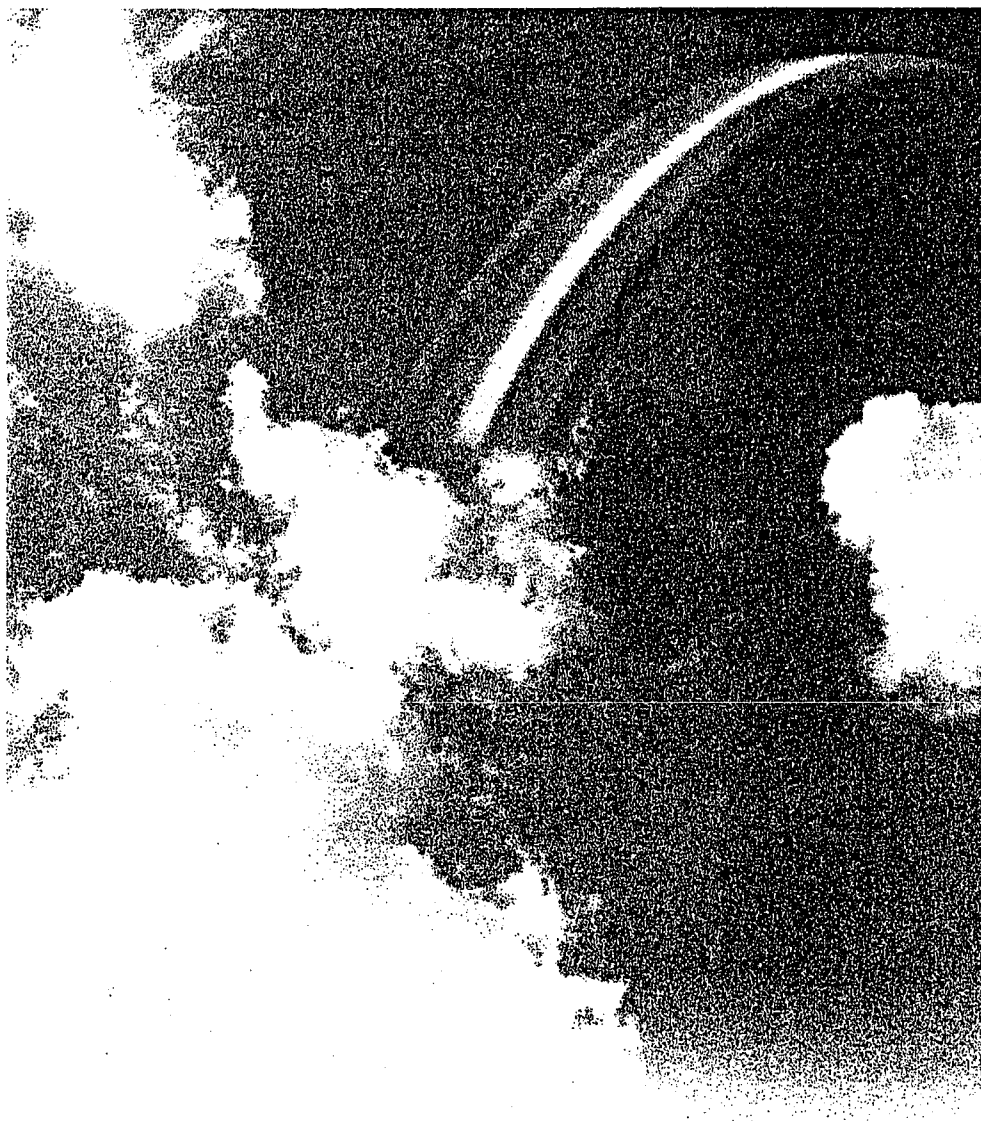


主治医意見書記入マニュアル（概要版）



平成 18 年 1 月

財団法人 日本公衆衛生協会

主治医意見書記入マニュアル（概要版）の使い方

主治医意見書は、介護保険制度の要ともいえる「要介護認定」における重要な資料となります。また同時に、申請者の医学的情報源として、また、要介護認定後の介護サービス計画（ケアプラン）作成や介護保険サービス利用時に活用されます。

