

介護保険における特定疾病診断の手引き

— 第2号被保険者のための —

東京都医師会

はじめに

介護保険につきましては、既にご承知のとおり平成12年4月からの実施が決まり平成11年10月から要支援・要介護認定審査業務がスタートいたします。この介護保険の実施は、私たち医療を携わる者にとっては好むと好まざるにかかわらず避けて通ることが出来ないものです。

東京都医師会では、このことから介護保険制度を円滑に進めるため、東京都が実施した平成8年からの要介護認定等モデル事業に全面的に協力をするとともに、本会独自に会員に対し介護支援専門員指導者養成講座、かかりつけ医意見書の作成並びに研修会、要介護認定等モデル事業説明会、介護認定審査会委員研修会、介護サービス提供事業者説明会等々開催し介護についての知識の普及、啓発を積極的に図ってまいりました。

介護保険では会員の先生方がかかりつけ医意見書の作成、介護認定審査会委員等として係ると思いますが、特にかかりつけ医意見書が被保険者の保険給付（介護サービス）に重要な役割をもつことになります。この保険給付を受けることの出来る被保険者は第1号被保険者（65歳以上）と第2号被保険者（40歳以上65歳未満）とにわけられますが、第2号被保険者は特定疾病を原因とする障害を認定されることにより保険給付対象となります。

今回の「介護保険にかかわる特定疾病診断の手引き」は第2号被保険者が要支援・要介護状態が生じたとき、保険給付を受けることのできる15特定疾病を他に先駆けて解かりやすく解説したものです。各先生方がかかりつけ医意見書の作成、あるいはかかりつけ医として特定疾病にどのように係っていくかの一助となれば幸に存じます。

終わりにこの手引の作成にあたり、ご協力いただきました東京都多摩老人医療センター上田院長はじめ各先生方並びに地域福祉委員会委員に心から感謝申し上げます。

平成11年2月

東京都医師会理事

天 本 宏

「介護保険における特定疾病診断の手引き」の利用法について

平成12年4月より実施される介護保険制度においては対象保険者の年齢により保険給付者の範囲が異なります。65歳以上の第1号被保険者については寝たきりや痴呆などの要介護状態に該当することにより保険給付が行われるのに対して、40歳以上65歳未満の第2号被保険者については、この「手引き」に述べる初老期の痴呆、脳血管障害など老化に起因する15種の疾病により要介護状態が生じた場合に保険給付が行われることとなっています。これらの15の疾病はかかりつけ医にとって必ずしも馴染みのある疾病ばかりではないので、本書において簡潔に「疾患の定義・概念」、「症候・所見のチェックポイント」、「診断に有用な検査」、「鑑別診断」や「患者・家族・介護者への指導」、「在宅でかかりつけ医の注意すること」などを記載し、かかりつけ医の理解に役立つように配慮しました。

なお診断の確定には専門医等への紹介を要する場合が少なくないので、神経系疾患、呼吸器疾患などの診療を専門とする一部の医療機関（国公立病院及び大学病院）のリストを末尾に掲載しましたのでご活用下さい。なお痴呆が疑われる場合には、東京都高齢者施策推進室刊行の小冊子「痴呆が疑われたときに」をご参照下さい。

かかりつけ医の意見書の記入に際してこの手引書の記載が役立つことを願っていますが、各項目の最後に「かかりつけ医意見書の特記事項」の項目を設け、意見書記載に役立つ要点を述べました。また専門医への紹介、問い合わせに際しても、個々の例について特記すべき事項をお問い合わせ頂ければ役立つと考えています。この手引書は東京都多摩老人医療センターの協力を得て作成した試案ではありますが、今後ご使用して頂き、ご意見を頂いて改訂すべき点を改訂してより良い手引きにする努力を続けたいと考えてます。

平成11年2月

東京都医師会地域福祉委員会

(目 次)

1. 初老期の痴呆	ページ
① アルツハイマー病	136
② ピック病	138
③ 脳血管性痴呆	140
④ クロイツフェルトヤコブ病	142
2. 脳血管障害	
① 脳出血	144
② 脳梗塞等	146
3. 筋萎縮性側索硬化症	148
4. パーキンソン病	150
5. 脊髄小脳変性症	152
6. シャイ・ドレーガー症候群	154
7. 糖尿病	
① 糖尿病性腎症	156
② 糖尿病性網膜症	158
③ 糖尿病性神経障害	160
8. 閉塞性動脈硬化症	162
9. 慢性閉塞性肺疾患	
① 肺気腫	164
② 慢性気管支炎	166
③ 気管支喘息	168
④ びまん性汎細気管支炎	170
10. 両側変形膝・股関節症	172
11. 慢性関節リウマチ	174
12. 後縦靱帯骨化症	176
13. 脊柱管狭窄症	178
14. 骨粗鬆症による骨折	180
15. ウェルナー症候群 (成人早老症)	182
16. 難病 (特定疾患) 対応の主な専門医療機関 (国公立・大学病院)	
リスト	184

1. 初老期の痴呆

① アルツハイマー病

1. 定義・疾患の概念

原因不明の変性神経疾患の代表であるアルツハイマー型痴呆のうち、早期発症型（通常65歳以下）をアルツハイマー病という。

次第に進行して、高度な知的機能低下や人格の崩壊に至る疾患である。脳血管性痴呆に比べて発症は緩徐、経過は進行性である。病変は側頭葉・頭頂葉から始まる。麻痺や感覚障害などの局所神経徴候を伴わない。

痴呆には、中核症状と周辺症状がある。中核症状とは、神経細胞死によってもたらせる症状で記憶障害・失語・失行・失認などの欠落症状である。

周辺症状は脳機能が低下する過程において出現する反応性の症状で、妄想・せん妄・不安・焦燥・興奮・不眠などがある。これらのうち介護上の支障になるものを問題行動という。

2. 症候・所見のチェックポイント

(1)初期の主症状は、記憶障害（新しい情報を学習したり、以前に学習した情報を想起する能力の障害）である。また、意欲の低下、物事の整理整頓が困難となり、時間に関する見当識に障害がみられる。対人的配慮はある程度保たれている。

(2)中期には、記憶の保持が短くなり、薬を飲んだことを忘れる。同じものを何回も買ってくるようになる。道に迷ったり衣類の着方が分からなくなる（失行：運動機能が損なわれていないにもかかわらず動作を遂行する能力の障害）。徘徊、せん妄、興奮、奇声などの行動の障害がしばしばみられる。

(3)後期には自分の名前を忘れたり、トイレがわからなくなり、部屋に放尿する。また、失禁状態に陥る。姿勢保持や歩行が困難になり、食事摂取、着衣、排泄、入浴、移動など介助が必要になってくる。

3. 診断に有用な検査

CT、MRI、SPECT（シンガルトン断層法）、脳波検査、PET検査（ホトロン断層法）

4. 鑑別診断

脳血管性痴呆、クロイツフェルト・ヤコブ病、ピック病、パーキンソン病、ハンチントン病、慢性硬膜下血腫、正常圧水頭症、脳腫瘍、甲状腺機能低下症、ビタミンB12 欠乏症、神経梅毒、HIV感染症など。

5. 患者・家族・介護者への指導

- ① 家族に連絡して、アルツハイマー病が疑われることを知らせる。
- ② 介護の計画を家族とともにたてる。

- ③ まず在宅介護サービスの利用を促す。
- ④ 問題行動に対しては、薬物療法（下記）を試みるよう説明する。
- ⑤ 家庭内介護が困難であれば、社会資源の利用法を説明する。

6. 在宅ケアで「かかりつけ医」が注意すること

- ① アルツハイマー病の診断を明確にするため、専門医に紹介する。
- ② アルツハイマー病の詳細な診断には、専門の医療機関に依頼する。
- ③ 専門医から治療の可能性について確認する。
- ④ 痴呆症状自体も治療や介護によって、進行を遅らせる可能性もある。
- ⑤ 痴呆の周辺症状は脳機能が低下する過程において出現する反応性の症状で、妄想・せん妄・不安・焦燥・興奮不眠などがある。
これらのうち介護上の支障になるものを問題行動という。
問題行動に対する具体的な治療法は、基本的には向精神薬の投与が中心となる。しかし、向精神薬は、副作用の出現が極めて高く、問題行動の治療は入院が原則である。

専門医への紹介までのつなぎとして薬物を用いるには、

ドグマチール少量 (30-90 mg) 分3 食後

テトラミド (10-30 mg) 分1 夕方

などが無難である。

- ⑥ 予後を予測するには、心理検査のほか、画像診断などを加えて検討すれば、現在の痴呆の段階と今後の進行の予測がある程度可能である。これらのことを専門家に依頼し、その結果をもとに介護計画を立てる。
- ⑦ 不慣れな介護者には、在宅介護サービスを積極的に受けさせる。
- ⑧ 身体症状を放置しない。
- ⑨ 在宅介護が困難な場合は、入院や施設入所を速やかに検討する。

7. かかりつけ医 意見書の特記事項について

- ① 痴呆のある場合には認められる状態の項目をチェックし、その問題行動の内容が理解できるように具体的に明記するとよい。

なお東京都高齢者施策推進室刊行の「痴呆が疑われたときに」をも参照下さい。

② ピック病

1. 定義・疾患の概念

ピック病は初老期（40～60歳）に痴呆をきたす稀な変性疾患の一つで、前頭葉および側頭葉を中心とした萎縮を示し、神経細胞内にピック嗜銀球がみられる。

痴呆には、中核症状と周辺症状がある。中核症状とは、神経細胞死によってもたらされる症状で、記憶障害・失語・失行・失認などの欠落症状である。周辺症状は脳機能が低下する過程において出現する反応性の症状で、妄想・せん妄・不安・焦燥・興奮・不眠などがある。これらのうち介護上の支障になるものを問題行動という。

2. 症候・所見のチェックポイント

アルツハイマー病とピック病との違いは、アルツハイマー病は早期に記憶障害が出現するのに対して、ピック病では、早期に人格変化や情動障害が出現するのが特徴的である。

ゆっくりと進行し、初期症状として人格の変化や注意力の障害が特徴的で、感情は冷たく、欲動の抑制が欠如する。

不安、不機嫌、盗みやその他の脱線行為、反社会的な行為もみられる。

運動機能は比較的良好に保たれており、動作は敏捷であるが、言語面では早期から障害され、前にしゃべった言葉が反復される保続や自発語の減少、健忘失語の症状がみられる。

病気は進行性で末期には寝たきりの状態になり、失禁状態を呈し、無言・無動となり、四肢の筋剛直をきたす。

3. 診断に有用な検査

CT、MRI、SFECT、脳波検査、PET

4. 鑑別診断

アルツハイマー病、クロイツフェルト・ヤコブ病、正常圧水頭症、パーキンソン病、ハンチントン病、甲状腺機能低下症、脳腫瘍、ビタミンB12 欠乏症、HIV脳症など

5. 患者・家族・介護者への指導

- ① 家族に連絡して、ピック病が疑われることを知らせる。
- ② 介護の計画を家族とともにたてる。
- ③ まず在宅介護サービスの利用を促す。
- ④ 問題行動に対しては、薬物療法（下記）を試みるよう説明する。
- ⑤ 家庭内介護が困難であれば、社会資源の利用法を説明する。

