

はじめに

産業医科大学医学部 公衆衛生学教室

教授 松田 晋哉

2005年6月、国会両院での審議を経て介護保険改正法案が成立した。これにより介護保険制度においては、今後、軽度要介護者を対象とした予防的サービスが重視されることとなった。今回の介護保険制度改正の基盤となったのは、平成16年6月28日に介護保険部会から出された「制度見直しの基本的考え方(案)」である。この案ではまず制度施行状況が検証され、サービス提供量は大幅に拡大していることが積極的に評価されている。しかし、他方で介護保険財政を今後どのように確保するかが課題であるという問題提起が行われている。特に2015年以降の後期高齢者の増加にいかに対応するかが重要課題として取り上げられ、その対策として介護予防と総合的な地域高齢者対策の推進が提言された。

その後、現場関係者や研究者から出された多くの批判や提案を受けて7月30日に介護保険部会報告書が出された。一連の議論を経て今回の改定が行われることとなったが、その基本的考え方を要約すると「介護保険法の基本理念である『自立支援』をより徹底する観点から、軽度者に対する保険給付について、現行の『予防給付』の対象者の範囲、サービス内容、マネジメント体制等を見直した『新たな予防給付』へと再編を行う」となる。

上記のような介護保険制度の内容の見直しに伴い、要介護度認定の基本となる主治医意見書の記入マニュアルを今回改訂することとなった。本マニュアルにおいて明確に示されているように、今回の見直しは、主治医の「かかりつけ医」としての役割を強く意識したものであり、主治医には当該高齢者の病状のみならず、その生活機能全般についても把握することが求められている。

このように主治医の役割がより重視されるようになったことは、今後の高齢者に対する総合的な保健医療福祉事業のあり方を考える上で重要である。なぜならば、高齢者が介護予防サービス及び介護サービスが必要になる前段階には、多くの場合医療サービスのニーズがあり、それを担っている「かかりつけ医」たる主治医は、対象者に介護と医療の両面において総合的予防サービスを提供する、あるいはその利用を助言する絶好の立場にいると考えられるからである。今回のマニュアル改定では、このような視点から各項目の見直しが行われている。

ご多忙中にも係らず、本マニュアルの重要性についてご理解いただき、ご執筆を頂いた先生方に深くお礼を申し上げたい。本マニュアルがわが国の介護保険制度の適切な運用に資することを期待したい。

主治医意見書記入マニュアル目次

第1章 介護保険法上の位置づけと役割	1
第2章 主治医意見書作成の視点	
I. 認定審査の観点から	8
II. 認定審査以外の観点から	14
【参考資料1】障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）の判定基準（早見表）	21
【参考資料2】認知症老人の日常生活自立度の判定基準（早見表）	22
第3章 記入マニュアルと記載例	
I. 介護保険制度における主治医意見書について	23
II. 記入に際しての留意事項	24
III. 記入マニュアル	25
0. 基本情報	25
1. 傷病に関する意見	26
2. 特別な医療	29
3. 心身の状態に関する意見	30
4. 生活機能とサービスに関する意見	34
5. 特記すべき事項	38
IV. 記載例と記載のポイント	39
事例 1	40
事例 2	42
事例 3	44
事例 4	46
事例 5	48
第4章 意見書の記載のために	
I. 機能評価の知識	
1. ADLの評価	50
2. IADLの評価	67
3. 生活機能の評価	74
4. 介護予防のターゲットとしての生活不活発病（廃用症候群）	80
II. リハビリテーションに関する知識	89
III. 認知症に関する知識	93

第1章 介護保険法上の位置付けと役割

日本医師会 常任理事 野中 博

I. はじめに

介護保険制度では、保険給付の要件として要支援認定又は要介護認定を受けなければならない。具体的には、市町村等保険者が行う一次判定（認定調査結果のコンピュータ判定）および二次判定（介護認定審査会の合議で行われる審査判定）を受ける必要がある。

主治医意見書は一般的に、「申請者の疾病、障害及び生活機能等の心身の状態が記載された文書であり、介護認定審査会で行われる二次判定の基礎資料となる」と理解されている。確かに、原則的かつ主たる用途は二次判定の基礎資料であるが、利用者である高齢者のほとんどが何らかの疾病・障害を有していることに照らせば、利用者の医学的情報が記載された「主治医意見書」は、要介護認定のみならず居宅サービス計画作成および継続的フォローの際におおいに役立つ貴重な書面であるといえる。

介護保険制度については、制度全般に対する見直しがおこなわれ、特に要支援、要介護1といった軽度者に対するサービスの内容や提供方法については「新予防給付」を創設し、より「自立支援」に資するものとなるよう改められ、平成18年4月より実施されることとなった。

要介護認定の手法についても、「新予防給付」の対象者を選定する観点から見直しが行われ、具体的には介護の手間に係る審査判定（従来の二次判定の過程）で「要介護1相当」と判定された方に対して、状態の維持・改善可能性に係る審査を行い、「要支援2」又は「要介護1」と判定することとなった（図1）。

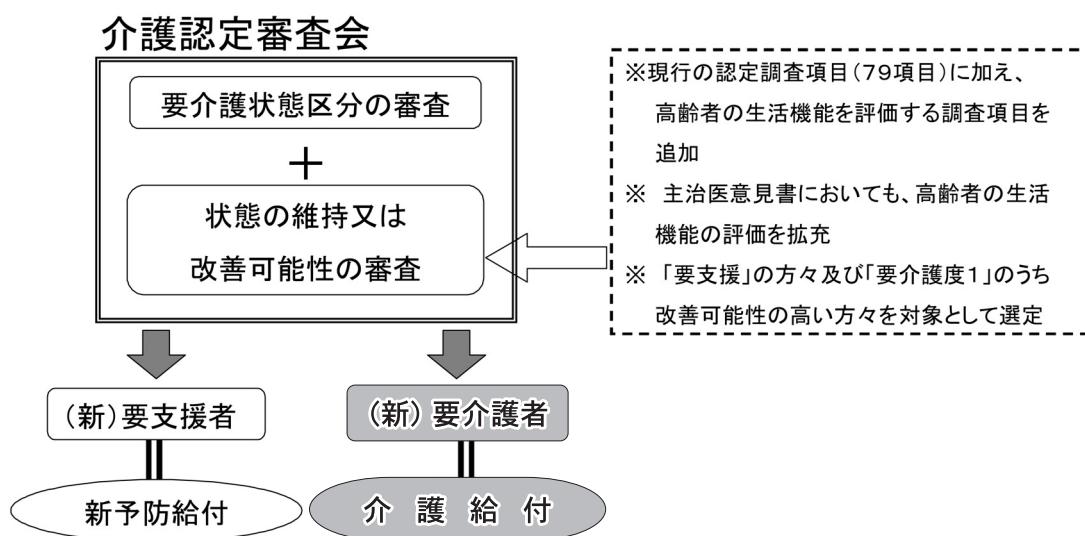
これに伴い、主治医意見書様式についても見直しが行われたが、この見直しは、要介護認定を円滑に行うことのみを目的とするものではなく、状態の維持・改善可能性の観点から高齢者の状態を定期的に評価するために必要な項目が取りまとめられたものである。

Ⅱ. 主治医意見書の法的位置付け

1. 介護保険法上の位置付け

主治医意見書は、要介護認定の申請に際して被保険者の主治医が作成する書面で、主に介護認定審査会で行われる要介護認定の二次判定で用いられるものである。

図1 介護認定審査会における審査・判定プロセス



介護保険法

(平成17年12月17日 法律第123号)

(要介護認定)

第27条 第1項～第2項 略

3 市町村は、第一項の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き意見を求めるものとする。ただし、当該被保険者に係る主治の医師がないときその他当該意見を求めることが困難なときは、市町村は、当該被保険者に対して、その指定する医師又は当該職員で医師であるものの診断を受けるべきことを命ずることができる。

4 市町村は、第二項の調査(第二十四条の二第一項第二号の規定により委託された場合にあっては、当該委託に係る調査を含む)の結果、前項の主治の医師の意見又は指定する医師若しくは当該職員で医師であるものの診断の結果その他厚生省令で定める事項を認定審査会に通知し、第一項の申請に係る被保険者について、次の各号に掲げる被保険者の区分に応じ、当該各号に定める事項に関し審査及び判定を求めるものとする。(第1号・第2号 略)

(第5項～第12項 略)

主治医意見書は、介護保険法第27条第3項および第4項において、その内容および主な用途が規定されている。主治医意見書は、要介護認定の申請者の「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、①傷病に関する意見、②特別な医療、③心身の状態に関する意見、④生活機能とサービスに関する意見、の所定項目に沿って記載される。また、所定項目外の意見は⑤特記すべき事項に記載される。

記載された主治医意見書は、要介護認定の二次判定が行われる介護認定審査会に通知（送付）され、認定調査結果とともに記載内容の一部が一次判定に反映されるとともに、二次判定における審査判定の基礎資料になる。

基本的な位置付けは要介護認定の二次判定のための基礎資料ではあるが、高齢者にとって介護と医療が表裏一体であることを考えれば、単なる二次判定資料に止まらず、介護保険利用者の「医学的情報源」としての機能を有する書面であるともいえる。

2. 具体的な取扱規定（厚生労働省老健局長通知・老健局老人保健課長通知）

主治医意見書の具体的な取扱いについては、介護保険における要介護認定に係る規定に基づく要介護認定実施に関する通知等において、整理されている。

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）

3 主治医の意見の聴取

要介護認定申請を受理した市町村は、審査対象者の主治医（当該調査対象者に主治医がない場合は、市町村の職員たる医師又は市町村が指定する医師。以下同じ。）に対し、別途通知する「主治医意見書記入の手引き」に従って、別添3に示す主治医意見書への意見の記載を求め、記載された主治医意見書を回収する。

この局長通知によって、「主治の医師の意見」（法第27条第3項）は「主治医意見書」という書面で聴取する旨が規定される。また、要介護認定が「認定調査及び主治医意見書に基づく一次判定」「一次判定結果および主治医意見書に基づく介護認定審査会での二次判定」というプロセスで行われることが明確化され、主治医意見書が要介護認定において欠かすことのできない要素として位置付けられていることが理解できる。

Ⅲ. 意見書の役割と機能

1. 基本的な役割

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。（以下 略）

主治医意見書記入の手引き（平成15年3月24日 老老発第0324001号 厚生労働省老健局老人保健課長通知の別添1：平成18年1月19日付一部改正）

ここでは、要介護認定過程における主治医意見書の位置付けと重要性が説明されている。要介護認定は主治医意見書を省いて行うことはできず、介護と医療は切り離して考えることはできないという原則が貫かれている。

また、かかる原則を担保するため、認定調査では拾いきれない利用者特有の疾病または負傷等の医学的情報を十分に補うための資料として、「主治医意見書」の役割および重要性が明確に位置付けられているのである。

2. 具体的な機能

「Ⅰ 介護保険制度における主治医意見書について」の後段では、主治医意見書の具体的な利用方法として代表的な5つの利用方法が例示され、それぞれの目的に合致した記載を主治医に対して促している。

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障害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) 状態の維持・改善可能性の評価

介護認定審査会における介護の手間に係る審査において「要介護1相当」と判定された者に対しては、続いて「要支援2」「要介護1」のいずれに該当するか、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」とします。

- (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等に有用となる留意点を具体的に記入してください。

主治医意見書記入の手引き（平成15年3月24日 老老発第0324001号 厚生労働省老健局老人保健課長通知の別添1：平成18年1月19日付一部改正）

主治医意見書から介護支援専門員をはじめとする介護サービス提供者が読み取らなければならない情報とは、「医療の必要性から生じる介護の手間」及び「状態の維持・改善可能性に対する医学的側面からの評価」であり、また、「介護サービスの提供に影響する利用者に対する医学的側面からの意見」であるといえる。

主治医意見書は、要介護認定の二次判定資料であるに止まらず、二次利用的、かつ、継続的に介護保険サービス利用者の医学的情報を把握できる書面であることがもともと予定されているのである。

3. その他派生的な機能

要介護認定結果及び居宅サービス計画の情報提供について

(平成12年4月11日 老振第24号・老健第93号 厚生省老人保健福祉局振興課・老人保健課長通知)

1. 市町村による主治医への要介護認定結果の情報提供について 略
2. 居宅介護支援事業者等による主治医、サービス提供事業者等への居宅サービス計画の情報提供について

サービス担当者間で共通の目標の下に指定居宅サービス等の提供が適切に行われるためには、作成された居宅サービス計画の内容について、保険給付対象サービス事業者のみならず、主治医や計画上位位置付けられたサービスを行うボランティア等の保険給付対象外のサービス事業者等が、共通の認識をもつことが望ましい。

このため、主治医にあっては主治医意見書の「5. その他特記すべき事項」等において、～略～作成された居宅サービス計画の内容について情報提供を希望する旨が記載されているなど、主治医や保険給付対象外のサービス事業者等が居宅サービス計画の内容について情報提供を求めている場合であって、利用者又はその家族の同意を文書により得ている場合は、主治医、サービス提供事業者等への情報提供を行うようにすること。

本通知は、「関係職種と医療との連携」という観点から主治医意見書の用途を拡大したものである。

居宅サービス計画作成時に主治医意見書を利用した後も、介護保険サービス利用者の疾病等の身体状況を継続的に把握している主治医が、居宅サービス計画の内容を把握していれば、計画作成を担当する介護支援専門員やサービス提供担当者は安心してサービス提供を行うことができる。また、利用者の状態変化に応じた居宅サービス計画の変更やサービス提供方法等の指示・助言も得られることになる。今回の介護保険の見直しにおいても、介護サービス計画の策定に当たっては、サービス担当者会議を開催するなど、多職種が連携し、サービスを提供する重要性が確認されており、このことは予防サービスの提供時のみならず、介護サービスの提供においても重要であることは言うまでもない。

利用者の医療を担う主治医に居宅サービス計画の内容を知らせておくことは、結果的にはサービス関係者のリスク回避につながる。この趣旨・目的を考えれば、主治医意見書の当該部分に「情報提供希望」の旨が記載されていない場合でも、主治医のサービス担当者会議への積極的な参加及び主治医に対する居宅サービス計画の提示は積極的に行うべきものといえる。

IV. おわりに

主治医意見書は、介護保険制度を利用する入り口である要介護認定において必要不可欠な資料とされている。同時に、主治医意見書には様々な役割や機能が期待されている。ただし、それは、現場の運用・実務から自然に生まれたものではなく、もともと介護保険法や政省令、通知等を作成する段階で予定され位置付けられていた役割・機能である。

実際のサービス提供の現場においては、医療と介護の連携、介護支援専門員と主治医をはじめとする多職種との連携が喫緊の課題として挙げられているが、今一度、主治医意見書の本来的な役割や機能に立ち返り、意見書を有効に活用していくことが必要である。

そのためには、役割や機能を十分に果たすような「主治医意見書の記載内容」の充実が望まれ、同時に「主治医意見書の適切な読み取り方」の充実が期待されている。主治医意見書が名実ともに、その役割・機能を十分に果たすことが、介護保険制度の成功の鍵となると考える。

第2章 主治医意見書作成の視点

I. 認定審査の観点から

旭川市医師会副会長 白井宏之

1. はじめに

介護認定審査会運営要綱によれば、「認定審査会での個別の審査判定において、基本調査の調査結果から得られた一次判定を原案として、調査票の特記事項及び主治医意見書（以下「意見書」という。）の内容から、通常の例に比べてより長い（短い）時間を介護に要すると判断される場合には、一次判定の結果を変更する」とされている。

したがって、要介護認定において、意見書の内容は、認定調査の特記事項と並んで、二次判定で要介護度の変更を可能とする根拠となりうる重要な位置を占めている。意見書の内容に求められるものは、二次判定に役立つ情報、すなわち、医学的観点からみての「介護の手間」の程度や状況の記載などである。

また、平成18年4月より介護保険制度の一部が改正され、基本理念である「自立支援」をより徹底する観点から、介護保険制度を予防重視型のシステムに転換し、①要支援状態、要介護状態となることの予防や、②要介護状態の軽減または悪化の予防につながるサービスの提供に主眼が置かれるようになり、この中で従前、要支援、要介護1と判定された軽度者に対する保険給付について、新たに「新予防給付」のサービスが創設された。

したがって、新予防給付の対象者の選定は、介護認定審査会において、高齢者の状態の維持・改善可能性に着目して行う必要があり、意見書においては、特に生活機能低下の状況及び原因について医学的観点からの意見が求められるようになった。

2. 「心身の状態に関する意見」の評価上の留意点

(1) 治療的観点から行動制限がある場合

疾病によっては、治療的観点から、医師が患者に対して行動の制限などを指示する場合がある（心不全などの心疾患、気管支喘息など）。これらの疾病においては、基本調査項目によっては、調査員の「認定調査票（以下「調査票」という。）の記入の手引き」に基づく評価のみでは、「介護の手間」を正確に判断できないことがある。特に、調査票に医師の指示内容などの特記事項がない場合には、介護の手間が延長する状況を判断できない。このような場合は意見書の記載内容から判断されるので、その状況および指示内容についても記載することが望まれる。心疾患の場合には、「New York Heart Associationの心機能分類」（表1）または「心不全の重症度分類」（表2）の何

度に相当するかなどが「5. 特記すべき事項」欄に記載されていると判断の参考になる。

介護認定審査会には、医師などの医療関係者に加え、福祉等の関係者も委員となるため、このような配慮が必要である。

(2) 認知症の周辺症状がある場合

介護認定審査会における、二次判定での変更事例としては、認知症の周辺症状（以下「周辺症状」という。）をその根拠とする事例が最も多く、したがって、意見書の記載にあたっては、周辺症状の有無について本人への診察、家族などの介護者への問診などによる聞き取りから、正確に判断し、記載することが求められる。

現行の一次判定によって推計される要介護認定等基準時間では、周辺症状による介護の手間の延長が、必ずしも、要介護度に直接反映されない場合がある。現場でも、「障害高齢者の日常生活自立度」（以下「寝たきり度」という。）が低く、「認知症高齢者の日常生活自立度」が高く、周辺症状が多い、いわゆる「運動能力の低下していない認知症高齢者」の場合に、要介護度を変更する事例を多く経験する。

このような事例に対しては、平成15年4月より、一次判定において、一定の要件を満たした場合に、要介護度を1～2段階重度に評価するような見直しが行われた。しかしながら、「介護の手間」の観点からは十分に要介護度に反映していない事例も散見され、二次判定でさらに要介護度の変更を余儀なくされた事例も見られる。

したがって、一次判定において周辺症状のある事例の場合は、意見書において、周辺症状のために「介護の手間」が延長しているという状況が詳細に記載されることが、二次判定における要介護度の変更のためには欠かすことのできない重要な根拠となる。

特に、「徘徊」「火の不始末」などがある場合は、施設介護に比べ、居宅介護では介護者にとって大きな負担になるので、「5. 特記すべき事項」欄に詳細に記載することが必要である。

なお、「火の不始末」は通常、施設介護では生じないにもかかわらず施設入所者にもチェックされていることがあるが、その場合はその状況を「5. 特記すべき事項」欄に記載することが必要である。また、「昼夜逆転」は、基本調査では不眠でも「ある」とされるが、特に、夜間せん妄の場合は「介護の手間」の著しい延長も考えられるため、「3. 心身の状態に関する意見」の「(4) その他の精神・神経症状」欄に「せん妄」と記載し、「5. 特記すべき事項」欄にその状況を記載することが必要である。

さらに、「不潔行為」は「排泄物を弄んだり、まき散らす場合など」と定義されているが、それ以外の場合にもチェックされていることが多く見られ、注意を要する。

(3) 精神・神経症状がある場合

認知症の他に、高齢者に多く認められる精神・神経症状として、うつ病（うつ状態）と意識障害（もうろう状態、せん妄）がある。また、脳器質的疾患による失語、失行、失認などがある場合は「(4) その他の精神・神経症状」欄に記載する。失語ではそのために意思疎通が障害され、また、失行、失認があるとそのために「介護の手間」が延長することがあるので、その状況を「5. 特記すべき事項」欄に記載することが必要である。

うつ病（うつ状態）では、精神運動抑制のため「介護の手間」が延長する場合があります、その状況

を「5. 特記すべき事項」欄に記載することが必要である。

(4) 日内変動がある場合

疾病によっては日内変動が認められるものがある（パーキンソン病のon/off現象、wearing off現象、うつ状態、認知症など）。

このような場合は、状態が悪化した状況、発生頻度、持続時間などを記載することにより、「介護の手間」が延長することが分かり、二次判定において要介護度を変更する根拠となるので、家族、介護者などから詳細を聞き取ることが必要である。

(5) 高度な肥満、麻痺がある場合

主治医意見書の中には、利き腕、身長、体重の未記載例が散見される。特に体重は高度の肥満がある場合には、通常よりも介護の手間がかかる可能性もある。測定困難な状況も少なくないが、できる限り記載することが望ましい。

また、利き腕に麻痺がある場合、利き腕と反対側とでは「介護の手間」に差が生ずるので、記載することが必要である。

3. 「生活機能とサービスに関する意見」の評価上の留意点

今回の改正に伴い、新たに「移動」、「栄養・食生活」、「サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し」の3項目が新設された。これらの評価は、新予防サービス給付によって、生活機能の維持・改善が期待される利用者を選別するためには重要な項目であり、正確に評価される必要がある。

4. 「特別な医療」の評価上の留意点

特別な医療によるケア時間は、基本調査による一次判定で推定される要介護認定等基準時間に加算されることから、特別な医療に該当するか否かを正確に判断することが求められる。

これは、申請者が過去14日間に受けた12項目に該当する医療行為が「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）」として行われたことを評価するもので、「医師でなければ行えない行為」「家族、本人が行う類似行為」は含まれない。例えば「疼痛の看護」ではがん末期の疼痛コントロールに相当する痛みで、看護職員が医師の指示に基づいてパップ剤を貼付する、座薬を挿入するなどの行為を行った場合は「あり」、家族、本人が行った場合は「なし」となる。また、継続的に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れないことへの留意も必要である。

5. 「特定疾病」の評価上の留意点

介護認定審査会の委員となっている医師に求められる役割のひとつは、申請者が第2号被保険者【40歳以上65歳未満】の場合に、生活機能の低下の原因となっている疾病が、政令で定められた16疾病【特定疾病】に該当するか否かの判断である。

特定疾病については、その診断上の根拠となる所見について、意見書の「1. 傷病に関する意見」欄の「(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」欄に記載することとされている。しかし、特定疾病に該当する傷病名は記載されていても、診断上の根拠となる所見が記載されていない、または記載が不備のために、特定疾病に該当するか否かの判断ができない意見書が提出された場合、照会せざるを得ないことがあるので、診断上の根拠となる所見を記載することが必要である。

また、再認定時に、特定疾病の診断根拠となる所見を、前回の認定時に特定疾病と認定されたにもかかわらず、同じように記載しなければならないのかという声もあるが、「再認定にあたっては、過去に用いた審査判定資料については、介護認定審査会が審査対象者の状態を把握するために参照することはさしつかえないが、審査判定の直接的な資料としては用いない」とされており、また、多数の合議体で構成されている介護認定審査会の場合は、必ずしも同一の合議体で審査されるという保証はないので、前回と同様に記載することが必要である。

6. その他の記載上の留意点

(1) 訪問調査の記載内容との相違の観点から

① 日常生活自立度について

要介護度認定においては、寝たきり度と認知症高齢者の日常生活自立度は調査票、意見書に共に記載される仕組みになっている。

介護認定審査会に提出された資料をみると、調査票と意見書とでは、日常生活自立度の不一致がしばしば見受けられる。「日常生活自立度の組み合わせによる要介護度の分布」は、要介護認定の参考指標の一つとされており、その判定にあたっては正確に行われる必要がある。

これら二つの日常生活自立度の判定については、たとえば、認知症高齢者の日常生活度では「金銭管理にミスが目立つ、できない」、「服薬管理ができない」などがある場合はⅡ以上となることなど、判定基準が示されており、判断が困難な場合には、本人への診察および家族・介護者への問診などで症状を確認し、それらの基準を参照し正確に判定することが必要である。

今回の改正において、認知症高齢者の日常生活度については、不一致が見られる場合には「認知症自立度評価ロジック」を用いて、その蓋然性が参考指標として、介護認定審査会資料に表示される。

新予防給付は、要支援1（従前の要支援）、要支援2（認定審査会の介護の手間に係る審査判定の段階で要介護1相当と判定されたものの多く）を対象としている。この対象の選定にあたっては、適切な利用が見込まれない状態像の1つとして「認知機能や思考・感情等の障害により、十分な説明を行ってもなお、新予防給付の利用にかかる適切な理解が困難である状態」がある。

すなわち「認知症高齢者の日常生活自立度」が概ねⅡ以上の者であって、一定の介護が必要な程度の認知症があるものは予防給付対象から除外されることになることから、日常生活自立度の、より正確な判定結果の記載が主治医意見書に要求されるのはいうまでもなく、適切な医学的管理による、認知症症状の改善の可能性などについての特記事項への記載も重要となる。

② 最終診察日と訪問調査日のずれ

調査日と医師の最終診察日に大きな隔たりがある事例が散見される。その場合に両者の内容に乖離が生じ、照会をしなければならないことになる。そのような事態をさけるためにはなるべく直前に診察をし、記載することが望ましい。

③ 記載漏れ

主治医意見書の記載項目で記載漏れがある場合であっても、一次判定ソフトにより介護認定審査会資料を作成することは可能であるが、要介護認定にあたっては、調査票の基本調査項目との不整合がないかなどの比較検討が必要であり、なるべく記載漏れがないことが望ましい。

(2) その他

意見書に医学的専門用語、略語などが記載されていることがある。介護認定審査会は医師以外の福祉関係の委員も含まれているため、専門用語、略語の使用はさけ、なるべく平易な記載をして、理解されるようにすることが望まれる。

また、判読し難い文字で記載された意見書も散見され、なるべく丁寧な文字で記載することにも配慮していただきたい。

7. おわりに

以上、要介護認定にあたり望ましい意見書の記載について述べた。

主治医に対し、市町村又は介護認定審査会より照会があった場合は、要介護認定を公平、公正に行うために誠実な対応が望まれる。

表 1 New York Heart Association の心機能分類

Class	内容
I	身体活動を制限する必要のないもの。日常生活における身体活動では疲労、動悸、息切れ狭心症状が起こらない
II	身体活動を軽度ないし中等度に制限する必要のあるもの。日常生活程度の身体活動で疲労、動悸、息切れ、狭心症状が起こる。
III	身体活動を軽度ないし中等度に制限する必要のあるもの。日常生活程度の軽い身体活動でも疲労、動悸、息切れ、狭心症状が起こる。
IV	身体活動を制限して安静にしているにもかかわらず、心不全症状や狭心症状が起こり、少しでも体を動かすと訴えが増強する。

