



福高第 7 号
平成18年4月6日

沖縄県医師会長 殿

沖縄県福祉保健部
高齢者福祉介護課長 城間



要介護認定における「認定調査票記入の手引き」、「主治医意見書記入の手引き」及び「特定疾病にかかる診断基準」について

貴職には、日頃から介護保険事業の円滑な実施に御尽力を賜り感謝申し上げます。
標記の件につきまして、平成18年3月31日付け老老発第0331001号厚生労働省老健局老人保健課長より、別添のとおり通知がありますので送付いたします。

県では、本通知の内容をPDFで高齢者福祉介護課ホームページ (<http://www3.pref.okinawa.jp/site/view/cateview.jsp?cateid=81>) に掲載いたしますので、貴職におかれましては、本通知の趣旨を御理解いただき、会員各位に対し周知を図っていただきますよう、御協力をお願いいたします。

特に、「特定疾病にかかる診断基準」においては、特定疾病に末期のがんが追加されたこと、シャイ・ドレガー症候群を多系統萎縮症に改めるなどの改正がなされておりますので、周知に御配慮いただきますようお願いいたします。

<連絡先>

沖縄県福祉保健部高齢者福祉介護課
介護企画班 真栄城

TEL：098-866-2214

FAX：098-862-6325

E-mail：meshromt@pref.okinawa.jp



老老発第0331001号
平成18年3月31日

各 都道府県
指定都市 介護保険主管部（局）長 殿

厚生労働省老健局老人保健課長



要介護認定における「認定調査票記入の手引き」、「主治医意見書記入の手引き」及び「特定疾病にかかる診断基準」について

要介護認定の具体的な運用方法については、別途「要介護認定等の実施について」（平成18年3月17日老発第0317001号厚生労働省老健局長通知）において通知したところであるが、今般別添のとおり、「認定調査票記入の手引き」（別添1）、「主治医意見書記入の手引き」（別添2）及び「特定疾病にかかる診断基準」（別添3）を定め、平成18年4月1日より適用することとしたので通知する。

また、本通知の施行に伴い、「要介護認定における「認定調査票記入の手引き」、「主治医意見書記入の手引き」及び「特定疾病にかかる診断基準」について」（平成15年3月24日老老発第0324001号厚生省老健局老人保健課長通知）は廃止する。



認定調査票記入の手引き

I 認定調査票の概要

- 1 認定調査票の構成
- 2 認定調査票（概況調査）の構成
- 3 認定調査票（基本調査）の構成
- 4 認定調査票（特記事項）の構成

II 調査方法全般についての留意点

- 1 調査員による認定調査について
- 2 調査方法について
- 3 記入上の留意点について

III 認定調査票の記入方法

- 1 認定調査票（概況調査）の記入要綱
- 2 認定調査票（基本調査）の記入要綱
- 3 認定調査票（特記事項）の記入要綱

I 認定調査票の概要

1 認定調査票の構成

認定調査票は、以下の三点から構成されている。

- ・ 認定調査票（概況調査）
- ・ 認定調査票（基本調査）
- ・ 認定調査票（特記事項）

2 認定調査票（概況調査）の構成

認定調査票（概況調査）は、以下の項目から構成されている。

- I 調査実施者（記入者）
- II 調査対象者
- III 現在受けているサービスの状況（在宅利用・施設利用）
- IV 置かれている環境等（調査対象者の主訴、家族状況、住宅環境等）

3 認定調査票（基本調査）の構成

認定調査票（基本調査）は、以下の九群から構成されている。

- 1) 麻痺・拘縮に関連する項目
 - 「1-1 麻痺等の有無」「1-2 関節の動く範囲の制限の有無」
- 2) 移動等に関連する項目
 - 「2-1 寝返り」「2-2 起き上がり」「2-3 座位保持」「2-4 両足での立位保持」「2-5 歩行」「2-6 移乗」「2-7 移動」
- 3) 複雑な動作等に関連する項目
 - 「3-1 立ち上がり」「3-2 片足での立位保持」「3-3 洗身」
- 4) 特別な介護等に関連する項目
 - 「4-1 じょくそう（床ずれ）等の有無」「4-2 えん下」「4-3 食事摂取」「4-4 飲水」「4-5 排尿」「4-6 排便」
- 5) 身の回りの世話等に関連する項目
 - 「5-1 清潔」「5-2 衣服着脱」「5-3 薬の内服」「5-4 金銭の管理」「5-5 電話の利用」「5-6 日常の意思決定」
- 6) コミュニケーション等に関連する項目
 - 「6-1 視力」「6-2 聴力」「6-3 意思の伝達」「6-4 介護者の指示への反応」「6-5 記憶・理解」

- 7) 問題行動に関連する項目
「7 問題行動」
- 8) 特別な医療に関連する項目
- 9) 日常生活自立度に関連する項目
- 10) 廃用の程度に関する項目

4 認定調査票（特記事項）の構成

各々の項目についての特記事項は、上記の分類により1～8の各記載欄に記載する。この際、基本調査番号をあわせて（ ）内に記載する。

II 調査方法全般についての留意点

1 認定調査員による認定調査について

1) 認定調査員について

原則的には、一名の調査対象者につき、一名の認定調査員が一回で認定調査を終了することとするが、一回目の認定調査の際に、調査対象者が急病等によってその状況が一過的に変化している場合等で、適切な認定調査が行えないと判断した時には、その場では認定調査は行わず、状況が安定した後に再度調査日を設定し認定調査を行う。また、一回目の認定調査の際に、異なる認定調査員による再調査が不可欠と判断した時に限り、二回目の認定調査を行う。

なお、認定調査を二回行った場合でも認定調査票は一式のみとし、主に調査を行った者を筆頭として調査実施者欄に記載する。

2) 認定調査の日時の調整について

認定調査員は、あらかじめ調査対象者や介護者等と調査実施日時を調整した上で認定調査を実施する。施設入所者の場合は、当該施設との連携に努める。

なお、認定調査の実施場所については、原則として日頃の状況を把握できる場所が望ましい。

2 調査方法について

1) 聞き取り調査による判断について

基本的には、調査当日の状況と調査対象者及び介護者等から聞き取りした日頃の状況を総合的に勘案して判断することとする。介護者等がいる在宅の調査対象者については介護者等が不在の日は避けるようにする。独居等で介護者等がない調査対象者については、可能な限り調査対象者から聞き取りを行うよう努める。

調査対象者が独居等の理由により、必要な介護を受けていないと考えられる場合は、当該介護を受けている状況として判断し、判断根拠を特記事項に記載する。

調査対象者と意思疎通が困難な場合は、調査対象者の心身の状況を介護者等からの聞き取りにより総合的に勘案して判断する。

判断に迷う場合で危険がないと考えられれば、実際に行ってもらっても差し支えないが、行為を再現するのに危険を伴うと考えられる場合は、

決して無理に試みるようなことはしない。

調査時の環境が日頃の環境と異なったり、調査対象者が見かけ上日頃の状況と異なっていると考えられる場合は、日頃の状況に基づいて判断する。

日内変動や季節変動、気候の変化等により状況に変化がある場合やできたりできなかつたりする場合は、より頻回な状況に基づいて判断する。認定調査票（基本調査）記入要綱における各項目の「調査上の留意点」「選択肢の判断基準」欄を参照されたい。

また、認定調査にあたっては会話だけではなく、手話や筆談を用いたり必要に応じ直接触れる等によってもよい。この際に、調査対象者や介護者等に不愉快な思いを抱かせないように留意するとともに、調査対象者等のプライバシーの保護についても留意が必要である。

2) 日常的に器具・器械（自助具・補装具等）を使用している場合の判断について

日常的に器具・器械を使用している場合は、使用した状況で判断する。

3 記入上の留意点について

1) 自己の判断に十分自信が持てない場合、調査対象者や介護者等から聞き取った内容と認定調査員の判断が異なる場合又は認定調査員が必要と判断する場合は、具体的な状況（回数や頻度など）を「特記事項」に簡潔かつ明確に記載する。

なお、Ⅲ-2に基づいて判断を行った場合について明確に判断を行った場合については、特段の記載を要しない。

2) 市町村は、調査結果と主治医意見書が一致しない場合は、認定調査員や主治医からの聞き取りによりコンピュータに入力すべき調査の結果を確定させることが必要である。

Ⅲ 認定調査票の記入方法

1 認定調査票（概況調査）の記入要綱

1) 記入方法

(1) 記入者

調査票右上部の保険者番号、被保険者番号については介護認定審査会事務局があらかじめ記入し、その他の内容は当該調査対象者に認定調査を行う認定調査員が記入する。

(2) 記入方法

認定調査票（概況調査）への記入は、原則としてインク又はボールペンを使用する。パーソナルコンピュータ、ゴム印等を使用することは差し支えない。

文字の修正、削除等の際には、修正液等を使用せず、必要な部分に線を引き、修正又は削除を行う。

2) 事務局による事前の記入事項

(1) 保険者番号

当該市町村の保険者番号を記入する。

(2) 被保険者番号

当該申請者の被保険者番号を記入する。

3) 認定調査員による記入事項

(1) 認定調査員（記入者）（Ⅰ）

実施日時、認定調査員氏名、所属機関等を記入する。認定調査の実施場所については、自宅内又は自宅外に○印をつけ、自宅外に○印をつけた場合は、場所名を記入する。

(2) 調査対象者（Ⅱ）

・過去の認定

該当するものに○印をつけ、二回目以降の認定申請である場合には、前回認定年月日を記入する。

・前回認定結果

二回目以降の認定申請である場合に、前回認定結果について該当するものに○印をつけ、要介護の場合には要介護状態区分についてあてはまる数字1～5を（ ）内に記入する。

・調査対象者氏名

調査対象者の氏名を記入し、ふりがなをふる。

・性別

該当するものに○印をつける。

・生年月日

該当する元号に○印をつけ、生年月日及び年齢を記入する。

・現住所

居住地（自宅）の住所を記入する。なお、病院・施設等の入院・入所者は、病院・施設等の住所と電話番号を記入する。

・家族等連絡先

連絡先には、緊急時の連絡先となる家族等の氏名、調査対象者との関係、住所及び電話番号を記入する。

4) 現在受けているサービスの状況について(Ⅲ)

(1) 在宅利用の場合

在宅サービスを利用している場合は、該当する事項の口欄にV印をつけ、サービス利用状況を記入する。「市町村特別給付」又は「介護保険給付以外の在宅サービス」を利用している場合についてはその名称を[]内に記入する。

サービス利用状況は、「住宅改修」については過去の実施の有無、「(介護予防)福祉用具貸与」については調査日時点における利用品目数を、「特定(介護予防)福祉用具販売」については過去六月に購入した品目数を、それ以外のサービスについては、当該月のサービス利用の回数を記入する。

なお、当該月の利用状況が通常の場合と異なる場合は、認定調査を行った日の直近の月のサービス利用状況を記入する。

(2) 施設利用の場合

施設・病院に入所(院)している場合は、該当する施設の口欄にV印をつけ、施設(病院)名、住所及び電話番号を記入する。

5) 置かれている環境等(Ⅳ)

調査対象者の主訴、家族状況、調査対象者の居住環境(外出が困難になるなどの日常生活に支障となるような環境の有無)、日常的に使用する機器・器械の有無等について特記すべき事項を記入する。

Ⅲ 認定調査票の記入方法

2 認定調査票(基本調査)の記入要綱

1-1 麻痺等の有無（複数回答可）

- | | | | |
|--------|--------|--------|--------|
| 1. ない | 2. 左上肢 | 3. 右上肢 | 4. 左下肢 |
| 5. 右下肢 | 6. その他 | | |

