

主治医意見書

記入日 令和 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	平成・令和 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（ <u>特定疾病</u> または <u>生活機能低下の直接の原因</u> 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 ☐ 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 〔 <u>最近</u> （概ね6ヶ月以内） <u>介護に影響のあったもの</u> 及び <u>特定疾病</u> 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）				

【記入日】最終的に内容を確認した意見書の完成日とする。申請書の申請日より前にならないこと。

【申請者の氏名等】施設に入院・入所している場合は、該当施設の施設名、住所及び電話番号も記入する。

【介護サービス計画作成利用への同意】申請者の同意が得られた上で、☑をつける。同意を得た上で意見書をサービス担当者会議の参加者に提示することにより、主治医に「守秘義務」に関する問題が生じる事はない。

【医師氏名等】医師本人の記載である、内容を確認していることを担保することから、医師氏名のみは医師本人による自署が必要。氏名にもゴム印等を用いる場合は、押印が必要。

【最終診察日】申請書には最後に診療（往診を含む）した日を記入する。

【意見書作成回数】記載者側（医師）からみた回数を記入。

【他科受診の有無】必要に応じて他科の医師の了承 を得た上で、診療情報書のコピーを添付しても差し支えない。

【診断名】介護サービスを受ける上で、必要と思われる診断名。発症年月日がはっきりしない場合は、おおよその年月を入れる。再発や併発の場合には、直近の発作（発症）の年月日。「1.」の傷病名には、第1号被保険者について生活機能低下の直接の原因となっている傷病名を、40歳以上65歳未満の第2号被保険者については、介護を必要とさせている生活機能低下等の直接の原因となっている特定疾病名を記入する。傷病が複数ある場合、より主体と考えられる傷病を優先する。4種類以上の傷病に罹患している場合は、必要であれば「5. 特記すべき事項」の欄に記入する。

【特定疾病の種類】

1.がん(末期) 2.関節リウマチ 3.筋萎縮性側索硬化症 4.後縦靱帯骨化症 5.骨折を伴う骨粗鬆症 6.初老期における認知症(アルツハイマー型認知症、脳血管認知症など) 7.進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病 8.脊髄小脳変性症 9.脊柱管狭窄症 10.早老症(ウェルナー症候群等) 11.多系統萎縮症 12.糖尿病性神経障、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症 13.脳血管疾患 14.閉塞性動脈硬化症 15.慢性閉塞性肺疾患(肺気腫、慢性管支炎、気管支喘息、びまん性汎細気管支炎) 16.両側の膝関節または股関節の著しい変形を伴う変形性関節症

【症状としての安定性】

【安定】(1)疾患の日による変化があまりなく少なくとも1か月は投薬の変更-特別な処置-検査を必要としない状態。
【不安定】(1)の疾患について、日による変動が激しく、例えば 往診、診察等が週に2回～3回必要な場合。
あるいは、助言、指示等を必要とする場合。
【不明】(1)の疾患の状態が季節的な変化で安定している時と不安定な時がある場合。病態が良く判明しない場合。
※心不全、呼吸不全、腎不全等の「不全」の付く病態は 落ち着いていても不安定と考えることができる。

【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】

「生活機能」とは ①体・精神の働き、体の部分である「心身機能」 ②ADL・外出・家事・職業に関する行為全般である「生活活動」 ③家庭や社会での役割を果たすことである「社会参加」の全てを含む包括概念。
・高齢者においては、傷病の他に転倒、入院等を契機に日中の 生活が不活発になったこと、配偶者との死別や転居などを契機 とする社会参加の減少、家庭での役割の喪失など様々な要因 が加わることで、更に生活機能が低下することが考えられる。また、意識障害がある場合には、その状況についても記載。
・内服に関しては、常用薬と頓服などを整理して記載。

【特別な医療】①医師の指示に基づき、看護職員等（看護師、准看護師に限定）が行った診療補助行為に限定。看護師等以外の家族や介護職員が実 施したものは含まない。 ②継続して実施されているもののみを対象とする。

【注意点】

- ・ストーマの処置：人工肛門の処置のみ。ウロストーマは含まない。（ウロストーマは下記のカテーテルに含まれる）
- ・疼痛の看護：湿布、外用薬の塗布、鎮痛剤の点滴、硬膜外 持続注入、注射が行われている場合を含む。
さする、マッサージする、声掛けを行う等の行為は含まない。
- ・経管栄養：経口・経鼻・胃瘻であるかを問わない。管が留置されている必要はなく、一部経口摂取が可能であっても、経管 栄養が行われている場合を含む。
- ・褥瘡の処置：医師に診断された褥瘡があり、処置が行われているかどうかを評価する。
- ・カテーテル：尿失禁用機材としてコンドームカテーテル、留置カテーテル、間歇導尿のいずれかが行われており、その管理 が看護師等によって行われているかを評価する。

