

参考資料

かかりつけ医認知症対応力向上研修

資料 1	Berthel Index	1
資料 2	改訂長谷川式簡易知能評価スケール（HDS-R）	2
資料 3	Mini-Mental State Examination（MMSE）	3
資料 4	初期認知症徴候観察リスト（OLD）	4
資料 5	介護予防マニュアル（改訂版）第 1 章抜粋	5
資料 6	主治医意見書記入の手引き	43
資料 7	主治医の診断書様式に関する診断の手引き（運転に関する臨時適性検査）	62
資料 8	成年後見制度における診断書作成の手引	68
資料 9	成年後見制度における鑑定書書式 《要点式》	82
資料 10	高齢者虐待とは（発見チェックリスト付）	90
資料 11	認知症の人のためのケアマネジメント センター方式シートパック（解説付）	95
資料 12	かかりつけ医の視点からみた「センター方式」の有用性	128
資料 13	地域の連携事例 （1 広島県、2 東京都、3 名古屋市、4 板橋区、5 八王子市）	131
資料 14	認知症の人、本人の声を傾聴する	157

【Barthel Index】

1 食事	10: 自立、自助具などの装着可、標準的時間内に食べ終わる 5: 部分介助（たとえば、おかずを切って細かくしてもらう） 0: 全介助
2 車椅子から ベッドへの移動	15: 自立、ブレーキ、フットレストの操作も含む（非行自立も含む） 10: 軽度の部分介助または監視を要する 5: 座ることは可能であるがほぼ全介助 0: 全介助または不可能
3 整容	5: 自立（洗面、整髪、歯 磨き、ひげ剃り） 0: 部分介助または不可能
4 トイレ動作	10: 自立、衣服の操作、後始末を含む、ポータブル便器などを使用している場合はその洗浄を含む 5: 部分介助、体を支える、衣服、後始末に介助を要する 0: 全介助または不可能
5 入浴	5: 自立 0: 部分介助または不可能
6 歩行	15: 45m 以上の歩行、補装具（車椅子、歩行器は除く）の使用の有無は問わない 10: 45m 以上の介助歩行、歩行器の使用を含む 5: 歩行不能の場合、車椅子にて 45m 以上の操作可能 0: 上記以外
7 階段昇降	10: 自立、手すりなどの使用の有無は問わない 5: 介助または監視を要する 0: 不能
8 着替え	10: 自立、靴、ファスナー、装具の着脱を含む 5: 部分介助、標準的な時間内、半分以上は自分で行える 0: 上記以外
9 排便コントロール	10: 失禁なし、浣腸、坐薬、の取り扱いも可能 5: ときに失禁あり、浣腸、坐薬の取り扱いに介助を要する者も含む 0: 上記以外
10 排尿コントロール	10: 失禁なし、収尿器の取り扱いも可能 5: ときに失禁あり、収尿器の取り扱いに介助を要する者も含む 0: 上記以外

注）代表的なADL評価法である

100 点満点だからといって、独居可能というわけではない
(Mahoney.F.L&Barthel .D.W:Functional evaluation)

【改訂 長谷川式簡易知能評価スケール (HDS-R)】

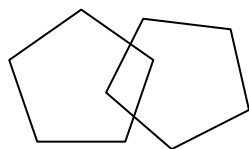
質 問 内 容			配 点		
1	お歳はいくつですか？（2 年までの誤差は正解）		0	1	
2	今日は何年の何月何日ですか？ 何曜日ですか？ （年、月、日、曜日が正解できてそれぞれ 1 点ずつ）	年	0	1	
		月	0	1	
		日	0	1	
		曜日	0	1	
3	私たちが、いまいるところはどこですか？ （自発的にできれば2点、5 秒おいて、家ですか？ 病院ですか？ 施設ですか？ の中から正しい選択をすれば 1 点）		0	1 2	
4	これから言う 3 つの言葉を言ってみてください。 あとでまた聞きますので、よく覚えておいてください。 （以下の系列のいずれか 1 つで、採用した系列に○印をつけておく） 1: a)桜 b)猫 c)電車 2: a)梅 b)犬 c)自動車		0	1	
			0	1	
			0	1	
5	100 から 7 をひいてください。 （100－7 は？ それからまた 7 を引くと？ と質問する。 最初の答えが不正解の場合、打ち切る）	(93)	0	1	
		(86)	0	1	
6	私がこれからいう数字を逆から言ってください。 （6-8-2、3-5-2-9 を逆にいってもらう。三桁逆唱に失敗 したら打ち切る）	2-8-6	0	1	
		9-2-5-3	0	1	
7	先ほど覚えたもらった言葉をもう一度言ってみてください。 （自発的に回答があれば各 2 点、もし回答がない場合、以下のヒント を与え正解であれば 1 点） a)植物 b)動物 c)乗り物		a: 0	1 2	
			b: 0	1 2	
			c: 0	1 2	
8	これから 5 つの品物を見せます。 それを隠しますのでなにがあったか言ってください。 （時計、鍵、タバコ、ペン、硬貨など必ず相互に無関係なもの）		0	1 2	
			3	4 5	
9	知っている野菜の名前をできるだけ多く言って ください。 （答えた野菜の名前を右欄に記入する。途中で詰 まり、約 10 秒待っても出ない場合にはそこで打ち切 る）。 0～5 個=0 点、6 個=1 点、7 個=2 点、 8 個=3 点、9 個=4 点、10 個=5 点		0	1 2	
			3	4	5
		合計得点	点		

満点 30 点

20／21 点がカットオフ・ポイントとされる

【Mini-Mental State Examination (MMSE)】

	質 問 内 容	回 答	得 点
1 (5点)	今年は何年ですか。 今の季節は何ですか。 今日は何曜日ですか。 今日は何月何日ですか。	年	
		曜日	
		月	
		日	
2 (5点)	ここはなに県ですか。 ここはなに市ですか。 ここはなに病院ですか。 ここは何階ですか。 ここはなに地方ですか。(例: 関東地方)	県	
		市	
		階	
3 (3点)	物品名3個(相互に無関係) 検者は物の名前を1秒間に1個ずつ言う、その後、被検者に繰り返させる。 正答1個につき、1点を与える。3個すべて言うまで繰り返す(6回まで)。 何回繰り返したかを記せ _____ 回		
4 (5点)	100 から順に7を引く(5回まで)、あるいは「フジノヤマ」を逆唱させる。		
5 (3点)	3で呈示した物品名を再度復唱させる。		
6 (2点)	(時計を見せながら)これは何ですか。 (鉛筆を見せながら)これは何ですか。		
7 (1点)	次の文章を繰り返す。 「みんなで、力を合わせて綱を引きます」		
8 (3点)	(3段階の命令) 「右手にこの紙を持ってください、 それを半分に折りたたんでください、 机の上に置いてください」		
9 (1点)	(次の文章を読んで、その指示に従ってください) 「眼を閉じなさい」		
10 (1点)	(なにか文章を書いてください)		
11 (1点)	(次の図形を書いてください)		
		得点合計	



満点: 30 点

23/24 点がカットオフ・ポイントとされ、23/24 点以下は認知症を疑う

(Folstein MF et al. : J Psychiatry Res 12: 189-195, 1975)

【初期認知症徴候観察リスト（OLD）】

記憶・忘れっぽさ	
1	いつも日にちを忘れている — 今日が何日かがわからないなど
2	少し前のことをしばしば忘れる — 朝食を食べたことを忘れているなど
3	最近聞いた話を繰り返すことができない — 前回の検査結果など
語彙・会話内容の繰り返し	
4	同じことを言うことがしばしばある — 診察中に、同じ話を繰り返す
5	いつも同じ話を繰り返す — 前回や前々回の診察時にした同じ話（昔話など）を繰り返す
会話の組み立て能力と文脈理解	
6	特定の単語や言葉がでてこないことがしばしばある — 仕事上の使い慣れた言葉などがでてこないなど
7	話の脈絡をすぐに失う — 話があちこちに飛ぶ
8	質問を理解していないことが答えからわかる — 医師の質問に対する答えが的はずれで、かみあわないなど
9	会話を理解することがかなり困難 — 患者さんの話がわからないなど
見当識障害・作話・依存など	
10	時間の観念がない — 時間（午前か午後さえも）がわからないなど
11	話のつじつまを合わせようとする — 答えの間違いを指摘され、言いつくろうとする
12	家族に依存する様子がある — 本人に質問すると、家族の方を向くなど

介護予防マニュアル(改訂版)

(第 1 章 抜粋)

全体版 URL <http://www.mhlw.go.jp/topics/2009/05/tp0501-1.html>

- 第1章 介護予防について
- 第2章 複合プログラム実施マニュアル
- 第3章 運動器の機能向上マニュアル
- 第4章 栄養改善マニュアル
- 第5章 口腔機能向上マニュアル
- 第6章 閉じこもり予防・支援マニュアル
- 第7章 認知機能低下予防・支援マニュアル
- 第8章 うつ予防・支援マニュアル

第1章 介護予防について

1-1 介護予防の定義と意義

介護予防とは「要介護状態の発生をできる限り防ぐ（遅らせる）こと、そして要介護状態にあってもその悪化をできる限り防ぐこと、さらには軽減を目指すこと」と定義される。

介護保険は高齢者の自立支援を目指しており、一方で国民自らの努力についても、介護保険法第4条（国民の努力及び義務）において、「国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めるものとする」と規定されている。また、第115条45（地域支援事業）において、「可能な限り、地域において自立した日常生活を営むことができるよう支援するために、地域支援事業を行うものとする」とされている。介護予防は、高齢者が可能な限り自立した日常生活を送り続けていけるような、地域づくりの視点が重要である。

1-1-1 介護予防が目指すもの

介護予防とは、単に高齢者の運動機能や栄養状態といった個々の要素の改善だけを目指すものではない。むしろ、これら心身機能の改善や環境調整などを通じて、個々の高齢者の生活機能（活動レベル）や参加（役割レベル）の向上をもたらし、それによって一人ひとりの生きがいや自己実現のための取り組みを支援して、生活の質（QOL）の向上を目指すものである。これにより、国民の健康寿命をできる限りのばすとともに、真に喜ぶに値する長寿社会を創成することを、介護予防はめざしているのである。

その意味では、運動器の機能向上などの個々のサービスは、あくまでも目標達成のための手段に過ぎないのであって、それが自己目的化することはあってはならない。そこで介護予防におけるケアマネジメントの役割が重視されている。介護予防ケアマネジメントでは、利用者の生活機能の向上に対する意欲を促し、サービス利用後の生活を分かりやすくイメージしてもらうことが重要である。すなわち、「いつまでに」「どのような生活機能ができる」という形の本人の目標がまずあって、それに到達するための手段として個々のサービス要素が選択される。

一方、介護予防の対象となる高齢者は、すでに心身の機能や生活機能の低下を経験しており、しかも「自分の機能が改善するはずはない」といった誤解やあきらめを抱いている者、うつ状態などのために意欲が低下している者も少なくないと考えられる。そこで、介護予防に関わる専門職においては、利用者の意欲の程度とその背景を配慮したうえで積極的な働きかけを行うことが求められている。

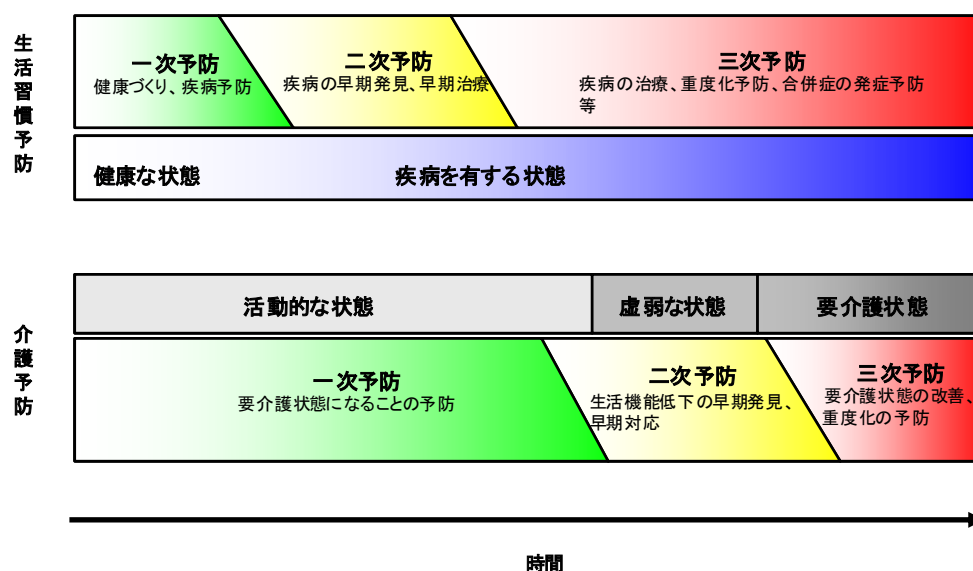
1-1-2 介護予防における一次・二次・三次予防

高齢者の健康寿命をのばし、生活の質を高めていくためには、生活習慣病予防と介護予防を地域で総合的に展開することが大切である。予防の概念は、一次予防、二次予防、三次予防の3段階に整理してとらえることができる。(図表1-1)。

まず、生活習慣病予防における一次予防は、健康な者を対象に、発病そのものを予防する取り組み(健康づくり、疾病予防)である。二次予防は、すでに疾病を保有する者を対象に、症状が出現する前の時点で早期発見し、早期治療する取り組みである。そして三次予防は、症状が出現した者を対象に、重度化の防止、合併症の発症や後遺症を予防する取り組みである。

次に介護予防における一次予防は、主として活動的な状態にある高齢者を対象に、生活機能の維持・向上に向けた取り組みを行うものであるが、とりわけ、高齢者の精神・身体・社会の各相における活動性を維持・向上させることが重要である。二次予防は、要支援・要介護状態に陥るリスクが高い高齢者を早期発見し、早期に対応することにより状態を改善し、要支援状態となることを遅らせる取り組みである。そして三次予防は、要支援・要介護状態にある高齢者を対象に、要介護状態の改善や重度化を予防するものである。平成24年4月から創設される介護予防・日常生活支援総合事業(P9)は、事業の導入により、一次予防事業の対象者から二次予防事業の対象者、要支援者に対する三次予防まで、切れ目なく総合的に展開することが可能になる。

図表 1-1 生活習慣病予防及び介護予防の「予防」の段階



注)一般的なイメージであって、疾病の特性等に応じて上記に該当しない場合がある。

介護予防は、高齢者が主体的に地域の住民主体の活動や地域支援事業を活用し、活動的で生きがいのある生活や、自分らしい人生を送ることができるよう、生活習慣病の発症予防や重症化予防などを含む、予防に関わるあらゆる人々が互いに協力し、協働をはかりながら、それぞれの役割を果たすことにより実効性の高いものとなる。

1-1-3 地域支援事業と予防給付における介護予防

介護予防事業は、要支援・要介護に陥るリスクの高い高齢者を対象にした二次予防事業と、活動的な状態にある高齢者を対象としてできるだけ長く生きがいを持ち地域で自立した生活を送ることができるようにすることを支援する一次予防事業で構成されている。

一方、予防給付は、要支援1および要支援2の認定を受けた被保険者（第2号被保険者を含む）を対象に、状態の改善と重度化の防止を目的に介護予防サービスが提供される。地域支援事業における介護予防事業と介護予防・日常生活支援総合事業（以下、介護予防等事業）も、予防給付のサービスも、日常生活の活発化に資する通所型の介護予防事業や通所系サービスを中心としたプログラムを行うことにより、生活機能の向上を図ることを目指している。これに対し、訪問型の介護予防事業や訪問系サービスは、通所型の事業やサービスの利用が困難な場合などに、訪問により生活機能の改善を図るものである。介護予防事業と予防給付における介護予防サービスの目的はいずれも生活機能の向上を図るものである。

要支援者、二次予防事業対象者、一次予防事業対象者は連続性を持ってとらえて介護予防を展開することが重要である。具体的には、要支援認定で非該当になった場合や二次予防事業対象者でなくなった場合も継続して参加できる場を地域の中に増やすなど、住民主体の活動の育成や支援が考えられる。そのためには、予防事業を高齢者が歩いていける範囲の会場で開催するなど、地域の日常生活環境の中で健康を維持し自己実現を図ることのできるような工夫が求められる。

現在、地域支援事業が一次予防及び二次予防を、予防給付が三次予防を担っているが、今後、市町村¹において介護予防・日常生活支援総合事業（P9）が取り組まれるようになると、活動的な状態にある高齢者の一次予防から要支援者に対する三次予防までを切れ目なく展開することが可能となる。

¹ 市町村：特別区、一部事務組合、広域連合等を含む。以下同じ。

1-1-4 介護予防事業を活用した地域づくり

＜介護予防を推進する地域づくり＞

これまで、要支援状態となるおそれの高い人を対象とした二次予防事業に主眼を置いた取り組みでは、対象者の把握に多大な努力が費やされ、介護予防プログラムへの参加を働きかけることが十分にできない、参加者が集まらない、ニーズを満たすプログラムを提供できないなどの課題を抱えていた。また、二次予防事業の対象者と見なされ、カテゴリーの中に入れられてしまうことへの抵抗感が高齢者の側に生まれてしまうことも、介護予防プログラムの参加率が伸びない1つの要因であった。介護予防は、高齢者が自ら進んで事業や介護予防の活動に継続的に参加し、自分らしい生活を維持できるようにする必要がある。そのためには、高齢者が日常生活の中で気軽に参加できる活動の場が身近にあり、地域の人とのつながりを通して活動が広がるような地域コミュニティを、一次予防事業や介護予防・日常生活支援・総合事業などを活用して構築すること、すなわち、地域づくりが重要になってくる。

このためには、介護予防事業の実施主体は市町村であるが、地域包括支援センターが中心となり、地域の高齢者の健康状態（支援を要する人がどのくらいいるか等）や、地域の社会資源等について把握し、課題やニーズ、必要な社会資源などをアセスメントすることが重要である。地域の高齢者の健康状態や社会資源等について把握する上で、市町村が実施する日常生活圏域ニーズ調査や市町村の介護保険給付や国保等の情報を共有し用いることが望ましく、地域の社会資源についての情報を含むデータベースの構築がなされていると、効果的かつ効率的に地区診断を進め、適切なアセスメントを行うことができる。市町村と地域包括支援センターは、この地区診断の内容を共有し、介護予防を推進する地域づくりを、連携して進めていくことが重要である。

また、地域づくりにおいて大切な視点は、高齢者を介護予防の対象者としてのみとらえるのではなく、むしろ地域づくりの担い手として活躍できるようにしていくことである。老人クラブや町内会などの地域の既存組織・団体等への働きかけや自主活動の育成支援など、地域の特性を活かした多様な取り組みが求められる。また、これらの組織・団体と協働で地域づくりを進めるためには、地域の課題やニーズを共有し、互いの役割を理解し、信頼関係を築いていくような働きかけが重要となる。

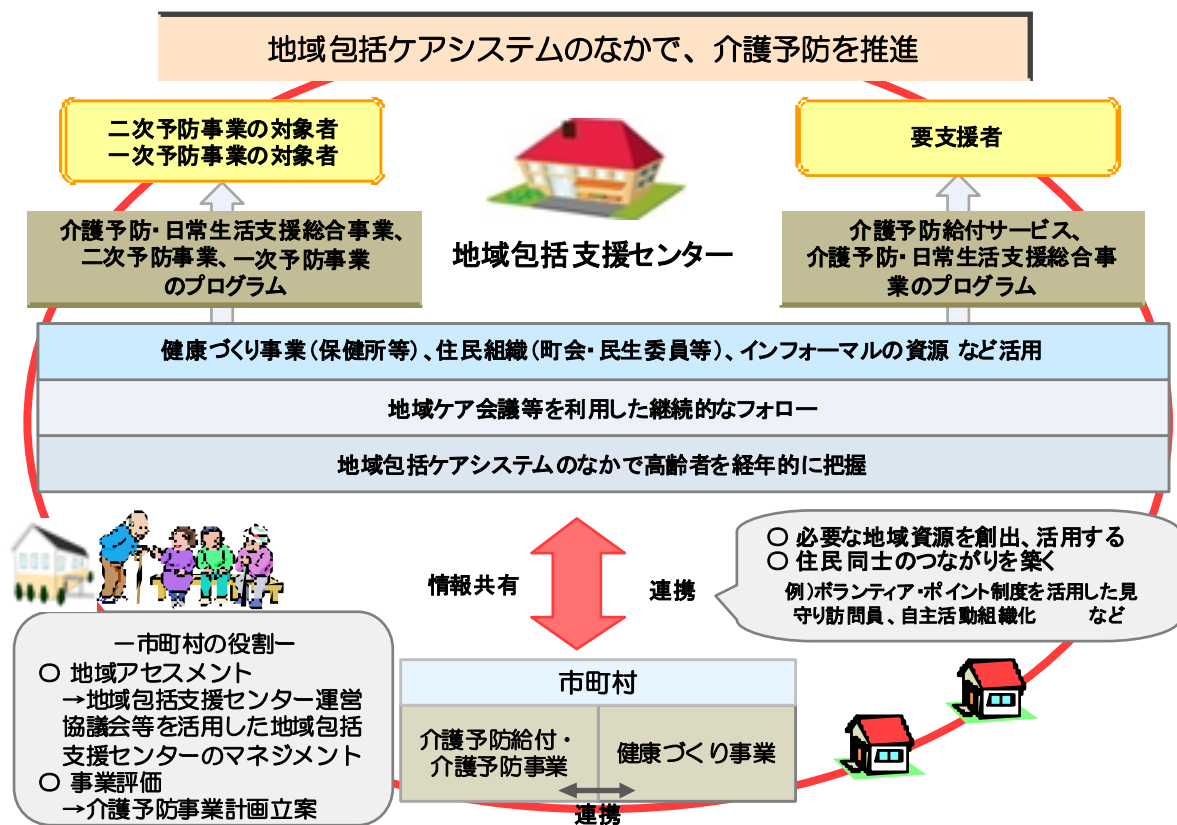
例えば、愛知県武豊町では、地区ごとに高齢者がいつでも気軽に立ち寄れる地域サロンを一次予防事業として立ち上げ、住民により自主的に運営がされている。この地域サロンを立ち上げる準備段階では、市町村が住民ボランティア募集を行い、計画の説明等を行った後、ボランティアが地域の課題を抽出し、地域に必要な「サロン像」について議論を行い、サロンの開所に至っている。地域住民主体の活動の中で多彩な企画が、地域のニーズに基づき次々と生み出されており、前年度に比べて介護予防事業参加者数が大幅に増加するなどの成果もみられている。

また、大阪府大東市では、地域住民主体の活動状況や住民が困っている点を把握するとともに地域の高齢者のニーズを調査し、その結果を踏まえ、一次予防事業として「身近で気軽に仲間と

一緒に運動できる場（自主グループ）」を住民主導で立ち上げていった。市は立ち上げ時に独自に開発した体操のビデオを配布し運動指導員を派遣するほか、介護予防サポーターを育成し派遣するなどのサポート体制を敷き、地域住民の自主性を引き出すために、地域の特性を大事にし、地域住民がやりたいと思うことを支援するほか、負担が特定の人に集中しないこと、できるだけお金がかからないことなどに留意しながら、支援を継続している。二次予防事業の対象者についても、この自主グループに参加してもらうことで継続的な活動を図るとともに、各自主グループへの出張型の二次予防事業を行い、一次予防事業対象者にも参加してもらう独自の形態を取り、二次予防事業対象者についての支援の評価も行っている。

このように、一次予防事業などを活用して地域の様々な組織・団体が自主的に介護予防の活動を展開できるように市町村が地域資源の掘り起こしや支援を行い、高齢者が気軽に参加することのできる機会や場を身近につくり出すことで、介護予防の取り組みが増えることが期待されている。

図表 1-2 介護予防を推進する地域づくり



1-1-5 介護予防事業及び予防給付における介護予防サービスの概要

(1) 一次予防事業

本事業が目指すものは、地域において介護予防に資する自発的な活動が広く実施され、地域の高齢者が自ら活動に参加し、おのずと介護予防が推進される地域コミュニティを構築すること、つまり一次予防事業を活用し、介護予防の推進を図る地域づくりにある。そのため、当該市町村の第1号被保険者全員及びその支援のための活動に関わる者を対象として、介護予防に関する活動の普及・啓発や、地域住民の主体的な介護予防の活動の育成・支援を行いながら、地域の高齢者が日常生活の中で継続して参加できるような場や機会を住民と協働でつくっていくことが重要である。

二次予防事業の修了者の事業終了後の受け皿として、あるいは二次予防事業対象者が継続的に介護予防を図る場として、一次予防事業を行っている市町村もある。これは、二次予防事業対象者や二次予防事業に参加した高齢者が社会参加の機会や地域同士の交流を通じて、生活機能を維持・向上する上で有用なことを考えられている。

本事業は、以下の3つにより構成され、市町村が効果があると認めるものを適宜実施することとされている（図表1-3）。

図表 1-3 一次予防事業の種類と内容

種類	想定される内容
地域介護予防活動支援事業	・ ボランティア等の人材育成のための研修を行う ・ 地域活動組織を育成・支援する ・ 二次予防事業修了者の活動の場を提供する ・ 介護予防に資する地域活動（社会参加活動等）を実施する
介護予防普及啓発事業	・ 基本的知識に関するパンフレットを作成・配布する ・ 有識者等による講演会・相談会を開催する ・ 運動教室等の介護予防教室等を開催する ・ 各対象者の介護予防の実施を記録する媒体を配布する
一次予防事業評価事業	・ 介護保険事業計画で定めた目標値の達成状況等を検証する ・ 評価結果に基づいて事業の実施方法等を改善する

(2) 二次予防事業

二次予防とは、活動性や生活機能が低下して要介護状態となるおそれの高い高齢者を早期に発見（把握）して早期に対処（介護予防プログラムを提供）することにより、要介護状態の発生をできる限り防ごうとするものである。なお、二次予防事業の参加者数として、高齢者人口の概ね5%を目安としている。

本事業は、以下の4つにより構成される（図表1-4）。ただし、その詳細については後述する。

図表 1-4 二次予防事業の種類と内容

種類	内容
対象者把握事業	- 基本チェックリストを実施して二次予防事業の対象者を決定する - 必要に応じて検査等を行う
通所型介護予防事業	対象者の通所により、介護予防に資するプログラムを実施し、自立した生活の確立と自己実現の支援を行う
訪問型介護予防事業	保健師・歯科衛生士等が対象者の居宅を訪問して、生活機能に関する問題を総合的に把握・評価し、その上で必要な相談・指導ほか必要なプログラムを行う。通所型介護予防事業につなげていく
二次予防事業評価事業	- 介護保険事業計画で定めた目標値の達成状況等を検証する - 評価結果に基づいて事業の実施方法等を改善する

二次予防事業における通所型介護予防事業では、運動器の機能向上プログラム、栄養改善プログラムや口腔機能の向上プログラムが単独で行われることが多かったが、今回のマニュアルからそれらを同時に実施する複合プログラムに関する章が加わった。たとえば運動器の機能を上げるには栄養状態が良好であることが望ましい。口腔機能の低下は低栄養につながるなど、これら三者は密接に関わっていることから、これらのプログラムを複合的に行うことで、単独で行う場合よりも高い効果が期待される。

（３）予防給付サービス

予防給付における介護予防通所介護及び介護予防通所リハビリテーションにおいては、運動器機能向上サービス、口腔機能向上サービス及び栄養改善サービスを提供した場合の加算が設定されているが、平成24年度介護報酬改定においては、これらのサービスを2種類または3種類組み合わせる場合の評価として「選択的サービス複数実施加算」が新設された。

予防給付サービスは介護保険制度の中で行われるものだが、要支援認定を受けた者に対する支援の目的は地域支援事業と共通しており、高齢者が生きがいをもち、地域で自立した生活を維持できるよう支援することにある。介護保険の担当課とも連携して、連続性を持ってサービス内容を考える必要がある。

図表 1-5 予防給付サービスの種類と内容

種類	内容
通所系サービス	介護予防通所介護、介護予防通所リハビリテーション、介護予防認知症対応型通所介護 等
訪問系サービス	介護予防訪問介護、介護予防訪問リハビリテーション、介護予防訪問看護 等
短期入所サービス	介護予防短期入所生活介護、介護予防短期入所療養介護 等

（４）総合的な介護予防の展開

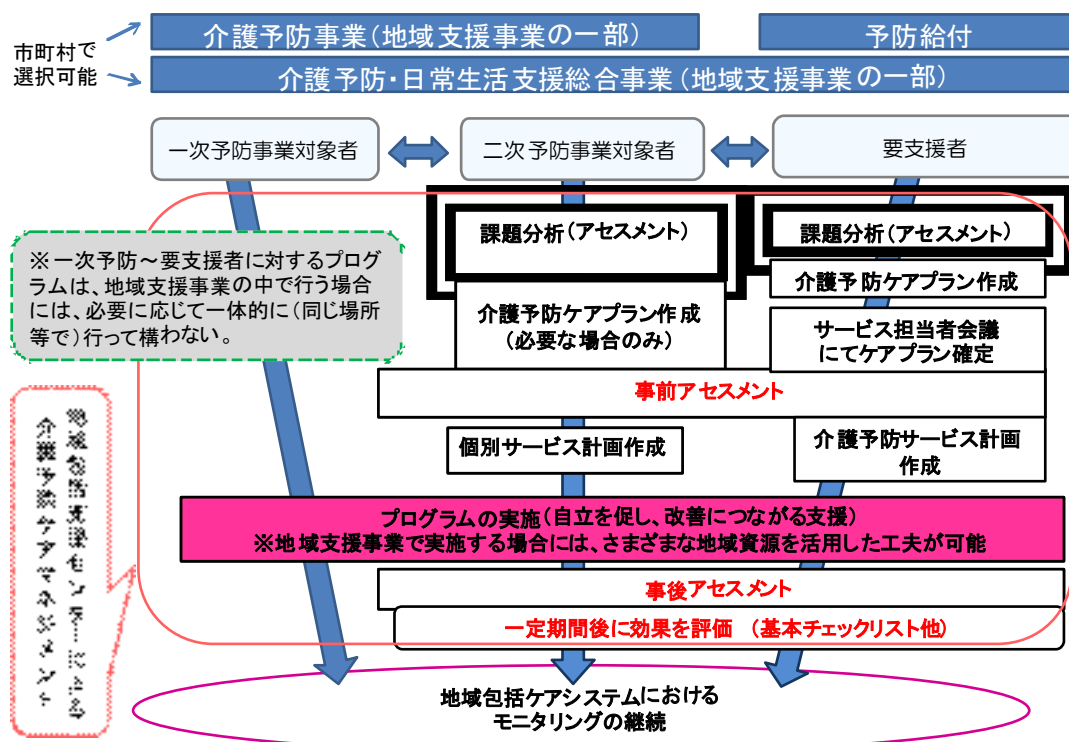
二次予防事業は、要支援や要介護状態（等）に陥るおそれの高い者すなわちハイリスク者を拾い上げて介護予防プログラムを提供する取り組みであり、ハイリスク・アプローチとして位置付

けられる。すでに述べたように、二次予防事業の参加者数としては、地域に在住する高齢者のうち5%程度を目標に、介護予防事業を実施するものである。しかし二次予防事業対象者以外の高齢者に要介護リスクが全くないかと言うと、それは当たらない。

むしろ要支援・要介護者が従来高齢者人口の概ね15%であること、そして高齢者はそう遠くない将来のうちに終末期を迎えることを考えれば、残りの80%の高齢者も（リスクの程度に個人差はあるものの）要介護発生の予備群・介護予防の対象者と考えられる。これらの人々すべてが介護予防の取り組みを推進していきけるようなポピュレーション・アプローチが求められている。それが一次予防事業なのである。その意味で、介護予防の一次予防事業と二次予防事業、予防給付が、地域の中で一体となって展開される必要がある（図表1-6）。

中でも、一次予防事業と二次予防事業は、相互に密に連携を図って、効果的な事業実施に努めることが重要であり、二次予防事業の修了者が、主体的かつ継続的に取り組みを実施できるよう、一次予防事業たとえば地域活動組織やボランティア育成研修へとつなげるケアマネジメントを行うとともに、参加できるプログラム等の整備を行うことなどが必要である。二次予防事業の参加終了後、基本チェックリストの結果、二次予防事業対象者に該当しなくなった場合でも、介護予防は継続的にはかれる必要がある。なお、一次予防事業と二次予防事業は、地域の実情や参加状況、地域の高齢者のニーズ等に応じて、同じ場で実施するなどの工夫も可能である。しかし、その場合においても、二次予防事業対象者は要介護状態等に陥るおそれの高い者であることを意識し、アセスメントに基づき必要な支援を補足するなどの配慮のほか、評価を行うことが重要である。

図表 1-6 介護予防に関する事業の概要



1-1-6 介護予防・日常生活支援総合事業

介護保険法の改正により、平成24年4月から介護予防・日常生活支援総合事業（以下「総合事業」という。）が創設される。＜厚生労働省 HP 参照：参考資料1-1＞

総合事業は、要支援者・二次予防事業対象者に対して、地域支援事業において、介護予防サービスや配食・見守り等の生活支援サービス等を総合的に提供することができる事業である。なお、総合事業の導入については各市町村が判断することとなっている。

現状では、要支援者については配食・見守り等の生活を支えるために利用できるサービスが不足しており、二次予防事業対象者についてはサービスの量や種類が少なく、二次予防事業とその他の事業それぞれで、サービスの提供が行われている。そのため、要介護・要支援状態から順調に改善したとしても、二次予防事業ではサービスが急激に減少してしまうことから、再度悪化をきたしたり、必要なサービスが限られているにもかかわらず要支援に留まることを余儀なくされるなど、介護予防の取り組みが推進されにくい等の課題が挙げられていた。これらの課題を解決することを目的として、総合事業が創設された。

総合事業の導入により、上記の課題を解決するだけでなく、以下のようなことも可能になると考えられる。

- (1) 要介護認定において「要支援」と「非該当」とを行き来するような高齢者に対して、その状態像の変化に応じた切れ目のない総合的なサービスを提供する。
- (2) 虚弱・閉じこもりの高齢者などサービスの利用につながらない高齢者に対して、円滑なサービスを導入できる。
- (3) 自立や社会参加の意欲の高い者に、ボランティアとしての事業参加や活動の場を提供できる。

総合事業は、通所型や訪問型等の予防サービス、配食や見守り等の生活支援サービス、ケアマネジメントの3種から構成される。これらのうち、生活支援サービスは特に上記の(2)の高齢者にとって有効であると考えられることから、積極的な提供を行うことが望ましい。

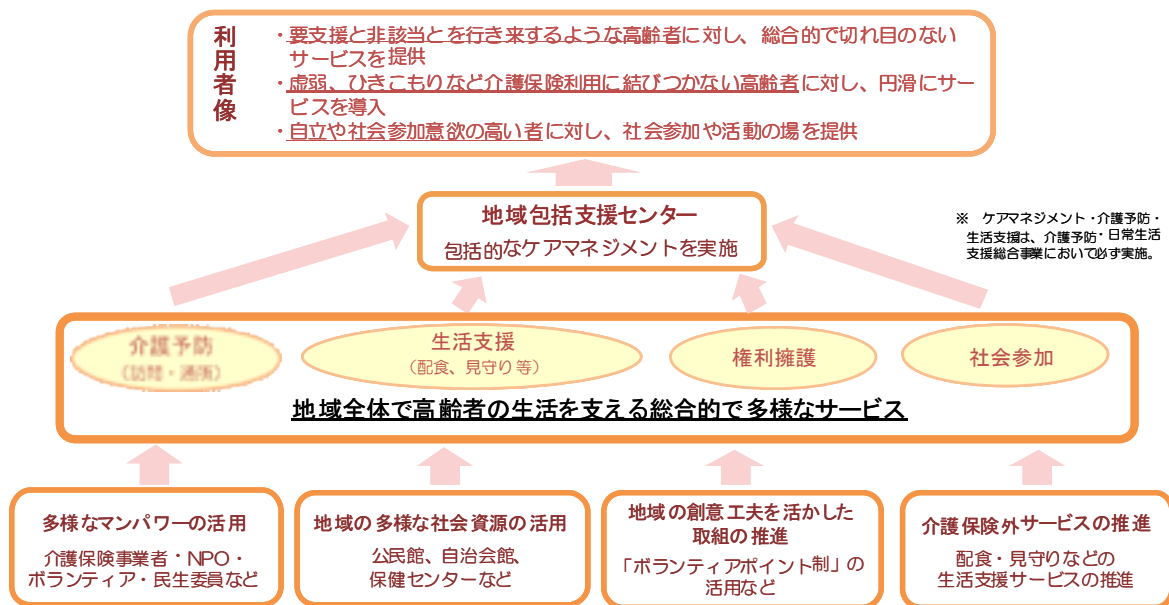
また総合事業では、生活支援サービスの実施者は、介護福祉士・ホームヘルパーだけでなく、シルバー人材センターやボランティア団体など、地域の実情に応じて多様な人材（ボランティアを含む）や団体が参加できる。さらには、既存の枠にとらわれないサービス（地域における互助・インフォーマルな支援等）まで生活支援サービスに含めることができる。これは、まさに上記の(3)を具体化したものである。本事業の活用により、たとえばボランティア・ポイント制（ボランティア活動の実績に応じてポイントを付与し、高齢者等の社会参加、地域貢献を促しつつ、貯めたポイントを活用できる仕組み）など、地域における互助・インフォーマルな支援をさらに推進していくことが望まれる。

総合事業を導入するか否かについては、前述のとおり市町村の判断によることとなるが、当該事業の導入により、地域における様々な社会資源（例えば、地元の農協による配食サービスや見守り活動をしているボランティア団体等）の発見や地域社会の再構築を図ることができると考え

られる。総合事業は自由な制度設計が可能である。過去には、事業を実施するにあたり、自由度の低さに歯痒い思いをした行政担当者も多数いたかもしれない。総合事業は、地域における絆・コミュニティづくり、ひいては地域包括ケアの構築・地域活力の向上に資する事業であると考えられるので、その実現に向けた行政担当者の自由な発想・アイデアが求められることとなる。このような背景も加味して市町村における積極的な導入が期待される。

地域全体における本事業の総合的な展開イメージを図表1-7に示す。

図表 1-7 介護予防・日常生活支援総合事業



1-1-7 各機関・団体の役割と連携

介護予防のシステムは、市町村と地域包括支援センター、介護予防プログラムの実施者だけでなく、多種多様な機関・団体により構成される。これら各機関・団体と連携することで、地域全体における総合的な介護予防の展開が求められる。

（１）市町村の役割

市町村は、地域における総合的介護予防システムを構築し、関係各機関・団体と連携を図りながら介護予防の総合計画を立案し、進捗管理とともに事業評価を行って、計画を一定期間後に見直す。その過程では、保健福祉や介護保険の担当部署だけでなく、雇用・教育・交通・建設などの数多くの部署が積極的に関与できる体制を組む。

（２）医療機関の役割

医療機関は、介護予防事業の対象者と最も頻繁に接する機会が得られる場であり、かかりつけ医が二次予防事業の対象者把握の入り口となる機会も多い。かかりつけ医に期待される役割とは、高齢者の健康管理に加えて、介護予防に関する患者教育を行うこと、二次予防事業の対象者になるとされる高齢者を地域包括支援センターに紹介すること、運動器関連プログラムの参加にあたって安全上の判断を行うなど、多岐に渡る。＜厚生労働省 HP 参照：参考資料 1-2＞

医療機関との連携事例としては、医療機関を受診する高齢者を対象に、外来の待合中に地域包括支援センターの職員や医療機関の職員が基本チェックリストを実施している市町村や、高齢者が退院する際に医療機関より地域包括支援センターに連絡してもらっている市町村、地域包括ケアの構築や認知症対策の推進を図る上で医療機関との連携体制を構築し、それを通じて、介護予防についても連携体制を築いている市町村（地域包括支援センター）などがある。医療機関との連携体制を築く上では、市町村が主体となり、地域の医療機関や医師会に介護予防についての理解を図り、十分な連携を図ることが重要である。

図表 1-8 医療機関との連携例

市町村名	医療機関との連携
秋田県 横手市	大森病院を中核とし、医療・保健・福祉・介護が連携して総合的なサービスを提供する体制を構築しており、病院外来で基本チェックリストを実施し、その情報を併設の地域包括支援センターに共有するなどの取り組みが行われている。また、二次予防事業対象者として選定された場合に、地域内の主治医から二次予防事業への参加を勧奨してもらっている。主治医からの紹介であれば、事業参加意欲につながりやすく、その結果、生活機能の向上に結びつきやすいという効果がみられている。今後は、医療機関から二次予防事業対象者につなげる仕組みを地域全体に普及したいとしている。
福井県 越前市	各医療機関に様式を配布し、二次予防事業の対象者に該当する可能性のある方について連絡してもらっている。情報提供のあった高齢者のうち、要介護認定を受けていない人について、地域包括支援センターのサブセンターが基本チェックリストの実施、介護予防事業への参加勧奨を行っている。

