

これだけは知っておきたい 主治医(かかりつけ医)意見書記載マニュアル

令和7年(2025年)2月

も く じ

第1章 主治医意見書とは？	1
第2章 要介護認定の仕組みとサービス利用までの流れ	10
第3章 主治医意見書記載方法について	14
第4章 各項目の記載例とポイント	35
〈参考資料集〉	
1. 主治医意見書記載例	47
2. 厚生労働省作成「特定疾病にかかる診断基準について」	54
3. 障害高齢者の日常生活自立度、認知症高齢者の日常生活自立度の判定基準	77
4. 認知症診断スケール	
改訂長谷川式知能評価スケール	79
MMSE	80
〈付録〉	
・京あんしんネットのご案内	81
・介護サービス「共通健康診断書」について	82
・医師が行う居宅療養管理指導	87

一般社団法人 京 都 府 医 師 会

(担当：介護保険課)

〒604-8585 京都市中京区西ノ京梅尾町6

TEL 075-354-6107 / FAX 075-354-6097

(ホームページ URL) <https://www.kyoto.med.or.jp>

第1章 主治医意見書とは？

主治医意見書って何？

高齢者が介護保険給付によるサービスを受けるには、保険者である市町村に申請して、要介護認定を受ける必要があります。主治医意見書はその要介護認定に必要な資料となっており、主治医意見書もいわゆる“診断書”ではなく、医学的観点からみた介護の必要な状態をイメージできる内容でなければなりません。

なぜ主治医意見書が必要なの？

要介護状態の高齢者は、なんらかの疾患を持っており、どこかの医療機関にかかっています。要介護認定を行うに当たって、普段その高齢者を診ている主治医からの医学的観点からの介護の必要度に関する意見は、非常に重要となっているからです。

要介護認定って何？

要介護認定は、市町村職員（または市町村から委託を受けた事業所のケアマネジャー）が実施する要介護認定調査結果を基にしたコンピューターによる一次判定と、主治医意見書をもとに、保健・医療・福祉の学識経験者からなる介護認定審査会（医師委員も参加）にて介護の必要度を判定し、市町村が認定します。詳細は第2章をご参照下さい。

主治医意見書の提出期限は？

およそ10日以内にご提出下さい。そうすれば、介護保険法で定めている申請から認定まで30日以内という期限に間に合います。

主治医意見書の役割って？

1. 要介護認定における役割

- ①介護の手間がどの程度になるかの確認
- ②状態の維持・改善の可能性の評価
- ③認定調査結果の確認、一次判定の修正
- ④特定疾病の確認（第2号被保険者の場合）

2. ケアマネジメントにおける役割

- ①ケアプラン原案作成にあたっての医学的情報、意見
- ②介護サービス実施上の医学的留意点

3. その他

- ①おむつに係る費用の医療費控除の証明
- ②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
- ③特養における特例入所者の判定や優先入所対象者の判定

誰が主治医意見書を記載すべきか？

要介護認定申請書の主治医欄に申請者が記載した医師。

主治医意見書記載を断ることは可能？

医師は医師法や保険医療機関及び保険医療養担当規則により「診断書や意見書等の記載を求められた場合、懇切丁寧に対応しなければならない」と規定されており、**正当な理由**（①長期間診療を行っていない、②専門外である、③他に頻繁に受診している医師がいる場合等）**がないと拒否できません。**

正当な理由がある場合は意見書記載医師の変更届提出のため、申請者の居住する市町村に連絡するとともに、他の医師を紹介するため、所属の地区医師会にお問い合わせ下さい。

主治医意見書の法的根拠は？

介護保険法第27条第3項

「市町村は、第1項の申請（要介護認定申請）があったときは、当該申請に係る被保険者の主治の医師に対し、当該被保険者の身体上または精神上の障害の原因である疾病または負傷の状況等につき意見を求めるものとする」

他の医師と分担して記載してもいいのか？

例えば意見書記載を依頼された医師が内科で、介護を要する状態の原因が整形外科的疾患でもある場合、両者が意見書をそれぞれ記載するのではなく、依頼された医師が他科の医師に診療情報提供書等で情報を収集して記載します。取り寄せた診療情報提供書をそのまま添付することも可能です。

中身は健康診断書と同じではダメか？

主治医意見書は、申請者の介護の必要度やその状態等を医学的見地から記載するものであり、健康診断書のように病状の経過や治療内容を詳細に記載していただく必要はありません。介護が必要となった原疾患と現在の状態、介護者の手間の程度や今後の見込み、特に認知症度や日常生活の自立度など、申請者の日常生活に視点をおいて記載して下さい。

主治医意見書記載にかかる報酬は？

意見書の記載を依頼した市町村が支払います。金額は下記の通りとなっています。意見書を提出すれば、請求行為は不要で市町村から支払われます。したがって当然のことながら保険請求も申請者からの徴収も一切不要となっています。

	在 宅	施 設
新規申請者	5,000円	4,000円
継続申請者	4,000円	3,000円

【在宅と施設】

「施設」とは、施設入所者に対し当該施設の医師が記載する場合で、施設以外の医師が施設入所者に記載しても「在宅」扱いとなります。

【新規と継続】

- 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、「新規（初回）」になります。
- 「更新申請」や「変更申請」、前回自立判定の者等、過去に要介護認定の申請を行ったことがある者のうち、今回の要介護認定の申請における主治医意見書依頼先医療機関が前回と同一である場合は、前回と今回の診療科の違いに関わらず、「継続（2回目以上）」区分となります。
- ただし、前回と同一医療機関の場合でも、前回申請時の診療録等を参照できない場合（院内共通の診療録が整備されるなど、診療録等を参照することが通常可能となっている場合を除く）は「新規（初回）」区分となります。

※電子カルテ等は、共通の診療録が整備される場合に含まれるため、継続区分となります。

保険請求との関係は？

意見書は主治医が記載するものであり、普段の診療で申請者の状態をある程度把握しているはずなので、通常記載にあたって改めて診療する必要はありません。ただ長期間診療を実施していない場合（およそ6ヵ月以上診療していない場合を想定）は、意見書を記載するために診療を行っていただき、その費用は医療保険で請求して差し支えありません。

一方、市町村や地区医師会等からの紹介等による診療歴のない申請者であって、他に病状等の訴え等がない方に初診として基本的な診療を行い、必要に応じて基本的な検査を行った場合、基本的な診療（初診料）、基本的な検査（胸部単純X線撮影、血液一般検査、血液化学検査、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、市町村に請求します。この場合は診療報酬点数がベースとなり、消費税が加わります。事務費で請求する項目及び単価は次ページの通りですが、項目も単価も市町村の裁量で設定することが可能となっています。

なお、診療の結果、あるいは検査の結果、治療等が必要となった場合は、その時点から医療保険に請求することになります。なお、当日に保険診療を開始する場合は、往診料（初診・再診）の算定はせず、日を改めた場合は再診となり、いずれもレセプトに「健診より」と注記します。

※往診について

寝たきりの方の場合、通常は医療が必要と考えられることから、往診にかかる費用も医療保険の対象となります。

一方、寝たきりでない方は、通常、医療機関受診は可能と考えられるので、意見書記載のみを目的として往診等することは想定されていません。

ただし、例外的に、医療を受けることを拒否している寝たきり等の方を医師が訪問する必要がある場合があり、この場合は意見書記載にかかる費用、初診料に相当する費用及び各種検査費用についてのみ事務費の対象となり、交通費相当及びその他の費用は申請者の自己負担となります。

【事務費対象の診察・検査費用】

○基本的な診察

	費用（令和6年診療報酬単価）
初診料相当額	2,910円
注）200床以上の病院は紹介状が無いと別途7,000円以上の負担有り	

○末梢血液一般検査、血液化学検査、尿検査、胸部エックス線検査、認知機能検査の具体的な範囲は以下のとおり。

検査項目	費用（令和6年診療報酬単価）
血液採取（静脈）	400円
末梢血液一般検査	210円
血液学的検査判断料	1,250円
血液化学検査（10項目以上）	1,030円
生化学的検査（I）判断料	1,440円
尿中一般物質定性半定量検査	260円
単純撮影（アナログ）	600円
写真診断（胸部）	850円
フィルム（大角）	115円
認知機能検査 その他の心理検査（操作が容易なもの）	800円
合計	6,955円

その他の留意点

- 意見書記載が2回目以降の場合、前回記載時から特に変更した部分には、必ずアンダーライン等を引いて強調して記載して下さい。また、認定審査会では前回の意見書は資料として提出されないため、仮に前回と状態が不変であってもその記載を省略すると具体的な情報が欠落することから、できる限り前回と同じ内容を記載した上で「前回と不変」等の文言を書き加えて下さい。
- 例え不明のため記載できない項目があっても、空白にしておくのではなく、空白にした理由も記載して下さい。
- 主治医から見た要介護度を記載されると公平な審査に影響があるので、そのような記載は避けて下さい。しかし、定められた項目以外に申請者の介護の状態がイメージできるような事柄があれば、積極的に「5. 特記すべき事項」欄に記載して下さい。記載しきれない場合は別紙資料添付も可能です。
- 介護認定審査会委員は医師以外の職種の委員もいるため、医学的な専門用語や略号を使用せず、日本語で分かりやすい、読みやすい字で記載をお願いします。手書きの場合は鉛筆を使用せず、ペンまたはボールペンで記載して下さい。なお、パソコン等の利用も可能で、日本医師会ORCA管理機構が「主治医意見書記載支援ソフト（医見書）」を作成、販売しています（7ページ参照）。
- 認定調査結果の確認、修正のため、介護認定審査会から意見書記載医師に確認の連絡が入ることがあります。このため意見書の写しは必ず保存しておいて下さい（次回記載時にも有用）。
- 意見書提出に際し、本人や家族、ケアマネジャーに手渡す場合は必ず「厳封」して下さい。

- 意見書を記載する医師がケアマネジャーである場合、同一利用者に意見書の記載と要介護認定調査を併せて実施は不可となっています。ただし同一医療機関であっても、意見書記載医師以外の者がケアマネジャーであって、その者が要介護認定調査を実施する場合は可能です。
- 一旦記載した意見書を利用者等が紛失した場合、その理由が天災等以外の理由で利用者等の不注意による場合は、利用者の自己負担となります。
- がん等の方に迅速な介護サービスの提供を実施する観点から、保険者の判断で、必要があると認められた場合、主治医意見書の様式に定められた項目のうち、傷病名、一次判定に必要な項目（認知症高齢者の日常生活自立度、短期記憶、日常の意思決定を行うための認知能力、自分の意思の伝達能力及び食事行為）及び特記すべき事項等に限定した記載のものを受理しても差し支えないとされています。

なお、主治医意見書等における申請者の傷病名の取扱いにあたっては、申請者の心情に配慮した対応をお願いします。

要介護高齢者の主治医として、積極的に多職種との連携を

介護保険のサービスは、居宅サービス（訪問系・通所系・短期入所）なら居宅介護支援事業所等のケアマネジャーが、入居系（グループホーム、有料老人ホーム）、入所系（特養、老健、介護療養型、介護医療院）サービスならその施設等のケアマネジャーが“ケアプラン”を作成し、これに基づいて個々のサービス提供者が個別サービス計画を作成した上でサービスを提供することになっています。

このケアプランが要介護高齢者にとって自立支援につながるもので、より適切な内容となるように、ケアマネジャーはサービス担当者会議を開催して、主治医をはじめとして各専門職種からの意見を踏まえて完成させることになっています。特にサービスを提供するにあたり医学的観点からの留意点等の情報提供は大変重要であり、可能な限りサービス担当者会議に出席して意見を述べていただきたく存じます。出席が不可能であってもケアマネジャーからの意見照会等には積極的に対応していただき、これに対する報酬上の評価として、居宅療養管理指導費や診療情報提供料が算定できる場合があります。

主治医意見書記載に求められる、生活機能の把握

主治医意見書では、予防重視の観点から生活機能の評価、生活機能低下の原因、生活機能改善の見通しなどについて、意見が求められます。

1. 生活機能とは

生活機能（Functioning）とは、「国際生活機能分類」（ICF：International Classification of Functioning, Disability and Health, WHO.2001）の中心概念であり、人が「生きる」ことの次の3つのレベルを包括したものです。

心身機能・構造（body functions and structure）⇔生命の維持に直接関係する、

活動（activity）⇔生活の維持に必要な広い意味の生活行為（ADL、IADL、仕事、趣味など）、

参加（participation）⇔人生の目標や意義達成のために種々の状況に関与し役割を果たす
（社会参加、役割）

2. 生活機能低下とは

生活機能低下とは、これら3つのレベルにマイナスが生じた状態を指します。

機能障害 (impairment, 構造障害も含む) ⇔心身機能・構造のマイナス面

活動制限 (activity limitation) ⇔活動のマイナス面

参加制約 (participation restriction) ⇔参加のマイナス面

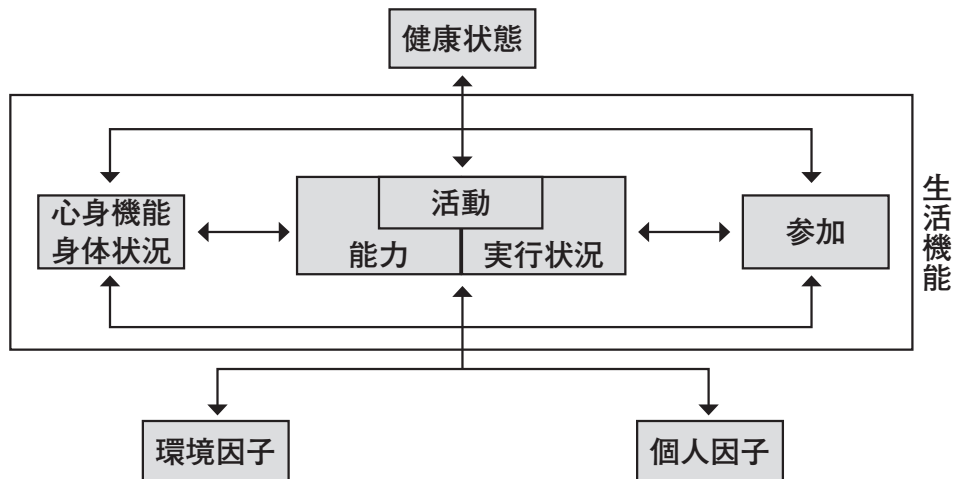
主治医意見書には、生活機能低下を評価し、具体的な状況について記述する必要があります。

3. 生活機能に影響を与えるもの

生活機能の3レベルはそれぞれ単独に存在するのではなく、下図の如く、相互に影響を与え合い、また他のものから影響を受けます。

健康状態 (health condition) :

ICF (国際生活機能分類)



疾患だけでなく、より広い概念として健康状態、すなわち妊娠、老化、ストレス状態など多様なものも含めます。

主治医意見書には、疾患や老化などが生活機能にどのような影響を与えているのか記述する必要があります。

環境因子 (environmental factors) :

物的環境だけでなく、人的環境 (家族、友人、かかりつけ医、ケアマネジャー等) や制度的環境 (医療保険制度、介護保険制度等) なども含めます。

主治医意見書には、死別、転居といった生活機能に影響を及ぼす環境変化を把握している場合には記述することが望まれます。

個人因子 (personal factors) :

性別、年齢、人種、ライフスタイル、経験など多様な個人の属性。

主治医意見書ソフト

「医見書」

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



ORCA PROJECT
日本医師会ORCA管理機構

| お問い合わせ |

▶ ORCAとは ▶ ORCAサーベイランス ▶ 日医IT認定制度

ホーム お知らせ 日レセご紹介サイト 日レセユーザサイト 介護・特定健診等 サポート・コミュニティ

トップ > 医見書



主治医意見書・訪問看護指示書・医師意見書作成ソフトウェア

医見書

お知らせ

- 2025.02.04: 郵便番号マスタデータ更新
- 2024.12.02: 最新のアップデート(Ver3.3.9)
- 2024.09.20: macOS15(Sequoia)での医見書の動作について(OSCサイト)
- 2023.09.12: セキュリティ開示書(MDS)を公開、マニュアルを更新
- 2022.12.02: macOSでの医見書の動作について(OSCサイト)
- 2015.11.05: 日本医師会からのお知らせ

医見書とは	ダウンロード・インストール	アップデート
トラブルシューティング	オプション・ツール設定	開発者向け情報
医見書 FAQ(OSCサイト)	サポートについて	

サポートについて

本サイトのダウンロード配布物にて医見書を導入する場合、無保証、無サポートとなります。ご了承ください。
導入および導入後のサポートが必要な場合は、インストーラ、サポート付きの有償版ダウンロードをお勧めします。
ご購入は日本医師会ORCA管理機構サイトをご覧ください。

問い合わせ先

医見書に関するご意見は Eメールにてお送りください。
医見書は、日医標準レセプトソフトと同様、ご利用頂く皆様のご意見を参考に、問題点等を積極的に改良し、より扱い易いソフトウェアを目指します。

メール

▶ ikensyo@orca.med.or.jp

トップ > 医見書

▲ ページトップに戻る

 <p>ORCA PROJECT 日本医師会</p>	ORCAについて <ul style="list-style-type: none">▶ ORCAとは▶ 医療機関ID申請▶ 定点調査研究事業▶ 日医IT認定制度▶ 日本医師会▶ 日本医師会ORCA管理機構▶ 日本医師会電子認証センター	日レセご紹介サイト <ul style="list-style-type: none">▶ ソフトの特長▶ ユーザ事例▶ 表示・説明会▶ 導入までの流れ▶ 日レセを体験▶ サポート事業所検索▶ 稼働状況	日レセユーザサイト <ul style="list-style-type: none">▶ 更新情報▶ 開発計画▶ 操作ガイド▶ 改正対応▶ ダウンロード▶ 各種設定▶ 技術情報	介護・特定健診関連 <ul style="list-style-type: none">▶ 医見書▶ WebQKAN▶ 特定健康診査システム	サポート <ul style="list-style-type: none">▶ サポート・コミュニティ▶ OSCについて▶ お問い合わせ一覧▶ リンク集
---	---	--	--	---	---

【様式見本】

主治医意見書

記入日 令和 年 月 日

申請者	(ふりがな)	男 女	〒	—
	明・大・昭 年 月 日生(歳)		連絡先	()
上記の申請者に関する意見は以下の通りです。				
主治医として、本意見書が介護サービス計画作成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 (有の場合)→ <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> リハビリテーション科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> その他()			

1. 傷病に関する意見

(1) 診断名 (特定疾病または生活機能低下の直接の原因となっている傷病名については1.に記入) 及び発症年月日				
1.		発症年月日	(昭和・平成・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 (最近(概ね6ヶ月以内)介護に影響のあったもの 及び 特定疾病についてはその診断の根拠等について記入)				

2. 特別な医療 (過去14日間以内に受けた医療のすべてにチェック)

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

3. 心身の状態に関する意見

(1) 日常生活の自立度等について				
・障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度) <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2				
・認知症高齢者の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M				
(2) 認知症の中核症状 (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"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 { <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)

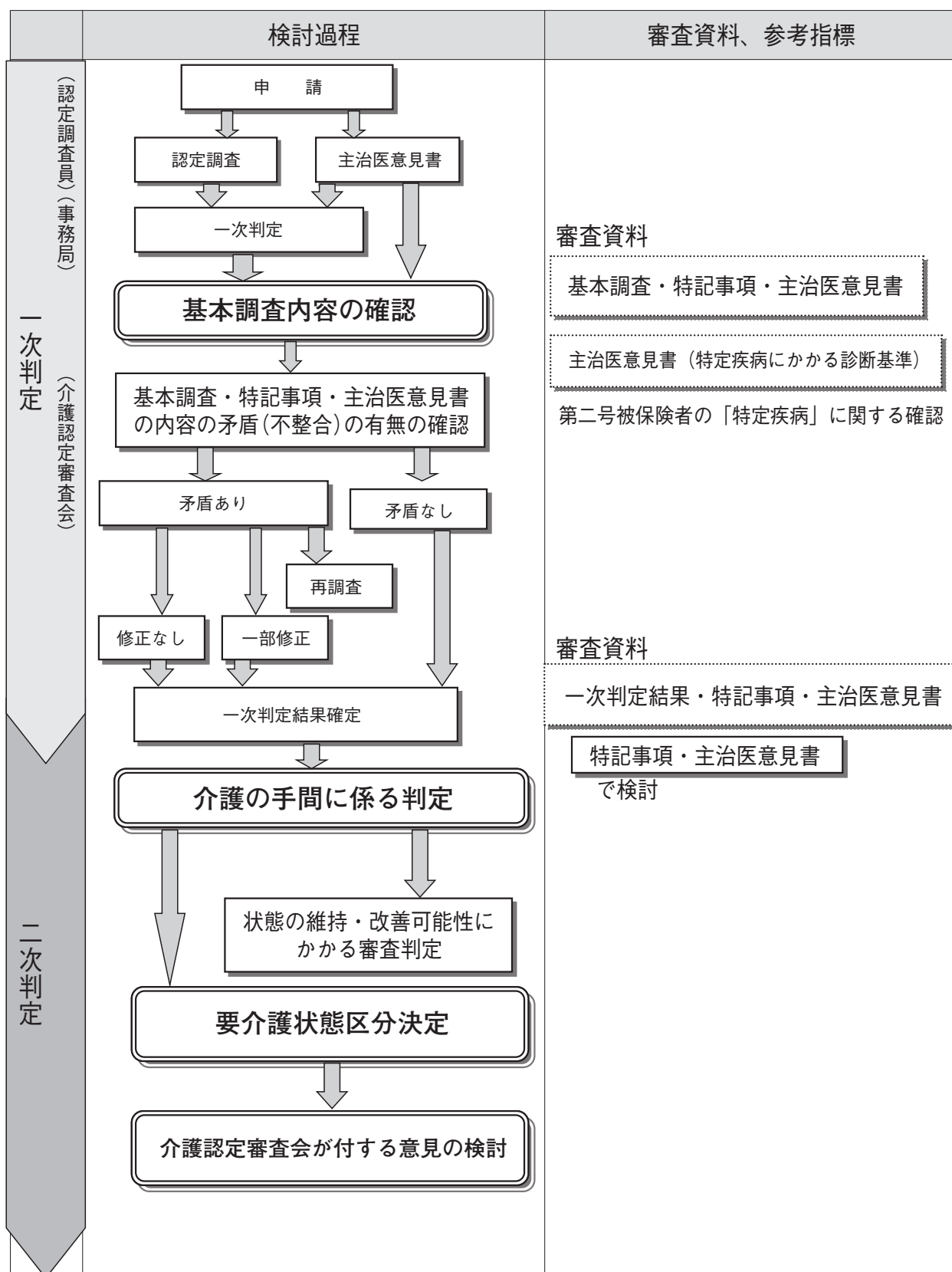
□無 □有 (_____) □不明

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。)

