

事例 1

●性 別 ……………女性

●年 齢 ……………69歳

●介護環境 ……………居宅

●最も類似する状態像の例 ……………支-4

●要介護度変更 ……………非該当→要支援

●審査及び判定の概要

身体動作に問題はないが、記憶力の低下があるため外出時には付き添いが必要な事例。

介護認定審査会では、記憶力の問題から、外出時のみならず屋内でも確認や誘導が必要な状況であるのではないかとの意見が出された。状態像の例との比較、主治医意見書の内容を総合的に勘案し要支援に変更した。

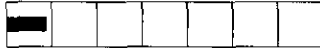
事例1

No.

介護認定審査会資料

申請区分：新規申請
被保険者区分：第1号被保険者

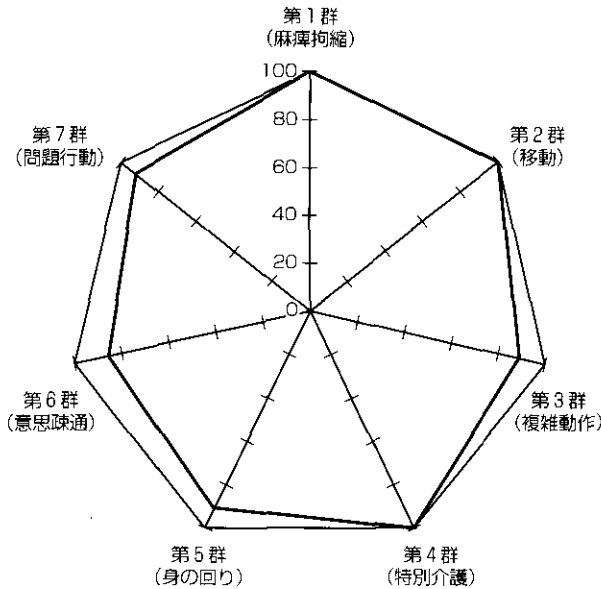
年齢：69
性別：女
前回の認定審査会結果：なし
前回認定有効期間：
前回介護保険審査会結果：なし
一次判定結果：非該当 一次判定警告コード：
要介護認定等基準時間：24分 機能訓練+間接生活介助：



現在の状況：居宅
訪問介護（ホームヘルプサービス）：0回/月
訪問入浴介護：0回/月
訪問看護：0回/月
訪問リハビリテーション：0回/月
居宅療養管理指導：0回/月
通所介護（デイサービス）：0回/月
通所リハビリテーション（デイケア）：0回/月
福祉用具貸与：0品目
短期入所生活介護：0日/月
短期入所療養介護：0日/月
痴呆対応型共同生活介護：0日/月
特定施設入所者生活介護：0日/月
福祉用具購入：0品目/6月間
住宅改修：なし

障害老人自立度：J2 痴呆性老人自立度：Ⅱb

中間評価項目表



中間評価項目得点

第1群	第2群	第3群	第4群	第5群	第6群	第7群
100.0	100.0	90.1	100.0	91.8	85.2	92.1

〈特別な医療〉
点滴の管理：気管切開の処置
中心静脈栄養：疼痛の看護
透析：経管栄養
ストーマの処置：モニター測定
酸素療法：じょくそうの処置
レスピレータ：カテーテル

第1群 (麻痺拘縮)
1. 麻痺 (左一上肢)
(右一上肢)
(左一下肢)
(右一下肢)
(その他)
2. 拘縮 (肩関節)
(肘関節)
(股関節)
(膝関節)
(足関節)
(その他)

第2群 (移動)
1. 寝返り
2. 起き上がり
3. 両足での座位
4. 両足つかない座位
5. 両足での立位
6. 歩行
7. 移乗

第3群 (複雑動作)
1. 立ち上がり
2. 片足での立位
3. 浴槽の出入り
4. 洗身
支えが必要

第4群 (特別介護)
1. ア. じょくそう
イ. 皮膚疾患
2. 片手胸元持ち上げ
3. 嚥下
4. ア. 尿意
イ. 便意
5. 排尿後の後始末
6. 排便後の後始末
7. 食事摂取