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

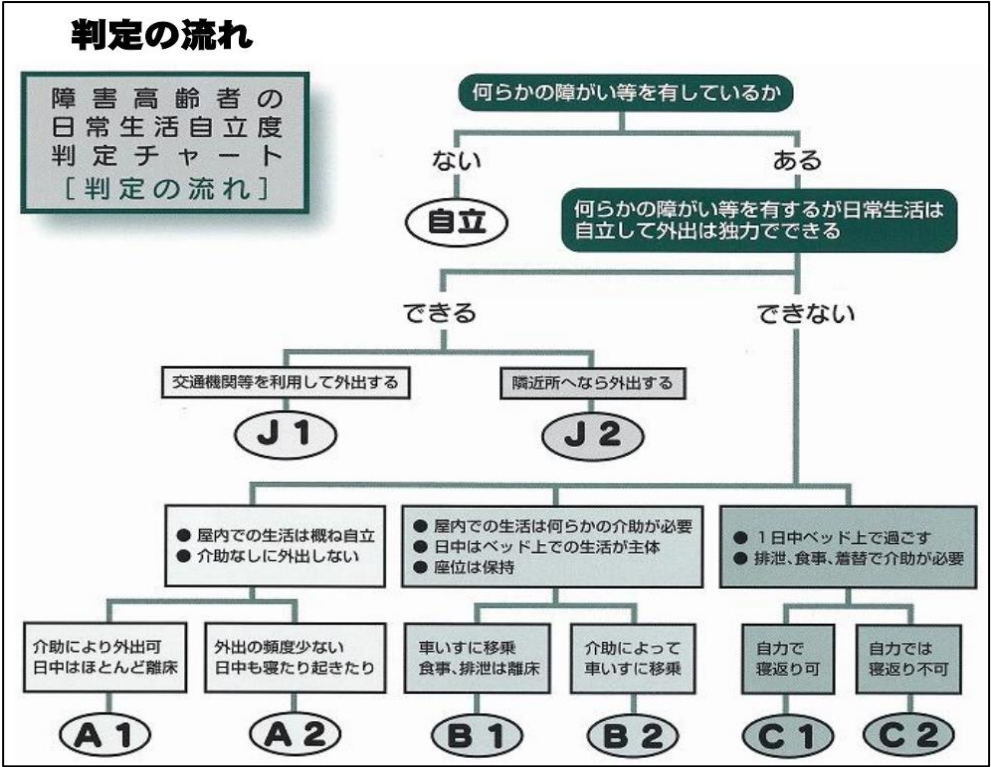
[障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）]

- ・原則として、移動に関わる状態像に着目し、あわせて排泄、食事、着替えに着目して判定する。
- ・能力があるにもかかわらず行っていない状況にあるときは、能力に応じて判定する。
- ・補装具、車いす等を使用している場合は、使用している状態で判断する。
- ・認知症により指示を理解できないため、移動や食事を行うことができない場合であっても、身体の状態のみに着目して判定する。

