

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)		

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	<input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 2回目以上
(3) 他科受診の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合)→ <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> リハビリテーション科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> その他 ( )

1. 傷病に関する意見

(1) 診断名 (特定疾病または生活機能低下の直接の原因となっている傷病名については1.に記入) 及び発症年月日
1. _____ 発症年月日 (昭和・平成 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 type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不明
(3) 生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容 (最近(概ね6ヶ月以内)介護に影響のあったもの)及び特定疾病についてはその診断の根拠等について記入)

2. 特別な医療 (過去14日間以内に受けた医療のすべてにチェック)

処置内容	<input type="checkbox"/> 点滴の管理	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養	<input type="checkbox"/> 透析	<input type="checkbox"/> ストーマの処置	<input type="checkbox"/> 酸素療法
	<input type="checkbox"/> レスピレーター	<input type="checkbox"/> 気管切開の処置	<input type="checkbox"/> 疼痛の看護	<input type="checkbox"/> 経管栄養	
特別な対応	<input type="checkbox"/> モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等)		<input type="checkbox"/> 褥瘡の処置		
失禁への対応	<input type="checkbox"/> カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル等)				

3. 心身の状態に関する意見

(1) 日常生活の自立度等について
・障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度) <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2
・認知症高齢者の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M
(2) 認知症の中核症状
・短期記憶 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり
・日常の意思決定を行うための認知能力 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 判断できない
・自分の意思の伝達能力 <input type="checkbox"/> 伝えられる <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 具体的要求に限られる <input type="checkbox"/> 伝えられない
(3) 認知症の周辺症状 (該当する項目全てチェック)
<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"/> 無 { <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"/> 有 (症状名: _____ 専門医受診の有無 <input type="checkbox"/> 有 ( ) <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> 無

(5) 身体の状態

利き腕 (□右 □左) 身長=  cm 体重=  kg (過去6ヶ月の体重の変化 □増加 □維持 □減少)

□四肢欠損 (部位: \_\_\_\_\_)

□麻痺 □左上肢 (程度: □軽 □中 □重) □右上肢 (程度: □軽 □中 □重)

□左下肢 (程度: □軽 □中 □重) □右下肢 (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

一日の食事摂取量 □良好 □不良→改善に向けた留意点 ( \_\_\_\_\_ )

食欲 □良好 □不良→改善に向けた留意点 ( \_\_\_\_\_ )

現在の栄養状態 □良好 □不良→改善に向けた留意点 ( \_\_\_\_\_ )

(3) 現在あるかまたは今後発生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) 介護の必要の程度に関する予後の見通し

□改善 □不変 □悪化 □不明

改善への寄与が期待できるサービス→ ( \_\_\_\_\_ )

(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 ( \_\_\_\_\_ )

(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)

□有 ( \_\_\_\_\_ ) □無 □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。)

主治医意見書記載要点

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 <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	平成 年 月 日		
(2) 意見書作成回数	<input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 2回目以上		
(3) 他科受診の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合)→ <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> リハビリテーション科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> その他 ( )		

1. 傷病に関する意見

(1) 診断名 (特定疾病または生活機能低下の直接の原因となっている傷病名については1.に記入) 及び発症年月日			
1.	発症年月日	(昭和・平成	診断名は医師以外の者にも解りやすいよう、記載してください。 40歳以上65歳未満の申請者については、必ず診断名1.に特定疾病名を記載し、(4)には診断根拠等を必ず記載してください。
2.	発症年月日	(昭和・平成	
3.	発症年月日	(昭和・平成	
(2) 症状としての安定性		<input type="checkbox"/> 安定	
(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 (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			

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		認知症高齢者の自立度は、要介護認定ソフトによる一次判定に反映され、新予防給付対象者の選定の資料になりますので、必ず記載してください。
・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	
・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"/> II	認知症に係る項目について、各症状を一体的にとらえ評価できるよう項目を(2)認知症の中核症状、(3)周辺症状、(4)その他の精神・神経症状に変更しました。
(2) 認知症の中核症状		
・短期記憶	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり	
・日常の意思決定を行うための認知能力	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> いくらか	
・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	
(3) 認知症の周辺症状 (該当する項目全てチェック)		
<input type="checkbox"/> 有 →	<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴	<input type="checkbox"/> 妄想
<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 火の不始末	<input type="checkbox"/> 不潔行為
	<input type="checkbox"/> 昼夜逆転	<input type="checkbox"/> 暴言
	<input type="checkbox"/> 異食行動	<input type="checkbox"/> 性的
(4) その他の精神・神経症状		
<input type="checkbox"/> 有	〔症状名: 専門医	

