及び医師がともに一時的には記憶に残るような直前のことについて覚えているか否かを評価します。

記憶に問題がない場合には「□問題なし」に、覚えていないような場合には「□問題あり」にレ印をつけてください。

日常の意思決定を行うための認知能力

申請者の毎日の日課における判断能力を評価します。以下の各選択項目の状態例にあてはめ、該当する□にレ印をつけてください。

自立	日常生活において首尾一貫した判断ができる。毎日するべきことに対して予定を立てたり、状況を判断できる。
いくらか困難	日々繰り返される日課については判断できるが、新しい課題や状況に直面した時にのみ判断に多少の困難がある。
見守りが必要	判断力が低下し、毎日の日課をこなすためにも合図や見守りが必要になる。
判断できない	ほとんどまたは全く判断しないか、判断する能力が著しく低い。

自分の意思の伝達能力

本人が要求や意思、緊急の問題等を表現したり伝えたりする能力を評価します。以下の各選択項目の状態例にあてはめ、該当する□にレ印をつけてください。会話に限らず、筆談・手話あるいはその組み合わせで表現される内容で評価しても差し支えありません。

伝えられる	自分の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	適当な言葉を選んだり、考えをまとめるのに多少の困難があるため、応対に時間がかかる。自分の意思を理解させるのに、多少、相手の促しを要することもある。
具体的要求に限られる	時々は自分の意思を伝えることができるが、基本的な要求（飲食、睡眠、トイレ等）に限られる。
伝えられない	ほとんど伝えられない、または、限られた者にのみ理解できるサイン（本人固有の音声あるいはジェスチャー）でしか自分の要求を伝えることができない。

（３）認知症の行動・心理症状（ＢＰＳＤ）

申請者に認められる認知症の行動・心理症状の有無について、該当する□にレ印をつけてください。有の場合は、以下の定義を参考にして、該当する□にレ印

をつけてください。複数の状態が認められる場合は、該当する□のすべてにレ印をつけてください。その他に該当する場合には、認められる具体的な状態について（　　）内に記入してください。

なお、認知症の行動・心理症状として列挙していますが、その他の疾患で同様の状態が認められる場合も、該当する□にレ印をつけてください。

幻視・幻聴	幻視とは、視覚に関する幻覚。外界に実在しないのに、物体、動物、人の顔や姿等が見えること。 幻聴とは、聴覚領域の幻覚の一種。実際には何も聞こえないのに、音や声が聞こえると感じるもの。
妄想	病的状態から生じた判断の誤りで、実際にはあり得ない不合理な内容を、正常を超えた訂正不能な主観的確信をもって信じていること。これに対し、訂正可能である場合は錯覚という。
昼夜逆転	夜間不眠の状態が何日間か続いたり、明らかに昼夜が逆転し、日常生活に支障が生じている状態。
暴言	発語的暴力をいう。
暴行	物理的暴力をいう。
介護への抵抗	介護者の助言や介護に抵抗し、介護に支障がある状態。単に助言に従わない場合は含まない。
徘徊	客観的には、目的も当てもなく歩き回る状態。認知症だけでなく心因性の葛藤からの逃避的行為やその他急性精神病等でもみられる。
火の不始末	たばこの火、ガスコンロ等あらゆる火の始末や火元の管理ができない状態。
不潔行為	排泄物を弄んだり撒き散らす場合等をいう。体が清潔でないことは含まれない。
異食行動	食欲異常の一種。正常では忌避するような物体、味に対して特に異常な食欲や嗜好を示すこと。
性的問題行動	周囲が迷惑している行為と判断される性的な問題行動。

（４）その他の精神・神経症状

認知症以外の精神・神経症状があれば、「□有」にレ印をつけ、その症状名を記入してください。有の場合、専門医を受診している場合は「□有」にレ印をつけ、（　　）内に受診の科名を記入してください。

また、申請者の状態から判断して、以下に挙げる定義の中からあてはまるものがあれば、症状名に記入してください。

失語	正常な言語機能をいったん獲得した後、多くは大脳半球の限定された器質的病変により、言語（口頭言語と文字言語の両方）表象の理解・表出に障害をきたした状態。
構音障害	俗に“ろれつが回らない”という状態。構音器官（咽頭、軟口蓋、舌、口唇等）の麻痺による麻痺性構音障害と、筋相互の間の協調運動障害による協調運動障害性構音障害とがある。後者は運動失調によるものと、錐体外路性運動障害によるものがある。
せん妄	意識変容の一つ。軽度ないし中等度の意識混濁に妄想、錯覚、偽幻覚、幻覚、不安・恐怖、精神運動性の興奮を伴う。夜間に起こりやすい（夜間せん妄）。
傾眠傾向	意識の清明性の障害。意識混濁は軽度で、反復して強い刺激を与えればやや覚醒状態に回復するが、放置すればただちに入眠してしまうような状態。
失見当識	見当識の機能が失われた状態。多くの場合、意識障害がある際にみられる（意識障害性）ため、意識障害の有無をみる必要がある。その他、認知症等で記銘力障害のある場合（健忘性）、妄想によって周囲を正しく判断していない場合（妄想性）等にも認

	められる。
失認	局在性の大脳病変によって起こる後天性の知覚と認知の障害で、ある感覚を介する対象認知が障害されているが、その感覚自体の異常、また、知能低下、意識障害等に原因するとはいえず、また他の感覚を介すれば対象を正しく認知できるもの。視覚失認及び視空間失認、聴覚失認、触覚失認、身体失認等に大別される。
失行	随意的、合目的的、象徴的な熟練を要する運動行為を行うことができない状態で、麻痺、運動失調等の要素的運動障害、また失語、失認、精神症状等で説明できないもの。局在性の大脳病変で起こる後天性の行為障害。

（５）身体の状態

利き腕

利き腕について、該当する方の□にレ印をつけてください。

身長・体重

体重及び身長について、おおよその数値を記入してください。また、過去６ヶ月程度における体重の変化について、３%程度の増減を目途に、該当する□にレ印をつけてください。

麻痺・褥瘡等

麻痺・褥瘡等の状態について、該当するものがあれば□にレ印をつけてください。介護の手間や生活機能を評価する観点から部位の記載が必要なものについては具体的に記入してください。程度については、麻痺・褥瘡等の状態が介護にどの程度影響するのかという観点から、あてはまる程度の□にレ印をつけてください。なお、麻痺については、訪問調査においても、同様の項目がありますが、訪問調査員は必ずしも医療の専門家ではないことから、主治医意見書では、医学的観点からの麻痺の有無の記入をお願いするものです。

四肢欠損	腕、肢、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	関節及び皮膚、筋肉等の関節構成体以外の軟部組織の変化によって生じ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	運動の円滑な遂行には多くの筋肉の協調が必要であるが、その協調が失われた状態。個々の筋肉の力は正常でありながら運動が稚拙であることが特徴である。
不随意運動	意志や反射によらずに出現する、目的に添わない運動。多くは錐体外路系の病変によって生じる。
褥瘡	廃用症候群の代表的な症状。持続的圧迫及びずれ応力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。

５．生活機能とサービスに関する意見

（１）移動

屋外歩行

日常生活での屋外歩行の状態について、以下の各選択項目の状態例にあてはめ、該当する□にレ印をつけて下さい。

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みます。外出するようには促しが必要でも、屋外は一人で歩いている場合も含みます。
介助があればしている	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みます。
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みます。また車いすで屋外を移動している場合等を含みます。

車いすの使用

車いす（電動車いすも含む）を用いていることがある場合に、主に誰が操作（駆動）しているかについて、以下の各選択項目の状態例にあてはめ、該当する□にレ印をつけて下さい。車椅子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みます。

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みます。
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みます。

歩行補助具・装具の使用

日常生活での室内歩行や屋外歩行で、歩行補助具（杖等）や装具を用いている状態について、以下の各選択項目の状態例にあてはめ、該当する□にレ印をつけて下さい。屋内、屋外両方で使用している場合は両方の□にレ印をつけて下さい。

どちらか一方だけの使用の場合も含みますが、義足（切断の時に用いる）の使用は含めません。

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。訓練歩行の時だけは使っている場合も含みます。
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みます。
屋内で使用	日頃の室内歩行のとき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みます。

（２）栄養・食生活

高齢者に多くみられる栄養問題は、慢性的なエネルギー、たんぱく質の補給不足、あるいは疾患によってエネルギー、たんぱく質の欠乏した状態（以下「低栄養」という。）です。要介護高齢者の「低栄養」は、内臓たんぱく質及び筋たんぱく質の低下をきたし、身体機能及び生活機能の低下をはじめ、感染症、褥瘡などの誘発に関わります。そこで、要介護状態の改善及び重度化の予防の観点から、「低栄養」に関連する要因として考えられる食事行為、総合的な栄養状態を評価します。医学的観点から栄養・食生活上の留意点を認める場合には具体的な内容を記載してください。

食事行為

日常生活行為のうち食事について、どの程度、どのように自分で行っているかを評価します。以下の各選択項目の状態例にあてはめ、該当する□にレ印をつけてください。

自立ないし何とか自分で食べられる	自分一人で、ないし、見守り・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

現在の栄養状態を評価します。以下の各選択項目の状態にあてはめ、該当する□にレ印をつけてください。また、医学的観点から、改善に向けた留意点について、（　　）内に記入してください。

良好	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^2(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（概ね３／４以上）、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。
不良	①過去６ヶ月程度の体重の減少（概ね３％以上）、②BMI（体重(kg)/身長^2(m^2)）18.5未満、③血清アルブミン値がある場合には、3.5g/dl以下、の３項目のうち１つでも該当する状態。 上記指標が入手できない場合には、食事行為、食事摂取量（概ね３／４以下）、食欲、顔色や全身状態（浮腫、脱水、褥瘡などがある状態）から総合的に栄養が不良又は不良となる可能性が高いと判断される状態。

（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

日常の申請者の状態を勘案して、現在あるかまたは今後概ね６ヶ月以内に発生する可能性の高い状態があれば、該当する□にレ印をつけてください。また、具体的な状態とその際の対処方針（緊急時の対応を含む）について要点を記入してください。

（４）サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し

現在の状態から、概ね３ヶ月から６ヶ月間、申請者が介護保険によるサービス（予防給付等によるサービスを含む）やその他の高齢者に対するサービスを利用した場合の、生活機能の維持･改善の見通しについて、該当する□にレ印をつけてください。

傷病の症状としての見通しではなく、生活機能の維持･改善がどの程度期待できるか、という観点であることに留意してください。

（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、以下の各サービスの内容を参考に、該当するサービスの□にレ印をつけてください。各サービスについては、予防給付で提供されるサービスも含みます。特記すべき項目がない場合は、「特記すべき項目なし」の□にレ印をつけてください。

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。

また、特に必要性が高いと判断されるサービスについては、項目に下線を引いてください。

なお、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ありませんのでご注意ください。

訪問診療	通院することが困難な患者に対して、医師等が計画的に訪問して行う診療や居宅療養指導等。
訪問看護	訪問看護ステーション及び医療機関からの訪問看護等、保健師、看護師等が訪問して看護を行うことをいう。 なお、保健師等が地域支援事業の訪問型介護予防として訪問して指導する行為は含まない。
訪問リハビリテーション	病院、診療所及び訪問看護ステーションの理学療法士等が訪問して行うリハビリテーションをいう。なお、理学療法士、作業療法士あるいは言語療法士等が地域支援事業の訪問型介護予防として訪問して指導する行為は含まない。
通所リハビリテーション	病院、診療所、老人保健施設が提供するリハビリテーションをいう。なお、病院、診療所（医院）の外来でリハビリテーションを診療行為として受けた場合、保健所、市町村保健センター等で地域支援事業の機能訓練等を受けた場合はこれに含めない。
老人保健施設	施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話を行うことにより、入所者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにするとともに、その者の居宅における生活への復帰を目指すものをいう。
介護医療院	要介護者であって、主として長期にわたり療養が必要である者に対し、施設サービス計画に基づいて、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話を行う。
短期入所療養介護	病院、診療所及び介護老人保健施設に短期間入所させ、当該施設において、看護、医学的管理下における介護、機能訓練その他必要な医療及び日常生活上の世話を行うものをいう。
訪問歯科診療	居宅において療養を行っている患者であって、通院が困難なものに対して、患者の求めに応じ訪問して歯科診療を行った場合又は、当該歯科診療に基づき継続的

	な歯科治療が認められた患者に対してその同意を得て訪問して歯科診療を行うものをいう。
訪問歯科衛生指導	訪問歯科診療を行った歯科医師の指示に基づき、歯科衛生士、保健師、看護師等が訪問して療養上必要な指導として、患者の口腔内での清掃等に係わる指導を行うものをいう。
訪問薬剤管理指導	医師の診療に基づき計画的な医学的管理を継続して行い、かつ、薬剤師が訪問して薬学的管理指導を行うものをいう。
訪問栄養食事指導	医師の診療に基づき計画的な医学的管理を継続して行い、かつ、管理栄養士が訪問して具体的な献立等によって実技指導を行うものをいう。
その他の医療系サービス	上記以外の医学的管理をいう。地域支援事業の訪問型介護予防、機能訓練、保健所が実施する保健指導､入院等が必要とされる場合にその種類とともに記入する。

（６）サービス提供時における医学的観点からの留意事項

申請者がサービスを利用するにあたって、医学的観点から、特に留意する点があれば、該当するものの□にレ印をつけ、サービスを提供する上で不安感を助長させないよう、（　　）内に具体的な留意事項を記載してください。特記すべき留意事項がない場合は、「特記すべき項目なし」の□にレ印をつけてください。

また、血圧・嚥下等の項目以外に医学的観点からの留意事項があれば、「その他」の（　　）内に具体的な留意事項を記載してください。

血圧

血圧管理について、サービス提供時の留意事項があれば、具体的に記載してください。また、どの程度の運動負荷なら可能なのかという点等についても記入してください。

嚥下

嚥下運動機能（舌によって食塊を咽頭に移動する随意運動、食塊を咽頭から食道へ送るまでの反射運動、蠕動運動により食塊を胃に輸送する食道の反射運動）の障害について､サービス提供時の留意事項があれば､具体的に記載してください。

摂食

摂食について､サービス提供時の留意事項があれば､具体的に記載してください。

移動

移動（歩行に限らず、居室とトイレの移動や、ベッドと車椅子、車椅子と便座等への移乗等も含める）について、サービス提供時の留意事項があれば、具体的に記載してください。

運動

運動負荷を伴うサービスの提供時の留意事項があれば､具体的に記載してください。特に運動負荷を伴うサービス提供について、医学的観点からリスクが高いと判断される場合には、その状態を具体的に記載してください。

その他

その他、医学的観点からの留意事項があれば、（　　）内に具体的に記載してく

ださい。

（７）感染症の有無

サービスの提供時に、二次感染を防ぐ観点から留意すべき感染症の有無について、該当する□にレ印をつけてください。有の場合には、具体的な傷病名・症状等を（　　）内に記入してください。

６．特記すべき事項

申請者の主治医として、要介護認定の審査判定上及び介護保険によるサービスを受ける上で、重要と考えられる事項があれば、要点を記入してください。特に、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してください。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や情報提供書や障害者手帳の申請に用いる診断書等がある場合にはその結果、内容のうち、介護保険によるサービスを受ける上で重要と考えられる事項を簡潔に記入してください。

なお、平成２１年度の要介護認定の見直しでは、調査員ごとのバラツキを減らすとともに、介護の不足等も適切に把握できるよう、認定調査の選択肢について、調査員の方に、できるだけ見たままを選んでいただき、介護認定審査会において、認定調査票の特記事項や主治医意見書の内容から、申請者に必要な介護の手間について総合的に把握し、判定することとしました。したがって、申請者にかかる介護の手間をより正確に反映するために、主治医意見書の重要性が増しており、主治医意見書の「５．特記すべき事項」に、申請者の状態やそのケアに係る手間、頻度等の具体的内容についても記載してください。

その他、交通事故等の第三者による不法行為（以下「第三者行為」という。）による被害に係る求償事務の取組強化のため、平成２８年４月１日より、第三者行為により介護保険給付を受ける場合、第１号被保険者は保険者への届出が必要となりました。

主治医意見書を端緒として保険者が被保険者に対し適切な届出を促す観点から、第１号被保険者について、負傷等の原因として第三者行為が疑われる場合は、主治医意見書の「６．特記すべき事項」に「第三者行為」といった旨の記載をお願いします。

Ⅱ　特定疾病にかかる診断基準

特定疾病にかかる診断基準について

介護保険制度において、40 歳以上 65 歳未満の第２号被保険者が要介護認定を受けるためには、要介護状態等の原因である身体上及び精神上の障害が、介護保険施行令（平成 10 年政令第 412 号）第２条で定める 16 の疾病（特定疾病）によることが要件とされているところである。

特定疾病に該当するか否かは、主治医意見書の記載内容に基づき、市町村等に置かれる介護認定審査会が確認を行う。

本診断基準は、主治医意見書の記載にあたって、当該申請者が特定疾病に該当するかどうかについての基準を示したものである。

ここで示した基準は、特定疾患に該当するものについては、その基準を活用することとし、その他の疾患についても学会等で作成され専門家の評価を得ているものを利用している。

第２号被保険者に関する意見書記載にあたっては、本診断基準を参照して主治医意見書の「１．傷病に関する意見　（１）診断名　１．」欄に、介護を要す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、また「（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 」に診断上の根拠となる主な所見について記入されたい。

なお、意見書記載にあたっては、必ずしも、新たに診察・検査等を行う必要はなく、過去の診療録等を参考に記載することで差し支えないことを申し添える。

目　　次

１．がん【がん末期】
（医師が一般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。）
２．関節リウマチ
３．筋萎縮性側索硬化症
４．後縦靱帯骨化症
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
【パーキンソン病関連疾患】
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

１．がん【がん末期】（医師が一般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。）

【定義】

以下の特徴をすべて満たす疾病である。

①無制限の自律的な細胞増殖が見られること（自律増殖性）
本来、生体内の細胞は、その細胞が構成する臓器の形態や機能を維持するため、生化学的、生理学的な影響を受けながら細胞分裂し、増殖するものであるが、がん細胞はそういった外界からの影響を受けず無制限かつ自律的に増殖する。
②浸潤性の増殖を認めること（浸潤性）
上記の自律的な増殖により形成される腫瘍が、原発の臓器にはじまり、やがて近隣組織にまで進展、進行する。
③転移すること（転移性）
さらに、播種性、血行性に遠隔臓器やリンパ行性にリンパ節等へ不連続に進展、進行する。
④何らかの治療を行わなければ、①から③の結果として死に至ること（致死性）

【診断基準】

以下のいずれかの方法により悪性新生物であると診断され、かつ、治癒を目的とした治療に反応せず、進行性かつ治癒困難な状態（注）にあるもの。

① 組織診断又は細胞診により悪性新生物であることが証明されているもの
② 組織診断又は細胞診により悪性新生物であることが証明されていない場合は、臨床的に腫瘍性病変があり、かつ、一定の時間的間隔を置いた同一の検査（画像診査など）等で進行性の性質を示すもの。

注）　ここでいう治癒困難な状態とは、概ね余命が６月間程度であると判断される場合を指す。なお、現に抗がん剤等による治療が行われている場合であっても、症状緩和等、直接治癒を目的としていない治療の場合は治癒困難な状態にあるものとする。

参考にした診断基準：
「特定疾病におけるがん末期の取扱いに係る研究班」による診断基準

２．関節リウマチ

自他覚症状５項目及び臨床検査２項目の７項目中､少なくとも４項目を満たすものをいう。
なお、自他覚症状の項目ａ．～ｄ．は少なくとも６週間以上存在しなければならない。

（１）自他覚症状
ａ．朝のこわばり持続時間（少なくとも１時間以上）
ｂ．同時に３ヶ所以上の関節腫脹あるいは関節液貯留
ｃ．手首、中手指節間関節（MCP)、近位指節間関節（PIP）のなかで少なくとも １ ヶ所以上の関節腫脹
ｄ．同時に両側の同一部位での関節炎
ｅ．リウマトイド皮下結節

（２）臨床検査
ａ．血清リウマトイド因子陽性
ｂ．Ｘ線所見：手首、MCP、PIP 関節に骨びらんあるいはオステオポローシス像

（３）鑑別診断
ａ．五十肩、腱・腱鞘炎
ｂ．痛風、仮性痛風
ｃ．全身性エリトマトーデス、強皮症などの膠原病
ｄ．ベーチェット病、シェーグレン症候群、潰瘍性大腸炎、サルコイドーシス
ｅ．変形性関節症
ｆ．結核性関節炎

参考にした診断基準：
厚生省長期慢性疾患総合研究事業による診断基準

３．筋萎縮性側索硬化症

1) 主要項目

(1) 以下の①－④のすべてを満たすものを、筋萎縮性側索硬化症と診断する。
① 成人発症である。
② 経過は進行性である。
③ 神経所見・検査所見で、下記の 1 か 2 のいずれかを満たす。
身体を、a.脳神経領域、b.頸部・上肢領域、c.体幹領域（胸髄領域)、d.腰部・下肢領域の 4 領域に分ける（領域の分け方は、2 参考事項を参照)。
下位運動ニューロン徴候は、(2) 針筋電図所見（①又は②）でも代用できる。
1. １つ以上の領域に上位運動ニューロン徴候をみとめ、かつ２つ以上の領域に下位運動ニューロン症候がある。
2. SOD1 遺伝子変異など既知の家族性筋萎縮性側索硬化症に関与する遺伝子異常があり、身体の 1 領域以上に上位及び下位運動ニューロン徴候がある。
④ (3)鑑別診断で挙げられた疾患のいずれでもない。

(2) 針筋電図所見
① 進行性脱神経所見：線維性収縮電位、陽性鋭波など。
② 慢性脱神経所見 ：長持続時間、多相性電位、高振幅の大運動単位電位など。

(3) 鑑別診断
① 脳幹・脊髄疾患：腫瘍、多発性硬化症、頸椎症、後縦靭帯骨化症など。
② 末梢神経疾患：多巣性運動ニューロパチー、遺伝性ニューロパチーなど。
③ 筋疾患：筋ジストロフィー、多発筋炎など。
④ 下位運動ニューロン障害のみを示す変性疾患：脊髄性進行性筋萎縮症など。
⑤ 上位運動ニューロン障害のみを示す変性疾患：原発性側索硬化症など。

2) 参考事項

(1) SOD1 遺伝子異常例以外にも遺伝性を示す例がある。
(2) 稀に初期から認知症を伴うことがある。
(3) 感覚障害、膀胱直腸障害、小脳症状を欠く。ただし一部の例でこれらが認められることがある。
(4) 下肢から発症する場合は早期から下肢の腱反射が低下、消失することがある。
(5) 身体の領域の分け方と上位・下位ニューロン徴候は以下のようである。

	a. 脳神経領域	b. 頸部・上肢領域	c. 体幹領域 （胸随領域）	d. 腰部・下肢領域
上位運動ニューロン徴候	下顎反射亢進 口尖らし反射亢進 偽性球麻痺 強制泣き・笑い	上肢腱反射亢進 ホフマン反射亢進 上肢痙縮 萎縮筋の腱反射残存	腹壁皮膚反射消失 体幹部腱反射亢進	下肢腱反射亢進 下肢痙縮 バビンスキー徴候 萎縮筋の腱反射残存
下位運動ニューロン徴候	顎、顔面 舌、咽・喉頭	頸部、上肢帯、 上腕	胸腹部、背部	腰帯、大腿、 下腿、足

参考にした診断基準：

厚生労働省特定疾患調査研究班（神経変性疾患調査研究班）による診断基準

４．後縦靱帯骨化症

（１）自覚症状ならびに身体所見

a. 四肢・躯幹のしびれ、痛み、知覚障害
b. 四肢・躯幹の運動障害
c. 膀胱直腸障害
d. 脊柱の可動域制限
e. 四肢の腱反射亢進
f. 四肢の病的反射

（２）血液・生化学検査所見

一般に異常を認めない。

（３）画像所見

a. 単純Ｘ線

後縦靱帯骨化は側面像で椎体後縁に並行する骨化像として認められ、4 型に分類される。黄色靱帯骨化は椎弓間に観察される。

b. ＣＴ

靭帯骨化の脊柱管内の拡がりや横断面での骨化の形態は、ＣＴによりとらえられる。

c. ＭＲＩ

靱帯骨化による脊髄の圧迫病態を見るには、ＭＲＩが有用である。

（４）診断

脊椎Ｘ線像所見に加え、1 に示した自覚症状並びに身体所見が認められ、それが靱帯骨化と因果関係があるとされる場合、本症と診断する。

（５）鑑別診断

後縦靭帯骨化症に類似した症状又は徴候を呈するために鑑別診断上注意を要する疾患として次のものがある。強直性脊椎炎、変形性脊椎症、強直性脊椎骨増殖症、脊柱管狭窄症、椎間板ヘルニア、脊柱奇形、脊椎・脊髄腫瘍、運動ニューロン疾患、痙性脊髄麻痺（家族性痙性対麻痺）、多発性神経炎、脊髄炎、末梢神経障害、筋疾患、脊髄小脳変性症、脳血管障害、その他。

参考にした診断基準：

厚生労働省特定疾患調査研究班（脊柱靱帯骨化症調査研究班）による診断基準

５．骨折を伴う骨粗鬆症

（１）骨粗鬆症の診断

低骨量をきたす骨粗鬆症以外の疾患又は続発性骨粗鬆症を認めず、骨評価の結果が下記の条件を満たす場合、原発性骨粗鬆症と診断する。

Ⅰ．脆弱性骨折（注１）あり

Ⅱ．脆弱性骨折なし

	骨密度値	脊椎Ｘ線像での骨粗鬆化
正常	ＹＡＭの８０%以上	な　し
骨量減少	ＹＡＭの７０%以上８０%未満	疑いあり
骨粗鬆症	ＹＡＭの７０%未満	あ　り

ＹＡＭ：若年成人平均値（２０歳～４４歳）

注１　脆弱性骨折：低骨量（骨密度がＹＡＭの８０%未満、あるいは脊椎Ｘ線像で骨粗鬆化がある場合）が原因で、軽微な外力によって発生した非外傷性骨折、骨折部位は脊椎、大腿骨頸部、橈骨遠位端、その他。

注２　骨密度は原則として腰椎骨密度とする。ただし、高齢者において、脊椎変形などのために腰椎骨密度の測定が適当でないと判断される場合には大腿骨頸部骨密度とする。これらの測定が困難な場合は、橈骨、第２中手骨、踵骨の骨密度を用いる。

注３　脊椎Ｘ線像での骨粗鬆症の評価は、従前の骨萎縮度判定基準を参考にして行う。

脊椎Ｘ線像での骨粗鬆化	従来の骨萎縮度判定基準
な　し	骨萎縮なし
疑いあり	骨萎縮度Ⅰ度
あ　り	骨萎縮度Ⅱ度以上

（２）骨折の診断

症状及びＸ線所見による。

参考にした診断基準：

日本骨代謝学会骨粗鬆症診断基準（２０００年度改訂版）

６．初老期における認知症

「精神疾患の分類と診断の手引き　第５版（ＤＳＭ－Ⅴ－ＴＲ）」（アメリカ合衆国精神医学会作成）といった医学の専門家等において広くコンセンサスの得られた診断基準を用いて医師が診断するものであって、以下のような加齢によって生ずる心身の変化に起因しない疾病によるものを除く。

１．外傷性疾患

頭部外傷、硬膜下血腫など

２．中毒性疾患

有機溶剤、金属、アルコールなど

３．内分泌疾患

甲状腺機能低下症、Cushing 病、Addison 病など

４．栄養障害

ビタミン B12 欠乏症、ペラグラ脳症など

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
【パーキンソン病関連疾患】

1．進行性核上性麻痺

主要項目

（1）４０ 歳以降で発症することが多く、また、緩徐進行性である。

（2）主要症候

① 垂直性核上性眼球運動障害（初期には垂直性眼球運動の緩徐化であるが、進行するにつれ上下方向への注視麻痺が顕著になってくる）

② 発症早期（概ね１－２ 年以内）から姿勢の不安定さや易転倒性（すくみ足、立直り反射障害、突進現象）が目立つ。

③ ほぼ対称性の無動あるいは筋強剛があり、四肢末梢よりも体幹部や頸部に目立つ。

（3）その他の症候

① 進行性の構音障害や嚥下障害

② 前頭葉性の特徴を有する進行性認知障害（思考の緩慢化、想起障害、意欲低下などを特徴とする）

（4）画像所見（ＣＴ あるいはＭＲＩ）

進行例では、中脳被蓋部の萎縮、脳幹部の萎縮、第三脳室の拡大を認めることが多い。

（5）除外項目

① Ｌ－ＤＯＰＡが著効（パーキンソン病の除外）

② 初期から高度の自律神経障害の存在（多系統萎縮症の除外）

③ 顕著な多発ニューロパチー（末梢神経障害による運動障害や眼球運動障害の除外）

④ 肢節運動失行、皮質性感覚障害、他人の手徴候、神経症状の著しい左右差の存在（大脳皮質基底核変性症の除外）

⑤ 脳血管障害、脳炎、外傷など明らかな原因による疾患

（6）判定

次の３条件を満たすものを進行性核上性麻痺と診断する。

① （1）を満たす。

② （2）の２ 項目以上がある、あるいは（2）の１項目及び（3）の１項目以上がある。

③ 他の疾患を除外できる。

参考事項

進行性核上性麻痺は、核上性注視障害、姿勢反射障害による易転側性が目立つパーキンソニズム、及び認知症を主症状とする慢性進行性の神経変性疾患である。神経病理学的には、中脳と大脳基底核に萎縮、神経細胞脱落、神経原線維変化、グリア細胞内封入体が出現する。

初発症状はパーキンソン病に似るが、安静時振戦は稀で、歩行時の易転倒性、すくみ足、姿勢反射障害が目立つ。進行するにつれて、頸部の後屈と反り返った姿勢、垂直性核上性眼球運動障害（初期には眼球運動の随意的上下方向運動が遅くなり、ついには下方視ができなくなる）、構音障害や嚥下障害、想起障害と思考の緩慢を特徴とする認知症や注意力低下が出現する。徐々に歩行不能、立位保持不能となって、寝たきりになる。

抗パーキンソン病薬への反応は不良である。一時的に抗うつ薬やドロキシドパで症状が改善することがある。

非定型例として「純粋無動症」と呼ばれる病型があり、パーキンソン病に似て、歩行障害、すくみ足、易転倒性を特徴とするが、筋強剛や振戦を欠く。眼球運動障害も末期になるまで出現しないことが多い。

2．大脳皮質基底核変性症

主要項目

（1）中年期以降に発症し緩徐に進行する。

（2）失行あるいはその他の大脳皮質徴候

① 肢節運動失行があり、左右差が目立つ。

② 肢節運動失行が明瞭でなくても、皮質性感覚障害、把握反応、「他人の手」徴候、反射性ミオクローヌスのいずれがあり、左右差が目立つ。

③ 観念運動失行が肢節運動失行よりも顕著な場合は、左右差は目立たないことが多い。

④ その他の認知機能障害として、稀に、認知症、異常行動、注意障害、失語などが早期から目立つ例がある。

（3）錐体外路徴候

① パーキンソニズム（無動、筋強剛、振戦）：障害は下肢よりも上肢に目立つことが多い。

② ジストニー

（4）その他の神経症状

① 偽性球麻痺（構音障害、嚥下障害）

② 尿失禁

（５）画像所見
ＣＴ、ＭＲＩ、ＳＰＥＣＴで、一側優位性の障害（大脳半球の萎縮又は血流低下）は診断において、重要な支持的所見である。しかし、両側性あるいはび漫性に異常所見が出現する例もあるので、診断上必須所見とはしない。

（６）除外すべき疾患
① パーキンソン病
② 進行性核上性麻痺
③ 多系統萎縮症（特に線条体黒質変性症）
④ 薬剤、脳炎、脳血管障害、外傷など
⑤ 類似症状を呈するその他の疾患

（７）判定
次の３条件を満たすものを皮質基底核変性症と診断する。
① （１）を満たす。
② （２）の１項目以上、及び（３）の１項目以上がある。
③ 他の疾患を除外できる。
注：なお、必須ではないが、画像所見によって他の疾患を除外し、一側性優位性の障害を確認する事が望ましい。

参考所見
大脳皮質基底核変性症（ＣＢＤ）は、一側優位性が目立つ大脳半球萎縮及び基底核変性を生じる神経変性疾患で、特有の大脳皮質症状と運動障害を呈する。

（１）臨床的には、以下の所見がみられる。
① 中年期以降に発病し緩徐に進行する。
② 大脳皮質症状として、前頭・頭頂葉症状が見られる。最も頻度が高く特徴的な症状は肢節運動失行で、この他に観念運動失行、皮質性感覚障害、把握反応、他人の手徴候、反射性ミオクローヌスなどが出現する。
③ 錐体外路症状として、パーキンソニズム（無動、筋強剛、振戦）、ジストニーなどが出現する。症状は下肢よりも上肢のほうが顕著なことが多い。
④ 上記神経症状には、病初期から顕著な一側優位性がみられることが多い。
⑤ 注意障害、認知症、異常行動のような精神症状は、通常、運動症状よりも遅れて出現する。
⑥ 歩行障害、偽性球麻痺（構音障害、嚥下障害）などが早期から出現するために、進行性核上性麻痺と鑑別困難な症例がある。

（２）画像所見
ＣＴ、ＭＲＩ、ＳＰＥＣＴで、一側優位性の大脳半球萎縮又は血流低下を認めた場合には、重要な支持的所見である。しかし、両側性あるいはび漫性の異常を認める例もあるので、診断上必須所見とはしない。

（３）薬物等への反応
Ｌ－ＤＯＰＡや他の抗パーキンソン病薬への反応は不良である。抗うつ薬、ドロキシドパ、経頭蓋磁気刺激などが試みられているが、効果はあっても一時的である。

（４）病理学的所見
前頭・頭頂葉に目立つ大脳皮質萎縮が認められ、黒質の色素は減少している。顕微鏡的には皮質、皮質下、脳幹の諸核（視床、淡蒼球、線条体、視床下核、黒質、中脳被蓋など）に神経細胞減少とグリオーシスが認められる。ピック細胞と同様の腫大した神経細胞が大脳皮質及び皮質下諸核に認められる。黒質細胞には神経原線維変化がみられる。ガリアス染色やタウ染色ではグリア細胞にも広範な変性が認められ、特にastrocytic plaque は本症に特徴的である。

３．パーキンソン病

以下の４項目のすべてを満たした場合、パーキンソン病と診断する。ただし、Yahr の分類の Stage は問わない。１、２、３ は満たすが、薬物反応を未検討の症例は、パーキンソン病疑い症例とする。

（１）パーキンソニズムがある。※１
（２）脳ＣＴ 又はＭＲＩ に特異的異常がない。※２
（３）パーキンソニズムを起こす薬物・毒物への曝露がない。※３
（４）抗パーキンソン病薬にてパーキンソニズムに改善がみられる。

※１ パーキンソニズムの定義は、次のいずれかに該当する場合とする。
（１）典型的な左右差のある安静時振戦（４～６ Hz）がある。
（２）歯車様筋強直、動作緩慢、姿勢歩行障害のうち２つ以上が存在する。

※２ 脳ＣＴ 又はＭＲＩ における特異的異常とは、多発脳梗塞、被殻萎縮、脳幹萎縮、著明な脳室拡大、著明な大脳萎縮など他の原因によるパーキンソニズムであることを示す明らかな所見の存在をいう。

※３ 薬物に対する反応はできるだけドパミン受容体刺激薬又はＬ－ＤＯＰＡ 製剤により判定することが望ましい。

参考にした診断基準：
厚生労働省特定疾患調査研究班（神経変性疾患調査研究班）による診断基準

８．脊髄小脳変性症

【主要項目】

脊髄小脳変性症は、運動失調を主要症候とする原因不明の神経変性疾患の総称であり、臨床、病理あるいは遺伝子的に異なるいくつかの病型が含まれる。臨床的には以下の特徴を有する。

(1) 小脳性ないしは後索性の運動失調を主要症候とする。
(2) 徐々に発病し、経過は緩徐進行性である。
(3) 病型によっては遺伝性を示す。その場合、常染色体優性遺伝性であることが多いが、常染色体劣性遺伝性の場合もある。
(4) その他の症候として、錐体路徴候、錐体外路徴候、自律神経症状、末梢神経症状、高次脳機能障害などを示すものがある。
(5) 頭部のＭＲＩやＸ線ＣＴにて、小脳や脳幹の萎縮を認めることが多く、大脳基底核病変を認めることもある。
(6) 脳血管障害、炎症、腫瘍、多発性硬化症、薬物中毒、甲状腺機能低下症など二次性の運動失調症を否定できる。

なお、オリーブ橋小脳萎縮症については、従前の診断基準では脊髄小脳変性症の一病型として取扱うこととしていたが、特定疾患治療研究事業における傷病区分の変更等を踏まえ、多系統萎縮症の一病型として取扱うこととしたため、注意を要する。（「11. 多系統萎縮症」の診断基準を参照）

参考にした診断基準：
厚生労働省特定疾患調査研究班（運動失調調査研究班）による診断基準

９．脊柱管狭窄症

下記の症状（神経根、脊髄及び馬尾症状）と画像所見による脊柱管狭小化を総合的に診断されたものをいう。ただし、以下の各項に該当するものに限る。

ａ．頸椎部、胸椎部又は腰椎部のうち、いずれか１以上の部において脊柱管狭小化を認めるもの。
ｂ．脊柱管狭小化の程度は画像上（単純Ｘ線写真、断層写真、ＣＴ、ＭＲＩ、ミエログラフィーなど）脊柱管狭小化を認め、脊髄、馬尾神経又は神経根を明らかに圧迫する所見のあるものとする。
ｃ．画像上の脊柱管狭小化と症状の間に因果関係の認められるもの。

症状

主として四肢・躯幹の痛み、しびれ、筋力低下、運動障害、脊椎性間欠跛行を呈する。排尿・排便障害を伴うことがある。これらの症状は増悪、軽快を繰り返し、次第に悪化して歩行が困難となる。転倒などの軽微な外傷機転によって症状が急激に悪化し、重篤な脊髄麻痺をきたすことがある。

鑑別疾患

変形性脊椎症（神経学的症状を伴わないもの）
椎間板ヘルニア
脊椎・脊髄腫瘍
脊椎すべり症（神経学的症状を伴わないもの）
腹部大動脈瘤
閉塞性動脈硬化症
末梢神経障害
運動ニューロン疾患
脊髄小脳変性症
多発性神経炎
脳血管障害
筋疾患
後縦靭帯骨化症

参考にした診断基準：
厚生労働省特定疾患調査研究班（脊柱靭帯骨化症調査研究班）による診断基準

10. 早老症

ウェルナー症候群、プロジェリア症候群、コケイン症候群に該当するものをいう。
ウェルナー症候群に関しては、以下の確実例及び疑い例に該当するものをいう。

確実例：（１）のすべてと（２）の２つ以上
　　（１）の２つと（３）
疑い例：（１）の２つと（２）の２つ以上

（１）主徴候：
　ａ．早老性外貌（白髪、禿頭など）
　ｂ．白内障
　ｃ．皮膚の萎縮、硬化又は潰瘍形成

（２）その他の徴候と所見
　ａ．原発性性腺機能低下
　ｂ．低身長及び低体重
　ｃ．音声の異常
　ｄ．骨の変形などの異常
　ｅ．糖同化障害
　ｆ．早期に現れる動脈硬化
　ｇ．尿中ヒアルロン酸増加
　ｈ．血族結婚

（３）皮膚線維芽細胞の分裂能の低下

参考にした診断基準：
厚生省特定疾患調査研究班（ホルモン受容機構異常調査研究班）によるウェルナー症候群の診断の手引き

11. 多系統萎縮症

１．主要項目

（１）オリーブ橋小脳萎縮症

中年以降に発症し、初発・早期症状として小脳性運動失調が前景に現れる。経過とともにパーキンソニズム、自律神経症状(排尿障害や起立性低血圧など)を呈することが多い。頭部のＭＲＩで、小脳、橋(特に底部)の萎縮を比較的早期から認める。この変化をとらえるにはＴ１ＷＩ 矢状断が有用である。また、Ｔ２ＷＩ 水平断にて、比較的早期から橋中部に十字サインが認められる。この所見では診断的意義が高い。

（２）線条体黒質変性症

中年以降に発症し、パーキンソン病様の症状で発症し、振戦よりは筋固縮、無動が目立つ。抗パーキンソン病薬に対する反応は不良であるが、数年間にわたって有効な例もある。経過と共に、自律神経症候や運動失調が加わってくる。ＭＲＩにて、橋底部、小脳の萎縮、線条体の萎縮、被殻外側のスリット状のＴ２高信号域などが診断の補助となる。特に被殻外側のＴ２高信号像の診断的意義は高い。パーキンソン病やびまん性レビー小病体との鑑別には ^{123}Ｉ－ＭＩＢＧ 心筋シンチグラフィーが有用である。パーキンソン病やレビー小病体では、心筋への集積低下が認められるのに対して、多系統萎縮症では集積低下は認めない。

(3) シャイ・ドレーガー症候群
中年以降に発症し、起立性低血圧（収縮期でも 20mmHg もしくは拡張期で 10mmHg 以上)、排尿障害（100 ｍ・以上の残尿・尿失禁)、男性での陰萎を中心とした自律神経症状が前景となる。発症後１年間にわたり上記の自律神経症状が前景であった場合に、シャイ・ドレーガー症候群ととらえる。発症後５年以上経過しても自律神経症状のみである場合は、他疾患（純粋自律神経失調症 pure autonomic failure ； ＰＡＦ）や他の自律神経ニューロパチー（アミロイド・ポリニューロパチーや糖尿病性ニューロパチー）との鑑別が必要である。

２．参考事項

これまで、オリーブ橋小脳萎縮症、線条体黒質変性症、シャイ・ドレーガー症候群として分類されてきた疾患については、病変分布の濃淡（オリーブ、橋、小脳、線条体、黒質、自律神経系の変性がさまざまな分布で認められる）によって臨床症状に多少の異なりがあるものの、基本的な臨床像は共通していることに加え、病理学的にも、特徴的なオリゴデンドロサイト内嗜銀性封入体が観察されることから、同一の疾患としてとらえられるようになり、これらの疾患を多系統萎縮症と総称するようになった。臨床的には、小脳性運動失調症、パーキンソニズム、自律神経症状のいずれかを初発症状として発病し、経過と共にそれ以外の症状も明らかになってくる。進行例では声門開大障害に伴う特徴的ないびきや睡眠時無呼吸が観察されることが多く、突然死を起こすことがあり注意する必要である。

参考にした診断基準：

厚生労働省特定疾患調査研究班（運動失調症調査研究班）による診断基準

12. 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症

（１）を満たした上で、（２）～（４）の各疾病に関する状態に該当するものをいう。

（１）糖尿病の診断

ａ．空腹時血糖値≧126mg/dl、75gOGTT ２時間値≧200mg/dl、随時血糖値≧200mg/dl、のいずれか（静脈血漿値）が、別の日に行った検査で２回以上確認できること。

（注１）これらの基準値を超えても、１回の検査だけの場合には糖尿病型と呼ぶ。

（注２）ストレスのない状態での高血糖の確認が必要である。１回目と２回目の検査法は同じである必要はない。１回目の判定が随時血糖値≧200mg/dl で行われた場合は、２回目は他の方法によることが望ましい。１回目の検査で空腹時血糖値が126-139mg/dl の場合には、２回目には OGTT を行うことを推奨する。

ｂ．１回だけの検査が糖尿病型を示し、かつ次のいずれかの条件がみたされること。

ア．糖尿病の典型的症状（口渇、多欲、多尿、体重減少）の存在

イ．HbA1c≧6.5%（日本糖尿病学会グリコヘモグロビン標準化委員会の標準検体による補正値）

ウ．確実な糖尿病網膜症の存在

ｃ．過去において上記のａ．ないしｂ．がみたされたことがあり、それが病歴などで確認できること。

（注１）以上の条件によって、糖尿病の判定が困難な場合には、患者を追跡し、時期をおいて再検査する。

（注２）糖尿病の診断に当たっては、糖尿病の有無のみならず、分類（成因、代謝異常の程度）、合併症などについても把握するように努める。

（２）糖尿病性神経障害

以下の重症度評価表において４点以上であること

重症度評価表

項目	スコア			
	０	１	２	３
自覚症状				
１　パレステジア	なし	軽度	中等度	高度
２　しびれ感	なし	軽度	中等度	高度
３　足が冷たい、熱い	なし	軽度	中等度	高度
他覚所見				
４　足の第１指の触覚低下	なし	軽度	中等度	高度
５　筋萎縮	なし	軽度	中等度	高度
６　足の第１指の振動覚低下	なし	軽度	中等度	高度
７　アキレス腱反射	正常	減弱	遅延	消失
８　起立時血圧下降（mmHg）	～10	11～20	21～34	35～
電気生理学的検査				
９　Ｆ波最小潜時(m/sec)	≦27	28～30	31～33	≧34
10　Ｆ波伝導速度(m/sec)	≧56	50～55	45～49	＜45

（３）糖尿病性腎症

糖尿病性腎症病期分類第２期（早期腎症）以上の所見が見られること。

糖尿病性腎症病期分類

病期	臨床的特徴		病理学的特徴（参考所見）
	尿蛋白（アルブミン）	ＧＦＲ（Ｃｃｒ）	
第１期（腎症前期）	正常	正常 時に高値	びまん性病変：なし～軽度
第２期*（早期腎症）	微量アルブミン尿	正常 時に高値	びまん性病変：軽度～中等度 結節性病変：ときに存在
第３期－Ａ（顕性腎症前期）	持続性蛋白尿	ほぼ正常	びまん性病変：中等度 結節性病変：多くは存在
第３期―Ｂ（顕性腎症後期）	持続性蛋白尿**	低下**	びまん性病変：高度 結節性病変：多くは存在
第４期（腎不全期）	持続性蛋白尿	著明低下（血清クレアチニン上昇）	荒廃糸球体
第５期（透析療法期）			

＊　腎症早期診断に必須である微量アルブミン尿の診断基準を下記の通りとする

ａ．スクリーニング

来院時尿（随時尿）を用い、市販のスクリーニング用キットで測定する。

ｂ．診断

上記スクリーニングで陽性の場合、あるいは初めから時間尿を採取し、以下の基準に従う。

夜間尿	10μg/分以上
24 時間尿	15μg/分以上
昼間（安静時）尿	20μg/分以上

（注１）ａ．及びｂ．の両者とも、日差変動が大きいため、複数回の採尿を行い判定すること。

（注２）試験紙法で尿蛋白軽度陽性の場合でも、尿中アルブミン測定が望ましい。なお、微量アルブミン尿の上限は、約 200μg/分とされている。

（注３）以下の場合は判定が紛らわしい場合があるので検査を避ける。

高度の希釈尿

妊娠中、生理中の女性

過激な運動後、過労、感冒など

ｃ．除外診断

ア．非糖尿病性腎疾患

イ．尿路系異常と感染症

ウ．うっ血性心不全

エ．良性腎硬化症

＊＊　持続性蛋白尿約１ｇ／日以上、ＧＦＲ（Ｃｃｒ）約 60mL／分以下を目安とする。

（４）糖尿病性網膜症

以下の分類で軽症網膜症（無症状）のものを除く

病型	臨床所見
非増殖網膜症	
軽症網膜症（無症状）	壁の薄い毛細血管瘤、点状網膜出血
中等症網膜症（黄斑浮腫がみられる場合には症状あり）	壁が薄い又は厚い毛細血管瘤、網膜出血、硬性白斑、網膜浮腫、特に黄斑浮腫
重症網膜症（増殖前網膜症）	網膜出血、毛細血管瘤、軟性白斑、ＩＲＭＡ、数珠状静脈異常

増殖網膜症	
活動性の高い網膜症（漏出性、充血、活動性、代償不全）	顕著な網膜所見：網膜出血、ＩＲＭＡ、数珠状静脈異常、軟性白斑、網膜浮腫 新生血管：裸の新生血管、小さな繊維増殖、口径拡大、乳頭近傍を含む、急速な進展 硝子体：初期には収縮なし、収縮による硝子体出血 経過：急速に進展、安定期や非漏出性へ
中等度の網膜症（乾性、静止性、安定性）	顕著でない網膜所見 新生血管：裸の新生血管、さまざまな程度の繊維増殖、しばしば長く糸状、乳頭近傍を含まない、進展や寛解は緩徐 経過：徐々に進展、安定期又は寛解期へ
燃えつきた網膜症	網膜所見：動脈狭細化・白線化・混濁、静脈白線化・不規則少数の出血、白斑、ＩＲＭＡ 新生血管：繊維増殖膜による被覆、消失 硝子体：完全収縮、下方に陳旧性硝子体混濁 経過：沈静化、ときに新鮮な硝子体出血 網膜機能：局在性又はびまん性の牽引性網膜剥離、後極部が非剥離 0.1～0.6、重症な網膜虚血、重篤な視力障害の原因となる。

黄斑浮腫については、以下の基準のうち、中等症黄斑症（黄斑浮腫）、重症黄斑症（黄斑浮腫）の基準を満たすものとする。

重症度レベル	散瞳下眼底検査所見
黄斑症（黄斑浮腫）なし	眼底後極に網膜浮腫による肥厚、硬性白斑なし。
黄斑症（黄斑浮腫）あり	眼底後極に網膜浮腫による肥厚、硬性白斑あり。

黄斑症（黄斑浮腫）が存在する場合、以下のように重症度を分類することができる

重症度レベル	散瞳下眼底検査所見
軽度黄斑症（黄斑浮腫）	網膜浮腫による肥厚、硬性白斑が眼底後極にあるが、黄斑中央部より離れている。
中等度黄斑症（黄斑浮腫）	網膜浮腫による肥厚、硬性白斑が黄斑中央部に近づきつつあるが到達していない。
重度黄斑症（黄斑浮腫）	網膜浮腫による肥厚、硬性白斑が黄斑中央部に到達している。

参考にした診断基準：

糖尿病については、糖尿病診断基準検討委員会報告による診断基準

糖尿病性腎症については、厚生省糖尿病調査研究班による糖尿病性腎症早期診断基準及び厚生省糖尿病研究班による糖尿病性腎症病期分類

糖尿病性網膜症については、Davis 分類及び糖尿病黄斑症（黄斑浮腫）国際重症度分類

糖尿病性神経障害については、厚生省糖尿病研究班による糖尿病性神経障害重症度評価表

13. 脳血管疾患

明らかな血管性の器質的脳病変を有するもので、以下の分類に該当するものをいう。

１．虚血群＝脳梗塞症※
　①　アテローム血栓性脳梗塞
　②　ラクナ梗塞
　③　心原性脳塞栓症
　④　その他の分類不能な脳梗塞（症）

２．出血群＝頭蓋内出血
　①脳出血
　②くも膜下出血
　③その他の頭蓋内出血

※　明確な脳血管性と思われる発作を欠き、神経症候も認められないが、偶然ＣＴ・ＭＲＩなどで見出された脳梗塞は、無症候性脳梗塞と呼び、その他の症候を有する脳梗塞は、脳梗塞症と呼んで区別することが望ましい。

（診断基準）

１．虚血群＝脳梗塞（症）

１）アテローム血栓性脳梗塞

内頸動脈、前・中・後大脳動脈、椎骨動脈や脳底動脈あるいはその皮質枝のアテローム血栓によって生じた脳梗塞。

（１）臨床症状

１．安静時の発症が比較的多い。
２．局所神経症候は病巣部位や閉塞血管により多彩であるが、片麻痺、四肢麻痺、半 身感覚障害、同名性半盲、失語などが多い。
３．意識障害は重篤なものから、ないものまで多様。内頚動脈や脳底動脈の閉塞では高度の意識障害を呈することがある。
４．症状の進行は一般に緩徐であり段階的な進行を示すが、アテローム血栓が栓子となり脳末梢部血管に塞栓を生じる動脈原性脳塞栓症では突発発症する。

（２）ＣＴ・ＭＲＩ所見

１．ＣＴ上、発症１～２日後に責任病巣に相当する脳主幹動脈、ないしはその皮質枝領域にＸ線低吸収域（ＬＤＡ）が出現する。
２．ＭＲＩ上、拡散強調画像では発症早期から、ＦＬＡＩＲ・Ｔ２強調画像では発症数

時間以内から、責任病巣に一致する高信号域を認める。ＣＴ・ＭＲＩともに病巣最大径が1.5 ｃｍを超えることが多い。

（３）その他
１．動脈硬化を伴う基礎疾患（高血圧、糖尿病、高脂血症など）の存在することが多い。
２．時に頸部に血管雑音（bruit）が聴取される。この場合は頸部超音波検査、ＭＲＡ検査などを行い内頸動脈狭窄・閉塞の有無をチュックする事が望ましい。

２）ラクナ梗塞
脳深部の穿通枝領域に生じた直径1.5㎝以下の小梗塞。

（１）臨床症候
２．安静時の発症が多い。
３．典型的なものは、意識障害を伴わず、片麻痺、半身感覚障害、失調性片麻痺などのみを呈する。

（２）ＣＴ・ＭＲＩ所見
１．ＣＴ上、発症１～２日後に脳の深部（穿通枝領域）に直径1.5㎝以下のＸ線低吸収域（ＣＴ）を認める。
２．ＭＲＩ上、拡散強調画像では発症早期から、ＦＬＡＩＲ・Ｔ２強調画像では発症４～５時間以内から責任病巣に一致する高信号域を認める。ＣＴ・ＭＲＩともに病巣最大径が1.5 ｃｍを超えない。特に脳幹部などの病巣検出や微小なラクナ梗塞の発見にはＣＴよりもＭＲＩ検査が望ましい。

（３）その他
基礎疾患に高血圧、糖尿病などを認める事が多く、また時には脳梗塞症発現以前から存在した無症候性脳梗塞を画像上に認める事がある。

３）心原性脳塞栓症
心房細動、心臓弁膜症、陳旧性心筋梗塞などの患者に生じた心臓内血栓が栓子となり、脳血管に塞栓が生じたもの。

（１）臨床症候
１．特定脳動脈領域の局所神経症候が突発し、急速に完成する。大脳皮質を含む病巣が多く、失語・失認などの大脳皮質症候を伴う事が多い。内頸動脈塞栓症では重篤な症状が突発する。
２．意識障害を伴う事が多い。
３．塞栓原と考えられる心疾患（心房細動、弁膜疾患、心筋梗塞など）の合併がある。

（２）ＣＴ・ＭＲＩ所見
１．ＣＴ上、発症１～２日以内に責任病巣に相当するＸ線低吸収域（ＬＤＡ）が出現する。
２．ＣＴ上、数日以内にＬＤＡ内に混在するＸ線高吸収域（ＨＤＡ）（これは出血性梗塞の存在を意味する）が高頻度にみられる。
３．ＭＲＩ上、拡散強調画像では発症早期から、ＦＬＡＩＲ・Ｔ２強調画像でも数時間以内に高信号領域が出現する。
４．内頸動脈などの主幹動脈塞栓では画像上、早期から強い脳浮腫の存在を示す所見がみられる事がある。

（３）その他
塞栓原となる心疾患を診断する事及び神経症候が突発した事を確認する事が診断上、極めて重要である。発症後の時期にもよるが、出血性梗塞の存在も診断の参考になる。

４）その他の分類不能な脳梗塞
ＣＴ所見や臨床症候から脳出血は否定できるが、上記１）２）３）に該当しないものや、上記１）２）３）のうち２つ以上が混在する場合は分類不能とする。空気塞栓、脂肪塞栓、奇異性塞栓などもここに分類される。

２．出血群＝頭蓋内出血
１）脳（実質内）出血

（１）臨床症状
１．通常、高血圧症の既往があり、発症時には著しく血圧が上昇する。
２．日中活動時に発症することが多い。
３．しばしば頭痛があり、ときに嘔吐を伴う。
４．意識障害をきたすことが多く、急速に昏睡に陥ることもある。
５．局所神経症候は出血部位によって左右され、多彩であるが、被殻、視床の出血の頻度が高く、片麻痺、片側性感覚障害が多い。

（２）ＣＴ所見
発症直後から出血部位に一致してＸ線高吸収域（ＨＤＡ）が出現する。

注：確定診断は脳実質内巣を証明することである。高血圧による脳細動脈の血管壊死もしくは類繊維素変性が原因となり出血する高血圧性脳出血が一般的である。小出血では頭痛、意識障害を欠き、脳梗塞との鑑別が困難なものがある。臨床障害による診断は蓋然的なものであり、確定診断はＣＴによる血腫の証明が必要である。

