

# 参考資料

## かかりつけ医認知症対応力向上研修 ―別冊―

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)	3
資料 3	初期認知症徴候観察リスト(OLD)	5
資料 4	介護予防マニュアル(改訂版)第 1 章抜粋	7
資料 5	主治医意見書記入の手引き	45
資料 6	成年後見制度における診断書作成の手引/本人情報シート作成の手引	65
資料 7	成年後見制度における鑑定書作成の手引	107
資料 8	高齢者虐待とは(発見チェックリスト付)	143
資料 9	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	149
資料 10	かかりつけ医の視点からみた「センター方式」の有用性	183
資料 11	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)	187
資料 12	認知症の人、本人の声を傾聴する	213



## 【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



# 【初期認知症徴候観察リスト（OLD）】

記憶・忘れっぽさ	
1	<b>いつも日にちを忘れている</b> — 今日が何日かがわからないなど
2	<b>少し前のことをしばしば忘れる</b> — 朝食を食べたことを忘れているなど
3	<b>最近聞いた話を繰り返すことができない</b> — 前回の検査結果など
語彙・会話内容の繰り返し	
4	<b>同じことを言うことがしばしばある</b> — 診察中に、同じ話を繰り返す
5	<b>いつも同じ話を繰り返す</b> — 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	<b>特定の単語や言葉がでてこないことがしばしばある</b> — 仕事上の使い慣れた言葉などがでてこないなど
7	<b>話の脈絡をすぐに失う</b> — 話があちこちに飛ぶ
8	<b>質問を理解していないことが答えからわかる</b> — 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	<b>会話を理解することがかなり困難</b> — 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	<b>時間の観念がない</b> — 時間（午前か午後さえも）がわからないなど
11	<b>話のつじつまを合わせようとする</b> — 答えの間違いを指摘され、言いつくろうとする
12	<b>家族に依存する様子がある</b> — 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。

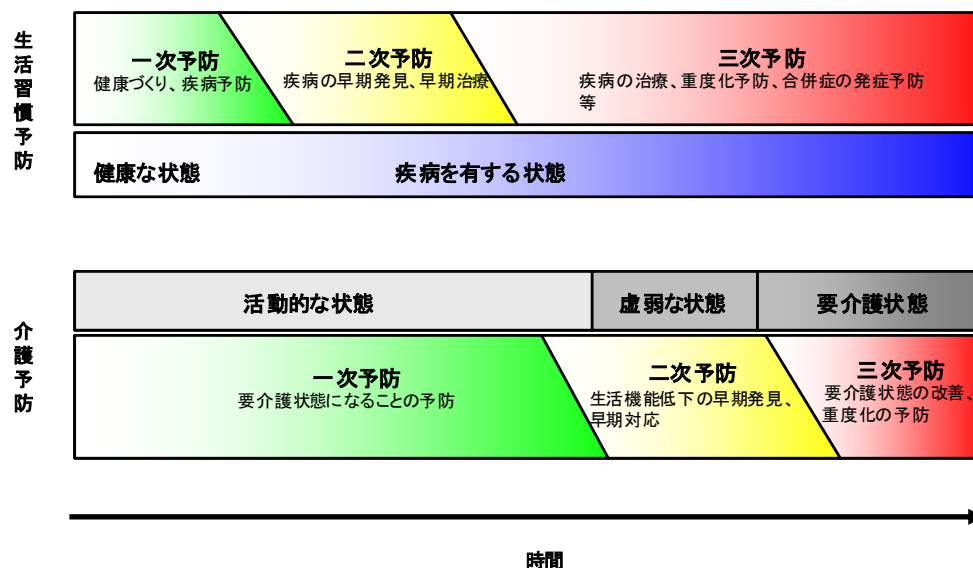
## 1-1-2 介護予防における一次・二次・三次予防

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な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<sup>1</sup>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。

---

<sup>1</sup> 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。

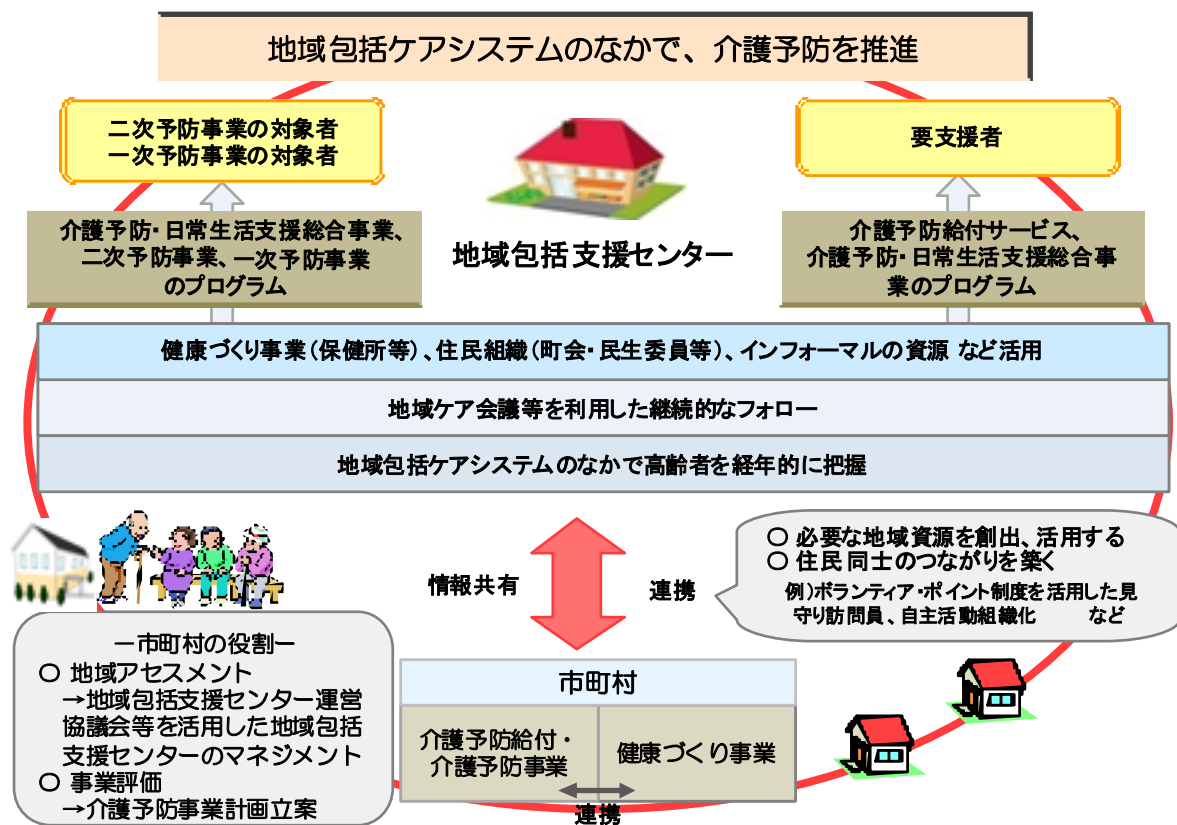
例えば、愛知県武豊町では、地区ごとに高齢者がいつでも気軽に立ち寄れる地域サロンを一次予防事業として立ち上げ、住民により自主的に運営がされている。この地域サロンを立ち上げる準備段階では、市町村が住民ボランティア募集を行い、計画の説明等を行った後、ボランティアが地域の課題を抽出し、地域に必要な「サロン像」について議論を行い、サロンの開所に至っている。地域住民主体の活動の中で多彩な企画が、地域のニーズに基づき次々と生み出されており、前年度に比べて介護予防事業参加者数が大幅に増加するなどの成果もみられている。

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と考えられている。

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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ ボランティア等の人材育成のための研修を行う</li> <li>・ 地域活動組織を育成・支援する</li> <li>・ 二次予防事業修了者の活動の場を提供する</li> <li>・ 介護予防に資する地域活動（社会参加活動等）を実施する</li> </ul>
介護予防普及啓発事業	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 基本的知識に関するパンフレットを作成・配布する</li> <li>・ 有識者等による講演会・相談会を開催する</li> <li>・ 運動教室等の介護予防教室等を開催する</li> <li>・ 各対象者の介護予防の実施を記録する媒体を配布する</li> </ul>
一次予防事業評価事業	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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</li> <li>・ 評価結果に基づいて事業の実施方法等を改善する</li> </ul>

### (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	<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>必要に応じて検査等を行う</li> </ul>
通所型介護予防事業	<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> </ul>
訪問型介護予防事業	<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> </ul>
二次予防事業評価事業	<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>評価結果に基づいて事業の実施方法等を改善する</li> </ul>

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

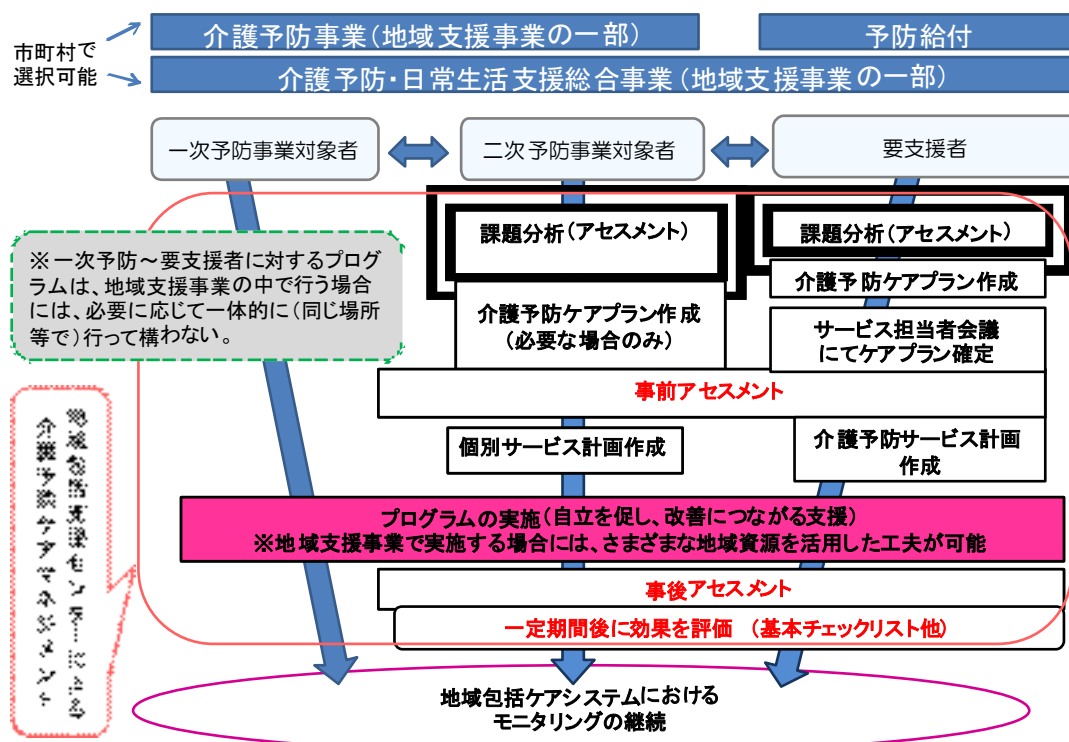


けられる。すでに述べたように、二次予防事業の参加者数としては、地域に在住する高齢者のうち5%程度を目標に、介護予防事業を実施するものである。しかし二次予防事業対象者以外の高齢者に要介護リスクが全くないかと言うと、それは当たらない。

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。

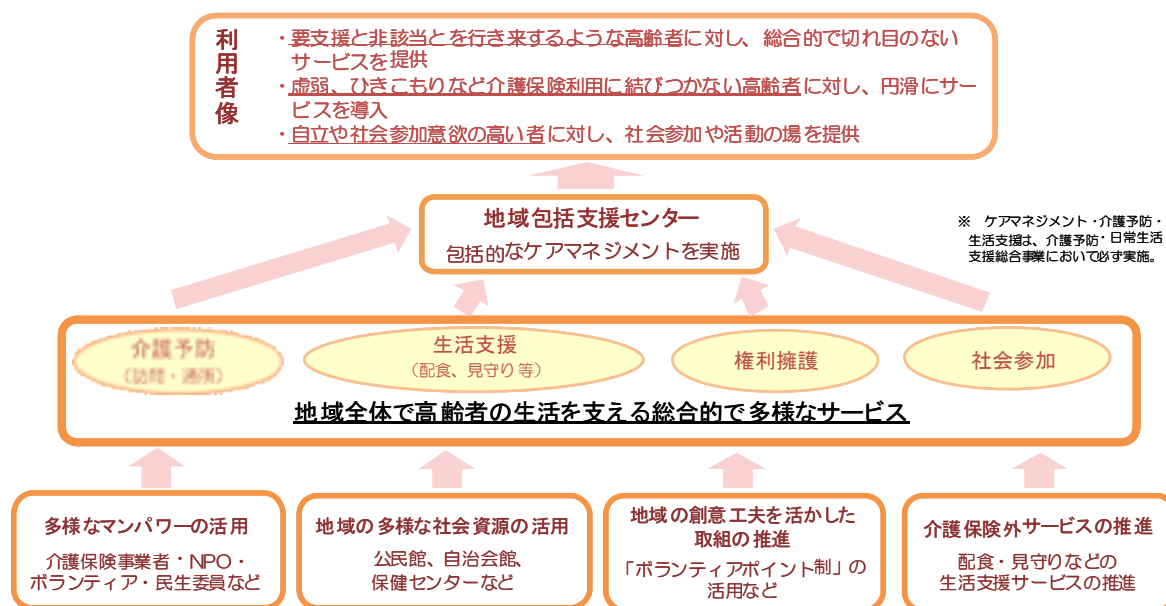
また総合事業では、生活支援サービスの実施者は、介護福祉士・ホームヘルパーだけでなく、シルバー人材センターやボランティア団体など、地域の実情に応じて多様な人材（ボランティアを含む）や団体が参加できる。さらには、既存の枠にとらわれないサービス（地域における互助・インフォーマルな支援等）まで生活支援サービスに含めることができる。これは、まさに上記の(3)を具体化したものである。本事業の活用により、たとえばボランティア・ポイント制（ボランティア活動の実績に応じてポイントを付与し、高齢者等の社会参加、地域貢献を促しつつ、貯めたポイントを活用できる仕組み）など、地域における互助・インフォーマルな支援をさら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<sup>2</sup>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。

---

<sup>2</sup> 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。

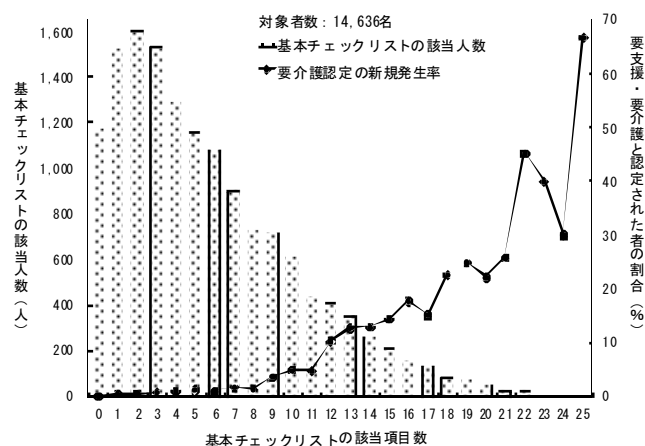
基本チェックリストの予測精度は、すでに検証されている。たとえば、宮城県大崎市で 65 歳以上の全市民に基本チェックリストへの回答を依頼し、その後 1 年間の要介護認定等の発生状況を追跡した調査によると、基本チェックリストの全項目が要介護認定リスクと有意に関連した。そして二次予防事業の対象者では（そうでない者に比べて）1 年以内の要介護認定を受けるリスクは 3.80 倍であった。以上のように、基本チェックリストは、要介護認定リスクの予測精度が高く、要支援・要介護状態となるおそれの高い状態の者の拾い上げに有用である。

### 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<sup>3</sup>、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



<sup>3</sup> 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。

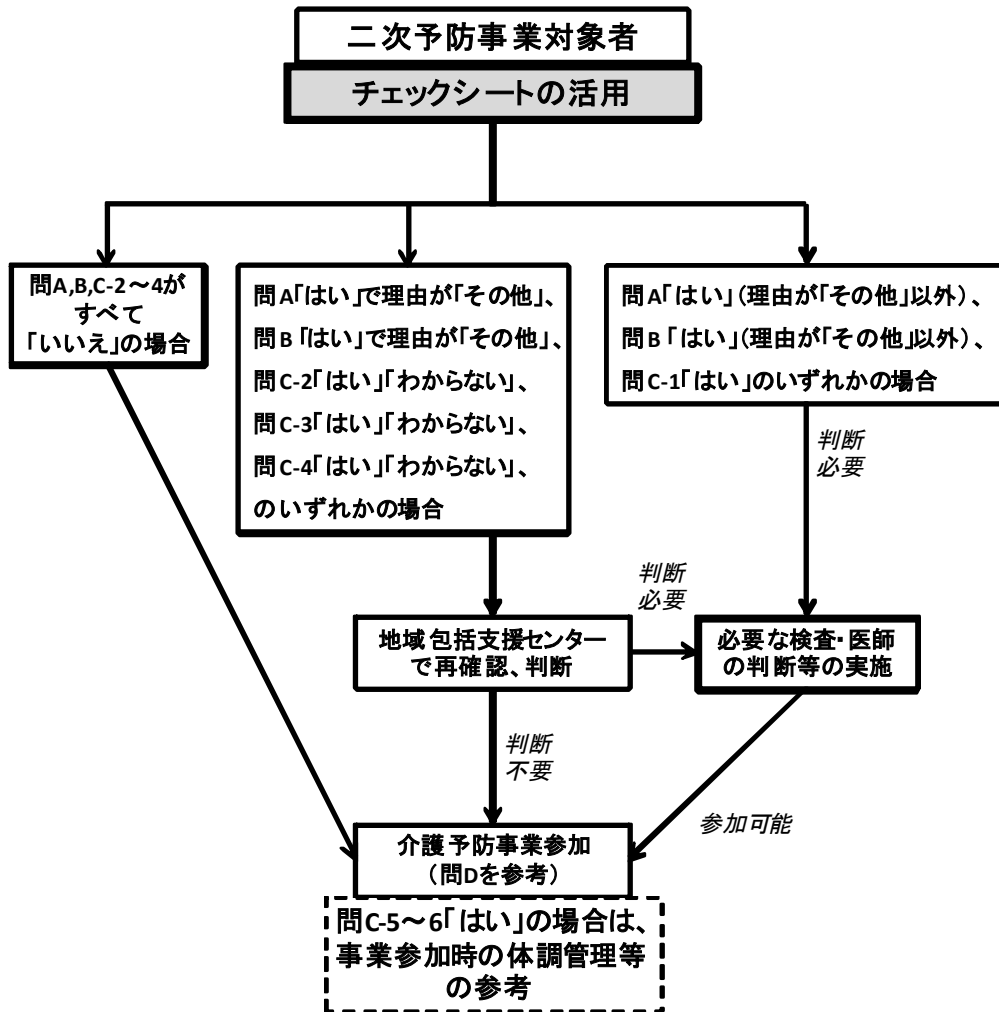
### 1-2-3 医師の判断を求める場合の基準

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



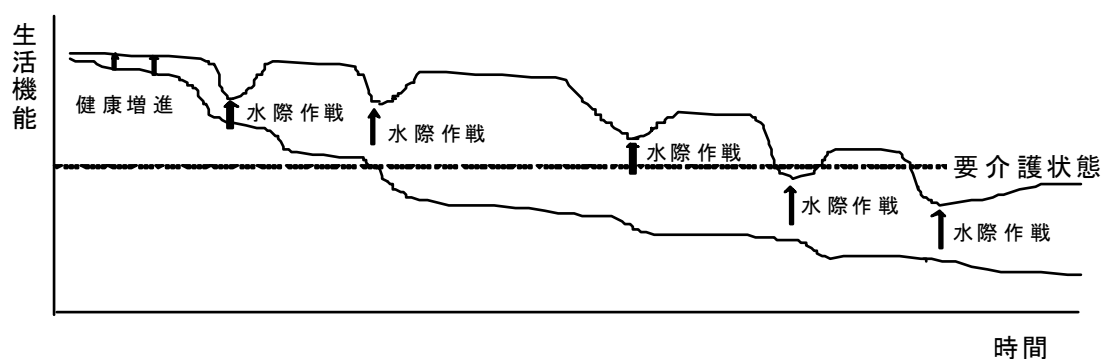
#### 1-2-4 水際作戦の考え方と効果的展開

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＞

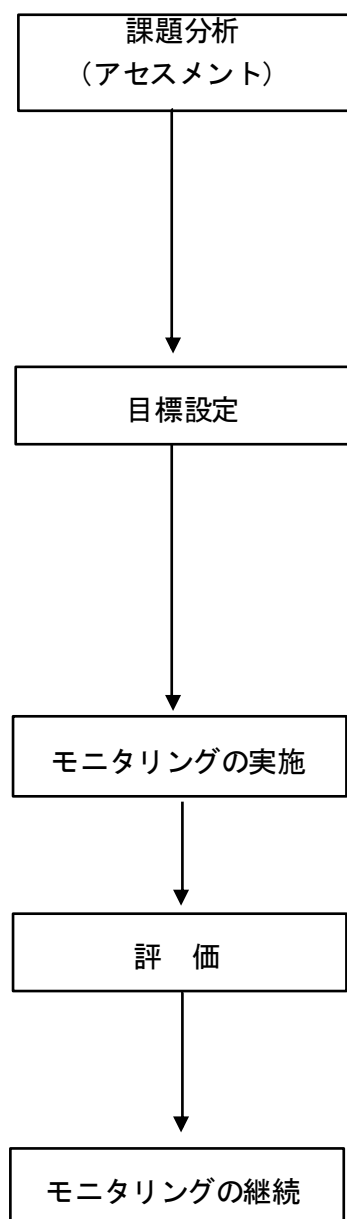
図表 1-15 これまでの介護保険におけるケアマネジメントと  
介護予防事業におけるケアマネジメントの比較

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 ビスを組み合わせる実施

※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 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

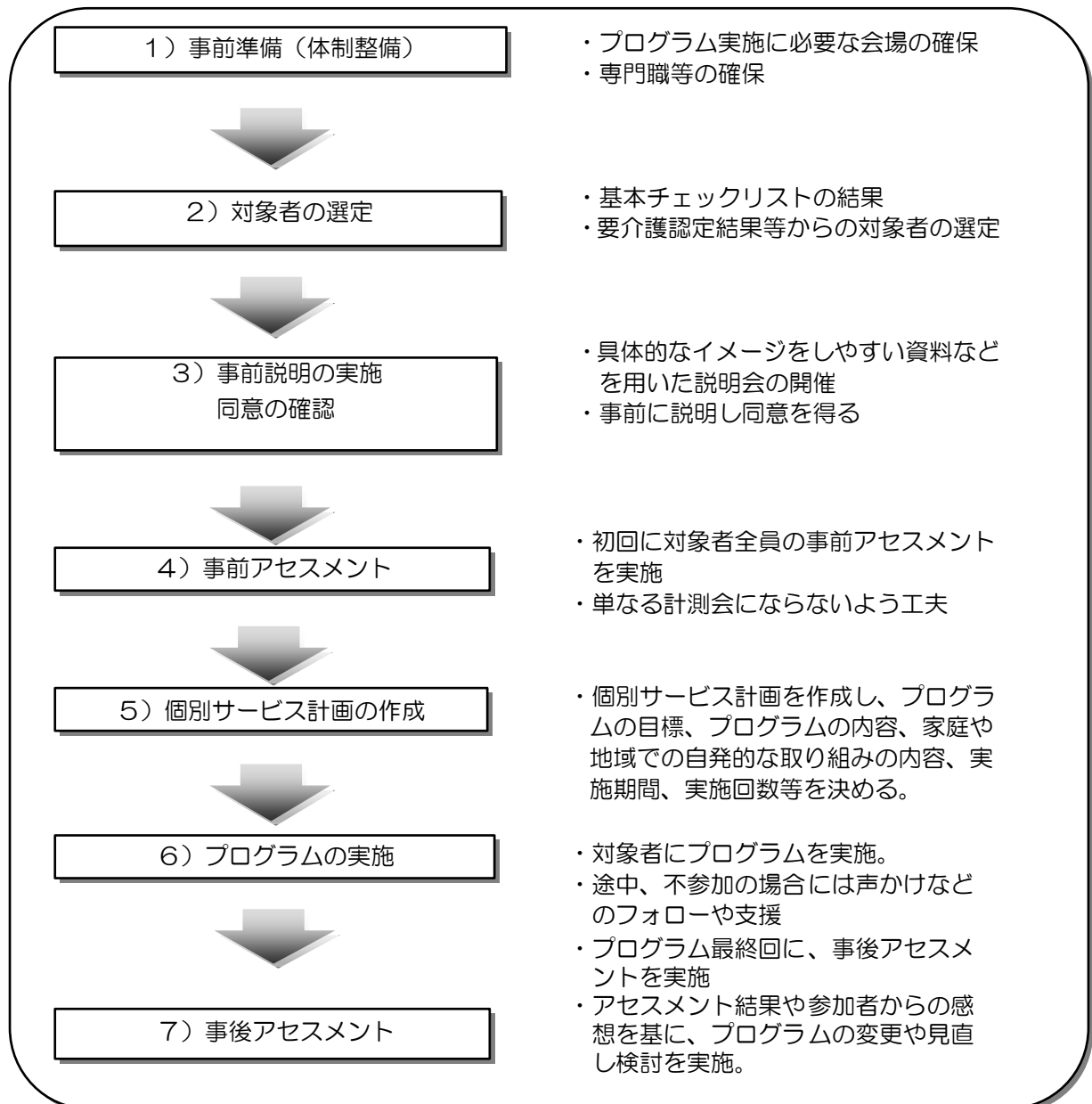
二次予防事業の対象者であって、特に閉じこもり、うつ、認知機能の低下のおそれがある等、心身の状況等のために通所による事業への参加が困難な者で、市町村が訪問型介護予防事業の実施が必要と認められる者を対象に、保健師、看護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、歯科衛生士等がその者の居宅を訪問して、生活機能に関する問題を総合的に把握・評価し、その上で必要な相談・指導のほか、必要なプログラムを行う。また、通所型介護予防事業につなげていく。

### 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ない場合、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

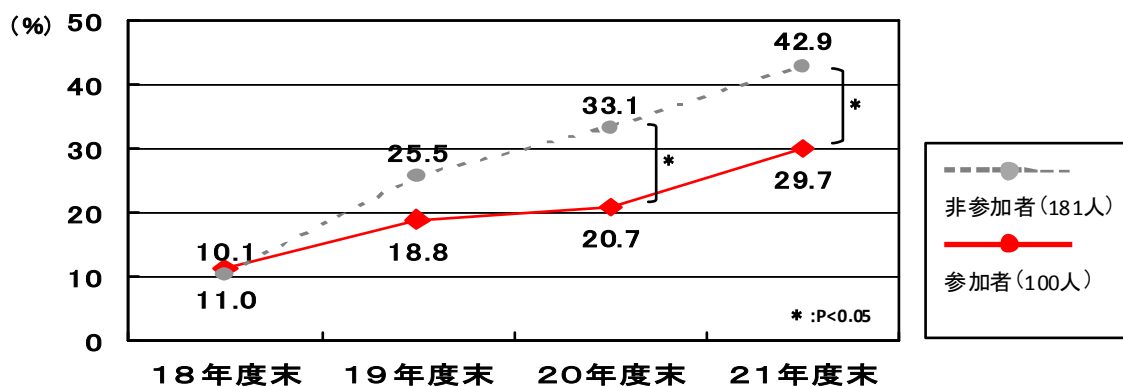
市町村（保険者）の創意工夫により様々な事業が想定されるので、事業内容等に応じて適宜指標を設定することとなる。その例としては、介護予防に関する講演会や相談会の開催回数・参加者数、介護予防に関するイベント等の開催回数、ボランティア育成のための研修会の開催回数・参加者数、参加者のうちその後地域で介護予防に資する活動を行っている者の数、地域活動組織への支援・協力等の実施回数、当該年度に新規に創設されたあるいは継続して活動をしている地域活動組織の数などが挙げられる。

### 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 1-2 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	<b>家族構成</b> ◎=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	0.5		
				80歳以上	1.0		
			高齢者のみ(合算140歳以上)		0.5		
			要介護者との同居世帯		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」	Ⅱ a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		0.5		
			3個以上		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		0.5	
			3個以上		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<sup>(※)</sup>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（画像診断など）等で進行性の性質を示すもの。 注） ここでいう治癒困難な状態とは、概ね6月間程度で死が訪れると判断される場合を指す。なお、現に抗がん剤等による治療が行われている場合であっても、症状緩和等、直接治癒を目的とし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。若年性白内障、皮膚の萎縮と角化、足部皮膚潰瘍、四肢の筋肉・脂肪組織・骨の萎縮、血管・軟部組織の石灰化、性腺機能低下症、糖尿病、髄膜腫等を認める。

11	多系統萎縮症	多系統萎縮症（MSA）は臨床的に、①起立性低血圧、排尿障害、発汗低下など自律神経症状、②筋肉のこばり、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ついても、介護上特に留意すべき薬剤や相互作用の可能性がある薬剤の投薬治療を受けている場合は、この欄に記入してください。(ただ単に投薬内容を羅列するのではなく、必ず服用しなければならない薬剤、頓服の必要な薬剤等を整理して記入するようにしてください。)

また、意識障害がある場合には、その状況についても具体的に記載してください。

## 2. 特別な医療

申請者が過去14日間に受けた12項目の医療のうち、看護職員等が行った診療補助行為(医師が同様の行為を診療行為として行った場合を含む)について該当する口にレ印をつけてください。

「医師でなければ行えない行為」、「家族／本人が行える類似の行為」は含まれないので注意して下さい。

なお、この項目は、訪問調査においても、調査員によるチェックの対象となっていますが、訪問調査員は必ずしも医療の専門家ではないことから、主治医意見書においても記入をお願いするものです。

なお、12項目以外の医師が行った治療行為は含まれない点に留意してください。

## 3. 心身の状態に関する意見

### (1) 日常生活の自立度について

現状から考えられる障害高齢者の日常生活自立度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。	たばたび道に迷うとか、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 <sup>2</sup> (m <sup>2</sup> )) 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 <sup>2</sup> (m <sup>2</sup> )) 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	<input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 2回目以上
(3) 他科受診の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合)→ <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> リハビリテーション科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> その他 ( )

