

介護保険におけるかかりつけ医の役目

福岡県医師会 副会長 瀬戸 裕司
令和8年8月20日（木）

Fukuoka medical association 1

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. 市町村を中心にしたシステム
6. そして2号被保険者という加入者

Fukuoka medical association 2

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。

介護保険制度の基本的事項

【介護保険の3つの必要事項】

契約書

個人情報利用同意書

重要事項説明書

Fukuoka medical association



居宅療養管理指導の内容

居宅療養管理指導

●居宅介護支援事業者に対する情報提供
(ケアマネージャー)

●介護サービス利用上の留意事項、介護方法等についての
指導・助言

○療養計画に基づく、計画的な医学的管理

○医学的管理に基づく、疾病の治療に関する指導

投薬・検査

注射・処置 等

計画的な訪問診療

計画的・継続的な医学管理・訪問診療等

は、現行の診療報酬上の「在宅時医学総合管理料」の範囲

Fukuoka medical association





居宅介護支援事業所との連携の促進という観点から、医師、歯科医師、薬剤師及び看護職員が「居宅療養管理指導」を算定した場合、ケアマネージャーへの情報提供は必須となっていることに十分注意すること。

★情報提供していない場合は算定できない！

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・・・

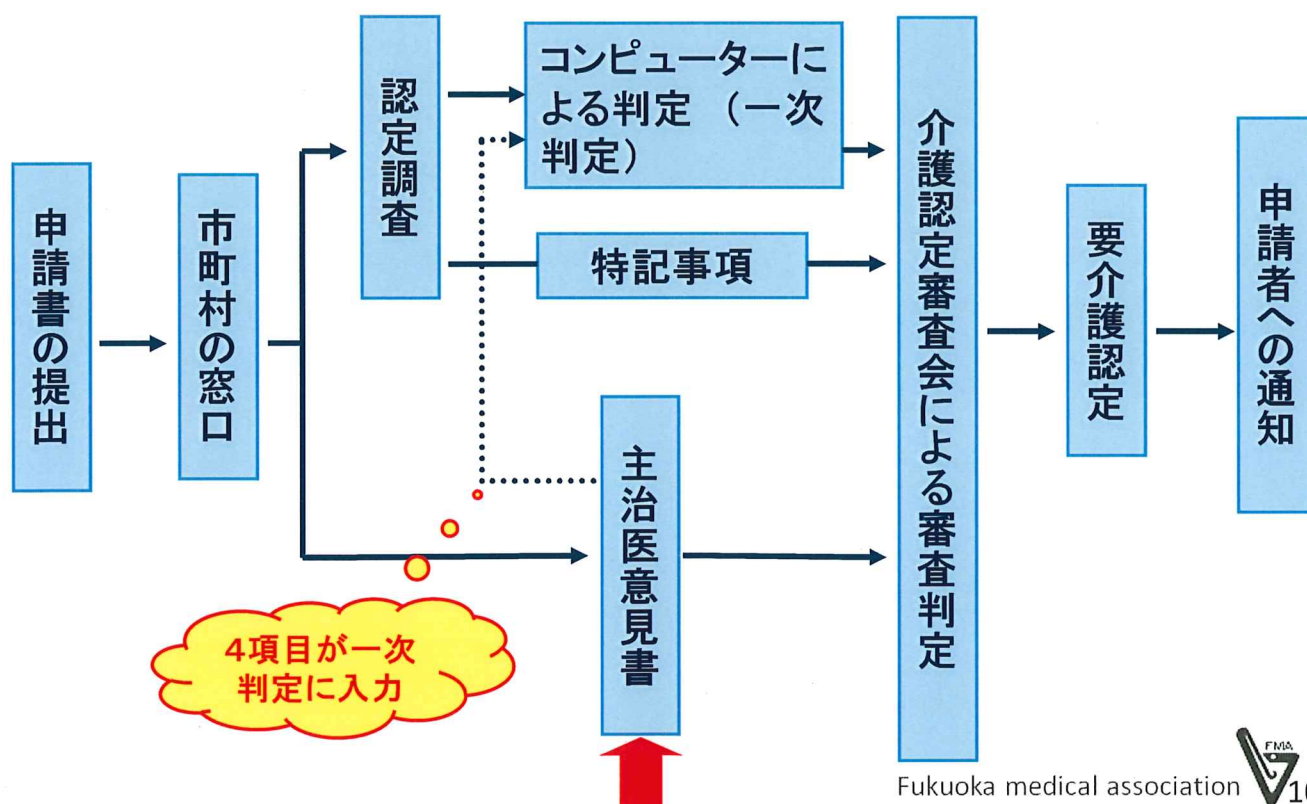
訪問看護指示書および訪問リハビリ指示書について

- ・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

Fukuoka medical association

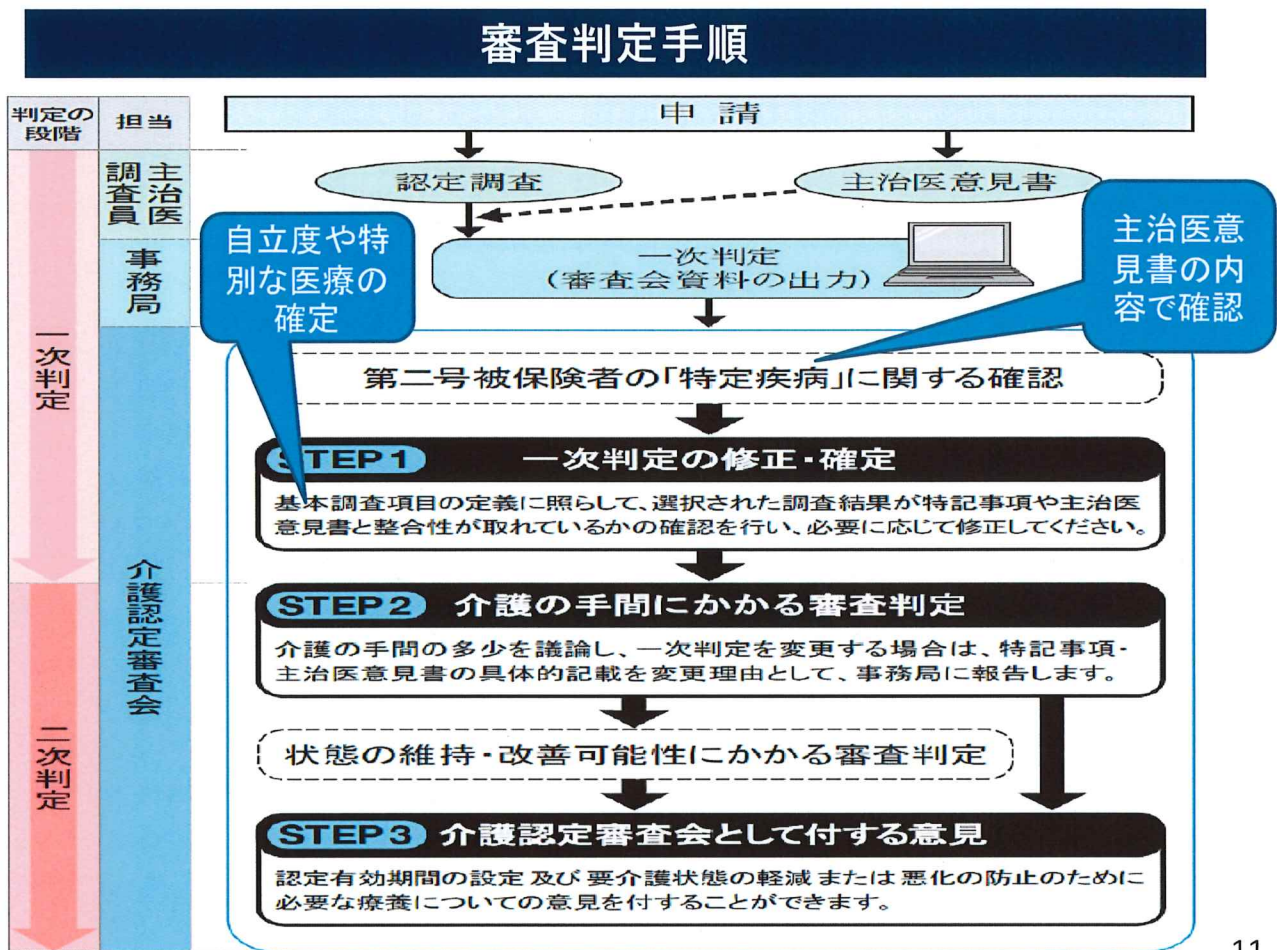


要介護認定の流れ



Fukuoka medical association





11

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

第二号被保険者の「特定疾患」に関する確認

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