心不全の重症度分類

度	内容	
0	心不全なし	普通の階段は昇っても息切れがしない。日常の活動で何らの症状もみられない。
I	心不全徴候	普通の階段を昇ると息切れがするが、途中で休むほどではない。
II	軽症心不全	普通の階段を昇るとき、息切れがして途中で休む。 日常の活動のあと夕方になると下腿にむくみがみられる。
III	中等度心不全	普通に平地を歩いていても息切れのため長く歩けない。 また安静時にも多少の呼吸困難がある。下腿にわずかなむくみを見る。
IV	高度心不全	室内の歩行および排尿、排便時に呼吸困難がある。安静時にも呼吸困難がある 下腿に明らかなむくみを見る。
V	重度心不全	歩行および起立が不能である。安静時にも強い呼吸困難がある (起坐呼吸、夜間呼吸困難発作など)。また、下腿に強度の浮腫と腹水、胸水がみられる。

循環機能検査法: 杉本恒明ら, 中山書店

Ⅱ. 認定審査以外の観点から

霞ヶ関南病院 院長 齋藤 正 身

わが国におけるケアマネジメントの定義は、「加齢に伴う障害や疾病による二次障害等によって、自力で日常生活を送ることが困難な高齢者に対して、その意思を尊重しながら、心身の状態の維持・改善をはかるとともに、多様な生活を支えるため、様々なサービス提供機関と調整を行い、適切な介護サービスの利用に関する計画（ケアプラン）を作成し、総合的・一体的なサービスの確保を図る一連の活動」となる。要約すれば、対象となる高齢者が、人から押しつけられたサービスではなく、各種ケアサービスの必要性を十分理解した上で、自己選択し、支障のない日常生活を送るために活用される方法ということである。この時の主治医の役割は、サービスを利用される対象者および家族ばかりでなく、他のサービス提供者に医学的なアドバイスを行うことである。

我が国の場合には、介護保険制度によりサービスが提供される場合にケアマネジメントが実践される。すなわち、かかりつけ医（主治医）の立場では、専門的な医学的管理の必要性や介護上のアドバイスを「居宅療養管理指導」として、利用者および家族、介護支援専門員やサービス提供者に伝えていくことが主な役割となるが、介護保険の申請時に必要な「主治医意見書」の記載内容を通じて、要介護認定のために参考となる情報を提供するだけでなく、介護支援専門員が介護サービス計画（ケアプラン）を作成する際にも重要な医学的な意見を提供している。言い換えると、介護サービス利用の入り口として、要介護認定の申請時点で押さえておかなければならない医学的内容を最初に伝えることのできる手法が「意見書」である。

介護の必要な対象者やサービス提供者にとって、医学的な情報は必須であり、サービス提供の前提となる。今回改定された「主治医意見書」の具体的な項目やフォーマットは、ケアマネジメントの上で、かなり改善された内容になっている。特に新たに位置づけられた「生活機能とサービスに関する意見」では、具体的な項目である「移動」や「栄養・食生活」の項目が加えられ、主治医として診察するだけでなく、実生活の状況を十分把握することが求められている。

医学的な情報と実際の生活機能を結び付け、今後予測される病状変化だけでなく、今後期待できる生活機能の維持・改善にまで踏み込んだ意見書の作成が、ケアマネジメントの上で重要な役割を担うことになる。

以下に、ケアマネジメントの観点から主な疾病と症状、状態別のポイントを記すが、意見書のみならず、居宅療養管理指導の上でも重要なポイントであることは言うまでもない。また、できるかぎり、抽象的なポイントではなく、具体的に記載するときに活用できる内容でまとめてみた。

1. 主な疾病のケアマネジメント上のポイント

(1) 筋萎縮性側索硬化症（ALS）

- ・進行性の疾患であることがポイント
- ・進行状況に応じた補装具の選択が重要である

- ・廃用性の筋力低下に対するリハビリテーションは対象者の状態に応じた内容・量であることが肝要である
- ・精神的なケアが最も重要であり、コミュニケーションをとる手段をいつも数種類用意しておく必要がある

(2) パーキンソン病関連疾患

- ・重症度によって、リハビリテーションやケアの内容が変わることを説明

[Hoen-Yahrの重症度分類]

I 一側性のみ

II 両側性の障害を示すが、立ち直り反射の障害(突進現象)はみられない

III 両側性障害があり、歩行障害および立ち直り反射の障害がみられる。しかし、日常生活動作は介助を必要としない

IV 介助なしで起立・歩行ができるが、日常生活動作では介助を要する

V 車いす生活または寝たきり

- ・すくみ足や小刻み歩行、前傾・前屈、突進現象、加速歩行などのために、転倒の危険性あり
- ・心気的になったり、抑うつなどの精神症状があるため、精神的なケアが必要になる
- ・嚥下障害や末梢循環不全、自律神経障害などにも注意が必要
- ・病状の進行に伴い、より生活機能維持を目的としたリハビリテーションが中心になる

(3) 脊髄小脳変性症

- ・運動失調を主症状とする変性疾患の総称

- ・主な病型は以下の通り

- * 晩発性小脳皮質萎縮症

- * Joseph病

- * 歯状核赤核淡蒼球ルイ体萎縮症

- * Friedreich病

- * 家族性痙性対麻痺

- ・共通しているのは、運動失調が主であることであり、根本的な治療法がないことから、リハビリテーション、特に社会性の維持・回復を考えれば通院によるリハビリテーションが勧められる

(4) 糖尿病性腎症・糖尿病性網膜症・糖尿病性神経障害

- ・糖尿病：もちろん食事・運動・薬物療法
- ・神経障害：自律神経障害や末梢神経障害の具体的な内容を説明しておく
- ・低血糖発作時の対応を指導
- ・失明や視力低下による日常生活上の問題に対する対処方法を指導

(5) 閉塞性動脈硬化症

- ・重症例以外は、歩行を中心にした運動療法を勧める
- ・爪や皮膚のケアも重要なポイントである
- ・禁煙や温暖な環境整備、マッサージなども効果的である
- ・ぬるま湯による足浴も効果がある

(6) 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)

- ・禁煙指導

- ・温度差、特に暖かいところから、気温の低いところに移る時の注意
- ・風邪などの呼吸器感染症の罹患に注意
- ・精神的なケアが重要
- ・栄養・運動の指導
- ・リハビリテーション（肺呼吸器に対する）
- ・酸素療法

(7) 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

- ・同じ姿勢を長時間とらない
- ・患部の安静と保温
- ・膝の場合には、大腿四頭筋の筋力アップが重要（運動器の機能向上等）
- ・体重のコントロール次第で症状が軽減することはよくある

(8) 関節リウマチ

- ・活動期に積極的なリハビリは勧められない。
- ・リハビリで重要なのは、関節の拘縮予防である→関節可動域の保持・拡大
- ・変形予防→装具としては指関節スプリントなど
- ・変形の進行状態に応じた補助具の活用
- ・関節の疼痛に対する対策も重要→装具やサポーターによる除痛、薬物療法
- ・上肢・手指の変形により、衣服の着脱に時間がかかったり、できなかつたりするが、ボタンの代わりにマジックテープやファスナーにリングを付けるなどの工夫を勧める

(9) 後縦靭帯骨化症

- ・主に頸椎であるが、屈曲位のほうが楽
- ・四肢麻痺が突然来る可能性があることを説明
- ・頸椎保護のためネックカラーの装着が必要な場合がある
- ・上半身の着脱は座位で行い、ズボンの着脱は臥位で行うことを指導

(10) 脊柱管狭窄症

- ・腰椎の場合、歩行していると足が重くなったり痛みが出現するので、休憩の必要性を説明する
- ・頸椎の場合、手のしびれで初発することあるので、整形受診必要
- ・失禁や頻尿などの排尿障害に注意
- ・筋力強化や疼痛のコントロールは継続的に続ける必要があることを説明

(11) 骨折を伴う骨粗鬆症

- ・再度の骨折の危険性を説明
- ・食事（栄養）と運動の指導
- ・転倒や転落の予防、骨折の予防のための環境整備が必要 *転倒の項目参照
- ・脳血管障害による片麻痺の人が、移動時（ベッド⇔車いすなど）に転倒・転落することはしばしば認められ、大腿骨頸部骨折などの受傷に注意が必要である
- ・腰椎圧迫骨折では、ある程度疼痛がコントロールされれば、できるだけ早期の離床と筋力強化を中心にしたリハビリテーションが必要であることを説明

(12) 廃用症候群（生活不活発病）

- ・急性期・慢性期疾患にかかわらず、早期離床や座位保持の勧め、適切な介護の提供、十分な栄養

状態の維持が重要である

- ・臥床状態が長くなると起こってくる併害について説明
- ・落ちた筋力の回復には時間がかかり、継続したりハビリの必要性を話す
- ・離床だけでなく、社会性の回復や維持が重要であり、自宅に閉じこもることなく通所ケアを利用することをすすめる
- ・介護予防の観点からも、運動器の機能向上・栄養改善・口腔機能の向上等を、各々に携わる専門職と連携をとり実践することが求められる。

2. 症状・状態別のケアマネジメント上のポイント

(1) 片麻痺

- ・主に脳血管障害によって起こる片側の上下肢の麻痺
- ・障害を受けた脳と反対側に麻痺を残す
- ・障害を受けた肩関節の亜脱臼を起こしやすい
- ・右片麻痺では、言語障害を伴いやすい
- ・左片麻痺では、情緒障害を伴うことが多い
- ・各関節が拘縮しやすいことに注意が必要

◎介護上のポイント

[食事]

- * 利き手が麻痺している場合には、利き手交換訓練が必要だが、あせらず繰り返し行うことが肝要
- * すべてを介助するのではなく、動作の一部を手伝う気持ちが大事
- * 補助具を利用する場合には、リハビリ・介護等の専門スタッフのアドバイスを聞き、在宅介護支援センターなどで実際に手にとってみるのが重要
- * 咀嚼や嚥下のうまくいかない人の場合には、健側で食べることや、食べ物が口の中に残っていないことを確認する
- * 汁物や水物はむせやすいので注意
- * できる限り、座位での食事が望ましい

[排泄]

- * 尿意・便意の有無をチェック
- * トイレでの排泄自立を達成させたいが、発症後の期間や重症度、介護負担の状況などを踏まえて、達成可能な目標設定と実用性を考えた手段を選択する必要がある
- * 臥床状態が長くなると、排便・排尿障害や尿路感染症の合併が起こりやすいことを説明

[移動]

- * 少しずつ移動できるようになると、慎重さに欠けたり、注意力が緩慢なため転倒の危険性が増す
- * レベルアップにともない、利用する補助具の種類が変化していくが、将来的な展望も考慮して

選択していく必要がある

* 段差の解消や障害物の撤去はもちろんであるが、住みなれた自宅であることも考慮し、実際に移動してみた結果から取り組む必要がある

* 運動器の機能向上プログラムが導入できるかどうかを検討する。

(2) 失語

- ・ 言葉の障害であり、脳の優位半球（一般的には左半球）の気質的な損傷によって起こる。
- ・ 原因疾患：脳血管障害・脳腫瘍・頭部外傷など
- ・ 話す・聞く・読む・書く・計算するといった機能が低下するが、損傷部位や範囲によって、重症度やタイプが異なる。

◎介護上のポイント

[コミュニケーションの取り方]

(話しかけるとき)

* 正面に座り、話し手に注目してもらう

* わかりやすい、短い文で話す

* 理解したかどうか確認（表情など）してから、次の言葉話す

* 理解できないときは、他の言い方をしたり、絵・漢字・ジェスチャー・実物の指差しなどを併用する

(聞くとき)

* ゆっくり話を聞く

* 発話のない場合は、「はいーいいえ」で答えられるような質問をする

* 表情から話を推測する

* 話がわからないときには、

周囲の状況を観察して情報を得る

周りの人に話を聞く

絵・漢字・ジェスチャー・実物の指差しなど、あらゆる手段を使うように促す

そのときにわからない場合には、無理強いせず、あとでもう一度聞く

* 話を途中で取らない

* 出にくいときには、助け舟を出す

[接し方の注意]

* 子供扱いをしない

* 発話を無理強いしない

* 馬鹿にしない

* イライラしたり、落ち込むため、精神的なフォローが大切

* 介護者に対する思いやりも大切

(3) 構音障害

・ 発声・発音の障害であり、神経や筋の運動障害や発声発語器官の器質的あるいは機能的な障害によって起こる。

・ 原因疾患：脳血管障害・ALS・パーキンソン病など

- ・摂食・嚥下障害を伴っていることが多い

[コミュニケーションの取り方]

(気をつけてもらうこと)

- * ゆっくり、はっきり話す
- * 姿勢を正し、唾液を飲み込んでから話す

(聞き手として気をつけること)

- * 正面に座り、表情や口元をよく見る
- * 話し方の特徴を知り、内容を推測する
- * わからないときは、代替え手段を積極的に使う

例) 50音表の指差し

筆談

ジェスチャー

はいーいいえ

描画

福祉機器(トーキングエイド[®]など)

(接し方の注意)

- * ゆっくり余裕をもって対応する
- * 聞き取れないときも、不快な表情をしない
- * 何度も聞き返すか否かは、表情を見ながら決める

(4) 嚥下障害

- ・ 嚥下の状態によって、食形態を考える
- ・ 口腔に食べ物が残っていないか確認する
- ・ 激しい咳き込みや高熱があるときには嚥下性肺炎を疑い、主治医の診察を受ける
- ・ はっきりした症状がなくても、何か元気がないときも同様である
- ・ 口腔機能の向上を念頭に置き、言語聴覚士・歯科医・歯科衛生士等との連携が必要

(5) 肥満

- ・ 体重のコントロールはもちろんであるが、適切な運動量・食事量を提示する
- ・ 肥満による弊害をわかりやすく説明する
- ・ 腰・股関節・膝関節などの状況を定期的にチェックする
- ・ 管理栄養士との連携が必要

(6) 転倒・転落

- ・ 転倒の原因となり得る環境因子の除去
- ・ ライティング
- ・ 床(段差やカーペット)
- ・ 手すり
- ・ 電気のコード
- ・ 薬剤

- ・家具のレイアウト
- ・転倒・転落してしまった場合のリスクマネジメント

3. おわりに

ケアマネジメントの観点から主治医意見書に記載すべき主な疾病と症状、状態別のポイントを記したが、できれば主治医と介護支援専門員やサービス提供者との間で直接意見交換やアドバイスをすべきである。サービス担当者会議への参加や往診等の診療の際にケアマネジャーが同席できるような工夫等により、日常の介護状況と医学的なポイントのすりあわせができれば、本来のチームによるケアマネジメントが実現できるものとする。今回の改定では介護保険法の基本理念である「自立支援」を徹底する観点から、予防重視型システムへの転換が打ち出されている。①要支援状態・要介護状態となることの予防や、②要介護状態等の軽減又は悪化の防止（介護予防）につながるサービスの提供が展開されることになるが、軽度の要介護者だけではなく、介護度の重い利用者に対しての介護の負担軽減に目を向けた積極的な取り組みも忘れてはならない。そのときに忘れてはならないのが重度になればなるほど医学的管理の必要性が高まる傾向にあることであり、より一層重要な役割を「主治医意見書」が担うことになる。介護の状況を十分に把握した「意見書」の作成や、サービス担当者会議での意見・アドバイス等が求められるであろう。

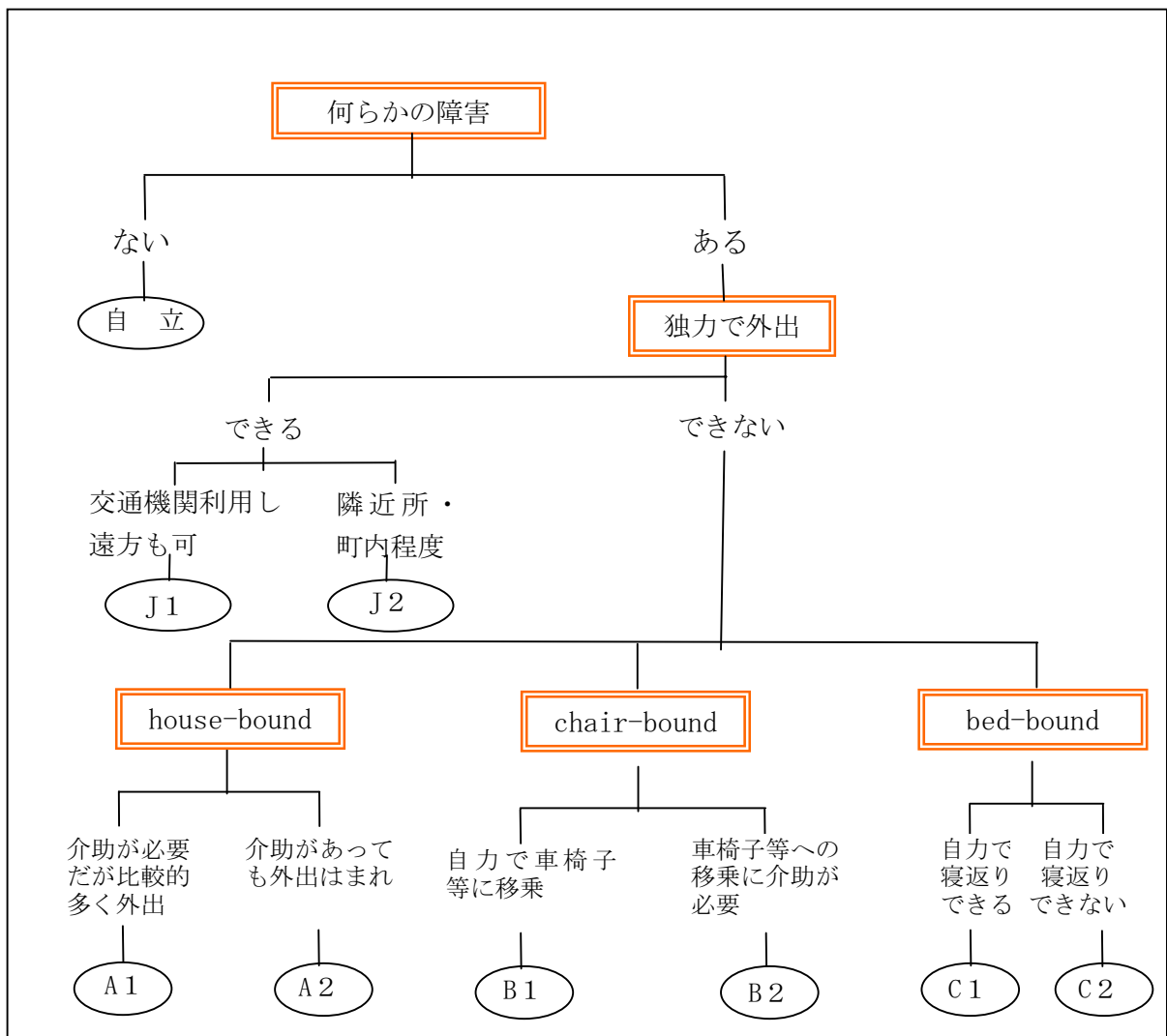
【参考資料 1】障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）の判定基準（早見表）

名古屋大学医学部社会生命科学講座 助教授 西村 秋生

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

2. 判定の流れ



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

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

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

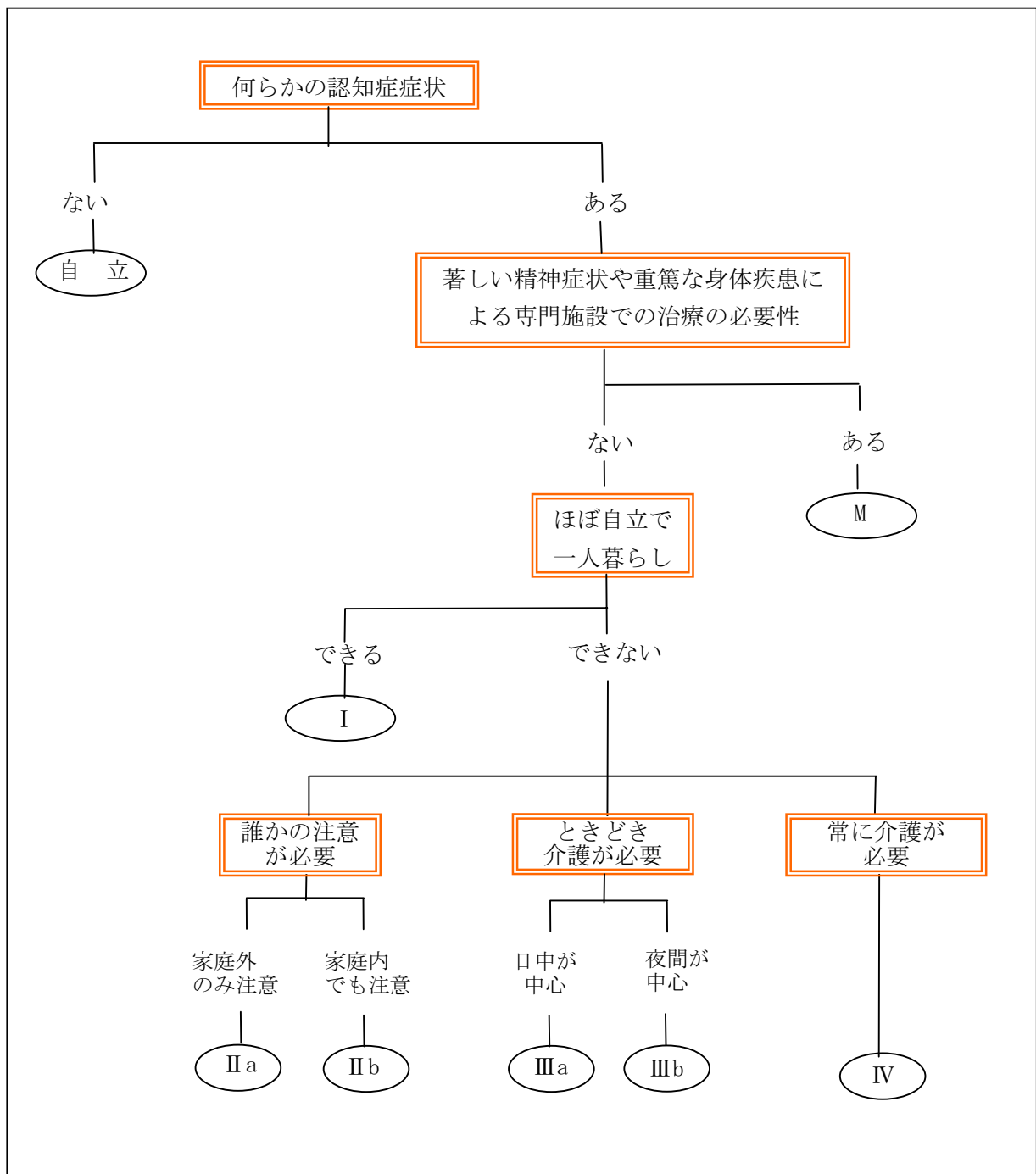
【参考資料2】認知症高齢者の日常生活自立度の判定基準（早見表）

名古屋大学医学部社会生命科学講座 助教授 西村 秋生

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。

2. 判定の流れ



第3章 記入マニュアルと記載例

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（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。

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、介護サービス計画作成等に有用となる留意点をお解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□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□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、お解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。

「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、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。

	疾 病 名	症 候 ・ 所 見
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。
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—下肢冷感、しびれ感、安静時痛、壊死 等があるかどうか聞く。視診により下肢の皮膚色調、潰瘍、壊死の有無をチェックする。触診ですべての下肢動脈の拍動の有無を調べる。
15	慢性閉塞性肺疾患（肺気腫、慢性気管支炎、気管支喘息、びまん性汎細気管支炎）	肺気腫 … ほとんどが喫煙者で、男性に多い。体動時呼吸困難が特徴的であるが、出現するのはある程度病変が進行してからである。咳、痰を訴えることもある。 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。 びまん性汎細気管支炎 … 呼吸細気管支領域にびまん性炎症により、強い呼吸障害をきたす。初期には肺炎球菌、インフルエンザ桿菌等が感染菌となりやすく、痰、咳、喘鳴を呈し、長引くと菌交代現象を起こし、緑膿菌感染になり重症化しやすい。
16	両側の膝関節または股関節の著しい変形を伴う変形性関節症	初期の場合は、歩行し始めの痛みのみであるが、次第に、荷重時痛が増え、関節可動域制限が出現してくる。

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

(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およ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、□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

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

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はほぼ自立している。		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	
II b	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	

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
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。

(平成18年4月3日 老発第0403001号 厚生労働省老健局長通知より抜粋)

(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。毎日する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。
具体的な要求に限られる	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。有る場合は、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、「□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。視覚失認および視空間失認、聴覚失認、触覚失認、身体失認等に大別される。
失 行	随意的、合目的、象徴的な熟練を要する運動行為を行うことができない状態で、麻痺、運動失調等の要素的運動障害、また失語、失認、精神症状等で説明できないもの。局在性の大脳病変で起こる後天性の行為障害。

(5) 身体の状態

利き腕

利き腕について、該当する方の口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ヶ月程度における体重の変化について、3%程度の増減を目途に、該当する口にレ印をつけてください。

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、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、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。

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（「低栄養」）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、褥瘡などが無い状態)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、「□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に、()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。

IV. 記載例と記載のポイント

東京都医師会 理事 玉 木 一 弘

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間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

疾病や身体の状況：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、心気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 ()		

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。

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) 8 年 月 日頃)
2. 高血圧症、高脂血症	発症年月日	(昭和・平成) 61 年 月 日頃)
3.	発症年月日	(昭和・平成) 年 月 日頃)

(2) 症状としての安定性 安定 不安定 不明
(「不安定」とした場合、具体的な状況を記入)
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、心気的訴えが多くなり、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) メバロチン(5mg)1T

ポイント2

(心身の状態に関する意見)

