（別添２）

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が、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主治医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になりますので、なるべく難解な専門用語を用いることは避けて作成してください。

２．主治医意見書の具体的な利用方法

主治医意見書は、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、主治医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、本主治医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 74 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、認定調査票の特記事項や主治医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「要支援２」「要介護１」「要介護認定等基準時間が 32 分以上 50 分未満である状態（当該状態に相当すると認められないものを除く。）又はこれに相当すると認められる状態」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、主治医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等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等の介護保険事業の適切な運営を目的とした主治医意見書の活用

主治医意見書は、介護サービス計画や介護予防ケアマネジメントのケアプランの作成に際し、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留意点を反映するために活用されます。

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。

主治医意見書はケアプランの作成の他、介護保険事業の適切な運営のため、例えば以下の場面において活用されます。

なお、申請者本人の同意を得た上で主治医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。

・　地域ケア個別会議

地域ケア会議の考え方や実践手法を整理し取りまとめた手引き（※１）において、ケアプランの作成時に用いたもの又は医学的な情報を参照するものの例として、主治医意見書を用いる旨を紹介しています。

具体的には、介護支援専門員が主治医意見書を地域ケア個別会議に持参したり、口頭等で内容を共有することにより、当該会議における個別事例の検討に活用される場合があります。

・　居宅・施設サービスの入所判定

指定介護老人福祉施設等の入所に関する通知（※２）において、「施設は、保険者市町村に対し（中略）当該入所申込者が特例入所対象者に該当するか否かを判断するに当たって適宜その意見を求めること。」としており、当該求めに対して保険者は主治医意見書を用いて意見を表明する場合があります。また、認知症対応型共同生活介護の入居要件については、基準省令（※３）において、「指定認知症対応型共同生活介護事業者は、入居申込者の入居に際しては、主治の医師の診断書等により当該入居申込者が認知症である者であることの確認をしなければならない。」としており、認知症の確認に際して主治医意見書が活用される場合があります。

具体的には、介護支援専門員や保険者から、指定介護老人福祉施設、指定地域密着型介護老人福祉施設及び認知症対応型共同生活介護における入所に関する検討のための委員会に主治医意見書が提出され、特例入所対象者の判定、施設への優先入所対象者の判定又は認知症の診断の確認に活用される場合があります。

・　加算の算定

介護報酬の留意事項通知（※４）において、「加算の算定要件として（中略）『認知症高齢者の日常生活自立度』を用いる場合の日常生活自立度の決定に当たっては、医師の判定結果又は主治医意見書を用いるものとする。」と規定しています。

具体的には、各事業所において、認知症高齢者の日常生活自立度を要件としている報酬（認知症加算や特定事業所加算等）の算定に、主治医意見書の認知症高齢者の日常生活自立度の記載が活用される場合があります。

※１．介護予防活動普及展開事業　市町村向け手引き

※２．指定介護老人福祉施設等の入所に関する指針について（平成 26 年 12 月 12 日付け老高発 1212 第１号厚生労働省老健局高齢者支援課長通知）

※３．指定地域密着型サービスの事業の人員，設備及び運営に関する基準（平成 18 年厚生労働省令第 34 号）第 94 条

※４．指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（短期入所サービス及び特定施設入居者生活介護に係る部分）及び指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準の設定に伴う実施上の留意事項について（平成 12 年３月８日付け老企第 40 号厚生省老人保健福祉局企画課長通知）

Ⅱ　作成に際しての留意事項

１．作成者

主治医意見書の作成は、申請者の主治医が行ってください。

２．作成・送信方法

介護情報基盤を活用して主治医意見書を電子的に作成及び送信する場合は、電子カルテシステム又は文書作成システム（以下、「当該システム」という。）を用いて主治医意見書を作成し、当該システムを利用して介護情報基盤に送信してください。この場合、利用する当該システムは、厚生労働省老健局老人保健課が示す「主治医意見書／請求書電送サービスの導入に関するシステムベンダ向け技術解説書」に対応した機能が具備されている必要があります。また、主治医意見書の作成及び介護情報基盤への送信にあたっては、介護保険資格確認等 WEB サービスなどの公的なサービスを利用することも可能です。

紙媒体に記載する場合は、インク、またはボールペンを使用してください。

Ⅲ　作成マニュアル

１．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。

「医師氏名」等

主治医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、ＦＡＸ、主治医の氏名を記入してください。主治医意見書を介護情報基盤を用いて作成及び送信する場合については、医師本人による自署を不要とします。その場合、電子署名を用いることも可能ですが、当面の間、医療機関の判断で電子署名を行わなくとも構いません。なお、電子署名をせず、セキュリティ事案が発生した場合には、医療機関には調査や患者に対しての説明が求められ、事案に対する責任が医師本人や医療機関に生じることに留意ください。

紙媒体で主治医意見書を作成及び提出する場合については、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。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、名称等は、ゴム印等を用いても構いません。

（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）主治医意見書作成回数

申請者について主治医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。主治医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。

２．傷病に関する意見

（１）診断名

現在、罹患している傷病の診断名と、その発症年月日を記入してください。

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

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

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

なお、４種類以上の傷病に罹患している場合については、主な傷病名の記入にとどめ、必要であれば、「５．特記すべき事項」の欄に記入してください。

特定疾病の診断については、以下に示す「特定疾病の症候・所見のポイント」を参考としつつ、別添３の「特定疾病にかかる診断基準」に従って記入するとともに、診断上の主な所見については「（３）生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容」に記入してください。

※：　生活機能とは、①体・精神の働き、体の部分である「心身機能」、②ＡＤＬ（日常生活行為）・外出・家事・職業に関する生活行為全般である「活動」、③家庭や社会での役割を果たすことである「参加」、のすべてを含む包括概念。
生活機能には健康状態（病気・怪我・ストレスなど）、環境因子（物的環境・人的環境・制度的環境）、個人因子（年齢・性別など）などが様々に影響する。

特定疾病の症候・所見のポイント

	疾病名	症候・所見
1	がん （がん末期）	以下のいずれかの方法により悪性新生物であると診断され、かつ、治癒を目的とした治療に反応せず、進行性かつ治癒困難な状態（注）にあるもの。 ① 組織診断又は細胞診により悪性新生物であることが証明されているもの ② 組織診断又は細胞診により悪性新生物であることが証明されていない場合は、臨床的に腫瘍性病変があり、かつ、一定の時間的間隔を置いた同一の検査（画像診査など）等で進行性の性質を示すもの。 注） ここでいう治癒困難な状態とは、概ね６月間程度で死が訪れると判断される場合を指す。なお、現に抗がん剤等による治療が行われている場合であっても、症状緩和等、直接治癒を目的としていない治療の場合は治癒困難な状態にあるものとする。
2	関節リウマチ	指の小関節から股・膝のような大関節まであらゆる関節に炎症が起こり、疼痛・機能障害が出現する。とくに未明から早朝に痛みとこわばりが強い。筋、腱にも影響し筋力低下や動作緩慢が顕著になる。
3	筋萎縮性側索硬化症	筋萎縮・筋力低下、球麻痺、筋肉の線維束性収縮、錐体路症状を認める。それに反して感覚障害、眼球運動障害、膀胱直腸障害、褥瘡は原則として末期まで認めない。
4	後縦靭帯骨化症	靭帯の骨化は頚椎に最も多く、頚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。 大腿骨頚部骨折・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。転位の少ない頚部骨折の場合、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（頚部を後屈させ、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。 頚部脊柱管狭窄症 … 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・軟部組織の石炭化、性腺機能低下症、糖尿病、髄膜腫等を認める。
11	多系統萎縮症	多系統萎縮症（ＭＳＡ）は臨床的に、①起立性低血圧、排尿障害、発汗低下など自律神経症状、②筋肉のこわばり、ふるえ、動作緩慢、小刻み歩行などパーキンソン症状、③立位や歩行時のふらつき、呂律が回らない、字がうまく書けないなどの小脳症状、を様々な程度に組み合わせ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一を「線条体黒質変性症」、小脳症状が強いものを「オリーブ橋小脳萎縮症」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ー下肢冷感、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□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。例えば、進行性のがんで、急激な悪化が見込まれる場合については「６．特記すべき事項」ではなく、本項に記載することが望まれます。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。特に精神疾患患者にあっては、可能な限り日頃の状況を把握している者に立会を求め、症状の変動についての情報にも留意する。

