

《事例5》 第二号被保険者で特定疾患であるパーキンソン病の事例

患者の概要 性別：男性 年齢：59歳

疾病や身体の状態：歩行力の低下が顕著。転倒後、不安で1人では外出困難。巧緻性に障害があり、全ての動作に時間がかかる。筋力の維持や関節の拘縮予防にリハビリを必要とする。精神の障害は存在しない。

主治医意見書

記入日 平成 17 年 11 月 11 日

|   |  |             |        |
|---|--|-------------|--------|
| 申請者   | (ふりがな)   | 男<br>・<br>女 | 〒<br>— |
|   | 明・大・昭 年 月 日生(59歳)  |             |        |
| 上記の申請者に関する意見は以下の通りです。<br>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 10 月 26 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 type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無<br>(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<br><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. パーキンソン病 発症年月日 (昭和・平成) 6 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 checked="" type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不明<br>(「不安定」とした場合、具体的な状況を記入)<br>歩行障害が進行する可能性あり   |
| (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<br>(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)<br><br>平成6年頃より歩行障害が出現、前屈姿勢や突進現象があった。平成10年6月に当院を受診。安静時の手指振戦、筋固縮、姿勢反射障害があり、進行性であるが投薬にて、手指振戦は軽快、筋固縮も柔らかくなっている。嚥下障害、妄想や幻覚症状はない。介助があれば外出はできるが、筋力低下のため茶碗を持ち上げられない。妻が介助しながら、ゆっくりとトイレ歩行は可能。症状には日内変動があり、トイレに間に合わないこともある。<br>メネシット(100mg)2T パーロデル(2.5mg)5T |

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"/> 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<br>→ <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   |

ポイント1

(傷病に関する意見)

第2号被保険者の場合は認定審査のため、特定疾病に該当する病名、傷病の経過および治療薬、さらに診断根拠となる症状や所見の記載が重要である  
また、特定疾病に罹患していることが介護の手に現れることを、具体的な身体動作や日常生活の影響と結びつけながら記載していきたい。今後予測される病状の変化が記載され、ケアプラン作成に有意義である。

ポイント2

(心身の状態に関する意見)

付随する精神・神経症状について、家族からその点を確認することも必要である。

生活や介護の状態：一戸建住宅で、寝室は1階にある。主に妻が介護し、別居の娘が週1回介護の手助けに訪れている。ゆっくりとトイレ歩行は可能だが、症状の日内変動があり、本人が意欲に乏しく介護のストレスは多い。

