

## 模擬審査 演習用資料 事例1～6

本演習資料は、審査会で特記事項がどのように活用されるのかを体験して頂くため、同一ケースについて、特記事項が比較的充実しているもの(事例4～6)と、比較的不十分なもの(事例1～3)を作成したものです。実際の審査会で典型的に見られるケースを研修用に加工して作成してあります。

各ケースに記載されている特記事項及び主治医意見書の内容は、介護認定審査会での状況を出来る限り忠実に表現するために、典型的にみられる特記事項等の記載をもとに作成したものであり、特記事項等の記入の模範例や基本調査項目の選択基準を提示するものではありませんので、その点にご留意ください。

## 【模擬審査】事例1

## 取 扱 注 意

## 介護認定審査会資料

## 事例 1 : 要支援 1

合議体番号 : 000001 No. 1

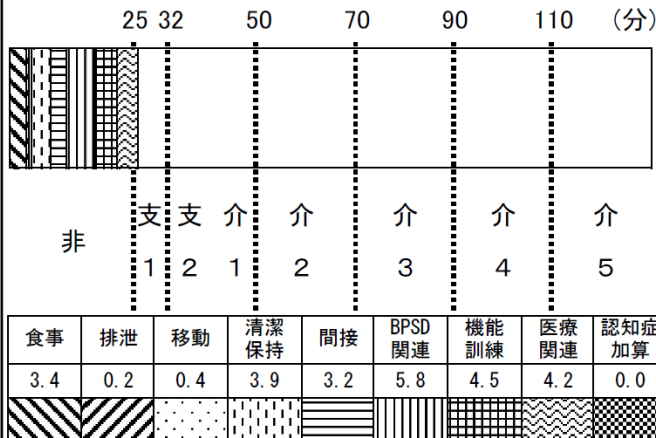
被保険者区分 : 第 1 号被保険者 年齢 : 68 歳 性別 : 女  
申請区分 : 更新申請 前回要介護度 : 要支援 1現在の状況 : 居宅 (施設利用なし)  
前回認定有効期間 : 1 2 月間平成〇年〇月〇日 作成  
平成〇年〇月〇日 申請  
平成〇年〇月〇日 調査  
平成〇年〇月〇日 審査

## 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 : 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

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	-	-
11. つめ切り	全介助	-
12. 視力	-	-
13. 聴力	-	-
第 2 群 生活機能		
1. 移乗	-	-
2. 移動	-	-
3. えん下	見守り等	-
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. スポン等の着脱	-	-
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	-	-

## &lt;特別な医療&gt;

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、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。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) 両上下肢共に確認動作は行える。

(1-2) 関節の可動域制限はない。

(1-3) 右手でベッド柵につかまり、ゆっくり寝返りしている。「2. つかまれば可」を選択。

(1-4) 布団に手や肘をつき、起き上がる。

(1-5) 座位保持できる。

(1-6) 支えなしで両足立位保持できる。

(1-7) 平坦な場所で10m程度であれば、何もつかまらずに1人で歩行できる。摺り足でゆっくり歩行している。

(1-8) 肘掛けに手をつき立ち上がる。「2. つかまれば可」を選択。

(1-9) 支えなしで片足立位保持はできる。

(1-11) うつ向くと気分不良になるため、手・足とも夫が介助する。「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群の状況から介助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するが、転倒する事がある。

(2-3) 食事の際、固形物でむせる。「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交換する。通所では職員が定時に誘導。より頻回な状況から「1. 介助されていない」を選択する。

(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」を選択する。

(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回通院帰りに買物をする。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) 常時誰にでも自分の意思伝達ができる。

(3-2～7) 全て正答。

### 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) 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。

月に1回鍋こがしをする。「2.ときどきある」を選択する。

### 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) 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はできる。「2.一部介助」を選択する。

(5-3) 食べたい物や着たい服など、日常的な事は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。

### 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。歩行は不安定。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) 食事や内服等に声掛けを要す。「IIa」を選択する。

# 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	〒 —  連絡先 ( )
	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 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 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 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 ( 〇年 〇月 〇日頃 )
2. 糖尿病	発症年月日 ( 〇年 〇月 〇日頃 )
3. 脳腫瘍	発症年月日 ( 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= 154cm 体重= 64kg (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。

## 【模擬審査】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

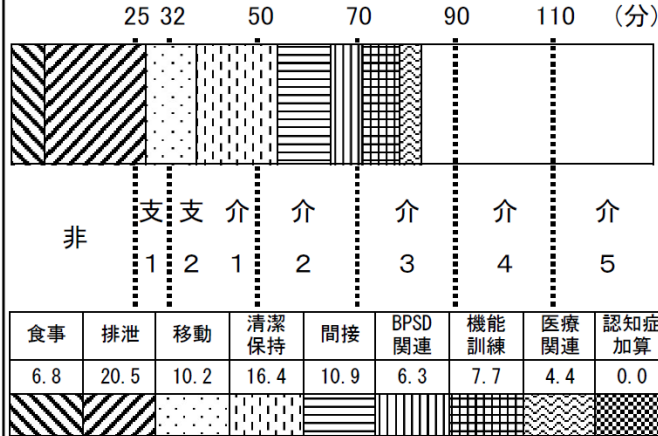
被保険者区分 : 第 1 号被保険者 年齢 : 70 歳 性別 : 女  
申請区分 : 更新申請 前回要介護度 : 要介護 3現在の状況 : 認知症対応型共同生活介護  
前回認定有効期間 : 1 2 月間平成〇年〇月〇日 作成  
平成〇年〇月〇日 申請  
平成〇年〇月〇日 調査  
平成〇年〇月〇日 審査

