

要介護等認定

主治医意見書の作成について

熊本県医師会

熊本県 健康福祉部 長寿社会局
認知症対策・地域ケア推進課

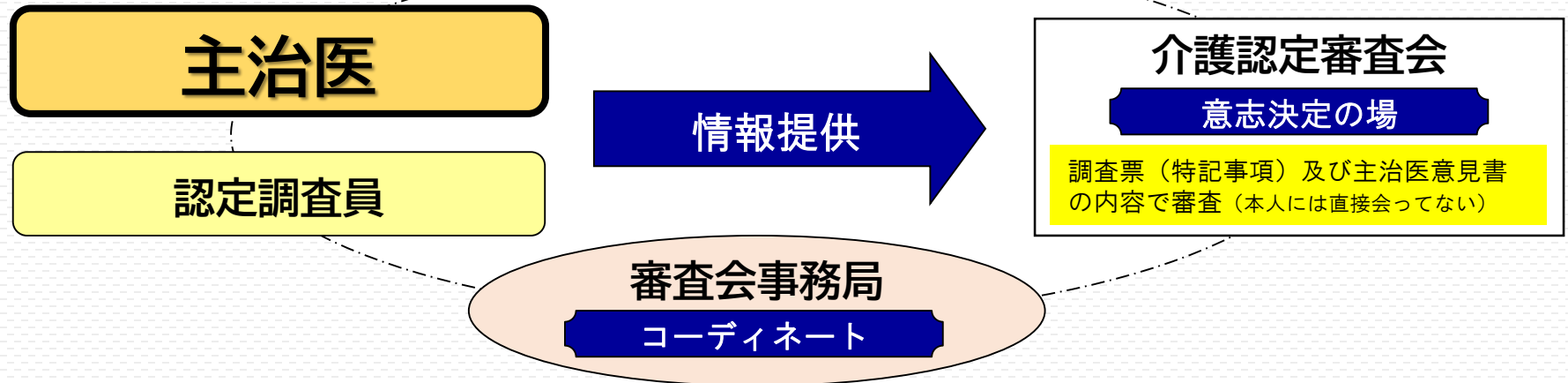
主治医意見書の作成に当たっては、本資料のほか、熊本県医師会と熊本県で作成した「主治医意見書の記載ポイント」も参照してください。

要介護認定に関わる人々の役割

□要介護認定は各種専門職や様々な業務を担う職員によって運営されており、審査会に関わる全ての関係者が適正に役割を果たすことで、初めて適正な審査会運営が達成される。

□中心的な役割を担う関係者とその役割は次のとおりとなる。

- ・ **主治医** 及び認定調査員・・・ **申請者当人を知る「情報提供者」**
- ・ 介護認定審査会・・・ 「意思決定の場」
- ・ 審査会事務局・・・ 認定調査員や主治医と介護認定審査会委員をつなぐ仲介役



ポイント

◎介護認定審査会においては、認定調査員と**主治医**のみが、**実際に申請者を目の当たりにして審査に必要な情報を提供する立場にある。**

◎したがって、認定調査員と主治医は、申請者の状況を極力正確に介護認定審査会委員に伝達するため、調査票や意見書をまとめることが必要となる。

1 主治医意見書の位置付け

- 介護保険の被保険者が保険によるサービスを利用するためには、介護の必要性の有無やその程度等についての認定（要介護等認定）を、保険者である市町村から受ける必要がある。
- この要介護認定は、市町村職員等による調査によって得られた情報及び主治医の意見に基づき市町村等に置かれる保健・医療・福祉の学識経験者から構成される介護認定審査会において、全国一律の基準に基づき公平・公正に行われる。
- 介護保険法では、被保険者から要介護認定の申請を受けた市町村は、当該被保険者の「身体上又は精神上的障害（生活機能低下）の原因である疾病又は負傷の状況等」について、申請者に主治医がいる場合には、主治医から意見を求めることとされている。
- 主治医意見書は、この規定に基づき、主治医がその意見を記入するもので、その様式等は全国で一律のものを使用する。

ポイント

- ◎要介護認定の結果によって、申請を行った高齢者は介護保険によるサービスを利用できるかどうか、また利用できる場合には在宅サービスの上限や施設に支払われる報酬が決定されるため、審査判定に用いられる「主治医意見書」の役割は極めて大きい。
- ◎介護認定審査会では、医療関係者以外の委員もその内容を理解した上で審査判定を行うことになるため、難解な専門用語を用いることは避け、平易にわかりやすく記入すること。

主治医意見書様式

主治医意見書

記入日 令和 年 月 日

申請者	(ふりがな)	男	〒
	明・大・原 年 月 日生(歳)	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	令和 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"/> シンパニック科 <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 (項)

2. 発症年月日 (昭和・平成・令和) 年 月 日 (項)

3. 発症年月日 (昭和・平成・令和) 年 月 日 (項)

(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日以内を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

支援への対応 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 IM

(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) 認知症の行動・心像症状 (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

有 → 大の不始末 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 () 科) 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・器具の使用(義肢等) 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・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 脱水 嚥下機能低下 脱水 鼻感染性 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) 医学的介護の必要性 (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 訪問薬物管理指導

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 老人保健施設 介護医療院 その他の医療系サービス ()

特記すべき項目なし

(6) サービス提供時における医学的観点からの留意事項 (該当するものを選択するとともに、具体的に記載)

