

主治医意見書記入の手引き「簡略版」

申請者及び主治医の基本情報

記入日 意見書の完成日を入力。ただし、要介護認定申請を受けて保険者が主治医に意見書を求めることから、必然的に申請日より後の日付となることに注意。

申請者住所：施設入所者の場合は当該施設の施設名、所在地等を記載。

医師氏名等：印鑑は不要。医療機関名及び所在地等はゴム印でも可。ただし、医師名は本人の自署が原則（介護情報基盤を用いて作成・送信する場合は不要）。

(1) 最終診察日：申請者を最後に診察した日を入力。可能な限り直近の情報を記載されたい。

(2) 意見書作成回数：意見書作成医師によって当該申請者の意見書を初めて作成する場合は「初回」、2回目以降の場合は「2回目以上」にチェック。

(3) 他科受診の有無：不明の場合は「無」として差し支えない。「有」の場合は診療科をチェック（同一医療機関でも可）。過去の受診歴であっても心身の状態の把握に重要と考えられる時は「有」として、その旨を余白等に記載。

1. 傷病に関する意見

(1) 診断名

①現在、罹患している傷病の診断名と、その発症年月日を入力。発症年月日がはっきりわからない場合は、おおよその発症年月を、全く不明の場合は「不詳」と記入する。

②「1.」（1行目）の傷病名欄には、65歳以上の第1号被保険者については、生活機能低下の直接の原因となっている傷病名を、40歳以上65歳未満の第2号被保険者については、介護を必要とさせている障害等の直接の原因となっている障害等の診断名を記載。診断上の主所見については「(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」欄に記入する。

※：生活機能とは、①体・精神の働き、体の部分である「心身機能」、②A・D・L（日常生活行為）・外出・家事・職業に関する生活行為全般である「活動」、③家庭や社会での役割を果たすことである「参加」、のすべてを含む概念。生活機能には健康状態（病気・怪我・ストレスなど）、環境因子（物的環境・人的環境・制度的環境）、個人因子（年齢・性別など）などが様々な影響する。

③生活機能低下を引き起こしている傷病が複数ある場合は、より生活機能低下を主に引き起こしていると考えられる傷病を優先する。

④4種以上の傷病に罹患している場合については、主な傷病名の記入にとどめ、必要であれば、「5. 特記すべき事項」欄に記入する。

(2) 症状としての安定性

・短期間で心身の状態が変化し、要介護度の変化が短期間（概ね6ヶ月程度）で生ずる恐れがあるものは「不安定」を選択する。具体例は下記参照。

①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で、心身の状態が不安定であり、医療系サービス等の利用を優先すべきもの

②悪性腫瘍や進行性疾患（神経難病等）により、急速に状態の不可逆的な変化が見込まれるもの

・「不安定」を選択した場合は、具体的な状況を必ず記載してください。具体例は下記参照。

①脳梗塞急性期であり、片麻痺・失語等の症状が悪化する可能性が高い

②最近、慢性気管支炎の急性増悪を繰り返しており、増悪時にはほぼ寝たきりとなり生活機能が急速に低下する

③閉塞性肺動脈硬化症による歩行障害が急速に進行しており、2～3ヶ月以内に外出困難となることが予想される

④肺がんが急速に進行しており、疼痛や呼吸機能低下により生活機能低下を生じる

⑤手術不能の痔瘻がんであり、現在は歩行可能であるが、今後短期間のうちに疼痛や衰弱により臥床状態となることが予想される

(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

①傷病の経過を簡潔に記載する

②傷病による生活機能低下の状況、介護の手間について具体的に記載する

③傷病だけでなく、老化現象や薬用性変化による生活機能低下についても記載する

④投薬内容に関しては、主要なもの、介護に影響のあるものを記載する

2. 特別な医療

過去14日間を受けた12項目の医療のうち、看護職員等が行った診療補助行為（医師が同様の行為を診療行為として行った場合を含む）について該当するものにチェック。「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。また、12項目以外の医師が行った治療行為も含まれない。

(特別な医療に該当するケース及び留意点)

①点滴の管理：実際に点滴を打ってなくても留置管を付けているだけでも可。

②中心静脈栄養：一部経口摂取の併用でも可。

③透析：方法、種類を問わない。

④ストーマ処置：ウrostomaは含まない。

⑤酸素療法：間歇的または持続的酸素療法。

⑥レスピレーター：経口・経鼻・気管切開の有無や機種によらない。

⑦気管切開の処置：チューシールの交換、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。

⑧疼痛の看護：比較的程度の重い疼痛（通知では「がん末期の疼痛コントロールが必要な状態に相当するもの」）。

⑨経管栄養：経口・経鼻・胃瘻を問わない。一部経口摂取の併用でも可。

⑩モニター測定：血圧、心拍、心電図、呼吸数、酸素飽和度のいずれか1項目以上につき24時間以上自動的にモニターを身につけた状態で継続的な測定が該当。

⑪褥瘡処置：医師に指示された褥瘡があり、それを処置した場合。なお、状況観察した上で処置が行われなかった場合でも可。

⑫カテーテル：尿失禁用機材としていずれかが行われていれば可。

(特別な医療に該当するケース及び留意点)