項目の定義

麻痺等によって、調査対象者の日頃の生活状況からみて日常生活に支障がある場合に、その身体部位を確認する項目である。

ここでいう麻痺等とは、神経又は筋肉組織の損傷、疾病等により、筋肉の随意的な運動機能が低下又は消失した状況をいい、冷感等の感覚障害は含まない。具体的には、調査対象者が可能な限り努力をして動かそうとしても動かない、あるいは、動きがあっても日常生活に支障がある場合をいう。

調査上の留意点

傷病名、疾病の程度にかかわらず、日常生活に明らかな支障のある筋力低下がある場合を麻痺等とする。日常生活に支障がない場合は該当しない。

パーキンソン病等による筋肉の不随意的な動きによって随意的な運動機能が低下している場合等も含まれる。

痛み等のために動かせない、あるいは、関節に拘縮があるために動かない場合は、「1-2 関節が動く範囲の制限の有無」において評価する。

あくまでも、日常生活に影響があるかどうかの観点からのみ判断するものであり、日常生活への支障の有無に関わらず判断する「主治医意見書」の麻痺に関する同様の項目とは、判断の基準が異なる。

選択肢の判断基準

「1. ない」

麻痺等がない場合は、必ず「1. ない」とする。

「2. 左上肢」「3. 右上肢」「4. 左下肢」「5. 右下肢」「6. その他」

複数の部位に麻痺等がある場合（片麻痺、対麻痺、三肢麻痺、四肢麻痺等）は「2. 左上肢」「3. 右上肢」「4. 左下肢」「5. 右下肢」「6. その他」のうち、複数を選択する。

「6. その他」

手指や足趾のみの麻痺により日常生活に支障がある場合、四肢の欠損がある場合等は「6. その他」を選択する。「6. その他」を選択した場合は、必ず部位や状況等について具体的に「特記事項」に記載する。

1-2 関節の動く範囲の制限の有無（複数回答可）

- | | | | | |
|--------|--------|--------|--------|--------|
| 1. ない | 2. 肩関節 | 3. 肘関節 | 4. 股関節 | 5. 膝関節 |
| 6. 足関節 | 7. その他 | | | |

項目の定義

四肢の関節の動く範囲の制限（可動域制限）によって、調査対象者の日頃の生活状況からみて日常生活に支障がある場合に、その身体部位を確認する項目である。

ここでいう関節の動く範囲の制限とは、具体的には、調査対象者が可能な限り力を抜いた状態で他動的に関節を動かした時に、関節の動く範囲が著しく狭くなっている状況をいう。

調査上の留意点

傷病名、疾病の程度、関節の左右や関節の動く範囲の制限の程度、調査対象者の意欲等にかかわらず、日常生活に支障があるかどうかで判断する。疼痛のために関節の動く範囲に制限がある場合も含まれる。

動く範囲に制限があっても、器具・器械を使用することによって日常生活に支障がない場合は該当しない。

肩関節が動かせないために、衣服等の着脱に支障がある、あるいは、股関節が動かせないためにおむつや下着の着脱に支障がある場合も、関節の動く範囲の制限に含まれる。

筋力低下については、「1-1 麻痺の有無」において評価する。

あくまでも、日常生活に影響があるかどうかの観点からのみ判断するものであり、「主治医意見書」の同様の項目とは、判断の基準が異なる。

選択肢の判断基準

「1. ない」

関節の動く範囲の制限がない場合は、必ず「1. ない」とする。

「2. 肩関節」「3. 肘関節」「4. 股関節」「5. 膝関節」「6. 足関節」「7. その他」

複数の部位に関節の動く範囲の制限がある場合は「2. 肩関節」「3. 肘関節」「4. 股関節」「5. 膝関節」「6. 足関節」「7. その他」のうち、複数を選択する。

「7. その他」

手指関節等の動く範囲に制限があるために、日常生活に支障がある場合や、四肢の欠損等がある場合等は「7. その他」を選択する。「7. その他」を選択した場合は、必ず部位や状況等について要点を具体的に「特記事項」に記載する。

2-1 寝返り

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

項目の定義

寝返りが自分でできるかどうか、あるいはベッド柵、サイドレールなど何かにつかまればできるかどうかを評価する項目である。ここでいう寝返りとは、きちんと横向きにならなくても、横たわったまま左右のどちらかに向きを変える行為をいう。

調査上の留意点

身体の上にふとん等をかけない時の状況で判断する。調査時の環境が日頃の環境と異なったり、調査対象者が緊張したために、見かけ上日頃の状況と異なっていると考えられる場合は、日頃の状況に基づいて判断する。見守り等が必要であれば、「特記事項」に記載する。

選択肢の判断基準

「1. つかまらないでできる」

何にもつかまらないで、寝返り（片側だけでもよい）が一人でできる場合をいう。

「2. 何かにつかまればできる」

ベッド柵、ひも、バー、サイドレール等、何かにつかまれば一人で寝返りができる場合をいう。

「3. できない」

介助なしでは、一人で寝返りをできない等、寝返りに何らかの介助が必要な場合をいう。

2-2 起き上がり

1. つかまらないでできる 2. 何かにつかまればできる 3. できない

項目の定義

起き上がりが自分でできるかどうか、あるいはベッド柵、サイドレールなど何かにつかまればできるかどうかを評価する項目である。ここでいう起き上がりとは、立ち上がりとは異なり、寝た状態から上半身を起こす行為をいう。

調査上の留意点

身体の上にふとん等をかけない時の状況で判断する。
見守り等が必要であれば、「特記事項」に記載する。

選択肢の判断基準

「1. つかまらないでできる」

何にもつかまらないで一人で起き上がることができる場合をいう。習慣的にベッド上に軽く手や肘をつきながら起き上がる場合も含まれる。

「2. 何かにつかまればできる」

ベッド柵、ひも、バー、サイドレール等につかまれば起き上がることが可能な場合をいう。

「3. できない」

介助なしでは一人で起き上がることができない等、起き上がりに何らかの介助が必要な場合をいう。途中まで自分でできて最後の部分で介助が必要である場合も含まれる。

「4. できない」

背もたれを用いても座位が保持できない場合をいう。

2-3 座位保持

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

項目の定義

寝た状態から座位に至るまでに介助が必要かどうかにかかわらず、上半身を起こして座位の状態を保持できるかどうかを評価する項目である。尖足・亀背等の身体の状態にかかわらず、座位がとれるかについて評価する。

調査上の留意点

座位を保持するために、支え（いす・車いす等の背もたれ、ベッドやギャッチベッドのヘッドボード、介護者の手による支持等）が必要かどうかについて判断する。

下肢の欠損等により床に足をつけることが不可能な場合であっても座位保持ができる場合には、「1. できる」と判断する。

下肢が欠損しているが日頃から補装具を装着しており、できる場合は「1. できる」と判断する。

見守り等が必要であれば、「特記事項」に記載する。

選択肢の判断基準

「1. できる」

背もたれや介護者の手による支えがなくても、座位の保持が一人でできる場合をいう。

「2. 自分の手で支えればできる」

背もたれは必要ないが、自分の手で支える必要がある場合をいう。

「3. 支えてもらえればできる」

背もたれがないと座位が保持できない、あるいは、介護者の手で支えていないと座位が保持できない場合をいう。

2-4 両足での立位保持

1. 支えなしでできる 2. 何か支えがあればできる 3. できない

項目の定義

立ち上がるまでに介助が必要か否かにかかわらず、平らな床の上で、立位を保持できる（平衡を保てる）かを評価する項目である。

調査上の留意点

義足や補装具等を装着している場合は、その状況に基づいて判断する。見守り等が必要であれば、「特記事項」に記載する。

選択肢の判断基準

「1. 支えなしでできる」

何にもつかまらないうで立っていることができる場合をいう。

「2. 何か支えがあればできる」

壁、手すり、いすの背、杖等、何かにつかまると立位保持が可能な場合をいう。

「3. できない」

自分ではものにつかまっても立位を保持できないが、介護者の手で常に身体を支えれば立位保持できる、あるいは、どのような状況であってもまったく立位保持ができない場合をいう。寝たきりで明らかに立位をとれない場合も含まれる。

2-5 歩行

1. つかまらないでできる 2. 何かにつかまればできる 3. できない

項目の定義

自分で歩けるか、何か支えが必要かどうかを評価する項目である。
ここでいう歩行とは、立った状態から歩くこと（歩幅や速度は問わない。）
をいい、方向感覚や合目的な歩行と関連しない。

調査上の留意点

屋内と屋外等にかかわらない。
普段行っていない場合でも、調査時の試行の結果、安定してその行為が行えると判断されれば、「1. つかまらないでできる」と判断して差し支えない。
日頃から義足や装具等を装着している場合は、装着時の状況に基づいて判断し、見守り等が必要であれば、「特記事項」に記載する。
使用している歩行補助具等を「特記事項」に記載する。

選択肢の判断基準

「1. つかまらないでできる」

支えや日常的に使用する器具・器械なしに自分で歩ける場合をいう。
歩行障害がない徘徊や視覚障害者のつたい歩きも含まれる。

「2. 何かにつかまればできる」

杖や歩行器等を使用すれば歩ける、壁で手を支えながら歩ける場合等をいう。

「3. できない」

何かにつかまったり支えられても歩行が不可能であるため、車いすを使用しなければならない、どのような状況であっても歩行ができない場合をいう。寝たきり等で歩行することがない場合、あるいは、歩行可能であるが医療上の必要により歩行制限が行われている場合も含まれる。

2-6 移乗

1. 自立

2. 見守り等

3. 一部介助

4. 全介助

項目の定義

移乗にあたって、実際に見守りや介助が行われているかどうかを評価する項目である。

ここでいう移乗とは「ベッドから車いす（いす）へ」「車いすからいすへ」「ベッドからポータブルトイレへ」「車いす（いす）からポータブルトイレへ」「畳からポータブルトイレへ」等、乗り移ることをいう。

調査上の留意点

精神的な状況、調査対象者の意欲等の理由から移乗に見守りや介助が必要な場合でも、移乗の際に実際に見守りや介助が行われているかどうかに基づいて判断する。

在宅で畳中心の生活である等により、ベッド、いす、車いすを使用していない場合は、類似の行為で判断する。

義足や装具等を装着している場合は、装着時の状況に基づいて判断する。

選択肢の判断基準

「1. 自立」

介助、見守り等なしで移乗できる場合をいう。這って動いても、移乗が自分でできる場合も含まれる。

「2. 見守り等」

介助なしで移乗できるが、見守り等が行なわれているかどうかをいう。

「3. 一部介助」

自分ひとりでは移乗ができないために、介護者が手を添える、体を支えるなどの介助が行われている場合をいう。

「4. 全介助」

自分では移乗がまったくできないために、介護者が抱える、運ぶ等の介助が行われている場合をいう。

2-7 移動

1. 自立

2. 見守り等

3. 一部介助

4. 全介助

項目の定義

日常生活において、必要な場所への移動にあたって、実際に見守りや介助が行われているかどうかを評価する項目である。移動の手段は問わない。

調査上の留意点

精神的な状況、調査対象者の意欲等の理由から移動に見守りや介助が必要な場合でも、移動の際に実際に見守りや介助が行われているかどうかに基づいて判断する。

義足や装具等を装着している場合や、車いす・歩行器などを使用している場合は、その状況に基づいて判断する。車いす等を使用している場合は、車いす等に移乗したあとの移動について判断する。

場所、あるいは移動の目的である生活行為によって、状況が異なる場合は、その状況の特記事項に記載する。

車いす、歩行補助具、装具等を使用している場合、壁を支えにしている場合等は、その種類を「特記事項」に記載する

選択肢の判断基準

「1. 自立」

介助、見守り等なしで移動できる場合をいう。

「2. 見守り等」

介助なしで移動できるが、見守り等が行なわれているかどうかをいう。

「3. 一部介助」

自分ひとりでは移動ができないために、部分的に介助が行われている場合をいう。

「4. 全介助」

自分では移動がまったくできない場合をいう。

3-1 立ち上がり

1. つかまらないでできる 2. 何かにつかまればできる 3. できない

項目の定義

いすやベッド、車いす等に座っている状態から立ち上がる行為を行う際に（床からの立ち上がりは含まない）、ベッド柵や手すり、壁等につかまらないで立ち上がることができるかどうかを評価する項目である。