第2章 要介護認定の仕組みとサービス利用までの流れ

I. 申請から認定までの流れ



1. 認定申請

被保険者は申請書に被保険者証を添えて市町村に要介護認定等の申請を行います。

2. 認定調査

市町村は申請者に面接し、調査票を用いて心身の状況や環境等について調査します。

※認定調査は原則市町村が行いますが、新規申請の場合は市町村事務受託法人に委託可能となっております。更新申請や区分変更申請の場合は、上記に加えて居宅介護支援事業所、地域包括支援センターや介護保険施設等にも委託可能となっております。

3. 主治の医師の意見

市町村は申請者の主治医から身体上・精神上的の障害の原因である疾病・負傷の状況等について意見書様式を用いて医学的な意見を求めます（主治医意見書）。

4. 一次判定

市町村は認定調査結果と主治医意見書の一部を使用してコンピューターによる一次判定を行います。

5. 介護認定審査会による審査・判定

市町村は介護認定審査会に認定調査の結果と主治医意見書、さらに一次判定結果を提示し、①要介護状態等に該当するか ②該当要介護度区分 ③2号被保険者の場合は特定疾病によるか、の審査判定を求めます。

判定は全国統一基準に従い、審査会は必要に応じ被保険者、家族、主治医等の意見を伺います。

認定審査会は必要があれば市町村に附帯意見を述べることができます。

※要支援2と要介護1の認定の割り振り

要介護認定等基準時間32分以上50分未満の場合、状態の維持・改善可能性にかかる審査判定により「要支援2」と「要介護1」への割り振りが介護認定審査会で行われます。具体的には一次判定結果と認定調査の特記事項、主治医意見書を比較検討し、整合性の確認を行い、「認知機能の低下の評価」「状態の安定性の評価」を行います。判断基準は、下記のいずれかの要件に該当する場合は要介護1、該当しなければ要支援2となります。

- 認知機能や思考・感情等の障害により新予防給付の利用に係る適切な理解が困難である場合（目安として認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上）
- 短時間で心身の状態が変化することが予測され、それに伴い、要介護度の重度化も短期的に生ずる恐れが高く、概ね6ヵ月程度以内に要介護状態等の再評価が必要な場合

6. 市町村による認定

(1)認定の決定

市町村は認定審査会による判定結果をもって認定し、認定内容を被保険者に通知します。その際、

被保険者証に要介護状態区分と、認定審査会の意見を記載し、被保険者に返還します。

(2)認定の遡及効

要介護認定の効力は申請日に遡って生じます（認定結果が出る前に利用したサービスにも保険給付されます）。

(3)申請処理期間とその延期

認定は申請から30日以内に行わなければなりません。ただし、調査に日時を要するなど特別な理由がある場合は、30日以内に被保険者にその内容等を通知し延長することも可能です。

II. 認定有効期間等

1. 認定有効期間

(1)基本的な考え方

介護保険法施行規則（平成11年厚生労働省令第36号）に規定する有効期間について、初回の認定と区分の変更にかかる認定の場合、有効期間は原則として6カ月になります。これは認定の申請日から数えられ、申請日が月の途中だった場合は、その月と、その後の6カ月が有効期間となります。

更新の認定の場合は、原則として前回の有効期間満了日の翌日から12カ月ですが、更新の際に、状態不安定による要介護1の場合は、6カ月以下の期間に設定することが適当とされています。

その他、介護認定審査会は必要と認められる場合に有効期間を原則より短く定めたり、逆に長く定めたりすることが可能です。令和3年度の改正により、更新申請で要介護度が更新前後で変わらない場合、有効期間は最長48ヶ月とされました。

また、今般の新型コロナウイルス感染症への対応のため、介護保険施設や病院等において、入所者等との面会を禁止する等の措置がとられる場合があります。このような事情で、当該施設等に入所している被保険者への認定調査が困難な場合、当該被保険者の要介護認定および要支援認定の有効期間について、従来の期間に新たに12ヶ月までの範囲内で、市町村が定める期間を合算できることとされています。なお、当該取扱いは原則として有効期間満了日が令和5年3月31日までの被保険者に限るとされていますが、各市町村の判断で令和6年3月31日までに有効期間満了日を迎える被保険者について適用しても差し支えない、とされています。

申請区分等		原則の認定有効期間	設定可能な認定有効期間の範囲
新規申請		6ヶ月	3～12ヶ月
区分変更申請		6ヶ月	3～12ヶ月
更新申請※	要介護度が更新前後で異なる	12ヶ月	3～36ヶ月
	要介護度が更新前後で同じ	12ヶ月	3～48ヶ月

※ 状態不安定による要介護1の場合は、6ヶ月以下の期間に設定することが適当です。

2. 更新認定等

(1)更新認定

認定有効期間満了日の60日前から更新申請が可能です。更新申請後の手続きも初回申請と同様です。

災害等の理由により有効期間満了前に更新申請ができなかった場合に限り、1月以内に限り更新申請可能です。

(2)要介護状態区分の変更の認定

認定有効期間内に要介護状態の変化等により要介護状態区分の変更が必要な場合は、要介護状態区分変更の認定申請が可能です（結果として非該当になることもあります）。手続きは基本的に同様です。

Ⅲ. ケアプランの作成と見直し

認定を受ければ保険給付によりサービス受給が可能です。在宅でサービスを受ける場合は、居宅介護支援事業所等のケアマネジャーが居宅サービス計画を作成し、それに沿って各種サービス事業所が各種サービス計画を作成し、これに基づいてサービスを提供します。居宅サービス計画（ケアプラン）を作成するにあたり、ケアマネジャーはサービス提供担当者はもちろん、主治医や利用者本人・家族等を招いてサービス担当者会議を開催し、利用者・家族の希望等を踏まえた上で利用者の自立支援に資するための各専門的見地からの意見を聴取し、目標と情報を共有して居宅サービス計画を完成させます。

グループホームや特定施設（有料老人ホームやケアハウスで介護保険適用の施設）といった入居系サービス、特養、老健、介護療養型、介護医療院といった介護保険施設にもそれぞれケアマネジャーが配置されており、それぞれの施設の色々な職種が参加してサービス担当者会議を開いてケアプランを作成し、それに沿ってそれぞれの計画（リハビリ計画、栄養計画等）が作成され、サービスが提供されます。入居系サービスには医師の配置がないので、施設に往診等している主治医のサービス担当者会議への参加や各種情報提供を求められることがあります。

ケアプランは利用者の自立支援のために、誰が何をどのようにして利用者がどうなっていくかの「目標」とその「期間」を定めることとなっており、定期的にモニタリングを行って必要に応じてケアプランの見直しを行います。その見直しの必要性の有無や、見直す場合の内容について検討するためにサービス担当者会議は定期的に行われます。よって、主治医意見書は最長4年間記載しないことがあります。ケアプラン作成にあたりケアマネジャー等への情報提供、指導・助言は6ヵ月～1年のスパンで必要となってきます。なお、居宅療養管理指導を算定している場合は、算定の都度（月1～2回）情報提供が必要です。

I 介護保険制度における主治医意見書について

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認定（要介護認定）を保険者である市町村から受ける必要があります。

この要介護認定は、市町村職員等による調査によって得られた情報及び主治医の意見に基づき、市町村等に置かれる保健・医療・福祉の学識経験者から構成さ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・公正に行われます。

介護保険法では、被保険者から要介護認定の申請を受けた市町村は、当該被保険者の「身体上又は精神上の障害（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ます。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となっています。

要介護認定の結果如何によって、申請を行った高齢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となるものですから、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ものです。

介護認定審査会では、医療関係者以外の委員もその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、なるべく難解な専門用語を用いることを避けていただき、楷書で平易にわかりやすく記入してください。

2. 主治医意見書の具体的な利用方法

主治医意見書は、介護認定審査会において、主として以下のように用いられます。

(1) 第2号被保険者の場合、生活機能低下の直接の原因となっている疾病が特定疾病に該当するかの確認

申請者が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または精神上の生活機能低下が政令で定められた16疾病（特定疾病）によることが認定の要件となっています。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します。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及び判定を行います。

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、本主治医意見書内に記入してください。

(2) 介護の手間がどの程度になるのかの確認（介護の手間に係る審査判定）

介護認定審査会ではまず心身の状況に関する74項目の調査項目と主治医意見書に基づく一次判定結果を原案として介護の手間に係る審査判定を行います。審査判定にあたっては、認定調査票の特記事項や

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することとなりますので、必要に応じて一次判定結果は変更されます。

従って、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してください。

(3) 状態の維持・改善可能性の評価（状態の維持・改善に係る審査判定）

介護認定審査会における介護の手間に係る審査判定において、「要支援2」「要介護1」「要介護認定等基準時間が32分以上50分未満である状態（当該状態に相当すると認められないものを除く）またはこれ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、続いて状態の維持・改善可能性に係る審査判定を行い「要支援2」「要介護1」のいずれの要介護状態等区分に該当するか、判定を行います。審査判定にあたっては、認定調査項目や、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」と判定することとなります。

(4) 認定調査による調査結果の確認・修正

認定調査員による認定調査は、通常は1回の審査に対して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す。従って、申請者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員の調査結果を修正し、改めて一次判定からやり直すこととなります。

(5) 介護サービス計画・介護予防サービス計画作成時の利用

介護サービス計画（介護予防サービス計画）の作成に際し、介護サービス（介護予防サービス）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、申請者等の同意を得てサービス提供者に提供することとなります。サービス提供時の医学的観点からの留意点や禁忌等は主治医意見書の記載内容のみから判断されるものではありませんが、介護サービス計画（介護予防サービス計画）作成等に有用となる留意点をお分かりになる範囲で具体的に記入してください。

(6) 特養における入所に関する検討委員会での特列入所対象の判定および施設への優先入所対象者の判定

特別養護老人ホームへ新たに入所する方については、原則要介護3以上に限定することとなっていますが、要介護1又は2の方であっても、やむを得ない事情により特別養護老人ホーム以外での生活が著しく困難であると認められる場合には、市町村の適切な関与の下、施設ごとに設置している入所検討委員会を経て、特例的に特別養護老人ホームへの入所を認めることとなっています。

この特列入所の判断に当たっては、透明かつ公平な運用を図る観点から、主治医意見書が使用されません。

(7) 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

認知症関連の加算を算定する際の「認知症高齢者の日常生活自立度」の決定方法については、「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」により、医師の判定結果又は主治医意見書を用いるとなっているため、訪問調査員が判定した自立度より医師の判定結果が優先されます。ただし、医師の判定がない場

合に「認定調査票」（基本調査）の「認知症高齢者の日常生活自立度」欄の記載を用いるとなっておりますので、記載漏れがないようにご注意ください。

なお、あくまで各サービス事業所が認知症関連の加算を算定する際の判定基準とする考えであり、要介護認定審査で医師と訪問調査員の判定結果に差異がある場合は、より状態像に近いと思われる方が採用されます。

3. 主治医意見書における医師同意欄の取り扱いについて

平成27年4月の介護保険法改正により、主治医意見書の一部様式変更がありました。具体的には主治医意見書の使用に係る医師同意欄が「介護サービス計画作成等」と変更され、その想定される範囲につきましては、従前の介護サービス計画作成に加え、介護保険事業の適切な運営のために必要な範囲で、①. 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 ②. 地域ケア会議における個別事例の検討 ③. 特養における入所に関する検討委員会での特例入所対象者の判定および施設への優先入所対象者の判定 ④. 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に関する利用などが例示されました。

これを受けて京都府医師会では、今般の取り扱いの拡大により、個人情報保護の遵守が担保されない場合には、医師が主治医意見書の利用に「同意しない」事例が増加することも想定され、ひいてはケアプラン作成資料としての利用も困難となることが危惧されることから、その利用範囲を限定することにより、介護保険事業の円滑な運用を維持すべきと考え、京都府健康福祉部高齢者支援課、京都市保健福祉局長寿社会部介護保険課（当時）との協議の結果、上記「①」、「③」、「④」での利用に関しては主治医意見書の有用性が認められる場合に限ることとし、「②」で示された「個別ケースを取り扱う地域ケア会議」については、参加者すべてに守秘義務が課せられているものの、その周知が徹底されている状況ではないため、使用範囲から除外するとともに、その他、守秘義務を課されていない一般住民が参加する会議については、その使用は控えるべきという点で合意しました。

以上により、京都府における取扱いとして主治医意見書の使用範囲については、従前の介護サービス計画での使用に加え、

- ・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
- ・特養における入所に関する検討委員会での特例入所対象者の判定およ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

に限るものいたします。

※なお、上記以外の使用については、別途医師の承諾を求めることとしております。

※今後、京都府、京都市から使用範囲について申し入れがあれば協議し、見直し等があればお知らせします。

II 記入に際しての留意事項

1. 記入者

主治医意見書の記入は、申請者の主治医が行ってください。

2. 記入方法

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してください。なお、パソコン等を使用することはさしつかえありませんが、その場合には感熱紙等長期間の保存に適さないものは用いないでください。記入欄に必要な文字または数値を記入し、また□にレ印をつけてください。

III 記入マニュアル

0. 基本情報

申請者	(ふりがな)	男・女	〒	—
	明・大・昭 年 月 日生 (歳)		連絡先 ()	
上記の申請者に関する意見は以下の通りです。 主治医として、本意見書が介護サービス計画作成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				
医療機関名		電話	()	
医療機関所在地		FAX	()	
(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 (有の場合)→ <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> リハビリテーション科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> その他 ()			

「申請者の氏名」等

- ・申請者の氏名を記入し、ふりがなを併記してください。
- ・性別については、該当する□にレ印をつけてください。
- ・生年月日及び年齢（満年齢）については、該当するものに○印をつけ、必要事項を記入してください。
- ・住所及び連絡先については、居住地（自宅）の住所及び電話番号も記入してください。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してください。
- ・主治医として主治医意見書が介護サービス計画作成等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」にレ印をつけてください。
- ・主治医意見書における「介護サービス計画作成等」の想定する範囲は、介護保険事業の適切な運営のために必要な範囲であって、介護サービス計画作成に加えて、例えば、
 - ・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
 - ・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
などで使用される可能性があります。

同意する場合には、介護サービス計画の内容についての検討を行うサービス担当者会議に本主治
医意見書が提示されます。

なお、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につ
いては、主治医に「守秘義務」に関する問題が生じることはないことを申し添えます。

「医師氏名」等

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
記入してください。

なお、医師氏名の欄には、押印の必要はありません。また、医療機関の所在地及び名称等は、ゴム
印等を用いても構いません。

ただし、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、医師氏名のみは医師本人によ
る自署をお願いします。

(1) 最終診察日

申請者を最後に診察した日を記入してください。

(2) 意見書作成回数

申請者について意見書を初めて作成する場合は「初回」に、2回目以降の場合は「2回目以上」
にレ印をつけてください。

(3) 他科受診の有無

申請者が他科を受診しているかどうかについて、お分かりになる範囲で結構ですので該当する
にレ印をつけてください。有の場合は、該当する診療科名のにレ印をつけてください。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してください。

1. 傷病に関する意見

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) <u>生活機能低下の直接の原因となっている傷病</u> または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容 (最近(概ね6ヶ月以内)介護に影響のあったもの 及び 特定疾病についてはその診断の根拠等について記入)			

(1) 診断名

現在、罹患している傷病の診断名と、その発症年月日を記入してください。発症年月日があきらかにわからない場合は、おおよその発症年月を記入してください。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してください。不明の場合は空欄にせず「不詳」等と記載して下さい。

「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記入してください。

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まれではないですが、より主体であると考えられる傷病を優先して記入してください。

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」の欄に記入してください。

特定疾病の診断については、以下に示す「特定疾病の症候・所見のポイント」を参考としつつ、52ページ以降の「特定疾病にかかる診断基準」に従って記入するとともに、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」に記入してください。

※生活機能とは、①体・精神の働き、体の部分である「心身機能」、②ADL（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」、③家庭や社会での役割を果たすことである「参加」、のすべてを含む包括概念。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。

特定疾病の症候・所見のポイント

	疾 病 名	症 候 ・ 所 見
1	がん (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)	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（画像診断など）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	後縦靭帯骨化症	靭帯の骨化は頸椎に最も多く、頸髄の圧迫では手足のしびれ感、運動障害、腱反射亢進、病的反射出現等の痙性四肢麻痺となる。胸髄圧迫では上肢は異常なく、下肢の痙性対麻痺となる。
5	骨折を伴う骨粗鬆症	脊椎圧迫骨折 … 腰背部痛を伴う脊柱の変形が特徴的である。軽微な外傷後もしくは誘因なく急性の腰痛を生じ寝たきりになることが多い。 大腿骨頸部骨折・転子部骨折 … 転倒等の後に、大転子部の痛みを訴え起立不能となる。膝の痛みを訴える場合もある。転位の少ない頸部骨折の場合、歩行可能な場合もある。
6	初老期における認知症 (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て、同じ物を何回も買ってくるようになる。後期には、自分の名前を忘れて、トイレがわからなくなったり、部屋に放尿するようになる。また失禁状態に陥る。薬物治療で進行の遅延効果が得られる場合がある。 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。 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。 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 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 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)が同時に見られる 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。 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 (ウェルナー症候群等)	若年者で老人性顔貌、白髪、毛髪の脱落とともに肥満の割に四肢が細い。若年性白内障、皮膚の萎縮と角化、足部皮膚潰瘍、四肢の筋肉・脂肪組織・骨の萎縮、血管・軟部組織の石炭化、性腺機能低下症、糖尿病、髄膜腫等を認める。

11	多系統萎縮症	<p>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て呈する疾患である。</p> <p>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。</p>
12	糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>糖尿病性神経障害 … 下肢のしびれ、痛み等を認める。</p>
13	脳血管疾患 (脳出血、脳梗塞等)	<p>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。</p> <p>脳梗塞 … 発症状況と経過は、アテローム血栓症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。</p> <p>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。</p>
14	閉塞性動脈硬化症	<p>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。</p>
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)	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>
16	両側の膝関節または股関節に著しい変形を伴う変形性関節症	<p>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。</p>

(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)
 ※上記のほか、厚労省作成「特定疾病にかかる診断基準について」(令和3年8月16日介護保険最新情報) p.54も参照されたい。

(2) 症状としての安定性

上記(1)で記入した「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□にシ印をつけてください。

短期間で心身の状態が変化し、要介護度の変化が短期間(概ね6ヵ月程度)で生ずる恐れがあるものは「不安定」を選択して下さい。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れます。他にも下記のような場合も同様にしてください。

①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で、心身の状態が不安定であり、医療系サービス等の利用を優先すべきもの

②悪性腫瘍や進行性疾患(神経難病等)により、急速に状態の不可逆的な変化が見込まれるもの
「不安定」を選択した場合は、具体的な状況を必ず記載してください。具体例は下記参照。記載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」に記載してください。

〈「不安定」を選択した場合の具体的な状況(記載例)〉

- 脳梗塞急性期であり、片麻痺、失語等の症状が悪化する可能性が高い
- 最近、慢性気管支炎の急性増悪を繰り返しており、増悪時にはほぼ寝たきりとなり生活機能が急速に低下する
- 閉塞性動脈硬化症による歩行障害が急速に進行しており、2～3ヵ月以内に外出困難となることが予想される
- 肺がんが急速に進行しており、疼痛や呼吸機能低下により生活機能低下を生じる
- 手術不能のすい臓がんであり、現在は歩行可能であるが、今後短期間のうちに疼痛や衰弱により臥床状態となることが予想される

現在の全身状態から急激な変化が見込まれない場合は「安定」を選択してください。不明の場合は「不明」を選択してください。

なお、症状には日内変動や日差変動があるため、介護者からの情報にも留意してください。特に精神疾患患者にあつては、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すること。

(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) 1. 診断名」に記入した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ついては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してください。

また、「2.」「3.」の診断名についても、生活機能低下の原因となっている傷病について記入してください。

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により、さらに生活機能が低下することが考えられます。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、具体的に記載してください。

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、この欄に記入してください。（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するようにしてください。）

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載してください。

2. 特別な医療

2. 特別な医療（過去14日間以内に受けた医療のすべてにチェック）

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

申請者が過去14日間に受けた12項目の医療のうち、看護職員等が行った診療補助行為（医師が同様の行為を診療行為として行った場合を含む）について該当する□にレ印をつけてください。

「医師でなければ行えない行為」、「家族／本人が行える類似の行為」は含まれないので注意して下さい。

なお、この項目は、訪問調査においても、調査員によるチェックの対象となっておりますが、訪問調査員は必ずしも医療の専門家ではないことから、主治医意見書においても記入をお願いするものです。

