

模擬審査 演習用資料 事例1～6

【模擬審查】 事例1

取扱注意

介護認定審査会資料

事例1：要支援1

平成〇年〇月〇日 作成
 平成〇年〇月〇日 申請
 平成〇年〇月〇日 調査
 平成〇年〇月〇日 審査

合議体番号：000001 No. 1

被保険者区分：第1号被保険者 年齢：68歳 性別：女
 申請区分：更新申請 前回要介護度：要支援1

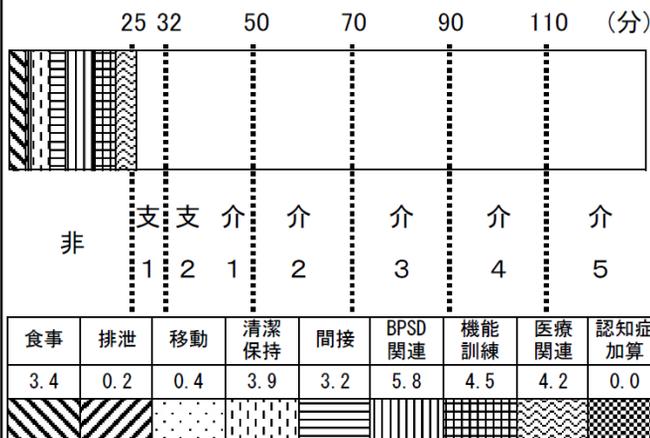
現在の状況：居宅（施設利用なし）
 前回認定有効期間：12月間

1 一次判定等

（この分数は、実際のケア時間を示すものではない）

一次判定結果：要支援1

要介護認定等基準時間：25.6分



警告コード：

3 中間評価項目得点

第1群	第2群	第3群	第4群	第5群
88.7	97.0	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：IIa

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：IIa
 主治医意見書：IIb
 認知症自立度II以上の蓋然性：
 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（予防給付）

介護予防訪問介護（ホームヘルプサービス）：0回/月
 介護予防訪問入浴介護：0回/月
 介護予防訪問看護：0回/月
 介護予防訪問リハビリテーション：4回/月
 介護予防居宅療養管理指導：0回/月
 介護予防通所介護（デイサービス）：4回/月
 介護予防通所リハビリテーション：0回/月
 介護予防短期入所生活介護（ショートステイ）：0日/月
 介護予防短期入所療養介護：0日/月
 介護予防特定施設入居者生活介護：0日/月
 介護予防福祉用具貸与：0品目
 特定介護予防福祉用具販売：0品目/6月間
 住宅改修：なし
 介護予防認知症対応型通所介護：0日/月
 介護予防小規模多機能型居宅介護：0日/月
 介護予防認知症対応型共同生活介護（グループホーム）：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） （右一上肢） （左一下肢） （右一下肢） （その他）	-	-
2.	拘縮（肩関節） （股関節） （膝関節） （その他）	-	-
3.	寝返り	つかまれば可	-
4.	起き上がり	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	つかまれば可	-
9.	片足での立位	-	-
10.	洗身	全介助	-
11.	つめ切り	-	-
12.	視力	-	-
13.	聴力	-	-
第2群 生活機能			
1.	移乗	-	-
2.	移動	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	-	-
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	ときどきある	-
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	一部介助	-
2.	金銭の管理	一部介助	-
3.	日常の意思決定	特別な場合以外可	-
4.	集団への不適応	-	-
5.	買い物	全介助	-
6.	簡単な調理	-	-

<特別な医療>

点滴の管理：気管切開の処置
 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：じょくそうの処置
 レスピレーター：カテーテル

認定調査票（特記事項）

概況

夫との二人暮らしだが、夫は朝から夕方まで仕事に出ているため、日中独居となっている。市外に在住する娘が二人いる。5年前に脳梗塞を発症し、左上下肢の麻痺が出現した。その翌年から介護保険サービス（通所介護と訪問リハビリ）の利用を開始。糖尿病があり、内服治療中だが、食事療法や運動は特に行っていない。夫の立ち会いのもと調査を実施。

1 身体機能・起居動作に関連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・2) 脳梗塞後遺症にて左上下肢に不全麻痺があるが、確認動作は全て行える。右腰部痛と右胸痛を訴えるが、関節の可動域制限はない。

(1-3) ベッド柵をつかまなければ横を向くことができない。普段右側臥位で休むことが多い。「2. つかまれば可」を選択。

(1-4) 布団をつかみ手や肘をついて加重すれば、ゆっくりだが起き上がることができる。「2. つかまれば可」を選択。

(1-5) 背もたれがなくても座位保持安定。

(1-6) 支えなしで両足立位保持できる。

(1-7) 平坦な場所で5m程度であれば、何もつかまらずに1人で歩行できる。左足の運びが悪いため、摺り足のゆっくりした歩行で不安定である。

(1-8) 近くの物につかまり手をつけば、立ち上がることができる。「2. つかまれば可」を選択。

(1-9) 支えなしで片足立位保持できる。

(1-11) うつ向くと気分不良になるため爪切りはできず、手・足とも夫に介助されている。「3. 全介助」を選択。

2 生活機能に関連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) 日常生活において移乗行為は発生しない。移乗行為があると想定すると、1群の状況から介護は必要ないと判断した。

(2-2) 自宅内は、近くにある物や壁につかまり一人で移動しているが、転倒することがある。

(2-3) 朝・昼・夜の食事の際、固形物で必ずむせてせきこむため、「2. 見守り等」を選択。

(2-5) トイレに行き、失禁時は自分でパッドを交換。通所では職員が定時で誘導。頻度で「1. 介助されていない」を選択。

(2-6) 一連の行為は自分で行っているが、紙パンツに便が付着している時がある。「1. 介助されていない」を選択。

(2-10・11) 時間はかかるが、自分で着脱している。「1. 介助されていない」を選択。

(2-12) 週1回通所。月1回通院で帰りに夫と一緒に買い物。週1回他市の娘宅訪問。

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 徘徊, 3-9 外出して戻れない

(3-1) 言葉が聞き取りにくい時もあるが、常時誰にでも自分の意思は伝達できる。

(3-2~7) 全て正答。日頃も同じ。

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 一人が出たがる, 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) ゴミの分別を教えてもすぐ忘れ全くできないため、週 2 回夫がゴミを分別している。また、月に 1 回鍋こがしをする。「2. ときどきある」を選択。

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) 一連の行為は自分で行っているが、残薬があるため、「2. 一部介助」が必要。

(5-2) 少額の自己管理や計算を行っているため、「2. 一部介助」を選択。

(5-3) 食べたい物や着たい服など、日常的な事であれば自己判断して行動できるが、新しいことや突発的なこと、治療方針などは判断できないため、介護者の支援が必要である。「2. 特別な場合を除いてできる」を選択。

(5-5) 日用品・食料品など必要なものは夫が判断しながら購入している。「4. 全介助」を選択。

6 特別な医療についての特記事項

6 特別な医療

なし

7 日常生活自立度に関連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) 家屋内は支えなしで 10m 程は歩行できるが、普段は家具や手すり等を伝いながら移動。下肢の上りは悪く摺り足で歩行不安定。つまずきや転倒等もみられ、移動時の見守りや外出時の介助が必要な状態である。「A1」を選択。

(7-2) 食事や運動・内服等に声掛けを要す。「IIa」を選択。

主治医意見書

記入日 平成〇年〇月〇日

申請者	(ふりがな)	男 ・ 女	〒 _____ _____
	明・大・昭 _____年 _____月 _____日生(_____歳)		

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 同意する。 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 _____年 _____月 _____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 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 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 <u>生活機能低下の直接の原因となっている傷病名</u> 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 (_____年 _____月 _____日頃)
2. 糖尿病 _____	発症年月日 (_____年 _____月 _____日頃)
3. 脳腫瘍 _____	発症年月日 (_____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〕	
20年前に脳腫瘍の手術を受けた。4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、リハビリを行い、5か月間後に退院。現在通院加療している。	

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 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 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 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"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊
	<input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> その他 (_____)
(4) その他の精神・神経症状	
<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 [症状名: _____ 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= 体重= (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: 左上下肢、体幹 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 (_____)

(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 (_____)

(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 看護職員による訪問・相談 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 (転倒に気をつける _____)
 ・摂食 特になし あり (_____) ・運動 特になし あり (_____)
 ・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

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。)