（３）生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容

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は、生活機能低下と関連が深い事項について要点を簡潔に記入してください。

また、「２.」「３.」の診断名についても、生活機能低下の原因となっている傷病について記入してください。

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。

３．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□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。

４．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□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たすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。		在宅生活が基本であるが、一人暮らしは困難な場合もあるので、日中の居宅サービスを利用することにより、在宅生活の支援と症状の改善及び進行の阻止を図る。
Ⅱa	家庭外で上記Ⅱの状態がみられる。	たびたび道に迷うとか、買物や事務、金銭管理等それまでできたことにミスが目立つ等	
Ⅱb	家庭内でも上記Ⅱの状態がみられる。	服薬管理ができない、電話の応対や訪問者との対応等一人で留守番ができない等	
Ⅲ	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。		日常生活に支障を来たすような行動や意思疎通の困難さがランクⅡより重度となり、介護が必要となる状態である。「ときどき」とはどのくらいの頻度を指すかについては、症状・行動の種類等により異なるので一概には決められないが、一時も目を離せない状態ではない。 在宅生活が基本であるが、一人暮らしは困難であるので、夜間の利用も含めた居宅サービスを利用しこれらのサービスを組み合わせることによる在宅での対応を図る。
Ⅲa	日中を中心として上記Ⅲの状態が見られる。	着替え、食事、排便、排尿が上手にできない、時間がかかる。 やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声、奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等	
Ⅲb	夜間を中心として上記Ⅲの状態が見られる。	ランクⅢaに同じ	
Ⅳ	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	ランクⅢに同じ	常に目を離すことができない状態である。症状・行動はランクⅢと同じであるが、頻度の違いにより区分される。 家族の介護力等の在宅基盤の強弱により居宅サービスを利用しながら在宅生活を続けるか、または特別養護老人ホーム・老人保健施設等の施設サービスを利用するかを選択する。施設サービスを選択する場合には、施設の特徴を踏まえた選択を行う。
M	著しい精神症状や周辺症状あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する周辺症状が継続する状態等	ランクⅠ～Ⅳと判定されていた高齢者が、精神病院や認知症専門棟を有する老人保健施設等での治療が必要となったり、重篤な身体疾患が見られ老人病院等での治療が必要となった状態である。専門医療機関を受診するよう勧める必要がある。

（２）認知症の中核症状（認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む）

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。毎日するべきことに対して予定を立てたり、状況を判断できる。
いくらか困難	日々繰り返される日課については判断できるが、新しい課題や状況に直面した時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	時々は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）認知症の行動・心理症状（ＢＰＳＤ）

申請者に認められる認知症の行動・心理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、認知症の行動・心理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、認知症等で記銘力障害のある場合（健忘性）、妄想によって周囲を正しく判断していない場合（妄想性）等にも認

	められる。
失認	局在性の大脳病変によって起こる後天性の知覚と認知の障害で、ある感覚を介する対象認知が障害されているが、その感覚自体の異常、また、知能低下、意識障害等に原因するとはいえず、また他の感覚を介すれば対象を正しく認知できるもの。視覚失認及び視空間失認、聴覚失認、触覚失認、身体失認等に大別される。
失行	随意的、合目的的、象徴的な熟練を要する運動行為を行うことができない状態で、麻痺、運動失調等の要素的運動障害、また失語、失認、精神症状等で説明できないもの。局在性の大脳病変で起こる後天性の行為障害。

（５）身体の状態

利き腕

利き腕について、該当する方の□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□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□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□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、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。

５．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□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。
介助があればしている	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□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□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□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□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□にレ印をつけてください。また、医学的観点から、改善に向けた留意点について、（　　）内に記入してください。

良好	①過去６ヶ月程度の体重の維持（概ね３％未満）、②BMI（体重(kg)/身長^2(m^2)）18.5以上、③血清アルブミン値が明らかである場合には、3.5g/dlを上回る、の３項目全てが該当する状態。 上記指標が入手できない場合には、食事行為、食事摂取量（概ね３／４以上）、食欲、顔色や全身状態（浮腫、脱水、褥瘡などがない状態）から総合的に栄養状態が良いと判断される状態。
不良	①過去６ヶ月程度の体重の減少（概ね３％以上）、②BMI（体重(kg)/身長^2(m^2)）18.5未満、③血清アルブミン値がある場合には、3.5g/dl以下、の３項目のうち１つでも該当する状態。 上記指標が入手できない場合には、食事行為、食事摂取量（概ね３／４以下）、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又は不良となる可能性が高いと判断される状態。

（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（予防給付等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。特記すべき項目がない場合は、「特記すべき項目なし」の□にレ印をつけてください。

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、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。
老人保健施設	施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話を行うことにより、入所者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにするとともに、その者の居宅における生活への復帰を目指すものをいう。
介護医療院	要介護者であって、主として長期にわたり療養が必要である者に対し、施設サービス計画に基づいて、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話を行う。
短期入所療養介護	病院、診療所及び介護老人保健施設に短期間入所させ、当該施設において、看護、医学的管理下における介護、機能訓練その他必要な医療及び日常生活上の世話を行うものをいう。
訪問歯科診療	居宅において療養を行っている患者であって、通院が困難なものに対して、患者の求めに応じ訪問して歯科診療を行った場合又は、当該歯科診療に基づき継続的

	な歯科治療が認められた患者に対してその同意を得て訪問して歯科診療を行うものをいう。
訪問歯科衛生指導	訪問歯科診療を行った歯科医師の指示に基づき、歯科衛生士、保健師、看護師等が訪問して療養上必要な指導として、患者の口腔内での清掃等に係わる指導を行うものをいう。
訪問薬剤管理指導	医師の診療に基づき計画的な医学的管理を継続して行い、かつ、薬剤師が訪問して薬学的管理指導を行うものをいう。
訪問栄養食事指導	医師の診療に基づき計画的な医学的管理を継続して行い、かつ、管理栄養士が訪問して具体的な献立等によって実技指導を行うものをいう。
その他の医療系サービス	上記以外の医学的管理をいう。地域支援事業の訪問型介護予防、機能訓練、保健所が実施する保健指導、入院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、該当するものの□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。特記すべき留意事項がない場合は、「特記すべき項目なし」の□にレ印をつけてください。

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□にレ印をつけてください。有の場合には、具体的な傷病名・症状等を（　　）内に記入してください。

６．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や情報提供書や障害者手帳の申請に用いる診断書等がある場合にはその結果、内容のうち、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を簡潔に記入してください。