Fukuoka medical association



STEP1 一次判定の修正・確定

基本的な考え方

- ・各項目の定義と特記事項の記載内容を検討して、基本調査項目の選択や認知症および障害高齢者の日常生活自立度が適切か確認する
- ・明らかな誤りがある場合は、自立度の修正ができるが、具体的根拠を特記事項または主治医意見書の内容から明らかにすること
- ・介護の手間に関しては、二次判定の「介護の手間にかかる審査」で考慮すべき項目である事
- ・特別な医療の選択が妥当か確認を行う

Fukuoka medical association



特別な医療について

□『特別な医療』における選択の三原則

- 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(家族等は含まない)
- 14日以内に実施されたものであること
- 急性期対応でないこと(継続的に行われているもの)

□ 誤った選択は、『要介護認定等基準時間』に大きな影響を与える

- 特別な医療は加算方式のため、『選択』するだけで『一次判定の要介護度が大幅に変化することがある。』
- 判断に迷うものは、介護認定審査会の『一次判定の修正・確定』の手順において判断される。

STEP2 介護の手間にかかる審査判定

基本的な考え方

- ・特記事項及び主治医意見書に基づき、通常の例に比べ介護の手間がより「かかる」、「かからない」かの視点で議論を行う
- ・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なども参照しながら、要介護状態区分の変更が必要であるかについて吟味する
- ・一次判定結果から要介護状態区分を変更する際には、特記事項及び主治医意見書の記載内容から理由を明らかにし、事務局に報告する

分離判定審査の際に留意する点

- ① 介護の手間の多少や病状の軽重等のみで判断しない
- ② 主治医意見書の「症状の安定性」が不安定となっているのみで「状態不安定」とはしない
- ③ 病名や加療の状況のみで「状態不安定」とはしない
- ④ 「不安定」の意味を拡大解釈しない

- ・ すなわちこの審査判定においては、「**介護の手間**」という観点は、判定には関与しない
- ・ 「**新予防給付の適切な利用が見込まれない状態像**」という観点のみが判定の基準である

Fukuoka medical association