なお、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してください。

<特別な医療に該当するケース及び留意点>

- ①点滴の管理：実際に点滴をしていなくても、点滴の針が留置されている場合は該当する。
- ②中心静脈栄養：一部経口摂取の併用でも可。
- ③透析：方法、種類を問わない。
- ④ストーマ処置：ウロストーマは含まない。
- ⑤酸素療法：間歇的または持続的酸素療法。
- ⑥レスピレーター：経口・経鼻・気管切開の有無や機種によらない。
- ⑦気管切開の処置：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。
- ⑧疼痛の看護：比較的程度の重い疼痛（通知では「がん末期のペインコントロールが必要な状態に相当するもの」）。
- ⑨経管栄養：経口・経鼻・胃瘻を問わない。一部経口摂取の併用でも可。
- ⑩モニター測定：血圧、心拍、心電図、呼吸数、酸素飽和度のいずれか1項目以上につき24時間以上にわたりモニターを身体につけた状態で継続的な測定が該当。
- ⑪褥瘡処置：医師に診断された褥瘡があり、それを処置した場合。なお、状況観察した上で処置が行われなかった場合でも可。
- ⑫カテーテル：尿失禁用機材としていずれかが行われていれば可。

3. 心身の状態に関する意見

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〕

(1) 日常生活の自立度について

現状から考えられる障害高齢者の日常生活自立度及び認知症高齢者の日常生活自立度について、以下の判定基準または78ページの早見表を参考にして、該当する□にレ印をつけてください。

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、□M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して下さい。

障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準

生活自立	ランク J	何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する 1. 交通機関等を利用して外出する 2. 隣近所へなら外出する
準寝たきり	ランク A	屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない 1. 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する 2. 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている
寝たきり	ランク B	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが、座位を保つ 1. 車いすに移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う 2. 介助により車いすに移乗する
	ランク C	1 日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する 1. 自力で寝返りをうつ 2. 自力では寝返りもうたない

認知症高齢者の日常生活自立度判定基準

ランク	判断基準	見られる症状・行動の例	判断にあたっての留意事項及び提供されるサービスの例
I	何らかの認知症を有するが、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たすような症状・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、買物や事務、金銭管理等それまでできたことにミスが目立つ等	
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等一人で留守番ができない等	
III	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さがときどき見られ、介護を必要とする。		日常生活に支障を来たすような行動や意思疎通の困難さがランクIIより重度となり、介護が必要となる状態である。「ときどき」はどのくらいの頻度を指すかについては、症状・行動の種類等により異なるので一概には決められないが、一時も目を離せない状態ではない。 在宅生活が基本であるが、一人暮らしは困難であるので、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 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。 やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声、奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等	
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たすような症状・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周辺症状が継続する状態等	ランクI～IVと判定されていた高齢者が、精神病院や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。

(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）

申請者に認められる認知症の中核症状の有無について、以下に記載されている判定基準または79ページの早見表に基づき、該当する□にレ印をつけてください。なお、認知症の中核症状として列挙していますが、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□にレ印をつけてください。

短期記憶

例えば、身近にある3つのものを見せて、一旦それをしまい、5分後に聞いてみる等の方法を用いて、申請者および医師がともに一時的には記憶に残るような直前のことについて覚えているかかを評価します。

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」にレ印をつけてください。

日常の意思決定を行うための認知能力

申請者の毎日の日課における判断能力を評価します。以下の各選択項目の状態例にあてはめ、該当する□にレ印をつけてください。

自立	日常生活において首尾一貫した判断ができる。毎日すべきことに対して予定を立てたり、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になる。
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。

自分の意思の伝達能力

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します。以下の各選択項目の状態例にあてはめ、該当する□にレ印をつけてください。会話に限らず、筆談・手話あるいはその組合せで表現される内容で評価しても差し支えありません。

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、応対に時間がかかる。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	時々には自分の意思を伝えることができるが、基本的な要求（飲食、睡眠、トイレ等）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ることができない。

(3) 認知症の行動・心理症状 (BPSD)

申請者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□にレ印をつけてください。有の場合は、以下の定義を参考にして、該当する□にレ印をつけてください。複数の状態が認められる場合は、該当する□のすべてにレ印をつけてください。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（ ）内に記入してください。家族からの情報が大変重要です。該当する場合は頻度や内容について「5. その他特記すべき事項」欄に記載してください。

なお、認知症の行動・心理症状として列挙していますが、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□にレ印をつけてください。

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、音や声が聞こえると感じるもの。
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。
性的問題行動	周囲が迷惑している行為と判断される性的な問題行動。

(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」にレ印をつけ、その症状名を記入してください。有の場合、専門医を受診している場合は「□有」にレ印をつけ、() 内に受診の科名を記入してください。

また、申請者の状態から判断して、以下に挙げる定義の中からあてはまるものがあれば、症状名に記入してください。

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いえず、また他の感覚を介すれば対象を正しく認知できるもの。視覚失認及び視空間失認、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) 身体の状態

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

利き腕

利き腕について、該当する方のにレ印をつけてください。

身長・体重

体重及び身長について、おおよその数値を記入してください。また、過去6ヵ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、該当するにレ印をつけてください。

四肢欠損～その他の皮膚疾患

該当するものがあればにレ印をつけてください。介護の手間や生活機能を評価する観点から部位の記載が必要なものについては具体的に記入してください。程度については、これらの状態が介護にどの程度影響するのかという観点から、あてはまる程度のにレ印をつけてください。なお、麻痺については、訪問調査においても、同様の項目がありますが、訪問調査員は必ずしも医療の専門家ではないことから、主治医意見書では、医学的観点からの麻痺の有無の記入をお願いするものです。

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。持続的圧迫及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。

4. 生活機能とサービスに関する意見

4. 生活機能とサービスに関する意見

(1) 移動			
屋外歩行	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 介助があればしている	<input type="checkbox"/> していない
車いすの使用	<input type="checkbox"/> 用いていない	<input type="checkbox"/> 主に自分で操作している	<input type="checkbox"/> 主に他人が操作している
歩行補助具・装具の使用(複数選択可)	<input type="checkbox"/> 用いていない	<input type="checkbox"/> 屋外で使用	<input type="checkbox"/> 屋内で使用
(2) 栄養・食生活			
食事行為	<input type="checkbox"/> 自立ないし何とか自分で食べられる	<input type="checkbox"/> 全面介助	
現在の栄養状態	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 不良	
→ 栄養・食生活上の留意点 ()			
(3) 現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とその対処方針			
<input type="checkbox"/> 尿失禁 <input type="checkbox"/> 転倒・骨折 <input type="checkbox"/> 移動能力の低下 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 心肺機能の低下 <input type="checkbox"/> 閉じこもり <input type="checkbox"/> 意欲低下 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 低栄養 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下機能低下 <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> 易感染性 <input type="checkbox"/> がん等による疼痛 <input type="checkbox"/> その他 ()			
→ 対処方針 ()			
(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し			
<input type="checkbox"/> 期待できる <input type="checkbox"/> 期待できない <input type="checkbox"/> 不明			
(5) 医学的管理の必要性 (特に必要性の高いものには下線を引いて下さい。予防給付により提供されるサービスを含みます。)			
<input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問歯科診療 <input type="checkbox"/> 訪問薬剤管理指導 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 訪問歯科衛生指導 <input type="checkbox"/> 訪問栄養食事指導 <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> その他の医療系サービス () <input type="checkbox"/> 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)			
<input type="checkbox"/> 血圧 () <input type="checkbox"/> 摂食 () <input type="checkbox"/> 嚥下 () <input type="checkbox"/> 移動 () <input type="checkbox"/> 運動 () <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 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)			
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 不明			

(1) 移動

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□にレ印をつけて下さい。

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まれます。外出するには促しが必要でも、屋外は一人で歩いている場合も含まれます。
介助があればしている	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まれます。
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みます。また車いすで屋外を移動している場合等を含みます。

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□にレ印をつけて下さい。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まれます。

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みます。
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（押してもらおう等）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みます。

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□にシ印をつけて下さい。屋内、屋外両方で使用している場合は両方の□にシ印をつけて下さい。

どちらか一方だけの使用の場合も含みますが、義足（切断の時に用いる）の使用は含めません。

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みます。
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みます。
屋内で使用	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みます。

(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、ある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）です。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、褥瘡などの誘発に関わります。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、総合的な栄養状態を評価します。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載してください。

食事行為

日常生活行為のうち食事について、どの程度、どのように自分でを行っているかを評価します。以下の各選択項目の状態例にあてはめ、該当する□にシ印をつけてください。

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。

現在の栄養状態

現在の栄養状態を評価します。以下の各選択項目の状態にあてはめ、該当する□にレ印をつけてください。また、医学的観点から、改善に向けた留意点について、() 内に記入してください。

良好	①過去6ヵ月程度の体重の維持(概ね3%未満)、②BMI(体重(kg)/身長 ² (m ²))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。 上記指標が入手できない場合には、食事行為、食事摂取量(概ね3/4以上)、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 ² (m ²))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。 上記指標が入手できない場合には、食事行為、食事摂取量(概ね3/4以上)、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又は不良となる可能性が高いと判断される状態。

(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対処方針

日常の申請者の状態を勘案して、現在あるかまたは今後概ね6ヵ月以内に発生する可能性が高い状態があれば、該当する□にレ印をつけてください。また、具体的な状態とその際の対処方針(緊急時の対応を含む)について要点を記入してください。

※このうち「尿失禁」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。

(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し

現在の状態から、概ね3ヵ月から6ヵ月間、申請者が介護保険によるサービス(予防給付等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、該当する□にレ印をつけてください。

傷病の症状としての見通しではなく、生活機能の維持・改善がどの程度期待できるか、という観点であることに留意してください。

(5) 医学的管理の必要性

医学的観点から、申請者が利用する必要があると考えら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□にレ印をつけてください。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まれます。特記すべき項目がない場合は、「特記すべき項目なし」の□にレ印をつけてください。

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□にレ印をつけてください。

また、特に必要性が高いと判断されるサービスについては、項目に下線を引いてください。

なお、本項目の記入は、ここに記入されているサービスについての指示書に代わるものではありませんのでご注意ください。

現在申請者が利用していない、また、地域に該当サービスがなくても必要と判断すればレ印をつけ

てください。

「その他」には外来受診、入院、保健所による保健指導が該当します。

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。 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、診療所等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、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を行うことにより、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又は、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) 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□にレ印をつけ、サービスを提供する上で不安感を助長させないように、() 内に具体的な留意事項を記載してください。福祉系サービスでは医師の指示、助言、情報提供等がない状態でサービス提供される場合もあることから、サービス提供者が留意すべき医学的留意点を記載してください。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□にレ印をつけてください。

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載してください。

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、具体的に記載してください。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してください。

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、具体的に記載してください。

摂 食

摂食について、サービス提供時の留意事項があれば、具体的に記載してください。

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移乗等も含める）について、サービス提供時の留意事項があれば、具体的に記載してください。

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、具体的に記載してください。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載してください。

その他

その他、医学的観点からの留意事項があれば、（ ）内に具体的に記載してください。

（7）感染症の有無

サービスの提供時に、二次感染を防ぐ観点から留意すべき感染症の有無について、該当する□にシ印をつけてください。有の場合には、具体的な症病名・症状等を（ ）内に記入してください。

主治医として把握している場合に記載していただければよく、改めて検査する必要はありません。しかし、症状が疑われる場合には必要な検査を実施して下さい。

申請者が通所・入所系サービスを利用する場合、事業所・施設側が各種感染症の有無も含めた健康診断書の提出を求めるケースが多く、その検査費用等が高額で申請者の負担が大きくなっているため、この欄での詳細な情報が求められています（サービス利用前にサービス担当者会議で情報提供されればそれで事足ります）。

5. 特記すべき事項

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。）

(1)申請者の主治医として、要介護認定の審査判定上および介護保険によるサービスを受ける上で、重要と考えられる事項で、1～4までの各記入欄に記入しきれなかったこと、選択式では表現できない内容について記載して下さい。

(例) 麻痺など機能低下の具体的な内容、認知症の中核症状及び周辺症状の具体的な内容・程度、長谷川式等のスケールを用いた評価、口腔内の状況から口腔清潔に関すること、など

(2)通常より介護の手間や介護負担となっていることがあれば、出来るだけ具体的に記載してください。

(例) ・昼夜逆転で夜中に大声を出したり、5回以上も尿意を訴えるため、その都度家人が起きて対応している。

・夕方になると、感情的に不安定となり、そのまま放置すると一人で外出し帰れなくなるので、家人が毎日一時間、一緒に散歩に出かけ徘徊が起こらないように努めている。

・体重が重く、入浴は二人がかりで実施している。

・心不全があり、入浴時に急変する危険性があるので、家人が必ず声かけや見守りを行っている。

(3)保険者に対して（A）申請者の要介護認定結果の通知を求める場合、（B）ケアマネジャーにケアプランの提供を求める場合は、その旨をこの欄に記載して下さい（保険者によって記入の方法が異なる場合があります）。

(4)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。情報提供書や障害者手帳の申請に用いる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。

(5)なお、平成21年度の要介護認定の見直しでは、調査員ごとのバラツキを減らすとともに、介護の不足等も適切に把握できるよう、認定調査の選択肢について、調査員の方に、できるだけ見たままを選んでいただき、介護認定審査会において、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、判定することとしました。したがって、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、主治医意見書の重要性が増しており、主治医意見書の「5. 特記すべき事項」に、申請者の状態やそのケアに係る手間、頻度等の具体的な内容についても記載してください。

その他、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強化のため、平成28年4月1日より、第三者行為により介護保険給付を受ける場合、第1号被保険者は保険者への届出が必要となりました。

主治医意見書を端緒として保険者が被保険者に対し適切な届出を促す観点から、第1号被保険者について、負傷等の原因として第三者行為が疑われる場合は、主治医意見書の「5. 特記すべき事項」に「第三者行為」といった旨の記載をお願いします。

第4章 各項目の記載例とポイント

1. 「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」 (疾患別)

認知症等の病名	記載例とポイント (介護が必要な内容：下線部)
①脳血管性認知症	①身内の名前が言えない。火の始末も出来ない。
②脳血管性認知症	②12年4月頃よりせん妄の増悪、感覚性失語が認められ、多弁傾向にあり、加えて昼夜逆転傾向にあるため、家庭での介護は困難な状況である。
③アルツハイマー型老年認知症	③11年頃より認知症症状が進行し、気力低下が目立つ。
④アルツハイマー型老年認知症	④12年4月より急速に物忘れが進行(物を置いた場所を忘れる)し、現在は一人暮らしであるが、年内には施設入所が必要。
⑤アルツハイマー型老年認知症	⑤4年前より記憶力低下。当院診察は11年11月、長谷川式25点。12年3月長谷川式18点。現在では家族と医師の区別もつかない。
⑥老年期認知症、高血圧、慢性腎不全	⑥10年9月にベットより転倒、左上腕骨顆上骨折を来した。同加療のため手術、入院したが、入院後徘徊を認めるようになった。現在内服治療にて症状の軽減が得られているが、夜間徘徊は継続している。
⑦特発性パーキンソン病	⑦歩行障害強く、摺り足で歩行心掛けるが一人では無理。筋萎縮もあり歩行困難は今後も悪化傾向にある。転倒の恐れ大。
⑧脳血管性認知症、心房細動、前立腺肥大	⑧心房細動にて心不全となり平成12年1月入院。2月に退院したが服薬が必要。また脳梗塞後遺症のため認知症症状が強く、周辺症状があり、CTでは多発性脳梗塞を認めている。したがって服薬管理ができず、心房細動にも影響する。前立腺肥大のため排尿がトイレまでもたず失禁してしまうことが多い。

内科系の病名	記載例とポイント (介護が必要な内容：下線部)
①脳梗塞	①右上下肢に軽い麻痺があり、歩行がやや困難。
②脳梗塞、肺炎	②平成12年6月突然の右半身麻痺、意識レベルの低下を認め緊急入院。脳梗塞治療を続けているが、入院中より肺炎を繰り返す。現在は経口摂取不可の状態。
③脳梗塞、虚血性心疾患	③左半身の脱力、運動障害とともに、左半身、特に口周囲、手足先の感覚障害、痛み等を時々訴える。特に筋力低下が激しく、日常生活動作は手助けがないと不可能な状態。
④肝臓癌	④末期がん。黄疸はないが、腹水あり、食欲減退、体力低下著しい。トイレ、歩行は介助が必要。通院も車椅子でやっと可能。積極的な治療はできない状態。
⑤慢性閉塞性肺疾患、肺癌	⑤肺癌の診断は1年前。以後病巣拡大しつづけ、体重減少。また血圧低下著明で、つまづき、転倒することが頻回。呼吸苦、動悸あり歩行困難になりつつある。
⑥糖尿病、慢性関節リウマチ	⑥頻尿傾向にあるが、リウマチのため多発性関節痛が増悪しており、特にトイレ介助が必要。夜間はポータブルトイレを使用しているが、2時間毎のトイレ誘導が必要。
⑦脳梗塞後遺症、高血圧洞機能不全症候群	⑦平成6年脳梗塞発症、軽度右半身麻痺があり、握力低下のため箸、スプーンさえ握れない。また、高血圧による食事制限があり同時に食事介助も必要。杖なしには歩行できないが、杖をもつ握力も低下しており、通院にはタクシーを利用。恒久ペースペーカー埋め込み術を他院で受けており、身障1級手帳をもっている。
⑧脳梗塞後遺症	⑧昨年10月の意見書記載時に比べ意識レベルもADLも著明に低下。歩行は極めて困難。本人の気力も低下。ベットで寝たきりの生活を過ごしている。

整形外科的病名	記載例とポイント（介護が必要な内容：下線部）
<p>① 腰椎椎間板ヘルニア、第1腰椎圧迫骨折、両変形性膝関節症、両下肢静脈血栓症、脳梗塞、狭心症、高血圧症、糖尿病、痛風、高脂血症</p>	<p>脊椎病変、脳梗塞後遺障害、両膝関節症による脊椎機能及び両下肢機能の低下（筋力低下に加え両下肢のしびれと及び内科的疾患からくる下肢の浮腫もある）のため歩行をはじめとするADLの低下を認める。具体的には、<u>コルセットを着用しても10分程度しか歩けない。腰部痛が強く長時間の立位、座位保持が困難である。また、両膝関節痛と関節拘縮のため立ち座りが困難である。それらの機能向上を目的とした通所リハビリ（週2回）が必要である。娘さんと同居しているが昼間独居（朝7時から夜10時頃まで1人）であり、十分な介護が受けられない。昼・夕食とも近くのストアでできあいのものを購入して食べているのが現状であるが、多種の内科的疾患があるため、食事等の栄養管理が重要であり、家事援助（週3回）、配食サービス（週2回）が必要である。</u></p>
<p>② 右変形性股関節症、両変形性膝関節症、骨粗鬆症</p>	<p>両変形性膝関節症、右変形性股関節症のため、支えなしで歩行できず。<u>屋内では手すりや歩行器（狭い廊下は脱衣籠を支えにしている）を使用し移動できるが、不安定であり、転倒に十分注意しなければならない。屋外では歩行器を使用し、80m位しか連続して歩けない。骨が脆く骨折しやすいため、注意深い見守りが必要である。また、着替え等において、関節の可動域に配慮し、関節病変の増悪や骨折に注意する必要がある。今後、関節痛や心臓疾患、皮膚科疾患などに対して投薬を行うなど継続的な医学的管理が必要である。また、筋力回復・関節機能回復・ADL改善を目的としたリハビリテーション（通所リハビリ週2回）が必要である。また、居宅内での生活を少しでも安全に行うため、住宅改修（段差の解消、手すり等）が必要である。</u></p>
<p>③ 腰部脊柱管狭窄症、変形性脊椎症、骨粗鬆症、両変形性膝関節症</p>	<p>膝関節の疼痛・拘縮と、脊椎病変から生じる左下肢の疼痛・しびれ・下肢筋力低下があるため、<u>歩行能力が著しく低下している。腰部痛も強く、座位保持が困難であり、寝たり起きたりの生活を送っている。起床・起立が辛く、下肢に力が入らず時間がかかる。室内は家具をつたって移動。屋外は杖か押し車を使用しているが、連続して20mしか歩けない。歩行、移乗時転倒の危険性があり、介助が必要である。ご主人（痴呆）と息子と孫と同居中であるが、昼はご主人と2人で、介護を受けることが出来ない。内科が遠く通院が困難で、糖尿病等に対する治療が十分出来ていない。訪問介護（家事援助）（週3回）・通院介護（2週1回）が必要である。また、歩行能力をはじめとするADLの維持向上を目的に通所リハビリ（週2回）が必要である。室内での生活を安全に行えるよう住宅改修を行う必要がある。</u></p>
<p>④ くも膜下出血、左片麻痺両変形性膝関節症、腰椎椎間板症、骨粗鬆症両変形性肩関節症</p>	<p>左片麻痺及び変形性膝関節症のため、歩行を始めとしてADLの制限が顕著である。左足が下垂しているため歩行時装具が必要である。<u>移動は杖、手すり等の支えを要し、（くも膜下出血の後遺症で）両眼とも左側の視野が狭く、常時介助が必要である。骨粗鬆症もあり転倒に十分注意しなければならない。浴槽に入ることが不可能で、介助によるシャワー浴しか出来ない状態である。左手指の自動運動が出来ず、両肩、左肘関節の拘縮があり上肢の機能も低下している。現在、通所リハビリ、通所介護を利用されているが、機能のさらなる低下を予防するため、今後も医学的管理のもと、上下肢の筋力回復・関節拘縮の回復、ADLの改善を目的としたリハビリテーションが必要である。清潔保持の為通所介護、訪問介護が必要である。</u></p>
<p>⑤ 第9胸椎圧迫骨折、骨粗鬆症、変形性脊椎症、頸椎椎間板症、両変形性膝関節症、</p>	<p>脊椎病変による疼痛と脊椎機能の低下、変形性膝関節症による<u>関節拘縮、筋力の低下等両下肢機能低下のため、起立・歩行が不安定で手すり等の支えが必要である。屋外は手押し車を使用。転倒の危険性が強く、骨粗鬆症もあるため、移動にあたっては十分注意が必要である。さらに、頸部痛・両肩関節痛（可動域制限を伴う）及び左手指</u></p>

