

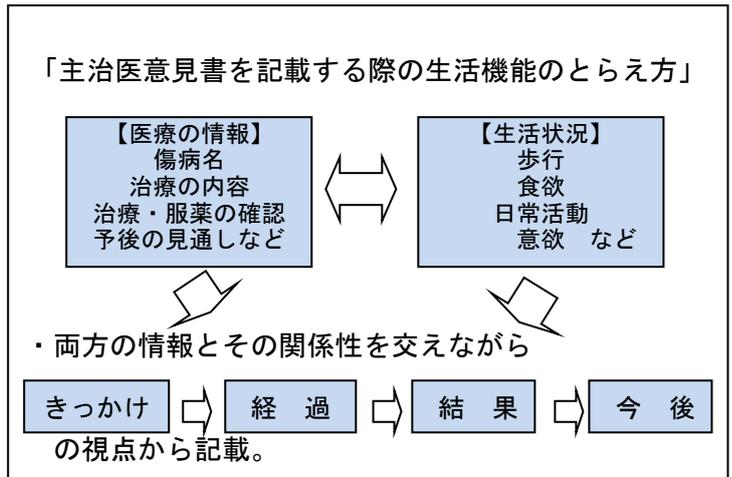
# 主治医意見書の記載ポイント

## □主治医意見書作成の視点

- I. 主治医としての生活機能面の状態の関係性を加えながらの医学的所見
  - \*生活機能面：日常生活上の活動状態等
  - \*関係性：①機能低下の原因 ②状態
- II. 障害や認知機能を含めた心身の状態
- III. 適切なサービス利用のあり方を基本に「総合的な患者の評価」を行います。

## □主治医意見書を記載する際の生活機能の捉え方

医療の情報（傷病名、治療の内容、治療・服薬の確認、予後の見直しなど）と生活状況（歩行、食欲、日常活動、意欲など）の両方の情報とその関係性を交えながら、「きっかけ」→「経過」→「結果」→「今後」についての視点から記載します。（右図）



## 1. 傷病に関する意見

### (1) 診断名

- ① 特定疾病または生活機能低下の直接の原因である傷病名を優先し記入して下さい。
  - ② 診療開始日ではなく発症日を記入し、不明確な場合はおおよその年月を、まったく不明の場合は「不詳」として下さい。
  - ③ 多数ある場合は、「5. その他特記すべき事項」等に記入して下さい。
  - ④ 第2号被保険者（満40歳以上65歳未満）では、要介護状態をきたした疾病が「特定疾病」に該当する必要があります。
- ※生活機能とは身体・精神の動きである「心身機能」、ADL（日常生活行為）・外出・家事・職業等に関する生活行為全般である「活動」、家庭や社会での役割を果たすことである「参加」から成る機能を指します。

### (2) 症状としての安定性

(1)の診断名で記載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□にレ印をつける。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下さい。

## 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）の判定基準

生活機能に着目して能力に応じて判定し、補装具・車椅子等を使用している場合は、使用している状態で判定して下さい。

ランクJ (生活自立)	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
ランクA (準寝たきり)	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
ランクB (寝たきり)	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 (寝たきり)	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の判定基準

意思疎通の程度、症状・行動に着目し、評価にあたっては、家族等、介護者からの情報も参考にして下さい。

※遷延性の意識障害等で判断ができない場合は、「□M」にチェックした上で、「3. (4) その他の精神・神経症状」の欄に遷延性の意識障害等と記入し、「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…」に具体的な状態を記入して下さい。

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。
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。 II a 家庭外で上記IIの状態がみられる。 II b 家庭内でも上記IIの状態がみられる。
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。 III a 日中を中心として上記IIIの状態が見られる。 III b 夜間を中心として上記IIIの状態が見られる。
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。
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。

