

## ～要介護認定のしくみと主治医意見書作成の留意点～



福岡県版「日医君」

福岡県医師会専務理事  
瀬戸 裕司

Fukuoka medical association



# 日本の介護保険制度の特徴

1. 「要支援」=予防給付として位置づけ
2. 介護認定にコンピューター判定導入
3. 在宅療養が基本方策
4. ケアマネジメント導入によるサービス提供
5. 市町村を中心としたシステム
6. そして2号被保険者という加入者

# 医療保険と介護保険制度の決定的相違点

① 要介護認定による給付額制限がある  
(医療は原則無制限)

② 給付内容決定権を有する者の相違  
(医療 ⇒ 医師が決定、 介護 ⇒ 本人・家族の決定)

# 介護保険制度におけるかかりつけ医の役割

- ・主治医意見書を書く。
- ・訪問看護指示書を書く。
- ・訪問リハビリテーション指示書を書く。
- ・居宅療養管理指導を行う。
- ・介護サービス事業者・自治体などへの診療情報提供書を書く。
- ・介護認定審査会認定審査員をする。

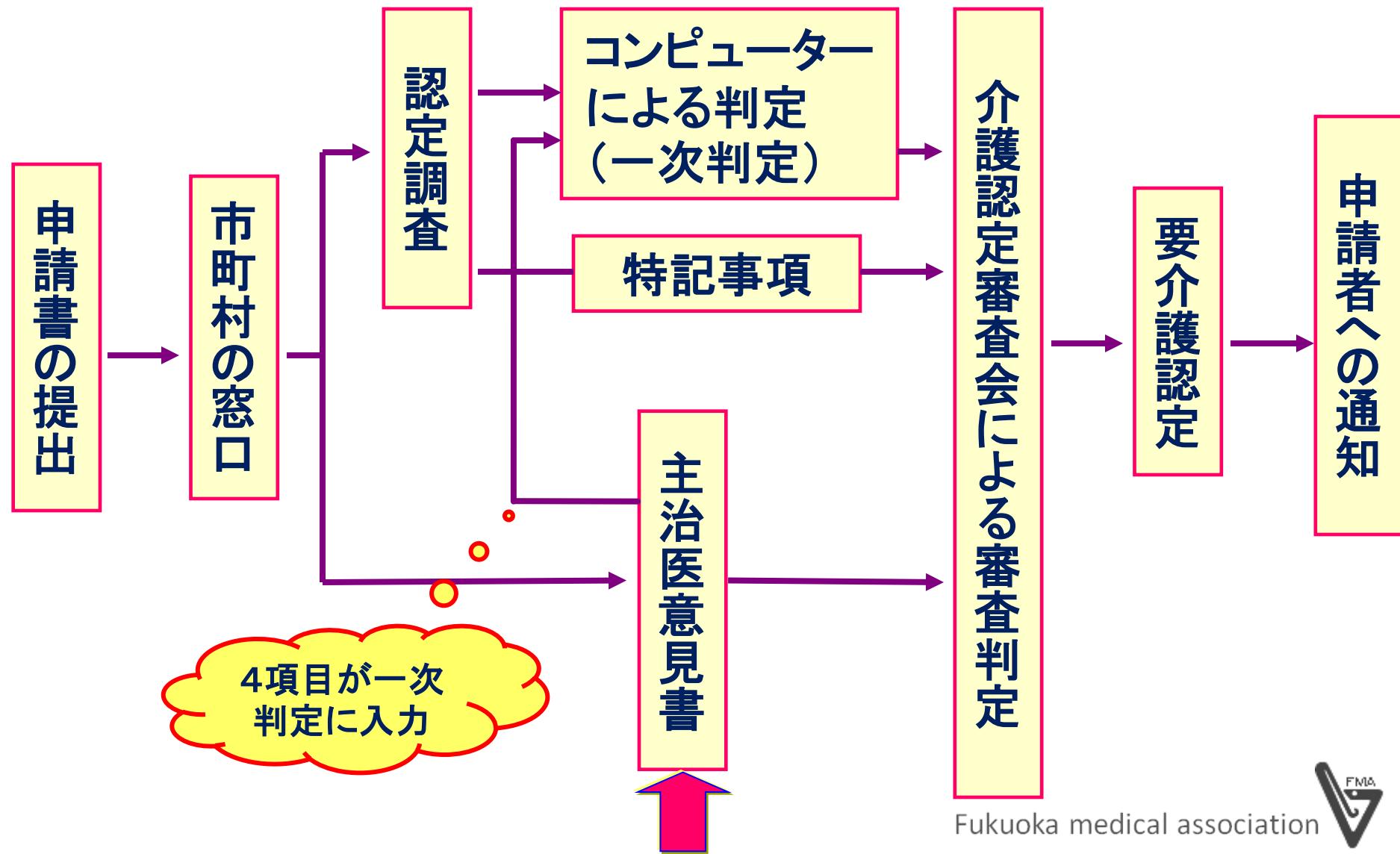
# 訪問看護指示書および訪問リハビリ指示書について

訪問リハビリテーションと  
訪問看護ステーションにおけるリハビリ専門職  
によるリハビリテーションの問題点…

# 介護保険利用者に対するかかりつけ医の役目

- 1) 本人の**心身の総合的健康管理**
- 2) 介護者を含めた**家族全体の健康管理**
- 3) 本人・家族の**意思決定**に対する援助・支援
- 4) チームアプローチの**コーディネーター**

# 要介護認定の流れ



# 主治医意見書の具体的な利用方法

- 1) 第2号被保険者の場合、生活機能低下の直接の原因になっている疾病が、特定疾病に該当するかどうかの確認  
(特定疾病の確認は意見書でおこなう)  
**☆特定疾病(16疾病)→ 必ず傷病名(1)へ**
- 2) 介護の手間がどの程度になるかの確認
- 3) 状態の維持・改善性の評価→「症状の安定性」  
「要介護1相当」→「要支援2」「要介護1」
- 4) 認定調査による調査結果の確認・修正
- 5) 介護サービス計画作成時等への利用

