



---

# 介護認定審査会委員研修 及び主治医研修

- ・令和5年12月16日
- ・秋田県医師会 理事
- ・小野崎圭助

# 介護保険法

介護保険法とは、1997年12月に公布された法律で、要支援や要介護状態の方のために、保健医療サービスや福祉サービスの給付を行うことを目的にしている。利用者の負担や、介護する家族の負担を軽減できるようなサービスを自由に選択できるように改められ、介護を国民全体で支える新しい仕組みとして誕生した。

(介護保険制度として2000年4月に導入)

# 介護給付と保険料の推移

- 市町村は3年を1期(2005年度までは5年を1期)とする介護保険事業計画を策定し、3年ごとに見直しを行う。  
保険料は、3年ごとに、事業計画に定めるサービス費用見込額等に基づき、3年間を通じて財政の均衡を保つよう設定。
- 高齢化の進展により、保険料が2020年には6,771円、2025年には8,165円に上昇することが見込まれており、地域包括ケアシステムの構築を図る一方、介護保険制度の持続可能性の確保のための重点化・効率化も必要となっている。

| 事業運営期間 |     | 事業計画 |  | 給付(総費用額) | 保険料              | 介護報酬の改定率                     |
|--------|-----|------|--|----------|------------------|------------------------------|
| 2000年度 | 第一期 | 第一期  |  | 3.6兆円    | 2,911円<br>(全国平均) | H15年度改定<br>▲2.3%             |
| 2001年度 |     |      |  | 4.6兆円    |                  |                              |
| 2002年度 |     |      |  | 5.2兆円    |                  |                              |
| 2003年度 | 第二期 | 第二期  |  | 5.7兆円    | 3,293円<br>(全国平均) | H17年度改定<br>▲1.9%             |
| 2004年度 |     |      |  | 6.2兆円    |                  |                              |
| 2005年度 |     |      |  | 6.4兆円    |                  |                              |
| 2006年度 | 第三期 | 第三期  |  | 6.4兆円    | 4,090円<br>(全国平均) | H21年度改定<br>+3.0%             |
| 2007年度 |     |      |  | 6.7兆円    |                  |                              |
| 2008年度 |     |      |  | 6.9兆円    |                  |                              |
| 2009年度 | 第四期 | 第四期  |  | 7.4兆円    | 4,160円<br>(全国平均) | H24年度改定<br>+1.2%             |
| 2010年度 |     |      |  | 7.8兆円    |                  |                              |
| 2011年度 |     |      |  | 8.2兆円    |                  |                              |
| 2012年度 | 第五期 | 第五期  |  | 8.8兆円    | 4,972円<br>(全国平均) | 消費税率引上げに伴う<br>H26年度改定 +0.63% |
| 2013年度 |     |      |  | 9.2兆円    |                  |                              |
| 2014年度 |     |      |  | 9.6兆円    |                  |                              |
| 2015年度 | 第六期 | 第六期  |  | 10.1兆円   | 5,514円<br>(全国平均) | H27年度改定<br>▲2.27%            |
| 2016年度 |     |      |  | 10.4兆円   |                  |                              |
| 2017年度 |     |      |  | 10.8兆円   |                  |                              |
| 2020年度 |     |      |  |          | 6,771円 (全国平均)    |                              |
| 2025年度 |     |      |  |          | 8,165円 (全国平均)    |                              |

※2014年度までは実績であり、2015～2017年度は当初予算である。

※2020年度及び2025年度の保険料は全国の保険者が作成した第6期介護保険事業計画における推計値。

図表4

# 財政面

- ・医療費の増大
- ・老人福祉制度や老人保険制度は継続が難しい

## 背景

# 少子高齢化

- ・要介護高齢者の増加
- ・介護期間の長期化

# 家族状況の変化

- ・核家族化
- ・介護する家族の高齢化

# 介護認定審査会とは

市町村の附属機関として設置され、要介護者等の保健、医療、福祉に関する学識経験者によって構成される合議体です。複数の市町村が共同で設置することも可能です。

委員は市町村長が任命する非常勤の特別職の地方公務員であり、任期は2年で、再任も可能です。委員には**守秘義務**が課せられます。

介護認定審査会委員の構成や議決方法は、以下のようになっています。

1. 委員の互選により長をおく。
2. 委員の定数は5人を標準として、市町村が条令で定める数とする。
3. 委員の過半数が出席しなければ、審議の開催や議決はできない。
4. 議事は出席した委員の過半数をもって決し、可否同数の場合は長が決する

介護認定審査会は、介護保険制度において必要な介護度合いやサービスの種類を認定するための審査機関です。

地域包括支援センターに設置され、医師や看護師、社会福祉士などが参加して利用者の状況を総合的に評価します。

# 介護認定審査会の役割

介護認定審査会の役割は、介護保険制度において必要な介護度合いやサービスの種類を認定することです。

地域包括支援センターに設置され、医師や看護師、社会福祉士などが参加して、利用者の生活状況や身体機能、精神状態などを総合的に評価します。

審査の結果、介護の度合いに応じた介護サービスが認定されますが、介護の度合いが変化した場合、再認定や見直しの審査を受けることも可能です。

したがって、一度介護認定を受けて終わりではなく、適切な介護サービスを受けるために状況に応じて再審査および再認定を受けられます。

# 介護保険制度における要介護認定制度について

## 趣旨

- 介護保険制度では、寝たきりや認知症等で常時介護を必要とする状態（要介護状態）になった場合や、家事や身支度等の日常生活に支援が必要であり、特に介護予防サービスが効果的な状態（要支援状態）になった場合に、介護の必要度合いに応じた介護サービスを受けることができる。
- この要介護状態や要支援状態にあるかどうかの程度判定を行うのが要介護認定（要支援認定を含む。以下同じ。）であり、介護の必要量を全国一律の基準に基づき、客観的に判定する仕組み。

## 要介護認定の流れ

- 要介護認定は、まず、市町村の認定調査員による心身の状況調査（認定調査）及び主治医意見書に基づくコンピュータ判定を行う。（一次判定）
- 次に保健・医療・福祉の学識経験者により構成される介護認定審査会により、一次判定結果、主治医意見書等に基づき審査判定を行う。（二次判定）
- この結果に基づき、市町村が申請者についての要介護認定を行う。

# 要介護認定の流れ

申請

認定調査員等による心身の  
状況に関する調査

主治医意見書

基本調査  
(74項目)

特記事項

要介護認定基準時間の算出  
状態の維持・改善可能性の評価

(コンピュータによる推計)  
一 次 判 定

介護認定審査会による審査

二 次 判 定

要介護認定



# 介護保険と医療保険の違い

- ① 要介護認定による給付額制限  
（医療は原則無制限）
  
- ② 給付内容決定権の相違  
（医療 ⇒ 医師、介護 ⇒ 本人・家族）

# 主治医意見書

介護保険の被保険者が保険によるサービスを利用するためには、介護の必要性の有無やその程度等についての認定(要介護認定)を保険者である市町村から受ける必要がある。

介護保険法では、要介護認定の申請を受けた市町村は、当該被保険者の「**身体上又は精神上的の障害(生活機能低下)の原因である疾病又は負傷の状況等**」について、申請者に主治医がいる場合には、主治医から意見を求めることとされています。主治医意見書は、申請者に主治医がいる場合には、主治医がこの意見を記入する。

