

事例 13

- 性 別……………男性
- 年 齢……………86歳
- 介護環境……………介護療養型医療施設
- 最も類似する状態像の例……………2－9
- 要介護度変更……………要支援→要介護2

●審査及び判定の概要

両下肢の麻痺による歩行不可能等のADL低下と、認知能力の低下、問題行動が見られる事例。

介護認定審査会では、基本調査項目及び特記事項から、麻痺や拘縮が強く、歩行ができず、移動や複雑動作に支えが必要となっていること、入浴は器械浴、排便時には毎回介助がなされていること、意思疎通の困難さも加わっていることから、要支援以上の介護が必要と考えられるのではないかとの意見が出された。これらの介護の手間について要介護2か要介護3か判定が困難であったが、身だしなみなどの身の回りの世話をほとんど自分でやっていること、日常生活自立度の組み合わせによる要介護度別分布、状態像の例から判断して要介護2に変更した。

事例13

No.

介護認定審査会資料

申請区分：更新申請
被保険者区分：第1号被保険者

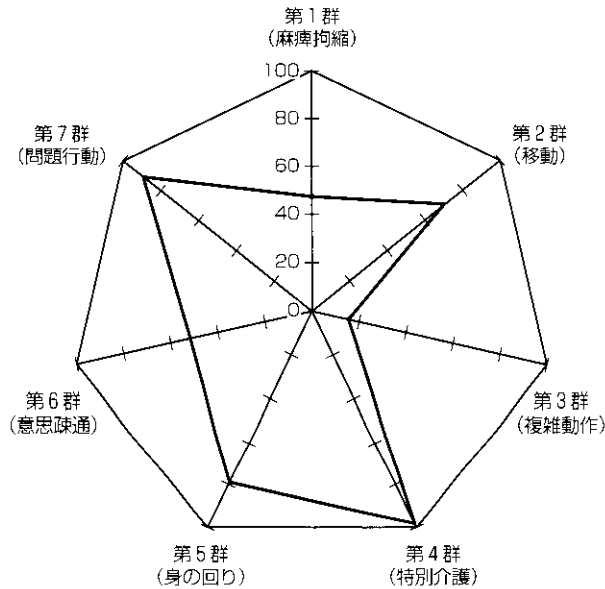
年齢 : 86
性別 : 男
前回の認定審査会結果 : 要介護3
前回の認定有効期間 : 9月間
前回の介護保険審査会結果 : なし
一次判定結果 : 要支援
要介護認定等基準時間 : 29分
機能訓練+間接生活介助 : 9分
一次判定警告コード :
機能訓練+間接生活介助 : 9分

■	■	■	■	■	■	■	■
---	---	---	---	---	---	---	---

現在の状況 : 介護療養型医療施設
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(デイケア) : 0回/月
福祉用具貸与 : 0日/月
短期入所生活介護 : 0日/月
短期入所療養介護 : 0日/月
痴呆対応型共同生活介護 : 0日/月
特定施設入所者生活介護 : 0日/月
福祉用具購入 : 0品目/6月間
住宅改修 : なし

障害老人自立度 : B1 痴呆性老人自立度 : IIIa

中間評価項目表



中間評価項目得点

第1群	第2群	第3群	第4群	第5群	第6群	第7群
47.2	69.5	15.7	98.8	79.5	52.8	89.5

〈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 : カテーテル

第1群 (麻痺拘縮)	1. 麻痺 (左一上肢) (左一上肢) (左一下肢) (右一下肢) (その他)	ある ある ある
	2. 拘縮 (肩関節) (肘関節) (股関節) (膝関節) (足関節) (その他)	ある ある ある ある
第2群 (移動)	1. 寝返り 2. 起き上がり 3. 両足での座位 4. 両足つかない座位 5. 両足での立位 6. 歩行 7. 移乗	つかまれば可 つかまれば可 自分で支えれば可 支えが必要 できない
第3群 (複雑動作)	1. 立ち上がり 2. 片足での立位 3. 浴槽の出入り 4. 洗身	つかまれば可 できない 行っていない 全介助
第4群 (特別介護)	1. ア. じょくそう イ. 皮膚疾患 2. 片手胸元持ち上げ 3. 嚥下 4. ア. 尿意 イ. 便意 5. 排尿後の後始末 6. 排便後の後始末 7. 食事摂取	間接的援助
第5群 (身の回り)	1. ア. 口腔清潔 イ. 洗顔 ウ. 整髪 エ. つめ切り 2. ア. ボタンかけはずし イ. 上衣の着脱 ウ. スボン等の着脱 エ. 靴下の着脱 3. 居室の掃除 4. 薬の内服 5. 金銭の管理 6. ひどい物忘れ 7. 周囲への無関心	全介助 一部介助 一部介助 一部介助 ある
第6群 (意思疎通)	1. 視力 2. 聴力 3. 意思の伝達 4. 指示への反応 5. ア. 毎日の日課を理解 イ. 生年月日をいう ウ. 短期記憶 エ. 自分の名前をいう オ. 今の季節を理解 カ. 場所の理解	1m先が見える やっと聴こえる ときどきできる ときどき通じる できない できない できない
第7群 (問題行動)	ア. 被害的 イ. 作話 ウ. 幻視幻聴 エ. 感情が不安定 オ. 昼夜逆転 カ. 暴言暴行 キ. 同じ話をする ク. 大声をだす ケ. 介護に抵抗 コ. 常時の徘徊 サ. 落ち着きなし シ. 外出して戻れない ス. 一人て出たがる セ. 収集癖 ソ. 火の不始末 タ. 物や衣類を壊す チ. 不潔行為 ツ. 異食行動 テ. 性的迷惑行為	ある