# 2号被保険者となる特定疾病

## 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. 後縦靭帯骨化症

## 5. 骨折を伴う骨粗鬆症

## 6. 初老期における認知症

## 7. 進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病 【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

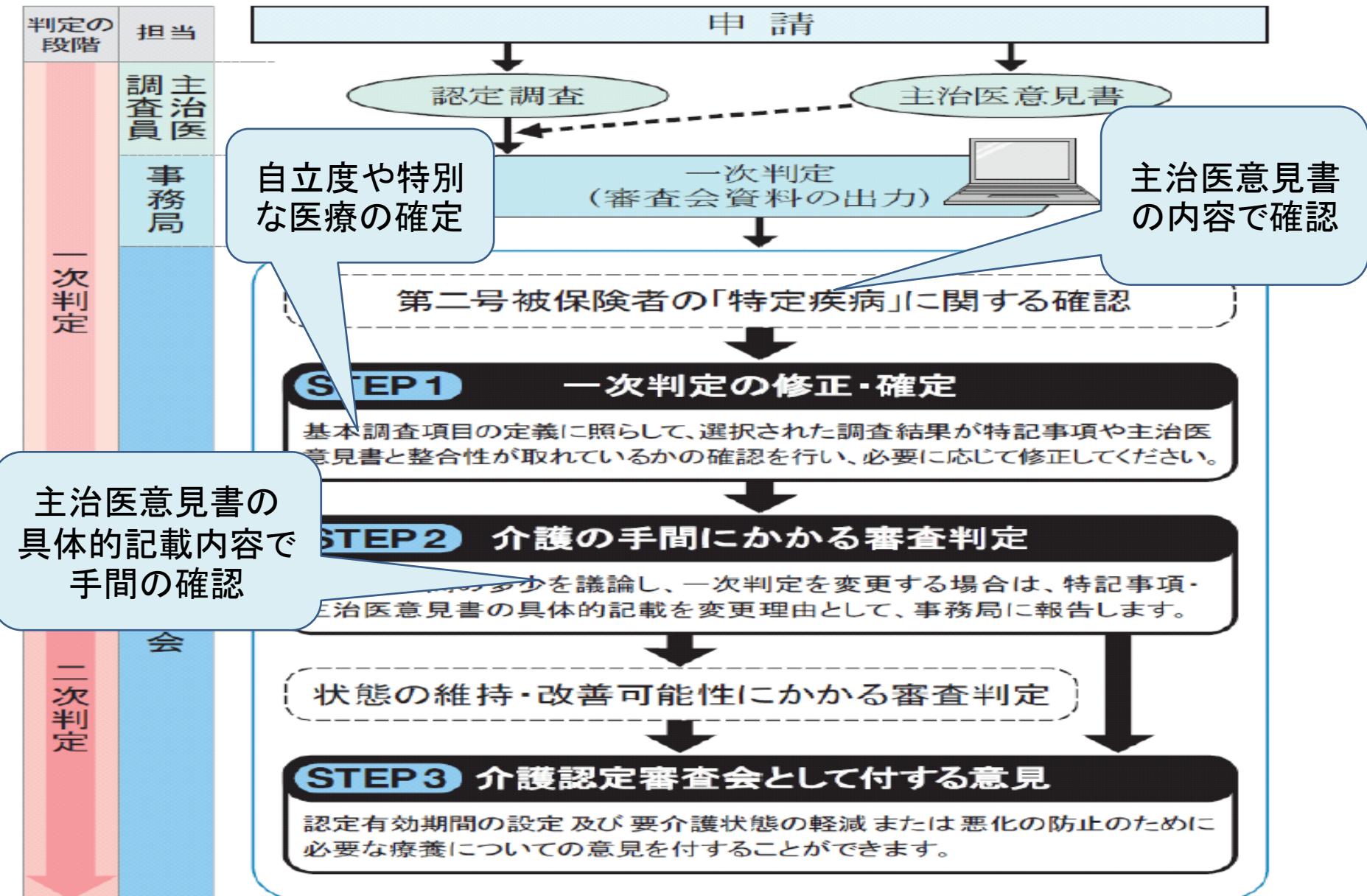
## 13. 脳血管疾患

## 14. 閉塞性動脈硬化症

## 15. 慢性閉塞性肺疾患

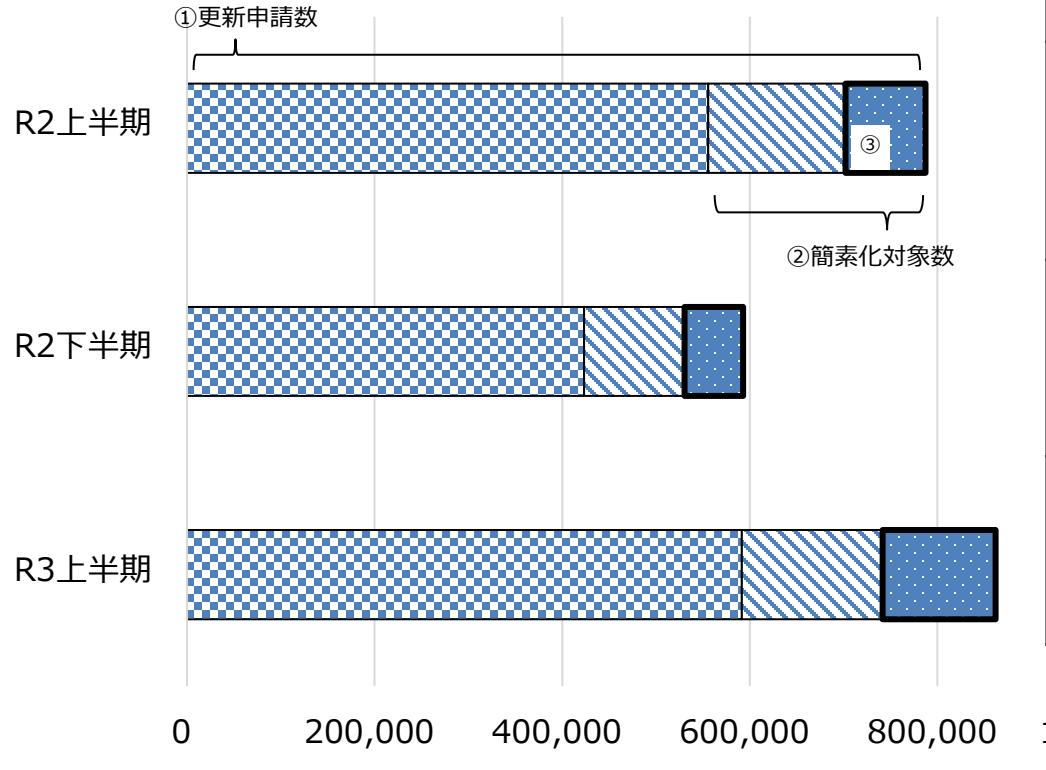
## 16. 両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

# 審査判定手順



# 認定審査会の簡素化の実施割合

## 認定審査会の簡素化の実施件数



※ R3上半期については、人口約560万人（高齢者約148万人）分のデータが未送信の可能性がある

※ 介護総合データベースより業務分析データとして作成

Fukuoka medical association



## 令和3年度地方分権改革提案：介護認定審査会を簡素化して実施する場合における通知の省略

### ■提案の具体的な内容

- 介護認定審査会を簡素化して実施する場合に、**事前に審査会から包括的同意を得ること**により、審査会への通知を省略できるよう制度改正を行うこと。

### ■閣議決定

- 介護認定審査会における審査及び判定（27条4項及び32条3項）に係る事務については、市区町村における事務の実態を踏まえつつ、社会保障審議会の意見を聴いた上で市区町村の事務負担を軽減する方策を検討し、令和4年度中に結論を得る。その結果に基づいて必要な措置を講ずる。

# 老健事業での自治体へのアンケート結果

○ 自治体では、介護認定審査会の簡素化を実施しているか					
人口規模	～5万人	5～10万人	10～20万人	20万人～	総計
回答総数	589	180	117	119	1005
実施している	39.9%	44.4%	52.1%	59.7%	44.5%
実施していない	56.4%	52.8%	41.0%	32.8%	51.1%
検討中	3.7%	2.8%	6.8%	7.6%	4.4%

○ 簡素化を行っている理由					
人口規模	～5万人	5～10万人	10～20万人	20万人～	総計
回答総数	221	80	61	71	433
審査件数が多く、簡素化を行わないと処理が間に合わないため	19.5%	20.0%	36.1%	57.7%	28.2%
審査件数が多く、簡素化しなくても処理は可能ではあるが、自治体の業務を効率化するため	57.5%	62.5%	60.7%	39.4%	55.9%
個別に審査を要するケースに集中するため	16.7%	13.8%	23.0%	15.5%	16.9%
審査会から要望があったため	10.9%	7.5%	0.0%	0.0%	6.9%
その他	15.4%	20.0%	8.2%	8.5%	14.1%



# 老健事業での自治体へのアンケート結果

## ○ 簡素化に関して、不都合に感じている点（簡素化を行っている自治体が回答）

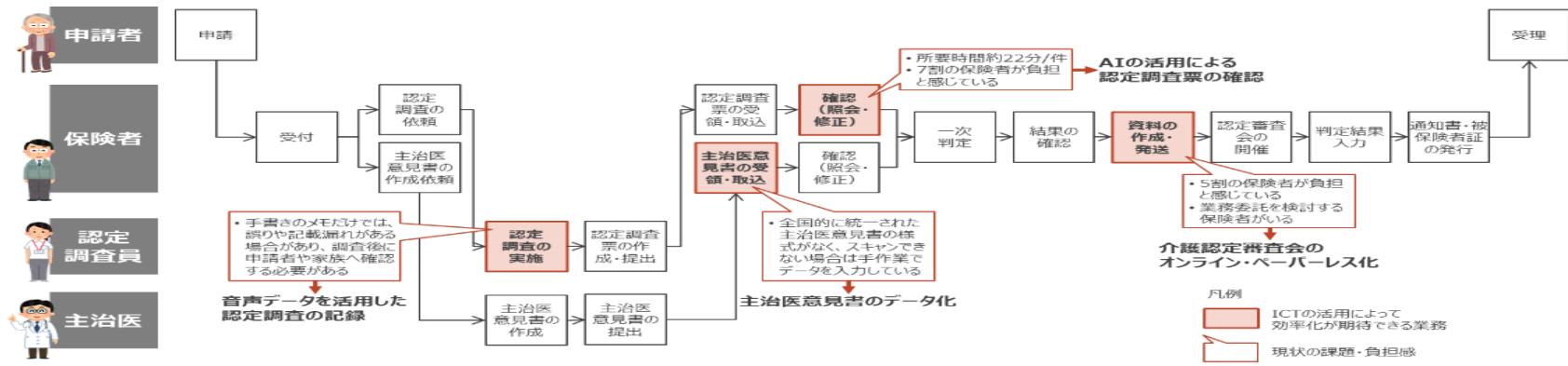
人口規模	～5万人	5～10万人	10～20万人	20万人～	総計
回答総数	154	64	50	58	326
該当するケースが少ない	39.6%	54.7%	40.0%	34.5%	41.7%
審査会に通知が必要であるなど、事務の簡素化につながっていない	27.3%	32.8%	28.0%	39.7%	30.7%
関係者との調整が負担	1.3%	0.0%	2.0%	6.9%	2.1%
その他	41.6%	31.3%	42.0%	37.9%	39.0%

## ○ 簡素化を行っていない理由

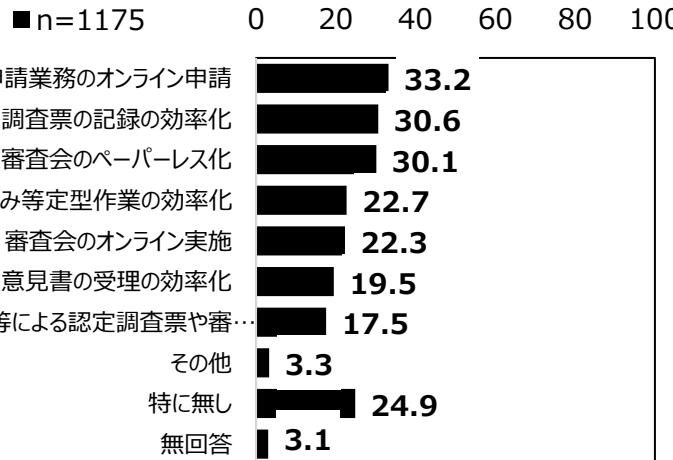
人口規模	～5万人	5～10万人	10～20万人	20万人～	総計
回答総数	347	100	55	48	550
簡素化の妥当性が判断できないため	38.9%	39.0%	38.2%	43.8%	39.3%
「状態の安定性」の判断が、コンピュータ判定だけでは難しいため	32.6%	29.0%	18.2%	35.4%	30.7%
認定調査結果を、審査会委員で確認する必要があるため	32.9%	29.0%	32.7%	29.2%	31.8%
審査会で詳細に審査しないことが、申請者の不利益・不公平につながる可能性があるため	38.3%	48.0%	27.3%	43.8%	39.5%
簡素化の必要性を感じていないため（1回の審査会あたりの審査件数が多くない等）	50.7%	35.0%	14.5%	27.1%	42.2%
簡素化に該当する件数が少ないため	13.0%	12.0%	12.7%	10.4%	12.5%
簡素化用の資料を作成する必要があり、事務手続きが煩雑になるため	27.1%	33.0%	40.0%	39.6%	30.5%
簡素化を導入することに審査会委員の同意を得ることが難しいため	12.4%	7.0%	27.3%	29.2%	14.4%
その他	5.8%	2.0%	7.3%	10.4%	5.6%

