

取扱注意

介護認定審査会資料

【事例 1】

*選択ミスがあるケース

合議体番号: 000001

被保険者区分: 第1号被保険者
 申請区分: 更新申請
 家族状況: 同居(夫婦のみ)

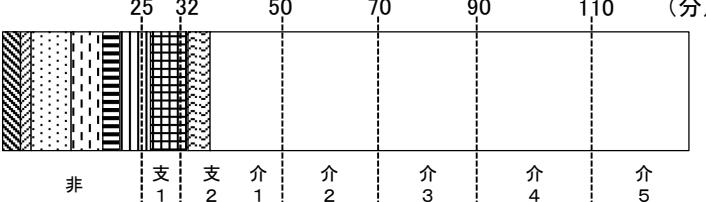
年齢: 70歳 性別: 女
 前回要介護度: 要介護 1

現在の状況: 居宅(施設利用なし)
 前回認定有効期間: 12月間

令和〇年〇月〇日 作成
 令和〇年〇月〇日 申請
 令和〇年〇月〇日 調査
 令和〇年〇月〇日 審査

1 一次判定等

(この分数は、実際のケア時間を見示すものではない)

一次判定結果 : 要介護 1								
要介護認定等基準時間 : 39.3分								
								
食事	排泄	移動	清潔保持	間接	BPSD関連	機能訓練	医療関連	認知症加算
3.4	2.0	7.6	6.0	3.2	5.8	7.1	4.2	0.0

警告コード: 01

3 中間評価項目得点

第1群	第2群	第3群	第4群	第5群
77.1	95.3	100.0	99.3	54.6

4 日常生活自立度

障害高齢者自立度	:	A1
認知症高齢者自立度	:	II a

5 認知機能・状態の安定性の評価結果

認知症高齢者の日常生活自立度		
認定調査結果	:	II a
主治医意見書	:	I
認知症自立度 II 以上の蓋然性	:	62.9%
状態の安定性	:	安定
給付区分	:	介護給付

6 現在のサービス利用状況(介護給付)

訪問介護(ホームヘルプ)	回/月	福祉用具貸与	品目
訪問入浴介護	回/月	特定福祉用具販売	品目
訪問看護	回/月	住宅改修	なし
訪問リハビリテーション	回/月	夜間対応型訪問介護	日/月
居宅療養管理指導	回/月	認知症対応型通所介護	日/月
通所介護(デイサービス)	回/月	小規模多機能型居宅介護	日/月
通所リハビリテーション	8 回/月	認知症対応型共同生活介護 (グループホーム)	日/月
短期入所生活介護	日/月	地域密着型特定施設 入居者生活介護	日/月
短期入所療養介護	日/月	地域密着型介護老人福祉 施設入所生活介護	日/月
特定施設入居者生活介護	日/月	定期巡回・随時対応型 訪問介護看護	回/月
		看護小規模多機能型 居宅介護	日/月

2 認定調査項目

調査結果		前回結果
第1群 身体機能・起居動作		
1. 麻痺(左一上肢) (右一上肢) (左一下肢) (右一下肢) (その他)	ある	ある
2. 拘縮(肩関節) (股関節) (膝関節) (その他)	ある	ある
3. 寝返り	3.できない	←
4. 起き上がり	2.つかまれば可	←
5. 座位保持		←
6. 両足での立位		←
7. 歩行		←
8. 立ち上がり	2.つかまれば可	←
9. 片足での立位	2.支えが必要	←
10. 洗身	3.全介助	2.一部介助
11. つめ切り		←
12. 視力		←
13. 聴力		←
第2群 生活機能		
1. 移乗	2.見守り等	←
2. 移動	2.見守り等	←
3. えん下		←
4. 食事摂取		←
5. 排尿		←
6. 排便		←
7. 口腔清潔		←
8. 洗顔		←
9. 整髪		←
10. 上衣の着脱		←
11. ズボン等の着脱		←
12. 外出頻度		←
第3群 認知機能		
1. 意思の伝達		←
2. 毎日の日課を理解		←
3. 生年月日をいう		←
4. 短期記憶		←
5. 自分の名前をいう		←
6. 今の季節を理解		←
7. 場所の理解		←
8. 徒歩		←
9. 外出して戻れない		←
第4群 精神・行動障害		
1. 被害的		←
2. 作話		←
3. 感情が不安定		←
4. 昼夜逆転		←
5. 同じ話をする		←
6. 大声を出す		←
7. 介護に抵抗		←
8. 落ち着きなし		←
9. 一人で出たがる		←
10. 収集癖		←
11. 物や衣類を壊す		←
12. ひどい物忘れ	2.ときどきある	1.ない
13. 独り言・独り笑い		←
14. 自分勝手に行動する		←
15. 話がまとまらない		←
第5群 社会生活への適応		
1. 薬の内服	2.一部介助	←
2. 金銭の管理	2.一部介助	←
3. 日常の意思決定	2.特別な場合以外可	←
4. 集団への不適応		←
5. 買い物	4.全介助	←
6. 簡単な調理		←

<特別な医療>

点滴の管理	:	気管切開の処：
中心静脈栄養	:	疼痛の看護：
透析	:	経管栄養：
ストーマの処置	:	モニター測定：
酸素療法	:	じょくそうの処：
レスピレーター	:	カテーテル：

認定調査票（特記事項）

【事例 1】

* 選択ミスがあるケース

概況

夫と二人暮らし。夫は朝から夕方まで仕事に出ており、日中独居である。週末は気分転換で市外在住の娘家族宅を夫婦で訪問する。2年前に脳梗塞で左上下肢の麻痺が残り、退院後からデイケア（週2回）を利用する。物忘れもあり、うつむくとめまい症状があり、気分不良になる時がある。元々腰痛もあったが、2か月前に自宅の浴室で転倒し右腰部痛が更に増し、起居動作等に支障がある。夫の立ち会いで調査を行う。

1 身体機能・起居動作に関する項目についての特記事項

1-1 麻痺等の有無、1-2 拘縮の有無、1-3 寝返り、1-4 起き上がり、1-5 座位保持、1-6 両足での立位、1-7 歩行、1-8 立ち上がり、1-9 片足での立位、1-10 洗身、1-11 つめ切り、1-12 視力、1-13 聴力

(1-1～1-9) 危険がなく、同意も得られ、確認動作を全て実施する。日頃も全て同様のこと。

(1-1) 脳梗塞後遺症で左上下肢に麻痺があり、左上肢は前方・横とも45度までの挙上、左下肢は床から30度までの挙上で、左手指に麻痺がある。右上肢・右下肢は支障なく挙上保持できる。「左上肢」「左下肢」「その他」を選択。

(1-2) 左肩関節は他動で前方・横ともに肩の高さまで挙上でき、左膝関節も他動で床から水平の高さまで挙上できる。他の関節も可動域制限はない。右腰部痛があり、起居動作に支障があるが可動域制限はない。

(1-3) 右腰部痛や左半身麻痺があり、横たわったままの寝返りはできず、一度起き上がって向きを変えている。
「3. できない」を選択する。2か月前の転倒前まではベッド柵につかり寝返りができていた。

(1-4) 右手で布団にしつかり肘を加重し、時間をかけて起き上がる。「2. つかまれば可」を選択。
1-4～1-9は転倒前と同様。

(1-5) 背もたれや肘かけ等を使用せず、10分程度は座位保持できる。それ以上は腰痛のため背もたれに寄りかかる。

(1-6) 10秒程度は支えなしで両足立位保持できる。それ以上は家具などにつかりしている。

(1-7) 安心のため手すり等につかるが、平坦な場所で10m程度であれば、何もつかまらずに歩行できる。
「1. できる」を選択する。左下肢の麻痺のため、摺り足でゆっくり歩行している。

(1-8) 右腰部痛等もあり、右手で肘掛け等につかりゆっくり立ち上がる。「2. つかまれば可」を選択。

(1-9) 手すりにつかるば、1秒の片足立位はできる。

(1-10) 2か月前に自宅の浴室で転倒し、自宅での入浴は怖く、デイケアのみで週2回入浴する。右手でスポンジや長いブラシを持ち左半身や背中は自分で洗っている。左半身麻痺のため職員が足先や右半身等を洗身介助している。

(1-11) 左手指麻痺と共に、うつむくとめまいがあり、爪切りはできず、爪切りの意欲も低下している。爪切りの準備、手足の爪切り等、全て夫が介助する。「3. 全介助」を選択。

(1-12・13) 老眼鏡を使用し新聞・雑誌の字が見え、普通の声で聞き取れる。

2 生活機能に関する項目についての特記事項

2-1 移乗、2-2 移動、2-3 えん下、2-4 食事摂取、2-5 排尿、2-6 排便、2-7 口腔清潔、2-8 洗顔、2-9 整髪、2-10 上衣の着脱、2-11 ズボン等の着脱、2-12 外出頻度

