

# 主治医意見書マニュアル '24

令和7年3月

大 阪 府  
大 阪 市  
大 阪 府 医 師 会

# 目 次

|                                                            |    |
|------------------------------------------------------------|----|
| はじめに .....                                                 | 1  |
| I. 介護保険制度について                                              |    |
| 1. 介護保険制度の被保険者 .....                                       | 2  |
| 2. 介護保険制度のしくみ .....                                        | 3  |
| 3. 介護サービスの利用手続き .....                                      | 4  |
| 4. 要介護認定の概要(厚生労働省「介護認定審査会委員テキスト 2009」<br>改訂版より抜粋・編集) ..... | 5  |
| II. 主治医意見書の重要性                                             |    |
| 1. 主治医意見書の位置付け .....                                       | 9  |
| 2. 主治医意見書の具体的な利用方法 .....                                   | 10 |
| 3. 患者が主治医として選んだ医師に、主治医意見書作成が求められる .....                    | 11 |
| 4. 主治医意見書の記入は主治医の責務 .....                                  | 12 |
| 5. ケアマネジャーの主治医意見書に関する意見 .....                              | 12 |
| 6. 正しい主治医意見書の作成の必要性 .....                                  | 13 |
| 7. 「主治医意見書問診票」の活用を .....                                   | 13 |
| 8. 何らかの理由で書けない場合には、地元医師会に相談を .....                         | 13 |
| III. 記入に際しての留意事項                                           |    |
| 1. 記入内容を読みやすく .....                                        | 14 |
| 2. パソコンや主治医意見書作成ソフトの使用 .....                               | 14 |
| 3. 介護サービス計画(ケアプラン)作成利用に対する同意 .....                         | 14 |
| 4. 情報不足のないように .....                                        | 15 |
| 5. 「前回と同じ」は使用しない .....                                     | 15 |
| 6. 病院名などの固有名詞は使用しない .....                                  | 15 |
| 7. 人権への配慮を .....                                           | 15 |
| IV. 記入マニュアル                                                |    |
| 1. 記入の概要(日本医師会概要版より)(一部改変) .....                           | 16 |
| 2. 基本情報 .....                                              | 20 |
| 3. 「1. 傷病に関する意見」 .....                                     | 21 |
| 表1 「特定疾病の症候・所見のポイント」 .....                                 | 23 |
| 4. 「2. 特別な医療」 .....                                        | 25 |
| 5. 「3. 心身の状態に関する意見」 .....                                  | 27 |

|                                     |    |
|-------------------------------------|----|
| 表2 「障害高齢者の日常生活自立度[寝たきり度]の判定基準(早見表)」 | 34 |
| 表3 「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」             | 35 |
| 表4 「認知症高齢者の日常生活自立度の判定基準(早見表)」       | 36 |
| 表5 「長谷川式簡易知能評価スケール(HDS-R)」          | 37 |
| 6. 「4. 生活機能とサービスに関する意見」             | 38 |
| 7. 「5. 特記すべき事項」                     | 42 |
| 8. おわりに                             | 55 |
| 表6 「主治医意見書」                         | 56 |
| 表7 「主治医意見書問診票」・添付文書ならびに使用上の留意事項     | 58 |
| 表8 「介護保険認定申請書」                      | 64 |
| 表9 「認定調査票」                          | 65 |

|                                       |    |
|---------------------------------------|----|
| V. 付録「特定疾病にかかる診断基準」(厚生労働省老健局老人保健課長通知) | 75 |
|---------------------------------------|----|

## VI. 介護・福祉サービス情報

|                             |     |
|-----------------------------|-----|
| 1. 介護サービス事業者情報(インターネットサービス) | 109 |
| 2. 身近な相談等窓口                 | 109 |
| 3. 苦情相談窓口                   | 110 |
| 4. 福祉タクシー(リフト・スロープ付き)       | 110 |
| 5. 認知症等相談窓口                 | 111 |
| 6. 大阪府内地域包括支援センター           | 112 |

## VII. 参考

|                                                                    |     |
|--------------------------------------------------------------------|-----|
| 主治医意見書作成料の請求について                                                   | 113 |
| 末期がん等の方への要介護認定等における留意事項について                                        | 114 |
| 軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付について                                             | 117 |
| 主治医意見書における口腔ケアの評価方法について                                            | 119 |
| 第三者行為求償の取組強化に向けた要介護認定に係る主治医意見書への記載等について                            | 122 |
| 介護電子媒体化ソフト(無料)のご案内、「介護給付費等請求に係るエラーコード対応マニュアル」等のご案内(大阪府国民健康保険団体連合会) | 123 |

## はじめに

我が国の高齢者保健福祉政策は、昭和 30 年代の老人福祉法の制定、その後の老人医療費無料化、老人保健法の制定、ゴールドプラン策定と進められてきました。しかし、この間も、高齢化は着実に進展し、介護ニーズは増大してきました。また、核家族化の進行、介護する家族の高齢化といった社会的状況の変化も相まって、「措置」という行政のサービスから、高齢者を社会全体で支えるという理念のもと、1997 年に介護保険法が成立し、2000 年(平成 12 年)に介護保険制度が始まりました。

介護保険制度創設後も高齢化は進み続け、団塊の世代が 75 歳以上の後期高齢者となる 2025 年を迎えた今、今度は団塊ジュニア世代が 65 歳以上となり、高齢化がピークに達する 2040 年頃に目を向ける必要があります。認知症高齢者や単身高齢者の増加など、介護サービスの需要は増大かつ多様化し、85 歳以上人口割合の増加や生産年齢人口の急減といった更なる人口構造の変化やそれに伴う社会環境の変化が見込まれていることから、地域包括ケアシステムの更なる深化・推進が求められています。

介護保険の入り口にある「介護認定審査」において、主治医意見書が果たす役割が大変重要であることは言うまでもありません。そのため、主治医意見書が適切に記載されることは、高齢者と社会の両者にとって大きな意味を持っています。介護認定審査会では、医療関係者以外の委員も内容を理解した上で審査判定を行うこととなりますので、介護が必要な状態についての評価が過不足なく適切に記載されていることが求められます。

本マニュアルが、これから主治医意見書を作成される先生方の参考となることに期待を寄せるとともに、経験を持った先生方には、主治医意見書を通じて介護保険制度の意義について再確認していただく一つの資料になればと思い、作成いたしました。意見書作成を求められる日常診療の中で、活用していただくための一助となれば、関係者として大変喜ばしく思います。

最後になりますが、高齢者だけでなく高齢者を支える方も、住み慣れた地域で希望の持てる生活を営むことができる社会であり続けることを祈念して、本マニュアルをお届けいたします。

大 阪 府  
大 阪 市  
大阪府医師会



## I. 介護保険制度について

### ～みんなで支え合う介護～

介護保険制度は、高齢化や核家族化の進行、介護離職問題などを背景に、介護を社会で支えることを目的として 2000 年に創設され、現在では介護を必要とする高齢者を支える制度として定着している。

介護保険は、高齢者の生活を支える社会保障制度として定着する一方、高齢化が急速に進む中において、給付費のさらなる増加が見込まれ、制度の持続可能性が懸念されており、将来にわたる安定した介護保険制度の持続に向け取り組んでいく必要がある。

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。

### 1. 介護保険制度の被保険者

介護保険の被保険者は 65 歳以上の方（第 1 号被保険者）と、40 歳～64 歳までの医療保険加入者（第 2 号被保険者）に分けられる。

介護保険サービスは、65 歳以上の方は原因を問わず要支援・要介護状態になったときに、40～64 歳の方は末期がんや関節リウマチ等の老化による病気が原因で要支援・要介護状態になった場合に、受けることができる。

|                                 | 第 1 号被保険者                                                     | 第 2 号被保険者                                           |
|---------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| 対 象 者                           | 65歳以上の者                                                       | 40歳から64歳までの医療保険加入者                                  |
| 人 数                             | 3,585万人<br>(65～74歳：1,636万人 75歳以上：1,949万人)                     | 4,188万人                                             |
| 受 給 要 件                         | ・要介護状態<br>(寝たきり、認知症等で介護が必要な状態)<br>・要支援状態<br>(日常生活に支援が必要な状態)   | 要介護、要支援状態が、<br>末期がん・関節リウマチ等の加齢に起因する疾病（特定疾病）による場合に限定 |
| 要介護（要支援）<br>認定者数と被保険<br>者に占める割合 | 681万人（19.0%）<br>〔 65～74歳： 71万人（4.3%）<br>75歳以上： 610万人（31.3%） 〕 | 13万人（0.3%）                                          |
| 保険料負担                           | 市町村が徴収<br>(原則、年金から天引き)                                        | 医療保険者が医療保険の保険料と一括徴収                                 |

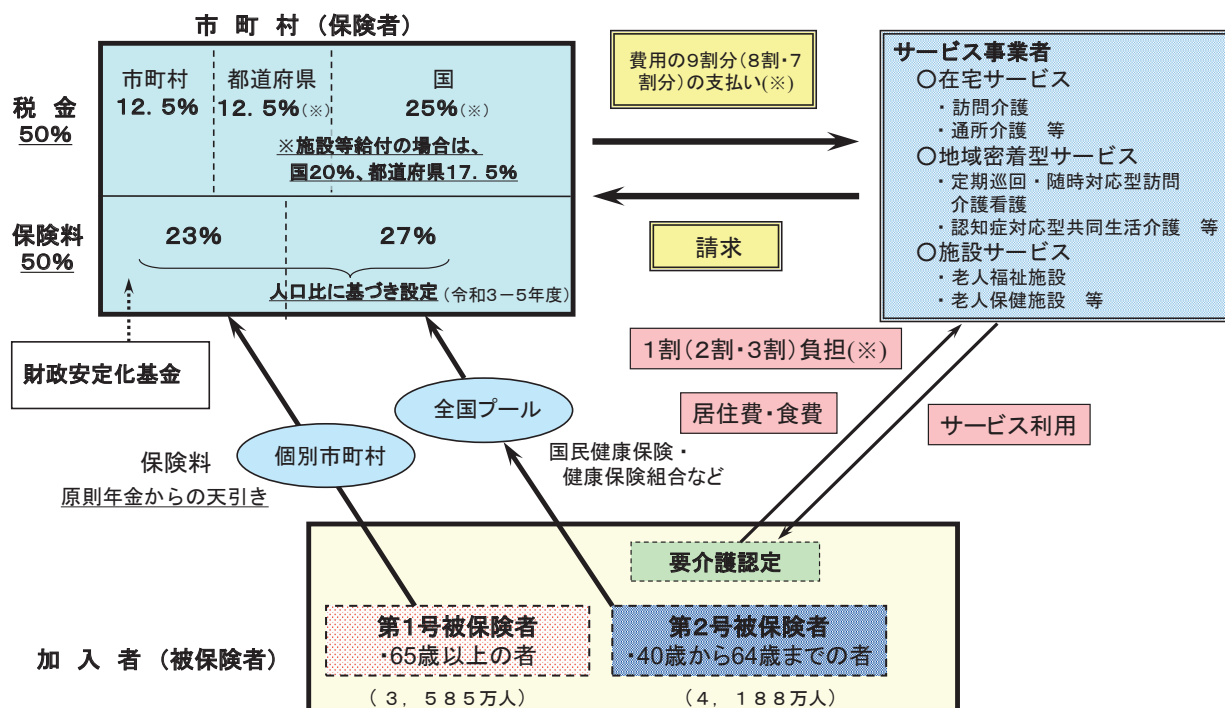
(注) 第 1 号被保険者及び要介護（要支援）認定者の数は、「令和 4 年度介護保険事業状況報告」によるものであり、令和 4 年度末現在の数である。  
第 2 号被保険者の数は、社会保険診療報酬支払基金が介護給付費納付金額を確定するための医療保険者からの報告によるものであり、令和 4 年度内の月平均値である。

## 2. 介護保険制度のしくみ

介護保険の保険者とは、市町村と特別区（広域連合を設置している場合は広域連合）になる。

介護保険者は、介護サービス費用の9割（一定以上の所得者には8割または7割）を給付するとともに、第1号被保険者の保険料を徴収し、介護保険財政を運営している。財源は公費5割、保険料5割（現在、第1号被保険料23%、第2号被保険料27%）とされている。

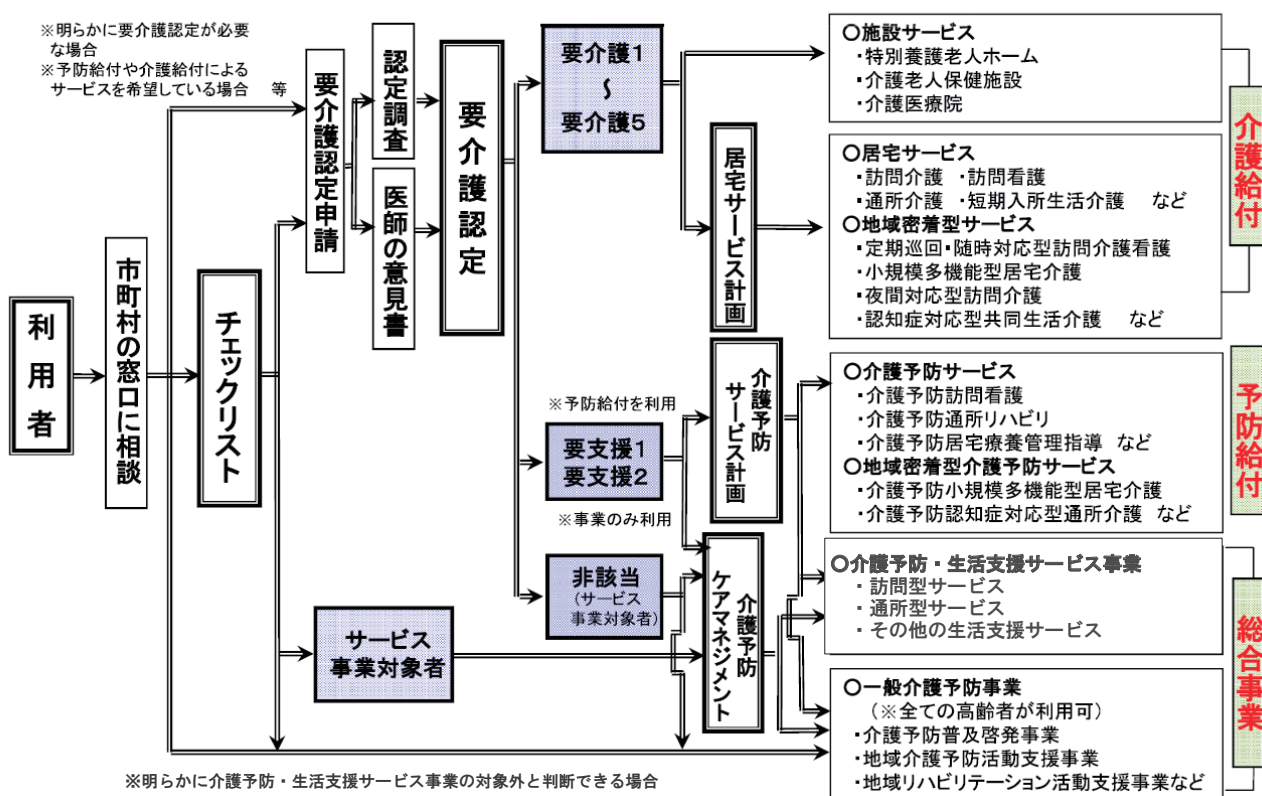
### 介護保険制度の仕組み



(注) 第1号被保険者の数は、「令和4年度介護保険事業状況報告年報」によるものであり、令和4年度末現在の数である。  
 第2号被保険者の数は、社会保険診療報酬支払基金が介護給付費納付金額を確定するための医療保険者からの報告によるものであり、令和4年度内の月平均値である。  
 (※) 一定以上所得者については、費用の2割負担(平成27年8月施行)又は3割負担(平成30年8月施行)。

### 3. 介護サービスの利用手続き

介護保険サービスを利用する場合は、居住する市町村へ要介護（要支援）認定を申請し、認定を受ける。認定を受けた後、介護支援専門員（ケアマネジャー）等が作成したケアプランに基づき、サービスを利用する。



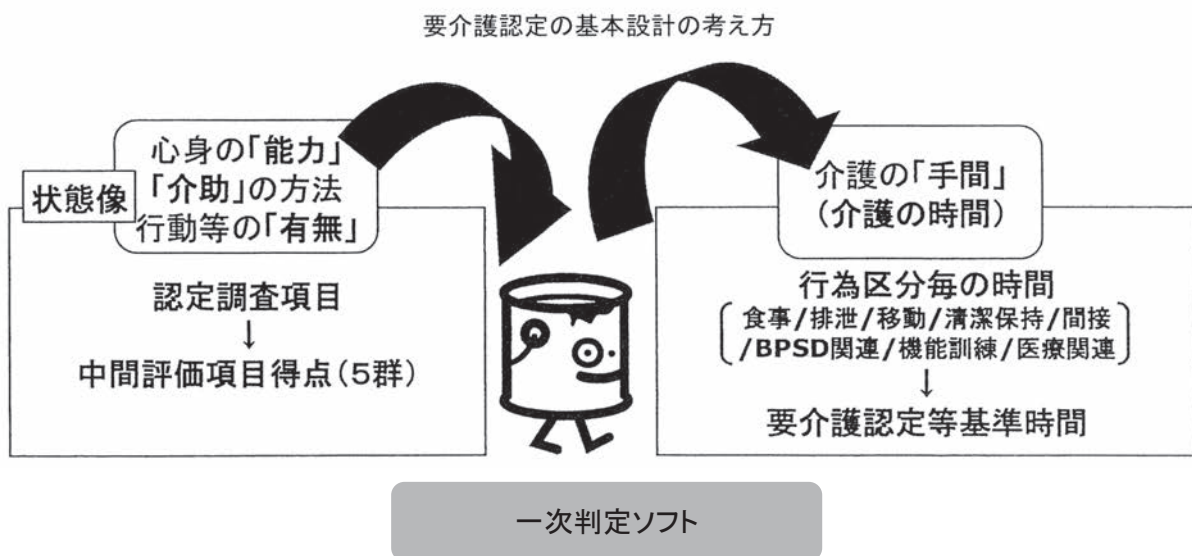
#### 4. 要介護認定の概要

(厚生労働省「介護認定審査会委員テキスト 2009」改訂版より抜粋・編集)

##### ① 要介護認定の基本設計

要介護認定は、一次判定ソフトによる判定から、介護認定審査会における認定まで、原則として、要介護認定等基準時間と呼ばれる介護の手間の判断によって審査が行われる。最初の段階となる一次判定では、認定調査における基本調査74項目の結果から、要介護認定等基準時間や中間評価項目の得点を算出し、さらに当該申請者における要介護度の結果が示される。

わが国で開発された一次判定ソフトにおいては、申請者の「能力」に関わる情報や、「介助の方法」および「障害や現象(行動)の有無」といった状態に関わる調査結果情報を入力することで、「行為区分毎の時間」とその合計値(要介護認定等基準時間)が算出される設計が採用されている。言い換えれば、要介護認定は、「介護の手間」の総量である要介護認定等基準時間を推計しているといえる。そして、この推計時間を任意に区分して要介護度を決定するという方式が採用されている。



従って、介護認定審査会では、状態像を議論して要介護度を認定するのではなく、特別な介護の手間が発生しているか、要介護認定等基準時間は妥当であるかという観点から要介護度の認定をしていくことになる。

##### ② 要介護認定において二次判定による変更が認められる理由

一次判定は、申請者の状態に関する情報を用いて、同様の特徴を持った高齢者グループに提供された介護の手間から、申請者の介護量を統計的な手法を用いて推定し、さらに、

これを要介護認定等基準時間に変換するというプロセスを採っている。

統計的な推定になじまない、申請者固有の手間があって、認定調査における特記事項や「主治医意見書」の記載内容から、これらの介護の手間の多寡が具体的に認められる場合は、一次判定の結果に縛られずに、要介護度の変更ができる。

こうした一次判定の変更は、すでに一次判定に反映されている統計的、数量的なデータそのものの適正さ等の判断によるものではなく、変更の理由が、当該申請者に固有の情報に基づいているかが吟味された結果でなければならない。以上のように、一次判定の変更は、認定調査における特記事項または「主治医意見書」に記載されている当該申請者に特有の介護の手間を根拠とすることが必須の条件となる。

ただし、介護において特別な手間が発生しているかどうかの議論は、例えば、「ひどい物忘れによって、認知症のさまざまな行動・心理症状がある」という行動があるという情報だけでは不十分である。こういった情報に加えて、「認知症によって、排泄行為を適切に理解することができないため、家族が常に、排泄時に付き添い、あらゆる介助を行わなければならない」といった具体的な対応が示され、これが介護の「手間」として、当該申請者に特別な手間かどうかを判断しなければならない。審査判定、特に一次判定の変更に際しては、被保険者への説明責任の観点からも、二次判定において、介護認定審査会委員が、申請者特有の介護の手間の増加や減少をどのように考えたかについて、根拠とした認定調査における特記事項や「主治医意見書」の記述内容とともに、介護認定審査会の記録として残されていることが重要である。

### ③ 要介護認定に関わる人々のそれぞれの役割

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いる。適正な介護認定審査会の運営は、介護認定審査会に関わるすべての関係者の適正な参加があってはじめて達成される。

認定調査員及び主治医、介護認定審査会委員、介護認定審査会事務局は、介護認定審査会の運営において中心的な役割を果たしている。それぞれの役割を端的に表現すれば、認定調査員及び主治医は、申請者当人を知る「情報提供者」であり、介護認定審査会（介護認定審査会委員）は「意思決定の場」と見ることができる。そして、介護認定審査会事務局は、この両者の情報のやり取りが円滑、適正に行われるよう仲介するコーディネーターとしての役割を担っている。

#### (1) 認定調査員と主治医

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。従って、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べく、「認定調査票」や「主治医意見書」をまとめることが必要である。

認定調査においては、基本調査の項目の定義にうまく当てはまらない場合や、実際に



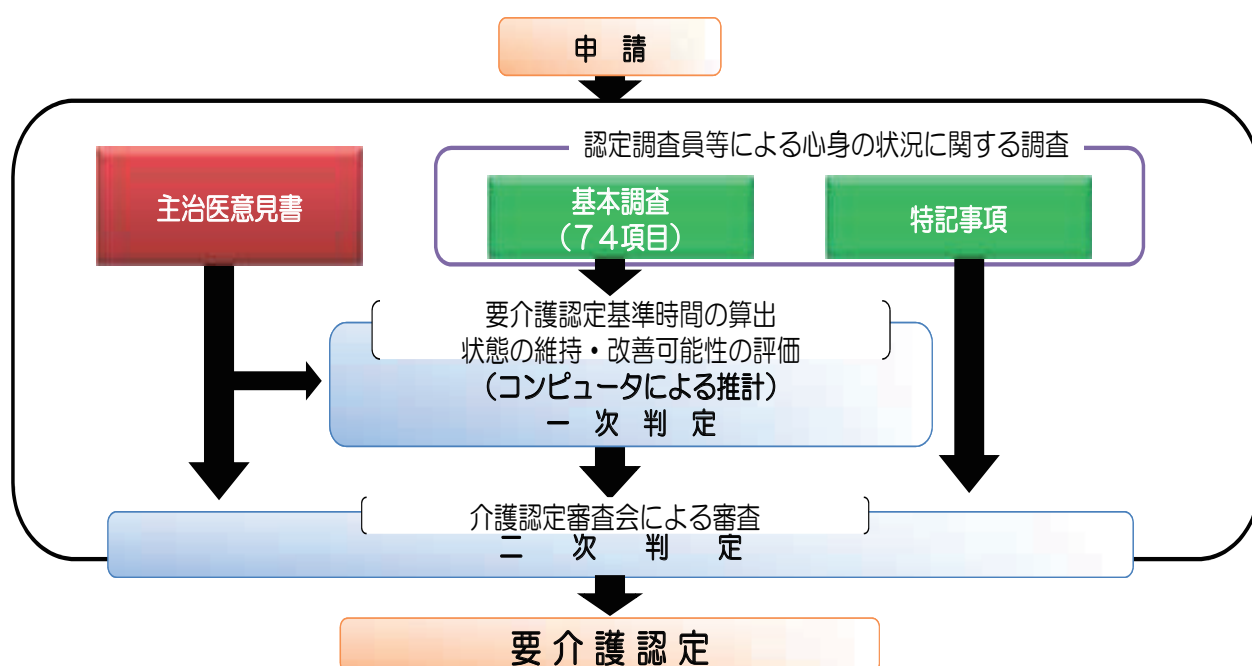
行われている介助の方法の適切さについて検討する場合は、慎重な判断が求められる。選択に迷う場合や実際の介助の方法が不適切と考えられる場合は、その状況等を特記事項として記録し、介護認定審査会の判断を仰ぐことになる。

## (2) 介護認定審査会(介護認定審査会委員)

介護認定審査会は、「意思決定の場」となる。認定調査員や主治医が申請者から得た情報から通常の例と比べてより長い(短い)時間を介護に要していないかといったことや、実際に行われている介助が不適切ではないかといったことを、介護認定審査会は総合的に判断し、一次判定を修正・確定し、必要に応じて一次判定の変更を行うことになっている。このため、介護認定審査会における判定については、明確な根拠をもって行うことが求められている。

## (3) 介護認定審査会事務局

介護認定審査会事務局は、保険者として要介護認定に関する全業務について責任を有するが、認定調査員や主治医と介護認定審査会委員との関係でみれば、両者をつなぐ仲介役、コーディネーターとしての役割を担っている。認定調査員や主治医の情報を、できる限り正確かつ漏れなく意思決定の場である介護認定審査会に伝達するのが審査会事務局の役割である。具体的には、認定調査の内容に関して介護認定審査会委員から掲示される各種の疑義に対応して認定調査員への問合せを行うほか、基本調査の誤りや特記事項等との不整合を事前に認定調査員に確認するなどの作業がある。また、要介護認定の平準化の観点から、介護認定審査会事務局は、審査判定の手順や基準が各合議体で共有・遵守されるよう積極的に関与することが求められている。



#### ④ 認定審査会の簡素化

平成30年4月1日以降、一定の要件を満たすケースについて認定審査会の簡素化が可能となった。基本的な要件は以下の6つ(全てに該当すること)で、必要に応じて保険者ごとに追加することができる。

- (1)第1号被保険者であること
- (2)要介護更新申請であること
- (3)一次判定(「一次判定の修正・確定」を行う前のもの。以下本項において同じ。)における要介護度が、前回認定結果の要介護度と同一であること
- (4)現在の認定の有効期間が12か月以上であること
- (5)一次判定における要介護度が「要支援2」又は「要介護1」である場合、状態の安定性判定ロジックの判定結果が「不安定」でないこと
- (6)一次判定における要介護認定等基準時間が、一段階高い要介護度から3分以内でないこと

簡素化に伴う審査会の具体的な処理手順や、有効期間の定めに関する設定は、(介護認定審査会委員の理解を得たうえで)保険者において決定する。その際、少なくとも介護認定審査会(合議体)を開催し、介護認定審査会委員の確認を経て認定結果を決定することが適当である(介護保険法第27条他を参照)。

## Ⅱ. 主治医意見書の重要性

介護保険制度には、要介護認定と介護サービス計画（ケアプラン）作成の2つの重要な作業があり、どちらも医師の役割は重要である。平成16年3月に発表した「主治医意見書に関するアンケート調査」によると、介護認定審査会委員より20%弱の「主治医意見書」の内容には改善の余地があり、利用者（患者）の実生活に即した介護状況に対するアセスメントが不十分と指摘されている。従って、利用者（患者）やその家族と十分なコミュニケーションをとり、今までの“診断書”や“診療情報提供書”以上に、介護に関連する生活機能の情報や医療情報を分かりやすく表現して「主治医意見書」を作成することが求められている。また、予防給付（対象：要支援1・要支援2）か介護給付かのどちらになった場合でも、利用者（患者）にとって適切なケアマネジメントが行われ、必要なサービスが提供されるように「主治医意見書」を記載することが求められている。

「主治医意見書」の様式は、56・57頁の〔表6〕を参照されたい。

### 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要介護認定を市町村等（保険者）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認定調査情報と「主治医」の意見に基づき、市町村等に置か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（申請書・64頁の〔表8〕）を受けた市町村は、当該被保険者の「身体上又は精神上的の障害（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、申請者に「主治医」がいる場合には、「主治医」がその意見を記入するものであり、その様式等については全国一律のものである。

要介護認定の結果如何によって、申請を行った利用者（患者）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ことになるので、審査判定に用いられる資料である「主治医意見書」の役割は極めて大きい。介護認定等の流れは7頁を参照されたい。

なお、「主治医」がいない場合については、13頁8. と55頁8. を参照されたい。



## 2. 主治医意見書の具体的な利用方法

「主治医意見書」は、主として介護認定審査会において、介護の手間がどの程度になるのかの確認、状態の維持・改善可能性の評価、認定調査による調査結果の確認・修正のためや、介護サービス計画(ケアプラン)作成(申請者本人等の同意必要)のために使われる。具体的には次の通りである。

- (a) 申請者本人が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及び精神上の生活機能低下が政令で定められた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、申請者本人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。その上で、介護の必要度等について65歳以上の方と同様に審査判定を行う。従って、特定疾病に該当している場合の診断根拠については、「主治医意見書」内に記入されたい。特定疾病は、23・24頁の〔表1〕を、特定疾病の診断基準は75頁以降の付録を各々参照されたい。
- (b) 介護認定審査会では、まず、心身の状況に関する74項目の調査結果と「主治医意見書」に基づき、「要支援1」、「要支援2」、「要介護1」～「要介護5」の一次判定結果の確定を行う。その後二次判定にあたっては、「認定調査票」における特記事項や「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して審査判定を行う。従って、「主治医意見書」の記入にあたっては、介護の手間の程度や状況等について具体的な状況を挙げて記入されたい。
- (c) 介護認定審査会の審査の過程において、「要支援2」、「要介護1」或いは「要介護認定等基準時間が32分以上50分未満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、次に、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」のどちら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「認定調査票」における特記事項、「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等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」とする。
- (d) 認定調査員による認定調査は、通常は1回の申請に対して1回行うこととされており、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る。従って、申請者本人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項

目の定義に基づき、認定調査員による基本調査項目の選択肢の修正を行うことになる。

- (e) 介護サービス計画(ケアプラン)の作成に際し、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、申請者本人等の同意を得てサービス提供者に提供することになる。従って、介護サービス計画(ケアプラン)作成上有用となる留意点を具体的に記入されたい。

主治医意見書の具体的な利用として「介護サービス計画作成等」の想定する範囲は、介護保険事業の適切な運営のために必要な範囲の利用とされている。

- ・ 介護サービス計画作成
- ・ 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
- ・ 指定介護老人福祉施設及び指定地域密着型介護老人福祉施設における入所に関する検討のための委員会での特例入所対象者の判定及び施設への優先入所対象者の判定
- ・ 認知症日常生活自立度を基準とした加算における日常生活自立度の決定
- ・ レセプト情報等との連結解析や国保データベース(KDB)システムでの利活用による保険者の支援

### 3. 患者が主治医として選んだ医師に、主治医意見書作成が求められる

介護保険制度では、認定調査とは別に、「主治医」の意見を意見書として求め、より適正な要介護認定を目指している。利用者(患者)にとって「適切な主治医をいかに選択するか」ということが重要である。利用者(患者)は、申請の際に自分が「主治医」と考えている医師を申し出ることになっており、その医師に対して市町村等より「主治医意見書」の記入依頼書が届くことになる。

「主治医意見書」に記載される事項には病状のほか、日常生活の「介護の必要性」や「介護の手間」についても記載される必要がある。利用者(患者)の日常生活を実際に観察しなければ、この「介護の手間」に対する把握は困難である。病院内で急性期治療のみを行っている「専門医」には、この「介護の手間」を把握することは困難であり、日常生活の「介護の手間」についても記載できる「かかりつけ医」が利用者(患者)にとって適切な主治医と考える。

#### 4. 主治医意見書の記入は主治医の責務

「主治医意見書」を書くことは「主治医」の責務である。利用者(患者)は、自分のことを一番よく知っている「主治医」に「主治医意見書」を書いてほしいと考えており、その気持ちに応じて「主治医意見書」を書く必要がある。「主治医」として、自分の専門分野に限らず、利用者の状態を医学的側面から、医療関係者以外の介護認定審査会委員にも理解できるような「主治医意見書」を書くことが求められている。

「主治医意見書に関するアンケート調査」(平成16年1月～2月)によると、介護認定審査会審査委員の意見として、「主治医意見書」が審査資料として適切かどうかの総合的評価では、「十分有効」、「満足できる」、「優秀」の3つを合わせて82.4%であった。一方で、「不合格」と「どうにか利用可」と評価されたものが合わせて17.6%あり、「主治医意見書」の中身について、まだまだ改善の余地を残した。また、同調査によると、介護関連の状況(安定性、必要性、見通し等)や日常生活自立度の情報の曖昧さ、認定調査員との情報のズレ、介護サービスに関する留意事項の記載が少ないことなどが指摘されている。従って、利用者の介護状況やそれらに関する医療情報(治療内容や経過など)に関する記入が少ない現状が明らかとなっているので、「主治医意見書」を記入する場合には、介護認定審査会委員の業務に役立つことを心がけ、正確でかつ必要とされる情報を提供されたい。

#### 5. ケアマネジャーの主治医意見書に関する意見

「主治医意見書に関するアンケート調査」によると、ケアマネジャーにとって「主治医意見書」が必要と感じる時は、介護サービス計画(ケアプラン)作成時、本人や家族から正しい情報が得られない時(病名などが分からない時)、病状やADLが変化した時、サービス提供事業者への情報提供時(介護サービス提供時)、リハビリテーションにより障害が改善する可能性がある時などである。また、どのような内容が有用かという質問には、①服用内容、副作用、治療内容、②病名、疾患名、③既往歴、病歴、④現在の病状、病態、⑤日常生活の注意点、ケアの仕方、⑥感染症、⑦ADL(日常生活行為)、リハビリテーションの必要性、⑧介護サービスの必要性、⑨今後の見通しなどが挙げられている。

## 6. 正しい主治医意見書の作成の必要性

「主治医意見書」を書く際には、少なくとも全ての項目に正しく記入することが大切である。利用者(患者)の介護状況のアセスメントにまだ不慣れな医師もいて、利用者(患者)の実生活に即した「主治医意見書」の作成が十分に行われていない現状がある。「主治医」である以上、必要に応じて家族や他の医師に問合せをするなどの方法で、利用者(患者)の情報を集めれば、記入できるはずである。風邪をひいた時に受診するだけといった患者や、長く診ていない患者の場合でも「主治医意見書」を求められることもある。このような場合には、可能な限り一度受診させるなどの対応が望ましい。