## 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

第 1 群	第 2 群	第 3 群	第 4 群	第 5 群
51.5	64.2	100.0	85.3	19.8

## 4 日常生活自立度

障害高齢者自立度 : B 2

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 : 8 1 . 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
居宅療養管理指導	: 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

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)	- - - -	- - - -
3. 寝返り	できない	-
4. 起き上がり	できない	-
5. 座位保持	自分で支えれば可	-
6. 両足での立位	支えが必要	-
7. 歩行	つかまれば可	-
8. 立ち上がり	できない	-
9. 片足での立位	支えが必要	-
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	一部介助	-
2. 移動	一部介助	-
3. えん下	-	-
4. 食事摂取	-	-
5. 排尿	一部介助	-
6. 排便	全介助	-
7. 口腔清潔	一部介助	-
8. 洗顔	-	-
9. 整髪	-	-
10. 上衣の着脱	一部介助	-
11. スボン等の着脱	全介助	-
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	ときどきある	-
2. 作話	ときどきある	-
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	ある	-
8. 落ち着きなし	-	-
9. 一人が出たがる	-	-
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	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	全介助	-

## &lt;特別な医療&gt;

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居中。夫とは離別している。施設内は概ね歩行器につかまり移動できるが、徐々に動きが悪くなっている。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、昨年より職員の介助を拒む等の行為が見られている。

## 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) 両上肢の確認動作は行えた。両下肢は床から5cmほどの挙上であった。

(1-2) いずれも確認動作はでき、「1. ない」を選択する。

(1-3) 寝返りは全くできない。

(1-4) 自分では起き上がれない。

(1-5) 右手で座面のマットをつかみ、左手でベッド柵を持つと10分程度は座位保持できる。

(1-6) 不安定であり、サークル型の歩行器につかまれば10秒立位保持できた。

(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歩行できた。

(1-8) 自分で立ち上がれず、職員がズボンの後ろをつかんで引き上げる。

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

(1-10) 週3回シャワー浴。タオルを持たせても自分で洗えず、全て職員が洗う。

(1-11) 手足の爪とも職員が切る。

(1-12) 眼鏡を使用し、小さな文字が読める。

(1-13) 調査時、普通の声が聞き取れる。

## 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。

(2-2) 不安定なため職員が見守っており、職員が後ろから体を支える介助を行う時もある。「3. 一部介助」を選択する。

(2-3) えん下はできる。歯の治療を行っており、粥とキザミ食を食べている。

(2-4) スプーンを使い自分で食べる。

(2-5) 拭きのみ自分で行い、残りは職員の介助を受ける。

(2-6) 座薬を使用しトイレで排便。職員から全介助を受ける。

(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。タオルも持参し自分で拭く。

(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する。

(2-10) 動きが悪いので、職員が衣類を被せたり肩から掛ける介助を行うが、袖に手を通すことはできる。

(2-11) 職員が足元でズボンを広げても自分で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引き上げともに介助が必要。

(2-12) 週2回、外来リハビリ。月1回、病院受診し、帰りに買物や外食をして帰宅する。

### 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) 調査時は声が低くて小さく、聞き取りにくかったが、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。

(3-2) 起床・就寝時間を正答できた。

(3-4) 訪問直前はテレビを見ており、正答だった。

(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」「ズボン等を盗まれた」等と事実と異なる事を言われる。

(4-7) 自分の体調や子どもの事などで不安に思い悩んでいる時は、介助しようとする職員に暴力（手をたたく、足をける等）をふるう。

### 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管理する。こぼすため、薬と水の準備、薬を口に入れるまで介助しており「全介助」を選択する。水は自分で飲む。

(5-2) 精神状態が不安定になるため、金銭管理は娘が行う。

(5-3) 日課や季節の理解はある。精神状態が不安定で医師の治療方針の合意等は理解できず、家族の指示や支援が必要。「2. 特別な場合を除いてできる」を選択する。

(5-5) 入居中であり、全ての食材や日用品は職員と家族が購入する。

(5-6) 入居中であり、職員が炊飯・調理の介助を行う。

### 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り、外出も介助が必要。「B 2」を選択した。

(7-2) 精神状態が不安定で被害妄想が見られ、管理面に介助を受けるが、意思疎通はでき、概ねの理解力も保たれており「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	〒 ー
	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			
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 生活機能低下の直接の原因となっている傷病名 については 1. に記入) 及び発症年月日			
1. パーキンソン病関連疾患	発症年月日	(平成 〇年 〇月 〇日頃)	
2. 脳血管性認知症	発症年月日	(平成 〇年 〇月 〇日頃)	
3. 右大腿骨頸部骨折(術後)	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。)