# 老健事業での自治体へのアンケート結果

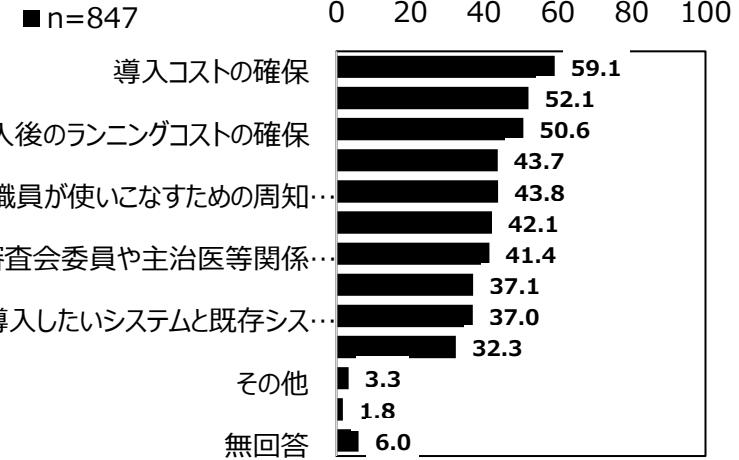
## ○ 要介護認定業務の標準的な業務フローとICTの活用によって効率化が期待できる業務



## ○ 認定業務の効率化のために今後取組みたいこと



## ○ 取組を実施するにあたっての課題



# 令和3年度審査会の状況

## ＜審査件数や審査時間等＞

保険者	審査会資料		審査状況					
	事前配布	審査形態	開催回数	平均審査件数	上限審査件数	平均審査時間	最長審査時間	最短審査時間
広域連合 うきは・大刀洗支部	有	紙	79回	20件	26件	28分	65分	18分
広域連合 朝倉支部	有	紙	48回	22件	35件	40分	69分	9分
広域連合 柏屋支部	有	紙	144回	25件	35件	42分	85分	20分
みやま市	有	紙	66回	21件	30件	30分	60分	15分
小郡市	有	紙・PC	70回	20件	30件	80分	112分	44分
北九州市	有	紙	81日 (1~17合議体/日)	504件/日	800件/日	29分	35分	16分
柏屋町	有	紙	47回	17件	40件	32分	75分	15分
宗像市・福津市	無	紙・PC	222回	21件	28件	56分	140分	34分

※ 審査会資料の状況は令和3年度時点、審査状況は令和2年度時点のデータ

# 令和4年度審査会の状況

## ＜審査件数や審査時間等＞

保険者	審査会資料		審査状況					
	事前配布	審査形態	開催回数	平均 審査件数	上限 審査件数	平均 審査時間	最長 審査時間	最短 審査時間
中間市	無	PC	66回	30件	30件	41分	61分	25分
福岡県介護保険 広域連合 鞍手支部	有	紙	127回	24件	30件	28分	95分	7分
古賀市	有	紙	75回	19件	30件	30分	50分	20分
直方市	有	紙	89回	30件	30件	20分	60分	12分
朝倉市	有	紙とPC	113回	19件	30件	32分	60分	15分
行橋市、苅田町、 みやこ町	無	PC	267回	16件	25件	43分	120分	15分
大牟田市	有	PC	171回	30件	33件	37分	70分	10分
筑後市	有	PC	72回	22件	32件	47分	85分	15分
糸島市	無	PC	174回	20件	無し	58分	123分	29分

有:6保険者  
無:3保険者

紙のみ:3保険者  
PCのみ:5保険者  
紙とPC:1保険者

※ 審査会資料の状況は令和4年度時点、審査状況は令和3年度時点のデータ

Fukuoka medical association



# 令和5年度審査会の状況

## ＜審査件数や審査時間等＞

保険者	審査会開催形式	審査会資料		審査状況			
		事前配布	審査形態	開催回数	平均審査件数	上限審査件数	平均審査時間
大野城市	オンライン	有	紙とPC	147回	23件	27件	75分
久留米市	オンライン	無	紙とPC	353回	32件	40件	25分
嘉麻市	実地	無	PC	139回	17件	30件	35分
広域連合 柳川・大木・広川支部	実地	有	紙	174回	25件	30件	30分
大川市	実地	有	その他 (タブレット)	69回	18件	25件	60分
広域連合 遠賀支部	実地	無	紙	169回	25件	26件	36分
広域連合 田川・桂川支部	実地	無	紙	431回	11件	25件	24分
広域連合 豊築支部	実地	無	紙	116回	20件	30件	40分
八女市	オンライン	有	PC	97回	25件	30件	60分
飯塚市	実地	無	PC	172回	35件	40件	47分

※ 審査会開催形式及び資料の状況は令和5年度時点、審査状況は令和4年度時点

Fukuoka medical association



# 福岡県内保険者別の高齢化率・後期高齢化率・認定率等について

(R7.10.1時点)

保険者名	高齢化率 (R7.1.1時点)		後期高齢化率 (R7.1.1時点)		認定率 (R7.4.31時点)		重度・軽度 変更率※1 (R6年度)		要介護度1 分離判定 (R6年度)		介護認定審査会の現状 (R6年度)	
	率	順位	率	順位	率	順位	重度	軽度	認知	不安定	判定ソフト の準備※3	簡素化 の実施
北九州市	31.5%	12	18.4%	10	23.2%	1	4.7%	0.1%	88.7%	11.3%	○	×
福岡市	22.3%	27	12.1%	27	20.6%	6	6.5%	0.3%	61.8%	38.2%	○	○
大牟田市	38.3%	4	22.2%	5	19.1%	10	5.2%	1.1%	91.4%	8.6%	○	×
久留米市	28.2%	19	15.6%	18	20.5%	7	11.9%	0.3%	—	—	×	○
直方市	33.4%	9	19.5%	9	20.9%	5	7.3%	0.2%	62.9%	37.1%	○	×
飯塚市	32.3%	11	17.9%	12	21.0%	4	5.1%	0.2%	80.3%	19.7%	○	○
八女市	36.7%	7	20.7%	7	19.1%	9	12.4%	0.3%	67.3%	32.7%	○	×
筑後市	28.2%	18	15.5%	19	17.7%	16	2.1%	0.3%	96.6%	3.4%	○	×
大川市	37.0%	6	21.9%	6	18.5%	12	9.9%	0.0%	71.2%	28.8%	○	○
行橋市 ※2	30.5%	14	17.2%	13	17.3%	19	9.4%	14.6%	62.9%	37.1%	○	×
苅田町 ※2	25.5%	23	13.8%	23	17.5%	17	10.9%	13.1%	68.4%	31.6%	○	×
みやこ町 ※2	42.8%	1	25.2%	1	19.4%	8	8.2%	13.2%	64.2%	35.8%	○	×
中間市	38.3%	5	22.9%	3	22.7%	2	5.1%	0.0%	67.1%	32.9%	○	×
小都市	28.7%	16	16.2%	17	17.4%	18	9.6%	0.0%	88.2%	11.8%	○	×
筑紫野市 ※2	26.7%	22	13.9%	22	15.8%	24	7.8%	0.0%	93.3%	6.7%	○	○
春日市 ※2	23.8%	25	12.6%	25	16.5%	23	7.6%	0.0%	93.8%	6.2%	○	○
大野城市 ※2	22.5%	26	12.1%	26	17.0%	20	8.3%	0.0%	95.4%	4.6%	○	○
大宰府市 ※2	28.1%	20	16.6%	15	18.2%	14	7.4%	0.0%	90.8%	9.2%	○	○
那珂川市 ※2	25.0%	24	13.2%	24	16.8%	22	5.2%	0.1%	93.0%	7.0%	○	○
宗像市 ※2	30.7%	13	16.8%	14	13.9%	27	4.2%	0.0%	93.4%	6.6%	○	○
福津市 ※2	27.5%	21	15.5%	20	13.6%	28	4.4%	0.0%	92.7%	7.3%	○	○
古賀市	28.7%	17	15.3%	21	14.5%	26	3.3%	0.4%	87.4%	12.6%	×	×
嘉麻市	41.5%	2	23.1%	2	21.5%	3	25.3%	1.0%	65.2%	34.8%	○	×
朝倉市	36.0%	8	20.1%	8	17.9%	15	7.2%	0.0%	79.8%	20.2%	○	×
みやま市	39.8%	3	22.4%	4	18.5%	13	5.7%	0.0%	64.9%	35.1%	○	×
糸島市	30.3%	15	16.3%	16	15.5%	25	5.0%	0.3%	93.7%	6.3%	○	○
粕屋町	18.2%	28	9.6%	28	16.9%	21	5.6%	0.1%	67.3%	32.7%	○	×
広域連合	32.5%	10	18.2%	11	18.5%	11	9.1%	0.3%	75.4%	24.6%	8※4	1※4
県平均	28.9%	—	16.6%	—	19.8%	—	7.7%	1.6%	79.9%	20.1%	7	2