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			<input type="checkbox"/> 安定	<input type="checkbox"/> 不安定	<input type="checkbox"/> 不明
(「不安定」とした場合、具体的な状況を記入)					
(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	<input type="checkbox"/> 点滴の管理	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養	<input type="checkbox"/> 透析	<input type="checkbox"/> ストーマの処置	<input type="checkbox"/> 酸素療法
	<input type="checkbox"/> レスピレーター	<input type="checkbox"/> 気管切開の処置	<input type="checkbox"/> 疼痛の看護	<input type="checkbox"/> 経管栄養	
特別な対応	<input type="checkbox"/> モニター測定 (血圧、心拍、酸素飽和度等) <input type="checkbox"/> 褥瘡の処置				
失禁への対応	<input type="checkbox"/> カテーテル (コンドームカテーテル、留置カテーテル 等)				

3. 心身の状態に関する意見

(1) 日常生活の自立度等について	
・障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2
・認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M
(2) 認知症の中核症状 (認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)	
・短期記憶	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり
・日常の意思決定を行うための認知能力	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 判断できない
・自分の意思の伝達能力	<input type="checkbox"/> 伝えられる <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 具体的要求に限られる <input type="checkbox"/> 伝えられない
(3) 認知症の周辺症状 (該当する項目全てチェック：認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)	
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	{ <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> その他 ( )
(4) その他の精神・神経症状	
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	[症状名： _____] [かかりつけ医研修 資料] 専門医受診の有無 <input type="checkbox"/> 有 ( ) <input type="checkbox"/> 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。)



成年後見制度における診断書作成の手引  
本人情報シート作成の手引

最高裁判所事務総局家庭局

## はじめに

成年後見制度は、自己決定の尊重、残存能力の活用、ノーマライゼーションといった新しい理念を取り入れ、平成12年4月、民法の改正により導入されました。制度の導入に当たり、最高裁判所は、利用者の便宜に資するよう、本人の事理弁識能力（自分の行為の結果について合理的に判断する能力）についての判断資料として用いられる診断書の書式を作成し、その後、幅広く利用されてきました。

そのような中、平成28年5月、成年後見制度の利用の促進に関する法律が施行され、平成29年3月には、成年後見制度利用促進基本計画（以下「基本計画」という。）が閣議決定されました。基本計画においては、政府は、医師が診断書等を作成するに当たって、福祉関係者が有している本人の置かれた家庭的・社会的状況等に関する情報も考慮できるよう、診断書等の在り方について検討するとともに、本人の状況等を医師に的確に伝えることができるようにするための検討を進めることとされています。このような基本計画の内容を踏まえ、今般、最高裁判所においても、医師が家庭的・社会的状況等に関する情報も踏まえて行った医学的判断をよりの確に表現することができるよう、従前の診断書の書式を改定するとともに、福祉関係者が本人の生活状況等に関する情報を記載し、医師にこれを伝えるためのツールとして、新たに「本人情報シート」の書式を作成することとしました。

この手引は、このような観点から改定された診断書及び新たに導入される本人情報シートを作成する際に参考としていただくために、成年後見制度の概要を説明した上で、各書式についての記載ガイドライン及び複数の記載例を掲載しています。

新しい診断書の書式及び本人情報シートの作成に当たっては、認知症や障害がある方の各関係団体や、医療・福祉に携わる関係団体から有益な御意見をいただきました。特に、各書式についての記載ガイドライン及び記載例を作成するに当たっては、公益社団法人日本医師会、公益社団法人日本社会福祉士会及び公益社団法人日本精神保健福祉士協会から、専門的な知見に基づく御助言をいただきました。御協力いただいた皆さまには、この場を借りて御礼を申し上げます。

今後も、実務の動向を見ながら、必要に応じて、修正を加えていきたいと考えておりますので、何卒よろしくお願い申し上げます。

平成31年4月

最高裁判所事務総局家庭局

本文の記述の一部を、最近の成年後見制度の運用を踏まえた表現に改めた。（令和2年1月）

## 目 次

### 一 成年後見制度について

- 1 成年後見制度とは・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1
- 2 手続の流れ・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 3
- 3 文書の開示について・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 4

### 二 成年後見制度における診断書作成の手引

- 1 診断書の位置付け・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 7
- 2 診断書の書式・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 9
- 3 診断書記載ガイドライン・・・・・・・・・・・・・・・・・・11
- 4 診断書記載例・・・・・・・・・・・・・・・・・・15

### 三 本人情報シート作成の手引

- 1 本人情報シートの位置付け・・・・・・・・・・・・・・・・・・27
- 2 本人情報シートの書式・・・・・・・・・・・・・・・・・・29
- 3 本人情報シート記載ガイドライン・・・・・・・・・・・・・・・・・・31
- 4 本人情報シート記載例・・・・・・・・・・・・・・・・・・35

## 一 成年後見制度について

### 1 成年後見制度とは

認知症，知的障害，精神障害，発達障害などによって物事を判断する能力が十分ではない方（ここでは「本人」といいます。）について，本人の権利を守る支援者（「成年後見人」等）を選ぶことで，本人を法律的に支援する制度です。

#### ※ 成年後見制度の種類

任意後見制度と法定後見制度があります。

- 判断能力が不十分になる前 → 「① 任意後見制度」へ
- 判断能力が不十分になってから → 「② 法定後見制度」へ

#### ① 任意後見制度

本人に十分な判断能力があるうちに，判断能力が低下した場合には，あらかじめ本人自らが選んだ人（任意後見人）に，代わりにしてもらいたいことを契約（任意後見契約）で決めておく制度です。

任意後見契約は，公証人の作成する公正証書によって結ぶものとされていますので，契約手続は公証役場において行います。

本人の判断能力が低下した場合に，家庭裁判所で任意後見監督人が選任されて初めて任意後見契約の効力が生じます。この手続を申し立てることができるのは，本人やその配偶者，四親等内の親族，任意後見受任者です。

任意後見契約締結



判断能力の低下



家庭裁判所に任意後見監督人選任の申立て



任意後見監督人の選任



任意後見契約の効力発生

## ② 法定後見制度

本人の判断能力が不十分になった後、家庭裁判所によって、成年後見人等が選ばれる制度です。本人の判断能力に応じて、「補助」「保佐」「後見」の3つの制度が用意されています。

法定後見制度の3種類

	補助	保佐	後見
対象となる方	判断能力が不十分な方	判断能力が著しく不十分な方	判断能力が欠けているのが通常の状態の方
成年後見人等が同意又は取り消すことができる行為（※1）	申立てにより裁判所が定める行為（※2）	借金、相続の承認など、民法13条1項記載の行為のほか、申立てにより裁判所が定める行為	原則としてすべての法律行為
成年後見人等が代理することができる行為（※3）	申立てにより裁判所が定める行為	申立てにより裁判所が定める行為	原則としてすべての法律行為

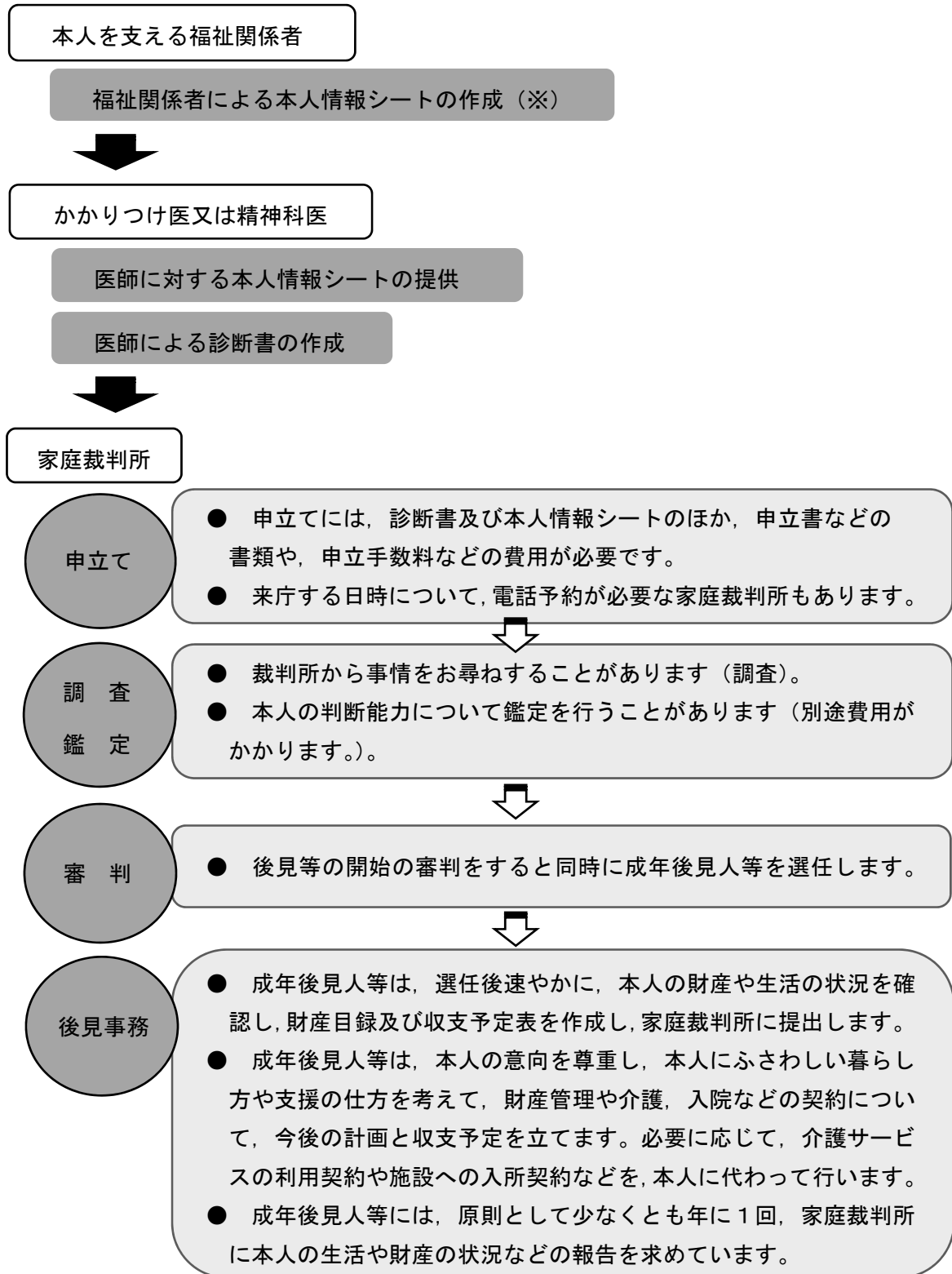
※1 成年後見人等が取り消すことができる行為には、日常生活に関する行為（日用品の購入など）は含まれません。

※2 民法13条1項記載の行為（借金、相続の承認や放棄、訴訟行為、新築や増改築など）の一部に限ります。

※3 本人の居住用不動産の処分については、家庭裁判所の許可が必要となります。

※ 補助開始の審判、補助人に同意権・代理権を与える審判、保佐人に代理権を与える審判をする場合には、本人の同意が必要です。

## 2 手続の流れ



市区町村に設置されている地域包括支援センターや中核機関、社会福祉協議会、成年後見制度に関わる専門職の団体（弁護士会、司法書士会、社会福祉士会など）等に、成年後見制度を利用するための手続について、あらかじめ相談することができます。

※ 本人情報シートの提出が難しい場合は、本人情報シートを提出することなく申立てを行うことが可能です。



### 3 文書の開示について

診断書及び本人情報シートは、原則として、当事者に対して開示される扱いとなります（詳細は以下のとおりです。）。診断書又は本人情報シートの作成に際しては、この点に留意してください。

当事者(※1)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（※3）
		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（※4）
		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
	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。
利害関係を疎明した 第三者(※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 当事者とは、家庭裁判所の手続の申立人や、手続に参加した本人及び親族などをいう。

※2 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。

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

※4 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。

## 成年後見制度における診断書作成の手引

## 二 成年後見制度における診断書作成の手引

### 1 診断書の位置付け

#### (1) 診断書の必要性について

家庭裁判所は、補助及び任意後見の利用開始に当たっては、医師の意見を聴かなければならないとされており、申立人に対して、申立書とともに、本人の精神の状態について記載された医師の診断書の提出をお願いしています。

後見及び保佐については、原則として医師等の鑑定を必要とするとされていますが、診断書の記載等から明らかに必要がないと認められる場合には鑑定は不要とされていますので、鑑定の要否を検討するためにも、まずは、補助・任意後見の場合と同様、医師の診断書の提出をお願いしています。

※ 本人が診断を拒否しているなど、様々な事情によって診断書の作成・提出が困難な場合には、診断書の添付がなくても申立てを行うことは可能です。その場合、多くのケースでは、申立人が鑑定を行うための費用を一時的に負担して手続が進められます。

※ 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後見ポータルサイト（<http://www.courts.go.jp/koukenp/>）で入手することができます。）。

#### (2) 診断書書式について

成年後見制度は精神上の障害によって判断能力が低下している者を対象としており、家庭裁判所は、医師の作成した診断書等を参考に、本人について、精神上の障害の有無や判断能力の低下の有無・程度について判断することになります。

家庭裁判所の審理に必要な情報は、「診断書（成年後見制度用）」の書式を利用して診断書を作成していただくことによって記載することができます。本人や親族等から依頼があった場合には、本書式を利用して診断書を作成いただきますようお願いします。

#### (3) 診断書記載ガイドライン及び診断書記載例

診断書記載ガイドラインは、後見関係事件の手続で家庭裁判所が判断する際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、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。

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。

後見ポータルサイト（<http://www.courts.go.jp/koukenp/>）から、「診断書書式」（Word形式）のダウンロードができます。

## 診断書作成の依頼があった場合

かかりつけの患者の場合

かかりつけの患者でない場合

本人情報シート（※手引27頁～参照）の提供を受けた場合は、診断への活用をご検討ください。

これまでの診察を踏まえて対応する

診察（1か月程度）

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。

以前には診察を受けていなかった場合であっても、おおむね1か月程度の期間、2、3回程度の診察で作成することが可能かご検討ください。

より専門的な検査等を実施する必要がある場合

診断書の作成

診断書の作成

専門医療機関を勧める

- ・ この診断書は、通常の診断書と同様、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、通常の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。
- ・ 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問合せがあることもありますが、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通常は想定されません。

2 診断書の書式  
(家庭裁判所提出用)

診 断 書 (成年後見制度用)

(表 面)

1 氏名

男・女

年 月 日生 ( 歳)

住所

2 医学的診断

診断名 (※判断能力に影響するものを記載してください。)

所見 (現病歴, 現症, 重症度, 現在の精神状態と関連する既往症・合併症など)

各種検査

長谷川式認知症スケール ( ☐ 点 ( 年 月 日実施) ☐ 実施不可)

MMSE ( ☐ 点 ( 年 月 日実施) ☐ 実施不可)

脳の萎縮または損傷等の有無

☐ あり ⇒ ( ☐ 部分的にみられる ☐ 全体的にみられる ☐ 著しい ☐ 未実施)

☐ なし

知能検査

その他

短期間内に回復する可能性

☐ 回復する可能性は高い ☐ 回復する可能性は低い ☐ 分からない

(特記事項)

3 判断能力についての意見

- ☐ 契約等の意味・内容を自ら理解し, 判断することができる。
- ☐ 支援を受けなければ, 契約等の意味・内容を自ら理解し, 判断することが難しい場合がある。
- ☐ 支援を受けなければ, 契約等の意味・内容を自ら理解し, 判断することができない。
- ☐ 支援を受けても, 契約等の意味・内容を自ら理解し, 判断することができない。

(意見) ※ 慎重な検討を要する事情等があれば, 記載してください。

## 判定の根拠

## (1) 見当識の障害の有無

- ☐ あり ⇒ (☐ まれに障害がみられる ☐ 障害がみられるときが多い ☐ 障害が高度)  
☐ なし

[ ]

## (2) 他人との意思疎通の障害の有無

- ☐ あり ⇒ (☐ 意思疎通ができないときもある ☐ 意思疎通ができないときが多い  
☐ 意思疎通ができない)  
☐ なし

[ ]

## (3) 理解力・判断力の障害の有無

- ☐ あり ⇒ (☐ 程度は軽い ☐ 程度は重い ☐ 顕著)  
☐ なし

[ ]

## (4) 記憶力の障害の有無

- ☐ あり ⇒ (☐ 程度は軽い ☐ 程度は重い ☐ 顕著)  
☐ なし

[ ]

## (5) その他 (※上記以外にも判断能力に関して判定の根拠となる事項等があれば記載してください。)

[ ]

参考となる事項 (本人の心身の状態, 日常的・社会的な生活状況等)

※ 「本人情報シート」の提供を ☐ 受けた ☐ 受けなかった

(受けた場合には, その考慮の有無, 考慮した事項等についても記載してください。)

以上のとおり診断します。

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

## 【医師の方へ】

- ※ 診断書の記載例等については, 後見ポータルサイト (<http://www.courts.go.jp/koukenp/>) からダウンロードできます。
- ※ 参考となる事項欄にある「本人情報シート」とは, 本人の判断能力等に関する診断を行う際の補助資料として, 本人の介護・福祉担当者が作成するシートです。提供があった場合は, 診断への活用を御検討ください。
- ※ 家庭裁判所は, 診断書を含む申立人からの提出書類等に基づき, 本人の判断能力について判断します (事案によって医師による鑑定を実施することがあります。)

3 診断書記載ガイドライン

表面

（家庭裁判所提出用）

（表 面）

診 断 書（成年後見制度用）

1 氏 名

男・女

年 月 日生（ 歳）

2 医学的診断

診断名（※判断能力に影響するものを記載してください。）

所見（現病歴、現症、重症度、現在の精神状態と関連する既往症・合併症など）

各種検査

長谷川式認知症スケール（□ 点（ 年 月 日実施） □ 実施不可）  
MMSE（□ 点（ 年 月 日実施） □ 実施不可）  
脳の萎縮または損傷等の有無  
□ あり ⇒（□ 部分的にみられる □ 全体的にみられる □ 著しい □ 未実施）  
□ なし  
知能検査

その他

短期間内に回復する可能性

□ 回復する可能性は高い □ 回復する可能性は低い □ 分からない

（特記事項）

3 判断能力についての意見

□ 契約等の意味・内容を自ら理解し、判断することができる。  
□ 支援を受けなければ、契約等の意味・内容を自ら理解し、判断することが難しい場合がある。  
□ 支援を受けなければ、契約等の意味・内容を自ら理解し、判断することができない。  
□ 支援を受けても、契約等の意味・内容を自ら理解し、判断することができない。  
  
（意見）※ 慎重な検討を要する事情等があれば、記載してください。

1/2

裏面に続く

2 医学的診断

○ 診断名

- ・ 本人の判断能力に影響を与えるものについて記載してください（判断能力に影響のない内科的疾患等の診断名を記載する必要はありません。）。
- ・ 病院で通常に行われる程度の診察によって得られる診断名を記載していただければ十分であり、確定診断が得られない場合には、「～の疑い」という形で記載していただいても構いません。

○ 所見

- ・ 診断を導く根拠となる病状等について、その内容、発症の時期、経過等を簡潔に記載してください。また、現病歴、現症、既往の疾患等のうち、現在の精神の状態に影響を与えるものがある場合も、この欄に記載してください。

○ 各種検査

- ・ 診断書には、判断能力に関する医学的診断をする際の代表的な検査項目を掲げています。掲げられている検査を行った場合には、その結果を記載してください。入院先等の検査結果を利用できるときは、それを用いても構いません。（※検査は、本人の症状に照らして、通常の診断を行う際に必要な範囲で行っていただければ十分であり、診断書に記載されている検査を殊更に実施していただく必要はありません。）
- ・ 知能検査を行った場合には、その検査方法（ウェクスラー式知能検査、田中ビネー式知能検査など）、検査結果、検査年月日について記載してください。その他の検査を行った場合も、同様です。

○ 短期間内に回復する可能性

- ・ 診断を導く根拠となる病状が短期間内（概ね6か月～1年程度）に回復する可能性について記載してください。なお、特記事項欄には、回復可能性に関する判断根拠等について、必要に応じて記載していただくことを想定しています（ただし、回復可能性が高い場合や、一般的な傾向とは異なる場合等については、その理由について必ず記載してください。）。

3 判断能力についての意見

- 裁判所が本人の判断能力を判断するための参考となる意見を記載してください。なお、チェックボックスへのチェックでは的確に意見を伝えられない場合や、更なる検査等が必要と考えられるなど慎重な検討を要する事情等がある場合には、意見欄にその事情や理由についての意見を記載してください。
- 当欄は、申立人が裁判所にどのような申立てをするのかの参考とすることが想定されており、一般的には、以下のとおりの対応関係にあります（※申立てを受けた後、裁判官が診断書を含む申立人からの提出書類等に基づき本人の判断能力を判断しますが、事案によっては医師による鑑定を実施することがあります。）。
  - ・ 「支援を受けなければ、契約等の意味・内容を自ら理解し、判断することができない」→ 補助類型の申立て
  - ・ 「支援を受けなければ、契約等の意味・内容を自ら理解し、判断することができない」→ 保佐類型の申立て
  - ・ 「支援を受けても、契約等の意味・内容を自ら理解し、判断することができない」→ 後見類型の申立て- ※ なお、「契約等の意味・内容を自ら理解し、判断することができない」ときは、一般的には十分な判断能力があり、後見制度の利用の必要はないものと見込まれます。
- チェックボックス中の「契約等」とは、一般に契約書を必要とするような重要な財産行為（不動産、自動車の売買や自宅の増改築、金銭の貸し借り等）を想定しています。また、「支援」とは、家族等の身近な人によって提供されることが期待される適切な援助行為を想定しており、具体的には、契約等の場面で家族等が本人の反応や理解の程度を踏まえて、本人に分かりやすい言葉で説明することなどを想定しています。本人に対して現実に提供されている援助行為の有無、内容等について調査していただく必要はありません。

[ かかりつけ医研修 資料 ] - 77 -

- 11 -

- 12 -

(家庭裁判所提出用)

(裏面)

判定の根拠

(1) 見当識の障害の有無  
☐ あり ⇒ ☐ まれに障害がみられる ☐ 障害がみられるときが多い ☐ 障害が高度  
☐ なし

(2) 他人との意思疎通の障害の有無  
☐ あり ⇒ ☐ 意思疎通ができないときもある ☐ 意思疎通ができないときが多い  
☐ なし

(3) 理解力・判断力の障害の有無  
☐ あり ⇒ ☐ 程度は軽い ☐ 程度は重い ☐ 顕著  
☐ なし

(4) 記憶力の障害の有無  
☐ あり ⇒ ☐ 程度は軽い ☐ 程度は重い ☐ 顕著  
☐ なし

(5) その他 (※上記以外にも判断能力に関して判定の根拠となる事項等があれば記載してください。)

参考となる事項 (本人の心身の状態、日常的・社会的な生活状況等)

※ 「本人情報シート」の提供を ☐ 受けた ☐ 受けなかった  
(受けた場合には、その考慮の有無、考慮した事項等についても記載してください。)

以上のとおり診断します。

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

年 月 日

【医師の方へ】

※ 診断書の記載例等については、後見ポータルサイト (<http://www.courts.go.jp/koukenp/>) からダウンロードできます。

※ 参考となる事項欄にある「本人情報シート」とは、本人の判断能力等に関する診断を行う際の補助資料として、本人の介護・福祉担当者が作成するシートです。提供があった場合は、診断への活用を御検討ください。

※ 家庭裁判所は、診断書を含む申立人からの提出書類等に基づき、本人の判断能力について判断します (事案によって医師による鑑定を実施することがあります。)

判断の根拠欄

○ 診断結果及び判断能力についての意見を導いた根拠について、(1)から(4)の項目ごとに記載してください。なお、チェックボックスへのチェックでは的確に意見を伝えられない場合や、チェックした上で付加的な説明を要する事情等がある場合には、チェックボックスの下の空欄にその事情等を記載してください。

○ 「(5)その他」については、(1)から(4)に関する記載では判断の根拠についての説明として十分ではないときに、判断能力に関する意見を導いた根拠を記載してください。

参考となる情報

○ 判断能力についての意見を導く事情とまではないえないものの、本人の状態や生活状況に関して、裁判所が把握しておいた方がよいと思われる事情があれば、その旨記載してください。

○ 家族や支援者等から本人情報シートの提供を受けた場合には、「受けた」の欄にチェックをしてください。また、本人情報シートの記載を診断において考慮した点があれば、その内容等について記載してください (特段、考慮する点なかった場合にも、その旨記載してください。)



#### 4 診断書記載例

##### モデル事例1：認知症(重度)，施設入所【表面】

(家庭裁判所提出用)

#### 診 断 書 (成年後見制度用)

(表 面)

1 氏名 ○○ ○○ (男)・女  
○○○○ 年 ○ 月 ○ 日生 ( 80 歳)  
住所 ○○県○○市○○町○○-○○

#### 2 医学的診断

診断名 (※判断能力に影響するものを記載してください。)

レビー小体型認知症 (DLB)

所見 (現病歴，現症，重症度，現在の精神状態と関連する既往症・合併症など)

2012年頃より幻視が出現。夕方などに「人が見える」と述べたり，夜間の睡眠中に誰かと言いつ争っているような言動がみられるようになった。物の置き忘れが目立つようになり，簡単な計算も出来なくなったため，2013年6月，A病院神経内科を受診。DLBと診断された。かかりつけBクリニックへ通院し治療を継続していた。2015年頃には書字が困難となった。2016年3月頃より幻視が活発となり，また，「妻が自分に危害を加えようとしている」と述べ，妻への暴力がしばしばみられるようになったため，同年7月，紹介にて当院 (精神科) 初診。DLBにともなう幻覚妄想状態の増悪と診断し，入院にて治療を行うこととした。薬物療法，専門リハビリテーションにて病状は徐々に改善し，2017年5月に退院。特別養護老人ホームへ入所し，引き続き，当院にて定期的に通院加療を行っている。

#### 各種検査

長谷川式認知症スケール (☑ 8 点 ( 2018 年 4 月 10 日実施) □ 実施不可)

MMS E (☑ 7 点 ( 2018 年 4 月 10 日実施) □ 実施不可)

脳の萎縮または損傷等の有無

☑ あり ⇒ (□ 部分的にみられる ☑ 全体的にみられる □ 著しい □ 未実施)

□ なし

知能検査

その他

ドーパミントランスporter (DaT) シンチグラフィー：

両側線条体におけるDaTの著明な集積低下 (2015年7月5日施行)

短期間内に回復する可能性

□ 回復する可能性は高い ☑ 回復する可能性は低い □ 分からない

(特記事項)

#### 3 判断能力についての意見

- 契約等の意味・内容を自ら理解し，判断することができる。
- 支援を受けなければ，契約等の意味・内容を自ら理解し，判断することが難しい場合がある。
- 支援を受けなければ，契約等の意味・内容を自ら理解し，判断することができない。
- ☑ 支援を受けても，契約等の意味・内容を自ら理解し，判断することができない。

(意見) ※ 慎重な検討を要する事情等があれば，記載してください。

## モデル事例１：認知症（重度），施設入所【裏面】

（家庭裁判所提出用）

（裏 面）

### 判定の根拠

#### （１）見当識の障害の有無

☒ あり ⇒（☐ まれに障害がみられる ☐ 障害がみられるときが多い ☒ 障害が高度）

☐ なし

〔 デイルームから自室に帰ることが困難。慣れた生活環境においても、目的に沿った単独での移動が見守りのもとでも難しく、必ず誘導が必要である。 〕

#### （２）他人との意思疎通の障害の有無

☒ あり ⇒（☐ 意思疎通ができないときもある ☒ 意思疎通ができないときが多い

☐ 意思疎通ができない）

☐ なし

〔 あいさつ、食欲・身体状態を尋ねる簡単な問いに対する返答等はできるが、しばしば意識傾眠にて疎通困難のことが多い。 〕

#### （３）理解力・判断力の障害の有無

☒ あり ⇒（☐ 程度は軽い ☐ 程度は重い ☒ 顕著）

☐ なし

〔 施設スタッフ、他の入居者との会話に際して、問いかけに対して無関係の内容を答えることが多く、また、日々の日課に際しても、まとまりのある行動をとることができない。 〕

#### （４）記憶力の障害の有無

☒ あり ⇒（☐ 程度は軽い ☐ 程度は重い ☒ 顕著）

☐ なし

〔 数分前の会話の話題、行事の後でどのような活動をしたか等を想起できず、近時記憶力の障害が顕著である。自らの誕生日もしばしば答えることができず、遠隔記憶の障害も進んでいる。 〕

#### （５）その他（※上記以外にも判断能力に関して判定の根拠となる事項等があれば記載してください。）

〔 妻の面会に際して、妻であると認識できず、かつ、古い友人の妹であると述べる等の、相貌失認が認められる。加えて、人物誤認妄想も認められ、「何者かが悪意をもって自分に近づいてきている」等と述べ、被害関係念慮の形成傾向もみられる。 〕

参考となる事項（本人の心身の状態、日常的・社会的な生活状況等）

※ 「本人情報シート」の提供を ☐ 受けた ☒ 受けなかった

（受けた場合には、その考慮の有無、考慮した事項等についても記載してください。）

以上のとおり診断します。

2018 年 9 月 10 日

病院又は診療所の名称・所在地

〇〇県〇〇市〇〇町〇〇－〇〇

担当診療科名

〇〇〇〇

担当医師氏名

〇 〇 〇 〇



### 【医師の方へ】

※ 診断書の記載例等については、後見ポータルサイト（<http://www.courts.go.jp/koukenp/>）からダウンロードできます。

※ 参考となる事項欄にある「本人情報シート」とは、本人の判断能力等に関する診断を行う際の補助資料として、本人の介護・福祉担当者が作成するシートです。提供があった場合は、診断への活用を御検討ください。