<p>両変形性肩関節症、左手指尺屈偏位、高血圧症、胃潰瘍、両眼白内障</p>	<p>尺側偏位・手指振戦があり、<u>巧緻動作障害、上肢機能の低下も加わり、ADLが低下している。</u>機能のさらなる低下を予防するため、筋力回復・関節機能回復・ADL改善を目的としたリハビリが必要である。独居のため訪問介護（週2回）・通所リハビリ（週2回）が必要である。また、室内での生活を少しでも安全に行えるよう福祉用具の貸与が望ましい。骨粗鬆症・高血圧症・胃潰瘍があり、今後も医学的管理のもと内服薬投与・食事指導が必要である。</p>
<p>⑥ 腰椎椎間板ヘルニア、変形性腰椎症、変形性股関節症、頸椎症性神経根症、胃潰瘍手術後</p>	<p>昭和60年頃、腰椎椎間板ヘルニア発症。平成11年、手術等の治療を受けたが、腰痛、両下肢痛の症状改善せず。<u>両下肢の筋力低下も伴い、歩行困難となり、屋内は這って移動し、屋外は出たことがない。</u>介助無しで外出が出来ないため、必要な腰の治療が受けられず。頸部痛、両上肢の筋力低下も加わって、ADLの低下が顕著である。医学的管理の下、リハビリテーションや内服薬等の治療が必要であり、手術についても再考を要す。これらの治療を受けるために通院介助が必要である。高齢の兄と息子との3人暮らしのため、<u>食事も不規則で外食（コンビニのお弁当）ばかり摂取している。</u>また、疼痛緩和のためアルコールに依存している。昭和49年頃、胃の手術（胃2/3切除）を受けており、栄養・分食等の食事指導や、日常生活援助のため訪問介護を受ける必要あり。</p>
<p>⑦ 両変形性膝関節症、腰椎椎間板症、第4腰椎すべり症、左下肢不全麻痺、骨粗鬆症、胸椎圧迫骨折、左肩関節周囲炎</p>	<p>変形性膝関節症及び脊椎病変による膝関節痛・関節拘縮・腰痛・下肢筋力低下等のため、<u>起立・歩行が困難（室内でも、いざるか、何らかの支えがなければ歩行困難）である。</u>浴槽に入ることが不可能で、シャワー浴しかできない状態である。あわせて、左肩関節の疼痛と拘縮、<u>巧緻動作の制限があり、ADLが急激に低下している。</u>機能のさらなる低下を予防する為、今後医学的管理のもと筋力回復・関節機能回復・ADL改善を目的としたリハビリテーションが必要である。骨が脆く骨折しやすいため、注意深い見守りが必要である。独居のため、訪問介護、通所介護、通所リハビリテーションが必要である。また室内での生活を少しでも安全におこなえるよう住宅改修（手すり、段差の解消等）、福祉用具の貸与（ベッド、入浴補助用具等）が必要である。</p>
<p>⑧ 脳血管性痴呆、左大腿骨頸部骨折、多発性脊椎圧迫骨折、骨粗鬆症</p>	<p>痴呆と四肢の筋力低下や関節拘縮のため、<u>食事、排泄、移動等殆ど全ての日常生活動作に全面的な介助を要する。</u>痴呆の悪化、全身状態及び疼痛の管理等の観点から、今後も月2回の訪問診療、週1回の訪問看護が必要。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。リハビリテーションの必要があり、週2回の訪問リハビリが必要。家族の介護負担を軽減するため、さらには入浴により全身の清潔を保つため、通所リハビリを週2回行う必要があり、時には短期入所療養介護が必要である。骨が脆く骨折しやすいため、注意深い見守りが必要である。褥瘡を生じやすく、<u>体位交換やオムツ交換を頻回に行う必要がある。</u>ベッドからの転落にも配慮が必要である。</p>
<p>⑨ 骨粗鬆症、腰部脊柱管狭窄症、第4腰椎すべり症脳梗塞後遺症、脳血管性認知症、右肩関節前方脱臼後肩関節拘縮、両変形性膝関節症</p>	<p>脳梗塞による後遺症と脊椎病変及び変形性膝関節症による下肢筋力の低下のため、<u>歩行能力が低下している。</u>歩行時、ふらついたり、つまずきやすく、転倒を繰り返している。骨粗鬆症もあり転倒には十分注意が必要である。<u>右肩関節脱臼後、肩関節の疼痛と可動域制限が加わり、急激にADL及びIADLが低下している。</u>独居であり、買い物・洗濯・掃除等が困難で、現在週3回の訪問介護（複合型）と配食サービスを受けている。今後も継続する必要がある。上下肢の筋力回復・関節拘縮の回復及びADLの改善を目的としたリハビリが必要であり、通所リハビリ（週2回）が適していると考える。また、<u>物忘れ、失禁等痴呆症状が進行してきており、眼が離せない状況になってきている。</u>室内での生活を少しでも安全に行えるように、福祉用具の貸与が望ましい。</p>

<p>⑩両変形性膝関節症、 変形性脊椎症、骨粗 鬆症、両肩関節周囲 炎、高血圧症</p>	<p>変形性膝関節症による関節の疼痛、拘縮、下肢筋力の低下の為、起立・歩行が不安定である。室内の移動は杖か家具等をつたって行い、屋外は押し車を使用しているが、長い距離は歩けず、自宅近くに買い物に行く程度である。円背もあり前方が十分確認できないため、歩行時転倒の危険性が高い。骨粗鬆症もあるため転倒には十分注意が必要である。今後も歩行をはじめADLの維持向上を目的としたリハビリが必要である。息子夫婦と二世帯住宅に住んでいるが、お嫁さんとの折り合いが悪く、十分な介護が受けられない。自宅内で独りで過ごすことが多く、社会的交流を図るためにも通所リハビリ（週2回）が望ましい。また、高血圧症、骨粗鬆症に対しても内服薬投与、食事指導等の医学的管理が必要である。屋内での生活が安全に行えるように住宅改修や福祉用具の貸与も必要である。</p>
<p>⑪第1腰椎圧迫骨折、 骨粗鬆症、高血圧症、 高脂血症、糖尿病</p>	<p>腰椎圧迫骨折のため、安静が必要である。腰部痛が強く座位保持が困難で、寝たきりの状態である。辛うじて寝返りは可能である。骨粗鬆症があり、移乗時には転倒に注意する必要がある。今後、装具療法と併せて医学的管理の下、ADLの維持向上、脊椎機能の回復のためのリハビリが必要である。また、骨粗鬆症、高血圧症、糖尿病、高脂血症に対し、食事指導、内服薬等の医学的管理が必要である。ご主人と二人暮らしであるが、ご主人が多発性脳梗塞、パーキンソン氏病で要介護2の認定を受けており、辛うじて歩行器を使用し歩ける状態である。急激なADLの低下のため、急いで家事援助、身体援助（週3回）が必要である。フレームコルセット装着後は早期離床を図るが、今後4ヶ月はこれまでのようにご主人の介護は難しい状態である。</p>
<p>⑫骨粗鬆症、変形性脊 椎症（多発性脊椎圧 迫骨折、両変形性膝 関節症、肩関節周囲 炎、脳血管性認知症、 高血圧症、不眠症、 便秘症）</p>	<p>多発性脊椎圧迫骨折による疼痛と脊椎機能の低下及び両変形性膝関節症による疼痛、拘縮、下肢筋力の低下のため起立がスムーズに行えない。トイレでしゃがんだりするのに時間がかかり、間に合わないことが頻繁にある。立ってしまえば歩行は可能であるが、骨粗鬆症があり、転倒には十分注意が必要である。2年前から幻視・幻聴等の認知症症状が生じ、最近は近隣者が悪口を言っている等の被害妄想があり、家人に対し大声を出したり、暴言を発したりする。娘夫婦と同居しているが、自宅隣の工場で自営業（ネクタイを作る仕事）をされており、社会的交流がない。今後、ADLの維持向上、社会的交流を図るため通所リハビリ（週2回以上）が必要である。また、娘夫婦が出張することがあり目が離せない状態になってきているためショートステイの利用（月1回程度）が必要である。</p>
<p>⑬両変形性膝関節症、 第3・4腰椎変性す べり症</p>	<p>両変形性膝関節症のため疼痛、両下肢筋力低下、関節拘縮があり、腰椎変性すべり症による腰部痛もあり、歩行をはじめとするADL障害がある。左膝に対しては平成12年7月京都市立病院で骨切り手術を受けているものの、疼痛が残存している。屋内は家具につたって移動し、屋外は押し車を使用しているが長い距離が歩けない。階段昇降は手すりを持ち何とか可能となったが、自宅が公団の4階でエレベーターが無いため、外出時階段昇降が避けられず、転倒の危険性があり、見守りが必要である。現在、歩行能力をはじめとするADLの向上を目的に通所リハビリ（週1回）を利用している。また、独居であり、生活環境が身体的状況に適さないため、買い物、掃除等ADLも低下しており、訪問介護（週3回）を受けている。福祉用具の貸与も含め、今後もこれらのサービスを継続する必要がある。</p>
<p>⑭第4腰椎すべり症、 両下肢不全麻痺、骨 粗鬆症、第12胸椎圧 迫骨折、高血圧症、 便秘症</p>	<p>脊椎病変による両下肢不全麻痺（麻痺性尖足を伴う）があり、歩行能力が著しく低下している。腰痛が強く、座位保持が困難で寝たり起きたりの生活をおくっている。起床、起立が辛く、下肢に力が入らないため時間がかかる。屋内は這うか、家具をつたって移動。屋外は歩行器を使用し30mしか歩けない。それ以上は車椅子を利用している。歩行や移乗時、転倒の危険があり介助が必要である。高齢（81歳）で、うつ病の</p>

	<p>ご主人と二人暮らしであり、家族介護が受けられない。現在、訪問介護（複合型）を週3回利用している。また、歩行能力をはじめとするADLの維持向上を目的に通所リハビリを週1回利用している。これらのサービスを継続または増やす必要がある。起床、起立が困難であり、室内での生活を少しでも安全に行えるよう、ベッド等の福祉用具の貸与や住環境を整える必要がある。</p>
<p>⑮変形性脊椎症、第4腰椎すべり症、右大腿骨頸部骨折術後、両変形性膝関節症、両変形性肩関節症</p>	<p>脊椎機能の低下、右股関節人工骨頭置換術後及び両変形性膝関節症による関節拘縮や下肢筋力低下のため、歩行をはじめとするADL障害がある。<u>屋内は壁をつたって移動、屋外は杖をついて移動できるが、介助が必要である。視力障害もあるため起立時、移動時転倒に十分注意が必要である。また、肩関節の拘縮や手指の痺れ等の上肢の機能障害のため、衣服の着脱に介助を要し、巧緻動作障害もある。手術後から幻覚・妄想等の痴呆症状がある。奥様も認知症があり意思の疎通が上手くいかず、精神的に不安定になることがある。両親を介護している娘さんが介護疲れから体調を崩され、十分な介護が受けられない。現在、通所リハビリを週2回（入浴も含む）利用しているが、今後も、ADLの維持向上、社会的交流を図るため、また家族の介護負担の軽減を図るため、このサービスを継続する必要がある。</u></p>
<p>⑯脳梗塞、右下肢不全麻痺、左下腿切断、右変形性膝関節症、左橈骨骨折、不眠症</p>	<p>事故による左下肢切断のため義足歩行を行っていたが、脳梗塞による右下肢不全麻痺が加わって、歩行不能の状態になった。リハビリを行い、両手支持可能な場所（例えば平行棒内）であれば、起立、歩行が可能なまでに回復していた。平成12年11月、左橈骨を骨折し、両手支持が不能となり、歩行訓練が進まなくなった。急激なADLの低下と、度重なる転倒による骨折（肋骨も骨折）でリハビリ意欲が低下し、精神的にも不安定である。現在、屋内は這って辛うじて移動している。今後も、医学的管理のもと、両下肢の筋力回復訓練、左手関節拘縮に対するリハビリ、歩行訓練が必要である。<u>介助なしでは外出が不可能なので、これらのリハビリを円滑に進めるため、通所リハビリが必要である。また、同居の妻も介護が必要な状態なので訪問介護が必要である。</u></p>
<p>⑰両側の膝関節または股関節に著しい変形を伴う変形性関節症（特定疾病）</p>	<p>両変形性股関節症による疼痛、関節拘縮のため本年6月から府立医大病院に入院し両股関節の手術を受け10月17日退院した。リハビリを受けているが著しい筋力低下と関節拘縮があり、疼痛の残存も加わって、立位・座位保持が困難で、寝たり起きたりの生活をしている。<u>屋内は松葉杖を使用して辛うじて歩行可能であるが、長い距離が歩けず、1人で外出が出来ない。今後も医学的管理の下、リハビリテーション等の治療が必要である。居宅内での生活を少しでも安全に行えるよう住宅改修（お風呂、トイレ、階段等の手すり、段差の解消）が必要である。また、股関節の手術後で、疼痛と臀部・下肢の筋力低下があるため、布団での臥床が辛く、福祉用具の貸与（ベッド、入浴補助用具等）も必要である。高脂血症に対して、食事指導、内服薬投与等の医学的管理が必要である。</u></p>

2. 「3. - (3) 認知症の行動・心理症状 (BPSD)」について - 各項目の概要と記載例

3 - (3)には認知症度を記載する欄がある。認定審査会ではこの項目を見比べて（認知症はあるが行動・心理症状がない場合や、認知症があって行動・心理症状もある場合など）、介護の必要度を審査する。しかし行動・心理症状のある場合、無い場合とも該当する欄にチェックを入れるだけでは具体的な状態像をイメージできないので、具体的な状態を「5. その他特記すべき事項」欄に記載されたい。

行動・心理症状が無いとした場合でも、例えば入所者であれば火の始末等は必要ないであろうし、マッチを持たせない等「予防的措置」を実施しているなどのため結果的に「行動・心理症状が無い」状態であることは多々ある。

一方、徘徊、放尿、昼夜逆転、暴言等の行動・心理症状の程度がひどいが麻痺拘縮がなく、移動できるため見守りに時間を要する場合は、より介護の手間が必要となるが、その状態の具体的な情報が認定審査会には必要である。

そのため、本項の意見書の記載例等を参考の上、特記事項欄に具体的な状態像を記載されたい。

項 目	○=各選択肢項目の概要 ◆=状態の記載例文 ※=予防的配慮の記載例文
① 幻視・幻聴	○幻視=視覚に関する幻覚。外界に存在しないのに、物体、動物、人の顔や姿等が見える。 意識障害を伴っている時に出現することが多い。
	○幻聴=聴覚領域での幻覚の一種。実際には何も聞こえないのに、音や声が聞こえると感じるもので幻覚の中で一番多い
	◆夜間に見知らぬ人が部屋に入ってくる等を言い、前回の意見書記載時に比べ訴える回数が多い。施設での通所入浴に切り換えることが必要。 ※専門医への受診を家族にすすめ場合によっては専門病院へ入院させるよう指示している。
② 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主観的確信を持って信じており、訂正不能な状態をいう。
	◆金銭の管理に対して思い込みや物盗られ妄想がみられ近隣住民とトラブル起こしている。一人暮らしのため定期的な訪問によりトラブルの防止が必要。 ※害のないまたは介護の妨げとならない妄想は聞き流すよう職員教育している。
③ 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。
	◆週2～3回程度不眠があり、そのため夜間頻尿で翌日はベット上に引きこもり自分では何もしようとしない。 ※不眠時には睡眠薬を投与し、日中には散歩等適度な運動をすすめている。 ※トイレが見つかりやすいようにサインをつけ夜間の照明をつけている。
④ 暴言・暴行	○発言的暴力・物理的暴力
	◆患者にとって十分にコミュニケーションがとれる人が周囲になく、伝え合う手段が極端に少ないので、不快感や否定の表現を「暴力」として表出することがある。
	◆気に障ることがあるとかなり怒り、暴言をはくことがある。 ※精神科の専門医を受診し、現在外来診療及び精神科標榜病院に入院中。

⑤介護への抵抗	<p>○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れない。</p> <p>◆+※自分の意に沿わない助言があると興奮して大声をあげる。しかし医師や看護師(白衣を着ている者)には抵抗をしないため、訪問看護や訪問介護でも白衣を着用させると予防できると思う。</p> <p>◆尿失禁が多いが、トイレ誘導に抵抗し、汚れた衣類をタンスに仕舞い込むことがある。</p>
⑥徘徊	<p>○客観的には目的も当てもなく屋内外を歩き回る状態。認知症だけでなく不安、焦燥や衝動に駆られてみられることもある。また、幻覚・妄想に基づく場合もある。</p> <p>◆常に徘徊がある。施設内の各部屋へ入り、カーテンを外したり、他人の衣服を隠したりすることが多い。</p> <p>※認知症病棟に転棟させ、夜間は徘徊する(廊下で動き回る)が、他人に迷惑をかけないように監視している。</p> <p>※夜間はドアノブを隠したり、いすを置いたりして出口を分かりにくくしている。</p>
⑦火の不始末	<p>○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。</p> <p>◆軽度の認知症であるが、火の不始末が多い。食事時になると必ずお鍋に水をはりガスコンロのスイッチを押し、そのまま放置するため、常時監視が必要。</p> <p>※1日40本～60本喫煙するヘビースモーカー。施設内ではナースステーション横で喫煙し火も看護職員等がつけている。</p> <p>※火の不始末については、問題があり、電器調理器に代え、家族による見守りの時間が多い。</p>
⑧不潔行為	<p>○排泄物を弄んだり、まき散らす場合等をいう。</p> <p>◆週1～2回の夜間にろう便行為がおこる。</p> <p>◆夜間は毎日廊下で排尿する。</p> <p>※ポータブルトイレの使用を止めている状態。しかし定期的なトイレ誘導と監視が必要となる。</p>
⑨異食行動	<p>○食欲異常の一種。正常では忌避するような物体、味に対して異常な食欲や嗜好を示すこと。</p> <p>◆テーブルの上等、手の届くところの物は何でも口にするので、常に見守りが必要。</p> <p>◆高血圧症や腎不全にもかかわらず塩や醤油をカラになるまでかけて食事をすることがあり、介護者に対する服薬指導や栄養指導も必要である。</p> <p>※食堂で介護職員がマンツーマンで食事介助している。</p>
⑩性的問題行動	<p>○周囲が迷惑している行為と判断される性的な問題行動。</p> <p>◆近所に住む親戚の女性宅に無断で上がり込んで、下着を物色したり見張ったりして女性は恐怖に感じ、申請者との関わりを強く拒否している。</p>

3. 「5. その他特記すべき事項」

障害の原因となっている病名	記載例とポイント
(1)内科系疾患	<p>①脳梗塞による右上下肢の筋力低下は比較的軽度で症状も安定している。問題は心機能部分。もともと不整脈、徐脈がありペースメーカーを入れているが、最近坂道を登ったとき息切れがすると心不全症状がでていいる。心不全の悪化により労作に制限が生じ介護必要量が増大する可能性大。 (83歳：女性：認知症度＝正常、寝たきり度＝J1)</p> <p>②感覚性失語が認められ、多弁傾向にある。加えて昼夜逆転傾向にあるため<u>家庭での介護は困難な状況</u>。転倒の恐れあり、常時近位監視が望ましい。 (74歳：女性：認知症度＝Ⅳ、寝たきり度＝A2)</p> <p>③認知症の進行により家内にとじこもりがち。家族に対しては短気な面を見せる。カリエスの既往歴あるもADLは比較的保たれており、<u>社会性の維持のため通所リハビリテーション等（週2～3回）が有効であると思われる</u>。 (75歳：男性：認知症度＝Ⅰ、寝たきり度＝J1)</p> <p>④起立性低血圧があり転倒注意。<u>一人では外出不可能</u>。 (82歳：女性：認知症度＝正常、寝たきり度＝J1)</p> <p>⑤認知症症状による周辺症状や、記憶力障害が強く、日常生活において小さいトラブルが頻発する。特に服薬管理が出来ないため心不全に悪影響を及ぼす可能性があり、<u>常に見守りが必要</u>。 (83歳：男性：認知症度＝Ⅱb、寝たきり度＝J1)</p> <p>⑥進行性に脳が萎縮していくのに伴い、構音障害、嚥下障害、右上下肢麻痺、歩行障害が増悪しており、日常生活が著しく障害されている。独力での移動も困難である上に、現在もなお、病状が進行していることから、<u>専門的な介護が必要</u>。 (77歳：女性：認知症度＝Ⅱb、寝たきり度＝B1)</p> <p>⑦認知症症状軽度であるが、前回に比べ酷くなっている。経口摂取良好であるが、<u>自ら空腹を訴えることはなく、食事も介助が必要なため、脱水傾向になりやすい</u>。<u>左半身完全麻痺のため、座位、体幹保持困難</u>。移動、入浴等ほぼ全介助。 (90歳：女性：認知症度＝Ⅱb、寝たきり度＝B1)</p> <p>⑧血圧コントロール及び腎機能、心機能に配慮した治療計画が立っているが、健忘症状等により服薬状況が乱れて身体事故が起こることが危惧される。筋・骨格系の機能低下に加えて、パーキンソン症状も出始めて、転倒等の事故の予防が肝要。社会性の低下が認められ、<u>認知症症状の進行を遅らせる意味でもショートステイ等利用が必要</u>。 (85歳：女性：認知症度＝Ⅱa、寝たきり度＝J2)</p> <p>⑨食事は自分でスプーンをもってキザミ食を食べているが、<u>2時間かけても全部終わらない</u>。またよくむせるため、嚥下訓練をかねて週1回程度訪問看護を利用している。排泄も自立であるが、よく便所を汚しその後自分で清掃しているものの、<u>家人が常にその後の清掃を行うような状況</u>。 (72歳：女性：認知症度＝正常、寝たきり度＝J1)</p>
(2)整形外科的病名	記載例とポイント（介護が必要な内容：下線部）
①腰椎椎間板ヘルニア、第1腰椎圧迫骨折、両変形性膝関節症、両下肢静脈血栓症、脳梗塞、狭心症、高血圧症、糖尿病、痛風、高脂血症	昭和62年以来、腰椎椎間板ヘルニアによる疼痛・筋力低下・右下肢しびれに対して、コルセット装用、リハビリ、内服薬及び外用薬の投与を行っていた。平成1年脳梗塞を生じ、他病院に入院し治療を受けたが、左下肢に軽度麻痺が残存した。さらに、平成5年頃から両変形性膝関節症による関節痛と関節拘縮を生じ、平成10年には腰椎圧迫骨折を生じた。その頃から腰部痛が増強し、脊椎機能の低下と両下肢の筋力低下が著しく、ADLの低下が顕著となった。現在、リハビリ及び外用薬の投与を行っている。