なお、平成２１年度の要介護認定の見直しでは、調査員ごとのバラツキを減らすとともに、介護の不足等も適切に把握できるよう、認定調査の選択肢について、調査員の方に、できるだけ見たままを選んでいただき、介護認定審査会において、認定調査票の特記事項や主治医意見書の内容から、申請者に必要な介護の手間について総合的に把握し、判定することとしました。したがって、申請者にかかる介護の手間をより正確に反映するために、主治医意見書の重要性が増しており、主治医意見書の「５．特記すべき事項」に、申請者の状態やそのケアに係る手間、頻度等の具体的内容についても記載してください。

その他、交通事故等の第三者による不法行為（以下「第三者行為」という。）による被害に係る求償事務の取組強化のため、平成２８年４月１日より、第三者行為により介護保険給付を受ける場合、第１号被保険者は保険者への届出が必要となりました。

主治医意見書を端緒として保険者が被保険者に対し適切な届出を促す観点から、第１号被保険者について、負傷等の原因として第三者行為が疑われる場合は、主治医意見書の「６．特記すべき事項」に「第三者行為」といった旨の記載をお願いします。

（別添３）

特定疾病にかかる診断基準

特定疾病にかかる診断基準について

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

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

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

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

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

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

目　　次

１．がん【がん末期】

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

２．関節リウマチ

３．筋萎縮性側索硬化症

４．後縦靱帯骨化症

５．骨折を伴う骨粗鬆症

６．初老期における認知症

７．進行性核上性麻痺、大脳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】

８．脊髄小脳変性症

９．脊柱管狭窄症

10．早老症

11．多系統萎縮症

12．糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症

13．脳血管疾患

14．閉塞性動脈硬化症

15．慢性閉塞性肺疾患

16．両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

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

【定義】

以下の特徴をすべて満たす疾病である。

①無制限の自律的な細胞増殖が見られること（自律増殖性）
本来、生体内の細胞は、その細胞が構成する臓器の形態や機能を維持するため、生化学的、生理学的な影響を受けながら細胞分裂し、増殖するものであるが、がん細胞はそういった外界からの影響を受けず無制限かつ自律的に増殖する。

②浸潤性の増殖を認めること（浸潤性）
上記の自律的な増殖により形成される腫瘍が、原発の臓器にはじまり、やがて近隣組織にまで進展、進行する。

③転移すること（転移性）
さらに、播種性、血行性に遠隔臓器やリンパ行性にリンパ節等へ不連続に進展、進行する。

④何らかの治療を行わなければ、①から③の結果として死に至ること（致死性）

【診断基準】

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

① 組織診断又は細胞診により悪性新生物であることが証明されているもの
② 組織診断又は細胞診により悪性新生物であることが証明されていない場合は、臨床的に腫瘍性病変があり、かつ、一定の時間的間隔を置いた同一の検査（画像診査など）等で進行性の性質を示すもの。

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

参考にした診断基準：
「特定疾病におけるがん末期の取扱いに係る研究班」による診断基準

２．関節リウマチ

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

（１）自他覚症状

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

（２）臨床検査

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

（３）鑑別診断

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

参考にした診断基準：
厚生省長期慢性疾患総合研究事業による診断基準

3．筋萎縮性側索硬化症

1） 主要項目

(1) 以下の①ー④のすべてを満たすものを、筋萎縮性側索硬化症と診断する。

① 成人発症である。

② 経過は進行性である。

③ 神経所見・検査所見で、下記の 1 か 2 のいずれかを満たす。

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

下位運動ニューロン徴候は、(2) 針筋電図所見（①又は②）でも代用できる。

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

④ (3)鑑別診断で挙げられた疾患のいずれでもない。

(2) 針筋電図所見

① 進行性脱神経所見：線維性収縮電位、陽性鋭波など。

② 慢性脱神経所見 ：長持続時間、多相性電位、高振幅の大運動単位電位など。

(3) 鑑別診断

① 脳幹・脊髄疾患：腫瘍、多発性硬化症、頸椎症、後縦靭帯骨化症など。

② 末梢神経疾患：多巣性運動ニューロパチー、遺伝性ニューロパチーなど。

③ 筋疾患：筋ジストロフィー、多発筋炎など。

④ 下位運動ニューロン障害のみを示す変性疾患：脊髄性進行性筋萎縮症など。

⑤ 上位運動ニューロン障害のみを示す変性疾患：原発性側索硬化症など。

2） 参考事項

(1) SOD1 遺伝子異常例以外にも遺伝性を示す例がある。

(2) 稀に初期から認知症を伴うことがある。

(3) 感覚障害、膀胱直腸障害、小脳症状を欠く。ただし一部の例でこれらが認められることがある。

(4) 下肢から発症する場合は早期から下肢の腱反射が低下、消失することがある。

(5) 身体の領域の分け方と上位・下位ニューロン徴候は以下のようである。

	a. 脳神経領域	b. 頸部・上肢領域	c. 体幹領域 （胸随領域）	d. 腰部・下肢領域
上位運動ニューロン徴候	下顎反射亢進 口尖らし反射亢進 偽性球麻痺 強制泣き・笑い	上肢腱反射亢進 ホフマン反射亢進 上肢痙縮 萎縮筋の腱反射残存	腹壁皮膚反射消失 体幹部腱反射亢進	下肢腱反射亢進 下肢痙縮 バビンスキー徴候 萎縮筋の腱反射残存
下位運動ニューロン徴候	顎、顔面 舌、咽・喉頭	頸部、上肢帯、 上腕	胸腹部、背部	腰帯、大腿、 下腿、足

参考にした診断基準：

厚生労働省特定疾患調査研究班（神経変性疾患調査研究班）による診断基準

4．後縦靱帯骨化症

（1）自覚症状ならびに身体所見

a. 四肢・躯幹のしびれ、痛み、知覚障害
b. 四肢・躯幹の運動障害
c. 膀胱直腸障害
d. 脊柱の可動域制限
e. 四肢の腱反射亢進
f. 四肢の病的反射

（2）血液・生化学検査所見

一般に異常を認めない。

（3）画像所見

a. 単純Ｘ線

後縦靱帯骨化は側面像で椎体後縁に並行する骨化像として認められ、4 型に分類される。黄色靱帯骨化は椎弓間に観察される。

b. ＣＴ

靭帯骨化の脊柱管内の拡がりや横断面での骨化の形態は、ＣＴによりとらえられる。

c. ＭＲＩ

靱帯骨化による脊髄の圧迫病態を見るには、ＭＲＩが有用である。

（4）診断

脊椎Ｘ線像所見に加え、1 に示した自覚症状並びに身体所見が認められ、それが靱帯骨化と因果関係があるとされる場合、本症と診断する。

（5）鑑別診断

後縦靱帯骨化症に類似した症状又は徴候を呈するために鑑別診断上注意を要する疾患として次のものがある。強直性脊椎炎、変形性脊椎症、強直性脊椎骨増殖症、脊柱管狭窄症、椎間板ヘルニア、脊柱奇形、脊椎・脊髄腫瘍、運動ニューロン疾患、痙性脊髄麻痺（家族性痙性対麻痺）、多発性神経炎、脊髄炎、末梢神経障害、筋疾患、脊髄小脳変性症、脳血管障害、その他。