認定調査票（特記事項）

1. 麻痺・拘縮に関連する項目についての特記事項

(1-2 関節の動く範囲の制限の有無) 右手関節：右第2指から第5指までは屈曲位、第1指は伸展位で拘縮。左第1指は欠損（若い時のけが）している。

2. 移動等に関連する項目についての特記事項

(2-7 移乗) 右上・下肢の移動がぎこちなく不安定だが、車いすの肘掛け、手すりにつかまって、自分で移乗している。

3. 複雑な動作等に関連する項目についての特記事項

(3-3 一般家庭用浴槽への出入り) 座位で器械浴を行っている。

4. 特別な介護等に関連する項目についての特記事項

(4-2 片手胸元持ち上げ) 左手のみ可能である。
 (4-5 排尿後の後始末) 夜間は尿器を使用し、職員が見回り時に処理している。
 (4-6 排便後の後始末) 排泄物を流さないため毎回介護者が流している。

5. 身の回りの世話等に関連する項目についての特記事項

(5-1 ア 口腔清潔) うがいのみ。
 (5-2 イ 上衣の着脱) 自力で着脱できるが、長袖のそでを切って半袖にするという工夫をしている。

6. コミュニケーションに関連する項目についての特記事項

(6-3 意思の伝達) 会話による意思の伝達はほとんどできない。筆談で自分の名前を答えたり、ジェスチャーで簡単な内容を伝達することができる。「うん」「いや」等の発語はある。
 (6-5 イ 生年月日をいう) 口頭で答えることができないが床頭台の引き出しから生年月日を書いたノート（自分で利き手でない左手で記載したもの）を取り出して示したので、「できる」と判断した。
 (6-5 エ 自分の名前をいう) 自分の名前を漢字で書くことができる。

7. 問題行動等に関連する項目についての特記事項

(カ 暴言暴行) 自分が車いすでトイレ、洗面所等へ移動する場合、障害になる人がいると、持っている物（洗面器、ゴミ箱）や手で叩いて除けさせようとする。
 (チ 不潔行為) 週に数回、自分の部屋近くのエレベーターホールや廊下に尿器の尿を撒き散らす。

概況調査IV

「調査対象者の主訴、家族状況、住居環境、虐待の有無について特記すべき事項」

昭和59年に初回の脳梗塞の既往あり。その後、2回程、脳梗塞発作あり。一人暮らしが危険なため、平成6年8月〇日より現病院に入院している。後遺症として右半身完全麻痺、言語障害が見られる。妻とは離婚しており、子供は4人いるが、本人のわがままな性格のため疎遠である。

事例13

主治医意見書

記入日 平成12年12月〇日

申請者	(ふりがな)	男・女	〒
	明・大・昭 年 月 日生(86歳)		
上記の申請者に関する意見は以下の通りです。 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 checked="" 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 12年 12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(特定疾病または障害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. 脳血管性痴呆	発症年月日	(昭和・平成 59年 12月 日頃)	
2. 肝機能障害	発症年月日	(昭和・平成 3年 3月 日頃)	
3.	発症年月日	(昭和・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		
(3) 介護の必要の程度に関する予後の見通し	<input type="checkbox"/> 改善 <input checked="" type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 悪化		
(4) 障害の直接の原因となっている傷病の経過及び投薬内容を含む治療内容 (最近6ヶ月以内に変化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)			
脳梗塞にて通院加療中、肝機能障害にて入院となった。症状が安定した後、介護療養病棟でリハビリテーション主体に入院加療中。			

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 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	
・障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)	<input type="checkbox"/> 正常 <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
・痴呆性老人の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 正常 <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) 理解および記憶	
・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
・食事	<input checked="" type="checkbox"/> 自立ないし何とか自分で食べられる <input type="checkbox"/> 全面介助
(3) 問題行動の有無(該当する項目全てチェック)	
<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
(有の場合)	→ <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 checked="" 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 checked="" 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) 精神・神経症状の有無
有 (症状名) 無
 (有の場合) → 専門医受診の有無 有 () 無