第5群 (身の回り)
1. ア. 口腔清潔
イ. 洗顔
ウ. 整髪
エ. つめ切り
2. ア. ボタンかけはずし
イ. 上衣の着脱
ウ. スポン等の着脱
エ. 靴下の着脱
3. 居室の掃除
4. 薬の内服
5. 金銭の管理
6. ひどい物忘れ
7. 周囲への無関心
一部介助
ときどきある
ときどきある

第6群 (意思疎通)
1. 視力
2. 聴力
3. 意思の伝達
4. 指示への反応
5. ア. 毎日の日課を理解
イ. 生年月日をいう
ウ. 短期記憶
エ. 自分の名前をいう
オ. 今の季節を理解
カ. 場所の理解
ときどき通じる
できない

第7群 (問題行動)
ア. 被害的
イ. 作話
ウ. 幻視幻聴
エ. 感情が不安定
オ. 昼夜逆転
カ. 暴言暴行
キ. 同じ話をする
ク. 大声をだす
ケ. 介護に抵抗
コ. 常時の徘徊
サ. 落ち着きなし
シ. 外出して戻れない
ス. 一人で出たがる
セ. 収集癖
ソ. 火の不始末
タ. 物や衣類を壊す
チ. 不潔行為
ツ. 異食行動
テ. 性的迷惑行為
ある
ときどきある

認定調査票（特記事項）

5. 身の回りの世話等に関連する項目についての特記事項

- (5-4 薬の内服) 現在服用はしていない。能力を総合的に勘案するとひどい物忘れもあり、1回分ずつ手渡す必要があると判断した。
- (5-6 ひどい物忘れ) 病院で診察を受ける際、医師の指示を忘れてしまうため、付き添いが必要である。
- (5-7 周開への無関心) 他の入居者と一緒に楽しむことはほとんどなく傍観者であることが多い。

6. コミュニケーションに関連する項目についての特記事項

- (6-4 介護側の指示への反応) 言った時は理解しているが少し時間がたつと忘れてしまうことが多い。何回か確認が必要である。

概況調査Ⅳ

「調査対象者の主訴、家族状況、住居環境、虐待の有無について特記すべき事項」

平成10年、帰り道がわからなくなったり、今までできていたことができなくなったり異常を感じ受診する。頭に血が溜っていると言われ手術する。以後物忘れが多くなってきた。身体的には自立しているが物忘れが多くなり不安になってきている。1年位前から、何かをする時手順がわからなくなり指示しなければできなくなっている。現在、軽費老人ホームにて生活している。

事例1

主治医意見書

記入日 平成12年9月〇日

申請者	(ふりがな)	男・ ②女	〒
	明・大・昭 年 月 日生(69歳)		
上記の申請者に関する意見は以下の通りです。 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 checked="" 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 12年 9月 〇日		
(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(特定疾病または障害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. 痴呆症 発症年月日 (昭和・②成 10年 9月 日頃) 2. 慢性硬膜下血腫 発症年月日 (昭和・②成 10年 9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
(3) 介護の必要の程度に関する予後の見通し <input type="checkbox"/> 改善 <input checked="" type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 悪化
(4) 障害の直接の原因となっている傷病の経過及び投薬内容を含む治療内容 (最近6ヶ月以内に变化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)
平成10年9月、歩行時転倒し頭部を打撲した。脳CT上、左側に高吸収域を認めたため、硬膜下血腫として脳外科に紹介転院し、手術を行った。処方薬はない。

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)				
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
・障害老人の日常生活自立度(寝たきり度) <input type="checkbox"/> 正常 <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 ・痴呆性老人の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> 正常 <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) 理解および記憶
・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 checked="" 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 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 ・食事 <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
(3) 問題行動の有無(該当する項目全てチェック)
<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 (有の場合) → <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) 精神・神経症状の有無
有 (症状名) 無
 (有の場合) → 専門医受診の有無 有 () 無