参考にした診断基準：

厚生労働省特定疾患調査研究班（脊柱靱帯骨化症調査研究班）による診断基準

５．骨折を伴う骨粗鬆症

（１）骨粗鬆症の診断

低骨量をきたす骨粗鬆症以外の疾患又は続発性骨粗鬆症を認めず、骨評価の結果が下記の条件を満たす場合、原発性骨粗鬆症と診断する。

Ⅰ．脆弱性骨折（注１）あり

Ⅱ．脆弱性骨折なし

	骨密度値	脊椎Ｘ線像での骨粗鬆化
正常	ＹＡＭの８０％以上	な　し
骨量減少	ＹＡＭの７０％以上８０％未満	疑いあり
骨粗鬆症	ＹＡＭの７０％未満	あ　り

ＹＡＭ：若年成人平均値（２０歳～４４歳）

注１　脆弱性骨折：低骨量（骨密度がＹＡＭの８０％未満、あるいは脊椎Ｘ線像で骨粗鬆化がある場合）が原因で、軽微な外力によって発生した非外傷性骨折、骨折部位は脊椎、大腿骨頸部、橈骨遠位端、その他。

注２　骨密度は原則として腰椎骨密度とする。ただし、高齢者において、脊椎変形などのために腰椎骨密度の測定が適当でないと判断される場合には大腿骨頸部骨密度とする。これらの測定が困難な場合は、橈骨、第２中手骨、踵骨の骨密度を用いる。

注３　脊椎Ｘ線像での骨粗鬆症の評価は、従前の骨萎縮度判定基準を参考にして行う。

脊椎Ｘ線像での骨粗鬆化	従来の骨萎縮度判定基準
な　し	骨萎縮なし
疑いあり	骨萎縮度Ⅰ度
あ　り	骨萎縮度Ⅱ度以上

（２）骨折の診断

症状及びＸ線所見による。

参考にした診断基準：

日本骨代謝学会骨粗鬆症診断基準（２０００年度改訂版）

６．初老期における認知症

「精神疾患の分類と診断の手引き　第５版（ＤＳＭ－Ⅴ－ＴＲ）」（アメリカ合衆国精神医学会作成）といった医学の専門家等において広くコンセンサスの得られた診断基準を用いて医師が診断するものであって、以下のような加齢によって生ずる心身の変化に起因しない疾病によるものを除く。

１．外傷性疾患
　頭部外傷、硬膜下血腫など

２．中毒性疾患
　有機溶剤、金属、アルコールなど

３．内分泌疾患
　甲状腺機能低下症、Cushing 病、Addison 病など

４．栄養障害
　ビタミン B12 欠乏症、ペラグラ脳症など

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

１．進行性核上性麻痺

主要項目

（１）４０ 歳以降で発症することが多く、また、緩徐進行性である。

（２）主要症候

① 垂直性核上性眼球運動障害（初期には垂直性眼球運動の緩徐化であるが、進行するにつれ上下方向への注視麻痺が顕著になってくる）

② 発症早期（概ね１－２ 年以内）から姿勢の不安定さや易転倒性（すくみ足、立直り反射障害、突進現象）が目立つ。

③ ほぼ対称性の無動あるいは筋強剛があり、四肢末梢よりも体幹部や頸部に目立つ。

（３）その他の症候

① 進行性の構音障害や嚥下障害

② 前頭葉性の特徴を有する進行性認知障害（思考の緩慢化、想起障害、意欲低下などを特徴とする）

（４）画像所見（ＣＴ あるいはＭＲＩ）

進行例では、中脳被蓋部の萎縮、脳幹部の萎縮、第三脳室の拡大を認めることが多い。

（５）除外項目

① Ｌ－ＤＯＰＡが著効（パーキンソン病の除外）

② 初期から高度の自律神経障害の存在（多系統萎縮症の除外）

③ 顕著な多発ニューロパチー（末梢神経障害による運動障害や眼球運動障害の除外）

④ 肢節運動失行、皮質性感覚障害、他人の手徴候、神経症状の著しい左右差の存在（大脳皮質基底核変性症の除外）

⑤ 脳血管障害、脳炎、外傷など明らかな原因による疾患

（６）判定

次の３条件を満たすものを進行性核上性麻痺と診断する。

① （１）を満たす。

② （２）の２ 項目以上がある、あるいは（２）の１項目及び（３）の１項目以上がある。

③ 他の疾患を除外できる。

参考事項

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

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

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

非定型例として「純粋無動症」と呼ばれる病型があり、パーキンソン病に似て、歩行障害、すくみ足、易転倒性を特徴とするが、筋強剛や振戦を欠く。眼球運動障害も末期になるまで出現しないことが多い。

2．大脳皮質基底核変性症

主要項目

（1）中年期以降に発症し緩徐に進行する。

（2）失行あるいはその他の大脳皮質徴候

① 肢節運動失行があり、左右差が目立つ。

② 肢節運動失行が明瞭でなくても、皮質性感覚障害、把握反応、「他人の手」徴候、反射性ミオクローヌスのいずれがあり、左右差が目立つ。

③ 観念運動失行が肢節運動失行よりも顕著な場合は、左右差は目立たないことが多い。

④ その他の認知機能障害として、稀に、認知症、異常行動、注意障害、失語などが早期から目立つ例がある。

（3）錐体外路徴候

① パーキンソニズム（無動、筋強剛、振戦）：障害は下肢よりも上肢に目立つことが多い。

② ジストニー

（4）その他の神経症状

① 偽性球麻痺（構音障害、嚥下障害）

② 尿失禁

（５）画像所見

ＣＴ、ＭＲＩ、ＳＰＥＣＴで、一側優位性の障害（大脳半球の萎縮又は血流低下）は診断において、重要な支持的所見である。しかし、両側性あるいはび漫性に異常所見が出現する例もあるので、診断上必須所見とはしない。

（６）除外すべき疾患

① パーキンソン病
② 進行性核上性麻痺
③ 多系統萎縮症（特に線条体黒質変性症）
④ 薬剤、脳炎、脳血管障害、外傷など
⑤ 類似症状を呈するその他の疾患

（７）判定

次の３条件を満たすものを皮質基底核変性症と診断する。

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

注：なお、必須ではないが、画像所見によって他の疾患を除外し、一側性優位性の障害を確認する事が望ましい。

参考所見

大脳皮質基底核変性症（ＣＢＤ）は、一側優位性が目立つ大脳半球萎縮及び基底核変性を生じる神経変性疾患で、特有の大脳皮質症状と運動障害を呈する。

（１）臨床的には、以下の所見がみられる。

① 中年期以降に発病し緩徐に進行する。
② 大脳皮質症状として、前頭・頭頂葉症状が見られる。最も頻度が高く特徴的な症状は肢節運動失行で、この他に観念運動失行、皮質性感覚障害、把握反応、他人の手徴候、反射性ミオクローヌスなどが出現する。
③ 錐体外路症状として、パーキンソニズム（無動、筋強剛、振戦）、ジストニーなどが出現する。症状は下肢よりも上肢のほうが顕著なことが多い。
④ 上記神経症状には、病初期から顕著な一側優位性がみられることが多い。
⑤ 注意障害、認知症、異常行動のような精神症状は、通常、運動症状よりも遅れて出現する。
⑥ 歩行障害、偽性球麻痺（構音障害、嚥下障害）などが早期から出現するために、進行性核上性麻痺と鑑別困難な症例がある。

