介護保険主治医研修会テキスト

令和８年度

一般社団法人　岐阜県医師会

目次

はじめに ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1

＜第一部＞
1. 介護保険の基本的な考え方及び介護保険制度について ・・・・ 2

2. 介護保険と主治医の役割・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 6

3. 主治医意見書記載上の具体的なポイント

・医療のポイントー病態の提示、予後の判断・・・・・・・・・・ １１

・生活機能とサービスに関する意見の項目・・・・・・・・・・・ ２７

4. 認知症に関する意見書記載のポイント・・・・・・・・・・・・・ ３３

5. 特定疾病の診断について
ー特に「がん末期」に対する考え方ー・・・・・・・・・・・・・ ３５

6. 実際の意見書記載の事例提示・・・・・・・・・・・・・・・・・ ３７

7. 主治医と多職種連携、認知症対応について・・・・・・・・・・・ ５２

8. がん疾患に係る介護サービス給付の課題について ・・・・ ５５

付録 主治医意見書記載ガイドブック
特記すべき事項欄の充実のために・・・・・・・・・・・・・・・ ５８

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 ７０

＜第二部＞
1. 医療保険と介護保険・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ ７３

＜参考＞
1. 今かかりつけ医に期待されること・・・・・・・・・・・・・・・・ ７５

2. 地域包括支援センターが抱える問題点・・・・・・・・・・・・・・ ７７

3. 認知症支援体制構築推進委員会について・・・・・・・・・・・・・ ８２

4. 運転免許証返納者の立場に身を置いて・・・・・・・・・・・・・・ ８３

はじめに

2026年8月1日現在、わが国の総人口は1億2,281万人で、65歳以上の人口が3,620万人（総人口の29.5%）、そのうち75歳以上は2,149万人と推計されています。厚生労働省は「団塊の世代」が75歳以上になる2025年を目途に、要介護状態になっても可能な限り住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される、「地域包括ケアシステム」の構築を急いできました。

介護保険制度は2000年4月にスタートしました。　介護保険法成立（1997年12月）から準備期間が短く、「走りながら考える介護保険」といわれ、3年ごとの見直しが行われてきました。近年、利用者の増加、サービスの拡大とともに財政基盤が圧迫され、制度そのものの維持、存続が重要な課題となり、介護給付費抑制を主たる目的とした「改正」を繰り返すたびに「屋上屋を架す」「複雑怪奇な」制度になってきています。その結果、最近では「制限が多く、負担が大きい」との酷評も聞かれるようになりました。

介護保険制度に関する意見の中で、「要介護認定の仕組みが分かりにくい」、「要介護認定の結果（要介護度）に不満」という批判は当初から聞かれていましたが、認定審査の場面においても調査基準や一次判定コンピュータロジックなどの変更があるたびに混乱が繰り返され、現在に至っています。要介護認定は介護サービスを受けるための資格審査ですので、全国一律の基準による公平公正で客観的かつ正確な判定が求められます。保健、医療、福祉の専門職で構成され、医師以外の職種も多く参画している認定審査会で、調査員の調査結果と主治医意見書を判断材料にして判定が行われます。

重要な資料である主治医意見書については記載の不備が指摘されて久しいですが、医師は大学教育や卒業後の研修で診断書、証明書や意見書の作成について学ぶ機会はほとんどなく、主治医の意見書と診断書との質的な差異が十分に理解されないままに記載されているのが現状です。

岐阜県医師会では介護保険主治医研修事業として、毎年、各地区で一般会員を対象に主治医意見書記載の講習会を開催しております。さらに大病院が多い岐阜地区では病院を順に回りながら勤務医を対象とした研修会も実施してきました。

介護保険制度の基本と現在の課題を知り、介護の立場からの見方を習得していただき、よりよい主治医意見書作成のためにぜひ講習会への参加をお願いいたします。

医療・介護・福祉連携委員会　委員長　　石山　俊次

＜第一部＞
１．介護保険の基本的な考え方及び介護保険制度について

医療・介護・福祉連携委員会　委員長　石山　俊次

１．介護保険の基本的な考え方

介護保険制度は、「加齢や障害などにより介護を要する状態になっても自身あるいは家族などの選択により、できる限り自立した生活を送ることができるように、必要な介護サービスを総合的、かつ一体的に受けることができる 40 歳以上全員強制加入の公的社会保険制度」で、2000 年 4 月 1 日より施行されました。わが国では、医療保険、年金保険、労災保険、雇用保険に続く 5 番目の社会保険制度になります。世界的に見ると、本格的な介護保険制度の創設、施行は、ドイツ（1995 年 1 月施行）に続き 2 番目になります。制度創設の基本理念は、介護を必要とする人々が住み慣れた地域で自分の能力を活用しながら自分らしく尊厳を持って暮らし続けることができるように、社会が支援する仕組みをつくることでした。制度創設にあたって、その財源を税中心とした公費にするべきとの議論もありましたが、医療や年金と同様の社会保険方式を導入したのは、経済の影響を受けることなく財源を安定的に確保できること、給付と負担の対応関係が比較的わかりやすいことからニーズの増大に伴う負担の増大について国民の合意が得られやすいこと、民間事業者をはじめ多様な事業主体の参入が容易となり、競争による介護サービス事業の活性化、サービスの量的拡大と質の向上が期待できることなどの利点が考えられたためです。

従来、高齢者の福祉は老人福祉法に基づく「措置制度」、すなわち行政処分で決められ、利用者自身がサービスを選択することはできませんでした。たとえば特別養護老人ホームの入所や訪問介護などのサービス利用が申請されると、市町村がその必要性を判断し、サービスの種類や提供期間を決定していました。また、入所費用には収入に応じた利用者負担（応能負担）があるため、所得によっては負担が重くなることから、自己負担が少なくてすむ医療保険を利用（社会的入院）するものが増加することも大きな問題でした。介護保険制度は、利用者本位の介護サービス提供を基本理念とし、サービスの提供にあたってはニーズを的確に把握し、個別性を尊重して、チームケアで計画を策定・実行・評価していく手法（ケアマネジメント）がとられ、介護支援専門員（ケアマネージャー）がその中心的役割を担っています。

スタートから 20 年以上が経過して制度への認知が高まり利用者も増加し、多くの問題点を抱えながらもそれなりの役割を果たしつつ定着しています。

２．介護保険制度のしくみ

①　保険者および被保険者と保険財政

介護保険の保険者は市町村および特別区、被保険者はその市町村の区域内の住所を有する 65 歳以上の者（第 1 号被保険者）および 40 歳以上 65 歳未満の医療保険加入者（第 2 号被保険者）です。第 2 号被保険者に対する給付は、加齢に伴う特定疾病（がん末期が追加され全部で 16 疾病が指定）に起因する要介護・要支援状態に限定され、先天性の疾病や交通事故等に起因するものについては現行の障害者福祉制度で対応することになっています。介護給付その他必要な費用については、2 分の１を公費で負担し、２分の１を保険料で負担することとされており、財政面では税金と保険料の混合方式となっています。保険者である市町村に対しては種々の財政安定化策や保険料徴収事務の大幅な負担軽減の仕組みが制度的に盛り込まれています。市町村では３年間の介護保険事業計画を策定し、保険料が決定されます。これに対してドイツの介護保険制度では、医療保険と介護保険の被保険者の範囲が同一で、保険料も一括して徴収、財源の全てを保険料で負担し、年齢による保険給付の区別はなく、若年障害者への介護サービスも介護保険で給付しています。また、ドイツでは在宅介護の場合、現物給付と介護手当（現金給付）の選択性となっており、約８割が介護手当を選択しています。日本ではサービスの現物給付が原則で、家族介護に対する現金給付はありません。厚生労働省の発表によると、介護保険制度で 2024 年度にかかった介護費用（介護給付費と自己負担）の総額は 11 兆 9,380 億円となり、前年度より約 4,242 億円（3.7%）増え、過去最多を更新しました。2001 年度（4 兆 3,783 億円）の約 2.7 倍となっており、負担する側は減り、給付を受ける側は増え続けるという少子高齢化の現実を突きつけられ、制度維持のため負担増や給付範囲の縮小などを中心とした改正が行われています。

② 申請から介護認定までの流れ

医師が治療の必要性を判断する医療保険とは異なり、介護保険では要介護状態、要支援状態にあることが給付の要件になっていますので、その確認のため要介護認定が不可欠となります。介護が必要となったら本人または家族が市町村に認定を申請します（地域包括支援センター等による申請代行は可能）。市町村は、聞き取り調査方式による認定調査を実施するとともに主治医から意見を求め（主治医意見書提出）、介護認定審査会（保健・医療・福祉の学識経験者による合議）で認定調査の結果に基づくコンピューター判定（一時判定）と主治医意見書の内容を検討し、審査判定（二次判定）を行います。申請から原則として 30 日以内に要介護認定結果を申請者に通知します。認定結果に納得できない場合には 3 ヶ月以内に都道府県の介護保険審査会に申し立てができます。心身の状態が変化した場合、残りの有効期間にかかわらず、いつでも区分変更申請ができます。

認定の有効期間は制度発足時、原則 6 ヶ月間でしたが、市町村の事務負担軽減のために見直しが繰り返され、介護予防・日常生活支援総合事業を市町村全域で実施している場合に限り、更新申請時は原則 12 ヶ月、更新で前と変更がある場合 36 ヶ月、変更がない場合 48 ヶ月まで延長可能とし、簡素化することになりました。新規申請及び区分変更申請では

原則 6 ヶ月、上限 12 ヶ月までとなっています。

サービス支給限度額は要介護区分ごとに設定されており、限度額を超えた分は全額が自己負担になります。

③　介護サービスの利用

要支援 1・2（予防給付相当）と判定された場合には、地域包括支援センターの担当者が利用者または家族の同意を得て介護予防サービス計画（介護予防ケアプラン）を作成し、サービス提供事業者と契約、介護予防サービスを利用します。サービス利用後一定期間（3〜6 ヶ月）で効果を評価、必要に応じてケアプランの見直しを行います。

2015 年度からの 3 年間に各市町村において「介護予防・日常生活支援事業（総合事業）」が整備され、要支援者を介護保険から切り離し、総合事業に移行することになりました。

2018 年 4 月からはすべての市町村で、要支援 1・2 と認定されると介護予防サービスのうち、「訪問介護」「通所介護」は総合事業に新設された「介護予防・生活支援サービス事業」に移行されました。財源は介護保険からの移転ですが、「事業」ですので上限管理が求められます。

要介護 1〜5（介護給付相当）と判定された場合、在宅サービスについては居宅介護支援事業者のケアマネージャーが介護サービス計画（ケアプラン）を作成、サービス提供事業者と契約して在宅サービスを利用します。施設サービスについては希望する施設を選び、施設のケアマネージャーがケアプランを作成、施設サービスを利用します。

介護サービスを利用した場合、原則としてサービス費用の 1 割を利用者が負担して、残りの 9 割は介護保険から給付されます。2005 年 10 月から、施設サービス利用に際して食費および居住費（滞在費）が保険給付から外れ、利用者の自己負担になりました。2014 年に「地域医療・介護総合確保推進法」が成立し、介護予防給付の一部（介護予防訪問介護と介護予防通初夏以後）を地域支援事業へ移行すること、特別養護老人ホームの入所対象者を原則要介護 3 以上とすること、現役並みの所得のある場合 3 割の自己負担など介護保険法関係は 2015 年以降順次施行されております。

2024 年度の介護保険制度改定では、「2 割自己負担の対象拡大」「介護予防支援事業所の拡大」「処遇改善加算の一本化」などについて議論が進められました。反対意見が多かった「要介護 1〜2 における総合事業への移行」と「ケアプランの有料化」については見送られましたが、次の節目となる 2027 年度改定に向けた議論がすでに始まっており、「保険給付の効率的な提供」、「保険給付範囲のあり方の見直し」、「高齢化・人口減少下での負担の公平化」の 3 つの視点から制度の持続性確保のための見直しが進められることになります。

３．おわりに

2025 年には「団塊の世代」が 75 歳以上に達し、高齢化の影響が最も深刻にあらわれて

きています。スタートから 25 年以上が経過し介護保険制度は何とか定着しましたが、費用額の増大、改正を繰り返し「複雑怪奇」となった仕組み、介護の人材不足など従来からの問題に加えて、新型コロナウイルス感染症の蔓延による介護現場の混乱が続いています。

制度創設の理念に基づき課題を解決していくために、われわれ主治医（かかりつけ医）は、ケアマネージャー、地域包括支援センターなど介護に関わる多職種と連携しつつ知恵を絞りながら、これまで以上に積極的に介護に関わっていく必要があります。

２．介護保険と主治医の役割

医療・介護・福祉連携委員会　委員　加藤　悟司

介護保険から見た、かかりつけ医の具体的な役割としては、①居宅療養管理指導（継続的な医学的管理と医療情報提供）、②主治医意見書作成（認定調査の医学的補完）、③サービス担当者会議開催への参加、④訪問看護指示書・リハビリテーション計画指示書の作成等が上げられます。

介護保険利用者に対する、かかりつけ医の役割として、①本人の心身の総合的健康管理、②介護者を含めた家族全体の健康管理、③本人・家族の意思決定に対する援助、④チームアプローチのコーディネーター、これらのかかりつけ医に求められる機能としては、単に幅広い医療知識だけでなく、介護や障害、福祉分野にも一定程度の基礎知識を持った上で、常に生活の視点として医療提供の在り方を探求する姿勢を持ちたい。

平成 26 年度診療報酬改定では、新たに地域包括診療料および地域包括診療加算が新設された。それを収得するための条件として、研修要件、服薬管理、在宅医療の提供と 24 時間対応と共に、介護保険制度との関わり等が列挙された。診療所における地域包括診療料の算定は時間外対応加算 1 の届出や常勤医師 3 名以上の在籍、在宅支援診療所の登録などを必須としている。算定のハードルはかなり高いが、かかりつけ医機能として介護保険との関わりが診療報酬の中で具体的に示されたもので、その意味は大きい。

介護保険制度では、介護保険に係る相談を受ける旨を院内提示し、主治医意見書を作成し更に、①居宅療養管理指導又は短期入所療養介護の提供、②地域ケア会議に年 1 回以上の出席、③居宅療養支援事業所の指定、④介護保険の生活リハの提供、⑤介護サービス事業所の併設、⑥介護認定審査会に参加、⑦所定の研修を受講、⑧医師がケアマネジャーの資格を有する、⑨（病院の場合）総合評価加算の届出又は介護支援連携指導料の算定、この 9 項目のいずれかを満たすことが必須とされました。

１．ケアマネジメントと主治医の役割

ケアマネジメントは、介護保険制度の創設とともに地域ケアをシステム化するものとして導入され、高齢者の介護を包括化に運用する方法として必須のものとなっています。

主治医、ケアマネジャー、介護業者などの多職種と患者、家族を交えたケアカンファレンスは、適正で効果的な個別のケアプランの前提となるものであります。平成 18 年の介護保険法の改正でこのケアカンファレンスの開催が義務化されましたが、実際に主治医、ケアマネジャー、介護業者などが顔を合わせてケアカンファレンスを行う

ことは少なく、ケアマネジャーからの一方的なファックス等で済ませているのが実情ではないでしょうか。

しかし、ケアカンファレンスへの参加など医師とケアマネジャーとの連携こそが、介護保険制度におけるサービスを効率的に提供するために必要と考えます。介護保険やケアマネジメントを円滑に運用するためにも、主治医はこうした連携したくても連携しにくい思いを持っているケアマネジャーにも積極的に関わる必要があります。高齢化社会において地域の医師が継続して医療に携わっていくために、介護保険やケアマネジメントに対する理解や知識は今後必須のものであり、医療、介護に関連する多職種連携を通して主治医は地域医療、地域療養に大きな貢献をして行くことが期待されます。

２．介護予防の推進と主治医の役割

介護保険は高齢者の自立支援を目指しており、高齢者自らも要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努め、要介護状態になった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めることとされています。

介護予防とは「要介護状態の発生をできる限り遅らせること、そして要介護状態にあってもその悪化をできる限り防ぐこと、さらに軽減を目指すこと」と定義されます。介護予防が目指すものは、心身機能の改善や環境調整などを通じて、個々の高齢者の活動レベルや役割レベルの向上をもたらし、それによって一人ひとりの生きがいや自己実現のための取り組みを支援して、QOL の向上を目指すものであります。

介護予防の概念は、一次予防、二次予防、三次予防の３段階に整理してとらえることができます。一次予防は、主として活動的な状態にある高齢者を対象に、生活機能の維持・向上に向けた取り組みを行うものでありますが、とりわけ、高齢者の精神・身体・社会の各相における活動性を維持・向上させることが重要です。二次予防は、要支援・要介護状態に陥るリスクが高い高齢者を早期発見し、早期に対応することにより状態を改善し、要支援状態となることを遅らせる取り組みです。そして三次予防は、要支援・要介護状態にある高齢者を対象に、要介護状態の改善や重度化を予防するものです。このような取り組みを通して一次予防の対象者から二次予防の対象者、要支援・要介護者に対する三次予防まで、切れ目なく総合的に展開することが重要です。