|  |   |
|--|---|
| <p>(5) 身体の状態</p> <p>利き腕 (<input checked="" type="checkbox"/>右 <input type="checkbox"/>左) 身長=<input type="text" value="165"/>cm 体重=<input type="text" value="44"/>kg (過去6ヶ月の体重の変化 <input type="checkbox"/>増加 <input checked="" type="checkbox"/>維持 <input type="checkbox"/>減少)</p> <p><input type="checkbox"/>四肢欠損 (部位: _____)</p> <p><input type="checkbox"/>麻痺 <input type="checkbox"/>左上肢 (程度: <input type="checkbox"/>軽 <input type="checkbox"/>中 <input type="checkbox"/>重) <input type="checkbox"/>右上肢 (程度: <input type="checkbox"/>軽 <input type="checkbox"/>中 <input type="checkbox"/>重)</p> <p><input type="checkbox"/>左下肢 (程度: <input type="checkbox"/>軽 <input type="checkbox"/>中 <input type="checkbox"/>重) <input type="checkbox"/>右下肢 (程度: <input type="checkbox"/>軽 <input type="checkbox"/>中 <input type="checkbox"/>重)</p> <p><input type="checkbox"/>その他 (部位: _____ 程度: <input type="checkbox"/>軽 <input type="checkbox"/>中 <input type="checkbox"/>重)</p> <p><input type="checkbox"/>筋力の低下 (部位: _____ 程度: <input type="checkbox"/>軽 <input type="checkbox"/>中 <input type="checkbox"/>重)</p> <p><input type="checkbox"/>関節の拘縮 (部位: _____ 程度: <input type="checkbox"/>軽 <input type="checkbox"/>中 <input type="checkbox"/>重)</p> <p><input type="checkbox"/>関節の痛み (部位: _____ 程度: <input type="checkbox"/>軽 <input type="checkbox"/>中 <input type="checkbox"/>重)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/>失調・不随意運動 ・上肢 <input checked="" type="checkbox"/>右 <input checked="" type="checkbox"/>左 ・下肢 <input type="checkbox"/>右 <input type="checkbox"/>左 ・体幹 <input type="checkbox"/>右 <input type="checkbox"/>左</p> <p><input type="checkbox"/>褥瘡 (部位: _____ 程度: <input type="checkbox"/>軽 <input type="checkbox"/>中 <input type="checkbox"/>重)</p> <p><input type="checkbox"/>その他の皮膚疾患 (部位: _____ 程度: <input type="checkbox"/>軽 <input type="checkbox"/>中 <input type="checkbox"/>重)</p>  | <p><b>ポイント3</b></p> <p>(心身の状態に関する意見)</p> <p>身体の状態において「失調・不随意運動」の状況を指摘している。</p>  |
| <p>4. 生活機能とサービスに関する意見</p> <p>(1) 移動 (時間により異なる)</p> <p>屋外歩行 <input checked="" type="checkbox"/>自立 <input checked="" type="checkbox"/>介助があればしている <input type="checkbox"/>していない</p> <p>車いすの使用 <input type="checkbox"/>用いていない <input type="checkbox"/>主に自分で操作している <input type="checkbox"/>主に他人が操作している</p> <p>歩行補助具・装具の使用(複数選択可) <input type="checkbox"/>用いていない <input type="checkbox"/>屋外で使用 <input type="checkbox"/>屋内で使用</p> <p>(2) 栄養・食生活</p> <p>食事行為 <input checked="" type="checkbox"/>自立ないし何とか自分で食べられる <input type="checkbox"/>屋外で使用</p> <p>現在の栄養状態 <input checked="" type="checkbox"/>良好 <input type="checkbox"/>不良</p> <p>→ 栄養・食生活上の留意点 ( _____ )</p> <p>(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</p> <p><input type="checkbox"/>尿失禁 <input type="checkbox"/>転倒・骨折 <input type="checkbox"/>移動能力の低下 <input type="checkbox"/>褥瘡 <input type="checkbox"/>心肺機能の低下 <input type="checkbox"/>閉じこもり <input type="checkbox"/>意欲低下 <input type="checkbox"/>徘徊</p> <p><input type="checkbox"/>低栄養 <input type="checkbox"/>摂食・嚥下機能低下 <input type="checkbox"/>脱水 <input type="checkbox"/>易感染性 <input type="checkbox"/>がん等による疼痛 <input type="checkbox"/>その他 ( _____ )</p> <p>→ 対処方針 ( _____ )</p> <p>(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し</p> <p><input checked="" type="checkbox"/>期待できる <input type="checkbox"/>期待できない <input type="checkbox"/>不明</p> <p>(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。)</p> <p><input type="checkbox"/>訪問診療 <input checked="" type="checkbox"/>訪問看護 <input type="checkbox"/>訪問歯科診療 <input type="checkbox"/>訪問薬剤管理指導</p> <p><input checked="" type="checkbox"/>訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/>短期入所療養介護 <input type="checkbox"/>訪問歯科衛生指導 <input type="checkbox"/>訪問栄養食事指導</p> <p><input checked="" type="checkbox"/>通所リハビリテーション <input type="checkbox"/>その他の医療系サービス ( _____ )</p> <p>(6) サービス提供時における医学的観点からの留意事項</p> <p>・血圧 <input checked="" type="checkbox"/>特になし <input type="checkbox"/>あり ( _____ ) ・移動 <input type="checkbox"/>特になし <input checked="" type="checkbox"/>あり (転倒に強い不安がある) ( _____ )</p> <p>・摂食 <input checked="" type="checkbox"/>特になし <input type="checkbox"/>あり ( _____ ) ・運動 <input checked="" type="checkbox"/>特になし <input type="checkbox"/>あり ( _____ )</p> <p>・嚥下 <input checked="" type="checkbox"/>特になし <input type="checkbox"/>あり ( _____ ) ・その他 ( _____ )</p> <p>(7) 感染症の有無 (有の場合は具体的に記入して下さい)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有 ( _____ ) <input type="checkbox"/>不明</p> | <p><b>ポイント4</b></p> <p>(生活機能とサービスに関する意見)</p> <p>介助があれば外出できる状況を指摘する。</p> <p>生活機能改善に「期待できる」がチェックされ、運動器の機能改善も示唆される。</p> <p>拘縮予防にも効果が期待される。</p> |
| <p>5. その他特記すべき事項</p> <p>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。)</p> <p>住まいは一戸建てで、寝室は1階にある。主に妻が介護し、別居の娘が週1回介護に訪れている。本人は意欲に乏しく、日常的に横臥していることが多い。動作が鈍く、筋力の低下が続いているので、拘縮予防に適度なリハビリが必要となっている。</p>   | <p><b>ポイント5</b></p> <p>(特記すべき事項)</p> <p>追加補足として生活環境、家族環境、本人の意欲が詳細に記載されている。</p> <p>同居で介護力のある家庭ではあるが、さらにリハビリによってADLの向上が望まれる。</p>              |