

令和7年度主治医研修

八戸市医師会

村井 千尋

令和7年12月18日

研修内容

- (1) 介護保険制度における主治医の役割
- (2) 要介護認定等の仕組みと基準
- (3) 介護認定審査会における審査判定の方法
- (4) 主治医意見書の具体的な記載方法
- (5) 特定疾病の診断
- (6) 口腔ケア

(1) 介護保険制度における主治医の役割

介護保険制度における主治医の役割

- ・主治医意見書の作成

認定調査の医学的補完

介護予防・生活支援サービス計画作成時の利用

- ・サービス担当者会議参加
- ・訪問看護指示書・リハビリ計画指示書等の作成
- ・居宅療養管理指導

継続的な医学管理と医療情報提供

(2)要介護認定等の仕組みと基準

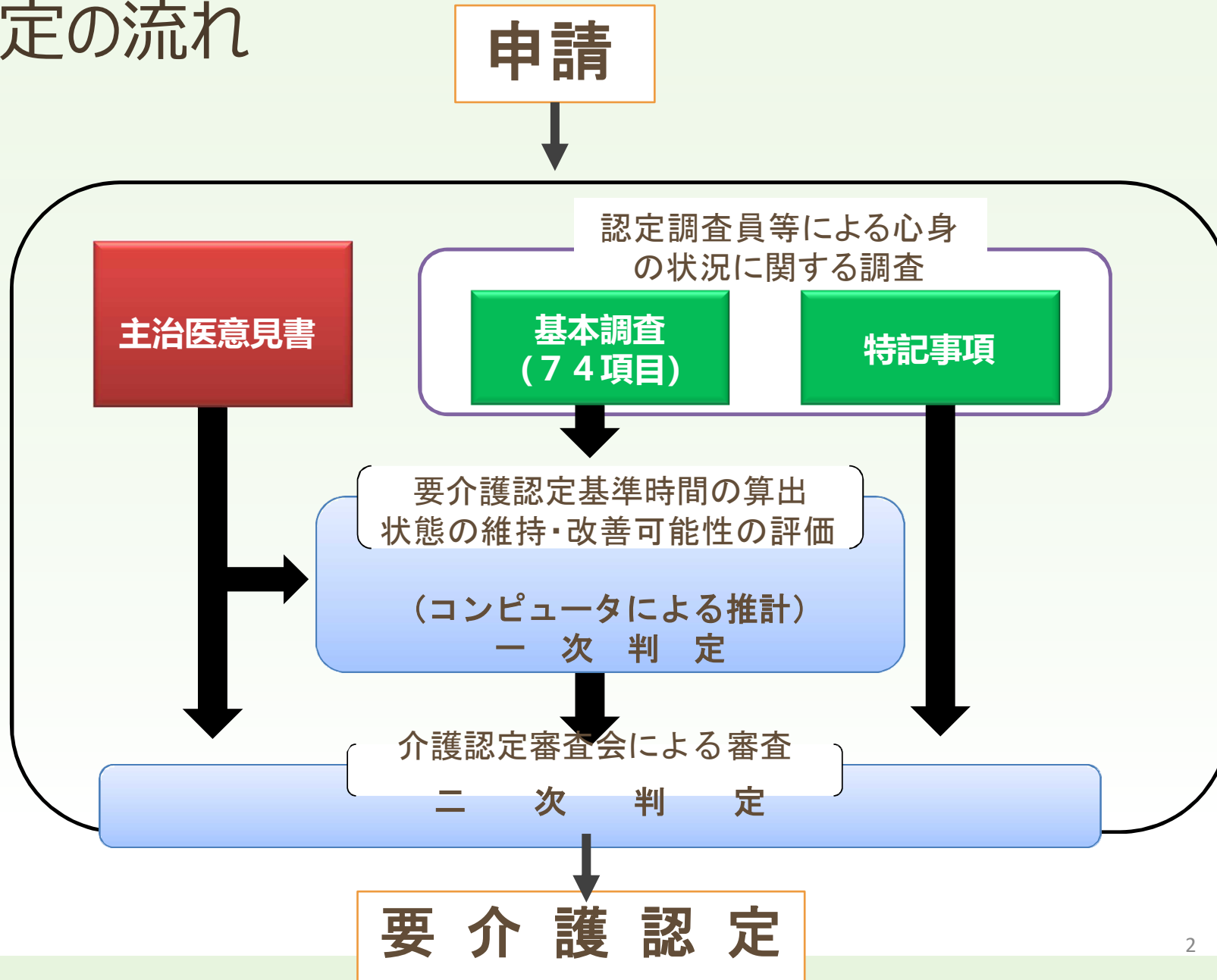
●介護保険制度における要介護認定制度について

趣旨

- ・ 要介護状態：寝たきりや認知症等で常時介護を必要とする状態
- ・ 要支援状態：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