(2-1) 定義に該当する移乗行為はない。移乗行為を想定すると立ち上がり、立位、歩行も1人でき、見守りや介助の必要はなく「1. 介助されていない」を選択する。

(2-2) 自宅内のトイレ（昼4回、夜2回）・台所兼リビング（3回／日）・洗面所（2回／日）・寝室（1回／日）は一人で移動する。左足が上がらず摺り足気味でふらつく事が日に4回あり、夜間の排泄時の移動は夫が見守りする。

2か月前も浴室で転倒し、夫が介助して起こしている。週2回のデイケアでは杖を使用して移動しているが、つまずきが多く歩行不安定のため、職員が付き添っている。昼間は1人で過ごすが、適切な介助として見守り等が必要と判断し「2. 見守り等」を選択する。

(2-3) 3食とも普通食。飲み込みは良好で「1. できる」を選択する。

(2-4) 右手で箸を使用して食べているが、下を向くとめまいがあり、途中で食べられなくなる。朝食と夕食は夫が皿を置き換えし、声掛けしている。デイケアでも同様。（食事時間45分）。自宅での昼食はおにぎりやパンを右手で食べている。より頻回な状況で「2. 見守り等」を選択する。

(2-5) 尿意はあり、自宅では自分でトイレに行く（昼4回、夜2回）。歩行がゆっくりで、3日に1回は移動中に失禁するため、自分で紙パンツを交換する。デイケア（週2回）では、遠慮から尿意を訴えることが少なく、職員が定時で誘導（2～3回）すると、自分でトイレに行き排泄する。デイケアでの失禁はない。夜間のみ移動時は夫が見守る。より頻回な状況から「1. 介助されていない」を選択。

(2-6) 便意ありトイレで排泄する（1回／日）。ズボンの上げ下げも自分で行い、自動洗浄使用後に自分で拭き取る。
月1～2回、紙パンツに便が付着しており、自分で交換する。「1. 介助されていない」を選択する。

(2-7・8・9) うつむくと気分不良になることがある。洗面所でタオルを濡らして、顔を拭く。右手で歯磨きと整髪もできる。

(2-10・11) 朝夕、椅子に座り、右手で着脱できる。洋服も自分で選ぶ。着脱しやすいゴム付きのズボンをはき、右手で足を通して、立ち上がり腰まで上げる。

(2-12) 職員送迎でデイケア（週2回）、夫の車で通院（月1回）、市外の娘家族宅を夫と訪問（週1回）する。
外出時は杖を使用し、夫が支えている。

3 認知機能に関連する項目についての特記事項

3-1 意思の伝達, 3-2 毎日の日課を理解, 3-3 生年月日を言う, 3-4 短期記憶, 3-5 自分の名前を言う, 3-6 今の季節を理解, 3-7 場所の理解, 3-8 徒歩, 3-9 外出して戻れない

(3-1) 常時誰にでも自分の意思を伝達できる。【3-1～3-7 全て日頃も理解】

(3-2) 起床就寝時間、掃除や炊飯、テレビ等の日課を含め全て正答。デイケアの曜日も正答。

(3-3・5・6・7) 生年月日・年齢、姓名、季節共に正答。自宅と理解し、住所も正答。

(3-4) 3か月前からゴミの分別方法が変わり、新しい分別方法を夫が伝えてもすぐに忘れてしまう。それ以外は直前のことを見覚えていることが多いとのことで「1. できる」を選択。昨日のことを忘れる事はある。

(3-8・9) 該当なし。【1～9の日頃の状況は夫に確認】

4 精神・行動障害に関連する項目についての特記事項

4-1 被害的, 4-2 作話, 4-3 感情が不安定, 4-4 昼夜逆転, 4-5 同じ話をする, 4-6 大声を出す, 4-7 介護に抵抗, 4-8 落ち着きなし, 4-9 一人で出たがる, 4-10 収集癖, 4-11 物や衣類を壊す, 4-12 ひどい物忘れ, 4-13 独り言・独り笑い, 4-14 自分勝手に行動する, 4-15 話がまとまらない

(4-12) 月2～3回ほど老眼鏡や携帯電話の置き場所を忘れ、夫と探し回ることがある。「2. ときどきある」を選択する。ゴミの分別を教えても忘れるため、週2回夫がゴミを分別して「物忘れ行動」を予防している。新たなルールを理解することが難しくなっている。他は該当なし。【夫に確認】

5 社会生活への適応に関する項目についての特記事項

5-1 薬の内服, 5-2 金銭の管理, 5-3 日常の意思決定, 5-4 集団への不適応, 5-5 買い物, 5-6 簡単な調理

(5-1) 1日2回（朝・夕）の内服で、内服用回数等も理解し、自分で薬と水を準備して内服する。左手指の麻痺があり、粒を落とすことがあり、夫が見守りする。「2. 一部介助」を選択する。

(5-2) 2年前に脳梗塞を発症した時から通帳等を管理する意欲が低下し、夫に通帳管理を任せている。毎月夫が小遣いを渡し、孫に小遣い等を渡すことはできている。「2. 一部介助」を選択する。

(5-3) 洗面、調理、食事、排泄、着たい服、テレビ番組など、慣れ親しんだ事は理解して意思決定できる。デイケアの利用も理解し、リハビリはされている。新たなゴミの分別方法等、新たな事柄に関しては説明を受けても忘れてしまい、適切な行動の意思決定ができず夫が支援している。「2. 特別な場合を除いてできる」を選択する。

(5-4) デイケアでは利用者同士で仲良く過ごされており、集団不適応はない。

(5-5) めまいや麻痺もあり、スーパーでの移動が困難で、夫が全て買い物する（週2回）。「4. 全介助」を選択。

(5-6) 惣菜やレトルト食品の温めは右手で行い、炊飯も毎日自分でする。「1. 介助されていない」を選択する。おかげ等の調理は夫が毎日行っている。

6 特別な医療についての特記事項

6 特別な医療

1～12 全て該当なし (夫に確認)

7 日常生活自立度に関する項目についての特記事項

7-1 障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度), 7-2 認知症高齢者の日常生活自立度

(7-1) 日中はリビングのソファーに座って過ごすことが多い。室内は支えなしで 10m程は歩行できるが、摺り足で歩行は不安定。つまずき等もみられ、移動時の見守りや外出時の介助が必要である。「A1」を選択。

(7-2) 日中は1人で過ごすことができているが、物忘れ等や新しいゴミの分別方法等に夫の支援が必要になっており、「IIa」を選択する。

【事例 1】 *選択ミスがあるケース

【事例 1】

主治医意見書

記入日 令和〇年〇月〇日

申請者	(ふりがな)	男 ・ 女	〒	—
	明・大・昭 年 月 日生(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等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	令和〇年〇月〇日			
(2) 意見書作成回数	<input type="checkbox"/> 初回 <input checked="" type="checkbox"/> 2回以上			
(3) 他科受診の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合) → □ 内科 □ 精神科 □ 外科 □ 整形外科 □ 脳神経外科 □ 皮膚科 □ 泌尿器科 □ 婦人科 □ 眼科 □ 耳鼻咽喉科 □ リハビリテーション科 □ 歯科 □ 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. 脳梗塞	発症年月日 (昭和・平成・令和) ○年○月○日頃)			
2. 高血圧	発症年月日 (昭和・平成・令和) ○年○月○日頃)			
3.	発症年月日 (昭和・平成・令和) 年 月 日頃)			
(2) 症状としての安定性 <input checked="" type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不明				
(「不安定」とした場合、具体的な状況を記入)				
(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患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 特定疾患についてはその診断の根拠等について記入) 2年前、左片麻痺が出現し、MRIにて脳梗塞と診断された。その後、当院に転院し、リハビリを行う。 入院直後は体力低下があり、20分程度の座位保持ができなかったが徐々に改善し、5ヶ月後に退院。 高次脳機能障害があり、注意障害、記憶障害がみられる。現在、内科的加療継続のため定期的に通院されている。以前から腰痛、めまい症状もみられていたが、2か月前に転倒し、右腰部を打撲、現在も痛みが続いている。 ○○○錠 10mg 2錠 朝食後 ○○○○錠 20mg 1錠 朝食後 ○○○○錠 15mg 1錠 朝食後 ○○○○○錠 0.5mg 朝夕2回(食後)				

2. 特別な医療 (過去14日間以内に受けた医療のすべてにチェック)

処置内容	<input type="checkbox"/> 点滴の管理	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養	<input type="checkbox"/> 透析	<input type="checkbox"/> ストーマの処置	<input type="checkbox"/> 酸素療法
	<input type="checkbox"/> レスピレーター	<input type="checkbox"/> 気管切開の処置	<input type="checkbox"/> 疼痛の看護	<input type="checkbox"/> 経管栄養	
特別な対応	<input type="checkbox"/> モニター測定 (血压、心拍、酸素饱和度等)				<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 checked="" 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 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 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) 認知症の行動・心理症状 (BPSD) (該当する項目全てチェック: 認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)										
<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 性的な問題行動 <input type="checkbox"/> その他 ()								
(4) 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 (科) <input checked="" type="checkbox"/> 無〕										

