

主治医意見書記入要点

〈令和4年3月〉

主治医意見書

“主治医意見書の完成日”を記入されたい。

記入日 令和 年 月 日

人権に配慮した記入をされたい。

「5. 特記すべき事項」欄に記入されたい。
4種類以上ある場合は、

申請者	(ふりがな) 明・大・昭 年 月 日生(歳)	男 ・ 女	施設・病院等に入所・入院している場合は、施設等名、所在地、電話番号を記入されたい。なお、医療機関における病床の種別（精神病床等）や障害福祉サービス（グループホーム等）等、調査対象者の状況について、介護の必要性を判断する際に参考となる事項についても記入されたい。																								
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 <input type="checkbox"/> 同意する。 <input type="checkbox"/> 同意しない。																											
<p>医師氏名 必ず医師本人が自署されたい。</p> <p>医療機関名</p> <p>医療機関所在地</p>																											
<p>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。</p>																											
(1) 最終診察日	令和 年 月	最後に診察した日を記入。できるだけ直近の情報を提供されたい。																									
(2) 意見書作成回数	<input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 2回目以上	場合によっては、申請者の意見書を作成する場合には、「初回」になる。一旦中断していたとしても、再度意見書の作成を依頼された場合は、「2回目以上」となる。																									
(3) 他科受診の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合)→ <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> リハビリテーション科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> その他 ()	作成料の区分に使われる項目で、申請者に対する作成回数で記入。申請者にとっては2回目以降の申請であっても、医師として初めてその申請者の意見書を作成する場合には、「初回」になる。一旦中断していたとしても、再度意見書の作成を依頼された場合は、「2回目以上」となる。																									
<p>1. 傷病に関する意見</p> <p>不明の場合は「無」とし、「有」の場合は必ずその診療科を記入されたい。</p> <p>(1) 診断名 (特記すべき事項) 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</p> <p>1. _____ 発症年月日 (昭和・平成・令和 年 月 日頃) 2. _____ 発症年月日 (昭和・平成・令和 年 月 日頃) 3. _____ 発症年月日 (昭和・平成・令和 年 月 日頃)</p> <p>(2) 症状としての安定性 <input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不明 (「不安定」とした場合、具体的な状況を記入)</p> <p>(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患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 特定疾患についてはその診断の根拠等について記入〕</p> <p>①日常生活活動の低下、外出や社会参加の機会の減少、家庭内の役割の喪失や配偶者との死別や転居等、生活機能低下を引き起こしている要因を具体的に記入されたい。 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整理して記入されたい。 ③意識障害がある場合は、その状況についても具体的に記入されたい。</p>																											
<p>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)</p> <table border="1"> <tr> <td>処置内容</td> <td><input type="checkbox"/> 点滴の管理</td> <td><input type="checkbox"/> 中心静脈栄養</td> <td><input type="checkbox"/> 透析</td> <td><input type="checkbox"/> ストーマの処置</td> <td><input type="checkbox"/> 酸素療法</td> </tr> <tr> <td>特別な対応</td> <td><input type="checkbox"/> レスピーター</td> <td><input type="checkbox"/> 気管切開の処置</td> <td><input type="checkbox"/> 疼痛の看護</td> <td><input type="checkbox"/> 経管栄養</td> <td></td> </tr> <tr> <td>失禁への対応</td> <td><input type="checkbox"/> モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等)</td> <td><input type="checkbox"/> 擦瘡の処置</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> カテーテル(ドームカテーテル、留置カテーテル等)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				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	特別な対応	<input type="checkbox"/> レスピーター	<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		失禁への対応	<input type="checkbox"/> モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等)	<input type="checkbox"/> 擦瘡の処置					<input type="checkbox"/> カテーテル(ドームカテーテル、留置カテーテル等)				
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																						
特別な対応	<input type="checkbox"/> レスピーター	<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																							
失禁への対応	<input type="checkbox"/> モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等)	<input type="checkbox"/> 擦瘡の処置																									
	<input type="checkbox"/> カテーテル(ドームカテーテル、留置カテーテル等)																										
<p>3. 心身の状態に関する意見</p> <p>(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(寝起きり度) <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 ・認知症高齢者の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M</p> <p>(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 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり ・日常の意思決定を行うための認知能力 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 判断できない ・自分の意思の伝達能力 <input type="checkbox"/> 伝えられる <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 具体的の要求に限られる <input type="checkbox"/> 伝えられない</p> <p>(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) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → { <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> その他 ()</p> <p>(4) その他の精神・神経症状 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 [症状名 :] 専門医受診の有無 <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無]</p>																											