（３）地域・民間における各団体の役割と連携

総合的な介護予防システムにおいて、民生委員や食生活改善推進員などの地域リーダー、老人クラブや町内会などの地区組織、さらに様々なボランティアや民間団体（NPO、住民団体など）は、重要な構成要素である。それは、介護予防とは単に介護保険事業や市町村事業だけでなく、家庭でのセルフケアや地域でのインフォーマル・サービスをも含むものだからである。両者の連携と協働こそが介護予防を成功に導くカギである。さらに、民間団体などの参加を促すことで、高齢者のニーズをよりの確に反映した事業の企画・運営が可能となる。すなわち、市町村と被保険者（住民）および関係機関・団体等が、介護予防の目的・目標を共有し、共助・互助・自助・公助²の4つをうまく機能させることが重要である。地域の中で高齢者とともに暮らしている住民や民間団体は、日頃から高齢者の抱える問題や希望を的確に把握していることも多いので、彼らの意見を取り入れることが重要である。実際に、ある市町村では、住民や民間団体から事業の企画を募集し、その内容を審査したうえで実施を委託すること（「市民コンペ」）により、市民団体も活性化し、事業内容もより魅力的になったという事例がある。また、自立や社会参加の意欲の高い者には、ボランティアやサポーターとしての参加を促していくことが重要である。

² 共助とは、介護保険や医療保険等のサービスを、互助とは地域の人々とお互いに力を合わせ助け合うことを指し、自助とは、自分の力で課題を解決することを指し、公助とは、行施機関等による支援を指す。

1-1-8 今回のマニュアル改定のポイント、介護予防をめぐる課題と今後の方向性

平成18年度以降、介護予防事業については、その実施をめぐって様々な課題が明らかとなり、さまざまな内容の見直しを行ってきた。平成22年8月には、原則として基本チェックリストの結果だけで二次予防事業の対象者を決定できるようにしたり、介護予防ケアプランの作成を任意とするなど、事業参加に至るまでの手続きの簡素化を図った。加えて、市町村内の全高齢者に対する基本チェックリストの配布と回収を実施することで、虚弱な高齢者やニーズが潜在化しやすい高齢者を拾い上げられるようにした。これらの対応により、二次予防（生活機能低下の早期発見・早期対応）がさらに効果的かつ効率的に行われることが期待されている。

平成21年～平成23年にわたって行われた介護予防実態調査分析支援事業での効果検証結果に基づき、今回のマニュアル改訂では、膝痛・腰痛に効果的なプログラムや、運動・口腔・栄養のプログラムを複数組合せて行うプログラムなどが加わった。また、予防給付における介護予防通所介護及び介護予防通所リハビリテーションにおいては、運動器の機能向上サービス、口腔機能向上サービス及び栄養改善サービスのうち、2種類または3種類組み合わせで実施した場合の評価として「選択的サービス複数実施加算」が新設される。これらの対応により、介護予防がさらに効果的かつ効率的に行われることが期待されている。

また、二次予防事業の対象者におけるプログラム参加率が低いという課題があり、プログラムの名称を魅力あるものとしたり、プログラム内容をさらに楽しく効果的なものとするとともに、複合型の実施を含む多様なメニュー（運動と栄養のプログラムを併せて行うなど）の提供、そしてリフトバス等による送迎を必要に応じて実施するなどの創意工夫が求められている。

もう一つの課題は、各市町村の状況に応じて介護予防事業のあり方を企画し、実施することである。これにより、地域のニーズに合った効果的な介護予防事業の展開が可能となる。それを推進するために、介護予防・日常生活支援総合事業が創設されるので、その十分な活用が求められている。同事業では、ボランティア等の介護予防に資する団体・人々を活用した事業を展開しやすくなるなどの措置が講じられているので、それを最大限に活用して、介護予防に資する地域資源の活用・育成に向けた取り組みをさらに強化することが求められている。

さらに、これまでの反省として、介護予防の事業評価が十分に行われてこなかったというものがある。介護予防事業は、要介護状態の発生をできる限り防ぐ（遅らせる）という明確な目的のもとで実施されており、その実施には相当の人手と費用を要している以上、それが所期の効果をあげているかどうかを評価し、それに応じて必要な見直しを行うべきであることは言うまでもない。また、市町村、地域包括支援センター、事業実施者のそれぞれにおいて、介護予防事業の評価・見直しをさらに推進することが求められている。第5期介護保険事業計画の策定にあたり、介護予防事業による効果を見込んだ推計を行うなど、介護予防事業の効果の評価はさらに重要性を増している。

1-2 二次予防事業の対象者把握事業

1-2-1 対象者の定義・特徴

二次予防事業の対象者とは、要支援・要介護状態となるおそれの高い状態にあると認められる65歳以上の者と定義される。

対象者の名称については、「健康づくり高齢者」や「元気向上高齢者」など、地域の特性や実情にあった親しみやすい通称を設定することが望ましい。

二次予防事業の対象者は、心身の健康状態の悪化や生活機能の低下などを抱えているため、日常生活が不活発となっており、生活範囲も狭くなっている場合が多く、しかも機能改善や介護予防に対する意欲も低下していることが多い。したがって、地域における様々なルートを通じて対象者を把握するとともに、対象者には介護予防事業への参加を粘り強く呼びかける必要がある。

1-2-2 対象者把握の方法

二次予防事業の対象者把握事業は、(1)情報の収集と(2)対象者の決定等で構成される。

(1) 情報の収集

すでに述べたように、二次予防事業の対象となり得る者は、生活範囲が狭くなり、介護予防への意欲も低下していることが多いため、介護予防のニーズは地域の中で潜在していると考えべきである。したがって、地域においてできる限り把握事業の全対象者について情報の収集を行うことが望ましい。その方法は、①基本チェックリストの配布・回収と②他部局からの情報提供等に分けられる。

① 基本チェックリストの配布・回収

全対象者（当該市町村の要介護者及び要支援者を除く第1号被保険者）に郵送等により基本チェックリストを配布・回収する。基本チェックリストの配布・回収は、毎年行い、高齢者の状況を把握することが望ましいが、実施方法や頻度については、地域の実情に応じて検討する。介護保険事業計画策定に向けた日常生活圏域ニーズ調査に合わせて、基本チェックリストを実施することも考えられる。

基本チェックリスト未回収者の中には、閉じこもり、うつ、認知症等により日常の生活動作が困難な者が含まれる（未回収者こそハイリスクである）ことから、できる限り電話・個別訪問等を行い、支援が必要な者の早期発見・早期対応に努めることが重要である。

② 他部局からの情報提供等

図表1-9に掲げる方法等により把握した者に対して、基本チェックリストを実施する。

図表 1－9 対象者把握のための各種ルート

- ・ 要介護認定及び要支援認定の担当部局との連携による把握
- ・ 訪問活動を実施している保健部局との連携による把握
- ・ 医療機関からの情報提供による把握
- ・ 民生委員等からの情報提供による把握
- ・ 地域包括支援センターの総合相談支援業務との連携による把握
- ・ 本人、家族からの相談による把握
- ・ 特定健康診査等の担当部局との連携による把握
- ・ 健康長寿ネットの生活機能チェックシステム（メール送信機能）による把握
- ・ その他市町村が適当と認める方法による把握

なお、上記の第1項について、2点補足する。第1に、要介護認定等を受けていた者が非該当と判定された場合、二次予防事業の対象者とし、適切にフォローする。第2に、新たに要介護認定等の申請を行った者が非該当と判定された場合、必要に応じ基本チェックリストを実施して、二次予防事業への参加の必要性について検討する。それに当たっては、市町村の要介護認定の担当部局と地域包括支援センター等との間で要介護認定等の情報の共有が図られるべきであり、たとえ高齢者本人から同意を得ない場合であっても「本人以外の者に保有個人情報を提供することが明らかに本人の利益になると認められるとき」等の場合には目的外利用・第三者提供が可能であると考えられている。

同様に、行政の様々な活動（保健師等の訪問活動、民生委員等の地域活動、健康診査等の保健活動）を通じて得られる情報についても十分活用できるよう、市町村内部においても日ごろから連携ネットワークを構築する必要がある。

また、日ごろから医療機関を受診している高齢者が多いことから、医療機関から情報を得ることは必須といっても過言ではない。また、退院前の患者に基本チェックリストを答えてもらうことも（疾病や入院中の不活発な生活により、要介護認定等のリスクも高まっている場合が多いことから）有用な取り組みと考えられる。

（2）対象者の決定等

二次予防事業の対象者は、基本チェックリストにより決定される。基本チェックリストとは、高齢者の生活機能を評価し、要介護状態となるリスクを予測することを目的に開発された25項目の質問票である。No. 1～5までは手段的日常生活活動（社会生活を営む上で基本となる行為）、No. 6～10までは運動機能、No. 11と12は栄養、No. 13～15までは口腔機能、No. 16と17は閉じこもり、No. 18～20までは認知機能、No. 21～25まではうつを、それぞれ評価するものである。

図表 1-10 基本チェックリスト

No.	質問項目	回答 (いずれかに○を お付け下さい)	
1	バスや電車で1人で外出していますか	0.はい	1.いいえ
2	日用品の買物をしていますか	0.はい	1.いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか	0.はい	1.いいえ
4	友人の家を訪ねていますか	0.はい	1.いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか	0.はい	1.いいえ
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0.はい	1.いいえ
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	0.はい	1.いいえ
8	15分位続けて歩いていますか	0.はい	1.いいえ
9	この1年間に転んだことがありますか	1.はい	0.いいえ
10	転倒に対する不安は大きいですか	1.はい	0.いいえ
11	6ヵ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	1.はい	0.いいえ
12	身長 cm 体重 kg (BMI =) (注)		
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1.はい	0.いいえ
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1.はい	0.いいえ
15	口の渇きが気になりますか	1.はい	0.いいえ
16	週に1回以上は外出していますか	0.はい	1.いいえ
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1.はい	0.いいえ
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあると言われますか	1.はい	0.いいえ
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	0.はい	1.いいえ
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	1.はい	0.いいえ
21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	1.はい	0.いいえ
22	(ここ2週間)これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	1.はい	0.いいえ
23	(ここ2週間)以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる	1.はい	0.いいえ
24	(ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない	1.はい	0.いいえ
25	(ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする	1.はい	0.いいえ

(注) BMI = 体重 (kg) ÷ 身長 (m) ÷ 身長 (m) が 18.5 未満の場合に該当とする。

次の i から iv までのいずれかに該当する者を、要介護状態等となるおそれの高い状態にあると認められる者として、二次予防事業の対象者とする (図表 1-11)。

図表 1-11 二次予防事業の対象者の基準

i	No. 1～20 までの 20 項目のうち 10 項目以上に該当する者
ii	No. 6～10 までの 5 項目のうち 3 項目以上に該当する者
iii	No. 11 及び No. 12 の 2 項目すべてに該当する者
iv	No. 13～15 までの 3 項目のうち 2 項目以上に該当する者

なお、上記に該当する者のうち、基本チェックリストの No. 16 に該当する者、No. 18～20 のいずれかに該当する者、No. 21～25 までの項目のうち 2 項目以上に該当する者については、それぞれ閉じこもり、認知機能の低下、うつ予防や支援にも考慮する必要がある。

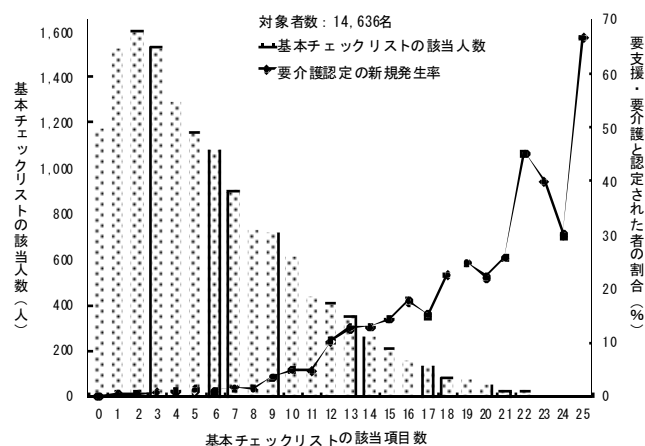
基本チェックリストの予測精度は、すでに検証されている。たとえば、宮城県大崎市で 65 歳以上の全市民に基本チェックリストへの回答を依頼し、その後 1 年間の要介護認定等の発生状況を追跡した調査によると、基本チェックリストの全項目が要介護認定リスクと有意に関連した。そして二次予防事業の対象者では（そうでない者に比べて）1 年以内の要介護認定を受けるリスクは 3.80 倍であった。以上のように、基本チェックリストは、要介護認定リスクの予測精度が高く、要支援・要介護状態となるおそれの高い状態の者の拾い上げに有用である。

基本チェックリストの妥当性（スクリーニングの予測精度）について

要支援・要介護状態となるリスクの高い高齢者を拾い上げることを目的として、基本チェックリストが使われている。では基本チェックリストは、将来（たとえば 1 年後に）要支援・要介護状態となるリスクを、どれくらい正確に予測できるのだろうか？この問題について、すでに全国各地で調査研究が行われており、基本チェックリストの予測精度は十分に高いことが分かっている。代表的な研究報告を以下に紹介する。

宮城県大崎市の（介護保険非該当）高齢者 14,636 人に基本チェックリストを実施し、その後 1 年間の介護保険認定状況を調査とした研究では³、基本チェックリストの点数とともに要介護認定発生率が上昇した（図表 1－12）。基本チェックリストのそれぞれの項目で、「該当あり」群では要介護認定発生リスクが有意に上昇した。また「うつ予防・支援の 5 項目を除く 20 項目」、「運動器の機能向上」、「栄養改善」、「口腔機能の向上」という該当基準も全て、「該当あり」の群で要介護認定発生リスクが有意に上昇した（オッズ比の範囲：1.9 倍～6.5 倍）。上記 4 つのいずれかに該当する者（つまり、二次予防事業の対象者）の要介護認定発生リスクは、該当しなかった者の 3.8 倍であった。このように基本チェックリストの各項目や各基準は、その後 1 年間の要介護認定の新規発生の予測に有用である。

図表 1－12 基本チェックリストの該当項目数の分布と
要支援・要介護と新規認定された者の割合



³ 遠又靖丈、實澤篤他：日本公衆衛生雑誌，58：3-12，2011

なお「二次予防事業の対象者」の基準の感度（その後1年以内に新規に要支援・要介護と認定された者のうち、基本チェックリストの基準に該当した者の割合）は、上記の大崎市の研究では78%であった。特異度（その後1年間で介護保険非該当であり続けた者のうち、基本チェックリストの基準に該当しなかった者の割合）は、63%であった。他の厚生労働省老人保健増進等事業による研究班の報告でも2年間の要介護認定の新規発生に対する感度・特異度は74%、58%と、どちらも同等で比較的良好な値となっていた。

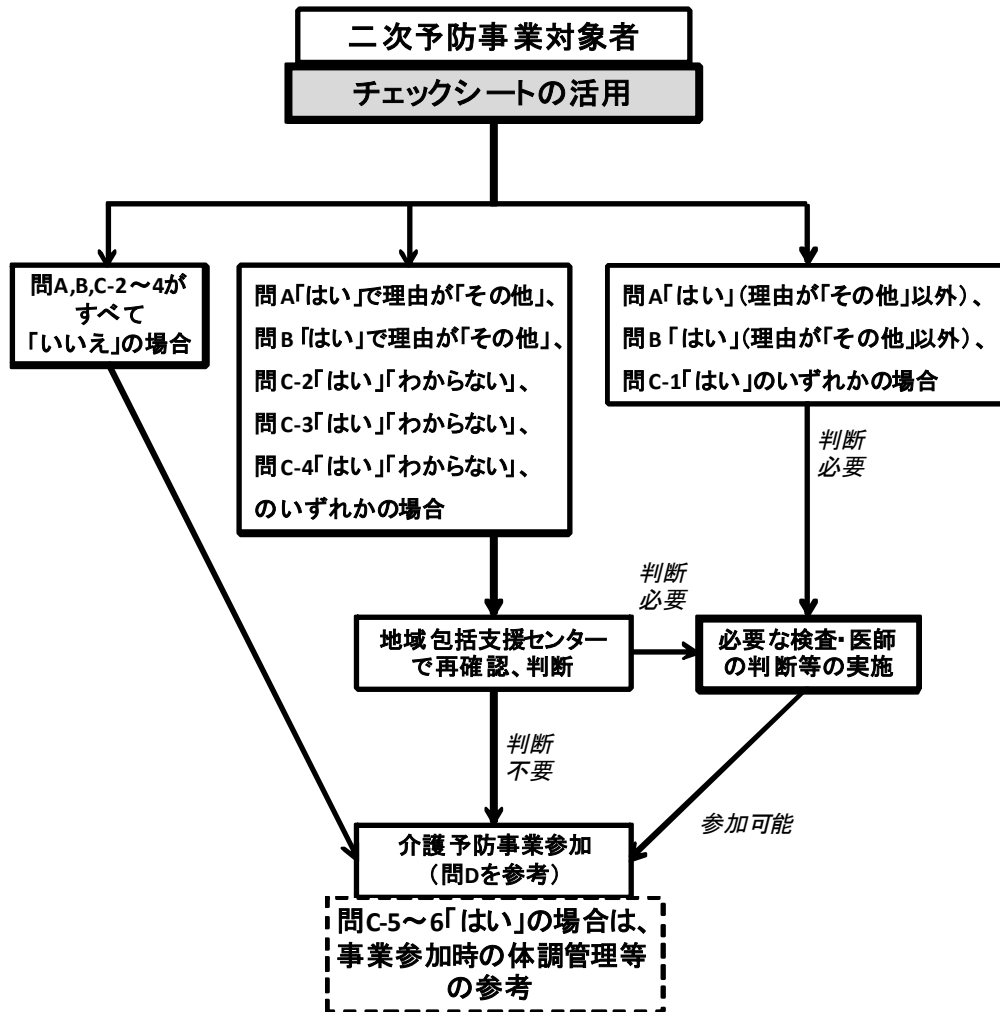
1-2-3 医師の判断を求める場合の基準

地域支援事業実施要綱の改正により、二次予防事業対象者の選定については、基本チェックリストの実施によって決定できることとなったが、特に運動器関連プログラムの参加にあたって、管理すべき疾患がある者等については、医師の判断が必要と考えられる。そこで、複数の市町村に対する実態調査を通じて、医師の判断が必要と考えられる対象者の把握方法について研究を行ったので、市町村が事業を実施する際の参考として提示する。＜厚生労働省 HP 参照：参考資料 1-2＞

その方法は以下の通りである。

- 1 地域包括支援センターは、二次予防事業対象者からプログラム参加に係るチェックシート（別添資料 1-1）（P33）の内容を情報収集する。
- 2 チェックシートにおいて、問 A「はい」（理由が「その他」以外）、問 B「はい」（理由が「その他」以外）又は問 C-1 が「はい」の場合は、医師の判断を求める。
- 3 2に該当せず、問 A「はい」で理由が「その他」、問 B「はい」で理由が「その他」、問 C-2～4 が「はい」もしくは「わからない」の場合は、地域包括支援センターにおいて、再度聞き取り等を行った上で、必要があれば医師の判断を求める。
- 4 上記以外は、介護予防事業への参加を可能とする。事業参加にあたっては、基本チェックリストの結果に加え、問 D を参考とする。
- 5 問 C-5～6 が「はい」の場合は、事業参加時の体調管理等の参考とする。

図表 1-13 プログラム参加に係るチェックシートを活用した
医師の判断を求める対象者把握の流れ



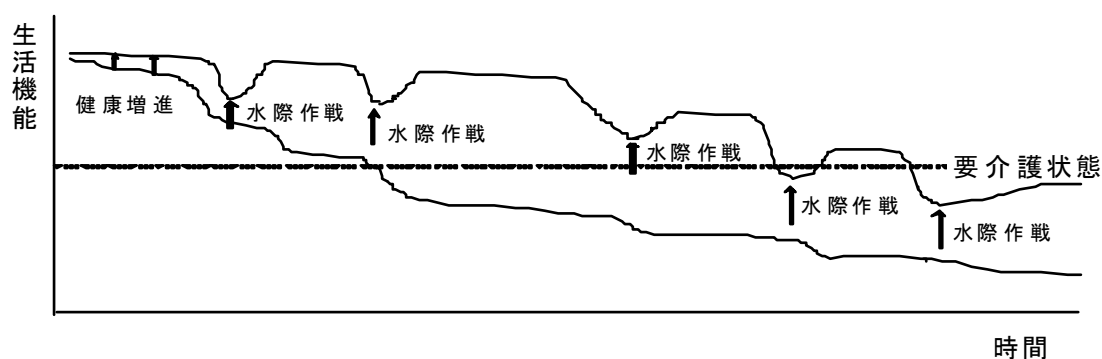
1-2-4 水際作戦の考え方と効果的展開

要支援・要介護状態となるおそれの高い状態（新たな疾病の発生、持病の悪化、事故・外傷、生活環境の変化、親しい者との別離など）は、いつでも起こり得る。その際に介護予防の取り組みを行わなければ、廃用の影響も加わって、生活機能はさらに低下し、要介護状態へと進むことが懸念される。そこで水際作戦が考えられている。これは、何らかのきっかけで生活機能が低下したときに、速やかに把握して介護予防の取り組みを一定期間に集中的に行うことにより生活機能を元のレベルに戻そうとすることを言う。これにより、要介護状態の発生をできる限り遅らせようとするのである（図表1-14）。

年に1回の基本チェックリストの配布・回収だけを対象者把握の機会とした場合では、高齢者の急な生活機能低下に対応できず、みすみす廃用症候群をまねくことになってしまう。水際作戦の考え方は、虚弱高齢者を、年間いつでもどこでも速やかに把握し、適切な介護予防サービスの提供につなぐということなのである。

そのためには、他部局からの情報提供を活用することが重要となる。市町村内の他部局との連携、地域における関係各団体（医療機関等）との緊密な連携ネットワークの構築に努めなければならない。

図表 1-14 生活機能低下の早期発見・早期対応のための水際作戦（イメージ）



1-2-5 対象者把握を有効に行うために

基本チェックリストを郵送等により全対象者に配布することにより、把握者数が増加した市町村も多くみられる。しかし、一方では郵送・回収・記載確認等における業務量の増加などもみられることから、対象者把握が有効に行われるように、地域包括支援センターが、地域住民や関係機関と協力し、どのような活動を行い、どのような体制を整えればよいかについて整理する。ただし、市町村も地域包括支援センターに任せきりではなく、年間を通じた対象者把握のためのシステムや、経年的に情報を蓄積し共有できるデータベース化等を検討する事が重要である。

(1) 地域包括支援センターを中心とするネットワークの構築

二次予防事業の対象者把握は、地域包括支援センターを中心に進められている地域包括ケアシステムにおいて構築されたネットワークシステムの活用が有効である。地域包括支援センターが公平中立な視点を保ち、地域包括ケアシステムを構築する中で、保健医療福祉の関係機関や民間の諸団体等と、二次予防事業対象者についての情報を共有し早期に支援を開始するために、ネットワークを張り巡らせる必要がある。

(2) 当事者（被保険者、家族）に対して地域包括支援センターが行うこと

被保険者本人や家族から早期に相談してもらうために、以下のような活動が重要である。

- ① 介護保険の被保険者証発行時やパンフレット配布時など、被保険者と直接的・間接的に接する機会を通じて啓発活動や広報活動を行うこと
- ② 介護予防の必要性と、予防を要する対象者の状態が理解できるよう説明すること
- ③ 専門相談窓口やその連絡先、どのようなときに相談すればよいかの説明を行うこと
- ④ 利用できるサービスについて情報提供し、意義や効果を説明すること
- ⑤ 自分の状態についてセルフチェックできる方法を提供すること

例) 基本チェックリストを広報等に掲載、健康長寿ネットの生活機能チェックシステムの活用など

(3) 地域住民に対して地域包括支援センターが行うこと

地域住民主体のネットワークによる対象者の発見・気づきの機能を高めるために、以下のような活動が重要である。

- ① 地域住民への啓発活動・広報活動
- ② 民生委員や地区健康推進員など行政と関わる住民、および自治会や老人クラブなどの地区組織との情報交換や学習会開催支援
- ③ リーダーとなる住民の発掘と彼らの能力形成支援
- ④ 地域の見守りネットワーク（ご近所同士など）の重要性を伝え、ネットワークづくりを支援すること
- ⑤ その基盤となる地域住民のヘルスプロモーションを推進すること

（４）行政の委託機関に対して地域包括支援センターが行うこと

二次予防事業の対象者となりそうな高齢者をもれなく速やかに把握すること、申し出のあった高齢者への相談機能を充実すること、地域全体の対象者把握が有効に機能するようなネットワークシステムを整えることのために、以下のような活動が重要である。

- ① 介護予防を要する対象者を明確にし、的確に把握できる専門職の技能を高めること
- ② 高齢者がいつでもどこでも相談しやすいように、行政の介護予防の相談窓口やその他の対応機関・対応できる場や機会を整え、それを明示・PR・広報すること
- ③ 申し出に対して様々な方法（相談窓口・家庭訪問・電話など）で相談に応じること
- ④ 地域住民や公的・非公的關係機関・関係者からの情報が集約でき早期に対応できるネットワークシステムを作ること、ネットワーク参加機関の協議の場を持つこと

（５）公的・非公的關係機関に対して地域包括支援センターが行うこと

関係機関・関係者による二次予防事業対象者を把握する機能を高め、的確な把握を推進するために、以下のような活動が重要である。

- ① 日頃から連絡調整や協力の体制を整えること
- ② 事業所の刊行物やパンフレットへの広報内容の記載推進

1-3 二次予防事業対象者の介護予防ケアマネジメント

1-3-1 介護予防ケアマネジメントの定義・目的

ケアマネジメントとは、対象者の自立と QOL の向上を目指し対象者の持つニーズに対して適切な社会資源やサービスを結びつける援助機能であり、介護予防ケアマネジメントにおいては、地域包括支援センターが中心的な役割を担う。介護予防ケアマネジメントの基本的なプロセスは介護保険制度におけるケアマネジメントと同じである。

介護予防ケアマネジメントは、二次予防事業の対象者が要介護状態等となることを予防するため、その心身の状況、その置かれている環境その他の状況に応じて、対象者自らの選択に基づき、介護予防事業その他の適切な事業が包括的かつ効率的に実施されるよう必要な援助を行うことを目的としている。

介護予防は終わりのない取り組みであり、それは対象者のセルフケアとして習慣化され、継続される必要がある。そのためには対象者が主体的に取り組めるように働きかけることと知識や技術提供によって対象者自身の能力が高まるような支援が重要である。また、地域において継続した取り組みを支援する基盤づくりも視野に入れて進めていく必要がある。

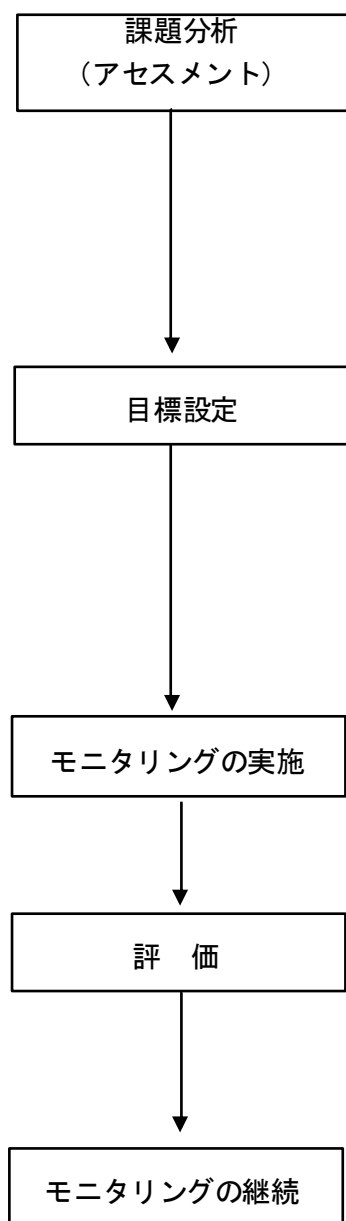
＜厚生労働省 HP 参照：参考資料 1-3＞

図表 1-15 これまでの介護保険におけるケアマネジメントと
介護予防事業におけるケアマネジメントの比較

項 目	これまでの介護保険における ケアマネジメント	介護予防事業における ケアマネジメント
目 標	自立支援・家族支援	自立保持のための身体的・精神的・社会的機能の維持向上
ケアマネジメント担当者 と特徴	ケアマネジャー	地域包括支援センター職員が相互に 協働しながら実施
支援の必要性の判断	認定調査・主治医意見書を資料 に介護認定審査会が行う	基本チェックリストにより、市町村※ が行う。
ケアプランの作成	必須	任意（必要な場合にのみ作成）
支援内容	主に介護サービス（インフォー マルサービスで補完）	介護予防事業とインフォーマルサー ビスを組み合わせで実施

※市町村は地域包括支援センターに二次予防事業対象者の把握について委託できる。

1-3-2 介護予防ケアマネジメントの流れ



基本チェックリストの結果、本人・家族との面接を踏まえ、①運動及び移動、②家庭生活を含む日常生活、③社会参加並びに対人関係及びコミュニケーション、④健康管理の各領域で課題分析を行う。利用者基本情報の例を別添資料 1-2 (P34) に、アセスメントシートの例を別添資料 1-3 (P36) に参考として示す。

今後、対象者がどのような生活をしたいか、ということ。単なる機能改善でなく、生活の質を改善することが重要。目標は、本人、家族、事業実施担当で共有する。必要に応じて介護予防ケアプランを作成する。

事業が実施されている間、必要に応じて実施状況を把握し、実施担当者等の関係者と調整する。

実施担当者からの事後アセスメント、本人・家族との面接により、対象者の心身の状況などを再把握し、介護予防ケアプランを作成している場合には、ケアプランを見直す。

事業の終了後も二次予防事業対象者に該当する場合や、アセスメントの結果再び二次予防事業対象者となるリスク要因のある対象者に対し、モニタリングの継続を実施する。

1-3-3 介護予防ケアマネジメントの方法・ポイント

介護予防ケアマネジメントは、二次予防事業に参加する全ての人に必要であるが、標準様式による介護予防ケアプランの作成については、必要と認める場合のみ作成し、必要がないと判断した場合には、事業の実施前後に事業実施者と情報共有をすることにより介護予防ケアプランに代えることとなった。

介護予防ケアマネジメントで最も重要なことは、達成可能で、しかも本人の意欲を引き出せるような目標を設定することである。そのためには、(i)かつて本人が生きがいや楽しみにしていた

こと（しかし今はできなくなったこと）で、(ii)介護予防に一定期間（例：3 か月）取り組むことにより実現可能なこと、そして(iii)それが達成されたかどうか具体的に分かることを目標とすることが望ましい。課題別の目標（案）を図表 1－16 に例示する。

なお、介護予防ケアマネジメントの段階で設定された目標は介護予防プログラムの実施担当者にも共有されることが重要であり、それにより目標の達成に役立つようなプログラムが実施されるよう留意しなければならない。

図表 1－16 介護予防ケアマネジメントにおける課題と目標の例

課題	目標
<u>セルフケア</u> 清潔・整容、排泄の自立、 TPOに応じた更衣、 服薬管理、健康に留意した食事・運動など	健康：毎年健診に行く、体にいいと思う食事や運動を日々続ける、自分で服薬管理する 日常生活：起床から就寝まで規則正しい生活リズムで過ごす、TPOに応じた身支度をする
<u>家庭生活</u> 日常の買い物、食事の準備、掃除・洗濯・ゴミ捨てなどの家事、簡単な家の修理・電球の交換・水やり・ペットの世話など	家事：炊事・掃除・洗濯などを自分でする 用事：買い物や銀行の用事を自分ですます
<u>対人関係</u> 家族や友人への気配り・支援、 近所の人・友人・同僚との人間関係づくりと保持、夫婦・親密なパートナーとの良好な関係保持など	関係：家族と仲良く過ごす、近所の人といい関係で過ごす 役割：庭の草むしりや孫の世話など家族の用事や世話をする 他者への支援：誰かの手助けをしたり、相談者になる
<u>主要な生活領域（仕事と雇用、経済生活）</u> 自営業の店番・田んぼの見回りなどの仕事、 ボランティアや奉仕活動など人の役に立つ活動、 預貯金の出し入れ	仕事：店番や畑仕事など自営業の手伝いを続ける 活動：地域の奉仕活動に参加 経済生活：預貯金の出し入れや管理
<u>コミュニケーション</u> 家族や友人への手紙やメール、家族や友人との会話、電話での会話	家族や友人との会話や電話、手紙やメールのやりとりを続ける
<u>運動と移動</u> 自宅内・自宅以外の屋内、屋外を円滑に移動、 移動にバス・電車・他人が運転する自動車を使用、 自分で自動車や自転車を使って移動	外出：週に2回は買い物に行く、展覧会、公園など行きたいところに外出する 旅行：家族や友人と2泊3日の旅行に行く
<u>知識の応用（判断・決定）</u> 日常生活に関する内容について、自分で判断・決定	何か起こったら自分で判断する、自分のことは自分で決める
<u>コミュニティライフ・社会生活・市民生活</u> 友人との行き来、趣味や楽しみの継続、 候補者を決めて投票、 自治会や老人会の年行事・お祭りへの参加など	交流・参加：自治会のお祭りに参加、老人会の行事に参加、候補者を決めて投票 楽しみ：趣味の会に参加する、週に1回外出する、趣味を持つ

1-4 通所型介護予防事業・訪問型介護予防事業

1-4-1 通所型介護予防事業

以下のプログラムを実施して対象者本人が掲げる日常生活上の目標達成を図り、自立した生活の確立と自己実現に向けた支援を行う。

- ・ 運動器の機能向上プログラム：理学療法士等を中心に看護職員、介護職員等が協働して、有酸素運動、ストレッチ、簡単な器具を用いた運動等を実施し、運動器の機能を向上させ生活機能の改善を図る支援を行う。
- ・ 栄養改善プログラム：管理栄養士が看護職員、介護職員等と協働して栄養状態を改善するための個別の計画を作成し、当該計画に基づき個別的な栄養相談や集団的な栄養教育等を実施し、低栄養状態を改善するための支援を行う。
- ・ 口腔機能の向上プログラム：歯科衛生士等が看護職員、介護職員と協働して、摂食・嚥下機能訓練、口腔清掃の自立支援等を実施し、口腔機能を向上させるための支援を行う。
- ・ その他のプログラム：膝痛・腰痛対策のためのプログラム、閉じこもり予防・支援、認知機能の低下予防・支援、うつ予防・支援に関するプログラム等、市町村において介護予防の観点から効果が認められると判断されるプログラムを実施する。
- ・ 複合プログラム：上記のプログラムを複合的に実施する。例えば、運動器の機能向上プログラムと栄養改善プログラムを合わせて実施することを言う。特に、栄養改善プログラムと口腔機能向上プログラムを組み合わせたり、運動器の機能向上プログラムと栄養改善プログラムを組み合わせることで実施することによる効果が大きいと考えられていることから、市町村の状況に応じて複合プログラムの実施について検討することが望ましい。

なお、プログラムは個別サービス計画に基づいて行われなければならない。また、心臓疾患や骨折等の傷病を有している者については、運動器の関連のプログラムの参加の適否について医師の判断を求める必要がある（その詳細は「1-2-3 医師の判断を求める場合の基準」を参照）。

1-4-2 訪問型介護予防事業

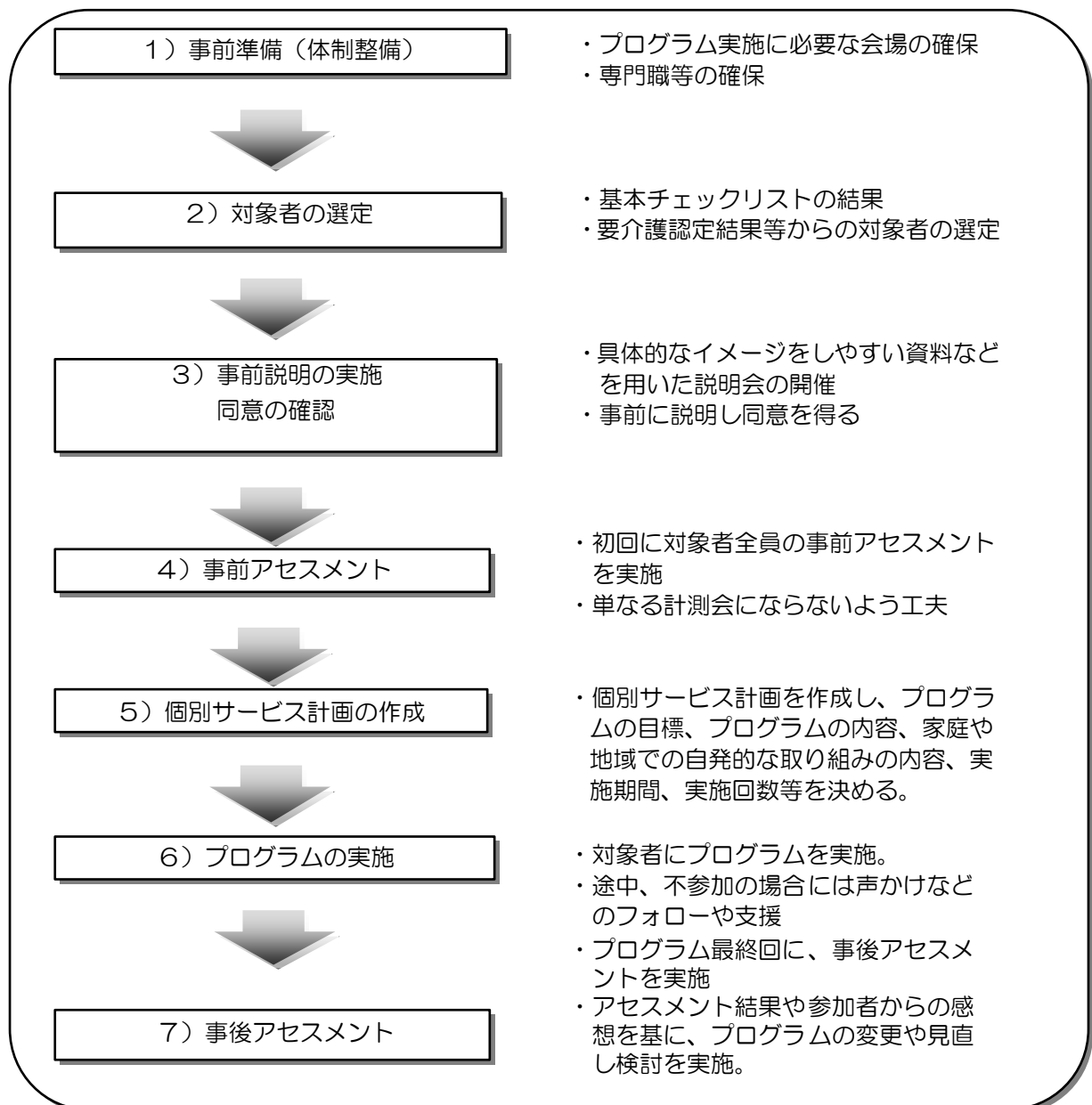
二次予防事業の対象者であって、特に閉じこもり、うつ、認知機能の低下のおそれがある等、心身の状況等のために通所による事業への参加が困難な者で、市町村が訪問型介護予防事業の実施が必要と認められる者を対象に、保健師、看護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、歯科衛生士等がその者の居宅を訪問して、生活機能に関する問題を総合的に把握・評価し、その上で必要な相談・指導のほか、必要なプログラムを行う。また、通所型介護予防事業につなげていく。

1-4-3 介護予防事業の流れ

通所型と訪問型の双方とも、介護予防事業は次の手順で実施する。まず事前アセスメントを実施した上で、個別サービス計画を作成し、それに基づいてプログラムを実施する。事業が終了したら、事後アセスメントを実施する。なお、これらは全て、各事業の実施担当者が行うものであり、その結果は地域包括支援センターに必ず報告するものとする。

なお、地域包括支援センターは、介護予防事業委託事業者との間で緊密な関係を築く必要がある。介護予防ケアプランを作成した場合、介護予防ケアマネジメント担当者は、個々の対象者における課題分析の結果や目標、介護予防ケアプランの内容を介護予防事業実施担当者に伝える必要がある。また、介護予防ケアプランを作成する必要がある場合、介護予防ケアマネジメント担当者はプログラムの種類を含む支援の内容等を実施担当者に伝える必要がある。

図表 1-17 通所型介護予防事業の流れ



- 事前アセスメント：個別サービス計画を作成するために必要となる課題を把握するとともに、事業終了後にその効果を評価するための基準値を得るために実施する。
- 個別サービス計画の作成：事前アセスメントの結果や対象者の意向を踏まえて、プログラムの目標、プログラムの内容、家庭や地域での自発的な取り組みの内容、実施期間、実施回数等を記載する。実施期間は、概ね3ヵ月から6ヵ月程度とする。
- プログラムの実施：個別サービス計画に基づいて、プログラムを実施する。概ね1ヵ月ごとに個別サービス計画で定めた目標の達成状況について評価を実施し、適宜、プログラムの実施方法等について見直しを行う。
- 事後アセスメント：事業終了後に、事前アセスメントと同様の評価を実施して、目標の達成状況やその後の支援方法について検討を行う。

なお、安全に事業を実施するために、事故発生時の対応を含む安全管理マニュアルを整備し、常に安全管理に配慮する必要がある。また、二次予防事業の対象者の心身の状況等に応じて、リフトバス等による送迎を行うことができる。

また、訪問型介護予防事業では、事前アセスメントの実施にあたって、主治医とも連携して対象者の心身の状況等について包括的な評価を行うとともに、認知機能の低下やうつが疑われる者については適宜、医療機関への受診を勧奨するとともに、精神保健福祉センター等の専門機関との連携を図る。また、訪問型介護予防事業による支援を行う際は、対象者の心身の状況等を踏まえつつ、対象者の関心や興味に応じて、通所型介護予防事業や地域の自発的な活動等への参加を促すことが重要である。