①点滴の管理：実際に点滴を打ってなくても留置管を付けているだけでも可。

②中心静脈栄養：一部経口摂取の併用でも可。

③透析：方法、種類を問わない。

④ストーマ処置：ウrostomaは含まない。

⑤酸素療法：間歇的または持続的酸素療法。

⑥レスピレーター：経口・経鼻・気管切開の有無や機種によらない。

⑦気管切開の処置：チューシールの交換、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。

⑧疼痛の看護：比較的程度の重い疼痛（通知では「がん末期の疼痛コントロールが必要な状態に相当するもの」）。

⑨経管栄養：経口・経鼻・胃瘻を問わない。一部経口摂取の併用でも可。

⑩モニター測定：血圧、心拍、心電図、呼吸数、酸素飽和度のいずれか1項目以上につき24時間以上自動的にモニターを身につけた状態で継続的な測定が該当。

⑪褥瘡処置：医師に指示された褥瘡があり、それを処置した場合。なお、状況観察した上で処置が行われなかった場合でも可。

⑫カテーテル：尿失禁用機材としていずれかが行われていれば可。

(5) 身体の状態

利害観：介護の手間を考慮の上で重要であり、必ず記載する。

身長・体重：おおよその数値を入力。また「過去6ヶ月程度における体重の変化」について、3%程度の増減をものにチェックする。

四肢欠損—その他の皮膚疾患：該当するものがあればチェックし、部位を記載。程度については医学的重症度ではなく、介護にどの程度影響するかの観点から、該当するものにチェック。

四肢欠損	損、腕、膝、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	関節及び皮膚、筋肉等の関節構成体以外の軟部組織の変化によって生じ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	運動の円滑な遂行には多くの筋内の協調が必要であるが、その協調が失われた状態。個々の筋内の力は正常でありながら運動が困難であることが特徴である。
不随意運動	意志や反射によらずに出現する。目的に達しない運動。多くは脳体外路系の病変によって生じる。
褥瘡	持続的圧迫および筋力による局所の循環障害によって生じる閉鎖性潰瘍。
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：下記の状態例を参考に当てはまるものにチェック。

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可。外出するには促しが必要でも、屋外は一人で歩いている場合も可。
介助があげられている	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可。
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：主に誰が操作（駆動）しているかについて、下記の状態例にあてはまるものにチェック。常時使っている場合だけでなく、外出時や、病院や通所施設等のみの使用も可。

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、例えば室内では自分だけでいるが、屋外は後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（押しもらう等）してもらっている状態。操作時に見守りが必要となる場合を含む。

・歩行補助具・装具の使用：歩行補助具（杖等）や装具を用いている状態について、下記の状態例にあてはまるものにチェック。屋内、屋外両方で使用している場合は両方にチェック。どちらか一方だけの使用の場合も可。義足（切脚の時に用いる）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。訓練歩行の時だけは使っている場合も可。
屋外で使用	日頃の屋外歩行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可。
室内で使用	日頃の室内歩行のとき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可。

(2) 栄養・食生活

要介護状態の改善及び重篤化の予防の観点から、「低栄養」に関連する要因として考えられる食事行為、総合的な栄養状態を評価する。医学的観点から栄養・食生活上の留意点を認める場合には具体的な内容を記載する。

・食事行為：食事についての程度、どのように自分でやっているかを評価する。下記の状態例にあてはまるものにチェック。

自立ないし何と自分で食べられる	自分一人で、ないし、見守り・励まし、身体的援助によって、自分で食べることができる。
全面的に介助	他者の全面的な介助が必要である。

・現在の栄養状態：下記の状態例にあてはまるものにチェック。また、医学的観点から、改善に向けた留意点について、() 内に記入する。

良好	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。上記指標が手できでない場合には、食事行為、食事摂取量（概ね3/4以上）、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好と判断される状態。
不良	①過去6ヶ月程度の体重の減少（概ね3%以上）、②BMI（体重（kg）/身長（m ² ）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。上記指標が手できでない場合には、食事行為、食事摂取量（概ね3/4以上）、食欲、顔色や全身状態（浮腫、脱水、褥瘡などがある状態）から総合的に栄養が不良又は不良となる可能性が高いと判断される状態。

【様式見本】

主治医意見書

記入日 令和 年 月 日

申請者：(ふりがな) 干 一 男 女 連絡先 ()

上記の申請者に関する意見は以下の通りです。

医師氏名 電話 ()

医療機関名 FAX ()

医療機関所在地

(1) 最終診察日 令和 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・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)の場合は、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)介護に影響があったもの、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)

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 レスピレーター 気管切開の処置 疼痛の看護 経管栄養 モニター測定（血圧、心拍、酸素飽和度等） 褥瘡の処置 カテーテル（コンドームカテーテル、留置カテーテル等）