【事例 1】

(5) 身体の状態

利き腕 (<input checked="" type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左)	身長 = <u>154cm</u>	体重 = <u>64kg</u>	(過去 6 ヶ月の体重の変化 <input type="checkbox"/> 増加 <input checked="" type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 減少)
<input type="checkbox"/> 四肢欠損	(部位 : _____)		
<input checked="" type="checkbox"/> 麻痺	<input type="checkbox"/> 右上肢 (程度 : <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)	<input checked="" type="checkbox"/> 左上肢 (程度 : <input checked="" type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)	
	<input type="checkbox"/> 右下肢 (程度 : <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)	<input checked="" type="checkbox"/> 左下肢 (程度 : <input checked="" type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)	
	<input checked="" type="checkbox"/> その他 (部位 : 左手指)	程度 : <input checked="" type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)	
<input type="checkbox"/> 筋力の低下	(部位 : _____)	程度 : <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)	
<input type="checkbox"/> 関節の拘縮	(部位 : _____)	程度 : <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)	
<input checked="" type="checkbox"/> 関節の痛み	(部位 : <u>腰部</u>)	程度 : <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)	
<input type="checkbox"/> 失調・不随意運動	・上肢 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	・下肢 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	・体幹 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左
<input type="checkbox"/> 褥瘡	(部位 : _____)	程度 : <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)	
<input type="checkbox"/> その他の皮膚疾患	(部位 : _____)	程度 : <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)	

4. 生活機能とサービスに関する意見

(1) 移動

屋外歩行	<input type="checkbox"/> 自立	<input checked="" type="checkbox"/> 介助があればしている	<input type="checkbox"/> していない
車いすの使用	<input checked="" type="checkbox"/> 用いていない	<input type="checkbox"/> 主に自分で操作している	<input type="checkbox"/> 主に他人が操作している
歩行補助具・装具の使用(複数選択可)	<input type="checkbox"/> 用いていない	<input checked="" type="checkbox"/> 屋外で使用	<input type="checkbox"/> 屋内で使用

(2) 栄養・食生活

食事行為	<input checked="" type="checkbox"/> 自立ないし何とか自分で食べられる	<input type="checkbox"/> 全面介助
現在の栄養状態	<input checked="" type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 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

<input type="checkbox"/> 尿失禁	<input checked="" type="checkbox"/> 転倒・骨折	<input checked="" type="checkbox"/> 移動能力の低下	<input type="checkbox"/> 褥瘡	<input type="checkbox"/> 心肺機能の低下	<input type="checkbox"/> 閉じこもり	<input checked="" type="checkbox"/> 意欲低下	<input type="checkbox"/> 徘徊
<input type="checkbox"/> 低栄養	<input type="checkbox"/> 摂食・嚥下機能低下	<input type="checkbox"/> 脱水	<input type="checkbox"/> 易感染性	<input type="checkbox"/> がん等による疼痛	<input type="checkbox"/> その他 ()		
→ 対処方針 ()							

(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し

<input checked="" type="checkbox"/> 期待できる	<input type="checkbox"/> 期待できない	<input type="checkbox"/> 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。)

<input type="checkbox"/> 訪問診療	<input type="checkbox"/> 訪問看護	<input type="checkbox"/> 訪問歯科診療	<input type="checkbox"/> 訪問薬剤管理指導
<input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション	<input checked="" type="checkbox"/> 短期入所療養介護	<input type="checkbox"/> 訪問歯科衛生指導	<input type="checkbox"/> 訪問栄養食事指導
<input checked="" type="checkbox"/> 通所リハビリテーション	<input type="checkbox"/> 老人保健施設	<input type="checkbox"/> 介護医療院	<input type="checkbox"/> その他の医療系サービス()
<input type="checkbox"/> 特記すべき項目なし			

(6) サービス提供時における医学的観点からの留意事項 (該当するものを選択するとともに、具体的に記載)

<input type="checkbox"/> 血圧 ()	<input type="checkbox"/> 摂食 ()	<input type="checkbox"/> 嘔下 ()
<input checked="" type="checkbox"/> 移動 (転倒に気をつける)	<input type="checkbox"/> 運動 ()	<input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/> 特記すべき項目なし		

(7) 感染症の有無 (有の場合は具体的に記入して下さい)

<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 不明
---------------------------------------	--------------------------------	-----------------------------

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見守りに影響を及ぼす疾病の状況等の留意点を含め記載して下さい。特に、介護に要する手間に影響を及ぼす事項について記載して下さい。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。(情報提供書や障害者手帳の申請に用いる診断書等の写しを添付して頂いても結構です。)

夫と二人暮らしをされている。キーパーソンである夫は就労のため、日中独居である。

左不全麻痺があり、また 2 か月前の転倒により腰の痛みが続いている。

自宅内は何もつかまらず歩行できるが、外出時は杖を使い、必ず家族が付き添い、転倒しないように介助している。

デイケアでリハビリを継続。麻痺やめまいがあり、入浴は自宅で夫が一人で介助することは危険なため、デイケアで行き介助を受けている。

取扱注意

介護認定審査会資料

【事例 2】

*特記が不足しているケース

合議体番号: 000001

被保険者区分: 第1号被保険者
 申請区分: 更新申請
 家族状況: 同居(夫婦のみ)

年齢: 70歳 性別: 女
 前回要介護度: 要介護 1

現在の状況: 居宅(施設利用なし)
 前回認定有効期間: 12月間

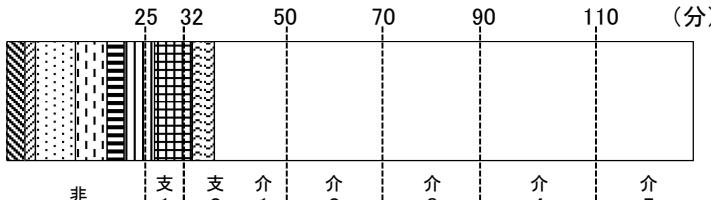
令和〇年〇月〇日 作成
 令和〇年〇月〇日 申請
 令和〇年〇月〇日 調査
 令和〇年〇月〇日 審査

1 一次判定等

(この分数は、実際のケア時間を見示すものではない)

一次判定結果 : 要介護 1

要介護認定等基準時間 : 39.3分



食事	排泄	移動	清潔保持	間接	BPSD関連	機能訓練	医療関連	認知症加算
3.4	2.0	7.6	6.0	3.2	5.8	7.1	4.2	0.0

警告コード: 01

3 中間評価項目得点

第1群	第2群	第3群	第4群	第5群
77.1	95.3	100.0	99.3	54.6

4 日常生活自立度

障害高齢者自立度 : A1

認知症高齢者自立度 : II a

5 認知機能・状態の安定性の評価結果

認知症高齢者の日常生活自立度

認定調査結果 : II a

主治医意見書 : I

認知症自立度 II 以上の蓋然性 : 62.9%

状態の安定性 : 安定

給付区分 : 介護給付

6 現在のサービス利用状況(介護給付)

訪問介護(ホームヘルプ)	回/月	福祉用具貸与	品目
訪問入浴介護	回/月	特定福祉用具販売	品目
訪問看護	回/月	住宅改修	なし
訪問リハビリテーション	回/月	夜間対応型訪問介護	日/月
居宅療養管理指導	回/月	認知症対応型通所介護	日/月
通所介護(デイサービス)	回/月	小規模多機能型居宅介護	日/月
通所リハビリテーション	8 回/月	認知症対応型共同生活介護 (グループホーム)	日/月
短期入所生活介護	日/月	地域密着型特定施設 入居者生活介護	日/月
短期入所療養介護	日/月	地域密着型介護老人福祉 施設入所者生活介護	日/月
特定施設入居者生活介護	日/月	定期巡回・随時対応型 訪問介護看護	回/月
		看護小規模多機能型 居宅介護	日/月

2 認定調査項目

第1群 身体機能・起居動作	調査結果	前回結果
1. 麻痺(左一上肢) (右一上肢) (左一下肢) (右一下肢) (その他)	ある	ある
2. 拘縮(肩関節) (股関節) (膝関節) (その他)	ある	ある
3. 寝返り	3.できない	←
4. 起き上がり	2.つかまれば可	←
5. 座位保持		←
6. 両足での立位		←
7. 歩行		←
8. 立ち上がり	2.つかまれば可	←
9. 片足での立位	2.支えが必要	←
10. 洗身	3.全介助	2.一部介助
11. つめ切り		←
12. 視力		←
13. 聴力		←

第2群 生活機能

1. 移乗	2.見守り等	←
2. 移動	2.見守り等	←
3. えん下		←
4. 食事摂取		←
5. 排尿		←
6. 排便		←
7. 口腔清潔		←
8. 洗顔		←
9. 整髪		←
10. 上衣の着脱		←
11. ズボン等の着脱		←
12. 外出頻度		←

