

## Ⅱ. 認定審査以外の観点から

霞ヶ関南病院 院長 齋藤 正 身

わが国におけるケアマネジメントの定義は、「加齢に伴う障害や疾病による二次障害等によって、自力で日常生活を送ることが困難な高齢者に対して、その意思を尊重しながら、心身の状態の維持・改善をはかるとともに、多様な生活を支えるため、様々なサービス提供機関と調整を行い、適切な介護サービスの利用に関する計画（ケアプラン）を作成し、総合的・一体的なサービスの確保を図る一連の活動」となる。要約すれば、対象となる高齢者が、人から押しつけられたサービスではなく、各種ケアサービスの必要性を十分理解した上で、自己選択し、支障のない日常生活を送るために活用される方法ということである。この時の主治医の役割は、サービスを利用される対象者および家族ばかりでなく、他のサービス提供者に医学的なアドバイスを行うことである。

我が国の場合には、介護保険制度によりサービスが提供される場合にケアマネジメントが実践される。すなわち、かかりつけ医（主治医）の立場では、専門的な医学的管理の必要性や介護上のアドバイスを「居宅療養管理指導」として、利用者および家族、介護支援専門員やサービス提供者に伝えていくことが主な役割となるが、介護保険の申請時に必要な「主治医意見書」の記載内容を通じて、要介護認定のために参考となる情報を提供するだけでなく、介護支援専門員が介護サービス計画（ケアプラン）を作成する際にも重要な医学的な意見を提供している。言い換えると、介護サービス利用の入り口として、要介護認定の申請時点で押さえておかなければならない医学的内容を最初に伝えることのできる手法が「意見書」である。

介護の必要な対象者やサービス提供者にとって、医学的な情報は必須であり、サービス提供の前提となる。今回改定された「主治医意見書」の具体的な項目やフォーマットは、ケアマネジメントの上で、かなり改善された内容になっている。特に新たに位置づけられた「生活機能とサービスに関する意見」では、具体的な項目である「移動」や「栄養・食生活」の項目が加えられ、主治医として診察するだけでなく、実生活の状況を十分把握することが求められている。

医学的な情報と実際の生活機能を結び付け、今後予測される病状変化だけでなく、今後期待できる生活機能の維持・改善にまで踏み込んだ意見書の作成が、ケアマネジメントの上で重要な役割を担うことになる。

以下に、ケアマネジメントの観点から主な疾病と症状、状態別のポイントを記すが、意見書のみならず、居宅療養管理指導の上でも重要なポイントであることは言うまでもない。また、できるかぎり、抽象的なポイントではなく、具体的に記載するときに活用できる内容でまとめてみた。

### 1. 主な疾病のケアマネジメント上のポイント

#### (1) 筋萎縮性側索硬化症（ALS）

- ・進行性の疾患であることがポイント
- ・進行状況に応じた補装具の選択が重要である

- ・廃用性の筋力低下に対するリハビリテーションは対象者の状態に応じた内容・量であることが肝要である
- ・精神的なケアが最も重要であり、コミュニケーションをとる手段をいつも数種類用意しておく必要がある

## (2) パーキンソン病関連疾患

- ・重症度によって、リハビリテーションやケアの内容が変わることを説明  
[Hoen-Yahrの重症度分類]
  - I 一側性のみ
  - II 両側性の障害を示すが、立ち直り反射の障害(突進現象)はみられない
  - III 両側性障害があり、歩行障害および立ち直り反射の障害がみられる。しかし、日常生活動作は介助を必要としない
  - IV 介助なしで起立・歩行ができるが、日常生活動作では介助を要する
  - V 車いす生活または寝たきり
- ・すくみ足や小刻み歩行、前傾・前屈、突進現象、加速歩行などのために、転倒の危険性あり
- ・心気的になったり、抑うつなどの精神症状があるため、精神的なケアが必要になる
- ・嚥下障害や末梢循環不全、自律神経障害などにも注意が必要
- ・病状の進行に伴い、より生活機能維持を目的としたリハビリテーションが中心になる