※ 家庭裁判所は、診断書を含む申立人からの提出書類等に基づき、本人の判断能力について判断します（事案によって医師による鑑定を実施することがあります。）。

モデル事例２：認知症（軽度），在宅，独居【表面】

（家庭裁判所提出用）

診 断 書（成年後見制度用）

（表 面）

1 氏名 ○○ ○○ 男 女  
○○○○ 年 ○ 月 ○ 日生（ 62 歳）  
住所 ○○県○○市○○町○○－○○

2 医学的診断

診断名（※判断能力に影響するものを記載してください。）

アルツハイマー病（AD：若年性認知症）

所見（現病歴，現症，重症度，現在の精神状態と関連する既往症・合併症など）

2011年（55歳），会社の事務職をしていたが，仕事上のミスが多くなっていた。2013年には職場でも家庭でも明らかな物忘れがみられるようになったため，A病院神経内科を受診。ADの診断のもと，薬物療法が開始された。仕事は職場での支援を受けながら続けたが，2015年12月，1年間の休職の後，退職。2015年4月以後，当院（精神科）で通院に訪問看護を併用し治療を続けている。2016年よりデイケアを開始。訪問介護等の介護保険サービスも併用し，在宅療養を支えているが，最近では，計算，預金の出し入れも難しくなり，単身の生活のため，徐々に生活上の困難がみられるようになっている。

各種検査

長谷川式認知症スケール ☒ 16 点（ 2018 年 7 月 15 日実施） ☐ 実施不可

MMSE ☒ 18 点（ 2018 年 7 月 15 日実施） ☐ 実施不可

脳の萎縮または損傷等の有無

☒ あり ⇒ ☐ 部分的にみられる ☒ 全体的にみられる ☐ 著しい ☐ 未実施

☐ なし

知能検査

その他

脳血流シンチグラフィー（SPECT）：後部帯状回，楔前部の血流低下（2013年7月施行）

短期間内に回復する可能性

☐ 回復する可能性は高い ☒ 回復する可能性は低い ☐ 分からない  
（特記事項）

3 判断能力についての意見

- ☐ 契約等の意味・内容を自ら理解し，判断することができる。
- ☐ 支援を受けなければ，契約等の意味・内容を自ら理解し，判断することが難しい場合がある。
- ☒ 支援を受けなければ，契約等の意味・内容を自ら理解し，判断することができない。
- ☐ 支援を受けても，契約等の意味・内容を自ら理解し，判断することができない。

（意見）※ 慎重な検討を要する事情等があれば，記載してください。



## モデル事例２：認知症(軽度)，在宅，独居【裏面】

(家庭裁判所提出用)

(裏 面)

### 判定の根拠

#### (1) 見当識の障害の有無

- ☒ あり ⇒ (☐ まれに障害がみられる ☒ 障害がみられるときが多い ☐ 障害が高度)  
☐ なし

〔 自宅周辺では道に迷うことはないが、少し離れた所では道に迷うため、携帯電話で  
 ケアマネジャー等に支援を受けている。 〕

#### (2) 他人との意思疎通の障害の有無

- ☐ あり ⇒ (☐ 意思疎通ができないときもある ☐ 意思疎通ができないときが多い  
☐ 意思疎通ができない)

- ☒ なし  
 〔 日常会話はよく成立し、疎通も良好である。 〕

#### (3) 理解力・判断力の障害の有無

- ☒ あり ⇒ (☒ 程度は軽い ☐ 程度は重い ☐ 顕著)  
☐ なし

〔 複雑な内容の理解が困難であり、社会的話題、今後の本人の生活について等の込み入った  
 話題に関しては、理解・判断ができず戸惑うことが多い。 〕

#### (4) 記憶力の障害の有無

- ☒ あり ⇒ (☐ 程度は軽い ☒ 程度は重い ☐ 顕著)  
☐ なし

〔 近時記憶力の低下が著明で、重要な行事予定、日課等も覚えることは困難で、その都度、  
 直前に知らせ確認するようにしている。生年月日、若い頃の経験等の遠隔記憶は比較的  
 保たれている。 〕

#### (5) その他(※上記以外にも判断能力に関して判定の根拠となる事項等があれば記載してください。)

〔 日常の家事は、調理等も含め、ある程度自立しているが、メニューが単純となったり、同じ食材を  
 沢山買って冷蔵庫にため込んでいることが多い。服薬の忘れもしばしばのため、ヘルパーに支援を依  
 頼している。金銭管理も困難で、別に暮らしている長女が行なっている。 〕

参考となる事項(本人の心身の状態、日常的・社会的な生活状況等)

※ 「本人情報シート」の提供を ☒ 受けた ☐ 受けなかった

(受けた場合には、その考慮の有無、考慮した事項等についても記載してください。)

本人情報シートから、以下について考慮した。入浴、更衣、洗濯等の身の回りのことは、現在のところ、一人で行えていること。別に暮らしている長女、長男、本人の兄弟についても正しく認識しており、また、日常生活に支障となる精神・行動障害も認められないこと。

以上のとおり診断します。

2018 年 10 月 14 日

病院又は診療所の名称・所在地

〇〇県〇〇市〇〇町〇〇ー〇〇

担当診療科名

〇〇〇〇

担当医師氏名

〇 〇 〇 〇

印

### 【医師の方へ】

- ※ 診断書の記載例等については、後見ポータルサイト (<http://www.courts.go.jp/koukenp/>) からダウンロードできます。
- ※ 参考となる事項欄にある「本人情報シート」とは、本人の判断能力等に関する診断を行う際の補助資料として、本人の介護・福祉担当者が作成するシートです。提供があった場合は、診断への活用を御検討ください。
- ※ 家庭裁判所は、診断書を含む申立人からの提出書類等に基づき、本人の判断能力について判断します(事案によって医師による鑑定を実施することがあります。)

モデル事例3：知的障害（重度），施設入所【表面】

（家庭裁判所提出用）

診 断 書（成年後見制度用）

（表 面）

1 氏名 ○○ ○○ 男 (女)  
○○○○ 年 ○ 月 ○ 日生（○○ 歳）  
住所 ○○県○○市○○町○○－○○

2 医学的診断

診断名（※判断能力に影響するものを記載してください。）

重度知的障害（F72）

所見（現病歴，現症，重症度，現在の精神状態と関連する既往症・合併症など）

8か月の早産にて出生，体重1350グラムでしばらくの間は保育器管理をされたが，染色体異常などは認めない。初語・初歩ともに遅く，意味のある言葉が出ず，3歳児健診で知的な遅れを指摘された。幼稚園は周りとの交流ができず一人遊びで過ごした。小中学校は特別支援学級，以後は在宅で母と二人暮らしであったが，母が死去したために現在の障がい者支援施設に入所，現在に至る。

各種検査

長谷川式認知症スケール（□ 点（ 年 月 日実施） □ 実施不可）

MMSE（□ 点（ 年 月 日実施） □ 実施不可）

脳の萎縮または損傷等の有無

☒ あり ⇒（□ 部分的にみられる ☒ 全体的にみられる □ 著しい □ 未実施）

☐ なし

知能検査

田中・ビネー知能検査にて，IQ：25と重度知的障害のレベルを認めた。（○年○月○日実施）

その他

計算能力としては一桁の加減算もできず，簡単な図形の模写などもできない。

短期間内に回復する可能性

☐ 回復する可能性は高い ☒ 回復する可能性は低い □ 分からない

（特記事項）

発育初期より精神発達の遅滞を認め，言語コミュニケーションができず，疎通性も著しく損なわれている。今後，短期間でこのような状態が回復する可能性はないものとする。

3 判断能力についての意見

- ☐ 契約等の意味・内容を自ら理解し，判断することができる。
- ☐ 支援を受けなければ，契約等の意味・内容を自ら理解し，判断することが難しい場合がある。
- ☐ 支援を受けなければ，契約等の意味・内容を自ら理解し，判断することができない。
- ☒ 支援を受けても，契約等の意味・内容を自ら理解し，判断することができない。

（意見）※ 慎重な検討を要する事情等があれば，記載してください。



# モデル事例3：知的障害（重度），施設入所【裏面】

（家庭裁判所提出用）

（裏 面）

## 判定の根拠

### (1) 見当識の障害の有無

☒ あり ⇒ (☐ まれに障害がみられる ☐ 障害がみられるときが多い ☒ 障害が高度)

☐ なし

季節や場所，時間などの概念が理解できず，生活上の広範囲において支援を要している。

### (2) 他人との意思疎通の障害の有無

☒ あり ⇒ (☐ 意思疎通ができないときもある ☐ 意思疎通ができないときが多い

☒ 意思疎通ができない)

☐ なし

ごく簡単な意思表示のみ可能であり，家人以外の第3者との意思疎通はほぼ不能であり，理解しているか否かも不明である。身振り手振りでの反応レベルである。

### (3) 理解力・判断力の障害の有無

☒ あり ⇒ (☐ 程度は軽い ☐ 程度は重い ☒ 顕著)

☐ なし

言語を通じての理解困難であり，抽象的な事象の理解はできておらず，物事の判断には常に支援を要している。

### (4) 記憶力の障害の有無

☒ あり ⇒ (☐ 程度は軽い ☐ 程度は重い ☒ 顕著)

☐ なし

直前に示した物品などもおぼえておらず，記憶力の著しい障害を認める。

### (5) その他（※上記以外にも判断能力に関して判定の根拠となる事項等があれば記載してください。）

簡単な読み書きもほとんどできず，物事の分別能力も著しく損なわれている状態である。

## 参考となる事項（本人の心身の状態，日常的・社会的な生活状況等）

本人の意にそぐわないことに対しては，噛みつき行為・パニック・飛び出し行為などの行動を起こすことがある。

・療育手帳（地域によって名前が異なることがある）A2所持中。

※ 「本人情報シート」の提供を ☒ 受けた ☐ 受けなかった

（受けた場合には，その考慮の有無，考慮した事項等についても記載してください。）

日々の日常生活における状態や行動等について，適応能力判断の参考とした。

以上のとおり診断します。

〇〇〇〇年 〇 月 〇 日

病院又は診療所の名称・所在地

〇〇県〇〇市〇〇町〇〇-〇〇

担当診療科名

〇〇〇〇

担当医師氏名

〇 〇 〇 〇



## 【医師の方へ】

※ 診断書の記載例等については，後見ポータルサイト（<http://www.courts.go.jp/koukenp/>）からダウンロードできます。

※ 参考となる事項欄にある「本人情報シート」とは，本人の判断能力等に関する診断を行う際の補助資料として，本人の介護・福祉担当者が作成するシートです。提供があった場合は，診断への活用を御検討ください。

※ 家庭裁判所は，診断書を含む申立人からの提出書類等に基づき，本人の判断能力について判断します（事案によって医師による鑑定を実施することがあります。）。

モデル事例 4：知的障害（軽度），在宅，親族と同居【表面】

（家庭裁判所提出用）

診 断 書（成年後見制度用）

（表 面）

1 氏名 ○○ ○○ 男 (女)  
○○○○ 年 ○ 月 ○ 日生（○○ 歳）  
住所 ○○県○○市○○町○○－○○

2 医学的診断

診断名（※判断能力に影響するものを記載してください。）

軽度知的障害（F70）

所見（現病歴，現症，重症度，現在の精神状態と関連する既往症・合併症など）

幼少期より物覚えの悪さを周囲は感じるも，特に精査等は受けなかった。小中と普通学級に通うが成績は悪く，友人関係も限られた数人との交流程度で，授業の内容もあまり理解できていなかったらしい。

中学卒業後に現在の工場に勤めており，簡単な単純作業であるもののミスが多く，しばしば注意をされているとのことである。

各種検査

長谷川式認知症スケール（□ 点（ 年 月 日実施） □ 実施不可）

MMSE（□ 点（ 年 月 日実施） □ 実施不可）

脳の萎縮または損傷等の有無

☒ あり ⇒（□ 部分的にみられる ☒ 全体的にみられる □ 著しい □ 未実施）

☐ なし

知能検査

田中・ビネー知能検査にて，IQ：56 という結果を認めた。（○年○月○日実施）

その他

2桁程度の簡単な加減算はできるが，3桁になると誤答が多くなる。漢字の書字・読字は小学校レベルであり，誤字も多い。

短期間内に回復する可能性

☐ 回復する可能性は高い ☒ 回復する可能性は低い □ 分からない

（特記事項）

発育初期よりの精神発達遅滞であり，今後，短期間でこの状態が回復する可能性はないものとする。

3 判断能力についての意見

- ☐ 契約等の意味・内容を自ら理解し，判断することができる。
- ☒ 支援を受けなければ，契約等の意味・内容を自ら理解し，判断することが難しい場合がある。
- ☐ 支援を受けなければ，契約等の意味・内容を自ら理解し，判断することができない。
- ☐ 支援を受けても，契約等の意味・内容を自ら理解し，判断することができない。

（意見）※ 慎重な検討を要する事情等があれば，記載してください。



## モデル事例4：知的障害（軽度），在宅，親族と同居【裏面】

（家庭裁判所提出用）

（裏 面）

### 判定の根拠

#### (1) 見当識の障害の有無

☐ あり ⇒ (☐ まれに障害がみられる ☐ 障害がみられるときが多い ☐ 障害が高度)

☒ なし

時間・場所・季節などの理解は出来ており，そのことにおける社会生活上の特記すべき障害は認めない。

#### (2) 他人との意思疎通の障害の有無

☒ あり ⇒ (☒ 意思疎通ができないときもある ☐ 意思疎通ができないときが多い

☐ 意思疎通ができない)

☐ なし

簡単な日常会話程度の意思疎通は可能で，それらにおいては特記すべき障害はないが，内容が込み入ってくるとスムーズな意思疎通は難しくなる。

#### (3) 理解力・判断力の障害の有無

☒ あり ⇒ (☒ 程度は軽い ☐ 程度は重い ☐ 顕著)

☐ なし

簡単な事柄の理解は出来ているが，複雑なことや同時にいくつもの事の理解や判断は困難であり，混乱してしまう。

#### (4) 記憶力の障害の有無

☒ あり ⇒ (☒ 程度は軽い ☐ 程度は重い ☐ 顕著)

☐ なし

簡単な事柄においては障害は目立たないが，同時にいくつもの事項が重なると忘れ易い。

#### (5) その他（※上記以外にも判断能力に関して判定の根拠となる事項等があれば記載してください。）

簡単な日常生活は遂行できるが，物事に優先順位をつけることや計画を立てることなどに支援を要している。

単身で高額な買い物や計画的に金銭管理を行うことは困難であり，支持援助を要する。

### 参考となる事項（本人の心身の状態，日常的・社会的な生活状況等）

過去に収入に不釣り合いな高額ローンを組んだこともあり，金銭管理に支援が必要と思われる。

※ 「本人情報シート」の提供を ☒ 受けた ☐ 受けなかった

（受けた場合には，その考慮の有無，考慮した事項等についても記載してください。）

日常生活の全般的状況についての情報提供を受けたが，判断能力の医学的判断についての勘案事項は無い。

以上のとおり診断します。

〇〇〇〇 年 〇 月 〇 日

病院又は診療所の名称・所在地

〇〇県〇〇市〇〇町〇〇-〇〇

担当診療科名

〇〇〇〇

担当医師氏名

〇 〇 〇 〇

印

### 【医師の方へ】

※ 診断書の記載例等については，後見ポータルサイト (<http://www.courts.go.jp/koukenp/>) からダウンロードできます。

※ 参考となる事項欄にある「本人情報シート」とは，本人の判断能力等に関する診断を行う際の補助資料として，本人の介護・福祉担当者が作成するシートです。提供があった場合は，診断への活用を御検討ください。

※ 家庭裁判所は，診断書を含む申立人からの提出書類等に基づき，本人の判断能力について判断します（事案によって医師による鑑定を実施することがあります。）。



モデル事例5：精神障害（統合失調症），医療保護入院中【表面】

（家庭裁判所提出用）

診 断 書（成年後見制度用）

（表 面）

1 氏名 ○○ ○○ (男) 女  
○○○○ 年 ○ 月 ○ 日生 ( 57 歳)  
住所 ○○県○○市○○町○○－○○

2 医学的診断

診断名（※判断能力に影響するものを記載してください。）

統合失調症（妄想型）

所見（現病歴，現症，重症度，現在の精神状態と関連する既往症・合併症など）

高校を卒業後，東京の専門学校に通っている時，発病。「電車に乗ると、皆が自分を監視している」，「完全犯罪で殺される」等の考えが浮かび，続いて本人を非難する内容の幻聴が間断なく出現。錯乱状態となり，1983年3月A病院へ入院。退院後も，しばらく同院へ通院の後，帰郷の上，1985年1月当院（精神科）を初診。以後、当院にて通院加療を行うも，幻聴が持続するとともに，「政治的に迫害されている」「アメリカのNASAから電波で操られている」等の体系化した被害妄想が高度に続いた。病状の再燃・増悪を繰り返し，入退院を6回ほど重ねた。2016年1月からグループホームへ入居し，精神科デイケアへ通院していた。2018年7月，格別な誘因なく，妄想状態の著しい再燃あり，当院へ第7回目の入院加療を行うこととなり，現在も入院加療中である。

各種検査

長谷川式認知症スケール (□ 点 ( 年 月 日実施) □ 実施不可)

MMSE (□ 点 ( 年 月 日実施) □ 実施不可)

脳の萎縮または損傷等の有無

□ あり ⇒ (□ 部分的にみられる □ 全体的にみられる □ 著しい ☒ 未実施)

□ なし

知能検査

実施していないが，知能水準には明らかな障害は認められないと考える。

その他

短期間内に回復する可能性

□ 回復する可能性は高い ☒ 回復する可能性は低い □ 分からない

（特記事項）

3 判断能力についての意見

- ☐ 契約等の意味・内容を自ら理解し，判断することができる。
- ☒ 支援を受けなければ，契約等の意味・内容を自ら理解し，判断することが難しい場合がある。
- ☐ 支援を受けなければ，契約等の意味・内容を自ら理解し，判断することができない。
- ☐ 支援を受けても，契約等の意味・内容を自ら理解し，判断することができない。

（意見）※ 慎重な検討を要する事情等があれば，記載してください。



## モデル事例5：精神障害（統合失調症），医療保護入院中【裏面】

（家庭裁判所提出用）

（裏 面）

### 判定の根拠

#### (1) 見当識の障害の有無

☐ あり ⇒ (☐ まれに障害がみられる ☐ 障害がみられるときが多い ☐ 障害が高度)

☒ なし

[ ]

#### (2) 他人との意思疎通の障害の有無

☒ あり ⇒ (☒ 意思疎通ができないときもある ☐ 意思疎通ができないときが多い

☐ 意思疎通ができない)

☐ なし

[ 幻聴、妄想状態が活発の際、時に昏迷様状態を示すことがあり、その際は意思疎通が困難となる。幻覚妄想症状は持続的に認められるが、情動面の安定している時は、概ね疎通は可能である。 ]

#### (3) 理解力・判断力の障害の有無

☒ あり ⇒ (☒ 程度は軽い ☐ 程度は重い ☐ 顕著)

☐ なし

[ 思考の論理性、理解力、判断力は概ね保たれているが、強固に体系化された妄想に関連した事柄については、理解、判断ともに障害が認められる。 ]

#### (4) 記憶力の障害の有無

☐ あり ⇒ (☐ 程度は軽い ☐ 程度は重い ☐ 顕著)

☒ なし

[ ]

#### (5) その他（※上記以外にも判断能力に関して判定の根拠となる事項等があれば記載してください。）

[ 「政治的に迫害されたことを補償する目的で、アメリカおよび日本政府から多額の賠償金が支払われているはずで、銀行口座には1億円以上の預金がある」と誇大的観念を述べるも、乱費することなく、日常の金銭の自己管理はでき、グループホームの世話人の日常生活への支援も受け入れていた。 ]

### 参考となる事項（本人の心身の状態，日常的・社会的な生活状況等）

2年ほど前より慢性心不全を併発。長時間の身体活動が困難となっているが、病棟内における日常生活動作は自立している。

※ 「本人情報シート」の提供を ☐ 受けた ☒ 受けなかった

（受けた場合には，その考慮の有無，考慮した事項等についても記載してください。）

以上のとおり診断します。

2018 年 10 月 1 日

病院又は診療所の名称・所在地

〇〇県〇〇市〇〇町〇〇-〇〇

担当診療科名

〇〇〇〇

担当医師氏名

〇 〇 〇 〇

印

### 【医師の方へ】

※ 診断書の記載例等については，後見ポータルサイト（<http://www.courts.go.jp/koukenp/>）からダウンロードできます。

※ 参考となる事項欄にある「本人情報シート」とは，本人の判断能力等に関する診断を行う際の補助資料として，本人の介護・福祉担当者が作成するシートです。提供があった場合は，診断への活用を御検討ください。

※ 家庭裁判所は，診断書を含む申立人からの提出書類等に基づき，本人の判断能力について判断します（事案によって医師による鑑定を実施することがあります。）。

## 本人情報シート作成の手引

### 三 本人情報シート作成の手引

#### 1 本人情報シートの位置付け

##### (1) 本人の家庭的・社会的状況等に関する情報の必要性

成年後見制度の利用を開始するための申立てに際しては、鑑定の可否等を判断するため、申立書等と併せて、医師の作成した診断書の提出をお願いしています。診断書は、家庭裁判所が本人の判断能力を判断するための重要な資料であり、本人の判断能力について医師に的確に判断していただく必要があると考えております。

医師に判断能力についての意見を書いていただく際には、従前から、本人に対する問診や家族等からの聞き取り結果、各種の医学的検査の結果等を総合的に検討し、判断がされていたものと思われますが、本人の判断能力の程度等について意見を述べるに当たって、本人の生活状況に関する資料が十分ではないということもあったのではないかと思います。

医師によりの確に判断していただくためには、本人を支える福祉関係者から、医師に対し、本人の日常及び社会生活に関する客観的な情報を提供した上で、本人の生活上の課題を伝えることが有益ではないかと考えられます。

そこで、本人を支える福祉の関係者において、本人の生活状況等の情報をまとめたシートを作成していただけるよう、新たに「本人情報シート」の書式を作成することとしました。

※ 「本人情報シート」の提出が難しい場合には、「本人情報シート」を添付することなく後見等開始の申立てを行うことは可能です。もっとも、本人の判断能力等をよりの確に判断するために、多くの事案において、医師が診断する際の補助資料として提供されることが望ましいといえます。

##### (2) 「本人情報シート」の作成者について

「本人情報シート」は、医師に本人の生活状況等を客観的に伝えることで、医学的な判断をする際の参考資料として活用されることを想定しています。

したがって、本人の身近なところで、職務上の立場から支援されている方によって作成されることが望ましいといえ、具体的には、ソーシャルワーカー（社会福祉士、精神保健福祉士等）として本人の支援に関わっている方（介護支援専門員、相談支援専門員、病院・施設の相談員、市町村が設置する地域包括支援センターや、社会福祉協議会等が運営する権利擁護支援センターの職員等）によって作成されることが想定されます。

親族や本人が作成することは想定していませんので、本人及び親族の方には、申立書に本人の生活状況等を記載していただくことになります。

ソーシャルワーカーが自らの業務の一環として「本人情報シート」を作成する場合や、当事者間の合意によって定められた作成費用を依頼者が負担する場合がありますので、作成者と依頼者との間で、「本人情報シート」の作成を依頼する際の取扱い等についてご確認ください。

##### (3) 「本人情報シート」の活用場面

「本人情報シート」は、医師の診断のための補助資料として活用するほか、以下のような

場面で活用することが考えられます。

① 申立て前の成年後見制度の利用の適否に関する検討資料として

成年後見制度は、判断能力が十分ではない方を法律的な側面で支援する制度です。法的な課題や福祉的な課題に対応するために成年後見制度を利用することは有益ですが、他方で、本人が抱えている課題によっては、成年後見制度の利用では十分に対応できないことも考えられます。

制度利用の適否については、医療・福祉・介護の関係者のみならず、法律関係者も含めて多職種で検討することが望ましいといえますが、その際、「本人情報シート」によって本人の状況について認識を共有することは、制度利用の適否に関する多職種での検討に資するものと考えられます。

② 家庭裁判所における成年後見人等の選任のための検討資料として

「本人情報シート」は、後見等開始の申立ての際に、申立人から、診断書とともに家庭裁判所に提出していただくことを想定しています。家庭裁判所は、本人の判断能力について審査するとともに、誰を成年後見人等に選任するのかについても検討しますので、「本人情報シート」は、本人の判断能力の判定の際の参考資料として用いられるとともに、本人の身上監護上の課題を把握し、本人にふさわしい成年後見人等を検討するための資料として活用することも考えられます。

③ 従前の後見事務の検証と今後の事務方針の策定のための資料として

後見開始後の本人自身の心身の状況や周囲の生活環境の変化に応じて、本人の有する生活上の課題も変化していくものと考えられます。後見人も含む多職種で構成される「チーム」において、後見開始時に作成された「本人情報シート」の内容を確認することによって今まで後見人を中心に進めてきた本人支援のアプローチを検証し、この結果を踏まえて、必要に応じて、本人の能力変化に応じた類型の変更や今まで進めてきた後見事務の方向性について見直したり、あるいは、補助・保佐の場合には付与された代理権・取消権の範囲を再検討したりするなど、今後の本人支援の在り方を検討することも有効であると考えられます。

(4) 本人情報シート記載ガイドライン及び本人情報シート記載例について

本人情報シート記載ガイドラインは、本人の判断能力等を診断するに当たって、参考となる内容の記載についての一般的な基準を示したものです。記載するに当たってのポイントや留意事項等も含まれていますので、本人情報シートを作成する際に参照してください。

本人情報シート記載例は、実務的に比較的多く見られる事例を想定し、本人情報シート記載ガイドラインに沿って作成したものです。

後見ポータルサイト (<http://www.courts.go.jp/koukenp/>) から、「本人情報シート」(Word形式)のダウンロードができます。

## 2 本人情報シートの書式

### 本人情報シート（成年後見制度用）

※ この書面は、本人の判断能力等に関して医師が診断を行う際の補助資料として活用するとともに、家庭裁判所における審理のために提出していただくことを想定しています。

※ この書面は、本人を支える福祉関係者の方によって作成されることを想定しています。

※ 本人情報シートの内容についてさらに確認したい点がある場合には、医師や家庭裁判所から問合せがされることもあります。

作成日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

<div><div>本人</div><div>氏 名 : _____</div><div>生年月日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日</div></div>	<div><div>作成者</div><div>氏 名 : _____ 印</div><div>職業(資格) : _____</div><div>連絡先 : _____</div><div>本人との関係 : _____</div></div>
---	---

#### 1 本人の生活場所について

☐ 自宅（自宅での福祉サービスの利用 ☐ あり ☐ なし）

☐ 施設・病院

→ 施設・病院の名称 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

#### 2 福祉に関する認定の有無等について

☐ 介護認定（認定日 : \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月）

☐ 要支援（1・2） ☐ 要介護（1・2・3・4・5）

☐ 非該当

☐ 障害支援区分（認定日 : \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月）

☐ 区分（1・2・3・4・5・6） ☐ 非該当

☐ 療育手帳・愛の手帳など（手帳の名称 \_\_\_\_\_ ）（判定 \_\_\_\_\_ ）

☐ 精神障害者保健福祉手帳（1・2・3 級）

#### 3 本人の日常・社会生活の状況について

##### (1) 身体機能・生活機能について

☐ 支援の必要はない ☐ 一部について支援が必要 ☐ 全面的に支援が必要  
（今後、支援等に関する体制の変更や追加的対応が必要な場合は、その内容等）

##### (2) 認知機能について

日によって変動することがあるか : ☐ あり ☐ なし

（※ ありの場合は、良い状態を念頭に以下のアからエまでチェックしてください。

エの項目は裏面にあります。）

##### ア 日常的な行為に関する意思の伝達について

☐ 意思を他者に伝達できる ☐ 伝達できない場合がある

☐ ほとんど伝達できない ☐ できない

##### イ 日常的な行為に関する理解について

☐ 理解できる ☐ 理解できない場合がある

☐ ほとんど理解できない ☐ 理解できない

##### ウ 日常的な行為に関する短期的な記憶について

☐ 記憶できる ☐ 記憶していない場合がある

☐ ほとんど記憶できない ☐ 記憶できない

エ 本人が家族等を認識できているかについて

- ☐ 正しく認識している      ☐ 認識できていないところがある  
☐ ほとんど認識できていない      ☐ 認識できていない

(3) 日常・社会生活上支障となる精神・行動障害について

- ☐ 支障となる行動はない      ☐ 支障となる行動はほとんどない  
☐ 支障となる行動がときどきある      ☐ 支障となる行動がある

(精神・行動障害に関して支援を必要とする場面があれば、その内容、頻度等)

(4) 社会・地域との交流頻度について

- ☐ 週1回以上      ☐ 月1回以上      ☐ 月1回未満

(5) 日常の意思決定について

- ☐ できる      ☐ 特別な場合を除いてできる      ☐ 日常的に困難      ☐ できない

(6) 金銭の管理について

- ☐ 本人が管理している      ☐ 親族又は第三者の支援を受けて本人が管理している  
☐ 親族又は第三者が管理している

(支援(管理)を受けている場合には、その内容・支援者(管理者)の氏名等)

4 本人にとって重要な意思決定が必要となる日常・社会生活上の課題

(※ 課題については、現に生じているものに加え、今後生じ得る課題も記載してください。)

5 家庭裁判所に成年後見制度の利用について申立てをすることに関する本人の認識

- ☐ 申立てをすることを説明しており、知っている。  
☐ 申立てをすることを説明したが、理解できていない。  
☐ 申立てをすることを説明しておらず、知らない。  
☐ その他

(上記チェックボックスを選択した理由や背景事情等)

6 本人にとって望ましいと考えられる日常・社会生活上の課題への対応策

(※御意見があれば記載してください。)

3 本人情報シート記載ガイドライン

表面

※ シートに記載しきれない場合は、別紙をつけていただくことも可能です。

本人情報シート（成年後見制度用）

※ この書面は、本人の判断能力等に関して医師が診断を行う際の補助資料として活用するとともに、家庭裁判所における審理のために提出していただくことを想定しています。  
※ この書面は、本人を支える福祉関係者の方によって作成されることを想定しています。  
※ 本人情報シートの内容についてさらに確認したい点がある場合には、医師や家庭裁判所から問合せがされることもあります。

作成日 年 月 日

本人氏名	作成者氏名	印
生年月日	職業(資格)	
年 月 日	連絡先	
	本人との関係	

- 1 本人の生活場所について
- ☐ 自宅（自宅での福祉サービスの利用 ☐ あり ☐ なし）
- ☐ 施設・病院
- 施設・病院の名称 \_\_\_\_\_ 住所 \_\_\_\_\_

- 2 福祉に関する認定の有無等について
- ☐ 介護認定（認定日： 年 月） ☐ 要介護（1・2・3・4・5）
- ☐ 要支援（1・2） ☐ 非該当
- ☐ 障害支援区分（認定日： 年 月） ☐ 非該当
- ☐ 区分（1・2・3・4・5・6）
- ☐ 療育手帳・愛の手帳など（手帳の名称 \_\_\_\_\_）（判定 \_\_\_\_\_）
- ☐ 精神障害者保健福祉手帳（1・2・3 級）