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 カテーテル（コンドームカテーテル、留置カテーテル等）

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 いくら困難 具体的な要求に限られる 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

↓ 有 有 幻視・幻聴 妄想 昼夜逆転 暴言 暴行 介護への抵抗 徘徊

↓ 有 有 幻視・幻聴 妄想 昼夜逆転 暴言 暴行 介護への抵抗 徘徊

(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 () 科 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 (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： 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 介助があればいい 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

自分だけで屋外を歩いている状態 自立 自立ないし何とか自分で食べられる 全面的に介助が必要

現在の栄養状態 良好 不良

介護者と一緒に屋外を歩いている状態 介助がなくてもいい 介助が必要

(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

床失禁 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を3種を引いて下さい。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 訪問栄養士指導

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 ()

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。

()

3. 心身の状態に関する意見

(1) 日常生活の自立度について

「障害高齢者の日常生活自立度」および「認知症高齢者の日常生活自立度」について、裏面の判定基準を参考にして、該当するものにチェック。

適正性の意識障害等、認知症高齢者の日常生活自立度が判断不能である場合は、Mにチェックし、「1. (3)」の欄に具体的な内容を記入する。

※この項目は「おむつに係る費用の医療費控除」を受ける際の証明に活用される。

(2) 認知症の中核症状

・短期記憶：一時的には記憶に残るような直前のことについて、覚えていかどうかを評価。

・日常の意思決定を行うための認知能力（毎日の日課における判断能力を評価）：以下の状態例にあてはめチェック。

自立	日常生活において一貫した判断ができる。毎日すべきことの予定を立てたり、状況を判断できる。
いくらか困難	新しい課題や状況に直面した時により判断に多少の困難がある。
見守りが必要	判断力が低下し、毎日の日課をこなすにも回数や見守りが必要になる。
判断できない	ほとんどまたは全く判断しないが、判断する能力が著しく低い。

・自分の意思の伝達能力（会話に限らず、筆談・手話あるいはその組合せで表現される内容で評価しても可）：以下の状態例にあてはめチェック。

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ため、応対に時間がかかる。自分の意思を理解させるのに多少、相手の促しを要することもある。
限られる	時々自分の意思を伝えることができるが、基本的な要求（飲食、睡眠、トイレ）に限られる。
伝えられない	ほとんど伝えられない。または、限られた者へのみ理解できるサインのみ。

(3) 認知症の行動・心理症状（BPSD）：認知症の周辺症状の有無について、下記の定義を参考にしてチェック。

幻聴とは、聴覚領域の幻覚の一種。実際には聴覚刺激がないのに、音や声が聞こえると感じるもの。

妄想とは、現実から生じた判断の誤り、実際にはあり得ない不合理な内容を、正常を超えた訂正不能な主観的確信をもって信じていること。これに対し、訂正可能である場合は錯覚という。

昼夜逆転 夜間不眠の状態が何日間も続いたり、明らかに昼夜が逆転し、日常生活に支障が生じている状態。

暴言 言語的暴力をいう。

暴行 物理的暴力をいう。

介護への抵抗 介護者の助言や介護に抵抗し、介護に支障がある状態。単に助言に従わない場合は含まない。

徘徊 個別的に、目的も当てもなく歩き回る状態。認知症だけでなく心因性の悪癖からの逃避的行為やその他急性精神障害等でもみられる。

火の不始末 たばこの火、ガスコンロあらゆる火の始末や火元の管理ができない状態。

不潔行為 排泄物を弄んだり撒き散らす場合等を含む。体が清潔でないことは含まれない。

異食行動 飲食異常の一種。正常では忌避するような物体、味に対して特に異常な食欲や嗜好を示すこと。

性的問題行動 周囲が不快を感じる行為と判断される性的な問題行動。

(3) 認知症の行動・心理症状（BPSD）の定義

幻視・幻聴	幻視とは、視覚に関する幻覚。外界に実在しないのに、物体、動物、人の顔や姿等が見えること。幻聴とは、聴覚領域の幻覚の一種。実際には聴覚刺激がないのに、音や声が聞こえると感じるもの。
妄想	現実から生じた判断の誤り、実際にはあり得ない不合理な内容を、正常を超えた訂正不能な主観的確信をもって信じていること。これに対し、訂正可能である場合は錯覚という。
昼夜逆転	夜間不眠の状態が何日間も続いたり、明らかに昼夜が逆転し、日常生活に支障が生じている状態。
暴言	言語的暴力をいう。
暴行	物理的暴力をいう。
介護への抵抗	介護者の助言や介護に抵抗し、介護に支障がある状態。単に助言に従わない場合は含まない。
徘徊	個別的に、目的も当てもなく歩き回る状態。認知症だけでなく心因性の悪癖からの逃避的行為やその他急性精神障害等でもみられる。
火の不始末	たばこの火、ガスコンロあらゆる火の始末や火元の管理ができない状態。
不潔行為	排泄物を弄んだり撒き散らす場合等を含む。体が清潔でないことは含まれない。
異食行動	飲食異常の一種。正常では忌避するような物体、味に対して特に異常な食欲や嗜好を示すこと。
性的問題行動	周囲が不快を感じる行為と判断される性的な問題行動。

