

# 主治医意見書記入要点【抜粋版】

～ 特別な医療、心身の状態に関する意見、特記すべき事項 ～

【記入に際しての留意事項】	
<p><b>1. 記入内容を読みやすく</b></p> <p>要介護認定・審査にあたり、医師職以外の者がみる機会が想定されることより、誰が見ても判読できる文字で記入し、また、略語や外国語、難解な医学専門用語の使用を極力避けられたい。</p>	<p><b>4. 病院名などの固有名詞は使用しない</b></p> <p>介護認定審査会においては、病院名などの固有名詞は伏せられることが通常であるため、あらかじめ使用しない方が望ましい。</p>
<p><b>2. 診断名の記載</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 2号被保険者については、生活機能低下等の直接の原因となっている「特定疾病」名を記載する。</li> <li>・ 申請者が「末期がん」と診断される場合には、迅速な要介護認定・審査の対応に資するため、診断名を明示されたい。ただし、告知の問題については十分留意されたい。（平成 21 年 9 月 30 日老老発第 0930 第 2 号厚生労働省老健局老人保健課長通知）</li> </ul>	<p><b>5. 人権への配慮</b></p> <p>「主治医意見書」は公文書であり、介護サービス計画作成等の理由により、情報提供する書類でもあるので、人権に配慮した記入をお願いしたい。</p> <p>平成 17 年 6 月の介護保険法の一部改正の施行により、「痴呆」の用語は「認知症」にあらためられるなど、いくつかの用語が変更されているので、病名等の記載に際しても十分留意されたい。</p>
<p><b>3. 作成時点の内容の記載（「前回と同じ」は使用しない。）</b></p> <p>前回の「主治医意見書」は、介護認定審査会へは提出されないの、「前回と同じ」と記載すると、二次判定が出来なくなる。面倒でも今回記載する「主治医意見書」のそれぞれの項目について記入されたい。但し、「ADLは前回と比較して、変化はない」といった書き方は構わないが、現在のADLの記入は必要である。</p>	<p><b>6. その他（お願い）</b></p> <p><b>①早期の提出</b></p> <p>申請者が可能な限り早くサービス利用を開始できるようにするためにも、主治医意見書の早期提出にご協力いただきたい。</p> <p><b>②介護を要する原因が事故等の場合</b></p> <p>交通事故等によって、介護を要する生活機能低下などが生じた場合は、その旨を特記事項に記載いただきたい。</p>

- 記入日：「主治医意見書」の完成日を記載してください。
- 提出期限：市町村等の定める期限までになるべく早急に提出してください。  
※介護保険法第 27 条第 11 項に基づき、要介護認定申請に対する処分（申請に対する結果の通知等）は、原則として当該申請のあった日から 30 日以内にしなければならない。  
※申請から 30 日以内に処分が行えない場合には、市町村等は処理見込期限及びその理由を当該被保険者に通知しなければならない。
- 「介護サービス計画作成『等』」に利用されることに関する同意について：「医師からケアマネジャーに医療情報を積極的に提供する」という観点から、格段の理由がなければ、「同意する」にチェックされたい。  
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。

※地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備に関する法律（平成 26 年法律第 83 号）による介護保険法改正による「介護サービス計画作成等」の想定する範囲

- ・ 総合事業における介護予防ケアマネジメントのケアプラン作成
- ・ 地域ケア会議における個別事例の検討
- ・ 指定介護老人福祉施設及び指定地域密着型介護老人福祉施設における入所に関する検討のための委員会での特例入所対象者の判定及び施設への優先入所判定
- ・ 認知症日常生活自立度を基準とした加算における日常生活自立度の決定