○記入等にあたっては次の点について、特段の注意を払われたい。

- ① 申請者的人権に配慮した語句・表現などを使用されたい。法令の改正により、病名等が変更されているので注意されたい。
- ② 病院名などの固有名詞や「前回と同じ」の表現は使用しない。
- ③ 略語や外国語・難解な医学専門用語の使用は避けて、平易にわかりやすく記入されたい。
- ④ ケアマネジャーは、「主治医意見書」の内容から現在及び今後発生する可能性が高い状態を想定してケアプラン（介護サービス計画）を作成するので、「主治医」とケアマネジャーとの連携に重要な役割を持つことを認識して記入されたい。
※詳細は、「主治医意見書マニュアル」を参照されたい。

1. 傷病に関する意見

(1) 診断名

- ① 診療開始日ではなく発症年月日を記入し、不明確な場合はおおよその年月を、全く不明の場合は「不詳」とされたい。
- ② 第2号被保険者(満40歳以上65歳未満)の場合は、生活機能低下等の直接の原因となっている疾病が、がん末期・パーキンソン病・脳血管疾患などの法令で定められた16の「特定疾病」に該当する必要がある。
※ **生活機能**とは、身体や精神の働きである「心身機能」、ADL(日常生活行為)、外出、家事、職業等に関する生活行為全般である「活動」、家庭や社会での役割を果たすことである「参加」を含む包括概念である。

(2) 症状としての安定性

脳卒中や心疾患、外傷等の急性期であったり、急激な変化が見込まれ、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は「不安定」を選択し、具体的な状況を記入されたい。症状に日内変動や日差変動がある疾患については、家族や介護者からの情報にも十分に留意されたい。

(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患の経過及び投薬内容を含む治療内容

生活機能低下の状況がわかるような傷病の経過や、関連する状況などについて記入されたい。

※二次判定の重要な根拠となることに留意して記入されたい。

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）

該当する□にレ印を付けられたい。

3. 心身の状態に関する意見

該当する□にレ印を付けられたい。

(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)の判定基準(判定の流れは、3頁の「表1」を参照)

＜ポイント＞・原則として、移動に関わる状態像に着目し、あわせて排泄、食事、着替に着目して判定されたい。

- ・能力があるにもかかわらず行っていない状況にあるときは、能力に応じて判定されたい。
- ・補装具、車いす等を使用している場合は、使用している状態で判定されたい。
- ・認知症により指示を理解できないため、移動や食事を行うことができない場合であっても身体の状況のみに着目して判定されたい。

- ・認知症高齢者の日常生活自立度の判定基準(判定の流れは、3頁の「表2」を参照)

＜ポイント＞・意思疎通の程度、見られる症状、行動に着目して判定されたい。

- ・評価に当たっては、家族等の介護者からの情報も参考にされたい。
- ・認知症の程度の医学的判定とは必ずしも一致するものではないことに留意されたい。

(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：新しい出来事を覚えられなくなり、つい先ほどのこともすぐに忘れてしまうことを意味するが、家族等からできる限り日常の様子を聞くことが大切である。

- ・日常の意思決定を行うための認知能力(要約)

自立	日常生活において首尾一貫した判断をすることができる。
いくらか困難	新しい課題や状況に際して、判断が多少困難。
見守りが必要	毎日の日課にも、合図や見守りが必要。
判断できない	ほとんどまたは全く判断できない。

- ・自分の意思の伝達能力(要約)

