

表11 理解する能力

	理解できる	いくらか困難	具体的要求に限られる	理解できない
T B I	16 (76.2)	4 (19.1)	1 (4.8)	0 (0)
C V D	14 (70.0)	4 (20.0)	2 (10.0)	0 (0)
脳腫瘍	1 (50.0)	1 (50.0)	0 (0)	0 (0)
合計	31 (72.1)	9 (20.9)	3 (7.0)	0 (0)

表12 計画する能力

	計画できる	いくらか困難	具体的要求に限られる	計画できない
T B I	2 (9.5)	14 (66.7)	4 (19.1)	1 (4.8)
C V D	2 (10.0)	11 (55.0)	5 (25.0)	2 (10.0)
脳腫瘍	0 (0)	1 (50.0)	1 (50.0)	0 (0)
合計	4 (9.3)	26 (60.5)	10 (23.3)	3 (7.0)

表13 実行する能力

	実行できる	いくらか困難	見守りが必要	実行できない
T B I	2 (9.5)	15 (71.4)	3 (14.3)	1 (4.8)
C V D	2 (10.0)	12 (60.0)	4 (20.0)	2 (10.0)
脳腫瘍	0 (0)	1 (50.0)	1 (50.0)	0 (0)
合計	4 (9.3)	28 (65.1)	8 (18.6)	3 (7.0)

表14 医師調査表追加項目

G A F 尺度

	10台	20台	30台	40台	50台	60台	70台	80台	90台	平均
T B I	0	1	4	3	3	6	2	2	0	55.0
C V D	1	1	5	9	0	1	2	1	0	44.8
脳腫瘍	0	0	1	0	0	0	1	0	0	52.5
合計	1	2	10	12	3	7	5	3	0	50.1

表15 ADL

	自立	非自立
T B I	20 (95.2)	1 (4.8)
C V D	19 (95.0)	1 (5.0)
脳腫瘍	2 (100)	0 (0)
合計	41 (95.3)	2 (4.7)

表16 IADL：食事の用意困難度

	自立	いくらか困難	非常に困難
TBI	9 (42.9)	8 (38.1)	4 (19.0)
CVD	4 (20.0)	8 (40.0)	8 (40.0)
脳腫瘍	1 (50.0)	0 (0)	1 (50.0)
合計	14 (32.6)	16 (37.2)	13 (30.2)

表17 IADL：家事一般困難度

	自立	いくらか困難	非常に困難
TBI	10 (47.6)	8 (38.1)	3 (14.3)
CVD	6 (30.0)	9 (45.0)	5 (25.0)
脳腫瘍	1 (50.0)	0 (0)	1 (50.0)
合計	17 (39.5)	17 (39.5)	9 (20.9)

表18 IADL：金銭管理困難度

	自立	いくらか困難	非常に困難
TBI	9 (42.9)	8 (38.1)	4 (19.0)
CVD	4 (20.0)	5 (25.0)	11 (55.0)
脳腫瘍	0 (0)	1 (50.0)	1 (50.0)
合計	13 (30.2)	14 (32.6)	16 (37.2)

表19 IADL：薬の管理困難度

	自立	いくらか困難	非常に困難
TBI	16 (76.2)	3 (14.3)	2 (9.5)
CVD	7 (35.0)	7 (35.0)	6 (30.0)
脳腫瘍	1 (50.0)	1 (50.0)	0 (0)
合計	24 (55.8)	11 (25.6)	8 (18.6)

表20 IADL：電話の利用困難度

	自立	いくらか困難	非常に困難
TBI	16 (76.2)	3 (14.3)	2 (9.5)
CVD	12 (60.0)	3 (15.0)	5 (25.0)
脳腫瘍	1 (50.0)	1 (50.0)	0 (0)
合計	29 (67.4)	7 (16.3)	7 (16.3)

表21 IADL：買い物困難度

	自立	いくらか困難	非常に困難
TBI	12 (57.1)	6 (28.6)	3 (14.3)
CVD	9 (45.0)	5 (25.0)	6 (30.0)
脳腫瘍	1 (50.0)	0 (0)	1 (50.0)
合計	22 (51.2)	11 (25.6)	10 (23.3)

表22 IADL：交通手段の利用困難度

	自立	いくらか困難	非常に困難
TBI	15 (71.4)	3 (14.3)	3 (14.3)
CVD	10 (50.0)	3 (15.0)	7 (35.0)
脳腫瘍	0 (0)	1 (50.0)	1 (50.0)
合計	25 (58.1)	7 (16.3)	11 (25.6)

表23 認定調査員判定

## 食事摂取

	自立	見守り等	一部介助	全介助
TBI	19 (90.5)	1 (4.8)	1 (4.8)	0 (0)
CVD	16 (80.0)	4 (20.0)	0 (0)	0 (0)
脳腫瘍	2 (100)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
合計	37 (86.0)	5 (11.6)	1 (2.3)	0 (0)

表24 飲水

	自立	見守り等	一部介助	全介助
TBI	19 (90.5)	2 (9.5)	0 (0)	0 (0)
CVD	15 (75.0)	4 (20.0)	1 (5.0)	0 (0)
脳腫瘍	2 (100)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
合計	36 (83.7)	6 (14.0)	1 (2.3)	0 (0)