(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 □左上肢 (程度: □軽 □中 □重) □右上肢

□左下肢 (程度: □軽 □中 □重) □右下肢

□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)

人体図を削除し、6か月の体重の増減、関節の痛みの項目を追加しました。

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
一日の食事摂取量 □良好 □不良→改善に向けた留意点 (
食欲 □良好 □不良→改善に向けた留意点 (
現在の栄養状態 □良好 □不良→改善に向けた留意点 (

生活機能低下の状況及び原因に着目した記載が得られるよう、「介護に関する意見」から「生活機能とサービスに関する意見」としました。

(3) 現在あるかまたは今後発生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
(□低栄養) □摂食・嚥下機能低下 □脱水 □易感染性 (□がん等)
→ 対処方針 (

(1) 移動、(2) 栄養・食生活の項目を追加し、(3) に生活機能低下の要因として指摘されている事項を追加しました。

(4) 介護の必要の程度に関する予後の見通し □改善

改善への寄与が期待できるサービス→ (

(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 ( )

(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)

□有 ( ) □無 □不明

5. 特記すべき事項

要介護認定及び介護サービス計画作成時に必要な医学的など意見等を記載して下さい。なお、専門医等に別途意見を求めた場合はその内容、結果も記載して下さい。(情報提供書や身体障害者申請診断書の写し等を添付して頂いても結構です。)