伝えられる	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	考えをまとめるのに多少の困難がある。
具体的な要求のみ	時々伝えられるが、基本的な要求に限られる。
伝えられない	ほとんど意思を伝えられない。

- (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)
 認知症の経過中に生じてくる様々な精神症状のことであり、認知症の一次障害である主症状（中核症状）よりも、二次障害である行動・心理症状 (BPSD) の方が認知症の介護を困難なものにする場合がある。該当する□に印を付けられたい。
- (4) その他の精神・神経症状
 認知症以外の失語、構音障害（ろれつが回らない）、せん妄、傾眠傾向、失見当識、失認、失行などの精神・神経症状があれば記入されたい。

表1 <障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）の判定の流れ>

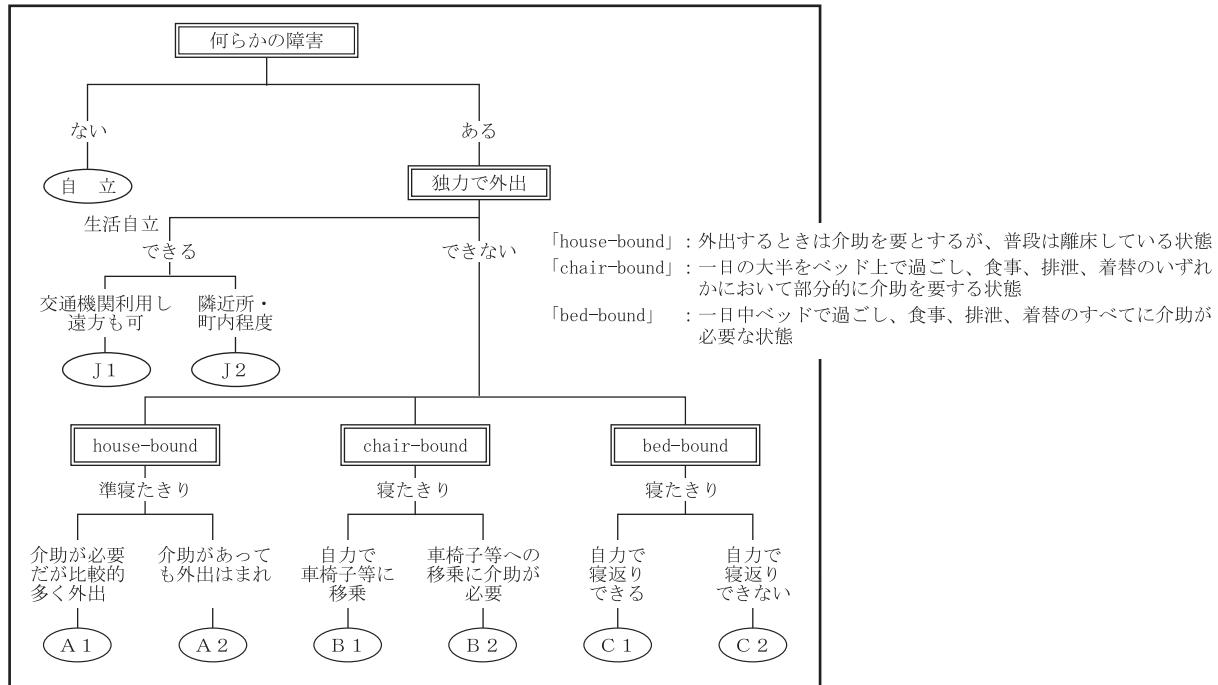
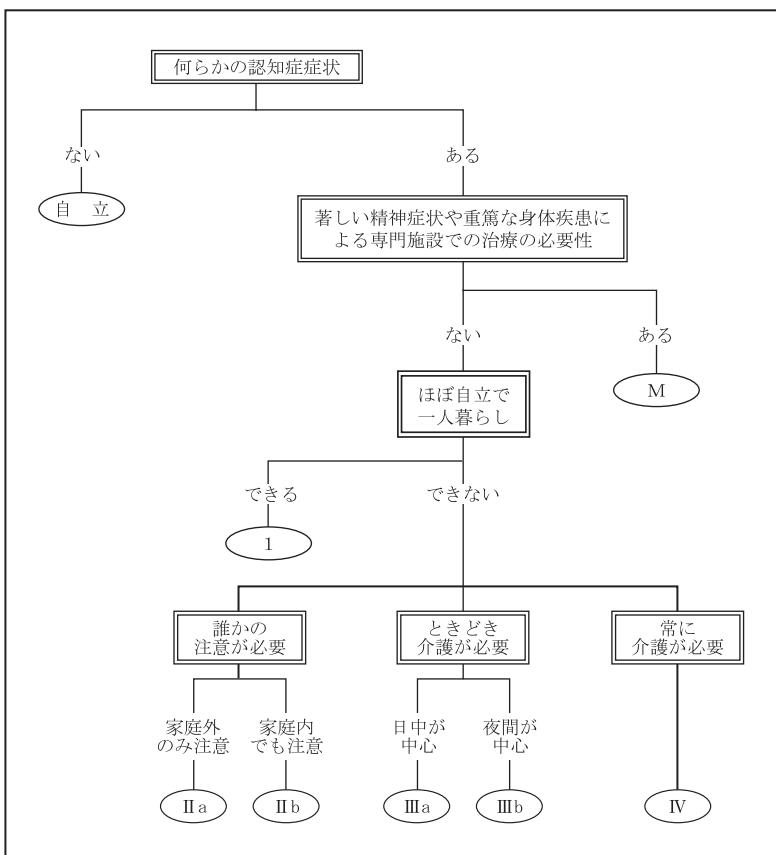


