



日精協発第 19078 号

令和元年 9 月 4 日

厚生労働省

老健局長 大島 一博 殿

公益社団法人日本精神科病院協会

会長 山崎



要介護認定における認定調査・主治医意見書に関する要望

団塊の世代が 75 歳以上となる 2025 年を目途に、医療、介護、予防、住まい、生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築が目指されている。

高齢精神障害者の地域包括ケアを進めるにあたり、要介護申請を行うこととなる。しかし、精神疾患への理解が不十分な認定調査員が多く、適切な評価がされていない。また、主治医意見書も精神科医以外の医師が記入することも多く、現状を十分に反映しているとは言えない。

上記を踏まえ、精神障害者の要介護認定における認定調査・主治医意見書を下記のように修正並びに変更することを要望する。

記

1. 入院中あるいは在宅等にある 65 歳以上の精神障害者が要介護申請を行う場合、市町村に属する行政の認定調査員が来るケースが多くみられる。精神科医療機関で勤務した経験を有していることが望ましく、そうでない場合は精神科主治医あるいは精神科看護師等が調査に同席すべきである。
2. 精神障害者の主治医意見書作成においては、精神科の主治医が記入すべきである。
3. 介護保険認定調査第 4 群 精神行動障害における基本調査、調査内容、評価、特記事項について認知症のみならず高齢精神障害者の状況を反映するべく見直しを行うべきである。特に選択肢について頻度を考慮すべきである。また、6「過去 14 日間に受けた医療」については 14 日間という短期間ではなく、障害福祉サービスにおける主治医意見書「特別な医療」の文言に合わせ「現在、定期的あるいは頻回に受けている医療」とすべきである。
4. 精神障害者の主治医意見書は、特性を適切に配慮した意見書でなければならない。高齢精神障害者の特性を反映すべく、別添「主治医意見書修正案」のとおり変更すべきである。
例：注記の追加、入院歴の追加、行動上の障害の追加、精神・神経症状の追加等

以上

主治医意見書修正案

記入日 平成 年 月 日

申請者 (ふりがな) 男・女 〒 ー 連絡先 () 明・大・昭 年 月 日生(歳) 電話 () FAX () 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 医療機関所在地

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) 入院歴 (直近の入院歴を記入) 1. 昭和・平成 年 月 ~ 年 月 (傷病名:) 2. 昭和・平成 年 月 ~ 年 月 (傷病名:) (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。特に精神疾患・難病については症状の変動についてわかるように記入。) (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] 訪問看護や往診の回数(回/月) 通院の頻度(回/月) 入院の頻度・回数(年に 回、過去 回)

2. 特別な医療 (現在、定期的あるいは頻回に受けている医療 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 向精神薬による薬物療法 (種類・数:) 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) 認知機能の障害 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 ()~~

(3) 行動上の障害
昼夜逆転 暴言 自傷 他害 支援への抵抗 徘徊
危険の認識が困難 不潔行為 異食 性的逸脱行動 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)~~

(4) 精神・神経症状
意識障害 記憶障害 注意障害 遂行機能障害
社会的行動障害 その他の認知機能障害 気分障害 (抑うつ気分、軽躁/躁状態)
睡眠障害 幻覚 妄想 その他 ()
 専門科受診の有無 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 看護職員の訪問による相談・支援 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、精神保健福祉手帳診断書の写し、

障害年金診断書の写し等を添付して頂いても結構です。）

調査は、調査対象者が通常の状態（調査可能な状態）であるときに実施して下さい。本人が風邪をひいて高熱を出している等、通常の状態でない場合は再調査を行って下さい。

保険者番号 _____ 被保険者番号 _____

認定調査票（概況調査）修正案

I 調査実施者（記入者）

実施日時	平成 年 月 日	実施場所	自宅内・自宅外（ ）	
ふりがな		所属機関		
記入者氏名				

II 調査対象者

過去の認定	初回・2回め以降 (前回認定 年 月 日)	前回認定結果		非該当・要支援（ ）・要介護（ ）	
ふりがな		性別	男・女	生年月日	明治・大正・昭和
対象者氏名					年 月 日（ 歳）
現住所	〒 -		電話	-	-
家族等連絡先	〒 - 氏名（ ）調査対象者との関係（ ）		電話	-	-