6. 在宅ケアで「かかりつけ医」が注意すること

- ① ピック病の診断を明確にするため、専門医に紹介する。
- ② ピック病の詳細な診断には、専門の医療機関に紹介する。
- ③ 専門医から治療の可能性について確認する。
- ④ 痴呆症状自体も治療や介護によって、進行を遅らせる可能性もある。
- ⑤ 痴呆の周辺症状は脳機能が低下する過程において出現する反応性の症状で、妄想・せん妄・不安・焦燥・興奮不眠などがある。

これらのうち介護上の支障になるものを問題行動という。

問題行動に対する具体的な治療法は、基本的には向精神薬の投与が中心となる。しかし、向精神薬は、副作用の出現が極めて高く、問題行動の治療は入院が原則である。

専門医への紹介までのつなぎとして薬物を用いるには、

ドグマチール少量 (30-90 mg) 分3 食後

テトラミド (10-30 mg) 分1 夕方

などが無難である。

- ⑥ 予後を予測するには、心理検査のほか、画像診断などを加えて検討すれば、現在の痴呆の段階と今後の進行の予測がある程度可能である。これらのことを専門家に依頼し、その結果をもとに介護計画をたてる。
- ⑦ 不慣れな介護者には、在宅介護サービスを積極的に受けさせる。
- ⑧ 身体症状を放置しない。
- ⑨ 在宅介護が困難な場合は、入院や施設入所を速やかに検討する。

7. かかりつけ医 意見書の特記事項について

- ① 痴呆のある場合には認められる状態の項目をチェックし、その問題行動の内容が理解できるように具体的に明記するとよい。

③ 脳血管性痴呆

1. 定義・疾患の概念

脳血管性痴呆とは、脳の血管病変により痴呆をきたす病態をいう。

発症はアルツハイマー型老年痴呆に比較して急速である。大部分は脳梗塞により脳に広範な障害を起こすことにより生じる。

痴呆には、中核症状と周辺症状がある。中核症状とは、神経細胞死によってもたらされる症状で、記憶障害・失語・失行・失認などの欠落症状である。

周辺症状は脳機能が低下する過程において出現する反応性の症状で、妄想・せん妄・不安・焦燥・興奮・不眠などである。これらのうち介護上の支障になるものを問題行動という。

2. 症候・所見のチェックポイント

初発症状として、物忘れで始まることが多い。深部腱反射の亢進、足底反射、仮性球麻痺、歩行異常、言語障害、片麻痺などの局所神経徴候を伴いやすい。一般に、記憶障害はかなりあっても判断力は保持されており、人格の崩壊は認められない、いわゆる“まだら痴呆”が本症ではみられる。

3. 診断に有用な検査

MRI、MRA、SPECT、脳波

4. 鑑別診断

脳血管性痴呆、クロイツフェルト・ヤコブ病、ピック病、パーキンソン病、ハンチントン病、慢性硬膜下血腫、正常圧水頭症、脳腫瘍、甲状腺機能低下症、ビタミンB12欠乏症、葉酸欠乏症、ニコチン酸欠乏症、高カルシウム血症、神経梅毒、HIV感染症

5. 患者・家族・介護者への指導

- ① 家族に連絡して、血管性痴呆が疑われることを知らせる。
- ② 介護の計画を家族とともにたてる。
- ③ まず在宅介護サービスの利用を促す。
- ④ 問題行動に対しては、薬物療法（下記）を試みるよう説明する。
- ⑤ 家庭内介護が困難であれば、社会資源の利用法を説明する。

6. 在宅ケアで「かかりつけ医」が注意すること

- ① 脳血管性痴呆の診断を明確にするため、専門医に紹介する。
- ② 脳血管性痴呆の詳細な診断には、専門の医療機関に紹介する。
- ③ 専門医から治療の可能性について確認する。
- ④ 痴呆症状自体も治療や介護によって、進行を遅らせる可能性もある。
- ⑤ 痴呆の周辺症状は脳機能が低下する過程においては出現する反応性の症状

で、妄想・せん妄・不安・焦燥・興奮不眠などがある。

これらのうち介護上の支障になるものを問題行動という。

問題行動に対する具体的な治療法は、基本的には向精神薬の投与が中心となる。しかし、向精神薬は、副作用の出現が極めて高く、問題行動の治療は入院が原則である。

専門医への紹介までのつなぎとして薬物を用いるには、

ドグマチール少量 (30-90 mg) 分3 食後

テトラミド (10-30 mg) 分1 夕方

などが無難である。

- ⑥ 予後を予測するには、心理検査のほか、画像診断などを加えて検討すれば、現在の痴呆の段階と今後の進行の予測がある程度可能である。これらのことを専門家に依頼し、その結果をもとに介護計画をたてる。
- ⑦ 不慣れな介護者には、在宅介護サービスを積極的に受けさせる。
- ⑧ 身体症状を放置しない。
- ⑨ 在宅介護が困難な場合は、入院や施設入所を速やかに検討する。

7. かかりつけ医 意見書の特記事項について

- ① 痴呆のある場合には認められる状態の項目をチェックし、その問題行動の内容が理解できるように具体的に明記するとよい。

④ クロイツフェルト・ヤコブ病 (CJD)

1. 定義・疾患の概念

プリオン（ウイルスより微小な核酸を持たない病原体蛋白）によって起こる病気で、散発例ではプリオン蛋白遺伝子の異常はみられず、外部から感染型プリオン蛋白が進入し、正常型プリオン蛋白が感染型プリオン蛋白に変わり発病する。遺伝例ではプリオン蛋白遺伝子に変異が発見されている。硬膜移植例での発病や感染牛に関連する発病が疑われる例もみられる。

2. 症候・所見のチェックポイント

(1)第1期

初発症状は記憶・記名力低下、計算力低下、失見当識、歩行障害、性格変化、めまい感がみられる。

(2)第2期

発病より数カ月以内に情動障害、進行性の痴呆、妄想、失行がみられ、腱反射亢進、病的反射陽性、構音障害、嚥下障害、ミオクローヌスが出現する。光や刺激に対して、全身痙攣がみられることもある。

(3)第3期

起立・歩行障害、無動、無言状態となる。予後は不良で、肺炎、褥瘡の合併症を起こしやすく、1～2年で全身衰弱、呼吸麻痺などで死亡する。

3. 診断に有用な検査

脳波検査（周期性同期性放電PSDをみる）、大脳誘発電位、頭部CT、MRI、SPECT、PET

4. 鑑別診断

アルツハイマー型痴呆、脳血管性痴呆、エイズ脳症、ヘルペス脳炎、脊髄小脳変性症、代謝性脳症、パーキンソン痴呆症候群、悪性リンパ腫、梅毒

5. 患者・家族・介護者への指導

① 診断名、治療、予後、合併症について説明を行う。

現在は、まだ特異的な治療法がなく対症療法が主体であり、進行性で予後不良であることを説明する。

② 家族には自宅療養は難しく入院が必要であることを説明する。

③ 特に介護者には、経気道・経口感染での発症は見られないことを十分に説明し、患者の尿・便・汗・唾液・喀痰などからの感染もほとんどないことを説明する。なお、患者の血液にふれた場合は、石鹼でよく洗うように指導する。

④ 着衣、寝具類の家庭内での洗濯は通常の方法で可能であることを説明する。

6. 在宅ケアで「かかりつけ医」が注意すること

- ① クロイツフェルト・ヤコブ病の疑いがある場合には、精密検査を受ける必要があることを説明し、専門医療機関を紹介する。
- ② 多彩な精神・神経症状のみられる時には入院をすすめる。
- ③ 患者に使用する注射針は使い捨てにし、取り扱いに注意すること。特に針刺し事故を起こさないように細心の注意を払うこと。
医療器材はできるだけデイスポーザブルのものを使用する。
- ④ 厚生省特定疾患治療研究事業により指定されており、医療費の助成が受けられる。特殊疾病医療費助成申請用の診断書を保健所に提出する。

7. かかりつけ医 意見書の特記事項について

- ① 急速に進行する痴呆症状、運動障害のため発症後2～3ヶ月の間に寝たきりになることが多い。両上肢を屈曲、両下肢を伸展した除皮質硬直や四肢を屈曲した姿勢をとり、無言無動となり、僅かに眼球運動が認められる失外套(とう)症候群の状態を示す、このような状態が見られる場合には、具体的に明記する。
- ② 痴呆のある場合には、認められる項目をチェックし、その問題行動の内容が理解できるように具体的に明記する。

2. 脳血管障害

① 脳出血

1. 定義・疾患の概念

一般に高血圧が原因となり血管壊死や小動脈瘤形成などの血管病変を起こし、脳血管が破れて出血を起こす。

2. 症候・所見のチェックポイント

発症状況と経過は一般に頭痛、悪心、嘔吐をもって始まり、しだいに意識障害が進み、昏睡状態になる場合もある。高血圧を有する人で、日常活動時に発症することが多く、仕事、食事、用便、外出、入浴時などに起こる。

症状が急激に起こり数時間で症状が完成する。

半身の片麻痺を起こすことが多く、感覚障害、失語症、失認、失行、視野障害などがみられる。

意識障害の強い場合は、脳幹部出血や広範な大脳出血に伴う脳室穿破を疑う。季節的には、冬期に多くみられる。

3. 診断に有用な検査

X線CTは出血の存在を正確に診断できる。その他MRI、脳血管撮影、SPECT、脳波検査、PETを行う。

4. 鑑別診断

脳梗塞、くも膜下出血、慢性硬膜下血腫、脳腫瘍、てんかん重積状態、髄膜炎、代謝障害など

5. 患者・家族・介護者への指導

- ① 診断名、投薬内容、予後、合併症について十分説明を行う。
- ② 塩分制限と糖質・脂肪の摂取過剰を避け、適度な運動を指導する。
- ③ 生活上の注意として急激な温度変化、多量の飲酒、喫煙、過度な疲労やストレスを避けるように指導する。
- ④ 嚥下障害、意識状態の低下、四肢の血行障害、けいれん、褥瘡などがみられる時には、速やかに「かかりつけ医」に連絡するように指導する。