(4) その他の精神・神経症状の定義

失語	正常な言語機能をいったん獲得した後、多くは大脳半球の限定された器質的病変により、言語（口頭言語と文字言語の両方）表の表現領域の障害・表出に障害をきたした状態。
構音障害	俗に「ろれつが回らない」という状態。構音器官（喉頭、軟口蓋、舌、口唇等）の麻痺による麻痺性構音障害と、筋相互の間の協調運動障害による協調運動障害性構音障害がある。後者は運動失調によるものと、脳体路性運動障害によるものがある。
せん妄	意識覚醒の一過。軽度ないし中等度の意識混濁に妄想、錯覚、幻覚、幻聴、不安・恐怖、精神運動性の興奮を伴う。夜間に起こりやすい（夜間せん妄）。
傾眠傾向	意識の清明性の障害。意識混濁は軽度で、反復して強い刺激を与えればや覚醒状態に回復するが、放置すればただちに入睡してしまうような状態。
失見当識	見当識の機能が失われた状態。多くの場合、意識障害がある際のみみられる（意識障害性）ため、意識障害の有無をみる必要がある。その他、認知症等で記憶力障害のある場合（健忘性）、妄想によって周囲を正しく判断していない場合（妄想性）等も認められる。
失認	局在性の大脳病変によって起こる後天性の知覚と認知の障害で、ある感覚を介する対象認知が障害されるが、その感覚自体の異常、また、知覚低下、意識障害等に原因するとはいえず、また他の感覚を介すれば対象を正しく認知できる。視覚失認および視空間失認、聴覚失認、触覚失認、身体失認等に大別される。
失行	随機的、各目的、象徴的な熟練を要する運動行為を行うことができない状態で、麻痺、運動失調等の要素的運動障害、また失語、失認、精神症状等で説明できないもの。局在性の大脳病変で起こる後天性の行為障害。

(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

日常の申請者の状態を勘案して、現在あるかまたは今後概ね6ヶ月以内に発生する可能性の高い状態があればチェック。また、具体的な状態とそれの対処方針（緊急時の対応を含む）について要点を記入する。

※このうち「尿失禁」の項目は「おむつに係る費用の医療費控除」を受ける際の証明に活用される。

(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し

現在の状態から、概ね3ヶ月から6ヶ月間、介護保険によるサービス等を利用した場合の、生活機能の維持・改善の見通しについてチェック。傷病の症状としての見通しではなく、生活機能の維持・改善がどの程度期待できるか、という観点から評価することに留意。

(5) 医学的管理の必要性

なお、本項目に記入することによって必要と思われるサービスにチェック。特に必要性が高いと判断されるサービスについては、項目に下線を引く。

① 介護サービスを利用するにあたって、医師の観点から特記を留めるべき事項がある場合は、予防給付により提供されるサービスも含む。特記すべき項目がない場合は、「特記すべき項目なし」にチェック。

② 訪問歯科診療及び訪問歯科衛生指導については、口腔内の状態をもとに判断するが、必要に応じて申請者のかかりつけ歯科医の意見を聞く。

③ 現在申請者が利用していない、また、地域に該当サービスがなくとも必要と判断すればチェックする。

④ 「その他」には外来受診、入院、保健所による保健指導等が該当する。

訪問診療 通所することが困難な患者に対して、医師等が計画的に訪問して行う診療や居宅療養指導等。

訪問看護 訪問看護ステーションまたは医療機関からの訪問看護等。保健師、看護師、准看護師が訪問して看護を行うこと。なお、保健師等が地域支援事業の訪問型介護予防として指導する行為は含まない。

訪問リハビリテーション 病院、診療所または訪問看護ステーションの理学療法士等が訪問して行うリハビリテーションをいう。

通所リハビリテーション（介護予防含む） 理学療法士等が地域支援事業の訪問型介護予防として指導する行為は含まない。

通所リハビリテーション（介護予防含む） 病院、診療所（病院）、老人保健施設が提供するリハビリテーションをいう。なお、病院、診療所の外来でリハビリテーションを診療行為として受けた場合、保健所等で地域支援事業の機能訓練等を受けた場合は含まない。

老人保健施設 施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話を行うことにより、入所者がその有する能力に即した日常生活を営むことができるようにするとともに、その者の居宅における生活の復帰を目指すものをいう。

介護医療院 要介護者であって、主として長期にわたる療養が必要である者に対し、施設サービス計画に基づいて、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話を行う。

短期入所療養介護（介護予防含む） 介護老人保健施設、療養病棟等を短期間入所させ、当該施設において、看護、医学的管理下における介護、機能訓練その他必要な医療及び日常生活上の世話を行うものをいう。