調査上の留意点

義足や装具等を装着している場合は、装着時の状況に基づいて判断する。見守り等が必要であれば、「特記事項」に記載する。

選択肢の判断基準

「1. つかまらないでできる」

いす、ベッド、車いす等に座っている状態から立ち上がる際に、ベッド柵、手すり、壁等何にもつかまらないで、立ち上がる行為ができる場合をいう。習慣的に手を軽くついて立ち上がる場合も含まれる。

「2. 何かにつかまればできる」

ベッド柵、手すり、壁等に、つかまれば立ち上がる行為ができる場合をいう。介護者の手で引き上げられる状況ではなく、支えがあれば基本的に自分で立ち上がることができる場合も含まれる。

「3. できない」

自分ではまったく立ち上がることができない場合をいう。体の一部を介護者が支える、介護者の手で引き上げるなど、介助がないとできない場合も含まれる。

3-2 片足での立位保持

1. 支えなしでできる 2. 何か支えがあればできる 3. できない

項目の定義

立ち上がるまでに介助が必要か否かにかかわらず、平らな床の上で、自分で左右いずれかの片足を上げた状態のまま立位を保持できる（平衡を保てる）かどうかを評価する項目である。

調査上の留意点

義足や補装具等を装着している場合は、その状況に基づいて判断する。下肢の欠損により行うことが不可能な場合は、「3. できない」とする。ただし、下肢が欠損しているが日頃から補装具を装着しているためにできる場合は「1. できる」と判断する。

左右の足で差がある場合でも、いずれかの側で立位保持ができるかどうかで判断する。

見守り等が必要であれば、「特記事項」に記載する。

選択肢の判断基準

「1. 支えなしでできる」

何もつかまらないうで、いずれか一側の片足で立っていることができる場合をいう。

「2. 何か支えがあればできる」

壁や手すり、いすの背など、何かにつかまるといづれか一側の片足で立っていることができる場合をいう。

「3. できない」

自分では片足が上げられない、自分の手で支えるのではなく、介護者によって支えられた状態でなければ片足を上げられない、あるいは、どのような状況であってもまったく片足で立っていることができない場合をいう。

3-3 洗身

1. 自立

2. 一部介助

3. 全介助

4. 行っていない

項目の定義

入浴時に自分で身体を洗うか、身体を洗うのに介助が行われているかどうかを評価する項目である。

ここでいう洗身とは、浴室内（洗い場や浴槽内）で、スポンジや手拭い等に石鹸やボディシャンプー等を付けて全身を洗うことをいい、洗髪行為は含まれない。

調査上の留意点

日によって入浴の方法・形態が異なる場合は、より頻度が多い状況に基づいて判断する。

入浴行為や清拭行為はこの項目には含まれない。また入浴環境は問わない。

能力があっても介助が行われている場合は、実際に行われている介助の程度に基づいて判断する。

選択肢の判断基準

「1. 自立」

一連の洗身（浴室内で、スポンジや手拭い等に石鹸やボディシャンプー等を付けて全身を洗うこと）のすべてを介助なしに自分で行っている場合をいう。

「2. 一部介助」

介護者が石鹸等を付けて、体の一部を洗う等の場合をいう。見守り等が行なわれている場合も含まれる。

「3. 全介助」

洗身のすべてを介護者が行っている場合をいう。

「4. 行っていない」

日常的に洗身を行っていない場合をいう。清拭のみ行っている場合も含まれる。

4-1 じょくそう（床ずれ）等の有無

- | | | |
|--|-------|-------|
| ア.じょくそう（床ずれ）がありますか | 1. ない | 2. ある |
| イ.じょくそう（床ずれ）以外で処置や
手入れが必要な皮膚疾患等がありますか | 1. ない | 2. ある |

項目の定義

じょくそう（床ずれ）の有無、並びにじょくそう以外で処置や手入れが必要な皮膚疾患の有無について評価する項目である。

じょくそうの大きさ、程度については問わない。

じょくそう以外の皮膚疾患等（口腔を含まない）とは、水虫や疥癬、開放創等を含む処置や手入れを必要とする状況をいう。

調査上の留意点

一定期間（調査日より14日以内に遡って）の状況を総合的に勘案して判断する。再発性の場合に限り、調査日より14日以内に遡って症状がない場合でも、過去一か月の状況について、「特記事項」に記載する。

医療機関受診の有無を問わず、又は医学的判断が不明であっても、調査対象者又は家族の訴えがあり、認定調査員が確認した場合は「2. ある」と判断する。

選択肢の判断基準

「ア. じょくそうの有無」

じょくそう（床ずれ）の程度や範囲、原因、経過や予後等について特記すべき事項があれば要点を「特記事項」に記載する。

「イ. じょくそう以外の皮膚疾患」

程度や範囲、原因、経過、予後等について特記すべき事項があれば要点を「特記事項」に記載する。

4-2 えん下

1. できる

2. 見守り等

3. できない

項目の定義

咀嚼（食べ物を噛む）とは異なり、えん下（飲み込む）という行為ができるかどうかを評価する項目である。咀嚼力、口腔内の状況、えん下と関連する認知症の有無等について判断する項目ではない。食物を口に運ぶ行為については、「4-3 食事摂取」で判断する。

調査上の留意点

固形物か、液体かどうか等、食物の形状（普通食、きざみ食、ミキサー食、流動食等）によって異なる場合は、日頃の状況に基づいて判断し、その状況を「特記事項」に記載する。

選択肢の判断基準

「1. できる」

えん下することに問題がなく、自然に飲み込める場合をいう。

「2. 見守り等」

飲み込む際に見守り等が行なわれている場合であって、「できる」「できない」のいずれにも含まれない場合をいう。食物の形状により、えん下ができたりできなかったりする場合も含まれる。

「3. できない」

えん下ができないために、経管栄養（胃ろうを含む）や中心静脈栄養（IVH）等が行われている場合をいう。

4-3 食事摂取

1. 自立 2. 見守り等 3. 一部介助 4. 全介助

項目の定義

通常の食事の介助（スプーンフィーディング、食卓でのきざみ等を含む）が行われているかどうかを評価する項目である。

調理（厨房・台所でのきざみ食、ミキサー食の準備等を含む）、配膳、後片づけ、食べこぼしの掃除等は含まれない。

調査上の留意点

自助具等の使用の有無、要する時間や調査対象者の能力にかかわらず、食事摂取に介助が行われているかどうかに基づいて判断する。

選択肢の判断基準

「1. 自立」

介助、見守り等なしに自分で食事が摂れている場合をいう。箸やスプーンのほかに、自助具等を使用する場合も含まれる。

「2. 見守り等」

介助なしに自分で摂取しているが、見守り等が行われているかどうかをいう。

「3. 一部介助」

食事の際に（食卓で）、小さく切る、ほぐす、皮をむく、魚の骨をとる等、食べやすくするために何らかの介助が行われている場合をいう。

「4. 全介助」

能力があるかどうかにかかわらず、現在自分では食事が全く摂れていない場合をいう。

4-4 飲水

1. 自立 2. 見守り等 3. 一部介助 4. 全介助

項目の定義

通常の飲水の介助が行われているかどうかを評価する項目である。飲水量が適正かどうかの判断も含まれる。

調査上の留意点

飲水量は、一回のえん下する量が適正かどうかで判断する。
経管栄養（胃ろうを含む）や中心静脈栄養（IVH）の場合であっても、飲水の介助の程度により判断する。

選択肢の判断基準

「1. 自立」

自分で水道やペットボトルから水、お茶、ジュースなどをコップや茶わんに入れて適正量を判断し飲める場合をいう。

「2. 見守り等」

茶わん、コップ、吸い呑みに入れられた物を手の届く範囲におけば、自分で飲める場合をいう。

「3. 一部介助」

茶わん、コップ、吸い呑みを手渡すか、口元まで運ぶ等の介助が行われている場合をいう。

自分で摂取することができても、口渴感が乏しい又はまったく口渴感を訴えない場合や、認知症などのため一回の飲水量が多い場合等は一部介助とする。

「4. 全介助」

自分ではまったく飲水していない場合をいう。

4-5 排尿

1. 自立 2. 見守り等 3. 一部介助 4. 全介助

項目の定義

排尿にかかる一連の行為を行っているかどうかを評価する項目である。

調査上の留意点

一連の行為には、尿意、トイレまでの移動あるいは、ポータブルトイレへの移乗、排尿動作（ズボン・パンツの上げ下げ、トイレ・尿器への排尿）、排尿後の後始末が含まれる。

排尿後の後始末には、ポータブルトイレや尿器等の掃除、抜去したカテーテルの後始末等も含まれる。

選択肢の判断基準

「1. 自立」

一連の行為を介助なしに自分で行っている場合をいう。

「2. 見守り等」

一連の行為を介助なしに自分で行っているが、見守り等が行われているかどうかをいう。

「3. 一部介助」

一連の行為のうち、以下の1項目のみ該当する場合をいう。

- ・ トイレまでの移動あるいは、ポータブルトイレへの移乗に介助が必要
- ・ 排尿動作に介助が必要
- ・ 排尿後の後始末に介助が必要

「4. 全介助」

一連の行為のうち、以下の2項目以上該当する場合をいう。

- ・ トイレまでの移動あるいは、ポータブルトイレへの移乗に介助が必要
- ・ 排尿動作に介助が必要
- ・ 排尿後の後始末に介助が必要

なお、以下の場合のいずれか1項目以上に該当する場合も含まれる。
ただし、自分で準備、後始末等を行っている場合を除く。

- ・ 集尿器を使用している場合
- ・ おむつを使用している場合
- ・ 介護者により間欠導尿が行われている場合
- ・ 尿カテーテルを留置している場合

4-6 排便

1. 自立 2. 見守り等 3. 一部介助 4. 全介助

項目の定義

自分で排便にかかる一連の行為を行っているかどうかを評価する項目である。

調査上の留意点

一連の行為には、便意、トイレまでの移動あるいは、ポータブルトイレへの移乗、排便動作（ズボン・パンツの上げ下げ、トイレ・便器への排便）、排便後の後始末が含まれる。

排便後の後始末には、ポータブルトイレや便器等の掃除等も含まれる。

選択肢の判断基準

「1. 自立」

一連の行為を介助なしに自分でやっている場合をいう。

「2. 見守り等」

一連の行為を介助なしに自分でやっているが、見守り等が行なわれているかどうかをいう。

「3. 一部介助」

一連の行為のうち、以下の1項目のみ該当する場合をいう。

- ・ トイレまでの移動あるいは、ポータブルトイレへの移乗に介助が必要
- ・ 排便動作に介助が必要
- ・ 排便後の後始末に介助が必要

「4. 全介助」

一連の行為のうち、以下の2項目以上該当する場合をいう。

- ・ トイレまでの移動あるいは、ポータブルトイレへの移乗に介助が必要
- ・ 排便動作に介助が必要
- ・ 排便後の後始末に介助が必要

なお、以下の場合のいずれが1項目以上に該当する場合も含まれる。ただし、自分で準備、後始末等を行なっている場合を除く。

- ・ おむつを使用している場合
- ・ 介護者により浣腸、摘便が行われている場合

5-1 清潔

ア. 口腔清潔（はみがき等）	1. 自立	2. 一部介助	3. 全介助
イ. 洗顔	1. 自立	2. 一部介助	3. 全介助
ウ. 整髪	1. 自立	2. 一部介助	3. 全介助
エ. つめ切り	1. 自立	2. 一部介助	3. 全介助

