

# 事例 2 検討資料

# 事例 2

## 取扱注意

## 介護認定審査会資料

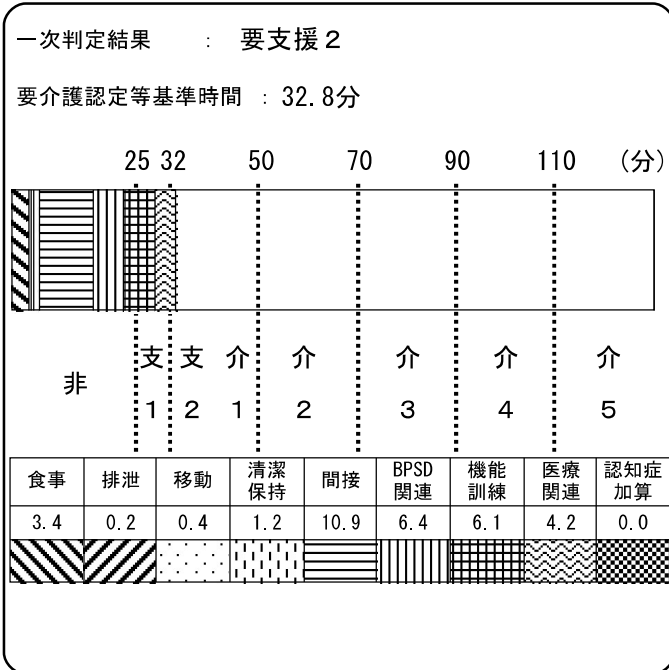
平成〇年〇月〇日 作成  
 平成〇年〇月〇日 申請  
 平成〇年〇月〇日 調査  
 平成〇年〇月〇日 審査

合議体番号：000001 No. 2

被保険者区分：第1号被保険者 年齢：82歳 性別：女 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
93.4	100.0	100.0	93.5	91.3

### 4 日常生活自立度

障害高齢者自立度：自立  
 認知症高齢者自立度：II a

### 5 認知機能・状態の安定性の評価結果

認知症高齢者の日常生活自立度  
 認定調査結果：II a  
 主治医意見書：I  
 認知症自立度II以上の蓋然性：3.6%  
 状態の安定性：安定  
 給付区分：予防給付

### 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） （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	-	-
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	支えが必要	-
10. 洗身	-	-
11. つめ切り	-	-
12. 視力	-	-
13. 聴力	-	-
<b>第2群 生活機能</b>		
1. 移乗	-	-
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. スポン等の着脱	-	-
12. 外出頻度	-	-
<b>第3群 認知機能</b>		
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	-	-
<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	ときどきある	-
4. 昼夜逆転	-	-
5. 同じ話をする	-	-
6. 大声を出す	-	-
7. 介護に抵抗	-	-
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	-	-
<b>第5群 社会生活への適応</b>		
1. 薬の内服	一部介助	-
2. 金銭の管理	-	-
3. 日常の意思決定	-	-
4. 集団への不適応	-	-
5. 買い物	-	-
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

家族と同居しており、日中も一人になることはない。高血圧症が認められるが、それ以外に大きな疾患はない。ただし認知機能の低下が徐々にみられるようになり、家族も見守りが必要となってきたことから、今回の申請に至った。

### 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、2) 両上肢・両下肢とも水平の高さまで挙上し、静止した状態で保持できた。可動域制限も確認できず。

(4) ベッドの柵につかまらなると起き上がれないことから、「何かにつかまればできる」を選択する。

(5、6) 問題なく確認できた。

(7) 少しふらつくことはあったが、ゆっくりと自力で歩くことができた。日頃もできていると聞き取る。

(8) 椅子の肘掛に手をおいて十分に加重しながらゆっくり立ち上がったため、「つかまれば可」を選択する。

(9) 机につかまった状態ならできたため、「何か支えがあればできる」を選択する。

(10) 問題なく自分で行っていると本人、家族から聞き取る。

### 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、立ち座りにまったく問題がないことから、「介助されていない」を選択する。

(2) 室内は伝い歩きや自力で歩いている。散歩時もゆっくりとではあるが介助は行われておらず、転倒等もないとのこと。

(3) むせ込みもなく、飲み込みができているため、「できる」を選択する。

(4) セッティングすれば、自分で食べることができるため、「介助されていない」を選択する。

(5、6) 昼夜ともにトイレで自分で行っている。失禁やトイレの汚れもない。

(7、8) 自分で歯磨きと洗顔を行っている。

(10、11) 着やすい服とズボンなので、自分で着脱している。

(12) ほぼ毎日、ひとりで近所に散歩に出かけるので、「週1回以上」を選択する。家に戻れないということはない。

### 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

(1) 問題なくできている。

(2) 大まかな日課は理解できているため、「できる」を選択するが、細かいスケジュールについては十分理解していない。

(3) 生年月日はすぐ回答できたが、年齢は即答できなかった。生年月日が答えられたので、「できる」を選択する。

(4) 調査時、調査前に食事したことは覚えていたが、何を食べたか細かい内容は忘れていた。家族に日頃の状況を聞くとき直前の食事内容は覚えていることが多いとのことなので、「できる」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) 過去数ヶ月の間に2～3回、何の脈絡もなく突然怒鳴ることがあったため「ときどきある」を選択する。

対応の手間は特にないが、家族は申請者の変化に戸惑いがある。

(12) 散歩の際、なぜか洗剤ばかりを買ってくるようになった。少額しかお金は持たせていないので、購入量は少量であるため特に返品等はしていないが、行動がでているので「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) 特に服薬している薬はないため「介助されていない」を選択する。

(2) 少額を渡すようにしており、通帳などは、家族が管理しているため、「一部介助」を選択する。

### 6 特別な医療についての特記事項

6 特別な医療

(1～12) 特になし。

### 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

(1) 身体能力に大きな問題はなく、外出も行っているため、「自立」を選択する。

(2) 買い物の際に不要なものを買ってきたり、金銭の管理に問題がでていることから、「IIa」と判断した。

# 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. 高血圧 _____	発症年月日	(平成 _____ 年 _____ 月 _____ 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] 一週間ほど前に発熱があり、食欲が落ちたため、水分、栄養補給のため点滴を実施。現在は行っていない。			

## 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)				
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 checked="" 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 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 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)	
<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 =  cm 体重 =  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 : \_\_\_\_\_ 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 ( 息切れ \_\_\_\_\_ )
- ・ 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。)

年相応の身体能力の低下がみられるが、日常生活はほぼ自立している。歩行にふらつきはあり転倒のリスクはある。高血圧症のため、食事の内容に配慮を要する。日常生活において介助は発生していない。