

## IV. 記載例と記載のポイント

東京都医師会 理事 玉 木 一 弘

今回の主治医意見書の見直しでは、対象者の生活機能に着目した記載が求められている。具体的には介護認定審査会における介護の手間に係る審査において、認定調査項目や、特記事項、意見書に記入された医学的観点からの意見等を加味して、心身の状態が安定していない者や認知症等により予防給付の利用に係る適切な理解が困難な者を除いた者を「要支援2」と判定するという方法が採用されている。

このような新しい考え方に対応した主治医意見書を作成するための参考資料として、次頁以降に記載例と記載のポイントを示した。

なお、あくまでここに示した例は参考事例であり絶対的なものではないことをあらかじめ述べておきたい。関係者におかれては、ここに掲げた事例を参考にしながら、さらに各地域で開催されている「地域ケア協議会」等における事例検討会を通して制度改革の趣旨に添った主治医意見書の記載方法について理解を深められることを期待したい。

# ≪事例1≫ 新予防給付等で要介護度の進展予防や生活機能の維持・改善が期待される事例

**事例の概要**      性別：男性      年齢：76歳

疾病や身体の状況：変形性腰椎症があり、配偶者との死別等、孤独感や生活の変化を契機に、心気的となり生活意欲が低下している。栄養障害や歩行力の低下を来し転びやすく、生活全般が不活発となり生活機能が低下している。著明な精神神経障害はない。

## 主治医意見書

記入日 平成 17 年 11 月 8 日

申請者	(ふりがな) 明・大・昭 年 月 日生(76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 <input type="checkbox"/> 同意する。 <input type="checkbox"/> 同意しない。			
医師氏名		電話 ( )	
医療機関名		FAX ( )	
医療機関所在地			
(1) 最終診察日	平成 17 年 10 月 30 日		
(2) 意見書作成回数	<input checked="" type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 2回目以上		
(3) 他科受診の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合)→ <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 外科 <input checked="" type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> リハビリテーション科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> その他 ( )		

### ポイント1

#### (傷病に関する意見)

生活機能低下の原因が変形性腰椎症、坐骨神経痛だけではなく、配偶者との死別等生活の変化、栄養の低下、生活が不活発な状況にあることによる経過が説明されている。  
今後、生活機能の低下が予想され、介護予防の観点からのサービス給付やケアプラン作成の必要性が示されている。

### 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) 8 年 月 日頃
2. 高血圧症、高脂血症	発症年月日	(昭和・平成) 61 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)  
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っても著明な所見なし。9月中旬ごろ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、最近で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(80mg)1T    アムロジン(2.5mg)    メパロチン(5mg)1T

### ポイント2

#### (心身の状態に関する意見)

著名な認知症や精神疾患は認めず、新予防給付等、介護予防への理解やサービスの利用や効果が期待される。

### 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	<input type="checkbox"/> 点滴の管理	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養	<input type="checkbox"/> 透析	<input type="checkbox"/> ストーマの処置	<input type="checkbox"/> 酸素療法
	<input type="checkbox"/> レスピレーター	<input type="checkbox"/> 気管切開の処置	<input type="checkbox"/> 疼痛の看護	<input type="checkbox"/> 経管栄養	
特別な対応	<input type="checkbox"/> モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等) <input type="checkbox"/> 褥瘡の処置				
失禁への対応	<input type="checkbox"/> カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル等)				

### 3. 心身の状態に関する意見

(1) 日常生活の自立度等について

- 障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度) 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 [症状名: ] 専門医受診の有無 有 ( ) 無 有

生活や介護環境：一戸建の自宅で、息子夫婦、孫と4人暮らし。嫁が食事を賄うが昼間は独居で、家族介護者のかかわりはこれ以上望みにくい。生活リズムを失い食欲も不定。閉じこもりがちで通院程度しか外出しない。

**ポイント3**  
**(心身の状態に関する意見)**  
 高血圧症、高脂血症とともに肥満があったこと、その後の体重減少の程度が読み取れる。  
 腰痛に日差があり、改善の可能性も推察される。

**ポイント4**  
**(生活機能とサービスに関する意見)**  
 傷病に関する意見欄によれば自宅内では歩行「している」が、屋外は歩行「していない」状況がわかる。  
 生活機能の維持・改善に「期待できる」ことや通所リハビリの必要性がチェックされている。  
 新予防給付等による、閉じこもりの予防や栄養改善、運動器の機能向上の効果が期待されることが読み取れる。

**ポイント5**  
**(特記すべき事項)**  
 補足として生活環境、家族環境、本人の意欲が記載されている。  
 介護予防の観点から支援が必要であることが述べられ、ケアプランの作成に有用な情報が提供されている。

(5) 身体の状態  
 利き腕 (  右  左 ) 身長 =  cm 体重 =  (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  左上肢 (程度:  軽  中  重)  右上肢 (程度:  軽  中  重)  
 左下肢 (程度:  軽  中  重)  右下肢 (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  屋外で使用  
 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高い病態とその対処方針  
 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 ( 転倒することに恐怖感がある )  
 ・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. その他特記すべき事項

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ど意見等を記載して下さい。なお、専門医等に別途意見を求めた場合はその内容、結果も記載して下さい。(情報提供書や身体障害者申請診断書の写し等を添付して頂いても結構です。)

会社員引退後妻と共働きの息子夫婦、孫の5人暮らしで、気ままな生活をしてきた。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つていよう。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。昼間は独居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。