表25 排尿

	自立	見守り等	一部介助	全介助
TBI	21 (100)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
CVD	18 (90.0)	0 (0)	2 (10.0)	0 (0)
脳腫瘍	2 (100)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
合計	41 (95.3)	0 (0)	2 (4.7)	0 (0)

表26 排便

	自立	見守り等	一部介助	全介助
T B I	21 (100)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
C V D	18 (90.0)	0 (0)	2 (10.0)	0 (0)
脳腫瘍	1 (50.0)	0 (0)	1 (50.0)	0 (0)
合計	40 (93.0)	0 (0)	3 (7.0)	0 (0)

表27 薬の内服

	自立	一部介助	全介助
T B I	16 (76.2)	5 (23.8)	0 (0)
C V D	10 (50.0)	10 (50.0)	0 (0)
脳腫瘍	1 (50.0)	1 (50.0)	0 (0)
合計	27 (62.8)	16 (37.2)	0 (0)

表28 金銭管理

	自立	一部介助	全介助
T B I	15 (71.4)	5 (23.8)	1 (4.8)
C V D	7 (35.0)	7 (35.0)	6 (30.0)
脳腫瘍	1 (50.0)	0 (0)	1 (50.0)
合計	23 (53.5)	12 (27.9)	8 (18.6)

表29 電話の利用

	自立	一部介助	全介助
T B I	19 (90.5)	2 (9.5)	0 (0)
C V D	12 (60.0)	6 (30.0)	2 (10.0)
脳腫瘍	1 (50.0)	1 (50.0)	0 (0)
合計	32 (74.4)	9 (20.9)	2 (4.7)

表30 日常の意思決定

	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
T B I	13 (61.9)	7 (33.3)	1 (4.8)	0 (0)
C V D	8 (40.0)	8 (40.0)	4 (20.0)	0 (0)
脳腫瘍	1 (50.0)	1 (50.0)	0 (0)	0 (0)
合計	22 (51.2)	16 (37.2)	5 (11.6)	0 (0)

表31 意思伝達

	伝達できる	ときどきできる	ほとんどできない	できない
T B I	21 (100)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
C V D	15 (75.2)	5 (25.0)	0 (0)	0 (0)
脳腫瘍	2 (100)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
合計	38 (88.4)	5 (11.6)	0 (0)	0 (0)

表32 障害老人の日常生活自立度

	自立	J 1	J 2	A 1	A 2	B 1	B 2	C 1	C 2
T B I	10	3	4	3	0	1	0	0	0
C V D	5	2	5	5	2	1	0	0	0
脳腫瘍	1	0	0	0	1	0	0	0	0
合計	16	5	9	8	3	2	0	0	0

表33 痴呆性老人の日常生活自立度

	自立	I	Ⅱ a	Ⅱ b	Ⅲ a	Ⅲ b	Ⅳ	M
T B I	6	11	2	2	0	0	0	0
C V D	8	4	1	4	3	0	0	0
脳腫瘍	1	1	0	0	0	0	0	0
合計	15	16	3	6	3	0	0	0

表34 認定調査員による要介護度認定

	非該当	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
T B I	2	6	6	3	4	0	0
C V D	4	3	6	2	2	3	0
脳腫瘍	1	0	1	0	0	0	0
合計	7	9	13	5	6	3	0

表35 認定調査員判定追加項目

要介護認定時の判断の迷い

	迷った	迷わなかった
T B I	16 (76.2)	5 (23.8)
C V D	9 (45.0)	11 (55.0)
脳腫瘍	0 (0)	2 (100)
合計	25 (58.1)	18 (41.9)

表36 判定ソフトによる要介護度認定：一次判定数値データ

	非該当	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
TBI	6	7	7	1	0	0	0
CVD	6	4	8	2	0	0	0
脳腫瘍	1	0	1	0	0	0	0
合計	13	11	16	3	0	0	0

別添 1

氏名 \_\_\_\_\_

利用者 ID \_\_\_\_\_

<キリリ線>

医師調査票

施設 ID 4001

利用者 ID \_\_\_\_\_

記入日 平成 年 月 日

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

上記の申請者に関する意見は以下の通りです。

~~本意見書が全読リテリス計画作成に利用されることは同意する 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 (特定疾病または障害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
(3) 介護の必要の程度に関する予後の見通し <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 悪化
(4) 障害の直接の原因となっている傷病の経過及び投薬内容を含む治療内容 (最近6ヶ月以内に変化のあったもの 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
・障害老人の日常生活自立度 (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
・痴呆性老人の日常生活自立度 <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) 理解および記憶
・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
・食事 <input type="checkbox"/> 自立ないし何とか自分で食べられる <input type="checkbox"/> 全面介助

(3) 問題行動の有無 (該当する項目全てチェック)

有 無

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

(4) 精神・神経症状の有無

有 (症状名 ) 無

(有の場合) → 専門医受診の有無 有 ( ) 無

(5) 身体の状態

利き腕 (右 左) 体重=  kg 身長=  cm

四肢欠損 (部位: 程度: 軽 中 重)

麻痺 (部位: 程度: 軽 中 重)

筋力の低下 (部位: 程度: 軽 中 重)

褥瘡 (部位: 程度: 軽 中 重)

その他皮膚疾患 (部位: 程度: 軽 中 重)