- 3 本人の日常・社会生活の状況について
- (1) 身体機能・生活機能について
- ☐ 支援の必要はない ☐ 一部について支援が必要 ☐ 全面的に支援が必要
- （今後、支援等に関する体制の変更や追加的対応が必要な場合は、その内容等）

- (2) 認知機能について
- 日によって変動することがあるか：☐ あり ☐ なし
- (※ ありの場合は、良い状態を念頭に以下のアからエまででチェックしてください。
- エの項目は裏面にあります。)

- ア 日常的な行為に関する意思の伝達について
- ☐ 意思を他者に伝達できる ☐ 伝達できない場合がある
- ☐ ほとんど伝達できない ☐ できない
- イ 日常的な行為に関する理解について
- ☐ 理解できる ☐ 理解できない場合がある
- ☐ ほとんど理解できない ☐ 理解できない
- ウ 日常的な行為に関する短期的な記憶について
- ☐ 記憶できる ☐ 記憶していない場合がある
- ☐ ほとんど記憶できない ☐ 記憶できない
- 1/2

- ☐ 本人情報シートの作成者が親族等の第三者に「本人情報シート」による個人情報提供を行う場合は、個人情報保護の観点から、本人の同意を得るなど、作成者において適用される法令に沿った情報の取扱いを行うよう留意していただく必要があります。

1 本人の生活場所について

- ☐ 現在、本人が自宅で生活しているか、施設（グループホーム、サービス付住宅を含む。）又は病院で生活しているかをチェックしてください。施設又は病院で生活している場合は、施設又は病院の名称・住所も記載してください。
- ☐ 自宅での福祉サービスの利用については、訪問介護のほか、デイサービス、ショートステイなどを利用しているときは、「あり」にチェックしてください。

2 福祉に関する認定の有無等について

- ☐ シートに記載されている認定を受けている場合には、該当欄にチェックしてください。
- ☐ 認定日欄には、最終判定年月を記載してください。

3 本人の日常・社会生活の状況について

(1) 身体機能・生活機能について

- ☐ 食事、入浴、着替え、移動等の日常生活に関する支援の要否を記載してください。なお、自宅改修や福祉器具等を利用することで他者の支援なく日常生活を営むことができている場合には、「支援の必要はない」にチェックしてください。
- ☐ 現在の支援体制が不十分な場合等で、今後、支援の方法、内容等を変更する必要がある場合には、その内容を自由記載欄に簡潔に記載してください。

(2) 認知機能について

- ☐ ア～エの各項目について、該当する欄にチェックを入れてください。なお、本人の状態に変動がある場合には、良い状態を念頭にチェックしていただき、状態が悪くない場合で支援を必要とする場面については(3)に記載してください。

- ☐ ここという「日常的な行為」とは、食事、入浴等の日課や来訪する福祉サービス提供者への対応など、概ね本人の生活環境の中で行われるものが想定されています。ア～エの各項目についての選択基準は、以下のとおりです。

- ・ アについて
- ☐ 意思を他者に伝達できる → 日常生活上問題ない程度に自らの意思を伝達できる場合
- ☐ 伝達できない場合がある → 正確な意思を伝えることができずに日常生活上問題が生じる場合
- ☐ ほとんど伝達できない → ごく単純な意思（空腹である、眠いなど）は伝えることはできるものの、それ以外の意思については伝えることができない場合
- ☐ できない → ごく単純な意思も伝達できないとき
- (※ 発語面で障害があっても、非言語的手段で意思が伝達できる場合には、「伝達できる」とする。)

・ イについて

- ☐ 理解できる → 起床・就寝の時刻や、食事の内容等について回答することができる場合
- ☐ 理解できない場合がある → 上記の点について、回答できるときとできないときがある場合
- ☐ ほとんど理解できない → 上記の点について、回答できないときが多い場合
- ☐ 理解できない → 上記の点について、基本的に回答することができない場合

・ ウについて

- ☐ 記憶できる → 直前にしていたことや示したものなどを正しく回答できる場合
- ☐ 記憶していない場合がある → 上記の点について、回答できるときとできないときがある場合
- ☐ ほとんど記憶できない → 上記の点について、回答できないときが多い場合
- ☐ 記憶できない → 上記の点について、基本的に回答することができない場合



エ 本人が家族等を認識できているかについて

- ☐ 正しく認識している
- ☐ ほとんど認識できていない

(3) 日常・社会生活上支障となる精神・行動障害について

- ☐ 支障となる行動はない
- ☐ 支障となる行動がときどきある
- ☐ 支障となる行動がほとんどない

(精神・行動障害に関して支援を必要とする場面があれば、その内容、頻度等)

(4) 社会・地域との交流頻度について

- ☐ 週 1 回以上
- ☐ 月 1 回以上
- ☐ 月 1 回未満

(5) 日常の意思決定について

- ☐ できる
- ☐ 特別な場合を除いてできる
- ☐ 日常的に困難
- ☐ できない

(6) 金銭の管理について

- ☐ 本人が管理している
- ☐ 親族又は第三者の支援を受けて本人が管理している
- ☐ 親族又は第三者が管理している
- ☐ (支援 (管理) を受けている場合には、その内容・支援者 (管理者) の氏名等)

4 本人にとって重要な意思決定が必要となる日常・社会生活上の課題  
(※ 課題については、現に生じているものに加え、今後生じ得る課題も記載してください。)

5 家庭裁判所に成年後見制度の利用について申立てをすることに關する本人の認識

- ☐ 申立てをすることを説明しており、知っている。
- ☐ 申立てをすることを説明したが、理解できていない。
- ☐ 申立てをすることを説明しておらず、知らない。
- ☐ その他

(上記チェックボックスを選択した理由や背景事情等)

6 本人にとって望ましいと考えられる日常・社会生活上の課題への対応策

(※御意見があれば記載してください。)

エについて

- ☐ 正しく認識している
- ☐ 日常的に顔を合わせていない家族又は友人等についても、会えば正しく認識できる。
- ☐ 認識できていないところがある
- ☐ 日常的に顔を合わせている家族又は友人等は基本的に認識できているが、それ以外は難しい。
- ☐ ほとんど認識できていない
- ☐ 日常的に顔を合わせている家族又は友人等と会っても、認識できないことが多い。
- ☐ 認識できていない
- ☐ 日常的に顔を合わせている家族又は友人・知人と会っても、基本的に認識できない。

(3) 日常・社会生活上支障となる精神・行動障害について

- ☐ 精神・行動障害とは、社会生活上、場面や目的からみて不適当な行動をいいます。このような行動の頻度に応じて、該当する欄にチェックを入れてください。
- ☐ また、そのような精神・行動障害があり、社会生活上、一定の支援を必要とする場合には、その行動の具体的な内容や頻度について自由記載欄に記入してください。また、必要とされる支援方法等についても、分ける範囲で記載してください。

(4) 社会・地域との交流頻度について

- ☐ 本人が日常的にどの程度、社会・地域との接点を有しているのかを確認する項目です。介護サービスの利用、買い物、趣味活動等によって社会・地域と交流する頻度を記入してください。
- ☐ なお、身体的な障害等により、外出は困難ではあるものの、家族や友人の来訪など、自宅等で関係者と社会的接点を持った活動をしている場合には、それも含めて回数を回答してください。

(5) 日常の意思決定について

- ☐ 日常の意思決定とは、毎日の暮らしにおける活動に関して意思決定できる能力をいいます。項目についての選択基準は、以下のとおりです。なお、特定の事項あるいは場面において本人の意思決定に支障が生じるといった事情があるときは、4 項に記載してください。
- ☐ できる
- ☐ 毎日の暮らしにおける活動に関して、あらゆる場面で意思決定できる。
- ☐ 特別な場合を除いてできる
- ☐ テレビ番組や献立、服の選択等については意思決定できるが、治療方針等や居住環境の変更の決定は指示・支援を必要とする。
- ☐ 日常的に困難
- ☐ テレビ番組や献立、服の選択等についてであれば意思決定できることがある。
- ☐ できない
- ☐ 意思決定が全くできない、あるいは意思決定できるかどうか分からない。

(6) 金銭の管理について

- ☐ 金銭の管理とは、所持金の支出入の把握、管理、計算等を指します。項目についての選択基準は、以下のとおりです。
- ☐ 本人が管理している
- ☐ 多額の財産や有価証券等についても、本人が全て管理している場合
- ☐ 親族又は第三者の支援を受けて本人が管理している
- ☐ 通帳を預かってもらいながら、本人が自らの生活費等を管理している場合
- ☐ 親族又は第三者が管理している
- ☐ 本人の日々の生活費も含めて、第三者等が支払等をして管理している場合

4 本人にとって重要な意思決定が必要となる日常・社会生活上の課題

- ☐ 現在または今後、本人が直面する生活上の課題を記載してください (例えば、介護・支援体制の変更の検討や、訴訟、遺産分割等の手続に関する検討などがこれに当たります。)

5 家庭裁判所に成年後見制度の利用について申立てをすることに關する本人の認識

- ☐ 成年後見制度の利用について本人に説明した際の利用に関する本人の認識 (知っている、知らない、理解できない) を記載してください。
- ☐ 上記チェックボックスを選択した理由や、本人が制度利用に反対しているなどの背景事情がある場合には、分ける範囲で記載してください。

6 本人にとって望ましいと考えられる日常・社会生活上の課題への対応策

- ☐ 成年後見制度の利用によって、日常・社会生活上の課題にどのように対応していくことが望ましいのかについて、御意見があれば記載してください。

## 4 本人情報シート記載例

### モデル事例 1：認知症（重度），施設入所【表面】

#### 本人情報シート（成年後見制度用）

※ この書面は、本人の判断能力等に関して医師が診断を行う際の補助資料として活用するとともに、家庭裁判所における審理のために提出していただくことを想定しています。

※ この書面は、本人を支える福祉関係者の方によって作成されることを想定しています。

※ 本人情報シートの内容についてさらに確認したい点がある場合には、医師や家庭裁判所から問合せがされることもあります。

作成日 〇〇〇〇年 〇 月 〇 日

**本人**  
氏 名： 〇〇 〇〇  
生年月日： 〇〇〇〇年 〇 月 〇 日

**作成者**  
氏 名： 〇〇 〇〇 (印)  
職業(資格)： 〇〇県社会福祉士会 相談員  
連絡先： 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇  
本人との関係： 〇〇県社会福祉士会において成年後見制度の

#### 1 本人の生活場所について

- ☐ 自宅（自宅での福祉サービスの利用 ☐ あり ☐ なし）  
☒ 施設・病院

→ 施設・病院の名称 特別養護老人ホーム〇〇園  
住所 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇-〇〇

専門相談窓口を設けており、入所施設から本人情報シート作成の依頼を受けた。

※シートの記入に当たっては本人及び本人の妻と複数回面談し、施設関係者からの情報も参考にした。

#### 2 福祉に関する認定の有無等について

- ☒ 介護認定（認定日： 〇〇年 〇月）  
☐ 要支援（1・2） ☒ 要介護（1・2・3・4・5）  
☐ 非該当  
☐ 障害支援区分（認定日： 年 月）  
☐ 区分（1・2・3・4・5・6） ☐ 非該当  
☐ 療育手帳・愛の手帳など（手帳の名称 ）（判定 ）  
☐ 精神障害者保健福祉手帳（1・2・3 級）

#### 3 本人の日常・社会生活の状況について

##### (1) 身体機能・生活機能について

- ☐ 支援の必要はない ☐ 一部について支援が必要 ☒ 全面的に支援が必要  
（今後、介助等に関する体制の変更や追加的対応が必要な場合は、その内容等）

2016年3月頃より心身状態が悪化し、同居の妻への暴力行為があったため、7月に専門医療機関（精神科）初診、入院となった。加療、リハビリテーションを受け、症状が改善し、2017年5月に退院と同時に現在の特別養護老人ホームへ入所した。食事はセッティングがあれば自力摂取可能。それ以外の日常生活については、ほぼ全面的に見守りや声掛け、直接介助が必要である。現在の入所施設で安定した生活を送られている。

##### (2) 認知機能について

日によって変動することがあるか：☒ あり ☐ なし  
（※ ありの場合は、良い状態を念頭に以下のアからエまでチェックしてください。  
エの項目は裏面にあります。）

##### ア 日常的な行為に関する意思の伝達について

- ☐ 意思を他者に伝達できる ☒ 伝達できない場合がある  
☐ ほとんど伝達できない ☐ できない

##### イ 日常的な行為に関する理解について

- ☐ 理解できる ☒ 理解できない場合がある  
☐ ほとんど理解できない ☐ 理解できない

##### ウ 日常的な行為に関する短期的な記憶について

- ☐ 記憶できる ☐ 記憶していない場合がある  
☒ ほとんど記憶できない ☐ 記憶できない

## モデル事例１：認知症（重度），施設入所【裏面】

エ 本人が家族等を認識できているかについて

- ☐ 正しく認識している ☒ 認識できていないところがある  
☐ ほとんど認識できていない ☐ 認識できていない

(3) 日常・社会生活上支障となる精神・行動障害について

- ☐ 支障となる行動はない ☐ 支障となる行動はほとんどない  
☒ 支障となる行動がときどきある ☐ 支障となる行動がある

（精神・行動障害に関して支援を必要とする場面があれば，その内容，頻度等）

施設内の自室やトイレの場所がわからず，困惑しているときが多いが，適切な声掛け誘導によって対応可能である。また，日々のスケジュール（食事の時間や活動など）は理解ができず，不安になると職員や他の入居者に尋ねることが多く，その対応が本人にとって受け入れがたいものであると，不穏になることがある。

(4) 社会・地域との交流頻度について

- ☐ 週１回以上 ☐ 月１回以上 ☒ 月１回未満

(5) 日常の意思決定について

- ☐ できる ☐ 特別な場合を除いてできる ☒ 日常的に困難 ☐ できない

(6) 金銭の管理について

- ☐ 本人が管理している ☐ 親族又は第三者の支援を受けて本人が管理している  
☒ 親族又は第三者が管理している

（支援（管理）を受けている場合には，その内容・支援者（管理者）の氏名等）

妻が管理しているが，妻自身も高齢であり，本人との関係性が必ずしも良好ではないこともあり，負担感が強い。また，施設から本人に必要な日用品や行事への参加費を求めるときに，妻自身の判断で「不要」とされてしまうことが多い，とのこと。

4 本人にとって重要な意思決定が必要となる日常・社会生活上の課題

（※ 課題については，現に生じているものに加え，今後生じ得る課題も記載してください。）

本人は施設において，本人自身の楽しみや生活の豊かさを感じる機会が得られず，制限的な生活になってしまっていることも否めない。本人には収入（年金）があり，本人の意思決定を支援しながら本人の興味関心を広げるためにも活用できることが望ましい。また心身状態の変化から今後，入院加療が必要となることも想定されるため，本人の意思を尊重しながら適切に契約行為を行える第三者が存在することが，妻にとっても助けとなると考え，そのことで妻との関係性の修復も期待される。

5 家庭裁判所に成年後見制度の利用について申立てをすることに関する本人の認識

- ☐ 申立てをすることを説明しており，知っている。  
☒ 申立てをすることを説明したが，理解できていない。  
☐ 申立てをすることを説明しておらず，知らない。  
☐ その他

（上記チェックボックスを選択した理由や背景事情等）

本人には可能な限りわかりやすい言葉や図による説明を複数回行った。施設の相談員同席のもと，また，妻の面会時，本人が作成者に馴染みを感じられたことを受け，作成者のみとも面談した。その都度，新しい説明を聞く，という印象で，説明を理解することは難しいと感じられたが，その都度の説明においては，「そんな人がいたらありがたいね」「でも〇〇ちゃん（古い友人の妹，というが本当は妻のこと）がいるからね」という発言があった。

6 本人にとって望ましいと考えられる日常・社会生活上の課題への対応策

（※御意見があれば記載してください。）

本人に日常的に関わる関係者は，施設内で完結している。本人の資産を考えれば，さまざまな選択肢が考えられる。本人の意向や意思を尊重しながら模索していくために必要な契約が行える者が必要。また，比較的高額な年金や預貯金を適切に管理し，居所についても本人の状態に合った，また，本人が望むような過ごし方が可能な施設を新たに検討できる体制をつくっていく。妻との関係性を構築していくためには，高齢となった妻の支援体制を意識した関わりが求められる。

## モデル事例2：認知症（軽度），在宅，独居【表面】

### 本人情報シート（成年後見制度用）

※ この書面は、本人の判断能力等に関して医師が診断を行う際の補助資料として活用するとともに、家庭裁判所における審理のために提出していただくことを想定しています。

※ この書面は、本人を支える福祉関係者の方によって作成されることを想定しています。

※ 本人情報シートの内容についてさらに確認したい点がある場合には、医師や家庭裁判所から問合せがされることもあります。

作成日 〇〇〇〇年 〇 月 〇 日

本人

氏 名： 〇〇 〇〇

生年月日： 〇〇〇〇年 〇 月 〇 日

作成者

氏 名： 〇〇 〇〇 (印)

職業(資格)： 〇〇市社会福祉協議会(社会福祉士)

連絡先： 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

本人との関係： 〇〇市中核機関の相談員

#### 1 本人の生活場所について

☒ 自宅（自宅での福祉サービスの利用 ☒ あり ☐ なし）

☐ 施設・病院

→ 施設・病院の名称 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

#### 2 福祉に関する認定の有無等について

☒ 介護認定（認定日： 〇〇〇〇 年 〇 月）

☐ 要支援（1・2） ☒ 要介護（1・2 (3)・4・5）

☐ 非該当

☐ 障害支援区分（認定日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月）

☐ 区分（1・2・3・4・5・6） ☐ 非該当

☐ 療育手帳・愛の手帳など（手帳の名称 \_\_\_\_\_）（判定 \_\_\_\_\_）

☐ 精神障害者保健福祉手帳（1・2・3 級）

#### 3 本人の日常・社会生活の状況について

##### (1) 身体機能・生活機能について

☐ 支援の必要はない ☒ 一部について支援が必要 ☐ 全面的に支援が必要  
（今後、介助等に関する体制の変更や追加的対応が必要な場合は、その内容等）

在宅で介護保険サービスを利用し、別居の長男や長女の支援を得て生活を継続しているが、最近は食材を大量に買い込んで腐らせる、サービス利用日や時間を忘れて外出するなど、サービス提供が受けられないことが増えてきている。ケアマネージャーはサービスの見直しが必要だと考えている。

##### (2) 認知機能について

日によって変動することがあるか：☒ あり ☐ なし

（※ ありの場合は、良い状態を念頭に以下のアからエまでチェックしてください。

エの項目は裏面にあります。）

##### ア 日常的な行為に関する意思の伝達について

☒ 意思を他者に伝達できる ☐ 伝達できない場合がある

☐ ほとんど伝達できない ☐ できない

##### イ 日常的な行為に関する理解について

☐ 理解できる ☒ 理解できない場合がある

☐ ほとんど理解できない ☐ 理解できない

##### ウ 日常的な行為に関する短期的な記憶について

☐ 記憶できる ☒ 記憶していない場合がある

☐ ほとんど記憶できない ☐ 記憶できない

## モデル事例２：認知症（軽度），在宅，独居【裏面】

エ 本人が家族等を認識できているかについて

- ☐ 正しく認識している ☒ 認識できていないところがある  
☐ ほとんど認識できていない ☐ 認識できていない

(3) 日常・社会生活上支障となる精神・行動障害について

- ☐ 支障となる行動はない ☐ 支障となる行動はほとんどない  
☒ 支障となる行動がときどきある ☐ 支障となる行動がある  
(精神・行動障害に関して支援を必要とする場面があれば、その内容、頻度等)

鍋を焦がすことが、3か月に1回程度ある。IHは本人が希望していないため、使用していない。ヘルパーが来る日や時間を忘れてしまい、自宅にいないため、ヘルパーが支援に入れないときが、月に一、二回程度ある。

(4) 社会・地域との交流頻度について

- ☒ 週1回以上 ☐ 月1回以上 ☐ 月1回未満

(5) 日常の意思決定について

- ☐ できる ☒ 特別な場合を除いてできる ☐ 日常的に困難 ☐ できない

(6) 金銭の管理について

- ☐ 本人が管理している ☒ 親族又は第三者の支援を受けて本人が管理している  
☐ 親族又は第三者が管理している  
(支援(管理)を受けている場合には、その内容・支援者(管理者)の氏名等)

別居の長女が定期預金通帳を管理しているが、日常的な金銭管理は本人が行っている。最近では日常的な金銭管理が難しくなり、長女が社協の日常生活自立支援事業が使えないか、と相談してきた。

4 本人にとって重要な意思決定が必要となる日常・社会生活上の課題

(※ 課題については、現に生じているものに加え、今後生じ得る課題も記載してください。)

介護保険サービス提供事務所からは、ケアマネージャーがサービス利用を増やす必要がある、ということが本当に本人の意向に基づいているのかとの疑問が示されている。また、長男や長女からは、これ以上本人に関わる時間がとれないなかで、本人の一人暮らしの継続について心配との意見。本人は自宅以外の生活については一切考えておらず、どのように生活していくことができるか、かなり早急に検討していくことが必要になっている。

5 家庭裁判所に成年後見制度の利用について申立てをすることに関する本人の認識

- ☒ 申立てをすることを説明しており、知っている。  
☐ 申立てをすることを説明したが、理解できていない。  
☐ 申立てをすることを説明しておらず、知らない。  
☐ その他

(上記チェックボックスを選択した理由や背景事情等)

説明についての理解は良好。しかし、長女にやってもらうのに手続きが必要なのか、と疑問を述べられる。また、長女は仕事や家庭のことが忙しく、頼むのは悪いという気持ちや、長女から「そろそろ施設に入ることを考えて」と言われた言葉に対して抵抗感を持っている。

6 本人にとって望ましいと考えられる日常・社会生活上の課題への対応策

(※御意見があれば記載してください。)

本人は自分の希望や思いを他者に伝えることができ、その実現に向けて支援関係者はこれまでも関わってきている。しかし、徐々に認知機能が低下していることはあり、支援体制をこれまでとは違う内容で検討することも、本人の安全や安心のためには必要なことである。福祉サービスの利用などの契約行為の代理ができる形が望ましく、本人もそれを希望している。家族の思いも支えながら、安易に施設入所という選択肢にならないためには、第三者の担い手が、本人の意思や意向を尊重しつつ家族とも調整をとっていくこと、そのために支援関係者と連携体制をとり、チームとして本人を支えていく体制をつくれることが重要である。

# モデル事例3：知的障害（重度），施設入所【表面】

## 本人情報シート（成年後見制度用）

- ※ この書面は、本人の判断能力等に関して医師が診断を行う際の補助資料として活用するとともに、家庭裁判所における審理のために提出していただくことを想定しています。
- ※ この書面は、本人を支える福祉関係者の方によって作成されることを想定しています。
- ※ 本人情報シートの内容についてさらに確認したい点がある場合には、医師や家庭裁判所から問合せがされることもあります。

作成日 〇〇〇〇年 〇 月 〇 日

本人氏名： 〇〇 〇〇  
生年月日： 〇〇〇〇年 〇 月 〇 日

作成者氏名： 〇〇 〇〇 印  
職業(資格)： 障害福祉サービス計画相談（社会福祉士）  
連絡先： 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇  
本人との関係： 〇〇市受託事業者

### 1 本人の生活場所について

- ☐ 自宅（自宅での福祉サービスの利用 ☐ あり ☐ なし）  
☒ 施設・病院  
→ 施設・病院の名称 障害者支援施設〇〇園

住所 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇-〇〇

### 2 福祉に関する認定の有無等について

- ☐ 介護認定（認定日： 年 月）  
☐ 要支援（1・2） ☐ 要介護（1・2・3・4・5）  
☐ 非該当  
☐ 障害支援区分（認定日： 年 月）  
☐ 区分（1・2・3・4・5・6） ☐ 非該当  
☒ 療育手帳・愛の手帳など（手帳の名称 療育手帳）（判定 A 2）  
☐ 精神障害者保健福祉手帳（1・2・3 級）

### 3 本人の日常・社会生活の状況について

#### (1) 身体機能・生活機能について

- ☐ 支援の必要はない ☐ 一部について支援が必要 ☒ 全面的に支援が必要  
（今後、介助等に関する体制の変更や追加的対応が必要な場合は、その内容等）

本人は、在宅で母と二人暮らしだったが、母が8月に自宅で倒れているところを近隣住民に発見され、救急搬送された。その翌日に母は死亡。本人は重度知的障害があり、母の日常的な世話で生活をしていたが、母の死亡に伴い、在宅生活ができなくなり、行政が緊急の措置として、現在の障害者支援施設に短期入所を行った。

#### (2) 認知機能について

- 日によって変動することがあるか：☐ あり ☒ なし  
（※ ありの場合は、良い状態を念頭に以下のアからエまでチェックしてください。  
エの項目は裏面にあります。）  
ア 日常的な行為に関する意思の伝達について  
☐ 意思を他者に伝達できる ☐ 伝達できない場合がある  
☒ ほとんど伝達できない ☐ できない  
イ 日常的な行為に関する理解について  
☐ 理解できる ☒ 理解できない場合がある  
☐ ほとんど理解できない ☐ 理解できない  
ウ 日常的な行為に関する短期的な記憶について  
☐ 記憶できる ☒ 記憶していない場合がある  
☐ ほとんど記憶できない ☐ 記憶できない

### モデル事例3：知的障害（重度），施設入所【裏面】

エ 本人が家族等を認識できているかについて

- ☐ 正しく認識している ☐ 認識できていないところがある  
☒ ほとんど認識できていない ☐ 認識できていない

(3) 日常・社会生活上支障となる精神・行動障害について

- ☐ 支障となる行動はない ☐ 支障となる行動はほとんどない  
☒ 支障となる行動がときどきある ☐ 支障となる行動がある  
(精神・行動障害に関して支援を必要とする場面があれば、その内容、頻度等)

これまで、ほとんど外部のサービスを利用することなく、自宅で母と2人で生活をしてきたため、新しい環境になじむことが難しく、他の利用者や施設の職員に対して、自分の思いどおりにならないときに、手をあげようとすることがある。その場合はゆっくり対応することで落ち着く。

(4) 社会・地域との交流頻度について

- ☐ 週1回以上 ☐ 月1回以上 ☒ 月1回未満

(5) 日常の意思決定について

- ☐ できる ☐ 特別な場合を除いてできる ☒ 日常的に困難 ☐ できない

(6) 金銭の管理について

- ☐ 本人が管理している ☐ 親族又は第三者の支援を受けて本人が管理している  
☒ 親族又は第三者が管理している  
(支援(管理)を受けている場合には、その内容・支援者(管理者)の氏名等)

緊急対応として、行政施設への短期入所を措置にて決定した。本人の金銭管理については、事務管理として、行政から入所施設〇〇園に委任をしている(成年後見人等が選任されるまで)。

〇〇園 施設長 〇〇 〇〇氏

4 本人にとって重要な意思決定が必要となる日常・社会生活上の課題

(※ 課題については、現に生じているものに加え、今後生じ得る課題も記載してください。)

本人は母が亡くなったことをどのように受け止めて理解できているか、これまで本人と関わってきた第三者がほとんどいないため、関係者による意思決定支援のための会議は開催できなかった。しかし、日常生活場面では食事については本人なりの希望や意思が示せるため、本人の意思を引き出すことは十分可能ではないかと考える。今後、本人の日常生活の中で、意思決定支援に配慮した対応がなされる環境であることが重要である。

5 家庭裁判所に成年後見制度の利用について申立てをすることに關する本人の認識

- ☐ 申立てをすることを説明しており、知っている。  
☒ 申立てをすることを説明したが、理解できていない。  
☐ 申立てをすることを説明しておらず、知らない。  
☐ その他

(上記チェックボックスを選択した理由や背景事情等)

言語によるコミュニケーションが困難であるため、図を示したり、共に行動するなどして説明を試みたが、本人がどのように理解することができたか、把握できなかった。しかし、本人は、自分のことを見てくれる人や、自分に向き合ってくれる人に対しては、好意的な態度を示す。後見人等が選任されることで、本人と関わりを持つ支援関係者が増え、本人の生活の支援に向けて、選択肢が広がることが可能となると考える。

6 本人にとって望ましいと考えられる日常・社会生活上の課題への対応策

(※御意見があれば記載してください。)

母の死という緊急事態への対応として措置による短期入所となっている。今後の安定した生活を送るために、本人の意思を尊重し、意思決定支援に配慮し、方針を決定することが求められる。短期入所から本入所契約をするのかどうか当面の後見人の課題である。この課題に対応するためには、本人を取り巻く支援関係者を増やし、本人を中心とした意思決定支援に向けての会議を開催することが必要と考える。また、その後の社会生活の中で、本人が獲得する能力があると考えられるため、定期的に本人の状況を把握し、本人が支援を受ければできることを増やしていくことで成年後見人等の権限、類型の見直しが必要である。

モデル事例4：知的障害（軽度），在宅，親族と同居【表面】

本人情報シート（成年後見制度用）

- ※ この書面は、本人の判断能力等に関して医師が診断を行う際の補助資料として活用するとともに、家庭裁判所における審理のために提出していただくことを想定しています。  
 ※ この書面は、本人を支える福祉関係者の方によって作成されることを想定しています。  
 ※ 本人情報シートの内容についてさらに確認したい点がある場合には、医師や家庭裁判所から問合せがされることもあります。

作成日 〇〇〇〇年 〇 月 〇 日

本人氏名： 〇〇 〇〇  
 生年月日： 〇〇〇〇年 〇 月 〇 日

作成者氏名： 〇〇 〇〇 (印)  
 職業(資格)： 〇〇市社会福祉協議会(社会福祉士)  
 連絡先： 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇  
 本人との関係： 〇〇市中核機関職員

1 本人の生活場所について

☒ 自宅（自宅での福祉サービスの利用 ☐ あり ☒ なし）

☐ 施設・病院

→ 施設・病院の名称 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

2 福祉に関する認定の有無等について

- ☐ 介護認定（認定日： 年 月）  
☐ 要支援（1・2） ☐ 要介護（1・2・3・4・5）  
☐ 非該当  
☐ 障害支援区分（認定日： 年 月）  
☐ 区分（1・2・3・4・5・6） ☐ 非該当  
☐ 療育手帳・愛の手帳など（手帳の名称 ）（判定 ）  
☐ 精神障害者保健福祉手帳（1・2・3 級）