## (3) 脊髄小脳変性症

- ・運動失調を主症状とする変性疾患の総称
- ・主な病型は以下の通り
  - \* 晩発性小脳皮質萎縮症
  - \* Joseph病
  - \* 歯状核赤核淡蒼球ルイ体萎縮症
  - \* Friedreich病
  - \* 家族性痙性対麻痺
- ・共通しているのは、運動失調が主であることであり、根本的な治療法がないことから、リハビリテーション、特に社会性の維持・回復を考えれば通院によるリハビリテーションが勧められる

## (4) 糖尿病性腎症・糖尿病性網膜症・糖尿病性神経障害

- ・糖尿病：もちろん食事・運動・薬物療法
- ・神経障害：自律神経障害や末梢神経障害の具体的な内容を説明しておく
- ・低血糖発作時の対応を指導
- ・失明や視力低下による日常生活上の問題に対する対処方法を指導

## (5) 閉塞性動脈硬化症

- ・重症例以外は、歩行を中心とした運動療法を勧める
- ・爪や皮膚のケアも重要なポイントである
- ・禁煙や温暖な環境整備、マッサージなども効果的である
- ・ぬるま湯による足浴も効果がある

## (6) 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)

- ・禁煙指導

- ・温度差、特に暖かいところから、気温の低いところに移る時の注意
- ・風邪などの呼吸器感染症の罹患に注意
- ・精神的なケアが重要
- ・栄養・運動の指導
- ・リハビリテーション（肺呼吸器に対する）
- ・酸素療法

**(7) 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**

- ・同じ姿勢を長時間とらない
- ・患部の安静と保温
- ・膝の場合には、大腿四頭筋の筋力アップが重要（運動器の機能向上等）
- ・体重のコントロール次第で症状が軽減することはよくある

**(8) 関節リウマチ**

- ・活動期に積極的なリハビリは勧められない。
- ・リハビリで重要なのは、関節の拘縮予防である→関節可動域の保持・拡大
- ・変形予防→装具としては指関節スプリントなど
- ・変形の進行状態に応じた補助具の活用
- ・関節の疼痛に対する対策も重要→装具やサポーターによる除痛、薬物療法
- ・上肢・手指の変形により、衣服の着脱に時間がかかったり、できなかつたりするが、ボタンの代わりにマジックテープやファスナーにリングを付けるなどの工夫を勧める

**(9) 後縦靭帯骨化症**

- ・主に頸椎であるが、屈曲位のほうが楽
- ・四肢麻痺が突然来る可能性があることを説明
- ・頸椎保護のためネックカラーの装着が必要な場合がある
- ・上半身の着脱は座位で行い、ズボンの着脱は臥位で行うことを指導

**(10) 脊柱管狭窄症**

- ・腰椎の場合、歩行していると足が重くなったり痛みが出現するので、休憩の必要性を説明する
- ・頸椎の場合、手のしびれで初発することあるので、整形受診必要
- ・失禁や頻尿などの排尿障害に注意
- ・筋力強化や疼痛のコントロールは継続的に続ける必要があることを説明

**(11) 骨折を伴う骨粗鬆症**

- ・再度の骨折の危険性を説明
- ・食事（栄養）と運動の指導
- ・転倒や転落の予防、骨折の予防のための環境整備が必要 \*転倒の項目参照
- ・脳血管障害による片麻痺の人が、移動時（ベッド⇔車いすなど）に転倒・転落することはしばしば認められ、大腿骨頸部骨折などの受傷に注意が必要である
- ・腰椎圧迫骨折では、ある程度疼痛がコントロールされれば、できるだけ早期の離床と筋力強化を中心にしたリハビリテーションが必要であることを説明

**(12) 廃用症候群（生活不活発病）**

- ・急性期・慢性期疾患にかかわらず、早期離床や座位保持の勧め、適切な介護の提供、十分な栄養

状態の維持が重要である

- ・臥床状態が長くなると起こってくる併害について説明
- ・落ちた筋力の回復には時間がかかり、継続したりハビリの必要性を話す
- ・離床だけでなく、社会性の回復や維持が重要であり、自宅に閉じこもることなく通所ケアを利用することをすすめる
- ・介護予防の観点からも、運動器の機能向上・栄養改善・口腔機能の向上等を、各々に携わる専門職と連携をとり実践することが求められる。

