

介護支援専門員のための 主治医意見書の 上手な活用法



平成19年3月

財団法人 日本公衆衛生協会

はじめに

産業医科大学医学部
公衆衛生学教室教授
松田晋哉

平成 17 年 6 月、国会両院での審議を経て介護保険改正法案が成立した。これにより介護保険制度においては、今後、軽度要介護者を対象とした予防的サービスが重視されることとなった。平成 18 年の介護保険制度改正の基本的考え方を要約すると「介護保険法の基本理念である『自立支援』をより徹底する観点から、軽度者に対する保険給付について、現行の『予防給付』の対象者の範囲、サービス内容、マネジメント体制等を見直した『新たな予防給付』へと再編を行う」となる。

上記のような介護保険制度の内容の見直しに伴い、要介護度判定の基本となる主治医意見書の記載内容の見直しが行われた。具体的には主治医の「かかりつけ医」としての役割を従来以上に重視し、当該高齢者の病状のみならず、その生活機能全般についても把握することが主治医意見書の記載において求められることとなった。

平成 18 年改正のもう一つのポイントは、ケアプランの作成に際して国際生活機能分類（ICF：International Classification of Functioning, Disability and Health）の考え方が採用されていることである。ICF は「人が生きる」ということを、図に示したように生命レベル（心身機能・身体構造）、生活レベル（活動）、人生レベル（参加）という 3 つのレベルとそれに影響を及ぼす環境因子（建物や介護者、社会制度など）と個人因子（性、年齢、ライフスタイルなど）を含めて総合的に考えていこうというものである。このアプローチの優れているところは、従来あまり重視されていなかった「参加」を主目標として、それを達成するために活動レベルの目標をたて、さらにその活動を出来るようになるための「心身機能」上での目標を設定していくというポジティブな構造化が行われていることにある。

介護が必要になった、あるいは適切な支援が行わなければ要介護状態になることが予想される高齢者に対して、当該高齢者の「生活の質」と「生きがい」とを維持・向上させるための適切なサービス提供の基礎となるのがケアプランである。医療と介護とを分けて考えることは出来ない。多くの場合、介護の入口には医療がある。したがって、当該高齢者の代理人としてケアプランを作成する介護支援専門員は、高齢者の持つ傷病が生活全体にどのような影響を及ぼしているのか、及び及ぼしうるのかについて適切な理解を持っておくことが必要となる。これが本マニュアルを作成した最も大きな目的である。そして、そのような認識のもとに、介護支援専門員と主治医との連携が深まることが望まれる。

ご多忙中にもかかわらず、本マニュアルの重要性についてご理解いただき、ご執筆を頂いた先生方に深くお礼を申し上げたい。本マニュアルがわが国の介護保険制度の適切な運用に資することを期待したい。

目 次

第 1 章 主治医との連携の重要性——市川市医師会会長 土橋正彦	4
I 連携の原則と意義	4
II 日常の連絡・相談の重要性	5
III 円滑な連携のために	5
IV 事例紹介	8
第 2 章 日常の診療内容と医師が利用者を見る視点——東京都医師会理事 玉木一弘	9
I 診療内容紹介	9
II 利用者を見る視点	11
III 事例紹介	12
第 3 章 意見書内容の見方のポイント——尾道市医師会会長 片山 壽	13
I 主治医意見書よりの情報収集のポイント	13
II 主治医意見書より活用・確認すべき情報のポイント	14
III 個別項目において記載内容から得るべき利用者情報	14
IV 個別項目の見方のポイント	15
1. 傷病に関する意見	15
2. 特別な医療	17
3. 心身の状態に関する意見	17
4. 生活機能とサービスに関する意見	20
5. 特記すべき事項	22
(参考) 尾道市の事例	23
V おわりに	23
第 4 章 ケアマネジメントにおける主治医意見書の使い方～事例を通して～	24
I ケアマネジメントにおける意見書活用のポイント——東京都医師会理事 野中 博	24
II 主治医意見書を活用したケアプラン事例——市川市医師会会長 土橋正彦	27
事例 1 認知症の症例	28
事例 2 退院直後の症例	32
事例 3 在宅医療を実施している症例	36
事例 4 ターミナル期の症例	40

(参考) ケアマネジメントのために知っておきたい知識	44
I 機能評価の知識	44
1. ADLの評価——九州リハビリテーション大学校教授 橋元 隆	44
2. ADLの評価——東京大学医学部附属病院教授 江藤文夫	61
3. 生活機能の評価——国立長寿医療センター研究所部長 大川弥生	69
4. 介護予防のターゲットとしての生活不活発病（廃用症候群）	75
II リハビリテーションに関する知識——小倉リハビリテーション病院院長 浜村明德	84
III 認知症に関する知識——秋津鴻池病院理事長 平井基陽	89
IV 主な疾病のケアマネジメント上のポイント——霞ヶ関南病院院長 齊藤正身	99
V 症状・状態別のケアマネジメント上のポイント	102

第1章 主治医との連携の重要性

市川市医師会会長
土橋正彦

I 連携の原則と意義

介護保険制度の意義は、保健医療福祉の各種公的サービスのみならず、地域のNPO団体やボランティア、近隣住民等による支援などのインフォーマルサポートをも含めた多様な社会資源を駆使し調整して、要介護者等を地域社会で支え、質の高い在宅での療養生活を維持し提供することにある。

従来、これらの社会資源は、各専門職としての立場から個々にサービスが要介護者等に提供されてきたが、各サービス自身には他のサービス事業者相互と連携したり関係を調整する機能については、本来的な特性として不足している点が指摘されていた。

医療においては、従来から往診という形での在宅医療が長い歴史を持っているが、患者・家族・医師という比較的単純な関係性のなかで行われていたことから、自然に人間的な信頼関係が構築はされていたものの、他のサービス事業者と積極的に調整を図って連携するという機能はほとんどない状況にあった。その経緯から多くの医師にとっては、介護保険制度の黎明期から今日に至っても、その制度の理念は理解しても様々な多職種と連携して医療を提供するという事に慣れていないのが実状といえる。

介護支援専門員においては、その職種構成は医療系から福祉系の割合が増加してきている。これは当然の傾向と思えるが、福祉系の介護支援専門員が医師の信頼を得て連携を構築するためには、最近増加している在宅ターミナルケアや中重度者への対応において医療的な知識の豊かさや経験が極めて重要な要素になっている。介護支援専門員が医療との連携を強固にするためには、在宅医療への深い知識と共通の理解を持たなくてはならない。また、このことが利用者への快適なサービスの提供に繋がるといえる。

介護支援専門員が主治医と連携することは、要介護者等に適切なケアプランを作成するうえで大変重要なことであるが、現場では困難な状況が多いと考えられる。これは様々な原因があると思われるが、下記のことが主な要因と考えられる。

- ①医師が他の職種との連携に慣れていない。
- ②介護支援専門員の医療に対する知識や認識が不十分である。

介護支援専門員と居宅サービス事業者の相互の連携は、利用者に対する各サービスの効果的な提供に直接的に影響することから非常に重要なことである。一方、多くの一般的な開業医にとっては、在宅医療は日常の診療のなかでは一部門であり、また、医療保険と介護保険が別制度として独立しているため、訪問看護以外は介護保険事業者との連携が直接的に医療内容に影響することは少ないと思いがちである。特に、外来と入院患者の診療に追われ、訪問診療をすることが少なく、在宅での患者さんの生活を十分に把握することが困難な病院勤務の医師に連携を理解してもらうのは、なかなか難しい現状にある。

平成18年4月に診療報酬が改定され、新たに在宅療養支援診療所の届出が開始された。これは、24時間往診可能な体制整備と共に緊急入院可能な病院・他の医療機関・訪問看護ステーションとの連携を担保することが要件となっている。また、介護支援専門員との連携も届出要件とされて

いることから、介護支援専門員にとっては、在宅療養支援診療所との確実な連携を積極的に行うことが求められ、在宅医療へのスキルを向上させることが今以上に必要になってくる。

このように介護支援専門員にとっては、医療との連携において克服しなければならない様々な障壁があるが、一例一例それを乗り越えて行く熱意と行動力そして不断の努力が必要といえる。介護支援専門員は、様々な社会資源との連携や調整を行う専門職として名実ともに確固たる社会的地位を得て、多職種間の連携という困難な課題を昇華し克服することが求められる。

主治医や様々なサービス事業者との連携において最も重要なことは、要介護者等が地域で人間らしく生活することを支援するという共通の目標を見失わないことである。面識のない主治医や他の専門職・民生委員・近隣の住民・家族との連携においては、十人十色の価値観や信念があり困惑するのは当然であるが、共通の目標の達成に希望を託し、謙虚に職務を行うことが皆の理解を得ることにつながるはずである。

連携に於ける大切なこととして、他の職種への敬意と理解をあげることができる。他の職種に対する無知は、偏見を生み、些細な誤解から連携が崩壊することもある。他の職種の人達が、具体的に何を要介護者等に行っているか正確に知ることにより、お互いに尊敬の念が生まれ、気持ちの良い適切な連携が育まれると考える。

II 日常の連絡・相談の重要性

主治医との連携を構築あるいは維持するためには、日常的な連絡や相談は極めて重要な要素である。介護支援専門員が在宅療養者の微妙な身体の変化や訴えを客観的に察知し、すみやかに連絡してくれることは、主治医にとっては早期に対処が可能になり、時間的な余裕ができることから有り難いことである。また、様々な疑問を相談してくれることは、熱心な介護支援専門員との評価を得て信頼関係を熟成させることになる。

ケアプランの作成において、要介護者等の刻々と変化する健康状態を把握することは重要である。介護支援専門員はサービス提供にあたり、利用者が既に医療を受けているときは、その内容を少なくとも利用者以上に理解している必要がある。例えば医療の提供が病院の外来で可能であれば、いつ・誰と・どのようにして通院するかという問題が出てくる。また、通院が不可能であれば、訪問診療する医師が決まっているか、訪問看護の必要はあるか、服薬管理に問題はないか、などを検討してケアプランに反映させることが必要になる。一方、医療が必要ない要介護者等のケアプランには、健康状態の変化に一層の注意を払いながらサービスを提供し、家族やヘルパーから逐次情報を得て、医療を介入させる時期を逸しないように配慮する必要がある。これらの判断にあたり、主治医と緊密に連携を取り情報を収集することで、より適切な対応を迅速に行うことができる。

III 円滑な連携のために

前述の原則・意義を踏まえて、主治医と円滑に連携するための具体的な方法と介護支援専門員として心得ておきたい事項を説明する。

1. 主治医の確認

介護保険において医療情報は、主治医意見書で得ることができる。しかし、主治医意見書を記載した医師が、必ずしも要介護者等を日常的に診療していたり、訪問診療を行っているとは限ら

ない場合がある。例えば、専門的な医療を病院で受けつつ、日常的な医療はかかりつけ医である診療所の医師が担当しているといった場合は、よく経験することである。この時に、主治医意見書を病院の専門医が記入した時には、かかりつけ医の存在や医療内容が十分に記載されていないことが、しばしば経験される。また、この逆も考えられる。主治医意見書の内容が、医療情報のすべてであると早合点せずに、本人や家族などから慎重に受診状況などを聞き出して正確な情報を得ることが必要になる。そこから連携すべき医師を自分なりに判断することが重要といえる。

また、意見書には告知していない病名が記載されていることがあるので、取り扱いや言動には注意を要することも忘れてはいけない。

2. 主治医意見書の利用

主治医意見書がサービス担当者会議の資料として活用され、ケアプラン作成の参考として利用されることは意義のあることである。しかし、開示には申請者の同意が得られたうえで、主治医が利用に対して同意していることが必要であり、守秘義務の問題もあり慎重な取り扱いが求められる。主治医意見書の入手は、個人情報に関することであり、市町村の個人情報保護条例等に従って開示の手続きが必要になる。やや複雑な手続きになるが、開示を受けてケアプランの参考にすることができれば、医療状況を踏まえた質の高い居宅サービス提供の可能性が広がる。

3. ケアプランの提供

主治医との連携の前提は、自分が作成したケアプランやサービス計画書を提供していることが基本である。仮に、介護支援専門員から連絡や相談を受けても、ケアプランが手元に届いていなければ主治医も対応に苦慮するであろう。少なくとも主治医との連携が緊密に必要と思われる利用者については、コメントを付けてケアプランを手渡す努力が望まれる。顔と顔を突き合わせることであれば、連携のチャンネルは確保できたといえる。

4. 連携の中心として

主治医との連携ができて、介護や医療上の課題がすべて解決できるとはいえない場合も多い。例えば、内科系の医師が主治医のときに、褥瘡の処置が必要になっても対応が困難なことがある。その場合、主治医が外科系の医師と連携するのが筋としても、診診連携が不十分な場合は期待できないこともある。そのようなときには、介護支援専門員としては利用者のニーズを第一義的に考え、自らのネットワークや訪問看護師と連携して専門医の往診を主治医に提案したり、了解を得て手配するなど連携の中心にすることが求められる。普段から外科、皮膚科、婦人科、耳鼻科、眼科など協力してくれる専門医の情報を収集しておくことも大切なことである。

5. 医療ニーズに対するアンテナ

医療や医療系サービスを受けていない独居の高齢者のケアプラン作成には、特に注意が必要である。僅かに進行する栄養状態の悪化に気づかないと、あるとき褥瘡が急激に悪化していたり、感染症を併発していることがある。あわてて緊急の往診を依頼しても在宅での対応が困難な場合もあり、居宅を望んでいる要介護者にとっては不本意な救急による入院を余儀なくされることがある。また、せっかく作成したケアプランが中断することにもなる。日頃からヘルパーや家族、またチェックリストや連絡帳などを使って、きめ細かな情報をアンテナ高く収集して健康状態を把握し、異常があれば主治医と早めに連携を取るなどして医療ニーズを見落とさないことが重要である。

6. 連携の具体的な方法

主治医への連携の具体的な方法は、緊急度において手紙・メール・ファックス・電話・面会を使い分けることが必要であろう。メールは、診療で多忙な医師にとっては手が空いた時に対応すればよいことから、緊急性が低い場合の連絡方法として適当である。一方、緊急な対応が必要な時は電話ということになるであろうが、外来診療中は対応ができないこともあり配慮を要することがある。一般的には午前中の診療時間の早いうちに、要件を簡潔に伝えるのが望ましい。遅い時間になればなるほど、緊急に対応する時間的余裕がなくなり後手になるものである。また、主治医に連絡したい内容を事前にファックスしておいて後で電話をする方法は、主治医にとってはカルテを検討し考える時間の余裕が持てる点で有効であろう。

また、電話では遠慮した遠回しな表現をせずに、明確に意思や希望を伝えることが大切なコツである。訪問診療の必要があれば、往診を依頼する旨、それをはっきり伝えることが信頼を得る早道でもある。

最近、インターネットを利用して介護保険サービス担当者のネット会議も民間の会員制ながら開発されていて、主治医や他のサービス事業者との情報共有手段として、また気軽な意見交換の場として活用が進められている。

7. ケアカンファレンスの実施

ケアプランの作成において、ケアカンファレンスの開催が重要であることは、誰もが認めることである。特に医療依存度が高く健康状態を慎重に管理する必要がある場合や、処遇困難の事例などの場合においては、万難を排して医師を含めたケアカンファレンスを開催するように努めるべきである。具体的には、医師の訪問診療に合わせて患家で家族も含め、他職種にも配慮する形で行われれば、多くの関係者の参加も期待できケアカンファレンスの機能も十分に果たせるであろう。サービス担当者が一堂に会して顔を合わすことでチームアプローチが実現し、共通の認識を基礎に職種間の連携がさらに充実したものになるものである。

8. 在宅療養支援診療所との連携

平成18年4月の診療報酬の改定で新たに在宅療養支援診療所が設けられた。診療報酬上の手厚い評価はあるものの、緊急時の連携体制および24時間往診できる体制の整備など高い施設基準が要件として規定されている。また、介護支援専門員との連携も規定されていて、より有機的で緊密な情報交換が期待されている。

要件は、①診療所である。②24時間の連絡先が患家に明示されている。③24時間往診が可能な体制の確保。④他の医療機関や訪問看護ステーションと連携し、24時間訪問看護を提供できる体制の確保。⑤緊急入院の受け入れ体制の確保。⑥介護支援専門員との連携。⑦在宅看取り数の報告。などである。しかし、在宅療養支援診療所の届け出は増加してきてはいるものの、在宅医療の多くは届出をしていない診療所で行われているのが現状である。これは、個人の診療所では24時間対応を担保するのが困難なことから、届けを見合わせている医療機関も多いと考えられている。

9. 居宅療養管理指導の活用

居宅療養管理指導費は、介護保険法により居宅サービスの一つとして規定され、要介護者に対して医師・歯科医師・薬剤師等により行われた療養上の管理および指導の費用として算定される。介護支援専門員等にケアプラン作成等に必要な情報提供をしたり、利用者や家族に居宅サービス

を利用する上での留意点、介護方法などについて指導助言を行った場合に算定できる。医師による情報提供は、サービス担当者会議への参加が原則になるが、メールやファックス等での文書でも可能である。なお、この費用は支給限度額管理の対象外のサービスとして取り扱われる。

IV 事例紹介

介護支援専門員を中心に、主治医をはじめとする地域の様々な社会資源や多職種との連携を活用し、困難な課題の解決に成功した事例を紹介する。

<年齢>80歳 <性別>女性 <要介護度>要介護2
<病名>老人性認知症・糖尿病

利用者の女性は一軒家の自宅に独居で生活し、今後も同様に在宅での療養を強く希望されている。家族は遠方で独立した生活をしている息子が一人いて、月に数回は自宅を訪問している。

主治医は内科開業医で、3年前から外来で月に2回程度診療し、糖尿病の治療を行ってきた。最近、高血糖の状態が多くなり、本人から食生活の状況を聞いたが要領を得ない。朝食をしたことも忘れており、認知症が進行してきたと判断された。血糖値のコントロールが不良のため、主治医としては食事の内容や服薬の状況について情報を得たいと考えて息子に連絡を取った。息子は同居していないので詳しいことは解らないと言っているが、薬袋に薬が残っていることから指示どおりに服薬できていないことが考えられた。

一方、介護支援専門員は、利用者には認知症があるものの生活は自立できているし、健康状態も悪くないため、生活援助を中心に訪問介護サービスのみを提供していた。しかし、最近になり被害妄想や徘徊が顕著となり、近所に住む友人からは夜間・早朝に電話してきて困るなどの苦情や訴えがヘルパーを介してあり、認知症への対応が迫られていた。

介護支援専門員は、面識はないが主治医に現在課題になっている事柄を箇条書きにして週間サービス計画表と共にファックスし、連絡を取りたい旨の希望を伝えた。主治医からは午前中の診療が終わったころ、介護支援専門員に電話が入った。双方に解決したい課題があることが確認され、利用者の自宅でケアカンファレンスを開催することを約束、サービス事業者・主治医・苦情を言う近隣の友人達・家族にも参加を願った。

会議では、主治医から参加者に対して認知症と糖尿病の簡単な解説が行われ、さらに食生活と服薬管理の大切さに関して説明があり、病気への共通の知識と理解を得た。認知症に関しては、主治医から専門医が紹介され専門的な治療を開始することになり、息子が通院時に同行することが決まった。近隣の友人は、交替で朝食時に訪問して安否確認と服薬の見守り、ヘルパーは食事の世話においてカロリーを制限した糖尿病食を用意すること、また余計な菓子類の買い物は避けることを確認し役割を分担した。

これらにより認知症の症状も落ち着き、迷惑していた近隣の友人にとっては、朝の訪問はあるが予定されているために負担は少なく、むしろ安心して生活を送れるようになった。また医療的には、糖尿病のコントロールも適正に安定してきた。

このように主治医との連携と共に、フォーマルサービスだけではなく地域のインフォーマルサポートをも含めたチームアプローチが実現され、居宅で支えるという共通の目標のもとでケアプランを提供することにより処遇の困難な事例にも対応が可能となった。

第2章 日常の診療内容と医師が利用者を見る視点

東京都医師会理事
玉木一弘

I 診療内容紹介

医師の日常の診療内容と利用者を見る視点を、医療保険や介護保険制度との係わりも含めて紹介してみる。

平成18年度の介護保険法の改正で介護予防の理念が導入されたが、介護が必要な状態に陥らないようにする「要介護予防」と、要介護状態の悪化を防ぎ改善をめざす「要介護度進展予防」の二つの目的がある。

前者への取り組みは、地域包括支援センターによってマネジメントされ、要介護状態の水際にいる特定高齢者に提供される地域支援事業と、要支援者に給付される予防介護サービスである。後者は介護支援専門員が作成する適確なリハビリテーション目標が盛り込まれたケアプランに基づく介護保険によるリハビリテーションである。

医師がこうした高齢者の生活機能の維持・向上の取り組みについて、十分な役割を果たすためには、医療に必要な利用者の状態を把握し、リハビリテーションやケアに必要な医学的留意事項に関する情報を介護支援専門員に提供する機能を、かかりつけ医として標準的に行う必要がある。それは介護支援専門員や地域包括支援センターとの相互連携なくして有り得ない事であり、多くの成功例は、短時間であってもサービス担当者会議による直接の情報交換と相互理解を継続的に行う努力の重要性を示している。開催に当たっては、患家や診療所等医師の参加しやすい場所や、時間帯の配慮を願えれば幸いである。

1. 診療内容紹介

一般の診療所や病院では、昭和30年代に始まった国民皆保険制度により、診療のほとんどが行われている。医療保険制度は一元化されておらず、政管健保や健保組合等の職域保険、国民健康保険という地域保険、あるいは老人保健法による老人保健制度や各種公費負担医療などがあり、医療機関側の請求事務は複雑である。また平成20年度からは75歳以上を対象とした後期高齢者医療制度が都道府県を単位に創設される。

保険診療では「療養担当規則」に、診察、検査、処置、治療や処方を行う方法が詳細に定められている。概ね2年ごとに改定される診療報酬は、月締めの診療報酬請求書（レセプト）に応じて、支払い基金の審査と介在により保険者から支払われるが、一部自己負担金は診療の都度に徴収しなければならない定めになっている。

在宅療養者の保険診療については①医療機関を受診して診察を受ける「外来診療」、②定期的な訪問によって計画的に在宅での管理を行う「訪問診療」、③療養者やその家族の求めによって臨時に居宅での診察を行う「往診」の3つの形態が決められている。

また保険診療外での業務では健康診断、人間ドックなどがあり、診療の合間に予防接種、学校医、園医、乳幼児健診、健康相談や産業医などに勤務していることも多い。

(1) 外来管理

介護保険制度の居宅サービスを受けている要支援者や要介護者でも、医療機関の外来で健康管理を受けている例は少なくない。高齢者は血圧、血糖値やコレステロール等生活習慣病についての医学的管理や、膝痛、腰痛や骨粗しょう症のコントロール等が主体だが、筋力や運動機能、口腔・嚥下機能や栄養状態の評価、うつや認知症の早期把握等、常に患者の生活機能の状態に配慮し、いち早く地域支援事業や介護予防サービスに結び付ける機能が同時に求められる。

これらについては、国や都道府県による介護保険主治医研修事業やかかりつけ医認知症対応力向上研修事業などにより継続的に機能向上の努力が行われている。

介護支援専門員のケアプランの作成に際して重要なポイントは、病状や障害の程度、その安定性の見込み、リハビリや介護予防サービスの内容と効果についての助言、急変時の対応方法、状態把握の着眼点等多岐に渡る。これらの情報伝達には、主治医意見書、診療情報提供書、療養管理指導箋そしてサービス担当者会議が対価の設定されたオフィシャルな業務として設けられている。しかしそれ以外にも利用者の様々な状態の変化に応じたチョットした情報交換は必要であり、利用者のための心の通った連携関係を築きたいと医師の側も求めている。介護支援専門員の積極的アプローチにも期待したい。

(2) 訪問診療

訪問診療は、在宅療養者に定期的な診察や処置等の必要性について説明し、療養者本人またはその家族の了解を得て、計画的な医学的管理を行うことをいう。したがって、対象者は要介護 3 以上またはそれに準ずる場合が多く、その他何らかの理由で通院困難な状況にある。週に 1 回、あるいは 2 週間に 1 回、定期的に居宅等に訪問し、訪問時に病状等について診察し、療養上の指導や必要な処置等を行うことになる。

訪問診療の一形態として、保険診療上の“在宅時医学総合管理料”というものがある。これは、介護保険サービスや様々な生活支援との連携を行う一方、治療、投薬や検査などの在宅における保険診療を、月当たり一定額の包括的報酬により継続的に行うという内容である。

国は平成 18 年度から後述の在宅療養支援診療所の概念を創設し、訪問看護ステーションとの連携による 24 時間対応、在宅での看取りや緊急入院病床の確保等を評価し診療報酬を厚くしたが、地域医療を担当する医師の多くは多忙を極めており、全ての主治医がこれを行える状況にある訳ではない。しかし、自分が長く担当してきた患者について、求めがあれば可能な限り在宅療養にも関わりたいと考えるのが医師の心情であろう。

(3) 往診

往診は、患者またはその家族の求めによって、臨時に家庭等へ訪問し、診察や処置等を行う診療をいう。対象は、急な腹痛で動けないとか、発熱で動くのが大変であるとか、病状により医療機関に行くことが困難な場合で、救急隊による急性期病院への搬送が必要というほどではない状態が想定される。

往診は、要介護者だけを対象とするものではなく、定期的に計画性を持って行われるものでもない。患者が急に具合が悪くなった時、その求めによって、あくまで臨時に行う診療方法の 1 つであり、居宅等に訪問し診察等を行うという点については、訪問診療と同じように見えるが、医療保険上の類型は上記の点で異なったものである。

【在宅療養支援診療所とは】

在宅療養支援診療所とは平成 18 年度の医療保険制度の改正により新しく設置された制度である。具体的には、在宅医療を提供している患者様からの連絡を 24 時間体制で受けることができ、いつでも往診・訪問看護を提供できる診療所のことである。

在宅療養支援診療所の要件として以下の項目があげられている。

- 1) 保険医療機関たる診療所であること
- 2) 当該診療所において、24 時間連絡を受ける医師又は看護職員を配置し、その連絡先を文書で患家に提供していること
- 3) 当該診療所において、又は他の保険医療機関の保険医との連携により、当該診療所を中心として、患家の求めに応じて、24 時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書で患家に提供していること
- 4) 当該診療所において、又は他の保険医療機関、訪問看護ステーション等の看護職員との連携により、患家の求めに応じて、当該診療所の医師の指示に基づき、24 時間訪問看護の提供が可能な体制を確保し、訪問看護の担当看護職員の氏名、担当日等を文書で患家に提供していること
- 5) 当該診療所において、又は他の保険医療機関との連携により他の保険医療機関内において、在宅療養患者の緊急入院を受け入れる体制を確保していること
- 6) 医療と介護サービスとの連携を担当する介護支援専門員等と連携していること
- 7) 当該診療所における在宅看取り数を報告すること 等

このように在宅療養支援診療所制度では介護との連携が必須事項となっている。介護支援専門員は担当患者が在宅療養支援診療所の医療職によるサービスを受けているか否かについてよく確認しておくことが必要である。

(4) 健康診断等

高齢者や要介護者に関する健康診断では、要支援や要介護状態に陥る可能性がある高齢者（特定高齢者）をいち早く見つけ出し、介護予防事業に結びつけるために行われる「25 項目の基本チェックリスト」、生活習慣病の予防や発見のための「基本健康診査」（老人保健法に基づく健診で住民健診・市民健診などと呼ばれている）、がん健診、その他市区町村が独自に行っている認知症健診等がある。国は基本健康診査を含めた生活習慣病対策を、メタボリック症候群の予防に焦点を置いた健診体系に改めつつある。

II 利用者を見る視点

これまで医療は伝統的に、患者あるいは患家（家族を包括した概念）と医師との 1 対 1 の関係を前提に、病院や診療所といった医療関連法で定められた施設を拠点に、病気や障害を克服して健康を取り戻すことを前提とした医療提供モデルで行われて来た。その中で医師は患者や患家の考え方を尊重しつつ、医療の専門職としての裁量に基づく判断との整合性を図りながら、共同作業の結果として患者の健康を守ることを使命としてきた。

しかし近年の進歩により高度化、専門化、細分化した医療は、医師のみで遂行することが困難となり、様々な医療関連専門職（コメディカル）を、医師を長とした縦の指示系統により組織して対応する必要性が生じてきた。

またその結果として長寿社会が実現し、健康の回復が困難な病気や障害を抱えて生きる高齢者

が増加し、自宅や高齢者向け住宅、介護施設といった多様な「暮らしの場」で医療や介護、生活支援といった包括的な療養の提供を行い、健康感、達成感、価値観等の充足を大切にして、QOL (Quality of Life:生活の質) を支援する医療モデルが、介護保険制度とともに浸透して来た。

このような医療モデルは、地域をフィールドとして、生活機能と QOL への貢献を共通理念とし、患者自身の自己決定を中心に据えた、医療と介護、福祉分野に渡る多職種協働による横の連携系統を基軸とした「生活モデル」の医療と呼ばれている。

今後こうした医療提供モデルが確立されて行くことが望まれるが、介護保険施行後 5 年を経てもなお、医師ごとにその熟達度に差異があることは否めない。医師にとっては医療保険と介護保険の二階建ての制度の中で、縦の指示と横の連携系統の整合性を図りながら業務を達成する難しさがあることも理解願いたい。

この医療職と介護・福祉職の融合こそ、患者・利用者に寄り添う医師と介護支援専門員の共通する役割であることを確認しておきたい。

Ⅲ 事例紹介

J. K. (75 歳 男性) 脳梗塞後遺症にて左半身不全麻痺 障害老人の日常生活自立度 (寝たきり度) = B2 認知症高齢者の日常生活自立度 = I 要介護度 = 要介護 2 長男家族と 3 人暮らし

約 1 年前に脳梗塞を生じ救急指定病院で入院加療し、その後リハビリテーション専門病院に転院した。リハビリに励んだ結果、左半身不全麻痺は残ったものの、寝たきり度 A1 程度まで改善し、在宅療養を開始することとなった。