主治医意見書の作成は、日常的に診察を行っていない場合や、部分的な治療にあたった医師や勤務医の先生も、作成を依頼される場合があります。しかし、記載項目の中には、申請者の身体状況や精神状況などの全体像を把握した上で記載するものも含まれています。そこで、既存の主治医意見書記入マニュアルの内容をできるだけ簡素化し、ポイントとなる項目を重点的に解説した「主治医意見書記入マニュアル（概要版）」を作成しました。記載項目の全体を見渡せる見開き形式としています。

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

1. 傷病に関する意見

申請者が現在罹患している主たる傷病、また過去の傷病歴に関する項目です。第二号被保険者（満40歳～64歳）の特定疾病名や診断根拠等はこの欄に記載します。また、生活機能低下の直接の原因となるような疾病についてもここに記載します。症状の安定性や治療経過・投薬内容等の詳細も記載します。

2. 特別な医療

過去14日間に実際に行われた診療補助行為についてチェック形式で記載します。

3. 心身の状態に関する意見

認知症高齢者の日常生活自立度、精神状況、麻痺・拘縮の部位と程度等の身体状況について記載します。

4. 生活機能とサービスに関する意見

日常の生活状況と介護における留意点、要介護認定後のサービス利用を踏まえた医学的観点からの助言、指摘などについて記載します。

5. 特記すべき事項

自由記載欄として、選択式記載欄には含まれていない内容や情報を記載します。認知症に関する評価（長谷川式スケール等）や専門医の意見、家族介護の状況など様々な情報を記載することができます。

意見書作成の視点

<要介護認定の観点>

主治医意見書の内容に求められるものは、二次判定（介護の手間に係る審査判定及び状態の維持・改善可能性に係る審査判定）に役立つ情報、即ち、医学的観点からみての「介護の手間」の程度や状況の記載、生活機能の程度などです。以下、介護の手間及び状態の維持・改善可能性の観点からみた記載上の留意点を挙げます。

■ 問題となる行動がある場合について

二次判定での要介護度の変更は、問題となる行動をその根拠とする事例が最も多く、診察所見や、家族などの介護者からの問診などにより判断することが求められます。

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

■ 記載全般について

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

<ケアマネジメントの観点>

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

以下に、ケアマネジメントの観点から、主な疾病と症状・状態別のポイントをまとめてみました。これらを参考に、できるかぎり具体的に記載するようこころがけてください。

■ パーキンソン病

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

■ 片麻痺

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

■ 嚥下障害

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

主治医意見書

記入日 平成 年 月 日

申請者	(ふりがな)	男・女	〒
	明・大・昭 年 月 日生(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 ☐ 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	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〕

(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 ☐ 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。)

● 申請者の情報
住所・連絡先については、居住地（自宅）の住所及び電話番号を記入してください。施設に入院・入所している場合は、施設名・住所・電話番号を記入してください。

● 同意欄
主治医として、本意見書が介護サービス計画（ケアプラン）作成のため利用されることに同意するかを記入してください。
同意した場合、申請者本人や家族の方に本意見書の内容が開示されることがありますので、診断名等記載内容にご留意ください。

● 主治医の情報
所属する医療機関の所在地・名称・電話番号はゴム印で構いません。
医師氏名は自署か、ゴム印等の場合は押印してください。

● 意見書作成回数
申請者にとって、意見書の作成が2回目以上の場合であっても、医師として申請者の意見書を始めて作成する場合は「初回」になります。作成料の区分も「新規」となります。

● 他科受診の有無
申請者の他科受診について、「有無」と「診療科名」をチェックしてください。把握している範囲内で結構です。他科受診の必要性に関するチェックではありません。

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

● 日常生活の自立度
・ 障害高齢者の日常生活自立度判定基準（要約）

J	障害等があるが、日常生活はほぼ自立し、独力で外出 1. 交通機関等を利用して外出 2. 隣近所へなら外出
A	屋内生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない 1. 介助により外出、日中はほとんどベッドから離れて生活 2. 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活
B	屋内生活で介助必要、日中もベッド上が主体、座位は保つ 1. 車いすに移乗し、食事・排泄はベッドから離れて行う 2. 介助により車いすに移乗
C	一日中ベッド上、排泄・食事・着替で介助必要 1. 自力で寝返りをうつ 2. 自力では寝返りをうたない