二次予防事業の対象者とは、要支援・要介護状態となるおそれの高い状態にあると認められる 65 歳以上の高齢者であり、彼らは、心身の健康状態の悪化や生活機能の低下などを抱えているため、日常生活が不活発となっており、生活範囲も狭くなっている場合が多く、しかも機能改善や介護予防に対する意欲も低下していることも多くな

っています。

地域支援事業実施要綱の改正により、平成 29 年 4 月から「介護予防・日常生活支援総合事業」が実施され、二次予防対象者の選定については、基本チェックリストの実施によって決定できることとなりました。特に運動器関連プログラムの参加にあたって、管理すべき疾患がある者等については、医師の判断が必要と考えられます。

医療機関は、介護予防の対象者と最も頻繁に接する機会が得られる場であり、かかりつけ医が二次予防の対象者把握の入り口となる機会も多くあります。かかりつけ医に期待される役割とは、高齢者の健康管理に加えて、介護予防に関する患者教育を行うこと、二次予防の対象者になると思われる高齢者を地域包括支援センターに紹介すること、運動器関連プログラムの参加にあたって安全上の判断を行うなど、多岐にわたります。かかりつけ医すなわち主治医は医療機関を受診する高齢者を対象に、外来、入院を問わず二次予防を念頭において地域包括支援センターと連携体制を築いていくことが重要です。

３．地域包括支援センターと主治医の役割

地域包括支援センターは、高齢者が住み慣れた地域で安心して過ごすことができるように、包括的および継続的な支援を行う地域包括ケアを実現するための中心的役割を果たすことを目的とする施設です。

地域包括ケアとは、地域住民が住み慣れた地域で安心して尊厳あるその人らしい生活を継続することができるように、介護保険制度による公的サービスのみならず、その他のフォーマルやインフォーマルな多様な社会資源を本人が活用できるように、包括的および継続的に支援することです。

地域包括ケアが求められる理由として、①少子高齢化に伴う生産年齢人口の減少、②要介護（要支援）認定者の増加、③単独および高齢者夫婦の増加、④認知症高齢者数の増加、⑤少子高齢化に伴う家族機能の低下、⑥地域の連帯感が希薄化するなかで地域の相互扶助の弱体化、⑦生活上のニーズの多様化、⑧入院や施設入所などのように生活の場が変わることによるニーズの変化などがあげられます。つまり、このような状況に対応することが地域ケアに求められています。

地域包括支援センターの目的は、地域包括ケアを実現することです。地域包括ケアシステムの構築は市町村の責務ですが、その構築に向けての中心的役割を果たすことが地域包括支援センターに求められています。地域包括ケアシステムを構築し、かつ有効に機能させるために、保健師等、社会福祉士、主任介護支援専門員がその専門知識や技能を互いに活かしながらチームで活動し、地域住民とともに地域のネットワークを構築しつつ、個別サービスのコーディネートをも行う地域の中核機関として設置されているのです。

主治医は地域包括支援センターの業務に積極的に関与する必要があります。気にな

る患者がいた時には主治医側から地域包括支援センターへ連絡することになりますが、この連絡経路を事前に確認しておくことが必要です。また地域包括支援センターから入院患者の退院調整、要介護者の往診や受診などの要請に対して気軽に対応するなど、双方向の連携を通して要支援・要介護者の医療・介護など生活支援を円滑に推し進めていくことが大切です。

４．地域包括ケア会議について

要介護高齢者は介護、医療、日常生活などにおいて様々な問題点を抱えています。何らかの課題を抱える高齢者の支援・救済および課題発生の防止は地域包括支援センターやケアマネジャーに課せられていますが、その成果は担当者の力量により大きく左右されます。高齢者は身体機能、生活機能などの個人因子、親族・近親者等人的関係や住宅のバリア等の環境因子などにより生活上の課題が発生しますが、それらの解決をケアマネだけに任せるのではなく、多職種による支援をしようというのが地域包括ケア会議です。

多職種とは主治医、地域住民、民生委員、ケアマネジャー、サービス事業者、地域包括支援センター、行政の担当者等であり、当該高齢者の課題の分析に始まり、課題解決に向けた支援の決定、さらに課題解決の短期、中期、長期実施目標を掲げ、支援の実施担当者の決定に至るのが地域包括ケア会議の具体的なイメージです。

認知症高齢者やひとり暮らしの高齢者等が増加する中、住民が地域でいつまでも安心して暮らしていくためには、包括的かつ継続的に保険・医療・福祉のサービスが提供できる「地域包括ケア体制」の構築が重要です。住民がいつでも安心して暮らせる環境・地域をめざし、岐阜県医師会では地域包括ケア会議の立ち上げと運営の支援を強力に推し進めています。この会議ではその立ち上げや事例検討の際には、医師の参加が不可欠であるため、主治医の先生方には地域に暮らす人について一緒に考える場として、是非地域包括ケア会議に参加をお願いします。

5. 介護保険施設等連携往診加算の新設について

令和 6 年度の診療報酬改定で「介護保険施設等連携往診加算 200 点」の新設。介護保険施設等に入所している高齢者が、可能な限り施設内における生活を継続できるよう支援する観点から、介護保険施設等の入所者の病状の急変時に、介護保険施設等の協力医療機関であって、平時からの連携体制を構築している医療機関の医師が往診を行った場合について、新たな評価を行う。

算定要件は、① 介護保険施設等連携往診加算は、介護保険施設等において療養を行っている患者の病状の急変等に伴い、当該介護保険施設等の従事者等の求めに応じて当該患者に関する診療情報及び病状の急変時の対応方針等を踏まえて往診を行った際に、提供する医療の内容について当該患者又はその家族等に十分に説明した場合に算定でき

る。この場合、介護保険施設等の名称、活用した当該患者の診療情報、急変時の対応方針及び診療の要点を診療録に記録すること。② 当該保険医療機関と当該介護保険施設等が特別の関係にある場合、介護保険施設等連携往診加算は算定できない。

平時から施設利用者の状態把握で穏やかに過ごしていただくための施設職員と切れ目のない連携を図るようご尽力ください。

6. 在宅医療における ICT を用いた連携の推進について

在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料の新設 200 点

在宅で療養を行っている末期の悪性腫瘍の患者の病状の急変時に、ICT の活用によって、医療従事者等の間で共有されている人生の最終段階における医療・ケアに関する情報を踏まえ医師が療養上必要な指導を行った場合の評価を新設されました。

算定要件は、① 過去 30 日以内に在宅医療情報連携加算を算定している末期の悪性腫瘍の患者に対し、医療関係職種等が、当該患者の人生の最終段階における医療・ケアに関する情報について、当該患者の計画的な医学管理を行う医師が常に確認できるように記録している場合であって、当該患者の病状の急変時等に、当該医師が当該患者の人生の最終段階における医療・ケアに関する情報を活用して患家において、当該患者及びその家族等に療養上必要な指導を行った場合に、月 1 回に限り算定する。

② 在宅で療養を行っている末期の悪性腫瘍の患者に対して診療等を行う医師は、療養上の必要な指導を行うにあたり、活用された当該患者の人生の最終段階における医療・ケアに関する情報について、当該情報を記録した者の氏名、記録された日、取得した情報の要点及び患者に行った指導の要点を診療録に記載すること。

今後も医療における ICT の利活用・デジタル化への対応が求められると思われます。

7. 患者の状態に応じた適切な在宅医療の提供の推進について

包括的支援加算の見直しで 包括的支援加算(在医総管・施設総管) 150 点（月 1 回）

在宅医療を行っている患者の状態に応じた評価を更に推進する観点から、包括的支援加算について、要介護度と認知症高齢者の日常生活自立度に関する対象患者の範囲を要介護度 2→3 以上と認知症高齢者の日常生活自立度のランク IIb→Ⅲ以上に見直す（障害者支援区分についての変更は無い）とともに、包括的支援加算の対象患者に新たに「麻薬の投薬を受けている状態」を追加されました。

認知症高齢者の増加に伴い算定要件が厳しくなっています。一方で癌末期などの終末期に於いては麻薬使用が緩和され該当者への適切な対応が迫られます。

３．主治医意見書記載上の具体的なポイント
医療のポイントー病態の提示、予後の判断

医療・介護・福祉連携委員会　委員　河瀬　晴彦

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ります。

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が、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。

「主治医の意見書」の記載において重要なことは、医師が疾病に対する専門家として、医療関係者以外の認定委員に対しても理解しやすいように申請者の病態を提示し、その予後（半年ほど）を予測し示すことです。（なるべく難解な専門用語を用いることは避け、平易にわかりやすく記入してください。主治医意見書は紹介状ではない！）

病態の提示は、意見書の「１．傷病名に関する意見」から「５．その他特記すべき事項」において総合的に提示することとなっています。予後は「４．生活機能とサービスに関する意見」と「５．その他特記すべき事項」において示されます。

意見書の記載項目順にそのポイントを示します。記入は、申請者の主治医が行い、インク、またはボールペンを使用してください。パソコンなどを使用しても差し支えありません。記入欄に必要な文字または数値を記入し、また□にレ印をつけてください。

０．基本情報

「申請者の氏名」等

申請者の氏名を記入し、ふりがなを併記してください。性別については、該当する□にレ印をつけてください。生年月日及び年齢(満年齢)については、該当するものに○印をつけ、必要事項を記入してください。住所及び連絡先については、居住地(自宅)の住所及び電話番号も記入してください。施設に入院･入所している場合は、当該施設の施設名、住所及び電話番号を記入してください。

主治医として主治医意見書が介護サービス計画作成の際に利用されることについて同意する場合は「□同意する」に、同意しない場合には「□同意しない」にレ印をつけてください。

同意する場合には、介護サービス計画の内容についての検討を行うサービス担当者会議

に本主治医意見書が提示されます。なお、申請者本人の同意を得た上で主治医意見書をサービス担当者会議の参加者に示すことについては、主治医に「守秘義務」に関する問題が生じることはありません。

「医師氏名」等

主治医意見書を記入する主治医の所属する医療機関の所在地及び名称、電話番号、ＦＡＸ、主治医の氏名を記入してください。なお、医師氏名の欄には、押印の必要はありません。また、医療機関の所在地及び名称等は、ゴム印等を用いても構いません。ただし、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。

（１）最終診察日

申請者を最後に診察した日を記入してください

（２）主治医意見書作成回数

申請者について主治医意見書を初めて作成する場合は「□初回」に、２回目以降の場合は「□２回目以上」にレ印をつけてください。

（３）他科受診の有無

申請者が他科を受診しているかどうかについて、お分かりになる範囲で該当する□にレ印をつけてください。有の場合は、該当する診療科名の□にレ印をつけてください。主治医意見書中に該当する診療科名がない場合には、その他の（ ）内に診療科名を記入してください。

１．傷病に関する意見

（１）　診断名及び発症年月日

①　「１．」に、65 歳以上の１号保険者は、生活機能の低下を直接引き起こしている傷病を記載してください。（医学的な疾病の重症度の順位比較ではない）
介護認定においては、その状態が６ヶ月以上継続することが求められており、６ヶ月以内の発症に関しては予後の予測が必要と思われます（末期がん以外）。発病年月日がはっきり分からない場合は、おおよその発病年月日を記載してください。その他の傷病は「２．」以下に記載してください。

②　「１．」に 40 歳以上 65 歳未満の２号保険者は、生活機能の低下の原因となっている疾病が、法令で定められた特定疾病に該当するか否かの判定が必要です。

特定疾病については、その診断の根拠となる所見について、意見書の「（３）生活機能の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」に記載することが必要です。

その他の傷病は「２．」以下に記載してください。生活機能低下を引き起こしている傷病が複数ある場合もまれではありませんが、より主体であると考えられる傷病を

優先して記入してください。（医学的な疾病の重症度の順位比較ではない）

特定疾病の診断基準の詳細につきましては、このテキストの「５．特定疾病の診断について」を参照してください。

（２） 症状としての安定性

「症状やそれによるADLの低下が，長期間一定程度を保てるのか？あるいは進行性に悪くなるのか？」

① 現在の全身状態から急激な悪化が見込まれない場合は、「安定」を選択してください。不明の場合は「不明」を選択してください。

② 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が必要な場合に「不安定」を選択してください。「不安定」を選択した場合は、その理由を具体的に記載してください。その際、具体的内容を記載欄に記載してください。

③ 予後予測が困難であるという理由で、「不安定」を選択しないでください。その場合は「不明」を選択してください。

疾患の症状が不安定のことのみを持って回答しない。また、短期間での要介護の再評価が必要でない場合も該当しない。

二次判定で、要支援２か要介護１かを判定する際、この「状態不安定」のみで判断しない。

（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．」の診断名に記載した、生活機能の低下を直接引き起こしている傷病または特定疾病の経過および投薬内容について記載してください。

① 生活機能低下の直接の原因となっている傷病について、維持・改善傾向にあるのか、悪化傾向にあるのか。

② 高齢者においては、傷病による生活機能低下に、更なる日常生活活動の低下、外出や社会参加の機会の減少、家庭内での役割の喪失等、生活機能の低下を引き起こしている要因があれば、具体的に記載してください。

③ 転倒、手術や入院治療に伴って、全身状態、運動機能、知的機能に重大な影響が現れていないか。

④ リハビリが行われている場合、急性期か、回復期や維持期なのか。

⑤ 認知症の場合、その状態と経過、および治療について薬物療法か非薬物療法など、その具体的内容。

⑥ 投薬内容については、介護上特に留意すべき薬剤や相互作用の可能性がある薬剤の投

薬治療を受けている場合は記入してください。睡眠、排泄、疼痛の改善など、生活の安定や介護に影響する薬剤がある場合は、服薬方法や見守りの必要性など介護上留意すべき点を記入してください。

⑦ 意識障害がある場合には、その状況についても具体的に記載してください。

２．特別な医療

介護度評価・時間加算に直接関わるもので、点滴、酸素、ストーマ・褥瘡、ＩＶＨなどです。

① 過去 14 日以内に看護職員等が行った診療補助行為（医師が行った診療行為を含む。）について選択。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 １２項目以外の医師が行った治療行為は含まれない点に留意してください。

３．心身の状態に関する意見

「（１）の日常生活の自立度について」の「障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）」については、以下の判定基準に沿って選択してください。「認知症高齢者の日常生活自立度」および「（２）認知症の中核症状」「（３）認知症の周辺症状」「（４）その他の精神・神経症状」「（５）身体の状態」については、以下について留意し記載ください。

遷延性の意識障害などで、認知症高齢者の日常生活自立度が判定不能であるときは、Ｍを選択し「１．（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」の欄に具体的な内容を記載してください。

（１）の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）判定基準

この項目は「おむつにかかわる費用の医療費控除」を受ける際の証明に活用される

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	屋内での生活はおおむね自立しているが、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、日中もベッドの上での生活が主体であるが座位を保つ。 １．車椅子に移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う。 ２．介助により車椅子に移乗する。
	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。

・認知症高齢者の日常生活自立度判定基準

ランク	判定基準	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、在宅生活の支援と症状の改善及び進行の阻止を図る。
Ⅱａ	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	
Ⅱｂ	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、電話の対応や訪問者との応対等一人で留守番ができない等	

Ⅲ	日常生活に支障を来すような症状・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。 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。
Ⅲa	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、又は時間がかかる。 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	
Ⅲb	夜間を中心として上記Ⅲの状態が見られる。	ランクⅢaに同じ	
Ⅳ	日常生活に支障を来すような症状・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。	常に目を離すことができない状態である。症状・行動はランクⅢと同じであるが、頻度の違いにより区分される。家族の介護力等の在宅基盤の強弱により居宅サービスを利用しながら在宅生活を続けるか、または特別養護老人ホーム・老人保健施設等の施設サービスを利用するかを選択する。施設サービスを選択する場合には、施設の特徴を踏まえた選択を行う。
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	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	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

	必要とする。	が継続する状態等	健施設等での治療が必要になった状態である。専門医療機関を受診するよう勧める必要がある。

（２）認知症の中核症状

認知症の中核症状として列挙していますが、その他の疾患で同様の状態が認められる場合も、該当する□にレ印をつけてください。

短期記憶

例えば、身近にある３つのものを見せて、一旦それをしまい、５分後に聞いてみる等の方法を用いて、申請者及び医師がともに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るか否かを評価します。記憶に問題がない場合は「□問題なし」に、問題がある場合は「□問題あり」にレ印をつけてください。

日常の意思決定を行うための認知能力

申請者の毎日の日課における判断力を評価します。以下の各選択項目の状態例にあてはめ、該当する□にレ印をつけてください。以下の各選択項目の状態例にあてはめ、該当する□にレ印をつけてください。

自立	日常生活において首尾一貫した判断ができる。毎日する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。

自分の意思の伝達能力

本人が要求や意思、緊急の問題等を表現したり伝えたりする能力を評価します。以下の各選択項目の状態例にあてはめ、該当する□にレ印をつけてください。会話に限らず、筆談・手話あるいはその組み合わせで表現される内容で評価しても差し支えありません。

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。

具体的要求に限られる	時々は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。

（３）認知症の周辺症状

認知症の周辺症状の有無について、該当する□にレ印をつけてください。認知症の周辺症状として列挙していますが、その他の疾患で同様な症状が認められる場合も、該当する□にレ印をつけてください。