(5) 身体の状態
 利き腕 (右 左) 体重 = kg 身長 = cm
四肢欠損 (部位: 程度: 軽 中 重)
麻痺 (部位: 程度: 軽 中 重)
筋力の低下 (部位: 程度: 軽 中 重)
褥瘡 (部位: 程度: 軽 中 重)
その他皮膚疾患 (部位: 程度: 軽 中 重)

関節の拘縮 ・ 肩関節 右 左 ・ 股関節 右 左
肘関節 右 左 ・ 膝関節 右 左
失調・不随意運動 ・ 上肢 右 左 ・ 体幹 右 左
下肢 右 左

4. 介護に関する意見

(1) 現在、発生の可能性が高い病態とその処処方針
尿失禁 転倒・骨折 徘徊 褥瘡 嚥下性肺炎 腸閉塞 易感染性
心肺機能の低下 痛み 脱水 その他 ()
 → 処処方針 ()

(2) 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)
訪問診療 短期入所療養介護 訪問栄養食事指導
訪問看護 訪問歯科診療 その他 ()
訪問リハビリテーション 訪問歯科衛生指導
通所リハビリテーション 訪問薬剤管理指導

(3) 介護サービス (入浴サービス、訪問介護等) における医学的観点からの留意事項
 ・ 血圧について 特になし あり ()
 ・ 嚥下について 特になし あり ()
 ・ 摂食について 特になし あり ()
 ・ 移動について 特になし あり ()
 ・ その他 ()

(4) 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. その他特記すべき事項

要介護認定に必要な医学的など意見等をご記載して下さい。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。)

- ・ 身体の動きは問題ないが、記憶力低下を認める。受診時や外出時は付き添いが必要。
- ・ 言われたことや注意されたことなどすぐ忘れ、そのことについて指摘されると怒ることがある。
- ・ レクリエーション等にはあまり興味を示さず、一日何となく過ごすことが多くなっている。

事例2

- 性 別 ……………男性
- 年 齢 ……………80歳
- 介護環境 ……………居宅
- 最も類似する状態像の例 ………支-1、支-9
- 要介護度変更 ……………要介護1→要支援

●審査及び判定の概要

両眼の黄斑変性による視力低下がある事例。

介護認定審査会では、介護の内容が居室の掃除・薬の内服・金銭の管理というIADLに関するものにとどまっており、入浴や排泄などの直接的な介護がみられないこと、また、多くの動作は何とか自立できているのではないかと、との意見があった。状態像の例との比較に基づき、要支援に変更した。

事例2

No.

介護認定審査会資料

申請区分：新規申請
被保険者区分：第1号被保険者

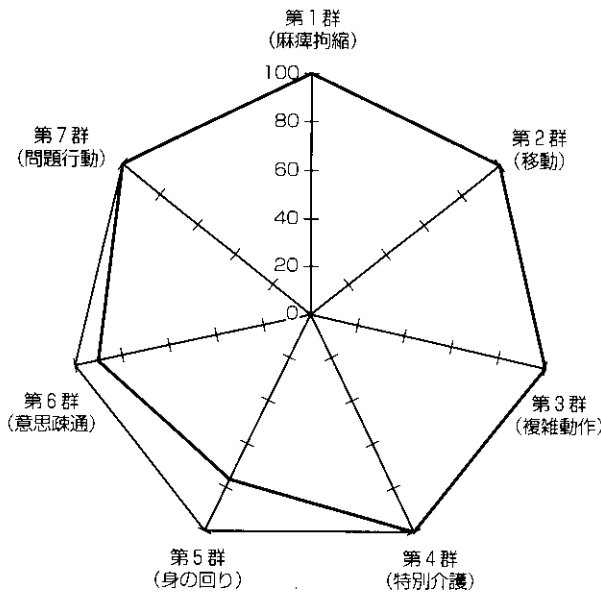
年齢：80
性別：男
前回の認定審査会結果：なし
前回認定有効期間：
前回介護保険審査会結果：なし
一次判定結果：要介護1 一次判定警告コード：
要介護認定等基準時間：30分 機能訓練+間接生活介助：