著名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。

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) 自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2
- 認知症高齢者の日常生活自立度 自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M

(2) 認知症の中核症状(認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)

- 短期記憶 問題なし 問題あり
- 日常の意思決定を行うための認知能力 自立 いくらか困難 見守りが必要 判断できない
- 自分の意思の伝達能力 伝えられる いくらか困難 具体的要求に限られる 伝えられない

(3) 認知症の周辺症状(該当する項目全てチェック:認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)

無 有 → 幻視・幻聴 妄想 昼夜逆転 暴言 暴行 介護への抵抗 徘徊
火の不始末 不潔行為 異食行動 性的問題行動 その他 ()

(4) その他の精神・神経症状

無 [症状名:] 専門医受診の有無 有 () 無 有

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。

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。

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。

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。

(5) 身体の状態
 利き腕 (右 左) 身長 = cm 体重 = (過去6ヶ月の体重の変化 増加 維持 減少)
 四肢欠損 (部位: _____) (約7kg)
 麻痺 左上肢 (程度: 軽 中 重) 右上肢 (程度: 軽 中 重)
 左下肢 (程度: 軽 中 重) 右下肢 (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)

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 屋外で使用
 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高い病態とその対処方針
 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. その他特記すべき事項
 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ど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つていよう。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。

《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

疾病や身体の状況：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)	男 女	〒	—
	明・大・昭 年 月 日生(76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 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 ()			

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。

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 年 不詳 月 日頃)
2. 右化膿性膝関節炎	発症年月日	(昭和・平成) 16 年 6 月 1 日頃
3. 高血圧症	発症年月日	(昭和・平成) 2 年 月 日頃

(2) 症状としての安定性 安定 不安定 不明
 (「不安定」とした場合、具体的な状況を記入)

(3) 生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過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) 自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2
- 認知症高齢者の日常生活自立度 自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M

(2) 認知症の中核症状 (認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)

- 短期記憶 問題なし 問題あり
- 日常の意思決定を行うための認知能力 自立 いくらか困難 見守りが必要 判断できない
- 自分の意思の伝達能力 伝えられる いくらか困難 具体的要求に限られる 伝えられない

(3) 認知症の周辺症状 (該当する項目全てチェック: 認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)

無 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

有 [症状名: _____] 専門医受診の有無 有 () 無 無

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。

(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
 左上肢 (程度: 軽 中 重) 右上肢 (程度: 軽 中 重)
 左下肢 (程度: 軽 中 重) 右下肢 (程度: 軽 中 重)
 その他 (部位: _____ 程度: 軽 中 重)
 筋力の低下 (部位: 右下肢(左も軽度低下) 程度: 軽 中 重)
 関節の拘縮 (部位: 右膝関節 程度: 軽 中 重)
 関節の痛み (部位: 右膝関節 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。

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 屋外で使用
 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高い病態とその対処方針
 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. その他特記すべき事項
 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ど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

疾病や身体の状況：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。

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 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 ()		

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上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・改善を目指したりハビリの必要性や、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。

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	発症年月日	(昭和・平成) 年 月 日頃)
1. 膵頭部癌、骨転移による癌性疼痛		(昭和・平成) 17 年 8 月 日頃)
2. 高血圧症		(昭和・平成) 17 年 8 月 日頃)
3.		(昭和・平成) 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 カマガ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) 認知症の周辺症状 (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 [症状名:] 専門医受診の有無 <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有						

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。

(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 左上肢 (程度: 軽 中 重) 右上肢 (程度: 軽 中 重)
左下肢 (程度: 軽 中 重) 右下肢 (程度: 軽 中 重)
その他 (部位: _____ 程度: 軽 中 重)
筋力の低下 (部位: 両下肢 程度: 軽 中 重)
関節の拘縮 (部位: _____ 程度: 軽 中 重)
関節の痛み (部位: _____ 程度: 軽 中 重)
失調・不随意運動 ・上肢 右 左 ・下肢 右 左 ・体幹 右 左
褥瘡 (部位: _____ 程度: 軽 中 重)
その他の皮膚疾患 (部位: _____ 程度: 軽 中 重)

4. 生活機能とサービスに関する意見

(1) 移動
 屋外歩行 自立 介助があればしている していない
 車いすの使用 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 屋外で使用
 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高い病態とその対処方針
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

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。

5. その他特記すべき事項

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、室内のつま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お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。

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。

《事例4》 認知症で生活機能の低下が徐々に進行し、今後医療依存度も高まると考えられる事例

患者の概要 性別：女性 年齢：78歳

疾病や身体の状態：認知症で生活感や意欲がなく、日常全般に介助が必要で、時に幻視など行動障害がある。生活が不活発なことにより生活機能が進行性に低下し、家庭内の移動は介助が必要で、日常の行動は制限され通院は困難になりつつある。糖尿病による腎不全があり。インシュリン注射とK制限の糖尿病食を要する。

主治医意見書

記入日 平成 17 年 11 月 10 日

申請者	(ふりがな)	男 女	〒	—
	明・大・昭 年 月 日生(78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 18 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 checked="" 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 ()			

ポイント1

(傷病に関する意見)

生活機能低下の原因や過程が要介護認定やケアプランの作成時に理解され易いように記入する必要がある。本例では約3年前頃から生活が不活発となったことを捉え、その助長因子となった左大腿骨骨折、認知症などの経過を説明し、また糖尿病や腎不全等当面の医療ニーズの程度、予後の見通しを示し、内服やインシュリンの家族管理等、介護の手間に影響する要素にも触れている。

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. 生活不活発病 (廃用症候群)	発症年月日	(昭和・平成) 14 年 10 月 日頃)
2. 左大腿骨骨折、認知症	発症年月日	(昭和・平成) 16 年 9 月 日頃)
3. 糖尿病、糖尿病性腎症、腎不全	発症年月日	(昭和・平成) 50 年 7 月 日頃)

(2) 症状としての安定性 安定 不安定 不明
 (「不安定」とした場合、具体的な状況を記入)
 腎不全の悪化、ADLの低下が見込まれる。

(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]

約30年前より糖尿病にて通院加療していた。約3年前頃から意欲が乏しく生活が不活発となり、食思が不安定で高血糖を来すため、経口糖尿病薬から平成14年10月よりインシュリン管理に移行した。血糖測定やインシュリン投与、内服管理は夫。平成16年9月に室内の畳の縁で転倒し、左大腿骨を骨折して入院。その後、認知症が進行、現在は自発的な移動はせず、支えてのトイレ歩行もやっとで、日中もベッド上で過ごし、ほぼ寝たきり状態となりつつある。転倒骨折したことを覚えていない。最近では糖尿病性腎症のため、クレアチニン3.09、K6.4と上昇、腎不全の食事管理も必要。
 N式スケール(5項目)で15点 HbA1c7.9 CRE3.09 Rp)プロブレス8mg ヒューマリン3/7 12単位

ポイント2

(心身の状態に関する意見)

ほぼ寝たきりで、認知症の中核症状の高次脳機能が低下し、周辺症状である幻視などの行動障害もあり、専門的治療には至っていないが、意思疎通などが難しくなり、介護に手間がかかる状態が推察される。

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) 自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2
- 認知症高齢者の日常生活自立度 自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M

(2) 認知症の中核症状 (認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)

- 短期記憶 問題なし 問題あり
- 日常の意思決定を行うための認知能力 自立 いくらか困難 見守りが必要 判断できない
- 自分の意思の伝達能力 伝えられる いくらか困難 具体的な要求に限られる 伝えられない

(3) 認知症の周辺症状 (該当する項目全てチェック：認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)

- 無 有 有
 - 幻視・幻聴 妄想 昼夜逆転 暴言 暴行 介護への抵抗 徘徊
 - 火の不始末 不潔行為 異食行動 性的問題行動 その他 ()

(4) その他の精神・神経症状

- 無 [症状名: _____] 専門医受診の有無 有 () 無 有

生活や介護の状態：高齢の夫が主介護者で、自営業を営む娘夫婦と戸建住宅に同居しているが、昼間は老々介護で生活機能の低下、認知症や行動障害の進展、医療ニーズの高まりに直面し不安が多い。

ポイント3
 (心身の状態に関する意見)
 インシュリン治療が必要な糖尿病で最近体重が減少し、適切な栄養管理の必要性が示唆されている。
 骨折後の障害は回復し、疼痛や関節の拘縮はないが、下肢の筋力低下が進行していることが読み取れる。

ポイント4
 (生活機能とサービスに関する意見)
 介助があれば歩行はしているが、通院時などは車椅子を使用し、認知症などから介助者が操作していることが読み取れる。
 糖尿病と腎不全のため制限食となり、栄養管理の要点や必要性が示されている。
 転倒予防やフットケア、維持的リハビリ等による要介護度進展予防についての期待が示されている。
 今後、介護サービス計画を作成する上で、訪問による医療系サービスの必要性や留意点が指摘されている。
 サービス提供時に必要な感染症情報を分かり易く伝えている

ポイント5
 (特記すべき事項)
 これまでの記載で表現できなかった医学的状態、医学的管理を追加し、実際の介護の手間ひまの状況を書き込むことによって、今後必要となる介護サービス内容への助言となっている。認定審査はもちろん、介護サービス計画作成においても参考となる。

(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
 左上肢 (程度: 軽 中 重) 右上肢 (程度: 軽 中 重)
 左下肢 (程度: 軽 中 重) 右下肢 (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 (1200kcal、蛋白 40g、塩分 6g、K制限あり)

(3) 現在あるかまたは今後発生の高い病態とその対処方針
 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 (趾間の清潔保持や爪の手入れが必要)

(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 (降圧剤内服は必須) ・移動 特になし あり (指示、見守りが必要)
 ・摂食 特になし あり (腎不全食) ・運動 特になし あり (負荷運動等の理解は困難)
 ・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 (出産時の輸血によるB型肝炎ウイルスキャリアー、標準的予防策で対処) 不明

5. その他特記すべき事項
 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ど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。)

最近、筋力やADLの低下が目立ち、認知症により夫が促しながら生活をする状態で、日常全般に介助が必要な状態となり通院も難しくなっている。時に幻視による不穏等、行動障害があり。高齢の夫をいら立たせ介護にも限界があり今後に不安を感じている。同居の娘が食事等随っているが、自営業の共働きできめ細か関与は難しい。栄養や血糖値の管理も課題で、訪問看護等の導入も早晚必要。

《事例5》 第二号被保険者で特定疾患であるパーキンソン病の事例

患者の概要 性別：男性 年齢：59歳

疾病や身体の状態：歩行力の低下が顕著。転倒後、不安で1人では外出困難。巧緻性に障害があり、全ての動作に時間がかかる。筋力の維持や関節の拘縮予防にリハビリを必要とする。精神の障害は存在しない。

主治医意見書

記入日 平成 17 年 11 月 11 日

申請者	(ふりがな) 明・大・昭 年 月 日生(59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 26 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 type="checkbox"/> 有 <input checked="" 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 ()		

ポイント1

(傷病に関する意見)

第2号被保険者の場合は認定審査のため、特定疾病に該当する病名、傷病の経過および治療薬、さらに診断根拠となる症状や所見の記載が重要である

また、特定疾病に罹患していることが介護の手に現れることを、具体的な身体動作や日常生活の影響と結びつけながら記載していきたい。今後予測される病状の変化が記載され、ケアプラン作成に有意義である。

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. パーキンソン病 発症年月日 (昭和・平成) 6 年 月 日頃 2. 発症年月日 (昭和・平成) 年 月 日頃 3. 発症年月日 (昭和・平成) 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) 歩行障害が進行する可能性あり
(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 平成6年頃より歩行障害が出現、前屈姿勢や突進現象があった。平成10年6月に当院を受診。安静時の手指振戦、筋固縮、姿勢反射障害があり、進行性であるが投薬にて、手指振戦は軽快、筋固縮も柔らかくなっている。嚥下障害、妄想や幻覚症状はない。介助があれば外出はできるが、筋力低下のため茶碗を持ち上げられない。妻が介助しながら、ゆっくりとトイレ歩行は可能。症状には日内変動があり、トイレに間に合わないこともある。 メネシット(100mg)2T パーロデル(2.5mg)5T

ポイント2

(心身の状態に関する意見)

付随する精神・神経症状について、家族からその点を確認することも必要である。

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) 認知症の周辺症状(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 [症状名: _____] 専門医受診の有無 <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有

生活や介護の状態：一戸建住宅で、寝室は1階にある。主に妻が介護し、別居の娘が週1回介護の手助けに訪れている。ゆっくりとトイレ歩行は可能だが、症状の日内変動があり、本人が意欲に乏しく介護のストレスは多い。

(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 左上肢 (程度: 軽 中 重) 右上肢 (程度: 軽 中 重)
 左下肢 (程度: 軽 中 重) 右下肢 (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)

ポイント3
 (心身の状態に関する意見)
 身体の状態において「失調・不随意運動」の状況を指摘している。

4. 生活機能とサービスに関する意見

(1) 移動 (時間により異なる)
 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 屋外で使用
 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高い病態とその対処方針
 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 (転倒に強い不安がある)
 ・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

ポイント4
 (生活機能とサービスに関する意見)
 介助があれば外出できる状況を指摘する。
 生活機能改善に「期待できる」がチェックされ、運動器の機能改善も示唆される。
 拘縮予防にも効果が期待される。

5. その他特記すべき事項
 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ど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。)

住まいは一戸建てで、寝室は1階にある。主に妻が介護し、別居の娘が週1回介護に訪れている。本人は意欲に乏しく、日常的に横臥していることが多い。動作が鈍く、筋力の低下が続いているので、拘縮予防に適度なリハビリが必要となっている。

ポイント5
 (特記すべき事項)
 追加補足として生活環境、家族環境、本人の意欲が詳細に記載されている。
 同居で介護力のある家庭ではあるが、さらにリハビリによってADLの向上が望まれる。

第4章 意見書の記載のために

I. 機能評価の知識

1. ADLの評価

九州リハビリテーション大学校 教授 橋元 隆

(1) ADLとは

日常生活動作 (Activities of Daily Living : ADL) の概念や範囲は1976年日本リハビリテーション医学会が定めたものが基準となっている。その概念としては「ADLとは、ひとりの人間が独立して生活するために行う基本的なしかも各人ともに共通に毎日繰り返される一連の身体的動作群をいう。この動作群は、食事、排泄等の目的をもった各作業(目的動作)に分類され、各作業はさらにその目的を実施するための細目動作に分類される。リハビリテーションの過程やゴール決定にあたって、これらの動作は健常者と量的、質的に比較され記録される」とされ、さらに

- ① ADL評価の対象となる動作能力は、障害のある人間が、一定の環境において発揮しうる残された能力(ability)であり、評価にさいして義肢・装具・生活用具・家庭環境の関与も考慮されなくてはならない。社会保障等の目的のために生物学的(解剖学的)レベルにおける障害あるいは、社会的レベルにおける障害となる場合もあるが、これはリハビリテーション医学における概念としての本来の主旨ではない。
- ② ADL評価の対象となる能力は、原則として身体運動機能であり、精神活動や意志交換能力等が関与する場合もある。身体運動機能障害を伴わない他の独立した障害(精神、視力、聴力、言語等のみの障害)における日常生活動作あるいは生活機能に関する評価は別に考慮される必要がある。
- ③ ADLの範囲は家庭における身のまわりの動作(self care)を意味し、広義のADLと考えられる応用動作(交通機関の利用・家事動作等)は生活関連動作というべきである。
- ④ ADL評価の内容には前職業的あるいは職業的動作能力は含まないものとする。
- ⑤ ADL評価の実施者は動作をリハビリテーション医学的に吟味しうる知識をもつ者であることが望ましい、と5項目について註を記している。

その範囲は家庭における身のまわりの動作(self care)を意味し、食事、排泄、入浴、整容、更衣がこれにあたる。一般的にはこれに起居・移動動作を加えたものが狭義のADLの範囲となる。わが国では矢谷によるADLの分類(図表1)が一般的に用いられている。

広義のADLと考えられる応用動作(家事動作や育児、裁縫、家屋修繕、買物、乗物の昇降動作など)は生活関連動作(Activities Parallel to Daily Living 以下APDL)といわれる。それがどの範囲までを含むのかは諸家により幾分異なる。最近ではこのAPDLとほとんど同意語的に使用されているものに手段的日常生活動作(Instrumental Activities of Daily Living : 以下IADL)

がある。これはLowton, M. P. らが1969年に提案したもので、買物・食事の支度、洗濯などの家事動作、電話の使用、外出時の公共交通機関の利用、家計管理や家屋の維持、服薬などの動作が含まれる。APDLという表現はリハビリテーション医学関係者に限られた傾向がある。一方、IADLは高齢者アセスメント表などにも記載されており、保健・福祉関係者において幅広く使用されるようになった。

介護保険法においては、平成18年の改正後も第1条に「この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、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（以下略）」と能力に応じ自立した日常生活をその目的としてうたっている。また、「要介護状態」（法第7条）を定義する中で、身体上又は精神上の障害があるために入浴、排せつ、食事等の日常生活における基本的な動作の全部又は一部について、厚生労働省令で定める期間にわたり継続して、常時介護を要すると見込まれる状態（以下略）」とし、日常生活上の世話とは、入浴、排せつ、食事等の介護、調理、洗濯、掃除等の家事、生活等に関する相談及び助言その他の居宅要介護者等に必要な日常生活上の世話とすると記されている。

要介護認定における一次判定の指標となっている要介護認定等基準時間のうち、食事・排泄・移動・清潔保持がいわゆるADLであり、間接項目の薬の服薬・金銭の管理・電話の利用等がIADLにあたる。このことから居宅生活においてたとえADLが自立しているからと言って、独立した生活に結びつくものではないことを理解しておく必要がある。

最近では、保健・医療・福祉に関わる様々な領域においても「ADL」という言葉はごく一般的に使用され、「日常生活動作」として訳され用いられているが、activityという英語は、本来「活動」と訳されるべきでもの（「動作」はmotion）である、という考えから1990年から「日常生活活動」と表現されることになっている。

(2) 日本人の生活行動分析

NHKが1960年から5年毎に実施している「国民生活時間調査」では1日の生活行動について、

- ① 必需行動……個体を維持向上させるために行う不可欠の高い行動で睡眠、食事、身の回りの用事、療養・静養からなる。
- ② 拘束行動……家庭や社会を維持向上させるために行う義務性・拘束性が高い行動で、仕事、学業、家事、通勤・通学、社会参加からなる。以前は「社会生活行動」として分類されていた。
- ③ 自由行動……人間性を維持向上させるために行う自由裁量性の高い行動で、マスメディア接触、積極的活動であるレジャー活動、人と会うこと、話すことが中心の会話・交際、心身を休めることが中心の休息からなる。

上記の①～②以外の行動や分類不能の行動は「その他」の行動として分類している。

ADLの概念との整合性においては、ADLがおおむね「必需行動」の範疇に、APDL（IADL）が「拘束行動」におさまることになる。

当生活時間調査より国民全体の1日の行動時間を平日の全体平均時間（図表2）をみると、1日のうち「必需行動」が10時間10分±2時間05分（1日24時間に占める時間量比42.4%）であり、「拘

束行動」 8時間39分±4時間00分(同36.0%)、「自由行動」4時間38分±3時間14分(同19.3%)、「その他」が2.3%の割合になっている。

「睡眠」時間を除いた1日の活動時間(16時間37分)に占める各行動の時間量比を算出すると、「必需行動」が16.8%、「拘束行動」が52.1%、「自由行動」が27.9%となる。

このことから「拘束行動」と「自由行動」時間の長短が、日本人の生活行動を大きく左右しているといえる。ケアプランで食事や身のまわりなどのいわゆる身体介護としてADLの支援を行っても、それは睡眠を除いた活動時間16.8%のプランでしかあり得ない。IADLを含む拘束時間52.1%、さらには自由時間27.9%の合わせた80%、つまり13時間余りの生活をどう支えていくかが重要となる。特に「自由時間」をどの様に過ごしているのかを調査し、その過ごし方をいかに構築するかが、利用者の生活目標を明確にする糸口となるであろう。そのことが利用者の尊厳を保ち、QOLの向上につながる事となる。

(3) ADLの評価方法

ADL能力を評価する場合、原則的には聞き取り調査は好ましくない。なぜならば、その活動ができるのか、できないのか、また実際にしているのか、していないのかの量的判断は可能であっても、その活動がどのように実施されているか。また安全であるのか、危険性はないのか。あるいはその方法は一般的なのか、特殊的ではないか等の質的判断(実用性)は実際の場面を観察しなければ判断できないからである。さらに前述のように食事・排泄など単一活動(点)だけを捉えるのではなく、1日の生活行動全体(面)を評価することが重要である。また、たとえリハビリテーション施設の運動療法室などで練習として出来ても(していても)、日常生活の実際場面では「していないADL」も少なくない。「できるADL」と「しているADL」は異なることを認識しておくべきである。一般に運動療法室は、いわゆる練習や指導しやすいような環境が設定されていることと、利用者そのものも動作遂行に意欲的なことが多く、実際の場面とでは大きく異なる。

施設や居宅など実際の場面では「していないADL」が増加する理由として次のようなことがあげられる。

- ① できるが、実用的でないからしない(時間がかかる、危険性があるから)
- ② できるが、させてもらえない(介護者が行う:過保護)
- ③ 物理的環境変化によってできない(不適切な物理的環境や不備)
- ④ 必要ないからしない(生活行動上必要でなくなる)
- ⑤ したくないからしない(意欲低下)
- ⑥ したことがない(未経験)

また、現在していなくて退院後家庭では「するであろうADL(しなければならぬADL)」を予測することも重要となる。

ADLの実行においては、家族・介護者などの「ひとの環境」、家屋・設備や社会制度など「ものの環境」が大きく関与してくる。たとえ機能障害が同じレベルでも、生活環境の適、不適がその生活行動を変化させるし、能力に適した環境づくりが生活の実行上において欠かせないものとなる。機能障害があるから何もできないのではなく、周囲が何もさせないようにしていることが少なくない。日常生活は常に変化しているものであり、不適切な環境が新たな障害を創り出す可能性もある。また、「最高の環境は、最善の環境にあらず」ともいえる。こうした個人的背景を含んだ環境を分

析することが不可欠であり、ADL能力の改善に向けて重要となる。

(4) ADL評価のポイント

評価するにあたってはそれぞれの動作の特性や構成について理解しておく必要がある。

① 食事動作

食事動作が自立しているかどうかはただ単に自分で食べているかどうかではない。誰と何処で、どのような姿勢（肢位）で、どのくらいの時間をかけて食事をしているのかをまず確認することが必要である。

食事動作の過程を分析すると、まず食事を摂る姿勢である。一般的には床上座位（正座・あぐら）か、椅座位（腰掛け）であるが、病床ではベッド上、あるいは寝たきりでは臥位のまま、ということもあり得る。一般的には30分程度の姿勢保持が必要となる。しかし、30分間座れるようになったらからと言って、外食でコース料理が可能となると言うわけではなく、食事能力と座位保持の耐久時間は大きな関係を示すことになる。

続いて食器（箸や茶碗など）の操作は可能か、口まで食べ物を運べるか、口を開けることができるか、咀嚼ができるか、嚥下に問題はないかなどが項目として挙げられる。

食事姿勢によっては、咀嚼や嚥下にも大きく影響を与えることになる。上肢機能は、箸や茶碗などの操作、食べ物を口まで運ぶことに大きく関与してくる。特に箸の操作は食べ物により、選別から細分化（煮魚なら骨から身をほぐす、豆腐を細かくするなど）まで非常に巧緻性を必要とする動作となる。当然、箸の材質などによってもその操作性は大きく影響されてくる。また、茶碗や湯飲み等の食器を保持し、口元までもっていけるかも問題となる。このとき代償動作や食器などの工夫も重要な要素となる。さらに食べ物の運搬は固形物か、汁物かによって大きく異なる。特に汁物の運搬はその温度、量などによりこぼすだけでなく、熱傷などの危険性も生じてくる。食事介助といえば多くの場合、食べ物の運搬動作を意味することになる。開口、咀嚼、嚥下においては食事時の姿勢や頸部の動きが大きく関連している。当然ながら食べ物の種類、固さ、量などをはじめ、歯の有無はもちろん、強度、歯並び、義歯の不適合や緩みなどが影響してくることを見逃してはならない。

食事動作で何よりも大切なことは、本人の食欲こそが重要といえる。食欲に関与する感覚として視覚（食材・食器の色）、嗅覚（香り）、聴覚（調理をしているときの音も含めて）、触覚（食材の適温提供、温かいものは温かく、冷たいものは冷たく）、味覚（甘い、辛い、酸っぱい等の味付け、高齢者では味覚障害を起こしている場合も少なくない）がある。また誰と食べるのかも重要な要素である。

② 排泄動作

排尿・排便という本動作もさることながら、排泄場所、衣服の着脱、排泄時の姿勢保持、収尿・収便、トイレットペーパーの使用、さらには排泄後の尿・便の処理など関連動作を含めた評価を行うことが必要である。また頸髄損傷にみられるような障害により特別な排尿・排便動作を必要とする場合は、その方法を明記されたい。排泄が自立されていない場合は本人はもとより、介助者の肉体的、精神的負担は計り知れない。排泄管理の良し悪しで寝たきりがつくり出される要因となる。

③ 入浴動作

日本人にとっての入浴の目的は、体を清潔にすることはもとより、「温まる・湯につかる」という言葉からして、体循環を高め、リラクゼーションを図ることが挙げられる。入浴での最大の課題は浴槽への出入能力である。これはふちの高さなどどのような浴槽を設置するかによって大きく影響される。また、洗身時の姿勢保持は重度障害者や高齢者では難しい動作であり、重労働でもある。さらに、湿った身体にシャツなどの下着を着るのも日常の更衣動作とは異なり、難儀することが少なくない。こうした一連の動作能力を判断しなければならない。高齢者の場合など心負担も大きくなることも見逃せない。

④ 整容動作

洗顔・歯磨き・洗髪整髪・髭そり、また化粧などの動作であるが、動作の特性として、洗顔では両手で水をすくえるか、歯磨きではチューブから歯磨きを歯ブラシにつけることができるか、各方向磨けるか、口をゆすぐことができるか。洗髪・整髪では手（ブラシ）が髪にとどくか、などが問題点としてあげられるが、動作そのものの難しさより使用する器具（道具）によってその自立度が異なるので使用器具のチェックも必要である。当然、どこでその動作を行っているかも重要となる。