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。

（４）その他の精神・神経症状

認知症以外の精神・神経症状があれば「□有」にレ点をつけ、その症状名を記入して

ください。有の場合、専門医を受診している場合は「□有」にレ印をつけ（　）内に受診の科名を記入してください。

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“呂律が回らない”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与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

利き腕について、該当する□にレ印をつけてください。

身長・体重

体重及び身長について、おおよその数値を記入。また、過去６ヶ月程度における体重の変化について、３％程度の増減を目途に、該当する□にレ印をつけてください。

麻痺・褥瘡等

麻痺・褥瘡等の状態について、該当するものがあれば□にレ印をつけてください。介護の手間や生活機能を評価する観点から部位の記載が必要なものについては具体的に記入。程度については、麻痺・褥瘡等の状態が介護にどの程度影響するのかという観点から、あてはまる程度の□にレ印。なお、麻痺については、訪問調査においても、同様の項目があるが、訪問調査員は必ずしも医療の専門家ではないことから、日常生活に影響があるかどうかで判断することとしており、主治医意見書では、医学的観点からの麻痺の有無の記入をお願いいたします。

四肢欠損	腕、肢、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肉の協調が必要であるが、 その協調が失われた状態。個々の筋肉の力は正常でありながら運動が稚拙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、目的に添わない運動。多くは錐体外路系の病変によって生じる。
褥瘡	廃用症候群の代表的な症状。持続的圧迫及びずれ応力による局所の循環障害によって生じる阻血性壊死。
その他皮膚疾患	褥瘡以外で身体介助、入浴などに市場のある皮膚疾患がある状態。

４．生活機能サービスに関する意見

（１） 移動

屋外歩行

日常生活での屋外歩行の状態について、以下の各選択項目の状態例にあてはめ、該当する□にレ印をつけてください。

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、訓練の時だけ、屋外歩行をしている場合を含みます。また車いすで屋外を移動している場合等を含みます。

車いすの使用

車いす（電動車いすも含む）を用いていることがある場合に、主に誰が操作（駆動）しているかについて、以下の各選択項目の状態例にあてはめ、該当する□にレ印をつけてください。車椅子を常時使っている場合だけでなく、例えば外出時だけの使用や、病院や通所施設等だけで使用している場合も含みます。

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、例えば室内は自分だけでこいでいるが、屋外は後ろから押してもらっている場合なども含みます。
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（押してもらう等）してもらっている状態。操作時に見守りを必要とする場合も含みます。

歩行補助具・装具の使用

日常生活での室内歩行や屋外歩行で、歩行補助具（杖等）や装具を用いている状態について、以下の各選択項目の状態例にあてはめ、該当する□にレ印をつけてください。屋内、屋外両方で使用している場合は両方の□にレ印をつけてください。どちらか一方だけでの使用の場合も含みますが、義足（切断の時に用いる）の使用は含めません。

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含みます。
屋外で使用	日頃の屋外歩行の時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、時々使用している場合も含みます。
屋内で使用	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含みます。

（２）　栄養・食生活

高齢者に多くみられる栄養問題は、慢性的なエネルギー、たんぱく質の補給不足、あるいは疾患によってエネルギー、たんぱく質の欠乏した状態（以下「低栄養」という。）です。要介護高齢者の「低栄養」は、内臓たんぱく質及び筋たんぱく質の低下をきたし、身体機能及び生活機能の低下をはじめ、感染症、褥瘡などの誘発に関わります。そこで、要介護状態の改善及び重度化の予防の観点から、「低栄養」に関連する要因と考えられる食事行為、総合的な栄養状態を評価します。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してください。

食事行為

日常生活行為のうち食事について、どの程度、どのように自分で行っているかを評価します。以下の各選択項目の状態例にあてはめ、該当する□にレ印をつけてください。

自立しないし何とか自分で食べられる	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。
全面介助	他の者の全面的な介助が必要である。

現在の栄養状態

現在の栄養状態を評価します。以下の各選択項目の状態にあてはめ、該当する□にレ印をつけてください。また、医学的観点から、改善に向けた留意点について（　）内に記入してください。

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^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。 上記指標が入手できない場合には、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いと判断される状態。
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^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。 上記指標が入手できない場合には、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。

（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、該当する□にレ印をつけてください。また、具体的な状態とその際の対処方針（緊急時の対応を含む）について要点を記入してください。

（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、申請者が介護保険によるサービス（予防給付によるサービスを含む)やその他の高齢者に対するサービスを利用した場合の、生活機能の維持･改善の見通しについて、該当する□にレ印をつけてください。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、という観点であることに留意してください。

（５）　医学的管理の必要性

医学的観点から、申請者が利用する必要があると考えられる医療系サービスについて、以下の各サービスの内容を参考に、該当するサービスの□にレ印をつけてください。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、歯の同様や死肉からの出血の有無、技師の不適合等）をもとに、口腔ケアの必要性に応じて記該当する□にレ印をつけてください。また、特に必要性が高いと判断されるサービスについては、項目に下線を引いてください。なお、本項目の記載は、ここに記載されているサービスについての指示書に代わるものではありません。

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行う。
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、患者の口腔内での清掃等に係わ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う、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、保健師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。

（６）　サービス提供時における医学的観点からの留意事項

サービス提供時に、医学的観点から特に留意する点があれば記載してください。例えば入浴可能な血圧の指示、運動負荷の是非、トロミ食の必要性、誤嚥の可能性、などについて（　）内に具体的な留意事項を記載してください。

血圧

血圧管理について、サービス提供時の留意事項があれば、具体的に記載してください。

また、どの程度の運動負荷なら可能なのかという点等についても記入してください。

嚥下

嚥下運動機能（舌によって食塊を咽頭に移動する随意運動、食塊を咽頭から食道へ送

るまでの反射運動、蠕動運動により食塊を胃に輸送する食道の反射運動）の障害について、サービス提供時の留意事項があれば、具体的に記載してください。

摂食

摂食について、サービス提供時の留意事項があれば、具体的に記載してください。

移動

移動（歩行に限らず、居室とトイレの移動や、ベッドの車椅子、車椅子と便座等への移乗等も含める）について、サービス提供時の留意事項があれば、具体的に記載してください。

運動

運動負荷を伴うサービスの提供時の留意事項があれば、具体的に記載してください。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してください。

その他

その他、医学的観点からの留意事項があれば、（　）内に具体的に記載してください。

（７）感染症の有無

サービスの提供時に、二次感染を防ぐ観点から留意すべき感染症の有無について、該当する□にレ点を付けてください。有の場合には、具体的な症病名・症状などを（　）内に記入してください。

５．特記すべき事項

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ことがしばしばあり、「要支援２と要介護１」の判定において、あるいは「一次判定の変更」においての根拠となる必須の条件です。さらに、判定後のケアプラン作成の鍵ともなります。（「医療」と「介護」をつなぐための重要な記載）

「介護の手間」については、「身体機能」「認知機能」の観点から記載することを意識してください。これらのポイントから、読み手が「介護の手間」を想像できるように具体的に記載することが重要です。

・他の項目で記載しきれなかったことや、チェック方式では表現できない事柄を簡潔にまとめる。（一次判定を変更するのに必要）

・認知症での介護の必要な点についてできるだけ具体的に記入、MMSE や HDS-R を活用した場合は点数を記載。

・「医学的管理の必要性」の選択理由を記載。

・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。情報提供者の了解の上、情報提供書や身体障害者申請診断書などの写しの添付。

主治医意見書の使われ方

① 要介護認定での利用

・主治医意見書の一部の項目が、コンピュータによる一次判定に投入され、介護認定審査会の原案が作成されます。

・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」に該当することが、要介護認定の要件となっています。介護認定審査会では、特定疾病に該当するかどうかの確認のために、主治医意見書が参照されます。

・介護認定審査会では、一次判定の結果に対して、「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、介護の手間がどの程度になるかの確認が行われます。その結果、必要に応じて、一次判定の結果が変更されます。

・要支援・要介護度のうち、要支援２と要介護１との間については、「認知機能の低下の評価」と「状態の安定性の評価」に基づいて振り分けられます。この判定にあたり、認定調査票の特記事項や主治医意見書が参照されます。

・介護認定審査会では、要介護度に関する二次判定に加え、要介護認定の有効期間（３～４８か月）の判断も行われます。

②　ケアプラン作成での利用

・ケアプランの作成にあたり、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が、申請者等の同意を得てサービス提供者に提供されます。

・ケアマネジャーは、主治医意見書等を参考としながら、ケアプランを作成します。

おわりに

介護認定審査会において、認定調査票の特記事項や主治医意見書の内容から、申請者に必要な介護の手間について総合的に把握し、判定することとなっております。したがって、申請者にかかる介護の手間をより正確に反映するために、主治医意見書の重要性が増しており、主治医意見書の「特記すべき事項」に、申請者の状態やそのケアに係る手間、頻度等の具体的内容について記載することが重要です。

そのためにも、主治医として日頃から申請者の日常生活を把握しておくのはもちろん、家族・ケアマネジャー、または看護師・スタッフからの情報を共有する必要があり、早期から「身体機能」、「認知機能」の低下を見逃さないことが何より大切と思われます。

参考資料：「主治医意見書記入の手引き」
財団法人日本公衆衛生協会　主治医意見書記載マニュアル
公益社団法人　全日本病院協会　主治医意見書　書き方のポイント

３．主治医意見書記載上の具体的なポイント
生活機能とサービスに関する意見の項目

医療・介護・福祉連携委員会　委員　深谷　泰弘

一般的に主治医の意見書（以下、意見書）とは介護認定審査会（以下、審査会）で介護度を判定するときの審査資料になるのと、ケアマネジャーがサービス計画作成時の参考資料に利用されます。これをふまえて記載するにあたって以下のことに注意していただきたいと思います。

審査会の委員は医師だけでなく保健、福祉関係の方が大部分を占めます。そのため意見書を作成するにあたりむずかしい医学関連用語は使わないでなるべく平易な表現で記載してください。

審査会の際、認定調査員の調査資料（以下、調査資料）と意見書の間に大きなくいちがいがあると審査委員は非常に困惑してしまいます。このことを防ぐためにも意見書を作成するときは申請者だけでなくその方と密接に接している方、たとえばお嫁さんとか息子さんに来ていただいて申請者の日常生活について聞き取りをすること、また施設に入所している方では日常生活を介助しているヘルパーに聞き取りをすることも大切なことです。私は午前中の比較的忙しい診察時間でなく午後の診察時間に申請者とその御家族に来ていただいて意見書を作成するようにしています。実際にはすべての御家族の方が協力していただけるとは限りませんが一応努力はしています。特に申請者以外の聞き取りは重要で、たとえば同一の申請者において調査資料の認知症の日常生活自立度がⅢａで、意見書ではⅠであるというようなくいちがいは絶対起こりえないと思います。

次に留意していただきたいことは、かかりつけ医が意見書を記載するときにはそれほど問題になりませんが、総合病院の医師が主治医となり申請者が複数の診療科を受診されているとき、たとえば循環器科と整形外科と消化器科を受診されているときはどの科の主治医が中心になって意見書を記載するか、その場合生活機能低下の直接の原因となっている傷病を診察している科の先生が記載していただくのが望ましいのですが、いずれにしろ意見書を記載する先生は他の科の情報も充分聞き取って記載していただきたいと思います。

以上、三つのポイントに留意して意見書を記載していただければ充分に審査会の資料になりえるものと思います。

意見書の中で**４．生活機能とサービスに関する意見**の項目は申請者の日常生活での生活機能と、どのようなサービスを提供すれば現在の生活機能を維持または改善することができるか、またサービスを提供するときの注意点などの参考にされます。記載の具体的なポイントは以下のようにお願いします。

移動の項目で**自立して屋外歩行**をしている状態は歩行補助具や装具・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。外出しているということは１回概ね３０分以上のものと考えられ、認知症による徘徊はこの範疇に入らないようです。**介助があれば屋外歩行**をしているという状態は介護者を直接介助しているだけでなくそばで見守っている状態も含みます。**屋外歩行をしていない**という状態は、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も含みます。車椅子で屋外を移動している場合も含みます。**車椅子の使用の項目**では、車椅子への移乗の手段は関係なく移乗した後の移動の手段です。**主に自分で操作**ということは、車椅子（電動車椅子も含む）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であり室内の状態で判断します。室内は自分で操作しているが屋外では後ろから押してもらっている場合なども含みます。**主に他人が操作**するということは、操作時に見守りが必要な場合も含みます。**歩行補助具（杖や押し車など）や装具（プラスチック製下肢装具など）**を**使用していない**状態は、訓練歩行のときだけ使用する場合も含みます。義足の使用もこの範疇に入ります。**屋外で使用**の場合は、遠出のときだけの使用のように時々使用している場合も含みます。**屋内で使用**の場合は、家事の時だけの使用のように特定の生活行為を行うときのみ使用している場合も含みます。

(1)　栄養・食生活の項目は、要介護状態の改善および重度化の予防の観点から低栄養に関連する原因として考えられる食事行為、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認める場合には具体的な内容を記載します。この項は介護予防サービスの三本柱の一つ栄養管理が必要かどうか判断する材料の一つにもなります。

食事行為で自立ないし何とか自分で食べられるとは、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状態も含みます。**現在の栄養状態**の評価は下記の表を参照してください。

良好	①過去６ヶ月程度の体重維持（概ね３％未満），②ＢＭＩ（体重（kg）/身長^2（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. 上記の指標が入手できない場合には，食事行為，食事摂取量，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よいと判断される状態。
不良	①過去６ヶ月程度の体重の減少（概ね３％以上），②ＢＭＩ18.5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。 上記の指標が入手できない場合には，下記の表を参考にすること．食事行為，食事摂取量，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とされる状態.

(2)　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の項で**尿失禁**にチェックがあるとその意見書を提示すればオムツ代の医療費控除の対象とされます。また**閉じこもりや意欲の低下など**の項目も加わりこれらにチェックがあれば社会生活の参加をうながす通所系サービスを取り入れることが望ましいということになります。またうつ病などでそうなっているのであれば精神科・心療内科などの受診が必要ということになります。

(3)　サービス利用による生活機能の維持改善の見通し

心身の疾患・傷病の症状としての見通しでなく、生活機能の維持改善がサービスの利用によってどの程度期待できるかという観点であるということに留意して判定してください。概ね３ヶ月から６ヶ月のサービスによって現在の生活機能をどの程度維持・改善できるかについて記載してください。

（期待できる）

・リハビリなどにより例えばボタンをかけることができるようになるとか、ズボンを履けるようになるなどの**機能的な生活機能**の改善が予測される場合。

・通所介護など社会生活など参加により閉じこもりや意欲の低下などの**精神的な生活機能**の改善、または憎悪を阻止できると予測される場合。

・現在の行われているサービスを継続していれば生活機能の改善またはこれ以上の憎悪を阻止できる予測される場合。

上記の場合などにチェックしてください。

（期待できない）

上記の（期待できる）という場合に該当する項目が認められないか、あるいは、一定のサービスを利用しているが一定期間（概ね３ヶ月～６ヶ月）を過ぎても明らかな

生活機能の低下の改善が認められない場合もチェックしてください。

（不　明）

・申請者の情報が不足して判断できない場合

・急性期の疾患の発症まもなくでその後の予後が予測できない場合

・今後の介護の方針がまだ定まっていない場合

上記の場合などにチェックしてください。

(4)　医学的管理の必要性の項目は申請者が利用する必要があると考えられる医療系サービスについて該当する□に印をつけてください。特に必要性が高いと判断されるサービスについては、項目に下線を引いてください。その際には必ずその理由を特記事項に記載してください。なお本項目の記入は、ここに記入されているサービスについての指示書に代わるものではないので注意を要します。

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。
短期入所療養介護	病院、診療所及び介護老親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、患者の口腔内での清掃等に係わ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。

(5)　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、医学的観点から、特に留意する点があれば（あり）にチェックし、サービスを提供する上で不安感を助長させないよう（　）内に具体的な留意事項を記載する。

（血圧）

１）どの程度の運動負荷なら可能か？　２）血圧上昇時には入浴を避ける。３）急な体位変換を避ける。４）降圧薬の服薬を確認する。

（摂食）

１）とろみ食にする必要がある。２）きざみ食にする必要がある。３）誤嚥の恐れがあり見守りが必要。４）経管栄養が必要。

（嚥下）

１）むせる時は側臥位にする。２）仰臥位はさける。３）口腔ケアが必要である。４）誤嚥の恐れがあり見守りが必要。５）経管栄養が必要。

（移動）

１）移動時見守りが必要。２）移動時介助が必要。３）転倒に注意。

（運動）

リハビリや、介護予防サービスの一つである運動器の機能向上いわゆるパワーリハビリなどのサービス提供時の留意事項があれば具体的に記載してください。１）股関節が人工関節である。２）骨粗鬆症のため骨折の既往がある。３）不安定要素の強い心不全がある。４）肺疾患があり呼吸困難の症状がある。など具体的に記載してください。