血圧 () 摂食 () 嚥下 ()

移動 () 運動 () その他 ()

特記すべき項目なし

(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見守りに影響を及ぼす疾病の状況等の留意点を含め記載して下さい。特に、介護に要する支間に影響を及ぼす事項について記載して下さい。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。(情報提供書や障害者手帳の申請に用いる診断書等の写しを添付して頂いても結構です。)

2 主治医意見書の具体的な利用方法

□主治医意見書は、介護認定審査会において、主に次のように用いられる。

(1) 第2号被保険者の場合、生活機能低下の直接の原因となっている疾病が特定疾病に該当するかどうかの確認

- ・申請者が40歳以上65歳未満の場合は、要介護状態の原因である身体上又は精神上的の生活機能低下が政令で定められた16疾病（特定疾病）によることが認定の要件となっている。
- ・介護認定審査会は、主治医意見書に記入された診断名やその診断の根拠として記入されている内容に基づき、申請者の生活機能低下の原因となっている疾病がこの特定疾病に該当していることを確認する。

(2) 介護の手間がどの程度になるのかの確認（介護の手間に係る審査判定）

- ・介護認定審査会では、先ず心身の状況に関する74項目の調査項目と主治医意見書に基づく一次判定結果を原案として介護の手間に係る審査判定を行う。
- ・審査判定にあたっては、認定調査票の特記事項や主治医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、介護の手間の程度や状況等を総合的に勘案することとなるため必要に応じて一次判定結果は変更される。

(3) 状態の維持・改善可能性の評価（状態の維持・改善に係る審査判定）

- ・介護認定審査会における介護の手間に係る審査判定において「要支援2」「要介護1」「要介護認定等基準時間が32分以上50分未満である状態又はこれに相当すると認められる状態」と判定された者に対しては、続いて状態の維持・改善可能性に係る審査判定を行い「要支援2」「要介護1」のいずれの要介護状態等区分に該当するか判定を行う。
- ・審査判定にあたっては、認定調査項目や特記事項、主治医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」と判定することとなる。

(4) 認定調査による調査結果の確認・修正

- ・ 認定調査員による認定調査は、通常は1回の審査に対して1回行うこととされている。
- ・ また、認定調査員の専門分野も医療分野に限らず様々であり、申請者に対して長期間にわたり医学的管理を行っている主治医の意見の方が、より申請者の状況について正確に把握していることが明らかな場合には、介護認定審査会は認定調査員の調査結果を修正し、改めて一次判定からやり直すこととなる。

(5) 介護サービス計画作成時の利用

- ・ 介護サービス計画作成に際し、介護サービスを提供するにあたっての医学的観点からの意見や留意点等についての情報を、申請者等の同意を得て介護サービス事業者に提供することになる。
- ・ サービス提供時の医学的観点からの留意点や禁忌等は、主治医意見書の記載内容のみから判断されるものではないが、自立支援等に向けた介護サービス計画作成等に有用となる留意点をわかる範囲で具体的に記入すること。

ポイント

- ◎ 「主治医意見書」は、介護認定審査会での審査プロセスにおいて、各委員が判断を行う際に重要な根拠となります。
- ◎ また、介護支援専門員が作成する介護サービス計画（ケアプラン）においても、重要なものとなります。

介護保険制度における要介護認定制度について

趣 旨

- 介護保険制度では、寝たきりや認知症等で常時介護を必要とする状態（要介護状態）になった場合や、家事や身支度等の日常生活に支援が必要であり、特に介護予防サービスが効果的な状態（要支援状態）になった場合に、介護の必要度合いに応じた介護サービスを受けることができる。
- この要介護状態や要支援状態にあるかどうかの程度判定を行うのが要介護認定（要支援認定を含む。以下同じ。）であり、介護の必要量を全国一律の基準に基づき、客観的に判定する仕組み。

要介護認定の流れ

- 要介護認定は、まず、市町村の認定調査員による心身の状況調査（認定調査）及び主治医意見書に基づくコンピュータ判定を行う。（一次判定）
- 次に保健・医療・福祉の学識経験者により構成される介護認定審査会により、一次判定結果、主治医意見書等に基づき審査判定を行う。（二次判定）
- この結果に基づき、市町村が申請者についての要介護認定を行う。

申請

認定調査員等による
心身の状況に関する調査

特記事項

基本調査
(74項目)