## 7. 「主治医意見書問診票」の活用を

大阪府医師会では、円滑な要介護認定に向けて、主治医意見書がより正確で充実した記載となり、早期提出を図るため、令和元年度に「主治医意見書問診票(以下、「問診票」という。)(大阪府委託事業)を府内共通版として作成した。

「問診票」は、申請者に「問診票」を記入してもらい、主治医が主治医意見書に必要な情報である申請者の日頃の状況を把握する参考資料である。初めて主治医意見書を作成するとき等、申請者の日頃の状況を把握することが困難な場合において活用されることで、主治医意見書がより正確で充実した記載となることを期待する。

地域によっては、郡市区等医師会、市町村で作成された「問診票(予診票)」を既に活用されている。「問診票」を取り入れていない医療機関、市町村において、積極的に活用されたい。(58～63頁を参照)

なお、「問診票」はあくまで参考として活用し、過去の診療録や診察結果と総合的に判断したうえで主治医意見書の作成が求められる。また、「問診票」を記入する家族がいない等の事情により「問診票」の提出がない場合においても、出来るだけ早期に主治医意見書を作成されたい。

## 8. 何らかの理由で書けない場合には、市区町村の介護保険担当に相談を

「主治医意見書」の依頼状には、提出期日が記載されている。これは、介護保険制度において、「申請日から30日以内に要介護認定を行う」と規定されているためである。30日以内に認定がすまない場合には、利用者(患者)にその理由が示されるので、その際「主治医意見書の提出遅れ」と示されたら、利用者(患者)の信頼を大きく損ねることになる。多忙等の理由で提出が遅れたり、記入のなかったケースがみられる。

何らかの理由で記入できない場合は、市区町村の介護保険担当への相談が望まれる。  
(55頁の8. を参照)

### Ⅲ. 記入に際しての留意事項

#### 1. 記入内容を読みやすく

「主治医意見書」の記入は、申請書の主治医が行い、誰が見ても、判読できる文字で記入されたい。

医師の悪筆はよく言われることだが、「主治医意見書」はコピーして各介護認定審査会委員に配布されるため、より一層読みにくくなる。また、乱雑な文字、略語や外国語・難解な医学専門用語の使用を避けて、医師以外の介護認定審査会委員にも理解できるように楷書で平易にわかりやすく記入されたい。

#### 2. パソコンや主治医意見書作成ソフトの使用

「主治医意見書」への記入は、インク、またはボールペンを使用されたい。記入欄に必要な文字または数値を記入し、また口にはチェック(レ印)を付ける。

なお、自筆による「主治医意見書」に比べ、パソコンにより作成された「主治医意見書」は判読しやすいので、できれば「主治医意見書」はパソコンにて作成されることを推奨する。そのため、日本医師会総合政策研究機構(日医総研、販売・サポート:ORCAサポートセンタ)から、“医見書”という「主治医意見書」及び「医師意見書」と「訪問看護指示書」の作成ソフトが販売されている。“医見書”は保存も可能であり、次回作成時に修正も容易である。

ただ、主治医意見書作成ソフトで半年前に作成した「主治医意見書」をそのまま提出している例も散見されるので、使用にあたっては十分注意をされたい。やはり自分が「主治医」であるとの認識が最も重要であると思われる。

“医見書”(意見書・指示書作成ソフトウェア)については、73～74頁の〔表10〕を参照されたい。

#### 3. 介護サービス計画(ケアプラン)作成利用に対する同意

「主治医意見書」が介護サービス計画(ケアプラン)作成に利用されることに、“同意しない”とすることもできるが、この「主治医意見書」の元々の趣旨を汲み取り、格段の理由がなければ、“同意する”にチェックされたい(16～17頁と20頁の2.③を参照)。



#### 4. 情報不足のないように

他科の情報が不十分であるという指摘がある。利用者(患者)が他の医療機関を受診している場合には、担当医の診断、症状、治療内容、介護に対する意見も「5. 特記すべき事項」に転記されたい。診療内容はできるだけ介護に関連した内容を記入し、必要な情報書類はコピーして添付されたい。

「主治医意見書」における「5. 特記すべき事項」の記入例については、42頁以降を参照されたい。

#### 5. 「前回と同じ」は使用しない

前回の「主治医意見書」は、介護認定審査会へは提出されない。従って、「前回と同じ」と記載すると、二次判定が出来なくなる。面倒でも今回記載する「主治医意見書」のそれぞれの事項について記入されたい。但し、「ADLは前回と比較して、変化はない」といった書き方は構わないが、現在のADLの記入は必要である。

#### 6. 病院名などの固有名詞は使用しない

病院名などの固有名詞は、介護認定審査会において伏せられるのが通常であるので、予め使用しない方が望ましい。

#### 7. 人権への配慮を

「主治医意見書」の記入にあたっては、高齢者・利用者の尊厳に特段に配慮する必要があり、広く基本的人権にかかわり正しい認識と理解が必要である。また、「主治医意見書」は公文書であり、介護サービス計画(ケアプラン)作成等の理由により、情報提供する書類でもあるので、人権に配慮した記入をお願いしたい。

平成17年6月29日の介護保険法一部改正の施行により、「痴呆」の用語は「認知症」に改められ、また「問題行動」という言い方は、現在、「行動・心理症状(BPSD)」に変更されている。他に「精神薄弱」は「知的障害」または「精神遅滞」に、「精神分裂病」は「統合失調症」に各々変更されているので、病名等の記載に際しても十分に留意されたい。



## IV. 記入マニュアル

### 1. 記入の概要(日本医師会概要版より)(一部改変)

- 申請者の情報  
住所・連絡先については、居住地（自宅）の住所及び電話番号を記入してください。施設に入院・入所している場合は、施設名・住所・電話番号を記入してください。
- 同意欄  
主治医として、本意見書が介護サービス計画（ケアプラン）作成のため利用されることに同意するかどうかを記入してください。但し、意見書の元々の趣旨を汲み取り、格段の理由がなければ「同意する」にチェックしてください。  
同意した場合、申請者本人や家族の方に本意見書の内容が開示されることがありますので、診断名等記載内容にご留意ください。
- 「介護サービス計画作成等」の想定する範囲
  - ・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
  - ・指定介護老人福祉施設及び指定地域密着型介護老人福祉施設における入所に関する検討のための委員会での特例入所対象者の判定及び施設への優先入所判定
  - ・認知症日常生活自立度を基準とした加算における日常生活自立度の決定
  - ・レセプト情報等との連結解析や国保データベース（KDB）システムでの利活用による保険者の支援
- 主治医の情報  
所属する医療機関の所在地・名称・電話番号はゴム印で構いません。医師氏名は本人の記入であることを確認する必要がありますことから、必ず医師本人が自署してください。
- 意見書作成回数  
申請者にとっては2回目以降の申請であっても、医師として初めてその申請者の意見書を作成する場合には、「初回」になります。一旦中断していた場合（認定の有効期間の満了、他医での作成等）であっても、再度意見書の作成を依頼された場合（復活）は、「2回目以上」となります。また、同一医療機関内であれば、主治医が替わっても「2回目以上」となります。
- 他科受診の有無  
申請者の他科受診について、「有無」と「診療科名」をチェックしてください。把握している範囲内で結構です。他科受診の必要性に関するチェックではありません。

- 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を含む）についてチェックしてください。  
「医師でなければ行えないような行為」「家族 / 本人が行った類似の行為」は含まれないので注意してください。

- 日常生活の自立度
  - ・障害高齢者の日常生活自立度判定基準（要約）

|   |                                                                                          |
|---|------------------------------------------------------------------------------------------|
| J | 障害等があるが、日常生活はほぼ自立し、独力で外出<br>1. 交通機関等を利用して外出<br>2. 隣近所へなら外出                               |
| A | 屋内生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない<br>1. 介助により外出、日中はほとんどベッドから離れて生活<br>2. 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活 |
| B | 屋内生活で介助必要、日中もベッド上が主体、座位は保つ<br>1. 車いすに移乗し、食事・排泄はベッドから離れて行う<br>2. 介助により車いすに移乗              |
| C | 一日中ベッド上、排泄・食事・着替で介助必要<br>1. 自力で寝返りをうつ<br>2. 自力では寝返りをうたない                                 |

※ この項目は「おむつに係る費用の医療費控除」を受ける際の証明に活用されます

- ・認知症高齢者の日常生活自立度判定基準（要約）

|     |                                                                           |
|-----|---------------------------------------------------------------------------|
| I   | 認知症を有するが、家庭内・社会で日常生活は自立                                                   |
| II  | 生活に支障ある症状等があるが、他者の注意あれば自立<br>a. 家庭外で、上記の状態がみられる<br>b. 家庭内でも、上記の状態がみられる    |
| III | 日常生活に支障ある症状等があり、介護が必要<br>a. 日中を中心として、上記の状態がみられる<br>b. 夜間を中心として、上記の状態がみられる |
| IV  | 日常生活に支障ある症状等が頻繁にあり、常時の介護が必要                                               |
| M   | 著しい精神症状・問題行動等がみられ、専門医療が必要                                                 |

※ 遷延性の意識障害等で判断ができない場合は、「□ M」にチェックした上で、「3.(4) その他の精神・神経症状の有無」の欄の（症状名）に遷延性の意識障害等と記入してください。

### 主治医意見書

|                            |                                                                                                                                                                                                                   |
|----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 申請者                        | (ふりがな)                                                                                                                                                                                                            |
|                            | 明・大・昭 年 月 日生(                                                                                                                                                                                                     |
| 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 |                                                                                                                                                                                                                   |
| 医師氏名                       |                                                                                                                                                                                                                   |
| 医療機関名                      |                                                                                                                                                                                                                   |
| 医療機関所在地                    |                                                                                                                                                                                                                   |
| (1)最終診察日                   | 令和 年 月                                                                                                                                                                                                            |
| (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<br>(有の場合)→ <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 |

#### 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) |   |
| 1.                           | 発 |
| 2.                           | 発 |
| 3.                           | 発 |

#### (2) 症状としての安定性

(「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 [最近(概ね6ヶ月以内)介護に影響のあったもの 及び]

#### 2. 特別な医療(過去14日間以内に受けた医療の)

|        |                                                                   |
|--------|-------------------------------------------------------------------|
| 処置内容   | <input type="checkbox"/> 点滴の管理 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養    |
|        | <input type="checkbox"/> レスピレーター <input type="checkbox"/> 気管切開の処置 |
| 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)                    |

#### 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 [                                                               |
| ・認知症高齢者の日常生活自立度                                       | <input type="checkbox"/> 自立 [                                                               |
| (2) 認知症の中核症状(認知症以外の疾患で同様の症)                           |                                                                                             |
| ・短期記憶                                                 | <input type="checkbox"/> 問題なし [                                                             |
| ・日常の意思決定を行うための認知能力                                    | <input type="checkbox"/> 自立 [                                                               |
| ・自分の意思の伝達能力                                           | <input type="checkbox"/> 伝えられる [                                                            |
| (3) 認知症の行動・心理症状(BPSD)(該当する項目全て)                       |                                                                                             |
| <input 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   |
|                                                       | { <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行 |
| (4) その他の精神・神経症状                                       |                                                                                             |
| <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | [症状名:]                                                                                      |



記入日 令和 年 月 日

|    |        |     |   |
|----|--------|-----|---|
| 性別 | 男<br>女 | 〒   | — |
| 年齢 | 連絡先    | ( ) |   |

されることに ☐ 同意する。 ☐ 同意しない。

電話 ( )

FAX ( )

日

☐ 外科 ☐ 整形外科 ☐ 脳神経外科 ☐ 皮膚科 ☐ 泌尿器科  
☐ リハビリテーション科 ☐ 歯科 ☐ その他 ( )

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

症年月日(昭和・平成・令和 年 月 日頃)

症年月日(昭和・平成・令和 年 月 日頃)

症年月日(昭和・平成・令和 年 月 日頃)

☐ 安定 ☐ 不安定 ☐ 不明

は特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容  
特定疾病についてはその診断の根拠等について記入)

すべてにチェック)

☐ 透析 ☐ ストーマの処置 ☐ 酸素療法  
☐ 疼痛の看護 ☐ 経管栄養  
等) ☐ 褥瘡の処置  
パテーテル等)

☐ J1 ☐ J2 ☐ A1 ☐ A2 ☐ B1 ☐ B2 ☐ C1 ☐ C2  
☐ I ☐ IIa ☐ IIb ☐ IIIa ☐ IIIb ☐ IV ☐ M

状態を認める場合を含む)

☐ 問題あり

☐ いくらか困難 ☐ 見守りが必要 ☐ 判断できない

☐ いくらか困難 ☐ 具体的要求に限られる ☐ 伝えられない

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)

☐ 転 ☐ 暴言 ☐ 暴行 ☐ 介護への抵抗 ☐ 徘徊

☐ 行動 ☐ 性的問題行動 ☐ その他 ( )

専門医受診の有無 ☐ 有 ( ) ☐ 無

● 記入日  
予め意見書を作成していた場合でも、最終的に内容確認をした意見書の「完成日」を記入日としてください。

● 診断名  
傷病の発症年月日があきらかでない場合は、おおよその年月日を記入してください。全く不明の場合は「不詳」としてください。  
英語や略語を用いた表現はなるべく避けてください。  
第2号被保険者については、特定疾病名を「1.」欄に記入してください。また、生活機能低下の直接の原因となっていると考えられる傷病がある場合も、同様に診断名1.あるいは上位に記載してください。4種類以上の傷病がある場合、「5. 特記すべき事項」に記入していただいても構いません。

● 症状としての安定性  
診断名に記載した傷病について、症状の安定性について記載してください。「安定」とは当分の間においても要介護度に変化がないことが予想できるもので、逆に「不安定」とは症状の変化などによって少なくとも6ヵ月後の要介護度に変化があり得るものです。急性増悪期など、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などが、「不安定」に相当します。具体的な内容を記載してください。不明の場合は「不明」を選択してください。

● 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  
生活機能低下の状況がわかるような傷病の経過や、関連する状況などについて記載してください。また投薬内容については、介護上留意すべき薬剤、相互作用の可能性のある薬剤などあれば記入してください。(服用時間厳守、薬剤種類が多い等の服薬介助の注意点も記入してください)  
第2号被保険者の場合、特定疾病の診断の根拠を簡潔に記入してください。

● 認知症の中核症状  
・ 日常の意思決定を行うための認知能力 (要約)

|        |                      |
|--------|----------------------|
| 自立     | 日常生活において首尾一貫した判断ができる |
| いくらか困難 | 新しい課題や状況に際して、判断が多少困難 |
| 見守りが必要 | 毎日の日課にも、合図や見守りが必要    |
| 判断できない | ほとんどまたは全く判断できない      |

・ 自分の意思の伝達能力 (要約)

|         |                      |
|---------|----------------------|
| 伝えられる   | 考えを容易に表現し、相手を理解させられる |
| いくらか困難  | 考えをまとめるのに多少の困難がある    |
| 具体的要求のみ | 時々伝えられるが、基本的要求に限られる  |
| 伝えられない  | ほとんど意思を伝えられない        |

● 認知症の中核・行動・心理症状 (BPSD)  
認知症を想定して構成されていますが、認知症ではなくても該当する症状が見られた場合は同様に記載してください。  
見られた症状に該当する選択肢がない場合は、「(4) その他の精神・神経症状」にその症状を記載してください。



● 身体の状態

麻痺・褥瘡等の程度は、介護にどの程度影響を及ぼすのかという観点から、チェックしてください。

例) 褥瘡自体の程度は軽いが、自ら体位変換が行えず、また、体重が重いので、介護の程度としては「重度」と判断

など

(5) 身体の状態

利き腕 (□右 □左) 身長=  cm 体重=

□四肢欠損 (部位: )

□麻痺 □右上肢 (程度: □軽 □中 □重)

□右下肢 (程度: □軽 □中 □重)

□その他 (部位:  程度: )

□筋力の低下 (部位: )

□関節の拘縮 (部位: )

□関節の痛み (部位: )

□失調・不随意運動・上肢 □右 □左 ・下肢

□褥瘡 (部位: )

□その他の皮膚疾患 (部位: )

4. 生活機能とサービスに関する意見

● 移動

日常生活においてどのように移動しているか、現在の状況を記載してください。

● 栄養・食生活

日頃の食生活や栄養状態について記載してください。また、医学的に注意すべき事項があれば、留意点に記載してください。

● 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

今後発生の可能性が高い場合だけでなく、現時点で発生している場合もチェックを入れてください。なお、記入した状態に対する対処方針には、緊急時の対応等に関する注意点があれば併せて記入してください。

※尿失禁

この項目は「おむつに係る費用の医療費控除」を受ける際の証明書に活用されます。

● サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し

概ね3ヶ月から6ヶ月間のサービス利用によって現在の生活機能をどの程度維持・改善できるかについて記載してください。

● 医学的管理の必要性

複数の医療的サービスにチェックする場合特に必要と考えるサービスについては、下線を引いてください。訪問歯科診療・訪問歯科衛生指導については、□腔内の状態像 (例えば、歯の崩壊や喪失状態、歯の同様に歯肉からの出血の有無、義歯の不適合など) をもとに、必要に応じて判断してください。

● 感染症の有無

介護サービス提供上 (施設入所・訪問入浴介護など) 必要な程度の情報を記入してください。既往歴のある場合には、具体的に記入してください。

入院・入所時にスクリーニングの必要があれば、その旨も記入してください。

(1) 移動

屋外歩行 □自立

車いすの使用 □用いていない

歩行補助具・装具の使用 (複数選択可) □用いていない

(2) 栄養・食生活

食事行為 □自立ないし何とか自分で食べ

現在の栄養状態 □良好

→ 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

□尿失禁 □転倒・骨折 □移動能力の低下 □褥瘡

□低栄養 □摂食・嚥下機能低下 □脱水 □易感染性

→ 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

(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

□訪問診療 □訪問看護 □訪問リハビリテーション

□訪問リハビリテーション □短期入所療養介護 □訪問看護

□通所リハビリテーション □老人保健施設 □介護施設

□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

□血圧 (  ) □摂食 (  )

□移動 (  ) □運動 (  )

□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 (  )

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

kg(過去6ヶ月の体重の変化 ☐ 増加 ☐ 維持 ☐ 減少 )

重) ☐ 左上肢(程度:☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)

重) ☐ 左下肢(程度:☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)

度:☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)

程度:☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)

程度:☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)

程度:☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)

☐ 右 ☐ 左 ・ 体幹 ☐ 右 ☐ 左

程度:☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)

程度:☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)

☐ 介助があればしている ☐ していない

☐ 主に自分で操作している ☐ 主に他人が操作している

☐ 屋外で使用 ☐ 屋内で使用

られる ☐ 全面介助

☐ 不良

対処方針

☐ 心肺機能の低下 ☐ 閉じこもり ☐ 意欲低下 ☐ 徘徊

☐ がん等による疼痛 ☐ その他 ( )

☐ 不明

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。)

療 ☐ 訪問薬剤管理指導

生指導 ☐ 訪問栄養食事指導

☐ その他の医療系サービス( )

(当するものを選択するとともに、具体的に記載)

) ☐ 嚥下 ( )

) ☐ その他 ( )

) ☐ 不明

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  
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。)

#### 記入上の注意点

・このマニュアルは「概要版」ですので、チェック項目  
や記入内容の詳細な定義等につきましては、記入マニ  
ュアル本編で確認してください。

・難解な専門用語は避け、分かりやすく、また、読みや  
すい字で記入してください。

・意見書を申請者本人に直接手渡す場合(更新申請時に  
意見書を添えて申請する市町村の場合)、必ず厳封した  
上でお渡しください。

・保険者からの指定による場合等、診療歴のない申請者  
の意見書を作成するために行った①基本的な診療およ  
び②基本的な検査(血圧測定検査、胸部単純X線撮影、  
血液一般検査、血液生化学検査、尿中一般物質定性・  
定量検査)の費用については、意見書作成の費用と同  
じく、市町村に請求することになります。

#### ● 特記すべき事項

「主治医意見書」“特記すべき事項”への記入は重要  
であり、その情報を求めているのは、主に介護認定審  
査会委員とケアマネジャーです。

介護認定審査会委員は、認定審査において「主治医  
意見書」の項目(「1. 傷病に関する意見」、「2. 特別  
な医療」、「3. 心身の状態に関する意見」、「4. 生活  
機能とサービスに関する意見」)の記入だけではわかり  
にくい場合に、その状態像を理解するために“特記す  
べき事項”を参考にしてください。また、要介護状態  
区分(いわゆる要介護度)に関する一次判定結果を変  
更する際にその根拠として利用してください。一方ケ  
アマネジャーは、介護サービス計画(ケアプラン)を  
作成する時に「主治医意見書」を参考にしています。「主  
治医意見書」を記入する場合には、介護認定審査会委  
員とケアマネジャーの業務に役立つことを心がけ、正  
確でかつ必要とされる情報を提供することが求められ  
ています。

また、連絡事項として、認定結果【保険者に対して】  
や介護サービス計画(ケアプラン)【ケアマネジャーに  
に対して】の提供を希望する場合は、その旨を記入し  
てください。

記入にあたっての留意点としては、介護認定審査会  
委員とケアマネジャーの多くは医師ではないことを念  
頭において、誰にでもわかる表現で簡潔に記入して  
ください。専門的医学用語、外国語や略語の使用は避け、  
平易な内容で、かつ読みやすい字で記入してください。

「主治医意見書“特記すべき事項”における記入例  
については、42 頁以降を参照してください」



## 2. 基本情報

「主治医意見書」の最初の基本情報の記入に当たっては、次の点を留意されたい。

- ① **記入日**: 予め「主治医意見書」を作成した場合でも、最終的に内容を確認した「主治医意見書」の「完成日」を記入日とされたい。
- ② **申請者の氏名等**: 申請者本人の氏名を記入し、ふりがなを併記。性別、生年月日及び年齢(満年齢)は、該当するものに○印をつけ、必要事項を記入。住所及び連絡先は、居住地(自宅)の住所及び電話番号も記入。施設に入院・入所している場合は、当該施設の施設名、住所及び電話番号を記入。
- ③ **主治医として**: 本「主治医意見書」が介護サービス計画(ケアプラン)作成の際に利用されることについて、同意する場合は「☐同意する」に、同意しない場合には「☐同意しない」にレ印を付ける。但し、「主治医意見書」の元々の趣旨を汲み取り、格段の理由がなければ、“同意する”にチェックされたい。

同意する場合には、介護サービス計画(ケアプラン)の内容についての検討を行うサービス担当者会議に本意見書は提示されるが、申請者本人の同意を得た上で「主治医意見書」をサービス担当者会議の参加者に示すことは、「主治医」に守秘義務に関する問題は生じない。また、申請者本人・家族やケアマネジャー等に本意見書の内容が開示されることがある。
- ④ **医師氏名等**: 本「主治医意見書」を記入する主治医の所属する医療機関の所在地及び名称、電話番号、FAX、主治医の氏名を記入。医療機関の所在地及び名称等は、ゴム印等を用いても構わないが、医師本人の記入であることを確認する必要があることから、医師氏名は必ず医師本人が自署されたい。
- ⑤ **(1)最終診察日**: 申請者本人を最後に診察した日を記入。従って、できるだけ直近の情報を提供されたい。
- ⑥ **(2)意見書作成回数**: 申請者本人にとっては2回目以降の申請であっても、医師として初めてその申請者の意見書を作成する場合には、「☐初回」にレ印をつける。また、認定の有効期間の満了や他医での作成などで一旦中断していたが、再度意見書作成を依頼された場合(復活)は、「☐2回目以上」となる。同一医療機関内であれば、「主治医」が替わっても「☐2回目以上」となる。
- ⑦ **(3)他科受診の有無**: 申請者本人が他科を受診しているかどうか知っている限りで該当す

る口にレ印を付ける。(有の場合)は、該当する診療科名の口にレ印を付ける。「主治医意見書」中に該当する診療科名がない場合には、その他の( )内に診療科名を記入。ここは、他科受診の必要性に関するチェック項目ではなく、他科受診の有無を調べる項目である。

### 3. 「1. 傷病に関する意見」

“診断名は正確に”が基本であり、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と、傷病等の経過や投薬内容を含む治療内容が適切に記入されているか、「主治医意見書」提出前にチェックすることが大切である。各項目の記入に当たっては、次の点を留意されたい。

- ① **〔(1)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(初診日ではない)を記入。但し、診断名は、医師以外の者にも分かりやすいように、略語や外国語・難解な医学専門用語の使用は避けられたい。発症年月日がはっきりわからない場合は、おおよその発症年月を記入。例えば、脳血管障害の再発や併発の場合には、直近の発作(発症)が起きた年月日を記入。全く不明の場合は「不詳」と記入。

「1. \_\_\_\_」の傷病名には、65歳以上の第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いる傷病名を、40歳以上65歳未満の第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、各々記入。

生活機能低下を引き起こしている傷病が複数ある場合も稀ではないが、より生活機能低下を主に引き起こしていると考えられる傷病を優先して記入。

なお、4種類以上の傷病に罹患している場合については、主な傷病名の記入にとどめ、必要であれば、「5. 特記すべき事項」に記入されたい。

特定疾病の診断については、23・24頁の〔表1〕を参考とし、75頁以降の付録「特定疾病にかかる診断基準」に従って記入し、診断上の主な所見については、「(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」に記入されたい。

※：(a)体や精神の働き、体の部分である心身機能、(b)ADL(日常生活行為)、外出、家事、職業に関する生活行為全般である活動、(c)家庭や社会での役割を果たすことである参加の全てを含む包括概念。生活機能には健康状態(病気・怪我・ストレスなど)、環境因子(物的環境・人的環境・制度的環境)、個人因子(年齢・性別など)などが様々に影響する。

- ② **〔(2)症状としての安定性〕**：上記(1)で記入した「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による症状」の安定性について、該当する口にレ印を付ける。「安定」



とは当分の間において要介護度に変化がないことが予想できたり、現在の全身状態からして急激な変化が見込まれない場合で、逆に「不安定」とは症状の変化などによって少なくとも6ヵ月後の要介護度に変化があり得るものである。脳卒中や心疾患、外傷等の急性期や慢性疾患の急性増悪期等で、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、具体的な内容を記入されたい。例えば、進行性のがんで、急激な悪化が見込まれる場合については「5. 特記すべき事項」ではなく、本項に記載することが望ましい。不明の場合は、「不明」を選択されたい。また、症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も十分に留意されたい。特に精神疾患患者にあっては、可能な限り日頃の状況を把握している者に立会を求め、症状の変動についての情報にも留意されたい。

この項目は、二次判定において重要な項目になるので、特に「不安定」とした場合は、具体的な状況を詳しく必ず記入されたい。また、記入欄が不足する場合は、「(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」に記入されたい。

- ③ (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: 上記(1)に記入した「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」の経過及び投薬内容を含む治療内容について、生活機能低下と関連が深い事項について要点を簡潔に記入されたい。

高齢者においては、傷病による生活機能低下に、転倒、入院等を契機として日中の生活が不活発になったこと、外出の機会の減少、配偶者との死別や転居などを契機とする社会参加の機会の減少、家庭内での役割の喪失等の様々な要因が加わることで、さらに生活機能が低下することが考えられる。これら更なる生活機能低下を引き起こしている要因があれば、具体的に記入されたい。

投薬内容については、生活機能低下の直接の原因となっている傷病以外についても、介護上特に留意すべき薬剤や相互作用の可能性のある薬剤の投薬治療を受けている場合は、この欄に記入されたい。ただ、単に投薬内容を羅列するのではなく、必ず服用しなければならない薬剤、頓服の必要な薬剤等を整理して記入されたい。

また、意識障害がある場合には、その状況についても具体的に記入されたい。第2号被保険者の場合は、特定疾病の診断の根拠を簡潔に記入されたい。

表 1

## 特定疾病の症候・所見のポイント

|    | 疾病名                                       | 症候・所見                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|----|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | がん<br>(がん末期)                              | 以下のいずれかの方法により悪性新生物であると診断され、かつ、治癒を目的とした治療に反応せず、進行性かつ治癒困難な状態(注)にあるもの。<br>① 組織診断又は細胞診により悪性新生物であることが証明されているもの<br>② 組織診断又は細胞診により悪性新生物であることが証明されていない場合は、臨床的に腫瘍性病変があり、かつ、一定の時間的間隔を置いた同一の検査(画像診査など)等で進行性の性質を示すもの。<br>注) ここでいう治癒困難な状態とは、概ね6月間程度で死が訪れると判断される場合を指す。なお、現に抗がん剤等による治療が行われている場合であっても、症状緩和等、直接治癒を目的としていない治療の場合は治癒困難な状態にあるものとする。                                                       |
| 2  | 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。                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 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  | 後縦靱帯骨化症                                   | 靱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。                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 5  | 骨折を伴う<br>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。<br>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。                                                                                                                                                                                                                                  |
| 6  | 初老期における<br>認知症(アルツハイマー病、血管性認知症、レビー小体病等)   | 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たり、同じ物を何回も買ってくるようになる。後期には、自分の名前を忘れたり、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。薬物治療で進行の遅延効果が得られる場合がある。<br>血管性認知症 … 初発症状として物忘れで始まることが多い。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。<br>レビー小体病 … 進行性の認知症。リアルな幻視体験が特徴。パーキンソン症状が先行する事もあり、薬物治療で効果が得られる場合がある。 |
| 7  | 進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病(パーキンソン病関連疾患) | 臨床的に、これら三疾患にはパーキンソン症状が共通に認められる。すなわち、筋肉のこわばり(筋固縮)、ふるえ(振戦)、動作緩慢(無動)、突進現象(姿勢反射障害)などのうちのいくつかを認めるものである。<br>① パーキンソン病は、パーキンソン症状を中心とし、薬剤などの治療効果が高いものが多い<br>② 進行性核上性麻痺は、異常な姿勢(頸部を後屈させ、顎が上がる)や、垂直方向の眼球運動障害(下方を見にくい)といった多彩な症状を示す<br>③ 大脳皮質基底核変性症は、パーキンソン症状と大脳皮質症状(手が思うように使えないなど)が同時にみられる<br>など、症状や病状の進行に差が見られる。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)                       |
| 8  | 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。                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 9  | 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。<br>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。                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 10 | 早老症(ワイルド症候群等)                             | 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・軟部組織の石灰化、性腺機能低下症、糖尿病、髄膜腫等を認める。                                                                                                                                                                                                                                                                             |



|    |                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|----|---------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 11 | 多系統萎縮症                                | 多系統萎縮症（MSA）は臨床的に、①起立性低血圧、排尿障害、発汗低下など自律神経症状、②筋肉のこわばり、ふるえ、動作緩慢、小刻み歩行などパーキンソン症状、③立位や歩行時のふらつき、呂律が回らない、字がうまく書けないなどの小脳症状、を様々な程度に組み合わせる疾患である。<br>自律神経症状が強いものを「シャイ・ドレーガー症候群」、パーキンソン症状が強いものを「線条体黒質変性症」、小脳症状が強いものを「オリブ橋小脳萎縮症」とする。MRIなど画像検査が診断に有効である。パーキンソン病や小脳萎縮症に比して、やや進行が早い傾向がある。                                                                                                                      |
| 12 | 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症              | 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。<br>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、自覚症によると手遅れになりやすい。<br>糖尿病性神経障害 … 下肢のしびれ、痛み等を認める。                                                                                                                                                                                                                                              |
| 13 | 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。<br>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。<br>注）高次脳機能障害については、言語・思考・記憶・行為・学習・注意障害等が生じ、社会生活をさまたげることが多いが、外見からは分かりにくく、注意が必要である。                                                                                                |
| 14 | 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。                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 15 | 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。<br>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。<br>気管支喘息 … 発作性の呼吸困難、喘鳴、咳（特に夜間・早朝）が、症状がない時期をはさんで反復する。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。<br>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。 |
| 16 | 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。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

（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）

#### 4. 「2. 特別な医療」

この項目は、看護・介護の手間と時間に影響を及ぼす医療であると定義されている。また、認定調査員は必ずしも医療の専門家ではないことから、認定調査員の作成した基本調査票とのダブルチェックになっており、基本調査の結果と「主治医意見書」により確認することが目的とされているので、介護認定審査会で重要視される項目の1つである。

申請者本人が過去14日間(作成日から起算した過去14日間)に受けた12項目の医療のうち、医師の指示に基づき、看護師等が行った診療補助行為(医師が行った場合を含む)について、該当する口にレ印を付ける。関節内注射など「医師でなければ行えない行為」や、処方された湿布薬を貼付するなど「家族・本人が行った行為」は含まれないので、注意されたい。

また、継続して実施されているもののみを対象とし、急性疾患への対応で一時的に実施されるものや12項目以外の医師が行った治療行為は含まれない点に留意されたい。

##### ① 処置内容

- 1)「点滴の管理」: 点滴が行われているかを評価する。点滴治療は、医師の指示・管理のもとに実施されているものであり、点滴の管理は、介護の時間、内容に影響を与える医療行為である。例えば、通院で毎日2時間かけて点滴を受けている、24時間持続点滴を受けているなど、点滴時間や回数、実施の時間帯を「5. 特記すべき事項」に記入すると参考になると思われる。
- 2)「中心静脈栄養」: 中心静脈栄養(IVH)が行われており、薬液の混入、輸液パックへの刺入、ポートの消毒等の行為において、感染予防の管理が看護師等により行われているかを評価する。
- 3)「透析」: 透析の方法、種類(通院による透析治療、在宅血液透析、在宅自己腹膜灌流)を問わず、人工透析が行われており、手技や感染予防の管理が看護師等により行われているかを評価する。
- 4)「ストーマの処置」: 人工肛門が造設されている者に対して、消毒やパックの取替え等の処置が行われており、ストーマ周辺の皮膚汚染の予防や排便コントロールの管理が看護師等により行われているかを評価する。ウロストーマ(尿管瘻)は含まない。
- 5)「酸素療法」: 呼吸器疾患の背景疾患とし、間欠的、持続的のいずれかの酸素療法が行われており、酸素吸入流量のチェックや酸素機器の取扱いなど酸素療法の管理が看護師等により行われているかを評価する。



6)「レスピレーター」:経口、経鼻、気管切開の有無や機種にかかわらず、呼吸器が使用されており、人工呼吸器の管理、呼吸回路の消毒と滅菌が看護師等により行われているかを評価する。

7)「気管切開の処置」:気管切開が行われている者に対して、カニューレの交換、開口部の消毒、ガーゼ交換、開口部からの喀痰吸引等の処置が行われているかを評価する。

8)「疼痛の看護」:疼痛の看護において想定される疼痛の範囲は、がん末期のペインコントロールに相当するひどい痛みであり、これらの病態に対し鎮痛薬の点滴、硬膜外持続注入、座薬、貼付型経皮吸収剤、注射が行われている場合とする。整形外科医の指示で、理学療法士の行う痛みのための電気治療については該当しない。また、一般的な腰痛、関節痛などの痛み止めの注射や湿布等、「さする、マッサージする、声かけを行う」等の行為、痛み止めの内服治療は該当しない。なお、薬剤の服用量とコントロール状況などは、介護に影響を与えるので、「5. 特記すべき事項」に記入されたい。