--	--	--	--	--	--

現在の状況：居宅
訪問介護（ホームヘルプサービス）：0回/月
訪問入浴介護：0回/月
訪問看護：0回/月
訪問リハビリテーション：0回/月
居宅療養管理指導：0回/月
通所介護（デイサービス）：0回/月
通所リハビリテーション（デイケア）：0回/月
福祉用具貸与：0品目
短期入所生活介護：0日/月
短期入所療養介護：0日/月
痴呆対応型共同生活介護：0日/月
特定施設入所者生活介護：0日/月
福祉用具購入：0品目/6月間
住宅改修：なし

障害老人自立度：J2 痴呆性老人自立度：I

中間評価項目表



中間評価項目得点

第1群	第2群	第3群	第4群	第5群	第6群	第7群
100.0	100.0	100.0	77.9	100.0	90.1	100.0

〈特別な医療〉

点滴の管理：気管切開の処置
中心静脈栄養：疼痛の看護
透析：経管栄養
ストーマの処置：モニター測定
酸素療法：じょくそうの処置
レスピレータ：カテーテル

第1群 1. 麻痺 (左-上肢)
(麻痺拘縮) (右-上肢)
(左-下肢)
(右-下肢)
(その他)
2. 拘縮 (肩関節)
(肘関節)
(股関節)
(膝関節)
(足関節)
(その他)

第2群 1. 寝返り
(移動) 2. 起き上がり
3. 両足での座位
4. 両足つかない座位
5. 両足での立位
6. 歩行
7. 移乗

第3群 1. 立ち上がり
(複雑動作) 2. 片足での立位
3. 浴槽の出入り
4. 洗身

第4群 1. ア. じょくそう
(特別介護) イ. 皮膚疾患
2. 片手胸元持ち上げ
3. 嚥下
4. ア. 尿意
イ. 便意
5. 排便後の後始末
6. 排便後の後始末
7. 食事摂取

第5群 1. ア. 口腔清潔
(身の回り) イ. 洗顔
ウ. 整髪
エ. つめ切り 全介助
2. ア. ボタンかけはずし
イ. 上衣の着脱
ウ. スポン等の着脱
エ. 靴下の着脱 全介助
3. 居室の掃除 一部介助
4. 薬の内服 一部介助
5. 金銭の管理
6. ひどい物忘れ
7. 周囲への無関心

第6群 1. 視力 目の前が見える
(意思疎通) 2. 聴力
3. 意思の伝達
4. 指示への反応 ときどき通じる
5. ア. 毎日の日課を理解
イ. 生年月日をいう
ウ. 短期記憶
エ. 自分の名前をいう
オ. 今の季節を理解
カ. 場所の理解

第7群 ア. 被害的
(問題行動) イ. 作話
ウ. 幻視幻聴
エ. 感情が不安定
オ. 昼夜逆転
カ. 暴言暴行
キ. 同じ話をする
ク. 大声をだす
ケ. 介護に抵抗
コ. 常時の徘徊
サ. 落ち着きなし
シ. 外出して戻れない
ス. 一人で出たがる
セ. 収集癖
ソ. 火の不始末
タ. 物や衣類を壊す
チ. 不潔行為
ツ. 異食行動
テ. 性的迷惑行為

認定調査票（特記事項）

6. コミュニケーションに関連する項目についての特記事項

- (6-1 視力) 両黄斑変性症による視力障害があり、身体障害者手帳1種2級。見えないことが原因で、浴槽の湯を入れている時火傷しそうになったり、茶碗が割れても、十分な後始末ができないこと等がよくある。
- (6-4 介護側の指示への反応) 調査の説明を行っても、自分の訴えを繰り返し伝えようとするため、調査を始められず、調査中も質問以外の答えとなることが多かった。