「house-bound」：外出するときは介助を要するが、普段は離床している状態

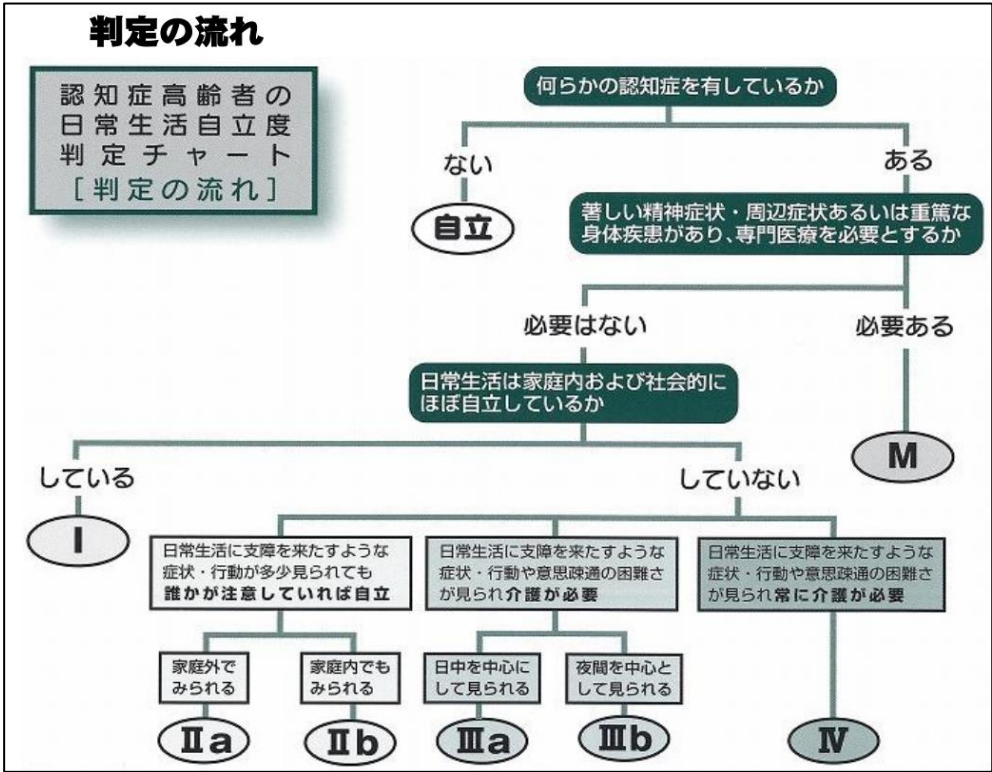
「chair-bound」：一日の大半をベッド上で過ごし、食事、排泄、着替のいずれかにおいて部分的に介助を要する状態

「bed-bound」：一日中ベッドで過ごし、食事、排泄、着替のすべてに介助が必要な状態



[認知症高齢者の日常生活自立度]

- ・意思疎通の程度、見られる症状・行動に着目する。
- ・評価に当たっては、家族等の介護者からの情報も参考にする。
- ・認知症の程度の医学的判定とは必ずしも一致するものではない



3. 心身の状態に関する意見

(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

・日常の意思決定を行うための認知能力

・自分の意思の伝達能力

☐問題なし

☐問題あり

☐自立

☐いづらか困難

☐見守りが必要

☐判断できない

☐伝えられる

☐いづらか困難

☐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（ ）

※認知症を呈する主要な疾患

- ・アルツハイマー型認知症
- ・レビー小体型認知症
- ・前頭側頭型認知症
- ・脳血管性認知症
- ・その他（慢性硬膜下血腫、正常圧水頭症、甲状腺機能低下症、ビタミン欠乏症、脳腫瘍、脱水症、薬の副作用等）

認知症の程度（高度、中等度、軽度）の記載があると分かりやすい

※認知症と間違えられやすい状態

①加齢に伴うもの忘れ

加 齢	認知症
体験の一部を忘れる	全体を忘れる
記憶障害のみがみられる	記憶障害に加えて、判断の障害や実行機能障害がある
もの忘れを自覚している	もの忘れの自覚に乏しい
探し物も努力して見つけようとする	探し物も誰かが盗ったということがある
見当識障害はみられない	見当識障害がみられる
取り繕いはみられない	しばしば取り繕いがみられる
日常生活に支障はない	日常生活に支障をきたす
きわめて徐々にしか進行しない	進行性である

②うつ病

うつ状態	アルツハイマー型認知症
発症	・遅か月単位、何らかの契機
もの忘れの訴え方	・強調する
答え方	・否定的答え（わからない）
思考内容	・自責的、自罰的
失見当	・軽い割にADL障害強い
記憶障害	・軽い割にADL障害強い
日内変動	・あり

③せん妄

せん妄	認知症
発症	・急激
日内変動	・夜間や夕刻に悪化
初発症状	・錯覚、幻覚、妄想、興奮
持続	・数時間～一週間
知的能力	・動揺性
身体疾患	・あることが多い
環境の関与	・関与することが多い

[短期記憶]

- ・瞬間記憶より長い記憶で、把握時間については定義はなく数分から数時間、あるいはもっと長い時間にわたり、健忘症候群や認知症で著しく障害される。
- ・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する。
- ・問題なしの場合でも、日常生活自立度が「自立」でない事もある。

[日常の意思決定を行うための認知能力]

- ・日常における判断能力は、注意/記憶/空間認知/言語などの認知機能に加えて、前頭前野の機能が影響する。
- ・重度の認知症やうつ病及び前交通動脈瘤破裂後のくも膜下出血、頭部外傷患者などで障害される。