訪問歯科診療 居宅において療養を行っている患者であって、通院が困難なもに對して、患者の求めに応じ訪問して歯科診療を行った場合又は、当該歯科診療に基づき継続的な歯科治療が認められた患者に對してその同意を得て訪問して歯科診療を行うものをいう。

訪問歯科衛生指導 訪問歯科診療を行った歯科医師の指示に基づき、歯科衛生士、保健師、看護師または准看護師が訪問して療養上必要な指導として、患者の口腔内での清掃等に際する指導を行うものをいう。

訪問薬剤管理指導 医師の診療に基づき計画的な医学的管理を継続して行い、かつ、薬剤師が訪問して薬学的管理指導を行うものをいう。

訪問栄養士指導 医師の診療に基づき計画的な医学的管理を継続して行い、かつ、管理栄養士が訪問して具体的な献立等によって実技指導を行うものをいう。

その他の上記以外の医学的管理をいう。地域支援事業の訪問型介護予防、機能訓練、保健所が実施する保健指導、入院、短期入所（老人保健施設、診療所）等が必要とされる場合にその種類とともに記入する。

(6) サービス提供時における医学的観点からの留意事項

申請者がサービスを利用するにあたって、医師の観点から特記を留めるべき事項がある場合は、具体的な留意事項を記載。訪問介護や訪問入浴介護等医師がいない状況でサービスを提供すること、サービス提供者が留意すべき医学的留意点を記載する。

※血圧・サービス提供時の留意事項があれば具体的に記入する。

※運動：特に運動負荷を伴うサービス提供について、医学的観点からリスクが高いと判断される場合には、その状態を具体的に記載する。

(7) 感染症の有無

①主治医として把握している感染症を記載。改めて検査をする必要はないが、症状が疑われる場合は、必要な検査を実施する。

②通所・入所サービス利用に際し、事業所が各種感染症の有無を含めた健康診断書の提出を求めるケースが多く、その検査費用が高額で申請者の負担が大きくなっているため、ここでの詳細な記載が望ましい。

5. 特記すべき事項

① 1～4までの各記入欄に記入しきれなかったこと、選択式では表現できない内容について記載。

(例) 麻痺など機能低下の具体的な内容、認知症の中核症状及び周辺症状の具体的な内容・程度、長谷川式等のスケールを用いた評価、口腔内の状況や口腔清潔に関すること、など。

② 保険者に対して (A) 申請者の要介護認定結果の通知を求める場合、(B) ケアマネジャーにケアプランの提供を求める場合は、その旨をこの欄に記載する（保険者によって記入の方法が異なる場合がある）。

③ 通常より介護の手間や介護負担となっていることがあれば、出来るだけ具体的に記載してください。

(例) ・昼夜逆転で夜中に大声を出したり、布団以上も尿意を訴えるため、その都度介護員が起きて対応している。 ・夕方になると、感情的に不安定となり、そのまま放置すると一人で外出し帰れなくなるので、家人が毎日1時間、一緒に散歩に出かけられない。 ・体重が重く、入浴は二人がかりで実施している。