※ この項目は「おむつに係る費用の医療費控除」を受ける際の証明に活用されます

・ 認知症高齢者の日常生活自立度判定基準（要約）

I	認知症を有するが、家庭内・社会で日常生活は自立
II	生活に支障ある症状等があるが、他者の注意があれば自立 a. 家庭外で、上記の状態がみられる b. 家庭内でも、上記の状態がみられる
III	日常生活に支障ある症状等があり、介護が必要 a. 日中を中心として、上記の状態がみられる b. 夜間を中心として、上記の状態がみられる
IV	日常生活に支障ある症状等が頻繁にあり、常時の介護が必要
M	著しい精神症状・問題行動等がみられ、専門医療が必要

※認知症の意識障害等で判断ができない場合は、「M」にチェックした上で、「3. (4)精神・神経症状」の欄の（症状名）に認知症の意識障害等と記入してください。

主治医意見書

申請者	(ふりがな)
	明・大・昭 年 月 日生()
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	
医療機関所在地	
(1) 最終診察日	平成 年 月 日
(2) 意見書作成回数	☐ 初回 ☐ 2回目以上
(3) 他科受診の有無	☐ 有 ☐ 無 (有の場合)→ ☐ 内科 ☐ 精神科 ☐ 外科 ☐ 整形外科 ☐ 脳神経外科 ☐ 皮膚科 ☐ 泌尿器科 ☐ 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	発症年月日	(昭和・平成 年 月 日頃)
1. _____	発	(昭和・平成 年 月 日頃)
2. _____	発	(昭和・平成 年 月 日頃)
3. _____	発	(昭和・平成 年 月 日頃)

(2) 症状としての安定性
(「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
〔最近（概ね6ヶ月以内）介護に影響のあったもの 及び 特

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
	☐ レスピレーター ☐ 気管切開の処置
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 ☐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）
☐無 ☐有 { ☐幻視・幻聴 ☐妄想 ☐昼夜逆転 ☐暴言 ☐暴行 ☐介護への抵抗 ☐徘徊 ☐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: _____]

記入日 平成 年 月 日

男・女	〒 _____
連絡先	()
電話	()
FAX	()
日	
外科 ☐ 整形外科 ☐ 脳神経外科 ☐ 皮膚科 ☐ 泌尿器科 ☐ リハビリテーション科 ☐ 歯科 ☐ その他 ()	

なっている傷病名については1.に記入）及び発症年月日

症年月日	(昭和・平成 年 月 日頃)
症年月日	(昭和・平成 年 月 日頃)
症年月日	(昭和・平成 年 月 日頃)

☐安定 ☐不安定 ☐不明

定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容
定疾病についてはその診断の根拠等について記入)

てにチェック)

☐ 透析 ☐ ストーマの処置 ☐ 酸素療法
☐ 疼痛の看護 ☐ 経管栄養
等) ☐ 褥瘡の処置
置カテーテル等)

J1 ☐J2 ☐A1 ☐A2 ☐B1 ☐B2 ☐C1 ☐C2
I ☐IIa ☐IIb ☐IIIa ☐IIIb ☐IV ☐M

る場合を含む)
問題あり
いくらか困難 ☐見守りが必要 ☐判断できない
いくらか困難 ☐具体的要求に限られる ☐伝えられない

・ 認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)
転 ☐暴言 ☐暴行 ☐介護への抵抗 ☐徘徊 ☐性的問題行動 ☐その他 ()

専門医受診の有無 ☐有 () ☐無

● 記入日
予め意見書を作成していた場合でも、最終的に内容確認をした意見書の「完成日」を記入日としてください。

● 診断名
傷病の発症年月日がはっきりしない場合は、おおよその年月日を記入してください。全く不明の場合は「不詳」としてください。
英語や略語を用いた表現はなるべく避けてください。
第二号被保険者については、特定疾病名を「1.」欄に記入してください。また、生活機能低下の直接の原因になっていると考えられる傷病がある場合も、同様に診断名1.あるいは上位に記載してください。4種類以上の傷病がある場合、「5. その他特記すべき事項」に記入していただいても構いません。

● 症状としての安定性
診断名に記載した傷病について、症状の安定性について記載してください。急性増悪期など、積極的な医学的管理を必要とすることが予想される場合などが、「不安定」に相当します。具体的な内容を記載してください。

● 生活機能低下の直接の原因となっている傷病の経過及び投薬内容を含む治療内容
生活機能低下の状況がわかるような傷病の経過や、関連する状況などについて記載してください。また投薬内容については、介護上留意すべき薬剤、相互作用の可能性のある薬剤などあれば記入してください。（服用時間厳守、薬剤種類が多い等の服薬介助の注意点も記入してください）
第二号被保険者の場合、特定疾病の診断の根拠を簡潔に記入してください。