要介護認定や、介護サービス利用について重要と考えられる、以下のような事項を記載してください。

- ① サービス利用の際に留意すべき点
② 医学的管理の必要性とその根拠
③ 他の医師に意見を求めた場合の内容
④ その他前出項目に記載しきれなかった留意点

特定疾病の症候・所見のポイント

	疾病名	症候・所見
1	初老期の痴呆 (7 ルハイマー病、脳血管 性痴呆等)	アルツハイマー病 … 初期の主症状は、記憶障害である。また、意欲の低下、物事の整理整頓が困難となり、時間に関する見当識障害がみられる。中期には、記憶の保持が短くなり、薬を飲んだことを忘れて、同じ物を何回も買ってくるようになる。後期には、自分の名前を忘れて、トイレがわからなくなったり、部屋に放尿するようになる。また失禁状態に陥る。 脳血管性痴呆 … 初発症状として物忘れが始まる。深部腱反射の亢進、足底反射、仮性球麻痺、歩行異常等の局所神経徴候を伴いやすい。一般に、記憶障害はかなりあっても、判断力は保持されており、人格の崩壊は認められない。
2	脳血管疾患(脳出 血、脳梗塞等)	脳出血 … 発症状況と経過は一般に頭痛、悪心、嘔吐をもって始まり、しだいに意識障害が進み、昏睡状態になる。半身の片麻痺を起こすことが多く、感覚障害、失語症、失認、失行、視野障害等が見られる。 脳梗塞 … 発症状況と経過は、アテローム血栓性脳梗塞やラクナ梗塞では、夜間安静時に発症し起床時に気が付かれ、症状が徐々に完成することが多く、心原性脳塞栓症では、日中活動時に突発的に発症して症状が完成することが多い。
3	筋萎縮性側索硬 化症	筋萎縮・筋力低下、球麻痺、筋肉の線維束性収縮、錐体路症状を認める。それに反して感覚障害、眼球運動障害、膀胱直腸障害、褥瘡は原則として末期まで認めない。
4	パーキンソン病	①振戦 ②筋強剛(固縮) ③動作緩慢 ④姿勢反射障害 ⑤その他の症状(自律神経障害、突進現象、歩行障害、精神症状等)
5	脊髄小脳変性症	初発症状は歩行のふらつき(歩行失調)が多い。非常にゆっくりと進行。病型により筋萎縮や不随意運動、自律神経症状等で始まる。最終的には能動的座位が不可能となり、寝たきり状態となる。
6	シイドレーガー症候 群	起立性低血圧によるたちくらみや失神、排尿困難、尿失禁、便秘等の自律神経障害を呈する。進行により、小脳症状、パーキンソン症状、筋萎縮等や睡眠時無呼吸発作等を生じる。
7	糖尿病性腎症・ 糖尿病性網膜 症・糖尿病性神 経障害	糖尿病性腎症 … 糖尿病の罹病期間が長い。糖尿病に伴う蛋白尿を呈する。また、高血圧と浮腫を伴う腎機能障害を認める。 糖尿病性網膜症 … 主な症候は視力低下。末期まで視力が保たれることもあり、自覚症による手遅れになりやすい。 糖尿病性神経障害 … 下肢のしびれ、痛み等を認める。
8	閉塞性動脈硬化 症	問診で閉塞病変に由来する症状(下肢冷感、しびれ感、安静時痛、壊死等)があるかどうか聞く。視診により下肢の皮膚色調、潰瘍、壊死の有無をチェックする。触診ですべての下肢動脈の拍動の有無を調べる。
9	慢性閉塞性肺疾 患(肺気腫、慢性 気管支炎、気管支 喘息、びまん性汎 細気管支炎)	肺気腫 … ほとんどが喫煙者で、男性に多い。体動時呼吸困難が特徴的であるが、出現するのはある程度病変が進行してからである。咳、痰を訴えることもある。 慢性気管支炎 … 喫煙者に多く、慢性の咳、痰を認める。体動時呼吸困難は、感染による急性増悪時には認めるが、通常は軽度である。身体所見では、やや肥満傾向を示す人が多いといわれる。 気管支喘息 … 発作性の呼吸困難、喘鳴、咳(特に夜間・早朝)が、症状がない時期をを繰り返す。気道閉塞が自然に、または治療により改善し、気流制限は可逆的である。その他、気道過敏症を示す。 びまん性汎細気管支炎 … 呼吸細気管支領域にびまん性炎症により、強い呼吸障害をきたす。初期には肺炎球菌、インフルエンザ桿菌等が感染菌となりやすく、痰、咳、喘鳴を呈し、長引くと菌交代現象を起こし、緑膿菌感染になり重症化しやすい。
10	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	初期の場合は、歩行し始めの痛みのみであるが、次第に、荷重時痛が増え、関節可動域制限が出現してくる。
11	慢性関節リウマ チ	指の小関節から股・膝のような大関節まであらゆる関節に炎症が起こり、疼痛・機能障害が出現する。とくに未明から早朝に痛みとこわばりが強い。筋、腱にも影響し筋力低下や動作緩慢が顕著になる。
12	後縦靭帯骨化症	靭帯の骨化は頸椎に最も多く、頸髄の圧迫では手足のしびれ感、運動障害、腱反射亢進、病的反射出現等の痙性四肢麻痺となる。胸髄圧迫では上肢は異常なく、下肢の痙性対麻痺となる。
13	脊柱管狭窄症	腰部脊柱管狭窄症 … 腰痛、下肢痛、間欠性跛行を主訴とする。 頸部脊柱管狭窄症 … 両側の手足のしびれで発症するものが多い。手足のしびれ感、腱反射亢進、病的反射出現等の痙性四肢麻痺を呈する。
14	骨折を伴う 骨粗鬆症	脊椎圧迫骨折 … 腰背部痛を伴う脊柱の変形が特徴的である。軽微な外傷後もしくは誘因なく急性の腰痛を生じ寝たきりになることが多い。 大腿骨頸部骨折・転子部骨折 … 転倒等の後に、大転子部の痛みを訴え起立不能となる。膝の痛みを訴える場合もある。転位の少ない頸部骨折の場合、歩行可能な場合もある。
15	早老症(ワルナ-症 候群等)	若年者で老人性顔貌、白髪、毛髪の脱落とともに肥満の割に四肢が細い。若年性白内障、皮膚の萎縮と角化、足部皮膚潰瘍、四肢の筋肉・脂肪組織・骨の萎縮、血管・軟部組織の石炭化、性腺機能低下症、糖尿病、髄膜腫等を認める。