２）くも膜下出血

（１）臨床症状
１．突発する激しい頭痛（嘔気、嘔吐を伴うことが多い）で発症する。
２．髄膜刺激症状（項部硬直、Kernig 徴候など）がある。
３．発症直後は局所神経症状が出現することは少ない（ただし、ときに発症当初より一側性の限局性の動眼神経麻痺を呈する）。
４．発症時に意識障害をきたすことがあるが、しばしば一過性である。
５．網膜前出血をみることがある。
６．血性髄液（注）

（２）ＣＴ所見
１．くも膜下腔（脳槽、脳溝など）に出血を認めるＸ線高吸収域（ＨＤＡ）を認める。
２．ときに脳実質内の出血を合併することがある。

（３）その他
脳血管撮影では脳動脈瘤、脳動脈奇形などの血管異常を認めることが多い。

注：確定診断はくも膜下腔への出血の確認であるが、ＣＴで出血が証明される場合は髄液検査の必要はない。

参考にした診断基準：
厚生省循環器病委託研究班（平成元年度）による研究報告を平成１７年に日本脳卒中学会により修正

14. 閉塞性動脈硬化症

動脈硬化症は全身性疾患であるが、それに伴って腹部大動脈末梢側、四肢の主幹動脈、下肢の中等度の動脈等に閉塞が見られる場合であって、以下の状態のうち、Ⅱ度以上に該当するもの。

Ⅰ度　冷感、しびれ感
Ⅱ度　間歇性跛行
Ⅲ度　安静時痛
Ⅳ度　潰瘍、壊死

参考にした診断基準：
Fontaine の分類

15. 慢性閉塞性肺疾患

以下の状態に該当するものをいう。

慢性気管支炎あるいは肺気腫による気流閉塞を特徴とする疾患である。気流閉塞は通常は進行性であり、ときには、気道反応性の亢進を伴い、また部分的には可逆的な場合もあるが、特異的な原因によるものを除外する。

（１）慢性気管支炎

気管支からの過剰な粘液分泌を特徴とし、喀痰を伴う咳（Productive cough）が慢性あるいは繰り返し起こるもの。慢性とは１年に３ヶ月以上続き、それが２ヶ年（２冬連続）以上にわたる場合。但し、特異的肺疾患、新生物、心疾患などによるものは除外される

（２）肺気腫

呼吸細気管支より末梢の肺胞の異常拡張

（３）気管支喘息

種々の刺激に対して気道の反応性が亢進した状態で広範な気道の狭窄を特徴とし、この閉塞性障害が自然にあるいは治療により変化するもの。ただし、肺、心、血管系の病変に由来するものは除く。

（４）びまん性汎細気管支炎

参考とした診断基準：

アメリカ合衆国胸部学会作成診断分類

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

（１）両側の膝関節に著しい変形を伴う変形性関節症

両側の膝関節にＸ線所見上、骨棘形成、関節裂隙の狭小化、軟骨下骨の骨硬化、骨嚢胞の形成等の著しい変形を伴い、日本整形外科学会変形性膝関節症治療成績判定基準において何らかの障害が認められるもの。

ａ．変形性膝関節症治療成績判定基準

	右	左
① 疼痛・歩行能		
１） １ ㎞ 以上歩行可、通常疼痛はないが、動作時たまに疼痛を認めてもよい。	３０	３０
２） １ ㎞ 以上歩行可、疼痛あり。	２５	２５
３）500m 以上、１ ㎞ 未満の歩行可、疼痛あり	２０	２０
４）100m 以上、500m 未満の歩行可、疼痛あり	１５	１５
５）室内歩行又は 100m 未満の歩行可、疼痛あり	１０	１０
６）歩行不能	５	５
７）起立不能	０	０
②疼痛・階段昇降能		
１）昇降自由・疼痛なし	２５	２５
２）昇降自由・疼痛あり、手すりを使い・疼痛なし	２０	２０
３）手すりを使い・疼痛あり、一歩一歩・疼痛なし	１５	１５
４）一歩一歩・疼痛あり、手すりを使い一歩一歩・疼痛なし	１０	１０
５）手すりを使い一歩一歩・疼痛あり	５	５
６）できない	０	０
③屈曲角度及び強直・高度拘縮		
１）正座可能な可動域	３５	３５
２）横座り・胡座可能な可動域	３０	３０
３）110 度以上屈曲可能	２５	２５
４）75 度以上屈曲可能	２０	２０
５）35 度以上屈曲可能	１０	１０
６）35 度未満の屈曲、又は強直、高度拘縮	０	０
④腫脹		
１）水腫・腫脹なし	１０	１０
２）時に穿刺必要	５	５
３）頻回に穿刺必要	０	０
総　計		

ｂ．記入要項

ア．疼痛・歩行能

・歩行はすべて連続歩行（休まずに一気に歩ける距離）を意味する。
・疼痛は歩行時痛とする（疼痛は鈍痛、軽度痛、中等度痛をふくむ）。
・ある距離までしか歩けないが、その範囲では疼痛ない時は、その１段上のクラスの疼痛・歩行能とする。
・ある距離で激痛が現れる時、その１段下のクラスの疼痛・歩行能とする。
・「通常疼痛ないが、動作時たまに疼痛あってもよい」は買物後、スポーツ後、仕事後、長距離歩行後、歩き初めなどに疼痛がある状態をいう。
・「１km以上の歩行」はバスの２～３停留所間隔以上歩ける、あるいは 15 分以上の連続歩行可能をいう。
・「500m 以上、１km未満の歩行」は買物が可能な程度の連続歩行をいう。
・「100m 以上、500m 未満の歩行」は近所づきあい程度の連続歩行をいう。
・「室内歩行又は 100m 未満の歩行」は室内又は家の周囲、庭内程度の連続歩行をいう。
・「歩行不能」は起立はできるが歩けない、歩行出来ても激痛のある場合をいう。

イ．疼痛・階段昇降能

・疼痛は階段昇降時痛をいう。
・疼痛は鈍痛、軽度痛、中等度痛をいう。
・激痛があるときはその１段下のランクとする。
・筋力低下などで「出来ない」状態であるが疼痛のない時は「手すりを使い一歩一歩（１段２足昇降）で疼痛あり」とする。

ウ．屈曲角度及び強直・高度拘縮

・「110° 以上屈曲可能」は 110° 以上屈曲可能であるが、正座、横座り、胡座は出来ない状態をいう。
・「75° 以上屈曲可能」は 75° 以上 110° 未満の屈曲可能をいう。
・「35° 以上屈曲可能」は 35° 以上 75° 未満の屈曲可能をいう。
・「高度拘縮」は肢位の如何にかかわらず arc of motion で 35° 以下をいう。

エ．腫脹

・「時に穿刺必要」：最近時に穿刺を受けている、又は時にステロイドの注入を受けている、など。
・「頻回に穿刺必要」：常に水腫がある。

（２）両側の股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

両側の股関節にＸ線所見上、関節裂隙の不整狭小化、軟骨下骨梁の骨硬化、骨棘形成、骨嚢胞の形成、骨頭変形等の著しい変形を伴い、日本整形外科学会股関節機能判定基準において何らかの障害が認められるもの。

ａ．股関節機能判定基準

	右	左
①疼痛		
１）股関節に関する愁訴が全くない。	４０	４０
２）不定愁訴（違和感、疲労感）があるが、痛みはない。	３５	３５
３）歩行時痛みはない（ただし歩行開始時あるいは長距離歩行後疼痛を伴うことがある）。	３０	３０
４）自発痛はない。歩行時疼痛はあるが、短時間の休息で消退する。	２０	２０
５）自発痛はときどきある。歩行時疼痛があるが、休息により軽快する。	１０	１０
６）持続的に自発痛又は夜間痛がある。	０	０
具体的表現		

②可動域（記入要項を参照）

角 度	右	左
屈曲		
伸展		
外転		
内転		

点 数	右	左
屈 曲		
外 転		

③歩行能力	
１）長距離歩行、速歩が可能、歩容は正常。	２０
２）長距離歩行、速歩は可能であるが、軽度の跛行を伴うことがある。	１８
３）杖なしで、約 30 分又は 2km 歩行可能である。跛行がある。日常の屋外活動にはほとんど支障がない。	１５
４）杖なしで、10-15 分程度、あるいは約 500m 歩行可能であるが、それ以上の場合、１本杖が必要である。跛行がある。	１０
５）屋内で活動はできるが、屋外活動は困難である。屋外では２本杖を必要とする。	５
６）ほとんど歩行不能。	０
具体的表現	

	容易	困難	不能
④日常生活動作			
1）腰掛け	4	2	0
2）立ち仕事（家事を含む）	4	2	0
※持続時間約 30 分。、休息を要する場合、困難とする。			
５分くらいしかできない場合、不能とする。			
3）しゃがみこみ・、立ち上がり	4	2	0
※支持が必要な場合、困難とする。			
4）階段の昇り降り	4	2	0
※手すりを要する場合は困難とする。			
5）車、バスなどの乗り降り	4	2	0

b．総計評価：

$$\frac{\text{右、左}}{\text{両側の機能}} : \frac{(\quad)+(\quad)}{(\quad)}$$

c．股関節機能診断基準の記入要項

ア．疼痛について

・左右別々に記入する。
・40 点は全く正常な股関節を対象とするので注意を要する。
・記載に際しては欄外に「具体的表現」の項があるので、ここに患者の表現をできるだけ記入する。

イ．可動域について

・可動域は５°刻みで記載する。配点は下表の通り外転の 10°未満を除き、10°刻みとする。
・拘縮のある場合はこれを引き、可動域で評価する。

屈　曲	配　点
0°～ 10°未満	0点
10°～ 20°未満	1点
・・・	…
110°～120°未満	11 点
120°～	12 点

外　転	配　点
0°～ 5°未満	0点
5°～ 10°未満	2点
10°～ 20°未満	4点
20°～ 30°未満	6点
30°～	8点

＊拘縮のない場合

（例）屈曲　100°、伸展 0°　→10 点
　　外転　20°　→6点　} 計 16 点

＊拘縮のある場合

（例）屈曲拘縮 20°、外転拘縮５°で屈曲 100°、外転 20°可能な場合

屈曲　100°― 20°＝ 80°→8点
外転　20°― 5°＝ 15°→4点　} 計 12 点

ウ．歩行能力について

・両側の機能として記入する。
・20 点、18 点の項に表記される「速歩」とは「小走り」と理解する。これと同類の動作はすべて速歩とする。
・内容に関しては欄外の具体的表現の所に記入する。

エ．日常生活動作について

・両側の機能として記入する。
・立ち仕事、しゃがみこみ・立ち上がり、階段の昇り降りについては注に準じて困難を判断する。
・車、バスなどの乗り降りについては本人の訴えで判断する。

オ．表記法について

・両側機能と片側機能に分けられる項目で得点をそれぞれ記載して見られるようにした。

$\frac{\text{右、左}}{\text{両側の機能}}$: $\frac{\text{疼痛と可動域の合計}}{\text{歩行能力と日常生活動作の合計}}$ とし、満点は、$\frac{60、60}{40}$ となる。

・たとえば、人工股関節置換術の両側例（あるいはカテゴリーB）で、左のみ手術が施行された場合、評価点が

$$\frac{35、48}{28}$$

であったなら、カテゴリーBで左術前××点が術後 76 点になった、という表現となる。

参考にした診断基準：

日本整形外科学会　評価基準・ガイドライン・マニュアル集に基づき、平成 18 年に日本整形外科学会において一部修正

Ⅲ　主治医意見書記載のポイント

①おむつを使用した当該年又はその前年に作成されたものであること

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。

医師氏名
医療機関名　　電話　（　）
医療機関所在地　　FAX　（　）

（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　□ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ科　□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　□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〕

●高齢者においては、傷病による生活機能低下に、転倒、入院等を契機として日中の生活が不活発になったこと、外出の機会の減少、配偶者との死別や転居などを契機とする社会参加の機会の減少、家庭内での役割の喪失等の様々な要因が加わることにより、さらに生活機能が低下することが考えられます。これら更なる生活機能低下を引き起こしている要因があれば、具体的に記載。
●投薬内容については、生活機能低下の直接の原因となっている傷病以外についても、介護上特に留意すべき薬剤や相互作用の可能性のある薬剤の投薬治療を受けている場合は、この欄に記入。
●第２号被保険者の場合、特定疾病の診断の根拠を簡潔に記入。

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　□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)

②「Ｂ１～Ｃ２」（寝たきり）である

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

（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〕

（注）

おむつ控除に係る費用の医療費控除に必要な記載項目は、前ページ（ｐ.74）に記載の①と②および裏面（ｐ.76）に記載の③の項目

詳細通知は本文テキストｐ.186参照

●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の直接の原因となっている特定疾病名。
●生活機能低下を引き起こしている傷病が複数ある場合もまれではないですが、より主体であると考えられる傷病を優先して記入。

●脳卒中や心疾患、外傷等の急性期や慢性疾患の急性増悪期等で、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、具体的な内容を記載。
●現在の全身状態から急激な変化が見込まれない場合は「安定」を選択

●過去１４日間に受けた１２項目の医療のうち、看護職員等が行った診療補助行為（医師が同様の行為を診療行為として行った場合を含む）

●平成18年度の改訂により「認知症高齢者の日常生活自立度」は、要介護認定ソフトによる一次判定に反映

●手引きに記載されている判定基準参照

●認知症以外の疾患で同様の状態が認められる場合も、該当する□に∨印。

●認知症以外の精神・神経症状があれば、「□有」に∨印をつけ、その症状名を記入。
●専門医を受診している場合は「□有」に∨印し、（　）内に受診の科名を記入。

●介護の手間や生活機能を評価する観点から部位の記載が必要なものについては具体的に記入。
●程度について：麻痺・褥瘡等の状態が介護にどの程度影響するのかという観点から、あてはまる程度の□に∨印。
●麻痺について：訪問調査においても、同様の項目があり。訪問調査員は必ずしも医療の専門家ではないことから、日常生活に影響があるかどうかで判断することとしており、主治医意見書では、医学的観点からの麻痺の有無の記入をお願いするもの。

（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「尿失禁の発生可能性」が「あり」であること。

（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）サービス利用により生活機能の維持・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
□訪問ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ　□短期入所療養介護　□訪問歯科衛生指導　□訪問栄養食事指導
□通所ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ　□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、介護を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。

●要介護認定の審査判定上及び介護保険によるサービスを受ける上で、重要と考えられる事項があれば、要点を記入。
●他の項目に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・口腔内の状況から口腔清潔に関しての留意事項・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。
●保険者に対して、①申請者の要介護認定の結果を依頼する場合②介護支援専門員に対して、居宅サービス計画の提供を希望する場合にはその旨を記入。
●第１号被保険者について、負傷等の原因として第三者行為が疑われる場合はその旨（「第三者行為」など）を記入。

●過去６ケ月程度における体重の変化：３％程度の増減を目途

●要介護高齢者の低栄養は、内臓たんぱく質及び筋たんぱく質の低下をきたし、身体機能及び生活機能の低下をはじめ、感染症、褥瘡などの誘発に関係。
●要介護状態の改善及び重度化の予防の観点から、「低栄養」に関連する要因と考えられる食事行為、総合的な栄養状態を評価。
●医学的観点から栄養・食生活上の留意点を認める場合には具体的な内容を記入。

●日常の申請者の状態を勘案して、現在あるかまたは今後概ね６ケ月以内に発生する可能性の高い状態があれば、該当する□に∨印。
●具体的な状態とその際の対処方針について要点を記入。

●現在の状態から、概ね３ヶ月から６ヶ月間、申請者が介護保険によるサービス（予防給付によるサービスを含む）やその他の高齢者に対するサービスを利用した場合の、生活機能の維持・改善の見通しについて、該当する□に∨印。

●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、以下の各サービスの内容を参考に、該当するサービスの□に∨印。
●各サービスには、予防給付で提供されるサービスも含む。
●訪問歯科診療及び訪問歯科衛生指導：口腔内の状態をもとに、口腔ケアの必要性に応じて該当する□に∨印。

●申請者がサービスを利用するにあたって、医学的観点から、特に留意する点があれば、該当する□に∨印。
●サービスを提供する上で不安感を助長させないよう、（　）内に具体的な留意事項を記載。
●血圧・嚥下等の項目以外に医学的観点からの留意事項があれば、「その他」の（　）内に具体的な留意事項を記載。

要介護認定

認定調査員テキスト

2009

改訂版

令和6年4月

その他	過去 14 日間にうけた特別な医療について（有無）

その他	過去 14 日間にうけた特別な医療について

		評価軸				調査内容				
		①能力	②介助	③有無		①ADL・起居動作	②認知	③行動	④社会生活	⑤医療
その他	「特別な医療について(12)」			○						○

【処置内容】

1. 点滴の管理
2. 中心静脈栄養
3. 透析
4. ストーマ（人工肛門）の処置
5. 酸素療法
6. レスピレーター（人工呼吸器）
7. 気管切開の処置
8. 疼痛の看護
9. 経管栄養

【特別な対応】

10. モニター測定（血圧、心拍、酸素飽和度等）
11. じょくそうの処置
12. カテーテル（コンドームカテーテル、留置カテーテル、ウロストーマ等）

■調査項目の定義と選択肢の選択基準等及び特記事項の記載例

「過去 14 日間にうけた特別な医療の有無」を評価する項目である。

ここでいう「特別な医療」とは、医師、または、医師の指示に基づき看護師等によって実施される医療行為に限定される。サービスを提供する機関の種類は問わず、医師の指示が過去 14 日以内に行われているかどうかも問わない。

家族、介護職種の行う類似の行為は含まないが、「７．気管切開の処置」における開口部からの喀痰吸引（気管カニューレ内部の喀痰吸引に限る）及び「９．経管栄養」については、必要な研修を修了した介護職種が医師の指示の下に行う行為も含まれる。

継続して実施されているもののみを対象とし、急性疾患への対応で一時的に実施される医療行為は含まない。

したがって、調査の時点で、医師の診断により処置が終了、完治している場合は、過去 14 日間に処置をしていても、継続して行われていないため該当しない。

これらの行為は意思疎通がとれない在宅の調査対象者の場合は、聞き取りのできる家族等の介護者に同席してもらうことが望ましい。

調査対象者、家族、又は介護者から情報を得ることとし、医療機関に記載内容を確認することは守秘義務の問題及び治療上の必要から治療内容について告知を行っていない場合があるため適切ではない。

なお「特別な医療」が定義に即して実施されていることを介護認定審査会委員が検討できるようにするため「実施頻度／継続性」、「実施者」、「当該医療行為を必要とする理由」について特記事項に記載すること。

■ 1．点滴の管理

(1) 調査項目の定義

「過去 14 日間にうけた特別な医療」の中の「点滴の管理の有無」を評価する項目である。

ここでいう「点滴の管理」とは、医師の指示に基づき、過去 14 日以内に看護師等によって実施された行為のみとする。急性期の治療を目的とした点滴は含まない。

(2) 調査上の留意点及び特記事項の記載例

点滴の針が留置されているが、現在点滴は行われていない場合であっても、必要に応じて点滴が開始できる体制にあれば該当する。

「8.疼痛の看護」で点滴が用いられ、本項目の定義に従って管理がなされている場合は、両方とも該当する。

◆特記事項の例◆

栄養補給を目的とした点滴の針が留置されているが、現在点滴は行われていない。しかし、必要に応じて点滴が開始できる体制にあるため、「ある（該当する）」を選択する。管理は看護師が行っている。

(3) 異なった選択が生じやすい点

対象者の状況	誤った選択	正しい選択と留意点等
点滴の針が留置されているが、現在点滴は行われていない。しかし、必要に応じて点滴が開始できる体制にある。	「ない（該当しない）」	「ある（該当する）」を選択する。 点滴の針が留置されているが、現在点滴は行われていない場合であっても、必要に応じて点滴が開始できる体制にあれば該当する。

■ ２．中心静脈栄養

(1) 調査項目の定義

「過去 14 日間にうけた特別な医療」の中の「中心静脈栄養の有無」を評価する項目である。

ここでいう「中心静脈栄養」とは、医師の指示に基づき、過去 14 日以内に看護師等によって実施された行為のみとする。

(2) 調査上の留意点及び特記事項の記載例

現在、栄養分が供給されていなくても、必要に応じて中心静脈栄養が供給できる体制にある場合も含む。

経口摂取が一部可能である者であっても、中心静脈栄養が行われている場合も含む。

◆特記事項の例◆

現在、栄養分が供給されておらず、経口摂取が一部可能である。しかし、必要に応じて中心静脈栄養が供給できる体制にあるため、「ある（該当する）」を選択する。

◆特記事項の例◆

一部、経口摂取が可能であるが、むせが強く、誤嚥性肺炎を起こして以来、中心静脈栄養が行われているため「ある（該当する）」を選択する。

(3) 異なった選択が生じやすい点

対象者の状況	誤った選択	正しい選択と留意点等
現在、栄養分が供給されていないが、必要に応じて中心静脈栄養が供給できる体制にある。	「ない（該当しない）」	「ある（該当する）」を選択する。 現在、栄養分が供給されていなくても、必要に応じて中心静脈栄養が供給できる体制にある場合、「ある（該当する）」を選択する。

■ ３．透析

(1) 調査項目の定義

「過去 14 日間にうけた特別な医療」の中の「透析の有無」を評価する項目である。

ここでいう「透析」とは、医師の指示に基づき、過去 14 日以内に看護師等によって実施された行為のみとする。

(2) 調査上の留意点及び特記事項の記載例

透析の方法や種類を問わない。

その他	過去 14 日間にうけた特別な医療について（有無）

◆特記事項の例◆

腎不全のため、2 年前より週に 2 回の「血液透析」をうけており、「ある（該当する）」を選択する。介護者なしで通院している。

(3) 異なった選択が生じやすい点

対象者の状況	誤った選択	正しい選択と留意点等
「血液透析」ではなく、「腹膜透析」をうけている。	「ない（該当しない）」	「ある（該当する）」を選択する。 透析の方法や種類は問わない。

■ ４．ストーマ（人工肛門）の処置

(1) 調査項目の定義

「過去 14 日間にうけた特別な医療」の中の「ストーマ（人工肛門）の処置の有無」を評価する項目である。

ここでいう「ストーマ（人工肛門）の処置」とは、医師の指示に基づき、過去 14 日以内に看護師等によって実施された行為のみとする。

(2) 調査上の留意点及び特記事項の記載例

「ストーマ（人工肛門）の処置」については、人工肛門が造設されている者に対して消毒、バッグの取り替え等の処置が行われているかどうかを評価する。

◆特記事項の例◆

人工肛門が造設されており、消毒、バッグの取り替え等の処置が医師に指示に基づき、訪問看護によって行われているため、「ある（該当する）」を選択する。

(3) 異なった選択が生じやすい点

対象者の状況	誤った選択	正しい選択と留意点等
看護師等によるパウチ交換と消毒が行われている。	「ない（該当しない）」	「ある（該当する）」を選択する。 人工肛門が造設されている者に対して消毒、バッグの取り替え等の処置が行われているかどうかを評価する。

■ ５．酸素療法

(1) 調査項目の定義

「過去 14 日間にうけた特別な医療」の中の「酸素療法の有無」を評価する項目である。

ここでいう「酸素療法」とは、医師の指示に基づき、過去 14 日以内に看護師等によって実施された行為のみとする。

(2) 調査上の留意点及び特記事項の記載例

呼吸器、循環器疾患等により酸素療法が行われているかを評価する項目である。
実施場所は問わない。

◆特記事項の例◆

呼吸器不全があり、自宅（居宅）では行われていないが、半年前より通院において医師による酸素療法が行われているため、「ある（該当する）」を選択する。

(3) 異なった選択が生じやすい点

対象者の状況	誤った選択	正しい選択と留意点等
外出時のみ酸素療法が行われており、自宅（居宅）では行われていない。	「ない（該当しない）」	「ある（該当する）」を選択する。 実施場所は問わない。

■ ６．レスピレーター（人工呼吸器）

(1) 調査項目の定義

「過去 14 日間にうけた特別な医療」の中の「レスピレーター（人工呼吸器）の有無」を評価する項目である。

ここでいう「レスピレーター（人工呼吸器）」とは、医師の指示に基づき、過去 14 日以内に看護師等によって実施された行為のみとする。

(2) 調査上の留意点及び特記事項の記載例

経口・経鼻・気管切開の有無や、機種は問わない。

◆特記事項の例◆

看護職員の管理の下、鼻マスク陽圧人工呼吸療法（NIPPV）に鼻マスク式補助換気用人工呼吸器を使用しており、「ある（該当する）」を選択する。

(3) 異なった選択が生じやすい点

対象者の状況	誤った選択	正しい選択と留意点等
鼻マスク陽圧人工呼吸療法（NIPPV）に鼻マスク式補助換気用人工呼吸器を使用している。	「ない（該当しない）」	「ある（該当する）」を選択する。 経口・経鼻・気管切開の有無や、機種は問わない。

■ ７．気管切開の処置

(1) 調査項目の定義

「過去 14 日間にうけた特別な医療」の中の「気管切開の処置の有無」を評価する項目である。

ここでいう「気管切開の処置」とは、医師の指示に基づき、過去 14 日以内に看護師等によって実施された行為のみとする。

(2) 調査上の留意点及び特記事項の記載例

気管切開が行われている者に対して、カニューレの交換、開口部の消毒、ガーゼ交換、開口部からの喀痰吸引などの処置が行われているかどうかを評価する。

◆特記事項の例◆

半年前に気管切開が行われており、カニューレの交換、開口部の消毒、ガーゼ交換、開口部からの喀痰吸引等の処置が医師の指示に基づき、訪問看護によって行われているため、「ある（該当する）」を選択する。

(3) 異なった選択が生じやすい点

対象者の状況	誤った選択	正しい選択と留意点等
気管切開はしていないが、日に 10 回ほど喀痰吸引を行わなければならない。	「ある（該当する）」	「ない（該当しない）」を選択する。 気管切開が行われている者に対して、カニューレの交換、開口部の消毒、ガーゼ交換、開口部からの喀痰吸引などの処置が行われているかどうかを評価する。

■ ８．疼痛の看護

(1) 調査項目の定義

「過去 14 日間にうけた特別な医療」の中の「疼痛の看護の有無」を評価する項目である。

ここでいう「疼痛の看護」とは、医師の指示に基づき、過去 14 日以内に看護師等によって実施された行為のみとする。

(2) 調査上の留意点及び特記事項の記載例

疼痛の看護において想定される疼痛の範囲は、がん末期のペインコントロールに相当するひどい痛みであり、これらの病態に対し鎮痛薬の点滴、硬膜外持続注入、座薬、貼付型経皮吸収剤、注射が行われている場合とする。

整形外科医の指示で、理学療法士の行う痛みのための電気治療については該当しない。

一般的な腰痛、関節痛などの痛み止めの注射や湿布等も該当しない。

さする、マッサージする、声かけを行う等の行為も該当しない。

痛み止めの内服治療は該当しない。

その他	過去 14 日間にうけた特別な医療について（有無）

◆特記事項の例◆

がん末期のペインコントロールに相当する程度で、鎮痛薬の点滴や注射が行われており、「ある（該当する）」を選択する。

(3) 異なった選択が生じやすい点

対象者の状況	誤った選択	正しい選択と留意点等
整形外科医の指示で、理学療法士の行う痛みのための電気治療が実施されている。	「ある（該当する）」	「ない（該当しない）」を選択する。 整形外科医の指示で、理学療法士の行う痛みのための電気治療については該当しない。また、さする、マッサージする、声かけを行う等の行為も該当しない。

■ ９．経管栄養

(1) 調査項目の定義

「過去 14 日間にうけた特別な医療」の中の「経管栄養の有無」を評価する項目である。

ここでいう「経管栄養」とは、医師の指示に基づき、過去 14 日以内に看護師等によって実施された行為のみとする。

(2) 調査上の留意点及び特記事項の記載例

経口、経鼻、胃ろうであるかは問わない。

また、管が留置されている必要はなく、一部経口摂取が可能である場合であっても、経管栄養が行われている場合も含む。

「経管栄養」については、栄養の摂取方法として、経管栄養が行われているかどうかを評価する項目のため、栄養は中心静脈栄養で摂取し、投薬目的で胃管が留置されている場合は該当しない。

◆特記事項の例◆

脳卒中の後遺症で、食事の経口摂取が困難である。管が継続的に留置されておらず、一部経口摂取が可能であるが、摂取量を見て経鼻的に経管栄養が行われているため、「ある（該当する）」を選択する。栄養剤等の注入は、医師の指示に基づき、訪問看護によって行われている。

(3) 異なった選択が生じやすい点

対象者の状況	誤った選択	正しい選択と留意点等
栄養は中心静脈栄養で摂取し、投薬目的で胃管が留置されている。	「ある（該当する）」	「ない（該当しない）」を選択する。 栄養の摂取方法として、経管栄養が行われているかどうかを評価する項目のため、栄養は中心静脈栄養で摂取し、投薬目的で胃管が留置されている場合は該当しない。

■ １０．モニター測定（血圧、心拍、酸素飽和度等）

(1) 調査項目の定義

「過去 14 日間にうけた特別な医療」の中の「モニター測定（血圧、心拍、酸素飽和度等）の有無」を評価する項目である。

ここでいう「モニター測定（血圧、心拍、酸素飽和度等)」とは、医師の指示に基づき、過去 14 日以内に看護師等によって実施された行為のみとする。

(2) 調査上の留意点及び特記事項の記載例

血圧、心拍、心電図、呼吸数、酸素飽和度のいずれか一項目以上について、24 時間にわたってモニターを体につけた状態で継続的に測定されているかどうかを評価する。

ただし、血圧測定の頻度は 1 時間に 1 回以上のものに限る。

◆特記事項の例◆

慢性心不全のため、心電図について、24 時間にわたってモニターを体につけた状態で、医師の指示に基づき、看護師が、継続的に測定しているため、「ある（該当する)」を選択する。

(3) 異なった選択が生じやすい点

対象者の状況	誤った選択	正しい選択と留意点等
訪問看護が行われているが、自宅の血圧計で、家族が、24 時間にわたって、1 時間に 1 回程度の測定を行った。	「ある（該当する)」	「ない（該当しない)」を選択する。 医師の指示に基づき、過去 14 日以内に看護師等によって実施された行為のみで選択する。

■ １１．じょくそうの処置

(1) 調査項目の定義

「過去 14 日間にうけた特別な医療」の中の「じょくそうの処置の有無」を評価する項目である。

ここでいう「じょくそうの処置」とは、医師の指示に基づき、過去 14 日以内に看護師等によって実施された行為のみとする。

(2) 調査上の留意点及び特記事項の記載例

じょくそうの大きさや程度は問わない。

◆特記事項の例◆

じょくそうは現時点では治ったが、予防の処置が医師の診断・指示に基づいて訪問看護におい

て継続されているため、「ある（該当する）」を選択する。

(3) 異なった選択が生じやすい点

対象者の状況	誤った選択	正しい選択と留意点等
1か月前まであったが完治したとの診断を受け、現在は医師からじょくそうの処置に関する指示は出ていない。しかし、再発防止のために、訪問看護において外用薬を塗布し続けている。	「ある（該当する）」	「ない（該当しない）」を選択する。 医師の指示に基づき、過去 14 日以内に看護師等によって実施された行為のみとする。

■ １２．カテーテル（コンドームカテーテル、留置カテーテル、ウロストーマ等）

(1) 調査項目の定義

「過去 14 日間にうけた特別な医療」の中の「カテーテル（コンドームカテーテル、留置カテーテル、ウロストーマ等）の有無」を評価する項目である。

ここでいう「カテーテル（コンドームカテーテル、留置カテーテル、ウロストーマ等）」とは、医師の指示に基づき、過去 14 日以内に看護師等によって実施された行為のみとする。

(2) 調査上の留意点及び特記事項の記載例

コンドームカテーテル、留置カテーテルの使用、もしくは間欠導尿等、尿の排泄のためのカテーテルが使用されており、その管理が看護師等によって行われているかどうかで選択する。

腎ろうについては、その管理を看護師等が行っている場合に該当する。

◆特記事項の例◆

自己導尿が可能であるが、調査の 5 日前に医師の指示に基づき、看護師等によって行われ、また、定期受診の度に処置を受ける見込みであるため、「ある（該当する）」を選択する。

(3) 異なった選択が生じやすい点

対象者の状況	誤った選択	正しい選択と留意点等
術後のドレナージをうけている。	「ある（該当する）」	「ない（該当しない）」を選択する。 術後のドレナージや、尿の排泄以外の目的のカテーテルは含まない。

Ⅴ　主治医意見書記載例

（事例1～事例4）

事例１　８８歳　女性　更新申請

判定結果	【一次判定】要介護３　　【要介護認定等基準時間】89.8分 【二次判定】要介護４
認定有効期間	３６ヶ月
診断名	＃１　アルツハイマー型認知症 ＃２　腰椎圧迫骨折後 ＃３　骨粗鬆症
日常生活自立度 (障害/認知症)	【主治医】Ａ２／Ⅲa　　【調査員】Ａ２／Ⅲa
事例の概要	５年前、自宅で転倒し腰椎骨折した。その際にアルツハイマー型認知症と診断された。 独居生活が困難となり、グループホームに入居。 下肢筋力の低下が著明で通院が困難であるため、訪問診療・訪問看護を利用している。 短期記憶障害が著明で、特に夜間のトイレや他入所者に対する暴言・被害妄想への対応が介護負担となっている。

審査の概要

■　一次判定の修正・確定

基本調査項目等の修正なし。

■　介護の手間にかかる審査判定

・認定調査票の特記事項に、認知機能の低下により、同じ話を繰り返す、汚れたパットや洋服を隠すなどの行為がほぼ毎日あり、その都度職員が対応していたことなどの記載があり、一次判定に反映されていない手間がある。

・主治医意見書の「短期記憶障害が著明で、夜間のトイレが頻回にあり、特に夜間の対応が介護負担となっている」「最近失禁した下着を頻回にクローゼットに隠してしまうため、介護の手間がかなり増えている」などの記載から、一次判定に反映されていない手間があることが予測され、要介護４と判定した。

■　主治医意見書記載のポイント

主治医意見書「1.傷病に関する意見(3)」「5.特記すべき事項」に認知症の本人の状態像や介護の手間が詳細に記載されている。

取 扱 注 意

介護認定審査会資料

事例1

合議体番号： 000201 No. 1

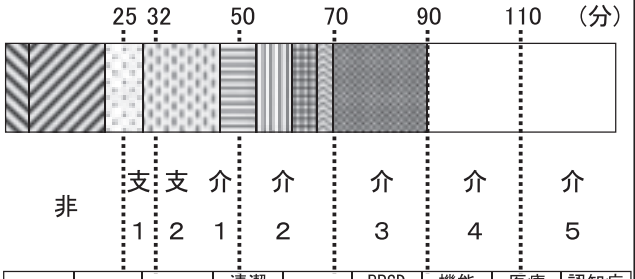
被保険者区分：第１号被保険者　年齢： 88歳　性別： 女　現在の状況：その他の施設
申請区分　：更新申請　前回要介護度：要介護３　前回認定有効期間： １２ 月間

１ 一次判定等

（この分数は、実際のケア時間を示すものではない）

一次判定結果　：　要介護２ → 要介護３

要介護認定等基準時間 ：69.8分 ＋ 20.0分 ＝ 89.8分



食事	排泄	移動	清潔保持	間接	BPSD関連	機能訓練	医療関連	認知症加算
5.0	16.1	8.2	16.4	7.7	7.6	5.5	3.3	20.0

簡素化除外　：　除外しない
簡素化可能　：　不可
簡素化予定　：　通常

警告コード：

３ 中間評価項目得点

第１群	第２群	第３群	第４群	第５群
74.2	72.7	72.3	56.9	11.6

４ 日常生活自立度

障害高齢者自立度　：　Ａ２
認知症高齢者自立度　：　Ⅲａ

５ 認知機能・状態の安定性の評価結果

認知症高齢者の日常生活自立度
　認定調査結果　：　Ⅲａ
　主治医意見書　：　Ⅲａ
認知症自立度Ⅱ以上の蓋然性　：
状態の安定性　：　不安定
給付区分　：　介護給付

６ 現在のサービス利用状況（介護給付）

訪問介護（ホームヘルプ）	：	0 回 /月
訪問入浴介護	：	0 回 /月
訪問看護	：	4 回 /月
訪問リハビリテーション	：	0 回 /月
居宅療養管理指導	：	0 回 /月
通所介護（デイサービス）	：	0 回 /月
通所リハビリテーション	：	0 回 /月
短期入所生活介護（ショートステイ）	：	0 日 /月
短期入所療養介護	：	0 日 /月
特定施設入居者生活介護	：	0 日 /月
福祉用具貸与	：	5 品目
特定福祉用具販売	：	0 品目/6月間
住宅改修	：	なし
夜間対応型訪問介護	：	0 日 /月
認知症対応型通所介護	：	0 日 /月
小規模多機能型居宅介護	：	0 日 /月
認知症対応型共同生活介護（グループホーム）	：	31 日 /月
地域密着型特定施設入居者生活介護	：	0 日 /月
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	：	0 日 /月
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	：	0 回 /月
看護小規模多機能型居宅介護	：	0 日 /月

２ 認定調査項目

	調査結果	前回結果
第１群　身体機能・起居動作		
1. 麻痺（左－上肢）		
（右－上肢）		
（左－下肢）		
（右－下肢）		
（その他）		
2. 拘縮（肩関節）		
（股関節）		
（膝関節）		
（その他）		
3. 寝返り	つかまれば可	
4. 起き上がり	つかまれば可	
5. 座位保持	自分で支えれば可	
6. 両足での立位	支えが必要	
7. 歩行	つかまれば可	
8. 立ち上がり	つかまれば可	
9. 片足での立位	支えが必要	
10. 洗身	全介助	
11. つめ切り	全介助	
12. 視力		
13. 聴力	やっと聞こえる	
第２群　生活機能		
1. 移乗		
2. 移動		
3. えん下		
4. 食事摂取		
5. 排尿	一部介助	
6. 排便	一部介助	
7. 口腔清潔	一部介助	
8. 洗顔	一部介助	
9. 整髪	一部介助	
10. 上衣の着脱	一部介助	
11. ズボン等の着脱	一部介助	
12. 外出頻度	月１回未満	
第３群　認知機能		
1. 意思の伝達		
2. 毎日の日課を理解		
3. 生年月日をいう		
4. 短期記憶	できない	
5. 自分の名前をいう		
6. 今の季節を理解	できない	
7. 場所の理解	できない	
8. 徘徊		
9. 外出して戻れない		
第４群　精神・行動障害		
1. 被害的	ある	
2. 作話	ある	
3. 感情が不安定		
4. 昼夜逆転	ある	
5. 同じ話をする	ある	
6. 大声を出す		
7. 介護に抵抗		
8. 落ち着きなし		
9. 一人で出たがる		
10. 収集癖	ある	
11. 物や衣類を壊す		
12. ひどい物忘れ	ある	
13. 独り言・独り笑い	ある	
14. 自分勝手に行動する		
15. 話がまとまらない		
第５群　社会生活への適応		
1. 薬の内服	全介助	
2. 金銭の管理	全介助	
3. 日常の意思決定	日常的に困難	
4. 集団への不適応		
5. 買い物	全介助	
6. 簡単な調理	全介助	

本テキストでは、前回結果を非表示とします

〈特別な医療〉

点滴の管理	：	気管切開の処置	：
中心静脈栄養	：	疼痛の看護	：
透析	：	経管栄養	：
ストーマの処置	：	モニター測定	：
酸素療法	：	じょくそうの処置	：
レスピレーター	：	カテーテル	：

調査日　令和　　年　　月　日　　保険者番号 000000　　被保険者番号　事例1

認定調査票（特記事項）

1　身体機能・起居動作に関連する項目についての特記事項

1-1 麻痺等の有無, 1-2 拘縮の有無, 1-3 寝返り, 1-4 起き上がり, 1-5 座位保持, 1-6 両足での立位, 1-7 歩行, 1-8 立ち上がり, 1-9 片足での立位, 1-10 洗身, 1-11 つめ切り, 1-12 視力, 1-13 聴力

(1-3)　ベッド柵につかまりゆっくりと寝返りが出来た。
(1-4)　ベッド柵につかまり体を横にしてから足を下にして体を起こす事が出来た。
(1-5)　普段は背もたれのある椅子に座っているが、自分の手で支えて 10 分程度は座位保持が可能。
(1-6)　歩行器につかまれば両足での立位は可能。
(1-7)　サークル型の歩行器を使用して 5m程度は歩行が可能。
(1-8)　ベッド柵につかまりゆっくりと立ち上がりが出来た。
(1-9)　家具や手すりにつかまり 1 秒程度は片足立ちが可能。
(1-10)　認知面の低下があり、動作がわからない。上手く洗えないため、介護職が全介助している。
(1-11)　手・足ともに介護職が切っている。
(1-13)　調査時にも何度か聞き直す場面が見られた。やや大きな声で話すと聞こえる。

2　生活機能に関連する項目についての特記事項

2-1 移乗, 2-2 移動, 2-3 えん下, 2-4 食事摂取, 2-5 排尿, 2-6 排便, 2-7 口腔清潔, 2-8 洗顔, 2-9 整髪, 2-10 上衣の着脱, 2-11 ズボン等の着脱, 2-12 外出頻度

(2-5, 6)　自室のポータブルトイレを利用しており、毎日朝晩のポータブルトイレの掃除を介護職が行っているので「一部介助」を選択した。
(2-7～9)　毎日介護職が声かけ、道具を準備して手渡せば自分で行うため「一部介助」を選択した。
(2-10, 11)　パジャマの上に洋服を着るなど、一人では更衣は困難。上下ともに介護職が介助している。袖や足を通す協力動作はあるので、「一部介助」を選択した。
(2-12)　訪問診療を利用。外出する事がなく、「月 1 回未満」を選択した。

3　認知機能に関連する項目についての特記事項

3-1 意思の伝達, 3-2 毎日の日課を理解, 3-3 生年月日を言う, 3-4 短期記憶, 3-5 自分の名前を言う, 3-6 今の季節を理解, 3-7 場所の理解, 3-8 徘徊, 3-9 外出して戻れない

(3-4)　3 点掲示にて確認するも答えることができなかった。介護職からは日頃から困難とうかがったので「できない」を選択した。
(3-6, 7)　「春・夏・秋・冬で今の季節は何ですか？」「今いるところは施設ですか？病院ですか？自宅ですか？」と質問するも「私考えたことがないからわからないわ」と理解できていない様子。介護職からは日頃からできないとうかがったので、「できない」を選択した。

4　精神・行動障害に関連する項目についての特記事項

4-1 被害的, 4-2 作話, 4-3 感情が不安定, 4-4 昼夜逆転, 4-5 同じ話をする, 4-6 大声をだす, 4-7 介護に抵抗, 4-8 落ち着きなし, 4-9 一人で出たがる, 4-10 収集癖, 4-11 物や衣類を壊す, 4-12 ひどい物忘れ, 4-13 独り言・独り笑い, 4-14 自分勝手に行動する, 4-15 話がまとまらない

(4-1, 2)　介護職から話を伺い、「自分の悪口を言われている」「私の歩行器をとられた」等被害妄想や物盗られ妄想の訴えがほぼ毎日あり、その都度介護職員がなだめているとの事。
(4-4)　2 日に 1 度は昼夜逆転している。夜中に TV をずっと見ており、介護職が声かけするが時間の理解もないとの事。調査時も直前まで寝ており、介護職が起こしてくれた。
(4-5)　調査時に何度も同じ話を繰り返し、さっき言った事も忘れている様子。介護職からは毎日、同じ話を何度も繰り返しているとうかがった。
(4-10)　週 3～4 日程度、ホールや色々な所に置いてあるティッシュをとっては服の中やポケットに入れる行為がある。洗濯時に介護職が注意している。
(4-12)　洗濯物を出す場所を忘れてしまい、汚れたパットや洋服を自室内に隠すことが週 1 回程度ある。介護職が見つけて処理や洗濯している。何度説明しても忘れてしまい、介護の手間となっている。
(4-13)　週 1～2 回程度、自室でぶつぶつと「悪口を言われた」など独り言を言っている。

5　社会生活への適応に関連する項目についての特記事項

5-1 薬の内服, 5-2 金銭の管理, 5-3 日常の意思決定, 5-4 集団への不適応, 5-5 買い物, 5-6 簡単な調理

(5-1)　施設で管理し、服薬時に介護職が袋から開けて口の中に入れるまで介助している。
(5-2)　家族が全て管理している。
(5-3)　自分で何かを選択する事がない。介護職員からの聞き取りでも全く何もわからないわけではないと判断し日常的に困難を選択
(5-5)　家族がすべて買いに行っている。
(5-6)　施設職員が全てしている。

6　特別な医療についての特記事項

6 特別な医療

(　)　なし

7　日常生活自立度に関連する項目についての特記事項

7-1 障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）, 7-2 認知症高齢者の日常生活自立度

(7-1)　外出の頻度も少なく、日中も寝たきりの生活をしている。A2 を選択
(7-2)　認知面での低下から更衣などの生活動作にも介助が必要。Ⅲａを選択

※　本用紙に収まらない場合は、適宜用紙を追加して下さい。

主治医意見書

記入日　令和　年　月　日

申請者	(ふりがな) 事例1 明・大・昭　年　月　日生　(88歳)	男・女	〒　－ 連絡先　(　)

上記の申請者に関する意見は以下のとおりです。
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
医療機関名　電話　(　)
医療機関所在地　FAX　(　)

(1) 最終診察日	令和2年3月5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. アルツハイマー型認知症　発症年月日　(平成 27 年 10 月　日頃)
2. 腰椎圧迫骨折後　発症年月日　(平成 27 年 10 月　日頃)
3. 骨粗鬆症　発症年月日　(平成 27 年 10 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か月以内）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〕

平成 27 年 10 月より通院が困難なため、施設への訪問診療の依頼があり、同月より訪問診療開始。短期記憶障害が著明で、夜間のトイレが頻回であり特に夜間の対応が介護負担となっている。また、下肢筋力低下も著明であり、転倒のリスクが非常に高い。先日発熱した後から ADL 低下傾向にあったが、現在改善傾向。時折少量の下血を認めるが、直腸の粘膜脱症候群によるものと診断。老衰進行し、食事摂取量が非常に不安定。家族は施設での看取りを希望している。最近また食事摂取量が不安定となり、介護の手間がかかっている。

タケキャブ1錠　夕食後　マグミット(330)2錠　朝・夕2回(食後)　ルパフィン2錠　夕食後
プルゼニド1錠　就寝前　テネリア1錠　朝食後　ロゼレム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	☐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	☐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

(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〕

（5）身体の状態

利き腕 （☑右 ☐左） 身長＝ 148 cm 体重＝ 45 kg （過去６か月の体重の変化 ☐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：両下肢 程度：☐軽 ☑中 ☐重）

☑関節の拘縮 （部位：両膝関節、腰 程度：☑軽 ☐中 ☐重）

☑関節の痛み （部位：両膝関節 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 （見守りが必要：服薬指導 常に見守りが必要：水分摂取量の管理 ）

（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

☐その他の医療系サービス （　　）

（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 ☐特になし ☑あり （ 定期的な血圧測定必要 ） ・移動 ☐特になし ☑あり （ 転倒に注意 ）

・摂食 ☐特になし ☑あり （ 誤嚥の恐れあり、見守り必要 ） ・運動 ☐特になし ☑あり （ 見守りが必要 ）

・嚥下 ☐特になし ☑あり （ 口腔ケア必要 ） ・その他 （　　）

（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御意見等を記載してください。なお、専門医等に別途意見を求めた場合はその内容、結果も記載してください。（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。）

短期記憶障害が著明で、夜間のトイレが頻回であり、特に夜間の対応が介護負担となっている。また、下肢筋力の低下も著明であり、転倒のリスクが非常に高い。今後も通院が困難であるため、訪問診療での 24 時間対応が必要不可欠な状態である。
ADL 低下のため、平成 29 年 2 月より訪問看護導入。
最近失禁した下着を頻回にクローゼットに隠してしまうため、介護の手間がかなり増えている。
他の入所者に対し暴言や被害妄想あり、訪問看護も頻回に利用が必要な状態であるため、現在介護保険枠外になった分は自費での訪問看護の利用となっていて、家族の費用負担も大きい。病状も不安定であり、介護の手間も増大傾向にあるため、介護度の検討をお願いします。

事例２　７８歳　女性　新規申請

判定結果	【一次判定】非該当　　【要介護認定等基準時間】24.0 分 【二次判定】要支援１
認定有効期間	１２ヶ月
診断名	＃１　脊柱管狭窄症 ＃２　骨折を伴う骨粗鬆症 ＃３　第２腰椎椎体骨折
日常生活自立度 (障害/認知症)	【主治医】Ａ２／Ｉ　　【調査員】Ａ１／自立
事例の概要	夫と二人暮らし。市外に娘在住。 ３年前から背骨の変形や腰痛症状が認められ、腰痛症状の悪化により受診。夫が家事全般を担うこととなる。内服やリハビリにより症状は改善傾向だが、今後も介護保険でリハビリを継続したい意向があることや、入浴のための椅子購入や手すりの設置を検討していくため申請に至る。
審査の概要	■　一次判定の修正・確定 基本調査項目等の修正なし。 ■　介護の手間にかかる審査判定 認定調査票（特記事項）における「1-8 立ち上がり」の記載内容や、主治医意見書の傷病に関する意見から、一次判定に反映されていない介護の手間があると判断し、要支援１に変更。 ■　主治医意見書記載のポイント 傷病に関する意見には本人の病状経過が、特記すべき事項には生活状況と介護の手間が具体的に記載されている。

事例2

取扱注意

介護認定審査会資料

合議体番号： 000301 No.

被保険者区分：第１号被保険者　年齢：78歳　性別：女
申請区分　：新規申請　前回要介護度：なし

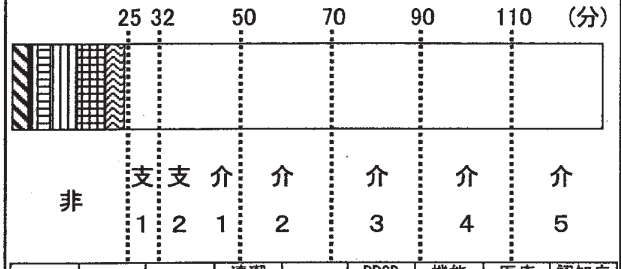
家族状況　：同居(夫婦のみ)
現在の状況：居宅（施設利用なし）
前回認定有効期間：　月間

1 一次判定等

（この分数は、実際のケア時間を示すものではない）

一次判定結果　：　非該当

要介護認定等基準時間　：24.0分



食事	排泄	移動	清潔保持	間接	BPSD関連	機能訓練	医療関連	認知症加算
3.4	0.2	0.4	1.2	2.7	5.8	6.1	4.2	0.0

簡素化除外　：除外しない
簡素化可能　：不可
簡素化予定　：通常

警告コード：

3 中間評価項目得点

第１群	第２群	第３群	第４群	第５群
93.4	100.0	100.0	100.0	29.7

4 日常生活自立度

障害高齢者自立度　：Ａ１
認知症高齢者自立度　：自立

5 認知機能・状態の安定性の評価結果

認知症高齢者の日常生活自立度
　認定調査結果　：自立
　主治医意見書　：Ⅰ
認知症自立度Ⅱ以上の蓋然性　：
状態の安定性　：不安定
給付区分　：介護給付

6 現在のサービス利用状況 (なし)

2 認定調査項目

	調査結果	前回結果
第１群　身体機能・起居動作		
1. 麻痺（左ー上肢）		
（右ー上肢）		
（左ー下肢）		
（右ー下肢）		
（その他）		
2. 拘縮（肩関節）		
（股関節）		
（膝関節）		
（その他）		
3. 寝返り		
4. 起き上がり	つかまれば可	
5. 座位保持		
6. 両足での立位		
7. 歩行		
8. 立ち上がり	つかまれば可	
9. 片足での立位	支えが必要	
10. 洗身		
11. つめ切り		
12. 視力		
13. 聴力		
第２群　生活機能		
1. 移乗		
2. 移動		
3. えん下		
4. 食事摂取		
5. 排尿		
6. 排便		
7. 口腔清潔		
8. 洗顔		
9. 整髪		
10. 上衣の着脱		
11. ズボン等の着脱		
12. 外出頻度		
第３群　認知機能		
1. 意思の伝達		
2. 毎日の日課を理解		
3. 生年月日をいう		
4. 短期記憶		
5. 自分の名前をいう		
6. 今の季節を理解		
7. 場所の理解		
8. 徘徊		
9. 外出して戻れない		
第４群　精神・行動障害		
1. 被害的		
2. 作話		
3. 感情が不安定		
4. 昼夜逆転		
5. 同じ話をする		
6. 大声を出す		
7. 介護に抵抗		
8. 落ち着きなし		
9. 一人で出たがる		
10. 収集癖		
11. 物や衣類を壊す		
12. ひどい物忘れ		
13. 独り言・独り笑い		
14. 自分勝手に行動する		
15. 話がまとまらない		
第５群　社会生活への適応		
1. 薬の内服	一部介助	
2. 金銭の管理	全介助	
3. 日常の意思決定	特別な場合以外可	
4. 集団への不適応		
5. 買い物	全介助	
6. 簡単な調理	全介助	

本テキストでは、前回結果を非表示とします

〈特別な医療〉

点滴の管理	：	気管切開の処置	：
中心静脈栄養	：	疼痛の看護	：
透析	：	経管栄養	：
ストーマの処置	：	モニター測定	：
酸素療法	：	じょくそうの処置	：
レスピレーター	：	カテーテル	：

NCL110　2021/06/11 12:10:59

調査日　　年　　月　　日　　保険者番号 000000　　被保険者番号 事例2

認定調査票（特記事項）

1　身体機能・起居動作に関連する項目についての特記事項

1-1 麻痺等の有無, 1-2 拘縮の有無, 1-3 寝返り, 1-4 起き上がり, 1-5 座位保持, 1-6 両足での立位, 1-7 歩行, 1-8 立ち上がり, 1-9 片足での立位, 1-10 洗身, 1-11 つめ切り, 1-12 視力, 1-13 聴力

(1-1. 2) 座位にて確認動作が行なえ麻痺や拘縮は見られない。背骨の変形のためか、体が左に傾いている。
(1-4)　手をつきしっかり加重して起き上がる。夜間は体の動きが良くないためトイレに起きる時はすぐには起きることができない。
(1-5)　長くは行えないが 10 分程度であれば何とか行える。
(1-6)　長時間の保持は行えないが確認動作は行える。
(1-7)　前かがみでゆっくりであるがつかまらず歩行する。
(1-8)　座面に手をつきしっかり加重して立ち上がる。なかなか立てない事が多い。
(1-9)　家具につかまり行える。
(1-10)　「完璧ではない」と本人は言うが、介助は行われていない。
(1-11)　足爪を切ることが大変であるが何とか行なえている。
※リハビリの実施により状態の改善見られ多少スムーズに動く事ができるようになった。

2　生活機能に関連する項目についての特記事項

2-1 移乗, 2-2 移動, 2-3 えん下, 2-4 食事摂取, 2-5 排尿, 2-6 排便, 2-7 口腔清潔, 2-8 洗顔, 2-9 整髪, 2-10 上衣の着脱, 2-11 ズボン等の着脱, 2-12 外出頻度

(2-2)　室内は介助なく移動行い、受診時には車椅子介助で移動する。
(2-7～9)　長時間の立位は行えないため、サッと終わらせたり、椅子に座って行い介助は行われていない。
(2-12)　外出は受診のみであり、週 2 回リハビリのため通院行っている。

3　認知機能に関連する項目についての特記事項

3-1 意思の伝達, 3-2 毎日の日課を理解, 3-3 生年月日を言う, 3-4 短期記憶, 3-5 自分の名前を言う, 3-6 今の季節を理解, 3-7 場所の理解, 3-8 徘徊, 3-9 外出して戻れない

(3-4)　調査前の出来事を答えることができた。

4　精神・行動障害に関連する項目についての特記事項

4-1 被害的, 4-2 作話, 4-3 感情が不安定, 4-4 昼夜逆転, 4-5 同じ話をする, 4-6 大声をだす, 4-7 介護に抵抗, 4-8 落ち着きなし, 4-9 一人で出たがる, 4-10 収集癖, 4-11 物や衣類を壊す, 4-12 ひどい物忘れ, 4-13 独り言・独り笑い, 4-14 自分勝手に行動する, 4-15 話がまとまらない

4 群は特記なしと家族に確認する。

5　社会生活への適応に関連する項目についての特記事項

5-1 薬の内服, 5-2 金銭の管理, 5-3 日常の意思決定, 5-4 集団への不適応, 5-5 買い物, 5-6 簡単な調理

(5-1)　夫が管理しその都度手元に準備する。
(5-2)　夫が管理している。本人は使うことはない。
(5-3)　日常的な事は自分で決めており、特別な場合は家族と相談して決めている。
(5-5. 6)　今年 2 月まではすべて本人が行っていたが、腰痛で行えなくなり現在は夫が行っている。

6　特別な医療についての特記事項

6 特別な医療

6 群は特記なし

7　日常生活自立度に関連する項目についての特記事項

7-1 障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）, 7-2 認知症高齢者の日常生活自立度

(7-1)　Ａ１　外出は週 2 回の通院のみであり夫の介助で行う。
(7-2)　自立。

※　本用紙に収まらない場合は、適宜用紙を追加して下さい。

主治医意見書

記入日　　年　　月　　日

申請者	(ふりがな) 事例2 昭和　　年　月　　日生（78歳）	男・女	〒　　－ 連絡先　　（　　）

上記の申請者に関する意見は以下のとおりです。
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
医療機関名　　電話　　（　　）
医療機関所在地　　FAX　　（　　）

（1）最終診察日	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. 脊柱管狭窄症　　発症年月日　（不詳　　）
2. 骨折を伴う骨粗鬆症　　発症年月日　（不詳　　）
3. 第2腰椎椎体骨折　　発症年月日　（令和 3 年 2 月 6 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）
上記等による痛みが安定していない状況。

（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か月以内）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〕

上記等で通院加療中。運動器リハビリに通院されています。長時間の坐位、立位が困難で、立ち上がりにも時間を要する状況で、家族の介護を受けています。
生活動作の改善のため運動器リハビリを行ってきましたが、今後生活動作の改善維持のため、介護保険でリハビリの継続が望ましいと考えます。浴室、脱衣所で使用する椅子の貸与なども必要と考えます。また手すりなどの設置等の住宅改修の必要の可能性も考えます。

カロナール300　2錠 朝・夕2回(食後)
デノタス 1錠 朝食後
リマプロストアルファデクス 3錠 朝昼夕3回(食後)
タリージェ5mg2錠 朝・夕2回(食後)
ワントラム100mg1錠 朝食後
メコバラミン 3錠 朝昼夕3回(食後)

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	☐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

（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〕

（5）身体の状態
利き腕 （☑右 ☐左） 身長＝ 136.4 cm 体重＝ 42.6 kg （過去６か月の体重の変化 ☐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： 両下肢 程度：☐軽 ☐中 ☐重）
☐関節の拘縮 （部位： 程度：☐軽 ☐中 ☐重）
☑関節の痛み （部位： 腰 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
☐医療介護院 ☐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（転倒骨折の危険あり。注意を要する。） ☑運動（廃用予防のために運動継続をお勧めする。） ☐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、介護を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。）

長谷川式＝29 点（令和 03 年 04 月）（前回 点（ 年 月））

上記等で通院加療中。運動器リハビリに通院されています。長時間の坐位、立位が困難で、立ち上がりにも時間を要する状況で、家族の介護を受けています。
生活動作の改善のため運動器リハビリを行ってきましたが、今後生活動作の改善維持のため、介護保険でリハビリの継続が望ましいと考えます。浴室、脱衣所で使用する椅子の貸与なども必要と考えます。
また、手すりなどの設置等の住宅改修の必要の可能性も考えます。

事例３　８４歳　女性　更新申請

判定結果	【一次判定】要介護２　　【要介護認定等基準時間】68.8 分 【二次判定】要介護３（前回 要介護３）
認定有効期間	２４ヶ月
診断名	＃１　廃用性症候群、左大腿骨転子部骨折術後 ＃２　両変形膝関節症、関節リウマチ ＃３　認知症、気管支喘息、慢性心不全
日常生活自立度 (障害/認知症)	【主治医】Ｂ１／Ⅱｂ　　【調査員】Ｂ１／Ⅱｂ
事例の概要	特別養護老人ホーム入所中。 一人暮らしをしていたが、長女宅の階段で転倒し左大腿骨転子部を骨折。手術後、リハビリ目的で転院、退院後に特別養護老人ホームへ入所となる。月に１～２度、長女が外出や外泊に連れ出している。
審査の概要	■　一次判定の修正・確定 基本調査項目等の修正なし。 ■　介護の手間にかかる審査判定 主治医意見書の特記すべき事項や、認定調査票（特記事項）の「2-5 排尿」の記載内容から、排泄にかかる介助の手間が、通常の例に比べてかかっていると判断し、要介護３に変更。 ■　主治医意見書記載のポイント 特記すべき事項に、様々な症状のために活動性が低下し廃用が進行していること、生活場面ごとにおける具体的な介護の手間が記載されている。

事例３

取 扱 注 意

介護認定審査会資料

合議体番号： 000001 No.

