

《事例3》 生活機能低下の原因が悪性疾患である事例

患者の概要 性別：男性 年齢：78

疾病や身体の状況：黄疸のため、進行性膵頭部癌と診断され、金属ステントを留置し在宅療養を開始した。癌による腰痛から下肢の痛みがあり、通院でモルヒネによる疼痛緩和ケアを行っている。2週間の入院や疼痛、栄養障害でADLが低下したが、一時的にでも生活機能の維持・改善が望めると見込まれる。認知症等、精神障害は存在しない。

ポイント1
(傷病に関する意見)

入院前生活は自立していたが、治療困難な進行癌による栄養障害、疼痛、入院による下肢筋力低下で生活機能が低下していることが説明されている。

(特定疾病に治癒困難な状態にある「がん」が追加された、65歳未満の第2号被保険者については、特定疾病名の他、組織診断又は細胞診あるいは臨床上に進行性の腫瘍性病変の存在などの診断根拠と、その状態を記載する必要がある。詳細は記入マニュアルを参考にされたい。)

疼痛管理と栄養改善、体力の回復が図られれば、当面、自立した生活を取り戻せる可能性を示し、生活機能の維持・改善を目指したりハビリの必要性や、一時的にでも安定が見込まれる期間など、要介護認定やケアプランの作成に役立つ情報を提供している。

| 主治医意見書 | | 記入日 平成 17 年 11 月 17 日 | |
|---|--|----------------------------------|--|
| 申請者 | (ふりがな) 明・大・昭 年 月 日生(80歳) | 男 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に利用されることに <input type="checkbox"/> 同意する。 <input type="checkbox"/> 同意しない。 | | | |
| 医師氏名 | | 電話 () | |
| 医療機関名 | | FAX () | |
| 医療機関所在地 | | | |
| (1) 最終診察日 | 平成 17 年 11 月 9 日 | | |
| (2) 意見書作成回数 | <input checked="" type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 2回目以上 | | |
| (3) 他科受診の有無 | <input checked="" 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. 膵頭部癌、骨転移による癌性疼痛 発症年月日 (昭和・平成) 17 年 8 月 日頃) | | | |
| 2. 高血圧症 発症年月日 (昭和・平成) 17 年 8 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 checked="" 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) 進行癌であるが、3ヶ月程度は安定していると見込まれる | | | |
| (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 [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) 一人暮らしだが、近所まで買い物し生活は自立していた。平成17年8月頃から食欲が低下し、9月中旬頃より黄疸が出現し、近医より紹介され来院、膵頭部癌と診断し9月末に入院となった。癌は腰部から仙骨部にかけて転移を認め、減黄のため金属ステントを内視鏡下で設置し、肝機能の回復を認め約2週間で退院となった。疼痛はモルヒネで対処、疼痛や入院による下肢筋力の低下があるが手を添えれば歩行は可能な状態。足元が不安で車椅子で娘が付き添い通院中。食欲は回復しているため一時的にもADLの改善は期待できる。 ボルタレン3錠 ムコスタ3錠 カマゲ1.0 MSコンチン | | | |
| 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 無 [症状名: 専門医受診の有無 <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無] <input type="checkbox"/> 有 | | | |

生活や介護の状態：高齢独居生活だが、入院前は近所のコンビニで買い物ができ、生活は自立していたが、現在は1人での外出は難しくなっている。食事は近居の娘が作り置きで賄うが、かかわりには限界がある。回復への意欲はあり、生活支援や住宅改造も必要。

(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) (5kg)
四肢欠損 (部位: _____)
麻痺 左上肢 (程度: 軽 中 重) 右上肢 (程度: 軽 中 重)
左下肢 (程度: 軽 中 重) 右下肢 (程度: 軽 中 重)
その他 (部位: _____ 程度: 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)

ポイント2
 (心身の状態に関する意見)
 体重減少の程度と、両下肢の「筋力の低下」の状況を説明している。

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 屋外で使用
 現在の栄養状態 良好 不良
 → 栄養・食生活上の留意点 (蛋白摂取等、体力や筋力の回復のための栄養指導や食事の提供が必要)

(3) 現在あるかまたは今後発生の高い病態とその対処方針
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 (疼痛管理のため定期外来通院が必要)

(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 (塩分制限) ・移動 特になし あり (転倒に注意)
 ・摂食 特になし あり (_____) ・運動 特になし あり (負荷的運動は当面なじまない)
 ・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

ポイント3
 (生活機能とサービスに関する意見)
 介助すれば歩行はできるが、屋外ではしていない状況がわかる。リハビリの目標設定の目安となる。
 栄養の確保、疼痛緩和のモルヒネ使用に留意している様子が伺われる。
 生活機能改善に注目し、高齢の進行癌であっても、生活機能の維持・改善のためのリハビリに期待できることが表現されている。
 高血圧のための塩分制限に留意されている。
 訪問や通所によるリハビリが望まれるが、負荷的なプログラムは無理があることが説明されている。

5. その他特記すべき事項
 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。)

独居生活で、入院前は近所のコンビニで買い物ができたが、現在のところ、室内のつままりながらの歩行程度で、1人での外出は難しい。食事は近居の娘さんが作りおきしてまかなっているが充分とはいえない。娘に迷惑をかけたくないという気持ちで回復への意欲はある。今後は体力の回復や痛みに応じた計画的リハビリが期待され、生活支援や住宅改造も必要。

ポイント4
 (特記すべき事項)
 追加補足として生活環境、自宅療養の様子、家族環境や本人の意欲が表現されている。
 栄養の問題やリハビリへの意見が盛り込まれている。
 ケアプラン作成や新予防給付の適否の判断に有用な情報が提供されている。