#### 4. 生活機能とサービスに関する意見

要介護者が、少しでも自立した生活や心身の安定を取り戻せるよう、生活機能の維持・改善に着目し、栄養の改善・リハビリ目標の設定、疼痛の緩和、医学的管理の必要性、予防給付の適否等、適切なケアプランの作成に役立つ情報を提供して下さい。

##### (1) 移動

###### ・屋外歩行

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まれます。外出するには促しが必要でも、屋外は一人で歩いている場合も含まれます。
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まれます。
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まれます。

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（杖等）・装具の使用

室内・屋外の両方で使用している場合は、両方の□にチェックして下さい。義足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	日頃の室内歩行の時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

高齢者では、慢性的なエネルギー・蛋白質等の補給不足による「低栄養」が、筋力や身体機能の低下、感染症や褥瘡等を誘発し、生活機能の低下を来します。要介護状態の改善及び重度化の予防の観点から情報を提供して下さい。

###### ・食事行為

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

下記を目安に判断し、医学的観点から、改善に向けた留意点について、( ) 内に記入して下さい。

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（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 <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（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が高い病態とその対処方針

介護支援専門員がケアプランを作成するにあたって参考にすることを考慮し、対処方針、緊急時の対応等の留意点を記入します。尿失禁の欄は、「オムツ代の医療費控除」の証明書に活用されます。

##### (4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し

現在の状態から勘案して、概ね3ヶ月から6ヶ月間、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判断してください。傷病の病状としての見直しではなく、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

医学的観点からみて、必要と思われるサービスを選択します。サービスには予防給付で提供されるものも含まれます。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下さい。なお、この欄は、サービスに関する指示書に代わるものではありません。訪問歯科診療・訪問歯科衛生指導については、口腔内の状態（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）をもとに判断します。

「その他の医療系サービス」には、通院や入院による治療、保健所による保健指導等も含まれます。

現在、申請者が利用していない場合や地域に該当するサービスがなかったりする場合でも、必要と思われる場合はチェックして下さい。

##### (6) サービス提供時における医学的観点からの留意事項

血圧管理、摂食、嚥下機能（咀嚼、嚥下から食塊が胃に至るまでの機能）、運動負荷を伴うサービスについての留意事項を、具体的に記入して下さい。

移動については歩行に限らず、居室とトイレの移動、ベッドから車椅子、便座への移乗等も含めて、留意事項があれば具体的に記入して下さい。介護サービスが、医療職がいない状況で提供されることが多いことを考慮し、不安感を助長させないよう適切な助言を( )内に記載して下さい。

##### (7) 感染症の有無

介護の現場における二次感染を予防する観点から、日常の診療から知り得た感染症に関する情報を記入して下さい。必ずしも新たな検査を求めるものではありません。

通所サービスや施設入所などに際し、事業者側が各種感染症の予防管理のため、申請者に健康診断書の提出を求め、その検査費用が高額で申請者に過重な負担をかける場合があります。ここでの感染症情報を活用することが推奨されます。

# 主治医意見書

# 記入のポイント

“意見書の完成日”を記入して下さい。

記入日 年 月 日

申請者	(ふりがな)	男	〒	施設に入院・入所している場合は、施設名・所在地・電話番号を記入してください。
	明・大・昭 年 月 日生 ( 歳)	女	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等に利用されることに

同意する  同意しない

医師氏名 \_\_\_\_\_  
医師機関名 \_\_\_\_\_  
医師機関所在地 \_\_\_\_\_

パソコンやゴム印を使用した場合も、医師名は自署してください。印鑑は不要です。

チェック漏れがないようお願いします。  
同意する場合は、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主治医意見書が提示されます。(申請者本人の同意は申請段階で確認されており、主治医には「守秘義務」に関する問題は生じません。)

(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"/> その他 ( )

最後に診察した日を記入します。できるだけ直近の情報を提供してください。

不明の場合は「無」とし、「有」の場合は必ずその診療科を記入してください。同一医療機関でも同様です。他科受診の必要性に関するチェックではありません。

## 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.	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。発症が不明な場合およびその発症月日を記入。例)脳血管疾患の再発や併発の場合は直近の発作(発症)が起きた年月日を記入。	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)