⑤ 更衣動作

いわゆる身なりと言われ、社会生活の中では重要視される。更衣動作の特徴としては、どのような姿勢で更衣動作を行っているか（立位なのか、座位なのか）。衣類の材質（伸縮性、摩擦、厚さ）、形態（開きの方向、袖口、えりぐり、身ごろ、とめ具・ボタン／ファスナーなど）、種類（上着、下着、服、ズボン・スカート）は限定されていないか。更衣の方法や手順はどうかなどが課題となる。更衣動作は、四肢、体幹の可動域や筋力、巧緻性などかなり高度なものが必要となり、このことから通常においても介助を受けることも少なくない。衣服のみならず靴下の着脱、ネクタイ、ベルト、装飾品なども問題となる。若い障害者では意識度が高く維持される動作であるが、高齢者では徐々に低くなる動作の一つである。整容動作や更衣動作の実行状況が生活機能、とくに外出、ひいては社会参加制限とつながる大きな要因となる。

⑥ 起居・移動動作

起居・移動動作はそれのみでは目的をもった行為ではないがADLを遂行するための基本動作であり、これが不可能な場合ADLの大半の遂行が困難となる。

起居動作とは、寝返り、起きあがり、立ち上がり動作などをいうが、残存能力を利用し、障害に則して方法が指導されているか否か、座位（床上座位、椅座位など）姿勢が保持出来るか否かがポイントとなる。この座位保持能力を決定するのは筋・神経など運動機能のみではなく、血圧や呼吸、心肺機能なども関与しており総合的な評価が不可欠となる。

移動手段としての最高峰は歩くという動作であり、杖・松葉杖・歩行器（車）歩行と続く。当然、移動手段として車いすの使用も含まれてくる。また、室内では這う（尻這う、四つ這うなど）という移動手段があることを忘れてはならない。杖・松葉杖・歩行器（車）・車いすなど移動補助具を使用するにはそれなりの身体的・知的能力が必要となる。またいくら軽量で走行性の素晴らしい車いすでも、雪の積もった屋外では為す術がない。使用する環境を十分把握し、選択しなければならない。今回の改正において要介護認定における「介護の手に係る審査判定」において「要介護1相当」とされた者を対象に行われる、「状態の維持・改善可能性に係る審査判定」

(「要支援2」及び「要介護1」の給付区分の振り分け)に用いる資料として介護認定審査会資料のうち「認知機能・廃用の程度の評価結果」と主治医意見書、特記事項の3つがあるが、特記事項では特に「歩行」・「移動」に係る部分が重要な判断材料となる。

⑦ 阻害因子となる機能障害

ADLの遂行においては当然心身機能が関与することは言うまでもないが、まず大きく阻害するのが疼痛である。痛みのある部位や程度を把握しておかなければならない。特に腰痛や下肢痛(股・膝)は移動動作に影響してくる。つづいて関節可動域、特に大きな関節の可動性は日常生活への影響が大きい。肩・肘・手・股・膝・足関節および頸・体幹の可動性が重要となり、動作方法の変更を余儀なくさせることになる。また、頸や顎の動きは開口・咀嚼・嚥下時に影響を与え、食事動作にも制限をもたらすことになる。筋力については、麻痺なのか、廃用性の筋力低下なのか、また障害部位よりも残存部位の能力把握が重要となる。感覚は表在覚(触覚・温覚・冷覚など)や深部覚(位置覚・振動覚など)の低下が動作や歩行障害につながるであろうし、失語・失認・失行などの高次脳機能障害などの有無、高齢者においては五感(視覚・聴覚・嗅覚など)の低下はQOLにも関連してくることになる。症状や障害(RAやうつ傾向)によっては日内変動があり、服用している薬剤の種類によってもADLの遂行に大きな影響を及ぼす。

(5) 代表的なADL評価表例

① 障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準(図表3)

これは1991年当時の厚生省が「寝たきり老人ゼロ作戦」の効果的な推進と老人保健福祉計画の円滑な作成・実施のために作成したものであり、介護保険制度下においても主治医意見書や認定調査票、さらに介護認定審査会における二次判定の際の基礎資料としても取り入れられている。

なんらかの生活機能低下を有する高齢者の、日常生活における自立度(寝たきり度)を評価するものであり、「～をすることができる」といった「能力」の評価ではなく「状態」、とくに「移動」にかかわる状態像に着目して、日常生活の自立の程度を4段階にランク分けしたものである。このため障害を持たないいわゆる健康な高齢者は対象とならない。自立度の判定と併せ、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)」「意志疎通」といった個人のADLに関する項目「ADLの状況」(図表4)についても評価するようになっている。補装具、自助具、杖や歩行器、車いす等を使用した状態であっても差し支えないこととされている。

「ADLの状況」はa、b、cの3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に、一連の動作が介助なしに1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なんとかできる場合が該当する。1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、1人では一連の動作を遂行することが全くできない場合が該当する。

② 認知症高齢者の日常生活自立度判定基準(旧厚生省痴呆性疾患調査研究班)(図表5)

1993年に(旧)厚生省痴呆性疾患調査研究班により作成されたもので、認知症高齢者のADL

の自立度を評価するものであり、保健・医療・福祉関係者の共通言語として活用度が高い。障害高齢者の日常生活自立度評価と同様、介護保険制度下において認定調査票や主治医意見書、さらに介護認定審査会における二次判定の際の基礎資料として重要な位置づけとなっている。特に今回の改正のポイントである新予防給付に係る審査判定の流れにおいて、介護認定審査会資料の参考指標として、認定調査と主治医意見書に記載されている「認知症高齢者の日常生活の自立度」を確認すること、認知症自立度が一方で「自立もしくはⅠ」、もう一方は「Ⅱ以上Ⅲまで」と異なる場合の蓋然性評価「A」から「D」のいずれかに「○」印が提示されていることを確認し、「認知機能・廃用の程度から推定される給付区分」に該当すると考えられる給付区分（予防給付・介護給付のいずれか）に『レ』印が記載されていることを確認しなければならない。このことから是非熟知しなければならない判定基準である。

③ Barthel index (B I) (図表6)

1965年米国で報告された評価法であり、10項目の総合点が100点(自立)になるように、項目ごとに自立と部分介助で点数が配置されている。その点数は介助なしでの可能度(対象者の遂行能力)を表すものであり、どの項目も少しでも介助や監視を要し、周囲に誰かがいなければ動作を安全に遂行できない場合は満点にならない。また、各々の項目は重要度により配点され、椅子とベッド間の移乗と移動項目の配点が高くなっているのが特徴である。この評価表は単純明快で、その内容さえ理解すれば誰でも正確に、かつ迅速に評価でき、わが国では一番用いられているのである。しかし、たとえばADLの点数が70/100と記されていた場合、全体的な自立か否かの判断はできるが、どの項目がどの程度できないのか等が一目でわからないのが欠点である。

④ 機能的自立度評価法 (Functional Independence Measure : FIM) (図表7)

アメリカリハビリテーションアカデミーで統一的データベースシステムの一環として開発されたもので、このシステムには患者の個人情報、障害名、入院期間、費用などが含まれたものである。ADL評価法ではあるが、リハビリテーション全体の統一的経過記録を意図としたシステムの一部である。大項目としてセルフケア・排泄コントロール・移乗・移動・コミュニケーション・社会的認知の6項目に区分され、細目動作18項目より構成され、自立と介助の7段階評価となっている。満点(完全自立)126点、全介助0点でADL能力の変化が鋭敏で反映される。身の回り動作と起居移動動作にコミュニケーション、社会的認知の項目が加わっていることが特徴である。基本的に「できるADL」を評価するのではなく「しているADL」を評価するものであり、実生活への信頼性が高いものといえる。

⑤ 日本版MDS-HC2.0 (図表8)

在宅での利用者の機能、健康、社会支援、サービス利用状況を包括的にアセスメントし、それを体系的にケアプランに反映させる手法に日本版MDS-HC (Minimum Data Set-Home Care) 2.0がある¹⁰⁾。この在宅アセスメント表はA. 基本情報、B. アセスメント情報、C. 記憶、D. コミュニケーション、E. 聴覚、F. 視力、G. 気分と行動、H. 社会的機能、I. インフォーマルな支援の状況、J. I ADLとADL、K. 排泄、L. 疾患、M. 健康状態および予防、N. 栄養状態、O. 歯および口腔状態、P. 皮膚の状態、Q. 環境評価、R. 治療方針の順守、S. 薬剤(過去7日間)、T. 評価者の情報、U. 薬物治療調査表の20項目より構成されている。このうちADL項目は前述の機能的自立度評価表(FIM)と対応関係が明確になっており、この項目単独でも十分利用できる。

⑥ その他の評価表

上記評価表のほか、PULSES、Katz index of ADL、Kenny Self-Care Evaluationなど様々な評価表がある。また、施設独自で作成したものから職種別や疾患別なものなどその目的にあわせているものも使用されているが、基本的には信頼性と妥当性があるのが当然であるが、多職種が連携するなかで共通性があり、簡便で迅速に実施されるものが望ましい。

(6) おわりに

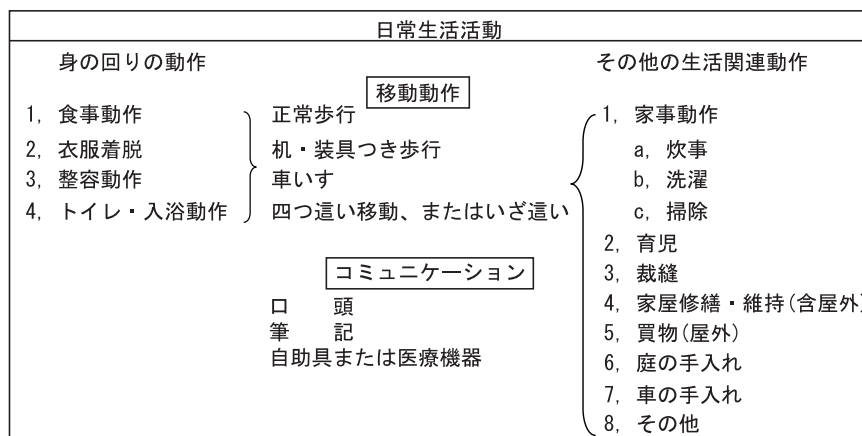
今回、介護認定審査会における新予防給付対象者の選定のため、認定調査項目に「日中の生活」「外出頻度」「家族・居住環境、社会参加の状況などの変化」の3項目が追加され、主治医意見書においては「傷病に関する意見」「心身の状態に関する意見」「生活機能とサービスに関する意見」「特記すべき事項」に関する意見の記述が重要視され、介護認定審査会における「状態の維持・改善可能性に係る審査判定」により要支援2、あるいは要介護1と判定されることとなる。

同じ事例においても用いる評価法でその状態像が異なる場合が少なくない。「できるADL」であっても「していないADL」が多々あること、おのずと「機能障害」と「生活障害」は異なること、家族・介護者との関係などの把握が望まれる。介護予防とは、単に筋力向上プログラムを導入を図ることではなく、睡眠を含めた一日24時間、さらには少なくとも一週間の生活状況を把握し、ADLの実行を指導することこそが重要と考える。

参考文献

- 1) 介護支援専門員基本テキスト 第1巻～第3巻, 長寿社会開発センター, 2000
- 2) 日本リハビリテーション医学会: ADL評価について, リハ医学13. 315, 1976.
- 3) 土屋弘吉・他: 日常生活活動(動作) 第3版. pp1-25 .pp37-66, 医歯薬出版, 1992.
- 4) 伊藤利之: 日常生活動作と生活関連動作. 津山直一(監), 標準リハビリテーション 医学, 第2版. pp173-180, 医学書院, 2000.
- 5) 矢谷令子・他: 日常生活動作, 姿勢と動作. pp180-185, メジカルフレンド社, 1977.
- 6) Lawton, M.P. et al: Assessment of older people, Self-maintaining and instrumental activities of daily living. The Gerontologist, 9: 179- 186, 1969.
- 7) 正門由久・千野直一: ADL、APDLの評価, 別冊リハビリテーションにおける評価. pp45-54, 臨床リハ. 1996
- 8) 橋元 隆・天満和人: 日常生活活動 (ADL), pp1-35, 神陵文庫, 1999
- 9) 橋元 隆: 日常生活活動 (ADL) 評価のポイント第3版, 日医総研, 2005

図表1 ADLの分類(矢谷)



(出典: 矢谷令子・他、日常生活動作、姿勢と動作、メジカルフレンド社、1977)

図表2 国民全体の行動別平均時間

	平日				土曜日				日曜日			
	行為者		全体		行為者		全体		行為者		全体	
	比率	平均時間(B)	平均時間(A)	標準偏差(A)	比率	平均時間(B)	平均時間(A)	標準偏差(A)	比率	平均時間(B)	平均時間(A)	標準偏差(A)
%	時間 分	時間 分	時間 分	%	時間 分	時間 分	時間 分	%	時間 分	時間 分	時間 分	
睡眠	99.4	7:26	7:23	1:37	99.5	7:41	7:38	1:48	99.4	8:13	8:09	1:58
食事	99.3	1:33	1:33	0:40	99.5	1:39	1:38	0:42	99.5	1:41	1:40	0:44
身のまわりの用事	98.1	1:06	1:05	0:37	98.2	1:07	1:06	0:39	96.7	1:07	1:05	0:41
療養・静養	7.9	2:23	1:11	1:05	6.5	3:11	1:12	1:31	2.4	5:29	0:08	1:25
仕事関連	56.6	8:12	4:38	4:40	39.8	7:23	2:56	4:11	25.6	6:14	1:36	3:17
仕事	56.1	8:04	4:31	4:34	38.7	7:18	2:49	4:05	24.7	6:12	1:32	3:13
仕事のつきあい	5.9	1:58	0:07	0:39	4.6	2:35	0:07	0:48	2.4	2:36	0:04	0:37
学業	14.5	7:40	1:07	2:56	13.1	5:37	0:44	2:14	10.3	4:07	0:25	1:38
授業・学内の活動	13.7	6:23	0:52	2:20	10.4	4:48	0:30	1:38	2.8	4:42	0:08	0:54
学校外の学習	10.1	2:24	0:14	0:58	8.5	2:50	0:14	1:06	8.7	3:22	0:18	1:19
家事	57.1	3:56	2:15	3:07	63.6	4:11	2:39	3:16	67.2	4:08	2:46	3:14
炊事・掃除・洗濯	45.8	2:30	1:09	1:43	48.1	2:34	1:14	1:47	48.7	2:27	1:11	1:42
買い物	31.4	1:05	0:20	0:41	37.9	1:23	0:31	0:57	40.3	1:34	0:38	1:05
子どもの世話	11.6	2:59	0:21	1:31	14.2	3:00	0:26	1:36	12.8	3:13	0:25	1:41
家庭雑事	29.5	1:44	0:31	1:11	31.9	1:50	0:35	1:17	33.2	1:56	0:38	1:23
通勤	46.2	1:16	0:35	0:55	28.7	1:10	0:20	0:47	14.9	1:04	0:10	0:33
通学	14.5	1:05	0:09	0:29	10.7	1:07	0:07	0:27	2.6	1:07	0:02	0:16
社会参加	5.7	2:13	0:08	0:48	10.1	3:25	0:21	1:25	13.5	3:19	0:27	1:36
会話・交際	24.0	1:31	0:22	1:00	27.6	2:15	0:37	1:32	29.0	2:28	0:43	1:41
レジャー活動	36.6	2:37	0:58	1:55	47.4	3:36	1:43	2:49	54.5	4:06	2:14	3:13
スポーツ	7.4	1:47	0:08	0:38	7.6	2:22	0:11	0:52	8.8	2:51	0:15	1:08
行楽・散策	12.4	1:53	0:14	1:03	21.9	2:53	0:38	1:57	26.2	3:25	0:54	2:20
趣味・娯楽・教養	24.1	2:29	0:36	1:30	28.5	3:12	0:55	2:00	31.4	3:31	1:06	2:17
マスメディア接触	95.6	4:39	4:27	3:05	94.8	5:00	4:45	3:12	95.4	5:33	5:18	3:20
テレビ	91.3	3:44	3:25	2:38	90.6	4:01	3:38	2:42	91.7	4:36	4:13	3:01
ラジオ	15.2	2:22	0:21	1:18	13.9	2:28	0:21	1:22	12.2	2:26	0:18	1:14
新聞	49.4	0:46	0:23	0:34	49.1	0:47	0:23	0:35	46.6	0:46	0:21	0:34
雑誌・マンガ	12.5	0:56	0:07	0:25	13.5	0:59	0:08	0:26	13.1	1:06	0:09	0:28
本	12.5	1:14	0:09	0:32	11.1	1:20	0:09	0:33	12.3	1:17	0:10	0:33
CD・テープ	11.3	1:27	0:10	0:41	10.6	1:42	0:11	0:43	10.8	1:35	0:10	0:41
ビデオ	7.1	1:26	0:06	0:27	9.4	1:36	0:09	0:34	10.1	1:41	0:10	0:37
休息	43.3	1:05	0:28	0:55	45.4	1:11	0:32	0:57	44.0	1:16	0:33	1:01
その他・不明	38.3	1:26	0:33	1:13	37.9	1:20	0:30	1:04	34.0	1:27	0:30	1:04
必需行動	100.0	10:10	10:10	2:05	100.0	10:33	10:33	2:16	100.0	11:01	11:01	2:17
拘束行動	95.4	9:04	8:39	4:00	91.1	7:35	6:55	4:15	86.3	6:06	5:16	4:05
自由行動	96.8	4:47	4:38	3:14	96.9	6:14	6:02	3:49	97.9	7:23	7:14	3:52
在宅	98.8	15:30	15:18	5:09	98.8	16:39	16:27	5:13	98.5	17:54	17:38	5:17
起床在宅	98.6	8:13	8:06	4:37	98.4	9:07	8:58	4:39	98.0	9:59	9:47	4:21
テレビ(自宅内)	88.6	3:39	3:14	2:39	87.4	3:56	3:27	2:43	88.7	4:31	4:00	3:03
テレビ(自宅外)	13.8	1:17	0:11	0:40	12.2	1:32	0:11	0:44	11.0	1:51	0:12	0:51
テレビ(ながら)	72.5	1:46	1:17	1:32	69.1	1:47	1:14	1:28	69.2	1:48	1:15	1:32
テレビ(専念)	83.5	2:33	2:08	1:57	84.1	2:52	2:24	2:07	86.9	3:25	2:58	2:28

母数 = 5053人

母数 = 2540人

母数 = 2503人

(注)「行為者」とは、調査対象者のうち、各項目の行為を実施した人を指す。

(出典：NHK放送文化研究所編、日本人の生活時間・2000。NHK国民生活時間調査、NHK出版、2002)

図表3 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	屋内での生活はおおむね自立しているが、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	屋内での生活はなんらかの介助を要し、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
期 間	ランクA、B、Cに該当するものについては、いつからその状態に至ったか 年 月頃より （継続期間 年 ヶ月間）	

※ 判定にあ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。

障害老人の日常生活自立度（寝たきり度） 自立 J1 J2 A1 A2 B1
B2 C1 C2

図表4 ADLの状況

1	移 動	a 時間がかかっても介助なしに1人で歩く b 手を貸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
2	食 事	a やや時間がかかっても介助なしに食事をする 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1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1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1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 (身だしなみ)	a やや時間がかかっても介助なしに1で行える b タオルで顔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

※ 判定にあ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。

図表 5 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。 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、生きがいつくり等心身の活動の機会づくりにも留意する。
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惑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、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、訪問指導による治療方法の指導、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。
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、電話の対応や訪問者との対応等一人で留守番が出来ない等	
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、一時も目が離せない状態ではない。
III a	日中を中心として上記IIIの状態が見られる。	着替え、食事、排便、排尿が上手にできない、時間がかかる。やたら物を口に入れる、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、一人暮らしは困難があるので、訪問指導や、夜間の利用を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て利用する。
III b	夜間を中心として上記IIIの状態が見られる。	ランクIII aに同じ	
VI	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、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病が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷、他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等	ランクI～VI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勤める必要がある。

図表6 Barthel index (B I)

			自立	要介助			
1	摂食		10	5	0	10：到達内に食物をおけば摂取できる。自助具を使ってもよい。 5：時間がかかりすぎる。半分以上が自分をで食べられる。 こぼす量が多い。	
2	更衣	上衣	5	3	0	5：自立（ブラジャーを含まない）。ひもを結ぶ。 3：半分以上適当な時間内で可。ひもを結ぶことができない。	
		下衣	5	2	0	5：靴、靴下を含む。（ガードルを除く）。 2：上衣と同様。例：ズボンをはけるが靴下不可。	
		義肢・装具	0	/	△2	0：自立あるいは適用なし。	
3	整容		5	/	0	洗面、歯磨き、ひげそり、くし、化粧など。髪を編むを除く。	
4	入浴	アプローチ	1	/	/	0	シャワーを使用するまでの移動。浴槽への出入り。
		洗体	4	/	/	0	シャワーのみ。スポンジでの洗体のみも可。
6	尿失禁		10	5	0	10：失禁なし。脊髄損傷では自己導尿できる。 尿集器の着脱管理ができること。 5：時に失敗。収尿器の使用。トイレへ行くのが間に合わない。 デバイス（補助器）の使用に介助要。	
7	便失禁		10	5	0	10：失禁なし。座薬、浣腸の使用可。 5：時に失敗。座薬、浣腸の使用に介助要。	
8	移乗		15	7	0	15：安全に車いすでベッドにアプローチし、移乗する。必要なら車いすの位置を変えベッドから車いすに移乗する。 7：ベッド上で臥位⇔坐位可。移乗は要監視あるいは少しの介助要	
9	トイレ	移乗	6	3	0	6：安全にトイレでトランスファーできる。手すり、その他安定したものを使用してよい。 3：要監視あるいは少し介助要。	
		後始末・衣服処理	4	2	0	4：衣服の上げ下げ。服を汚さない。ペーパーを使用する。収尿器を使用しても、その管理ができれば可。 2：要監視あるいは上の一部に介助要。	
10	歩行		15	10	0	15：50m歩行可。義肢・装具・松葉杖・杖・歩行器（車輪なし）の使用可。歩行器（車輪付き）使用不可。 10：上記のいずれかに介助、指導を要す。少しの介助で少なくとも50m歩けること。	
		（車いす）	5	/	/	0	（歩行できない場合） 5：少なくとも50m駆動可。角を曲がる。向きをかえる。 ベッド・トイレへのアプローチができる。
	階段昇降		10	5	0	10：介助なく段階昇降できる。手すり・杖・松葉杖の使用可能。 5：要監視あるいは少しの介助要。	

図表 7 機能的自立度評価表 (Functional Independence Measure : FIM)

機能的自立度評価法 Functional Independence Measure (FIM)			
レベル	7 完全自立(時間、安全性含めて) 6 修正自立(補助具使用)	介助者なし	
	部分介助 5 監視 4 最小介助(患者自身:75%以上) 3 中等度介助(50%以上) 完全介助 2 最大介助(25%以上) 1 全介助(25%未満)	介助者あり	
		入院時	退院時
<u>セルフケア</u>			フォローアップ時
A. 食事	スプーンなど	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. 整容		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. 洗拭		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. 更衣(上半身)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. 更衣(下半身)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. トイレ動作		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>排泄コントロール</u>			
G. 排泄コントロール		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. 排便コントロール		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>移乗</u>			
I. ベッド、椅子、車椅子		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J. トイレ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K. 風呂、シャワー	風呂 シャワー	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>移動</u>			
L. 歩行、車椅子	歩行 車椅子	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M. 階段		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>コミュニケーション</u>			
N. 理解	聴覚 視覚	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O. 表出	音声 非音声	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>社会的認知</u>			
P. 社会的交流		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q. 問題解決		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
R. 記憶		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
合計		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

注意: 空欄は残さないこと。リスクのために検査不能の場合はレベル1とする。

図表8 日本版MDS-HC2.0（一部抜粋）

H. IADL(過去7日間)とADL(過去3日間)

H1. IADLの実施状況:家や地域における日常の活動レベルについて

<p>ア. IADLの実施状況(過去7日間)</p> <p>0. 自立、自分で行った</p> <p>1. 時に援助をもらって行われた</p> <p>2. いつも援助をもらって行われた</p> <p>3. 他者が全部を行った</p> <p>8. 本活動は1度も行われなかった</p>	<p>イ. IADLの困難度 <自分で行う、あるいは行おうとした場合の難しさ></p> <p>0. 問題ない</p> <p>1. いくらか困難(援助が必要、非常にゆっくりしている、疲れる)</p> <p>2. 非常に困難(ほとんど、あるいはまったく活動に参加できない)</p>
--	--

		ア			イ		
a. 食事の用意	食事の用意 (献立を考える、材料を用意する、料理する、配膳する)	↓	2	3	↓	2	3
		a	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
b. 家事一般	食事の後片付け、掃除、ベッドの整理、家の中の整頓、洗濯	↓	2	3	↓	2	3
		b	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
c. 金銭管理	支払い、家計の収支勘定	↓	2	3	↓	2	3
		c	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
d. 薬の管理	服用の時間、袋から取り出し、処方どおり服用(内服薬、外用薬、インシュリンなどの注射薬を含む)	↓	2	3	↓	2	3
		d	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
e. 電話の利用	自分で電話をかけた、受ける(必要に応じて数字を大きくしたり、音の拡大装置を使ってもよい)	↓	2	3	↓	2	3
		e	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
f. 買物	食べ物や衣類など必要な物を自分で選び支払う	↓	2	3	↓	2	3
		f	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
g. 交通手段の利用	乗り物による移動(歩行できる範囲外における移動)	↓	2	3	↓	2	3
		g	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

図表8の続き (1)