表2 <認知症高齢者の日常生活自立度の判定の流れ>



※参考「外来時の対応」

～厚生労働省「認知症サポート医養成研修・診断編」
 資料より抜粋・編集

【初診時】

● 本人が一人で受診した場合

- ・もの忘れの訴えをむやみに否定しないで相談にのり、状況に応じて精査するか、専門医に紹介する。

● 家族と一緒に受診した場合

- ・本人が受診について納得している場合は、通常の手順で診察する。
- ・本人が十分納得していない場合は、まず本人とゆっくり話して気持ちを聴き、診察の同意を得てから診察する。

【通院中】

● かかりつけ医が本人の様子で気づいた場合

- ・家族などから情報を集めて、本人の了解を得た上で精査するか、専門医に紹介する。

利き腕

介護の手間を考える上で、必ず記入されたい。

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る。

体重の変化は、栄養状態の把握の目安となる。

(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：_____ 3%程度の増減が目安)
 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)

①過去6ヶ月程度の体重の維持(概ね3%未満)、②BMI < 体重(kg)/身長(m)² > 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、食事摂取量、食欲、顔色や全身状態(浮腫、脱水、褥瘡などがない状態)から、総合的に栄養状態が良いと判断される状態。これ以外は「不良」となる。

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 □介助があわざっている □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 (食事の項目は一次判定に反映されるため必ず記入されたい。)

(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 □期待できなし 現在の状態から概ね3~6ヶ月、介護保険サービスやその他の高齢者に対するサービスを利用した場合の生活の維持改善の見通しを記入されたい。

(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 □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 □老人保健施設 □介護医療院 □その他の医療系サービス(_____)
 □特記すべき項目なし

(6) サービス提供時における医学的観点からの留意事項 (該当するものを選択するとともに、具体的に記載)

- 血圧 (_____) □摂食 (_____) □嚥下 (_____)
 □移動 (_____) □運動 (_____) □その他 (_____)
 □特記すべき項目なし

(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

他の項目で記入しきれなかったことなどを記入されたい。

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見守りに影響を及ぼす疾病の状況等の留意点を含め記載して下さい。特に、介護に要する手間に影響を及ぼす事項について記載して下さい。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。(情報提供書や障害者手帳の申請に用いる診断書等の写しを添付して頂いても結構です。)