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。「不安定」を選択した場合は、下記に具体的な状況を記載してください。

(2) 症状としての安定  現在の全身状態から急激な悪化が見込まれない場合、「安定」を選択。  不安定

(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〕

①日常生活活動の低下、外出や社会参加の機会の減少、家庭内での役割の喪失等、生活機能低下を引き起こしている要因を具体的に記載してください。  
②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の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。

16疾病は別表参照。  
心身の病的な加齢現象との医学的関係がある疾病で、次のいずれをも満たすものが特定疾病とされています。  
(1)65歳以上の高齢者に多く発生しているが、40歳以上65歳未満でも発生がみられる等、罹患率・有病率等について加齢との関係が認められ、医学的根拠が明確に定義できること  
(2)継続して要介護状態等となる割合が高いと考えられること。

※第2号被保険者(40歳以上65歳未満)については、生活機能低下の原因となっている疾病が特定疾病に該当していることを介護認定審査会で確認します。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。

作成日から起算して、過去14日間に看護職員等が行った診療補助行為(医師が同様の診療行為として行った場合も含む)について判断してください。「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。

## 2. 特別な医療(過去14日間以内に受けた医療の全てにチェック)

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)				
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)				

・別表参照。  
・「状態の維持・改善可能性にかかる審査判定」において重要。  
・介護報酬に係る認知症加算の根拠に用いられます。

## 3. 心身の状態に関する意見

(1) 日常生活の自立度等について

・障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)  自立  J1  J2  A1  A2  B1  B2  C1  C2

・認知症高齢者の日常生活自立度  自立  I  IIa  IIb  IIIa  IIIb  IV  M

(2) 認知症の中核症状(認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)

・短期記憶  問題なし  問題あり

・日常の意思決定を行うための認知能力  自立  いくらか困難  見守りが必要  判断できない

・自分の意思の伝達能力  伝えられる  いくらか困難  具体的な要求に限られる  伝えられない

(3) 認知症の周辺症状(該当する項目全てチェック:認知症以外の疾患で同様の症状を認める)

無  有

幻視幻聴  妄想  昼夜逆転  暴言  暴行  介護への抵抗  徘徊

火の不始末  不潔行為  異食行動  性的問題行動  その他 ( )

(4) その他の精神・神経症状  無  有 (症状名: )

専門医受診の有無  有 ( )  無

運動能力の低下していない認知症高齢者のケア時間加算ロジックに使用されます。

該当する項目にチェックし、具体的な介護の手間を理解できる必要な情報(状況と頻度)を「5特記すべき事項」に記載してください。

利き腕:介護の手間に関するもので、必ず記入してください。

身長・体重:移乗,入浴介護等,介護の手間を考える上で必要となります。体重の変化は栄養状態の把握の目安となります。

(5) 身体の状態

利き腕 (  右  左 ) 身長 =  cm 体重 =  kg [ 過去6ヶ月間の体重の変化  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 :  )  軽  中  重 )

筋力の低下 ( 部位 :  両下肢 ) 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 )

程度については状態が介護にどの程度影響するかという視点でチェックしてください。

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

車椅子の使用  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 (  現在あるか又は今後概ね6ヶ月以内に発生する可能性の高い状態があればチェックしてください )

(3) 現在あるか又は今後発生する高い

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

傷病の症状としての見通しではなく、介護保険その他の高齢者に対するサービスを3ヶ月～6ヶ月間利用した場合に、生活機能の維持・改善がどの程度期待できるかどう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 (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ください。)

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ください。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いただいても結構です。)

・他の項目で記入しきれなかったことや選択肢では表現できないことを簡潔に記載してください。

・生活機能の状態,生活や家族環境,療養の様子,栄養の問題,口腔内の状況,予防給付の適否,リハビリテーションの目標など,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,要点を記載してください。