しばらくは、自宅近くの診療所に外来通院し、投薬等を受けながら病状の経過観察を受け、いわゆる、外来管理の状態であった。

しかし、約 1 ヶ月前に風邪を引き、高熱が数日続き寝込んでしまい、そこで、外来通院していた診療所に家族が往診以来の電話をし、往診による治療を受けた。熱はまもなく下がり風邪は治ったものの、布団から起きようとするとふらつくようになり、歩行困難となってしまった。高齢者では、決して珍しくないことではあるが、これを契機に以後、訪問診療として定期的に病状の経過を診るようになった。

第3章 意見書内容の見方のポイント

尾道市医師会会長
片山 壽

I 主治医意見書よりの情報収集のポイント

1. はじめに

介護保険の見直しが行われて介護予防の部分が盛り込まれたが、従来のケアマネジメントの実践においては、軽度の利用者には予防の概念は当然の如く、主治医意見書の想定すべき状態変化の「予測」部分として記載されているはずである。

また、ここでは制度施行後7年の運用実績をもつ時期として、主治医意見書を記載する医師のレベルも当初より向上していることを想定して、介護支援専門員が主治医意見書の記載内容より利用者の状態像や生活障害の程度の把握について、「活用する」場合のポイントについて述べるが、現実には主治医とのコミュニケーションの中に正確な情報を収集するべきであり、主治医意見書が唯一の医療情報源となることは本来的でない。

介護支援専門員が行うべき主治医意見書の基本的な読み取り技術として、従来版では疾病背景とそれに伴う心身の機能障害から日常生活動作の困難さを把握することが主であったが、見直し後の主治医意見書は「生活」を継続する上での心身の機能障害に加えて、その背景にある栄養障害や廃用症候群についての「改善の可能性」が盛り込まれている。

しかし、個別の対象者のアセスメントを完成度の高いツールを使用して、客観性のある課題分析を行い利用者の意向を反映したニーズの抽出が原則であり、ケアカンファレンスにおける合議により利用者本位のケアプラン作成が基本のプロセスであることは不変である。

また、予防給付においても参考になる情報のすべてが、主治医意見書にあるわけではなく、介護支援専門員自身が利用者の心身の生活機能、特に認知機能等については、評価手法を習得しておく必要があるが、予防部分に関しては主治医からの周辺情報の取得の重要性が増しているといえる。

介護保険制度のスタート当初とは異なり、年月を重ねるうちに継続的なフォローアップの中で必要な総合的な機能評価と医療・介護の必要度、それにもとづく現状の介護の必要な状況の客観的な根拠を持つように記載が進化した部分もある。

本来的には要介護認定はケアプランと政策的に分離することが、当初より制度設計においてなされていたが、ある意味で介護の長期継続ケアの現場を反映して、主治医意見書にはケアプランを意識した記載が見られるようになってきている。以前は介護環境を勘案しないのが要介護認定の基本的な考え方であったが、主治医意見書においては介護者の精神的、身体的な負担や、独居など介護環境に言及している場合が多くなっている。

しかし、介護量を反映する記載内容は個々別の利用者のケアを行うにあたって、さまざまな医療・介護部分における情報として活用することは適切ではあるが、あくまでケアプラン作成の参考資料として用いるべきであり、個別のアセスメントを省略するに足るものではない。

II 主治医意見書より活用・確認すべき情報のポイント

(利用者のプロフィール作成や状態像の把握に資する情報)

- (1) 現在、利用者の生活障害の原因となっている疾病群の医学的情報（2号被保険者の特定疾病を含む）
- (2) 現在、利用者が有する生活障害の程度と今後の改善・増悪の見込み
 - ・ 具体的な障害部位と心身の機能障害の程度
 - ・ 認知症に起因する状態と程度、エピソード
 - ・ 障害認定等級など
 - ・ 介護上、感染の可能性に留意すべき感染症の有無
- (3) 継続すべき医学的管理、看護管理とその頻度、治療・投薬内容
- (4) 特別に配慮すべき医療状況と実際のケアにあたっての留意点
- (5) 利用者の留意すべき状態の変化予測、危機管理を行うべき内容
- (6) 主治医が利用者にとって必要度が高いと認めるサービス種目
- (7) 現状行われているケアと必要な介護量と利用者の特徴的な障害の情報
(5の特記すべき事項に多くの情報が集約されているべきである)
- (8) 指摘の記載がある場合：現状のサービスの問題点
- (9) 新予防給付の適応

III 個別項目において記載内容から得るべき利用者情報

1. 記載期日、最終診療日の照合

認定作業の遅れや再調査などにより要介護認定結果がでるまでに時間を要した場合は、かなり期日が経過して利用者の状態が変化している場合があるので、一応、時間経過を考慮するために確認を要する。

2. 介護サービス計画への利用の同意

この部分で主治医の同意がない主治医意見書は閲覧できないので、「□同意する」の部分にチェックがあることが必要である。これは、本人に知らされていない疾病（悪性腫瘍等）等があつて、意見書が本人の目に触れることがないように配慮したものである。

3. 利用者の現時点での存在場所（施設・在宅の区別）

入院中の申請などの場合、認定結果通知が届いたときには在宅、あるいは施設に移っている場合や、在宅での申請で入院や施設入所となっている場合もあり、申請後は継続的な関わりの中に、利用者側からの情報を的確に入手できるコミュニケーションが必要である。

4. 他科受診の有無（チーム医療の把握も）

記載している主治医の標榜科を確認する必要があるが、高齢者などの場合においては多様な障害、合併症を有することが多いので、複数の診療種目の受診を確認して疾病群の把握を行う必要がある。記載されていない疾病がこの部分より明らかになることがあるので、利用者に確認する前に主治医に内容について取材することが望ましい。

また、現時点において機能障害が継続している場合には、主治医以外の他科医師の意見を聞く

ことは重要であるとともに重複処方チェックも可能となる。

入院中よりの申請などにおいては退院前ケアカンファレンスに備えて、今後の継続的医学管理の必要性において、詳細な情報収集が介護支援専門員に求められるが、病院の地域連携室との日常的な双方向の情報交換の習慣が必要となる。

特に退院前ケアカンファレンスは在宅療養支援診療所の制度化とも重なり、病院主治医と在宅主治医のチーム医療・ケアの内容を把握して、複数の開業医の退院前ケアカンファレンスへの参加を求める継続性のコーディネートが必要となる。

ここでの歯科受診の有無は在宅において特に留意すべきポイントであり、口腔ケアの標準化による呼吸器感染症や嚥下機能障害の予防は重要である。

5. 申請者の在宅か施設か入院中かの区別

申請が入院時になされた場合、退院後に在宅に移行することが決定していれば、意見書を記載した病院の主治医と、在宅において今後の継続的なフォローアップを行う在宅主治医との2人の主治医が同時に存在することを留意する必要がある。

急性期疾病において入院治療を行った場合は、その後、病態が安定した時点での申請と、退院を見越して早朝に申請手続きを行う場合とがあるので、どの時点で主治医意見書の記載がなされたか確認する必要がある。

通常は一応、急性期を脱してから、機能障害の評価がある程度固定してからの申請が多いが、認定審査会ではその内容から有効認定期間を短期に設定することで、生活障害の再評価を行い、適正な要介護度を決定することができる。

今後、平均在院日数の短縮化により急性期病院の地域連携室との日常的なコンタクトは介護支援専門員の必須業務となるが、地域医療連携において複数の医師のチームを意識する必要があり、在宅主治医の在宅療養支援診療所の標榜の有無は重要な情報である。

IV 個別項目の見方のポイント

1. 傷病に関する意見

- (1) 診断名（特定疾病又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

ここに記載される診断名は、1. 2. 3. と順番が記してあるが、主として現状における生活機能低下の原因としてウエイトの高いものから記載する規定となっているので、意見書よりの疾病背景として最も端的にイメージすべき個所である。

脳血管障害における四肢の麻痺の場合、転倒時の大腿骨頸部骨折による手術後の運動障害、認知症や精神疾患による精神機能障害、神経難病やパーキンソン病などの神経疾患の多様な機能障害など、利用者の基礎的な障害の原因疾患をこの部分で把握することができる。

この部分で注意すべきことは、複数の疾病を記載する場合には生活障害の原因となっている順序で記載をしているため、疾病ごとの重症度の順位比較ではない点に留意する必要がある。また、発症年月日の記載により、かなり固定した障害であるか、受傷後日が浅く、まだ不安定な状況であるかの推測が可能である。

例) 高齢者において

- ア) 3年以上前の脳梗塞・左片麻痺などは運動機能障害においては現状で推移の予測。
- イ) 1ヶ月以内受傷の大腿骨頸部骨折においては、リハビリテーションなどにより現状より ADL

の改善が見られる場合も多い。

ウ) 2年を経過している重度の脳血管性認知症などは、不変か増悪の可能性あり。

エ) 入院時申請で急性期疾患の診断名記載がある場合、退院時あるいはその後には改善の見込みが大きい。(心筋梗塞、慢性心不全、感染症、骨折など)

(2) 症状としての安定性 安定 不安定 不明

(1)の部分で記載された傷病名について概ね利用者の身体状態が、安定しているのか、不安定で注意を要するのかの把握がこの項目で可能となるが、疾病によっては「不明」と記載されるので、この点は必ず主治医に取材すべきである。

* 「不安定」とした場合、具体的な状況を記入

(2)について不安定と記入した場合は、どのような疾病や医療手技(手術等)が不安定の原因になっていて、今後も不安定な状況が続く予測を記入する部分である。

例えば、手術後間もなく転院する大腿骨頸部骨折の利用者(術後者)や、認知症の周辺症状の投薬コントロールを行っている治療中の時期、基礎疾病が重篤で変化しやすい利用者などについて簡略な記載が求められている部分であるので、ここは主治医への取材が必須である。

(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根拠等についても記入)
「直接の原因」といっても高齢障害者の疾病構造は複雑であり、複数の要因を記載せねばならない場合は多い。(1)の診断名以外の長期療養にあたって必要な疾病背景についても記載されているので、合わせて現状行われている治療や内容を理解しておく必要がある。

利用者のプロフィールを作成する場合において、この部分の把握は特に重要であるが、限られた記載量のため既往歴を含めた全体像を理解するには、介護者や主治医への直接取材が不可欠である。

介護保険のサービス提供は長期継続ケアに見合うものでなければならぬので、医学的管理や介護内容の必要度は利用者の状態が変化するたびに、課題分析とニーズの再検討が必要となる。しかし、初回の段階において基本的な個別の状態像(課題)としてしっかりと把握しておくことは、その後のモニタリングや見直しのケアカンファレンスなどにおいて、改善点や長期目標、短期目標などの設定・見直しを行う際の根拠となる。また、後の「特別な医療」の項目との連続的な読み取りを行い、利用者の標準的でない、特別に勘案する医学管理面の課題や介護の種目や量の設定に重要である。

特に、認知症や精神疾患の程度や治療内容についての記載は今後は充実してくると思われるが、標準的なスケールの知識などは介護支援専門員の必須の知識となる。

HDS-R(改訂長谷川式簡易知能評価スケール)、MMSE(Mini Mental State Examination)、CDT(時計描画テスト)などは、この部分に記載されることが多く、以前の数値との比較で今後の経過を予測することも可能である。

この部分の記載内容によっては、継続的な看護管理の必要性について考慮すべきである。

また、投薬内容においてはサービス担当者としてしっかりと把握して、服薬管理などのサービスの必要性も合わせて主治医に取材が必要となる部分であるが、特別に重要な薬剤との記載があれば、コンプライアンスにおいて薬剤師による服薬指導のサービスも考慮せねばならない。なお、

特定疾病については、それぞれの診断基準が示されているので参考にすべきである。

2. 特別な医療（過去 14 日に行われた医療のすべてにチェック）

この部分については、医学管理と看護管理の必要性において勘案すべき内容との認識が必要であるが、④の部分で記載がない場合も含まれていることが多いので、この部分にチェックがある場合は主治医への取材が必ず必要となる。

アセスメントにおいてある程度は把握できるが、高度な手技が行われている場合ほど危機管理や適切なサービス種目の選定が重要となり、介護事故防止の観点からも医療、看護の一体的なフォローアップの必要性を考慮すべき部分である。

個別の項目の内容については、主治医意見書記載マニュアルを参照されたい。ただし、「褥瘡の処置」については、寝たきり状態の利用者などの場合で、日常の介護努力により現状では治癒状態であっても、再発予防として体位変換や血行改善手技、着衣、オムツなどの気配り（しわ伸ばし、早めの交換など）など介護を要している場合があるので、解釈上注意を要する。

同様にストーマのケアについて、自分で行っている場合には記載されないことがあるので、合わせて注意を要する。

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）

この部分は、自立度の判断基準は記入マニュアルのとおりであるが、基本調査の自立度と大きな差がある場合は、その較差を生じる状態について検証する必要がある。

うつ病などの場合、本人の意欲障害によって結果的に生じる ADL 低下状態も時として現れることがある。

また、同様に神経難病などの特徴的な運動機能障害がある場合は、標準的でない障害を考慮する必要があるが、軽度の意識障害や不全麻痺を見落とさないことが重要である。

・認知症高齢者の日常生活自立度

制度施行当初に比べて特に重要度が増した部分であるが、認知症患者の急速な増加の中で、認知症の早期発見、予備群の認識、認知症と周辺疾患の知識など多くの追加研修が必要な部分である。従来のマニュアルの評価基準はあるが、基本調査との差が大きいときは、アルツハイマー型認知症の利用者の接触性の良さを、調査員が正常に会話が出来ると誤認している可能性は高く、認知症の種類によっては巧妙に作り話をしたりすることもあるので注意を要する。

また、すでに進行している利用者の場合、介護や見守りの時間や内容、利用者の特徴的な認知症関連の生活障害や実際のエピソードを合わせて判断するべきであるので、Ⅱランク以上の場合は主治医への取材は不可欠である。

また、この部分で昏睡状態など意識障害の程度が重度である場合は「M」を選択とあったが、判断不能として医学的根拠の主張より空白となっている場合は、意識障害の有無、程度について主治医意見書全体を読み込むことによって明らかとなる場合がある。

（2）認知症の中核症状

この部分は、主としてコミュニケーション障害を把握する部分の確認であるが、認知症以外においても精神疾患、意識混濁、重度の難聴などは、コミュニケーション障害の原因となる。

- ・短期記憶

認知症の必発症状であるが、前出の自立度ランクを参考に具体的なエピソードなどにつき、改訂長谷川式簡易知能評価スケール（HDS-R）の3つの単語（桜、猫、電車など）の5分前の記憶ができるかの部分を用いることができる。（3 items recall）

米国の最新の診断学書では、CDT（時計描画テスト）と3 items recall で認知症スクリーニングは十分との記載がある。

- ・日常の意思決定を行うための認知能力

認知機能とは、日常生活を送るために必要な記憶、見当識、注意、言語、思考、判断などの脳機能で、これが障害されることにより人は環境に適応できなくなる。

日本では高次脳機能障害と認知障害は用語としては同じ意味をもつと理解されている。

- ・自分の意思の伝達能力

ここでも背景になる疾病が問題ではあるが、重度の認知症であったり、失語がある場合、咽頭や口腔の障害で発声の障害（喉頭癌術後など）、重度難聴など多様な機能障害を勘案する必要があるが、程度については不明であれば、個別の特徴的な障害においては、主治医への取材が不可欠である。

（3）認知症の周辺症状（該当する項目全てチェック）

個々の項目においては、主治医意見書記載マニュアルを参照。認知症に起因する周囲から見た周辺症状は、ここにあげた内容ばかりではなく多様なパターンがあるので、参考にする場合、個別の利用者に出現する行動を列記するのは適切でない。

この部分においても(1)の認知症高齢者の日常生活自立度をも勘案しながら、主治医意見書に頼らない取材を行うべきであるが、精神疾患の把握なども重要であるので、主治医への取材が必要である。

（4）その他の精神・神経症状

「認知症高齢者の日常生活自立度」や「認知症の中核症状」、「認知症の周辺症状」などで把握できない精神・神経疾患の有無を確認する部分であるが、専門医にて継続的なフォローが行われているかどうか、その専門医師は誰であるかも合わせて確認することができる。

統合失調症をはじめ様々な精神疾患が背景にある場合は、介護支援専門員として適切な職種に変更することが望ましい場合もあるが、主治医への取材は絶対に必要である。

（5）身体の状態

この部分は利用者の個体特性、現実の障害の程度、部位において基礎情報の意味を持っているので、プロフィール作成や機能評価において大変に重要な部分である。

利き腕は障害側が利き腕かどうかで大きく自立度の達成、回復に影響がある場合もあり、リハビリテーションや在宅改修における手すりの位置など、障害側、動作のレベルの基本認識としておさえておくべきことである。

今回から「過去6ヶ月の体重の変化」について増加・維持・減少を記載することになっているが、その変化した数値を把握する必要があり、栄養障害の程度とその原因についても主治医に取材するべきであり、血清アルブミン値は参考にすべきである。

参考までに、栄養介入の必要な数値は年齢により異なるが概ね血清アルブミン値 3.5g/dl が目安である。

また、糖尿病患者の場合は逆に HbA1c の数値など主治医から取材して、悪化予防に努めるべきである。

「四肢欠損」、「麻痺」、「筋力の低下」においては、原因と程度のチェックを行うことと、麻痺、筋力低下においては原因疾病と機能回復の可能性を主治医に取材すべきである。これは、ケアプランにおいて自立支援の目標の設定に大変重要であり、リハビリテーションの短期目標など詳細な取材が必要となる。

リハビリテーションの目標設定は達成可能な範囲で段階的に行う必要があり、歩行の獲得・維持を基本に、ベッドを利用した生活動作、立ち上がり、移乗に支障があるかどうかは、多面的に機能評価を行いながら無理なくプランすることが必要であるが、関係する作業療法士や理学療法士に意見を求めることも重要である。

「関節の拘縮」は部位、程度のチェックを行い、可動域と日常生活に障害となる程度であるかどうかを判断しなければならない。衣服の着脱や日常生活動作全般において、自立可能かどうかを判断してケアプランへ反映させる必要があり、介護上の留意点、自立支援の視点で大変重要である。

「関節の痛み」については、疼痛を伴う拘縮や拘縮がない場合でも慢性の関節痛が生活機能の低下をもたらしている場合が少なくない。介護に際しては、細心の注意点が事前に確認されなければならないので、ケアカンファレンスにおける確認では大変重要なポイントとなる。

また、リハビリテーションにおいても主治医への取材や理学療法士等の意見を取り入れておくことは重要であり、回復の可能性は見た目で理解できるものではない。

「失調・不随意運動」であるが、障害の原因疾病において神経・筋疾患の記載がある場合は、まず、基本調査などで欠落しやすい標準的でない身体機能障害をチェックする項目である。

個別の疾患に精通することは困難であるが、介護支援専門員としては担当する利用者の疾病背景は出来る限り知識を補充せねばならないので、主治医への取材は不可欠となる。

同じ疾病名でも状態像は大きく異なることが多く、利用者の特徴的な障害部分を把握することは介護支援専門員の責務であり、主治医など専門家の意見により長期フォローアップにおける危機管理までは、ケアカンファレンスにおいて関係者で確認する必要がある。

脊髄小脳変性症、筋萎縮性側索硬化症、パーキンソン病などは、運動機能障害は静止時にはわからないが、自発動作を観察するとまったく異なる多様な病態を示すので、日常生活における自立支援には、未知の機能障害に遭遇することが多いことに留意すべきであり、周辺知識の充実にはケアプラン作成などの業務上、利用者の障害をできるだけ理解することは不可欠である。

「褥瘡」、「その他の皮膚疾患」においては部位、程度をチェックして、寝たきりなどの背景となる身体機能低下や栄養状態について詳細な取材を主治医に行うべきである。

褥瘡において、可能性のある利用者の全身の観察はもちろんであるが、褥瘡が発生する条件について「予防」を常に念頭におくべきである。

施設、病院、在宅においても目に見える介護の欠落の象徴であるので、いかなる場合でも褥瘡の発生は医療・看護・介護の恥である。

皮膚疾患において注意を要することは、疥癬のごとく感染性のものの識別、診断が行われているかどうか取材、確認が必要であり、介護者の独断や専門家以外の誤認は重大な結果を招くことになるので注意を要する。

また、ステロイド軟膏の長期乱用において二次的な変化で重症化する皮膚疾患もあり、現状使用している軟膏などの種類や使用期間においてチェックを要する。

4. 生活機能とサービスに関する意見

利用者の日常の移動レベルと栄養状態の概要をおおまかに把握するために新たに設けられた項目である。

(1) 移動

日常生活における移動の状況は、新予防給付サービスの対象か否かを判断する上で重要な項目である。また、新予防給付サービスの対象か否かに係らずリハビリテーションサービスの方法と提供量を判断するための重要な情報である。

「屋外歩行」「車椅子の使用」「歩行補助具・装具の使用」の項目があり、それぞれに記載があるが、この項目で移動能力の全容は理解できないので、具体的な移動能力は利用者の動きを観察して、前出の身体の状況と合わせながら課題を理解すべきである。

(2) 栄養・食生活

日頃の食生活と栄養の状況は「(1)移動」と同様新予防サービスの対象か否かを判断する上で重要な項目である。栄養・食生活上の留意点の記載事項及び(3)で低栄養、摂食・嚥下機能低下、脱水の項目にチェックが入っていないかどうかを確認し、栄養・食生活面でのサービス必要性を検討する。

「食事行為」であるが、嚥下機能に加えて食事摂取がどのような形態で行われているか、口腔機能に上肢の機能、頭頸部の機能を合わせて評価する項目であり、前出の身体の状態の失調・不随意運動など神経疾患の合併があれば、振戦や関節の運動障害、頸部の筋萎縮などあれば食事行為は困難になる場合が多い。

当然、認知症の進行した利用者には、食事という行為自体がわからないこともあり困難になる場合が多い。

「現在の栄養状態」

これは、不良、と記載がある場合、体重変化の実際や身体状態について根拠を主治医に取材すべきであり、栄養改善の可能性と身体状態の改善の緊急性などを把握するべきである。

(3) 現在あるかまたは今後発生の可能性が高い状態とその対処方針

この項目は悪化の可能性、起こりうる変化を予測しているので、利用者の生活の継続やケアの安全について主治医への取材が欠かせない部分である

長期継続ケアにおける危機管理の部分であり、なぜ発生の可能性が高いのか理解が充分に出来ないときは主治医への取材を早急に行っておくことと、ケアカンファレンスにおいて関係する多職種の共通認識として主治医より説明が必要となる部分である。

介護事故事例も多く報告されているが、介護側には発生の可能性のある病態と危険因子の「予測」義務があり、予測に基づいた回避義務も同時に発生していることが判例から読み取れる。ケアプランにおいて、危険回避を前提としたリスクマネジメントは必須の要件といえる。

(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し

ここでは概ね3から6ヶ月のサービス利用による現在の生活機能の維持・改善の見通しが評価されている。(1)、(2)、(3)及び(5)の内容を勘案しながら利用者の状態にあったサービス内容について検討する。

高齢者の身体機能、疾病背景の総合的勘案から判断した部分であり、他の記載部分からその根

拠や可能性を推測すべきである。

例：慢性心不全や重度の筋骨格系疾患で運動機能の改善が無理な場合や、老衰で末期の場合など。主治医への取材は不可欠な部分。

（５）医学的管理の必要性

この部分は在宅の利用者にとって主治医が判断して、医療看護系のサービスが必要であるために、欠落することがないようにチェックする部分であり主治医の意見として重要である。

利用者が介護保険導入前より医療・看護サービスを受けている場合が多いが、継続医療、継続看護サービスなどの訪問および通所系のサービス種目が列記されている。

特に訪問歯科診療のチェックは主治医意見書において大変重要な記載であり、かかりつけの歯科医師への取材も重要である。

ただし、このチェックにより指示書の効果が発生することはないので、すでに発効している訪問看護指示書、訪問リハビリテーション指示書などは主治医よりコピーを入手することも可能であるが、ケアカンファレンスにおいて一元的に整理できる部分である。

（６）サービス提供時における医学的観点からの留意事項

ケアプランの作成や介護サービスを提供する場合に、利用者の安全確保のために介護職員が留意すべきポイントについての主治医の情報提供部分である。

「血圧」は高齢障害者の場合、最も注意すべきサインであり事前のチェックにより回避可能な部分が多いので、主治医の意見で降圧剤の内服など行っている利用者については、ケアに際して適宜測定する習慣が必要である。

特に、入浴に際しては注意深く変化を観察すべきであり、測定値によっては入浴を控える指示が主治医よりある場合が多いが、循環器系の基礎疾患がある場合などは、特徴的で複合的な変化について主治医の意見を確認することは重要である。

エビデンスを蓄積することは介護の場でも重要であるので、記録を整備して個人データとしておくとケアカンファレンスなどで有用である。

「摂食」については、次の「嚥下」とともにいうまでもなく 3 大介護「食事・排泄・入浴」におけるケアの最大のポイントであるので、この部分は大変に重要な留意点といえる。

この部分は、疾病背景のみならずあらゆる身体・精神機能の障害が反映されるので、個別のケアとしてアセスメントを充分に行っておくべきである。

摂食の自立に関しては、咀嚼機能と手指・上肢の機能、上半身の座位保持が通常の場合条件として上げられるが、利用者の精神機能、意識レベルにおいても注意が必要である。

また、嚥下に関しては、危機管理のポイントとなり介護事故の事例にも多く挙がっているので特別の注意を要するポイントである。

嚥下性肺炎は事前に利用者の身体状況の変化をチェックしていないことと、誤嚥の可能性についての「むせ」などの予測の情報収集（アセスメント）を怠った事例が多く、高齢者の場合は緊急入院の対応を行っても死亡につながる率が高いので、介護事故の予防としてここにチェックがある場合は主治医の意見を聞いておく必要がある。

「移動」については、さまざまな形態での歩行障害とともに、下肢のみならず体幹機能障害や中枢神経系の異常によっても自立した移動の障害が発生する。

多様な要因による下肢筋力低下や関節拘縮、骨盤・脊椎・筋疾患などにおいても、歩行はもちろん車椅子への移乗においても危険防止策を講じておく必要があるので、移動に関するアセスメ

ントは大変に重要である。

転倒事故が介護事故の多くを占めている現状であり、ケアの方法論とケアの手技、利用者とのコミュニケーションにより転倒や落下を未然に防ぐ努力が必要である。この点、主治医に確認をしておくことや、ケアカンファレンスにおいて関係多職種が共通認識を持つておくことは重要である。

「運動」については運動負荷を伴うサービス提供時の留意事項について記載されている。医学的観点から運動負荷を伴うサービスのリスクが高いと記載されている場合には、主治医に確認してそのようなサービスの可否を決めることが重要である。

その他の部分に、介護サービス提供者が留意すべきことがこの部分に記載される。

(7) 感染症の有無（有の場合は具体的に記入してください）

有り（ ） 無し 不明

この欄では、利用者が現時点でもっている感染症で、介護サービス提供者や同居者に感染の危険性があるものとして特に留意すべきものについての記載項目である。

施設・病院において感染症対策は、結核の発症やMRSAなどを筆頭に最重要な取り組みとなっているが、感染のスピードが速く通所サービスを介して施設・在宅に感染を拡大させてしまう寄生虫感染が疥癬である。この部分に疥癬の記載があるときは、利用者の移動範囲を勘案して、関係するサービス事業者には確実に情報提供を行わねばならない。また、施設職員などを介してあらゆる出入りの業種に感染して被害が拡大する可能性があり、地域における一体的な取り組みが課題となっている。

MRSAなどの記載があれば必ず主治医に情報提供を求めて、個別情報として整理しておく必要があるため、この部分の記載があればタイムリーな動きが求められる。

5. 特記すべき事項

この部分は基本調査の特記事項と同じく、利用者個別の重要な情報を集約してある部分であり、主治医意見書のここまでの記載項目では得られない介護の必要な状態像や、個別の平均的でない特徴的な状態を記載してある。

また、すでに認定を受けている種々の身体障害の等級などもここに記載することになっている。また、ここでは臨床経過や治療などの記載にウエイトがかかることが多いが、この特記すべき事項の項目では、実際の介護の状況やADL、IADLのレベル、認知症に起因する問題行動などの記載について、医学的表現を最小限にとどめて平易な文体で記載することになっている。

介護支援専門員にとっては、利用者の生活における障害部分の把握に大変に重要な情報となるが、前段階までの記載で、不明の部分がこの記載で明らかとなることが多い。

例として、重度の脳血管疾患や神経疾患などで意識障害がある場合などは、この部分で意識レベルにおける記載があれば介護における留意点や状態像のイメージが把握しやすくなる。

また、「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意見を記載する」部分であり、実際に要している介護量を勘案できる内容であるため、課題分析・ニーズの把握には特別に重要である。

特に、3大介護といわれる「食事」「排泄」「入浴」の自立度の記載はアセスメントと合わせて確認すべき部分であり、訪問介護のニーズなどの判断に参考となる部分である。

主治医の目から見たコミュニケーション障害や認知症関連スケール（HDS-Rなど）の点数の記載などは、問題行動などの実際のエピソードとともにケアプラン作成に重要なポイントとなる。

主として日常の暮らしぶりの中で、具体的にどのような生活障害に基づく介護の必要性があるかを記載する項目であるので、この部分からは多くの利用者情報がもたらされる項目であり、主治医の長期フォローアップを根拠とした留意事項として重要である。

(参考)

尾道市では尾道市医師会作成の主治医意見書を使用して、この部分に追加記載をしている。

(1)意識障害の程度 なし 意識混濁 傾眠傾向 植物状態

(2)24時間介護の必要性 なし 状態によりあり 常時あり 内容()

内容の部分には、体位変換、おむつ交換、喀痰吸引などの記載が該当する。

(3)不活発な生活状況の有無 あり なし うつ傾向 内容()

V おわりに

以上、主治医意見書が最大限の情報提供内容となる場合を想定して、介護支援専門員が主治医意見書より読み取ることができる内容について記したが、いつも、満点の主治医意見書に遭遇するとは限らないので、個別のアセスメントについては怠り無く行っておくべきである。