また、低栄養状態の改善に特に必要であると判断された場合には、訪問型介護予防事業で管理栄養士等による栄養指導に加え、任意事業で配食の支援を実施することができる。その際の食料費及び調理費相当分については利用者負担を基本とする。

1-5 事業評価

介護予防は、「要介護状態の発生をできる限り防ぐ（遅らせる）こと、そして要介護状態にあってもその悪化をできる限り防ぐこと、さらには軽減を目指すこと」という明確な目的のもとに行われるものであり、その実施にあたっては相当の人手と経費を要するものである以上、それが計画した通りに適切に実施され、その結果として所期の効果が得られているか（目標が達成されたか）どうかということについて、評価を実施するとともに、その結果に応じて事業の見直しを行う必要がある。

介護予防の事業評価をする際には、プロセス（過程）・アウトプット（出力・量）・アウトカム（成果）の3段階で指標を評価する。

1-5-1 二次予防事業の評価指標

（1）プロセス指標：事業の実施過程に関わる指標。事業を効果的・効率的に実施するための事業の企画立案、実施過程等に関する指標。

以下の10項目について、事業が適切な手段・過程を経て実施できているかを評価する。

図表 1-18 プロセス指標

- ・ 二次予防事業の対象者を適切に把握・選定するため、複数の把握経路を確保しているか
- ・ 二次予防事業の対象者に関する情報を提供してくれた機関等に、当該対象者に対する事業の実施状況等について情報を還元しているか
- ・ 事業の企画・実施・評価に住民が参加しているか
- ・ 事業の実施状況を把握しているか
- ・ 事業の実施量と需要量との関係を的確に把握しているか
- ・ 事業の実施状況の検証に基づき、次年度以降の実施計画の見直しを行っているか
- ・ 事業に関する苦情や事故を把握しているか
- ・ 事業の効果を分析する体制が確立しているか
- ・ 関係機関（地域包括支援センター、医療機関、民生委員等）において情報を共有するため、共有する情報の範囲、管理方法、活用方法に関する取り決めをしているか
- ・ 二次予防事業の対象者の個人情報共有されることについて、対象者に十分な説明を行い、同意を得ているか

（2）アウトプット指標：事業成果の目標を達成するために必要となる事業の実施量に関する指標。

図表 1-19 アウトプット指標

- ・ 介護予防ケアマネジメント実施件数と実施率
- ・ 事業実施回数と実施率
- ・ 事業参加者数と実施率

上記のいずれでも、集計は年度末に行い、実施状況の評価する。また、実施率は（実施件数÷実施予定件数）として計算する。上記の「事業実施回数と実施率」、「事業参加者数と実施率」では、通所・訪問の事業種別、運動・栄養等のプログラム別にも集計することが望ましい。

(3) アウトカム指標：事業成果の目標に関する指標。

図表 1－20 アウトカム指標

- ・基本チェックリストの点数：事業参加の前後で比較し、維持・改善率を計算する
- ・新規認定申請者数：年間の新規認定申請者数を集計し、前年比や年次推移を検討する
- ・新規認定者数：年間の新規認定者数を集計し、前年比や年次推移を検討する
- ・「要支援1・2」の人数：左記の人数を、可能な限り介護保険事業計画に記載されている自然体（介護予防事業を実施しなかった場合）での人数と比較する
- ・介護予防事業参加者からの新規認定者数：（新規認定者数÷介護予防事業参加者数）として率を計算する。この率を年度別、事業・プログラム別、事業者別等で比較し、次年度の事業展開に活かす。
- ・主観的健康感：事業参加の前後で比較し、維持・改善された者の割合（維持・改善率）を計算する
- ・二次予防事業参加後、一次予防事業や地域の介護予防に資する活動への参加などで、継続して予防的な活動が行えている人の人数（年度別）

これら3つの指標のなかでアウトカム指標が最も重要なものであることは言うまでもない。アウトプット指標もプロセス指標も事業が効果を発揮するための前提ではあるが、しかしこれらが適切に行われたら必ず所期の効果が得られるかというと、必ずしもそうではないからである。その意味で、アウトカム指標による目標を最初に設定し、それを達成するためにはどのようなアウトプットとプロセスが必要となるかについて企画立案を行うことが重要である。そして、事業評価においても、最も重要なことは所期の成果（アウトカム）が得られたかどうかということであり、アウトカム指標が最大の評価対象となる。

これらの各指標について、二次予防事業のプログラム別、地域包括支援センター、市町村（保険者）の各単位で検討（企画立案と事業評価）が行われる必要がある。さらに言えば、介護予防の各プログラムに関しては事業参加者における生活機能や事業に対応した各種指標（運動機能、栄養機能、口腔の状態など）を事業実施の前後で比較することなどにより、介護予防事業委託事業者ごとに検討されるべきである。

1－5－2 一次予防事業の評価指標

ここでは従来、プロセス指標が重視されてきたが、近年、高齢者が介護予防につながる活動を主体的かつ継続的に行うことにより、特に軽度者の要介護認定率の低下や介護保険料の軽減といった効果をあげている市町村も増加しつつある。介護保険の本来の趣旨（要介護状態になることを予防する）から考えても、今後は、アウトカム指標について評価することの重要性が増してくると考えられる。

(1) プロセス指標：以下の5項目について、事業が適切な手段・過程を経て実施できているかを評価する。

図表 1-21 プロセス指標

- ・介護予防に関する一般的な知識や、介護予防事業の対象者、事業内容、参加方法等の事業実施に関する情報について積極的に普及啓発を行っているか
- ・介護予防に資する活動を行っているボランティアや地域活動組織を適切に把握しているか
- ・介護予防事業を推進するにあたり、介護予防に資する活動を行っているボランティアや地域活動組織と密に連携を図っているか
- ・ボランティアや地域活動組織のリーダー等を育成するための研修会等を開催しているか
- ・地域活動組織の求めに応じて、担当職員の派遣、活動の場の提供等の支援を行っているか

(2) アウトプット指標・アウトカム指標

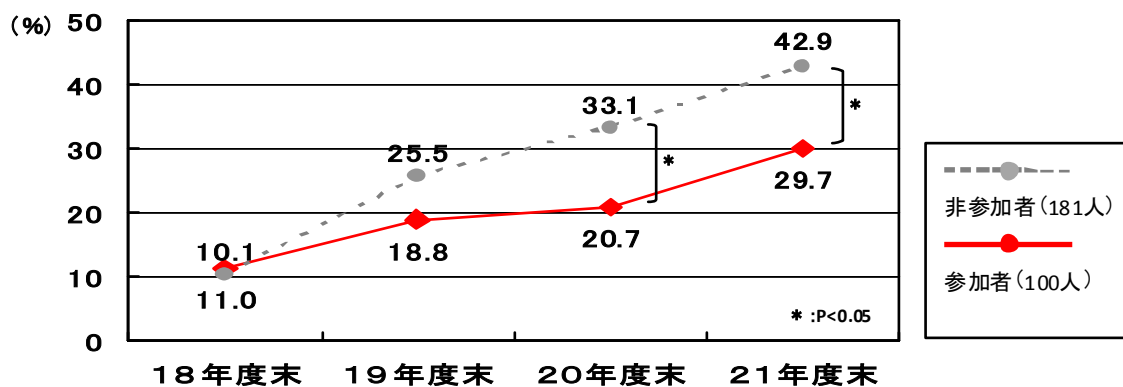
市町村（保険者）の創意工夫により様々な事業が想定されるので、事業内容等に応じて適宜指標を設定することとなる。その例としては、介護予防に関する講演会や相談会の開催回数・参加者数、介護予防に関するイベント等の開催回数、ボランティア育成のための研修会の開催回数・参加者数、参加者のうちその後地域で介護予防に資する活動を行っている者の数、地域活動組織への支援・協力等の実施回数、当該年度に新規に創設されたあるいは継続して活動をしている地域活動組織の数などが挙げられる。

事業評価の例（東京都練馬区）

東京都練馬区では、平成18年度に二次予防事業対象者と判定された人について、二次予防事業に参加した100人と、参加しなかった181人のその後の要介護認定の状況を追跡調査している。練馬区では、一次予防事業の自主グループ等の充実を図っており、二次予防事業の参加者は、運動の継続に対する意識が高まり、その後これらの自主グループに参加している人が多い。平成18年度末はほぼ同様の要介護認定率であったが、その後、両群における認定率は、徐々に差が開いてきている。

図表 1-22 二次予防事業参加者と非参加者の要介護認定率の変化（東京都練馬区）

人口 707,319 人、高齢者 137,093 人、高齢者率 19.38%



対象者は、平成18年度に二次予防事業対象者と把握され、運動機能向上プログラムに参加した方と参加しなかった方を3年間追跡
(各年度末の認定率： 認定有【人】 / (認定無【人】 + 認定有【人】) (%))

<厚生労働省 HP 参照：参考資料 1-4>

1-6 予防給付の流れ

予防給付は要支援者に対し、介護予防支援事業者による介護予防ケアマネジメントに基づき介護予防サービスが提供され、一定期間を経過後に介護予防支援事業者による効果の評価が行われる（図表1-6）。

1-6-1 予防給付の対象者

要介護認定で要支援1または要支援2と判定された者が対象となる。

1-6-2 介護予防ケアマネジメント

- 1) 予防給付の介護予防ケアマネジメントは、介護予防支援事業者により行われる。
- 2) 予防給付の介護予防ケアマネジメントは要支援者の生活機能や健康状態、その置かれている環境等を把握した上で、日常生活の状況を把握し、生活機能の低下の原因を含む要支援者が現に抱える問題点を明らかにするとともに、介護予防の効果を最大限に発揮できるように支援するものである。

なお、介護予防サービス計画の作成の手順は、二次予防事業と同様である。

※詳細については、「1-3 二次予防事業対象者の介護予防ケアマネジメント」を参考にされたい。

1-6-3 サービス担当者会議

介護予防サービス計画はサービス担当者会議において、計画の原案について、各利用者に適したサービスが提供されるよう検討した上で完成させる。

1-6-4 サービスの提供

各サービスの実施者は、事前アセスメント、サービスの実施とモニタリング、事後アセスメントの流れでサービスの提供を行う。これは、二次予防事業の流れと同様である。

1-6-5 効果の評価

要支援者が一定期間のプログラムを終了した後、介護予防支援事業者により効果が評価される。すなわち、介護予防ケアマネジメントにより設定された目標（生活機能の改善・利用者の望む生活の実現）が達成されたかどうかを評価し、それに基づいてケアプランや介護予防サービス計画を見直す。

計画の見直しにあたっては、対象者の主体的な取り組みを支援し、常に生活機能の向上に対する意欲を高めることを念頭におくことが重要である。

別添資料 1-1 プログラム参加に係るチェックシート

プログラム参加に係るチェックシート

A	この3ヶ月間で1週間以上にわたる入院をしましたか？ （「はい」または「いいえ」に○をつける）	はい	いいえ
---	---	----	-----

↓

「はい」の場合、その理由は何ですか？（当てはまる理由に○をつける）	
○ 重い高血圧、脳卒中（脳出血、脳梗塞、くも膜下出血）	
○ 心臓病（不整脈、心不全、狭心症、心筋梗塞）	
○ 糖尿病、呼吸器疾患などのため	
○ 骨粗鬆症や骨折、関節症などによる痛みのため	
○ その他（具体的にご記入ください）	
（ ）	

B	あなたはかかりつけの医師等から「運動を含む日常生活を制限」されていますか？（「はい」または「いいえ」に○をつける）	はい	いいえ
---	---	----	-----

↓

「はい」の場合、その理由は何ですか？（当てはまる理由に○をつける）	
○ 重い高血圧、脳卒中（脳出血、脳梗塞、くも膜下出血）	
○ 心臓病（不整脈、心不全、狭心症、心筋梗塞）	
○ 糖尿病、呼吸器疾患などのため	
○ 骨粗鬆症や骨折、関節症などによる痛みのため	
○ その他（具体的にご記入ください）	
（ ）	

C	以下のご質問にお答えください（「はい」、「いいえ」、または「わからない」に○をつける）			
C1	この6ヶ月以内に心臓発作または脳卒中を起こしましたか？	はい	いいえ	
C2	重い高血圧（収縮期血圧180mmHg以上、拡張期血圧110mmHg以上）がありますか？	はい	いいえ	わからない
C3	糖尿病で目が見えにくくなったり、腎機能が低下、あるいは低血糖発作などがあると指摘されていますか？	はい	いいえ	わからない
C4	この1年間で心電図に異常があるといわれましたか？	はい	いいえ	わからない
C5	家事や買い物あるいは散歩などでひどく息切れを感じますか？	はい	いいえ	
C6	この1ヶ月以内に急性な腰痛、膝痛などの痛みが発生し、今も続いていますか？	はい	いいえ	

D	あなたは自分の身体を丈夫にし、張りのある生活を送るための取り組みに興味がありますか？以下のご質問にお答え下さい。（「はい」または「いいえ」に○をつける）		
D1	足腰の衰えを予防するための取り組みをしてみたい。	はい	いいえ
D2	口の機能や肺炎の予防のための取り組みをしてみたい。	はい	いいえ
D3	栄養と体力の改善のための取り組みをしてみたい。	はい	いいえ
D4	認知症予防のために脳機能を高める取り組みをしてみたい。	はい	いいえ
D5	気のあった人たちと仲間づくりをしてみたい。	はい	いいえ

別添資料 1-2 利用者基本情報（例）

利用者基本情報

計画作成者氏名：_____

《基本情報》

相談日	年 月 日 ()	来所 ・ 電話 その他 ()	初回 再来 (前 /)	
把握経路	1. 介護予防検診 2. 本人からの相談 3. 家族からの相談 4. 非該当 5. 新予防からの移行 6. 関係者 7. その他 ()			
本人の状況	在宅・入院又は入所中 ()			
フリガナ 本人氏名		男・女	M・T・S 年 月 日生 () 歳	
住所	TEL		()	
	FAX		()	
日常生活 自立度	障害高齢者の日常生活自立度	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		
認定情報	非該当・要支援1・要支援2 認定期限： 年 月 日 ~ 年 月 日 (前回の介護度)			
障害等認定	身障 () ・ 療養 () ・ 精神 () ・ 難病 () ・ その他 ()			
本人の 住居環境	自宅・借家・一戸建て・集合住宅・自室 (有 階・無) ・ 住居改修 (有 ・ 無) 浴室 (有 ・ 無) 便所 (洋式 ・ 和式) 段差の問題 (有 ・ 無) 床材、じゅうたんの状況 () 照明の状況 () 履物の状況 ()			
経済状況	国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護・その他 ()			
来所者 (相談者)		続柄	家族構成 ◎=本人、○=女性、□=男性 ●■=死亡、☆=キーパーソン 主介護者に「主」 副介護者に「副」 (同居家族等○で囲む) 日中独居 (有 ・ 無) 家族関係等の状況 []	
住所				
緊急 連絡先	氏名	続柄		住所・連絡先

利用者基本情報

《介護予防に関する事項》

今までの生活				
現在の生活状況 (どんな暮らしを送っているか)	1日の生活・過ごし方			趣味・楽しみ・特技
	時間	本人	介護者・家族	
				友人・地域との関係

《現病歴・既往歴と経過》(新しいものから書く・現在の状況に関連するものは必ず書く)

年月日	病名	医療機関・医師名 (主治医・意見作成者に☆)		経過	治療中の場合は内容
			TEL	治療中 経観中	
			TEL	治療中 経観中	
			TEL	治療中 経観中	
			TEL	治療中 経観中	

《現在利用しているサービス》

公的サービス	非公的サービス

地域包括支援センターが行う事業の実施に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医の意見書と同様に、利用者基本情報、アセスメントシートを、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、介護保険施設、主治医その他本事業の実施に必要な範囲で関係する者に提示することに同意します。

年 月 日 氏名

印

別添資料 1-3 アセスメントシート

申請日	年 月 日	合計
氏 名		

基本項目	主生活支援者氏名	続柄	年齢	健康状態	居所	勤務	支援者なし 健康状態悪い or 市外居住	1.0 1.0 0.5	小計
				普通 ・ 悪い()	市内 ・ 市外	有 ・ 無			
	食生活支援者氏名	続柄	年齢	健康状態	居所	勤務	支援者なし 健康状態悪い or 市外居住	1.0 1.0 0.5	
				普通 ・ 悪い()	市内 ・ 市外	有 ・ 無			

保健 社会 活動	① この1年、市の健康教室等へ参加していますか	1 はい	2 いいえ	すべて2の 場合:0.5
	② この1年、公民館・婦人会・老人クラブ活動等に参加していますか	1 はい	2 いいえ	
	③ この1年、趣味や各種教室に参加していますか	1 はい	2 いいえ	

移動	① 日用品を買う店まで	1 徒歩	2 セニアカー	3 自家用車	4 バイク 自転車	5 バス・JR	6 タクシー又は他の人に頼む	①の6:0.5
	② 病院等に行くときは	1 徒歩	2 セニアカー	3 自家用車	4 バイク 自転車	5 バス・JR	6 タクシー又は他の人に頼む	

生活 スタイル	① 1日誰と過ごすことが多いか	1 家族	2 友人・知人	3 ほとんど一人	3が少なく とも1つ: 0.5	
	② 1週間に外出する頻度(通院以外)	1 3回以上	2 1~2回	3 あまり外出しない		
	③ 1週間に親戚・友人が来る頻度	1 3回以上	2 1~2回	3 あまり来ない		
	④ 歩行 : 物につかまって歩いたり、杖を使用したりしていますか	1 はい 2 いいえ			1:0.5	小計
	⑤ 食事の準備 : 毎日、調理が自分で出来ていますか	1 はい 2 いいえ			2:0.5	
	⑥ 買い物 : 生活に必要なものを自分で買いに行けますか	1 はい 2 いいえ			2:0.5	

精神 面	① 身の回りの乱れや汚れを気にしなくなりましたか	1 はい	2 いいえ	②または③で 1:0.5	①~⑤のうち 1~2個 該当:0.5 3個以該当: 1.0
	② 外出や食事の準備が難しくなりましたか	1 はい	2 いいえ		
	③ 金銭管理(日々の支払い行為等を含む)が難しくなってきましたか	1 はい	2 いいえ		
	④ 情緒が不安定になることが増えてきましたか	1 はい	2 いいえ	小計	
	⑤ 一人きりになる(している)ことが不安ですか	1 はい	2 いいえ		

食に 関する 情報	① 食事回数	食/日	1食:0.5	小計
	② 食料品の入手方法	スーパー等 ・ 移動販売 ・ 配達 ・ その他()		
	③ 家族()	1 できる (回/)		
	③ 買物 その他	2 できない a 就労 b 他に要介護者あり c 家が遠い d その他()		
		3 今のところ必要ない	2:0.5	
	④ 家族()	1 できる (回/)		
支援 状況	④ 調理 その他	2 できない a 就労 b 他に要介護者あり c 家が遠い d その他()		
		3 今のところ必要ない	2:0.5	

その他特記すべき事項

判定基準表

分 類	判 定 対 象 項 目		摘 要		加 点	得点	
基本項目	世帯状況	利用者基本情報 「家族構成」	独居	65～79歳 80歳以上 高齢者のみ(合算140歳以上) 要介護者との同居世帯	0.5 1.0 0.5 0.5		
			主生活支援者	アセスメントシート 「主生活支援者」	有で市外居住者	0.5	
					無(有で健康状態の悪い援助者も含む)	1.0	
			食生活支援者	アセスメントシート 「食生活支援者」	有で市外居住者	0.5	
	無(有で健康状態の悪い援助者も含む)	1.0					
	障害高齢者の日常生活自立度		利用者基本情報 「日常生活自立度」	J2以上	0.5		
	認知症高齢者の日常生活自立度		利用者基本情報 「日常生活自立度」	Ⅱa以上	0.5		
	身体状況	外出・家事への影響のある疾患 (大分類)	利用者基本情報 「現病歴と経過」	1～2個 3個以上	0.5 1.0		
				体重	基本チェックリスト 質問11および12	BMIが「やせ」または「高肥満」 体重の増減が2～3kg以上あるもの	0.5
	保健・社会活動	すべての項目	アセスメントシート 「保健・社会活動」①～③	すべて「2. いいえ」チェック		0.5	
移動手段	日用品	アセスメントシート 「移動」①	6にチェック		0.5		
生活スタイル	一日で誰と過ごす時間が多い	アセスメントシート 「生活スタイル」①	「3. ほとんど一人で」にチェック	どれか1つ にチェック	0.5		
	一週間に外出する頻度(通院以外)	アセスメントシート 「生活スタイル」②	「3. あまり外出しない」にチェック				
	一週間に親戚・友人が来る頻度	アセスメントシート 「生活スタイル」③	「3. あまり来ない」にチェック				
	歩行	アセスメントシート 「生活スタイル」④	「1. はい」にチェック		0.5		
	食事の準備	アセスメントシート 「生活スタイル」⑤	「2. いいえ」にチェック		0.5		
	買い物	アセスメントシート 「生活スタイル」⑥	「2. いいえ」にチェック		0.5		
	精神	①から⑤まで	アセスメントシート 「精神面」①～⑤	1～2個 3個以上	0.5 1.0		
②または③		アセスメントシート 「精神面」②および③	②または③にチェック		0.5		
食関連情報	食事回数	アセスメントシート 「食に関する情報」①	食事回数 1食／日		0.5		
	家族等支援状況	買い物	アセスメントシート 「食に関する情報」③	2にチェック		0.5	
		調理	アセスメントシート 「食に関する情報」④	2にチェック		0.5	
※上記項目については、利用者基本情報、基本チェックリスト及びアセスメントシートを基に加点するものとする。					(a)アセスメントシートの合計		
					(b)その他の項目の合計		
判定会議加算	疾患症状加算		判定会議	判定加算	0.5		
	特記事項からの加算			判定加算	0.5		
					(c)判定会議の合計		
					総計 (a)+(b)+(c)		

主治医意見書記入の手引き

I 介護保険制度における主治医意見書について

1 主治医意見書の位置付け

介護保険の被保険者が保険によるサービスを利用するためには、介護の必要性の有無やその程度等についての認定（要介護認定）を保険者である市町村から受ける必要があります。

この要介護認定は、市町村職員等による調査によって得られた情報及び主治医の意見に基づき、市町村等に置かれる保健・医療・福祉の学識経験者から構成される介護認定審査会において、全国一律の基準に基づき公平・公正に行われます。

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

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分かりになる範囲で具体的に記入してください。

Ⅱ 記入に際しての留意事項

1 記入者

意見書の記入は、申請者の主治医が行ってください。

2. 記入方法

意見書への記入は、インク、またはボールペンを使用してください。なお、パーソナルコンピュータ等を使用することはさしつかえありませんが、その場合には感熱紙等長期間の保存に適さないものは用いないでください。記入欄に必要な文字または数値を記入し、また□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、お分かりになる範囲で該当する□にレ印をつけてください。有の場合は、該当する診療科名の□にレ印をつけてください。意見書中に該当する診療科名がない場合には、その他の()内に診療科名を記入してください。

1. 傷病に関する意見

(1) 診断名

現在、罹患している傷病の診断名と、その発症年月日を記入してください。

発症年月日がはっきりわからない場合は、おおよその発症年月を記入してください。例えば、脳血管障害の再発や併発の場合には、直近の発作（発症）が起きた年月日を記入してください。

「1.」の傷病名には、65歳以上の第1号被保険者については、生活機能^(※)低下の直接の原因となっている傷病名を、40歳以上65歳未満の第2号被保険者については、介護を必要とさせている生活機能低下等の直接の原因となっている特定疾病名を記入してください。

生活機能低下を引き起こしている傷病が複数ある場合もまれではありませんが、より主体であると考えられる傷病を優先して記入してください。

なお、4種類以上の傷病に罹患している場合については、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」、②A D L（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）などが様々な影響する。

特定疾病の症候・所見のポイント

	疾病名	症候・所見
1	がん (がん末期)	以下のいずれかの方法により悪性新生物であると診断され、かつ、治癒を目的とした治療に反応せず、進行性かつ治癒困難な状態（注）にあるもの。 ① 組織診断又は細胞診により悪性新生物であることが証明されているもの ② 組織診断又は細胞診により悪性新生物であることが証明されていない場合は、臨床的に腫瘍性病変があり、かつ、一定の時間的間隔を置いた同一の検査（画像診査など）等で進行性の性質を示すもの。 注） ここでいう治癒困難な状態とは、概ね6月間程度で死が訪れると判断される場合を指す。なお、現に抗がん剤等による治療が行われている場合であっても、症状緩和等、直接治癒を目的としていない治療の場合は治癒困難な状態にあるものとする。
2	関節リウマチ	指の小関節から股・膝のような大関節まであらゆる関節に炎症が起こり、疼痛・機能障害が出現する。とくに未明から早朝に痛みとこわばりが強い。筋、腱にも影響し筋力低下や動作緩慢が顕著になる。
3	筋萎縮性側索硬化症	筋萎縮・筋力低下、球麻痺、筋肉の線維束性収縮、錐体路症状を認める。それに反して感覚障害、眼球運動障害、膀胱直腸障害、褥瘡は原則として末期まで認めない。
4	後縦韌帯骨化症	靱帯の骨化は頸椎に最も多く、頸髄の圧迫では手足のしびれ感、運動障害、腱反射亢進、病的反射出現等の痙性四肢麻痺となる。胸髄圧迫では上肢は異常なく、下肢の痙性対麻痺となる。
5	骨折を伴う骨粗鬆症	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たり、同じ物を何回も買ってくるようになる。後期には、自分の名前を忘れたり、トイレがわからなくなったり、部屋に放尿するようになる。また失禁状態に陥る。薬物治療で進行の遅延効果が得られる場合がある。 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。
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。若天性白内障、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筋肉のこばり、ふるえ、動作緩慢、小刻み歩行などパーキンソン症状、③立位や歩行時のふらつき、呂律が回らない、字がうまく書けないなどの小脳症状、を様々な程度に組み合わせて呈する疾患である。 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及び認知症高齢者の日常生活自立度について、以下の判定基準を参考にして、該当する口にレ印をつけてください。

遷延性の意識障害等で、認知症高齢者の日常生活自立度が判断不能である場合は、□Mにレ印をつけ、「1.(3)生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容」の欄に具体的な内容を記入して下さい。

障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準

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

認知症高齢者の日常生活自立度判定基準

ランク	判 断 基 準	見られる症状・行動の例	判断にあたっての留意事項及び 提供されるサービスの例
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。		在宅生活が基本であり、一人暮らしも可能である。相談、指導等を実施することにより、症状の改善や進行の阻止を図る。
II	日常生活に支障を来すような症状・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	
III	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。		日常生活に支障を来すような行動や意思疎通の困難さがランク II より重度となり、介護が必要となる状態である。「ときどき」とはどのくらいの頻度を指すかについては、症状・行動の種類等により異なるので一概には決められないが、一時も目を離せない状態ではない。 在宅生活が基本であるが、一人暮らしは困難であるので、夜間の利用も含めた居宅サービスを利用しこれらのサービスを組み合わせることによる在宅での対応を図る。
III a	日中を中心として上記 III の状態が見られる。	着替え、食事、排便、排尿が上手にできない、時間がかかる。 やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声、奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等	
III b	夜間を中心として上記 III の状態が見られる。	ランク III a に同じ	
IV	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	ランク III に同じ	常に目を離すことができない状態である。症状・行動はランク III と同じであるが、頻度の違いにより区分される。 家族の介護力等の在宅基盤の強弱により居宅サービスを利用しながら在宅生活を続けるか、または特別養護老人ホーム・老人保健施設等の施設サービスを利用するかを選択する。施設サービスを選択する場合には、施設の特徴を踏まえた選択を行う。

M	著しい精神症状や周辺症状あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する周辺症状が継続する状態等	ランクⅠ～Ⅳと判定されていた高齢者が、精神病院や認知症専門棟を有する老人保健施設等での治療が必要となったり、重篤な身体疾患が見られ老人病院等での治療が必要となった状態である。専門医療機関を受診するよう勧める必要がある。
---	---	---	---

(2) 認知症の中核症状

申請者に認められる認知症の中核症状の有無について、以下に記載されている判定基準に基づき、該当する□にレ印をつけてください。なお、認知症の中核症状として列挙していますが、その他の疾患で同様の状態が認められる場合も、該当する□にレ印をつけてください。

短期記憶

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

記憶に問題がない場合には「□問題なし」に、覚えていないような場合には「□問題あり」にレ印をつけてください。

日常の意思決定を行うための認知能力

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

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

自分の意思の伝達能力

本人が要求や意思、緊急の問題等を表現したり伝えたりする能力を評価します。以下の各選択項目の状態例にあてはめ、該当する□にレ印をつけてください。会話に限らず、筆談・手話あるいはその組み合わせで表現される内容で評価しても差し支えありません。

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

（３）認知症の周辺症状

申請者に認められる認知症の周辺症状の有無について、該当する□にレ印をつけてください。有の場合は、以下の定義を参考にして、該当する□にレ印をつけてください。複数の状態が認められる場合は、該当する□のすべてにレ印をつけてください。その他に該当する場合には、認められる具体的な状態について（ ）内に記入してください。

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□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	局在性的大脑病変によって起こる後天性の知覚と認知の障害で、ある感覚を介する対象認知が障害されているが、その感覚自体の異常、また、知能低下、意識障害等に原因するとはいえず、また他の感覚を介すれば対象を正しく認知できるもの。視覚失認及び視空間失認、聴覚失認、触覚失認、身体失認等に大別される。
失行	随意的、合目的、象徴的な熟練を要する運動行為を行うことができない状態で、麻痺、運動失調等の要素的運動障害、また失語、失認、精神症状等で説明できないもの。局在性的大脑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。持続的圧迫及びずれ応力による局所の循環障害によって生じる阻血性壊死。
その他皮膚疾患	褥瘡以外で身体介助、入浴等に支障のある皮膚疾患がある状態。

4. 生活機能とサービスに関する意見

(1) 移動

屋外歩行

日常生活での屋外歩行の状態について、以下の各選択項目の状態例にあてはめ、該当する口にレ印をつけて下さい。

自立	自分だけで屋外を歩いている状態。歩行補助具や装具・義足を用いている場合も含みます。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みます。
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みます。
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みます。

用いていない	全く使用していない状態
主に自分で操作	車いすを用いることがあり、その場合は主に自分だけで操作（駆動）している状態。 主に室内での状態で判断し、例えば室内は自分だけでこいでいるが、屋外は後ろから押してもらっている場合なども含みます。
主に他人が操作	車いすを用いていることがあり、その場合は主に他人に操作（押してもらう等）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みますが、義足（切断の時に用いる）の使用は含めません。

使用していない	日常生活では、歩行補助具も装具も全く使用していない状態。訓練歩行の時だけは使っている場合も含みます。
屋外で使用	日頃の屋外歩行の時に使用している状態。例えば遠出の時だけの使用のように、時々使用している場合も含みます。
屋内で使用	日頃の室内歩行のときに使用している状態。例えば家事の時だけの使用のように、特定の生活行為を行う時のみ使用している場合も含みます。

（２）栄養・食生活

高齢者に多くみられる栄養問題は、慢性的なエネルギー、たんぱく質の補給不足、あるいは疾患によってエネルギー、たんぱく質の欠乏した状態（以下「低栄養」という。）です。要介護高齢者の「低栄養」は、内臓たんぱく質及び筋たんぱく質の低下をきたし、身体機能及び生活機能の低下をはじめ、感染症、褥瘡などの誘発に関わります。そこで、要介護状態の改善及び重度化の予防の観点から、「低栄養」に関連する要因として考えられる食事行為、総合的な栄養状態を評価します。医学的観点から栄養・食生活上の留意点を認める場合には具体的な内容を記載してください。

食事行為

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

自立ないし何とか自分で食べられる	自分一人で、ないし、見守り・励まし、身体的援助によって、自分で食べることができる。
全面介助	他の者の全面的な介助が必要である。

現在の栄養状態

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

良好	①過去6ヶ月程度の体重の維持（概ね3%未満）、②BMI（体重(kg)/身長 ² (m ²)) 18.5以上、③血清アルブミン値が明らかである場合には、3.5g/dlを上回る、の
----	---

	3項目全てが該当する状態。 上記指標が入手できない場合には、食事行為、食事摂取量、食欲、顔色や全身状態（浮腫、脱水、褥瘡などがない状態）から総合的に栄養状態が良いと判断される状態。
不良	①過去6ヶ月程度の体重の減少（概ね3%以上）、②BMI（体重(kg)/身長 ² (m ²)) 18.5未満、③血清アルブミン値がある場合には、3.5g/dl以下、の3項目のうち1つでも該当する状態。 上記指標が入手できない場合には、食事行為、食事摂取量、食欲、顔色や全身状態（浮腫、脱水、褥瘡などがある状態）から総合的に栄養が不良と判断される状態。

（３）現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とその対処方針

日常の申請者の状態を勘案して、現在あるかまたは今後概ね6ヶ月以内に発生する可能性の高い状態があれば、該当する□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□にレ印をつけてください。

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

（５）医学的管理の必要性

医学的観点から、申請者が利用する必要があると考えられる医療系サービスについて、以下の各サービスの内容を参考に、該当するサービスの□にレ印をつけてください。各サービスについては、予防給付で提供されるサービスも含みます。

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□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を行うものをいう。
訪問歯科診療	居宅において療養を行っている患者であって、通院が困難なものに対して、患者の求めに応じ訪問して歯科診療を行った場合又は、当該歯科診療に基づき継続的な歯科治療が認められた患者に対してその同意を得て訪問して歯科診療を行うものをいう。
訪問歯科衛生指導	訪問歯科診療を行った歯科医師の指示に基づき、歯科衛生士、保健師、看護師等が訪問して療養上必要な指導として、患者の口腔内での清掃等に係わる指導を行うものをいう。
訪問薬剤管理指導	医師の診療に基づき計画的な医学的管理を継続して行い、かつ、薬剤師が訪問して薬学的管理指導を行うものをいう。
訪問栄養食事指導	医師の診療に基づき計画的な医学的管理を継続して行い、かつ、管理栄養士が訪問して具体的な献立等によって実技指導を行うものをいう。
その他の医療系サービス	上記以外の医学的管理をいう。地域支援事業の訪問型介護予防、機能訓練、保健所が実施する保健指導、入院、短期入所（老人保健施設・診療所）等が必要とされる場合にその種類とともに記入する。

（６）サービス提供時における医学的観点からの留意事項

申請者がサービスを利用するにあたって、医学的観点から、特に留意する点があれば、「口あり」にレ印をつけ、サービスを提供する上で不安感を助長させないよう、（ ）内に具体的な留意事項を記載してください。また、血圧・嚥下等の項目以外に医学的観点からの留意事項があれば、「その他」の（ ）内に具体的な留意事項を記載してください。

血圧

血圧管理について、サービス提供時の留意事項があれば、具体的に記載してください。また、どの程度の運動負荷なら可能なのかという点等についても記入してください。

嚥下

嚥下運動機能（舌によって食塊を咽頭に移動する随意運動、食塊を咽頭から食道へ送るまでの反射運動、蠕動運動により食塊を胃に輸送する食道の反射運動）の障害について、サービス提供時の留意事項があれば、具体的に記載してください。

摂食

摂食について、サービス提供時の留意事項があれば、具体的に記載してください。

移動

移動（歩行に限らず、居室とトイレの移動や、ベッドと車椅子、車椅子と便座等への移乗等も含める）について、サービス提供時の留意事項があれば、具体的に記載してください。

運動

運動負荷を伴うサービスの提供時の留意事項があれば、具体的に記載してください。特に運動負荷を伴うサービス提供について、医学的観点からリスクが高いと判断される場合には、その状態を具体的に記載してください。

その他

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

（７）感染症の有無

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

５．特記すべき事項

申請者の主治医として、要介護認定の審査判定上及び介護保険によるサービスを受ける上で、重要と考えられる事項があれば、要点を記入してください。特に、他の項目で記入しきれなかったことや選択式では表現できないことを簡潔に記入してください。口腔内の状況から口腔清潔に関して、特に留意事項があれば、要点を記載してください。

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

申請者	(ふりがな)	男・女	〒	—
	明・大・昭 年 月 日生(歳)		連絡先 ()	

上記の申請者に関する意見は以下の通りです。

主治医として、本意見書が介護サービス計画作成に利用されることに ☐ 同意する。 ☐ 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 年 月 日
(2) 意見書作成回数	☐ 初回 ☐ 2回目以上
(3) 他科受診の有無	☐ 有 ☐ 無 (有の場合)→ ☐ 内科 ☐ 精神科 ☐ 外科 ☐ 整形外科 ☐ 脳神経外科 ☐ 皮膚科 ☐ 泌尿器科 ☐ 婦人科 ☐ 眼科 ☐ 耳鼻咽喉科 ☐ リハビリテーション科 ☐ 歯科 ☐ その他 ()

1. 傷病に関する意見

(1) 診断名 (特定疾病または生活機能低下の直接の原因となっている傷病名については1.に記入) 及び発症年月日					
1.	_____	発症年月日	(昭和・平成	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			☐ 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]					

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	☐ 点滴の管理	☐ 中心静脈栄養	☐ 透析	☐ ストーマの処置	☐ 酸素療法
	☐ レスピレーター	☐ 気管切開の処置	☐ 疼痛の看護	☐ 経管栄養	
特別な対応	☐ モニター測定 (血圧、心拍、酸素飽和度等) ☐ 褥瘡の処置				
失禁への対応	☐ 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 ☐ 有	[症状名: _____] 専門医受診の有無 ☐ 有 () ☐ 無

(5) 身体の状態

利き腕 (□右 □左) 身長= cm 体重= kg (過去6ヶ月の体重の変化 □ 増加 □ 維持 □ 減少)

□四肢欠損 (部位:)

□麻痺

□右上肢 (程度: □軽 □中 □重) □左上肢 (程度: □軽 □中 □重)

□右下肢 (程度: □軽 □中 □重) □左下肢 (程度: □軽 □中 □重)

□その他 (部位: 程度: □軽 □中 □重)

□筋力の低下 (部位: 程度: □軽 □中 □重)

□関節の拘縮 (部位: 程度: □軽 □中 □重)

□関節の痛み (部位: 程度: □軽 □中 □重)

□失調・不随意運動 ・上肢 □右 □左 ・下肢 □右 □左 ・体幹 □右 □左

□褥瘡 (部位: 程度: □軽 □中 □重)

□その他の皮膚疾患 (部位: 程度: □軽 □中 □重)

4. 生活機能とサービスに関する意見

(1) 移動

屋外歩行 □自立 □介助があればしている □していない

車いすの使用 □用いていない □主に自分で操作している □主に他人が操作している

歩行補助具・装具の使用(複数選択可) □用いていない □屋外で使用 □屋内で使用

(2) 栄養・食生活

食事行為 □自立ないし何とか自分で食べられる □全面介助

現在の栄養状態 □良好 □不良

→ 栄養・食生活上の留意点 ()

(3) 現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とその対処方針

□尿失禁 □転倒・骨折 □移動能力の低下 □褥瘡 □心肺機能の低下 □閉じこもり □意欲低下 □徘徊

□低栄養 □摂食・嚥下機能低下 □脱水 □易感染性 □がん等による疼痛 □その他 ()

→ 対処方針 ()

(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し

□期待できる □期待できない □不明

(5) 医学的管理の必要性 (特に必要性の高いものには下線を引いて下さい。予防給付により提供されるサービスを含みます。)

□訪問診療 □訪問看護 □訪問歯科診療 □訪問薬剤管理指導

□訪問リハビリテーション □短期入所療養介護 □訪問歯科衛生指導 □訪問栄養食事指導

□通所リハビリテーション □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 ()

・摂食 □特になし □あり () ・運動 □特になし □あり ()

・嚥下 □特になし □あり () ・その他 ()

(7) 感染症の有無 (有の場合は具体的に記入して下さい)

□無 □有 () □不明

5. 特記すべき事項

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

主治医の診断書様式に関する診断の手引き

2. 医学的判断

1) 認知症の診断

米国精神医学会による認知症の診断基準を用いる。国際的にも最も一般的な考え方である。意識障害がないことが前提であり、記憶障害に加えて、それ以外の認知機能障害、見当識障害や判断力の障害、実行機能障害が認められ、それらの障害によって日常の社会生活や対人関係に支障を来し、病因として器質性病変の存在が確認あるいは推定され、うつ病などが除外されれば認知症と診断される。

2) 認知症の病型診断

経過、臨床症状、画像を合わせても病型診断が困難であることは少なくない。一方で典型的な経過を示すことも多い。

	アルツハイマー型 A D	レビー小体型 D L B	前頭側頭型 F T D	血管性 V a D
好発年齢	65歳未満発症 早発型 65歳以上発症 晩発型	65-75	50-60	なし
初発症状の 特徴	記憶障害 実行機能障害	パーキンソニズム 睡眠障害 初期には記憶障害はめだ たない	喚語困難 意欲低下 脱抑制的行動 記憶障害	運動麻痺 実行機能障害 記憶障害
臨床症状の 特徴	エピソード記憶の障害 自己評価の障害	症状の日内変動 易転倒性 幻視	失語 常同行動 食行動の異常 時に家族性あり 病識の高度の消失	階段状、突発性の症状変 動 進行の停止
経過	緩徐に進行 身体合併症により悪化	変動しながら進行性に悪 化。A Dよりも経過が早 い。また易転倒性による 骨折も悪化要因となる	緩徐に進行 語義失語や 進行性失語も最終的には F T Dの特徴を呈してく る	段階的、突発的に悪化 一方で進行がほとんど 見られない時期も
代表的な 診断基準	NINCDS-ADRDA Neurology 34:939-944、 1984	McKeithらの診断基準 Neurology 65:1863-1872、 2005	Nearyらの診断基準 Neurology 51: 1546-1554、 1998 International Behavioural Variant FTD Criteria (FTDC) Brain 134; 2456-2477、 2011	NINDS-AIREN Neurology 43:250-260、 1993