・心不全があり、入浴時に急変する危険性があるため、家人が必ず声かけ見守りを行っている。

障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）の判定基準（早見表）

① ポイント

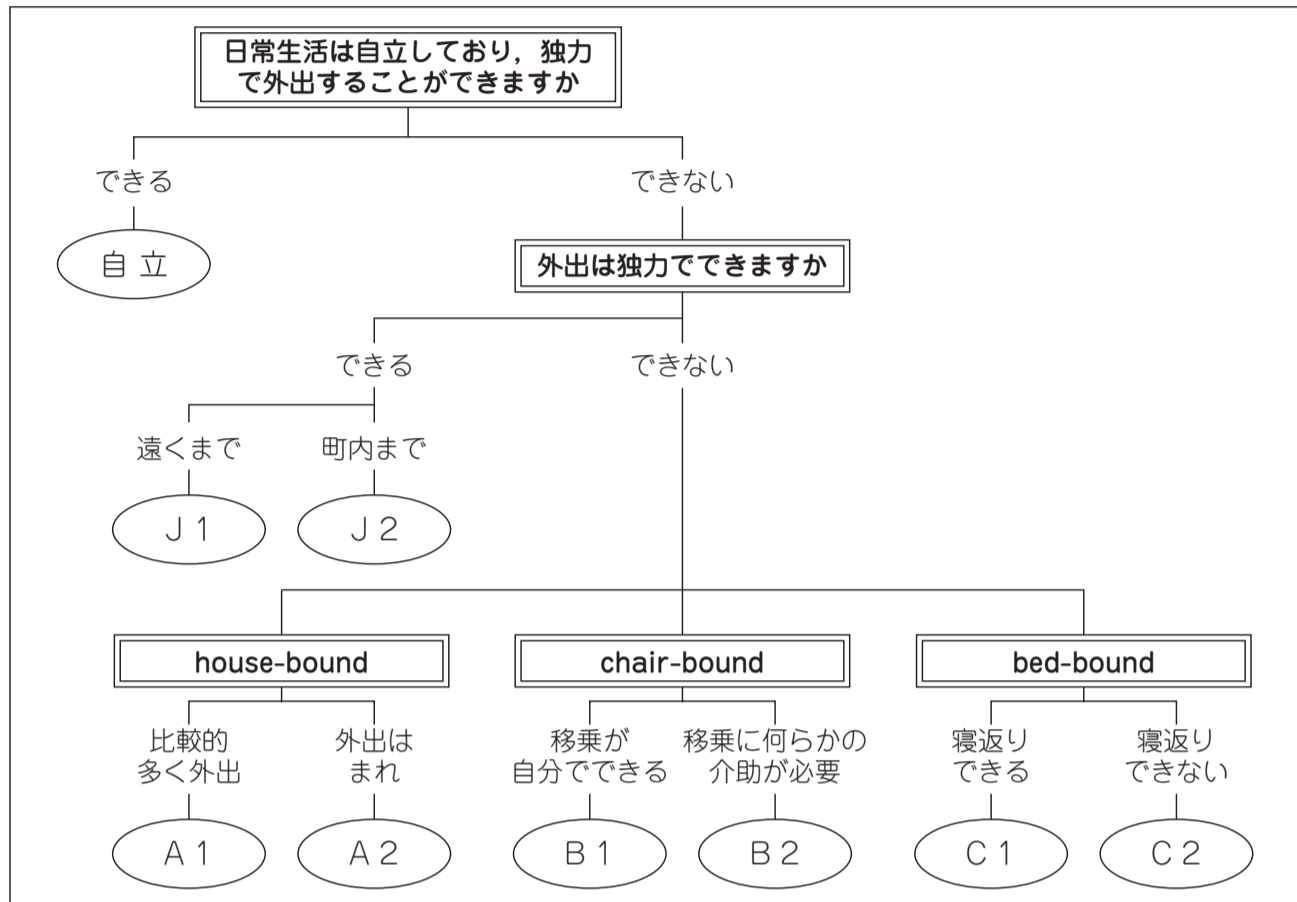
- ・原則として、移動に関わる状態像に着目し、あわせて排泄、食事、着替に着目して判定してください。
- ・能力があるにもかかわらず行っていない状況にあるときは、能力に応じて判定してください。
- ・補装具、車いす等を使用している場合は、使用している状態で判定してください。
- ・認知症により指示を理解できないため、移動や食事を行うことができない場合であっても、身体の状態のみに着目して判定してください。

② 判定基準

J	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 1：交通機関等を利用して外出する 2：隣近所へなら外出する
A	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 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 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
B	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッドでの生活が主体であるが、座位を保つ 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する
C	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 1：自力で寝返りをうつ 2：自力では寝返りもうてない