また、ケアカンファレンスにおいて関係多職種が一堂に会して、利用者あるいは介護者の参加に利用意向の確認と、ケアプランの提示によりサービスの必要性について説明責任を果たし一同の共通認識を醸成するケアマネジメントのプロセスは必須の業務であるので、主治医意見書よりの情報収集に終らずに主治医との直接面談を行い、対等な立場で利用者への専門家としての意見を求める姿勢は重要である。

端的に言えば、利用者との長期間の関わりの中で多くの情報を保有している主治医を味方にするのが、介護支援専門員にとって長期継続ケアにおける機能分担とリスクマネジメントにおいて、利用者の安全を担保するために必要な方法論といえる。

利用者の安心の基盤は、主治医と介護支援専門員の相互の信頼関係に基づく、緊密な連携により担保されるが、ケアマネジメントによる医療と介護サービスの総合化が介護保険制度の進化といえるので、お互いの協調努力が重要である。

従来、「要支援」は予防給付であったが、新予防給付の必要性も勘案しながら、ケアマネジメントに基づいた過不足なきサービス提供は利用者本位の自立支援に不可欠であり、結果として「適正給付」として介護保険制度の持続性に資するものである。

第4章 ケアマネジメントにおける主治医意見書の使い方

～事例を通して～

I ケアマネジメントにおける意見書活用のポイント

東京都医師会理事
野中 博

1. 意見書を活用する意義

介護保険制度における主治医の主な役割は、サービスを利用される対象者や家族そして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。具体的には、専門的な医学的管理の必要性や介護上のアドバイスを行う「居宅療養管理指導」あるいは「診療情報提供書」、介護保険の申請時に必要な「主治医意見書」作成において、ケアマネジメントを支えている。

介護支援専門員は、利用者の生活ニーズのみならず、医師の医学的なアドバイスを充分に取り込んだケアプランを作成し、ケアマネジメントを実践していかなければならないという重責を担っている。介護支援専門員として利用者の医療面を担保しながらケアマネジメントを展開するには、主治医が担当する「居宅療養管理指導」あるいは「診療情報提供書」そして「主治医意見書」をいかに活用するが成功の鍵といえる。

特に今回の改正により「主治医意見書」には、患者の生活機能とサービスに関する意見の記載が追加され変更されており、要介護認定での介護給付や予防給付の判断に大きく関係する。さらに生活機能とサービスに関する意見の充実により、適切なケアマネジメントによる介護サービス計画が望まれる。そのため主治医意見書は介護サービス利用の入り口の時点で押さえておかなければならない情報源として十分な活用が望まれる。

2. 意見書にはどんなことが書かれているのか

主治医意見書の記載は、申請者の名前、生年月日、住所や連絡先から始まる。当然のことだが、本人確認として重要である。施設への入所あるいは病院に入院している場合は、その施設名あるいは病院名、所在地、電話番号を記入する。次に、今回の改正により、本意見書が介護サービス計画作成に利用されことの同意する・しないの意思を、主治医として記載することになった。介護支援専門員にはこの主治医の意思を確認し、特に同意しない医師にはその理由の確認が必要である。医師名や医療機関情報は、当然介護サービス計画作成する際などに連絡を取る場合に必要な事項である。さらに最終診察日、意見書作成が初回か2回目以上か、そして他科受診しているかの有無などの記載は患者の背景を知るにも重要である。

(1) 傷病に関する意見

「診断名」には、特定疾病または生活機能低下の直接原因となっている傷病名そして発生年月日が記載されている。「症状としての安定性」がチェックされ、不安定の場合にはその具体的な状況が記入されている。不安定の場合には、特に医療との関係への配慮が大切である。今回の改正により生活機能低下の直接の原因となっている傷病名又は特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容と変更された。特に生活機能(日常生活活動、社会参加、家庭環境など)に対する記載が望ま

れており、ケアマネジメントにおける医療や介護への注意点そして患者の全体像をこの記載より把握する。

（２）特別な医療

この項目からは医療依存度の高低が想像され、介護サービス計画作成において必要な医療行為の実施を保証する必要がある、介護を提供するにあたりどのような専門技術が必要かを判断する。

（３）心身の状態に関する意見

障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)や認知症高齢者の日常生活自立度の項目からは、見守り・介助・援助などの必要程度が想像され、介護サービス計画作成時には配慮する。認知症の中核症状、周辺症状、その他の精神・神経症状は今回変更された。理解や記憶そして問題行動などを認知症の一体的な症状として評価し、さらには認知症以外の疾患での同様な症状にも対応できるように記載が追加された。この部分の記載は要介護認定でも介護サービス計画作成にも重要である。

さらに身体の状態については、人体図は削除され、一方で体重の増減、関節の痛みの項目が追加された。体重の増減については栄養状態、関節の痛みを追加して生活機能との関連性の高い下肢の運動機能を把握する項目として活用する。

（４）生活機能とサービスに関する意見

この項目には、「移動」、「栄養・食生活」、「現在あるかまたは今後発生の高い病態とその対処方針」、「サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し」、「医学的管理の必要性」、「サービス提供時における医学的観点からの留意事項」、「感染症の有無」などがある。これらの項目により生活機能低下の状況やその原因に着目して適切なケアマネジメントが期待されている。特に、「移動」、「栄養・食生活」に配慮し、また「現在あるかまたは今後発生の高い状態とその対処方針」においても、その生活機能低下の要因について介護サービス計画に盛り込まれる必要がある。次の「サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し」の項目から生活機能やサービス提供状況を判断する。「サービス提供時における医学的観点からの留意事項」に追加された「運動」の項目から、介護予防のサービス提供の適切性を検討する。

（５）特記すべき事項

この項目は、本来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意見の記載のみならず、介護サービス計画作成する際に、生活機能面そして医療面からの適切な支援が提供されるために活用する。すなわち、生活機能、家庭環境、療養状況、食生活や栄養、口腔内の状況、介護予防給付の適否、リハビリテーションの目標等を記載から把握して介護サービス計画を作成する。

3. 意見書から利用者をイメージする

主治医意見書から具体的に読み取るべき情報を、医療ニーズの高い症例を挙げ解説する。「傷病に関する意見」からは、20年来の糖尿病で視力障害が進行中であり、また右足を切断し義足を利用するが歩行には介助が必要、主にベッド上の生活であり、排尿障害のためカテーテルを使用し、さらに血糖値が不安定なことが理解される。

「特別な医療」として、失禁への対応としてカテーテルを使用している。

「心身の状態に関する意見」屋内生活で介助が必要で日中もベッド上が主であり、座位は保ち、介助により車いすに移乗する状態で、障害高齢者の日常生活自立度は（寝たきり度）B2 である。自分の意思の伝達能力はいくらか困難であるが、問題行動は無く、認知症高齢者の日常生活自立度は自立である。身体の状態では四肢欠損として右足を切断している。

「生活機能とサービスに関する意見」では、「移動」は介助を利用して、車いすの使用は主に他人が操作し、「歩行補助具・装具」は用いている。「栄養・食生活」には特記事項はない。「現在あるかまたは今後発生の可能性の高い病態と対処方針」においては、転倒・骨折と易感染性が挙げられ、その対処方針として片足歩行に対する介助と留置カテーテルの消毒、洗浄、交換が必要である。そのため「医学的管理の必要性」において訪問診療や訪問看護による医学的管理が必要である。さらに「サービス提供時における医学的観点からの留意事項」として血圧、嚥下、摂食、移動について各々記載されている。

「特記すべき事項」として、糖尿病に起因する障害のための見守り、介助の必要性のため毎日の訪問介助が必要とされるが、医療依存度が高いため訪問診療・看護が重要と記載されている。

この患者の介護サービス計画作成には、糖尿病の治療、留置カテーテルの管理、そして移乗時の介助と見守りが中心となる。このように医療依存度の高い患者の介護サービス計画作成にあたっては、医学的管理と共に日常生活の介護に対する配慮を忘れてはならない。

主治医意見書に記載される特別な医療には、処置内容、特別な対応そして失禁への対応の 12 項目があり、これらの項目がチェックされている場合にはそれらの行為が確保されるべく介護サービス計画作成する必要がある。しかし、医療系サービスの提供だけでは患者の日常生活は維持されないことにも注意すべきで、特に訪問看護と訪問介護の適切な使い分け、また福祉系サービスを提供する際の医療行為への十分な配慮など、サービス担当者会議等を通じて、主治医やその他の専門職から適切なアドバイスを受けることが重要になる。

4. 意見書活用の本質

介護サービス計画作成において主治医意見書は参考にすべき大切な資料であるが、参考にするだけでなく意見書の内容に関する具体的な質問や相談等をきっかけとして、主治医やその他の介護サービス提供者と直接面談して意見交換等を行うべきで、そのためにサービス担当者会議が重要なのである。その開催が困難であれば、主治医の訪問に併せて自らも訪問を行うなどの工夫をして、日常の介護状況と医学的観点とのすりあわせを行うことにより、本来のチームによるケアマネジメントが実現できるのである。その“きっかけ”や“足がかり”として「主治医意見書」を活用することは、介護保険利用者のため、介護支援専門員としての質や力量の向上のために必要である。

Ⅱ 主治医意見書を活用したケアプラン事例

市川市医師会会長
土橋正彦

在宅で生活を送る高齢者にとって、医療・医学的管理の必要性はその可能性も含めて非常に高く、介護保険サービス利用上、つまり、ケアプラン作成段階でも十分に考慮しなければならない要素である。ケアプランを作成するにあたって、利用者の医療ニーズを把握する“根拠”となるものが主治医意見書といえる。

以下では、「主治医意見書の記載内容から“ケアプラン作成に役立つ”利用者の医学的情報を読み取る視点」と「実際にそれらを活用して作成したケアプランのポイント」について4つの事例を通して解説する。

事例 1 : 認知症の症例

利用者情報

性別	女性 (年齢 78 歳)
環境	在宅 (自宅・一軒家・独居)
介護度	要介護 2
外来受診	月 2~3 回定期通院
往診	パニック発作時随時

POINT①診断名

糖尿病の治療は食事療法が基本であるが、自己管理ができないと成功しない。この事例は認知症の合併があり、食事療法や服薬療法が困難なことが容易に読み取れる。

生活介護と援助により食事、服薬の見守りなどが必要となる。

POINT②症状の安定性

認知症は日内変動や日差変動があるため、その不安定な状況を分析する。

症状の変動に応じたケアプランを作成してサービスを提供する。

POINT③傷病の経過

在宅での生活を良好に維持するためには、糖尿病のコントロールと認知症への適切な対応が必要であり、主治医と連携して、きめ細かな生活援助が必要となる。

POINT④認知症の周辺症状

認知症の周辺症状が出る状況と程度を時系列的に分析して、訪問介護、友人の訪問等のタイミングを検討して効果的なケアプラン作成に努める

主治医意見書

記入日 平成 19 年 3 月 1 日

申請者	(ふりがな) _____	男 <input type="checkbox"/>	女 <input checked="" type="checkbox"/>
	明・大・(昭) 4 年 2 月 5 日生 (78 歳)	〒 _____ 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 checked="" type="checkbox"/> 同意する。 <input type="checkbox"/> 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 19 年 2 月 19 日		
(2) 意見書作成回数	<input type="checkbox"/> 初回 <input checked="" type="checkbox"/> 2 回目以上		
(3) 他科受診の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" 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. <u>老人性認知症</u> 発症年月日 (昭和・平成) 16 年 10 月 4 日頃 2. <u>糖尿病</u> 発症年月日 (昭和・平成) 8 年 3 月 10 日頃 3. <u>両側変形性膝関節症</u> 発症年月日 (昭和・平成) 14 年 8 月 28 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 (「不安定」とした場合、具体的な状況を記入) 認知症の日内・日差変動あり。症状進行的。
(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] 認知症が進行的、金銭管理において時々トラブル発生。服薬管理が不十分のため、血糖値のコントロールが安定しない。時々、不安感から動悸等を訴えるパニック発作があり、緊急往診して必要により安定剤を投与することあり。

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"/> レスビレーター	<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 checked="" 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 ・認知症高齢者の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input checked="" 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 type="checkbox"/> 問題なし <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 (該当する項目全てにチェック: 認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)
<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 { <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input checked="" 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"/> 異食行為 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (パニック発作)
(4) その他の精神・神経症状
<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (症状名: <u>不安神経症</u> 専門医受診の有無 <input type="checkbox"/> 有 () <input checked="" type="checkbox"/> 無)

(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)

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: _____ 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)

POINT⑤身体の状態

外出が少なく、下肢の筋力低下あり、通所介護などの機会をつくる。外出時は転倒の予防が必要である。

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 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 (_____)

(3) 現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とその対処方針

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 (外出時はヘルパーの介助を要する。)

(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 (_____) ・移動 特になし あり (転倒骨折のリスク高い)

・摂食 特になし あり (_____) ・運動 特になし あり (膝関節症の悪化に注意)

・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

POINT⑥

特記すべき事項

独居のため訪問介護を中心に糖尿病食の提供と共に服薬の見守りをケアプランに反映させたい。食事の提供には、市役所保健指導課の管理栄養士等から指導を得たい。

一人では不安を訴えるので、通所介護等の利用を考慮する。

インフォーマルサポートとして近所の友人などに話し相手として協力を得る。

在宅の希望を尊重しながら、将来の施設入所を念頭に、施設に慣れてもらうプランを考慮する。

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。)

・認知症が進行し、独居のため食事療法、服薬管理できず糖尿病のコントロールが不安定。

・施設入所を勧めるが、自宅での生活を強く望んでいる。

・精神科通院、ショートステイなども不安感から拒否的だが、将来を考えて少しずつ慣れてもらう必要がある。

・一人でいると不安感からパニック発作を起こし動悸などの症状を訴えて興奮することがある。

・同じこもり防止のために外出が必要であるが、転倒のリスクあり介助を要する。

POINT①

- ・ 食事療法と服薬が正しくできるよう見守ることを主眼に生活を介護・援助する。

POINT②

- ・ 食事・服薬の見守りと共に、訪問介護を連日継続的に入れる。

POINT③

- ・ 通院時はヘルパーが同行して安全を確保する。
- ・ 訪問介護が入っているときに、月に2回、市保健センターの管理栄養士に訪問してもらい、糖尿病食の指導と食事内容のチェックをしてもらう。
- ・ パニック発作時は、主治医に連絡する。

POINT④⑤

- ・ 一人で居ると不安になるので、頻回の訪問介護を入れる。
- ・ 近隣に古くからの友人が多いので、時々、話に来てもらう。
- ・ 利用者宅が友人たちのサロンになってもよい。
- ・ 利用者は、自宅での生活を強く望んでいるが、将来を考えて施設に慣れてもらうため通所介護を入れる。

POINT⑥

- ・ 在宅での生活を本人の希望を尊重して可能な限り継続するようにケアプランを工夫する。
- ・ 将来を考慮して、居宅サービスの選択を検討する。

<ケアプランへの展開例>

週間サービス計画表

利用者名 事例1 殿

	4:00	月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	4:00								
早朝	6:00				訪問介護 (巡回型)				起床
	8:00				▼				食事
午前	10:00	訪問介護			訪問介護		訪問介護		第1、3木 通院同行
	12:00		訪問介護			訪問介護		訪問介護	食事
	14:00			通所介護					(食事、服薬見守り)
午後	16:00		近所の友人		近所の友人		近所の友人	近所の友人	
	18:00								食事
夜間	20:00				▲ 訪問介護 (巡回型)				
	22:00								就寝
深夜	24:00								
	4:00								

週単位以外のサービス	近所の友人に交代で話相手をしてもらう。月に2回・市役所の管理栄養士に訪問してもらい指導を受ける。
	パニック時に主治医往診。

事例2：退院直後の症例

被保険者情報

性別	男性（年齢 80 歳）
環境	在宅（自宅・戸建・妻と二人）
介護度	要介護 3
診療	退院直後（病院に 2 週間毎の通院予定）、訪問診療の予定

主治医意見書

記入日 平成 19 年 2 月 20 日

申請者	(ふりがな) _____	性別	男 <input checked="" type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	〒 _____
	明・大・昭 1 年 10 月 7 日生 (80 歳)			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 checked="" type="checkbox"/> 同意する。 <input type="checkbox"/> 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 19 年 2 月 14 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 checked="" type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 外科 <input checked="" type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input checked="" 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 () _____			

POINT①

他科診療の有無

複数の診療科を受診しているため、意見書だけを参考にするのはなく、家族から医療の状況を詳細に聞き取る。

POINT②診断名

各科通院は介護者だけでは困難が予測されるので、通院の介助をケアプランに入れる。

POINT③傷病の経過

症状が安定しての退院のため、医療処置の必要はない。しかし、訪問介護を充実し、健康上に変化があれば速やかに往診医に連絡する体制をつくる。

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. 第 1 腰椎圧迫骨折 発症年月日 (昭和・平成) 18 年 11 月 12 日頃 2. 脳梗塞 発症年月日 (昭和・平成) 11 年 9 月 3 日頃 3. 前立腺肥大症 発症年月日 (昭和・平成) 18 年 12 月 4 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)
(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)	脳梗塞にて内科外来通院中であつたが、昨年 11 月に自宅で転倒し、腰椎圧迫骨折のため整形外科入院、同 12 月以前より尿の出が悪いと訴えていたため、泌尿器科受診内服投薬中、症状が安定し、在宅での療養を希望され退院。なお、長期の入院のため下肢筋力低下がある。

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"/> レスビレーター <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 type="checkbox"/> A2 <input checked="" 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 type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input checked="" 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 type="checkbox"/> 問題なし <input checked="" 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 checked="" 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"/> 具体的な要求に限られる <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"/> 徘徊 <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"/> 異食行為 <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 <input type="checkbox"/> 有 (症状名： _____ 専門医受診の有無 <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無)

(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)

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: _____ 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)

POINT④身体の状態

体重が重く介護に負担が大きいため、介護用品等の工夫が必要である。

下肢の筋力低下があり、QOL向上のために浴室、廊下、便所等への手摺りや段差解消などの住宅改修を行う。

通所リハビリテーションを提供して、機能回復と日常生活の自立を助ける。

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 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 (_____)

(3) 現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とその対処方針

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 (外出の機会をつくる。転倒に注意を要する。)

(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 (_____) ・移動 特になし あり (転倒のリスク高い)

・摂食 特になし あり (_____) ・運動 特になし あり (腰痛あり悪化に注意)

・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

POINT⑤

発生の可能性が高い状態

転倒、骨折の可能性があり、日常生活の動線を確認して危険箇所をチェックし、住宅改修を行う。

POINT⑥

特記すべき事項

病院と連携して日常の健康管理のために訪問診療する医師を探す。入院していた病院の医療ソーシャルワーカーや看護師長が地域の往診医の情報を持っているので相談する。地域の医師会に問い合わせてもよい。

高齢の妻一人のため介護力が低く、日常生活支援を視野に入れてプランを検討したい。

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。)

・各診療科に通院により受診可能だが、在宅で日常的な健康管理を担当してくれる往診医の存在が望ましい。

・入院臥床が長かったため、下肢筋力低下が以前より進行したので外来通院から訪問診療に移行されたい。

・介護者が妻一人のため介助に要する負担が大きいと考えられる。

・リハビリテーションは継続する必要あり。

POINT①②

- ・病院の外来に受診時は診療科目が多いため、介護者だけでは負担が重いのでヘルパーが同行する。

POINT③

- ・訪問介護は身体介護を中心に生活援助も行う。
- ・自宅内で再度転倒しないように住宅改修をする。
- ・自立支援のためリハビリテーションを充実する。

POINT④

- ・体重が重く、両下肢の筋力低下があるため、介護者の負担が大きくなることから、頻回の訪問介護を入れる。

POINT⑤

- ・危険個所を確認して、手摺り、段差解消等の住宅改修をする。

POINT⑥

- ・通院から訪問診療に移行し、主治医による居宅療養管理指導を設定する。
- ・介護者の負担を軽くするため土日に配食サービスを入れる。

<ケアプランへの展開例>

週間サービス計画表

利用者名 事例2 殿

	4:00	月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	4:00								
早朝	6:00								
	8:00								起床
午前	10:00	訪問介護	訪問介護		訪問介護	訪問介護			食事 第2、4(月) 病院外来 受診同行
	12:00			通所リハ			配食サービス		食事
午後	14:00	訪問リハ				訪問リハ			
	16:00						配食サービス		食事
夜間	18:00								
	20:00								
深夜	22:00								就寝
	24:00								
	2:00								
	4:00								
週単位以外のサービス	訪問介護、配食サービス、福祉用具貸与(車椅子貸与、特殊寝台貸与、特殊寝台付属品貸与) 住宅改修(スロープ、手摺りの設置)								

事例3：在宅医療を実施している症例

被保険者情報

性別	男性（年齢 73 歳）
環境	在宅（自宅・戸建・妻と息子）
介護度	要介護 5
診療	訪問診療 週一回、臨時の往診

主治医意見書

記入日 平成 19 年 3 月 6 日

申請者	(ふりがな)	男	〒	-
	明・大・昭 8 年 10 月 24 日生 (73 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に利用されることに <input checked="" 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 19 年 2 月 21 日			
(2) 意見書作成回数	<input type="checkbox"/> 初回 <input checked="" type="checkbox"/> 2 回目以上			
(3) 他科受診の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" 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 ()			

POINT①診断名

診断名から医療ニーズが高いことを理解する。急性か慢性かを判断し、ケアプランの短期、長期目標を設定する。主治医の指示によりケアプランに訪問看護を入れる。

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. 脳出血 発症年月日（昭和・平成）18 年 8 月 27 日頃
2. 右片麻痺・失語症 発症年月日（昭和・平成）18 年 8 月 27 日頃
3. けいれん発作 発症年月日（昭和・平成）18 年 10 月 20 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）
(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〕 喀痰、唾液分泌が多く、昼夜吸引を必要とする。時々、けいれん発作があるが軽度のため投薬でコントロール可能。褥瘡 5 cm 位が仙骨部にあり、ポケット形成していて MRSA 陽性で処置を要する。

POINT②傷病の経過

褥瘡の悪化防止のため、ギャッジベッド、エアーマットなど必要な福祉用具の貸与を検討する。医療処置や介護をやり易くするために着脱しやすい寝衣を選択する。

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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 褥瘡の処置				
失禁への対応	<input checked="" 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）				

POINT③

特別な医療処置

医療材料・機器の管理補充の体制を訪問看護師に確認する。

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 type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input checked="" type="checkbox"/> C2
・認知症高齢者の日常生活自立度 <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 checked="" 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 type="checkbox"/> 問題なし <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input checked="" 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"/> 異食行為 <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 <input type="checkbox"/> 有（症状名： 専門医受診の有無 <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無）

(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)

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: _____ 程度: 軽 中 重)

筋力の低下 (部位: _____ 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: 仙骨部 程度: 軽 中 重)

その他の皮膚疾患 (部位: _____ 程度: 軽 中 重)

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 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 (_____)

(3) 現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とその対処方針

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 (体位変換を定期的に行う。喀痰の吸引を頻回に行う。)

(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 (脳出血の再発予防) ・移動 特になし あり (移動は不可)

・摂食 特になし あり (胃ろう部衛生管理) ・運動 特になし あり (関節拘縮に注意)

・嚥下 特になし あり (経口摂取は禁止) ・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 (褥瘡部 MRSA (+)) 不明

POINT④
発生の可能性が高い状態
急変時の対応を主治
医、訪問看護師に確認
し、ベッドの近くにわか
りやすく表示する。

POINT⑤
感染症の有無
主治医と相談の上、す
べてのサービス事業者
に感染症の存在を伝え
る。ただし必要以上に警
戒したり、差別したり、
プライバシーを侵害し
たりしないように配慮
する。
特に福祉系サービスで
ある訪問介護等におい
ては、専用の予防衣・ス
リッパ・手袋の着用、手
洗いと消毒の励行を具
体的に指示し二次感染
の予防に努める。
訪問入浴の導入方法に
配慮が必要になる。

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ど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。)

診断名 4. 仙骨部褥瘡 平成18年12月1日

- ・意識障害、失語症により意思の伝達は不能である。
- ・妻と息子が交代で喀痰の吸引を行っている。
- ・褥瘡悪化防止のため、常時、体位変換等を要する。
- ・寝たきり全介助を要する。

POINT⑥
特記すべき事項
診断名が特記事項の欄
に追加されているので、
見落とさない。
介護者の疲労軽減のため
訪問介護を充実する。

POINT①

- ・医療ニーズが高いことから訪問介護を導入する。
- ・主治医による居宅療養管理指導を設定する。

POINT②

- ・褥瘡悪化防止のため福祉用具を貸与する。
- ・訪問介護において二次感染予防に努める。

POINT③

- ・訪問介護師に喀痰吸引器、医療材料の管理を確認する。
- ・医療職による褥瘡処置等が必要なため継続的に医療系のサービスが入るようプランを考慮する。

POINT④

- ・急変時の対応について確認する。

POINT⑤

- ・訪問入浴は看護職員が付き、感染症に注意する。

POINT⑥

- ・介護者の負担を軽くするため、訪問介護は、身体介護および生活援助を継続的に入れる。

<ケアプランへの展開例>

週間サービス計画表

利用者名 事例3 殿

	4:00	月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	4:00								
早朝	6:00								起床 吸引
	8:00								食事 経管栄養
午前	10:00		訪問介護		訪問介護		訪問介護		モーニングケア 保清 訪問看護 週二回
	12:00			訪問看護			訪問看護		吸引
午後	14:00	訪問診療							食事 経管栄養 往診 週一回
	16:00		訪問介護			訪問介護			憩いの時間
	18:00					訪問入浴			入浴 週一回
夜間	20:00								吸引 食事 経管栄養
	22:00								就寝 吸引
深夜	24:00								吸引
	2:00								吸引
	4:00								吸引

週単位以外のサービス	福祉用具貸与（エアーマット、空気パッド、特殊寝台・付属品）
	居宅療養管理指導（主治医）

事例4：ターミナル期の症例

被保険者情報

性別	男性（年齢 70 歳）
環境	在宅（自宅・戸建・妻と息子の家族）
介護度	要介護 4
診療	訪問診療 週二回、臨時の往診

主治医意見書

記入日 平成 19 年 3 月 6 日

申請者	(ふりがな)	男	〒	—
	明・大・昭 11 年 10 月 27 日生 (70 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に利用されることに <input checked="" 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 19 年 3 月 1 日			
(2) 意見書作成回数	<input type="checkbox"/> 初回 <input checked="" 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 checked="" 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 ()			

POINT① 診断名

在宅でのターミナルケアが必要な症例であり、医療との連携が重要となる。
病名が告知されているかどうかで、在宅介護のあり方が変わってくるので、主治医に確認する。

POINT② 症状の安定性

刻々と状態が変化すると考えられるため、介護支援専門員自身が頻回に利用者宅を訪問してニーズに応じたケアプランの修正に適宜努める。

POINT③ 傷病の経過

病状の経過の認識において共通の理解を持つため、主治医を含めてサービス事業者と共にケアカンファレンスを定期的で開催し、チームアプローチを展開する。

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. <u>胃癌術後</u> 発症年月日（昭和・平成）17 年 8 月 2 日頃
2. <u>悪性腹膜炎</u> 発症年月日（昭和・平成）18 年 12 月 21 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 （「不安定」とした場合、具体的な状況を記入） <u>低栄養、貧血が進行的で全身状態悪化</u>
(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〕 <u>末期の胃癌で腹膜に転移、腹水貯留、食欲不振があり、徐々に全身状態は悪化しているが、本人・家族の強い希望により対症療法のみを在宅で行う。</u>

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 checked="" 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 type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input checked="" 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 type="checkbox"/> 自立 <input checked="" 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"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
<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"/> 異食行為 <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 <input type="checkbox"/> 有（症状名： _____ 専門医受診の有無 <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無）

(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)

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: _____ 程度: 軽 中 重)

筋力の低下 (部位: 四肢 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)

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 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 (経口栄養栄養剤を補助的に使用)

(3) 現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とその対処方針

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 (全身状態の悪化時は主治医に連絡)

(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 (血圧低下が予測される) ・移動 特になし あり (転倒注意)

・摂食 特になし あり (栄養剤・水分をゼリー状にする) ・運動 特になし あり (筋力低下あり注意)

・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

POINT④
発生の可能性が高い状態
症状の急変等に備えて
連絡体制をわかりやすく
表示する。

POINT⑤
医学管理の必要性
医療ニーズの高い末期
の悪性腫瘍のため、訪問
看護はケアプランに拘束
されることのないように、
介護保険ではなく医療保
険で実施する。

POINT⑥
特記すべき事項
病状の悪化に応じて、
介護方法を変更・工夫し
なくてはならないため、
ヘルパーと連携を密にし
る。
利用者と介護者の疲労
やメンタルヘルスに注
意し、療養環境を改善す
る。
親類や友人などのイン
フォーマルサポートを
ケアプランに入れて精
神面の支えを大切にす
るが、不規則な訪問を
避け、面会時間を設定
して安静を確保し、疲
労を軽減する。

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。)

・栄養状態の悪化とともに、さらに全身状態も低下すると考えられる。

・本人、家族ともに苦痛なく、自然なかたちで自宅で最後を迎えたい希望がある。

・介護者の肉体的精神的疲労を軽減する必要がある。

POINT①

- ・主治医による居宅療養管理指導を設定する。

POINT②

- ・医療職が出来るだけ連日継続的に入るようにケアプランを考慮する。

POINT③

- ・訪問入浴時は看護師により、病態の医学的管理を慎重に行う。

POINT④

- ・訪問看護は、病状に速やかに対応できるように医療保険で導入する。

POINT⑤

- ・福祉用具（ベッド等）を貸与する。
- ・訪問介護は、身体介護を中心に、介護者の負担を軽くする。
- ・親しい友人等の面会時間を設定して、精神面の支えを考慮する。