6. 在宅ケアで「かかりつけ医」が注意すること

- ① 高血圧のコントロールが重要である。
- ② 言語障害には、早期リハビリテーションを開始し、歩行障害には、日常生活動作の指導、環境面の整備、デイケアやデイサービスの利用を考え、寝たきりにならないように指導する。嚥下困難には、誤嚥による肺炎などの合併症に注意し、必要に応じて経管栄養などの必要性を説明する。尿失禁には、薬物治療、排泄器具などを考える。うつ状態が疑われる場合、せん

- 妄がみられる場合、痴呆が疑われる場合は、早めに専門医へ紹介をする。
- ③ 睡眠薬を処方する場合には、夜間や早朝、起立性低血圧を起こす結果、めまいをおこし、転倒して大腿頸部骨折や頭部外傷などを起こすケースが多くみられるので注意する。

7. かかりつけ医 意見書の特記事項について

- ① 嚥下障害患者は分泌物や食物を気道に吸引し致命的となりやすい。栄養補給方法として、栄養チューブを経鼻的に行われるが、不快であり、鼻孔の圧迫壊死を生じ、誤嚥のもととなる。その点胃瘻の管理は簡単であり、介護者の負担も少なくなる。
現在鼻腔チューブか胃瘻による栄養補給かを具体的に書くと良い。
- ② 脳出血後遺症による廃用性症候群の予防のため、周囲の理解と支援が必要であることを記入する。
- ③ 大脳の両側性障害では、痙性四肢麻痺となり、上肢は屈曲し、四肢は伸展位を取り、いわゆる除皮質硬直を示す。中脳の障害では、四肢全体は痙性となり、上肢下肢ともに伸展位をとる。また、両側性の脳障害により、発語、嚥下が障害され、いわゆる仮性球麻痺を示すので、このような状態がみられる場合には、具体的に書くとよい。

② 脳梗塞

1. 定義・疾患の概念

脳梗塞は三つのサブタイプに分類される。

(1)アテローム血栓性脳梗塞

アテローム硬化により生じた血管病変が徐々に進行し、狭窄・閉塞が原因となり脳動脈を閉塞する。

(2)心原性脳塞栓症

心弁膜疾患、心房細動または心筋梗塞等により生じた心内壁在血栓が栓子となり、主幹脳動脈を突然閉塞する。

(3)ラクナ梗塞

高血圧などが関係する穿通枝動脈の細小動脈硬化が原因となり細小動脈を閉塞する小さな梗塞である。

2. 症候・所見のチェックポイント

発症状況、経過、症状を詳しく聞くことが重要である。発症状況と経過は、アテローム血栓性脳梗塞やラクナ梗塞では、夜間安静時に発症し起床時に気が付かれ、症状が徐々に完成することが多く、心原性脳塞栓症では、日中活動時に突発的に発症し症状が完成することが多い。

症状は、片麻痺が多く、半身のしびれ（感覚障害）、失語症、精神障害、視力障害などがみられる。意識障害の強い場合には、心原性脳塞栓症や脳底動脈閉塞症を疑う。ラクナ梗塞では意識障害はほとんどない。

3. 診断に有用な検査

X線CTはすばやく情報を得るのに有用であるが、発作直後（数時間以内）や障害部位によっては、限界がある。その欠点を補う diffusion MRI（拡散強調画像）は、急性期の正確な診断を可能にする。DSA（デジタルサブトラクション血管造影）、SPECT、PET などを用いて診断する。

4. 鑑別診断

脳出血、脳腫瘍、慢性硬膜下血腫、てんかん など

5. 患者・家族・介護者への指導

- ① 診断名、投薬内容、予後、合併症について十分説明を行う。
- ② 塩分制限と糖質・脂肪の過剰な摂取を避け、適度な運動を指導する。
- ③ 生活上の注意として急激な温度変化、多量の飲酒、喫煙、過度な疲労やストレスを避ける。また脱水を起こさないように指導する。
- ④ 嚥下障害、意識状態の低下、四肢の血行障害、けいれん、褥瘡などがみられる時には、速やかに「かかりつけ医」に連絡するように指導する。

6. 在宅ケアで「かかりつけ医」が注意すること

- ① 高血圧の管理で、わずかな血圧降下で脳の虚血症状を起こすので注意する。
- ② 言語障害には、早期リハビリテーションを開始し、歩行障害には、日常生活動作の指導、環境面の整備、デイケアやデイサービスの利用を指導し、寝たきりを作らないための予防する。嚥下困難には、誤嚥による肺炎などの合併症に注意し、必要に応じて経管栄養などの必要性を説明する。尿失禁には、薬物治療、排泄器具などを考える。うつ状態が疑われる場合、せん妄がみられる場合、痴呆が疑われる場合は、早めに専門医へ紹介する。
- ③ 抗血小板薬を使用する場合、パナルジンは顆粒球減少症や肝障害を起こす可能性があるので、肝機能検査を行う。アスピリンは胃腸症状を起こす可能性があるので注意する。

7. かかりつけ医 意見書の特記事項について

- ① 嚥下障害患者は分泌物や食物を気道に吸引し致命的となりやすい。栄養補給方法として、栄養チューブを経鼻的に行われるが、不快であり、鼻孔の圧迫壊死を生じ、誤嚥のもととなる。その点胃瘻の管理は簡単であり、介護者の負担も少なくなる。
現在鼻腔チューブか胃瘻による栄養補給かを具体的に書くと良い。
- ② 脳梗塞後遺症による廃用性症候群の予防のため、周囲の理解と支援が必要であることを記入する。
- ③ 大脳の両側性障害では、痙性四肢麻痺となり、上肢は屈曲し、下肢は伸展位をとり、いわゆる除皮質硬直を示す。中脳の障害では、四肢全体が痙性となり、上肢下肢ともに伸展位をとる。また、両側性の脳障害により、発語、嚥下が障害され、いわゆる仮性球麻痺を示すので、このような状態が見られる場合には、具体的に書くと良い。

3. 筋萎縮性側索硬化症

1. 定義・疾患の概念

随意運動だけが進行性に出来なくなっていく疾患。脳及び脊髄の運動神経のみが侵され、感覚神経や自律神経など、他の系統の神経は侵されない。

2. 症候・所見のチェックポイント

筋萎縮・筋力低下、球麻痺、筋肉の線維束性収縮、錐体路症状を認める。それに反して感覚障害、眼球運動障害、膀胱直腸障害、褥瘡は、原則として末期まで認めない。

3. 診断に有用な検査

針筋電図、末梢神経伝導速度、感覚神経誘発電位、脊髄MRI、脊髄液検査

4. 鑑別診断

脊髄性筋萎縮症（筋萎縮と筋力低下）

原発性側索硬化症（深部反射亢進、病的反射陽性）

球脊髄性筋萎縮症（球麻痺症状と四肢・顔面筋の筋萎縮、筋力低下）

慢性炎症性脱髄性多発ニューロパチー（四肢の筋力低下と感覚異常）

多巣性運動性多発ニューロパチー（左右対称性の四肢遠位優位の運動神経障害）

シャルコー・マリー・トウース病（四肢末梢に局限した筋萎縮と筋力低下）

ポリオ後筋萎縮症候群

平山病（若年性一側上肢筋萎縮症）

慢性甲状腺機能亢進症

このほかにも、病初期には、頸椎症、脊髄腫瘍など

5. 患者・家族・介護者への指導

- ① 患者が病気に対する正しい知識を持ち、適切な療養生活を続けられるように指導する。
- ② 身の回りの自立と、自ら積極的に生活するように指導する。
- ③ 廃用性の機能低下の予防のため、残された運動機能の維持に努める。
- ④ 職業は可能であれば、継続する。なお、過重な労働を避ける。
- ⑤ ADLが低下し、介助が必要になった時には、家庭での介護・公的サービスの受け入れを指導する。

6. 在宅ケアで「かかりつけ医」が注意すること

- ① 患者に病気に対する十分な説明を指導を行うことが重要である。
- ② 患者の精神的動揺をできるだけ少なくするように指導する。
- ③ 嚥下障害に対しては、食事の工夫が必要であり、頻回に誤嚥するようであれば、患者を説得して経管栄養の指導を行う。

- ④ 呼吸困難に対しては、前もって家族と話し合いをして一定の方針を決めておき、突然の呼吸困難に対して、人工呼吸器の使用について方針が伝わるように家族に紹介状を渡すようにする。
- ⑤ 厚生省特定疾患治療研究事業により指定されており、医療費の補助が受けられる。特殊疾病医療費助成申請用の診断書を保健所に提出する。
- ⑥ 有効な治療法はまだないが、日常生活を不自由なく行えるように指導する。
- ⑦ 以下の状況をみる場合には病院への入院をすすめる。

本人の入院の希望があり、

- 1. 確定診断のついていない場合
- 2. 呼吸困難に陥った場合
- 3. 合併症（肺炎など）の治療が必要な場合
- 4. 介護者が介護困難に陥った場合
(専門医療機関のリストを巻末に示す)

7. かかりつけ医 意見書の特記事項について

- ① 診断確定の時期や進行の速度を具体的に書くと良い。
- ② 病名告知の有無や人工呼吸器装着の希望の有無を書く。

4. パーキンソン病

1. 定義・疾患の概念

40歳以後、特に50～60歳代に発症。振戦、筋強剛、動作緩慢、姿勢反射障害などの症状を呈す進行性疾患。症状はパーキンソン病治療薬に反応して、症状が改善、または消失する。黒質線状体における dopamine 性神経細胞の変性により発症するとされている。

2. 症候・所見のチェックポイント

- (1) 振戦
 - (2) 筋強剛（固縮）
 - (3) 動作緩慢
 - (4) 姿勢反射障害
 - (5) その他の症状（自律神経障害、突進現象、歩行障害、精神症状、他）
- 病気の進行と重症度に Yahr(ヤール) の重症度分類がよく用いられる。

パーキンソニズムの重症度に関する Yahr の分類

Stage I	症状が一側性で、機能的障害はないかあっても軽微。
Stage II	両側性の障害があるが、姿勢保持の障害はない。日常生活、職業は多少の障害はあるが行い得る。
Stage III	立ち直り反射 righting reflexに障害がみられる。活動はある程度制限されるが職種によっては仕事が可能であり機能的障害が軽ないし中等度だが、まだ誰にも頼らず1人で生活が可能である。
Stage IV	重篤な機能障害を呈し、自力のみによる生活は困難となるが、まだ支えられずに立つこと、歩くことはどうか可能である。
Stage V	立つことも不可能で、介助なしにはベッドまたは車椅子につきっきりの生活を強いられる。