要介護認定の結果如何によって、申請を行った高齢者は介護保険によるサービスを利用できるかどうか、また利用できる場合には在宅サービスの上限や施設に支払われる報酬が決定されることとなるものですから、**審査判定に用いられる資料である主治医意見書の役割**は極めて大きいものです。介護認定審査会では、医療関係者以外の委員もその内容を理解した上で審査判定を行うこととなりますので、なるべく難解な専門用語を用いることは避け、わかりやすく記入してください



# かかりつけ医としての役割

- 居宅療養管理指導（継続的な医学的管理と医療情報提供）
- 主治医意見書作成（認定調査の医学的補完）
- サービス担当者会議参加
- 訪問看護指示書の作成・リハビリ計画指示等
- その他

# 主治医意見書の

## 具体的な利用方法

- ①生活機能低下の直接の原因になっている疾病が、特定疾病に該当するかどうかの確認

(第2号被保険者の場合)

☆特定疾病(16疾病)→必ず傷病名(1)へ

- ②介護の手間がどの程度になるかの確認
- ③状態の維持・改善可能性の評価(→審査判定)
- ④認定調査による調査結果の確認・修正
- ⑤介護サービス計画作成時の利用

①第2号被保険者の場合、生活機能低下の直接の原因となっている疾病が特定疾病に該当するかどうかの確認。

申請者が**第2号被保険者(40歳以上65歳未満の場合)**は要介護状態の原因である身体上又は精神上的の生活機能低下が政令で定められた**16疾病(特定疾病)**によることが認定の要件となっています。介護認定審査会は、主治医意見書に記入された診断名やその診断の根拠として記入されている内容に基づき、申請者の生活機能低下の原因となっている疾病がこの特定疾病に該当していることを確認します。その上で、介護の必要度等について、65歳以上の方と同様に審査及び判定を行います。従って、**特定疾病に該当している場合の診断根拠については、本主治医意見書内に記入してください。**

## ②介護の手間がどの程度になるのかの確認 (介護の手間に係る審査定)

介護認定審査会ではまず心身の状況に関する74項目の調査項目と主治医意見書に基づく一次判定結果を原案として介護の手間に係る審査判定を行います。審査判定にあたっては、認定調査票の特記事項や主治医意見書に記入された医学的観点からの意見等を加味して、介護の手間の程度や状況等を総合的に勘案することとなりますので、必要に応じて一次判定結果は変更されます。従って、**介護の手間の程度や状況等について具体的な状況を挙げて記入してください。**

### ③状態の維持・改善可能性の評価(状態の維持・改善に係る審査判定)

介護認定審査会における介護の手間に係る審査判定において「要支援2」「要介護1」「要介護認定等基準時間が32分以上50分未満である状態(当該状態に相当すると認められないものを除く。)又はこれに相当すると認められる状態」と判定された者に対しては、続いて状態の維持・改善可能性に係る審査判定を行い、「要支援2」「要介護1」のいずれの要介護状態等区分に該当するかを判定する。審査判定にあたっては、認定調査項目や、特記事項、主治医意見書に記入された医学的観点からの意見等を加味して、心身の状態が安定していない者や認知症等により予防給付の利用に係る適切な理解が困難な者を除いた者を「要支援2」と判定することとなります。

## ④ 認定調査による調査結果の確認・修正

認定調査員による認定調査は、通常は1回の審査に対して1回行うこととされており、また、認定調査員の専門分野も医療分野に限らず様々です。

従って、申請者に対して長期間にわたり医学的管理を行っている主治医の意見の方が、より申請者の状況について正確に把握していることが明らかかな場合には、介護認定審査会は認定調査員の調査結果を修正し、改めて一次判定からやり直すこととなります。



## ⑤介護サービス計画作成時の利用

介護サービス計画作成に際し、介護サービスを提供するにあたっての医学的観点からの意見や留意点等についての情報を、申請者等の同意を得てサービス提供者に提供することになります。

サービス提供時の医学的観点からの留意点や禁忌等は主治医意見書の記載内容のみから判断されるものではありませんが、**介護サービス計画作成等に有用となる留意点をお分かりになる範囲で具体的に記入してください。**

# 記入上の全般的留意事項

- ① 記入は原則として主治医が直接行う  
(基本的にはサインは、直筆で)
- ② 記入は原則として、インクかボールペンを使用
- ③ 口の訂正は、原則として修正液※
- ④ あくまでも、介護時間の点から参考になると思われる意見を中心に記載
- ⑤ OCR読み取り採用の意見書は、欄外記入は注意  
(読み取らない場合がある)
- ⑥ 次回の意見書作成の事も考慮して、コピーをとっておく

※市町村により修正方法が異なるため、市町村にご確認いただきたい。



戻る(R)



メインへ(M)

## 主治医意見書

記入日 令和04年01月04日

氏名 秋田 太郎



登録(S)



印刷(P)

申請者 傷病1 傷病2 特別な医療 心身1 心身2 生活1 生活2 生活3 生活4 特記 請求 医療機関

## 申請者

氏名 秋田 太郎

ふりがな あきた たろう

性別  男  女

生年月日 昭和 35年 6月 22日 年齢 61 歳 (記入日時点)

郵便番号 013 - 0502

住所 秋田県横手市大森町袴形

電話番号 0182 - 56 - 4111

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

最終診察日： 令和 年 月 日

記入日： 令和 4年 1月 4日

作成回数  初回  2回目以上他科受診の有無  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 (  ) (6文字以内)

# 「介護サービス計画作成等」

## の想定する範囲

- 1) 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
- 2) 地域ケア会議における個別事例の検討
- 3) 施設入所の検討の資料
- 4) 認知症日常生活自立度を基準とした加算
- 5) レセプト情報等との連結解析や国保データベースシステムでの利活用による保険者支援

# 主治医意見書

介護サービス計画に利用の同意を求める項目は、必ずチェックする。主治医の守秘義務にかんする問題はない

- 医療機関所在地はゴム印でも可
- 医師名は、医師本人の**自署が原則**
- 自署があれば、押印は必要なし

|   |  |       |       |       |
|---|--|-------|-------|-------|
| 申請者   | _____  | 女     | _____ | _____ |
| 年齢  | _____  | 歳     | _____ | ( )   |
| 上記の中<br>主治医として、<br>医師氏名<br>医療機関名<br>医療機関所在地 | _____  | _____ | _____ | _____ |
|   | _____  | 電話    | ( )   | _____ |
|   | _____  | FAX   | ( )   | _____ |
| (1) 最終診察日                                   | 平成   | 年     | 月     | 日     |
| (2) 意見書作成回数                                 | <input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 2回目以上   |       |       |       |
| (3) 他科受診の有無                                 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無<br>(有の場合)→ <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 小児科<br><input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> リハビリ科 |       |       |       |