（その他）

血圧、嚥下等以外に医学的観点からの留意事項があれば記載してください。

(6)　感染症の有無

１）感染症の有無について、該当する□に印をつけてください。有の場合は、具体的な病名、症状等を（　）内に記入してください。

２）介護サービスの提供上（施設入所、訪問入浴介護など）必要な程度の情報を記入してください。既往歴のある場合も具体的に記入してください。

３）入院・入所時にスクリーニングの必要があればその旨を記入してください。

４　認知症に関する意見書記載のポイント

医療・介護・福祉連携委員会　委員　犬塚貴

認知症、特にアルツハイマー型認知症の患者さんの多くは、その場限りの「取り繕い」が上手であり、単回訪問の調査員が患者さんの言葉を真に受けてしまい、実際の状況より軽い評価をされかねません。調査員の訪問前に家族によく説明し、調査当日には患者さんに気づかれない場所で、生活状況を正しく調査員に伝えるように指導しておくとよいでしょう。

日頃、本人や同居家族と接触の多い、かかりつけ医の観察と記載が極めて重要です。同居家族から充分な情報を得ることは医師にとっても大事なことであり、場合によっては本人に一時退席してもらって日頃の様子を尋ねることが必要です。一人暮らしの場合でも関係者からできるだけ情報を集めることが望まれます。

「５．特記すべき事項」を記入するにあたって注意すること

・　認知症として大まかな程度を示します。
　例えば改訂版長谷川式簡易知能スケールやMMSEの点数を表記します。

・　会話はどの程度通じるか記入します。
　例えば、一般的な会話はほとんど通じない、簡単な指示には従う、話したことをすぐ忘れる、など。

・　認知症によって日常生活でどのような障害がもたらされているかを示すことも大切です。
　日常生活動作(ADL)：セルフケアのレベル(例:バーサルインデックス)
　　食事、排泄、更衣、整容、入浴、起居移動への影響
　手段的日常生活動作(IADL)：他人や社会との接点のレベル、独居機能
　　電話、買物、金銭管理、薬剤管理、家事、ATM操作、
　　自動販売機の利用、公共交通の利用への影響

・　認知症の中核症状そのものや行動・心理症状(BPSD)によって、本人や家族にどのような危険や介護の手間をかけているか。同居家族の言葉をそのまま引用するなどして、状況をありありと伝えることが必要です。
　例えば、火の始末が悪く目が離せない、見守りが必要、夜間に騒ぐことが多く、家人

が眠れない、介護に抵抗するため更衣や入浴に時間がかかる、毎日不潔行為の後始末が必要、徘徊に出て帰らず、先月は捜索願いを出した、排泄・食事・入浴に常時介助が必要である、など。

・　どんなサービスを受けたら患者さんと家族が生活しやすくなるのか考えてみます。患者さんの不安や混乱を少なくするためにできることを考えてみます。

例えば、一人暮らしの軽度認知症では、デイサービス、安否確認、訪問介護による会話・家事援助、買い物や通院同行、服薬確認、給食サービスなど、認知症が進行して家人の介護疲労や家人の不在時間帯がある場合にはデイサービスやショートステイを考慮します。

BPSDが深刻で傷害の危険がある場合には入所介護の必要性をはっきり記入します。

５．特定疾病の診断について
－特に「がん末期」に対する考え方－

医療・介護・福祉連携委員会　委員　安藤　文夫

介護保険では、第２号被保険者（４０歳以上６５歳未満）の方が介護認定を受ける場合、加齢に伴う心身の変化を起因する“特定疾病”に該当しないといけません。特定疾病は、心身の病的加齢現象との医学的関係があると考えられる疾病で次の２つの要件を満たすものとして１６疾病が定められています。①６５歳以上の高齢者に多く発生するが、４０歳以上６５歳未満の年齢層においても発生が認められるなど、罹患率や有病率などについて加齢との関係が認められるもの、②３から６ヶ月以上継続して要介護状態や要支援状態となる割合が高いもの。

特定疾病１６種類を示します。

① がん末期
② 筋萎縮性側索硬化症
③ 後縦靭帯骨化症
④ 骨折を伴う骨粗鬆症
⑤ 多系統萎縮症
⑥ 初老期における認知症（アルツハイマー病、脳血管性認知症など）
⑦ 脊髄小脳変性症
⑧ 脊柱管狭窄症
⑨ 早老症（ウェルナー症候群など）
⑩ 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症および糖尿病性網膜症
⑪ 脳血管疾患（脳出血、脳梗塞など）
⑫ 進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症およびパーキンソン病
⑬ 閉塞性動脈硬化症
⑭ 関節リウマチ
⑮ 慢性閉塞性肺疾患（肺気腫、慢性気管支炎など）
⑯ 両側の膝関節または股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

４０歳から６５歳未満の方の主治医意見書記載時は、診断名欄に必ず上記診断名の記載をお願いします。

末期がんについて

当初、末期がんは６ヶ月以上介護などを要する期間が継続することが想定されないと一般に考えられたため、特定疾病には定められていませんでしたが、平成１８年４月の改定でこれに加えられました。末期の定義は、「治癒を目指した治療に反応せず、進行性かつ治癒困難または治療不能と考えられる状態と医師が総合的に判断した場合」です。

介護保険の申請から認定を受けるまでの期間はある一定の期間を要します。末期がんの方で介護サービスの利用に急を要する場合は、保険者の判断で認定結果が出る前でも暫定ケアプランを作成して介護サービスの提供を開始することができるようになっています。また、主治医意見書に末期がんを明示することで介護保険認定審査会において迅速な対応をとることができます。

末期がんの方の主治医意見書記載時には、告知の問題に留意しつつ診断名欄に末期がんを明示すること、そして病状が悪化する恐れがあること、いつ急変するかわからないことから「症状としての安定性」欄は「不安定」となる可能性が高いことに留意して記載してください。また末期がんの場合、心身の状況が急激に変化するため要介護状態区分の変更が何度も必要にあることがあります。その都度主治医意見書の作成を依頼されることがありますのでよろしくお願いします。

６．実際の意見書記載の事例提示

主治医意見書

記入日　令和３年８月２０日

申請者	（ふりがな）	男・女	〒　－ 連絡先　（　）
	明・大・㊍　7年　9月　14日生(88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等に利用されることに　☑同意する。　□同意しない。

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	令和3年 8月 1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．変形性腰椎症、坐骨神経痛	発症年月日　(昭和・平成)・令和　８年　８月　日頃）
２．高血圧症、高脂血症	発症年月日　(昭和)・平成・令和　６１年　８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）

ADLの低下が心配される

（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

〔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〕

昭和 61 年頃より高血圧症、高脂血症で当院通院中。平成8年頃より変形性腰椎症、坐骨神経痛等で近医整形外科にて断続的な加療を受けていたが、普通に生活していた。6月に妻と死別。夏季に食欲不振や体重減少があり、心気的訴えが多くなり、市立病院にて上・下部消化管等精査行うも著名な所見なし。7月中旬頃自宅の階段で転倒し打撲後、腰痛や下肢痛の悪化もあり外出をしなくなり、最近は自宅で寝たり起きたりの生活をしている。トイレなどへの歩行や身の回りのことは可能。通院はタクシー。下肢の軽度筋力低下や浮腫が生じ始めている。内科的な所見は安定している。

ディオバン(80 mg)1T　アムロジン(2.5 mg)　メバロチン(5mg)1T

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（　）

（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

利き腕 （☑右 □左）身長＝ 169 cm 体重＝ 72 kg（過去６ヶ月の体重の変化 □ 増加 □維持 ☑減少 ）

□四肢欠損 （部位： ） （約7kg）

□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：両側 程度：☑軽 □中 □重）

□関節の拘縮 （部位： 程度：□軽 □中 □重）

☑関節の痛み （部位：腰痛、日差ありよい日もある 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（ 摂取量は不定、栄養バランスは詳細不明、内容把握と指導が必要 ）

（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

□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

□訪問ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ □短期入所療養介護 □訪問歯科衛生指導 □訪問栄養食事指導

☑通所ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ □老人保健施設 □介護医療院 □その他の医療系ｻｰﾋﾞｽ（ ）

□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（ 転倒することに恐怖感がある ） □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。）

会社員退職後妻と共働きの息子夫婦、孫５人暮らしで、気ままな生活をしていた。くも膜下出血で妻と死別したことも閉じこもりや栄養不良のきっかけとなっている。一戸建で、寝室は2階だったが転倒後は1階の居間で一日を過ごしている。昼間は孤独で嫁が食事を準備しているが生活が不規則になり、意欲に乏しく食欲もむらがあり体重は増えてこない。外出の働きかけ、意欲の醸成や下肢リハビリの意味でも通所系の介護予防サービスが必要と思われるが、本人の納得が得られるかが課題。

主治医意見書

記入日　令和３年８月２０日

申 請 者	（ふりがな） 明・大・㊍　７年　９月　１ 日生(88 歳)	(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。

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。

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	令和 3年 8月 1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. 右変形性膝関節症　　発症年月日（昭和・平成・令和　年 不 詳 月　日頃）
2. 右化膿性膝関節炎　　発症年月日（昭和・(平成)・令和　16 年 6 月 1 日頃）
3. 高血圧症　　発症年月日（昭和・(平成)・令和　2 年 8 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〕

右変形性膝関節症が前回認定時より悪化し、歩行時の疼痛のため、室内は伝い歩き、外出が通院程度で、杖使用し休み休み歩行し妻が付き添っている。化膿性関節炎の再発はないが、定期的検査および膝関節内注射、消炎鎮痛処置等施工中。健側の下肢筋力がみられるため維持的リハビリを図りながら、近々、人工膝関節置換術施行予定。手術後のリハビリが課題だが歩行能力の維持、回復が期待できる。15 年前頃から内科で降圧剤服用している。

ロキソニン3錠　ムコスタ3錠

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（　　）

（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

利き腕（☑右 □左）身長＝ 167 cm 体重＝ 80 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：右下肢(左も軽度低下) 程度：□軽 ☑中 □重）

☑関節の拘縮 （部位：右膝関節 程度：□軽 ☑中 □重）

☑関節の痛み （部位：右膝関節 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（肥満、空腹時血糖の上昇傾向があり関節負荷の軽減のためにも食生活の指導が必要）

（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

□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
□訪問ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ	□短期入所療養介護	□訪問歯科衛生指導	□訪問栄養食事指導
☑通所ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ	□老人保健施設	□介護医療院	□その他の医療系ｻｰﾋﾞｽ( )

□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（内服と把握が必要 ） □摂食（ ） □嚥下（ ）

☑移動（見守り、転倒予防が必要 ） □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。）

現在、右膝関節の感染は鎮静化している。普段はベットで過ごすことが多くなり、手すりにつかまって起き上がる。夫婦二人暮らしで、介護や活動性の維持に限界があり、筋力の低下や、ADLの低下が懸念される。疼痛による制約はあるが通所リハビリ等維持的リハビリが必要。回復への意欲は高く術後は改善が見込まれるが、当面、通所などによる個別的リハビリの必要も予測され、ケアプランの見直しや新予防給付等の適否の判断が状況に応じて必要。

主治医意見書

記入日　令和３年８月２０日

申請者	（ふりがな）	男・女	〒　－ 連絡先　（　）
	明・大・㊍　５年 10月 10日生(90 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等に利用されることに　☑同意する。　□同意しない。
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	令和3年8月1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. 生活不活発病(廃用症候群)　発症年月日　(昭和・(平成)・令和　14 年　10 月　日頃)
2. 左大腿骨骨折、認知症　発症年月日　(昭和・(平成)・令和　16 年　9 月　日頃)
3. 糖尿病、糖尿病性腎症、腎不全　発症年月日　((昭和)・平成・令和　50 年　7 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）
腎不全の悪化、ADLの低下が見込まれる。

（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
〔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〕
約 30 年前より糖尿病にて通院加療していた。約 3 年前頃から意欲が乏しく生活が不活発となり、食思が不安定で高血糖を来たすため、経口糖尿病薬から平成 14 年 10 月よりインシュリン管理に移行した。血糖測定やインシュリン投与、内服管理は夫。平成 16 年 9 月に室内の畳の縁で転倒し、左大腿骨を骨折して入院。その後、認知症が進行、現在は自発的な移動はせず、支えられてトイレ歩行もやっとで、日中もベット上で過ごし、ほぼ寝たきり状態となりつつある。転倒骨折したことを覚えていない。最近は糖尿病性腎症のため、クレアチニン 3.09、K6.4 と上昇、腎不全の食事管理も必要。
N式スケール(5項目)で 15 点 HbA1c7.9 CRE3.09 Rp)ブロプレス8㎎ ﾋｭｰﾏﾘﾝ 3/7 12 単位

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（　）

（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

利き腕（☑右 □左）身長＝ 139.5 cm 体重＝ 34.4 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： 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（1200kcal、蛋白 40g、塩分 6g、K 制限あり ）

（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 （趾間の清潔保持や爪の手入れが必要 ）

（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
☑訪問ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ	□短期入所療養介護	□訪問歯科衛生指導	☑訪問栄養食事指導
□通所ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ	□老人保健施設	□介護医療院	□その他の医療系ｻｰﾋﾞｽ（ ）

□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（ 降圧剤内服は必須 ） ☑摂食（ 腎不全食 ） □嚥下（ ）
☑移動（ 指示、見守りが必要 ） ☑運動（負荷運動等の理解は困難 ） □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 （出産時の輸血によるＢ型肝炎ウイルスキャリアー、標準的予防策で対処） □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。）

最近、筋力や ADL の低下が目立ち、認知症により夫が促しながら生活をする状態で、日常全般に介助が必要な状態となり通院も難しくなっている。時に幻視による不穏等、行動障害があり。高齢の夫をいら立たせ介護にも限界があり今後に不安を感じている。同居の娘が食事等賄っているが、自営業の共働きできめ細かな関与は難しい。栄養や血糖値の管理も課題で、訪問看護等の導入も早晩必要。

主治医意見書

記入日　令和３年 ８月２０日

申 請 者	（ふりがな） 明・大・㊐　4年　2月　22 日生(92 歳)	**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。

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　☑同意する。　□同意しない。

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	令和 3年　8月　1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．認知症　　発症年月日　（昭和・(平成)・令和　16 年 10 月　4 日頃）

２．糖尿病　　発症年月日　（昭和・(平成)・令和　8 年 3 月 10 日頃）

３.両側変形性関節症　　発症年月日　（昭和・(平成)・令和　14 年　8 月 28 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）

認知症の日内・日差変動あり、症状が進行性

（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〕

認知症が進行性で、最近は金銭管理で時々トラブルが発生する。服薬管理が不十分なため、血糖値のコントロールが不安定である。時々、不安感から動悸等を訴えるパニック発作があり、緊急往診して必要により安定剤を投与するなどの処置が必要なことがある。

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	□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（　）

（4）その他の精神・神経症状

□無　☑有　症状名：不安神経症　〔専門医受診の有無　□有　（　）☑無〕

（5）身体の状態

利き腕（☑右 □左）身長＝ 156 cm 体重＝ 50 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： 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（糖尿病のためカロリー制限が必要 ）

（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

□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 （外出時はヘルパーの介助を要する。 ）

（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

□訪問ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ □短期入所療養介護 □訪問歯科衛生指導 □訪問栄養食事指導

□通所ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ □老人保健施設 □介護医療院 □その他の医療系ｻｰﾋﾞｽ（ ）

□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（ 転倒骨折の危険あり ） ☑運動（膝関節症の悪化に注意） □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。）

- 認知症が進行性で、かつ独居であるため食事療法、服薬管理などができず糖尿病のコントロールが不良。本人は自宅での療養を望んでいる。
- 通所介護やショートステイが必要と判断されるが、本人の不安感から拒否的。
  病状、家庭環境より将来的には施設介護も考慮する。
- １人でいると、不安感からパニック発作をきたし、動悸などの症状を訴えて興奮することがある。
- 閉じこもり防止のため、外出が必要であるが、転倒のリスクがあり介助が必要。

主治医意見書

記入日　令和３年 ８月２０日

申請者	（ふりがな） 明・大・㊐　１１年 12月 10 日生(84 歳)	(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。

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。

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	令和 3年 8月 1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．胃癌術後　発症年月日　(昭和・(平成)・令和　17 年　8 月　3 日頃)

２．癌性腹膜炎　発症年月日　(昭和・(平成)・令和　18 年 12 月　4 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)

低栄養、貧血が進行性で全身状態が悪化している。

（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

〔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〕

末期の胃癌で腹膜に転移し、腹水貯留、食欲不振等があり、徐々に全身状態が悪化しているが、本人・家族の希望により対症療法のみを在宅で行なっている。

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	□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（　）

（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

利き腕 （☑右 □左）身長＝ 163 cm 体重＝ 48 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（経口栄養剤を補助的に使用する ）

（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

□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 （全身状態の悪化時は主治医に連絡 ）

（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

□訪問ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ □短期入所療養介護 □訪問歯科衛生指導 □訪問栄養食事指導

□通所ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ □老人保健施設 □介護医療院 □その他の医療系ｻｰﾋﾞｽ（ ）

□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（血圧の低下の可能性 ） □摂食（ ） ☑嚥下（栄養剤･水分等をゼリー状にする）

☑移動（転倒に注意 ） ☑運動（筋力低下などあり注意が必要）□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。）

・ 癌の進行とともに栄養状態が悪化し、さらに全身状態が低下すると推定される。早期に予後不良。
・ 家族介護者の肉体的、さらには精神的負担を軽減する必要性がある。

主治医意見書

記入日　令和３年 ８月２０日

申請者	（ふりがな） 明・大・㊍　３年 10月　１ 日生(92 歳)	(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。

