

各医療機関 御中

岡山市介護保険課長

介護保険主治医意見書の様式変更について

時下、ますますご清祥のこととお喜び申し上げます。

平素から介護保険事業に関しまして格別のご理解ご協力を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、平成21年度からの介護保険制度改正に伴い、下記のとおり主治医の意見書の内容が一部変更となります。

つきましては、依頼書にて作成をお願いしております主治医意見書は、平成21年4月1日の申請分から新様式（別添参照）で作成していただくよう、お願いいたします。

なお、ご不明な点がございましたら、介護保険課及び各福祉事務所介護サービス係まで、お問い合わせください。

記

調査項目が1項目追加されます

① 追加内容

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

☐ 看護職員の訪問による相談・支援 の項目が追加されます。

② 変更時期 要介護認定申請日が21年4月1日以降のものから、新様式の適用となります。

当面の間、主治医意見書提出依頼書に朱色で次の表示をします。

新様式で作成してください

◇問い合わせ先

岡山市介護保険課 管理係 電話 086-803-1240

(別添 1)

主治医意見書に「看護職員の訪問による相談・支援」が追加された経緯・理由について

要介護（要支援）者で居宅で療養している者への生活上の支援を目的としている介護保険サービスの中には、現在、「居宅療養管理指導」、「訪問看護」があるが、これらのサービスは、要介護（要支援）状態区分が低いほど利用率が低くなっている。

また、居宅で療養している者では全体で19%の者が通院又は訪問診療を受けていない。

一方、訪問看護事業所等においては、利用者・家族からの電話対応として身体症状に関する相談のみでなく不安に関する相談も見られている。

このような相談は、訪問看護の利用者・家族だけではなく、通院や訪問診療、訪問看護等の医療的なサービスを受けていない居宅で療養している者も抱えていると想定される。

そのため、療養者が居宅で円滑な療養生活を送るために、要介護認定の新規認定、更新認定、要介護状態区分の変更の際に作成されたケアプランに基づくサービスの開始から特に身体的な状況や生活環境の変化の大きい2か月以内に、保険医療機関、または訪問看護ステーションの看護職員が訪問して療養上の様々な課題・悩みに対する相談・支援を評価することとし、その必要性を主治医意見書に記載する欄を設けることとした。

保 険 者
番 号

331009

被保険者
番 号

申 請 者

(ふりがな)

明・大・昭 年 月 日生 (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 ※医師氏名は医師本人による自署をお願いします。

医療機関名

電話 ()

医療機関所在地

FAX ()

(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 (特定疾病または生活機能低下の直接の原因となっている傷病名については1. に記入) 及び発症年月日

1. 発症年月日 (昭和・平成 年 月 日頃)

2. 発症年月日 (昭和・平成 年 月 日頃)

3. 発症年月日 (昭和・平成 年 月 日頃)

(2) 症状としての安定性

☐ 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〕

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☐ レスビレーター☐ 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) 認知症の周辺症状 (該当する項目全てチェック: 認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)

☐ 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

保険者
番号

331009

被保険者
番号

(5) 身体の状態

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

- ☐ 四肢欠損 (部位:)
- ☐ 麻痺 ☐ 右上肢 (程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重) ☐ 左上肢 (程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)
- ☐ 右下肢 (程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重) ☐ 左下肢 (程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)
- ☐ その他 (部位: 程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)
- ☐ 筋力の低下 (部位: 程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)
- ☐ 関節の拘縮 (部位: 程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)
- ☐ 関節の痛み (部位: 程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)
- ☐ 失調・不随意運動 ・上肢 ☐ 右 ☐ 左 ・下肢 ☐ 右 ☐ 左 ・体幹 ☐ 右 ☐ 左
- ☐ 褥瘡 (部位: 程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)
- ☐ その他の皮膚疾患 (部位: 程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)

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 ()

(3) 現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とその対処方針

- ☐ 尿失禁 ☐ 転倒・骨折 ☐ 移動能力の低下 ☐ 褥瘡 ☐ 心肺機能の低下 ☐ 閉じこもり ☐ 意欲低下 ☐ 徘徊
- ☐ 低栄養 ☐ 摂食・嚥下機能低下 ☐ 脱水 ☐ 易感染性 ☐ がん等による疼痛 ☐ その他 ()

→ 対処方針 ()

(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し

☐ 期待できる ☐ 期待できない ☐ 不明

(5) 医学的管理の必要性 (特に必要性の高いものには下線を引いて下さい。予防給付により提供されるサービスを含みます。)

- ☐ 訪問診療 ☐ 訪問看護 ☐ 看護職員の訪問による相談・支援 ☐ 訪問歯科診療
- ☐ 訪問薬剤管理指導 ☐ 訪問リハビリテーション ☐ 短期入所療養介護 ☐ 訪問歯科衛生指導
- ☐ 訪問栄養食事指導 ☐ 通所リハビリテーション ☐ その他の医療系サービス ()

(6) サービス提供時における医学的観点からの留意事項

- ・血圧 ☐ 特になし ☐ あり () ・移動 ☐ 特になし ☐ あり ()
- ・摂食 ☐ 特になし ☐ あり () ・運動 ☐ 特になし ☐ あり ()
- ・嚥下 ☐ 特になし ☐ あり () ・その他 ()

(7) 感染症の有無 (有の場合は具体的に記入して下さい)

☐ 無 ☐ 有 () ☐ 不明

5. 特記すべき事項

要介護認定及び介護サービス計画作成時に必要な医学的なご意見を記載して下さい。なお、専門医等に別途意見を求めた場合はその内容、結果も記載して下さい。(情報提供書や身体障害者申請診断書の写し等を添付して頂いても結構です。)