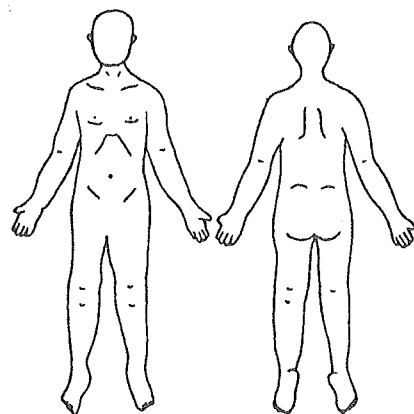
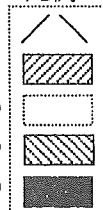
関節の拘縮 ・肩関節 右 左 ・股関節 右 左

・肘関節 右 左 ・膝関節 右 左

失調・不随意運動・上肢 右 左 ・体幹 右 左

・下肢 右 左

凡例



4. 介護に関する意見

(1) 現在、発生の可能性が高い病態とその対処方針

尿失禁 転倒・骨折 徘徊 褥瘡 嚥下性肺炎 腸閉塞 易感染性  
心肺機能の低下 痛み 脱水 その他 ( )  
→ 対処方針 ( )

(2) 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)

訪問診療 短期入所療養介護 訪問栄養食事指導  
訪問看護 訪問歯科診療 その他 ( )  
訪問リハビリテーション 訪問歯科衛生指導  
通所リハビリテーション 訪問薬剤管理指導

(3) 介護サービス (入浴サービス、訪問介護等) における医学的観点からの留意事項

・血圧について 特になし あり ( )  
・嚥下について 特になし あり ( )  
・摂食について 特になし あり ( )  
・移動について 特になし あり ( )  
・その他 ( )

(4) 感染症の有無 (有の場合は具体的に記入して下さい)

有 ( ) 無 不明

5. その他特記すべき事項

要介護認定に必要な医学的など意見等をご記載して下さい。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。)

Large empty rectangular box for additional notes.

追加項目についてもお答え下さるようお願い致します



## 追加項目

1. 以下の能力について当てはまる場所にチェックをつけて下さい。

- ・他者を理解する能力 理解できる いくらか困難 具体的要求に限られる 理解できない  
 ・目的にかなった行動を計画する能力 自立 いくらか困難 具体的要求に限られる 判断できない  
 ・目的にかなった行動を実行する能力 自立 いくらか困難 見守りが必要 判断できない

2. 対象者の機能の状態を以下の GAF 尺度にしたがって評価して下さい。

点

注) GAF は対人関係や社会的役割遂行などの社会的機能水準を評価するもので、精神障害と知的障害を含む包括的診断分類である DSM-IV-TR(2002 年版)に採用されているものです。知的障害分野ではあまり用いられていないようですが、代表的な社会的機能水準評価ですので、この評価をお願いします。なお GAF 評価にあたっては、「心理的症状の重症度」と「機能レベル」のどちらか重い方をチェックします。したがって、知的障害の方で心理的症状は少ないが機能は著しく障害されている場合は、障害されている機能レベルに注目し、あてはまる GAF の機能レベルを評価してください。

## GAF (機能の全体的評定) 尺度

精神的健康と病気という 1 つの仮想的な連続体に沿って、心理的、社会的、職業的機能を考慮せよ。身体的 (または環境的) 制約による機能の障害を含めないこと。

コード (注: 例えば、45、68、72 のように、それが適切ならば、中間の値のコードを用いること)

100-91	広範囲の行動にわたって最高に機能しており、生活上の問題で手に負えないものは何もなく、その人の多数の長所があるために他の人々から求められている。症状は何もない。
90-81	症状がまったくないか、ほんの少しだけ (例: 試験前の軽い不安)、すべての面でよい機能で、広範囲の活動に興味をもち参加し、社会的にはそつがなく、生活に大体満足し、日々のありふれた問題や心配以上のものはない (例: たまに、家族と口論する)。
80-71	症状があったとしても、心理的社会的ストレスに対する一過性で予期される反応である (例: 家族と口論した後の集中困難)、社会的、職業的または学校の機能にごくわずかな障害以上のものはない (例: 一時的に学業で遅れをとる)。
70-61	いくつかの軽い症状がある (例: 抑うつ気分と軽い不眠)、または、社会的、職業的または学校の機能に、いくらかの困難はある (例: 時にずる休みをしたり、家の金を盗んだりする) が、全般的には、機能はかなり良好であって、有意義な対人関係もかなりある。
60-51	中等度の症状 (例: 感情が平板で、会話がまわりくどい、時に、パニック発作がある)、または、社会的、職業的、または学校の機能における中等度の困難 (例: 友達が少ししかいない、仲間や仕事の同僚との葛藤)。
50-41	重大な症状 (例: 自殺念慮、強迫的儀式が重症、しょっちゅう万引する)、または、社会的、職業的または学校の機能においてなんらかの深刻な障害 (友達がいない、仕事が続かない)。
40-31	現実検討かコミュニケーションにいくらかの欠陥 (例: 会話は時々、非論理的、あいまい、または関係性がなくなる)、または、仕事や学校、家族関係、判断、思考または気分、など多くの面での重大な欠陥 (例: 抑うつ的な男が友人を避け家族を無視し、仕事ができない。子どもがしばしば年下の子どもを殴り、家庭では反抗的であり、学校では勉強ができない)。
30-21	行動は妄想や幻覚に相当影響されている。またはコミュニケーションか判断に重大な欠陥がある (例: 時々、滅裂、ひどく不適切にふるまう、自殺の考えにとらわれている)、または、ほとんどすべての面で機能することができない (例: 一日中床についている、仕事も家庭も友達もない)。
20-11	自己または他者を傷つける危険がかなりあるか (例: 死をはっきり予期することなしに自殺企図、しばしば暴力的になる、躁病性興奮)、または、時には最低限の身の清潔維持ができない (例: 大便を塗りたくる)、または、コミュニケーションに重大な欠陥 (例: 大部分滅裂か無言症)。
10-1	自己または他者をひどく傷つける危険が続いている (例: 暴力の繰り返し)、または最低限の身の清潔維持が持続的に不可能、または、死をはっきり予測した重大な自殺行為。
0	情報不十分