3. 診断に有用な検査

脳CT・MRI。SPECT・PET。電気生理学的検査、血液・尿・血清検査、髄液検査。SPECT・PETを除くこれらの検査に特異な異常所見は認めない。抗パーキンソン病治療薬に効果があることが重要。

4. 鑑別診断

症候性パーキンソニズム（臨床的にパーキンソン病のような症状を呈するもの）；①血管障害性、②脳炎後、③薬剤性、④中毒性、⑤脳腫瘍による、⑥正常圧水頭症

脳変性疾患；①線条体黒質変性症、②オリブ橋小脳萎縮症、③シャイ・ドレーガー症候群、④皮質基底核変性症、⑤進行性核上性麻痺、⑥大脳基底核石

炭化症、⑦パーキンソニズム痴呆症候群、⑧びまん性レビー小体病、⑨アルツハイマー病、⑩ピック病など

脳代謝性疾患；①ウイルソン病

5. 患者・家族・介護者への指導

- ① 患者が病気に対する正しい知識を持ち、適切な療養生活を続けられるように指導する。
- ② 薬剤療法の理解に努め、正しく服薬するよう指導する。
- ③ 身の回りの自立と、自ら積極的に生活するように指導する。
- ④ 廃用性の機能低下の予防のため、残された運動機能の維持に努める。
- ⑤ 職業は可能であれば、継続する。なお、過重な労働は避ける。
- ⑥ 下肢のむくみ（浮腫）については日中起きてじっと座っていると夕方には下肢のはれがひどくなる。改善するためには下肢の運動を行うことが必要であると指導する。運動の必要性を理解し、転倒などに注意して歩行（散歩）に努める。
- ⑦ ADLが低下し、介助は必要になった時には、家庭での介護・公的サービスの受け入れを指導する。
- ⑧ 便秘はLドパの吸収を妨げ効果を弱める可能性があるので、ひどい便秘は下剤などで治療する必要がある。
- ⑨ Lドパを長期間服用している患者で症状の日内変動の強い場合には、脳内へのLドパの取り込みをよくするため朝食、昼食に低蛋白食を試みることがある。

6. 在宅ケアで「かかりつけ医」が注意すること

- ① 患者に病気に対する十分な説明と指導を行うことが重要である。
- ② 厚生省特定疾患治療研究事業により指定されており、医療費の助成が受けられる。特殊疾病医療費助成申請用の診断書を保健所に提出する。
- ③ 褥瘡の早期発見、早期治療が大切である。
- ④ 薬剤の副作用によるパーキンソニズムとの鑑別に注意する。
- ⑤ 以下の状況をみる場合には病院への入院をすすめる。

本人の入院の希望があり、

1. 確定診断のついていない場合
2. 急速に著しくADLが低下するなど薬効が不安定になった場合
3. 治療により、幻覚妄想等のコントロール困難な副作用の出現した場合
4. 合併症（肺炎など）の治療が必要な場合
(専門医療機関のリストを巻末に示す)

7. かかりつけ医 意見書の特記事項について

- ① 診断確定の時期や進行の速度を具体的に書くと良い。
- ② 治療内容・薬効を詳しく書く。
- ③ 合併症、特に起立性低血圧、便秘、幻覚妄想、痴呆等の有無が問題となる。

5. 脊髄小脳変性症

1. 定義・疾患の概念

大部分は遺伝性ないし家族性に発病し、慢性進行性に経過する。小脳及びそれに関連する神経路（オリーブ核、橋など）の変性を主体とする原因不明の変性疾患の総称。

2. 症候・所見のチェックポイント

初発症状は歩行のふらつき（歩行失調）が多い。非常にゆっくりと進行。病型により筋萎縮や不随意運動、自律神経症状などで始まる。最終的には能動的座位が不可能となり、寝たきり状態になる。

3. 診断に有用な検査

脳CT・MRI、脳波検査、末梢神経伝導速度検査。

一部の疾患については末梢血液の遺伝子診断が可能。

4. 鑑別診断

アルコール中毒、亜急性脊髄連合変性症（ビタミンB₁₂欠乏により生じる）、がんに伴う遠隔作用、脳幹脳炎、多発性硬化症、小脳腫瘍、頭蓋底陥入症、肝性脳症

5. 患者・家族・介護者への指導

- ① 患者が病気に対する正しい知識を持ち、適切な療養生活を続けられるように指導する。
- ② 転倒に注意し、身の回りの自立と、自ら積極的に生活するように指導する。
- ③ 廃用性の機能低下の予防するため、運動機能の維持に努める。
- ④ ADLが低下し、介助が必要になった時には、家庭での介護・サービスの受け入れを指導する。
- ⑤ 禁煙・禁酒を指導する。なお、コーヒー・紅茶は摂取して良いと指導する。

6. 在宅ケアで「かかりつけ医」が注意すること

- ① 患者に病気に対する十分な説明と指導を行うことが重要である。
- ② 患者の精神的動揺をできるだけ少なくするように指導する。
- ③ 起立性低血圧に対しては、下肢に弾性包帯を試みるように指導を行う。
- ④ 厚生省特定疾患治療研究事業により指定されており、医療費の補助が受けられる。特殊疾病医療費助成申請用の診断書を保健所に提出する。
- ⑤ 有効な治療法はまだないが、日常生活を不自由なく行えるように指導する。
- ⑥ 以下の状況をみる場合には病院への入院をすすめる。

本人の入院の希望があり、

1. 確定診断のついていない場合

2. 合併症（肺炎など）の治療が必要な場合
3. 介護者が介護困難に陥った場合
（専門医療機関のリストを巻末に示す）

7. かかりつけ医 意見書の特記事項について

- ① 診断確定の時期や進行の速度を具体的に書くと良い。
- ② 合併症、特に痴呆等の有無が問題となる。
- ③ 病名告知の有無や人工呼吸器装着の希望の有無を記入する。

6. シャイ・ドレーガー症候群

1. 定義・疾患の概念

自律神経系の変性を主体とする非遺伝性の疾患で慢性、進行性の経過を示す。病理学的に、自律神経以外に、小脳、錐体外路、脊髓前角などの多系統の変性を伴うため、多系統萎縮症ということもある。

2. 症候・所見のチェックポイント

起立性低血圧による立ちくらみや失神、排尿困難、尿失禁、便秘、インポテンツ、発汗異常などの自律神経障害を呈する。進行により、小脳症状、パーキンソン症状、筋萎縮などや睡眠時無呼吸発作などを生じる。

3. 診断に有用な検査

脳MRI検査、シェロング検査（受動的立位に伴う血圧変化）

4. 鑑別診断

オリブ橋小脳萎縮症、線条体黒質変性症。

病初期に、シャイ・ドレーガー症候群は自律神経系症状、オリブ橋小脳萎縮症では小脳症状、線条体黒質変性症ではパーキンソン症状を中心とするが、病気が進行してくると、シャイ・ドレーガー症候群においても自律神経症状、小脳症状、パーキンソン症状の全てが見られる。

5. 患者・家族・介護者への指導

- ① 患者が病気に対する正しい知識を持ち、適切な療養生活を続けられるように指導する。
- ② 起立性低血圧に対して臥位から急に起きあがらないように指導する。
廃用性の機能低下の予防のため、運動機能の維持を指導する。
- ③ 発汗障害に対しては夏の暑いときには、涼しい環境を整えるように指導する。
- ④ 廃用性の機能低下の予防のため、残された運動機能の維持に努める。
- ⑤ ADLが低下し、介助が必要になった時には、家庭での介護・公的サービスの受け入れを指導する。

6. 在宅ケアで「かかりつけ医」が注意すること

- ① 患者に病気に対する十分な説明と指導を行うことが重要である。
- ② 起立性低血圧に対しては、失神、立ちくらみを呈することを説明する。
現在下肢の弾性包帯や薬物治療が試みられている。
- ③ 排尿障害に対しては、尿路感染に注意する。尿閉時には導尿を行う。
- ④ 薬物治療は、起立性低血圧に対して行われている。
- ⑤ 呼吸器感染や褥瘡などの合併症に注意する。

⑥ 厚生省特定疾患治療研究事業により指定されており、医療費の助成が受けられる。特殊疾病医療費助成申請用の診断書を保健所に提出する。

⑦ 以下の状況をみる場合には病院への入院をすすめる。

本人の入院の希望があり、

1. 確定診断のついていない場合
2. 呼吸困難に陥った場合。(特に睡眠時無呼吸が生じてきた場合)
3. 合併症(肺炎など)の治療が必要な場合
4. 介護者が介護困難に陥った場合

7. かかりつけ医 意見書の特記事項について

- ① 診断確定の時期や進行の速度を具体的に書くと良い。
- ② 治療への反応性や合併症について詳しく書く。
- ③ 病名告知の有無や人工呼吸器装着の希望の有無を記入する。

7. 糖尿病

① 糖尿病性腎症

1. 定義・疾患の概念

長い(15～20年)糖尿病の経過のなかで、徐々に腎障害が進展する疾患である。糖尿病の三大合併症(糖尿病性腎症、糖尿病性網膜症、糖尿病性神経障害)の代表である。近年、糖尿病性腎症を基礎疾患とする透析患者の著しい増加がみられる。2000年頃には透析患者数は約20万人、平均年齢は60歳で、新規透析導入の40%近い人が糖尿病性腎症を基礎疾患とすることが予想される。

なお、糖尿病による透析患者はに視力障害、閉塞性動脈障害、糖尿病性壊疽などの合併症も多くみられる。

2. 症候・所見のチェックポイント

糖尿病の罹病期間が長いこと。糖尿病に伴う蛋白尿を呈する。また、高血圧と浮腫を伴う腎機能障害を認める。

3. 診断に有用な検査

糖尿病の診断は容易である。糖尿病性腎症の診断は検尿だけでも十分といえる。早期診断には、糖尿病の検査と尿中微量アルブミンの測定が有用である。しかし、腎障害の進行した例では、すでに大量の蛋白尿が出現しており、低蛋白血症、浮腫、ネフローゼ症候群を呈している場合が多い。すでに、腎不全の状態、血中尿素窒素、クレアチニンの上昇もみとめ、腎性貧血も合併していることが多い。糖尿病の罹病期間が長く、視力障害を有する例が多い。