9)「経管栄養」:患者の栄養補給方法として、経管栄養が行われているかどうかを評価する。経管栄養の方法は、経口、経鼻、胃瘻など、いかなる方法であっても構わない。また、チューブが常時留置されているかも問わない。

## ② 特別な対応

1)「モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等)」:単に、訪問診療、訪問看護の際に血圧、心拍数、経皮的酸素飽和度を測定する場合、申請者本人や家族が自宅で血圧計などによって測定する場合は含まれない。モニター測定は、24時間以上にわたってモニターを付けた状態で、継続して行われた場合と規定されている。在宅では、24時間連続血圧測定、ホルター心電図、24時間経皮的酸素飽和度測定などを、基礎疾患の病状把握のため実施する必要がある場合は、過去14日間以内に行った医療として記入してもよいことになっている。

2)「褥瘡の処置」:医師が褥瘡と診断した場合に、介護の内容において、褥瘡の処置や予防対策が必要となるため、どのような対応であってもチェックすることが必要である。

## ③ 失禁への対応

1)「カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル等)」:尿失禁用器材としてコンドームカテーテル、留置カテーテル、間歇導尿のいずれかが行われており、その管理が看護師等により行われているかを評価する項目である。

## 5. 「3. 心身の状態に関する意見」

- ① **〔1)日常生活の自立度等について〕**:現状から考えられる障害高齢者の日常生活自立度および認知症高齢者の日常生活自立度について、34～36頁の「判定基準・早見表」[表2・3・4]を参考にして、該当する□にレ印を付ける。

遷延性の意識障害等で、認知症高齢者の日常生活自立度が判断不能である場合は、□MIにレ印をつけ、「1. (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」の欄に具体的な内容を記入されたい。

- ② **〔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)〕**:認知症の症状は、記憶障害や見当識障害、抽象思考や状況判断能力の低下などの中核症状と、後に述べる周辺症状および行動面の障害にわけて理解するのが一般的である。認知症の中核症状の有無について、次に記載されている判定基準に基づき、該当する□にレ印を付ける。なお、その他の疾患で同様の状態が認められる場合も、該当する□にレ印を付ける。

なお、この3項目は、一次判定に反映されるので、必ず記入されたい。

- 1)短期記憶⇒新しい出来事を覚えられなくなり、つい先ほどのこともすぐに忘れてしまうことを、短期記憶障害という。我々も例えば、「夕食は何を食べたかな」と食べたものの一部を思い出せないことがあるが、認知症の物忘れの特徴は、「何を食べたか」ではなく、夕食を食べたこと自体を忘れてしまう、エピソード記憶の障害である。

診察室では、37頁の長谷川式簡易知能評価スケール[表5]の3つの言葉を覚えて貰う項目や身近にあるものを3つ見せて、数分後に思い出せるかどうかを質問してみるなどの方法があるが、付き添ってきた家族から、できるかぎり日常の様子を聞くことが必要である。記憶に問題がない場合には「□問題なし」に、覚えていないような場合には「□問題あり」にレ印を付ける。

- 2)日常の意思決定を行うための認知能力⇒診察室での観察だけでなく、家族からの情報を聞き出すなど、できる限り日常の生活の様子を知る必要がある。「主治医意見書」を書く時に電話で家族に聞くのも方法である。

この項目での記入がないと介護の手間が分からず、要介護度の判定に支障をきたすことがある。次の各選択項目の状態例にあてはめ、該当する□にレ印を付ける。

|        |                                                     |
|--------|-----------------------------------------------------|
| 自立     | 日常生活において首尾一貫した判断ができる。毎日すべきことに予定を立てたり、状況を判断できる。      |
| いくらか困難 | 日々繰り返される日課については判断できるが、新しい課題や状況に直面した時にのみ判断に多少の困難がある。 |
| 見守りが必要 | 判断力が低下し、毎日の日課をこなすためにも合図や見守りが必要。                     |
| 判断できない | ほとんどまたは全く判断しないか、判断する能力が著しく低い。                       |

- 3)自分の意思の伝達能力⇒申請者本人が要求や意思、緊急の問題等を表現したり伝えたりする能力を評価する。会話に限らず、筆談や手話その他の表現であっても構わない。次の各選択項目の状態例にあてはめ、該当する口にレ印を付ける。

|            |                                                                           |
|------------|---------------------------------------------------------------------------|
| 伝えられる      | 自分の考えを容易に表現し、相手に理解させることができる。                                              |
| いくらか困難     | 適当な言葉を選んだり、考えをまとめるのに多少の困難があるため、対応に時間がかかる。自分の意思を理解させるのに、多少、相手の促しを要することもある。 |
| 具体的要求に限られる | 時々自分の意思を伝えられるが、基本的な要求(飲食、睡眠、排泄等)に限られる。                                    |
| 伝えられない     | ほとんど伝えられない、または、限られた者にのみ理解できるサイン(本人固有の音声あるいはジェスチャー)でしか自分の要求を伝えられない。        |

- ③ **〔3〕認知症の行動・心理症状(BPSD)**: 行動・心理症状(BPSD)とは、認知症の主な症状である記憶障害等の進展と関連しながら、身体的要因や環境要因等が関わって現れる、抑うつ・興奮・徘徊・妄想などの症状のことをいう。以下、認知症の行動・心理症状(BPSD)の主なものを説明する。

なお、その他の疾患で同様の状態が認められる場合も、該当する口にレ印を付ける。

- 1)「幻覚」は誰もいないのに声が聞こえる「幻聴」や、いないはずの人が見える「幻視」がある。「妄想」は自分の周りの誰かが自分に危害を加えるといった被害的なものが多く、その中でも、認知症に伴う妄想で最も多いのが物盗られ妄想であるが、自分が財布や物をしまったことを忘れる中核症状に引き続いて生じる。自分を失っていく不安や自信の欠如、猜疑心などによる二次的な妄想反応と考えることができる。このような妄想は、申請者本人の近くにいて最も献身的に介護してくれる介護者、家族にこそ向けられることが多い。一方で、時々しか申請者本人を訪問しない親戚などに会うと、不思議なほど妄想が出ないのが特徴である。
- 2)重度になると認知症の行動・心理症状は激しさが少なくなるが、日々の睡眠覚醒のリズムの乱れなどに留意する必要がある。認知症の介護を著しく困難にする行動障害はたくさんあるが、初期の行動障害としては不安や焦燥感から、落ち着かずそわそわした行動が見られる。中等度に表面化しやすく、家族が特に困るのは「徘徊」と「興奮・暴力」である。「徘徊」には主に家庭内をうろうろする場合と、家庭外で迷子になる場合がある。「徘徊」は不安や焦り、苛立ちなどの不快な心理状態のときに強まる傾向があるので、介護者の上手な対応で和らぐことがある。家庭外での「徘徊」は、場所がわからなくなってくる認知症の中期から出現してくる。「興奮・暴力」行為は、元来、短期で怒りっぽい傾向のあった人が、脳血管性認知症による性格変化のために興奮しやすくなり(感情易変)、些細なことで立腹し、物を投げつけたり暴言を吐いたりするなど、行動変化として現れてく

ることがある。アルツハイマー型認知症や前頭側頭型認知症などでも抑制を欠いた人格変化のために、興奮しやすく暴力的になることがある。

3)その他の認知症の行動・心理症状としては中期から末期にかけて、便をもてあそぶ「弄便」、食べ物でないものを口に入れる「異食」などが見られることがある。

4)申請者本人に認められる認知症の行動・心理症状の有無について、該当する口にレ印を付ける。有の場合は、次の定義を参考にして、該当する口にレ印を付ける。複数の状態が認められる場合は、該当する口のすべてにレ印を付ける。その他に該当する場合には、認められる具体的な状態について( )内に記入されたい。なお、その他の疾患で同様の状態が認められる場合も、該当する口にレ印を付ける。

|        |                                                                                           |
|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| 幻視・幻聴  | 幻視とは、視覚に関する幻覚。外界に実在しないのに、物体、動物、人の顔や姿等が見えること。幻聴とは、聴覚領域の幻覚の一種。実際には何も聞こえないのに、音や声が聞こえたと感じるもの。 |
| 妄想     | 病的状態から生じた判断の誤りで、実際にはあり得ない不合理な内容を、正常を超えた訂正不能な主観的確信をもって信じていること。これに対し、訂正可能である場合は錯覚という。       |
| 昼夜逆転   | 夜間不眠の状態が何日間か続いたり、明らかに昼夜が逆転し、日常生活に支障が生じている状態。                                              |
| 暴言     | 発語的暴力をいう。                                                                                 |
| 暴行     | 物理的暴力をいう。                                                                                 |
| 介護への抵抗 | 介護者の助言や介護に抵抗し、介護に支障がある状態。単に助言に従わない場合は含まない。                                                |
| 徘徊     | 客観的には、目的も当てもなく歩き回る状態。認知症だけでなく心因性の葛藤からの逃避的行為やその他急性精神病等でもみられる。                              |
| 火の不始末  | たばこの火、ガスコンロ等あらゆる火の始末や火元の管理ができない状態。                                                        |
| 不潔行為   | 排泄物を弄んだり撒き散らす場合等をいう。体が清潔でないことは含まれない。                                                      |
| 異食行動   | 食欲異常の一種。正常では忌避するような物体、味に対して特に異常な食欲や嗜好を示すこと。                                               |
| 性的逸脱行為 | 周囲が迷惑している行為と判断される性的な逸脱行動。                                                                 |



(参考) 外来時の対応(厚生労働省「認知症サポート医養成研修・診断編」資料より抜粋・編集)

**【初診時】**

● **本人が一人で受診した場合**

・もの忘れの訴えをむやみに否定しないで相談にのり、状況に応じて精査するか、専門医に紹介する。

● **家族と一緒に受診した場合**

・本人が受診について納得している場合は、通常の手順で診察する。  
・本人が十分納得していない場合は、まず、本人とゆっくり話して気持ちを聴き、診察の同意を得てから診察する。

**【通院中】**

● **かかりつけ医が本人の様子で気づいた場合**

・家族などから情報を集めて、本人の了解を得た上で精査するか、専門医に紹介する。

- ④ (4)その他の精神・神経症状: 認知症以外の精神・神経症状があれば、「□有」にレ印を付け、その症状名を記入されたい。有の場合、専門医を受診している場合は「□有」にレ印を付け、( )内に受診の科名を記入されたい。

また、認知症による、夜間せん妄、視空間性失認、時間、場所、人物に関する失見当識等が見られる場合も、ここに記入されたい。症状名の参考は、次の通り。

|      |                                                                                                                                                  |
|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 失語   | 正常な言語機能をいったん獲得した後、多くは大脳半球の限定された器質的病変により、言語(口頭言語と文字言語の両方)表象の理解・表出に障害をきたした状態。                                                                      |
| 構音障害 | 俗に“ろれつが回らない”という状態。構音器官(咽頭、軟口蓋、舌、口唇等)の麻痺による麻痺性構音障害と、筋相互の間の協調運動障害による協調運動障害性構音障害とがある。後者は運動失調によるものと、錐体外路性運動障害によるものがある。                               |
| せん妄  | 意識変容の一つ。軽度ないし中等度の意識混濁に妄想、錯覚、偽幻覚、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(夜間せん妄)。                                                                           |
| 傾眠傾向 | 意識の清明性の障害。意識混濁は軽度で、反復して強い刺激を与えればやや覚醒状態に回復するが、放置すればただちに入眠してしまうような状態。                                                                              |
| 失見当識 | 見当識の機能が失われた状態。多くの場合、意識障害がある際にみられる(意識障害性)ため、意識障害の有無をみる必要がある。その他、認知症等で記銘力障害のある場合(健忘性)、妄想によって周囲を正しく判断していない場合(妄想性)等にも認められる。                          |
| 失認   | 局在性の大脳病変によって起こる後天性の知覚と認知の障害で、ある感覚を介する対象認知が障害されているが、その感覚自体の異常、また、知能低下、意識障害等に原因するとはえず、また他の感覚を介すれば対象を正しく認知できるもの。視覚失認および視空間失認、聴覚失認、触覚失認、身体失認等に大別される。 |
| 失行   | 随意的、合目的、象徴的な熟練を要する運動行為を行うことができない状態で、麻痺、運動失調等の要素的運動障害、また失語、失認、精神症状等で説明できないもの。局在性の大脳病変で起こる後天性の行為障害。                                                |

#### ⑤ (5)身体の状態

1)麻痺、拘縮、褥瘡などの部位と程度は、次の定義も参考にして、正確に記入し、介護の時間や生活機能を評価する観点から、部位の記入が必要なものについては具体的に記入されたい。また、左右のチェックの付け間違いに注意し、記入後はよく点検し、麻痺、筋力低下などを引き起こした疾患名、或いは診断理由が抜けていないか確認されたい。

例)褥瘡自体の程度は軽いが、自ら体位変換が行えず、また、体重が重いので、介護の程度としては「重度」と判断。

|       |                                  |
|-------|----------------------------------|
| 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。 |
| 筋力の低下 | 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   | 関節及び皮膚、筋肉等の関節構成体以外の軟部組織の変化によって生じ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      | 運動の円滑な遂行には多くの筋肉の協調が必要であるが、その協調が失われた状態。個々の筋肉の力は正常でありながら運動が稚拙であることが特徴である。 |
| 不随意運動   | 意志や反射によらずに出現する、目的に添わない運動。多くは錐体外路系の病変によって生じる。                            |
| 褥瘡      | 廃用症候群の代表的な症状。持続的圧迫およびずれ応力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。                                           |

2)利き腕⇒利き腕について、該当する方の口にレ印を付ける(利き腕側に麻痺があるか否かで介護の手間は大きく変わるので、必ず記入するようにされたい)。

3)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ので、可能な限り実測して記入されたい。寝たきり等で測定不能の場合には、おおよその数値で構わない。また、体重の変化は、栄養状態把握の目安となるので、より適切な評価ができるよう、過去6ヶ月程度における体重の変化について、3%程度の増減を目途に該当する口にレ印を付ける。

4)四肢欠損⇒欠損部位の左右等を間違えないよう正確に記入されたい。

5)麻痺⇒介護の手間や生活機能を適切に評価できるよう、該当する部位があれば口にレ印を付ける。麻痺の程度については、麻痺の状態が介護にどの程度影響するかという観点から判断されたい。例えば、上肢の場合、麻痺があっても自分で日常的に更衣ができる程度ならば軽、更衣に一部介助が必要ならば中、全面介助ないし介助しても更衣が困難ならば重、などと判断されたい。手指、下肢機能についても同様である。

なお、麻痺については、認定調査においても、同様の項目があるが、認定調査員は必ずしも医療の専門家ではないことから、定められた確認動作が行えるかの判断をしている。従って、「主治医意見書」では、より高度に医学的観点からの麻痺の有無について、記入されたい。

6)筋力の低下⇒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をいう。程度については、麻痺と同様に介護の必要度という観点から判断されたい。

なお、「徒手筋力検査」(manual muscle testing : MMT)は、次の通り。

|   |                                       |
|---|---------------------------------------|
| 5 | 強い抵抗を加えても、なお重力に打ち勝って全可動域を完全に動く。       |
| 4 | いづらか抵抗を加えても、なお重力に打ち勝って全可動域を完全に動く。     |
| 3 | 抵抗を与えなければ、重力に打ち勝って全可動域を完全に動く。         |
| 2 | 重力を除けば全可動域を完全に動く。                     |
| 1 | 関節は動かないが、筋膜、腱の視診、触診によって筋の収縮は軽度に認められる。 |
| 0 | 筋の収縮はまったく認められない。                      |

7)関節の拘縮⇒拘縮とは、皮膚、筋肉などの関節構成体以外の軟部組織の変化によっておこる、関節可動域が制限された状態である。但し、パーキンソン病の筋固縮(筋強剛)はその程度を記載する箇所が無いので、関節の拘縮のところにチェックを入れて、欄外に固縮と記載されたい。

8)失調・不随意運動⇒小脳失調やパーキンソン病等の失調や不随意運動を引き起こす原因となる病名の記入を忘れないこと。

9)褥瘡⇒部位を正確に記入されたい。程度は褥瘡に対する処置や、体位変換等によってどの程度介護の手間がかかるかによって判断されたい。

10)その他の皮膚疾患⇒褥瘡以外で処置が必要であったり、身体介助や入浴等に支障のある皮膚疾患があれば、その部位と程度を記入されたい。程度はあくまで介護の手間という観点から判断されたい。



表 2

## 障害高齢者の日常生活自立度〔寝たきり度〕の判定基準（早見表）

## ① 判定基準

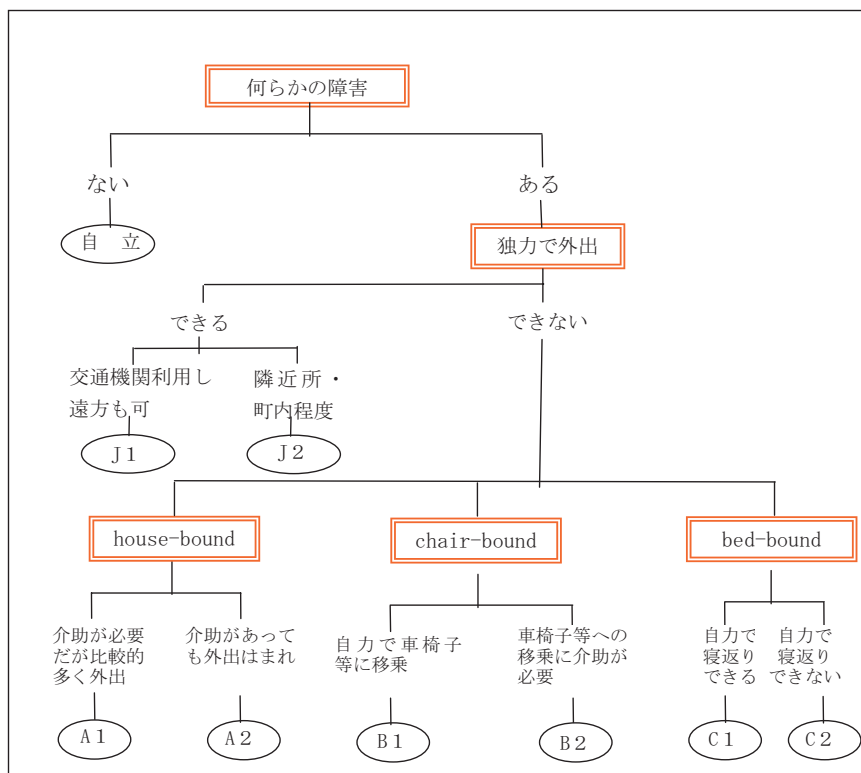
|       |   |                                                                                                     |
|-------|---|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 生活自立  | J | 何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する。<br>1：交通機関等を利用して外出する。<br>2：隣近所へなら外出する。                            |
| 準寝たきり | 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。<br>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。<br>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  | B | 屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッドでの生活が主体であるが、座位を保つ。<br>1：車いすに移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う。<br>2：介助により車いすに移乗する。        |
|       | 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。<br>1：自力で寝返りをうつ。<br>2：自力では寝返りもうてない。                                 |

(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)

## ② ポイント

- ・ 原則として、移動に関わる状態像に着目し、あわせて排泄、食事、着替に着目して判定してください。
- ・ 能力があるにもかかわらず行っていない状況にあるときは、能力に応じて判定してください。
- ・ 補装具、車いす等を使用している場合は、使用している状態で判定してください。
- ・ 認知症により指示を理解できないため、移動や食事を行うことができない場合であっても、身体の状態のみに着目して判定してください。

## ③ 判定の流れ



「house-bound」：外出するときは介助を要するが、普段は離床している状態

「chair-bound」：一日の大半をベッド上で過ごし、食事、排泄、着替のいずれかにおいて部分的に介助を要する状態

「bed-bound」：一日中ベッドで過ごし、食事、排泄、着替のすべてに介助が必要な状態

(「平成 18 年 2 月 財団法人日本公衆衛生協会 主治医意見書マニュアル」より引用)

表3 「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」

| ランク   | 判定基準                                                 | 見られる症状・行動の例                                                                           | 判断にあたっての留意事項                                                                                                                                                          |
|-------|------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| I     | 何らかの認知症を有するが、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。                                                                                                               |
| 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、日中の居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。                                                                                             |
| II a  | 家庭外で上記IIの状態が見られる。                                    | たびたび道に迷うとか、買い物や事務、金銭管理などそれまでできたことにミスが目立つ等                                             |                                                                                                                                                                       |
| II b  | 家庭内でも上記IIの状態が見られる。                                   | 服薬管理ができない、電話の応対や訪問者との対応などひとり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症状・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。                                        |
| III a | 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<br>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 | 在宅生活が基本であるが、一人暮らしは困難であるので、夜間の利用も含めた居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。                                                                                           |
| 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居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     | 著しい精神症状や周辺症状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と制定されていた高齢者が、精神病院や認知症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。                                                        |

表 4

認知症高齢者の日常生活自立度の判定基準（早見表）

① 判定基準

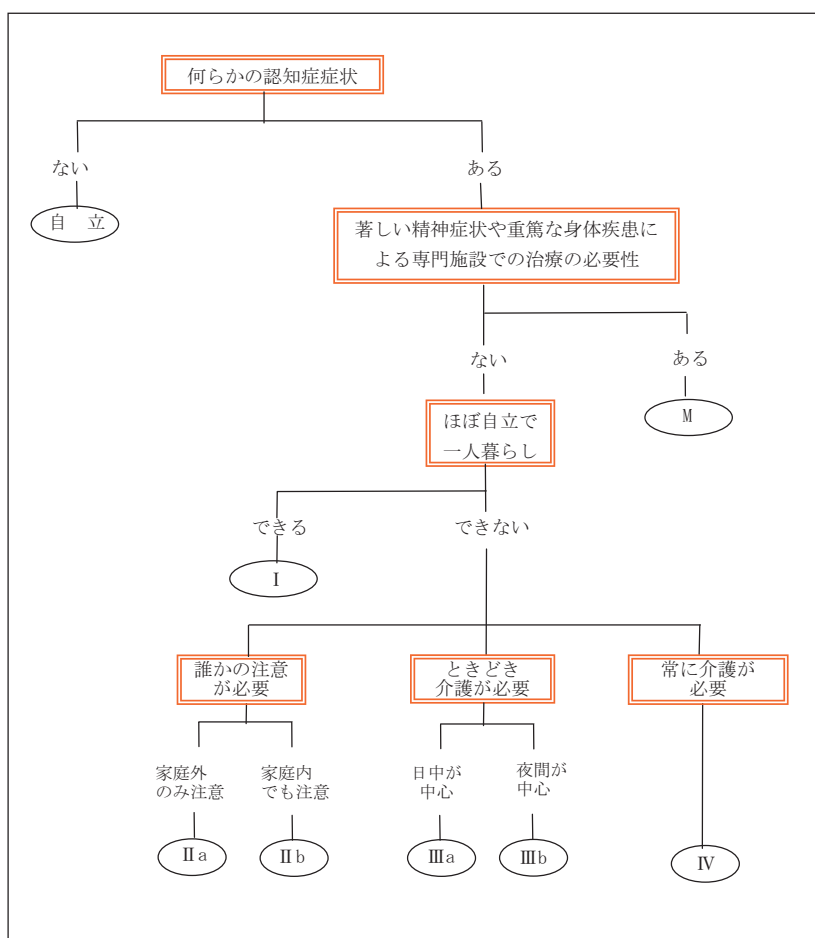
|     |                                                                                                     |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| I   | 何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。                                                                |
| 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。<br>a：家庭外で上記IIの状態が見られる。<br>b：家庭内でも上記IIの状態が見られる。 |
| 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。<br>a：日中を中心として上記IIIの状態が見られる。<br>b：夜間を中心として上記IIIの状態が見られる。   |
| 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。                                                      |
| M   | 著しい精神症状や周辺症状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。                                                             |

（平成18年4月3日 老発第0403003号 厚生省老人保健福祉局長通知を改訂）

② ポイント

- ・ 原則として、移動に関わる状態像に着目し、あわせて排泄、食事、着替に着目して判定してください。
- ・ 能力があるにもかかわらず行っていない状況にあるときは、能力に応じて判定してください。
- ・ 補装具、車いす等を使用している場合は、使用している状態で判定してください。
- ・ 認知症により指示を理解できないため、移動や食事を行うことができない場合であっても、身体の状態のみに着目して判定してください。

③ 判定の流れ



（「平成18年2月 財団法人日本公衆衛生協会 主治医意見書マニュアル」より引用）



表5 「長谷川式簡易知能評価スケール(HDS-R)」 20点以下を認知症

|   |                                                                                                                          |         |                                  |
|---|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|----------------------------------|
| 1 | お歳はいくつですか？（2年までの誤差は正解）                                                                                                   |         |                                  |
| 2 | 今日は何年の何月何日ですか？何曜日ですか？<br>（年、月、日、曜日が正解でそれぞれ1点ずつ）                                                                          | 年       | 0 1                              |
|   |                                                                                                                          | 月       | 0 1                              |
|   |                                                                                                                          | 日       | 0 1                              |
|   |                                                                                                                          | 曜日      | 0 1                              |
| 3 | 私たちが今いるところはどこですか？<br>（自発的にできれば2点<br>5秒おいて、家ですか？ 病院ですか？ 施設ですか？<br>の中から正しい選択をすれば1点                                         |         | 0 1 2                            |
| 4 | これから言う3つの言葉を言ってみて下さい。あとでまた聞きますのでよく覚えておいてください。<br>（以下の系列のいずれか1つで、採用した系列に○印をつけておく）<br>1：a) 桜 b) 猫 c) 電車 2：a) 梅 b) 犬 c) 自転車 |         | 0 1                              |
|   |                                                                                                                          |         | 0 1                              |
|   |                                                                                                                          |         | 0 1                              |
| 5 | 100から7を順番に引いてください。<br>（100引く7は？ それからまた7を引くと？ と質問する。最初の答えが不正解の場合は打ち切る）                                                    | (93)    | 0 1                              |
|   |                                                                                                                          | (86)    | 0 1                              |
| 6 | 私がこれから言う数字を逆から言ってみて下さい。<br>（6-8-2, 3-5-2-9を逆に言ってもらう。3桁逆唱に失敗したら打ち切る）                                                      | 2-8-6   | 0 1                              |
|   |                                                                                                                          | 9-2-5-3 | 0 1                              |
| 7 | 先ほど覚えてもらった言葉をもう一度言ってみて下さい。<br>（自発的に回答があれば各2点。もし回答がない場合以下のヒントを与え、正解であれば1点） a) 植物 b) 動物 c) 乗り物                             |         | a: 0 1 2<br>b: 0 1 2<br>c: 0 1 2 |
| 8 | これから5つの品物を見せます。それを隠しますので何があったか言ってみて下さい。（時計、鍵、タバコ、ペン、硬貨など必ず相互に無関係なもの）                                                     |         | 0 1 2<br>3 4 5                   |
| 9 | 知っている野菜の名前をできるだけ多く言ってみて下さい。（答えた野菜の名前を右欄に記入する。途中で詰まり、約10秒間待っても出ない場合にはそこで打ち切る） 0～5＝0点、6＝1点、7＝2点、8＝3点、9＝4点、10＝5点            |         | 0 1 2<br>3 4 5                   |



## 6. 「4. 生活機能とサービスに関する意見」

### ① (1) 移動

1) 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、該当する口にレ印を付ける。

|                |                                                                                   |
|----------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| 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。外出するように促しが必要でも、屋外では一人で歩いている場合も含む。          |
| 介護があれば<br>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。 |

2) 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、該当する口にレ印を付ける。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。                           |

3) 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付ける。屋内、屋外両方で使用している場合は、両方の口にレ印を付ける。

どちらか一方だけの使用の場合も含むが、義足(切断の時に用いる)の使用は含めない。

|         |                                                    |
|---------|----------------------------------------------------|
| 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。 |

|       |                                                                |
|-------|----------------------------------------------------------------|
| 室内で使用 | 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。 |
|-------|----------------------------------------------------------------|

- ② **〔2〕栄養・食生活**: 高齢者に多くみられる栄養問題は、慢性的なエネルギー、たんぱく質の補給不足、或いは疾患によってエネルギー、たんぱく質の欠乏した状態(以下「低栄養」という)である。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、褥瘡などの誘発にかかわる。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(「低栄養」)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、具体的な内容を記入されたい。

1)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、該当する口にレ印を付ける。この項目は、一次判定に反映されるので、必ず記入されたい。

|                  |                                           |
|------------------|-------------------------------------------|
| 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。                         |

2)現在の栄養状態⇒現在の栄養状態を評価する。以下の各選択項目の状態にあてはめ、該当する口にレ印を付ける。また、医学的観点から、改善に向けた留意点について、( )内に記入されたい。

|    |                                                                                                                                                                                                             |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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 <sup>2</sup> (m <sup>2</sup> ))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。<br>上記指標が入手できない場合には、食事行為、食事摂取量、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 <sup>2</sup> (m <sup>2</sup> ))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。<br>上記指標が入手できない場合には、食事行為、食事摂取量、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と判断される状態。     |

- ③ **〔3〕現在あるかまたは今後発生の可能性が高い状態とその処の方針**: 日常の申請者本人の状態を勘案して、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が高い状態があれば、該当する口にレ印を付ける。また、具体的な状態とその際の処の方針(緊急時の対応を含む)について、次に基づき要点を記入されたい。

- 介護の手間や介護に要する時間に影響のある代表的な状態とその対処方針を記入。
- ケアマネジャーは、「主治医意見書」の内容から現在及び今後発生する可能性が高い状態を想定して介護サービス計画(ケアプラン)を作成する。「主治医意見書」が要介護度の審査判定だけでなく、「主治医」とケアマネジャーとの連携に重要な役割を持つことを認識して記入することが必要。
- 必要なサービス量を判定する目安にもなることを留意されたい。
- 尿失禁に関しては、「おむつに係る費用の医療費控除」を受ける際の証明書に活用されるので、現時点で尿失禁が起きている場合と発生の可能性が高い場合に□にレ印を付ける。

- ④ **〔4〕サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し**:ここでは、現在の状態から、概ね3ヶ月から6ヶ月間、申請者本人が介護保険によるサービス(予防給付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、記入することになっている。

傷病の症状としての見通しではなく、社会性の維持・改善の視点から判断されたい。即ち、サービスを利用した場合の「生きる」ことの3つのレベル(生命・生活・人生)を示す「心身機能・構造」、「活動」、「参加」(下記)などが包括された生活機能の維持・改善の見通しについて、該当する□にレ印を入れる。なお、何か見解等がある場合は、「5. 特記すべき事項」に注記されたい。

- 「心身機能・構造」とは、体や心の働きと体の部分。
- 「活動」とは、歩くことや身の回りの動作や家事などの生活行為。
- 「参加」とは、家庭生活や社会の中で役割を果たすこと。

- ⑤ **〔5〕医学的管理の必要性**:ここに挙げられている項目は、全て「主治医」の指示の下で行われる介護サービスであることに注意されたい。医学的観点から、申請者本人が利用する必要があると思わ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□にレ印を付け、必要性の高いものには、下線を引かれたい。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。特記すべき項目がない場合は、「特記すべき項目なし」の□にレ印をつける。また、いずれかの項目にチェックをした場合は、その理由を「5. 特記すべき事項」に記入されたい。例として「認知症があり、ひとりにしておくともしないので、認知症対応型デイケアが必要である」。

「訪問歯科診療」及び「訪問歯科衛生指導」については、口腔内の状態像(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□にレ印を付ける。

この項目の記入は、本欄各種サービスについての指示書に代わるものではないので、注意されたい。

|      |                                            |
|------|--------------------------------------------|
| 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。<br>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。                                      |
| 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、介護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。                 |
| 老人保健施設      | 施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をすることにより、入所者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにするとともに、その者の居宅における生活への復帰を目指すものをいう。 |
| 介護医療院       | 要介護者であって、主として長期にわたり療養が必要である者に対し、施設サービス計画に基づいて、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行う。                                 |
| 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、また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。                                                           |

- ⑥ 〔(6)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、該当するものの口にレ印を付け、( )内に具体的な留意事項を記入されたい。特に、介護サービスが、医療職のいない状況で提供される場合が多いことを考慮し、不安感を助長させないよう、医学的かつ適切な助言が必要である。また、血圧・嚥下等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されたい。特記すべき留意事項がない場合は、「特記すべき項目なし」の口にレ印をつける。



- 1) 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、具体的に記入されたい。  
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されたい。
- 2) 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、具体的に記入されたい。
- 3) 摂食⇒摂食について、サービス提供時の留意事項があれば、具体的に記入されたい。
- 4) 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、具体的に記入されたい。
- 5) 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、具体的に記入されたい。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されたい。
- 6) その他⇒その他、医学的観点からの留意事項があれば、( )内に具体的に記入されたい。
- ⑦ **〔7〕感染症の有無**: 介護現場における、二次感染を防ぐ観点から、日常の診療から知り得た感染症に関する情報について、該当する口にレ印を付ける。有の場合には、具体的な症病名・症状等を( )内に記入されたい。また、既往歴がある場合や、入院・入所時にスクリーニングの必要がある場合は、その旨も具体的に記入されたい。但し、この項目によって新たな検査を求めるものではない。

## 7. 「5. 特記すべき事項」

### ① はじめに

「主治医意見書」の情報を求めているのは主に、介護認定審査会委員とケアマネジャーである。介護認定審査会委員は、認定審査において「主治医意見書」の項目(「1. 傷病に関する意見」、「2. 特別な医療」、「3. 心身の状態に関する意見」、「4. 生活機能とサービスに関する意見」)の記入だけではわかりにくい場合に、その状態像を理解するために“特記すべき事項”を参考にする。また、要介護状態区分(いわゆる要介護度)に関する一次判定結果を変更する際にその根拠として利用する。一方ケアマネジャーは、介護サービス計画(ケアプラン)を作成する時に「主治医意見書」を参考にしている。「主治医意見書」を記入する場合には、介護認定審査会委員とケアマネジャーの業務に役立つことを心がけ、正確でかつ必要とされる情報を提供することが求められている。介護認定審査会においては、「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、審査判定が行われる。従って、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」は非常に重要であり、特に、「主治医意見書」の「5. 特記すべき事項」には、申請者の状態やケアにかかる手間、頻度等の具体的内容についても記入することが大切である。

なお、用語がまぎらわしいため、認定調査員が記入するのは、“特記事項”と、医師が記入するのは、“特記すべき事項”と各々区分して表現をする。

## ② 記入にあたっての留意点

介護認定審査会委員とケアマネジャーの多くは医師ではないことを念頭において、誰にでもわかる表現で簡潔に記入されたい。専門的医学用語、外国語や略語の使用は避け、平易な内容で、かつ読みやすい字で記入されたい。また、特別の内容がない場合は、そのことがはっきりとわかるように記入することによって、記入漏れとは区別する。