<ケアプランへの展開例>

週間サービス計画表

利用者名 事例4 殿

	4:00	月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	4:00								
早朝	6:00								
	8:00								起床 食事
午前	10:00	訪問介護	訪問看護		訪問看護	訪問介護	訪問看護		訪問看護 週三回 食事
	12:00								
午後	14:00	訪問診療				訪問診療	友人等の面会時間	友人等の面会時間	主治医往診 週二回 訪問入浴 週一回
	16:00			訪問入浴					
夜間	18:00								食事
	20:00								
深夜	22:00								就寝
	24:00								
	2:00								
	4:00								
週単位以外のサービス	居宅療養管理指導（主治医） 福祉用具貸与（特殊寝台・付属品、車椅子）								

(参考) ケアマネジメントのために知っておきたい知識

I 機能評価の知識

1. ADL の評価

九州リハビリテーション大学校教授
橋元 隆

(1) ADL とは

日常生活動作 (Activities of Daily Living : ADL) の概念や範囲は 1976 年日本リハビリテーション医学会が定めたものが基準となっている。その概念としては「ADL とは、ひとり人間が独立して生活するために行う基本的なしかも各人ともに共通に毎日繰り返される一連の身体的動作群をいう。この動作群は、食事、排泄等の目的をもった各作業(目的動作)に分類され、各作業はさらにその目的を実施するための細目動作に分類される。リハビリテーションの過程やゴール決定にあたって、これらの動作は健常者と量的、質的に比較され記録される」とされ、さらに

- ①ADL 評価の対象となる動作能力は、障害のある人間が、一定の環境において発揮しうる残された能力(ability)であり、評価にさいして義肢・装具・生活用具・家庭環境の関与も考慮されなくてはならない。社会保障等の目的のために生物学的(解剖学的)レベルにおける障害あるいは、社会的レベルにおける障害となる場合もあるが、これはリハビリテーション医学における概念としての本来の主旨ではない。
- ②ADL 評価の対象となる能力は、原則として身体運動機能であり、精神活動や意志交換能力等が関与する場合もある。身体運動機能障害を伴わない他の独立した障害(精神、視力、聴力、言語等のみの障害)における日常生活動作あるいは生活機能に関する評価は別に考慮される必要がある。
- ③ADL の範囲は家庭における身のまわりの動作(self care)を意味し、広義の ADL と考えられる応用動作(交通機関の利用・家事動作等)は生活関連動作というべきである。
- ④ADL 評価の内容には前職業的あるいは職業的動作能力は含まないものとする。
- ⑤ADL 評価の実施者は動作をリハビリテーション医学的に吟味しうる知識をもつ者であることが望ましい、と 5 項目について註を記している。

その範囲は家庭における身のまわりの動作(self care)を意味し、食事、排泄、入浴、整容、更衣がこれにあたる。一般的にはこれに起居・移動動作を加えたものが狭義の ADL の範囲となる。わが国では矢谷による ADL の分類(図表 1)が一般的に用いられている。

広義の ADL と考えられる応用動作(家事動作や育児、裁縫、家屋修繕、買物、乗物の昇降動作など)は生活関連動作(Activities Parallel to Daily Living : 以下 APDL)といわれる。それがどの範囲までを含むのかは諸家により幾分異なる。最近ではこの APDL とほとんど同意語的に使用されているものに手段的日常生活動作 (Instrumental Activities of Daily Living : 以下 IADL) がある。これは Lawton, M. P. らが 1969 年に提案したもので、買物・食事の支度、洗濯などの家事動作、電話の使用、外出時の公共交通機関の利用、家計管理や家屋の維持、服薬などの動作が含まれる。APDL という表現はリハビリテーション医学関係者に限られた傾向がある。一方、IADL は高齢者アセスメント表などにも記載されており、保健・福祉関係者において幅広く使用されるようになった。

介護保険法においては、第 1 条に「この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の

医療を要する者等について、これらの者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう（以下略）」と能力に応じ自立した日常生活をその目的としてうたっている。また、「要介護状態」（法第7条）を定義する中で、身体上又は精神上的の障害があるために入浴、排せつ、食事等の日常生活における基本的な動作の全部又は一部について、厚生労働省令で定める期間にわたり継続して、常時介護を要すると見込まれる状態（以下略）」とし、日常生活上の世話（則第5条）とは、入浴、排せつ、食事等の介護、調理、洗濯、掃除等の家事、生活等に関する相談及び助言その他の居宅要介護者等に必要日常生活上の世話とすると記されている。

要介護認定における一次判定の指標となっている要介護認定等基準時間のうち、食事・排泄・移動・清潔保持がいわゆる ADL であり、間接項目の薬の服薬・金銭の管理・電話の利用等が IADL にあたる。このことから居宅生活においてたとえ ADL が自立しているからと言って、独立した生活に結びつくものではないことを理解しておく必要がある。

最近では、保健・医療・福祉に関わる様々な領域においても「ADL」という言葉はごく一般的に使用され、「日常生活動作」として訳され用いられているが、activity という英語は、本来「活動」と訳されるべきものの（「動作」は motion）である、という考えから 1990 年から「日常生活活動」と表現されることになっている。

（2）日本人の生活行動分析

NHK が 1960 年から 5 年毎に実施している「国民生活時間調査」では 1 日の生活行動について、

- ①必需行動……個体を維持向上させるために行う不可欠の高い行動で睡眠、食事、身の回りの用事、療養・静養からなる。
- ②拘束行動……家庭や社会を維持向上させるために行う義務性・拘束性が高い行動で、仕事、学業、家事、通勤・通学、社会参加からなる。以前は「社会生活行動」として分類されていた。
- ③自由行動……人間性を維持向上させるために行う自由裁量性の高い行動で、マスメディア接触、積極的活動であるレジャー活動、人と会うこと、話すことが中心の会話・交際、心身を休めることが中心の休息からなる。

上記の①～③以外の行動や分類不能の行動は「その他」の行動として分類している。

ADL の概念との整合性においては、ADL がおおむね「必需行動」の範疇に、APDL（IADL）が「拘束行動」におさまることになる。

当生活時間調査より国民全体の 1 日の行動時間を平日の全体平均時間（図表 2）をみると、1 日のうち「必需行動」が 10 時間 10 分±2 時間 05 分（1 日 24 時間に占める時間量比 42.4%）であり、「拘束行動」8 時間 39 分±4 時間 00 分（同 36.0%）、「自由行動」4 時間 38 分±3 時間 14 分（同 19.3%）、「その他」が 2.3%の割合になっている。

「睡眠」時間を除いた 1 日の活動時間（16 時間 37 分）に占める各行動の時間量比を算出すると、「必需行動」が 16.8%、「拘束行動」が 52.1%、「自由行動」が 27.9%となる。

このことから「拘束行動」と「自由行動」時間の長短が、日本人の生活行動を大きく左右しているといえる。ケアプランで食事や身のまわりなどのいわゆる身体介護として ADL の支援を行っても、それは睡眠を除いた活動時間 16.8%のプランでしかあり得ない。IADL を含む拘束時間 52.1%、さらには自由時間 27.9%の合わせた 80%、つまり 13 時間余りの生活をどう支えていくかが重要となる。特に「自由時間」をどの様に過ごしているのかを調査し、その過ごし方をいかに構築するかが、利用者の生活目標を明確にする糸口となるであろう。そのことが利用者の尊厳を保ち、QOL の向上につながる事となる。

(3) ADL の評価方法

ADL 能力を評価する場合、原則的には聞き取り調査は好ましくない。なぜならば、その活動ができるのか、できないのか、また実際にしているのか、していないのかの量的判断は可能であっても、その活動がどのように実施されているか。また安全であるのか、危険性はないのか。あるいはその方法は一般的なのか、特殊的ではないか等の質的判断（実用性）は実際の場面を観察しなければ判断できないからである。さらに前述のように食事・排泄など単一活動（点）だけを捉えるのではなく、1日の生活行動全体（面）を評価することが重要である。また、たとえリハビリテーション施設の運動療法室などで練習として出来ても（していても）、日常生活の実際場面では「していないADL」も少なくない。「できるADL」と「しているADL」は異なることを認識しておくべきである。一般に運動療法室は、いわゆる練習や指導しやすいような環境が設定されていることと、利用者そのものも動作遂行に意欲的なことが多く、実際の場面とでは大きく異なる。

施設や居宅など実際の場面では「していないADL」が増加する理由として次のようなことがあげられる。

- ①できるが、実用的でないからしない（時間がかかる、危険性があるから）
- ②できるが、させてもらえない（介護者が行う：過保護）
- ③物理的環境変化によってできない（不適切な物理的環境や不備）
- ④必要ないからしない（生活行動上必要でなくなる）
- ⑤したくないからしない（意欲低下）
- ⑥したことがない（未経験）

また、現在していなくて退院後家庭では「するであろうADL（しなければならないADL）」を予測することも重要となる。

ADLの実行においては、家族・介護者などの「ひとの環境」、家屋・設備や社会制度など「ものの環境」が大きく関与してくる。たとえ機能障害が同じレベルでも、生活環境の適、不適がその生活行動を変化させるし、能力に適した環境づくりが生活の実行上において欠かせないものとなる。機能障害があるから何もできないのではなく、周りが何もさせないようにしていることが少なくない。日常生活は常に変化しているものであり、不適切な環境が新たな障害を創り出す可能性もある。また、「最高の環境は、最善の環境にあらず」ともいえる。こうした個人的背景を含んだ環境を分析することが不可欠であり、ADL能力の改善に向けて重要となる。

(4) ADL 評価のポイント

評価するにあたってはそれぞれの動作の特性や構成について理解しておく必要がある。

①食事動作

食事動作が自立しているかどうかはただ単に自分で食べているかどうかではない。誰と何処で、どのような姿勢（肢位）で、どのくらいの時間をかけて食事をしているのかをまず確認することが必要である。

食事動作の過程を分析すると、まず食事を摂る姿勢である。一般的には床上座位（正座・あぐら）か、椅座位（腰掛け）であるが、病床ではベッド上、あるいは寝たきりでは臥位のまま、ということもあり得る。一般的には30分程度の姿勢保持が必要となる。しかし、30分間座れるようになったらからと言って、外食でコース料理が可能となると言うわけではなく、食事能力と座位保持の耐久時間は大きな関係を示すことになる。

続いて食器（箸や茶碗など）の操作は可能か、口まで食べ物を運べるか、口を開けることができるか、咀嚼ができるか、嚥下に問題はないかなどが項目として挙げられる。

食事姿勢によっては、咀嚼や嚥下にも大きく影響を与えることになる。上肢機能は、箸や茶碗などの操作、食べ物を口まで運ぶことに大きく関与してくる。特に箸の操作は食べ物により、選別から細分化（煮魚なら骨から身をほぐす、豆腐を細かくするなど）まで非常に巧緻性を必要とする動作となる。当然、箸の材質などによってもその操作性は大きく影響されてくる。また、茶碗や湯飲み等の食器を保持し、口元までもっていけるかも問題となる。このとき代償動作や食器などの工夫も重要な要素となる。さらに食べ物の運搬は固形物か、汁物かによって大きく異なる。特に汁物の運搬はその温度、量などによりこぼすだけでなく、熱傷などの危険性も生じてくる。

食事介助といえは多くの場合、食べ物の運搬動作を意味することになる。開口、咀嚼、嚥下においては食事時の姿勢や頸部の動きが大きく関連している。当然ながら食べ物の種類、固さ、量などをはじめ、歯の有無はもちろん、強度、歯並び、義歯の不適合や緩みなどが影響してくることを見逃してはならない。

食事動作で何よりも大切なことは、本人の食欲こそが重要といえる。食欲に関与する感覚として視覚（食材・食器の色）、嗅覚（香り）、聴覚（調理をしているときの音も含めて）、触覚（食材の適温提供、温かいものは温かく、冷たいものは冷たく）、味覚（甘い、辛い、酸っぱい等の味付け、高齢者では味覚障害を起こしている場合も少なくない）がある。また誰と食べるのかも重要な要素である。

②排泄動作

排尿・排便という本動作もさることながら、排泄場所、衣服の着脱、排泄時の姿勢保持、収尿・収便、トイレットペーパーの使用、さらには排泄後の尿・便の処理など関連動作を含めた評価を行うことが必要である。また頸髄損傷にみられるような障害により特殊な排尿・排便方法が異なる場合は、その方法を明記されたい。排泄が自立されていない場合は本人はもとより、介助者の肉体的、精神的負担は計り知れない。排泄管理の良し悪しで寝たきりがつくり出される要因となる。

③入浴動作

日本人にとっての入浴の目的は、体を清潔にすることはもとより、「温まる・湯につかる」という言葉からして、体循環を高め、リラクゼーションを図ることが挙げられる。入浴での最大の課題は浴槽への出入能力である。これはふちの高さなどどのような浴槽を設置するかによって大きく影響される。また、洗身時の姿勢保持は重度障害者や高齢者では難しい動作であり、重労働でもある。さらに、湿った身体にシャツなどの下着を着るのも日常の更衣動作とは異なり、難儀することが少なくない。こうした一連の動作能力を判断しなければならない。高齢者の場合など心負担も大きくなることも見逃せない。

④整容動作

洗顔・歯磨き・洗髪整髪・髭そり、また化粧などの動作であるが、動作の特性として、洗顔では両手で水をすくえるか、歯磨きではチューブから歯磨きを歯ブラシにつけることができるか、各方向磨けるか、口をゆすぐことができるか、洗髪・整髪では手（ブラシ）が髪にとどくか、などが問題点としてあげられるが、動作そのものの難しさより使用する器具（道具）によってその自立度が異なるので使用器具のチェックも必要である。当然、どこでその動作を行っているかも重要となる。

⑤更衣動作

いわゆる身なりと言われ、社会生活の中では重要視される。更衣動作の特徴としては、どのような姿勢で更衣動作を行っているか（立位なのか、座位なのか）。衣類の材質（伸縮性、摩擦、厚さ）、形態（開きの方向、袖口、えりぐり、身ごろ、とめ具・ボタン／ファスナーなど）、種類（上着、下着、服、ズボン・スカート）は限定されていないか。更衣の方法や手順はどうかなどが課題となる。更衣動作は、四肢、体幹の可動域や筋力、巧緻性などかなり高度なものが必要となり、このことから通常においても介助を受けることも少なくない。衣服のみならず靴下の着脱、ネクタイ、ベルト、装飾品なども問題となる。若い障害者では意識度が高く維持される動作であるが、高齢者では徐々に低くなる動作の一つである。整容動作や更衣動作の実行状況が生活機能、とくに外出、ひいては社会参加制限とつながる大きな要因となる。

⑥起居・移動動作

起居・移動動作はそれのみでは目的をもった行為ではないが ADL を遂行するための基本動作であり、これが不可能な場合 ADL の大半の遂行が困難となる。

起居動作とは、寝返り、起き上がり、立ち上がり動作などをいうが、残存能力を利用し、障害に則して方法が指導されているか否か、座位（床上座位、椅座位など）姿勢が保持出来るか否かがポイントとなる。この座位保持能力を決定するのは筋・神経など運動機能のみではなく、血圧や呼吸、心肺機能なども関与しており総合的な評価が不可欠となる。

移動手段としての最高峰は歩くという動作であり、杖・松葉杖・歩行器（車）歩行と続く。当然、移動手段として車いすの使用も含まれてくる。また、室内では這う（尻這う、四つ這うなど）という移動手段があることを忘れてはならない。杖・松葉杖・歩行器（車）・車いすなど移動補助具を使用するにはそれなりの身体的・知的能力が必要となる。またいくら軽量で走行性の素晴らしい車いすでも、雪の積もった屋外では為す術がない。使用する環境を十分把握し、選択しなければならない。今回の改定において一次判定で「要介護 1」とされてものを対象に、改善可能性の評価（「要支援 2」及び「要介護 1」の給付区分の振り分け）審査に用いる資料として介護認定審査会資料「認知症に自立度・廃用の程度の評価」と主治医意見書、特記事項の 3 つがあるが、特記事項では特に「歩行」・「移動」に係る部分が重要な判断材料となる。

⑦阻害因子となる機能障害

ADL の遂行においては当然心身機能が関与することは言うまでもないが、まず大きく阻害するのが疼痛である。痛みのある部位や程度を把握しておかなければならない。特に腰痛や下肢痛（股・膝）は移動動作に影響してくる。つづいて関節可動域、特に大きな関節の可動性は日常生活への影響が大きい。肩・肘・手・股・膝・足関節および頸・体幹の可動性が重要となり、動作方法の変更を余儀なくさせることになる。また、頸や顎の動きは開口・咀嚼・嚥下時に影響を与え、食事動作にも制限をもたらすことになる。筋力については、麻痺なのか、廃用性の筋力低下なのか、また障害部位よりも残存部位の能力把握が重要となる。感覚は表在覚（触覚・温覚・冷覚など）や深部覚（位置覚・振動覚など）の低下が動作や歩行障害につながるであろうし、失語・失認・失行などの高次脳機能障害などの有無、高齢者においては五感（視覚・聴覚・嗅覚など）の低下は QOL にも関連してくることになる。症状や障害（RA やうつ傾向）によっては日内変動があり、服用している薬剤の種類によっても ADL の遂行に大きな影響を及ぼす。

(5) 代表的な ADL 評価表例

①障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準（図表3）

これは 1991 年当時の厚生省が「寝たきり老人ゼロ作戦」の効果的な推進と老人保健福祉計画の円滑な作成・実施のために作成したものであり、介護保険制度下においても主治医意見書や訪問調査票、さらに要介護認定の二次判定時の基礎資料としても取り入れられている。

なんらかの障害を有する高齢者の、日常生活における自立度（寝たきり度）を評価するものであり、「～をすることができる」といった「能力」の評価ではなく「状態」、とくに「移動」にかかわる状態像に着目して、日常生活の自立の程度を4段階にランク分けしたものである。このため障害を持たないいわゆる健康老人は対象とならない。自立度の判定と併せ、市町村が保健・福祉サービスの供給量を測定するための基礎資料とするため「移動」、「食事」、「排泄」、「入浴」、「着替」、「整容（身だしなみ）」「意志疎通」といった個人の ADL に関する項目「ADL の状況」（図表4）についても評価するようになっている。補装具、自助具、杖や歩行器、車いす等を使用した状態であっても差し支えないことになっている。「ADL の状況」は a、b、c の3段階に分類し、それぞれ自立、一部介助、全面介助に相当するものである。

a は日常生活活動の当該項目について自立していることを表す。すなわち極端には長くない時間に、一連の動作が介助なしに1人で終了できる場合が該当する。

b は日常生活活動の当該項目について部分的に介助してもらえばなんとかできる場合が該当する。1人で行った場合に極端に時間がかかり、仕上がりが不完全となる場合も含む。

c は日常生活活動の当該項目について、1人では一連の動作を遂行することが全くできない場合が該当する。

②認知症高齢者の日常生活自立度判定基準（旧厚生省痴呆性疾患調査研究班）（図表5）

1993年に（旧）厚生省痴呆性疾患調査研究班により作成されたもので、認知症高齢者の ADL の自立度を評価するものであり、保健・医療・福祉関係者の共通言語として活用度が高い。障害高齢者の日常生活自立度評価と同様、介護保険制度下において認定調査票や主治医意見書、さらに要介護認定の二次判定時の基礎資料として重要な位置づけとなっている。特に今回の改正のポイントである新予防給付に係る審査判定の流れにおいて、介護認定審査会資料の参考指標として、認定調査と主治医意見書に記載されている「認知症高齢者の日常生活の自立度」を確認すること、認知症自立度が一方で「自立もしくはⅠ」、もう一方は「Ⅱ以上Mまで」と異なる場合の蓋然性評価「A」から「D」のいずれかに「○」印が提示されていることを確認し、「認知機能・廃用の程度から推定される給付区分」に該当すると考えられる給付区分（予防給付・介護給付のいずれか）に『レ』印が記載されていることを確認しなければならない。このことから是非熟知しなければならない判定基準である。

③Barthel index (BI)（図表6）

1965年米国で報告された評価法であり、10項目の総合点が100点（自立）になるように、項目ごとに自立と部分介助で点数が配置されている。その点数は介助なしでの可能度（対象者の遂行能力）を表すものであり、どの項目も少しでも介助や監視を要し、周囲に誰かがいなければ動作を安全に遂行できない場合は満点にならない。また、各々の項目は重要度により配点され、椅子とベッド間の移乗と移動項目の配点が高くなっているのが特徴である。この評価表は単純明快で、その内容さえ理解すれば誰でも正確に、かつ迅速に評価でき、わが国では一番用いられているものである。しかし、たとえば ADL の点数が 70/100 と記されていた場合、全体的な自立か否かの判断はできるが、どの項目がどの程度でき

ないのか等が一目でわからないのが欠点である。

④機能的自立度評価法（Functional Independence Measure: FIM）（図表 7）

アメリカリハビリテーションアカデミーで統一的数据ベースシステムの一環として開発されたもので、このシステムには患者の個人情報、障害名、入院期間、費用などが含まれたものである。ADL 評価法ではあるが、リハビリテーション全体の統一の経過記録を意図としたシステムの一部である。大項目としてセルフケア・排泄コントロール・移乗・移動・コミュニケーション・社会的認知の 6 項目に区分され、細目動作 18 項目より構成され、自立と介助の 7 段階評価となっている。満点（完全自立）126 点、全介助 0 点で ADL 能力の変化が鋭敏で反映される。身の回り動作と起居移動動作にコミュニケーション、社会的認知の項目が加わっていることが特徴である。基本的に「できる ADL」を評価するのではなく「している ADL」を評価するものであり、実生活への信頼性が高いものといえる。

⑤日本版 MDS-HC2.0（図表 8）

在宅での利用者の機能、健康、社会支援、サービス利用状況を包括的にアセスメントし、それを体系的にケアプランに反映させる手法に日本版 HDS-HC（Minimum Data Set-Home Care）2.0 がある¹⁰⁾。この在宅アセスメント表は A A. 基本情報、A. アセスメント情報、B. 記憶、C. コミュニケーション、聴覚、D. 視力、E. 気分と行動、F. 社会的機能、G. インフォーマルな支援の状況、H. IADL と ADL、I. 排泄、J. 疾患、K. 健康状態および予防、L. 栄養状態、M. 歯および口腔状態、N. 皮膚の状態、O. 環境評価、P. 治療方針の順守、Q. 薬剤（過去 7 日間）、R. 評価者の情報、S. 薬物治療調査表の 20 項目より構成されている。このうち ADL 項目は前述の機能的自立度評価表（FIM）と対応関係が明確になっており、この項目単独でも十分利用できる。

⑥その他の評価表

上記評価表のほか、PULSES、Katz index of ADL、Kenny Self-Care Evaluation など様々な評価表がある。また、施設独自で作成したものから職種別や疾患別なものなどその目的にあわせてものも使用されているが、基本的には信頼性と妥当性があるのが当然であるが、多職種が連携するなかで共通性があり、簡便で迅速に実施されるものが望ましい。

（6）おわりに

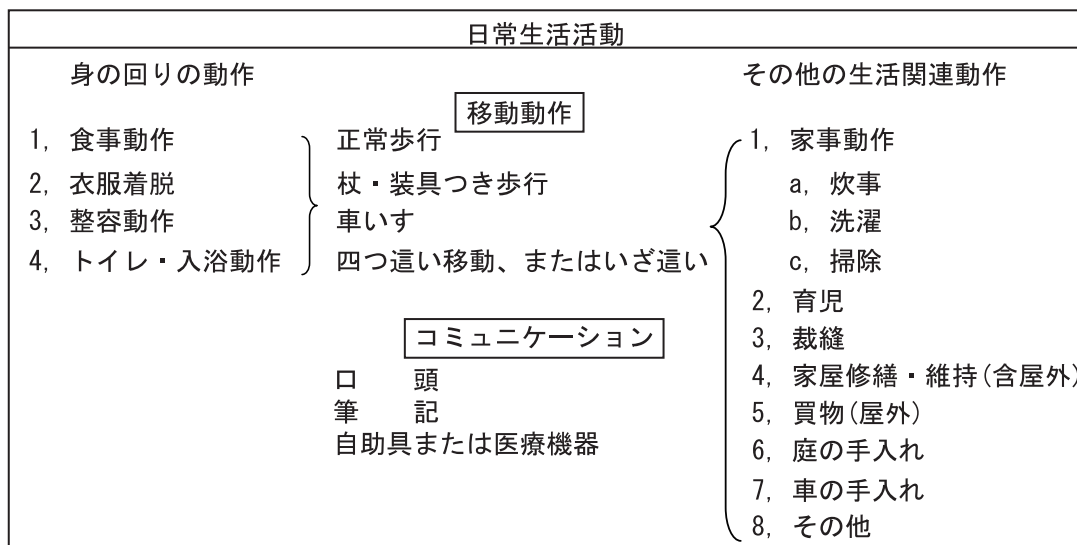
今回、予防給付、あるいは介護給付の区分選定のため、認定調査票に「日中の生活」「外出頻度」「家族・居住環境、社会参加の状況などの変化」の 3 項目が追加され、主治医意見書においては「傷病に関する意見」「心身の状態に関する意見」「生活機能とサービスに関する意見」「特記すべき事項」に関する意見の記述が重要視され、「改善可能性の評価」により要支援 2、あるいは要介護 1 と判定されることとなる。

同じ事例においても用いる評価法でその状態像が異なる場合が少なくない。「できる ADL」であっても「していない ADL」が多々あること、「機能障害」と「生活障害」は異なること、家族・介護者との関係などの把握が望まれる。介護予防とは、単に筋力向上プログラムを導入を図ることではなく、睡眠を含めた一日 24 時間、さらには少なくとも一週間の生活状況を把握し、ADL の実行を指導することこそが重要と考える。

参考文献

- 1) 介護支援専門員基本テキスト 第1巻～第3巻, 長寿社会開発センター, 2000.
- 2) 日本リハビリテーション医学会: ADL 評価について, リハ医学 13. 315, 1976.
- 3) 土屋弘吉, 他: 日常生活活動(動作) 第3版. pp1-25 .pp37-66, 医歯薬出版, 1992.
- 4) 伊藤利之: 日常生活動作と生活関連動作. 津山直一(監), 標準リハビリテーション 医学, 第2版. pp173-180, 医学書院, 2000.
- 5) 矢谷令子, 他: 日常生活動作, 姿勢と動作. pp180-185, メジカルフレンド社, 1977.
- 6) Lawton M.P, et. al: Assessment of older people, Self-maintaining and instrumental activities of daily living. The Gerontologist, 9: 179- 186, 1969.
- 7) 正門由久, 千野直一: ADL、APDL の評価, 別冊リハビリテーションにおける評価. pp45-54, 臨床リハ, 1996.
- 8) 橋元 隆, 天満和人: 日常生活活動 (ADL), pp1-35, 神陵文庫, 1999.
- 9) 橋元 隆: 日常生活活動 (ADL) 評価のポイント第3版, 日医総研, 2005.
- 10) Morris JN, 池上直己・他: 日本版 MDS-HC2.0 在宅ケアアセスメントマニュアル、医学書院、1999.