これらの程度判定を、全国一律の基準に基づき、客観的に行うのが要介護認定である。

要介護認定の流れ



介護認定のしくみ

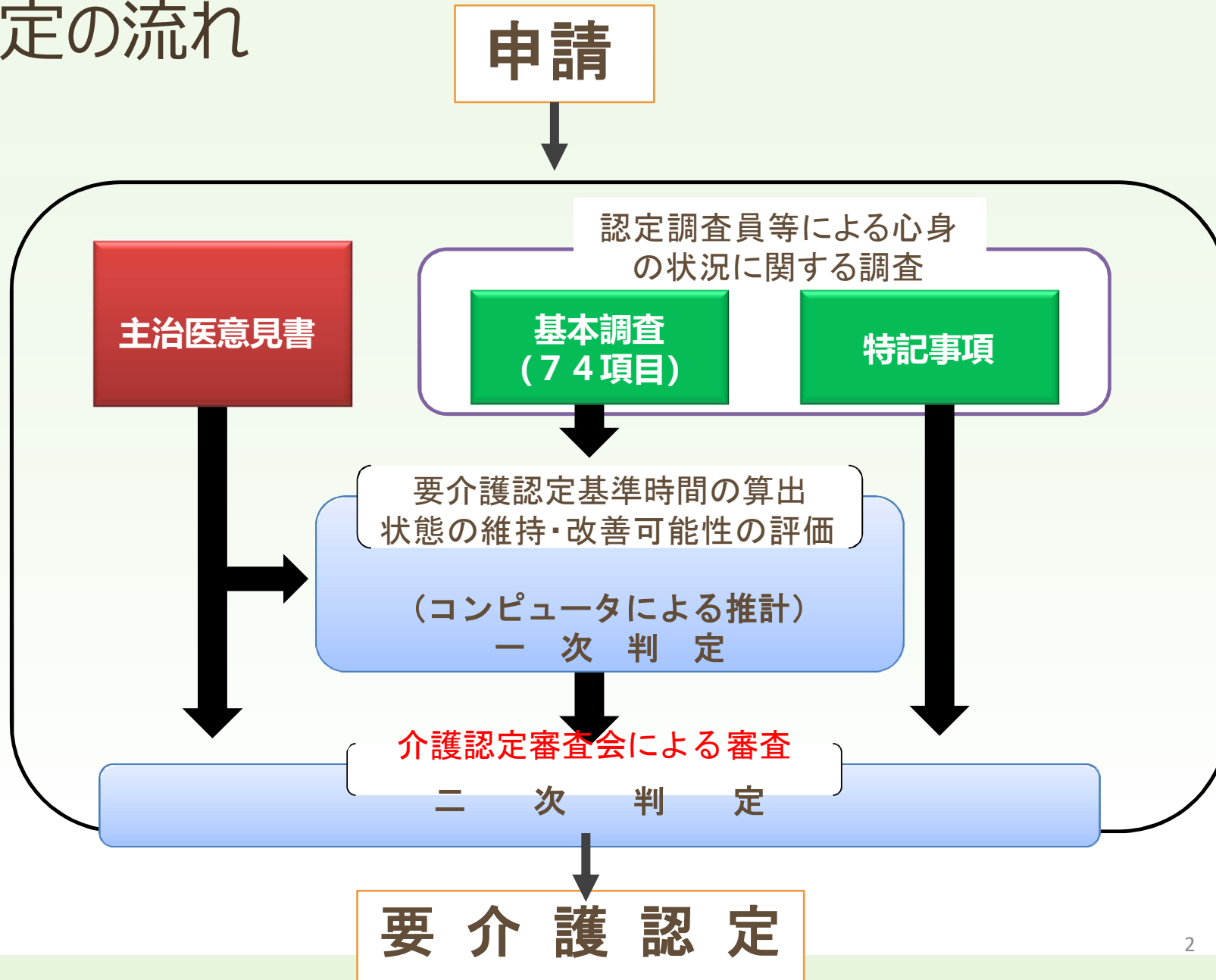
- 認定調査員による心身の状況調査から得られた情報と主治医意見書に基づくコンピュータ判定が行われる。
(一次判定)
- 介護認定審査会において一時判定結果と主治医意見書に基づき介護度が決定する。
- その介護度により、利用できるサービスの上限や施設に支払われる報酬が決まる。