H2.ADL自立度								
<p>過去3日間にみられたa. ~h. の食事や着衣等の日常動作について、それぞれにおけるすべての状況を考慮して評価する。自立して活動している場合も他者の励ましや観察・誘導の有無にとくに留意 (注:入浴は過去7日間における最も依存的な状態について記入)</p> <p>0. 自立:手助け、準備、観察は不要。1~2回のみ</p> <p>1. 準備のみ:物や用具を利用者の手の届く範囲に置くことが3回以上</p> <p>2. 観察:見守り、励まし、誘導が3回以上、あるいは、1回以上の観察と身体援助1~2回との組み合わせ(観察と身体援助合わせて3回以上)</p> <p>3. 部分的な援助:動作の大部分(50%以上)は自分でできる。 ●四肢の動きを助けるなどの体重(身体)を支えない援助を3回以上 ●それ以上の援助1~2回との組み合わせ(身体援助が3回以上)</p> <p>4. 広範な援助:動作の大部分(50%以上)は自分でできるが、以下の援助を3回以上 ●体重を支える援助(たとえば、四肢や体幹の重みを支える) ●ある動作要素、あるいはすべての動作について全面援助</p> <p>5. 最大の援助:動作の一部(50%未満)しか自分でできず、以下の援助を3回以上 ●体重を支える援助(たとえば、四肢や体幹の重みを支える) ●ある動作要素、あるいはすべての動作について全面援助</p> <p>6. 全面依存:丸3日間すべての面で他者が全面援助した</p> <p>8. 本動作は3日間の間に1回もなかった(能力にかかわらない)</p>								
a. ベッド上の可動性	横になった状態からどのように動くか、寝返りをうったり、起き上がったたり、ベッド上の身体の位置を調整する	a <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table>	1	2	3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1	2	3						
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
b. 移乗	ベッドからどのように、いすや車いすに座ったり、立ち上がるか(浴槽や便座への移乗は除く)	b <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table>	1	2	3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1	2	3						
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
c. 家の中の移動	どのように家の中(階段を除く)を移動するか(車いすなら、車いすに移乗したあと)	c <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table>	1	2	3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1	2	3						
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
d. 屋外の移動	どのように屋外を移動するか(車いすなら、車いすに移乗したあと)	d <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table>	1	2	3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1	2	3						
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
e. 上半身の更衣	どのように上半身の衣類(普段着や下着)を着たり、脱いだりするか。装具・矯正具やファスナー、セーターなどを含む	e <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table>	1	2	3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1	2	3						
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
f. 下半身の更衣	どのように下半身の衣類(普段着や下着)を履いたり、脱いだりするか。装具・矯正具やベルト、ズボン、スカート、靴、ファスナーなどを含む	f <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table>	1	2	3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1	2	3						
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
g. 食事	食べたり、飲んだりする(経管栄養を含む)	g <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table>	1	2	3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1	2	3						
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
h. トイレの使用	トイレ:(ポータブルトイレ、便器や採尿器を含む)を使用する:便器への移乗、排泄後の始末、おむつの替え、人工肛門またはカテーテルの管理、衣服の整理を含む	h <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table>	1	2	3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1	2	3						
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
i. 個人衛生	髪をとかす、歯をみがく、ひげを剃る、化粧する、顔や手を洗う(入浴、シャワーを除く)	i <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table>	1	2	3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1	2	3						
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
j. 入浴 (過去7日間)	どのように入浴やシャワーや清拭をするか(背中を洗うこと、洗髪は含まない)身体のそれぞれの部分(腕、大腿、膝下、胸部、腹部、陰部)をどのように洗うかは含まれる。過去7日間における最も依存的な状態を記入する	j <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table>	1	2	3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1	2	3						
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>						

図表8の続き (2)

H3. ADLの低下	過去90日間において、ADLが低下 0. いいえ 1. はい 1 2 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
H4. 主な移動手段	0. 補助具等は使用していない 1. 杖 2. 歩行器、松葉杖 3. 電動三輪車(スクーター) 4. 車いす 5. 移動しなかった a. 屋内 1 2 3 a <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> b. 屋外 b <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
H5. 階段昇降	過去3日間において、階段の上り下りをする方法 (1段でも数段でも手すりを使ってもよい) 0. 他者の援助なしに上り下りする 1. 他者の援助によって上り下りする 2. 上り下りしなかった 1 2 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
H6. 健康活動	a. 過去30日間の通常の1週間で、家や住んでる建物の外へ出た頻度 (外へ出た時間が短くてもよい) 0. 毎日 2. 週に1日 1. 週に2~6日 3. 1日もない 1 2 3 a <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> b. 過去3日間における体を動かす活動時間の合計 (歩く、家の掃除、運動) 0. 2時間以上 1. 2時間未満 b <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
H7. 身体機能の潜在能力	該当するものをすべてチェック a. 利用者は身体機能の自立度が向上すると信じている (ADL、IADL、移動など) 1 2 3 a <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> b. 介護者は、利用者の身体機能の自立度が向上すると 信じている(ADL、IADL、移動など) b <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> c. 現在の疾患や症状から回復する見込みがある。 または、健康状態の向上が維持される c <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> d. 上記のいずれでもない d <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

I. 排泄(過去7日間)

11. 尿失禁	a. 過去7日間の尿失禁。尿が漏れていても、皮膚がぬれるほどの量でなければ、コントロールとする 0. 完全にコントロールできる:カテーテルや採尿する器具を使用していない 1. 完全にコントロール、カテーテル使用:カテーテルや採尿する器具を使用して尿がもれていない 2. 通常は失禁しない:週1回以下 3. 時々失禁する:週2回以上だが、毎日でない 4. しばしば失禁する:毎日失禁の傾向だが、いづらかコントロールが保たれている(たとえば日中だけなど) 5. 失禁状態:膀胱のコントロール不十分、毎日頻回に失禁 8. 膀胱から尿の排泄がなかった 1 2 3 a <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
---------	---

図表8の続き (3)

	<p>b. 過去90日間に於いて尿失禁が悪化</p> <p>0. いいえ 1. はい</p> <p style="text-align: right;">1 2 3</p> <p>b <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>
12. 尿失禁用器材	<p>過去7日間に該当するものをすべてチェック</p> <p>a. おむつ(パッド、ブリーフを含む) 1 2 3</p> <p style="text-align: right;">a <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>b. 留置カテーテル b <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>c. 上記のいずれでもない c <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>
13. 便失禁	<p>過去7日間の便失禁</p> <p>0. 完全にコントロールできる : 人工肛門や瘻を使用していない</p> <p>1. 自立・瘻使用 : 瘻が造設され便が漏れていない</p> <p>2. 通常は失禁しない : 週1回未満</p> <p>3. 時々失禁する : 週に1回</p> <p>4. しばしば失禁する : 週2、3回</p> <p>5. 失禁状態 : ほとんど、常に失禁</p> <p>6. 排便がなかった</p> <p style="text-align: right;">1 2 3</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>

(出典: John N. Morris, 池上直己・他、日本版MDS-HC2.0 在宅ケアアセスメントマニュアル資料7~9、医学書院、1999)

2. IADLの評価

東京大学医学部附属病院リハビリテーション科 教授 江藤文夫

(1) IADLとは

IADLはInstrumental Activities of Daily Livingの略語で、手段的日常生活活動と訳される。「買い物をする」「洗濯機で洗濯をする」「食事の支度をする」「自動車を運転する」「電話をかける」といった活動が含まれる。ADLの枠組みでとらえられる群の一つである。高齢者の保健医療に積極的に取り組まれるようになり、できる限り地域での在宅生活をまっとうすることで生活や人生の質を高めることが目標として意識された1960年代に生まれた概念である¹⁾。

欧米では広く受け入れられてきたものであるが、わが国で理解されるようになったのは最近のことである。わが国ではADLがもっぱらリハビリテーション医学の領域で議論されてきたことと、リハビリテーションが整形外科の一部として扱われてきたため、動作訓練の対象としてADLが理解されてきた。したがって、ADLのactivitiesは動作と訳されるように、セルフケアの自立に必要な基本的な動作のみをADLとしてとらえる傾向がある。社会生活の遂行に必要な手段的あるいは複雑な道具を使用する活動も、動作の視点から生活関連動作と表現される。

こうした用語については、近代の保健医療において、患者(クライアントであり、消費者)の生活を重視するようになってきた流れの中で、サービスの対象としての生活活動を理解することが大切である²⁾。保健医療の分野で生活機能について活動の情報を聴取することは19世紀後半の疫学調査で使用されるようになり、1940年代になると日常生活における能力障害を階層性に分類する方法が生み出され、病気の重症度を反映するものとして使用されるようになった。さらに、人口の高齢化と慢性疾患(病気)の長期ケアの重要性が増大することに対応して、日常生活活動すなわちADLの分類の必要性が意識されるようになった。

こうした過程でADLに理論的枠組みを提供するものとして受け入れられたのが、M.P. Lawtonによる行動学的モデルである。領域の階層性において生活機能をとらえるもので、1950年代のS. Katzらの基本的ADLの考え方に共通するものである。すなわち、日常生活での活動としてのADLは単純なものから複雑なものへ配列され、複数の機能を含むセットとしてとらえられ、単にセルフケアの領域にとどまらないことを明確にした。もうひとつのセットとして提唱されたのが手段的ADLである。移動は動物の基本的活動である。人についてみると電車やバスなどの公共輸送機関を利用して、あるいは自家用車を運転して或る場所(町)から他の場所(町)へ移動することはIADLに属する活動である。また、歩いて、杖をついて、車椅子を操作してなど様式の如何を問わず、自室のベッドからトイレへ移動すること、あるいは戸外に出ることはより基本的活動であり基本的ADL(BADL: Basic Activities of Daily Living)とも呼ばれる。

(2) IADLの評価方法

手段的ADLの評価法を提唱するに当たって、Lawtonらは評価法の信頼性と妥当性の検証を行った。妥当性については、身体機能の分類(病歴、診察、検査成績に基づき内科医により評価)、精神状態質問紙(MSQ: mental status questionnaire)、行動一適応尺度(知的、性格的、行動学的、社会的適応を計測)との相関を論じ、基本的ADLに関しては既存のLangley-Porter神経精

神科施設で開発されたADL評価法を修正した身体的セルフケア尺度 (physical self-maintenance scale) との相関を検証した。LawtonらのIADLの評価法 (表1) に関しては8つのカテゴリー31項目からなり、原著では各カテゴリーの可否で採点されるが、便法として31項目の可否で採点することも行われてきた。原著では性差が勘案されるが、使用に当たっては女性の採点法を優先して両性に使用することは可能である。

社会生活での手段的項目も多種多彩に列挙される。また、その必要性や実行の様式は生物学的のみならず社会的慣習や圧力によっても影響される。基本的ADLも文化的背景により食事、衣服の形態、排泄などにおいてさえ地域により性により同一ではないが、手段的ADLではさらに文化や性差を考慮すべき場合が多い。老年女性では買い物、調理、洗濯のやり方の課題での適切さが生活水準の維持に関して有能さの全般的指標として最も適当とされたが、男性では意義が乏しかったことからLawtonらのIADL評価法では男性で項目数が少なくなっている。しかし、独居高齢者人口が増加する中で、買い物や調理や洗濯の実行能力が必要であるのなら性差を勘案することは必ずしも妥当ではない。

BADLにIADLを加えることで、早期に簡便で客観的な評価を可能とし、治療計画の評価に利用可能で、ケースワーク過程での補助として、訓練や指導の補助として、また施設やサービス計画の資料としての有用性が拡大する。江藤らのADL-20の評価法 (表2) の開発過程では、対象者の成績について性差が検討されている³⁾。「寝返り」と「買い物」では男性で、「更衣」と「調理」では女性で成績良好者が有意に多かった。とくに「調理」では差が著しかったことから、ADL成績には項目により性差の存在するのが現状と考えられる。一方、合計点で比較すると性差は消失し、基本的ADLを起居移動に関するものとセルフケアに関するものに二分、手段的ADL、コミュニケーションADLと亜型分類して、それぞれ得点を比較しても性差は目立たなかった。むしろ性差を検討するためには、評価法の性差を設定する必要性は乏しい。IADLを含む総合的なADL評価法として、Rivermead ADL ScaleやFrenchay Activities Index (表3) 等もあるが、いずれも評価項目の枠組みに性差は設けていない。

(3) IADL評価のポイント

総合機能評価の視点からADLについてみると、妥当性の検証に既に確立されていると考えられる他のADL評価法との対比に加えて、精神機能評価などの指標との対比が行われてきた。認知症関連の精神機能との関連でも、ADL評価は認知症関連の簡易テストと相関が認められる。ADL-20での検討でもSPMSQ (Short portable mental status questionnaire) やHDSR (長谷川式認知症スケール改訂版) 等の簡易精神機能検査とADL-20とで有意な相関が認められた。前述のようにADL-20の得点は亜型グループに分けて検討すると、IADL、CADL (コミュニケーション)、合計得点、BADLでセルフケアの項目、BADLで移動の項目の順で相関係数が小さくなる。項目別に検討すると、「電話」で相関係数が最大であった。すなわち、IADLはADLの中で精神機能との関連性が大である。

ADLは介護ニーズとの相関が大であることも広く認められている。disability (能力障害) とhandicap (社会的不利) の概念に関する議論で境界が混乱するほど密接である。各種の評価法の基準においても「介助を要する、要しない」を採用するものが多い。その活動の日常的必要度が高いほど、介護度が反映されることになる。

Frenchay Activities Indexの特徴は活動項目の構成だけでなく、実行頻度で段階づけコード分類をすることである。リハビリテーション領域で治療（訓練）対象として評価する場面では活動の実行能力が重視されるが、健康調査などの疫学領域では介護ニーズとの直接的関連から実行状況が重視される。自分で可能な活動であっても、介助者がいて自分で実行する必要のない場合もある。わが国ではかつてネクタイをつける際に配偶者に依存する男性をよく見かけた。着物の着付けでは専門家に依存するものもある。必要な活動の実行を他者の介助に依存する場合は介護度を高めることになるので、できないことに等しく扱われる。BADLの評価法の代表であるKatzの方法では、できると推定される場合でも実行していなければ可とされない。一方、QOLの視点から人間の欲求水準の満足されている状況进行评估するためには活動の環境場面と実行頻度が重視される。Frenchay Activities Indexの項目には社会生活の自立維持に必要な活動以上のものが含まれている。「読書をする、しない」はまさに趣味の領域であり個人の価値観が反映される活動である。

(4) 評価の例

BADLでも複数の動作（motion）に分解されるが、IADLはさらに多くの要素的動作と複数の活動から成立するものである。IADLではBADLに上乘せされるような活動が多く、急性期入院中では「できる—できない」にかかわらず、通常は「していない」活動である。

しかし、入院中であってもリハビリテーション対象者のように回復訓練中であれば、評価対象の活動に含めることができる。院内に設置された電話の利用、院内売店で買い物を、欧米では病棟に患者や家族用に簡易キッチンを設置する所もあり、日本でも病棟に洗濯機を備える所は多く、院内にカードでの預金引き出し・払い込み機器が設置されている所も多く、外出や外泊は必要に応じて許可されるのが普通で、近年は病棟での服薬自己管理も取り上げられるなど、在宅生活に必要なIADLの評価は可能である。

IADLの評価は在宅独居高齢者を対象に使用して有用性が発揮されるが、Lawtonらの評価においてもBADL評価を別に施行していることから、BADLとIADLを組み合わせた評価法の利用が勧められる。項目数が増大する問題があるが、ADL-20では便法として項目数を減らして使用することについても検証されている。

[事例紹介]

55歳の男性。定年退職後、中堅企業の嘱託として社員教育を担当していた。書字困難を自覚し、抑鬱気分が目立ち1年前に老年科を受診し、一次性変性認知症（広義のアルツハイマー病）と診断された。通常は心配した妻が同伴したが、JRとバスを利用して1時間半ほどの通院は単独でも可能だった。書字と読字および計算に障害が認められたが、WAISでの全IQは96を示した。しかし、学歴や病前の職業遂行状況などから全般的知能の低下は明らかだった。Barthel Indexでは100点だったが、LawtonらのIADLでは3/8点だった。ADL-20で評価すると55点（BADLm=15/15、BADLs=18/18、IADL=16/21、CADL=6/6）だった。

その後の経過で2年後（57歳時）には生活や言語活動での混乱が拡大し、独りでは公共輸送機関を利用しての外出はしなくなった。近所の決まったルートの散歩または自転車使用は実行できた。LawtonらのIADLでは1/8点（電話に出るが、かけることはしない）と低下し、ADL-20では36点（BADLm=15、BADLs=15、IADL=2、CADL=4）と低下が目立ち、行動の混乱

は妻の介護疲労度を増大させ、危機を生じた。しかし、年金制度の受給可能性の見直しなどソーシャルワーク、地域で開始されたデイケアサービスの利用、ホームヘルプの利用、家族による疾患の理解を深めることなどにより、在宅介護態勢を安定化させることができた。

65歳時にはIADLはもとより、歩行は可能でも食事を含めてBADLはすべて介助を要する状態となった。45mの介助歩行は可能だったので、Barthel Indexでは10点が記録された。その後、拒食、発熱、便秘、下痢などの小エピソードを反復しながら、寝たきり状態となり、69歳時に肺炎で死亡した。死亡時は近医に入院していた。

この事例では、認知症の進行に伴う機能低下が、まずIADL得点に、次いでBADL得点に反映され、介護計画の基本情報として役立っている。

(5) 終わりに

社会生活技能における手段の活用は四肢運動機能よりは高次脳機能に依存する側面が大である。日常生活に取り込まれている電子レンジ、電気洗濯機、テレビ、テープレコーダー、カメラなどの機器では、機材の高性能化に伴うボタンやつまみ操作の複雑化により高齢者での使用を困難にする可能性がある。視力障害や手指巧緻性の低下が原因となる場合のあることは理解されるようになった。駅で切符の自動販売機が普及したことで、その前で立ち往生する高齢者がある。プリペイドカードを所有することで自動改札機を通ることはひとつの解決策である。その購入時には介助が必要であるかもしれない。窓口で行く先を言って切符が購入できても自動販売機では困惑する例のあることは事実である。日常生活で使用器具の変更や環境の変化による機能低下を鋭敏に反映する指標としてIADLの評価は不可欠である。バリアフリーあるいはユニバーサルデザインが徹底されるとIADLの障害は一層、高次脳機能障害の程度に依存することになるだろう。

表1 手段的日常生活活動 (IADL) 尺度

項 目	採 点	男	女
A 電話を使用する能力			
1. 自分から電話をかける—電話帳を調べたり、ダイヤル番号を回す、など	1	1	1
2. 2～3のよく知っている番号をかける	1	1	1
3. 電話に出るが自分からかけることはない	1	1	1
4. 全く電話を使用しない	0	0	0
B 買い物			
1. すべての買い物は自分で行う	1	1	1
2. 少額の買い物は自分で行える	0	0	0
3. 買い物に行く時はいつも付添が必要	0	0	0
4. 全く買い物はできない	0	0	0
C 食事の準備			
1. 適切な食事を自分で計画し、準備し、給仕する			1
2. 材料が供与されれば適切な食事を準備する			0
3. 準備された食事を温めて給仕する、あるいは食事を準備するが適切な食事内容を維持しない			0
4. 食事の準備と給仕をしてもらう必要がある			0
D 家事			
1. 家事を一人でこなす、あるいは時に手助けを要する (例: 重労働)			1
2. 皿洗いやベッドの支度などの簡単な日常的仕事はできる			1
3. 簡単な日常的仕事はできるが、妥当な清潔さの水準を保てない			1
4. すべての家事に手助けを必要とする			1
5. すべての家事にかかわらない			0
E 洗濯			
1. 自分の洗濯は完全に行う			1
2. ソックス、靴下のゆすぎなど簡単な洗濯をする			1
3. すべて他人にしてもらわねばならない			0
F 移送の様式			
1. 自分で公共輸送機関を利用して旅行したり、自家用車で運転をする	1	1	1
2. タクシーを利用して旅行するが、その他の公共輸送機関は利用しない	1	1	1
3. 付添がいたり、皆と一緒になら公共輸送機関で旅行する	0	0	1
4. 付添が皆と一緒に、タクシーか自家用車に限り旅行する	0	0	0
5. 全く旅行しない	0	0	0
G 自分の服薬管理			
1. 正しい時に正しい量の薬を飲むことに責任がもてる	1	1	1
2. あらかじめ薬が分けて準備されていれば飲むことに責任がもてる	0	0	0
3. 自分の薬を管理できない	0	0	0
H 財産取扱能力			
1. 経済的問題を自分で管理して (予算、小切手書き、掛け金支払、銀行へ行く) 一連の収入を得て、維持する	1	1	1
2. 日々の小銭は管理するが、預金や大金などでは手助けを必要とする	1	1	1
3. お金の取扱ができない	0	0	0

採点法は各項目ごとに該当する右端の数値を合計する (男性 0～5点、女性 0～8点)。(Lawton MP, Brody EM; Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living Gerontologist 1969;9:179-186より)

表2 ADL-20の評価項目と判定基準

<p>1. 基本的ADL-起居移動 (BADLm)</p>	<p>① (ベッド上) 寝返り ②床からの立ち上がり、腰下ろし ③室内歩行 (10mを目安とする) ④階段昇降 (1階分を目安とする) ⑤戸外歩行</p>
<p>2. 基本的ADL-身のまわり動作 (BADLs)</p>	<p>①食事 ②更衣 ③トイレ ④入浴 ⑤整容 ⑥口腔衛生</p>
<p>3. 手段的ADL (IADL)</p>	<p>①食事の準備 ②熱源の取り扱い ③財産管理 ④電話 ⑤自分の薬の管理 ⑥買い物 ⑦外出</p>
<p>4. コミュニケーションADL (CADL)</p>	<p>①意思の伝達 ②情報の理解</p>

注釈：日常生活動作・活動に関する判断基準

- 1) 実用的時間内にできるか、できないかの判定を原則とする。
- 2) 本人、同居家族あるいは介護者より面接聴取し、内容的には日常的観察に基づき判定し、直接テストを施行しなくともよい。
- 3) ADL能力判定基準の原則
 - 3：完全自立、補助用具不要。
 - 2：補助具（杖、手すり、自助具など）を利用して自立。監視不要。
 - 1：他者の監視下、または部分的介助を必要とする。
 - 0：他者の全面的介助による。

(評価法の詳細については、江藤文夫，他：老年者のADL評価法に関する研究、日老医誌29，841-848，1992.を参照)

表3 Frenchay Activities Index

活 動 項 目	コ ー ド
過 去 3 か 月 間	
_____ 主要な食事の準備 _____ 洗いもの	1 = なし 2 = 週1回以下 3 = 週1～2回 4 = ほぼ毎日
_____ 衣服の洗濯 _____ 簡単な家事 _____ 重労働の家事 _____ 近所の買い物 _____ 社会的外出 _____ 戸外歩行15分以上 _____ 積極的な趣味的興味の追求 _____ 自動車ドライブ/バスでの旅行	1 = なし 2 = 3か月間に1～2回 3 = 3か月間に3～12回 4 = 少なくとも毎週1回
過 去 6 か 月 間	
_____ 野外活動/自動車運転	1 = なし 2 = 6か月間に1～2回 3 = 6か月間に3～12回 4 = 少なくとも毎週1回
_____ 庭仕事 (gardening) _____ 家事/自動車の手入れ	1 = なし 2 = 軽度 3 = 中等度 4 = すべて必要
_____ 読書	1 = なし 2 = 6か月間に1回 3 = 2週間に1冊以下 4 = 2週間に1冊以上
_____ 収入となる仕事	1 = なし 2 = 週10時間まで 3 = 週10～30時間 4 = 週30時間以上

合計得点 _____ ;

要因1 (家内雑用) _____ ; 要因2 (レジャー/仕事) _____ ; 要因3 (戸外) _____

(Holbrook M, Skilbeck CE : An activities index for use with stroke patients. Age & Ageing 1983, 166-170 より)

参考文献

- 1) 江藤文夫：やさしいリハビリテーション第2版, 日本医事新報社, 62-71, 1997.
- 2) 小澤利男, 江藤文夫, 高橋龍太郎編著：高齢者の生活機能評価ガイド, 医歯薬出版, 23-32, 1999.
- 3) 江藤文夫, 他：老年者のADL評価法に関する研究, 日老医誌29, 841-848, 1992

3. 生活機能の評価—特に介護予防との関連で—

国立長寿医療センター 研究所 生活機能賦活研究部 部長 大川 弥生

(1) 生活機能重視の流れ

① はじめに

今回の介護保険改定における予防重視の中で鍵となる概念の一つが、「生活機能」である。その流れの中で主治医意見書においても、「1. 疾病に関する意見」で「(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・・・)および「(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」(下線は筆者追記)と、従来の「障害」に代わって「生活機能低下」の概念が用いられている。「障害」が「生活機能低下」に変更となったことは、単なる名称変更ではなく、生活機能重視という大きな方向性を示すものといえよう。

また、「4. 生活機能とサービスに関する意見」は従来の「介護に関する意見」に相当するものといえるが、タイトルが変わり、内容的にも「(1)移動」や「(4)サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し」(下線同上)など、生活機能に関する重要な項目が加えられている。

このように主治医意見書における生活機能重視は、疾病のみでなく生活機能の観点をも重視することである。具体的には例えば「主治医意見書記入の手引き」(老健局老人保健課長通知)で、生活機能低下の原因として疾病だけでなく、他の要因にも留意する必要性が示されている。また「4-4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し」は「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」と述べられている。

② 生活機能とは— ICF の中心概念

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3つのレベル(階層)である、心身機能・構造(body functions and structure)、活動(activity)、参加(participation)の3者を包括した概念である。これは、生命・生活・人生の3つのレベルに相応するものといつてよい。

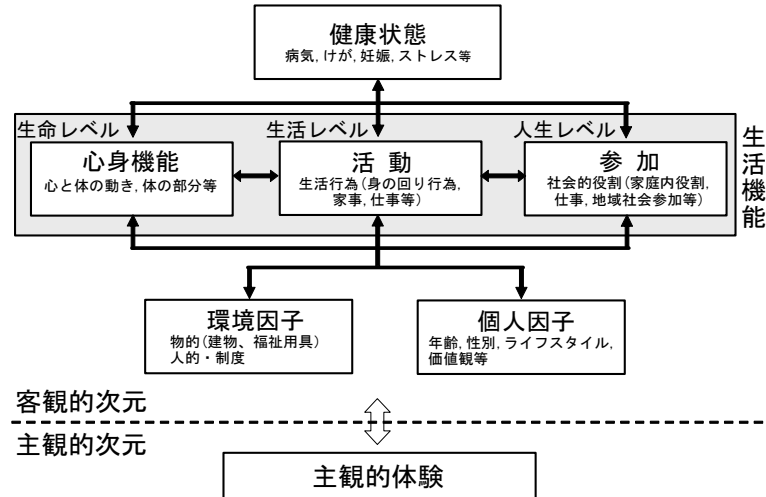
すなわち①生命の維持に直接関係する、身体・精神の機能や構造が、心身機能・構造、②生活の維持に必要な広い意味の生活行為が、活動、③人生の目標や意義の達成のために種々の状況に関与し役割を果たすこと(いわゆる社会参加を含むが、それだけでなく家庭内役割など広い範囲のものを含む)が参加である。なお②活動とはあらゆる生活行為を含むものであり、ADL:日常生活行為やIADLだけでなく、家事・仕事・趣味などにおける多様な行為をも含むものである。