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。

### 【模擬審査】事例3

## 取 扱 注 意

## 介護認定審査会資料

## 事例 3 : 要介護 4

合議体番号 : 000001 No. 3

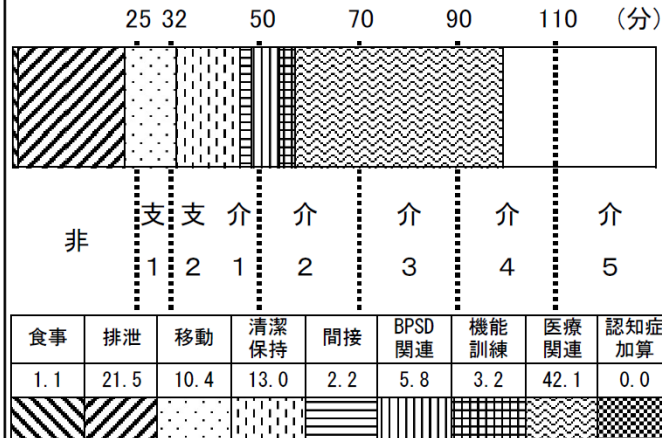
被保険者区分 : 第 1 号被保険者 年齢 : 87 歳 性別 : 女  
申請区分 : 区分変更申請 前回要介護度 : 要介護 2現在の状況 : 介護老人保健施設  
前回認定有効期間 : 1 2 月間平成〇年〇月〇日 作成  
平成〇年〇月〇日 申請  
平成〇年〇月〇日 調査  
平成〇年〇月〇日 審査

## 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 : C 2  
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) (右一上肢) (左一下肢) (右一下肢) (その他)	ある ある ある ある ある	- - - - -
2. 拘縮 (肩関節) (股関節) (膝関節) (その他)	ある ある ある 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	1 m 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. スボン等の着脱	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. 一人が出たがる	-	-
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) 円背で腰部が拘縮し「じょくそう」もあり、仰向けになれない。右上肢、右下肢ともに自力で動かせず、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い。左膝・両肘に可動域制限があり真っ直ぐに伸展できず、両肩関節も 60 度程しか挙上できない。

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

(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するが、30 度程度である。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。

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

(1-10) 機械浴。職員による「3. 全介助」。

(1-11) 職員が手足の爪を切る。

(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。「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。「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。「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、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。「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。「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 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注入。「3. 全介助」を選択。

(5-2) 息子が全て管理していることから「3. 全介助」を選択。

(5-3) 「喉が渴いた、何か飲みたい」など決まった内容のみ意思決定するが、理解や判断力の低下で、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する。「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) 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、自力で寝返りや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。

# 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	〒 —  連絡先 ( )
	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 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 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. 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〕	
<p>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。</p> <p>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。</p>	

## 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。)

## 【模擬審査】 事例4

## 取 扱 注 意

## 介護認定審査会資料

## 事例 4 : 要支援 1

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

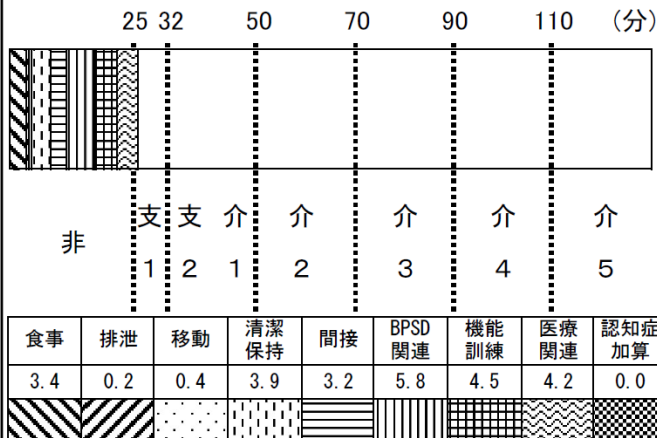
被保険者区分 : 第 1 号被保険者 年齢 : 68 歳 性別 : 女  
申請区分 : 更新申請 前回要介護度 : 要支援 1現在の状況 : 居宅 (施設利用なし)  
前回認定有効期間 : 1 2 月間

## 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 : 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

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		-
11. つめ切り	全介助	-
12. 視力		-
13. 聴力		-
第 2 群 生活機能		
1. 移乗	見守り等	-
2. 移動		-
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	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		-
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	特別な場合以外可	-
3. 日常の意思決定		-
4. 集団への不適応		-
5. 買い物	全介助	-
6. 簡単な調理		-