主治医意見書

要介護認定基準時間の算出
状態の維持・改善可能性の評価
(コンピュータによる推計)
一 次 判 定

介護認定審査会による審査

第2号被保険者の「特定疾病」に関する確認

STEP 1

一次判定の修正・確定

STEP 2

介護の手間にかかる審査判定

状態の維持・改善可能性にかかる審査判定

STEP 3

介護審査会として付する意見

要 介 護 認 定

要介護認定プロセスにおける
主治医意見書の利用

【第2号被保険者】
生活機能低下の直接の原因となっている
疾病が特定疾病に該当するかどうか
の確認

認定調査による調査結果の確認・修正

認定調査による調査結果の修正は、「特記事項」
や「主治医意見書」の記載内容と基本調査項目の
定義との不整合がある場合のみ認められる。

介護の手間がどの程度になるかの確認

状態の維持・改善可能性の評価

介護サービス計画作成時の利用

主治医・調査員

事務局

介護認定審査会

一次判定

二次判定

主治医意見書作成の視点

I 主治医としての生活機能面の状態の関係性を加えながらの「医学的所見」

☆生活機能面：日常生活上の活動状態等

☆関係性：①機能低下の原因 ②状態

II 障害や認知機能を含めた「心身の状態」

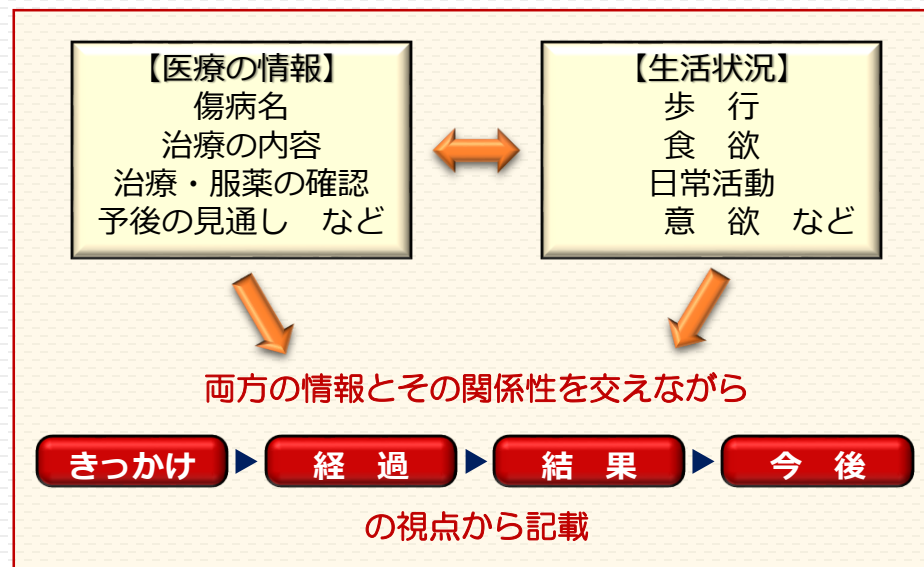
III 適切なサービス利用のあり方を基本とした「総合的な患者の評価」

主治医意見書を記載する際の生活機能の捉え方

医療の情報（傷病名、治療の内容、治療・服薬の確認、予後の見通しなど）と生活状況（歩行、食欲、日常活動、意欲など）の両方の情報とその関係性を交えながら

“きっかけ” → “経過” → “結果” → “今後”

についての視点から記載します。



基本情報

主治医意見書

① 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)		②	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			③ <input type="checkbox"/> 同意する。 <input type="checkbox"/> 同意しない。	
④ 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 年 月 日		⑤	
(2) 意見書作成回数	<input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 2回目以上		⑥	
(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 記入日

「意見書の完成日」を記入。

② 住所・連絡先

施設に入院・入所している場合は、施設名・所在地・電話番号を記入。

③ ケアプランへの利用同意

チェック漏れがないようにすること。

同意の時は、介護サービス計画の検討を行うサービス担当者会議に主治医意見書が提示される。

（申請者本人の同意は申請時確認されており、主治医に「守秘義務」の問題は生じない。）

同意の範囲は、介護サービス計画作成に加えて、総合事業における介護予防ケアマネジメントのケアプラン作成、地域ケア会議における個別事例の検討等に関する利用等となる。

④ 医師署名等

パソコンやゴム印を使用した場合も、医師名は自署すること。印鑑は不要。

⑤ 最終診察日

最後に診察した日を記入。できるだけ直近の情報を提供すること。

⑥ 他科受診の有無

不明の場合は「無」とし、「有」の場合は必ずその診療科を記入。

同一医療機関でも同様。

この欄は他科受診の必要性に関するチェックではない。

1. 傷病に関する意見

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. | ⑦ 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

⑧ 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〕

⑨

2. 特別な医療

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） | | | | |

⑩

⑦ 診断名

現在罹患している傷病の診断名とその発症年月日を記入。

発症が不明な場合は、おおよその発症月日を記入すること。

例) 脳血管疾患の再発や併発の場合は直近の発作(発症)が起きた年月日を記入。

傷病名は、

第1号被保険者については、生活機能※低下の直接の原因となってる傷病名

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

を記入すること。

※身体・精神の働きである「心身機能」、ADL(日常生活行為)・外出・家事・職業等に関する生活行為全般である「活動」、家庭や社会での役割を果たすことである「参加」からなる機能

⑧ 症状としての安定性

現在の全身状態から急激な悪化が見込まれない場合、「安定」を選択。

急性期であったり、急激な変化が見込まれ、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は「不安定」を選択し、(3)欄に具体的な内容を記入。

また、病状に日内変動や日差変動がある疾病については、介護者からの情報に十分に留意すること。

⑨ 生活機能低下の直接の要因となっている傷病等の経過及び投薬を含む治療内容

日常生活活動の低下、外出や社会参加機会の減少、家庭内の役割喪失等、生活機能低下を引き起こしている要因を具体的に記入。

投薬内容は、生活機能低下の直接の原因となっている傷病以外も、介護上特に留意すべき薬剤や相互作用の可能性がある薬剤の投薬治療を受けている場合はこの欄に記入すること。

なお、医学的専門用語はできるだけ避け、わかりやすく記入すること。

⑩ 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も含む)について判断すること。

当欄は、看護の度合いの把握であり、「医師でなければ行えない行為」「家族/本人が行える類似の行為」は含まれない。

3. 心身の状態に関する意見

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)