3. 過去3日間にみられた以下のa～dの日常動作（ADL）について、対象者の自立度（※）を0～6、9から1つ選んでそれぞれお答えください。

ADL 自立度（※）		<参考>	
0. 自立	: 手助け、準備、観察は不要。または1-2回のみ。	ボディタッチは必要か	→ 必要ない → 0. 自立 1. 準備のみ 2. 観察
1. 準備のみ	: ものや用具を患者の手の届く範囲に置くことが3回以上。	↓ 必要ある ↓	
2. 観察	: 見守り、励まし、誘導が3回以上。	体重を支える必要はあるか	→ 必要ない → 3. 部分的な援助
3. 部分的な援助	: 動作の大部分(50%以上)は自分でできる。四肢の動きを助けるなどの体重(身体)を支えない援助を3回以上。	↓ 必要ある ↓	
4. 広範な援助	: 動作の大部分(50%以上)は自分でできるが、体重支える援助(たとえば、四肢や体幹の重みを支える)を3回以上。	本動作の半分以上を自力でできているか	→ できる → 4. 広範な援助
5. 最大の援助	: 動作の一部(50%未満)しか自分でできず、体重を支える援助を3回以上。	↓ できない ↓	
6. 全面依存	: まる3日間すべての面で他者が全面援助した。	少しでも本動作に参加しているか	← している → 5. 最大の援助 ← していない → 6. 全面依存
9. 本動作は1回もなかった(能力にかかわらず)。			
a. ベッド上の可動性	横になった状態からどのように動くか、寝返りをうったり、起き上がったり、ベッド上の身体の位置を調整する	0 1 2 3 4 5 6 9	
b. 移乗	ベッドからどのように、いすや車いすに座ったり、立ち上がるか(浴槽や便座への移乗は除く)	0 1 2 3 4 5 6 9	
c. 食事	どのように食べたり、飲んだりするか(上手、下手に関係なく)経管や経静脈栄養も含む	0 1 2 3 4 5 6 9	
d. トイレの使用	どのようにトイレ(ポータブルトイレ、便器、尿器を含む)を使用するか。排泄後の始末、おむつの替え、人口肛門またはカテーテルの管理、衣服を整える(移乗は除く)	0 1 2 3 4 5 6 9	

4. 次のIADL(手段的日常生活動作)各項目について、対象者が自分一人で実施する場合、ア. 実施状況を0～4、イ. 困難度を0～2の中からそれぞれ選んでください。

ア. IADLの実施状況(過去7日間)
0. 自立、自分で行った
1. 時に援助をしてもらって行われた
2. いつも援助をもらって行われた
3. 他者が全部を行った
4. 本活動は1度も行われなかった

イ. IADLの困難度
0. 自立、自分で行った
1. いくらか困難(援助が必要、非常にゆっくりしている、疲れる)
2. 非常に困難(ほとんど、あるいは全く活動に参加できない)

	ア. 実施状況	イ. 困難度
a. 食事の用意 (献立を考える、材料を用意する、料理する、配膳する)	0 1 2 3 4	0 1 2
b. 家事一般 (食事の後片付け、掃除、布団・ベッドの整理、家の中の整頓、洗濯など)	0 1 2 3 4	0 1 2
c. 金銭管理 (請求書の支払い、貯金の管理、家計の収支勘定)	0 1 2 3 4	0 1 2
d. 薬の管理 (服用の時間、袋からの取り出し、処方通りの服用)	0 1 2 3 4	0 1 2
e. 電話の利用 (自分で電話をかけたり、受けた)	0 1 2 3 4	0 1 2
f. 買い物 (食べ物や衣類など必要な物を自分で選び、支払う)	0 1 2 3 4	0 1 2
g. 交通手段の利用 (バス・電車などの乗り物による移動)	0 1 2 3 4	0 1 2

氏名 \_\_\_\_\_

利用者 ID \_\_\_\_\_

<キリリ線>

**認定調査票 (概況調査)** 施設 ID 4001 利用者 ID \_\_\_\_\_

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

I 調査実施者（記入者）

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

II 調査対象者

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

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

在宅利用 (認定調査を行った月のサービス利用回数を記入。福祉用具貸与は調査日時点の、福祉用具購入は過去6月の品目数を記載)			
<input type="checkbox"/> 訪問介護 (ホームヘルプサービス)	月 回	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与	品目
<input type="checkbox"/> 訪問入浴介護	月 回	<input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 (特養)	月 日
<input type="checkbox"/> 訪問看護	月 回	<input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 (老健・診療所)	月 日
<input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション	月 回	<input type="checkbox"/> 痴呆対応型共同生活介護	月 日
<input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導	月 回	<input type="checkbox"/> 特定施設入所者生活介護	月 日
<input type="checkbox"/> 通所介護 (デイサービス)	月 回	<input type="checkbox"/> 福祉用具購入	品目
<input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション (デイケア)	月 回	<input type="checkbox"/> 住宅改修	あり・なし
<input type="checkbox"/> 市町村特別給付 [ _____ ]			
<input type="checkbox"/> 介護保険給付外の在宅サービス [ _____ ]			