## 2. 症状・状態別のケアマネジメント上のポイント

### (1) 片麻痺

- ・主に脳血管障害によって起こる片側の上下肢の麻痺
- ・障害を受けた脳と反対側に麻痺を残す
- ・障害を受けた肩関節の亜脱臼を起こしやすい
- ・右片麻痺では、言語障害を伴いやすい
- ・左片麻痺では、情緒障害を伴うことが多い
- ・各関節が拘縮しやすいことに注意が必要

#### ◎介護上のポイント

##### [食事]

- \* 利き手が麻痺している場合には、利き手交換訓練が必要だが、あせらず繰り返し行うことが肝要
- \* すべてを介助するのではなく、動作の一部を手伝う気持ちが大事
- \* 補助具を利用する場合には、リハビリ・介護等の専門スタッフのアドバイスを聞き、在宅介護支援センターなどで実際に手にとってみるのが重要
- \* 咀嚼や嚥下のうまくいかない人の場合には、健側で食べることや、食べ物が口の中に残っていないことを確認する
- \* 汁物や水物はむせやすいので注意
- \* できる限り、座位での食事が望ましい

##### [排泄]

- \* 尿意・便意の有無をチェック
- \* トイレでの排泄自立を達成させたいが、発症後の期間や重症度、介護負担の状況などを踏まえて、達成可能な目標設定と実用性を考えた手段を選択する必要がある
- \* 臥床状態が長くなると、排便・排尿障害や尿路感染症の合併が起こりやすいことを説明

##### [移動]

- \* 少しずつ移動できるようになってくると、慎重さに欠けたり、注意力が緩慢なため転倒の危険性が増す
- \* レベルアップにともない、利用する補助具の種類が変化していくが、将来的な展望も考慮して

選択していく必要がある

- \* 段差の解消や障害物の撤去はもちろんであるが、住みなれた自宅であることも考慮し、実際に移動してみた結果から取り組む必要がある
- \* 運動器の機能向上プログラムが導入できるかどうかを検討する。

## (2) 失語

- ・ 言葉の障害であり、脳の優位半球（一般的には左半球）の気質的な損傷によって起こる。
- ・ 原因疾患：脳血管障害・脳腫瘍・頭部外傷など
- ・ 話す・聞く・読む・書く・計算するといった機能が低下するが、損傷部位や範囲によって、重症度やタイプが異なる。

## ◎介護上のポイント

### [コミュニケーションの取り方]

(話しかけるとき)

- \* 正面に座り、話し手に注目してもらう
- \* わかりやすい、短い文で話す
- \* 理解したかどうか確認（表情など）してから、次の言葉話す
- \* 理解できないときは、他の言い方をしたり、絵・漢字・ジェスチャー・実物の指差しなどを併用する

(聞くとき)

- \* ゆっくり話を聞く
- \* 発話のない場合は、「はいーいいえ」で答えられるような質問をする
- \* 表情から話を推測する
- \* 話がわからないときには、
  - 周囲の状況を観察して情報を得る
  - 周りの人に話を聞く
  - 絵・漢字・ジェスチャー・実物の指差しなど、あらゆる手段を使うように促す
  - そのときにわからない場合には、無理強いせず、あとでもう一度聞く
- \* 話を途中で取らない
- \* 出にくいときには、助け舟を出す

[接し方の注意]

- \* 子供扱いをしない
- \* 発話を無理強いしない
- \* 馬鹿にしない
- \* イライラしたり、落ち込むため、精神的なフォローが大切
- \* 介護者に対する思いやりも大切

## (3) 構音障害

- ・ 発声・発音の障害であり、神経や筋の運動障害や発声発語器官の器質的あるいは機能的な障害によって起こる。
- ・ 原因疾患：脳血管障害・ALS・パーキンソン病など

- ・摂食・嚥下障害を伴っていることが多い

#### [コミュニケーションの取り方]

(気をつけてもらうこと)