図表1 ADLの分類(矢谷)



(出典: 矢谷令子・他、日常生活動作、姿勢と動作、メジカルフレンド社、1977)

図表2 国民全体の行動別平均時間

	平日				土曜日				日曜日			
	行為者		全体		行為者		全体		行為者		全体	
	比率	平均時間 (B)	平均時間 (A)	標準偏差 (A)	比率	平均時間 (B)	平均時間 (A)	標準偏差 (A)	比率	平均時間 (B)	平均時間 (A)	標準偏差 (A)
	%	時間分	時間分	時間分	%	時間分	時間分	時間分	%	時間分	時間分	時間分
睡眠	99.4	7:26	7:23	1:37	99.5	7:41	7:38	1:48	99.4	8:13	8:09	1:58
食事	99.3	1:33	1:33	0:40	99.5	1:39	1:38	0:42	99.5	1:41	1:40	0:44
身のまわりの用事	98.1	1:06	1:05	0:37	98.2	1:07	1:06	0:39	96.7	1:07	1:05	0:41
療養・静養	7.9	2:23	1:11	1:05	6.5	3:11	1:12	1:31	2.4	5:29	0:08	1:25
仕事関連	56.6	8:12	4:38	4:40	39.8	7:23	2:56	4:11	25.6	6:14	1:36	3:17
仕事	56.1	8:04	4:31	4:34	38.7	7:18	2:49	4:05	24.7	6:12	1:32	3:13
仕事のつきあい	5.9	1:58	0:07	0:39	4.6	2:35	0:07	0:48	2.4	2:36	0:04	0:37
学業	14.5	7:40	1:07	2:56	13.1	5:37	0:44	2:14	10.3	4:07	0:25	1:38
授業・学内の活動	13.7	6:23	0:52	2:20	10.4	4:48	0:30	1:38	2.8	4:42	0:08	0:54
学校外の学習	10.1	2:24	0:14	0:58	8.5	2:50	0:14	1:06	8.7	3:22	0:18	1:19
家事	57.1	3:56	2:15	3:07	63.6	4:11	2:39	3:16	67.2	4:08	2:46	3:14
炊事・掃除・洗濯	45.8	2:30	1:09	1:43	48.1	2:34	1:14	1:47	48.7	2:27	1:11	1:42
買い物	31.4	1:05	0:20	0:41	37.9	1:23	0:31	0:57	40.3	1:34	0:38	1:05
子どもの世話	11.6	2:59	0:21	1:31	14.2	3:00	0:26	1:36	12.8	3:13	0:25	1:41
家庭雑事	29.5	1:44	0:31	1:11	31.9	1:50	0:35	1:17	33.2	1:56	0:38	1:23
通勤	46.2	1:16	0:35	0:55	28.7	1:10	0:20	0:47	14.9	1:04	0:10	0:33
通学	14.5	1:05	0:09	0:29	10.7	1:07	0:07	0:27	2.6	1:07	0:02	0:16
社会参加	5.7	2:13	0:08	0:48	10.1	3:25	0:21	1:25	13.5	3:19	0:27	1:36
会話・交際	24.0	1:31	0:22	1:00	27.6	2:15	0:37	1:32	29.0	2:28	0:43	1:41
レジャー活動	36.6	2:37	0:58	1:55	47.4	3:36	1:43	2:49	54.5	4:06	2:14	3:13
スポーツ	7.4	1:47	0:08	0:38	7.6	2:22	0:11	0:52	8.8	2:51	0:15	1:08
行楽・散歩	12.4	1:53	0:14	1:03	21.9	2:53	0:38	1:57	26.2	3:25	0:54	2:20
趣味・娯楽・教養	24.1	2:29	0:36	1:30	28.5	3:12	0:55	2:00	31.4	3:31	1:06	2:17
マスメディア接触	95.6	4:39	4:27	3:05	94.8	5:00	4:45	3:12	95.4	5:33	5:18	3:20
テレビ	91.3	3:44	3:25	2:38	90.6	4:01	3:38	2:42	91.7	4:36	4:13	3:01
ラジオ	15.2	2:22	0:21	1:18	13.9	2:28	0:21	1:22	12.2	2:26	0:18	1:14
新聞	49.4	0:46	0:23	0:34	49.1	0:47	0:23	0:35	46.6	0:46	0:21	0:34
雑誌・マンガ	12.5	0:56	0:07	0:25	13.5	0:59	0:08	0:26	13.1	1:06	0:09	0:28
本	12.5	1:14	0:09	0:32	11.1	1:20	0:09	0:33	12.3	1:17	0:10	0:33
CD・テープ	11.3	1:27	0:10	0:41	10.6	1:42	0:11	0:43	10.8	1:35	0:10	0:41
ビデオ	7.1	1:26	0:06	0:27	9.4	1:36	0:09	0:34	10.1	1:41	0:10	0:37
休息	43.3	1:05	0:28	0:55	45.4	1:11	0:32	0:57	44.0	1:16	0:33	1:01
その他・不明	38.3	1:26	0:33	1:13	37.9	1:20	0:30	1:04	34.0	1:27	0:30	1:04
必需行動	100.0	10:10	10:10	2:05	100.0	10:33	10:33	2:16	100.0	11:01	11:01	2:17
拘束行動	95.4	9:04	8:39	4:00	91.1	7:35	6:55	4:15	86.3	6:06	5:16	4:05
自由行動	96.8	4:47	4:38	3:14	96.9	6:14	6:02	3:49	97.9	7:23	7:14	3:52
在宅	98.8	15:30	15:18	5:09	98.8	16:39	16:27	5:13	98.5	17:54	17:38	5:17
起床在宅	98.6	8:13	8:06	4:37	98.4	9:07	8:58	4:39	98.0	9:59	9:47	4:21
テレビ(自宅内)	88.6	3:39	3:14	2:39	87.4	3:56	3:27	2:43	88.7	4:31	4:00	3:03
テレビ(自宅外)	13.8	1:17	0:11	0:40	12.2	1:32	0:11	0:44	11.0	1:51	0:12	0:51
テレビ(ながら)	72.5	1:46	1:17	1:32	69.1	1:47	1:14	1:28	69.2	1:48	1:15	1:32
テレビ(専念)	83.5	2:33	2:08	1:57	84.1	2:52	2:24	2:07	86.9	3:25	2:58	2:28

母数 = 5053人

母数 = 2540人

母数 = 2503人

(注)「行為者」とは、調査対象者のうち、各項目の行為を実施した人を指す。

(出典：NHK放送文化研究所編、日本人の生活時間・2000。NHK国民生活時間調査、NHK出版、2002)

図表3 障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準

生活自立	ランクJ	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
準寝たきり	ランクA	屋内での生活はおおむね自立しているが、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
寝たきり	ランクB	屋内での生活はなんらかの介助を要し、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	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
期 間	ランクA、B、Cに該当するものについては、いつからその状態に至ったか 年 月頃より (継続期間 年 ヶ月間)	

※ 判定にあたっては補装具や自助具等の器具を使用した状態であっても差し支えない。

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

図表4 ADLの状況

1	移 動	a 時間がかかっても介助なしに1人で歩く b 手を貸してもらうなど一部介助を要する c 全面的に介助を要する
2	食 事	a やや時間がかかっても介助なしに食事をする b おかずを刻んでもらうなど一部介助を要する c 全面的に介助を要する
3	排 泄	a やや時間がかかっても介助なしに1で行える b 便器に座せてもらうなど一部介助を要する c 全面的に介助を要する
4	入 浴	a やや時間がかかっても介助なしに1で行える b 体を洗ってもらうなど一部介助を要する c 全面的に介助を要する
5	着 替	a やや時間がかかっても介助なしに1で行える b そでを通してもらうなど一部介助を要する c 全面的に介助を要する
6	整 容 (身だしなみ)	a やや時間がかかっても介助なしに1で行える b タオルで顔を拭いてもらうなど一部介助を要する c 全面的に介助を要する
7	意思疎通	a 完全に通じる b ある程度通じる c ほとんど通じない

※ 判定にあたっては補装具や自助具等の器具を使用した状態であっても差し支えない。

図表5 認知症高齢者の日常生活自立度判定基準

ランク	判断基準	見られる症状・行動の例	判断にあたっての留意事項及び提供されるサービスの例
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。		在宅生活が基本であり、一人暮らしも可能である。相談、指導等を実施することにより、症状の改善や進行の阻止を図る。 具体的なサービスの例としては、家族等への指導を含む訪問指導や健康相談がある。また本人の友人づくり、生きがいづくり等心身の活動の機会づくりにも留意する。
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惑さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。		在宅生活が基本であるが、一人暮らしは困難な場合もあるので、訪問指導を実施したり、日中の在宅サービスを利用することにより、在宅生活の支援と症状の改善及び進行の阻止を図る。 具体的なサービスの例としては、訪問指導による治療法の指導、訪問リハビリテーション、デイケア等を利用したりリハビリテーション、毎日通所型をはじめとしたデイサービスや日常生活支援のためのホームヘルプサービス等がある。
II a	家庭外で上記IIの状態が見られる。	たびたび道に迷うとか、買物や事務、金銭管理等それまでできたことにミスが目立つ等	
II b	家庭内でも上記IIの状態が見られる。	服薬管理ができない、電話の対応や訪問者との対応等一人で留守番ができない等	
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。		日常生活に支障を来すような行動や意思疎通の困難さがランクIIより重度となり、介護が必要となる状態である。「ときどき」とはどのくらいの頻度を指すかについては、症状・行動の種類等により異なるので一概には決められないが、一時も目が離せない状態ではない。 在宅生活が基本であるが、一人暮らしは困難であるので、訪問指導や、夜間の利用を含めた在宅サービスを利用しこれらのサービスを組み合わせることによる在宅での対応を図る。 具体的なサービスの例としては、訪問指導、訪問看護、訪問リハビリテーション、ホームヘルプサービス、デイケア・デイサービス、症状・行動が出現する時間帯を考慮したナイトケア等を含むショートステイ等の在宅サービスがあり、これらを組み合わせる利用する。
III a	日中を中心として上記IIIの状態が見られる。	着替え、食事、排便、排尿が上手にできない、時間がかかる。 やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声、奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等	
III b	夜間を中心として上記IIIの状態が見られる。	ランクIII aに同じ	
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。	ランクIIIに同じ	常に目を離すことができない状態である。症状・行動はランクIIIと同じであるが、頻度の違いにより区分される。 家族の介護力等の在宅基盤の強弱により在宅サービスを利用しながら在宅生活を続けるか、または特別養護老人ホーム・老人保健施設等の施設サービスを利用するかを選択する。施設サービスを選択する場合には、施設の特徴を踏まえた選択を行う。
M	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾病が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷、他害等の精神症状や精神症状に起因する周辺症状が継続する状態等	ランクI～IVと判定されていた高齢者が、精神病院や認知症専門棟を有する老人保健施設等での治療が必要となったり、重篤な身体疾患が見られ老人病院等での治療が必要となった状態である。専門医療機関を受診するよう勤める必要がある。

図表6 Barthel index(BI)

			自立	要介助			
1	摂食		10	5	0	10：到達内に食物をおけば摂取できる。自助具を使ってもよい。 5：時間がかかりすぎる。半分以上が自分をで食べられる。 こぼす量が多い。	
2	更衣	上衣	5	3	0	5：自立（ブラジャーを含まない）。ひもを結ぶ。 3：半分以上適当な時間内で可。ひもを結ぶことができない。	
		下衣	5	2	0	5：靴、靴下を含む。（ガードルを除く）。 2：上衣と同様。例：ズボンをはけるが靴下不可。	
		義肢・装具	0	/	△2	0：自立あるいは適用なし。	
3	整容		5	/	0	洗面、歯磨き、ひげそり、くし、化粧など。髪を編むを除く。	
4	入浴	アプローチ	1	/	/	0	シャワーを使用するまでの移動。浴槽への出入り。
		洗体	4	/	/	0	シャワーのみ。スポンジでの洗体のみも可。
5	尿失禁		10	5	0	10：失禁なし。脊髄損傷では自己導尿できる。 尿集器の着脱管理ができること。 5：時に失敗。収尿器の使用。トイレへ行くのが間に合わない。 デバイス（補助器）の使用に介助要。	
6	便失禁		10	5	0	10：失禁なし。座薬、浣腸の使用可。 5：時に失敗。座薬、浣腸の使用に介助要。	
7	移乗		15	7	0	15：安全に車いすでベッドにアプローチし、移乗する。必要なら車いすの位置を変えベッドから車いすに移乗する。 7：ベッド上で臥位⇔坐位可。移乗は要監視あるいは少しの介助要	
8	トイレ	移乗	6	3	0	6：安全にトイレでトランスファーできる。手すり、その他安定したものを使用してよい。 3：要監視あるいは少し介助要。	
		後始末・衣服処理	4	2	0	4：衣服の上げ下げ。服を汚さない。ペーパーを使用する。収尿器を使用しても、その管理ができれば可。 2：要監視あるいは上の一部に介助要。	
9	歩行		15	10	0	15：50m歩行可。義肢・装具・松葉杖・杖・歩行器（車輪なし）の使用可。歩行器（車輪付き）使用不可。 10：上記のいずれかに介助、指導を要す。少しの介助で少なくとも50m歩けること。	
		（車いす）	5	/	0	（歩行できない場合） 5：少なくとも50m駆動可。角を曲がる。向きをかえる。 ベッド・トイレへのアプローチができる。	
10	階段昇降		10	5	0	10：介助なく段階昇降できる。手すり・杖・松葉杖の使用可能。 5：要監視あるいは少しの介助要。	

図表7 機能的自立度評価表(Functional Independence Measure:FIM)

機能的自立度評価法 Functional Independence Measure (FIM)				
レベル	7 完全自立(時間、安全性含めて) 6 修正自立(補助具使用)	介助者なし		
	部分介助 5 監視 4 最小介助(患者自身:75%以上) 3 中等度介助(50%以上) 完全介助 2 最大介助(25%以上) 1 全介助(25%未満)	介助者あり		
		入院時	退院時	フォローアップ時
<u>セルフケア</u>				
A. 食事	箸	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
B. 整容	スプーンなど	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
C. 清拭		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
D. 更衣(上半身)		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
E. 更衣(下半身)		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
F. トイレ動作		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<u>排泄コントロール</u>				
G. 排泄コントロール		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
H. 排便コントロール		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<u>移乗</u>				
I. ベッド、椅子、車椅子		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
J. トイレ		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
K. 風呂、シャワー	風呂 シャワー	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<u>移動</u>				
L. 歩行、車椅子	歩行 車椅子	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
M. 階段		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<u>コミュニケーション</u>				
N. 理解	聴覚 視覚	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
O. 表出	音声 非音声	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<u>社会的認知</u>				
P. 社会的交流		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Q. 問題解決		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
R. 記憶		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
合計		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

注意:空欄は残さないこと。リスクのために検査不能の場合はレベル1とする。

図表8 日本版 MDS-HC2.0(一部抜粋)

H. IADL(過去7日間)とADL(過去3日間)

H1. IADLの実施状況:家や地域における日常の活動レベルについて			
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 8. 本活動は1度も行われなかった		イ. IADLの困難度 <自分で行う、あるいは行おうとした場合の難しさ> 0. 問題ない 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、あるいはまったく活動に参加できない)	
a. 食事の用意	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)	ア a	イ a
b. 家事一般	食事の後片付け、掃除、ベッドの整理、家の中の整頓、洗濯	ア b	イ b
c. 金銭管理	支払い、家計の収支勘定	ア c	イ c
d. 薬の管理	服用の時間、袋から取り出し、処方どおりの服用(内服薬、外用薬、インシュリンなどの注射薬を含む)	ア d	イ d
e. 電話の利用	自分で電話をかけた、受ける(必要に応じて数字を大きくしたり、音の拡大装置を使ってもよい)	ア e	イ e
f. 買物	食べ物や衣類など必要な物を自分で選び、支払う	ア f	イ f
g. 交通手段の利用	乗り物による移動(歩行できる範囲外における移動)	ア g	イ g

図表8の続き(1)

H2.ADL自立度							
<p>過去3日間にみられたa. ~h. の食事や着衣等の日常動作について、それぞれにおけるすべての状況を考慮して評価する。自立して活動している場合も他者の励ましや観察・誘導の有無にとくに留意 (注:入浴は過去7日間における最も依存的な状態について記入)</p> <p>0. 自立:手助け、準備、観察は不要。1~2回のみ</p> <p>1. 準備のみ:物や用具を利用者の手の届く範囲に置くことが3回以上</p> <p>2. 観察:見守り、励まし、誘導が3回以上、あるいは、1回以上の観察と身体援助1~2回との組み合わせ(観察と身体援助合わせて3回以上)</p> <p>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 ●それ以上の援助1~2回との組み合わせ(身体援助が3回以上)</p> <p>4. 広範な援助:動作の大部分(50%以上)は自分でできるが、以下の援助を3回以上 ●体重を支える援助(たとえば、四肢や体幹の重みを支える) ●ある動作要素、あるいはすべての動作について全面援助</p> <p>5. 最大の援助:動作の一部(50%未満)しか自分でできず、以下の援助を3回以上 ●体重を支える援助(たとえば、四肢や体幹の重みを支える) ●ある動作要素、あるいはすべての動作について全面援助</p> <p>6. 全面依存:丸3日間すべての面で他者が全面援助した</p> <p>8. 本動作は3日間の間に1回もなかった(能力にかかわらない)</p>							
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、ベッド上の身体的位置を調整する a <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table>	1	2	3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1	2	3					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>					
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) b <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table>	1	2	3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1	2	3					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>					
c. 家の中の移動	どのように家の中(階段を除く)を移動するか(車いすなら、車いすに移乗したあと) c <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table>	1	2	3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1	2	3					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>					
d. 屋外の移動	どのように屋外を移動するか(車いすなら、車いすに移乗したあと) d <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table>	1	2	3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1	2	3					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>					
e. 上半身の更衣	どのように上半身の衣類(普段着や下着)を着たり、脱いだりするか。装具・矯正具やファスナー、セーターなどを含む e <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table>	1	2	3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1	2	3					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>					
f. 下半身の更衣	どのように下半身の衣類(普段着や下着)を履いたり、脱いだりするか。装具・矯正具やベルト、ズボン、スカート、靴、ファスナーなどを含む f <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table>	1	2	3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1	2	3					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>					
g. 食事	食べたり、飲んだりする(経管栄養を含む) g <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table>	1	2	3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1	2	3					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>					
h. トイレの使用	トイレ:(ポータブルトイレ、便器や採尿器を含む)を使用する:便器への移乗、排泄後の始末、おむつの替え、人工肛門またはカテーテルの管理、衣服の整理を含む h <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table>	1	2	3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1	2	3					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>					
i. 個人衛生	髪をとかす、歯をみがく、ひげを剃る、化粧する、顔や手を洗う(入浴、シャワーを除く) i <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table>	1	2	3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1	2	3					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>					
j. 入浴 (過去7日間)	どのように入浴やシャワーや清拭をするか(背中を洗うこと、洗髪は含まない)身体それぞれの部分(腕、大腿、膝下、胸部、腹部、陰部)をどのように洗うかは含まれる。過去7日間における最も依存的な状態を記入する j <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table>	1	2	3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1	2	3					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>					

図表8の続き(2)

H3. ADLの低下	過去90日間において、ADLが低下 0. いいえ 1. はい 1 2 3 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
H4. 主な移動手段	0. 補助具等は使用していない 3. 電動三輪車(スクーター) 1. 杖 4. 車いす 2. 歩行器、松葉杖 5. 移動しなかった a. 屋内 1 2 3 a <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> b. 屋外 b <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
H5. 階段昇降	過去3日間において、階段の上り下りをする方法 (1段でも数段でも手すりを使ってもよい) 0. 他者の援助なしに上り下りする 1. 他者の援助によって上り下りする 2. 上り下りしなかった 1 2 3 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
H6. 健康活動	a. 過去30日間の通常の1週間で、家や住んでる建物の外へ出た頻度 (外へ出た時間が短くてもよい) 0. 毎日 2. 週に1日 1. 週に2~6日 3. 1日もない a 1 2 3 a <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> b. 過去3日間における体を動かす活動時間の合計 (歩く、家の掃除、運動) 0. 2時間以上 1. 2時間未満 b <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
H7. 身体機能の潜在能力	該当するものをすべてチェック a. 利用者は身体機能の自立度が向上すると信じている (ADL、IADL、移動など) a 1 2 3 a <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> b. 介護者は、利用者の身体機能の自立度が向上すると 信じている(ADL、IADL、移動など) b <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> c. 現在の疾患や症状から回復する見込みがある。 または、健康状態の向上が維持される c <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> d. 上記のいずれでもない d <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

I. 排泄(過去7日間)

I1. 尿失禁	a. 過去7日間の尿失禁。尿が漏れていても、皮膚がぬれるほどの量でなければ、コントロールとする 0. 完全にコントロールできる:カテーテルや採尿する用具を使用していない 1. 完全にコントロール、カテーテル使用:カテーテルや採尿する用具を使用して尿がもれていない 2. 通常は失禁しない:週1回以下 3. 時々失禁する:週2回以上だが、毎日でない 4. しばしば失禁する:毎日失禁の傾向だが、いくらかコントロールが保たれている(たとえば日中だけなど) 5. 失禁状態:膀胱のコントロール不十分、毎日頻回に失禁 8. 膀胱から尿の排泄がなかった 1 2 3 a <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
---------	---

図表8の続き(3)

	<p>b. 過去90日間において尿失禁が悪化</p> <p>0. いいえ 1. はい</p> <p>b <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>
I2. 尿失禁用器材	<p>過去7日間に該当するものをすべてチェック</p> <p>a. おむつ(パッド、ブリーフを含む) a <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>b. 留置カテーテル b <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>c. 上記のいずれでもない c <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>
I3. 便失禁	<p>過去7日間の便失禁</p> <p>0. 完全にコントロールできる : 人工肛門や瘻を使用していない</p> <p>1. 自立・瘻使用 : 瘻が造設され便が漏れていない</p> <p>2. 通常は失禁しない : 週1回未満</p> <p>3. 時々失禁する : 週に1回</p> <p>4. しばしば失禁する : 週2、3回</p> <p>5. 失禁状態 : ほとんど、常に失禁</p> <p>6. 排便がなかった</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>

(出典: John N. Morris, 池上直己・他、日本版MDS-HC2.0 在宅ケアアセスメントマニュアル資料7~9、医学書院、1999)

2. IADL の評価

東京大学医学部附属病院リハビリテーション科教授
江藤文夫

(1) IADL とは

IADL は Instrumental Activities of Daily Living の略語で、手段的日常生活活動と訳される。「買い物をする」「洗濯機で洗濯をする」「食事の支度をする」「自動車を運転する」「電話をかける」といった活動が含まれる。ADL の枠組みでとらえられる群の一つである。高齢者の保健医療に積極的に取り組まれるようになり、できる限り地域での在宅生活をまっとうすることで生活や人生の質を高めることが目標として意識された 1960 年代に生まれた概念である¹⁾。

欧米では広く受け入れられてきたものであるが、わが国で理解されるようになったのは最近のことである。わが国では ADL がもっぱらリハビリテーション医学の領域で議論されてきたことと、リハビリテーションが整形外科の一部として扱われてきたため、動作訓練の対象として ADL が理解されてきた。したがって、ADL の activities は動作と訳されるように、セルフケアの自立に必要な基本的な動作のみを ADL としてとらえる傾向がある。社会生活の遂行に必要な手段的あるいは複雑な道具を使用する活動も、動作の視点から生活関連動作と表現される。

こうした用語については、近代の保健医療において、患者（クライアントであり、消費者）の生活を重視するようになってきた流れの中で、サービス対象としての生活活動を理解することが大切である²⁾。保健医療の分野で生活機能について活動の情報を聴取することは 19 世紀後半の疫学調査で使用されるようになり、1940 年代になると日常生活における能力障害を階層性に分類する方法が生み出され、病気の重症度を反映するものとして使用されるようになった。さらに、人口の高齢化と慢性疾患（病気）の長期ケアの重要性が増大することに対応して、日常生活活動すなわち ADL の分類の必要性が意識されるようになった。

こうした過程で ADL に理論的枠組みを提供するものとして受け入れられたのが、M. P. Lawton による行動学的モデルである。領域の階層性において生活機能をとらえるもので、1950 年代の S. Katz らの基本的 ADL の考え方に共通するものである。すなわち、日常生活での活動としての ADL は単純なものから複雑なものへ配列され、複数の機能を含むセットとしてとらえられ、単にセルフケアの領域にとどまらないことを明確にした。もうひとつのセットとして提唱されたのが手段的 ADL である。移動は動物の基本的活動である。人についてみると電車やバスなどの公共輸送機関を利用して、あるいは自家用車を運転して或る場所（町）から他の場所（町）へ移動することは IADL に属する活動である。また、歩いて、杖をつけて、車椅子を操作してなど様式の如何を問わず、自室のベッドからトイレへ移動すること、あるいは戸外に出ることはより基本的活動であり基本的 ADL (BADL : Basic Activities of Daily Living) とも呼ばれる。

(2) IADL の評価方法

手段的 ADL の評価法を提唱するに当たって、Lawton らは評価法の信頼性と妥当性の検証を行った。妥当性については、身体機能の分類（病歴、診察、検査成績に基づき内科医により評価）、精神状態質問紙 (MSQ : mental status questionnaire)、行動—適応尺度（知的、性格的、行動学的、社会学的適応を計測）との相関を論じ、基本的 ADL に関しては既存の Langley-Porter 神経精神科施設で開発された ADL 評価法を修正した身体的セルフケア尺度 (physical self-maintenance scale) との相関を検証した。Lawton らの IADL の評価法（表 1）に関しては 8 つのカテゴリー—31 項目からなり、原著では各カテゴリーの可否で採点されるが、便法として 31 項目の可否で採点することも行われてきた。原著では性差が

勘案されるが、使用に当たっては女性の採点法を優先して両性に使用することは可能である。

社会生活での手段的項目も多種多彩に列挙されうる。また、その必要性や実行の様式は生物学的のみならず社会的慣習や圧力によっても影響される。基本的 ADL も文化的背景により食事、衣服の形態、排泄などにおいてさえ地域により性により同一ではないが、手段的 ADL ではさらに文化や性差を考慮すべき場合が多い。老年女性では買い物、調理、洗濯のやり方の課題での適切さが生活水準の維持に関して有能さの全般的指標として最も適当とされたが、男性では意義が乏しかったことから Lawton らの IADL 評価法では男性で項目数が少なくなっている。しかし、独居高齢者人口が増加する中で、買い物や調理や洗濯の実行能力が必要であるのなら性差を勘案することは必ずしも妥当ではない。

BADL に IADL を加えることで、早期に簡便で客観的な評価を可能とし、治療計画の評価に利用可能で、ケースワーク過程での補助として、訓練や指導の補助として、また施設やサービス計画の資料としての有用性が拡大する。江藤らの ADL-20 の評価法（表 2）の開発過程では、対象者の成績について性差が検討されている³⁾。「寝返り」と「買い物」では男性で、「更衣」と「調理」では女性で成績良好者が有意に多かった。とくに「調理」では差が著しかったことから、ADL 成績には項目により性差の存在するのが現状と考えられる。一方、合計点で比較すると性差は消失し、基本的 ADL を起居移動に関するものとセルフケアに関するものに二分、手段的 ADL、コミュニケーション ADL と亜型分類して、それぞれ得点を比較しても性差は目立たなかった。むしろ性差を検討するためには、評価法の性差を設定する必要性は乏しい。IADL を含む総合的な ADL 評価法として、Rivermead ADL Scale や Frenchay Activities Index（表 3）等もあるが、いずれも評価項目の枠組みに性差は設けていない。

（3）IADL 評価のポイント

総合機能評価の視点から ADL についてみると、妥当性の検証に既に確立されていると考えられる他の ADL 評価法との対比に加えて、精神機能評価などの指標との対比が行われてきた。認知症関連の精神機能との関連でも、ADL 評価は認知症関連の簡易テストと相関が認められる。ADL-20 での検討でも SPMSQ（Short portable mental status questionnaire）や HDSR（長谷川式認知症スケール改訂版）等の簡易精神機能検査と ADL-20 とで有意な相関が認められた。前述のように ADL-20 の得点は亜型グループに分けて検討すると、IADL、CADL（コミュニケーション）、合計得点、BADL でセルフケアの項目、BADL で移動の項目の順で相関係数が小さくなる。項目別に検討すると、「電話」で相関係数が最大であった。すなわち、IADL は ADL の中で精神機能との関連性が大きい。

ADL は介護ニーズとの相関が大であることも広く認められている。disability（能力障害）と handicap（社会的不利）の概念に関する議論で境界が混乱するほど密接である。各種の評価法の基準においても「介助を要する、要しない」を採用するものが多い。その活動の日常的必要度が高いほど、介護度が反映されることになる。

Frenchay Activities Index の特徴は活動項目の構成だけでなく、実行頻度で段階づけコード分類をすることである。リハビリテーション領域で治療（訓練）対象として評価する場面では活動の実行能力が重視されるが、健康調査などの疫学領域では介護ニーズとの直接的関連から実行状況が重視される。自分で可能な活動であっても、介助者がいて自分で実行する必要のない場合もある。わが国ではかつてネクタイをつける際に配偶者に依存する男性をよく見かけた。着物の着付けでは専門家に依存するものもある。必要な活動の実行を他者の介助に依存する場合は介護度を高めることになるので、できないことに等しく扱われる。BADL の評価法の代表である Katz の方法では、できると推定される場合でも実行していなければ可とされない。一方、QOL の視点から人間の欲求水準の満足されている状況を評価するためには活動の環境場面と実行頻度が重視される。Frenchay Activities Index の項目には社会生活の自立維持に必要な活動以上のものが含まれている。「読書をする、しない」はまさに趣味の領域であり

個人の価値観が反映される活動である。

(4) 評価の例

BADL でも複数の動作 (motion) に分解されるが、IADL はさらに多くの要素的動作と複数の活動から成立するものである。IADL では BADL に上乘せされるような活動が多く、急性期入院中では「できる—できない」にかかわらず、通常は「していない」活動である。

しかし、入院中であってもリハビリテーション対象者のように回復訓練中であれば、評価対象の活動に含めることができる。院内に設置された電話の利用、院内売店で買い物を、欧米では病棟に患者や家族用に簡易キッチンを設置する所もあり、日本でも病棟に洗濯機を備える所は多く、院内にカードでの預金引き出し・払い込み機器が設置されている所も多く、外出や外泊は必要に応じて許可されるのが普通で、近年は病棟での服薬自己管理も取り上げられるなど、在宅生活に必要な IADL の評価は可能である。

IADL の評価は在宅独居高齢者を対象に使用して有用性が発揮されるが、Lawton らの評価においても BADL 評価を別に施行していることから、BADL と IADL を組み合わせた評価法の利用が勧められる。項目数が増大する問題があるが、ADL-20 では便法として項目数を減らして使用することについても検証されている。

[事例紹介]

55 歳の男性。定年退職後、中堅企業の嘱託として社員教育を担当していた。書字困難を自覚し、抑鬱気分が目立ち 1 年前に老年科を受診し、一次性変性認知症 (広義のアルツハイマー病) と診断された。通常は心配した妻が同伴したが、JR とバスを利用して 1 時間半ほどの通院は単独でも可能だった。書字と読字および計算に障害が認められたが、WAIS での全 IQ は 96 を示した。しかし、学歴や病前の職業遂行状況などから全般的知能の低下は明らかだった。Barthel Index では 100 点だったが、Lawton らの IADL では 3/8 点だった。ADL-20 で評価すると 55 点 (BADLm=15/15、BADLs=18/18、IADL=16/21、CADL=6/6) だった。

その後の経過で 2 年後 (57 歳時) には生活や言語活動での混乱が拡大し、独りでは公共輸送機関を利用しての外出はしなくなった。近所の決まったルートの散歩または自転車使用は実行できた。Lawton らの IADL では 1/8 点 (電話に出るが、かけることはしない) と低下し、ADL-20 では 36 点 (BADLm=15、BADLs=15、IADL=2、CADL=4) と低下が目立ち、行動の混乱は妻の介護疲労度を増大させ、危機を生じた。しかし、年金制度の受給可能性の見直しなどソーシャルワーク、地域で開始されたデイケアサービスの利用、ホームヘルプの利用、家族による疾患の理解を深めることなどにより、在宅介護態勢を安定化させることができた。

65 歳時には IADL はもとより、歩行は可能でも食事を含めて BADL はすべて介助を要する状態となった。45m の介助歩行は可能だったので、Barthel Index では 10 点が記録された。その後、拒食、発熱、便秘、下痢などの小エピソードを反復しながら、寝たきり状態となり、69 歳時に肺炎で死亡した。死亡時は近医に入院していた。

この事例では、認知症の進行に伴う機能低下が、まず IADL 得点に、次いで BADL 得点に反映され、介護計画の基本情報として役立っている。

(5) おわりに

社会生活技能における手段の活用は四肢運動機能よりは高次脳機能に依存する側面が大である。日常生活に取り込まれている電子レンジ、電気洗濯機、テレビ、テープレコーダー、カメラなどの機器では、