## 2. 特別な医療 [過去 14 日間に受けた特別な医療 (12) について (有無)]

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)	
【要介護認定における医療の 3 原則】	
■ (主治医意見書記入日を起点とする) <u>過去 14 日以内の医療</u> (医師の診断により処置が終了、完治している場合は含まない)	
■ <u>医師の指示に基づき、看護師等によって実施された診療補助行為</u> (医師が実施した場合も含む) (医師でなければ行えないような医療行為は含まれない) (家族/本人が行った類似の行為は含まれない)	
■ <u>継続して実施されているもののみを対象とし、急性疾患等への一時的な実施は含まない</u>	
<input type="checkbox"/> 点滴の管理 点滴の管理は、介護の時間、内容に影響を与える医療行為であるため、対象疾患名や病状、点滴時間や回数、実施の時間帯を「5. 特記すべき事項」に記入すると参考になると思われる。 ★急性期等(肺炎や脱水等)の一時的処置は該当しない。	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 (IVH) 薬液の混入、輸液パックへの刺入、ポートの消毒等の行為において、感染予防の管理が行われているかを評価する。
<input type="checkbox"/> 透析 透析の方法、種類(通院による透析治療、在宅血液透析、在宅自己腹膜灌流)を問わず、手技や感染予防の管理が行われているかを評価する。	<input type="checkbox"/> ストーマの処置 消毒やパックの取替え等の処置、ストーマ周辺の皮膚汚染の予防や排便コントロールの管理が行われているかを評価する。 ウロストーマ(尿管瘻)は含まない。
<input type="checkbox"/> 酸素療法 呼吸器疾患、循環器疾患等の背景疾患とし、間欠的、持続的のいずれかの酸素療法が行われており、酸素吸入流量のチェックや酸素機器の取扱いなど管理が行われているかを評価する。実施場所は問わない。	<input type="checkbox"/> レスピレーター 経口、経鼻、気管切開の有無や機種にかかわらず、呼吸器が使用されており、人工呼吸器の管理、呼吸回路の消毒と滅菌が行われているかを評価する。
<input type="checkbox"/> 気管切開の処置 カニューレの交換、開口部の消毒、ガーゼ交換、開口部からの喀痰吸引等の処置が行われているかを評価する。 * 気管カニューレ内部の喀痰吸引に限り必要な研修を修了した介護職が行う行為も含む。	<input type="checkbox"/> 疼痛の看護 ① 想定される疼痛の範囲は、がん末期のペインコントロールに相当するひどい痛みであり、これらの病態に対し鎮痛薬の点滴、硬膜外持続注入、座薬、貼付型経皮吸収剤、注射が行われているかを評価する。 ② 薬剤の服用量とコントロール状況などは、介護に影響を与えるので、「5. 特記すべき事項」に記入されたい。 ③ 整形外科医の指示で、理学療法士の行う痛みのための電気治療、一般的な腰痛、関節痛などの痛み止めの注射や湿布等、「さする、マッサージする、声かけを行う」等の行為、痛み止めの内服治療は該当しない。
<input type="checkbox"/> 経管栄養 経管栄養の方法は、経口、経鼻、胃瘻など、いかなる方法であっても構わない。また、チューブが常時留置されているかも問わない。投薬のみの目的の留置は該当しない。 * 必要な研修を修了した介護職が行う行為を含む。	<input type="checkbox"/> モニター測定 (血圧、心拍、酸素飽和度、心電図、呼吸数のいずれか 1 項目以上) ① 24 時間以上にわたってモニターを付けた状態で、継続的に測定されているかを評価する。ただし、血圧測定の場合は 1 時間に 1 回以上のものに限る。 ② 単に、訪問診療、訪問看護の際に血圧、心拍数、経皮的酸素飽和度を測定する場合や、申請者本人や家族が自宅で血圧計などによって測定する場合は含まれない。
<input type="checkbox"/> 褥瘡の処置 医師の診断・指示に基づく処置や予防対策が行われているかを評価する。褥瘡の大きさや治療は問わない。	<input type="checkbox"/> カテーテル 尿失禁用器材としてコンドームカテーテル、留置カテーテル、間歇導尿のいずれかが行われており、その管理が看護師等により行われているかを評価する。

### 3. 心身の状態に関する意見

○ 一次判定等に直接関与する項目が多いため、基準等に沿い、必ず詳細に記載されたい。

(1) 日常生活の自立度等について

■障がい高齢者の日常生活自立度判定基準(要約)