左不全麻痺があり杖歩行ができるが、不安定で見守りを要す。高次脳機能障害として注意障害、記憶障害、脱欲症状が見られる。

【模擬審查】 事例2

取扱注意

介護認定審査会資料

事例2：要介護3

合議体番号：000001 No. 2

平成〇年〇月〇日 作成
平成〇年〇月〇日 申請
平成〇年〇月〇日 調査
平成〇年〇月〇日 審査

被保険者区分：第1号被保険者 年齢：70歳 性別：女
申請区分：更新申請 前回要介護度：要介護3

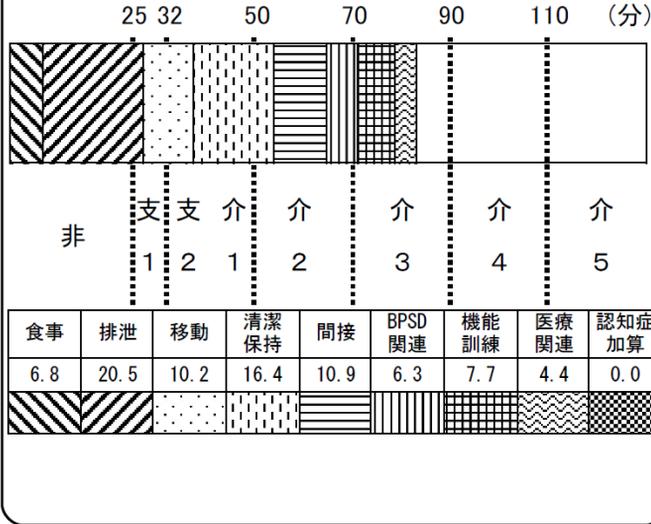
現在の状況：認知症対応型共同生活介護
前回認定有効期間：12月間

1 一次判定等

(この分数は、実際のケア時間を示すものではない)

一次判定結果：要介護3

要介護認定等基準時間：83.2分



警告コード：

3 中間評価項目得点

Table with 5 columns: 第1群 (51.5), 第2群 (64.2), 第3群 (100.0), 第4群 (85.3), 第5群 (19.8)

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：I

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：I
主治医意見書：II a
認知症自立度II以上の蓋然性：81.9%
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(ホームヘルプサービス)：0回/月
訪問入浴介護：0回/月
訪問看護：0回/月
訪問リハビリテーション：0回/月
在宅療養管理指導：0回/月
通所介護(デイサービス)：0回/月
通所リハビリテーション：0回/月
短期入所生活介護(ショートステイ)：0日/月
短期入所療養介護：0日/月
特定施設入居者生活介護：0日/月
福祉用具貸与：0品目
特定福祉用具販売：0品目/6月間
住宅改修：なし
夜間対応型訪問介護：0日/月
認知症対応型通所介護：0日/月
小規模多機能型居宅介護：0日/月
認知症対応型共同生活介護(グループホーム)：31日/月
地域密着型特定施設入居者生活介護：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

2 認定調査項目

Table with 3 columns: 調査結果, 前回結果. Rows include 第1群 身体機能・起居動作, 第2群 生活機能, 第3群 認知機能, 第4群 精神・行動障害, 第5群 社会生活への適応.

<特別な医療>

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
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）

概況

グループホームに入所中。夫とは離別している。約1年半前に右大腿骨頸部骨折にて入院、手術。約1年前に退院した。施設内は、概ね歩行器につかまり移動できるが、パーキンソン病で身体状況に変動があり職員は状況に応じて介助を行う。理解力や短期記憶の大きな低下はないが、精神状態が不安定で管理面に介助をうける。昨年より職員の介助を拒む等の行為がみられているが、一方で、徐々に動きが悪くなってきている。

1 身体機能・起居動作に関連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) 上肢は、確認動作ができた。日頃も同様で「ない」とした。筋力低下や動作の緩慢さがあり、洗身や更衣では介助が必要。下肢は、床から5cmほどの挙上で確認動作はできなかった。日頃も同様で「ある」とした。その他では、動作が緩慢で指先に力が入らず爪切りに職員の介助をうける。

(1-2) 座位・臥位で確認動作を実施した。いずれも確認動作はでき、日頃も同様で「ない」とした。痛みの訴えもない。

(1-3) 試行しようとしたが、無言・無動で全く寝返りはできなかった。日頃も筋力低下や動作の緩慢さがあり、何かにつかまっても寝返りはできないことが多いと聞き取り、「できない」とした。体位交換は行っていない。

(1-4) 試行では、無言・無動で全く起き上がることができなかった。日頃も筋力低下や動作の緩慢さがあり、何かにつかまっても起き上がれないことが多く、ほとんど職員が抱えて起こすと聞き取り「できない」とした。

(1-5) 調査時は、右手で座面のマットをつかみ、左手でベッド柵をつかんで、10分程度は保持できた。体幹の筋力低下のため、日頃も同様と職員から聞き取り「自分で支えれば可」とした。10分以上は左後方へ傾き背もたれ等の支えが必要。

(1-6) 不安定であり、サークル型の歩行器につかまっても保持できた。日頃も同様で「支えが必要」とした。

(1-7) サークル型の歩行器につかまれば、左へ傾きながらも、ゆっくりと歩行できた。日頃も同様で「つかまれば可」。

(1-8) 試行では、無言・無動で全く立ち上がれなかった。日頃も筋力低下や筋固縮で、何かにつかまっても立ち上がれないことが多く、ほとんど職員がズボンの後ろをつかんで引き上げて立ち上がらせると聞き取り、「できない」とした。

(1-9) サークル型歩行器につかまれば、右足を床から1-2cm上げられたが、左足は上げられなかった。日頃も同様。

(1-10) 週3回シャワー浴。タオルを持たせても体が固まったまま動かないため、全て職員が洗うと聞き取り「全介助」。

(1-11) 指先に力が入らないため、手足の爪とも職員が切っている。

(1-12) 裸眼では見えないため眼鏡をかけてもらったところ、小さな文字が読めた。日頃も同様。

(1-13) 調査時、普通の声が聞き取れていた。日頃も同様。

2 生活機能に関連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) 職員がズボンの後ろをつかんで引き上げ、腰を支えて座らせることがほとんどであるため、「一部介助」とした。

(2-2) 不安定なため常に職員が側について見守っており、職員が後ろから体を支える介助を行う時もあると聞き取り「一部介助」とした。

(2-3) えん下はできると職員から聞き取る。歯の治療を行っており、粥とキザミ食を食べている。

(2-4) 配膳をうけ、スプーンを使って自分で食べていることが多いため、「介助されていない」とした。

(2-5) 拭きのみ自分で行っており、残りは職員の介助を受けているので「一部介助」とした。

(2-6) 緩下剤や座薬を使用しトイレで排泄、「全介助」を受けている。

(2-7) 自歯2本で義歯を使用。職員がブラシに歯磨き粉をつけると、自分で義歯を出し入れし自歯・義歯の洗浄を行う。

(2-8) 洗面台に寄りかかり、自分で顔を洗う。タオルも側においてあるため自分で拭くため、「介助されていない」とした。

(2-9) ブラシは洗面台に置いており、洗顔した時に自分で整髪している。

(2-10) 動きが悪いので、職員が衣類を被せたり肩から掛けたり介助を行うが、袖に手を通す協力動作はあるため、「一部介助」とした。

(2-11) 職員が足元でズボンを広げて足を通すことはできず、職員が足首をつかんでズボンに足を通しており協力動作もできない。引き上げともに介助が必要と聞き取り、「全介助」とした。

(2-12) 週2回外来リハビリへ病院の送迎で通う。月1回娘の送迎をうけて病院を受診し、帰りに買い物や外食をし帰宅する。いずれも車椅子介助で移動する。

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 徘徊, 3-9 外出して戻れない

(3-1) 調査時は声が低く小さく聞き取りにくかったものの、ゆっくりを全ての質問に適切な返答があり意思の伝達はできていた。日頃も自分の言いたい事は言うことができると聞き取り「できる」とした。

(3-2) 起床・食事・就寝時間を答えた。日頃も日課の理解はできていると職員から聞き取り、「できる」とした。

(3-4) 訪問直前はテレビを見ており、正答だった。日頃も短期記憶は問題ないと職員から聞き取り、「できる」とした。調査時は、数時間前に食べた朝食の献立まで答えることができた。