3 本人の日常・社会生活の状況について

(1) 身体機能・生活機能について

- ☐ 支援の必要はない ☒ 一部について支援が必要 ☐ 全面的に支援が必要  
 （今後、介助等に関する体制の変更や追加的対応が必要な場合は、その内容等）

本人は在宅で家族（両親、妹）と同居。中学校卒業後、父親の知人の紹介で現在の工場に17年務めている。数年前より、職場の同僚や先輩に貸した金銭を返してもらえなかったり、本人が希望していない物品（栄養食品）をローンで購入するなど、金銭管理においてトラブルが目立つようになった。心配した母親が地域の社会福祉協議会に金銭管理の支援について相談した。日常生活の行為や就労については自分でできている。

(2) 認知機能について

日によって変動することがあるか：☐ あり ☒ なし  
 （※ ありの場合は、良い状態を念頭に以下のアからエまでチェックしてください。  
 エの項目は裏面にあります。）

ア 日常的な行為に関する意思の伝達について

- ☒ 意思を他者に伝達できる ☐ 伝達できない場合がある  
☐ ほとんど伝達できない ☐ できない

イ 日常的な行為に関する理解について

- ☒ 理解できる ☐ 理解できない場合がある  
☐ ほとんど理解できない ☐ 理解できない

ウ 日常的な行為に関する短期的な記憶について

- ☐ 記憶できる ☒ 記憶していない場合がある  
☐ ほとんど記憶できない ☐ 記憶できない



## モデル事例4：知的障害（軽度），在宅，親族と同居【裏面】

エ 本人が家族等を認識できているかについて

- ☒ 正しく認識している      ☐ 認識できていないところがある  
☐ ほとんど認識できていない      ☐ 認識できていない

(3) 日常・社会生活上支障となる精神・行動障害について

- ☐ 支障となる行動はない      ☒ 支障となる行動はほとんどない  
☐ 支障となる行動がときどきある      ☐ 支障となる行動がある  
(精神・行動障害に関して支援を必要とする場面があれば、その内容、頻度等)

家族関係は良好である。工場での作業では、指示の出し方によって、理解ができず、時間がかかったり間違えることがある。しかし、ルーティン作業については、問題なく作業に取り組める。

(4) 社会・地域との交流頻度について

- ☒ 週1回以上      ☐ 月1回以上      ☐ 月1回未満

(5) 日常の意思決定について

- ☐ できる      ☒ 特別な場合を除いてできる      ☐ 日常的に困難      ☐ できない

(6) 金銭の管理について

- ☐ 本人が管理している      ☒ 親族又は第三者の支援を受けて本人が管理している  
☐ 親族又は第三者が管理している  
(支援(管理)を受けている場合には、その内容・支援者(管理者)の氏名等)

預貯金は母親が通帳を管理している。給料は本人が通帳を管理し、日常的な買い物等は自身で行っている。通常黒字であるので、給料支給時に残金は預金している。ときどき給料支給前に本人管理の通帳が残高不足になることがあり、お金を貸したり、必要外の物品を買っていることがわかった。

4 本人にとって重要な意思決定が必要となる日常・社会生活上の課題

(※ 課題については、現に生じているものに加え、今後生じ得る課題も記載してください。)

日常生活が大きく変化する可能性は今のところないが、職場の同僚や先輩との関係において、本人の意思に沿わない金銭の使い方になってしまうことがあり、その場合は、本人とともにお金の使い方を考える人や、状況によっては取消し等の対応ができる人が必要となる。また、近々本人が就職したときから本人を支えてきた上司(社長)が退職するため、本人の職場の中での立ち位置や就労内容に変化が生じる恐れがある。必要に応じて手帳の取得や障害福祉サービスの利用について、本人への情報提供等が求められる。

5 家庭裁判所に成年後見制度の利用について申立てをすることに本人の認識

- ☒ 申立てをすることを説明しており、知っている。  
☐ 申立てをすることを説明したが、理解できていない。  
☐ 申立てをすることを説明しておらず、知らない。  
☐ その他

(上記チェックボックスを選択した理由や背景事情等)

母親はじめ、日常生活自立支援事業の利用を希望したが、本人の状況や今後予測される変化に応じた対応ができる成年後見制度(補助が想定される)を本人にも説明したところ、本人には始め、「親に相談するから必要ない」と言われた。しかし、実務に詳しく経験のある専門職を紹介し、話を聞いてもらう時間を設けたところ、「こんな人に相談できるのであれば、お願いしてもいいかも」という気持ちの変化がみられた。

6 本人にとって望ましいと考えられる日常・社会生活上の課題への対応策

(※御意見があれば記載してください。)

本人は日常的なことは家族の支援を受けて自立してできているので、日常的なことを超えるような特別な状況(職場の人や知人から、お金を貸してほしい、何か購入してほしい)を言われたときには相談をすることができるように、まずは本人との関係構築に努めてほしい。その上で、将来を見据えて障害福祉サービスの必要性の判断や手帳の取得など、福祉関係者との連携を構築し、本人が望む生活を安心して継続できるよう、法的権限をもって関わってほしい。代理の必要性は現時点ではすぐにはないが、将来は福祉サービスの利用契約があるとよい。また、限定的な取消権も本人と話し合って決める必要がある。

モデル事例5：精神障害（統合失調症），医療保護入院中【表面】

本人情報シート（成年後見制度用）

- ※ この書面は、本人の判断能力等に関して医師が診断を行う際の補助資料として活用するとともに、家庭裁判所における審理のために提出していただくことを想定しています。  
 ※ この書面は、本人を支える福祉関係者の方によって作成されることを想定しています。  
 ※ 本人情報シートの内容についてさらに確認したい点がある場合には、医師や家庭裁判所から問合せがされることもあります。

作成日 〇〇〇〇年 〇 月 〇 日

本人氏名： 〇〇 〇〇  
 生年月日： 〇〇〇〇年 〇 月 〇 日

作成者氏名： 〇〇 〇〇 (印)  
 職業(資格)： 病院職員（精神保健福祉士）  
 連絡先： 〇〇病院医療相談室  
 本人との関係： 〇〇さんの退院後生活環境相談員

1 本人の生活場所について

☐ 自宅（自宅での福祉サービスの利用 ☐ あり ☐ なし）

☒ 施設・病院

→ 施設・病院の名称 〇〇精神科病院

住所 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇-〇〇

2 福祉に関する認定の有無等について

- ☐ 介護認定（認定日： 年 月）  
☐ 要支援（1・2） ☐ 要介護（1・2・3・4・5）  
☐ 非該当  
☐ 障害支援区分（認定日： 年 月）  
☐ 区分（1・2・3・4・5・6） ☐ 非該当  
☐ 療育手帳・愛の手帳など（手帳の名称 ）（判定 ）  
☒ 精神障害者保健福祉手帳（1・②・3 級）

3 本人の日常・社会生活の状況について

(1) 身体機能・生活機能について

- ☒ 支援の必要はない ☐ 一部について支援が必要 ☐ 全面的に支援が必要  
 （今後、介助等に関する体制の変更や追加的対応が必要な場合は、その内容等）

病状は回復しており、退院後はグループホームの再入所及び精神科デイケアの再利用が予定されている。まとまったお金が手元にあると、政治関連の書物を買込むことがある。金銭管理に関して、収支の計算や声かけ、見守りが必要である。

(2) 認知機能について

日によって変動することがあるか：☒ あり ☐ なし

（※ ありの場合は、良い状態を念頭に以下のアからエまでチェックしてください。

エの項目は裏面にあります。）

ア 日常的な行為に関する意思の伝達について

- ☒ 意思を他者に伝達できる ☐ 伝達できない場合がある  
☐ ほとんど伝達できない ☐ できない

イ 日常的な行為に関する理解について

- ☒ 理解できる ☐ 理解できない場合がある  
☐ ほとんど理解できない ☐ 理解できない

ウ 日常的な行為に関する短期的な記憶について

- ☒ 記憶できる ☐ 記憶していない場合がある  
☐ ほとんど記憶できない ☐ 記憶できない

モデル事例5：精神障害（統合失調症），医療保護入院中【裏面】

エ 本人が家族等を認識できているかについて

- ☒ 正しく認識している      ☐ 認識できていないところがある  
☐ ほとんど認識できていない      ☐ 認識できていない

(3) 日常・社会生活上支障となる精神・行動障害について

- ☐ 支障となる行動はない      ☐ 支障となる行動はほとんどない  
☒ 支障となる行動がときどきある      ☐ 支障となる行動がある  
(精神・行動障害に関して支援を必要とする場面があれば，その内容，頻度等)

ご本人は自身に「危害が加えられる」との不安が常にある。不安が強くなると自室に閉じこもりがちになり，服薬や食事が疎かになる。現在は入院中で不安な気持ちは軽減しているが，退院後の生活には不安があるという。また気持ちが大きくなって不必要な買い物をしてしまうこともあったが，落ち着いている時には充分自己管理できる。

(4) 社会・地域との交流頻度について

- ☐ 週1回以上      ☒ 月1回以上      ☐ 月1回未満

(5) 日常の意思決定について

- ☐ できる      ☒ 特別な場合を除いてできる      ☐ 日常的に困難      ☐ できない

(6) 金銭の管理について

- ☐ 本人が管理している      ☐ 親族又は第三者の支援を受けて本人が管理している  
☒ 親族又は第三者が管理している  
(支援(管理)を受けている場合には，その内容・支援者(管理者)の氏名等)

手元に金銭があればすぐに使い切ってしまう傾向があり，入院前のグループホーム入所中は近隣に住む親族が金銭を1週間分ずつ渡すなど，支援付で自己管理していた。親族は高齢なためこれ以上の支援は難しくなっている。

4 本人にとって重要な意思決定が必要となる日常・社会生活上の課題

(※ 課題については，現に生じているものに加え，今後生じ得る課題も記載してください。)

課題については，病院内の医療保護入院者退院支援委員会で協議を行った。これまで，ご本人の財産管理(税金支払い，年金管理，不動産管理等)は親族が代わりに行ってきた。今後は頼めなくなるため，大金の管理や複雑な事務手続きに関してご本人は不安を感じており，支援を必要としているということを確認した。

5 家庭裁判所に成年後見制度の利用について申立てをすることに関する本人の認識

- ☒ 申立てをすることを説明しており，知っている。  
☐ 申立てをすることを説明したが，理解できていない。  
☐ 申立てをすることを説明しておらず，知らない。  
☐ その他

(上記チェックボックスを選択した理由や背景事情等)

今回の入院直前は非常に苦しい体験があったという。退院後グループホームで自立した生活を送るためには，金銭管理や健康維持へのアドバイスができる支援者が必要であることを理解している。健康状態の悪化のサインなどは「自分では気がつかないことが多い」とご本人は述べる。

6 本人にとって望ましいと考えられる日常・社会生活上の課題への対応策

(※御意見があれば記載してください。)

金銭管理については，1週間分を手渡すという方法を取れば自己管理可能と思われる。またグループホームの職員と連絡を取りながら，ご自身では気がつかない健康状態の変化などを把握する。変化があった場合はご本人に伝えたり，病院と共有するなど連携を取る必要がある。



## 成年後見制度における鑑定書作成の手引

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鑑定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鑑定の位置付け、鑑定書書式、鑑定書記載ガイドライン及び鑑定書記載例の内容、鑑定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、成年後見事件の鑑定として必要かつ十分なものとしての標準を示すために、これまでの鑑定の実例等を参考にしながら、一つのモデルとして作成されたものです。具体的な事例において鑑定をするには、裁判所が鑑定書の記載事項等について指示をすることがありますので、記載事項等がこの書式等に示したものとは異なることがあります。また、鑑定書の記載事項や記載内容は、事案に応じた適切なものであることが望まれますので、具体的な事案に応じて適宜修正するなどの工夫をすることも考えられます。ただ、そのような場合にも、成年後見制度における鑑定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鑑定書が作成されるようにしていただきたいと考えています。

なお、この鑑定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鑑定書作成の手引」から「成年後見制度における鑑定書作成の手引」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 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）。

成年後見制度の利用の促進に関する法律の施行及び成年後見制度利用促進基本計画の策定に伴い、鑑定書書式を改定するとともに、本文の記述の一部を改めた。（平成 31 年 4 月）

本文の記述の一部を、最近の成年後見制度の運用を踏まえた表現に改めた。（令和 2 年 1 月）

## 目 次

### 一 成年後見制度について

1 成年後見制度とは	1
2 手続の流れ	3
3 文書の開示について	4

### 二 成年後見制度における鑑定書作成の手引

1 鑑定書作成上の留意事項	5
2 鑑定書の書式	7
3 鑑定書記載ガイドライン	11
4 鑑定書記載例	
・ 統合失調症・後見開始の審判	17
・ 認知症・後見開始の審判	21
・ 知的障害・保佐開始の審判	25
・ 認知症・保佐開始の審判	29

## 一 成年後見制度について

### 1 成年後見制度とは

認知症，知的障害，精神障害，発達障害などによって物事を判断する能力が十分ではない方（ここでは「本人」といいます。）について，本人の権利を守る支援者（「成年後見人」等）を選ぶことで，本人を法律的に支援する制度です。

#### ※ 成年後見制度の種類

任意後見制度と法定後見制度があります。

- 判断能力が不十分になる前 → 「① 任意後見制度」へ
- 判断能力が不十分になってから → 「② 法定後見制度」へ

#### ① 任意後見制度

本人に十分な判断能力があるうちに，判断能力が低下した場合には，あらかじめ本人自らが選んだ人（任意後見人）に，代わりにしてもらいたいことを契約（任意後見契約）で決めておく制度です。

任意後見契約は，公証人の作成する公正証書によって結ぶものとされていますので，契約手続は公証役場において行います。

本人の判断能力が低下した場合に，家庭裁判所で任意後見監督人が選任されて初めて任意後見契約の効力が生じます。この手続を申し立てることができるのは，本人やその配偶者，四親等内の親族，任意後見受任者です。

任意後見契約締結



判断能力の低下



家庭裁判所に任意後見監督人選任の申立て



任意後見監督人の選任



任意後見契約の効力発生



## ② 法定後見制度

本人の判断能力が不十分になった後、家庭裁判所によって、成年後見人等が選ばれる制度です。本人の判断能力に応じて、「補助」「保佐」「後見」の3つの制度が用意されています。

法定後見制度の3種類

	補助	保佐	後見
対象となる方	判断能力が不十分な方	判断能力が著しく不十分な方	判断能力が欠けているのが通常の状態の方
成年後見人等が同意又は取り消すことができる行為（※1）	申立てにより裁判所が定める行為（※2）	借金、相続の承認など、民法13条1項記載の行為のほか、申立てにより裁判所が定める行為	原則としてすべての法律行為
成年後見人等が代理することができる行為（※3）	申立てにより裁判所が定める行為	申立てにより裁判所が定める行為	原則としてすべての法律行為

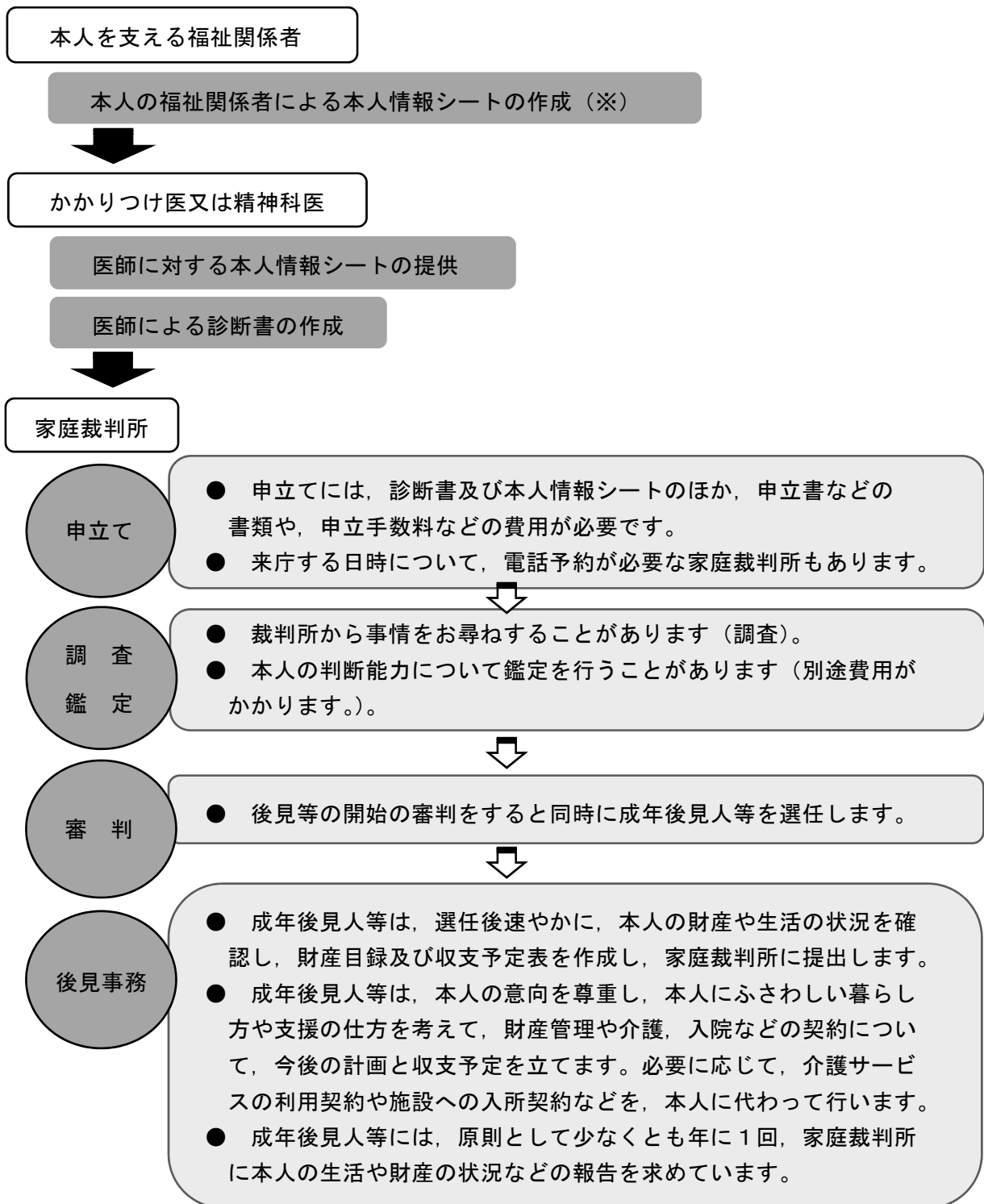
※1 成年後見人等が取り消すことができる行為には、日常生活に関する行為（日用品の購入など）は含まれません。

※2 民法13条1項記載の行為（借金、相続の承認や放棄、訴訟行為、新築や増改築など）の一部に限ります。

※3 本人の居住用不動産の処分については、家庭裁判所の許可が必要となります。

※ 補助開始の審判、補助人に同意権・代理権を与える審判、保佐人に代理権を与える審判をする場合には、本人の同意が必要です。

## 2 手続の流れ



市区町村に設置されている地域包括支援センターや中核機関、社会福祉協議会、成年後見制度に関わる専門職の団体（弁護士会、司法書士会、社会福祉士会など）等に、成年後見制度を利用するための手続について、あらかじめ相談することができます。

※ 本人情報シートの提出が難しい場合は、本人情報シートを提出することなく申立てを行うことが可能です。

### 3 文書の開示について

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（詳細は以下のとおりです。）。鑑定書の作成に際しては、この点に留意してください。

当事者(※1)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（※3）
		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（※4）
		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
	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。
利害関係を疎明した 第三者(※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 当事者とは、家庭裁判所の手続の申立人や、手続に参加した本人及び親族などをいう。

※2 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。

※3 鑑定書を閲覧した当事者が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。

※4 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。

## 二 成年後見制度における鑑定書作成の手引

### 1 鑑定書作成上の留意事項

#### (1) 成年後見制度における鑑定

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、後見及び保佐の審判をすることができないとされていますが、明らかに鑑定の必要がないと認めるときはこの限りではありません。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<sup>(注)</sup>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。

本人の能力の判定が慎重に行われるべきであることはいうまでもありませんが、一方で、我が国の社会が近年急速に高齢化している中で、利用しやすい制度として作られている現行の成年後見制度を運用するに当たっては、鑑定に要する時間や費用をこれまでよりも少ないものにして、手続をより利用しやすくすることが求められています。その意味で、成年後見制度の鑑定は、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。

(注) 診断書を作成する上での留意事項(診断書書式・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診断書作成の手引」を参考にしてください(最寄りの家庭裁判所又は後見ポータルサイト(<http://www.courts.go.jp/koukenp/>)で入手することができます。)

#### (2) 鑑定書書式、鑑定書記載ガイドライン及び鑑定書記載例

鑑定書書式及び鑑定書記載ガイドラインは、成年後見の手続における鑑定書に必要なかつ十分と考えられる記載の一般的な基準を示すことにより、簡にして要を得た鑑定書の作成に役立てることを目指したものです。鑑定書書式は、鑑定書に求められる記載事項を示し、鑑定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。

また、鑑定書記載例は、鑑定書を作成する上での参考とするために、成年後見の手続において比較的多く現れる症例を想定して、鑑定書書式及び鑑定書記載ガイドラインに沿って鑑定書の例を作成したものです。これらを参考にすることによって、能力判断の資料としての重要性を損なうことなく、より迅速で当事者にとって利用しやすい鑑定が行われることが望まれます。

なお、この鑑定書書式及び鑑定書記載ガイドラインは、鑑定書の記載の一般的な基準を示したものですから、事案によっては、項目の立て方を変更したり、一部の項目について記載を省略するなどして、この鑑定書書式等を修正することが適当な場合もあると思われます。鑑定書記載例も、典型的な記載の在り方を想定して作成

したものですから、すべての事案について記載例と同程度の記載がされることを必ずしも予定しているものではなく、事案によっては、より詳しく説明すべき項目もありますし、簡単に説明することで足りる項目もあると考えられます。具体的に鑑定書を作成するに当たっては、ここに述べた成年後見制度における鑑定の意味を踏まえ、鑑定書記載ガイドラインや鑑定書記載例を参考にして、事案に即した適切な鑑定書が作成されることが望まれます。

後見ポータルサイト (<http://www.courts.go.jp/koukenp/>) から、「鑑定書書式」(Word形式)のダウンロードができます。

### (3) 鑑定の手続

後見開始及び保佐開始の審判における鑑定は、裁判所が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して行われます(補助又は任意後見においては、原則として鑑定によらないこととされているため、鑑定を行う必要があると裁判所が判断した場合にこの手続がとられることになります。)。鑑定人となる者については、資格等による限定はありませんが、成年後見の手続における鑑定は、本人の精神の状況について医学上の専門的知識を用いて判断することですから、それを行うのにふさわしい者が鑑定人に選任されます。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。裁判所が鑑定書の記載について更に確認したい点がある場合などには、鑑定人に対する証人尋問や書面による照会が行われることがあります。成年後見の手続において鑑定人に対する証人尋問が行われる例は稀です。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、当事者が裁判所にあらかじめ相当額を納付し、裁判所が鑑定実施後に金額を決定して、裁判所から鑑定人に支払われることになります。

## 2 鑑定書の書式

### 鑑 定 書（成年後見用）

1 事件の表示	家庭裁判所 年(家)第 号 後見開始の審判 ・ 保佐開始の審判 申立事件 ( )
2 本人	氏名 M・T・S・H 男・女 年 月 日生 ( 歳) 住所
3 鑑定事項及び 鑑定主文	鑑定事項  鑑定主文
4 鑑定経過	受命日 年 月 日 作成日 年 月 日 所要日数 日  本人の診察  参考資料
5 家族歴及び生 活歴	



<p>(7 生活の状況及び現在の心身の状態)</p>	<p>精神の状態</p> <p>① 見当識</p> <p>② 意識／疎通性</p> <p>③ 理解力・判断力</p> <p>④ 記憶力</p> <p>⑤ 計算力</p> <p>⑥ 現在の性格の特徴</p> <p>⑦ その他（気分・感情状態，幻覚・妄想，異常な行動等）</p> <p>⑧ 知能検査，心理学的検査</p>
----------------------------	--



8 説明	
------	--

以上のとおり鑑定する。

住所

所属・診療科

氏名

印

### 3 鑑定書記載ガイドライン

1 事件の表示	家庭裁判所 年（家）第 号 後見開始の審判・保佐開始の審判 申立事件 （ ）

- ガイドライン**
- 裁判所名（支部・出張所の名称も含む。）、事件番号、事件名を記載する。
  - 事件名は、後見開始の審判申立て又は保佐開始の審判申立ての場合は、いずれかを○で囲み、その他の申立ての場合には、（ ）内に以下のように事件名を記載する。  
 （例）  
 補助開始の審判申立事件 → 補助開始の審判  
 任意後見監督人選任申立事件 → 任意後見監督人選任  
 後見開始の審判の取消申立事件 → 後見開始の審判の取消  
 保佐開始の審判の取消申立事件 → 保佐開始の審判の取消  
 補助開始の審判の取消申立事件 → 補助開始の審判の取消
  - 「事件」とは、裁判所に申立てがされるなどして手続が開始された場合の、手続全体を意味する。

2 本人	氏名 M・T・S・H 男・女 年 月 日生 住所 （ 歳）

- ガイドライン**
- この欄には、本人として特定されている被鑑定人の人定事項を記載する。
  - 年齢は、鑑定書作成時のものを記載する。
  - 住所は、鑑定採用決定時に記載されているものを記載すれば足りる。

3 鑑定事項及び 鑑定主文	鑑定事項  鑑定主文

ガイドライン ○ 鑑定事項は、事案ごとに裁判所が定めるものであるから、裁判所が当該事件において命じた鑑定事項を記載する。

- 鑑定事項の例：① 精神上の障害の有無，内容及び障害の程度
- ② 契約等の意味・内容を自ら理解し，判断する能力
- ③ 回復の可能性

- 鑑定主文には，鑑定事項に対応する結論を記載する。

上記に記載したものとは異なる鑑定事項が指示されることがあるが，そのような場合には，鑑定書には指示された鑑定事項を記載し，その鑑定事項に対応した鑑定主文を，以下の記載例を参考に記載する。

鑑定主文で示される意見は，裁判所が本人の判断能力の有無・程度について判断をするための参考となるものである。

- 鑑定主文の記載方法（鑑定事項が上記のとおりであった場合）

① 「精神上の障害の有無，内容及び障害の程度」については，診断名，程度を簡潔に記載する（例：知的障害，精神年齢8歳程度）。

② 「契約等の意味・内容を自ら理解し，判断する能力」については，その能力の不十分さが，①の精神上の障害に起因するものであることを要する。その具体的方法としては，例えば，次の4段階に応じて判断を示す方法が考えられる。なお，ここに示した4段階の記載は，記載方法についての一つの例であり，この記載方法を参考に，個々の事案に応じた適宜の記載をすることができる。ここでいう「契約等」とは，一般に契約書を必要とするような重要な財産行為（不動産，自動車の売買や自宅の増改築，金銭の貸し借り等）を想定している。また，「支援」とは，家族等の身近な人によって提供されることが期待される適切な援助行為を想定しており，具体的には，契約等の場面で家族等が本人の反応や理解の程度を踏まえて，本人に分かりやすい言葉で説明することなどを想定している。本人に対して現実に提供されている援助行為の有無，内容等について調査していただく必要はない。

a 契約等の意味・内容を自ら理解し，判断することができる

後見，保佐又は補助のいずれにも当たらない程度。

b 支援を受けなければ，契約等の意味・内容を自ら理解し，判断することが難しい場合がある。

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，自分でできるかもしれないが，できないおそれもある（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。）。

c 支援を受けなければ，契約等の意味・内容を自ら理解し，判断することができない。

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。）。

d 支援を受けても、契約等の意味・内容を自ら理解し、判断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。）。

③ 「回復の可能性」については、契約等の意味・内容を自ら理解し、判断する能力が回復する可能性があるかどうか、回復するとして、その見込みはどの程度であるかについての判断を示す。

回復する可能性があまり考えられないような場合には「可能性がない」、「低い」などと記載する。可能性がある場合には、どのような事情があれば回復するか、回復する時期の見込みが判断できる場合にはその時期を記載する。

4 鑑定経過	受命日	年	月	日	
	作成日	年	月	日	所要日数 日
	本人の診察				
	参考資料				

- ガイドライン**
- 受命日には、宣誓書を作成した日又は裁判所で宣誓した日を、作成日には、鑑定書を完成した日を記載する。
  - 本人の診察には、鑑定を受命してからの鑑定のための診察日時、場所及び診察の主な内容（例えば、「問診」、「心理学的検査」等）を簡潔に記載する。
  - 参考資料には、親族の陳述や入院先の診療録など参考にしたものを掲げる。

5 家族歴及び生活歴	

- ガイドライン** ○ 家族歴には、親、兄弟姉妹等の病歴その他特記すべき事項について、生活歴には、障害が現れるまでの生活歴のうち、元来の性格や行動の特徴、能力の程度が分かり、現在の状態を判断する上で参考になる事項について簡潔に記載する。
- 家族歴・生活歴の記載に当たっては、申立書等の記載等を参照することもある。

6 既往症及び現病歴	既往症  現病歴

- ガイドライン** ○ 既往症・現病歴には、特記事項がなければ、その旨記載する。
- 現病歴には、現在の精神上的の障害の発現時期、症状の経過、内容及び程度、人格変化と異常行動の有無などを簡潔に記載する。

7 生活の状況及び現在の心身の状態	日常生活の状況

- ガイドライン** ○ 本人の身体及び精神の状態の分析及び検討の結果は、本人の精神医学的診断及び能力判定の重要な資料となるものである。その分析及び検討の対象となる身体及び精神の状態を示すような本人の日常生活の状況を簡潔に記載し、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する。
- ここで記載する日常生活の状況とは、以下のような事項が考えられる。
- ① 日常生活動作（ADL）：食事、排泄、入浴、更衣等
  - ② 経済活動：買い物、日常の金銭管理、預金通帳等の管理、貴重品の管理、強引な勧誘への対応、金額の大きい財産行為等
  - ③ 社会性：近所付き合い、交友関係等