日常生活の自立度等（障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度））

生活機能に着目して能力に応じて判定し、補装具・車椅子等を使用している場合は、使用している状態で判定する。

<p>ランクJ (生活自立)</p>	<p>何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 交通機関等を利用して外出する 2. 隣近所へなら外出する
<p>ランクA (準寝たきり)</p>	<p>屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する 2. 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている
<p>ランクB (寝たきり)</p>	<p>屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが、座位を保つ</p> <ol style="list-style-type: none"> 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する
<p>ランクC (寝たきり)</p>	<p>1 日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 自力で寝返りをうつ 2. 自力では寝返りもうたない

3. 心身の状態に関する意見

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 12 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)

日常生活の自立度等（認知症高齢者の日常生活自立度）

意思の疎通の程度、症状・行動に着目し、評価にあたっては家族など介護者からの情報も参考にして選択する。

ランク	判断基準	認知症によって見られる症状・行動の例
I	何らかの認知症を有するが、 <u>日常生活</u> は家庭内及び社会的にほぼ自立している	
II	<u>日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さ</u> が多少見られても、誰かが注意していれば自立できる	
II a	家庭外で上記 II の状態がみられる	たびたび道に迷うほか、買い物や事務、金銭管理などそれまでできていたことにミスが目立つ等
II b	家庭内でも上記 II の状態がみられる	服薬管理ができない、電話の応対や訪問者との対応など一人で留守番ができない等
III	日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする	
III a	日中を中心として上記 III の状態が見られる	<u>着替え、食事、排便、排尿</u> が上手にできない、時間がかかる やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声・奇声を上げる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等
III b	夜間を中心として上記 III の状態が見られる	ランク III a に同じ
IV	日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする	ランク III に同じ
M	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等

3. 心身の状態に関する意見

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 ⑬
- ・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 ⑭
- 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)

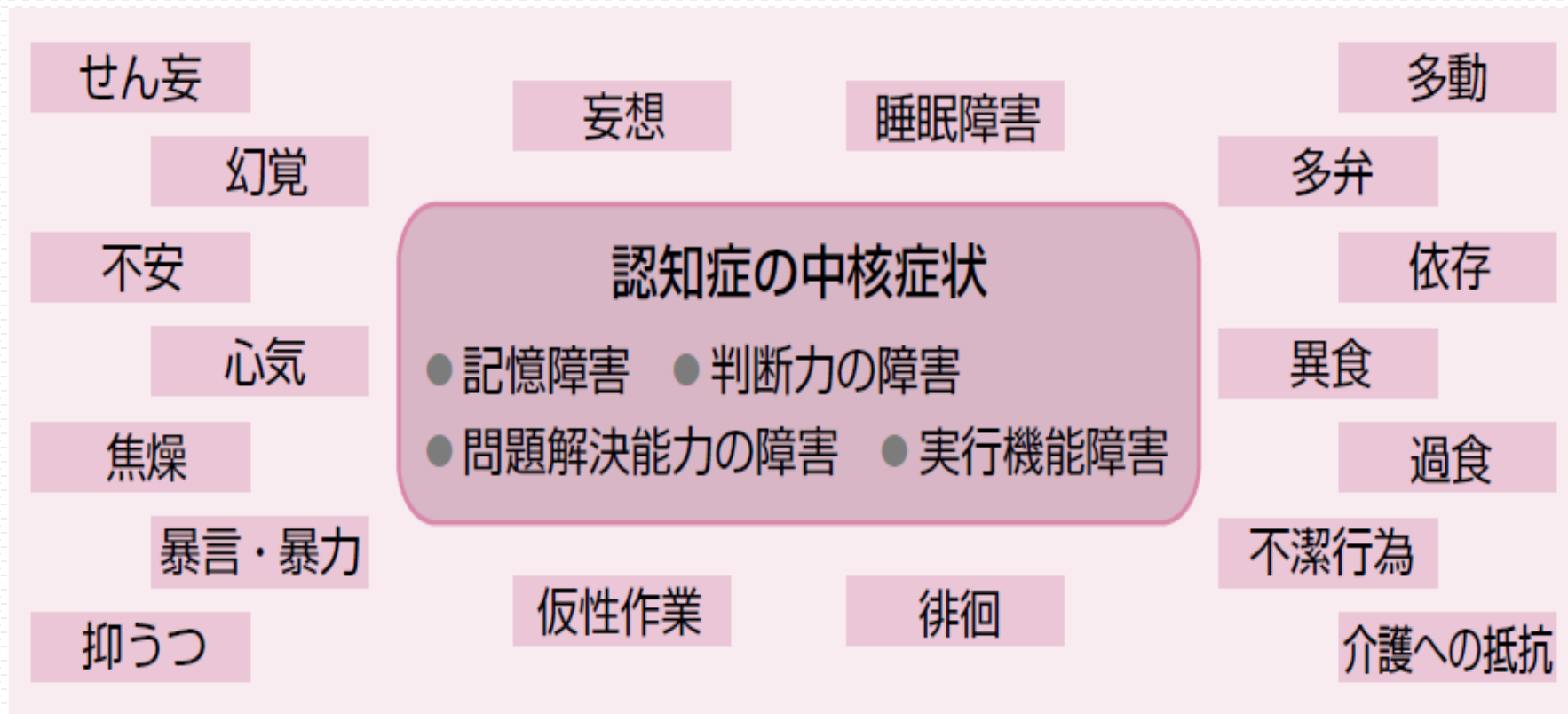
その他の皮膚疾患 (部位： _____ 程度：軽 中 重)