主治医意見書の具体的な利用方法

1. 介護の手間がどの程度になるのかの確認
2. 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
3. 予防給付か要介護状態かの判定
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

(3)介護認定審査会における審査判定の方法

要介護認定の流れ



要介護認定基準時間

区分	要介護認定等基準時間
非該当	25分未満
要支援 1	25分以上32分未満
要支援 2 ・ 要介護 1	32分以上50分未満
要介護 2	50分以上70分未満
要介護 3	70分以上90分未満
要介護 4	90分以上110分未満
要介護 5	110分以上

介護認定審査会における審査判定の実際

- (1) 第1号被保険者か第2号被保険者かの確認－第2号被保険者であれば特定疾病の確認。
- (2) 認定調査員による調査結果の確認と必要であれば修正 －
これにより介護認定基準時間に変更になることもある。
- (3) 介護の手間の確認－特記事項を確認し介護にかかる手間(時間)が正確に反映されているかを確認する。
- (4) 状態が固定しているのか、改善の余地があるのかを確認。
- (5) 介護認定審査会として介護度の決定と有効期間の設定。

(4)主治医意見書の具体的な記載方法

主治医意見書の目的

- 医学的観点からの意見を加味した介護の手間を介護認定審査会に伝える。
- 単なる診断書ではなく、疾病やその治療から患者の日常生活の状況までを記載する必要がある。
- 患者が必要な介護を受けられるためのツールとなり、その結果医療が円滑に進む。

主治医意見書

記入日 平成 年 月 日

申請者	(ふりがな)	男・女	〒 連絡先 ()
	明・大・昭 年 月 日生 (歳)		
上記の申請者に関する意見は以下の通りです。 主治医として、本意見書が介護サービス計画作成に利用されることに <input type="checkbox"/> 同意する。 <input type="checkbox"/> 同意しない。 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	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 (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 ()		

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		<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)			
(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〕			

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 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
(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"/> 具体的要求に限られる <input type="checkbox"/> 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)	
<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 ()
(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〕

主治医意見書

記入日 平成 年 月 日

申請者	(ふりがな)	男・女	〒	連絡先 ()
	明・大・昭 年 月 日生 (歳)			
上記の申請者に関する意見は以下の通りです。 主治医として、本意見書が介護サービス計画作成に利用されることに <input type="checkbox"/> 同意する。 <input type="checkbox"/> 同意しない。 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	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 (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 ()			

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 <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)				
(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〕				

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

(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 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
(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"/> 具体的要求に限られる <input type="checkbox"/> 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)	
<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 ()
(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〕

- **提出期限を守る。**申請から30日以内に行政は認定結果を通知しなければならない。
- 介護サービス計画作成への利用は同意を原則とする。
- なるべく直近の情報を記載する。長期診察していない場合や、状態が変化している時は、診察が必要。
- 作成回数は記載者からみた回数を記入。作成料金の区分に用いられる。
- 他科受診の有無がわかれば専門家に意見を求めることができる。

主治医意見書の早期提出について（１）

- 介護保険法上、要介護認定は、申請日から３０日以内に行わなければならない。しかしながら、現状では、申請日から３６日程度かかっている。
 - こうした背景の１つに、主治医意見書の提出が遅延していることが指摘されている。
 - また、市町村では、主治医意見書の提出の遅延に伴う督促に負担がかかっている。
- ⇒ 申請者が可能な限り早くサービス利用を開始することができるようになるためにも、主治医意見書の早期提出にご協力いただきたい。

主治医意見書

記入日 平成 年 月 日

申請者	(ふりがな)	男・女	〒
	明・大・昭 年 月 日生(歳)		
上記の申請者に関する意見は以下の通りです。 主治医として、本意見書が介護サービス計画作成に利用されることに <input type="checkbox"/> 同意する。 <input type="checkbox"/> 同意しない。 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	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 (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 ()		