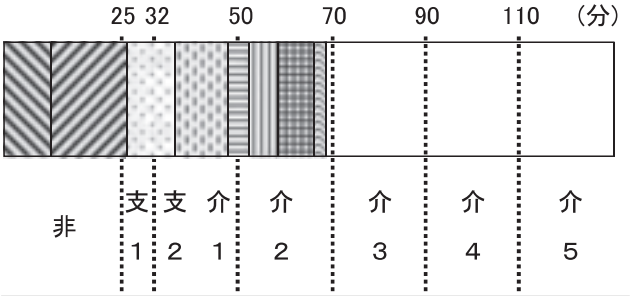
被保険者区分：第１号被保険者　年齢： 84歳　性別： 女　現在の状況：指定介護老人福祉施設
申請区分　：更新申請　前回要介護度：要介護３　前回認定有効期間： ２４ 月間

１ 一次判定等

（この分数は、実際のケア時間を示すものではない）

一次判定結果　：　要介護２

要介護認定等基準時間　：68.8分



食事	排泄	移動	清潔保持	間接	BPSD関連	機能訓練	医療関連	認知症加算
10.1	16.1	10.2	11.4	4.5	6.1	7.8	2.6	0.0

警告コード：

３ 中間評価項目得点

第１群	第２群	第３群	第４群	第５群
64.9	72.2	59.5	100.0	19.8

４ 日常生活自立度

障害高齢者自立度　：　Ｂ１
認知症高齢者自立度　：　Ⅱｂ

５ 認知機能・状態の安定性の評価結果

認知症高齢者の日常生活自立度
　認定調査結果　：　Ⅱｂ
　主治医意見書　：　Ⅱｂ
認知症自立度Ⅱ以上の蓋然性　：
状態の安定性　：　不安定
給付区分　：　介護給付

６ 現在のサービス利用状況（介護給付）

訪問介護（ホームヘルプサービス）	：	0 回 /月
訪問入浴介護	：	0 回 /月
訪問看護	：	0 回 /月
訪問リハビリテーション	：	0 回 /月
居宅療養管理指導	：	0 回 /月
通所介護（デイサービス）	：	0 回 /月
通所リハビリテーション	：	0 回 /月
短期入所生活介護（ショートステイ）	：	0 日 /月
短期入所療養介護	：	0 日 /月
特定施設入居者生活介護	：	0 日 /月
福祉用具貸与	：	0 品目
特定福祉用具販売	：	0 品目/6月間
住宅改修	：	なし
夜間対応型訪問介護	：	0 日 /月
認知症対応型通所介護	：	0 日 /月
小規模多機能型居宅介護	：	0 日 /月
認知症対応型共同生活介護（グループホーム）	：	0 日 /月
地域密着型特定施設入居者生活介護	：	0 日 /月
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	：	0 日 /月

２ 認定調査項目

	調査結果	前回結果
第１群　身体機能・起居動作		
1. 麻痺（左ー上肢）	ある	
（右ー上肢）		
（左ー下肢）	ある	
（右ー下肢）	ある	
（その他）		
2. 拘縮（肩関節）		
（股関節）		
（膝関節）	ある	
（その他）	ある	
3. 寝返り		
4. 起き上がり		
5. 座位保持	自分で支えれば可	
6. 両足での立位	支えが必要	
7. 歩行	できない	
8. 立ち上がり	つかまれば可	
9. 片足での立位	できない	
10. 洗身	ー部介助	
11. つめ切り	全介助	
12. 視力		
13. 聴力		
第２群　生活機能		
1. 移乗	見守り等	
2. 移動		
3. えん下		
4. 食事摂取		
5. 排尿	ー部介助	
6. 排便	ー部介助	
7. 口腔清潔	ー部介助	
8. 洗顔	ー部介助	
9. 整髪	ー部介助	
10. 上衣の着脱		
11. ズボン等の着脱	全介助	
12. 外出頻度	月１回以上	
第３群　認知機能		
1. 意思の伝達	ときどきできる	
2. 毎日の日課を理解	できない	
3. 生年月日をいう		
4. 短期記憶	できない	
5. 自分の名前をいう		
6. 今の季節を理解	できない	
7. 場所の理解	できない	
8. 徘徊		
9. 外出して戻れない		
第４群　精神・行動障害		
1. 被害的		
2. 作話		
3. 感情が不安定		
4. 昼夜逆転		
5. 同じ話をする		
6. 大声を出す		
7. 介護に抵抗		
8. 落ち着きなし		
9. ー人で出たがる		
10. 収集癖		
11. 物や衣類を壊す		
12. ひどい物忘れ		
13. 独り言・独り笑い		
14. 自分勝手に行動する		
15. 話がまとまらない		
第５群　社会生活への適応		
1. 薬の内服	全介助	
2. 金銭の管理	全介助	
3. 日常の意思決定	特別な場合以外可	
4. 集団への不適応		
5. 買い物	全介助	
6. 簡単な調理	全介助	

本テキストにおいては前回結果を非表示とします

〈特別な医療〉

点滴の管理	：	気管切開の処置	：
中心静脈栄養	：	疼痛の看護	：
透析	：	経管栄養	：
ストーマの処置	：	モニター測定	：
酸素療法	：	じょくそうの処置	：
レスピレーター	：	カテーテル	：

調査日　　年　　月　　日　　保険者番号 000000　　被保険者番号　事例３

認定調査票（特記事項）

１　身体機能・起居動作に関連する項目についての特記事項

1-1 麻痺等の有無, 1-2 拘縮の有無, 1-3 寝返り, 1-4 起き上がり, 1-5 座位保持, 1-6 両足での立位, 1-7 歩行, 1-8 立ち上がり, 1-9 片足での立位, 1-10 洗身, 1-11 つめ切り, 1-12 視力, 1-13 聴力

(1-1)　左肘はしっかりと伸展できないため、「できない」とする。左下肢は骨折の後遺症や右下肢も筋力低下があり、静止状態を保持できない。
(1-2)　両膝ともに変形性膝関節症がありまっすぐに伸びない。左肘は 90 度以上には曲がらない。また、180 度にも伸びない。
(1-3) 実際行ってもらったところできた。
(1-5) ベッド柵につかまり 10 分くらい行えていた。
(1-6) 手すりや移乗バーがあれば行える。
(1-7) 左大腿骨骨折の後遺症と筋力低下があり、行えない。
(1-8) 移乗バーにつかまり、行えていた。
(1-10) 身体の前の部分は自力、背中や足先は介助で行われている。
(1-13) 質問に聞き返しはなかった。

２　生活機能に関連する項目についての特記事項

2-1 移乗, 2-2 移動, 2-3 えん下, 2-4 食事摂取, 2-5 排尿, 2-6 排便, 2-7 口腔清潔, 2-8 洗顔, 2-9 整髪, 2-10 上衣の着脱, 2-11 ズボン等の着脱, 2-12 外出頻度

(2-1) 車いすのブレーキのかけ忘れがないか、都度見守り、声かけを行っている。
(2-2) 生活の範囲内では車いすを自操できる。
(2-3) 喉つまり、むせなく、えん下できている。
(2-5) 本人がトイレに向かって動いた時を見計らい、移乗の見守り、ズボンやパンツの上げ下げを介助している。日中、夜間共に１時間に１度の頻度でトイレに通っており、都度見守り・介助をしている。
(2-7) 義歯の出し入れやうがいは準備し、促せばできる。洗浄は介助で行っている。
(2-8) 蒸しタオルを渡せば行える。
(2-10) 施設では渡せば自力で着脱できている。外出時等は娘さんに「着せて」と話されるため、介助しているとの事だった。
(2-12) 娘さんが月に１～２度、外出や外泊に連れ出している。

３　認知機能に関連する項目についての特記事項

3-1 意思の伝達, 3-2 毎日の日課を理解, 3-3 生年月日を言う, 3-4 短期記憶, 3-5 自分の名前を言う, 3-6 今の季節を理解, 3-7 場所の理解, 3-8 徘徊, 3-9 外出して戻れない

(3-1) あまり自ら訴えることはないが、「～して欲しい」等の発言はある。
(3-6) 「秋」と答えたため「できない」とした。

４　精神・行動障害に関連する項目についての特記事項

4-1 被害的, 4-2 作話, 4-3 感情が不安定, 4-4 昼夜逆転, 4-5 同じ話をする, 4-6 大声をだす, 4-7 介護に抵抗, 4-8 落ち着きなし, 4-9 一人で出たがる, 4-10 収集癖, 4-11 物や衣類を壊す, 4-12 ひどい物忘れ, 4-13 独り言・独り笑い, 4-14 自分勝手に行動する, 4-15 話がまとまらない

５　社会生活への適応に関連する項目についての特記事項

5-1 薬の内服, 5-2 金銭の管理, 5-3 日常の意思決定, 5-4 集団への不適応, 5-5 買い物, 5-6 簡単な調理

(5-1) 水を準備し、薬を口の中まで入れる介助をしている。確実に内服できているかの確認を行っている。
(5-3) わかりやすいように選択肢を出せば答えられることが多い。

６　特別な医療についての特記事項

6 特別な医療

７　日常生活自立度に関連する項目についての特記事項

7-1 障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）, 7-2 認知症高齢者の日常生活自立度

(7-2) 薬の管理等ができないため、Ⅱｂとした。

※　本用紙に収まらない場合は、適宜用紙を追加して下さい

主治医意見書

記入日　　年　月　日

申請者	(ふりがな) 事例3 昭和　年　月　日生　(84 歳)	男・女	〒　－ 連絡先　(　)

上記の申請者に関する意見は以下のとおりです。
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
医療機関名　　電話　(　)
医療機関所在地　　FAX　(　)

(1) 最終診察日	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. 廃用性症候群 左大腿骨転子部骨折術後　発症年月日　(平成 20 年 8月　日頃)
2. 両変形膝関節症　発症年月日　(平成 20 年 8月　日頃)
3. 認知症 気管支喘息 慢性心不全　発症年月日　(不詳　)

(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か月以内）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〕

20年以上前に関節リウマチと診断(詳細不明)。その後経過は不明だが腰痛、変形性膝関節症で近医整形外科通院。
H20年7月長女宅の階段で転倒受傷。A病院に搬送され左大腿骨転子部骨折の診断。同日観血的骨接合術施行。
入院加療後、H20年8月～H21年2月リハビリ目的でB病院転院。退院後、現在の特養施設に入所。入所後は前医から引き継いで当院フォロー。認知症を認めるが、入院時の情報では内科的な基礎疾患は認めず、安定した状態で施設療養を継続していた。
H22年3月～体動時の喘鳴、下肢の浮腫などが出現。気管支喘息、慢性心不全として投薬開始。その後病状は比較的安定した状態で経過。
テオドール処方

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	☐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

(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〕

（5）身体の状態

利き腕 （☑右 ☐左） 身長＝ 140 cm 体重＝ 60.6 kg （過去６か月の体重の変化 ☑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：両下肢 程度：☐軽 ☑中 ☐重）

☑関節の拘縮 （部位：両膝・肘関節 程度：☑軽 ☐中 ☐重）

☑関節の痛み （部位：両膝関節 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 （ 紙おむつ使用、移乗・移動時見守り、一部介助必要、服薬順守 ）

（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（ 服薬順守 ） ☐摂食（　　） ☐嚥下（　　）

☑移動（ 見守り・一部介助 ） ☑運動（ 見守り ） ☐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、介護を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。）

左大腿骨転子部骨折（術後）、両変形膝関節症、廃用性症状群に加え、喘息、心不全症状により、活動性が一層低下し、更に廃用が進行。歩行器を使用し、数歩の移動は見守りのもと可能だが、ほとんど車いすにて移動。ユニット内は自操可能だが、長距離移動は職員が操作。短時間の立位保持は支えがあれば可能。ベッドと車いす間の移乗は一部介助。排泄は尿意、便意あり車いす自操しトイレまで移動。便座移乗、ズボン上げ下げ、拭き取り、水洗に介助が必要。夜間も職員をコールで呼び排泄。時に失禁あり尿取りパッド使用。入浴は見守り、介助のもと段階付き浴槽に入浴。嚥下状態は問題ない。認知症による健忘、理解力、判断力の低下はあるが、意思疎通は可能。ある程度の会話も成立する。目立った周辺症状はない。

事例４　６９歳　女性　新規申請

判定結果	【一次判定】要支援２　　【要介護認定等基準時間】34.5 分 【二次判定】要介護１
認定有効期間	６ヶ月
診断名	＃１　卵巣がん、多発性腹腔内転移
日常生活自立度 (障害/認知症)	【主治医】Ｊ２／Ⅱａ　　【調査員】Ｊ２／自立
事例の概要	卵巣がんとの診断を受け、月に１回抗がん剤の点滴投与を受けている。 手の痛みや聴力障害など薬の副作用に悩まされながらも、知人の支援を受けつつ、体調をみながら自分でできることはしたいと言い、頑張って単身生活を続けている。
審査の概要	■　一次判定の修正・確定 基本調査項目等の修正なし。 ■　介護の手間にかかる審査判定 一次判定の変更なし。 ■　状態の維持・改善可能性にかかる審査判定 主治医意見書の傷病に関する意見や特記すべき事項から、短期間で心身の状態が変化することが予測され、卵巣がんの多発転移もあることから、要介護度の重度化も短期的に生じる可能性が高いと判断されるため、「介護給付」が相当であるとして、要介護１に変更。 ■　主治医意見書記載のポイント 本事例においては、認知機能の評価が調査員と主治医で大きく異なっているが、主治医意見書の傷病に関する意見や特記すべき事項に、化学療法による精神面の不安定さに関するエピソードが具体的に記載されている。

事例４

介護認定審査会資料

取 扱 注 意

合議体番号： 000001 No.

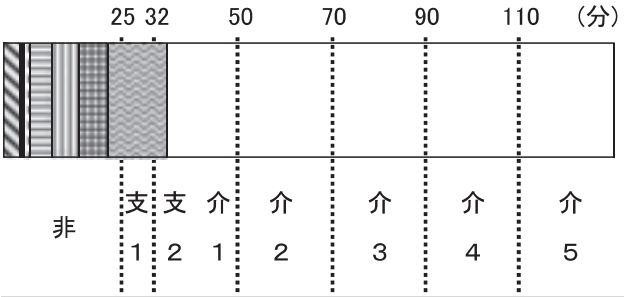
被保険者区分：第１号被保険者　年齢： 69歳　性別： 女　現在の状況：居宅（施設利用なし）
申請区分　：新規申請　前回要介護度：なし　前回認定有効期間：　月間

１ 一次判定等

（この分数は、実際のケア時間を示すものではない）

一次判定結果　：　要支援２

要介護認定等基準時間　：34.5分



食事	排泄	移動	清潔保持	間接	BPSD関連	機能訓練	医療関連	認知症加算
3.4	0.2	0.4	1.2	4.7	5.8	6.1	12.7	0.0

警告コード：

３ 中間評価項目得点

第１群	第２群	第３群	第４群	第５群
90.7	100.0	100.0	100.0	90.8

４ 日常生活自立度

障害高齢者自立度　：　Ｊ２
認知症高齢者自立度　：　自立

５ 認知機能・状態の安定性の評価結果

認知症高齢者の日常生活自立度
　認定調査結果　：　自立
　主治医意見書　：　Ⅱａ
認知症自立度Ⅱ以上の蓋然性　：　３．６％
状態の安定性　：　安定
給付区分　：　予防給付

６ 現在のサービス利用状況（なし）

２ 認定調査項目

	調査結果	前回結果
第１群　身体機能・起居動作		
1. 麻痺（左ー上肢）		
（右ー上肢）		
（左ー下肢）		
（右ー下肢）		
（その他）		
2. 拘縮（肩関節）		
（股関節）		
（膝関節）		
（その他）		
3. 寝返り	つかまれば可	
4. 起き上がり	つかまれば可	
5. 座位保持		
6. 両足での立位		
7. 歩行		
8. 立ち上がり	つかまれば可	
9. 片足での立位	支えが必要	
10. 洗身		
11. つめ切り		
12. 視力		
13. 聴力	やっと聞こえる	
第２群　生活機能		
1. 移乗		
2. 移動		
3. えん下		
4. 食事摂取		
5. 排尿		
6. 排便		
7. 口腔清潔		
8. 洗顔		
9. 整髪		
10. 上衣の着脱		
11. ズボン等の着脱		
12. 外出頻度		
第３群　認知機能		
1. 意思の伝達		
2. 毎日の日課を理解		
3. 生年月日をいう		
4. 短期記憶		
5. 自分の名前をいう		
6. 今の季節を理解		
7. 場所の理解		
8. 徘徊		
9. 外出して戻れない		
第４群　精神・行動障害		
1. 被害的		
2. 作話		
3. 感情が不安定		
4. 昼夜逆転		
5. 同じ話をする		
6. 大声を出す		
7. 介護に抵抗		
8. 落ち着きなし		
9. 一人で出たがる		
10. 収集癖		
11. 物や衣類を壊す		
12. ひどい物忘れ		
13. 独り言・独り笑い		
14. 自分勝手に行動する		
15. 話がまとまらない		
第５群　社会生活への適応		
1. 薬の内服		
2. 金銭の管理		
3. 日常の意思決定		
4. 集団への不適応		
5. 買い物	一部介助	
6. 簡単な調理		

本テキストにおいては前回結果を非表示とします

〈特別な医療〉

点滴の管理	：ある	気管切開の処置	：
中心静脈栄養	：	疼痛の看護	：
透析	：	経管栄養	：
ストーマの処置	：	モニター測定	：
酸素療法	：	じょくそうの処置	：
レスピレーター	：	カテーテル	：

調査日　　年　　月　　日　　保険者番号 000000　　被保険者番号　事例４

認定調査票（特記事項）

１　身体機能・起居動作に関連する項目についての特記事項

1-1 麻痺等の有無, 1-2 拘縮の有無, 1-3 寝返り, 1-4 起き上がり, 1-5 座位保持, 1-6 両足での立位, 1-7 歩行, 1-8 立ち上がり, 1-9 片足での立位, 1-10 洗身, 1-11 つめ切り, 1-12 視力, 1-13 聴力

(1-1) 椅子に座り確認動作は行えた。動作緩慢で、這ってトイレに行くこともある。手の痛みがあり杖を使えないため、つかまらずに歩く。
(1-3, 4)肘をついて寝返り、起き上がりをしている。
(1-7) 手の痛みあり杖を使えないため、つかまらずに歩行している。体調の悪いときは這うこともある。長距離は歩けない。重い物も持てない。
(1-8) 座面に手をついて、時間はかかるが自力で立ち上がる。
(1-9) 家具につかまり、両足とも片足で立位可能。
(1-10)毎日半身浴をしている。洗身はすべて自分で行える。体調が悪い日は何日も入浴できない。
(1-11)手足とも自分で爪切りをしている。
(1-13)抗がん剤の副作用で左耳は全く聞こえない。右耳を向けるようにしながら、少し大きめの声で聞こえる。

２　生活機能に関連する項目についての特記事項

2-1 移乗, 2-2 移動, 2-3 えん下, 2-4 食事摂取, 2-5 排尿, 2-6 排便, 2-7 口腔清潔, 2-8 洗顔, 2-9 整髪, 2-10 上衣の着脱, 2-11 ズボン等の着脱, 2-12 外出頻度

(2-2) 介助は受けずに歩行をする。１日～３日おきに病院へ行くときはタクシーを使用している。
(2-4) 食欲低下している。吐き気もあり摂取量はその日により波がある。自分で食べることはできるが、１日何も食べない日もある。
(2-5, 6)排泄に関する一連の行為を自分で行っている。失禁はない。
(2-7, 8)義歯は自分で着脱し洗浄液に浸けている。洗顔は入浴時に自分で行う。毎日行っている。
(2-10)上衣、ズボンとも自分で選び着替えている。夜はパジャマに着替える。体調が悪いときは着替えない。

３　認知機能に関連する項目についての特記事項

3-1 意思の伝達, 3-2 毎日の日課を理解, 3-3 生年月日を言う, 3-4 短期記憶, 3-5 自分の名前を言う, 3-6 今の季節を理解, 3-7 場所の理解, 3-8 徘徊, 3-9 外出して戻れない

(3-1) 生活状況・身体状況をきちんと話す。
(3-4) 昼食はまだ食べていない。朝食の献立を覚えている。短期記憶はできる、と知人の話。

４　精神・行動障害に関連する項目についての特記事項

4-1 被害的, 4-2 作話, 4-3 感情が不安定, 4-4 昼夜逆転, 4-5 同じ話をする, 4-6 大声をだす, 4-7 介護に抵抗, 4-8 落ち着きなし, 4-9 一人で出たがる, 4-10 収集癖, 4-11 物や衣類を壊す, 4-12 ひどい物忘れ, 4-13 独り言・独り笑い, 4-14 自分勝手に行動する, 4-15 話がまとまらない

５　社会生活への適応に関連する項目についての特記事項

5-1 薬の内服, 5-2 金銭の管理, 5-3 日常の意思決定, 5-4 集団への不適応, 5-5 買い物, 5-6 簡単な調理

(5-1) 服薬管理は自分で行っている。自分で箱に切り分け、必ず飲む薬ととん服を区別して忘れずに服用している。
(5-2) 金銭管理は自分で行っている。誰にも頼まず出し入れしている。
(5-5) 買い物は知人等に依頼している。
(5-6) 炊飯は自分で行っている。毎日知人が１品持参する副食を温めたり、冷たいまま食べたり色々である。

６　特別な医療についての特記事項

6 特別な医療

(6-1) 抗がん剤は点滴で受けている。５日間連続を１ヶ月毎にうつ。

７　日常生活自立度に関連する項目についての特記事項

7-1 障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）, 7-2 認知症高齢者の日常生活自立度

(7-1) ひどく意識消失していたことが１回あった。体調を見て自分でやれるだけやりたいと話す。タクシーを利用して通院しているため「Ｊ１」とした。
(7-2) 意思疎通に問題はない。物忘れもみられないため「自立」とする。

主治医意見書

記入日　　年　　月　　日

申請者	（ふりがな） 事例4 明・大・昭　　年　　月　　日生（69歳）	男・女	〒　－ 連絡先　　（　　）

上記の申請者に関する意見は以下のとおりです。
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
医療機関名　　電話　　（　　）
医療機関所在地　　FAX　　（　　）

（1）最終診察日	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（消化器科）

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. 卵巣がん　多発性腹腔内転移　　発症年月日　（不明　　）
2.　　発症年月日　（平成　年　月　日頃）
3.　　発症年月日　（平成　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か月以内）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〕

２０１２年12月のPETで、腹腔内・骨盤腔内に手術不可能な多発性転移を認め、右水腎症・腎機能障害を生じている。
定期的に入院して化学療法を反復・継続中であるが、腫瘍の増大により体調は不良となり、また化学療法により心身共に衰弱傾向を示している。また骨髄抑制がきわめて強く表れており、感染を容易に生じて治療を要することがある。治療後には精神的にきわめて不安定・混乱状態となり、病院と全く連絡がとれなくなるエピソードを繰り返し起こしている。

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　☐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

（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〕

（5）身体の状態

利き腕 （☑右 ☐左） 身長＝ 150.8 cm 体重＝ 61 kg （過去６か月の体重の変化 ☐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（ 反復する化学療法による食思不振などあり。 ）

（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 （ 通院/入院/訪問看護導入による対処 ）

（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、介護を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。）

卵巣がん再発、腹腔～骨盤内多発転移を生じており、体調/病状は非常に不安定な状態です。また精神面での不安定さが強く、特に化学療法後には病院からの電話にも出られず、ほとんど音信不通状態になる期間が各治療毎に２週間程度生じています。ご本人はその状態を「馬鹿になった。きちがいになった」などと表現していますが、ご本人もその期間の事はあまり記憶されていないようで、客観的にどのような状態になって家で過ごしているのか、病院側でほとんど把握できていません。訪問看護を導入することで、このような不安定な状況について、安全性を確保しつつ、在宅での対応ができるのではないかと期待しています。

第３章

介護情報基盤
（主治医意見書オンライン化に向けて）

資　料

令和8年度介護保険制度・障害者総合支援法にかかわる主治医研修会

介護情報基盤
ー主治医意見書のオンライン化に向けてー

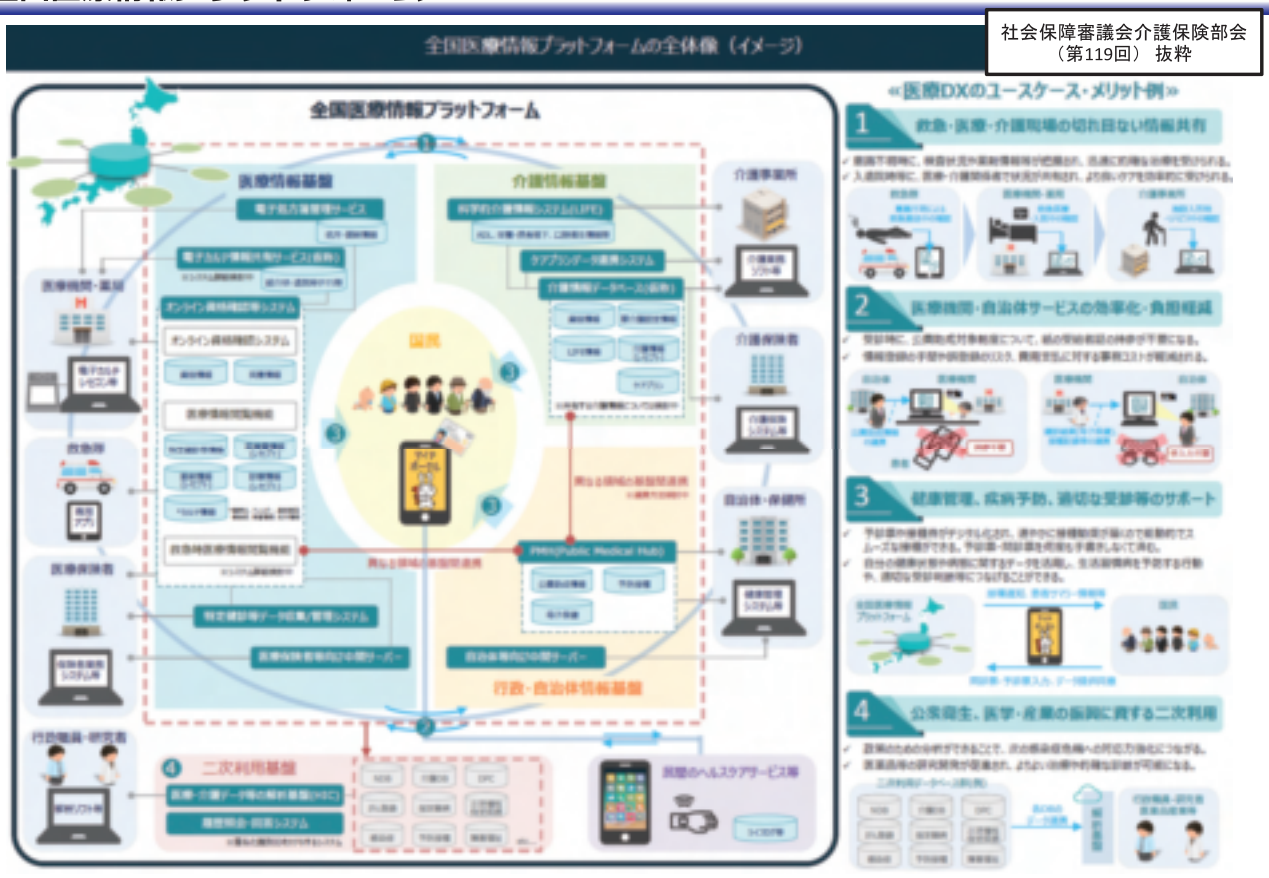
令和８年（2026年）８月・10月

～健康をすべての人に～

北海道国民健康保険団体連合会

1.全国医療情報プラットフォーム

社会保障審議会介護保険部会
（第119回） 抜粋



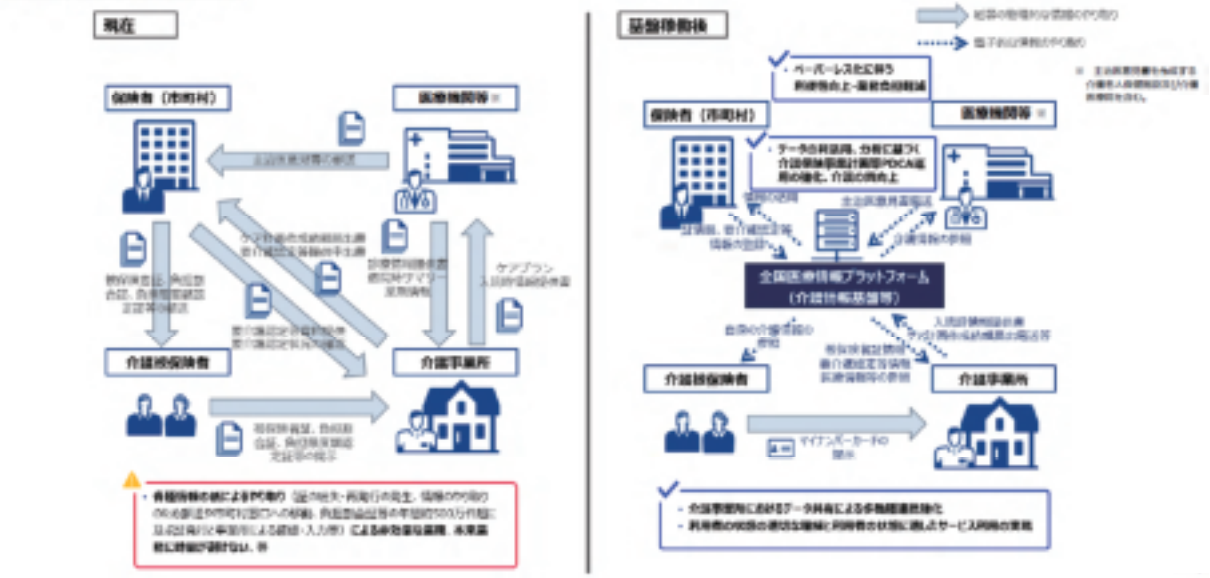
2.介護情報基盤の概要－目的－

社会保障審議会介護保険部会
（第119回） 抜粋

介護情報基盤の概要　－目的－

- これまで紙を使ってアナログにやりとりしていた情報を電子で共有することで、業務の効率化（職員の負担軽減、情報共有の迅速化）を図る。
- さらに、今後、介護情報基盤に蓄積された情報を活用することにより、事業所間及び多職種間の連携の強化、本人の状態に合った適切なケアの提供など、介護サービスの質の向上を図る。

介護情報基盤の活用イメージ

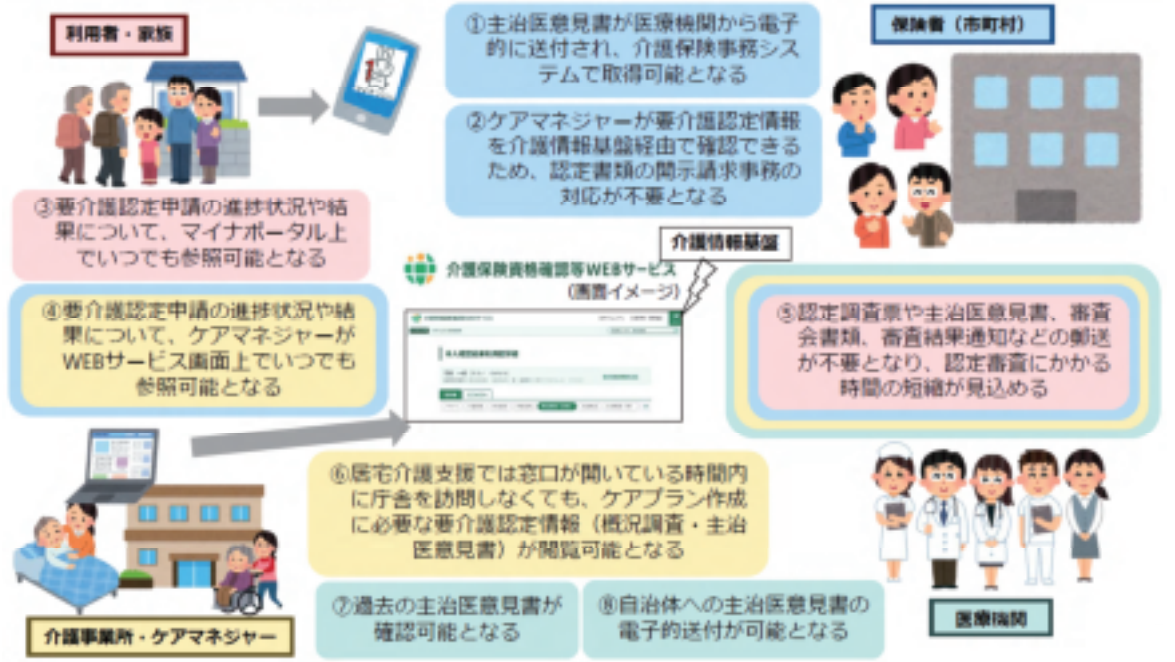


3.介護情報基盤の概要－業務の変化（要介護認定事務の電子化）－

社会保障審議会介護保険部会
（第119回） 抜粋

介護情報基盤の概要　業務の変化①
－要介護認定事務の電子化－

効果を記載した枠の背景色は当該効果が期待される主体の色。（例：④は介護事業所・ケアマネジャー、保険者の２者）



4.介護情報基盤の概要－今後のスケジュール－

社会保障審議会介護保険部会
（第122回） 抜粋

介護情報基盤の概要　－今後のスケジュール案－

- 市町村が介護情報基盤を活用するためには、原則、①各市町村において介護保険事務システムの標準化対応を行うとともに、②介護情報基盤へデータ送信するための介護保険事務システムの改修を行った上で、③介護保険事務システムから介護情報基盤へのデータ移行が必要。
  介護情報基盤との連携を含めた介護保険事務システムの標準化対応（①②）が完了した市町村においては、令和８年度以降順次介護情報基盤へのデータ送信を開始し、データ移行（③）が完了した市町村から、順次介護情報基盤経由での情報共有を開始していく。
- 自治体向けアンケート調査によれば、介護情報基盤との連携を含めた標準化対応を令和９年度中に完了予定の自治体が約９割あること等を踏まえ、**全市町村において、令和10年４月１日までに、介護保険事務システムから介護情報基盤へのデータ移行も含めて完了し、介護情報基盤の活用を開始することを目指して、各関係者が介護情報基盤の活用に必要な対応を進めていくこととしてはどうか。**

※介護保険システム等標準化検討会において、本格運用開始日までの介護情報基盤へのデータ送信、介護保険事務システムの改修について、各々の期間を一定確保する必要がある等の意見があったことを踏まえ、**適合基準日を令和９年１月１日と設定することとした。**



5.主治医意見書の電送

介護情報基盤ポータル　抜粋

4．準備ステップ

主治医意見書の電送と、介護情報の閲覧の方法

主治医意見書の電送と介護情報の閲覧は、それぞれで方法が異なります。
さらに、主治医意見書の電送の際には、大きく分けて二つのケースが存在します。
正確な対応のため、それぞれのケースに応じた内容を必ずご確認ください。
まず文書作成ソフト・電子カルテが介護情報基盤への情報連携に対応しているかを確認してください。

4-1　主治医意見書の電送の準備

A　すでに使用している［文書作成ソフト／電子カルテ］が介護情報基盤への情報連携に**対応している場合**
※オンライン資格確認端末経由

B　すでに使用している［文書作成ソフト／電子カルテ］が介護情報基盤への情報連携に**対応していない場合**
※介護WEBサービス経由

※どちらか不明な場合はAから確認してください

4-2　介護情報の閲覧の準備

5.主治医意見書の電送

介護情報基盤ポータル　抜粋

4-1. 主治医意見書の電送の準備

A　すでに使用している文書作成ソフトや電子カルテが情報連携に対応している場合

この場合の主治医意見書の電送までの基本ステップは以下の通りです。
介護WEBサービスを利用する場合には次のページをご参照ください。

1 システム事業者に相談・依頼

すでに使用している文書作成ソフトや電子カルテの
介護情報基盤への情報連携の適用について
システム事業者に相談・依頼していただく



2 システムの適用

文書作成ソフトや電子カルテの、
システムへの適用を進めていただく



対応していない場合 → B

※主治医意見書の作成依頼元の市町村が介護情報基盤への連携を開始している必要があります。各市町村（保険者）の導入状況は、こちらからご確認ください。

～健康をすべての人に～
北海道国民健康保険団体連合会

5.主治医意見書の電送

介護情報基盤ポータル　抜粋

4-1. 主治医意見書の電送の準備

B　すでに使用している文書作成ソフトや電子カルテが情報連携に対応していない場合

この場合は、介護WEBサービスを利用します。
STEP 2については、必要に応じて導入支援事業者の活用が可能となります。
詳しくは、導入準備作業手引きをご確認ください。

1 利用する端末の準備

事業所内に
インターネット接続可能な
端末があるかを確認



2 各種設定



- ✓ 端末に電子証明書をインストールする※
- ✓ 介護WEBサービスの設定・（事業所認証等）接続確認・ユーザー設定を行う

※介護保険証明書もしくは介護DX証明書が必要です。
オンライン請求システム（医療保険）の証明書とは異なります。

3 活用開始

主治医意見書の
電送開始



必要に応じて導入支援事業者の活用が可能

6.介護情報基盤の活用のための介護事業所等への支援

第2回介護情報基盤に係る自治体説明会　抜粋

介護情報基盤の活用のための介護事業所等への支援（概要）

介護事業所・医療機関（介護サービス提供医療機関）向け支援

（注）消費税分（10%）も助成対象であり、下記の助成限度額は、消費税分を含む費用額となります。

1．助成対象経費

①カードリーダーの購入経費　　②介護情報基盤との接続サポート等経費（※）

※　介護事業所等が介護保険資格確認等WEBサービスを利用する際に必要となるクライアント証明書の搭載等の端末設定について、技術的支援を受ける場合に要する経費。（なお、介護WEBサービスで主治医意見書を作成・送信する介護事業所や医療機関は、介護WEBサービスの利用に必要となる端末設定のみで主治医意見書の電子的送信が可能となる。）

2．助成限度額等

1．対象（介護サービス種別）	2．カードリーダーの助成限度台数	3．助成限度額（①②を合算した限度額）
訪問・通所・短期滞在系	3台まで	助成限度額は6.4万円まで
居住・入所系	2台まで	助成限度額は5.5万円まで
その他	1台まで	助成限度額は4.2万円まで

※　①・②について、同一事業所で複数のサービスを提供する場合には、介護サービス種別に応じた助成限度額の合計を助成限度額とすることができます。

医療機関（主治医意見書作成医療機関）向け支援

1．助成対象経費

主治医意見書の電子的送信機能の追加経費（※）

※　保険医療機関において、主治医意見書をオンライン資格確認等システムに接続する回線及び介護情報基盤経由で電子的に送信するために必要となる電子カルテや文書作成ソフト等の改修に係る経費。

2．助成限度額等

1．対象	2．補助率	3．助成限度額
200床以上の病院	1／2	助成限度額は55万円まで
199床以下の病院または診療所	3／4	助成限度額は39.8万円まで

申請・補助方法　国民健康保険中央会のポータルサイト経由で申請受付し、国民健康保険中央会経由での補助を実施します。

41

～健康をすべての人に～
北海道国民健康保険団体連合会

6.介護情報基盤の活用のための介護事業所等への支援

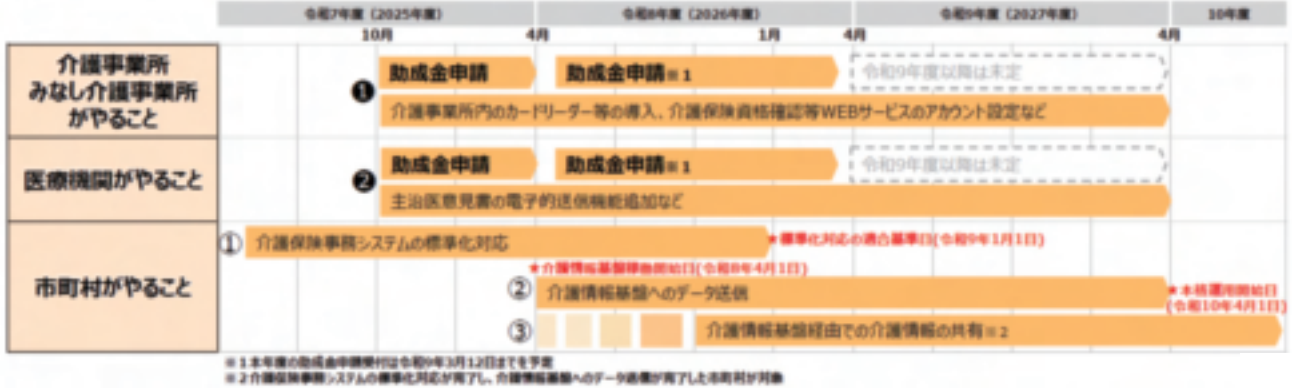
介護情報基盤ポータル　抜粋

5.今後のスケジュール

今後のスケジュール

介護情報基盤への移行までのスケジュール方針を以下に示します。今後、より詳細をお示しします。

介護事業所 みなし介護事業所	❶ 介護情報基盤を活用した情報共有を行うには、カードリーダー等の導入や介護保険資格確認等WEBサービスのアカウント設定などが必要となります。助成金を活用し、計画的に導入を進めてください。
医療機関	❷ 介護情報基盤を活用した主治医意見書の連携を行うには、主治医意見書の電子的送信機能追加などが必要となります。助成金を活用し、計画的に導入を進めてください。
市町村	① 介護情報基盤との連携機能を含めた介護保険システムの標準化対応を令和９年１月１日までに完了します。 ② 介護保険事務システムの標準化対応の終了後、介護情報基盤へのデータ送信を行います。 ③ 市町村のデータ送信が完了次第、介護情報基盤を活用した介護情報の共有が可能になります。



※1 本年度の助成金申請受付は令和9年3月12日までを予定
※2 介護保険事務システムの標準化対応が完了し、介護情報基盤へのデータ送信が完了した市町村が対象

6.介護情報基盤の活用のための介護事業所等への支援

第2回介護情報基盤に係る
自治体説明会　抜粋

3-1　介護事業所・医療機関への助成金周知

- 介護情報基盤導入準備に係る助成金申請は、介護情報基盤ポータルで受付している。介護情報基盤ポータルへのログインが必要となるため、介護情報基盤ポータルのユーザ登録を行う必要がある。
- 介護情報基盤ポータルで、「助成金交付要綱」「助成金申請手引き」「助成金申請（詳細フロー）」を公開している。

介護情報基盤導入準備に係る助成金の申請方法

介護情報基盤ポータルログイン ▶ マイページ ▶ 助成金申請



介護情報基盤ポータル<トップページ>から「ログイン」を実施。



マイページより「各種申請」を押下。



- 助成金申請から該当の申請を押下すること。
- 申請画面に必要情報の入力、必要書類を添付して、申請を完了させること。

第４章

主治医研修におけるよくある質問と回答

Ⅲ　主治医研修におけるよくある質問と回答

	質問	回答
【主治医意見書「基本情報」】		
1	患者がサービスを受ける際に主治医意見書を記載し、その後、同じ患者から更新時申請にかかる主治医意見書の記載依頼かあったが、患者は施設入所中であった。このように患者の置かれている状況が変わった場合、主治医意見書の作成回数欄の判断は「初回」となるのか、それとも「2回目以上」となるのか。	申請者（患者）に対し、初めて意見書を作成する場合は『初回』に、2回目以降の場合は『2回目以上』にチェックすることになっているので、申請者が在宅か施設入所中かにかかわらず、この場合は『2回目以上』になる。 なお、このこととは別になるが、保険者から支払われる主治医意見書作成料の「新規」・「継続」の考え方については、申請区分、在宅か施設の別、主治医意見書を記載する医師や医療機関の状況等によって決定されるため、不明な場合は保険者と相談していただきたい。
2	同じ病院で違う医師が主治医意見書を記載した場合は、以前は初回になると聞いていたように思うが変わったのか。	平成11年11月26日付厚生省老人保健福祉局介護保険制度施行準備室事務連絡「主治医意見書の費用区分の例について」に準じ、別の医師が初めて記載する場合であっても前回作成した医師の診療録等を参照して作成した場合は『2回目以上』とし、参照しないで作成した場合は『初回』としている。 ただし、保険者から支払われる主治医意見書作成料の「新規」・「継続」の考え方については、申請区分、在宅か施設の別、主治医意見書を記載する医師や医療機関の状況等によって決定されるため、不明な場合は保険者と相談していただきたい。
3	(3)他科受診の有無について、「申請者が他科受診しているかどうかを解る範囲でレ点チェックする」とされているが、過去にさかのぼって受診歴を聞き取るのか。また何年までさかのぼるのか。	現時点で主治医意見書記載医師の他に通院している他科があれば、解る範囲で記載することで良い。しかし、診断名に記載されている疾患で、過去に他科で受療歴がある場合は、1の(3)「生活機能低下の直接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」の欄に解る範囲で記載していただきたい。
【主治医意見書「1．傷病に関する意見」】		
4	薬の種類が非常に多い場合など、処方量なども含めて全部詳しく書かないとだめか？	介護の手間を発生させる主要な傷病に関する服薬や、高齢者に対して副作用のある服薬を中心に記載していただきたい。服薬自体が大きな介護の手間である場合など主治医が必要と考えた場合はその旨記載し、具体的には処方箋のコピーを添付することなども考えられる。

	質問	回答
5	主治医意見書の「安定」、「不安定」と審査会資料の「安定性」、介護認定審査会の判断の基準は同じものか？	定義が異なるので、それぞれ違う意味となっている。主治医意見書の「安定」、「不安定」は症状としての安定性の評価で、脳卒中や心疾患、外傷など急性期や慢性疾患の急性増悪期などで積極的な医学管理を必要とされるときに「不安定」を選択し、現在の全身状態から急激な変化が見込まれない場合は「安定」を選択していただきたい。 審査会資料の「状態の安定性」は、「疾病や外傷等により、心身の状態が安定していない状態」について、認定調査項目の結果から、一次判定ソフトが推計して表示するものである。 審査会が決定する「状態の維持・改善の可能性」は「おおむね6ヶ月以内に全身の状態が悪化し、介護の手間が増大することによる要介護度の再検討の必要があるかどうか」という視点により、基本調査項目、主治医意見書、特記事項基準を参考に審査することとされている。
6	意見書の中に視力障害、聴覚障害に対する記述がほとんどなく、精神面、体の手足の動きの記入が主体に感じられ、視力障害、聴覚障害に対する評価の整合性の基準を示していただきたい。	医学的・専門的観点から、視力障害及び聴力障害について、要介護認定の審査判定上あるいは介護保険によるサービスを受ける上で重要と考えられる事項があれば、「1．傷病に関する意見」または「5．特記すべき事項」の欄に具体的に記入していただきたい。
7	32分以上50分未満状態の維持・改善可能性に係る審査判定「要支援2」と「要介護1」を振り分ける際、審査会資料における「安定・不安定」という表示と主治医意見書の「不安定」のチェックの関係で、両者が違っていた場合の判断について伺いたい。	審査会において、一次判定結果、主治医意見書及び特記事項の記載内容から総合的に判断して、おおむね6ヶ月以内に介護度の再評価が必要な場合に「状態が不安定である」と判定する。
【主治医意見書「2．特別な医療」】		
8	医療行為について、「看護職員等が行った診療補助行為」とあるが、介護職員が行う行為はこれに含まれるか。	平成24年3月30日老老発0330第2号老人保健課長通知により、「認定調査表記入の手引き」が一部改正され、「気管切開の処置における開口部からの喀痰吸引」及び「経管栄養」については、必要な研修を終了した介護職種が行う行為も含まれることとされた。 主治医意見書記入の手引きについては、もともと「看護職員等」に含まれる職種の定義がなかったため、この時点での改正は行われていない。制度上は、「喀痰吸引」と「経管栄養」については、研修を受けた介護職員が実施可能となっているため、「看護職員等」に含めて記載して良いと考える。
9	ここに列挙されている12項目については、本人や家族が努力することにより実施可能となる項目が少なくない。この場合当事者が、努力することによって14日以上看護職員などの援助がない場合は、加算対象から外れることとなる。これは、当事者の意欲を割くことにもつながり、介護保険の基本的理念から外れるものではないか。	「特別な医療」は、手引きに示された基準に基づいてチェックしていただきたい。本人や家族の努力で類似行為が行われている等の具体的状況については、「5．特記すべき事項」の欄に記入していただきたい。

	質問	回答
【主治医意見書「3. 心身の状態に関する意見」】		
10	整形外科医で四肢体幹機能についての意見書を記載するが、必ず認知症についてのチェックも要求される。 一応、コンタクトがきちんととれる人の場合、異常なく正常と記入はしているが、少し躊躇(ためらい)を感じる。 一度来院されただけで主治医と言われて意見書を求められた場合等、特に困惑する。	主治医意見書は、被保険者が認定申請書に記入した主治医に対して記載を求めることとしている。意見書の作成に苦労される場合もあろうかと思うが、可能な範囲ですべての項目を記載していただきたい。 なお、介護支援専門員等を対象とした各種研修会において、医師への情報提供を十分行うよう周知している。 また、本テキスト(p.215～p.216)掲載の問診票を用いて、事前に看護師や家族等により記載することにより、日常生活上の支障や記憶障害の有無などについて把握する方法もある。
11	寝たきりや車椅子を使用している患者の中には、身長や体重を測定できない者がいるが、このような場合も記載が必要なのか。 また、記載する目的は何か。	「著しい肥満がある」等、体格によって「介護の手間」に影響する場合があるので、できるだけ身長と体重を記載していただきたい。どうしても測定できない場合においても、体格に関する情報を記載していただきたい。
12	認知症患者の主治医意見書作成は本人の話を聞くだけでは正確に作成できない。本人と身近な介護者がともにきて質問に答えてほしい。	認知症高齢者の主治医意見書の作成について当事者のみに問診して、状況を判断することはきわめて難しいものと考えられる。このような場合の対応など国からは示されていないため、義務ではないが、事情を知っている関係者の同席を依頼することや、事前に申請者に対して状況を聞き取り、それを参考として意見書を作成することなどは差し支えないものと考えている。なお、保険者によっては「主治医意見書作成に係る問診票」等を作成・配付している場合もある。
13	アルツハイマー型認知症の診断名があるにも関わらず、主治医意見書の認知症の中核症状の「短期記憶」が「問題なし」と記載されている場合があるが、問題ないのか。	認知症の中核症状は認知症であれば必ず出てくる症状と定義されているため、短期記憶に問題がないことは少ないと考えられるが、日々状態は変わることもあり、診察時に短期記憶に関する検査に対して、問題が認められなかったのであれば、そのように記載することはあり得るものと考える。 このような主治医意見書は、審査会の場面でも議論があることと思われるが、例外的なことについては、主治医意見書の特記事項に状況を記載いただくと審査の参考となるものと思われる。
14	(3)認知症の周辺状況の記載方法について 医療界の常識として、健康診断などにおいて完全否定できないものは、疑わしいものはチェックすべきという原則がある。小生は二次審査を行っているが、多くの医師が不明の場合、すなわち否定できない場合でもチェックを入れずに、結果として問題行動等がないこととしている。このため、不利な判定を受けている例が少なくない。 周辺症状等の確認ができない場合の対応についてご教示願いたい。	認められる認知症の具体的な周辺症状について記載していただきたい。また、要介護認定の審査判定上あるいは介護保険によるサービスを受ける上で重要と考えられる事項があれば特記すべき事項の欄に記入していただきたい。 また、本テキスト(p.215～p.216)掲載の問診票を用いて、事前に看護師や家族等により記載することにより、日常生活上の支障や記憶障害の有無などについて把握する方法もある。