(7 生活の状況 及び現在の心身 の状態)	<b>身体の状態</b> ① 理学的検査  ② 臨床検査（尿，血液など）  ③ その他

- ガイドライン**
- 精神医学的診断及び能力判定の資料となる本人の身体の状態を分析及び検討するものである。
  - ①，②の検査は，原則として行う。その他の検査（脳波，CT，内分泌検査等）は，能力判定に必要と思われるものを行い，その結果は③その他の欄に記載する。
  - 検査を実施していない場合には，以下のように記載する。  
「未実施」（本人の状況などから，検査が不要と判断した場合）  
「実施不可」（本人の状況などから，検査実施が不可能な場合）
  - 検査を実施して異常所見がない場合には「異常なし」と記載する。
  - 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。）。

(7 生活の状況 及び現在の心身 の状態)	<b>精神の状態</b> ① 見当識 ② 意識／疎通性 ③ 理解力・判断力 ④ 記憶力 ⑤ 計算力 ⑥ 現在の性格の特徴 ⑦ その他（気分・感情状態，幻覚・妄想，異常な行動等） ⑧ 知能検査，心理学的検査

- ガイドライン**
- 精神医学的診断及び判断能力判定の資料となる本人の精神の状態を分析及び検討するものである。
  - ①から⑦については，精神医学的診断及び能力判定に影響する可能性のあるものを簡潔に記載する。特に，⑦については，精神医学的診断及び能力判定に影響する可能性のある病的な症状（気分・感情状態，幻覚・

妄想，異常な行動のほか，せん妄状態，抑うつ状態，失語，失認，失行等)その他特記すべき事項を簡潔に記載する。

- ⑧知能検査，心理学的検査については， a) WAIS-IV成人知能検査， b) 田中ビネー知能検査， c) HDS-R 長谷川式認知症スケール， d) 柄澤式「老人知能の臨床的判定基準」， e) ミニ・メンタル・ステート検査(MMSE)等の検査のうち，症状に応じて適切なものを実施し，その結果を記載する。必要な場合には，ここに例示した以外のものを行ってその結果を記載する。
- 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，検査を実施した日時・場所についても記載する。 )。

8 説明	
------	--

- ガイドライン**
- 5から7を踏まえ，鑑定主文を導くための根拠を簡潔に記載する。  
本人の現在の精神状態等から症状が重症であるなど，現在の精神の状態等に基づいて判断能力の程度，確実さが明らかであるときは，「上記精神症状及び検査結果による」という程度の記載で足りる。精神医学的診断は明らかであっても，判断能力の判定については説明を要する場合には，それを記載する必要がある。病名の定義等については，典型的な病名の場合には記載する必要はない。ICD-10 や DSM-5 などの診断基準によった場合は，その旨を記載するが，基準の内容については，簡潔に記載すれば足り，診断上特に必要な場合を除いて，基準についての見解の変遷や対立について触れる必要はない。
  - 主文①については，精神医学的診断に至る考え方及びその根拠となる症状等，主文②については，判断能力の判定の根拠となる日常生活の状況及び現症等，主文③については，回復可能性の判断の根拠となる診断，病歴及び経過等を示すとともに，これらの事情から結論に至る考え方について記載する。

#### 4 鑑定書記載例 1(統合失調症・後見開始の審判)

記載上の注意

1 事件の表示	<p>東京 家庭裁判所</p> <p>平成 30年(家) 第××××号</p> <p>後見開始の審判(保佐開始の審判)</p> <p>申立事件</p> <p>( )</p>
2 本人	<p>氏名 甲 野 一 郎 (男・女)</p> <p>M・T・(S)・H 58 年 × 月 × 日生</p> <p>( 34 歳)</p> <p>住所</p> <p>東京都△△区〇〇町×丁目×番××号</p>
3 鑑定事項及び 鑑定主文	<p>鑑定事項</p> <p>① 精神上の障害の有無，内容及び障害の程度</p> <p>② 契約等の意味・内容を自ら理解し，判断する能力</p> <p>③ 回復の可能性</p> <p>鑑定主文</p> <p>① 妄想型統合失調症の慢性期にある。</p> <p>② 支援を受けても，契約等の意味・内容を自ら理解し，判断することができない。</p> <p>③ 回復の可能性は極めて低い。</p>
4 鑑定経過	<p>受命日 平成 30 年 6 月 7 日</p> <p>作成日 平成 30 年 6 月 28 日 所要日数 22 日</p> <p>本人の診察</p> <p>平成30年6月12日，本人入院中のA病院にて約60分の間 診実施</p> <p>参考資料</p> <p>A病院診療録</p> <p>本人主治医（丙野乙江医師）に対する面接聴取（平成30年6月12日）</p> <p>本人の父（甲野太郎）に対する電話聴取（平成30年6月16日）</p>
5 家族歴及び生 活歴	<p>本人は，東京都△△区〇〇町で父が会社員の家庭の3人同胞の第2子長男として出生。生来，明るく活発な性格で，成績も良く〇〇高校に入学し，3年生までは特に問題は見られなかった。</p> <p>家族歴としては精神科疾患の負因は認められない。</p>

○ 鑑定事項に対応する形で記載する。

○ いつ何をしたのかの概要と前後関係が分かる程度の記載でよい。



<p><b>6 既往症及び現病歴</b></p>	<p><b>既往症</b> 薬物依存症をはじめ特記事項なし</p> <p><b>現病歴</b> 平成13年7月（高校3年時）ころに「近所の人が自分のうわさをしている」などと言うようになり、「隣の家がうるさいから対抗してやる」と言って夜中にスピーカーを大音量でかけるなどの奇異な行動が見られ始めた。このため、同年8月にA病院外来で統合失調症と診断された。3か月程度の通院と薬物療法によって奇異な言動や行動は沈静化し、通院を中断したが、翌年、大学受験に失敗し、その後自宅に閉じこもって無為な生活を始めた。平成16年ころになると「盗聴器が仕掛けられている」「テレビで自分のことを言っている」などの奇異な言動が目立つようになり、5月10日夜に「組織のトップから『やってしまえ』という指示がきている」などと言い、暴れたことをきっかけに、A病院に医療保護入院となった。</p> <p>入院時のCT検査、脳波検査で異常なし。入院当初は活発な幻聴の存在が認められ、独語や空笑も観察された。「毒が入れている」と言い拒食あり。興奮や易怒性を示すことが多かった。薬物療法により、このような幻覚妄想に基づいた行動は落ち着きを見せ、平成21年ころからは興奮もみられなくなった。一方で、社会技能訓練や作業療法が試みられているものの、積極的に参加することはなく、閉鎖病棟の自室で一日中ベッドに横になっていることが多い。平成23年に試験的に1か月程度開放処遇としたが、日中に近所のパン店に出かけて万引きをしてしまう事件を4回繰り返したことをきっかけに、閉鎖処遇となった。感情の平板化や自閉などの陰性症状が目立つようになっている。</p>	<p>○ 統合失調症の発症経過を示す部分である。</p> <p>○ ここは、本事例の場合、本人の現在の状況がどの程度持続しているのかを示す部分である。</p>
<p><b>7 生活の状況及び現在の心身の状態</b></p>	<p><b>日常生活の状況</b> 主治医らの判断によって本人は閉鎖処遇となっている。入浴や洗面などの身の回りのことは自発的にやろうとせず、職員の指導がないとやらない。A病院の診療録によれば、病院の売店で自由に買い物をさせたところ一度に全額を生菓子パンにつぎ込んで買いだめしようとしたことがある。このような状態のため、病院内の日常の小遣いの使い方については職員の介助を受けている。</p> <p><b>身体の状態</b></p> <p>① <b>理学的検査</b> 異常なし</p> <p>② <b>臨床検査(尿、血液など)</b> 平成29年5月15日の検査（A病院で実施）で軽度の貧血が認められたが精神症状に影響を与える程度のものではない。その他異常なし</p> <p>③ <b>その他</b> 器質的疾患は入院時に否定されており、その他の検査は不要</p>	<p>○ 精神医学的判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、本人の日常生活の状況を記載する。</p> <p>○ 鑑定受命前にA病院で実施された検査結果を利用している。</p>

<p>(7 生活の状況及び現在の心身の状態)</p>	<p>精神の状態</p> <p>① 見当識 日付と場所は正答するが、疎通性が悪く、それ以上の十分な検査はできない。</p> <p>② 意識／疎通性 鑑定に当たって拒否的な態度はなく、あいさつや鑑定人からの簡単な質問には一応答える。しかし、会話を続けるうちに質問とは関係のないことをぶつぶつとつぶやくようになる。小声であり聴取は極めて難しい。ときに「ノーベル賞で5億の賞金が入る」などの言葉を聞き取ることができるが、その内容は幻覚妄想に支配されたものと思われる。しばしば場に不適切な空笑を交える。</p> <p>③ 理解力・判断力 現在の首相の名前、衣服を洗濯しなければならない理由などの一般的な理解を尋ねると的確に回答する。しかし生菓子パンの買いだめについて「パンは蓄え…生命のみなもと…人はパンのみにて生きるものにあらず」と言い、生菓子パンでは腐るのではないかと問われ「パンは100年の保存食です」と答える。鑑定人の役割は「医者」と答えるのみであり、鑑定の実施についてはそれ以上の理解はないと思われる。自らの財産については「5億の収入がある、いつでも自由に使える」と答える。一見、契約の意味・内容については理解しているようにみえる部分もあるが、自らの置かれている状況や行動の説明はできず、財産とその管理についての理解はほとんどなく、多分に妄想の影響下にある。</p> <p>④ 記憶力 疎通性が悪く十分な検査はできない。氏名、生年月日は正答した。住所はスイスに国籍があると答える。両親の住所として尋ねると正答するので、住所の誤答は妄想によるものと思われる。</p> <p>⑤ 計算力 疎通性が悪いので十分な検査はできない。一桁の足し算を尋ねると、質問に続けて勝手に脈絡のない数字を並べていく。</p> <p>⑥ 現在の性格の特徴 現在は興奮や易怒性はみられず、おとなしい。</p> <p>⑦ その他(気分・感情状態、幻覚・妄想、異常な行動等)</p> <p>主治医丙野医師の話では、最近の精神状態は今回の問診時の程度でほぼ固定しているという。また、同医師によれば、ときおり聞き取れる本人の話を総合すると、自分が「国際的な組織」のメンバーであるということが妄想の中心となっているらしく、そのトップからの指示に従って本人は入院していると言っているという。今回の問診でも、本人にその点について質問したが、疎通の悪さから、はっきりとした回答がないまま独語を始めていた。</p> <p>⑧ 知能検査、心理学的検査 検査不要</p>
----------------------------	---

- 本事例では、本人の疎通性の悪さが、本人の鑑定に対する拒否的な態度によるものでないことを示す意味で、鑑定に対する態度を記載している。
- 契約等の意味・内容を自ら理解し、判断する能力を判定する観点からの「理解」力が示されるように記載する。

<p>8 説明</p>	<p>本人は平成13年ころに被害妄想，幻聴を主症状として発症し，平成16年に病勢の増悪をみたため入院治療を受け，その後，感情の平板化などの陰性症状も示すようになっている。このような症状と経過によると，本人は統合失調症に罹患しており，現在はその慢性期にあると診断される（国際疾病分類第10版（ICD-10）によればF20.0「妄想型統合失調症」に該当する。）。          本人は前記の症状を示しており，そのため，意思の疎通も困難であり，社会生活上状況に即した合理的な判断をする能力は欠落しており，支援を受けても，契約等の意味・内容を自ら理解し，判断する能力はないものと判定できる。          本人の精神障害は，平成16年以降進行しており，現段階では統合失調症の慢性期にあるが，長期間の治療にもかかわらず好転の兆しが見えないことから，その回復可能性は極めて低いと考えられる。</p>	<p>○ 病歴についての要約と精神医学的診断を示している。</p> <p>○ 契約等の意味・内容を自ら理解し，判断する能力についての考察である。</p> <p>○ 回復の可能性についての考察である。</p>
-------------	---	---

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 B病院精神科

氏名 ○ ○ ○ ○ 印

鑑定書記載例 2(認知症・後見開始の審判)

記載上の注意

1 事件の表示	<p>東京 家庭裁判所</p> <p>平成 30年(家) 第××××号</p> <p>後見開始の審判・保佐開始の審判</p> <p>申立事件</p> <p>( )</p>
2 本人	<p>氏名 乙 野 二 郎 (男)・女</p> <p>M・T・S・H 23 年 × 月 × 日生</p> <p>( 70 歳)</p> <p>住所</p> <p>東京都〇〇区〇〇町×丁目×番××号</p>
3 鑑定事項及び 鑑定主文	<p>鑑定事項</p> <p>① 精神上的の障害の有無，内容及び障害の程度</p> <p>② 契約等の意味・内容を自ら理解し，判断する能力</p> <p>③ 回復の可能性</p> <p>鑑定主文</p> <p>① アルツハイマー型認知症を発病しており，知的能力はほとんどない。</p> <p>② 支援を受けても，契約等の意味・内容を自ら理解し，判断することができない。</p> <p>③ 回復の可能性は低い。</p>
4 鑑定経過	<p>受命日 平成 30 年 5 月 25 日</p> <p>作成日 平成 30 年 6 月 18 日 所要日数 25 日</p> <p>本人の診察</p> <p>平成30年5月29日，本人入院中のA病院にて問診・検査実施</p> <p>参考資料</p> <p>A病院診療録</p> <p>妻（乙野和子）の陳述（平成30年5月28日）</p> <p>弟（乙野三郎）の陳述（平成30年6月10日）</p>
5 家族歴及び生活歴	<p>(家族歴)</p> <p>特記事項なし</p> <p>(生活歴)</p> <p>〇〇県△△市にて生育。昭和26年に現住所地に一家が移り雑貨店を開き，中学卒業後から雑貨店の仕事を継続。昭和49年に和子と結婚し，平成14年に母が死亡してから現在まで和子と二人暮らし。</p> <p>平成26年1月まで生活に問題なし。</p>

○ 鑑定事項に対応する形で記載する。

○ いつ何をしたのかの概要と前後関係が分かる程度の記載でよい。

<p><b>6 既往症及び現病歴</b></p>	<p><b>既往症</b> 特記事項なし</p> <p><b>現病歴</b></p> <p>平成26年1月 雑貨店の売上金を保管する金庫の置き場所を忘れるようになる。</p> <p>同年5月 雑貨店でお釣りを出すとき計算ができなくなったり、扱っている品物の名前を忘れるようになる。</p> <p>同年8月 夏であるにもかかわらずエアコンを暖房に設定し、エアコンが動かなくなったと言いつけるようになる。</p> <p>同年11月 隣町に住む弟の家に行った帰り、自宅までの帰り道が分からなくなることが多くなる。A病院に通院を始める。</p> <p>平成27年4月 前記の金庫の置き場所を忘れ、見つからなくなったとき、妻が隠したとか盗まれたと言いつけるようになる。</p> <p>同年8月 知人の顔が分からなくなる。A病院に入院。アルツハイマー型認知症との診断。</p> <p>同年12月 会話ができなくなり、話しかけても内容が理解できなくなる。</p> <p>平成28年4月 寝たきりになる。</p>	<p>○ このような箇条書きの体裁でもよい。</p>
<p><b>7 生活の状況及び現在の心身の状態</b></p>	<p><b>日常生活の状況</b> 寝たきりであるため、食事や排便など生活全般について介護が必要である。話しかけると反応はするが、言葉による受け答えができない。</p> <p><b>身体の状態</b></p> <p>① 理学的検査 肺炎を併発、膝を立てた状態のまま関節拘縮。</p> <p>② 臨床検査（尿、血液など） 異常なし</p> <p>③ その他 頭部CTスキャン（平成27年8月A病院で実施）の結果から、びまん性の脳萎縮が認められる。</p>	<p>○ 精神医学的判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、本人の日常生活の状況を記載する。</p> <p>○ 鑑定受命前にA病院で実施された検査結果を利用している。</p>

<p>(7 生活の状況及び現在の心身の状態)</p>	<p>精神の状態</p> <p>① 見当識 家族の名前，診察当日の日付，場所について答えられず。</p> <p>② 意識／疎通性 話言葉を通じて物事を理解し，表現することがほとんどできない。筆談その他の方法によっても，本人の意思表示を確認することは困難である。</p> <p>③ 理解力・判断力 疎通が困難で，理解も極めて障害されていると判断される。</p> <p>④ 記憶力 年齢，経歴など答えられず。</p> <p>⑤ 計算力 ほとんどできない。</p> <p>⑥ 現在の性格の特徴 特記事項なし</p> <p>⑦ その他（気分・感情状態，幻覚・妄想，異常な行動等） 特記事項なし</p> <p>⑧ 知能検査，心理学的検査 長谷川式認知症スケール（HDS-R）4点（筆談を交えて実施）</p>
----------------------------	--

8 説明	<p>平成26年1月ころにアルツハイマー型認知症を発病したと考えられ、記銘力障害のほか、時や場所の見当識障害に始まり、人の見当識障害が加わり、重度の認知症に至る典型的な経過をたどった。</p> <p>加えて自然言語は重度の障害があり、筆談によっても極めて不十分なコミュニケーションしかできない状況にある。</p>
------	--

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 ABC 病院精神科

氏名 ○ ▽ ○ △ 印

鑑定書記載例 3(知的障害・保佐開始の審判)

記載上の注意

1 事件の表示	<p>東京 家庭裁判所</p> <p>平成 30年(家) 第××××号</p> <p>後見開始の審判・保佐開始の審判</p> <p>申立事件</p> <p>( )</p>
2 本人	<p>氏名 乙 山 花 子 男・女</p> <p>M・T・(S)H 37 年 ○ 月 × 日生</p> <p>( 55 歳)</p> <p>住所</p> <p>東京都△□区○○町□丁目×番○×号</p>
3 鑑定事項及び 鑑定主文	<p>鑑定事項</p> <p>① 精神上の障害の有無，内容及び障害の程度</p> <p>② 契約等の意味・内容を自ら理解し，判断する能力</p> <p>③ 回復の可能性</p> <p>鑑定主文</p> <p>① 知的障害（中等度）</p> <p>② 支援を受けなければ，契約等の意味・内容を自ら理解し，判断することができない。</p> <p>③ 回復の可能性はないものと考えられる。</p>
4 鑑定経過	<p>受命日 平成 30 年 6 月 1 日</p> <p>作成日 平成 30 年 6 月 30 日 所要日数 30 日</p> <p>本人の診察</p> <p>平成30年6月12日及び同月19日，本人宅で診察</p> <p>参考資料</p> <p>甲病院診療録</p> <p>兄（乙山太一）からの聴取結果（平成30年6月21日）</p>
5 家族歴及び生活歴	<p>東京都△△郡××町（現○○市）で，雑貨店を営む両親の間に，3人同胞の第2子長女として出生した。両親は既に死亡。本人に結婚歴はない。</p> <p>本人は，2歳の時原因不明の高熱を出し，その後発達の遅れが気付かれた。小中学校を通じて授業についていくことができなかった。中学卒業後，近所の食堂などで働いたが長続きせず，20歳ころから父の指示で店番や簡単な品物整理などをして家業を手伝い，小遣いを得ていた。平成28年に父が死亡し，店をたたんだため無職となった。</p> <p>申立人によると，本人は，平成15年，居酒屋で知り合った男性に「貸してほしい」と言われるままに金を渡すため父が預金通帳を管理するようになった。しかし，本人は金融機関から100万円近く借金し，借用書もなしでその男性に渡していた。家族が気付いた時，本人は自分で返済す</p>

○ 鑑定事項に対応する形で記載する。

○ いつ何をしたのかの概要と前後関係が分かる程度の記載でよい。



	<p>るあてなど考えず、「いい人なので貸した」と言うばかりであった。そのうち男性は行方不明となり、父が借金の肩代わりをした。父の死後は、兄が従来の本人の預金通帳に加え、遺産で相続した土地建物の権利証等についても管理をする必要に迫られている。</p> <p>平成7年7月26日（35歳時）、東京都心身障害者福祉センターにて判定を受け、東京都から愛の手帳3度（知能指数が概ね35から49、周辺生活の処理が大体可能、知的能力としては、表示をある程度理解し、簡単な加減ができる程度）の交付を受けている。</p> <p>また、本人は、てんかんの発作を起こしたため、昭和58年から、てんかんの治療のため甲病院に通院している。抗てんかん剤の継続投与を受けており、その後は特に発作は起こしていない。脳波にも異常はない。</p>	
6 既往症及び現病歴	<p><b>既往症</b></p> <p>生活歴に併せて記載</p> <p><b>現病歴</b></p> <p>生活歴に併せて記載</p>	○ 本事例の場合、既往症・現病歴は、生活歴と重なるので、このように記載して重複を避ける。
7 生活の状況及び現在の心身の状態	<p><b>日常生活の状況</b></p> <p>父の死後は父名義の住宅に一人で暮らしている。近くに住む兄夫婦がしばしば様子を見に来て面倒を見ているが、身の回りのことは、食事も含め自分で行っている。入浴は言われれば一人でできるものの、兄夫婦が促さないとかなかしようとしない。鑑定人が自宅を訪問したときの様子では、自宅の中は足の踏み場もないほど物が散乱していたが、本人は、そのことを意に介するふうもなかった。</p> <p>預金通帳は父の死後いったん自分で管理することもあったが、すぐに紛失してしまったり、残高があるだけ払い戻してしまうことがあり、兄が管理している。自宅の土地建物の権利証についても、知り合って間もない知人から貸してほしいと言われて、貸しそうになり、以来、兄が管理している。</p> <p><b>身体の状態</b></p> <p>① 理学的検査 異常なし</p> <p>② 臨床検査（尿、血液など） 異常なし</p> <p>③ その他 脳波（異常なし、平成21年5月、甲病院）</p>	<p>○ 精神医学的判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、本人の日常生活の状況を記載する。</p> <p>○ 鑑定受命前の検査結果を利用している。</p>

<p>(7 生活の状況及び現在の心身の状態)</p>	<p>精神の状態</p> <p>① 見当識 対人的見当識，時間的見当識，場所的見当識ともに保たれている。</p> <p>② 意識／疎通性 日常会話に必要な言語は有しており，会話は可能であるが，複雑又は抽象的な内容にわたる会話は困難である。</p> <p>③ 理解力・判断力 言葉を通じての理解は可能であるが，抽象的な事柄の理解は困難である。不動産登記が何を意味するのか説明できず，土地建物の権利証の重要性についての認識に乏しいため，本人にも分かりやすい表現で説明をしなければ理解することができない。また，借金をして男性に渡したことにについては，今でもだまされたとは思っていないと言う。</p> <p>④ 記憶力 氏名，住所，生年月日は正答できた。過去に起こった出来事についておおざっぱな記憶も保たれていた。しかし，鑑定人が分かりやすく話し，一度は復唱できたのに，短時間のうちにその話の内容を答えられなくなるなど，記銘力は標準より劣っている。</p> <p>⑤ 計算力 2桁程度の加減算はできるが，かけ算やわり算はできない。</p> <p>⑥ 現在の性格の特徴 おとなしく，内向的</p> <p>⑦ その他（気分・感情状態，幻覚・妄想，異常な行動等） 特記事項なし</p> <p>⑧ 知能検査，心理学的検査 田中ビネー知能検査総合D I Q=45</p>
----------------------------	--

○ 契約等の意味・内容を自ら理解し，判断する能力を判定する観点からの「理解」力が示されるように記載する。

<p>8 説明</p>	<p>本人は、4歳のころから精神発達に遅滞が見られていること、田中ビネー知能検査の結果、総合D I Q=45であったこと、平成7年に、東京都心身障害センターで3度（中度）との判定を受けていること、その他本人の現在の精神の状態、特に疎通性の程度や、抽象的な思考ができないことによれば、本人は知的障害（中等度）と診断できる。</p> <p>日常的な生活は一応自立しており、意思疎通も可能であるが、本人の知的障害は前記の程度であること、抽象的又は複雑な思考はできないこと、男性の言いなりとなって多額の借金をしてまで金銭を渡したことがあること、登記や権利証などの意味や重要性を理解していないことなどによれば、支援を受けなければ、契約等の意味・内容を自ら理解し、判断することができない。</p> <p>脳波に特に異常はなく、治療も継続しているので、てんかんが精神症状に影響している可能性は認められない。</p> <p>本人の年齢（55歳）によれば、将来状態が回復する可能性はないものと考えられる。</p>	<p>○ 精神医学的診断を示している。</p> <p>○ 契約等の意味・内容を自ら理解し、判断する能力についての考察である。</p> <p>○ 回復可能性について、簡潔に記載する。</p>
-------------	---	--

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 XYZ 病院精神科

氏名 ○ ▽ × □ 印

鑑定書記載例 4(認知症・保佐開始の審判)

記載上の注意

1 事件の表示	<p>東京 家庭裁判所</p> <p>平成 30年(家) 第××××号</p> <p>後見開始の審判・保佐開始の審判</p> <p>申立事件</p> <p>( )</p>
2 本人	<p>氏名 甲 川 美 子 男・女</p> <p>M・T・(S)H 20 年 ○ 月 × 日生</p> <p>( 73 歳)</p> <p>住所</p> <p>東京都△×区○□町×丁目○番□号</p>
3 鑑定事項及び 鑑定主文	<p>鑑定事項</p> <p>① 精神上的の障害の有無、内容及び障害の程度</p> <p>② 契約等の意味・内容を自ら理解し、判断する能力</p> <p>③ 回復の可能性</p> <p>鑑定主文</p> <p>① 脳血管性認知症の中等症であり、知的能力に著しい障害がある。</p> <p>② 支援を受けなければ、契約等の意味・内容を自ら理解し、判断することができない。</p> <p>③ 回復の可能性は極めて低い。</p>
4 鑑定経過	<p>受命日 平成 30 年 7 月 7 日</p> <p>作成日 平成 30 年 8 月 9 日 所要日数 34 日</p> <p>本人の診察</p> <p>平成30年7月10日、本人宅、問診（約70分）</p> <p>平成30年7月14日、鑑定人所属のE病院、検査</p> <p>平成30年8月1日、本人宅、問診（約50分）</p> <p>参考資料</p> <p>D病院診療録</p> <p>長男（甲川一郎）に対する面接聴取（平成30年7月10日）</p>
5 家族歴及び生活歴	<p>本人は××県△△市の地主の家に5人同胞の第1子として出生した。生来、気丈な性格で成績も優秀であった。旧制女子高等学校を卒業後、東京で高校の教師をしていた甲川太郎と見合い結婚をして2子をもうけた。以後、専業主婦をしていたが、平成15年に夫が心筋梗塞で死亡してからは独居。現在は所有するアパートの一室に住み、家賃収入（月25万円程度）で生活を賄っている。現在の資産は所有のアパート（築30年）と300万円程度の貯金のみである。家族歴としては精神科疾患の負因は認められない。</p>

○ 鑑定事項に対応する形で記載する。

○ いつ何をしたのかの概要と前後関係が分かる程度の記載でよい。

<p><b>6 既往症及び現 病歴</b></p>	<p><b>既往症</b> 平成12年（55歳時）に高血圧を指摘され、以降、D病院内科で通院治療。その他、特記すべき事項はない。</p> <p><b>現病歴</b> 本人は平成22年1月23日に家で倒れ、D病院で脳梗塞と診断された。意識は直後から回復。入院治療を受け、右側上下肢の腱反射に軽度の亢進が見られる以外に明らかな後遺症は残さなかった。以後は現在までD病院で既往歴にある高血圧の治療と平行して降圧剤、血小板凝集抑制剤、脳代謝賦活剤の投与を受けている。現在までの間に明らかな脳梗塞の発作のエピソードや神経学的所見上での症状の悪化は指摘されていない。</p> <p>平成26年夏、本人はテレビの通信販売で掃除機を買い求めたが、送られてくるまでの間に購入したことを忘れ、別の掃除機を購入し、息子がクーリングオフの手続をしたことがあった。以降、息子が、徐々に本人の健忘や性格変化に気付くようになった。本人も物忘れを気にするようになり、平成27年1月には大切なものをなくさないようにと、本人の希望で通帳と実印を貸金庫に保管したが翌月にはそのことを忘れて「なくなった、盗まれた」と言い家中を捜し回った。平成27年9月には元本保証と高配当をうたった戸別訪問による投資詐欺にあい、預託金100万円を損失した。平成28年までは確定申告も自分でできていたが平成29年には書類に誤りが多く、結局、息子がこれを作成した。平成29年5月には新聞を契約したことを忘れていて4社同時に契約が重なった。</p> <p>なお平成26年4月14日のD病院でのCT所見では、初回入院時のものと比較して梗塞巣が広範囲になっていることが指摘されている。</p>
<p><b>7 生活の状況及 び現在の心身の 状態</b></p>	<p><b>日常生活の状況</b> 本人は独居し、日常の衣食住に関して問題なし。面接時の礼節も整っており、日用品の購入についてもおおむね障害なく行っている。預託金詐欺事件以来、現金の出し入れは息子が行い、彼が本人の財布に週ごとに約1万円の生活費を入れている。アパートの管理は本人が取り仕切っているが、アパートの外階段が一部壊れ、平成28年5月に借主の子どもがけがをしたので、借主が修理依頼を繰り返したが、「子どものしつけが悪い」と言って1年間にわたり放置した。セールスで訪れた業者に本人が階段修理をさせたところ、業者から380万円を請求された。工事費用が高額であることに息子が気付き、別の業者に見積もりを出したところ同種の工事内容で100万円であったため、現在係争中である。</p>