(3-3, 5, 6, 7) 正答。

(3-8, 9) 該当する行動はない。

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 一人が出たがる, 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

(4-1, 2) 「パンツが汚いのは、誰かが履いていたからだ」「ズボンをあの人に盗まれた」等と事実と異なる被害妄想を言うことがある。

(4-7) 自分の体調や子どものことなどで不安に思ったり悩んでいる時は、介助しようとする職員に暴力（手をたたく、足をける等）をふるったり、他の入所者に暴言をはいたりする。

(4-3~6, 8~15) 該当する行為はないと職員から聞き取る。

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) 精神状態が不安定なため、職員が内服を管理している。こぼすため、薬と水の用意から口に入れるところまで介助を行っており、「全介助」とした。たいていの場合は、水は自分で飲む。

(5-2) 精神状態が不安定なため、すべての金銭管理は娘が行っており、「全介助」とした。ただし、簡単な計算はできる。

(5-3) 日課や季節の理解はあり、日常生活のできる部分は自分で行う。精神状態が不安定で医師の治療方針の合意等には家族の指示や支援が必要なため、「特別な場合を除いてできる」とした。

(5-5) 入所中であり、すべての食材や日用品は職員・家族が購入している。ここ 1 週間に 1 回「パンを買ってきて」と依頼があったが、食事が入らなくなるので説得して購入しなかった。

(5-6) 入所中であり、すべて職員が炊飯・調理したものを摂取する。

6 特別な医療についての特記事項

6 特別な医療

該当なし

7 日常生活自立度に関連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) 日常生活は部分的に介助が必要であるが、つかまりながら歩行で移動できる。週 2 回介護者の付き添いをうけ外来リハビリに通っており頻回な外出ができることから、「A1」とした。

(7-2) 精神状態が不安定で時々被害妄想があったり管理面に介助を受けるが、意思の疎通ははかれ、概ねの理解力は保たれており、短期記憶の低下もないことから「I」とした。

主治医意見書

記入日 平成〇年〇月〇日

申請者	(ふりがな)	男 女	〒 _____ _____
	明・大・昭 _____年 _____月 _____日生(_____歳)		
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	平成 _____年 _____月 _____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 <u>生活機能低下の直接の原因となっている傷病名</u> については1.に記入) 及び発症年月日			
1. <u>パーキンソン病関連疾患</u>	発症年月日	(平成 _____年 _____月 _____日頃)	
2. <u>脳血管性認知症</u>	発症年月日	(平成 _____年 _____月 _____日頃)	
3. <u>右大腿骨頸部骨折(術後)</u>	発症年月日	(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) ADL 動作介助量に変動有り			
(3) 生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容 [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 パーキンソン関連疾患にて動作緩慢で、前屈み歩行や突進現象があり、頻回に転倒している。また、日常生活動作に変動があるため、それにともない介護量も変動している。脳血管性認知症のため、抑うつ的でメンタル面の対応も必要。動悸などの胸部症状を訴えることも時々ある。便秘傾向あり。 約1年前に転倒し、右大腿骨頸部骨折の診断を受けて、骨接合術を施行。6週間入院(リハビリ含む)した後、現在のグループホームに入所。			

2. 特別な医療 (過去14日間以内に受けた医療のすべてにチェック)

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

3. 心身の状態に関する意見

(1) 日常生活の自立度等について	
・障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input 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 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 type="checkbox"/> 伝えられる <input checked="" 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"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> その他 (_____)
(4) その他の精神・神経症状	
<input checked="" type="checkbox"/> 無	<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 = 151cm 体重 = 43kg (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、体幹 程度 : 軽 □ 中 □ 重)
 関節の拘縮 (部位 : 両股・両膝・両足関節 程度 : □ 軽 中 □ 重)
 関節の痛み (部位 : 右股関節 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 (_____)

(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処処方針

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 (意欲低下、抑うつ)
 → 処処方針 (筋力アップ、介助、転倒予防、リハビリテーション、集団行動、口腔ケア、集団生活、レクリエーション)

(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 □ 看護職員による訪問・相談 □ 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 (介助必要)
 ・ 摂食 □ 特になし あり (こぼすことが多い) ・ 運動 特になし □ あり (_____)
 ・ 嚥下 □ 特になし あり (時間がかかる) ・ 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

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。)

長谷川式 =15 点 (前回 28 点(約 1 年前))

パーキンソン病による、四肢体幹の固縮・無動・姿勢保持困難があり、日によって増悪している。動けなくなり、一日の大半をベッド上で過ごす日もある。今のところ振戦はない。嚥下は今のところできるものの、食事の動作に時間がかかり、日によっては介助を要する。入浴は常に介助が必要。さらに時折、抑うつ、幻覚を中心とした症状の出現もある。

約 1 年前に転倒し、右大腿骨頸部骨折の診断を受けているが、転倒リスクが高いため今後も再発に十分な注意が必要である。10 カ月前からパーキンソン病による不随意運動が進行し、傾眠や無動が強くなったため、通院リハビリと処方調整を行った。ある程度の改善もみられるものの継続的なリハビリの介入が望ましい。

【模擬審查】 事例3

取扱注意

介護認定審査会資料

事例3：要介護4

平成〇年〇月〇日 作成
 平成〇年〇月〇日 申請
 平成〇年〇月〇日 調査
 平成〇年〇月〇日 審査

合議体番号：000001 No. 3

被保険者区分：第1号被保険者 年齢：87歳 性別：女
 申請区分：区分変更申請 前回要介護度：要介護2

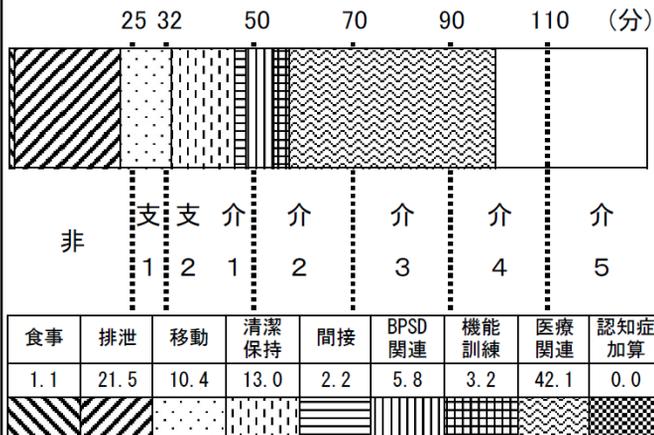
現在の状況：介護老人保健施設
 前回認定有効期間：12月間

1 一次判定等

(この分数は、実際のケア時間を示すものではない)

一次判定結果：要介護4

要介護認定等基準時間：99.3分



警告コード：

3 中間評価項目得点

第1群	第2群	第3群	第4群	第5群
17.3	0.0	57.3	100.0	11.6

4 日常生活自立度

障害高齢者自立度：C2
 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
 認定調査結果：III a
 主治医意見書：III a
 認知症自立度II以上の蓋然性：
 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(なし)

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	-
(右一上肢)	ある	-
(左一下肢)	ある	-
(右一下肢)	ある	-
(その他)	-	-
2. 拘縮 (肩関節)	ある	-
(股関節)	-	-
(膝関節)	ある	-
(その他)	ある	-
3. 寝返り	できない	-
4. 起き上がり	できない	-
5. 座位保持	できない	-
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	1m先が見える	-
13. 聴力	やっと聞こえる	-
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	-
4. 食事摂取	全介助	-
5. 排尿	全介助	-
6. 排便	全介助	-
7. 口腔清潔	全介助	-
8. 洗顔	全介助	-
9. 整髪	全介助	-
10. 上衣の着脱	全介助	-
11. スポン等の着脱	全介助	-
12. 外出頻度	月1回未満	-
第3群 認知機能		
1. 意思の伝達	ときどきできる	-
2. 毎日の日課を理解	できない	-
3. 生年月日をいう	できない	-
4. 短期記憶	できない	-
5. 自分の名前をいう	-	-
6. 今の季節を理解	-	-
7. 場所の理解	できない	-
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. 一人でも出たがる	-	-
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	-	-
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	全介助	-
2. 金銭の管理	全介助	-
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>