	質問	回答
15	認知症Ⅱの方が要支援になる例があるが、予防給付について適切な理解ができていると解釈してよいのか。	主治医意見書と調査員の評価で、一方がⅡ以上なのに対し、もう一方が自立またはⅠであった場合は、一次判定ソフトにより、「Ⅱ以上の蓋然性」が推計されており、50%以上だった場合に「要介護1」と表示され、50%未満の場合、状態の安定性が「安定」であれば「要支援2」と表示される。 したがって、主治医がⅡ以上と記載していても、一次判定結果上は要支援2と表示されることがある。また、主治医も調査員も同じくⅡとしていても、基本調査項目のチェックの状況によっては、一次判定結果が「要支援1」となる場合もある。 一次判定の結果は、判定ソフトによる「推計」であるため、特記事項や主治医意見書の記載内容を参考として、最終的には審査会の判断にて確定となる。 その場合も、「Ⅱ」となっていることをもって、直ちに「予防給付についての適切な理解ができない」状態とするのではなく、あくまで目安として総合的に評価することとなっている。
【主治医意見書「4. 生活機能とサービスに関する意見」】		
16	(2)栄養・食生活について 厚労省の考え方として、特定健診を実施するなど栄養過多を問題視している。しかし、この項目では、低栄養のみを問題視している。高齢者でも栄養過多のため食生活に問題ありとするべき事例があるが、なぜ栄養状態は「良好」にチェックしなければならないのか。	特に介護保険によるサービスを受ける上で重要と考えられる事項があれば、「5. 特記すべき事項」の欄に記入していただきたい。
17	サービス提供時における医学的観点からの留意事項について、運動や移動など全く行っていない人の場合どのように記載するか？	全く行っていない人の場合、医学的観点から運動や移動などを「行えない状態」なのか、「行わない方が望ましい」のか、「本当は行ったほうがいい」のか、行うとしたらどのような注意が必要なのかなど、サービス提供者が留意しなければならない事項を記載していただきたい。
18	(5)医学的管理の必要性について、施設に入っている方に関してのチェックが非常に難しいが、全くチェックしなくても構わないか。	施設入所者についても、可能な範囲で記載していただきたい。
19	(7)感染症の有無の欄について、疾患の種類や症状の程度など記載すべき範囲はあるか。	主治医意見書は、要介護認定の資料として使用され、その記載にあたっては、要介護認定のために必要な情報について過去の診療録等に基づき記載することが想定されている。 従って、記載の段階で感染症に関し把握しているものについて記載することになるので、意見書を記載するために感染症に関する検査を行う必要がないものとされている。 なお、このことは、自他覚所見等から感染症が疑われる場合に医療保険の給付として感染症の有無等に対する検査を行うことを妨げるものではない。
【主治医意見書「5. 特記すべき事項」】		
20	目が見えない人で、家の中では慣れているから普通の生活はできるが、外では普通のことができない、また、耳が聴こえなくて上手に話ができない人は神経障害になるのか。	目が見えないまたは耳が聞こえない場合は、神経症状としてではなく、「5. 特記すべき事項」に具体的な状況を記載していただきたい。

	質問	回答
【特定疾病にかかる診断基準】		
21	「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」の「著しい」の定義について 専門医の整形外科医からみると初期の変形性関節症でもこれらの変化はある程度初期の段階からみることができる。 そのため、初期の段階でも著しい変形となってしまうが、著しいの定義とはなにか。	「特定疾病にかかる診断基準」に従って、主治医が判断していただきたい。
22	慢性腎不全の場合、総合支援法と介護保険法の意見書では書く内容は違うのか。コピーして使えないか。また、どちらの制度が患者にとって有利か？	両制度の主治医意見書はほとんど共通しているものの、一部異なる様式となっている。従って、コピーで流用することはできないが、内容については特別書き分ける必要はないので、共通する部分は補助者などに書き写してもらい、医師が確認の上署名することで主治医意見書を作成することは可能と考えられる。 両制度には共通する部分もあるが、総合支援法にしかないサービスなどもあることや、65歳以上の高齢者の場合は共通するサービスについては介護保険を優先することになっていること、40歳から64歳では「糖尿病性腎症」のみが介護保険の対象になっていることなどをご理解いただき適切な主治医意見書の作成に協力いただきたい。なお、利用者にとってどちらの制度が適切かについては、まずは本人・家族が市町村の相談窓口（地域包括支援センターまたは障がい福祉関係部署）において相談することを勧めていただきたい。
【介護支援専門員との連携】		
23	主治医意見書にケアプランを提供してほしいと記載しても、送ってこないことが多く、送られてきてもせいぜい週間サービス表のみである。これはどこにお願いすればよいのか。	意見書にケアプラン提供について要望する記載があれば、利用者が同意しないなど特に理由がない場合は、当然提供する事が最低限のマナーと考えるが、主治医への情報提供は法的に義務が課せられているわけはなく、失念している介護支援専門員も少なくないと思われる。週間サービス表（第3表）はケアプランの一部であり、本人の意向、長期・短期目標やサービス内容を記載する第1表・2表も必ず作成するものであるため、提供内容に不足がある場合は、担当介護支援専門員に連絡して再度請求していただきたい。 なお申請者によっては、要介護認定を受けた後も、サービスを利用せず、介護支援専門員と契約しない場合も相当あるため、すべての申請者のケアプランが作成されているとは限らない。
24	これまで診ていない申請者についての主治医意見書作成を依頼されたが、介護支援専門員や家族からの情報が十分得られなかった為、記載が困難であった。 主治医意見書を作成する医師に対して、必要な情報が十分提供されるよう望む。	市町村は、被保険者が認定申請書に記入した主治医に対して主治医意見書の記載を求めるが、主治医がいない場合は、市町村が指定する医師等に作成を依頼することになっている。この場合、情報が少なく意見書の作成に苦労されていることと思うが、介護支援専門員等から医師に必要な情報が十分提供されるよう各種研修会等を通して周知をしていきたい。また、本テキストに掲載している予診票を用いて、事前に看護師や家族等により記載することにより、日常生活上の支障や記憶障害の有無などについて把握する方法もある。

	質問	回答
25	主治医意見書を作成した申請者に関する認定結果は、依頼することで通知してもらえるが、その後は何の連絡もなく、1年後にまた意見書の作成を求められる。 医師との連携をもっと密に行うよう介護支援専門員への指導を望む。	介護保険法第2条では、「保険給付は…（中略）…医療との連携に十分配慮して行わなければならない」と規定されており、介護支援専門員を対象とした各種研修において、医療との連携について啓発を行っているが、今後更に周知徹底を図っていくこととする。 なお、北海道では独自に「医療連携推進事業」を実施し、医療機関と介護関係者の連絡ツール等検討･作成を推進する団体に対し補助を行うなど、二次医療圏における医療と介護の連携を推進していることから、郡市医師会においても、これらの団体の活動に対し、理解･協力をお願いしたい。 なお申請者によっては、要介護認定を受けた後も、サービスを利用せず、介護支援専門員と契約しない場合も相当あるため、すべての申請者のケアプランが作成されているとは限らない。
【その他】		
26	主治医意見書を書いてくれない医療機関や医師がいて、困っている利用者や家族がいるが、医師へのペナルティはないのか。	医師へのペナルティはないが協力をお願いするものである。
27	40歳以上65歳未満の生活保護受給者からの要介護認定のための主治医意見書について、法的根拠などを確認したい。	65歳以上の生活保護受給者と医療保険に加入している40歳以上65歳未満の生活保護受給者は、介護保険の被保険者となるので、一般の要介護認定と同じ制度で要介護認定が行われるが、40歳以上65歳未満の医療保険未加入者は、介護保険の被保険者にならないため、生活保護法による要介護認定が行われる。（障害者手帳を持っている場合は障害福祉サービスが生活保護法に基づく介護扶助に優先することとされている。） この場合、要介護認定の申請は福祉事務所等に対して行われるが、福祉事務所等は保険者に委託して介護保険制度に準じて介護認定審査を行うことになるため、認定の手続き自体は一般の介護保険被保険者の場合と同様で、意見書作成の料金なども介護保険制度と変わらない。 このようにして認定された対象者については、生活保護法の指定介護機関にケアプランの作成を委託し、生活保護法の指定介護機関からのサービスのみが利用可能となるものである。
28	非該当となった申請者などから時期をあけずに再申請が出された場合などは前回の主治医意見書のコピーを提出することでかまわないか。診察日からどれくらいの期間まで、再診察をせずに主治医意見書を出すことが可能か。	新たな申請に対して、主治医意見書を作成することになるため、最新の情報に基づいて主治医意見書を記載する必要がある。 ただし、申請の間隔が短く、申請者の状態が変わっていないのであれば、新たな発行日と署名以外の意見書の内容は、前回と同様となることもあり得る。 また、診察から主治医意見書発行日までの期間を明確に規定している通知等はないが、診断書等は一般的に診察日から3ヶ月間まで出すことができるとされていることなどに留意し、可能であれば再診察を行うなどして最新の情報を記載いただきたい。

	質問	回答
29	同一の主治医意見書を複数回の認定に使用することは可能か。 受診者の状況に全く変化が無い場合、主治医意見書の記載内容も、前回と全く同じとなるが、簡略化はできないのか。	介護保険法第27条第3項、第28条第4項、第29条第2項により、市町村は、被保険者から申請があったときは主治の医師に対し意見を求めることとされていることから、前回と同様の内容となる場合であっても、最新の状況に基づいて主治医意見書の記載をお願いしたい。
30	介護認定審査会で「非該当」になった方から、数回にわたり申請があり、その都度審査しているが、法的に申請回数に規制がないので対応に苦慮している。	非該当になった方は、再申請することが可能であり、その場合、介護保険法第27条第3項により、市町村は、主治の医師に対し意見を求めることとしている。
31	介護認定審査会において、主治医意見書に不備があって確認を要することがあるが、審査会として意見書を提出する医師に注意を促すことはできないか？	主治医意見書に記入漏れ等の不備がある場合は、介護認定審査会の前に保険者事務局から医師に確認を行う等の対応がされているが、審査会の中で気づいた記載内容の不備等についても保険者事務局を通じて、照会することは差し支えない。特に、第２号被保険者の「特定疾病」にかかる記載は、「診断基準」に基づきなされることが求められる。
32	交通事故など介護保険が対象としない要因での状態変化について ４０歳以上６５歳未満の方が、交通外傷により日常生活自立度に著しい支障をきたした場合でも介護保険の対象とならないことは、承知している。 しかし、１号保険者が交通外傷により日常生活自立度に著しい変化をきたした場合、介護認定で加味されることを容認しているが、交通外傷により生じた障害を介護保険で担保するのは介護保険の目的外利用ではないか。加害者などが負担すべき部分を、介護保険で担保することは、公平性にかけると考えられるがいかがか。	第2号被保険者の保険給付は、要介護の原因が加齢に伴う疾患等に限られているのに対し、第1号被保険者の保険給付は、原因の如何に関わらず、必要な「介護の手間」に基づいて行われることになっている。 なお、市町村は給付事由が第三者の行為によって生じた場合においては、法第21条の規定に基づき、損害賠償の請求権を取得することとなる。
33	介護保険の申請者は増加しており、審査会の負担の軽減が必要である。	認定事務の簡素化については社会保障審議会の介護保険部会でも検討されており、有効認定期間を延長するなど少しづつではあるが、負担の軽減を図っており、平成24年4月からは、初回の認定でも状況によっては12ヶ月までの延長が認められたところ。 各保険者においては、従前は5人合議体が主流であったものが4人または3人合議体に変更する自治体が多くなっていることなど負担を減らす取り組みが進んでいる。
34	（介護認定審査会委員として） 主治医意見書の記載に不備があるが再提出を求めるほどではないといった場合に、審査会として、次回又は他の意見書の提出時に注意を促すような方法を取れないか。	提出された主治医意見書については、制度上「再提出」を求める取り扱いは規定されていない。 明らかな記載漏れやチェック漏れのような書式上の不備等については、審査会提出前に保険者事務局から確認を行う等の対応が行われているところ。 また、意見書の記載内容や記述の方法に改善を要すると認められる事例の場合に、当該保険者事務局を通じて助言やアドバイスを行うことは、差し支えない。
35	障害程度区分認定と要介護認定のいずれを申請したらいいのか等、手続きに関する相談対応はどのようになっているのか。	市町村の窓口では、住民から相談があった場合、その内容に応じて、どの制度が該当するか等、必要な手続きについて助言をしている。

	質問	回答
36	要介護認定の一次判定に用いられている樹形図は誰が考えた原理で、どういうプロセスで決められているのか、その根拠を知りたい。	介護施設に入所・入院している約3,400名の高齢者に対して行った「１分間タイムスタディ」の調査結果に基づき樹形モデルを用いて推計されている。
37	要介護認定の判定結果は、一般的にADLの評価が主体になっているように思うが、認知症に関する最近の評価はどの程度なのか。認知症の中核症状はそれほどではなくても歩き回って問題をおこすケースは介護に時間がかかっている。その場合ははどういう判断になっているか伺いたい。	介護保険制度開始当初、認知症の方の介護の手間が十分反映されていないとの批判があり、平成１５年度から、身体機能の高い認知症高齢者について、レ点が表示されるしくみが導入され、平成２１年度からは、基準時間に加算されるロジックとして改定された。これによって一次判定においても認知症の介護の手間が従来よりも反映されることになったが、認知症高齢者の状況は多様であるため、特記事項や主治医意見書の具体的記載を重視して二次判定を行っている。
38	介護認定審査会委員研修会の出席者は、主治医研修の受講は不要ではないか。	介護認定審査会委員研修会は、介護保険制度における要介護認定の重要性を踏まえ、委員として審査会で判定を行う際のポイントや検討手法について研修を行うものである。 対して本主治医研修会は、審査判定の重要な資料である意見書が、より有効に活用できるものとなるよう、各記載項目の具体的な記載方法や内容をより深く理解いただくための研修であり、受講対象となる方は一部重複してはいるが、両研修の目的は異なる。 主治医研修会については義務研修ではないため、受講していなくとも意見書を記載することは可能であるが、本研修会の趣旨等を理解の上、積極的な受講をお願いする。
39	介護認定の申請から認定までに時間を有する理由として、紙ベースでの運用が挙げられると思われるが、電子化等の予定はないのか。	被保険者が行う「要介護・要支援認定申請」手続きについては、平成31年４月以降、総務省が管理・運営する「マイナポータル」内の「ぴったりサービス」を利用した電子申請が、制度上可能となっている。 一方、「主治医意見の聴取」手続き（主治医意見書の作成）については、全国の保険者の一部において電子化の取組みがなされているところがあるものの、大部分の保険者においては、従来どおりの紙ベースでの対応となっており、現時点では全国的な電子化の予定はない状況である。 なお、電子申請サービス利用の可否や主治医意見書の電子化については、市町村ごとに状況が異なるため、別途、保険者に確認願いたい。

第５章　参考資料集等

Ⅰ　参考資料集
　１　介護保険制度の概要
　２　介護保険の各種サービスについて

Ⅱ　関連通知
　３　「主治医意見書記入の手引き」の一部改正について
　４　「要介護認定等の実施について」の一部改正について
　５　末期がん等の方への要介護認定等に関する各種通知等
　６　医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進について
　７　「おむつに係る費用の医療費控除の取扱いについて」の一部改正について
　８　要介護認定結果及び居宅サービス計画の情報提供について
　９　主治医意見書の取扱いについて
　10　第三者行為の届出義務化等に係る留意事項について
　11　地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律の一部の施行に伴う関係政令の整備に関する政令の施行について
　12　「介護認定審査会の運営について」の一部改正について

Ⅲ　介護保険主治医意見書用問診票（旭川市における使用例）

Ⅳ　主治医意見書記載ガイドブック

Ⅴ　障がいと介護の優先関係

介護保険制度の概要

令和7年7月
厚生労働省老健局

1. 介護保険制度の概要

2. 介護保険制度をとりまく状況

（参考）次期制度改正に向けた検討状況

介護保険制度の導入の基本的な考え方

【背景】

○　高齢化の進展に伴い、要介護高齢者の増加、介護期間の長期化など、介護ニーズはますます増大。

○　一方、核家族化の進行、介護する家族の高齢化など、要介護高齢者を支えてきた家族をめぐる状況も変化。

○　従来の老人福祉・老人医療制度による対応には限界。

高齢者の介護を社会全体で支え合う仕組み（介護保険）を創設

1997年　介護保険法成立、2000年　介護保険法施行

【基本的な考え方】

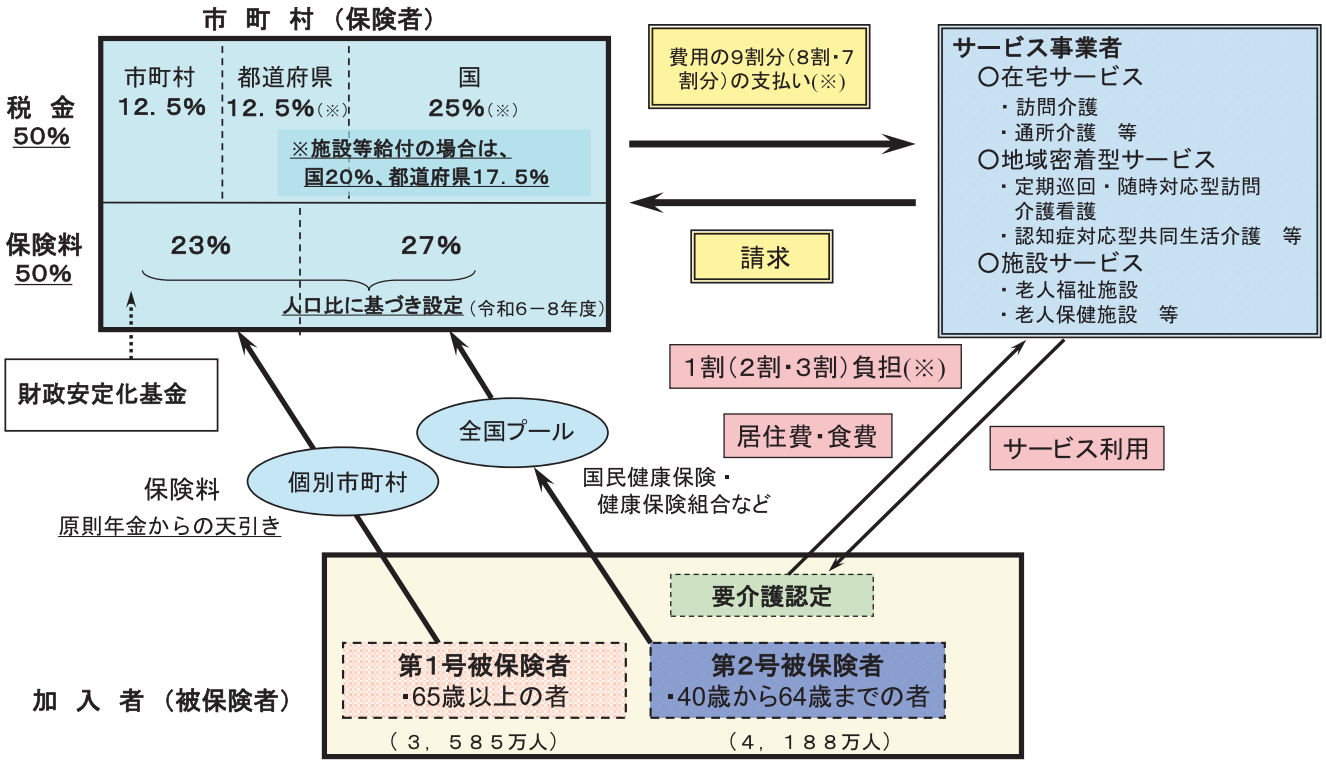
○　**自立支援**・・・単に介護を要する高齢者の身の回りの世話をするということを超えて、高齢者の自立を支援することを理念とする。

○　**利用者本位**・・・利用者の選択により、多様な主体から保健医療サービス、福祉サービスを総合的に受けられる制度

○　**社会保険方式**・・・給付と負担の関係が明確な社会保険方式を採用

3

介護保険制度の仕組み

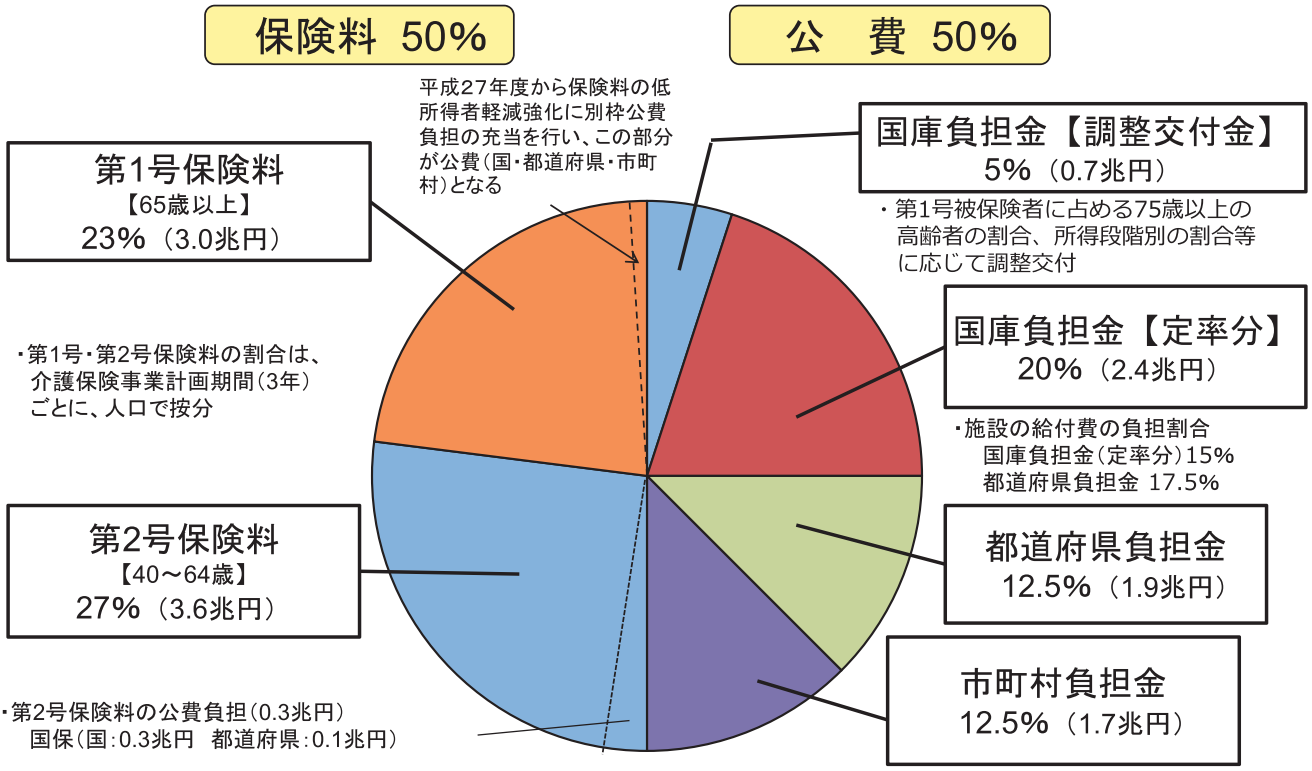


（注）第1号被保険者の数は、「令和4年度介護保険事業状況報告年報」によるものであり、令和4年度末現在の数である。
　　第2号被保険者の数は、社会保険診療報酬支払基金が介護給付費納付金額を確定するための医療保険者からの報告によるものであり、令和4年度内の月平均値である。
（※）一定以上所得者については、費用の2割負担（平成27年8月施行）又は3割負担（平成30年8月施行）。

4

介護保険の財源構成と規模

（令和７年度予算額　介護給付費：13.2兆円）（ 総費用ベース：14.3兆円）



※数値は端数処理をしているため、合計が一致しない場合がある。

介護保険制度の被保険者（加入者）

○ 介護保険制度の被保険者は、①65歳以上の者（第１号被保険者）、②40～64歳の医療保険加入者（第２号被保険者）となっている。

○ 介護保険サービスは、65歳以上の者は原因を問わず要支援・要介護状態となったときに、40～64歳の者は末期がんや関節リウマチ等の老化による病気が原因で要支援・要介護状態になった場合に、受けることができる。

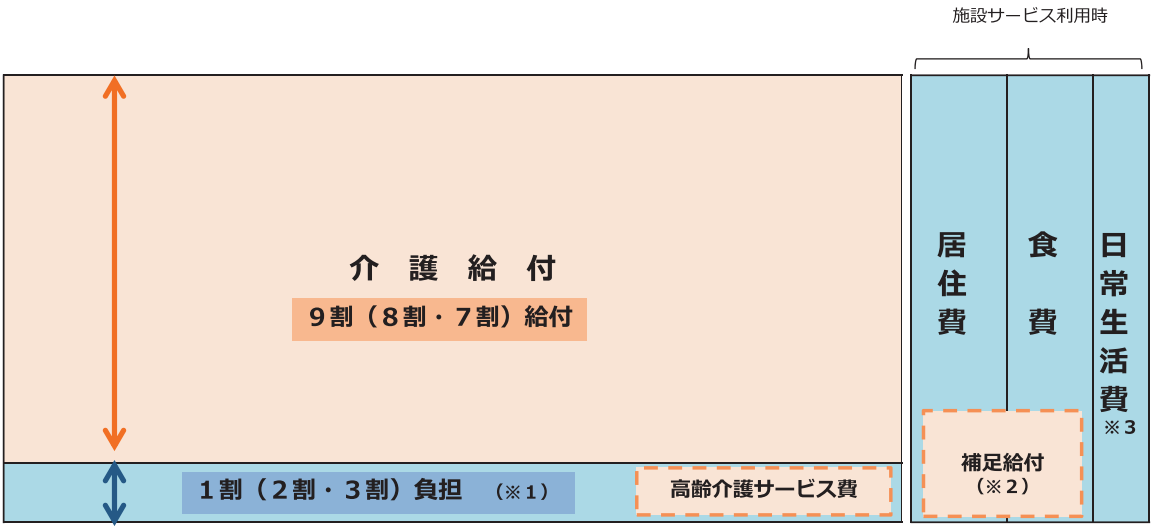
	第１号被保険者	第２号被保険者
対　象　者	65歳以上の者	40歳から64歳までの医療保険加入者
人数	3,585万人 （65～74歳：1,636万人　75歳以上：1,949万人）	4,188万人
受 給 要 件	・要介護状態 （寝たきり、認知症等で介護が必要な状態） ・要支援状態 （日常生活に支援が必要な状態）	要介護、要支援状態が、 末期がん・関節リウマチ等の加齢に起因する疾病（特定疾病）による場合に限定
要介護（要支援）認定者数と被保険者に占める割合	681万人（19.0%） 〔65～74歳：　71万人（4.3%） 75歳以上：　610万人（31.3%）〕	13万人（0.3%）
保険料負担	市町村が徴収 （原則、年金から天引き）	医療保険者が医療保険の保険料と一括徴収

（注）第１号被保険者及び要介護（要支援）認定者の数は、「令和４年度介護保険事業状況報告」によるものであり、令和４年度末現在の数である。
第２号被保険者の数は、社会保険診療報酬支払基金が介護給付費納付金額を確定するための医療保険者からの報告によるものであり、令和４年度内の月平均値である。

6

介護保険制度における利用者負担

※水色部分が利用者負担



※1　居宅介護支援は全額が保険給付される。
「合計所得金額160万円以上」かつ、「年金収入＋その他合計所得金額280万円以上（単身世帯の場合。夫婦世帯の場合346万円以上）」の場合は、2割負担。
「合計所得金額220万円以上」かつ、「年金収入＋その他合計所得金額340万円以上（単身世帯の場合。夫婦世帯の場合463万円以上）」の場合は、3割負担。
※2　介護保険3施設・ショートステイにおいては居住費、食費の軽減
※3　日常生活費とは、サービスの一環で提供される日常生活上の便宜のうち、日常生活で通常必要となる費用。（例：理美容代、教養娯楽費用、預かり金の管理費用）

7

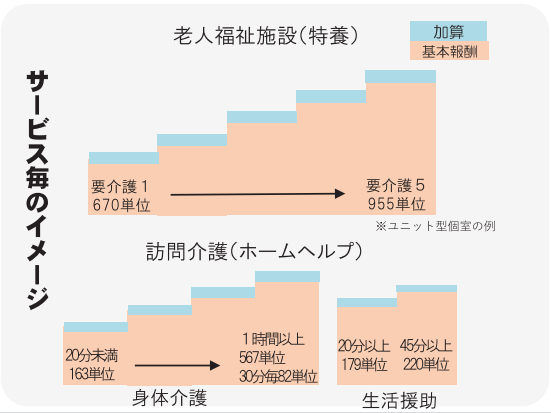
介護報酬について

介護報酬の基本的な構造

介護報酬の構造

基本報酬
（基本的なサービス提供に係る費用）

加算
事業所のサービスの提供体制や利用者の状況に応じて評価



加算の対応と例

【昨今の主な政策課題】
- 介護職の賃金が低いことを踏まえ、処遇改善の取組を推進
- 高齢化の進展に伴う、中重度者への対応や医療介護連携の推進

▶ 加算で評価し、事業所の取組を促し

▼

- 介護給付費分科会で施行状況を確認し、関係者の意見を踏まえ見直し（3年周期）

（見直しの視点例）
- 目的に応じた効果的・効率的なサービス提供につながっているか。
- サービスの質の向上につながっているか。
- 報酬体系の簡素化ができないか。

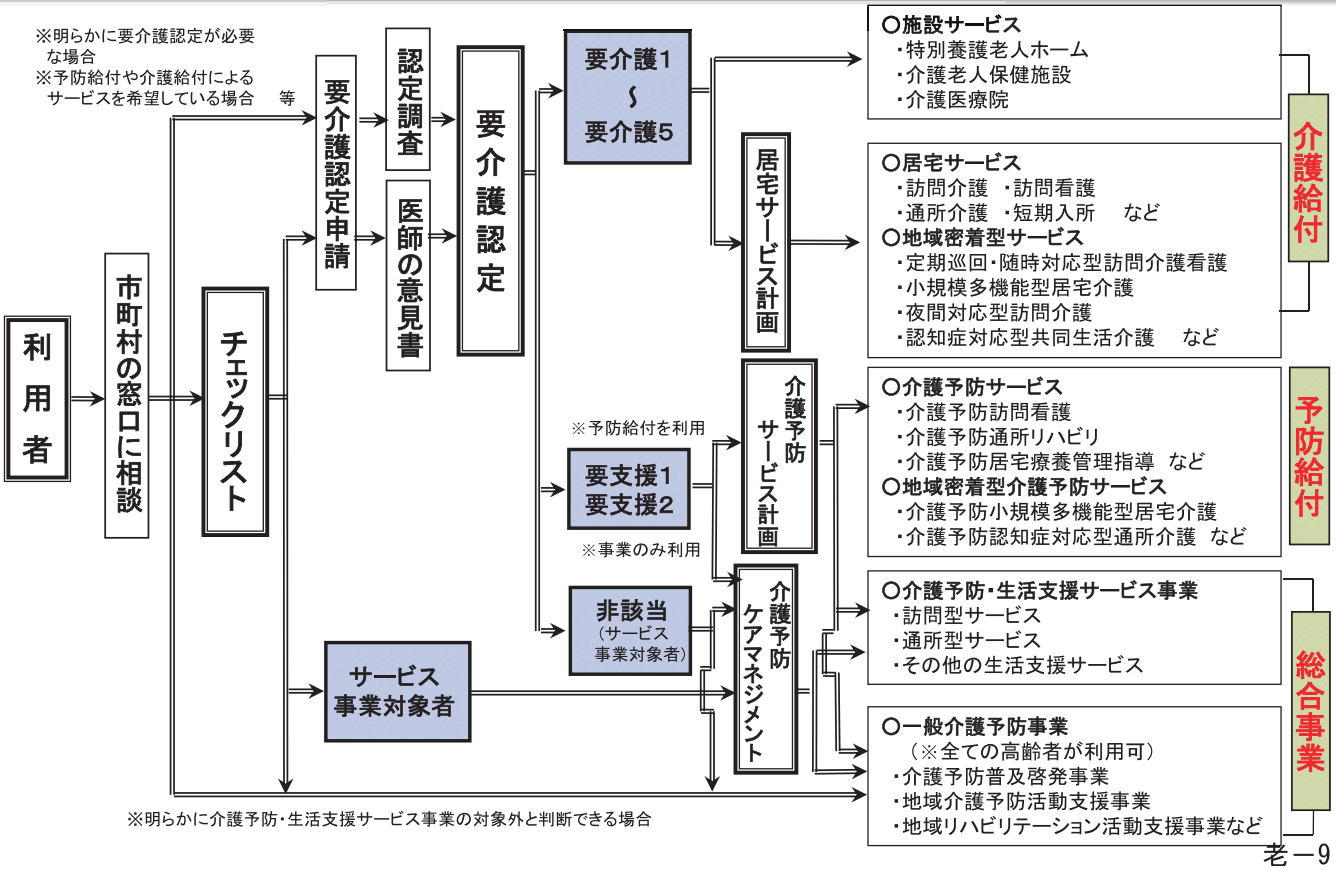
加算で評価している例

特養
- 一定の医療提供体制を整えた上で、利用者の看取りを実施
- 他職種が協働して低栄養状態の改善に向けた取組を実施

訪問介護
- 重度の方を受入可能な体制を整備し、受入を実施

8

介護サービスの利用の手続き



老－9

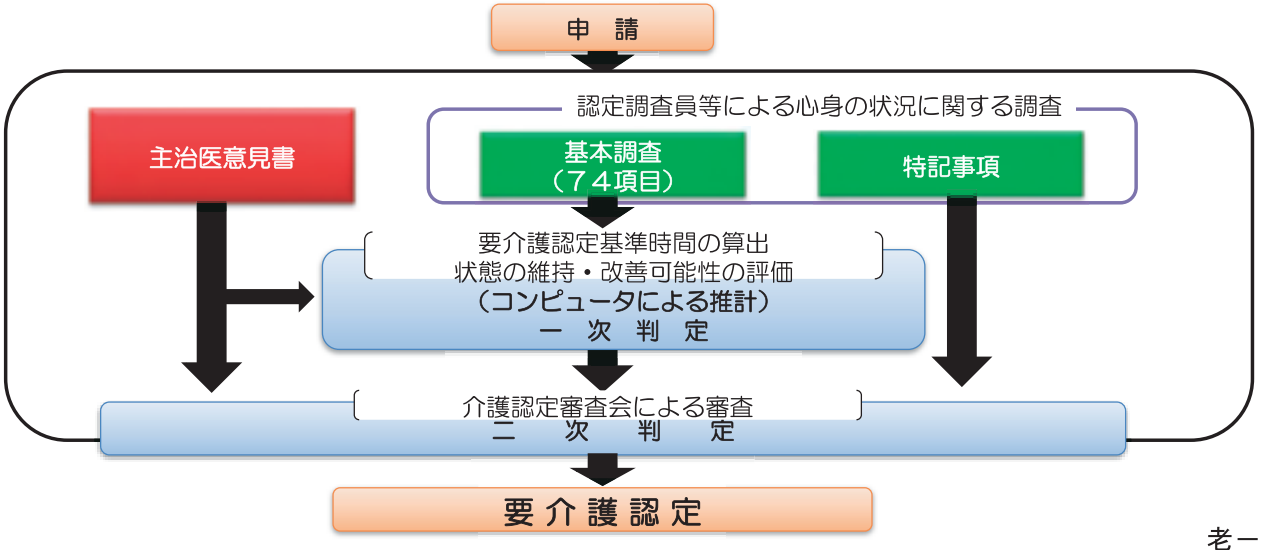
要介護認定制度について

要介護認定の仕組み

○　要介護認定（要支援認定を含む。）は、介護の必要量を全国一律の基準に基づき、客観的に判定する仕組みであり、一次判定及び二次判定の結果に基づき、市町村が申請者について要介護認定を行う。

①一次判定・・・　市町村の認定調査員による心身の状況調査（認定調査）及び主治医意見書に基づくコンピュータ判定を行う。

②二次判定・・・　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より、一次判定結果、主治医意見書等に基づき審査判定を行う。



老－10

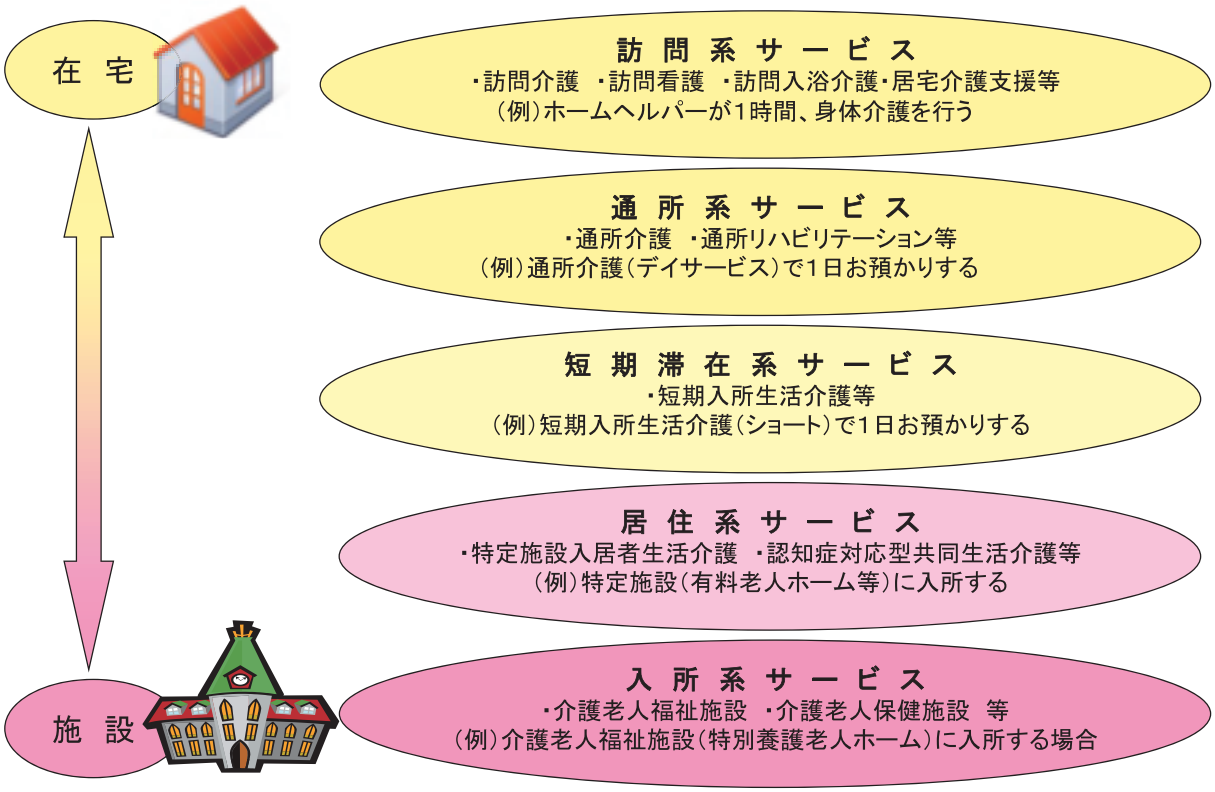
介護サービスの種類

	都道府県・政令市・中核市が指定・監督を行うサービス	市町村が指定・監督を行うサービス
介護給付を行うサービス	◎居宅介護サービス 【訪問サービス】 ○訪問介護（ホームヘルプサービス） ○訪問入浴介護 ○訪問看護 ○訪問リハビリテーション ○居宅療養管理指導 【通所サービス】 ○通所介護（デイサービス） ○通所リハビリテーション 【短期入所サービス】 ○短期入所生活介護（ショートステイ） ○短期入所療養介護 ○特定施設入居者生活介護 ○福祉用具貸与 ○特定福祉用具販売 ◎施設サービス ○介護老人福祉施設 ○介護老人保健施設 ○介護医療院	◎地域密着型介護サービス ○定期巡回・随時対応型訪問介護看護 ○夜間対応型訪問介護 ○地域密着型通所介護 ○認知症対応型通所介護 ○小規模多機能型居宅介護 ○認知症対応型共同生活介護（グループホーム） ○地域密着型特定施設入居者生活介護 ○地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 ○複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護） ◎居宅介護支援
予防給付を行うサービス	◎介護予防サービス 【訪問サービス】 ○介護予防訪問入浴介護 ○介護予防訪問看護 ○介護予防訪問リハビリテーション ○介護予防居宅療養管理指導 【通所サービス】 ○介護予防通所リハビリテーション 【短期入所サービス】 ○介護予防短期入所生活介護（ショートステイ） ○介護予防短期入所療養介護 ○介護予防特定施設入居者生活介護 ○介護予防福祉用具貸与 ○特定介護予防福祉用具販売	◎地域密着型介護予防サービス ○介護予防認知症対応型通所介護 ○介護予防小規模多機能型居宅介護 ○介護予防認知症対応型共同生活介護（グループホーム） ◎介護予防支援

この他、居宅介護（介護予防）住宅改修、介護予防・日常生活支援総合事業がある。

11

介護保険サービスの体系



12

1. 介護保険制度の概要

2. 介護保険制度をとりまく状況

（参考）次期制度改正に向けた検討状況

これまでの２４年間の対象者、利用者の増加

○介護保険制度は、制度創設以来２４年を経過し、６５歳以上被保険者数が約１．７倍に増加するなかで、サービス利用者数は約３．６倍に増加。高齢者の介護に無くてはならないものとして　定着・発展している。

①６５歳以上被保険者の増加

	2000年4月末		2024年4月末	
第1号被保険者数	2，165万人	⇒	3，591万人	1．7倍

②要介護（要支援）認定者の増加

	2000年4月末		2024年4月末	
認定者数	218万人	⇒	710万人	3．3倍

③サービス利用者の増加

	2000年4月末		2024年4月末	
在宅サービス利用者数 （地域密着型サービス（地密特養を除く）を含む）	97万人	⇒	427万人	4．4倍
施設サービス利用者数 （地域密着型特養を含む）	52万人	⇒	102万人	2．0倍
計	149万人	⇒	529万人	3．6倍

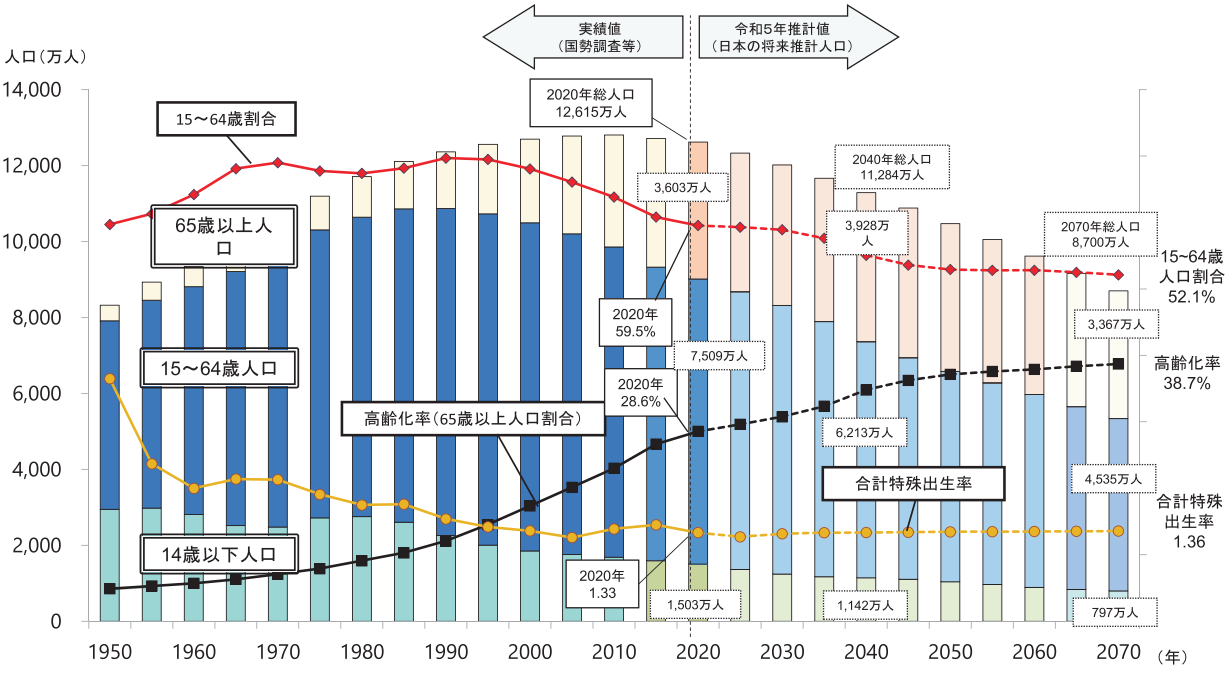
（出典：介護保険事業状況報告月報）

※１　居宅介護支援、介護予防支援、小規模多機能型居宅介護、複合型サービス、特定施設入居者生活介護（地域密着型含む）及び認知症対応型共同生活介護の合計
※２　介護保険施設及び地域密着型介護老人福祉施設の合計

14

日本の人口の推移

○　日本の人口は近年減少局面を迎えている。2070年には総人口が9,000万人を割り込み、高齢化率は39%の水準になると推計されている。

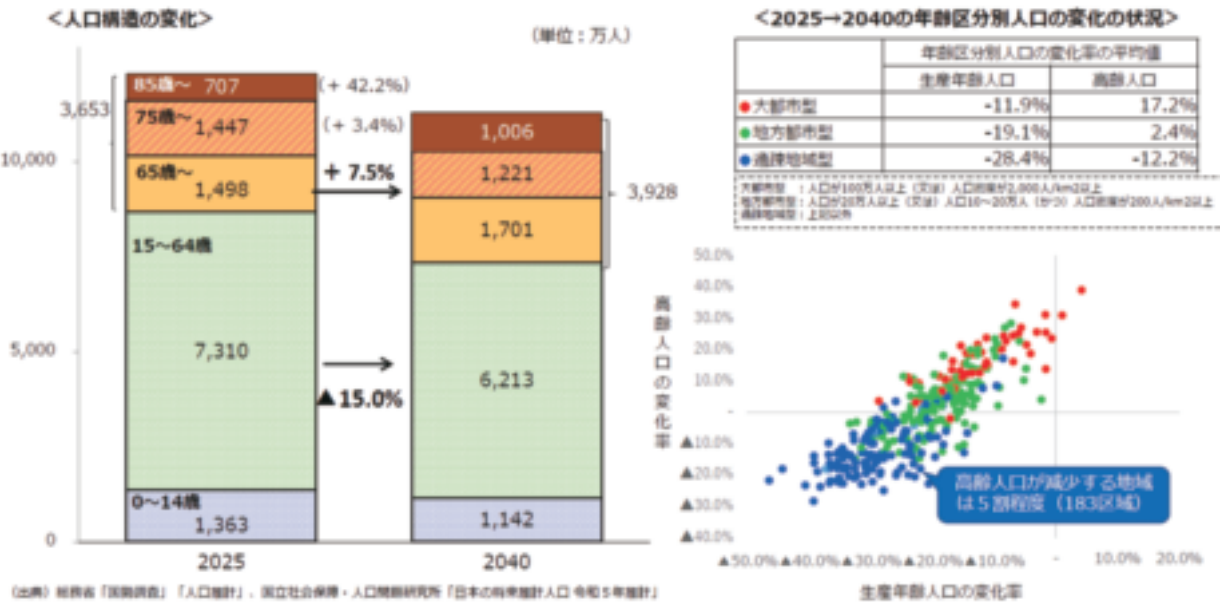


（出所）　2020年までの人口は総務省「国勢調査」、合計特殊出生率は厚生労働省「人口動態統計」、
2025年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（令和5年推計）」（出生中位（死亡中位）推計）

15

2040年の人口構成

○　2040年には、85歳以上人口を中心とした高齢化と生産年齢人口の減少が見られる。
○　地域ごとに見ると、ほぼ全ての地域で生産年齢人口は減少し、都市部では高齢人口が増加、過疎地域では高齢人口は減少する。



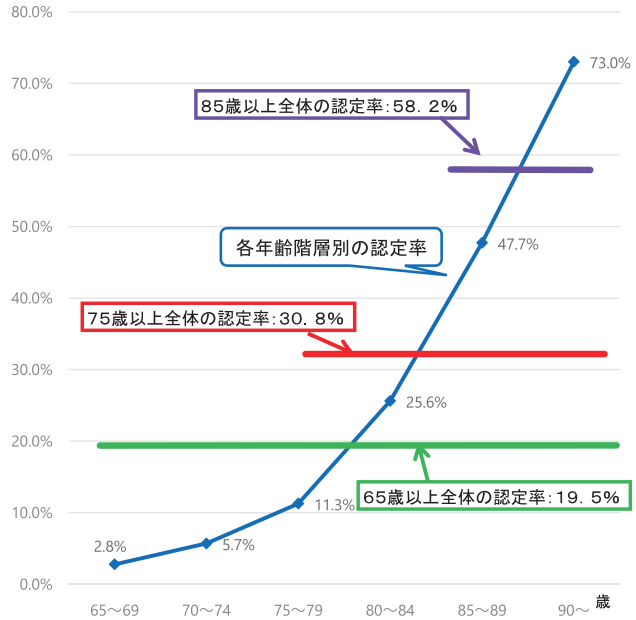
（資料出所）第７回　新たな地域医療構想等に関する検討会（令和６年８月）

16

医療と介護の複合ニーズが一層高まる

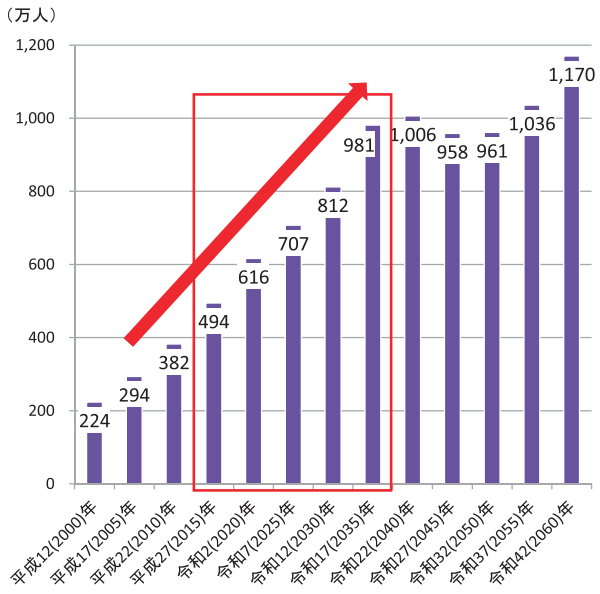
○ 要介護認定率は、年齢が上がるにつれ上昇。特に、85歳以上で上昇。
○ 85歳以上の人口は、2015年から2025年までの10年間、75歳以上人口を上回る勢いで増加し、2035年頃まで一貫して増加。

年齢階級別の要介護認定率



出典：2024年9月末認定者数（介護保険事業状況報告）及び2024年10月1日人口（総務省統計局人口推計）から作成
注）要支援1・2を含む数値。

85歳以上人口の推移

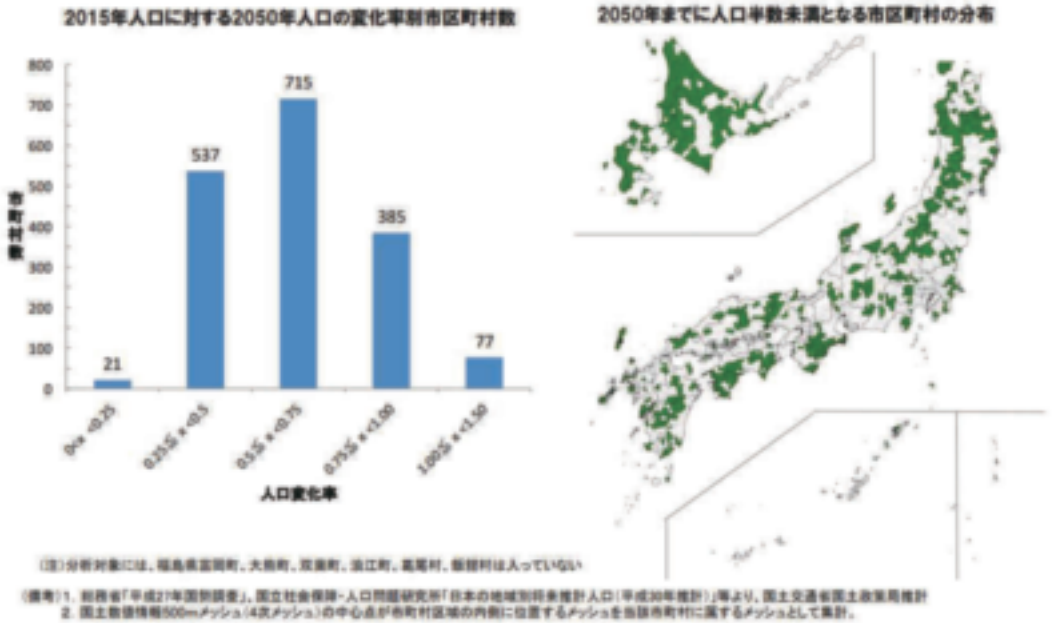


出典：国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」（令和5(2023)年4月推計）出生中位（死亡中位）推計

17

人口減少の地域差

○ 市区町村別にみると、**558市町村（全市区町村の約３割）が人口半数未満になり**、そのうち21市町村が25%未満となる。
○ 特に、人口が半減する市町村は**中山間地域**等に多く見られる。



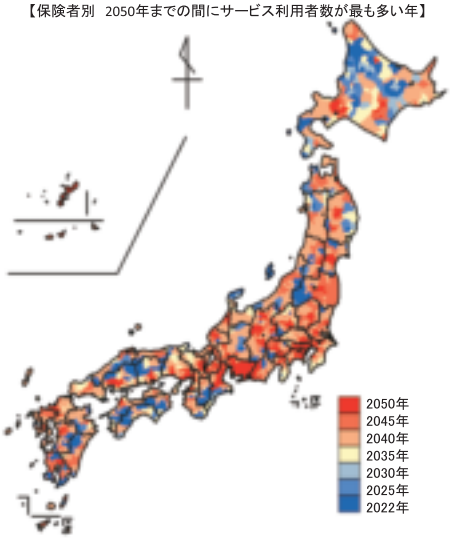
（資料出所）国土審議会計画推進部会 「国土の長期展望」（令和３年６月）

18

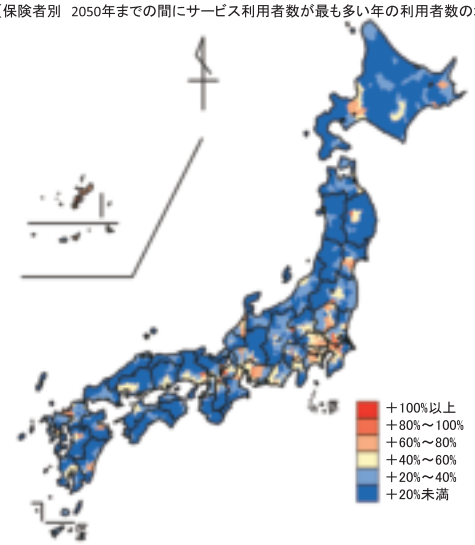
保険者別の介護サービス利用者数の見込み

○　各保険者における、2050年までの介護サービス利用者数を推計すると、ピークを過ぎ減少に転じた保険者もある一方、都市部を中心に2040年以降まで増え続ける保険者が多い。
○　また、最も利用者数が多くなる年の利用者数の2022年の利用者数との比（増加率）をみると、＋20%未満の保険者（約44%）が多い一方で、＋60%以上となる保険者（約13%）も存在する。

【保険者別　2050年までの間にサービス利用者数が最も多い年】



【保険者別　2050年までの間にサービス利用者数が最も多い年の利用者数の増加率】

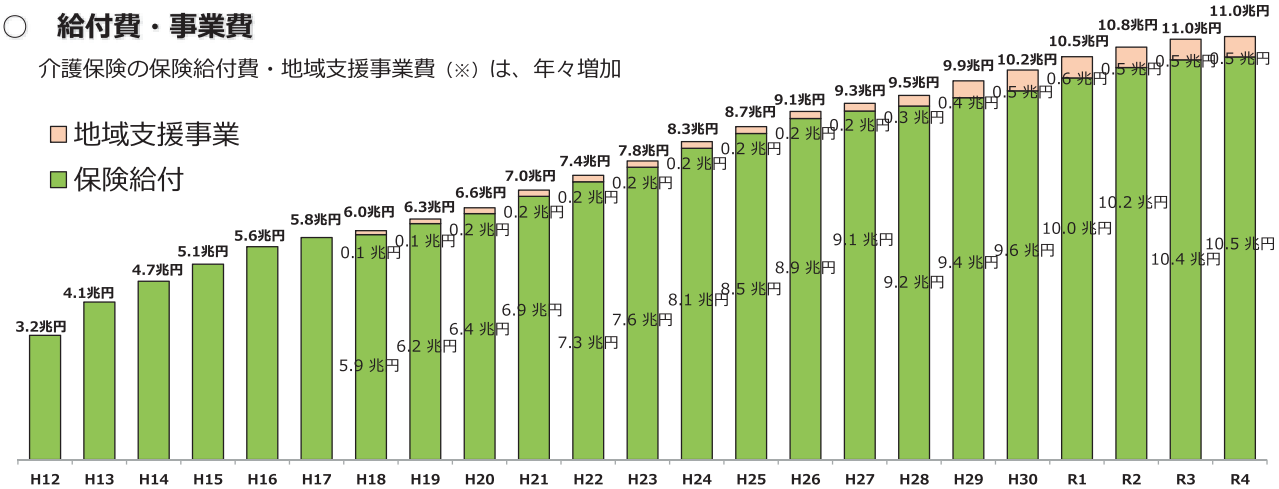


※　2022年12月(10月サービス分)介護保険事業状況 月次報告（厚生労働省）、2022年度介護給付費等実態調査（厚生労働省・老健局特別集計）から、保険者別の年齢階級別・サービス類型別・要介護度別利用率を算出し、当該利用率に推計人口（日本の地域別将来推計人口（令和5（2023）年推計）（国立社会保障・人口問題研究所）を乗じて、2022年以降5年毎に2050年までの保険者別の推計利用者数を作成。