3) CDR のポイント

CDR を計算するポイントは以下の通りである。

原則として、記憶の評価が優先される。

たとえば、記憶が 0.5 点で、それ以外の項目が 0 点の場合、CDR は 0.5 点となる。

記憶が 0 の場合、

(ア)記憶以外の 2 つ以上の項目の点数が 0.5 以上の点数でなければ、CDR は 0 である。

(イ)記憶以外の 2 つ以上の項目が 0.5 の場合、CDR は 0.5 となる。

記憶以外の項目の 1 つもしくは 2 つが記憶の点数と同じである場合、3 つ以上の記憶以外の項目が記憶よりも 1 ランク大きい (小さい) 場合を除いて、記憶の点数が CDR となる。

記憶以外の項目が 3 つ以上同点の場合、

(ウ)記憶と同じ点数である場合は、CDR は記憶の点数となる。

(エ)記憶の点数よりも 1 ランク大きい (小さい) 場合、CDR の点数は、記憶以外の 3 つ以上の項目が示す数となる。

(オ)記憶の点数よりも 1 ランク大きく (もしくは小さく) かつ残り 2 つの記憶以外の項目が記憶の点数よりも 1 ランク小さい (もしくは大きい) 場合、CDR は記憶の点数となる。

- ~ に該当しない場合には、目黒謙一、痴呆の臨床：医学書院を参照のこと。
- CDR の点数を記入しない場合は、所見欄に「なし、疑い (軽度認知障害)、軽度、中等度、重度」と重症度を必ず記入する。
- 軽度認知障害とは、認知症とも知的に正常とも言えない中間状態を指し、家事や仕事等の日常生活動作が概して正常な状態である。
- 軽度認知症とは手段的日常生活動作には支障があるため、職業あるいは社会活動が障害されているが、基本的日常生活動作は自立しており入浴、更衣、排泄など身の清潔を保つことができる。
- 中等度認知症とは基本的日常生活動作にも障害がみられ、家庭での日常生活でも自立できないことがあり、ある程度の介助が必要な状態である。
- 重度認知症では、重度の記憶障害があり、人物に関するもの以外の見当識が失われ、問題解決や判断は不能で、家庭内外での活動に支障があり、多大な介助が必要な状態である。

臨床的認知症尺度(CDR)の判定表

CDR	0	0.5	1	2	3
	障害				
	なし 0	疑い 0.5	軽度 1	中等度 2	重度 3
記憶 (M)	記憶障害なし 軽度の一貫しな い物忘れ	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	中程度記憶障害 特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 高度に学習したもの のみ保持、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す る程度
見当識 (O)	見当識障害なし	時間的関連の軽度の 困難さ以外は障害な し	時間的関連の障害中程度 あり、検査では場所の見 当識良好、他の場所で時 に地誌的失見当	時間的関連の障害重 度、通常時間の失見当、 しばしば場所の失見当	人物への見当識のみ
判断力と 問題解決 (JPS)	日常の問題を解 決 仕事をこなす 金銭管理良好 過去の行動と関 連した良好な判 断	問題解決、類似性差 異の指摘における軽 度障害	問題解決、類似性差異の 指摘における中程度障害	問題解決、類似性差異 の指摘における重度障 害	問題解決不能
			社会的判断は通常、保持 される	社会的判断は通常、障 害される	判断不能
地域社会 活動 (CA)	通常の仕事、買い 物、ボランティア、社会的グルー プで通常の自立 した機能	左記の活動の軽度の 障害	左記の活動のいくつか にかかわっていても、自立 できない 一見正常	家庭外では自立不可能 家族のいる家の外に連 れ出しても他人の目に は一見活動可能に見え る	
家庭生活 および 趣味・関心 (HH)	家での生活、趣 味、知的関心が十 分保持されている	家での生活、趣味、 知的関心が軽度障害 されている	軽度しかし確実な家庭生 活の障害 複雑な家事の障害、複雑 な趣味や関心の喪失	単純な家事手伝いのみ 可能 限定された関心	家庭内における意味の ある生活活動困難
介護状況 (PC)	セルフケア完全		奨励が必要	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 頻回な失禁

[Morris JC、The Clinical Dementia Rating (CDR): Current version and scoring rules. Neurology 1993、43:2412-2414;

目黒謙一、痴呆の臨床：CDR 判定用ワークシート解説．医学書院、2004、p.104 より]

3. 身体・精神の状態に関する検査結果

1) 認知機能検査、心理学的検査

HDS-R MMSEのどちらを用いてもよいが、合計点のみでなくどの領域で失点しているかも示す。

2) 臨床検査

全血算では高齢者に潜在する貧血や感染症による白血球増加をチェックする。

生化学検査は、通常の肝機能、腎機能、電解質、血糖に加えて、認知機能低下を引き起こす原因となる疾患の鑑別のための下記検査も行う。

甲状腺機能（TSH、FT3、FT4）→甲状腺機能低下症 血清梅毒検査→神経梅毒

アンモニア→肝性脳症 ビタミンB1→Wernicke 脳症 ビタミンB12、葉酸→それぞれの欠乏症

カルシウム→副甲状腺機能亢進症、副甲状腺機能低下症、骨粗鬆症治療薬による高カルシウム血症

3）その他の検査（CT検査等）

画像検査の役割は大きく分けて2つある。1つは、脳出血や慢性硬膜下血腫、脳腫瘍といった他の疾患によって、認知症に類似した状態が引き起こされていないかどうかという除外診断目的。2つめは認知症の病型診断の補助診断である。画像による病型鑑別の要点を表に示す。

	アルツハイマー型 A D	レビー小体型 D L B	前頭側頭型 F T D	血管性 V a D
M R I C T	海馬、頭頂側頭葉 の萎縮（初期には目 立たない）	海馬の萎縮 （A D に比べ軽度 のことが多い）	前頭葉・側頭葉のナ イフの刃様の萎縮	両側視床、側頭葉梗塞 多発する皮質下梗塞 高度の白質病変
S P E C T F D G - P E T	頭頂側頭連合野 後部帯状回 楔前部 前頭葉	頭頂側頭連合野 後頭葉	前頭葉 頭頂側頭連合野 （A D に比べて軽 い）	血管障害の病巣により 一定の傾向をもたない
その他		M I B G 心筋シン チで取り込み低下		

4．認知機能障害等の状態

記憶障害（健忘）

新しいことを覚えたり、最近の出来事を思い出すことができない。

質問や会話を繰り返す。

忘れ物や探し物が多い。

視覚認知の障害（失認）

視力は保たれているのに、知っている物や人の顔が見ただけでは分らない。

知っている場所で道に迷う。

言語の障害

言葉がすぐに出てこない。

発話が困難である。

家族の話を正しく理解できない。

文字の読み書きが困難である。

視空間認知の障害

左右の判断ができない。

左（または右）側に気づくことができない。

（視覚や運動の障害が無いにもかかわらず）目の前の物に手を伸ばすことができない。

見当識障害

自分のいる場所が分からない。

季節、年、月、日が分からない。

行為の障害（失行）

日常物品がうまく使えない。

手がうまく動かせない。

服がうまく着られない。

実行機能障害

見通しや計画を立てて行動することができない。

買い物や金銭の管理ができない。

物事を適切に判断することができない。

人格・感情の障害（項目がない場合は、空欄に記載すること。）

無気力、興味・関心の低下。

強迫的な行動。

共感性の欠如、わが道を行く（他人を顧みない）行動。

不安が強い。

待てない、我慢できない。

【認知症と自動車の運転に関する諸論（資料からの抜粋）】

・認知症患者における事故リスクの上昇

〔資料 1、p11〕自動車の運転には、記憶、視空間認知、交通法規等の知識、判断力、注意能力など多くの認知機能が必要となり、これらの認知機能に広範な障害を有する認知症患者は、事故を生じるリスクが高くなると考えられる。実際、認知症患者の 23～47%がその経過中、1 回以上の自動車事故を経験していること、また認知症患者は同年齢の健常者に比し、2.5～4.7 倍自動車事故を起こすリスクが高いことが報告されている。さらに、一度事故を起こし、その後運転を継続していた認知症患者の 40%が再び事故を起こしていることも報告されている。

・認知機能低下の種類と運転技能の障害、運転技能テスト

〔資料 1、p13～14〕認知症では個々の患者で様々な認知機能が様々な程度障害されるため、異なった自動車運転技能の障害が生じうる。例えば記憶障害のある患者は目的地を忘れてしまうことがあるであろうし、視空間認知機能障害のある患者は反対車線を走行してしまうかもしれない。注意障害のある患者は重要な標識を見逃してしまう可能性があるし、意味記憶障害のある患者はそもそも標識の意味がわからないこともあり得る。実際、これらの様々な認知機能検査は路上運転技能評価成績や事故の発生を予測することが報告されている。

・アルツハイマー病の場合

〔資料 1、p53～54〕初診時、自動車の運転を行っており、過去に交通事故、違反歴が確認されたアルツハイマー病(AD)患者と、事故、違反歴、運転上の問題のない AD 患者を抽出した。＜中略＞その現病歴から確認された事故、違反、運転上の問題は「行き先忘れ」「迷子」「接触事故」が多く、主に記憶障害、場所に関する見当識障害、注意障害、視空間性機能に関する障害によると考えられた。

・前頭側頭葉変性症（ピック病など）の場合

〔資料 1、p26〕ピック病を代表とする前頭側頭葉変性症では、記憶障害は目立たないものの、脱抑制や、常同行動などの行為異常から運転行動上の危険性は、アルツハイマー病よりむしろ高いと考えられ、今回の対象の中にも道路を逆走した例が含まれていた。

〔資料 2、p7〕前頭側頭型認知症(FTD)と意味性認知症(SD)の違いによる運転行動の差異では、FTD 群ではわき見運転・注意散漫運転(70%)が多く、一方 SD 群では信号無視が多かった。SD 群の萎縮の左右差による運転行動については、左半球優位萎縮群では右半球萎縮有意群と比較し車間距離維持困難が 85.7%と高い一方で、右半球萎縮有意群で信号無視が 66.6%、わき見運転が 33.3%と左半球萎縮有意群より多く見られた。

・アルツハイマー病と前頭側頭葉変性症との違い

〔資料 1、p60〕運転行動においては前頭側頭葉変性症(FTLD)では車間距離調整困難が 62.5%、接触事故が 87.5%、信号・道路標識の無視が 62.5%、わき見・注意散漫運転が 62.5%に認められた。一方アルツハイマー病(AD)では、行き先忘れが 95.6%、車庫入れ失敗が 17.6%に認められた。交通事故や交通違反の危険性は、FTLD 群が 87.5%、AD 群が 21.7%で、FTLD 群の方が有意に危険性は高かった($P<0.0001$)。さらに、認知症の発症から初回事故までの期間は、FTLD 群 (1.28 ± 0.49 年)の方が AD 群 (3.0 ± 1.2 年)より有意に短かった($P<0.05$)。

〔資料 2、p7〕FTLD と AD 患者における運転行動の差異では、FTLD 群で認知症発症後の運転行動変化を 85%に認め、車間距離の維持困難(前の車をあおる) 70%、わき見・注意散漫運転 50%、信号無視 35%の順であった。＜中略＞一方 AD 群では発症後 76.7%で運転行動変化を認めたが、運転行動では運転中行き先を忘れる 72.3%、車庫入れの失敗 21.3%、車間距離の維持困難(ノロノロ運転) 10.6%の順であった。

・運転技能テストとの関係

〔資料 3、p7〕メタ分析では視空間認知課題が運転技能を直接測定するテストとよく相関したと報告されている。

〔資料 3、p38〕路上テストにおいて、＜中略＞評定者による得点とアルツハイマー病の自己評価による得点が大きく乖離した項目として、交差点の操作、警告標識への対応、車線変更操作、適切なスピード維持、適切なミラー操作、路面状況への対応などを挙げている。

資料 1 厚生労働科学研究費補助金 長寿科学総合研究事業 主任研究者：池田 学 痴呆性高齢者の自動車運転と権利擁護に関する研究 平成 15～17 年度総合研究報告書 平成 18 年 4 月

資料 2 厚生労働科学研究費補助金 長寿科学総合研究事業 主任研究者：荒井 由美子 認知症高齢者の自動車運転に対する社会支援のあり方に関する検討 平成 19 年度総括・分担研究報告書 平成 20 年 3 月

資料 3 財団法人東京都高齢者研究・福祉振興財団 東京都老人総合研究所 自立促進と介護予防研究チーム 認知機能の状況を確認する手法に関する基礎的研究 平成 17 年度受諾研究成果報告書 平成 18 年 3 月

成年後見制度における診断書作成の手引

最高裁判所事務総局家庭局

はじめに

この手引は、成年後見制度において診断書を作成する際に参考としていただくために、制度の概要を説明するとともに、成年後見制度における診断の位置付け、診断書書式、診断書記載ガイドライン及び診断書記載例の内容、診断の手続について説明したものです。

ここに示した書式等は、成年後見事件の補助及び任意後見の手続において判断資料として用いられる診断書として必要かつ十分なものとしてのモデルとして作成されたものです。新しい成年後見制度においては、使いやすい制度として作られている補助及び任意後見の利用者が多くなることが予想されていますが、これらの手続では、診断書を判断資料とすることが原則となることから、円滑な審理を進め利用者の便宜に資するために、判断資料として用いられる診断書の書式を作成したものです。成年後見制度における診断の位置付けを踏まえて、この書式等を参考に、事案に応じた適切な診断書が作成されるようにしていただきたいと思います。

なお、この診断書の書式については、今後の実務の動向を注視しながら、必要に応じて修正を加えていきたいと考えています。

平成 12 年 1 月

最高裁判所事務総局家庭局

標題を「新しい成年後見制度における診断書作成の手引」から「成年後見制度における診断書作成の手引」に改めるとともに、本文についても若干の表記上の修正を行った（平成 18 年 5 月）。

本文の記述の一部を、最近の家庭裁判所実務の実情に即したものに改めた（平成 23 年 6 月）。

本文の記述の一部を、家事事件手続法の施行に伴って追記した（平成 25 年 12 月）。

目 次

成年後見制度における診断書作成の手引	1
診断書の書式	8
診断書記載ガイドライン	9
診断書記載例	11

成年後見制度における診断書作成の手引

第 1 成年後見制度の概要

1 成年後見制度とは

成年後見制度とは、精神上の障害により判断能力が不十分な者について、契約の締結等を代わって行う代理人など本人を援助する者を選任したり、本人が誤った判断に基づいて契約を締結した場合にそれを取り消すことができるようにすることなどにより、これらの者を保護する制度です。

2 平成 12 年の制度改正前の成年後見制度（旧制度）

平成 12 年の制度改正前の成年後見制度は、本人の判断能力の程度に応じて、禁治産と準禁治産の 2 つの類型が設けられていました。禁治産は、心神喪失の常況にある者（自己の財産を管理・処分することができない程度に判断能力が欠けている者）を、準禁治産は、心神耗弱者（自己の財産を管理・処分するには常に援助が必要である程度の判断能力しか有しない者）を対象とし、それぞれの判断能力の程度に応じて保護の内容が法律（民法）で定められていました。しかし、この制度は、判断能力の不十分さが心神耗弱に至らない比較的軽度な者を対象としておらず、また、制度が硬直的であるなど、いろいろな点で利用しにくいとの指摘がありました。さらに、制度の運用についても、時間や費用の面で当事者に少なくない負担がかかっているとの指摘がありました。

3 現行の成年後見制度

現行の成年後見制度は、旧制度に対する指摘を踏まえて、本人の状況に応じた弾力的で利用しやすい制度を提供するもので、平成 12 年 4 月 1 日から施行されました。この成年後見制度には、旧制度の禁治産、準禁治産の制度を改めた「法定後見」（民法で定められます。）と、新しく作られた「任意後見」（任意後見契約に関する法律で定められます。）があります。

法定後見は、本人の判断能力の程度に応じて、後見、保佐、補助の 3 つの類型があり、精神上の障害により本人の判断能力が不十分である場合に、家庭裁判所が、法律の定めに従って、本人を援助する者（成年後見人等）を選任し、この者に本人を代理するなどの権限を与えることにより本人を保護するものです。判断能力の不十分さが最も重度な者を対象とするのが後見で、次いで保佐、そして補助になります。旧制度のうち禁治産が現行の制度の後见到、準禁治産が現行の制度の保佐に相当します。補助は、新しく設けられた類型で、判断能力が不十分ではありますが、

その状態が後見や保佐の対象となる程度には至っていない者を対象とします。

任意後見は、本人の判断能力が不十分な状態になった場合に、本人があらかじめ締結した契約（任意後見契約）に従って本人を保護するものです。任意後見契約では、代理人である任意後見人となるべき者や、その権限の内容が定められます。

なお、成年後見制度は、認知症の高齢者、知的障害者、精神障害者等精神上の障害により判断能力が不十分な者を対象とします。すなわち、身体機能に障害があるため一人では十分に財産上の行為を行うことができなくても、判断能力が十分ある者は、対象者から除かれます。

4 後見の概要

後見の対象者は、「精神上の障害により事理を弁識する能力を欠く常況にある者」（民法 7 条）です。これは、自己の財産を管理・処分できない程度に判断能力が欠けている者、すなわち、日常的に必要な買い物も自分ではできず誰かに代わってやってもらう必要がある程度の者です。後見が開始されると、成年後見人が選任され、成年後見人は、本人の行為全般について、本人を代理することができ、本人がした行為を取り消すことができます^(注1)。

（注1） 後見においては、本人がした行為は取り消すことができますが、日用品の購入等日常生活に関する行為については取り消すことができないとされています（民法 9 条）。しかし、このことは、後見の対象者には日常生活に関する行為をする能力があることを前提としたものではありません。すなわち、後見の対象者は、前記のとおり、日常的に必要な買い物も自分ではできない程度の者ですが、本人の自己決定の尊重及びノーマライゼーション（障害のある人も家庭や地域で通常の生活ができるような社会を作るという理念）から、法律はそこまで介入せず、日常生活に関する行為については取り消し得ないとしたものです。

5 保佐の概要

保佐の対象者は、「精神上の障害により事理を弁識する能力が著しく不十分である者」（民法 11 条）です。これは、判断能力が著しく不十分で、自己の財産を管理・処分するには、常に援助が必要な程度の者、すなわち、日常的に必要な買い物程度は単独でできますが、不動産、自動車の売買や自宅の増改築、金銭の貸し借り等、重要な財産行為は自分ではできないという程度の判断能力の者のことです。ただし、自己の財産を管理・処分できない程度に判断能力が欠けている者は、保佐ではなく、後見の対象者となります。

保佐が開始されると、保佐人が選任され、本人が行う重要な財産行為については、保佐人の同意を要することとされ、本人又は保佐人は、本人が保佐人の同意を得ないで行った重要な財産行為を取り消すことができます^(注2)。また、必要があれば、家庭裁判所は、保佐人に本人を代理する権限を与えることができます。

(注2) 保佐人に同意権・取消権が与えられる重要な財産行為とは、①元本を領収し又は利用すること、②金銭を借り入れたり保証をすること、③不動産その他重要な財産(自動車等)の売買等をする事、④訴訟行為をすること、⑤贈与、和解又は仲裁合意をすること、⑥相続の承認若しくは放棄又は遺産分割をすること、⑦贈与の申込みを拒絶し、遺贈を放棄し、負担付贈与の申込みを承諾し、又は負担付遺贈を承認すること、⑧新築、改築、増築又は大修繕をすること、⑨建物については3年、土地については5年を超える期間の賃貸借をすることです(民法13条1項)。したがって、これらのすべてについて自分ではできず、常に援助が必要であるという程度の判断能力の者が保佐の対象者とみることができます。その代表的なものは、不動産、自動車の売買や自宅の増改築、金銭の貸し借り等ですから、これらについて常に援助が必要かどうか、保佐に該当するか、あるいは保佐に至らない程度であるかを判断する指標とすることができます。

6 補助の概要

補助の対象者は、「精神上の障害により事理を弁識する能力が不十分である者」(民法15条1項)です。これは、判断能力が不十分で、自己の財産を管理・処分するには援助が必要な場合があるという程度の者、すなわち、重要な財産行為は、自分でできるかもしれないが、できるかどうか危うがあるので、本人の利益のためには誰かに代わってやってもらった方がよい程度の者をいいます。ただし、自己の財産を管理・処分するには常に援助が必要な程度に判断能力が著しく不十分な者は保佐の対象者に、自己の財産を管理・処分できない程度に判断能力が欠けている者は後見の対象者になるので、補助の対象とはなりません。

補助が開始されると、補助人が選任され、補助人に本人を代理する権限や、本人が取引等をするについて同意をする権限が与えられます。代理権や同意権の範囲・内容は、家庭裁判所が個々の事案において必要性を判断した上で決定します。補助人に同意権が与えられた場合には、本人又は補助人は、本人が補助人の同意を得ないでした行為を取り消すことができます。

補助を開始するに当たっては、本人の申立て又は同意が必要とされています。補助の対象者は、後見及び保佐の対象者と比べると、不十分ながらも一定の判断能力を有しているので、本人の自己決定を尊重する観点から、本人が補助開始を申し立てること又は本人が補助開始に同意していることを必要としたものです。この本人の同意は、家庭裁判所が確認するものです。これに対し、後見及び保佐においては、これらを開始するに当たり、本人の同意は要件とされていません。

7 任意後見の概要

任意後見は、本人に判断能力があるうちに、将来精神上の障害により判断能力が低下した場合に備えて、本人が任意後見人となるべき者及びその権限の内容をあら

かじめ公正証書によって契約しておき、本人の判断能力が低下した場合に、関係者からの申立てにより家庭裁判所が任意後見人を監督する任意後見監督人を選任し、契約の効力を生じさせることにより本人を保護するというものです。家庭裁判所が任意後見契約の効力を生じさせることができるのは、本人の判断能力が、法定後見でいえば、少なくとも補助に該当する程度以上に不十分な場合です。任意後見人には、契約で定められた代理権のみが与えられます。

任意後見においても、本人の自己決定を尊重する観点から、契約の効力を生じさせるに当たって、本人の申立て又は同意が必要とされており、家庭裁判所がこの本人の同意を確認することになります。

8 裁判所による監督

後見、保佐又は補助が開始された場合、家庭裁判所は、後見人、保佐人又は補助人に対し、その事務について報告を求めたり、本人の財産の状況を調査することができるほか、その事務について必要な処分を命じることや、後見監督人等を選任して監督に当たらせることができます。また、後見人等が不正行為をするなど、その任務に適しない事由があるときは、家庭裁判所は後見人等を解任することができます。

任意後見では、家庭裁判所は、家庭裁判所が選任した任意後見監督人を通じて任意後見人の事務を監督することになりますが、後見等の場合と同様に、任意後見人にその任務に適しない事由があるときは、任意後見人を解任することができます。

こうした監督を通じて、後見等の事務が適正に行われることが担保されています。

第2 診断書作成上の留意事項

1 成年後見制度における診断と鑑定

家庭裁判所は、本人の精神の状況につき鑑定をしなければ、後見及び保佐開始の審判をすることができないとされていますが、診断書の記載等から明らかに鑑定の必要はないと認めるときはこの限りではありません^(注3)。一方、補助及び任意後見については、鑑定を要しないものとされ、医師の診断書で足りるとされていますが、これらについても、必要に応じて鑑定が行われることがあります。そのため、後見等の申立てをする場合には、一般的に本人の精神の状態について医師の診断書を提出していただいております。

(注3) 鑑定書を作成する上での留意事項(鑑定書書式・記載ガイドライン・記載例等)については、「成年後見制度における鑑定書作成の手引」を参考にしてください(最寄りの家庭裁判所又は裁判所ウェブサイト(http://www.courts.go.jp/saiban/syurui_kazi/kazi_09_02/index.html))で入手することができます。)

2 診断書書式、診断書記載ガイドライン及び診断書記載例

診断書書式及び診断書記載ガイドラインは、裁判所にとって後見等の事件の手続で判断の資料となる診断書の記載の一般的な基準を示したものです。診断書書式は、診断書に求められる記載事項を示し、診断書記載ガイドラインは、それぞれの記載事項の意味や記載の要領を示しています。

後見は、精神上の障害により本人の判断能力が欠けていること、保佐は、精神上の障害により本人の判断能力が著しく不十分であること、補助は、精神上の障害により本人の判断能力が不十分であることが要件とされており、任意後見は、精神上の障害により本人の判断能力が少なくとも補助に該当する程度以上に不十分であること（保佐、後見に該当する場合も含みます。）が要件とされているので、診断書には、この点を認定するための資料となる記載、すなわち本人の精神上の障害に関する記載と本人の判断能力の程度に関する記載が求められます。また、診断書記載例は、診断書を作成する上での参考とするために、後見等の手続において比較的多く現れると考えられる症例を想定して、診断書記載ガイドラインに沿って作成したものです。

この診断書は、通常の臨床で行われる程度の診察により作成されることを前提としています。成年後見制度を当事者に利用しやすいものとするため、診断書の記載に要する利用者の時間面あるいは費用面での負担が、通常の診断書を作成する場合と比べて過度に大きなものにならないような運用が望まれます。

そこで、この診断書は、以前から本人を診察している医師が作成する場合や病状が明らかな場合には、1回の診察で作成されることが想定されています。また、以前には診察を受けていなかったために医学上の資料が不十分な場合であっても、おおむね1か月程度の期間、2、3回程度の診察で作成されることが想定されています。なお、通常の臨床で行われる程度の診察では本人の病状や判断能力の程度について判断をすることが困難である場合など、より慎重な手続を要する場合には、その旨を診断書に注記することができます。

また、この診断書は、裁判所が本人の判断能力を認定するための資料として用いるためのものですから、判断能力についての意見を記載するようになっています。本人の判断能力の具体的な程度についての資料があると、以後の手続の円滑な進行に役立つため、本人の判断能力の具体的な程度を判断することができる場合には、それについても記載することが望まれます。

任意後見の場合には、本人の判断能力が不十分、著しく不十分又は判断能力を欠く場合のいずれをも対象とすることから、本人の判断能力がこのいずれかの程度に当たることが分かれば、それ以上にどの程度に当たるかを判断しなくても保護を開始することができます。ただし、この場合にも、本人の判断能力の具体的な程度についての資料があると、以後の手続の円滑な進行に役立つため、本人の判断能力の具体的な程度を判断することができる場合には、それについても記載することが望まれます。

なお、家庭裁判所によっては、成年後見事件の審理をさらに円滑に進めるために、

この診断書書式を一部変更したり、項目を付加した診断書書式を使用している場合があります。成年後見事件の当事者からそのような書式での診断書作成の依頼があった場合にもご協力をお願いします。

裁判所ウェブサイト (http://www.courts.go.jp/saiban/syurui_kazi/kazi_09_02/index.html) から、入力可能な「診断書書式」(Word形式)のダウンロードができます。

3 診断の手続

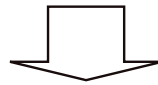
この診断書は、鑑定書とは異なり、裁判所が、診断を行うことを決定したり、診断をする医師を指定して依頼して作成されるものではなく、通常診断書と同様、当事者が医師に依頼して作成されるものであり、診断書作成にかかる費用は、通常診断書の場合と同様、当事者の負担となります。成年後見のための診断書を作成する医師にも資格等による限定はありませんが、この診断書は、本人の精神の状況について医学的見地から判断をするものですから、精神神経疾患に関連する診療科を標榜する医師又は主治医等で本人の精神の状況に通じている医師によって作成されるものと考えられます。また、診断書の内容についてさらに確認したい点がある場合には家庭裁判所から質問が行われることもあります。診断書を作成した医師に成年後見の手続において証言を求めることは少ないものと考えられます。

4 診断書の開示

平成25年1月1日に施行された家事事件手続法により、診断書は、原則として、当事者に対して開示される扱いとなります。詳細は次頁のとおりです。診断書の作成に際しては、この点に留意してください。

診断書の開示について

旧（家事審判規則 12 条 1 項）		
事件の関係人（※ 1）から 開示の申出があった場合	原則と例外	原則として非開示 （例外的に開示）
	開示の要件	家庭裁判所（家事審判官）が相当と認めるとき
	不服申立て	開示を認めないとする結論に対して 不服申立てはできない。



新（家事事件手続法 47 条）		
当事者（※ 2）から 開示の申出があった場合	原則と例外	原則として開示 （例外的に非開示）
	非開示の要件	当事者又は第三者の私生活又は業務の平穩を害するおそれがあると認められるとき（※ 4）
		当事者又は第三者の私生活についての重大な秘密が明らかにされることにより、その者が社会生活を営むのに著しい支障を生じ、又はその者の名誉を著しく害するおそれがあると認められるとき（※ 5）
		事件の性質、審理の状況、記録の内容等に照らして、当事者に開示することを不適当とする特別の事情があると認められるとき
利害関係を疎明した第三者 （※ 3）から 開示の申出があった場合	不服申立て	開示を認めないとする結論に対して 不服申立てができる。
	原則と例外	原則として非開示 （例外的に開示）
	開示の要件	家庭裁判所（裁判官）が相当と認めるとき
	不服申立て	開示を認めないとする結論に対して 不服申立てはできない。

※ 1 事件の関係人とは、申立人、本人、親族などをいう。

※ 2 当事者とは、事件の申立人や、手続に参加した本人及び親族などをいう。

※ 3 利害関係を疎明した第三者とは、手続に参加していない本人及び親族などをいう。

※ 4 診断書を閲覧した当事者が逆上して押し掛けることが予想される場合の、診断医の住居所や勤務先病院などがこれに当たる。

※ 5 本人の病歴や犯罪歴が社会的に露呈されると、本人の社会生活に著しい支障が生じるおそれがある場合などがこれに当たる。

(家庭裁判所提出用)

※ この診断書の記載要領については、最寄りの家庭裁判所にお問い合わせください。

診 断 書 (成年後見用)

1	氏名	男・女
	生年月日	M・T・S・H 年 月 日生 (歳)
	住所	
2	医学的診断	
	診断名	
	所見 (現病歴, 現在症, 重症度, 現在の精神状態と関連する既往症・合併症など)	
	備考 (診断が未確定のときの今後の見通し, 必要な検査など)	
3	判断能力についての意見 (下記のいずれかをチェックするか, (意見)欄に記載する)	
	☐ 自己の財産を管理・処分することができない。	
	☐ 自己の財産を管理・処分するには, 常に援助が必要である。	
	☐ 自己の財産を管理・処分するには, 援助が必要な場合がある。	
	☐ 自己の財産を単独で管理・処分することができる。	
	(意見)	
	判定の根拠 (検査所見・説明)	
	備考 (本人以外の情報提供者など)	

以上のとおり診断します。

平成 年 月 日

病院又は診療所の名称・所在地

担当診療科名

担当医師氏名

印

診断書記載ガイドライン

1	氏名	男・女
	生年月日	M・T・S・H 年 月 日生 (歳)
	住所	

ガイドライン

- 生年月日は、西暦で記載してもよい。

2	医学的診断
	診断名
	所見（現病歴，現在症，重症度，現在の精神状態と関連する既往症・合併症など）
	備考（診断が未確定のときの今後の見通し，必要な検査など）

ガイドライン

〈診断名〉

- 病名についての診断を記載する。鑑定で求められる程度の検査・診察を行った上での確定診断である必要はないが、病院で通常に行われる程度の診察によってなされる診断である必要がある。成年後見の開始に当たっては、何らかの精神上の障害があることを要するので、病名についての確定診断が得られない場合には、状態像についての診断又は病名についての最も可能性の高い診断名（病名については「～の疑い」という形でもよい。）が求められる。

〈所見欄〉

- 現病歴，現在症，重症度，現在の精神状態と関連する既往歴・合併症などについて，診断を導く根拠と考えられる症状の要点を簡潔に記載する。発症の時期，経過についても概要を記載するほか，現病歴，既往の疾患のうち，現在の精神の状態に影響を与えるものがある場合には，必要に応じてこの欄に記載する。
- 精神医学的診断に必要な検査については，実施した検査の名称及び結果を記載する。入院先の検査結果などで利用できるものについては，それを用いてもよい（その場合には，検査を実施した場所，検査日時についても記載する。）。

身体の状態についての検査としては，①理学的検査，②臨床検査（尿，血液）などが考えられるが，必要なもののみについて行い，その結果を記載すれば足りる。③脳波検査，④CT等もこれに当たるが，本人の症状に照らして，必要なもののみについて行えば足りる。

知能検査，心理学的検査については，①WAIS-III成人知能検査，②田中ビネー知能検査，③HDS-R長谷川式認知症スケール，④柄澤式「老人知能の臨床的判定基準」などが考えられるが，必要なもののみについて行えば足りる。

〈備考欄〉

- 診断が未確定の時の今後の見通し，必要な検査などを記載する。この診断書を作成するため受診した場合はその旨記載し，従前から診察をしていた場合は，どのような経緯・目的で診療を受けていたのかを簡潔に記載する。

3 判断能力についての意見（下記のいずれかをチェックするか、（意見）欄に記載する）

- ☐ 自己の財産を管理・処分することができない。
- ☐ 自己の財産を管理・処分するには、常に援助が必要である。
- ☐ 自己の財産を管理・処分するには、援助が必要な場合がある。
- ☐ 自己の財産を単独で管理・処分することができる。

（意見）

判定の根拠（検査所見・説明）

備考（本人以外の情報提供者など）

ガイドライン

〈判断能力判定〉

- 裁判所が本人の判断能力について判断するための参考となる意見を記載する。4項目のいずれかをチェックすることもできるし、その記載を参考に、個々の事案に応じた適宜の意見を記載することもできる。

a 「自己の財産を管理・処分することができない。」

日常的に必要な買い物も自分ではできず、誰かに代わってやってもらう必要があるという程度（後見に相当する。）。)

b 「自己の財産を管理・処分するには、常に援助が必要である。」

日常の買い物程度は単独でできるが、重要な財産行為（不動産、自動車の売買や自宅の増改築、金銭の貸し借り等）は自分ではできないという程度（保佐に相当する。）。)

c 「自己の財産を管理・処分するには、援助が必要な場合がある。」

重要な財産行為（不動産・自動車の売買や自宅の増改築、金銭の貸し借り等）について、自分で行えるかもしれないが、できるかどうか危うがある（本人の利益のためには、誰かに代わってやってもらった方がよい）という程度（補助に相当する。）。)

d 「自己の財産を単独で管理・処分することができる。」

後見、保佐又は補助のいずれにも当たらない程度。

任意後見の申立てにおいては、本人の判断能力が不十分な状態（著しく不十分又は判断能力を欠く場合を含む。）であることが分かれば、そのうちのどの程度に当たるかまで判断する必要がないため、そのような観点から意見を記載することで足りる。

なお、本人の判断能力の具体的な程度が明らかであれば事後の手の円滑な進行に役立つため、判断能力の具体的な程度を判断することができる場合には、それについても記載することが望まれる（「診断書作成の手引」第2の2，p.5～6参照）。

〈判定の根拠〉

- 判断能力判定に必要な検査の所見及び判定を導いた理由の要点を記載する。

知能検査、心理学的検査は、判断能力判定の必要に応じて実施すれば足りる。検査を実施した場合、実施した検査の名称及び結果を記載する。入院先の検査結果などで利用できるものについては、それを用いてもよい（その場合には、検査を実施した場所、検査日時についても記載する。）。)

説明については、現在の精神の状態等（検査の所見も含む。）から診断結果を導いた理由の要点について簡潔に記載する。精神医学的診断は明らかであっても、原則として判断能力の判定について説明を要する。

〈備考欄〉

- 前提事実についての情報源（説明した者の本人との関係及び名前等）その他の事項のうち、裁判所の判断に当たって参考となることがあれば記載する。

診 断 書 記 載 例

1	氏名	鈴木 A 太郎	(男)・女	
	生年月日	M・T・(S)・H	3 年	○ 月 ○ 日生 (71 歳)
	住所	東京都○□区×○町▽△番○号		
2 医学的診断 診断名 健忘症候群（血管性認知症の疑い） 所見（現病歴、現在症、重症度、現在の精神状態と関連する既往症・合併症など） 5 年ほど前から記憶力の低下が見られ、2 年ほど前から時間見当識障害が顕著になる。現時点では健忘症状を主とし、認知症の初期が疑われるが、断定はできない。 10 年前より糖尿病や高血圧症で通院加療中。 備考（診断が未確定のときの今後の見通し、必要な検査など） 血糖及び血圧コントロールに注意し、経過を追う必要あり。必要に応じて頭部CTを行う。漸次悪化のおそれあり。				
3 判断能力についての意見（下記のいずれかをチェックするか、（意見）欄に記載する） ☐ 自己の財産を管理・処分することができない。 ☐ 自己の財産を管理・処分するには、常に援助が必要である。 ☒ 自己の財産を管理・処分するには、援助が必要な場合がある。 ☐ 自己の財産を単独で管理・処分することができる。 （意見） 判定の根拠（検査所見・説明） 長谷川式認知症スケール22点。場所的及び対人的見当識は保たれており、応答にも問題はない。日常生活は特に問題がない。しかし、自宅兼工場の増改築に際して融資を受けるための書類に不備が多いことを銀行から指摘されたことがある。注意力、判断力の低下を自覚し、長男に援助を求めた。妻からも同様の状況を聞いている。 備考（本人以外の情報提供者など） 妻（鈴木E子）				

以上のとおり診断します。

平成 12 年 7 月 17 日

病院又は診療所の名称・所在地 東京都○×区△○町□□番○号 A野総合病院

担当診療科名 精神科

担当医師氏名 ○ ○ ○ ○

印

成年後見制度における鑑定書書式《要点式》

最高裁判所事務総局家庭局

は じ め に

成年後見制度における鑑定については、平成12年1月の「成年後見制度における鑑定書作成の手引」（旧称「新しい成年後見制度における鑑定書作成の手引」。以下「手引」といいます。）を参考に鑑定書の作成が行われることが一般的ですが、今後、成年後見制度のより一層の利用が見込まれる中、当事者にとってより利用しやすく、鑑定人にとっても実施しやすい鑑定が求められています。

近年、特に精神上の障害の程度が重い方を対象とした後見開始の審判等の事例において、「手引」で示された書式の中から必要な項目のみを選択して、簡潔かつ合理的に記載した鑑定書が見られるようになりました。これは、「手引」で示されている鑑定の位置付け、鑑定書書式、鑑定書記載ガイドライン等の内容を踏まえながら、事案に即した適切な鑑定書をより迅速に作成するための工夫であるといえることができるでしょう。

そこで、この度、このような鑑定の実例等を参考にしながら、「手引」の鑑定書書式のうち、事案によっては適宜記載を省略してもよいと考えられる欄ないし項目を整理した要点式の書式を作成しました。

今後、「手引」のほかこの要点式の書式も参考にして、事案に応じて簡にして要を得た鑑定書が作成されることが望ましいと考えられます。

平成18年5月

最高裁判所事務総局家庭局

本文の記述の一部を、最近の家庭裁判所実務の実情に即したものに改めた（平成19年6月）。

本文の記述の一部を、家事事件手続法の施行に伴って追記した（平成25年12月）。

目 次

成年後見制度と鑑定について……………	1
鑑定書書式《成年後見用・要点式》……………	3
鑑定書書式《成年後見用・要点式》を利用した鑑定書記載例……………	5

成年後見制度と鑑定について

1 成年後見制度とは

成年後見制度とは、精神上の疾患・障害により判断能力が低下した方（本人）に関し、本人に代わって法律行為や財産管理を行ったり、本人の財産上の行為に対し、同意を与えたり、取り消したりする後見人等を選ぶことで、本人の判断を助け、本人の利益保護を図る制度です。

裁判所が審判を行う法定後見には、本人の判断能力に応じて

- ・ 後見開始（自己の財産を管理・処分することができない方）
- ・ 保佐開始（自己の財産を管理・処分するには、常に援助が必要な方）
- ・ 補助開始（自己の財産を管理・処分するには、援助が必要な場合がある方）

の三つの類型があり、類型によって援助の内容や援助者の権限が異なります。

家庭裁判所では、親族等の申立てに基づき、本人の能力と援助の必要性の程度や、誰を後見人等に選任するかなどを判断します。

2 成年後見制度における鑑定

後見開始及び保佐開始の審判における鑑定は、審判によって本人が契約などを行う能力が制限されることになるため、慎重な手続によって判断をしようとする趣旨ですが、家庭裁判所が明らかに必要がないと認めるときは鑑定を省略することができます。また、成年後見制度をより利用しやすくするために、鑑定に要する時間や費用をより一層少ないものにすることが求められています。こうしたことから、成年後見制度における鑑定は、能力判定の資料としての重要性和制度の利用者の立場の双方に配慮したものであって、簡にして要を得たものであることが期待されています。

3 鑑定の手続

裁判所は、鑑定を行う場合には、鑑定人を指定した上で、鑑定事項を定めて鑑定人に鑑定を依頼することになります。鑑定人は、宣誓をした上で鑑定を行うこととされていますが、宣誓は、裁判所に宣誓書を提出する方法によることができます。鑑定人は、鑑定の結果を裁判所に報告しますが、鑑定書を作成して裁判所に提出するのが一般的です。鑑定の費用（鑑定料のほか鑑定に要する費用が含まれます。）は、最終的には当事者の負担になりますが、当事者が裁判所にあらかじめ費用を納付し、裁判所が金額を決定して、裁判所から鑑定人に支払われることになります。鑑定に要する期間については、裁判所と鑑定人との間で相談させていただくことになります。平成 25 年 1 月 1 日に施行された家事事件手続法により、鑑定書は、原則として、当事者に対して開示される扱いとなります。詳細は次頁のとおりです。鑑定書の作成に際しては、この点に留意してください。