項目の定義

ア. 口腔清潔（はみがき等）

口腔清潔（はみがき等）の一連の行為を行っているかどうかを評価する項目である。

イ. 洗顔

洗顔の一連の行為を行っているかどうかを評価する項目である。

ウ. 整髪

整髪の一連の行為を行っているかどうかを評価する項目である。

エ. つめ切り

つめ切りの一連の行為を行っているかどうかを評価する項目である。

調査上の留意点

日頃からその行為を自分でやっているかどうかに基づいて判断する。

生活習慣、施設の方針、介護者の都合等によって、通常行っていない場合や、独居等のために必要な介助が行われていない場合には、例外的に調査対象者の能力を総合的に勘案して判断し、判断の理由を「特記事項」に記載する。

ア. 口腔清潔（はみがき等）

一連の行為とは、歯ブラシやうがい用の水を用意する、歯磨き粉を歯ブラシにつける等の準備、義歯をはずす、うがいをする等の行為も含まれる。

歯磨き粉を歯ブラシにつけない、口腔清浄剤を使用している等の場合は、日頃の状況に基づいて判断する。

また義歯の場合は、義歯の清潔保持に係る行為で判断する。

「4. 全介助」

上衣の着脱の行為すべてに介助が行われている場合をいう。

イ. ズボン、パンツ等の着脱

「1. 自立」

介助、見守り等なしに自分でズボン、パンツ等を着脱している場合をいう。自助具等を使って行っている場合も含まれる。

「2. 見守り等」

介助なしに自分でズボン、パンツ等の着脱をしているが、見守り等が行われているかどうかをいう。

「3. 一部介助」

ズボン、パンツ等の着脱に何らかの介助が行われている場合をいう。

「4. 全介助」

ズボン、パンツ等の着脱の行為すべてに介助が行われている場合をいう。

イ. 洗顔

一連の行為とは、タオルの準備、蛇口をひねる、衣服の濡れの確認、タオルで拭く等の行為も含まれる。

ウ. 整髪

一連の行為とは、くしやブラシの準備等の行為も含まれる。

頭髪がない場合は、頭を拭く等整髪に関する類似の行為について判断する。

エ. つめ切り

一連の行為とは、つめ切りを準備する、切ったつめを捨てる等の行為も含まれる。

日頃、やすり等の他の器具を用いる場合は、日頃の状況に基づいて判断する。

選択肢の判断基準

「1. 自立」

一連の行為を介助なしに自分で行っている場合をいう。

「2. 一部介助」

一連の行為に部分的に介助が行われている場合をいう。見守り等が行われている場合も含まれる。

「3. 全介助」

一連の行為すべてに介助が行われている場合をいう。

5-2 衣服着脱

ア. 上衣の着脱

1. 自立 2. 見守り等 3. 一部介助 4. 全介助

イ. ズボン、パンツ等の着脱

1. 自立 2. 見守り等 3. 一部介助 4. 全介助

項目の定義

衣服（上衣、ズボン・パンツ）の着脱を行っているかどうかを評価する項目である。各々の衣服の種類や大小は問わない。

調査上の留意点

認知症又は他の理由により介助されている場合は、その状況に応じて判断する。

衣服の種類により状況が異なる場合は、より頻回な状況に基づいて判断する。調査時に普段着用していない衣類を着用していた場合は、能力を総合的に勘案する。

自助具等を使用して着脱を行っている場合は、使用の状況に基づいて判断する。

能力を勘案した場合は、判断の理由を「特記事項」に記載する。

選択肢の判断基準

ア. 上衣の着脱

「1. 自立」

介助、見守り等なしに自分で上衣を着脱している場合をいう。自助具等を使って行っている場合も含まれる。

「2. 見守り等」

介助なしに自分で上衣の着脱をしているが、見守り等が行われているかどうかをいう。

「3. 一部介助」

着脱に何らかの介助が行われている場合をいう。手を回せないために介護者が常に上衣を持っている、麻痺側の腕のみ着せる場合等も含まれる。

5-3 薬の内服

1. 自立

2. 一部介助

3. 全介助

項目の定義

薬の内服にかかわる一連の行為について、自分で行っているかどうかを評価する項目である。

インスリン注射、塗り薬の塗布等、内服以外のものは含まれない。

調査上の留意点

一連の行為とは、薬の飲む時間や飲む量を理解する、薬や水を手元に用意する、薬を口に入れる、飲み込むという行為をいう。

これらの行為は、現在の状況でその行為について介助を受けているか否かに基づいて判断する。投薬を受けていても、飲むことを忘れる、飲むことを避ける場合には、その対応に基づいて判断する。投薬を受けていない場合は、調査対象者の能力を総合的に勘案して判断する。

能力を勘案した場合は、判断の理由を「特記事項」に記載する。

選択肢の判断基準

「1. 自立」

薬の飲む時間や飲む量を理解し、介助なしに自分で内服薬を服用している場合をいう。

「2. 一部介助」

認知症その他の理由により、薬を飲む際の見守り、飲む量の指示や確認等が行われている、あるいは、飲む薬や水を手元に用意する、オブラートに包む、介護者が分包する等、何らかの介助が行われている場合をいう。予め薬局で分包されている場合は含まない。

「3. 全介助」

認知症その他の理由により、飲む時間を忘れていたり、飲む量もわからない、あるいは、寝たきりや手指の麻痺・障害等により自分では飲めないために、薬の内服にかかわる行為すべてに介助が行われている場合をいう。

5-4 金銭の管理

1. 自立

2. 一部介助

3. 全介助

項目の定義

自分の所持金（預金通帳や小銭）の支出入の把握、管理、出し入れする金額の計算を自分でやっているかどうかを評価する項目である。

調査上の留意点

現在の状況で介助を受けているかどうかに基づいて判断する。基本的に施設や家族等が管理を行っている場合は、調査対象者の身の回りの物品の管理状況、計算能力に基づいて総合的に判断し、その旨を「特記事項」に記載する。

実際に自分で金銭の出し入れを行っているかどうかは問わない。

選択肢の判断基準

「1. 自立」

自分の所持金（預金通帳や小銭）の支出入の把握や管理を自分でやっている、出し入れする金額の計算を介助なしに自分でやっている場合をいう。

「2. 一部介助」

金銭の管理に何らかの介助が行われている、あるいは、小遣い銭として少額のみ自己管理している場合をいう。自分がいくら使ったかわからない、ときどき使った金額を忘れる、計算間違いをする等の理由により、介護者が確認する場合も含まれる。

「3. 全介助」

金銭の管理についてすべてに介助が行われている場合をいう。

5-5 電話の利用

1. 自立

2. 一部介助

3. 全介助

項目の定義

電話の利用にかかわる一連の行為を行っているかどうかを評価する項目である。

調査上の留意点

一連の行為とは、電話をかけたり、受けたりする操作、電話での話を理解する、必要な伝言をする等の行為も含まれる。なお、必要に応じて数字部分を大きくした電話機や拡声装置など補助具を使ってもよい。

選択肢の判断基準

「1. 自立」

一連の行為を介助なしに自分でやっている場合をいう。

「2. 一部介助」

一連の行為に部分的に介助が行われている場合をいう。見守り等が行われている場合も含まれる。

「3. 全介助」

一連の行為すべてに介助が行われている場合をいう。

5-6 日常の意思決定

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

項目の定義

毎日の暮らしにおける課題や活動を、実際にどの程度判断しているのかを評価する項目である。服を選ぶ、起床や食事すべき時間がわかる、自分にできることとできないことがわかる、必要時に援助を求める、外出の仕方がわかるなどをいう。

なお、調査対象者が普段とは異なる状況(旅行、レストラン、知人宅など)においても、適切な意思決定ができるかどうかを含めて調査する。周囲の人に必要な援助を依頼する(目的地を告げて切符を買ってもらう、尿意・便意によるトイレ誘導などの援助)ことができれば、意思決定はできると判断する。

調査上の留意点

調査対象者自ら決めているのか、調査対象者はできるはずだとの思い込みはないかという観点から判断する。調査対象者に能力があるにもかかわらず、調査対象者が意思決定をしていない場合や、意思決定を介護者が行っている場合は、能力を総合的に勘案して判断する。

選択肢の判断基準

「1. できる」

判断が首尾一貫して理にかなっており、妥当である。

「2. 特別な場合を除いてできる」

慣れ親しんだ日常生活状況のもとでは、妥当な判断をするが、新しい課題や状況(旅行先やレストラン、知人宅など普段と異なる状況において、食事メニューを注文したり、知らない人と会話をしたり、電話をかけるなど)に直面したときに、指示や合図を必要とする。

「3. 日常的に困難」

慣れ親しんだ日常生活状況のもとでも、妥当でない判断をすることがある。

「4. できない」

意思決定をまったくできない又はまれにしかしない。

6-1 視力

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

項目の定義

ここでいう視力とは、見えるかどうかを評価する項目である。見たものについての理解等の知的能力を問うものではない。

調査上の留意点

別添の視力確認表の図を調査対象者に見せて、視力を判断する。見えるかどうかを判断するには、会話のみでなく、手話、筆談等や、調査対象者の身振りに基づいて視力を確認する。なお、調査にあたっては、必ず別添の視力確認表を持参する。

広い意味での視力を問う質問であり、視野欠損等も含まれる。部屋の明るさは、部屋の電気をつけた上で、利用可能であれば読書灯などの補助照明器具を使用し十分な明るさを確保する。

日常眼鏡・コンタクトレンズ等を使用している場合は、使用している状況で判断する。その他の視覚に関する障害については、「特記事項」に記載する。

認知症等の場合でも見えるかどうかを評価するものであり、見ているものを理解したり、見ているものの名称を正しく表現する能力があるかどうかを評価するものではない。

選択肢の判断基準

「1. 普通（日常生活に支障がない）」

新聞、雑誌などの字が見え、日常生活に支障がない程度の視力を有している場合をいう。

「2. 約1 m離れた視力確認表の図が見える」

新聞、雑誌などの字は見えないが、約1 m離れた視力確認表の図が見える場合をいう。

「3. 目の前に置いた視力確認表の図が見える」

約1 m離れた視力確認表の図は見えないが、目の前に置けば見える場合をいう。

「4. ほとんど見えない」

目の前に置いた視力確認表の図が見えない場合をいう。

「5. 見えているのか判断不能」

認知症等で意思疎通ができず、見えているのか判断できない場合をいう。

6-2 聴力

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

項目の定義

ここでいう聴力とは、聞えるかどうかを評価する項目である。耳で聞いた内容を理解しているかどうか等の知的能力を問うものではない。

調査上の留意点

普通に話しかけても聞えない調査対象者に対しては、耳元で大声で話す、音を出して反応を確かめる等の方法に基づいて聴力を判断する。聞えるかどうかを判断するには、会話のみでなく、調査対象者の身振り等に基づいて聴力を確認する。

日常補聴器等を使用している場合は、使用している状況で判断する。失語症や構音障害があっても、声や音が聞えているかどうかで判断する。

調査の妨げとなるような大きな雑音がある場所での調査は避ける。

選択肢の判断基準

「1. 普通」

日常生活における会話において支障がなく、普通に聞き取れる場合をいう。

「2. 普通の声がやっと聞き取れる」

普通の声で話すと聞き取りにくく、聞き間違えたりする場合をいう。

「3. かなり大きな声なら何とか聞き取れる」

耳元で大きな声で話したり、耳元で大きな物音を立てると何とか聞える、あるいは、かなり大きな声や音でないと聞えない場合をいう。

「4. ほとんど聞えない」

ほとんど聞えないことが確認できる場合をいう。

「5. 聞えているのか判断不能」

認知症等で意思疎通ができず、聞えているのか判断できない場合をいう。

6-3 意思の伝達

1. 調査対象者が意思を他者に伝達できる
2. ときどき伝達できる
3. ほとんど伝達できない
4. できない

項目の定義

調査対象者が意思を伝達できるかどうかを評価する項目である。背景疾患や伝達できる内容は問わない。

調査上の留意点

失語症が原因で会話が成立しなくとも、意思疎通が図れる場合は、それが会話によるものか、身振り等によるものかは問わない。伝達手段について特記することがある場合は、要点を「特記事項」に記載する。

