

事例1 検討資料

事例 1

取扱注意

介護認定審査会資料

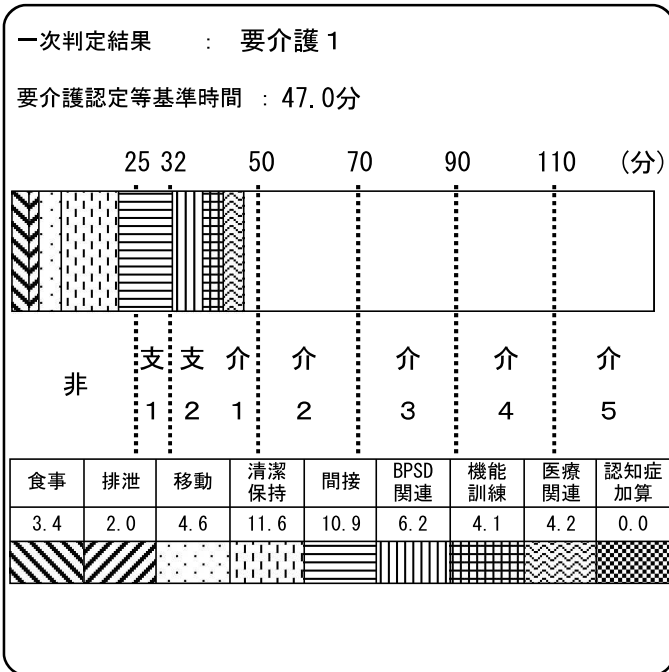
平成〇年〇月〇日 作成
 平成〇年〇月〇日 申請
 平成〇年〇月〇日 調査
 平成〇年〇月〇日 審査

合議体番号： 000001 No. 7

被保険者区分：第1号被保険者 年齢：71歳 性別：男 現在の状況：居宅（施設利用なし）
 申請区分：新規申請 前回要介護度：なし 前回認定有効期間： 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

第1群	第2群	第3群	第4群	第5群
70.5	91.0	88.4	94.1	48.0

4 日常生活自立度

障害高齢者自立度 : A2
 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 : I
 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	-
2. 拘縮（肩関節） （股関節） （膝関節） （その他）	-	-
3. 寝返り	-	-
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	できない	-
10. 洗身	全介助	-
11. つめ切り	全介助	-
12. 視力	-	-
13. 聴力	-	-
第2群 生活機能		
1. 移乗	-	-
2. 移動	-	-
3. えん下	-	-
4. 食事摂取	見守り等	-
5. 排尿	-	-
6. 排便	-	-
7. 口腔清潔	-	-
8. 洗顔	-	-
9. 整髪	-	-
10. 上衣の着脱	一部介助	-
11. ズボン等の着脱	一部介助	-
12. 外出頻度	月1回以上	-
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	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	ときどきある	-
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	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	-	-
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

3年前に妻を亡くしてから独居。昨年、脳卒中で倒れ、しばらく入院した。その後遺症により、下肢の麻痺あり。家事が困難になっている。また、認知症の症状も出ており、訪問販売で高額な商品を買わされたこともある。同じ市内に住む娘が心配して週に2～3回訪問し、世話をしている。

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) 脳血管疾患の後遺症により下半身に麻痺があり、確認動作が行えなかった。他の部位については問題なし。
(3、4) 寝返りは問題なく行った。起き上がりはベッドの柵につかまって行った。
(5) 手で支えれば安定して座位を保持できているので、「自分で支えれば可」を選択。
(6、7) 支えがなければ、立位はできない。歩行は、手すり等につかまり時間をかけてゆっくり歩けば5mは可。
(8) 座面に手を付いて力を入れてゆっくり立ち上がる。
(10) 娘が訪問したときに入浴し、娘が全身を洗っている。入浴は週に3回程度。
(11) 娘が訪問時に適宜行っている。

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) 定義される移乗の機会はないが、能力、本人意欲も含め総合的に判断して介助は必要ないとした。
(2) 下肢筋力の低下があり、家具等につかまりながらゆっくりと歩いて移動。特に介助は行われていないため「介助されていない」を選択。歩行は相当にゆっくり時間をかけて行っている。
通院時は、娘同行。屋外歩行時は腰に手を添えることもあるとのことだが、基本的に介助はない。
(4) 自分で摂取できる。
(5、6) 昼夜とも一人でトイレに移動し排尿、排便をしている。トイレは特に汚れておらず、行為は自立していると思われる。娘によると、排尿、排便ともにトイレ利用で娘訪問時も介助していないとのこと。しかし、訪問時、はいていたズボンも濡れており、部屋からも尿臭がしたことから、トイレに間に合わないケースがあると考えられる。
早めの声かけのために排尿については「見守り等」を選択する。
(10、11) 同じ服を数日にわたり着ていることが多いとの本人談。娘の訪問時にボタンやズボンの引き上げなど介助があるため「一部介助」を選択する。
(12) 月に二回、通院のため娘の車で外出あり。

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

- (7) 自宅にいることは理解しているが、町名は昔住んでいた場所を答える。「できない」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

- (5) 娘訪問時に、数分前に話したことを何度も繰り返すことが、ここ数ヶ月、月に1～2回あるとのこと。聞き流している。
(12) 娘訪問時に電話で買い物頼む際、すでに買ったことを忘れて同じものを再度依頼することがあるとのこと。説明しても納得しないこと、週1回以上あることから「ある」を選択。結果的に買わずに訪問しても、依頼したことを忘れていたので問題にはなっていない。

5 社会生活への適応に関連する項目についての特記事項

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

- (1) 飲み残しがある。降圧剤を継続服薬するよう医師から指示があるが、介助者不在のため、管理できていない。
飲む量の指示が必要と考え、「一部介助」を選択する。
(2) 訪問販売で高額な商品を買わされてから、通帳は娘が管理し、大きな金額を持たせないようにしている。
(5) 娘の訪問時に必要なものは、全て買って持ってくる。電話で依頼してくることもあるが、依頼内容は妥当ではない。
(6) 訪問時に娘が料理を作っておくので、それを食べている。電子レンジの使い方が分からないと言い、加熱はせずにそのまま食べている。娘が訪問しない日は、配食サービスを利用。

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) 下肢の麻痺があるため、外出はほとんどない。日中は居間でテレビを見ている。「A2」を選択する。
(2) 住所の理解が間違っているが、日常生活上大きな問題にはなっていないと考えられるため、「I」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 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 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. 脳血管疾患	発症年月日	(平成 〇年 〇月 〇日頃)	
2. _____	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		<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)〕 2年半前に脳血管疾患で倒れ、緊急入院となる。その後遺症により左下肢の麻痺がみられ、ADLの低下がみられる。現在は状態は安定している。			

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 type="checkbox"/> A1 <input checked="" type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2
・認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M
(2) 認知症の中核症状 (認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)	
・短期記憶	<input checked="" type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり
・日常の意思決定を行うための認知能力	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input 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 = 157 cm 体重 = 52 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: 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: 程度: □軽 □中 □重)

□その他の皮膚疾患 (部位: 足 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 (誘導、紙パンツ使用、介助、見守り、介助)

(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 (降圧薬の服用を確認する) ・移動 □特になし ■あり (移動時介助必要)

・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。)

歩行は、何かにつかまりながらの歩行となっているが、引きこもりがちで外出も少なく、下肢筋力の低下が進んでおり、ここ数ヶ月は、転倒を繰り返しているようで、膝などに複数のアザを認めるため注意が必要。