## ③ “特記すべき事項”の記入方針を表現する代表例

### 1) 特記すべきことはない。

“特記すべき事項”がないことを主張する場合に（書き忘れではないことを強調するために）使用されたい。「主治医意見書」の1～4の項目において、申請者本人の状態像や医学的サービスの必要性が十分に表現されていると考えられ、“特記すべき事項”に追加することがないと考えられる場合、そのことを明記されたい。

### 2) パーキンソン病の症状の日内変動が著しい。

介護認定審査会委員に対し情報を伝える目的が大きい。認定審査において、一次判定結果を変更するときに、“特記すべき事項”をその根拠とすることがあるので、この記入は重要である。

### 3) デイサービスの利用が望ましい。

ケアマネジャーへ伝えるための意見である。医学的管理の必要から、「主治医」が望ましいと考えるサービスや日常生活上の注意を記入されたい。介護サービス計画（ケアプラン）の作成はケアマネジャーの権限の範囲内であるが、「主治医」の意向は尊重されるので、この記入は重要である。

### 4) 介護認定の結果や介護サービス計画作成事業者（ケアマネジャー）の情報を頂きたい。

連絡事項として、保険者に対して認定結果や介護サービス計画作成事業者（ケアマネジャー）の情報等を希望する場合は、その旨を記入されたい。

### 5) その他（情報提供書や障害者申請診断書の写しの添付例）

「主治医意見書」の「5. 特記すべき事項」にその旨注意書きが記入されているが、現実にはこのような添付は少ない。他に、「紹介状兼診察報告書」や「診断書」などの添付例がある。専門医に意見を求めた場合にはその結果、内容を簡潔に記入されたい。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も構わない。なお、その場合は情報提供者の了解をとる必要がある。

- 診療情報提供書：(傷病名)気管支拡張症。(症状経過)肺機能検査、胸部CTでは、気管支拡張症は進行し、左肺はほぼ完全荒廃の状況である(以下略)。(治療方針)今後の方針としては、気管切開を視野にいれる必要がある。現在では、ほとんど独居と同じ状態で介護可能な家族との同居がなければ、老人保健施設への入所を考える必要がある。
- 診療情報提供書：(傷病名)体幹機能障害(両下肢静脈瘤・皮膚剥離)。(症状経過)身体障害5級で申請した。
- 身体障害者手帳：(傷病名)右下腿切断、左膝関節屈曲位強直。(等級者による級別)2級。
- 紹介患者来院報告書：(診断名)せん妄とレビー小体型認知症の疑い、頭部MRI、脳血流SPECTを検査し、幻視に対する薬物を考慮している。

#### ④ 代表例に基づく“特記すべき事項”の記入例

##### 1) 特記すべきことがない場合

- (1) 特記すべきことがない場合は、空欄のまま放置するのではなく、以下の例のように記入されたい。
  - (ア) 項目1～4で状態像が十分に表現されており、特に付け加えることはない。
  - (イ) 特になし。
  - (ウ) 囲みにこの記号を記入する。 ⇒ 

##### 2) 介護認定審査会委員への意見

###### (1) <追加意見>:A

- 「主治医意見書」の項目1から4における記入から予想される要介護度が、申請者本人の実際の状態像を表現するには不十分と考える時に、追加意見を記入されたい。
- (ア) 精神的に不安定な時に、不整脈が出現することがある。
  - (イ) めまいによって、不安感が増強されている。
  - (ウ) 労作時に、呼吸苦があり、今後在宅酸素療法を考慮する必要がある。

###### (2) <状態の安定性に対する意見>:B

- 「主治医意見書」の項目1から4における記載から予想される一次判定結果が、基準時間32分以上50分未満に相当する者である可能性が高いと思われ、「介護の手間」や「状態の安定性」が十分に表現できないと考えられる場合、その意見を記入されたい。
- (ア) 心不全があり入浴等により状態が急変する可能性があるため、見守りが必要であ

る。日によって症状に変動があり介助なしに歩行出来ない時もある。

(イ) 血圧が非常に高くなる(収縮期180～200mmHg)ことがある。

(ウ) ふらつきがあるため転倒の危険性があり、見守りが必要である。

(エ) 丘陵(山間)部に住んでおり、急坂の昇降をしないと通院が出来ないため、通院介助が必要である。

(3) 状態像を具体的に表現する。

＜精神的状態像＞:C

(ア) HDS-R 9点(令和○年○月○日)。中等度～重度のアルツハイマー型認知症で、身体機能が十分であるため、徘徊もあり、付き添いが日常必要となっている。

(イ) 幻視のため冷蔵庫を縛ったりする行動が見られ、服薬もよく間違い、金銭管理も人に騙されたりすることが多く、日常生活において介助と見守りが必要である。

(ウ) 最近、夫が死亡して喪失反応がみられ、抑うつ気分になっている。

＜身体的状態像＞:D

(ア) 24時間心電図(令和○年○月○日)で、1日10万拍のうち不整脈が5,000拍であった。

(イ) 階段使用時に疼痛が強く、生活動作に困難さが目立っている。入浴の際、浴槽の段差が高く入浴しづらくなっている。

(4) ＜書ききれなかった事項＞:E

状態像を表現する場合において、「主治医意見書」の項目1から4で書ききれなかった事項を記入されたい。

(ア) 麻痺は固定しており、回復の見込みはない。利き手のため代償は困難である。

(イ) 医師嫌いということで、疼痛時だけの不定期通院である。現在は痛みのため、つたい歩きをしたり、這って移動する。

(ウ) 令和○年○月にアルツハイマー型認知症と診断を受け、アリセプトの処方を受けたが、見当識障害が増悪し、コミュニケーションも取れない状態である。

(エ) 時間場所の見当識障害があり、日中臥床していることが多く、家事はほとんどできず、火の不始末も見られる。時に、息子の顔がわからなくなることもある。昼間は改善傾向にあるが、夕方になると落ち込み、不安焦燥感が強くなり、夜間の徘徊もある。家族に対して攻撃的な時があり、暴言も吐く。

(5) 項目1の「(1)診断名」において、診断名を書ききれなかった時に使用する。4種類以上の傷病に罹患している場合は、主な診断名の記入にとどめるが、必要があれば、ここに記入されたい。

(ア) 診断名4 仙骨部褥瘡(令和○年○月○日)



### 3) ケアマネジャーへの意見

- (1) 介護サービス計画(ケアプラン)作成に役立つと思われる具体的情報(医学的視点からの意見や留意点)を記入されたい。

**＜利用者の意向に関する意見＞:F**

(ア) 本人・家族ともに苦痛なく自然な形で、自宅で最期を迎えたい希望がある。

**＜精神的視点からの意見＞:G**

- (ア) 認知症により、自己表現が困難であり、接遇に注意を要する。  
(イ) 孤独感の除去に心がける必要がある。  
(ウ) 血圧が高いと、一日に何十回も血圧を測定する習慣があり、どんどん不安になり、血圧も上昇するという悪循環をきたしている。  
(エ) 糖尿病と認知症があり、目を離すといつも何かを食べているので、冷蔵庫内などの食品管理に注意することが必要である。  
(オ) 夫が亡くなったことが理解できず、「他界した」と言うと本人は、拒絶し興奮する。そのため本人の話に充分合わせるなど、会話には注意が必要である。

**＜身体的視点からの意見＞:H**

- (ア) 褥創悪化防止のため、常時、体位変換等を要する。  
(イ) 骨がもろくなっているため、介護の際には注意を要する。  
(ウ) 現在ミキサー食となっているが、誤嚥がみられ、肺炎合併に注意が必要である。  
(エ) てんかん発作がいつ起こるかわからないため、ヘッドギアの装着が望ましい。  
(オ) 右大転子部に褥瘡ができやすく、頻回の体位変換と栄養状態に対する注意が必要である。  
(カ) 浴槽は狭く段差があり、かつ本人に腰痛もあることから、入浴に際して非常な困難がある。そのため、浴室の改造など望ましい。

(2) **＜福祉用具貸与の必要性＞:I**

軽度者(要支援1・要支援2及び要介護1)の認定をうける可能性が高い申請者に対する福祉用具(電動ベッドや電動車椅子)貸与の必要性を記入されたい。

- (ア) パーキンソン病で内服加療中の「ON・OFF現象」によって、ベッドからの起き上がりができない〔特殊寝台＝電動ベッド〕  
(イ) がん末期の悪化により、今後確実に起き上がりができず、介助が必要な状態に短期間で移行する事が見込まれる。〔特殊寝台＝電動ベッド〕  
(ウ) 日によって、手すりを持っても起き上がりができず、介助が必要な状態の時がある。〔特殊寝台＝電動ベッド〕  
(エ) 重度の関節リウマチによる関節のこわばりが朝方に強くなるため、畳からポータブルトイレへの移乗に全介助を要する状態となる。〔移動用リフト〕

(オ)変形性腰痛症や膝関節症があり、下肢筋力が低下し、徐々に歩行障害が強くなっているため、適切な補助器具の使用が必要である。〔電動車椅子〕

(カ)歩行者歩行は可能でも、長距離の移動は、車椅子が必要である。〔車椅子〕

(3)項目4の「(5)医学的管理の必要性」において、いずれかの項目をチェックした場合など、施設入所やショートステイ・デイサービスなどの利用が適切であるとの意見を記入されたい。

**<入所サービス> :J**

(ア)施設選択(優先度)＝第1:特別養護老人ホーム 第2:介護老人保健施設。

(イ)施設入所を勧める。心不全があり、体動時に呼吸困難が強くなり、急変する可能性があるため、介護者の注意深い観察が必要である。

(ウ)専門的な施設において、認知症、視力障害、聴力障害の各々に対応した入所による治療的サービスが必要である。

(エ)施設入所を勧めるが、自宅での生活を強く望んでいる。

**<通所サービス> :K**

(ア)介護がないと通院を含めた外出が困難であり、自立した日常生活を営めるようデイケアが必要である。

(イ)日中独居であり、今後状態が悪くなれば訪問介護やデイサービスの利用が必要になると思われる。

(ウ)今後は、体力の回復や痛みに応じたりハビリテーションが必要であり、かつ生活支援や住宅改造も必要となってくる。

(エ)便失禁、尿失禁があり、なれない家事で夫の負担は大きく、親族のサポートも得られない中で、夫婦二人暮らしでの介護は困難であり、デイサービスやショートステイ等の利用が適宜必要である。

(オ)閉じこもりや意欲低下に対して、デイサービスなどを勧めるが、本人が頑なに聞き入れない。

**<在宅サービス> :L**

(ア)認知症の悪化のため家族が疲弊しており、訪問介護、訪問看護、デイサービスの利用回数を増やす必要がある。

(イ)日常的に横臥していることが多く、筋力低下が続いているため、拘縮予防のために適度なリハビリテーションが必要である。

(ウ)胃がん末期で腹水があり、腹水処置には時間がかかると思われるため、訪問看護を多めに計画されたい。

**<見守り等> :M**

(ア)精神的不安時に、発作性頻脈が出現するおそれがあるので、すぐに家族に連絡を取れる体制にする必要がある。ふらつき、眩暈があり、家事は何とか可能であるが、一人での外出は転倒のおそれがあり、付き添いが必要である。

(イ)室内での独歩移動、体位変換が困難である。現在、高齢の夫が中心となり、身辺介護、歩行介助を行っているが、今後は家族の介護負担の軽減をお願いしたい。

(ウ)見守り等家族の介護疲れが心配である。

#### 4)連絡事項

(1)保険者に対して認定結果や介護サービス計画作成事業者(ケアマネジャー)の情報等を希望する場合は、その旨を記入されたい。

(ア)介護認定の結果や介護サービス計画作成事業者の情報を頂きたい。

#### (参考)

本会介護保険委員会(現介護・高齢者福祉委員会)では、上記④以外に“特記すべき事項”の記入例を更に多数集めたので、これを上記④と同じように分類してみた。次の通り。

#### ○A:(介護認定審査会委員への)追加意見

1. 膝関節痛のため、日常生活が制限されている。骨髄疾患、心疾患があり、合併症併発の可能性はある。軽度の認知症が認められる。
2. 妹が通院時の付き添いをしている。腰痛、膝痛が出てきており、血圧コントロールをしっかりとすることが必要である。平成19年3月3日に喀血で、A病院に入院し、間質性肺炎と診断される。3月19日には退院した。
3. C型慢性肝炎、肝硬変から肝癌になり、ターミナルステージである。吐血、下血で緊急入院が今年5回もあった。低血糖発作でも、1回入院した(肝性昏睡と見分けが付きにくい)。極力安静をとることが大切である。家事援助をお願いしたい。
4. 頻尿、便秘、鬱症状、仮面様顔貌、書字障害、小股歩行、震せん、膝関節痛があり、通院以外は外出しない、もっと散歩に出てほしいと思う。
5. パーキンソン病があり、角を曲がる際には一旦停止をし、方向転換をする。

#### ○B:(介護認定審査会委員への)状態の安定性に対する意見

1. 心不全があり、体動時に呼吸困難が強くなり、急変する可能性がある。病状が変化しやすく、介護者の注意深い観察が要求される。強心剤を服用しているため、用量を誤ると危険な状態となるので、定期的な見守りが必要である。

#### ○C:(介護認定審査会委員への)精神的状態像(の通知)

1. 聴力障害があり、補聴器を使って大声なら聞けるが、電話は途中でわからなくなる。意思の疎通がとり難い。物忘れもひどく、鍋、やかんを焦がしたことが数回あり、火の始末、管理に不安がある。また、薬剤の服用を度々忘れ、服薬確認も必要である。

2. 長谷川式簡易知能評価スケール(HDS-R)=9点(平成18年4月)。中等度～重度のアルツハイマー型認知症患者で、身体能力には大きな支障は認めない。認知症に伴う周辺症状は、さほど強く現れていないが、徘徊などもあり、付き添いが日常必要となっている。認知機能の低下を、話す人の態度や言葉使いを敏感に察知することで補おうとすることが多いので、接遇する際の言動には注意が必要である。今後は症状の進行、増悪が予想されるので、それに伴い介護判定の見直しも適宜必要となる。
3. もの盗られなど被害妄想が強く、ハサミや刃物、包丁等をもって、玄関や入り口に立ったりすることが多い。精神症状を抑えるために、強力精神安定剤(メジャー)を投与している。

OD:(介護認定審査会委員への)身体的状態像(の通知)

1. 永久ペースメーカーを埋め込み、心臓身障等級は1級である。全身状態は、投薬によりほぼ良好である。ただ、心機能としてはBNPも99と高値で、ペースメーカー不良は即座に心不全に繋がるほか、過度の動作も心不全を引き起こす可能性がある。
2. 右大腿骨人工骨頭置換術後であり、右下肢の筋力低下を認める。また、脱臼しやすい傾向があるため、日常動作に制限を生じ、介助を要すると考える。また、肝硬変(C型)を背景にした肝細胞がんがあり、今後も再発の可能性が高く、徐々に全身状態の悪化なども考えられるので、入院による加療を必要とする。
3. 現在、右肘の軽度の屈曲拘縮を認めるほか、30年ほど前に右前腕を外傷し、その後の後遺症として、右1-3指に軽度の痺れがある。歩行はどうか自立であるが、寒冷等による痛みのため、歩行が困難となることもある。明らかな認知症は認めないが、腰痛、めまい症状が時々出現することがある。
4. 平成12年7月21日施設内Aで、転落事故に巻き込まれ、それ以来6年8ヶ月ずっと寝たきり。嚥下性肺炎を数ヶ月に1回位おこすため、吸入は毎日、SPO2も毎日測定し、肺炎の早期発見に努めている。平成17年に1回肺炎で入院したが、褥創は発赤位ですんでいる。
5. 排便、排尿はオムツによる。衣類の着脱は全て要介助で、食事は、どうにか好きなものだけ自分で摂ることができる。意欲は低下してきているので、生きる意欲を持たせ、少しでも食べられ、動けるようにしてあげたい。
6. 11年前の心筋梗塞の後、心室性期外収縮が多い。平成18年11月のホルター心電図で、5000/10万、2連発も多い。胸痛も、毎日数回起こる。3年前から、亀背、側湾症が出始め、腰痛が強くなっている。1年前から、押し車を使用している。
7. 平成9年3月A病院で胆道摘出、14年9月B病院で心臓バイパス手術、15年12月C病院に糖尿病で入院、16年1月C病院に糖尿病で再入院、16年4月B病院に狭心症で入院、17年10月C病院で左白内障、18年4月同院で右白内障の各手術、18年6月自転車転倒肋骨骨折により、再びC病院に入院。膝関節痛のため、歩行ができず、自転車を使うがよく転倒する。膝と腹壁ヘルニアの手術が必要である。
8. 心筋梗塞で入院治療後、下肢筋力の低下、腰背部痛、下肢の浮腫を認める。支えがなければ立ち上がれず、立ったままで着替えられない。手指の痺れがあり、ボタンがはめられず、



爪も切れない。また、つたい歩きも不安定で、少し歩くと頻脈、呼吸苦や胸痛があるため、介助なしでは外出していない。

9. 失禁のためオムツを常着している。めまいも頻発し、自宅内移動にも介助を要する。運動量減で糖尿病が改善せず(HbA1C:8.0)、食事指導も必要である。食欲はあるが、汁物の摂取で常に咳き込み、時に食道でつかえるなどの嚥下障害があり、食事には時間がかかる。

○E:(介護認定審査会委員への)書ききれなかった事項(の通知)

1. 膝痛のため、押し車を使用している。鬱病のため、閉じこもりがちになっている。
2. 慢性閉塞性肺疾患があるため、座位のほうが呼吸は楽である。
3. 自己管理不能でオムツを常着している。平成10年に前立腺がんのため、ホルモン療法等を受けたが、現在も3ヶ月毎に泌尿器科でホルモン療法を受けている。全身各所に皮疹が生じたり改善したり、また部位が転々としたりで、軟膏塗布を行っている。
4. 心不全は現在、薬でコントロールしている。不整脈はペースメーカーを埋め込んでいるにも係らず、脈拍数は40~70/minに変動するため、全身状態の観察が重要となっている。左麻痺は重度であるが、右手が使えるので、食事の自己摂取、車椅子の自己操作は可能である。高次脳機能障害として、身体失認、運動失行があり、常時注意がいる。認知症は、薬を服用し安定している。時々眠れずにナースコールを頻回に押して、簡単な用事をさせるが、不穏な言動や介護抵抗等はない。
5. 歩行器により歩行、排泄は自立している。介護への抵抗があり、「入浴は一部介助でよい」と希望するが、実際は全介助となっている。時々暴言等も認め、自発性の低下もある。簡単な内容にはうなずくが、他者とのコミュニケーションは好まない。独語以外はあまり喋らないが、意思の疎通はなんとか可能となっている。
6. 平成13年10月15日に左不全麻痺を来し、慢性硬膜下血腫と診断を受け、B病院で手術後は、麻痺はないが失語症は改善していない。日常生活には介助を要し、便失禁も見られる。
7. 洞不全症候群のため、ペースメーカーを埋め込んでいるが、良好にコントロールされている。自律神経失調の症状が時々あるので、低活動性に陥らないよう、過食を控え、軽い運動、散歩を続けるよう指導している。高血圧症、高脂血症、肥満など心血管疾患のリスクがあるため、椎骨脳低動脈循環(血流)不全の可能性も考え、アスピリンを少量投与している。
8. 月に3~4回は、突然しんどくなり頭はボーっとし、血圧が180~200mmHgに上がり、頭痛や嘔吐も出てくるので、心配している。また、副甲状腺機能亢進症のため、骨がとても脆くなっており、特に肋骨は危険であり、介護の際には注意が必要である。

○F:(ケアマネジャーへの)利用者の意向に関する意見

1. 本人は自宅で看取られたいという希望がある。ただ現在は、介護者の肉体的精神的疲労を軽減することが必要である。
2. 栄養状態の悪化とともに、更に全身状態も低下すると考えられる。本人、家族ともに苦痛なく、自然な形で、自宅において最期を迎えたい希望がある。ただ現在は、介護者の肉体的

精神的疲労を軽減することが必要である。

○G: (ケアマネジャーへの)精神的視点からの意見

1. がん末期であり、精神的に不安定で、会話の内容に注意が必要である。
2. 尿失禁後は、オムツをどこかへ隠してしまうなど羞恥心も残っており、一般に感情面での衰退は認められない。
3. 認知症の進行が考えられ、最近物忘れが目立ち約束が守れない。声をかけなければ、閉じこもりがちになり、孤独感の除去に心がける必要がある。
4. 老年性精神障害の症状は軽減しているが、これは認知症の進行によるものと考えられる。妄想様念慮が認められる。例えば、金銭の計算管理が十分できず、財布をどこに置いたかわからなくなり、「ヘルパーさんにとられた」などと言う一方で、話の辻褄合わせのための作り話がみられるようになっている。また、眼科疾患のため視力が弱くなり、日常生活に支障をきたしている。

○H: (ケアマネジャーへの)身体的視点からの意見

1. 両側の膝関節痛、下肢筋肉痛、腰痛がり、勾配のきつい階段の昇降には、注意が必要である。また、閉じこもりがちなので、注意を要する。家族の介護疲れが心配である。
2. 本来独居であるが、東京在住の長男が単身赴任で同居中。精神的不安時に、発作性頻脈が出現するおそれがあるので、すぐに連絡を取れる体制にする必要がある(次男など)。ふらつき、眩暈があり、家事は何とか可能であるが、1人での外出は転倒のおそれがあるため、付き添いが必要である。
3. 両上下肢のしびれ感、筋力低下があり、歩行は不安定で、室内ではつたい歩きであるが、屋外では介助人と杖が必要である。箸が使えないので、摂食は一部介助が必要である。尿意はあるがトイレに間に合わないので、リハビリパンツを着用している。
4. 車いす生活で何かと手間がかかり、殆んど介助が必要であり、ADLは低下している。
5. 麻痺側の筋力低下がある。また、下肢浮腫のため転倒の危険性があり、歩行時にもふらつき、見守りを要す。
6. 腰痛症のため、ベッドなどを工夫する必要がある、歩行には杖などがあつた方がよい。心機能に影響を与えない程度で筋力アップ、腰痛対策の運動等も行う必要があると思われる。
7. 膝関節痛が徐々に増強している、関節拘縮もあり、移動動作、立ち上がり、階段の使用時に疼痛が強く、生活動作に困難さが目立つようになっている。特に、家の中で入浴の際、上がり框が高く、入浴しづらくなっている。
8. 左半盲、難聴、左片麻痺があるため、外出は特に注意が必要である。
9. 左片麻痺の程度は強く、寝返りや起きあがり等も全介助の状態である。立位保持は、手すりが必要であり、転倒しやすく、自立歩行は不可能で、監視はかせない。左肩間接脱臼(亜脱臼)から来る関節の疼痛が強く、これがリハビリテーションの支障になっている。
10. 両膝の変形が著しく、階段での歩行には特に介助が必要である。

11. シャイ・ドレガー症候群による起立性低血圧があり、ベッドから起きる際には、必ず手を添えることが必要である。
12. 慢性腎不全があり、体重の変化や浮腫の出現には、注意する必要がある。
13. 糖尿病性網膜症があり、インシュリンの自己注射の目盛りが見えにくく、低血糖発作に注意が必要である。
14. 認知症が最近進行し、胃ろうチューブやバルーンカテーテルを弄んでいることが多いので、チューブが抜けていないかの確認が必要である。
15. 心房細動があり、ワーファリンを服用中であり、外傷時の止血が困難なことがあるので、外出時の転倒に注意が必要である。
16. 骨粗しょう症があり、転倒による骨折の危険性が高い。
17. 下肢の痺れがあり、家の中での活動はほぼできるが、立ったり座ったりに難があるため、風呂、トイレにも手すりが必要である。

○I: (ケアマネジャーへの)福祉用具貸与の必要性(の意見)

1. 肺気腫があり、在宅酸素療法の開始時は2L／分であったが、運動時には5L／分に増量している。しかし、それでも歩行困難であり、電気車椅子の使用が必要である。

○J: (ケアマネジャーへの)入所サービス(の必要性の意見)

1. 家族の介護疲れが顕著であり、ショートステイなど入所サービスを定期的に導入すべき。

○K: (ケアマネジャーへの)通所サービス(の必要性の意見)

1. 脳梗塞で麻痺があるが、年齢も若く、積極的に通所リハビリテーションに取り組むべき。
2. 脊柱管狭窄症および閉塞性動脈硬化症にて間歇性跛行と下肢痺れがあるため、歩行がしづかりせず、通院に手間がかかるため通院介助が必要で、これを兼ねたデイケア(通所リハビリテーション)が望ましい。
3. デイケア(通所リハビリテーション)による歩行訓練を希望している。
4. 便・尿失禁もあり、家事での夫の負担は大きく、親族の支援が得られない中、夫婦二人暮らしでの介護は困難であり、デイサービスやショートステイ等の利用が適宜必要である。
5. 疼痛は改善の傾向にあり、多発性褥瘡も治癒している。しかし、依然として室内での独歩での移動、体位変換が困難であり、継続して指導中である。現在は、夫が中心となり、身辺介護、歩行介助を行っているが、今後は本人の社会参加、家族の介護負担軽減のための通所サービスの利用をお願いしたい。
6. 杖歩行、つたい歩きで、5mは可能だが、外出には車椅子は欠かせない。亀背のため、食物通過が悪く、食欲不振になりがちである。トイレに間に合わない時があるため、常時尿漏れパットを使用している。衣服の着脱に時間がかかるようになった。入浴のために、デイサービスの利用が必要である。
7. パーキンソンの進行で歩行困難になってきており、それを少しでもくい止めるため、デイケア

(通所リハビリテーション)が必要である。また、脳萎縮による認知症の進行を止めるため、体も頭も使うことが大切である。

8. 脳梗塞と加齢による影響で、脳全般の機能低下が進行中である。明らかな認知症の症状はないが、短期記憶障害、意思疎通への障害が目立ち始めている。また、最近腰痛に伴う下肢筋力低下が目立ち、外出時に転倒の危険性が増し、遠方への外出は、1人では不可能である。ADL基本動作では、起立、移乗、歩行などには介助または見守りが必要である。早期から多様な介護サービスの利用が望まれる。
9. 妻との死別が、閉じこもりや栄養不良のきっかけになっているようである。昼間は1人で、嫁が食事を準備しているが、生活が不規則になり、意欲も乏しく、食欲もムラがあり体重は減ったままである。外出の働きかけ、意欲の醸成や下肢リハビリテーションの意味もあり、通所系の介護予防サービスが必要と思われる。
10. 現在、右膝関節の感染は鎮静化している。普段はベッドで過ごすことが多くなり、手すりにつかまって起き上がっている。夫婦2人暮らしで、介護や活動性の維持に限界があり、筋力やADLの低下が懸念される。疼痛による制約はあるが、デイケア(通所リハビリテーション)などが必要であり、今後はケアプランの見直しが必要である。
11. 妻1人のため、介助に要する負担が大きい。入院臥床が長かったため、下肢筋力低下が進行しているので、転倒に注意を要する。従って、外来通院から訪問診療に移行することが望ましい。デイケア(通所リハビリテーション)は、継続する必要がある。

#### ○L: (ケアマネジャーへの)在宅サービス(の必要性の意見)

1. 脳梗塞後の随伴症状としての浮動性めまいによって、不安感が増強されている。歩行による通院治療は不能である。閉じこもりや意欲低下に対して、デイサービス等を勧めているが、本人は聞き入れない。介護によるQOLの上昇を期待する。
2. 日中は独居の状態であり、今後障害が強くなればヘルパー派遣やデイサービスの利用も検討が必要である。
3. 脳出血の後遺症として、右片麻痺があり、最近では下肢の筋力低下が進み、歩行が不安定な状態で、ほとんど外出できない。妻の介助もあり、なんとか自立しているが、箸が使いにくく、着替えも旨くできない。意欲の低下もみられる。妻の介護にも限界があり、何らかの援助が必要と考える。
4. 時間場所の失見当識を認め、一度外出すると自宅に戻れないため、日中臥床していることが多い。時に、息子の顔がわからなくなることもあり、火の不始末も見られる。夕方になると落ち込み、不安焦燥感が強くなり、夜間の徘徊もある。家族に対し攻撃的となることが多く、暴言も吐く。家族も疲れてきており、デイサービス、訪問看護、訪問介護の回数を増やす必要がある。
5. 機能障害部位が、右肩、両下肢、体幹と広範囲にわたり、ADL維持が困難になっている。家事援助等の在宅サービスが必要と思われる。
6. 平成15年10月5日に高血圧脳症で入院し、退院後は車椅子生活となった。現在、立位保持



困難、左上肢の麻痺もあり、茶碗の保持不能で、右手のみで摂食している。逆流性食道炎もあり、むせることもある。応答、意思疎通は可能であるが、時に拒食することがある。排泄はオムツを使用し、他の生活動作も殆ど介助が必要である。

7. 脳内出血後遺症、右半身麻痺があり、ベッド脇にポータブルトイレを設置し、排泄を行っている。そのため、この行為が長くできるように、リハビリテーションの実施をお願いしたい。介護者は、共働きの子供夫婦のため、ほとんどの時間は1人で居る。このために、昼食の世話のため、ヘルパーが入っている。
8. 1人暮らしで、中咽頭がん、頸部リンパ腺転移があり、左上肢痛が強くオキシコンチンボルタレン座薬の投与を行っている。便秘、肛門脱、肛門痛の強い訴えがあるので、毎日、複数回の訪問看護による適便と肛門処置を必要としている。
9. 87歳の母と64歳の息子との同居世帯である。息子はまだ仕事を持っており、昼間は家には居ないので、頻尿のため、オムツの交換ができないで困っている。また、両下肢筋力低下とめまいがあるので、一日3回程度のヘルパー派遣を検討されたい。
10. 胃がんの末期で腹水があり、その処理のために、週2回程度の往診が必要。腹水処置は2時間程度以上かかると思われるので、訪問看護サービスを多めに計画されたい。
11. 1人暮らしで、現在室内のつかまり歩行程度しかできず、外出は難しい。食事は、近所の娘が世話しているが、十分ではない。回復への意欲があり、今後は、体力の回復や痛みに応じた計画的リハビリテーションが期待され、生活支援が必要である。
12. 最近、筋力やADLの低下が目立ち、認知症により、夫が促しながら生活をする状態で、日常全般に介助が必要であり、通院も困難である。時に、幻視による不穏等、行動障害があり、夫、娘を苛立たせ、介護にも限界がきており、今後が不安である。栄養や血糖値の管理も課題で、訪問看護等の導入も必要である。
13. 主に妻が介護しているが、別居の娘が週1回介護に訪れている。本人は意欲に乏しく、日常的に横臥していることが多い。動作も鈍く、筋力の低下が続いているので、拘縮予防に適度なリハビリテーションが必要になっている。
14. 寝たきりのため、全介助となっている。平成18年12月1日に仙骨部褥瘡となり、その悪化防止のために、常時体位変換等が必要である。意識障害、失語症により、意思の伝達は不能である。妻と息子が交代で、喀痰の吸引を行っている。介護者の疲労軽減のために、訪問介護の充実が望まれる。
15. 身の回りの世話は、高齢の妻がしているが、その介護も段々と困難になっており、ヘルパーを必要としている。
16. 現在月1回、娘の車で診療所に通院しているが、輸液、血糖測定、褥瘡の処置のために、訪問看護サービスを多めに計画されたい。

OM: (ケアマネジャーへの)見守り等(の必要性の意見)

1. 麻痺、筋力低下に加え、認知症による周囲への注意力低下も著明である。日常生活全般で、転倒や不測の事態発生の可能性が増大しており、見守りや介助が必要である。

2. 内科的には安定しており、会話は明るく、短時間のコミュニケーションでは、辻褄は合う。継続の傾向があるが問題行動はなく、徘徊傾向や帰宅願望といったものも目立っていないが、全ての日常生活動作に関して、監視や声かけが必要である。
3. 心不全があり、入浴などにより状態が急変する可能性があるため、見守りが必要である。日によって症状に変動あり、介助なしに歩行できない時もある。
4. 1人暮らしであり、精神的にも不安が強く、常に見守りが必要な状態であり、やや認知症状も進行している。視力低下も著しく、外出は1人では不可能で、介助が必要である。血圧が高いと、一日に何十回も血圧を測定する習慣があり、どんどん不安になり、血圧も上昇するという悪循環になっている。
5. 1人暮らしで身寄りはない。ここ1年、徐々に体力、食欲が低下してきている。また、物事に無関心になってきており、軽い鬱傾向がある。
6. 抑鬱状態の治療のため、抗精神薬を多剤服用しており、よくふらつくことがある。下肢筋力の低下もあり、転倒により2回鎖骨を骨折している。認知症の進行もあり、買い物、掃除などの家事援助や通院に介助が必要である。
7. 唾液分泌、口唇の不随意運動が見られ、難聴も高度で、コミュニケーションの支障となっている。幻視もあり、また服薬もよく間違い、金銭管理も人に騙されたりすることが多く、日常生活全般に介助と見守りが必要である。
8. 肥満があり、リハビリテーション中の動悸、息切れの出現に注意が必要である。
9. 認知症が進行し、独居のため食事療法、服薬管理が出来ず、糖尿病のコントロールが不安定になっている。1人でいると不安感からパニック発作を起こし、動悸などの症状を訴えて、興奮する。施設入所を勧めるが、自宅での生活を望んでいる。閉じこもり防止のために外出するのがいいが転倒のリスクがあり、介助の必要がある。

## 8. おわりに

「主治医意見書」を書き上げた後に、必ず再点検をされたい。再点検後、「主治医」の氏名の「自署」を確認の上、期日までに提出されたい。

「主治医意見書」を申請者本人に直接手渡す場合や、申請時に「主治医意見書」を添えて申請する市町村の場合は、必ず厳封した上で手交されたい。

### ※「主治医」がない場合

市町村等(保険者)からの指定による場合の「主治医意見書」を作成するために行った「基本的な診療」および「基本的な検査」(血圧測定検査、胸部単純X線撮影、血液一般検査、血液生化学検査、尿中一般物質定性・定量検査)の費用については、「主治医意見書」作成の費用と同じく、市町村等(保険者)に請求することになる(指定医)。

表 6  
主治医意見書

記入日 令和 年 月 日

|                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |         |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-----|
| 申請者                                                                                             | (ふりがな)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 男・女     | 〒 ー |
|                                                                                                 | 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<br>(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<br><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・令和 年 月 日頃) |
| 2.                                                                                                     |  | 発症年月日 | (昭和・平成・令和 年 月 日頃) |
| 3.                                                                                                     |  | 発症年月日 | (昭和・平成・令和 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     |  |       |                   |
| (「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<br>(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"/> レスビレーター                                             | <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(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 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 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 type="checkbox"/> 有         | → 症状名: [専門医受診の有無 <input type="checkbox"/> 有 ( 科) <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 ☐ 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

