

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ます。

修正が必要な場合は、二重線で消して訂正印は押さないでください。修正液の使用も可。

“意見書の完成日”を記入してください。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ますので、依頼日から14日以内に記入、返送してください。

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)		連絡先 ()	

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に利用されることに 同意する。 同意しない。

医師氏名 _____ 医師名自署の場合は押印は不要です。パソコンやゴム印を使用した場合は押印が必要です。

医療機関名 _____

医療機関所在地 _____ 最後に診察した日を記入。できるだけ直近の情報を提供してください。

(1) 最終診察日 平成 年 月

(2) 意見書作成回数 初回 2回目以上 主治医(医療機関)から申請者に対する回数で記入します。作成料の区分に使われます。

(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) _____ 不明の場合は「無」とし、「有」の場合は必ずその診療科を記入してください。同一医療機関でも同様です。他科受診の必要性に関するチェックではありません。

1. _____ 発症年月日 (昭和・平成 年 月 日頃)

2. _____

3. _____

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」欄に記入してください。また、特定疾病の関節痛または関節の著しい変形を伴う「変形性関節症」の場合は、「両側の」と記入してください。

② 「がん末期」の病名は、概ね6月間に以内に死が訪れると判断される場合に、診断名の「1」に記入するとし、具体的にターミナルケアを判断できる文言を意見書内に記載してください。

(2) 症状としての安定性 _____ (「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]

- 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してください。
- 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してください。
- ③医学的な専門用語は、できるだけ避けてください。
- 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してください。

作成日から計算して、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)について判断してください。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、介護職の行う類似行為」は含まれません。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まれます。

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)				
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)				

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ります。

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) 認知症の周辺症状(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 介護者の抵抗 徘徊

火の不始末 不潔行為 思案

(4) その他の精神・神経症状 無 有 (症状名: _____)

平成21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、性的問題行動が除外されました。主治医の意見が重要になります。

利き腕：介護の手間を考える上で、必ず記入してください。

(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、チェックしてください。
例) 褥瘡自体の程度は軽いですが、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

身長・体重：移乗、入浴介護等、介護の手間を考える上で必要となります。体重変化は栄養状態の把握の目安となります。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。

(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

車いすの使用 □用いていない □主

歩行補助具・装具の使用(複数選択可) □用いていない □屋

(2) 栄養・食生活

食事行為 □自立ないし □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 □心肺機能低下

□低栄養 □摂食・嚥下機能低下 □脱水 □易感染性 □が

→ 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

(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)

□訪問診療 □訪問看護 □看護職員の訪問による相談・支援 □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 (_____)

(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

平成21年度より、調査員による調査項目から拘縮(肘・足関節)、褥創、皮膚疾患、飲水が除外されたため、主治医の意見が重要になります。
(← 重要)

尿失禁: この項目は「おむつに係る費用の医療費控除」を受ける際の証明書に活用されます。

現在の状態から勘案して、概ね3ヶ月から6ヶ月間、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してください。傷病の病状としての見通しではありません。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、本欄の意見等が重要となります。

平成21年度以降、新たに追加されました。主治医がサービスの必要性を判断し記入してください。

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。)

前回の要介護度における主治医意見書作成時点と比較して『介護の必要性』が □減少 □変化なし □増加
長谷川式 = 点 (平成 年 月) (前回 点 (平成 年 月))

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りました。
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」があることが、固有の情報に基づいて、具体的に記載されている必要があります。
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ます。
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。
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してください。
*長谷川式の記入をお願いします。