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：ある
 レスピレーター：カテーテル

認定調査票（特記事項）**概況**

夫と二人暮らしだったが、認知症症状が重くなり、被害妄想が出るなど近所に迷惑をかけるようになったため、3年前より介護老人保健施設に入所している。市内に在住する息子が一人いる。3カ月前、食事中に食べ物が喉に詰り、反応・意識がなく救急搬送された。脳梗塞と診断され、そのまま入院。右麻痺が残り、寝たきり状態となった。摂食障害でえん下困難となったため、鼻腔から経管栄養が行われるようになった。先月退院し、施設に再入所となっている。寝たきり状態で言葉がはっきりと聞き取れない時もあるなど、以前より身体状態が変わり介護量も増えたため、申請した。糖尿病がある。施設職員から聞き取りを行った。

1 身体機能・起居動作に関連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・2) 右上肢、右下肢ともに麻痺で自力では動かすことができない。左下肢はわずかに上がっただけで保持できず、左上肢は20～30度程度しか上がらなかった。日頃も同様。可動域制限が左膝関節・両肘関節にあり真っ直ぐに伸展ができず、両肩関節も他動で60度程度しか挙上ができない。

(1-3) 自力では寝返りが困難なため、「3. できない」を選択。職員が体位交換を行っている。

(1-4) 自力では起き上がりが困難なため、「3. できない」を選択。

(1-5) 経管栄養時はベッドを30度程度まで起こし、入浴時はリクライニング式車椅子を使用し、30～40度程度で座位を保つ。あまり起こすと首が前に倒れるなどの危険があると職員が話す。座位保持とはいえない状態のため「4. できない」を選択。

(1-6・7・8・9) 脳梗塞後、困難な状態となった。全て「3. できない」を選択。

(1-10) 週1回機械浴を行う。職員による「3. 全介助」。

(1-11) 自分で切る事ができないため、職員が手足の爪を切っている。「3. 全介助」を選択。

(1-12) 糖尿病による視力低下のため、新聞・雑誌などの字は見えないが、約1m離れた視力確認表は見えた。

(1-13) 普通の声では聞こえ難く、少し大きめの声であれば聞き取れた。「2. やっと聞こえる」を選択。

2 生活機能に関連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) ベッドからリクライニング式車椅子に、職員が2人で抱えて移乗。「4. 全介助」を選択。

(2-2) 職員がリクライニング式車椅子を押して移動。「4. 全介助」を選択。

(2-3) 鼻腔から経管栄養が行われているため、「3. できない」を選択。

(2-4) 鼻腔から経管栄養が行われているため、「4. 全介助」を選択。

(2-5・6) オムツ・パット使用で職員による「4. 全介助」。

(2-7・8・9) 口腔ケア、蒸しタオルによる顔ふき、整髪、全て職員により介助されている。「3. 全介助」を選択。

(2-10・11) 着脱は職員が全て介助している。共に「4. 全介助」を選択。

(2-12) 外出は一度もないため「3. 月1回未満」を選択。

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 徘徊、3-9 外出して戻れない

(3-1) できる時もあるが、こちらから質問しても言葉が上手く聞き取れず、何を言っているかわからない時もある。

(3-2) 起床、就寝時間などを尋ねたが「わからない」と言い、その他の日課もわからなかったため、「2. できない」を選択。

(3-4) 調査直前は、「朝ごはんを食べた」と答えたが、経管栄養のためごはんは食べていない。日頃から、直前の記憶が難しいと職員が話すため、「2. できない」を選択。

(3-3・7) 生年月日・年齢を尋ねたが「わからない」と言い、場所を尋ねたが「息子の家」と答えた。「2. できない」を選択。

(3-6) 「春」と答えた。日頃も同様で、「1. できる」を選択。

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群) 該当する行動はみられないとのことで、全て「1. ない」を選択。

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) 薬は潰し、溶かしてから鼻腔より看護師が日に3回注入している。「3. 全介助」を選択。

(5-2) 金銭の管理は困難なため、息子が全て管理していることから「3. 全介助」を選択。

(5-3) 「喉が渇いた、何か飲みたい」など決まった内容のみ意思決定をすることがあるが、理解や判断力の低下で日常生活においては、決定がほとんどできないため「3. 日常的に困難」を選択。

(5-5) 流動食の購入は施設側が行い、日用品等は家族が購入している。「4. 全介助」を選択。

(5-6) 経管栄養で、流動食の温めを毎回職員が行っているため「4. 全介助」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) 今後も継続して経管栄養とじょくそうの処置が行われるため「経管栄養」・「じょくそうの処置」を選択。

7 日常生活自立度に関連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) ベッド上で常時臥床し、自力で寝返りが起き上がりも困難であるため「C2」を選択。

(7-2) 一時も目を離せない状態ではないが、発語はほとんどなく、意思疎通の困難さがみられるため、「Ⅲa」を選択。質問しても家族のこともわからない。

主治医意見書

記入日 平成〇年〇月〇日

申請者	(ふりがな)	男 女	〒 —
	明・大・昭 年 月 日生(歳)		

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 同意する。 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 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 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 <u>生活機能低下の直接の原因となっている傷病名</u> については1.に記入) 及び発症年月日
1. 変形性脊椎症、坐骨神経痛 発症年月日 (〇年 〇月 〇日頃)
2. 認知症 発症年月日 (〇年 〇月 〇日頃)
3. 糖尿病、高血圧症、大腸癌術後 発症年月日 (〇年 〇月 〇日頃)
(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)
(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〕 強い亀背、進行した認知症で入所経過中。3カ月前、昼食中に食塊による気道閉塞を来し、異物除去後入院。 2か月間加療した後に再入所。経口摂取困難なため経鼻栄養となった。再入所後は寝たきり状態。意思疎通はある程度可能だが、糖尿病のコントロールが困難で、内服薬、栄養剤の調節を行うが安定しない。頻回の血糖検査を要し、結局再度インスリン投与に至り、初期投与から再開、未だ検討中。

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 checked="" 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 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 checked="" 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 type="checkbox"/> いくらか困難 <input checked="" 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 type="checkbox"/> いくらか困難 <input checked="" 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 type="checkbox"/> 無 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> その他 ()
(4) その他の精神・神経症状
<input checked="" type="checkbox"/> 無 <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 = 148cm 体重 = 41.2kg (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 : 背部 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 (_____)

(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 看護職員による訪問・相談 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 (_____)

・ 摂食 特になし あり (_____) ・ 運動 特になし あり (_____)

・ 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

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。)

【模擬審查】 事例4

合議体番号：000001 No. 4

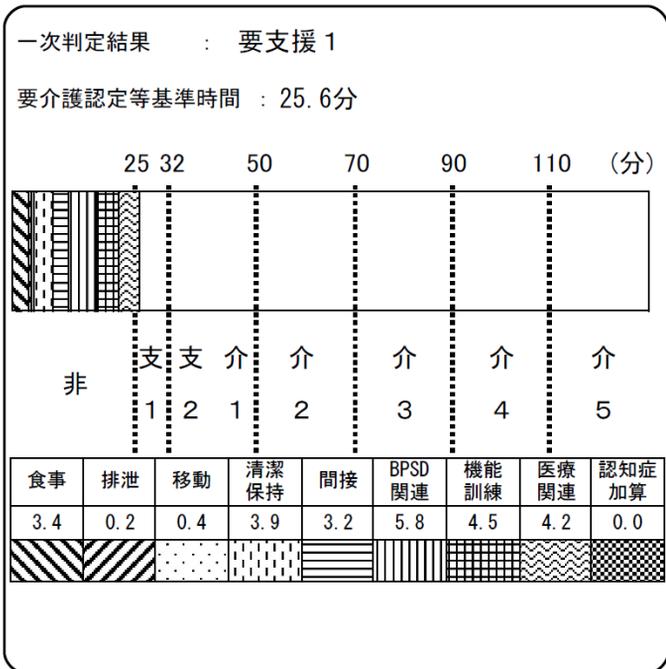
平成〇年〇月〇日 作成
平成〇年〇月〇日 申請
平成〇年〇月〇日 調査
平成〇年〇月〇日 審査

被保険者区分：第1号被保険者 年齢：68歳 性別：女
申請区分：更新申請 前回要介護度：要支援1

現在の状況：居宅（施設利用なし）
前回認定有効期間：12ヶ月間

1 一次判定等

(この分数は、実際のケア時間を示すものではない)



警告コード:

3 中間評価項目得点

Table with 5 columns: 第1群 (88.7), 第2群 (97.0), 第3群 (100.0), 第4群 (99.3), 第5群 (54.6)

4 日常生活自立度

障害高齢者自立度 : A 1
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 : II b
認知症自立度II以上の蓋然性 :
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(予防給付)

介護予防訪問介護(ホームヘルプサービス) : 0回/月
介護予防訪問入浴介護 : 0回/月
介護予防訪問看護 : 0回/月
介護予防訪問リハビリテーション : 4回/月
介護予防居宅療養管理指導 : 0回/月
介護予防通所介護(デイサービス) : 4回/月
介護予防通所リハビリテーション : 0回/月
介護予防短期入所生活介護(ショートステイ) : 0日/月
介護予防短期入所療養介護 : 0日/月
介護予防特定施設入居者生活介護 : 0日/月
介護予防福祉用具貸与 : 0品目
特定介護予防福祉用具販売 : 0品目/6月間
住宅改修 : なし
介護予防認知症対応型通所介護 : 0日/月
介護予防小規模多機能型居宅介護 : 0日/月
介護予防認知症対応型共同生活介護(グループホーム) : 0日/月

2 認定調査項目

Table with 3 columns: 調査結果, 前回結果. Rows include: 第1群 身体機能・起居動作, 第2群 生活機能, 第3群 認知機能, 第4群 精神・行動障害, 第5群 社会生活への適応.