最終診察日は、記入直前の診察日を入れる(1ヶ月以内の診察が好ましい)

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 | _____ | 発症年月日 | (昭和・平成 | 年     | 月     | 日頃)   |
| 1.   | _____ | _____ | _____  | _____ | _____ | _____ |
| 2.   | _____ | _____ | _____  | _____ | _____ | _____ |
| 3.   | _____ | _____ | _____  | _____ | _____ | _____ |

(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治療内容を今般治療内容

図表20



- 申請者
- 傷病 1
- 傷病 2
- 特別な医療
- 心身 1
- 心身 2
- 生活 1
- 生活 2
- 生活 3
- 生活 4
- 特記
- 請求
- 医療機関

1. 傷病に関する意見

診断名（特定疾病または障害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.  特定疾病 発症年月日 (  年  月  日頃 )
- 2.  特定疾病 発症年月日 (  年  月  日頃 )
- 3.  特定疾病 発症年月日 (  年  月  日頃 )

症状としての安定性

- 安定
- 不安定
- 不明
- 

具体的な

特定疾病(16疾病)

# 特定疾病①

- ①がん(がん末期)
- ②関節リウマチ
- ③筋萎縮性側索硬化症
- ④後縦靱帯骨化症
- ⑤骨折を伴う骨粗鬆症
- ⑥初老期認知症(アルツハイマー型認知症  
脳血管性痴呆、レビー小体型認知症)
- ⑦進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核  
変性症、パーキンソン病(関連疾患)
- ⑧脊髄小脳変性症

## 特定疾病②

- ⑨ 脊椎管狭窄症
- ⑩ 早老症（ウェルナー症候群）
- ⑪ 多系統萎縮症
- ⑫ 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症  
糖尿病性網膜症
- ⑬ 脳血管疾患（脳出血、脳梗塞）
- ⑭ 閉塞性動脈硬化症
- ⑮ 閉塞性肺疾患（COPD）
- ⑯ 変形性関節症（膝・股関節の変形）



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・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) |

(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)

- ・ 診断名は、出来れば**機能障害名**も合わせて記入(例.脳血管障害による右片麻痺)
- ・ 第2号被保険者は、**生活機能低下**の直接原因になっている**特定疾病**を記入する
- ・ 特定疾病はの診断は、「**特定疾病の症候・ 所見のポイント**」を参考に「**特定疾病にかかる診断基準**」に従って記入(診断上の主な所見は、(3)へ記入のこと)
- ・ 傷病名が**4種類以上**ある場合は、主な傷病名以外は「**その他特記すべき事項**」の項目に記入のこと
- ・ **再発作**の場合は、**一番最近の発作名**を記入

(3) 他科又診の有無  
精神科 外科 整形外科 脳神経外科 皮膚科 泌尿器科  
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)

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

「**不安定**」: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(具体的な状況を下段に記入)  
 「**安定**」:現在の全身状態から急激な変化が見込まれない時

発症 (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]



戻る(R)



メインへ(M)

# 主治医意見書

記入日 令和04年01月04日

氏名 秋田 太郎



登録(S)



印刷(P)

- 申請者
- 傷病 1
- 傷病 2
- 特別な医療
- 心身 1
- 心身 2
- 生活 1
- 生活 2
- 生活 3
- 生活 4
- 特記
- 請求
- 医療機関

## 1. 傷病に関する意見 (続き)

障害の直接の原因となっている傷病の経過及び投薬内容を含む治療内容

傷病または  
特定疾病の経過

| 薬剤名                     | 用量                   | 用法                   |       |
|-------------------------|----------------------|----------------------|-------|
| 1. <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | →行クリア |
| 2. <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | →行クリア |
| 3. <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | →行クリア |
| 4. <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | →行クリア |
| 5. <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | →行クリア |
| 6. <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | →行クリア |
| 7. <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | →行クリア |
| 8. <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | →行クリア |

傷病または特定疾病の経過 と 薬剤名はトータルで560文字かつ11行しか入力できません。(現在 0文字 0行)

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   | 平成 年 月 日  |
| (2) 意見書作成回数 | <input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 2回目以上  |
| (3) 他科受診の有無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無<br>(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<br><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 ( ) |

### 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)

- ・ 投薬内容は、出来るだけ介護に直接関係の深いものを中心に
- ・ 主傷病名以外についての投薬でも、介護上留意すべき薬剤や相互作用の可能性のある薬剤の投薬を受けている場合、ここに記入
- ・ あくまで**介護に関する疾病**の経過という点で記載
- ・ 特に変化がなくとも、審査会で主傷病の経過や医療の必要性についてある程度の経過記載は必須
- ・ 出来るだけ、専門用語等は避けて平易な言葉で記入



戻る(R)



メインへ(M)

# 主治医意見書

記入日 令和04年01月04日  
氏名 秋田 太郎



登録(S)



印刷(P)

申請者 傷病1 傷病2 特別な医療 心身1 心身2 生活1 生活2 生活3 生活4 特記 請求 医療機関

## 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

背景色が黄色の項目は「訪問看護指示書」作成に必要な項目です。  
背景色が黄色の項目は「主治医意見書」では印刷されません。

点滴の管理

輸液ポンプ

中心静脈栄養

透析

自動腹膜灌流装置

透析液供給装置

ストーマの処置

人工膀胱

酸素療法

<  > l/min

レスピレーター

<  : 設定  >

気管切開の処置

吸引器

疼痛の看護

経管栄養

<  : チューブサイズ 、 日に1回交換 >

気管カニューレ (サイズ )

その他 (その他の装着・使用医療機器) <  >

### 特別な対応

モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等)

褥瘡の処置

### 失禁への対応

カテーテル

留置カテーテル: 部位

サイズ 、 日に1回交換

(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]

以下の条件の下に行われた各12項目の診療補助行為をチェックする

- ① 過去2週間以内(概ね月2回以上の解釈でよい)
- ② 医師の指示
- ③ 看護師等(医師を含む)による行為
- ④ 継続的に実施されているもの

但し、「医師でなければ行えない行為」、「家族・本人が行える類似の行為」は含まれない

2. 特別な医療 (過去14日間) (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



戻る(R)



メインへ(M)

# 主治医意見書

記入日 令和04年01月04日

氏名 秋田 太郎



登録(S)



印刷(P)

申請者 傷病1 傷病2 特別な医療 心身1 心身2 生活1 生活2 生活3 生活4 特記 請求 医療機関

## 3. 心身の状態に関する意見

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

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

認知症の行動・心理症状(BPSD) (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 (  )