自 立	日常生活において首尾一貫した判断ができる。 毎日すべきことに対して予定を立てたり、状況を判断できる。
いづらか困難	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、毎日の目標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]

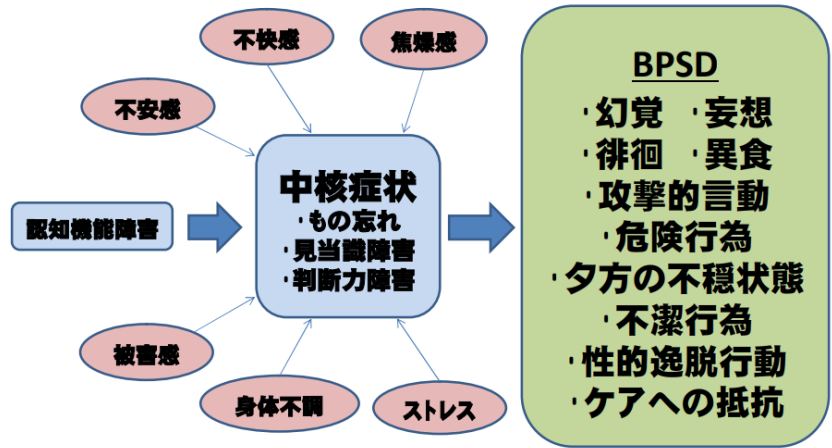
- ・失語症や構音障害で障害される。本人が要求や意思、緊急の問題等を表現したり伝えたりする能力を評価する。
- ・会話に限らず、筆談・手話あるいはその組み合わせで表現される内容で評価しても差し支えない。

伝えられる	自分の考えを容易に表現し、相手に理解されることができる。
いづらか困難	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れるのに、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	時々で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。

[認知症の周辺症状]

- ・認定調査員の調査項目から周辺症状（BPSD）の症状と環境の変化が削除されたため、主治医意見書での記載が介護の負担の評価にとって重要になっている。
- ・申請者に認められる問題行動の有無については頻度にかかわらず、該当する口にレ印をつける。複数の状態が認められる場合は、該当する口の全てにレ印をつける。
- ・その他（ ）には、抑うつ状態などを記載

※周辺症状 (BPSD: Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia)



3. 心身の状態に関する意見

(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〕

[その他の精神・神経症状]

- ・うつ病（状態） ・せん妄 ・傾眠 ・失語 ・失認 ・失行 ・構音障害 ・知覚の異常（幻覚、幻聴など）
- ・思考の異常（保続、強迫思考、妄想など） ・意欲 ・自我の異常（昏迷、離人症など）

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）・表現の理解・表出に障害をきたした状態。
構音障害	俗に“ろれつが回らない”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	意識変容のひとつ。 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。
先見当識	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、認知症等で記憶力障害のある場合（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。 視覚失認および視空間失認、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、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。

3. 心身の状態に関する意見

(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)

【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。筋力の評価については、徒手筋力検査（MMT）がよく用いられる。

四肢の状態	部位	軽	中	重
筋力低下	1 上肢	水の入ったコップ程度の重さの物を胸元まで運べる	スプーン程度の重さまで運べる	胸元まで手を運べない
	下肢	自力で立ち上がれる（杖・物につかまっても可）	介助によって立ち上がれる	介助によっても立ち上がれない
MMT の目安		3～4	2	0～1

【関節の拘縮】皮膚の筋肉、神経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。運動制限をもたらし、日常生活動作や看護や介護にも支障をきたす。

四肢の状態	部位	軽	中	重
筋力低下	1 上肢	日常生活に支障をきたす程度の関節の拘縮がある場合	上肢の拘縮のため、頭、顔、陰部、肛門に手が届かない場合	目的を持った用に供さない
	下肢	日常生活に支障をきたす程度の関節の拘縮がある場合	下肢関節の拘縮のため、立位が維持できない場合（補助具を使用しない）	下肢関節の拘縮のため、座位が維持できない（補助具を使用しない）

【関節の痛み】程度は日常生活に支障をきたす程度の関節の痛みがある場合。

四肢の状態	部位	軽	中	重
関節の痛み	1 上肢	痛みがあるが、水の入ったコップ程度の重さの物を胸元まで運べる	痛みがあるが、スプーン程度の重さの物を胸元まで運べる	痛みのため胸元まで手を運べない、または著しい自発痛うあり
	下肢	自力で立ち上がれる（ただし、杖・物につかまっても可）	介助によって立ち上がれる	介助によっても立ち上がれない