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 <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)					
(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〕					

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

(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 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
(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"/> 具体的要求に限られる <input type="checkbox"/> 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)	
<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 ()
(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〕

(1)診断名

- 1) 第2号被保険者では介護を必要とさせている生活機能低下の等の直接の原因となっている特定疾病名^①を1. に記入する。
- 2) 65歳以上の第1号被保険者については、生活機能の低下^②の直接の原因となっている傷病名を1. に記入する。
- 3) 発症年月日がはっきりしない場合は、おおよその発症年月日を記入する。

①特定疾病

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. 初老期における認知症
7. 進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性及びパーキンソン病
8. 脊髄小脳変性症
9. 脊柱管狭窄症
10. 早老症（ウェルナー症候群等）
11. 多系統萎縮症
12. 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症
13. 脳血管疾患
14. 閉塞性動脈硬化症
15. 慢性閉塞性肺疾患
16. 両側の膝関節または股関節の著しい変形を伴う変形性関節症

②生活機能

- ・ 身体・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」

これらすべてを含む包括概念を生活機能とする。

(2)症状としての安定性

- ・現在の全身状態から急激な変化が見込まれる場合に「不安定」とする。
 - ・・・脳卒中や心疾患、外傷などの急性期や慢性疾患の急性増悪期など。

(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)

- ・ 傷病による生活機能低下の他に、さらに生活機能低下を引き起こす要因があれば記入。

(例えば、転倒などを契機に生活が不活発になった、外出の機会の減少、配偶者との死別、転居などを契機とした社会参加の機会の減少、家庭内での役割の喪失など)

- ・ 現病歴のみを記入するのではなく、どうして介護が必要であるのかを読み取れる記載を。

(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(2)

- 投薬内容については、相互作用の可能性がある薬剤や、介護上特に留意すべき薬剤なども記入。
- ただ単に投薬内容を羅列するのではなく、重要度の高いものや、頓服の薬剤など、整理して記入。

主治医意見書

記入日 平成 年 月 日

申請者	(ふりがな)	男・女	〒 ー
	明・大・昭 年 月 日生(歳)		
上記の申請者に関する意見は以下の通りです。 主治医として、本意見書が介護サービス計画作成に利用されることに <input type="checkbox"/> 同意する。 <input type="checkbox"/> 同意しない。 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	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 (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 ()		

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		<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)			
(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〕			

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				
処置への対応	<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 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
(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"/> 具体的要求に限られる <input type="checkbox"/> 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)	
<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 ()
(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〕

特別な医療

- ・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も含む）についてチェックする。
- ・「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。
- ・12項目以外は該当しない。

主治医意見書

記入日 平成 年 月 日

申請者	(ふりがな) -----	男・女	〒 ----- 連絡先 ()
	明・大・昭 年 月 日生(歳)		
上記の申請者に関する意見は以下の通りです。 主治医として、本意見書が介護サービス計画作成に利用されることに <input type="checkbox"/> 同意する。 <input type="checkbox"/> 同意しない。 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	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 (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 ()		

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 <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)			
(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]			

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

(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 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
(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"/> 具体的要求に限られる <input type="checkbox"/> 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)	
<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 ()
(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

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と認知症高齢者の日常生活自立度については、判定基準をもとに判定。

(2)認知症の中核症状

(3)認知症の周辺症状

認知症以外の疾患で同様の状態が認められる場合も該当するものにチェックする。

(4)その他の精神・神経症状

特に失語・構音障害・せん妄・傾眠傾向・失見当識・失認・失行があれば症状名に記入。

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 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
準寝たきり	ランク 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
寝たきり	ランク B	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 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
	ランク 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たない

短期記憶

自立	日常生活において首尾一貫した判断ができる。毎日すべきことに対して予定を立てたり、状況を判断できる。
いくらか困難	日々繰り返される日課については判断できるが、新しい課題や状況に直面した時にのみ多少の困難さがある。
見守りが必要	判断力が低下し、毎日の日課をこなすためにも合図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か、判断する能力が著しく低い。

自分の意志の伝達能力

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ため、応対に時間がかかる。自分の意志を理解させるのに、多少、相手の促しを要することもある。
具体的要求に限られる	時々には自分の意志を伝えることができるが、基本的な要求（飲食、睡眠、トイレ等）に限られる。
伝えられない	ほとんど伝えられない、または、限られた者にのみ理解できるサイン（本人固有の音声あるいはジェスチャー）でしか自分の要求を伝えることができない。