施設利用	施設連絡先
<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 痴呆対応型共同生活介護適用施設 (グループホーム) <input type="checkbox"/> 特定施設入所者生活介護適用施設 (ケアハウス) <input type="checkbox"/> 医療機関 (療養) <input type="checkbox"/> 医療機関 (療養以外) <input type="checkbox"/> その他の施設	施設名 _____ 郵便番号 _____ 施設住所 _____ 電話 _____

IV 調査対象者の主訴、家族状況、調査対象者の居住環境（外出が困難になるなど日常生活に支障となるような環境の有無）、日常的に使用する機器・器械の有無等について特記すべき事項を記入してください。

## 認定調査票（基本調査）

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

特記事項 ⇒1

1. ない	2. 左上肢	3. 右上肢	4. 左下肢	5. 右下肢	6. その他
-------	--------	--------	--------	--------	--------

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

1. ない	2. 肩関節	3. 肘関節	4. 股関節	5. 膝関節	6. 足関節	7. その他
-------	--------	--------	--------	--------	--------	--------

2-1 寝返りについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

⇒2

1. つかまらないでできる	2. 何かにつかまればできる	3. できない
---------------	----------------	---------

2-2 起き上がりについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

⇒2

1. つかまらないでできる	2. 何かにつかまればできる	3. できない
---------------	----------------	---------

2-3 座位保持について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

⇒2

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

2-4 両足での立位保持について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

⇒2

1. 支えなしでできる	2. 何か支えがあればできる	3. できない
-------------	----------------	---------

2-5 歩行について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

⇒2

1. つかまらないでできる	2. 何かにつかまればできる	3. できない
---------------	----------------	---------

2-6 移乗について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

⇒2

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

2-7 移動について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

⇒2

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

3-1 立ち上がりについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

⇒3

1. つかまらないでできる	2. 何かにつかまればできる	3. できない
---------------	----------------	---------

3-2 片足での立位保持について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

⇒3

1. 支えなしでできる	2. 何か支えがあればできる	3. できない
-------------	----------------	---------

3-3 洗身について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 ⇒3

1. 自立	2. 一部介助	3. 全介助	4. 行っていない
-------	---------	--------	-----------

4-1 じょくそう（床ずれ）等の有無について、あてはまる番号に○印をつけてください。 ⇒4

ア. じょくそう（床ずれ）がありますか	1. ない	2. ある
イ. じょくそう（床ずれ）以外で処置や手入れが必要な皮膚疾患等がありますか	1. ない	2. ある

4-2 えん下について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 ⇒4

1. できる	2. 見守り等	3. できない
--------	---------	---------

4-3 食事摂取について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 ⇒4

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

4-4 飲水について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 ⇒4

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

4-5 排尿について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 ⇒4

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

4-6 排便について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 ⇒4

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

5-1 清潔について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 ⇒5

	1. 自立	2. 一部介助	3. 全介助
ア. 口腔清潔（はみがき等）	1	2	3
イ. 洗顔	1	2	3
ウ. 整髪	1	2	3
エ. つめ切り	1	2	3

5-2 衣服着脱について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 ⇒5

	1. 自立	2. 見守り等	3. 一部介助	4. 全介助
ア. 上衣の着脱	1	2	3	4
イ. ズボン、パンツ等の着脱	1	2	3	4

5-3 薬の内服について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 ⇒5

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

5-4 金銭の管理について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 ⇒5

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

5-5 電話の利用について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 ⇒5

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

5-6 日常の意思決定について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 ⇒5

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

6-1 視力について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 ⇒6

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

6-2 聴力について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 ⇒6

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

6-3 意思の伝達について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 ⇒6

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

6-4 介護者の指示への反応について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 ⇒6

- |               |                   |                |
|---------------|-------------------|----------------|
| 1. 介護者の指示が通じる | 2. 介護者の指示がときどき通じる | 3. 介護者の指示が通じない |
|---------------|-------------------|----------------|

6-5 記憶・理解について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 ⇒6

- |                           |        |         |
|---------------------------|--------|---------|
| ア. 毎日の日課を理解することが          | 1. できる | 2. できない |
| イ. 生年月日や年齢を答えることが         | 1. できる | 2. できない |
| ウ. 面接調査の直前に何をしていたか思い出すことが | 1. できる | 2. できない |
| エ. 自分の名前を答えることが           | 1. できる | 2. できない |
| オ. 今の季節を理解することが           | 1. できる | 2. できない |
| カ. 自分がいる場所を答えることが         | 1. できる | 2. できない |