■筋力の低下、関節の拘縮、関節の痛みの最終評価の出し方

総合判定	判定結果＝「軽」	判定結果＝「中」	判定結果＝「重」
「1 上肢」及び「両下肢」での評価	1 上肢のみ軽	軽+軽	軽+軽+中
	下肢のみ軽	軽+軽+軽	中+中
		軽+中	軽+中+中

【失調】多くの筋肉の協調が失われ、運動が円滑に行えなくなった状態。診察では、姿勢とバランス、指鼻試験による測定異常、前腕回内・回外運動、歩行などを行い、体幹および四肢の運動失調、筋緊張低下などを評価する。次に立位で、姿勢、体幹の揺れ、傾きとその方向、上肢の肢位や支持基底の面積（下肢の開き）、両足をそろえた立位での閉眼したときの動揺、片足立ちなどを評価する。

【不随意運動】目的にそぐわない運動で、振戦（生理的振戦、安静時振戦、活動時振戦など）、舞踏病様運動、ミオクローヌス、チック、バリスム、アテトーゼ、シストニーなどが挙げられる。

【褥瘡】廃用症候群の代表的な症状。 持続的圧迫およ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。感染の有無、栄養状態、発熱、貧血、排泄物による皮膚の汚染や浸潤、炎症の状態、傷の深さについて診察する。

■Shea の分類

	皮膚の状態程度	重症度
I 度	紅斑または表皮の壊死もしくは欠損	軽 度
II 度	真皮全層に及ぶ腫瘍（壊死または欠損）	中等度
III 度	皮下脂肪深層に達するものであって筋膜を超えない腫瘍（壊死または欠損）	重 度
IV 度	筋膜を超えた腫瘍（壊死または欠損。関節・骨の露出または壊死を含む）	重 度

【その他の皮膚疾患】褥瘡以外で身体介助、入浴等に支障のある皮膚疾患がある状態。特に感染性皮膚疾患（疥癬等）に注意。

皮膚疾患の程度	軽度	中等度	重度
客観的状态	皮膚疾患を認めるが、入浴・清拭等においても特別な処置を必要としない程度	皮膚疾患を認め、入浴・清拭等において特別な処置を必要とする	皮膚疾患を認め、入浴・清拭以外にも1 日何回か処理を必要とする

【利き腕】書字に供する腕と食物を口に運ぶ腕が異なる場合は、いわゆる「はしを持つ手」の方を選ぶ

【身長・体重】それぞれにつき、数値を記入する。また、過去6ヶ月程度における体重の変動については、3%以上の増減を目安とする。

【四肢欠損】腕、肢、指等について、欠損が生じている状態。手指の欠損とは、PIP 関節より中枢以上の欠損である。

【麻痺】主に神経系の異常によって起こった筋力低下・脱失、あるいは随意運動の障害。その他の麻痺の中にも含まれるものとしては、顔面神経麻痺・手指の麻痺がある。体幹の麻痺は、失調に含めるものとする。知覚麻痺は含めない。

四肢の状態	部位	軽	中	重
麻痺	上肢	多少のぎこちなさはあっても胸元まで手を運べる	介助者の手助けまたは自分の片手の手の補助で胸元まで手を運べる	介助があっても胸元まで手を運べない
	下肢	①自力で立ち上がれる、または②自力で5m以上歩ける（歩行器、杖を使用しても良い）	①介助によって立ち上がれる、または②介助によって5 m以上歩ける	①介助によっても立ち上がれない、または②介助によっても5m以上歩けない

■手指・顔面麻痺の重症度分類

	軽	中	重
手指	両手指を利用すれば微細な事が行える	両手指を利用しても微細な事が行えない	両手指を利用してもほとんど有用なことができない
顔面	口周囲の麻痺があってもほぼ通常の食事がとれる	口周囲の麻痺があっても特別食（キザミ等）ではあるが食事がとれる	口周囲の麻痺のため主に経管栄養である

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	☐ 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 ()			

[屋外歩行]

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む。 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む。
介助があればしている	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む。
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む。 また、車いすで屋外を移動している場合なども含む。

[車いすの使用] 車いす（電動車いすも含む）を常時使用している場合だけでなく、例えば外出時のみや、病院や通所施設だけで使用している場合も含む。 車いすへ移乗した後の移動を意味し、移乗の手段は問わない。

用いてない	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、屋外は後から押してもらっている場合なども含む。
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（押してもらうなど）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を含む。