4. 鑑別診断

糖尿病以外のネフローゼ症候群、慢性腎炎、腎硬化症など。

5. 患者・家族・介護者への指導

透析療法には血液透析(HD)と腹膜透析(CAPD)の二つの方法があることを説明する。

血液透析の場合、原則として週3回の透析施設への通院が必要になる。

腹膜透析では、一日3～4回のバック交換の必要がある。

6. 在宅ケアで「かかりつけ医」が注意すること

① 糖尿病は、全身疾患であり腎症をきたしている場合、他の合併症にも注意すること。

② 多くの場合、入院施設を持たない施設で、血液透析を施行している場合が多く、入院が必要な際に、入院できる病院との病診連携、あるいは介護する人の休養のための施設、透析の送迎のための人手を確保しておくことも

必要である。

7. かかりつけ医 意見書の特記事項について

日常生活（ADL）に支障をきたす網膜症による視力障害と自律神経・末梢循環障害による糖尿病性壊疽に格別の注意が必要である。また、自律神経障害による血圧の変動が激しく、起立時・入浴時などに血圧が急に低下することも多いことを考慮しておく必要がある。

② 糖尿病性網膜症

1. 定義・疾患の概念

糖尿病の3大眼合併症（網膜症、白内障、眼筋麻痺）の一つで、毛細血管系にはじまる網膜血管の閉塞性病変である。網膜症の進行状況に伴い、単純期、前増殖期、増殖期に分類する。

2. 症候・所見のチェックポイント

主な症状は視力低下だが、末期まで視力が保たれる事もあり、自覚症にたよると手遅れになりやすい。その他飛蚊症を訴えることもある。

(1)単純期

網膜毛細血管壁の変性や透過性亢進による変化が認められる。すなわち毛細血管瘤、網膜出血、硬性白斑、網膜浮腫、毛細血管の微小血栓形成、静脈拡張等である。

(2)前増殖期

単純期の微小血栓形成に引き続き毛細血管床の閉塞（無血管帯）が生じ、網膜が低酸素になった状態。綿花状白斑、静脈の異常（口径不同、数珠状、ループ形成等）、細動脈異常（狭細化、閉塞、白鞘形成等）、無血管帯に隣接した細動静脈の吻合物等が認められる。

(3)増殖期

持続性酸素不足の結果、新生血管が網膜や乳頭上に生じた段階。新生血管の血管壁は不完全で容易に出血し、硝子体出血となる。硝子体出血により硝子体の変性が進行し、収縮、牽引による網膜剝離が起きる。また虹彩表面に新生血管を生じると、新生血管緑内障を起こす。

3. 診断に有用な検査

視力検査、眼圧検査、眼底検査。また必要に応じて蛍光眼底検査を行う。

4. 鑑別診断

眼底出血をきたす高血圧性網膜症、腎性網膜症などとの鑑別が必要である。

5. 患者・家族・介護者への指導

- ① まず眼科を受診させる：糖尿病性網膜症は、末期まで視力低下などの自覚症状がでにくく、本人が「見にくくなった」と感じたときには、手遅れのことにも珍しくない。かかりつけ医の重要な役割は、糖尿病と診断したら必ず眼科を受診させることである。
- ② 眼科受診を継続させる：網膜症の状態により受診間隔は様々であり、よく見えている間は定期受診がつい疎かになりがちなので、糖尿病手帳を患者に渡し、眼科の検査結果も記入してもらうなど定期的に眼科受診をさせる。
- ③ 眼科治療を継続させる：前増殖期以降の網膜症でレーザー治療が開始にな

るとレーザーが嫌とか、レーザー後かえって見にくくなったなどといういろいろな理由をつけて眼科受診を中断する人がいる。ぜひ治療継続を勧めると共に家族にも眼科医の説明を聞くように勧める。前増殖期・増殖期と進行する人には血糖コントロールの悪い人が多く、家族にも失明について説明し食事などの協力を得る。

6. 在宅ケアで「かかりつけ医」が注意すること

- ① 血糖のコントロールをする：糖尿病性網膜症の治療の基本は血糖コントロールである。最良の治療は血糖のコントロールであることを本人、家族に周知させる。
- ② 前増殖期以降の高血糖はゆっくりさげる：前増殖期や、増殖期で高血糖を急にさげると網膜症が一気に進行することがある。高血糖は、緩徐に（目安はHbA_{1c}で1ヶ月で1%）下げることにする。
- ③ 糖尿病手帳の活用：網膜症の経過をみるとき血糖やHbA_{1c}の情報は大切である。またかかりつけ医も網膜症についての把握が必要であるので、受診時には手帳を持参させ、定期的に記入してお互いの連携に努める。

7. かかりつけ医 意見書の特記事項について

- ① 右眼及び左眼の見え方は悪くなっていないか
 - ② 飛蚊症は増加しているか
 - ③ 物がゆがんで見えないか
- などの自覚症状を聞き出すことが必要である。

③ 糖尿病性神経障害

1. 定義・疾患の概念

糖尿病の合併症の一つ。細小血管の障害による。比較的早期から認められ、併発頻度が高い。

2. 症候・所見のチェックポイント

下肢のしびれ、痛み等をみとめる。

3. 診断に有用な検査

末梢神経伝導速度検査、感覚神経誘発電位

4. 鑑別診断

その他の、末梢神経疾患など

5. 患者・家族・介護者への指導

- ① 患者が病気に対する正しい知識を持ち、適切な療養生活を続けられよう
に指導する。
- ② 糖尿病のコントロールが重要であり、家族の理解と協力が大切である。
さらに生涯にわたる自己管理が必要な疾患であることを指導する。
糖尿病のための食品交換表の活用を正しく実行させる。
- ③ 手足を常に清潔にして合併症を起こさないように指導する。
- ④ 廃用性の機能低下の予防のため、残された運動機能の維持に努める。
- ⑤ ADLが低下し、介助が必要になった時には、家庭での介護・公的サービ
スの受け入れを指導する。

6. 在宅ケアで「かかりつけ医」が注意すること

- ① 糖尿病の合併症として頻度が高いことを念頭に診療を行う。
- ② 不快な手足のしびれ感や手足の麻痺に対しては、専門医療機関の受診をす
すめる。
- ③ 手足のしびれに対する薬物療法を行っても完全に症状がとれることは少な
いので、患者に気にしすぎないように指導する。
糖尿病性末梢神経障害に伴う自覚症状（しびれ感、疼痛）、振動覚異常の
改善に対して使用する薬物は下記のものである。

キネダック (150 mg) 分3 毎食前

- ④ 以下の状況を見る場合には病院への入院をすすめる。

本人に入院の希望があり、

1. 確定診断のついていない場合
2. 合併症の治療に必要な場合（皮膚潰瘍等）

7. かかりつけ医 意見書の特記事項について

- ① 糖尿病診断確定の時期や進行の速度を具体的に書くこと。
- ② 治療への反応性について詳しく書く。
- ③ その他の合併症の有無を記入する。

8. 閉塞性動脈硬化症

1. 定義・疾患の概念

閉塞性動脈硬化症は主として四肢の主幹動脈に粥状硬化性変化を起こし、狭窄あるいは閉塞を生じて末梢部に種々の程度の虚血性病変を呈する疾患である。

2. 症候・所見のチェックポイント

問診で閉塞病変に由来する症状—下肢冷感、しびれ感、間歇性跛行、安静時痛、潰瘍・壊死—があるかどうかを聞く。視診により下肢の皮膚色調、潰瘍、壊死の有無をチェックする。触診ですべての下肢動脈の拍動の有無を調べる。通常、足背動脈、後脛骨動脈の拍動が触れればほとんどの場合本症は否定される。触知しない場合には膝窩動脈、大腿動脈の拍動を触診する。触知しないか微弱な場合には、本症を疑い種々な検査を行う。

3. 診断に有用な検査

超音波ドップラー検査を用いた足関節圧 (ankle pressure index) の測定、血管造影検査

4. 鑑別診断

閉塞性血栓血管炎 (バージャー病 TAO)、大動脈炎症候群、脊柱管狭窄症などがある。

5. 患者・家族・介護者への指導

①初めての閉塞性動脈硬化症が疑われるとき

閉塞性動脈硬化症が疑われること、確定診断のためにはさらに検査が必要であることを説明し、専門医の診察を受けるように指導する。

②慢性期

糖尿病、高血圧、肥満、高脂血症が動脈硬化の危険因子であることを説明し、これらの疾患があれば治療をうけるよう指導する、喫煙者には禁煙を指導する。

症状の増悪 (跛行距離の短縮、安静時痛の出現、足趾潰瘍の出現) があればただちに専門医を受診するよう指導する。

6. 在宅ケアで「かかりつけ医」が注意すること

① 側副血行が発達していると、閉塞があっても動脈拍動を触知することがあるので、症状から本疾患が疑われる場合は専門医療機関に紹介する。

② 症状の増悪に注意し、増悪がある場合はただちに専門医療機関に紹介する。

7. かかりつけ医 意見書の特記事項について

- ① 足趾潰瘍や壊死、安静時痛がある場合は、これを明記する。

9. 慢性閉塞性肺疾患

① 肺気腫

1. 定義・疾患の概念

病理学形態的診断名で、終末細気管支より末梢の細胞壁の破壊が生じ、気腔が異常に拡張した肺の疾患名であり、終末細気管支及び肺胞道を中心に破壊が生じた場合を小葉中心型肺気腫、肺胞が破壊された場合を汎小葉型肺気腫という。

2. 症候・所見のチェックポイント

ほとんどが喫煙者で、男性に多い。体動時呼吸困難が特徴的であるが、体動時呼吸困難が出現するのはある程度病変が進行してからである。咳、痰を訴えることもある。胸郭はビール樽様で、打診で肺野は鼓音、聴診で呼吸音の低下、呼気延長を認める。口すばめ呼吸やバチ状指を認めることもある。

3. 診断に有用な検査

単純胸部X線で肺野の過膨張、横隔膜の平低化、血管影の減少、滴状心を認める。CT検査は肺胞の破壊を示す low attenuation area (LAA)を示し、LAAの比率が15%以上あればかなり高率に肺気腫の診断が可能と言われており、診断に有用である。肺機能検査で1秒率および肺拡散能力の低下、動脈血ガス

4. 鑑別診断

もともと病理学的診断名であるが、臨床的には上記1.2.3.を参考に診断する。気管支喘息、びまん性汎細気管支炎などが鑑別対象となる。

5. 患者・家族・介護者への指導

- ① 禁煙を指導する。喫煙が大きな原因であること、喫煙を続けた場合さらに肺機能が悪化すること、禁煙した場合は肺機能の悪化が鈍化することを説明する。
- ② 壊れた肺は元には戻らないこと、呼吸にあわせてゆっくりした動作をするように、また呼吸器リハビリテーションがある程度有効であることを説明する。
- ③ 在宅酸素療法を嫌がる患者さんがいるが、低酸素血症がある場合には在宅酸素療法を行ったほうが予後がよいことを説明する。