出所) 総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数」(令和7年1月1日時点)、厚生労働省「事業状況報告月報」(4月分) 福岡県「介護認定審査会運営状況等調査(令和7年7月)」

※1 要支援2と要介護1の分離判定結果は、重度・軽度変更に含めない。

※2 審査会の共同設置保険者…【行橋・苅田・みやこ】、【筑紫野・春日・大野城・大宰府・那珂川】、【宗像・福津】

※3 判定ソフトの準備とは、1次判定に修正が生じた場合に、その場で修正できるように判定ソフトを準備していること。

※4 田川・桂川支部においては、桂川分については判定ソフトの準備ができているが、田川分については準備できていない。

# 福岡県介護保険広域連合(支部別)の高齢化率・後期高齢化率・認定率等について

(R7.10.1時点)

保険者名	高齢化率 (R6.1.1時点)		後期高齢化率 (R6.1.1時点)		認定率 (R7.4.31時点)		重度・軽度 変更率※1 (R6年度)		要介護度1判定 (R6年度)		介護認定審査会の現状 (R6年度)	
	率	順位	率	順位	率	順位	重度	軽度	認知	不安定	判定ソフト の準備※2	簡素化 の実施
柏屋支部	25.1%	—	13.6%	—	15.7%	—	11.2%	0.0%	86.5%	13.5%	○	○
遠賀支部	33.7%	—	19.3%	—	19.3%	—	8.7%	0.0%	90.0%	10.0%	○	×
鞍手支部	38.3%	—	21.7%	—	20.7%	—	9.1%	0.2%	71.4%	28.6%	○	○
田川・桂川支部 (田川)	37.7%	—	21.3%	—	22.4%	—	8.9%	1.0%	72.7%	27.3%	×	○
田川・桂川支部 (桂川)	36.4%	—	19.1%	—	19.9%	—	18.2%	0.2%			○	○
朝倉支部	31.1%	—	16.8%	—	15.2%	—	8.7%	0.3%	84.9%	15.1%	○	○
柳川・大木・ 広川支部	33.4%	—	18.7%	—	17.7%	—	5.5%	0.6%	68.1%	31.9%	○	×
うきは・ 大刀洗支部	33.3%	—	18.6%	—	16.5%	—	3.2%	0.0%	71.6%	28.4%	○	○
豊築支部	37.4%	—	22.0%	—	17.3%	—	8.6%	0.2%	58.1%	41.9%	○	○
広域連合	32.5%	10	18.2%	11	18.5%	11	9.1%	0.3%	75.4%	24.6%	8	1
県平均	28.0%	—	15.1%	—	19.6%	—	7.7%	1.6%	79.9%	20.1%		

出所) 総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数」(令和7年1月1日時点)、厚生労働省「事業状況報告月報」(5月分) 福岡県「介護認定審査会運営状況等調査(令和7年7月)」

※1 要支援2と要介護1の分離判定結果は、重度・軽度変更に含めない。

※2 判定ソフトの準備とは、1次判定に修正が生じた場合に、その場で修正できるように判定ソフトを準備していること。

# 要介護認定制度の見直し(介護認定審査会の簡素化)

社会保障審議会介護保険部会  
(第85回)

令和元年11月14日

参考  
資料1

平成30年4月1日以降の申請分であって、以下の6要件のすべてに合致する者について、認定審査会の簡素化を可能とした。

【条件①】第1号被保険者である

【条件②】更新申請である

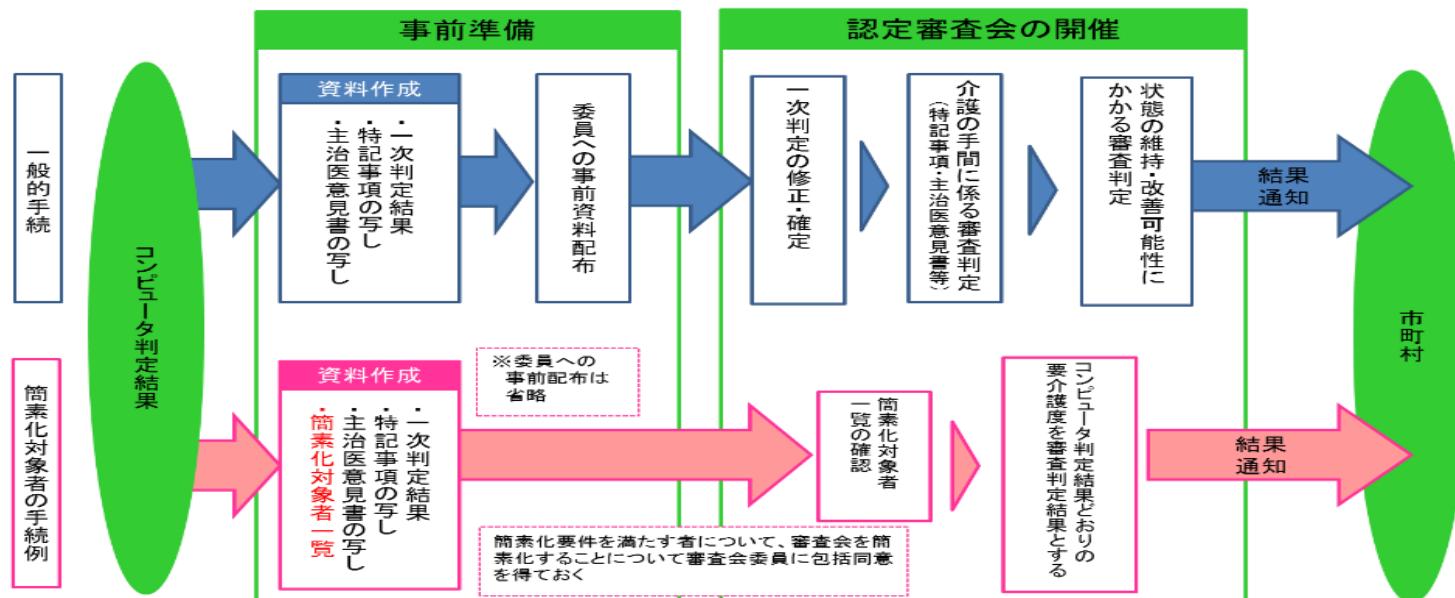
【条件③】コンピュータ判定結果の要介護度が、前回認定結果の要介護度と一致している

【条件④】前回認定の有効期間が12か月以上である

【条件⑤】コンピュータ判定結果が要介護1または要支援2の者は、今回の状態安定性判定ロジックで「安定」と判定されている

【条件⑥】コンピュータ判定結果の要介護認定等基準時間が「一段階重い要介護度に達するまで3分以内(重度化キワ3分以内)」ではない

## 認定審査会簡素化の例



## 認定審査会の簡素化について

H30年4月1日以降、一定の要件を満たすケースにおいて認定審査会の簡素化が可能となっている。基本的要件は以下の6項目であり、全てに合致する場合に簡素化可となった。

- ①第一号被保険者である
- ②更新申請であること
- ③コンピュータ判定結果の要介護度が、前回認定結果と一致
- ④前回認定の有効期間が12か月以上である
- ⑤コンピュータ判定結果が「要介護1」もしくは「要支援2」である場合、状態安定性判定ロジックで「安定」であること
- ⑥コンピュータ判定結果の要介護認定基準時間が「一段階重い要介護度に達するまで3分以内」ではないこと

## 簡素化についての考え方

- 簡素化の導入については、各保険者が決定することであるが、導入の是非について各団体および審査会委員との十分な協議の後に決定することが必要であり、保険者のみで決定しない
- 負担軽減のみの視点での安易な導入、保険者のみで決定する事項ではなく、導入した場合は代表者会議等で定期評価が必要
- 要介護認定審査は、主治医意見書作成とともに医師が介護保険に関わる生命線であると考えている
- 導入する場合でも、各保険者の認定結果の状況や申請状況などで、保険者独自の基本6項目以外の追加項目設定や、対象介護度などの設定は要検討と考える

例) \* 一次判定で警告コードのあるものは簡素化しない

- \* 一次判定「要支援2」、「要介護1」は簡素化しない
- \* 基本6項目すべてが合致しても、自動的に簡素化しない
- \* 一次判定「要介護4・不安定」の場合は除外する etc . . .