生活機能低下とは、これらの3つのレベルのそれぞれについてマイナスが生じた状態の包括概念である。すなわち心身機能・構造のマイナス面である機能障害(impairment、構造障害を含む)、活動については活動制限(activity limitation)、参加については参加制約(participation restriction)の3者を含む。介護保険との関係でアプローチは、(3)介護予防と生活機能で後述するように、活動制限の観点を特に重視することが重要である。

③ 生活機能に影響を与えるもの

生活機能の3レベルはそれぞれが単独に存在するのではなく、相互間に影響を与え合い、また他のものからも影響を受ける。これが図1に示した生活機能モデルである。各要素が双方向の矢印で結ばれているのは相互作用を示している。

図1 生活機能モデル



(i) 健康状態

生活機能に影響を及ぼすものには、疾患（外傷を含む）だけでなく、より広い概念として健康状態（health condition）、すなわち妊娠、高齢、ストレス状態など多様なものを含める。

(ii) 環境因子と個人因子

生活機能の評価においては、健康状態の変化が単独で生活機能に影響を及ぼすとはせず、種々の背景因子（contextual factors）との相互作用を重視する。

背景因子の第1は環境因子（environmental factors）であり、物的環境だけでなく、人的環境（社会意識を含む）、制度的環境（医療・介護などのサービスを含む）などを含めた広範囲のものである。

その第2は個人因子（personal factors）であり、性別、年齢、人種、ライフスタイルなど多様な個人の属性である。

なお図1において、ICFモデルは図の点線より上の部分であり、図の下部に「主観的次元」を示している。実際の実践現場では主観的次元まで含めてみるのが大事なので、生活機能モデルとしては主観的次元まで含めた図を挙げた。点線の上下をまたぐ双方向の矢印は客観的次元と主観的次元との相互作用を示している。

(2) 生活機能重視の背景

① 健康は病気と生活機能の両面から

WHOでは健康・疾患・生活機能低下（障害）などをみていく場合にICD（国際疾病分類）とICFとを併用することをすすめている。

これは「健康とは病気がないというだけでなく、生活機能が高い状態にあることをいう」とする、「健康」に関する世界的な考え方の転換に沿ったものということができる。

② 生活機能の目的：「生きることの全体像」についての「共通言語」

ICFの目的・役割を一言でいえば、「"生きることの全体像"を示す"共通言語"」である。介護において生活機能が重視されるようになったのはまさにこの点についてである。

(i) 「生きることの全体像」

「生きることの全体像」とは、心身機能・活動・参加の3つのレベルのどれにも片寄らず常に「生きる」ことの全体像を、生活機能モデルに立ってみることである。

この"生きることの全体像"は、一人ひとり違う個別的・個性的なものである。介護予防も介護も、このような個別性尊重に立つことで真の効果を上げることができる。

(ii) 共通言語

次に"共通言語"とは各種の専門家間、また専門家と本人との「共通のものの考え方」ということである。

利用者に関与する様々な専門家は自分の専門領域を中心としてものを考えがちである。しかし重要なのは利用者本人の生活・人生の向上であるから、それを中心として生活機能モデルに沿って課題や目標を整理していくことが、専門家のチームワーク発揮の有力なツールとなる。また本人・家族の関心は生命に直接関係する面だけでなく、生活・人生に対する病気の影響にも大きく向けられている。生活機能モデルの考え方で一緒に問題を整理することで専門家と本人のすれ違いを防ぐことができ、本人の自己決定権の発揮を専門家の専門性で支えるという点で有益である。

③ 生活機能モデルは「包括モデル」

ICFの大きな特徴は、生活機能モデルとして、各因子の相互関係を重視し、一人の人間の生きることを総合的にみる「包括モデル」に立つことである。

「包括モデル」とは、心身機能（筋力低下、麻痺、栄養低下、等）を特に重視し、それを向上することで生活・人生が改善するといういわゆる「医学モデル」でも、また「参加」に対する環境因子（物的・人的・制度的）の影響を特に重視し、その改善で補うという「社会モデル」でもなく、それら相対立するモデルを統合したものである。

これは近年における世界的な当事者（要介護者・患者・障害者、等）の自己決定権尊重の動向と、それを自己の専門性で支える専門家の責務とを両立させることに貢献するモデルであり、真に21世紀にふさわしい総合的な考え方である。

④ プラスを積極的に引き出す

生活機能とは、マイナス面中心の見方ではなく、プラス面を積極的に"引き出す"視点が基本である。このプラスとは単なる「残存機能」ではなく、むしろ隠れているが引き出すことのできる「潜在的生活機能」を、本人の積極的関与のもとに専門的に引き出すことである。

ケアマネジメントにおいても、生活機能低下というマイナス面だけを問題点・課題としてみるのではなく、生活機能のプラス面を引き出す生活機能の考え方は根本的なものの見方、捉え方の革新であり、予防重視の介護保険改革の方向性とも合致するものである。

(3) 介護予防と生活機能

① 介護予防は活動（生活行為）低下予防

介護予防を生活機能の観点から整理してみよう。介護を要する状態とは生活行為（活動）に不自由がある状態である。すなわち、介護予防において予防するものは第一に生活行為（活動）の低下である。また介護予防の究極の目的はよりよい人生を創ること、すなわち参加の向上にある。

「活動は参加の具体像」である。すなわち、ある参加（役割の発揮）のためにはそれを支える多くの活動が必要である。参加の向上のために必要な活動は何かを、本人とともに見極めていくことが大事なのである。

これまで介護と介護予防において活動（生活行為）自体を改善する対象とみなすことは不十分であり、その早急な是正が必要である。

② 問題の発生点と解決の突破口とは別―「4-4）サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し」

ここで重要なのは活動を向上させるには疾病や心身機能をよくしなければならないという「医学モデル」にとらわれず、活動自体を向上させることができるという考え方に立つことである。

生活機能モデルの基本的な考え方として、活動・参加の心身機能からの「相対的独立性」の理論がある。たとえば、活動はそれに直接働きかけることによって向上させることができる。これは「4-4）サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し」の判断において重要なポイントである。「病気や心身機能がよくならなくても活動や参加はよくできないか」という観点でみるのが重要である。

例をあげよう。身体に不自由があり、その原因が、たとえば脳卒中による片麻痺（半身まひ）、あるいは生活不活発病（廃用症候群）による全身の筋力低下（いずれも心身機能の低下）だったとする。それが問題の発生点で、そこから歩けない（活動制限）、親類の法事にさえ行けない（参加制約）などが起ってくる。そうすると、問題解決もこの順でやるほかはないと考えがちである。つまり麻痺を軽くしたり、筋力を強めたりすることである。

しかし麻痺や筋力が同じであっても（時にはそれらが悪くなっていく場合でさえ）、活動レベル（実用歩行や立位でのさまざまな実際的な生活行為）に直接働きかけて、それを向上させることには大きな可能性があり、それによって社会生活をも拡大（参加を向上）させることができる。このように問題の発生点と問題解決の突破口とは別だと考えることが重要である。

③ 「できる活動」と「している活動」

活動には2つのレベルがあり、この2つを明確に区別してアセスメントし、働きかけを行なう必要がある。それは「能力」（訓練や評価・テストの時に発揮される能力、「できる活動」と「実行状況」（毎日の実際の生活で実行している状況、「している活動」）である。この2つのレベルの間には大きな差があるのが普通である。

しかも、単に「できる活動」を向上させただけで自然に「している活動」が向上するのではない。「している活動」そのものへの働きかけが不可欠である。

④ 移動：歩行か車いすか？

最初に述べたように、主治医意見書の「4. 生活機能とサービスに関する意見」で移動についての記載が新たに設けられた。移動は「活動」（生活行為）の核ともいえるものである。移動とは単に移動自体が目的であるのではなく、移動した先での目的行為と一連のものであり、移動様式

(歩行か車いすか)の違いは目的行為の様式に大きく影響する。従って常にそれとの関連でとらえることが必要である。

今回、認定調査項目においても移動についての特記事項が詳細となり、「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などは、その種類を特記事項に記載する。」こととなった。

介護の手段としては、移動は車いすであれ、歩行であれ同じである。しかし生活機能の観点からすれば、歩行なのか車いすなのかは大きく異なる。参加の範囲や活動の質は大きく異なり、また特に高齢者の車いす生活では生活不活発病は進行する。

そのため主治医意見書の記載時に、移動をみることは生活機能向上の可能性(「4-(4)サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し)をみる上でのポイントとなる。例えば歩行の範囲が狭くなっている、T字杖しか用いていなければ、4点杖やシルバーカーなどのよりしっかりとした歩行補助具を使うことで歩行距離や、外出範囲に拡大させることができる。また歩行以外の活動の実用性向上を目的としても活用すべきである。例えば洗濯物を持っての移動や買い物ができるようになる。

しかし、時に、杖や装具をなるべく使わず、使うとしてもT字杖などの、できるだけ簡単なものにし、杖を使わないことがケアプランの目標としてあげられることもある。

しかしこれは全く逆である。基本は「確実に効果のあがるものを早く使う」ということあり、そのためには図2に示したような歩行補助具(杖類)の中から最も適切なものを選び、また装具類を活用することが重要である。その結果歩けるようになり、また歩行以外の活動(目的行為)も増え、それによって参加も向上する。すなわち「活動の質の向上」「活動の量の向上」「参加の向上」が実現する。それによって生活不活発病の進行が防げ、生活機能全体が向上する。

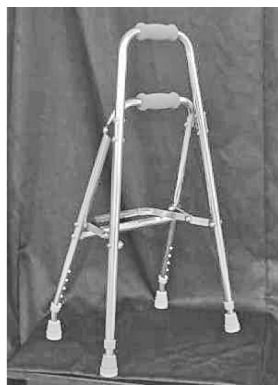
そして生活不活発病が改善する結果、歩行や「活動」がますます安定するようになり、やがてより簡単なものに切り替えることもできるし、場合によっては杖類を使わなくても済むようになることもある。

このように歩行補助具(杖類)は歩行距離や範囲、また実施する活動の種類を増加させるために積極的に活用するものである。

歩行補助具には図2のように多くの種類があり、他にもショッピングカートなどは歩行補助具としても役立つ。杖といえばT字杖だけを考え「それで歩けなければ車いす」という傾向があるが、実はT字杖以外の適切な歩行補助具を使えば歩けるようになる人がたくさんいるのである。

たとえばT字杖では100m程度しか歩けず、買い物をしても荷物を持たない人でも、シルバーカーを使えば歩行は安定し、途中で荷物かごに座って休みながら1km近く歩いて友達の家や、趣味の会に行ったりできるようになる。荷物を荷物かごに入れることができるので買い物もできるようになる。そして生活全体の活発化が起こる。しかしT字杖のままであれば生活が不活発にとどまり、生活不活発病は進行し続ける。その結果、おそまきながらより安定した歩行補助具にしなければならなくなったり、結局は歩けなくなって車いすになってしまったりするのである。

図 2. 各種の歩行補助具



ウォーカーケイン



四点杖



T字杖



シルバーカー

(4) おわりに

以上、生活機能という「健康」に関する世界標準の考え方に立って、介護、特に介護予防をどのように考えるかについて述べた。

ここで注意していただきたいのは、ICFはこれまで述べてきたように、生活機能モデルとしての考え方のもとに用いるものであり、それなしに単に分類法として用いることはケアマネジメント上問題であるということである。但し抜け落ちなく全体像を把握するために分類を活用することは重要である。介護保険においてもこの考え方が生かされている。

なお誤解がないように述べておくと、地域支援事業予防給付で用いられる「基本チェック表」は心身機能、健康状態、活動の一部分のみをみているものであり、活動・参加についてはケアマネジメントでの把握が求められている。

以上のようなICFを基盤とする生活機能の考え方は、医療・保健・介護・福祉の今後の方向性に大きな影響を与えるものといえよう。

参考文献

- 1) International Classification of Functioning, Disability and Health, World Health Organization Geneva, 2001
- 2) 高齢者介護研究会：2015年の高齢者介護－高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて、法研、2003
- 3) 高齢者リハビリテーション研究会；これからの高齢者リハビリテーションのあるべき方向、社会保険研究所、2004.
- 4) 大川弥生：介護保険サービスとリハビリテーション－ICFに立った自立支援の理念と技法、中央法規、2004
- 5) 大川弥生：新しいリハビリテーション；人間「復権」への挑戦、講談社現代新書、講談社、2004.
- 6) 介護予防のための生活機能評価についての研究班：介護予防のための生活機能評価に関するマニュアル、2005

4. 介護予防のターゲットとしての生活不活発病（廃用症候群）

国立長寿医療センター 研究所 生活機能賦活研究部 部長 大川 弥生

介護予防の重要なターゲットは、生活不活発病（廃用症候群）である。そのため制度上も、要介護認定の項目にも生活不活発病を重視した新たな項目が追加されている。また主治医意見書の「1. 疾病に関する意見」の「(1)診断名」において「生活機能低下の直接の原因となっている傷病名・・・」の中には生活不活発病が非常に多いことは以下に述べるとおりである。さらに今回改定された「介護予防サービス・支援計画表」においても右下に「総合的な方針：生活不活発病の改善・予防のポイント」を一種のまとめとして記載することになっている。

生活不活発病は予防・改善が可能である。しかしながらこれまで「廃用症候群」の名称だけは普及してきたが、予防・改善の対象としては十分には認識されていたとはいえ、それへの対策も不十分であった。

介護予防ではこの生活不活発病の予防・改善のシステムとプログラムが中心となる。しかしそれは、一般医療機関の積極的な関与と、一般国民への啓発なしには達成できるものではない。また国民への啓発においても医療機関の日常の診療の果たす役割は大きい。しかもそれは要介護者の場合だけでなく、医療保険における一般の診療から既にはじまっているのである。

今回の介護保険改定の中で医療と介護との連携をより深めることが望まれているが、その鍵となるのは基本的概念としては生活機能、具体的ターゲットとしては生活不活発病である。

(1) 生活不活発病（廃用症候群）とは

① その概念

廃用症候群 (disuse syndrome) とは、廃用 (disuse、「用いない」こと、すなわち生活全体の生活不活発さによる心身機能の使用の過少さ) から起こってくる様々な心身機能の低下である。

しかし「廃用」という表現は難しく、また「廃案」「廃棄物」などの言葉を連想させやすく、当事者に不快感を与えることが少なくない。また「用を廃した」(全く行わなくなった) 場合のみが問題であって、軽度あるいは中等度の使用低下ならば問題でないかのような誤解をまねく危険もある。

そのため本人・家族自身に「生活が不活発である」という原因を明らかに示す「生活不活発病」という用語を用いることが適切と思われる。現に最近そのような用法が公的な文書においてもしばしば見られるようになってきている。

② 高齢者における重要性－「年だから仕方ない」？

生活不活発病は誰にでも起こりうるものであるが、特に高齢者では起りやすい。またこれは色々な病気の際に、必要以上の安静をとることによって起ってくることも多い。

したがって、「年だから」とか「病気だから仕方ない」と思っていることが、実は生活不活発病そのものであったり、それが大きく影響していたりすることが少なくない。ということは「仕方ない」のではなく、防げるし、改善できるものだということである。

③ 生活不活発病の諸症状

表1に生活不活発病の主な症状を示した。これは生活機能の3つのレベルのうち、心身機能に

属するものである。

ここで大事なのは、表のⅠ「体の一部に起こるもの」のうち特に分かりやすい関節拘縮や筋萎縮などは比較的知られているが、Ⅱ「全身に影響するもの」やⅢ「精神や神経に影響するもの」は比較的知られていないことである。

しかし実際にはこれらⅡ、Ⅲに属するものが重要である。特にⅡの1の「心肺機能低下」はフィットネス、すなわち耐久力を中心とした総合的体力が低下することであり、生活不活発病の初期症状の一つである「疲れやすさ」もそれが主な原因である。

またⅢの1～3などのように周囲への関心や知的活動が低下したり、あるいは「うつ」傾向が起ることで一見「認知症（痴呆）」のように見えることさえ起こるのである。

このような多様な症状が広く知られていないため、生活不活発病が発生していても気づかれないでいることも多く、また一部の症状にだけ注意がたよって、対応としても筋力増強や関節可動域訓練など特定の心身機能に限られがちとなって、適切な手が打たれていない場合が多いのが問題である。

表 1. 生活不活発病（心身機能）

Ⅰ. 体の一部に起こるもの	Ⅱ. 全身に影響するもの	Ⅲ. 精神や神経の働きに起こるもの
1. 関節拘縮 2. 廃用性筋萎縮・筋力低下・筋持久性低下 3. 廃用性骨萎縮 4. 皮膚萎縮（短縮） 5. 褥瘡（床ずれ） 6. 静脈血栓症 →肺塞栓症、など	1. 心肺機能低下 2. 起立性低血圧 3. 消化器機能低下 a. 食欲不振 b. 便秘 4. 尿量の増加 →血液量の減少（脱水）、など	1. うつ状態 2. 知的活動低下 3. 周囲への無関心 4. 自律神経不安定 5. 姿勢・運動調節機能低下、など

(2) 生活機能低下の悪循環

生活不活発病の大きな特徴は、一旦起るとあたかも雪だるまが坂を転げ落ちながらどんどん大きくなるように「悪循環」を起して進行していくことである。

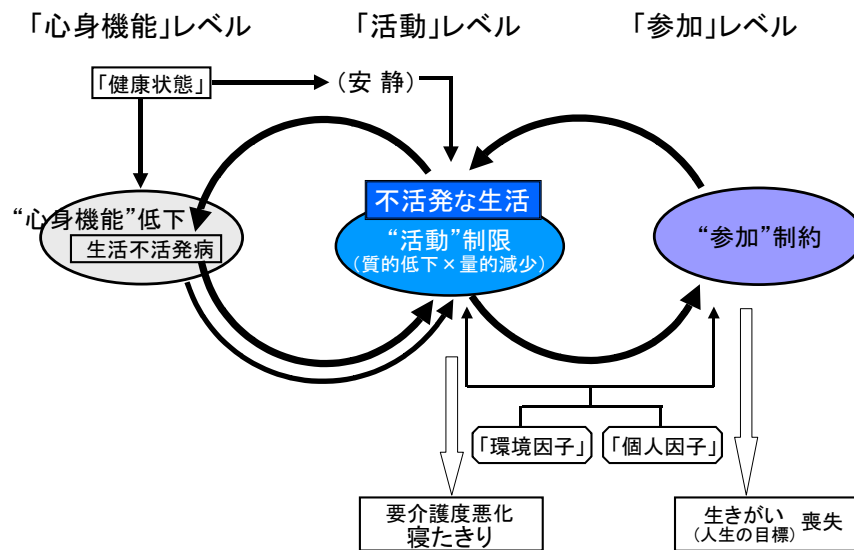
また生活不活発病は、単に心身機能が低下するだけではない。生活行為すなわち活動や、社会等への参加にも大きく影響する（「生活機能」参照）。また逆に活動・参加の変化を契機として起こってくることも多い。このように心身機能・活動・参加の生活機能の3つのレベルが相互に関連し合っ

てさらに状態が悪化するという悪循環に陥るのが大きな特徴である。

これを「生活機能低下の悪循環」と呼ぶ。

これは図1のように活動制限を中心とする左右の環からなり、この二つの環が関連しあって進行する。

図 1. 生活不活発病と生活機能低下の悪循環



① 出発点は生活の不活発さ

悪循環の出発点は中央の「不活発な生活」(活動制限)である。これは活動の「質」の低下もしくは「量」の減少した(あるいは両方とも起こった)状態である。

(i) 活動の質

活動の質とは次のようなことである。

移動という活動(生活行為)を例にとると、車いす移動よりはたとえ介護を受けてでも歩いて移動する方が「質」は高い。それが歩行自立、すなわち(杖などを使ってでも)一人で歩けるようになれば一層高くなる。

また移動していった先でたとえば洗面・歯みがきなどの活動をする場合、(車)いすなどに腰掛けて行うよりは、立って行なう方が質が高いといえる。

このように活動の質とは自立度に加えて、普遍性(環境の制約を受けることが少なく、行なえる場が広い)や実用性の高さなどを含んだものである。ここで実用性とは、例えば杖がなくとも歩けないことはないがゆっくりとしか歩けないのにくらべ、杖を使えばずっと安定して早く歩けるような違いをいう。

(ii) 活動の量

次に活動の量とは、一つひとつの活動ごとの量のことである。例えば一日朝から晩までに何回、どのくらいの距離のトイレに歩いていっているのかということが「量」である。

質と量とは大いに関係があり、質が高いほど量も増えるのが普通である。例えば屋外が自由に歩けるようになれば自然に遠くまで用事で歩くようになる、等である。

一つ一つの生活行為(活動)についてこのように「質」×「量」があり、それを全ての生活行為について総計したものが「生活の活発さ」である。「活発」というと量的なことだけを考えがちだが、実は質的な面が重要なのである。

② 悪循環の二つの環

生活機能低下の悪循環はこのような「生活の活発さ」が低下したことから起るが、そのきっか

け(契機)は様々であり、後に詳しく述べる。

どのようなきっかけにせよ活動の制限が起ると、左右どちらの環についても悪循環が起り、進行する。

右の「活動-参加の悪循環」では、

- (一) 活動制限が参加を困難にし、参加制約を起す(または悪化させる)。
- (二) 参加制約により更に生活は不活発になり、活動制限を起す(悪化させる)。

一方、左の「活動-心身機能の悪循環」では、

- (三) 活動制限が「生活不活発病」を起す。
- (四) それが活動の質的低下と量的減少を起す。

このようにして左右の悪循環が互いに促進しながら悪化していく。

このような活動の制限はやがては要介護状態を作り、参加の制約は「生きがい」(人生の目標)の喪失にも到る。

(3) 生活不活発病発生の三タイプ

「生活の不活発さ」の起り方ときっかけ(契機)は様々であるが、大きく次の3つのタイプに分けることができる(図2)。これは要介護認定において今回見直しがなされた調査項目(下記)とも関連深いものである。

- ① 活動の量的減少: 新たな認定調査項目として「日中の生活」、「外出頻度」
- ② 活動の質的低下: 「歩行」・「移動」等の記載事項の充実
- ③ 参加の制約: 「家族・居住環境、社会参加などの変化」

① 活動の量的減少(図2-1)

まず活動の「量」の減少からはじまる場合である。これは「質」の低下はない、つまり種々の生活行為をしようと思えばできるのに、あまりしなくなってしまった状態である。

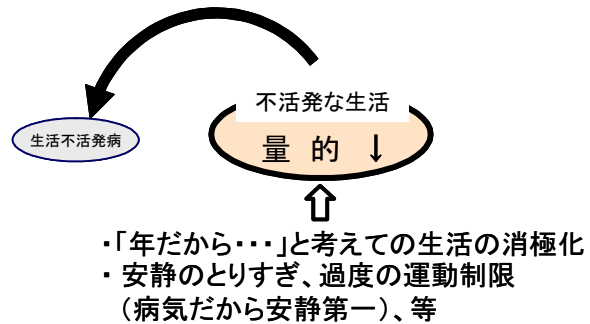
これには、それ自体は運動機能の障害を起こさないような病気や外傷、あるいは手術などの場合に「病気なら安静」という「通念」に従って不必要な安静をとりすぎるのが非常に大きい。その他、慢性疾患等での「疲れやすさ」や目や耳の不自由やその他の理由からの「消極化」もある。

② 活動の質的低下(図2-2)

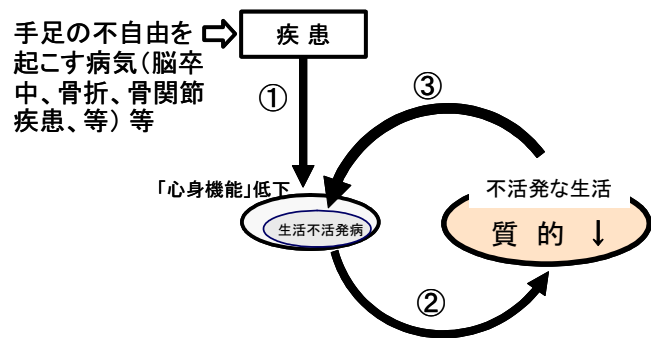
これは脳卒中、骨折などの急激に運動を困難にする疾患、あるいは変形性骨関節症による痛み等によって、活動の質的低下(歩行困難、等)が直接引き起こされ、それが生活不活発病を引き起こす場合である。

図 2. 生活不活発病発生の 3 タイプ

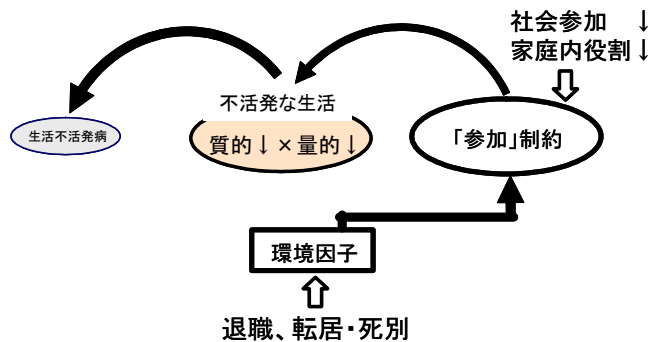
① 活動の「量」的減少タイプ



② 活動の「質」的低下タイプ



③ 参加低下タイプ



③ 参加の制約 (図 2 - 3)

「一人暮らしになる」「退職」「転居」といったことが契機となって外出や社会生活への参加が激減し、生活が不活発化することが少なくない。

この参加の制約には環境の変化が誘因となることがかなりみられる。

例えば主婦が子どもと同居することで主婦としての役割を失うことも契機となり易い。災害もまた参加の制約を介して生活不活発病を引き起こす。

従来生活不活発病は、脳卒中・骨折などによって運動機能が急激に制限されたことに伴って(のみ)起こると考えられやすく、以上のような様々な起こり方がることが十分理解されていなかったきらいがある。