※判定に当たっては、補装具や補助具等の器具を使用した状態であっても差し支えない

③ 判定の流れ



「house-bound」：外出するときは介助を要するが、普段は離床している状態

「chair-bound」：一日の大半をベッド上で過ごし、食事、排泄、着替のいずれかにおいて部分的に介助を要する状態

「bed-bound」：一日中ベッド上で過ごし、食事、排泄、着替のすべてに介助が必要な状態

認知症高齢者の日常生活自立度の判定基準（早見表）

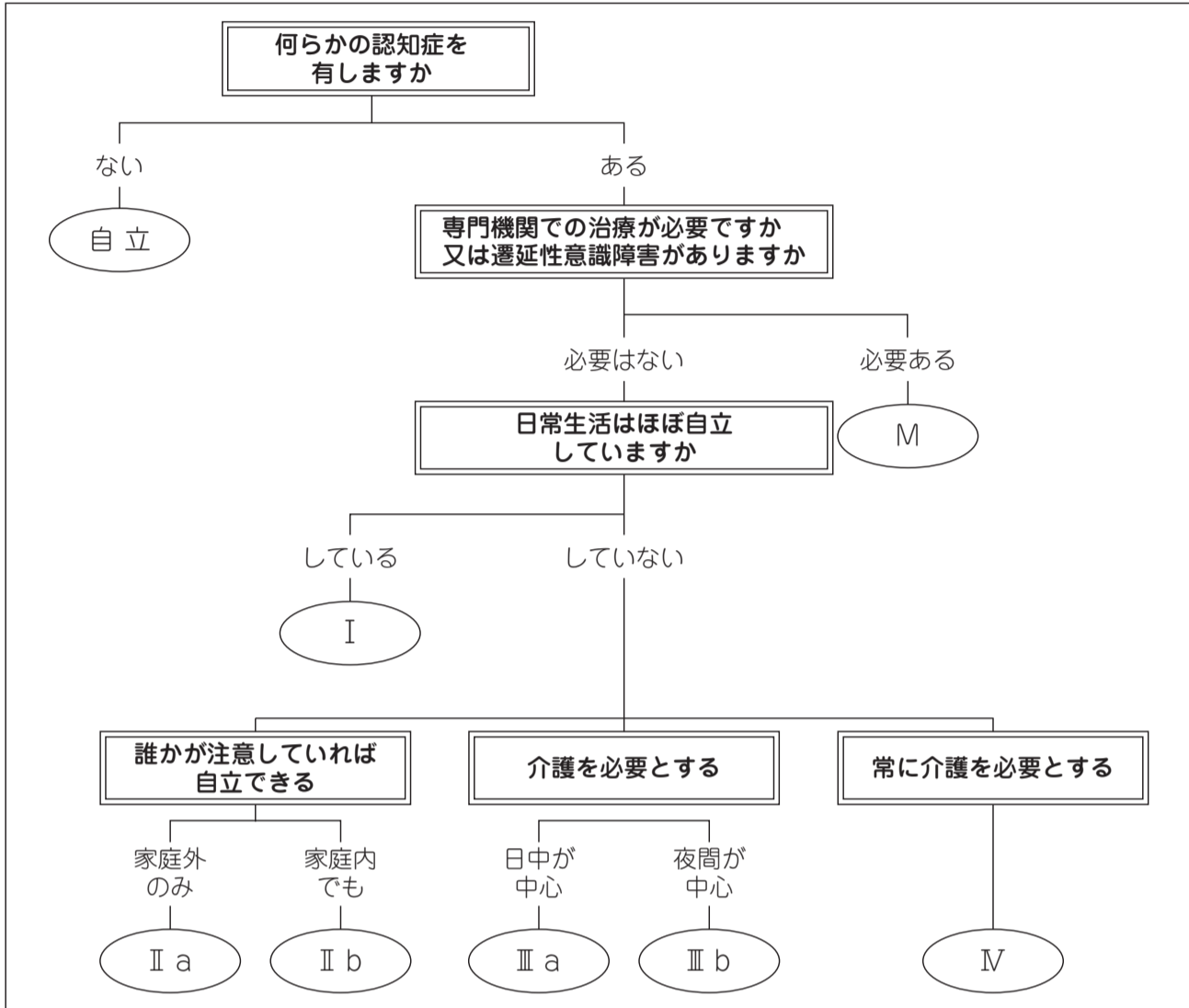
① ポイント

- ・意思疎通の程度、見られる症状・行動に着目してください。
- ・評価に当たっては、家族等の介護者からの情報も参考にしてください。
- ・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ありません。
- ・投薬された状態で判断してください。

② 判定基準

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
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 a：家庭外で上記の状態が見られる 例：道に迷う、買物、金銭管理等それまでできたことにミスが目立つ b：家庭内でも上記の状態が見られる 例：服薬管理ができない、電話の応対や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 a：日中を中心として上記の状態が見られる b：夜間を中心として上記の状態が見られる
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
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

③ 判定の流れ



改訂長谷川式知能評価スケール（HDS-R）

氏名 _____ 施行日 年 月 日 曜日 _____ 施行者名 _____
生年月日 M・T・S 年 月 日 _____ 年齢 歳 男・女 _____ 施行場所 _____
備考（教育年数： 年） _____

	質問内容	配点	
1	お歳はいくつですか？（2年までの誤差は正解）	0 1	
2	今日は何年の何月何日ですか？何曜日ですか？ （年月日、曜日が正確でそれぞれ1点ずつ）	年	0 1
		月	0 1
		日	0 1
	曜日	0 1	
3	私達が今いるところはどこですか？ （自発的に出れば2点、5秒おいて、家ですか？病院ですか？施設ですか？の中から正しい選択をすれば1点）	0 1 2	
4	これから言う3つの言葉を書いてみてください。 後でまた聞きますので、よく覚えておいてください。 （以下の系列のいずれか一つで、採用した系列に○印をつけておく） 1：a）桜 b）猫 c）電車 2：a）梅 b）犬 c）自動車	0 1	
		0 1	
		0 1	
5	100から7を順番に引いてください。 （100-7は？それからまた7を引くと？と質問する。 最初の答えが不正解の場合、打ち切る）	(93) 0 1	
		(86) 0 1	
6	私がこれから言う数字を逆から言ってください。(6-8-2、3-5-2-9)	286 0 1	
		9253 0 1	
7	先ほど覚えてもらった言葉をもう一度書いてみてください。 （自発的に回答があれば各2点、もし回答がない場合、以下のヒントを与え正解であれば1点） a) 植物 b) 動物 c) 乗り物	a：0 1 2	
		b：0 1 2	
		c：0 1 2	
8	これから5つの物品を見せます。 それを隠しますので何があったか言ってください。 （時計、鍵、タバコ、ペン、硬貨など必ず相互に無関係なもの）	0 1 2	
		3 4 5	
9	知っている野菜の名前をできるだけ多く言ってください。 （答えた野菜の名前を下欄に記入する。途中で詰まり、約10秒待ってもでない場合にはそこで打ち切る）	0 1 2	
		3 4 5	
		合計得点 _____ 点	