より詳しくお知りになりたい場合は、「成年後見制度における鑑定書作成の手引」をご覧ください（裁判所ウェブサイト（http://www.courts.go.jp/saiban/syurui_kazi/kazi_09_02/index.html）に掲載されています。）。

また、上記ウェブサイトから、入力可能な「鑑定書書式《要点式》」（Word形式）のダウンロードができます。

鑑定書の開示について

旧（家事審判規則 12 条 1 項）		
事件の関係人（※ 1）から 開示の申出があった場合	原則と例外	原則として非開示 （例外的に開示）
	開示の要件	家庭裁判所（家事審判官）が相当と認めるとき
	不服申立て	開示を認めないとする結論に対して 不服申立てはできない。



新（家事事件手続法 47 条）		
当事者（※ 2）から 開示の申出があった場合	原則と例外	原則として開示 （例外的に非開示）
	非開示の要件	当事者又は第三者の私生活又は業務の平穩を害するおそれがあると認められるとき（※ 4）
		当事者又は第三者の私生活についての重大な秘密が明らかにされることにより、その者が社会生活を営むのに著しい支障を生じ、又はその者の名誉を著しく害するおそれがあると認められるとき（※ 5）
		事件の性質、審理の状況、記録の内容等に照らして、当事者に開示することを不相当とする特別の事情があると認められるとき
利害関係を疎明した第三者（※ 3）から 開示の申出があった場合	不服申立て	開示を認めないとする結論に対して 不服申立てができる。
	原則と例外	原則として非開示 （例外的に開示）
	開示の要件	家庭裁判所（裁判官）が相当と認めるとき
	不服申立て	開示を認めないとする結論に対して 不服申立てはできない。

※ 1 事件の関係人とは、申立人、本人、親族などをいう。

※ 2 当事者とは、事件の申立人や、手続に参加した本人及び親族などをいう。

※ 3 利害関係を疎明した第三者とは、手続に参加していない本人及び親族などをいう。

※ 4 鑑定書を閲覧した当事者が逆上して押し掛けることが予想される場合の、鑑定医の住居所や勤務先病院などがこれに当たる。

※ 5 本人の病歴や犯罪歴が社会的に露呈されると、本人の社会生活に著しい支障が生じるおそれがある場合などがこれに当たる。

鑑 定 書《成年後見用・要点式》

家庭裁判所 平成 年（家）第	支部	号	後見開始の審判	申立事件
氏名 ☐男 ☐女 ☐ 明 ☐ 大 ☐ 昭 ☐ 平 年 月 日生（ 歳） 住所				
鑑 定 事 項 及 び 鑑 定 主 文				
鑑定事項 ①精神上の障害の有無，内容及び障害の程度 ②自己の財産を管理・処分する能力 ③回復の可能性 ④その他（ ）				
鑑定主文 ☐ ①につき，精神上の障害（ ☐ 認知症 ☐ その他 ）があり，その程度は重い。 ☐ ②につき，自己の財産を管理・処分することはできない。 ☐ ③につき，回復の可能性は低い。 ☐ 次のとおり				
鑑 定 経 過				
本人の診察 実施日：平成 年 月 日 場 所： 内 容： ☐ 問診 ☐ 検査 ☐ その他（ ） 参考資料				
既 往 歴 及 び 現 病 歴 等				
学歴・婚姻歴・職歴等： ☐ 参考事項なし ☐ 参考事項あり 既往症： ☐ 特記事項なし ☐ 特記事項あり 現病歴 その他： ☐ 特記事項なし ☐ 特記事項あり				

生活の状況及び現在の精神の状態等

日常生活の状況： ☐ 全介助 ☐ その他

身体の状態

① 理学的検査： ☐ 特記事項なし ☐ 特記事項あり

② 臨床検査： ☐ 特記事項なし ☐ 特記事項あり

③ その他

精神の状態

① 意識／疎通性

☐ 意思疎通不可

☐

② 記憶力

☐ 自己の年齢（☐ 回答不可 ☐ 回答可）

☐

③ 見当識

☐ 日時（☐ 回答不可 ☐ 回答可） ☐ 場所（☐ 回答不可 ☐ 回答可）

☐

④ 計算力

☐ 計算は全くできない。

☐

⑤ 理解・判断力

☐ 理解不能

☐

⑥ 知能検査，心理学的検査

☐ HDS-R 点 ☐ その他の検査（ ）

⑦ その他

☐ 特記事項なし

☐

説 明

平成 年 月 日

以上のとおり鑑定する。

住所

所属・診療科

氏名

印

鑑定書《成年後見用・要点式》を利用した鑑定書記載例（認知症高齢者・後見開始の審判）

東京 家庭裁判所 支部 平成 18年(家)第××××号 後見開始の審判 申立事件	
氏名 丙 田 和 子 ☐ 男 ☒ 女 ☐ 明 ☐ 大 ☒ 昭 ☐ 平 2年 ○月 ○日生 (78 歳) 住所 東京都△△区・・町○丁目△番・・号	
鑑 定 事 項 及 び 鑑 定 主 文	
鑑定事項 ①精神上的障害の有無，内容及び障害の程度 ②自己の財産を管理・処分する能力 ③回復の可能性 ④その他（ ）	
鑑定主文 ☒ ①につき，精神上的障害（ ☒ 認知症 ☐ その他）が あり，その程度は重い。 ②につき，自己の財産を管理・処分することはできない。 ③につき，回復の可能性は低い。 ☐ 次のとおり	
鑑 定 経 過	
本人の診察 実施日：平成 18年 6月 28日 場 所：特別養護老人ホームA園 内 容： ☒ 問診 ☐ 検査 ☐ その他（ ） 参考資料 当院診療録，A園ケースワーカー作成の記録	
既 往 歴 及 び 現 病 歴 等	
学歴・婚姻歴・職歴等 ： ☐ 参考事項なし ☒ 参考事項あり 婚姻し3人の子をもうけ，55歳ころまで就労	
既往症 ： ☒ 特記事項なし ☐ 特記事項あり	
現病歴 平成15年1月 物忘れが目立つようになり，当院を受診，診察 及び脳CT検査にて認知症と診断される。 平成17年2月 夜間に妄想状態となることが多くなり，外出時に 迷子になることも目立つようになる。 平成17年8月 特別養護老人ホームA園に入所	
その他 ： ☒ 特記事項なし ☐ 特記事項あり	

記載ガイドライン

○事件番号を記載する。

○被鑑定人（本人）の人事事項を記載する。

○年齢は鑑定書作成時のものを記載する。

○鑑定事項は①から③が通常であるが，別途裁判所が④としてその他の事項を指定する場合もある。

○「次のとおり」をチェックする場合，鑑定事項に対応して以下の事項を記載する。

①診断名，障害の程度

②自己の財産を管理・処分することが「できない」，「常に援助が必要」，「援助が必要な場合がある」，「できる」のいずれに該当するか

③回復の見込みの有無

○診察を複数回実施した場合には，適宜その日時も書き込む。

○参考にした資料を挙げる。

○学歴・婚姻歴・職歴等は，必要に応じて確認した範囲内で，特に参考にした事項を記載する。

○精神上的障害に関係のない疾患の既往症は記載しない。

○現病歴には，現在の精神上的障害の発現時期，経過，内容及び程度，人格変化と異常行動の有無等を簡潔に記載する（箇条書きでもよい）。

○その他，精神医学的診断及び能力判定に特に関係のある特記事項があれば，簡潔に記載する。

生活の状況及び現在の精神の状態等

日常生活の状況：☒全介助 ☐その他

身体の状態

① 理学的検査：☒特記事項なし ☐特記事項あり

② 臨床検査：☒特記事項なし ☐特記事項あり

③ その他

脳CT検査（平成15年1月当院で実施）の結果から、脳萎縮が認められた。

精神の状態

① 意識／疎通性

☐意思疎通不可

☒ごく簡単な内容の会話のみ、時折成り立つ。

② 記憶力

☒自己の年齢（☒回答不可 ☐回答可）

☒年齢は24歳と誤答。自己の経歴についても回答不可である。

③ 見当識

☒日時（☒回答不可 ☐回答可） ☒場所（☒回答不可 ☐回答可）

☒家族の名前についても回答不可。障害は重篤である。

④ 計算力

☐計算は全くできない。

☒ほとんどできない。

⑤ 理解・判断力

☒理解不能

☐

⑥ 知能検査、心理学的検査

☒HDS-R 3点 ☐その他の検査（ ）

⑦ その他

☒特記事項なし

☐

○精神医学的診断及び能力判定に影響する本人の問題状況が端的に示されるように、必要に応じて、本人の日常生活の状況（日常生活動作、経済活動、社会性など）について簡潔に記載する。

○検査不要、検査不能、検査を実施して異常所見がない場合のいずれも「特記事項なし」をチェックする。

○下段のチェック欄には、上段のチェック欄（「☐意思疎通不可」など）に当てはまらない場合やそれ以外の項目について記載すべき場合にその内容を記載する。また、上段のチェック欄を補充する内容を記載してもよい。

説明

平成15年ころにアルツハイマー型認知症を発病し、現在は記憶障害、日時・場所の見当識障害等があり症状は重篤である。自立した経済活動は困難である。

○「既往歴及び現病歴等」及び「生活の状況及び現在の精神の状態等」を踏まえ、鑑定主文を導く根拠を簡潔に説明する。

平成 18年 6月 30日

以上のとおり鑑定する。

住所 東京都△△区□□町・丁目○番△△号

所属・診療科 ○・クリニック・内科

氏名 ○ ○ ○ ○ 印

高 齢 者 虐 待 と は

1 高齢者虐待防止法

平成 17 年 11 月 1 日、国会において「高齢者に対する虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」(平成 17 年法律第 124 号。以下「高齢者虐待防止法」という)が議員立法で可決、成立し、平成 18 年 4 月 1 日から施行されました。

2 「高齢者虐待」の捉え方と対応が必要な範囲について

- 高齢者虐待防止法では、法第 2 条第 4 項及び第 5 項において高齢者虐待の定義をしていますが、ここでの定義は、広い意味での高齢者虐待を「高齢者が他者からの不適切な扱いにより権利利益を侵害される状態や生命、健康、生活が損なわれるような状態に置かれること」と捉えた上で、対象を規定したものとと言えます。
- また、介護保険法第 115 条の 38 第 1 項第 4 号に、地域支援事業(包括的支援事業)のひとつとして、「高齢者に対する虐待の防止及びその早期発見のための事業、その他の高齢者の権利擁護のための必要な援助を行う事業」の実施が市区町村に義務づけられています。
- このため、市区町村は、高齢者虐待防止法に規定する高齢者虐待かどうか判別しがたい事例であっても、高齢者の権利が侵害されていたり、生命や健康、生活が損なわれるような事態が予測されるなど支援が必要な場合には、高齢者虐待防止法の取扱いに準じて、必要な援助を行っていく必要があります。

高齢者虐待防止法の概要について

1 高齢者の定義

この法律において、「高齢者」とは、65 歳以上の方をいいます。

2 高齢者虐待の定義

家庭内における養護者又は、施設等の職員による次の行為や状態をいいます。

- ① 身体的虐待、② ネグレクト(介護・世話の放棄・放任)、③ 心理的虐待、④ 性的虐待、⑤ 経済的虐待

3 養護者・養介護施設従事者等の定義

(1) 養護者

高齢者を現に養護する者であって養介護施設従事者等以外の者をさします。

(2) 養介護施設従事者等

次に掲げる施設や事業に従事する者をさします。

- ・ 老人福祉法に規定する老人福祉施設、有料老人ホーム
- ・ 介護保険法に規定する介護保険3施設、地域密着型介護老人福祉施設、地域包括支援センター
- ・ 老人福祉法に規定する老人居宅生活支援事業
- ・ 介護保険法に規定する居宅介護(介護予防)支援事業、居宅・介護予防サービス事業、地域密着型(介護予防)サービス事業

4 通報義務

(1) 養護者若しくは養介護施設従事者等による高齢者虐待を受けたと思われる高齢者を発見した者は、当該高齢者の生命又は身体に重大な危険が生じている場合には、速やかに市町村に通報しなければなりません。

(2) 前項に定める場合のほか、養護者若しくは養介護施設従事者等による高齢者虐待を受けたと思われる高齢者を発見した者は、速やかに市町村に通報するよう努めなければなりません。

(3) 養介護施設従事者等は、その従事する養介護施設又は養介護事業において業務に従事する者による高齢者虐待を受けたと思われる高齢者を発見した場合は、速やかに市町村に通報しなければなりません。

5 高齢者虐待の早期発見等

高齢者の福祉に業務上関係のある団体及び職務上関係のある者は、高齢者虐待を発見しやすい立場にあることを自覚し、高齢者虐待の早期発見に努めなければなりません。

6 市区町村の役割

高齢者及び養護者に対する相談・指導・助言、その他必要な措置等の支援を行います。

高齢者虐待の通報及び高齢者本人からの虐待を受けている旨の届出を受けたときには、高齢者の安全の確認や事実の確認を行い、必要な措置を講じます。

養介護施設従事者等による高齢者虐待の通報を受けた場合は、必要な権限を適切に行使し、高齢者の安全を図り、虐待を防止しなければなりません。

高齢者虐待の例

区 分	内 容 と 具 体 例
身体的虐待	暴力行為などで、身体に傷やアザ、痛みを与える行為や、外部との接触を意図的、継続的に遮断する行為。 (具体的な例) ・ 平手打ちをする、つねる、殴る、蹴る、無理矢理食事を口に入れる、やけど・打撲させる ・ ベッドに縛り付けたり、意図的に薬を過剰に服用させたりして、身体拘束、抑制をする 等
介護・世話の 放棄・放任	意図的であるか、結果的であるかを問わず、介護や生活の世話を行っている家族が、その提供を放棄または放任し、高齢者の生活環境や高齢者自身の身体・精神的状態を悪化させていること。 (具体的な例) ・ 入浴しておらず異臭がする、髪が伸び放題だったり、皮膚が汚れている ・ 水分や食事を十分に与えられていないことで、空腹状態が長時間にわたって続いたり、脱水症状や栄養失調の状態にある ・ 室内にごみを放置するなど劣悪な住環境の中で生活させる ・ 高齢者本人が必要とする介護・医療サービスを、相応の理由なく制限したり、使わせない 等
心理的虐待	脅しや侮辱などの言語や威圧的な態度、無視、嫌がらせ等によって、精神的、情緒的に苦痛を与えること。 (具体的な例) ・ 排泄の失敗等を嘲笑したり、それを人前で話すなどにより、高齢者に恥をかかせる ・ 怒鳴る、ののしる、悪口を言う ・ 侮辱を込めて、子どものように扱う ・ 高齢者が話しかけているのを意図的に無視する 等
性的虐待	本人との間で合意が形成されていない、あらゆる形態の性的な行為またはその強要。 (具体的な例) ・ 排泄の失敗等に対して懲罰的に下半身を裸にして放置する ・ キス、性器への接触、セックスを強要する 等
経済的虐待	本人の合意なしに財産や金銭を使用し、本人の希望する金銭の使用を理由なく制限すること。 (具体的な例) ・ 日常生活に必要な金銭を渡さない、使わせない ・ 本人の自宅等を本人に無断で売却する ・ 年金や預貯金を本人の意思・利益に反して使用する 等

(参考)「家庭内における高齢者虐待に関する調査」(平成15年度)財団法人 医療経済研究機構

高齢者虐待発見チェックリスト

虐待が疑われる場合の『サイン』として、以下のものがあります。複数のものにあてはまると、疑いの度合いはより濃くなってきます。これらはあくまで例示ですので、この他にも様々な『サイン』があることを認識しておいてください。

《身体的虐待のサイン》

チェック欄	サイン例
	身体に小さなキズが頻繁にみられる。
	太腿の内側や上腕部の内側、背中等にキズやみみずばれがみられる。
	回復状態が様々な段階のキズ、あざ等がある。
	頭、顔、頭皮等にキズがある。
	臀部や手のひら、背中等に火傷や火傷跡がある。
	急におびえたり、恐ろしがったりする。
	「怖いから家にいたくない」等の訴えがある。
	キズやあざの説明のつじつまが合わない。
	主治医や保健、福祉の担当者に話すことや援助を受けることに躊躇する。
	主治医や保健、福祉の担当者に話す内容が変化し、つじつまがあわない。

《心理的虐待のサイン》

	かきむしり、噛み付き、ゆすり等がみられる。
	不規則な睡眠(悪夢、眠ることへの恐怖、過度の睡眠等)を訴える。
	身体を萎縮させる。
	おびえる、わめく、泣く、叫ぶなどの症状がみられる。
	食欲の変化が激しく、摂食障害(過食、拒食)がみられる。
	自傷行為がみられる。
	無力感、あきらめ、投げやりな様子になる。
	体重が不自然に増えたり、減ったりする。

《性的虐待のサイン》

	不自然な歩行や座位を保つことが困難になる。
	肛門や性器からの出血やキズがみられる。
	生殖器の痛み、かゆみを訴える。
	急に怯えたり、恐ろしがったりする。
	ひと目を避けるようになり、多くの時間を一人で過ごすことが増える。
	主治医や保健、福祉の担当者に話すことや援助を受けることに躊躇する。
	睡眠障害がある。
	通常的生活行動に不自然な変化が見られる。

《経済的虐待のサイン》

	年金や財産収入があることは明白なのにもかかわらず、お金がないと訴える。
	自由に使えるお金がないと訴える。
	経済的に困っていないのに、利用負担のあるサービスを利用したがない。
	お金があるのにサービスの利用料や生活費の支払いができない。
	資産の保有状況と衣食住等生活状況との落差が激しくなる。
	預貯金が知らないうちに引き出された、通帳がとられたと訴える。

《ネグレクト(介護等日常生活上の世話の放棄、拒否、怠慢)のサイン(自己放任も含む)》

	居住部屋、住居が極めて非衛生的になっている、また異臭を放っている。
	部屋に衣類やおむつ等が散乱している。
	寝具や衣服が汚れたままの場合が多くなる。
	汚れたままの下着を身につけるようになる。
	かなりのじょくそう(褥瘡)ができてきている。
	身体からかなりの異臭がするようになってきている。
	適度な食事を準備されていない。
	不自然に空腹を訴える場面が増えてきている。
	栄養失調の状態にある。
	疾患の症状が明白にもかかわらず、医師の診断を受けていない。

《セルフネグレクト(自己放任)のサイン》

	昼間でも雨戸が閉まっている。
	電気、ガス、水道が止められていたり、新聞、テレビの受信料、家賃等の支払いを滞納している。
	配食サービス等の食事がとられていない。
	薬や届けた物が放置されている。
	ものごとや自分の周囲に関して、極度に無関心になる。
	何を聞いても「いいよ、いいよ」と言って遠慮をし、あきらめの態度がみられる。
	室内や住居の外にゴミがあふれていたり、異臭がしたり、虫が湧いている状態である。

《養護者の態度にみられるサイン》

	高齢者に対して冷淡な態度や無関心さがみられる。
	高齢者の世話や介護に対する拒否的な発言がしばしばみられる。
	他人の助言を聞き入れず、不適切な介護方法へのこだわりがみられる。
	高齢者の健康や疾患に関心がなく、医師への受診や入院の勧めを拒否する。
	高齢者に対して過度に乱暴な口のきき方をする。
	経済的に余裕があるように見えるのに、高齢者に対してお金をかけようとしない。
	保健、福祉の担当者とかうのを嫌うようになる。

《地域からのサイン》

	自宅から高齢者や介護者・家族の怒鳴り声や悲鳴・うめき声、物が投げられる音が聞こえる。
	庭や家屋の手入れがされていない、または放置の様相(草が生い茂る、壁のペンキがはげている、ゴミが捨てられている)を示している。
	郵便受けや玄関先等が、1週間前の手紙や新聞で一杯になっていたり、電気メーターがまわっていない。
	気候や天気が悪くても、高齢者が長時間外にいる姿がしばしばみられる。
	家族と同居している高齢者が、コンビニやスーパー等で、一人分のお弁当等を頻繁に買っている。
	近所づきあいがなく、訪問しても高齢者に会えない、または嫌がられる。
	高齢者が道路に座り込んでいたり、徘徊している姿がみられる。

*このチェックリストは(高齢者処遇研究会、1996)、(世田谷区・山田、2005)をベースに、2005 年度に東京都が行った調査(東京都福祉保健局)を参考に作成したものである。

認知症の人のためのケアマネジメント センター方式シートパック（解説付）

2007.4

一人ひとりを支える 地域包括ケアをめざして



「認知症の初期から最期まで、どこに住んでいても自分らしく暮らし続けたい」そんな本人・家族の願いを実現するためにつくられたのがセンター方式（認知症の人のためのケアマネジメントセンター方式）です。

本人と家族を中心に、ケア関係者が共通シートを使って、互いの思いや実情、アイデアを出しあいながら、「本人と家族のよりよい暮らし」を一緒にめざしていく方法です。

わたしたちのこころを聴いてください。

2007年10月 本人会議アピールより
ホームページ「だいじょうぶネット」<http://www.dai-jobu.net>
(本人ネットワーク支援の情報サイトです。)



今、それぞれが知っていること、
気づいていること、
ケアの工夫やアイデアが
埋もれていませんか・・・？
互いに対話を試みましょう。
言葉や気づきを
シートに書き込んでいきましょう。

一つの記入が、本人と関係者の
今とこれからの可能性を開いていく一歩です。



センター方式のホームページは「いつどこネット」<http://www.itsu-doko.net/>

目 次

よりよい支援を効果的に進めていくためのポイント	1
認知症の長い経過を、本人・家族を中心にチームで支えていこう	2
シートを使ってチーム力を高めよう	2
ケアマネジメントの流れ	3
医療と介護のよりよい協働にむけて	3
センター方式の活かし方のあれこれ	4
利用者本位のケアのポイント	5
とにかくチャレンジ！成功体験の良循環を生み出そう	6
さまざまな角度から本人の理解を深めよう（センター方式シートの全体構造）	7
それぞれのシートのねらい	8
ご本人・ご家族がセンター方式を活用してみよう	9
シートを実際を書いてみよう	11
個人情報の保護を徹底しよう	12
シートの記入ポイント	13
センター方式シート	

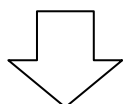
■ Aシート群 基本情報	A - 1：私の基本情報シート A - 2：私の自立度経過シート A - 3：私の療養シート A - 4：私の支援マップシート
■ Bシート群 暮らしの情報	B - 1：私の家族シート B - 2：私の生活史シート B - 3：私の暮らし方シート B - 4：私の生活環境シート
■ Cシート群 心身の情報	C - 1 - 1：私の心と身体の全体的な関連シート C - 1 - 2：私の姿と気持ちシート
■ Dシート群 焦点情報	D - 1：私ができること・私ができないことシート D - 2：私がわかること・私がわからないことシート D - 3：生活リズム・パターンシート D - 4：24時間生活変化シート D - 5：私が求めるかわり方シート
■ Eシート	24時間アセスメントまとめシート（ケアプラン導入シート）

認知症の人のためのケアマネジメント「12の鍵」

よりよい支援を効果的に進めていくためのポイント

認知症の人が、わが町で暮らし続けるためにみんなが力をあわせて、本人と家族を支えていこう

- ケア関係者が、ばらばらではなくチームを組んで
- 関係者が方針（視点）をそろえて
- 関係者が方法（アセスメント、シート等）をそろえて



そのための共通の方法として「センター方式」がつくられました。

センター方式とは

正式名称：認知症の人のためのケアマネジメントセンター方式

利用者本位のケアを多様な立場や職種の人々が協働で実践するための共通方法として、現場の声とアイデア、実践成果をもとにつくりだされたものです。

- 認知症の人の特徴を総合的にとらえるために、センター方式シートを使います。
 - ・ シートは、1枚ずつ単独でも使えます（ミシン目で切り取ってご活用下さい）。
 - ・ 既存のアセスメントツールと併用しながら使えます。
 - ・ シートは、ケアを楽によりよくしていくための、いろいろな活用方法があります。（P.4 参照）
- いつでも、どこでも、使えます。
 - ・ 認知症の初期からターミナルまで、すべてのステージの利用者で使えます。
 - ・ 居宅サービスでも、施設サービスでも使えます。（P.2 参照）
- 本人を支える人々が、立場や専門によらず一緒に使えます。
 - ・ 福祉職と医療職が、一緒に使えます。（P.3 参照）
 - ・ 家族とも一緒に使えます。（P.9～10 参照）
- チームで一緒に使うことで、様々な成果がでることが確認されています。（平成16年度厚生労働省老人保健健康増進等事業結果より。P.6 参照）

これからの認知症ケアのあり方：利用者本位のケア

利用者本位を漠然とした目標で終わらせずに、今支援している「その人にとって何が大切か」、関係者が視点を共有しながら実践できることを一緒に見つけていくために、センター方式では「共通の5つの視点」を重要な指針としています。

日常的に「共通の5つの視点」で本人と向き合しましょう。

困った時には「共通の5つの視点」に立ち戻って、みんなでとにかく話し合おう。

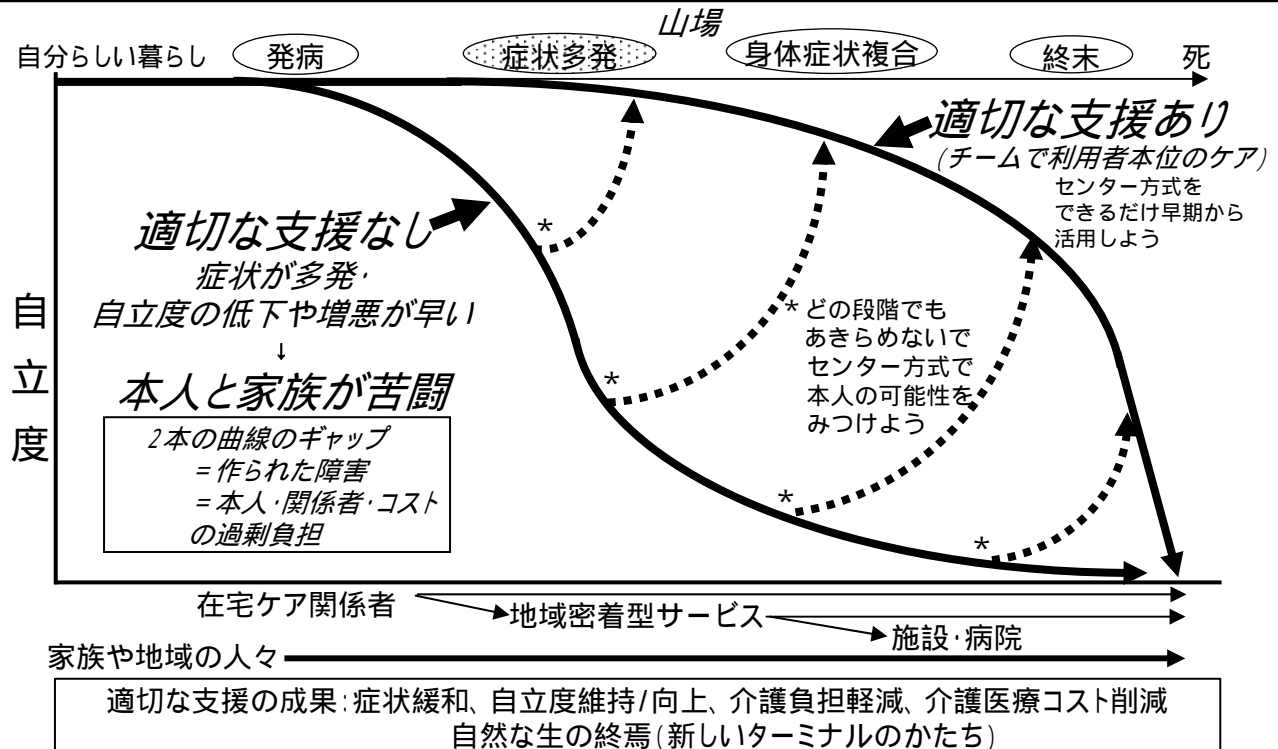
共通の5つの視点

- 1．その人らしいあり方
- 2．その人にとっての安心・快
- 3．暮らしの中での心身の力の発揮
- 4．その人にとっての安全・健やかさ
- 5．なじみの暮らしの継続（環境・関係・生活）

認知症の長い経過を、本人・家族を中心に チームで支えていこう

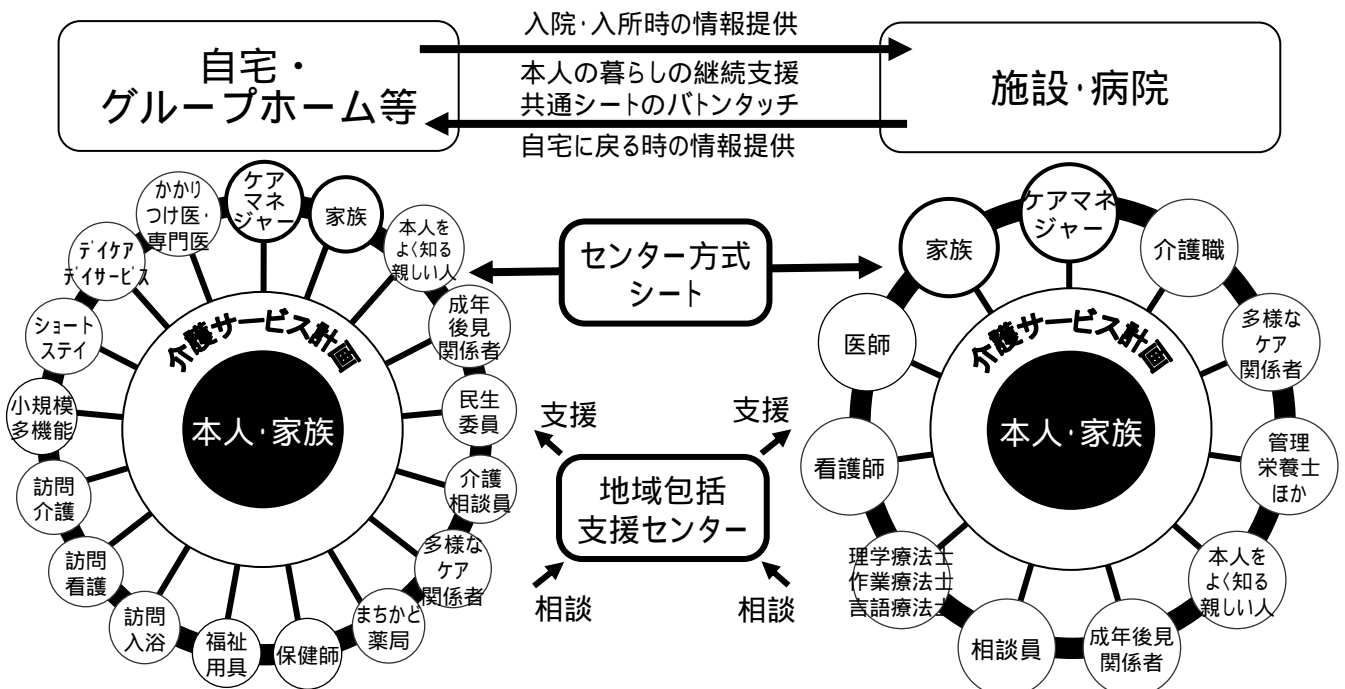
* センター方式を共通ツールにしながチームを育て、バトンタッチしながら支えていこう。

* どの段階でもあきらめず、本人が自分らしく暮らす可能性に挑戦しよう。

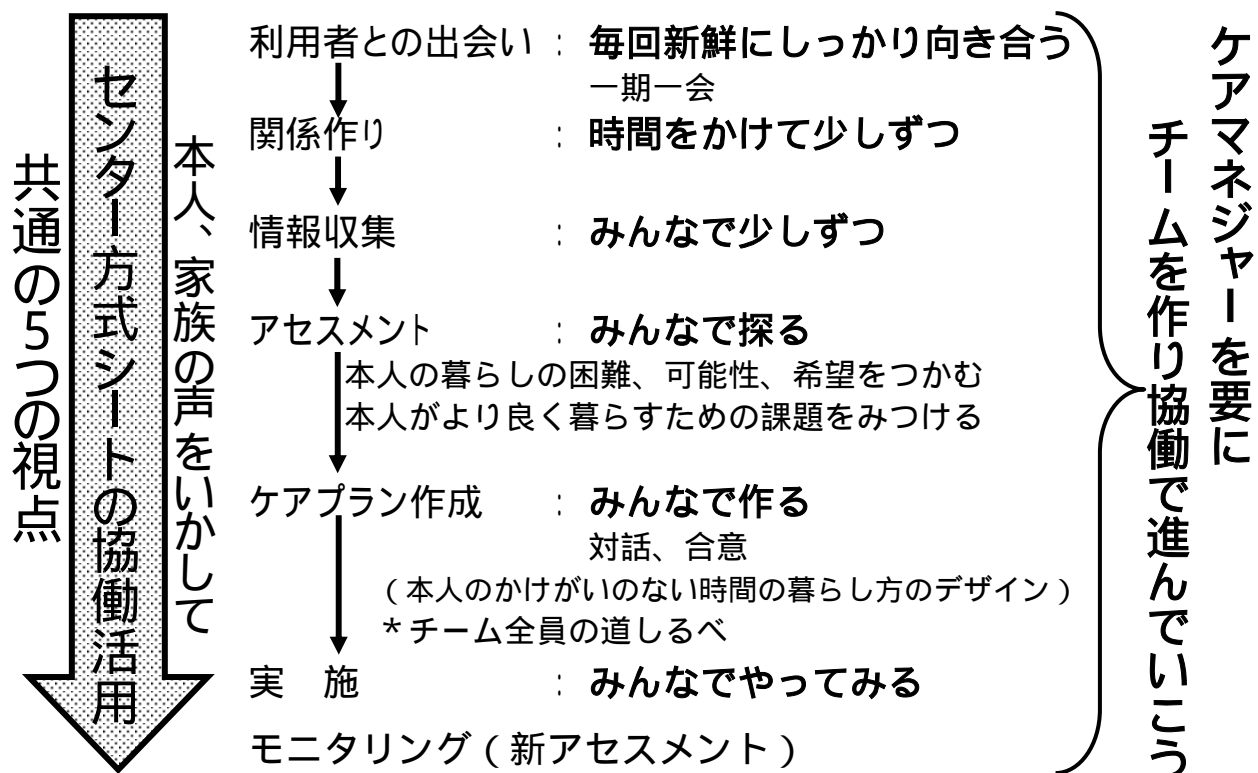


一人ひとりのための地域包括ケアに向けて シートを使ってチーム力を高めよう

本人を支えるケア関係者が、センター方式シートを一緒に活用することを通して、
チーム力を高め、ケアの成果や業務の効率化を生み出していきます。



ケアマネジメントの流れ ～ みんなで一緒に ～



医療と介護のよりよい協働にむけて 「センター方式シート」から得られる情報と活用例

家族やケアマネジャー、ケアスタッフからシートを通して伝えられる情報		シートを利用した医療側の活用例
D - 3 生活リズム・パターンシート	睡眠パターン、排泄パターンがつかめる。 食事・水分量、転倒等のリスクがつかめる。	○ 日常の事実情報に基づく状態の見極め ○ 個別の実態に即した服薬調整 ○ かかりつけ医意見書作成の参考資料
D - 4 24時間生活変化シート	1日の状態の変動や1日の過ごし方がわかる。 変動の影響要因に関連する情報が得られる。	○ 変化やリスクの早期発見 ○ 検査・治療、手術を安定して受けられるための個別対応策 ○ 当事者やケア関係者への具体的な助言 ○ 入院・入所のリロケーションダメージを防ぐための情報提供 ○ 本人と家族が安心して外来受診や往診を受けられるための、時間決めや環境づくり
A - 3 療養シート	本人の受診状況や服薬の全体状況がわかる。	○ 経過全体の把握、認知症のステージの見極めや方針決定の参考資料
A - 2 自立度経過シート	認知症や自立度の経過がわかる。 経過の影響因子に関する情報が得られる。	○ 本人や家族の困りごと、願いや要望の把握 ○ 当事者本位の治療やケアの方針の決定 ○ 医療者による介護保険サービス等の紹介・助言
C - 1 - 2 姿と気持ちシート	本人の思いや悩み、願いがわかる。 今の姿が見える。	
B - 1 家族シート	家族・親族の思いや悩み、要望、願いがわかる。	

センター方式の活かし方のあれこれ

- * センター方式は、日常の様々な場面で活かしていけます。
- * 少しずつ、気軽に「視点」や「方法」を活かし、使いながら共通ツールとして馴染んでいきましょう。
- * できそうなことから「ちょっとだけ活用」
→ 「小さな手がかり」→ 「即、実践」→ 「(小さな)成功体験」→ さらなる一歩へ

1. アセスメントとケアプランの展開ツールとして使おう

- ・ これまでの利用者の取り組みに、プラスアルファ、視点や情報を強化しよう。
- ・ 既存のツールを使っているところでは、補強シートとして取り入れていこう。
- ・ 新しい利用者や新設の事業所やユニットでは、始めから取り入れて、活用していこう。

2. 家族とのコミュニケーションや情報交換のためのツールとして使おう

- ・ 家族からシートを通してケア関係者（ケアマネジャーやケア担当者、医師等）に伝えてもらおう。
- ・ 家族の方からシートを使って、情報や要望をどんどん伝えていこう。
- ・ 本人や家族が見落としやすい力や希望を引き出すためのツールとして使おう。

3. 日々の気づきや情報集約のための道具として使おう

- ・ 本人や家族とのふだんの会話の中にシートの項目を盛り込んで、情報を集めていこう。
- ・ ケア関係者がシートを手元において、新たにつかんだ情報を追記していこう。
- ・ 必要なシートを記録や日誌代わりに使っていこう。

4. 関係者間での情報配信や会議に活かそう

- ・ 共通シートで効率的に情報を配信しよう。
- ・ 共通シートを活かしてケース担当者会議等を効率的に展開しよう。

5. 利用者が住み替える時は次の事業者には必ずボタンタッチをしていこう

6. これからの認知症ケアの視点と具体を学ぶ教育ツールとして使おう

- ・ 新人研修で早速使ってみよう。
- ・ 現任者のケアの振り返りで使ってみよう。

7. 相談を受けたケースの問題解決や助言のために使おう

利用者本位のケアのポイント

- ・ 表面的な問題にとらわれず、ポイントにそって本人の可能性を見つけよう。
- ・ ポイント1～7のように、いろんな角度からケアの手がかりをみつけていこう。

ポイントを押さえて効率的に情報を集めるために、おすすめシートを使ってみよう。

1～7の順番通りに進む必要はありません。やれそうなところから、とにかくスタートしよう。

特に家族の不安や負担が大きい場合は「6」や「7」から始めると効果的です。

<ケアのポイント>

<おすすめシート>

1	利用者の姿と声に 注目しよう	▶ C - 1 - 2 私の姿と気持ちシート ▶ D - 5 私の求めるかわり方シート
2	本人の変動の特徴をしり、 要因を見つけよう	▶ D - 4 24時間生活変化シート ▶ D - 3 生活リズム・パターンシート ▶ C - 1 - 1 私の心と身体の全体的な関連シート ▶ A - 3 私の療養シート
3	本人のなじみの生活をしろ うケアに活かそう	▶ B - 2 私の生活史シート ▶ B - 3 私の暮らし方シート ▶ B - 4 私の生活環境シート ▶ A - 4 私の支援マップシート
4	本人の暮らしの中で 生きる力を活かそう	▶ D - 1 私ができること・私ができない ことシート ▶ D - 2 私がわかること・私がわからない ことシート
5	本人の持つ 地域資源を活かそう	▶ A - 4 私の支援マップシート ▶ B - 2 私の生活史シート
6	家族の声と力を活かそう	▶ B - 1 私の家族シート ▶ B - 2 私の生活史シート
7	認知症の人と家族が辿る 長い経過に沿って	▶ A - 1 私の基本情報シート ▶ A - 2 私の自立度経過シート