介護保険にかかる給付費・事業費と保険料の推移

○　**給付費・事業費**

介護保険の保険給付費・地域支援事業費（※）は、年々増加



【出典】介護保険事業状況報告年報
※1　介護保険に係る事務コストや人件費などは含まない（地方交付税により措置されている）。
※2　保険給付及び地域支援事業の利用者負担は含まない。

○　**65歳以上が支払う保険料**　〔 全国平均（月額・加重平均）〕

第1期（H12～14年度）（2000~2002）	第2期（H15～17年度）（2003~2005）	第3期（H18～20年度）（2006~2008）	第4期（H21～23年度）（2009~2011）	第5期（H24～26年度）（2012~2014）	第6期（H27～29年度）（2015~2017）	第7期（H30～R2年度）（2018~2020）	第8期（R3～R5年度）（2021~2023）	第9期（R6～R8年度）（2024~2026）
2,911円	3,293円（＋13.1%）	4,090円（＋24.2%）	4,160円（＋1.7%）	4,972円（＋19.5%）	5,514円（＋10.9%）	5,869円（＋6.4%）	6,014円（＋2.5%）	6,225円（＋3.5%）

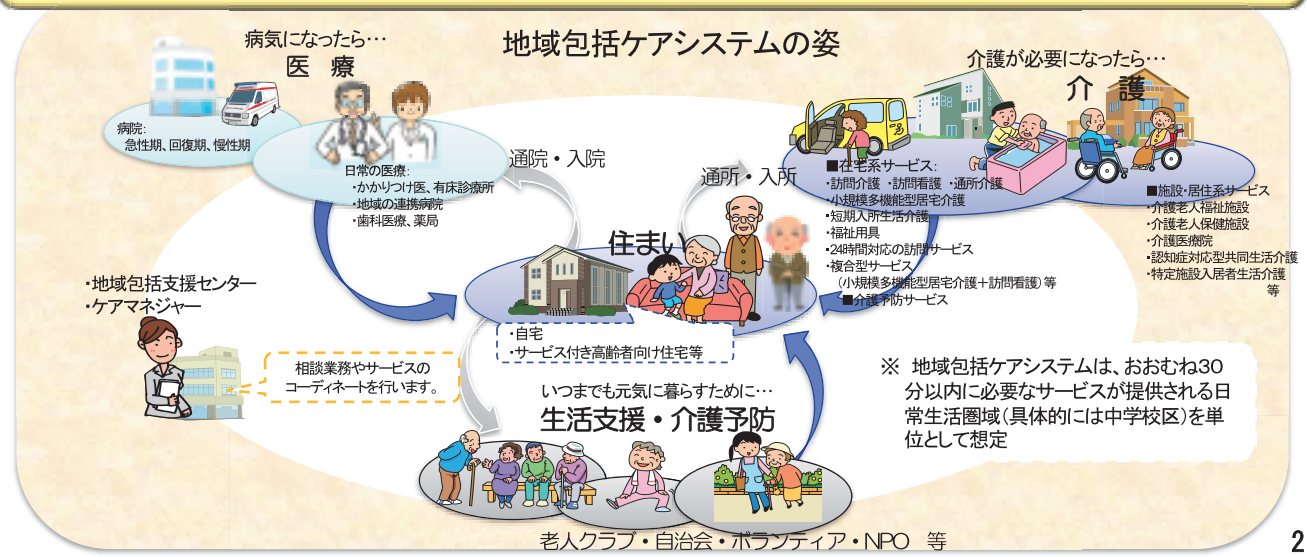
地域包括ケアシステムについて

○　住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、**医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制（地域包括ケアシステム）を実現。**

○　今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムが重要。

○　人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差**。

○　地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていく**ことが必要。



21

今後のスケジュール（案）

社会保障審議会介護保険部会（第116回）（令和６年12月23日）資料１より

- 介護保険制度は原則３年を１期とするサイクルで財政収支を見通し、事業の運営を行っている。
- したがって、この間に保険料の大きな増減が生じると、市町村の事業運営に大きな混乱が生じることから、制度改正を行う場合、2027年度からの第10期介護保険事業計画に反映させていくことを念頭に置いている。

	2024年度	2025年度	2026年度	2027年度	2028年度	2029年度
介護保険事業計画	第９期介護保険事業計画			第10期介護保険事業計画 △市町村保険料改定		
制度改正等のスケジュール		介護保険部会 △12/23 議論開始 報告 冬頃 とりまとめ 2040 検討会 (※)	所要の制度改正	制度改正の施行		

（注）介護報酬改定については、社会保障審議会介護給付費分科会において議論。
（※）「2040年に向けたサービス提供体制等のあり方」検討会

22

介護保険制度の主な改正の経緯

第1期（平成12年度～）

平成12年4月　介護保険法施行

第2期（平成15年度～）

平成17年改正（平成18年4月等施行）

○介護予防の重視（要支援者への給付を介護予防給付に。地域包括支援センターを創設、介護予防ケアマネジメントは地域包括支援センターが実施。介護予防事業、包括的支援事業などの地域支援事業の実施）

○小規模多機能型居宅介護等の地域密着サービスの創設、介護サービス情報の公表、負担能力をきめ細かく反映した第1号保険料の設定　など

第3期（平成18年度～）

平成20年改正（平成21年5月施行）

○介護サービス事業者の法令遵守等の業務管理体制整備。休止・廃止の事前届出制。休止・廃止時のサービス確保の義務化等

第4期（平成21年度～）

平成23年改正（平成24年4月等施行）

○地域包括ケアの推進。24時間対応の定期巡回・随時対応サービスや複合型サービスの創設。介護予防・日常生活支援総合事業の創設。介護療養病床の廃止期限の猶予（公布日）

○医療的ケアの制度化。介護職員によるたんの吸引等。有料老人ホーム等における前払金の返還に関する利用者保護

第5期（平成24年度～）

平成26年改正（平成27年4月等施行）

○地域医療介護総合確保基金の創設

○地域包括ケアシステムの構築に向けた地域支援事業の充実（在宅医療・介護連携、認知症施策の推進等）

○全国一律の予防給付（訪問介護・通所介護）を市町村が取り組む地域支援事業に移行し、多様化

○低所得の第一号被保険者の保険料の軽減割合を拡大、一定以上の所得のある利用者の自己負担引上げ（平成27年8月）　等

○特別養護老人ホームの入所者を中重度者に重点化

第6期（平成27年度～）

平成29年改正（平成30年4月等施行）

○全市町村が保険者機能を発揮し、自立支援・重度化防止に向けて取り組む仕組みの制度化

○「日常的な医学管理」、「看取り・ターミナル」等の機能と「生活施設」としての機能を兼ね備えた、介護医療院の創設

○特に所得の高い層の利用者負担割合の見直し（2割→3割）、介護納付金への総報酬割の導入　など

第7期（平成30年度～）

令和2年改正（令和3年4月施行）

○地域住民の複雑化・複合化した支援ニーズに対応する市町村の包括的な支援体制の構築の支援

○医療・介護のデータ基盤の整備の推進

第8期（令和3年度～）

令和5年改正（令和6年4月等施行）

○医療保険者と介護保険者が被保険者等に係る医療・介護情報の収集・提供等を行う事業を一体的に実施することとし、介護保険者が行う当該事業を地域支援事業として位置付け

○介護サービス事業者に経営情報の報告義務を課した上で当該情報に係るデータベースを整備　など

第9期（令和6年度～）

介護報酬改定の改定率について

改定時期	改定にあたっての主な視点	改定率
平成15年度改定	○ 自立支援の観点に立った居宅介護支援（ケアマネジメント）の確立 ○ 自立支援を指向する在宅サービスの評価　○ 施設サービスの質の向上と適正化	▲2．3%
平成17年10月改定	○ 居住費（滞在費）に関連する介護報酬の見直し ○ 食費に関連する介護報酬の見直し ○ 居住費（滞在費）及び食費に関連する運営基準等の見直し	
平成18年度改定	○ 中重度者への支援強化　○ 介護予防、リハビリテーションの推進 ○ 地域包括ケア、認知症ケアの確立　○ サービスの質の向上 ○ 医療と介護の機能分担・連携の明確化	▲0．5%［▲2．4%］ ※［ ］は平成17年10月改定分を含む。
平成21年度改定	○ 介護従事者の人材確保・処遇改善　○ 医療との連携や認知症ケアの充実 ○ 効率的なサービスの提供や新たなサービスの検証	3．0%
平成24年度改定	○ 在宅サービスの充実と施設の重点化　○ 自立支援型サービスの強化と重点化 ○ 医療と介護の連携・機能分担 ○ 介護人材の確保とサービスの質の評価（交付金を報酬に組み込む）	1．2%
平成26年度改定	○ 消費税の引き上げ（8%）への対応 ・基本単位数等の引上げ　・区分支給限度基準額の引上げ	0．63%
平成27年度改定	○ 中重度の要介護者や認知症高齢者への対応の更なる強化 ○ 介護人材確保対策の推進（1.2万円相当） ○ サービス評価の適正化と効率的なサービス提供体制の構築	▲2．27%
平成29年度改定	○ 介護人材の処遇改善（1万円相当）	1．14%
平成30年度改定	○ 地域包括ケアシステムの推進 ○ 自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスの実現 ○ 多様な人材の確保と生産性の向上 ○ 介護サービスの適正化・重点化を通じた制度の安定性・持続可能性の確保	0．54%
令和元年10月改定	○ 介護人材の処遇改善 ○ 消費税の引上げ（10%）への対応 ・基本単位数等の引上げ・区分支給限度基準額や補足給付に係る基準費用額の引上げ	2．13% 〔処遇改善　1.67%　消費税対応　0.39% 補足給付　0.06%〕
令和3年度改定	○ 感染症や災害への対応力強化　○ 地域包括ケアシステムの推進 ○ 自立支援・重度化防止の取組の推進　○ 介護人材の確保・介護現場の革新 ○ 制度の安定性・持続可能性の確保	介護職員の人材確保・処遇改善にも配慮しつつ、物価動向による物件費への影響など介護事業者の経営を巡る状況等を踏まえ、 0．70% ※うち、新型コロナウイルス感染症に対応するための特例的な評価　0．05%（令和3年9月末まで）
令和4年10月改定	○ 介護人材の処遇改善（9千円相当）	1．13%
令和6年度改定	○地域包括ケアシステムの深化・推進　○自立支援・重度化防止に向けた対応 ○良質な介護サービスの効率的な提供に向けた働きやすい職場づくり ○制度の安定性・持続可能性の確保	1．59% 〔介護職員の処遇改善　0.98% その他　0.61%〕

24

1. 介護保険制度の概要

2. 介護保険制度をとりまく状況

（参考）次期制度改正に向けた検討状況

「2040年に向けたサービス提供体制等のあり方」検討会

社会保障審議会介護保険部会（第116回）
（令和６年12月23日）資料４より一部修正

・**2040年に向けて、人口減少のスピードが地域によって異なる中**、予防・健康づくり、人材確保・定着、デジタル活用等を通じて、地域包括ケアを維持した上で、**地域別のサービス提供モデルや支援体制を構築する必要**がある。また、地域の状況によっては、事業者間の連携等を通じ、人材確保を図りながら将来の状況をみこした経営を行うことにより、サービス提供を維持していく必要がある。

・上記を踏まえ、2040年に向けたサービス提供体制等のあり方について検討を行うため、本検討会を開催。具体的な議論の進め方としては、まずは高齢者に係る施策を検討した上で、その検討結果を踏まえ、他の福祉サービスも含めた共通の課題についても検討を行う（※）。

※老健局長が参集する検討会。事務局は老健局（社会・援護局、障害保健福祉部、こども家庭庁が協力）。

【主な課題と論点】

・人口減少・サービス需要の変化に応じたサービス提供体制の構築や支援体制

	地域の状況	検討の方向性
① 中山間・人口減少地域	既にサービス需要減の地域あり	需要減に応じた計画的なサービス基盤確保
② 都市部	サービス需要急増（2040以降も増加）	需要急増に備えた新たな形態のサービス
③ ①②以外の地域（一般市等）	当面サービス需要増→減少に転じる	現行の提供体制を前提に需要増減に応じたサービス基盤確保

・介護人材確保と職場環境改善・生産性向上、経営支援

・地域包括ケアとその体制確保のための医療介護連携、介護予防・健康づくり、認知症ケア　等

【スケジュール】

・第１回は1月9日に開催。その後ヒアリングを行いつつ議論し、4月10日に中間とりまとめ（高齢者関係）

・中間とりまとめ以降、他の福祉サービスも含めた共通の課題について検討し、夏を目途にとりまとめ

※自治体等で先行的な取組を進め、その状況報告を随時していただき、議論の参考に資するようにする

【構成員（令和７年４月７日現在）】（◎は座長、○は座長代理）（敬称略、五十音順）
池端 幸彦（医療法人池慶会池端病院理事）、江澤 和彦（医療法人和香会理事長）、大屋 雄裕（慶應義塾大学法学部教授）、
大山 知子（社会福祉法人蓬愛会理事長）、笠木 映里（東京大学大学院法学政治学研究科教授）、香取 幹（㈱やさしい手代表取締役社長）、
斉藤 正行（㈱日本介護ベンチャーコンサルティンググループ代表取締役（令和７年３月９日まで））、鈴木 俊文（静岡県立大学短期大学部教授）、
津下 一代（女子栄養大学教授）、中村 厚（日本クレアス税理士法人富山本部長）、 ◎ 野口 晴子（早稲田大学政治経済学術院教授）、
東 憲太郎（医療法人緑の風介護老人保健施設いこいの森理事長）、藤原 都志子（前公益社団法人徳島県看護協会 看護小規模多機能型居宅介護あい管理者）、松田 晋哉 （福岡国際医療福祉大学看護学部教授）、○松原 由美（早稲田大学人間科学学術院教授）

26

「2040年に向けたサービス提供体制等のあり方」検討会　中間とりまとめ（概要）

令和7年4月10日公表

2040年に向けた課題

○　人口減少、**85歳以上の医療・介護ニーズを抱える者や認知症高齢者、独居高齢者等の増加**

○　**サービス需要の地域差**。自立支援のもと、地域の実情に応じた効果的・効率的なサービス提供

○　介護人材が安心して働き続け、利用者等とともに地域で活躍できる地域共生社会を構築

基本的な考え方

①　**「地域包括ケアシステム」を2040年に向け深化**

②　**地域軸・時間軸を踏まえたサービス提供体制確保**

③　**介護人材確保と職場環境改善・生産性向上、経営支援**

④　**地域の共通課題と地方創生**

※　介護は、特に地方において地域の雇用や所得を支える重要なインフラ。人手不足、移動、生産性向上など他分野との共通課題の解決に向け、関係者が連携して地域共生社会を構築し、地方創生を実現

方向性

（1）サービス需要の変化に応じた提供体制の構築　等

※サービス需要変化の地域差に応じて３分類

【中山間・人口減少地域】サービス維持・確保のための柔軟な対応

・地域のニーズに応じた柔軟な対応の検討
（**配置基準等の弾力化**、**包括的な評価の仕組み**、**訪問・通所などサービス間の連携・柔軟化**、**市町村事業によるサービス提供**　等）

・**地域の介護を支える法人への支援**

・社会福祉連携推進法人の活用促進

【大都市部】需要急増を踏まえたサービス基盤整備

・重度の要介護者や独居高齢者等に、ICT技術等を用いた24時間対応・包括的在宅サービスの検討

【一般市等】サービスを過不足なく提供

・既存の介護資源等を有効活用し、サービスを過不足なく確保。将来の需要減少に備えた準備と対応

（2）人材確保・生産性向上・経営支援　等

・地域における人材確保のプラットフォーム機能の充実等

・テクノロジー導入・タスクシフト/シェアによる生産性向上
※ 2040年に先駆けた対応。事業者への伴走支援や在宅技術開発

・都道府県単位で、雇用管理・生産性向上など経営支援の体制の構築

・大規模化によるメリットを示しつつ、介護事業者の協働化・連携（間接業務効率化）の推進

（3）地域包括ケアシステム、医療介護連携　等

・地域の医療・介護状況の見える化・状況分析と2040年に向けた介護・医療連携の議論（地域医療構想との接続）

・介護予防支援拠点の整備と地域保健活動の組み合わせ
※ 地リハ、介護予防、一体的実施、「通いの場」、サービス・活動C等の組み合わせ

・認知症高齢者等に対する、医療・介護等に加え、地域におけるインフォーマルな支援の推進

27

全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋（改革工程）（令和５年12月22日閣議決定）に基づく今後の介護関係の検討事項

医療・介護制度等の改革	2024年度に実施する取組	○　介護保険制度改革（第１号保険料負担の在り方） ○　介護の生産性・質の向上（ロボット・ICT活用、経営の協働化・大規模化、人員配置基準の柔軟化等） ○　診療報酬改定、介護報酬改定、障害福祉サービス等報酬改定の実施
	2028年度までに検討する取組	【生産性の向上、効率的なサービス提供、質の向上】 ○　医療機関、介護施設等の経営情報の更なる見える化 ○　介護の生産性・質の向上（ロボット・ＩＣＴ活用、経営の協働化・大規模化の推進等） ※　今後の実証事業によってエビデンスが確認された場合は、次期介護報酬改定を待たずに人員配置基準の特例的な柔軟化を行う方向で検討する。 ○　介護保険制度改革（ケアマネジメントに関する給付の在り方、軽度者への生活援助サービス等に関する給付の在り方） ※　第10期計画期間の開始（2027年度）までの間に結論を得る。 ○　サービス付き高齢者向け住宅等における介護サービス提供の適正化 ○　福祉用具貸与のサービスの向上 【能力に応じた全世代の支え合い】 ○　介護保険制度改革（利用者負担（２割負担）の範囲、多床室の室料負担） ※　利用者負担（２割負担）の範囲の見直しは、第10期計画期間の開始（2027 年度）の前までに結論を得る。 ※　多床室の室料負担の見直しについては、一部の施設について、2025年８月から新たに室料負担（月額８千円相当）を導入する。 ○　医療・介護保険における金融所得の勘案や金融資産等の取扱い ○　医療・介護の3割負担（「現役並み所得」）の適切な判断基準設定等 【高齢者の活躍促進や健康寿命の延伸等】 ○　高齢者の活躍促進（総合事業の活性化に向けた環境整備）
「地域共生社会」の実現	2024年度に実施する取組	○　住まい支援強化に向けた制度改正
	2028年度までに検討する取組	○　身寄りのない高齢者等への支援

28

2. 介護保険の各種サービスについて

訪問介護の概要

定義

「訪問介護」とは、訪問介護員等（※）が、利用者（要介護者）の居宅を訪問し、入浴・排せつ・食事等の介護、調理・洗濯・掃除等の家事等を提供するものをいう。

※「訪問介護員等」
介護福祉士、実務者研修修了者（450h）、介護職員初任者研修修了者（130h）、
生活援助従事者研修修了者（59h・生活援助中心型のみ提供可能）、
居宅介護又は重度訪問介護を提供している者（共生型サービスのみ提供可能）、
旧介護職員基礎研修修了者（500h）、旧訪問介護員1級課程修了者（230h）、
又は旧訪問介護員2級課程修了者（130h）をいう

訪問介護のサービス類型

「訪問介護」は、その行為の内容に応じ、次の３類型に区分される。

① 身体介護 ≫ 利用者の身体に直接接触して行われるサービス等
（例：入浴介助、排せつ介助、食事介助　等）

② 生活援助 ≫ 身体介護以外で、利用者が日常生活を営むことを支援するサービス
（例：調理、洗濯、掃除　等）

③ 通院等乗降介助 ≫ 通院等のための乗車又は降車の介助（乗車前・降車後の移動介助等の一連のサービス行為を含む）

訪問介護のサービス内容

身体介護（例）	生活援助（例）
１－０ サービス準備・記録等：サービス準備は、身体介護サービスを提供する際の事前準備等として行う行為であり、状況に応じて以下のようなサービスを行うものである。：健康チェック（利用者の安否確認、顔色・発汗・体温等の健康状態のチェック）／環境整備（換気、室温・日あたりの調整、ベッドまわりの簡単な整頓等）／相談援助、情報収集・提供／サービス提供後の記録等	２－０ サービス準備等：サービス準備は、家事援助サービスを提供する際の事前準備等として行う行為であり、状況に応じて以下のようなサービスを行うものである。：健康チェック（利用者の安否確認、顔色等のチェック）／環境整備（換気、室温・日あたりの調整等）／相談援助、情報収集・提供／サービスの提供後の記録等
１－１ 排泄・食事介助：排泄介助（トイレ利用・ポータブルトイレ利用・おむつ交換）／食事介助／特段の専門的配慮をもって行う調理	２－１ 掃除：居室内やトイレ、卓上等の清掃／ゴミ出し／準備・後片づけ
１－２ 清拭・入浴、身体整容：清拭（全身清拭）／部分浴（手浴及び足浴・洗髪）／全身浴／洗面等／身体整容（日常的な行為としての身体整容）／更衣介助	２－２ 洗濯：洗濯機または手洗いによる洗濯／洗濯物の乾燥（物干し）／洗濯物の取り入れと収納／アイロンがけ
１－３ 体位変換、移動・移乗介助、外出介助	２－３ ベッドメイク：利用者不在のベッドでのシーツ交換、布団カバーの交換等
１－４ 起床及び就寝介助	２－４ 衣類の整理・被服の補修：衣類の整理（夏・冬物等の入れ替え等）／被服の補修（ボタン付け、破れの補修等）
１－５ 服薬介助	２－５ 一般的な調理、配下膳：配膳、後片づけのみ／一般的な調理
１－６ 自立生活支援・重度化防止のための見守り的援助（自立支援、ＡＤＬ・ＩＡＤＬ・ＱＯＬ向上の観点から安全を確保しつつ常時介助できる状態で行う見守り等）	２－６ 買い物・薬の受け取り：日常品等の買い物（内容の確認、品物・釣り銭の確認を含む）／薬の受け取り

※上記は「訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について」（平成12年3月17日厚生労働省老健局老人福祉計画課長通知）（いわゆる「老計10号」）抜粋

通院等乗降介助（イメージ）



※輸送サービスの実施には、道路運送法上の許可・登録が必要。移送に係る経費（運賃）は、介護保険の対象ではない。

訪問介護の基準

必要となる人員・設備等

○訪問介護サービスを提供するために必要な職員は次のとおり

訪問介護員等	常勤換算方法で２．５以上
サービス提供責任者 （※）	介護福祉士、実務者研修修了者、旧介護職員基礎研修修了者、旧１級課程修了者 ・訪問介護員等のうち、利用者の数４０人に対して１人以上 （原則として常勤専従の者であるが、一部非常勤職員でも可） ・以下の要件を全て満たす場合には、利用者５０人につき１人 ○ 常勤のサービス提供責任者を３人以上配置 ○ サービス提供責任者の業務に主として従事する者を１人以上配置 ○ サービス提供責任者が行う業務が効率的に行われている場合 ※　共生型訪問介護事業所においては、特例がある。
※サービス提供責任者の業務 ①訪問介護計画の作成、②利用申込みの調整、③利用者の状態変化やサービスへの意向の定期的な把握、④居宅介護支援事業者等に対する利用者情報の提供（服薬状況や口腔機能等）、⑤居宅介護支援事業者との連携（サービス担当者会議出席等）、⑥訪問介護員に対しての具体的援助方法の指示及び情報伝達、⑦訪問介護員の業務の実施状況の把握、⑧訪問介護員の業務管理、⑨訪問介護員に対する研修、技術指導等	
管理者	常勤で専ら管理業務に従事するもの

○訪問介護事業所の設備及び備品等は次のとおり
・事業の運営を行うために必要な広さを有する専用の区画（利用申込の受付、相談等に対応できるもの）を有していること
・訪問介護の提供に必要な設備及び備品を備え付けていること

訪問入浴介護の概要・基準

定義

訪問入浴介護とは、要介護状態となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、居宅における入浴の援助を行うことによって、利用者の身体の清潔の保持、心身機能の維持等を図るもの。

必要となる人員・設備等

○従業者の員数
指定訪問入浴介護事業者が事業所ごとに置くべき従業者の員数については、次のとおり。
・　看護師又は准看護師　１以上
・　介護職員　２以上（介護予防訪問入浴介護の場合には１以上）

○管理者
指定訪問入浴介護事業者は、指定訪問入浴介護事業所ごとに専らその職務に従事する常勤の管理者を置かなければならない。

○設備及び備品等
指定訪問入浴介護事業所には、事業の運営を行うために必要な広さを有する専用の区画を設けるほか、指定訪問入浴介護の提供に必要な浴槽等の設備及び備品を備えなければならない。

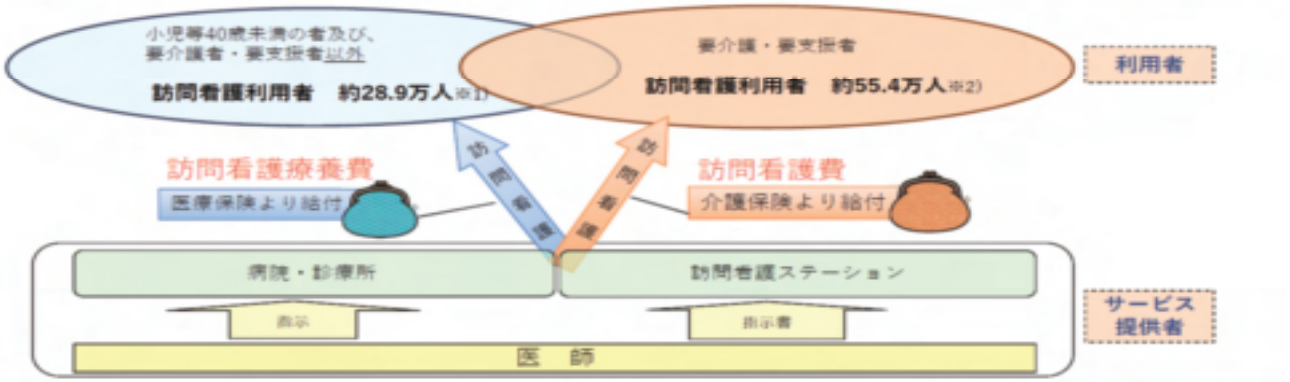
訪問看護の概要

○　疾病又は負傷により居宅において継続して療養を受ける状態にある者に対し、その者の居宅において看護師等による療養上の世話又は必要な診療の補助を行う。

○　サービス提供は、病院・診療所又は訪問看護ステーションが行うことができる。

○　利用者は年齢や疾患、状態によって医療保険又は介護保険いずれかの適用となるが、介護保険の給付は医療保険の給付に優先する。

○　要介護者等については、末期の悪性腫瘍、難病患者、急性増悪等による主治医の指示があった場合などに限り、医療保険の給付による訪問看護が行われる。



出典：※1）訪問看護療養費実態調査をもとに保険局医療課にて作成（令和元年６月審査分より推計、暫定値）
※2）介護給付費実態統計（令和元年６月審査分）

訪問リハビリテーションの概要・基準

定義

居宅要介護者について、その者の居宅において、その心身の機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるために行われる理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーション

必要となる人員・設備等

訪問リハビリテーションを提供するために必要な職員・設備等は次のとおり

・人員基準

医師	専任の常勤医師１以上 （病院、診療所と併設されている事業所、介護老人保健施設、介護医療院では、当該病院等の常勤医師との兼務で差し支えない。）
理学療法士 作業療法士 言語聴覚士	適当数置かなければならない。

・設備基準

設備及び備品	病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院であること。
	指定訪問リハビリテーションに必要な設備及び備品等を備えているもの。

居宅療養管理指導の概要

居宅療養管理指導の概要

要介護状態となった場合でも、利用者が可能な限り居宅で、有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医師、歯科医師、薬剤師、管理栄養士又は歯科衛生士等が、通院が困難な利用者の居宅を訪問して、心身の状況、置かれている環境等を把握し、それらを踏まえて療養上の管理及び指導を行うことにより、その者の療養生活の質の向上を図るもの。

各職種が行う指導の概要

医師又は歯科医師	○ 計画的かつ継続的な医学的管理又は歯科医学的管理に基づいて実施 ○ 居宅介護支援事業者に対する、居宅サービス計画の策定等に必要な情報提供 ○ 居宅要介護者や家族等に対する、居宅サービスを利用する上での留意点や介護方法等についての指導及び助言 ○ 訪問診療又は往診を行った日に限る
薬剤師	○ 医師又は歯科医師の指示に基づいて実施される薬学的な管理及び指導 ○ 居宅介護支援事業者に対する、居宅サービス計画の策定等に必要な情報提供
管理栄養士	○ 計画的な医学的管理を行っている医師の指示に基づき、栄養管理に係る情報提供及び指導又は助言を30分以上行う
歯科衛生士等	○ 訪問歯科診療を行った歯科医師の指示及びその歯科医師の策定した訪問指導計画に基づいて実施される口腔内や有床義歯の清掃又は摂食・嚥下機能に関する実地指導

※居宅療養管理指導の事業を行うことができるのは、病院、診療所、薬局等である。

通所介護・地域密着型通所介護の概要・基準

定義

通所介護とは、利用者(要介護者)を老人デイサービスセンター等に通わせ、当該施設において、入浴・排せつ・食事等の介護、生活等に関する相談及び助言・健康状態の確認その他日常生活上の世話、機能訓練を行うものをいう。

必要となる人員・設備等

通所介護サービスを提供するために必要な職員・設備等は次のとおり。

○ 人員基準

生活相談員	事業所ごとにサービス提供時間に応じて専従で１以上（常勤換算方式） （生活相談員の勤務時間数としてサービス担当者会議、地域ケア会議等も含めることが可能。）
看護職員（※）	単位ごとに専従で１以上 （通所介護の提供時間帯を通じて専従する必要はなく、訪問看護ステーション等との連携も可能。）
介護職員（※）	① 単位ごとにサービス提供時間に応じて専従で次の数以上（常勤換算方式） ア 利用者の数が15人まで　１以上 イ 利用者の数が15人を超す場合　アの数に利用者の数が１増すごとに0.2を加えた数以上 ② 単位ごとに常時１名配置されること ③ ①の数及び②の条件を満たす場合は、当該事業所の他の単位における介護職員として従事することができる
機能訓練指導員	１以上
生活相談員又は介護職員のうち１人以上は常勤	

※定員10名以下の地域密着型通所介護事業所の場合は看護職員又は介護職員のいずれか１名の配置で可（常勤換算方式）

○ 設備基準

食堂 機能訓練室	それぞれ必要な面積を有するものとし、その合計した面積が利用定員×3.0㎡以上
相談室	相談の内容が漏えいしないよう配慮されている

※ 指定通所介護事業所と指定居宅サービス事業所等が併設している場合に、利用者へのサービス提供に支障がない場合は、基準上両方のサービスに規定があるもの及び規定はないが設置されるものは共用可

通所リハビリテーションの概要・基準

定義

介護老人保健施設、病院、診療所その他厚生労働省令で定める施設で行う、居宅要介護者に対する、心身の機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるための理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーション

必要となる人員・設備等

通所リハビリテーションを提供するために必要な職員・設備等は次のとおり

・人員基準

医師	専任の常勤医師１以上 （病院、診療所と併設されている事業所、介護老人保健施設、介護医療院では、当該病院等の常勤医師との兼務で差し支えない。）
従事者 （理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護師、准看護師、介護職員）	単位ごとに利用者１０人に１以上
理学療法士、作業療法士、言語聴覚士	上の内数として、単位ごとに利用者１００人に１以上 （所要１～２時間の場合、適切な研修を受けた看護師、准看護師、柔道整復師、あん摩マッサージ師で可）

・設備基準

リハビリテーションを行う専用の部屋	指定通所リハビリテーションを行うに必要な専用の部屋（３平方メートルに利用定員を乗じた面積以上）設備

短期入所生活介護の概要・基準

定義

短期入所生活介護とは、利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、利用者（要介護者等）が老人短期入所施設、特別養護老人ホーム等に短期間入所し、当該施設において入浴、排泄、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るものである。

必要となる人員・設備等

短期入所生活介護サービスを提供するために必要な職員・設備等は次のとおり

○ 人員基準

医師	１以上
生活相談員	利用者100人につき１人以上（常勤換算） ※うち１人は常勤（利用定員が20人未満の併設事業所を除く）
介護職員又は看護師若しくは准看護師	利用者３人につき１人以上（常勤換算） ※うち１人は常勤（利用定員が20人未満の併設事業所を除く）
栄養士	１人以上 ※利用定員が40人以下の事業所は、一定の場合は、栄養士を置かないことができる
機能訓練指導員	１以上
調理員その他の従業者	実情に応じた適当数

○ 設備基準

利用定員等	20人以上とし、専用の居室を設ける ※ただし、併設事業所の場合は、20人未満とすることができる
居室	定員４人以下、床面積（１人当たり）10.65㎡以上
食堂及び機能訓練室	合計面積３㎡×利用定員以上
浴室、便所、洗面設備	要介護者が使用するのに適したもの
その他、医務室、静養室、面談室、介護職員室、看護職員室、調理室、洗濯室又は洗濯場、汚物処理室、介護材料室が必要	

短期入所療養介護の概要・基準

短期入所療養介護の概要

要介護状態となった場合も、利用者が可能な限り居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、看護、医学的管理の下における介護、機能訓練その他必要な医療、日常生活上の世話を行うことで、療養生活の質の向上及び利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るものでなければならない。

必要となる人員・設備等

短期入所療養介護を行うことのできる施設は次のとおり。必要な人員・設備等は、原則、施設毎の満たすべき基準による。

- ○ 介護老人保健施設
- ○ 療養病床を有する病院若しくは診療所
- ○ 診療所（療養病床を有するものを除く。）
- ○ 介護医療院

※診療所（療養病床を有するものを除く。）においては、以下の要件を満たすこと。

- ・床面積は利用者１人につき6.4㎡とすること
- ・浴室を有すること
- ・機能訓練を行うための場所を有すること

特定施設入居者生活介護の概要

１．制度の概要

○ 特定施設入居者生活介護とは、特定施設に入居している要介護者を対象として行われる、日常生活上の世話、機能訓練、療養上の世話のことであり、介護保険の対象となる。

○ 特定施設の対象となる施設は以下のとおり。
① 有料老人ホーム　② 軽費老人ホーム（ケアハウス）　③ 養護老人ホーム
※「サービス付き高齢者向け住宅」については、「有料老人ホーム」に該当するものは特定施設となる。

○ 特定施設入居者生活介護の指定を受ける特定施設を「介護付きホーム」という。

２．人員基準

○ 管　理　者― １人［兼務可］　○ 生活相談員― 要介護者等：生活相談員＝100：1

○ 看護・介護職員― ①要支援者：看護・介護職員＝10：1　②要介護者：看護・介護職員＝3：1
※ ただし看護職員は要介護者等が30人までは1人、30人を超える場合は、50人ごとに1人
※ 夜間等の職員は１人以上

○ 機能訓練指導員― １人以上［兼務可］　○ 計画作成担当者― 介護支援専門員１人以上［兼務可］
※ただし、要介護者等：計画作成担当者100:1を標準

３．設備基準

① 介護居室：・原則個室　・プライバシーの保護に配慮、介護を行える適当な広さ　・地階に設けない 等

② 一時介護室：介護を行うために適当な広さ

③ 浴室：身体の不自由な者が入浴するのに適したもの

④ 便所：居室のある階ごとに設置し、非常用設備を備える

⑤ 食堂、機能訓練室：機能を十分に発揮し得る適当な広さ

⑥ 施設全体：利用者が車椅子で円滑に移動することが可能な空間と構造



出典：介護給付費等実態調査（各年度3月分）　※「事業所数」は短期利用を除く。地域密着型を含む。

介護保険における福祉用具

【制度の概要】
○ 介護保険の福祉用具は、要介護者等の日常生活の便宜を図るための用具及び要介護者等の機能訓練のための用具であって、利用者がその居宅において自立した日常生活を営むことができるよう助けるものについて、保険給付の対象としている。

【 厚生労働大臣告示において以下のものを対象種目として定めている 】

対象種目	
【福祉用具貸与】<原則> ・車いす（付属品含む） ・床ずれ防止用具 ・手すり ・歩行器 ・認知症老人徘徊感知機器 ・移動用リフト（つり具の部分を除く） ・自動排泄処理装置	・特殊寝台（付属品含む） ・体位変換器 ・スロープ ・歩行補助つえ
【福祉用具販売】<例外> ・腰掛便座 ・入浴補助用具（入浴用いす、浴槽用手すり、浴槽内いす、入浴台、浴室内すのこ、浴槽内すのこ、入浴用介助ベルト） ・簡易浴槽 ・移動用リフトのつり具の部分	・自動排泄処理装置の交換可能部

【給付制度の概要】
① 貸与の原則
利用者の身体状況や要介護度の変化、福祉用具の機能の向上に応じて、適時・適切な福祉用具を利用者に提供できるよう、貸与を原則としている。
② 販売種目（原則年間10万円を限度）
貸与になじまない性質のもの（他人が使用したものを再利用することに心理的抵抗感が伴うもの、使用によってもとの形態・品質が変化し、再利用できないもの）は、福祉用具の購入費を保険給付の対象としている。
③ 現に要した費用
福祉用具の貸与及び購入は、市場の価格競争を通じて適切な価格による給付が行われるよう、保険給付における公定価格を定めず、現に要した費用の額により保険給付する仕組みとしている。

介護保険制度における住宅改修

1　住宅改修の概要
要介護者等が、自宅に手すりを取付ける等の住宅改修を行おうとするとき（＊）は、必要な書類（住宅改修が必要な理由書等）を添えて、申請書を提出し、工事完成後、領収書等の費用発生の事実がわかる書類等を提出することにより、実際の住宅改修費の９割相当額が償還払いで支給される。
なお、支給額は、支給限度基準額（20万円）の原則９割（18万円）が上限となる。
（＊）やむを得ない事情がある場合には、工事完成後に申請することができる。

2　住宅改修の種類
（１）手すりの取付け
（２）段差の解消
（３）滑りの防止及び移動の円滑化等のための床又は通路面の材料の変更
（４）引き戸等への扉の取替え
（５）洋式便器等への便器の取替え
（６）その他前各号の住宅改修に付帯して必要となる住宅改修

3　支給限度基準額
２０万円
・　要支援、要介護区分にかかわらず定額
・　ひとり生涯２０万円までの支給限度基準額だが、要介護状態区分が重くなったとき（３段階上昇時）、また、転居した場合は再度２０万円までの支給限度基準額が設定される。

居宅介護支援・介護予防支援の定義・基準

居宅介護支援

定義

「居宅介護支援」とは、居宅の要介護者が居宅サービス等を適切に利用できるよう、心身の状況、置かれている環境、要介護者の希望等を勘案し、居宅サービス計画を作成するとともに、サービス事業者等との連絡調整を行い、介護保険施設等への入所を要する場合は、当該施設等への紹介を行うことをいう。

人員基準

管理者	常勤専従の主任介護支援専門員を配置 ※　令和３年３月31日時点で主任ケアマネジャーでない者が管理者の事業所は、当該管理者が管理者である限り、管理者を主任ケアマネジャーとする要件の適用を令和９年３月31日まで猶予する。（令和３年４月１日以降に新たに管理者となる者に対しては、要なる経過措置は適用されない。）
介護支援専門員	利用者３５人に対し1人を配置

介護予防支援

定義

「介護予防支援」とは、要支援者が介護予防サービス等を適切に利用できるよう、心身の状況、置かれている環境、要支援者の希望等を勘案し、介護予防サービス計画を作成するとともに、サービス事業者等との連絡調整を行うことをいう。

人員基準

管理者	常勤専従の者を配置
担当職員	１人以上を配置（保健師、介護支援専門員、社会福祉士、経験ある看護師、高齢者保健福祉に関する相談援助業務に３年以上従事した社会福祉主事のいずれかの要件を満たす者。）

定期巡回・随時対応型訪問介護看護の概要

定義

○「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」とは、

・定期巡回訪問、または、随時通報を受け利用者（要介護者）の居宅を介護福祉士等が訪問し、入浴・排せつ・食事等の介護、調理・洗濯・掃除等の家事等を行うとともに、看護師等による療養上の世話や診療の補助を行うもの（訪問看護を一体的に行う場合）

または

・定期巡回訪問、または、随時通報を受け訪問看護事業所と連携しつつ、利用者（要介護者）の居宅を介護福祉士等が訪問し、入浴・排せつ・食事等の介護、調理・洗濯・掃除等の家事等を行うもの（他の訪問看護事業所と連携し訪問看護を行う場合）

のうち、いずれかをいう。

経緯

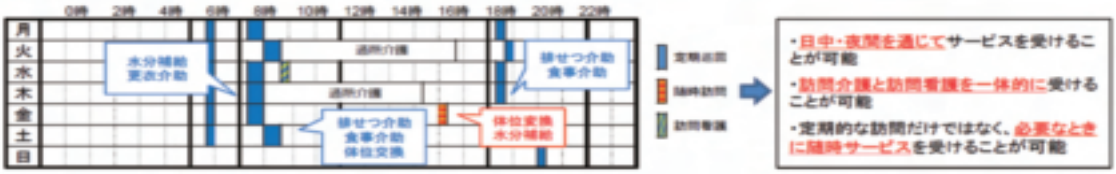
○　訪問介護などの在宅サービスが増加しているものの、**重度者を始めとした要介護高齢者の在宅生活を２４時間支える仕組みが不足**していることに加え、医療ニーズが高い高齢者に対して**医療と介護との連携が不足**しているとの問題がある。

○　このため、①日中・夜間を通じて、②訪問介護と訪問看護の両方を提供し、③定期巡回と随時の対応を行う**「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」**を創設（平成24年４月）。

<定期巡回・随時対応サービスのイメージ>



<サービス提供の例>



夜間対応型訪問介護の概要

定義

○「夜間対応型訪問介護」とは、夜間において、定期巡回訪問、または、随時通報を受け利用者（要介護者）の居宅を訪問介護員等が訪問し、入浴・排せつ・食事等の介護等の提供を行うものをいう。

経緯

○在宅にいる場合も、夜間を含め２４時間安心して生活できる体制の整備が必要であるとの考えから、平成１８年４月に、夜間における「定期巡回」と「通報による随時対応」を合わせた「夜間対応型訪問介護」が創設された（夜間における訪問介護サービスの提供のみを想定したサービス類型）。

＜夜間対応型訪問介護のイメージ図＞



療養通所介護の概要

○　主に、難病等の重度要介護者やがん末期の者であって、サービス提供に当たり看護師による観察が必要な利用者を対象とする地域密着型サービス。
○　入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話や機能訓練を行うことで、利用者の社会的孤立感の解消や心身の機能の維持、利用者の家族の身体的・精神的負担の軽減を図る。



難病、認知症、脳血管疾患後遺症等を有する重度者又はがん末期の利用者

通い



療養通所介護事業所（定員18名以下）

（機能）
- 利用者の社会的孤立感の解消
- 心身の機能の維持
- 利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減

（運営）
- 安全・サービス提供管理委員会を概ね6月に1回開催
  安全かつ適切なサービス提供の確保等について検討
  委員：地域の医療関係団体に属する者
  地域の保健、医療又は福祉の分野を専門とする者　等

療養通所介護の基準

項目		内容
管理者		○　専らその職務に従事する常勤の看護師 （管理上支障が無い場合、同一敷地内にある他の事業所、施設等と兼務可能）
看護職員又は介護職員の数		○　提供時間帯を通じて、利用者の数が1.5に対し専ら当該指定療養通所介護の提供に当たる者が1以上 ○　1人以上は専ら指定療養通所介護の職務に従事する常勤の看護師
利用定員		○　18人以下
設備・備品等	事業所	○　専用の部屋のほか、消火設備、その他非常災害に際して必要な設備、その他サービス提供に必要な設備及び備品等
	専用の部屋	○　利用者1人につき6.4平方メートル以上 ○　明確に区分され、他の部屋等から完全に遮断されていること

認知症対応型通所介護の概要・基準

○　認知症（急性を除く）の高齢者に対して、必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行い、高齢者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持並びにその家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ることを目的として行う。

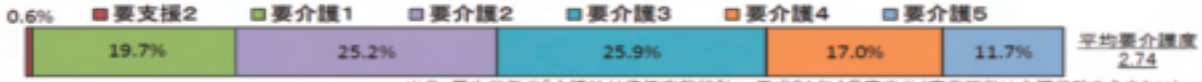
類型	単独型	特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、病院、診療所、介護老人保健施設、介護医療院、社会福祉施設又は特定施設（以下特別養護老人ホーム等という。）に併設されていない事業所において実施
	併設型	特別養護老人ホーム等に併設されている事業所において実施
	共用型	認知症対応型共同生活介護事業所、地域密着型特定施設、地域密着型介護老人福祉施設の食堂若しくは共同生活室を使用して実施
利用者	単独型・併設型	単位ごとの利用定員は、12人以下
	共用型	○　介護保険の各サービスのいずれかについて3年以上実績を有している事業所・施設であることが要件 ○　利用定員は、認知症対応型共同生活ユニットごとに以下のとおり定めている。 ・地域密着型介護福祉施設等：各事業所ごとに1日あたり3人以下 ・ユニット型地域密着型介護老人福祉施設：ユニットごとに入居者との合計が12人以下
人員配置	生活相談員（社会福祉士等）	事業所ごとにサービス提供時間に応じて専従で1以上（常勤換算方式） （生活相談員の勤務時間数としてサービス担当者会議、地域ケア会議等を含めることが可能。）
	看護職員（看護師・准看護師） 介護職員	単位ごとに専従で1以上＋サービス提供時間に応じて1以上（常勤換算方式） （看護職員については、必ずしも配置しなければならないものではない。）
	機能訓練指導員	1以上
	管理者	厚生労働大臣が定める研修を修了している者が、常勤専従
	※　共用型の場合　従業員数：（認知症対応型共同生活介護事業所等の）各事業ごとに規定する従業者の員数を満たすために必要な数以上 管理者数：単独型・併設型と同様	
設備	単独型・併設型	○　食堂、機能訓練室、静養室、相談室及び事務室のほか、消火設備その他の非常災害に際して必要な設備等を備える。食堂及び機能訓練室は3㎡×利用定員以上の面積とする。

認知症対応型共同生活介護（認知症グループホーム）について

【根拠法令：介護保険法第8条第20項及び第8条の2第15項、指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準第89条等】

○ 認知症（急性を除く）の高齢者に対して、共同生活住居で、家庭的な環境と地域住民との交流の下、入浴・排せつ・食事等の介護などの日常生活上の世話と機能訓練を行い、能力に応じ自立した日常生活を営めるようにするもの。

＜事業所数： 13,674事業所　サービス受給者数：20.7万人＞



出典：厚生労働省「介護給付費等実態統計」 平成31年4月審査分（事業所数は介護予防を含まない）

【利用者】
○1事業所あたり1又は2の共同生活住居（ユニット）を運営（※）
○1ユニットの定員は、5人以上9人以下
※地域の実情により効率的運営に必要と認められる場合は、3つの共同生活住居を設けることができる。

【設備】
○住宅地等に立地
○居室は、7．43㎡（和室4．5畳）以上 で原則個室
○その他
居間・食堂・台所・浴室、消火設備その他非常災害に際して必要な設備

【人員配置】
○介護従業者
日中：利用者3人に1人（常勤換算）
夜間：ユニットごとに1人
○計画作成担当者
ユニットごとに1人（最低1人は介護支援専門員）（※ユニット間の兼務はできない。）
○管理者
3年以上認知症の介護従事経験があり、厚生労働大臣が定める研修を修了した者が常勤専従

【運営】
○運営推進会議の設置
・利用者・家族・地域住民・外部有識者等から構成
・外部の視点で運営を評価
○外部評価の実施
○定期的に避難、救出訓練を実施し、これに当たっては地域住民の参加が得られるよう努めること

	6期末	7期以降
	実績値（2018年3月末時）	計画値（2020年度）	計画値（2025年度）
全国計	199,447	224,279	258,092
三大都市圏	72,376	83,696	97,629
三大都市圏以外	127,071	140,583	152,464

※三大都市圏は、東京、神奈川、千葉、埼玉、愛知、岐阜、三重、大阪、兵庫、京都、滋賀

認知症施策推進大綱（抜粋）
3．医療・ケア・介護サービス・介護者への支援
（3）介護サービス基盤整備・介護人材確保・介護従事者の認知症対応力の促進
特に、認知症グループホーム（認知症対応型共同生活介護）については、認知症の人のみを対象としたサービスであり、地域における認知症ケアの拠点として、その機能を地域に展開し、共用型認知症対応型通所介護や認知症カフェ等の事業を積極的に行っていくことが期待される。また、地域に開かれた事業運営が行われないと、そのサービス形態から外部の目が届きにくくなるとの指摘もあることから、介護サービスの質の評価や利用者の安全確保を強化することについて、その方策の検討も含め取組みを進める。

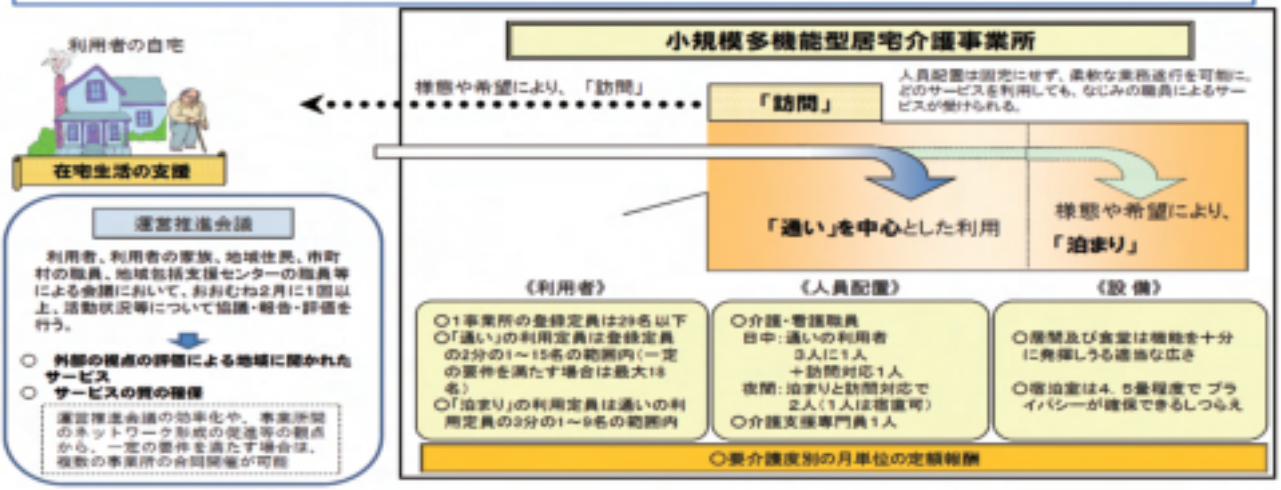
小規模多機能型居宅介護の概要

定義

○「小規模多機能型居宅介護」は、利用者（要介護（支援）者）の心身の状況や置かれている環境に応じて、利用者の選択に基づき、居宅に訪問し、または拠点に通わせ、もしくは拠点に短期間宿泊させ、入浴・排せつ・食事等の介護、調理・洗濯・掃除等の家事等や機能訓練を行うもの。

経緯

○「通い」を中心として、要介護（支援）者の様態や希望に応じて、随時「訪問」や「泊まり」を組み合わせてサービスを提供することで、中重度となっても在宅での生活が継続できるよう支援するため、小規模多機能型居宅介護が創設された（平成１８年４月創設）。



小規模多機能型居宅介護の基準

必要となる人員・設備等

			本体事業所	サテライト型事業所
代表者			認知症の介護従事経験若しくは保健医療・福祉サービスの経営経験があり、認知症対応型サービス事業開設者研修を修了した者	本体の代表者
管理者			３年以上認知症の介護従事経験があり、認知症対応型サービス事業管理者研修を修了した常勤・専従の者	本体の管理者が兼務可能
小規模多機能型居宅介護従業者	日中	通いサービス	常勤換算方法で３：１以上	常勤換算方法で３：１以上
		訪問サービス	常勤換算方法で１以上（他のサテライト型事業所の利用者に対しサービスを提供することができる。）	１以上（本体事業所又は他のサテライト型事業所の利用者に対しサービスを提供することができる。）
	夜間	夜勤職員	時間帯を通じて１以上（宿泊利用者がいない場合、置かないことができる。）	時間帯を通じて１以上（宿泊利用者がいない場合、置かないことができる。）
		宿直職員	時間帯を通じて１以上（随時の訪問サービスに支障がない体制が整備されている場合、必ずしも事業所内で宿直する必要はない。）	本体事業所から適切な支援を受けられる場合、置かないことができる。
	看護職員		小規模多機能型居宅介護従業者のうち１以上	本体事業所から適切な支援を受けられる場合、置かないことができる。
介護支援専門員			介護支援専門員であって、小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修を修了した者　１以上	小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修を修了した者　１以上

※　代表者・管理者・看護職員・介護支援専門員・夜間の宿直者（緊急時の訪問対応要員）は、本体との兼務等により、サテライト型事業所に配置しないことができる。

看護小規模多機能型居宅介護の概要

○　退院後の在宅生活への移行や、看取り期の支援、家族に対するレスパイト等への対応等、利用者や家族の状態やニーズに応じ、主治医との密接な連携のもと、医療行為も含めた多様なサービス（「通い」、「泊まり」、「訪問（看護・介護）」）を24時間365日提供。
○　また、登録利用者以外に対しても、訪問看護（訪問看護の指定が必要）や宿泊サービスを提供するなど、医療ニーズも有する高齢者の地域での生活を総合的に支える。



看護小規模多機能型居宅介護の人員基準

基準項目			本体事業所		サテライト型事業所
代表者			認知症対応型サービス事業開設者研修を修了した者、又は保健師若しくは看護師		本体事業所の代表者
管理者			認知症対応型サービス事業管理者研修を修了した者、又は保健師若しくは看護師 常勤専従かつ管理上支障が無い場合、一体的な運営をしている認知症対応型共同生活介護事業所等との兼務可能		本体事業所の管理者が兼務可能
従業者の員数	日中	通いサービス	常勤換算法で利用者３人に対し１以上 ※１以上は保健師、看護師又は准看護師		常勤換算法で利用者３人に対し１以上 ※１以上は保健師、看護師又は准看護師
		訪問サービス	常勤換算法で２人以上 ※１以上は保健師、看護師又は准看護師 サテライト型事業所の利用者へのサービス提供可能		常勤換算法で２人以上 ※１以上は保健師、看護師又は准看護師 本体事業所又は他のサテライト型事業所の利用者へのサービス提供可能
	夜間	夜勤職員	時間帯を通じて１以上	※宿泊サービスの利用者がいない場合であって、訪問サービス提供に必要な連絡体制を整備している場合は置かないことができる	時間帯を通じて１以上 ※宿泊サービスの利用者がいない場合であって、訪問サービス提供に必要な連絡体制を整備している場合は置かないことができる
		宿直職員	宿直勤務に必要な数以上		本体事業所から適切な支援を受けられる場合、置かないことができる。
	看護職員		常勤換算法で保健師、看護師又は准看護師2.5人以上 ※訪問看護事業所の指定を併せて受け、同一事業所で一体的な運営をしている場合、訪問看護ステーションの人員基準を満たすことで上記基準も満たすものとみなす		常勤換算法で保健師、看護師又は准看護師１人以上 ※訪問看護事業所の指定を併せて受け、出張所としての要件を満たす場合、一体的なサービス提供の単位として事業所に含めて指定できる
	ケアマネージャー		介護支援専門員であって、小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修を修了した者		本体事業所の介護支援専門員により居宅サービス計画の作成が適切に行われるときは、介護支援専門員に代えて、介護支援専門員であって、小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修を修了した者をおくことができる