## 《事例2》 一時的な生活機能の低下からの回復・改善が期待される事例

**患者の概要**      性別：男性      年齢：76歳

疾病や身体の状況：変形性膝関節症で化膿性膝関節炎の既往がある。転倒をきっかけに、疼痛増悪や関節拘縮し歩行困難があり日常生活活動が低下し筋力低下がある。人工膝関節置換術を予定している。認知症は認めない。2週に1回の通院。

### 主治医意見書

記入日 平成 17 年 11 月 7 日

申請者	(ふりがな)	男 女	〒	—
	明・大・昭 年 月 日生(76歳)		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 <input type="checkbox"/> 同意する。 <input type="checkbox"/> 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	平成 17 年 10 月 25 日			
(2) 意見書作成回数	<input type="checkbox"/> 初回 <input checked="" type="checkbox"/> 2回目以上			
(3) 他科受診の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合)→ <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> リハビリテーション科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> その他 ( )			

### ポイント1

#### (傷病に関する意見)

運動器の障害や関節の痛み、拘縮等で移動制限がある場合は現状と経過、リハビリなど加療状況を、分かりやすく説明する必要がある。

本例では、現状と経過、自宅療養や外出の様子、リハビリ療法についての記載が盛り込まれている。

要介護認定はあくまで現在の状態に拠るが、予後の回復の見通しに触れ、認定期間の勘案や状況に応じたケアプランの作成に情報が提供されている。

#### 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	発症年月日	(昭和・平成 年 不詳 月 日頃)
1. 右変形性膝関節症		
2. 右化膿性膝関節炎		(昭和・平成) 16 年 6 月 1 日頃
3. 高血圧症		(昭和・平成) 2 年 月 日頃
(2) 症状としての安定性	<input checked="" type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不明 〔「不安定」とした場合、具体的な状況を記入〕	
(3) 生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容 〔最近(概ね6ヶ月以内)介護に影響のあったもの 及び 特定疾病についてはその診断の根拠等について記入〕	<p>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、外出は通院程度で、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、消炎鎮痛処置等施行中。健側の下肢筋力も低下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。</p> <p>ロキソニン3錠      ムコスタ3錠</p>	

#### 2. 特別な医療 (過去14日間以内に受けた医療のすべてにチェック)

処置内容	<input type="checkbox"/> 点滴の管理	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養	<input type="checkbox"/> 透析	<input type="checkbox"/> ストーマの処置	<input type="checkbox"/> 酸素療法
	<input type="checkbox"/> レスピレーター	<input type="checkbox"/> 気管切開の処置	<input type="checkbox"/> 疼痛の看護	<input type="checkbox"/> 経管栄養	
特別な対応	<input type="checkbox"/> モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等) <input type="checkbox"/> 褥瘡の処置				
失禁への対応	<input type="checkbox"/> カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル等)				

#### 3. 心身の状態に関する意見

(1) 日常生活の自立度等について	・障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度) <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input checked="" type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 ・認知症高齢者の日常生活自立度 <input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M					
(2) 認知症の中核症状(認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)	・短期記憶 <input checked="" type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり ・日常の意思決定を行うための認知能力 <input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 判断できない ・自分の意思の伝達能力 <input checked="" type="checkbox"/> 伝えられる <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 具体的要求に限られる <input type="checkbox"/> 伝えられない					
(3) 認知症の周辺症状(該当する項目全てチェック:認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 { <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> その他 ( )					
(4) その他の精神・神経症状	<input type="checkbox"/> 有 [症状名: _____] 専門医受診の有無 <input type="checkbox"/> 有 ( ) <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 無					

生活や介護の状況：夫婦二人暮らし世帯。すでに手すりなどの住宅改善は行っている。高齢で活動性の維持や介護に限界があり、このままでは要介護度悪化は否めない。回復への意欲はあり、認定期間中に行うと予想される手術後に生活機能の変化が予測される。

(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  
 左上肢 (程度:  軽  中  重)  右上肢 (程度:  軽  中  重)  
 左下肢 (程度:  軽  中  重)  右下肢 (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)

**ポイント2**  
 (心身の状態に関する意見)  
 肥満の程度、「筋力の低下」「関節の拘縮」「関節の痛み」の状況が示されている。

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(杖)  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  屋外で使用  
 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高い病態とその対処方針  
 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(内服と把握が必要) ・移動  特になし  あり(見守り、転倒予防が必要)  
 ・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

**ポイント3**  
 (生活機能とサービスに関する意見)  
 移動に介助が必要で、屋外の杖使用から現在の介護の必要状況が把握できる。  
 栄養・体重管理の必要性が示されている。  
 「移動能力の低下」と生活機能改善に「期待できる」がチェックされ、術後の機能回復のためのリハビリ、退院後の維持的リハビリの効果が期待される。

5. その他特記すべき事項  
 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ど意見等を記載して下さい。なお、専門医等に別途意見を求めた場合はその内容、結果も記載して下さい。(情報提供書や身体障害者申請診断書の写し等を添付して頂いても結構です。)

現在、右膝関節の感染は鎮静化している。普段はベッド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の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。

**ポイント4**  
 (特記すべき事項)  
 これまでのチェックや記載に関する追加補足とは別に、申請者特有の「生活環境」「家族環境」「本人の意欲」など、間接的な情報を記載することも重要である。  
 要介護IIまでの介護度が予想される場合で、新予防給付で提供されるサービス内容が適さないと考えられる場合は意見を付記する必要がある。たとえば認知症による理解力の障害や、悪性疾患などで状態の悪化を助長する可能性がある場合なども該当する。