6. 在宅ケアで「かかりつけ医」が注意すること

- ① 診察時、喫煙歴を聞き喫煙が多い場合には肺気腫を疑う。また視診で胸郭がビール樽様、打診で鼓音を認める場合にも疑う。
- ② 呼吸困難感と低酸素血症は必ずしも一致しない。呼吸困難を自ら訴えない場合もあるので、具体的に“駅の階段を昇るとき息苦しくないか、他の人

と同じ速さで昇れるか”などと聞く。

- ③ 肺気腫が疑われる場合には積極的に検査をすすめる。呼吸機能検査、動脈血ガス分析、胸部CT検査等。外来では SpO_2 (パルスオキシメーターによる酸素飽和度) の測定が簡便で有用である。
- ④ これ以上の肺機能の悪化を防ぐには“禁煙”をすすめ、なるべく禁煙をさせる。
- ⑤ 呼吸器リハビリテーションがある程度有効な場合もあるので、*専門医療機関の受診をすすめる。
 - # 呼吸器科とリハビリテーション科がある医療機関で実際の指導はリハビリテーション科が行っている。しかしリハビリテーション科を標榜していても実際に呼吸器リハビリテーションを行っていない場合もあるので、医療機関に確かめることが必要である。
- ⑥ 動脈血ガス分析で PaO_2 の低下を認めた場合は、厚生省の診断基準に準じて在宅酸素療法を行う。必要に応じて専門医療機関へ紹介する。

7. かかりつけ医 意見書の特記事項について

- ① 在宅酸素療法を施行している患者さんや動脈血ガス分析で PaO_2 が低下している患者さんは“時々 SpO_2 を測定する”と記載する。
- ② “呼吸困難感が悪化した場合や発熱、咳、痰の増加など感染症状を認めた場合などは早く医療機関を受診する”と記載する。

② 慢性気管支炎

1. 定義・疾患の概念

“1年間に少なくとも3ヶ月間殆ど毎日咳、痰があり、それが少なくとも連続2年間続きこれらの症状を呈する他の肺疾患が除外できる”場合を言う(Fletcherの定義)。しかし現在は独立した疾患というよりは肺気腫とともに慢性閉塞性肺疾患 chronic obstructive pulmonary disease (COPD) と考えられている。

2. 症候・所見のチェックポイント

喫煙者に多く、慢性の咳、痰を認める。体動時呼吸困難は、感染による急性増悪時には認めるが、通常は軽度である。身体所見では肺気腫の人にはやせ型が多いが、慢性気管支炎ではやや肥満傾向を示す人が多いと言われている。聴診で湿性ラ音を聴取する。

3. 診断に有用な検査

肺機能検査で1秒率の低下を認める場合がある。重症例では動脈血ガス分析で PaO_2 の低下を示す。

4. 鑑別診断

気管支拡張症、びまん性汎細気管支炎、気管支喘息など

5. 患者・家族・介護者への指導

- ① 痰が多い疾患であるが、あまり心配はいらないことを説明する。
- ② 痰が多い場合には排痰方法(下記)を指導する。
- ③ 副鼻腔炎を合併する場合は必ず副鼻腔炎の治療を行うように話す。
- ④ 禁煙を指導する。

6. 在宅ケアで「かかりつけ医」が注意すること

- ① Fletcherの定義(前頁参照)を満たした場合に診断をつける。
- ② びまん性汎細気管支炎との鑑別を特に注意する。
- ③ 痰が多い場合には耳鼻科受診をすすめ、副鼻腔炎の有無を確認する。副鼻腔炎を合併する場合には必ず治療をすすめる。
- ④ 治療は対症療法である。痰が多い場合には呼吸器リハビリテーションを行い、上手な排痰方法を指導する。
 - a. 具体的な体位ドレナージについて
 - (1) 痰を出しやすくする体位を身につけると、肺の奥にたまった痰を出しやすくすることができる。
 - (2) 1日のうちで痰のたくさんでる時刻を調べて、その時に行うよう習慣づけましょう。(通常は朝起きた時と寝る前の2回行う。)

次の体位で深呼吸を5分間位ずつ行う。

仰向け→左側臥位（真横）→右側臥位（真横）→うつぶせ→
四つんばい

(3) 各体位をとる時、振動を与えると痰がよりでやすくなる。

b. 上手に痰を出すために

(1) まず水を飲んだり、うがいをする。それから腹式呼吸でゆっくり
深く息を吸う。

(2) 口を軽くあけ、ハッハッと勢いよく吐く。また咳をする。

- ⑤ 在宅酸素療法を施行している患者さんや動脈血ガス分析で PaO_2 が低下している患者さんは時々 SpO_2 （パルスオキシメーターによる酸素飽和度）を測定する。

7. かかりつけ医 意見書の特記事項について

- ① SpO_2 を測定している例では測定値を記入し、時々測定することを記載する。
② 呼吸困難感が悪化した場合や発熱、咳、痰の増加など感染症を認めた場合などは早く医療機関を受診することを記載する。

③ 気管支喘息

1. 定義・疾患の概念

気道の炎症と種々の程度の気流制限を特徴とする。気流制限は軽度から致死的な高度のものまであり、自然に、また治療により少なくとも部分的には可逆的である。気道炎症は肥満細胞、好酸球、Tリンパ球等の浸潤が関与し、気道粘膜上皮の損傷が見られる。長期罹患成人患者では気流制限の可逆性の低下が見られることがあり、しばしば気道上皮基底膜肥厚などのリモデリングを示す。反応性のある患者では、気道炎症、気道のリモデリングは気道過敏性を伴う。

2. 症候・所見のチェックポイント

- (1)発作性の呼吸困難、喘鳴、咳（特に夜間、早朝に出現しやすい）が、症状がない時期をはさんで反復する。またこのような症状が安静時でも出現し、寛解時に消失する。
- (2)気道閉塞が自然に、また治療により改善し（一般に1秒量、ピークフロー値20%以上変化）、気流制限は可逆的である。
- (3)これらの症状が他の心肺疾患によらない。
- (4)気道過敏症（気道反応性の亢進）を示す。
- (5)環境アレルゲンに対する特異的IgE抗体をもつアトピー素因を示す人もいる。
- (6)喀痰中の好酸球数の増加は気道炎症の存在を示唆する。

これらの中で(1)(2)(3)が臨床診断上重要である。喘息のコントロールにピークフロー値の測定が大事である。

3. 診断に有用な検査

肺機能検査（気管支拡張薬吸入により1秒率の改善を認める）、気道過敏性試験、血液中の好酸球数の増加、総IgE、アレルゲンに対するIgE抗体、喀痰の好酸球数増加など。

4. 鑑別診断

心臓喘息、慢性閉塞性肺疾患、異物などによる気道狭窄、自然気胸など。

5. 患者・家族・介護者への指導

- ① “喘息”という病気の勉強をすすめる。患者さんに自分が服用している薬を覚え、喘息の講演会などに積極的に参加するよう指導する。
- ② ピークフローの測定と喘息日誌の記入が大事であることを説明し、記録を実行するよう指導する。病状を早くとらえ、早期に治療を開始し、なるべく発作にいたらないようにするのが大事なことを説明する。
- ③ 吸入ステロイド剤の重要性を説明し、吸入補助具を使い正しく吸入するよう指導する。
- ④ 自己管理の大切さを教える。

6. 在宅ケアで「かかりつけ医」が注意すること

- ① 最近の疾患概念、新しい治療の知識を得るように努める。
- ② 薬の知識もふくめて患者教育を重視する。
- ③ 発作をおこしたら発作の治療をするだけでなく、発作をおこさないように予防的に治療をする。ピークフローの測定値と喘息日誌を参考にして、病状の変化を早くとらえ、早期に治療を開始する。
- ④ 治療は気道の炎症を抑え、気流制限を改善することを目的とし、吸入ステロイド剤を中心に行う。
- ⑤ 典型例では診断が容易であるが、診断が疑わしい例やコントロールが不十分な例は専門医療機関へ紹介する。また喘息教室を開き、患者教育、吸入補助具の使用方法などの指導をおこなっている医療機関もあるので、そのような機会があれば患者さんに参加をすすめる。

7. かかりつけ医 意見書の特記事項について

- ① ピークフロー値を測定し、低下を認める場合（約20%以上）や症状が悪化傾向を認める場合は早く医療機関を受診する。

④ びまん性汎細気管支炎 (Diffuse Panbronchiolitis, DPB)

1. 定義・疾患の概念

両肺にびまん性に存在する呼吸細気管支領域の慢性炎症を特徴とし、呼吸器機能障害をきたす疾患で、副鼻腔炎の合併頻度が高く副鼻腔気管支症候群の一型と考えられる。日本人に多い疾患であり、原因は不明である。

近年エリスロマイシン療法により典型的な例は激減しており、また予後も著しく改善している。

2. 症候・所見のチェックポイント

慢性に持続する咳と痰、体動時呼吸困難を認め、痰は膿性で、多量である(時に200-300ml/日になることがある)。殆どの例に慢性副鼻腔炎を合併し、鼻汁、鼻閉などを認める。断続性湿性ラ音を聴取する。

3. 診断に必要な検査

胸部X線、CT検査で肺野の過膨脹、両肺野にびまん性に散布性粒状影を認める。しばしば気管支の拡張所見も伴う。肺機能検査で1秒率の低下(70%以下)、動脈血ガス分析でPaO₂の低下を示す。喀痰の細菌学的検査は初期にはインフルエンザ菌を多く認めるが、抗菌薬使用により緑膿菌を認めるようになる。

4. 鑑別診断

肺気腫、慢性気管支炎など。

5. 患者・家族・介護者への指導

- ① 痰が多い疾患であり、近年はエリスロマイシン療法で予後が非常に改善したことを説明する。
- ② エリスロマイシンは抗菌薬として使用しているのではなく、炎症をおさえるのではないかと考えられており、長期に服薬が必要なことを説明する。
- ③ 慢性副鼻腔炎の合併が多く、あわせて副鼻腔炎の治療が必要なことを説明する。
- ④ 禁煙を指導する。

6. 在宅ケアで「かかりつけ医」が注意すること

- ① 咳、痰が多い場合は本症を疑う。
- ② 典型的な場合は単純胸部X線でも診断は可能であるが、CT検査が診断に有用である。
- ③ 慢性副鼻腔炎合併が多いので必ず耳鼻科受診をすすめる。
- ④ まずエリスロマイシン療法を試みる。
- ⑤ 厚生省特定疾患治療研究事業により指定されており、医療費の助成が受け

