

主治医意見書記入の手引き

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「身体上又は精神上的の障害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（以下「意見書」という。）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で一律のものを使用していただきます。

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意見書の役割は極めて大きいものです。

なお、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、平易にわかりやすく記入してください。

2. 意見書の具体的な利用方法

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、障害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及び精神上的の障害が政令で定められた15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、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、申請者の障害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

介護認定審査会では心身の状況に関する85項目の調査項目に基づく一次判定結果を原案として審査判定を行います。審査判定にあたっては、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、意見書の記入にあたっては、介護の手間の程度や状況等について具体的な状況を挙げて記入されるようお願いいたします。

(3) 認定調査による調査結果の確認・修正

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、訪問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。

(4) 介護サービス計画作成時の利用

介護サービス計画の作成に際し、介護サービスを提供するにあたっての医学的観点からの意見や留意点等についての情報を、申請者等の同意を得てサービス提供者に提供することになります。

従って、介護サービス計画作成上有用となる留意点を具体的に記入してください。

記入に際しての留意事項

1. 記入者

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

意見書への記入は、黒のインク、またはボールペンを使用してください。なお、ワードプロセッサ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 印をつけてください。

記入マニュアル

0. 基本情報

「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 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。

申請者の同意が得られた上で、主治医として意見書が介護サービス計画作成の際に利用されることについて同意する場合は「 同意する」に、同意しない場合には「 同意しない」に 印をつけてください。

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意見書は提示されます。

なお、申請者本人の同意を得た上で意見書をサービス担当者会議の参加者に示すことにより、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、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✓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、ご存じの限りで結構ですので該当するに✓印をつけてください。有の場合は、該当する診療科名のに✓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) 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。

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障害等の直接の原因となっている特定疾病名を「1.」に記入してください。

また、例えば脳血管障害と大腿骨頸部骨折等の併発等複数の疾病がある場合もまれではないですが、生活に支障を来している状態を主に引き起こしていると考えられる傷病を優先して記入してください。

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. その他特記すべき事項」の欄に記入してください。

特定疾病の診断については、別添3の「特定疾病にかかる診断基準」及び以下に示す「特定疾病の症候・所見のポイント」を参考とし、診断上の主な所見については「(4) 障害の直接の原因となっている傷病の経過及び投薬内容を含む治療内容」に記入してください。

特定疾病の症候・所見のポイント

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

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

(2) 症状としての安定性

上記(1)で記入した「障害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 ✓印をつけてください。

特に痴呆性疾患の場合には、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。

(3) 介護の必要の程度に関する予後の見通し

現状から考えられる介護の必要の程度に関する予後の見通しについて、概ね3ヶ月から6ヶ月を目途に、該当する に ✓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、介護をどの程度必要とするかという観点であることに留意してください。

(4) 障害の直接の原因となっている傷病の経過及び投薬内容を含む治療内容

上記「(1) 1. 診断名」に記入した障害の直接の原因となっている傷病名の経過及び投薬内容を含む治療内容について要点を簡潔に記入してください。

投薬内容については、障害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が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

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 ✓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。

この項目は、訪問調査においても、調査員によってチェックの対象となるものですが、訪問調査員は必ずしも医療の専門家ではないことから、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。