一日の暮らしの流れの中で

本人にとっての困難、可能性、希望を明確にする。

「本人にとっての課題」の優先順位を明確にする。

ケアのアイデアをたくさん集め、実行可能な内容を明確にする。

▶ Eシート

* 本人の求めていることに応じたケアを

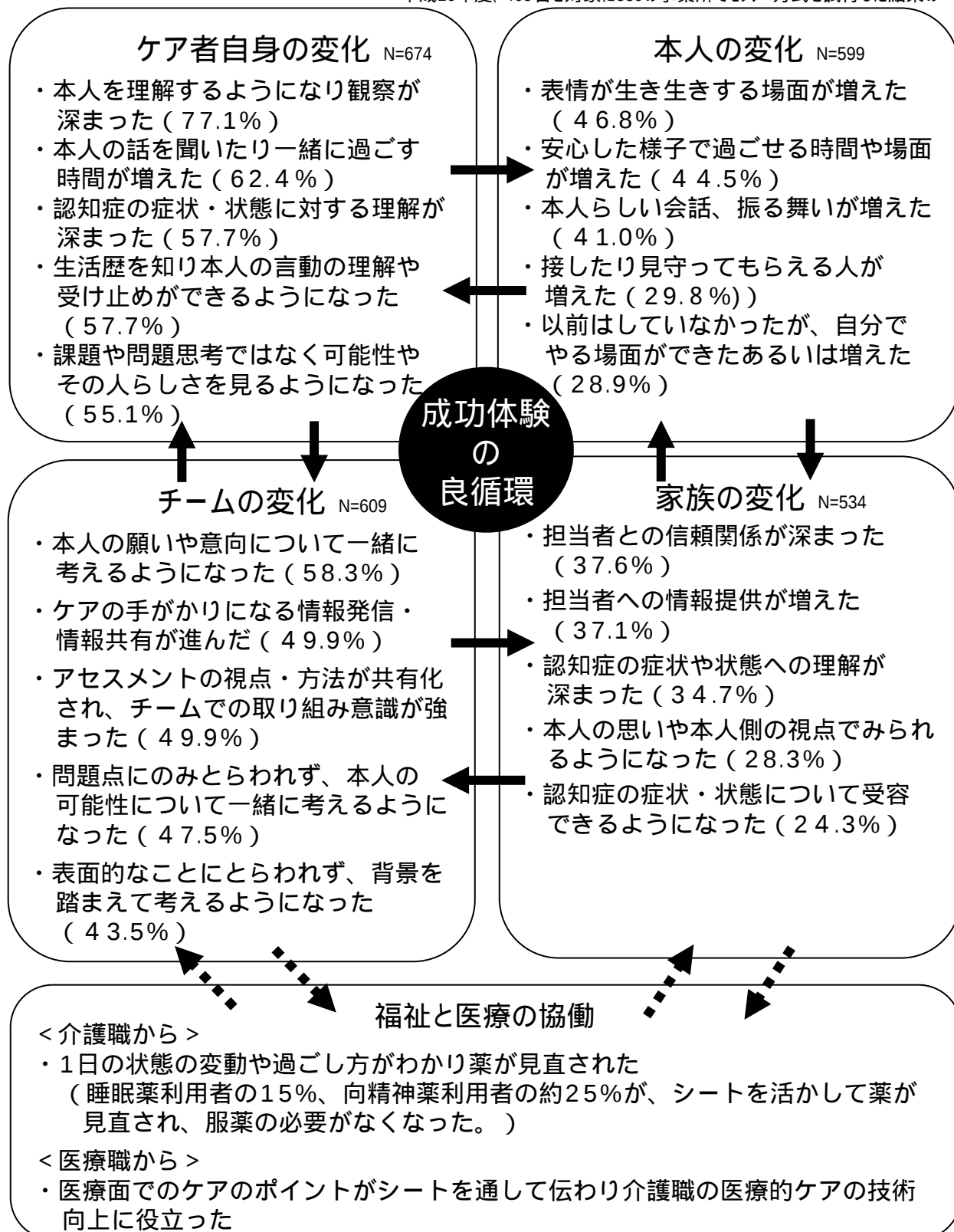
* 本人の力を最大限に活かすケアを

とにかくチャレンジ！成功体験の良循環を生み出そう

～ケア者が変わる、チームが変わる、本人・家族が変わる～

- ・ 取り組みはじめることで、ケア者自身やチームに様々な変化が起きはじめ、本人・家族にもプラスの変化が生まれてきます。
- ・ 今できることからスタートし、小さな成功体験を積み上げていこう。
- ・ 本人と共に喜びとやりがいのある日々を。

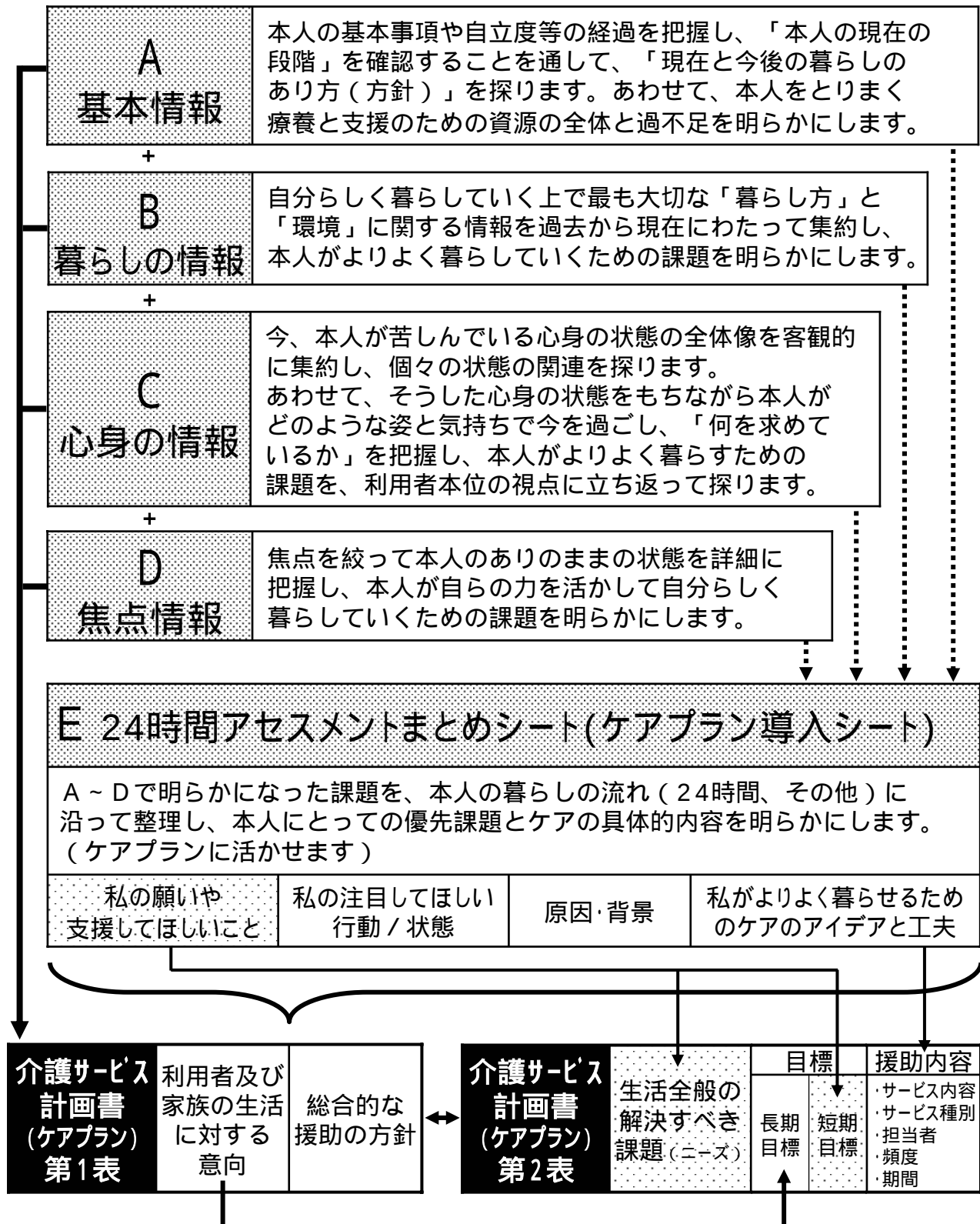
平成16年度、465名を対象に889の事業所でセンター方式を試行した結果の一部



さまざまな角度から本人の理解を深めよう

～ケアの手がかりを求めて(センター方式の全体構造)～

- ・ シートは1枚からでも利用できます。
- ・ 本人を総合的にとらえるために使用するシートを1枚ずつ広げていきましょう。
- ・ シートを通してケアプランを利用者本位のものに充実させていこう。



それぞれのシートのねらい

シート名に  マークがあるシートはセンター方式シートの中でもコアになるシートです。どこから書けば…とシートの選択に迷ったら、まずは  シートから書いてみよう。

領域	シート名		ねらい
A 基本情報	A-1	私の基本情報シート	これらの情報はご本人のためのものです。全てのシートは「利用者本位」を忘れずに、ご本人(私)を主語に、ご本人の視点でご記入ください。
	A-2	私の自立度経過シート	私の自立状態が保てるように、私の状態と変化の経過を把握してください。
	A-3	私の療養シート	今の私の病気や、のんでいる薬などを知って、健康で安全に暮らせるように支援してください。
	 A-4	私の支援マップシート	私らしく暮らせるように支えてくれているなじみの人や物、動物、なじみの場所などを把握して、より良く暮らせるよう支援してください。
B 暮らしの情報	B-1	私の家族シート	私を支えてくれている家族です。私の家族らの思いを聞いてください。
	 B-2	私の生活史シート	私はこんな暮らしをしてきました。暮らしの歴史の中から、私が安心して生き生きと暮らす手がかりを見つけてください。
	 B-3	私の暮らし方シート	私なりに築いてきたなじみの暮らし方があります。なじみの暮らしを継続できるように支援してください。
	B-4	私の生活環境シート	私が落ち着いて、私らしく暮らせるように環境を整えてください。
C 心身の情報	C-1-1	私の心と身体の全体的な関連シート	私が今、何に苦しんでいるのかを気づいて支援してください。
	 C-1-2	私の姿と気持ちシート	私の今の姿と気持ちを書いてください。
D 焦点情報	 D-1	私ができること・私ができないことシート	私ができそうなことを見つけて、機会を作って力を引き出してください。できる可能性があることは、私ができるように支援してください。もうできなくなったことは、無理にさせたり放置せずに、代行したり、安全・健康のための管理をしっかりと行ってください。
	 D-2	私がわかること・私がわからないことシート	私がわかる可能性があることを見つけて、機会をつくり力を引き出してください。私がわかる可能性があることを見つけて支援してください。もうわからなくなったことは放置しないで、代行したり、安全や健康のための管理をしっかりと行ってください。
	D-3	生活リズム・パターンシート	私の生活リズムをつかんでください。私の自然なリズムが、最大限保たれるように支援してください。水分や排泄や睡眠などを、介護する側の都合で、一律のパターンを強いないでください。
	 D-4	24時間生活変化シート	私の今日の気分の変化です。24時間の変化に何が影響を与えていたのかを把握して、予防的に関わるタイミングや内容を見つけてください。
	D-5	私の求めるかわり方シート	私に対するかわり方のまなざしや態度を点検してみましょう。
E	 24時間アセスメントまとめシート (ケアプラン導入シート)		今の私の暮らしの中で課題になっていることを整理して、私らしく暮らせるための工夫を考えてください。

ご本人・ご家族がセンター方式を活用してみよう

本人・家族の情報を活かして日々を楽に、自分らしく！
本人・家族が伝えたいことを、シートでうまく伝えよう！

センター方式シートの いろいろ

本人の姿と気持ちシート【 C - 1 - 2 】

家族の気持ちシート【 B - 1 】

今の気持ちや要望を記そう。

日々の思い、周囲にわかってほしいことをありのまま。

本人の暮らし方や力のシート

・本人の習慣・好み【 B - 3 / B - 4 】

・本人の心身の力【 D - 1 / D - 2 】

・医療、心身の全体【 B - 2 / C - 1 - 1 】

・人のつながり【 A - 4 】

本人の生活史シート【 B - 2 】

少し立ち止まり、本人と家族の生活の歴史を振り返って整理してみよう。

今、起きていることシート

今の暮らしや介護で起きているありのままを。

・日々の様子・本人の状態の変化
【 D - 4 / D - 3 】

・家族なりの介護の努力・工夫
【 B - 1 ~ B - 3 】

これまでの経過シート【 A - 1 / A - 2 】

認知症になりはじめた頃からこれまでのことを振り返って整理してみよう。

支援してほしいことをまとめるシート（ケアプラン導入シート）【 E 】

本人と家族が支援してほしいこと、支援してほしい時間帯、うまくいくための工夫やアイデアなどを具体的に整理しよう。

【家族によるシート活用例 1】

家族が記入したシートが手がかりとなって、デイサービスでの本人の激しい症状が減少、精神病院入院を回避できたケース。

本人 70歳 アルツハイマー型認知症、診断後3年目。自宅で妻と2人暮らし。

妻 68歳 デイサービスを利用しながら、なんとか夫を在宅でみたい。
しかしデイ利用時に激しい症状のため、デイが利用継続に難色を示す。
周囲は入院をすすめ、妻は限界を感じ始めていた。

センター方式活用前



センター方式活用後

大好きな娘の話題を、職員と嬉しそうに話す。職員にゴルフの素振りを指南。見学者の応接役として活躍。家と同じ1時半過ぎに昼寝。

報告
シートで

気持ち
要望・
感謝を
シートで

妻

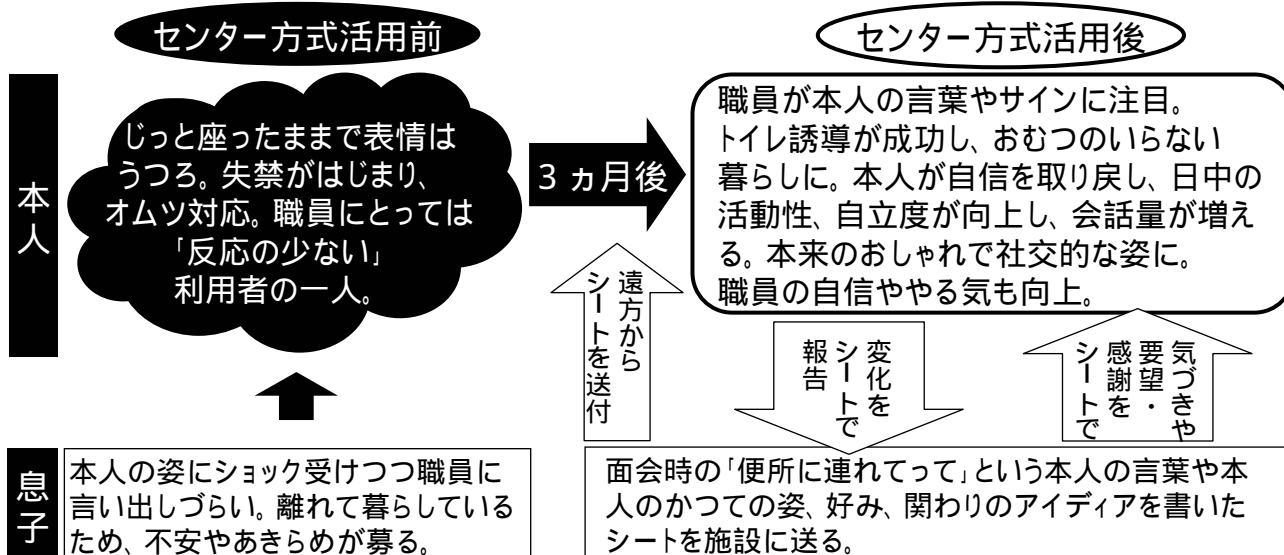
何かおかしい...、と思いつつも夫に面と向かって聞けない。
些細なトラブルが増え、不安。

シートで本人の日課、好みや嫌いなこと、得意なこと、生活歴等をスタッフに伝える。
デイで落ち着いたなら夜よく眠り、在宅継続になる。

【家族によるシート活用例 2】

遠方に住む息子が、シートを通じて母の思い、家族のアイディアを施設に伝える。
低下一方だった本人に活気が蘇り、おむつは不要に。

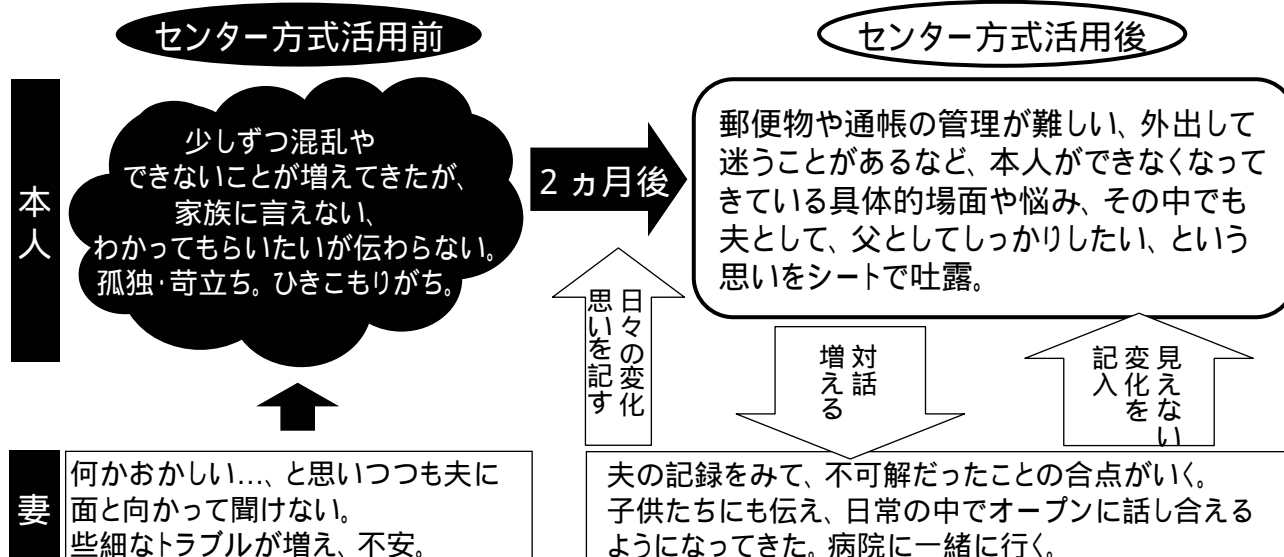
本人 82歳 血管性認知症 診断後7年 一人暮らしの後、施設入居後2年目。
息子 54歳 母に会いに来れるのは年数回。会うたびにじっと座ったままで、
空ろになっていく姿にショック。会った時の母の言葉「便所へ」を書きとめ、
遠方から息子なりの情報をシートで送り、職員と遠隔協働。互いの喜びに。



【本人によるシート活用例】

自分の変化に一人で悩み、受診。起きている変化や心のうちをシートで家族や周囲に伝える。周囲は驚くも、本人とこれからのことを一緒に相談。

本人 58歳 血管性認知症 診断後7年 一人暮らしの後、施設入居後2年目。
妻 52歳 夫の変化に戸惑い、なぜ夫が早期退職したか不安と不満を持っていたが、シートで夫の病気の現実と苦しみ、これからも家族を守っていきたいという気持ちを知る。不安は大きい「一緒に頑張りたい」。



シートを実際に書いてみよう！

1. 記入しなければ、と力まずに

- ・自分のいつもの思い、していること、ふだんみていること、気づいていること、を気軽にメモするつもりで。

2. 全部、完璧に書こう、とがんばらないで

- ・少しの情報が、とても貴重
書きたいシート、書けるシートをまず 1 枚から少しずつ、書き足し OK。

3. シートに向かって、わかるところから埋めていこう

- ・書けないところは、これから意識して情報収集へ、よくみる、よくきく、集める。

4. きちんと書こう、専門用語を使って書かなければと、枠にはめないで

- ・ありのままの本人の・声、姿を書きとめよう。家族の声もありのまま。

5. 埋もれている気づき、何気なくしていたこと、忘れていたこと、工夫を掘り起こそう

- ・見聞きした貴重な情報がたくさん埋もれたままでは・・・。
- ・これまでのこと、今見聞きしているけどあたりまえすぎて伝えていないこと。
- ・本人に接している人ならではの細やかな観察、聴き取り、気づき、アイデア、を日々の中でアンテナを立ててケアの情報を掘り起こそう。

6. 一人だけで、書こうと抱え込まないで

- ・他の職員、家族、本人をよく知る（友人、近所の人など）にも聞いてみよう、書いてもらおう。
- ・誰かと話しながら書こう。
 - * 人に話しているうちに、書くことが浮かんでくる
 - * 人に話すように、自然に、そのままの言葉で OK、そのほうが個別ケアにつながる

7. 迷ったらコアシート(☀ マークのついているシート)から書こう

8. プライバシー

“当事者の立場にたって”あえて書かない合意を要する場合も

書いておしまいではなく

- * 書いたシートをもとに、明日からのケアに活かそう
- * 情報をケアマネが集約しよう、ケアマネにシートや情報を出そう
個別具体のケアプラン作りを共に

個人情報保護を徹底しよう

* シートの情報は、ご本人・ご家族のためのものです。

- 情報やシートを共有する前提として、チームのメンバーの一人ひとりには、以下の事項を徹底することが求められます。
- チームのリーダーの立場にある人には、チームメンバーに対して以下の事項の徹底を図ることが求められます。

1. 当事者のプライバシー、個人情報に触れる自らの立場性の理解の徹底・自己点検

ケアマネジメントのすべてのプロセスで、それを行うこと自体が当事者のプライバシーに踏み込む事であることの立場性の確認と、常に自己点検を行うことを徹底する。

2. プライバシー・個人情報の守秘の徹底

3. プライバシー・個人情報の取得の制限

利用者本位、ケアマネジメントのための「必要最小限」の事項に限り、プライバシーに立ち入り、情報を取得することとする。

4. プライバシー・個人情報の目的外利用・提供の禁止

5. 適正な取り扱いと管理(保管・破棄)の徹底

取り扱い：あらゆる会議、打合せの、情報の送信等の際に、プライバシー、個人情報が文字および言葉として、あらわにならないように徹底する。
保管、持ち出し、廃棄時の守秘管理を徹底する。

6. 複写・複製の禁止

7. 事故発生時における報告・対応

プライバシー、個人情報の保護に関し、何らかの事故が発生した場合の報告・対応の明確化。

シートの記入ポイント

1. できるだけ具体的な事実を書こう

ひとりひとりのケースの具体的なケアプランを導くために、記載はできるだけ具体的な事実と、それに基づくケアのヒントを記入しましょう。

2. “□”は点検欄です。

該当する項目の□に“✓”を付けましょう。

同時に判断した具体的事実やケアのヒントも余白にメモしましょう。

3. 「記入日」は最初にそのシートに記入した日付を書こう

- ・最初にシートに記入した日付を記入しましょう。
- ・新たに入手できた情報やケア上の気づきがあった場合は、該当するシートに記入し、記入事項の末尾に記入者名と記入日を添えて書き加えましょう。

4. 誰からの情報かわかるようにしよう

情報源を明確にするために、記入する文章の冒頭に以下のマークを入れ書こう。

誰からの情報か、マーク自体がアセスメントの大事な情報になります。

●
私が言ったこと

- ・私（本人）の言ったことを そ・の・ま・ま 書こう。
（言葉になっていなくても、単語でも、発声でも、方言でもそのままを書こう）
- ・たとえば... ●行こう、行こう（立ち上がりながら）●だぁー だぁー
- ・発語もない場合は、その時の表情や様子を ●（・・・）として書こう。

家族が言ったこと
文末に本人から
みたその家族の
続柄も記入しよう

- ・家族の言ったことを そ・の・ま・ま 書こう。
（方言や言い方を変えないで、本人と言いつが違っててもかまわない）
- ・できる訳ないですよ～（次女）
毎日のように、買い物に行ってたんですよ（夫）
- ・家族がいない場合は、家族から聞いたことがない場合は記入しない。

○
ケア者が
気づいたこと
文末にケア者の
名前も記入しよう

- ・ケア者が気づいたこと（ちょっとしたことでも）やケアのヒントやアイデアになりそうな事を書こう。
（本人が言ったことやその時の表情や様子を根拠として気づきを書こう）
- ・たとえば... 「○いつも帽子をかぶっていたのは、普段から外にでることが好きなので、いつでも出かけられるように準備していたのか。外に出る楽しみをつくらう。」

5. 関わる側の「かかわり方」も点検しよう

アセスメント（その人がよりよく暮らすための課題）を明確にするためには、利用者にのみ注目するだけではなく、関わる側を冷静に点検する必要があります。そのためにD-5のシートをご活用ください。

6. シートの欄が足りない場合は、欄外に記載したり、A4用紙を添付して書き足そう

* 欄の枠や幅に縛られないで！

A-1 基本情報(私の基本情報シート)

事業者名

記入日:20 年 月 日 / 記入者

これらの情報はご本人のためのものです。全てのシートは「利用者本位」を忘れずに、ご本人(私)を主語に、ご本人の視点でご記入ください。

フリガナ		□男 □女	要介護度	認知症の人の日常生活自立度	障害老人自立度	認知症関連の評価 (評価スケール:)
名 前		歳				
誕生日	□明治 □大正 □昭和 年 月 日		家族や知人の連絡先(連絡しやすい手段を記入)			
住民票がある住所	〒 - 電話 FAX		氏名	続柄	TEL/携帯番号/メール/FAX	
			1			
			2			
			3			
認知症の診断名			診断を受けた医療機関			(いつ頃か 年 月)
サービスを利用するまでの経過 (家族や周囲の人が認知症の状況に気づいてからの経過)						
年 月	様子 症状に気づいた時期、要介護認定を受けた時期、サービス開始時期など		その時にあった事など(背景)			
○介護保険 被保険者番号 _____ 保険者番号 _____ 資格取得 平成 年 月 日			○健康保険 保険の種類 _____ 被保険者名 _____ 被保険者との続柄 ()			
○経済状態(年金の種類等) 国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護 その他() 月額 円			○公費負担医療 適用 □有 ・ □無 ()障害者手帳 種 等 ○就労状態()			

記入日:20 年 月 日 / 記入者

状態が変化した時に気づいた事があれば、下欄の「気づき」に記入しましょう。

認知症介護研究・研修東京センター(0704)

A-3 基本情報(私の療養シート)

名前

記入日:20 年 月 日 / 記入者

今の私の病気や、のんでいる薬などを知って、健康で安全に暮らせるように支援してください。

(薬剤情報提供シートがある場合は、コピーをこのシートの裏に添付してください。)

かかり始めた年月日 病院・医院名 (連絡先)	医師	受診 回数	通院方法 (所要時間)	私の病名 高血圧や糖尿病は、 今の数値を記入しましょう。	私がのんでいる薬の名前 (何の薬かも記入)	回数・量 3回/日、各1錠 又は、頓服、点眼等	医療機関から 気をつけるように いわれていること 水分を摂る、塩分を 控えるなど	私の願いや 支援してほしいこと ●私が言ったこと 家族が言ったこと ○ケア者が気づいたこと、 ケアのヒントやアイデア
		月_回 週_回	徒歩、自家 用車など、 往診は「往」					
過去に治療を受けた病気(今の暮らしに配慮が必要な病気や感染症) 年 月 病名					今の暮らしの中で気をつけていること(アレルギーや禁忌なども記入) (便秘にならないように気をつけていることなど、私や家族が配慮している内容を具体的に記入しましょう。)			

私らしく暮らせるように支えてくれているなじみの人や物、動物、なじみの場所などを把握して、より良く暮らせるよう支援してください。

家族は日常にかかわりのある人を記入しましょう。
(家族、親族の全体像はB-1に記入)

施設で暮らしていても私が関わっている人、会いに来てくれる人、会いに行く人、私の支えとなっている物や場所も記入しましょう。
記入者からみて連携がとれている人を線で結びましょう。

誰からの情報を明確にしましょう。

- 私が言ったこと
- 家族が言ったこと、
- ケア者が気づいたこと、ケアのヒントやアイデア

私にとってなじみの場所は

です。

私が行きたい場所は

です。

私にとってなじみの人は

です。

私が会いたい人は

です。

私が一番頼りにしている人は

です。

私が支えたい人は

です。



私の暮らしを支えてくれているサービスと、主となる担当者を教えてください。(例: デイサービス・田中)

第3表(週間サービス計画表)を基盤に、介護保険サービス以外でも定期的に支えてくれているサービスや人を記入しましょう。

時間	月	火	水	木	金	土	日	私の願いや 支援してほしいこと ●私が言ったこと ●家族が言ったこと ○ケア者が気づいたこと、 ケアのヒントやアイデア
4:00								
6:00								
8:00								
10:00								
12:00								
14:00								
16:00								
18:00								
20:00								
22:00								
0:00								
2:00								
4:00								
必要時、利用している介護保険サービス		上記以外でふだん地域で受けている支援や内容 (民生委員、ボランティア、各種自治体サービスなど)						

B-1 暮らしの情報(私の家族シート)

名前

記入日:20 年 月 日 / 記入者

私を支えてくれている家族です。私の家族らの思いを聞いてください。

私の家族・親族

(旧姓:)

私がある人を呼ぶ時の呼称も書いてください。同居は囲んでください。



- ☐ 男性
☐ 女性
 ● 死亡
☒ 主介護者(男)
☒ 主介護者(女)
☐ 副介護者(男)
☐ 副介護者(女)
 = 婚姻関係

私を支えてくれている家族・親族

名 前	続柄	年齢	役割と会える頻度	本人や介護に対する 思い	受けているサービスへの 要望	最期はこうして 迎えさせたい	私の願いや 支援してほしいこと ● 私が言ったこと 家族が言ったこと ○ ケア者が気づいたこと、 ケアのヒントやアイデア

私の家族らの悩み・要望・願い(家族らの生活、介護、経済面、人間関係など)

名 前	続柄	私の家族自身の、暮らしに関する悩み・要望・願い	私の願いや 支援してほしいこと ● 私が言ったこと 家族が言ったこと ○ ケア者が気づいたこと、 ケアのヒントやアイデア

成年後見制度の利用 : 有 ・ 無 (利用の緊急性 無 ・ 有)

地域福祉権利擁護事業の利用 : 有 ・ 無 (利用の緊急性 無 ・ 有)

名前

記入日:20 年 月 日 / 記入者

私はこんな暮らしをしてきました。暮らしの歴史の中から、私が安心して生き生きと暮らす手がかりを見つけてください。

わかる範囲で住み変わってきた経過(現在→過去)を書きましょう。認知症になった頃に点線(……)を引いてください。

私の生活歴(必要に応じて別紙に記入してください)

年月	歳	暮らしの場所 (地名、誰の家か、 病院や施設名など)	一緒に暮らしていた主な人	私の 呼ばれ方	その頃の暮らし・出来事	私の願いや 支援してほしいこと ●私が言ったこと 家族が言ったこと ○ケア者が気づいたこと、 ケアのヒントやアイデア
現在						
私がしてきた仕事や得意な事など				1日の過ごし方 <u>長年なじんだ過ごし方</u> (いつ頃) <u>現在の過ごし方</u>) 時間 4時 時間 4時		
私の好む話、好まない話						

B-3 暮らしの情報(私の暮らし方シート)

名前

記入日:20 年 月 日 / 記入者

私なりに築いてきたなじみの暮らし方があります。なじみの暮らしを継続できるように支援してください。

暮らしの様子	私が長年なじんだ習慣や好み	私の現在の状態・状況	私の願いや 支援してほしいこと ●私が言ったこと ●家族が言ったこと ○ケア者が気づいたこと、 ケアのヒントやアイデア
毎日の習慣となっていること			
食事の習慣			
飲酒・喫煙の習慣			
排泄の習慣・トイレ様式			
お風呂・みだしなみ (湯の温度、歯磨き、ひげそり、 髪をとかすなど)			
おしゃれ・色の好み・履き物			
好きな音楽・テレビ・ラジオ			
家事 (洗濯、掃除、買い物、料理、 食事のしたく)			
仕事 (生活の糧として、 社会的な役割として)			
興味・関心・遊びなど			
なじみのものや道具			
得意な事/苦手な事			
性格・特徴など			
信仰について			
私の健康法 (例:乾布摩擦など)			
その他			

[資料 118]

B-4 暮らしの情報(私の生活環境シート)

名前 記入日:20 年 月 日/記入者

◎私が落ち着いて、私らしく暮らせるように環境を整えてください。

※私にとって課題のある項目に✓を付け、その項目番号(1～83)の具体的な状況を右端欄に書いてください。

1. 私が緊張せずにいられる場所ですか
1 ☐ 不安や不快な音がありませんか
2 ☐ 不快なおいしはありませんか
3 ☐ 落ち着かない色はありませんか
4 ☐ 刺激の強い光はありませんか(特に夕方から夜間)
5 ☐ 不安になる場所はありませんか(寝室、廊下、トイレなど)
6 ☐ その他:

2. 私が安心して居られる場所が確保されていますか
7 ☐ 食事をする場所や席は安心できる場所ですか
8 ☐ 寝る場所は安心できる場所ですか
9 ☐ 寝るときの明るさは私が安心して眠れる明るさですか
10 ☐ ベッドや布団・枕の位置は私にあっていますか
11 ☐ 私にとってなじみの家具がありますか
12 ☐ 安心して過ごせる好みの場所がありますか
13 ☐ その他:

3. 私が心地よく過ごせる環境が用意されていますか
14 ☐ 居室の明るさと温度は適切ですか
15 ☐ 色彩、音、香りは私にとって心地よいですか
16 ☐ 飲食物の食材や温度はなじみのものとなっていますか
17 ☐ 触れて心地よいクッション、抱けるものがありますか
18 ☐ 木や自然の素材がありますか
19 ☐ その他:

4. 私の暮らしに必要な場所がわかる工夫がされていますか
20 ☐ 居室・寝床がわかる工夫がありますか
21 ☐ 居間がわかる工夫がありますか
22 ☐ トイレがわかる工夫がありますか
23 ☐ 浴室がわかる工夫がありますか
24 ☐ その他:

5. 私が過ごしている時や支えてくれている人をわかる工夫がされていますか
25 ☐ 私がわかる時計がありますか
26 ☐ 私がわかる暦・カレンダーがありますか
27 ☐ 季節の行事やならわしに関する物がありますか
28 ☐ 季節を感じられる自然のもの(花、食べ物、外の風景)がありますか
29 ☐ 支えになっている人の写真がありますか
30 ☐ なじみの人がわかるサイン(服装・名札など)がありますか
31 ☐ その他:

6. 私の持っている力が出せる場がありますか
32 ☐ 炊事の場
・自分でやれたり動作ができる場が用意されていますか
33 ☐ 掃除の場
・自分でやれたり動作ができる場が用意されていますか
34 ☐ 洗濯の場
・自分でやれたり動作ができる場が用意されていますか
35 ☐ 使い慣れた身だしなみの道具はそろっていますか
36 ☐ 趣味(縫い物、編み物、大工仕事など)を楽しめる道具がそろっていますか
37 ☐ 長年やってきた仕事道具(培った能力)がそろっていますか
38 ☐ その他:

7. 私が自然や地域と関われる場が確保されていますか
39 ☐ 住まいの周囲に自然や地域と関われる場所が確保されていますか
40 ☐ 散歩道に自然や地域と関われる場所が確保されていますか
41 ☐ 買い物に行けるお店が確保されていますか
42 ☐ 私が行きたい場所が確保されていますか
43 ☐ その他:

8. 室内にいても自然と触れ合える場づくりがされていますか
44 ☐ 自然光はありますか
45 ☐ 風とおしはよいですか
46 ☐ 植物と触れあう場を作っていますか
47 ☐ 動物と触れあう場を作っていますか

9. 私を取り戻せる場の工夫がされていますか
48 ☐ 私の昔の写真、家族の写真、思い出の品物、私の好むもの(洋服や化粧品、アクセサリ、時計、音楽など)をそばに置いていますか
49 ☐ その他:

10. 人とかかわりの場が確保されていますか
50 ☐ 家族とかかわりの場が確保されていますか
51 ☐ 近所とかかわりの場が確保されていますか
52 ☐ 町の人とかかわりの場が確保されていますか
53 ☐ 子供たちとのふれ合いの場が確保されていますか
54 ☐ その他:

11. 私のいつもの居場所を知ってくれていますか
55 ☐ 私のいつもの居場所を知っていますか
56 ☐ 近所の人は私が好む場所を知ってくれていますか
57 ☐ 私の行きそうな場所を知っていますか
58 ☐ その他:

12. 私が危険な状況にならないように工夫がされていますか
<誤嚥の予防>
59 ☐ 私にあった食事(形、硬さ、量)が工夫されていますか
60 ☐ 食事の姿勢が保てるイスや物品が工夫されていますか
61 ☐ その他:

<転倒・転落の予防>
*床の状態
62 ☐ 滑りやすいものはないですか(水こぼれ、玄関マット)
63 ☐ 歩行の障害になる物がないですか
64 ☐ 段差は適切ですか
65 ☐ 絨毯などのひっかけやすい素材がありませんか
66 ☐ その他:
*衣類の状態
67 ☐ 靴下やスリッパは私にあっていますか
68 ☐ その他:
*ベッド等の状態
69 ☐ 私にとってベッド、布団のどちらが適切かを見極めていますか
70 ☐ 高さ、広さ、ベッド柵は適切ですか
71 ☐ その他:
*イス
72 ☐ 高さや安定感は適切ですか
73 ☐ その他:
*車いす
74 ☐ 移動具としてのみ使えていますか
75 ☐ ストッパー、フットレストは安全に使えていますか
76 ☐ 座り方は安定していますか
77 ☐ その他:

<感染の予防>
78 ☐ 手をすぐに洗える場や用意がありますか
79 ☐ 腐ったものはありませんか
80 ☐ カビなどはありませんか
81 ☐ ホコリがたまっていませんか
82 ☐ 害虫等が繁殖していませんか
83 ☐ その他
- 私の願いや
支援してほしいこと

●私が言ったこと
△家族が言ったこと
○ケア者が気づいたこと、
ケアのヒントやアイデア
- プライバシー・個人情報の保護を徹底してください。

[資料 119]

B-4

認知症介護研究・研修東京センター(0704)

◎私が今、何に苦しんでいるのかを気づいて支援してください。
※私の苦しさの最も引き金となっている項目を/Vを付け、関連がある項目を線で結んでください。
(次の記号を冒頭に付けて誰からの情報を明確にしましょう。●私が言ったこと、△家族が言ったこと、○ケア者が気づいたこと、ケアのヒントやアイデア)

私の不安や舌痛、悲しみは…
私が嬉しいこと、楽しいこと、
快と感じることは…
私の介護への願いや要望は…
私が受けている医療への願いや要望は…
私のターミナルや死後についての願いや要望は…

1. 私の体調

1 ☐ 食欲がない	2 ☐ 眠れない	3 ☐ 起きれない	4 ☐ 痛みがある	5 ☐ 便秘している	6 ☐ 下痢している	7 ☐ 熱がある	8 ☐ 手足が冷えている	9 ☐ その他
----------------------------------	---------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------

3. 私の口の中

31 ☐ 入れ歯が合わず痛みや不具合がある	32 ☐ 歯ぐきがはれている	33 ☐ 口内炎ができています	34 ☐ 舌が白くなっている	35 ☐ 口の中が汚れている	36 ☐ 口の中が乾燥している	37 ☐ 唇が乾燥している	38 ☐ 飲み込みが悪い、むせる	39 ☐ その他
--	---------------------------------------	--	---------------------------------------	---------------------------------------	--	--------------------------------------	---	---------------------------------

2. 行動心理的な状態

10 ☐ 盗られたなど被害にあっていと言	11 ☐ 状況に合わない話をする	12 ☐ (ないものが見える、聴こえる)	13 ☐ 気持ちが不安定	14 ☐ 夜眠らない	15 ☐ 荒々しい言い方やふるふるを	16 ☐ 何度も同じ話を	17 ☐ (周囲に不快な)音を立てる	18 ☐ 大きな声を出す	19 ☐ 声かけや介護を拒む	20 ☐ 落ち着かない	21 ☐ 歩き続ける	22 ☐ 家に帰るなどの言動を繰り返す	23 ☐ (一人では危険だが)外に出ようとする	24 ☐ 外出すると一人で戻れない	25 ☐ いろいろな物を集める	26 ☐ 火を安全に使えない	27 ☐ 物や衣類を傷めてしまう	28 ☐ 排泄物とかわからず触ってしまう	29 ☐ 食べられない物を口に入れる	30 ☐ その他
---	---	---	-------------------------------------	-----------------------------------	---	-------------------------------------	---	-------------------------------------	---------------------------------------	------------------------------------	-----------------------------------	--	--	--	--	---------------------------------------	---	---	---	---------------------------------

4. 私の皮膚の状態

40 ☐ 乾燥している	41 ☐ かゆみがある	42 ☐ 湿疹ができています	43 ☐ 傷がある	44 ☐ はれている	45 ☐ 赤くなっている	46 ☐ タコができています	47 ☐ 魚の目が出ています	48 ☐ 水虫ができています	49 ☐ 床ずれがある	50 ☐ その他
------------------------------------	------------------------------------	---------------------------------------	----------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	------------------------------------	---------------------------------

5. コミュニケーション

51 ☐ 表情がうつろ、堅い、乏しい	52 ☐ 目に光がない	53 ☐ 見えにくい	54 ☐ 聞こえない	55 ☐ 意思を伝えにくい	56 ☐ 感情を表現できない	57 ☐ 相手のいうことが理解できない
---	------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------------	--

私の姿です

※記入欄が足りない場合はコピーして裏につけてください。

D-1 焦点情報(私ができること・私ができないことシート) 名前 _____ 記入日:20 ____ 年 ____ 月 ____ 日/記入者 _____

◎私ができそうなことを見つけて、機会を作って力を引き出してください。

◎できる可能性があることは、私ができるように支援してください。もうできなくなったことは、無理にさせたり放置せずに、代行したり、安全・健康のための管理をしっかり行ってください。

※今、私がしている、していないを把握するだけでなく、できる可能性があるか、もうできないのかを見極めて、該当する欄に✓を付けましょう。

※漠然とした動作のチェックではなく、24時間の暮らしのどの場面(時間や朝、昼、夕、夜など)かを状況に応じて具体的に記入しましょう。

暮らしの場面	私がしていること		私がしていないこと		私の具体的な言動や場面	できるように必要な支援、できないことへの代行、安全や健康のための管理	私ができるように支援してほしいこと ●私が言ったこと △家族が言ったこと ○ケア者が気づいたこと、ケアのヒントやアイデア
	常時している(自立)	場合によってはしている	場合によっては出来そう	もうできない			
	できる(可能性)						
起きる							
移動・移乗							
寝床の片づけなど							
整容 (洗顔や整髪など)							
着替え (寝まき⇄洋服)							
食事準備 (献立づくり・調理・配膳等)							
食事							
食事の片付け							
服薬							
排泄							
掃除・ゴミ出し							
洗濯 (洗い→たたみ)							
買い物 (支払いも含む)							
金銭管理 (貯金の管理、手持ち現金の管理、通帳の管理・出し入れ、計画的に使えるか)							
諸手続き (書類の記入・保管・提出等)							
電話をかける・受ける							
入浴の準備							
入浴時の着脱							
入浴							
寝る前の準備 (歯磨、寝床の準備)							
就寝							
人への気づかい							
その他							