<特別な医療>

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
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）**概況**

夫との二人暮らしだが、夫は朝から夕方まで仕事に出ているため、日中独居となっている。市外に在住する娘が二人いる。5年前に脳梗塞を発症し、左上下肢の麻痺が出現した。その翌年から介護保険サービス（通所介護と訪問リハビリ）の利用を開始。糖尿病があり、内服治療中だが、食事療法や運動は特に行っていない。夫の立ち会いのもと調査を実施。

1 身体機能・起居動作に関連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・2) 脳梗塞後遺症にて左上下肢に不全麻痺があるが、確認動作は全て行える。右腰部痛と右胸痛を訴えるが、関節の可動域制限はない。

(1-3) ベッド柵をつかまなければ横を向くことができない。普段右側臥位で休むことが多い。「2. つかまれば可」を選択。

(1-4) 布団をつかみ手や肘をついて加重すれば、ゆっくりだが起き上がることができる。「2. つかまれば可」を選択。

(1-5) 背もたれがなくても座位保持安定。

(1-6) 支えなしで両足立位保持できる。

(1-7) 平坦な場所で5m程度であれば、何もつかまらずに1人で歩行できる。左足の運びが悪いため、摺り足のゆっくりした歩行で不安定である。

(1-8) 近くの物につかまり手をつけば、立ち上がることができる。「2. つかまれば可」を選択。

(1-9) 支えなしで片足立位保持できる。

(1-10) 毎日1人で入浴して洗身行為も自分で行う。以前風呂の中でのぼせ意識朦朧とし、浴槽に沈みかけていたことが2回あったため、それ以来、入浴中は夫が外から声をかけたり早めに上がらせたりしている。

(1-11) うつ向くと気分不良になるため爪切りはできず、手・足とも夫に介助されている。「3. 全介助」を選択。

2 生活機能に関連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) 日常生活において移乗行為は発生しない。移乗行為があると想定すると、1群の状況から介護は必要ないと判断した。

(2-2) 自宅内は、近くにある物や壁につかまりながら一人で移動するが、左足が上がらず摺り足気味。カーペットの縁などに引っかかり、転倒する事が月に1~2回程度ある。先月も転倒し、頭・腰部を打撲した。週1回の通所でも、手すりを伝いながら移動しているが、つまずきが多く歩行不安定のため、職員が常時付き添い見守りを行っている。

外出時は、夫に支えてもらいながら玄関から車まで移動する。買い物の際は店舗内をカートを押してゆっくり移動する。

(2-3) 朝・昼・夜の食事の際、固形物で必ずむせてせきこむため、「2. 見守り等」を選択。

(2-5) 紙パンツと尿取りパッドを使用しており、尿意はある。自宅では、自身でトイレに行く（昼2~3回、夜2回）が、2回に1回は移動しているうちに失禁してしまうため、トイレにて自分でパッド交換を行っている。通所では、尿意を訴えることが少ないので、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している。通所ではほとんど失禁がない。頻度で「1. 介助されていない」を選択。

(2-6) 便意あり、1日1回トイレにて排泄。自動洗浄使用後に自分で拭き取り。一連の行為は自分で行っているが、月1~2回紙パンツに便が付着している時がある。「1. 介助されていない」を選択。

(2-10・11) 体を動かすと右腰部が痛むため時間はかかるが、自分で着脱している。着方に問題はない。「1. 介助されていない」を選択。

(2-12) 週1回通所。月1回通院で帰りに夫と一緒に買い物。週1回他市の娘宅訪問。

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 徘徊, 3-9 外出して戻れない

(3-1) 言葉が聞き取りにくい時もあるが、常時誰にでも自分の意思は伝達できる。

(3-2~7) 全て正答。日頃も同じ。

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 一人で行く, 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) ゴミの分別を教えてもすぐ忘れ全くできないため、週 2 回夫がゴミを分別している。また、月に 1 回鍋こがしをする。「2. ときどきある」を選択。

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) 一包化された薬をケースにより自分で管理している。自分でケースから取り出して飲み、次に飲む薬を入れている。一連の行為は自分でやっているが、1 カ月に 5 日以上は残薬がある。夫の話では、飲む際に錠剤をこぼしたり、飲み忘れる事があるのではないかとのこと。通所では、薬を渡せば自分で開封し内服している。飲む際の見守りや指示等が必要な状態と判断し、適切な介助の方法で「2. 一部介助」を選択。

(5-2) 夫が金銭管理しており、収支は把握していないが、自身の所持金から自分で孫へのお小遣いを準備して渡している。少額の自己管理や計算を行っているため、「2. 一部介助」を選択。

(5-3) 食べたい物や着たい服など、日常的な事であれば自己判断して行動できるが、新しいことや突発的なこと、治療方針などは判断できないため、介護者の支援が必要である。「2. 特別な場合を除いてできる」を選択。

(5-5) 月 1 回夫と買い物している。本人も欲しい物は自分で選んでカゴの中に入れるが、買ったばかりのものや不要なものが多いため、日用品・食料品など必要なものは夫が判断しながら購入している。「4. 全介助」を選択。

(5-6) 惣菜やレトルト食品の温めは、毎日のように自分で行っており、炊飯も 2 日に 1 回自分でしている。「1. 介助されていない」を選択。また、週に 2 回ほど、みそ汁の調理やカット食材をつかった調理を行っている。しかし、月に 1 回は鍋こがしをすること。「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

なし

7 日常生活自立度に関連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) 家屋内は支えなしで 10m 程は歩行できるが、普段は家具や手すり等を伝いながら移動。下肢の上りは悪く摺り足で歩行不安定。つまずきや転倒等もみられ、移動時の見守りや外出時の介助が必要な状態である。「A1」を選択。

(7-2) 食事や運動・内服等に声掛けを要す。「II a」を選択。

主治医意見書

記入日 平成〇年〇月〇日

申請者	(ふりがな)	男 女	〒 _____ _____
	明・大・昭 _____年 _____月 _____日生(_____歳)		

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 同意する。 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 _____年 _____月 _____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 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 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 <u>生活機能低下の直接の原因となっている傷病名</u> 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 (_____年 _____月 _____日頃)
2. 糖尿病 _____	発症年月日 (_____年 _____月 _____日頃)
3. 脳腫瘍 _____	発症年月日 (_____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 <u>特定疾病</u> についてはその診断の根拠等について記入	
20年前に脳腫瘍の手術を受けた。4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、リハビリを行い、5か月間後に退院。現在通院加療している。	

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 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 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 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"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> その他 (_____)
(4) その他の精神・神経症状	
<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 [症状名: _____ 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 = 体重 = (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 : 左上下肢、体幹 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 (_____)

(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 (_____)

(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 看護職員による訪問・相談 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 (転倒に気をつける _____)
 ・ 摂食 特になし あり (_____) ・ 運動 特になし あり (_____)
 ・ 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

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。)