認知症の行動・心理症状(BPSD)

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。実際には何も聞こえないのに、音や声が聞こえると感じるもの。
妄想	病的状態から生じた判断の誤りで、実際にはありえ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か続いたり、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	発語的暴力をいう。
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	客観的には、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葛藤からの逃避的行為やその他急性精神病等でもみられる。
火の不始末	たばこの火、ガスコンロ等あらゆる火の不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いう。体が清潔でないことは含まれない。
異食行動	食欲異常の一種。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	周囲が迷惑している行為と判断される性的な問題行動。

その他の精神・神経症状

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）表象の理解・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（咽頭、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とがある。後者は運動失調によるものと、錐体外路性運動障害によるものがある。
せん妄	意識変容の一つ。軽度ないし中等度の意識混濁に妄想、錯覚、偽幻覚、幻覚、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あたえればやや覚醒状態に回復するが、放置すればただちに入眠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、意識障害がある際にみられる（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、認知症等で記銘力障害のある場合（健忘症）、妄想によって周囲を正しく判断していない場合（妄想性）等にも認められる。
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ているが、その感覚自体の異常、また、知能低下、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もの。視覚失認及び視空間失認、聴覚失認、触覚失認、身体失認等に大別される。
失行	随意的、合目的、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。

(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)

1. 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 () ・移動 ☐ 特になし ☐ あり ()

・摂食 ☐ 特になし ☐ あり () ・運動 ☐ 特になし ☐ あり ()

・嚥下 ☐ 特になし ☐ あり () ・その他 ()

(7) 感染症の有無 (有の場合は具体的に記入して下さい)

☐ 無 ☐ 有 () ☐ 不明

1. 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。)

心身の状態に関する意見

(5)身体の状態

- ・利き腕は介護の手間を考える上で重要。
- ・身長と体重は移乗などでの介護の手間を考える上で重要。
体重の変動も栄養状態の把握の目安となる。
- ・麻痺、褥瘡は介護の手間にどの程度関わるかをもとに記入。

(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)

1. 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 () ・移動 ☐ 特になし ☐ あり ()

・摂食 ☐ 特になし ☐ あり () ・運動 ☐ 特になし ☐ あり ()

・嚥下 ☐ 特になし ☐ あり () ・その他 ()

(7) 感染症の有無 (有の場合は具体的に記入して下さい)

☐ 無 ☐ 有 () ☐ 不明

2. 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。)

生活機能とサービスに関する意見(1)

- (1)移動；実用的な移動がどの程度ひとりでできているのがポイントとなる。
- (2)栄養・食生活；不良とは、①体重減少3%/6ヶ月程度②BMI18.5未満③血清アルブミン3.5g/dl以下のうち1つでも該当する場合。
- (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；現在から今後 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。

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みます。外出するようには促しが必要でも、屋外は一人で歩いている場合も含みます。
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みます。
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、訓練のときだけ屋外歩行をしている場合を含みます。

生活機能とサービスに関する意見(2)

- (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、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で記載。
- (5) 医学的管理の必要性 ; 医学的観点から、必要と考えられるサービスをチェック。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観察して必要性に応じてチェック。

医学的管理の必要性

訪問診療	通院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及び医療機関からの訪問看護等、保健師、看護師等が訪問して看護を行うことをいう。なお、保健師等が地域支援事業の訪問型介護予防として訪問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、診療所及び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。なお、理学療法士、作業療法士あるいは言語療法士等が地域支援事業の訪問型介護予防として訪問して指導する行為は含まない。
通所リハビリテーション	病院、診療所、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（医院）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、市町村保健センター等で地域支援事業の機能訓練等を受けた場合はこれに含めない。
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を行うことにより、入所者がその有する能力に応じ自立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へ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り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を行うものをいう。
短期入所療養介護	病院、診療所及び介護老人保健施設に短期入所させ、当該施設において、看護、医学的管理の下における介護、機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うものをいう。
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、通院が困難なものに対して、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対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、看護師等が訪問して療養上必要な指導として、患者の口腔内の清掃等に係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。
訪問栄養食事指導	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、管理栄養士師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。
その他の医療系サービス	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、入院等が必要とされる場合にその種類とともに記入する。