現在の栄養状態 ☐ 良好 ☐ 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。)

☐ 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 ☐ 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、介護に要する手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。)



## 介護保険の要介護認定・要支援認定を申請される方へ(問診票記入のお願い)

- この問診票は、介護保険の要介護認定・要支援認定に必要な「主治医意見書」を正確に記載するため参考にするものです。日頃のご様子や状態をわかる範囲でお答えください。
- 質問の内容がわからないところは、無理に記入しなくて結構です。わかる質問のみご記入のうえ、できるだけ早く主治医(かかりつけ医)にご提出ください。
- 必要に応じて、電話での質問や外来への受診をお願いすることがあります。
- 問診票に記載のある個人情報については、介護保険・主治医意見書を作成する目的以外に使用することはありません。

大阪府・大阪府医師会

### 主治医意見書問診票

記入日 年 月 日

わかる質問のみご記入ください。質問の内容がわからないところは、無理に記入しなくて結構です。  
□には、レ印をお願いします。

|                                                    |                                        |                                       |     |
|----------------------------------------------------|----------------------------------------|---------------------------------------|-----|
| <small>しんせいしや ほんにん</small><br>申請者本人(認定を受けられる方)のお名前 |                                        | 問診票を書いていただく方のお名前<br>(申請者本人の場合は記入不要です) |     |
| ふりがな                                               |                                        | ふりがな                                  |     |
| 氏名 ( □男 □女 )                                       |                                        | 氏名                                    |     |
| 生年月日<br>明・大・昭 年 月 日生                               |                                        | 本人との続柄<br>□夫 □妻 □子 □兄弟姉妹 □その他( )      |     |
| 電 話 — —                                            |                                        | 電 話 — —                               |     |
| 同居家族の有無                                            | □同居なし ・ □同居あり → □夫 □妻 □子 □兄弟姉妹 □その他( ) |                                       |     |
| <small>ケアプランを依頼しているところがあればご記入ください</small>          | 事業所名                                   | 電 話                                   | — — |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 今回の介護保険申請について教えてください。<br>(更新・区分変更の場合は、現在の介護度を○で囲んでください。)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> 新規<br><input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 区分変更<br>↓<br>現在の介護度<br>(要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5)          |
| 在宅で介護する上で困っていることを教えてください。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> 状態の悪化<br><input type="checkbox"/> 介護者の負担が大きい<br><input type="checkbox"/> 物忘れの進行<br><input type="checkbox"/> その他( ) |
| 現在、他に治療を受けている病院・診療所はありますか？                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 病院・診療所名<br>( )<br>( )                                                                                                                       |
| 診 療 科 目(わかれば記入ください)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                             |
| <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<br><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( )科 |                                                                                                                                             |

#### 1 傷病について

|                                                    |                                                       |
|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| 主に介護が必要になった原因の傷病名は何ですか？<br>(わかれば記入ください)            | 原因の傷病名 おおよその年月だけでも構いません<br>いつ頃 年 月 日頃 ・ 不明<br>傷病名 ( ) |
| 上記のほかに、今までにかかった大きな病気などについて記入してください。                | おおよその年月だけでも構いません<br>いつ頃 年 月 日頃 ・ 不明<br>傷病名 ( )        |
| 病気の名前(例えば、骨折、心臓発作(しんぞうはつさ)、喘息(ぜんそく)など)、手術をしたかどうかなど | いつ頃 年 月 日頃 ・ 不明<br>傷病名 ( )                            |

次の 3-(1)、3-(2)、3-(3)、3-(4) の質問は、物忘れの程度などを判断するうえでの重要な内容です。答えられる範囲でご記入ください。

### 3-(1) 日常生活の状態について

|                                                         |                                                 |    |
|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|----|
| 日常生活の状態についておたずねします。該当する項目に1つにレ印を付けて、下の1か2についても選択してください。 |                                                 |    |
| <input type="checkbox"/>                                | からだの不自由さはありません。                                 |    |
| <input type="checkbox"/>                                | 少しからだは不自由ですが、日常生活はほぼ自立しており、一人で外出できます。           |    |
| <input type="checkbox"/>                                | 1. 電車、バスを利用して出かけることができます。                       | J1 |
| <input type="checkbox"/>                                | 2. となり近所へなら外出できます。                              | J2 |
| <input type="checkbox"/>                                | 家の中では、おおむね自立していますが、一人では外出できません。                 |    |
| <input type="checkbox"/>                                | 1. 日中はベッド・布団(ふとん)から出て生活し、誰かと一緒にあれば外出できます。       | A1 |
| <input type="checkbox"/>                                | 2. 日中も寝たり起きたりの生活で、ほとんど外出しません。                   | A2 |
| <input type="checkbox"/>                                | 家の中の生活でも誰かの手助けが必要で、ベッドの上で 過ごす時間は長いものの座ることができます。 |    |
| <input type="checkbox"/>                                | 1. 自ら車椅子(くるまいす)に乗り、食事、排泄(はいせつ)はベッドから離れて行います。    | B1 |
| <input type="checkbox"/>                                | 2. 誰かの手助けがないと車椅子(くるまいす)に乗ることができません。             | B2 |
| <input type="checkbox"/>                                | 一日中ベッドの上で生活し、食事、排泄(はいせつ)、着替えの時に手助けがいります。        |    |
| <input type="checkbox"/>                                | 1. 自分の力で、寝返(ねがえ)りをうつことができます。                    | C1 |
| <input type="checkbox"/>                                | 2. 誰かの手助けがないと、寝返(ねがえ)りもうてません。                   | C2 |

|                                                          |                                                                                                                                                                                      |       |
|----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| 物忘れの程度についておたずねします。該当する項目に1つにレ印を付けて、下の1 か2 についても選択してください。 |                                                                                                                                                                                      |       |
| <input type="checkbox"/>                                 | 物忘れはありません。                                                                                                                                                                           |       |
| <input type="checkbox"/>                                 | 少し物忘れがありますが、日常生活は、ほぼ自立して生活しています。                                                                                                                                                     | I     |
| <input type="checkbox"/>                                 | 物忘れが多少進んでいますが、誰かが注意しておれば、生活できます。                                                                                                                                                     |       |
| <input type="checkbox"/>                                 | 1. たびたび道に迷い、お金の計算や買い物にミスが目立ちます。                                                                                                                                                      | II a  |
| <input type="checkbox"/>                                 | 2. 薬の飲み方を間違えたりします。一人で電話番号(でんわばん)や留守番(るすばん)はできません。                                                                                                                                    | II b  |
| <input type="checkbox"/>                                 | 日常生活に支障をきたすような症状や行いが時々みられ、思っていることが伝わらず、介護が必要です。                                                                                                                                      |       |
| <input type="checkbox"/>                                 | 1. 日中を中心として、時々、日常生活に支障をきたすような症状・行動等が見られます。<br>(例) 着替え、食事、排便(はいべん)、排尿(はいによう)が上手にできないか、時間がかかる。<br>やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊(はいかい)、失禁(しっこん)、大声、奇声をあげる、火の不始末(ふしまつ)、不潔行為(ふけつこうい)、性的異常行為等がある。 | III a |
| <input type="checkbox"/>                                 | 2. 夜間を中心として、時々、上記(例)のような日常生活に支障をきたすような症状・行動等が見られます。                                                                                                                                  | III b |
| <input type="checkbox"/>                                 | 日中も夜間も、頻繁(ひんぱん)に、上記(例)のような日常生活に支障をきたすような症状・行動等が見られ、常に介護が必要です。                                                                                                                        | IV    |
| <input type="checkbox"/>                                 | 専門的医療(せんもんてきいりょう)を必要とする著(いちじる)しい精神症状や困った行動、重篤(じゅうとく)な身体疾患(しんたいしっかん)が見られます。                                                                                                           | M     |

### 3-(2) 理解や記憶について

|                                  |                                                                                                                                                                                   |
|----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| つい先程のことをすぐ忘れてしまうことはありますか？        | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ                                                                                                                          |
| 日常生活で、物事を自分で決める(判断する)ことができますか？   | <input type="checkbox"/> 決めることができる<br><input type="checkbox"/> 毎日の日課(にっか)以外は多少の困難がある<br><input type="checkbox"/> 毎日の日課(にっか)にも見守りが必要<br><input type="checkbox"/> 決めることがほとんどできない    |
| 自分のしてほしいこと、ほしくないことは、きちんと伝えられますか？ | <input type="checkbox"/> 伝えられる<br><input type="checkbox"/> だいたい伝えられるが多少の困難がある<br><input type="checkbox"/> 時々伝えられるが飲食・排泄(はいせつ)など基本的なことに限られる<br><input type="checkbox"/> ほとんど伝えられない |

### 3-(3) 日常生活で困っている行動について

|                             |                                                          |                                                               |                             |
|-----------------------------|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| 1                           | 実際にはないものが見えたり、聞こえたりしますか？                                 | <input type="checkbox"/> ある                                   | <input type="checkbox"/> ない |
| 2                           | 実際にはなかった事をあつたように言うことがありますか？<br>(例えば、お金をとられたとか、なくなったとか言う) | <input type="checkbox"/> ある                                   | <input type="checkbox"/> ない |
| 3                           | 昼夜が逆転していますか？(昼間に寝ていることが多く、夜間(深夜、早朝)動き回ったり、大声を出したりする)     | <input type="checkbox"/> ある                                   | <input type="checkbox"/> ない |
| 4                           | 今までになかったような暴言(ぼうげん)をはくことがありますか？                          | <input type="checkbox"/> ある                                   | <input type="checkbox"/> ない |
| 5                           | 介護者に暴行(ぼうこう)を加えることがありますか？                                | <input type="checkbox"/> ある                                   | <input type="checkbox"/> ない |
| 6                           | 介護に抵抗(ていこう)または拒否(きょひ)することがありますか？                         | <input type="checkbox"/> ある                                   | <input type="checkbox"/> ない |
| 7                           | 外出して帰れなくなったことがありますか？                                     | <input type="checkbox"/> ある                                   | <input type="checkbox"/> ない |
| 8                           | ガスコンロの消し忘れなど火の不始末(ふしまつ)がありますか？                           | <input type="checkbox"/> ある                                   | <input type="checkbox"/> ない |
| 9                           | 排便(はいべん)後などに、便や尿に触(さわ)ったりすることがありますか？                     | <input type="checkbox"/> ある                                   | <input type="checkbox"/> ない |
| 10                          | 本来食べられないものを食べたり、食べようと口に入れたりするようなことがありますか？                | <input type="checkbox"/> ある                                   | <input type="checkbox"/> ない |
| 11                          | まわりが迷惑するような性的な行動がありますか？                                  | <input type="checkbox"/> ある                                   | <input type="checkbox"/> ない |
| 1から11までの質問の他に困っている行動がありますか？ |                                                          | <input type="checkbox"/> ある( )<br><input type="checkbox"/> ない |                             |

### 3-(4) 精神・神経症状について

|                                                |                                                                     |
|------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| 精神科(せいしんか)・神経科(しんけいか)・心療内科(しんりょうないか)にかかっていますか？ | <input type="checkbox"/> かかっている<br><input type="checkbox"/> かかっていない |
| かかっている病名などがわかれば記入してください。                       |                                                                     |

### 3-(5) 身体の状態について

|                                                                   |                                                              |                                                          |
|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| 利き腕(ききうで)はどちらですか？                                                 | <input type="checkbox"/> 右利き                                 | <input type="checkbox"/> 左利き                             |
| 身長と体重は？(測(はか)れないときはおおよそで結構です)                                     | 身長                                                           | cm 体重 kg                                                 |
| 最近6ヶ月で体重の増減(ぞうげん)がありますか？                                          | <input type="checkbox"/> 増えた                                 | <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 減った |
| 手・足・指等に欠損(けっそん)がありますか？                                            | <input type="checkbox"/> ある(部位 ) <input type="checkbox"/> ない |                                                          |
| 手足やその他で麻痺(まひ)しているところがありますか？                                       | <input type="checkbox"/> ある(部位 ) <input type="checkbox"/> ない |                                                          |
| 手足やその他で筋力(きんりょく)の低下がありますか？                                        | <input type="checkbox"/> ある(部位 ) <input type="checkbox"/> ない |                                                          |
| 手足の関節部(かんせつぶ)で硬くなって動きにくいところがありますか？                                | <input type="checkbox"/> ある(部位 ) <input type="checkbox"/> ない |                                                          |
| 手足の関節部(かんせつぶ)で痛いところがありますか？                                        | <input type="checkbox"/> ある(部位 ) <input type="checkbox"/> ない |                                                          |
| 手足のふるえなど、自分の意思ではない体の動きがありますか？<br>(例えば、手の指がふるえる、顔面(がんめん)がけいれんするなど) | <input type="checkbox"/> ある(部位 ) <input type="checkbox"/> ない |                                                          |
| 現在、床ずれ(じょくそう)がありますか？                                              | <input type="checkbox"/> ある(部位 ) <input type="checkbox"/> ない |                                                          |
| 床ずれ(じょくそう)以外の皮膚(ひふ)の病気がありますか？<br>(例えば、体にかゆいところがあるなど)              | <input type="checkbox"/> ある(部位 ) <input type="checkbox"/> ない |                                                          |

#### 4-(1) 移動について

|                                                           |                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 屋外(おくがい)を歩行できますか？                                         | <input type="checkbox"/> 歩行できる<br><input type="checkbox"/> 介助があればできる<br><input type="checkbox"/> 歩行できない             |
| 車いすを使用していますか？                                             | <input type="checkbox"/> 使用していない<br><input type="checkbox"/> 使用していて自分で操作できる<br><input type="checkbox"/> 使用していて介助がいる |
| 杖(つえ)、歩行器(ほこうき)、シルバーカーなどの歩行補助具(ほこうほじょぐ)や装具(そうぐ)を使用していますか？ | <input type="checkbox"/> 使用していない<br><input type="checkbox"/> 屋外で使用している<br><input type="checkbox"/> 屋内で使用している        |

#### 4-(2) 栄養・食生活について

|                           |                                                                                          |
|---------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| 食事は自分一人でできますか？            | <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> なんとか <input type="checkbox"/> できない |
| 現在の栄養状態(えいようじょうたい)は良好ですか？ | <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良                                  |
| 入れ歯を使用していますか？             | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ                                 |
| 自分で歯みがきができますか？            | <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない                               |

#### 4-(3) 現在の身体状況について

|                                                       |                                                                                         |
|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| 便や尿をもらすことがありますか？<br>(便意(べんい)や尿意(にょうい)がわからないことがありますか？) | <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> ない   |
| よく転んだりしますか？                                           | <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> ない   |
| 移動する力は低下していますか？                                       | <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> やや維持 <input type="checkbox"/> 低下   |
| 床ずれ(じょくそう)はありますか？                                     | <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない                                 |
| 息が苦しくなることはありますか？                                      | <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> ない   |
| 外出せず一人で過ごすことが多いですか？                                   | <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない                                 |
| 意欲(いよく)の低下がありますか？                                     | <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない                                 |
| あてもなく歩き回るようなことはありますか？                                 | <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない                                 |
| 食欲不振(しょくよくふしん)がなく食事は十分取れていますか？                        | <input type="checkbox"/> 取れている <input type="checkbox"/> 取れていない                          |
| 食べ物や飲み物をスムーズに飲むことができますか？                              | <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 何とか <input type="checkbox"/> できない |
| 水分補給(すいぶんほきゅう)は十分にできていますか？                            | <input type="checkbox"/> できている <input type="checkbox"/> できていない                          |
| 風邪(かぜ)などの感染症(かんせんしょう)によくかかりますか？                       | <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> たまに <input type="checkbox"/> ない    |
| がん等によるひどい痛みがありますか？                                    | <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない                                 |
| その他何か気になる症状はありますか？                                    | <input type="checkbox"/> ある( ) <input type="checkbox"/> ない                              |

#### 5 その他

|                                            |
|--------------------------------------------|
| その他、介護をしていて困ったり、主治医に伝えておきたいことがあれば、ご記入ください。 |
|                                            |
|                                            |
|                                            |
|                                            |
|                                            |
|                                            |

ご協力ありがとうございました。



かいごほけんようかいごにんてい ようしえんにんてい しんせい かた  
介護保険要介護認定・要支援認定を申請される方へ  
もんしんひょうきにゆう ねが  
(問診票記入のお願い)

- この問診票は、主治医が申請される方の日頃の状況を、医学的に判断した上で、要介護認定・要支援認定に必要な「主治医意見書」をより正確に作成するため、参考にさせていただくものです。日頃のご様子や状態をわかる範囲  
こた  
でお答えください。
- 問診票の記載や主治医への提出は任意ですが、円滑な要介護認定に向けてご協力くださいますようお願いします。
- ご本人、あるいは（ご本人の状況をよく知っている）ご家族、介護者の方、または介護支援専門員等がご記入ください。
- 質問の内容がわからないところは、無理に記入しなくて結構です。わかる質問のみ  
きにゆう はや しゅじい い ていしゅつ  
ご記入のうえ、できるだけ早く主治医（かかりつけ医）にご提出ください。
- 必要に応じて、電話での質問や外来への受診をお願いすることがあります。
- 問診票は、あくまでも参考であり、主治医意見書は主治医の判断で作成されます。
- 問診票に記載のある個人情報については、介護保険・主治医意見書を作成する目的以外に使用することはありません。

主治医意見書を作成される医療機関の先生へ  
(主治医意見書記入上のお願い)

- この問診票は、主に介護保険の「主治医意見書」を初めて作成する申請者（患者）の参考資料としてご利用ください。要介護認定・要支援認定の更新時（区分変更時含む）の際は、必要な場合のみご利用ください。
- 問診票は、「主治医意見書」を正確に記載するため参考にするものですが、「主治医意見書」作成に必須のものではありません。記入する家族がいないなどの状況により申請者（患者）が問診票を提出できない場合においても「主治医意見書」作成のご協力をお願いします。
- 「主治医意見書」作成の遅延、不明確な文字、記載内容の不備などは、要介護認定の遅延につながります。正確な意見書作成と早期提出をお願いします。
- 申請者の状況によっては、必要に応じて他の医療機関や介護支援専門員と連携のうえ、主治医意見書の作成をお願いします。
- 問診票に記載されている個人情報については、「主治医意見書」を作成する目的以外の使用はできません。

# 介護保険・主治医意見書問診票について ～ 医療機関・市町村における使用上の留意事項 ～

大阪府・大阪府医師会

## 1 目 的

主治医が要介護認定・要支援認定の申請者（以下、「申請者」という。）の日頃の状況等必要な情報を得るため、主治医意見書問診票（以下、「問診票」という。）を活用することにより、主治医意見書がより正確かつ充実した記載となること、また早期の提出を図る。

## 2 対 象 者

- (1) 当該医療機関が、主治医意見書を初めて作成する申請者
- (2) 要介護認定・要支援認定の更新申請時（区分変更申請時を含む）は、必要な方

※ 問診票は、主治医が申請者の日頃の状況の把握が困難な場合の参考情報であるため、日常診療により日頃の状況を把握している、又は聞き取りで把握できる等、主治医が問診票を必要としない場合は対象としない。

## 3 記 入 者

申請者本人、あるいは（本人の状況をよく知る）ご家族、介護者の方や介護支援専門員。

## 4 問診票の使用にあたっての留意事項

- ◆ 問診票は主治医意見書の『参考資料』であり、問診票の記載内容全てが主治医意見書に反映されるとは限りません。また、問診票を介護認定審査会資料として取り扱うことはありません。
- ◆ 対象者にとって問診票の記入や医療機関への提出は任意であり、主治医意見書作成に必須の資料ではないため、家族がいない等の状況により申請者が問診票を提出できない場合においても、主治医意見書の作成と早期提出をお願いします。
- ◆ **市町村における問診票の取り扱いは、各市町村によって異なります。**
  - ・問診票は、「1 目的」に資する活用を促進するために大阪府版として作成しましたが、運用方法（案内・配布方法等）は各市町村によって異なります。
  - ・市町村や医療機関等によっては、既に独自に問診票を作成されているところもありますが、その使用を妨げるものではありません。
- ◆ **医療機関での問診票の使用について**

主治医が必要とする際に自主的にご使用ください。

  - ・医療機関から対象者への説明・配布をお願いします。
  - ・問診票等の用紙の印刷は、各医療機関でお願いします。  
※大阪府医師会ホームページに問診票等の様式を掲載しますのでご活用ください。
  - ・問診票は、市町村に提出する必要はありません。

表 8

介護保険

要介護認定・要支援認定

要介護更新認定・要支援更新認定

申請書

〇〇市（町村）長 様

申請年月日 令和 年 月 日

次のとおり申請します。

|                                              |                                         |                 |                                 |                            |  |  |  |  |  |  |  |                 |                                                                             |             |       |  |   |   |   |  |  |  |  |  |    |  |
|----------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------|---------------------------------|----------------------------|--|--|--|--|--|--|--|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------|-------------|-------|--|---|---|---|--|--|--|--|--|----|--|
| 被<br>保<br>者                                  | 介護保険<br>被保険者番号                          |                 |                                 |                            |  |  |  |  |  |  |  |                 | 個人番号                                                                        |             |       |  |   |   |   |  |  |  |  |  |    |  |
|                                              | 医<br>療<br>保<br>険                        | 保険者名            |                                 |                            |  |  |  |  |  |  |  |                 | 保険者番号                                                                       |             |       |  |   |   |   |  |  |  |  |  |    |  |
|                                              |                                         | 被保険者<br>記号・番号   | 記号                              |                            |  |  |  |  |  |  |  |                 |                                                                             | 番号          |       |  |   |   |   |  |  |  |  |  | 枝番 |  |
|                                              | フリガナ                                    |                 |                                 |                            |  |  |  |  |  |  |  |                 | 生年月日                                                                        |             | 明・大・昭 |  | 年 | 月 | 日 |  |  |  |  |  |    |  |
|                                              | 氏 名                                     |                 |                                 |                            |  |  |  |  |  |  |  |                 | 性 別                                                                         |             | 男     |  | ・ | 女 |   |  |  |  |  |  |    |  |
|                                              | 住 所                                     |                 | 〒                               |                            |  |  |  |  |  |  |  |                 | 電話番号                                                                        |             |       |  |   |   |   |  |  |  |  |  |    |  |
|                                              | 前回の要介護<br>認定の結果等                        |                 | *要介護・要<br>支援更新認<br>定の場合の<br>み記入 | 要介護状態区分 1 2 3 4 5          |  |  |  |  |  |  |  |                 |                                                                             | 要支援状態区分 1 2 |       |  |   |   |   |  |  |  |  |  |    |  |
|                                              |                                         |                 |                                 | 有効期限 平成・令和 年 月 日から令和 年 月 日 |  |  |  |  |  |  |  |                 |                                                                             |             |       |  |   |   |   |  |  |  |  |  |    |  |
|                                              | ※14 日以内<br>に他自治体<br>から転入し<br>た者のみ記<br>入 |                 | 転出元自治体（市町村）名 [ ]                |                            |  |  |  |  |  |  |  |                 | 現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。<br>（既に認定結果通知を受け取っている場合は「いいえ」を選択してください） はい ・ いいえ |             |       |  |   |   |   |  |  |  |  |  |    |  |
|                                              |                                         |                 | 「はい」の場合、申請日 令和 年 月 日            |                            |  |  |  |  |  |  |  |                 |                                                                             |             |       |  |   |   |   |  |  |  |  |  |    |  |
| 過去6月間の<br>介護保険施設、<br>医療機関等への<br>入院、入所の<br>有無 |                                         | 介護保険施設等の名称等・所在地 |                                 |                            |  |  |  |  |  |  |  | 期間 年 月 日～ 年 月 日 |                                                                             |             |       |  |   |   |   |  |  |  |  |  |    |  |
|                                              |                                         | 介護保険施設等の名称等・所在地 |                                 |                            |  |  |  |  |  |  |  | 期間 年 月 日～ 年 月 日 |                                                                             |             |       |  |   |   |   |  |  |  |  |  |    |  |
|                                              |                                         | 医療機関等の名称等・所在地   |                                 |                            |  |  |  |  |  |  |  | 期間 年 月 日～ 年 月 日 |                                                                             |             |       |  |   |   |   |  |  |  |  |  |    |  |
|                                              |                                         | 医療機関等の名称等・所在地   |                                 |                            |  |  |  |  |  |  |  | 期間 年 月 日～ 年 月 日 |                                                                             |             |       |  |   |   |   |  |  |  |  |  |    |  |
| 有 ・ 無                                        |                                         |                 |                                 |                            |  |  |  |  |  |  |  |                 |                                                                             |             |       |  |   |   |   |  |  |  |  |  |    |  |

|                       |     |                                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------------------|-----|------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 提<br>出<br>代<br>行<br>者 | 名 称 | 該当に○（地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                       | 住 所 | 〒                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 電話番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |

|       |        |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|--------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 主 治 医 | 主治医の氏名 |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 医療機関名 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|       | 所 在 地  | 〒 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 電話番号  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

第二号被保険者（40 歳から 64 歳の医療保険加入者）のみ記入

|       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 特定疾病名 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営のために必要があるときは、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を、〇〇市（町村）から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者若しくは介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員に提示することに同意します。

本人氏名

表 9

調査は、調査対象者が通常の状態（調査可能な状態）であるときに実施して下さい。本人が風邪をひいて高熱を出している等、通常の状態でない場合は再調査を行って下さい。

保険者番号 \_\_\_\_\_ 被保険者番号 \_\_\_\_\_

認定調査票（概況調査）

I 調査実施者（記入者）

|       |          |      |            |
|-------|----------|------|------------|
| 実施日時  | 令和 年 月 日 | 実施場所 | 自宅内・自宅外（ ） |
| ふりがな  |          |      |            |
| 記入者氏名 |          | 所属機関 |            |

II 調査対象者

|            |                          |        |     |                   |                   |
|------------|--------------------------|--------|-----|-------------------|-------------------|
| 過去の認定      | 初回・2回目以降<br>(前回認定 年 月 日) | 前回認定結果 |     | 非該当・要支援（ ）・要介護（ ） |                   |
| ふりがな       |                          |        |     |                   |                   |
| 対象者氏名      |                          | 性別     | 男・女 | 生年月日              | 明治・大正・昭和<br>年 月 日 |
| 現住所        | 〒 -                      |        |     | 電 話               | - -               |
| 家族等<br>連絡先 | 〒 -<br>氏名（ ）調査対象者との関係    |        |     | 電 話               | - -               |

III 現在受けているサービスの状況についてチェック及び頻度を記入してください。

|                                                                                  |     |                                               |       |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----|-----------------------------------------------|-------|
| 在 宅 利 用 [ 認定調査を行った月のサービス利用回数を記入。(介護予防)福祉用具貸与は調査日時点の、特定(介護予防)福祉用具販売は過去6月の品目数を記載 ] |     |                                               |       |
| <input type="checkbox"/> 訪問介護(ホームヘルプ)・訪問型サービス                                    | 月 回 | <input type="checkbox"/> (介護予防)福祉用具貸与         | 品目    |
| <input type="checkbox"/> (介護予防)訪問入浴介護                                            | 月 回 | <input type="checkbox"/> 特定(介護予防)福祉用具販売       | 品目    |
| <input type="checkbox"/> (介護予防)訪問看護                                              | 月 回 | <input type="checkbox"/> 住宅改修                 | あり・なし |
| <input type="checkbox"/> (介護予防)訪問リハビリテーション                                       | 月 回 | <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護            | 月 日   |
| <input type="checkbox"/> (介護予防)居宅療養管理指導                                          | 月 回 | <input type="checkbox"/> (介護予防)認知症対応型通所介護     | 月 日   |
| <input type="checkbox"/> 通所介護(デイサービス)・通所型サービス                                    | 月 回 | <input type="checkbox"/> (介護予防)小規模多機能型居宅介護    | 月 日   |
| <input type="checkbox"/> (介護予防)通所リハビリテーション(デイケア)                                 | 月 回 | <input type="checkbox"/> (介護予防)認知症対応型共同生活介護   | 月 日   |
| <input type="checkbox"/> (介護予防)短期入所生活介護(ショートステイ)                                 | 月 日 | <input type="checkbox"/> 地域密着型特定施設入居者生活介護     | 月 日   |
| <input type="checkbox"/> (介護予防)短期入所療養介護(療養ショート)                                  | 月 日 | <input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | 月 日   |
| <input type="checkbox"/> (介護予防)特定施設入居者生活介護                                       | 月 日 | <input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護     | 月 回   |
| <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護                                           | 月 日 |                                               |       |
| <input type="checkbox"/> 市町村特別給付 [ ]                                             |     |                                               |       |
| <input type="checkbox"/> 介護保険給付外の在宅サービス [ ]                                      |     |                                               |       |

|                                                                                                                                                                                       |  |          |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------|--|
| 施 設 等 利 用                                                                                                                                                                             |  |          |  |
| <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護適用施設                                           |  |          |  |
| <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護適用施設(グループホーム) <input type="checkbox"/> 医療機関(医療保険適用療養病床) <input type="checkbox"/> 医療機関(療養病床以外)                                                    |  |          |  |
| <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム※1 <input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム※1 <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム※1, 2 <input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅※1 <input type="checkbox"/> その他の施設等 |  |          |  |
| 施 設 等 連 絡 先                                                                                                                                                                           |  |          |  |
| 施設等名 _____                                                                                                                                                                            |  |          |  |
| 郵便番号 _____                                                                                                                                                                            |  | 電話 _____ |  |
| 住所 _____                                                                                                                                                                              |  |          |  |

※1 特定施設入居者生活介護適用施設を除く。    ※2 サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けているものを除く。

IV 調査対象者の家族状況、調査対象者の居住環境（外出が困難になるなど日常生活に支障となるような環境の有無）、施設等における状況、日常的に使用する機器・器械の有無等について特記すべき事項を記入してください。

|                                                                                                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ※家族状況 <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居（夫婦のみ） <input type="checkbox"/> 同居（その他）（家族状況については、左のいずれかにチェックするとともに特記すべき事項を記載） |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|



調査日 年 月 日

保険者番号

被保険者番号

**認定調査票（基本調査）****1-1 麻痺等の有無について、あてはまる番号すべてに○印をつけてください。（複数回答可）**

|       |        |        |        |        |               |
|-------|--------|--------|--------|--------|---------------|
| 1. ない | 2. 左上肢 | 3. 右上肢 | 4. 左下肢 | 5. 右下肢 | 6. その他（四肢の欠損） |
|-------|--------|--------|--------|--------|---------------|

**1-2 拘縮の有無について、あてはまる番号すべてに○印をつけてください。（複数回答可）**

|       |        |        |        |               |
|-------|--------|--------|--------|---------------|
| 1. ない | 2. 肩関節 | 3. 股関節 | 4. 膝関節 | 5. その他（四肢の欠損） |
|-------|--------|--------|--------|---------------|

**1-3 寝返りについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。**

|               |                |         |
|---------------|----------------|---------|
| 1. つかまらないでできる | 2. 何かにつかまればできる | 3. できない |
|---------------|----------------|---------|

**1-4 起き上がりについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。**

|               |                |         |
|---------------|----------------|---------|
| 1. つかまらないでできる | 2. 何かにつかまればできる | 3. できない |
|---------------|----------------|---------|

**1-5 座位保持について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。**

|        |                 |                |         |
|--------|-----------------|----------------|---------|
| 1. できる | 2. 自分の手で支えればできる | 3. 支えてもらえればできる | 4. できない |
|--------|-----------------|----------------|---------|

**1-6 両足での立位保持について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。**

|             |                |         |
|-------------|----------------|---------|
| 1. 支えなしでできる | 2. 何か支えがあればできる | 3. できない |
|-------------|----------------|---------|

**1-7 歩行について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。**

|               |                |         |
|---------------|----------------|---------|
| 1. つかまらないでできる | 2. 何かにつかまればできる | 3. できない |
|---------------|----------------|---------|

**1-8 立ち上がりについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。**

|               |                |         |
|---------------|----------------|---------|
| 1. つかまらないでできる | 2. 何かにつかまればできる | 3. できない |
|---------------|----------------|---------|

**1-9 片足での立位保持について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。**

|             |                |         |
|-------------|----------------|---------|
| 1. 支えなしでできる | 2. 何か支えがあればできる | 3. できない |
|-------------|----------------|---------|

**1-10 洗身について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。**

|             |         |        |           |
|-------------|---------|--------|-----------|
| 1. 介助されていない | 2. 一部介助 | 3. 全介助 | 4. 行っていない |
|-------------|---------|--------|-----------|

**1-11 つめ切りについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。**

|             |         |        |
|-------------|---------|--------|
| 1. 介助されていない | 2. 一部介助 | 3. 全介助 |
|-------------|---------|--------|

**1-12 視力について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。**

- |                                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. 普通（日常生活に支障がない）<br>2. 約 1 m離れた視力確認表の図が見える<br>3. 目の前に置いた視力確認表の図が見える<br>4. ほとんど見えない<br>5. 見えているのか判断不能 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**1-13 聴力について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。**

- |                                                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. 普通<br>2. 普通の声がやっと聞き取れる<br>3. かなり大きな声なら何とか聞き取れる<br>4. ほとんど聞えない<br>5. 聞えているのか判断不能 |
|------------------------------------------------------------------------------------|

**2-1 移乗について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。**

- |             |         |         |        |
|-------------|---------|---------|--------|
| 1. 介助されていない | 2. 見守り等 | 3. 一部介助 | 4. 全介助 |
|-------------|---------|---------|--------|

**2-2 移動について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。**

- |             |         |         |        |
|-------------|---------|---------|--------|
| 1. 介助されていない | 2. 見守り等 | 3. 一部介助 | 4. 全介助 |
|-------------|---------|---------|--------|

**2-3 えん下について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。**

- |        |         |         |
|--------|---------|---------|
| 1. できる | 2. 見守り等 | 3. できない |
|--------|---------|---------|

**2-4 食事摂取について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。**

- |             |         |         |        |
|-------------|---------|---------|--------|
| 1. 介助されていない | 2. 見守り等 | 3. 一部介助 | 4. 全介助 |
|-------------|---------|---------|--------|

**2-5 排尿について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。**

- |             |         |         |        |
|-------------|---------|---------|--------|
| 1. 介助されていない | 2. 見守り等 | 3. 一部介助 | 4. 全介助 |
|-------------|---------|---------|--------|

**2-6 排便について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。**

- |             |         |         |        |
|-------------|---------|---------|--------|
| 1. 介助されていない | 2. 見守り等 | 3. 一部介助 | 4. 全介助 |
|-------------|---------|---------|--------|

**2-7 口腔清潔について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。**

- |             |         |        |
|-------------|---------|--------|
| 1. 介助されていない | 2. 一部介助 | 3. 全介助 |
|-------------|---------|--------|