III 現在受けているサービスの状況についてチェック及び頻度を記入してください。

在宅利用 [認定調査を行った月のサービス利用回数を記入。(介護予防)福祉用具貸与は調査日時点の、特定(介護予防)福祉用具販売は過去6月の品目数を記載]					
<input type="checkbox"/> (介護予防)訪問介護(ホームヘルプサービス)	月	回	<input type="checkbox"/> (介護予防)福祉用具貸与	品目	
<input type="checkbox"/> (介護予防)訪問入浴介護	月	回	<input type="checkbox"/> 特定(介護予防)福祉用具販売	品目	
<input type="checkbox"/> (介護予防)訪問看護	月	回	<input type="checkbox"/> 住宅改修	あり・なし	
<input type="checkbox"/> (介護予防)訪問リハビリテーション	月	回	<input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護	月	日
<input type="checkbox"/> (介護予防)居宅療養管理指導	月	回	<input type="checkbox"/> (介護予防)認知症対応型通所介護	月	日
<input type="checkbox"/> (介護予防)通所介護(デイサービス)	月	回	<input type="checkbox"/> (介護予防)小規模多機能型居宅介護	月	日
<input type="checkbox"/> (介護予防)通所リハビリテーション(デイケア)	月	回	<input type="checkbox"/> (介護予防)認知症対応型共同生活介護	月	日
<input type="checkbox"/> (介護予防)短期入所生活介護(特養等)	月	日	<input type="checkbox"/> 地域密着型特定施設入居者生活介護	月	日
<input type="checkbox"/> (介護予防)短期入所療養介護(老健・診療所)	月	日	<input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	月	日
<input type="checkbox"/> (介護予防)特定施設入居者生活介護	月	日	<input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	月	回
<input type="checkbox"/> 複合型サービス	月	日			
<input type="checkbox"/> 市町村特別給付 []					
<input type="checkbox"/> 介護保険給付外の在宅サービス []					

施設利用	施設連絡先
<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 □医療機関(精神病床) <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 □障害福祉サービス共同生活援助(グループホーム) <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護適用施設(グループホーム) <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護適用施設(ケアハウス等) <input type="checkbox"/> 医療機関(医療保険適用療養病床) <input type="checkbox"/> 医療機関(療養病床以外) <input type="checkbox"/> その他の施設	施設名 _____ 郵便番号 _____ 施設住所 _____ 電話 _____

IV 調査対象者の家族状況、調査対象者の居住環境（外出が困難になるなど日常生活に支障となるような環境の有無）、日常的に使用する機器・器械の有無等について、認定調査票（特記事項）の下部、「概況調査の特記すべき事項」欄に記入してください。

認定調査（基本調査）

調査日 年 月 日

保険者番号

被保険者番号

1-1 麻痺等の有無について、あてはまる番号すべてに○印をつけてください。（複数回答可）

1. ない 2. 左上肢 3. 右上肢 4. 左下肢 5. 右下肢 6. その他（四肢の欠損）

1-2 関節の動く範囲の制限の有無について、あてはまる番号すべてに○印をつけてください。（複数回答可）

1. ない 2. 肩関節 3. 股関節 4. 膝関節 5. その他（四肢の欠損）

1-3 寝返りについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. つかまらないでできる 2. 何かにつかまればできる 3. できない

1-4 起き上がりについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. つかまらないでできる 2. 何かにつかまればできる 3. できない

1-5 座位保持について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

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

1-6 両足での立位保持について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 支えなしでできる 2. 何か支えがあればできる 3. できない

1-7 歩行について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. つかまらないでできる 2. 何かにつかまればできる 3. できない

1-8 立ち上がりについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. つかまらないでできる 2. 何かにつかまればできる 3. できない

1-9 片足での立位保持について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 支えなしでできる 2. 何か支えがあればできる 3. できない

1-10 洗身について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 介助されていない 2. 一部介助 3. 全介助 4. 行っていない

1-11 つめ切りについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 介助されていない 2. 一部介助 3. 全介助

1-12 視力について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

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

1-13 聴力について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

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

2-1 移乗について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 介助されていない 2. 見守り等 3. 一部介助 4. 全介助

2-2 移動について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 介助されていない 2. 見守り等 3. 一部介助 4. 全介助

2-3 えん下について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. できる 2. 見守り等 3. できない

2-4 食事摂取について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 介助されていない 2. 見守り等 3. 一部介助 4. 全介助

2-5 排尿について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 介助されていない 2. 見守り等 3. 一部介助 4. 全介助

2-6 排便について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 介助されていない 2. 見守り等 3. 一部介助 4. 全介助

2-7 口腔清潔について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 介助されていない 2. 一部介助 3. 全介助

2-8 洗顔について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 介助されていない 2. 一部介助 3. 全介助

2-9 整髪について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 介助されていない 2. 一部介助 3. 全介助

2-10 上衣の着脱について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 介助されていない 2. 見守り等 3. 一部介助 4. 全介助

2-11 ズボン等の着脱について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 介助されていない 2. 見守り等 3. 一部介助 4. 全介助

2-12 外出頻度について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 週1回以上 2. 月1回以上 3. 月1回未満

3-1 意思の伝達について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

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

3-2 毎日の日課を理解することについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. できる 2. できない

3-3 生年月日や年齢を言うことについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. できる 2. できない

3-4 短期記憶（面接調査の直前に何をしていたか思い出す）について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. できる 2. できない