## &lt;特別な医療&gt;

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、食事療法などは特に行っていない。2か月前に転倒し右腰部痛と右胸痛があり、起居動作等に支障がある。うつ向くと気分不良になる時がある。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

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

（1-1）脳梗塞後遺症で左上下肢に不全麻痺があり、起居動作や移動等に支障があるが、両上下肢共に確認動作は行える。

（1-2）右腰部痛と右胸痛があり、起居動作に支障があるが、関節の可動域制限はない。

（1-3）右腰部痛や左半身麻痺があり、右手でベッド柵につかまりゆっくり寝返りしている。以下も含め、転倒前も同様。

（1-4）布団に手や肘をつき、しっかり加重すれば、ゆっくり起き上がることができる。「2. つかまれば可」を選択。

（1-5）背もたれや肘かけ等を使用せず、10分程度は座位保持できる。

（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まっている。

（1-7）安心のため手すり等につかまるが、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。左下肢の不全麻痺のため、摺り足でゆっくり歩行している。

（1-8）右腰部痛等もあり、肘掛け等につかまらないうち上がれない。「2. つかまれば可」を選択。

（1-9）支えなしで片足立位の保持はできる。

（1-10）毎日1人で入浴し、洗身行為も自分で行う。洗身時の常時の付き添い等の必要はなく「1. 介助されていない」を選択。半年前に入浴中にのぼせ意識朦朧とし、浴槽に沈みかけたことが2回ある。それ以降、入浴中は夫が外から声かけしたり、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）新聞・雑誌の字が見え、普通の声で聞き取れる。（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）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群の立位や立ち上がり、歩行等の状況から見守りや介助は必要ないと判断した。

（2-2）自宅内のトイレ（昼2～3回、夜2回）台所（3回／日）浴室（毎日）は、近くにある物や壁につかまり一人で移動できており「1. 介助されていない」を選択する。左足が上がらず摺り足気味で、カーベットの縁などにひっかり、転倒する事が月に1～2回ある。2カ月前も転倒して頭と腰部を打撲した。週1回の通所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、職員が常時付き添い見守りをしている。外出時は杖を使用し、夫に支えてもらい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・4）食事（普通食）の際は3食とも飲み込みが悪く、むせ込むため「2. 見守り等」を選択する。朝食と夕食、通所時（週1回）は夫や職員が見守る。箸を使用し、右手で食事摂取できている。（食事時間30分）

（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。自宅では自分でトイレに行く（昼2～3回、夜2回）。歩行がゆっくりで、1日1回は移動中に失禁するため、トイレで自分でパッド交換している。通所（週1回）では、遠慮から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。より頻回な状況から「1. 介助されていない」を選択する。

（2-6）便意あり1日1回トイレで排泄する。ズボンの上げ下げも自分でい、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いる時があり、自分でパッド交換する。「1. 介助されていない」を選択する。

（2-7・8・9）うつ向くと気分不良になることがあり、自分で洗面所でタオルを絞り、顔を拭く。歯磨き、整髪もできる。

（2-10・11）体を動かすと右腰部が痛むため時間はかかるが、自分で着脱できている。「1. 介助されていない」を選択。洋服を選ぶこともできる。

（2-12）週1回、職員の送迎で通所へ、月1回夫の車で通院し、帰りに夫と一緒に買物する。週1回、他市の娘宅に夫と訪問する。

### 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) 常時誰にでも自分の意思伝達はできる。

(3-2) 起床就寝時間、掃除や料理、テレビ等を含めて全て正答。通所や訪問リハビリの曜日も正答。日頃も同様。

(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。日頃も同様。

(3-4) 3か月前からゴミの分別方法が変わった。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覚えている方が多いとのことで「1. できる」を選択する。昨日のことを忘れる事は多い。

(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) 半年前から、料理中に火を付けている事を忘れ、月に1回鍋こがしをする。「2. ときどきある」を選択する。自分で鍋を洗っている。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「物忘れ行動」を予防している。他は該当なし。【夫に確認】

### 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) 1日2回（朝と夕）の内服である。内服回数は理解しているが、薬の個数や内服の目的までは理解できない。自分で薬と水を準備して内服しているが、1カ月に10日分程度の残薬があり、粒を落としてしまうこともあった。先月から毎回、夫が声かけや見守りをしている。通所では職員が渡せば自分で開封して内服している。「2. 一部介助」を選択する。

(5-2) 5年前に脳梗塞を発症した時から通帳等の大きな金額の収支を理解する能力が低下し、夫が通帳の管理をしている。小遣い程度は毎月夫から渡されており、少額の自己管理や計算はできる。「2. 一部介助」を選択する。

(5-3) 食べたい物、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、通所や訪問リハビリの利用も理解し、リハビリをされている。治療方針や新たなゴミの分別方法が理解できず、買物時に必要な食材を選べなくなっており、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」を選択する。