○ 精神医学的判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、本人の日常生活の状況を記載する。

(7 生活の状況及び現在の心身の状態)	<p><b>身体の状態</b></p> <p>① 理学的検査 腱反射に左右差あり</p> <p>② 臨床検査（尿、血液など） 異常なし</p> <p>③ その他 鑑定時のCT検査所見では前・側頭葉中心に多発梗塞巣が散在し、脳萎縮も見られる。D病院での平成22年1月23日及び平成26年4月14日の所見と比較すると経時的に梗塞巣の範囲が広がり、脳萎縮の程度も高度になっていることが分かる。</p> <p><b>精神の状態</b></p> <p>① 見当識 場所は正答。日時については月日は正答するが、年は回答できず。</p> <p>② 意識／疎通性 あいさつや鑑定人からの質問に答えることができる。話は迂遠、冗長であり、話題が別に移りがちである。特に息子の嫁が自分に冷たいとこぼす話題に終始する。</p> <p>③ 理解力・判断力 全体を通じて質問に応じた回答をするので一見、理解が良いような印象を受ける。しかし理解内容を検討するとそれは著しく損なわれていることが分かる。すなわちアパートの修理については「必要がないのに息子が言うから修理を頼んだ」と言う。借主の子どもがけがをしたことや借主からの苦情についても本人は意に介さず、修理をしなければ危険であったという認識もない。自分の資産の総額を把握しておらず通常の金利がどの程度あるかということも理解していない。修理費用の380万円も業者の言うままに契約をしたようであり、その内訳や支払の見通しもうまく説明できない。</p> <p>④ 記憶力 氏名、住所、生年月日は正答。夫の死亡年齢も覚えている。しかし、同胞の氏名と子どもの氏名を混同する。</p> <p>⑤ 計算力 1桁の足し算は正答。HDS-Rでは100から7を引くことはできるが、それ以上進めると、誤答して「数学は苦手」と言った。</p> <p>⑥ 現在の性格の特徴 息子によれば、もともとは社交的で世話好きであり、「親切的な大家さん」として入居者にも親しまれていたが2年ほど前から「頑固さ」が目立つようになり、入居者とのトラブルが増えたという。今回の問診でも気難しさが目立った。</p> <p>⑦ その他（気分・感情状態、幻覚・妄想、異常な行動等） 上記のような状態について、平成30年7月14日に鑑定人の所属するE病院で検査を実施しつつ、同年8月1日にも再度、本人宅で問診を実施して、再度評価したところこれが特に変動するものではないことが確かめられた。息子の話でも状態像に大きな変動はないということであった。</p>	<p>○ 鑑定受命前の検査結果を利用している。</p> <p>○ 契約等の意味・内容を自ら理解し、判断する観点からの「理解」力が示されるように記載する。</p>
---------------------	--	--

	<b>⑧ 知能検査, 心理学的検査</b> 長谷川式認知症スケール (HDS-R) で13点
8 説明	<p>本人は平成22年1月23日に脳梗塞の発作を起こして倒れている。その後目立った後遺症はみられなかったが、平成26年ころより健忘症状と性格変化を呈するようになってきた。このような症状と経過によると、本人は脳血管性認知症に罹患しており、その程度は中等症であると診断される（国際疾病分類第10版（ICD-10）によればF01.3「皮質および皮質下混合性血管性認知症」に該当する。）。これは、せん妄のような一過性で症状の程度に変動の著しい障害、あるいはうつ状態における仮性認知症のような回復可能性の高い障害によるものではない。</p> <p>本人は前記の症状を示しており、意思の疎通はほぼ可能であるが、社会生活上状況に即した合理的な判断をする能力は低下しており、契約等の意味・内容を自ら理解し、判断する能力は著しく障害されているものと判定できる。</p> <p>本人の精神障害は現段階では認知症の中等症の程度にあるが、平成22年1月以降それは徐々に進行しており、回復可能性は極めて低いと考えられる。</p>

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 E 病院精神科

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	<p>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。</p> <p>(具体的な例)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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</li> <li>・ 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</li> </ul>
介護・世話の 放棄・放任	<p>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。</p> <p>(具体的な例)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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</li> <li>・ 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</li> <li>・ 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</li> <li>・ 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</li> </ul>
心理的虐待	<p>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。</p> <p>(具体的な例)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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</li> <li>・ 怒鳴る、ののしる、悪口を言う</li> <li>・ 侮辱を込めて、子どものように扱う</li> <li>・ 高齢者が話しかけているのを意図的に無視する 等</li> </ul>
性的虐待	<p>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。</p> <p>(具体的な例)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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</li> <li>・ キス、性器への接触、セックスを強要する 等</li> </ul>
経済的虐待	<p>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。</p> <p>(具体的な例)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 日常生活に必要な金銭を渡さない、使わせない</li> <li>・ 本人の自宅等を本人に無断で売却する</li> <li>・ 年金や預貯金を本人の意思・利益に反して使用する 等</li> </ul>

(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。

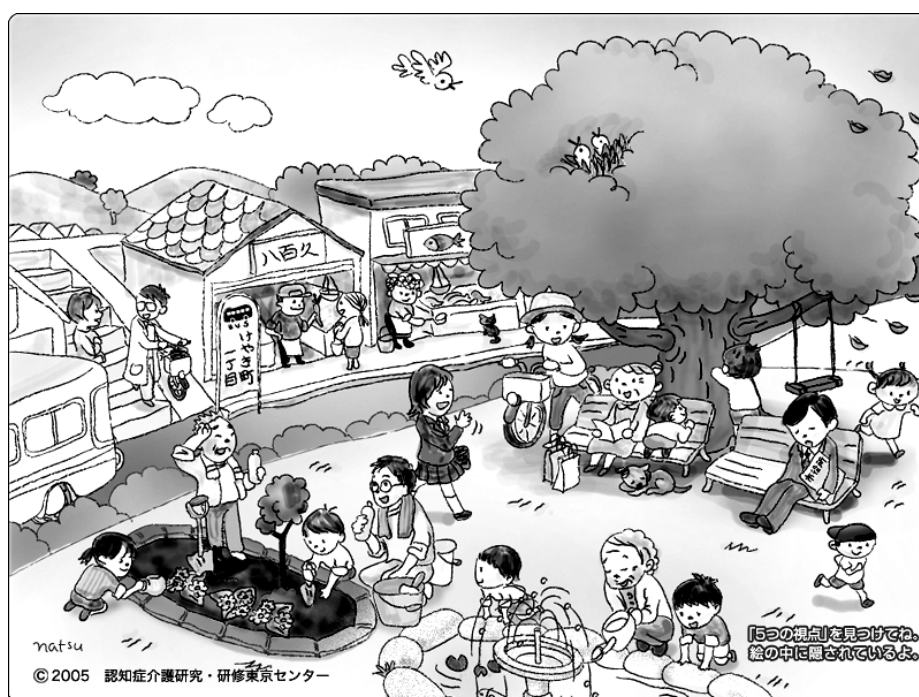
\*このチェックリストは(高齢者処遇研究会、1996)、(世田谷区・山田、2005)をベースに、2005 年度に東京都が行った調査(東京都福祉保健局)を参考に作成したものである。



# 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	

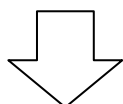
Aシート群 基本情報	A-1：私の基本情報シート
	A-2：私の自立度経過シート
	A-3：私の療養シート
	A-4：私の支援マップシート
Bシート群 暮らしの情報	B-1：私の家族シート
	B-2：私の生活史シート
	B-3：私の暮らし方シート
	B-4：私の生活環境シート
Cシート群 心身の情報	C-1-1：私の心と身体の全体的な関連シート
	C-1-2：私の姿と気持ちシート
Dシート群 焦点情報	D-1：私ができること・私ができないことシート
	D-2：私がわかること・私がわからないことシート
	D-3：生活リズム・パターンシート
	D-4：24時間生活変化シート
	D-5：私が求めるか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

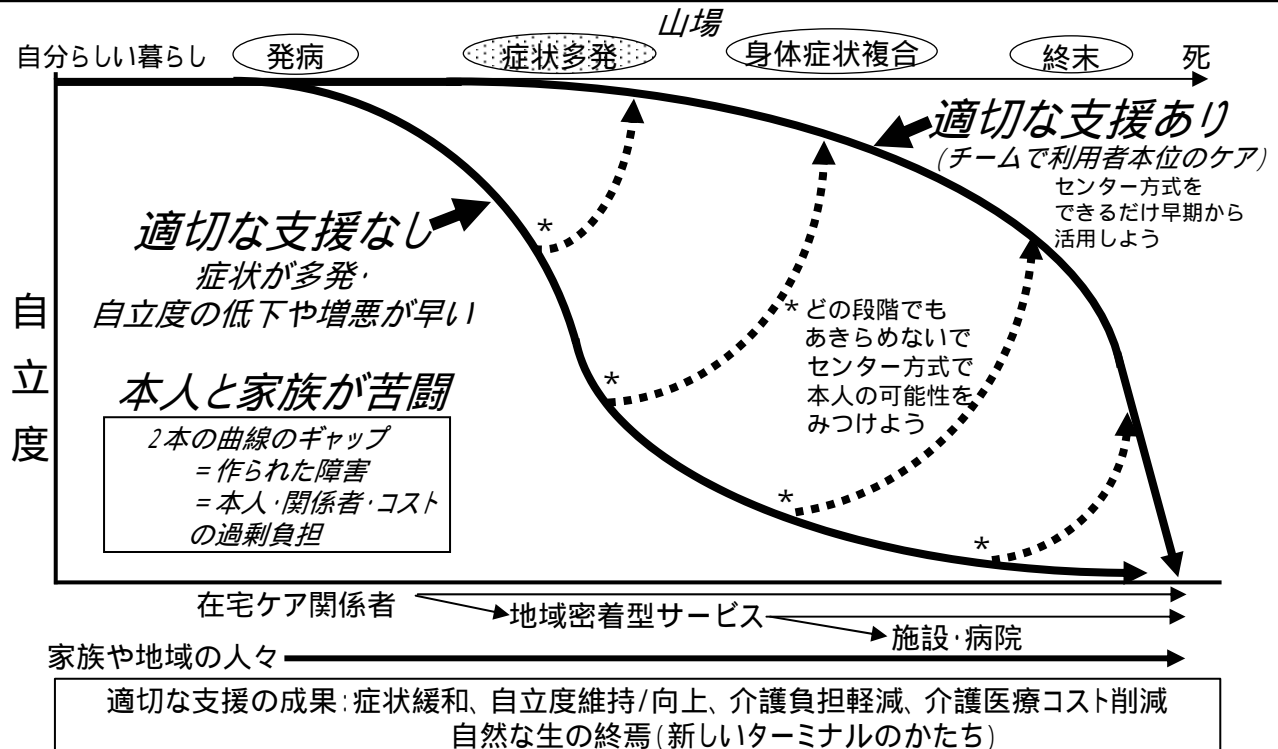
### 共通の5つの視点

- 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

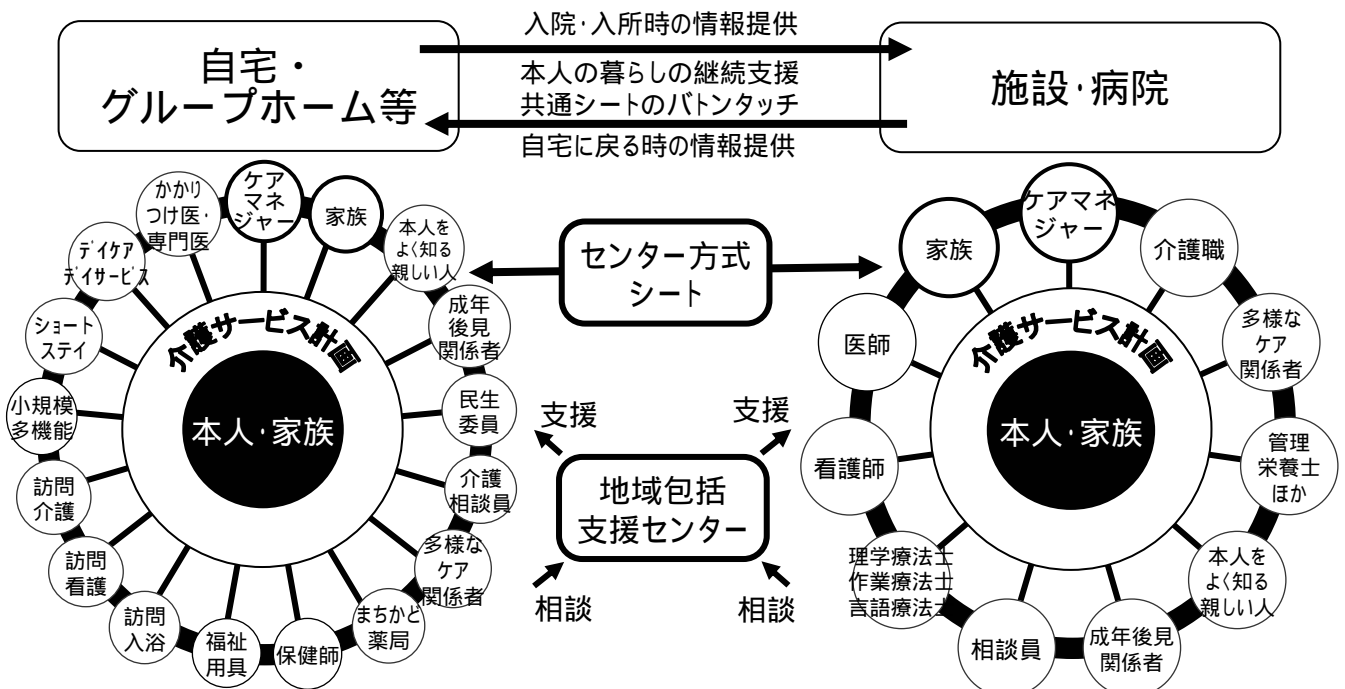
\* センター方式を共通ツールにしながらかチームを育て、バトンタッチしながら支えていこう。

\* 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。

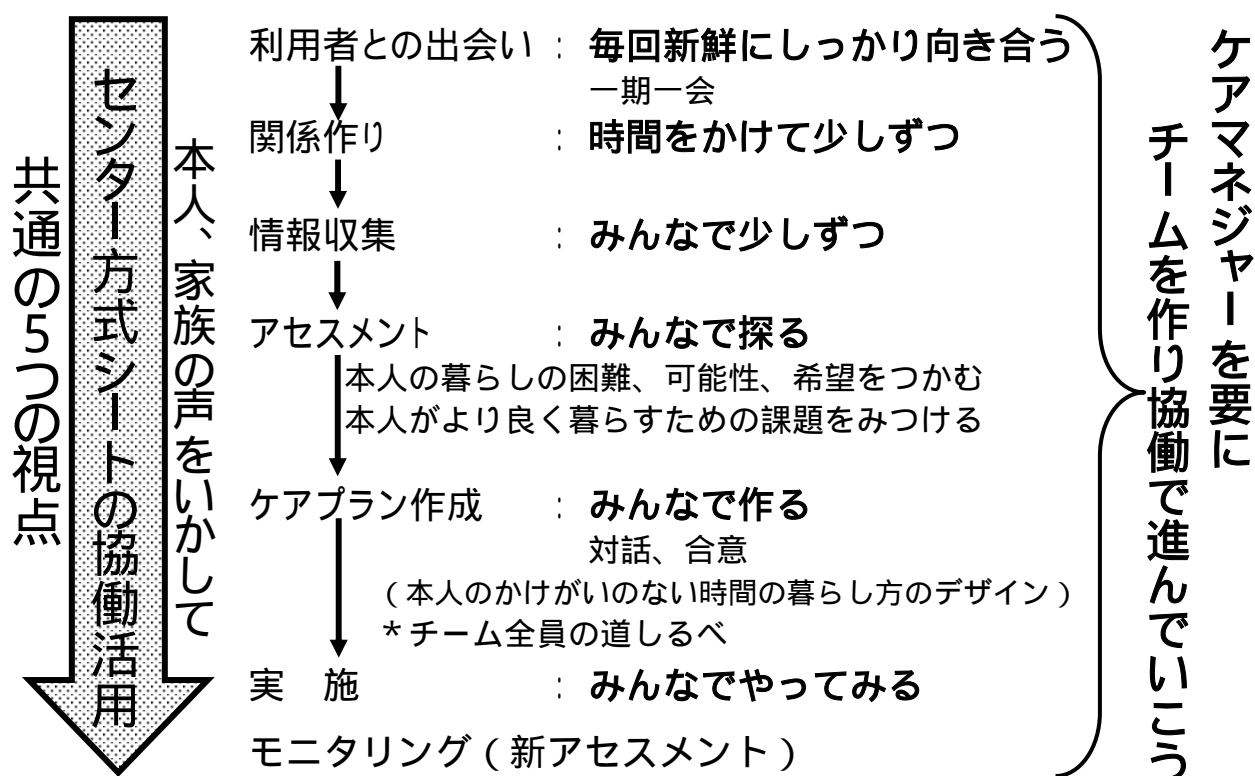


## 一人ひとりのための地域包括ケアに向けて シートを使ってチーム力を高めよう

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。	
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。	
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。	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
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。	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
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みつけよう。
  - ・ 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、 要因をみつけよう	▶ 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

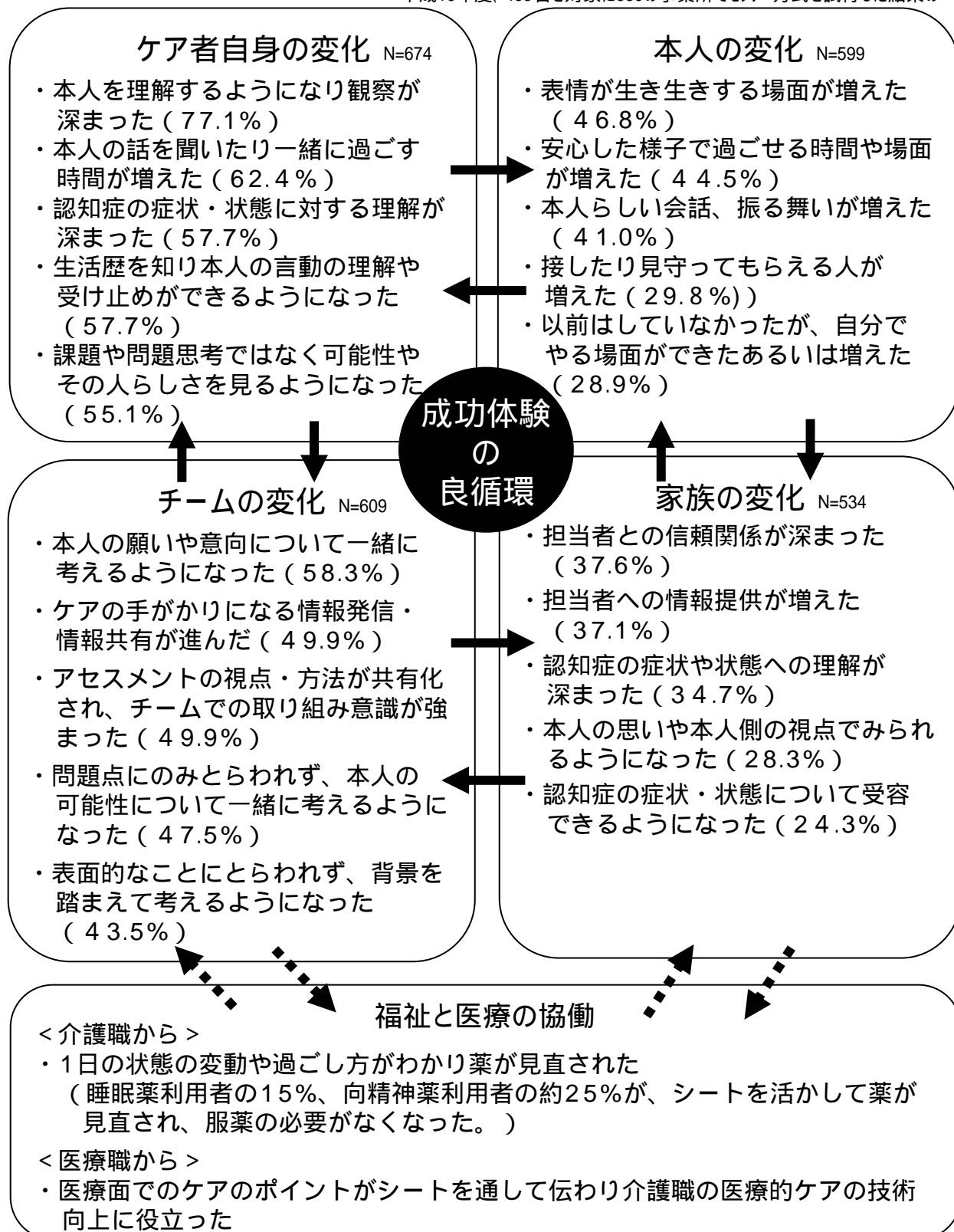
\* 本人の求めていることに応じたケアを

\* 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	私ができ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。私ができ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。

シートで  
報告

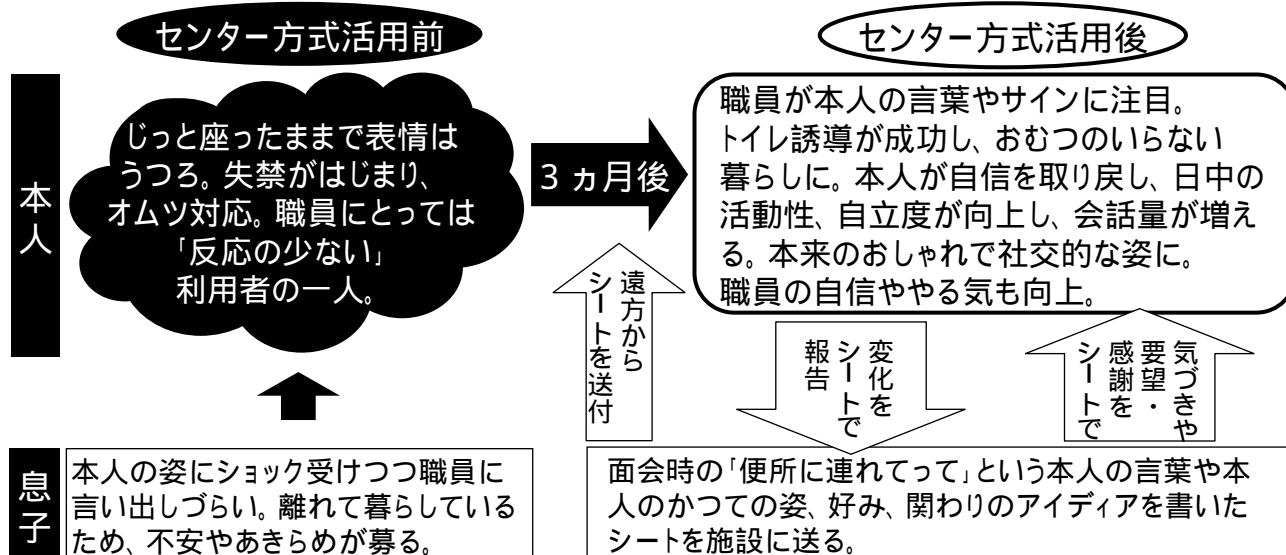
シートで  
感謝を  
伝えよう

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。

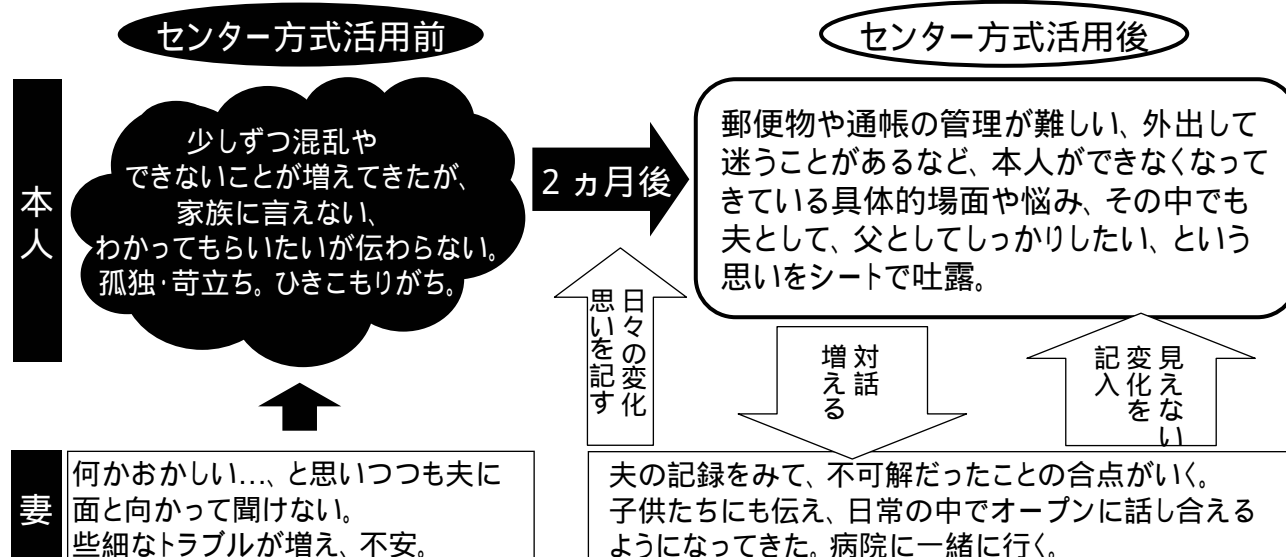
本人 82歳 血管性認知症 診断後7年 一人暮らしの後、施設入居後2年目。  
息子 54歳 母に会いに来れるのは年数回。会うたびにじっと座ったままで、  
空ろになっていく姿にショック。会った時の母の言葉「便所へ」を書きとめ、  
遠方から息子なりの情報をシートで送り、職員と遠隔協働。互いの喜びに。



## 【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、これからは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 ( )			

A-2 基本情報(私の自立度経過シート) 名前 記入日:20 年 月 日 / 記入者

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。  
左端の例を参考に次の記号で記入してください。要介護度、障害老人自立度、認知症の人の日常生活自立度、認知症関連の評価  
(ご利用スケール名を枠内に記入)  
半年に1回はスケールで状態を把握してください。介護保険資格取得時の要介護認定およびサービス利用開始時の状態も記入しましょう。  
介護保険利用前のケースの場合も、わかる範囲で記入しましょう。  
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。

要介護度	障害老人自立度	認知症の人の日常生活自立度	評価年月日(その時点の記入者名)																認知症関連の評価 使用スケールに を付ける ・N-ADL ・NMスケール ・DBD ・FAST ・HDS-R ・その他:
			例 気づいた変化に 2002 4/12 佐藤																
なし 申請 要 支援 要 支援 1 2 1 2 3 4 5	J-1		なしJ1																
	J-2	a	a																
	A-1	b																	
	A-2	a																	
	B-1	b																	
	B-2																		
	C-1	M																	
	C-2																		
気づき 状態を把握し、変化に影響した事柄や背景について気づいた点を記入しましょう。			散 歩 の 帰 り に 道 に 迷 う よ う に な っ た 。 同 じ も の を 何 度 も 買 っ て く る こ と が 増 え た 。																



## 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。	私のがんでのいる薬の名前 (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	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」		薬剤名と使用目的 例: (血圧を下げる)		水分を摂る、塩分を 控えるなど	
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。)			

A-4 基本情報(私の支援マップシート)

名前 記入日:20 年 月 日 / 記入者

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)						

[かかりつけ区研修 資料] - 108 -

## 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。


  
私

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 )

B-2 暮らしの情報(私の生活史シート) 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		
				長年なじんだ過ごし方      現在の過ごし方 (いつ頃      ) 時間      時間 4時      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			

[かかりつけ医研修資料] 171

# 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。

<p>1. 私が緊張せずにいられる場所ですか</p> <p>1 <input type="checkbox"/> 不安や不快な音がありませんか</p> <p>2 <input type="checkbox"/> 不快なおいしはありませんか</p> <p>3 <input type="checkbox"/> 落ち着かない色はありませんか</p> <p>4 <input type="checkbox"/> 刺激の強い光はありませんか(特に夕方から夜間)</p> <p>5 <input type="checkbox"/> 不安になる場所はありませんか(寝室、廊下、トイレなど)</p> <p>6 <input type="checkbox"/> その他:</p> <p>2. 私が安心して居られる場所が確保されていますか</p> <p>7 <input type="checkbox"/> 食事をする場所や席は安心できる場所ですか</p> <p>8 <input type="checkbox"/> 寝る場所は安心できる場所ですか</p> <p>9 <input type="checkbox"/> 寝るときに明るさは私が安心して眠れる明るさですか</p> <p>10 <input type="checkbox"/> ベッドや布団・枕の位置は私にあっていますか</p> <p>11 <input type="checkbox"/> 私にとってなじみの家具がありますか</p> <p>12 <input type="checkbox"/> 安心して過ごせる好みの場所がありますか</p> <p>13 <input type="checkbox"/> その他:</p> <p>3. 私が心地よく過ごせる環境が用意されていますか</p> <p>14 <input type="checkbox"/> 居室の明るさと温度は適切ですか</p> <p>15 <input type="checkbox"/> 色彩、音、香りは私にとって心地よいですか</p> <p>16 <input type="checkbox"/> 飲食物の食材や温度はなじみのものとなっていますか</p> <p>17 <input type="checkbox"/> 触れて心地よいクッション、抱けるものがありますか</p> <p>18 <input type="checkbox"/> 木や自然の素材がありますか</p> <p>19 <input type="checkbox"/> その他:</p> <p>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</p> <p>20 <input type="checkbox"/> 居室・寝床がわかる工夫がありますか</p> <p>21 <input type="checkbox"/> 居間がわかる工夫がありますか</p> <p>22 <input type="checkbox"/> トイレがわかる工夫がありますか</p> <p>23 <input type="checkbox"/> 浴室がわかる工夫がありますか</p> <p>24 <input type="checkbox"/> その他:</p> <p>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</p> <p>25 <input type="checkbox"/> 私がわかる時計がありますか</p> <p>26 <input type="checkbox"/> 私がわかる暦・カレンダーがありますか</p> <p>27 <input type="checkbox"/> 季節の行事やならわしに関する物がありますか</p> <p>28 <input type="checkbox"/> 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</p> <p>29 <input type="checkbox"/> 支えになっている人の写真がありますか</p> <p>30 <input type="checkbox"/> なじみの人がわかるサイン(服装・名札など)がありますか</p> <p>31 <input type="checkbox"/> その他:</p> <p>6. 私の持っている力が出せる場がありますか</p> <p>32 <input type="checkbox"/> 炊事の場</p> <p>・自分でやれたり動作ができる場が用意されていますか</p> <p>33 <input type="checkbox"/> 掃除の場</p> <p>・自分でやれたり動作ができる場が用意されていますか</p> <p>34 <input type="checkbox"/> 洗濯の場</p> <p>・自分でやれたり動作ができる場が用意されていますか</p> <p>35 <input type="checkbox"/> 使い慣れた身だしなみの道具はそろっていますか</p> <p>36 <input type="checkbox"/> 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</p> <p>37 <input type="checkbox"/> 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</p> <p>38 <input type="checkbox"/> その他:</p> <p>7. 私が自然や地域と関われる場が確保されていますか</p> <p>39 <input type="checkbox"/> 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</p> <p>40 <input type="checkbox"/> 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</p> <p>41 <input type="checkbox"/> 買い物に行けるお店が確保されていますか</p> <p>42 <input type="checkbox"/> 私が行きたい場所が確保されていますか</p> <p>43 <input type="checkbox"/> その他:</p> <p>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</p> <p>44 <input type="checkbox"/> 自然光はありますか</p> <p>45 <input type="checkbox"/> 風とおしはよいですか</p> <p>46 <input type="checkbox"/> 植物と触れあう場を作っていますか</p> <p>47 <input type="checkbox"/> 動物と触れあう場を作っていますか</p> <p>9. 私を取り戻せる場の工夫がされていますか</p> <p>48 <input type="checkbox"/> 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、アクセサリ、時計、音楽など)をそばに置いていますか</p> <p>49 <input type="checkbox"/> その他:</p> <p>10. 人とかかわりの場が確保されていますか</p> <p>50 <input type="checkbox"/> 家族とかかわりの場が確保されていますか</p> <p>51 <input type="checkbox"/> 近所とかかわりの場が確保されていますか</p> <p>52 <input type="checkbox"/> 町の人とかかわりの場が確保されていますか</p> <p>53 <input type="checkbox"/> 子供たちとのふれ合いの場が確保されていますか</p> <p>54 <input type="checkbox"/> その他:</p> <p>11. 私のいつもの居場所を知ってくれていますか</p> <p>55 <input type="checkbox"/> 私のいつもの居場所を知っていますか</p> <p>56 <input type="checkbox"/> 近所の人は私が好む場所を知ってくれていますか</p> <p>57 <input type="checkbox"/> 私の行きそうな場所を知っていますか</p> <p>58 <input type="checkbox"/> その他:</p> <p>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</p> <p>&lt;誤嚥の予防&gt;</p> <p>59 <input type="checkbox"/> 私にあった食事(形、硬さ、量)が工夫されていますか</p> <p>60 <input type="checkbox"/> 食事の姿勢が保てるイスや物品が工夫されていますか</p> <p>61 <input type="checkbox"/> その他:</p> <p>&lt;転倒・転落の予防&gt;</p> <p>*床の状態</p> <p>62 <input type="checkbox"/> 滑りやすいものはないですか(水こぼれ、玄関マット)</p> <p>63 <input type="checkbox"/> 歩行の障害になる物がないですか</p> <p>64 <input type="checkbox"/> 段差は適切ですか</p> <p>65 <input type="checkbox"/> 絨毯などのひっかけやすい素材がありませんか</p> <p>66 <input type="checkbox"/> その他:</p> <p>*衣類の状態</p> <p>67 <input type="checkbox"/> 靴下やスリッパは私にあっていますか</p> <p>68 <input type="checkbox"/> その他:</p> <p>*ベッド等の状態</p> <p>69 <input type="checkbox"/> 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</p> <p>70 <input type="checkbox"/> 高さ、広さ、ベッド柵は適切ですか</p> <p>71 <input type="checkbox"/> その他:</p> <p>*イス</p> <p>72 <input type="checkbox"/> 高さや安定感は適切ですか</p> <p>73 <input type="checkbox"/> その他:</p> <p>*車いす</p> <p>74 <input type="checkbox"/> 移動具としてのみ使えていますか</p> <p>75 <input type="checkbox"/> ストッパー、フットレストは安全に使えていますか</p> <p>76 <input type="checkbox"/> 座り方は安定していますか</p> <p>77 <input type="checkbox"/> その他:</p> <p>&lt;感染の予防&gt;</p> <p>78 <input type="checkbox"/> 手をすぐに洗える場や用意がありますか</p> <p>79 <input type="checkbox"/> 腐ったものはありませんか</p> <p>80 <input type="checkbox"/> カビなどはありませんか</p> <p>81 <input type="checkbox"/> ホコリがたまっていませんか</p> <p>82 <input type="checkbox"/> 害虫等が繁殖していませんか</p> <p>83 <input type="checkbox"/> その他:</p>	<p>私の願いや 支援してほしいこと</p> <p>●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</p>
---	---