機材の高性能化に伴うボタンやつまみ操作の複雑化により高齢者での使用を困難にする可能性がある。視力障害や手指巧緻性の低下が原因となる場合のあることは理解されるようになった。駅で切符の自動販売機が普及したことで、その前で立ち往生する高齢者がある。プリペイドカードを所有することで自動改札機を通ることはひとつの解決策である。その購入時には介助が必要であるかもしれない。窓口で行く先を言って切符が購入できても自動販売機では困惑する例のあることは事実である。日常生活で使用器具の変更や環境の変化による機能低下を鋭敏に反映する指標として IADL の評価は不可欠である。バリアフリーあるいはユニバーサルデザインが徹底されると IADL の障害は一層、高次脳機能障害の程度に依存することになる。

表 1 手段的日常生活活動 (IADL) 尺度

項 目	採 点	男	女
A 電話を使用する能力			
1. 自分から電話をかける—電話帳を調べたり、ダイヤル番号を回す、など	1	1	1
2. 2～3のよく知っている番号をかける	1	1	1
3. 電話に出るが自分からかけることはない	1	1	1
4. 全く電話を使用しない	0	0	0
B 買い物			
1. すべての買い物は自分で行う	1	1	1
2. 少額の買い物は自分で行える	0	0	0
3. 買い物に行く時はいつも付添が必要	0	0	0
4. 全く買い物はできない	0	0	0
C 食事の準備			
1. 適切な食事を自分で計画し、準備し、給仕する			1
2. 材料が供与されれば適切な食事を準備する			0
3. 準備された食事を温めて給仕する、あるいは食事を準備するが適切な食事内容を維持しない			0
4. 食事の準備と給仕をしてもらう必要がある			0
D 家事			
1. 家事を一人でこなす、あるいは時に手助けを要する (例：重労働)			1
2. 皿洗いやベッドの支度などの簡単な日常的仕事はできる			1
3. 簡単な日常的仕事はできるが、妥当な清潔さの水準を保てない			1
4. すべての家事に手助けを必要とする			1
5. すべての家事にかかわらない			0
E 洗濯			
1. 自分の洗濯は完全に行う			1
2. ソックス、靴下のゆすぎなど簡単な洗濯をする			1
3. すべて他人にしてもらわねばならない			0
F 移送の様式			
1. 自分で公共輸送機関を利用して旅行したり、自家用車で運転をする	1	1	1
2. タクシーを利用して旅行するが、その他の公共輸送機関は利用しない	1	1	1
3. 付添がいたり、皆と一緒になら公共輸送機関で旅行する	0	0	1
4. 付添が皆と一緒に、タクシーか自家用車に限り旅行する	0	0	0
5. 全く旅行しない	0	0	0
G 自分の服薬管理			
1. 正しい時に正しい量の薬を飲むことに責任がもてる	1	1	1
2. あらかじめ薬が分けて準備されていれば飲むことに責任がもてる	0	0	0
3. 自分の薬を管理できない	0	0	0
H 財産取扱能力			
1. 経済的問題を自分で管理して (予算、小切手書き、掛け金支払、銀行へ行く) 一連の収入を得て、維持する	1	1	1
2. 日々の小銭は管理するが、預金や大金などでは手助けを必要とする	1	1	1
3. お金の取扱ができない	0	0	0

採点法は各項目ごとに該当する右端の数値を合計する (男性 0～5点、女性 0～8点)。(Lawton MP, Brody EM; Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living Gerontologist 1969;9:179-186より)

表2 ADL-20の評価項目と判定基準

<p>1. 基本的ADL-起居移動 (BADLm)</p>	<p>① (ベッド上) 寝返り ②床からの立ち上がり、腰下ろし ③室内歩行 (10mを目安とする) ④階段昇降 (1階分を目安とする) ⑤戸外歩行</p>
<p>2. 基本的ADL-身のまわり動作 (BADLs)</p>	<p>①食事 ②更衣 ③トイレ ④入浴 ⑤整容 ⑥口腔衛生</p>
<p>3. 手段的ADL (IADL)</p>	<p>①食事の準備 ②熱源の取り扱い ③財産管理 ④電話 ⑤自分の薬の管理 ⑥買い物 ⑦外出</p>
<p>4. コミュニケーションADL (CADL)</p>	<p>①意思の伝達 ②情報の理解</p>

注釈：日常生活動作・活動に関する判断基準

- 1) 実用的時間内にできるか、できないかの判定を原則とする。
- 2) 本人、同居家族あるいは介護者より面接聴取し、内容的には日常的観察に基づき判定し、直接テストを施行しなくともよい。
- 3) ADL能力判定基準の原則
 - 3：完全自立、補助用具不要。
 - 2：補助具（杖、手すり、自助具など）を利用して自立。監視不要。
 - 1：他者の監視下、または部分的介助を必要とする。
 - 0：他者の全面的介助による。

(評価法の詳細については、江藤文夫，他：老年者のADL評価法に関する研究、日老医誌29，841-848，1992.を参照)

表3 Frenchay Activities Index

活 動 項 目	コ ー ド
過 去 3 か 月 間	
_____ 主要な食事の準備 _____ 洗いもの	1 = なし 2 = 週 1 回以下 3 = 週 1 ~ 2 回 4 = ほぼ毎日
_____ 衣服の洗濯 _____ 簡単な家事 _____ 重労働の家事 _____ 近所の買い物 _____ 社会的外出 _____ 戸外歩行15分以上 _____ 積極的な趣味的興味の追求 _____ 自動車ドライブ/バスでの旅行	1 = なし 2 = 3 か月間に 1 ~ 2 回 3 = 3 か月間に 3 ~ 12 回 4 = 少なくとも毎週 1 回
過 去 6 か 月 間	
_____ 野外活動/自動車運転	1 = なし 2 = 6 か月間に 1 ~ 2 回 3 = 6 か月間に 3 ~ 12 回 4 = 少なくとも毎週 1 回
_____ 庭仕事 (gardening) _____ 家事/自動車の手入れ	1 = なし 2 = 軽度 3 = 中等度 4 = すべて必要
_____ 読書	1 = なし 2 = 6 か月間に 1 回 3 = 2 週間に 1 冊以下 4 = 2 週間に 1 冊以上
_____ 収入となる仕事	1 = なし 2 = 週 1 0 時間まで 3 = 週 1 0 ~ 3 0 時間 4 = 週 3 0 時間以上

合計得点 _____ ;

要因 1 (家内雑用) _____ ; 要因 2 (レジャー/仕事) _____ ; 要因 3 (戸外) _____

(Holbrook M, Skilbeck CE : An activities index for use with stroke patients. Age & Ageing 1983, 166-170 より)

参考文献

- 1) 江藤文夫：やさしいリハビリテーション第2版, 日本医事新報社, 62-71, 1997.
- 2) 小澤利男, 江藤文夫, 高橋龍太郎編著：高齢者の生活機能評価ガイド, 医歯薬出版, 23-32, 1999.
- 3) 江藤文夫, 他：老年者のADL評価法に関する研究, 日老医誌 29, 841-848, 1992.

3. 生活機能の評価

国立長寿医療センター研究所部長
大川弥生

(1) 生活機能重視の流れ

①はじめに

今回の介護保険改定における予防重視の中で鍵となる概念の一つが、「生活機能」である。その流れの中で主治医意見書においても、「1. 疾病に関する意見」で「(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・・・）」および「(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」（下線は筆者追記）と、従来の「障害」に代わって「生活機能低下」の概念が用いられている。「障害」が「生活機能低下」に変更となったことは、単なる名称変更ではなく、生活機能重視という大きな方向性を示すものといえよう。

また、「4. 生活機能とサービスに関する意見」は従来の「介護に関する意見」に相当するものといえるが、タイトルが変わり、内容的にも「(1) 移動」や「(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し」（下線同上）など、生活機能に関する重要な項目が加えられている。

このように主治医意見書における生活機能重視は、疾病のみでなく生活機能の観点をも重視することである。具体的には例えば「主治医意見書記入の手引き」（老健局長通知）で、生活機能低下の原因として疾病だけでなく、他の要因にも留意する必要性が示されている。また「4-4 サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し」は「傷病の症状としての見通しでははく、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」と述べられている。

②生活機能とは—ICFの中心概念

生活機能（functioning）とは、「国際生活機能分類」¹⁾（ICF：International Classification of Functioning, Disability and Health, WHO, 2001）の中心概念であり、人が「生きる」ことの3つのレベル（階層）である、心身機能・構造（body functions and structure）、活動（activity）、参加（participation）の3者を包括した概念である。これは、生命・生活・人生の3つのレベルに相応するものといつてよい。

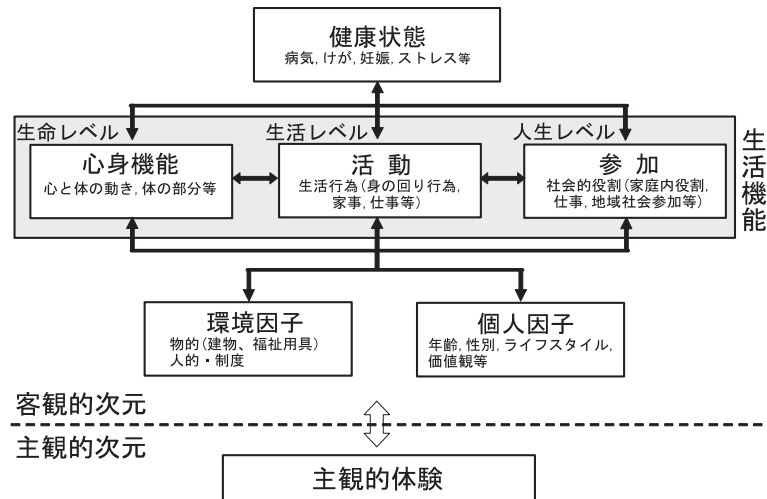
すなわち①生命の維持に直接関係する、身体・精神の機能や構造が、心身機能・構造、②生活の維持に必要な広い意味の生活行為が、活動、③人生の目標や意義の達成のために種々の状況に関与し役割を果たすこと（いわゆる社会参加を含むが、それだけでなく家庭内役割など広い範囲のものを含む）が参加である。なお②活動とはあらゆる生活行為を含むものであり、ADL：日常生活行為やIADLだけでなく、家事・仕事・趣味などにおける多様な行為をも含むものである。

生活機能低下とは、これらの3つのレベルのそれぞれについてマイナスが生じた状態の包括概念である。すなわち心身機能・構造のマイナス面である機能障害（impairment、構造障害を含む）、活動については活動制限（activity limitation）、参加については参加制約（participation restriction）の3者を含む。介護保険との関係でアプローチは、(3)介護予防と生活機能で後述するように、活動制限の観点を特に重視することが重要である。

③生活機能に影響を与えるもの

生活機能の3レベルはそれぞれが単独に存在するのではなく、相互間に影響を与え合い、また他のものからも影響を受ける。これが図1に示した生活機能モデルである。各要素が双方向の矢印で結ばれているのは相互作用を示している。

図1 生活機能モデル



(i) 健康状態

生活機能に影響を及ぼすものには、疾患（外傷を含む）だけでなく、より広い概念として健康状態（health condition）、すなわち妊娠、高齢、ストレス状態など多様なものを含める。

(ii) 環境因子と個人因子

生活機能には健康状態が単独で影響するとはせず、種々の背景因子（contextual factors）との相互作用を重視する。

背景因子の第1は環境因子（environmental factors）であり、物的環境だけでなく、人的環境（社会意識を含む）、制度的環境（医療・介護などのサービスを含む）などを含めた広範囲のものである。

その第2は個人因子（personal factors）であり、性別、年齢、人種、ライフスタイルなど多様な個人の属性である。

なお図1において、ICFモデルは図の点線より上の部分であり、下に「主観的次元」を示している。実際の実践現場では主観的次元まで含めてみるのが大事なので、主観的次元まで含めた図を挙げた。点線の上下をまたぐ双方向の矢印は客観的次元と主観的次元との相互作用を示している。

(2) 生活機能重視の背景

①健康は病気と生活機能の両面から

WHOでは健康・疾患・生活機能低下（障害）などをみていく場合にICD（国際疾病分類）とICFとを併用することをすすめている。

これは「健康とは病気がないというだけでなく、生活機能が高い状態にあることをいう」とする、「健康」に関する世界的な考え方の転換に沿ったものといえることができる。

②生活機能の目的：「生きることの全体像」についての「共通言語」

ICFの目的・役割を一言でいえば、「「生きることの全体像」を示す“共通言語”」である。介護において生活機能が重視されるようになったのはまさにこの点についてである。

(i) 「生きることの全体像」

「生きることの全体像」とは、心身機能・活動・参加の3つのレベルのどれにも片寄らず常に「生きる」ことの全体像を、生活機能モデルに立ってみることである。

この「生きることの全体像」は、一人ひとり違う個別的・個性的なものである。介護予防も介護も、

このような個別性尊重に立つことで真の効果を上げることができる。

(ii) 共通言語

次に“共通言語”とは各種の専門家間、また専門家と本人との「共通のものの考え方」ということである。

利用者に関与する様々な専門家は自分の専門領域を中心としてものを考えがちである。しかし重要なのは利用者本人の生活・人生の向上であるから、それを中心として生活機能モデルに沿って課題や目標を整理していくことが、専門家のチームワーク発揮の有力なツールとなる。

また本人・家族の関心は生命に直接関係する面だけでなく、生活・人生に対する病気の影響にも大きく向けられている。生活機能モデルの考え方で一緒に問題を整理することで専門家と本人のすれ違いを防ぐことができ、本人の自己決定権の発揮を専門家の専門性で支えるという点で有益である。

③生活機能モデルは「包括モデル」

ICF の大きな特徴は、生活機能モデルとして、各因子の相互関係を重視し、一人の人間の生きることを総合的にみる「包括モデル」に立つことである。

「包括モデル」とは、心身機能（筋力低下、麻痺、栄養低下、等）を特に重視し、それを向上することで生活・人生が改善するといういわゆる「医学モデル」でも、また「参加」に対する環境因子（物的・人的・制度的）の影響を特に重視し、その改善で補うという「社会モデル」でもなく、それら相対立するモデルを統合したものである。

これは近年における世界的な当事者（要介護者・患者・障害者、等）の自己決定権尊重の動向と、それを自己の専門性で支える専門家の責務とを両立させることに貢献するモデルであり、真に 21 世紀にふさわしい総合的な考え方である。

④プラスを積極的に引き出す

生活機能とは、マイナス面中心の見方ではなく、プラス面を積極的に“引き出す”視点が基本である。このプラスとは単なる「残存機能」ではなく、むしろ隠れているが引き出すことのできる「潜在的生活機能」を、本人の積極的関与のもとに専門的に引き出すことである。

ケアマネジメントにおいても、生活機能低下というマイナス面だけを問題点・課題としてみるのではなく、生活機能のプラス面を引き出す生活機能の考え方は根本的なものの見方、捉え方の革新であり、予防重視の介護保険改革の方向性とも合致するものである。

(3) 介護予防と生活機能

①介護予防は活動（生活行為）低下予防

介護予防を生活機能の観点から整理してみよう。介護を要する状態とは生活行為（活動）に不自由がある状態である。すなわち、介護予防において予防するものは第一に生活行為（活動）の低下である。また介護予防の究極の目的はよりよい人生を創ること、すなわち参加の向上にある。

「活動は参加の具体像」である。すなわち、ある参加（役割の発揮）のためにはそれを支える多くの活動が必要である。参加の向上のために必要な活動は何かを、本人とともに見極めていくことが大事なのである。

これまで介護と介護予防において活動（生活行為）自体を改善する対象とみなすことは不十分であり、その早急な是正が必要である。

②問題の発生点と解決の突破口とは別―「4-4）サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し」

ここで重要なのは活動を向上させるには疾病や心身機能をよくしなければならないという「医学モデル」にとらわれず、活動自体を向上させることができるという考え方に立つことである。

生活機能モデルの基本的な考え方として、活動・参加の心身機能からの「相対的独立性」の理論がある。たとえば、活動はそれに直接働きかけることによって向上させることができる。これは「4-4）サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し」の判断において重要なポイントである。「病気や心身機能がよくならなくても活動や参加はよくできないか」という観点でみるのが重要である。

例をあげよう。身体に不自由があり、その原因が、たとえば脳卒中による片麻痺（半身まひ）、あるいは生活不活発病（廃用症候群）による全身の筋力低下（いずれも心身機能の低下）だったとする。それが問題の発生点で、そこから歩けない（活動制限）、親類の法事にさえ行けない（参加制約）などが起ってくる。そうすると、問題解決もこの順でやるほかはないと考えがちである。つまり麻痺を軽くしたり、筋力を強めたりすることである。

しかし麻痺や筋力が同じであっても（時にはそれらが悪くなっていく場合でさえ）、活動レベル（実用歩行や立位でのさまざまな実際的な生活行為）に直接働きかけて、それを向上させることには大きな可能性があり、それによって社会生活をも拡大（参加を向上）させることができる。

このように問題の発生点と問題解決の突破口とは別だと考えることが重要である。

③「できる活動」と「している活動」

活動には2つのレベルがあり、この2つを明確に区別してアセスメントし、働きかけを行なう必要がある。それは「能力」（訓練や評価・テストの時に発揮される能力、「できる活動」と「実行状況」（毎日の実際の生活で実行している状況、「している活動」）である。この2つのレベルの間には大きな差があるのが普通である。

しかも、単に「できる活動」を向上させただけで自然に「している活動」が向上するのではない。「している活動」そのものへの働きかけが不可欠である。

④移動：歩行か車いすか？

最初に述べたように、主治医意見書の「4. 生活機能とサービスに関する意見」で移動についての記載が新たに設けられた。移動は「活動」（生活行為）の核ともいえるものである。移動とは単に移動自体が目的ではなく、移動した先での目的行為と一連のものであり、移動様式（歩行か車いすか）の違いは目的行為の様式に大きく影響する。従って常にそれとの関連でとらえることが必要である。

今回、要介護認定調査項目においても移動についての特記事項が詳細となり、「場所、あるいは移動の目的である生活行為によって、状況が異なる場合は、その状況の特記事項に記載する。車いす、歩行補助具、装具等を使用している場合、壁を支えにしている場合などは、その種類の特記事項に記載する。」こととなった。

介護の手間としては、移動は車いすであれ、歩行であれ同じである。しかし生活機能の観点からすれば、歩行なのか車いすなのかは大きく異なる。参加の範囲や活動の質は大きく異なり、また特に高齢者の車いす生活では生活不活発病は進行する。

そのため主治医意見書の記載時に、移動をみることは生活機能向上の可能性（「4-（4）サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し」）をみる上でのポイントとなる。例えば歩行の範囲が狭くなっていても、T字杖しか用いていなければ、4点杖やシルバーカーなどのよりしっかりとした歩行補助具を使うことで歩行距離や、外出範囲に拡大させることができる。また歩行以外の活動の実用性向上を目的としても活用すべきである。例えば洗濯物を持っての移動や買い物ができるようになる。

しかし、時に、杖や装具をなるべく使わず、使うとしてもT字杖などの、できるだけ簡単なものにし、杖を使わないことがケアプランの目標としてあげられることもある。

しかしこれは全く逆である。基本は「確実に効果のあがるものを早く使う」ということあり、そのためには図2に示したような歩行補助具（杖類）の中から最も適切なものを選び、また装具類を活用することが重要である。その結果歩けるようになり、また歩行以外の活動（目的行為）も増え、それによって参加も向上する。すなわち「活動の質の向上」「活動の量の向上」「参加の向上」が実現する。それによって生活不活発病の進行が防げ、生活機能全体が向上する。

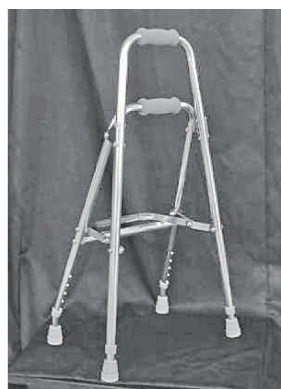
そして生活不活発病が改善する結果、歩行や「活動」がますます安定するようになり、やがてより簡単なものに切り替えることもできるし、場合によっては杖類を使わなくても済むようになることもある。

このように歩行補助具（杖類）は歩行距離や範囲、また実施する活動の種類を増加させるために積極的に活用するものである。

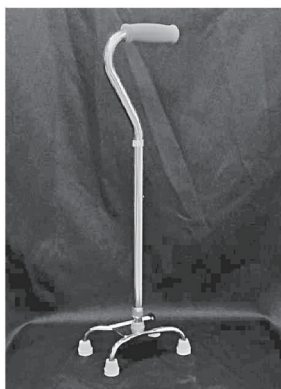
歩行補助具には図2のように多くの種類があり、他にもショッピングカートなどは歩行補助具としても役立つ。杖といえばT字杖だけを考え「それで歩けなければ車いす」という傾向があるが、実はT字杖以外の適切な歩行補助具を使えば歩けるようになる人がたくさんいるのである。

たとえばT字杖では100m程度しか歩けず、買い物をして荷物を持っていない人でも、シルバーカーを使えば歩行は安定し、途中で荷物かごに座って休みながら1km近く歩いて友達の家や、趣味の会に行ったりできるようになる。荷物を荷物かごに入れることができるので買い物もできるようになる。そして生活全体の活発化が起こる。しかしT字杖のままであれば生活が不活発にとどまり、生活不活発病は進行し続ける。その結果、おそまきながらより安定した歩行補助具にしなければならなくなったり、結局は歩けなくなって車いすになってしまうのである。

図2 各種の歩行補助具



ウォーカーケイン



四点杖



T字杖



シルバーカー

(4) おわりに

以上、生活機能という「健康」に関する世界標準の考え方に立って、介護、特に介護予防をどのように考えるかについて述べた。

ここで注意していただきたいのは、ICF はこれまで述べてきたように、生活機能モデルとしての考え方のもとに用いるものであり、それなしに単に分類法として用いることはケアマネジメント上問題であるということである。但し抜け落ちなく全体像を把握するために分類を活用することは重要である。介護保険においてもこの考え方が生かされている。

なお誤解がないように述べておくが、地域支援事業予防給付で用いられる「基本チェック表」は心身機能、健康状態、活動の一部分のみをみているものであり、活動・参加についてはケアマネジメントで

の把握が求められている。

以上のような ICF を基盤とする生活機能の考え方は、医療・保健・介護・福祉の今後の方向性に大きな影響を与えるものといえよう。

参考文献

- 1) International Classification of Functioning, Disability and Health, World Health Organization Geneve, 2001.
- 2) 高齢者介護研究会：2015 年の高齢者介護－高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて、法研、2003.
- 3) 高齢者リハビリテーション研究会；これからの高齢者リハビリテーションのあるべき方向、社会保険研究所、2004.
- 4) 大川弥生：介護保険サービスとリハビリテーション－ICF に立った自立支援の理念と技法、中央法規、2004.
- 5) 大川弥生：新しいリハビリテーション；人間「復権」への挑戦。講談社現代新書、講談社、2004.
- 6) 介護予防のための生活機能評価についての研究班：介護予防のための生活機能評価に関するマニュアル、2005.

4. 介護予防のターゲットとしての生活不活発病（廃用症候群）

国立長寿医療センター研究所部長
大川弥生

介護予防の重要なターゲットは、生活不活発病（廃用症候群）である。そのため制度上も、要介護認定の項目にも生活不活発病を重視した新たな項目が追加されている。また主治医意見書の「1. 疾病に関する意見」の「(1) 診断名」において「生活機能低下の直接の原因となっている傷病名・・・」の中には生活不活発病が非常に多いことは以下に述べるとおりである。さらに今回改定された「介護予防サービス・支援計画表」においても右下に「総合的な方針：生活不活発病の改善・予防のポイント」を一種のまとめとして記載することになっている。

生活不活発病は予防・改善が可能である。しかしながらこれまで「廃用症候群」の名称だけは普及してきたが、予防・改善の対象としては十分には認識されていたとはいえ、それへの対策も不十分であった。

介護予防ではこの生活不活発病の予防・改善のシステムとプログラムが中心となる。しかしそれは、一般医療機関の積極的な関与と、一般国民への啓発なしには達成できるものではない。また国民への啓発においても医療機関の日常の診療の果たす役割は大きい。しかもそれは要介護認定者の場合だけでなく、医療保険における一般の診療から既にはじまっているのである。

今回の介護保険改定の中で医療と介護との連携をより深めることが望まれているが、その鍵となるのは基本的概念としては生活機能、具体的ターゲットとしては生活不活発病である。

（1）生活不活発病（廃用症候群）とは

①その概念

廃用症候群（disuse syndrome）とは、廃用（disuse、「用いない」こと、すなわち生活全体の不活発さによる心身機能の使用の過少さ）から起こってくる様々な心身機能の低下である。

しかし「廃用」という表現は難しく、また「廃案」「廃棄物」などの言葉を連想させやすく、当事者に不快感を与えることが少なくない。また「用を廃した」（全く行わなくなった）場合のみが問題であって、軽度あるいは中等度の使用低下ならば問題でないかのような誤解をまねく危険もある。

そのため本人・家族自身に「生活が不活発である」という原因を明らかに示す「生活不活発病」という用語を用いることが適切と思われる。現に最近そのような用法が公的な文書においてもしばしば見られるようになってきている。

②高齢者における重要性－「年だから仕方ない」？

生活不活発病は誰にでも起こりうるものであるが、特に高齢者では起りやすい。またこれは色々な病気の際に、必要以上の安静をとることによって起ってくることも多い。

したがって、「年だから」とか「病気だから仕方がない」と思っていることが、実は生活不活発病そのものであったり、それが大きく影響していたりすることが少なくない。ということは「仕方がない」のではなく、防げるし、改善できるものだという事である。

③生活不活発病の諸症状

表1に生活不活発病の主な症状を示した。これは生活機能の3つのレベルのうち、心身機能に属するものである。

ここで大事なものは、表のI「体の一部に起こるもの」のうち特に分かりやすい関節拘縮や筋萎縮など

は比較的知られているが、Ⅱ「全身に影響するもの」やⅢ「精神や神経に影響するもの」は比較的知られていないことである。

しかし実際にはこれらⅡ、Ⅲに属するものが重要である。特にⅡの1の「心肺機能低下」はフィットネス、すなわち耐久力を中心とした総合的体力が低下することであり、生活不活発病の初期症状の一つである「疲れやすさ」もそれが主な原因である。

またⅢの1～3などのように周囲への関心や知的活動が低下したり、あるいは「うつ」傾向が起ることで見「認知症（痴呆）」のように見えることさえ起こるのである。

このような多様な症状が広く知られていないため、生活不活発病が発生していても気づかれないでいることも多く、また一部の症状にだけ注意がたよって、対応としても筋力増強や関節可動域訓練など特定の心身機能に限られがちとなって、適切な手が打たれていない場合が多いのが問題である。

表1 生活不活発病(心身機能)

Ⅰ. 体の一部に起こるもの	Ⅱ. 全身に影響するもの	Ⅲ. 精神や神経の働きに起こるもの
1. 関節拘縮 2. 廃用性筋萎縮・筋力低下・筋持久性低下 3. 廃用性骨萎縮 4. 皮膚萎縮(短縮) 5. 褥瘡(床ずれ) 6. 静脈血栓症 →肺塞栓症、など	1. 心肺機能低下 2. 起立性低血圧 3. 消化器機能低下 a. 食欲不振 b. 便秘 4. 尿量の増加 →血液量の減少(脱水)、など	1. うつ状態 2. 知的活動低下 3. 周囲への無関心 4. 自律神経不安定 5. 姿勢・運動調節機能低下、など

(2) 生活機能低下の悪循環

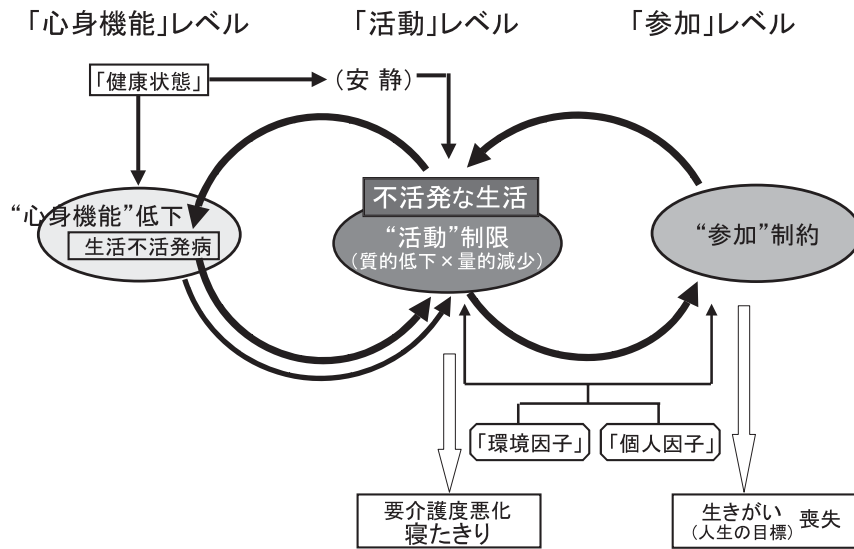
生活不活発病の大きな特徴は、一旦起るとあたかも雪だるまが坂を転げ落ちながらどんどん大きくなるように「悪循環」を起して進行していくことである。

また生活不活発病は、単に心身機能が低下するだけではない。生活行為すなわち活動や、社会等への参加にも大きく影響する(「生活機能」参照)。また逆に活動・参加の変化を契機として起こってくることも多い。このように心身機能・活動・参加の生活機能の3つのレベルが相互に関連し合っただけでさらに状態が悪化するという悪循環に陥るのが大きな特徴である。

これを「生活機能低下の悪循環」と呼ぶ。

これは図1のように活動制限を中心とする左右の環からなり、この二つの環が関連しあって進行する。

図1 生活不活発病と生活機能低下の悪循環



①出発点は生活の不活発さ

悪循環の出発点は中央の「不活発な生活」(活動制限)である。これは活動の「質」の低下もしくは「量」の減少した(あるいは両方とも起こった)状態である。

(i) 活動の質

活動の質とは次のようなことである。

移動という活動(生活行為)を例にとると、車いす移動よりはたとえ介護を受けてでも歩いて移動する方が「質」は高い。それが歩行自立、すなわち(杖などを使ってでも)一人で歩けるようになれば一層高くなる。