介護認定審査会では申請者に必要な介護の手間を総合的に把握し判断します。申請者にかかる介護の手間をより正確に反映する為、**申請者の状態やそのケアに係る手間、頻度**について具体的にご記入をお願いします。

・3(1)の「認知症高齢者の日常生活自立度」の選択に当たって、特に重視した点を記載してください。MMSE(ミニメンタルテスト検査)やHDS-R(長谷川式簡易知能評価スケール)を活用した場合は、得点を記載していただくと審査時の参考になります。

・4(4)の選択にあたって特に重視した事項やサービス利用によって期待できる効果,4(5)の「医学的管理の必要性」の選択理由などを記載していただくと審査時の参考になります。

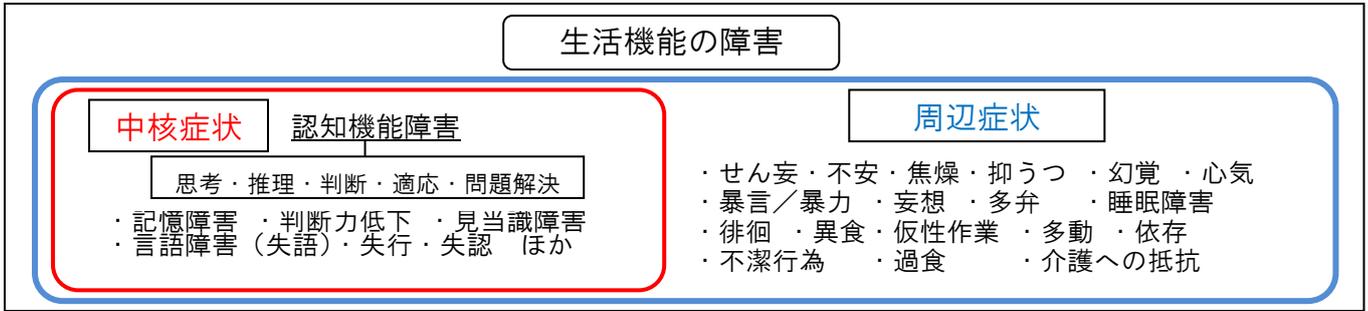
熊本県 認知症対策・地域ケア推進課

〒862-8570 熊本市中央区水前寺6丁目18-1 (電話) 096-333-2218

熊本県医師会

〒860-0806 熊本市中央区花畑町1番13号 (電話) 096-354-3838

認知症の周辺症状 (図) 認知症の中核症状と周辺症状



(2) 認知症の中核症状

・日常の意思決定を行うための認知能力

自立	日常生活において首尾一貫した判断ができる。毎日すべき事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

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

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、ま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

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、放置すれば直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、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 四肢欠損～その他の皮膚疾患

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	意思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。

特定疾病の症候・所見のポイント（表1）

疾病名	症候・所見
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（画像検査など）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週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ない治療の場合は治癒困難な状態にあるものとする。
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。とくに不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。
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。
後縦靭帯骨化症	靭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。
骨折を伴う 骨粗鬆症	脊椎圧迫骨折…腰部疼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。
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見られる。中期には、記憶の保持が短くなり、薬を飲んだことを忘れて、同じ物を何度も買って来たりするようになる。後期には、自分の名前を忘れて、トイレがわからなくなったり、部屋に放尿ようになる。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。
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）
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。
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。
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。
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「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。
糖尿病性腎症・ 糖尿病性網膜症・ 糖尿病性神経障害	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。
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、アロ-ム血栓症脳梗塞や心原性脳梗塞では、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、心原性脳梗塞では、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、外見からはわかりにくく、注意が必要である。
閉塞性動脈硬化症	問診で閉塞病変に由来する症状一下肢冷感、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。
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ずして反復する。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。
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。