看護小規模多機能型居宅介護の設備基準 等

基準項目			本体事業所	サテライト型事業所
登録定員			29人以下	18以下
利用定員	通いサービス		登録定員の２分の１から15人まで ※登録定員が25人を超える場合 （登録定員）　（利用定員） 26人又は27人　16人 28人　17人 29人　18人	登録定員の２分の１から12人まで
	宿泊サービス		通いサービス利用定員の３分の１から９人まで	通いサービス利用定員の３分の１から６人まで
設備・備品等	事業所		居間、食堂、台所、宿泊室、浴室、消火設備、その他非常災害に際して必要な設備、 その他サービス提供に必要な設備及び備品等	
	居間・食堂		機能を十分に発揮しうる適当な広さ	
	宿泊室	個室	定　員：1人　※利用者の処遇上必要と認められる場合は2人 床面積：7.43平方メートル以上　※病院又は診療所の場合6.4平方メートル以上	診療所が有する病床については、宿泊室を兼用することができる
		個室以外	床面積：7.43平方メートル×（宿泊サービス利用定員－個室の定員）以上 ※プライバシーが確保された居間は、宿泊室の面積に含めることができる 設　備：プライバシーが確保されたもの	
	立地		利用者の家族との交流の機会の確保や地域住民との交流を図る観点から、住宅地域等	

サテライト型事業所

○サテライト型事業所の本体となる事業所は緊急時訪問看護加算の届け出事業所に限る
○本体事業所１に対するサテライト型事業所は、最大２箇所まで
○本体事業所とサテライト型事業所との距離：自動車等による移動に要する時間がおおむね20分未満
○サテライト型事業所においても、通い・泊まり・訪問（看護・介護）機能は必要
※本体の空床状況や利用者の心身の状況に配慮した上で、サテライト型事業所の利用者が本体事業所に宿泊することも可能

介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）について

【根拠法：介護保険法第8条第22項、第27項、老人福祉法第20条の5】

○ 要介護高齢者のための生活施設。
○ 入浴、排泄、食事等の介護その他日常生活の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を行う。
○ 定員が29名以下のものは、地域密着型介護老人福祉施設（地域密着型特別養護老人ホーム）と呼ばれる。

≪ 施設数： 10,502施設　サービス受給者数：61.96万人 （令和元年10月審査分） ≫ ※介護給付費等実態統計



≪設置主体≫
○地方公共団体
○社会福祉法人　等

≪人員配置基準≫
○医師：必要数
○介護・看護職員：3：1　等

≪設備基準≫
○居室定員：原則1人（参酌すべき基準）
○居室面積：1人当たり10．65㎡　等

多床室

○多床室（既設）の介護報酬：８３２単位（要介護５）
○看護・介護職員１人当たり利用者数：平均2.2人（平成30年）＊



ユニット型個室

○ユニット型個室の介護報酬：９１３単位（要介護５）
○看護・介護職員１人当たり利用者数：平均1.7人（平成30年）＊
＊介護事業実態調査（令和元年度調査）

※ 入居者一人ひとりの個性や生活リズムを尊重
※ リビングスペースなど、在宅に近い居住空間
※ なじみの人間関係（ユニットごとに職員を配置）



介護老人福祉施設の基準

必要となる人員・設備等

介護老人福祉施設においてサービスを提供するために必要な職員・設備等は次の通り。

○人員基準

医師	入所者に対し健康管理及び療養上の指導を行うために必要な数
介護職員又は看護職員	入所者の数が3又はその端数を増すごとに1以上
生活相談員	入所者の数が100又はその端数を増すごとに1以上
栄養士 機能訓練指導員	1以上
介護支援専門員	1以上（入所者の数が100又はその端数を増すごとに1を標準とする）

○設備基準

居室	原則定員1人、入所者1人当たりの床面積10．65㎡以上
医務室	医療法に規定する診療所とすること
食堂及び機能訓練室	床面積入所定員×3㎡以上
廊下幅	原則1．8m以上
浴室	要介護者が入浴するのに適したものとすること

ユニット型介護老人福祉施設の場合、上記基準に加え、以下が必要
・共同生活室の設置
・居室を共同生活室に近接して一体的に設置
・1のユニットの定員はおおむね10人以下
・昼間は1ユニットごとに常時1人以上の介護職員又は看護職員、夜間は2ユニットごとに1人以上の介護職員又は看護職員を配置
・ユニットごとに常勤のユニットリーダーを配置　等



介護老人保健施設の概要

（定義）
介護老人保健施設とは、要介護者であって、主としてその心身の機能の維持回復を図り、居宅における生活を営むことができるようにするための支援が必要である者に対し、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話を行うことを目的とする施設。
（介護保険法第8条第28項）

（基本方針）
第一条の二　介護老人保健施設は、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話を行うことにより、入所者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにすることとともに、その者の居宅における生活への復帰を目指すものでなければならない。

（介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（平成11年厚生省令第40号））

○在宅復帰、在宅療養支援のための地域拠点となる施設
○リハビリテーションを提供する機能維持・改善の役割を担う施設

介護老人保健施設の基準

必要となる人員・設備等

介護老人保健施設においてサービスを提供するために必要な人員・設備等は次の通り。

・人員

医師	1以上、100対1以上
薬剤師	実情に応じた適当数 （300対1を標準とする）
看護・介護職員	3対1以上、 うち看護は2/7程度
支援相談員	1以上、100対1以上
理学療法士、 作業療法士 又は言語聴覚士	100対1以上
栄養士	入所定員100以上の場合、1以上
介護支援専門員	1以上 （100対1を標準とする）
調理員、事務員 その他の従業者	実情に応じた適当数

・施設及び設備

療養室	1室当たり定員4人以下、 入所者1人当たり8㎡以上
機能訓練室	1㎡×入所定員数以上
食堂	2㎡×入所定員数以上
廊下幅	1.8m以上 （中廊下は2.7m以上）
浴室	身体の不自由な者が入浴するのに適したもの　等

ユニット型介護老人保健施設の場合、上記基準に加え、
・共同生活室の設置
・療養室を共同生活室に近接して一体的に設置
・1のユニットの定員はおおむね10人以下
・昼間は1ユニットごとに常時1人以上、
夜間及び深夜は2ユニットごとに1人以上の
介護職員又は看護職員を配置
・ユニットごとに常勤のユニットリーダーを配置　等

介護医療院の概要

（定義）
介護医療院とは、要介護者であって、主として長期にわたり療養が必要である者に対し、施設サービス計画に基づいて、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話を行うことを目的とする施設。
（介護保険法第8条第29項）

（基本方針）
第二条　介護医療院は、長期にわたり療養が必要である者に対し、施設サービス計画に基づいて、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話を行うことにより、その者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにするものでなければならない。

（介護医療院の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（平成30年厚生省令第５号））

○医療の必要な要介護高齢者の長期療養・生活施設

介護医療院

介護医療院の基準

必要となる人員・設備等

介護医療院においてサービスを提供するために必要な職員・設備等は次の通り。

・人員基準

医師	Ⅰ型：48対1以上（施設で3以上） Ⅱ型：100対1以上（施設で1以上）
薬剤師	Ⅰ型：150対1以上 Ⅱ型：300対1以上
看護職員	6対1以上
介護職員	Ⅰ型：5対1以上 Ⅱ型：6対1以上
理学療法士、作業療法士、言語聴覚士	実情に応じた適当数
栄養士	入所定員100以上の場合、1以上
介護支援専門員	1以上 （100対1を標準とする）
放射線技師	実情に応じた適当数

・設備基準

診察室	医師が診察を行うのに適切なもの
療養室	1室当たり定員4人以下、 入所者1人当たり8.0㎡以上
機能訓練室	40㎡以上
談話室	談話を楽しめる広さ
食堂	1㎡×入所者数以上
廊下幅	1.8m以上 （中廊下は2.7m以上）
浴室	身体の不自由な者が入浴するのに適したもの
その他医療設備	処置室、臨床検査施設、エックス線装置、調剤所

ユニット型介護療養型医療施設の場合、上記基準に加え、
- 共同生活室の設置
- 病室を共同生活室に近接して一体的に設置
- 1のユニットの定員はおおむね10人以下
- 昼間は1ユニットごとに常時1人以上、夜間及び深夜は2ユニットごとに1人以上の介護職員又は看護職員を配置
- ユニットごとに常勤のユニットリーダーを配置　等

Ⅱ　関連通知

３．「主治医意見書記入の手引き」の一部改正について

老老発 1120 第１号
令和７年 11 月 20 日

各 (都道府県 / 指定都市) 介護保険主管部（局）長　殿

厚生労働省老健局老人保健課長
（　公　印　省　略　）

「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」の一部改正について

要介護認定等に係る主治医意見書の記入方法等については、「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」（平成 21 年９月 30 日付け老老発 0930 第２号厚生労働省老健局老人保健課長通知）により、取り扱われているところであるが、令和８年４月１日以降、順次、介護情報基盤経由での情報共有が開始することに伴い、「主治医意見書記入の手引き」について、別紙のとおり見直しを行い、令和８年４月１日より適用することとしたので通知する。

当該内容について御了知の上、貴管内市区町村、広域連合、一部事務組合にその周知徹底を図られたい。

「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」（平成21年９月30日付け老老発0930第２号）（抄）

（変更点は下線部）

改正後	現行
（別添２）主治医意見書記入の手引き Ⅰ １．　（略） 介護認定審査会では、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りますので、なるべく難解な専門用語を用いることは避けて作成してください。 ２．　（略） （１）～（４）　（略） （５）介護サービス計画作成等の介護保険事業の適切な運営を目的とした主治医意見書の活用 主治医意見書は、介護サービス計画や介護予防ケアマネジメントのケアプランの作成に際し、介護サービスを提供するにあたっての医学的観点からの留意点を反映するために活用されます。 サービス提供時の医学的観点からの留意点や禁忌等は主治医意見書の記載内容のみから判断されるものではありませんが、介護サービス計画作成等に有用となる留意点をお分かりになる範囲で具体的に記入してください。 主治医意見書はケアプランの作成のほか、介護保険事業の適切な運営のため、例えば以下の場面において活用されます。 なお、申請者本人の同意を得た上で主治医意見書をサービス担当者会議の参加者に示すことについては、主治医に「守秘義務」に関する問題が生じることはないことを申し添えます。	（別添２）主治医意見書記入の手引き Ⅰ １　（略） 介護認定審査会では、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りますので、なるべく難解な専門用語を用いることは避け、楷書で平易にわかりやすく記入してください。 ２　（略） （１）～（４）　（略） （５）介護サービス計画作成時の利用 介護サービス計画の作成に際し、介護サービスを提供するにあたっての医学的観点からの意見や留意点等についての情報を、申請者等の同意を得てサービス提供者に提供することになります。 サービス提供時の医学的観点からの留意点や禁忌等は主治医意見書の記載内容のみから判断されるものではありませんが、介護サービス計画作成等に有用となる留意点をお分かりになる範囲で具体的に記入してください。 （新設）
・　地域ケア個別会議 地域ケア会議の考え方や実践手法を整理し取りまとめた手引き（※１）において、ケアプランの作成時に用いたもの又は医学的な情報を参照するものの例として、主治医意見書を用いる旨を紹介しています。 具体的には、介護支援専門員が主治医意見書を地域ケア個別会議に持参したり、口頭等で内容を共有することにより、当該会議における個別事例の検討に活用される場合があります。	（新設）
・　居宅・施設サービスの入所判定 指定介護老人福祉施設等の入所に関する通知（※２）において、「施設は、保険者市町村に対し（中略）当該入所申込者が特例入所対象者に該当するか否かを判断するに当たって適宜その意見を求めること。」としており、当該求めに対して保険者は主治医意見書を用いて意見を表明する場合があります。また、認知症対応型共同生活介護の入居要件については、基準省令（※３）において、「指定認知症対応型共同生活介護事業者は、入居申込者の入居に際しては、主治の医師の診断書等により当該入居申込者が認知症である者であることの確認をしなければならない。」としており、認知症の確認に際して主治医意見書が活用される場合があります。 具体的には、介護支援専門員や保険者から、指定介護老人福祉施設、指定地域密着型介護老人福祉施設及び認知症対応型共同生活介護における入所に関する検討のための委員会に主治医意見書が提出され、特例入所対象者の判定、施設への優先入所対象者の判定又は認知症の診断の確認に活用される場合があります。	（新設）

・　加算の算定 介護報酬の留意事項通知（※４）において、「加算の算定要件として（中略）『認知症高齢者の日常生活自立度』を用いる場合の日常生活自立度の決定に当たっては、医師の判定結果又は主治医意見書を用いるものとする。」と規定しています。 具体的には、各事業所において、認知症高齢者の日常生活自立度を要件としている報酬（認知症加算や特定事業所加算等）の算定に、主治医意見書の認知症高齢者の日常生活自立度の記載が活用される場合があります。 ※１．介護予防活動普及展開事業　市町村向け手引き ※２．指定介護老人福祉施設等の入所に関する指針について(平成 26 年 12 月 12 日付け老高発 1212 第 1 号厚生労働省老健局高齢者支援課長通知) ※３．指定地域密着型サービスの事業の人員,設備及び運営に関する基準(平成 18 年厚生労働省令第 34 号）第 94 条 ※４．指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（短期入所サービス及び特定施設入居者生活介護に係る部分）及び指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準の設定に伴う実施上の留意事項について（平成 12 年３月８日付け老企第 40 号厚生省老人保健福祉局企画課長通知） Ⅱ　作成に際しての留意事項 １．作成者 主治医意見書の作成は、申請者の主治医が行ってください。	（新設） Ⅱ　記入に際しての留意事項 １．記入者 主治医意見書の記入は、申請者の主治医が行ってください。

２．作成・送信方法 介護情報基盤を活用して主治医意見書を電子的に作成及び送信する場合は、電子カルテシステム又は文書作成システム（以下、「当該システム」という。）を用いて主治医意見書を作成し、当該システムを利用して介護情報基盤に送信してください。この場合、利用する当該システムは、厚生労働省老健局老人保健課が示す「主治医意見書／請求書電送サービスの導入に関するシステムベンダ向け技術解説書」に対応した機能が具備されている必要があります。また、主治医意見書の作成及び介護情報基盤への送信に当たっては、介護保険資格確認等 WEB サービスなどの公的なサービスを利用することも可能です。 紙媒体に記載する場合は、インク、またはボールペンを使用してください。 Ⅲ　作成マニュアル １．基本情報 「申請者の氏名」等 申請者の氏名を記入し、ふりがなを併記してください。 性別については、該当する□にレ印をつけてください。 生年月日及び年齢(満年齢)については、該当するものに○印をつけ、必要事項を記入してください。 住所及び連絡先については、居住地(自宅)の住所及び電話番号も記入してください。施設に入院･入所している場合は、当該施設の施設名、住所及び電話番号を記入してください。 （削除）	２．記入方法 主治医意見書への記入は、インク、またはボールペンを使用してください。なお、パーソナルコンピュータ等を使用することはさしつかえありませんが、その場合には感熱紙等長期間の保存に適さないものは用いないでください。記入欄に必要な文字または数値を記入し、また□にレ印をつけてください。 Ⅲ　記入マニュアル ０．基本情報 「申請者の氏名」等 申請者の氏名を記入し、ふりがなを併記してください。 性別については、該当する□にレ印をつけてください。 生年月日及び年齢(満年齢)については、該当するものに○印をつけ、必要事項を記入してください。 住所及び連絡先については、居住地(自宅)の住所及び電話番号も記入してください。施設に入院･入所している場合は、当該施設の施設名、住所及び電話番号を記入してください。 主治医として主治医意見書が介護サービス計画作成の際に利用されることについて同意する場合は「□同意する」に、同意しない場合には「□同意しない」にレ印をつけてください。 主治医意見書における「介護サービス計画作成等」の想

	定する範囲は、介護保険事業の適切な運営のために必要な範囲であって、介護サービス計画作成に加えて、 例えば、 ・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 ・地域ケア会議における個別事例の検討 ・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 ・レセプト情報等との連結解析や国保データベース（KDB）システムでの利活用による保険者の支援に関する利用を考えており、その範囲内において取り扱っていただきますようお願いします。 同意する場合には、介護サービス計画の内容についての検討を行うサービス担当者会議に本主治医意見書が提示されます。 なお、申請者本人の同意を得た上で主治医意見書をサービス担当者会議の参加者に示すことについては、主治医に「守秘義務」に関する問題が生じることはないことを申し添えます。
「医師氏名」等 主治医意見書を記入する主治医の所属する医療機関の所在地及び名称、電話番号、ＦＡＸ、主治医の氏名を記入してください。主治医意見書を介護情報基盤を用いて作成及び送信する場合については、医師本人による自署を不要とします。その場合、電子署名を用いることも可能ですが、当面の間、医療機関の判断で電子署名を行わなくとも構いません。なお、電子署名をせず、セキュリティ事案が発生した場合には、医療機関には調査や患者に対しての説明が求められ、事案に対する責任が医師本人や医療機関に生じることに留意ください。 紙媒体で主治医意見書を作成及び提出する場合については、医師本人の記入であることを確認する必要があることから、医師氏名のみは医師本人による自署をお願いします。なお、医師氏名の欄には、押印の必要はありません。また、医療機関の所在地、名称等は、ゴム印等を用いても構いません。	「医師氏名」等 主治医意見書を記入する主治医の所属する医療機関の所在地及び名称、電話番号、ＦＡＸ、主治医の氏名を記入してください。 なお、医師氏名の欄には、押印の必要はありません。また、医療機関の所在地及び名称等は、ゴム印等を用いても構いません。 ただし、医師本人の記入であることを確認する必要があることから、医師氏名のみは医師本人による自署をお願いします。
（１）～（３）　（略） ２．傷病に関する意見 （略） ３．特別な医療 （略） ４．心身の状態に関する意見 （略） ５．生活機能とサービスに関する意見 （１）移動 屋外歩行 日常生活での屋外歩行の状態について、以下の各選択項目の状態例にあてはめ、該当する□にレ印をつけて下さい。	（１）～（３）　（略） １．傷病に関する意見 （略） ２．特別な医療 （略） ３．心身の状態に関する意見 （略） ４．生活機能とサービスに関する意見 （１）移動 屋外歩行 日常生活での屋外歩行の状態について、以下の各選択項目の状態例にあてはめ、該当する□にレ印をつけて下さい。
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みます。外出するようには促しが	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みます。外出するようには促

	必要でも、屋外は一人で歩いている場合も含みます。
介助があればしている	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みます。
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みます。また車いすで屋外を移動している場合等を含みます。

（略）

（２）～（７）　（略）

６．特記すべき事項

申請者の主治医として、要介護認定の審査判定上及び介護保険によるサービスを受ける上で、重要と考えられる事項があれば、要点を記入してください。特に、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してください。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や情報提供書や障害者手帳の申請に用いる診断書等がある場合にはその結果、内容のうち、介護保険によるサービスを受ける上で重要と考えられる事項を簡潔に記入してください。

	しが必要でも、屋外は一人で歩いている場合も含みます。
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みます。
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みます。また車いすで屋外を移動している場合等を含みます。

（略）

（２）～（７）　（略）

５．特記すべき事項

申請者の主治医として、要介護認定の審査判定上及び介護保険によるサービスを受ける上で、重要と考えられる事項があれば、要点を記入してください。特に、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してください。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。

４．「要介護認定等の実施について」の一部改正について

老発 1120 第２号
令和７年 11 月 20 日

各都道府県知事　殿

厚生労働省老健局長
（ 公 印 省 略 ）

「要介護認定等の実施について」の一部改正について

要介護認定等に係る申請等については、「要介護認定等の実施について」（平成 21 年９月 30 日付老発 0930 第５号厚生労働省老健局長通知）により取り扱われていたところであるが、今般別添のとおり改正を行い、令和８年４月１日より適用することとしたので通知する。

なお、本通知の適用の際、現にある旧様式による用紙については、当分の間、これを取り繕って使用することができることとする。

当該内容について御了知の上、貴管内市区町村、広域連合、一部事務組合にその周知徹底を図るとともに、要介護認定等の実施について遺漏のなきように期せられたい。

（別添）

○　要介護認定等の実施について（平成21年９月30日付老発0930第５号）（抄）　（変更点は下線部）

改正後	現行
老発0930第５号	老発0930第５号
平成21年９月30日	平成21年９月30日
老発0330第９号	老発0330第９号
一部改正　平成24年３月30日	一部改正　平成24年３月30日
老発0331第１号	老発0331第１号
一部改正　平成27年３月31日	一部改正　平成27年３月31日
老発0929第７号	老発0929第７号
一部改正　平成27年９月29日	一部改正　平成27年９月29日
老発0323第２号	老発0323第２号
一部改正　平成30年３月23日	一部改正　平成30年３月23日
老発0925第２号	老発0925第２号
一部改正　平成30年９月25日	一部改正　平成30年９月25日
老発0331第２号	老発0331第２号
一部改正　令和２年３月31日	一部改正　令和２年３月31日
老発1225第３号	老発1225第３号
一部改正　令和２年12月25日	一部改正　令和２年12月25日
老発0401第20号	老発0401第20号
一部改正　令和３年４月１日	一部改正　令和３年４月１日
老発0311第１号	老発0311第１号
一部改正　令和４年３月11日	一部改正　令和４年３月11日
老発0401第９号	老発0401第９号
一部改正　令和６年４月１日	一部改正　令和６年４月１日
老発1202第６号	老発1202第６号
一部改正　令和６年12月２日	一部改正　令和６年12月２日
老発1120第２号	
一部改正　令和７年11月20日	
各都道府県知事　殿	各都道府県知事　殿
厚生労働省老健局長	厚生労働省老健局長
（公印省略）	（公印省略）

要介護認定等の実施について	要介護認定等の実施について
要介護認定等に係る申請等については、これまで本職通知「要介護認定等の実施について」（平成21年3月31日老発第0331005号厚生労働省老健局長通知。以下「局長通知」という。）により取り扱われていたところであるが、今般「要介護認定の見直しに係る検証・検討会」での指摘を踏まえ、要介護認定等の方法を見直したことに伴い、要介護認定等の具体的な実施及び運用方法等の取扱いについては、以下によることとし、本年10月1日から適用することとしたので、通知する。 なお、本通知の施行に伴い、局長通知は平成21年9月30日限りで廃止する。	要介護認定等に係る申請等については、これまで本職通知「要介護認定等の実施について」（平成21年3月31日老発第0331005号厚生労働省老健局長通知。以下「局長通知」という。）により取り扱われていたところであるが、今般「要介護認定の見直しに係る検証・検討会」での指摘を踏まえ、要介護認定等の方法を見直したことに伴い、要介護認定等の具体的な実施及び運用方法等の取扱いについては、以下によることとし、本年10月1日から適用することとしたので、通知する。 なお、本通知の施行に伴い、局長通知は平成21年9月30日限りで廃止する。
記	記
１～５　（略）	１～５　（略）

別添１－１



介護保険（要介護認定・要支援認定／要介護更新認定・要支援更新認定）申請書

別添１－１



介護保険（要介護認定・要支援認定／要介護更新認定・要支援更新認定）申請書

別添１－２



介護保険　要介護認定・要支援認定区分変更申請書

別添１－２



介護保険　要介護認定・要支援認定区分変更申請書

別添１－３～２　（略）
別添３



別添１－３～２　（略）
別添３



別添４　（略）



別添４　（略）



改正後全文

老発 0930 第５号
平成 21 年９月 30 日
老発 0330 第９号
一部改正　平成 24 年３月 30 日
老発 0331 第１号
一部改正　平成 27 年３月 31 日
老発 0929 第７号
一部改正　平成 27 年９月 29 日
老発 0323 第２号
一部改正　平成 30 年３月 23 日
老発 0925 第２号
一部改正　平成 30 年９月 25 日
老発 0331 第２号
一部改正　令和２年３月 31 日
老発 1225 第３号
一部改正　令和２年 12 月 25 日
老発 0401 第 20 号
一部改正　令和３年４月１日
老発 0311 第１号
一部改正　令和４年３月 11 日
老発 0401 第９号
一部改正　令和６年４月１日
老発 1202 第６号
一部改正　令和６年 12 月２日
老発 1120 第２号
一部改正　令和７年 11 月 20 日

各都道府県知事　殿

厚生労働省老健局長
（ 公 印 省 略 ）

要介護認定等の実施について

要介護認定等に係る申請等については、これまで本職通知「要介護認定等の実施について」（平成 21 年 3 月 31 日老発第 0331005 号厚生労働省老健局長通知。以下「局長通知」という。）により取り扱われていたところであるが、今般「要介護認定の見直しに係る検証・検討会」での指摘を踏まえ、要介護認定等の方法を見直したことに伴い、要介護認定等の具体的な実施及び運用方法等の取扱いについては、以下によることとし、本年 10 月１日から適用することとしたので、通知する。

なお、本通知の施行に伴い、局長通知は平成 21 年 9 月 30 日限りで廃止する。

記

１　要介護認定等に係る申請

（１）要介護認定（要支援認定）の新規申請及び更新申請

要介護認定（要支援認定を含む。以下同じ。）を受けようとする被保険者は、別添１－１に示す申請書に被保険者証を添付して市町村（要介護認定を実施する広域連合及び一部事務組合等を含む。以下同じ。）に申請を行うものとする。ただし、当該被保険者が介護保険法施行規則（平成 11 年厚生労働省令第 36 号。以下「規則」という。）第 26 条第１項の規定により被保険者証の交付を受けた第二号被保険者以外の第二号被保険者（以下「被保険者証未交付第二号被保険者」という。）であるときは、当該申請書に被保険者証を添付することは要しない。要介護更新認定又は要支援更新認定を受けようとする場合も同様とする。

（２）要介護認定（要支援認定）区分変更申請

要介護状態区分又は要支援状態区分の変更の認定を受けようとする被保険者は、別添１－２に示す申請書に被保険者証を添付して市町村に申請を行うものとする。

（３）サービスの種類指定の変更申請

介護保険法（平成９年法律第 123 号。以下「法」という。）第 37 条第１項の規定に基づき介護給付等対象サービスの種類の指定を受けた被保険者が当該指定に係る居宅サービス、地域密着型サービス、施設サービス、介護予防サービス又は地域密着型介護予防サービスの種類の変更の申請を行う場合は、別添１－３に示す申請書に被保険者証を添付して市町村に申請を行うものとする。

（４）その他

（１）から（３）に係る申請について、別添１－１、１－２及び１－３に示す様式と異なる様式を使用することは差し支えないが、規則の各条に規定する申請書への記載事項に加え、別添１－１、１－２及び１－３に示す事項を含むものとする。

２　要介護認定に係る調査の実施者

（１）市町村職員による認定調査

要介護認定に係る調査（以下「認定調査」という。）のうち、新規の要介護認定申請に係る認定調査については、市町村職員が実施する。

（２）指定市町村事務受託法人への委託

ただし、市町村は認定調査を指定市町村事務受託法人に委託することができる。なお、指定市町村事務受託法人における認定調査は介護支援専門員が行うことを基本とする。

（３）指定居宅介護支援事業者等への委託

市町村は、新規の要介護認定に係る認定調査を除き、認定調査を指定居宅介護支援事業者、地域密着型介護老人福祉施設、介護保険施設若しくは地域包括支援センター（以下「指定居宅介護支援事業者等」という。）又は介護支援専門員であって規則第 40 条第５項の要件を満たすものに委託することができる。

（４）認定調査員

市町村職員、認定調査について市町村から委託を受けた指定市町村事務受託法人に所属する介護支援専門員その他の保健、医療又は福祉に関する専門的知識を有する者、指定居宅介護支援事業者等に所属する介護支援専門員並びに介護支援専門員であって、本職通知（「認定調査員等研修事業の実施について」（平成 20 年６月４日老発第 0604001 号）により都道府県又は指定都市が実施する認定調査に関する研修（認定調査員研修）を修了した者（以下「認定調査員」という。）が、別途老人保健課長名で通知する「認定調査票記入の手引き」に従って、別添２に示す認定調査票を用いて認定調査の対象者（以下「調査対象者」という。）に関する認定調査を実施する。ただし、調査対象者に対して３に規定する主治医意見書を記載する医師であって介護支援専門員である者は、当該調査対象者に対して、当該申請に関する認定調査を行うことはできない。

介護支援専門員以外の保健、医療、福祉に関する専門的知識を有する者は、以下の①又は②のいずれかに該当する者とする。

① 規則第 113 条の２第１号又は第２号に規定される者であって、介護に係る実務の経験が５年以上である者

② 認定調査に従事した経験が１年以上である者

３ 主治医の意見の聴取

要介護認定申請を受理した市町村は、審査対象者の主治医（当該調査対象者の主治医がいない場合は、市町村の職員たる医師又は市町村が指定する医師。以下同じ。）に対し、別途老人保健課長名で通知する「主治医意見書記入の手引き」に従って、別添３に示す主治医意見書への意見の記載を求め、記載された主治医意見書を回収する。

４ 介護認定審査会での審査判定

介護認定審査会は、認定調査の結果及び主治医意見書の内容に基づき、本職通知（「介護認定審査会の運営について」（平成 21 年９月 30 日老発 0930 第６号））に規定する方法により審査判定を行う。

５ 住所移転後の要介護認定の取扱い

法第 36 条に規定する、要介護認定に係る事項を証明する書面の様式は別添４の通りとする。

５．末期がん等の方への要介護認定等に関する各種通知等

事　務　連　絡
平成２２年４月３０日

各都道府県及び市区町村等介護保険主管課（室）御中

厚生労働省老健局老人保健課

末期がん等の方への要介護認定等における留意事項について

介護保険行政の推進につきましては、日頃からご協力を賜り厚くお礼申し上げます。
末期がん等の方は、心身の状況に応じて、迅速に介護サービスの提供が必要となる場合があります。
ついては、末期がん等の方で、介護サービスの利用について急を要する場合は、下記の事項に留意し、適切な要介護認定の実施及び介護サービスの提供を行っていただくようお願いします。

記

１．暫定ケアプランの作成について
保険者の判断で、必要があると認めた場合、要介護認定の申請を受けた後、認定結果が出る前の段階であっても、暫定ケアプランを作成して、介護サービスの提供を開始することができます。また、一部の保険者では、末期がん等の方など、迅速な対応が必要と判断される方からの申請を受けた場合、同日のうちに、認定調査員が認定調査を実施するとともに、ケアマネジャーが暫定ケアプランを作成し、介護サービスの提供を開始しているところです。
こうしたことを踏まえ、末期がん等の方で、介護サービスの利用について急を要する場合には、迅速な暫定ケアプランの作成、介護サービスの提供を徹底いただくようお願いします。

２．要介護認定の実施について
一部の保険者では、末期がん等の方など、迅速な対応が必要と判断される方からの申請を受けた場合、同日のうちに認定調査を実施し、直近の介護認定審査会で二次判定を行い、要介護認定を迅速に実施しているところです。
こうしたことを踏まえ、末期がん等の方で、介護サービスの利用について急を要する場合には、暫定ケアプランの作成に加え、迅速な要介護認定を実施いただくようお願いします。

３．入院中からの介護サービスと医療機関等との連携について
入院している末期がん等の方が、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及び介護報酬上評価されています。
入院している末期がん等の方で、退院後も介護サービスを利用する見通しの方に対しては、これらの趣旨を踏まえ、切れ目のないサービスの提供を実施いただくようお願いします。

（参考）
①介護報酬上の評価
○平成 21 年度より新規に導入
・医療連携加算：150 単位／月（利用者１人につき１回を限度）
・退院・退所加算：400 単位／月（入院期間が 30 日を超えない場合）
600 単位／月（入院期間が 30 日を超える場合）

②診療報酬上の評価
○平成 22 年度より新規に導入
・介護支援連携指導料　300 点（入院中２回）
○平成 22 年度以前より導入
・退院時共同指導料　300 点（入院中１回）
・急性期病棟等退院調整加算　140 点（退院時１回）（平成 22 年度に改正）

４．主治医意見書の診断名欄への「末期がん」の明示について
「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」（平成２１年９月３０日老老発０９３０第２号厚生労働省老健局老人保健課長通知）において「４０歳以上６５歳未満の第２号被保険者については、主治医意見書の診断名の欄に、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」することとしています。
主治医意見書に末期がんであることを明示することは、保険者の要介護認定事務局や介護保険認定審査会における迅速な対応に資するため、特に申請者が末期がんと診断されている場合には、診断名を明示いただくよう、主治医の皆さまに周知願います。ただし、告知の問題については十分留意願います。

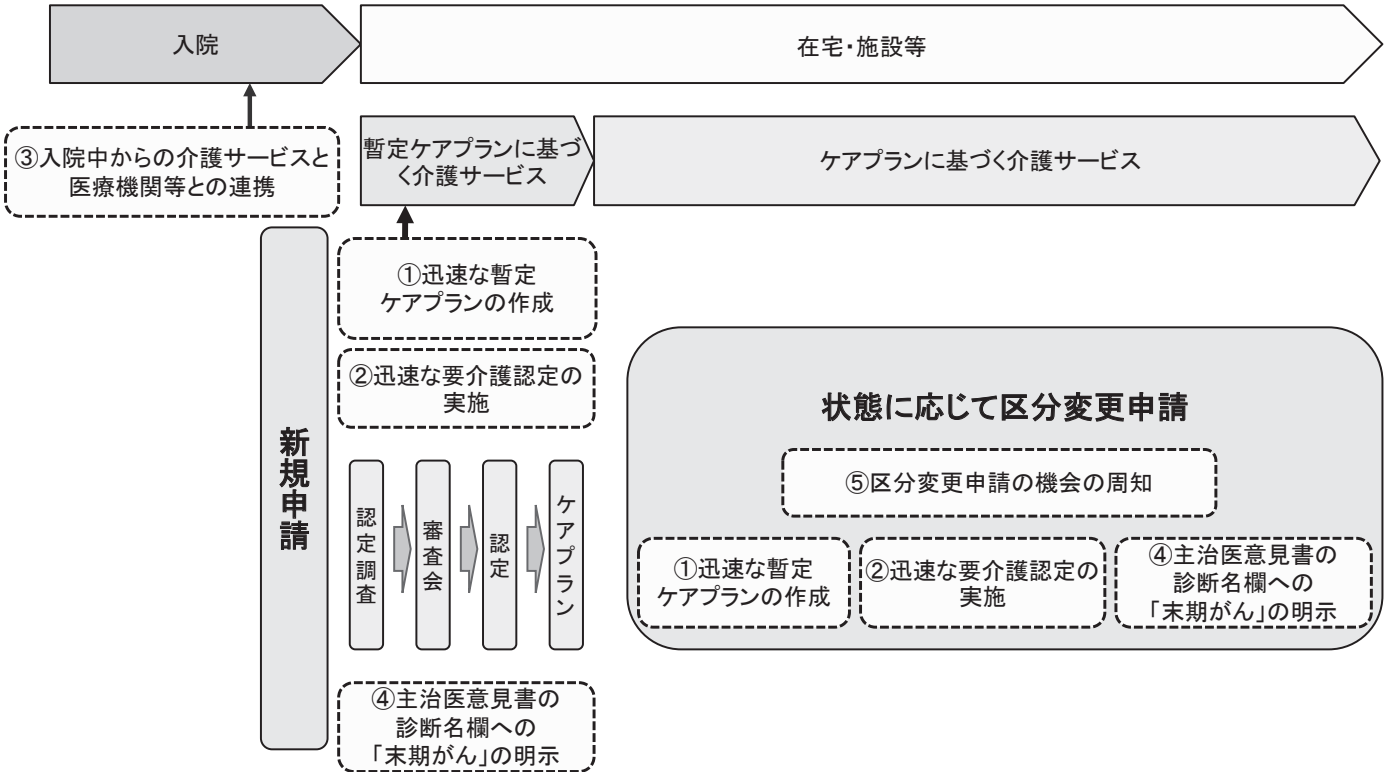
５．区分変更申請の機会の周知について
末期がん等の方は、心身の状況が急激に悪化するため、複数回、要介護状態区分の変更が必要となる場合があります。
したがって、末期がん等の方には、区分変更申請が提出されれば、要介護状態区分の変更等が速やかに行われることについて周知願います。

末期がん等の方への要介護認定等における対応について

○ 末期がん等の方は、心身の状況に応じて、迅速に介護サービスの提供が必要となる場合がある。

○ 保険者より、末期がん等の方に対して、①迅速な暫定ケアプランの作成、②迅速な要介護認定の実施、③入院中からの介護サービスと医療機関等との連携、④主治医意見書の診断名欄への「末期がん」の明示、⑤区分変更申請の機会の周知等を行い、末期がん等の方に対する適切な要介護認定の実施及び介護サービスの提供を行うことが必要。

末期がん等の方への要介護認定等（イメージ）



事　務　連　絡
平成 31 年２月 19 日

各都道府県介護保険主管部（局）御中

厚生労働省老健局老人保健課

がん患者に係る要介護認定等の申請に当たっての特定疾病の記載等について

介護保険行政の推進につきましては、平素より御協力を賜り厚く御礼申し上げます。

がん（医師が一般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。）等の方は、心身の状況に応じて、迅速に介護サービスの提供が必要となる場合があることから、迅速な要介護認定の実施等について、「末期がん等の方への要介護認定等における留意事項について」（平成 22 年４月 30 日付事務連絡）によりお願いしているところです。

がん等における緩和ケアの更なる推進に関する検討会及びがん対策推進協議会等の議論において、65 歳未満のがん患者が要介護認定の申請をする際には、「末期がん」を特定疾病として記載する必要があり、記入しづらく利用が進まないとの指摘があり、「がん対策推進基本計画」（平成 30 年３月閣議決定）においても、「国は、要介護認定における「末期がん」の表記について、保険者が柔軟に対応できるような方策を検討する」と盛り込まれました。

これを踏まえ、第２号被保険者が要介護認定又は要支援認定（以下「要介護認定等」という。）の申請をするに当たっての特定疾病の名称の記入に係る取扱い等について、下記のとおりお示しするので、管内の市町村（指定都市及び特別区を含む。）に周知いただくようお願いします。また、上記の指摘を踏まえ、厚生労働省のホームページにおける特定疾病の説明においても、「がん【がん末期】（医師が一般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ものに限る。）」と記載していましたが、「【がん末期】」の記載を削除したことを申し添えます。

記

１　特定疾病の名称の記入について

特定疾病の名称の記入に当たっては、「がん（医師が一般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。）」、「末期がん」又は「がん末期」等の記載に限らず、単に「がん」と記載されたもので申請を受理して差し支えありません。

２　特定疾病の確認について

申請書に「がん」とだけ記載した方に特定疾病に該当するかを確認する場合であっても、「末期がん」等の表現ではなく、介護保険サービスを利用し得る状態であることを主治医に確認したかどうかに留めるなど、申請者の心情に配慮した対応をお願いします。なお、特定疾病に該当するかについては、介護認定審査会における審査及び判定に基づき判断するものであり、必ずしも、要介護認定等の申請を受理する時点において、特定疾病に該当するかどうかを申請者に確認する必要はありません。

厚生労働省老健局老人保健課介護認定係
担当者：佐々木・山本
ＴＥＬ　03－5253－1111（内線 3945）
ＦＡＸ　03－3595－4010

事　務　連　絡
令和６年５月31日

都道府県
各　指定都市　介護保険担当主管部（局）　御中
中 核 市

都道府県
各　市 町 村　衛生主管部（局）　御中
特 別 区

厚生労働省老健局老人保健課
医政局地域医療計画課
健康・生活衛生局がん・疾病対策課

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

介護保険行政の円滑な運営につきましては、日頃から御尽力賜り厚く御礼申し上げます。

がんや臓器不全の末期等、末期の状態であって、心身の状況が急激に悪化する方を含め、介護サービスの提供に急を要する方については、要介護認定申請にもとづき速やかにサービス提供が開始されることが求められます。

一方、厚生労働省委託事業「がん患者の療養生活の最終段階における実態把握事業」における調査報告書（以下「遺族調査」という。）（令和４年３月 国立がん研究センター がん対策研究所）によると、死亡前６ヶ月間に介護保険を「一回も利用したことがない」と回答した20,807名のうち、4,849名（23.3%）が「申請したが利用できなかった」、1,565名（7.5%）が「介護保険を知らなかった」と回答しています。また、「申請したが利用できなかった」と回答した4,849名のうち、2,413名（49.8%）が「介護認定に必要な調査を受ける前に患者さまが亡くなられた」と回答しています。

このため、特にがんの方等のうち、急速に病状が変化する方については、要介護認定（新規、区分変更）手続き及び速やかな介護サービス開始について特段の配慮が求められます。

こうした考え方にもとづき、これまで事務連絡を発出してきたところ（※）、今般具体的な取扱いについて下記のとおり整理しましたので管内市町村（特別区を含む。以下同じ。）、介護事業所及び医療機関に対し周知をお願いします。

なお、各市町村における当該取組みの状況については実態把握を行った上で、公表する予定であることを申し添えます。

（※）　がん等の方（末期の状態であって、心身の状況が急激に変化するもの）の要介護認定（要支援認定を含む。以下同じ。）の取扱いについては、「末期がん等の方への要介護認定等における留意事項について」（平成22年４月30日付事務連絡）、「末期がん等の方への福祉用具貸与の取扱等について」（平成22年10月25日付事務連絡）、「末期がん等の方への迅速な要介護認定等の実施について」（平成23年10月18日付事務連絡）及び「がん患者に係る要介護認定等の申請に当たっての特定疾病の記載等について」（平成31年２月19日付事務連絡）において周知

記

１．迅速なサービス提供の開始に向けた暫定ケアプランの作成等について

（１）暫定ケアプランの作成及び迅速なサービス提供の開始について

がん等の方は、心身の状況が急激に悪化すること等により、介護サービスの利用に急を要する場合があります。そのため、保険者の判断で、必要があると認めた場合、要介護認定の申請（新規申請・区分変更申請）を受けた後、認定結果が出る前の段階であっても、暫定ケアプランを作成して、介護サービスの提供を開始することができるため、保険者におかれては積極的な検討及び活用をお願いいたします。また、以下の事務連絡（参考１）においてお示ししたとおり、がん等の方など、迅速な対応が必要と判断される方からの申請を受けた場合、同日のうちに、認定調査員が認定調査を実施するとともに、ケアマネジャーが暫定ケアプランを作成し、介護サービスの提供を開始する対応も行われています。こうした対応は望ましいものであり、再度保険者への周知をお願いします。

（参考１）「末期がん等の方への要介護認定等における留意事項について」（平成22年４月30日付事務連絡）

（２）心身の状況が変化した場合の対応について

がん等の方の心身の状況の変化に対応するため、複数回、要介護状態区分の変更が必要となる場合があります。そのため、がん等の方には、区分変更申請が提出されれば、要介護状態区分の変更等が速やかに行われることとしていますが、このことについて再度保険者及び介護支援専門員等にご周知願います。

２．迅速な要介護認定の実施について

（１）オンラインによる認定調査の実施について

入院しているがん等の方の認定調査については、保険者の判断で、必要に応じ、以下の点に留意しながら、オンラインによる認定調査を実施して差し支えありません。

・ 認定調査に一定の知見を有する医師・看護師等が同席し、認定調査員の指示・指導の下、申請者の麻痺の状況を確認する等適切に関与することで、個別の認定調査項目の選択を適切に行うこと

・ 認定調査員が、再度の対面調査が不要であると判断すること
・ 介護認定審査会が把握できるよう、申請者が入院する医療機関の医師・看護師の関与を得て、オンラインのみにより認定調査を実施したこと等を特記事項に記載すること

なお、この取扱いは、事務連絡（参考２）で、新型コロナウイルス感染症に係る臨時的対応としてお示ししていたオンラインによる認定調査と同様です。

（参考２）「新型コロナウイルス感染症に係る要介護認定の臨時的な取扱いについて（その５）」（令和３年１月 29 日付事務連絡）

（２）主治医意見書の簡易な作成について

がん等の方に迅速な介護サービスの提供を実施する観点から、保険者の判断で、必要があると認めた場合、主治医意見書の様式に定められた項目のうち、傷病名、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及び食事行為）及び特記すべき事項等に限定した記載のものを受理しても差し支えありません。

なお、主治医意見書等における申請者の傷病名の取扱いにあたっては、以下の事務連絡（参考３）でお示ししたとおり、申請者の心情に配慮した対応をお願いします。

（参考３）「がん患者に係る要介護認定等の申請に当たっての特定疾病の記載等について」（平成 31 年２月 19 日付事務連絡）

（３）一次判定ソフトの活用等について

暫定ケアプランの作成ないし更新の参考となるよう、保険者は、可能な限り速やかに認定調査を実施するとともに、調査結果や一次判定ソフトによる一次判定結果を、がん等の方のケアプランを作成する指定居宅介護支援事業者に共有する等の支援を適切に行うようにお願いします。

３．介護認定審査会の柔軟な運用について

前掲の事務連絡（参考１）においてお示ししたとおり、がん等の方など、特に迅速な対応が必要と判断される方からの申請を受けた場合、同日のうちに認定調査を実施し、直近の介護認定審査会で二次判定を行い、要介護認定を迅速に実施している自治体があり、こうした取組は望ましいものと考えられます。

がん等の方の要介護認定をさらに迅速化する観点から、以下（１）～（３）の取扱いも可能ですので、保険者におかれては、これを踏まえ、緊急で要介護認定が必要な方について、合議体の数を増やすことや、審査の順序を前後させる等、柔軟な対応を積極的に行って頂きますようお願いいたします。

（１）合議体の構成について

以下の通知（参考４）において、委員の確保が困難な場合などは、委員の定数を３人とすることが可能であることとしています。

また、同一の委員を複数の合議体に所属させることや、委員が所属していない合議体における審査判定に加わることも必要に応じて可能とします。

これらのことを踏まえ、がん等の方に緊急で要介護認定が必要な場合に対応できるよう、適切な審査体制の構築に努めるようお願いいたします。

（参考４）介護認定審査会の運営について（通知）（老発 0930 第６号厚生労働省老健局長通知）（抄）

介護認定審査会運営要綱

２　認定審査会の構成

2)　合議体

(2)　合議体の構成

合議体の委員の定数は、5 人を標準として市町村が定める数とする。なお、以下の場合などにおいて、5 人より少ない定数によっても認定審査会の審査判定の質が維持されるものと市町村が判断した場合、5 人より少ない人数を定めることができる。ただし、この場合であっても、3 人を下回ることはできない。

（２）介護認定審査会の開催方法について

審査会の開催形式について、合議形式ではなく、資料の持ち回りや、オンラインによる実施など、市町村の状況に応じた形式とすることも可能とします。

（３）介護認定審査会が付する意見について

以下の通知（参考５）でお示ししているとおり、介護認定審査会は、審査判定の結果を市町村に通知する際に、サービスの有効な利用に関する留意事項について意見を付すことができます。

ついては、がんの急速な状態悪化等、疾病その他の原因により状態が急速に悪化することが見込まれる方については、介護認定審査会において必要に応じ市町村への意見付記を活用していただきますよう、審査会委員への周知をお願いします。

（参考５）介護認定審査会の運営について（通知）（老発 0930 第６号厚生労働省老健局長通知）（抄）

介護認定審査会運営要綱

４　認定審査会開催の手順

3)　認定審査会が付する意見

(2)　要介護状態の軽減又は悪化の防止のために必要な療養についての意見

介護認定審査会資料から読み取れる状況に基づき、要介護状態の軽減又は、悪化の防止のために特に必要な療養があると考えられる場合、及び指定居宅サービスまたは指定施設サービスの有効な利用に関して被保険者が留意すべきことがある場合には、介護認定審査会としての意見を付す。

4．医療機関における適切な対応について

（1）がん等の方が介護サービスを利用できることについて

本事務連絡の冒頭でお示ししたとおり、遺族調査の結果によると、死亡前６ヶ月間に一回も介護保険を利用したことがない人のうち、7.5%が「介護保険を知らなかった」と回答しています。

このため、がんや臓器不全の末期等、末期の状態であって、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かれては、患者の心身の状況に応じ、介護サービスの活用を提案いただく等の対応をお願いいたします。なお、40 歳以上 65 歳未満の方が介護サービスを受けるためには、特定疾病（参考６）に該当する必要がありますので、その点もご確認の上、ご対応をお願いいたします。

（参考６）介護保険法施行令（平成十年政令第四百十二号）

（特定疾病）

第二条　（略）

一　がん（医師が一般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。）
二　関節リウマチ
三　筋萎縮性側索硬化症
四　後縦靭帯骨化症
五　骨折を伴う骨粗鬆症
六　初老期における認知症（法第五条の二第一項に規定する認知症をいう。以下同じ。）
七　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
八　脊髄小脳変性症
九　脊柱管狭窄症
十　早老症
十一　多系統萎縮症
十二　糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症
十三　脳血管疾患
十四　閉塞性動脈硬化症
十五　慢性閉塞性肺疾患
十六　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

（2）介護保険サービスとの迅速な連携について

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必要な手続を進めて頂きますようお願いします。

（3）医療介護連携の診療報酬・介護報酬上の評価について

入院しているがん等の方については、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及び介護報酬上評価されています（参考７）。入院しているがん等の方で、退院後も介護サービスを利用する見通しの方に対しては、これらの趣旨を踏まえ、切れ目のないサービスの提供を実施いただくよう、管内の医療機関に周知をお願いします。

（参考７）

①介護報酬上の評価の例
・退院時共同指導加算：600 単位（１回につき）
・退院・退所加算：450 単位～900 単位（入院・入所期間中１回まで）

②診療報酬上の評価の例
・介護支援等連携指導料：400 点（入院中２回に限り算定）
・退院時共同指導料２：400 点（入院中２回に限り算定）

5．福祉用具貸与の取扱いについて

がん等の方への福祉用具貸与の取扱いについては、以下の事務連絡（参考８）においてその取り扱いをお示ししていますが、指定福祉用具貸与費及び指定介護予防福祉用具貸与費の算定について、以下の通り改めてお示ししますので、周知をお願いします。

- 支援者及び要介護１の者については、「特殊寝台」、「特殊寝台付属品」、「床ずれ防止用具」等の利用に際し、指定福祉用具貸与費及び指定介護予防福祉用具貸与費が原則として算定できないこととなっています。
- ただし、要支援者及び要介護１の者であっても、がんの急速な状態悪化等、疾病その他の原因により状態が急速に悪化し、短期間のうちに日常的に起きあがりや寝返り等が困難となることが確実に見込まれる者については、保険者の判断により指定福祉用具貸与費及び指定介護予防福祉用具貸与費を算定することができます。
- なお、こうした見込みについて、医師の医学的な所見（主治医意見書や医師の診断書等）に基づき判断され、かつ、サービス担当者会議等を通じた適切なケアマネジメントにより福祉用具貸与及び介護予防福祉用具貸与が特に必要である旨が判断されている場合には、保険者においても書面等により確認し、指定福祉用具貸与費及び指定介護予防福祉用具貸与費を算定することの要否を判断してください（別添１及び２参照）。

（参考８）「末期がん等の方への福祉用具貸与の取扱等について」（平成 22 年 10 月 25 日付事務連絡）

（別添１）

指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分）及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について（抄）

平成１２年３月１日老企第３６号
厚生省老人保健福祉局企画課長通知
（最終改正 令和６年３月１５日）

９　福祉用具貸与費

（略）

（４）要介護一の者に係る指定福祉用具貸与費

① 算定の可否の判断基準

要介護一の者に係る指定福祉用具貸与費については、その状態像から見て使用が想定しにくい「車いす」、「車いす付属品」、「特殊寝台」、「特殊寝台付属品」、「床ずれ防止用具」、「体位変換器」、「認知症老人徘徊感知機器」、「移動用リフト（つり具の部分を除く。）」及び「自動排泄処理装置」（以下「対象外種目」という。）に対しては、原則として算定できない。また、「自動排泄処理装置（尿のみを自動的に吸引する機能のものを除く。）」については、要介護一の者に加え、要介護二及び要介護三の者に対しては、原則として算定できない。しかしながら利用者等告示第三十一号のイで定める状態像に該当する者については、軽度者（要介護一の者をいう。ただし、自動排泄処理装置については、要介護一、要介護二及び要介護三の者をいう。以下（２）において同じ。）であっても、その状態像に応じて利用が想定される対象外種目について指定福祉用具貸与費の算定が可能であり、その判断については、次のとおりとする。

（略）

ウ　また、アにかかわらず、次の i)から iii)までのいずれかに該当する旨が医師の医学的な所見に基づき判断され、かつ、サービス担当者会議等を通じた適切なケアマネジメントにより福祉用具貸与が特に必要である旨が判断されている場合にあっては、これらについて、市町村が書面等確実な方法により確認することにより、その要否を判断することができる。この場合において、当該医師の医学的な所見については、主治医意見書による確認のほか、医師の診断書又は担当の介護支援専門員が聴取した居宅サービス計画に記載する医師の所見により確認する方法でも差し支えない。

（略）

ⅱ）疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに利用者等告示第三十一号のイに該当することが確実に見込まれる者

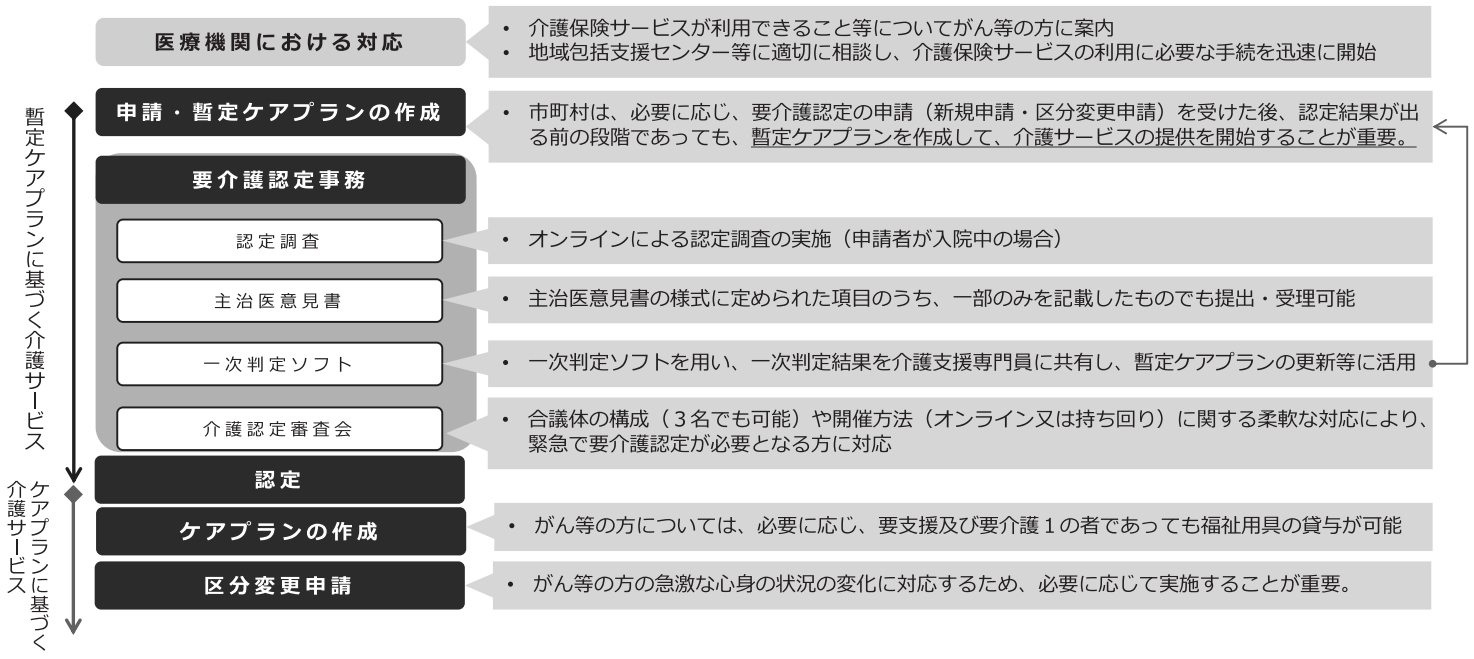
（例　がん末期の急速な状態悪化）

（略）

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

- 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、心身の状況に応じて、迅速に介護サービスの提供が必要となる場合がある。
- 医療機関における適切な対応、迅速な暫定ケアプランの作成、迅速な認定調査の実施、主治医意見書の簡略化、介護認定審査会の柔軟な運用等を行い、迅速なサービスの提供が重要。

がん等の方への要介護認定等（イメージ）



（別添２）

「指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」の制定及び「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス及び居宅療養管理指導に係る部分）及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」等の一部改正について（抄）

平成１８年３月１７日老計発第０３１７００１号
老振発第０３１７００１号
老老発第０３１７００１号
厚生労働省老健局計画・振興・老人保健課長連名通知
（最終改正　令和６年３月１５日）