2-8 洗顔について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 介助されていない

2. 一部介助

3. 全介助

2-9 整髪について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 介助されていない

2. 一部介助

3. 全介助

2-10 上衣の着脱について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 介助されていない

2. 見守り等

3. 一部介助

4. 全介助

2-11 ズボン等の着脱について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 介助されていない

2. 見守り等

3. 一部介助

4. 全介助

2-12 外出頻度について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 週1回以上

2. 月1回以上

3. 月1回未満

3-1 意思の伝達について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 調査対象者が意思を他者に伝達できる

2. ときどき伝達できる

3. ほとんど伝達できない

4. できない

3-2 毎日の日課を理解することについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください

1. できる

2. できない

3-3 生年月日や年齢を言うことについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. できる

2. できない

3-4 短期記憶（面接調査の直前に何をしていたか思い出す）について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. できる

2. できない

3-5 自分の名前を言うことについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. できる

2. できない

3-6 今の季節を理解することについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. できる

2. できない

3-7 場所の理解（自分がいる場所を答える）について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. できる

2. できない

3-8 徘徊について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. ない

2. ときどきある

3. ある

3-9 外出すると戻れないことについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. ない

2. ときどきある

3. ある

4-1 物を盗られたなどと被害的になることについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. ない

2. ときどきある

3. ある

4-2 作話をするについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. ない

2. ときどきある

3. ある

4-3 泣いたり、笑ったりして感情が不安定になることについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. ない

2. ときどきある

3. ある

4-4 昼夜の逆転について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. ない

2. ときどきある

3. ある

4-5 しつこく同じ話をするについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. ない

2. ときどきある

3. ある

4-6 大声を出すことについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. ない

2. ときどきある

3. ある

4-7 介護に抵抗することについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. ない

2. ときどきある

3. ある



4-8 「家に帰る」等と言い落ち着きがないことについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

|       |           |       |
|-------|-----------|-------|
| 1. ない | 2. ときどきある | 3. ある |
|-------|-----------|-------|

4-9 一人で外に出たがり目が離せないことについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

|       |           |       |
|-------|-----------|-------|
| 1. ない | 2. ときどきある | 3. ある |
|-------|-----------|-------|

4-10 いろいろなものを集めたり、無断でもってくることについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

|       |           |       |
|-------|-----------|-------|
| 1. ない | 2. ときどきある | 3. ある |
|-------|-----------|-------|

4-11 物を壊したり、衣類を破いたりすることについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

|       |           |       |
|-------|-----------|-------|
| 1. ない | 2. ときどきある | 3. ある |
|-------|-----------|-------|

4-12 ひどい物忘れについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

|       |           |       |
|-------|-----------|-------|
| 1. ない | 2. ときどきある | 3. ある |
|-------|-----------|-------|

4-13 意味もなく独り言や独り笑いをすることについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

|       |           |       |
|-------|-----------|-------|
| 1. ない | 2. ときどきある | 3. ある |
|-------|-----------|-------|

4-14 自分勝手に行動することについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

|       |           |       |
|-------|-----------|-------|
| 1. ない | 2. ときどきある | 3. ある |
|-------|-----------|-------|

4-15 話がまとまらず、会話にならないことについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

|       |           |       |
|-------|-----------|-------|
| 1. ない | 2. ときどきある | 3. ある |
|-------|-----------|-------|

5-1 薬の内服について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

|             |         |        |
|-------------|---------|--------|
| 1. 介助されていない | 2. 一部介助 | 3. 全介助 |
|-------------|---------|--------|

5-2 金銭の管理について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

|             |         |        |
|-------------|---------|--------|
| 1. 介助されていない | 2. 一部介助 | 3. 全介助 |
|-------------|---------|--------|

**5-3 日常の意思決定について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。**

|        |                 |           |         |
|--------|-----------------|-----------|---------|
| 1. できる | 2. 特別な場合を除いてできる | 3. 日常的に困難 | 4. できない |
|--------|-----------------|-----------|---------|

**5-4 集団への不適応について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。**

|       |           |       |
|-------|-----------|-------|
| 1. ない | 2. ときどきある | 3. ある |
|-------|-----------|-------|

**5-5 買い物について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。**

|             |         |         |        |
|-------------|---------|---------|--------|
| 1. 介助されていない | 2. 見守り等 | 3. 一部介助 | 4. 全介助 |
|-------------|---------|---------|--------|

**5-6 簡単な調理について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。**

|             |         |         |        |
|-------------|---------|---------|--------|
| 1. 介助されていない | 2. 見守り等 | 3. 一部介助 | 4. 全介助 |
|-------------|---------|---------|--------|

**6 過去14日間に受けた医療について、あてはまる番号すべてに○印をつけてください。  
(複数回答可)**

|              |                                       |                   |            |                  |
|--------------|---------------------------------------|-------------------|------------|------------------|
| <u>処置内容</u>  | 1. 点滴の管理                              | 2. 中心静脈栄養         | 3. 透析      | 4. ストーマ（人工肛門）の処置 |
|              | 5. 酸素療法                               | 6. レスピレーター（人工呼吸器） | 7. 気管切開の処置 |                  |
|              | 8. 疼痛の看護                              | 9. 経管栄養           |            |                  |
| <u>特別な対応</u> | 10. モニター測定（血圧、心拍、酸素飽和度等）              | 11. じょくそうの処置      |            |                  |
|              | 12. カテーテル（コンドームカテーテル、留置カテーテル、ウロストーマ等） |                   |            |                  |

**7 日常生活自立度について、各々該当するものに一つだけ○印をつけてください。**

|                      |                                    |
|----------------------|------------------------------------|
| 障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度） | 自立・J 1・J 2・A 1・A 2・B 1・B 2・C 1・C 2 |
| 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    |

## 認定調査票（特記事項）

### 1 身体機能・起居動作に関連する項目についての特記事項

1-1 麻痺等の有無, 1-2 拘縮の有無, 1-3 寝返り, 1-4 起き上がり, 1-5 座位保持, 1-6 両足での立位, 1-7 歩行, 1-8 立ち上がり, 1-9 片足での立位, 1-10 洗身, 1-11 つめ切り, 1-12 視力, 1-13 聴力

( )  
-----  
( )  
-----  
( )  
-----  
( )  
-----

### 2 生活機能に関連する項目についての特記事項

2-1 移乗, 2-2 移動, 2-3 えん下, 2-4 食事摂取, 2-5 排尿, 2-6 排便, 2-7 口腔清潔, 2-8 洗顔, 2-9 整髪, 2-10 上衣の着脱, 2-11 ズボン等の着脱, 2-12 外出頻度

( )  
-----  
( )  
-----  
( )  
-----  
( )  
-----

### 3 認知機能に関連する項目についての特記事項

3-1 意思の伝達, 3-2 毎日の日課を理解, 3-3 生年月日を言う, 3-4 短期記憶, 3-5 自分の名前を言う, 3-6 今の季節を理解, 3-7 場所の理解, 3-8 徘徊, 3-9 外出して戻れない

( )  
-----  
( )  
-----  
( )  
-----  
( )  
-----

### 4 精神・行動障害に関連する項目についての特記事項

4-1 被害的, 4-2 作話, 4-3 感情が不安定, 4-4 昼夜逆転, 4-5 同じ話をする, 4-6 大声を出す, 4-7 介護に抵抗, 4-8 落ち着きなし, 4-9 一人で出たがる, 4-10 収集癖, 4-11 物や衣類を壊す, 4-12 ひどい物忘れ, 4-13 独り言・独り笑い, 4-14 自分勝手に行動する, 4-15 話がまとまらない

( )  
-----  
( )  
-----  
( )  
-----  
( )  
-----

### 5 社会生活への適応に関連する項目についての特記事項

5-1 薬の内服, 5-2 金銭の管理, 5-3 日常の意思決定, 5-4 集団への不適応, 5-5 買い物, 5-6 簡単な調理

( )  
-----  
( )  
-----  
( )  
-----  
( )  
-----

### 6 特別な医療についての特記事項

6 特別な医療

( )  
-----  
( )  
-----  
( )  
-----  
( )  
-----

### 7 日常生活自立度に関連する項目についての特記事項

7-1 障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）, 7-2 認知症高齢者の日常生活自立度

( )  
-----  
( )  
-----  
( )  
-----  
( )  
-----

## 医見書ソフトの導入について

(医見書ソフトをPC に導入されたい場合の方法は以下となります)

### ◆《有償版ダウンロード（インストーラ、サポート付）》

以下URL にアクセスし、お申し込み、ご購入いただくと専用サイトよりプログラムのダウンロードが可能になります。(サポート利用可能)

■日本医師会ORCA 管理機構：製品情報

<http://www.orcamo.co.jp/products/>



### ◆《インストールCD を購入される場合（有償、サポート付）》

インターネット環境がない等で、CD-ROMでの導入をご希望される場合は、以下URLにアクセスし、お申し込みください。(サポート利用可能)

■ORCA サポートセンタ医見書：ソフトのご購入について

<http://www.orca-support-center.jp/ikensyo/howtobuy201910.html>



### 【サポート内容について】

上記2つの導入方法では、医見書ソフトのサポートをおこなっており、操作等についてのご不明な点や、不具合があった場合にお問い合わせを承っており、ご質問に対しての改善策をご案内しております。

サポート時間：月曜日～金曜日(祝祭日を除く) 10:00～18:00

TEL：03-5981-8229 FAX：03-6685-3650 / 03-5981-8239

メールアドレス：ikensyo@orca-support-center.jp

### ◆ORCA プロジェクト公式サイトより医見書をダウンロードされる場合（無償）

ユーザー様ご自身で各種プログラムをダウンロードし、実行環境を構築していただく必要があります。有償版とは実行するまでのながれに大きな違いがあります。

また、導入時のサポートや導入後のサポートに関しましては一切受け付けておりませんので、ご注意ください。

### ※医見書を動作させるための各種プログラム

- ・ Firebird
- ・ Java
- ・ Adobe Reader

無償ダウンロード配布物の導入、実行による如何なる問題について、日本医師会、日本医師会ORCA 管理機構およびORCA プロジェクトは、これを一切保証致しません。

■医見書：医見書のダウンロード（無償）

<https://www.orca.med.or.jp/ikensyo/install.html>





## V. 付録

# 特定疾病にかかる診断基準

## 特定疾病にかかる診断基準について

介護保険制度において、40歳以上65歳未満の第2号被保険者が要介護認定を受けるためには、要介護状態等の原因である身体上及び精神上的の障害が、介護保険法施行令（平成10年政令第412号）第2条で定める16の疾病（特定疾病）によることが要件とされているところである。

特定疾病に該当するか否かは、主治医意見書の記載内容に基づき、市町村等に置かれる介護認定審査会が確認を行う。

本診断基準は、主治医意見書の記載にあたって、当該申請者が特定疾病に該当するかどうかについての基準を示したものである。

ここで示した基準は、特定疾患に該当するものについては、その基準を活用することとし、その他の疾患についても学会等で作成され専門家の評価を得ているものを利用している。

第2号被保険者に関する意見書記載にあたっては、本診断基準を参照して主治医意見書の「1. 傷病に関する意見（1）診断名 1.」欄に、介護を要す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、また「（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」に診断上の根拠となる主な所見について記入されたい。

なお、意見書記載にあたっては、必ずしも、新たに診察・検査等を行う必要はなく、過去の診療録等を参考に記載することで差し支えないことを申し添える。

## 小 目 次

|                                                                   |     |
|-------------------------------------------------------------------|-----|
| 1. がん【がん末期】<br>（医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがない状態に至ったと判断したものに限る。） | 78  |
| 2. 関節リウマチ                                                         | 79  |
| 3. 筋萎縮性側索硬化症                                                      | 80  |
| 4. 後縦靱帯骨化症                                                        | 82  |
| 5. 骨折を伴う骨粗鬆症                                                      | 83  |
| 6. 初老期における認知症                                                     | 84  |
| 7. 進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病<br>【パーキンソン病関連疾患】                  | 85  |
| 8. 脊髄小脳変性症                                                        | 89  |
| 9. 脊柱管狭窄症                                                         | 90  |
| 10. 早老症                                                           | 91  |
| 11. 多系統萎縮症                                                        | 92  |
| 12. 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症                                      | 94  |
| 13. 脳血管疾患                                                         | 98  |
| 14. 閉塞性動脈硬化症                                                      | 102 |
| 15. 慢性閉塞性肺疾患                                                      | 103 |
| 16. 両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症                                    | 104 |



1. がん【がん末期】(医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがない状態に至ったと判断したものに限る。)

【定義】

以下の特徴をすべて満たす疾病である。

- ① 無制限の自律的な細胞増殖が見られること(自律増殖性)

本来、生体内の細胞は、その細胞が構成する臓器の形態や機能を維持するため、生化学的、生理学的な影響を受けながら細胞分裂し、増殖するものであるが、がん細胞はそういった外界からの影響を受けず無制限かつ自律的に増殖する。

- ② 浸潤性の増殖を認めること(浸潤性)

上記の自律的な増殖により形成される腫瘍が、原発の臓器にはじまり、やがて近隣組織にまで進展、進行する。

- ③ 転移すること(転移性)さらに、播種性、血行性に遠隔臓器やリンパ行性にリンパ節等へ不連続に進展、進行する。

- ④ 何らかの治療を行わなければ、①から③の結果として死に至ること(致死性)

【診断基準】

以下のいずれかの方法により悪性新生物であると診断され、かつ、治癒を目的とした治療に反応せず、進行性かつ治癒困難な状態(注)にあるもの。

- ① 組織診断又は細胞診により悪性新生物であることが証明されているもの

- ② 組織診断又は細胞診により悪性新生物であることが証明されていない場合は、臨床的に腫瘍性病変があり、かつ、一定の時間的間隔を置いた同一の検査(画像診査など)等で進行性の性質を示すもの。

注) ここでいう治癒困難な状態とは、概ね余命が6月間程度であると判断される場合を指す。なお、現に抗がん剤等による治療が行われている場合であっても、症状緩和等、直接治癒を目的としていない治療の場合は治癒困難な状態にあるものとする。

参考にした診断基準:

「特定疾病におけるがん末期の取扱いに係る研究班」による診断基準

## 2. 関節リウマチ

自他覚症状5項目及び臨床検査2項目の7項目中、少なくとも4項目を満たすものをいう。  
なお、自他覚症状の項目a. ～d. は少なくとも6週間以上存在しなければならない。

### (1) 自他覚症状

- a. 朝のこわばり持続時間(少なくとも1時間以上)
- b. 同時に3ヶ所以上の関節腫脹あるいは関節液貯留
- c. 手首、中手指節間関節(MCP)、近位指節間関節(PIP)のなかで少なくとも1ヶ所以上の関節腫脹
- d. 同時に両側の同一部位での関節炎
- e. リウマトイド皮下結節

### (2) 臨床検査

- a. 血清リウマトイド因子陽性
- b. X線所見: 手首、MCP、PIP 関節に骨びらんあるいはオステオポロシス像

### (3) 鑑別診断

- a. 五十肩、腱・腱鞘炎
- b. 痛風、仮性痛風
- c. 全身性エリトマトーデス、強皮症などの膠原病
- d. ベーチェット病、シェーグレン症候群、潰瘍性大腸炎、サルコイドーシス
- e. 変形性関節症
- f. 結核性関節炎

### 参考にした診断基準:

厚生省長期慢性疾患総合研究事業による診断基準

### 3. 筋萎縮性側索硬化症

#### 1) 主要項目

(1) 以下の①－④のすべてを満たすものを、筋萎縮性側索硬化症と診断する。

- ① 成人発症である。
- ② 経過は進行性である。
- ③ 神経所見・検査所見で、下記の1か2のいずれかを満たす。

身体を、a. 脳神経領域、b. 頸部・上肢領域、c. 体幹領域(胸髄領域)、d. 腰部・下肢領域の4領域に分ける(領域の分け方は、2参考事項を参照)。

下位運動ニューロン徴候は、(2)針筋電図所見(①又は②)でも代用できる。

- 1. 1つ以上の領域に上位運動ニューロン徴候をみとめ、かつ2つ以上の領域に下位運動ニューロン症候がある。
  - 2. SOD1遺伝子変異など既知の家族性筋萎縮性側索硬化症に関与する遺伝子異常があり、身体の上位・下位運動ニューロン徴候がある。
- ④ (3)鑑別診断で挙げられた疾患のいずれでもない。

#### (2) 針筋電図所見

- ① 進行性脱神経所見:線維性収縮電位、陽性鋭波など。
- ② 慢性脱神経所見:長持続時間、多相性電位、高振幅の大運動単位電位など。

#### (3) 鑑別診断

- ① 脳幹・脊髄疾患:腫瘍、多発性硬化症、頸椎症、後縦靱帯骨化症など。
- ② 末梢神経疾患:多巣性運動ニューロパチー、遺伝性ニューロパチーなど。
- ③ 筋疾患:筋ジストロフィー、多発筋炎など。
- ④ 下位運動ニューロン障害のみを示す変性疾患:脊髄性進行性筋萎縮症など。
- ⑤ 上位運動ニューロン障害のみを示す変性疾患:原発性側索硬化症など。

#### 2) 参考事項

- (1) SOD1遺伝子異常例以外にも遺伝性を示す例がある。
- (2) 稀に初期から認知症を伴うことがある。
- (3) 感覚障害、膀胱直腸障害、小脳症状を欠く。ただし一部の例でこれらが認められることがある。
- (4) 下肢から発症する場合は早期から下肢の腱反射が低下、消失することがある。
- (5) 身体の上位・下位運動ニューロン徴候は以下のものである。

|                 | a. 脳神経領域                               | b. 頸部・上肢領域                                   | c. 体幹領域<br>(胸随領域)    | d. 腰部・下肢領域                                   |
|-----------------|----------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------|----------------------------------------------|
| 上位運動ニューロン<br>徴候 | 下顎反射亢進<br>口尖らし反射亢進<br>偽性球麻痺<br>強制泣き・笑い | 上肢腱反射亢進<br>ホフマン反射亢進<br>上肢痙縮<br>萎縮筋の腱反射残<br>存 | 腹壁皮膚反射消失<br>体幹部腱反射亢進 | 下肢腱反射亢進<br>下肢痙縮<br>バビンスキー徴候<br>萎縮筋の腱反射残<br>存 |
| 下位運動ニューロン<br>徴候 | 顎、顔面<br>舌、咽・喉頭                         | 頸部、上肢帯、<br>上腕                                | 胸腹部、背部               | 腰帯、大腿、<br>下腿、足                               |

参考にした診断基準：

厚生労働省特定疾患調査研究班(神経変性疾患調査研究班)による診断基準

#### 4. 後縦靱帯骨化症

##### (1) 自覚症状ならびに身体所見

- a. 四肢・躯幹のしびれ、痛み、知覚障害
- b. 四肢・躯幹の運動障害
- c. 膀胱直腸障害
- d. 脊柱の可動域制限
- e. 四肢の腱反射亢進
- f. 四肢の病的反射

##### (2) 血液・生化学検査所見

一般に異常を認めない。

##### (3) 画像所見

###### a. 単純X線

後縦靱帯骨化は側面像で椎体後縁に並行する骨化像として認められ、4型に分類される。黄色靱帯骨化は椎弓間に観察される。

###### b. CT

靱帯骨化の脊柱管内の拡がりや横断面での骨化の形態は、CTによりとらえられる。

###### c. MRI

靱帯骨化による脊髄の圧迫病態を見るには、MRIが有用である。

##### (4) 診断

脊椎X線像所見に加え、1に示した自覚症状並びに身体所見が認められ、それが靱帯骨化と因果関係があるとされる場合、本症と診断する。

##### (5) 鑑別診断

後縦靱帯骨化症に類似した症状又は徴候を呈するために鑑別診断上注意を要する疾患として次のものがある。強直性脊椎炎、変形性脊椎症、強直性脊椎骨増殖症、脊柱管狭窄症、椎間板ヘルニア、脊柱奇形、脊椎・脊髄腫瘍、運動ニューロン疾患、痙性脊髄麻痺(家族性痙性対麻痺)、多発性神経炎、脊髄炎、末梢神経障害、筋疾患、脊髄小脳変性症、脳血管障害、その他。

#### 参考にした診断基準:

厚生労働省特定疾患調査研究班(脊柱靱帯骨化症調査研究班)による診断基準



## 5. 骨折を伴う骨粗鬆症

### (1) 骨粗鬆症の診断

低骨量をきたす骨粗鬆症以外の疾患又は続発性骨粗鬆症を認めず、骨評価の結果が下記の条件を満たす場合、原発性骨粗鬆症と診断する。

#### I. 脆弱性骨折(注1)あり

#### II. 脆弱性骨折なし

|      | 骨密度値           | 脊椎X線像での骨粗鬆化 |
|------|----------------|-------------|
| 正常   | YAMの80%以上      | なし          |
| 骨量減少 | YAMの70%以上80%未満 | 疑いあり        |
| 骨粗鬆症 | YAMの70%未満      | あり          |

YAM: 若年成人平均値(20歳～44歳)

注1 脆弱性骨折: 低骨量(骨密度がYAMの80%未満、あるいは脊椎X線像で骨粗鬆化がある場合)が原因で、軽微な外力によって発生した非外傷性骨折、骨折部位は脊椎、大腿骨頸部、橈骨遠位端、その他。

注2 骨密度は原則として腰椎骨密度とする。ただし、高齢者において、脊椎変形などのために腰椎骨密度の測定が適当でないと判断される場合には大腿骨頸部骨密度とする。これらの測定が困難な場合は、橈骨、第2中手骨、踵骨の骨密度を用いる。

注3 脊椎X線像での骨粗鬆症の評価は、従前の骨萎縮度判定基準を参考にして行う。

| 脊椎X線像での骨粗鬆化 | 従来の骨萎縮度判定基準 |
|-------------|-------------|
| なし          | 骨萎縮なし       |
| 疑いあり        | 骨萎縮度Ⅰ度      |
| あり          | 骨萎縮度Ⅱ度以上    |

### (2) 骨折の診断

症状及びX線所見による。

#### 参考にした診断基準:

日本骨代謝学会骨粗鬆症診断基準(2000年度改訂版)

## 6. 初老期における認知症

「精神疾患の分類と診断の手引き 第5版(DSM－V－TR)」(アメリカ合衆国精神医学会作成)といった医学の専門家等において広くコンセンサスの得られた診断基準を用いて医師が診断するものであって、以下のような加齢によって生ずる心身の変化に起因しない疾病によるものを除く。

### 1. 外傷性疾患

頭部外傷、硬膜下血腫など

### 2. 中毒性疾患

有機溶剤、金属、アルコールなど

### 3. 内分泌疾患

甲状腺機能低下症、Cushing 病、Addison 病など

### 4. 栄養障害

ビタミン B12 欠乏症、ペラグラ脳症など

## 7. 進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病 【パーキンソン病関連疾患】

### 1. 進行性核上性麻痺

#### 主要項目

(1) 40歳以降で発症することが多く、また、緩徐進行性である。

#### (2) 主要症候

- ① 垂直性核上性眼球運動障害(初期には垂直性眼球運動の緩徐化であるが、進行するにつれ上下方向への注視麻痺が顕著になってくる)
- ② 発症早期(概ね1－2年以内)から姿勢の不安定さや易転倒性(すくみ足、立直り反射障害、突進現象)が目立つ。
- ③ ほぼ対称性の無動あるいは筋強剛があり、四肢末梢よりも体幹部や頸部に目立つ。

#### (3) その他の症候

- ① 進行性の構音障害や嚥下障害
- ② 前頭葉性の特徴を有する進行性認知障害(思考の緩慢化、想起障害、意欲低下などを特徴とする)

#### (4) 画像所見(CTあるいはMRI)

進行例では、中脳被蓋部の萎縮、脳幹部の萎縮、第三脳室の拡大を認めることが多い。

#### (5) 除外項目

- ① L-DOPAが著効(パーキンソン病の除外)
- ② 初期から高度の自律神経障害の存在(多系統萎縮症の除外)
- ③ 顕著な多発ニューロパチー(末梢神経障害による運動障害や眼球運動障害の除外)
- ④ 肢節運動失行、皮質性感覚障害、他人の手徴候、神経症状の著しい左右差の存在(大脳皮質基底核変性症の除外)
- ⑤ 脳血管障害、脳炎、外傷など明らかな原因による疾患

#### (6) 判定

次の3条件を満たすものを進行性核上性麻痺と診断する。

- ① (1)を満たす。
- ② (2)の2項目以上がある、あるいは(2)の1項目及び(3)の1項目以上がある。
- ③ 他の疾患を除外できる。

## 参考事項

進行性核上性麻痺は、核上性注視障害、姿勢反射障害による易転倒性が目立つパーキンソニズム、及び認知症を主症状とする慢性進行性の神経変性疾患である。神経病理学的には、中脳と大脳基底核に萎縮、神経細胞脱落、神経原線維変化、グリア細胞内封入体が出現する。

初発症状はパーキンソン病に似るが、安静時振戦は稀で、歩行時の易転倒性、すくみ足、姿勢反射障害が目立つ。進行するにつれて、頸部の後屈と反り返った姿勢、垂直性核上性眼球運動障害（初期には眼球運動の随意的上下方向運動が遅くなり、ついには下方視ができなくなる）、構音障害や嚥下障害、想起障害と思考の緩慢を特徴とする認知症や注意力低下が出現する。徐々に歩行不能、立位保持不能となって、寝たきりになる。抗パーキンソン病薬への反応は不良である。一時的に抗うつ薬やドロキシドパで症状が改善することがある。

非定型例として「純粋無動症」と呼ばれる病型があり、パーキンソン病に似て、歩行障害、すくみ足、易転倒性を特徴とするが、筋強剛や振戦を欠く。眼球運動障害も末期になるまで出現しないことが多い。

## 2. 大脳皮質基底核変性症

### 主要項目

(1) 中年期以降に発症し緩徐に進行する。

(2) 失行あるいはその他の大脳皮質徴候

- ① 肢節運動失行があり、左右差が目立つ。
- ② 肢節運動失行が明瞭でなくても、皮質性感覚障害、把握反応、「他人の手」徴候、反射性ミオクローヌスのいずれがあり、左右差が目立つ。
- ③ 観念運動失行が肢節運動失行よりも顕著な場合は、左右差は目立たないことが多い。
- ④ その他の認知機能障害として、稀に、認知症、異常行動、注意障害、失語などが早期から目立つ例がある。

(3) 錐体外路徴候

- ① パーキンソニズム（無動、筋強剛、振戦）：障害は下肢よりも上肢に目立つことが多い。
- ② ジストニー

(4) その他の神経症状

- ① 偽性球麻痺（構音障害、嚥下障害）
- ② 尿失禁

#### (5) 画像所見

CT、MRI、SPECTで、一側優位性の障害(大脳半球の萎縮又は血流低下)は診断において、重要な支持的所見である。しかし、両側性あるいはび漫性に異常所見が出現する例もあるので、診断上必須所見とはしない。

#### (6) 除外すべき疾患

- ① パーキンソン病
- ② 進行性核上性麻痺
- ③ 多系統萎縮症(特に線条体黒質変性症)
- ④ 薬剤、脳炎、脳血管障害、外傷など
- ⑤ 類似症状を呈するその他の疾患

#### (7) 判定

次の3条件を満たすものを皮質基底核変性症と診断する。

- ① (1)を満たす。
- ② (2)の1項目以上、及び(3)の1項目以上がある。
- ③ 他の疾患を除外できる。

注:なお、必須ではないが、画像所見によって他の疾患を除外し、一側性優位性の障害を確認する事が望ましい。

#### 参考所見

大脳皮質基底核変性症(CBD)は、一側優位性が目立つ大脳半球萎縮及び基底核変性を生じる神経変性疾患で、特有の大脳皮質症状と運動障害を呈する。

(1)臨床的には、以下の所見がみられる。

- ① 中年期以降に発病し緩徐に進行する。
- ② 大脳皮質症状として、前頭・頭頂葉症状が見られる。最も頻度が高く特徴的な症状は肢節運動失行で、この他に観念運動失行、皮質性感覚障害、把握反応、他人の手徴候、反射性ミオクローヌスなどが出現する。
- ③ 錐体外路症状として、パーキンソニズム(無動、筋強剛、振戦)、ジストニーなどが出現する。症状は下肢よりも上肢のほうが顕著なことが多い。
- ④ 上記神経症状には、病初期から顕著な一側優位性がみられることが多い。
- ⑤ 注意障害、認知症、異常行動のような精神症状は、通常、運動症状よりも遅れて出現する。
- ⑥ 歩行障害、偽性球麻痺(構音障害、嚥下障害)などが早期から出現するために、進行性核上性麻痺と鑑別困難な症例がある。

#### (2) 画像所見

CT、MRI、SPECTで、一側優位性の大脳半球萎縮又は血流低下を認めた場合には、重要な支持的所見である。しかし、両側性あるいはび漫性の異常を認める例もあるので、診断上必



須所見とはしない。

### (3) 薬物等への反応

L-DOPAや他の抗パーキンソン病薬への反応は不良である。抗うつ薬、ドロキシドパ、経頭蓋磁気刺激などが試みられているが、効果はあっても一時的である。

### (4) 病理学的所見

前頭・頭頂葉に目立つ大脳皮質萎縮が認められ、黒質の色素は減少している。顕微鏡的には皮質、皮質下、脳幹の諸核(視床、淡蒼球、線条体、視床下核、黒質、中脳被蓋など)に神経細胞減少とグリオーシスが認められる。ピック細胞と同様の腫大した神経細胞が大脳皮質及び皮質下諸核に認められる。黒質細胞には神経原線維変化がみられる。ガリアス染色やタウ染色ではグリア細胞にも広範な変性が認められ、特に astrocytic plaque は本症に特徴的である。

## 3. パーキンソン病

以下の4項目のすべてを満たした場合、パーキンソン病と診断する。ただし、Yahr の分類の Stage は問わない。1、2、3は満たすが、薬物反応を未検討の症例は、パーキンソン病疑い症例とする。

- (1) パーキンソニズムがある。※1
- (2) 脳CT又はMRIに特異的異常がない。※2
- (3) パーキンソニズムを起こす薬物・毒物への曝露がない。※3
- (4) 抗パーキンソン病薬にてパーキンソニズムに改善がみられる。

※1 パーキンソニズムの定義は、次のいずれかに該当する場合とする。

- (1) 典型的な左右差のある安静時振戦(4～6Hz)がある。
- (2) 歯車様筋強直、動作緩慢、姿勢歩行障害のうち2つ以上が存在する。

※2 脳CT又はMRIにおける特異的異常とは、多発脳梗塞、被殻萎縮、脳幹萎縮、著明な脳室拡大、著明な大脳萎縮など他の原因によるパーキンソニズムであることを示す明らかな所見の存在をいう。

※3 薬物に対する反応はできるだけドパミン受容体刺激薬又はL-DOPA製剤により判定することが望ましい。

### 参考にした診断基準:

厚生労働省特定疾患調査研究班(神経変性疾患調査研究班)による診断基準

## 8. 脊髄小脳変性症

### 【主要項目】

脊髄小脳変性症は、運動失調を主要症候とする原因不明の神経変性疾患の総称であり、臨床、病理あるいは遺伝子的に異なるいくつかの病型が含まれる。臨床的には以下の特徴を有する。

- (1) 小脳性ないしは後索性の運動失調を主要症候とする。
- (2) 徐々に発病し、経過は緩徐進行性である。
- (3) 病型によっては遺伝性を示す。その場合、常染色体優性遺伝性であることが多いが、常染色体劣性遺伝性の場合もある。
- (4) その他の症候として、錐体路徴候、錐体外路徴候、自律神経症状、末梢神経症状、高次脳機能障害などを示すものがある。
- (5) 頭部のMRIやX線CTにて、小脳や脳幹の萎縮を認めることが多く、大脳基底核病変を認めることもある。
- (6) 脳血管障害、炎症、腫瘍、多発性硬化症、薬物中毒、甲状腺機能低下症など二次性の運動失調症を否定できる。

なお、オリブ橋小脳萎縮症については、従前の診断基準では脊髄小脳変性症の一病型として取扱うこととしていたが、特定疾患治療研究事業における傷病区分の変更等を踏まえ、多系統萎縮症の一病型として取扱うこととしたため、注意を要する。（「11. 多系統萎縮症」の診断基準を参照）

### 参考にした診断基準：

厚生労働省特定疾患調査研究班（運動失調調査研究班）による診断基準

## 9. 脊柱管狭窄症

下記の症状(神経根、脊髄及び馬尾症状)と画像所見による脊柱管狭窄化を総合的に診断されたものをいう。ただし、以下の各項に該当するものに限る。

- a. 頸椎部、胸椎部又は腰椎部のうち、いずれか1以上の部において脊柱管狭窄化を認めるもの。
- b. 脊柱管狭窄化の程度は画像上(単純X線写真、断層写真、CT、MRI、ミエログラフィーなど)脊柱管狭窄化を認め、脊髄、馬尾神経又は神経根を明らかに圧迫する所見のあるものとする。
- c. 画像上の脊柱管狭窄化と症状の間に因果関係の認められるもの。

### 症状

主として四肢・躯幹の痛み、しびれ、筋力低下、運動障害、脊椎性間欠跛行を呈する。排尿・排便障害を伴うことがある。これらの症状は増悪、軽快を繰り返し、次第に悪化して歩行が困難となる。転倒などの軽微な外傷機転によって症状が急激に悪化し、重篤な脊髄麻痺をきたすことがある。

### 鑑別疾患

変形性脊椎症(神経学的症状を伴わないもの)

椎間板ヘルニア

脊椎・脊髄腫瘍

脊椎すべり症(神経学的症状を伴わないもの)

腹部大動脈瘤

閉塞性動脈硬化症

末梢神経障害

運動ニューロン疾患

脊髄小脳変性症

多発性神経炎

脳血管障害

筋疾患

後縦靱帯骨化症

### 参考にした診断基準:

厚生労働省特定疾患調査研究班(脊柱靱帯骨化症調査研究班)による診断基準

## 10. 早老症

ウェルナー症候群、プロジェリア症候群、コケイン症候群に該当するものをいう。

ウェルナー症候群に関しては、以下の確実例及び疑い例に該当するものをいう。

確実例：(1)のすべてと(2)の2つ以上

(1)の2つと(3)

疑い例：(1)の2つと(2)の2つ以上

(1)主徴候：

- a. 早老性外貌(白髪、禿頭など)
- b. 白内障
- c. 皮膚の萎縮、硬化又は潰瘍形成

(2)その他の徴候と所見

- a. 原発性性腺機能低下
- b. 低身長及び低体重
- c. 音声の異常
- d. 骨の変形などの異常
- e. 糖同化障害
- f. 早期に現れる動脈硬化
- g. 尿中ヒアルロン酸増加
- h. 血族結婚