# 介護認定審査会のオンライン開催状況

## ●令和5年度の状況

・要介護認定審査会をオンラインで開催した保険者: 12保険者

①北九州市 ②久留米市 ③八女市 ④筑後市 ⑤大川市 ⑥みやま市

○筑紫地区共同設置審査会

(⑦筑紫野市、⑧春日市、⑨大野城市、⑩太宰府市、⑪那珂川市)

⑫福岡県介護保険広域連合

うち、4保険者(北九州市、大川市、みやま市、広域連合)は、一部の合議体のみオンライン開催を行っている。

## ●令和6年度以降の福岡県内の状況は、新たな開催保険者は無い

# 見直し後の要介護認定の有効期間



申請区分	原則の有効期間	設定可能な有効期間
新規申請	6ヵ月	3ヵ月～12ヵ月
区分変更申請	6ヵ月	3ヵ月～12ヵ月
更新申請	前回要支援 ⇒ 今回要支援	12ヵ月
	前回要支援 ⇒ 今回要介護	12ヵ月
	前回要介護 ⇒ 今回要支援	12ヵ月
	前回要介護 ⇒ 今回要介護	12ヵ月
		3ヵ月～48ヵ月
		3ヵ月～36ヵ月
		3ヵ月～36ヵ月
		3ヵ月～48ヵ月

《 厚労省の資料を基に作成 》

★氏名については、自署する。

医療機関名はゴム印で可であるが、

★医師氏名は本人確認のため、自署が必要

同意する事で、サービス担当者会議等に意見書が提示される

記入日を忘れない。予め記入していた場合も、申請日より前にならないように

ケアプラン作成に加え、介護予防マネジメントやケア会議、特養入所の特定入所や優先入所者の判定、認知症自立度を基準とした加算への決定等に利用する

上記の申請者に関する意見は以下の通りです。

主治医として、本意見書が介護サービス計画作成等に利用されることに

同意する。 不同意する。

医師氏名

医療機関名

医療機関所在地

電話 ( )  
FAX ( )

(1) 最終診察日

平成 年 月

(2) 意見書作成回数

初回 2回以上

(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  
婦人科 眼科 耳鼻咽喉科 リハビリテーション科 歯科 そ

最終診察日と記入日の乖離に注意

判らないときには「その他」にチェックし(不明)と記載する

自院での作成回数について記載する。料金が異なってくるので注意する

解る範囲で、出来るだけ記入が望ましい。その為に介護の手間が延長している事あり

歯科受診の有無は在宅ケアプランにおいて大切

介護給付もしくは予防給付を要する生活機能の低下の直接の原因となっている傷病名を記載する。複数ある事もあるが、より主体と考えられる傷病名から優先して記入、「2」「3」も同様である

### 1. 傷病に関する意見

特定疾病の場合は必ず診断の根拠記載が必要

(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. に記載する)

- ・要点を簡潔に記入
- ・固有名詞は使わない

意識障害なども具体的に記載

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性になったり、外出の機会の減少、配偶者の死別や転居などにより、さらに生活機能が低下する事がある。これら更なる要因があれば必ず具体的に記載する。

不安定とした場合には、具体的な状況を必ず記載が必要。

例えば、進行性のがんで、急激な悪化が見込まれる場合などは、「特記事項欄」でなく本稿に記載する。

疾患特性で一定期間内に症状が変化する場合は、次の(3)に詳しく記入する

発症年月日は診療開始日でなく、発症日を記入する。

四種類以上の傷病名は5. 特記事項へ

投薬内容などについても必ず服用しなければならない薬物や頓服薬などがあれば整理して記載

不安定の判断は、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の積極的な医学的管理を要する場合に選択する。

★特定疾病の診断根拠等の記載は必ず必要

★ この項目は、タイム  
スタディが大きく、樹形図  
への影響が大きいので  
注意が必要！

看護職員等がおこなった診療補助  
行為について該当するものがあれば  
チェックする。  
「医師でなければ行えない行為」や  
「家族・本人が行える類似の行為」  
は含まれない

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

## 2. 特別な医療 (過去14日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 中心動脈栄養 透析 ストーブ 酸素療法

### 特別な対応

レスピレーター 気管切開の処置 疼痛の看護 経管栄養

### 失禁への対応

モニター測定（血圧、心拍、酸素飽和度等）褥瘡の処置  
カテーテル（コンドームカテーテル、留置カテーテル等）

これらの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すること。

この項目は「訪問調査」でも同様のチ  
ェックがされる

チェックした場合は、その具  
体的内  
容を「特記事項」へ記入

これら以外で介護の手間が延長  
する要因になっていると思われる  
ものがあるなら「特記事項」へ記入

14日以前に行なったものなどや  
頓用でも情報として必要があれば  
「特記事項」へ記入

### 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 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 具体的な要求に限られる 伝えられない

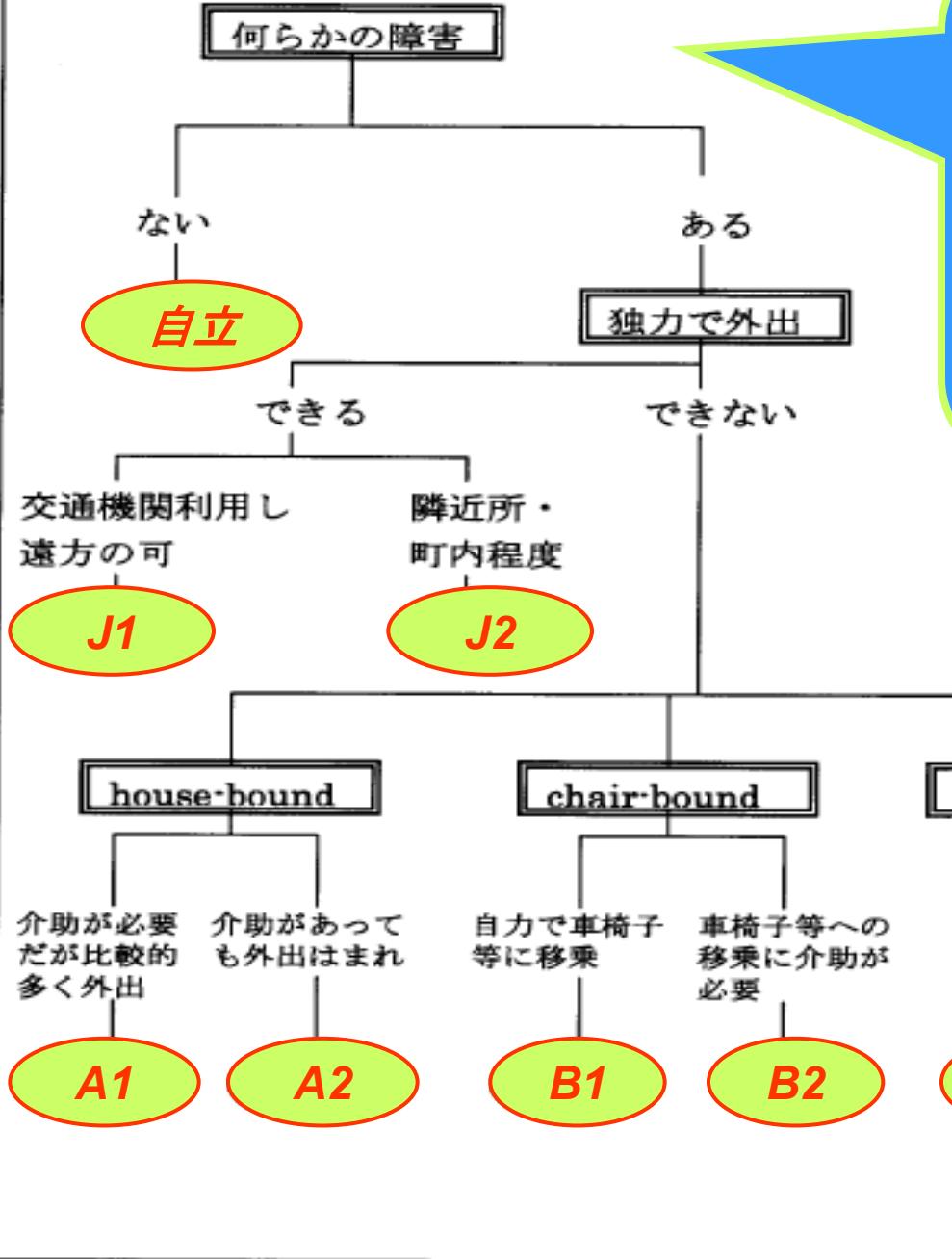
#### (3) 認知症の周辺症状（該する項目を全てチェック：認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む）

<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	見・幻聴	<input type="checkbox"/> 妄想	<input type="checkbox"/> 昼夜逆転	<input type="checkbox"/> 暴言	<input type="checkbox"/> 暴行	<input type="checkbox"/> 介護への抵抗	<input type="checkbox"/> 徘徊
		の不始末	<input type="checkbox"/> 不潔行為	<input type="checkbox"/> 異食行動	<input type="checkbox"/> 性的問題行動	<input type="checkbox"/> その他（ ）		