⑬ 認知症の中核症状

運動能力の低下していない認知症高齢者のケア時間加算ロジックに使用される項目。

⑭ 認知症の症状

該当する項目全てを選択し、具体的な介護の手間を理解できる必要な情報（状況と頻度）を「5特記すべき事項」に記入。



3. 心身の状態に関する意見

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: ⑮ 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) ⑯
- 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)

⑮ その他の精神・神経症状

認知症以外の精神・神経症状がある場合は、「有」を選択し、その症状名、専門医受信の有無を記入。

失語	大脳の器質的病変により、言語・表象の理解・表出に障がいをもたらした状態。
構音障害	俗に“呂律が回らない”という状態。構音器官の麻痺によるものと、筋相互の協調運動障害によるものがある。
せん妄	意識変容に妄想、錯覚、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
傾眠傾向	意識混濁は軽度で、反復して強い刺激を与えれば、覚醒状態に回復するが、放置すれば直ちに入眠してしまうような状態。
失念	局在性の脳病変によって起こる後天性の知覚と認知の障害。
失行	局在性の脳病変で起こる後天性の行為障害。

⑯ 身体状況

利き腕・ 介護の手間に関連するので、必ず記入すること。

身長・体重・ . . . 移乗、入浴介護等、介護の手間を考える上で必要となる。

また、体重の変化は栄養状態の把握の目安となる。

麻痺の程度・ . . . 状態が介護にどの程度影響するかという視点で選択する。

四肢欠損	腕・肢・指等について、欠損が生じている状態。
麻痺	主に神経系の異常によって起こった筋力低下、あるいは随意運動の障害。
筋力低下	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。
関節の拘縮	皮膚・筋肉等の関節構成体以外の軟部組織の変化による関節の可動域制限。
関節の痛み	日常生活に支障をきたす程度の関節の痛みがある状態。
失調・不随意運動	運動の遂行に必要な筋肉の協調が失われた状態。
褥瘡	持続的圧迫等による局所の循環障害によって生じる阻血性壊死。
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。

4. 生活機能とサービスに関する意見

4. 生活機能とサービスに関する意見

(1) 移動			
屋外歩行	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 介助があればしている	<input type="checkbox"/> していない
車いすの使用	<input type="checkbox"/> 用いていない	<input type="checkbox"/> 主に自分で操作している	<input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 用いていない	<input type="checkbox"/> 屋外で使用	<input type="checkbox"/> 屋内で使用
(2) 栄養・食生活			
食事行為	<input type="checkbox"/> 自立ないし何とか自分で食べられる	<input type="checkbox"/> 全面介助	
現在の栄養状態	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 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			
<input type="checkbox"/> 尿失禁 <input type="checkbox"/> 転倒・骨折 <input type="checkbox"/> 移動能力の低下 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 心肺機能の低下 <input type="checkbox"/> 閉じこもり <input type="checkbox"/> 意欲低下 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 低栄養 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下機能低下 <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> 易感染性 <input type="checkbox"/> がん等による疼痛 <input type="checkbox"/> 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			
<input type="checkbox"/> 期待できる		<input type="checkbox"/> 期待できない	<input type="checkbox"/> 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。)			
<input type="checkbox"/> 訪問診療	<input type="checkbox"/> 訪問看護	<input type="checkbox"/> 訪問歯科診療	<input type="checkbox"/> 訪問薬剤管理指導
<input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション	<input type="checkbox"/> 短期入所療養介護	<input type="checkbox"/> 訪問歯科衛生指導	<input type="checkbox"/> 訪問栄養食事指導
<input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション	<input type="checkbox"/> 老人保健施設	<input type="checkbox"/> 介護医療院	<input type="checkbox"/> その他の医療系サービス()
<input type="checkbox"/> 特記すべき項目なし			
(6) サービス提供時における医学的観点からの留意事項 (該当するものを選択するとともに、具体的に記載)			
<input type="checkbox"/> 血圧 ()		<input type="checkbox"/> 摂食 ()	<input type="checkbox"/> 嚥下 ()
<input type="checkbox"/> 移動 ()		<input type="checkbox"/> 運動 ()	<input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/> 特記すべき項目なし			
(7) 感染症の有無 (有の場合は具体的に記入して下さい)			
<input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 不明

要介護者が、少しでも自立した生活や心身の安定を取り戻すことができるよう、生活機能の維持・改善に着目し、栄養の改善、リハビリ目標の設定、痛みの緩和、医学的管理の必要性、予防給付の適否等、ケアプランの作成にも役立つ情報を提供すること。

⑰ 移動

・屋外歩行

日常生活での屋外歩行の状態について、以下の各選択項目の状態例にあてはめ、該当する□にレ印をつける。

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。
介護があればしている	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等を含む。

・車いすの使用

車いす（電動車いすも含む）を用いていることがある場合に、主に誰が操作（駆動）しているかについて、以下の各選択項目の状態例にあてはめ、該当する□にレ印をつける。

車椅子を常時使っている場合だけでなく、例えば外出時だけの使用や、病院や通所施設等だけで使用している場合も含む。

用いていない	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、屋外は後ろ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（押してもらおう等）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。