その他の精神・神経症状

無  有

(有の場合) → 専門医受診の有無  有  (15文字以内)  無

## 障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準

|       |          |  |
|-------|----------|--|
| 生活自立  | ランク<br>J | <p>何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 交通機関等を利用して外出する</li> <li>2. 隣近所へなら外出する</li> </ol>                            |
| 準寝たきり | ランク<br>A | <p>屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する</li> <li>2. 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている</li> </ol> |
| 寝たきり  | ランク<br>B | <p>屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが、座位を保つ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 車いすに移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う</li> <li>2. 介助により車いすに移乗する</li> </ol>       |
|       | ランク<br>C | <p>1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 自力で寝返りをうつ</li> <li>2. 自力では寝返りもうたない</li> </ol>                                  |



### 認知症高齢者の日常生活自立度判定基準

| ランク   | 判断基準  | 見られる症状・行動の例  | 判断にあたっての留意事項及び提供されるサービスの例   |
|-------|---|--|---|
| I     | 何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。                  |  | 在宅生活が基本であり、一人暮らしも可能である。相談、指導等を実施することにより、症状の改善や進行の阻止を図る。   |
| II    | 日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。 |  | 在宅生活が基本であるが、一人暮らしは困難な場合もあるので、日中の居宅サービスを利用することにより、在宅生活の支援助と症状の改善及び進行の阻止を図る。  |
| II a  | 家庭外で上記 II の状態がみられる。                                   | たびたび道に迷うとか、買物や事務、金銭管理等それまでできたことにミスが目立つ等  |   |
| II b  | 家庭内でも上記 II の状態がみられる。                                  | 服薬管理ができない、電話の応対や訪問者との対応等一人で留守番ができない等   |   |
| III   | 日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。            |  | 日常生活に支障を来たすような行動や意思疎通の困難さがランク II より重度となり、介護が必要となる状態である。「ときどき」とはどのくらいの頻度を指すかについては、症状・行動の種類等により異なるので一概には決められないが、一時も目を離せない状態ではない。<br>在宅生活が基本であるが、一人暮らしは困難であるので、夜間の利用も含めた居宅サービスを利用しこれらのサービスを組み合わせることによる在宅での対応を図る。 |
| III a | 日中を中心として上記 III の状態が見られる。                              | 着替え、食事、排便、排尿が上手にできない、時間がかかる。<br>やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声、奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等 |   |
| III b | 夜間を中心として上記 III の状態が見られる。                              | ランク III a に同じ  |   |
| IV    | 日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。       | ランク III に同じ  |   |
| M     | 著しい精神症状や周辺症状あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。               | せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する周辺症状が継続する状態等  | ランク I～IV と判定されていた高齢者が、精神病院や認知症専門棟を有する老人保健施設等での治療が必要となったり、重篤な身体疾患が見られ老人病院等での治療が必要となった状態である。専門医療機関を受診するよう勧める必要がある。  |





戻る(R)



メインへ(M)

# 主治医意見書

記入日 令和04年01月04日  
氏名 秋田 太郎



登録(S)



印刷(P)

申請者 傷病1 傷病2 特別な医療 心身1 心身2 生活1 生活2 生活3 生活4 特記 請求 医療機関

## 3. 心身の状態に関する意見 (続き)

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  )

利き腕については、出来るだけ記入  
(特に片麻痺等の場合は必須)

- ・ 身長・ 体重は必ず記載
- ・ 具体的測定が困難であれば、肥満・ 痩せ等の記載でも可
- ・ 主に3%程度の増減を目途

(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: \_\_\_\_\_)  
 失調・不随意運動 ・ 上肢  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)

主治医意見書では、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)

4. 生活機能とサービスに関する調査

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)、褥瘡、皮膚疾患が除外されたため、主治医の意見が重要

(1) 移動

|                    |                                 |                                      |                                      |
|--------------------|---------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| 屋外歩行               | <input type="checkbox"/> 自立     | <input type="checkbox"/> 介助があればしている  | <input type="checkbox"/> していない       |
| 車いすの使用             | <input type="checkbox"/> 用いていない | <input type="checkbox"/> 主に自分で操作している | <input type="checkbox"/> 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) | <input type="checkbox"/> 用いていない | <input type="checkbox"/> 屋外で使用       | <input type="checkbox"/> 屋内で使用       |

(2) 栄養・食生活

|         |   |                               |
|---------|---|-------------------------------|
| 食事行為    | <input type="checkbox"/> 自立ないし何とか自分で食べられる | <input type="checkbox"/> 全面介助 |
| 現在の栄養状態 | <input type="checkbox"/> 良好               | <input type="checkbox"/> 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



戻る(R)



メインへ(M)

# 主治医意見書

記入日 令和04年01月04日

氏名 秋田 太郎



登録(S)



印刷(P)

申請者 傷病1 傷病2 特別な医療 心身1 心身2 生活1 生活2 生活3 生活4 特記 請求 医療機関

## 4. 生活機能とサービスに関する意見

### 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  用いていない  屋外で使用  屋内で使用

### 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



戻る(R)



メインへ(M)

# 主治医意見書

記入日 令和04年01月04日  
氏名 秋田 太郎



登録(S)



印刷(P)

申請者 傷病1 傷病2 特別な医療 心身1 心身2 生活1 生活2 生活3 生活4 特記 請求 医療機関

## 4. 生活機能とサービスに関する意見 (続き1)

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

病態 →具体的な病態および対処方針 (各30文字以内) トータルでは45文字しか印刷されません。

- 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 < [ ] > < [ ] >

4. 生活機能とサービスに関する意見

(1) 移動

屋外歩行

車いすの使用

歩行補助具・装具の使用(複数選択可)

(2) 栄養・食生活

食事行為

現在の栄養状態

→ 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) 医学的管見(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等の医療系サービス ( )

(6) サービス提供開始からの留意事項

・血圧 特になし ( )

・歩行 特になし ( )

・排泄 特になし ( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

良好: ①過去6ヶ月の体重の維持(概ね3%未満)

②BMI 18.5以上

③血清アルブミン値 3.5g/dl以上

すべて  
該当す  
る状態

不良: 上記の項目に、一つでも該当しない場合

上記の指標が入手出来ない場合、総合判断

およそ6ヶ月以内に発生する可能性

・どの選択肢も高齢者には発生率の高い病態であるが、安易にチェックすることだけは注意

発生時の対応だけでなく、予防的に対処に対するアドバイスもあれば親切

失禁の有無は、介護に直接大きな影響を及ぼす項目のため、出来る限り慎重に判断

・原則として、この対処方針によって要介護度が変わることは少なく、介護サービス計画の参考になる項目である

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。)

図表25

4. 生活機能とサービスに関する意見 (続き2)

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

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。)

|   |                                      |   |   |
|---|--------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> 訪問診療                                 | <input type="checkbox"/> 訪問看護        | <input type="checkbox"/> ※看護職員の訪問による相談・支援 | <input type="checkbox"/> 訪問歯科診療               |
| <input type="checkbox"/> 訪問薬剤管理指導                             | <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション | <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護         | <input type="checkbox"/> 訪問歯科衛生指導             |
| <input type="checkbox"/> 訪問栄養食事指導                             | <input type="checkbox"/> 老人保健施設      | <input type="checkbox"/> 介護医療院            | <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション          |
| <input type="checkbox"/> その他の医療系サービス ( <input type="text"/> ) |                                      |   | <input checked="" type="checkbox"/> 特記すべき項目なし |