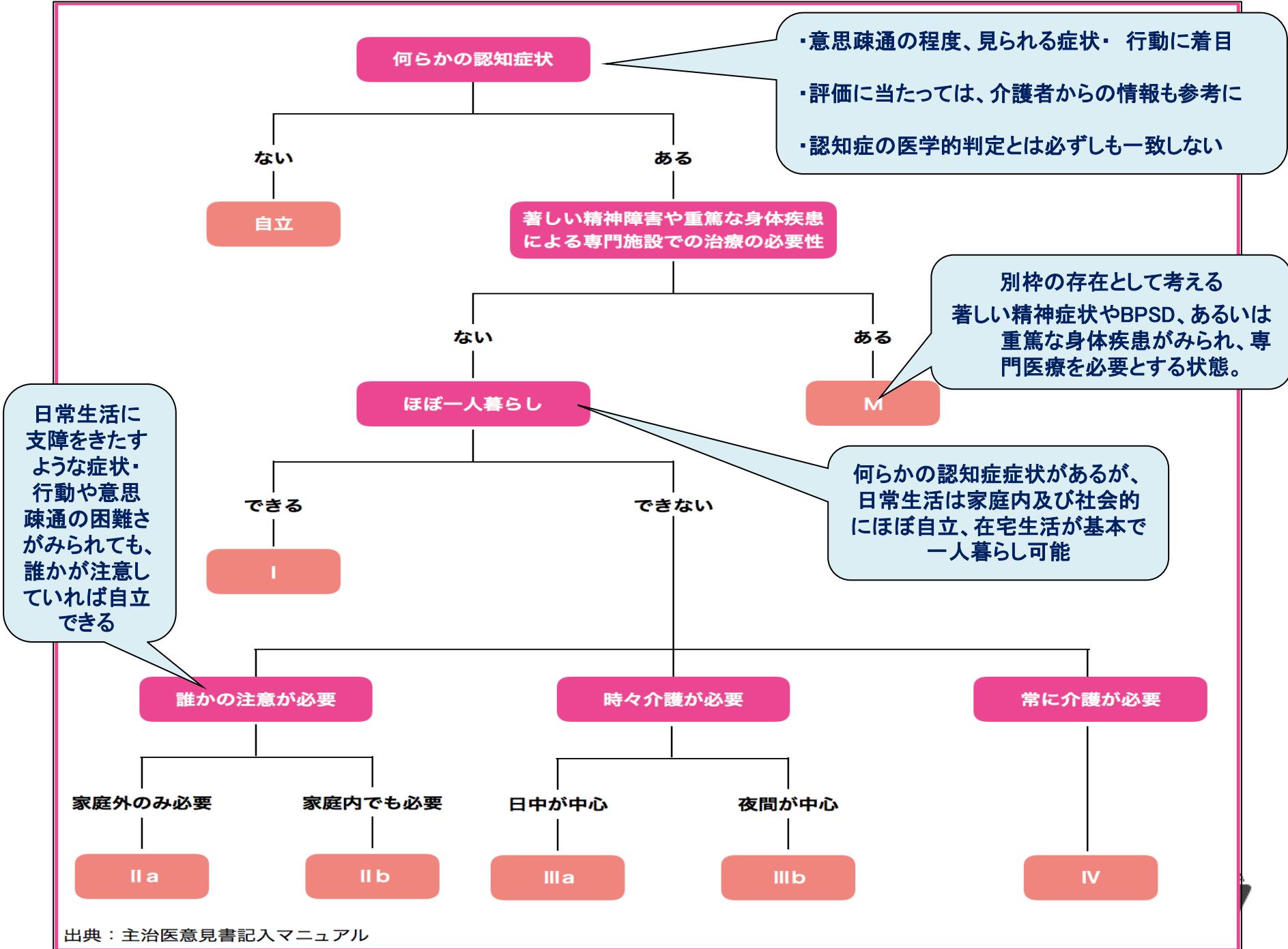
#### (4) その他の精神状

<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	専門医受診の有無 <input type="checkbox"/> 有（ ） <input type="checkbox"/> 無
----------------------------	----------------------------	-------------------------------------------------------------------

★自立度の判定は、「状態の維持・改善の可能性(支援2・介護1)」の判断根拠となるので注意深い判断を  
★認知症加算にも影響  
★判断した具体的な内容を「特記すべき事項」へ記入する



- 原則として、移動に関わる状態像に着目し、あわせて排泄、食事、着替えに着目して判定する
- 能力があっても行っていない状況の場合は、能力に応じて判定する
- 補装具や車椅子などを使用している場合は、使用した状態で判定
- 認知症などで指示を理解できないため、移動や食事をできない場合でも、身体状況で判定する



- ・ 認知症や障害のある高齢者が、どれだけ独力で日々の生活を送ることができるか、その程度をレベル分けした基準値。
- ・ 認知症高齢者自立度は、7段階で8分類した。
- ・ 認知症の医学的重症度とは、必ずしも一致しない。
- ・ 認知症の方にかかる介護の度合い・大変さをレベル分類しようとしているもの。
- ・ 「M」ランクは、精神疾患に起因する行動がある場合で、専門医の管理下での治療が必要なもの。認知症の程度とは関係しない。

- ・ (I) 何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内・社会的にほぼ自立している。軽い物忘れや理解力低下はあるものの、家人や支援者がいれば日常で困ること殆どなく、自力で日常生活が送れるレベル
- ・ (II) 日常生活に支障を呈する認知症症状がまれに出るが、周囲に人がいて、注意を受ければ自立できる状態
  - (IIa) 周囲の状況が目まぐるしく変わるものでは、状況把握・認知に困難を呈する状態。道に迷ったり、買い物時の計算困難、以前できたことにミスが目立つレベル
  - (IIb) 上記に加え、薬の管理ができない、電話の応対や来客対応ができない状態が家庭にいてもみられ、一人で留守番できない等

- ・ (III) 日常生活に支障を呈する認知症症状・行動や意思疎通の困難さがみられ、介護を必要とする状態
  - (IIIa) 着替え、食事、排せつが上手にできない、時間がかかる。やたら物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、大声、奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行動などのレベル
  - (IIIb) 上記の状態が夜間を中心にしてみられる
- ・ (IV) 日常生活に支障を呈する認知症症状・行動や意思疎通の困難さが頻回にみられ、常に介護を必要とする状態

- ・ (M) 著しい精神症状やBPSD、あるいは重篤な身体疾患がみられ、専門医療を必要とする状態。

激しいせん妄、幻覚、暴力行為、自傷他害行為などの精神症状や精神疾患に起因する問題行動が継続する状態等。

瞬間記憶・即時記憶とい  
われるものよりもう少し前  
のものについて判断する

限られた者にのみ理解できるサイ  
ン(本人固有の音声やジェス  
チャー)でしか伝わらないものは、  
「伝えられない」とする。

### 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)
- ・認知症高齢者の日常生活自立度

J1  J2  A1  A2  B1  B2  
 I  IIa  IIb  IIIa  IIIb  IV

#### (2) 認知症の中核症状 (認知症以外の疾患の症状を認める場合を含む)

- ・短期記憶
- ・日常の意思決定を行うための認知能力
- ・自分の意思の伝達能力

問題なし  問題あり  
 自立  いくらか困難  見守りが必要  
 伝えられる  いくらか困難  具体的・要求に限らず  
 判断できない  伝えられない

#### (3) 認知症の周辺症状 (該する項目を全てチェック : 認知症以外の疾患の症状を認める場合を含む)

無  有  
→

見・幻聴  
の不始末  妄想  昼夜逆転  
 不潔行為  異食行動  暴行  
 性行為

専門

#### (4) その他の精神状態

無  有

★この3項目は、一次判定ソフトに入  
力する項目であり、認知症加算の大  
切なポイントである。

★自立度の判定は、  
「状態の維持・改善の  
可能性(支援2・介護  
1)」の判断根拠となる  
ので注意深い判断を  
★認知症加算にも影響  
★判断した具体的な内  
容を「特記すべき事項」へ  
記入する

周辺症状(BPSD)についてチェックした場合は、その具体的な  
症状と頻度を特記事項にぜひ記入する。

失語・構音障害・せん妄・傾眠傾向・失見当識・失認・失行・うつ  
病(うつ状態)などがある

介護の手間の勘案などにも大切であり、出来る限り記載が望ましい。把握していない場合は空欄では、不可。「不明」と記入

本人の身体状況などを把握する意味があり、おおよそ 3%程度の増減で判断する

介護の手間の勘案をする上で、必ず記載する

利き腕 (□右 □左) 身長 = cm 体重 = kg (過去 6 ヶ月の体重  
(部位 : \_\_\_\_\_)  
□四肢欠損  
□麻痺  
□筋力の低下  
□関節の拘縮  
□関節の痛み  
□失調・不随意運動  
□褥瘡  
□その他の皮膚疾患  
・上肢 □右  
(部位 : \_\_\_\_\_)  
(部位 : \_\_\_\_\_)  
(部位 : \_\_\_\_\_)  
・下肢 □右 □左  
(部位 : \_\_\_\_\_)  
(部位 : \_\_\_\_\_)  
程度 : □軽 □中 □重  
□右上肢 (程度 : □軽 □中 □重)  
□右下肢 (程度 : □軽 □中 □重)  
□その他 (部位 : \_\_\_\_\_)  
程度 : □軽 □中 □重  
□左下肢 (程度 : □軽 □中 □重)  
□筋力の低下  
□関節の拘縮  
□関節の痛み  
□失調・不随意運動  
□褥瘡  
□その他の皮膚疾患  
・上肢 □右  
(部位 : \_\_\_\_\_)  
(部位 : \_\_\_\_\_)  
(部位 : \_\_\_\_\_)  
・下肢 □右 □左  
(部位 : \_\_\_\_\_)  
(部位 : \_\_\_\_\_)  
程度 : □軽 □中 □重  
程度 : □軽 □中 □重  
程度 : □軽 □中 □重  
・体幹  
□右  
□左  
程度 : □軽  
程度 : □重