<p>②右変形性股関節症、 両変形性膝関節症、骨粗鬆症</p>	<p>昭和61年初診以来、両変形性膝関節症による機能障害と疼痛に対し、内服・外用剤投与、リハビリを行ってきた。平成11年7月から右股関節に疼痛が出現、<u>急速に股関節の破壊が進むため、他院を紹介した。手術予定となったが皮膚疾患を併発したため手術が中止となった。歩行能力の改善とADLの維持向上のためリハビリを行い、屋外も歩行器による歩行が可能となった。</u>今後も継続して治療が必要である。骨粗鬆症・高血圧症に対し、食事指導・運動指導・内服治療が必要である。不整脈に対し内科的治療も継続する必要がある。</p>
<p>③腰部脊柱管狭窄症、 変形性脊椎症、骨粗鬆症、 両変形性膝関節症</p>	<p>昭和62年から平成3年まで治療歴あり。平成12年頃から腰部、両膝に疼痛を生じ、徐々に両下肢の筋力低下も加わり、歩行状態が悪化したため、本年6月当院を受診した。腰部脊柱管狭窄症、変形性脊椎症、骨粗鬆症、両変形性膝関節症と診断した。<u>膝関節には疼痛と拘縮があり、腰部には疼痛、左下肢には痺れを認め、脊椎機能及び両下肢機能の低下が顕著である。</u>内服薬・外用薬投与、リハビリテーションを行っている。また、膝関節に対しては関節内注射（ヒアルロン酸ナトリウム）を行っている。内科的治療も今後継続する必要がある。</p>
<p>④くも膜下出血、左片麻痺、 両変形性膝関節症、腰椎椎間板症、 骨粗鬆症両変形性肩関節症</p>	<p>昭和61年、くも膜下出血のため他院で手術を受けられた。左片麻痺の後遺症あり、平成2年、膝蓋骨骨折にて当院初診。以来、左片麻痺による歩行障害等に対してリハビリを行っている。<u>左足の下垂があり、つまずき易く転倒されるため短下肢装具を使用。屋内外の移動は杖または手すり等を支えに辛うじて行っている。左手指は自動運動が出来ない。</u>左肩関節、肘関節、膝関節、足関節の拘縮、筋力低下に対して理学療法を行っている。変形性両膝関節症による膝関節痛、骨粗鬆症に対して物理療法、内服治療を行っている。</p>
<p>⑤第9胸椎圧迫骨折、 骨粗鬆症、変形性脊椎症、 頸椎椎間板症、両変形性膝関節症、 両変形性肩関節症、左手指尺屈偏位、 高血圧症、胃潰瘍、両眼白内障</p>	<p>昭和60年初診以来、当院で骨粗鬆症・変形性脊椎症・頸椎椎間板症・両変形性膝関節症・両変形性肩関節症に対し、リハビリ、内服薬投与、エルシトーン注射等の治療を行ってきた。骨粗鬆症があるため、これまで転倒による骨折を多部位に生じた。現在、腰痛が強く、<u>脊椎機能及び下肢機能の低下によるADLの障害あり。</u>これらの機能改善のためリハビリが必要である。あわせて、今後も骨粗鬆症・胃潰瘍・高血圧症に対し、注射、内服等の治療が必要である。</p>
<p>⑥腰椎椎間板ヘルニア、 変形性腰椎症、変形性股関節症、 頸椎症性神経根症、胃潰瘍手術後</p>	<p>昭和60年頃、腰痛、下肢痛出現し、他院で腰椎椎間板ヘルニアと診断され物理療法等の治療を受けたが改善せず。平成11年8月、大阪の病院に入院、レーザー療法を受けたが症状軽減せず、9月4日手術を受けた。その後も神経ブロック等の治療を重ねたが改善みられず、12月退院した。退院後も腰痛、両下肢痛持続し、<u>両下肢の筋力低下も伴い、歩行不明（屋内は這って移動している）となった。</u>合わせて頸部痛、上肢筋力低下もありADLの制限が顕著である。今後、再手術も含め医学的管理の下、リハビリテーション等の治療が必要。</p>
<p>⑦両変形性膝関節症、 腰椎椎間板症、第4腰椎すべり症、 左下肢不全麻痺、骨粗鬆症、 胸椎圧迫骨折、左肩関節周囲炎</p>	<p>平成12年4月頃から、両膝関節部、腰部、左肩関節部に疼痛あり。6月21日、当院を受診。以後、理学療法のほか、内服薬、外用薬、コルセット及び両膝関節内注射等の治療を行っている。<u>両変形性膝関節症による膝関節の疼痛及び機能障害に加えて、腰椎椎間板症・すべり症に起因する左下肢不全麻痺のため起立、歩行が強く制限されている。</u>さらに、左肩関節周囲炎による左肩関節痛と可動域制限があり、<u>急激にADLが低下している。</u></p>
<p>⑧脳血管性認知症、 左大腿骨頸部骨折、多発性脊椎圧迫骨折、 骨粗鬆症</p>	<p>平成10年4月、右上腕骨・橈尺骨・脊椎圧迫骨折にて初診したが、初診時から右肩・肘・手関節の可動域制限が強く、また、歩行は著しく不安定で介助を要する状態であった。平成11年7月、左大腿骨頸部骨折を生じ、8月3日に他院で手術を受けたが、<u>この骨折を契機に独歩は不可能となり、従来からの認知症と重なって、日常生活の殆どに常時介助を要するようになった。</u>現在、訪問診療、訪問リハビリ、デイサービス等を受けている。</p>

<p>⑨骨粗鬆症、腰部脊柱管狭窄症、第4腰椎すべり症脳梗塞後遺症、脳血管性認知症、右肩関節前方脱臼後肩関節拘縮、両変形性膝関節症</p>	<p>昭和62年以来、時々両膝関節痛、腰痛のため当院を受診していた。両変形性膝関節症・骨粗鬆症に対し、リハビリ、内服薬投与等の治療を行ってきた。2年前からふらつきと下肢の筋力低下及び歩行能力の低下のため、転倒を繰り返している（本年5月に転倒し、右肩関節を脱臼。9月にも転倒、頭部外傷のため他病院で治療）。現在、右肩の可動域の改善と上下肢の筋力強化のためリハビリ等の治療を行っている。骨粗鬆症の治療も含め、今後も内服薬投与とリハビリを継続する必要がある。また、認知症が進行し、記憶に問題がある。</p>
<p>⑩両変形性膝関節症、変形性脊椎症、骨粗鬆症、両肩関節周囲炎、高血圧症</p>	<p>昭和62年、両変形性膝関節症による疼痛と機能障害を主訴に受診、投薬、リハビリ、装具療法を行っていたが、平成4年以降は通院困難から自宅近くの接骨院で施術を受けていた。今年になって疼痛が増強したため7月当院を受診した。関節拘縮が強く、歩行能力の低下を認め、X線検査で顕著な骨破壊を認めた。機能改善のため手術を勧めたが同意が得られていない。現在、当初の治療に加え関節内注射（ヒアルロン酸Na）を行っている。腰部痛に対するリハビリも行っている。内科で治療中の骨粗鬆症、高血圧症の内服薬も継続する必要がある。</p>
<p>⑪第1腰椎圧迫骨折、骨粗鬆症、高血圧症、高脂血症、糖尿病</p>	<p>本年8月20日ご主人の介護中、一緒に転倒して腰部痛を生じ、同日当院を受診。第1腰椎圧迫骨折、骨粗鬆症と診断した。圧迫骨折に対しさらなる椎体圧壊変形進行の防止のため、前屈姿勢の禁止と安静臥床を指示している。現在腰部痛が強く寝たきりの状態である。9月4日からフレームコルセットを装着し離床を図る予定である。腰部の疼痛緩和の目的で内服薬投与を行っている。急激なADLの低下があり、今後、それらの回復のためリハビリが必要である。</p>
<p>⑫骨粗鬆症、変形性脊椎症（多発性脊椎圧迫骨折、両変形性膝関節症、肩関節周囲炎、脳血管性認知症、高血圧症、不眠症、便秘症）</p>	<p>昭和63年以来、時々腰痛のため当院を受診していた。脊椎圧迫骨折や骨粗鬆症に対して内服、注射、リハビリ等の治療を行ってきた。本年2月にも転倒、新たに第6胸椎・第1腰椎圧迫骨折を生じ、装具療法と上記治療を継続し、軽度の腰痛とだるさが残存している。また、両膝関節の拘縮及び下肢筋力低下も認めるため、これらに対するリハビリを行っている。平成11年7月頃から認知症症状が生じ、精神科で内服薬治療をうけていた。現在、被害妄想や幻聴・幻覚等があり、家人に対し暴言や、大声を発したりで、眼が離せない状態になっている。</p>
<p>⑬両変形性膝関節症、第3・4腰椎変性すべり症</p>	<p>20年前から両膝に疼痛あり。他病院で治療（関節鏡視下手術・物理療法）を受けたが改善せず。平成12年3月頃から疼痛が増強し階段昇降が不可能となったため他院を受診。疼痛の強い左膝に対し、平成12年7月6日に骨切り手術を受けた。退院後リハビリ通院が困難なため、当院で訪問診療・訪問リハビリを行っている。併せて装具療法も行っている。両膝関節の疼痛と拘縮、両下肢の筋力低下、及び第3・4腰椎変性すべり症による腰痛と体幹の筋力低下も認める。今後も医学的管理のもとにリハビリテーション等の治療が必要である。</p>
<p>⑭第4腰椎すべり症、両下肢不全麻痺、骨粗鬆症、第12胸椎圧迫骨折、高血圧症、便秘症</p>	<p>6年前から腰痛を生じ、他院で治療を受けていた。平成12年5月腰痛が増強、左足に痺れが生じて動けなくなり、他病院に入院。退院後も腰痛残存し、又他病院を受診、骨粗鬆症と圧迫骨折と診断され、フレームコルセットを装着、内服薬治療を受けた。同じ頃から右麻痺性尖足を生じ、歩行能力がさらに低下した。本年2月当院受診。腰椎すべり症と両下肢の不全麻痺を認めた。これらの改善を目的に当院の通所リハビリを利用。併せて、内服薬投与、エルシトニン注射等の治療を行っている。両下肢の症状改善のため手術を勧めている。</p>
<p>⑮変形性脊椎症、第4腰椎すべり症、右大腿骨頸部骨折術後、両変形性膝関節症、両変形性肩関節症</p>	<p>前回意見書（H13年6月1日）記入以降も、脊椎機能の低下と両膝関節・両肩関節の機能障害（拘縮を含む）があり、引き続きリハビリを行っている。少しずつ症状は改善され、歩行状態も改善してきているが、肩関節の疼痛が強く、拘縮も加わって、日常生活動作の制限が強い。本年1月に受けた右大腿骨頸部骨折の手術後から生じていた幻覚・妄想等の認知症症状は改善してきているが、今後も認知症の進行を防止する必要がある。また、今後も引き続き内服薬・外用薬投与、リハビリの必要性がある。</p>

<p>⑩脳梗塞、右下肢不全麻痺、左下腿切断、右変形性膝関節症、左橈骨骨折、不眠症</p>	<p>昭和32年交通事故で左下腿骨折、その後壊死をおこし下腿切断、義足使用中である。平成11年9月に脳梗塞を発症し、<u>右下肢不全麻痺がある</u>。内服治療とリハビリテーションを行い、両手支持が可能な場所では起立可能となっていたが、平成12年11月30日転倒、左橈骨を骨折した。ギプス固定の後、リハビリを行っているが、<u>関節可動域制限と疼痛あり、思うように左手が使えない</u>。両下肢に加えて急に左手が不自由になり、<u>著しいADLの低下で精神的にも不安定である</u>。現在、起立困難で、屋内は殆ど這うが、お尻をすって移動している。</p>
<p>⑰両側の膝関節または股関節に著しい変形を伴う変形性関節症（特定疾病）</p>	<p>両先天性股関節脱臼による両股関節の疼痛及び機能障害が幼児期からあり。20歳頃、疼痛に耐えられず変形の強い右に対し臼蓋形成手術を受けた。40歳頃から両股関節の疼痛が増し歩行困難となったため、他院で左股関節に対し本年6月13日に寛骨臼回転骨切り術を、右股関節に対し9月12日に人工股関節置換術を受けた。現在リハビリ中であるが両股関節の疼痛と拘縮、両下肢の能力低下があり、今後も（左に関しては再手術も含め）医学的管理の下、リハビリテーション等の治療が必要である。</p>

障害の原因となっている病名	記載例とポイント
(3)問題行動事例等	<p>①夫と二人暮らし。本人にごく軽度の認知症の兆しあり。今後の精神神経症状の悪化が懸念される。 (78歳女性：認知症度＝Ⅱa、寝たきり度＝J1)</p> <p>②現在独居であり、訪問介護のみを利用しているが、本年10月より急速に物忘れが進み、鍵の置き場所や医師や訪問介護担当者の顔を忘れる。また、ガスや火の始末が全くできない。一人暮らしは困難であり、早急に施設介護が必要。 (83歳女性：認知症度＝Ⅲa、寝たきり度＝J1)</p> <p>③記憶力低下が著明。それに加え変形性腰椎症（亀背）あり、ほぼ90度に腰をかがめて杖歩行している状態。自宅での風呂に入れることができず、通所による入浴が必要。また、外出も介助なしでは無理。 (80歳女性：認知症度Ⅱa、寝たきり度＝J2)</p> <p>④難聴もあり、長谷川式スケールの質問の意味も理解できないようになった。前回は15点であったが、今回は4点。 (89歳女性：認知症度＝Ⅱb、寝たきり度A2)</p> <p>⑤認知症症状が強く、介護者は困り果てている。入浴は1年以上していない。尿失禁、便失禁もあり、室内は尿臭、便臭がいつもする。家人が片づけようとするると暴力をふるう等があり、家人は引っかけ傷が絶えない。近所の家へ夜中に出掛けたり「盗まれた」等と大騒ぎしたり手におえないことがある。現在訪問看護、訪問診療、短期入所をしているが、施設への入所が必要となってきている。 (82歳男性：認知症度＝Ⅳ、寝たきり度＝J2)</p> <p>⑥昼夜逆転、夜間せん妄、徘徊あり。前の人が自分の名前を呼んでいる等の幻聴や「死にたい」と紐を首に巻き付ける、「家に帰る」と2階のベランダに出ていく。等の症状があり、終日、目が話せない状態。 (89歳女性：認知症度＝Ⅲb、寝たきり度＝A1)</p>

〈参考資料集〉

1. 主治医意見書記載例

東京都医師会 玉木一弘理事(平成18年3月作成)

今回の主治医意見書の見直しでは、対象者の生活機能に着目した記載が求められている。具体的には介護認定審査会における介護の手段に係る審査において、認定調査項目や、特記事項、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」と判定するという方法が採用されている。

このような新しい考え方に対応した主治医意見書を作成するための参考資料として、次頁以降に記載例と記載のポイントを示した。

なお、あくまでここに示した例は参考事例であり絶対的なものではないことをあらかじめ述べておきたい。関係者におかれては、ここに掲げた事例を参考にしながら、さらに各地域で開催されている「地域ケア協議会」等における事例検討会を通して制度改革の趣旨に添った主治医意見書の記載方法について理解を深められることを期待したい。

《事例1》新予防給付等で要介護度の進展予防や生活機能の維持・改善が期待される事例

事例の概要 性別：男性 年齢：76歳

疾病や身体の状態：変形性腰椎症があり、配偶者との死別等、孤独感や生活の変化を契機に、心氣的となり生活意欲が低下している。栄養障害や歩行力の低下を来し転びやすく、生活全般が不活発となり生活機能が低下している。著明な精神神経障害はない。

主治医意見書		記入日 平成17年 11月 8日	
申請者	(ふりがな) 明・大・昭 年 月 日生(76歳)	男 女	〒 - 連絡先 ()
上記の申請者に関する意見は以下の通りです。 主治医として、本意見書が介護サービス計画作成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	平成 17 年 10 月 30 日		
(2) 意見書作成回数	<input checked="" type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 2回目以上		
(3) 他科受診の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合)→ <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 外科 <input checked="" type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> リハビリテーション科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> その他 ()		
1. 傷病に関する意見			
(1) 診断名(特定疾病または生活機能低下の直接の原因となっている傷病名については1.に記入)及び発症年月日			
1. 変形性腰椎症、坐骨神経痛 発症年月日 (昭和・平成・令和 8 年 月 日頃)			
2. 高血圧症、高脂血症 発症年月日 (昭和・平成・令和 61 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 checked="" 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) ADLの低下が心配される			
(3) 生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容 〔最近(概ね6ヶ月以内)介護に影響のあったもの及び特定疾病についてはその診断の根拠等について記入)〕			
昭和61年頃より高血圧症、高脂血症で当院通院中。平成8年頃より変形性腰椎症、坐骨神経痛等で近医整形外科にて断続的な加療を受けていたが、普通に生活していた。6月に妻と死別。夏季に食欲不振や体重減少があり、心氣的訴えが多くなり、市立病院にて上・下部消化管等精査行っても著明な所見なし。9月中旬ごろ自宅の階段で転倒し打撲後、腰痛や下肢痛の悪化もあり外出をしなくなり、最近では自宅で寝たり起きたりの生活をしている。トイレなどへの歩行や身の回りのことは可能。通院はタクシー。下肢の軽度筋力低下や浮腫が生じ始めている。内科的な所見は安定している。 ディオバン(80mg)1T アムロジン(2.5mg) メパロチン(5mg)1T			
2. 特別な医療 (過去14日間に受けた医療のすべてにチェック)			
処置内容 <input type="checkbox"/> 点滴の管理 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> ストーマの処置 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> レスピレーター <input type="checkbox"/> 気管切開の処置 <input type="checkbox"/> 疼痛の看護 <input type="checkbox"/> 経管栄養			
特別な対応 <input type="checkbox"/> モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等) <input type="checkbox"/> 褥瘡の処置			
失禁への対応 <input type="checkbox"/> カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル等)			
3. 心身の状態に関する意見			
(1) 日常生活の自立度等について ・障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度) <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり ・日常の意思決定を行うための認知能力 <input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 判断できない ・自分の意思の伝達能力 <input checked="" type="checkbox"/> 伝えられる <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 具体的要求に限られる <input type="checkbox"/> 伝えられない			
(3) 認知症の行動・心理症状(BPSD) (該当する項目全てチェック: 認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む) <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 { <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> その他 ()			
(4) その他の精神・神経症状 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 [症状名: 専門医受診の有無 <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無]			

ポイント1

(傷病に関する意見)

生活機能低下の原因が変形性腰椎症、坐骨神経痛だけではなく、配偶者との死別等生活の変化、栄養の低下、生活が不活発な状況にあることによる経過が説明されている。

今後、生活機能の低下が予想され、介護予防の観点からのサービス給付やケアプラン作成の必要性が示されている。

ポイント2

(心身の状態に関する意見)

著明な認知症や精神疾患は認めず、新予防給付等、介護予防への理解やサービスの利用や効果が期待される。

生活や介護環境：一戸建の自宅で、息子夫婦、孫と4人暮らし。嫁が食事を賄うが昼間は独居で、家族介護者のかかわりはこれ以上望みにくい。生活リズムを失い食欲も不定。閉じこもりがちで通院程度しか外出しない。

(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: 両側 程度: 軽 中 重)
 関節の拘縮 (部位: _____ 程度: 軽 中 重)
 関節の痛み (部位: 腰痛、日差ありよい日もある 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)

ポイント3

(心身の状態に関する意見)

高血圧症、高脂血症とともに肥満があったこと、その後の体重減少の程度が読み取れる。
腰痛に日差があり、改善の可能性も推察される。

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

ポイント4

(生活機能とサービスに関する意見)

傷病に関する意見欄によれば自宅内では歩行「している」が、屋外は歩行「していない」状況がわかる。
生活機能の維持・改善に「期待できる」ことや通所リハビリの必要性がチェックされている。
新予防給付等による、閉じこもりの予防や栄養改善、運動器の機能向上の効果が期待されることが読み取れる。

(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 (摂取量は不定、栄養バランスは詳細不明、内容把握と指導が必要)

(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 その他の医療系サービス (_____)

(6) サービス提供時における医学的観点からの留意事項

・血圧 特になし あり (_____) ・移動 特になし あり (転倒することに恐怖感がある)
 ・摂食 特になし あり (_____) ・運動 特になし あり (_____)
 ・嚥下 特になし あり (_____) ・その他 (_____)

(7) 感染症の有無 (有の場合は具体的に記入して下さい)

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記載して下さい。なお、専門医等に別途意見を求めた場合はその内容、結果も記載して下さい。(情報提供書や身体障害者申請診断書の写し等を添付して頂いても結構です。)

会社員引退後妻と共働きの息子夫婦、孫の5人暮らしで、気ままな生活をしてきた。くも膜下出血で妻と死別したことも閉じこもりや栄養不良のきっかけとなっていよう。一戸建で、寝室は2階だったが転倒後は1階の居間で一日を過ごしている。昼間は独居で嫁が食事を準備しているが生活が不規則になり、意欲に乏しく食欲もむらがあり体重は増えてこない。外出の働きかけ、意欲の醸成や下肢リハビリの意味でも通所系の介護予防サービスが必要と思われるが、本人の納得が得られるかが課題。

ポイント5

(特記すべき事項)