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。

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	令和 3年 8月 1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. 膵頭部癌、骨転移による癌性疼痛　発症年月日（昭和・(平成)・令和　17 年　8 月　日頃）

2. 高血圧症　発症年月日（昭和・(平成)・令和　17 年　8 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）

進行癌があるが、3ヶ月程度は安定していると見込まれる

（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

〔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〕

一人暮らしだが、近所まで買い物し生活は自立していた。平成 17 年8月頃から食欲が低下し、9月中旬より黄疸が出現し、近医より紹介され来院、膵頭部癌と診断し9月末に入院となった。癌は腰部から仙骨部にかけて転移を認め、減黄のため金属ステントを内視鏡下で設置し、肝機能の回復を認め約2週間で退院となった。疼痛はモルヒネで対処、疼痛や入院による下肢筋力の低下があるが手を添えれば歩行は可能な状態。足元が不安で車椅子で娘が付き添って通院中。食欲は回復しているため一時的にもADLの改善は期待できる。

ボルタレン3錠　ムコスト3錠　カマグ 1.0　MSコンチン

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（　）

（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

利き腕（☑右 □左）身長＝ 152 cm 体重＝ 43 kg（過去６ヶ月の体重の変化 □ 増加 □維持 ☑減少 ）

□四肢欠損 （部位：　　） （5Kg）

□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：　　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（ 蛋白摂取等、体力や筋力の回復のための栄養指導や食事の提供が必要 ）

（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

□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 （ 疼痛管理のため定期外来通院が必要 ）

（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
☑訪問ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ	□短期入所療養介護	□訪問歯科衛生指導	☑訪問栄養食事指導
☑通所ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ	□老人保健施設	□介護医療院	□その他の医療系ｻｰﾋﾞｽ（ ）

□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（ 塩分制限 ） □摂食（ ） □嚥下（ ）

☑移動（ 転倒に注意 ） ☑運動（ 負荷的運動は当面なじまない ） □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。）

独居生活で、入院前は近所のコンビニで買い物ができたが、現在のところ、室内のつかまりながらの歩行程度で、1人での外出は難しい。食事は近居の娘さんが作り置きして賄っているが、充分とはいえない。娘に迷惑をかけたくないという気持ちで回復への意欲はある。今後は体力の回復や痛みに応じた計画的リハビリが期待され、生活支援や住宅改造も必要。

主治医意見書

記入日　令和３年 ８月２０日

申請者	（ふりがな） 明・大・㊐　２４年 10月 16 日生(71 歳)	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。

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。

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	令和 3年 8月 1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．パーキンソン病　　発症年月日（昭和・(平成)・令和　６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）

歩行障害が進行する可能性あり

（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 6 年頃より歩行障害が出現、前屈姿勢や突進現象があった。平成 10 年6月に当院を受診。安静時の手指振戦、筋固縮、姿勢反射障害があり、進行性であるが投薬にて、手指振戦は軽快、筋固縮も柔らかくなっている。嚥下障害、妄想や幻覚症状はない。介助があれば外出はできるが、筋力低下のため茶碗を持ち上げられない。妻が介助しながら、ゆっくりとトイレ歩行は可能。症状には日内変動があり、トイレに間に合わないこともある。

メネシット(100 ㎎)2T　バーロデル(2.5 ㎎)5T

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（　）

（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

利き腕（☑右 □左）身長＝ 165 cm 体重＝ 44 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 （時間により異なる）

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（経口栄養剤を補助的に使用する ）

（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

□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 （全身状態の悪化時は主治医に連絡 ）

（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

☑訪問ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ □短期入所療養介護 □訪問歯科衛生指導 □訪問栄養食事指導

☑通所ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ □老人保健施設 □介護医療院 □その他の医療系ｻｰﾋﾞｽ（ ）

□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（血圧の低下の可能性 ） ☑摂食（栄養剤･水分等をゼリー状にする） □嚥下（ ）

☑移動（転倒に注意 ） ☑運動（筋力低下などあり注意が必要 ） □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。）

住まいは一戸建てで、寝室は1階にある。主に妻が介護し、別居の娘が週1回介護に訪れている。本人は意欲に乏しく、日常的に横臥していることが多い。動作が鋭く、筋力の低下が続いているので、拘縮予防に適度なリハビリが必要となっている。

７．主治医と多職種連携、認知症対応について

医療・介護・福祉連携委員会　委員　根尾　浩

１．地域包括ケアシステムの進化・深化とかかりつけ医

介護保険が誕生し、20 年以上の月日が経ちました。その背景には、高齢化率の上昇や核家族化の進行、介護する家族の高齢化などにより、自宅で高齢者を介護することが困難な社会状況がありました。しかし、この約 20 年の間にも高齢化率はさらに上昇して、誤嚥性肺炎や心不全の増加など疾病構造は変化し、認知症のひとに対する考え方や対応も変わりました。このように、われわれ主治医の対象となる患者さんの病態や取り巻く環境も、医療と介護の複合化が進行した状態に変わってきています。一方、提供される医療体制にも変化が見られ、2008 年に「ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上に、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場（日常生活圏域：中学校区を基本とする）で適切に提供できるような地域体制」と定義された地域包括ケアシステムが提案され、介護を中心に医療は診療所に限定され、政策展開が始まりました。2013 年には社会保障改革プログラム法で地域密着型の中小病院も含まれるようになり、2017 年の介護保険法、社会福祉法の改正により『地域共生社会』の実現が目標とされ、対象も高齢者から障がい者や子供にも拡大した全世代・全対象型となりました。このように地域包括ケアシステムの進化・深化に伴い、多職種連携における医療面の責任者として、かかりつけ医に求められる責任や役割は拡大してきました。

２．主治医意見書と医療介護連携・多職種連携

介護保険法では、意見の記載を求められる医師については「主治の医師」と記されています。主治医意見書の記載については、診療科の特定や診療所及び病院の区別をすることはありませんが、被保険者である患者さんにとって身近な存在で、病気の治療の継続と共に健康管理を含めた生活支援ができ、在宅医療にも対応でき、計画的継続的に関わっている医師が望ましいと言われています。実際のところは、診療所で患者さんや家族と向き合うかかりつけ医以外にも、病院で疾患を中心に診ている医師や介護施設などに入所している患者の主治医、在宅医療として関わっている医師などさまざまです。なかには医療クラークが記載した意見書に目を通すだけという方もおられるかもしれません。しかし、主治医意見書は医療と介護の連携ツールであり、記載することで連携は始まっています。

皆さんは、主治医意見書の役割をご存知でしょうか？介護認定審査会における介護判定

の資料であることは当然として、主治医の同意にチェックを入れることで、ケアマネジャーによる介護サービス計画作成に利用されます。それ以外にも、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、地域ケア会議における個別事例の検討、特養における入所に関する委員会での特定入所対象者の判定及び施設への優先入所対象者の判定、認知症日常生活自立度を基準として加算における日常生活自立度の決定において、主治医から手の離れたところで利用されることになります。(主治医意見書提出後は、主治医には介護度の決定通知しかフィードバックされません)

主治医として患者さんの生活面まで考慮した医療を提供するためには、普段から介護面のキープレーヤーであるケアマネジャーと連携が必要であり、サービス担当者会議や退院前カンファレンスへの参加は大切です。逆に、そのような連携が行われることにより、主治意見書において患者さんが療養をおくる上で必要な情報を入手することが可能となります。医療介護連携の視点から、多職種連携の中でもまずはケアマネジャーとの連携が一番の肝であり、主治医意見書はその連携ツールとして重要なものです。そのような観点から、たとえかかりつけ医ではないにしても医療介護連携を意識し、地域包括ケアシステムに関わる一員として意見書の記載を心がけたいものです。

患者さんが介護保険サービスを利用して在宅療養をおくるためには、ケアマネジャーだけではなく、病院の主治医や看護師、MSW、在宅における歯科医師、薬剤師、訪問看護師、訪問介護士、栄養士、地域包括支援センターの職員、民生委員や自治会など多職種連携による支援が必須となります。特に病院からの退院時には、各地域で決められた退院支援ルールがありますので、このルールを利用することによって効率のいい連携を行うことが可能になります。ぜひ参考にしてください。

３．認知症対応

2004 年に「痴呆症」から「認知症」へと用語が変更になって認知症に対する考え方が変わり、家族や地域住民が認知症に関する正しい知識を持ち、地域全体で支援する方向性に変化して、認知症サポーターが誕生しました。2024 年時点の日本の総人口である約 1 億 2,300 万人のうち、65 歳以上の高齢者数は約 3,600 万人、全人口の 29.3%にのぼります。厚生労働省によると、2022 年時点で高齢者のうち認知症を患っている方は 443 万人で、65 歳以上の高齢者の 12.3%です。2025 年には認知症患者数が 700 万人を超え、高齢者の 5 人に 1 人が認知症になると予測されています。

認知症発症のリスクは 75 歳から急激に増加する傾向にあります。団塊の世代が 75 歳以上となる 2025 年以降、認知症患者の増加はさらに加速すると見込まれており、対策の強化が必要です。

認知症高齢者が住み慣れた街で活動的に過ごすことを目的として「オレンジプラン」が発表されました。その後、2015 年に「新オレンジプラン」に更新されましたが、高齢者運

転事故など認知症高齢者の増加に伴う様々な社会問題の増加に伴い、2019 年に首相官邸主導による認知症施策推進関係閣僚会議にて「認知症施策推進大綱」が発表されました。この大綱では、「共生」と「予防」を車の両輪として施策を推進するとしており、ここでも地域共生社会の実現が意識された内容をとなっています。また、予防に関しては「認知症になるのを遅らせる」「認知症になっても進行を穏やかにする」ことを目的としており、主治医としては医療面では生活習慣病対策をはじめ、早期発見・早期対応を心がけた専門医や認知症疾患医療センターとの連携が挙げられます。場合によっては、家族を含めた支援が必要なケースや独居などで地域から相談されるケースなどもあり地域包括支援センターや認知症初期集中支援チームとの連携を行うなど、医療面のみならず介護面での連携が求められています。さらには、適切な医療や介護に繋がったあとも、他職種と連携することにより患者さんやその家族を継続してサポートすることも主治医の大切な役割です。

４．最後に

かつての病院中心の「治す医療」から、地域包括ケアシステムの構築により多職種が連携し「治し支える医療」へとパラダイムシフトが起こりました。その中心概念は、身体疾患から認知症まで疾患に関わらず患者さんを中心に考えた医療であり、EBM(Evidence Based Medicine)のみならず NBM(Narrative Based Medicine)も包括した患者さんの生活を支える医療です。そのためには、人生会議による意思決定プロセスも重要になってくるでしょう。

一方、地域包括ケアシステムの中でも公的保険として介護保険が担う役割は大きく、介護保険の中で主治医意見書が果たす役割はとても重要です。主治医意見書の記載を求められる医師が、医療介護連携を念頭に医療を行うことは、現在の医療システムにおいても必須のこととなりました。主治医としても、他職種との交流の機会を増やしてコミュニケーションを取り、医療介護連携を念頭においた医療を進めることは重要です。そして、主治医が患者さんの生活を支える視点で医療を行うことは、医療的機能のみならず社会的機能も果たすこととなり、時代の変化とともに進化・深化した地域包括ケアシステムの構築にもつながるものとして、主治医の役割はますます大きくなるとともに期待されています。

８．がん疾患に係る介護サービス給付の課題について

医療・介護・福祉連携委員会　委員　佐々木　稔

介護保険では一般に 65 歳以上の方で支援や介護を要する方が、要支援、要介護と認定されますが、40 歳以上 65 歳未満の方で心身の病的加齢現象と医学的に関係があると考えられる 16 の疾病（特定疾病）を患っている方（第 2 号被保険者）に対しても介護認定がなされます。平成 18 年の改定で、末期がんも特定疾病に選定されました。がん患者さんは病院での積極的な治療を受け治癒を目指しますが、しかし、病気が進行し回復の見込みがなくなった場合、在宅で余命を全うされることを希望されることが多いです。この時、在宅での療養が適切に行われるためには、介護保険の利用が迅速、的確になされる必要があります。

末期がんとなり介護認定の申請がなされた方を対象とした調査によりますと、申請から 2 次判定までの平均日数は 28.9 日であり、19.4%の方が 2 次判定前に亡くなっていたとあります。申請後 15 日で 1 割の方が、申請後 25 日で 2 割の方が、申請後 40 日で 3 割の方が亡くなられたと報告されています。介護サービスの提供は迅速であることが大切です。

迅速な介護サービスを提供する方策として、以下のようなことがなされています。

① 保険者の判断で、必要がある場合は要介護申請を受けた後、認定結果が出る前でもケアマネジャーが「暫定ケアプラン」を作成し介護サービスを開始することができる。

② 要介護申請と同日に認定調査を実施し、直近の介護認定審査会において迅速に要介護認定を行う。

③ 退院後の介護サービスの導入や、要介護状態の区分変更が見込まれた場合、入院中から病院の担当者とケアマネジャーが協同して退院後の介護サービスを調整すること等が診療報酬上や介護報酬上評価されている。

④ 末期がんは進行が速いため、要介護状態の区分変更申請がなされた場合、速やかに対応することの周知がなされている。

⑤ 当初、第 2 号被保険者として意見書を記載する場合、「末期がん」を病名に記載する必要があったが、記入がしづらく利用が進まないとの指摘があり、単に「がん」と記載することでも申請が受理されることとなった。

以上、末期がん患者さんに対する在宅での介護サービスの提供に関する課題についてまとめました。人生の最後を自宅で送るにあたり、すこしでもその人らしい暮らしができるよう、医療と介護が協同してタイムリーに対応していくことが大切だと思われます。

次ページに以上のことをまとめた図がありますので、ご参照ください。

参考文献

厚生労働省のホームページの福祉、介護の要介護認定の 3.事務連絡の中にある以下のもの

・末期がん等の方への要介護認定等における留意事項について（平成 22 年 4 月 30 日）

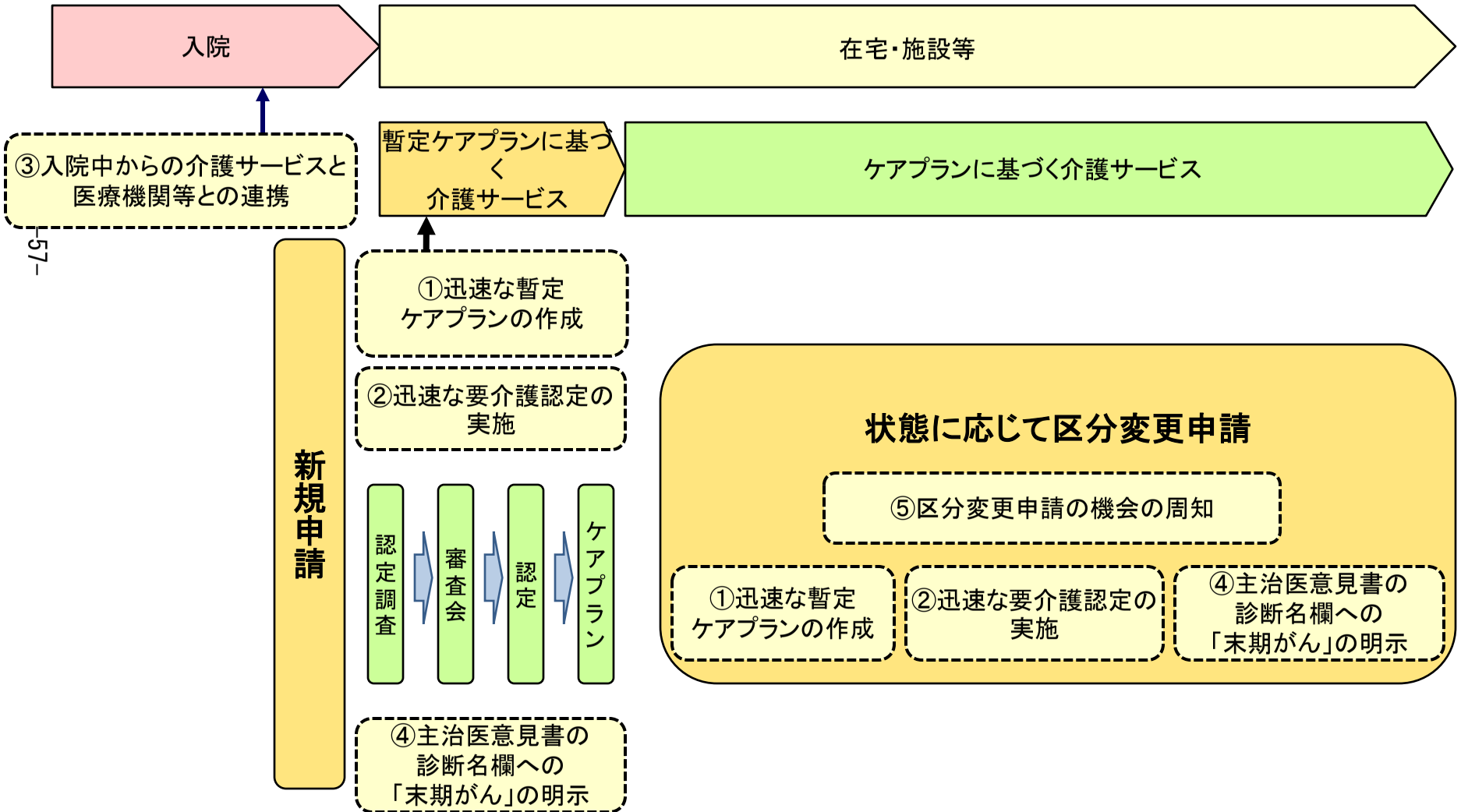
・末期がん等の方への迅速な要介護認定等の実施について（平成 23 年 10 月 18 日）
・がん患者に係る要介護認定等の申請に当たっての特定疾病の記載等について（平成 31 年 2 月 19 日）