3-5 自分の名前を言うことについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

- | | |
|--------|---------|
| 1. できる | 2. できない |
|--------|---------|

3-6 今の季節を理解することについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

- | | |
|--------|---------|
| 1. できる | 2. できない |
|--------|---------|

3-7 場所の理解（自分がいる場所を答える）について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

- | | |
|--------|---------|
| 1. できる | 2. できない |
|--------|---------|

3-8 徘徊について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

- | | | |
|-------|-----------|-------|
| 1. ない | 2. ときどきある | 3. ある |
|-------|-----------|-------|

3-9 外出すると戻れないことについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

- | | | |
|-------|-----------|-------|
| 1. ない | 2. ときどきある | 3. ある |
|-------|-----------|-------|

4-1 物を盗られたなどと被害的になることについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

- | | | |
|------------------------|----------------------------|---------------------|
| 1. ない 週1回以上 | 2. ときどきある 月1回以上 | 3. ある ない |
|------------------------|----------------------------|---------------------|

4-2 作話をする事について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

- | | | |
|------------------------|----------------------------|---------------------|
| 1. ない 週1回以上 | 2. ときどきある 月1回以上 | 3. ある ない |
|------------------------|----------------------------|---------------------|

4-3 泣いたり、笑ったりして感情が不安定になることについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

- | | | |
|------------------------|----------------------------|---------------------|
| 1. ない 週1回以上 | 2. ときどきある 月1回以上 | 3. ある ない |
|------------------------|----------------------------|---------------------|

4-4 昼夜の逆転があることについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

- | | | |
|------------------------|----------------------------|---------------------|
| 1. ない 週1回以上 | 2. ときどきある 月1回以上 | 3. ある ない |
|------------------------|----------------------------|---------------------|

4-5 しつこく同じ話をする事について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

- | | | |
|------------------------|----------------------------|---------------------|
| 1. ない 週1回以上 | 2. ときどきある 月1回以上 | 3. ある ない |
|------------------------|----------------------------|---------------------|

4-6 大声をだすことについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

- | | | |
|------------------------|----------------------------|---------------------|
| 1. ない 週1回以上 | 2. ときどきある 月1回以上 | 3. ある ない |
|------------------------|----------------------------|---------------------|

4-7 介護に抵抗することについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

- | | | |
|------------------------|----------------------------|---------------------|
| 1. ない 週1回以上 | 2. ときどきある 月1回以上 | 3. ある ない |
|------------------------|----------------------------|---------------------|

4-8 「家に帰る」等と言い落ち着きがないことについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

- | | | |
|------------------------|----------------------------|---------------------|
| 1. ない 週1回以上 | 2. ときどきある 月1回以上 | 3. ある ない |
|------------------------|----------------------------|---------------------|

4-9 一人で外に出たがり目が離せないことについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

- | | | |
|------------------------|----------------------------|---------------------|
| 1. ない 週1回以上 | 2. ときどきある 月1回以上 | 3. ある ない |
|------------------------|----------------------------|---------------------|

4-10 いろいろなものを集めたり、無断でもってくる事について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

- | | | |
|------------------------|----------------------------|---------------------|
| 1. ない 週1回以上 | 2. ときどきある 月1回以上 | 3. ある ない |
|------------------------|----------------------------|---------------------|

4-11 物を壊したり、衣類を破いたりすることについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

- | | | |
|------------------------|----------------------------|---------------------|
| 1. ない 週1回以上 | 2. ときどきある 月1回以上 | 3. ある ない |
|------------------------|----------------------------|---------------------|

4-12 ひどい物忘れについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. ない 週1回以上	2. ときどきある 月1回以上	3. ある ない
------------------------	----------------------------	---------------------

4-13 意味もなく独り言や独り笑いをすることについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. ない 週1回以上	2. ときどきある 月1回以上	3. ある ない
------------------------	----------------------------	---------------------

4-14 自分勝手に行動することについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. ない 週1回以上	2. ときどきある 月1回以上	3. ある ない
------------------------	----------------------------	---------------------

4-15 話がまとまらず、会話にならないことについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. ない 週1回以上	2. ときどきある 月1回以上	3. ある ない
------------------------	----------------------------	---------------------

5-1 薬の内服について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 自立	2. 一部介助	3. 全介助
-------	---------	--------

5-2 金銭の管理について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 自立	2. 一部介助	3. 全介助
-------	---------	--------

5-3 日常の意思決定について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

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

5-4 集団への不適應について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. ない	2. ときどきある	3. ある
-------	-----------	-------

5-5 買い物について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. できる	2. 見守り等	3. 一部介助	4. 全介助
--------	---------	---------	--------

5-6 簡単な調理について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. できる	2. 見守り等	3. 一部介助	4. 全介助
--------	---------	---------	--------

現在、定期的あるいは頻回に受けている医療

6 過去14日間に受けた医療について、あてはまる番号すべてに○印をつけてください。(複数回答可)

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

7 日常生活自立度について、各々該当するものに一つだけ○印をつけてください。

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