● 認知症の中核症状

・ 日常の意思決定を行うための認知能力（要約）

自立	日常生活において首尾一貫した判断ができる
いくらか困難	新しい課題や状況に際して、判断が多少困難
見守りが必要	毎日の日課でも、合図や見守りが必要
判断できない	ほとんどまたは全く判断できない

・ 自分の意思の伝達能力（要約）

伝えられる	考えを容易に表現し、相手を理解させられる
いくらか困難	考えをまとめるのに多少の困難がある
具体的要求のみ	時々伝えられるが、基本的要求に限られる
伝えられない	ほとんど意思を伝えられない

● 認知症の中核・周辺症状
認知症を想定して構成されていますが、認知症ではなくても該当する症状が見られた場合は同様に記載して下さい。
見られた症状に該当する選択肢がない場合は、「(4)その他の精神・神経症状」にその症状を記載して下さい。

● 身体の状態
麻痺・褥瘡等の程度は、介護のどの程度影響を及ぼすのかという観点から、チェックしてください。

例) 褥瘡自体の程度は軽いが、自ら体位変換が行えず、また、体重が重いので、介護の程度としては「重度」と判断など

(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)

記入上の注意点

- このマニュアルは「概要版」ですので、チェック項目や記入内容の詳細な定義等につきましては、記入マニュアル本編で確認してください。
- 難解な専門用語は避け、分かりやすく、また、読みやすい字で記入してください。
- 意見書を申請者本人に直接手渡す場合 (更新申請時に意見書を添えて申請する市町村の場合)、必ず厳封した上でお渡しください。
- 保険者からの指定による場合等、診療歴のない申請者の意見書を作成するために行った①基本的な診療および②基本的な検査 (血圧測定検査、胸部単純X線撮影、血液一般検査、血液生化学検査、尿中一般物質定性・定量検査) の費用については、意見書作成の費用と同じく、市町村に請求することになります。

● 移動
日常生活においてどのように移動しているか、現在の状況を記載してください。

● 栄養・食生活
日頃の食生活や栄養状態について記載してください。また、医学的に注意すべき事項があれば、留意点に記載してください。

● 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
今後発生の可能性が高い場合だけでなく、現時点で発生している場合もチェックを入れてください。なお、記入した状態に対する対処方針には、緊急時の対応等に関する留意点があれば併せて記入してください。

※尿失禁
この項目は「おむつに係る費用の医療費控除」を受ける際の証明書に活用されます。

● サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し
概ね3ヶ月から6ヶ月間のサービス利用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。

● 医学的管理の必要性
複数の医療的サービスにチェックする場合特に必要と考えるサービスについては、下線を引いてください。訪問歯科診療・訪問歯科衛生指導については、口腔内の状態像 (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、義歯の不適合など) をもとに、必要に応じて判断してください。

● 感染症の有無
介護サービス提供上 (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。既往歴のある場合には、具体的に記入してください。
入院・入所時にスクリーニングの必要があれば、その旨も記入してください。

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 □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。)

● 特記すべき事項

この欄には、1から4までの各記載欄やチェックのみでは表現できないような内容について、申請者の主治医として、介護サービスの選択・利用全般に関する意見を記入してください。

日常の診療内容から「認知症の程度」「医療のニーズ」「疾病の進行」「生活機能」が介護の手間及び状態の維持・改善可能性に対して、量的・質的どの程度影響するのか、の記入がポイントとなります。

例) 左半身完全麻痺のため、座位保持困難。移動、入浴等は全介助。
・認知症の進行により、家内に閉じこもりがち。通所サービスによる社会との接触が必要。
・介護への抵抗、昼夜逆転が頻発し、在宅介護は限界にきている。

認知症症例の場合、認知症のレベルを客観的に評価するスケールを用いて記入してください。

例) 改訂長谷川式簡易知能評価スケールの点数
〇点 (月 日実施)

また、保険者に対して、①申請者の要介護認定結果の通知を依頼する場合、②介護支援専門員に対して、居宅サービス計画の提供を希望する場合には、その旨を記入してください。(保険者ごとに取扱が異なる場合がありますので、詳細は申請者の保険者にお問い合わせください)

例) 認定結果の通知を依頼します。
・介護支援専門員から、初回のケアプランの提供を希望します。