末期がん等の方への要介護認定等における対応について

○ 末期がん等の方は、心身の状況に応じて、迅速に介護サービスの提供が必要となる場合がある。

○ 保険者より、末期がん等の方に対して、①迅速な暫定ケアプランの作成、②迅速な要介護認定の実施、③入院中からの介護サービスと医療機関等との連携、④主治医意見書の診断名欄への「末期がん」の明示、⑤区分変更申請の機会の周知等を行い、末期がん等の方に対する適切な要介護認定の実施及び介護サービスの提供を行うことが必要。

末期がん等の方への要介護認定等（イメージ）



主治医意見書記載ガイドブック

特記すべき事項欄の充実のために

主治医意見書記載ガイドブック
特記すべき事項欄の充実のために

平成22年度　厚生労働省老人保健健康増進等事業
『要介護認定における主治医意見書の記載方法等に関する調査研究事業』委員会編

委員長	野中　博	医療法人社団博腎会野中医院 院長
委　員	木村　隆次	一般社団法人日本介護支援専門員協会 会長
(アイウエオ順)	斉藤　正身	医療法人真正会霞ヶ関南病院 理事長
	滝川　英一	社団法人日本医師会 介護保険課 課長
	武田　章敬	独立行政法人国立長寿医療研究センター 脳機能診療部第二脳機能診療科 医長
	服部　恒幸	和歌山県紀の川市保健福祉部高齢介護課 課長
	三上　裕司	社団法人日本医師会 常任理事
	山崎　成治	北海道旭川市福祉保険部介護高齢課 課長
	制作協力	合同会社 HAM 人・社会研究所

発　行　NPOシルバー総合研究所
〒105-0013　東京都港区浜松町1-12-5　TEL：03（5425）2383　FAX：03（5405）1184
Eメール：info@silver-soken.com　ホームページ：http://www.silver-soken.com
平成23年3月作成

主治医意見書記載ガイドブック

特記すべき事項欄の充実のために

目 次

主治医意見書記載ガイドブック
特記すべき事項欄の充実のために

p 2 １. 主治医意見書の記載にあたって

p 4 ２. 情報収集のために

（1）なぜ情報収集が重要なのか

（2）どのように集めるのか

（3）集める情報は何か

p 8 ３.「特記すべき事項」欄の文例集

p10 ３ - (1) 身体機能

1. 高齢者の特徴

2. 記載のための情報収集の視点と方法

3. 具体的な文例

p16 ３ - (2) 認知機能

1. 高齢者の特徴

2. 記載のための情報収集の視点と方法

3. 具体的な文例

1 主治医意見書の記載にあたって

2000年4月に介護保険制度が施行されて以来報告されている課題に、要介護認定やケアプラン作成に重要な「主治医意見書の記載」があります。

この主治医意見書は当然医師が記載する書類ですが、診断書とはその内容が異なります。主治医意見書はその内容（項目）から、疾病やその治療について、さらに患者さんの日常生活の状況（特に介護の手間）についても記載する必要があります。

実際に患者さん（申請者）の身近に存在する診療所等のかかりつけの医師は、地域での患者さんの日常生活を実際に見る事は可能です。しかし、疾病管理等が主である病院等の医師には患者さんの日常生活を実際に見る事は困難です。その場合でも病院内の看護師やその他のスタッフは、患者さんの日常生活を支えるために当然介護の手間を把握しています。例えば、病院等に勤務する医師が主治医意見書を記載する場合には、院内の看護師等のスタッフの協力を得てより充実した内容を記載することが可能になります。

最近では、患者さんが病院から退院する際、多職種協働による退院前カンファランスの実施が推進されていますが、このカンファランスを通じて適切な情報を得て、主治医意見書の記載に役立てることも可能です。

主治医意見書の情報収集から実際の記載までの全てのプロセスを医師だけが行うのではなく、主治医意見書に期待される役割を十分に理解して、日頃の診療において患者さんの日常生活を把握すること、看護師等のスタッフの協力を得ること、ケアスタッフとの連携等から情報を得ることが重要なのです。

それらの集めた情報を、「介護の手間」という観点から、“読み手に伝わる”書類として意見書を記載することが、主治医に求められている本来の役割です。

2 情報収集のために

(1) なぜ情報収集が重要なのか

主治医意見書を記載するには、患者さんの傷病や診療・治療経過だけでなく、それらが日常生活に与える影響やご家族やサービス利用による介護の必要性などの情報が不可欠です。そして、「その意見書がどのように利用されるのか」を考えれば、過去の状態に基づくのではなく、新しい情報によって現在と予後を意識したものであることが必要です。その中でも、「特記すべき事項」欄の記載は、**これからの患者さんの「医療」と「介護」をつなぐ（必要な医療サービスを確保する）**ための重要な情報源であり、患者さんの傷病が介護の手間に与える影響も含め十分な情報に基づいて記載されることが求められます。

(2) どのように集めるのか

それらの基本的な生活情報は、意見書作成の依頼があって「さあ、情報を集めよう」となれば、意見書の提出期限が設定されている中でかえって医師の負担となる場合もあります。だからこそ、意見書作成の可能性のある高齢者の患者さんについては、日常生活の情報を集めておくことが効果的でスムーズな意見書記載につながると考えます。

もっとも、それは主治医一人だけが担うものではなく、看護師等の院内のスタッフや、外部のケアマネジャーやケアスタッフとの連携や協力によって、そして何より患者さんご本人とご家族を含めて、関係者全員で準備し、共有するものと考えます。必要なことは、「介護の手間」を表現する基礎となる、患者さんの生活や環境をタイムリーに把握する **方法を持っておくこと** なのです。

(3) 集める情報は何か

どのような情報を集めておくことが、「特記すべき事項」欄に“介護の手間”を表現するときに役立つのでしょうか。患者さんの疾病の状態や診療経過、日常生活はさまざまですから、一概にこの項目を集めればよいというものはありませんが、一般的には以下のような項目を可能なかぎり新しい情報として集めておくのが望ましいと言えます。

身体に関する項目

① 身長・体重（BMI）の変化
② 四肢（利き腕や欠損）
③ 麻痺・拘縮（有無と部位）

生活に関する項目

① 屋内・屋外の移動（手段や距離）
② 食事・排泄・入浴の動作（回数、程度）
③ 日中離床・睡眠（時間や薬）

2 情報収集のために

行動に関する項目

① 外出（頻度や意欲）
② 認知機能（記憶や見当識）
③ 認知症の影響（介護への抵抗や火の扱い）

もちろん、ここに挙げられた情報（項目）だけが必要な情報とは限りませんし、ここから必要な項目を取捨選択して利用して頂くことも構いません。普段、先生方が使っている同様の趣旨の書面などがあれば、それを妨げるものでもありません。

ポイントはそれらの項目についての状態をそのまま書くだけでも、**患者さんの“介護の手間”のイメージを意見書の“読み手”にある程度伝える（おおよその介護の様子をイメージさせる）ことができる**ということです。そして、その状態が患者さんの傷病に起因していること、傷病の経過とともに予測されること、などが加えられれば、「介護の手間に影響を与える医学的観点からの意見」となるのです。

以下に基本チェックリストの 25 項目を示します。もちろん、高齢者の日常生活の全てを把握することができるものではありませんが、このような視点（項目）から患者さんの日常生活の様子を確認することも情報収集の一つの視点です。

【基本チェックリスト】

1 バスや電車で１人で外出していますか
2 日用品の買物をしていますか
3 預貯金の出し入れをしていますか
4 友人の家を訪ねていますか
5 家族や友人の相談にのっていますか
6 階段を手すりや壁をつたわらずに昇っていますか
7 椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか
8 １５分位続けて歩いていますか
9 この１年間に転んだことがありますか
10 転倒に対する不安は大きいですか
11 ６ヵ月間で２～３kg 以上の体重減少がありましたか
12 身長　　㎝　体重　　kg（BMI＝　　）
13 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか
14 お茶や汁物等でむせることがありますか
15 口の渇きが気になりますか
16 週に１回以上は外出していますか
17 昨年と比べて外出の回数が減っていますか
18 周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあると言われますか
19 自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか
20 今日が何月何日かわからない時がありますか
21（ここ２週間）毎日の生活に充実感がない
22（ここ２週間）これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった
23（ここ２週間）以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる
24（ここ２週間）自分が役に立つ人間だと思えない
25（ここ２週間）わけもなく疲れたような感じがする

3 「特記すべき事項」欄の文例集

主治医意見書には、「1. 傷病に関する意見」、「2. 特別な医療」、「3. 心身の状態に関する意見」、「4. 生活機能とサービスに関する意見」、「5. 特記すべき事項」の５つのパートがあります。１～４までは、主にそれぞれの所定項目についてチェックを入れていく形式になっています（一部記述欄もあります）。

ここで、患者さんの要介護認定における審査判定にとってはもちろんのこと、その後の介護サービス利用（ケアプラン作成等）にとって重要となるのが、「5. 特記すべき事項」欄の記述といえます。先生方が担当される患者さんの「医療」と、ご家族やケアスタッフとともに支える「介護」をつなぐための重要な記載が求められているからです。（疾病の経過や治療や投薬内容等は、「1. 傷病に関する意見」の記述欄に記載します）

意見書記載ガイドブックでは、この「特記すべき事項」欄に着目し、記載の充実に資するよう、患者さんの状況から“介護の手間”をより適切に表現するサンプル文例を、身体機能の面と認知機能の面から編集しています。それぞれに、(1) 高齢者の特徴を紹介し、続いて (2) 情報収集の視点や介護の手間を表すヒントとしています。そして (3) それらを具体的に表現する文例（サンプル）を載せています。

もちろん、これらの解説や文例は、個々の患者さんの疾病の状況や家族介護等の生活環境などの個別事情を網羅しているものではありません。あくまで参考として、先生方が担当される患者さんの状態や症状に応じて意見書に記載する“介護の手間”の表現にアレンジして頂くことを想定しています。

3 （1）身体機能

1．高齢者の特徴

高齢者の身体機能の低下は様々な要因、様々な環境によって起こりますが、主治医意見書において特に記載の充実が望まれる場合として、疾病の慢性期に生じる廃用症候群を挙げることができます。この廃用症候群は、その後の対応の違い等から、大きく「軽度の傷病で容易に生じる」場合と「日常生活において徐々に生じる」場合に分けることができます。介護保険サービスの利用の前提となる要介護認定においても、その違いを踏まえた〝身体機能の低下に伴って生じる介護の手間（生活の支障）〞の情報が重要なものとなるでしょう。

「軽度の傷病で容易に生じる」身体機能の低下の場合には、きっかけとなる傷病の経過とともに機能低下を予測しながら個別訓練を提供するなど短期集中的なリハビリテーションが必要となりますし、また、「日常生活において徐々に生じる」身体機能の低下の場合には、生活期（維持期）において明らかな機能低下（変化）を把握しにくいため、リハビリ専門職を中心に複数の目による定性的で継続した評価が重要となってきます。

身体機能の低下は日常生活への支障を直接的にもたらすものですので、主治医意見書にはその原因となっている傷病との関係から“介護の手間”をより具体的に表現することが求められると言えます。

2．記載のための情報収集の視点と方法

高齢者の身体機能の低下を把握するときに、その視点として重要なのは障害の程度というより「生活に支障があるかどうか」、見方を変えれば「介護の負担状況の変化」とも言えますが、それを家族や介護者、そしてサービス提供者から把握する情報収集ルートを確保することがポイントです。また、身体機能の低下は心理的な問題や閉じこもり傾向などとも密接に関わりますので、介護保険サービスを利用中であれば、介護支援専門員との間で情報交換、情報の共有化を図ることが求められるでしょう。

参考までに簡単な日常生活の動作チェック項目を示します。本人・家族に事前にチェックをしてもらったり、院内・院外の関係スタッフから情報を集めたり、また、ご自身の問診などでも、廃用性の身体機能の低下を見逃さないことが何より重要です。

日常生活の動作チェック項目

［食事の場面］

① むせることが多くなった
② 食事に時間がかかるようになった
③ はしやスプーンを使えなくなった
④ 食事中に横に傾いたり、椅子から落ちそうになったりする

3 （1）身体機能

［就寝時］
① 寝返り、起き上がりに時間がかかるようになった
② 起き上がりのときによくふらついたり、転倒することもある

［トイレやオムツで］
① 尿意がはっきりしなくなってきた
② パンツの上げ下ろしでふらつく
③ トイレ移動時にふらつく（手すりの「あり」「なし」）
④ 夜のトイレ（「トイレ」「ポータブルトイレ」「しびん」「おむつ」）

［移動の時］
① 最近ふらつくようになってきた
② 家の中では、伝い歩きや杖で移動している
③ 階段や段差のあるところで、膝折れなど転びそうになることがある

［風呂］
① 転びそうになる（手すり「あり」「なし」）
② 風呂から出られなくなることがある

［玄関］
① 転びそうになる（手すり「あり」「なし」）、（椅子「あり」「なし」）

［日中の座りきり評価］
① 日中テレビを見て座っていることが多い
② 自宅では日課がある（家の施錠・カーテン・新聞取り・郵便取り・庭の手入れ・炊事・洗濯・掃除・散歩・その他（　　））

平成 19 年 2 月　日本リハビリテーション病院・施設協会　地域リハビリテーション推進委員会かかりつけ医のためのリハビリテーションガイドより

3．具体的な文例

（1）疾患や症状に伴う介護の手間に関すること

○ パーキンソン症状のため転倒の危険性が高く、廃用症候群に陥りやすい。
○ 神経難病のため、疾病の進行に応じてリハビリやケアの内容を変更することが重要であり、医療系サービスの利用によって定期的な評価が行われることが望ましい。
○ 関節疾患があるが、体重のコントロール次第で症状が軽減する。
○ 脊柱管狭窄症に伴う失禁や頻尿などの排尿障害に注意が必要である。
○ 慢性関節リウマチのため各関節が拘縮しやすく、家族による対応だけでは負担が大きい。
○ 歩行で足が重くなり痛みが出現するので、トイレ移動が困難で、排泄介助を要するようになっている。
○ 骨粗しょう症のため、再度の骨折や転倒・転落の予防の環境整備が必要である。

3 （1）身体機能

○ 後縦靭帯骨化症により、ズボンの着脱を臥位で行うため介助に時間がかかる。
○ 廃用症候群のため、離床の確保はもとより、社会性の維持・回復をめざして通所系サービスの活用が望ましい。
○ 廃用症候群の予防のため離床が欠かせないが、家族がつきっきりとなるため負担が大きい。
○ 失語症状があり、意思疎通が難しい場合が多く、時間をかけてゆっくり話を聞いたり、表情から話を推測しなければならない。
○ 片麻痺であるが、少しずつ移動できるようになっているため、かえって慎重さに欠けたり、注意力が散漫となって転倒しやすく、常時の見守りが必要である。
○ 下肢の筋力低下に伴い、椅子からの立ち上がりやトイレ動作が不安定になってきている。
○ 寝返り・起き上がりが自らの力で難しくなってきていて、そのため離床の意欲も無くなってきている。

（2）直接的な介助・ケアやサービス利用に関すること

○ 片麻痺のため、動作の一部（できない部分）を手伝う形での介助となり、家族による介護（時間）の負担が大きい。
○ 日常生活での歩行訓練には、転倒の危険があるので、近隣への散歩には毎回家族が付き添っている。
○ 進行性の疾患のためリハビリ専門職の定期的な評価や専門医への受診が必要である。
○ 症状の進行に応じて、毎週○回、訪問リハビリを利用しているが、本人のリハビリの意欲に濃淡があり、入浴やトイレ移動などで全介助を要する場合がある。
○ 少なくとも３ヶ月に１回の日常生活動作を含むリハビリ専門職による評価が必要である。
○ 転倒による廃用症候群の予防のため、短期集中的なリハビリの提供の確保が望まれる。
○ 関節の拘縮が進行しないように、同じ姿勢が長時間とならないよう夜間も頻回な介助を要している。
○ 徐々に廃用症候群が進んでいるので、継続的なリハビリサービスの確保が必要である。
○ 理学療法士（PT）等の専門職による訓練と定期的な評価が必要である。

3 （2）認知機能

1．高齢者の特徴

認知機能が低下した高齢者は、記憶や見当識の障害といった認知機能の障害とともに、薬の飲み忘れや尿・便失禁といった日常生活動作の障害、興奮や徘徊、意欲の低下といった行動・心理症状を伴うことが多いのが一般的です。