(4) 「生活機能低下の悪循環」からの脱却

① 生活不活発病発生原因の診断

生活不活発病の克服のためには、一人ひとりについて、どのような契機で「生活が不活発」になったのかをまず把握することが重要である。

そしてそれを解決するための個別的な「生活を活発にさせる手がかり」を見つけ、それに働きかけることが必要である。筋力低下などの部分的な症状に対する画一的な働きかけは本質的な解決にはならないのである。

「生活機能低下の悪循環」(図1)は運命ではない。原因とメカニズムがわかれば「悪循環」をブロックし、生活を活発化させて、生活不活発病を改善し、更に心身機能・活動・参加の全てを向上させることで「悪循環」を逆転させ、「良循環」にもっていくことができる。まずいかに早期に発見し、適切な指導によってそれを「良循環」に転換させるかが大事で、これが悪循環進行防止の要(かなめ)である。その最大のポイントは「生活全般の活発化」である。

そのための専門職によるアプローチとして重要なのが、直接的に活動(生活行為)レベルを向上させることであり、リハビリテーションにおける活動向上訓練である。

② 一般医療における「生活機能低下の悪循環」への対応

「生活機能低下の悪循環」の予防における一般医療の役割は重要である。一般医療において疾患を治療・管理する際に、高齢者では特にこの見地からの正しい指導を行なうことが不可欠である。なぜなら「病気なら安静」という誤解が一般に強く、ふだんは動くことが大事だと思っている人でも、一旦病気になる「安静第一」になってしまいがちだからである。

また疾患の十分な把握と管理を行いながらでなければ、安全で十分な悪循環克服はできないからでもある。

この点で一般医療の医師に望みたいのは

i) 生活不活発病(廃用症候群)をつくらないこと、ii) 「生活機能低下の悪循環」の早期発見、iii) 悪循環から良循環への転換の指導、の3点である。

具体的には次の2つの点で医師の役割は非常に大きい。

(i) 一般医療での「活動度」指導

一般の医療機関では「安静度」の指導は徹底されている。しかし実はどの程度は動く"べき"かを具体的に指導する「活動度」の指導が必要なのである。

疾患管理上安静が必要な場合は、i) 必要な理由と、ii) どういう状況になるまで安静が必要な(それが終われば不用となる)のかを説明し、iii) 同時にその間でも「この程度は動いてよい、むしろ動きなさい」、という具体的な指示が必要である。

安静度と活動度とは単なる言葉の言い換えのように思われるかもしれないが、"安静"を主とするか、活動を主とするかで考え方の方向が全く逆であり、使用する人の意識に大きく作用すると考えられる。

「活動度」では活動そのものだけでなく、参加レベルの向上についての指導・助言も大事である。ここでも生活・人生を総合的にみることが重要なのである。

(ii) 「お大事に」ではなく「お元気に」

医師でも看護師でも、診察が終わった時などに何気なく「お大事に」と言うことが多い。一般の人々がお見舞いに行った時も、「お大事に」と言ってわかれてくる。これは知らず知らず

のうちに「病気になったら安静が必要」という、今となっては誤っているというほかはない社会的通念を強めてしまう危険がある。本当に大事にすべきは体ではなく「人生・生活」である。「お大事に」ではなく、例えば「お元気で」という一言に変えることで、安静に関する基本的な概念は大きく変わるのではないであろうか。

(5) 水際作戦；介護予防の「急性期」

介護予防における生活不活発病への対策としては高い機動性とメリハリのついた対応、つまり本当に必要な時に必要なサービスが即座に提供されることが必要である。その中核は「水際作戦」、すなわち生活機能低下が急激に起こってきた状態（いわば介護予防の「急性期」）の早期発見・早期対応である。

この際特に重要な生活機能レベルは活動（生活行為）である。しかも身の回り行為（ADL）だけでなく、買い物、スポーツ、家事などの様々な活動にまで広く目を配ることが大事で、これらに制限が生じたことに気づくことが早期発見に大きく役立つ。

「生活機能」は、風邪をひいて寝込んだ後、大事をとりすぎて足腰が弱った、転んで腰を打ち痛みが残った、子供と同居して家事をしなくなった、友人が死亡したため外出しなくなったなどの、いろいろなエピソードをきっかけに階段状に低下していくことが多い（図3参照）。そのエピソードを早く見つけて素早く手を打つこと、また生じてきた生活機能の低下を食い止め、ふたたび向上させていくのが「水際作戦」である。

① 「水際作戦」の実際

早期発見とは、この階段状の生活機能の低下を適時・適切にとらえることである。そのためには定期的な健診などよりも、一般医療機関の果たす役割が大きい。

具体的な対応の内容としては、「活動向上訓練」（「生活行為向上支援」）、すなわち活動（生活行為）への直接的働きかけが中心である。

例えば屋外歩行が不自由になれば、適切な歩行補助具（シルバーカー、ショッピングカート、杖など。「生活機能」参照）を選んで、それを使った歩き方を実際に歩く道路や行った先の店内などで指導する。家事が難しくなってきたら、自宅の台所で調理台にもたれるなど負荷の少ない調理の仕方を指導する。洗濯物を持っての歩き方や、重たい洗濯物の干し方を指導する、等である。

家事が困難になったからすぐに家事援助サービスを入れるとか、歩くのが不自由になったから車いすを使うというように代行サービスで対応するのではなく、家事能力を高める、また歩行能力を高めるような介護（「よくする介護」）のやり方も含めて対応していくのである。

一見手間がかかるように思われるかもしれないが、実はこのような指導には即効的な効果があり、短期間（1～数回の指導）で自立度が大きく向上し、階段状に落ちかかった生活機能を元の状態に戻すことができ、場合によっては更により状態にすることさえできるのである。

これが「活動自立訓練」（生活行為向上支援）であり、「水際作戦」の「中核プログラム」である。またこれを支える「サポートプログラム」も必要で、その一つは「参加」の一層の向上を図ること、もう一つは自己訓練（個人やグループでの体操、歩行量増加、などによる体力増強）である。

介護予防というと、筋力トレーニングや転倒予防教室など、人を集めて生活機能のうちの「心

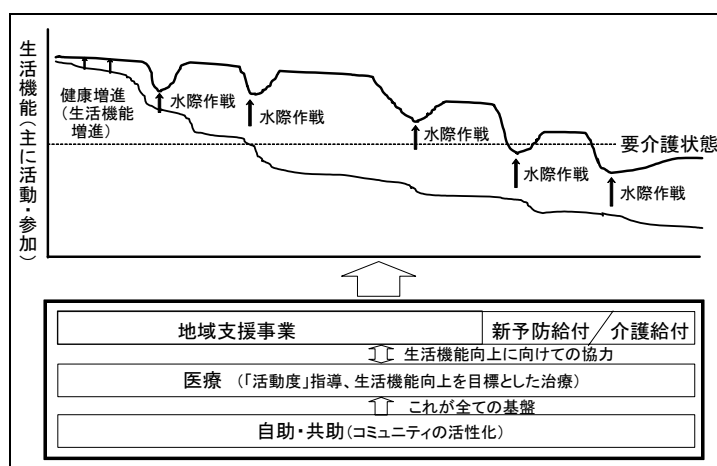
身機能」、しかもその一部を中心に特別の事業として実施するものと考えられがちである。しかし、上に述べたように居宅等の実生活の場に向いて、そこでの生活行為（活動）を向上させるように指導し、それによって生活全体を活発化させることを「水際作戦」として高い機動性をもって行なうことが重要なのである。

② 「水際作戦のシステム」

このような「水際作戦」を効果的に行うためには、たとえば自治体が「生活機能相談窓口」といったものを設置し、一般医療、保健師、民生委員、ケアマネージャー等からの通報を受けてただちに家庭訪問し、「活動向上訓練」（生活行為向上支援）を開始するといったシステムが有効と考えられ、既にこのような試みが始まっている自治体もある。

図3. 「水際作戦」による生活機能低下予防・向上

－ 早期発見・早期解決 －



なお、この実践のためには、図3下方の横長の3つの柱で示すように、行政（介護予防事業）だけでなく、先に述べたような医療の積極的な役割の発揮が重要である。

さらにそれを支えるのが一般市民と介護保険サービス受給者に対する生活不活発病（廃用症候群）についての啓発であり、それにもとづいた「自助」、そして地域社会（コミュニティ）の活性化による「共助」の促進である。実はここに生活不活発病予防、そして介護予防の原点があるといつてよい。

(6) 介護予防の「慢性期」

「水際作戦」の徹底が介護予防成功の鍵であり、その重要性はいかに強調しても足りないが、同時に「階段」と「階段」との間の、極めて緩やかに生活機能が低下していく状態に対しての、いわば「慢性期」対策的な介護予防も重要である。

これはゆっくりと進行する「生活機能低下の悪循環」であり、それに対する有効な対策は先に5-1)で「サポートプログラム」としてあげた参加の向上と自己訓練を基本とした「生活の活発化」の徹底である。そのためには広く一般の啓発が重要である。

要するに「急性期」における「短期決戦」型の生活行為向上支援（活動自立訓練）を、より「慢

性期」における長期的なサポートプログラムで支えるのである。

(7) 「作られた歩行不能」を防ぐ

以上と関連して簡単に述べておきたいのは、介護予防における「作られた歩行不能」予防の重要性である。これは厚生労働省老健局の高齢者リハビリテーション研究会報告書などでも強調されていることで、主として歩行が僅かに困難になった状態で安易に車いすを用いることによって生活機能低下を引き起こし、その結果歩行不能状態を作ってしまうことである。高齢者においては車いす生活では（たとえ車いす移動自立であっても）生活不活発病を防ぐことはできないことは種々の研究によってよく知られている。

もちろん歩行の回復は不可能で車いすを必要とする状態があることはいまでもなく、それを否定するものではない。しかし現状では上記の「水際作戦」が行なわれれば歩行自立の可能性が十分にあるにもかかわらず、安易に車いす生活とされ、その結果歩行不能となっていることが我々の調査においても非常に多いのである。

介護予防の「水際作戦」の普及と「生活不活発病」に関する認識の向上によって、このような「作られた歩行不能」が克服されることを強く願うものである。

(8) おわりに

以上生活不活発病（廃用症候群）と「生活機能低下の悪循環」について述べ、それに対する対応としての介護予防の「急性期」における「水際作戦」を中心に述べた。本書の「生活機能—特に介護予防との関連で」をあわせ読んでいただければ幸いである。

参考文献

- 1) 高齢者リハビリテーション研究会：これからの高齢者リハビリテーションのあるべき方向、社会保険研究所、2004.
- 2) 老人保険事業の見直しに関する検討会：生活習慣病予防と介護予防の新たな展開に向けて、2004
- 3) 大川弥生：新しいリハビリテーション：人間「復権」への挑戦、講談社現代新書、講談社、2004.
- 4) 大川弥生：介護保険サービスとリハビリテーション—ICFに立った自立支援の理念と技法、中央法規、2004
- 5) 大川弥生：目標指向的介護の理論と実際；本当のリハビリテーションとともに築く介護、中央法規出版、2000

Ⅱ. リハビリテーションに関する知識

小倉リハビリテーション病院 院長 浜村 明徳

1. リハビリテーションの意義

リハビリテーションは、一般に機能回復訓練と同様に理解され、心身に生じた障害を軽くし、手足が動くようになることや言葉が話せるようになることなどを目標とする場合が多い。しかし、それらのことはリハビリテーションの基本ではあるが全てではない。

たとえば、病院で上手に歩けても、段差や階段など障害物の多い日本の家屋では歩きにくい場合もある。歩けないとトイレに行けない。階段があり、2階の自分の部屋に上れないこともある。また、身の回りのことは可能でも、家事や買い物などができないこともある。加えて、障害物の多いわが国では外出が難しく、交通機関も使いにくいいため社会活動も制限されやすい。

したがって、リハビリテーションでは、心身の機能回復だけでなく、ADLの自立や障害を抱える前と同じような家庭生活や社会生活、ごく普通の生活を取り戻していくための援助が重要となる。リハビリテーションの意義は、障害のある人々のQOLの向上とノーマライゼーションの実現¹⁾にあり、「障害のある人々が住み慣れた地域でくらす²⁾」ことや「健康で快適な生活を楽しみ、社会的・文化的にも参加できる²⁾」よう促進することが大切となる。

2. リハビリテーションの流れ

脳血管障害や大腿骨頸部骨折など発症が明らかな疾患におけるリハビリテーションは、発症からの時期によって急性期、回復期、維持期のリハビリテーションとして大きく3つの時期に分けて対処される。しかし、小児疾患、進行性神経疾患、認知症など上記のようなステージに分けることがそぐわない疾患もある。

ここでは脳血管障害など発症が明確な疾患を例に、リハビリテーションの流れに沿って、援助の要点などを整理する。

(1) 急性期リハビリテーションの機能

急性期リハビリテーションは、発症直後の早い時期に行われるリハビリテーションである。急性期病院などで行われるリハビリテーションであり、急性期における適切なリハビリテーションの実施が、回復期・維持期のリハビリテーション内容や期間、ひいては個々の生活の仕方に影響を及ぼすため、極めて重要な意味をもつ。

この時期は全身状態が不安定な場合が多く、リスク管理を徹底しながらリハビリテーションを進めなければ、生命に影響を及ぼしたり、障害の進行、悪化も招きかねない。このようなリスク管理と並行して廃用症候群の予防、基本動作や日常生活活動の自立に向けた訓練が主体となる。

障害が軽度であれば、急性期のリハビリテーションを実施することで家庭復帰、社会復帰が可能となる。また、中等度以上の障害があり、全身状態がほぼ安定すれば、生活機能向上のため、速やかに回復期リハビリテーションへ移行することが大切である。

(2) 回復期リハビリテーションの機能

この時期は生命の危機から脱し、より負荷量の高いリハビリテーションを行うことによって、心身機能や活動の向上が期待できる時期である。

回復期リハビリテーションでは、廃用症候群などの二次的合併症を引き続き予防しながら、障害の内容や程度に応じた多岐にわたる集中的なりハビリテーションが実施される。これらの目的を達成できるリハビリテーションスタッフや設備が整備された医療機関が回復期リハビリテーション（回復期リハビリテーション病棟など）の役割を担う。

必要なリスク管理は回復期リハビリテーションでも当然であるが、心身機能の回復可能性、基本動作能力・日常生活活動能力・在宅生活の能力などについて目標を設定し、いつ頃、どのような生活が可能になるのか、できるだけ具体的なリハビリテーション計画を立て、それに基づいた援助が重要となる。回復期リハビリテーション病棟では、総合的なリハビリテーション実施計画の策定と実践が義務付けられている。

さらに、チーム全体でのカンファレンスなどを通してスタッフ間で目標は共有され、患者や家族にも説明して、リハビリテーションが進められる。実際には、病棟でのADL自立へのアプローチや在宅生活の自信を取り戻すための心理的支援のあり方など課題も少なくない。全国の回復期リハビリテーション病棟の入院期間は、平均80日とされる。³⁾

生活機能が向上し家庭生活に戻れる場合は、適切な時期に外泊訓練を行い、在宅生活の環境整備を行うことも重要な役割となる。生活の自立性や活動の安全性を高め、介護者の介護負担を軽減するため、住宅改修や福祉用具の導入が行われる。

現在、全国の回復期リハビリテーション病棟利用者の約70%が家庭復帰している。³⁾

(3) 維持期リハビリテーションの機能

維持期とは、発症から一定の期間が過ぎ、病状も比較的安定しているいわゆる慢性期である。

維持期におけるリハビリテーションのあり方に関する検討委員会では、在宅・施設を問わず、維持期リハビリテーションを、「高齢者の体力や機能の維持もしくは改善、生活環境の整備、社会参加の促進、介護負担軽減などに努め、高齢者の自立生活を支援する事を目的としたリハビリテーション医療サービス」⁴⁾と整理した。

たとえ、回復期のリハビリテーションで自立生活が獲得されていても、家庭生活に移行すると、当初の2～3か月間は生活が不安定になりがちで、この期間をどのように過ごすかがその後の在宅生活にも影響する。健康に対する不安も大きく、障害を抱えた生活への自信もできあがっていない。介助が必要であれば家族の葛藤も大きい。この時期には健康の安定に努めながら、潜在能力を有効に活用しながら生活する方法を学べるよう援助しなくてはなるまい。したがって、この時期のケアプランでは、生活機能の持続的向上や安定を目的に、その支援が可能なサービスが期待される。リハビリテーション専門職のかかわりが可能なサービス(たとえば、外来リハビリテーション、訪問・通所リハビリテーションなど)が求められることが多い。

この時期を経て、生活が安定すればケアプランも変更されるべきであり、その後は必要であれば社会的交流や生活支援を目的とするサービスが妥当な場合が多い。

一方、維持期に入っても障害が重く、生活に介助を要する場合も、廃用症候群の予防に努めながら潜在能力を活用した生活が期待される。依存的で介助に頼る生活から能力を活用した生活になる

には、リハビリテーション専門職の能力評価と看護・介護職と一体となったチームケアが欠かせない。

多くの介護保険利用者は慢性期の状態にあり、彼らのリハビリテーションは、維持期リハビリテーションとなる。

3. 介護保険におけるリハビリテーション

実際の家庭生活の仕方や心理的問題まで含めると回復期にそれらの全てが解決しているケースは全くないといっても良い。したがって、在宅サービスが導入される維持期リハビリテーションの最初の時期は、生活機能等の回復や生活の安定が認められる期間であり、そのことを意図した支援が重要である。

また、その人なりに安定した生活が過ごせていれば、健康管理が医療の中心的な課題となるが、合併症、新たな疾患、生活の仕方、家族の介護の仕方などさまざまな要因で、心身機能や生活機能は変化する。関係する医療・リハビリテーション・ケアのスタッフはもたらされる情報を基に、適切な対応が求められる。かかりつけ医・主治医はチームのリーダーとして、新たな対応への方向付けを期待されることも多い。

リハビリテーションの立場からかかりつけ医への期待される役割として、通常の健康管理など医療活動に加えて、介護保険サービスなどの活用による自立生活支援や生活機能低下予防のすすめ方への助言、ケアプラン作成への貢献などがある。とくに、対象者の問題が複雑で関係者間の討議が必要な時、病状の進行や不安定など医療的問題がケアに大きく関与する時、緊急時や重度のリスクがあり迅速な調整が欠かせない時など、かかりつけ医の役割は大きい。

実際には、介護保険施設におけるリハビリテーションと通所・訪問系のリハビリテーションで基本的な考え方が大きく異なるものではないので、共通する要点を表1に紹介する。

参考文献

- 1) 米満弘之：リハビリテーションに関する知識,主治医意見書記入マニュアル, 62-68, 日本公衆衛生協会, 2002.
- 2) ILO UNESCO WHO : Community-Based Rehabilitation, Joint Position Paper, 1994
- 3) 全国回復期リハビリテーション病棟連絡協議会・国立保健医療科学院施設科学部：回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書, 2005.
- 4) 維持期におけるリハビリテーションのあり方に関する検討委員会：平成9年度維持期におけるリハビリテーションのあり方に関する検討委員会報告書概要, 日本公衆衛生協会, 1999.

表1 介護保険におけるリハビリテーションのすすめ方

1) 情報の収集について

かかりつけ医や主治医、本人・家族、ケアマネジャーやケースワーカー、看護・介護など関係するさまざまな立場からの情報が得られれば、課題が整理しやすく、サービスの計画が容易となる。主治医意見書では、疾病に関する諸情報に加え、障害の状況と生活機能の変化が記載されれば、実際のリハビリテーションに有効な情報となる。それらは、リハビリテーションが必要な理由ともなる。

2) 暫定的なりハビリテーション計画とサービスの実施

利用が決定すれば、得られた情報や本人・家族の要望をもとに暫定的なケアプランやリハビリテーション計画(書)に沿ってサービスが開始される。

3) 関連スタッフによるそれぞれの評価

一定の期間をもって、かかわる職種によるアセスメントが行われるが、サービスの種類によってかかわる職種やその数も異なる。ここでは、分野ごとに生活機能の現状、今後の可能性、援助の進め方などが整理される。

チームで実施するリハビリテーションでは、リハビリテーション専門職(PT、OT、ST)による評価だけでなく、看護・介護職による実際の生活に基づいた評価もきわめて重要である。

4) チーム全体のカンファレンス

本人・家族の要望、諸情報、それぞれの分野のアセスメントをもとに、カンファレンスが行われる。たとえば、生活機能が低下した事例の場合、状態像の変化内容とその期間、変化に影響したかもしれない要因、この間のサービスの種類と量、リハビリテーションの有無などの情報は、目標の設定や援助効果を推測する上で欠かせない情報となる。

カンファレンスの際に、医師は病状・リスク、今後の治療方針など、看護・介護は生活場面での摂食嚥下、基本動作や移動動作、ADL、心理・社会面、コミュニケーションなどの状況、現在のケア内容など、支援相談員は入所前の生活状況、本人・家族の要望、家族の関わりなど、栄養士は栄養や食事状況など、リハビリテーション専門職は心身の機能や活動のレベル、改善の可能性と時期などに関するアセスメントが提出される。

カンファレンスによって、具体的な生活の目標と、それがいつごろ可能となるかが整理される。目標となる事柄は、単なる心身の機能レベルではなく、それを踏まえた具体的な生活のあり方でなければならない。

5) リハビリテーション実施計画書とケアプラン

リハビリテーション実施計画書には、カンファレンスで合意された目標にしたがって、基本動作や移動動作やADL、社会的活動などに関する目標と到達時期、リハビリテーション専門職による援助内容、看護・介護などその他の職種による援助内容などが整理される。また、リハビリテーション実施計画書の内容とケアプランが乖離しないよう、目標や援助内容は両者の整合性がとられていなければならない。

計画書をもとに、生活目標や今後の援助の進め方などについて、本人・家族への説明が行われ、本人・家族とチーム全体が共有する目標に従った援助が開始される。

6) サービスの提供

かかわる多くの職種が協働し、可能な限り自立した生活が獲得できるよう期間を定めたりハビリテーションサービスが行われる。

「高齢者リハビリテーションのあるべき方向」には、高齢者リハビリテーションの現状として、①長期間、効果が明らかでないリハビリテーション医療が行われていること、②リハビリテーションとケアとの境界が不明確、リハビリテーションとケアの混同などがあるとされた。

以上のような手順で計画されたりハビリテーションが実施されることによって、効率的で効果的なものとなる。サービスの提供では、多職種協働のチームアプローチが課題となる。

7) 見直し

サービス提供後の一定期間を経て、その間の状況に応じ、目標や援助内容は見直される。当然、本人・家族の納得を得て新しい目標に基づいた援助が行われる。

これらのことを繰り返す、最終的な目標に到達することとなる。

8) 終了、退院・退所

本人・家族が納得できる生活が獲得されれば、そのサービスは終了することとなる。その後、サービスを利用することなく自立した生活が継続できれば幸いであるが、多くの場合、何らかのサービスを利用する生活となる。したがって、終了後の生活がどのようなものになるかを予測した対応が求められる。

たとえば、入所・入院生活から家庭での生活に移行する場合は、回復期リハビリテーションから家庭復帰する場合と同様の援助が必要となる。外泊訓練、必要な住宅改修、福祉用具の選定、次なるサービス提供者、ケアマネジャーなどへの情報提供などが欠かせない。

Ⅲ. 認知症に関する知識

秋津鴻池病院 理事長 平井基陽

1. 「痴呆」から「認知症」への名称変更

わが国においてはdementia, Demenzを、明治年間に呉秀三、東大教授により「痴呆」と訳出されて以来、徐々に定着し一般化してきた。

近年、「痴呆」に対する正しい知識を広く国民に普及、啓発していく上で、この名称が支障となっているとの問題提起がなされ、これを受けて厚生労働省に「痴呆に替わる用語に関する検討会」が平成16年6月に設置された。検討会では、新用語に関して、①わかりやすく、短いこと、②不快感や侮蔑感がないこと、③痴呆の概念を表現できることなどの方針が決定され、候補として認知症、認知障害、物忘れ症、記憶症、記憶障害、アルツハイマー症の6つが挙げられた。

そこで、厚生労働省がホームページ上で国民の意見を募集した結果、「認知障害」、「認知症」の順に多かったが、「認知障害」はすでに精神医学の用語として広く使われており、痴呆によらない失語、失認、失行を示すため紛らわしいとの指摘があり、「認知症」に決定された。

平成16年12月24日をもって行政用語として「認知症」を使用することが通知され、平成17年6月29日の「介護保険等の一部を改正する法律」の公布に合わせて、法令上の用語の変更がなされた。

2. 認知症の定義

表1 DSM-IVによる認知症の診断基準

- ①多彩な認知欠損。記憶障害以外に、失語、失行、失認、遂行機能障害のうちの1つ以上。
- ②認知欠損は、そのそれぞれが社会的また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著しく低下している。
- ③認知欠損はせん妄の経過中にのみ現れるものではない。
- ④認知症状が、原因である一般身体疾患の直接的な結果であるという証拠が必要。

(朝田 隆)

認知症とは「いったん、正常に発育した知的機能が持続的に低下し、日常生活に支障を来たすようになった状態」と定義される。

従来は「脳の器質的障害により」が含まれていたが、原因疾患として内分泌・代謝異常、中毒性疾患、臓器不全・全身性疾患も挙げられていることから、近年、脳の器質性障害という項目が外される傾向にある。

今日、認知症の診断基準として、アメリカ精神医学会のDSM-IVが一般的に使用されており、ここでは朝田隆の「DSM-IVによる認知症の診断基準」を引用しておく(表1)。要するに、認知症とは、物忘れがあり、さらに認知障害(言葉のやりとりが困難、場所の見当がつかない、手順をふむ作業ができない、判断ミスなど)が加わって、生活に支障を来した状態であるといえる。

最近、認知症の早期発見の観点から、正常と認知症の境界に位置するものとして「軽度認知障害(MCI: Mild Cognitive Impairment)」なる概念が提唱されている。この診断基準は①記憶障害の主訴があり、②客観的にも記憶障害が認められており、③全般的認知機能は保持されていて認知症ではなく、④日常生活は自立しており、⑤CDR (Clinical Dementia Rating) は0.5(認知症疑い)である、といったものである。

3. 認知症の中核症状と周辺症状

認知症の症状は認知機能障害による中核症状と、それに続発ないし併発するさまざまな精神症状や行動上の障害(周辺症状)に分けられる。その中で、中核症状は認知症の必発症状である(図1)。

