

【事例1】60歳男性

第2号保険者、高次脳機能障害があるケース

一次判定が要介護1、二次判定が要介護2

入院中の調査だったこともあり、調査記録にも日常生活の様子の記載はあったものの、退院後どこまで介護を必要とするのか迷うケースであった。

主治医意見書に疾病が日常生活に支障を与える様子が主治医の立場から示されていることで、疾病と日常生活のイメージがつきやすく、介護の手間を考えるために良い資料となった。

入院や施設入所中、在宅療養にかかわらず、この症例のように疾病による日常生活への支障の程度の記載があると参考になると審査会からの意見が多い。

(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 checked="" 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. <u>心源性脳梗塞、高次脳機能障害</u>	発症年月日	(昭和・平成)	年	月	日頃)	
2. <u>食道がんの術後</u>	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	<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>食道がんに対する食道切除、胃全摘術施行の直後、脳梗塞を3回発症した。 諸検査により心原性脳梗塞が疑われたため再発予防のためにワーファリン投与を開始した。 効果判定の指標であるPT-INRをモニターしながら薬剤量の調節が必要であるが、 高次脳機能障害があるため、内服管理ができないことが心配である。</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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 具体的な要求に限られる <input type="checkbox"/> 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)	
<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"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	〔症状名: <u>高次脳機能障害</u> 専門医受診の有無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (当院当科) <input type="checkbox"/> 無〕

(5) 身体の状態	
利き腕 (<input checked="" type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) 身長= <u>175</u> cm 体重= <u>50</u> kg (過去6ヶ月の体重の変化 <input type="checkbox"/> 増加 <input checked="" type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 減少)	
<input type="checkbox"/> 四肢欠損 (部位: _____)	
<input checked="" type="checkbox"/> 麻痺	<input type="checkbox"/> 右上肢 (程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) <input checked="" type="checkbox"/> 左上肢 (程度: <input checked="" type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)
	<input type="checkbox"/> 右下肢 (程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) <input type="checkbox"/> 左下肢 (程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)
	<input type="checkbox"/> その他 (部位: _____ 程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)
<input type="checkbox"/> 筋力の低下 (部位: _____ 程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)	
<input type="checkbox"/> 関節の拘縮 (部位: _____ 程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)	
<input type="checkbox"/> 関節の痛み (部位: _____ 程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)	
<input checked="" type="checkbox"/> 失調・不随意運動	・上肢 <input type="checkbox"/> 右 <input checked="" type="checkbox"/> 左 ・下肢 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 ・体幹 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左
<input type="checkbox"/> 褥瘡 (部位: _____ 程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)	
<input type="checkbox"/> その他の皮膚疾患 (部位: _____ 程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)	

4. 生活機能とサービスに関する意見

(1) 移動	
屋外歩行	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 訪問薬剤管理指導	
<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 訪問栄養食事指導	
<input checked="" type="checkbox"/> 通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり () ・移動 <input checked="" type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり ()	
・摂食 <input checked="" type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり () ・運動 <input checked="" type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり ()	
・嚥下 <input checked="" type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 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)	
<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 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。)

前回の要介護度における主治医意見書作成時点と比較して『介護の必要性』が <input type="checkbox"/> 減少 <input type="checkbox"/> 変化なし <input type="checkbox"/> 増加 長谷川式= <u>21</u> 点(平成 年 月) (前回 点(平成 年 月))
<p>脳梗塞後のリハビリテーションにより現在の麻痺の残遺は軽度であり、ADLは自立している。 一方で、失行症や失計算などの高次機能障害が著しく、買い物や料理といったIADLに対する強い障害要因となっている。身体的な障害の程度が少ないために、一見すると生活にそれほど不自由しないように見えるが、買い物や計算、コミュニケーションなどの複雑な手続きを要する場面に対応する能力が著しく障害されているため、独居である本人に対して適切な介護サービスによる支援は必要不可欠である。また、本人は現在までに三度の脳梗塞を繰り返しており、今後の再発予防が肝要である。そのためワーファリンの内服管理や生活指導を含めて、継続的に本人を支援していくための社会的資源の活用が要請されると考える。</p>

要介護認定結果の情報提供を希望 する しない

【事例2】73歳男性

日常生活は何とか自分でできることが多いが、下肢切断がありベッドレンタルを必要としているケース

一次判定、二次判定ともに要支援2で、主治医意見書の「5.特記すべき事項」にベッドレンタルの必要性が記載され、要支援2と軽度介護者であったが、福祉用具のレンタルを受けることができた事例。

“〇〇の介護サービスが必要と思われる”、“〇〇が有効と思われる”といった記載はよく見かけられるが、なぜサービスが必要か、有効かといった理由や身体機能の状態・背景が一緒に記載されていると、意見書自体がケアプランに活かされるし、介護度変更の根拠にもなる。