満点：30点 カットオフポイント：20点/21点（20点以下は認知症の疑いあり）

主治医意見書記載上の留意点

1. 提出期限を守ってください

- ・提出が遅れると介護サービスの利用や施設入所に支障を生じ、利用者の不利益となることがあります
- ・受診状況などにより、提出が大幅に遅れる場合は、市町村へご連絡ください

2. 医学的観点また主治医として把握している情報をもとに、生活機能の低下や介護の手間の状況を、1-（3）及び5、特記すべき事項等に、出来るだけ具体的に記載してください

- ・要介護認定において、コンピューターによる一次判定を変更する場合は、認定調査の特記事項または主治医意見書に記載されている利用者特有の介護の手間を根拠とすることが必須条件となっています
- ・診断書や医療保険の診療情報提供書とは、記載の観点、目的が異なることにご注意ください。主治医意見書には疾病や健康面の状況だけでなく、それがADLや生活にどのような影響を及ぼしているか、また介護の手間になっているかの記載が求められます。他科受診がある場合は、できる限りその情報についても記載してください

具体例

- ・昼夜逆転で夜中に大声を出したり、5回以上も尿意を訴えるため、その都度家人が起きて対応している
- ・夕方になると、感情的に不安定となり、そのまま放置すると一人で外出し帰れなくなるので、家人が毎日1時間、一緒に散歩に出かけ徘徊が起こらないよう努めている
- ・体重が重く、入浴は二人がかりで実施している
- ・心不全があり、入浴時に急変する危険性があるので、家人が必ず声かけや見守りを行っている

3. 症状としての安定性（1-（2））については、疾病や健康状態から、短期間（概ね6ヶ月）に心身の状態が変化する恐れがあり、それに伴い、要介護度の重度化が予測される場合に、不安定を選択してください。また、具体的な状況を必ず記載してください

具体例：

- ・脳梗塞急性期であり、片麻痺、失語等の症状が悪化する可能性が高い
- ・最近、慢性気管支炎の急性増悪を繰り返しており、増悪期にはほぼ寝たきりとなり生活機能が急速に低下する
- ・閉塞性動脈硬化症による歩行障害が急速に進行しており、2、3ヶ月内に外出困難となることが予想される。
- ・肺がんが急速に進行しており、疼痛や呼吸機能低下により生活機能低下を生じる
- ・手術不能のすい臓癌であり、現在は歩行可能であるが、今後短期間のうちに疼痛や衰弱により臥床状態となることが予想される

4. 障害高齢者の日常生活自立度及び認知症高齢者の日常生活自立度は、判定基準に即して、正確なチェックをお願いします

- ・介護報酬の認知症関連の加算の算定にあたっては、主治医意見書の「認知症高齢者の日常生活自立度」が指標にされます
- ・要支援2と要介護1の振り分けに際し、認知症度がⅡ以上の場合は介護予防給付利用の理解が困難として要介護1と判断されます

5. 申請者の家庭での状況をできるだけ聞き取ってください

認知症の周辺症状などは、診察室だけでは把握しきれない場合があります。家族から日常の状況を聴取するなどして、可能な限り正確な申請者の状況を記載してください。

6. 空白及び「前回と不変」のみの記述は避けてください。このような意見書は、要介護認定において、全く役に立ちません

7. 第三者にわかるように記載してください

- ・読みやすい字で記入し、また外国語や略語の使用は出来るだけ避けてください
- ・日医作成の意見書記載支援ソフトを是非ご利用ください
- 日本医師会 ORCA 管理機構ホームページのサポートセンターのページ（<https://www.orcamo.co.jp/products/ikensyo/index.html>）からお申込み下さい

8. 主治医意見書には、介護支援専門員への介護サービス計画を作成するための情報提供の役割もあります。適切なケアマネジメントの実現のため、介護支援専門員との連携についてご配慮お願いいたします

9. 市町村からの記載内容に関する問い合わせにご協力をお願いします

主治医意見書の役割

I. 要介護認定における役割

- ①介護の手間がどの程度になるかの確認
- ②状態の維持・改善の可能性の評価
- ③認定調査結果の確認、一次判定の修正
- ④特定疾病の確認（第2号被保険者の場合）

II. ケアマネジメントにおける役割

- ①ケアプラン原案作成にあたっての医学的情報、意見
- ②介護サービス実施上の医学的留意点

III. その他

- ①おむつに係る費用の医療費控除の証明
- ②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
- ③特養における特例入所者の判定や優先入所対象者の判定 等

特定疾病一覧

- ①筋萎縮性側索硬化症
- ②後縦靭帯骨化症
- ③骨折を伴う骨粗鬆症
- ④多系統萎縮症
- ⑤初老期における認知症
- ⑥脊髄小脳変性症
- ⑦脊柱管狭窄症
- ⑧早老症
- ⑨糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症
- ⑩脳血管疾患
- ⑪進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病
- ⑫閉塞性動脈硬化症
- ⑬関節リウマチ
- ⑭慢性閉塞性肺疾患
- ⑮両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症
- ⑯悪性腫瘍（医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがない状態に至ったと判断したものに限る）

ICF（国際生活機能分類）