下線を引くときは、引きたい項目の文字の上をクリックしてください。  
※平成30年10月より「看護職員の訪問による相談・支援」は未使用項目です。(印刷されません。)

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)  
(各30文字以内。「その他」は50文字)

|                              |                          |
|------------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> 血圧  | < <input type="text"/> > |
| <input type="checkbox"/> 摂食  | < <input type="text"/> > |
| <input type="checkbox"/> 嚥下  | < <input type="text"/> > |
| <input type="checkbox"/> 移動  | < <input type="text"/> > |
| <input type="checkbox"/> 運動  | < <input type="text"/> > |
| <input type="checkbox"/> その他 | < <input type="text"/> > |

特記すべき項目なし





戻る(R)



メインへ(M)

# 主治医意見書

記入日 令和04年01月04日

氏名 秋田 太郎



登録(S)



印刷(P)

申請者 傷病1 傷病2 特別な医療 心身1 心身2 生活1 生活2 生活3 生活4 特記 請求 医療機関

## 4. 生活機能とサービスに関する意見 (続き3)

感染症の有無 (有の場合は具体的に記入してください) (30文字以内)

無

有



不明

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 ( )

→ 対処方針 ( )

概ね3~6ヶ月以内の見通し

(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

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点

・血圧 特になし あり ( )

特になし あり ( )

・摂食 特になし あり ( )

・嚥下 特になし あり ( )

(7) 感染症の有無 (有の )

無

有 ( )

特に必要性の高いと思われる項目に、下線を入れることを忘れずに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

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

「看護職員の訪問による相談・支援」(居宅療養管理指導)が、追加された

### 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。)

**(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  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  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**

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)



# 主治医意見書

記入日 令和04年01月04日  
氏名 秋田 太郎



申請者 傷病1 傷病2 特別な医療 心身1 心身2 生活1 生活2 生活3 生活4 特記 請求 医療機関

## 5. その他特記すべき事項

### その他特記すべき事項

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。

(400文字または9行以内)

ここは大切・しっかり記入を

以下の項目は「主治医意見書」の必須項目ではありません。

特記事項選択(D)

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た『介護の必要度』  減少  変化なし  増加

長谷川式 =  点 ( 令和  年  月 ) ( 前回  点 ( 令和  年  月 ) )

施設選択 (優先度) 1.  2.

以下の項目は、市町村によって対応が異なります。

要介護認定結果の情報提供を希望  する  しない

□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 ( )  
→ 処方針 ( )

(4)サ

- ・ 他の項目で記載しきれなかったことや、チェック式では表現出来ない事を簡潔にまとめる欄

→ 項目毎に記入

- ・ 介護認定審査会で検討する際、ここの記載内容が重要なポイントになる。出来るだけ『**介護の手間**』に反映出来るように具体的記入することがポイント
- ・ **他科の専門医の診察(精神科、皮膚科、歯科等)等**を受けるべきとの判断も記載したい
- ・ 現在受けているサービスとその理由・利用状況等も、わかる範囲で記入
- ・ 認知症でもうつ状態でも、介護の必要性の点から**出来るだけ具体的に記入**
- ・ 問題行動も、介護に時間がかかるとされる事実を、出来るだけ具体的に記入
- ・ 情報提供書や身体障害者申請診断書の写しの添付も可
- ・ 一次判定ソフトの変更で、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、**この欄の記載はより重要**

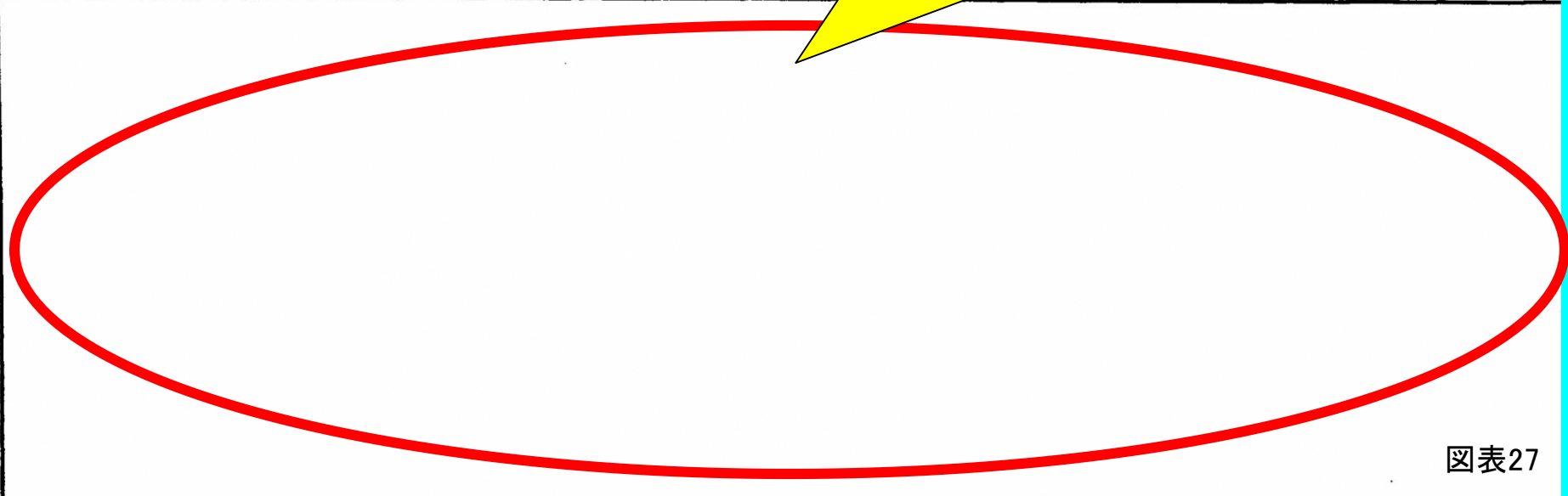
(5)サ

(6)サ

(7)サ

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お寄せください。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)





戻る(R)



メインへ(M)

# 主治医意見書

記入日 令和04年01月04日  
氏名 秋田 太郎



登録(S)



印刷(P)

申請者 傷病1 傷病2 特別な医療 心身1 心身2 生活1 生活2 生活3 生活4 特記 請求 医療機関

## 請求

以下の項目は請求書作成用の項目です (必須項目は自治体により異なります)

|       |    |   |   |   |                |  |   |   |                             |
|-------|----|---|---|---|----------------|--|---|---|-----------------------------|
| 申請日   | 令和 | 年 | 月 | 日 | 被保険者番号 (英数10桁) |  | 種別                                      | <input type="radio"/> 1. 在宅                 | <input type="radio"/> 2. 施設 |
| 作成依頼日 | 令和 | 年 | 月 | 日 | 依頼番号           |  | <input type="button" value="保険者登録(H)"/> | <input type="button" value="診察・検査内容入力(K)"/> |                             |
| 送付日   | 令和 | 年 | 月 | 日 | 保険者 (番号)       |  |   |   |                             |