状況が変動する場合はもっとも頻回にみられる状況に基づいて判断する。

在宅の調査対象者で、家族等の介護者がいない場合等は、調査対象者の状況を総合的に勘案して判断する。

選択肢の判断基準

「1. 調査対象者が意思を他者に伝達できる」

手段を問わず、常時、だれにでも意思の伝達ができる状況をいう。ほぼ確実に意思が伝達できる場合も含まれる。

「2. ときどき伝達できる」

通常は、調査対象者が家族等の介護者に対して意思の伝達ができるが、その内容や状況等によってはできる時とできない時がある場合をいう。頻度は「特記事項」に記載する。

「3. ほとんど伝達できない」

通常は、調査対象者が家族等の介護者に対しても意思の伝達ができないが、ある事柄や特定の人に対してであれば、まれに意思の伝達ができる場合をいう。

「4. できない」

重度の認知症や意識障害等によって、意思の伝達ができない、あるいは、意思の伝達ができるかどうか判断できない場合等をいう。

6-4 介護者の指示への反応

1. 介護者の指示が通じる
2. 介護者の指示がときどき通じる
3. 介護者の指示が通じない

項目の定義

家族、施設・病院職員、在宅介護サービス提供者等が介護サービスを行う際の指示に対する反応ができるかどうかを評価する項目である。背景疾患は問わない。

介護サービス提供上必要である指示に対して、その意味を理解して何らかの反応が見られるかに基づいて判断する。

調査上の留意点

状況が変動する場合は、最も頻回にみられる状況について判断する。

在宅の調査対象者で介護者がいない場合等は、認定調査員の指示により判断してもよい。

調査対象者が理解できるような指示を出すように心掛ける。

反応に時間がかかる場合は、充分時間をかけて試みる。

適切な反応が見られない場合は、「2. 介護者の指示がときどき通じる」又は「3. 介護者の指示が通じない」と判断する。

選択肢の判断基準

「1. 介護者の指示が通じる」

介護者の指示を理解し、それに対して適切に反応する場合をいう。

「2. 介護者の指示がときどき通じる」

介護者の指示に対し、その時によって反応したり、反応しなかったりする場合をいう。頻度は「特記事項」に記載する。

「3. 介護者の指示が通じない」

認知症等の場合等で介護者の指示に反応しない、あるいは、失語症がないにもかかわらず反応がない場合をいう。

6-5 記憶・理解

ア. 毎日の日課を理解することが	1. できる	2. できない
イ. 生年月日や年齢を答えることが	1. できる	2. できない
ウ. 面接調査の直前に何をしていたか思い出すことが	1. できる	2. できない
エ. 自分の名前を答えることが	1. できる	2. できない
オ. 今の季節を理解することが	1. できる	2. できない
カ. 自分がいる場所を答えることが	1. できる	2. できない

項目の定義

日常生活についての記憶や理解度等について各項目の内容ができるかどうかを評価する項目である。

「ア. 毎日の日課を理解する」

日課を理解するとは、食事、活動、介護サービスの提供、施設におけるプログラム等について、おおよそのスケジュールを理解していることをいう。

「イ. 生年月日や年齢を答える」

生年月日が答えられない場合は年齢のみでも、いずれか一方を答えることができる場合は、「1. できる」とする。

「ウ. 面接調査の直前に何をしていたか思い出す」

面接調査日の調査直前にしていたことについて、把握しているかどうかを問う項目である。

「エ. 自分の名前を答える」

旧姓等を問わず、自分の姓もしくは名前のどちらかを答えることができるかどうかを問う項目である。

「オ. 今の季節を理解する」

面接調査日の季節を答えることができるかどうかを問う項目である。

「カ. 自分がいる場所を答える」

ここでいう「いる場所」とは、施設の場合の居室、施設名、施設の所在地のいずれでも、自宅の場合の居室や居住地のいずれでもよい。

調査上の留意点

記憶や理解度について問うものであり、認知症高齢者の日常生活自立度判定基準とは別の観点から調査を行う。背景疾患は問わない。

選択肢の判断基準

「1. できる」

いつでも、ほぼ正確な回答ができる場合をいう。

「2. できない」

質問されたことについて正しく回答できない、あるいは、まったく回答できない場合をいう。できたりできなかつたりする場合や回答の正誤が確認できない場合も含まれる。

7 問題行動

ア. 物を盗られたなどと被害的になることが	1. ない 2. ときどきある 3. ある
イ. 作話をし周囲に言いふらすことが	1. ない 2. ときどきある 3. ある
ウ. 実際にはないものが見えたり、聞えることが	1. ない 2. ときどきある 3. ある
エ. 泣いたり、笑ったりして感情が不安定になることが	1. ない 2. ときどきある 3. ある
オ. 夜間不眠あるいは昼夜の逆転が	1. ない 2. ときどきある 3. ある
カ. 暴言や暴行が	1. ない 2. ときどきある 3. ある
キ. しつこく同じ話をしたり、不快な音を立てることが	1. ない 2. ときどきある 3. ある
ク. 大声をだすことが	1. ない 2. ときどきある 3. ある
ケ. 助言や介護に抵抗することが	1. ない 2. ときどきある 3. ある
コ. 目的もなく動き回ることが	1. ない 2. ときどきある 3. ある
サ. 「家に帰る」等と言い落ち着きがないことが	1. ない 2. ときどきある 3. ある
シ. 外出すると病院、施設、家などに一人で戻れなくなることが	1. ない 2. ときどきある 3. ある
ス. 一人で外に出たがり目が離せないことが	1. ない 2. ときどきある 3. ある
セ. いろいろなものを集めたり、無断でもってくるものが	1. ない 2. ときどきある 3. ある
ソ. 火の始末や火元の管理ができないことが	1. ない 2. ときどきある 3. ある
タ. 物や衣類を壊したり、破いたりすることが	1. ない 2. ときどきある 3. ある
チ. 不潔な行為を行う（排泄物を弄ぶ）ことが	1. ない 2. ときどきある 3. ある

ツ. 食べられないものを口に入れることが	1. ない	2. ときどきある	3. ある
テ. ひどい物忘れが	1. ない	2. ときどきある	3. ある

項目の定義

日常生活において問題となる行動についてあるかどうか、また、ある場合にはその頻度を評価する項目である。

「ア. 物を盗られたなどと被害的になる」

実際は盗られていないものを盗られたという等、被害的な場合をいう。

「イ. 作話をし周囲に言いふらす」

作話を不特定多数に言ってまわる場合をいう。作話をしても、特定の人にのみ話をする場合は該当しない。

「ウ. 実際にはないものが見えたり、聞えたりする」

錯覚、幻覚、幻聴などにより、何かが見えたとか、聞えたと話したり、手で追い払うなどの場合をいう。

「エ. 泣いたり、笑ったりして感情が不安定になる」

悲しみや不安などにより涙ぐむ、感情的にうめくなどの状況が持続したり、あるいは突然笑い出すなど、明らかに感情が不安定になる場合をいう。

「オ. 夜間不眠あるいは昼夜の逆転がある」

夜間不眠の訴えが何日間か続いたり、明らかに昼夜が逆転するなどし、そのために日常生活に支障が生じている場合をいう。

「カ. 暴言や暴行を行う」

発語的暴力（暴言）と物理的暴力（暴行）のいずれか、あるいは両方が現れる場合をいう。

「キ. しつこく同じ話をしたり、不快な音を立てる」

絶えず独語や同じ話をくり返したり、口や物を使って周囲に不快な音を立てる場合をいう。

「ク. 大声をだす」

周囲に迷惑となるような大声をだす場合をいう。日常会話で声が大きい場合等は含まれない。

「ケ. 助言や介護に抵抗する」

調査対象者と介護者との人間関係的要素も含まれるが、明らかに介護者の助言や介護に抵抗し、介護に支障がある場合をいう。単に助言しても従わない場合（言っても従わない場合）は含まれない。

「コ. 目的もなく動き回る」

歩き回る、車いすで動き回る、床やベッドの上で這い回るなど、目的もなく動き回る場合をいう。

「サ. 「家に帰る」等と言いつち落ち着きがない」

施設等で「家に帰る」と言ったり、自宅にいても自分の家であることがわからず「家に帰る」等と言いつち落ち着きがなくなる場合をいう。

単に「家に帰りたい」と言うだけで状態が落ち着いている場合は含まれない。

「シ. 外出すると病院、施設、家などに一人で戻れなくなる」

居室や居住棟から出て自室や自宅に戻れなくなる場合をいう。

「ス. 一人で外に出たがり目が離せない」

外に出たがり、目が離せない場合をいう。環境上の工夫等で外に出ることがなかったり、又は歩けない場合等は含まれない。

「セ. いろいろなものを集めたり、無断でもってくる」

いわゆる収集癖の場合をいう。周囲の迷惑とならない、ひもや包装紙などを集める等の趣味は含まれない。

「ソ. 火の始末や火元の管理ができない」

たばこの火、ガスコンロなどあらゆる火の始末や火元の管理ができない場合をいう。環境上の工夫等で、火元に近づくことがなかったり、周囲の人々によって火元が完全に管理されている場合は含まれない。

「タ. 物や衣類を壊したり、破いたりする」

物を壊したり、衣類を破いたりする行動によって日常生活に支障が生じる場合をいう。

壊れるものを周囲に置いていなかったり、破れないように工夫している場合は含まれない。

「チ. 不潔な行為を行う（排泄物を弄ぶ）」

弄便（尿）など排泄物を弄ぶ、尿を撒き散らす場合をいう。身体が清潔でないことは、含まれない。

「ツ. 食べられないものを口に入れる」

異食行動をいう。過食行動や、異食しそうなものを周囲に置かない場合は含まれない。

「テ. ひどい物忘れ」

ひどい物忘れがあるために、日常生活に支障が生じる場合をいう。

調査上の留意点

調査にあたっては、調査対象者や家族に不愉快な思いを抱かせないように質問に留意する必要がある。認定調査員が調査時に質問を工夫したり、又は「日頃の行動や介護上でなにか困ったことや問題がありますか」といった質問を糸口に、調査対象者の現在の感情の起伏、問題となる行動を具体的に聞き取り、該当する項目を選択してもよい。

これらの問題となる行動は、過去一か月間（この間に環境が大きく変化した場合は、その変化後から調査日まで）の状況から、その問題となる行動への対応や介護サービスも含めて、現在の環境でその問題となる行動が現れたかどうかに基づいて判断する。一定期間の観察が必要であり一度で判断できない、又は、判断するために異なる職種の認定調査員による再度の調査が必要な場合等、やむを得ない事情がある時のみ二回目の調査を実施する。その場合については、必ず状況等を「特記事項」に記載する。調査対象者の状況（意識障害・性格等）、施設等による予防的な対策（不潔行為予防のためのつなぎ服等）、治療の有無にかかわらず、選択肢に示された状況の有無で判断する。「ソ. 火元の管理」及び「チ. 不潔行為」等で施設等が予防的対策をとるために起こり得ない状況にあるものについては、「1. ない」とし、具体的に行っている予防的対策の内容を「特記事項」に記載する。