麻痺については、訪問調査にも同様の項目があるが、意見書では医学的観点からの記載を行う

腕、肢、指などについて、欠損が生じている状態について記入する。  
手指の欠損とは、PIP 関節より中枢以上の関節である

麻痺・褥瘡などの状態が介護の手間にどの程度影響するのかの観点から判断

なお、体幹の麻痺は失調に含めるものとし、知覚麻痺は含めないことになっている

この項目も一次判定ソフトに入力する項目であり、認知症加算の大重要なポイントである。

常時使っている場合だけでなく、例えば外出時だけや、病院や通所施設のみで使用も含む

歩行補助具・装具の使

(2) 栄養・食生活

食事行為

自立ないし何とか自分で操作している

現在の栄養状態

良好

→ 栄養・食生活上の留意点 ( )

現在あるかまたは今後6ヶ月以内に発生する可能性の高いのものをチェックする

杖やその他の装具を用いているもの。  
義足は含まない

(3) 現在あるかまたは今後発生の高リスクとその対処方針

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

下下 脱水 易感染性 がん等による高リスク その他 ( )

★今回よりの追加項目あり

★特記すべき項目の無い場合のチェックを忘れず！

訪問診療 訪問看護  
短期入所療養介護 訪問歯科衛生指導  
介護医療院 その他の医療

(6) サービス提供時における医学的  
血圧 特になし あり ( )  
運動 特になし あり ( )  
嚥下 特になし あり ( )

(7) 感染症の有無 (有の場合は

無 有 ( )

現在の状態から、概ね3~6ヶ月間、サービスを利用した場合の生活機能の維持・改善についての見込み。傷病の症状の見通しではない事を注意

の維持・改善の見通し

期待できない 不明

必要性の有無には下線を引いてください。予防給付により提供される

訪問看護・診療 訪問薬剤管理指導  
訪問介護食事指導 通所リハビリテーション 老人保健施設  
サービス ( ) 特記すべき項目なし

らの留意事項 (該当するものを選択すると共に)

移動 特になし あり ( )  
運動 特になし あり ( )  
その他 ( ) 特記すべき項目なし

★今回より具体的記載が必要  
★特記すべき項目の無い場合のチェックを忘れず！

入してください

運動負荷を伴うサービスを受けた場合に危険な時

「転倒には常に留意、心循環器・運動器に不可逆的変化をきたす負荷はさける」

「予防リハビリを実施する際は、主治医に相談の事」

「運動負荷を伴うサービス提供は、医師の監視下で」  
など

# 訪問看護指示書および訪問リハビリ指示書について

- ・訪問看護も訪問リハビリテーションも医師の指示書が必要
- ・訪問看護は、本来は看護職が利用者に医療的ケアを行うものであるが、リハビリテーションを必要とするケースもあるとの考えによりPT・OT・STといったリハビリ専門職による訪問が認められた
- ・この場合、訪問看護指示書に療法士訪問によるリハビリの項目欄に医師の指示が必要であるため、勝手にステーションが看護師か療法士派遣かという判断はできない
- ・現実には療法士が訪問している訪看STがかなり多くなっており、リハビリテーション専門職の比率の高い施設では、重症者受け入れやターミナルケアの提供が少ないという結果が出ている
- ・訪問看護ステーション勤務の理学療法士は、日本理学療法士協会調べによると、2023年3月末で全国で4,700名、福岡県内の2024年12月時点でのリハビリ専門職配置ステーションは410/999施設となっている

留意事項文が追加されている。医学的意見は「見守りに影響を及ぼす疾病の状況等の留意点」「特に介護に要する手間に影響を及ぼす事項」の記載をするよう求められている。

ご意見等  
記載し  
に用い

専門医に意見を求める場合は、その結果と内容を簡潔に記載する。情報提供書や身障手帳申請診断書や意見書のコピー添付も可能であるが、その際は、情報提供者の了解が必要である

特記すべき事項が無いのであれば「無し」と記入するのが望ましい。空欄は避ける

介護認定に医師が関わる重要な欄なので出来る限り記載を

申請者の状態について、介護認定に必要な事やケアプラン策定の上で、選択項目で不足なポイントは是非記載する。

追加補足とは別に、申請者特有の「生活環境」「家族環境」「本人に意欲」など、間接的な情報記載も重要である。

「介護の手間」の時間が通常より長く(短く)かかると思われる根拠や、「要支援2」「要介護1」の判定の根拠となる意見があれば、必ず記載する。記載のないものは根拠にはならない事を念頭に！

記載した医師の専門が判ることが情報として役立つ事がある

日常生活自立度を判断した根拠となる具体的な内容の記載を行う

前回作成時と比較した介護の必要度の「減少」「変化なし」「増加」にチェックした場合は、その具体的な状況を記載する

## 認定審査会で指摘される意見書の留意点

- 作成期限の大幅な遅れ
- 判読不能な文字での記入
- 枠外への記載があり、読み取り不能
- 医療専門用語やアルファベットでの略語記載
- 介護度を断定的に記載
- 医療情報のみで介護の観点の記載が無い
- その他

# 主治医意見書記載ガイドブックのダウンロードについて



公益社団法人  
福岡県医師会  
FUKUOKA PREFECTURE MEDICAL ASSOCIATION

お問い合わせ サイトマップ サイ

県民の皆様 医師の皆様 福岡

ホーム > 医師の皆様 > 介護保険対策 > 主治医意見書記載ガイドブック

## 主治医意見書記載ガイドブック

本会では、要介護認定に係る審査判定の重要な資料である主治医意見書の記載のレベルアップを図ることを目的として、平成25年に「主治医意見書記載ガイドブック（第2版）」を作成しております。

今般、主治医意見書様式の変更等を踏まえ、当該ガイドブックの改訂を行い、「主治医意見書記載ガイドブック（第3版）」を作成いたしましたので、下記よりダウンロードの上ご活用いただけますと幸いです。

令和6年7月

『主治医意見書記載ガイドブック（第3版）』

 [印刷用PDF \(PDF : 1633KB\)](#)

ホーム > 医師の皆様 > 介護保険対策 > 主治医意見書記載ガイドブック  
[https://www.fukuoka.med.or.jp/doctors/kaigo/\\_11944.html](https://www.fukuoka.med.or.jp/doctors/kaigo/_11944.html)



## 協力医療機関との連携体制の構築

省令改正

■ 介護保険施設について、施設内で対応可能な医療の範囲を超えた場合に、協力医療機関との連携の下でより適切な対応を行う体制を確保する観点から、在宅医療を担う医療機関や在宅医療を支援する地域の医療機関等と実効性のある連携体制を構築するために、以下の見直しを行う。

### 介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護医療院

#### 【基準】

ア 以下の要件を満たす協力医療機関（③については病院に限る。）を定めることを義務付ける（複数の医療機関を定めることにより要件を満たすこととしても差し支えないこととする。）  
<経過措置3年間>

- ① 入所者の病状が急変した場合等において、医師又は看護職員が相談対応を行う体制を常時確保していること。
- ② 診療の求めがあった場合において、診療を行う体制を常時確保していること。
- ③ 入所者の病状の急変が生じた場合等において、当該施設の医師又は協力医療機関その他の医療機関の医師が診療を行い、入院を要すると認められた入所者の入院を原則として受け入れる体制を確保していること。

イ 1年に1回以上、協力医療機関との間で、入所者の病状の急変が生じた場合等の対応を確認するとともに、当該協力医療機関の名称等について、当該事業所の指定を行った自治体に提出しなければならないこととする。

ウ 入所者が協力医療機関等に入院した後に、病状が軽快し、退院が可能となった場合においては、速やかに再入所させることができるように努めることとする。

## 協力医療機関との連携体制の構築

省令改正

■ 高齢者施設等内で対応可能な医療の範囲を超えた場合に、協力医療機関との連携の下で適切な対応が行われるよう、在宅医療を担う医療機関や在宅医療を支援する地域の医療機関等と実効性のある連携体制を構築するために、以下の見直しを行う。