(東京都医師会：介護保険における特定疾病診断の手引き。東京都医師会雑誌，51(9)：1763-1821, 1999を一部改変)

## 日常生活の自立度について

### 障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準

生活自立	ランク J	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 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
準寝たきり	ランク A	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 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
寝たきり	ランク B	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 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
	ランク C	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 1. 自力で寝返りをうつ 2. 自力では寝返りもうたない

(平成3年11月18日 老健第102-2号 厚生省大臣官房老人保健福祉部長通知を改訂)

### 認知症高齢者の日常生活自立度判定基準

ランク	判断基準	見られる症状・行動の例	判断にあたっての留意事項及び提供されるサービスの例
I	何らかの痴呆を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。		在宅生活が基本であり、一人暮らしも可能である。相談、指導等を実施することにより、症状の改善や進行の阻止を図る。 具体的なサービスの例としては、家族等への指導を含む訪問指導や健康相談がある。また、本人の友人づくり、生きがいがづくり等心身の活動の機会づくりにも留意する。
II	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。		在宅生活が基本であるが、一人暮らしは困難な場合もあるので、訪問指導を実施したり、日中の在宅サービスを利用することにより、在宅生活の支援と症状の改善及び進行の阻止を図る。 具体的なサービスの例としては、訪問指導による療養方法等の指導、訪問リハビリテーション、デイケア等を利用したりリハビリテーション、毎日通所型をはじめとしたデイサービスや日常生活支援のためのホームヘルプサービス等がある。
IIa	家庭外で上記IIの状態がみられる。	たびたび道に迷うとか、買物や事務、金銭管理等それまでできたことにミスが目立つ	
IIb	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等一人で留守番ができない等	
III	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。		日常生活に支障を来すような行動や意思疎通の困難さがランクIIより重度となり、介護が必要となる状態である。「ときどき」とはどのくらいの頻度を指すかについては、症状・行動の種類等により異なるので一概には決められないが、一時も目を離せない状態ではない。 在宅生活が基本であるが、一人暮らしは困難であるので、訪問指導や、夜間の利用も含めた在宅サービスを利用しこれらのサービスを組み合わせることによる在宅での対応を図る。 具体的なサービスの例としては、訪問指導、訪問看護、訪問リハビリテーション、ホームヘルプサービス、デイケア・デイサービス、症状・行動が出現する時間帯を考慮したナイトケア等を含むショートステイ等の在宅サービスがあり、これらを組み合わせ利用する。
IIIa	日中を中心として上記IIIの状態が見られる。	着替え、食事、排便、排尿が上手にできない、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、奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等	
IIIb	夜間を中心として上記IIIの状態が見られる。	ランクIIIaに同じ	
IV	日常生活に支障を来すような症状・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	常に目を離すことができない状態である。症状・行動はランクIIIと同じであるが、頻度の違いにより区分される。 家族の介護力等の在宅基盤の強弱により在宅サービスを利用しながら在宅生活を続けるか、または特別養護老人ホーム・老人保健施設等の施設サービスを利用するかを選択する。施設サービスを選択する場合には、施設の特徴を踏まえた選択を行う。
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	ランクI～IVと判定されていた高齢者が、精神病院や痴呆専門棟を有する老人保健施設等での治療が必要となったり、重篤な身体疾患が見られ老人病院等での治療が必要となった状態である。専門医療機関を受診するよう勧める必要がある。

(平成5年10月26日 老健第135号 厚生省老人保健福祉局長通知を改訂)

アンケート

この度は要介護認定モデル事業（第一次）に御協力いただき、ありがとうございました。本モデル事業の内容につきまして、皆様の御意見を伺い、平成18年4月の円滑導入に向けた検討資料とさせていただきます。

以下につきまして、該当する番号を選択していただくとともに、お気づきになった点について自由記載欄に記入をお願いします。

市町村名（担当が一括で記入）：	氏名：
-----------------	-----

①意見書様式の見直しについて

今回使用した主治医意見書では、特に、生活機能の低下の状況および原因について医学的観点からの記載が可能となるよう、様式の変更を行っています。この見直しの基本的考え方や、見直し様式の全体的な内容について評価いただき、該当する番号を○で囲んで下さい。