◎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…

身長	cm	体重	kg	栄養状態:	食事の形態:	主食:	副食:	飲水量	cc/日
1	<input type="checkbox"/> 食欲がない				3. 私の口の中				
2	<input type="checkbox"/> 眠れない				入れ歯が合わず痛みや不具合がある				
3	<input type="checkbox"/> 起きれない				31 <input type="checkbox"/> 歯ぐきがはれている				
4	<input type="checkbox"/> 痛みがある				32 <input type="checkbox"/> 口内炎ができています				
5	<input type="checkbox"/> 便秘している				33 <input type="checkbox"/> 舌が白くなっている				
6	<input type="checkbox"/> 下痢している				34 <input type="checkbox"/> 口の中が汚れている				
7	<input type="checkbox"/> 熱がある				35 <input type="checkbox"/> 口の中が乾燥している				
8	<input type="checkbox"/> 手足が冷えている				36 <input type="checkbox"/> 唇が乾燥している				
9	<input type="checkbox"/> その他				37 <input type="checkbox"/> 飲み込みが悪い、むせる				
					38 <input type="checkbox"/> その他				

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

2. 行動心理的な状態	状態
31 <input type="checkbox"/> 盗汗など被害にあっていると言う	
32 <input type="checkbox"/> 状況に合わない話をする	
33 <input type="checkbox"/> (ないものが見える、聞こえる)	
34 <input type="checkbox"/> 気持ちが不安定	
35 <input type="checkbox"/> 夜眠らない	
36 <input type="checkbox"/> 荒々しい言い方ややるまいをする	
37 <input type="checkbox"/> 何度も同じ話をする	
38 <input type="checkbox"/> (周囲に不快な)音を立てる	
39 <input type="checkbox"/> 大きな声を出す	
40 <input type="checkbox"/> 声かけや介護を拒む	
41 <input type="checkbox"/> 落ち着かない	
42 <input type="checkbox"/> 歩き続ける	
43 <input type="checkbox"/> 家に帰るなどの言動を繰り返す	
44 <input type="checkbox"/> (一人では危険だが)外に出ようとする	
45 <input type="checkbox"/> 外出すると一人で戻れない	
46 <input type="checkbox"/> いろいろな物を集める	
47 <input type="checkbox"/> 火を安全に使えない	
48 <input type="checkbox"/> 物や衣類を傷めてしまう	
49 <input type="checkbox"/> 排泄物とかわからず触ってしまう	
50 <input type="checkbox"/> 食べられない物を口に入れる	
51 <input type="checkbox"/> その他	

3. 私の皮膚の状態	状態
40 <input type="checkbox"/> 乾燥している	
41 <input type="checkbox"/> かゆみがある	
42 <input type="checkbox"/> 湿疹ができています	
43 <input type="checkbox"/> 傷がある	
44 <input type="checkbox"/> はれている	
45 <input type="checkbox"/> 赤くなっている	
46 <input type="checkbox"/> タコができています	
47 <input type="checkbox"/> 魚の目が出ています	
48 <input type="checkbox"/> 水虫ができています	
49 <input type="checkbox"/> 床ずれがある	
50 <input type="checkbox"/> その他	

4. 私のコミュニケーション	状態
51 <input type="checkbox"/> 表情がうつろ、堅い、乏しい	
52 <input type="checkbox"/> 目に光がない	
53 <input type="checkbox"/> 見えにくい	
54 <input type="checkbox"/> 聞こえにくい	
55 <input type="checkbox"/> 意思を伝えにくい	
56 <input type="checkbox"/> 感情を表現できにくい	
57 <input type="checkbox"/> 相手のいうことが理解できない	

5. コミュニケーション	状態
51 <input type="checkbox"/> 表情がうつろ、堅い、乏しい	
52 <input type="checkbox"/> 目に光がない	
53 <input type="checkbox"/> 見えにくい	
54 <input type="checkbox"/> 聞こえにくい	
55 <input type="checkbox"/> 意思を伝えにくい	
56 <input type="checkbox"/> 感情を表現できにくい	
57 <input type="checkbox"/> 相手のいうことが理解できない	

# 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	できるために必要な支援、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。

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。

時間	気分							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
	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				
	-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。  
※の人のらしさを守るために、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 4 ア 時 間 ラ ン 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、などといいついて考えてしまう。)

是非広く普及し利用されていって欲しいと願うが、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」

「私ができ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

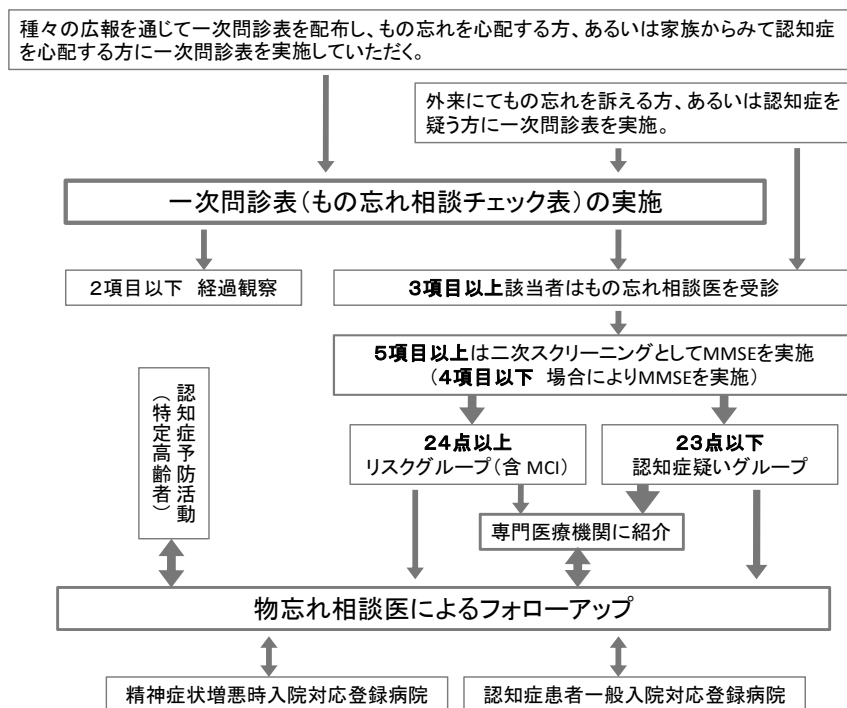
## 名古屋市医師会認知症ケアシステム 「なごや認知症安心安全プロジェクト」

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。

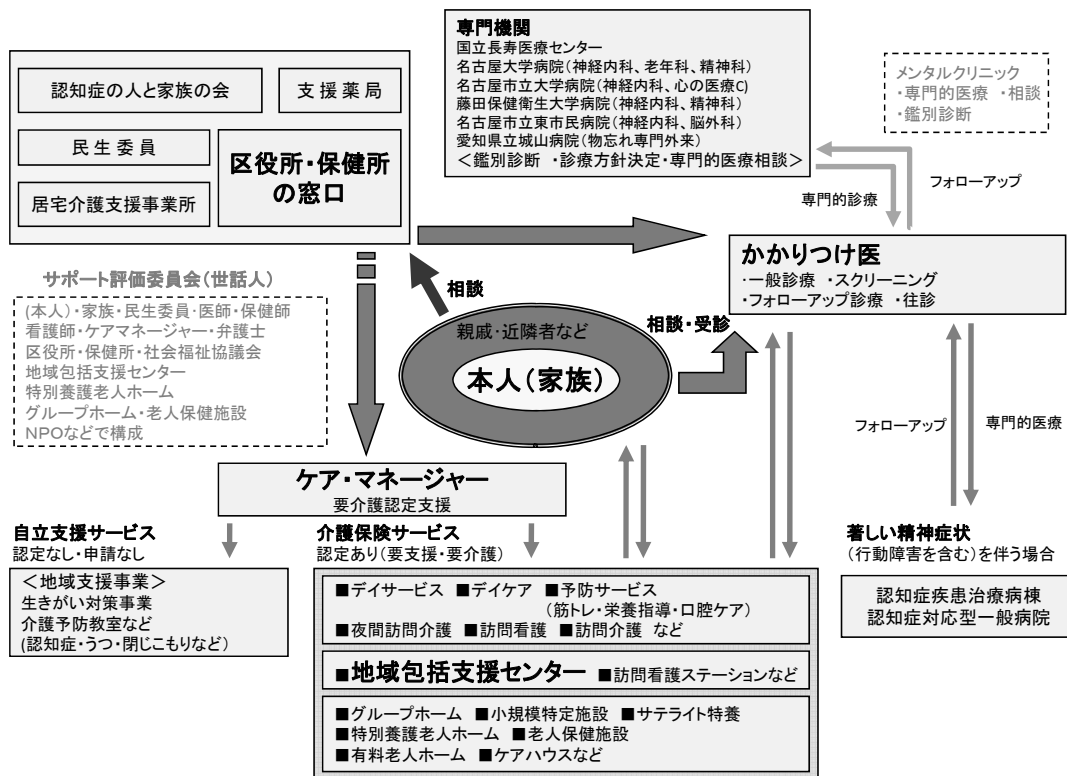
(名古屋市医師会 認知症サポート医 黒川 豊)

## 【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)。

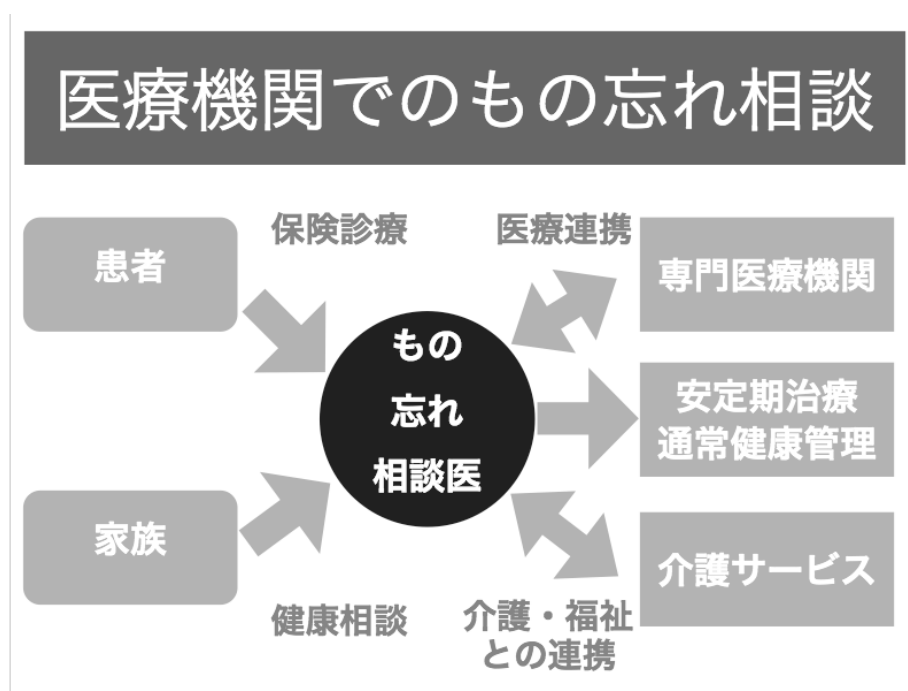


図1 医療機関における「もの忘れ相談医」の役割と医療連携

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。

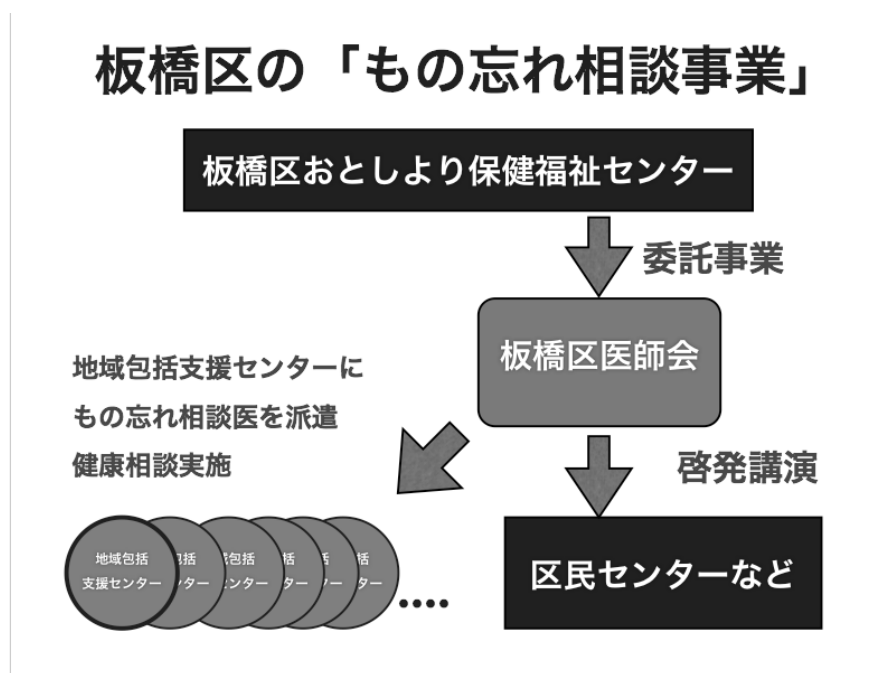


図 2 板橋区の「もの忘れ相談事業」概要

「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。

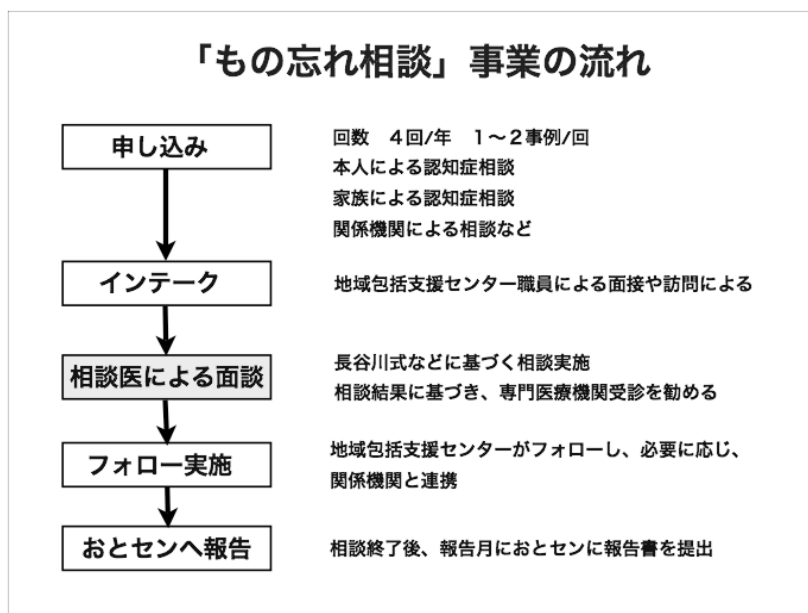


図 3 地域包括支援センターの「もの忘れ相談事業」フロー

## 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

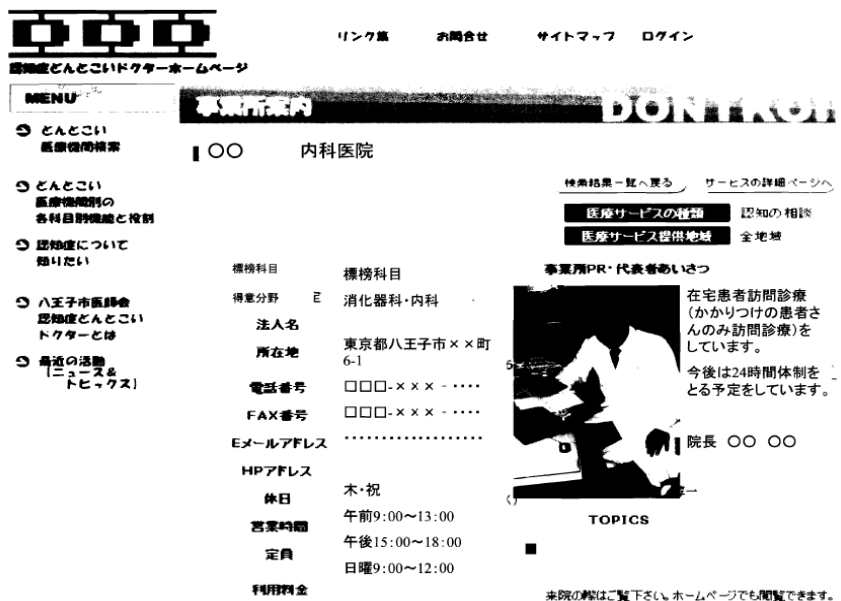


図3 医療機関の情報1頁目(共通項目)

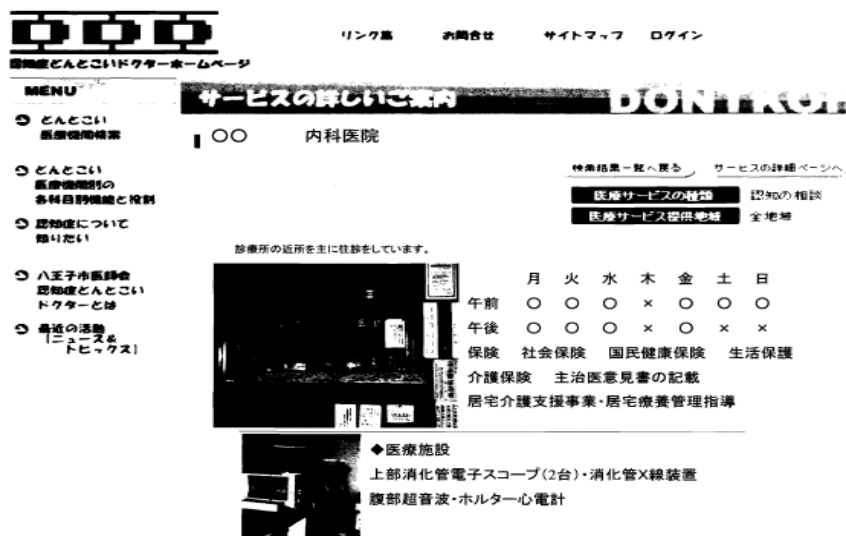


図4 医療機関の情報2頁目(個々の特色等)

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。

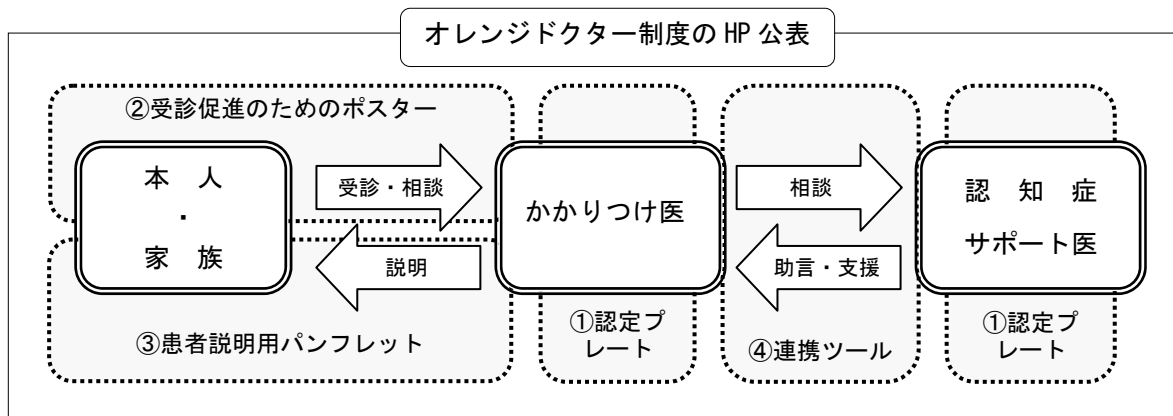
研 修 名	目 的	修了者数 (H22. 2. 28 現在)
かかりつけ医認知症対応力向上研修	認知症診断の知識・技術，家族からの相談対応の習得	773 人
認知症サポート医養成研修	かかりつけ医への助言・支援，専門医療機関・地域包括支援センター等との連携の推進	54 人

#### 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 <hr/> 先生 <hr/>	医療機関名 <hr/> 所在地 <hr/> 電話番号 <hr/> FAX番号 <hr/> 氏 名 <hr/> <div style="text-align: right;">(印)</div>
-------------------------	---

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)

(印)

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 齡 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)



(資料 11-5)

## 東京都医師会の認知症対策への取り組み

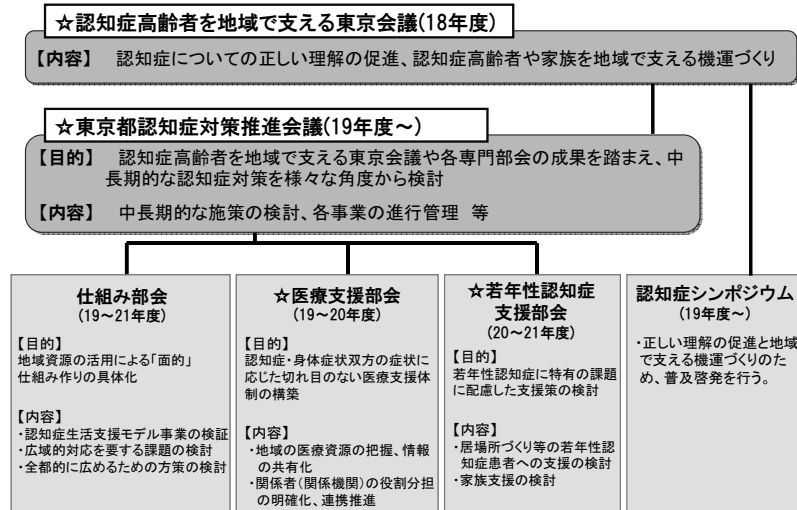
### はじめに

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。

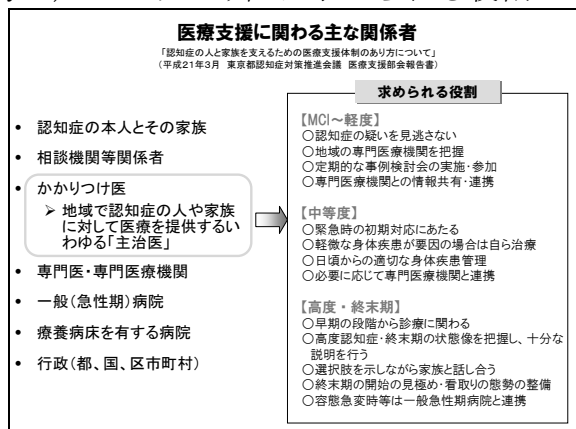
地域づくり、とりわけ地域の医療支援体制を構築するうえで、かかりつけ医に期待される役割は大きい。東京都医師会もこれらの取組に参画するなど、行政と医師会が一体となり、認知症の人に対する医療支援体制の充実に向けて、以下に述べるような総合的な取組を進めている。

### (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を行い、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/](http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/zaishien/ninchishou_navi/)) で公表している。

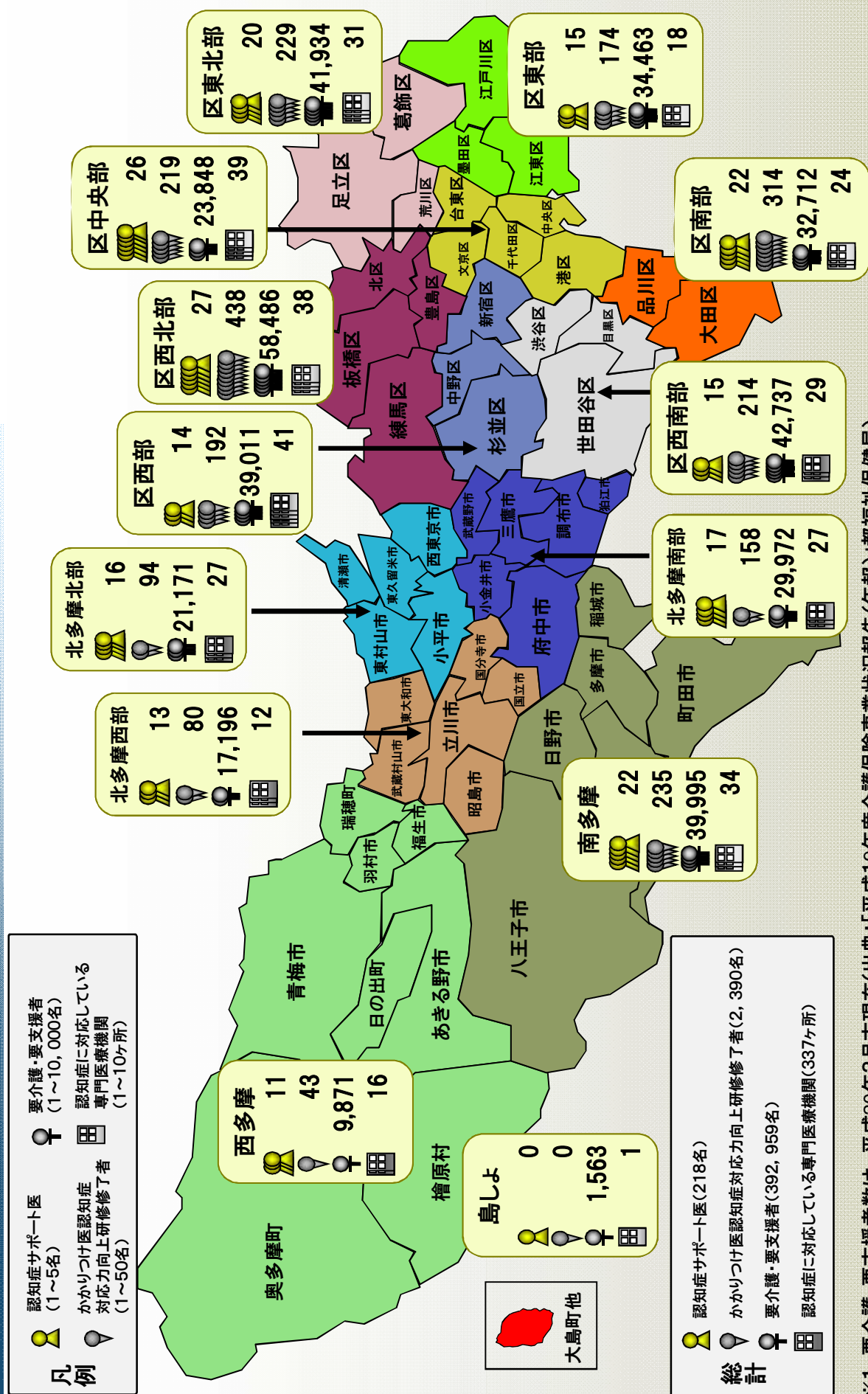
また、認知症に対応可能な医療機関の情報を、東京都医療機関案内サービス「ひまわり」からも検索できる。

#### 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。）