[歩行補助具・装具の使用] 日常生活での屋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。屋内・屋外両方で使用している場合は両方の口にしをつける。義足（切断の時に用いる）の使用は含めない。

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を含む。
屋外で使用	日頃の屋外歩行の時に使用している状態。 例えば遠出の時だけの使用のように、時々使用している場合も含む。
屋内で使用	日頃の室内歩行の時に使用している状態。 例えば家事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む。

[栄養・食生活] 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る。そこで、要介護状態の改善及び重症化の予防の観点から、「低栄養」に関する原因として考えられる食事行為、総合的な栄養状態（「低栄養」）を評価する。 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する

[食事行為] 日常生活のうち食事について、どの程度、どのように自分でを行っているかを評価する。

自立ないし何とか自分で食べられる	自分ひとりで、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する。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。

良好	①過去6月程度の体重の維持（概ね3%未満） ②BMI＝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、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月程度の体重の減少（概ね3%以上） ②BMI＝18.5未満 ③血清アルブミン値が明らかである場合には、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、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不良と判断される状態

4. 生活機能とサービスに関する意見

(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 ()

【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□にレ印を付ける。

[尿失禁]

- ①過去3か月～6ヶ月以内に尿失禁を認めたことがある。
②認知症の症状が進行して出現する可能性がある。
＊対処方針→排尿指導・誘導、オムツ使用、カテーテル留置など

[転倒・骨折]

- ①本人に歩行する意欲があり、不十分ながらに歩行できる場合。②過去6ヶ月以内に転倒の既往がある場合。
③中枢神経、末梢神経障害または筋力の低下によって歩行状態が不安定である場合。④メニエール病等「めまい」
をきたす疾患のある場合。⑤向精神薬、睡眠薬等の服用によってふらつきのある場合。⑥過去6ヶ月以内に骨折等
の診断、治療を受けたことがある場合。⑦骨粗鬆症の診断を受けている場合。⑧認知症のある場合。
＊対処方針→段差の解消、手すりの設置、ベッド柵の位置確認、見守りや一部介助など

[移動能力の低下]

- ①居室とトイレ間の移動や、ベッドと車いす、車いすから便座への移動も含め、その能力の低下を認める場合。
 - ②自宅内を這って移動していたが、出来なくなった場合。
 - ③自宅内を歩行していたが、出来なくなった場合。
（歩行補助具 杖など）や装具・車いすなどが必要となった場合を含む）
 - ④屋外を自由に歩行していたが、出来なくなった場合。
（歩行補助具（杖など）や装具・車いすなどが必要となった場合を含む）
 - ⑤現在、装具・補助具を使用中の人については、今後移動能力の低下が生じる可能性が高いのでチェックを入れる。
 - ⑥日常生活において、移動に不自由さを感じている場合もチェックをする。
 - ⑦がん末期、ターミナルケアなども含む。
 - ⑧リウマチなどの痛みによる移動能力の低下も含める。
 - ⑨脳梗塞・パーキンソンなどによる移動能力の低下も含める。
- * 対処方針→移動時見守りが必要、移動時介護が必要、転倒に注意など

[褥瘡]

- ①過去6ヶ月以内に褥瘡の治療を行っていた場合。 ②自力での体位変換の困難な場合。
③食事摂取が不十分で、栄養不良のある場合。 ④ASO等の末梢循環障害がある場合。
*対処方針→栄養管理、定時体位変換、エアマット使用 皮膚循環改善剤の塗布など

[心肺機能の低下]

- ①現在、心疾患、肺疾患に対して治療を行っている場合。
 - ②過去6ヶ月以内に心肺機能の低下を起こしたことがある場合。
 - ③現在は心肺疾患について治療は行っていないが、悪化する可能性がある場合。
 - ④心肺機能の低下が原因で、全身状態が不良と推測される場合。
- * 処方針→服薬指導、吸引器使用、心肺モニター設置など

【**閉じこもり**】 自らの意志で一日のほとんどを家やその周辺で過ごすことが続いている状態（外出する能力の有無は問わない）のことで、身体的もしくは精神的なことが原因で社会参加ができなくなった場合も含む。

- ①骨折の既往などにより、再度の骨折の恐れや痛みなどから外出しなくなった場合。
 - ②過去及び現在に社会的不適応がある場合。
 - ③認知症などがある場合。
 - ④人工肛門・ウロストーマなど身体的理由により外出をためらうような場合。
 - ⑤その他、独居での生活など個人の日頃の社会生活を考慮し総合的に判断する。
- ＊対処方針→ 通所系サービスを取り入れる。精神神経科または心療内科の受診