J	生活自立	障がい等があるが、日常生活はほぼ自立し、 <u>独力で外出</u> 1. 公共交通機関等を利用して遠方への外出 2. 隣近所への外出
		A
B	寝たきり	屋内生活で介助必要、日中もベッド上が主体、 <u>座位は保つ</u> (chair-bound) 1. 車いすに移乗し、食事・排泄はベッドから離れて行う 2. 介助により車いすに移乗
		C

※この項目と「4. (3)尿失禁」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。

■認知症高齢者の日常生活自立度判定基準(要約)

I	認知症を有するが、家庭内・社会で生活は自立
II	生活に支障ある症状であるが、他者の注意があれば自立 a. 家庭外で、上記の状態がみられる b. 家庭内でも、上記の状態がみられる
III	日常生活に支障ある症状等があり、介護が必要 a. 日中を中心として、上記の状態がみられる b. 夜間を中心として、上記の状態がみられる
IV	日常生活に支障ある症状等が頻繁にあり、常時の介護が必要
M	著しい精神症状・問題行動がみられ専門医療が必要 ※遷延性の意識障害等で判断不能の場合は、「M」チェックし、「1. (3)生活機能低下の直接の原因…治療内容」の欄に具体的な内容を記入されたい。

(2) 認知症の中核症状

(記憶障害、見当識障害、抽象思考や状況判断能力の低下等)

- 他疾患で同様の症状を認める場合を含む
- 一次判定に反映されるため、必ず記入されたい。

**短期記憶**：認知症の物忘れの特徴は、行動そのものを忘れてしまう「エピソード記憶の障がい」である。

例) 夕食を食べたことそのものを忘れる。  
メニューを忘れたことは対象としない。

**日常の意思決定を行うための認知能力**

自立	日常生活において一貫した判断ができる
いくらか困難	新しい課題や状況時の判断が多少の困難
見守りが必要	毎日の日課にも合図や見守り等が必要
判断できない	判断できない、判断能力が著しく低い

**自分の意思の伝達能力**

伝えられる	自分の考えを容易に表現し、相手に理解させることができる。
いくらか困難	適当な言葉を選んだり、考えをまとめるのに多少の困難がある。多少、相手の促しを要することもある。
具体的要求に限る	基本的要求(飲食、睡眠、排泄等)に限る。
伝えられない	伝えられない。限られた者にのみ理解できるサインでの要求

(3) 認知症の周辺症状(認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)

- 介護の手に大きく関与する項目であるため、必ず記載されたい。
- 見られた症状に該当する選択肢が無い場合は、「(4)その他の精神・神経症状」にその症状を記載されたい。

(4) その他の精神・神経症状

- 専門医を受診している場合は( )内に受診の科名を記入されたい。
- 認知症による、夜間せん妄、視空間性失認、時間、場所、人物に関する失見当識等が見られる場合も、ここに記入されたい。

### 4. 生活機能とサービスに関する意見 【抜粋】 ～(2)栄養・食生活～

【食事行為(自己摂取動作の確認)】 ※一次判定等の加算に關する項目のため必ず記載されたい

- 自立ないし何とか自分で食べられる：自己摂取、部分介助等(指示、声掛けや部分的な援助により自己摂取)。
- 全面介助： 他者の全面的な介助が必要である。

【現在の栄養状態】

□ 良好(①～③の全てが該当する状態)

- ① 過去6ヶ月程度の体重の維持(概ね3%未満)
- ② BMI(体重(kg)/身長<sup>2</sup>(m<sup>2</sup>))18.5以上
- ③ 血清アルブミン値が明らかである場合には、3.5g/dlを上回る、の3項目全てが該当する状態。

※ 上記指標が入手できない場合には、食事行為等から総合的に栄養状態が良いと判断される状態。

□ 不良(①～③の1つでも該当する状態)

- ① 過去6ヶ月程度の体重の減少(概ね3%以上)
- ② BMI(体重(kg)/身長<sup>2</sup>(m<sup>2</sup>))18.5未満
- ③ 血清アルブミン値がある場合には、3.5g/dl以下の3項目のうち1つでも該当する状態。