また移動していった先でたとえば洗面・歯みがきなどの活動をする場合、(車)いすなどに腰掛けて行うよりは、立って行なう方が質が高いといえる。

このように活動の質とは自立度に加えて、普遍性(環境の制約を受けることが少なく、行なえる場が広い)や実用性の高さなどを含んだものである。ここで実用性とは、例えば杖がなくでも歩けないことはないがゆっくりとしか歩けないのにくらべ、杖を使えばずっと安定して早く歩けるような違いをいう。

(ii) 活動の量

次に活動の量とは、一つひとつの活動ごとの量のことである。例えば一日朝から晩までに何回、どのくらいの距離のトイレに歩いていっているのかということが「量」である。

質と量とは大いに関係があり、質が高いほど量も増えるのが普通である。例えば屋外が自由に歩けるようになれば自然に遠くまで用事で歩くようになる、等である。

一つひとつの生活行為(活動)についてこのように「質」×「量」があり、それを全ての生活行為について総計したものが「生活の活発さ」である。「活発」というと量的なことだけを考えがちだが、実は質的な面が重要なのである。

②悪循環の二つの環

生活機能低下の悪循環はこのような「生活の活発さ」が低下したことから起るが、そのきっかけ(契機)は様々であり、後に詳しく述べる。

どのようなきっかけにせよ活動の制限が起ると、左右どちらの環についても悪循環が起り、進行する。

右の「活動－参加の悪循環」では、

- i) 活動制限が参加を困難にし、参加制約を起す（または悪化させる）。
- ii) 参加制約により更に生活は不活発になり、活動制限を起す（悪化させる）。

一方、左の「活動－心身機能の悪循環」では、

- iii) 活動制限が「生活不活発病」を起す。
- iv) それが活動の質的低下と量的減少を起す。

このようにして左右の悪循環が互いに促進しながら悪化していく。

このような活動の制限はやがては要介護状態を作り、参加の制約は「生きがい」（人生の目標）の喪失にも到る。

（3）生活不活発病発生の三タイプ

「生活の不活発さ」の起り方ときっかけ（契機）は様々であるが、大きく次の3つのタイプに分けることができる（図2）。これは要介護認定において今回見直しがなされた調査項目（下記）とも関連深いものである。

- ①活動の量的減少：新たな認定調査項目として「日中の生活」、「外出頻度」
- ②活動の質的低下：「歩行」・「移動」等の記載事項の充実
- ③参加の制約：「家族・居住環境、社会参加などの変化」

①活動の量的減少（図2－1）

まず活動の「量」の減少からはじまる場合である。これは「質」の低下はない、つまり種々の生活行為をしようと思えばできるのに、あまりしなくなってしまった状態である。

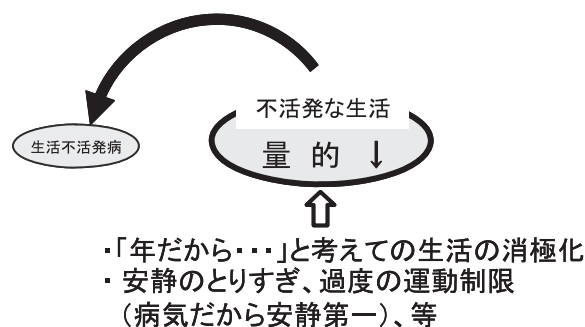
これには、それ自体は運動機能の障害を起ささないような病気や外傷、あるいは手術などの場合に「病気なら安静」という「通念」に従って不必要な安静をとりすぎることが非常に大きい。その他、慢性疾患等での「疲れやすさ」や目や耳の不自由やその他の理由からの「消極化」もある。

②活動の質的低下（図2－2）

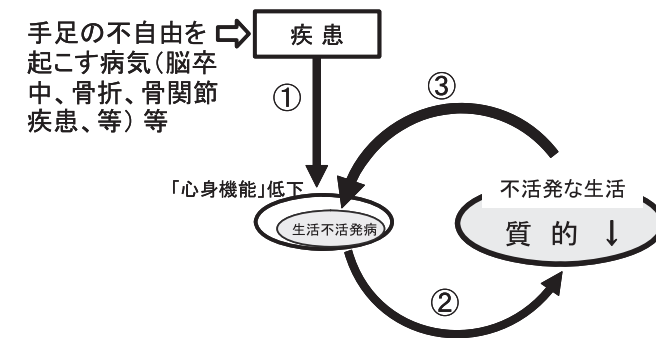
これは脳卒中、骨折などの急激に運動を困難にする疾患、あるいは変形性骨関節症による痛み等によって、活動の質的低下（歩行困難、等）が直接引き起こされ、それが生活不活発病を引き起こす場合である。

図2 生活不活発病発生の3タイプ

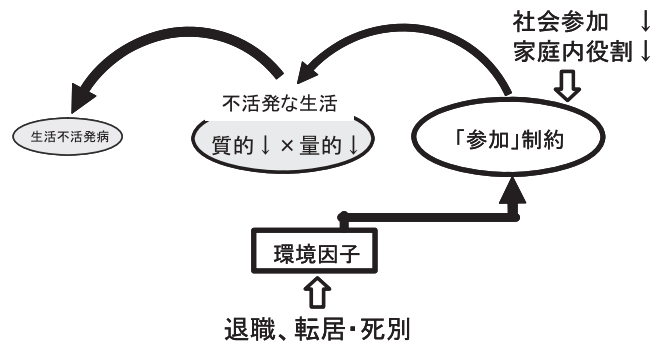
1) 活動の「量」的減少タイプ



2) 活動の「質」的低下タイプ



3) 参加低下タイプ



③参加の制約 (図2-3)

「一人暮らしになる」「退職」「転居」といったことが契機となって外出や社会生活への参加が激減し、生活が不活発化することが少なくない。

この参加の制約には環境の変化が誘因となることがかなりみられる。

例えば主婦が子どもと同居することで主婦としての役割を失うことも契機となり易い。災害もまた参加の制約を介して生活不活発病を引き起こす。

従来、生活不活発病は、脳卒中・骨折などによって運動機能が急激に制限されたことに伴って(のみ)起こると考えられやすく、以上のような様々な起こり方が十分理解されていなかったきらいがある。

(4)「生活機能低下の悪循環」からの脱却

①生活不活発病発生原因の診断

生活不活発病の克服のためには、一人ひとりについて、どのような契機で「生活が不活発」になったのかをまず把握することが重要である。

そしてそれを解決するための個別的な「生活を活発にさせる手ごかり」を見つけ、それに働きかけることが必要である。筋力低下などの部分的な症状に対する画一的な働きかけは本質的な解決にはならないのである。

「生活機能低下の悪循環」(図1)は運命ではない。原因とメカニズムがわかれば「悪循環」をブロックし、生活を活発化させて、生活不活発病を改善し、更に心身機能・活動・参加の全てを向上させるこ

とで「悪循環」を逆転させ、「良循環」にもっていくことができる。まずいかに早期に発見し、適切な指導によってそれを「良循環」に転換させるかが大事で、これが悪循環進行防止の要（かなめ）である。その最大のポイントは「生活全般の活発化」である。

そのための専門職によるアプローチとして重要なのが、直接的に活動（生活行為）レベルを向上させることであり、リハビリテーションにおける活動向上訓練である。

②一般医療における「生活機能低下の悪循環」への対応

「生活機能低下の悪循環」の予防における一般医療の役割は重要である。一般医療において疾患を治療・管理する際に、高齢者では特にこの見地からの正しい指導を行なうことが不可欠である。なぜなら「病気なら安静」という誤解が一般に強く、ふだんは動くことが大事だと思っている人でも、一旦病気になると「安静第一」になってしまいがちだからである。

また疾患の十分な把握と管理を行いながらでなければ、安全で十分な悪循環克服はできないからでもある。

この点で一般医療の医師に望みたいのは i) 生活不活発病（廃用症候群）をつくらないこと、ii) 「生活機能低下の悪循環」の早期発見、iii) 悪循環から良循環への転換の指導、の3点である。

具体的には次の2つの点で医師の役割は非常に大きい。

(i) 一般医療での「活動度」指導

一般の医療機関では「安静度」の指導は徹底されている。しかし実ほどの程度は動く“べき”かを具体的に指導する「活動度」の指導が必要なのである。

疾患管理上安静が必要な場合は、i) 必要な理由と、ii) どういう状況になるまで安静が必要な（それが終われば不用となる）のかを説明し、iii) 同時にその間でも「この程度は動いてよい、むしろ動きなさい」、という具体的な指示が必要である。

安静度と活動度とは単なる言葉の言い換えのように思われるかもしれないが、“安静”を主とするか、活動を主とするかで考え方の方向が全く逆であり、使用する人の意識に大きく作用すると考えられる。

「活動度」では活動そのものだけでなく、参加レベルの向上についての指導・助言も大事である。ここでも生活・人生を総合的にみることが重要なのである。

(ii) 「お大事に」ではなく「お元気に」

医師でも看護師でも、診察が終わった時などに何気なく「お大事に」と言うことが多い。一般の人々がお見舞いに行った時も、「お大事に」と言ってわかれてくる。これは知らず知らずのうちに「病気になったら安静が必要」という、今となっては誤っているというほかはない社会的通念を強めてしまう危険がある。本当に大事にすべきは体ではなく「人生・生活」である。

「お大事に」ではなく、例えば「お元気で」という一言に変えることで、安静に関する基本的な概念は大きく変わるのではないであろうか。

(5) 水際作戦；介護予防の「急性期」

介護予防における生活不活発病への対策としては高い機動性とメリハリのついた対応、つまり本当に必要な時に必要なサービスが即座に提供されることが必要である。その中核は「水際作戦」、すなわち生活機能低下が急激に起こってきた状態（いわば介護予防の「急性期」）の早期発見・早期対応である。

この際特に重要な生活機能レベルは活動（生活行為）である。しかも身の回り行為（ADL）だけでなく、買い物、スポーツ、家事などの様々な活動にまで広く目を配ることが大事で、これらに制限が生じたことに気づくことが早期発見に大きく役立つ。

「生活機能」は、風邪をひいて寝込んだ後、大事をとりすぎて足腰が弱った、転んで腰を打ち痛みが

残った、子供と同居して家事をしなくなった、友人が死亡したため外出しなくなったなどの、いろいろなエピソードをきっかけに階段状に低下していくことが多い（図 3 参照）。そのエピソードを早く見つけて素早く手を打つこと、また生じてきた生活機能の低下を食い止め、ふたたび向上させていくのが「水際作戦」である。

①「水際作戦」の実際

早期発見とは、この階段状の生活機能の低下を適時・適切にとらえることである。そのためには定期的な健診などよりも、一般医療機関の果たす役割が大きい。

具体的な対応の内容としては、「活動向上訓練」（「生活行為向上支援」）、すなわち活動（生活行為）への直接的働きかけが中心である。

例えば屋外歩行が不自由になれば、適切な歩行補助具（シルバーカー、ショッピングカート、杖など。「生活機能」参照）を選んで、それを使った歩き方を実際に歩く道路や行った先の店内などで指導する。家事が難しくなってきたら、自宅の台所で調理台にもたれるなど負荷の少ない調理の仕方を指導する。洗濯物を持っての歩き方や、重たい洗濯物の干し方を指導する、等である。

家事が困難になったからすぐに家事援助サービスを入れるとか、歩くのが不自由になったから車いすを使うというように代行サービスで対応するのではなく、家事能力を高める、また歩行能力を高めるような介護（「よくする介護」）のやり方も含めて対応していくのである。

一見手間がかかるように思われるかもしれないが、実はこのような指導には即効的な効果があり、短期間（1～数回の指導）で自立度が大きく向上し、階段状に落ちかかった生活機能を元の状態に戻すことができ、場合によっては更によい状態にすることさえできるのである。

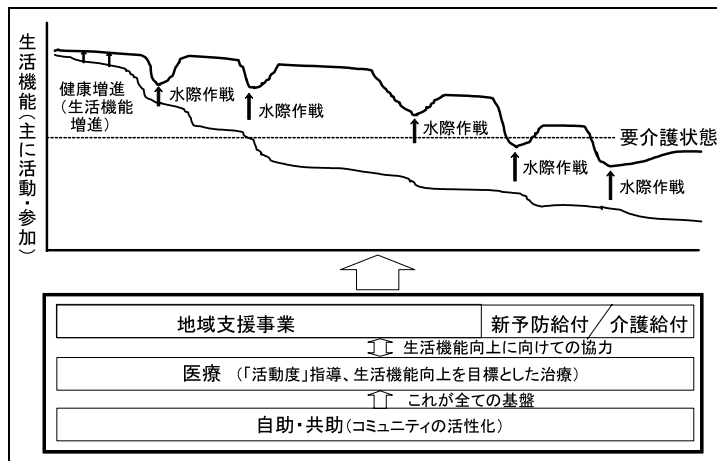
これが「活動自立訓練」（生活行為向上支援）であり、「水際作戦」の「中核プログラム」である。またこれを支える「サポートプログラム」も必要で、その一つは「参加」の一層の向上を図ること、もう一つは自己訓練（個人やグループでの体操、歩行量増加、などによる体力増強）である。

介護予防というと、筋力トレーニングや転倒予防教室など、人を集めて生活機能のうちの「心身機能」、しかもその一部を中心に特別の事業として実施するものと考えられがちである。しかし、上に述べたように居宅等の実生活の場に出向いて、そこでの生活行為（活動）を向上させるように指導し、それによって生活全体を活発化させることを「水際作戦」として高い機動性をもって行なうことが重要なのである。

②「水際作戦のシステム」

このような「水際作戦」を効果的に行うためには、たとえば自治体が「生活機能相談窓口」といったものを設置し、一般医療、保健師、民生委員、ケアマネージャー等からの通報を受けてただちに家庭訪問し、「活動向上訓練」（生活行為向上支援）を開始するといったシステムが有効と考えられ、既にこのような試みが始まっている自治体もある。

図3. 「水際作戦」による生活機能低下予防・向上
 — 早期発見・早期解決 —



なお、この実践のためには、図3下方の横長の3つの柱で示すように、行政（介護予防事業）だけでなく、先に述べたような医療の積極的な役割の発揮が重要である。

さらにそれを支えるのが一般市民と介護保険サービス受給者に対する生活不活発病（廃用症候群）についての啓発であり、それにもとづいた「自助」、そして地域社会（コミュニティ）の活性化による「共助」の促進である。実はここに生活不活発病予防、そして介護予防の原点があるといつてよい。

（6）介護予防の「慢性期」

「水際作戦」の徹底が介護予防成功の鍵であり、その重要性はいかに強調しても足りないが、同時に「階段」と「階段」との間の、極めて緩やかに生活機能が低下していく状態に対しての、いわば「慢性期」対策的な介護予防も重要である。

これはゆっくりと進行する「生活機能低下の悪循環」であり、それに対する有効な対策は先に5-1)で「サポートプログラム」としてあげた参加の向上と自己訓練を基本とした「生活の活発化」の徹底である。そのためには広く一般の啓発が重要である。

要するに「急性期」における「短期決戦」型の生活行為向上支援（活動自立訓練）を、より「慢性期」における長期的なサポートプログラムで支えるのである。

（7）「作られた歩行不能」を防ぐ

以上と関連して簡単に述べておきたいのは、介護予防における「作られた歩行不能」予防の重要さである。これは厚生労働省老健局の高齢者リハビリテーション研究会報告書¹⁾などでも強調されていることで、主として歩行が僅かに困難になった状態で安易に車いすを用いることによって生活機能低下を引き起こし、その結果歩行不能状態を作ってしまうことである。高齢者においては車いす生活では（たとえ車いす移動自立であっても）生活不活発病を防ぐことはできないことは種々の研究によってよく知られている。

もちろん歩行の回復は不可能で車いすを必要とする状態があることはいうまでもなく、それを否定するものでは全くない。しかし現状では上記の「水際作戦」が行なわれれば歩行自立の可能性が十分にありながらもかかわらず、安易に車いす生活とされ、その結果歩行不能となっていることが我々の調査においても非常に多いのである。

介護予防の「水際作戦」の普及と「生活不活発病」に関する認識の向上によって、このような「作られた歩行不能」が克服されることを強く願うものである。

(8) おわりに

以上生活不活発病（廃用症候群）と「生活機能低下の悪循環」について述べ、それに対する対応としての介護予防の「急性期」における「水際作戦」を中心に述べた。

参考文献

- 1) 高齢者リハビリテーション研究会：これからの高齢者リハビリテーションのあるべき方向、社会保険研究所、2004.
- 2) 老人保険事業の見直しに関する検討会：生活習慣病予防と介護予防の新たな展開に向けて、2004
- 3) 大川弥生：新しいリハビリテーション：人間「復権」への挑戦。講談社現代新書、講談社、2004.
- 4) 大川弥生：介護保険サービスとリハビリテーション－ICF に立った自立支援の理念と技法、中央法規、2004.
- 5) 大川弥生：目標指向的介護の理論と実際；本当のリハビリテーションとともに築く介護、中央法規出版、2000

Ⅱ リハビリテーションに関する知識

小倉リハビリテーション病院院長
浜村明德

1. リハビリテーションの意義

リハビリテーションは、一般に機能回復訓練と同様に理解され、心身に生じた障害を軽くし、手足が動くようになることや言葉が話せるようになることなどを目標とする場合が多い。しかし、それらのことはリハビリテーションの基本ではあるが全てではない。

たとえば、病院で上手に歩けても、段差や階段など障害物の多い日本の家屋では歩きにくい場合もある。歩けないとトイレに行けない。階段があり、2階の自分の部屋に上れないこともある。また、身の回りのことは可能でも、家事や買い物などができないこともある。加えて、障害物の多いわが国では外出が難しく、交通機関も使いにくいいため社会活動も制限されやすい。

したがって、リハビリテーションでは、心身の機能回復だけでなく、ADLの自立や障害を抱える前と同じような家庭生活や社会生活、ごく普通の生活を取り戻していくための援助が重要となる。リハビリテーションの意義は、障害のある人々のQOLの向上とノーマライゼーションの実現¹⁾にあり、「障害のある人々が住み慣れた地域でくらす」²⁾ことや「健康で快適な生活を楽しみ、社会的・文化的にも参加できる」²⁾よう促進することが大切となる。

2. リハビリテーションの流れ

脳血管障害や大腿骨頸部骨折など発症が明らかな疾患におけるリハビリテーションは、発症からの時期によって急性期、回復期、維持期のリハビリテーションとして大きく3つの時期に分けて対処される。しかし、小児疾患、進行性神経疾患、認知症など上記のようなステージに分けることがすぐわかない疾患もある。

ここでは脳血管障害など発症が明確な疾患を例に、リハビリテーションの流れに沿って、援助の要点などを整理する。

(1) 急性期リハビリテーションの機能

急性期リハビリテーションは、発症直後の早い時期に行われるリハビリテーションである。急性期病院などで行われるリハビリテーションであり、急性期における適切なリハビリテーションの実施が、回復期・維持期のリハビリテーション内容や期間、ひいては個々の生活の仕方に影響を及ぼすため、極めて重要な意味をもつ。

この時期は全身状態が不安定な場合が多く、リスク管理を徹底しながらリハビリテーションを進めなければ、生命に影響を及ぼしたり、障害の進行、悪化も招きかねない。このようなリスク管理と並行して廃用症候群の予防、基本動作や日常生活活動の自立に向けた訓練が主体となる。

障害が軽度であれば、急性期のリハビリテーションを実施することで家庭復帰、社会復帰が可能となる。また、中等度以上の障害があり、全身状態がほぼ安定すれば、生活機能向上のため、速やかに回復期リハビリテーションへ移行することが大切である。

(2) 回復期リハビリテーションの機能

この時期は生命の危機から脱し、より負荷量の高いリハビリテーションを行うことによって、心身機能や活動の向上が期待できる時期である。

回復期リハビリテーションでは、廃用症候群などの二次的合併症を引き続き予防しながら、障害の内

容や程度に応じた多岐にわたる集中的なリハビリテーションが実施される。これらの目的を達成できるリハビリテーションスタッフや設備が整備された医療機関が回復期リハビリテーション（回復期リハビリテーション病棟など）の役割を担う。

必要なリスク管理は回復期リハビリテーションでも当然であるが、心身機能の回復可能性、基本動作能力・日常生活活動能力・在宅生活の能力などについて目標を設定し、いつ頃、どのような生活が可能になるのか、できるだけ具体的なリハビリテーション計画を立て、それに基づいた援助が重要となる。回復期リハビリテーション病棟では、総合的なリハビリテーション実施計画の策定と実践が義務付けられている。

さらに、チーム全体でのカンファレンスなどを通してスタッフ間で目標は共有され、患者や家族にも説明して、リハビリテーションが進められる。実際には、病棟でのADL自立へのアプローチや在宅生活の自信を取り戻すための心理的支援のあり方など課題も少なくない。全国の回復期リハビリテーション病棟の入院期間は、平均80日とされる³⁾。

生活機能が向上し家庭生活に戻れる場合は、適切な時期に外泊訓練を行い、在宅生活の環境整備を行うことも重要な役割となる。生活の自立性や活動の安全性を高め、介護者の介護負担を軽減するため、住宅改修や福祉用具の導入が行われる。

現在、全国の回復期リハビリテーション病棟利用者の約70%が家庭復帰している³⁾。

（3）維持期リハビリテーションの機能

維持期とは、発症から一定の期間が過ぎ、病状も比較的安定しているいわゆる慢性期である。

維持期におけるリハビリテーションのあり方に関する検討委員会では、在宅・施設を問わず、維持期リハビリテーションを、「高齢者の体力や機能の維持もしくは改善、生活環境の整備、社会参加の促進、介護負担軽減などに努め、高齢者の自立生活を支援する事を目的としたリハビリテーション医療サービス」⁴⁾と整理した。

たとえ、回復期のリハビリテーションで自立生活が獲得されていても、家庭生活に移行すると、当初の2～3か月間は生活が不安定になりがちで、この期間をどのように過ごすかがその後の在宅生活にも影響する。健康に対する不安も大きく、障害を抱えた生活への自信もできあがっていない。介助が必要であれば家族の葛藤も大きい。この時期には健康の安定に努めながら、潜在能力を有効に活用しながら生活する方法を学べるよう援助しなくてはなるまい。したがって、この時期のケアプランでは、生活機能の持続的向上や安定を目的に、その支援が可能なサービスが期待される。リハビリテーション専門職のかかわりが可能なサービス（たとえば、外来リハビリテーション、訪問・通所リハビリテーションなど）が求められることが多い。

この時期を経て、生活が安定すればケアプランも変更されるべきであり、その後は必要であれば社会的交流や生活支援を目的とするサービスが妥当な場合が多い。

一方、維持期に入っても障害が重く、生活に介助を要する場合も、廃用症候群の予防に努めながら潜在能力を活用した生活が期待される。依存的で介助に頼る生活から能力を活用した生活になるには、リハビリテーション専門職の能力評価と看護・介護職と一体となったチームケアが欠かせない。

多くの介護保険利用者は慢性期の状態にあり、彼らのリハビリテーションは、維持期リハビリテーションとなる。

3. 介護保険におけるリハビリテーション

実際の家庭生活の仕方や心理的問題まで含めると回復期にそれらの全てが解決しているケースは全くないといっても良い。したがって、在宅サービスが導入される維持期リハビリテーションの最初の時

期は、生活機能等の回復や生活の安定が認められる期間であり、そのことを意図した支援が重要である。

また、その人なりに安定した生活が過ごせていれば、健康管理が医療の中心的な課題となるが、合併症、新たな疾患、生活の仕方、家族の介護の仕方などさまざまな要因で、心身機能や生活機能は変化する。関係する医療・リハビリテーション・ケアのスタッフはもたらされる情報を基に、適切な対応が求められる。かかりつけ医・主治医はチームのリーダーとして、新たな対応への方向付けを期待されることも多い。

リハビリテーションの立場からかかりつけ医への期待される役割として、通常健康管理など医療活動に加えて、介護保険サービスなどの活用による自立生活支援や生活機能低下予防のすすめ方への助言、ケアプラン作成への貢献などがある。とくに、対象者の問題が複雑で関係者間の討議が必要な時、病状の進行や不安定など医療的問題がケアに大きく関与する時、緊急時や重度のリスクがあり迅速な調整が欠かせない時など、かかりつけ医の役割は大きい。

実際には、介護保険施設におけるリハビリテーションと通所・訪問系のリハビリテーションで基本的な考え方が大きく異なるものではないので、共通する要点を表1に紹介する。

参考文献

- 1) 米満弘之：リハビリテーションに関する知識, 主治医意見書記入マニュアル, 62-68, 日本公衆衛生協会, 2002.
- 2) ILO UNESCO WHO : Community-Based Rehabilitation, Joint Position Paper, 1994
- 3) 全国回復期リハビリテーション病棟連絡協議会・国立保健医療科学院施設科学部：回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書, 2005.
- 4) 維持期におけるリハビリテーションのあり方に関する検討委員会：平成9年度維持期におけるリハビリテーションのあり方に関する検討委員会報告書概要, 日本公衆衛生協会, 1999.

表1 介護保険におけるリハビリテーションのすすめ方

1) 情報の収集について

かかりつけ医や主治医、本人・家族、ケアマネジャーやケースワーカー、看護・介護など関係するさまざまな立場からの情報が得られれば、課題が整理しやすく、サービスの計画が容易となる。

主治医意見書では、疾病に関する諸情報に加え、障害の状況と生活機能の変化が記載されれば、実際のリハビリテーションに有効な情報となる。それらは、リハビリテーションが必要な理由ともなる。

2) 暫定的なりハビリテーション計画とサービスの実施

利用が決定すれば、得られた情報や本人・家族の要望をもとに暫定的なケアプランやリハビリテーション計画(書)に沿ってサービスが開始される。

3) 関連スタッフによるそれぞれの評価

一定の期間をもって、かかわる職種によるアセスメントが行われるが、サービスの種類によってかかわる職種やその数も異なる。ここでは、分野ごとに生活機能の現状、今後の可能性、援助の進め方などが整理される。

チームで実施するリハビリテーションでは、リハビリテーション専門職(PT、OT、ST)による評価だけでなく、看護・介護職による実際の生活に基づいた評価もきわめて重要である。

4) チーム全体のカンファレンス

本人・家族の要望、諸情報、それぞれの分野のアセスメントをもとに、カンファレンスが行われる。

たとえば、生活機能が低下した事例の場合、状態像の変化内容とその期間、変化に影響したかもしれない要因、この間のサービスの種類と量、リハビリテーションの有無などの情報は、目標の設定や援助効果を推測する上で欠かせない情報となる。

カンファレンスの際に、医師は病状・リスク、今後の治療方針など、看護・介護は生活場面での摂食嚥下、基本動作や移動動作、ADL、心理・社会面、コミュニケーションなどの状況、現在のケア内容など、支援相談員は入所前の生活状況、本人・家族の要望、家族の関わりなど、栄養士は栄養や食事状況など、リハビリテーション専門職は心身の機能や活動のレベル、改善の可能性と時期などに関するアセスメントが提出される。

カンファレンスによって、具体的な生活の目標と、それがいつごろ可能となるかが整理される。目標となる事柄は、単なる心身の機能レベルではなく、それを踏まえた具体的な生活のあり方ではない。

5) リハビリテーション実施計画書とケアプラン

リハビリテーション実施計画書には、カンファレンスで合意された目標にしたがって、基本動作や移動動作やADL、社会的活動などに関する目標と到達時期、リハビリテーション専門職による援助内容、看護・介護などその他の職種による援助内容などが整理される。また、リハビリテーション実施計画書の内容とケアプランが乖離しないよう、目標や援助内容は両者の整合性がとられていなければならない。

計画書をもとに、生活目標や今後の援助の進め方などについて、本人・家族への説明が行われ、本人・家族とチーム全体が共有する目標に従った援助が開始される。

6) サービスの提供

かかわる多くの職種が協働し、可能な限り自立した生活が獲得できるよう期間を定めたリハビリテーションサービスが行われる。

「高齢者リハビリテーションのあるべき方向」には、高齢者リハビリテーションの現状として、①長期間、効果が明らかでないリハビリテーション医療が行われていること、②リハビリテーションと

ケアとの境界が不明確、リハビリテーションとケアの混同などがあるとされた。

以上のような手順で計画されたリハビリテーションが実施されることによって、効率的で効果的なものとなる。サービスの提供では、多職種協働のチームアプローチが課題となる。

7) 見直し

サービス提供後の一定期間を経て、その間の状況に応じ、目標や援助内容は見直される。当然、本人・家族の納得を得て新しい目標に基づいた援助が行われる。

これらのことを繰り返し、最終的な目標に到達することとなる。

8) 終了、退院・退所

本人・家族が納得できる生活が獲得できれば、そのサービスは終了することとなる。その後、サービスを利用することなく自立した生活が継続できれば幸いであるが、多くの場合、何らかのサービスを利用する生活となる。したがって、終了後の生活がどのようなものになるかを予測した対応が求められる。

たとえば、入所・入院生活から家庭での生活に移行する場合は、回復期リハビリテーションから家庭復帰する場合と同様の援助が必要となる。外泊訓練、必要な住宅改修、福祉用具の選定、次なるサービス提供者、ケアマネジャーなどへの情報提供などが欠かせない。

Ⅲ 認知症に関する知識

秋津鴻池病院理事長
平井基陽

1. 「痴呆」から「認知症」への名称変更

わが国においては dementia , Demenz を、明治年間に呉秀三、東大教授により「痴呆」と訳出されて以来、徐々に定着し一般化してきた。

近年、「痴呆」に対する正しい知識を広く国民に普及、啓発していく上で、この名称が支障となっているとの問題提起がなされ、これを受けて厚生労働省に「痴呆に替わる用語に関する検討会」が平成 16 年 6 月に設置された。検討会では、新用語に関して、①わかりやすく、短いこと、②不快感や侮蔑感がないこと、③痴呆の概念を表現できることなどの方針が決定され、候補として認知症、認知障害、物忘れ症、記憶症、記憶障害、アルツハイマー症の 6 つが挙げられた。