- \* ゆっくり、はっきり話す
- \* 姿勢を正し、唾液を飲み込んでから話す

(聞き手として気をつけること)

- \* 正面に座り、表情や口元をよく見る
- \* 話し方の特徴を知り、内容を推測する
- \* わからないときは、代替え手段を積極的に使う

例) 50音表の指差し

筆談

ジェスチャー

はいーいいえ

描画

福祉機器(トーキングエイド<sup>®</sup>など)

(接し方の注意)

- \* ゆっくり余裕をもって対応する
- \* 聞き取れないときも、不快な表情をしない
- \* 何度も聞き返すか否かは、表情を見ながら決める

#### (4) 嚥下障害

- ・ 嚥下の状態によって、食形態を考える
- ・ 口腔に食べ物が残っていないか確認する
- ・ 激しい咳き込みや高熱があるときには嚥下性肺炎を疑い、主治医の診察を受ける
- ・ はっきりした症状がなくても、何か元気がないときも同様である
- ・ 口腔機能の向上を念頭に置き、言語聴覚士・歯科医・歯科衛生士等との連携が必要

#### (5) 肥満

- ・ 体重のコントロールはもちろんであるが、適切な運動量・食事量を提示する
- ・ 肥満による弊害をわかりやすく説明する
- ・ 腰・股関節・膝関節などの状況を定期的にチェックする
- ・ 管理栄養士との連携が必要

#### (6) 転倒・転落

- ・ 転倒の原因となり得る環境因子の除去
- ・ ライティング
- ・ 床(段差やカーペット)
- ・ 手すり
- ・ 電気のコード
- ・ 薬剤

- ・家具のレイアウト
- ・転倒・転落してしまった場合のリスクマネジメント

### 3. おわりに

ケアマネジメントの観点から主治医意見書に記載すべき主な疾病と症状、状態別のポイントを記したが、できれば主治医と介護支援専門員やサービス提供者との間で直接意見交換やアドバイスをすべきである。サービス担当者会議への参加や往診等の診療の際にケアマネジャーが同席できるような工夫等により、日常の介護状況と医学的なポイントのすりあわせができれば、本来のチームによるケアマネジメントが実現できるものとする。今回の改定では介護保険法の基本理念である「自立支援」を徹底する観点から、予防重視型システムへの転換が打ち出されている。①要支援状態・要介護状態となることの予防や、②要介護状態等の軽減又は悪化の防止（介護予防）につながるサービスの提供が展開されることになるが、軽度の要介護者だけではなく、介護度の重い利用者に対しての介護の負担軽減に目を向けた積極的な取り組みも忘れてはならない。そのときに忘れてはならないのが重度になればなるほど医学的管理の必要性が高まる傾向にあることであり、より一層重要な役割を「主治医意見書」が担うことになる。介護の状況を十分に把握した「意見書」の作成や、サービス担当者会議での意見・アドバイス等が求められるであろう。



