

主治医意見書

記入日 令和 2 年 2 月 3 日

申請者	〇〇〇〇	男 ・ 女	〒 〇〇〇-×××× 〇〇県××市・・・・
	明・大・昭11年〇月×日生(84歳)		連絡先 090 (1111) 2222
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 自著			
医療機関名 凸凹市民病院		電話 0×× (211) 3000	
医療機関所在地 〇〇県××市・・・・		FAX 0×× (211) 3001	
(1) 最終診察日	令和 2 年 2 月 ×日		
(2) 意見書作成回数	☒ 初回 ☐ 2 回目以上		
(3) 他科受診の有無	☒ 有 ☐ 無		
	(有の場合)→ ☐ 内科 ☐ 精神科 ☐ 外科 ☐ 整形外科 ☐ 脳神経外科 ☐ 皮膚科 ☐ 泌尿器科 ☐ 婦人科 ☐ 眼科 ☐ 耳鼻咽喉科 ☒ リハビリテーション科 ☐ 歯科 ☐ その他 ()		

1. 傷病に関する意見

(1) 診断名および発症年月日		(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)
1. 廃用症候群		発症年月日 (令和 2 年 2 月 3 日頃)
2. 肺炎		発症年月日 (令和 2 年 1 月 20 日頃)
3. 高血圧		発症年月日 (平成 20 年 月 日頃)
(2) 症状としての安定性		☐ 安定 ☒ 不安定 ☐ 不明 (「不安定」とした場合、具体的な状況を記入)
(3) 生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過および投薬内容を含む治療内容 (最近(概ね 6 か月以内)介護に影響のあったものおよび特定疾病についてはその診断の根拠などについて記入)		
2012 年(76 歳)より高血圧で A 医院に外来フォローされていた。2016 年(80 歳)に妻を大腸癌で亡くし、独居となる。2018 年(82 歳)の時にフレイルを指摘され、町のボランティア団体が主催する朝のラジオ体操に参加するようになった。今回、2020 年 1 月 20 日頃より咳、痰など風邪症状があったが受診せずに自宅療養していた。1 月 25 日から食欲低下と微熱。1 月 27 日、A 医院の定期受診日に何とか独歩で来院したが、待合室で動けなくなり、当院に救急搬送となった。肺炎の診断で抗菌薬、酸素療法、輸液にて肺炎は改善。一方で、臥床安静による廃用症候群で下肢筋力が低下。自力歩行はできない状態。		
退院処方：アムロジピン 5 mg 1 回 1 錠 1 日 1 回(朝食後) 30 日分 クラリスロマイシン 200 mg 1 日 1 錠 1 日 2 回(朝夕食後) 7 日分		

2. 特別な医療(過去 14 日間以内に受けた医療のすべてにチェック)

処置内容	☒ 点滴の管理 ☐ 中心静脈栄養 ☐ 透析 ☐ ストーマの処置 ☒ 酸素療法
	☐ レスビレーター ☐ 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、酸素飽和度など) ☐ 褥瘡の処置
失禁への対応	☐ カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテルなど)

3. 心身の状態に関する意見

(1) 日常生活の自立度などについて	
・ 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 ☐ II a ☐ II b ☐ III a ☐ III b ☐ 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 (該当する項目すべてチェック：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 か月の体重の変化 ☐ 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: 両下肢 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

車椅子の使用 ☐ 用いていない ☐ 主に自分で操作している ☒ 主に他人が操作している

歩行補助具・装具の使用 (複数選択可) ☒ 用いていない ☐ 屋外で使用 ☐ 屋内で使用

(2) 栄養・食生活

食事行為 ☒ 自立ないし何とか自分で食べられる ☐ 全面介助

現在の栄養状態 ☒ 良好 ☐ 不良

→ 栄養・食生活上の留意点 (食は普通食 1/3～1/2 程度と細いですが、元気なときもこのくらいだそうです)

(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 ☐ がんなどによる疼痛 ☐ その他 (認知機能の低下)

→ 対処方針 (ショートステイ、デイサービスのなどリハビリテーションを含めた社会参加を)

(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し

☒ 期待できる ☐ 期待できない ☐ 不明

(5) 医学的管理の必要性

(特に必要性の高いものには下線を引いて下さい。予防給付により提供されるサービスを含みます。)

☐ 訪問診療 ☐ 訪問看護 ☐ 看護職員の訪問による相談・支援 ☐ 訪問歯科診療

☐ 訪問薬剤管理指導 ☐ 訪問リハビリテーション ☒ 短期入所療養介護 ☐ 訪問歯科衛生指導

☐ 訪問栄養食事指導 ☒ 通所リハビリテーション ☐ その他の医療系サービス ()

(6) サービス提供時における医学的観点からの留意事項

・ 血圧 ☐ 特になし ☒ あり (内服薬継続)

・ 移動 ☐ 特になし ☒ あり (入院中は車椅子でした)

・ 摂食 ☐ 特になし ☒ あり (摂取量少なめ)

・ 運動 ☐ 特になし ☒ あり (転倒注意)

・ 嚥下 ☐ 特になし ☒ あり (むせ 1 回)

・ その他 ()

(7) 感染症の有無

(有の場合は具体的に記入して下さい)

☐ 無

☒ 有 (肺炎は改善。その他、感染症はなし。)

☐ 不明

5. 特記すべき事項

要介護認定およ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ください。なお、専門医等に別途意見を求めた場合はその内容、結果も記載してください。(情報提供書や身体障害者申請診断書の写しなどを添付していただいても結構です。)

肺炎は改善したものの、臥床安静による下肢の筋力低下で歩くことができなくなり、退院後に直にご自宅に戻るの難しい状況です。介助つきで立位と数歩足を出すところまでは改善していますが、トイレまでは行けません。排泄は車椅子でトイレまで連れて行き、排尿も排便も便器に腰かけて行っています。入院当日に、車椅子移乗の際に間に合わず失禁したエピソードがありますが、その後はありません。食事は普通食を食べており、摂取量は 1/3～1/2 と多くはありません。本人曰く、もともと食は細くこの程度とのことでした。むせのエピソードがあったのが心配なところで、これを機に誤嚥などにも注意が必要です。着替えは介助なしでは難しいかと思います。入浴については入院後 1 度も試しておらず、退院前にシャワー浴を予定しています。酸素、点滴、膀胱留置カテーテルなど特に医療的な処置はありません。認知機能も年齢相応と思われますが、入院中はボーっとしていることもあり一時的なせん妄があったのかもしれない。現在独居で、1 人息子は遠方に居住のため、介護に期待はできません。本人・息子・当院ソーシャルワーカーと相談のうえ、小規模多機能居宅介護事業所などのショートステイを利用しながらリハビリテーションを続け、徐々に在宅生活に戻る方針となり介護保険を申請しました。退院後一度当院を受診していただき、問題なければクラリスロマイシンを中止とし、A 医院で外来もしくは訪問診療をお願いする予定です。