(5-4) 通所サービスの時、利用者同士で仲良く過ごされている。集団不適応はない。

(5-5) 月1回夫と買物をしている。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」を選択する。

(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い、炊飯も2日に1回自分で行っている。「1. 介助されていない」を選択する。週に2回ほど、みそ汁の調理やカット食材を使った調理を行うが、月1回は鍋こがしをするとのこと。

### 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。屋内は家具や手すり等を伝い移動するが、摺り足で歩行は不安定。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である。「A1」を選択。

(7-2) 昼間は1人で過ごすことができていますが、物忘れや理解力の低下があり、買物や内服、新しいゴミの分別方法等に夫の声かけが必要になっており「IIa」を選択する。

# 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	〒 ー
	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			
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 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 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	( 〇年 〇月 〇日頃 )	
2. 糖尿病	発症年月日	( 〇年 〇月 〇日頃 )	
3. 脳腫瘍	発症年月日	( 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 = 154cm 体重 = 64kg (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。

## 【模擬審査】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

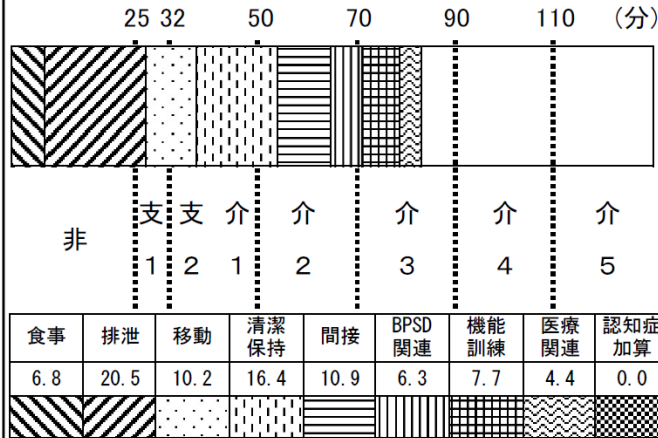
被保険者区分 : 第 1 号被保険者 年齢 : 70 歳 性別 : 女  
申請区分 : 更新申請 前回要介護度 : 要介護 3現在の状況 : 認知症対応型共同生活介護  
前回認定有効期間 : 1 2 月間平成〇年〇月〇日 作成  
平成〇年〇月〇日 申請  
平成〇年〇月〇日 調査  
平成〇年〇月〇日 審査

## 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

第 1 群	第 2 群	第 3 群	第 4 群	第 5 群
51.5	64.2	100.0	85.3	19.8

## 4 日常生活自立度

障害高齢者自立度 : B 2

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 : 8 1 . 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
居宅療養管理指導	: 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

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)	- - - -	- - - -
3. 寝返り	できない	-
4. 起き上がり	できない	-
5. 座位保持	自分で支えれば可	-
6. 両足での立位	支えが必要	-
7. 歩行	つかまれば可	-
8. 立ち上がり	できない	-
9. 片足での立位	支えが必要	-
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	一部介助	-
2. 移動	一部介助	-
3. えん下	-	-
4. 食事摂取	-	-
5. 排尿	一部介助	-
6. 排便	全介助	-
7. 口腔清潔	一部介助	-
8. 洗顔	-	-
9. 整髪	-	-
10. 上衣の着脱	一部介助	-
11. スボン等の着脱	全介助	-
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	ときどきある	-
2. 作話	ときどきある	-
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	ある	-
8. 落ち着きな	-	-
9. 一人が出たがる	-	-
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	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	全介助	-

## &lt;特別な医療&gt;

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居中。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し手術を行い、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、四肢の固縮や無動等がある。徐々に動きが悪くなっており、特に昼食時は動きが緩慢になる。職員は心身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、昨年より職員の介助を拒む等の行為が見られている。

## 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

(1-1～1-9) 調査時は体調が良く、危険も無いとの事で同意が得られ、確認動作を実施する。全て日頃も同様。

(1-1) 両上肢は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であるが確認動作は行えた。両下肢は床から5cmほどの挙上であり、移動等に介助を要す。

(1-2) 四肢と体幹の固縮がある。日内変動があり、両肩、両膝、両股関節、両肘、両手指等、他動で可動域制限がある時と動かせる時がある。現在は他動で動かせる時の方が多く、全て「1. ない」を選択する。