D-2 焦点情報（私がわかること・私がわからないことシート）

名前

記入日:20 年 月 日／記入者

◎私がわかる可能性があることを見つけて機会をつくり、力を引き出してください。

◎私がわかる可能性があることを見つけて支援してください。もうわからなくなったことは放置しないで、代行したり、安全や健康のための管理をしっかり行ってください。

※外見上のわかること、わからないことを把握するだけでなく、わかる可能性があるのか、もうわからないことかを見極めて、該当する欄に✓を付けましょう。

※漠然とした動作のチェックではなく、24時間の暮らしのどの場面（時間や朝、昼、夕、夜など）かを状況に応じて具体的に記入しましょう。

暮らしの場面	私がわかること		私がわからないこと		私の具体的な言動や場面	わかるために必要な支援、わからないことへの代行、安全や健康のための管理	私がわかるように支援してほしいこと ●私が言ったこと △家族が言ったこと ○ケア者が気づいたこと、ケアのヒントやアイデア
	常時わかる	場合によってはわかること	場合によってはわかる可能性がある	わからない			
会話の理解							
私の意思やしたいことを伝える							
毎日を暮らすための意思決定 （服を選んだり、やりたいことを決める）							
時間がわかる							
場所がわかる							
家族や知人がわかる							
直前の記憶							
最近の記憶 （1～2週間程度の記憶）							
昔の記憶							
文字の理解 （ことば、文字）							
その他							

D-3 焦点情報(生活リズム・パターンシート)

名前

記入日:20 年 月 日 / 記入者

私の生活リズムをつかんでください。私の自然なリズムが、最大限保たれるように支援してください。
水分や排泄や睡眠などを、介護する側の都合で、一律のパターンを強いないでください。

生活リズムがとらえられていない場合、リズムやパターンをとらえるために必要な日数を関係者で協働して記入しましょう。

水分、排泄、睡眠、活動、ヒヤリ・ハット(転倒、転落、誤嚥、誤飲、誤薬など)などを必要に応じて記入しましょう。

*睡眠の時間をラインマーカーで記入してパターンを見つけよう *ヒヤリ・ハットがあった場合は赤字で記入
本人の状態に影響を与えている内容(会いに来てくれた人など)は必要に応じて「他」の欄に記入しましょう。

排泄関連の記号
同じ記号で関係者が記入し、
情報を共有、伝達しましょう。

【状況】	尿	便	【使用した物】
自立	○	●	オムツ…オ
誘導して出た	△	▲	パッド…パ
誘導して出ない	□	■	下剤…下
失禁	+	×	浣腸…浣 摘便…摘

日 時間	日付																					私の願いや支援してほしいこと ●私が言ったこと ○家族が言ったこと ○ケア者が気づいたこと、 ケアのヒントやアイデア
	水分	排泄	睡眠 活動 ヒヤリ・ ハット 他	水分	排泄	睡眠 活動 ヒヤリ・ ハット 他	水分	排泄	睡眠 活動 ヒヤリ・ ハット 他	水分	排泄	睡眠 活動 ヒヤリ・ ハット 他	水分	排泄	睡眠 活動 ヒヤリ・ ハット 他	水分	排泄	睡眠 活動 ヒヤリ・ ハット 他	水分	排泄	睡眠 活動 ヒヤリ・ ハット 他	
4																						
6																						
8																						
10																						
12																						
14																						
16																						
18																						
20																						
22																						
0																						
2																						
4																						
計																						
気づいたこと																						

D-4 焦点情報(24時間生活変化シート)

名前 記入日:20 年 月 日 / 記入者

私の今日の気分の変化です。24時間の变化に何が影響を与えていたのかを把握して、予防的に関わるタイミングや内容を見つけてください。

私の気分が「非常によい」から「非常に悪い」までの、どのあたりにあるか、時間を追って点を付けて線で結んでください。
その時の私の様子や、どんな場面なのか、ありのままを具体的に記入してください。
数日記入して、パターンを発見したり、気分を左右する要因を見つけてください。

気分 時間	非常に悪い	悪い	悪い兆し	どちらでもない	よい兆し	よい	非常によい	その時の具体的な様子や 場面	影響を与えていると 考えられる事	私の願いや、支援してほしいこと ●私が言ったこと 家族が言ったこと ○ケア者が気づいたこと、 ケアのヒントやアイデア	記入者
	-3	-2	-1	0	1	2	3				
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											
21											
22											
23											
24											
1											
2											
3											

D-5 焦点情報(私の求めるかわり方シート)

名前

記入日:20 年 月 日 / 記入者

私に対するかわり方のまなざしや態度を点検してみましょう。

月日	かかわっている人の点検項目	場面	状況	私の願いや 支援してほしいこと ●私が言ったこと 家族が言ったこと ○ケア者が気づいたこと、 ケアのヒントアイデア	記入者
	あなたは「介護してあげる」という一方的な気持ちではなく、私の暮らしのパートナーとして一緒に楽しもうとしていますか				
	あなたは私の言うことや問いかけに、しっかりと耳を傾けていますか				
	あなたは、私が話を通して伝えようとしている真意を汲み取ろうとしていますか				
	あなたは「介護してあげる」という一方的な気持ちではなく、私の暮らしのパートナーとして一緒に楽しもうとしていますか				
	あなたは私の言うことや問いかけに、しっかりと耳を傾けていますか				
	あなたは、私が話を通して伝えようとしている真意を汲み取ろうとしていますか				
	あなたは「介護してあげる」という一方的な気持ちではなく、私の暮らしのパートナーとして一緒に楽しもうとしていますか				
	あなたは私の言うことや問いかけに、しっかりと耳を傾けていますか				
	あなたは、私が話を通して伝えようとしている真意を汲み取ろうとしていますか				
	あなたは「介護してあげる」という一方的な気持ちではなく、私の暮らしのパートナーとして一緒に楽しもうとしていますか				
	あなたは私の言うことや問いかけに、しっかりと耳を傾けていますか				
	あなたは、私が話を通して伝えようとしている真意を汲み取ろうとしていますか				
	あなたは「介護してあげる」という一方的な気持ちではなく、私の暮らしのパートナーとして一緒に楽しもうとしていますか				
	あなたは私の言うことや問いかけに、しっかりと耳を傾けていますか				
	あなたは、私が話を通して伝えようとしている真意を汲み取ろうとしていますか				

◎今の私の暮らしの中で課題になっていることを整理して、私らしく暮らせるための工夫を考えてください。
※A～Dシートで把握してきた「私の願いや支援してほしいこと」から、今の暮らしで主に課題になっていることを選び、1日の流れにそって記入しましょう。(●)私、「△」家族、「○」ケア者を冒頭に入れて記入しましょう。)

※介護者側が利用者 本位の視点で判断した課題も書き込みましょう。
※ケアを行う上で注目してほしい行動や状態を整理し、原因や背景を考えてください。そして、より良く暮らせるための工夫を考えてください。
※の人の暮らしを守るために、5つの視点やそれを実践する視点 を大切に記入しましょう。「私らしいあり方」、「私の安心・快」、「私の力の発揮」、「私にとっての安全と健やかさ」、「なじみの暮らしの継続」

私の願いや支援してほしいこと(より良く暮らすための課題) ※ケア者が利用者 本位の視点で判断した課題も書き込みましょう。		私の注目してほしい行動／状態	原因・背景	私がよりよく暮らせるためのケアのアイデアと工夫
4 — 6 — 8 — 10 — 12 — 14 — 16 — 18 — 20 — 22 — 0 — 2 —				
2 ケ ア の 時 間 に 該 当 し な い 点 で こ と				

認知症の人のためのケアマネジメント

「12の鍵」

1. 認知症でもあきらめない、いつでもどこでも、「その人」から
2. めざすは「その人らしさ」、視点を共にチームパワーを
3. 一人ではない、本人の暮らしを支える仲間を知ろう、つくっていこう
4. 要はケアマネ、チームを束ねてつないでいこう、継続ケアの実現へ
5. 本人のそばにいる人こそが知っている、みんなの気づきをケアマネに
6. 急がずに、いいケアプランは日々の関係づくりから一歩ずつ
7. 一にも二にも当事者の声、ひたすら聴こう、苦しみと希望を
8. 声なき声を見落とさない、当事者のサインをチームで見極めよう
9. 本人は底力を秘めている、本人が生ききることを支えるケアプラン
10. 家族は底力を秘めている、家族と共にケアプランを育てよう
11. 地域は底力を秘めている、地域を舞台に町で暮らし続けるケアプラン
12. やれるケアプランで即実行、成功体験の連鎖でみんなが生き活きと



(平成16年度認知症高齢者ケアマネジメント推進モデル事業の実証結果より)

センター方式を使っていくために……………

< 教材 >

センター方式の理解や具体的な記入のしかたについては次のテキストをご参照ください。

「改訂 認知症の人のためのケアマネジメント センター方式の使い方・活かし方」
(中央法規、2006)

「認知症の人のためのケアマネジメント センター方式シートパック(解説付)」
(認知症介護研究・研修東京センター、2007)

「認知症の人のための地域包括ケア、多職種によるステージアプローチ」
(日本看護協会出版、2005)

「新しい認知症ケア～いつでもどこでもその人らしく 最期まで～」
(中央法規、2005)

< ホームページ > 「いつどこネット」 <http://www.itsu-doko.net/>

ホームページからセンター方式シートを無料でダウンロードしていただけます。

ホームページの「センター方式いつどこ広場」に実践事例をご紹介します。

あなたの取り組み事例もぜひお寄せください。
(ホームページ上に簡易フォームがあります)



これからの認知症ケアの学びのために……………

< 書籍 >

「痴呆の人の思い、家族の思い」(中央法規、2004)

「私、バリバリの認知症です」(かもがわ出版、2005)

「私は私になっていく」(かもがわ出版、2004)

「高齢者の尊厳を支える介護」(法研、2003)

「いつだって心は生きている 大切なものを見つけよう」(中央法規、2006)

「認知症の人の地域包括ケア 多職種で取り組むステージアプローチ」
(日本看護協会出版会、2006)

「だいじょうぶ だいじょうぶ、たすけたすけられる痴呆の人のケア」(筒井書房、2003)
在宅の訪問介護の具体的事例集

< 映像 >

「痴呆の人の体験世界を感じてみよう」(シルバーチャンネル、2003)

「痴呆の人から学ぶ～クリスティーン・ブライデン講演より～」(第1巻～第3巻)
(シルバーチャンネル、2003)

「懐かしの玉手箱」(全7章)(シルバーチャンネル、2003)

■ 発行元 ■

社会福祉法人 浴風会

認知症介護研究・研修東京センター ケアマネジメント推進室

〒168-0071 東京都杉並区高井戸西1-12-1

TEL 03(3334)1150 FAX 03(3334)2156

URL <http://www.itsu-doko.net/>

発行年月日 平成19年(2007年)4月

かかりつけ医の視点からみた「センター方式」の有用性

はじめに

『認知症の人のためのケアマネジメント センター方式』に初めて目を通したのは数年前、札幌市医師会在宅療養支援委員会の定期会合で「センター方式」について意見交換をした時である。ある委員から「センター方式が医師の間に広がって欲しい」という発言があり討議した。出された意見を記すと、

「医療・介護・家族三者が共通理解を得るための有用なツールだ」

「チェック項目のきめ細かさに驚いた」

「体系的・詳細過ぎる。気楽に使用できないのではないか」

「希望する医師会員に無料で配布できないか」など。

「センター方式」を一読して、診療録(カルテ)における「POSシステム」、医療チームでのカンファレンス手法「臨床倫理4分割法」など同一の発想と理念に裏打ちされた新たな可能性を持った記録方式であると思われた。

一人の人間の様々な側面が多面的に検討される仕組みで、当面の問題点のみに視野が限定されないように配慮されている。問題点の解決の糸口を現病歴などだけに限定せず、様々な病歴、生活史、家庭や社会での人間関係を含め広く深く考察しようとしている。(こんなふうに深く理解されて介護される認知症の方々は本当に幸せだな、などとういつい考えてしまう。)

是非広く普及し利用されていて欲しいと願うが、そのための一助としてかかりつけ医からみたセンター方式の有用性について記してみたい。

1 医療との連携、情報記録方式としての有用性

まず気づくのは「センター方式」は、介護の過程で必要な医療の導入やコンサルトを求めるタイミングに配慮され、また医療側へ提供する情報パックとして大変有用であるということである。内科的問題、整形外科的問題などについてはもちろん認知症そのものについて精神科などへコンサルトする場合にも大変有用と思われる。「A-3基本情報(私の療養ノート)」「C-1-1心身の情報(私の心と身体の全体的な関連シート)」「D-4焦点情報(24 時間生活変化シート)」などがそれに相当している。

一般に、医師と家族・介護者の間には認知症の病状評価をめぐって違いが生じやすい。認知症患者は医師の前では礼儀正しい常識人として振舞う傾向があるからである。それを克服する方法は具体的でリアルティーあふれる症状情報をきちんと伝えることである。センター方式はそのために最良の情報を蓄積できると判断される。この“違い”の問題は実は、一般医と精神科医の間にも生ずることがある。苦勞して患者をやっと精神科につないでも「せん妄状態でしょう、心配ないでしょう」の一言で片付けられることがある。そんな時、幻覚や妄想の内容、異常精神状態を詳細に具体的に伝えることが大切である。記憶障害が改定長谷川スケールやMMSEなどを施行して初めて詳細に把握できるように、異常な言動も順を追って系統的に記録し、以前の日常と比較することによって初めて浮き彫りとなることが多い。そのための記録方式として「センター方式」はすぐれている。

2 総合的視点と主要問題集中型視点の両立

私たちの仕事には「総合的な視点」が必要だが、場合によっては主要な問題に集中する視点も必要である。初めて接した患者さんとの初期の検討が一段落すると次は主要な問題点の解決に焦点が移ることがある。診療録で言えば「POSシステム」で問題リストを総合的多面的に考察する段階から「クリニカルパス」と呼ばれる主要問題解決型のシートに移ることとなる。両者はかなり違った発想に基づくものなのでバランスよく利用することが大切である。

「センター方式」では、バランス良く各シートが配置されている。全体が総合的視点に配慮されつつ、「C-1-1」「D-1 焦点情報(私にできること・私ができないことシート)」「D-2 焦点情報(私にわかること・私がわからないことシート)」「D-4 焦点情報(24 時間生活変化シート)」などは介護上一番問題になりやすい事項を詳細に取り上げている。これらによって日常の変化、特に病状の悪化を的確に捉えられるであろう。かかりつけ医への情報としても妥当なものとなっている。

「センター方式」に則って観察・実践・記録をしていくならば、自然に総合的視野と主要問題解決型の視点とがバランスよく両立していくと思われる。

3 「目標」意識の高さ・鮮明さ

医療にはいつも目標があり、多くの場合それは「治療の成功」であり、病気の「軽快」「治癒」である。目標が無ければ医療は成り立たない。

では介護とは何がどうなれば「成功」なのか？介護にも「目標」が大切である。一律にはいかないが、介護サービス利用者の少なからぬ方々で「ADLの向上」や「QOLの向上」などリハビリテーション医療と共通な目標が成り立つのではないか。またこれまでの日常が持続されることが目標となるだろう。

「センター方式」の良さの一つがこの目標意識の高さにある。「B-1 暮らしの情報(私の家族シート)」「B-3 暮らしの情報(私の暮らし方シート)」「B-4 暮らしの情報(私の生活環境シート)」などの詳しさはそれを示唆している。日常生活のチェックのきめ細かさは「センター方式」を見た者が感心することのひとつである。

「触れて心地よいクッション、抱けるものがありますか」

「私がわかる時計がありますか」

「買い物に行けるお店が確保されていますか」

「近所の人は私が好む場所を知ってくれていますか」など。

こうした項目をチェックし、それが何がしかの改善に結びついたら素晴らしいことであり、リハビリテーションの融合した介護が生まれることとなる。介護の目標を「その人らしく生きる」「平穩に生活する」など抽象的・イメージ的なことに置きがちな傾向もあるが私はもう一步高い目標(A DLやQOLの向上)を検討してこそ介護の社会的評価が高まると考えている。「センター方式」はそのための評価方式として構成されており、リハビリテーション医療の場でも十分有用な評価シートであると思われた。

以上、医師の立場から「センター方式」の有用性を述べた。本方式の良さはまだまだ尽くせきれない。介護の社会的評価を高めるツールとして、さらに医療と介護の橋渡し役となるツールとして広く普及することを期待する。

勤医協中央病院(札幌市サポート医) 伊古田俊夫

地域における連携システム等の実践報告

- ① 愛知県名古屋市
- ② 東京都板橋区
- ③ 東京都八王子市
- ④ 広島県
- ⑤ 東京都

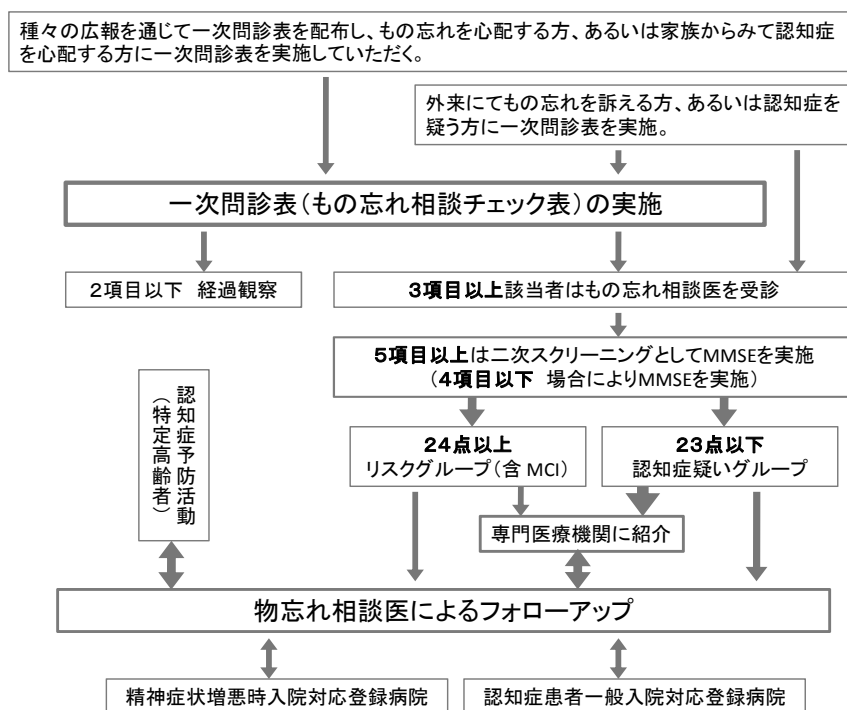
名古屋市医師会認知症ケアシステム 「なごや認知症安心安全プロジェクト」

名古屋市医師会では年々増加する認知症患者さんに対応するため、数少ない専門医だけではなく実際に相談を受けることの多いかかりつけ医において認知症患者さんを治療管理する認知症ケアシステムを構築しました。これは「かかりつけ医認知症対応力向上研修」を受講した中から協力していただける医師を物忘れ相談医(登録かかりつけ医)とし、そのリストを行政・保健所・地域包括支援センター・介護保険事業者・一般市民に公開するとともに認知症チェックリスト(20項目)を配布しました。チェックリストで3項目以上あてはまる人に物忘れ相談医への受診を促すことをねらったものであります。物忘れ相談医は、受診した患者さんにMMSEの検査を行い、その結果により認知症予防のため地域包括支援センターへ紹介するか、認知症として治療するかを選択します。認知症として治療する場合は確定診断のため認知症診断専門医療機関(MRIとSPECT検査が可能であることを登録条件とするリストを物忘れ相談医へ配布してある)へ紹介し、確定診断の後 自院で治療を開始します。認知症の経過中には精神症状が増悪し自宅療養ができなくなることもあるため、認知症専用病棟を持つ入院協力病院リストを、骨折・肺炎等の身体疾患にて入院治療が必要な時のために一般入院協力病院リストを用意し、登録医に配布することによりかかりつけ医をバックアップしています。(システム保全のため、各リストは登録かかりつけ医のみに配布)

また認知症の経過中には介護保険・福祉制度等の利用が必要となるため、地区医師会が主体となり地域での資源や情報を共有し有効利用する(医療機関をはじめ家族会・行政・保健所・地域包括支援センター・介護保険事業者・地域住民等が参加する)認知症地域連携を構築し、認知症患者さんの地元での生活を援助しています。(千種区ではすでに認知症地域連携が稼働しており、啓発活動としての認知症市民講座、専門職講演会、市民シンポジウムや認知症相談会などを行っています)これにより早期発見、早期治療から終末期の看取りまでを切れ目なく行うことが可能になると考えられます。

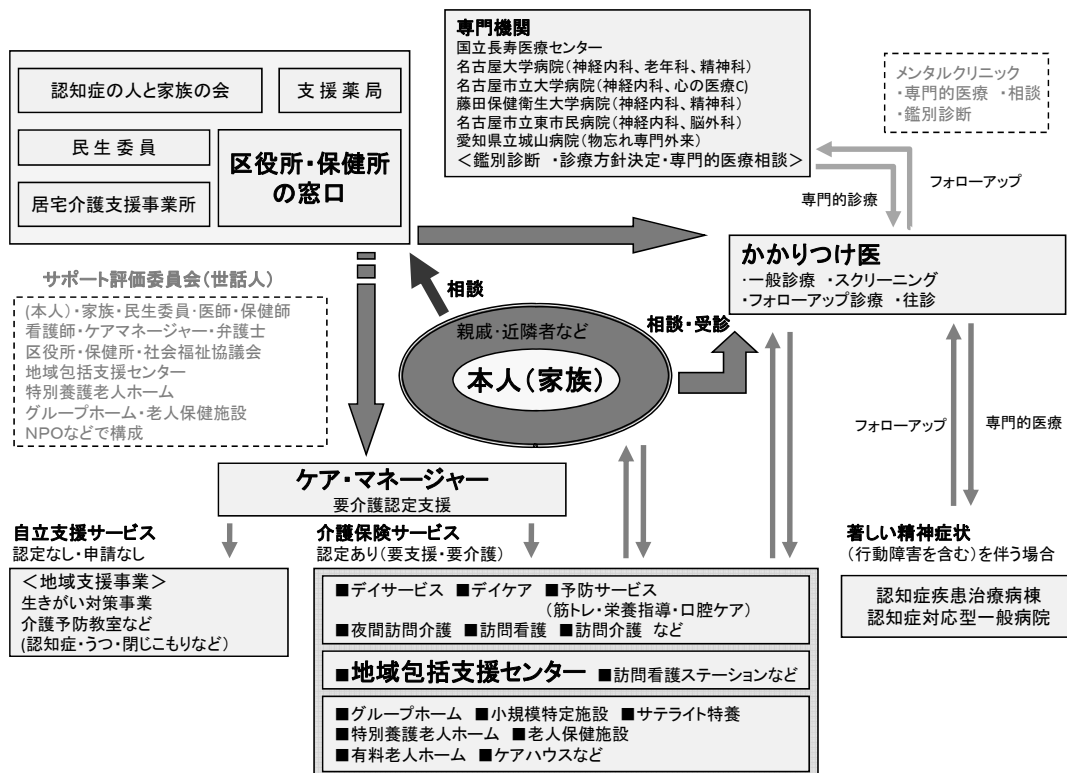
(名古屋市医師会 認知症サポート医 黒川 豊)

【名古屋市医師会認知症ケアシステムフロー図】



【千種区認知症地域連携フロー図】

認知症高齢者メディカル・ケア・サポートネットワーク・フロー図



東京都板橋区における認知症対策への取り組みと「かかりつけ医認知症対応力向上研修」

I はじめに

全国の中でも東京都は、今後急速な高齢化を迎えようとしており、認知症高齢者対策は緊急の課題である。平成 16 年から板橋区医師会は自発的に認知症対策に取り組み、板橋区医師会が主体となって独自の研修会を行い、医師会認定の「もの忘れ相談医」を養成した。

さらに板橋区行政と協力し、平成 18 年度の介護保険制度改正から、板橋区独自の「もの忘れ相談事業」が地域包括支援センターで行われるようになった。板橋区医師会の「もの忘れ相談医」がこれに参画して区民への啓発・認知症の早期発見に寄与するとともに、地域の認知症対策に貢献している。

II 板橋区認知症を考える会の設置と板橋区医師会の活動

板橋区は東京都 23 区の一つで、平成 18 年の人口約 53 万人、65 歳以上の高齢化率は約 19%である。板橋区医師会では平成 15 年より介護保険制度の改正をにらみ、「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～(高齢者介護研究会報告書)」などを参考に、これからの認知症対策のあり方を検討した。その後、東京都老人医療センター、東京都老人総合研究所の関係者らと平成 16 年1月「板橋区痴呆を考える会」(当時)を結成し、活動を開始した。現在は「板橋区認知症を考える会」として板橋区行政、地域病院らで構成される会として活動を継続している。

1. もの忘れ相談医研修、「認知症かかりつけ医対応力向上研修」と情報公開

活動開始当時は介護保険制度改正前であり、認知症の早期の気づきと早期発見・早期治療に課題を集約した。医師会員に対し、認知症関係の研修会を開催し、4 回以上の研修会参加をもって、板橋区医師会の「もの忘れ相談医」と認定した。この研修会は、現在各地で行なわれつつある「かかりつけ医認知症対応力向上研修」とほぼ同レベルの内容である(表1)。平成 17 年 9 月から「板橋区医師会認定もの忘れ相談医リスト」の区内への配布を開始するとともに、医療機関における認知症の早期診断や相談活動を開始した。

板橋区医師会員は A,B 会員併せて 500 名強であるが、板橋区医師会認定の「もの忘れ相談医」は、平成 17 年 9 月に 56 名で始まり、平成 18 年度には 76 名、平成 19 年度末には約 92 名になり、医師会員の 6 人に 1 人は「もの忘れ相談医」ということになる。平成 18 年度は「もの忘れ相談医」

医療機関に 354 件の認知症に関する受診(板橋区医師会調査)があった。

板橋区医師会の「もの忘れ相談医」認定期間は1年で、少なくとも年1回の認知症関連研修会継続参加が認定更新の要件である。板橋区医師会では、現在、表1に示すとおり独自に年2回研修会を行っているが、この他に、後述する豊島区医師会の認知症研修会も、板橋区医師会との合同研修会として開催されており、いずれの研修会へ参加しても認定単位にできる。さらに平成18年度から、国の補助を受けた東京都実施主体の事業として、東京都医師会と都内全域の地区医師会で「かかりつけ医認知症対応力向上研修」が開始されたことを受け、板橋区医師会でも平成19年3月と平成20年3月20日に同研修を開催した。

東京都では「かかりつけ医認知症対応力向上研修」修了者に都知事による修了証を発行するとともに、都のホームページや区市町村から各地域包括支援センターへの通知により研修修了者情報の公開も行われている。板橋区医師会は、「かかりつけ医認知症対応力向上研修」も、板橋区医師会の「もの忘れ相談医養成研修」の単位とすることにより、会員へのさらなる動機付け、啓発、意識向上へとつなげている。

平成20年度から制度化される医療機関情報の公開が、東京都の医療機関検索サイト「ひまわり」を利用して行われることから、各医療機関の認知症対応に関する地域社会への情報公開が一層進むことになる。今後も国と都の「かかりつけ医認知症対応力向上研修」を活用しつつ認知症研修の充実、地域における包括的な認知症対応力の向上をめざしている。

表1 もの忘れ相談医養成研修会(板橋区医師会主催)

第1回	痴呆の早期診断	平成16年9月
第2回	痴呆の治療	平成16年11月
第3回	痴呆の社会的対応と人権	平成17年1月
第4回	診断演習	平成17年3月
第5回	もの忘れ相談医の役割と範囲	平成17年7月
第6回	薬物療法と介護指導	平成17年9月
第7回	認知症の診断手順と画像の役割	平成18年7月
第8回	認知症の概要とPCC	平成18年9月
第9回	事例検討・マニュアル説明会	平成19年6月
第10回	成年後見制度鑑定書の書き方	平成19年9月

2. 専門医療機関との連携

板橋区内にある専門医療機関に対し、認知症患者の早期確定診断に協力してくれるよう医師会から協力要請を行った。現在は、専門医診察が必要な場合は専門医療機関へ受診誘導し、安定期は「もの忘れ相談医」が通常の健康管理や認知症対応を行う連携体制が構築され、円滑に運用されている(図1)。

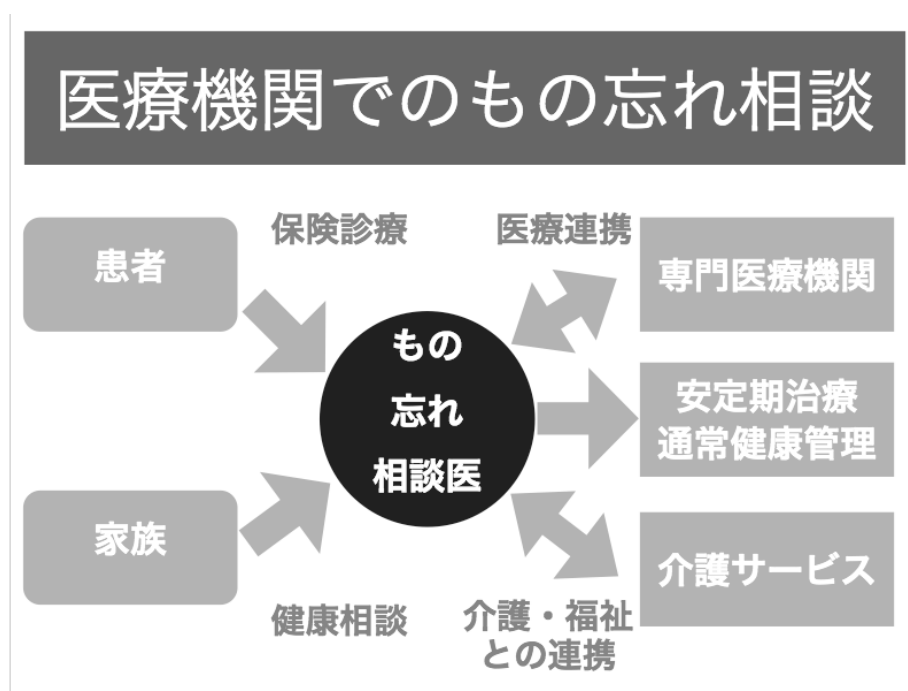


図1 医療機関における「もの忘れ相談医」の役割と医療連携

表2 認知症診療について板橋区医師会と連携体制にある専門医療機関

- | | |
|-----|---------------------|
| (1) | 東京都老人医療センター「もの忘れ外来」 |
| (2) | 日本大学板橋病院 精神神経科、神経内科 |
| (3) | 帝京大学病院 神経内科 |
| (4) | 成増厚生病院 |
| (5) | 和光病院 |
| (6) | 東京武蔵野病院 |
| (7) | 田崎病院「もの忘れ外来」 |
| (8) | 飯沼病院 |

3. 区民への啓発・普及活動

区民への啓発は不可欠であり、平成 16 年 9 月の板橋区医師会主催公開講座から、区行政とも連携して区民啓発の講演会に数多く参加している。平成 17 年には介護保険制度改正を前に、NPO 法人やヘルパー団体、薬剤師会らを対象に講演会を行い認知症対策の必要性を訴えた。現在も板橋区の「もの忘れ相談事業」等による啓発活動を行なっている。

表3 板橋区医師会が関与する認知症関連の啓発活動

(1)	特別講演「痴呆の早期発見の意義と かかりつけ医の役割」	板橋区医師会公開講座	平成 16 年 9 月
(2)	講演会「認知症の医療」	板橋区主催	平成 17 年 3 月
(3)	講演会「認知症の医学的知識・予防 の可能性」	NPO 法人「板橋・ふれあい 21」 主催	平成 17 年 7 月
(4)	講演会「認知症を知る」	板橋区主催	平成 17 年 10 月
(5)	薬剤師研修会「認知症と薬剤」	板橋区薬剤師会主催	平成 18 年 2 月
(6)	「もの忘れ予防講演会」	板橋区主催	平成 18 年より 年間 5 回
(7)	「認知症の人を介護する家族支援 プログラム」	板橋区主催	平成 18 年より 年間 4 回

4. 行政・近隣医師会との連携

医師会から区行政に認知症対策への協力を求めた。後述する地域包括支援センターにおける「もの忘れ相談事業」と「認知症の人を介護する家族支援プログラム」には板橋区医師会が協力している。板橋区と隣接する豊島区医師会とも連携し、同会も平成 18 年度から板橋区医師会と同様の「認知症かかりつけ医」事業を開始した。両医師会は、年数回の合同委員会を持ちながら地域の認知症連携に取り組んでいる。

III 板橋区行政との協力事業

1. 地域包括支援センターの「もの忘れ相談事業」

平成 18 年度から、板橋区医師会の「もの忘れ相談医」が各地域包括支援センターに出向いて、区民からの認知症に関する相談に応じる「もの忘れ相談事業」が新たに開始された。

これは板橋区が行う健康相談事業のひとつに位置づけられ、健康相談を通じて、必要な方が早期に医療機関や介護保険を利用するようになることをねらったものである。板橋区内の各地域包括支援センターにおいて年 4 回の「もの忘れ相談」を行うとともに、集会所などにおいて区民へ年 5 回の「もの忘れ予防講演会」を行っている(図 2)。相談を利用する区民の費用負担はなく、区民の講演会への参加も費用徴収はない。

板橋区には 16 ケ所の地域包括支援センターがあるため、年間の「もの忘れ相談」は延べ 64 回のぼる。地域包括支援センターで認知症個別健康相談を行い、医療や介護の早期利用につなげる試みは全国でも最初の試みと言われる。相談事業は平成 18 年 6 月から開始され、平成 19 年 3 月までに 129 件の利用があった。

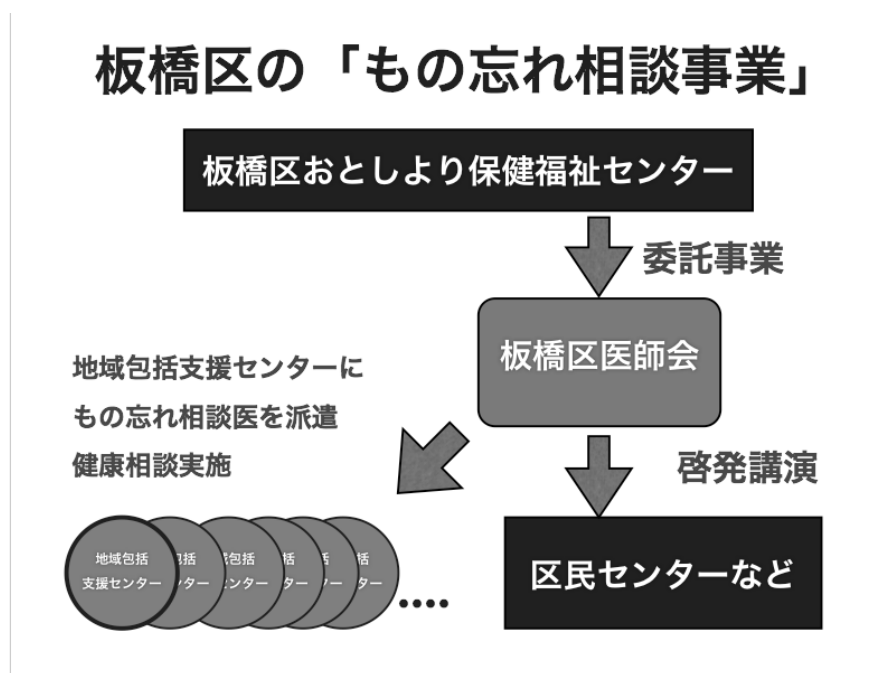


図 2 板橋区の「もの忘れ相談事業」概要

「もの忘れ相談事業」は、介護保険制度改正により設置されることになった地域包括支援センターでの新規事業として開始されたものであり、地域密着型ケアのひとつのモデルとして注目されている。前述したように平成 19 年度からは豊島区でも、同様の相談事業が行われるようになった。板橋区医師会は認知症相談事業における判定マニュアルを作成したが、豊島区医師会も板橋区のものと同様のマニュアルを作成した。

同一の基準を使い、両医師会は緊密な連携を保ちつつ、地区医師会の壁を越えた「地域」としての認知症対応力向上に向けて活動している。

医師会・地域包括支援センター・行政の連携による認知症相談は、国が提唱する「地域包括ケア」の具現形のひとつと考え、板橋区医師会としては、本事業を区行政とともに支援・発展させてゆく所存である。

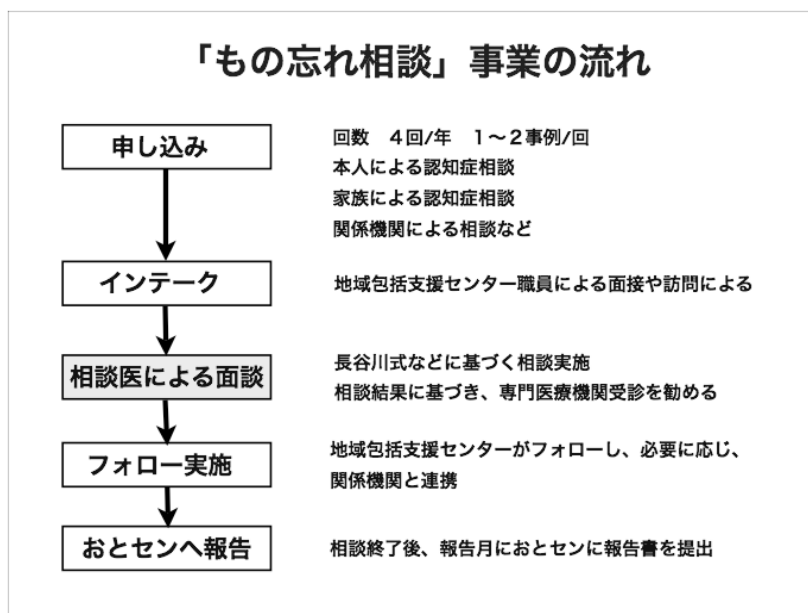


図 3 地域包括支援センターの「もの忘れ相談事業」フロー

2. 認知症の人を介護する家族支援プログラム

板橋区では行政機関である「おとしより保健福祉センター」において、平成 18 年度から認知症患者の家族を対象とした 5 日間コースの支援プログラムを開始した。1 日目に「認知症の理解 医療の現場から」という講義、2 日目と 3 日目はセンター方式の活用の講義と実習、4 日目は「介護保険サービスの利用と実際」についての講義、5 日目は介護ストレスの対処法に関する講義から構成されている。プログラムは全額公費負担で運営されており、30 人前後の定員で年間 4 回行っている。1 日目の「認知症の理解」をテーマとした講演は板橋区医師会の医師が講師を担当している。

3. 板橋区におけるその他の認知症行政サービス

板橋区では、上記の「もの忘れ相談」、「もの忘れ予防講演会」、「認知症の人を介護する家族支援プログラム」のほかにも、認知症で徘徊のある方を介護している家族のためにGPSを利用した「認知症徘徊高齢者探索サービス」、在宅で生活する認知症の方のために支援員が外出時の付添や話し相手、見守りを行う「ごいっしょサービス」、介護施設に関する情報提供なども行なっている。

Ⅳ.おわりに

認知症対策には、医療・行政・介護・福祉・地域住民における緊密で包括的な連携とケアが必要である。「かかりつけ医認知症対応力向上研修」は、医師の認知症に対する意識変化・診察技術の向上・介護保険の円滑な利用などに不可欠な研修である。しかし地域における認知症対策のあり方は様々で、それぞれの地域における認知症のニーズにあった研修を引き続き開催することが必要である。これは認知症サポート医の重要な役割でもある。

また都道府県レベル、郡市区レベルでの行政との緊密な連携を獲得・維持することがなくては、地域の「ちから」としての「認知症対応力」の向上に結びつけることは困難である。医師会を含めた関係団体らと協力して地域としての「対応力」向上に繋げることが求められる。認知症サポート医には、医師会への働きかけ等を通じた積極的な活動を期待したい。

（板橋区医師会 認知症サポート医 弓倉 整）

文献

- 1) 弓倉 整：板橋区医師会の「もの忘れ相談医」活動について。板橋区医師会通報，No.424，8-13，2005.
- 2) 弓倉 整：都市型の医師会が主体となった地域連携実践について。老年精神医学雑誌，Vol.17，125-132，2006.
- 3) 弓倉 整、水野重樹、依藤 壽、他：板橋区医師会における取り組み。治療，Vol.89，No.11，2007.