### 特定施設入居者生活介護★、地域密着型特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護★

#### 【基準】

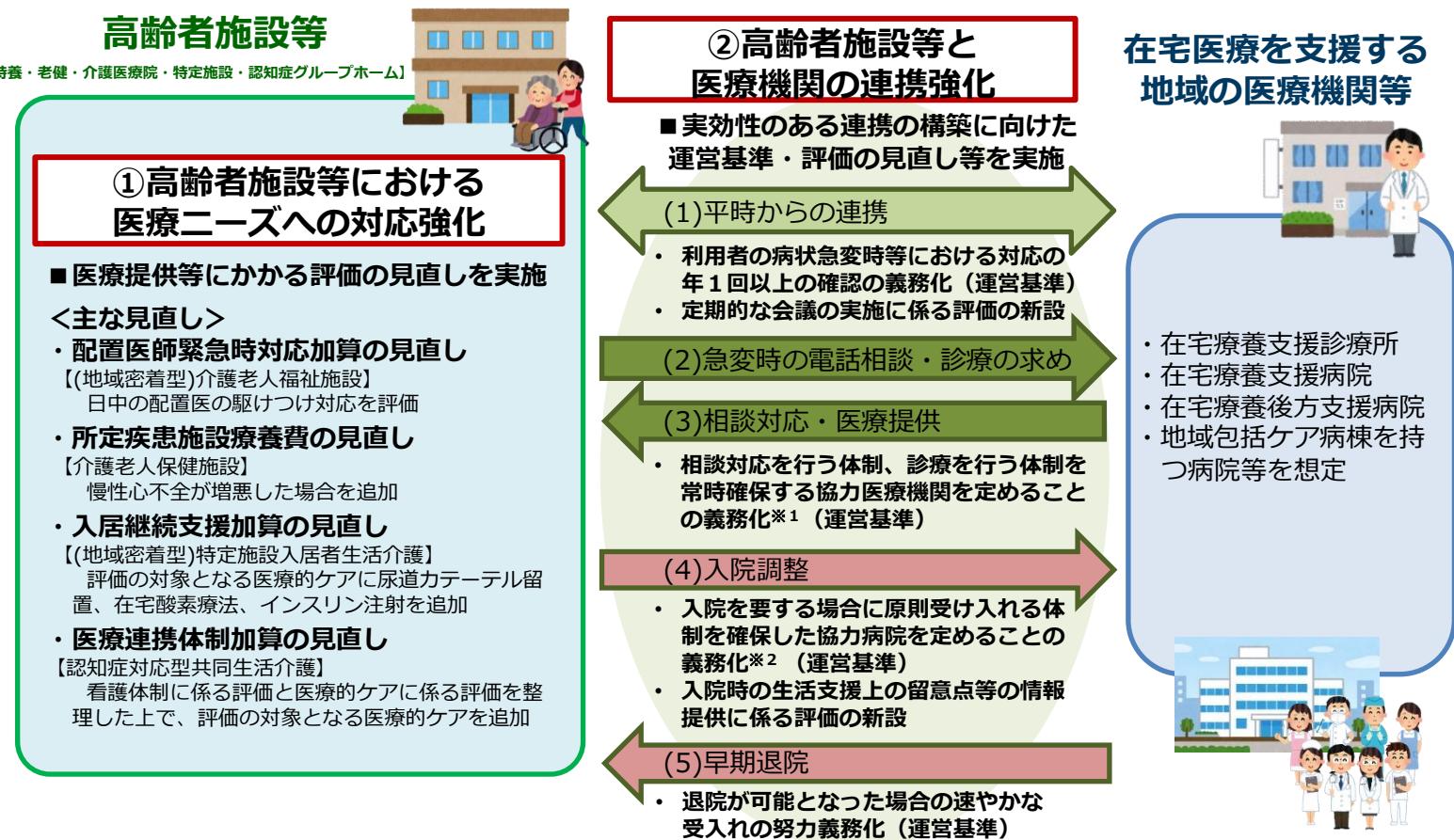
ア 協力医療機関を定めるに当たっては、以下の要件を満たす協力医療機関を定めるように努めることとする。

- ① 利用者の病状の急変が生じた場合等において、医師又は看護職員が相談対応を行う体制を常時確保していること。
- ② 診療の求めがあった場合に、診療を行う体制を常時確保していること。

イ 1年に1回以上、協力医療機関との間で、利用者の病状の急変が生じた場合等の対応を確認するとともに、当該協力医療機関の名称等について、当該事業所の指定を行った自治体に提出しなければならないこととする。

ウ 利用者が協力医療機関等に入院した後に、病状が軽快し、退院が可能となった場合においては、速やかに再入居させることができるように努めることとする。

○ 令和6年度介護報酬改定における、①高齢者施設等における医療ニーズへの対応強化、②協力医療機関との連携強化にかかる主な見直し内容



※1 経過措置3年。 (地域密着型) 特定施設入居者生活介護・認知症対応型共同生活介護は努力義務。  
※2 介護保険施設のみ。

## 1. (3) ⑯ 協力医療機関との連携体制の構築

### 概要

【介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護医療院】

- 介護保険施設について、施設内で対応可能な医療の範囲を超えた場合に、協力医療機関との連携の下でより適切な対応を行う体制を確保する観点から、在宅医療を担う医療機関や在宅医療を支援する地域の医療機関等と実効性のある連携体制を構築するために、以下の見直しを行う。【省令改正】
  - ア 以下の要件を満たす協力医療機関（③については病院に限る。）を定めることを義務付ける（複数の医療機関を定めることにより要件を満たすこととしても差し支えないこととする。）。その際、義務付けにかかる期限を3年とし、併せて連携体制に係る実態把握を行うとともに必要な対応について検討する。
    - ① 入所者の病状が急変した場合等において、医師又は看護職員が相談対応を行う体制を常時確保していること。
    - ② 診療の求めがあった場合において、診療を行う体制を常時確保していること。
    - ③ 入所者の病状の急変が生じた場合等において、当該施設の医師又は協力医療機関その他の医療機関の医師が診療を行い、入院を要すると認められた入所者の入院を原則として受け入れる体制を確保していること。
  - イ 1年に1回以上、協力医療機関との間で、入所者の病状の急変が生じた場合等の対応を確認するとともに、当該協力医療機関の名称等について、当該事業所の指定を行った自治体に提出しなければならないこととする。
  - ウ 入所者が協力医療機関等に入院した後に、病状が軽快し、退院が可能となった場合においては、速やかに再入所させることができるように努めることとする。

### 概要

【特定施設入居者生活介護★、地域密着型特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護★】

- 高齢者施設等内で対応可能な医療の範囲を超えた場合に、協力医療機関との連携の下で適切な対応が行われるよう、在宅医療を担う医療機関や在宅医療を支援する地域の医療機関等と実効性のある連携体制を構築するために、以下の見直しを行う。【省令改正】
  - ア 協力医療機関を定めるに当たっては、以下の要件を満たす協力医療機関を定めるように努めることとする。
    - ① 利用者の病状の急変が生じた場合等において、医師又は看護職員が相談対応を行う体制を常時確保していること。
    - ② 診療の求めがあった場合に、診療を行う体制を常時確保していること。
  - イ 1年に1回以上、協力医療機関との間で、利用者の病状の急変が生じた場合等の対応を確認するとともに、当該協力医療機関の名称等について、当該事業所の指定を行った自治体に提出しなければならないこととする。
  - ウ 利用者が協力医療機関等に入院した後に、病状が軽快し、退院が可能となった場合においては、速やかに再入居させることができるように努めることとする。

## 1. (3) ⑳ 協力医療機関との定期的な会議の実施

### 概要

【特定施設入居者生活介護★、地域密着型特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護、介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護医療院】

- 介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、認知症対応型共同生活介護について、協力医療機関との実効性のある連携体制を構築するため、入所者または入居者（以下「入所者等」という。）の現病歴等の情報共有を行う会議を定期的に開催することを評価する新たな加算を創設する。
- また、特定施設における医療機関連携加算について、定期的な会議において入居者の現病歴等の情報共有を行うよう見直しを行う。【告示改正】

### 単位数

【介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院】

<現行>	<改定後>		
なし	▶ 協力医療機関連携加算		
		協力医療機関が(1)右記の①～③の要件を満たす場合	100単位/月(令和6年度) 50単位/月(令和7年度～) (新設)
		(2)それ以外の場合	5単位/月 (新設)

【特定施設入居者生活介護★、地域密着型特定施設入居者生活介護】

<現行>	<改定後>		
医療機関連携加算 80単位/月	▶ 協力医療機関連携加算	協力医療機関が(1)右記の①、②の要件を満たす場合	100単位/月 (変更)
		(2)それ以外の場合	40単位/月 (変更)

【認知症対応型共同生活介護】

<現行>	<改定後>		
なし	▶ 協力医療機関連携加算	協力医療機関が(1)右記の①、②の要件を満たす場合	100単位/月 (新設)
		(2)それ以外の場合	40単位/月 (新設)

(協力医療機関の要件)  
① 入所者等の病状が急変した場合等において、医師又は看護職員が相談対応を行う体制を常時確保していること。  
② 高齢者施設等からの診療の求めがあった場合において、診療を行う体制を常時確保していること。  
③ 入所者等の病状が急変した場合等において、入院を要すると認められた入所者等の入院を原則として受け入れる体制を確保していること。

### 算定要件等

- 協力医療機関との間で、入所者等の同意を得て、当該入所者等の病歴等の情報を共有する会議を定期的に開催していること。 (新設)

# 高齢者施設等と医療機関の連携体制にかかる調査について

## 高齢者施設等と医療機関の連携体制にかかる調査

回答期限：令和8年1月23日（金）まで

問合せ先：福岡県医師会地域医療課 上田、前田、重松（TEL：092-431-4564）

※ご回答いただいた内容のデータは本調査の目的のみに使用いたします。

※本調査に基づき作成した集計結果は、本会ホームページ等で公表することがあります  
が、個別の医療機関の回答内容を公表することはありません。

※福岡県行政等の関係機関から依頼があった場合には、必要に応じて個別の回答内容を情  
報提供することがあります。ただし、関係機関が個別の回答内容を公表することはありません。

\* 必須の質問です

メールアドレス \*

メールアドレス

### I. 基本情報

#### 1. 医療機関の種別 \*

病院・診療所・歯科・介護施設



ホーム > お知らせ > 高齢者施設等と医療機関の連携体制にかかる調査

URL : <https://forms.gle/9DYDUZx8QKoSDdBF9>

Fukuoka medical association



## 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）

別添2

### 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。



Fukuoka medical association