生活機能とサービスの関する意見(3)

- (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・運動については、医学的観点からリスクが高いと判断される場合を記載。
- (7) 感染症の有無 ; サービス提供時に、二次感染を防ぐ観点から記入。

特記すべき事項(1)

- ・介護認定委員会では、一次判定が不適當と考えた場合、主治医の特記事項をもとに一次判定を変更できる。したがって、特記事項の記載は大きな意味を持つことを認識することが必要。
- ・読み手が、どの程度の介護の手間がかかるのかを具体的にイメージできるようにすることがポイント。

特記すべき事項(2)

- 他の項目で記入し切れなかったことを記載。
- 申請者の状態やそのケアにかかる手間、頻度などの具体的な内容についても記載。
- 口腔内の状況から口腔清潔に関しても留意事項があれば記載。
- 「主治医意見書記載ガイドブック」概要版の具体的な文例を参照にする

(5)特定疾病の診断

①特定疾病

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. **初老期における認知症**
7. **進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性及びパーキンソン病**
8. **脊髄小脳変性症**
9. **脊柱管狭窄症**
10. **早老症（ウェルナー症候群等）**
11. **多系統萎縮症**
12. **糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症**
13. **脳血管疾患**
14. **閉塞性動脈硬化症**
15. **慢性閉塞性肺疾患**
16. **両側の膝関節または股関節の著しい変形を伴う変形性関節症**

がん（がん末期）

- ・以下のいずれかの方法により悪性新生物であると診断され、かつ、治療を目的とした治療に反応せず、進行性かつ治療困難な状態にあるもの。（概ね6ヶ月程度で死が訪れると判断される場合を指す。症状緩和等、直接治療を目的としていない治療が行われている場合は治療困難な状態にあるものとする）
- ①組織診又は細胞診により悪性新生物であることが証明されているもの。
 - ②上記以外の場合、臨床的に腫瘍性病変があり、かつ、一定の時間的間隔を置いた同一の検査（画像診断など）等で進行性の性質を示すもの。

(6)口腔ケア

主治医意見書の記入に当たっての口腔内の状態確認について (1)

- ・ 高齢者の口腔ケアは、QOLの維持向上に当たって非常に重要。
- ・ 主治医意見書では、主治医が、申請者の口腔内の状態をもとに、
 - ① 訪問歯科診療及び訪問歯科衛生指導の必要性について、チェックする
 - ② 口腔清潔に関して、特に留意事項があれば、特記事項に要点を記載することとなっている。

主治医意見書記入の手引き（抜粋）

Ⅲ 記入マニュアル

4. 生活機能とサービスに関する意見

(5) 医学的管理の必要性

(略) ...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（例えば、歯の崩壊や喪失状態、歯の動揺や歯肉からの出血の有無、義歯の不適合等）をもとに、口腔ケアの必要性に応じて該当する口にレ印をつけてください。... (略)

5. 特記すべき事項

(略) ...口腔内の状況から口腔清潔に関して、特に留意事項があれば、要点を記載してください。

また、専門医に意見を求めた場合にはその結果、内容を簡潔に記入してください。情報提供書や身体障害者申請診断書等の写しを添付していただいても構いません。なお、その場合は情報提供者の了解をとるようにしてください。... (略)

主治医意見書の記入に当たっての口腔内の状態確認について (2)

【訪問歯科診療及び訪問歯科衛生指導が必要と考えられる状態の例】

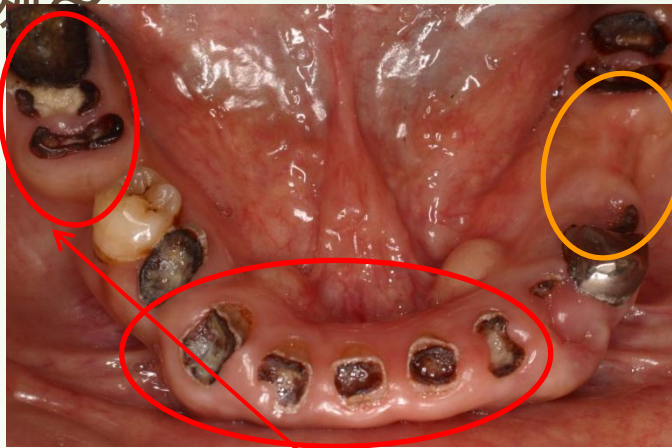
- 歯が欠けたり、被せていた金属などがはずれた状態を放置している
- 歯が抜けた状態のまま放置している
- 歯肉から出血している
- 動いている歯がある
- 入れ歯がはずれやすい、かむと痛い
- 口腔内に食物残渣がある
- 口臭が強い