（２）画像所見

ＣＴ、ＭＲＩ、ＳＰＥＣＴで、一側優位性の大脳半球萎縮又は血流低下を認めた場合には、重要な支持的所見である。しかし、両側性あるいはび漫性の異常を認め

る例もあるので、診断上必須所見とはしない。

（３）薬物等への反応

Ｌ－ＤＯＰＡや他の抗パーキンソン病薬への反応は不良である。抗うつ薬、ドロキシドパ、経頭蓋磁気刺激などが試みられているが、効果はあっても一時的である。

（４）病理学的所見

前頭・頭頂葉に目立つ大脳皮質萎縮が認められ、黒質の色素は減少している。顕微鏡的には皮質、皮質下、脳幹の諸核（視床、淡蒼球、線条体、視床下核、黒質、中脳被蓋など）に神経細胞減少とグリオーシスが認められる。ピック細胞と同様の腫大した神経細胞が大脳皮質及び皮質下諸核に認められる。黒質細胞には神経原線維変化がみられる。ガリアス染色やタウ染色ではグリア細胞にも広範な変性が認められ、特にastrocytic plaque は本症に特徴的である。

３．パーキンソン病

以下の４項目のすべてを満たした場合、パーキンソン病と診断する。ただし、Yahr の分類の Stage は問わない。１、２、３ は満たすが、薬物反応を未検討の症例は、パーキンソン病疑い症例とする。

（１）パーキンソニズムがある。※１
（２）脳ＣＴ 又はＭＲＩ に特異的異常がない。※２
（３）パーキンソニズムを起こす薬物・毒物への曝露がない。※３
（４）抗パーキンソン病薬にてパーキンソニズムに改善がみられる。

※１　パーキンソニズムの定義は、次のいずれかに該当する場合とする。
（１）典型的な左右差のある安静時振戦（４～６ Hz）がある。
（２）歯車様筋強直、動作緩慢、姿勢歩行障害のうち２つ以上が存在する。

※２　脳ＣＴ 又はＭＲＩ における特異的異常とは、多発脳梗塞、被殻萎縮、脳幹萎縮、著明な脳室拡大、著明な大脳萎縮など他の原因によるパーキンソニズムであることを示す明らかな所見の存在をいう。

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

参考にした診断基準：
厚生労働省特定疾患調査研究班（神経変性疾患調査研究班）による診断基準

８．脊髄小脳変性症

【主要項目】

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

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

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

参考にした診断基準：
厚生労働省特定疾患調査研究班（運動失調調査研究班）による診断基準

９．脊柱管狭窄症

下記の症状（神経根、脊髄及び馬尾症状）と画像所見による脊柱管狭小化を総合的に診断されたものをいう。ただし、以下の各項に該当するものに限る。

ａ．頸椎部、胸椎部又は腰椎部のうち、いずれか１以上の部において脊柱管狭小化を認めるもの。
ｂ．脊柱管狭小化の程度は画像上（単純Ｘ線写真、断層写真、ＣＴ、ＭＲＩ、ミエログラフィーなど）脊柱管狭小化を認め、脊髄、馬尾神経又は神経根を明らかに圧迫する所見のあるものとする。
ｃ．画像上の脊柱管狭小化と症状の間に因果関係の認められるもの。

症状

主として四肢・躯幹の痛み、しびれ、筋力低下、運動障害、脊椎性間欠跛行を呈する。排尿・排便障害を伴うことがある。これらの症状は増悪、軽快を繰り返し、次第に悪化して歩行が困難となる。転倒などの軽微な外傷機転によって症状が急激に悪化し、重篤な脊髄麻痺をきたすことがある。

鑑別疾患

変形性脊椎症（神経学的症状を伴わないもの）
椎間板ヘルニア
脊椎・脊髄腫瘍
脊椎すべり症（神経学的症状を伴わないもの）
腹部大動脈瘤
閉塞性動脈硬化症
末梢神経障害
運動ニューロン疾患
脊髄小脳変性症
多発性神経炎
脳血管障害
筋疾患
後縦靭帯骨化症

参考にした診断基準：

厚生労働省特定疾患調査研究班（脊柱靱帯骨化症調査研究班）による診断基準

10. 早老症

ウェルナー症候群、プロジェリア症候群、コケイン症候群に該当するものをいう。
ウェルナー症候群に関しては、以下の確実例及び疑い例に該当するものをいう。

確実例：（１）のすべてと（２）の２つ以上
　　（１）の２つと（３）
疑い例：（１）の２つと（２）の２つ以上

（１）主徴候：
　ａ．早老性外貌（白髪、禿頭など）
　ｂ．白内障
　ｃ．皮膚の萎縮、硬化又は潰瘍形成

（２）その他の徴候と所見
　ａ．原発性性腺機能低下
　ｂ．低身長及び低体重
　ｃ．音声の異常
　ｄ．骨の変形などの異常
　ｅ．糖同化障害
　ｆ．早期に現れる動脈硬化
　ｇ．尿中ヒアルロン酸増加
　ｈ．血族結婚

（３）皮膚線維芽細胞の分裂能の低下

参考にした診断基準：
厚生省特定疾患調査研究班（ホルモン受容機構異常調査研究班）によるウェルナー症候群の診断の手引き

11. 多系統萎縮症

1．主要項目

（1）オリーブ橋小脳萎縮症

中年以降に発症し、初発・早期症状として小脳性運動失調が前景に現れる。経過とともにパーキンソニズム、自律神経症状(排尿障害や起立性低血圧など)を呈することが多い。頭部のＭＲＩで、小脳、橋(特に底部)の萎縮を比較的早期から認める。この変化をとらえるにはＴ１ＷＩ 矢状断が有用である。また、Ｔ２ＷＩ 水平断にて、比較的早期から橋中部に十字サインが認められる。この所見では診断的意義が高い。

（2） 線条体黒質変性症

中年以降に発症し、パーキンソン病様の症状で発症し、振戦よりは筋固縮、無動が目立つ。抗パーキンソン病薬に対する反応は不良であるが、数年間にわたって有効な例もある。経過と共に、自律神経症候や運動失調が加わってくる。ＭＲＩにて、橋底部、小脳の萎縮、線条体の萎縮、被殻外側のスリット状のＴ２高信号域などが診断の補助となる。特に被殻外側のＴ２高信号像の診断的意義は高い。パーキンソン病やびまん性レビー小病体との鑑別には $_{123}$ Ｉ－ＭＩＢＧ 心筋シンチグラフィーが有用である。パーキンソン病やレビー小病体では、心筋への集積低下が認められるのに対して、多系統萎縮症では集積低下は認めない。

(3) シャイ・ドレーガー症候群

中年以降に発症し、起立性低血圧（収縮期でも 20mmHg もしくは拡張期で 10mmHg 以上)、排尿障害（100 ｍ・以上の残尿・尿失禁)、男性での陰萎を中心とした自律神経症状が前景となる。発症後１年間にわたり上記の自律神経症状が前景であった場合に、シャイ・ドレーガー症候群ととらえる。発症後５年以上経過しても自律神経症状のみである場合は、他疾患（純粋自律神経失調症 pure autonomic failure ； ＰＡＦ）や他の自律神経ニューロパチー（アミロイド・ポリニューロパチーや糖尿病性ニューロパチー）との鑑別が必要である。

2．参考事項

これまで、オリーブ橋小脳萎縮症、線条体黒質変性症、シャイ・ドレーガー症候群として分類されてきた疾患については、病変分布の濃淡（オリーブ、橋、小脳、線条体、黒質、自律神経系の変性がさまざまな分布で認められる）によって臨床症状に多少の異なりがあるものの、基本的な臨床像は共通していることに加え、病理学的にも、特徴的なオリゴデンドロサイト内嗜銀性封入体が観察されることから、同一の疾患としてとらえられるようになり、これらの疾患を多系統萎縮症と総称するようになった。臨床的には、小脳性運動失調症、パーキンソニズム、自律神経症状のいずれかを初発症状として発病し、経過と共にそれ以外の症状も明らかになってくる。進行例では声門開大障害に伴う特徴的ないびきや睡眠時無呼吸が観察されることが多く、突然死を起こすことがあり注意する必要である。