戻る(R)



メインへ(M)

## 主治医意見書

記入日 令和02年09月08日  
氏名 秋田 太郎

登録(S)



印刷(P)

申請者 傷病1 傷病2 特別な医療 心身1 心身2 生活1 生活2 生活3 特記事項 請求 医療機関

## 医療機関

医師氏名  (医師番号  )

医療機関登録(D)

医療機関名 郵便番号  - 所在地 電話番号  -  - FAX番号  -  - 携帯電話番号  -  - 開設者氏名 診療所・病院区分 事業所番号  ←事業所番号を選択するには保険者を選択してください。

## 振込先情報

金融機関名 支店名 名義人 座番号  座種類

# 介護認定審査会から指摘される

## その他の留意点

- 作成期限の大幅な遅れ
- 判読不能な文字での記入
- 枠外への記載があり、読み取り不能
- 医療専門用語やアルファベットでの略語記載
- 介護度を断定的に記載
- その他



# 例1

## 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. アルツハイマー型認知症 | 発症年月日 ( 平成 24 年 月 日頃 ) |
| 2. 加齢性黄斑変性症    | 発症年月日 ( 令和 年 月 日頃 )    |
| 3. 高血圧症        | 発症年月日 ( 令和 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)  
 平成24年秋頃から物忘れが増えた。よくものをなくして一日中探したり、薬の飲み忘れが増えるようになった。畑に違う品種の苗を混ぜて植えてしまう。平成25年6月7日当院初診。改訂長谷川式23点、MMSE 24点。頭部MRIで海馬萎縮は目立たないが前頭萎縮あり。軽度認知障害として治療開始になっているが徐々に進行、発動性低下、反応速度の遅延が目立ち、免許は自主返納。その後も症状の進行が目立つ。  
 レミニールOD (12) 2T 2×朝夕食後

## 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 (失禁)

(4) その他の精神・神経症状

無 有 → 症状名: 横断傾向、失見当、失行、失語

〔専門医受診の有無 有 (精神科 科) 無〕

#### 4. 生活機能とサービスに関する意見

|   |  |                                      |  |
|---|--|--------------------------------------|--|
| (1) 移動  |  |                                      |  |
| 屋外歩行  | <input checked="" type="checkbox"/> 自立               | <input type="checkbox"/> 介助があればしている  | <input type="checkbox"/> していない           |
| 車いすの使用  | <input checked="" type="checkbox"/> 用いていない           | <input type="checkbox"/> 主に自分で操作している | <input type="checkbox"/> 主に他人が操作している     |
| 歩行補助具・器具の使用(複数選択可)  | <input checked="" type="checkbox"/> 用いていない           | <input type="checkbox"/> 屋外で使用       | <input type="checkbox"/> 屋内で使用           |
| (2) 栄養・食生活  |  |                                      |  |
| 食事行為  | <input checked="" type="checkbox"/> 自立ないし何とか自分で食べられる | <input type="checkbox"/> 全面介助        |  |
| 現在の栄養状態   | <input checked="" type="checkbox"/> 良好               | <input type="checkbox"/> 不良          |  |
| → 栄養・食生活上の留意点 (自力摂取の際は頻繁にこぼすため、介助を適宜要する)  |  |                                      |  |
| (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  |  |                                      |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> 尿失禁 <input type="checkbox"/> 転倒・骨折 <input type="checkbox"/> 移動能力の低下 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 心肺機能の低下 <input checked="" type="checkbox"/> 閉じこもり <input checked="" type="checkbox"/> 意欲低下 <input checked="" type="checkbox"/> 徘徊<br><input type="checkbox"/> 低栄養 <input checked="" type="checkbox"/> 摂食・嚥下機能低下 <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> 易感染性 <input type="checkbox"/> がん等による疼痛 <input type="checkbox"/> 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   |  |                                      |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> 期待できる   |  | <input type="checkbox"/> 期待できない      | <input type="checkbox"/> 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。)  |  |                                      |  |
| <input type="checkbox"/> 訪問診療   | <input type="checkbox"/> 訪問看護                        | <input type="checkbox"/> 訪問歯科診療      | <input type="checkbox"/> 訪問薬剤管理指導        |
| <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション  | <input checked="" type="checkbox"/> 短期入所療養介護         | <input type="checkbox"/> 訪問歯科衛生指導    | <input type="checkbox"/> 訪問栄養食事指導        |
| <input checked="" type="checkbox"/> 通所リハビリテーション   | <input type="checkbox"/> 老人保健施設                      | <input type="checkbox"/> 介護医療院       | <input type="checkbox"/> その他の医療系サービス ( ) |
| <input type="checkbox"/> 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)  |  |                                      |  |
| <input type="checkbox"/> 血圧 ( )   |  | <input type="checkbox"/> 摂食 ( )      |  |
| <input type="checkbox"/> 移動 ( )   |  | <input type="checkbox"/> 嚥下 ( )      |  |
| <input type="checkbox"/> 運動 ( )   |  | <input type="checkbox"/> その他 ( )     |  |
| <input type="checkbox"/> 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)   |  |                                      |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> 無   |  | <input type="checkbox"/> 有 ( )       | <input type="checkbox"/> 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。)

高度の記憶障害と発動性低下が目立ち、最近では会話も表面的で成立しないときもある。歩行機能の低下はいちじるしく、身の回りについては適宜援助が必要で、食事の際もこぼしてしまい円滑に摂取できないため、家族が介助している。黄斑変性による視力障害も今後目立ち出すこともあり、より直接的介護が必要になっている。簡易トイレ、医療用ベッドなども必要である。