補足として生活環境、家族環境、本人の意欲が記載されている。
介護予防の観点から支援が必要であることが述べられ、ケアプランの作成に有用な情報が提供されている。

《事例2》一時的な生活機能の低下からの回復・改善が期待される事例

患者の概要 性別：男性 年齢：76歳

疾病や身体の状態：変形性膝関節症で化膿性膝関節炎の既往がある。転倒をきっかけに、疼痛増悪や関節拘縮し歩行困難があり日常生活活動が低下し筋力低下がある。人工膝関節置換術を予定している。認知症は認めない。2週に1回の通院。

主治医意見書		記入日 平成17年 11月 7日	
申請者	(ふりがな) 明・大・昭 年 月 日生 (76歳)	男 女	〒 - 連絡先 ()
上記の申請者に関する意見は以下の通りです。 主治医として、本意見書が介護サービス計画作成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 _____ 医療機関名 _____ 電話 () _____ 医療機関所在地 _____ FAX () _____			
(1) 最終診察日	平成 17 年 10 月 25 日		
(2) 意見書作成回数	<input type="checkbox"/> 初回 <input checked="" type="checkbox"/> 2回目以上		
(3) 他科受診の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合)→ <input checked="" type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> リハビリテーション科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> その他 ()		
1. 傷病に関する意見			
(1) 診断名(特定疾病または生活機能低下の直接の原因となっている傷病名については1.に記入)及び発症年月日			
1. 右変形性膝関節症 発症年月日 (昭和・平成・令和 年 不詳 月 日頃) 2. 右化膿性膝関節炎 発症年月日 (昭和・平成・令和 16年 6月 1日頃) 3. 高血圧症 発症年月日 (昭和・平成・令和 2年 月 日頃)			
(2) 症状としての安定性 <input checked="" type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不明 (「不安定」とした場合、具体的な状況を記入)			
(3) 生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容 〔最近(概ね6ヶ月以内)介護に影響のあったもの及び特定疾病についてはその診断の根拠等について記入)〕			
右変形性膝関節症が前回認定時より悪化し、歩行時の疼痛のため、室内は伝い歩き、外出は通院程度で、杖使用し休み休み歩行し妻が付き添っている。化膿性関節炎の再発はないが、定期的検査および膝関節内注射、消炎鎮痛処置等施行中。健側の下肢筋力も低下がみられるため維持的リハビリを図りながら、近々、人工膝関節置換術施行予定。手術後のリハビリが課題だが歩行能力の維持、回復が期待できる。15年前頃から内科で降圧剤服用している。 ロキソニン3錠 ムコスタ3錠			
2. 特別な医療 (過去14日間以内に受けた医療のすべてにチェック)			
処置内容 <input type="checkbox"/> 点滴の管理 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> ストーマの処置 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> レスピレーター <input type="checkbox"/> 気管切開の処置 <input type="checkbox"/> 疼痛の看護 <input type="checkbox"/> 経管栄養 特別な対応 <input type="checkbox"/> モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等) <input type="checkbox"/> 褥瘡の処置 失禁への対応 <input type="checkbox"/> カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル等)			
3. 心身の状態に関する意見			
(1) 日常生活の自立度等について			
・障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度) <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input checked="" type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 ・認知症高齢者の日常生活自立度 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり ・日常の意思決定を行うための認知能力 <input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 判断できない ・自分の意思の伝達能力 <input checked="" type="checkbox"/> 伝えられる <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 具体的要求に限られる <input type="checkbox"/> 伝えられない			
(3) 認知症の行動・心理症状(BPSD) (該当する項目全てチェック：認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)			
<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 { <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> その他 ()			
(4) その他の精神・神経症状			
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 [症状名: _____ 専門医受診の有無 <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無]			

ポイント1

(傷病に関する意見)

運動器の障害や関節の痛み、拘縮等で移動制限がある場合は現状と経過、リハビリなど加療状況を、分かりやすく説明する必要がある。

本例では、現状と経過、自宅療養や外出の様子、リハビリ療法についての記載が盛り込まれている。

要介護認定はあくまで現在の状態に拠るが、予後の回復の見通しに触れ、認定期間の勘案や状況に応じたケアプランの作成に情報が提供されている。

生活や介護の状況：夫婦二人暮らし世帯。すでに手すりなどの住宅改善は行っている。高齢で活動性の維持や介護に限界があり、このままでは要介護度悪化は否めない。回復への意欲はあり、認定期間中に行うと予想される手術後に生活機能の変化が予測される。

ポイント2
(心身の状態に関する意見)
肥満の程度、「筋力の低下」「関節の拘縮」「関節の痛み」の状況が示されている。

(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(杖) 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 (肥満、空腹時血糖の上昇傾向があり関節負荷の軽減のためにも食生活の指導が必要)

(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 その他の医療系サービス (_____)

(6) サービス提供時における医学的観点からの留意事項
 ・血圧 特になし あり (内服と把握が必要))・移動 特になし あり (見守り、転倒予防が必要))
 ・摂食 特になし あり (_____)・運動 特になし あり (_____)
 ・嚥下 特になし あり (_____)・その他 (_____)

(7) 感染症の有無 (有の場合は具体的に記入して下さい)
 無 有 (_____) 不明

ポイント3
(生活機能とサービスに関する意見)
移動に介助が必要で、屋外の杖使用から現在の介護の必要状況が把握できる。栄養・体重管理の必要性が示されている。「移動能力の低下」と生活機能改善に「期待できる」がチェックされ、術後の機能回復のためのリハビリ、退院後の維持的リハビリの効果が期待される。

5. 特記すべき事項

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

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る。夫婦二人暮らしで、介護や活動性の維持に限界があり、筋力の低下や、ADLの低下が懸念される。疼痛による制約はあるが通所リハビリ等維持的リハビリが必要。回復への意欲は高く術後は改善が見込まれるが、当面、通所などによる個別のリハビリの必要も予測され、ケアプランの見直しや新予防給付等の適否の判断が状況に応じて必要。

ポイント4
(特記すべき事項)
これまでのチェックや記載に関する追加補足とは別に、申請者特有の「生活環境」「家族環境」「本人の意欲」など、間接的な情報を記載することも重要である。要介護IIまでの介護度が予想される場合で、新予防給付で提供されるサービス内容が適さないと考えられる場合は意見を付記する必要がある。たとえば認知症による理解力の障害や、悪性疾患などで状態の悪化を助長する可能性がある場合なども該当する。

《事例3》生活機能低下の原因が悪性疾患である事例

患者の概要 性別：男性 年齢：78

疾病や身体の状態：黄疸のため、進行性膵頭部癌と診断され、金属ステントを留置し在宅療養を開始した。癌による腰痛から下肢の痛みがあり、通院でモルヒネによる疼痛緩和とケアを行っている。2週間の入院や疼痛、栄養障害でADLが低下したが、一時的にでも生活機能の維持・改善が望めると見込まれる。認知症等、精神障害は存在しない。

ポイント1

(傷病に関する意見)

入院前生活は自立していたが、治療困難な進行癌による栄養障害、疼痛、入院による下肢筋力低下で生活機能が低下していることが説明されている。

(特定疾病に治療困難な状態にある「がん」が追加された、65歳未満の第2号被保険者については、特定疾病名その他、組織診断又は細胞診あるいは臨床的に進行性の腫瘍性病変の存在などの診断根拠と、その状態を記載する必要がある。詳細は記入マニュアルを参考にされたい。)

疼痛管理と栄養改善、体力の回復が図られれば、当面、自立した生活を取り戻せる可能性を示し、生活機能の維持・改善を目指したリハビリの必要性や、一時的にでも安定が見込まれる期間など、要介護認定やケアプランの作成に役立つ情報を提供している。

主治医意見書		記入日 平成17年 11月 17日	
申請者	(ふりがな) 明・大・昭 年 月 日生(80歳)	男 女	〒 - 連絡先 ()
上記の申請者に関する意見は以下の通りです。 主治医として、本意見書が介護サービス計画作成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 _____ 医療機関名 _____ 電話 () _____ 医療機関所在地 _____ FAX () _____			
(1) 最終診察日	平成 17 年 11 月 9 日		
(2) 意見書作成回数	<input checked="" type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 2回目以上		
(3) 他科受診の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合)→ <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> リハビリテーション科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> その他 ()		
1. 傷病に関する意見			
(1) 診断名(特定疾病または生活機能低下の直接の原因となっている傷病名については1.に記入)及び発症年月日			
1. 膵頭部癌、骨転移による癌性疼痛 発症年月日 (昭和・平成・令和 元 年 8 月 日頃)			
2. 高血圧症 発症年月日 (昭和・平成・令和 元 年 8 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 checked="" type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不明 (「不安定」とした場合、具体的な状況を記入) 進行癌であるが、3ヶ月程度は安定していると見込まれる			
(3) 生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容 (最近(概ね6ヶ月以内)介護に影響のあったもの及び特定疾病についてはその診断の根拠等について記入)			
一人暮らしだが、近所まで買い物し生活は自立していた。平成17年8月頃から食欲が低下し、9月中旬頃より黄疸が出現し、近医より紹介され来院、膵頭部癌と診断し9月末に入院となった。癌は腰部から仙骨部にかけて転移を認め、減黄のため金属ステントを内視鏡下で設置し、肝機能の回復を認め約2週間で退院となった。疼痛はモルヒネで対処、疼痛や入院による下肢筋力の低下があるが手を添えれば歩行は可能な状態。足元が不安で車椅子で娘が付き添い通院中。食欲は回復しているため一時的にもADLの改善は期待できる。 ボルタレン3錠 ムコスタ3錠 カマグ1.0 MSコンチン			
2. 特別な医療 (過去14日間以内に受けた医療のすべてにチェック)			
処置内容 <input type="checkbox"/> 点滴の管理 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> ストーマの処置 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> レスピレーター <input type="checkbox"/> 気管切開の処置 <input type="checkbox"/> 疼痛の看護 <input type="checkbox"/> 経管栄養 特別な対応 <input type="checkbox"/> モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等) <input type="checkbox"/> 褥瘡の処置 失禁への対応 <input type="checkbox"/> カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル等)			
3. 心身の状態に関する意見			
(1) 日常生活の自立度等について			
・障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度) <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input checked="" type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 ・認知症高齢者の日常生活自立度 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり ・日常の意思決定を行うための認知能力 <input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 判断できない ・自分の意思の伝達能力 <input checked="" type="checkbox"/> 伝えられる <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 具体的要求に限られる <input type="checkbox"/> 伝えられない			
(3) 認知症の行動・心理症状(BPSD) (該当する項目全てチェック:認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)			
<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 { <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> その他 ()			
(4) その他の精神・神経症状			
<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 [症状名: _____] 専門医受診の有無 <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無			

生活や介護の状態：高齢独居生活だが、入院前は近所のコンビニで買い物ができ、生活は自立していたが、現在は1人での外出は難しくなっている。食事は近居の娘が作り置きで賄うが、かかわりには限界がある。回復への意欲はあり、生活支援や住宅改造も必要。

ポイント2
(心身の状態に関する意見)
体重減少の程度と、両下肢の「筋力の低下」の状況を説明している。

ポイント3
(生活機能とサービスに関する意見)
介助すれば歩行はできるが、屋外ではしていない状況がわかる。リハビリの目標設定の目安となる。

栄養の確保、疼痛緩和のモルヒネ使用に留意している様子が伺われる。

生活機能改善に注目し、高齢の進行癌であっても、生活機能の維持・改善のためのリハビリに期待できることが表現されている。

高血圧のための塩分制限に留意されている。

訪問や通所によるリハビリが望まれるが、負荷的なプログラムは無理があることが説明されている。

ポイント4
(特記すべき事項)
追加補足として生活環境、自宅療養の様子、家族環境や本人の意欲が表現されている。

栄養の問題やリハビリへの意見が盛り込まれている。

ケアプラン作成や新予防給付の適否の判断に有用な情報が提供されている。

(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) (5kg)

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 (蛋白摂取等、体力や筋力の回復のための栄養指導や食事の提供が必要)

(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 (疼痛管理のため定期外来通院が必要)

(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 その他の医療系サービス (_____)

(6) サービス提供時における医学的観点からの留意事項
・血圧 特になし あり (塩分制限) ・移動 特になし あり (転倒に注意)
・摂食 特になし あり (_____) ・運動 特になし あり (負荷的運動は当面なじまない)
・嚥下 特になし あり (_____) ・その他 (_____)

(7) 感染症の有無 (有の場合は具体的に記入して下さい)
 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記載して下さい。なお、専門医等に別途意見を求めた場合はその内容、結果も記載して下さい。(情報提供書や身体障害者申請診断書の写し等を添付して頂いても結構です。)

独居生活で、入院前は近所のコンビニで買い物ができたが、現在のところ、室内のつかまりながらの歩行程度で、1人での外出は難しい。食事は近居の娘さんが作り置きしてまかなっているが充分とはいえない。娘に迷惑をかけたくないという気持ちで回復への意欲はある。今後は体力の回復や痛みに応じた計画的リハビリが期待され、生活支援や住宅改造も必要。

2. 厚生労働省作成「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の障害が、政令（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。

1. がん

（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ヵ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ヵ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ヵ所以上の関節腫脹
- 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ース像

（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徴候がある。

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1領域以上に上位及び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、後縦靭帯骨化症など。

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) 身体の領域の分け方と上位・下位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 (胸髄領域)	d. 腰部・下肢領域
上位運動ニューロン徴候	下顎反射亢進 口尖らし反射亢進 偽性球麻痺 強制泣き・笑い	上肢腱反射亢進 ホフマン反射亢進 上肢痙縮 萎縮筋の腱反射残存	腹壁皮膚反射消失 体幹部腱反射亢進	下肢腱反射亢進 下肢痙縮 バビンスキー徴候 萎縮筋の腱反射残存
下位運動ニューロン徴候	顎、顔面 舌、咽・喉頭	頸部、上肢帯、 上腕	胸腹部、背部	腰帯、大腿、 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 of 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
 - ①L-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（4～6 Hz）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ン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. 脊髄管狭窄症

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髄管狭小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髄管狭小化を認めるもの。
- b. 脊髄管狭小化の程度は画像上（単純X線写真、断層写真、CT、MRI、ミエログラフィーなど）脊髄管狭小化を認め、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. 画像上の脊柱管狭小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

後縦靭帯骨化症

参考にした診断基準：

厚生労働省特定疾患調査研究班（脊柱靭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ンニズム、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T1WI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 ≥ 126 mg/dl、75gOGTT 2時間値 ≥ 200 mg/dl、随時血糖値 ≥ 200 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 ≥ 200 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126-139mg/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. 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 (参考所見)
	尿蛋白 (アルブミン)	GFR (Ccr)	
第1期 (腎症前期)	正常	正常時に高値	びまん性病変：なし～軽度
第2期* (早期腎症)	微量アルブミン尿	正常時に高値	びまん性病変：軽度～中等度 結節性病変：ときに存在
第3期-A (顕性腎症前期)	持続性蛋白尿	ほぼ正常	びまん性病変：中等度 結節性病変：多くは存在
第3期-B (顕性腎症後期)	持続性蛋白尿**	低下**	びまん性病変：高度 結節性病変：多くは存在
第4期 (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 (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 10μg/分以上

24時間尿 15 μ g/分以上

昼間（安静時）尿 20 μ 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 μ 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（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 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 硝子体：初期には収縮なし、収縮による硝子体出血 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 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 経過：徐々に進展、安定期又は寛解期へ

燃えつきた網膜症	<p>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</p> <p>新生血管：繊維増殖膜による被覆、消失</p> <p>硝子体：完全収縮、下方に陳旧性硝子体混濁</p> <p>経過：沈静化、ときに新鮮な硝子体出血</p> <p>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。</p>
----------	---

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1.5cm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

1. 安静時の発症が多い。
2. 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1.5cm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）が高頻度に見られる。
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
2) 1 km以上歩行可、疼痛あり。	25	25
3) 500m以上、1 km未満の歩行可、疼痛あり	20	20
4) 100m以上、500m未満の歩行可、疼痛あり	15	15
5) 室内歩行又は100m未満の歩行可、疼痛あり	10	10
6) 歩行不能	5	5
7) 起立不能	0	0
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、一歩一歩・疼痛なし	15	15
4) 一歩一歩・疼痛あり、手すりを使い一歩一歩・疼痛なし	10	10
5) 手すりを使い一歩一歩・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。
- 「通常疼痛はないが、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。
- 「1 km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、1 km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		

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2 km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） ※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 ※支持が必要な場合、困難とする。	4	2	0
4) 階段の昇り降り ※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：

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

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

屈曲	100° - 20° = 80°	→ 8点	} 計12点
外転	20° - 5° = 15°	→ 4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

3. 障害高齢者の日常生活自立度、認知症高齢者の日常生活自立度の判定基準

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 ポイント

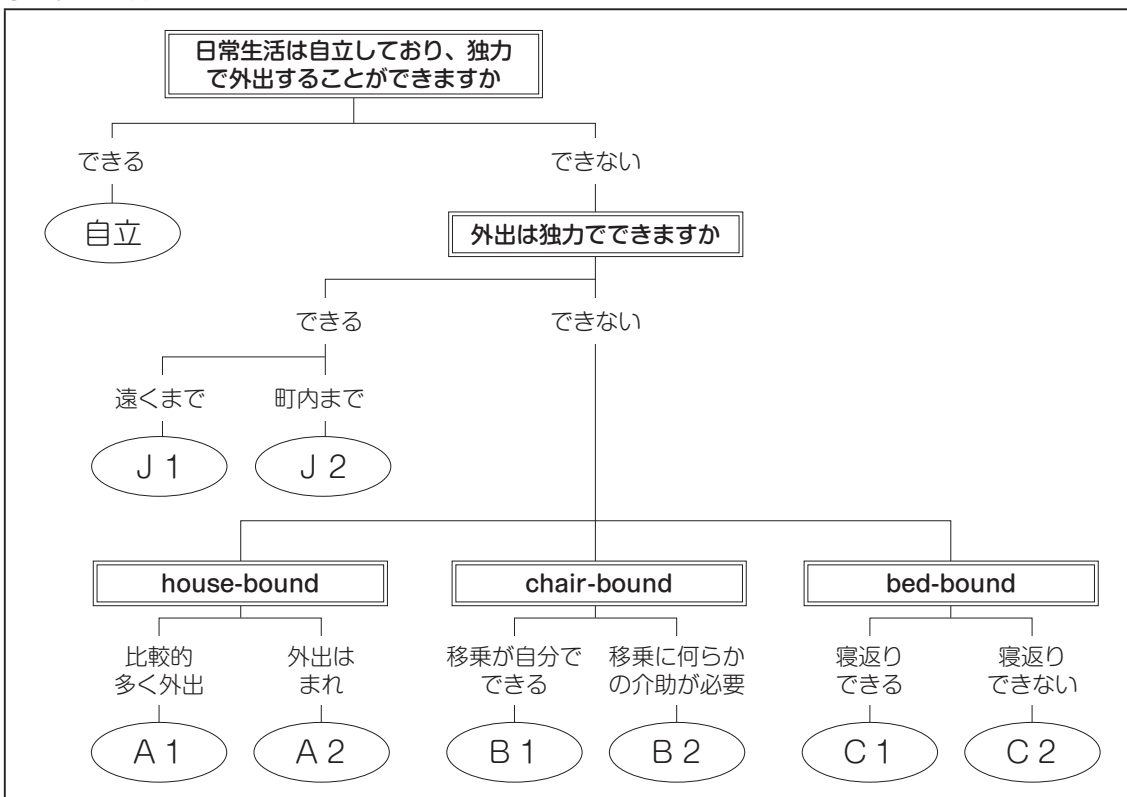
- 原則として、移動に関わる状態像に着目し、あわせて排泄、食事、着替に着目して判定してください。
- 能力があるにもかかわらず行っていない状況にあるときは、能力に応じて判定してください。
- 補装具、車いす等を使用している場合は、使用している状態で判定してください。
- 認知症により指示を理解できないため、移動や食事を行うことができない場合であっても、身体の状況のみに着目して判定してください。

② 判定基準

J	何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する 1：交通機関等を利用して外出する 2：隣近所へなら外出する
A	屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない 1：介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する 2：外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている
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 1：車いすに移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う 2：介助により車いすに移乗する
C	1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する 1：自力で寝返りをうつ 2：自力では寝返りもうてない

※判定に当たっては、補装具や自働具等の器具を使用した状態であっても差し支えない

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」：一日中ベッド上で過ごし、食事、排泄、着替のすべてに介助が必要な状態

