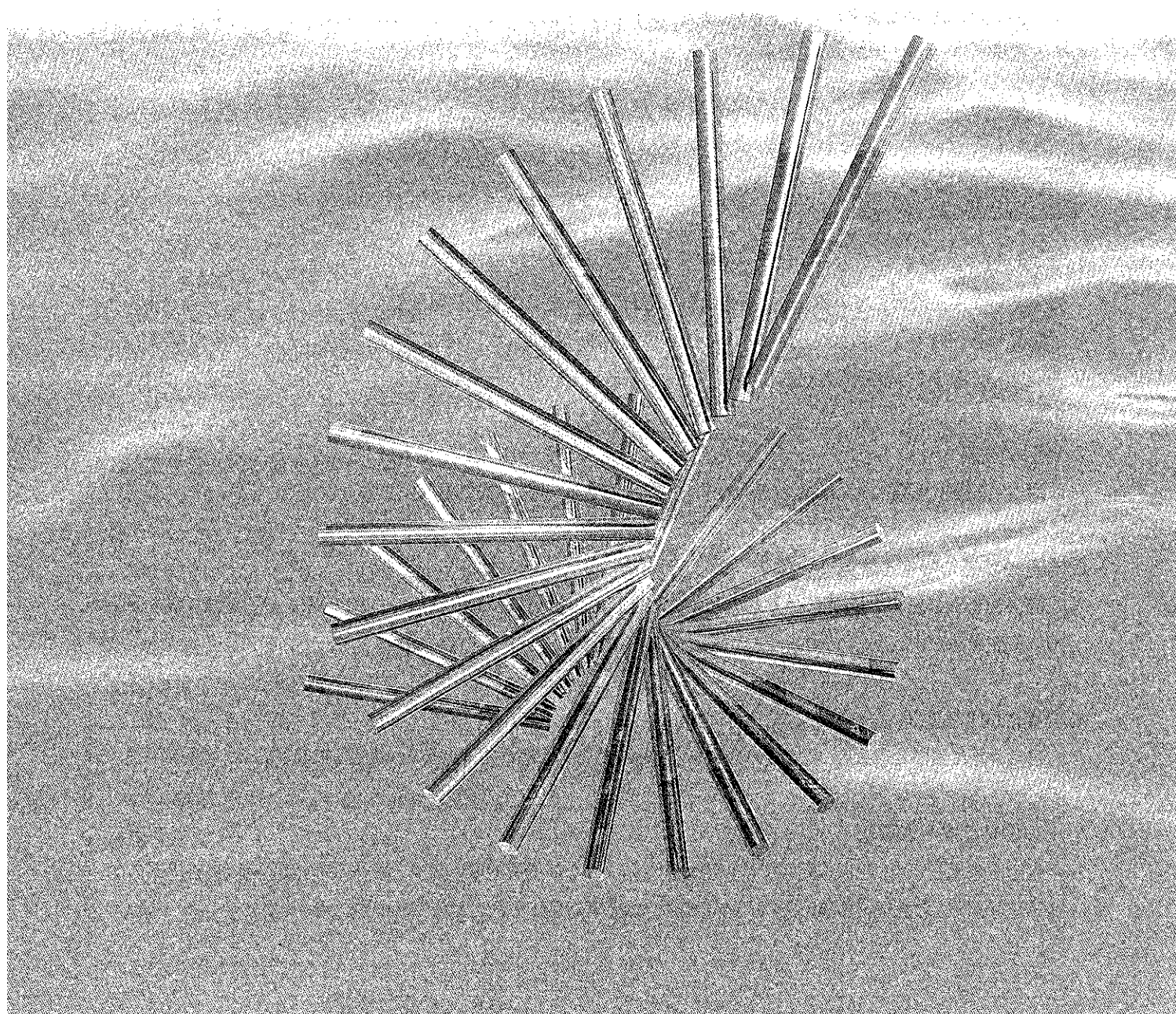


主治医意見書記入マニュアル

概 要 版



日本医師会

主治医意見書記入マニュアル(概要版)の使い方

はじめに

主治医意見書は、介護保険制度の要ともいえる「要介護認定」における重要な資料となります。また同時に、申請者の医学的情報源として、また、認定後のケアプラン作成や介護保険サービス利用時に活用できる診断書的作用を果たします。

主治医意見書の作成は、申請者が医師に対して任意に依頼するものであり、必ずしもかかりつけ医のみが行うものではありません。つまり、日常的に診察を行っていない場合や、部分的な治療にあたった医師や勤務医の先生も、主治医意見書の作成を依頼される場合があります。