主治医意見書の記入に当たっての口腔内の状態確認について (3)

【口腔内の観察点】

～歯の崩壊、欠損が放置されている

例

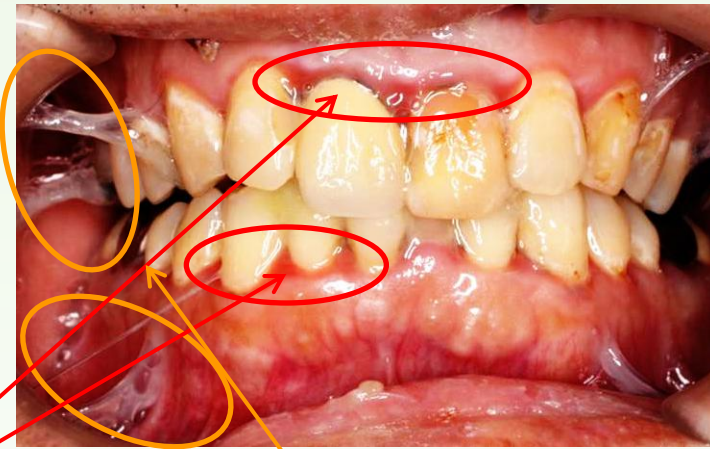
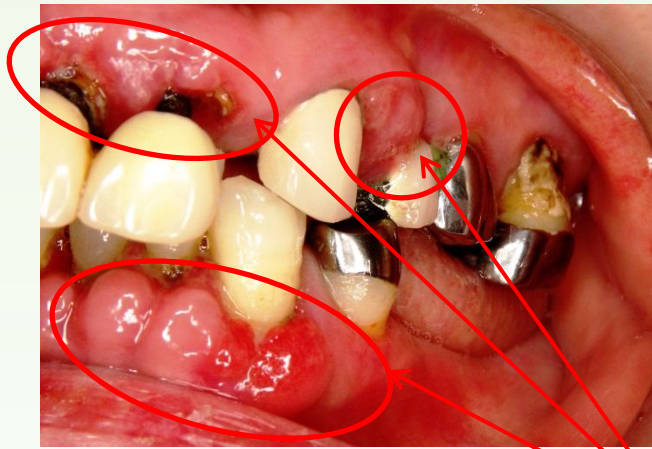


歯の欠損の放置

歯の崩壊の放置

主治医意見書の記入に当たっての口腔内の状態確認について (4)

【口腔内の観察点】 ～口腔衛生状態が不良の一例①～



歯肉の発赤・腫脹

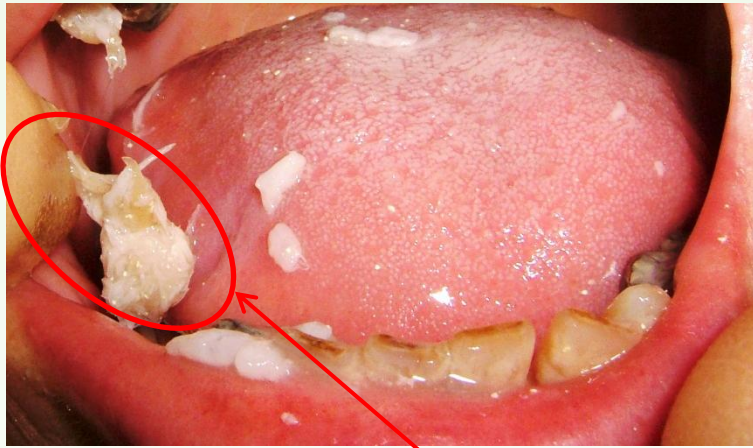


口腔乾燥・口腔衛生状態不良により、
唾液の粘性が高くなっている状態

プラーク(汚れ)・歯石が付着した状態

主治医意見書の記入に当たっての口腔内の状態確認について (5)

【口腔内の観察点】～口腔衛生状態が不良の一例②～



義歯に汚れが多量に残っている



食事後も食物残渣が口腔内に残っている