認知機能の障害は認知症の原因疾患と障害される部位、重症度によって異なりますが、例えばアルツハイマー型認知症では記憶や見当識が初期から障害されるのに対し、前頭側頭型認知症では言葉を話せなかったり、理解できないといった言語の症状が比較的初期から出現することが多いと言えます。アルツハイマー型認知症やレビー小体型認知症、前頭側頭型認知症などの神経変性による認知症の場合は、症状が徐々に進行していくことが特徴です。認知機能の低下した高齢者は環境の変化に適応することが困難ですから、環境によって症状が変動しやすいことにも注意し、評価する必要があるでしょう。

2．記載のための情報収集の視点と方法

認知機能の低下に伴う介護の手間を的確・十分に表現するため、主として以下の視点で情報を集めること（状況を把握しておくこと）が重要と考えられます。

日常生活動作（例：薬の飲み忘れが多い、トイレがわからず部屋の中で排泄する）

行動･心理症状（例:不安が強い。ひとりで外出し戻って来られず警察に保護される）

処方内容とその影響（例：少量の抗精神病薬を使用したところ歩行困難となり、中止した）

現在受けている支援及び今後必要な支援（例：現在デイサービスを週３回利用している、今後ショートステイの利用によって介護負担を減らす必要がある）

生活環境（例：独居、公団の４階に住んでいてあまり外出しない）

家族の状況と介護負担（例：認知症の妻と二人暮らしである。主介護者である長男の嫁がもの盗られ妄想の対象となっており、その対応に疲弊している）

経過（例：ＡＤＬは悪化しつつある。徘徊の頻度は増加している）

身体合併症（例：肺炎を来たしたが認知症のため外来で点滴治療を行っている）

その他の評価上の留意事項（例：症状は１日のうちでも大きく変動している。とりつくろいのため正常にみられる）

また、収集した情報を“介護の手間”に置き換えて表現する際に、以下の視点が参考になるでしょう。

○ 認知機能、例えば記憶の障害があってもメモなどの活用により自立して生活できる場合があり、即座に介護の手間に結びつくとは限りません。

○ 行動・心理症状は介護の手間と相関関係にあることが示されています。特に夜間の不穏や幻覚・妄想などは介護負担を増す因子とされていて、行動・心理症状の種類と頻度・程度の評価が重要となります。

○ 頻度は少なくても火の不始末や夜間の徘徊、経済被害の状況など本人と家族の生命や財産に重大な影響を与える事柄についても評価しておくことが望ましいと言えます。

○ 認知症で介護への抵抗を示す場合には、一般的に身体症状のみの高齢者の場合よりも介護の手間が増加すると言われます。

○ 生活環境や家族の状況も介護の手間に影響を与えます。徘徊を例にとっても、行動が制限される病院や施設などに入院・入所している場合と自由に出入りができる自宅にいる場合では介護負担は異なってくることが想定され、適切に記載される必要があります。

○ 介護者が認知症の場合には、対応がより困難になることは容易に想像できます。

○ 認知症のある高齢者の介護の手間は様々な要素が複雑に絡み合って生じる場合が多いので、個々の要素とその関係を含めて評価、記載することが望まれます。

3．具体的な文例

以下では、認知症高齢者の「介護の手間」を表現する文例をテーマ（場面）別に整理しています。認知症についての疾病の管理からは直接的に導かれない記述であっても、その患者さんの「介護」を考えるときの重要な「医療」の情報となります。

患者さんの状況にマッチする表現でなくても、視点や表現のヒントとして、また近い表現によって、特記すべき事項欄の記述に活用頂ければと考えます。

（1）日常生活中にみられる介護の手間に関すること

○ 認知機能の低下のため、全く意思疎通ができない。

○ 家族を認識できないことがある。

○ 自分で調理を行っているが、しばしば鍋を焦がしている。

○ ゴミ出しの曜日を間違え、トラブルになることがある。

○ 買い物に行き、同じものを買ってくる。

○ 高額の羽毛布団を契約するなどの経済被害にあっている。
○ 外出するが、しばしば道に迷い、近所の人に連れてきてもらうことがある。
○ 着替えをしても順番が不適切なことが多い。
○ 尿便失禁あり、リハビリパンツを使用しているが、尿取パットを外してしまう。
○ 幻覚があり、常に床の上にある何かを拾う動作をしている。
○ 易怒性があり、些細なことで大声を上げる。
○ 入浴を拒否することが多く、時に暴力をふるう。

（2）症状の進行に関すること

○ 記憶障害は徐々に進行している。
○ ２年前の初診時に HDS-R が６点であったが、現在は実施困難である。
○ ひとりで外出できなくなった。
○ 尿失禁の頻度が増加し、夜間はオムツを使用するようになった。
○ もの盗られ妄想が激しくなっている。
○ 夜間起きてゴソゴソしていることが増加した。

（3）直接的な介助・ケアやサービス利用に関すること

① 家族介護の状況（負担感）

○ 服薬は家族が管理している。
○ 自宅では入浴を嫌がるため、デイサービスで入浴している。
○ トイレに連れて行っても便座に腰掛けることが困難であり、介助に手間がかかる。
○ 妻がトイレ誘導すればしているため、尿失禁することは少ない。
○ 更衣は独力では困難であるが、適切な衣服を順番に手渡せば自分で着ることができる。
○ 家族がいないと不安が強く、家族についてまわり、家族の介護負担も大きい。
○ 主介護者である長男の嫁がもの盗られ妄想の対象となっており、その対応に疲弊している。

② 利用している・必要となる介護サービス・サービス利用の注意点

○ 現在、デイサービスを週２回利用している。
○ 日中うとうとしていることが多いため、デイサービス等の利用により、適度な働きかけが必要である。
○ 介護保険サービスの利用に関しても抵抗が予想され、こまめな調整が必要と思われる。
○ 急に立ち上がり転倒することがあるので見守りが必要である。
○ 独居のため、服薬管理や経済被害に対する見守りが必要である。

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□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）

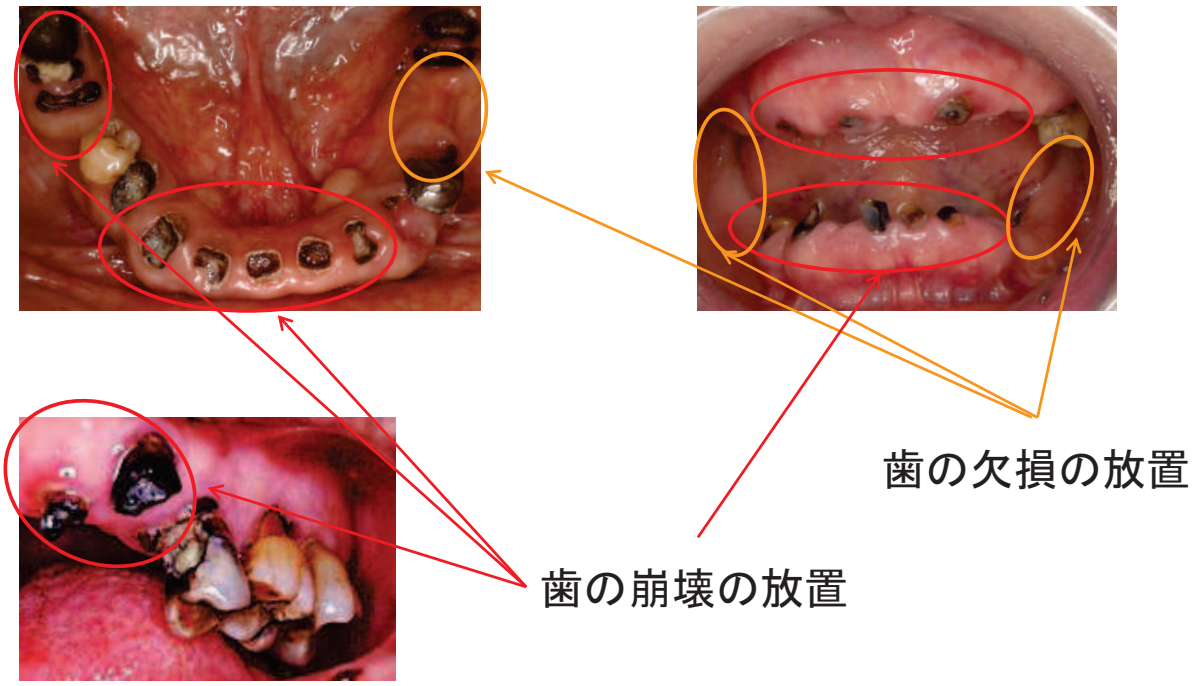
主治医意見書の記入に当たっての口腔内の状態確認について（2）

【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

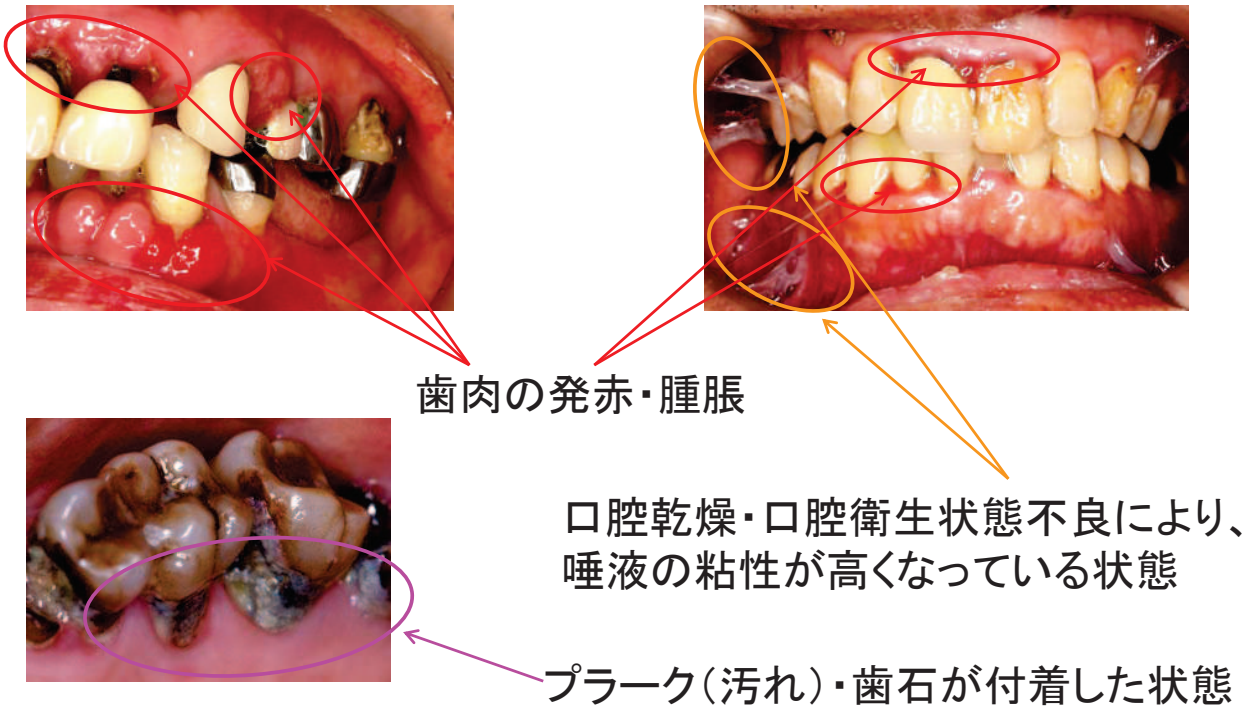
主治医意見書の記入に当たっての口腔内の状態確認について（3）

【口腔内の観察点】 ～歯の崩壊、欠損が放置されている例～



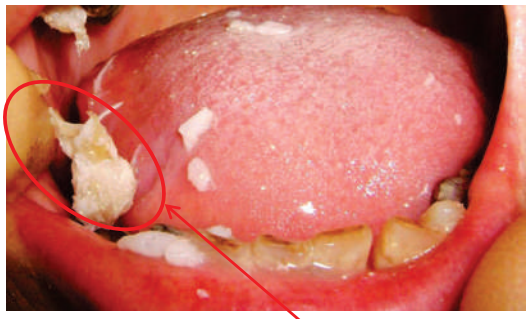
主治医意見書の記入に当たっての口腔内の状態確認について（4）

【口腔内の観察点】～口腔衛生状態が不良の一例①～



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

＜第二部＞
１．医療保険と介護保険について

岐阜県医師会　常務理事　美濃輪博英

１．介護給付適正化システム（医療情報との突合）について

岐阜県高齢福祉課では、介護給付の適正化に一層取り組むとしており、国保連合会において介護保険給付内容と医療保険給付内容の突合を実施しています。同様に訪問看護の突合も実施しています。

〈給付実績との突合〉

介護情報	突合区分	医療情報	
		国保（40 歳～74 歳）	後期高齢（75 歳以上）
全てのサービス種類（市町村特別給付、福祉用具販売、住宅改修を除く）	01	入院中の患者	
居宅療養管理指導費（Ⅰ）（予防含む）	02	在宅時医学総合管理料（施設入居時等医学総合管理料を含む）	
訪問看護（予防含む）	04	訪問看護基本療養費（Ⅰ） 訪問看護管理療養費	在宅患者連携指導加算 訪問看護情報提供療養費

〈算定基準〉

○　医療機関に入院中の患者に対し、介護給付である居宅サービス等は算定不可
※医療と介護の利用実日数が暦日を超過している場合、介護事業所へ確認・点検を行う

○　在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料を算定する利用者に対して、医師が当該利用者の居宅を訪問して行う計画的かつ継続的な医学管理に基づき、指定居宅介護支援事業者やその他の事業所に対して、居宅サービス計画の策定等に必要な情報提供を行った場合については、居宅療養管理指導費（Ⅱ）（予防含む）を算定する。

○　訪問看護については、原則介護優先
ただし、末期の悪性腫瘍の患者並びに急性増悪による特別指示書が出た場合、また、厚生労働大臣の定める疾病等の利用者に訪問看護を行った場合については、医療保険の訪問看護を算定

〈算定事例〉

○　入院中（実日数 23 日）にて、福祉用具（手すり）31 日間算定　等

○　医療保険で在宅時医学総合管理料算定にて、介護保険の居宅療養管理指導費（Ⅰ）を算定

○　入院中（実日数 19 日）にて、福祉用具（特殊寝台・スロープ・車いす）31 日間算定
○　入院中（3 月 16 日～21 日）にて、老人福祉施設にて実日数 28 日・外泊 3 日の算定
○　入院中（実日数 8 日）にて、特定施設入居者生活介護を 28 日間算定
○　入院中（実日数 7 日）にて、認知症共同生活介護を 31 日間算定
○　入院中（3 月 27 日～31 日）にて、身体介護を 30 日間算定

〈医療との過誤件数まとめ〉

突合区分	点検項目	令和8年2月	令和8年3月	令和8年4月	令和8年5月	令和8年6月	令和8年7月
01	医療保険の入院と、介護保険サービスの重複確認	30	32	28	42	45	44
02	在宅時医学総合管理料（医療）または、施設入居時等医学総合管理料（医療）と（予防）居宅療養管理指導費（介護）のⅡで算定すべき所をⅠで誤算定	6	8	5	5	10	10
04	訪問看護療養費（医療）と訪問看護サービス費（介護）の重複確認。						
	合計	36	40	33	47	55	54

（令和 8 年 7 月末現在にて抽出）

２．居宅療養管理指導費の算定要件について

居宅介護支援事業所との連携の促進という観点から、居宅療養管理指導を行った場合に、ケアマネジャーへの情報提供が必須ですので請求に際して注意してください。

(1)　算定要件

介護支援専門員（ケアマネジャー）への情報提供がない場合には、算定できません。月に複数回の居宅療養管理指導を行う場合には、毎回行うことが必要です。

(2)　情報提供の方法

ケアプラン策定に必要な情報提供は、サービス担当者会議への参加により行うことを基本としますが、会議への参加が困難な場合や、会議が開催されない場合等においては、「情報提供すべき事項」を文書（メール、FAX 可）により行ってください。医科診療報酬点数表における診療情報提供料に定める様式を活用して行うこともできます。

(3)　情報提供すべき事項

・基本情報（医療機関名、住所、連絡先、医師氏名、利用者の氏名・生年月日・性別・住所・連絡先等）
・利用者の病状、経過等
・介護サービスを利用する上での留意点、介護方法等
・利用者の日常生活上の留意事項

（参考）．今かかりつけ医に期待されること

元医療・介護・福祉連携委員会　委員　安藤　喬

2000 年から始まった介護保険。当初はなかなか理解が進まず、特に意見書作成については症例が万が一裁判沙汰になった場合に意見書の記載はどう扱われ、その責任などについて心配になり、記載を躊躇される場合などがありました。

しかし、年を重ねて研修会が積極的に開催され、この意見書作成テキストも充実してきた結果、一部を除いて、かなり適切な意見書が提出されるようになったと思います。おかげで認定審査もスムーズに行われているようで、審査に対する利用者の方からの不服申請もほとんど見られておりません。かかりつけ医や審査にかかわっている方、行政の努力に認定審査委員長として感謝しております。

