

## 函館市介護保険要介護認定等主治医意見書依頼実施要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、介護保険法（平成9年法律第123号。以下「法」という。）の規定に基づき、要介護認定または要支援認定を受けようとして申請した被保険者または既に認定を受けている被保険者について、当該被保険者の主治医（以下「主治医」という。）から意見を求めることに関して、必要な事項を定めるものである。

(主治医の意見書)

第2条 市は、主治医に対して、当該被保険者の身体上または精神上の生活機能低下の原因である疾病または負傷の状況等について意見を求めるものとする。

(主治医への意見書依頼)

第3条 市は、主治医に意見を求めるときは、介護保険主治医意見書提出依頼書（別記第1号様式）により、当該主治医の属する医療機関に意見書の提出を依頼するものとする。

(意見書の提出)

第4条 主治医は、前条の規定により依頼を受けたときは、介護保険主治医意見書（別記第2号様式）に当該被保険者の心身の状況等を記載して、市に提出するものとする。この場合において、提出は、依頼の日から起算して7日以内とする。

(費用の負担)

第5条 市は、前条の規定のより当該被保険者に係る意見書を作成した主治医の請求に基づき、別表の区分に応じた額を作成費用として負担するものとする。

2 主治医は、介護保険主治医意見書作成料請求書（別記第3号様式）により、市に請求するものとする。

(補則)

第6条 この要綱に定めるものほか必要な事項は、別に定める。

附 則

1 この要綱は、平成11年10月1日から実施する。

附 則

2 この要綱は、平成17年6月29日から実施する。

附 則

- 3 この要綱は、平成18年4月1日から実施する。

附 則

- 4 この要綱は、平成24年4月1日から実施する。

附 則

- 5 この要綱は、平成29年4月1日から実施する。

附 則

- 6 この要綱は、令和元年5月1日から実施する。

別表（第5条関係）

主治医意見書作成費用

区 分	在宅生活者	施設入所者
新規に要介護認定または要支援認定を受けようとする被保険者からの申請	5,000円	4,000円
既に要介護認定または要支援認定を受けている被保険者からの申請	4,000円	3,000円

備 考

- 1 施設入所者とは、介護保険施設のみならず、社会福祉施設および医療施設であって入院・入所機能を有する施設にいる者をいう。

別記第1号様式（第3条関係）

介護保険 主治医意見書提出依頼書

函 福 介  
年 月 日

医療機関名 病院・医院  
様

函館市長

介護保険法の規定に基づき、下記の被保険者に係る心身の状況等について確認したいので、同封の「介護保険主治医意見書」にご記入の上、 年 月 日 までにご返送くださいますようお願いいたします。

被 保 険 者	被保険者番号											
	フリガナ							生年月日	明・大・昭	年	月	日
	氏名							性別	男	・	女	
住所	〒 - 函館市 町 丁目 番(番地) 号											

依頼番号			-					
------	--	--	---	--	--	--	--	--

問い合わせおよび返送先

函館市保健福祉部介護保健課介護認定担当

〒040-8666

函館市東雲町4番13号 電話 21-3028

## 主治医意見書

記入日 年 月 日

申請者	(ふりがな)	男 女	〒 —  連絡先 ( )
	明・大・昭 年 月 日生( 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 <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	年 月 日		
(2) 意見書作成回数	<input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 2回目以上		
(3) 他科受診の有無	<input 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 ( )		

## 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・令和	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	<input 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〕			

## 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 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 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 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 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 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 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"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 (症状名: _____ 専門医受診の有無 <input type="checkbox"/> 有 ( ) <input type="checkbox"/> 無)

**(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ください。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 ( \_\_\_\_\_ )  
・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。)

Large empty box for special notes.

介護保険 主治医意見書作成料請求書

			年			月分
--	--	--	---	--	--	----

保険者番号									
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

被 保 険 者	被保険者 番 号										
	(フリガナ) 氏 名										
	生年月日	1.明治	2.大正	3.昭和	性 別	1. 男					

請 求 医 療 機 関	事業所 番 号										
	事業所 名 称										
	所在地	〒					-				
	電話番号										

作成依頼日				年			月			日	依頼番号					保険者確認 ※					
意見書作成日				年			月			日	意見書送付日				年			月			日

意見書作成料	種 別	1. 在宅	2. 施設	1. 新規	2. 継続	金額						円
--------	-----	-------	-------	-------	-------	----	--	--	--	--	--	---

診 断	内 訳		点 数				摘 要						
	診 断												
検 査 費 用	検 査	胸部単純X線撮影											
		血液一般検査											
		血液化学検査											
		尿中一般物質定性半定量検査											
合 計						合計点数×10円							円

請 求 額	意見書料					円
	診断・検査費用					円
	消費税					円
	合 計					円

主治医意見書料は、在宅・施設別、新規・継続（更新・変更）申請別に以下の金額とする。

	在宅	施設
新規申請者	5,000円	4,000円
継続申請者	4,000円	3,000円

主治医がなく主訴もない者が要介護認定を行った場合、意見書を記載するのに必要な診察・検査について、初診料および医師の判断に応じて行った検査等（以下のものに限る）に対し、診療報酬単価に基づき積算した額を請求することができる。

【医師の判断に基づき行う検査の範囲】

- ・胸部単純X線撮影
- ・血液一般検査
- ・血液化学検査
- ・尿中一般物質定性半定量検査