第3群 認知機能

1. 意思の伝達		←
2. 毎日の日課を理解		←
3. 生年月日をいう		←
4. 短期記憶		←
5. 自分の名前をいう		←
6. 今の季節を理解		←
7. 場所の理解		←
8. 徘徊		←
9. 外出して戻れない		←

第4群 精神・行動障害

1. 被害的		←
2. 作話		←
3. 感情が不安定		←
4. 昼夜逆転		←
5. 同じ話をする		←
6. 大声を出す		←
7. 介護に抵抗		←
8. 落ち着きなし		←
9. 一人で出たがる		←
10. 収集癖		←
11. 物や衣類を壊す		←
12. ひどい物忘れ	2.ときどきある	1.ない
13. 独り言・独り笑い		←
14. 自分勝手に行動する		←
15. 話がまとまらない		←

第5群 社会生活への適応

1. 薬の内服	2.一部介助	←
2. 金銭の管理	2.一部介助	←
3. 日常の意思決定	2.特別な場合以外可	←
4. 集団への不適応		←
5. 買い物	4.全介助	←
6. 簡単な調理		←

<特別な医療>

点滴の管理	:	気管切開の処 :
中心静脈栄養	:	疼痛の看護 :
透析	:	経管栄養 :
ストーマの処置	:	モニター測定 :
酸素療法	:	じょくそうの処 :
レスピレーター	:	カテーテル :

認定調査票（審査会が難航する特記事項）【事例2】*特記が不足しているケース

概況

夫と二人暮らし。夫は仕事に出ており、日中独居である。週末は気分転換で市外在住の娘家族宅を夫婦で訪問する。

2年前に脳梗塞で左上下肢の麻痺が残り、退院後からデイケアを利用する。物忘れもあり、うつむくとめまい症状があり、気分不良になる時がある。元々腰痛もあったが、2か月前に自宅の浴室で転倒し右腰部痛が増している。夫の立ち会いで調査を行う。

1 身体機能・起居動作に関する項目についての特記事項

1-1 麻痺等の有無、1-2 拘縮の有無、1-3 寝返り、1-4 起き上がり、1-5 座位保持、1-6 両足での立位、1-7 歩行、1-8 立ち上がり、1-9 片足での立位、1-10 洗身、1-11 つめ切り、1-12 視力、1-13 聴力

(1-1) 左上肢、左下肢は十分に挙上できず、左手指に麻痺がある。他の確認動作は行えた。

(1-2) 左肩関節は他動で前方・横ともに肩の高さまで挙上でき、左膝関節も他動で床から水平の高さまで挙上できる。
他の関節も可動域制限はない。右腰部痛があるが可動域制限はない。

(1-3) 一度起き上がって向きを変えた。

(1-4) 右手で布団に手をつき起き上がった。

(1-7) 安心のため手すり等につかまるが、平坦な場所であれば何もつかまらずに歩行できる。

(1-8) 右手で肘掛け等につかまりゆっくり立ち上がる。

(1-9) 手すりにつかまれば、1秒の片足立位はできる。

(1-11) 爪切りの準備、手足の爪切り等、全て夫が介助する。

2 生活機能に関する項目についての特記事項

2-1 移乗、2-2 移動、2-3 えん下、2-4 食事摂取、2-5 排尿、2-6 排便、2-7 口腔清潔、2-8 洗顔、2-9 整髪、2-10 上衣の着脱、2-11 ズボン等の着脱、2-12 外出頻度

(2-2) 自室内は一人で移動する。夜間の排泄時の移動は夫が見守りする。昼間は1人で過ごすが、適切な介助として見守り等が必要と判断。

(2-3) 飲み込みは良好。

(2-4) 朝食と夕食は夫が皿を置き換えし、声掛けしている。日中は1人で過ごしており、自宅での昼食は右手で食べている。

(2-5) 歩行がゆっくりで、移動中に失禁するため、自分で紙パンツを交換する。デイケアでは、遠慮から尿意を訴えることが少なく、職員が定時で誘導すると、自分でトイレに行き排泄する。夜間のみ移動時は夫が見守る。

(2-6) 便意ありトイレで排泄する。ズボンの上げ下げも自分で行い、自動洗浄使用後に自分で拭き取る。

(2-10・11) 右手で着脱できる。

(2-12) デイケア、通院、市外の娘家族宅を訪問する。

3 認知機能に関する項目についての特記事項

3-1 意思の伝達、3-2 毎日の日課を理解、3-3 生年月日を言う、3-4 短期記憶、3-5 自分の名前を言う、3-6 今の季節を理解、3-7 場所の理解、3-8 徒歩、3-9 外出して戻れない

(3-1) 常時誰にでも自分の意思を伝達できる。

(3-2) 起床就寝時間、掃除や炊飯、テレビ等の日課を含め全て正答。

4 精神・行動障害に関する項目についての特記事項

4-1 被害的、4-2 作話、4-3 感情が不安定、4-4 昼夜逆転、4-5 同じ話をする、4-6 大声を出す、4-7 介護に抵抗、4-8 落ち着きなし、4-9 一人で出たがる、4-10 収集癖、4-11 物や衣類を壊す、4-12 ひどい物忘れ、4-13 独り言・独り笑い、4-14 自分勝手に行動する、4-15 話がまとまらない

(4-12) 老眼鏡や携帯電話の置き場所を忘れる。ゴミの分別の仕方を忘れる。新たなルールを理解することが難しくなることがある。

5 社会生活への適応に関する項目についての特記事項

5-1 薬の内服, 5-2 金銭の管理, 5-3 日常の意思決定, 5-4 集団への不適応, 5-5 買い物, 5-6 簡単な調理

(5-1) 自分で薬と水を準備して内服する。粒を落とすことがあり、夫が見守りする。

(5-2) 毎月夫が小遣いを渡す。孫に小遣い等を渡すことはできる。

(5-3) 慣れ親しんだ事は理解して意思決定できる。3か月前に変わった新たなゴミの分別方法等、新たな事柄に関しては理解が不十分で忘れてしまう。

(5-5) 夫が全て買い物する。

(5-6) 惣菜やレトルト食品の温めは右手で行い、炊飯も自分でする。

6 特別な医療についての特記事項

6 特別な医療

7 日常生活自立度に関する項目についての特記事項

7-1 障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）, 7-2 認知症高齢者の日常生活自立度

(7-1) 摺り足で歩行は不安定。移動時の見守りや外出時の介助が必要である。

(7-2) 物忘れがあり、新しいゴミの分別方法等を忘れてしまう。

【事例 2】 * 特記が不足しているケース

【事例2】

主治医意見書

記入日 令和〇年〇月〇日

申請者	(ふりがな)	男 ・ 女	〒	—
	明・大・昭 年 月 日生(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等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	令和〇年〇月〇日			
(2) 意見書作成回数	<input type="checkbox"/> 初回 <input checked="" type="checkbox"/> 2回以上			
(3) 他科受診の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合)→□内科 □精神科 □外科 <input checked="" type="checkbox"/> 整形外科 □脳神経外科 □皮膚科 □泌尿器科 □婦人科 □眼科 □耳鼻咽喉科 □リハビリテーション科 □歯科 □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. 脳梗塞	発症年月日 (昭和・平成・令和) ○年○月○日頃)			
2. 高血圧	発症年月日 (昭和・平成・令和) ○年○月○日頃)			
3.	発症年月日 (昭和・平成・令和) 年 月 日頃)			
(2) 症状としての安定性 <input checked="" type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不明 (「不安定」とした場合、具体的な状況を記入)				
(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患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 特定疾患についてはその診断の根拠等について記入) 2年前、左片麻痺が出現し、MRIにて脳梗塞と診断された。その後、当院に転院し、リハビリを行う。 入院直後は体力低下があり、20分程度の座位保持ができなかつたが、徐々に改善し5ヶ月後に退院。 高次脳機能障害があり、注意障害、記憶障害がみられる。現在、内科的加療継続のため定期的に通院されている。以前から腰痛、眩暈症状もあったが、2か月前に自宅の浴室で転倒し、右腰部を打撲、現在も痛みが続いている。 ○○○錠 10mg 2錠 朝食後 ○○○○錠 20mg 1錠 朝食後 ○○○○錠 15mg 1錠 朝食後 ○○○○○錠 0.5mg 朝夕2回(食後)				

2. 特別な医療 (過去14日間以内に受けた医療のすべてにチェック)

処置内容	<input type="checkbox"/> 点滴の管理	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養	<input type="checkbox"/> 透析	<input type="checkbox"/> ストーマの処置	<input type="checkbox"/> 酸素療法
	<input type="checkbox"/> レスピレーター	<input type="checkbox"/> 気管切開の処置	<input type="checkbox"/> 疼痛の看護	<input type="checkbox"/> 経管栄養	
特別な対応	<input type="checkbox"/> モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等)				<input type="checkbox"/> 褥瘡の処置
失禁への対応	<input type="checkbox"/> カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル等)				