八王子市医師会における認知症への取り組み

ー 認知症支援ネットワーク(D-net)と認知症どんとこいドクター ー

1. はじめに

八王子市医師会は、従前より地域における認知症対策に積極的に取り組んできた。この対策の中核をなすのが、八王子認知症支援ネットワーク(通称:D-net)である。D-net は「質量ともに豊富に整備されている八王子市内の保健・医療・福祉サービス等が連携し、住み慣れた町で認知症者が、自分らしい生活を送り続けることをサポートするシステム」と定義されている。本事業の内容については後述するが、重要な事業の1つに認知症研修事業がある。本研修は認知症に関する正しい知識を身につけてもらうことを目的に、医師、専門職、一般市民を対象として、各々のレベルに見合った内容で実施してきた。こうした流れの中で、かかりつけ医認知症対応力向上研修事業も順調な滑り出しをみせている。平成 18 年度の同研修修了者は約 35 人、平成 19 年度は約 30 人が受講中である。一方、八王子市医師会には「認知症どんとこいドクター(D.D.D)」という八王子市医師会独自の認知症専門医制度があり、この資格を取得するためには前述の研修を修了した上で、もう 1 単位を受講する必要がある。

本稿では、八王子市医師会が取り組む「D-net」と「認知症どんとこいドクター」について述べる。

2. 八王子認知症支援ネットワーク:D-net

D-net は八王子市医師会が病診連携事業を進めていく中で生まれた。他の地区と同様、八王子市医師会も長年にわたって病診連携事業を推進してきたが、医療機関ガイドやマップの製作程度にとどまり、実践的なシステム構築には至らなかった。そこで、はじめに「病診連携」ありきでなく、現場で「病診連携」が必要と考える疾患にどのようなものがあるかというテーマで病院・診療所関係者を集め意見交換を行った。この会合の特徴は、院長や医師のみならず、MSW や看護師長、事務長等の同伴を条件としたことである。その結果、共通認識されたのが「認知症問題」であった。つまり現場での必要性から生まれた病診連携である。よって、その後行われた実態調査や研修会、さらには自院の情報公開などを進めるにあたっての抵抗や障害は少なく、各方面からの協力も得やすかった。表 1 に D-net の事業概要をあげる。

表 1 D-net の事業概要

1.保健・医療・福祉、施設・在宅、あるいは公的・民間の垣根を越えた支援体制の構築
2.認知症相談窓口の設置
3.認知症高齢者の相談・診断・治療・ケアに関する地域限定の情報発信 (認知症どんとこいドクターホームページ)
4.認知症に関する研修会 八王子市医師会認知症どんとこいドクター研修会(認定医制度) 看護・介護職等の専門職研修 一般市民研修 認知症高齢者の介護に携わる家族研修
5.もの忘れ検診等認知症予防・早期発見事業

「認知症相談窓口」「認知症どんとこいドクター研修会(認定制度)」「認知症どんとこいドクターホームページ」が中心となる3本柱であり、次項で各事業について解説する。

3. 認知症相談事業

表2に八王子市医師会認知症相談事業をあげる。相談窓口は八王子市医師会事務局内におかれ、専任の担当者が相談を受けている。相談内容によっては、当番医療機関や、専門医、八王子市、地域包括支援センター等につなげている。相談内容は記録に残し、相談担当者・当番医療機関連絡会議の資料とされる。相談窓口の案内はどんとこいドクターホームページや八王子市の広報誌等に掲載されている。1日の平均相談件数は3～4件で後方の当番医療機関に送られるケースは1件弱である。

表 2 八王子市医師会認知症相談事業

〔開設時間〕	月曜～金曜 10 時～16 時
〔開設場所〕	八王子市医師会事務局
〔業務内容〕	・医師会担当者が電話、FAX、メールにて相談を受けつけ、必要に応じて当番医療機関、専門医、八王子市、地域包括支援センター等につなげる。 ・当番医療機関は市内の4病院(精神科病院3カ所、療養型医療施設 1 カ所)が週替わりで担当する。

4. 認知症どんとこいドクター研修

表3に八王子市医師会認定認知症専門医「認知症どんとこいドクター研修プログラム」をあげる。本研修は認知症サポート医養成研修の基礎知識・診断・治療とケア・連携の各編をベースとして、より実践的な認知症医療や地域密着情報を研修するものである。前述のごとく本資格を取得するためには、かかりつけ医認知症対応力向上研修を全て履修した上でさらにもう1単位の受講が必要となる。研修修了者には「認知症どんとこいドクター認定証」が授与され、どんとこいドクターとしてホームページに登録される。

表 3 八王子医師会認定認知症専門医 -どんとこいドクター研修プログラム-

テーマ	主 な 内 容
1.認知症代表疾患の UP DATE	アルツハイマー型認知症、脳血管性認知症の病理・経過・診断、現在の治療法、今後期待される治療法、鑑別の必要な身体疾患とその特徴
2.認知症の初期症状 とその対応	気づき、家族から病歴聴取のコツ、疑った場合の①診断手順②治療手順 家族への告知、アドバイス、かかりつけ医の役割、成年後見制度
3. 認 知 症 を 呈 す る 様々な疾患	前頭側頭型認知症、レビー小体型認知症、皮質基底核変性症の特徴 薬剤性認知症、せん妄を起こしやすい薬剤とその特徴
4.認知症の周辺症状 に対する対応	BPSD の種類・治療法、BPSD がある場合の治療、療養方法、BPSD のある患者の家族へのサポート法、地域のサポートシステム、認知症の非薬物療法、認知症のリハビリテーション
5.八王子認知症支援 ネットワークシステム	D-net と認知症どんとこいドクターについて

※以上の内容を認知症サポート医養成研修テキストに付加して研修実施

5. 認知症どんとこいドクターホームページ

表4に認知症どんとこいドクターホームページの掲載内容をあげる。

表 4 認知症どんとこいドクターホームページ

1. 認定「認知症どんとこいドクター」の検索
2. 認知症の相談・診断・治療に対応可能な医療機関の検索
3. 認知症に合併した身体疾患に対応可能な医療機関の検索
4. リアルタイムの入院・入所施設の空きベッド情報(会員専用ページ)
5. 認知症のケア・キューアに関する情報提供
6. 行政担当部署、地域包括支援センター、居宅支援事業者、介護サービス事業者等紹介
7. 家族会・自助グループ・ボランティアグループ等の紹介

このホームページで医療機関を検索する場合、トップページ(図1)から医療機関検索をクリックし、どんとこい医療機関検索画面(図2)を開く。

次に(1)認知症の相談・診断・治療・入院・入所等といった希望するサービスの種類、(2)希望する地域、(3)内科・神経内科・精神科等の診療科等を選択し検索する。検索により抽出された当該医

療機関の情報は、各医療機関とも提供医療内容やサービス内容が比較できるように1頁目(図3)は共通項目とし、決められたフォーマットの中で情報が提供されている。2頁目(図4)は、個々の医療機関の特色を写真やコメント等によって自由に書き込むことができる頁としている。また自院のホームページとのリンクも可能である。



図1 認知症どんとこいドクターホームページのトップページ

図2 医療機関検索画面

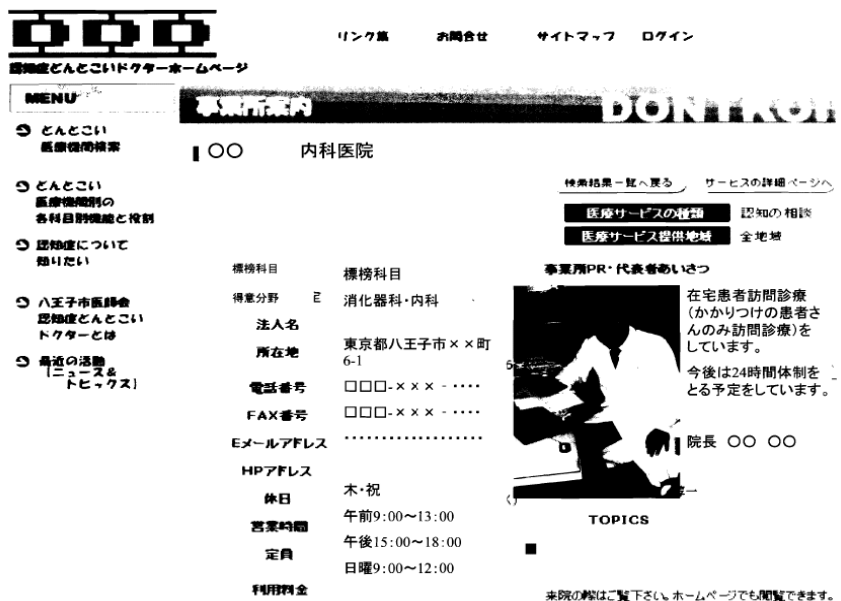


図3 医療機関の情報1頁目(共通項目)

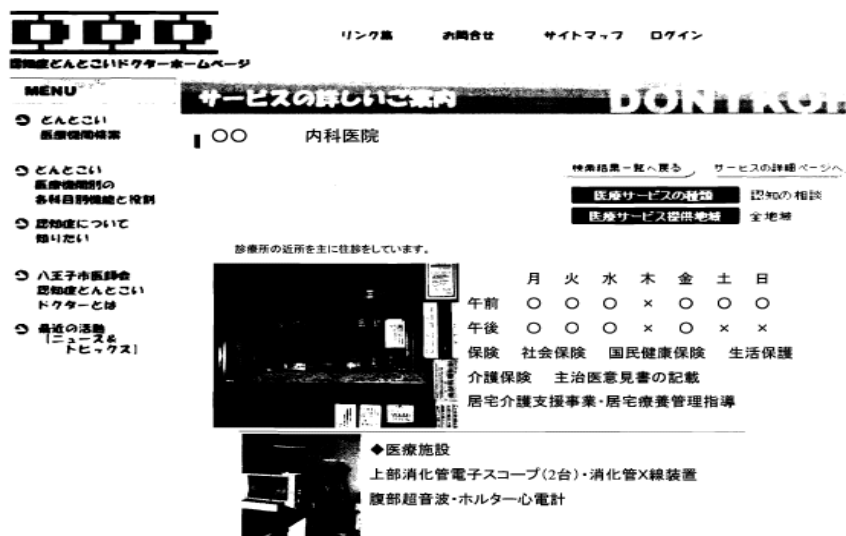


図4 医療機関の情報2頁目(個々の特色等)

表5に認知症どんとこいドクターホームページの目的をあげる。一般市民、専門職、医師会員を対象に、社団法人八王子市医師会の公共性を担保にして得られた各方面からの情報を集約、整理し公明正大な情報として提供している。提供側の医師会・医師会会員も受け取り側の一般市民等も認知症に対する関心を高めることができています。その効果のとして、「かかりつけ医認知症対応力向上研修」の受講や認知症どんとこいドクター資格取得へのモチベーションを高めている。

表 5 認知症どんとこいドクターホームページの目的

-
- ・八王子市医師会、並びに会員が日常診療の中で実施している認知症高齢者に対する保健・医療・福祉への取り組みを広くアピールする
 - ・医療機関の検索、医療内容、特色、アクセス方法などの情報を提供する
 - ・認知症高齢者の医療や介護の問題で困窮している市民が、本日 HP を通して適切な情報を得ることにより、状況に応じた対応が可能となる。認知症の早期発見・早期治療にもつながる
 - ・認知症問題で悩む市民のコミュニケーションの場となる
 - ・医師会員間の医療連携のツールとして活用できる
 - ・医師会員がパソコンになじむ機会を得ることで医師会の IT 化の一助となる
-

6. まとめ

- (1) 住み慣れた町で認知症者が尊厳を保ちながら安心した生活が送られるように「D-net」を立ち上げた。
- (2) 医療連携、地域連携を推進していくために、保健・医療・福祉、施設・在宅あるいは公的・民間の垣根を越えた支援体制とした。その際「認知症」という言葉がよい意味での結びつけ合うキーワードとなった。
- (3) 中核にどんとこいドクターホームページを設置した。
- (4) IT 技術を積極的に活用することで、誰もが地域限定の情報を容易に入手できるシステムを構築する事ができた。
- (5) 一般市民、介護者、専門職、医師会員、会員医療機関の認知症への関心を高めることができた。

以上、八王子市医師会の認知症への取り組みとして「認知症支援ネットワーク(D-net)」と「認知症どんとこいドクター制度」について述べた。医療連携を推進する中からスタートした本事業であったが、現在は医療関係のみならず一般市民、専門職をも巻き込む地域密着の包括的な認知症サポート事業となった。

(八王子市医師会 認知症サポート医 平川博之)

八王子市医師会認知症どんとこいドクターホームページ

<http://www.hachiouji-d-net.com/>

広島県の取り組み

もの忘れ・認知症相談医（オレンジドクター）の設置について

H22. 3. 18 広島県 健康福祉局 社会福祉部 高齢者支援課

1 趣 旨

高齢者等が日ごろ受診する主治医（かかりつけ医）による、認知症の早期発見・早期対応を促進するため、県及び県医師会では、次の研修を実施しており、当該研修修了者を「もの忘れ・認知症相談医」（呼称「オレンジドクター」）に認定し、広く周知することにより、認知症患者及び家族が気軽に相談でき、より早い段階から適切な医療と介護のサービスを提供できる体制を整備する。

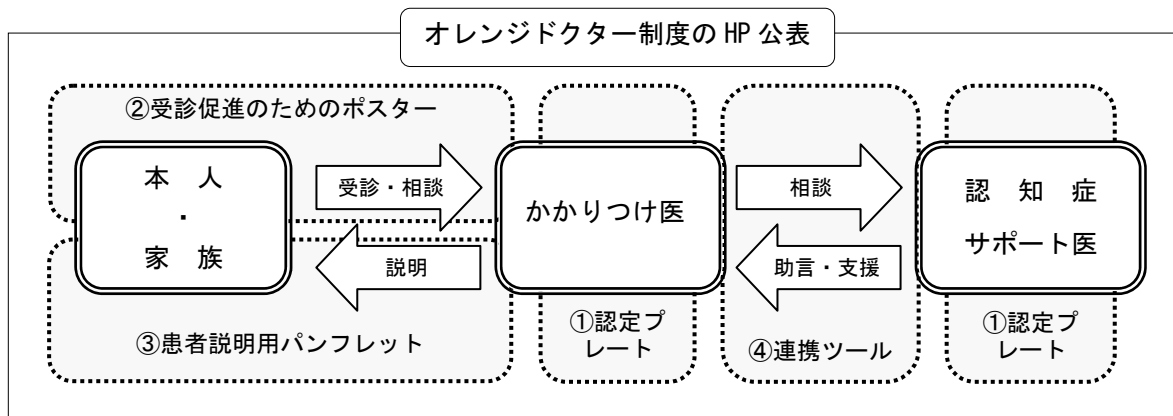
研 修 名	目 的	修了者数 (H22. 2. 28 現在)
かかりつけ医認知症対応力向上研修	認知症診断の知識・技術、家族からの相談対応の習得	773 人
認知症サポート医養成研修	かかりつけ医への助言・支援、専門医療機関・地域包括支援センター等との連携の推進	54 人

2 オレンジドクターの役割

- (1) 認知症患者及び家族の支援
- (2) 認知症の医療及びケアに関する正しい知識の普及
- (3) 地域における認知症患者及び家族の支援体制への協力

3 制度概要

- (1) オレンジドクターの同意を得た上で、県ホームページにおいて名簿を公表するとともに、啓発ポスター等により認知症患者、家族等の受診・相談を促進する。
- (2) かかりつけ医による認知症の診療を支援するため、診断・治療方法等に関して、認知症サポート医へ相談できる体制を整備する。



① オレンジドクターの認定プレート

県が認定する「もの忘れ・認知症相談医」に交付し、院内に掲示する。

② 受診促進のためのポスター

認知症の早期発見・早期診断の重要性を啓発し、オレンジドクターへの受診・相談を促進するため、院内に掲示する。

③ 患者説明用パンフレット

オレンジドクターが、患者や家族等に対し、認知症への正しい理解や適切な対応等のポイントを説明する際に使用する。

④ 連携ツール

診断・治療方法、家族の対応等について、かかりつけ医が認知症サポート医から助言を受けるためのツール（県ホームページから相談書をダウンロードし、メール等により送付）で、患者の診療や家族からの相談に対応する際に使用する。

4 根拠規定

広島県もの忘れ・認知症相談医設置要綱 参照

広島県もの忘れ・認知症相談医設置要綱

(目的)

第1条 高齢者等が日ごろより受診する主治医(かかりつけ医)に対し、認知症に関して気軽に相談でき、より早い段階から適切な医療と介護のサービスを提供できる体制を整備するため、もの忘れ・認知症相談医を設置し、地域における認知症の早期発見・早期対応を促進する。

(呼称)

第2条 前条のもの忘れ・認知症相談医の呼称は、オレンジドクターとする。

(役割)

第3条 オレンジドクターの役割は、次のとおりとする。

- (1) 認知症患者及び家族の支援
- (2) 認知症の医療及びケアに関する正しい知識の普及
- (3) 地域における認知症患者及び家族の支援体制への協力

(認定)

第4条 オレンジドクターは、次の研修修了者をもって充てる。

- (1) かかりつけ医認知症対応力向上研修
 - (2) 認知症サポート医養成研修
 - (3) 認知症専門医療向上研修
 - (4) その他前各号の研修に類似する研修で知事が特に認めたもの
- 2 県は、前項のオレンジドクターに対し、別記の認定プレートを交付する。
- 3 オレンジドクターは、前項の認定プレートを院内に掲示するものとする。

(公表)

第5条 県は、オレンジドクターに対し、別記様式第1号により、同意を得た上で、広島県ホームページにおいて名簿を公表する。

2 オレンジドクターは、前項の名簿の登載情報に変更があった場合は、別記様式第2号により、広島県に届け出るものとする。

3 オレンジドクターは、県外の医療機関に異動した場合又は医療機関を廃止した場合は、別記様式第3号により、広島県に届け出るとともに、第4条第1項の認定プレートを返還するものとする。

(支援)

第6条 県は、オレンジドクターによる認知症の診療を支援するため、診断・治療方法等に関して、認知症サポート医へ相談できる体制を整備する。

2 県は、オレンジドクターに対し、広島県医師会等の関係団体と連携して、認知症に関する研修会等を実施する。

(情報の提供)

第7条 県は、第5条第1項の名簿を、市町及び地域包括支援センターに提供する。

2 県は、認知症の早期発見・早期対応を啓発するポスター等を作成し、オレンジドクターのいる医療機関に配付する。

(その他)

第8条 この要綱に定めるもののほか、この事業の実施について必要な事項は健康福祉局長が別に定める。

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は、平成22年3月9日から施行する。
- (名簿の取扱)
- 2 第4条第1項第1号及び第2号の研修修了者については、当該研修の修了者名簿を、第5条第1項の名簿とみなす。

相談書（かかりつけ医→認知症サポート医）

平成 年 月 日

（認知症サポート医）

（かかりつけ医）

病院 先生 	医療機関名 所在地 電話番号 FAX番号 氏 名 ⑩
-------------------------	---

相談内容 ☐ 診断 ☐ 治療 ☐ ケア ☐ その他（ ）

※具体的な内容

基本属性 年 齢 歳 性 別 ☐ 男 ☐ 女
 生活環境 ☐ 在宅（同居家族 ） ☐ 施設 ☐ その他（ ）

既往歴

症状・治療経過

※必要に応じて画像等の添付も可

現在の処方 （ ）（ ）（ ）

※処方箋の写しの添付も可

介護保険の利用 ☐ あり（ 要支援 要介護度 ） ☐ なし

利用サービスの種類

（ ）（ ）（ ）

その他（生活上の困難・家族が対応に困ることなど）

助言書（認知症サポート医→かかりつけ医）

平成 年 月 日

（認知症サポート医）

⑩

回答内容 ☐ 診断 ☐ 治療 ☐ ケア ☐ その他（ ）

具体的な内容

（かかりつけ医→認知症サポート医→かかりつけ医）

相談書(かかりつけ医→認知症サポート医)

平成 ▲ ▲ 年 ▲ ▲ 月 ▲ ▲ 日

(認知症サポート医)

(かかりつけ医)

● ● ● ● ●

医療機関名 ▲▲クリニック

所在地 広島県▲▲▲▲▲▲▲▲-▲-▲

電話番号 ▲▲▲-▲▲▲-▲▲▲▲

FAX番号 ▲▲▲-▲▲▲-▲▲▲▲

氏 名

相談内容 ☐ 診断 ☒ 治療 ☐ ケア ☐ その他()

※具体的な内容

症状の改善を目的とした投薬に関して、次の3点について助言いただきたい。

- ① 薬物治療の患者及び家族への説明
- ② 塩酸ドネペジルの服用の仕方

基本属性 年 齢 7 7 歳 性 別 ☐ 男 ☒ 女
生活環境 ☒ 在宅（同居家族 子夫婦 ） ☐ 施設 ☐ その他（ ）

既往歴	糖尿病, 高血圧症
-----	-----------

症状・治療経過 糖尿病及び高血圧症の長期治療中。数年前よりもの忘れ出現。
見当識障害、計算力障害が出現したため受診

※必要に応じて画像等の添付も可

現在の処方 (アリセプト 3mg) () ()

※処方箋の写しの添付も可

介護保険の利用 ☒ あり (要支援 要介護度 2) ☐ なし

利用サービスの種類

(デイサービス) () ()

その他(生活上の困難・家族が対応に困ることなど)

家族が服薬の管理をすることを嫌がっている。

助言書(認知症サポート医→かかりつけ医)

平成 ●● 年 ●● 月 ●● 日

(認知症サポート医)

● ● ● ●

印

回答内容 ☐ 診断 ☒ 治療 ☐ ケア ☐ その他()

具体的な内容

- ① 患者及び家族に対して期待される効果を説明し、理解を得ておく必要があります。約数か月から1年くらいは現状維持が可能で、なかにはもの忘れや判断力の改善が認められる場合がありますが、根治療法ではないこと、長期的には症状が進行することなどを十分説明してください。
- ② 3mgを2週間服用し、副作用がなければ5mgに増量してください。MMSE12点以下、FAST6以上(着衣、入浴、排泄に介助を要する等の状態)の高度アルツハイマー型認知症患者に対して10mgを処方する際には、5mgで4週間以上経過をみた後に増量してください。
- ③ 嘔気や食欲不振などの消化器症状がでる場合がありますので、これらの症状が出現した場合には、胃腸薬を併用しながら再投与することで服薬を継続できる場合もあるため、早めに相談するよう説明してください。導入時や増量時に多くみられます。また、服用後、食欲の昂進による不穏、興奮、易怒性、攻撃性がみられることがあり、介護負担の増大や周りの人との争いがでてる場合がありますが、効果の一部であることを、家族に必ず説明しておいてください。その場合は一時中止することもあります。

(かかりつけ医→認知症サポート医→かかりつけ医)

東京都医師会の認知症対策への取り組み

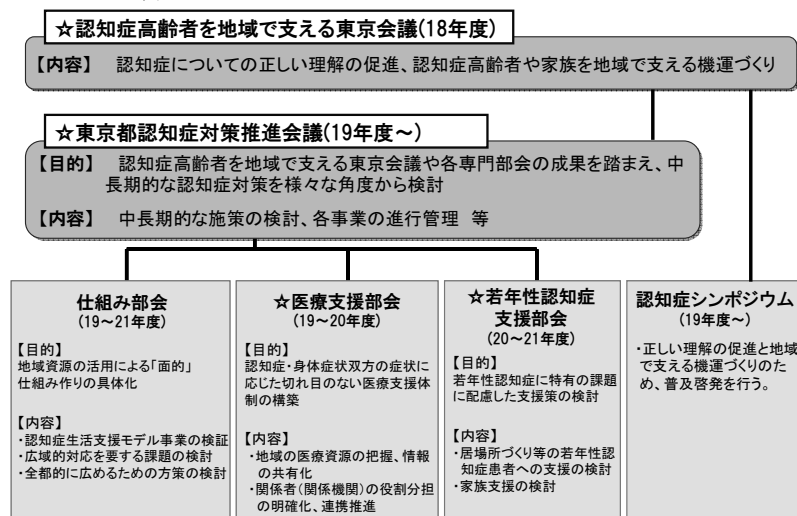
はじめに

東京都では国の認知症対策を踏まえ、平成 18 年度から認知症対策推進事業を立ち上げ、認知症の人とその家族が地域で安心して暮らせるまちづくりを推進するとともに、認知症地域医療推進事業において、区市町村を単位とした認知症サポート医の養成とかかりつけ医の認知症対応力向上に取り組み、東京都医師会の協力の下、2,000 名を超えるかかりつけ医・認知症サポート医を養成してきた。

また、平成 19 年度には「東京都認知症対策推進会議」の専門部会として、症状に応じた切れ目のない医療支援体制について検討するための「医療支援部会」を設置した。平成 21 年 3 月には、同部会において「認知症の人と家族を支えるための医療支援体制のあり方」についての報告書が取りまとめられ、「認知症と身体症状の双方に切れ目のない医療支援体制の構築」、「医療支援に関わる関係者の役割分担の確立・地域の医療資源の情報共有による提供される医療の質の向上」、「かかりつけ医を中心とした地域における連携体制の構築」が重要であることが提言されている。

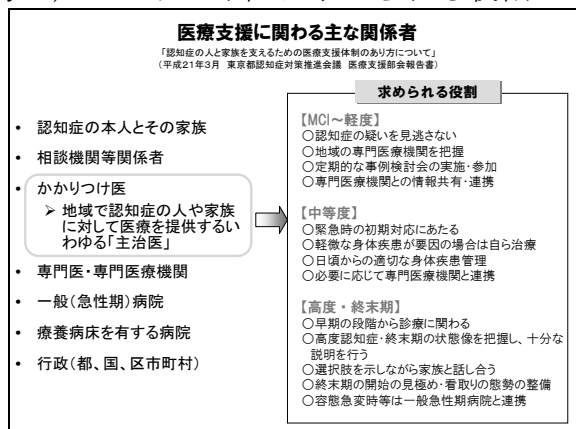
地域づくり、とりわけ地域の医療支援体制を構築するうえで、かかりつけ医に期待される役割は大きい。東京都医師会もこれらの取組に参画するなど、行政と医師会が一体となり、認知症の人に対する医療支援体制の充実に向けて、以下に述べるような総合的な取組を進めている。

(参考 1) 東京都認知症対策推進事業



※会議名の前の「★」印は、東京都医師会が参画していることを表す

(参考 2) かかりつけ医に求められる役割



1) 認知症サポート医養成研修

東京都医師会では、認知症の人の日常生活や健康管理に関わりの深い、かかりつけ医機能を担う開業医を中核とした「認知症サポート医」の養成が重要であると考えた。そこで、積極的に東京都に働きかけ、研修補助金も得て開業医の受講を奨励した。平成 17～19 年度は、受講費用を東京都が負担し、区市町村毎にサポート医が配置されるよう調整を図った。また、平成 20 年度以降、受講費用は自己負担となったが、介護老人保健施設協議会が推薦する施設の医師も含めて、認知症サポート医養成を継続している。

2) かかりつけ医認知症対応力向上研修

平成 18 年度から地区医師会の認知症サポート医が中心となり、「かかりつけ医認知症対応力向上研修」を地区医師会ごとに実施している。地区医師会で研修を実施するにあたり、カリキュラムの「連携編」も重視し、必ず区市町村担当者も研修会に招き、地域の認知症高齢者の状況等についての報告や資料の提供を受けている。また、研修修了者名簿は東京都から区市町村へ情報提供を行うとともに、地域包括支援センターへの配布など活用を促している。

地区医師会で全カリキュラムが受講できなかった受講者を対象に、東京都医師会が補講行い、非会員も受講できるように努めている。

(参考 3) 認知症サポート医・かかりつけ医の年度別研修修了者数

年 度 別		サポート医数	かかりつけ医数
内 訳	H17 年度 準備	6 名	—
	H18 年度 開始	4 8 名	7 2 7 名
	H19 年度	5 0 名	9 4 3 名
	H20 年度	7 2 名	6 9 9 名
	H21 年度 (22 年 1 月末)	4 2 名	2 9 名
	合 計	2 1 8 名	2, 3 9 8 名

(参考 4) 資料：地域別に見た医療資源状況 地図参照

資料挿入

(かかりつけ医認知症対応力向上研修修了者 2, 390 名は非会員を除く)

3) 認知症サポート医フォローアップ研修テキストの作成

「かかりつけ医を中心とした地域における連携体制」が機能するためには、かかりつけ医のサポート体制の構築が必要である。そこで、東京都では、かかりつけ医をサポートする「認知症サポート医」の機能強化・活動の充実を図ることにより、地域の医療支援体制の向上を目指して、認知症サポート医のフォローアップ研修を実施することとなり、平成 20 年度に「東京都認知症サポート医フォローアップ研修カリキュラム等検討委員会」を設置し、研修カリキュラムや教材等についての検討を行った。東京都医師会は、同検討委員会の運営を受託し、研修カリキュラムの開発及び研修テキストを作成した。

なお、研修テキストには達成目標を提案し、研修を受講してから達成目標の自己評価を行うこととした。OUTCOME とテキストの目次は次のとおりである。

OUTCOME(達成目標)の提案と研修内容

活動の方向性

- ☆「認知症サポート医」への期待を理解し、地域特性に応じた役割を創造して活動する
- ☆認知症の人が、地域で療養生活を継続するための様々な問題の解決を支援する
- ☆認知症について、地域住民や多様な職種が声をかけやすい医師として活動する

1. 地域の「かかりつけ医」と「専門医」の顔の見える連携づくりを支援する

(1) 東京都の認知症の医療やケアの現状を理解する

- ① 東京都における認知症対策の施策や活動状況を理解する
- ② 東京都認知症専門医療機関の状況を理解する
- ③ 東京における精神科救急医療体制の現状を理解する
- ④ 地域の認知症の医療体制の把握を理解する

(2) 地域の「専門医（医療機関）」の診断・治療・周辺症状・合併症への対応力を踏まえた情報提供やアクセスを支援する

(3) 認知症の人の急変時の地域の対応体制を踏まえた情報提供やアクセスを支援する

- ① 認知症の人の急変時の地域の対応体制についての情報を把握する
- ② 地域の「精神科救急対応医療機関」についての情報を把握する

(4) 地域に見合った「かかりつけ医」と「専門医」の連携を構築する

2. 包括的認知症ケアの現況を踏まえて「かかりつけ医」を総合的に支援する

(1) 困難事例への対応も含めた「かかりつけ医」の認知症対応力の向上を支援する

- ① 「認知症の人の日常生活を尊重するケア」の理念を理解し伝える
- ② 認知症診療のコツを把握し伝える
- ③ 認知症の非薬物療法の概要と効果を理解し伝える
- ④ 認知症短期集中リハビリテーションの概要を理解し伝える
- ⑤ 認知症の中核症状とBPSDへの薬物療法の適用を理解し専門医との連携を支援する
- ⑥ 諸外国のBPSDの薬物療法のガイドラインの存在と概要を理解し専門医との連携を支援する
- ⑦ 「かかりつけ医認知症対応力向上研修」の開催に協力する

(2) 権利擁護や虐待への対応について「かかりつけ医」の相談を受け支援する

- ① 地域の認知症の人の権利擁護体制を把握しマネジメントや情報提供をする
- ② 自らも鑑定書等権利擁護手続きの依頼に対応し「かかりつけ医」も支援する

(3) 病名告知とその後の対応について下記の観点に留意し「かかりつけ医」の相談を受け支援する

- ① 認知症の人とその家族の心情に配慮した支援をする
- ② 予後の見通しを適正に説明し、疾患の受容を支援する
- ③ 治療法や地域の医療体制等を説明する
- ④ 告知後の生活を支援する
- ⑤ 家族・介護者を支援する

3. 地域の医療・介護・福祉職等への連携促進や認知症対応力の向上を支援する

(1) 地域の認知症早期スクリーニング、早期対応の取り組みを支援する

例：地域自治体、地域包括支援センター、医師会が行う「物忘れ相談」等へ協力する

(2) 地域の医療・介護・福祉職等への認知症対応力向上のための啓発活動を牽引する

例：事例検討会、連携協議会等へ協力する

(3) 地域自治体、地域包括支援センター、地域医師会・介護事業者等の連携促進に協力する

4. 地域住民や多様な職種の従事者に対する認知症への理解を促進し地域ケアの向上を支援する

(1) 地域住民の啓発、認知症サポーターの養成等の住民主体の活動に協力する

(2) 認知症の人のライフラインを支える事業者を啓発し支援する

(住居・商工・金融・流通・交通・飲食・通信・エネルギー・水道等々の事業者)

(参考6) 東京都認知症サポート医フォローアップ研修テキスト目次

はじめに

東京の認知症サポート医活動の創造と展開をめざしてOUTCOME(達成目標)
の提案と研修内容

1. 地域の「かかりつけ医」と「専門医」の顔の見える連携づくりを支援する……………	1
2. 包括的認知症ケアの現況を踏まえ「かかりつけ医」を総合的に支援する……………	45
3. 地域の医療・介護・福祉職等への連携促進や認知症対応力の 向上を支援する……………	85
4. 地域住民や多様な職種の従事者に対する認知症への理解を 促進し地域ケアの向上を支援する……………	95

【参考資料】

1. 若年性認知症を取り巻く現状 ……………	105
2. 都内の認知症サポーター養成講座実施状況 ……………	108
3. 認知症サポート医養成研修及びかかりつけ医認知症対応力向上 研修の実施状況 ……………	110
4. 成年後見制度書式[診断書・鑑定書(要点式)]……………	112
5. 共通フォーマット【記入例】……………	115
6. 板橋区医師会における認知症対策への取り組み ……………	116
(板橋区の「もの忘れ相談事業」と「かかりつけ医認知症対応力向上研修」)	
7. 八王子市医師会における認知症への取り組み ……………	121
(認知症支援ネットワーク(D-net)と認知症どんとこいドクター)	
8. その他 地域活動の事例一覧 ……………	127

4) 認知症サポート医フォローアップ研修の実施

「認知症サポート医」に対し、所属地域の医療資源等の状況を踏まえた連携のあり方や、周辺症状・身体合併症の管理とマネージメント等に関する医学的知識等を付与することで、「かかりつけ医」への助言や地域の専門医療機関・地域包括支援センター等との連携促進等「認知症サポート医」の機能強化を図り、認知症医療と身体医療、専門医療と地域医療の切れ目を解消し、認知症の人に対する地域の医療支援体制の充実を図ることを目的としている。

平成 21 年度から東京都が実施主体となって東京都医師会が事業委託を受け、3) で作成したテキストを使用して、概ね二次医療圏域毎に実施し、平成 22 年度末までに全圏域での研修を終わる予定である。

研修内容は以下のとおりである。

研 修 内 容	時間割	講 師
① 東京都の認知症対策	1 5 分	東京都担当者
② かかりつけ医と専門医の連携等	9 0 分	認知症専門医
③ 質疑応答	1 5 分	
④ 具体的事例 等	3 5 分	認知症サポート医
⑤ グループワーク	7 5 分	認知症専門医 認知症サポート医 (都医師会理事)
⑥ ディスカッション	3 0 分	
開会・休憩・閉会	4 0 分	
計	300 分(5 時間)	

①～④までは研修テキストによる座学。

⑤グループワークは東京都が事前に区市町村における認知症対策の取組状況・高齢者を取り巻く現状等について調査し、その結果を基に実施。

5) 認知症に対応可能な医師・医療機関の情報提供

★かかりつけ医・サポート医の名簿を東京都のホームページに公表★

かかりつけ医認知症対応力向上研修修了者、認知症サポート医養成研修修了者、認知症サポート医フォローアップ研修修了者の同意を得て、氏名・医療機関名等を掲載した「かかりつけ医・認知症サポート医名簿」を東京都のホームページ「とうきょう認知症ナビ」(http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/zaishien/ninchishou_navi/) で公表している。

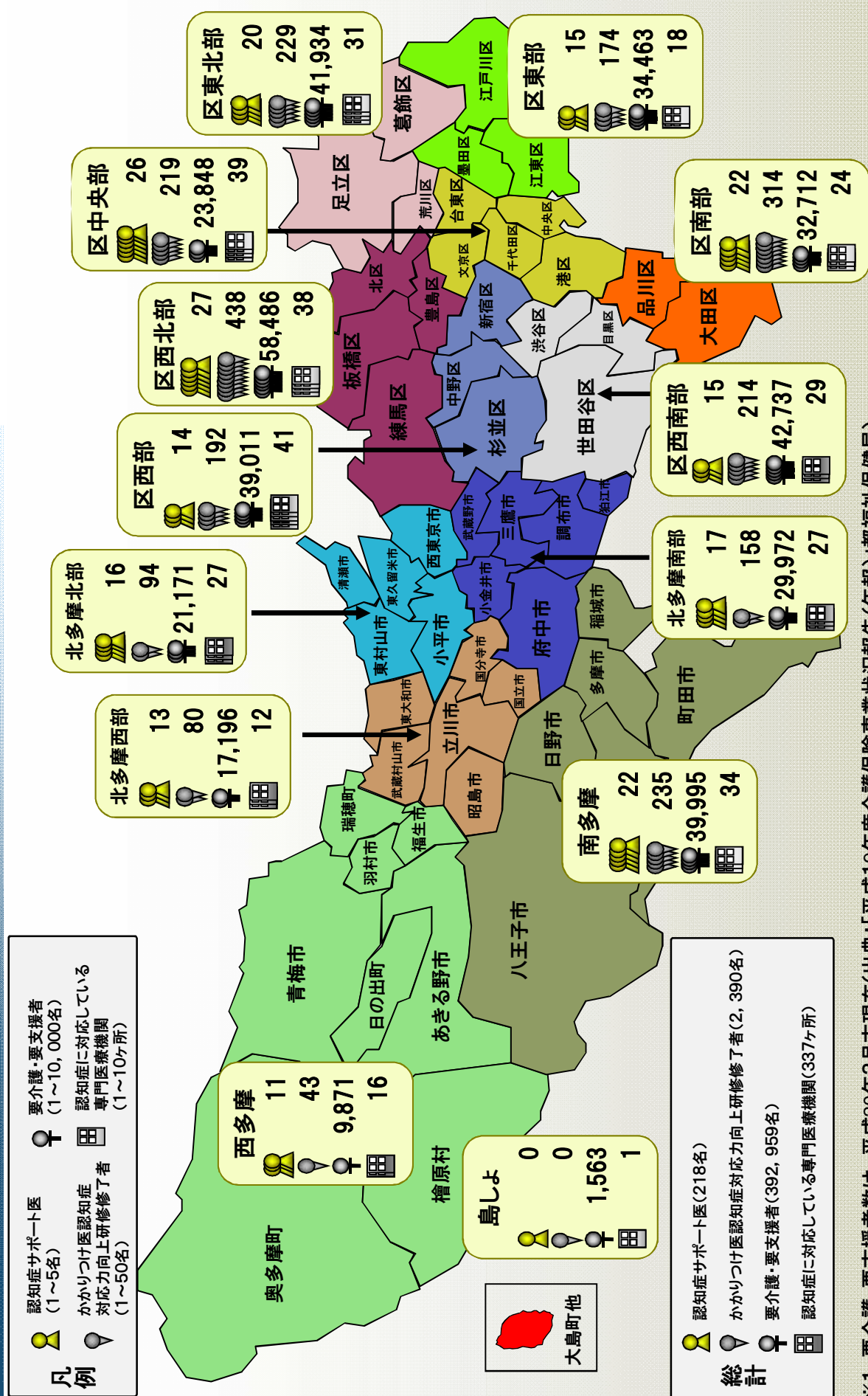
また、認知症に対応可能な医療機関の情報を、東京都医療機関案内サービス「ひまわり」からも検索できる。

6) 「認知症・地域ケアガイドブック」作成

認知症サポート医フォローアップ研修テキストを、東京都医師会では既に発行している「かかりつけ医機能ハンドブック 2009」版と連動した編集により、「認知症・地域ケアガイドブック」として、東京都医師会版を作成した。

平成 22 年度は、そのガイドブックをテキストとして、かかりつけ医のフォローアップ研修を東京都医師会で実施する予定である。

二次医療圏ごとの認知症サポート医・かかりつけ医研修了者・専門医療機関等の状況



- ※1 要介護・要支援者数は、平成20年3月末現在(出典:「平成19年度介護保険事業状況報告(年報)」都福祉保健局)
- ※2 専門医療機関とは「東京都認知症専門医療機関実態調査」(平成19年12月)において、分析対象となった認知症患者への対応を行っている医療機関のうち認知症の診断・治療を行っていると回答した医療機関のことを指す。
- ※3 認知症サポート医、かかりつけ医認知症対応力向上研修了者数は平成22年1月末現在。専門医療機関数は平成19年12月現在。

認知症の人、本人の声を傾聴する

広島県 T.M 56 歳

初めて頭の検査をしたのは、52 歳でした。会社のすすめる勧めでした。

問診がとてもしやでした。質問に答えられないからです。会社ではけなされ、その上いろいろテストされてだめな人間と決め付けられ、いやでいやでたまりませんでした。

できたことがどんどんできなくなっていきました。車の運転は恐くてもうできません。買い物もできなくなりました。数字の区別もできないので電話もかけません。自分がどんどんだめになっていくので不安です。少しのことで泣いています。

私は、かあさん（妻）がいないと迷路になってしまいます。朝、仕事に出かけるかあさんを見ると不安でいらだちます。かあさんが帰ってこないと何もできないので、かあさんが帰宅すると自然と涙が出ます。

かさむ治療費やこれからのことをすべてかあさんが 1 人で頑張っているので、すまないです。

私は、頭は病気でもからだはとても元気です。体力もあります。心はやる気でいっぱいです。重い荷物も運べます。頼まれたら動きます。だから、することを言ってもらえばゆっくりですがたいていのことはできます。人の役にたつて喜ばれたいし、感謝されたいです。

よい薬の開発が進んでいると聞きました。早くのみたいです。元気になりたいです。なんでこんなになったのかくやしいです。

（11 年前、45 歳で発症。52 歳の時、退職を余儀なくされる。教師の妻と二人暮らし。昼間はデイサービス、ヘルパー、「家族の会」広島県支部の仲間に支えられて生活を送っている。）