例2

|  |   |        |
|--|---|--------|
| 申請者  | -----<br>( 74歳)   | 男<br>女 |
| 上記の申請者に関する意見は以下の通りです。<br>主治医として、本意見書 <input type="checkbox"/> ビス計画作成等に利用されることに <input checked="" type="checkbox"/> 同意する。 <input type="checkbox"/> 同意しない。 |   |        |
| (1) 最終診察日  | 令和 5年 9月 21日  |        |
| (2) 意見書作成回数  | 2回目   |        |
| (3) 他科受診   |   |        |
| 1. 傷病に関  | (1) 診断名 (9) <ul style="list-style-type: none"> <li>1. 多系統萎縮症</li> <li>2. 糖尿病</li> <li>3. _____</li> </ul> (2) 症状として<br>(「不安定」とした場合は歩行障害や構音障害) <p>歩行障害や構音障害などが進行している。</p> (3) 生活機能<br>(最近(概ね2021頃から)認め、症状は月単位の進行、突然の失神する可能性がある)  |        |
| 2. 特別な医  | (1) 診断名 (9) <ul style="list-style-type: none"> <li>1. 多系統萎縮症</li> <li>2. 糖尿病</li> <li>3. _____</li> </ul> (2) 症状として<br>(「不安定」とした場合は歩行障害や構音障害) <p>歩行障害や構音障害などが進行している。</p> (3) 生活機能<br>(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)<br>2021頃から歩行障害自覚し、1年以内に車いすレベルとなる、小脳萎縮、便秘症、神経因性膀胱、軽度認知障害を認め、症状は年単位で進行している。2023頃から首下がりがあり、むせ混みが目立ってきている。起立性低血圧：あり、突然の失神に注意が必要。泌尿器科：残尿 198ml尿路感染症のリスク高く、将来的にカテーテルでの排尿を要する可能性がある。嘔声あり、声帯機能不全、突然死リスクあり。   |        |
| 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<br>・障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度) <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input checked="" type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2<br>・認知症高齢者の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" 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<br>(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)<br>・短期記憶 <input type="checkbox"/> 問題なし <input checked="" type="checkbox"/> 問題あり<br>・日常の意思決定を行うための認知能力 <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" 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<br>・自分の意思の伝達能力 <input type="checkbox"/> 伝えられる <input checked="" type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 具体的要求に限られる <input type="checkbox"/> 伝えられない<br>(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)<br><input checked="" 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<br><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 ( )<br>(4) その他の精神・神経症状<br><input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → 症状名： _____<br>(専門医受診の有無 <input type="checkbox"/> 有 ( 科) <input type="checkbox"/> 無) |        |

(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 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 (尿路感染症と誤嚥性肺炎に注意。)

(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 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 (起立性低血圧) 摂食 (むせ混みに注意。) 嚥下 (むせ混みに注意。)

移動 (小脳失調もありふらつく) 運動 (小脳失調もありふらつく) □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

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。)

現時点で、急変時は心肺蘇生の希望がありません。

# 例3

## 主治医意見書

記入日 令和5年9月20日

|  |  |
|--|--|
| 申請者  | 女性   |
| <p>上記申請者に関する意見は以下の通りです。<br/>         主治医として、本意見書が介護計画作成に利用されることに <input checked="" type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない</p> |  |
| (1)最終診療日   | 令和 5 年 9 月 20 日  |
| (2)意見書作成回数   | <input type="checkbox"/> 初回 <input checked="" type="checkbox"/> 2回目以上  |
| (3)他科受診の有無   | <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無<br>(有りの場合) <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<br><input type="checkbox"/> 婦人科 |

## 認知症？

### 1 傷病に関する意見

(1) 診断名(特定疾病または生活機能)

- 1 高血圧症
- 2 狭心症
- 3 うっ血性心不全

(2) 症状としての安定性  
 (「不安定」とした場合、具体的な状況)

(3) 生活機能低下の直接に原因とな  
 [最近(概ね6ヶ月以内)介護に影響のあ  
 屋外は杖使用で歩行するが、ふらつ  
 認知症状が進行している、今言った  
 する。現在7'付-ビスを週1回利用し

### 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 高血圧症 発症年月日 (平成13年11月29日頃)
- 2 狭心症 発症年月日 (平成24年8月9日頃)
- 3 うっ血性心不全 発症年月日 令和2年1月6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に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]  
 屋外は杖使用で歩行するが、ふらつきがあり不安定になっている。  
 認知症状が進行している、今言ったことを忘れる、家に居ない人が見える等。服薬管理は出来ないため息子さんが管理  
 する。現在7'付-ビスを週1回利用している。家族外出時に1人で留守番不可能なためショートステイを利用希望。

2 特別な医療(過去14日間以内)

処置内容  点滴の管理  レスピレー

特別な対応  モニター測  カテーテル  
 失禁への対応

### 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(該当する項目全てでチェック：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)

(5)身体の状態

利き脚(  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  車いすの使用  歩行補助具・装具

(2)栄養・食生活  
 食事行為  現在の栄養状態  栄養・食生活

(3)現在あるか、ま  
 尿失禁  転倒  低栄養  摂食

(4)サービス利用に  
 期

(5)医学的管理の必要  
 訪問診療  訪問リハビリテ  通所リハビリテ

(6)サービス提供時  
 ・血圧  特になし  あり  
 ・摂食  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ください)  
 無  有  不明

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ご記載してください。なお、専門医等に別途意見を求めた場合はその内容、結果も記載してください。(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いただいても結構です。)

アムロジピン錠5mg「日医工」1錠  
 ジビリダモール錠25mg「トーワ」1錠

ファモチジンOD錠20mg「トーワ」1錠  
 ロングス錠10mg 1錠

メインテート錠0.625mg 1錠

ルブラック錠4mg 1錠

【用法】(1日1回 朝食後) × 60日分

デノタスチュアブル配合錠 2錠

【用法】(1日1回 朝食後)

認定結果の通知を依頼します。

5 その他特記すべき事項

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ご記載してください。なお、専門医等に別途意見を求めた場合はその内容、結果も記載してください。(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いただいても結構です。)

アムロジピン錠5mg「日医工」1錠  
 ジビリダモール錠25mg「トーワ」1錠  
 ファモチジンOD錠20mg「トーワ」1錠  
 ロングス錠10mg 1錠  
 メインテート錠0.625mg 1錠  
 ルブラック錠4mg 1錠  
 【用法】(1日1回 朝食後) × 60日分  
 デノタスチュアブル配合錠 2錠  
 【用法】(1日1回 朝食後)

認定結果の通知を依頼します。

## 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.心不全・大動脈弁狭窄症 (弁置換術後)   | 発症年月日 (平成 28 年 月 日頃) |
| 2.房室ブロック・ペースメーカー植込み   | 発症年月日 (平成 30 年 月 日頃) |
| 3.高血圧症・逆流性食道炎・右大腿骨骨折・変形性腰椎症   | 発症年月日 (不詳)           |
| (2) 症状としての安定性 <input type="checkbox"/> 安定 <input checked="" 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) 心不全で経過中のため   |                      |
| (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<br><small>【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権限等について記入】</small><br>平成28年5月6日～6月11日、6月25日～9月4日、ASiによる心不全で入院。症状安定し、平成29年5月18日より訪問診療で経過。同年11月より時々意識消失あり、検査の結果平成30年9月経カテーテル的大動脈弁置換術を行った。術後房室ブロックがありペースメーカーを留置。その後症状軽減するも、SP02が低下する時があるため在宅酸素も導入されていた。令和5年4月17日ショートステイ後、4月24日より当施設入所。月1回の訪問診療も実施しています。在宅酸素は02リットル使用していましたが、Sat (95～97%) 安定しており、5月1日より中止しています。<br><br>バファリン配合錠A81 1錠 1×朝食後 クエン酸第一鉄Na錠50mg 1錠 1×朝食後<br>オルメサルタンOD錠20mg 1錠 1×朝食後 ニトレンジピン錠10mg 1錠 1×朝食後<br>ベハイド錠4mg 1錠 1×朝食後 アゾセミド錠60mg 1錠 1×朝食後<br>メトプロロール酒石酸塩錠20mg 1錠 1×朝食後 エソメプラゾールカプセル10mg 1カプセル 1×就前 |                      |

