



主治医意見書問診票の 活用について



次なる
茨木へ。

茨木には、次がある。1

申請から認定までの期間

要介護（要支援）認定は、原則として申請があった日から30日以内に行わなければならない
（介護保険法第27条第11項）



申請日から30日を越えて認定が行われているケースが多数

《認定が遅れる理由》

- 主治医意見書の提出の遅延
- 申請件数の増加等による審査判定の遅延

等



次なる
茨木へ。

茨木には、次がある。2

申請から認定までの期間

○申請から認定までの期間

茨木市 37.0日

全国 38.2日

大阪府 39.2日

【業務分析データ（H30.10/1～H31.3.31申請分）より】



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が必要



次なる
茨木へ。

茨木には、次がある。3

主治医意見書問診票

(大阪府・大阪府医師会作成)

3-1 日常生活で困っている行動について

| | |
|---|---|
| 1 服装にはないものが見えたり、聞こえたりしますか？ | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> ない |
| 2 服装にはなかった事象があったり違うことが頻りますか？ (例えば、お歯黒がとれたり、白くなったとか) | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> ない |
| 3 声がかたくなっていますか？(声帯に障りを感じることが多く、夜間(深夜、早朝)起きると、大声を出したことがあります) | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> ない |
| 4 今までになかったような悪寒(あせり)を感じることがありますか？ | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> ない |
| 5 介護者に暴行(ぼうぎょう)を受けることがありますか？ | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> ない |
| 6 介護に抵抗(ていこう)または拒否(くわい)することがありますか？ | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> ない |
| 7 外出して帰れなくなったことが頻りますか？ | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> ない |
| 8 ボスレシロの傷し忘れなど次の不始末(ふじまつ)が頻りますか？ | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> ない |
| 9 排便(はいべん)後などに、便や尿に難(がた)がたつことが頻りますか？ | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> ない |
| 10 洗面(せんめん)せられないものを食べたり、食べようと口に入れたりするようになっていますか？ | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> ない |
| 11 まわりが迷惑(めいわく)するような怪(あや)しい行動が頻りますか？ | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> ない |
| 1から11までの質問の他に困っている行動が頻りますか？ | <input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> ない |

3-2 精神・神経状態について

| | |
|--|--|
| 精神科(せいのしか)・神経科(しんけい)の心療内科(しんりょう内科)にかかっていますか？ | <input type="checkbox"/> かかっている <input type="checkbox"/> かかっていない |
| かかっている病名(びやうめい)などが何かを記入してください。 | |

3-3 身体の状態について

| | |
|---|--|
| 利き足(よきあし)はどちらですか？ | <input type="checkbox"/> 右利き <input type="checkbox"/> 左利き |
| 身長(身長)と体重(体重)は？(男はか、女はこ)の単位はそれぞれで記載してください) | 身長 cm 体重 kg |
| 最近3ヶ月で体重(体重)の増減(ぞうげん)はありますか？ | <input type="checkbox"/> 増えた <input type="checkbox"/> 減った <input type="checkbox"/> 変わらない |
| 手・足・指(ゆび)などに変形(へんけい)が頻りますか？ | <input type="checkbox"/> あり(部位) <input type="checkbox"/> ない |
| 手足(てあし)の指(ゆび)の関節(かんせつ)が曲(まが)りかかっていますか？ | <input type="checkbox"/> あり(部位) <input type="checkbox"/> ない |
| 手足(てあし)の指(ゆび)の関節(かんせつ)が硬(かた)くなっていますか？ | <input type="checkbox"/> あり(部位) <input type="checkbox"/> ない |
| 手足(てあし)の指(ゆび)の関節(かんせつ)が腫(は)れて動(うご)きにくくなっていますか？ | <input type="checkbox"/> あり(部位) <input type="checkbox"/> ない |
| 手足(てあし)の指(ゆび)の関節(かんせつ)が痛(いた)くなっていますか？ | <input type="checkbox"/> あり(部位) <input type="checkbox"/> ない |
| 手足(てあし)の指(ゆび)の関節(かんせつ)が痺(しび)れを感じていますか？ (例えば、手の指(ゆび)が痺(しび)れる、足(あし)の指(ゆび)が痺(しび)れるなど) | <input type="checkbox"/> あり(部位) <input type="checkbox"/> ない |
| 現在(いま) 両手(りょうて) (よくそう)が頻(しばしば)ありますか？ | <input type="checkbox"/> あり(部位) <input type="checkbox"/> ない |
| 両手(りょうて) (よくそう)以外の両足(りょうあし)の指(ゆび)が頻(しばしば)ありますか？ (例えば、指(ゆび)が曲(まが)りかかっているなど) | <input type="checkbox"/> あり(部位) <input type="checkbox"/> ない |