ただ介護給付審査を見ていますと、この疾病に対し、かかりつけ医としっかり相談した上で、サービス内容が適切に決定されているのか心配になるものも散見されます。従来から言っておりますように同じ目線で同じ土俵に立って関係する各種業種の方と話し合う姿勢が大事だと思います。なかでも訪問看護の必要性について考えてみますと、色々問題があります。難病登録されている方、手がかかりそうな方に対しては、ケアマネたちの相談に乗ることなく、即座に対応をお断りになるドクター、（勿論自分の対応能力を考えてでしょうが）出来ればそんな時、医師会の中に適切に対応できる医師リストがあり、それを基にケアマネさんたちの相談に乗れる体制があったり（現在も、あっても深く普及していないのかもしれませんが）すると信頼感が増すのではないでしょうか。一方では、なかなか引き受け手がないことをタテに、自分のペースだけでケアマネさん達に相談することなく、いわんや家族に意向も聞くこともなく、自分のプランを押し付けて事を進めてしまうステーションもあるようです。

やはり弱者の気持ちを聞く耳をまず持ち、かかりつけ医として積極的に相談に乗る姿勢の充実が求められます。まず訪看に対する適切な指示書作成への努力でしょう。本来指示書は単に病状の説明ではなく、今後こういうサービスを受けていただくことによりＱＯＬの改善に努めていただくために、かかりつけ医の立場でどんなサービスが必要か、利用者、ケアマネ、事業者の方にアドバイスし、サポート役を果たしていただくことが大事ではないでしょうか。これを契機に医師とサービス提供者の間に立ちはだかる壁を、少しでも低くすることを期待したいと思います。（自戒をこめて）

ところで皆さん、地域包括支援センターの存在をしっかり理解されています

か。岐阜市では、現在 18 包括が活動されていますが、これらセンターが持っている不安、不信など苦情を含めて情報提供をしていただきました。岐阜市包括支援センター運営協議会長として私信を含めて一部を纏めさせていただき岐阜市医師会だよりに投稿してあります。今後も機会あるごとに情報提供したいと思っています。もとよりこれらは氷山の一角、制度上の問題も含めて検討、対処していかなければならない問題が数多く存在することは言うまでもありません。

（参考）．地域包括支援センターが抱える問題点

元医療・介護・福祉連携委員会　委員　安藤　喬

先般、地域包括支援センター運営協議会が行われ、今年度はセンターが持つ不安、不満、主張に聞く耳を持ち、委員会で確認し、対応策を検討する姿勢を確認しました。それに先立ち、各包括から、今感じている問題点をとりあえず出していただきました。以下のような問題点が示されました。
１：２４時間対応に対する心配、負担、どこまで関与するかについての問題点。２：包括の不満、不平、愚痴の受け皿の存在が少ない。３：仕事の内容の拡大に伴い、人材の育成に対する心配。４：介護予防のマニュアルの充実。５：包括自身の相談場所の充実。包括から医師への相談の困難さ。６：感染リスクに対する不安。７：会議が多く本来の業務に支障。８：機能評価の実施後その判断の根拠、改善に向けての指導体制。９：ケアマネと包括のコミュニケーション。

これらの一部について、委員長として少し意見を述べてみたいと思います。
＊２４時間対応

多くの包括で不平として出ました。包括という名の基、なんでも包括へ連絡。この姿勢は改めなければいけないと思います。包括のスタッフの皆さんが音を上げてしまいます。

私は以前から包括の仕事にきちんと順位づけをしなければいけないと言ってきましたが、今一できなかったことを反省しています。例えば、前にも何度か聞いたことがありますが、認知症の方が閉じこもったり、暴力を振るっているから来てくれというような話。果たして包括スタッフが行って何が出来るのでしょう。ここは専門病院、かかりつけ医、サービス提供事業者、警察などの出番でしょう。勿論包括が第一に関わらなければならないことには、頑張ってやっていただく必要があることは言うまでもありませんが。事例ごとに主として関わっていただく団体などをきちんと自治会役員などに周知徹底しておくことが必要だと思います。
＊包括スタッフとケアサービス事業所

包括スタッフによりますと、サービス事業所ケアマネから「どんなサービスを何処の事業所で、どの程度やるのか、すでにかかりつけ医と話はつけてあるので、利用者にきちんと話をしてください。」と言われ、話に行くと利用者の気持ちと全く違って苦労します。私たちは彼らの下請けなんですかねという苦情を聞きます。

逆に事業所からは、「こういうプランで行いますから指示に従ってください」と言われ、本来他のサービスが必要なのにと思っても押し切られてしまうという苦情も耳にします。介護保険請求書の審査でもケアマネの出す管理票と事業所の請求書が一致せず査定になることがあります。

また、かかりつけ医の指導料請求がサービス内容と一致していない例も散見されます。お互い相手としっかり話しをして適切なケアを成就する姿勢が必要なのは言うまでもありませんね。

＊感染症リスクに対する不安

これも以前からいわれていることで、包括スタッフは時に掃除も全くしていない、又風呂にもずっと入っていないとんでもないところへも無防備で入らなければならないことがあり、感染症が心配といわれました。やはり専門家と相談して注意しなければならないことを、箇条書きでわかりやすいマニュアルを示していただくことが大事だとあらためて思いました。大学病院の村上先生が、依頼原稿でこの件について纏めておられる話も聞きますので、機会を見て相談してみます。

＊包括スタッフとかかりつけ医の壁

対象の利用者さんの報告が滞ると怒られ、逆に入り込みすぎると又叱られで難しいという話がありました。私も以前から、この分野は特に各種担当者が、同じ土俵で、同じ目線で話す姿勢が必要なことを、原稿を含めて機会あるごとに述べてきました。でもこの問題は色々な連携委員会が充実し、以前より改善されたと思います。勿論一部の先生ではそういうことはまだあると思います。お互いが聞く耳を持つ姿勢が進むべく働きかけを続けたいと思います。

＊スタッフの育成と人材の補強

今回の包括評価資料を見ても数多くの困難事例に関わっており、これらを管理者として全て把握しているだけで大変なのに、色々な連携委員会に出ますと同じメンバーが出席されており、その上スタッフ育成となると大変です。一方で、一般スタッフからは「管理者は色々会に出てわかっているのだろうけど、私達には何にも知らせてくれないのでわかりません」という話も聞きます。時間配分が大変なのはよくわかります。ただスタッフを増やすキャパシティーを求めるだけではなく、スタッフの充実に向けて、検討する余地が十分あると思います。具体的な検討が必要でしょうね。

＊介護予防マニュアルの充実

県の介護予防推進委員会では、分科会を作って、栄養マニュアル、運動機能マニュアル、口腔ケアマニュアルなど作成。以前に比べ改善されています。しかしその資料は、各分野に充分行きわたっていないのか、見たことがないという話も聞きます。委員長の私も最近これらのマニュアルを見る機会がなく、も

っと普及させる努力が必要なことを痛感しております。これが充実すれば、各包括が資料として利用し共通の勉強会を開催する機会が増えるはずですので、県の方とも相談していきたいと思っています。
　まだまだ理解しておかなければならないことが一杯ありますが、今回はここまでとさせていただきます。

この委員会としての反省
　長く委員会を行ってきていても、各包括の持つ、不満、心配、愚痴などが委員会へ出されることが殆どなく、次に向けて積極的に活路を求める体制がなかったことを反省しております。今回述べさせていただいたものも氷山の一角にすぎず、課題山積です。
　包括の努力が地域の人々に理解していただけるよう、少なくとも運営協議会のメンバーは啓蒙に努める必要があると思います。
　今年度は包括の意見をしっかり聞き、委員会で検討し出来るものから改善する姿勢で委員の皆さんの協力を仰ぎたいと思っています。
　ここまでまとめたところで、其の後、又気になる情報を見聞きすることがありました。一応追記しておきます。
＊１　　若干エゴ的な依頼に対して
　利用者、家族が自分の都合で、一方的に面会日、時間を指定してこられ、こちらの都合を考えてくれない。そのまま仕方なく対応していると過重労働が増え、業務に支障が出てくるが、そこまで遠慮しなければいけないのでしょうか。本当にそうですね。行政などから利用者に指導する必要がありますね。又警察などからまず様子を見てこいという指示。介護に関係するようなので、帯同するから一緒に見に行ってくれませんかぐらいの態度なら参加しやすいのにと思いました。包括という名の元、何でもＯＫという下請け事業ではないので、これも行政などから包括支援センターの仕事をもっと理解を啓蒙していただく必要がありますね。
＊２　　介入拒否家庭をどう扱ったらいいのか
　本当に困った問題ですね。お上の世話には絶対ならないという昔からの思い入れですか。権利という介護保険の精神を認知されないのでしょうか。昔こんな事例を経験したことがありました。脳梗塞から復帰した方で、戦友会に出るのを楽しみにしていた方ですが、今年は連絡がないと落ち込んでおられました。実は奥さんが体調を気遣い、勝手にお断りをしておられました。落ち込んでおられる姿を見て、そんなに楽しい会なら私も連れて行ってくださいと言って同行され、久しぶりに楽しそうな姿を見て、以後今まで拒んでいた色々な会に二人で参加するようになったそうです。夫婦で参加するとこんな楽しい事が出来

ますよ。介護保険申請するとなお参加しやすいですよ。ごめんなさいこんなことは百も承知ですね。

＊３　　病院ナースの包括の仕事の理解度

入院に際し、同行するように指示されたり、通帳管理を言われたり、これって包括で対応すべき事でしょうか。そうですね。対応利用者の介護度などによりますが、ケアマネ、サービス事業者がまず考えねばならないことではないでしょうか。よくわかりません。

＊４　　包括の悩みを理解し、行政以外に寄り添って欲しい

これについて、私は勿論ですが包括支援センター協議会の委員の責任で考えましょう。

以上、追記の部分は特に私の勝手な思い込みが多く、お叱りを受けるかもしれませんが、いずれにしても、今後、もっと地域包括支援センターの業務を、多くの人たちにしっかり理解していただくよう頑張らねばとくどいようですが痛感しました。

包括運営協議会開催に当たり

平成から令和に代わり、長い連休も終わって皆さん今まで以上に忙しい日々を送られていると思います。今回今年度第一回協議会をさせていただきました。今回も介護を熟知している安達副委員長に司会をしていただき、委員の皆さんから色々な意見を引き出していただき、直ぐ返答できるものは事務局がこの場でお答えし、検討を要するものは早い機会に担当者で検討する姿勢で行きたいと思いますのでご協力のほどお願いします。と訴えて始めました。

私はこの休みの機会に開設当初からの包括支援システムを振り返ってみましたが、本当に地域密着した活動になっていることをあらためて感じました。これも皆さんのあく事なき努力の賜物と感謝しております。これからの支援センターの活動ですが、ご案内のように週４日以上の孤食の人が１５％に及び、５０歳まで未婚が男性２０数%、女性１０数%、現状２０％の独居高齢者が４０年には３０％を超えるとされている今日、生活環境の変化から、看護体制も様変わりして皆さんの負担が増えるのではないでしょうか。そういう意味で包括スタッフでは対応困難な後見人問題、暴力問題、法的問題等に今以上に関係分野が主となって対応していただかないとうまくいかないと思っています。

私が包括支援センターに期待するのは比較的軽度の支援、相談が必要な人に積極的に手を差し伸べることでコグニサイズや老後を考えた亀田のドクターが考えたというカードゲーム大府のニコニコかるたの普及などで、地域住民と包

括がより親しくなること、又強化型センターは更に一般包括とのコミュニケーションが進み一体となって困難事例などに立ち向かってくれることだと思います。幸い強化型にセンターからの困難事例の相談が増えてきているとの情報も聞いており心強く感じています。こういう関係は一般包括が強化型は自分たちが持っていないものを持っていると考え、強化型は一般包括が一生懸命考えた上でさらなるものを求めて相談してくれると感じ、アサーティブな会話を充実させることで成り立ちます。今後益々協力して事に当たってくださることを期待し又事務局も積極的にセンターからの問題提起を受けとめてくれるようお願いします。余分なことですが休日明けの日の午前中はWープロダクトという血圧と脈拍から数値が高く過度の仕事に注意と言われます。複雑な包括の仕事などは更に大変だと思います。

ところで今までは多業種連携となりますと橋渡しは看護ステーションスタッフが多かったと思います。今日では包括支援センターの活動が進展し頼れる存在になってきております。国も認知症対策として予防と共生を大綱に述べており、予防の為には今後包括支援センターの活動が増えてくると思います。その意味でもこれから一般医療関係者は以前にも増して包括支援センターのスタッフとコミュニケーションを密に摂ることが大事になってきます。是非今後包括支援センタースタッフを信頼し相談に乗ってやって下さることを運営協議会会長として、切に望んでおります。宜しくお願いします。

（参考）．認知症支援体制構築推進委員会について

元医療・介護・福祉連携委員会　委員　安藤　喬

政府は２５年には７００万人に及ぶと考え、予防と共生をテーマに６％減をするために講座、サロンの普及を考えているようですね。包括のところで私の考えを書いていますが、今その目標を達成すためにはこれから認知症になる可能性の人を対象にしないといけないと思います。（勿論若年性認知症を除いて）老年医学会では地域活動参加で３年間で６％減少と報告してますね。

私事ですが前に先生が参加されますと疎んじがられ会話が進まないと言われた経験があります。こう思っている方もあるのではないでしょうか。停年の頃ですとそれなりに役立つノウハウを持っておりプロパガンダの意味からも出やすいと思いますのでターゲットはこのあたりだと思います。彼らが参加しやすい雰囲気を造る努力がいるのではないかと思います。私は県と医師会がする研修セミナーでどんな努力をしてるのかアンケートをし、皆さんの話を聞いて頑張ってみようと思ってもらえるのではと言ってますが私が参加できるかどうかわかりません。私自身は相手目線で物を考えることが大事だと考えています。私が今それなりにしていることは毎月のコラム作成ですが、これで資料を読むこと、考えること、手書きで文章を書くこと、パソコンで大体の分量に調整すること等色々考えることが出来ます。一般には日記（できれば楽しかった思い出中心に前向きの笑顔ができるようなら充分でしょう。）

もう一つ相手目線で物を考えることではないでしょうか。（食事後の後始末。これは家事の中で面倒だと思いながらしてるだろうと推測して出来る限りやってます。）こんな毎日でも人との会話が少なくなり、キルタイムといいますか、そんな時間が増えて何となく世間から取り残されてきていると感じています。皆さんがどんなことをされてるのか知りたいと思っています。そのためにもそんなテーマの会があれば参加したいと思います。

認知症に関してはこんなことを何時も思っていますが、国も認知症対策大綱で予防と共生を挙げ、予防に力を入れてきているようです。もっと予防に力を注ぎましょう。

（参考）．運転免許証返納者の立場に身を置いて

元医療・介護・福祉連携委員会　委員　安藤　喬

私事ですが手のシビレ、スベリ、握力低下を経験し、万が一事故を起こして周辺に迷惑を掛けてはと思い切って返納しました。返納者でどんな気持ちになるか体験しています。今の所でも

１＊服装にこだわらなくなる。

２＊考えることが雑になる。どうでもいいや思考。

３＊体調不順（睡眠不足、便秘など）にかこつけて今日処理することを伸ばそうとする。必要性を否定して。

４＊集中が落ちて字が丁寧でなくなる。

５＊皆に迷惑をかけるのではないかと言い訳を勝手に考え、マイナス志向になりやすい。

６＊もう自分がそういう返納しなければならないようで人並みにやれないんだという意識が表に出てくる。

７＊周辺の会話がこういう情けない人と話しているんだと思えてしまう。
意味ないから適当に対応しようと思っているように考えてしまう。(包括一考)

私は対策として毎朝一日にやるべきことを机の前にメモしておき、夕方結果を日記として書く。夜書いたものは比較的、マイナス志向で書いているので翌朝必ず、見直し確認する。

私の場合未だ県庁の健康相談（毎週)、朝１０時頃までの診療もあり、やらねばならないことも残っているのに気持ちが引け気味になるのを実感しています。私は絶対やらなければというものを心に置き、集中して考える時間を持つことを自分に言い聞かせております。私はそんなに意味ないと思いながらも読みたい人がおられる限りコラムネタ探しには真剣に考えております。

これから先運転が出来ないことで躊躇することが多くなりマイナス思考になりやすいと思いますが、何とか自分の存在がゼロにならない様頑張る所存です。運転が自分の活動にどれほど必要だったか、痛感しながら今後をかんがえています。

レッテル貼られた認知症がらみの返納だともっと考え方が異なるかもしれませんが、マイナス思考になるのは間違いないと思います。しかし人さまざまで、それぞれ少しづつ違っていると思いますが、包括スタッフはしっかり受け止め、特に体は丈夫で軽度認知症の方には、それなりの対応を返納者がネガティブにならない様頑張ってください。現実逃避型、現実直視型人それぞれですもんね。

安藤喬先生におかれましては、本テキストの作成にあたりご寄稿をいただくなど、これまで本会の事業にご尽力いただき、多くのご指導を賜りましたが、令和2年11月15日ご逝去されました。

ご生前のご厚情に深く感謝し、故人のご功績を偲んで、心からご冥福をお祈り申し上げます。

岐阜県医師会　副会長　鳥澤　英紀

岐阜県医師会　常務理事　美濃輪　博英