認知症高齢者の日常生活自立度の判定基準（早見表）

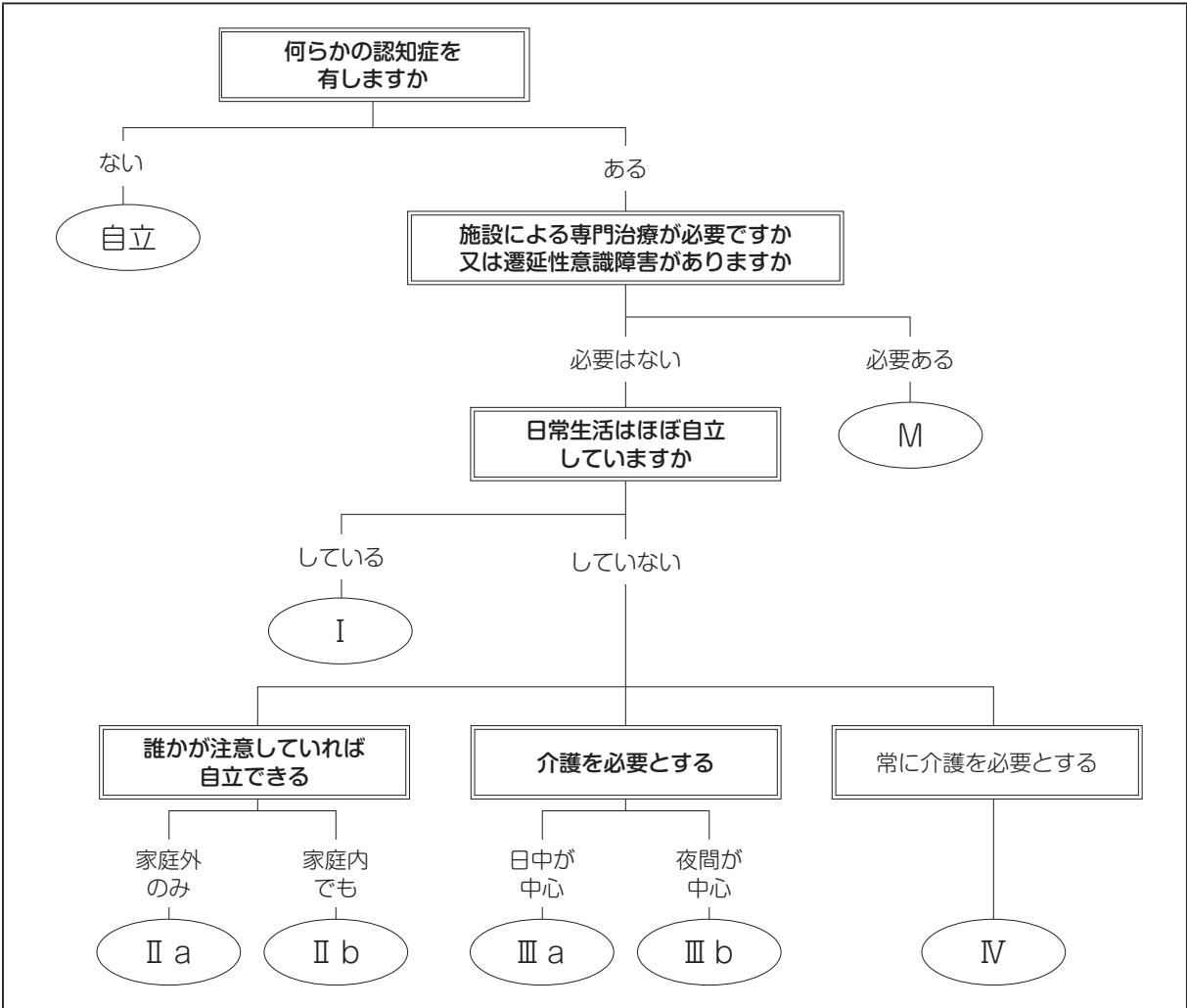
① ポイント

- ・ 意思疎通の程度、見られる症状・行動に着目してください。
- ・ 評価に当たっては、家族等の介護者からの情報も参考にしてください。
- ・ 認知症の程度の医学的判定とは必ずしも一致するものではありません。
- ・ 投薬された状態で判断して下さい。

② 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 a：家庭外で上記の状態が見られる。 b：家庭内でも上記の状態が見られる
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 a：日中を中心として上記の状態が見られる b：夜間を中心として上記の状態が見られる
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	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする

③ 判定の流れ



4. 認知症診断スケール

改訂長谷川式知能評価スケール (HDS-R)

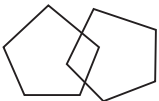
氏名 _____ 施行日 年 月 日 曜 _____ 施行者名 _____
 生年月日 M・T・S 年 月 日 _____ 年齢 歳 男・女 _____ 施行場所 _____
 備考 (教育年数： 年) _____

	質 問 内 容			配 点
1	お歳はいくつですか？ (2年までの誤差は正解)			0 1
2	今日は何年の何月何日ですか？何曜日ですか？ (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	私達が今いるところはどこですか？ (自発的に出れば2点、5秒おいて、家ですか？病院ですか？施設ですか？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ください。 後でまた聞きますので、よく覚えておいてください。 (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) 1: a) 桜 b) 猫 c) 電車 2: a) 梅 b) 犬 c) 自動車		0	1
			0	1
			0	1
5	100から7を順番に引いてください。 (100-7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、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ください。(6-8-2、3-5-2-9)	286	0	1
		9253	0	1
7	先程覚えてもらった言葉をもう一度言ってみてください。 (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
			b: 0	1 2
			c: 0	1 2
8	これから5つの物品を見せます。 それを隠しますので何があったか言ってください。 (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
			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ください。 (答えた野菜の名前を下欄に記入する。途中で詰まり、約10秒待ってもでない場合にはそこで打ち切る)		0	1 2
			3	4 5
	5個までは0点、6個=1点、7個=2点 8個=3点 9個=4点 10個=5点			
		合計得点		点

満点：30点 (20点以下は認知症の疑いあり)

Mini-Mental State Examination (MMSE)

氏名 _____ 施行日 年 月 日 曜 _____ 施行者名 _____
 生年月日 M・T・S 年 月 日 _____ 年齢 歳 男・女 _____ 施行場所 _____
 備考（教育年数： 年） _____

	質 問 内 容		配 点
1	今年は令和何年ですか。 ※各1点 合計5点 今の季節は何ですか。 今日は何月ですか。 今日は何日ですか。 今日は何曜日ですか。	年 月 日 曜日	 0 1 2 3 4 5
2	ここは、何県ですか。 ※各1点 合計5点 ここは、何市ですか。 ここは、何病院ですか。 ここは、何階ですか。 ここは、何地方ですか。（例 関東地方）	県 市 病院 階 地方	 0 1 2 3 4 5
3	相互に無関係な物品名3個の名前を1秒に1個ずついい、被検者に繰り返させる。 正答1個につき1点を与え、得点を記入する。 （めがね・タバコ・くし）設問5のために誤答無答があれば6回まで繰り返し、できなければ設問5はとばす。		0 1 2 3
4	100から順に7を引く（5回まで）93, 86, 79, 72, 65,（※正答1個に1点） 「フジノヤマ」を逆唱させる。（※マヤノジフ：5、ヤマノジフ：3、ヤマノフジ：1）		0 1 2 3 4 5
5	3で提示した物品名の再度復唱。（設問3ができなかった人は×）		0 1 2 3
6	（時計をみせながら）これは何ですか。 ※各1点 合計2点 （鉛筆をみせながら）これは何ですか。		0 1 2
7	文章反復「みんなで力を合わせて綱を引きます」（1回のみで評価）		0 1
8	（3段の命令） 「右手にこの紙を持ってください」 「それを半分に折りたたんでください」 「机の上に置いてください」（各段階ごとに1点）		0 1 2 3
9	（次の文章を読んで、その指示に従ってください）「目を閉じなさい」		0 1
10	文章を書いて下さい（文法や読点は不正確でも自発的で意味のあるもの）		0 1
11	（次の図形を書いてください） <div style="text-align: center; margin: 10px 0;">  </div>		0 1
合計得点			点

満点：30点（23点以下は認知症の疑いあり）

〈付録〉

在宅医療・介護の情報共有を、もっとラクに。

京あんしんネットのご案内



京都府医師会では、2016年8月より、医療・介護情報の共有・連携に活用いただくため、株式会社日本エンブレスが提供する医療介護専用SNS メディカルケアステーション(MCS)を「京あんしんネット」として採用し、医師をはじめ多職種の皆様へのサービス提供を開始いたします。

地域における在宅医療・介護に携わる多職種間の情報共有と連携を促進するための「医介連携専用ネットワーク」として、「京あんしんネット」をご活用いただければ幸いです。

人とつながる

所属や立場を越えた医療・介護関係者の多職種連携をスムーズに実現。“完全非公開”という強固なセキュリティ環境のもと、安心かつ手軽に利用できます。

情報とつながる

担当する患者・利用者の診療やケアに必要なコミュニケーション情報をリアルタイムに共有。インターネット上のサービスのため、いつでもどこでも利用できます。

データとつながる

報告書やFAXといった文書ファイル、画像など、患者や利用者の医療・介護データを一元管理。許可されたメンバー間でスムーズなデータ共有を行えます。

ご利用のお申込・お問い合わせはこちらまで

京あんしんネット運営事務局

〒604-0087 京都市中京区丸太町通小川西入 (株式会社ITP内)
TEL/FAX : 075-823-2510
<http://kyo-anshin.net/>
(利用申込書・連携守秘誓約書はこちらよりダウンロードいただけます。)

介護サービス「共通健康診断書」について

京都府医師会では、特養や老健、あるいはデイサービス等を利用する際に事業所・施設から提出を求められる健康診断書が、事業所・施設によって記載項目が異なる、事業所等毎に提出が必要で利用者の負担が大きい、といった問題が多々あることから、これらの問題解決のために統一健康診断書検討特別委員会を設置、健康診断書項目の共通化、並びに運営方法等について鋭意検討し、報告書という形で意見をまとめた。

健康診断書については厚生労働省のQ & Aに「主治医からの情報提供等によっても必要な健康状態の把握ができない場合には、別途利用者に健康診断書の提出を求めることは可能であり、その費用については原則として利用申込者が負担すべきものと考えられる。～中略～ただし、この場合でも、利用申込者の負担軽減の観点からも、第一にサービス担当者会議における情報の共有や居宅療養管理指導による主治医からの情報提供といった介護保険制度の活用にも努めることが望ましく、事業者が、安易に健康診断書の提出を求めるといった取扱は適切でない。」という記載があることをふまえ、施設サービスやデイサービス等を利用する際に必ず必要とするものではなく、施設等がどうしても求めた時にこの「共通健康診断書」を使用していただくこと、利用者の負担軽減のために、一定の条件をつけてコピー可とすること、共通健康診断書の項目としては介護サービス提供に当たって必要最低限のものに止め、これ以外の項目について施設等が知りたい場合であって、かかりつけ医がそれを把握している場合は、診療情報提供書でやりとりしていただく、把握していない場合は新たに検査等を求めない、というコンセプトで作成した。

これを各事業所・施設団体がそれぞれの会員に周知し、運営について協力を求め、使用開始されている。

会員各位におかれては、上記コンセプトをご理解いただき、本委員会報告書をご覧いただいた上で、利用者（患者）の負担軽減のためにご協力願いたい。

運営上の主な留意事項

1. 健康診断書を利用する場合

施設等が健康診断書提出を求めている場合にまで本診断書を義務づけるものではなく、健康診断書が必要な場合のみ利用する。また、主治医意見書や診療情報提供書等により十分な情報が得られる場合も、本診断書は必ずしも必要としない。本来はサービス担当者会議等による情報交換で十分事足りるものである。その場合、記載医師は訪問診療等を行っていれば居宅療養管理指導費を算定できる。

2. 記載項目について

記載項目は医療情報、特に感染症を中心とし、胸部レントゲン撮影と肝炎ウイルス検査についてのみ原則必須とし、これらについても既存のデータがあればそれを利用する。記載項目以外の、記載医師が有用と判断した情報は提供を勧奨し、生活や介護に関する情報は必須としない。

3. 費用と保険診療の関係

- ①共通健康診断書の文書料並びに検査にかかる費用は自由診療であり、金額の統一は独占禁止法に抵触するので、各医療機関で患者の負担にならない程度で設定いただきたい。
- ②健康診断書に代えて、あるいは健康診断書以外の情報について別途、日常診療で知り得ている情報を診療情報提供書で提供する場合は診療情報提供料を算定することができる。その場合、老健や介護療養型医療施設に対しては直接発行でき、特養の場合でも、その配置医師の所属する医療機関に対して発行することができる。しかし、デイサービス（通所介護）に対して発行は不可であり、その場合は居宅介護支援事業所に対して発行することにより対応できる。ただし、この場合（診療情報提供料（I）の注2、注3）は、同一月に居宅療養管理指導料と併せて算定は不可である。

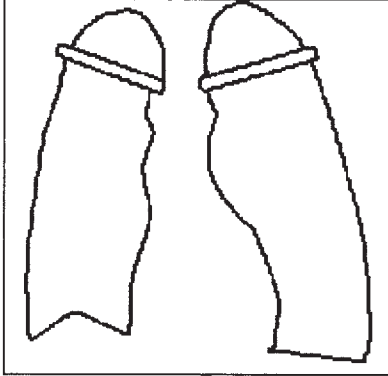
4. 運用方法

- ①診断書は、原則記載日から1年間有効とし、記載の時点で複写することの同意を得た上に、さらに複写する際に、再度記載医師に複写することの同意を得る。
- ②複写する際には必ず原本から複写する（複写の複写は不可）。複写したものに複写を実施した者の氏名、複写実施日、記載医師の同意確認日を記載し、捺印する。
- ③利用者本人か本人から委任を受けた介護支援専門員が、共通健康診断書の記載を依頼し、原本を保管し、コピーの承諾を行う。介護支援専門員は委任を受ける際に同意書（別紙参照）を利用者からもらい、記載の依頼等をする際に主治医に提示する。
- ④本診断書は、事業所・施設の利用申込み時のみに使用するものとする。また、取扱いにあたって個人情報保護に十分注意する。

介護サービス共通健康診断書

(個人情報取扱注意)

ふりがな ①氏名		②男女	③明・大・昭	年 月 日生
④住所	電話() -			
⑤現在の病名 * 介護サービス提供上、重要なものから順に記入して下さい。	1	発症日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定
	2	発症日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定
	3	発症日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定
	4	発症日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定
	5	発症日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定
⑥主な既往歴				
⑦病状及び経過	血圧 / mmHg 脈拍 /分 整・不整			
⑧使用中の薬剤 * 用法、用量を記入して下さい				
⑨実施中の処置 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり * ありの場合は実施中の処置にチェックして下さい。また指示事項などがあれば記入下さい。	<input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> じょくそう処置 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> その他 指示事項：			
⑩認知症 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり * ありの場合は当てはまる自立度いづれかにチェックして下さい * 問題行動がある場合はその内容を記入して下さい	認知症老人の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> 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る <input type="checkbox"/> II 日常生活に支障を来たすような症状・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 ----- <input type="checkbox"/> a 家庭外で上記の状態が見られる <input type="checkbox"/> b 家庭内でも上記の状態が見られる <input type="checkbox"/> III 日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を要する <input type="checkbox"/> a 日中を中心として上記の状態が見られる <input type="checkbox"/> b 夜間を中心として上記の状態が見られる <input type="checkbox"/> IV 日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を要する <input type="checkbox"/> M 著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門的治療を要する 問題行動 内容 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			

⑪胸部X線検査 *原則全員に実施して下さい。但し六ヶ月以内に撮影しており、特に変化の無い場合は、その所見に基づき記入していただいて差し支えありません。 *在宅、身体状況、設備上の都合で実施できない場合は、未実施にチェックし、自他覚所見や他の検査所見から、呼吸器疾患の有無につきコメントをお願いします。	実施日 年 月 日 異常所見 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		⑫肝炎ウイルス検査 HBS抗原(+ -) HCV抗体(+ -) 検査実施日 年 月 日 *原則全員に実施して下さい。但し、過去に実施歴があり、新たな感染が疑われない場合は、その結果に基づきご記入下さい。また他院での検査や肝炎ウイルス検診のデータがあれば、それを基に記載していただいても差し支えありません。 *実施日はすぐわかる場合のみ記入していただければ結構です。
	<input type="checkbox"/> 胸部X線未実施:		⑬MRSA、その他の感染症(疥癬、梅毒など) *MRSAについては、IVH、気管切開、留置カテーテルなど医療処置中で感染が疑われる場合、抗菌薬耐性の感染巣がある場合などに限り、細菌検査を実施して下さい。 *疥癬を疑う皮膚所見や症状があれば、皮膚科受診等で確定診断をつけて下さい。

⑭サービス提供上の留意事項	移送留意: <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 入浴: <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否 食事制限: <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要 服薬確認: <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要
	留意事項、指示内容:
⑮備考 *特記すべき事項(検査データ等)があれば記入して下さい	

上記の通り診断する。 年 月 日

下記条件に従い複写することに同意する。 この診断書を複写することに同意しない。
 (いずれかにチェックを入れてください。病状が不安定または複写が不適切な場合は“同意しない”にチェックして下さい)

医療機関名 _____ 所在地 _____

医師名 _____ 印 _____

電話(_____) _____ FAX(_____) _____

- ◎記載上の留意点
1. 全ての項目について記載して下さい。
 2. は当てはまる場合にチェックして下さい(例:)。
 3. *に従って記入して下さい。
 4. 介護サービス利用、施設入所の際、この診断書の内容だけでは不十分な場合があるので、必要に応じて血液検査や画像診断の結果等を添付して下さい。
 5. この診断書の使用期限は診断日から1年間です(記載日の患者の状態を1年間保証するものではありません)。
- ◎複写の条件
1. 使用期限(上記診断日から1年以内)内に限る。
 2. 複写ができる者は、本人及び本人から文書で委託を受けた介護支援専門員のみです。
 3. 上記「複写することに同意する」欄に記載医師がチェックしていること。

複写実施者名 _____	印 _____	実施日 年 月 日 _____
		診断書記載医師同意確認日 年 月 日 _____

注意点 ①この診断書を複写する場合は、必ずその都度診断書記載医師に連絡し、同意を得てください。
 ②上記同意欄にチェックが無い場合はもちろん、複写にあたって連絡した際に、診断書記載医師が複写に同意しない場合は、絶対に複写しないで下さい。
 ③複写は必ず原本から行い、複写したものを各々に日付と実施者の氏名を記入し、捺印をして下さい。

同意書（委任状）

年 月 日

私は、介護保険施設の入所及び居宅サービス利用に必要な介護サービス共通健康診断書に係る以下の内容を、介護保険施設及び居宅介護支援事業所の介護支援専門員に委任します。

- 医療機関への介護サービス共通健康診断書の記載依頼
- 医療機関からの介護サービス共通健康診断書の受け取り
- 介護サービス共通健康診断書(原本)の保管
- 介護保険施設・居宅サービス事業所への介護サービス共通健康診断書の提示（複写の提出）

【本人】（本人以外が記入する場合は、代理人欄に必要事項を記入する。）

住所 _____

氏名 _____ 印
(電話番号 _____)

【代理人】（本人から見た続柄 _____）

住所 _____

氏名 _____ 印
(電話番号 _____)

【医療機関】

医療機関名 _____

担当医 _____

【介護支援専門員】

住所 _____

事業所名 _____

氏名 _____ 印
(電話番号 _____)

医師が行う居宅療養管理指導（介護予防居宅療養管理指導）

居宅療養管理指導とは？

要介護高齢者が、安心して適切な介護サービスを受けられるよう、ケアマネジャーがケアプランを作成し、各種サービスはこのケアプランに則って提供することになっている。ケアプラン作成あるいは見直しに際し、ケアマネジャーはサービス担当者会議を開催して、各サービス提供者等から専門の見地からの意見を聴取しなければならない。とりわけ、訪問診療等を行うことにより利用者の病態のみならず、住居環境や家族との関係等利用者の生活面も把握している主治医による、医学的見地からの情報提供、意見、助言等は、ケアプラン作成にあたって、さらに各種サービス提供に際し非常に重要な役割を占める。よってサービス担当者会議には主治医も参加して、利用者に関わる者全員で利用者に関する情報を提供しあい、共有し、可能な限り自立した日常生活を送れるよう目標や方針を共にしてそれに向かってチームとしてそれぞれの役割を果たすことが求められている。

これらの主治医としての一連の作業（ケアマネジャーやサービス提供担当者への情報提供等及び利用者・家族への指導助言）こそが、医師が行う居宅療養管理指導である。

なお、利用者が要介護1～5の場合は居宅療養管理指導、要支援1または2の場合は介護予防居宅療養管理指導と言うが、名称と請求の際の請求明細書様式並びにサービスコードが異なる以外は、内容も算定要件等も全て両者同じである。したがって、ここでは便宜上「介護予防居宅療養管理指導」についての記載は必要な場合を除いて省略するが、「居宅療養管理指導」に準ずる。その場合、「要介護」は「要支援」に、「居宅介護支援事業所」は「介護予防支援事業所」と読み替える。

◎ 1単位の単価：一律10.00円

I. 居宅療養管理指導費

介護給付・予防給付共通

医師 (月2回限度)	(1)居宅療養管理指導費（Ⅰ） (Ⅱ以外の場合に算定)	①単一建物居住者が1人	515単位
		②単一建物居住者が2～9人	487単位
		③上記①②以外の場合	446単位
	(2)居宅療養管理指導費（Ⅱ） (在宅時医学総合管理料または施設入居時等医学総合管理料を算定する場合)	①単一建物居住者が1人	299単位
		②単一建物居住者が2～9人	287単位
		③上記①②以外の場合	260単位

II. 加減算

項目	単位
特別地域居宅療養管理指導加算	+ 所定単位数の15/100
中山間地域等における小規模事業所加算 (1月当たりの述べ訪問回数が50回以下、介護予防は5回以下)	+ 所定単位数の10/100
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	+ 所定単位数の5/100

Ⅲ. 算定要件

※下線部、令和6年度改定箇所

居宅療養管理指導費（Ⅰ）

在宅の利用者であって通院が困難なものに対し、居宅療養管理指導事業所の医師が、利用者の居宅を訪問して行う計画的かつ継続的な医学的管理に基づき、介護支援専門員に対する居宅サービス計画の策定等に必要な情報提供（利用者の同意を得て行うものに限る）並びに利用者またはその家族等に対する居宅サービスを利用する上での留意点、介護方法等についての指導及び助言を行った場合に、単一建物居住者の人数に従い、1月2回に限り算定。

居宅療養管理指導費（Ⅱ）

医科診療報酬点数表の在宅時医学総合管理料または施設入居時等医学総合管理料を算定する利用者に対し、医師が居宅に訪問して行う計画的かつ継続的な医学的管理に基づき、介護支援専門員に対する居宅サービス計画の策定等に必要な情報提供をした場合に算定。

1. 通院が困難な利用者について

居宅療養管理指導費は、在宅の利用者であって通院が困難なものに対して、定期的に訪問して指導等を行った場合の評価であり、継続的な指導等の必要のないものや通院が可能なものに対して安易に算定してはならない。例えば、少なくとも独歩で家族・介助者等の助けを借りずに通院ができるものなどは、通院は容易であると考えられるため、居宅療養管理指導費は算定できない（やむを得ない事情がある場合を除く）。