4. 生活機能とサービスに関する意見

4. 生活機能とサービスに関する意見

(1) 移動

⑰

- | | | | |
|--------------------|---------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| 屋外歩行 | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 介助があればしている | <input type="checkbox"/> していない |
| 車いすの使用 | <input type="checkbox"/> 用いていない | <input type="checkbox"/> 主に自分で操作している | <input type="checkbox"/> 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) | <input type="checkbox"/> 用いていない | <input type="checkbox"/> 屋外で使用 | <input type="checkbox"/> 屋内で使用 |

(2) 栄養・食生活

- | | | |
|---------|---|-------------------------------|
| 食事行為 | <input type="checkbox"/> 自立ないし何とか自分で食べられる | <input type="checkbox"/> 全面介助 |
| 現在の栄養状態 | <input type="checkbox"/> 良好 | <input type="checkbox"/> 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。)

- | | | | |
|--------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 訪問診療 | <input type="checkbox"/> 訪問看護 | <input type="checkbox"/> 訪問歯科診療 | <input type="checkbox"/> 訪問薬剤管理指導 |
| <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション | <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 | <input type="checkbox"/> 訪問歯科衛生指導 | <input type="checkbox"/> 訪問栄養食事指導 |
| <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション | <input type="checkbox"/> 老人保健施設 | <input type="checkbox"/> 介護医療院 | <input type="checkbox"/> その他の医療系サービス() |
| <input type="checkbox"/> 特記すべき項目なし | | | |

(6) サービス提供時における医学的観点からの留意事項 (該当するものを選択するとともに、具体的に記載)

- 血圧 () 摂食 () 嚥下 ()
 移動 () 運動 () その他 ()
 特記すべき項目なし

(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

・歩行補助具・装具の使用

日常生活での室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、以下の各選択項目の状態例にあてはめ、該当する口にレ印をつける。

屋内、屋外両方で使用している場合は、両方の口にレ印をつける。

どちらか一方だけの使用の場合も含みますが、義足（切断の時に用いる）の使用は含まない。

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も含む。
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	日頃の室内歩行のときに使用している状態。例えば家事の時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。

4. 生活機能とサービスに関する意見

4. 生活機能とサービスに関する意見

(1) 移動

- | | | | |
|--------------------|---------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| 屋外歩行 | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 介助があればしている | <input type="checkbox"/> していない |
| 車いすの使用 | <input type="checkbox"/> 用いていない | <input type="checkbox"/> 主に自分で操作している | <input type="checkbox"/> 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) | <input type="checkbox"/> 用いていない | <input type="checkbox"/> 屋外で使用 | <input type="checkbox"/> 屋内で使用 |

(2) 栄養・食生活

- | | | |
|---------|---|-------------------------------|
| 食事行為 | <input type="checkbox"/> 自立ないし何とか自分で食べられる | <input type="checkbox"/> 全面介助 |
| 現在の栄養状態 | <input type="checkbox"/> 良好 | <input type="checkbox"/> 不良 |

18

→ 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

- | | | | | | | | |
|------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 尿失禁 | <input type="checkbox"/> 転倒・骨折 | <input type="checkbox"/> 移動能力の低下 | <input type="checkbox"/> 褥瘡 | <input type="checkbox"/> 心肺機能の低下 | <input type="checkbox"/> 閉じこもり | <input type="checkbox"/> 意欲低下 | <input type="checkbox"/> 徘徊 |
| <input type="checkbox"/> 低栄養 | <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下機能低下 | <input type="checkbox"/> 脱水 | <input type="checkbox"/> 易感染性 | <input type="checkbox"/> がん等による疼痛 | <input type="checkbox"/> 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

- | | | |
|--------------------------------|---------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 期待できる | <input type="checkbox"/> 期待できない | <input type="checkbox"/> 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。)

- | | | | |
|--------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 訪問診療 | <input type="checkbox"/> 訪問看護 | <input type="checkbox"/> 訪問歯科診療 | <input type="checkbox"/> 訪問薬剤管理指導 |
| <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション | <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 | <input type="checkbox"/> 訪問歯科衛生指導 | <input type="checkbox"/> 訪問栄養食事指導 |
| <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション | <input type="checkbox"/> 老人保健施設 | <input type="checkbox"/> 介護医療院 | <input type="checkbox"/> その他の医療系サービス() |
| <input type="checkbox"/> 特記すべき項目なし | | | |

(6) サービス提供時における医学的観点からの留意事項 (該当するものを選択するとともに、具体的に記載)

- | | | |
|------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 血圧 () | <input type="checkbox"/> 摂食 () | <input type="checkbox"/> 嚥下 () |
| <input type="checkbox"/> 移動 () | <input type="checkbox"/> 運動 () | <input type="checkbox"/> その他 () |
| <input type="checkbox"/> 特記すべき項目なし | | |

(7) 感染症の有無 (有の場合は具体的に記入して下さい)

- | | | |
|----------------------------|--------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 () | <input type="checkbox"/> 不明 |
|----------------------------|--------------------------------|-----------------------------|

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度化の予防の観点から、「低栄養」に関連する要因として考えられる食事行為、総合的な栄養状態を評価する。

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

日常生活行為のうち食事について、どの程度、どのように自分で行っているかを評価する。

以下の各選択項目の状態例にあてはめ、該当する□にレ印をつける。

自立ないし何とか自分で食べられる	自分一人で、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します。以下の各選択項目の状態にあてはめ、該当する□にレ印をつける。