3

4-1 移動について

| | |
|--|--|
| 車外(くるまの外)を歩行(あゆ)できますか？ | <input type="checkbox"/> 歩行(あゆ)できる <input type="checkbox"/> 介助(かいじょ)があれば歩行(あゆ)できる <input type="checkbox"/> 歩行(あゆ)できない |
| 車いす(くるまいす)を使用(しよいう)していますか？ | <input type="checkbox"/> 使用(しよいう)していない <input type="checkbox"/> 使用(しよいう)しているが自分で操作(さく)できる <input type="checkbox"/> 使用(しよいう)しているが介助(かいじょ)がいる |
| 杖(つえ)、歩行器(あゆみぎ)、シルバーカーなどの歩行補助具(あゆみほつじぎ)や車いす(くるまいす)を使用(しよいう)していますか？ | <input type="checkbox"/> 使用(しよいう)していない <input type="checkbox"/> 使用(しよいう)している <input type="checkbox"/> 車外(くるまの外)で歩行(あゆ)している <input type="checkbox"/> 車内(くるまの内)で歩行(あゆ)している |

4-2 食事・食生活について

| | |
|------------------------------|---|
| 食事は自分(おれ)一人でできますか？ | <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> ほとんどか <input type="checkbox"/> できない |
| 現在の栄養状態(えいようじたい)は良好(りやう)ですか？ | <input type="checkbox"/> 良好(りやう) <input type="checkbox"/> 不良(ふりやう) |
| 入れ歯(いれは)を使用(しよいう)していますか？ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> はい/いいえ |
| 自分で飲みがた(のみがた)ができますか？ | <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない |

4-3 適切な身体状態について

| | |
|---|---|
| 歩行(あゆ)せられないものを食べたり、食べようと口に入れたりするようになっていますか？ (例えば、指(ゆび)が曲(まが)りかかっているなど) | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> ほとんど <input type="checkbox"/> ない |
| おこぼれ(おこぼれ)が頻(しばしば)ありますか？ | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> ほとんど <input type="checkbox"/> ない |
| 移動(うご)く力は低下(たげ)していますか？ | <input type="checkbox"/> 維持(えいじ) <input type="checkbox"/> やや維持(えいじ) <input type="checkbox"/> 低下(たげ) |
| 両手(りょうて) (よくそう)が頻(しばしば)ありますか？ | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> ない |
| 両足(りょうあし) (よくそう)が頻(しばしば)ありますか？ | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> ほとんど <input type="checkbox"/> ない |
| 外出(でい)せず一人で通(と)うことが多(おほ)いですか？ | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> ない |
| 車外(くるまの外)の低下(たげ)が頻(しばしば)ありますか？ | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> ない |
| あてもなく歩行(あゆ)するようになっていますか？ | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> ない |
| 食事は不摂(ふせつ)食(じき)がなく食事は十分(じゅうぶん)取(と)れていますか？ | <input type="checkbox"/> 取(と)れている <input type="checkbox"/> 取(と)れていない |
| 食べ物(たべもの)や飲み物(のみもの)をスムーズに飲むことができますか？ | <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> ほとんどか <input type="checkbox"/> できない |
| 水分補給(すいぶんほくけい)は十分にできていますか？ | <input type="checkbox"/> できています <input type="checkbox"/> できていない |
| 風邪(かぜ)などの感染症(かんせんせい)にかかっていますか？ | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> ほとんど <input type="checkbox"/> ない |
| がん(がん)によるほろ(ほろ)みを感じていますか？ | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> ない |
| その他(その他)が頻(しばしば)なる症状(しやうめい)はありますか？ | <input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> ない |