2. 情報提供の対象

主に居宅介護支援事業所の介護支援専門員（ケアマネジャー）。特定施設入居者生活介護、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護または看護小規模多機能型居宅介護の利用者にあつては、当該事業所のケアマネジャー。ケアマネジャーへの情報提供がない場合は算定できない。

利用者が他の介護サービスを利用している場合にあつては、必要に応じて、利用者または家族の同意を得た上で、当該介護サービス事業者に介護サービスを提供する上での情報提供及び助言を行う。

また、必要に応じて、利用者の社会生活面の課題にも目を向け、地域社会における様々な支援へとつながるよう留意するとともに、診療方針に関して利用者の意思決定支援を行った場合は、関連する情報について、ケアマネジャー等に提供するよう努める。

3. 「情報提供」及び「指導または助言」の方法

ア ケアマネジャー等に対する情報提供の方法

ケアプランの策定等に必要な情報提供は、サービス担当者会議への参加が基本（この場合は必ずしも文書等による必要はない）。当該会議への参加が困難な場合やサービス担当者会議が開催されない場合等においては、「情報提供すべき事項」について別紙様式（P93～94参照）等（メール、FAX等でも可）により、ケアマネジャーに対して情報提供を行うことで足りる。なお、人生の最終段階における医療・ケアに関する情報等については、別紙様式により情報提供する場合に限る。

なお、サービス担当者会議等への参加により情報提供を行った場合については、別紙様式（P93～94参照）を参考に、その情報提供の要点を記載する。当該記載については医療保険のカルテに記載することは差し支えないが、下線または枠で囲う等により、他の記載と区別できるようにする。

また、別紙様式（P93～94参照）等により情報提供を行った場合については、当該様式等の写しをカルテに添付する等により保存する。

（情報提供すべき事項）

- (a) 基本情報（医療機関名、住所、連絡先、医師氏名、利用者の氏名、生年月日、性別、住所、連絡先等）
- (b) 利用者の病状、経過等
- (c) 介護サービスを利用する上での留意点、介護方法等
- (d) 利用者の日常生活上の留意事項、社会生活面の課題と地域社会において必要な支援等
- (e) 人生の最終段階における医療・ケアに関する情報等

イ 利用者・家族等に対する指導または助言の方法

介護サービスを利用する上での留意点、介護方法等に関する指導または助言は、文書等の交付により行うよう努める。

なお、口頭により指導または助言を行った場合については、その要点を記録する。当該記載については医療保険のカルテに記載することとしてもよいが、下線または枠で囲う等により、他の記載と区別できるようにする。

また、文書等により指導または助言を行った場合については、当該文書等の写しをカルテに添付する等により保存する。

4. ケアマネジャーによるケアプランの作成が行われていない場合

居宅療養管理指導以外のサービスを利用していない利用者や自らケアプランを作成している利用者などのケアマネジャーによるケアプランの作成が行われていない利用者については、上記規定に関わらず算定可。ただし利用者が、他の介護サービスを利用している場合は、必要に応じて、利用者または家族の同意を得た上で、当該他の介護サービス事業者等に対し、介護サービスを提供する上での情報提供及び助言を行う。

5. 算定回数について

1人の利用者について、月2回まで算定可。

6. 算定日について

算定日は、当該月の訪問診療または往診を行った日。また、請求明細書の摘要欄には、訪問診療もしくは往診の日または当該サービス担当者会議に参加した場合においては、参加日もしくは参加が困難な場合においては、文書等を交付した日を記入する。

7. 医療保険との関連

診療情報提供料（I）の注2、注3、注14、注15と同時算定不可

8. 交通費

訪問に要した交通費は別途徴収可であるが、同一日に訪問診療等の方で徴収している場合、二重には徴収不可。

9. 特別地域加算（届出要）

離島振興法、山村振興法等の指定地域等の特別地域に所在する指定居宅療養管理指導事業所の医師が指定居宅療養管理指導を行った場合に算定。

10. 中山間地域等における小規模事業所加算（届出要）

ア 特別地域加算の対象地域を除く豪雪地帯、過疎地域等の中山間地域等における小規模事業所の医師が指定居宅療養管理指導を行った場合に算定。

イ 1月当たり延訪問回数が50回以下（介護予防居宅療養管理指導については1月当たりの延訪問が5回以下）の事業所であること。延訪問回数は前年度（3月を除く。）の1月あたりの平均延訪問回数をいう。前年度の実績が6月に満たない事業所は、直近の3月における1月あたりの平均延訪問回数を用いる。したがって、新たに開設または再開した事業者については、4月目以降届出が可能となる。

ウ 平均延訪問回数は、毎月ごとに記録し、所定の回数を上回った場合は、直ちにその旨届出を提出しなければならない。

エ 当該加算を算定する事業所は、その旨を利用者に事前説明し、同意を得る必要がある。

11. 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算（届出要）

ア 特別地域、中山間地域等に居住している利用者に対し、通常の事業の実施地域を越えて指定居宅療養管理指導を行った場合に算定。

イ 医科診療報酬点数表のC000往診料の注6（※）、C001在宅患者訪問診療料の注9を算定している場合（※）は、当該加算の対象から除外する。

※医療機関の所在地と患家の所在地との距離が16kmを超えた場合等で特殊事情があった場合

IV. 居宅療養管理指導費算定にあたっての前提

1. 居宅療養管理指導事業所として指定を受けていること

保険医療機関であれば指定辞退の届出をしない限り、指定があったとみなされる。よって改めて指定申請は不要であるが、介護報酬の振込口座を国保連合会に届ける必要がある。また指定を受けているかどうかの確認は、京都市内は京都市介護ケア推進課（TEL075-213-5871）、京都市外は京都府高齢者支援課（TEL075-414-4674）で管理しているので、こちらに問い合わせされたい。指定を辞退する場合または、一旦辞退したが再度指定を受けたい場合等も上記に連絡されたい。

2. 運営規程等の書類を完備していること

「居宅サービスの運営に関する基準」において介護サービス事業所は全て運営規程を定めることになっている。P95～96に運営規程のモデルを示したので、これを参考に各医療機関で作成し、保管いただきたい。また、運営規程のうち利用者にとって重要なもの（利用料、営業日時、従事者の職種、

員数等)を事業所の受付等に掲示することになっている。

さらに、「サービス提供にあたっては利用者にあらかじめ運営規程の概要等重要な事項について文書を用いて説明し、サービス提供を受けることについて文書による同意を得る必要がある」とされている。P97に重要事項説明書のモデルを示したのでこれを参考に各医療機関で作成し、利用者等に交付していただきたい。

3. 利用者について

利用者(患者)が要介護認定または要支援認定を受けており、往診または訪問診療を行っている患者であること。

4. 他医療機関との関係

他に居宅療養管理指導を実施(算定)している医療機関がないこと(歯科医等他職種は可)。

V. 居宅療養管理指導事業所の運営についての留意点

1. 介護保険の被保険者証を確認する

要介護認定を受けているかどうか、認定有効期間、介護保険施設入所者ではないかどうか(入所者には居宅療養管理指導費を請求できない)を確認する。

2. 身分証の携行

訪問時には身分を証する証書(名刺等でも可)または名札を携行し、利用者から求められた時はこれを提示する。

3. 指導の内容を記録する

カルテ等に訪問診療等をした日、利用者または家族等に指導・助言した内容、ケアマネジャー等へ情報提供した日及びその指導した内容等の要点を記載する。できれば担当ケアマネジャーから居宅サービス計画、サービス提供担当者からサービス提供計画を入手し、それらに対する助言等とあわせて保管されたい。

4. 利用料の受領

領収証に記載する金額は医療保険にかかる負担金が同時にある場合、合算した金額のみの記載は不可。医療保険にかかる金額、居宅療養管理指導にかかる金額、徴収しているのであれば交通費の金額それぞれの明細が分かるように記載する。

5. 秘密の保持

居宅療養管理指導を実施する医師は当然守秘義務が生じる。ただし、ケアマネジャーやサービス提供責任者に情報提供もしなければならない。この場合あらかじめ利用者及び家族に、ケアマネジャー等へ情報提供することを文書で同意を得ておく必要がある。この同意はサービス提供開始時に包括的に同意を得ることで可となっている。P97に示した重要事項説明書のモデルはこれに対しての。

6. 苦情処理

利用者が苦情を申し出やすいような体制をとるとともに、申し出があった場合に迅速かつ適切に対応する体制や手順についてのマニュアルを作成し、そういう措置をとっていることを重要事項説明書等に掲載すると同時に受付等に掲示する。

7. 事故発生時の対応

ここでいう「事故」とは医療事故のみならず、訪問時に誤って器物等を破損してしまうことや、ケ

アマネジャー等への情報提供不足等により利用者に介護サービス上の不利益を与えることも該当する。いずれの場合であっても事故が起こった場合に速やかにその対処をし、それらの状況を家族や市町村、ケアマネジャー等へ連絡するとともに、再発防止の措置を行う。利用者に賠償すべき場合は速やかに損害賠償を行う。そのために損害賠償保険に加入しておくことが望ましい（医療行為による事故は日医医賠償保険で対応可）。

※ これらの点については京都市や保健所による実地指導においてチェックされる項目のうち、代表的なものである。指導を受ける対象である医療機関は、上記の点に十分留意の上対応されたい。

<参考：令和6年度介護報酬改定における人員、設備および運営に関する基準の主な改定>

1. 令和6年3月31日までとされていた以下の義務付けに係る経過措置が3年間延長され、令和9年3月31日までに策定等することとなった。

○業務継続計画の策定等

①感染症や非常災害の発生時の業務継続に向けた計画の策定、②研修、訓練（シミュレーション）の実施（各年1回以上）

○虐待の発生またはその再発を防止するための措置

①虐待防止検討委員会を定期的開催、②虐待防止のための指針の整備、③従事者に対する研修、④担当者の専任

2. 運営規定の概要、従事者の勤務体制など利用申込者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を事業所内に掲示することとされているが、令和7年4月1日からは原則として自ら管理するホームページにも掲載することとなった（自ら管理するホームページがない事業所は対応不要）。

令和6年3月31日まで努力義務とされていた事業所内で感染症が発生した場合にまん延させないための措置は、予定通り4月1日から義務化されましたのでご注意ください。

①感染症予防及びまん延防止対策検討委員会の開催（概ね6月に1回以上）、②指針の整備、③研修、訓練（シミュレーション）の実施（各年1回以上）

指定居宅介護支援事業所向け診療情報提供書（居宅療養管理指導・医師）

年 月 日

情報提供先事業所

担当 殿

医療機関名

医療機関所在地

電話番号

FAX 番号

医師氏名

基本情報

利用者氏名	(ふりがな)	男 ・ 女	〒	—
	年 月 日生(歳)		連絡先	()

利用者の病状、経過等

(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（ 年 月 日頃）
2.	発症年月日（ 年 月 日頃）
3.	発症年月日（ 年 月 日頃）
(2) 生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容 〔前回の情報提供より変化のあった事項について記入〕	
(3) 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

介護サービスを利用する上での留意点、介護方法等

(1) 現在あるかまたは今後発生の可能性の高い生活機能の低下とその対処方針
<input type="checkbox"/> 尿失禁 <input type="checkbox"/> 転倒・骨折 <input type="checkbox"/> 移動能力の低下 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 心肺機能の低下 <input type="checkbox"/> 閉じこもり <input type="checkbox"/> 意欲低下 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 低栄養 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下機能低下 <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> 易感染性 <input type="checkbox"/> がん等による疼痛 <input type="checkbox"/> その他（ ） → 対処方針（ ）
(2) サービスの必要性（特に必要性の高いものには下線を引いて下さい。予防給付により提供されるサービスを含みます。）
<input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問歯科診療 <input type="checkbox"/> 訪問薬剤管理指導 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 訪問歯科衛生指導 <input type="checkbox"/> 訪問栄養食事指導 <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> その他の医療系サービス（ ）
(3) サービス提供時における医学的観点からの留意事項
<input type="checkbox"/> 起居動作 <input type="checkbox"/> 移動 <input type="checkbox"/> 運動 <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 睡眠 <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> 摂食 <input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 血圧 <input type="checkbox"/> その他（ ） → 対処方針（ ）

利用者の日常生活上の留意事項・社会生活面の課題と地域社会において必要な支援等

(1) 利用者の日常生活上の留意事項
(2) 社会生活面の課題と地域社会において必要な支援 社会生活面の課題 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり () → 必要な支援 ()
(3) 特記事項

人生の最終段階における医療・ケアに関する情報

※本人の意思は変わりうるものであり、本記載が最新の意向を反映しているとは限らないため、常に最新の意向の確認が必要であることについて十分に留意すること

(1) 意向の話し合い

- 本人・家族等との話し合いを実施している（最終実施日： 年 月 日）
 話し合いを実施していない（ 本人からの話し合いの希望がない それ以外 ）

※(2) から (5) は、本人・家族等との話し合いを実施している場合のみ記載

(2) 本人・家族の意向

- 下記をご参照ください 別紙参照（記載した書類等： ）

(3) 話し合いの参加者

- 本人 家族（氏名： 続柄： ）（氏名： 続柄： ）
 医療・ケアチーム その他（ ）

(4) 医療・ケアに関して本人または本人・家族等と医療・ケアチームで話し合った内容

(5) その他（上記のほか、人生の最終段階における医療・ケアに関する情報で介護支援専門員と共有したい内容）

医師が行う居宅療養管理指導の運営規程のモデル

居宅療養管理指導・介護予防居宅療養管理指導運営規程

(事業の目的)

第1条 要介護者等の依頼を受け、その心身の状況、その置かれている環境、要介護者等及びその家族の希望等を勘案し、要介護状態等となった場合においても、利用者が可能な限りその居宅において、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、医師が通院困難な利用者に対し、その居宅を訪問して、その心身の状況、置かれている環境等を把握し、それらを踏まえて療養上の管理及び指導を行うこと並びにケアプラン作成にあたり居宅介護支援事業者等へ必要な情報を提供することにより、利用者の療養生活の質の向上を図ることを目的とする。

(運営方針)

第2条 利用者の要介護状態の軽減若しくは悪化の防止または要介護状態となることの予防に資するよう、計画的に行う。

2. 自ら提供する居宅療養管理指導・介護予防居宅療養管理指導の質の評価を行い、常にその改善を図る。
3. 指導の提供に当たっては、訪問診療等により常に利用者の病状及び心身の状況を把握し、計画的かつ継続的な医学的管理に基づき、居宅介護支援事業者等に対する居宅サービス計画の作成等に必要な情報提供並びに利用者やその家族に対し、居宅サービスの利用に関する留意事項、介護方法等について指導、助言等を行う。
4. 指導の提供に当たっては、利用者やその家族からの介護に関する相談に懇切丁寧に応ずるとともに、利用者やその家族に対して療養上必要な事項等について理解しやすいよう指導または助言を行う。
5. 指導の提供に当たっては、療養上適切な居宅サービスが提供されるために必要があると認める場合または居宅介護支援事業者もしくは居宅サービス事業者から求めがあった場合は、居宅サービス計画の作成、提供等に必要な情報提供または助言を行う。
6. 指導内容等の要点を診療録に記載する。

(事業所の名称等)

第3条 名称及び所在地は次のとおりとする。

- (1) 医療機関名 _____
- (2) 所在地 _____

(事業の内容)

第4条 医師による居宅療養管理指導・介護予防居宅療養管理指導

(従事者の職種、員数、及び職務内容)

第5条 従事者の職種、員数及び職務内容は次の通りとする。

- (1) 管理者：院長
管理者は、所属職員を指導監督し、適切な指導等が行なわれるよう総括する。
- (2) 医師：常勤1名、管理者と兼務
- (3) 職務内容：訪問診療等による療養管理指導及び居宅介護支援事業者等への情報提供
- (4) 事務職員：若干名

(営業日及び営業時間)

第6条 営業日及び営業時間は、下記の通りとする。

__曜日～__曜日の午前__時__分～__時__分（__曜日を除く）

__曜日～__曜日の午後__時__分～__時__分（__曜日を除く）

(1) 上記の曜日が国民の祝日、12月__日～1月__日の場合は休診とする

(2) 上記の曜日、時間で臨時休診する場合は、その都度掲示する

(3) 上記の営業日、営業時間の他、電話等により常時連絡が可能な体制とし、緊急時等の往診についてはその都度対応できる体制とする

（利用料等）

第7条 指導を実施した利用者については、介護保険報酬に応じた利用者負担金を徴収する。なお、法定代理受領分以外の場合は介護保険報酬額の相当額を徴収する。

2. 指導に係る交通費については、以下のとおりの取扱とする。なお、同時に実施した医療保険の訪問診療等により利用者から交通費を徴収する場合もこの取扱いとするが、併せて徴収せず、いずれか一方により徴収する。

本院を拠点として1kmにつき__円

生活保護世帯については各市町村が定める生活保護の交通費の取扱いにより適用し、上記の取扱いは行わない。

（苦情処理）

第8条 指導等にかかる苦情が生じた場合は、迅速かつ適切に対応するよう必要な措置を講ずる。また、必要に応じて市町村や国保連合会の窓口を紹介する。苦情対応責任者は院長とする。

（その他運営に関する重要事項）

第9条 医療機関の医師及びその他の職員は社会的使命を充分認識し、利用者の意向を踏まえ、居宅介護支援事業所、他のサービス事業所及び施設、市町村職員等と連携を密にし、利用者に必要な援助を行う。

2. 医療機関の職員は業務上知り得た利用者または家族の秘密を保持する。

3. 職員であった者に、業務上知り得た利用者または家族の秘密を保持させるために、職員でなくなった後においても、これらの秘密を保持すべき旨を、職員との雇用契約の内容とする。

4. 指導を求められた場合、止むを得ない事情により指導の実施が困難な場合は、連携医療機関を紹介する等必要な対応を行う。

5. 指導実施の際、万が一事故が生じた場合は、医師賠償責任保険等により対応し、賠償する。

6. その他、指導に当たっては「居宅サービスの人員・設備及び運営に関する基準」を遵守して取り扱う。

7. この規程に定める事項の他、運営に関する重要事項は__が別に定める。

（付則）この規程は、__年__月__日から施行する。

居宅療養管理指導・介護予防居宅療養管理指導 重要事項説明書のモデル

居宅療養管理指導・介護予防居宅療養管理指導 重要事項説明書

1. 本院は京都府知事の指定を受けた居宅療養管理指導・介護予防居宅療養管理指導事業所（事業所番号261_____）です。
居宅療養管理指導・介護予防居宅療養管理指導を行う医師は、下記のもので。

2. 要支援、要介護の認定を受けられた方に対して、往診または訪問診療による計画的かつ継続的な学的管理に基づき、医師が利用者のケアマネジャーやサービス事業所への情報提供、並びに利用者及び家族への医学的観点からの指導助言を行います。
3. 居宅療養管理指導・介護予防居宅療養管理指導を行う曜日、時間は原則として下記の通りです。
____曜日～____曜日の____時____分～____時____分
____曜日～____曜日の____時____分～____時____分
①ただし、上記の曜日が国民の祝日、及び8月____日～____日、12月____日～1月____日の場合は休診とさせていただきます。
②上記の曜日、時間で臨時休診する場合はその都度院内に掲示いたします。
4. 居宅療養管理指導・介護予防居宅療養管理指導を行った場合、薬料や注射料、処置料、診察料、訪問診療料といった医療保険にかかる費用とは別に、1回につき、医療保険で在宅時医学総合管理料を算定している場合は_____円、していない場合は_____円（ただしいずれも1月に2回を上限とする）を徴収させていただきます。なお、生活保護等公費受給者証をお持ちの方は公費制度により負担金が補助されることもあります。
5. 交通費については、以下の取扱いで徴収させていただきます。
本院を拠点として1kmにつき_____円
生活保護世帯の方については、各市町村により交通費を補助する制度もありますのでご遠慮なくお申し出下さい。
6. 介護サービス等全般にかかるご質問やご要望、苦情等ございましたら、受付までお申し出下さい。苦情対応責任者は院長です。また、苦情内容によっては市町村窓口（Tel_____）または国保連合会（Tel.075-354-9050）をご紹介する等対応させていただきます。
7. 医師には利用者の守秘義務があり、個人情報外部に漏らしません。ただし、居宅療養管理指導は利用者が介護保険サービスを安心して受けていただくために、サービス担当者会議等において、ケアマネジャーや他のサービス事業者の担当者に必要な情報を提供します。介護保険の居宅サービスを受けておられない場合は、この限りではありません。
8. 指導に際し万が一事故等が起こった場合は、適切に対応いたします。

◆居宅療養管理指導の提供開始に当たり、利用者に対して上記の重要事項を説明しました。

事業所名 _____
所在地 _____
代表者 _____ 印
説明者 _____ 印

◆私は、事業者から居宅療養管理指導についての重要事項の説明を受け、サービスを受けること並びにその利用料を支払うことに同意します。また、サービス担当者会議等において私並びに家族の個人情報をを用いることに同意します。 年 月 日

利用者 _____ 印 代理人 _____ 印
家族 _____

これだけは知っておきたい
主治医（かかりつけ医）意見書記載マニュアル

2010年（平成22年）1月 初版 発行	2017年（平成29年）3月 第9刷発行
2011年（平成23年）1月 第2刷発行	2018年（平成30年）8月 第10刷発行
2011年（平成23年）3月 第3刷発行	2019年（令和元年）8月 第11刷発行
2014年（平成26年）3月 第4刷発行	2020年（令和2年）11月 第12刷発行
2014年（平成26年）9月 第5刷発行	2021年（令和3年）12月 第13刷発行
2015年（平成27年）1月 第6刷発行	2022年（令和4年）12月 第14刷発行
2015年（平成27年）3月 第7刷発行	2024年（令和6年）2月 第15刷発行
2016年（平成28年）3月 第8刷発行	2025年（令和7年）2月 第16刷発行

発行 一般社団法人 京都府医師会

〒604-8585

京都市中京区西ノ京東梅尾町6 京都府医師会館

TEL 075-354-6101（代表）・FAX 075-354-6074

担当：介護保険課

（ダイヤルイン 075-354-6107・FAX075-354-6097）