選択肢の判断基準

「1. ない」

その問題となる行動が、（過去に一回以上あったとしても）過去一か月間に一度も現れたことがない場合やほとんど月一回以上の頻度では現れない場合をいう。意識障害、寝たきり、認知症等の理由により、徘徊等が起こりえないなど、その問題となる行動が現れる可能性がほとんどない場合も含まれる。

「2. ときどきある」

少なくとも一か月間に一回以上の頻度で現れる場合をいう。二つ以上の状況を例示している選択肢について、いずれかが、ときどきある場合も含まれる。頻度は「特記事項」に記載する。

「3. ある」

少なくとも一週間に一回以上の頻度で現れる場合をいう。二つ以上の状況を例示している選択肢について、いずれか一つでもある場合も含まれる。

8 過去 14 日間に受けた医療について

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

項目の定義

過去 14 日間にうけた医療について評価する項目である。
医師の指示に基づき、看護師等によって実施される行為に限定する。サービスを提供する機関の種類は問わない。その際、医師の指示が過去 14 日以内に行われているかどうかは問わない。

（看護師等以外の）家族、介護職種の行う類似の行為は含まない。
継続して実施されているもののみを対象とし、急性疾患への対応で一時的に実施される医療行為は含まない。

「1. 点滴の管理」

点滴が行われているかどうかを評価する項目である。

「2. 中心静脈栄養」

中心静脈栄養（IVH）が行われているかどうかを評価する項目である。

「3. 透析」

透析の方法・種類を問わず、人工透析が行われているかどうかを評価する項目である。

「4. ストーマ（人工肛門）の処置」

人工肛門が造設されている者に対して消毒、バッグの取り替え等の処置が行われているかどうかを評価する項目である。ウロストーマ（尿管ろう）は含まない。

「5. 酸素療法」

呼吸器疾患を背景疾患とし、間歇的酸素療法、持続的酸素療法のいずれかの酸素療法が行われているかどうかを評価する項目である。用されているかを評価する項目である。

「6. レスピレーター（人工呼吸器）」

経口・経鼻・気管切開の有無や、機種に関わらず、人工呼吸器が使用されているかを評価する項目である。

「7. 気管切開の処置」

気管切開が行われている者に対して、カニューレの交換、開口部の消毒、ガーゼ交換、開口部からの喀痰吸引などの処置が行われているかどうかを評価する項目である。

「8. 疼痛の看護」

疼痛の看護が行われているかを評価する項目である。湿布（温・冷を問わない）、外用薬の塗布、鎮痛薬の点滴、硬膜外持続注入、注射が行われている場合を含まれる。さする、マッサージする、声かけを行う等の行為は含まれない。

「9. 経管栄養」

栄養の摂取方法として、経管栄養が行われているかどうかを評価する項目である。経口・経鼻・胃ろうであるかを問わない。管が留置されている必要はなく、一部経口摂取が可能である場合であっても、経管栄養が行われている場合を含む。

「10. モニター測定（血圧、心拍、酸素飽和度等）」

血圧、心拍、心電図、呼吸数、酸素飽和度のいずれか一項目以上について、24時間以上にわたってモニターを体につけた状態で継続的に測定されているかどうかを評価する項目である。ただし、血圧測定の頻度は一時間に一回以上のものに限る。

「11. じょくそうの処置」

医師に診断されたじょくそうがあり、処置が行われているかどうかを評価する項目である。

「12. カテーテル（コンドームカテーテル、留置カテーテル、ウロストーマ等）」

尿失禁への対応としてコンドームカテーテル、留置カテーテルの使用、もしくは間歇導尿のいずれかが行われており、その管理が看護師等によって行われているかどうかを評価する項目である。

調査上の留意点

これらの行為は意思疎通がとれない在宅の調査対象者の場合は、聞き取りのできる家族等の介護者に同席してもらうことが望ましい。

調査対象者、家族、又は介護者から情報を得ることとし、本事業に限っては医療機関に記載内容を確認することは守秘義務の問題及び治療上の必要から治療内容について告知を行っていない場合があるため適切ではない。

なお、主治医意見書にも同様の調査項目がある。

14 日以前に受けたものであっても、現在の介護状況に影響を及ぼすと考えられるものについては、「特記事項」に記載する。

選択肢の判断基準

不明な場合、確認できない場合は○印はつけない

「1. 点滴の管理」

点滴の針が留置されているが、実際に点滴は行われていない場合であっても状況の変化等に対応できる体制があれば、該当する。

「2. 中心静脈栄養」

実際に栄養分が供給されなくても、状況の変化等に対応できる体制にある場合、経口摂取が一部可能である者であっても中心静脈栄養が行われている場合も含まれる。

「10. モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等)」

訪問診療・訪問看護で、血圧等を測定する場合や、自宅にある血圧計等によって調査対象者や、家族が血圧等を測定するものは含まれない。

「11. じょくそうの処置」

診断されたじょくそうについて、状況を観察した上で、実際には薬の塗布や包帯交換が行われなかった場合も含まれる。

9-1 障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）

調査対象者について、調査時の様子から下記の判定基準を参考に該当するものに○印をつけること。

なお、まったく障害等を有しない者については、自立に○印をつけること。

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

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

『ADLの状況』

1. 移動
 - a 時間がかかっても介助なしに一人で歩く
 - b 手を貸してもらするなど一部介助を要する
 - c 全面的に介助を要する
2. 食事
 - a やや時間がかかっても介助なしに食事する
 - b おかずを刻んでもらうなど一部介助を要する
 - c 全面的に介助を要する
3. 排泄
 - a やや時間がかかっても介助なしに一人で行える
 - b 便器に座らせてもらうなど一部介助を要する

- c 全面的に介助を要する
- 4. 入浴
 - a やや時間がかかっても介助なしに一人で行える
 - b 体を洗ってもらうなど一部介助を要する
 - c 全面的に介助を要する
- 5. 着替
 - a やや時間がかかっても介助なしに一人で行える
 - b そでを通してもらうなど一部介助を要する
 - c 全面的に介助を要する
- 6. 整容
 - a やや時間がかかっても介助なしに自由に行える
 - b タオルで体を拭いてもらうなど一部介助を要する
 - c 全面的に介助を要する
- 7. 意思疎通
 - a 完全に通じる
 - b ある程度通じる
 - c ほとんど通じない

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

判定にあたっての留意事項

- 1 この判定基準は、地域や施設等の現場において、保健師等が何らかの障害を有する高齢者の日常生活自立度を客観的かつ短時間に判定することを目的として作成したものである。
- 2 判定に際しては「～をすることができる」といった「能力」の評価ではなく「状態」、特に『移動』に関わる状態像に着目して、日常生活の自立の程度を四段階にランク分けすることで評価するものとする。なお、本基準においては何ら障害を持たない、いわゆる健常高齢者は対象としていない。
- 3 自立度の判定と併せて、市町村が保健・福祉サービスの供給量を測定するための基礎資料とするため『移動』、『食事』、『排泄』、『入浴』、『着替』、『整容（身だしなみ）』、『意思疎通』といった個人の日常生活活動（ADL）に関する項目についても判定する。
- 4 補装具、自助具、杖や歩行器、車いす等を使用している状態で判定して差し支えない。
- 5 四段階の各ランクに関する留意点は以下のとおりである。
 - ランクJ 何らかの身体的障害等を有するが、日常生活はほぼ自立し、一人で外出する者が該当する。なお“障害等”とは、疾病や傷害及びそれらの後遺症あるいは老衰により生じた身体機能の低下をいう。
 - J-1はバス、電車等の公共交通機関を利用して積極的にまた、かなり遠くまで外出する場合が該当する。
 - J-2は隣近所への買い物や老人会等への参加等、町内の距離程

度の範囲までなら外出する場合は該当する。

ランクA 「準寝たきり」に分類され、「寝たきり予備軍」ともいうべきグループであり、いわゆる house-bound に相当する。屋内での日常生活活動のうち食事、排泄、着替に関しては概ね自分で行い、留守番等をするが、近所に外出するときは介護者の援助を必要とする場合が該当する。なお“ベッドから離れている”とは“離床”のことであり、ふとん使用の場合も含まれるが、ベッドの使用は本人にとっても介護者にとっても有用であり普及が図られているところでもあるので、奨励的意味からベッドという表現を使用した。

A-1は寝たり起きたりはしているものの食事、排泄、着替時のもとより、その他の日中時間帯もベッドから離れている時間が長く、介護者がいればその介助のもと、比較的多く外出する場合は該当する。

A-2は日中時間帯、寝たり起きたりの状態にはあるもののベッドから離れている時間の方が長い、介護者がいてもまれにしか外出しない場合は該当する。

ランクB 「寝たきり」に分類されるグループであり、いわゆる chair-bound に相当する。B-1とB-2とは座位を保つことを自力で行うか介助を必要とするかどうかで区分する。日常生活活動のうち、食事、排泄、着替のいずれかにおいては、部分的に介護者の援助を必要とし、一日の大半をベッドの上で過ごす場合は該当する。排泄に関しては、夜間のみ“おむつ”をつける場合には、介助を要するものとはみなさない。なお、“車いす”は一般の椅子や、ポータブルトイレ等で読み替えても差し支えない。

B-1は介助なしに車いすに移乗し食事も排泄もベッドから離れて行う場合は該当する。

B-2は介助のもと、車いすに移乗し、食事又は排泄に関しても、介護者の援助を必要とする。

ランクC ランクBと同様、「寝たきり」に分類されるが、ランクBより障害の程度が重い者のグループであり、いわゆる bed-bound に相当する。日常生活活動の食事、排泄、着替のいずれにおいても介護者の援助を全面的に必要とし、一日中ベッドの上で過ごす。

C-1はベッドの上で常時臥床しているが、自力で寝返りをうち体位を変える場合は該当する。

C-2は自力で寝返りをうつこともなく、ベッド上で常時臥床している場合は該当する。

6 『ADLの状況』はa、b、cの三段階に分類し、それぞれ自立、一部介

助、全面介助に相当するものである。

aは日常生活活動の当該項目について自立していることを表す。すなわち極端には長くない時間内に、一連の動作が介助なしに一人で終了できる場合が該当する。

bは日常生活活動の当該項目について部分的に介助してもらえば何とかできる場合が該当する。一人で行った場合に極端に時間がかかり、仕上がりが不完全となる場合も含む。

cは日常生活活動の当該項目について、一人では一連の動作を遂行することがまったくできない場合が該当する。

9-2 認知症高齢者の日常生活自立度

調査対象者について、訪問調査時の様子から下記の判定基準を参考に該当するものに○印をつけること。

なお、まったく認知症を有しない者については、自立に○印をつけること。

【参考】

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
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。		在宅生活が基本であり、一人暮らしも可能である。相談、指導等を実施することにより、症状の改善や進行の阻止を図る。
II	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。		在宅生活が基本であるが、一人暮らしは困難な場合もあるので、日中の居宅サービスを利用することにより、在宅生活の支援と症状の改善及び進行の阻止を図る。
IIa	家庭外で上記IIの状態がみられる。	たびたび道に迷うとか、買物や事務、金銭管理などそれまでできたことにミスが目立つ等	
IIb	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、電話の対応や訪問者との対応など一人で留守番ができない等	
III	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。		日常生活に支障を来すような行動や意思疎通の困難さがランクIIより重度となり、介護が必要となる状態である。「ときどき」とはどのくらいの頻度を指すかについては、症状・行動の種類等により異なるので一概には決められないが、一時も目を離せない状態ではない。
IIIa	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	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。
IIIb	夜間を中心として上記IIIの状態が見られる。	ランクIIIaに同じ	

IV	<p>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。</p>	<p>ランクⅢと同じ</p>	<p>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。</p> <p>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、又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。</p>
M	<p>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。</p>	<p>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</p>	<p>ランクⅠ～Ⅳと制定されていた高齢者が、精神病院や認知症専門棟を有する老人保健施設等での治療が必要となったり、重篤な身体疾患が見られ老人病院等での治療が必要となった状態である。専門医療機関を受診するよう勧める必要がある。</p>