3. 心身の状態に関する意見

(1) 日常生活の自立度等について									
・障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> J1	<input type="checkbox"/> J2	<input checked="" 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 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 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) 認知症の行動・心理症状 (BPSD) (該当する項目全てチェック: 認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)									
<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	{ <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊							
					<input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 性的な問題行動 <input type="checkbox"/> その他()				
(4) 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 (科) <input checked="" type="checkbox"/> 無]				

【事例 2】

(5) 身体の状態

利き腕 (<input checked="" type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左)	身長 = <u>154cm</u>	体重 = <u>64kg</u>	(過去 6 ヶ月の体重の変化 <input type="checkbox"/> 増加 <input checked="" type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 減少)
<input type="checkbox"/> 四肢欠損	(部位 : _____)		
<input checked="" type="checkbox"/> 麻痺	<input type="checkbox"/> 右上肢 (程度 : <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)	<input checked="" type="checkbox"/> 左上肢 (程度 : <input checked="" type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)	
	<input type="checkbox"/> 右下肢 (程度 : <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)	<input checked="" type="checkbox"/> 左下肢 (程度 : <input checked="" type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)	
	<input checked="" type="checkbox"/> その他 (部位 : 左手指)	程度 : <input checked="" type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)	
<input type="checkbox"/> 筋力の低下	(部位 : _____)	程度 : <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)	
<input type="checkbox"/> 関節の拘縮	(部位 : _____)	程度 : <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)	
<input checked="" type="checkbox"/> 関節の痛み	(部位 : <u>腰部</u>)	程度 : <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)	
<input type="checkbox"/> 失調・不随意運動	・上肢 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	・下肢 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	・体幹 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左
<input type="checkbox"/> 褥瘡	(部位 : _____)	程度 : <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)	
<input type="checkbox"/> その他の皮膚疾患	(部位 : _____)	程度 : <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)	

4. 生活機能とサービスに関する意見

(1) 移動

屋外歩行	<input type="checkbox"/> 自立	<input checked="" type="checkbox"/> 介助があればしている	<input type="checkbox"/> していない
車いすの使用	<input checked="" type="checkbox"/> 用いていない	<input type="checkbox"/> 主に自分で操作している	<input type="checkbox"/> 主に他人が操作している
歩行補助具・装具の使用(複数選択可)	<input type="checkbox"/> 用いていない	<input checked="" type="checkbox"/> 屋外で使用	<input type="checkbox"/> 屋内で使用

(2) 栄養・食生活

食事行為	<input checked="" type="checkbox"/> 自立ないし何とか自分で食べられる	<input type="checkbox"/> 全面介助
現在の栄養状態	<input checked="" type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 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

<input type="checkbox"/> 尿失禁	<input checked="" type="checkbox"/> 転倒・骨折	<input checked="" type="checkbox"/> 移動能力の低下	<input type="checkbox"/> 褥瘡	<input type="checkbox"/> 心肺機能の低下	<input type="checkbox"/> 閉じこもり	<input checked="" type="checkbox"/> 意欲低下	<input type="checkbox"/> 徘徊
<input type="checkbox"/> 低栄養	<input type="checkbox"/> 摂食・嚥下機能低下	<input type="checkbox"/> 脱水	<input type="checkbox"/> 易感染性	<input type="checkbox"/> がん等による疼痛	<input type="checkbox"/> その他 (_____)		

→ 対処方針 (_____)

(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し

<input checked="" type="checkbox"/> 期待できる	<input type="checkbox"/> 期待できない	<input type="checkbox"/> 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。)

<input type="checkbox"/> 訪問診療	<input type="checkbox"/> 訪問看護	<input type="checkbox"/> 訪問歯科診療	<input type="checkbox"/> 訪問薬剤管理指導
<input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション	<input checked="" type="checkbox"/> 短期入所療養介護	<input type="checkbox"/> 訪問歯科衛生指導	<input type="checkbox"/> 訪問栄養食事指導
<input checked="" type="checkbox"/> 通所リハビリテーション	<input type="checkbox"/> 老人保健施設	<input type="checkbox"/> 介護医療院	<input type="checkbox"/> その他の医療系サービス(_____)
<input type="checkbox"/> 特記すべき項目なし			

(6) サービス提供時における医学的観点からの留意事項 (該当するものを選択するとともに、具体的に記載)

<input type="checkbox"/> 血圧 (_____)	<input type="checkbox"/> 摂食 (_____)	<input type="checkbox"/> 嘔下 (_____)
<input checked="" type="checkbox"/> 移動 (転倒に気をつける)	<input type="checkbox"/> 運動 (_____)	<input type="checkbox"/> その他 (_____)
<input type="checkbox"/> 特記すべき項目なし		

(7) 感染症の有無 (有の場合は具体的に記入して下さい)

<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 (_____)	<input type="checkbox"/> 不明
---------------------------------------	--------------------------------------	-----------------------------

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見守りに影響を及ぼす疾病の状況等の留意点を含め記載して下さい。特に、介護に要する手間に影響を及ぼす事項について記載して下さい。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。(情報提供書や障害者手帳の申請に用いる診断書等の写しを添付して頂いても結構です。)

夫と二人暮らしをされている。キーパーソンである夫は就労のため、日中は1人で過ごされている。

左不全麻痺があり、うつむくと眩暈がある。また2か月前の転倒により腰の痛みが続いている。

すり足で歩行されており、歩行時の眩暈もあり、自宅内は手すりにつかまり歩行している。

外出時は杖を使い、必ず家族が付き添い、転倒しないように介助している。

デイケアの利用は意欲的で、リハビリに取り組まれている。

麻痺や眩暈のため、夫が一人で入浴介助することは危険であり、デイケアで入浴介助を受ける。

今後も内科的加療とリハビリを継続することで、生活機能の維持・改善は期待できる。

取扱注意

介護認定審査会資料【事例3】

合議体番号: 000001

作成
申請
調査
審査

被保険者区分: 第1号被保険者
申請区分: 更新申請
家族状況: 同居(夫婦のみ)

年齢: 83歳 性別: 女
前回要介護度: 要介護5

現在の状況: 医療機関(療養病床以外)
前回認定有効期間: 12 月間

1 一次判定等

(この分数は、実際のケア時間を見せるものではない)

一次判定結果 : 要介護4

要介護認定基準時間 : 106.9分

非	支1	支2	介1	介2	介3	介4	介5	
食事	排泄	移動	清潔保持	間接	BPSD 関連	機能 訓練	医療 関連	認知症 加算
1.1	19.7	16.3	15.6	5.4	6.1	4.6	38.1	0.0

警告コード: 41、42

3 中間評価項目得点

第1群	第2群	第3群	第4群	第5群
27.4	9.8	59.5	100.0	35.2

4 日常生活自立度

障害高齢者自立度	:	B2
認知症高齢者自立度	:	III a

5 認知機能・状態の安定性の評価結果

認知症高齢者の日常生活自立度	：	Ⅲa
認知症自立度Ⅱ以上の蓋然性	：	Ⅲa
状態の安定性	：	不安定
給付区分	：	介護給付

6 現在のサービス利用状況(介護給付)

訪問介護(ホームヘルプ)・訪問型サービス	0 回/月	福祉用具貸与	0 品目
訪問入浴介護	0 回/月	特定福祉用具販売	0 品目
訪問看護	0 回/月	住宅改修	なし
訪問リハビリテーション	0 回/月	夜間対応型訪問介護	0 日/月
居宅療養管理指導	0 回/月	認知症対応型通所介護	0 日/月
通所介護(デイサービス)・通所型サービス	0 回/月	小規模多機能型 居宅介護	0 日/月
通所リハビリテーション	0 回/月	認知症対応型共同生活 介護(グループホーム)	0 日/月
短期入所生活介護 (ショートステイ)	0 日/月	地域密着型特定施設 入居者生活介護	0 日/月
短期入所療養介護	0 日/月	地域密着型介護老人福 祉施設入所者生活介護	0 日/月
特定施設入居者 生活介護	0 日/月	定期巡回・随時対応型 訪問介護看護	0 回/月
看護小規模多機能型 居宅介護	0 日/月		