参考にした診断基準：

厚生労働省特定疾患調査研究班（運動失調症調査研究班）による診断基準

12. 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症

（１）を満たした上で、（２）～（４）の各疾病に関する状態に該当するものをいう。

（１）糖尿病の診断

ａ．空腹時血糖値≧126mg/dl、75gOGTT ２時間値≧200mg/dl、随時血糖値≧200mg/dl、のいずれか（静脈血漿値）が、別の日に行った検査で２回以上確認できること。

（注１）これらの基準値を超えても、１回の検査だけの場合には糖尿病型と呼ぶ。

（注２）ストレスのない状態での高血糖の確認が必要である。１回目と２回目の検査法は同じである必要はない。１回目の判定が随時血糖値≧200mg/dl で行われた場合は、２回目は他の方法によることが望ましい。１回目の検査で空腹時血糖値が126-139mg/dl の場合には、２回目には OGTT を行うことを推奨する。

ｂ．１回だけの検査が糖尿病型を示し、かつ次のいずれかの条件がみたされること。

ア．糖尿病の典型的症状（口渇、多欲、多尿、体重減少）の存在

イ．HbA1c≧6.5%（日本糖尿病学会グリコヘモグロビン標準化委員会の標準検体による補正値）

ウ．確実な糖尿病網膜症の存在

ｃ．過去において上記のａ．ないしｂ．がみたされたことがあり、それが病歴などで確認できること。

（注１）以上の条件によって、糖尿病の判定が困難な場合には、患者を追跡し、時期をおいて再検査する。

（注２）糖尿病の診断に当たっては、糖尿病の有無のみならず、分類（成因、代謝異常の程度）、合併症などについても把握するように努める。

（２）糖尿病性神経障害

以下の重症度評価表において４点以上であること

重症度評価表

項目	スコア			
	0	1	2	3
自覚症状				
1　パレステジア	なし	軽度	中等度	高度
2　しびれ感	なし	軽度	中等度	高度
3　足が冷たい、熱い	なし	軽度	中等度	高度
他覚所見				
4　足の第１指の触覚低下	なし	軽度	中等度	高度
5　筋萎縮	なし	軽度	中等度	高度
6　足の第１指の振動覚低下	なし	軽度	中等度	高度
7　アキレス腱反射	正常	減弱	遅延	消失
8　起立時血圧下降（mmHg）	～10	11～20	21～34	35～
電気生理学的検査				
9　Ｆ波最小潜時(m/sec)	≦27	28～30	31～33	≧34
10　Ｆ波伝導速度(m/sec)	≧56	50～55	45～49	＜45

（３）糖尿病性腎症

糖尿病性腎症病期分類第２期（早期腎症）以上の所見が見られること。

糖尿病性腎症病期分類

病期	臨床的特徴		病理学的特徴（参考所見）
	尿蛋白（アルブミン）	ＧＦＲ（Ｃｃｒ）	
第１期（腎症前期）	正常	正常時に高値	びまん性病変：なし～軽度
第２期*（早期腎症）	微量アルブミン尿	正常時に高値	びまん性病変：軽度～中等度 結節性病変：ときに存在
第３期－Ａ（顕性腎症前期）	持続性蛋白尿	ほぼ正常	びまん性病変：中等度 結節性病変：多くは存在
第３期―Ｂ（顕性腎症後期）	持続性蛋白尿**	低下**	びまん性病変：高度 結節性病変：多くは存在
第４期（腎不全期）	持続性蛋白尿	著明低下（血清クレアチニン上昇）	荒廃糸球体
第５期（透析療法期）			

＊　腎症早期診断に必須である微量アルブミン尿の診断基準を下記の通りとする

ａ．スクリーニング

来院時尿（随時尿）を用い、市販のスクリーニング用キットで測定する。

ｂ．診断

上記スクリーニングで陽性の場合、あるいは初めから時間尿を採取し、以下の基準に従う。

夜間尿	10μg/分以上
24時間尿	15μg/分以上
昼間（安静時）尿	20μg/分以上

（注１）ａ．及びｂ．の両者とも、日差変動が大きいため、複数回の採尿を行い判定すること。

（注２）試験紙法で尿蛋白軽度陽性の場合でも、尿中アルブミン測定が望ましい。なお、微量アルブミン尿の上限は、約200μg/分とされている。

（注３）以下の場合は判定が紛らわしい場合があるので検査を避ける。

高度の希釈尿

妊娠中、生理中の女性

過激な運動後、過労、感冒など

ｃ．除外診断

ア．非糖尿病性腎疾患

イ．尿路系異常と感染症

ウ．うっ血性心不全

エ．良性腎硬化症

＊＊　持続性蛋白尿約１ｇ／日以上、ＧＦＲ（Ｃｃｒ）約60mL／分以下を目安とする。

（４）糖尿病性網膜症

以下の分類で軽症網膜症（無症状）のものを除く

病型	臨床所見
非増殖網膜症	
軽症網膜症（無症状）	壁の薄い毛細血管瘤、点状網膜出血
中等症網膜症（黄斑浮腫がみられる場合には症状あり）	壁が薄い又は厚い毛細血管瘤、網膜出血、硬性白斑、網膜浮腫、特に黄斑浮腫
重症網膜症（増殖前網膜症）	網膜出血、毛細血管瘤、軟性白斑、ＩＲＭＡ、数珠状静脈異常

増殖網膜症	
活動性の高い網膜症（漏出性、充血、活動性、代償不全）	顕著な網膜所見：網膜出血、ＩＲＭＡ、数珠状静脈異常、軟性白斑、網膜浮腫 新生血管：裸の新生血管、小さな繊維増殖、口径拡大、乳頭近傍を含む、急速な進展 硝子体：初期には収縮なし、収縮による硝子体出血 経過：急速に進展、安定期や非漏出性へ
中等度の網膜症（乾性、静止性、安定性）	顕著でない網膜所見 新生血管：裸の新生血管、さまざまな程度の繊維増殖、しばしば長く糸状、乳頭近傍を含まない、進展や寛解は緩徐 経過：徐々に進展、安定期又は寛解期へ
燃えつきた網膜症	網膜所見：動脈狭細化・白線化・混濁、静脈白線化・不規則少数の出血、白斑、ＩＲＭＡ 新生血管：繊維増殖膜による被覆、消失 硝子体：完全収縮、下方に陳旧性硝子体混濁 経過：沈静化、ときに新鮮な硝子体出血 網膜機能：局在性又はびまん性の牽引性網膜剥離、後極部が非剥離0.1～0.6、重症な網膜虚血、重篤な視力障害の原因となる。

黄斑浮腫については、以下の基準のうち、中等症黄斑症（黄斑浮腫）、重症黄斑症（黄斑浮腫）の基準を満たすものとする。

重症度レベル	散瞳下眼底検査所見
黄斑症（黄斑浮腫）なし	眼底後極に網膜浮腫による肥厚、硬性白斑なし。
黄斑症（黄斑浮腫）あり	眼底後極に網膜浮腫による肥厚、硬性白斑あり。