左不全麻痺があり杖歩行ができるが、不安定で見守りを要す。高次脳機能障害として注意障害、記憶障害、脱欲症状が見られる。

【模擬審查】 事例5

取扱注意

介護認定審査会資料

事例5：要介護3

合議体番号：000001 No. 5

平成〇年〇月〇日 作成
平成〇年〇月〇日 申請
平成〇年〇月〇日 調査
平成〇年〇月〇日 審査

被保険者区分：第1号被保険者 年齢：70歳 性別：女
申請区分：更新申請 前回要介護度：要介護3

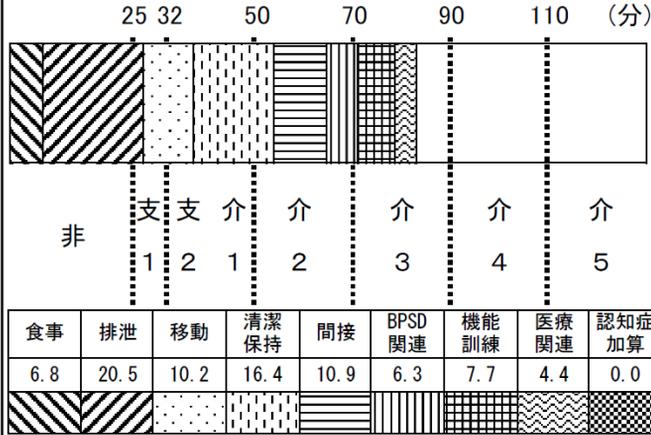
現在の状況：認知症対応型共同生活介護
前回認定有効期間：12月間

1 一次判定等

(この分数は、実際のケア時間を示すものではない)

一次判定結果：要介護3

要介護認定等基準時間：83.2分



警告コード：

3 中間評価項目得点

Table with 5 columns: 第1群 (51.5), 第2群 (64.2), 第3群 (100.0), 第4群 (85.3), 第5群 (19.8)

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：I

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：I
主治医意見書：II a
認知症自立度II以上の蓋然性：81.9%
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(ホームヘルプサービス)：0回/月
訪問入浴介護：0回/月
訪問看護：0回/月
訪問リハビリテーション：0回/月
在宅療養管理指導：0回/月
通所介護(デイサービス)：0回/月
通所リハビリテーション：0回/月
短期入所生活介護(ショートステイ)：0日/月
短期入所療養介護：0日/月
特定施設入居者生活介護：0日/月
福祉用具貸与：0品目
特定福祉用具販売：0品目/6月間
住宅改修：なし
夜間対応型訪問介護：0日/月
認知症対応型通所介護：0日/月
小規模多機能型居宅介護：0日/月
認知症対応型共同生活介護(グループホーム)：31日/月
地域密着型特定施設入居者生活介護：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

2 認定調査項目

Table with 3 columns: 調査結果, 前回結果. Rows include: 第1群 身体機能・起居動作, 第2群 生活機能, 第3群 認知機能, 第4群 精神・行動障害, 第5群 社会生活への適応.

<特別な医療>

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
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）

概況

グループホームに入所中。夫とは離別している。約1年半前に右大腿骨頸部骨折にて入院、手術。約1年前に退院した。施設内は、概ね歩行器につかまり移動できるが、パーキンソン病で身体状況に変動があり職員は状況に応じて介助を行う。理解力や短期記憶の大きな低下はないが、精神状態が不安定で管理面に介助をうける。昨年より職員の介助を拒む等の行為がみられているが、一方で、徐々に動きが悪くなってきている。

1 身体機能・起居動作に関連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) 上肢は、確認動作ができた。日頃も同様で「ない」とした。筋力低下や動作の緩慢さがあり、洗身や更衣では介助が必要。下肢は、床から5cmほどの挙上で確認動作はできなかった。日頃も同様で「ある」とした。その他では、動作が緩慢で指先に力が入らず爪切りに職員の介助をうける。

(1-2) 座位・臥位で確認動作を実施した。いずれも確認動作はでき、日頃も同様で「ない」とした。痛みの訴えもない。

(1-3) 試行しようとしたが、無言・無動で全く寝返りはできなかった。日頃も筋力低下や動作の緩慢さがあり、何かにつかまっても寝返りはできないことが多いと聞き取り、「できない」とした。体位交換は行っていない。

(1-4) 試行では、無言・無動で全く起き上がることができなかった。日頃も筋力低下や動作の緩慢さがあり、何かにつかまっても起き上がれないことが多く、ほとんど職員が抱えて起こすと聞き取り「できない」とした。

(1-5) 調査時は、右手で座面のマットをつかみ、左手でベッド柵をつかんで、10分程度は保持できた。体幹の筋力低下のため、日頃も同様と職員から聞き取り「自分で支えれば可」とした。10分以上は左後方へ傾き背もたれ等の支えが必要。

(1-6) 不安定であり、サークル型の歩行器につかまっても保持できた。日頃も同様で「支えが必要」とした。

(1-7) サークル型の歩行器につかまれば、左へ傾きながらも、ゆっくりと歩行できた。日頃も同様で「つかまれば可」。

(1-8) 試行では、無言・無動で全く立ち上がれなかった。日頃も筋力低下や筋固縮で、何かにつかまっても立ち上がれないことが多く、ほとんど職員がズボンの後ろをつかんで引き上げて立ち上がらせると聞き取り、「できない」とした。

(1-9) サークル型歩行器につかまれば、右足を床から1-2cm上げられたが、左足は上げられなかった。日頃も同様。

(1-10) 週3回シャワー浴。タオルを持たせても体が固まったまま動かないため、全て職員が洗うと聞き取り「全介助」。

(1-11) 指先に力が入らないため、手足の爪とも職員が切っている。

(1-12) 裸眼では見えないため眼鏡をかけてもらったところ、小さな文字が読めた。日頃も同様。

(1-13) 調査時、普通の声が聞き取れていた。日頃も同様。

2 生活機能に関連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) 移乗の機会は、夜間のポータブルへの移乗で2-10回である。職員がズボンの後ろをつかんで引き上げ、腰を支えて座らせることがほとんどであるため、「一部介助」とした。

(2-2) 施設内のトイレ（4-5回）・洗面所（1回）・食堂（3回）・浴室（週3回）・自室等はサークル型の歩行器につかまり移動するが、不安定なため常に職員が側について見守っている。また、左後方へ体が傾いて危険な時は、職員が後ろから体を支える介助を行っている。3回に2回は体を支える介助をしていると聞き取り「一部介助」とした。屋外は車椅子で全介助で移動する。

(2-3) えん下はできると職員から聞き取る。歯の治療を行っており、粥とキザミ食を食べている。

(2-4) 配膳をうけ、朝と夕はスプーンを使って自分で食べるが、昼は動きが悪くなり少しも自分で食べないので、全て職員が30分ほどかけて食べさせている。頻度より、「介助されていない」とした。

(2-5) 尿意はありコールを押す。日中（4-5回）はトイレ、夜間（2-10回）はポータブルで排泄。日中は、拭きのみ自分で行っており、ズボンの上げ下げと水の流しは職員が介助している。夜間も、拭きのみ自分で行い、ズボンの上げ下げ、ポータブルの後始末（翌朝一括）を職員が行っている。日中・夜間ともに「一部介助」。失禁やトイレの汚しはほとんどない。

(2-6) 緩下剤や座薬を使用し3日に1回程度、トイレで排泄する。排尿同様、ズボンの上げ下げや水の流しを職員が行い、拭きのみ自分で行うが、本人の依頼で職員が拭き直しているため、「全介助」とした。失禁やトイレの汚しはほとんどない。

(2-7) 自歯2本で義歯を使用。朝夕は、職員がブラシに歯磨き粉をつけると、自分で義歯を出し入れし自歯・義歯の洗浄を行う。昼は、動きが悪くなるため、義歯の出し入れのみ自分で行い、自歯・義歯の洗浄は職員が行う、口腔内の漱ぎも職員が口にコップをあてるとのこと。朝昼夕いずれも「一部介助」。

(2-8) 洗面台に寄りかかり、自分で顔を洗う。タオルも側においてあるため自分で拭くため、「介助されていない」とした。立位が不安定な時が週2-3回あり、その時は職員が体を支えている。

(2-9) ブラシは洗面台に置いており、洗顔した時に自分で整髪している。立位が不安定な時が週2-3回あり、その時は職員が体を支えている。

(2-10) 入浴時のみ更衣している。動きが悪いので、職員が衣類を被せたり肩から掛けたり介助を行うが、袖に手を通す協力動作はあるため、「一部介助」とした。

(2-11) 職員が足元でズボンを広げて足を通すことはできず、職員が足首をつかんでズボンに足を通しており協力動作もできない。引き上げともに介助が必要と聞き取り、「全介助」とした。