7. 問題行動について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

⇒7

ア.物を盗られたなどと被害的になることが	1. ない	2. ときどきある	3. ある
イ.作話をし周囲に言いふらすことが	1. ない	2. ときどきある	3. ある
ウ.実際にはないものが見えたり、聞えることが	1. ない	2. ときどきある	3. ある
エ.泣いたり、笑ったりして感情が不安定になることが	1. ない	2. ときどきある	3. ある
オ.夜間不眠あるいは昼夜の逆転が	1. ない	2. ときどきある	3. ある
カ.暴言や暴行が	1. ない	2. ときどきある	3. ある
キ.しつこく同じ話をしたり、不快な音を立てることが	1. ない	2. ときどきある	3. ある
ク.大声をだすことが	1. ない	2. ときどきある	3. ある
ケ.助言や介護に抵抗することが	1. ない	2. ときどきある	3. ある
コ.目的もなく動き回ることが	1. ない	2. ときどきある	3. ある
サ.「家に帰る」等と言い落ち着きがないことが	1. ない	2. ときどきある	3. ある
シ.外出すると病院、施設、家などに1人で戻れなくなることが	1. ない	2. ときどきある	3. ある
ス.1人で外に出たがり目が離せないことが	1. ない	2. ときどきある	3. ある
セ.いろいろなものを集めたり、無断でもってくるものが	1. ない	2. ときどきある	3. ある
ソ.火の始末や火元の管理ができないことが	1. ない	2. ときどきある	3. ある
タ.物や衣類を壊したり、破いたりすることが	1. ない	2. ときどきある	3. ある
チ.不潔な行為を行う（排泄物を弄ぶ）ことが	1. ない	2. ときどきある	3. ある
ツ.食べられないものを口に入れることが	1. ない	2. ときどきある	3. ある
テ.ひどい物忘れが	1. ない	2. ときどきある	3. ある

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

(複数回答可)

⇒8

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

9 日常生活自立度について、各々該当するものに一つだけ○をつけて下さい。

障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2
痴呆性老人の日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M

## 介護支援専門員からみた要介護度

1. 本調査の対象となった方が、現在介護保険で提供されているサービスの給付を受けると仮定した場合、適切な量の介護サービスを受けるためには、要介護度はどの程度が適切と考えられますか。適切と思われる要介護度に○を付けて下さい。今回の調査結果からコンピュータが計算する一次判定ではなく、介護支援専門員としてその方をみたときに、適切と思われる要介護度をお答え下さい。

対象の方は介護保険が提供する以外の様々なサービスを受け、あるいは必要としていると思われませんが、それらのサービスについては本調査の他の項目で調査されますので、ここでは、介護保険で提供されているサービスを受ける場合に適切と考えられる要介護度をお答え下さい。

1. 自立
2. 要支援
3. 要介護1
4. 要介護2
5. 要介護3
6. 要介護4
7. 要介護5

2. 要介護度の判断に迷いましたか？

1. 迷った
2. 迷わなかった

3. 上の質問で、「迷った」と答えた方にお聞きします。迷った理由は何ですか？自由に記述して下さい。





## II. fMRIを用いた遂行機能障害の診断法の開発

### A. 研究目的

高次脳機能障害を有するにも関わらず形態学的画像診断法で陰性を示す患者・障害者の症例が約10%ある。このような症例に対して器質的脳損傷があるということを正しく診断できるようにするため、本研究ではfMRIを用いた診断法を開発することを目的とした。

### B. 研究方法

遂行機能障害の中でも特にステレオタイプ行動の抑制の検出方法である「後出し負けジャンケン法」を課題として用いた。分担研究者らのこれまでの実験と異なる点は、これまでの実験では同一の被験者が一つのセッション内で後出し「勝ち」ジャンケンと後出し「負け」ジャンケンを交互に行っていた。しかし、このような実験課題では被験者が同一の刺激に対して勝ちと負けの切り替えを行わなければならない。そのため後出し負けジャンケンに関わるステレオタイプ行動の抑制という要因以外に課題を切り替えるというセットの転換の要因が混在してしまうことになる。今回の実験ではこの問題を排除するために被験者を2つのグループに分けて、後出し負けジャンケンを行うグループとコントロール群として後出し勝ちジャンケンを行うグループとに分け、後出しジャンケン課題中に賦活する脳活動をfMRIを用いて計測した。

#### 1. 対象者

被験者は健常者28名（男性15名、女性13名、22 - 38歳、平均27.6歳）であった。被験者からはインフォームドコンセントを得た。また本研究の実験は国立身体障害者リハビリテーションセンターの倫理委員会の承認を受けている。

#### 2. 実験課題

実験課題は安静状態30秒間のブロックと実際にジャンケンを行う30秒間のブロックを交互に行った。それぞれのブロックはセッション内で4

回行われ、またセッションは4回繰り返し行われた。安静条件では被験者は真っ暗な画面をただ見ているだけであり、実際にジャンケンを行う条件では画面上にグー、チョキ、パーのどれかが2秒毎にランダムに提示され、被験者は提示された刺激に対して後出しでジャンケンを行った。被験者が実際に行ったジャンケンは被験者がMRI室に入り1回毎に記録する、またはビデオ撮影によって記録された。

### 3. 計測方法

課題遂行時の大脳皮質の脳活動は東芝Excelart（1.5テスラ）によりEPIとして記録した。撮像条件はTR 3,000ms, TE 40ms, FOV 350mm, matrix 64×64, Slice Thickness 5mm, gap 0mmであった。脳画像の解析にはSPM2（Wellcome Department of Imaging Neuroscience, London, UK）を用いた。