(1-3) 四肢と体幹の固縮・無動があり、寝返りは全くできない。体位交換は行っていない。

(1-4) 自分では起き上がれず、職員が抱えて起こしている。

(1-5) 右手で座面のマットをつかみ、左手でベッド柵を持つと10分程度は座位保持ができる。

「2. 自分で支えれば可」を選択する。10分以上は左後方へ傾き、背もたれ等の支えが必要である。

(1-6) サークル型の歩行器につかまれば10秒立位保持できた。週2～3回、立位が不安定な時は職員が支えるが、より頻回な状況で「2. 支えが必要」を選択する。

(1-7) サークル型の歩行器につかまれば、ゆっくりと歩行できた。前屈み姿勢で左へ傾き、突進現象もある。

(1-8) 自分で立ち上がれず、職員がズボンの後ろをつかんで引き上げている。「3. できない」を選択する。

(1-9) サークル型歩行器につかまれば、右足を床から1cm上げられた。「2. 支えが必要」を選択する。左足は上げられなかった。

(1-10) 週3回シャワー浴。タオルを持たせても動作が緩慢で自分で洗えず、全て職員が洗っている。「全介助」を選択する。

(1-11) 四肢の固縮のため自分で切れず、爪切りの準備もできない。手足の爪とも職員が切っている。

(1-12) 眼鏡を使用し、小さな文字が読める。日頃も同様。

(1-13) 普通の声が聞き取れる。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ベッドからポータブルへの移乗である（2～3回）。寝返り起き上がりができず、職員がベッドから抱えて起こし、ズボンの後ろをつかんで引き上げ、腰を支えて座らせており「3. 一部介助」を選択した。2群の介助時に暴力を振るわれる時もあり、職員も精神面に配慮しながら介助している。

(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。移動時に突進現象もあり、常に職員が側で見守る。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する（6回／日）。より頻回な状況で「3. 一部介助」を選択する。屋外は車椅子で全介助で移動する。

(2-3) えん下はできる。歯の治療を行っており、粥とキザミ食を食べている。

(2-4) 朝と夕はスプーンを使い自分で食べる。昼は動きが悪くなり自分で食べないので職員が全て介助する（30分）。より頻回な状況で「1. 介助されていない」を選択する。

(2-5) 尿意はありコールを押される。日中（4～5回）はトイレ、夜間（2～3回）はポータブルで排泄。日中・夜間とも座ったまま自分で拭くが、立位時は両手で手すりにつかまっており、ズボンの上げ下げと昼のトイレの水洗（毎回）、夜間のポータブルの後始末（翌朝一括）は職員が行う。「3. 一部介助」を選択する。失禁やトイレの汚しはない。

(2-6) 便秘気味であり看護師が座薬を挿入し、3日に1回トイレで排便する。ズボンの上げ下げや水洗を職員が行い、拭く行為は自分で行うが、排便時は十分に拭けず、本人の依頼で職員が拭き直す。「4. 全介助」を選択する。失禁はない。

(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き、自歯・義歯の洗浄は職員が行う。職員が口にコップをあてるとうがいを行う。朝昼夕いずれも「2. 一部介助」が必要である。

(2-8) 洗面台に寄りかかり、自分で顔を洗う。タオルも持参し、自分で拭いている。「1. 介助されていない」を選択する。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。

(2-9) ブラシは洗面台に置いており、洗顔した時に自分で整髪する。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（週3回）のみ更衣する。動きが緩慢で、職員が衣類を被せたり肩から掛ける介助を行うが、袖に手を通すことはできる。「3. 一部介助」を選択する。

(2-11) 職員が足元でズボンを広げても自分で足を通すことはできない。職員が足首をつかんでズボンに足を通してはいる。ズボンの引き上げともに介助が必要であり「4. 全介助」を選択した。

(2-12) 週2回、外来リハビリへ病院職員の送迎で通う。月1回、娘の送迎で病院受診し、帰りに買物や外食をして帰宅する。いずれも娘が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) 調査時は声が低くて小さく、聞き取りにくかったが、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。日頃も意思の伝達はできると聞き取り「できる」を選択した。

(3-2) 起床・食事・テレビ・入浴・就寝時間を正答できた。月日や曜日も理解できる。日頃も同様。

(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) 生年月日、年齢、姓名、季節、ホーム名まで全て正答。日頃も同様。

(3-8, 9) 該当する行動はない。【1～9全て日頃の状況を職員から確認】

### 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

(4-1, 2) 以前よりは少なくなったが、「パンツが汚いのは誰かが履いていたからだ」「ズボンやお金を盗まれた」等、事実と異なる事を言われることがあり(月1～2回)、「ときどきある」を選択した。職員は話を聞いて事実を説明するが、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(30分)。

(4-4) 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、職員は付き添い、眠れるまで話をしている(15分程度)。その後は安眠され、昼夜逆転もなく「1. ない」を選択する。

(4-7) 自分の体調や子どもの事などで不安に思い悩んでいる時は、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、「薬が効かないので、飲まない」等と言われる(週2～3回)。職員は本人が落ち着くまで寄り添い、本人の不安な気持ちを傾聴している(1時間)。

(4-3～6, 8～15) 他も全て該当する行為はない。【職員に確認】

### 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) 朝と夕方の2回の内服。内服薬があることは理解しているが、精神状態が不安定なため職員が内服管理している。上肢の固縮等で薬をこぼすため、薬と水の準備、薬を口に入れるまで介助をしており「全介助」を選択する。水は自分で飲まれている。

(5-2) 簡単な計算はできるが、「お金を盗られた」等と精神状態が不安定になるため、金銭管理は全て娘が行う。

(5-3) 日々の日課の理解はあり、排泄時にコールを押したり、洗面、テレビ等の意思決定、外来リハビリに行くことの意味決定もできる。施設に入居していることも理解できているが、精神状態が不安定で医師の治療方針の合意等には十分な理解ができず、家族の指示や支援が必要である。「2. 特別な場合を除いてできる」を選択する。