3. 心身の状態に関する意見

(1) 日常生活の自立度について

現状から考えられる 障害老人の日常生活自立度および痴呆性老人の日常生活自立度 について、以下の判定基準を参考にして、該当する に ✓印をつけてください。

遷延性の意識障害等で、痴呆性老人の日常生活自立度が判断不能である場合は、

Mに✓印をつけ、「1.(4) 障害の直接の原因となっている傷病の経過」の欄に具体的な内容を記入して下さい。

障害老人の日常生活自立度(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. 自力では寝返りもつけない

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

痴呆性老人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
	何らかの痴呆を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。		在宅生活の基本であり、一人暮らしも可能である。相談、指導等を実施することにより、症状の改善や進行の阻止を図る。 具体的なサービスの例としては、家族等への指導を含む訪問指導や健康相談がある。また、本人の友人づくり、生きがいづくり等心身の活動の機会づくりにも留意する。
	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。		在宅生活の基本であるが、一人暮らしは困難な場合もあるので、訪問指導を実施したり、日中の在宅サービスを利用することにより、在宅生活の支援と症状の改善及び進行の阻止を図る。 具体的なサービスの例としては、訪問指導による療養方法等の指導、訪問リハビリテーション、デイケア等を利用したりリハビリテーション、毎日通所型をはじめとしたデイサービスや日常生活支援のためのホームヘルプサービス等がある。
a	家庭外で上記の状態がみられる。	たびたび道に迷うとか、買物や事務、金銭管理等それまでできたことにミスが目立つ等	
b	家庭内でも上記の状態がみられる。	服薬管理ができない、電話の対応や訪問者との対応等一人で留守番ができない等	
	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より重度となり、介護が必要となる状態である。「ときどき」とはどのくらいの頻度を指すかについては、症状・行動の種類等により異なるので一概には決められないが、一時も目を離せない状態ではない。 在宅生活の基本であるが、一人暮らしは困難であるので、訪問指導や、夜間の利用も含めた在宅サービスを利用しこれらのサービスを組み合わせることによる在宅での対応を図る。 具体的なサービスの例としては、訪問指導、訪問看護、訪問リハビリテーション、ホームヘルプサービス、デイケア・デイサービス、症状・行動が出現する時間帯を考慮したナイトケア等を含むショートステイ等の在宅サービスがあり、これらを組み合わせる。
a	日中を中心として上記の状態が見られる。	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	
b	夜間を中心として上記の状態が見られる。	ランク aに同じ	
	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。		常に目を離すことができない状態である。症状・行動はランクと同じであるが、頻度の違いにより区分される。 家族の介護力等の在宅基盤の強弱により在宅サービスを利用しながら在宅生活を続けるか、または特別養護老人ホーム・老人保健施設等の施設サービスを利用するかを選択する。施設サービスを選択する場合には、施設の特徴を踏まえた選択を行う。
M	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等	ランク ~ と判定されていた高齢者が、精神病院や痴呆専門棟を有する老人保健施設等での治療が必要となったり、重篤な身体疾患が見られ老人病院等での治療が必要となった状態である。専門医療機関を受診するよう勧める必要がある。

(平成5年10月26日 老健第135号 厚生省老人保健福祉局長通知)

(2) 理解及び記憶

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否かを評価します。

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✓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✓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✓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さしつかえありません。

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。

食事

日常生活動作のうち食事について、どの程度、どのように自分で行っているかを評価します。以下の各選択項目の状態例にあてはめ、該当するに✓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。

(3) 問題行動の有無

申請者に認められる問題行動の有無について、該当する に ✓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 ✓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 ✓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。

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。意識障害を伴っている時に出現することが多い。 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。幻覚の中では一番多い。
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(錯覚は訂正可能)主観的確信をもって信じていること。
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。痴呆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) 精神・神経症状の有無

痴呆以外の精神・神経症状があれば、「有」に ✓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 ✓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、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、老人性痴呆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。視覚失認および視空間失認、聴覚失認、触覚失認、身体失認等に大別される。
失行	随意的、合目的、象徴的な熟練を要する運動行為を行うことができない状態で、麻痺、運動失調等の要素的運動障害、また失語、失認、精神症状等で説明できないもの。局在性の脳病変で起こる後天性の行為障害。

(5) 身体の状態

利き腕

利き腕について、該当する方の に 印をつけてください。

体重・身長

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。

麻痺・褥瘡等

麻痺・褥瘡等の状態について、該当するものがあれば に 印をつけてください。部位は具体的に記入してください。程度については、麻痺・褥瘡等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 印をつけてください。また、それぞれの項目に対応する凡例を用いて、右側にある身体図の該当箇所に、斜線、塗りつぶし等、分かりやすく具体的にご記入ください。