(2-12) 週2回外来リハビリへ病院の送迎で通う。月1回娘の送迎をうけて病院を受診し、帰りに買い物や外食をし帰宅する。いずれも車椅子介助で移動する。

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 徘徊、3-9 外出して戻れない

(3-1) 調査時は声が低く小さく聞き取りにくかったものの、ゆっくりを全ての質問に適切な返答があり意思の伝達はできていた。日頃も自分の言いたい事は言うことができると聞き取り「できる」とした。

(3-2) 起床・食事・就寝時間を答えた。日頃も日課の理解はできていると職員から聞き取り、「できる」とした。

(3-4) 訪問直前はテレビを見ており、正答だった。日頃も短期記憶は問題ないと職員から聞き取り、「できる」とした。調査時は、数時間前に食べた朝食の献立まで答えることができた。

(3-3, 5, 6, 7) 正答。

(3-8, 9) 該当する行動はない。

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

(4-1, 2) 「パンツが汚いのは、誰かが履いていたからだ」「ズボンをあの人に盗まれた」等と事実と異なる被害妄想を言うことが、以前よりは少なくなったが、月 1-2 回あると聞き取り、「ときどきある」とした。その際、職員は話を聞いて事実を説明するが、なかなか本人が納得しないため、本人の気がそれるまで別の話題の話をしており、対応に時間がかかるとのこと。

(4-7) 自分の体調や子どものことなどで不安に思ったり悩んでいる時は、介助しようとする職員に暴力（手をたたく、足をける等）をふるったり、他の入所者に暴言をはいたりする（週 2-3 回）。職員は、本人の様子が落ち着くまで他の入所者と離して、そっとしておき、時間をおいてから話しかけたり介助を行っている。しかし、排泄の際は、やむをえず介助を行っているとのこと。

(4-2~6, 8~15) 該当する行為はないと職員から聞き取る。

(その他) 医師の診察や薬の変更などをきっかけに、心配や不安で夜眠れなくなることがある（月 2 回程度）。その際、職員は付き添って眠れるまで話をしている。

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) 精神状態が不安定なため、職員が内服を管理している。こぼすため、薬と水の用意から、薬を口に入れるところまで介助を行っており、「全介助」とした。たいていの場合は、水は自分で飲む。

(5-2) 精神状態が不安定なため、すべての金銭管理は娘が行っており、「全介助」とした。ただし、簡単な計算はできる。

(5-3) 日課や季節の理解はあり、日常生活のできる部分は自分で行う。精神状態が不安定で医師の治療方針の合意等には家族の指示や支援が必要なため、「特別な場合を除いてできる」とした。

(5-5) 入所中であり、すべての食材や日用品は職員・家族が購入している。ここ 1 週間に 1 回「パンを買ってきて」と依頼があったが、食事が入らなくなるので説得して購入しなかった。

(5-6) 入所中であり、すべて職員が炊飯・調理したものを摂取する。

6 特別な医療についての特記事項

6 特別な医療

該当なし

7 日常生活自立度に関連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) 日常生活は部分的に介助が必要であるが、つかまりながら歩行で移動できる。週 2 回介護者の付き添いをうけ外来リハビリに通っており頻回な外出ができることから、「A1」とした。

(7-2) 精神状態が不安定で時々被害妄想があったり管理面に介助を受けるが、意思の疎通ははかれ、概ねの理解力は保たれており、短期記憶の低下もないことから「I」とした。

主治医意見書

記入日 平成〇年〇月〇日

申請者	(ふりがな)	男 女	〒 —
	明・大・昭 年 月 日生(歳)		

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 同意する。 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 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 <u>生活機能低下の直接の原因となっている傷病名</u> については1.に記入) 及び発症年月日
1. <u>パーキンソン病関連疾患</u> 発症年月日 (平成 〇年 〇月 〇日頃)
2. <u>脳血管性認知症</u> 発症年月日 (平成 〇年 〇月 〇日頃)
3. <u>右大腿骨頸部骨折(術後)</u> 発症年月日 (平成 〇年 〇月 〇日頃)
(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) ADL 動作介助量に変動有り
(3) 生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容 [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] パーキンソン関連疾患にて動作緩慢で、前屈み歩行や突進現象があり、頻回に転倒している。また、日常生活動作に変動があるため、それにともない介護量も変動している。脳血管性認知症のため、抑うつ的でメンタル面の対応も必要。動悸などの胸部症状を訴えることも時々ある。便秘傾向あり。 約1年前に転倒し、右大腿骨頸部骨折の診断を受けて、骨接合術を施行。6週間入院(リハビリ含む)した後、現在のグループホームに入所。

2. 特別な医療 (過去14日間以内に受けた医療のすべてにチェック)

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

3. 心身の状態に関する意見

(1) 日常生活の自立度等について
・障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度) <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input 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 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 type="checkbox"/> 伝えられる <input checked="" 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"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> その他 ()
(4) その他の精神・神経症状
<input checked="" type="checkbox"/> 無 <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 = 151cm 体重 = 43kg (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、体幹 程度 : 軽 □ 中 □ 重)
 関節の拘縮 (部位 : 両股・両膝・両足関節 程度 : □ 軽 中 □ 重)
 関節の痛み (部位 : 右股関節 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 (_____)

(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 (意欲低下、抑うつ)
 → 対処方針 (筋力アップ、介助、転倒予防、リハビリテーション、集団行動、口腔ケア、集団生活、レクリエーション)

(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 □ 看護職員による訪問・相談 □ 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 (介助必要)
 ・ 摂食 □ 特になし あり (こぼすことが多い) ・ 運動 特になし □ あり (_____)
 ・ 嚥下 □ 特になし あり (時間がかかる) ・ 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

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。)

長谷川式 =15 点 (前回 28 点(約 1 年前))

パーキンソン病による、四肢体幹の固縮・無動・姿勢保持困難があり、日によって増悪している。動けなくなり、一日の大半をベッド上で過ごす日もある。今のところ振戦はない。嚥下は今のところできるものの、食事の動作に時間がかかり、日によっては介助を要する。入浴は常に介助が必要。さらに時折、抑うつ、幻覚を中心とした症状の出現もある。

約 1 年前に転倒し、右大腿骨頸部骨折の診断を受けているが、転倒リスクが高いため今後も再発に十分な注意が必要である。10 カ月前からパーキンソン病による不随意運動が進行し、傾眠や無動が強くなったため、通院リハビリと処方調整を行った。ある程度の改善もみられるものの継続的なリハビリの介入が望ましい。

【模擬審查】 事例6

平成〇年〇月〇日 作成
平成〇年〇月〇日 申請
平成〇年〇月〇日 調査
平成〇年〇月〇日 審査

合議体番号：000001 No. 6

被保険者区分：第1号被保険者 年齢：87歳 性別：女
申請区分：区分変更申請 前回要介護度：要介護2

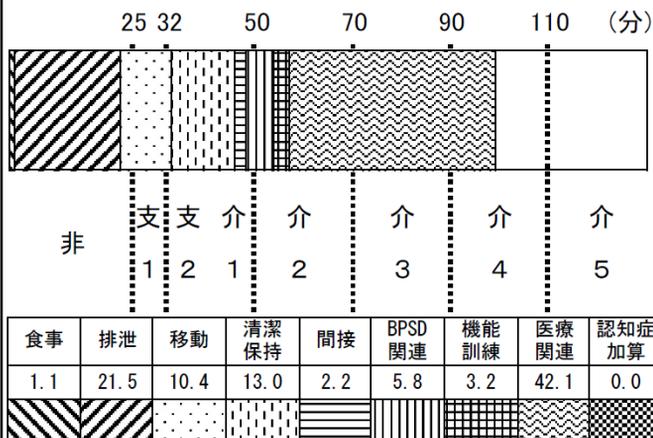
現在の状況：介護老人保健施設
前回認定有効期間：12ヶ月間

1 一次判定等

(この分数は、実際のケア時間を示すものではない)

一次判定結果：要介護4

要介護認定等基準時間：99.3分



警告コード：

3 中間評価項目得点

Table with 5 columns: 第1群, 第2群, 第3群, 第4群, 第5群. Values: 17.3, 0.0, 57.3, 100.0, 11.6

4 日常生活自立度

障害高齢者自立度：C2
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
認定調査結果：III a
主治医意見書：III a
認知症自立度II以上の蓋然性：
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(なし)

2 認定調査項目

Large table with columns: 調査結果, 前回結果. Rows include: 第1群 身体機能・起居動作, 第2群 生活機能, 第3群 認知機能, 第4群 精神・行動障害, 第5群 社会生活への適応.