- ①特記すべき事項に追加することがない場合
 例)・特記すべきことはない。
- ②介護認定審査会委員に対して情報を伝える目的の場合
 例)・パーキンソン病の症状の日内変動が著しい。
 ・めまいによって不安感が増強されている。
- ③ケアマネジャーに対して情報を伝える目的の場合
 例)・日中独居であり、デイサービスの利用が望ましい。
 ・左半身完全麻痺のため、座位保持が困難で、移動、入浴等は全介助が必要である。
 ・認知症の進行により、家中に閉じこもりがちのため、通所サービスによる社会との接触が必要である。
 ・介護への抵抗、昼夜逆転が頻発し、在宅介護は限界に来ている。
- ④申請者の情報提供を希望する場合
 例)・(市町村など保険者に対して)要介護認定結果の通知をお願いしたい。
 ・(ケアマネジャーに対して)初回のケアプラン(介護サービス計画)の提供を希望する。

(5) 身体の状態

- 四肢欠損～その他皮膚疾患があれば部位を記入されたい。また、程度は医学的重症度ではなく、介護の手間がどの程度必要かの観点で判断されたい。

四肢欠損	腕・足・指等について、欠損が生じている状態。
麻痺	主に神経系の異常によって起こった筋力低下、あるいは随意運動の障害。
筋力の低下	麻痺以外の原因による、随意運動に支障のある筋力の低下。
関節の拘縮	皮膚・筋肉等の関節構成体以外の軟部組織の変化による、関節の可動域制限。
関節の痛み	日常生活に支障をきたす程度の関節の痛みがある状態。
失調 不随意運動	運動の遂行に必要な筋肉の協調が失われた状態。個々の筋力は正常でありながら、運動が稚拙であることが特徴。意思や反射によらずに出現する、目的に添わない運動。
褥瘡	持続的圧迫等による局所の循環障害によって生じる阻血性壞死。
その他の皮膚疾患	褥瘡以外で身体介助、入浴等に支障のある皮膚疾患がある状態。

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	自分だけで屋外を歩いている状態。歩行補助具や装具・義足を用いている場合も含む。外出するように促しが必要でも、屋外は1人で歩いている場合も含む。
介護があればしている	介護者と一緒に屋外を歩いている状態。直接介助されている場合だけでなく、そばで見守っている場合も含む。
していない	屋外歩行をしていない状態。歩こうとすれば歩けるが実際は歩いていない場合や、訓練の時だけ屋外歩行をしている場合を含む。また、車いすで屋外を移動している場合等を含む。

・車いすの使用

車いす（電動車いすも含む）を常時使っている場合だけでなく、例えば外出時だけの使用や、病院や通所施設等だけで使用している場合も含む。

用いていない	全く使用していない状態。
主に自分で操作	車いすを用いることがあり、その場合は主に自分だけで操作（駆動）している状態。主に室内での状態で判断し、例えば室内は自分でこいでいるが、屋外は後ろから押してもらっている場合なども含む。
主に他人が操作	車いすを用いていることがあり、その場合は主に他人に操作（押してもらう等）してもらっている状態。操作時に見守りを必要とする場合を含む。

・歩行補助具（杖・シルバーカー等）・装具の使用

室内・屋外の両方で使用している場合は、両方の□にチェックされたい。義足の使用は含まない。

使用していない	日常生活では、歩行補助具も装具も全く使用していない状態。訓練歩行の時だけ使っている場合も含む。
屋外で使用	日頃の屋外歩行の時に使用している状態。例えば遠出の時だけの使用のように、時々使用している場合も含む。
室内で使用	日頃の屋外歩行の時に使用している状態。例えば家事の時だけの使用のように、特定の生活行為を行う時のみ使用している場合も含む。

(2) 栄養・食生活

高齢者では、慢性的なエネルギー・たんぱく質等の補給不足による「低栄養」が、筋力や身体機能の低下、感染症や褥瘡等を誘発し、生活機能の低下をきたす。要介護状態の改善及び重度化の予防の観点から、情報を提供されたい。

・食事行為

自立ないし何とか自分で食べられる	自分1人で、ないし、見守りや励まし、身体的援助によって、自分で食べることができる。
全面介助	他の者の全面的な介助が必要である。