### C. 研究結果

#### 1. パフォーマンス

図1は課題に対する正答率である。後出し勝ちジャンケングループの正答率（±SD）は98.4%（±0.02%）であり、一方後出し負けジャンケングループの正答率は95.7%（±0.02%）であった。課題に対する正答率は後出し負けジャンケングループの方が後出し勝ちジャンケングループよりも有意に低かった（Mann-Whitney検定、 $P < 0.05$ ）。

#### 2. 脳活動

ジャンケン課題を行っているときに賦活する脳活動を後出し勝ちジャンケングループと後出し負けジャンケングループで比較すると図2に示すように前頭葉に関しては後出し負けジャンケン時に左中前頭回（BA9）と右上/中前頭回（BA10）の部位に活動が見られた。逆に後出し勝ちジャンケン時に活動が上昇している脳部位は見られなかった（ $P < 0.001$  uncorrected for multiple comparison）。

さらに後出し負けジャンケングループの脳活動を個人ごとに検討すると左中前頭回（BA9）に関しては14名中12名においてグループ間の比較

で活動した脳部位と同一の場所で活動が見られた。さらに残り2名に関してはグループ間の比較で明らかになった場所に隣接した部位（領域的には同じ左中前頭回（BA9））に活動が見られた。一方、右上/中前頭回（BA10）に関しては14名中5名においてグループ間の比較で活動した部位と同一の場所で活動が見られ、8名においては場所として重ならないが、領域的には同じ右上/中前頭回（BA10）に活動が見られた。しかし残りの1名に関しては活動が見られなかった（ $P < 0.05$  corrected for multiple comparison）。

#### D. 考察

後出し負けジャンケンの方が後出し勝ちジャンケンよりも正答率が悪かったことから後出し負けジャンケンの方が健常者においても難しい課題であり、後出し負けジャンケン課題にはステレオタイプ行動の抑制が関与していると考えられる。

脳活動に関しては、勝ちグループと負けグループの比較で左中前頭回（BA9）と右上/中前頭回（BA10）に活動が見られた。これらの部位が後出し負けジャンケンというステレオタイプ行動の抑制に深く関与していると考えられる。逆に言えば、これらの部位の活動が適切に機能していないことによりステレオタイプ行動の抑制障害が起きていることが示唆される。

後出し負けジャンケン法という心理学的検査法に対して脳機能画像法に基づく生理学的検査を行うことによって、心理学的検査と脳機能との対応関係が明らかになる。心理学的指標と生理学的指標の対応をとって行くことは、高次脳機能障害を診断する心理学的検査法に対して脳機能画像という生理学的指標に基づいた心理学的検査法の再整理・再分類につながると考えられる。

また本実験では個人ごとの脳活動において後出し負けジャンケン時に左中前頭回（BA9）の活動が全被験者において見られたことから、この部位は生理学的な診断を行う上で重要な指標にな

り得ると考えられる。

MRIなどの形態学的画像診断法で陰性の高次脳機能障害を有する患者・障害者に対して器質的脳損傷があったと診断するためには、後出し負けジャンケン課題を行っているときの脳活動をfMRIによって計測し、左中前頭回（BA9）の活動が確認できなければ、この部位またはこの部位に至るまでの経路に何らかの損傷があり遂行機能障害を生じていることが考えられ、関連脳部位不活動型障害として捉えることが出来る。しかし一方で、左中前頭回（BA9）の活動が確認できるが遂行機能障害の症状を示す場合は、脳内の別の部位または皮質間連絡不全型障害など脳部位間のコネクションに問題のあることが考えられ、その抽出は別途の方法に頼る必要がある。

#### E. 結論

fMRIを用いた遂行機能については左中前頭回（BA9）と右上/中前頭回（BA10）の活動がステレオタイプ行動の抑制に関与するということが明らかにされた。特に左中前頭回（BA9）の活動を検討することによって、関連脳部位不活動型障害に関して個別診断が可能であると考えられる。