黄斑症（黄斑浮腫）が存在する場合、以下のように重症度を分類することができる

重症度レベル	散瞳下眼底検査所見
軽度黄斑症（黄斑浮腫）	網膜浮腫による肥厚、硬性白斑が眼底後極にあるが、黄斑中央部より離れている。
中等度黄斑症（黄斑浮腫）	網膜浮腫による肥厚、硬性白斑が黄斑中央部に近づきつつあるが到達していない。
重度黄斑症（黄斑浮腫）	網膜浮腫による肥厚、硬性白斑が黄斑中央部に到達している。

参考にした診断基準：

糖尿病については、糖尿病診断基準検討委員会報告による診断基準

糖尿病性腎症については、厚生省糖尿病調査研究班による糖尿病性腎症早期診断基準及び厚生省糖尿病研究班による糖尿病性腎症病期分類

糖尿病性網膜症については、Davis分類及び糖尿病黄斑症（黄斑浮腫）国際重症度分類

糖尿病性神経障害については、厚生省糖尿病研究班による糖尿病性神経障害重症度評価表

13. 脳血管疾患

明らかな血管性の器質的脳病変を有するもので、以下の分類に該当するものをいう。

1．虚血群＝脳梗塞症※
  ① アテローム血栓性脳梗塞
  ② ラクナ梗塞
  ③ 心原性脳塞栓症
  ④ その他の分類不能な脳梗塞(症)

2．出血群＝頭蓋内出血
  ①脳出血
  ②くも膜下出血
  ③その他の頭蓋内出血

※ 明確な脳血管性と思われる発作を欠き、神経症候も認められないが、偶然ＣＴ・ＭＲＩなどで見出された脳梗塞は、無症候性脳梗塞と呼び、その他の症候を有する脳梗塞は、脳梗塞症と呼んで区別することが望ましい。

（診断基準）

1．虚血群＝脳梗塞（症）

1）アテローム血栓性脳梗塞

内頸動脈、前・中・後大脳動脈、椎骨動脈や脳底動脈あるいはその皮質枝のアテローム血栓によって生じた脳梗塞。

（1）臨床症状

1．安静時の発症が比較的多い。
2．局所神経症候は病巣部位や閉塞血管により多彩であるが、片麻痺、四肢麻痺、半 身感覚障害、同名性半盲、失語などが多い。
3．意識障害は重篤なものから、ないものまで多様。内頸動脈や脳底動脈の閉塞では高度の意識障害を呈することがある。
4．症状の進行は一般に緩徐であり段階的な進行を示すが、アテローム血栓が栓子となり脳末梢部血管に塞栓を生じる動脈原性脳塞栓症では突発発症する。

（2）ＣＴ・ＭＲＩ所見

1．ＣＴ上、発症１～２日後に責任病巣に相当する脳主幹動脈、ないしはその皮質枝領域にＸ線低吸収域（ＬＤＡ）が出現する。
2．ＭＲＩ上、拡散強調画像では発症早期から、ＦＬＡＩＲ・Ｔ２強調画像では発症数

時間以内から、責任病巣に一致する高信号域を認める。ＣＴ・ＭＲＩともに病巣最大径が1.5 ｃｍを超えることが多い。

（３）その他

１．動脈硬化を伴う基礎疾患（高血圧、糖尿病、高脂血症など）の存在することが多い。

２．時に頸部に血管雑音（bruit）が聴取される。この場合は頸部超音波検査、ＭＲＡ検査などを行い内頸動脈狭窄・閉塞の有無をチュックする事が望ましい。

２）ラクナ梗塞

脳深部の穿通枝領域に生じた直径1.5cm以下の小梗塞。

（１）臨床症候

２．安静時の発症が多い。

３．典型的なものは、意識障害を伴わず、片麻痺、半身感覚障害、失調性片麻痺などのみを呈する。

（２）ＣＴ・ＭＲＩ所見

１．ＣＴ上、発症１～２日後に脳の深部（穿通枝領域）に直径1.5cm以下のＸ線低吸収域（ＣＴ）を認める。

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

（３）その他

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

３）心原性脳塞栓症

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

（１）臨床症候

１．特定脳動脈領域の局所神経症候が突発し、急速に完成する。大脳皮質を含む病巣が多く、失語・失認などの大脳皮質症候を伴う事が多い。内頸動脈塞栓症では重篤な症状が突発する。

２．意識障害を伴う事が多い。

３．塞栓原と考えられる心疾患（心房細動、弁膜疾患、心筋梗塞など）の合併がある。

（2）ＣＴ・ＭＲＩ所見

1．ＣＴ上、発症１～２日以内に責任病巣に相当するＸ線低吸収域（ＬＤＡ）が出現する。

2．ＣＴ上、数日以内にＬＤＡ内に混在するＸ線高吸収域（ＨＤＡ）（これは出血性梗塞の存在を意味する）が高頻度にみられる。

3．ＭＲＩ上、拡散強調画像では発症早期から、ＦＬＡＩＲ・Ｔ２強調画像でも数時間以内に高信号領域が出現する。

4．内頸動脈などの主幹動脈塞栓では画像上、早期から強い脳浮腫の存在を示す所見がみられる事がある。

（3）その他

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

4）その他の分類不能な脳梗塞

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

2．出血群＝頭蓋内出血

1）脳（実質内）出血

（1）臨床症状

1．通常、高血圧症の既往があり、発症時には著しく血圧が上昇する。

2．日中活動時に発症することが多い。

3．しばしば頭痛があり、ときに嘔吐を伴う。

4．意識障害をきたすことが多く、急速に昏睡に陥ることもある。

5．局所神経症候は出血部位によって左右され、多彩であるが、被殻、視床の出血の頻度が高く、片麻痺、片側性感覚障害が多い。

（2）ＣＴ所見

発症直後から出血部位に一致してＸ線高吸収域（ＨＤＡ）が出現する。

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

２）くも膜下出血

（１）臨床症状

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

（２）ＣＴ所見

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

（３）その他

脳血管撮影では脳動脈瘤、脳動脈奇形などの血管異常を認めることが多い。

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

参考にした診断基準：

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

14. 閉塞性動脈硬化症

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

Ⅰ度　冷感、しびれ感
Ⅱ度　間歇性跛行
Ⅲ度　安静時痛
Ⅳ度　潰瘍、壊死

参考にした診断基準：
Fontaine の分類

15. 慢性閉塞性肺疾患

以下の状態に該当するものをいう。

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

（１）慢性気管支炎

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

（２）肺気腫

呼吸細気管支より末梢の肺胞の異常拡張

（３）気管支喘息

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

（４）びまん性汎細気管支炎

参考とした診断基準：

アメリカ合衆国胸部学会作成診断分類

16. 両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

（１）両側の膝関節に著しい変形を伴う変形性関節症

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

ａ．変形性膝関節症治療成績判定基準

	右	左
① 疼痛・歩行能		
１） １ km 以上歩行可、通常疼痛はないが、動作時たまに疼痛を認めてもよい。	３０	３０
２） １ km 以上歩行可、疼痛あり。	２５	２５
３）500m 以上、１ km 未満の歩行可、疼痛あり	２０	２０
４）100m 以上、500m 未満の歩行可、疼痛あり	１５	１５
５）室内歩行又は 100m 未満の歩行可、疼痛あり	１０	１０
６）歩行不能	５	５
７）起立不能	０	０
②疼痛・階段昇降能		
１）昇降自由・疼痛なし	２５	２５
２）昇降自由・疼痛あり、手すりを使い・疼痛なし	２０	２０
３）手すりを使い・疼痛あり、一歩一歩・疼痛なし	１５	１５
４）一歩一歩・疼痛あり、手すりを使い一歩一歩・疼痛なし	１０	１０
５）手すりを使い一歩一歩・疼痛あり	５	５
６）できない	０	０
③屈曲角度及び強直・高度拘縮		
１）正座可能な可動域	３５	３５
２）横座り・胡座可能な可動域	３０	３０
３）110 度以上屈曲可能	２５	２５
４）75 度以上屈曲可能	２０	２０
５）35 度以上屈曲可能	１０	１０
６）35 度未満の屈曲、又は強直、高度拘縮	０	０
④腫脹		
１）水腫・腫脹なし	１０	１０
２）時に穿刺必要	５	５
３）頻回に穿刺必要	０	０
総　計		