（略）

１０　介護予防福祉用具貸与費

（略）

（２）要支援一又は要支援二の者に係る指定介護予防福祉用具貸与費

①　算定の可否の判断基準

要支援一又は要支援二の者（以下（２）において「軽度者」という。）に係る指定介護予防福祉用具貸与費については、その状態像から見て使用が想定しにくい「車いす」、「車いす付属品」、「特殊寝台」、「特殊寝台付属品」、「床ずれ防止用具」、「体位変換器」、「認知症老人徘徊感知機器」、「移動用リフト（つり具の部分を除く。）」及び「自動排泄処理装置（尿のみを自動的に吸引する機能のものを除く。）」（以下「対象外種目」という。）に対しては、原則として算定できない。

しかしながら利用者等告示第八十八号において準用する第三十一号のイで定める状態像に該当する者については、軽度者であっても、その状態像に応じて利用が想定される対象外種目について指定介護予防福祉用具貸与費の算定が可能であり、その判断については、次のとおりとする。

（略）

ウ　また、アにかかわらず、次のⅰ)からⅲ)までのいずれかに該当する旨が医師の医学的な所見に基づき判断され、かつ、サービス担当者会議等を通じた適切なケアマネジメントにより介護予防福祉用具貸与が特に必要である旨が判断されている場合にあっては、これらについて、市町村が書面等確実な方法により確認することにより、その要否を判断することができる。この場合において、当該医師の医学的な所見については、主治医意見書による確認のほか、医師の診断書又は担当職員が聴取した介護予防サービス計画に記載する医師の所見により確認する方法でも差し支えない。

（略）

ⅱ）疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに九十五号告示第七十九号において準用する第二十五号のイに該当することが確実に見込まれる者

（例　がん末期の急速な状態悪化）

（略）

以上

9

事　務　連　絡
平成２２年１０月２５日

各都道府県及び市区町村等介護保険主管課（室）御中

厚生労働省老健局振　興　課
老人保健課

末期がん等の方への福祉用具貸与の取扱等について

介護保険行政の推進につきましては、日頃からご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、本年４月３０日に、迅速な介護サービス提供が必要となる末期がん等の方への要介護認定等における留意事項として、暫定ケアプランによる介護サービスの提供や迅速な認定調査の実施等について事務連絡を発出したところです。

今般、要介護認定で要支援１、２及び要介護１と判定された方のうち、末期がん等の心身の状態が急速に悪化することが確実に見込まれる方に対する福祉用具貸与の取扱い及び要介護認定時の留意事項について、改めて下記のとおりお伝えいたしますので、ご了知願います。

記

１．指定福祉用具貸与費及び指定介護予防福祉用具貸与費の算定について

要支援者及び要介護１の者については、「特殊寝台」、「特殊寝台付属品」、「床ずれ防止用具」等の利用に際し、指定福祉用具貸与費及び指定介護予防福祉用具貸与費が原則として算定できないこととなっています。

ただし、要支援者及び要介護１の者であっても、末期がんの急速な状態悪化等、疾病その他の原因により状態が急速に悪化し、短期間のうちに日常的に起きあがりや寝返り等が困難となることが確実に見込まれる者については、市町村の判断により指定福祉用具貸与費及び指定介護予防福祉用具貸与費を算定することができます。

なお、判断にあたっては、医師の医学的な所見（主治医意見書や医師の診断書等）に基づき判断され、かつ、サービス担当者会議等を通じた適切なケアマネジメントにより福祉用具貸与及び介護予防福祉用具貸与が特に必要である旨が判断されている場合、書面等により確認し、その要否を判断してください（別添１及び２参照）。

２．介護認定審査会が付する意見について

介護認定審査会は、審査判定の結果を市町村に通知する際に、サービスの有効な利用に関する留意事項について意見を付すことができます（別添３参照）。

つきましては、末期がんの急速な状態悪化等、疾病その他の原因により状態が急速に悪化することが見込まれる方については、介護認定審査会において必要に応じ市町村への意見付記を活用していただきますよう、審査会委員への周知をお願いします。

（別添１）

指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分）及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について
～抄～

平成１２年３月１日老企第３６号
厚生省老人保健福祉局企画課長通知
（最終改正 平成２１年４月２１日）

（２）要介護一の者に係る指定福祉用具貸与費
①　算定の可否の判断基準
要介護一の者(以下(2)において「軽度者」という。)に係る指定福祉用具貸与費については、その状態像から見て使用が想定しにくい「車いす」、「車いす付属品」、「特殊寝台」、「特殊寝台付属品」、「床ずれ防止用具」、「体位変換器」、「認知症老人徘徊感知機器」及び「移動用リフト(つり具の部分を除く。)」(以下「対象外種目」という。)に対しては、原則として算定できない。しかしながら第二十三号告示第二十一号のイで定める状態像に該当する者については、軽度者であっても、その状態像に応じて利用が想定される対象外種目について指定福祉用具貸与費の算定が可能であり、その判断については、次のとおりとする。

（中略）

ウ　また、アにかかわらず、次のⅰ)からⅲ)までのいずれかに該当する旨が医師の医学的な所見に基づき判断され、かつ、サービス担当者会議等を通じた適切なケアマネジメントにより福祉用具貸与が特に必要である旨が判断されている場合にあっては、これらについて、市町村が書面等確実な方法により確認することにより、その要否を判断することができる。この場合において、当該医師の医学的な所見については、主治医意見書による確認のほか、医師の診断書又は担当の介護支援専門員が聴取した居宅サービス計画に記載する医師の所見により確認する方法でも差し支えない。

（中略）

ⅱ）疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに第二十三号告示第二十一号のイに該当することが確実に見込まれる者
（例　がん末期の急速な状態悪化）

（後略）

（別添２）

「指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」の制定及び「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス及び居宅療養管理指導に係る部分）及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」等の一部改正について　　～抄～

平成１８年３月１７日老計発第０３１７００１号
老振発第０３１７００１号
老老発第０３１７００１号
厚生労働省老健局計画・振興・老人保健課長連名通知
（最終改正 平成２２年３月３１日）

（２）要支援一又は要支援二の者に係る指定介護予防福祉用具貸与費
①　算定の可否の判断基準
要支援一又は要支援二の者(以下(2)において「軽度者」という。)に係る指定介護予防福祉用具貸与費については、その状態像から見て使用が想定しにくい「車いす」、「車いす付属品」、「特殊寝台」、「特殊寝台付属品」、「床ずれ防止用具」、「体位変換器」、「認知症老人徘徊感知機器」及び「移動用リフト（つり具の部分を除く。）」(以下「対象外種目」という。)に対しては、原則として算定できない。しかしながら第二十三号告示第六十五号において準用する第二十一号のイで定める状態像に該当する者については、軽度者であっても、その状態像に応じて利用が想定される対象外種目について指定介護予防福祉用具貸与費の算定が可能であり、その判断については、次のとおりとする。

（中略）

ウ　また、アにかかわらず、次のⅰ)からⅲ)までのいずれかに該当する旨が医師の医学的な所見に基づき判断され、かつ、サービス担当者会議等を通じた適切なケアマネジメントにより介護予防福祉用具貸与が特に必要である旨が判断されている場合にあっては、これらについて、市町村が書面等確実な方法により確認することにより、その要否を判断することができる。この場合において、当該医師の医学的な所見については、主治医意見書による確認のほか、医師の診断書又は担当職員が聴取した介護予防サービス計画に記載する医師の所見により確認する方法でも差し支えない。

（中略）

ⅱ）疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに第二十三号告示第六十五号において準用する第二十一号のイに該当することが確実に見込まれる者　（例　がん末期の急速な状態悪化）

（後略）

（別添３）

介護認定審査会の運営について　～抄～

平成２１年９月３０日老発０９３０第６号
厚生労働省老健局長通知

３）認定審査会が付する意見

（中略）

（２）要介護状態の軽減又は悪化の防止のために必要な療養についての意見
介護認定審査会資料から読み取れる状況に基づき、要介護状態の軽減又は、悪化の防止のために特に必要な療養があると考えられる場合、及び指定居宅サービスまたは指定施設サービスの有効な利用に関して被保険者が留意すべきことがある場合には、介護認定審査会としての意見を付す。

（後略）

６．医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進について

医政発第１２２８００１号
平成１９年１２月２８日

各都道府県知事　殿

厚生労働省医政局長

医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進について

近年、医師の業務については、病院に勤務する若年・中堅層の医師を中心に極めて厳しい勤務環境に置かれているが、その要因の一つとして、医師でなくても対応可能な業務までも医師が行っている現状があるとの指摘がなされているところである。また、看護師等の医療関係職については、その専門性を発揮できていないとの指摘もなされている。

良質な医療を継続的に提供していくためには、各医療機関に勤務する医師、看護師等の医療関係職、事務職員等が互いに過重な負担がかからないよう、医師法（昭和２３年法律第２０１号）等の医療関係法令により各職種に認められている業務範囲の中で、各医療機関の実情に応じて、関係職種間で適切に役割分担を図り、業務を行っていくことが重要である。

このため、今般、医師等でなくても対応可能な業務等について下記のとおり整理したので、貴職におかれては、その内容について御了知の上、各医療機関において効率的な業務運営がなされるよう、貴管内の保健所設置市、特別区、医療機関、関係団体等に周知方願いたい。

なお、今後も、各医療機関からの要望や実態を踏まえ、医師、看護師等の医療関係職、事務職員等の間での役割分担の具体例について、適宜検討を行う予定であることを申し添える。

記

１．基本的考え方

各医療機関においては、良質な医療を継続的に提供するという基本的考え方の下、医師、看護師等の医療関係職の医療の専門職種が専門性を必要とする業務に専念することにより、効率的な業務運営がなされるよう、適切な人員配置の在り方や、医師、看護師等の医療関係職、事務職員等の間での適切な役割分担がなされるべきである。

以下では、関係職種間の役割分担の一例を示しているが、実際に各医療機関において適切な役割分担の検討を進めるに当たっては、まずは当該医療機関における実情（医師、看護師等の医療関係職、事務職員等の役割分担の現状や業務量、知識・技能等）を十分に把握し、各業務における管理者及び担当者間においての責任の所在を明確化した上で、安全・安心な医療を提供するために必要な医師の事前の指示、直接指示のあり方を含め具体的な連携・協力方法を決定し、関係職種間での役割分担を進めることにより、良質な医療の提供はもとより、快適な職場環境の形成や効率的な業務運営の実施に努められたい。

２．役割分担の具体例

（１）医師、看護師等の医療関係職と事務職員等との役割分担

１）　書類作成等

書類作成等に係る事務については、例えば、診断書や診療録のように医師の診察等を経た上で作成される書類は、基本的に医師が記載することが想定されている。しかしながら、①から③に示すとおり、一定の条件の下で、医師に代わって事務職員が記載等を代行することも可能である。

ただし、医師や看護師等の医療関係職については、法律において、守秘義務が規定されていることを踏まえ、書類作成における記載等を代行する事務職員については、雇用契約において同趣旨の規定を設けるなど個人情報の取り扱いについては十分留意するとともに、医療の質の低下を招かないためにも、関係する業務について一定の知識を有した者が行うことが望ましい。

他方、各医療機関内で行われる各種会議等の用に供するための資料の作成など、必ずしも医師や看護師等の医療関係職の判断を必要としない書類作成等に係る事務についても、医師や看護師等の医療関係職が行っていることが医療現場における効率的な運用を妨げているという指摘がなされている。これらの事務について、事務職員の積極的な活用を図り、医師や看護師等の医療関係職を本来の業務に集中させることで医師や看護師等の医療関係職の負担の軽減が可能となる。

①　診断書、診療録及び処方せんの作成

診断書、診療録及び処方せんは、診察した医師が作成する書類であり、作成責任は医師が負うこととされているが、医師が最終的に確認し署名することを条件に、事務職員が医師の補助者として記載を代行することも可能である。また、電磁的記録により作成する場合は、電子署名及び認証業務に関する法律（平成１２年法律第１０２号）第２条第１項に規定する電子署名をもって当該署名に代えることができるが、作成者の識別や認証が確実に行えるよう、その運用においては「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守されたい。

②　主治医意見書の作成

介護保険法（平成９年法律第１２３号）第２７条第３項及び第３２条第３項に基づき、市町村等は要介護認定及び要支援認定の申請があった場合には、申請者に係る主治の医師に対して主治医意見書の作成を求めることとしている。

医師が最終的に確認し署名することを条件に、事務職員が医師の補助者として主治医意見書の記載を代行することも可能である。また、電磁的記録により作成する場合は、電子署名及び認証業務に関する法律（平成１２年法律第１０２号）第２条第１項に規定する電子署名をもって当該署名に代えることができるが、作成者の識別や認証が確実に行えるよう、その運用においては「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守されたい。

③　診察や検査の予約

近年、診察や検査の予約等の管理に、いわゆるオーダリングシステムの導入を進めている医療機関が多く見られるが、その入力に係る作業は、医師の正確な判断・指示に基づいているものであれば、医師との協力・連携の下、事務職員が医師の補助者としてオーダリングシステムへの入力を代行することも可能である。

２）　ベッドメイキング

保健師助産師看護師法（昭和２３年法律第２０３号）第５条に規定する療養上の世話の範疇に属さない退院後の患者の空きのベッド及び離床可能な患者のベッドに係るベッドメイキングについては、「ベッドメイキングの業務委託について（回答）」（平成１２年１１月７日付け医政看発第３７号・医政経発第７７号。以下「業務委託通知」という。）において示しているとおり、看護師及び准看護師（以下「看護職員」という。）以外が行うことができるものであり、業者等に業務委託することも可能である。

ただし、入院患者の状態は常に変化しているので、業務委託でベッドメイキングを行う場合は、業務委託通知において示しているとおり、病院の管理体制の中で、看護師等が関与して委託するベッドの選定を行うなど、病棟管理上遺漏のないよう十分留意されたい。

３）　院内の物品の運搬･補充、患者の検査室等への移送

滅菌器材、衛生材料、書類、検体の運搬・補充については、専門性を要する業務に携わるべき医師や看護師等の医療関係職が調達に動くことは、医療の質や量の低下を招き、特に夜間については、病棟等の管理が手薄になるため、その運搬・補充については、看護補助者等の活用や院内の物品運搬のシステムを整備することで、看護師等の医療関係職の業務負担の軽減に資することが可能となる。その際には、院内で手順書等を作成し、業務が円滑に行えるよう徹底する等留意が必要である。

また、患者の検査室等への移送についても同様、医師や看護師等の医療関係職が行っている場合も指摘されているが、患者の状態を踏まえ総合的に判断した上で事

務職員や看護補助者を活用することは可能である。

４）　その他

診療報酬請求書の作成、書類や伝票類の整理、医療上の判断が必要でない電話対応、各種検査の予約等に係る事務や検査結果の伝票、画像診断フィルム等の整理、検査室等への患者の案内、入院時の案内（オリエンテーション）、入院患者に対する食事の配膳、受付や診療録の準備等についても、医師や看護師等の医療関係職が行っている場合があるという指摘がなされている。事務職員や看護補助者の積極的な活用を図り、専門性の高い業務に医師や看護師等の医療関係職を集中させることが、医師や看護師等の医療関係職の負担を軽減する観点からも望ましいと考えられる。

また、個人情報の保護に関する法律（平成１５年法律第５７号）の遵守等、事務職員の適切な個人情報の取り扱いについて十分留意されたい。

（２）医師と助産師との役割分担

保健師助産師看護師法において、助産師は助産及びじょく婦及び新生児の保健指導を担っているものである。医師との緊密な連携・協力関係の下で、正常の経過をたどる妊婦や母子の健康管理や分娩の管理について助産師を積極的に活用することで、産科医療機関における医師の業務負担を軽減させることが可能となる。こうした産科医療機関における医師の業務負担の軽減は、医師が医師でなければ対応できない事案により専念できることにより、医師の専門性がより発揮されることを可能とするとともに、地域のより高次の救急医療を担う医療機関における産科医師の負担の軽減にも資することとなる。

特に医療機関においては、安全・安心な分娩の確保と効率的な病院内運用を図るため、妊産婦健診や相談及び院内における正常分娩の取扱い等について、病院内で医師・助産師が連携する仕組みの導入も含め、個々の医療機関の事情に応じ、助産師がその専門性を発揮しやすい環境を整えることは、こうした業務分担の導入に際し有効なものである。

医師と助産師の間で連携する際には、十分な情報の共有と相互理解を構築するとともに、業務に際しては母子の安全の確保に細心の注意を払う必要があることは当然の前提である。

（３）医師と看護師等の医療関係職との役割分担

医師と看護師等の医療関係職との間の役割分担についても、以下のような役割分担を進めることで、医師が医師でなければ対応できない業務により集中することが可能となる。また、医師の事前指示やクリティカルパスの活用は、医師の負担を軽減することが可能となる。

その際には、医療安全の確保の観点から、個々の医療機関等毎の状況に応じ、個別の看護師等の医療関係職の能力を踏まえた適切な業務分担を行うことはもとより、

適宜医療機関内外での研修等の機会を通じ、看護師等が能力の研鑽に励むことが望ましい。

1）　薬剤の投与量の調節

患者に起こりうる病態の変化に応じた医師の事前の指示に基づき、患者の病態の変化に応じた適切な看護を行うことが可能な場合がある。例えば、在宅等で看護にあたる看護職員が行う、処方された薬剤の定期的、常態的な投与及び管理について、患者の病態を観察した上で、事前の指示に基づきその範囲内で投与量を調整することは、医師の指示の下で行う看護に含まれるものである。

2）　静脈注射

医師又は歯科医師の指示の下に行う看護職員が行う静脈注射及び、留置針によるルート確保については、診療の補助の範疇に属するものとして取り扱うことが可能であることを踏まえ、看護職員の積極的な活用を図り、医師を専門性の高い業務に集中させ、患者中心の効率的な運用に努められたい。

なお、薬剤の血管注入による身体への影響は大きいことから、「看護師等による静脈注射の実施について」（平成１４年９月３０日医政発第 0930002 号）において示しているとおり、医師又は歯科医師の指示に基づいて、看護職員が静脈注射を安全にできるよう、各医療機関においては、看護職員を対象とした研修を実施するとともに、静脈注射の実施等に関して、施設内基準や看護手順の作成・見直しを行い、また、個々の看護職員の能力を踏まえた適切な業務分担を行うことが重要である。

3）　救急医療等における診療の優先順位の決定

夜間・休日救急において、医師の過重労働が指摘されている現状を鑑み、より効率的運用が行われ、患者への迅速な対応を確保するため、休日や夜間に診療を求めて救急に来院した場合、事前に、院内において具体的な対応方針を整備していれば、専門的な知識および技術をもつ看護職員が、診療の優先順位の判断を行うことで、より適切な医療の提供や、医師の負担を軽減した効率的な診療を行うことが可能となる。

4）　入院中の療養生活に関する対応

入院中の患者について、例えば病棟内歩行可能等の活動に関する安静度、食事の変更、入浴や清拭といった清潔保持方法等の療養生活全般について、現在行われている治療との関係に配慮し、看護職員が医師の治療方針や患者の状態を踏まえて積極的に対応することで、効率的な病棟運営や患者サービスの質の向上、医師の負担の軽減に資することが可能となる。

5）　患者・家族への説明

医師の治療方針の決定や病状の説明等の前後に、看護師等の医療関係職が、患者との診察前の事前の面談による情報収集や補足的な説明を行うとともに、患者、家族等の要望を傾聴し、医師と患者、家族等が十分な意思疎通をとれるよう調整を行うことで、医師、看護師等の医療関係職と患者、家族等との信頼関係を深めることが可能となるとともに、医師の負担の軽減が可能となる。

また、高血圧性疾患、糖尿病、脳血管疾患、うつ病（気分障害）のような慢性疾患患者においては、看護職員による療養生活の説明が必要な場合が想定される。このような場合に、医師の治療方針に基づき看護職員が療養生活の説明を行うことは可能であり、これにより医師の負担を軽減し、効率的な外来運営が行えるとともに、患者のニーズに合わせた療養生活の援助に寄与できるものと考える。

6）　採血、検査についての説明

採血、検査説明については、保健師助産師看護師法及び臨床検査技師等に関する法律（昭和３３年法律第７６号）に基づき、医師等の指示の下に看護職員及び臨床検査技師が行うことができることとされているが、医師や看護職員のみで行っている実態があると指摘されている。

医師と看護職員及び臨床検査技師との適切な業務分担を導入することで、医師等の負担を軽減することが可能となる。

7）　薬剤の管理

病棟等における薬剤の在庫管理、ミキシングあるいは与薬等の準備を含む薬剤管理について、医師や看護職員が行っている場合もあると指摘されているが、ミキシングを行った点滴薬剤等のセッティング等を含め、薬剤師の積極的な活用を図り、医師や看護職員の業務を見直すことで、医療安全の確保及び医師等の負担の軽減が可能となる。

8）　医療機器の管理

生命に影響を与える機器や精密で複雑な操作を伴う機器のメンテナンスを含む医療機器の管理については、臨床工学技士法（昭和６２年法律第６０号）に基づき、医師の指示の下、臨床工学技士が行うことができるとされているところであるが、医師や看護職員のみで行っている実態も指摘されている。臨床工学技士の積極的な活用を図り、医師や看護職員の業務を見直すことで、医療安全の確保及び医師等の負担の軽減が可能となる。

7.「おむつに係る費用の医療費控除の取扱いについて」の一部改正について

医政総発1010第１号
障企発１０１０第１号
老総発１０１０第１号
令和６年１０月１０日

各（都道府県／市町村）（衛生／民生）主管（部）局長　殿

厚生労働省医政局総務課長
厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部企画課長
厚生労働省老健局総務課長
（公印省略）

「おむつに係る費用の医療費控除の取扱いについて」の一部改正について

「おむつに係る費用の医療費控除の取扱いについて」（平成14年７月１日付け医政総発第0701001号・障企発第0701001号・老総発第0701001号厚生労働省医政局総務課長、社会・援護局障害保健福祉部企画課長及び厚生労働省老健局総務課長連名通知）について、別添のとおり改正し、令和７年に確定申告を行う際より適用することとしました（ただし、令和６年以降の年分に係る申告に限る。）。つきましては、御了知の上、関係者、関係団体等に対し周知をお願いいたします。

なお、本通知の内容については、国税庁と協議済みであることを申し添えます。

別添

おむつに係る費用の医療費控除の取扱いについて（平成14年７月１日付け医政総発第0701001号・障企発第0701001号・老総発第0701001号厚生労働省医政局総務課長、社会・援護局障害保健福祉部企画課長及び厚生労働省老健局総務課長連名通知）の一部を次のように改正する。

次の表のように改正する。

（傍線の部分は改正部分）

改　正　後	改　正　前
一　概要 おむつ代について医療費控除を受ける者が、二の１又は２に掲げる者の区分に応じて、それぞれ二の１又は２に掲げる要件を満たす場合には、医師が発行したおむつ使用証明書がなくとも、 ①　市町村が介護保険法（平成９年法律第123号）に基づく要介護認定に係る主治医意見書の内容を確認した書類、 又は、 ②　主治医意見書の写し により、寝たきり状態にあること、及び失禁への対応としてカテーテルを使用していること又は尿失禁が発生している若しくはその発生可能性があることが確認できれば、おむつ代が医療費控除の対象として認められることとなったこと。	一　概要 おむつ代について医療費控除を受けるのが２年目以降である者については、医師が発行したおむつ使用証明書がなくとも、 ①　市町村が介護保険法（平成９年法律第123号）に基づく要介護認定に係る主治医意見書の内容を確認した書類、 又は、 ②　主治医意見書の写し により、寝たきり状態にあること、及び尿失禁の発生可能性があることが確認できれば、おむつ代が医療費控除の対象として認められることとなったこと。
二　要件 １．おむつ代について医療費控除を受けるのが１年目である者 その者がおむつを使用した当該年に現に受けていた要介護認定、及び当該認定を含む複数の要介護認定（有効期間が連続しているものに限る。）で、それらの有効期間（当該年以降のものに限る。）を合算して６か月以上となるものの審査に当たり作成された主治医意見書（当該複数の認定に係る全てのもの）において、「障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）」がＢ１、Ｂ２、Ｃ１、若しくはＣ２（寝たきり）であり、かつ、「失禁への対応」としてカテーテルを使用していること又は尿失禁が「現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態」であること。 ※　上記の要件を満たす主治医意見書に係る要介護認定の有効期間（当該年以降のものに限る。）における使用に係るおむつ代のみ医療費控除の対象として認められること。 ２．おむつ代について医療費控除を受けるのが２年目以降である者 おむつを使用した当該年に作成された主治医意見書（当該年に主治医意見書が作成されていない場合は、当該年に現に受けていた要介護認定（有効期間が13ヶ月以上のものに限る。）の審査に当たり作成された主治医意見書）において、上記１に掲げる事項の記載があること。	（新設）
三　留意点 １．おむつを使用した当該年の途中におむつ使用者が死亡した場合でも、上記二の１又は２に掲げる者の区分に応じて、それぞれ二の１又は２に掲げる要件を満たす場合には、死亡日までに使用したおむつ代は医療費控除の対象となる。	二　留意点 １．上記一の①又は②については、おむつを使用した当該年、その前年又はその前々年（現に受けている要介護認定の有効期間が１３ヶ月以上であり、おむつを使用した当該年に主治医意見書が発行されていない場合に限る。）に作成された主治医意見書であり、「障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）」の記載が「Ｂ１、Ｂ２、Ｃ１、又はＣ２」（寝たきり）、かつ、「尿失禁の発生可能性」の記載が「あり」の場合に、おむつ使用証明書の代わりとして認められること。
２．上記一の①の「市町村が主治医意見書の内容を確認した書類」については、おむつ代の医療費控除の証明に利用できるものである場合に、発行すること。 また、この手続を行うかどうかは、各市町村の任意の判断であること。なお、主治医意見書の記載の転記について、事前に地元医師会等の包括的な了解を得ておくことにより、市町村及び主治医の事務負担の軽減を図ることが考えられるので、市町村においては参考にされたいこと。	２．上記一の①の「市町村が主治医意見書の内容を確認した書類」については、２年目以降であり、おむつ代の医療費控除の証明に利用できるものである場合に、発行すること。 また、この手続を行うかどうかは、各市町村の任意の判断であること。なお、主治医意見書の記載の転記について、事前に地元医師会等の包括的な了解を得ておくことにより、市町村及び主治医の事務負担の軽減を図ることが考えられるので、市町村においては参考にされたいこと。
３　（略）	３．上記一の②の「主治医意見書の写し」について、おむつ代の医療費控除の証明に利用できないものである場合には、利用者にその旨を説明し、おむつ代の医療費控除の証明のための主治医意見書の写しの発行は行わないこと。
４．上記一の②の「主治医意見書の写し」の裏面に要介護認定の有効期間（始期及び終期）を記載すること。	４．おむつを使用した当該年の前年又は前々年に作成された主治医意見書の場合は、上記一の①の「市町村が主治医意見書の内容を確認した書類」又は上記一の②の「主治医意見書の写し」の裏面に要介護認定の有効期間（始期及び終期）を記載すること。
（別紙１） 令和　　年　　月　　日 ○○市（町村）長 様 確定申告に使用するので、主治医意見書のうち、令和　年に使用したおむつ代の医療費控除の証明に必要な事項について、確認願いま	（別紙１） 令和　　年　　月　　日 ○○市（町村）長 様 確定申告に使用するので、主治医意見書のうち、令和　年に使用したおむつ代の医療費控除の証明（２年目以降）に必要な事項につい

す。 住所 氏名 被保険者番号 ※　おむつ代の医療費控除を受ける年数（該当するものに〇） １年目　　２年目以降 令和　　年　　月　　日 住所 氏名　　様 〇〇市（町村）長 貴方からの申出に基づき、令和　年に使用したおむつ代の医療費控除の証明に必要な事項について、貴方の主治医意見書を確認したところ、以下のとおりです。 １．主治医意見書の作成日 ※複数の要介護認定に係る複数の意見書がある場合は、最も新しいものの作成日を記載すること。 令和　　年　　月　　日 ２．要介護認定の有効期間（おむつ代の医療費控除を受けるのが１年目であり、有効期間が連続する複数の要介護認定を受けている場合には、これらの認定に係る有効期間（医療費控除を受けようとする年以降のものに限る。）の全てを合算した期間） 令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日 ３．障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）（該当するものに〇） ※複数の要介護認定がある場合は、最も軽度の区分に〇をつけること。 Ｂ１　　Ｂ２　　Ｃ１　　Ｃ２ ４．失禁への対応としてのカテーテル使用又は尿失禁の発生若しくは発生可能性 あり ※　おむつ代の医療費控除を受ける年数（該当するものに〇） １年目　　２年目以降	て、確認願います。 住所 氏名 被保険者番号 令和　　年　　月　　日 住所 氏名　　様 〇〇市（町村）長 貴方からの申出に基づき、令和　年に使用したおむつ代の医療費控除の証明に必要な事項について、貴方の主治医意見書を確認したところ、以下のとおりです。 １．主治医意見書の作成日 令和　　年　　月　　日 ２．要介護認定の有効期間 令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日 ３．障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）（該当するものに〇） Ｂ１　　Ｂ２　　Ｃ１　　Ｃ２ ４．尿失禁の発生可能性 あり

別紙２を次のように改める。

主治医意見書

記入日　令和　　年　　月　　日

申請者	（ふりがな）	男・女	〒　－ 連絡先
	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
医師氏名
医療機関名　　電話
医療機関所在地　　FAX

（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（　　）

おむつを使用した当該年に現に受けていた要介護認定又は当該認定を含む複数の要介護認定（有効期間が連続しているものに限る。）で、それらの有効期間（当該年以降のものに限る。）を合算して６か月以上となるものの審査にあたり作成されたものであること。

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　□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〕

失禁への対応としてのカテーテル使用又は尿失禁の発生若しくは発生可能性のいずれかに該当していること。

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

処置内容　□点滴の管理　□中心静脈栄養　□
□レスピレーター　□気管切開の処置　□疼痛の看　□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
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　□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
・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

「Ｂ１～Ｃ２」（寝たきり）であること。

（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〕

（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 ）

失禁への対応としてのカテーテル使用又は尿失禁の発生若しくは発生可能性のいずれかに該当していること。

（４）サービス利

□不明

（５）医学的管理 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。）

（令和３年度改訂版）

医政総発0914第１号
障企発0914第１号
老総発0914第１号
平成30年９月14日

各 都道府県 衛生 主管（部）局長　殿
　 指定都市 民生

厚生労働省医政局総務課長
厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部企画課長
厚生労働省老健局総務課長
（公印省略）

「おむつに係る費用の医療費控除の取扱いについて」の一部改正について

「おむつに係る費用の医療費控除の取扱いについて」（平成18年12月26日付け医政総発第1226001号・障企発第1226001号・老総発第1226001号）について、別紙のとおり改正し、平成31年の確定申告を行う際より適用することとしましたので、管下市町村、関係団体等への御周知の程よろしくお願いいたします。

なお、本通知の内容については、国税庁の了解済みですので申し添えます。

○おむつに係る費用の医療費控除の取扱いについて（平成 18 年医政総発第 1226001号障企発第 1226001号老総第 1226001号）（抄）

（傍線の部分は改正部分）

改　正　後	改　正　前
二 留意点 １．上記一の①又は②については、おむつを使用した当該年、その前年又はその前々年（現に受けている要介護認定の有効期間が１３ヶ月以上であり、おむつを使用した当該年に主治医意見書が発行されていない場合に限る。）に作成された主治医意見書であり、「障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）」の記載が「Ｂ１、Ｂ２、Ｃ１、又はＣ２」（寝たきり）、かつ、「尿失禁の発生可能性」の記載が「あり」の場合に、おむつ使用証明書の代わりとして認められること。 ４．おむつを使用した当該年の前年又は前々年に作成された主治医意見書の場合は、上記一の①の「市町村が主治医意見書の内容を確認した書類」又は上記一の②の「主治医意見書の写し」の裏面に要介護認定の有効期間（始期及び終期）を記載すること。	二 留意点 １．上記一の①又は②については、おむつを使用した当該年又はその前年（現に受けている要介護認定の有効期間が１３ヶ月以上であり、おむつを使用した当該年に主治医意見書が発行されていない場合に限る。）に作成された主治医意見書であり、「障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）」の記載が「Ｂ１、Ｂ２、Ｃ１、又はＣ２」（寝たきり）、かつ、「尿失禁の発生可能性」の記載が「あり」の場合に、おむつ使用証明書の代わりとして認められること。 ４．おむつを使用した当該年の前年に作成された主治医意見書の場合は、上記一の①の「市町村が主治医意見書の内容を確認した書類」又は上記一の②の「主治医意見書の写し」の裏面に要介護認定の有効期間（始期及び終期）を記載すること。
（別紙１） 平成　　年　　月　　日 ○○市（町村）長 様 確定申告に使用するので、主治医意見書のうち、平成 年に使用したおむつ代の医用費控除の証明（２年目以降）に必要な事項について、確認願います。 住所 氏名 被保険者番号 平成　　年　　月　　日 住所	（別紙１） 平成　　年　　月　　日 ○○市（町村）長 様 確定申告に使用するので、主治医意見書のうち、平成 年に使用したおむつ代の医用費控除の証明（２年目以降）に必要な事項について、確認願います。 住所 氏名 被保険者番号 平成　　年　　月　　日 住所
氏名　　様 ○○市（町村）長 貴方からの申出に基づき、平成 年に使用したおむつ代の医療費控除の証明に必要な事項について、貴方の主治医意見書を確認したところ、以下のとおりです。 １．主治医意見書の作成日 平成　　年　　月　　日 ２．要介護認定の有効期間 平成　　年　　月　　日 ～ 平成　　年　　月　　日 ３．障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）（該当するものに○） Ｂ１　　Ｂ２　　Ｃ１　　Ｃ２ ４．尿失禁の発生可能性 あり	氏名　　様 ○○市（町村）長 貴方からの申出に基づき、平成 年に使用したおむつ代の医療費控除の証明に必要な事項について、貴方の主治医意見書を確認したところ、以下のとおりです。 １．主治医意見書の作成日 平成　　年　　月　　日 ２．要介護認定の有効期間 平成　　年　　月　　日 ～ 平成　　年　　月　　日 ３．障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）（該当するものに○） Ｂ１　　Ｂ２　　Ｃ１　　Ｃ２ ４．尿失禁の発生可能性 あり
（別紙２） 主治医意見書 記入日　平成　　年　　月　　日 ①おむつを使用した当該年、その前年又はその前々年に作成されたものであること。	（別紙２） 主治医意見書 記入日　平成　　年　　月　　日 ①おむつを使用した当該年又はその前年に作成されたものであること。

医政総発第1226001号
障 企 発第1226001号
老 総 発第1226001号
平成１８年１２月２６日

各 都道府県 / 指定都市 衛生 / 民生 主管（部）局長　殿

厚生労働省医政局総務課長

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部企画課長

厚生労働省老健局総務課長

「おむつに係る費用の医療費控除の取扱いについて」の一部改正について

「おむつに係る費用の医療費控除の取扱いについて」（平成１４年７月１日付け医政総発第0701001号・障企発第0701001号・老総発第0701001号）について、別紙のとおり改正し、平成１８年の確定申告を行う際より適用することとしましたので、管下市町村、関係団体等への御周知の程よろしくお願いいたします。

○ おむつに係る費用の医療費控除の取扱いについて（平成 14 年医政総発第 0701001 号 障企発第 0701001 号 老総第 0701001 号）（抄）

（傍線の部分は改正部分）

改　正　後	改　正　前
二　留意点 1．上記一の①又は②については、おむつを使用した当該年又はその前年（現に受けている要介護認定の有効期間が１３ヶ月以上であり、おむつを使用した当該年に主治医意見書が発行されていない場合に限る。）に作成された主治医意見書であり、「障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）」の記載が「Ｂ１、Ｂ２、Ｃ１、又はＣ２」（寝たきり）、かつ、「尿失禁の発生可能性」の記載が「あり」の場合に、おむつ使用証明書の代わりとして認められること。 4．おむつを使用した当該年の前年に作成された主治医意見書の場合は、上記一の①の「市町村が主治医意見書の内容を確認した書類」又は上記一の②の「主治医意見書の写し」の裏面に要介護認定の有効期間（始期及び終期）を記載すること。	二　留意点 1．上記一の①又は②については、おむつを使用した当該年に作成された主治医意見書であり、「障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）」の記載が「Ｂ１、Ｂ２、Ｃ１、又はＣ２」（寝たきり）、かつ、「尿失禁の発生可能性」の記載が「あり」の場合に、おむつ使用証明書の代わりとして認められること。
（別紙１） 平成　年　月　日 ○○市（町村）長　様 確定申告に使用するので、主治医意見書のうち、平成　年に使用したおむつ代の医用費控除の証明（２年目以降）に必要な事項について、確認願います。 住所 氏名 被保険者番号 平成　年　月　日	（別紙１） 平成　年　月　日 ○○市（町村）長　様 確定申告に使用するので、主治医意見書のうち、平成　年に使用したおむつ代の医用費控除の証明（２年目以降）に必要な事項について、確認願います。 住所 氏名 被保険者番号 平成　年　月　日
住所 氏名　様 ○○市（町村）長 貴方からの申出に基づき、平成　年に使用したおむつ代の医療費控除の証明に必要な事項について、貴方の主治医意見書を確認したところ、以下のとおりです。 1．主治医意見書の作成日 平成　年　月　日 2．要介護認定の有効期間 平成　年　月　日 ～ 平成　年　月　日 3．障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）（該当するものに○） Ｂ１　Ｂ２　Ｃ１　Ｃ２ 4．尿失禁の発生可能性 あり	住所 氏名　様 ○○市（町村）長 貴方からの申出に基づき、平成　年に使用したおむつ代の医療費控除の証明に必要な事項について、貴方の主治医意見書を確認したところ、以下のとおりです。 1．主治医意見書の作成日 平成　年　月　日 2．障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）（該当するものに○） Ｂ１　Ｂ２　Ｃ１　Ｃ２ 3．尿失禁の発生可能性 あり
（別紙２） 主治医意見書 記入日　平成　年　月　日 ①おむつを使用した当該年又はその前年に作成されたものであること。	（別紙２） 主治医意見書 記入日　平成　年　月　日 ①おむつを使用した当該年に作成されたものであること。

医政総発第0701001号
障企発第0701001号
老総発第0701001号
平成14年7月1日

各 都道府県 衛生 主管（部）局長 殿
　 指定都市 民生

厚生労働省医政局総務課長

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部企画課長

厚生労働省老健局総務課長

おむつに係る費用の医療費控除の取扱いについて

標記については、「おむつに係る費用の医療費控除の取扱いについて」（昭和62年12月18日付け健政発第659号・健医発第1376号・社老第128号・保文発第851号国税庁長官宛て厚生省健康政策局長・保健医療局長・社会局長・保険局長連名照会）、及び同（昭和62年12月24日付け直所3-11 国税庁次長回答）により示されていたところです。

これによると、おむつ代が医療費控除の対象として認められるためには、毎年の確定申告の際に、寝たきり状態にあること、及び治療上おむつの使用が必要であることについて、医師が発行したおむつ使用証明書が必要とされていました。

今般、この取扱いが、「おむつに係る費用の医療費控除の取扱いについて」（平成14年6月18日付け医政発第0618007号・障発第0618001号・老発第0618001号・保発第0618001号国税庁課税部長宛て厚生労働省医政局長・社会・援護局障害保健福祉部長・老健局長・保険局長連名照会）（別添1）、及び同（平成14年6月25日付け課個2-13国税庁課税部長回答）（別添2）により変更されました。

その概要等は下記のとおりですので、管下市町村、関係団体等への御周知の程よろしくお願いいたします。

記

一　概要

おむつ代について医療費控除を受けるのが2年目以降である者については、医師が発行したおむつ使用証明書がなくとも、

①　市町村が介護保険法（平成9年法律第123号）に基づく要介護認定に係る主治医意見書の内容を確認した書類、

又は、

②　主治医意見書の写し

により、寝たきり状態にあること、及び尿失禁の発生可能性があることが確認できれば、おむつ代が医療費控除の対象として認められることとなったこと。

二　留意点

1．上記一の①又は②については、おむつを使用した当該年に作成さ

れた主治医意見書であり、「障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）」の記載が「Ｂ１、Ｂ２、Ｃ１、又はＣ２」（寝たきり）、かつ、「尿失禁の発生可能性」の記載が「あり」の場合に、おむつ使用証明書の代わりとして認められること。

２．上記一の①の「市町村が主治医意見書の内容を確認した書類」については、２年目以降であり、おむつ代の医療費控除の証明に利用できるものである場合に、発行すること。

また、この手続を行うかどうかは、各市町村の任意の判断であること。なお、主治医意見書の記載の転記について、事前に地元医師会等の包括的な了解を得ておくことにより、市町村及び主治医の事務負担の軽減を図ることが考えられるので、市町村においては参考にされたいこと。

３．上記一の②の「主治医意見書の写し」について、おむつ代の医療費控除の証明に利用できないものである場合には、利用者にその旨を説明し、おむつ代の医療費控除の証明のための主治医意見書の写しの発行は行わないこと。

写

別添１

医政発第０６１８００７号
障　発第０６１８００１号
老　発第０６１８００１号
保　発第０６１８００１号
平成１４年６月１８日

国税庁課税部長　殿

厚生労働省医政局長

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長

厚生労働省老健局長

厚生労働省保険局長

おむつに係る費用の医療費控除の取扱いについて

標記については、「おむつに係る費用の医療費控除の取扱いについて」（昭和 62 年 12 月 18 日付け健政発第 659 号・健医発第 1376 号・社老第 128 号・保文発第 851 号国税庁長官宛て厚生省健康政策局長・保健医療局長・社会局長・保険局長連名照会）、及び同（昭和 62 年 12 月 24 日付け直所 3-11 国税庁次長回答）により取り扱われているところである。

これによると、おむつ代が医療費控除の対象として認められるためには、毎年の確定申告の際に、寝たきり状態にあること、及び治療上おむつの使用が必要であることについて、医師が発行したおむつ使用証明書が必要とされている。

一方、介護保険法（平成９年法律第123号）に基づく要介護認定の申請をした者については、当該申請を受理した市町村（広域連合、一部事務組合を含む。以下同じ。）が、その者の主治の医師に対して、その者の疾病、負傷の状況等について意見（主治医意見書）を求めることとされている。

その際、前年におむつ代について医療費控除を受けた者であって、その翌年、この主治医意見書の記載により、寝たきり状態にあること、及び尿失禁の発生可能性があることが確認できるものについては、当該年においても、寝たきり状態、及び治療上おむつの使用が必要な状態が、継続していることが認められると考えられる。

ついては、下記一の者のおむつに係る費用については、医師が発行したおむつ使用証明書がなくとも、下記二の手続により、医療費控除の対象として認められると解されるが、貴庁の見解を承りたく照会する。

記

一　対象者

おむつ代について医療費控除を受けるのが２年目以降である者

二　手続

１．以下の書類を確定申告書に添付するか、確定申告の際に提示すること。

ア　市町村が主治医意見書の内容を確認した書類、又は主治医意見書の写し

イ　おむつ代の領収書

２．１のアについては、おむつを使用した当該年に作成された主治医意見書であり、「障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）」の記載が「Ｂ１、Ｂ２、Ｃ１、又はＣ２」（寝たきり）、かつ、「尿失禁の発生可能性」の記載が「あり」の場合に、おむつ使用証明書の代わりとして認められること。

３．１のアの「市町村が主治医意見書の内容について確認した書類」については、市町村が、本人の申出に基づき、主治医意見書の以下の事項を記載した書類であること。

①　主治医意見書の作成日
②　障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）
③　尿失禁の発生可能性

（別紙１・・・様式例）

４．１のアの「主治医意見書の写し」については、要介護認定のために作成された主治医意見書の写しであることが分かるものであること（原本の写しであることや写しの発行者、発行日が明記されていること等）。

（別紙２・・・「主治医意見書」の様式）

５．本手続による証明が認められるのは、平成１４年に使用したおむつ代分（平成１５年に確定申告する分）からであること。

（別紙１）

平成　　年　　月　　日

○○市（町村）長　様

確定申告に使用するので、主治医意見書のうち、平成　　年に使用したおむつ代の医療費控除の証明（２年目以降）に必要な事項について、確認願います。

住所
氏名
被保険者番号

平成　　年　　月　　日

住所
氏名　　様

○○市（町村）長

貴方からの申出に基づき、平成　　年に使用したおむつ代の医療費控除の証明に必要な事項について、貴方の主治医意見書を確認したところ、以下のとおりです。

１．主治医意見書の作成日
　平成　　年　　月　　日

２．障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）　（該当するものに○）
　Ｂ１　Ｂ２　Ｃ１　Ｃ２

３．尿失禁の発生可能性
　あり

（別紙２）

主治医意見書

記入日　平成　年　月　日

申請者	（ふりがな）	男・女	〒　－ 連絡先　（
	明・大・昭　年　月　日生（　歳）		

①おむつを使用した当該年に作成されたものであること。

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　□同意する。　□同意しない。

医師氏名
医療機関名　　電話　（　）
医療機関所在地　　FAX　（　）

（1）最終診察日	平成　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．　発症年月日　（昭和・平成　年　月　日頃）
2．　発症年月日　（昭和・平成　年　月　日頃）
3．　発症年月日　（昭和・平成　年　月　日頃）

（2）症状としての安定性　□安定　□不安定　□不明

（3）介護の必要の程度に関する予後の見通し　□改善　□不変　□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）

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
・障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）□正常　□J1　□J2　□A1　□A2　□B1　□B2　□C1　□C2
・痴呆性老人の日常生活自立度　□正常　□Ⅰ　□Ⅱa　□Ⅱb　□Ⅲa　□Ⅲb　□Ⅳ　□M

（2）理解および記憶
・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　□　が必要　□判断できない
・自分の意思の伝達能力　□伝えられ　に限られる　□伝えられない
・食事　□自立ない　□全面介助

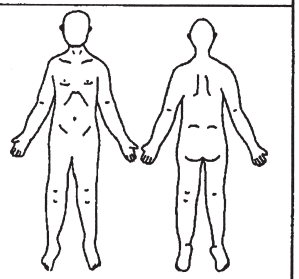
②「Ｂ１～Ｃ２」（寝たきり）であること。

（3）問題行動の有無　（該当する項目全てチェック）
□有　□無
（有の場合）→□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）精神・神経症状の有無
□有　（症状名　　）□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　　凡例

□四肢欠損　（部位：　　程度：□軽 □中 □重）
□麻痺　（部位：　　程度：□軽 □中 □重）
□筋力の低下　（部位：　　程度：□軽 □中 □重）
□褥瘡　（部位：　　程度：□軽 □中 □重）
□その他皮膚疾患　（部位：　　程度：□軽 □中 □重）
□関節の拘縮　・肩関節 □右 □左　・股関節 □右 □左
・肘関節 □右 □左　・膝関節 □右 □左
□失調・不随意運動・上肢 □右 □左　・体幹 □右 □左
・下肢 □右 □左



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
□尿失禁　□転倒・骨折　□徘徊　□褥瘡　□嚥下性肺炎　□腸閉塞　□易感染性
□心肺機能の低下　□痛み　□脱水　□その他（　　）
→ 対処方針（　　）

③「尿失禁の発生可能性」が「あり」であること。

（2）医学的管理の必要性（□を引いて下さい）
□訪問診療　□訪問栄養食事指導
□訪問看護　□その他（　　）
□訪問リハビリテーション　□訪問歯科衛生指導
□通所リハビリテーション　□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　□あり（　　）
・嚥下について　□特になし　□あり（　　）
・摂食について　□特になし　□あり（　　）
・移動について　□特になし　□あり（　　）
・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ご記載して下さい。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。）

写

別添２

課個２－１３
平成 14 年 6 月 25 日

厚生労働省
医政局長
社会・援護局障害保健福祉部長　殿
老健局長
保険局長

国税庁課税部長

おむつに係る費用の医療費控除の取扱いについて（平成 14 年 6 月 18 日付医政発第 0618007 号、障発第 0618001 号、老発第 0618001 号及び保発第 0618001 号照会に対する回答）

標題のことについては、貴見のとおりで差し支えありません。

８．要介護認定結果及び居宅サービス計画の情報提供について

◆要介護認定結果及び居宅サービス計画の情報提供について◆

（平成一二年四月一一日）

（老振第二四号・老健第九三号）

（各都道府県介護保険主管課(室)長あて厚生省老人保健福祉局振興・老人保健課長連名通知）

介護保険制度の円滑な推進については、種々ご尽力をいただき厚く御礼申し上げます。

今後、要介護認定、居宅サービス計画の作成等の業務については、特に左記の事項について十分留意し適切に行われるよう、管下市区町村、居宅介護支援事業者への周知徹底方よろしくお願い申し上げます。

記

１　市町村による主治医への要介護認定結果の情報提供について

主治医意見書を記載した医師等に対し、申請者の了解を得た上で要介護認定結果(要支援認定結果を含む。以下同じ。)を情報提供することが可能であることは、平成一一年一一月二九日及び平成一二年三月七日開催の課長会議において既にお示ししているが、施行状況をみると必ずしも主治医に対して十分な情報提供がなされていない場合があるので、主治医意見書の「5　その他特記すべき事項」等に審査判定結果の情報提供を希望する旨が記載されているなど、主治医が要介護認定結果について情報提供を求めている場合であって、申請者本人の意思が要介護認定申請書等によって確認されている場合には、主治医への情報提供を行うようにすること。

２　居宅介護支援事業者等による主治医、サービス提供事業者等への居宅サービス計画の情報提供について

サービス担当者間で共通の目標の下に指定居宅サービス等の提供が適切に行われるためには、作成された居宅サービス計画の内容について、保険給付対象サービス事業者のみならず、主治医や計画上位置づけられたサービスを行うボランティア等の保険給付対象外のサービス事業者等が、共通の認識をもつことがのぞましい。

このため、主治医にあっては主治医意見書の「5　その他特記すべき事項」等において、サービス事業者等にあっては「介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について」(平成一一年一一月一二日老企第二九号厚生省老人保健福祉局企画課長通知)の別紙１の第５表「サービス担当者に対する照会(依頼)内容」等の文書において、作成された居宅サービス計画の内容について情報提供を希望する旨が記載されているなど、主治医や保険給付対象外のサービス事業者等が居宅サービス計画の内容について情報提供を求めている場合であって、利用者又はその家族の同意を文書により得ている場合には、主治医、サービス提供事業者等への情報提供を行うようにすること。

９．主治医意見書の取扱いについて

事　務　連　絡
令和７年 11 月 20 日

各（都道府県／市 町 村／特 別 区）介護保険担当主管部（局）　御中

厚生労働省老健局老人保健課

主治医意見書の取扱いについて

介護保険行政の円滑な運営につきましては、日頃から御尽力賜り厚く御礼申し上げます。

「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」（平成 21 年９月 30 日付け老老発 0930 第２号厚生労働省老健局老人保健課長通知）の別添２「主治医意見書記入の手引き」については、令和７年 11 月 20 日付け老老発 1120 第１号厚生労働省老健局老人保健課長通知で改正したところですが、当該改正に伴い、主治医意見書の取扱いについて、以下のとおりお示しします。

当該内容について御了知の上、都道府県におかれましては貴管内広域連合、一部事務組合に周知徹底を図られますようお願いいたします。

記

１．主治医が介護情報基盤を用いて主治医意見書を送信する場合

市町村（特別区、広域連合、一部事務組合を含む。以下同じ。）は、主治医が「主治医意見書記入の手引き」に従って作成し介護情報基盤に電子的に送信した主治医意見書を確認することをもって、主治医の意見を聴取したこととする。

この場合において、市町村は主治医に対し、電子的な送信に加えて主治医意見書の紙媒体の提出を求める必要はない。

２．主治医が介護情報基盤を用いずに主治医意見書を提出する場合

市町村は、主治医に対し「主治医意見書記入の手引き」に従って主治医意見書への意見の記載を求め、記載された主治医意見書を回収することをもって、主治医の意見を聴取することとする。

なお、この運用は、一部の市町村において現に行われている、市町村が主治医に対し主治医意見書への意見の記載を求める前に、申請者が市町村に対し主治医意見書を提出する運用を妨げるものではない旨申し添える。

10. 第三者行為の届出義務化等に係る留意事項について

老介発０３３１第５号
平成２８年３月３１日

各都道府県介護保険主管部（局）長　殿

厚生労働省老健局介護保険計画課長
（　公　印　省　略　）

第三者行為の届出義務化等に係る留意事項について

介護保険制度の円滑な運営につきましては、平素より格段の御高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

交通事故等の第三者による不法行為（以下「第三者行為」という。）による被害に係る求償事務の取組強化のため、介護保険法施行規則（平成 11 年厚生省令第 36 号）の改正により、平成 28 年４月１日より、第三者行為により介護保険給付を受ける場合、第１号被保険者は保険者への届出が義務となりました。

また、介護保険事業の健全な運営を確保できるよう、第三者行為求償の対象となる事案を一層把握するために、被保険者からの届出に加え、主治医意見書の特記事項に、事故の場合はその旨の記載をお願いすることとしました。これを受け、「「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」の一部改正について」（平成 28 年３月 31 日老老発 0331 第１号）の改正について各都道府県・政令指定都市介護保険主管部（局）長宛に通知したところです。

今般、第三者行為の届出義務化等に係る留意事項について、下記のとおりまとめましたので、貴職におかれましては、これを御了知いただくとともに、管内市町村等及び国民健康保険団体連合会に周知をお願いいたします。

記

第１　被保険者の届出義務化について

（１）介護保険法施行規則の改正について

地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律の一部の施行に伴う厚生労働省関係省令の整備等に関する省令（平成 28 年厚生労働省令第 53 号）により介護保険法施行規則第 33 条の２が新設され、介護給付、予防給付又は市町村特別給付の支給に係る事由が第三者の行為によって生じたものであるときは、第１号被保険者は、遅滞なく、①届出に係る事実②第三者の氏名及び住所又は居所（氏名又は住所若しくは居所が明らかでないときは、その旨）③被害の状況を記載した届書を、保険者に提出しなければならないとされました。

（２）届出の様式等について

保険者は、平成 28 年４月１日から被保険者から第三者行為による届出を受け付けることになりますが、具体的には

①　第三者行為による被害の届出書（医療保険における「第三者行為による傷病届」と同様のもの）

を被害者である第１号被保険者から提出して頂きます。

また、上記に加え、必要に応じて

②　同意書
③　事故発生状況報告書
④　交通事故証明書

をそれぞれ提出して頂くことも考えられます。上記の様式については、現在使用している様式を引き続き用いるほか、医療保険用の様式を活用して差し支えありません。また、既に、①③④の様式について、医療保険での第三者行為による届出を受けている場合は、当該届出の複写をもって届出を行うことも差し支えありません。

なお、②の同意書については、別紙１のとおり介護保険用の記載を追加したので、適宜ご活用ください。

第２　第三者求償事案発見の取組強化

（１）被害届の届出の勧奨について

保険者は、第１で示した届出（以下「被害届」という。）を受けることにより第三者行為による保険事故の発生等（第三者の氏名や損害保険等の加入状況を含む。）を把握することができ、これによって、第三者に対して求償

権を行使することが可能となります。このため、第三者行為による被害に係る求償事務の推進に当たっては、まずは、その契機となる被害届の確実な届出を促すことが重要です。

（２）主治医意見書について

「「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」の一部改正について」（平成 28 年３月３１日老老発 0331 第１号）により、要介護認定に係る主治医意見書の特記事項欄に事故の場合は、例えば「第三者行為」といった旨の記載が行われるよう協力を求めています。こうした記載を端緒して第三者行為が疑われる被保険者に対しては、被害届の届出を促すことが重要です。

（３）国保連合会システムの改修について

国民健康保険団体連合会（以下「連合会」という。）が運用する電算処理システムにおいては、医療レセプトから第三者行為の被害に係る保険給付を受けた被保険者リストを作成する機能を有していますが、これによって作成される当該被保険者リストは、求償事務を適正に執行する上で効果的です。このため、医療保険側で把握している第三者行為求償の対象者に係る情報を介護保険部局でも把握出来るよう平成 28 年度に国保連合会システムを改修し、平成 29 年度末を目途に順次運用を開始する予定です。今後、連合会におかれては、保険者からの委託を受けた場合には、第三者行為の被害に係る保険給付を受けた被保険者リストを作成するなど必要な支援に努め、また、保険者は当該リストを活用して、第１号被保険者に対し、被害届の届出の勧奨業務を行えるよう体制の整備をご検討ください。

（４）その他

その他、第三者求償事案発見については、日頃から国保保険者や後期高齢者医療広域連合などの医療保険者と情報連携に努めるとともに、損害保険会社等からの通知や介護サービス事業者（ケアマネジャー）、認定調査員等からの連絡や、新聞・テレビ等の報道機関の交通事故の報道および住民からの情報に留意し、第三者行為による被害の発見や把握に向けた取組を推進してください。