ただ、記載項目の中には、申請者の身体状況や精神状況などの高齢者の全体像を把握した上で記載するものも含まれています。そこで、既存の記入マニュアルの内容をできるだけ簡素化し、ポイントとなる項目を重点的に解説した「主治医意見書記入マニュアル(概要版)」を作成しました。記載項目の全体を見渡せる見開き形式としています。

なお、個々の項目に関する詳細な定義や解説については、本編「主治医意見書記入マニュアル」の「第3章記入マニュアルや記載例」等を参考にしてください。また、以下では、主治医意見書の記載項目の説明、および、本編第2章で紹介する意見書作成の視点について要点を掲載しましたので併せてご一読下さい。

意見書の記載項目

1. 傷病に関する意見

申請者が現在罹患している主たる傷病、また過去の傷病履歴に関する項目です。

第2号被保険者（満40歳～64歳）の特定疾病名や診断根拠等はこの欄に記載します。また、予後の見通しや治療経過・投薬内容等の詳細も記載します。

2. 特別な医療

過去14日間に実際に行われた看護補助行為についてチェック形式で記載します。

3. 心身の状態に関する意見

痴呆性老人の日常生活自立度、問題行動の有無と種類等の精神状況、麻痺・拘縮の部位と程度等の身体状況について記載します。

4. 介護に関する意見

日常介護における留意点、認定後のサービス利用を踏まえた医学的観点からの助言、指摘等について記載します。

5. その他特記すべき事項

自由記載欄として、選択式記載では表現できないような情報を記載します。痴呆に関する評価（長谷川式スケール等）や専門医の意見、家族介護の状況など様々な情報を記載することができます。

意見書作成の視点

<要介護認定の観点>

主治医意見書の内容に求められるものは二次判定に役立つ情報、即ち、医学的観点からみでの「介護の手間」の程度や状況の記載などである。以下、介護の手間の観点からみた記載上の留意点を挙げる。

■日常生活自立度について

厚生労働省が提示している寝たきり度、痴呆度の組合せによる「要介護度の分布」は二次判定の一つの指標として使われており、認定調査のフォローの意味も含め、正確に判定記入する必要がある。

■問題行動がある場合

二次判定での要介護度の変更は、問題行動をその根拠とする事例が最も多く、本人の診察、家族などの介護者から問診などにより聞き取り、判断することが求められる。

問題行動については、認定調査票と主治医意見書とでほぼ同様な項目が調査されている部分があるが、認定調査のフォローの観点、また、痴呆症状の正確な把握の観点から、慎重な判断・記入が求められている。

■記載全般について

主治医意見書に医学的専門用語、略語などが記載されていることがある。介護認定審査会委員は医師等の医療関係者ばかりでなく福祉関係者なども含まれているため、医学的専門用語、略語の使用は避け、なるべく平易な記載をして理解されるようにすることが必要である。

<ケアマネジメントの観点>

「主治医意見書」は介護サービス計画(ケアプラン)作成時にも重要な医学的な意見として役立てられる。言い換えると、介護サービス利用の入り口時点で押さえておかねばならない申請者の医学的情報を最初に伝えることができるのである。

以下に、ケアマネジメントの観点から、主な疾病と症状・状態別のポイントをできるかぎり具体的に記載するときに活用できる内容でまとめた。

■パーキンソン病

- ・重症度によって、リハビリテーションやケアの内容が変わる
- ・すくみ足や小刻み歩行、前傾・前屈、突進現象、加速歩行などのため、転倒の危険性あり
- ・嚥下障害や末梢循環不全、自律神経障害などにも注意が必要

■片麻痺

- ・主に脳血管障害によって起こる片側上下肢の麻痺(障害を受けた脳と反対側に麻痺)
- ・右片麻痺では言語障害を伴いやすい、左片麻痺では情緒障害を伴うことが多い
- ・各関節が拘縮しやすいことに注意が必要

■嚥下障害

- ・口腔に食べ物が残っていないか確認する
- ・激しい咳き込みや高熱があるときには嚥下性肺炎を疑い、主治医の診察を受ける

記入上の注意点

- このマニュアルは「概要版」ですので、チェック項目や記入内容の詳細な定義等につきましては、記入マニュアル本編で確認してください。
- 難解な専門用語は避け、分かりやすく、また、読みやすい字で記入してください。
- 作成した意見書は、写しを保管するようにしてください。更新認定において再作成する場合等便利です。
- 意見書を申請者本人に直接手渡す場合（申請時に意見書を添えて申請する市町村の場合）、必ず密封した上でお渡しください。
- 保険者からの指定による場合等、診療歴のない申請者の意見書を作成するために行った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、市町村に請求することになります。