<特別な医療>

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
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）

概況

夫と二人暮らしだったが、認知症症状が重くなり、被害妄想が出るなど近所に迷惑をかけるようになったため、3年前より介護老人保健施設に入所している。市内に在住する息子が一人いる。3カ月前、食事中に食べ物が喉に詰り、反応・意識がなく救急搬送された。脳梗塞と診断され、そのまま入院。右麻痺が残り、寝たきり状態となった。摂食障害でえん下困難となったため、鼻腔から経管栄養が行われるようになった。先月退院し、施設に再入所となっている。寝たきり状態で言葉がはっきりと聞き取れない時もあるなど、以前より身体状態が変わり介護量も増えたため、申請した。糖尿病がある。施設職員から聞き取りを行った。

1 身体機能・起居動作に関連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・2) 円背で亀背部にじょくそうができているため、あおむけにはなれない。また後遺症で首に可動域制限があり顎を突き出した状態で下を向くことができず、常に体は少し斜めを向いた状態を保っている。右上肢、右下肢ともに麻痺で自力では動かすことができない。左下肢はわずかに上がっただけで保持できず、左上肢は20～30度程度しか上がらなかった。日頃も同様。可動域制限が左膝関節・両肘関節にあり真っ直ぐに伸展ができず、両肩関節も他動で60度程度しか挙上ができない。

(1-3) 自力では寝返りが困難なため、「3. できない」を選択。

(1-4) 自力では起き上がりが困難なため、「3. できない」を選択。

(1-5) 経管栄養時はベッドを30度程度まで起こし、入浴時はリクライニング式車椅子を使用し、30～40度程度で座位を保つ。あまり起こすと首が前に倒れるなどの危険があると職員が話す。座位保持とはいえない状態のため「4. できない」を選択。

(1-6・7・8・9) 脳梗塞後、困難な状態となった。全て「3. できない」を選択。

(1-10) 週1回機械浴を行う。麻痺・拘縮があり、洗身は自分ではできないため、職員が2人で全面的に介助している。「3. 全介助」を選択。円背やじょくそうができているため、入浴は2人介助で工夫して介助している。

(1-11) 自分で切る事ができないため、職員が手足の爪を切っている。「3. 全介助」を選択。

(1-12) 糖尿病による視力低下のため、新聞・雑誌などの字は見えないが、約1m離れた視力確認表は見えた。

(1-13) 普通の声では聞こえ難く、少し大きめの声であれば聞き取れた。「2. やっと聞こえる」を選択。

2 生活機能に関連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) 移乗するのは、週1回の入浴時とシーツ交換時で、ベッドからリクライニング式車椅子に、職員が2人で抱えて移乗。また、自力では寝返りができないため、2時間おきに職員が体位交換を行っている。亀背部にじょくそうができているため、エアーマット・クッションを使用し、じょくそう部分が圧迫されていないかどうか十分に気をつけながら2人で対応している。「4. 全介助」を選択。

(2-2) 移動するのは、週1回の入浴時で、職員がリクライニング式車椅子を押して移動している。「4. 全介助」を選択。

(2-3) 鼻腔から経管栄養が行われているため、「3. できない」を選択。

(2-4) 日に3回、鼻腔から経管栄養が行われているため、「4. 全介助」を選択。白湯を日に3回と15時に注入する。糖尿病のため内服中だが血糖値が高く、日に4～5回血糖測定を行い、栄養剤の注入速度も状態を見て、医師の指示を受けながら2時間かけて行っている。

(2-5・6) オムツ・パットを使用しており、職員が定時で交換・後始末をしている（日中3回、夜間3回）。尿便意の訴えはない。共に「4. 全介助」を選択。便秘症のため、月に2回程度、下剤を使用したり、浣腸を行っている。

(2-7・8・9) 義歯は外しているため歯はない。職員が毎日口腔ケアを行い、拭き取りまで行う。顔は蒸しタオルを渡しても、麻痺のため腕が上がらず拭くことができないため、職員が拭いている。髪も職員が毎日整える。全て「3. 全介助」を選択。

(2-10・11) 浴衣式の病院着を着ている。麻痺や拘縮があり腕や足を上げることが難しいため、着脱は職員が全て介助している。共に「4. 全介助」を選択。

(2-12) 外出は一度もないため「3. 月1回未満」を選択。

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 徘徊、3-9 外出して戻れない

(3-1) できる時もあるが、こちらから質問しても言葉が上手く聞き取れず、何を言っているかわからない時もある。

(3-2) 起床、就寝時間などを尋ねたが「わからない」と言い、その他の日課もわからなかったため、「2. できない」を選択。

(3-4) 調査直前は、「朝ごはんを食べた」と答えたが、経管栄養のためごはんは食べていない。日頃から、直前の記憶が難しいと職員が話すため、「2. できない」を選択。

(3-3・7) 生年月日・年齢を尋ねたが「わからない」と言い、場所を尋ねたが「息子の家」と答えた。「2. できない」を選択。

(3-6) 「春」と答えた。日頃も同様で、「1. できる」を選択。

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 一人で行く、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群) 該当する行動はみられないとのことで、全て「1. ない」を選択。

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) 薬は潰し、溶かしてから鼻腔より看護師が日に3回注入している。「3. 全介助」を選択。

(5-2) 金銭の管理は困難なため、息子が全て管理していることから「3. 全介助」を選択。

(5-3) 「喉が渇いた、何か飲みたい」など決まった内容のみ意思決定をすることがあるが、理解や判断力の低下で日常生活においては、決定がほとんどできないため「3. 日常的に困難」を選択。

(5-5) 流動食の購入は施設側が行い、日用品等は家族が購入している。「4. 全介助」を選択。

(5-6) 経管栄養で、流動食の温めを毎回職員が行っているため「4. 全介助」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) 今後も継続して経管栄養とじょくそうの処置が行われるため「経管栄養」・「じょくそうの処置」を選択。糖尿病のために、じょくそうの治りが遅い。また、血糖が高いことや脳患部の中枢機能に障害があるためか、常時体温が高く(37~38度)、こまめな体温調整が必要になっていると職員が話す。

7 日常生活自立度に関連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) ベッド上で常時臥床し、自力で寝返りが起き上がりも困難であるため「C2」を選択。

(7-2) 一時も目を離せない状態ではないが、発語はほとんどなく、意思疎通の困難さがみられるため、「Ⅲa」を選択。質問しても家族のこともわからない。

主治医意見書

記入日 平成〇年〇月〇日

申請者	(ふりがな)	男 ・ 女	〒 _____ _____
	明・大・昭 _____年 _____月 _____日生(_____歳)		

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 同意する。 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 _____年 _____月 _____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 checked="" 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 <u>生活機能低下の直接の原因となっている傷病名</u> については1.に記入) 及び発症年月日
1. 変形性脊椎症、坐骨神経痛 _____ 発症年月日 (_____年 _____月 _____日頃)
2. 認知症 _____ 発症年月日 (_____年 _____月 _____日頃)
3. 糖尿病、高血圧症、大腸癌術後 _____ 発症年月日 (_____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)
(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〕 強い亀背、進行した認知症で入所経過中。3カ月前、昼食中に食塊による気道閉塞を来し、異物除去後入院。 2か月間加療した後に再入所。経口摂取困難のため経鼻栄養となった。再入所後は寝たきり状態。意思疎通はある程度可能だが、糖尿病のコントロールが困難で、内服薬、栄養剤の調節を行うが安定しない。頻回の血糖検査を要し、結局再度インスリン投与に至り、初期投与から再開、未だ検討中。

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 checked="" 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 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 checked="" 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 type="checkbox"/> いくらか困難 <input checked="" 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 type="checkbox"/> いくらか困難 <input checked="" 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 type="checkbox"/> 無 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> その他 (_____)
(4) その他の精神・神経症状
<input checked="" type="checkbox"/> 無 <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 = 体重 = (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: 背部 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 (_____)

(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 看護職員による訪問・相談 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 (_____)

・摂食 特になし あり (_____) ・運動 特になし あり (_____)

・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

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。)