(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 checked="" 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. <u>右下腿切断後</u>	発症年月日	(昭和・平成)	年	月	日頃)	
2. <u>左踵骨折後遺症</u>	発症年月日	(昭和・平成)	年	月	日頃)	
3. <u>高血圧症</u>	発症年月日	(昭和・平成)	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>労災事故にて右下腿を膝下で切断(身障手帳4級所持)したが、義足を装着して仕事を続けていた。しかし、左踵骨折を起してから痛みと歩行時のふらつき、転倒の危険があるため仕事はやめた。痛みの強い日や、義足装着面の肌荒れが強い日は、松葉杖を使用。家庭内では義足をはずしているが、移動には、必ず義足が必要で、装着しないとトイレにも行けない。</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 checked="" 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 type="checkbox"/> 自立 <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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"/> 具体的な要求に限られる <input type="checkbox"/> 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)	
<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 checked="" 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 (<input checked="" type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左)	身長= <u>150</u> cm 体重= <u>56</u> kg (過去6ヶ月の体重の変化 <input type="checkbox"/> 増加 <input checked="" type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 減少)
<input checked="" type="checkbox"/> 四肢欠損	(部位: <u>右下腿</u>)
<input type="checkbox"/> 麻痺	<input type="checkbox"/> 右上肢(程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) <input type="checkbox"/> 左上肢(程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)
	<input type="checkbox"/> 右下肢(程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) <input type="checkbox"/> 左下肢(程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)
	<input type="checkbox"/> その他(部位: 程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)
<input checked="" type="checkbox"/> 筋力の低下	(部位: <u>両下肢</u> 程度: <input checked="" type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)
<input type="checkbox"/> 関節の拘縮	(部位: 程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)
<input checked="" type="checkbox"/> 関節の痛み	(部位: <u>左足、左膝</u> 程度: <input checked="" type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)
<input type="checkbox"/> 失調・不随意運動	・上肢 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 ・下肢 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 ・体幹 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左
<input type="checkbox"/> 褥瘡	(部位: 程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)
<input checked="" type="checkbox"/> その他の皮膚疾患	(部位: <u>右下腿切断面</u> 程度: <input checked="" type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)

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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 屋外で使用 <input checked="" type="checkbox"/> 屋内で使用
(2) 栄養・食生活	
食事行為	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 転倒・骨折 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 閉じこもり <input checked="" 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 checked="" 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"/> 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 <input type="checkbox"/> 特になし <input checked="" type="checkbox"/> あり(<u>定期的測定要す</u>)・移動 <input checked="" type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり ()	
・摂食 <input checked="" type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり ()・運動 <input checked="" type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり ()	
・嚥下 <input checked="" type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 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)	
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () <input checked="" type="checkbox"/> 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。)

前回の要介護度における主治医意見書作成時点と比較して『介護の必要性』が <input type="checkbox"/> 減少 <input type="checkbox"/> 変化なし <input type="checkbox"/> 増加 長谷川式= <u>26</u> 点(平成 年 月) (前回 <u>23</u> 点(平成 年 月))
<p>閉じこもりがちな生活で、下肢や腹筋の筋力が低下してきており、起き上がりや義足装着の動作の際、電動ベッドが必要な状態。 特に夜間トイレへの移動時、義足を装着するには、上下に動く電動ベッドが必須である。</p>

要介護認定結果の情報提供を希望 する しない

【事例3】90歳女性

一次判定、二次判定とも要介護3

「5. 特記事項すべき事項」に“介護度は〇〇が良いと思います。”という記載があり、審査資料としては好ましくない。

(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 checked="" 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. 廃用症候群、下肢筋力低下	発症年月日	(昭和・平成)	年	月	日頃)
2. 老人性認知症	発症年月日	(昭和・平成)	年	月	日頃)
3. 虚血性心疾患、不整脈、心不全	発症年月日	(昭和・平成)	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]					
今までに心不全・肺炎で3回総合病院への入退院を繰り返し、現在は介護施設に入居中。 下肢筋力低下と認知症の進行がある。					

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)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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)	
<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 (<input checked="" type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左)	身長= <input type="text" value="129"/> cm 体重= <input type="text" value="28.5"/> kg (過去6ヶ月の体重の変化 <input type="checkbox"/> 増加 <input checked="" type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 減少)
<input type="checkbox"/> 四肢欠損	(部位: _____)
<input type="checkbox"/> 麻痺	<input type="checkbox"/> 右上肢(程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) <input type="checkbox"/> 左上肢(程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) <input type="checkbox"/> 右下肢(程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) <input type="checkbox"/> 左下肢(程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) <input type="checkbox"/> その他(部位: _____ 程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)
<input checked="" type="checkbox"/> 筋力の低下	(部位: <u>両下肢</u> 程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input checked="" type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)
<input checked="" type="checkbox"/> 関節の拘縮	(部位: <u>両膝関節</u> 程度: <input checked="" type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)
<input checked="" type="checkbox"/> 関節の痛み	(部位: <u>腰痛症</u> 程度: <input checked="" type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)
<input type="checkbox"/> 失調・不随意運動	・上肢 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 ・下肢 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 ・体幹 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左
<input type="checkbox"/> 褥瘡	(部位: _____ 程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)
<input checked="" type="checkbox"/> その他の皮膚疾患	(部位: <u>両下肢広範囲に皮脂欠乏性湿疹</u> 程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input checked="" type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)