【意欲低下】 日常生活の全ての行動に対し、「閉じこもり」と同様）身体的もしくは精神的なことが原因で自発的に行動しなくなった（出来なくなった）状態。

- ①うつ病（うつ状態）などの精神疾患がある場合。
 - ②脳血管障害など中枢神経疾患があったり、それによる運動障害が見られる場合。
 - ③認知症がある場合。
 - ④その他、がん末期などを含む個人の日頃の社会生活を考慮し総合的に判断する。
- * 対処方針→ 通所系サービスを取り入れる。精神神経科あるいは心療内科の受診

[徘徊]

- ①反応性の徘徊：入院・入所などによって生じるもので、なじみのない場所に置かれることで見当識障害と不安から早足で歩きまわる。
 - ②せん妄による徘徊：意識障害としては比較的軽いが、幻覚、情緒が不安的になって泣いたり急に怒り出したりする意識障害。 脳梗塞、脱水症、感染症、貧血等でも起こる。
 - ③脳因性の徘徊：アルツハイマー病などのある時期に出現することがあり、落ち着かなく移動したり、やや前下方を向き、硬い表情で前に人が立っていても押しのけるようにして歩く。
 - ④帰る 行く に基づく徘徊：「帰る」は「帰宅願望」など女性に多い。「行く」は「職場に行く」など男性に多い。
- ＊対処方針→ 通所系サービスを取り入れる。レクリエーションを利用する。見守り、声かけ、離苑センサー
- ・認知症高齢者の日常生活自立度においてⅡ以上の場合は出現の可能性が高い。
 - ・認知症以外の精神疾患がある場合なども含める。

【低栄養】 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）などから総合的に考え、

- 栄養が不良となるであろうと予測される状態。
- ①「(2) 栄養・食生活」の項目で不良とした場合チェックする。
- ②栄養状態良好 (i。体重減少が3%以内、ii。BMIが18.5以上、iii。血清アルブミン値が3.5g/dl以上) 以外の人。
- *対処方針→配食サービス、訪問栄養指導の導入など

[摂食・嚥下機能低下] 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、蠕動活動により食塊を胃に輸送する食道の反射運動）の障害。 機能的摂食・嚥下障害（動的摂食・嚥下障害）と器質的摂食・嚥下障害（静的摂食・嚥下障害）とがある。
- ①脳梗塞・パーキンソン病など中枢神経の疾患がある場合。
- ②口腔・咽頭・食道などの腫瘍や手術の既往により後遺症として摂食障害や嚥下障害が予測される場合。
- * 対処方針→
- 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である。
- ④経管栄養（中心静脈栄養、PEG など）が必要である。 ⑤アルコール摂取で食欲が低下する。
- 嚥下 ①むせる時は側臥位にする。 ②仰臥位はできるだけ避ける。 ③口腔ケアが必要である。
- ④誤嚥しやすいので見守りが必要である。 ⑤経管栄養が必要となると予測される。

[脱水]

- ②食事、水分の摂取・嚥下が不安定な場合。 ③何らかの発熱性疾患の場合。
* 対処方針→水分摂取量の管理、栄養指導、必要に応じて点滴など。

【易感染性】 ①過去6ヶ月以内に何らかの感染症を合併したことがある場合。

- ②時々、発熱等を繰り返す場合。 ③気管切開、バルーンカテーテル、IVH等の処置を受けている場合。
④褥瘡、重症な皮膚疾患等を認める場合。 ⑤副腎皮質ホルモン、免疫抑制剤等の投与を受けている場合。
＊対処方針→保清の実施、保湿の実施、毎日体温測定など。

[がん等による疼痛] がん性疼痛に相当する痛み。

- ①がん性疼痛などにより麻薬などの使用をしていたり、又は今後使用する見込みのある場合。
②「がん」だけに限らず、リウマチ・骨折・神経炎などに伴う痛みで、麻薬は使用しないが「耐え難い痛み」と称する場合（自発痛を含む）。
＊対処方針→薬剤処方・物理療法・理学療法などを含めた、あらゆる疼痛コントロール

【その他】：日常生活上、上記以外においておこりうる状態があれば記入。例えば、知覚鈍麻等があって、熱傷を受ける可能性等について。

4. 生活機能とサービスに関する意見

(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	

[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】①生活行為について、改善が予測される項目がある場合にはチェックする。

