

取扱注意

介護認定審査会資料

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. 4

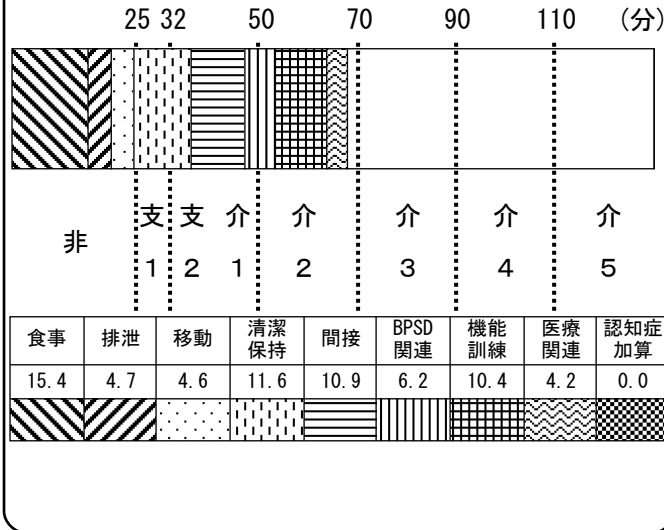
被保険者区分：第1号被保険者 年齢：73歳 性別：男 現在の状況：居宅（施設利用なし）
 申請区分：更新申請 前回要介護度：要介護2 前回認定有効期間：12月間

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2

要介護認定等基準時間：68.0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 |
|------|------|------|------|------|
| 68.9 | 82.1 | 93.0 | 84.9 | 29.7 |

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：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（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） | 0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 | - |
| 2. 拘縮（肩関節） （股関節） （膝関節） （その他） | ある | - |
| 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 | 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 | つかまれば可 | - |
| 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 | - | - |
| 2. 移動 | - | - |
| 3. えん下 | - | - |
| 4. 食事摂取 | 一部介助 | - |
| 5. 排尿 | - | - |
| 6. 排便 | - | - |
| 7. 口腔清潔 | - | - |
| 8. 洗顔 | - | - |
| 9. 整髪 | - | - |
| 10. 上衣の着脱 | 全介助 | - |
| 11. スポン等の着脱 | 一部介助 | - |
| 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 | 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 | - | - |
| 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 | ある | - |
| 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. 一人で出たがる | - | - |
| 10. 収集癖 | - | - |
| 11. 物や衣類を壊す | - | - |
| 12. ひどい物忘れ | 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 | 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 | - |

<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

息子夫婦と同居。日中は誰かが家にいる状態ではあるが、目が行き届かない場合があるとのこと。脳梗塞の後遺症で右片麻痺がある。昨年トイレはリフォームし洋式に変更したため自分でトイレにいけるようになった。

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) 右片麻痺により右上下肢は確認動作ができず、日頃も同様とのことで、「右上下肢」が「ある」を選択する。
- (2) 右肩関節は他動的に挙上すると痛みが伴い60度くらいまでしか挙上できず「ある」を選択。他は確認動作可。
- (3、4) ベッドの端、布団の端につかまってしか身体の向きを変えることができない。起き上がりも同様。
- (5) 布団などに手をつき姿勢を保持しなければならないため、「自分の手で支えればできる」を選択する。
- (6、8、9) 試行したところベッドやテーブルにつかまりながらであれば、両足、片足立位、立ち上がり可能。
- (7) 試行したところ、やや不安定ではあるが、杖を使って5mは歩行できたため、「何かにつかまればできる」を選択する。
- (10) 介助者が一緒に入ってすべて介助しているが、体に触れられるのを嫌がり、手を払うなどの介護抵抗が強く、入浴時は1.5倍の時間を要する（入浴は週2回程度）
- (11) 介助者がすべて切っているため、「全介助」を選択する。

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

- (1) 定義される移乗行為はないが、立ち上がり等の状況から介助は行われていないため「介助されていない」を選択。
- (2) 居室内では自分で移動しているが、過去半年に2~3回の転倒経験がある。トイレまでは自力で移動しているが、時間を要する場合が多い。移動の能力はあるためトイレ以外も居室内をつかまりながら移動している。通院時は危険なため、家族が手引き歩行している。頻度から「介助されていない」を選択する。
- (4) 利き腕（右）に麻痺があるため、左手によるフォーク使用で摂取するが、食材によっては、うまく持ち上げられず、細かなものを食べる場合など、常に部分的な介助を行っているため、「一部介助」を選択する。
- (5、6) 自分でトイレ（5~6回/日）で排尿。間に合わず週に1回程度は、紙パンツを介助者が交換している。頻度より「介助されていない」を選択する。排便は一日1回程度。
- (8) きちんと洗わないことが多いが、洗顔するときは、動くほうの左手で洗うため、「介助されていない」を選択する。
- (10) 右上肢の麻痺、肩拘縮のため、袖通しや頭を通すなど、全面介助していることから、「全介助」を選択する。
- (11) 介助者がズボンを構えるところに自分から足を通すことから「一部介助」を選択する。
- (12) 週1回は、家族同伴にて通院の外出があることから、「週1回以上」を選択する。