5 その他

| |
|--|
| その他、介護(かいご)について困(こ)ったり、主治医(しゅしゆい)に伝えておきたいことがあれば、ご記入ください。 |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

ご協力ありがとうございました。

4

次なる
茨木へ。
茨木には、次がある。5

茨木市介護保険主治医意見書作成用 事前「問診票」(現在使用中)

記入日 年 月 日

茨木市介護保険主治医意見書作成用事前「問診票」

この問診票は、要介護認定に必要な主治医意見書を正確に記載することを目的としています。申請時点の日常の様子をわかる範囲でご記入ください。意見書をお願いする主治医にお渡しください。

| | | | | |
|-----------|-------------|-----|-------|-------|
| 記入者 | | | | |
| | (申請者との関係:) | | | |
| 申請者 氏名 | (印の貼付) | 男・女 | 生年月日 | 年 月 日 |
| | | | (歳) | |

1.現在、介護認定を受けていますか？あてはまるものに印をつけてください。

今回、初めて介護認定を申請する。
以前、介護認定を受けていたが認定期間が切れている。
現在、介護認定を受けている。(現在の要介護度に印をつけてください。)

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

※現在、ご利用中の介護サービス全てに印をつけてください。

訪問介護(ヘルパー) 訪問看護 訪問リハビリテーション 居宅療養管理指導
通所介護(デイサービス) 通所リハビリテーション(デイケア) 短期入所療養介護
その他()

2.他の先生・病院にかかっていますか？ はい いいえ
 「はい」の場合、あてはまる診療科全てに印をつけてください。

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()

3.最も生活に支障をきたしている原因だと感じる病気や物忘れ状態などを記入ください。

いつから

4.上記のほかにも生活に支障を与えている病気を記入してください。

病名 _____ いつから _____
 病名 _____ いつから _____

※裏面もご記入ください

表

5.以下の医療の中で、記入日の14日以内に受けたものがあれば印をつけてください。

点滴 中し静脈点滴 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 疼痛の管理 経管栄養
モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等) 褥瘡(床ずれ)の処置
カテーテル よくわからない

6.身体の状態についてお聞かせください。

①利き脚は？ 右 左
 ②身長は？ _____ cm 最近測定していない
 ③体重は？ _____ kg 最近測定していない

→過去6ヶ月の体重変化 増加 維持 減少

7.日常生活上、身体に不自由を感じる点がありましたらご記入ください。

例：脳梗塞後右半身麻痺が残っている。入浴が原則浴槽の前後が済んだ。手足の痺れが止まらないうえに歩くと膝に痛みを感じる。動作がごこちない。動き始めの第一歩目が特に辛い。歩ずれがちな。など

8.日中の動作(移動)について、あてはまるものに印をつけてください。

①屋外歩行は？(杖や歩行器を使っている場合は、使用時の状況で判断してください。)

一人でできる 介助があればできる 外出をしない

②車いすは使用していますか？
使用していない 主に自分で操作している 主に介助者が操作している

③歩行補助具・器具(杖、歩行器など)を使用していますか？(複数選択可)
使用していない 屋外で使用 屋内で使用

9.食事行為について、あてはまるものに印をつけてください。

自分で食べることができる。見守り 自分で食べることができる。
食事行為において、一部または全部を介助が必要とする。

この問診票は個人情報保護法第22条の目的に利用することはありません。
ご協力ありがとうございます。 茨木市医師会・茨木市介護保険課

裏

次なる
茨木へ。
木には、次がある。6

主治医意見書問診票の活用について

(大阪府・大阪府医師会作成)

- 日頃の様子や状態をわかる範囲で記入
- 新規申請、更新申請、区分変更申請すべての申請時に提出が必要
- 申請時に持参されなかった場合は、直接主治医に提出
- 主治医意見書問診票(大阪府・大阪府医師会作成)は、HP・ケア倶楽部に掲載



次なる
茨木へ。

茨木には、次がある。