・現在の栄養状態

目安を基に判断し、医学的観点から、改善に向けた留意点について、()内に記入されたい。

(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

- 介護の手間や介護に要する時間に影響のある代表的な状態とその対処方針を記入されたい。
- 必要なサービス量を判定する目安にもなることに留意されたい。

③ 尿失禁に関しては、「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るので、現時点で尿失禁が起こっている場合と発生の可能性が高い場合に□にレ印を付けられたい。

④ 現在あるか、または今後6ヶ月以内に発生の高い状態があれば、□にレ印を付けられたい。

(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し

傷病の症状としての見通しではなく、社会性の維持・改善の視点から判断されたい。即ち、サービスを利用した場合の「生きることの3つのレベル（生命・生活・人生）を示す下記の「心身機能・構造」、「活動」、「参加」などが、包括された生活機能の維持・改善の見通しについて、該当する□にレ印を付けられたい。

「心身機能・構造」とは、体や心の働きと体の部分。

「活動」とは、歩くことや身の回りの動作や家事などの生活行為。

「参加」とは、家庭生活や社会の中で役割を果たすこと。

(5) 医学的管理の必要性

医学的観点からみて、必要と思われる医療系サービスを選択されたい。各サービスには、予防給付で提供されるものも含む。特に必要性が高いと判断されるサービスについては、項目に下線を引かれたい。なお、この欄は、サービスに関する指示書に代わるものではない。

「訪問歯科診療」・「訪問歯科衛生指導」については、口腔内の状態（歯の崩壊や喪失状態、歯の動搖や歯肉からの出血の有無、義歯の不適合など）をもとに判断されたい。

「その他の医療系サービス」には、通院や入院による治療、地域支援事業の訪問型介護予防や機能訓練、保健所による保健指導等も含む。また、現在、申請者が利用していなかったり、地域に該当するサービスが無かつたりする場合でも、必要と思われればチェックされたい。

(6) サービス提供時における医学的観点からの留意事項

血圧管理、摂食、嚥下機能（咀嚼、嚥下から食塊が胃に至るまでの機能）、運動負荷を伴うサービスについての留意事項を、具体的に記入されたい。移動については歩行に限らず、居室とトイレの移動、ベッドから車いすへの移乗等も含めて、留意事項があれば具体的に記入されたい。

介護サービスが、医療職のいない状況で提供される場合が多いことを考慮し、不安感を助長させないよう、医学的観点からの適切な助言を（ ）内に記入されたい。

(7) 感染症の有無

介護の現場における二次感染を予防する観点から、日常の診療から知り得た感染症に関する情報を記入されたい。また、この項目は新たな検査を求めるものではない。

5. 特記すべき事項 ※二次判定の重要な根拠となることに留意して記入されたい。

①他の項目で記入しきれなかつたことや選択式では表現できないことを簡潔に記入されたい。

②日常の診療内容から、介護の手間及び状態の維持・改善の可能性に対して、量的・質的にどの程度影響を及ぼすかが記入のポイントである。

③医療のニーズ、疾病の進行、認知症の程度、生活機能の状態、口腔内の状況、療養の様子、リハビリテーションの目標、生活や家族環境など、介護認定審査会における審査判定やケアプラン（介護サービス計画）作成、或いはサービスを受ける上で重要と考えられる事項があれば、その情報を記入（提供）されたい。

④なお、情報提供書や身体障害者申請診断書等の写しを添付する場合は、情報提供者の了解をとるようにされたい。

⑤また、市区町村に対して申請者の要介護認定結果の通知を依頼する場合、ケアマネジャーに対して申請者のケアプラン（介護サービス計画）の提供を希望する場合は、各々その旨を記入されたい。但し、市区町村ごとに取扱いが異なる場合があるので、詳細は申請者の市区町村に問合せされたい。



大阪府医師会
(地域医療2課)

〒543-8935 大阪市天王寺区上本町 2-1-22

TEL 06-6763-7002 FAX 06-6765-3737

URL <http://www.osaka.med.or.jp>

<令和4年3月>