②周囲の人との協力関係も考慮し、社会生活などへの参加を通じ、現在の生活機能の増悪を阻止できると予測される場合も含む。

③現在の行われているサービスを継続していれば、これ以上の生活機能の増悪を阻止できると予測できる場合も含む。

【期待できない】上記の「期待できる」に該当する項目が認められない場合。

【不 明】①意見書記載時において申請者、またはその周辺の情報が不足し、判断が不可能な場合。

②疾患の急性期など、その後の予後・状態などが予測できない場合。

③意見書記載時に、今後の疾患治療や介護の方針が決まっていない状態。

[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、該当す

るサービスの口にし印をつける。各サービスについては、予防給付で供給されるサービスも含む。

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、義歯の不適合等）をもとに、口腔ケアの必要に応じて該当する口にし印を付ける。

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、項目に下線を引く。なお、本項目の記入は、ここで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。

〔血圧〕 「あり」とする場合、介護する上での不安点を助長させないよう、具体的な注意点と共にどの程度の運動負担

等なら可能なのかという点についても記入する。

①血圧上昇時には入浴を避ける。 ②急な体位変換を避ける。 ③降圧剤の内服を確認する。

【移動】 移動（歩行に限らず、居室とトイレの移動や、ベッドと車いす、車いすと便座等への移動も含める）

について、介護サービス上で留意事項があれば、具体的な留意事項を記載する。

①移動時見守りが必要である。②移動時介助が必要である。③転倒に注意。④ターミナルケアである。

⑤移動に際し準備するもの、義肢・義足や歩行具など特別なものは記載を要する。

[摂食] 介護サービス上の留意点があれば、具体的な留意事項を記載する。

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、見守りが必要である。 ④経管栄養（中心静脈栄養、PEG など）が必要である。

〔運動〕 運動負荷を伴うサービス提供時の留意事項があれば、具体的に記載する。

①関節が人工関節の際には、その部位を明記。 ②骨折などの既往がある場合には、荷重制限に注意する。

③脊椎疾患のある場合には、座位や前かがみの運動に注意する。④関節の痛みや拘縮・強直の著しい場合には、

パワーリハビリは避ける。⑤不安定要素の強い心肺疾患などが存在する場合

【嚙下】：介護サービス上の留意点があれば、具体的な留意事項を記載する。

①むせる時は側臥位にする。②仰臥位はできるだけ避ける。③口腔ケアが必要である。④誤嚥しやすいので、

見守りが必要である

[感染症の有無]

①感染症の有無について、該当する口にシ印を付ける。有りの場合には、具体的な病名、症状等を（ ）内に記入。

②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する。既往歴のある場合には、具体的に記入。

③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。

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]

- ①要介護認定に必要な医学的な意見等を記載する。
ここでは、サービスを提供するに際し、医学的に支障をきたすような留意点（禁忌事項など）を必ず記載すること。なお、専門医等に別途意見を求めた場合は、その内容、結果も記載する（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も可）。
- ②申請者の主治医として、要介護認定の審査判定上及び介護サービスを受ける上で、重要と考えられる事項（難聴・昼間独居など）があれば記入する。特に、他の項目で記入しきれなかったことや選択式では表現できないことを簡潔に記入する。
- ③「（５）医学的管理の必要性」の項目で、必要性が高いサービスに下線を引いた場合、必ずその理由を特記事項に記入する。
- ④生活環境の変化（例えば、主たる介護者が入院したり、何らかの理由で介護できなくなったりした場合）など、本人を取り巻く環境の変化が間接的にではあっても生活機能の低下を引き起こすと予想できる場合、「１。傷病に関する意見の（３）生活機能低下・・・」に記入不足分は、ここに記載する。
- ⑤身体的な状況から制限がある場合、その理由・指導内容を記載し、それらの状況を勘案し、行ってはいけない運動や姿勢を具体的に記載する。
例）・骨折既往者へのパワーリハビリの適応および程度。
・心不全患者・喘息などで運動制限がある場合の入浴や外出、移動など。
・人工関節置換後の運動。
・関節の拘縮・強直などが有り、運動負荷を与えることで自発痛の増加をきたすような場合。
- ⑥身体的には障害がなくとも、介護者の援助（たとえば買い物や計算）なしには生活行為が損なわれる可能性があるものを記載する。
- ⑦周辺環境の急速な変化（例えば周囲の建物や道路工事が終了するまで）のため、介護が必要であるなどの状況を記載する。
- ⑧うつ傾向のある高齢者で閉じこもり傾向が強い場合、各種サービスへの参加を働きかける前に、精神神経科医あるいは心療内科医の意見を求める。