2 認定調査項目

		調査結果	前回結果
第1群 身体機能・起居動作			
1. 麻痺(左一上肢)	ある	←	
麻痺(右一上肢)	ある	←	
麻痺(左一下肢)	ある	←	
麻痺(右一下肢)	ある	←	
麻痺(その他)			
2. 拘縮(肩関節)			
拘縮(股関節)			
拘縮(膝関節)			
拘縮(その他)			
3. 寝返り	できない		つかまれば可
4. 起き上がり	できない	←	
5. 座位保持	支えが必要	←	
6. 両足での立位	できない	←	
7. 歩行	できない	←	
8. 立ち上がり	できない	←	
9. 片足での立位	できない	←	
10. 洗身	全介助	←	
11. つめ切り	全介助	←	
12. 視力		←	
13. 聴力		←	
第2群 生活機能			
1. 移乗	全介助	←	
2. 移動	全介助	←	
3. えん下	できない		見守り等
4. 食事摂取	全介助		一部介助
5. 排尿	全介助		一部介助
6. 排便	全介助	←	
7. 口腔清潔	全介助		一部介助
8. 洗顔	全介助	←	
9. 整髪	全介助		一部介助
10. 上衣の着脱	一部介助	←	
11. ズボン等の着脱	全介助	←	
12. 外出頻度	月1回未満		週1回以上
第3群 認知機能			
1. 意思の伝達	ときどきできる		できる
2. 毎日の日課を理解	できない		できる
3. 生年月日をいう		←	
4. 短期記憶	できない		できる
5. 自分の名前をいう		←	
6. 今の季節を理解	できない		できる
7. 場所の理解	できない		できる
8. 徨徊		←	
9. 外出して戻れない		←	
第4群 精神・行動障害			
1. 被害的			ときどきある
2. 作話		←	
3. 感情が不安定		←	
4. 昼夜逆転		←	
5. 同じ話をする		←	
6. 大声を出す		←	
7. 介護に抵抗		←	
8. 落ち着きなし		←	
9. 一人で出たがる		←	
10. 収集癖		←	
11. 物や衣類を壊す		←	
12. ひどい物忘れ		←	
13. 独り言・独り笑い			ときどきある
14. 自分勝手に行動する			ときどきある
15. 話がまとまらない			←
第5群 社会生活への適応			
1. 薬の内服	全介助	←	
2. 金銭の管理	全介助		一部介助
3. 日常の意思決定		日常的に困難	←
4. 集団への不適応			←
5. 買い物		全介助	←
6. 簡単な調理			全介助

特別な医療

医療行為	調査	医療行為	調査
点滴の管理		気管切開の処置	
中心静脈栄養		疼痛の看護	
透析		経管栄養	ある
ストーマの処置		モニター測定	
酸素療法		じょくそうの処置	
レスピレーター		カテーテル	

認定調査票(特記事項)

【事例3】 *パターン1

概況

夫と2人暮らしだった。家事全般を担い、自立した生活を送っていた。1年前に脳梗塞、脳血管性認知症を発症し、左半身麻痺となり入院。1か月後にリハビリ専門病院に転院し、座位保持・立位等のADL、嚥下機能が改善。5か月後に退院となる。デイケア、訪問看護、訪問介護を利用し、リハビリも継続していたが、2か月前に誤嚥性肺炎を発症し、急性期病院に入院。嚥下困難で経管栄養となる。認知機能の低下と意思疎通が難しい場面もある。左半身麻痺、両肩痛、右膝痛、腰痛もあり、日常生活全般に介助が必要である。ご夫婦ともに自宅での生活を希望されている。【夫・看護師の立ち合いで調査を行う】

1 身体機能・起居動作に関する項目についての特記事項

1-1 麻痺等の有無、1-2 拘縮の有無、1-3 寝返り、1-4 起き上がり、1-5 座位保持、1-6 両足での立位、1-7 歩行、1-8 立ち上がり、
1-9 片足での立位、1-10 洗身、1-11 つめ切り、1-12 視力、1-13 聴力

(1-1～1-9) 車いすで確認動作を行う。全て日頃も同様（看護師より）。

(1-1) 右上下肢は前方・横とともに肩の高さまでゆっくり挙上保持できる。左上下肢は麻痺があり、前方・横とともに全く自分で動かせず、左手・手指、左足・足趾も麻痺があり、自分で動かすことができない。
「左上肢」「左下肢」「その他」を選択。

(1-2) 右肩・右膝の痛みはあるが、可動域制限はない。左肩の痛みはあるが、他動で肩の高さまで挙上できる。
左膝も他動で伸展できる。両股関節は他動で90度まで屈曲できる。左股関節は他動で10cmの外転だが、
右股関節は他動で25cm外転できる。左肘、左手指は他動で動き、他の関節も可動域制限はない。

(1-3) 左半身麻痺、両肩痛があり、自分で寝返りできない。「3. できない」を選択。

(1-4) 自分で起き上がりせず、職員が介助する（2～3回/日）。「3. できない」を選択。

(1-5) 腰痛もあり右手でつかまるだけでは座位保持できず、常時、背もたれ・ひじ掛けが必要。「3. 支えが必要」を選択。

(1-6～9) 日頃も、リハビリ時も同様。（1-6）職員が支えても5秒しか立位保持できない。「3. できない」を選択。

(1-7) 体を支える介助をしても、1歩も歩行できない。「3. できない」

(1-8) 自分で立ち上がりせず、職員が両脇を引き上げる。「3. できない」

(1-9) 左下肢の麻痺、右膝の痛みがあり、職員が支えないとできない。「3. できない」

(1-10) 2回/週 機械浴（座位式）。左半身麻痺、右肩痛もあり、自分では全くできず、職員が全て洗う。「3. 全介助」

(1-11) 左半身麻痺、右肩痛とともに、つめを上手に切るという理解の低下もあり、準備、手足のつめ切り、片付け全て介助。「3. 全介助」を選択。

(1-12・13) 字は見える。「1. 普通」 日頃から普通の声の大きさで聞こえる。「1. 普通」

2 生活機能に関する項目についての特記事項

2-1 移乗、2-2 移動、2-3 えん下、2-4 食事摂取、2-5 排尿、2-6 排便、2-7 口腔清潔、2-8 洗顔、2-9 整髪、2-10 上衣の着脱

2-11 ズボン等の着脱、2-12 外出頻度

(2-1) ベッド⇒車いす、車いす⇒リハビリ時のベッド、車いす⇒浴用車いすへの移乗があり、
自分では移乗できず、職員が両脇を抱えて移乗する。寝返りができず、体位交換を2時間おきに受けているが、両肩、右膝の
痛みもあり、ゆっくり介助を行う。「4. 全介助」を選択。

(2-2) フロアや自室で過ごす。左半身麻痺、右肩と右膝痛で自走できず、職員が車いすを押す。「4. 全介助」を選択。
【フロア2回/日、リハビリ3回/週、入浴2回/週、自室2回/日】

(2-3) 誤嚥性肺炎以降、嚥下困難で経口摂取できない。言語聴覚士による経口摂取へ向けたリハビリが行われているが、
飲み込むことの理解力も低下しており、食べ物を使った訓練までは行えていない。「3. できない」を選択。

(2-4) 経口摂取できず、経管栄養を1日3回職員が注入する。（1時間30分程度の注入時間）「4. 全介助」を選択。

(2-5) 尿意の訴えはない。ベッド上で職員がおむつ交換する【昼(3～4回)・夜(2回)】。右肩、右膝の痛みがあり、
2人介助で交換する。「4. 全介助」

(2-6) 便意なし。2～3日に1回の頻度で排便がある。ベッド上でおむつ交換を行う。「4. 全介助」を選択。

(2-7～9) 声かけしても清潔保持の理解ができない。(2-7)総義歯。職員が義歯の出し入れ、洗浄を行う。「3. 全介助」

(2-8) 温タオルで職員が全て拭いている（類似評価）「3. 全介助」。(2-9)ブラシで職員が整髪する。「3. 全介助」

(2-10) 服を着る理解があり、職員が声かけすると、右上肢のみゆっくり腕を通す。他は職員が介助。「3. 一部介助」

(2-11) 左半身麻痺、右膝痛あり、職員がズボンの着脱を行う。「4. 全介助」

(2-12) 病院に入院後、一度も外出していない。（月1回未満）。
脳梗塞発症前（1年前）は夫と毎日30分程度、犬の散歩をしており、今回の入院前はデイケアを週2回利用していた。

3 認知機能に関する項目についての特記事項

3-1 意思の伝達, 3-2 毎日の日課を理解, 3-3 生年月日を言う, 3-4 短期記憶, 3-5 自分の名前を言う, 3-6 今の季節を理解, 3-7 場所の理解, 3-8 徒歩, 3-9 外出して戻れない

(3-1~7) 本人に質問できる。全て日頃も同様（看護師・夫より）

(3-1) リハビリ、入浴、上着の着脱等の意向を職員が聞くと、「はい」と答える。「家に帰りたい」「お父さんに会いたい」なども伝えることができるが、それ以外は単語を思い出せずに伝達できず、職員が思いを察して介助している。
「2. ときどきできる」

(3-2) 日課は答えられない。時間や曜日もわからない。日頃から職員が誘導している。「2. できない」

(3-3) 生年月日は答えられる。年齢は答えられない。「1. できる」

(3-4) 調査時、訪問前にしていたことは回答がなかった。日頃から短期記憶はできない。「2. できない」

(3-5) 姓・名をゆっくり答え、正答する。「1. できる」

(3-6) 季節の質問には回答がなかった。「2. できない」

(3-7) 調査時は戸惑う表情をされ、回答はなかった。自宅でないことは理解しているが、今の場所の理解はできない。
「2. できない」

(3-8・9) 該当する行動は「ない」。夫・看護師より。

4 精神・行動障害に関する項目についての特記事項

4-1 被害的, 4-2 作話, 4-3 感情が不安定, 4-4 昼夜逆転, 4-5 同じ話をする, 4-6 大声を出す, 4-7 介護に抵抗, 4-8 落ち着きなし, 4-9 一人で出たがる, 4-10 収集癖, 4-11 物や衣類を壊す, 4-12 ひどい物忘れ, 4-13 独り言・独り笑い, 4-14 自分勝手に行動する, 4-15 話がまとまらない
※ 該当する項目はない。（夫・看護師より）