#### F. 健康危険情報

本研究により状態が悪化したり危険に陥ったとの情報は無い。

#### G. 研究発表

なし

#### H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

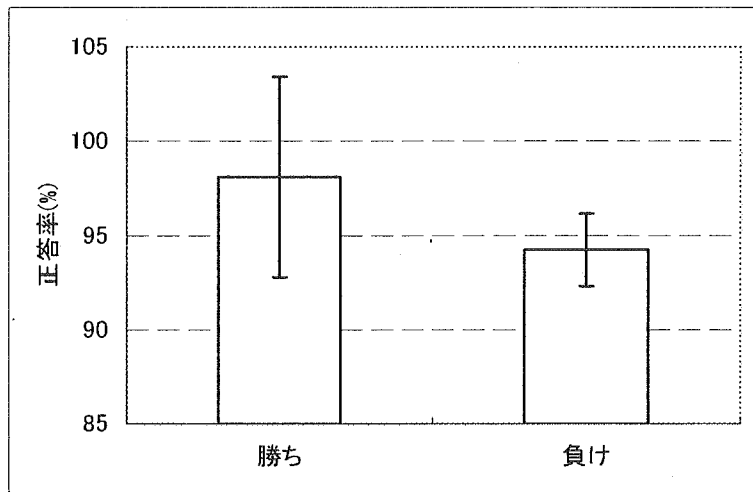


図1 ジャンケン課題の正答率

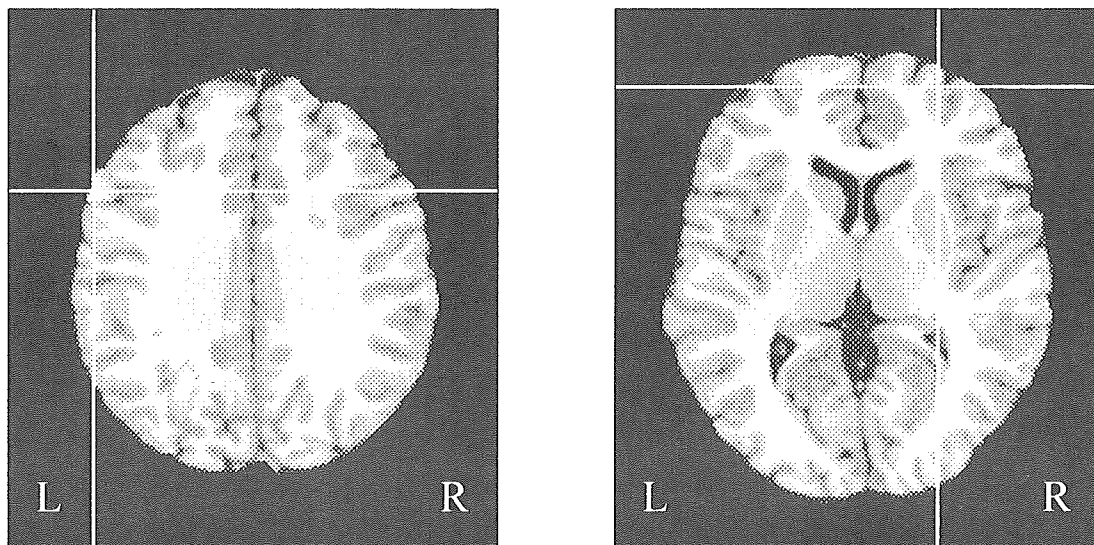


図2 ジャンケン課題中の脳活動：勝ち<負け。左中前頭回（左）と右上/中前頭回（右）

高次脳機能障害モデル事業の追跡調査実施と結果の解析

分担研究者 寺島彰 浦和大学

平成 16 年度の調査結果を踏まえ、本年度は、ニーズ判定票の改訂内容を検討し追加項目を決定するとともに、文言の修正と手引きの加筆を行った。また、施設調査とモデル事業の結果を比較したところ、全国の施設にも高次脳機能障害のある利用者が多く存在するが、基本的なニーズは同じであるが、施設における高次脳機能障害支援方法に対する情報の不足や訓練の不足が伺われ、十分な情報提供がされ、各地で高次脳機能障害者が地域の施設を利用し支援が受けられるようになることの必要性が伺われた。

1. 高次脳機能障害支援モデル事業と高次脳機能障害支援ニーズ判定票の改訂

A. 研究目的

厚生労働省は高次脳機能障害者に対する適切なサービスの提供のあり方を検討するため、平成 13 年度から 15 年度に「高次脳機能障害支援モデル事業」（以下、「モデル事業」という）を実施した。平成 16 年 3 月には、「高次脳機能障害支援モデル事業報告書 - 平成 13 年度～平成 15 年度のまとめ」と「高次脳機能障害支援モデル事業報告書 - 平成 13 年度～平成 15 年度のまとめ・集計表」（以下、「集計表」という）等が国立身体障害者リハビリテーションセンターより公表され、高次脳機能障害標準的訓練プログラム（案）や高次脳機能障害標準的社会的復帰・生活・介護支援プログラム（案）が発表された。

高次脳機能障害標準的社会的復帰・生活・介護支援プログラム（案）は、地域社会生活の中で高次脳機能障害に伴い生じる諸課題に対する支援を行うための指針であり、高次脳機能障害者は支援センターにいる支援コーディネーターによって支援期間や支援計画の策定がなされ、専門職による支援が実施される。支援計画の策定時には、「高次脳機能障害支援ニーズ判定票」（以下、「ニーズ判定票」という。）を用いて高次脳機能障害者が社会生活を行う上で必要な支援の具体的な内容が調査され、就業支援や就学支援等の 8

種類の支援類型の中で適切であると判断される支援が実施される。

平成 13 年度から 15 年度のモデル事業では、社会復帰・生活・介護支援プログラム班の対象者が必要とする支援内容を把握するために支援評価票「個別票（C）」を用いていた。しかし、支援評価票「個別票（C）」は約 90 個の項目から成り立ち、各項目に対して「障害区分」「援助必要性」などを記載しなければならなかったため、平成 15 年度の高次脳機能障害標準的社会的復帰・生活・介護支援プログラム（案）において項目を約 60 項目に減らした A3 版見開き両面の調査票が提示された。そこで、平成 16 年度の本研究ではニーズ判定票の質問項目の内容が妥当であるかを調査し、不足している項目や修正すべき項目がある事等を明らかにした。平成 17 年度は、平成 16 年度の本研究の結果を踏まえ、高次脳機能障害標準的社会的復帰・生活・介護支援プログラム（案）で提示されたニーズ判定票の改訂を行うことにした。

B. 研究方法

平成 16 年度の調査結果でニーズ判定票に関して挙げられた意見を、「不足している事柄」「修正した方が良い箇所」「その他の意見」に分けたところ、以下のようになっていた。

「不足している事柄」としては、「将来の見通しについての相談」「介護者亡き後の生計管理」