〔別添〕
視力確認表

10-1 日中の生活

1. よく動いている
2. 座っていることが多い
3. 横になっていることが多い

項目の定義

日常生活において生活の活発さをみるために、日中、目覚めている時にどのような姿勢をとっていることが多いか、また動いているかを評価する項目である。

調査上の留意点

一定期間（調査日より概ね過去一か月）の状況を総合的に勘案して判断する。疾患等のために医療機関から活動性の制限をされている場合は、その理由・指導内容等を「特記事項」に記載する。

食事とその前後の時間や一日一時間程度の昼寝等の時間は含まない。

日によって日中の生活の状況が異なる場合は、より頻度が多い状況に基づいて判断する。

日頃から義足や装具等を装着している場合、又は歩行補助具等を使用の場合は、使用時の状況に基づいて判断し、見守り等が必要であれば、「特記事項」に記載する。歩行補助具等を使用している場合は、「特記事項」に記載する。

選択肢の判断基準

「1. よく動いている」

日中の生活で動いていることが多い状態をいう。

「2. 座っていることが多い」

日中、座位で過ごすことが多い等あまり動いていない状態をいう。

「3. 横になっていることが多い」

日中、臥位姿勢をとっていることが多い等ほとんど動いていない状態をいう。

10-2 外出頻度

1. 週一回以上
2. 月一回以上
3. 月一回未満

項目の定義

日常生活において生活の不活発さをみるために、自宅（施設）外へ外出し、何らかの活動をしているかどうかを評価する項目である。

調査上の留意点

一定期間（調査日より概ね過去一か月）の状況を総合的に勘案して、一回概ね30分以上の外出の頻度で判断する。自宅（施設）内の屋外（例えば、庭を歩く等）は含まない。外出の目的や、同行者の有無等は問わない。

選択肢の判断基準

- 「1. 週一回以上」
週一回以上、外出している場合をいう。
- 「2. 月一回以上」
月一回から三回、外出している場合をいう。
- 「3. 月一回未満」
月一回未満の頻度で外出している場合をいう。

10-3 家族・居住環境、社会参加の状況などの変化

- 1. ない
- 2. ある

項目の定義

生活の不活発化の原因となるような状況の変化を評価する項目である。状況が変化しても、生活が変わらない、むしろ活発になる場合は「ない」と判断する。

調査上の留意

一定期間（調査日より概ね過去一か月）の状況を総合的に勘案して判断する。

具体的には、

- ① 家族環境の変化：配偶者の入院・入所や死亡、子ども（息子あるいは娘）との同居等
 - ② 居住環境の変化：転居等
 - ③ 社会参加の状況の変化：退職等
- 生活の不活発化の原因となるような状況の変化をいう。

選択肢の判断基準

「1. ない」

生活の不活発化の原因となるような状況の変化がない場合をいう。

「2. ある」

生活の不活発化の原因となるような状況の変化がある場合をいう。

Ⅲ 認定調査票の記入方法

3 認定調査票（特記事項）の記入要綱

「2 認定調査票（基本調査）記入要綱」において、特記事項への記載が示されている項目について、項目毎に定められた特記事項記入欄に簡潔に記入することとする。また、基本調査の各項目に関して、調査対象者が判断に迷うような場合、現在の介護状況に影響を及ぼすと考えられる場合等があればその状況も明確に記入することとする。

1 麻痺・拘縮に関連する項目についての特記事項

「1-1 麻痺等の有無」「1-2 関節の動く範囲の制限の有無」について、記入する。

2 移動等に関連する項目についての特記事項

「2-1 寝返り」「2-2 起き上がり」「2-3 座位保持」「2-4 両足での立位保持」「2-5 歩行」「2-6 移乗」「2-7 移動」について、記入する。

3 複雑な動作等に関連する項目についての特記事項

「3-1 立ち上がり」「3-2 片足での立位保持」「3-3 洗身」について、記入する。

4 特別な介護等に関する項目についての特記事項

「4-1 じょくそう（床ずれ）等の有無」「4-2 えん下」「4-3 食事摂取」「4-4 飲水」「4-5 排尿」「4-6 排便」について、記入する。

5 身の回りの世話等に関連する項目についての特記事項

「5-1 清潔」「5-2 衣服着脱」「5-3 薬の内服」「5-4 金銭の管理」「5-5 電話の利用」「5-6 日常の意思決定」について、記入する。

6 コミュニケーション等に関連する項目についての特記事項

「6-1 視力」「6-2 聴力」「6-3 意思の伝達」「6-4 介護者の指示への反応」「6-5 記憶・理解」について、記入する。

7 問題行動に関連する項目

「7 問題行動」について、記入する。

8 特別な医療に関連する項目

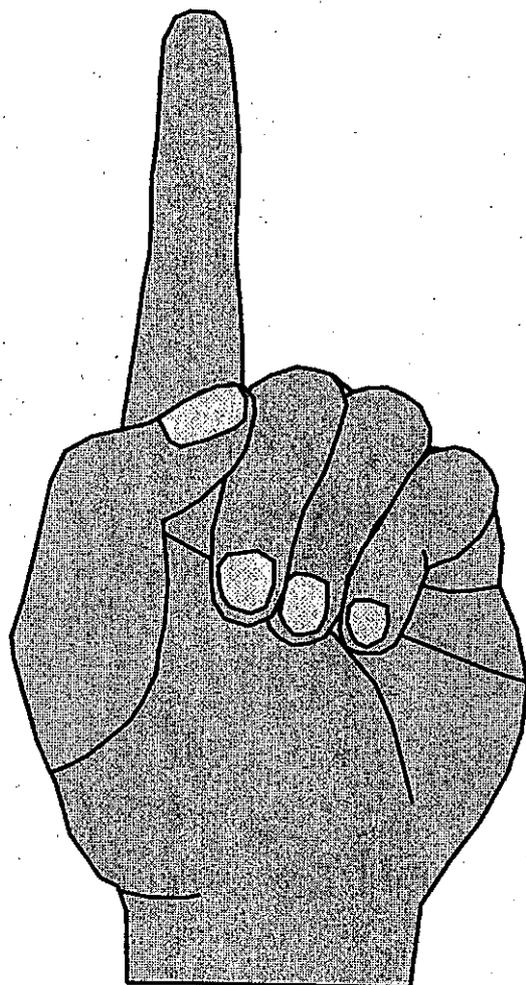
「8 特別な医療」について、記入する。

10 廃用の程度に関連する項目

「10-1 日中の生活」「10-2 外出頻度」「10-3 家族・居住環境、社会参加の状況などの変化」について、記入する。

[別添]

視力確認表



主治医意見書記入の手引き

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「身体上又は精神上的障害（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（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することとします。

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。

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は避け、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、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どうかの確認

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又は精神上的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、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79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、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「要介護1相当」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、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) 介護サービス計画作成時の利用

介護サービス計画作成の際に、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。

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未から判断される者ではありませんが、介護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。

Ⅱ 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、インク、またはボールペンを使用してください。なお、パーソナルコンピュータ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、また口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、該当する口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」にレ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が提示されます。

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、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。氏名にもゴム印等を用いる場合は、押印してください。

(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) 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。

発症年月日がはっきりわからない場合は、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。

「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ありませんが、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、別添3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 (がん末期)	以下のいずれかの方法により悪性新生物であると診断され、かつ、治癒を目的とした治療に反応せず、進行性かつ治癒困難な状態（注）にあるもの。 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	後継韧带骨化症	韧带の骨化は頸椎に最も多く、頸髓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。胸髓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、菓を飲んだことを忘れて、同じ物を何度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が始まることが多い。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）が同時にみられる 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・軟部組織の石灰化、性腺機能低下症、糖尿病、髄膜腫等を認める。

11	多系統萎縮症	多系統萎縮症(MSA)は臨床的に、①起立性低血圧、排尿障害、発汗低下など自律神経症状、②筋肉のこわばり、ふるえ、動作緩慢、小刻み歩行などパーキンソン症状、③立位や歩行時のふらつき、呂律が回らない、字がうまく書けないなどの小脳症状、を様々な程度に組み合わせる疾患である。 自律神経症状が強いものを「シャイ・ドレーガー症候群」、パーキンソン症状が強いものを「線条体黒質変性症」、小脳症状が強いものを「オリブ橋小脳萎縮症」とする。MRIなど画像検査が診断に有効である。パーキンソン病や小脳萎縮症に比して、やや進行が早い傾向がある。
12	糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症	糖尿病性腎症…糖尿病の罹病期間が長い。糖尿病に伴う蛋白尿を呈する。また、高血圧と浮腫を伴う腎機能障害を認める。 糖尿病性網膜症…主な症状は視力低下。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。
13	脳血管疾患(脳出血、脳梗塞等)	脳出血…発症状況と経過は一般に頭痛、悪心、嘔吐をもって始まり、しだいに意識障害が進み、昏睡状態になる。半身の片麻痺を起こすことが多く、感覚障害、失語症、失認、失行、視野障害等が見られる。 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。 注) 高次脳機能障害については、言語・思考・記憶・行為・学習・注意障害等が生じ、社会生活をさまたげることが多いが、外見からは分かりにくく、注意が必要である。
14	閉塞性動脈硬化症	問診で閉塞病変に由来する症状一下肢冷感、しびれ感、安静時痛、壊死等があるかどうか聞く。視診により下肢の皮膚色調、潰瘍、壊死の有無をチェックする。触診ですべての下肢動脈の拍動の有無を調べる。
15	慢性閉塞性肺疾患(肺気腫、慢性気管支炎、気管支喘息、びまん性汎細気管支炎)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	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、症状がない時期をほとんど反復する。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。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。
16	両側の膝関節または股関節の著しい変形を伴う変形性関節症	初期の場合は、歩行し始めの痛みのみであるが、次第に、荷重時痛が増え、関節可動域制限が出現してくる。

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

(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、該当する口にレ印をつけてください。

脳卒中や心疾患、外傷等の急性期や慢性疾患の急性増悪期等で、積極的な医学的管理を必要とすることが予想される場合は「不安定」を選択し、具体的な内容を自由記載欄に記載してください。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。

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。

(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要点を簡潔に記入してください。

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

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)について該当する口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いますが、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。

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、以下の判定基準を参考にして、該当する口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、□MIにレ印をつけ、「1. (3) 生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容」の欄に具体的な内容を記入して下さい。

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
半寝たきり	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。
IIa	家庭外で上記II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	
IIb	家庭内でも上記IIの状態がみられる。	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」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。
IIIa	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	
IIIb	夜間を中心として上記IIIの状態が見られる。	ランクIIIa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

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に基づき、該当する口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、該当する口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、申請者及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「口問題なし」に、覚えていないような場合には「口問題あり」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、該当する口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、該当する口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み合わ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) 認知症の周辺症状

申請者に認められる認知症の周辺症状の有無について、該当する口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、該当する口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、該当する口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。

なお、認知症の周辺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、該当する口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、「口有」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「口有」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、認知症等で記憶力障害のある場合（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、該当する方の口にし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ヶ月程度における体重の変化について、3%程度の増減を目途に、該当する口にし印をつけてください。

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口にし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、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、あてはまる程度の口にし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、日常生活に影響があるかどうかで判断することとしており、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

(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、該当する口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。外出するよう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。
介護があればしている	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、該当する口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まれます。
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、該当する口にレ印をつけて下さい。屋内、屋外両方で使用している場合は両方の口にレ印をつけて下さい。

どちらか一方だけの使用の場合も含まれますが、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まれます。
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まれます。
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まれます。