(3)皮膚線維芽細胞の分裂能の低下

参考にした診断基準：

厚生省特定疾患調査研究班(ホルモン受容機構異常調査研究班)によるウェルナー症候群の診断の手引き

## 11. 多系統萎縮症

### 1. 主要項目

#### (1) オリーブ橋小脳萎縮症

中年以降に発症し、初発・早期症状として小脳性運動失調が前景に現れる。経過とともにパーキンソニズム、自律神経症状(排尿障害や起立性低血圧など)を呈することが多い。頭部のMRIで、小脳、橋(特に底部)の萎縮を比較的早期から認める。この変化をとらえるにはT 1 WI矢状断が有用である。また、T2WI 水平断にて、比較的早期から橋中部に十字サインが認められる。この所見では診断的意義が高い。

#### (2) 線条体黒質変性症

中年以降に発症し、パーキンソン病様の症状で発症し、振戦よりは筋固縮、無動が目立つ。抗パーキンソン病薬に対する反応は不良であるが、数年間にわたって有効な例もある。経過と共に、自律神経症候や運動失調が加わってくる。MRIにて、橋底部、小脳の萎縮、線条体の萎縮、被殻外側のスリット状のT2高信号域などが診断の補助となる。特に被殻外側のT2高信号像の診断的意義は高い。パーキンソン病やびまん性レビー小病体との鑑別には123I-MIBG心筋シンチグラフィーが有用である。パーキンソン病やレビー小病体では、心筋への集積低下が認められるのに対して、多系統萎縮症では集積低下は認めない。

#### (3) シャイ・ドレーガー症候群

中年以降に発症し、起立性低血圧(収縮期でも20mmHg もしくは拡張期で10mmHg 以上)、排尿障害(100mL以上の残尿・尿失禁)、男性での陰萎を中心とした自律神経症状が前景となる。発症後1年間にわたり上記の自律神経症状が前景であった場合に、シャイ・ドレーガー症候群ととらえる。発症後5年以上経過しても自律神経症状のみである場合は、他疾患(純粋自律神経失調症 pure autonomic failure ; PAF)や他の自律神経ニューロパチー(アミロイド・ポリニューロパチーや糖尿病性ニューロパチー)との鑑別が必要である。



## 2. 参考事項

これまで、オリブ橋小脳萎縮症、線条体黒質変性症、シャイ・ドレーガー症候群として分類されてきた疾患については、病変分布の濃淡(オリブ、橋、小脳、線条体、黒質、自律神経系の変性がさまざまな分布で認められる)によって臨床症状に多少の異なりがあるものの、基本的な臨床像は共通していることに加え、病理学的にも、特徴的なオリゴデンドロサイト内嗜銀性封入体が観察されることから、同一の疾患としてとらえられるようになり、これらの疾患を多系統萎縮症と総称するようになった。臨床的には、小脳性運動失調症、パーキンソニズム、自律神経症状のいずれかを初発症状として発病し、経過と共にそれ以外の症状も明らかになってくる。進行例では声門開大障害に伴う特徴的ないびきや睡眠時無呼吸が観察されることが多く、突然死を起こすことがあり注意する必要がある。

### 参考にした診断基準:

厚生労働省特定疾患調査研究班(運動失調症調査研究班)による診断基準

## 12. 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症

(1)を満たした上で、(2)～(4)の各疾病に関する状態に該当するものをいう。

### (1) 糖尿病の診断

- a. 空腹時血糖値 $\geq 126\text{mg/dl}$ 、75gOGTT 2時間値 $\geq 200\text{mg/dl}$ 、随時血糖値 $\geq 200\text{mg/dl}$ 、のいずれか(静脈血漿値)が、別の日に行った検査で2回以上確認できること。

(注1) これらの基準値を超えても、1回の検査だけの場合には糖尿病型と呼ぶ。

(注2) ストレスのない状態での高血糖の確認が必要である。1回目と2回目の検査法は同じである必要はない。1回目の判定が随時血糖値 $\geq 200\text{mg/dl}$ で行われた場合は、2回目は他の方法によることが望ましい。1回目の検査で空腹時血糖値が $126-139\text{mg/dl}$ の場合には、2回目にはOGTTを行うことを推奨する。

- b. 1回だけの検査が糖尿病型を示し、かつ次のいずれかの条件がみたされること。

ア. 糖尿病の典型的症状(口渇、多欲、多尿、体重減少)の存在

イ.  $\text{HbA1c} \geq 6.5\%$ (日本糖尿病学会グリコヘモグロビン標準化委員会の標準検体による補正值)

ウ. 確実な糖尿病網膜症の存在

- c. 過去において上記のa. ないしb. がみたされたことがあり、それが病歴などで確認できること。

(注1) 以上の条件によって、糖尿病の判定が困難な場合には、患者を追跡し、時期をおいて再検査する。

(注2) 糖尿病の診断に当たっては、糖尿病の有無のみならず、分類(成因、代謝異常の程度)、合併症などについても把握するように努める。

## (2) 糖尿病性神経障害

以下の重症度評価表において4点以上であること

重症度評価表

| 項 目              | スコア |       |       |     |
|------------------|-----|-------|-------|-----|
|                  | 0   | 1     | 2     | 3   |
| 自覚症状             |     |       |       |     |
| 1 パレステジア         | なし  | 軽度    | 中等度   | 高度  |
| 2 しびれ感           | なし  | 軽度    | 中等度   | 高度  |
| 3 足が冷たい、熱い       | なし  | 軽度    | 中等度   | 高度  |
| 他覚所見             |     |       |       |     |
| 4 足の第1指の触覚低下     | なし  | 軽度    | 中等度   | 高度  |
| 5 筋萎縮            | なし  | 軽度    | 中等度   | 高度  |
| 6 足の第1指の振動覚低下    | なし  | 軽度    | 中等度   | 高度  |
| 7 アキレス腱反射        | 正常  | 減弱    | 遅延    | 消失  |
| 8 起立時血圧下降(mmHg)  | ～10 | 11～20 | 21～34 | 35～ |
| 電気生理学的検査         |     |       |       |     |
| 9 F波最小潜時(m/sec)  | ≤27 | 28～30 | 31～33 | ≥34 |
| 10 F波伝導速度(m/sec) | ≥56 | 50～55 | 45～49 | <45 |

## (3) 糖尿病性腎症

糖尿病性腎症病期分類第2期(早期腎症)以上の所見が見られること。

糖尿病性腎症病期分類

| 病期                                     | 臨床的特徴              |                  | 病理学的特徴                                                |
|----------------------------------------|--------------------|------------------|-------------------------------------------------------|
|                                        | 尿蛋白(アルブミン)         | GFR(Ccr)         | (参考所見)                                                |
| 第1期<br>(腎症前期)                          | 正常                 | 正常<br>時に高値       | びまん性病変:なし～軽度                                          |
| 第2期*<br>(早期腎症)                         | 微量アルブミン尿           | 正常<br>時に高値       | びまん性病変:軽度～中等度<br>結節性病変:ときに存在                          |
| 第3期—A<br>(顕性腎症前期)<br>第3期—B<br>(顕性腎症後期) | 持続性蛋白尿<br>持続性蛋白尿** | ほぼ正常<br>低下**     | びまん性病変:中等度<br>結節性病変:多くは存在<br>びまん性病変:高度<br>結節性病変:多くは存在 |
| 第4期<br>(腎不全期)                          | 持続性蛋白尿             | 著明低下(血清クレアチニン上昇) | 荒廃糸球体                                                 |
| 第5期<br>(透析療法期)                         |                    |                  |                                                       |

\* 腎症早期診断に必須である微量アルブミン尿の診断基準を下記の通りとする

a. スクリーニング

来院時尿(随時尿)を用い、市販のスクリーニング用キットで測定する。

b. 診断

上記スクリーニングで陽性の場合、あるいは初めから時間尿を採取し、以下の基準に従う。

夜間尿 10  $\mu$ g/分以上

24時間尿 15  $\mu$ g/分以上

昼間(安静時)尿 20  $\mu$ g/分以上

(注1) a. 及びb. の両者とも、日差変動が大きいため、複数回の採尿を行い判定すること。

(注2) 試験紙法で尿蛋白軽度陽性の場合でも、尿中アルブミン測定が望ましい。なお、微量アルブミン尿の上限は、約200  $\mu$ g/分とされている。

(注3) 以下の場合には判定が紛らわしい場合があるので検査を避ける。

高度の希釈尿

妊娠中、生理中の女性

過激な運動後、過労、感冒など

c. 除外診断

ア. 非糖尿病性腎疾患

イ. 尿路系異常と感染症

ウ. うっ血性心不全

エ. 良性腎硬化症

\*\* 持続性蛋白尿約1g/日以上、GFR(Ccr)約60mL/分以下を目安とする。

(4) 糖尿病性網膜症

以下の分類で軽症網膜症(無症状)のものを除く

| 病 型                       | 臨 床 所 見                             |
|---------------------------|-------------------------------------|
| 非増殖網膜症                    |                                     |
| 軽症網膜症(無症状)                | 壁の薄い毛細血管瘤、点状網膜出血                    |
| 中等症網膜症(黄斑浮腫がみられる場合には症状あり) | 壁が薄い又は厚い毛細血管瘤、網膜出血、硬性白斑、網膜浮腫、特に黄斑浮腫 |
| 重症網膜症(増殖前網膜症)             | 網膜出血、毛細血管瘤、軟性白斑、IRMA、数珠状静脈異常        |

|                                |                                                                                                                                                                                   |
|--------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 増殖網膜症                          |                                                                                                                                                                                   |
| 活動性の高い網膜症<br>(漏出性、充血、活動性、代償不全) | 顕著な網膜所見: 網膜出血、IRMA、数珠状静脈異常、軟性白斑、網膜浮腫<br>新生血管: 裸の新生血管、小さな繊維増殖、口径拡大、乳頭近傍を含む、急速な進展<br>硝子体: 初期には収縮なし、収縮による硝子体出血<br>経過: 急速に進展、安定期や非漏出性へ                                                |
| 中等度の網膜症(乾性、静止性、安定性)            | 顕著でない網膜所見<br>新生血管: 裸の新生血管、さまざまな程度の繊維増殖、しばしば長く糸状、乳頭近傍を含まない、進展や寛解は緩徐<br>経過: 徐々に進展、安定期又は寛解期へ                                                                                         |
| 燃えつきた網膜症                       | 網膜所見: 動脈狭細化・白線化・混濁、静脈白線化・不規則少数の出血、白斑、IRMA<br>新生血管: 繊維増殖膜による被覆、消失<br>硝子体: 完全収縮、下方に陳旧性硝子体混濁<br>経過: 沈静化、ときに新鮮な硝子体出血<br>網膜機能: 局在性又はびまん性の牽引性網膜剥離、後極部が非剥離0.1~0.6、重症な網膜虚血、重篤な視力障害の原因となる。 |

黄斑浮腫については、以下の基準のうち、中等症黄斑症(黄斑浮腫)、重症黄斑症(黄斑浮腫)の基準を満たすものとする。

| 重症度レベル      | 散瞳下眼底検査所見              |
|-------------|------------------------|
| 黄斑症(黄斑浮腫)なし | 眼底後極に網膜浮腫による肥厚、硬性白斑なし。 |
| 黄斑症(黄斑浮腫)あり | 眼底後極に網膜浮腫による肥厚、硬性白斑あり。 |

黄斑症(黄斑浮腫)が存在する場合、以下のように重症度を分類することができる

| 重症度レベル       | 散瞳下眼底検査所見                             |
|--------------|---------------------------------------|
| 軽度黄斑症(黄斑浮腫)  | 網膜浮腫による肥厚、硬性白斑が眼底後極にあるが、黄斑中央部より離れている。 |
| 中等度黄斑症(黄斑浮腫) | 網膜浮腫による肥厚、硬性白斑が黄斑中央部に近づきつつあるが到達していない。 |
| 重度黄斑症(黄斑浮腫)  | 網膜浮腫による肥厚、硬性白斑が黄斑中央部に到達している。          |

参考にした診断基準:

糖尿病については、糖尿病診断基準検討委員会報告による診断基準

糖尿病性腎症については、厚生省糖尿病調査研究班による糖尿病性腎症早期診断基準及び厚生省糖尿病研究班による糖尿病性腎症病期分類

糖尿病性網膜症については、Davis 分類及び糖尿病黄斑症(黄斑浮腫)国際重症度分類

糖尿病性神経障害については、厚生省糖尿病研究班による糖尿病性神経障害重症度評価表



### 13. 脳血管疾患

明らかな血管性の器質的脳病変を有するもので、以下の分類に該当するものをいう。

---

1. 虚血群＝脳梗塞症※
    - ① アテローム血栓性脳梗塞
    - ② ラクナ梗塞
    - ③ 心原性脳塞栓症
    - ④ その他の分類不能な脳梗塞(症)
  2. 出血群＝頭蓋内出血
    - ① 脳出血
    - ② くも膜下出血
    - ③ その他の頭蓋内出血
- 

※ 明確な脳血管性と思われる発作を欠き、神経症候も認められないが、偶然CT・MRIなどで見出された脳梗塞は、無症候性脳梗塞と呼び、その他の症候を有する脳梗塞は、脳梗塞症と呼んで区別することが望ましい。

(診断基準)

1. 虚血群＝脳梗塞(症)
  - 1)アテローム血栓性脳梗塞  
内頸動脈、前・中・後大脳動脈、椎骨動脈や脳底動脈あるいはその皮質枝のアテローム血栓によって生じた脳梗塞。

(1)臨床症状

1. 安静時の発症が比較的多い。
2. 局所神経症候は病巣部位や閉塞血管により多彩であるが、片麻痺、四肢麻痺、半身感覚障害、同名性半盲、失語などが多い。
3. 意識障害は重篤なものから、ないものまで多様。内頸動脈や脳底動脈の閉塞では高度の意識障害を呈することがある。
4. 症状の進行は一般に緩徐であり段階的な進行を示すが、アテローム血栓が栓子となり脳末梢部血管に塞栓を生じる動脈原性脳塞栓症では突発発症する。

(2)CT・MRI所見

1. CT上、発症1～2日後に責任病巣に相当する脳主幹動脈、ないしはその皮質枝領域にX線低吸収域(LDA)が出現する。
2. MRI上、拡散強調画像では発症早期から、FLAIR・T2強調画像では発症数時間以内から、責任病巣に一致する高信号域を認める。CT・MRIともに病巣最大径が1.5 cmを超えることが多い。

### (3)その他

1. 動脈硬化を伴う基礎疾患(高血圧、糖尿病、高脂血症など)の存在することが多い。
2. 時に頸部に血管雑音(bruit)が聴取される。この場合は頸部超音波検査、MRA検査などを行い内頸動脈狭窄・閉塞の有無をチェックする事が望ましい。

## 2)ラクナ梗塞

脳深部の穿通枝領域に生じた直径1. 5cm 以下の小梗塞。

### (1)臨床症候

2. 安静時の発症が多い。
3. 典型的なものは、意識障害を伴わず、片麻痺、半身感覚障害、失調性片麻痺などのみを呈する。

### (2)CT・MRI所見

1. CT上、発症1～2日後に脳の深部(穿通枝領域)に直径1. 5cm 以下のX線低吸収域(CT)を認める。
2. MRI上、拡散強調画像では発症早期から、FLAIR・T2強調画像では発症4～5時間以内から責任病巣に一致する高信号域を認める。CT・MRIともに病巣最大径が1. 5 cm を超えない。特に脳幹部などの病巣検出や微小なラクナ梗塞の発見にはCTよりもMRI検査が望ましい。

### (3)その他

基礎疾患に高血圧、糖尿病などを認める事が多く、また時には脳梗塞症発現以前から存在した無症候性脳梗塞を画像上に認める事がある。

## 3)心原性脳塞栓症

心房細動、心臓弁膜症、陳旧性心筋梗塞などの患者に生じた心臓内血栓が栓子となり、脳血管に塞栓が生じたもの。

### (1)臨床症候

1. 特定脳動脈領域の局所神経症候が突発し、急速に完成する。大脳皮質を含む病巣が多く、失語・失認などの大脳皮質症候を伴う事が多い。内頸動脈塞栓症では重篤な症状が突発する。
2. 意識障害を伴う事が多い。
3. 塞栓原と考えられる心疾患(心房細動、弁膜疾患、心筋梗塞など)の合併がある。

## (2)CT・MRI所見

1. CT上、発症1～2日以内に責任病巣に相当するX線低吸収域(LDA)が出現する。
2. CT上、数日以内にLDA内に混在するX線高吸収域(HDA)(これは出血性梗塞の存在を意味する)が高頻度にみられる。
3. MRI上、拡散強調画像では発症早期から、FLAIR・T2強調画像でも数時間以内に高信号領域が出現する。
4. 内頸動脈などの主幹動脈塞栓では画像上、早期から強い脳浮腫の存在を示す所見がみられる事がある。

## (3)その他

塞栓原となる心疾患を診断する事及び神経症候が突発した事を確認する事が診断上、極めて重要である。発症後の時期にもよるが、出血性梗塞の存在も診断の参考になる。

## 4)その他の分類不能な脳梗塞

CT所見や臨床症候から脳出血は否定できるが、上記1)2)3)に該当しないものや、上記1)2)3)のうち2つ以上が混在する場合は分類不能とする。空気塞栓、脂肪塞栓、奇異性塞栓などもここに分類される。

## 2. 出血群＝頭蓋内出血

### 1)脳(実質内)出血

#### (1)臨床症状

1. 通常、高血圧症の既往があり、発症時には著しく血圧が上昇する。
2. 日中活動時に発症することが多い。
3. しばしば頭痛があり、ときに嘔吐を伴う。
4. 意識障害をきたすことが多く、急速に昏睡に陥ることもある。
5. 局所神経症候は出血部位によって左右され、多彩であるが、被殻、視床の出血の頻度が高く、片麻痺、片側性感覚障害が多い。

#### (2)CT所見

発症直後から出血部位に一致してX線高吸収域(HDA)が出現する。

注:確定診断は脳実質内巣を証明することである。高血圧による脳細動脈の血管壊死もしくは類繊維素変性が原因となり出血する高血圧性脳出血が一般的である。小出血では頭痛、意識障害を欠き、脳梗塞との鑑別が困難なものがある。臨床障害による診断は蓋然的なものであり、確定診断はCTによる血腫の証明が必要である。

## 2)くも膜下出血

### (1)臨床症状

1. 突発する激しい頭痛(嘔気、嘔吐を伴うことが多い)で発症する。
2. 髄膜刺激症状(項部硬直、Kernig 徴候など)がある。
3. 発症直後は局所神経症状が出現することは少ない(ただし、ときに発症当初より一側性の限局性の動眼神経麻痺を呈する)。
4. 発症時に意識障害をきたすことがあるが、しばしば一過性である。
5. 網膜前出血をみることがある。
6. 血性髄液(注)

### (2)CT所見

1. くも膜下腔(脳槽、脳溝など)に出血を認めるX線高吸収域(HDA)を認める。
2. ときに脳実質内の出血を合併することがある。

### (3)その他

脳血管撮影では脳動脈瘤、脳動脈奇形などの血管異常を認めることが多い。

注:確定診断はくも膜下腔への出血の確認であるが、CTで出血が証明される場合は髄液検査の必要はない。

### 参考にした診断基準:

厚生省循環器病委託研究班(平成元年度)による研究報告を平成17年に日本脳卒中学会により修正

#### 14. 閉塞性動脈硬化症

動脈硬化症は全身性疾患であるが、それに伴って腹部大動脈末梢側、四肢の主幹動脈、下肢の中等度の動脈等に閉塞が見られる場合であって、以下の状態のうち、Ⅱ度以上に該当するもの。

- Ⅰ度 冷感、しびれ感
- Ⅱ度 間歇性跛行
- Ⅲ度 安静時痛
- Ⅳ度 潰瘍、壊死

参考にした診断基準:

Fontaine の分類



## 15. 慢性閉塞性肺疾患

以下の状態に該当するものをいう。

慢性気管支炎あるいは肺気腫による気流閉塞を特徴とする疾患である。気流閉塞は通常は進行性であり、ときには、気道反応性の亢進を伴い、また部分的には可逆的な場合もあるが、特異的な原因によるものを除外する。

### (1) 慢性気管支炎

気管支からの過剰な粘液分泌を特徴とし、喀痰を伴う咳 (Productive cough) が慢性あるいは繰り返し起こるもの。慢性とは1年に3ヶ月以上続き、それが2ヶ年 (2冬連続) 以上にわたる場合。但し、特異的肺疾患、新生物、心疾患などによるものは除外される

### (2) 肺気腫

呼吸細気管支より末梢の肺胞の異常拡張

### (3) 気管支喘息

種々の刺激に対して気道の反応性が亢進した状態で広範な気道の狭窄を特徴とし、この閉塞性障害が自然にあるいは治療により変化するもの。ただし、肺、心、血管系の病変に由来するものは除く。

### (4) びまん性汎細気管支炎

#### 参考とした診断基準:

アメリカ合衆国胸部学会作成診断分類

## 16. 両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

### (1) 両側の膝関節に著しい変形を伴う変形性関節症

両側の膝関節にX線所見上、骨棘形成、関節裂隙の狭小化、軟骨下骨の骨硬化、骨嚢胞の形成等の著しい変形を伴い、日本整形外科学会変形性膝関節症治療成績判定基準において何らかの障害が認められるもの。

#### a. 変形性膝関節症治療成績判定基準

|                                         | 右  | 左  |
|-----------------------------------------|----|----|
| ① 疼痛・歩行能                                |    |    |
| 1) 1 km 以上歩行可、通常疼痛はないが、動作時たまに疼痛を認めてもよい。 | 30 | 30 |
|                                         | 25 | 25 |
| 2) 1 km 以上歩行可、疼痛あり。                     | 20 | 20 |
| 3) 500m 以上、1 km 未満の歩行可、疼痛あり             | 15 | 15 |
| 4) 100m 以上、500m 未満の歩行可、疼痛あり             | 10 | 10 |
| 5) 室内歩行又は 100m 未満の歩行可、疼痛あり              | 5  | 5  |
| 6) 歩行不能                                 | 0  | 0  |
| 7) 起立不能                                 |    |    |
| ② 疼痛・階段昇降能                              |    |    |
| 1) 昇降自由・疼痛なし                            | 25 | 25 |
| 2) 昇降自由・疼痛あり、手すりを使い・疼痛なし                | 20 | 20 |
| 3) 手すりを使い・疼痛あり、一步一步・疼痛なし                | 15 | 15 |
| 4) 一步一步・疼痛あり、手すりを使い一步一步・疼痛なし            | 10 | 10 |
| 5) 手すりを使い一步一步・疼痛あり                      | 5  | 5  |
| 6) できない                                 | 0  | 0  |
| ③ 屈曲角度及び強直・高度拘縮                         |    |    |
| 1) 正座可能な可動域                             | 35 | 35 |
| 2) 横座り・胡座可能な可動域                         | 30 | 30 |
| 3) 110度以上屈曲可能                           | 25 | 25 |
| 4) 75 度以上屈曲可能                           | 20 | 20 |
| 5) 35 度以上屈曲可能                           | 10 | 10 |
| 6) 35 度未満の屈曲、又は強直、高度拘縮                  | 0  | 0  |
| ④ 腫脹                                    |    |    |
| 1) 水腫・腫脹なし                              | 10 | 10 |
| 2) 時に穿刺必要                               | 5  | 5  |
| 3) 頻回に穿刺必要                              | 0  | 0  |
| 総 計                                     |    |    |

## b. 記入要項

### ア. 疼痛・歩行能

- ・歩行はすべて連続歩行(休まずに一気に歩ける距離)を意味する。
- ・疼痛は歩行時痛とする(疼痛は鈍痛、軽度痛、中等度痛をふくむ)。
- ・ある距離までしか歩けないが、その範囲では疼痛ない時は、その1段上のクラスの疼痛・歩行能とする。
- ・ある距離で激痛が現れる時、その1段下のクラスの疼痛・歩行能とする。
- ・「通常疼痛ないが、動作時たまに疼痛あってもよい」は買物後、スポーツ後、仕事後、長距離歩行後、歩き初めなどに疼痛がある状態をいう。
- ・「1km以上の歩行」はバスの2～3停留所間隔以上歩ける、あるいは15分以上の連続歩行可能をいう。
- ・「500m 以上、1km未満の歩行」は買物が可能な程度の連続歩行をいう。
- ・「100m 以上、500m 未満の歩行」は近所づきあい程度の連続歩行をいう。
- ・「室内歩行又は100m 未満の歩行」は室内又は家の周囲、庭内程度の連続歩行をいう。
- ・「歩行不能」は起立はできるが歩けない、歩行出来ても激痛のある場合をいう。

### イ. 疼痛・階段昇降能

- ・疼痛は階段昇降時痛をいう。
- ・疼痛は鈍痛、軽度痛、中等度痛をいう。
- ・激痛があるときはその1段下のランクとする。
- ・筋力低下などで「出来ない」状態であるが疼痛のない時は「手すりを使い一歩一歩(1段2足昇降)で疼痛あり」とする。

### ウ. 屈曲角度及び強直・高度拘縮

- ・「110° 以上屈曲可能」は110° 以上屈曲可能であるが、正座、横座り、胡座は出来ない状態をいう。
- ・「75° 以上屈曲可能」は75° 以上110° 未満の屈曲可能をいう。
- ・「35° 以上屈曲可能」は35° 以上75° 未満の屈曲可能をいう。
- ・「高度拘縮」は肢位の如何にかかわらず arc of motion で35° 以下をいう。

### エ. 腫脹

- ・「時に穿刺必要」: 最近時に穿刺を受けている、又は時にステロイドの注入を受けている、など。
- ・「頻回に穿刺必要」: 常に水腫がある。

## (2) 両側の股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

両側の股関節にX線所見上、関節裂隙の不整狭小化、軟骨下骨梁の骨硬化、骨棘形成、骨嚢胞の形成、骨頭変形等の著しい変形を伴い、日本整形外科学会股関節機能判定基準において何らかの障害が認められるもの。

a. 股関節機能判定基準

|                                            | 右  | 左  |
|--------------------------------------------|----|----|
| ①疼痛                                        |    |    |
| 1) 股関節に関する愁訴が全くない。                         | 40 | 40 |
| 2) 不定愁訴(違和感、疲労感)があるが、痛みはない。                | 35 | 35 |
| 3) 歩行時痛みはない(ただし歩行開始時あるいは長距離歩行後疼痛を伴うことがある)。 | 30 | 30 |
| 4) 自発痛はない。歩行時疼痛はあるが、短時間の休息で消退する。           | 20 | 20 |
| 5) 自発痛はときどきある。歩行時疼痛があるが、休息により軽快する。         | 10 | 10 |
| 6) 持続的に自発痛又は夜間痛がある。                        | 0  | 0  |
| 具体的表現                                      |    |    |

②可動域(記入要項を参照)

| 角 度 | 右 | 左 |
|-----|---|---|
| 屈曲  |   |   |
| 伸展  |   |   |
| 外転  |   |   |
| 内転  |   |   |

| 点 数 | 右 | 左 |
|-----|---|---|
| 屈 曲 |   |   |
| 外 転 |   |   |
|     |   |   |

|                                                                |    |
|----------------------------------------------------------------|----|
| 具体的表現                                                          |    |
| ③歩行能力                                                          |    |
| 1) 長距離歩行、速歩が可能、歩容は正常。                                          | 20 |
| 2) 長距離歩行、速歩は可能であるが、軽度の跛行を伴うことがある。                              | 18 |
| 3) 杖なしで、約 30 分又は2km 歩行可能である。跛行がある。日常の屋外活動にはほとんど支障がない。          | 15 |
| 4) 杖なしで、10-15 分程度、あるいは約 500m 歩行可能であるが、それ以上の場合、1本杖が必要である。跛行がある。 | 10 |
| 5) 屋内で活動はできるが、屋外活動は困難である。屋外では2本杖を必要とする。                        | 5  |
| 6) ほとんど歩行不能。                                                   | 0  |
| 具体的表現                                                          |    |

|                                                                 | 容易 | 困難 | 不能 |
|-----------------------------------------------------------------|----|----|----|
| ④日常生活動作                                                         |    |    |    |
| 1) 腰掛け                                                          | 4  | 2  | 0  |
| 2) 立ち仕事(家事を含む)<br>※持続時間約30分。休息を要する場合、困難とする。5分くらいしかできない場合、不能とする。 | 4  | 2  | 0  |
| 3) しゃがみこみ・立ち上がり<br>※支持が必要な場合、困難とする。                             | 4  | 2  | 0  |
| 4) 階段の昇り降り<br>※手すりを要する場合は困難とする。                                 | 4  | 2  | 0  |
| 5) 車、バスなどの乗り降り                                                  | 4  | 2  | 0  |

b. 総計評価:

$$\frac{\text{右、左}}{\text{両側の機能}} : \frac{(\quad) + (\quad)}{(\quad)}$$

c. 股関節機能診断基準の記入要項

ア. 疼痛について

- ・ 左右別々に記入する。
- ・ 40点は全く正常な股関節を対象とするので注意を要する。
- ・ 記載に際しては欄外に「具体的表現」の項があるので、ここに患者の表現をできるだけ記入する。

イ. 可動域について

- ・ 可動域は5°刻みで記載する。配点は下表の通り外転の10°未満を除き、10°刻みとする。
- ・ 拘縮のある場合はこれを引き、可動域で評価する。

| 屈 曲            | 配 点 | 外 転          | 配 点 |
|----------------|-----|--------------|-----|
| 0° ～ 10° 未満    | 0点  | 0° ～ 5° 未満   | 0点  |
| 10° ～ 20° 未満   | 1点  | 5° ～ 10° 未満  | 2点  |
| ...            | ... | 10° ～ 20° 未満 | 4点  |
| 110° ～ 120° 未満 | 11点 | 20° ～ 30° 未満 | 6点  |
| 120° ～         | 12点 | 30° ～        | 8点  |

\* 拘縮のない場合

|        |      |     |    |       |         |
|--------|------|-----|----|-------|---------|
| (例) 屈曲 | 100° | 、伸展 | 0° | → 10点 | } 計 16点 |
| 外転     | 20°  |     |    | → 6点  |         |



\* 拘縮のある場合

(例) 屈曲拘縮 20°、外転拘縮 5° で屈曲 100°、外転 20° 可能な場合

$$\left. \begin{array}{l} \text{屈曲} \quad 100^\circ - 20^\circ = 80^\circ \rightarrow 8 \text{点} \\ \text{外転} \quad 20^\circ - 5^\circ = 15^\circ \rightarrow 4 \text{点} \end{array} \right\} \text{計 12 点}$$

ウ. 歩行能力について

- ・ 両側の機能として記入する。
- ・ 20点、18点の項に表記される「速歩」とは「小走り」と理解する。これと同類の動作はすべて速歩とする。
- ・ 内容に関しては欄外の具体的表現の所に記入する。

エ. 日常生活動作について

- ・ 両側の機能として記入する。
- ・ 立ち仕事、しゃがみこみ・立ち上がり、階段の昇り降りについては注に準じて困難を判断する。
- ・ 車、バスなどの乗り降りについては本人の訴えで判断する。

オ. 表記法について

- ・ 両側機能と片側機能に分けられる項目で得点をそれぞれ記載して見られるようにした。

$$\frac{\text{右、左}}{\text{両側の機能}} : \frac{\text{疼痛と可動域の合計}}{\text{歩行能力と日常生活動作の合計}} \text{とし、満点は、} \frac{60、60}{40} \text{となる。}$$

- ・ たとえば、人工股関節置換術の両側例（あるいはカテゴリーB）で、左のみ手術が施行された場合、評価点が

$$\frac{35、48}{28}$$

であったなら、カテゴリーBで左術前 × × 点が術後76点になった、という表現となる。

参考にした診断基準:

日本整形外科学会 評価基準・ガイドライン・マニュアル集に基づき、平成18年に日本整形外科学会において一部修正

## VI. 介護・福祉サービス情報

### 1. 介護サービス事業者情報（インターネットサービス）

|                            |                                                                                                                                                           |
|----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 介護サービス情報公表システム             | 介護サービス事業者の基本・調査情報を公表中<br><a href="http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/">http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/</a>                                            |
| 居宅サービス等事業所の指定・更新申請、各種届出    | 介護保険事業者の申請や指導関係の情報・書類を公表中。<br><a href="https://www.pref.osaka.lg.jp/o090100/jigyoshido/shien/">https://www.pref.osaka.lg.jp/o090100/jigyoshido/shien/</a> |
| 独立行政法人 福祉医療機構<br>(WAM NET) | 全国の介護サービス事業者等の情報検索が可能。<br><a href="http://www.wam.go.jp/">http://www.wam.go.jp/</a>                                                                       |

### 2. 身近な相談等窓口

| 名 称                                                       | 内 容                                                                                                                                    |
|-----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 大阪府・市区町村                                                  | 介護保険や高齢者福祉に関して、市区町村には、保健センター、社会福祉協議会、民生委員児童委員など地域の身近な住民相談窓口がある。その他、要介護認定や保険料等の保険給付に関する決定に不服がある場合等は、大阪府の介護保険審査会で受け付けている。                |
| 地域包括支援センター                                                | 要支援者の介護予防ケアプランを作成するほか、成年後見制度や高齢者虐待問題はじめ高齢者や介護者、ケアマネジャーの相談に応じている。<br>地域包括支援センターは、市町村により設置され、地域における医師会などの職能団体、NPOなどの関係者等が「運営協議会」に参画している。 |
| ケアマネジャー（居宅介護支援事業者）・サービス提供事業者                              | ケアプランを作成したケアマネジャー（居宅介護支援事業者）やサービス提供事業者に相談可能。                                                                                           |
| 大阪府社会福祉協議会<br>地域福祉部 権利擁護推進室<br>(あいあいねっと)                  | 認知症等により判断能力が十分でない方を支援する成年後見制度の活用や財産管理に関する事項について、相談に応じている。<br>〒542-0065 大阪市中央区中寺 1-1-5 4<br>大阪社会福祉指導センター内<br>TEL 06-6191-9500           |
| 大阪市社会福祉研修・情報センター<br>[大阪市内]<br>休館日：祝日（土日と重なる場合は除く）<br>年末年始 | 介護や福祉に関する研修事業のほか、高齢者や障がい者、認知症の方の福祉や権利擁護・成年後見制度に関する相談等を行っている。<br>〒557-0024 大阪市西成区出城 2-5-20<br>TEL 06-4392-8200（JR環状線「今宮駅」下車）            |

|               |                                                                                            |
|---------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| 大阪市成年後見支援センター | 認知症等により判断能力が十分でない方を支援する成年後見制度の活用について、相談に応じている。<br>TEL 06-4392-8282<br>月～土（祝日除く）の9：00～17：00 |
| 大阪市介護家族の会連絡会  | 大阪市内の介護家族同士が情報を共有し、励まし、助け合い、問題を解決していくために組織している。<br>TEL 06-6765-5606                        |