また、医学的観点から、改善に向けた留意点について（ ）内に記入すること。

良好	①過去6ヶ月程度の体重の維持（概ね3%未満）、②BMI（体重(kg)/身長2(m ²)) 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（概ね3/4以上）、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良いと判断される状態。
不良	①過去6ヶ月程度の体重の減少（概ね3%以上）、②BMI（体重(kg)/身長2(m ²)) 18.5未満、③血清アルブミン値がある場合には、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（概ね3/4以下）、食欲、顔色や全身状態（浮腫、脱水、褥瘡などがある状態）から総合的に栄養が不良又は不良となる可能性が高いと判断される状態。

4. 生活機能とサービスに関する意見

4. 生活機能とサービスに関する意見

(1) 移動

- | | | | |
|--------------------|---------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| 屋外歩行 | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 介助があればしている | <input type="checkbox"/> していない |
| 車いすの使用 | <input type="checkbox"/> 用いていない | <input type="checkbox"/> 主に自分で操作している | <input type="checkbox"/> 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) | <input type="checkbox"/> 用いていない | <input type="checkbox"/> 屋外で使用 | <input type="checkbox"/> 屋内で使用 |

(2) 栄養・食生活

- | | | |
|---------|---|-------------------------------|
| 食事行為 | <input type="checkbox"/> 自立ないし何とか自分で食べられる | <input type="checkbox"/> 全面介助 |
| 現在の栄養状態 | <input type="checkbox"/> 良好 | <input type="checkbox"/> 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

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

→ 対処方針 ()

19

(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し

- | | | |
|--------------------------------|---------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 期待できる | <input type="checkbox"/> 期待できない | <input type="checkbox"/> 不明 |
|--------------------------------|---------------------------------|-----------------------------|

20

(5) 医学的管理の必要性 (特に必要性の高いものに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。)

- | | | | |
|--------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 訪問診療 | <input type="checkbox"/> 訪問看護 | <input type="checkbox"/> 訪問歯科診療 | <input type="checkbox"/> 訪問薬剤管理指導 |
| <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション | <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 | <input type="checkbox"/> 訪問歯科衛生指導 | <input type="checkbox"/> 訪問栄養食事指導 |
| <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション | <input type="checkbox"/> 老人保健施設 | <input type="checkbox"/> 介護医療院 | <input type="checkbox"/> その他の医療系サービス() |

特記すべき項目なし

21

(6) サービス提供時における医学的観点からの留意事項 (該当するものを選択するとともに、具体的に記載)

- | | | |
|---------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 血圧 () | <input type="checkbox"/> 摂食 () | <input type="checkbox"/> 嚥下 () |
| <input type="checkbox"/> 移動 () | <input type="checkbox"/> 運動 () | <input type="checkbox"/> その他 () |
- 特記すべき項目なし

(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

⑱ 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□にレ印をつける。

また、具体的な状態とその際の対処方針（緊急時対応を含む）について、要点を記入する。

⑳ サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し

現在の状態から、概ね3ヶ月から6ヶ月間、申請者が介護保険によるサービス（予防給付等によるサービスを含む）やその他の高齢者に対するサービスを利用した場合の、生活機能の維持・改善の見通しについて、該当する□にレ印をつける。

傷病の症状としての見通しではなく、生活機能の維持・改善がどの程度期待できるかという観点であることに留意すること。

㉑ 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、以下の各サービスの内容を参考に、該当するサービスの□にレ印をつける。

各サービスについては、予防給付で提供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（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、口腔ケアの必要性に応じて該当する□にレ印をつける。

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、項目に下線を引くこと。

なお、本項目の記入は、ここに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ので注意すること。

訪問診療	通院することが困難な患者に対して、医師等が計画的に訪問して行う診療や居宅療養指導等。
訪問看護	訪問看護ステーション及び医療機関からの訪問看護等、保健師、看護師等が訪問して看護を行うことをいう。 なお、保健師等が地域支援事業の訪問型介護予防として訪問して指導する行為は含まない。
看護職員の訪問による相談・支援	医療機関及び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・支援を行うものをいう。
訪問リハビリテーション	病院、診療所及び訪問看護ステーションの理学療法士等が訪問して行うリハビリテーションをいう。なお、理学療法士、作業療法士あるいは言語療法士等が地域支援事業の訪問型介護予防として訪問して指導する行為は含まない。
通所リハビリテーション	病院、診療所、老人保健施設が提供するリハビリテーションをいう。なお、病院、診療所（医院）の外来でリハビリテーションを診療行為として受けた場合、保健所、市町村保健センター等で地域支援事業の機能訓練等を受けた場合はこれに含めない。
短期入所療養介護	病院、診療所及び介護老人保健施設に短期間入所させ、当該施設において、看護、医学的管理下における介護、機能訓練その他必要な医療及び日常生活上の世話を行うものをいう。
訪問歯科診療	居宅において療養を行っている患者であって、通院が困難なものに対して、患者の求めに応じ訪問して歯科診療を行った場合又は、当該歯科診療に基づき継続的な歯科治療が認められた患者に対してその同意を得て訪問して歯科診療を行うものをいう。
訪問歯科衛生指導	訪問歯科診療を行った歯科医師の指示に基づき、歯科衛生士、保健師、看護師等が訪問して療養上必要な指導として、患者の口腔内での清掃等に係わる指導を行うものをいう。
訪問薬剤管理指導	医師の診療に基づき計画的な医学的管理を継続して行い、かつ、薬剤師が訪問して薬学的管理指導を行うものをいう。
訪問栄養食事指導	医師の診療に基づき計画的な医学的管理を継続して行い、かつ、管理栄養士が訪問して具体的な献立等によって実技指導を行うものをいう。
その他の医療系サービス	上記以外の医学的管理をいう。地域支援事業の訪問型介護予防、機能訓練、保健所が実施する保健指導、入院等が必要とされる場合にその種類とともに記入する。