られる。特殊疾病医療費助成申請の診断書を保健所に提出する。

- ⑥ 在宅酸素療法を施行している患者さんや動脈血ガス分析で PaO_2 が低下している患者さんは時々 SpO_2 (パルスオキシメーターによる酸素飽和度) を測定する。

7. かかりつけ医 意見書の特記事項について

- ① 咳、痰が増加する場合には早く医療機関を受診する。
② SpO_2 を測定している例では測定値を記入し、時々測定することを記載する。

(専門医療機関名を巻末に示す)

10. 両側変形性膝・股関節症

1. 定義・疾患の概念

個体の素因と相まって関節軟骨の老化に機械的ストレスが加わり、軟骨のすり減り、その後、骨の変形や硬化など関節全体の機能が障害される関節疾患である。

変形性膝関節症は、肥満気味でO脚傾向の女性に多いが、例外も少なくない。膝の内側関節面に過大な力が加わるため内側の関節軟骨の傷害から始まることが多い。程度の差こそあれ両側例が多い。

変形性股関節症は、乳児期の臼蓋形成不全、特発性大腿骨頭壊死や化膿性関節炎の後遺症など、関節構造の弱点に加え、関節に対する機械的ストレスが軟骨の老化を早めて発症するものが多い。これを二次性の関節症という。とくに発症の原因を見出せない一次性的なものも近年増えてきた。股関節に関しては膝ほど両側例は多くない。

2. 症候・所見のチェックポイント

初期の場合は、歩行し始めの痛みのみであるが、次第に、荷重時痛が増え、関節可動域制限が出現してくる。重度になると家の中を歩くのも制限され、車いす生活を余儀なくされるが、人工関節置換手術によりかなりの愁訴が改善される。

3. 診断に有用な検査

X線診断がもっとも有用ではあるが、画像所見（関節裂隙の狭小化、骨棘形成、軟骨下骨の骨硬化）と症状は必ずしも一致しないこともある。画像上、かなりの変形や骨硬化などを認めても、痛みとしてはさほどでないものも多く、その逆もある。

4. 鑑別診断

慢性の関節疾患はすべて鑑別の対象となる。なかでも慢性関節リウマチ、化膿性関節炎など。

5. 患者・家族・介護者への指導

- ① 変形性関節症は軟骨の機械的なダメージが主な原因であるから、太り気味の人には、ダイエットなど体重のコントロールが重要である。関節にかかる力を少なくするには杖をつくことも有効で、関節を長持ちさせるので、是非使用すべきである。
- ② 関節周囲の筋肉を鍛えることは、しっかりしたサポーターを着けるのと同様の効果があり、関節の動きを安定化するので励行したい。膝の場合は、大腿四頭筋の筋力を、股関節の場合は、殿筋の筋力を鍛えること。
- ③ 水泳は体重をかけずに筋肉を鍛えられるので重度の関節症でも実行可能で

好ましいスポーツである。

6. 在宅ケアで「かかりつけ医」が注意すること

- ① O脚傾向の変形性膝関節症で初期ならば、靴に敷き皮を入れるとよい。その際に外側を高くした敷き皮（足底挿板）を使用することにより膝内側への負担を軽くすることができ、症状を軽くすることがある。専門医療機関にて作製を依頼する。
- ② 痛みに対しては非ステロイド抗炎症剤（NSAIDs）が中心になる。きわめて有用であり、QOLを高めるにも欠かせない薬物ではあるが、副作用、とくに胃潰瘍に留意する必要がある。とくに高齢者では消化器障害の自覚症状がなく突然発症することがあるので一層の注意がいる。
- ③ 膝関節症には以前は関節内ステロイド注入がよく行われたが、ステロイドの軟骨に対する悪影響から、最近はむしろ使用せず、軟骨表面の被覆・保護剤であるヒアルロン酸製剤の注入が一般的である。しかし、これも根本的なものではなく、あくまでも対症療法である。なお、関節内注入が必要な場合には専門医療機関へ紹介する。
変形性関節症が重度になると、室内の歩行すら満足にできなくなる。その場合には人工関節置換術が薦められる。現在は、さほど大がかりな手術でなく、術後3日目頃より離床し、1週間には歩行訓練のリハビリが始まる。4～6週で退院可能である。専門医療機関へ紹介する。

7. かかりつけ医 意見書の特記事項について

急な変化はないが、長期的には関節破壊が高度になり歩行障害が著明となる可能性が大である。無理な動作関節破壊を助長することもあるので、周囲の理解と援助は必要であることを明記するとよい。

11. 慢性関節リウマチ (RA)

1. 定義・疾患の概念

原因不明の慢性多発性関節炎疾患で、自己免疫疾患の一つである。一時期を過ぎれば治ってしまう型、慢性に経過して重度身体障害に行きつく型、いかなる治療にも抵抗し短期間で重度身体障害になる型の3型がある。現時点で根本的な薬物療法はなく、対症療法が主になるが、破壊された関節には人工関節置換術を含む外科的治療が有効である。

2. 症候・所見のチェックポイント

指の小関節から股・膝のような大関節まであらゆる関節に炎症が起こり、腫脹と疼痛、機能障害が出現する。とくに未明から早朝に痛みとこわばりが強い。筋、腱にも影響し筋力低下や動作緩慢が顕著になる。重度または末期になるとあらゆる日常生活動作が制限される。

3. 診断に有用な検査

アメリカ・リウマチ学会 (ARA) の診断基準(1987)、すなわち①朝のこわばり(1時間以上、6週以上続く)、②少なくとも3関節の関節炎(6週以上)、③手関節の関節炎(同)、④対称性関節炎(同)、⑤リウマチ結節、⑥リウマトイド因子陽性、⑦定型的X線像、以上の7項目のうち少なくとも4項目を満たせば慢性関節リウマチと診断する。

したがって血清リウマチ因子(RF)の陽性のみでは確定診断にならない。CRPや赤沈値の高値は、炎症状態をよく反映する。

4. 鑑別診断

初期には、変形性関節症、他の膠原病などとの鑑別が必要になる。なお、発作性の急性関節炎を長年にわたり繰り返す回帰性リウマチは慢性関節リウマチと紛らわしいが、一般に予後がよい。

5. 患者・家族・介護者への指導

- ① リウマチの治療は、とにかく根気がいるので焦らず長い目で治そうと覚悟することが大事である。
- ② いろいろなリウマチ治療薬があるが、人により効果がさまざまで、他人によくても自分によいとは限らない。自分にあった薬が見つかるまで根気よく続けること。途中で医師を変えると最初からまた同じことを繰り返さなければならぬので、転居などで医師を変える以外は、医者を変えないこと。都合で医者を変えるならば、必ず今までの経過を詳細に診療情報提供書として書いてもらうこと。
- ③ 炎症がある関節はあまり動かさない方がよいが、大事にしすぎると、関節が固まってしまうため、ほどほどに動かすこと。翌日に疲れが残らないく

らしいの運動や散歩はした方がよい。怪しげな民間療法や医業類似行為に誘われやすいが、騙されないこと。

6. 在宅ケアで「かかりつけ医」が注意すること

- ① 非ステロイド抗炎症剤と抗リウマチ薬の治療が原則であるが、場合によりステロイド剤を投与することがある。他の膠原病と異なり、量的にはかなり少量を用いるだけで効果がある。勝手に量を増やしたり、極端にステロイドを恐れて服用しなかったりする患者がいるが、いずれも問題である。うまく使えばステロイド剤はQOLに貢献する。ただしあくまでも対症療法である。
- ② また非ステロイド抗炎症剤の消化器障害（とくに胃潰瘍から胃穿孔）や抗リウマチ剤の骨髄機能障害、肺線維症などが無視できないので、常に注意が必要である。
- ③ 股関節や膝関節の破壊が高度になれば人工関節置換術などの適応となり、手術でそれなりにQOLを高めることが出来る。専門医に是非相談していただきたい。

7. かかりつけ医 意見書の特記事項について

- ① 慢性関節リウマチでは、治療が理想的に行われても、患者の大半に、少しずつ、関節破壊・関節変形の進行が見られ、重度の身体障害を余儀なくされることが多い。従って、物理的・精神サポートが是非とも必要であることを明記するとよい。
- ② 単なる関節疾患ではなく、あらゆる内臓器に合併症を来し得る全身疾患であることを明記するべきである。

R A機能障害度（class）の分類基準（アメリカリウマチ学会）

class I	身体機能は完全で不自由なしに普通の仕事は全部できる
class II	動作のさいに1箇所あるいはそれ以上の関節に苦痛があったり、または運動制限はあっても、普通の活動なら何とかできる程度の機能
class III	普通の仕事とか自分の身の回りのことがごくわずかできるか、あるいはほとんどできない程度の機能
class IV	寝たきり、あるいは車椅子に座ったきりで、身の回りのこともほとんどまたはまったくできない程度の機能

12. 後縦靱帯骨化症

1. 定義・疾患の概念

脊柱管内に位置する後縦靱帯（椎体の後方、脊髄の前方に存在する）が骨化したもの。これにより脊髄や神経根の圧迫症状を呈し、種々の症状を生じる。通常40歳代以降に発症する。

2. 症候・所見のチェックポイント

靱帯の骨化は頸椎に最も多く、頸髄の圧迫では手足のしびれ感、運動障害、腱反射亢進、病的反射出現などの痙性四肢麻痺となる。胸髄圧迫では上肢は異常なく、下肢の痙性対麻痺となる。四肢のしびれ感、巧緻運動障害が初発症状となることが多い。膀胱直腸障害や脊柱の可動域制限もみられる。徐々に発症するが、外傷を契機とすることも多い。

3. 診断に有用な検査

単純X線、断層X線検査：画像にて靱帯の骨化像を証明する
MRI：脊髄の前方からの圧迫がみられる
CT：骨化の証明に有用

4. 鑑別診断

頸椎症性脊髄症：脊髄腫瘍

四肢の末梢神経障害：手根管症候群、肘部管症候群などの末梢神経障害。

電気生理学的検査（神経伝導速度、筋電図など）が鑑別に有用

5. 患者・家族・介護者への指導

- ① X線検査で骨化を認めても、無症状の場合には原則として治療は不要である。ただし症状はなくても転倒、頸椎の過伸展を強制されるような外傷に注意すること。
- ② 脊髄の圧迫症状（手足の麻痺、しびれなど）が見られる場合には整形外科を受診すること。症状の程度、進行具合によっては手術を必要とする。放置すれば四肢麻痺となる場合もあることを指導する。