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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 尿失禁 <input checked="" type="checkbox"/> 転倒・骨折 <input checked="" type="checkbox"/> 移動能力の低下 <input checked="" type="checkbox"/> 褥瘡 <input checked="" type="checkbox"/> 心肺機能の低下	<input type="checkbox"/> 閉じこもり <input checked="" type="checkbox"/> 意欲低下 <input checked="" 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 checked="" 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"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり ()	・移動 <input type="checkbox"/> 特になし <input checked="" type="checkbox"/> あり (<u>車イス使用中</u>)
・摂食 <input checked="" type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり ()	・運動 <input type="checkbox"/> 特になし <input checked="" type="checkbox"/> あり ()
・嚥下 <input checked="" type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 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)	
<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 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。)

前回の要介護度における主治医意見書作成時点と比較して『介護の必要性』が <input type="checkbox"/> 減少 <input type="checkbox"/> 変化なし <input type="checkbox"/> 増加 長谷川式= <u>18</u> 点(平成 年 月) (前回 <u>19</u> 点(平成 年 月))
<u>肺炎+呼吸不全、虚血性心疾患+心不全などで入退院を繰り返すたびに、下肢筋力低下が悪化し現在リハビリにてベッド周囲は捕まり歩きできるようになったが、まだ歩行は不能の状態ですB-1程度。一見まともな応答は可能なように見えるが老人性認知症も徐々に進行。入浴時など介護への抵抗がありIIb~IIIaの状態。いずれも見守りが必要な状態で、介護の手間はかなりの時間を要す。介護度はこのままで良いと思います。身体的には内服薬にて心・肺など安定している。</u>

要介護認定結果の情報提供を希望 する しない

【事例4】86歳女性

寝たきり度にB2と書きながら、病名と記載が無い。

自立度に認知症Ⅱbと書きながら、病名と記載が無い。

更に「3.(1)認知症高齢者の日常生活自立度」がⅢ以上の場合、居宅介護支援の介護報酬で、認知症加算が算定できることを意識すべき。

(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 type="checkbox"/> 有 <input checked="" 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. <u>高血圧</u>	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 <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)〕 <u>訪問診療中。</u>					

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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 具体的な要求に限られる <input type="checkbox"/> 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)	
<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 徘徊 <input checked="" 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 checked="" 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 (<input checked="" type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左)	身長= <u>140</u> cm 体重= <u>35</u> kg (過去6ヶ月の体重の変化 <input type="checkbox"/> 増加 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 減少)
<input type="checkbox"/> 四肢欠損	(部位: _____)
<input type="checkbox"/> 麻痺	<input type="checkbox"/> 右上肢(程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) <input type="checkbox"/> 左上肢(程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) <input type="checkbox"/> 右下肢(程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) <input type="checkbox"/> 左下肢(程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) <input type="checkbox"/> その他(部位: _____ 程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)
<input checked="" type="checkbox"/> 筋力の低下	(部位: <u>両下肢</u> 程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input checked="" type="checkbox"/> 重)
<input type="checkbox"/> 関節の拘縮	(部位: _____ 程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)
<input type="checkbox"/> 関節の痛み	(部位: _____ 程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)
<input type="checkbox"/> 失調・不随意運動	・上肢 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 ・下肢 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 ・体幹 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左
<input type="checkbox"/> 褥瘡	(部位: _____ 程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)
<input type="checkbox"/> その他の皮膚疾患	(部位: _____ 程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)

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 checked="" type="checkbox"/> していない
車いすの使用	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 訪問診療	<input checked="" 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"/> 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 <input type="checkbox"/> 特になし <input checked="" type="checkbox"/> あり(<u>血圧測定</u>)	・移動 <input type="checkbox"/> 特になし <input checked="" type="checkbox"/> あり(<u>見守り、介助</u>)
・摂食 <input checked="" type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり()	・運動 <input checked="" type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり()
・嚥下 <input checked="" type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 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)	
<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 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。)

<p>前回の要介護度における主治医意見書作成時点と比較して『介護の必要性』が <input type="checkbox"/>減少 <input type="checkbox"/>変化なし <input type="checkbox"/>増加 長谷川式= _____ 点(平成 _____ 年 _____ 月) (前回 _____ 点(平成 _____ 年 _____ 月))</p> <p><u>両下肢筋力低下に対して介助を要する。</u></p>

要介護認定結果の情報提供を希望 する しない