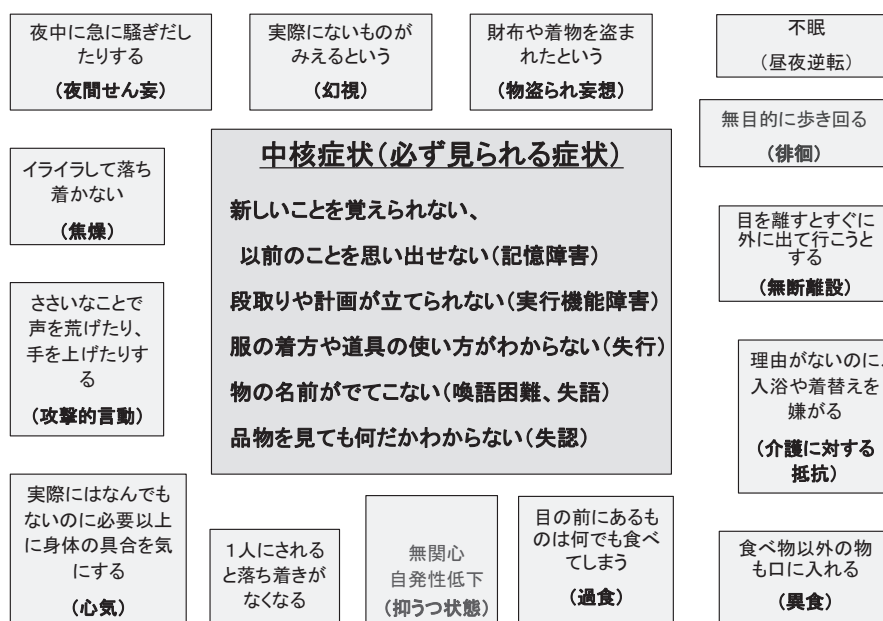


図1 認知症の中核症状と周辺症状

(1) 中核症状は記憶障害(物忘れ)と失語、失認、失行および実行機能の障害などである。

① 記憶は生理的には記銘(ものごとを覚える)、保持(覚えたことを脳に保存する)、再生(覚えていることを呼び起こす)の3段階から成り立っている。臨床的には記憶の保持間隔により、即時記憶、近時記憶、遠隔(時)記憶に分類して使用することが多い。即時記憶は刺激呈示後から

再生させるまでに干渉を行わない場合に用いる。数字の反復（順唱、逆唱）物品呈示直後の記憶再生（物品テスト）などがこれに相当する。近時記憶は情報の取り込みから再生に数分以上の間隔があり、その間に会話（あるいは計算や作業）などの干渉があったのち再生されるものを指す。「主治医意見書」の「短期記憶」は、この近時記憶を指している。遠時記憶はいわゆる、過去の出来事に関する記憶である。一般に認知症では、進行に伴ない近い記憶から遠い記憶にさかのぼって失われる。また、アルツハイマー型認知症では近時記憶が即時記憶より先行して障害されることが指摘されており、早期発見の要点である。

さらに、これらの記憶障害により見当識の障害が生じる。見当識には時間、場所、人物（自分との関係）に関するものがあり、通常、認知症ではこの順に進行と共に障害される（図2）。問診において日付（年月日）、曜日が正確に答えられるかを確認することが見当識障害の有無を見分ける第一歩である。

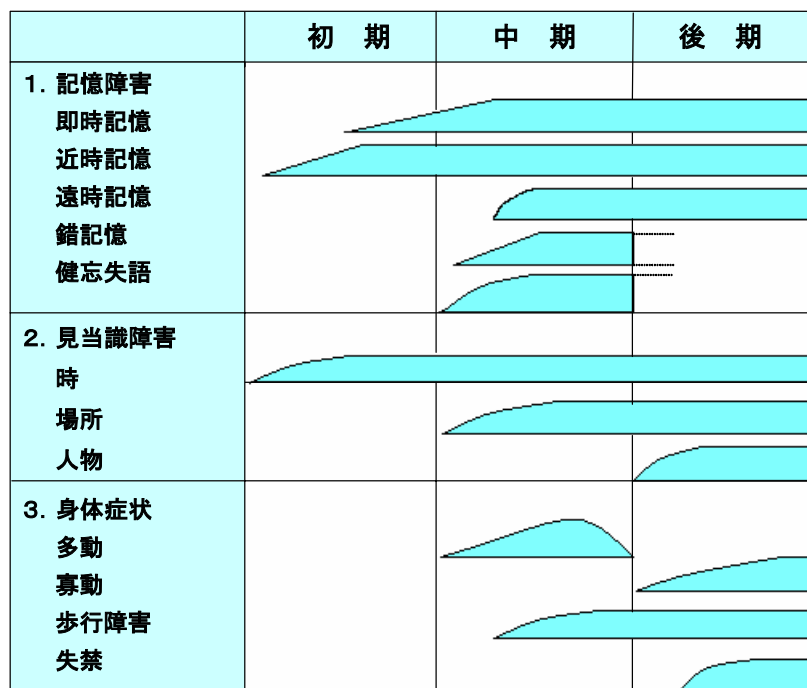


図2 アルツハイマー型認知症の病期と病状 (三好功峰)

- ② 失語は話す、聞く、読む、書くなどの言語機能の障害を生じ、主治医意見書にある「自分の意思の伝達能力」に深く関わっている。認知症の進行と共に、言語の生成と理解が困難になってくる。
- ③ 失認はアルツハイマー型認知症の場合、初期からみられることが多く、よく知っているはずの場所や道を認知することが出来なくなり、目的の場所に行けなかったり、迷い子になったりする（視空間認識のひとつで地誌的失見当識といわれる）。
- ④ 失行は運動機能が保たれているにもかかわらず、動作をする能力が障害されていることである。図形や絵の模写が出来なかったり（構成失行）、日常的に使う道具が使えなかったり（観念失行）、衣服の着脱が上手く出来ない（着衣失行）など、日常生活に支障をもたらす要因となる。
- ⑤ 実行機能の障害は計画を立てる、組織化する、順序立てる、抽象化する能力の障害をいう。認

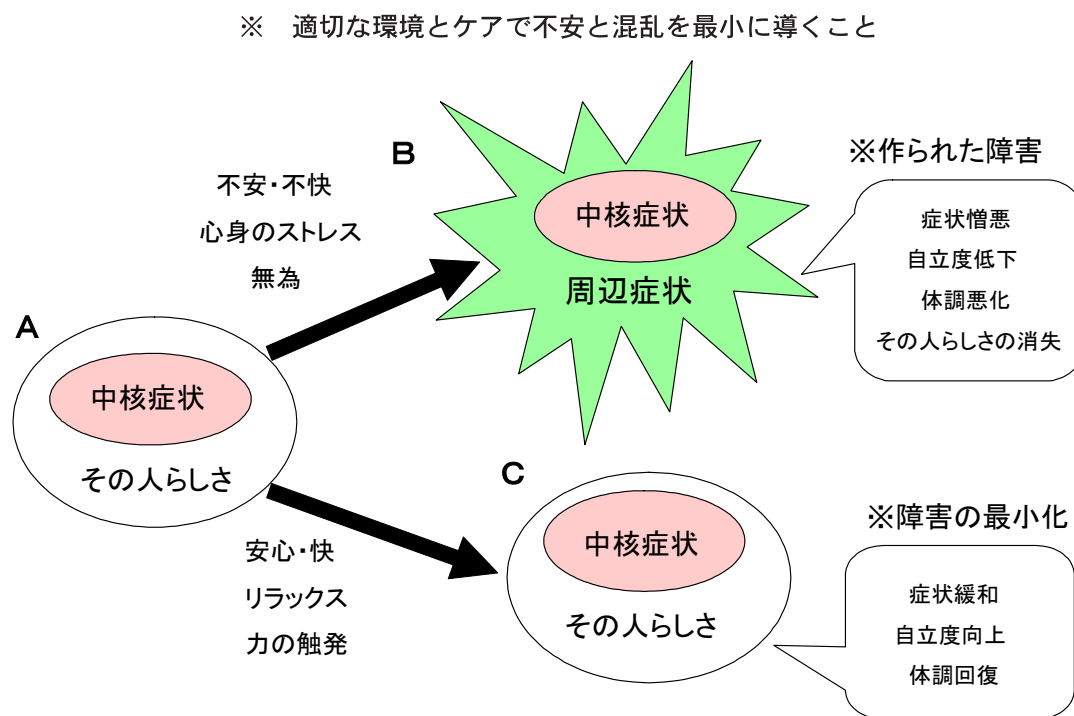
知症では、その結果、行動を開始することが困難になったり、逆に途中で行動を中止できなくなったりして寡動や常同行為、反復行為と呼ばれる行為障害を来す。

これらの中核症状が複合的に組み合わさって、判断能力の低下が起こる。つまり、運動能力が保たれているにもかかわらず生活機能の低下を招く結果になる。したがって、主治医意見書の「日常の意思決定を行うための認知能力」の欄は、中核症状の総合点が反映されなければならない。

(2) 周辺症状は中核症状に続発、ないしは併発する精神症状や行動障害である。以前は介護する上で大きな負担となることから問題行動と一括されていた。近年、これら周辺症状にたいしてBPSD (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia) なる呼称が使用されるようになった。「認知症の行動心理学的症候」と訳されているが、その定義は「認知症患者にしばしば出現する知覚や思考内容、気分あるいは行動の障害」となっている。

中核症状は認知症に必発するが、周辺症状はすべての認知症にみられるとは限らない。また、周辺症状と同様の症状ないしは行動異常が認知症の診断根拠にはならない。

認知症に対する好ましいケアマネジメントのあり方として、「その人らしさを大切に」とともに「適切な環境とケアで不安と混乱を最小に導く」ことが提唱されている(図3)。いずれにしろ、介護負担を考える上で、周辺症状の種類、発現頻度は重要な所見である。主治医意見書の「特記すべき事項」欄にどのような介護負担が生じているかも含めて具体的に記述することが求められている。



4. 認知症の診断にあたって

認知症の診断にあたっては、(1)意識障害の有無、(2)記憶障害(物忘れ)を含む認知障害があるかどうか、(3)認知障害があるとすれば認知症かどうか、(4)認知症とすれば原因疾患は何か、治療可能かどうか、(5)認知症の周辺症状の有無、(6)生活機能はどの程度障害されているのか、(7)生活機能の維持・改善は見込まれるか、のプロセスをたどることになると思われるので、以下に順を追って、その要点と留意点を述べる。

(1) 意識障害の有無

認知症の診断にあたっては、まず意識障害ではないことを確認する必要がある。診察時にぼんやりしていて、呼びかけに対する返答が無いか、あっても遅い場合や病歴から身体合併症が推測される場合には意識障害を疑う必要がある。また、病歴から治療薬を服用しているときや、転倒したことが数か月以内にある場合には、薬物の影響や慢性硬膜下出血による意識障害の可能性も頭に入れておくことが重要である。出来る限り、頭部のCTやMRIなどの画像検査を行って、急性疾患を除外したり、必要があれば脳波検査を実施することが望ましい。

しかしながら、一般医家にとって実際には短時間で意識障害の有無を判断するのは困難なことも多い。多彩な精神症状(周辺症状)がある場合には、せん妄状態も考慮に入れて専門医に相談する方がよいと思われる。

(2) 記憶障害を含む認知障害(認知症の中核症状)の有無

患者の訴えを尋ねた上で、年齢や生年月日、診察時の日付や曜日を聞き、おおよその見当をつける。患者の同意が得られれば、MMSE (Mini-Mental State Examination) やHDS-R (改訂長谷川式簡易知能評価スケール) を行う方が手取り早い。どちらの方法でも30点満点の20点以下の場合には認知症の疑いが強くなる。ただし、これらはあくまでも補助診断法であることを忘れてはいけない。

診察に当たって、留意したいことは身近にいる家族から物忘れのエピソードや、記憶以外の認知障害を疑わせる訴えがあるときには、「年のせい」とか「たまたま」と、やり過ごすことは避けたい。そのようなケースでは、中核症状が潜んでいる可能性が高い。

(3) 認知症かどうか

周辺症状のみからは、認知症の診断は下せないことについては先に述べた通りであるが、MMSEやHDS-Rで低い点数が出ても、うつ病やうつ状態でも低い点数が認められることから、意識障害と同様にうつ状態でないことを確認しておかなければならない。

もっとも、寡動、意欲低下、閉じこもり傾向が記憶以外の認知障害の症状として発現することもあり、うつ状態との鑑別が紛らわしいときには専門医に紹介した方がよいと思われる。

(4) 原因疾患の特定

認知症の原因となる疾患は数多くあり、さまざまな分類も行われているが、日常臨床においては治療可能性の観点に立った分類が便利であろう(表2)。

老年期の認知症の多くはアルツハイマー病（アルツハイマー型認知症を含む）と脳血管性認知症であるが、近年、レビー小体病も多くなってきている。アルツハイマー病の診断基準として先に述べたDSM-IVがよく使われている。脳血管性認知症に関しては診断基準によって、ばらつきが多く、アルツハイマー型に比して発症の時期が明確なことや階段状の進行経過、それに画像検査により多発性脳梗塞の存在が確認されることなどに基づいているのが現状であろう。

レビー小体病の臨床診断基準は(i)注意力と覚醒度の低下を伴う動揺性の認知障害、(ii)繰り返す幻視、(iii)パーキンソン症状のうち2つ以上の症状が認められることである。

なお、介護保険制度の第2号被保険者（40歳から65歳未満）に給付が認められる「特定疾病」である「初老期における認知症」に関しては、文字通り65歳未満発症の、いわゆる若年認知症を指していると理解してよいだろう。

表2 認知症の原因となる可能性がある病気

根本的には治療が困難な病気

アルツハイマー病、ピック病、レビー小体病、ハンチントン病
脊髄小脳変性症などの変性疾患

予防が重要な病気

多発性脳梗塞、脳出血、ビンスワンガー病などの血管障害

治療が可能な病気

正常圧水頭症、慢性硬膜下血腫、脳腫瘍などの外科的疾患

甲状腺機能低下症、ビタミン欠乏症などの代謝性疾患

脳炎、髄膜炎などの炎症性疾患

廃用性症候群（他の認知症に合併することが多い）

5. 認知症の周辺症状の有無

認知症の周辺症状をBPSDと呼称する傾向にあることは、先に述べた通りである。BPSDは認知症の初期から中期にかけて出現することが多く、本人の生活自立度を低下させるとともに、介護者を心身ともに疲弊させ、在宅介護の継続を困難にしている最大の原因となっている。また、施設介護においても職員の介護負担感を増す大きな要因の1つである。

BPSDは大きく精神症状と行動面の障害に分けられる（表3）。要介護認定において、訪問調査員による調査項目にも、主治医の意見書にも大きなスペースがさかれているが、BPSDによる介護負担あるいは介護の手間が正当に評価されていないのが現状である。

表3 BPSDの症状

・**精神症状**

幻覚(幻視、幻聴、体感幻覚、幻嗅)

妄想(物盗られ妄想、被害妄想、嫉妬妄想、人物誤認症候群など)

睡眠覚醒障害(不眠、レム睡眠行動異常)

感情面の障害(抑うつ、躁、不安、恐怖、興奮、感情失禁、アパシー、感情鈍麻)

人格面の障害(多幸、脱抑制、易怒性、易刺激性、無関心、依存)

・**行動面の障害**

攻撃的言動(暴行、暴言)、焦燥、叫声、拒絶

不適切あるいは無目的な言動(仮性作業、火の不始末、不潔行為、性的脱抑制行為、徘徊、繰り返しの質問、つきまとい、収集、独語、独笑など)

食行動の異常(異食、過食、拒食、盗食)

(朝田 隆)

1 つには、BPSDの発現を予防するための行為が1次判定に反映されないことである。具体的に言うと、たとえば住居から無断離出をさせないために施錠をしている場合や、火の不始末を防ぐためにガスの栓を閉めたりすれば、結果として徘徊や火の不始末が生じないことになり、訪問調査員による調査項目では「ない」にチェックされてしまう。さらに、BPSDのために本人の生活がどれほど制限され、介護者や同居家族の日常生活にどの程度の不便が生じているか。

これらについては、調査員、主治医が「特記事項」として取りあげ、具体的に記述しない限り、2次判定の参考資料にもなり得ないし、ケアプランにも反映されないことになる。

また、BPSDに関しては、調査員の調査項目と主治医意見書の「周辺症状」の項目はダブルチェックの構造になっているが、妄想や性的問題行動は主治医意見書にのみ設けられているので、注意を要する。さらに、意見書では「その他」の項目があるので、仮性作業(夜間不眠中にたんすや引き出しから物を出して、あたかも整理しているような行為)、まとわりつき(介護者から、離れない)、常同行為(同じ動作を延々と繰り返す)、多動(落ち着きなく、うごきまわる)などがあれば記載する必要がある。

なお、夜間せん妄、不安、焦燥、自発性の低下、易怒性(以前はみられなかった、ちょっとしたことに対して怒りを爆発させる)、独語などの精神症状があれば、意見書の「その他の精神・神経症状」欄に記載することが必要である。

6. 生活機能はどの程度、障害されているか

生活機能とは近年、ICFで新たな概念として定められたもので、①心身機能、②活動、③参加のすべてを含む。さらに、その背景因子として健康状態、環境因子、個人因子が相互に影響しあうとする考え方である。介護保険制度の運当にも、この考え方が導入されている。

したがって、認知症の重症度を考慮する場合、疾患そのものの重症度とは別に、生活機能障害の観点から分析し、対策を講じることが求められるようになった。生活機能の改善は自立度を高め、QOL(生活の質)の向上につながるといった発想である。

生活機能を測る目安として、主治医意見書では「障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準」と「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」のチェックが必須の要件となっている。

ここでは、「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」について述べる。自立度は高いものから順に、IからIVの4段階に分類される。この段階分類とは別に「著しい精神症状や重篤な身体疾患のため専門医療を必要とする状態」にあるものはランクMと判断される。したがって、自立度のIからIVは認知症の重症度(進行度)と概ね一致するが、ランクMは必ずしもランクIVより自立度が低いという訳ではない。

この自立度を判定するに当たって、3から4で述べてきた事柄が反映されなければならないが、ランクIIの「一人暮らしは困難な場合がある」、ランクIIIの「一時も目を離せない状態ではない」、ランクIVの「常に目を離すことができない」がキーワードになるであろう。境界で、どちらにするか迷う場合には、情報量の不足を補う意味合いで、自立度の高いランクを選択するほうが無難である。

7. 生活機能の維持・改善は見込まれるか

アルツハイマー型認知症や脳血管性認知症は、一度発症すると根本的な治療は困難であるが、塩酸ドネペジルが初期のアルツハイマー病の進行を遅らせることが可能になっている。

生活機能の面から見ると、たとえ中核症状は改善しなくても、周辺症状を軽減させることにより、介護負担を軽くすることは可能である。せん妄や、妄想、うつ症状に対して薬物療法が有効であることも、よく知られた事実である。

近年、ケアの仕方次第で周辺症状が軽減されるとの知見も集積されつつあり、非薬物療法の1つとして、認知機能に対するリハビリテーションも試行されている。現在のところ、標準的な方法の確立までには至っていないが、今後、おおいに期待される分野である。

【参考資料1】

DSM-III-Rにおける認知症の診断基準

- A. 短期および長期記憶の障害の証拠が明瞭。
- B. 以下のうち少なくとも1項目：
 - (1) 抽象的思考の障害
 - (2) 判断の障害
 - (3) その他の高次皮質機能の障害、たとえば失語、失認、構成失行など
 - (4) 人格変化、すなわち病前の性格傾向の変化または強調
- C. AおよびBの障害は、仕事、日常の社会活動、または他者との人間関係を著しく障害している。
- D. せん妄の経過中にのみ起こるものではない。
- E. (1)または(2)
 - (1) 病歴、身体的診療、臨床検査から、その障害に病因的関連を有すると判断される特異的器質性因子の証拠が存在する。
 - (2) そのような証拠はないが、その障害がいかなる非器質性精神障害によっても起こっていないならば、器質性因子が病因であると見なすことができる。

【参考資料2】

ICD-10における認知症の診断ガイドライン

- 1) 日常生活と個人的活動を損なうほどに記憶と思考の働きが低下している。
 - ・記憶障害は典型的には新しい情報の記銘、保持および追想の障害であるが、末期には以前に習得したり慣れ親しんだ事柄も失われることがある。
 - ・認知症は記憶障害だけを示すのではない。
 - ・思考と判断力の障害、および思考の流れの停滞も時に認められる。
 - ・入力情報の処理が障害されており、一つ以上の刺激に注意を向けることが難しくなり、また注意の焦点を一つの話から他へと移すことも困難となる。
- 2) 他に認知症以外の疾患がないのであれば、意識は清明である。
- 3) 上記の症状と障害が明らかに少なくとも6ヶ月間は認められなくてはならない。
- 4) 鑑別診断
 - ・うつ病性障害
 - ・せん妄
 - ・軽度あるいは中等度の精神遅滞
 - ・限られた教育しか受けられず、かつひどく劣悪な社会環境に育ったことによると考えられる正常域以下の認知機能を示す状態
 - ・薬物治療による医原性の精神障害

【参考資料 3】

Clinical Dementia Rating (CDR)

	健康 (CDR 0)	認知症の疑い (CDR 0.5)	軽度認知症 (CDR 1)	中等度認知症 (CDR 2)	重度認知症 (CDR 3)
記憶	記憶障害なし 時に若干の物忘れ	一貫した軽い物忘れ 出来事を部分的に思い 出す良性健忘	中等度記憶障害、とくに最近 の出来事に対するもの 日常生活に支障	重度記憶障害、高度 に学習した記憶は保 持、新しいものはす ぐに忘れる	重度記憶障害 断片的記憶のみ 残存
見当識	見当識障害なし	同左	時間に対しての障害あり、検 査では場所、人物の失見当 なし、しかし、時に地理的失 見当あり	常時、時間の失見当 時に場所の失見当	人物への見当識 のみ保持
判断力と 問題解決	適切な判断力、問題 解決	問題解決能力の障害が 疑われる	複雑な問題解決に関する中 等度の障害 社会的判断力は保持	重度の問題解決能力 の障害 社会的判断力の障害	判断不能 問題解決不能
社会適応	仕事、買い物、ビジ ネス、金銭の取り扱 い、ボランティアや 社会的グループで 普通の自立した機 能	左記の活動の軽度の障 害もしくはその疑い	左記の活動のいくつかにか かわっていても、自立した機 能が果たせない	家庭外(一般社会)で は独立した機能は果 たせない	同左
家庭状況 および趣 味・関心	家での生活趣味、知的 関心が保持され ている	同左、もしくは若干の障 害	軽度の家庭生活の障害 複雑な家事は障害 高度の趣味・関心の喪失	単純な家事のみ 限定された関心	家庭内不適応
介護状況	セルフケア完全	同左	時々激励が必要	着衣、衛生管理など 身の回りのことに介 助が必要	日常生活に十分 な介護を要する しばしば失禁

【参考資料 4】 Functional Assessment Staging (FAST)

重症度	特 徴	
正常	1	主観的にも客観的にも機能を認めない ・過去(5~10年)の出来事を覚えていない
	2	発語の主観的機能低下 社会的に活動性、実行力の低下を認めない ・物の名、地名、目的を忘れる ・社会的には適応している ・注意深い観察により不安を訴えることが認められる
認知症の疑い	3	社会的場面における客観的程度の機能 低下 ・重要な約束を忘れる ・日常生活(買い物、支払いなど)では障害がない
軽度	4	日常生活の複雑な場面での実行の欠如 ・メニューに適した材料の買い物が困難である ・経済面で混乱やミスを生じることがある ・家庭内での生活(着がえ、入浴など)には障害はない ・精神的に不安定な状態が認められる
中等度	5	日常生活における基礎的な場面での 不適切な行動 ・着がえが適切に行えない(援助が必要) ・入浴を忘れる ・車の運転が不正確となる ・感情障害が出現する
高度	6	着がえ、入浴・排便排尿の自立機能の 低下 (a) 服を正しく着られない (b) 入浴を自立して行えない (c) 排便排尿の自立の低下 (d) 尿失禁 (e) 便失禁 ・歩行がしたいに不安定となる(小ささみ、ゆっくり) ・不安・焦燥感が強い ・幻覚・妄想が出現することもある ・パジャマの上に服を重ねて着る ・くつひもが結べない ・入浴の手順が混乱する ・入浴を忘れる ・トイレで水を流さない ・スポンを自分であげない
きわめて高度	7	失語・歩行障害・意識障害 (a) 数種の単語しか使用しない (b) 意味のある単語は1語のみとなる (c) 歩行機能の喪失 (d) 着座能力の喪失 (e) 笑顔の消失 (f) 昏迷および昏睡 ・意味のない単語の羅列は可能 ・「はい」「いいえ」「わかりました」等のみ発語する ・しだいに発語はなくなり、ブツブツと口の中で独り言をつぶやくのみとなる ・歩行不能となる ・歩行不能後、約1年ぐらいで座位姿勢を保てない ・泣いたり笑ったりする表情は存在 ・表情は失われる ・眼球運動は可能 ・嚥下・咀嚼は可能 ・嚥下・咀嚼能力の欠如、経鼻栄養が必要 ・外部よりの刺激に対し発声する

平成17年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分） 要介護認定の適正化に関する検証事業

（主治医意見書・特定疾病の適正性に関する検証と新たな様式の検討）

主任事業者	財団法人 日本公衆衛生協会	理事長	北川 定謙
分担事業者	産業医科大学医学部公衆衛生学教室	教授	松田 晋哉
事業協力者	社団法人 日本医師会	常任理事	野中 博
（執筆者）	社団法人 旭川市医師会	副会長	白井 宏之
	霞ヶ関南病院	院長	斉藤 正身
	名古屋大学医学部社会生命科学講座	助教授	西村 秋生
	社団法人 東京都医師会	理事	玉木 一弘
	九州リハビリテーション大学校	教授	橋元 隆
	東京大学医学部附属病院リハビリテーション科	教授	江藤 文夫
	国立長寿医療センター研究所生活機能賦活研究部	部長	大川 弥生
	小倉リハビリテーション病院	院長	浜村 明德
	秋津鴻池病院	理事長	平井 基陽