(5-4) 職員に「パンツが汚いのは誰かが履いていたからだ」「ズボンやお金を盗まれた」等の言動が見られるが、他の入居者に対して言われることはない。入居者同士のトラブル等はなく「1. ない」を選択する。

(5-5) 入居中であり、全ての食材や日用品は職員と家族が購入している。月1回、娘の送迎で買物に行き、自分でおやつ等を選び、娘が支払いをするが、より頻回な状況で「全介助」を選択する。

(5-6) 立位や移動も困難で、職員が炊飯・調理の介助を全て行う。

### 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 【職員に確認】

### 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) 固縮や突進現象等もあり、移乗、移動共に見守りや介助を要す。日常生活は部分的に介助が必要であり、外出も介助が必要である。「B2」を選択した。

(7-2) 精神状態が不安定で被害妄想が見られ、金銭や内服管理の介助を受けるが、意思疎通はでき、月日や曜日、季節、場所の理解もでき、短期記憶の低下もないことから「I」を選択した。

# 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	〒 ー
	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 ☐ 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 生活機能低下の直接の原因となっている傷病名) については 1. に記入) 及び発症年月日

1. パーキンソン病関連疾患	発症年月日	(平成 〇年 〇月 〇日頃)
2. 脳血管性認知症	発症年月日	(平成 〇年 〇月 〇日頃)
3. 右大腿骨頸部骨折(術後)	発症年月日	(平成 〇年 〇月 〇日頃)

(2) 症状としての安定性 ☐ 安定 ☒ 不安定 ☐ 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) ☐ 自立 ☐ J1 ☐ J2 ☐ A1 ☐ A2 ☒ B1 ☐ B2 ☐ C1 ☐ C2

・認知症高齢者の日常生活自立度 ☐ 自立 ☐ I ☒ IIa ☐ IIb ☐ IIIa ☐ IIIb ☐ IV ☐ 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 ☒ 問題なし ☐ 問題あり

・日常の意思決定を行うための認知能力 ☐ 自立 ☒ いくらか困難 ☐ 見守りが必要 ☐ 判断できない

・自分の意思の伝達能力 ☐ 伝えられる ☒ いくらか困難 ☐ 具体的な要求に限られる ☐ 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)

☒ 無 ☐ 有 { ☐ 幻視・幻聴 ☐ 妄想 ☐ 昼夜逆転 ☐ 暴言 ☐ 暴行 ☐ 介護への抵抗 ☐ 徘徊

☐ 火の不始末 ☐ 不潔行為 ☐ 異食行動 ☐ 性的問題行動 ☐ その他 ( )

(4) その他の精神・神経症状

☒ 無 ☐ 有 [症状名: \_\_\_\_\_ 専門医受診の有無 ☐ 有 ( ) ☐ 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。)

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。

## 【模擬審査】事例6



# 取扱注意

# 介護認定審査会資料

# 事例6：要介護4

合議体番号：000001 No. 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

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

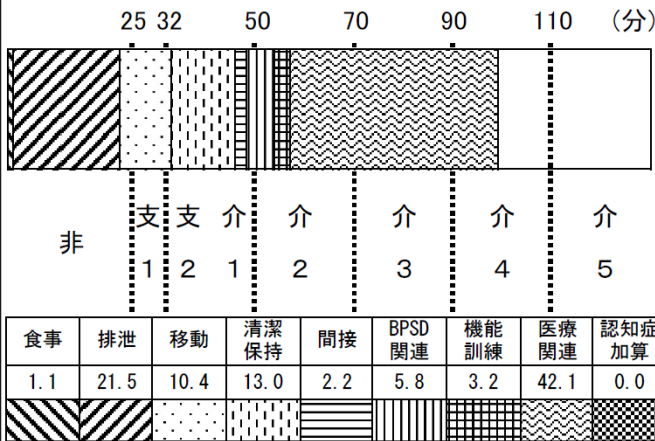
現在の状況：介護老人保健施設  
前回認定有効期間：12月間

## 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：Ⅲa

## 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：Ⅲa  
主治医意見書：Ⅲa  
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
<b>第1群 身体機能・起居動作</b>		
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)	ある	-
2. 拘縮 (肩関節)	ある	-
(股関節)	ある	-
(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	-
<b>第2群 生活機能</b>		
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	-
<b>第3群 認知機能</b>		
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	-	-
<b>第4群 精神・行動障害</b>		
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	-	-
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	-	-
<b>第5群 社会生活への適応</b>		
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  
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。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

(1-1～1-9) 「じょくそう」があり、経管栄養も行われており、同意が得られず全て聞き取りで確認する。  
入院する前（3か月前）までは四肢の麻痺や筋力低下も無く、歩行、移乗、移動、食事、着脱などは自立されていた。

