

主治医意見書記入のポイント(神戸市版)

- 傷病の特性および治療経過から判断し、申請者の死亡の恐れが極めて高い場合は、認定結果の遅延を防ぐため、早急な作成をお願いいたします。
- 傷疾病等を特に有しない申請者の意見書を作成する際に行った(1)基本的な診療および(2)基本的な検査(血圧測定検査、胸部単純X線撮影、血液一般検査、血液化学検査、尿中一般物質定性・定量検査)の費用については、意見書作成の費用と同じく、市に請求することになります。疾病を有する場合、診療に係る費用は医療保険に請求することになります。

①【記入日】

予め意見書を作成していた場合も、最終的に内容確認した意見書の「完成日」を記入日としてください。

②【同意欄】

- 主治医として、本意見書がケアプラン作成のため利用されることに同意するか否か、申請者本人や家族の方に資料提供されることに同意するか否か、という観点から選択してください。
- 本人や家族等へ傷病名等を告知していない場合は、同意することで情報が開示されますので、ご注意ください。
- 要介護認定結果の通知を希望するか否かを選択してください。
- 医師本人の記入であることを確認する必要があることから、医師氏名のみは医師本人による自署をお願いします。

③【最終診察日】

- 特別な場合を除き、できるだけ直近の状態についてご記入ください(概ね1カ月以内が望ましい)。
- 最終診察日が6か月以上離れる場合は、その理由を明記してください。内容によって確認をさせていただくことがあります。

④【意見書作成回数】

申請者にとって意見書の作成が2回目以上の場合であっても、医師として申請者の意見書を初めて作成する場合は、「初回」になります。作成料の区分も「新規」となります。

⑤【診断名】

- 複数の傷病がある場合は、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して記入してください。
- 第2号被保険者については、特定疾病名を必ず「1。」欄に記入してください。

⑥【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ない場合は「安定」を選択してください。
- 積極的な医学的管理を必要とすることが予想される場合は「不安定」を選択し、具体的な内容を記載してください。

※生活機能について

生活機能とは、①体・精神の動き、体の部分である「心身機能」、②ADL(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、すべてを含む包括概念。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。

介護保険 主治医意見書

① 記入日 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

被保険者氏名 (フリガナ) 明・大・昭	男・女 男	〒 -
明・大・昭 年 月 日生(歳)	電話番号 ()	

上記の被保険者に関する意見は以下の通りです。主治医として、本意見書をケアプラン作成等のためにケアプラン作成届出事業者等へ提供することに 同意する 同意しない 本人及び家族へ提供することに 同意する 同意しない

医師氏名(自署) 氏名は自署でご記入ください。②
医療機関名
医療機関所在地
電話番号 ()
FAX番号 ()
被保険者の同意があるときは、ケアプラン作成に資するため、要介護認定・要支援認定等の結果の情報提供を 希望する 希望しない
なお、情報提供を受けた際は、下記の遵守事項を守ります。

③ (1) 最終診察日 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

④ (2) 意見書作成回数 初回 2回目以上

(3) 他科受診の有無 有 → 内科 精神科 外科 整形外科 脳神経外科 皮膚科 泌尿器科 無 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()

⑤ 1. 傷病に関する意見 ★個人を特定できる情報(医療機関名や施設名)は記載しないでください。

(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(S・H・R) 年 月 日(頃)

2. 発症年月日(S・H・R) 年 月 日(頃)

3. 発症年月日(S・H・R) 年 月 日(頃)

⑥ (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ヵ月以内)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)

⑦ 2. 特別な医療

処置内容

特別な対応

失禁への対応

(1) 第2号被保険者の場合、特定疾病の診断の根拠を必ず記入してください。

(2) 介護の手間が如何にかかるかを詳しく記入してください。

(3) 介護サービスの提供時に知っておく必要がある薬剤を記入してください。

⑧ 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 ⇒必ずチェックしてください

・障害高齢者の日常生活自立度(障害) 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 ⇒必ずチェックしてください

・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)(該当する項目全てをチェック: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 ★個人を特定できる情報(医療機関名や施設名)は記載しないでください。

無 有 (症状名: 専門医受診の有無 有 無)

⑦【特別な医療】

作成日から起算して、過去14日間に受けた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)について選択してください。「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」は含まれないので注意して下さい。

⑩【体重・身長】

- 測定不能であれば、おおよその体格を大・中・小で記載してください。
- 過去6か月における体重の変化は3%程度の増減を目途に選択してください。

⑪【栄養・食生活】

- 要介護状態の改善及び重度化の予防の観点から、総合的な栄養状態を評価し、医学的観点から、栄養・食生活上の留意点を記入してください。

⑫【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か月以内に発生する可能性の高い状態について記入してください。

⑬【サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し】
概ね3ヶ月～6ヶ月を目途に選択してください。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、という観点で判断し選択してください。

(5) 身体の状態

利き腕(右 左) 身長= 〇〇 cm 体重= 〇〇 kg (過去6ヵ月の 増加 維持 減少)

四肢欠損 (部位:) 右上肢 (程度: 軽 中 重) 左上肢 (程度: 軽 中 重)

麻痺 右下肢 (程度: 軽 中 重) 左下肢 (程度: 軽 中 重)

その他 (部位:)

筋力の低下 (部位:)

関節の拘縮 (部位:)

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

車いすの使用は主に誰が操作(駆動)しているかについて選択してください。歩行補助具・装具の使用は、義足(切断の時に用いる)の使用は含みません。

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(義足等) 用いていない 屋外で使用 屋内で使用

⑪ (2) 栄養・食生活 ⇒必ずチェックしてください

食事行為 自立ないし何かが自分で食べられる 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 ()

⑫ (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 ()

⑬ (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

⑭ (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

⑮ (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

⑯ ケアプラン作成届出事業者等からケアプランの情報提供を 希望する 希望しない

⑧【障害高齢者の日常生活自立度判定基準(要約)】

J	障害等があるが、日常生活はほぼ自立し、 独力で外出 1:交通機関等を利用して外出 2:隣近所なら外出
A	屋内生活は概ね自立しているが、 介助なしに外出しない 1:介助により外出、日中はほとんどベッドから離れて生活 2:外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活
B	屋内生活で介助が必要、日中もベッド上が主体、 座位は保つ 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
C	1日中ベッド上 、排泄・食事・着替で介助必要 1:自力で寝返りをうつ 2:自力では寝返りをうたない

⑨【認知症高齢者の日常生活自立度判定基準(要約)】

I	何らかの認知症を有するが、家庭内・社会で日常生活は自立
II	生活に支障ある症状等があるが、他者の注意あれば自立 a:家庭外で、上記の症状がみられる b:家庭内でも、上記の症状がみられる
III	日常生活に支障ある症状等があり、介護が必要 a:日中を中心として、上記の状態が見られる b:夜間を中心として、上記の状態が見られる
IV	日常生活に支障ある症状等が頻繁にあり、常時の介護必要
M	著しい精神症状・問題行動等がみられ、専門医療が必要

⑰【ケアプランの情報提供】

- 介護支援専門員に対して、ケアプランの提供を希望するか否かを選択してください。
- 神戸市様式以外で作成される場合は、神戸市様式へは記入せずにソフト版の主治医意見書「5. 特記すべき事項」に希望する旨を記入してください。