6. 在宅ケアで「かかりつけ医」が注意すること

- ① 患者の訴えとしては四肢のしびれ感、巧緻運動障害が初発症状となることが多い。徐々に発症するが外傷を契機とすることも多い。
- ② 患者が受診したら、まず臨床所見に注目することが重要である。すなわち頸髄の圧迫では手足のしびれ感、運動障害、腱反射亢進、病的反射出現などの痙性四肢麻痺、胸髄圧迫では上肢は異常なく下肢の痙性対麻痺となる。検査としてはまず単純X-Pを撮影する。
- ③ 骨化を認めた場合、骨化が存在すること自体が即治療を要するわけではな

いが、無症状の場合にも発病予防の指導を行う（頸部の安静、転倒、頸椎の過伸展予防など）。症状のある場合には頸部の安静（頸椎カラーなど）を指示し整形外科へ紹介する。特に症状の進行が著しい場合、歩行不能となった場合、膀胱直腸障害が出現した場合にはできるだけ早期に整形外科専門医を受診させること。

- ④ 厚生省特定疾患治療研究事業により指定されており、医療費の助成が受けられる。特殊疾病医療費助成申請の診断書を保健所に提出する。
（専門医療機関のリストを巻末に示す）

7. かかりつけ医 意見書の特記事項について

- ① 外傷を契機とする症状の悪化の可能性があることを明記するとよい。

13. 脊柱管狭窄症

1. 定義・疾患の概念

脊椎の発育の低形成、あるいは退行性変化により脊柱管の狭窄が生じ、脊髄、馬尾の圧迫症状が出現したもの。腰部脊柱管狭窄症、頸部脊柱管狭窄症が代表的であるが、頸・胸・腰椎部の広範囲にわたる脊椎管の狭小化例もみられる。

2. 症候・所見のチェックポイント

(1)腰部脊柱管狭窄症

腰痛、下肢痛、間欠性跛行を主訴とする。腰椎の伸展にて下肢痛、しびれが増強し、歩行後下肢症状が増悪、休息で改善する。

(2)頸部脊柱管狭窄症

40歳代以降で男性にやや多い。両側の手足のしびれで発症するものが多い。手足のしびれ感、運動障害、腱反射亢進、病的反射出現などの痙攣性四肢麻痺を呈する。その他膀胱直腸障害もみられるが、症状は増悪、軽快を繰り返して次第に悪化する。

3. 診断に有用な検査

単純X線検査：側方向で脊柱管の前後径の狭小化を認める。

(頸椎では前後径12mm以下)

MR I : 脊髄、馬尾の圧迫を証明する。

脊髄造影：椎間板高位で硬膜管の狭窄がみられる。

4. 鑑別診断

椎間板ヘルニア、脊髄腫瘍、馬尾腫瘍

閉塞性動脈硬化症：足部の冷感、足背動脈を触知してみると良い。

糖尿病性末梢神経障害

5. 患者・家族・介護者への指導

- ① 頸部痛、腰痛だけでなく脊髄や馬尾神経の圧迫症状が見られる疾患であることを説明する(手足の麻痺、しびれ、痛み、歩行時、歩行後の下肢痛、排尿障害など)。症状の程度、進行具合によっては手術を必要とすることと放置すれば四肢麻痺となる場合もある。
- ② 症状が改善しない場合、悪化する場合には整形外科を受診することを指導する。

6. 在宅ケアで「かかりつけ医」が注意すること

- ① 臨床所見に注意すること。腰部脊柱管狭窄症の場合、腰痛、下肢痛、間欠性跛行(歩行後下肢症状が増悪、休息で改善する)を主訴とすることが多い。診察上は腰椎の伸展にて下肢の疼痛、しびれが増強する。

- ② 頸部脊柱管狭窄症の場合、40歳代以降で男性にやや多く、両側の手足のしびれで発症するものが多い。診察上は手足のしびれ、運動障害、腱反射亢進、病的反射出現などの痙性四肢麻痺を呈する。
- ③ 検査としてはまず単純X線検査があり、脊髄、馬尾神経の圧迫の証明にはMRIが有用である。画像所見と臨床所見が食い違う場合には臨床所見を重視する。
- ④ 治療上は患部（頸部、腰部）の安静、投薬（消炎鎮痛剤、ビタミンB₁₂など）を行う。症状が改善しない場合、麻痺の進行などが明らかな場合には整形外科専門医を紹介する。

7. かかりつけ医 意見書の特記事項について

- ① 経過により手術を必要とする場合があることを明記するとよい。

14. 骨粗鬆症による骨折

1. 定義・疾患の概念

骨粗鬆症：骨量が減少し、骨折の危険性が高まった状態。軽微な外力により脊椎圧迫骨折、大腿骨頸部骨折、転子部骨折、橈骨遠位端骨折、上腕骨頸部骨折などが生じる。

2. 症候・所見のチェックポイント

骨粗鬆症の診断基準は、下表のごとくである。

表 原発性骨粗鬆症の診断基準 (1996年度改訂版)

I. X線上椎体骨折を認める場合		
低骨量（骨萎縮度1度以上、あるいは骨塩量値が若年成人平均値（YAM）の80%以下）で非外傷性椎体骨折のある症例を骨粗鬆症とする。		
II. X線上椎体骨折を認めない場合		
正 常 骨量減少 骨粗鬆症	脊椎X線像 骨萎縮なし 骨萎縮度I度 骨萎縮度II度以上	骨塩量値 YAM の 80%～70% YAM の 70%未満

YAM：若年成人平均値（20～44歳）

（注）骨塩量は原則として腰椎の骨塩量とし、腰椎骨塩量の評価が困難な場合にのみ橈骨、第二中手骨、大腿骨頸部、踵骨の骨塩量値を用いる。骨萎縮とは radiographic osteopenia に相当する。

（折茂肇ほか：Osteoporosis Jpn 4:643-653, 1997）

脊椎圧迫骨折：女性に多く、腰背部痛と脊柱の変形が特徴的である。軽微な外傷後もしくは誘因なく急性の腰痛を生じ寝たきりとなることが多い。

大腿骨頸部骨折、転子部骨折：転倒などの後に鼠蹊部、大転子部の痛みを訴え起立不能となる。膝の痛みを訴える場合もある。転位の少ない頸部骨折の場合歩行可能な場合もある。橈骨遠位端骨折：転倒時、手をつき生じる。手関節の痛みを訴える。典型例ではフォーク状変形を生じる。

上腕骨頸部骨折：転倒後肩関節部に痛みを訴える。痛みのための上肢を挙上できない。

3. 診断に有用な検査

脊椎単純X線検査：骨折を証明する。初回検査で骨折が明瞭でなくても疼痛が持続する場合は、1、2週後再度単純X線写真を撮影する。

骨塩量測定。

4. 鑑別診断

変形性脊椎症 転移性骨腫瘍などに伴う病的骨折など。

5. 患者・家族・介護者への指導

- ① 軽微な外力により脊椎圧迫骨折、大腿骨頸部骨折、転子部骨折、橈骨遠位端骨折、上腕骨頸部骨折などを生じる可能性があることを伝える。
- ② まず転倒しないように気をつけること。食事、日光浴、適度な運動による予防に努めること。
- ③ 転倒した場合はまず痛み、変形の有無を確認すること。症状が持続する場合には整形外科を受診すること。急性期には局所に対しては安静、冷却、挙上を行う。

6. 在宅ケアで「かかりつけ医」が注意すること

- ① 予防に努めるように指導すること。（転倒に注意すること、食事・運動の指導）。
- ② 患者の診察に際しては疼痛の部位、変形、肢位、動作に注目すること。その後目的の部位の単純X線写真を撮影する。訴えのある部分と骨折のある場所が異なることがあるので注意を要する。大腿骨頸部骨折、転子部骨折では臀部や膝の痛みを訴える場合もある。また転位の少ない大腿骨頸部骨折の場合歩行可能な場合もある。
- ③ 初回検査で骨折が明瞭でなくても骨折はないと断言せず、疼痛などの症状が持続する場合は1、2週後再度単純X線写真を撮影することが重要である。
- ④ 骨折を認めた場合や疼痛が強い場合などには整形外科受診を勧めること。

7. かかりつけ医 意見書の特記事項について

- ① 転移性脊椎腫瘍、骨腫瘍の可能性を除外するとともに、易骨折性があることを明記するとよい。

15. ウェルナー症候群 (成人早老症)

1. 定義・疾患の概念

外胚葉性組織・器官を主体とする遺伝性結合組織疾患である。若年性早老症といわれ、若年にして成人病疾患にみられる多様な臨床症状を示す。

2. 症候・所見のチェックポイント

若年者で老人性顔貌、白髪、毛髪の脱落とともに体軀の肥満の割に四肢が細い。若年性白内障、皮膚の萎縮と角化、足部皮膚潰瘍、四肢の筋肉・脂肪組織・骨の萎縮、血管・軟部組織の石灰化、骨粗鬆症、性腺機能低下症、糖尿病、髄膜腫などを認める。

その他、知的機能障害、てんかん、腱反射亢進、肝・腎障害を認める。

3. 診断に有用な検査

血中・尿中ヒアルロン酸排泄の増加がみられる。

X線検査でアキレス腱の局所石灰化、軟部組織の石灰化、骨粗鬆症などを認める。

眼科的検査、内分泌的検査、骨X線検査、皮膚科的検査など。

4. 鑑別診断

皮膚筋炎、強皮症など。

5. 患者・家族・介護者への指導

- ① 若年性に発生する老化性の疾患である。
- ② 患者に視力障害、白内障、皮膚潰瘍、糖尿病、皮膚の硬化、骨粗鬆症などが認められる場合には、専門医療機関（例：都立大塚病院リウマチ膠原病科）の診療を受けるように指導する。

6. 在宅ケアで「かかりつけ医」が注意すること

- ① ウェルナー症候群が疑われる場合には、専門医療機関への受診をすすめる。
- ② 糖尿病が約半数に認められるが、食事療法のみでコントロールできることが多い。
- ③ 死亡時年齢が若く、平均40歳代であり、脳血管障害、心筋梗塞、悪性腫瘍の合併症が多くみられる。
- ④ 重症の腎障害に対しては、透析療法の必要な場合がある。

7. かかりつけ医 意見書の特記事項について

- ① 20～30歳代にて皮膚の硬化、頭髮の白髪化、白内障、皮膚潰瘍、糖尿病、高血圧、動脈硬化、悪性腫瘍、肝障害、脂質代謝異常などの合併率が高いことから、糖尿病、高血圧、脂質代謝に対する食事療法の指導と周囲の理解および援助が必要であることを明記するとよい。