(4-8) 「家に帰りたい」と言われるが、落ち着きのない状況まではない。夫の面会を喜ばれている。

(4-12) 短期記憶障害はあるが、日課も含めて全て職員が事前に誘導しており、ひどい物忘れ行動は生じていない。

5 社会生活への適応に関する項目についての特記事項

5-1 薬の内服, 5-2 金銭の管理, 5-3 日常の意思決定, 5-4 集団への不適応, 5-5 買い物, 5-6 簡単な調理

(5-1) 1日2回、経管栄養から職員が薬を注入する。「3. 全介助」。

(5-2) 脳梗塞発症以降、夫が全て管理する。「3. 全介助」。

(5-3) 脳梗塞発症以降、日課の理解はできないが、上着の着脱やリハビリを行うことは理解でき、意思決定できている。
全くできない状況ではなく、「3. 日常的に困難」を選択。

(5-4) 穏やかな方で、集団不適応はない。「1. ない」

(5-5) 日用品等は家族と施設が全て購入する。「4. 全介助」。1年前までは自分で買い物、調理を行っていた。

(5-6) 医師の指示で、経管栄養は常温で注入する。「1. 介助されていない」を選択。

6 特別な医療についての特記事項

6 特別な医療

(6-9) 経口摂取できず1日3回、医師の指示で看護師が経管栄養の注入を行う。注入時間は1時間30分。今後も継続。

該当はしないが、痰が多く、医師の指示で看護師が口から喀痰吸引を行う（1日5回程）。

7 日常生活自立度に関する項目についての特記事項

7-1 障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度) 7-2 認知症高齢者の日常生活自立度

(7-1) 「B2」移乗、移動は全介助。車いすでの座位保持ができる。今回の入院後は外出していないが、介助は必要。

(7-2) 「IIIa」夫のことは覚えているが、短期記憶障害があり、場所の理解、日課の理解、意思決定も困難である。
排泄、入浴、着脱等の介助が必要。夜は安眠できている。

認定調査票(特記事項)

【事例3】 *パターン2 【介護の手間等が不足】

概況

夫と2人暮らしだった。家事全般を担い、自立した生活を送っていた。1年前に脳梗塞、脳血管性認知症を発症し、左半身麻痺となり入院。1か月後にリハビリ専門病院に転院し、座位保持・立位等のADL、嚥下機能が改善。5か月後に退院となる。デイケア、訪問看護、訪問介護を利用し、リハビリも継続していたが、2か月前に誤嚥性肺炎を発症し、急性期病院に入院。嚥下困難で経管栄養となる。認知機能の低下と意思疎通が難しい場面もある。左半身麻痺、両肩痛、右膝痛、腰痛もあり、日常生活全般に介助が必要である。ご夫婦ともに自宅での生活を希望されている。【夫・看護師の立ち合いで調査を行う】

1 身体機能・起居動作に関する項目についての特記事項

1-1 麻痺等の有無、1-2 拘縮の有無、1-3 寝返り、1-4 起き上がり、1-5 座位保持、1-6 両足での立位、1-7 歩行、1-8 立ち上がり、
1-9 片足での立位、1-10 洗身、1-11 つめ切り、1-12 視力、1-13 聴力

(1-1～1-9) 車いすで確認動作を行う。全て日頃も同様（看護師より）。

(1-1) 右上下肢は前方・横とともに肩の高さまでゆっくり挙上保持できる。左上下肢は麻痺があり、前方・横とともに全く自分で動かせず、左手・手指、左足・足趾も麻痺があり、自分で動かすことができない。
「左上肢」「左下肢」「その他」を選択。

(1-2) 右肩・右膝の痛みはあるが、可動域制限はない。左肩の痛みはあるが、他動で肩の高さまで挙上できる。
左膝も他動で伸展できる。両股関節は他動で90度まで屈曲できる。左股関節は他動で10cmの外転だが、
右股関節は他動で25cm外転できる。左肘、左手指は他動で動き、他の関節も可動域制限はない。

(1-3) 自分で寝返りできない。「3. できない」を選択。

(1-4) 自分で起き上がれない。「3. できない」を選択。

(1-5) 常時、背もたれ・ひじ掛けが必要。「3. 支えが必要」を選択。

(1-6) 職員が支えても5秒しか立位保持できない。「3. できない」を選択。

(1-7) 歩行できない。「3. できない」

(1-8) 自分で立ち上がれない。「3. できない」

(1-9) できない。「3. できない」

(1-10) 職員が洗う。「3. 全介助」

(1-11) つめ切りは職員が行う。「3. 全介助」

(1-12・13) 字は見える。「1. 普通」　日頃から普通の声の大きさで聞こえる。「1. 普通」

2 生活機能に関する項目についての特記事項

2-1 移乗、2-2 移動、2-3 えん下、2-4 食事摂取、2-5 排尿、2-6 排便、2-7 口腔清潔、2-8 洗顔、2-9 整髪、2-10 上衣の着脱

2-11 ズボン等の着脱、2-12 外出頻度

(2-1) 職員が抱えて移乗する。「4. 全介助」を選択。

(2-2) 職員が車いすを押す。「4. 全介助」。

(2-3) 経口摂取できない。「3. できない」。

(2-4) 経管栄養を職員が注入。「4. 全介助」。

(2-5・6) ベッド上で職員がおむつ交換する。「4. 全介助」。

(2-7) 職員が義歯の出し入れ、洗浄を行う。「3. 全介助」

(2-8) 温タオルで職員が拭く。「3. 全介助」　(2-9) ブランで職員が整髪する。「3. 全介助」

(2-10) 右上肢のみゆっくり腕を通す。他は職員が介助。「3. 一部介助」

(2-11) 職員がズボンの着脱を行う。「4. 全介助」。

(2-12) 病院に入院後、一度も外出していない。「3. 月1回未満」。

3 認知機能に関連する項目についての特記事項

3-1 意思の伝達、3-2 毎日の日課を理解、3-3 生年月日を言う、3-4 短期記憶、3-5 自分の名前を言う、3-6 今の季節を理解、3-7 場所の理解、
3-8 徒歩、3-9 外出して戻れない

(3-1～7) 本人に質問できる。全て日頃も同様（看護師・夫より）

(3-1) リハビリ、入浴、上着の着脱等の意向を職員が聞くと、「はい」と答える。「家に帰りたい」「お父さんに会いたい」なども伝えることができるが、それ以外は単語を思い出せずに伝達できない。「2. ときどきできる」

(3-2) 日課は答えられない。時間や曜日もわからない。「2. できない」

(3-3) 生年月日は答えられる。年齢は答えられない。「1. できる」

(3-4) 調査時、訪問前にしていたことは回答がなかった。日頃から短期記憶はできない。「2. できない」

(3-5) 姓・名をゆっくり答え、正答する。「1. できる」

(3-6) 季節の質問には回答がなかった。「2. できない」

(3-7) 調査時は戸惑う表情をされ、回答はなかった。自宅でないことは理解しているが、今の場所の理解はできない。
「2. できない」

(3-8・9) 「ない」。夫・看護師より。

4 精神・行動障害に関連する項目についての特記事項

4-1 被害的、4-2 作話、4-3 感情が不安定、4-4 昼夜逆転、4-5 同じ話をする、4-6 大声を出す、4-7 介護に抵抗、4-8 落ち着きなし、4-9 一人で出たがる、4-10 収集癖、4-11 物や衣類を壊す、4-12 ひどい物忘れ、4-13 独り言・独り笑い、4-14 自分勝手に行動する、4-15 話がまとまらない
※ 該当する項目はない。（夫・看護師より）