①意見書様式の見直しについて	非常に良い	まあまあ良い	あまり良くない	非常に良くない
1. 見直しの基本的考え方について				
(1) 見直しの基本的考え方	1	2	3	4
(2) 見直し様式（案）の全体的な内容	1	2	3	4

②意見書様式の各項目の考え方について

今回の見直し内容を主な項目ごとに評価いただき、該当する番号を○で囲んで下さい。

②意見書様式の各項目の考え方について	非常に良い	まあまあ良い	あまり良くない	非常に良くない
1. 主治医意見書の利用に関する同意				
(1) 同意の主体を明確化したこと	1	2	3	4
2. 「1. 傷病に関する意見」				
(1) 「障害」→「生活機能低下」に変更	1	2	3	4
3. 「3. 心身の状態に関する意見」				
(1) 認知症関連の用語の整理	1	2	3	4
(2) 人体図の削除	1	2	3	4
(3) 体重の増減の評価（低栄養状態の評価）	1	2	3	4
(4) 「関節の痛み」の項目追加	1	2	3	4

②意見書様式の各項目の考え方について(続き)	非常に良い	まあまあ良い	あまり良くない	非常に良くない
4. 「4.生活機能とサービスに関する意見」				
(1) 「移動」に係る評価項目の追加	1	2	3	4
(2) 「栄養・食生活」に係る評価項目の追加	1	2	3	4
(3) 「現在あるかまたは今後発生の高い状態とその対処方針」への評価項目の追加				
<input type="checkbox"/> 移動能力の低下	1	2	3	4
<input type="checkbox"/> 閉じこもり	1	2	3	4
<input type="checkbox"/> 意欲低下	1	2	3	4
<input type="checkbox"/> 低栄養	1	2	3	4
<input type="checkbox"/> 摂食・嚥下機能低下	1	2	3	4
(4) 介護の必要の程度に関する予後の見通し	1	2	3	4
(5) 「サービス提供時における医学的観点からの留意事項」の評価項目に「運動」を追加	1	2	3	4

③意見書への記載・選択について

今回の見直しの主な項目ごとに記載・選択(以下「記載等」)の実際を評価いただき、該当する番号を○で囲んで下さい。

③意見書への記載について	記載等は容易	概ね記載等が可能	やや記載等に迷う	記載等は困難
1. 「1.傷病に関する意見」				
(1) 診断名	1	2	3	4
(2) 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	1	2	3	4
2. 「3.心身の状態に関する意見」				
(1) 日常生活自立度等について	1	2	3	4
(2) 身体の状態	1	2	3	4
3. 「4.生活機能とサービスに関する意見」				
(1) 移動	1	2	3	4
(2) 栄養・食生活	1	2	3	4
(3) 現在あるかまたは今後発生の高い状態とその対処方針	1	2	3	4
(4) 介護の必要の程度に関する予後の見通し	1	2	3	4
(5) サービス提供時における医学的観点からの留意事項	1	2	3	4



④意見書記入の手引きの内容について

「主治医意見書記入の手引き」を活用された場合は、その内容を評価いただき、該当する番号を○で囲んで下さい。

④意見書記入の手引きの内容について	理解できる	概ね理解できる	やや理解できない	理解できない
1. 「1. 傷病に関する意見」				
(1) 診断名	1	2	3	4
(2) 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	1	2	3	4
2. 「3. 心身の状態に関する意見」				
(1) 日常生活自立度等について	1	2	3	4
(2) 身体の状態	1	2	3	4
3. 「4. 生活機能とサービスに関する意見」				
(1) 移動	1	2	3	4
(2) 栄養・食生活	1	2	3	4
(3) 現在あるかまたは今後発生の高い状態とその対処方針	1	2	3	4
(4) 介護の必要の程度に関する予後の見通し	1	2	3	4
(5) サービス提供時における医学的観点からの留意事項	1	2	3	4

自由記載欄

(全体的な見直しの方向、あるいは個別項目の見直しに関し、ご意見があれば、自由記載欄にご記入ください。)

# 要介護認定モデル事業と新予防給付ケアマネジメント事業全体の流れ