概況調査IV

「調査対象者の主訴、家族状況、住居環境、虐待の有無について特記すべき事項」

対象者は独居である。8ヶ月前に妻が脳梗塞で入院、退院の予定はない。市内在住の息子や他市在住の妹が、時折訪れ、買物、掃除等の援助を行っている。

息子らに通所・訪問のサービスの利用を勧められているが、内容が十分理解できず、検討中である。

事例2

主治医意見書

記入日 平成12年12月〇日

申請者	(ふりがな)	男 女	〒
	明・大・昭 年 月 日生(80歳)		
上記の申請者に関する意見は以下の通りです。 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 checked="" 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 12年 12月 〇日		
(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 type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input checked="" 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(特定疾病または障害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. 黄斑変性(両眼性)	発症年月日	(昭和・平成)	7年 3月 H頃
2. 糖尿病	発症年月日	(昭和・平成)	3年 11月 H頃
3. 高血圧	発症年月日	(昭和・平成)	3年 11月 H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		
(3) 介護の必要の程度に関する予後の見通し	<input type="checkbox"/> 改善 <input checked="" type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 悪化		
(4) 障害の直接の原因となっている傷病の経過及び投薬内容を含む治療内容 (最近6ヶ月以内に变化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)			
糖尿病に関しては合併症もなく、コントロールは良好であるが、加齢性の黄斑変性症により視力が低下しており、矯正視力で右0.01、左0.04程度である。視力の低下が日常生活をある程度制限している。高血圧も降圧剤でコントロールは良好である。また、不安神経症があり、やや心気症的傾向もあるので、日常生活の不安を訴えることが多い。			

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)				
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	
・障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)	<input type="checkbox"/> 正常 <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
・痴呆性老人の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 正常 <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) 理解および記憶	
・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 checked="" 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 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
・食事	<input checked="" type="checkbox"/> 自立しないし何とか自分で食べられる <input type="checkbox"/> 全面介助
(3) 問題行動の有無(該当する項目全てチェック)	
<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	
(有の場合) → <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) 精神・神経症状の有無
有 (症状名) 無
 (有の場合) → 専門医受診の有無 有 () 無

(5) 身体の状態
 利き腕 (右 左) 体重 = 62 kg 身長 = 156.5 cm 凡例

<input type="checkbox"/> 四肢欠損	(部位:)	程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重	
<input type="checkbox"/> 麻痺	(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: 下肢)	程度: <input checked="" type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重	
<input type="checkbox"/> 褥瘡	(部位:)	程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重	
<input type="checkbox"/> その他皮膚疾患	(部位:)	程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重	

関節の拘縮 ・肩関節 右 左 ・股関節 右 左
失調・不随意運動 ・肘関節 右 左 ・膝関節 右 左
失調・不随意運動 ・上肢 右 左 ・体幹 右 左
失調・不随意運動 ・下肢 右 左

4. 介護に関する意見

(1) 現在、発生の可能性が高い病態とその対処方針
尿失禁 転倒・骨折 徘徊 褥瘡 嚥下性肺炎 腸閉塞 易感染性
心肺機能の低下 痛み 脱水 その他 ()
 → 対処方針 ()

(2) 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)
訪問診療 短期入所療養介護 訪問栄養食事指導
訪問看護 訪問歯科診療 その他 ()
訪問リハビリテーション 訪問歯科衛生指導
通所リハビリテーション 訪問薬剤管理指導

(3) 介護サービス (入浴サービス、訪問介護等) における医学的観点からの留意事項
 ・ 血圧について 特になし あり (降圧剤でコントロール良好であるが変動に注意)
 ・ 嚥下について 特になし あり ()
 ・ 摂食について 特になし あり ()
 ・ 移動について 特になし あり ()
 ・ その他 ()

(4) 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. その他特記すべき事項

要介護認定に必要な医学的なご意見等をご記載して下さい。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。)

・ 加齢による筋力低下などがあり、訪問介護、通所介護等の支援があれば、QOLの向上及び本人の不安の解消のために役立つものと思われる。

