

主治医意見書

記入日 平成 年 月 日

申請者	(ふりがな)	男・女	〒
	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 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 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
 (「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]

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	<input type="checkbox"/> 点滴の管理	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養	<input type="checkbox"/> 透析	<input type="checkbox"/> ストーマの処置	<input type="checkbox"/> 酸素療法
	<input type="checkbox"/> レスピレーター	<input type="checkbox"/> 気管切開の処置	<input type="checkbox"/> 疼痛の看護	<input type="checkbox"/> 経管栄養	
特別な対応	<input type="checkbox"/> モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等)		<input type="checkbox"/> 褥瘡の処置		
失禁への対応	<input type="checkbox"/> 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]

記入のポイント 1 (以下のアルファベット記号は左頁の赤い矢印に対応します)

- (A) 「意見書の完成日」を記入。申請から 30 日以内に認定結果通知を行政から出すことになっているので、依頼日から 14 日以内に記入し返送する。
- (B) 施設に入院・入所している場合は、施設名・所在地・電話番号を記入する。
- (C) 医師から介護支援専門員へ医療情報を積極的に提供するという観点から「同意」にチェックする。申請者本人の同意は申請段階で確認されており、主治医には「守秘義務」に関する問題は生じない。
- (D) 医師名自署の場合は押印不要。パソコンやゴム印を使用した場合は押印が必要。
- (E) 記入直前の診察日を入れる (1~3 か月以内の診察が好ましい)。
- (F) 主治医 (医療機関) から申請者に対する回数で記入。作成料の区分に使われる。
- (G) 不明の場合は「無」とし、「有」の場合は必ずその診療科を記入する。同一医療機関でも同様。他科受診の必要性に関するチェックではない。
- (H) ①第二号被保険者 (40 歳以上 65 歳未満) では、特定疾病名を「1.」欄に記入する。また、特定疾病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」の場合は「両側の」と記入する。②「がん末期」の病名は、概ね 6 か月間以内に死が訪れると判断される場合に診断名の「1.」に記入することとし、具体的にターミナルを判断できる文言を意見書内に記載する。③複数の傷病がある場合は、生活に支障のある状態の原因となっているものを優先して記入する。
- (I) 現在の全身状態から急激な変化が見込まれないときは「安定」にチェックし、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、予想される場合には「不安定」にチェックし具体的な状況を下段に記入する。
- (J) ①日常生活活動の低下、外出や社会参加の機会の減少、家庭内での役割の喪失等、生活機能低下を引き起こしている要因を具体的に記載する。②投薬については、睡眠、排泄、疼痛の改善等、生活の安定や介護に影響する薬がある場合は、服薬方法、見守りの必要性など介護上特に留意すべき点を記入。③医学的な専門用語やアルファベットでの略語はできるだけ避ける。④第二号被保険者の場合、特定疾病の診断の根拠を簡潔に記入する。⑤介護の手間の観点から疾病の経過をイメージできるような記載を心掛ける。
- (K) 作成日から記算して過去 14 日間に看護職員等が行った診療補助行為 (医師が同様の診療行為として行った場合を含む) について判断。看護の度合いの把握であり、「医師でなければ行えない行為」、「本人、家族、介護職が行える類似の行為」は含まれない。ただし、「気管切開の処置」における開口部からの喀痰吸引および「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む。
- (L) ①介護保険利用を勧める立場であれば、両方の自立度がともに「自立」はありえない。②認知症の自立度 III 以上で、介護報酬上、居宅介護支援に認知症加算が算定可能となることにも留意。
- (M) 2009 年度より調査員の調査項目から、幻視・幻聴、暴言、火の不始末、不潔行為、異食行動が除外された。過食、拒食、多弁、興奮、飲酒、不眠、ひねくれ、短気等を「その他」に記載。いずれもチェック時は「5.特記すべき事項」欄に具体的に記載する。

(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 (程度 : 軽 中 重)

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 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 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 (_____) ・ 移動 特になし あり (_____)

・ 摂食 特になし あり (_____) ・ 運動 特になし あり (_____)

・ 嚥下 特になし あり (_____) ・ 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ご意見等を記載して下さい。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。)

記入のポイント 2 (以下のアルファベット記号は左頁の赤い矢印に対応します)

- (N) 「(5) 身体の状態」麻痺・褥瘡等の程度は、介護にどの程度影響を及ぼすのかという観点からチェックする（例えば、褥瘡自体の程度は軽いが自ら体位変換が行えず、また、体重が重いので介護の程度としては「重度」と判断する等）。「利き腕」の項目は、介護の手間を考える上で必ず記入すること。
- (O) 主治医は医学的観点からの麻痺の有無を記入（訪問調査員は日常生活に影響があるかどうかで判断）。
- (P) 「身長・体重」の項目は移乗、入浴介護等、介護の手間を考える上で必要となる。体重の変化は栄養状態の把握の目安となる。主に 3%程度の増減を目途。
- (Q) 2009 年度より、調査員による調査項目から拘縮（肘・足関節）、褥瘡、皮膚疾患、飲水が除外されたため主治医の意見が重要。
- (R) 現在の栄養状態の評価に関しては、①過去 6 か月の体重の維持（概ね 3%未満の変動）、②BMI18.5 以上、③血清アルブミン値 3.5g/dl 以上の全てに該当する状態をもって「良好」とし、上記の項目に 1 つでも該当しない場合は「不良」とする。ただし、上記の指標が容易に入手できない場合は総合的に判断してもよい。
- (S) 「尿失禁」の項目はおむつにかかる費用の医療費控除を受ける際の証明書に活用される。
- (T) 現在の状態から勘案して、概ね 3 か月から 6 か月間、サービス給付を利用した場合の、生活機能の維持改善がどの程度期待できるかを判断。傷病の病状としての見通しではない。心身の状態が不安定であったり、認知症等により理解が得られず、予防給付の利用に適さないと判断される場合においては、本欄の意見が重要となる。
- (U) 特に必要性の高いと思われる項目に下線を入れる。ここに記入されているサービスの指示書に代わるものではないが、介護サービス計画の作成時に特に重要な情報となる項目である。
- (V) 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する。一次判定ソフトが改定され、統計的な推定による判定がより重視されるようになったため、二次判定での変更には、統計的な推定になじまない申請者固有の「介護の手間」があることを具体的に記載することが重要である。認知症の周辺症状も介護に時間がかかると思われる事実を具体的に記入する。例えば「徘徊あり」だけでなく「昼夜にかかわらず外出しようとするため常に家人が見守ったり付き添う必要がある」というような記載が望まれる。生活機能の状態、生活や家族環境、療養の様子、栄養の問題、口腔内の状況、予防給付の適否、リハビリテーションの目標等々、要介護度の判定やケアプラン作成、サービスを受ける上で重要と考えられる事項があれば情報を具体的に提供する。長谷川式の記入も必要。
- 主治医意見書は要介護認定・ケアプラン作成に利用される他、医療費控除確認書発行や障害者控除認定書発行、また、契約や遺言の法的有効性の根拠等、自己情報の開示資料としても利用されることに留意。
 - 修正が必要な場合は、修正液を使用してもよい。二重線で消して訂正印を押さないこと。
 - 欄外の記入は OCR で読み取りができないので、欄外への記入はしないこと。