(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、該当する口にレ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、該当する口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ヶ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、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、食欲、顔色や全身状態（浮腫、脱水、褥瘡などがある状態）から総合的に栄養が不良と判断される状態。

(3) 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

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ヶ月以内に発生する可能性の高い状態があれば、該当する口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。

(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ヶ月から6ヶ月間、申請者が介護保険によるサービス（予防給付によるサービスを含む）やその他の高齢者に対するサービスを利用した場合の、生活機能の維持・改善の見通しについて、該当する口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口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。

訪問歯科診療及び訪問歯科衛生指導については、口腔内の状態（例えば、歯の崩壊や喪失状態、歯の動揺や歯肉からの出血の有無、義歯の不適合等）をもとに、口腔ケアの必要性に応じて該当する口にレ印をつけてください。

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、診療所及び訪問看護ステーションの理学療法士等が訪問して行うリハビリテーションをいう。なお、理学療法士、作業療法士あるいは言語療法士等が地域支援事業の訪問型介護予防として訪問して指導する行為は含まない。
通所リハビリテーション	病院、診療所（医院）、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。
短期入所療養介護	介護老人保健施設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、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。

(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、「口あり」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、() 内に具体的な留意事項を記載してください。また、血圧・嚥下等の項目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、該当する口にレ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。

5. 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及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。口腔内の状況から口腔清潔に関して、特に留意事項があれば、要点を記載してください。

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

特定疾病にかかる診断基準

特定疾病にかかる診断基準について

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

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

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

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

第2号被保険者に関する意見書記載にあたっては、本診断基準を参照して主治医意見書の「1. 傷病に関する意見（1）診断名 1.」欄に、介護を要する生活機能低下等の直接の原因となっている特定疾病名、また「（3）生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容」に診断上の根拠となる主な所見について記入されたい。

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

目 次

1. がん【がん末期】

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

2. 関節リウマチ

3. 筋萎縮性側索硬化症

4. 後縦靭帯骨化症

5. 骨折を伴う骨粗鬆症

6. 初老期における認知症

7. 進行性核上性麻痺、大脳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】

8. 脊髄小脳変性症

9. 脊柱管狭窄症

10. 早老症

11. 多系統萎縮症

12. 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症

13. 脳血管疾患

14. 閉塞性動脈硬化症

15. 慢性閉塞性肺疾患

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

【定義】

以下の特徴をすべて満たす疾病である。

①無制限の自律的な細胞増殖が見られること（自律増殖性）

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

②浸潤性の増殖を認めること（浸潤性）

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

③転移すること（転移性）

さらに、播種性、血行性に遠隔臓器やリンパ行性にリンパ節等へ不連続に進展、進行する。

④何らかの治療を行わなければ、①から③の結果として死に至ること（致死性）

【診断基準】

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

① 組織診断又は細胞診により悪性新生物であることが証明されているもの

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

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

参考にした診断基準：

「特定疾病におけるがん末期の取扱いに係る研究班」による診断基準

2. 関節リウマチ

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

(1) 自他覚症状

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

(2) 臨床検査

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

(3) 鑑別診断

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

参考にした診断基準：

厚生省長期慢性疾患総合研究事業による診断基準

3. 筋萎縮性側索硬化症

1) 主要項目

(1) 以下の①-④のすべてを満たすものを、筋萎縮性側索硬化症と診断する。

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

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

下位運動ニューロン徴候は、(2) 針筋電図所見（①又は②）でも代用できる。

1. 1つ以上の領域に上位運動ニューロン徴候をみとめ、かつ2つ以上の領域に下位運動ニューロン症候がある。
2. SOD1 遺伝子変異など既知の家族性筋萎縮性側索硬化症に関与する遺伝子異常があり、身体の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 (胸随領域)	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. 後縦靭帯骨化症

(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

後縦靭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。黄色靭帯骨化は椎弓間に観察される。

b. CT

靭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

靭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、それが靭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

後縦靭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（脊柱靭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 ¹⁾ の骨萎縮度判定基準
なし	骨萎縮なし
疑いあり	骨萎縮度Ⅰ度
あり	骨萎縮度Ⅱ度以上

(2) 骨折の診断

症状及びX線所見による。

参考にした診断基準：

日本骨代謝学会骨粗鬆症診断基準（2000年度改訂版）

6. 初老期における認知症

「アメリカ合衆国精神医学会作成 精神疾患の分類と診断の手引き 第4版 (DSM-IV-TR)」による基本的な診断基準を満たすものであって、以下の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

診断基準

- (1) 以下の a. 及び b. の両者による多彩な認知欠損の発現が認められること。
 - a. 記憶障害 (新しい情報を学習したり、以前に学習した情報を想起する能力の障害)
 - b. 以下の認知障害の一つ (又はそれ以上)
 - ア. 失語 (言語の障害)
 - イ. 失行 (運動機能が損なわれていないにもかかわらず動作を遂行する能力の障害)
 - ウ. 失認 (感覚機能が損なわれていないにもかかわらず、対象を認識又は同定できないこと)
 - エ. 実行機能 (すなわち、計画を立てる、組織化する、順序立てる、抽象化する) の障害
- (2) (1) の a. 及び b. の認知欠損は、その各々が、社会的又は職業的機能の著しい障害を引き起こし、病前の機能水準からの著しい低下を示すこと。
- (3) その欠損はせん妄の経過中にのみ現れるものではないこと。

参考にした診断基準：

精神疾患の分類と診断の手引き 第4版 (DSM-IV-TR) (アメリカ合衆国精神医学会作成)

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

1. 進行性核上性麻痺

主要項目

- (1) 40歳以降で発症することが多く、また、緩徐進行性である。
- (2) 主要症候
 - ① 垂直性核上性眼球運動障害（初期には垂直性眼球運動の緩徐化であるが、進行するにつれ上下方向への注視麻痺が顕著になってくる）
 - ② 発症早期（概ね1-2年以内）から姿勢の不安定さや易転倒性（すくみ足、立直り反射障害、突進現象）が目立つ。
 - ③ ほぼ対称性の無動あるいは筋強剛があり、四肢末梢よりも体幹部や頸部に目立つ。
- (3) その他の症候
 - ① 進行性の構音障害や嚥下障害
 - ② 前頭葉性の特徴を有する進行性認知障害（思考の緩慢化、想起障害、意欲低下などを特徴とする）
- (4) 画像所見（CTあるいはMRI）

進行例では、中脳被蓋部の萎縮、脳幹部の萎縮、第三脳室の拡大を認めることが多い。
- (5) 除外項目
 - ① L-DOPAが著効（パーキンソン病の除外）
 - ② 初期から高度の自律神経障害の存在（多系統萎縮症の除外）
 - ③ 顕著な多発ニューロパチー（末梢神経障害による運動障害や眼球運動障害の除外）
 - ④ 肢節運動失行、皮質性感覚障害、他人の手徴候、神経症状の著しい左右差の存在（大脳皮質基底核変性症の除外）
 - ⑤ 脳血管障害、脳炎、外傷など明らかな原因による疾患
- (6) 判定

次の3条件を満たすものを進行性核上性麻痺と診断する。

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

参考事項

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

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

抗パーキンソン病薬への反応は不良である。一時的に抗うつ薬やドロキシドパで症状が改善することがある。

非定型例として「純粹無動症」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ニズムであることを示す明らかな所見の存在をいう。

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

参考にした診断基準：

厚生労働省特定疾患調査研究班（神経変性疾患調査研究班）による診断基準

8. 脊髄小脳変性症

【主要項目】

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

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

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

参考にした診断基準：

厚生労働省特定疾患調査研究班（運動失調調査研究班）による診断基準

9. 脊柱管狭窄症

下記の症状（神経根、脊髄及び馬尾症状）と画像所見による脊柱管狭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柱管狭小化を認めるもの。
- b. 脊柱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）脊柱管狭小化を認め、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) オリブ橋小脳萎縮症

中年以降に発症し、初発・早期症状として小脳性運動失調が前景に現れる。経過とともにパーキンソニズム、自律神経症状(排尿障害や起立性低血圧など)を呈することが多い。頭部のMRIで、小脳、橋(特に底部)の萎縮を比較的早期から認める。この変化をとらえるには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 10 μ g/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 1 g/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)	<p>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</p> <p>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</p> <p>硝子体：初期には収縮なし、収縮による硝子体出血</p> <p>経過：急速に進展、安定期や非漏出性へ</p>
中等度の網膜症(乾性、静止性、安定性)	<p>顕著でない網膜所見</p> <p>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</p> <p>経過：徐々に進展、安定期又は寛解期へ</p>
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1.5 cmを超えることが多い。

(3) その他

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

2) ラクナ梗塞

脳深部の穿通枝領域に生じた直径1.5cm以下の小梗塞。

(1) 臨床症候

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

(2) CT・MRI所見

1. CT上、発症1～2日後に脳の深部（穿通枝領域）に直径1.5cm以下のX線低吸収域（CT）を認める。
2. MRI上、拡散強調画像では発症早期から、FLAIR・T2強調画像では発症4～5時間以内から責任病巣に一致する高信号域を認める。CT・MRIともに病巣最大径が1.5 cmを超えない。特に脳幹部などの病巣検出や微小なラクナ梗塞の発見にはCTよりもMRI検査が望ましい。

(3) その他

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

3) 心原性脳塞栓症

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

(1) 臨床症候

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

(2) CT・MRI 所見

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

(3) その他

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

4) その他の分類不能な脳梗塞

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

2. 出血群＝頭蓋内出血

1) 脳(実質内)出血

(1) 臨床症状

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

(2) CT所見

発症直後から出血部位に一致してX線高吸収域(HDA)が出現する。

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

2) くも膜下出血

(1) 臨床症状

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

(2) CT所見

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

(3) その他

脳血管撮影では脳動脈瘤、脳動脈奇形などの血管異常を認めることが多い。

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

参考にした診断基準：

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

14. 閉塞性動脈硬化症

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

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

参考にした診断基準：

Fontaine の分類

15. 慢性閉塞性肺疾患

以下の状態に該当するものをいう。

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

(1) 慢性気管支炎

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

(2) 肺気腫

呼吸細気管支より末梢の肺胞の異常拡張

(3) 気管支喘息

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

(4) びまん性汎細気管支炎

参考とした診断基準：

アメリカ合衆国胸部学会作成診断分類

16. 両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

(1) 両側の膝関節に著しい変形を伴う変形性関節症

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

a. 変形性膝関節症治療成績判定基準

	右	左
① 疼痛・歩行能		
1) 1 km 以上歩行可、通常疼痛はないが、動作時たまに疼痛を認めてもよい。	30	30
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。
- ・「通常疼痛ないが、動作時たまに疼痛あってもよい」は買物後、スポーツ後、仕事後、長距離歩行後、歩き初めなどに疼痛がある状態をいう。
- ・「1km以上の歩行」はバスの2～3停留所間隔以上歩ける、あるいは15分以上の連続歩行可能をいう。
- ・「500m以上、1km未満の歩行」は買物が可能な程度の連続歩行をいう。
- ・「100m以上、500m未満の歩行」は近所つ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2km歩行可能である。跛行がある。日常の屋外活動にはほとんど支障がない。	15
4) 杖なしで、10-15分程度、あるいは約500m歩行可能であるが、それ以上の場合、1本杖が必要である。跛行がある。	10
5) 屋内で活動はできるが、屋外活動は困難である。屋外では2本杖を必要とする。	5
6) ほとんど歩行不能。	0
具体的表現	

	容易	困難	不能
④日常生活動作			
1) 腰掛け	4	2	0
2) 立ち仕事 (家事を含む) ※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:

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

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°
外転 20°

→10 点
→6 点 } 計 16 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。

右、左	:	疼痛と可動域の合計	とし、満点は、	60、60
両側の機能		歩行能力と日常生活動作の合計		40

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

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