b．記入要項

ア．疼痛・歩行能

・歩行はすべて連続歩行（休まずに一気に歩ける距離）を意味する。
・疼痛は歩行時痛とする（疼痛は鈍痛、軽度痛、中等度痛をふくむ）。
・ある距離までしか歩けないが、その範囲では疼痛ない時は、その１段上のクラスの疼痛・歩行能とする。
・ある距離で激痛が現れる時、その１段下のクラスの疼痛・歩行能とする。
・「通常疼痛ないが、動作時たまに疼痛あってもよい」は買物後、スポーツ後、仕事後、長距離歩行後、歩き初めなどに疼痛がある状態をいう。
・「１km以上の歩行」はバスの２～３停留所間隔以上歩ける、あるいは 15 分以上の連続歩行可能をいう。
・「500m 以上、１km未満の歩行」は買物が可能な程度の連続歩行をいう。
・「100m 以上、500m 未満の歩行」は近所づきあい程度の連続歩行をいう。
・「室内歩行又は 100m 未満の歩行」は室内又は家の周囲、庭内程度の連続歩行をいう。
・「歩行不能」は起立はできるが歩けない、歩行出来ても激痛のある場合をいう。

イ．疼痛・階段昇降能

・疼痛は階段昇降時痛をいう。
・疼痛は鈍痛、軽度痛、中等度痛をいう。
・激痛があるときはその１段下のランクとする。
・筋力低下などで「出来ない」状態であるが疼痛のない時は「手すりを使い一歩一歩（１段２足昇降）で疼痛あり」とする。

ウ．屈曲角度及び強直・高度拘縮

・「110° 以上屈曲可能」は 110° 以上屈曲可能であるが、正座、横座り、胡座は出来ない状態をいう。
・「75° 以上屈曲可能」は 75° 以上 110° 未満の屈曲可能をいう。
・「35° 以上屈曲可能」は 35° 以上 75° 未満の屈曲可能をいう。
・「高度拘縮」は肢位の如何にかかわらず arc of motion で 35° 以下をいう。

エ．腫脹

・「時に穿刺必要」：最近時に穿刺を受けている、又は時にステロイドの注入を受けている、など。
・「頻回に穿刺必要」：常に水腫がある。

（２）両側の股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

両側の股関節にＸ線所見上、関節裂隙の不整狭小化、軟骨下骨梁の骨硬化、骨棘形成、骨嚢胞の形成、骨頭変形等の著しい変形を伴い、日本整形外科学会股関節機能判定基準において何らかの障害が認められるもの。

a．股関節機能判定基準

	右	左
①疼痛		
1）股関節に関する愁訴が全くない。	４０	４０
2）不定愁訴（違和感、疲労感）があるが、痛みはない。	３５	３５
3）歩行時痛みはない（ただし歩行開始時あるいは長距離歩行後疼痛を伴うことがある）。	３０	３０
4）自発痛はない。歩行時疼痛はあるが、短時間の休息で消退する。	２０	２０
5）自発痛はときどきある。歩行時疼痛があるが、休息により軽快する。	１０	１０
6）持続的に自発痛又は夜間痛がある。	０	０
具体的表現		

②可動域（記入要項を参照）

角 度	右	左
屈曲		
伸展		
外転		
内転		

点 数	右	左
屈 曲		
外 転		

③歩行能力	
1）長距離歩行、速歩が可能、歩容は正常。	２０
2）長距離歩行、速歩は可能であるが、軽度の跛行を伴うことがある。	１８
3）杖なしで、約 30 分又は 2km 歩行可能である。跛行がある。日常の屋外活動にはほとんど支障がない。	１５
4）杖なしで、10-15 分程度、あるいは約 500m 歩行可能であるが、それ以上の場合、１本杖が必要である。跛行がある。	１０
5）屋内で活動はできるが、屋外活動は困難である。屋外では２本杖を必要とする。	５
6）ほとんど歩行不能。	０
具体的表現	

	容易	困難	不能
④日常生活動作			
1）腰掛け	4	2	0
2）立ち仕事（家事を含む）	4	2	0
※持続時間約 30 分。、休息を要する場合、困難とする。			
5分くらいしかできない場合、不能とする。			
3）しゃがみこみ・、立ち上がり	4	2	0
※支持が必要な場合、困難とする。			
4）階段の昇り降り	4	2	0
※手すりを要する場合は困難とする。			
5）車、バスなどの乗り降り	4	2	0

b．総計評価：

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

c．股関節機能診断基準の記入要項

ア．疼痛について

- 左右別々に記入する。
- 40 点は全く正常な股関節を対象とするので注意を要する。
- 記載に際しては欄外に「具体的表現」の項があるので、ここに患者の表現をできるだけ記入する。

イ．可動域について

- 可動域は５° 刻みで記載する。配点は下表の通り外転の 10° 未満を除き、10° 刻みとする。
- 拘縮のある場合はこれを引き、可動域で評価する。

屈　曲	配　点
0° ～ 10° 未満	0点
10° ～ 20° 未満	1点
・・・	・・・
110° ～120° 未満	11 点
120° ～	12 点

外　転	配　点
0° ～ 5° 未満	0点
5° ～ 10° 未満	2点
10° ～ 20° 未満	4点
20° ～ 30° 未満	6点
30° ～	8点

＊拘縮のない場合

（例）屈曲　100° 、伸展 0°　→10 点
　　外転　20°　→６点　} 計 16 点

＊拘縮のある場合

（例）屈曲拘縮 20°、外転拘縮５°で屈曲 100°、外転 20° 可能な場合

屈曲　100° — 20° ＝ 80° →８点
外転　20° — 5° ＝ 15° →４点
} 計 12 点

ウ．歩行能力について

・両側の機能として記入する。
・20 点、18 点の項に表記される「速歩」とは「小走り」と理解する。これと同類の動作はすべて速歩とする。
・内容に関しては欄外の具体的表現の所に記入する。

エ．日常生活動作について

・両側の機能として記入する。
・立ち仕事、しゃがみこみ・立ち上がり、階段の昇り降りについては注に準じて困難を判断する。
・車、バスなどの乗り降りについては本人の訴えで判断する。

オ．表記法について

・両側機能と片側機能に分けられる項目で得点をそれぞれ記載して見られるようにした。

$$\frac{\text{右、左}}{\text{両側の機能}} : \frac{\text{疼痛と可動域の合計}}{\text{歩行能力と日常生活動作の合計}}$$

とし、満点は、$\frac{60、60}{40}$ となる。

・たとえば、人工股関節置換術の両側例（あるいはカテゴリーＢ）で、左のみ手術が施行された場合、評価点が

$$\frac{35、48}{28}$$

であったなら、カテゴリーＢで左術前××点が術後 76 点になった、という表現となる。

参考にした診断基準：

日本整形外科学会　評価基準・ガイドライン・マニュアル集に基づき、平成 18 年に日本整形外科学会において一部修正