STEP3 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認定の軽減または悪化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

ー原則：新規・区変：6ヶ月／更新：12か月（最長48ヶ月）

ー短くする／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あり
- ・ 例）介護の手間の改善がみられるにも関わらず、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金を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

ー議論のポイント

- ・ 入退院の直後、リハビリテーション中止など
- ・ 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

Fukuoka medical association



□ 要介護状態の軽減又は悪化防止のために必要な療養についての意見

- サービスや施設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。
- 専門職の集合体である介護認定審査会から被保険者や介護支援専門員に対して意見を述べることで、よりよりサービスが提供させることが期待される。
 - 特に、提供されている介助等が「不適切」と判断した場合は、療養に関する意見を付することが重要
- 意見の例
 - 認知症の急激な悪化が見込まれるため、早急に専門医の診察をうけることが望ましい。
 - 嚥下機能の低下が見られるため、口腔機能向上加算がされている通所介護サービスを利用することが望ましい。
- ただし、審査会は「意見を述べる」ことはできるが、サービスの種類を直接に指定することはできない。

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	3ヵ月 ～ 48ヵ月
	前回要支援 ⇒ 今回要介護	12ヵ月	3ヵ月～36ヵ月
	前回要介護 ⇒ 今回要支援	12ヵ月	3ヵ月～36ヵ月
	前回要介護 ⇒ 今回要介護	12ヵ月	3ヵ月 ～ 48ヵ月

『主治医意見書記載ガイドブック』の改訂

・平成25年2月に主治医意見書記入のレベルアップを図ることを目的として発行した「主治医意見書記載ガイドブック」を改訂し、令和6年9月に各医師会を通じて会員医療機関へ「主治医意見書記載ガイドブック(第3版)」配布している。

21

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