4. 生活機能とサービスに関する意見

4. 生活機能とサービスに関する意見

(1) 移動

- | | | | |
|--------------------|---------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| 屋外歩行 | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 介助があればしている | <input type="checkbox"/> していない |
| 車いすの使用 | <input type="checkbox"/> 用いていない | <input type="checkbox"/> 主に自分で操作している | <input type="checkbox"/> 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) | <input type="checkbox"/> 用いていない | <input type="checkbox"/> 屋外で使用 | <input type="checkbox"/> 屋内で使用 |

(2) 栄養・食生活

- | | | |
|---------|---|-------------------------------|
| 食事行為 | <input type="checkbox"/> 自立ないし何とか自分で食べられる | <input type="checkbox"/> 全面介助 |
| 現在の栄養状態 | <input type="checkbox"/> 良好 | <input type="checkbox"/> 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。)

- | | | | |
|--------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 訪問診療 | <input type="checkbox"/> 訪問看護 | <input type="checkbox"/> 訪問歯科診療 | <input type="checkbox"/> 訪問薬剤管理指導 |
| <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション | <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 | <input type="checkbox"/> 訪問歯科衛生指導 | <input type="checkbox"/> 訪問栄養食事指導 |
| <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション | <input type="checkbox"/> 老人保健施設 | <input type="checkbox"/> 介護医療院 | <input type="checkbox"/> その他の医療系サービス() |
| <input type="checkbox"/> 特記すべき項目なし | | | |

(6) サービス提供時における医学的観点からの留意事項 (該当するものを選択するとともに、具体的に記載)

- 血圧 () 摂食 () 嚥下 () 22
 移動 () 運動 () その他 ()
 特記すべき項目なし

(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 () 23

サービス提供時における医学的観点からの留意事項

申請者がサービスを利用するにあたって、医学的観点から特に留意する点があれば、「□あり」にレ印をつけ、サービスを提供する上で不安感を助長させないよう、()内に具体的な留意事項を記載する。

また、血圧・嚥下等の項目以外に医学的観点からの留意事項があれば、「その他」の()内に具体的な留意事項を記入すること。

なお、令和3年から各選択肢において「□特になし」が追加されたため、該当ない場合これにレ印をつけること。

・血圧

血圧管理について、サービス提供時の留意事項があれば、具体的に記入。

また、どの程度の運動負荷なら可能なのかという点等についても記入すること。

・嚥下

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、蠕動運動により食塊を胃に輸送する食道の反射運動）の障害について、サービス提供時の留意事項があれば、具体的に記入。

・摂食

摂食について、サービス提供時の留意事項があれば、具体的に記入。

・移動

移動（歩行に限らず、居室とトイレの移動や、ベッドと車椅子、車椅子と便座等への移乗等も含める）について、サービス提供時の留意事項があれば、具体的に記入。

・運動

運動負荷を伴うサービスの提供時の留意事項があれば、具体的に記入。

特に運動負荷を伴うサービス提供について、医学的観点からリスクが高いと判断される場合には、その状態を具体的に記入すること。

・その他

その他、医学的観点からの留意事項があれば、()内に具体的に記入。

感染症の有無

サービスの提供時に、二次感染を防ぐ観点から留意すべき感染症の有無について、該当する□にレ印をつける。有の場合には、具体的な症病名・症状等を()内に記入すること。

5. 特記すべき事項

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

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保険によるサービスを受ける上で、重要と考えられる事項があれば、要点を記入。

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こと。

口腔内の状況から口腔清潔に関して、特に留意事項があれば、要点を記入すること。

また、専門医に意見を求めた場合にはその結果・内容を簡潔に記入すること。

情報提供書や身体障害者申請診断書等の写しを添付してもよいが、その場合は情報提供者の了解を事前にとること。

なお、平成21年度の要介護認定の見直しでは、調査員ごとのバラツキを減らすとともに介護の不足等も適切に把握できるよう、認定調査の選択肢について、調査員ができるだけ見たままを選択し、介護認定審査会において、認定調査票の特記事項や主治医意見書の内容から、申請者に必要な介護の手間について総合的に把握し、判定することとなった。

したがって、申請者にかかる介護の手間をより正確に反映するために、主治医意見書の重要性が増しており、主治医意見書の「5. 特記すべき事項」に、申請者の状態やそのケアに係る手間、頻度等の具体的内容についても記入すること。

その他、交通事故等の第三者による不法行為（以下「第三者行為」という。）による被害に係る求償事務の取組強化のため、平成28年4月1日より、第三者行為により介護保険給付を受ける場合、第1号被保険者は保険者への届出が必要となった。

主治医意見書を端緒として保険者が被保険者に対し適切な届出を促す観点から、第1号被保険者について、負傷等の原因として第三者行為が疑われる場合は、主治医意見書の「5. 特記すべき事項」に「第三者行為」といった旨を記載すること。