## 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 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)   | <input checked="" 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 checked="" 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   |
| (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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 具体的な要求に限られる <input type="checkbox"/> 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)    |  |
| <input checked="" 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<br><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( ) |
| (4) その他の精神・神経症状  |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | → 症状名: ( )<br><small>(専門医受診の有無 <input type="checkbox"/>有 ( ) <input type="checkbox"/>無 )</small>   |

(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 ( 部位: \_\_\_\_\_ )  
 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: 両下肢 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 (栄養食 (心臓安全) の提供)

(3) 現在あるかまたは今後発生  
 尿失禁  転倒・骨折  低栄養  摂食・嚥下機  
 → 対処方針 (歩行器の)

**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ど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。)

(4) サービス利用による生活様式  期待できる

(5) 医学的管理の必要性 (特に)  
 訪問診療  
 訪問リハビリテーション  
 通所リハビリテーション  
 特記すべき項目なし

(6) サービス提供時における医療  
 血圧 (降圧剤の内服・管理)  
 移動 (歩行器使用)  
 特記すべき項目なし

新型コロナウイルスワクチン接種/最終接種5回目: 令和5年7月14日 (ファイザー社2価ワクチン)  
 身の回りのことは大体自立し、室内や食堂までの近距離は歩行器使用するが、長距離は車椅子移動している認知機能に関しては、年齢相応の低下はみられるが、大きな支障は見られない。

(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ど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。)

新型コロナウイルスワクチン接種/最終接種5回目: 令和5年7月14日 (ファイザー社2価ワクチン)  
 身の回りのことは大体自立し、室内や食堂までの近距離は歩行器使用するが、長距離は車椅子移動している認知機能に関しては、年齢相応の低下はみられるが、大きな支障は見られない。



# 例5

|             |   |
|-------------|---|
| (1) 最終診療日   | 平成 35 年 09 月 12 日   |
| (2) 意見書作成回数 | <input checked="" type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 2回目以上   |
| (3) 他科受診の有無 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無<br>(有の場合)→ <input checked="" type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 外科 <input checked="" 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<br><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( ) |

## 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. 腰椎すべり症  | 発症年月日 (平成 35 年 08 月 日頃)   |
| 2. 変形性膝関節症   | 発症年月日 (平成 27 年 01 月 日頃)   |
| 3.   | 発症年月日 ( )   |
| (2) 症状としての安定性  | <input checked="" type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不明<br>(「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<br>(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機関等について記入)<br>両膝痛、腰痛で投薬、注射している |   |

## 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)   | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> 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  | <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 伝えられる <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 具体的要求に限られる <input type="checkbox"/> 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)            |  |
| <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<br><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( ) |
| (4) その他の精神・神経症状  |  |
| <input checked="" 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)  |

## (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：両下肢 程度：軽 中 重）  
関節の拘縮（部位：両膝 程度：軽 中 重）  
関節の痛み（部位：両 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 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 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(内服中) )・移動 特になし あり(転倒に注意) )  
 ・摂食 特になし あり( )・運動 特になし あり(転倒に注意) )  
 ・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ど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。)

ショートステイの利用を希望している

# 例6

## 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. 廃用症候群 \_\_\_\_\_ 発症年月日(令和 5年 8月 31日頃)

2. うつ \_\_\_\_\_ 発症年月日(昭和 55年 月 日頃)

3. \_\_\_\_\_ 発症年月日(令和 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)  
 体動困難となり、8月31日より入院中。

## 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** 点滴の管理 中心静脈栄養 透析 ストーマの処置 酸素療法 レスピレータ  
気管切開の処置 疼痛の看護 経管栄養

**特別な対応** モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等) 褥瘡の処置

**失禁への対応** 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

・自分の意志の伝達能力 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) 認知症の周辺状況(該当する項目すべてチェック:認知症以外の患者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 無 有( \_\_\_\_\_ 科)]

(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: 四肢 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
- 車椅子の使用  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  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  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ください。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  老人保健施設  介護療養院
- 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ください)

- 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を更やりに影響を及ぼす疾病等の状況等の留意点を含め記載して下さい。特に、介護に関する手帳や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。)

入院前は独居であったが、ADLの低下が著しい。

情報開示希望  有  無

# 例7

## 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. <u>1. けいふ細重カ</u>  | 発症年月日 (昭和・平成・令和 <u>不詳</u> ) 年 月 日(頃)  |
| 2. <u>脳梗塞</u>  | 発症年月日 (昭和・平成・令和 <u>元</u> ) 年 <u>8</u> 月 <u>5</u> 日(頃)   |
| 3. <u>高次脳機能低下</u>  | 発症年月日 (昭和・平成・令和 <u>元</u> ) 年 <u>8</u> 月 <u>5</u> 日(頃)   |
| (2) 症状としての安定性  | <input checked="" type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不明 |
| .....<br>〔「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<br>〔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） |   |
| 上記にて入所中。<br>終日ベッド上での生活。  |   |

## 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)

|               |  |                                  |                                |  |                               |
|---------------|--|----------------------------------|--------------------------------|--|-------------------------------|
| <u>処置内容</u>   | <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 checked="" type="checkbox"/> 経管栄養 |                               |
| <u>特別な対応</u>  | <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 |  |                               |
| <u>失禁への対応</u> | <input checked="" 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) |                                  |                                |  |                               |

# 例8

## 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. <u>両変形性膝関節症</u>   | 発症年月日 | （昭和・平成・令和） | <u>2</u> 年 | <u>7</u> 月 | 日頃 |
| 2. <u>腰部脊柱管狭窄症</u>   | 発症年月日 | （昭和・平成・令和） | <u>2</u> 年 | <u>7</u> 月 | 日頃 |
| 3. <u>骨粗鬆症</u>   | 発症年月日 | （昭和・平成・令和） | <u>2</u> 年 | <u>7</u> 月 | 日頃 |
| (2) 症状としての安定性  |       |            |            |            |    |
| <input checked="" 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）   |       |            |            |            |    |
| (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<br>〔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） |       |            |            |            |    |
| 上記傷病に對し、投薬にて加療中です。   |       |            |            |            |    |
| ベネト（12.5g） 1T / 1W   |       |            |            |            |    |

## 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"/> レスビレーター                    | <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

要介護認定の結果如何によって、申請を行った高齢者は介護保険によるサービスを利用できるかどうか、また利用できる場合には在宅サービスの上限や施設に支払われる報酬が決定されることとなるものですから、審査判定に用いられる資料である主治医意見書の役割は極めて大きいものです。

手ごごろ、不適正審査は違法

適正な介護認定を行うため  
にご協力をお願いします！



ご清聴ありがとうございました。