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

- (4) 直前に食事をとったことを記憶していないため、「できない」を選択する。

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

- (3、7) 入浴時や上衣着脱時に介護への強い抵抗がみられることがほぼ毎日ある。動くほうの左手で介助者に手を出すことも含め、体を動かしたりして抵抗するため時間を要する。「もう死んでもいいんだ」などといって同時に泣き出すこともあり、その都度対応を必要とするため感情不安定も「ある」を選択する。ほぼ毎日。
- (12) 食事の直後に「ご飯はまだか」と聞くことがほぼ毎日、毎食後ある。きちんと説明しないと怒り出すこともあるため、本人が納得するまで5分程度は説明する。自分の財布がなくなったといって探し始めることが週に4~5回はある。その都度探すふりをして落ち着くまで付き合うため、「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

- (1) 内服すべき薬は理解できないため、食事の際に、薬をお膳に置く介助をしている。
- (2) 少額も含め家族がすべて管理しているため「全介助」を選択する。
- (3) 食べたいものや見たいテレビについては回答したが、病院での対応などではできないとの家族談。
- (5、6) 家事全般について本人に能力もなく、家族がすべて行っている。

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

- (1) 居室内では自分で歩行するものの、外出時は手引き介助が行われていることから、「A1」を選択する。
- (2) 介護への抵抗が強く、着替えや入浴など日常生活上の動作に時間を要することが多いことから、「a」を選択する。

主治医意見書

記入日 平成 年 月 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 | 初回 2回目以上 | | | |
| (3) 他科受診の有無 | 有 無 (有の場合) 内科 精神科 外科 整形外科 脳神経外科 皮膚科 泌尿器科 婦人科 眼科 耳鼻咽喉科 リハビリテーション科 歯科 その他 () | | | |

1. 傷病に関する意見

| | | | | |
|---|-------|-----|----|-------|
| (1) 診断名(特定疾病または生活機能低下の直接の原因となっている傷病名については1.に記入)及び発症年月日 | | | | |
| 1. 認知症 | 発症年月日 | (平成 | 年 | 月 日頃) |
| 2. 脳梗塞後遺症 | 発症年月日 | (平成 | 年 | 月 日頃) |
| 3. | 発症年月日 | (平成 | 年 | 月 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) | | | | |
| (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)〕 5年前の脳梗塞後遺症により、右片麻痺がある。症状は安定している。 3年前から認知症が徐々に進行しており、介護抵抗などの周辺症状がみられる。 | | | | |

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 | 点滴の管理 | 中心静脈栄養 | 透析 | ストーマの処置 | 酸素療法 |
| | レスピレーター | 気管切開の処置 | 疼痛の看護 | 経管栄養 | |
| 特別な対応 | モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等) | | 褥瘡の処置 | | |
| 失禁への対応 | 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 | | a | b | a | b | | 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(該当する項目全てでチェック: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 = | 162 | cm | 体重 = | 58 | kg | (過去 6 ヶ月の体重の変化 | 増加 | 維持 | 減少) |
| 四肢欠損 | (部位 : _____) | | | | | | | | | |
| 麻痺 | 右上肢 (程度 : 軽 中 重) | 左上肢 (程度 : 軽 中 重) | | | | | | | | |
| | 右下肢 (程度 : 軽 中 重) | 左下肢 (程度 : 軽 中 重) | | | | | | | | |
| | その他 (部位 : _____) | 程度 : 軽 中 重 | | | | | | | | |
| 筋力の低下 | (部位 : 下肢) | 程度 : 軽 中 重 | | | | | | | | |
| 関節の拘縮 | (部位 : 肩) | 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 (歩行時の杖使用及び見守り) | | | | | | | | | |
| (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 (転倒防止のための注意) | | | | |
| ・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。)

脳梗塞の後遺症で右片麻痺があるが、杖歩行している。ただし、転倒リスクが高く見守りを要する。認知症も進行しており、介護抵抗も見られる。