※ 上記指標が入手できない場合には、食事行為等から総合的に栄養が不良と判断される状態。

## 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意見を記載

□ 【添付書類の例】(写し等)

- ① 診断書、情報提供書
- ② 身体障がい者申請診断書及び身体障がい者手帳
- ③ 紹介患者来院報告書、紹介状兼診察報告書

### 1. 特記すべきことが無い場合

空欄のまま放置するのではなく、以下の例のように記入する。

(例)・項目1～4で状態像が十分に表現されており、特に付け加えることはない。

・特になし。

### 2. 介護認定審査会委員への意見

① 「主治医意見書」の項目1～4の記入内容から予想される要介護度が、申請者の実際の状態像を表現するには不十分と考える時に、追加意見を記入する。

(例)・精神的に不安定な時に、不整脈が出現することがある。

・めまいによって、不安感が増強されている。

・労作時に、呼吸苦があり、今後在宅酸素療法を考慮する必要がある。

② 「主治医意見書」の項目1～4における記載から予想される一次判定結果が要介護1相当である可能性が高いと思われ、「介護の手間」・「状態の安定性」が十分に表現できないと考えられる場合、その意見を記入する。

(例)・心不全があり入浴等により状態が急変する可能性があるため、常時の見守りが必要である。日によって症状に変動があり介助なしに歩行出来ない時もある。

・血圧が非常に高くなる(収縮期180～200mmHg)ことがある。

・ふらつきがあるため転倒の危険性があり、常時の付添による見守りが必要である。

・丘陵(山間)部に住んでおり、急坂の昇降をしないと通院が出来ないため、通院介助が必要である。

③ 状態像を具体的に表現する。

〈精神的状態像〉

(例)・HDS-R9点(平成○年○月○日)。中等度～重度のアルツハイマー型認知症患者で、身体機能が十分であるため、徘徊もあり、付き添いが日常必要となっている。

(例)・幻視のため冷蔵庫を縛ったりする行動が見られ、服薬もよく間違い、金銭管理も人に騙されたりすることが多く、日常生活において介助と見守りが必要である。

・最近、夫が死亡して喪失反応がみられ、抑うつ気分になっている。

〈身体的状態像〉

(例)・24時間心電図(平成○年○月○日)で、1日10万拍のうち不整脈が5,000拍であった。

・階段使用時に疼痛が強く、生活動作に困難さが目立っている。入浴の際、浴槽の段差が高く入浴しづらくなっている。

④ 状態像を表現する場合において、「主治医意見書」の項目1～4で書き切れなかった事項を記入する。

(例)・麻痺は固定しており、回復の見込みはない。利き手のため代償は困難である。

・医師嫌いのため、疼痛時だけの不定期通院である。現在は痛みのため、つたい歩きをしたり、這って移動する。

・平成○年○月にアルツハイマー型認知症と診断を受け、アリセプトの処方を受けたが、見当識障害が増悪し、コミュニケーションも取れない状態である。

・時間場所の見当識障害があり、日中臥床していることが多く、家事はほとんどできず、火の不始末も見られる。時に、息子の顔がわからなくなることもある。昼間は改善傾向にあるが、夕方になると落ち込み、不安焦燥感が強くなり、夜間の徘徊もある。家族に対して攻撃的な時があり、暴言も吐く。

⑤ 項目1-(1)「診断名」において、診断名を書き切れなかった時にここに記入する。

(例)・診断名4 仙骨部褥瘡(平成○年○月○日)

### 3. ケアマネジャーへの意見

① 介護サービス計画作成に役立つと思われる具体的情報(医学的視点からの意見や留意点)を記入する。

② 軽度者(要支援1・要支援2・要介護1)の認定をうける可能性が高い申請者に対する福祉用具(電動ベッドや電動車椅子)貸与の必要性を記入する。

③ 項目4-(5)「医学的管理の必要性」と兼ね合わせて、介護福祉サービス利用の必要性を記載する。

### 4. 連絡事項

保険者に対して認定結果や介護サービス計画作成事業者(ケアマネジャー)の情報等を希望する場合は、その旨を記入する。