そこで、厚生労働省がホームページ上で国民の意見を募集した結果、「認知障害」、「認知症」の順に多かったが、「認知障害」はすでに精神医学の用語として広く使われており、痴呆によらない失語、失認、失行を示すため紛らわしいとの指摘があり、「認知症」に決定された。

平成 16 年 12 月 24 日をもって行政用語として使用することが通知され、平成 17 年 6 月 29 日の「介護保険等の一部を改正する法律」の公布に合わせて、法令上の用語の変更がなされた。

2. 認知症の定義

表1 DSM-IVによる認知症の診断基準

- ①多彩な認知欠損。記憶障害以外に、失語、失行、失認、遂行機能障害のうちの1つ以上。
- ②認知欠損は、そのそれぞれが社会的または職業的機能の著しい障害を引き起こし、病前の機能水準から著しく低下している。
- ③認知欠損はせん妄の経過中にのみ現れるものではない。
- ④認知症状が、原因である一般身体疾患の直接的な結果であるという証拠が必要。

(朝田 隆)

認知症とは「いったん、正常に発育した知的機能が持続的に低下し、日常の生活に支障を来たすようになった状態」と定義される。

従来は「脳の器質的障害により」が含まれていたが、原因疾患として内分泌・代謝異常、中毒性疾患、臓器不全・全身性疾患も挙げられていることから、近年、脳の器質性障害という項目が外される傾向にある。

今日、認知症の診断基準として、アメリカ精神医学会の DSM-IV が一般的に使用されており、ここでは朝田隆の「DSM-IV による認知症の診断基準」を引用しておく（表 1）。要するに、認知症とは、物忘れがあり、さらに認知障害（言葉のやりとりが困難、場所の見当がつかない、手順をふむ作業ができない、判断ミスなど）が加わって、生活に支障を来たした状態であるといえる。

最近、認知症の早期発見の観点から、正常と認知症の境界に位置するものとして「軽度認知障害（MCI：Mild Cognitive Impairment）」なる概念が提唱されている。この診断基準は①記憶障害の主訴があり、②客観的にも記憶障害が認められており、③全般的認知機能は保持されいて認知症ではなく、④日常生活は自立しており、⑤CDR（Clinical Dementia Rating）は 0.5（認知症疑い）である、といったものである。

3. 認知症の中核症状と周辺症状

認知症の症状は認知機能障害による中核症状と、それに続発ないし併発するさまざまな精神症状や行動上の障害（周辺症状）に分けられる。その中で、中核症状は認知症の必発症状である（図 1）。

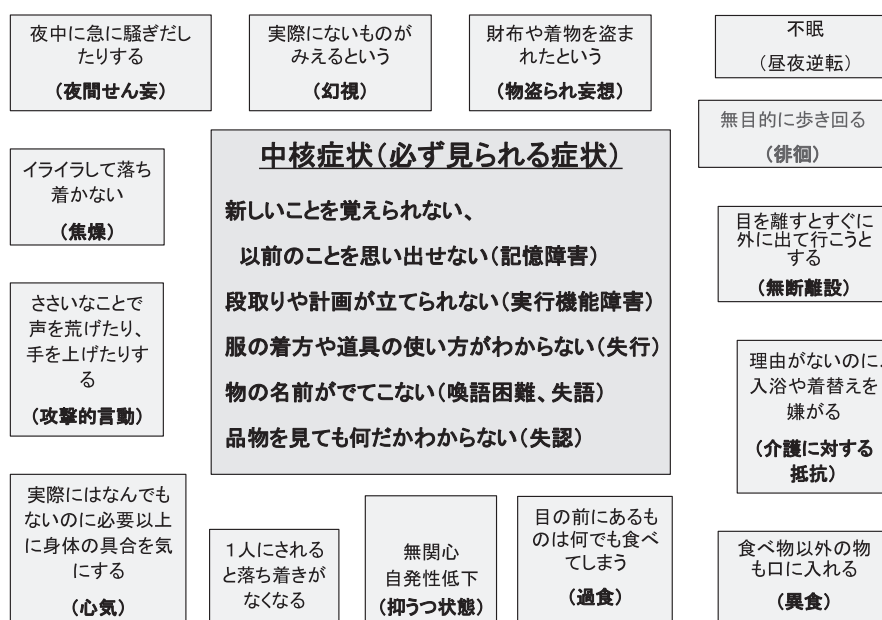


図 1 認知症の中核症状と周辺症状

(1) 中核症状は記憶障害（物忘れ）と失語、失認、失行および実行機能の障害などである。

① 記憶は生理的には記銘（ものごとを覚える）、保持（覚えたことを脳に保存する）、再生（覚えていることを呼び起こす）の 3 段階から成り立っている。臨床的には記憶の保持間隔により、即時記憶、近時記憶、遠隔（時）記憶に分類して使用することが多い。即時記憶は刺激呈示後から再生させるまでに干渉を行わない場合に用いる。数字の反復（順唱、逆唱）物品呈示直後の記憶再生（物品テスト）などがこれに相当する。近時記憶は情報の取り込みから再生に数分以上の間隔があり、その間に会話（あるいは計算や作業）などの干渉があったのち再生されるものを指す。「主治医意見書」の「短期記憶」は、この近時記憶を指している。遠時記憶はいわゆる、過去の出来事に関する記憶である。一般に認知症では、進行に伴ない近い記憶から遠い記憶にさかのぼって失われる。また、アルツハイマー型認知症では近時記憶が即時記憶より先行して障害されることが指摘されており、早期発見の要点である。

さらに、これらの記憶障害により見当識の障害が生じる。見当識には時間、場所、人物（自分との関係）に関するものがあり、通常、認知症ではこの順に進行と共に障害される（図2）。問診において日付（年月日）、曜日が正確に答えられるかを確認することが見当識障害の有無を見分ける第一歩である。

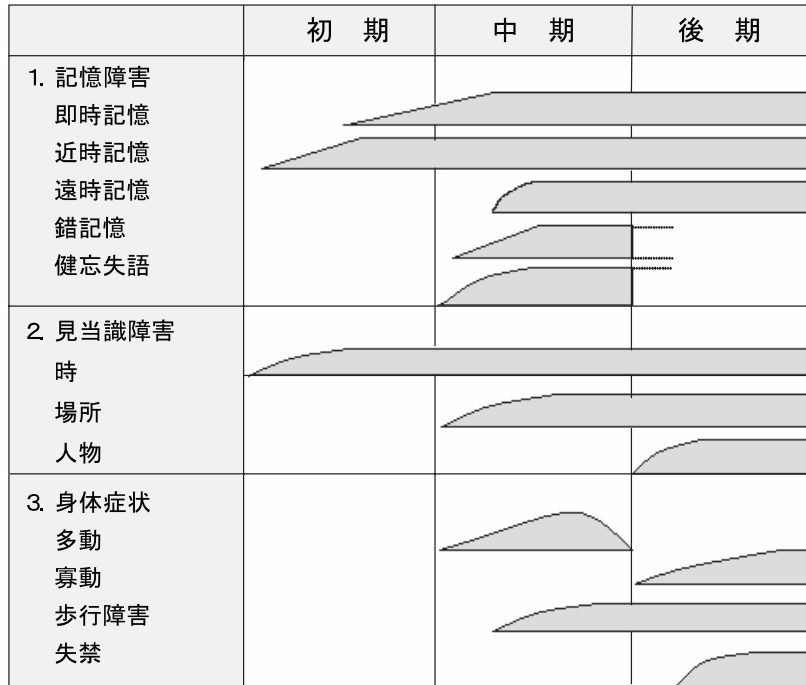


図2 アルツハイマー型認知症の病期と病状（三好功峰）

- ② 失語は話す、聞く、読む、書くなどの言語機能の障害を生じ、主治医意見書にある「自分の意思の伝達能力」に深く関わっている。認知症の進行と共に、言語の生成と理解が困難になってくる。
- ③ 失認はアルツハイマー型認知症の場合、初期からみられることが多く、よく知っているはずの場所や道を認知することが出来なくなり、目的の場所に行けなかったり、迷い子になったりする（視空間認識のひとつで地誌的失見当識といわれる）。
- ④ 失行は運動機能が保たれているにもかかわらず、動作をする能力が障害されていることである。図形や絵の模写が出来なかったり（構成失行）、日常的に使う道具が使えなかったり（観念失行）、衣服の着脱が上手く出来ない（着衣失行）など、日常生活に支障をもたらす要因となる。
- ⑤ 実行機能の障害は計画を立てる、組織化する、順序立てる、抽象化する能力の障害をいう。認知症では、その結果、行動を開始することが困難になったり、逆に途中で行動を中止できなくなったりして寡動や常同行為、反復行為と呼ばれる行為障害を来す。

これらの中核症状が複合的に組み合わさって、判断能力の低下が起こる。つまり、運動能力が保たれているにもかかわらず生活機能の低下を招く結果になる。したがって、主治医意見書の「日常の意思決定を行うための認知能力」の欄は、中核症状の総合点が反映されなければならない。

- (2) 周辺症状は中核症状に続発、ないしは併発する精神症状や行動障害である。以前は介護する上で大きな負担となることから問題行動と一括されていた。近年、これら周辺症状にたいしてBPSD(Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia)なる呼称が使用されるようになった。「認知症の行動心理学的症候」と訳されているが、その定義は「認知症患者にしばしば出現する知

覚や思考内容、気分あるいは行動の障害」となっている。

中核症状は認知症に必発するが、周辺症状はすべての認知症にみられるとは限らない。また、周辺症状と同様の症状ないしは行動異常が認知症の診断根拠にはならない。

認知症に対する好ましいケアマネジメントのあり方として、「その人らしさを大切に」とともに「適切な環境とケアで不安と混乱を最小に導く」ことが提唱されている（図3）。いずれにしろ、介護負担を考える上で、周辺症状の種類、発現頻度は重要な所見である。主治医意見書の「特記すべき事項」欄にどのような介護負担が生じているのかも含めて具体的に記述することが求められている。

※ 適切な環境とケアで不安と混乱を最小に導くこと

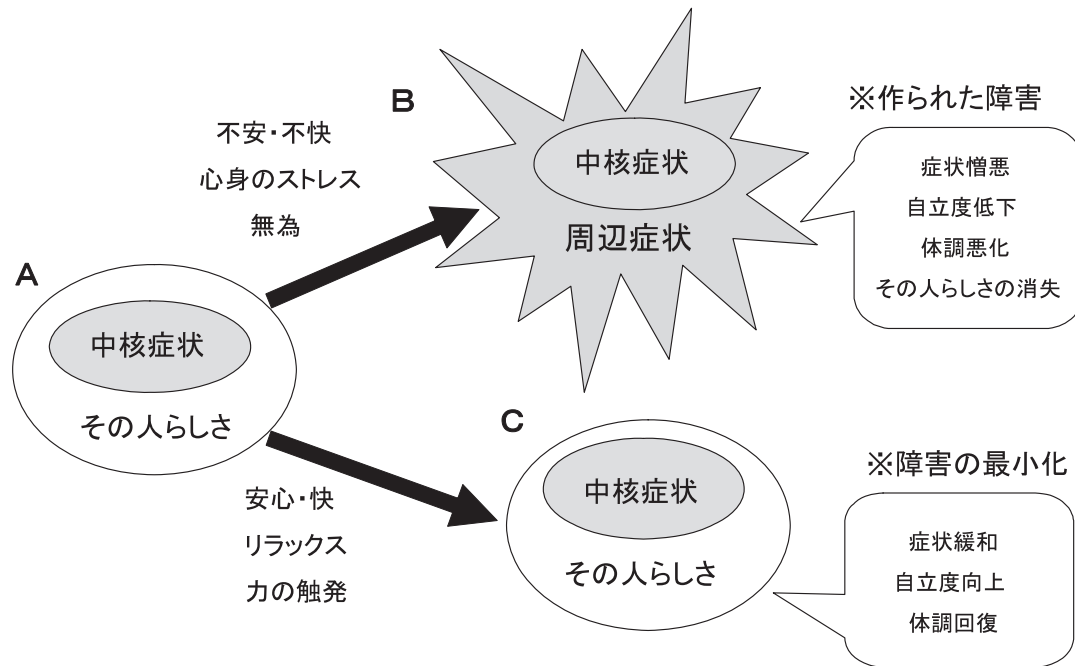


図3 認知症の人の状態の移ろいやすさ

認知症介護研究・研修東京センター 永田久美子主任研究主幹による 厚生労働省資料

4. 認知症の診断にあたって

認知症の診断にあたっては、(1)意識障害の有無、(2)記憶障害（物忘れ）を含む認知障害があるかどうか、(3)認知障害があるとすれば認知症かどうか、(4)認知症とすれば原因疾患は何か、治療可能かどうか、(5)認知症の周辺症状の有無、(6)生活機能はどの程度障害されているのか、(7)生活機能の維持・改善は見込まれるか、のプロセスをたどることになると思われるので、以下に順を追って、その要点と留意点を述べる。

(1) 意識障害の有無

認知症の診断にあたっては、まず意識障害ではないことを確認する必要がある。診察時にぼんやりしていて、呼びかけに対する返答が無い、あっても遅い場合や病歴から身体合併症が推測される場合には意識障害を疑う必要がある。また、病歴から治療薬を服用しているときや、転倒したことが数か月以内にある場合には、薬物の影響や慢性硬膜下出血による意識障害の可能性も頭に入れておくことが重要である。出来る限り、頭部のCTやMRIなどの画像検査を行って、急性疾患を除外したり、必要があれば脳波検査を実施することが望ましい。

しかしながら、一般医家にとって実際には短時間で意識障害の有無を判断するのは困難なことも多い。多彩な精神症状（周辺症状）がある場合には、せん妄状態も考慮に入れて専門医に相談する方がよいと思われる。

（２）記憶障害を含む認知障害（認知症の中核症状）の有無

患者の訴えを尋ねた上で、年齢や生年月日、診察時の日付や曜日を聞き、おおよその見当をつける。患者の同意が得られれば、MMSE（Mini-Mental State Examination）やHDS-R（改訂長谷川式簡易知能評価スケール）を行う方が手取り早い。どちらの方法でも30点満点の20点以下の場合には認知症の疑いが強くなる。ただし、これらはいくまでも補助診断法であることを忘れてはいけない。

診察に当たって、留意したいことは身近にいる家族から物忘れのエピソードや、記憶以外の認知障害を疑わせる訴えがあるときには、「年のせい」とか「たまたま」と、やり過ごすことは避けたい。そのようなケースでは、中核症状が潜んでいる可能性が高い。

（３）認知症かどうか

周辺症状のみからは、認知症の診断は下せないことについては先に述べた通りであるが、MMSEやHDS-Rで低い点数が出ても、うつ病やうつ状態でも低い点数が認められることから、意識障害と同様にうつ症状でないことを確認しておかなければならない。

もともと、寡動、意欲低下、閉じこもり傾向が記憶以外の認知障害の症状として発現することもあり、うつ状態との鑑別が紛らわしいときには専門医に紹介した方がよいと思われる。

（４）原因疾患の特定

認知症の原因となる疾患は数多くあり、さまざまな分類も行われているが、日常臨床においては治療可能性の観点に立った分類が便利であろう（表2）。

老年期の認知症の多くはアルツハイマー病（アルツハイマー型認知症を含む）と脳血管性認知症であるが、近年、レビー小体病も多くなってきている。アルツハイマー病の診断基準として先に述べたDSM-IVがよく使われている。脳血管性認知症に関しては診断基準によって、ばらつきが多く、アルツハイマー型に比して発症の時期が明確なことや階段状の進行経過、それに画像検査により多発性脳梗塞の存在が確認されることなどに基づいているのが現状であろう。

レビー小体病の臨床診断基準はi) 注意力と覚醒度の低下を伴う動揺性の認知障害、ii) 繰り返す幻視、iii) パーキンソン症状のうち2つ以上の症状が認められることである。

なお、介護保険制度の第2号被保険者（40歳から65歳未満）に給付が認められる「特定疾病」である「初老期における認知症」に関しては、文字通り65歳未満発症の、いわゆる若年認知症を指していると理解してよいだろう。

表2 認知症の原因となる可能性がある病気

根本的には治療が困難な病気

アルツハイマー病、ピック病、レビー小体病、ハンチントン病
脊髄小脳変性症などの変性疾患

予防が重要な病気

多発性脳梗塞、脳出血、ビンスワンガー病などの血管障害

治療が可能な病気

正常圧水頭症、慢性硬膜下血腫、脳腫瘍などの外科的疾患

甲状腺機能低下症、ビタミン欠乏症などの代謝性疾患

脳炎、髄膜炎などの炎症性疾患

廃用性症候群(他の認知症に合併することが多い)

(田邊敬貴)

5. 認知症の周辺症状の有無

認知症の周辺症状を BPSD と呼称する傾向にあることは、先に述べた通りである。BPSD は認知症の初期から中期にかけて出現することが多く、本人の生活自立度を低下させるとともに、介護者を心身ともに疲弊させ、在宅介護の継続を困難にしている最大の原因となっている。また、施設介護においても職員の介護負担感を増す大きな要因の1つである。

BPSD は大きく精神症状と行動面の障害に分けられる(表3)。要介護認定において、訪問調査員による調査項目にも、主治医の意見書にも大きなスペースがさかかっているが、BPSD による介護負担あるいは介護の手間が正当に評価されていないのが現状である。

表3 BPSDの症状

・精神症状

幻覚(幻視、幻聴、体感幻覚、幻嗅)

妄想(物盗られ妄想、被害妄想、嫉妬妄想、人物誤認症候群など)

睡眠覚醒障害(不眠、レム睡眠行動異常)

感情面の障害(抑うつ、躁、不安、恐怖、興奮、感情失禁、アパシー、感情鈍麻)

人格面の障害(多幸、脱抑制、易怒性、易刺激性、無関心、依存)

・行動面の障害

攻撃的言動(暴行、暴言)、焦燥、叫声、拒絶

不適切あるいは無目的な言動(仮性作業、火の不始末、不潔行為、性的脱抑制

行為、徘徊、繰り返しの質問、つきまとい、収集、独語、独笑など)

食行動の異常(異食、過食、拒食、盗食)

(朝田 隆)

1つには、BPSDの発現を予防するための行為が1次判定に反映されないことである。具体的に言うと、たとえば住居から無断離出をさせないために施錠をしている場合や、火の不始末を防ぐためにガスの栓を閉めたりすれば、結果として徘徊や火の不始末が生じないことになり、訪問調査員による調査項目では「ない」にチェックされてしまう。さらに、BPSDのために本人の生活がどれほど制限され、介護者や同居家族の日常生活にどの程度の不便が生じているか。

これらについては、調査員、主治医が「特記事項」として取りあげ、具体的に記述しない限り、2次判定の参考資料にもなり得ないし、ケアプランにも反映されないことになる。

また、BPSDに関しては、調査員の調査項目と主治医意見書の「周辺症状」の項目はダブルチェックの構造になっているが、妄想や性的問題行動は主治医意見書にのみ設けられているので、注意を要する。さらに、意見書では「その他」の項目があるので、仮性作業（夜間不眠中にたんすや引き出しから物を出して、あたかも整理しているような行為）、まとわりつき（介護者から、離れない）、常同行為（同じ動作を延々と繰り返す）、多動（落ち着きなく、うごきまわる）などがあれば記載する必要がある。

なお、夜間せん妄、不安、焦燥、自発性の低下、易怒性（以前はみられなかった、ちょっとしたことに対して怒りを爆発させる）、独語などの精神症状があれば、意見書の「その他の精神・神経症状」欄に記載することが必要である。

6. 生活機能はどの程度、障害されているか

生活機能とは近年、ICFで新たな概念として定められたもので、①心身機能、②活動、③参加のすべてを含む。さらに、その背景因子として健康状態、環境因子、個人因子が相互に影響しあうとする考え方である。介護保険制度の運当にも、この考え方が導入されている。

したがって、認知症の重症度を考慮する場合、疾患そのものの重症度とは別に、生活機能障害の観点から分析し、対策を講じることが求められるようになった。生活機能の改善は自立度を高め、QOL（生活の質）の向上につながるといった発想である。

生活機能を測る目安として、主治医意見書では「障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準」と「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」のチェックが必須の要件となっている。

ここでは、「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」について述べる。自立度は高いものから順に、IからIVの4段階に分類される。この段階分類とは別に「著しい精神症状や重篤な身体疾患のため専門医療を必要とする状態」にあるものはランクMと判断される。したがって、自立度のIからIVは認知症の重症度（進行度）と概ね一致するが、ランクMは必ずしもランクIVより自立度が低いという訳ではない。

この自立度を判定するに当たって、3から4で述べてきた事柄が反映されなければならないが、ランクIIの「一人暮らしは困難な場合がある」、ランクIIIの「一時も目を離せない状態ではない」、ランクIVの「常に目を離すことができない」がキーワードになるであろう。境界で、どちらにするか迷う場合には、情報量の不足を補う意味合いで、高いランクを選択するほうが無難である。

7. 生活機能の維持・改善は見込まれるか

アルツハイマー型認知症や脳血管性認知症は、一度発症すると根本的な治療は困難であるが、塩酸ドネペジルが初期のアルツハイマー病の進行を遅らせることが可能になって、認知症の早期発見に国を挙げて取り組もうとしている。

生活機能の面から見ると、たとえ中核症状は改善しなくても、周辺症状を軽減させることにより、介護負担を軽くすることは可能である。せん妄や、妄想、うつ症状に対して薬物療法が有効であることも、よく知られた事実である。

近年、ケアの仕方で周辺症状が軽減されるとの知見も集積されつつあり、非薬物療法の 1 つとして、認知機能に対するリハビリテーションも試行されている。現在のところ、標準的な方法の確立までには至っていないが、今後、おおいに期待される分野である。

【参考資料 1】

DSM-III-Rにおける認知症の診断基準

- A. 短期および長期記憶の障害の証拠が明瞭。
- B. 以下のうち少なくとも1項目：
- (1) 抽象的思考の障害
 - (2) 判断の障害
 - (3) その他の高次皮質機能の障害、たとえば失語、失認、構成失行など
 - (4) 人格変化、すなわち病前の性格傾向の変化または強調
- C. AおよびBの障害は、仕事、日常の社会活動、または他者との人間関係を著しく障害している。
- D. せん妄の経過中にのみ起こるものではない。
- E. (1)または(2)
- (1) 病歴、身体的診療、臨床検査から、その障害に病因的関連を有すると判断される特異的器質性因子の証拠が存在する。
 - (2) そのような証拠はないが、その障害がいかなる非器質性精神障害によっても起こっていないならば、器質性因子が病因であると見なすことができる。

【参考資料 2】

ICD-10における認知症の診断ガイドライン

- 1) 日常生活と個人的活動を損なうほどに記憶と思考の働きが低下している。
- ・記憶障害は典型的には新しい情報の記銘、保持および追想の障害であるが、末期には以前に習得したり慣れ親しんだ事柄も失われることがある。
 - ・認知症は記憶障害だけを示すのではない。
 - ・思考と判断力の障害、および思考の流れの停滞も時に認められる。
 - ・入力情報の処理が障害されており、一つ以上の刺激に注意を向けることが難しくなり、また注意の焦点を一つの話から他へと移すことも困難となる。
- 2) 他に認知症以外の疾患がないのであれば、意識は清明である。
- 3) 上記の症状と障害が明らかに少なくとも6ヶ月間は認められなくてはならない。
- 4) 鑑別診断
- ・うつ病性障害
 - ・せん妄
 - ・軽度あるいは中等度の精神遅滞
 - ・限られた教育しか受けられず、かつひどく劣悪な社会環境に育ったことによると考えられる正常域以下の認知機能を示す状態
 - ・薬物治療による医原性の精神障害

【参考資料 3】

Clinical Dementia Rating (CDR)

	健康 (CDR 0)	認知症の疑い (CDR 0.5)	軽度認知症 (CDR 1)	中等度認知症 (CDR 2)	重度認知症 (CDR 3)
記憶	記憶障害なし 時に若干の物忘れ	一貫した軽い物忘れ 出来事を部分的に思い 出す良性健忘	中等度記憶障害、とくに最近 の出来事に対するもの 日常活動に支障	重度記憶障害、高度 に学習した記憶は保 持、新しいものはす ぐに忘れる	重度記憶障害 断片的記憶のみ 残存
見当識	見当識障害なし	同左	時間に対する障害あり、検 査では場所、人物の失見 当なし、しかし、時に地 理的失見当あり	常時、時間の失見当 時に場所の失見当	人物への見当識 のみ保持
判断力と 問題解決	適切な判断力、問題 解決	問題解決能力の障害が 疑われる	複雑な問題解決に関する中 等度の障害 社会的判断力は保持	重度の問題解決能力 の障害 社会的判断力の障害	判断不能 問題解決不能
社会適応	仕事、買い物、ビジ ネス、金銭の取り扱 い、ボランティアや 社会的グループで 普通の自立した機 能	左記の活動の軽度の障 害もしくはその疑い	左記の活動のいくつかにか かわっていても、自立した機 能を果たせない	家庭外(一般社会)で は独立した機能は果 たせない	同左
家庭状況 および趣 味・関心	家ででの生活趣味、知 的関心が保持され ている	同左、もしくは若干の障 害	軽度の家庭生活の障害 複雑な家事は障害 高度の趣味・関心の喪失	単純な家事のみ 限定された関心	家庭内不適応
介護状況	セルフケア完全	同左	時々激励が必要	着衣、衛生管理など 身の回りのことに介 助が必要	日常生活に十分 な介護を要する しばしば失禁

【参考資料 4】 Functional Assessment Staging (FAST)

Functional Assessment Staging (FAST)

重症度	特 徴
正常	1 主観的にも客観的にも機能低下を認めない ・過去(5~10年)の出来事を覚えている
	2 発語の主観的機能低下 社会的に活動性、実行力の低下を認めない ・物の名、地名、目的を忘れる ・社会的には適応している ・注意深い観察により不安を訴えることが認められる
認知症の疑い	3 社会的場面における客観的高度の機能 低下 ・重要な約束を忘れる ・日常生活(買い物、支払いなど)では障害がない
軽度	4 日常生活の複雑な場面での実行の欠如 ・メニューに適した材料の買い物に困難がある ・経済面で混乱やミスを生じることがある ・家庭内での生活(着がえ、入浴など)には障害はない ・精神的に不安定な状態が認められる
中等度	5 日常生活における基礎的な場面での 不適切な行動 ・着がえが適切に行えない(援助が必要) ・入浴を忘れる ・車の運転が不正確となる ・感情障害が出現する
高度	6 着がえ、入浴・排便排尿の自立機能の 低下 (a) 服を正しく着られない (b) 入浴を自立して行えない (c) 排便排尿の自立の低下 (d) 尿失禁 (e) 便失禁 ・歩行がしだいに不安定となる(小ささみ、ゆっくり) ・不安・焦燥感が強い ・幻覚・妄想が出現することもある ・パジャマの上に服を重ねて着る ・くつひもが結べない ・入浴の手順が混乱する ・入浴を忘れる ・トイレで水を流さない ・ズボンを自分であげない
きわめて高度	7 失語・歩行障害・意識障害 (a) 数種の単語しか使用しない (b) 意味のある単語は1語のみとなる (c) 歩行機能の喪失 (d) 着座能力の喪失 (e) 笑顔の消失 (f) 昏迷および昏睡 ・意味のない単語の羅列は可能 ・「はい」「いいえ」「わかりました」等のみ発語する ・しだいに発語はなくなり、ブツブツと口の中で独り言をつぶやくのみとなる ・歩行不能となる ・歩行不能後、約1年ぐらいで座位姿勢を保てない ・泣いたり笑ったりする表情は存在 ・表情は失われる ・眼球運動は可能 ・嚥下・咀嚼は可能 ・嚥下・咀嚼能力の欠如、経鼻栄養が必要 ・外部よりの刺激に対し発声する

IV 主な疾病のケアマネジメント上のポイント

霞ヶ関南病院院長
齊藤正身

1. 筋萎縮性側索硬化症

- ・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
- ・心情的になったり、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、有効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. 多系統萎縮症

- ・自律神経症状が中心
- ・起立性低血圧、直腸膀胱障害、発汗低下、瞳孔異常などに対する説明
- ・進行するとパーキンソン様症状や失調症状も出現することを説明

5. 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

6. 閉塞性動脈硬化症

- ・重症例以外は、歩行を中心に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

7. 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

8. 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

9. 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

10. 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

1 1. 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
- ・頚椎の場合、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

1 2. 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
- ・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

1 3. 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、継続したリ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。

V 症状・状態別のケアマネジメント上のポイント

霞ヶ関南病院院長
斉藤正身

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、大脳の優位半球（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。

[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、次の言葉を話す
- *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)

- *ゆっくり話しを聞く
- *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
- *表情から話しを推測する
- *話し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
 - 周りの人に話しを聞く
 - 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
- *話しを途中で取らない
- *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、はっきり話してもらう
- *姿勢を正し、唾液を飲み込んでから話してもらう

(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④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

平成 18 年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）
新たな高齢者の心身の状態の評価指標の作成及び検証に関する調査研究

「改正後の要介護認定の円滑実施に向けた各種ガイドラインの作成」

主任事業者	財団法人 日本公衆衛生協会	理事長	北川 定謙
分担事業者	産業医科大学医学部公衆衛生学教室	教授	松田 晋哉
事業協力者 (執筆者)	社団法人 市川市医師会	会長	土橋 正彦
	社団法人 東京都医師会	理事	玉木 一弘
	社団法人 尾道市医師会	会長	片山 壽
	社団法人 東京都医師会	理事	野中 博
	九州リハビリテーション大学校	教授	橋元 隆
	東京大学医学部附属病院リハビリテーション科	教授	江藤 文夫
	国立長寿医療センター研究所生活機能賦活研究部	部長	大川 弥生
	小倉リハビリテーション病院	院長	浜村 明德
	秋津鴻池病院	理事長	平井 基陽
	霞ヶ関南病院	院長	斉藤 正身