### 3. 苦情相談窓口

| 名 称                                                                | 内 容                                                                                                               |
|--------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 大阪府国民健康保険団体連合会<br>＜苦情相談窓口＞                                         | 介護サービスに関する苦情について、介護サービス苦情処理委員に申し立てが可能。<br>〒540-0028 大阪市中央区常盤町1-3-8<br>中央大通F Nビル内<br>TEL 06-6949-5418 平日9：00～17：00 |
| 大阪府社会福祉協議会<br>＜運営適正化委員会苦情解決小委員会＞<br>（福祉サービスの相談窓口）<br>[大阪市内除く、大阪府内] | 介護サービス等に関する苦情について、解決に向けたあっせん等を行っている。<br>〒542-0065 大阪市中央区中寺1-1-54<br>大阪社会福祉指導センター内<br>TEL 06-6191-3130             |
| 大阪市社会福祉協議会<br>＜おおさか介護サービス相談センター＞<br>[大阪市内]                         | 介護サービス等に関する苦情について、解決に向けたあっせん等を行っている。<br>〒543-0021 大阪市天王寺区東高津町12-10<br>大阪市立社会福祉センター内<br>TEL 06-6766-3800           |

### 4. 福祉タクシー（リフト・スロープ付き）

| セ ン タ ー 名        | 予 約 方 法                                                                 | 受 付 時 間                     |
|------------------|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| 大阪福祉タクシー総合配車センター | TEL 06-6268-2945（フジゴ-）<br>FAX 06-6268-2946<br>（利用者が電話またはFAXで申し込む必要がある。） | 月～金 9：00～17：00<br>（土日・祝日除く） |



※Web 上での配車受付もあり  
<http://www.osaka-fukushitaxi.com/>



## 5. 認知症等相談窓口

①認知症疾患医療センター：認知症についての専門相談のほか、医療・福祉サービスの情報提供を行っている。また、利用者の希望に応じて認知症に関する診断も行っている。

| 病 院 名                                                               | 所 在 地                             | 最 寄 駅                                              | 地域区分                                                                  |
|---------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| 社会医療法人北斗会<br>さわ病院<br>TEL 0120-004-142<br>FAX 06-6865-1291           | 〒561-0803<br>豊中市城山町 1-9-1         | 阪急宝塚線<br>/服部天神または曽根                                | 池田市、箕面市、<br>豊中市、吹田市、<br>豊能町、能勢町                                       |
| 医療法人<br>大阪精神医学研究所<br>新阿武山病院<br>TEL 072-693-1892<br>FAX 072-693-3029 | 〒569-1041<br>高槻市奈佐原 4-10-1        | JR 京都線/<br>摂津富田<br>阪急京都線/富田                        | 摂津市、茨木市、<br>高槻市、島本町                                                   |
| 社会医療法人三上会<br>東香里病院<br>TEL 072-853-0540<br>FAX 072-853-0505          | 〒573-0075<br>枚方市東香里 1-24-34       | 京阪本線/<br>香里園または枚方市<br>京阪交野線/交野市                    | 枚方市、寝屋川市、<br>守口市、門真市、<br>大東市、四條畷市、<br>交野市                             |
| 医療法人清心会<br>八尾こころの<br>ホスピタル<br>TEL 0120-977-341<br>FAX 072-949-7150  | 〒581-0025<br>八尾市天王寺屋 6-59         | JR 大和路線/志紀                                         | 東大阪市、八尾市、<br>柏原市                                                      |
| 医療法人六三会<br>大阪さやま病院<br>TEL 072-365-1875<br>FAX 072-367-3020          | 〒589-0032<br>大阪狭山市岩室 3-216-1      | 泉北高速鉄道/<br>泉ヶ丘<br>南海高野線/金剛                         | 松原市、藤井寺市、<br>羽曳野市、大阪狭山<br>市、富田林市、河内<br>長野市、太子町、河<br>南町、千早赤阪村          |
| 医療法人河崎会<br>水間病院<br>TEL 072-446-8102<br>FAX 072-446-5451             | 〒597-0104<br>貝塚市水間 51             | 水間鉄道/水間観音                                          | 和泉市、泉大津市、<br>高石市、岸和田市、<br>貝塚市、泉佐野市、<br>泉南市、阪南市、<br>忠岡町、熊取町、<br>田尻町、岬町 |
| 社会医療法人北斗会<br>ほくとクリニック病院<br>TEL 06-6554-9707<br>FAX 06-6554-3199     | 〒551-0001<br>大阪市大正区三軒家西<br>1-18-7 | JR 環状線または<br>地下鉄・長堀鶴見<br>緑地線/大正<br>阪神なんば線/ドーム<br>前 | 大阪市                                                                   |
| 大阪市立<br>弘済院附属病院<br>TEL 06-6871-8073<br>FAX 06-4863-5351             | 〒565-0874<br>吹田市古江台 6-2-1         | 大阪モノレールまたは<br>阪急千里線/山田                             |                                                                       |
| 大阪公立大学<br>医学部附属病院<br>TEL 06-6645-2896<br>FAX 06-6636-3539           | 〒545-8586<br>大阪市阿倍野区旭町 1-5-7      | 地下鉄・JR/天王寺<br>または近鉄南大阪線/<br>大阪阿部野橋                 |                                                                       |
| 医療法人圓生会<br>松本診療所<br>TEL 06-6951-1848<br>FAX 06-6954-6327            | 〒535-0022<br>大阪市旭区新森5-3-22        | 地下鉄・今里筋線/<br>新森古市                                  |                                                                       |
| 社会福祉法人恩賜財団<br>大阪府済生会 野江病院<br>TEL 06-6932-0401<br>FAX 06-6932-7977   | 〒536-0001<br>大阪市城東区古市 1-3-25      | 地下鉄・長堀鶴見緑地<br>線/今福鶴見                               |                                                                       |

| 病 院 名                                                   | 所 在 地                              | 最 寄 駅                                  | 地域区分 |
|---------------------------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------------|------|
| 医療法人<br>葛本医院<br>TEL 06-6719-0929<br>FAX 06-6714-7090    | 〒546-0044<br>大阪市東住吉区北田辺<br>4-11-21 | 近鉄南大阪線/北田辺<br>地下鉄・谷町線/田辺<br>JR 阪和線/美章園 | 大阪市  |
| 公益財団法人<br>浅香山病院<br>TEL 072-222-9414<br>FAX 072-222-9109 | 〒590-0018<br>堺市堺区今池町 3-3-16        | 南海高野線浅香山<br>または JR 阪和線浅香<br>阪堺線/綾ノ町    | 堺市   |
| 医療法人杏和会<br>阪南病院<br>TEL 072-278-0233<br>FAX 072-281-6615 | 〒599-8263<br>堺市中区八田南之町 277         | JR 阪和線/津久野、<br>上野芝<br>泉北高速/深井、泉ヶ丘      |      |

☆上記一覧は 2024 年 3 月 1 日時点のもの

☆来所の際は予め電話予約が必要。

☆認知症の医療を行っている大阪府内の精神科医療機関情報が、<http://kokoro-osaka.jp/list/listfind.html> に掲載されている。

## ②こころの健康相談窓口（土日・祝日・年末年始を除く）

| 機 関 名                         | 連 絡 先 ・ 受 付 時 間                                                                | 地域区分                |
|-------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| 大阪府こころの健康総合センター<br>（こころの電話相談） | TEL 06-6607-8814<br>FAX 06-6691-2814（電話での<br>相談が困難な場合のみ）<br>月・火・木・金 9:30～17:00 | 大阪市内・堺市内除く、<br>大阪府内 |
| 大阪市こころの健康センター<br>（こころの悩み電話相談） | TEL 06-6923-0936<br>月～金 9:30～17:00                                             | 大阪市内                |
| 堺市こころの健康センター<br>（こころの電話相談）    | TEL 072-243-5500<br>月～金<br>9:00～12:00・12:45～17:00                              | 堺市内                 |

他に市町村の保健センターでは、高齢者の健康に関する相談を、大阪府保健所（池田、茨木、守口、四條畷、藤井寺、富田林、和泉、岸和田、泉佐野）では、こころの健康相談を行っている。

また、平成 20 年 9 月から、こころの健康相談統一ダイヤル（0570-064-556）が運用されている。都道府県・政令指定都市が実施している「こころの健康電話相談」等の公的な電話相談事業に全国共通の電話番号を設定したもので、全国どこからでも共通の電話番号に電話すれば、電話をかけた所在地の公的な相談機関に接続される。

## 6. 大阪府内地域包括支援センター（下記の大阪府ホームページサイトを参照）

<https://www.pref.osaka.lg.jp/o090090/kaigoshien/tiikihoukatusien/index.html>



Ⅶ. 参考

主治医意見書作成料の請求について

介護保険の主治医意見書作成料は大阪府国保連合会に請求することになっておりますが、請求書及び明細書の記載漏れ、記載誤りがあり、返戻となり支払ができないケースがあります。

記載漏れの多くは下記見本の①～⑫です。これらの点に特にご留意の上、ご提出くださいますようお願いいたします。

保険者によりレイアウトが異なる場合があります。

令和 年 月分 介護保険主治医意見書作成料請求書

令和 年 月 日

保険者 市 町 村 様  
広域連合

①の保険者欄には、大阪市・堺市等の保険者名を記入

保険医療機関所在地 名称 電話番号

押印もれに注意

② 印

③ 保険医療機関コード

④ 採択

④の採択欄は、記載漏れが多く  
病院／医院・・・1  
歯科医院・・・3  
老健施設・・・5  
介護医療院・・・B  
を記入してください。

請求件数 ⑤

請求金額 ⑥

請求件数は明細書の枚数を記入

請求金額は明細書の合計金額を記入

保険者コード \*

HT ① \*

HT ② \*

\*印の欄は、記入しないでください。

介護保険法による主治医の意見書の作成料請求明細書

令和 年 月 ⑦ 請求分

⑧の意見書作成年月日の作成月が請求月となります。

下記請求明細書を記入のうえ、保険者ごとに請求書を添えて大阪府国民健康保険団体連合会へ提出してください。

|          |           |   |
|----------|-----------|---|
| 被保険者情報   | 保険者番号     |   |
|          | 保険者名      |   |
|          | 被保険者番号    |   |
|          | フリガナ      |   |
|          | 被保険者氏名    |   |
| 性別       | 性別        |   |
|          | 生年月日      |   |
|          | 住所        |   |
|          | 依頼年月日     |   |
| 意見書作成年月日 | ⑧         |   |
|          | 保険医療機関コード | ⑨ |
|          | 保険医療機関名   | ⑩ |
| 作成区分     | ⑪         |   |
|          | 請求金額      | ⑫ |

意見書作成料を請求されるときに、特に記載漏れに注意してください。

作成区分と請求金額の不一致に注意してください。

作成区分及び請求金額（消費税を含めた額）は次のとおりです。  
1. 在宅新規・・・5,000円＋消費税  
2. 施設新規・・・4,000円＋消費税  
3. 在宅継続・・・4,000円＋消費税  
4. 施設継続・・・3,000円＋消費税

⑪ 上記項目のうち、あらかじめ保険者で記入が可能なものについては、すでに記入されています。  
他の欄については医療機関（介護老人保健施設、介護医療院を含む）で記入します。  
①～⑫つきましては、特に記載漏れ、記載誤りが多いため、ご注意ください。

- ◎ 次のような場合は、返戻の対象となりますのでご注意ください。
- ・ ②の請求書の押印もれ
  - ・ 請求書・明細書のどちらか一方のみの請求
  - ・ 請求書は保険者ごとに作成していただき、明細書は当月・月遅れ一緒に構いません。
  - ・ 大阪府以外の被保険者分の請求（他県分は該当の保険者に直接請求ください。）
  - ・ ⑧の意見書作成年月日もれ
  - ・ 次月請求分（作成された月の翌月以降に請求してください。当月分は請求できません。）
  - ・ ⑪の作成区分と⑫の請求金額が不一致

◎ 請求書の受付は、毎月1日から10日までです。10日を過ぎると翌月の請求となります。

◎ 請求書の提出は、

〒 540 - 0028

大阪府中央区常盤町1丁目3番8号 中央大通F Nビル5階

大阪府国民健康保険団体連合会 介護保険課 電話 06 - 6949 - 5446

## 末期がん等の方への要介護認定等における留意事項について

(厚生労働省老健局老人保健課 平成22年4月30日付事務連絡より抜粋)

末期がん等の方は、心身の状況に応じて、迅速に介護サービスの提供が必要となる場合があります。

ついては、末期がん等の方で、介護サービスの利用について急を要する場合は、下記の事項に留意し、適切な要介護認定の実施及び介護サービスの提供を行っていただくようお願いします。

### 記

#### 1. 暫定ケアプランの作成について

保険者の判断で、必要があると認めた場合、要介護認定の申請を受けた後、認定結果が出る前の段階であっても、暫定ケアプランを作成して、介護サービスの提供を開始することができます。また、一部の保険者では、末期がん等の方など、迅速な対応が必要と判断される方からの申請を受けた場合、同日のうちに、認定調査員が認定調査を実施するとともに、ケアマネジャーが暫定ケアプランを作成し、介護サービスの提供を開始しているところです。

こうしたことを踏まえ、末期がん等の方で、介護サービスの利用について急を要する場合には、迅速な暫定ケアプランの作成、介護サービスの提供を徹底いただくようお願いします。

#### 2. 要介護認定の実施について

一部の保険者では、末期がん等の方など、迅速な対応が必要と判断される方からの申請を受けた場合、同日のうちに認定調査を実施し、直近の介護認定審査会で二次判定を行い、要介護認定を迅速に実施しているところです。

こうしたことを踏まえ、末期がん等の方で、介護サービスの利用について急を要する場合には、暫定ケアプランの作成に加え、迅速な要介護認定を実施いただくようお願いします。

#### 3. 入院中からの介護サービスと医療機関等との連携について

入院している末期がん等の方が、退院後に在宅等に生活の拠点を移す場合において、入院中の段階からケアマネジャー等と医療機関が連携し、退院後の介護サービスを調整すること等が診療報酬上及び介護報酬上評価されています。

入院している末期がん等の方で、退院後も介護サービスを利用する見通しの方に対しては、これらの趣旨を踏まえ、切れ目のないサービスの提供を実施いただくようお願いします。

#### 4. 主治医意見書の診断名欄への「末期がん」の明示について

「要介護認定における「認定調査票記入の手引き」、「主治医意見書記入の手引き」及び「特定疾病にかかる診断基準」について」(平成21年9月30日老老発0930第2号厚生労働省老健局老人保健課長通知)において「40歳以上65歳未満の第2号被保険者については、主治医意見書の診断名の欄に、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」することとしています。

主治医意見書に末期がんであることを明示することは、保険者の要介護認定事務局や介護保険認定審査会における迅速な対応に資するため、特に申請者が末期がんと診断されている場合には、診断名を明示いただくよう、主治医の皆さまに周知願います。ただし、告知の問題については十分留意願います。

#### 5. 区分変更申請の機会の周知について

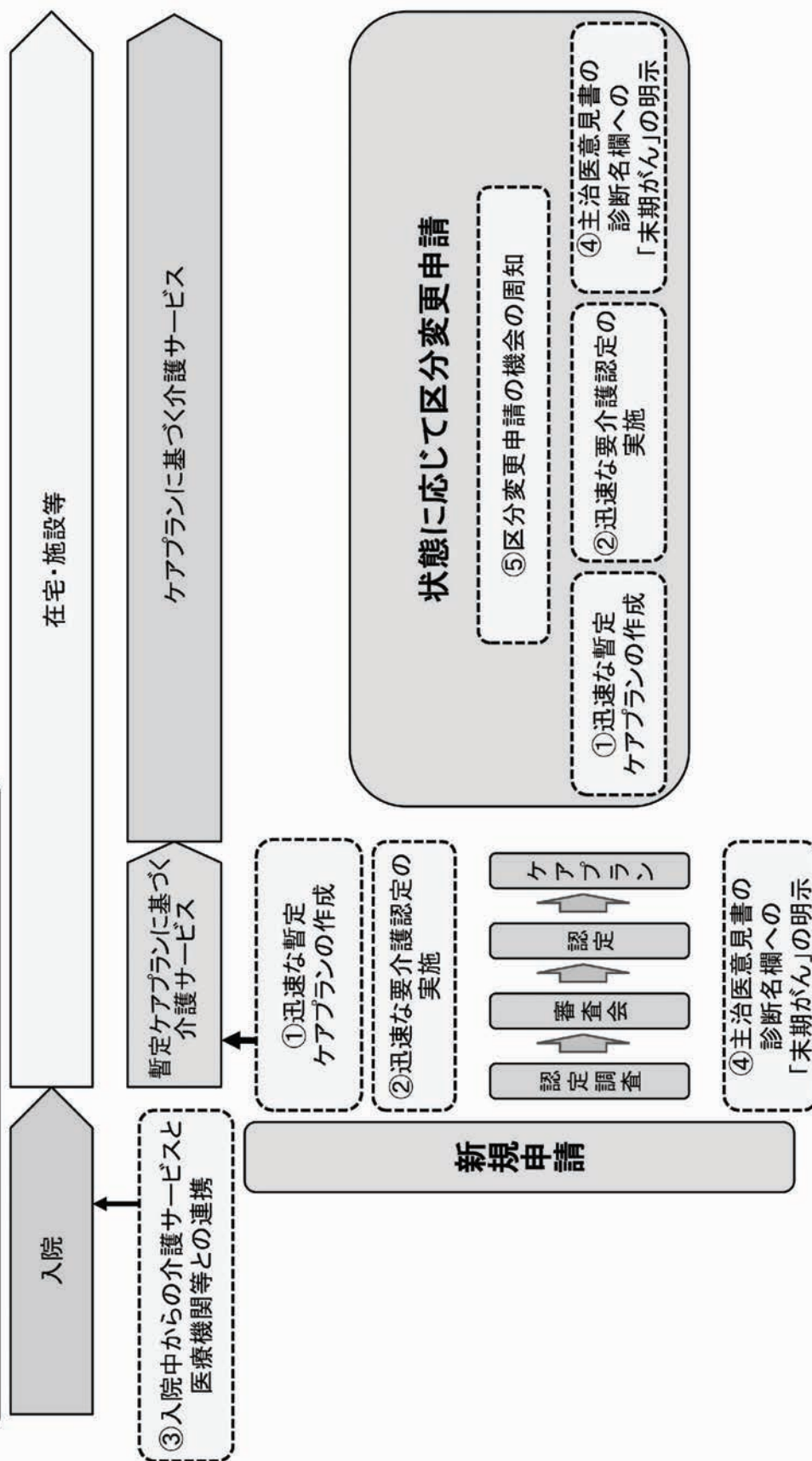
末期がん等の方は、心身の状況が急激に悪化するため、複数回、要介護状態区分の変更が必要となる場合があります。

したがって、末期がん等の方には、区分変更申請が提出されれば、要介護状態区分の変更等が速やかに行われることについて周知願います。

# 末期がん等の方への要介護認定等における対応について

- 末期がん等の方は、心身の状況に応じて、迅速に介護サービスの提供が必要となる場合がある。
- 保険者より、末期がん等の方に対して、①迅速な暫定ケアプランの作成、②迅速な要介護認定の実施、③入院中からの介護サービスと医療機関等との連携、④主治医意見書の診断名欄への「末期がん」の明示、⑤区分変更申請の機会の周知等を行い、末期がん等の方に対する適切な要介護認定の実施及び介護サービスの提供を行うことが必要。

## 末期がん等の方への要介護認定等（イメージ）





## 軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付について

### ① 例外給付の対象となる場合

軽度者（要支援１・２および要介護１の者。別表の「カ．自動排泄処理装置」は要介護２・３の者を含む）に対する福祉用具貸与において、車いすや特殊寝台など、その状態像から見て使用が想定しにくい福祉用具は、原則として保険給付の対象外となるが、別表の基準に該当する場合は、例外的に給付が認められる場合がある。

| 対象外種目                            | 厚生労働省が定める基準                         | 該当する基本調査の結果                           |
|----------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| ア．車いすおよび同付属品                     | 次のいずれかに該当する者                        |                                       |
|                                  | (1) 日常的に歩行が困難な者                     | 基本調査１－７（歩行）<br>「３．できない」               |
|                                  | (2) 日常生活範囲における移動の支援が特に必要と認められる者     | 表外※１を参照                               |
| イ．特殊寝台および同附属品                    | 次のいずれかに該当する者                        |                                       |
|                                  | (1) 日常的に起き上がりが困難な者                  | 基本調査１－４（起き上がり）<br>「３．できない」            |
|                                  | (2) 日常的に寝返りが困難な者                    | 基本調査１－３（寝返り）<br>「３．できない」              |
| ウ．床ずれ防止および体位変換機                  | 日常的に寝返りが困難な者                        | 基本調査１－３（寝返り）<br>「３．できない」              |
| エ．認知症老人徘徊感知機器                    | 次のいずれにも該当する者                        |                                       |
|                                  | (1) 意見の伝達、介護者への反応、記憶・理解のいずれかに支障がある者 | 表外※２を参照                               |
|                                  | (2) 移動において全介助を必要としない者               | 基本調査２－２（移動）<br>「４．全介助」以外              |
| オ．移動用リフト（つり具の部分を除く）              | 次のいずれかに該当する者                        |                                       |
|                                  | (1) 日常的に立ち上がり困難な者                   | 基本調査１－８（立ち上がり）<br>「３．できない」            |
|                                  | (2) 移乗が一部介助又は全介助を必要とする者             | 基本調査２－１（移乗）<br>「３．一部介助」または<br>「４．全介助」 |
|                                  | (3) 生活環境において段差の解消が必要と認められる者         | 表外※１を参照                               |
| カ．自動排泄処理装置（尿のみを自動的に吸引する機能のものを除く） | 次のいずれにも該当する者                        |                                       |
|                                  | (1) 排便が全介助を必要とする者                   | 基本調査２－６（排便）<br>「４．全介助」                |
|                                  | (2) 移乗が全介助を必要とする者                   | 基本調査２－１（移乗）<br>「４．全介助」                |

※１ 「ア．車いす及び同付属品」(2)および「オ．移動用リフト」(3)については、該当する認定調査結果がないため、主治医から得た情報およびサービス担当者会議等を通じた適切なケアマネジメントにより判断する。なお、オ(3)は段差解消機のみが対象で、その他の移動用リフトは該当する基本調査に基づく。

※２ 「エ．認知症老人徘徊感知機器」(1)は、基本調査３－１（意思の伝達）が「１．調査対象者が医師を他者に伝達できる」以外、または３－２～３－７のいずれかが「２．できない」、あるいは３－８～４－１５のいずれかが「１．ない」以外の結果である場合が該当。その他、主治医意見書において認知症の症状がある旨が記載されている場合も含まれる。



また、次の（i）～（iii）のいずれかに該当する旨が医師の医学的所見に基づき判断され、かつサービス担当者会議等を通じた適切なケアマネジメントにより福祉用具貸与が特に必要であると判断されている場合は、市町村に所定の手続きを行うことで、例外的に給付が可能となることがある。

（i）疾病その他の原因により状態が変動しやすく、日によって、または時間帯によって、頻繁に別表の基準に該当する者（例：パーキンソン病の治療薬によるON・OFF減少）。

（ii）疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間の内に別表の基準に該当することが確実に見込まれる者（例：がん末期の急速な状態悪化）。

（iii）疾病その他の原因により、身体への重大な危険性または症状の重篤化の回避等、医学的判断から別表の基準に該当すると判断できる者（例：ぜんそく発作等による呼吸不全、心疾患による心不全、嚥下障害による誤嚥性肺炎の回避）。

## ② 手続き

福祉用具貸与が必要と思われる場合、ケアマネジャー等が医師に対して医学的な所見、利用者の状態像を確認の上、「指定（介護予防）福祉用具貸与理由書」を作成し、市区町村の介護保険担当に提出する。その上で市区町村は、その必要性を判断する。

## ③ 医師への確認

ケアマネジャー等からの医師に対する確認は、照会や聴取の他、「主治医意見書」や診断書等により行われる。迅速な手続きのため、「主治医意見書」や診断書等を作成する際にあたっては、明確に判断できる内容の記載をされたい。特に、特殊寝台の貸与が必要な場合の記入については、ギャッチアップ（起き上がり）機能が必要な状態であることがわかるような記載をされたい。

〔例〕○「日によっては、手すりを持ってもしき上がりができず介助が必要な状態である。」

○「がん末期の悪化により、短期間で起き上がりができず介助が必要な状態に至ると確実に見込まれ、福祉用具貸与の例外給付の状態像（ii）に該当する。」

×「起き上がりが困難。」（特殊寝台の必要性が書かれていない記載）

×「パーキンソン病。」（疾病だけの記載）

×「ギャッチアップ機能付きのベッドが必要。」（福祉用具の必要性だけを記載）

# 主治医意見書における口腔ケアの評価方法について

平成 25 年 6 月 7 日 要介護認定都道府県職員研修資料より抜粋

## 主治医意見書の記入に当たっての口腔内の状態確認について(1)

- ・ 高齢者の口腔ケアは、QOLの維持向上に当たって非常に重要。
- ・ 主治医意見書では、主治医が、申請者の口腔内の状態をもとに、
  - ① 訪問歯科診療及び訪問歯科衛生指導の必要性について、チェックする
  - ② 口腔清潔に関して、特に留意事項があれば、特記事項に要点を記載することとなっている。

主治医意見書記入の手引き(抜粋)

### Ⅲ 記入マニュアル

#### 4. 生活機能とサービスに関する意見

##### (5) 医学的管理の必要性

(略)...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口にレ印をつけてください。...(略)

#### 5. 特記すべき事項

(略)...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、要点を記載してください。また、専門医に意見を求めた場合にはその結果、内容を簡潔に記入してください。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いただいても構いません。なお、その場合は情報提供者の了解をとるようにしてください。...(略)

## 主治医意見書の記入に当たっての口腔内の状態確認について(2)

### 【訪問歯科診療及び訪問歯科衛生指導が必要と考えられる状態の例】

- ・ 歯が欠けたり、被せていた金属などがはずれた状態を放置している
- ・ 歯が抜けた状態のまま放置している
- ・ 歯肉から出血している
- ・ 動いている歯がある
- ・ 入れ歯がはずれやすい、かむと痛い
- ・ 口腔内に食物残渣がある
- ・ 口臭が強い

### 主治医意見書の記入に当たっての口腔内の状態確認について(3)

#### 【口腔内の観察点】 ～歯の崩壊、欠損が放置されている例～

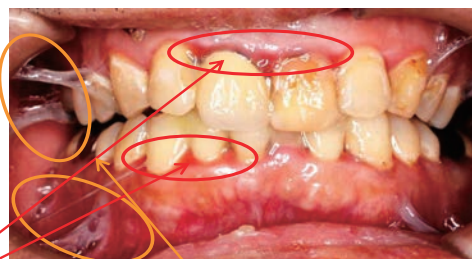


歯の欠損の放置

歯の崩壊の放置

### 主治医意見書の記入に当たっての口腔内の状態確認について(4)

#### 【口腔内の観察点】～口腔衛生状態が不良の一例①～



歯肉の発赤・腫脹

口腔乾燥・口腔衛生状態不良により、  
唾液の粘性が高くなっている状態



プラーク(汚れ)・歯石が付着した状態

【口腔内の観察点】～口腔衛生状態が不良の一例②～



義歯に汚れが多量に残っている



食事後も食物残渣が口腔内に残っている

( 介 4 )

平成 28 年 4 月 6 日

都道府県医師会

介護保険担当理事 殿

日本医師会 常任理事

鈴木 邦彦

「第三者行為求償の取組強化に向けた要介護認定に係る主治医意見書への記載等について（協力依頼）」の送付について

時下益々ご清栄のこととお喜び申し上げます。

さて、厚生労働省は、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み強化のため、今般介護保険法施行規則を改正し、平成28年4月1日より第三者行為による介護給付を受ける場合、第一号被保険者は保険者への届出が義務となりました。

これを受け、被保険者の届出に加え、第三者行為求償の対象となる事案の一層の把握のため、主治医意見書の特記事項に事故の場合にその旨を記載してほしいとの協力要請があり、本会といたしましては、主治医意見書への記載はあくまで協力を求められているものであり義務ではないことを確認して、本件を了承することといたしました。貴会におかれましてもご了知いただきますとともに、傘下の郡市区医師会及び会員宛てにご協力を賜りますようお願い申し上げます。

また、本件に関して「要介護認定における「主治医意見書記入の手引き」について」が見直されますが、併せて、これまで主治医意見書における「介護サービス計画作成等」の想定する範囲について、平成27年4月24日付（介12）「主治医意見書における医師同意欄の取扱い等について」の文書でご送付した厚生労働省からの事務連絡で示されていた件についても、「主治医意見書記入の手引き」に記載されることとなりました。貴会傘下の地域医師会及び会員にご周知いただきますよう、重ねてお願い申し上げます。

## 記

（添付資料）

- ・「第三者行為求償の取組強化に向けた要介護認定に係る主治医意見書への記載等について（協力依頼）」（平成28年3月31日 老老発0331第2号 老介発0331第1号 厚生労働省老健局老人保健課長・介護保険計画課長通知）

以上



# 介護電子媒体化ソフト（無料）のご案内

## ※大阪府では、主治医意見書料の作成機能は使用できません。

### ○概要

「介護給付費及び公負担医療等に関する費用等の請求に関する省令の一部を改正する省令」により、平成30年4月から、一部例外規定を除き、電子媒体又は伝送での請求が原則となったため、事業所様は免除届を提出のうえ紙媒体にて請求をされているところですが、今回ご案内するソフトは、画面入力した請求情報を電子化（データ化）をすることができる無料のソフトとなります。

このソフトは、国保中央会が開発したもので、下記※2に記載しているサービスについて電子化することができますので、是非ご活用していただき、紙媒体から電子媒体（CD-R等）へ切り替えていただけますようよろしくお願いします。

※なお、当該ソフトは、電子媒体（CD-R等）での請求のみとなり、インターネット請求される場合は、別途、通信ソフトが必要となります。

### ※1 介護電子媒体化ソフトとは

パソコンの画面上にて、紙の請求明細書と同じような感覚で入力いただき、請求情報を電子化（データ化）することができる簡易ソフトになります。

【右図 画面イメージ参照】

### ※2 ソフトで作成できる請求明細書について

- ・ 居宅療養管理指導
- ・ 介護予防居宅療養管理指導
- ・ 福祉用具貸与
- ・ 介護予防福祉用具貸与



### ※3 媒体変更について

電子媒体で請求される際は、国保連合会に媒体変更の届を提出していただく必要があります。

※ダウンロード等詳細な内容について、本会ホームページに掲載しておりますので確認してください。

大阪府国民健康保険団体連合会 HP → <http://www.osakakokuhoren.jp>

介護保険事業所等の皆様>>請求・支払関係>>磁気及び電子請求について>>（3）介護電子媒体化ソフトについて

# 「介護給付費等請求に係るエラーコード対応マニュアル」等のご案内

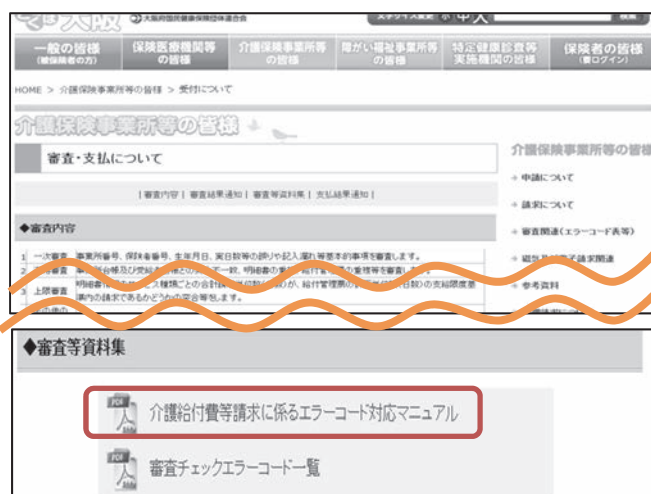
介護給付費等の請求でエラーが発生した場合に、本会が通知している「請求明細書・給付管理票返戻（保留）一覧表」において特に件数の多いエラーコードの説明と対応方法を取りまとめたマニュアルを作成し、本会ホームページに掲載しましたので、ご活用ください。

※事業様においては、当該マニュアルを使用することで、返戻となった原因が一目でわかり、速やかな対応を行うことができます。

## ○「介護給付費等請求に係るエラーコード対応マニュアル」の取得方法について

介護保険事業所等の皆様 >> 審査関連（エラーコード表等）

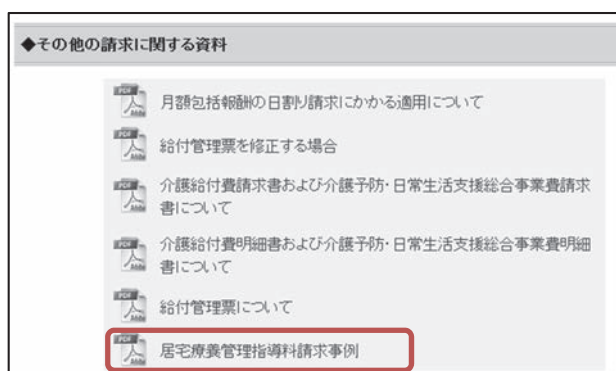
>> 介護給付費等請求に係るエラーコード対応マニュアル



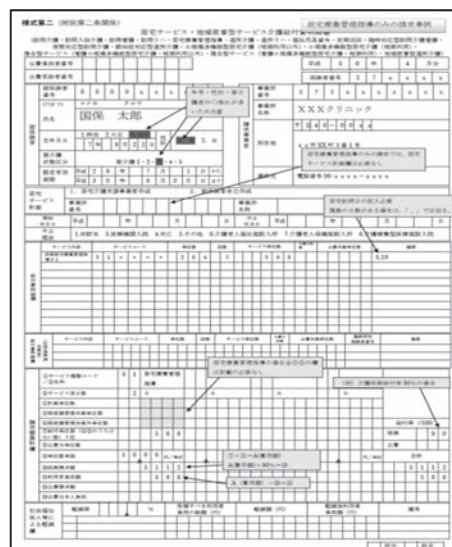
## ○居宅療養管理指導料請求事例について

居宅療養管理指導料の介護保険のみ、生保併用（公費併用）、生保単独の記載例を掲載しています。

介護保険事業所の皆様 >> 参考資料 >> その他の請求に関する資料



【例】



「請求明細書・給付管理票返戻（保留）一覧表」を送付後から次の請求期間（10日）までは、問い合わせの電話が殺到し、非常にかかり難い状態になります。エラー対応マニュアルや記載例をご活用ください。

大阪府国民健康保険団体連合会

介護保険課 電話 06 - 6949 - 5446

一般社団法人 大阪府医師会

〒543-8935 大阪市天王寺区上本町2丁目1番22号

(地域医療2課) TEL 06-6763-7002 FAX 06-6765-3737