(1-1) 右上下肢は麻痺があり、自分で全く挙上できず、左上肢も力が入らず、20～30度しか挙上できない。左下肢は少し挙上できるが保持できない。右手指も麻痺があり「左上肢」「右上肢」「左下肢」「右下肢」を選択する。

(1-2) 両肩関節は他動で60度しか挙上できない。左膝関節・両肘関節は他動で可動域制限があり、真っ直ぐに伸展できない。円背で腰部が拘縮し「じょくそう」もあり、仰向けになれない。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けず、常に体は少し斜めを向いた状態である。「肩関節」「膝関節」「その他」を選択する。  
股関節の可動域制限はない。他も該当なし。

(1-3・4) 円背があり、側臥位で寝ている。麻痺・拘縮もあり、自分で寝返り・起き上がりはできず「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するが、30度程度である。それ以上起こすと首が前に倒れ、危険があると職員が話す。座位保持とは言えない状態のため「4. できない」を選択。

(1-6・7・8・9) 脳梗塞後、立位、歩行、立ち上がりは自分でできず、「3. できない」を選択する。

(1-10) 週1回機械浴を行う。麻痺・拘縮があり、自分で洗身できず、職員が全て洗っている。円背やじょくそうがあり、入浴も洗身も職員が2人介助をしている。入院前は見守り程度で自分で洗えていた。

(1-11) 爪切りの理解ができず、職員が手足の爪を切っている。「3. 全介助」を選択。入院前から同様。

(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る。「2. やっと聞こえる」を選択。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) 移乗は週1回の入浴とシーツ交換時で、ベッドからリクライニング式車椅子に職員2人で抱えて移乗する。  
自分で寝返りができず、2時間おきに職員が体位交換を行う。亀背部にじょくそうがあり、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ないように気をつけながら2人で介助している。「4. 全介助」を選択する。

(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) えん下ができず、鼻腔から経管栄養が行われている。

(2-4) 日に3回、鼻腔から経管栄養が行われる。職員が介助しており「4. 全介助」を選択する。白湯を日に3回及び15時に注入する。糖尿病のため内服中だが血糖値が高い。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時間かけて注入している。

(2-5・6) 尿便意の訴えはなく、オムツ・パットを使用。職員が定時で交換・後始末をする（日中3回、夜間3回）。  
「4. 全介助」を選択する。便秘症のため、月に2回程度、下剤を使用したり、看護師が浣腸をする。  
排泄は、3か月前に入院する前から同様の介助を受けていた。

(2-7) 義歯は外しており、歯はない。職員が毎日口腔ケアを行い、拭き取りまで行う。

(2-8) 洗面所に行けず、蒸しタオルを渡しても、麻痺のため拭けず、朝晩、職員が拭いている。類似行為で評価する。

(2-9) 自分でできず、職員が毎日整髪する。

(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く、着脱は職員が全て介助する。  
肩や膝等に拘縮があり、2人で介助する。

(2-12) 入院前も外出はなかった。先月退院して以降も外出は一度もない。「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

以下の3群は、3か月前に入院する前から全て同様（職員に確認）

(3-1) できる時もあるが（3割）、職員が問いかけしても回答できない時がある。「2. ときどきできる」を選択する。

(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。「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から聞き取り、「2. できない」を選択。

(3-5) 姓名共に回答できた。

(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。「1. できる」を選択。入院前から季節は理解できている。曜日などはわからない。

### 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。入院前も同様。

### 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、溶かしてから鼻腔チューブから看護師が日に3回注入する。「3. 全介助」を選択。  
入院前から薬の管理ができず、職員が準備し、口に入れる介助をしていた。

(5-2) 金銭の管理はできず、息子が全て管理する。入院前も同様。「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することがある。理解や判断力の低下があり、日課の理解ができず、職員が声かけしている。施設に入所していることも理解できない。「3. 日常的に困難」を選択する。  
入院前も同様。

(5-4) 自室で過ごすことが多く、他の入所者との交流はない。

(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する。「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。「4. 全介助」を選択。  
入院前から買物と調理はできず、介助されていた。

### 6 特別な医療についての特記事項

6 特別な医療

(6) 医師の指示で看護師が経管栄養（毎日）とじょくそうの処置（毎日）を行う。今後も継続予定。

「経管栄養」・「じょくそうの処置」を選択。

糖尿病のため、じょくそうの治りが遅く、血糖が高いことや脳患部の中枢機能に障害があり、常時体温が高く（37～38度）、毎日、看護師が検温とこまめな体温調整を行っている。他は該当なし。（職員に確認）

### 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) ベッド上で臥床していることが多く、自力で寝返りや起き上がりも困難である。「C2」を選択する。

(7-2) 3か月前から発語は少なく、意思疎通の困難さが見られる。尿便意がなく、排泄等を含めて介助が行われている。「Ⅲa」を選択する。

# 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	〒 —  連絡先 ( )
	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 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 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. 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〕	
<p>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。</p> <p>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。</p>	

## 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。)