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。
褥瘡	廃用症候群の代表的な症状。持続的圧迫およびずれ応力による局所の循環障害によって生じる阻血性壊死。
その他皮膚疾患	褥瘡以外で身体介助、入浴等に支障のある皮膚疾患がある状態。
関節の拘縮	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。
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。

4. 介護に関する意見

(1) 現在、発生の可能性が高い病態とその対処方針

常日頃の申請者の状態を勘案して、発生する可能性が高い病態があれば、該当する に 印をつけてください。また、具体的な病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。

(2) 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 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、必要に応じて該当する に ✓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。

訪問診療	通院することができない患者に対して、医師等が計画的に訪問して行う診療等。
訪問看護	保健婦（士）、看護婦（士）、准看護婦（士）が訪問して看護を行うことをいう。訪問看護ステーション及び医療機関からの訪問看護等。 なお、市町村の保健婦等が市町村の老人保健事業の訪問指導として訪問して指導する行為は含まない。
訪問リハビリテーション	病院、診療所及び訪問看護ステーションの理学療法士等が訪問して行うリハビリテーションをいう。なお、市町村の理学療法士、作業療法士あるいは言語療法士等が市町村の老人保健事業の訪問指導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（医院）、老人保健施設が提供するデイケアをいう。通所リハビリテーションについては、ナイトケアも含むものとする。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で老人保健法上の機能訓練を受けた場合はこれに含めない。
短期入所療養介護	介護老人保健施設、療養型病床群等に短期間入所させ、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、保健婦（士）、看護婦（士）または准看護婦（士）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を指導を行うものをいう。
その他	上記以外の医学的管理をいう。市町村の老人保健事業としての訪問指導、機能訓練、保健所が実施する保健指導、入院、短期入所（老人保健施設・診療所）等が必要とされる場合にその種類とともに記入する。

（３）介護サービス(入浴サービス、訪問介護等)における医学的観点からの留意事項

申請者が介護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、「あり」に ✓印をつけ、() 内に具体的な留意事項を記載してください。

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。

血圧について

「あり」とする場合、介護をする上で不安感を助長させないように、具体的な注意点と共にどの程度の運動負荷等なら可能なのかという点についても記入してください。

嚥下について

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、介護サービス上の留意事項があれば、具体的な留意事項を記載してください。

摂食について

摂食について、介護サービス上の留意事項があれば、具体的な留意事項を記載してください。

移動について

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、介護サービス上の留意事項があれば、具体的な留意事項を記載してください。

（４）感染症の有無

感染症の有無について、該当する に ✓印をつけてください。有の場合には、具体的な症名・症状等を（ ）内に記入してください。

5．その他特記すべき事項

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サービスを受ける上で、重要と考えられる事項があれば、要点を記入してください。特に、他の項目で記入しきれなかったことや選択式では表現できないことを簡潔に記入してください。

また、専門医に意見を求めた場合にはその結果、内容を簡潔に記入してください。情報提供書や身体障害者申請診断書等の写しを添付していただいても構いません。なお、その場合は情報提供者の了解をとるようにしてください。

介護保険制度における要介護認定のしくみ

1 要介護認定とは

介護保険制度では、寝たきりや痴呆等で常時介護を必要とする状態（要介護状態）になった場合や、家事や身支度等の日常生活に支援が必要になった状態（要支援状態）になった場合に、介護サービスを受けることができる。

この要介護状態や要支援状態にあるかどうか、要介護状態にあるとすればどの程度かの判定を行うのが要介護認定であり、保険者である市町村に設置される介護認定審査会で判定される。

要介護認定は介護サービスの給付額に結びつくことから、その基準については全国一律に客観的に定める。

2 要介護認定の流れ

介護認定審査会は、保健・医療・福祉の学識経験者より構成され、高齢者の心身の状況調査に基づくコンピュータ判定の結果（一次判定）と主治医の意見書等に基づき審査判定を行う。