(4-8) 「家に帰りたい」と言われるが、落ち着きのない状況まではない。夫の面会を喜ばれている。

(4-12) 短期記憶障害はあるが、ひどい物忘れ行動は生じていない。

5 社会生活への適応に関連する項目についての特記事項

5-1 薬の内服、5-2 金銭の管理、5-3 日常の意思決定、5-4 集団への不適応、5-5 買い物、5-6 簡単な調理

(5-1) 経管栄養から職員が薬を注入する。「3. 全介助」。

(5-2) 夫が全て管理する。「3. 全介助」。

(5-3) 日課の理解はできないが、上着の着脱やリハビリを行うことは理解でき、意思決定できている。
「3. 日常的に困難」を選択。

(5-4) 集団不適応はない。「1. ない」

(5-5) 家族と施設が全て購入。「4. 全介助」。

(5-6) 医師の指示で、経管栄養は常温で注入する。「1. 介助されていない」を選択。

6 特別な医療についての特記事項

6 特別な医療

(6-9) 医師の指示で看護師が経管栄養の注入を行う。

7 日常生活自立度に関する項目についての特記事項

7-1 障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度) 7-2 認知症高齢者の日常生活自立度

(7-1) 「B2」移乗、移動は全介助。車いすでの座位保持ができる。

(7-2) 「IIIa」夫のことは覚えているが、短期記憶障害があり、場所の理解、日課の理解、意思決定も困難である。
排泄、入浴、着脱等、介助が必要。

【事例3】

主治医意見書

記入日 令和〇年〇月〇日

申請者	(ふりがな)	男 ・ 女	〒	—
	明・大・昭 年 月 日生(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等に利用されることに		<input type="checkbox"/> 同意する。 <input type="checkbox"/> 同意しない。		
医師氏名		電話 ()		
医療機関名		FAX ()		
医療機関所在地				
(1) 最終診察日	令和〇年〇月〇日			
(2) 意見書作成回数	<input type="checkbox"/> 初回 <input checked="" type="checkbox"/> 2回以上			
(3) 他科受診の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合)→□内科 □精神科 □外科 <input checked="" type="checkbox"/> 整形外科 <input checked="" type="checkbox"/> 脳神経外科 □皮膚科 □泌尿器科 □婦人科 □眼科 □耳鼻咽喉科 □リハビリテーション科 □歯科 □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. 脳梗塞	発症年月日 (昭和・平成・ <input checked="" type="checkbox"/> 令和〇年〇月〇日頃)			
2. 脳血管性認知症	発症年月日 (昭和・平成・ <input checked="" type="checkbox"/> 令和〇年〇月〇日頃)			
3. 誤嚥性肺炎	発症年月日 (昭和・平成・ <input checked="" type="checkbox"/> 令和〇年〇月〇日頃)			
(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患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 特定疾患についてはその診断の根拠等について記入)				
1年前に左片麻痺が出現し、MRIにて脳梗塞と診断。脳血管性認知症も発症し、治療を行う。 1か月後にリハビリ病院に転院し、リハビリを行い、5か月後に退院する。 退院3か月後に誤嚥性肺炎を発症して入院、経管栄養となる。 現在、在宅復帰を目的に、治療・リハビリを継続している。投薬は経鼻から行う。 ○○○錠 10mg 2錠 朝食後 ○○○○錠 20mg 1錠 朝食後 ○○○○錠 15mg 1錠 朝食後 ○○○○○錠 0.5mg 朝昼夕3回(食後)				

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 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 type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> II a	<input type="checkbox"/> II b	<input checked="" type="checkbox"/> III a	<input type="checkbox"/> III b	<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 type="checkbox"/> いくらくら困難	<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"/> いくらくら困難	<input checked="" type="checkbox"/> 具体的な要求に限られる	<input type="checkbox"/> 伝えられない					
(3) 認知症の行動・心理症状 (BPSD) (該当する項目全てチェック: 認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)									
<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	{ <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 性的な問題行動 <input type="checkbox"/> その他() }							
(4) 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 () 科 <input checked="" type="checkbox"/> 無]			

【事例 3】

(5) 身体の状態

利き腕 (<input checked="" type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左)	身長 = <u>154cm</u>	体重 = <u>48kg</u>	(過去 6 ヶ月の体重の変化 <input type="checkbox"/> 増加 <input type="checkbox"/> 維持 <input checked="" type="checkbox"/> 減少)
<input type="checkbox"/> 四肢欠損	(部位 : _____)		
<input checked="" type="checkbox"/> 麻痺	<input type="checkbox"/> 右上肢 (程度 : <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) <input checked="" type="checkbox"/> 左上肢 (程度 : <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input checked="" type="checkbox"/> 重)		
	<input type="checkbox"/> 右下肢 (程度 : <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) <input checked="" type="checkbox"/> 左下肢 (程度 : <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input checked="" type="checkbox"/> 重)		
	<input checked="" type="checkbox"/> その他 (部位 : 左手、左足 程度 : <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input checked="" type="checkbox"/> 重)		
<input checked="" type="checkbox"/> 筋力の低下	(部位 : <u>右上下肢</u> 程度 : <input type="checkbox"/> 軽 <input checked="" type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)		
<input type="checkbox"/> 関節の拘縮	(部位 : _____ 程度 : <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)		
<input checked="" type="checkbox"/> 関節の痛み	(部位 : <u>両肩、右膝、腰部</u> 程度 : <input type="checkbox"/> 軽 <input checked="" type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)		
<input type="checkbox"/> 失調・不随意運動	・上肢 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	・下肢 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	・体幹 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左
<input type="checkbox"/> 褥瘡	(部位 : _____ 程度 : <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)		
<input type="checkbox"/> その他の皮膚疾患	(部位 : _____ 程度 : <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)		

4. 生活機能とサービスに関する意見

(1) 移動

屋外歩行	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 介助があればしている	<input checked="" type="checkbox"/> していない
車いすの使用	<input type="checkbox"/> 用いていない	<input type="checkbox"/> 主に自分で操作している	<input checked="" type="checkbox"/> 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)	<input checked="" type="checkbox"/> 用いていない	<input type="checkbox"/> 屋外で使用	<input type="checkbox"/> 屋内で使用

(2) 栄養・食生活

食事行為	<input type="checkbox"/> 自立ないし何とか自分で食べられる	<input checked="" type="checkbox"/> 全面介助
現在の栄養状態	<input type="checkbox"/> 良好	<input checked="" type="checkbox"/> 不良

→ 栄養・食生活上の留意点 (摂食嚥下訓練を始めており、誤嚥に留意しながら食べる機能を向上させていく)

(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

<input checked="" type="checkbox"/> 尿失禁	<input checked="" type="checkbox"/> 転倒・骨折	<input checked="" type="checkbox"/> 移動能力の低下	<input checked="" type="checkbox"/> 褥瘡	<input checked="" type="checkbox"/> 心肺機能の低下	<input type="checkbox"/> 閉じこもり	<input checked="" type="checkbox"/> 意欲低下	<input type="checkbox"/> 徘徊
<input type="checkbox"/> 低栄養	<input checked="" type="checkbox"/> 摂食・嚥下機能低下	<input type="checkbox"/> 脱水	<input type="checkbox"/> 易感染性	<input type="checkbox"/> がん等による疼痛	<input type="checkbox"/> その他 ()		

→ 対処方針 ()

(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し

<input checked="" type="checkbox"/> 期待できる	<input type="checkbox"/> 期待できない	<input type="checkbox"/> 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。)

<input checked="" type="checkbox"/> 訪問診療	<input checked="" type="checkbox"/> 訪問看護	<input checked="" type="checkbox"/> 訪問歯科診療	<input type="checkbox"/> 訪問薬剤管理指導
<input checked="" type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション	<input checked="" type="checkbox"/> 短期入所療養介護	<input type="checkbox"/> 訪問歯科衛生指導	<input type="checkbox"/> 訪問栄養食事指導
<input checked="" type="checkbox"/> 通所リハビリテーション	<input type="checkbox"/> 老人保健施設	<input type="checkbox"/> 介護医療院	<input type="checkbox"/> その他の医療系サービス()
<input type="checkbox"/> 特記すべき項目なし			

(6) サービス提供時における医学的観点からの留意事項 (該当するものを選択するとともに、具体的に記載)

<input checked="" type="checkbox"/> 血圧 (血圧上昇時・低下時は入浴を控える)	<input checked="" type="checkbox"/> 摂食 (咀嚼をしっかり行い、誤嚥予防。口腔ケアも継続)
<input checked="" type="checkbox"/> 嚥下 (在宅に向けて、歯科医師・言語聴覚士等と連携し、食べられるものを検討していく必要がある)	
<input checked="" type="checkbox"/> 移動 (転倒・転落に気をつける)	<input checked="" type="checkbox"/> 運動 (拘縮予防) <input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/> 特記すべき項目 (なし)	

(7) 感染症の有無 (有の場合には具体的に記入して下さい)

<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 不明
---------------------------------------	--------------------------------	-----------------------------

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見守りに影響を及ぼす疾病の状況等の留意点を含め記載して下さい。特に、介護に要する手間に影響を及ぼす事項について記載して下さい。

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。(情報提供書や障害者手帳の申請に用いる診断書等の写しを添付して頂いても結構です。)

脳梗塞発症後、ADL・IADLなどの介助が必要な状態です。

誤嚥性肺炎発症後から経鼻経管栄養となり、現在リハビリを継続しています。

誤嚥性肺炎による状態悪化や転倒・転落による骨折受傷等のリスクは高いですが、

ご夫婦ともに自宅での生活を希望されており、今後も治療とともに、ADL、摂食・嚥下、意思疎通などの機能改善に向けたリハビリなどを続けていきます。