● 診断名

偏病の発症年月日がはっきりしない場合は、おおよその年月を記入してください。全く不明の場合は「不詳」としてください。

第2号被保険者については、特定疾病名を「1」欄に記入してください。

複数の傷病がある場合は、生活に支障のある状態の原因となっているものを優先して記入してください。4種類以上の傷病がある場合、「5 その他特記すべき事項」に記入してください。

● 介護の必要の程度に関する予後の見通し

概ね3ヶ月から6ヶ月を目途としてチェックしてください。疾病の進行や症状自体の今後の見通しのみではなく、介護をどの程度必要とするかの観点で判断しチェックしてください。

● 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

介護上留意すべき薬剤、相互作用の可能性のある薬剤等あれば記入してください。（服用時間厳守、薬剤種類が多い等の服薬介助の注意点も記入してください）

第2号被保険者の場合、特定疾病の診断の根拠を簡潔に記入してください。

● 理解および記憶

日常の意思決定を行うための認知能力（要約）	
自立	日常生活において首尾一貫した判断ができる。
いくらか困難	新しい課題や状況に際して、判断が多少困難。
見守りが必要	毎日の日課にも、合図や見守りが必要。
判断できない	ほとんどまたは全く判断できない。
自分の意思の伝達能力（要約）	
伝えられる	考えを容易に表現し、相手を理解させられる。
いくらか困難	考えをまとめるのに多少の困難がある。
具体的な要求のみ	時々伝えられるが、基本的要求に限られる。
伝えられない	ほとんど意思を伝えられない。

主治医意見書

記入日 平成 年 月 日

申請者	(ふりがな) _____	男	〒 _____
	明・大・昭 年 月 日生 (歳)	女	連絡先 () _____
上記の申請者に関する意見は以下の通りです。 本意見書が介護サービス計画作成に利用されることに ☐ 同意する。 ☐ 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	☐ 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. _____	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			
(3) 介護の必要の程度に関する予後の見通し ☐ 改善 ☐ 不変 ☐ 悪化			
(4) 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 (最近6ヶ月以内に变化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	☐ 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
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	
・障害者老人の日常生活自立度（要約）	☐ 正常 ☐ J1 ☐ J2 ☐ A1 ☐ A2 ☐ B1 ☐ B2 ☐ C1 ☐ C2
・痴呆性老人の日常生活自立度	☐ 正常 ☐ I ☐ IIa ☐ IIb ☐ IIIa ☐ IIIb ☐ IV ☐ M
(2) 理解および記憶	
・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 ☐ 伝えられない
・食事	☐ 自立しない ☐ 何とか自分で食べられる ☐ 全面介助
(3) 問題行動の有無（該当する項目全てチェック）	
☐ 有 ☐ 無	
(有の場合) → ☐ 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 () _____	

- 記入日
予め意見書を作成していた場合でも、最終的に内容確認をした意見書の「完成日」を記入日としてください。
- 申請者の情報
住所・連絡先については、居住地（自宅）の住所及び電話番号を記入してください。施設に入院・入所している場合は、施設名・住所・電話番号を記入してください。
- 同意欄
主治医として、本意見書が介護サービス計画作成のため利用されることに同意するか否か、という観点から判断してください。
同意した場合、申請者本人や家族の方が目にする可能性もあることに留意してください。
- 主治医の情報
所属する医療機関の所在地・名称・電話番号はゴム印で構いません。
医師氏名は自署してください。押印は不要です。

- 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。作成料の区分は「新規」となります。
- 他科受診の有無
申請者の他科受診について、知っている限りで「有無」と「診療科名」をチェックしてください。
他科受診の必要性に関するチェックではありません。

- 特別な医療
作成日から起算して、過去14日間に、看護職員等が行った診療補助行為（医師が同様の診療行為として行った場合を含む）についてチェックしてください。
「医師でなければ行えないような行為」「家族/本人が行った類似の行為」は含まれないので注意してください。

日常生活の自立度	
・障害者老人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. 身近な所へ外出
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、日中もベッド上が主体、 座位は保つ
B	屋内生活で介助必要、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

痴呆性老人の日常生活自立度判定基準（要約）	
I	痴呆を有すが、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、他者の注意があれば自立 a. 家庭外で、上記の状態がみられる b. 家庭内でも、上記の状態がみられる
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、上記の状態がみられる b. 夜間を中心として、上記の状態がみられる
IV	日常生活に支障ある症状等が顕著にあり、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

※遷延性の意識障害等では判断が難しい場合は、「I/M」にチェックした上で、「3 (4) 精神・神経症状の有無」の欄の（症状名）に遷延性の意識障害等と記入してください。また、「1 (4) 障害の直接の原因となっている傷病の経過」の欄に具体的な内容を記入してください。