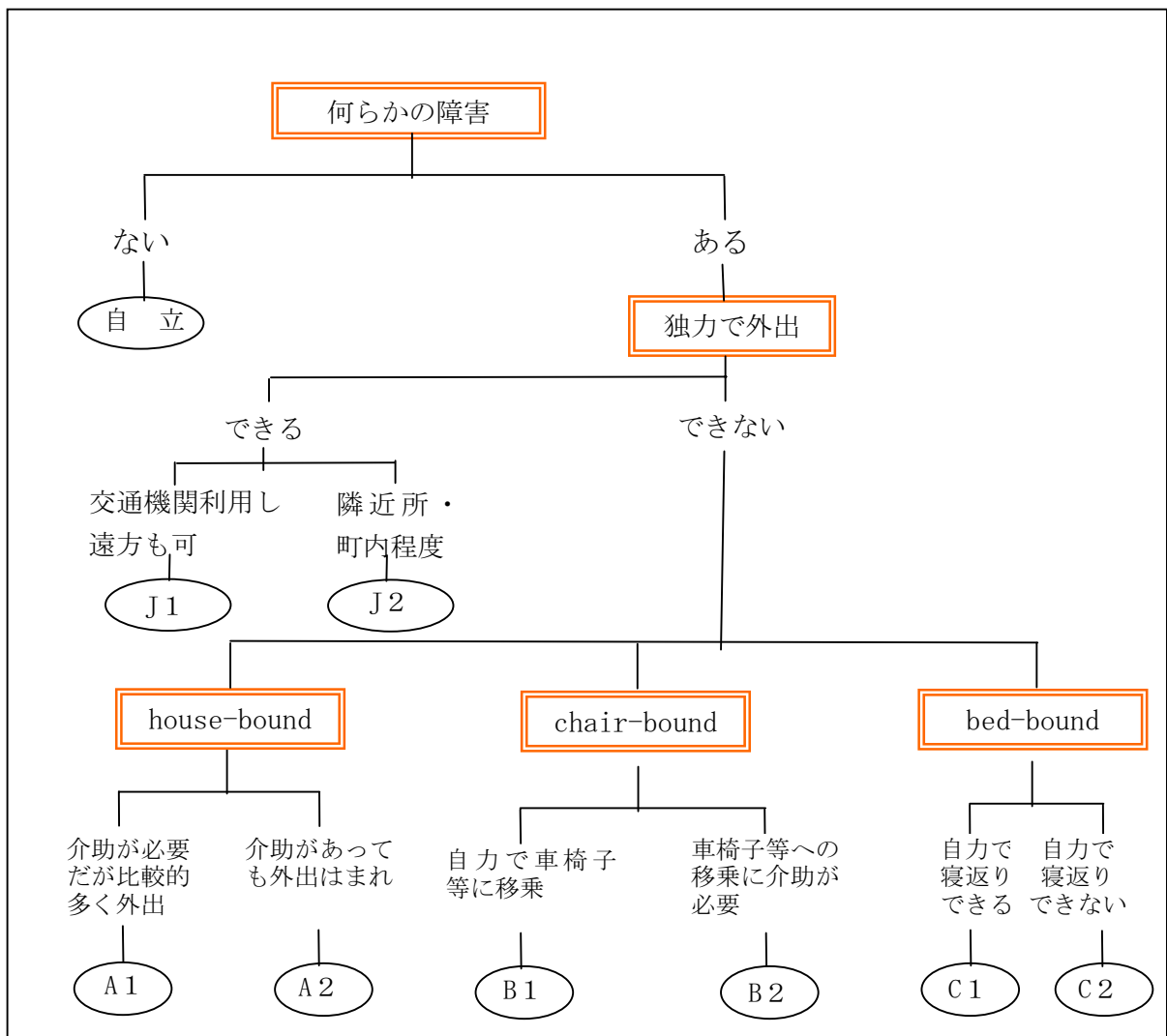
【参考資料 1】障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）の判定基準（早見表）

名古屋大学医学部社会生命科学講座 助教授 西村 秋生

1. ポイント

- ・ 原則として、移動に関わる状態像に着目し、あわせて排泄、食事、着替えに着目して判定してください。
- ・ 能力があるにもかかわらず行っていない状況にあるときは、能力に応じて判定してください。
- ・ 補装具、車いす等を使用している場合は、使用している状態で判定してください。
- ・ 認知症により指示を理解できないため、移動や食事を行うことができない場合であっても、身体の状態のみに着目して判定してください。

2. 判定の流れ



「house-bound」 : 外出するときは介助を要するが、普段は離床している状態

「chair-bound」 : 一日の大半をベッド上で過ごし、食事、排泄、着替のいずれかにおいて部分的に介助を要する状態

「bed-bound」 : 一日中ベッドで過ごし、食事、排泄、着替のすべてに介助が必要な状態



【参考資料2】認知症高齢者の日常生活自立度の判定基準（早見表）

名古屋大学医学部社会生命科学講座 助教授 西村 秋生

1. ポイント

- ・ 意思疎通の程度、見られる症状・行動に着目してください。
- ・ 評価に当たっては、家族等の介護者からの情報も参考にしてください。
- ・ 認知症の程度の医学的判定とは必ずしも一致するものではありません。

2. 判定の流れ