第３　連合会への求償事務の委託について

保険者は、介護保険法第 21 条第３項の規定により、代位取得した損害賠償請求権に係る損害賠償金の徴収又は収納の事務を連合会に委託することが出来るとされています。また、委託可能な連合会は、介護保険法施行規則第 34 条の規定により、損害賠償金の徴収又は収納の事務に関し専門的知識を有する職員を配置するとされていて、連合会においては、専門的知識を有する職員を配置し、保険者から求償事務を受託できる体制を整備しているところですので、保険者においては、連合会が有する専門性やスケールメリットの更なる有効活用についてご検討ください。

第４　広報等

（１）第三者行為求償に係る広報（被保険者向け）について

第三者行為求償に係る被害届は、不測の事態が発生した際に届出の必要が生じる性格上、届出の義務等を日常的に浸透させることが重要です。このため、保険者及び委託を受けた連合会は、日頃から給付事由が第三者行為によって生じたものであるときは被害届の届出義務があることについて、別紙２の被保険者への説明用資料を活用するなど、周知・広報に努めてください。また、小冊子やホームページ等を活用し、第三者行為求償の届出義務の内容及び届出先等を掲載していただくとともに、被害届と合わせて関係書類（事故状況報告書等）が必要であることについて丁寧にお知らせし、各様式をダウンロードできるようにしてください。また、介護給付費通知等の被保険者向けに送付する文書や広報紙等の多様な媒体を複合的に活用して、被害届の届出義務等が浸透するよう周知・広報の取組を推進してください。

（２）第三者行為による被害に係る求償事務に係る財政支援について

適正化事業の中の給付費通知について、例えば圧着はがきの１面に第三者行為求償に関する広報を記載する場合に要する印刷代、その他の広報（チラシ作成等）等も既存の適正化事業に係る国庫補助の対象となり得ます。

別紙１

（保険者名※を記載ください）　御中

※　○○市区町村　○○介護保険広域連合

同　意　書

私が加害者（　　）に対して有する損害賠償請求権は、法令（注 1）により、保険者が保険給付の限度において取得することになります。

つきましては、保険者（注 2）が損害賠償額の支払の請求を加害者の加入する損害保険会社等に行う際、請求書一式に当該保険給付に係る介護給付費請求書の写しを添付することに同意します。

なお、私が損害保険会社等へ自動車損害賠償責任保険への請求をし、保険金等を受領したときは、保険者は受領金額並びにその内訳等の各種情報について照会を行い、損害保険会社等からその照会内容について情報提供を受けること、保険者が介護事業者に対して事故による介護サービスに関する内容の照会を行い、介護事業者から情報提供を受けることに同意します。

あわせて、次の事項を守ることを誓約します。

1　加害者（保険会社・共済団体）と示談を行おうとする場合は必ず事前にその内容を申し出ること。
2　加害者（保険会社・共済団体）に白紙委任状を渡さないこと。
3　加害者（保険会社・共済団体）から金品を受けたときは、受領日、内容、金額をもれなく、すみやかに届出ること。

平成　　年　　月　　日

届出者（被保険者）
住　所
氏　名　　印

（注 1）根拠法令は介護保険法第 21 条第１項
（注 2）介護保険法第 21 条第３項の規定に基づき、損害賠償金の徴収または収納の事務を委託されている国民健康保険団体連合会を含みます。

（参考）医療保険における提出書類記載例

第三者行為による傷病届

第三者行為による傷病届				
項　目		内　容		
届出者・届出先	被保険者証記号番号／保険者名	被保険者証記号番号	保険者名	
	保険者の住所(届出先)	〒		
	被保険者氏名 ※国民健康保険の場合は世帯主氏名	ふりがな 氏 名　　印		
（被害者）	氏名／性別／年齢	ふりがな 氏 名	男性／女性	歳
	続柄／生年月日	届出者との関係	年　月　日	
	住所／電話	〒	TEL （　）	
	備　考			
（第三者）	氏名／性別／年齢	ふりがな 氏 名	男性／女性	歳
	住所／電話	〒	TEL （　）	
事故発生	事故発生日時	年　月　日　午前／午後　時　分頃		
	事故発生場所			
自賠責保険（加害者）	保険会社名			
	保険契約者名	ふりがな 氏 名		
	登録番号			
	車台番号			
	保険期間／自賠責番号	保険期間 年　月　日　～　年　月　日	自賠責番号	
任意保険（加害者）	保険会社名			
	取扱店所在地／電話	〒	TEL （　）	
	担当者名／E-mail	ふりがな 氏 名	E-mail	
	保険契約者名	ふりがな 氏 名		
	住　所	〒		
	保険期間／契約番号	保険期間 年　月　日　～　年　月　日	契約番号	
	任意対人一括の有無	有／無		
被害者加入の保険会社関与の有無(注)		有／無	保険会社名・担当者名	TEL （　）
治療状況	診療機関名／治療開始日／電話	診療機関名	治療開始日　年　月　日 TEL　（　）	
	所在地	〒	入院の有無	有／無
	診療機関名／治療開始日／電話	診療機関名	治療開始日　年　月　日 TEL　（　）	
	所在地	〒	入院の有無	有／無

本件は、労災保険の給付対象となる業務上又は通勤による交通事故ではありません。
（注）保険会社の関与が「有」の場合には、有無の欄の右の欄に当該保険会社名、電話番号、担当者名を記入して下さい。
（自賠責共済、任意共済の場合には、自賠責保険、任意保険の各欄に「保険」を「共済」と読み替えてその内容を記載して下さい。）

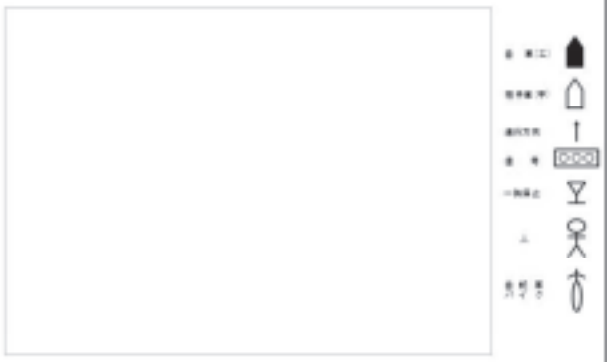
事故発生状況報告書

事 故 発 生 状 況 報 告 書

事故証明書番号	第　　号	当事者	甲（加害者）	氏名			
自動車の番号			乙（被害者）	氏名		運転・同乗 歩行・その他	
天　候	晴・曇・雨・雪・霧・（　）	交通状況	混雑・普通・閑散		明暗	昼間・薄暮・明け方・夕方	
道路状況	舗装（してある・してない）・歩道（ある・ない）・道路の見通し（良い・悪い） 中央線等（ある・ない）・道路の状態（直線・カーブ・平坦・坂・積雪路・凍結路）						
信号又は標識	信号（ある・ない）・自動制御（青・赤・黄）・指示方信号（青・赤・黄） 駐停車禁止（されている・されていない）・その他標識（　　）						
速　度	甲車両　　Km/h（制限速度　　Km/h）・乙車両　　Km/h（制限速度　　Km/h）						

事故現場状況図

（他の記号を使って乙の立場で記入して下さい。また、車線数も正確に記入し、道路幅はmで記入して下さい。）



事故発生の状況（経緯）

被害者の負傷状況		
	日	□土曜日　□休日（国休日・休暇含む）　□その他（　　）
	時間等	□勤務時間中　□通勤途上　□生活中　□私用　□その他（　　）
	場所	□会社内　□道路上　□自宅　□その他（　　）
	労災特別加入	（被害者が代表取締役等役員の場合のみ記入）　□加入有　□加入無

上記内容に間違いありません。
平成　年　月　日　　届出者（被保険者）：　　印

（甲本票に代わる同等の内容の書面がある場合には、その書面の提出をもって本書面の代わりとすることも可能です。ただし、その場合には、当該書面の余白部分に「上記内容に間違いありません」と記入した上、届出者に署名または記名押印して貰って下さい。）

交通事故証明書

※ □□□-□□□□

交 通 事 故 証 明 書

申請者
住所
氏名　　様

事故照会番号	署　第　号	甲・乙・　との続柄　本人・代理人				
発生日時	平成　年　月　日　時　分ころ					
発生場所						
甲	住所	（TEL　）			備考	
	フリガナ 氏名		生年月日	年　月　日（　歳）	甲・乙以外の当事者 有（別紙のとおり）	
	車種		車両番号			
	自賠責保険関係		証明書番号			
	事故時の状態	運転・同乗（運転者氏名　　）・歩行・その他				
乙	住所	（TEL　）				
	フリガナ 氏名		生年月日	年　月　日（　歳）		
	車種		車両番号			
	自賠責保険関係		証明書番号			
	事故時の状態	運転・同乗（運転者氏名　　）・歩行・その他				

事故類型	車両相互						車両単独				踏切	不・調査中明
	人対車両	正面衝突	側面衝突	出合い頭衝突	接触	追突	その他	転倒	路外逸脱	衝突	その他	

上記の事項を確認したことを証明します。

なお、この証明は損害の種別とその程度、事故の原因、過失の有無とその程度を明らかにするものではありません。

平成　年　月　日
自動車安全運転センター

X X県事務所長　印

証明番号		照合記録簿の種別	人身事故

交通事故証明書入手不能理由書

交通事故証明書入手不能理由書

発生日時				
発生場所				
加害者（甲）	住所			
	氏名		生年月日	
	車種		車両番号	
	自賠責保険契約先		自賠責証明書番号	
	事故時の状態			
被害者（乙）	住所			
	氏名		生年月日	
	車種		車両番号	
	自賠責保険契約先		自賠責証明書番号	
	事故時の状態			
甲・乙以外の当事者	住所			
	氏名		車両番号	
	自賠責保険契約先		自賠責証明書番号	
交通事故証明書を入手できない理由				

上記理由により交通事故証明書は取得できませんが事故の事実に相違ありません。

平成　年　月　日

（甲）　住所

氏名　　印　　電話（　）　－

上記事故を目撃しました。

平成　年　月　日

目撃者　住所

氏名　　印　　電話（　）　－

別紙２

第三者行為（交通事故等）で介護サービスを受ける時は市区町村へ届出が必要となりました

○　介護保険の被保険者の方は、交通事故などの第三者行為によって状態が悪化した場合でも介護保険サービスを受けることが出来ます。

○　ただし、介護保険サービスの提供にかかった費用は加害者が負担するのが原則ですので、市区町村が一時的に立て替えたあとで加害者へ請求することになります。

○　市区町村が支払った介護給付が第三者行為によるものかを把握する必要があるため、平成２８年４月１日から、介護保険の第１号被保険者の方が、交通事故等の第三者行為を起因として介護保険サービスを受けた場合は、届出が必要となりました。

○　交通事故等により要介護等状態になった場合や、状態が悪化した場合は、お住まいの市区町村の介護保険部局の窓口へ届出をお願いします。

11．地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律の一部の施行に伴う関係政令の整備に関する政令の施行について

老発０７１９第１号
平成 30 年７月 19 日

都道府県知事　殿

厚生労働省老健局長
（　公　印　省　略　）

地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律の一部の施行に伴う関係政令の整備に関する政令の施行について

「地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律の一部の施行に伴う関係政令の整備に関する政令（平成 30 年政令第 213 号)」が本日公布され、平成 30 年８月１日から施行することとされた。

改正の趣旨及び内容は下記のとおりであるので、十分御了知の上、管内市町村（特別区を含む。）を始め、関係者、関係団体等に対し、その周知徹底を図るとともに、その運用に遺漏なきを期されたい。

なお、介護保険法施行規則（平成 11 年厚生省令第 36 号）等については、追って７月中に改正する予定であることを申し添える。

記

第１　改正の趣旨

地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律（平成 29 年法律第 52 号。以下「改正法」という。）の一部（平成 30 年８月１日施行分）の施行に伴い、必要な政令の整備を行うもの。

第２　改正の内容

現在、介護保険制度においては、サービスを利用した場合の利用者負担は原則１割、一定以上所得者については２割としているところ、改正法により、平成 30 年８月１日から２割負担となる所得を有する者のうち特に所得の高いものについては利用者負担を３割とすることとされている。その基準となる所得の算定方法と金額を以下の通り定める。

【政令で定める基準について】

３割負担の基準については、第１号被保険者である高齢者本人の合計所得金額が220万円以上の場合とする。

ただし、上記に該当する場合であっても、年金収入＋その他の合計所得金額（※）が、

- 世帯に他の第１号被保険者がいない場合　340万円
- 世帯に第１号被保険者が２人以上いる場合　463万円

未満の場合は、３割負担とはせず、２割負担又は１割負担とすることとする。

※　給与収入や事業収入等から、給与所得控除や必要経費を控除した額で、雑収入のうち、年金収入に係るものを除いた額。

なお、市町村民税非課税の者又は被保護者の場合は、上記に該当する場合であっても一律１割負担とすることとしている。

第３　施行期日

平成30年８月１日

12.「介護認定審査会の運営について」の一部改正について

老発 0323 第 1 号
平成３０年３月２３日

各都道府県知事 殿

厚生労働省老健局長
（公 印 省 略）

「介護認定審査会の運営について」の一部改正について

介護認定審査会の具体的な運営については、これまで「介護認定審査会の運営について」（平成 21 年 9 月 30 日老発 0930 第 6 号厚生労働省老健局長通知）により取り扱われていたところであるが、このたび別添の通り改正を行い、平成 30 年4月１日より適用することとしたので通知する。

当該内容について御了知の上、貴管内市区町村にその周知徹底を図るとともに、介護認定審査会の運用について遺漏のなきように期せられたい。

また、介護認定審査会の簡素化にあたっては、別添参考「介護認定審査会の簡素化等に係るＱ＆Ａ（平成 30 年 2 月 14 日老健局老人保健課長事務連絡）」も参照されたい。

（別添）

○　介護認定審査会の運営について（平成21年9月30日老発第093006号）（抄）　　（変更点は下線部）

現行	改正後
（略） （別添）介護認定審査会運営要綱 （略） （新規）	（略） （別添）介護認定審査会運営要綱 （略） ５　認定審査会の簡素化 以下の(1)から(6)の全ての要件に合致する場合、「３　審査及び判定」及び「４　認定審査会開催の手順」の規定によらず、認定審査会を簡素化して実施することとしても差し支えない。 (1)審査対象者が、介護保険法第7条第3項第1号または同条第4項第1号に定める者であること (2)介護保険法第28条に定める要介護更新申請又は第33条に定める要支援更新申請であること (3)一次判定（４の２）の(1)に定める「一次判定の修正・確定」を行う前のもの。以下本項において同じ。）における要介護度が、前回認定結果の要介護度と同一であること (4)現在の認定有効期間が12か月以上であること (5)一次判定における要介護度が「要支援２」又は「要介護１」である場合、別紙２－３の表９に定める状態の安定性判定ロジックの判定結果が「不安定」でないこと (6)一次判定における要介護認定等基準時間が、次のいずれにも含まれないこと ・29分以上32分未満 ・47分以上50分未満 ・67分以上70分未満 ・87分以上90分未満 ・107分以上110分未満

取 扱 注

(1) 第1号被保険者

介護認定審査会資料

合議体番号： 0

被保険者区分：第１号被保険者　　年齢： 82歳　　性別： 男　　現在の状況：居宅（施設利用なし）
申請区分　　：更新申請　　前回要介護度：要介護１　　前回認定有効期間：１２月間

(4) 有効期間12か月以上

(2) 更新申請

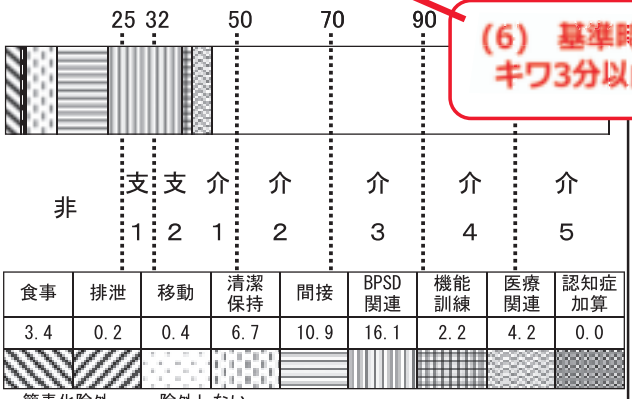
際のケア時間を示すものではない）

一次判定結果　　：要介護１

(3) 前回認定と同一

要介護認定等基準時間　：44.1分

(6) 基準時間が重度化
キワ3分以内ではない



食事	排泄	移動	清潔保持	間接	BPSD関連	機能訓練	医療関連	認知症加算
3.4	0.2	0.4	6.7	10.9	16.1	2.2	4.2	0.0

簡素化除外　：　除外しない
簡素化可能　：　可
簡素化予定　：　通常

警告コード：

３ 中間評価項目得点

第１群	第２群	第３群	第４群	第５群
90.0	97.0	100.0	59.3	39.2

４ 日常生活自立度

障害高齢者自立度　：　自立
認知症高齢者自立度　：　Ⅱｂ

５ 認知機能・状態の安定性の評価結果

認知症高齢者の日常生活自立度
　認定調査結果　：　Ⅱｂ
　主治医意見書　：　Ⅱａ
認知症自立度Ⅱ以上の蓋然性　：
状態の安定性　：　安定

(5) 「要支援2」「要介護1」の場合、「安定」

給付区分　：　介護給付

６ 現在のサービス利用状況（介護給付）

訪問介護（ホームヘルプ）	：	0 回 /月
訪問入浴介護	：	0 回 /月
訪問看護	：	0 回 /月
訪問リハビリテーション	：	0 回 /月
居宅療養管理指導	：	0 回 /月
通所介護（デイサービス）	：	15 回 /月
通所リハビリテーション	：	0 回 /月
短期入所生活介護（ショートステイ）	：	0 日 /月
短期入所療養介護	：	0 日 /月
特定施設入居者生活介護	：	0 日 /月
福祉用具貸与	：	0 品目
特定福祉用具販売	：	0 品目/6月間
住宅改修	：	なし
夜間対応型訪問介護	：	0 日 /月
認知症対応型通所介護	：	0 日 /月
小規模多機能型居宅介護	：	0 日 /月
認知症対応型共同生活介護（グループホーム）	：	0 日 /月
地域密着型特定施設入居者生活介護	：	0 日 /月
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	：	0 日 /月
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	：	0 回 /月
看護小規模多機能型居宅介護	：	0 日 /月

２ 認定調査項目

	調査結果	前回結果
身体機能・起居動作		
麻痺（左－上肢）		-
（右－上肢）		
（左－下肢）		
（右－下肢）		
（その他）		
節）		
節）		
節）		
他）		
3. 寝返り	つかまれば可	
4. 起き上がり	つかまれば可	
5. 座位保持		
6. 両足での立位		
7. 歩行		
8. 立ち上がり	つかまれば可	
9. 片足での立位		
10. 洗身	一部介助	
11. つめ切り		
12. 視力		
13. 聴力	大声が聞こえる	
第２群　生活機能		
1. 移乗		
2. 移動		
3. えん下	見守り等	
4. 食事摂取		
5. 排尿		
6. 排便		
7. 口腔清潔		
8. 洗顔		
9. 整髪		
10. 上衣の着脱		
11. ズボン等の着脱		
12. 外出頻度		
第３群　認知機能		
1. 意思の伝達		
2. 毎日の日課を理解		
3. 生年月日をいう		
4. 短期記憶		
5. 自分の名前をいう		
6. 今の季節を理解		
7. 場所の理解		
8. 徘徊		
9. 外出して戻れない		
第４群　精神・行動障害		
1. 被害的		
2. 作話	ある	
3. 感情が不安定	ある	
4. 昼夜逆転		
	ある	
	ある	
10. 収集癖		
11. 物や衣類を壊す		
12. ひどい物忘れ	ある	
13. 独り言・独り笑い		
14. 自分勝手に行動する	ある	
15. 話がまとまらない	ある	
第５群　社会生活への適応		
1. 薬の内服	一部介助	
2. 金銭の管理	一部介助	
3. 日常の意思決定	特別な場合以外可	
4. 集団への不適応		
5. 買い物	全介助	
6. 簡単な調理	全介助	-

本テキストでは、前回結果を非表示とします

〈特別な医療〉

点滴の管理	：	気管切開の処置	：
中心静脈栄養	：	疼痛の看護	：
透析	：	経管栄養	：
ストーマの処置	：	モニター測定	：
酸素療法	：	じょくそうの処置	：
レスピレーター	：	カテーテル	：

NCL110　　2019/07/18 15:31:24

事　務　連　絡
平成 30 年 2 月 14 日

都道府県・指定都市　要介護認定担当課　御中

老健局老人保健課長

介護認定審査会の簡素化等に係るＱ＆Ａ

介護保険行政の推進につきましては、日頃からご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

平成 30 年 4 月 1 日以降の要介護認定制度等については、平成 29 年 12 月 20 日事務連絡「平成 30 年 4 月 1 日以降の要介護認定制度等について」においてお知らせしたところですが、本件につき下記の通りＱ＆Ａを作成いたしましたので、管内市町村等に周知方よろしくお願いいたします。

記

Q1. 認定審査会の簡素化とは、認定審査会による審査判定を行わないということか。

A1. 審査会による審査判定は介護保険法第 27 条第 5 項等に定められた事項であるため、審査判定の実施自体を省略することはできない。

今般の見直しは、審査判定の具体的な実施方法を定めた認定審査会運営要綱を改正し、簡素化した方法での審査判定の実施を可能とするものである。そのため、たとえば要件に合致した者についてコンピュータ判定の要件を満たす認定申請について、コンピュータ判定の結果を審査判定結果とみなすことにつき、認定審査会の包括同意を得ることをもって個々の審査判定（一次判定の修正・確定を含む）に代えることは考えられる。ただし、そうした場合においても、審査会の開催自体は省略せず、審査会の場での委員による対象者リスト確認をもって審査判定とする等の取扱いが適当である。

Q2. 認定審査会を簡素化する方法として認められうる範囲や基準を示されたい。

A2. 認定審査会を簡素化した場合であっても、保険者が審査判定を実施し、認定結果について責任を負うことに変わりはないため、その範囲において各保険者で簡素化の方法を決定されたい。

Q3. 「要件に合致した者についてコンピュータ判定の要件を満たす認定申請について、コンピュータ判定の結果を審査判定結果とみなすことにつき、認定審査会の包括同意を得る」という方法で簡素化を実施するとした場合、審査会委員にはどの程度まで詳細な同意を求める必要があるのか。

A3. 簡素化の方法については最終的には保険者の判断となるが、Qの例では当該包括同意が個々の認定審査会における審査判定を実質的に代替するものとなることから、同意の内容について各委員に十分ご理解いただくとともに、同意が得られない場合には簡素化方法を見直すことが適切であると考えられる。

Q4. 認定審査会を簡素化した場合、有効期間はどのように設定すればよいのか。

A4. 簡素化の方法に応じ、保険者により設定方法を決定することとなる。

Q5. 介護保険法第27条第4項に定める認定審査会への通知及び審査判定の求めも簡素化の対象となるのか。

A5. 認定審査会への通知は法律に定める事項であるため、実施して頂く必要がある。通知方法は各保険者における簡素化形態に応じてご判断頂きたい。

Q6. 要件に合致しない者について保険者判断で認定審査会を簡素化することは可能か。

A6. 今般の見直しは、二次判定における要介護度の変更率が極めて低い者に限って認定審査会の簡素化を可能とするものであるので、要件に合致しない者の審査判定の取扱いは従来通りとなる。

Q7. 認定審査会の簡素化は平成30年4月1日申請分から可能となるのか。

A7. 申請日が3月以前であっても、審査判定を4月1日以降に実施するケースであれば簡素化が可能となる。

Q8. 認定審査会の簡素化は平成 30 年 4 月より直ちに開始しなければならないのか。

A8. 認定審査会の簡素化は実施の有無も含めて保険者判断となるため、4 月より直ちに開始しなくても差し支えない。

Q9. 認定審査会の簡素化について、申請者に説明する必要があるか。

A9. 簡素化の実施の有無に関わらず、保険者が認定結果について責任を負うことに変わりないことから、申請者への特段の説明や理解が必要であるとは考えていないが、区分変更申請の案内等、認定結果を受けた申請者への対応については従来通りご配慮頂きたい。

Q10. 有効期間を 36 か月に設定する場合の判断基準は厚生労働省から示されるのか。

A10. 要介護認定の有効期間は、今般の見直しに関わらず、今回判定結果の要介護度がどれほど長く継続するかの判断に基づき決定されるものであり、厚生労働省として統一的な基準を示すことは考えていない。

Q11. 有効期間 36 か月の設定は平成 30 年 4 月 1 日申請分から可能となるのか。

A11. 申請日が 4 月 1 日以降のケースが対象となる。

Q12. 有効期間の延長は平成 30 年 4 月より直ちに開始しなければならないのか。

A12. 保険者判断として個々のケースに 24 か月を超える有効期間を設定しないことは差し支えないが、制度の上では最大 36 か月の有効期間が設定可能となっていることに留意されたい。

（照会先）
厚生労働省老健局老人保健課
介護認定係　有川，塩田
03-5253-1111（内線 3945）

以上

Ⅲ　介護保険主治医意見書用問診票（旭川市における使用例）

この問診票は，医師が申請者ご本人の普段の状況を把握するための情報提供書類です。
できるだけ正確に記入してください。わからないところについては，空白のままで結構です。

介護保険主治医意見書用問診票

記入日　令和　　年　　月　　日

お名前 男・女	生年月日　　年　　月　　日 （　　歳）

【1】介護保険の申請についてお聞きします。

現在要介護認定は受けていますか？
□受けている　　□受けていない

受けているとお答えの方にお聞きします。ケアプランの作成を依頼しているところはありますか？
□ある（事業所名：　　）　□ない，またはわからない

今回の申請区分をご記入下さい
□新規申請　　□更新申請　　□区分変更申請

新規申請・区分変更申請の方にお聞きします。申請の理由をご記入下さい。
□手足が不自由になった　　□もの忘れがひどくなった　　□閉じこもりがある
□その他（　　）

【2】現在、主治医以外に通っている医療機関はありますか？

□ない

□ある（どんな病気・怪我でどの病院に通っていますか？）

傷病名：＿＿＿＿＿＿＿＿　病院名：＿＿＿＿＿＿＿＿

傷病名：＿＿＿＿＿＿＿＿　病院名：＿＿＿＿＿＿＿＿

傷病名：＿＿＿＿＿＿＿＿　病院名：＿＿＿＿＿＿＿＿

傷病名：＿＿＿＿＿＿＿＿　病院名：＿＿＿＿＿＿＿＿

【3】体の動きはいかがですか？

□交通機関などを使ったり、隣近所を散歩したりして一人で外出できる。（J）
□一人で外出することはないが、家の中では自分の事は自分でできる。（A1）
□ほとんど外出がなく、家の中では横になっていることが多い。（A2）
□ほとんど歩けないため車いすが必要な生活である（B）
□一日中ベッド上の生活である。（C）

【4】もの忘れはどうですか？

□多少のもの忘れなどはあるが、一人で生活するのに支障はない。（Ⅰ）
□知っている場所でもときどき道に迷ったり、買い物した時おつりを間違えたりすることがある。（Ⅱａ）
□電話や来客の対応が難しく、一人での留守番が難しくなってきた。（Ⅱｂ）
□トイレ・着替え・食事などの方法がわからなくなることがある。（Ⅲ）
□会話が噛み合わなかったり，伝えたいことが伝わらなかったりすることが多くなってきた。（Ⅳ）

【5】理解や記憶についてお聞きします。

①5分前のことを思い出すことができますか？
□はい　　□いいえ
②物事を自分で判断することができますか？
□できる　　□簡単なことはできる
□ほとんどできない

【6】以下のような行動・症状はありませんか？ 当てはまるものすべてにチェックしてください

□実際にはいない人などが見える。
□実際にはいない人の声や物音が聞こえる。
□金品をよく盗まれると感じる。
□昼間寝て、夜間起きる。
□以前より怒りっぽくなったと感じる。
□ガスの消し忘れや、鍋をこがすことがある。
□薬を飲み忘れることが増えてきた。
□今日が何月何日かわからなくなることがある。
□季節に合わない服を選んでしまうことがある。

【7】普段の生活についてお聞きします。

①屋外での歩行はできますか？
□一人でできる　　□助けがあればできる
□していない
②杖・シルバーカー・装具などは使用していますか？
□用いていない　　□屋外で使用している
□屋内で使用している
③食事は一人で食べられますか？
□自分で食べることができる。
□全面的に食べさせてもらう、または胃ろうなどで口から食事はしていない。
④体は一人で洗えますか？
□洗えている　　□背中は人に洗ってもらう
□全て人に洗ってもらう　　□入浴していない
⑤着替えは一人でできますか？
□できる。
□できるが時間がかかる。
□人に手伝ってもらわないとできない。
□全面的に着替えさせてもらう。

Ⅳ 主治医意見書記載ガイドブック
特記すべき事項欄の充実のために

主治医
意見書
記載ガイドブック
特記すべき事項欄の充実のために

平成22年度　厚生労働省老人保健健康増進等事業
『要介護認定における主治医意見書の記載方法等に関する調査研究事業』委員会編

委員長	野中　博	医療法人社団博腎会野中医院 院長
委　員	木村　隆次	一般社団法人日本介護支援専門員協会 会長
（アイウエオ順）	斉藤　正身	医療法人真正会霞ヶ関南病院 理事長
	滝川　英一	社団法人日本医師会 介護保険課 課長
	武田　章敬	独立行政法人国立長寿医療研究センター 脳機能診療部第二脳機能診療科 医長
	服部　恒幸	和歌山県紀の川市保健福祉部高齢介護課 課長
	三上　裕司	社団法人日本医師会 常任理事
	山崎　成治	北海道旭川市福祉保険部介護高齢課 課長
	制作協力	合同会社 HAM 人・社会研究所

発 行　NPOシルバー総合研究所
〒105-0013　東京都港区浜松町1-12-5　TEL：03（5425）2383　FAX：03（5405）1184
Eメール：info@silver-soken.com　ホームページ：http://www.silver-soken.com
平成23年3月作成

主治医
意見書
記載ガイドブック
特記すべき事項欄の充実のために

目 次

p 2	1．主治医意見書の記載にあたって
p 4	2．情報収集のために
	（1）なぜ情報収集が重要なのか
	（2）どのように集めるのか
	（3）集める情報は何か
p 8	3．「特記すべき事項」欄の文例集
p10	3 - (1) 身体機能
	1. 高齢者の特徴
	2. 記載のための情報収集の視点と方法
	3. 具体的な文例
p16	3 - (2) 認知機能
	1. 高齢者の特徴
	2. 記載のための情報収集の視点と方法
	3. 具体的な文例

1 主治医意見書の記載にあたって

2000年4月に介護保険制度が施行されて以来報告されている課題に、要介護認定やケアプラン作成に重要な「主治医意見書の記載」があります。

この主治医意見書は当然医師が記載する書類ですが、診断書とはその内容が異なります。主治医意見書はその内容（項目）から、疾病やその治療について、さらに患者さんの日常生活の状況（特に介護の手間）についても記載する必要があります。

実際に患者さん（申請者）の身近に存在する診療所等のかかりつけの医師は、地域での患者さんの日常生活を実際に見る事は可能です。しかし、疾病管理等が主である病院等の医師には患者さんの日常生活を実際に見る事は困難です。その場合でも病院内の看護師やその他のスタッフは、患者さんの日常生活を支えるために当然介護の手間を把握しています。例えば、病院等に勤務する医師が主治医意見書を記載する場合には、院内の看護師等のスタッフの協力を得てより充実した内容を記載することが可能になります。

最近では、患者さんが病院から退院する際、多職種協働による退院前カンファランスの実施が推進されていますが、このカンファランスを通じて適切な情報を得て、主治医意見書の記載に役立てることも可能です。

主治医意見書の情報収集から実際の記載までの全てのプロセスを医師だけが行うのではなく、主治医意見書に期待される役割を十分に理解して、日頃の診療において患者さんの日常生活を把握すること、看護師等のスタッフの協力を得ること、ケアスタッフとの連携等から情報を得ることが重要なのです。

それらの集めた情報を、「介護の手間」という観点から、“読み手に伝わる”書類として意見書を記載することが、主治医に求められている本来の役割です。

2 情報収集のために

(1) なぜ情報収集が重要なのか

主治医意見書を記載するには、患者さんの傷病や診療・治療経過だけでなく、それらが日常生活に与える影響やご家族やサービス利用による介護の必要性などの情報が不可欠です。そして、「その意見書がどのように利用されるのか」を考えれば、過去の状態に基づくのではなく、新しい情報によって現在と予後を意識したものであることが必要です。その中でも、「特記すべき事項」欄の記載は、**これからの患者さんの「医療」と「介護」をつなぐ（必要な医療サービスを確保する）**ための重要な情報源であり、患者さんの傷病が介護の手間に与える影響も含め十分な情報に基づいて記載されることが求められます。

(2) どのように集めるのか

それらの基本的な生活情報は、意見書作成の依頼があって「さあ、情報を集めよう」となれば、意見書の提出期限が設定されている中でかえって医師の負担となる場合もあります。だからこそ、意見書作成の可能性のある高齢者の患者さんについては、日常生活の情報を集めておくことが効果的でスムーズな意見書記載につながると考えます。

もっとも、それは主治医一人だけが担うものではなく、看護師等の院内のスタッフや、外部のケアマネジャーやケアスタッフとの連携や協力によって、そして何より患者さんご本人とご家族を含めて、関係者全員で準備し、共有するものと考えます。必要なことは、「介護の手間」を表現する基礎となる、患者さんの生活や環境をタイムリーに把握する **方法を持っておくこと** なのです。

(3) 集める情報は何か

どのような情報を集めておくことが、「特記すべき事項」欄に“介護の手間”を表現するときに役立つのでしょうか。患者さんの疾病の状態や診療経過、日常生活はさまざまですから、一概にこの項目を集めればよいというものはありませんが、一般的には以下のような項目を可能なかぎり新しい情報として集めておくのが望ましいと言えます。

身体に関する項目
① 身長・体重（BMI）の変化
② 四肢（利き腕や欠損）
③ 麻痺・拘縮（有無と部位）

生活に関する項目
① 屋内・屋外の移動（手段や距離）
② 食事・排泄・入浴の動作（回数、程度）
③ 日中離床・睡眠（時間や薬）

2 情報収集のために

行動に関する項目

① 外出（頻度や意欲）
② 認知機能（記憶や見当識）
③ 認知症の影響（介護への抵抗や火の扱い）

もちろん、ここに挙げられた情報（項目）だけが必要な情報とは限りませんし、ここから必要な項目を取捨選択して利用して頂くことも構いません。普段、先生方が使っている同様の趣旨の書面などがあれば、それを妨げるものでもありません。

ポイントはそれらの項目についての状態をそのまま書くだけでも、**患者さんの“介護の手間”のイメージを意見書の“読み手”にある程度伝える（おおよその介護の様子をイメージさせる）ことができる**ということです。そして、その状態が患者さんの傷病に起因していること、傷病の経過とともに予測されること、などが加えられれば、「介護の手間に影響を与える医学的観点からの意見」となるのです。

以下に基本チェックリストの 25 項目を示します。もちろん、高齢者の日常生活の全てを把握することができるものではありませんが、このような視点（項目）から患者さんの日常生活の様子を確認することも情報収集の一つの視点です。

【基本チェックリスト】

1	バスや電車で１人で外出していますか
2	日用品の買物をしていますか
3	預貯金の出し入れをしていますか
4	友人の家を訪ねていますか
5	家族や友人の相談にのっていますか
6	階段を手すりや壁をつたわらずに昇っていますか
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか
8	１５分位続けて歩いていますか
9	この１年間に転んだことがありますか
10	転倒に対する不安は大きいですか
11	６ヵ月間で２～３kg 以上の体重減少がありましたか
12	身長　　㎝　体重　　kg（BMI=　　）
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか
14	お茶や汁物等でむせることがありますか
15	口の渇きが気になりますか
16	週に１回以上は外出していますか
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあると言われますか
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか
20	今日が何月何日かわからない時がありますか
21	（ここ２週間）毎日の生活に充実感がない
22	（ここ２週間）これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった
23	（ここ２週間）以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる
24	（ここ２週間）自分が役に立つ人間だと思えない
25	（ここ２週間）わけもなく疲れたような感じがする

3 「特記すべき事項」欄の文例集

主治医意見書には、「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」の５つのパートがあります。１～４までは、主にそれぞれの所定項目についてチェックを入れていく形式になっています（一部記述欄もあります）。

ここで、患者さんの要介護認定における審査判定にとってはもちろんのこと、その後の介護サービス利用（ケアプラン作成等）にとって重要となるのが、「5. 特記すべき事項」欄の記述といえます。先生方が担当される患者さんの「医療」と、ご家族やケアスタッフとともに支える「介護」をつなぐための重要な記載が求められているからです。（疾病の経過や治療や投薬内容等は、「1. 傷病に関する意見」の記述欄に記載します）

意見書記載ガイドブックでは、この「特記すべき事項」欄に着目し、記載の充実に資するよう、患者さんの状況から“介護の手間”をより適切に表現するサンプル文例を、身体機能の面と認知機能の面から編集しています。それぞれに、（1）高齢者の特徴を紹介し、続いて（2）情報収集の視点や介護の手間を表すヒントとしています。そして（3）それらを具体的に表現する文例（サンプル）を載せています。

もちろん、これらの解説や文例は、個々の患者さんの疾病の状況や家族介護等の生活環境などの個別事情を網羅しているものではありません。あくまで参考として、先生方が担当される患者さんの状態や症状に応じて意見書に記載する“介護の手間”の表現にアレンジして頂くことを想定しています。

3 （1）身体機能

「特記すべき事項」欄の文例集

1．高齢者の特徴

高齢者の身体機能の低下は様々な要因、様々な環境によって起こりますが、主治医意見書において特に記載の充実が望まれる場合として、疾病の慢性期に生じる廃用症候群を挙げることができます。この廃用症候群は、その後の対応の違い等から、大きく「軽度の傷病で容易に生じる」場合と「日常生活において徐々に生じる」場合に分けることができます。介護保険サービスの利用の前提となる要介護認定においても、その違いを踏まえた〝身体機能の低下に伴って生じる介護の手間（生活の支障）〟の情報が重要なものとなるでしょう。

「軽度の傷病で容易に生じる」身体機能の低下の場合には、きっかけとなる傷病の経過とともに機能低下を予測しながら個別訓練を提供するなど短期集中的なリハビリテーションが必要となりますし、また、「日常生活において徐々に生じる」身体機能の低下の場合には、生活期（維持期）において明らかな機能低下（変化）を把握しにくいため、リハビリ専門職を中心に複数の目による定性的で継続した評価が重要となってきます。

身体機能の低下は日常生活への支障を直接的にもたらすものですので、主治医意見書にはその原因となっている傷病との関係から〝介護の手間〟をより具体的に表現することが求められると言えます。

2．記載のための情報収集の視点と方法

高齢者の身体機能の低下を把握するときに、その視点として重要なのは障害の程度というより「生活に支障があるかどうか」、見方を変えれば「介護の負担状況の変化」とも言えますが、それを家族や介護者、そしてサービス提供者から把握する情報収集ルートを確保することがポイントです。また、身体機能の低下は心理的な問題や閉じこもり傾向などとも密接に関わりますので、介護保険サービスを利用中であれば、介護支援専門員との間で情報交換、情報の共有化を図ることが求められるでしょう。

参考までに簡単な日常生活の動作チェック項目を示します。本人・家族に事前にチェックをしてもらったり、院内・院外の関係スタッフから情報を集めたり、また、ご自身の問診などでも、廃用性の身体機能の低下を見逃さないことが何より重要です。

日常生活の動作チェック項目

［食事の場面］
① むせることが多くなった
② 食事に時間がかかるようになった
③ はしやスプーンを使えなくなった
④ 食事中に横に傾いたり、椅子から落ちそうになったりする

主治医意見書記載ガイドブック
特記すべき事項欄の充実のために

3 （1）身体機能

「特記すべき事項」欄の文例集

［就寝時］
① 寝返り、起き上がりに時間がかかるようになった
② 起き上がりのときによくふらついたり、転倒することもある

［トイレやオムツで］
① 尿意がはっきりしなくなってきた
② パンツの上げ下ろしでふらつく
③ トイレ移動時にふらつく（手すりの「あり」「なし」）
④ 夜のトイレ（「トイレ」「ポータブルトイレ」「しびん」「おむつ」）

［移動の時］
① 最近ふらつくようになってきた
② 家の中では、伝い歩きや杖で移動している
③ 階段や段差のあるところで、膝折れなど転びそうになることがある

［風呂］
① 転びそうになる（手すり「あり」「なし」）
② 風呂から出られなくなることがある

［玄関］
① 転びそうになる（手すり「あり」「なし」）、（椅子「あり」「なし」）

［日中の座りきり評価］
① 日中テレビを見て座っていることが多い
② 自宅では日課がある（家の施錠・カーテン・新聞取り・郵便取り・庭の手入れ・炊事・洗濯・掃除・散歩・その他（　　））

平成 19 年 2 月　日本リハビリテーション病院・施設協会　地域リハビリテーション推進委員会かかりつけ医のためのリハビリテーションガイドより

3．具体的な文例

（1）疾患や症状に伴う介護の手間に関すること

○ パーキンソン症状のため転倒の危険性が高く、廃用症候群に陥りやすい。
○ 神経難病のため、疾病の進行に応じてリハビリやケアの内容を変更することが重要であり、医療系サービスの利用によって定期的な評価が行われることが望ましい。
○ 関節疾患があるが、体重のコントロール次第で症状が軽減する。
○ 脊柱管狭窄症に伴う失禁や頻尿などの排尿障害に注意が必要である。
○ 慢性関節リウマチのため各関節が拘縮しやすく、家族による対応だけでは負担が大きい。
○ 歩行で足が重くなり痛みが出現するので、トイレ移動が困難で、排泄介助を要するようになっている。
○ 骨粗しょう症のため、再度の骨折や転倒・転落の予防の環境整備が必要である。

○ 後縦靭帯骨化症により、ズボンの着脱を臥位で行うため介助に時間がかかる。
○ 廃用症候群のため、離床の確保はもとより、社会性の維持・回復をめざして通所系サービスの活用が望ましい。
○ 廃用症候群の予防のため離床が欠かせないが、家族がつきっきりとなるため負担が大きい。
○ 失語症状があり、意思疎通が難しい場合が多く、時間をかけてゆっくり話を聞いたり、表情から話を推測しなければならない。
○ 片麻痺であるが、少しずつ移動できるようになっているため、かえって慎重さに欠けたり、注意力が散漫となって転倒しやすく、常時の見守りが必要である。
○ 下肢の筋力低下に伴い、椅子からの立ち上がりやトイレ動作が不安定になってきている。
○ 寝返り・起き上がりが自らの力で難しくなってきていて、そのため離床の意欲も無くなってきている。

（2）直接的な介助・ケアやサービス利用に関すること

○ 片麻痺のため、動作の一部（できない部分）を手伝う形での介助となり、家族による介護（時間）の負担が大きい。
○ 日常生活での歩行訓練には、転倒の危険があるので、近隣への散歩には毎回家族が付き添っている。
○ 進行性の疾患のためリハビリ専門職の定期的な評価や専門医への受診が必要である。
○ 症状の進行に応じて、毎週○回、訪問リハビリを利用しているが、本人のリハビリの意欲に濃淡があり、入浴やトイレ移動などで全介助を要する場合がある。
○ 少なくとも３ヶ月に１回の日常生活動作を含むリハビリ専門職による評価が必要である。
○ 転倒による廃用症候群の予防のため、短期集中的なリハビリの提供の確保が望まれる。
○ 関節の拘縮が進行しないように、同じ姿勢が長時間とならないよう夜間も頻回な介助を要している。
○ 徐々に廃用症候群が進んでいるので、継続的なリハビリサービスの確保が必要である。
○ 理学療法士（PT）等の専門職による訓練と定期的な評価が必要である。

１．高齢者の特徴

認知機能が低下した高齢者は、記憶や見当識の障害といった認知機能の障害とともに、薬の飲み忘れや尿・便失禁といった日常生活動作の障害、興奮や徘徊、意欲の低下といった行動・心理症状を伴うことが多いのが一般的です。

認知機能の障害は認知症の原因疾患と障害される部位、重症度によって異なりますが、例えばアルツハイマー型認知症では記憶や見当識が初期から障害されるのに対し、前頭側頭型認知症では言葉を話せなかったり、理解できないといった言語の症状が比較的初期から出現することが多いと言えます。アルツハイマー型認知症やレビー小体型認知症、前頭側頭型認知症などの神経変性による認知症の場合は、症状が徐々に進行していくことが特徴です。認知機能の低下した高齢者は環境の変化に適応することが困難ですから、環境によって症状が変動しやすいことにも注意し、評価する必要があるでしょう。

２．記載のための情報収集の視点と方法

認知機能の低下に伴う介護の手間を的確・十分に表現するため、主として以下の視点で情報を集めること（状況を把握しておくこと）が重要と考えられます。

日常生活動作（例：薬の飲み忘れが多い、トイレがわからず部屋の中で排泄する）
行動･心理症状（例:不安が強い。ひとりで外出し戻って来られず警察に保護される）
処方内容とその影響（例：少量の抗精神病薬を使用したところ歩行困難となり、中止した）
現在受けている支援及び今後必要な支援（例：現在デイサービスを週３回利用している、今後ショートステイの利用によって介護負担を減らす必要がある）
生活環境（例：独居、公団の４階に住んでいてあまり外出しない）
家族の状況と介護負担（例：認知症の妻と二人暮らしである。主介護者である長男の嫁がもの盗られ妄想の対象となっており、その対応に疲弊している）
経過（例：ＡＤＬは悪化しつつある。徘徊の頻度は増加している）
身体合併症（例：肺炎を来たしたが認知症のため外来で点滴治療を行っている）
その他の評価上の留意事項（例：症状は１日のうちでも大きく変動している。とりつくろいのため正常にみられる）

また、収集した情報を“介護の手間”に置き換えて表現する際に、以下の視点が参考になるでしょう。

○ 認知機能、例えば記憶の障害があってもメモなどの活用により自立して生活できる場合があり、即座に介護の手間に結びつくとは限りません。
○ 行動・心理症状は介護の手間と相関関係にあることが示されています。特に夜間の不穏や幻覚・妄想などは介護負担を増す因子とされていて、行動・心理症状の種類と頻度・程度の評価が重要となります。
○ 頻度は少なくても火の不始末や夜間の徘徊、経済被害の状況など本人と家族の生命や財産に重大な影響を与える事柄についても評価しておくことが望ましいと言えます。
○ 認知症で介護への抵抗を示す場合には、一般的に身体症状のみの高齢者の場合よりも介護の手間が増加すると言われます。
○ 生活環境や家族の状況も介護の手間に影響を与えます。徘徊を例にとっても、行動が制限される病院や施設などに入院・入所している場合と自由に出入りができる自宅にいる場合では介護負担は異なってくることが想定され、適切に記載される必要があります。
○ 介護者が認知症の場合には、対応がより困難になることは容易に想像できます。
○ 認知症のある高齢者の介護の手間は様々な要素が複雑に絡み合って生じる場合が多いので、個々の要素とその関係を含めて評価、記載することが望まれます。

3．具体的な文例

以下では、認知症高齢者の「介護の手間」を表現する文例をテーマ（場面）別に整理しています。認知症についての疾病の管理からは直接的に導かれない記述であっても、その患者さんの「介護」を考えるときの重要な「医療」の情報となります。

患者さんの状況にマッチする表現でなくても、視点や表現のヒントとして、また近い表現によって、特記すべき事項欄の記述に活用頂ければと考えます。

（1）日常生活中にみられる介護の手間に関すること

○ 認知機能の低下のため、全く意思疎通ができない。
○ 家族を認識できないことがある。
○ 自分で調理を行っているが、しばしば鍋を焦がしている。
○ ゴミ出しの曜日を間違え、トラブルになることがある。
○ 買い物に行き、同じものを買ってくる。

○ 高額の羽毛布団を契約するなどの経済被害にあっている。
○ 外出するが、しばしば道に迷い、近所の人に連れてきてもらうことがある。
○ 着替えをしても順番が不適切なことが多い。
○ 尿便失禁あり、リハビリパンツを使用しているが、尿取パットを外してしまう。
○ 幻覚があり、常に床の上にある何かを拾う動作をしている。
○ 易怒性があり、些細なことで大声を上げる。
○ 入浴を拒否することが多く、時に暴力をふるう。

（2）症状の進行に関すること

○ 記憶障害は徐々に進行している。
○ 2年前の初診時に HDS-R が6点であったが、現在は実施困難である。
○ ひとりで外出できなくなった。
○ 尿失禁の頻度が増加し、夜間はオムツを使用するようになった。
○ もの盗られ妄想が激しくなっている。
○ 夜間起きてゴソゴソしていることが増加した。

（3）直接的な介助・ケアやサービス利用に関すること

① 家族介護の状況（負担感）

○ 服薬は家族が管理している。
○ 自宅では入浴を嫌がるため、デイサービスで入浴している。
○ トイレに連れて行っても便座に腰掛けることが困難であり、介助に手間がかかる。
○ 妻がトイレ誘導すればしているため、尿失禁することは少ない。
○ 更衣は独力では困難であるが、適切な衣服を順番に手渡せば自分で着ることができる。
○ 家族がいないと不安が強く、家族についてまわり、家族の介護負担も大きい。
○ 主介護者である長男の嫁がもの盗られ妄想の対象となっており、その対応に疲弊している。

② 利用している・必要となる介護サービス・サービス利用の注意点

○ 現在、デイサービスを週2回利用している。
○ 日中うとうとしていることが多いため、デイサービス等の利用により、適度な働きかけが必要である。
○ 介護保険サービスの利用に関しても抵抗が予想され、こまめな調整が必要と思われる。
○ 急に立ち上がり転倒することがあるので見守りが必要である。
○ 独居のため、服薬管理や経済被害に対する見守りが必要である。

Ⅴ　障がいと介護の優先関係

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律

（平成 17 年 11 月 7 日法律第 123 号）最終改正：令和 7 年 12 月 12 日法律第 87 号

（他の法令による給付等との調整）

第 7 条　自立支援給付は、当該障害の状態につき、介護保険法（平成 9 年法律第 123 号）の規定による介護給付、健康保険法（大正 11 年法律第 70 号）の規定による療養の給付その他の法令に基づく給付又は事業であって政令で定めるもののうち自立支援給付に相当するものを受け、又は利用することができるときは政令で定める限度において、当該政令で定める給付又は事業以外の給付であって国又は地方公共団体の負担において自立支援給付に相当するものが行われたときはその限度において、行わない。

障企発第 0328002 号・障障発第 0328002 号平成１９年３月２８日付け厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部企画課長・障害福祉課長連名通知「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく自立支援給付と介護保険制度との適用関係等について」（抜粋）　一部改正：平成２７年３月３１日

１．自立支援給付と介護保険制度との適用関係等の基本的な考え方について

（１）介護保険の被保険者とならない者について

（略）

（２）介護給付費等と介護保険制度との適用関係

介護保険の被保険者である 65 歳以上の障害者が要介護状態又は要支援状態となった場合（40 歳以上 65 歳未満の者の場合は、その要介護状態又は要支援状態の原因である身体上又は精神上の障害が加齢に伴って生ずる心身上の変化に起因する特定疾病によって生じた場合）には、要介護認定等を受け、介護保険法の規定による保険給付を受けることができる。また、一定の条件を満たした場合には、地域支援事業を利用することができる。

その際、自立支援給付については、法第７条の他の法令による給付又は事業との調整規定に基づき、介護保険法の規定による保険給付又は地域支援事業が優先されることとなるが、介護給付費等の支給決定を行う際の介護保険制度との適用関係の基本的な考え方は以下のとおりであるので、市町村は、介護保険の被保険者（受給者）である障害者から障害福祉サービスの利用に係る支給申請があった場合は、個別のケースに応じて、申請に係る障害福祉サービスに相当する介護保険サービスにより適切な支援を受けることが可能か否か、当該介護保険サービスに係る保険給付又は地域支援事業を受け、利用することが可能か否か等について、介護保険担当課や当該受給者の居宅介護支援を行う居宅介護支援事業者等とも必要に応じて連携した上で把握し、適切に支給決定すること。

[1] 優先される介護保険サービス

自立支援給付に優先する介護保険法の規定による保険給付又は地域支援事業は、介護給付、予防給付及び市町村特別給付並びに第一号事業とされている（障害者自立支援法施行令（平成 18 年政令第 10 号）第２条）。したがって、これらの給付対象となる介護保険サービスが利用できる場合は、当該介護保険サービスの利用が優先される。

[2] 介護保険サービス優先の捉え方

ア　サービス内容や機能から、障害福祉サービスに相当する介護保険サービスがある場合は、基本的には、この介護保険サービスに係る保険給付又は地域支援事業を優先して受け、又は利用することとなる。しかしながら、障害者が同様のサービスを希望する場合でも、その心身の状況やサービス利用を必要とする理由は多様であり、介護保険サービスを一律に優先させ、これにより必要な支援を受けることができるか否かを一概に判断する

ことは困難であることから、障害福祉サービスの種類や利用者の状況に応じて当該サービスに相当する介護保険サービスを特定し、一律に当該介護保険サービスを優先的に利用するものとはしないこととする。

したがって、市町村において、申請に係る障害福祉サービスの利用に関する具体的な内容（利用意向）を聴き取りにより把握した上で、申請者が必要としている支援内容を介護保険サービスにより受けることが可能か否かを適切に判断すること。

なお、その際には、従前のサービスに加え、小規模多機能型居宅介護などの地域密着型サービスについても、その実施の有無、当該障害者の利用の可否等について確認するよう留意する必要がある。

イ　サービス内容や機能から、介護保険サービスには相当するものがない障害福祉サービス固有のものと認められるもの（同行援護、行動援護、自立訓練（生活訓練）、就労移行支援、就労継続支援等）については、当該障害福祉サービスに係る介護給付費等）を支給する。

[3] 具体的な運用

[2]により、申請に係る障害福祉サービスに相当する介護保険サービスにより必要な支援を受けることが可能と判断される場合には、基本的には介護給付費等を支給することはできないが、以下のとおり、当該サービスの利用について介護保険法の規定による保険給付が受けられない又は地域支援事業を利用することができない場合には、その限りにおいて、介護給付費等を支給することが可能である。

ア　在宅の障害者で、申請に係る障害福祉サービスについて当該市町村において適当と認める支給量が、当該障害福祉サービスに相当する介護保険サービスに係る保険給付又は地域支援事業の居宅介護サービス費等区分支給限度基準額の制約から、介護保険のケアプラン上において介護保険サービスのみによって確保することができないものと認められる場合。

イ　利用可能な介護保険サービスに係る事業所又は施設が身近にない、あっても利用定員に空きがないなど、当該障害者が実際に申請に係る障害福祉サービスに相当する介護保険サービスを利用することが困難と市町村が認める場合（当該事情が解消するまでの間に限る。）。

ウ　介護保険サービスによる支援が可能な障害者が、介護保険法に基づく要介護認定等を受けた結果、非該当と判定された場合など、当該介護保険サービスを利用できない場合であって、なお申請に係る障害福祉サービスによる支援が必要と市町村が認める場合（介護給付費に係るサービスについては、必要な障害支援区分が認定された場合に限る。）。

（３）補装具費と介護保険制度との適用関係

補装具費の支給認定を行う際の介護保険制度との適用関係についても、基本的な考え方は（２）の[1]及び[2]と同様であるが、具体的には以下のとおりである。

介護保険で貸与される福祉用具としては、補装具と同様の品目（車いす、歩行器、歩行補助つえ）が含まれているところであり、それらの品目は介護保険法に規定する保険給付が優先される。ただし、車いす等保険給付として貸与されるこれらの品目は標準的な既製品の中から選択することになるため、医師や身体障害者更生相談所等により障害者の身体状況に個別に対応することが必要と判断される障害者については、これらの品目については、法に基づく補装具費として支給して差し支えない。

２．その他

（１）介護保険サービスが利用可能な障害者が、介護保険法に基づく要介護認定等を申請していない場合等は、介護保険サービスの利用が優先される旨を説明し、申請を行うよう、周知徹底を図られたい。

（２）平成 18 年 3 月 31 日以前の身体障害者福祉法等による日常生活用具の給付・貸与事業において、介護保険による福祉用具の対象となる品目については、介護保険法の規定による貸与や購入費の支給を優先して行うこと

とされていたところであるが、法における地域生活支援事業については自立支援給付とは異なり、地域の実情に応じて行われるものであり、法令上、給付調整に関する規定は適用がないものである。

しかしながら、日常生活用具に係る従来の取り扱いや本通知の趣旨を踏まえ、地域生活支援事業に係る補助金の効率的な執行の観点も考慮しつつ、その適切な運用に努められたい。