(5) 身体の状態
 利き腕 (右 左) 体重 kg 身長 cm 凡例

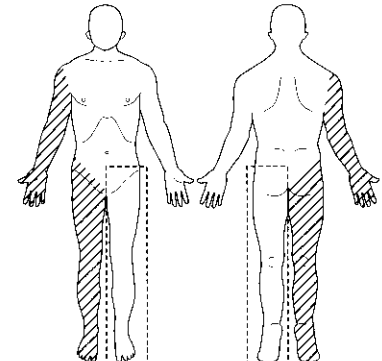
<input type="checkbox"/> 四肢欠損	(部位:)	程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重	
<input checked="" type="checkbox"/> 麻痺	(部位: 右下肢)	程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input checked="" type="checkbox"/> 重	
<input checked="" type="checkbox"/> 筋力の低下	(部位: 左下肢)	程度: <input checked="" type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重	
<input type="checkbox"/> 褥瘡	(部位:)	程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重	
<input type="checkbox"/> その他皮膚疾患	(部位:)	程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重	

関節の拘縮

・肩関節	<input checked="" type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	・股関節	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左
・肘関節	<input checked="" type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	・膝関節	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左

失調・不随意運動

・上肢	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	・体幹	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左
・下肢	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左		



4. 介護に関する意見

(1) 現在、発生の可能性が高い病態とその対処方針
尿失禁 転倒・骨折 徘徊 褥瘡 嚥下性肺炎 腸閉塞 易感染性
心肺機能の低下 痛み 脱水 その他 ()
 → 対処方針 (移乗の際見守り必要。)

(2) 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)
訪問診療 短期入所療養介護 訪問栄養食事指導
訪問看護 訪問歯科診療 その他 (施設介護)
訪問リハビリテーション 訪問歯科衛生指導
通所リハビリテーション 訪問薬剤管理指導

(3) 介護サービス (入浴サービス、訪問介護等) における医学的観点からの留意事項
 ・ 血圧について 特になし あり ()
 ・ 嚥下について 特になし あり ()
 ・ 摂食について 特になし あり ()
 ・ 移動について 特になし あり (見守りが必要)
 ・ その他 ()

(4) 感染症の有無 (有の場合は具体的に記入して下さい)
有 () 無 不明

5. その他特記すべき事項

要介護認定に必要な医学的なご意見等をご記載して下さい。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。)

- ・ 廃用性筋萎縮予防のため、リハビリテーションを継続する必要がある。
- ・ 言語障害のため、意思の疎通が困難であり、さらに暴力を振るったりするため、介護に時間がかかっている。

事例 14

●性 別 ……………女性

●年 齢 ……………89歳

●介護環境 ……………居宅

●最も類似する状態像の例 ……… 2 - 9

●要介護度変更 ……………要介護 3 → 要介護 2

●審査及び判定の概要

認知能力、意思伝達能力は保たれているが、先天性の足形態異常のため歩行障害がある事例。

介護認定審査会では、主治医意見書及び特記事項に記載された身体状況から、近所であれば杖歩行が可能であり、排泄や衣服の着脱などで直接的な介助は必要としないとの検討がなされた。状態像の例との比較や特記事項の内容を総合的に勘案し、要介護 2 に変更した。

事例14

No.

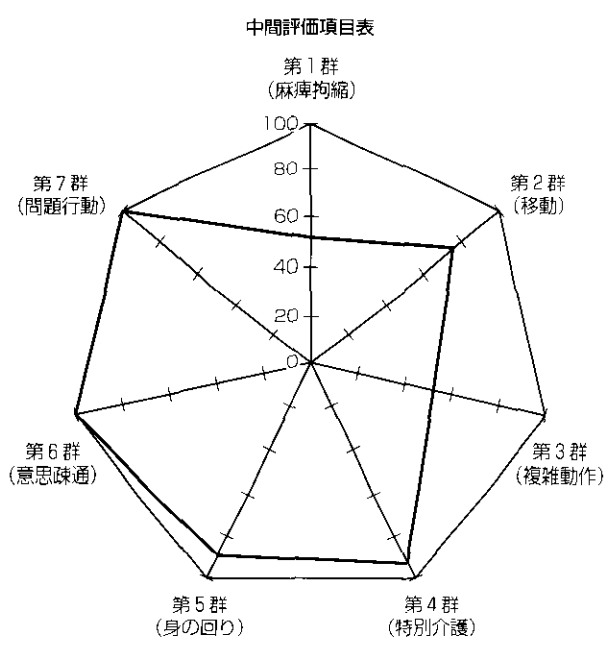
介護認定審査会資料

申請区分：更新申請
被保険者区分：第1号被保険者

年齢	: 89	第1群	1. 麻痺 (左-上肢)	
性別	: 女	(麻痺拘縮)	(右-上肢)	
前回の認定審査会結果	: 要介護1		(左-下肢)	
前回認定有効期間	: 7月間		(右-下肢)	
前回介護保険審査会結果	: なし		(その他)	ある
一次判定結果	: 要介護3	一次判定警告コード:	2. 拘縮 (肩関節)	
要介護認定等基準時間	: 71分	機能訓練+間接生活介助:	(肘関節)	ある
			(股関節)	ある
			(膝関節)	ある
			(足関節)	ある
			(その他)	ある

現在の状況	: 居宅
訪問介護 (ホームヘルプサービス)	: 12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)	: 8回/月
通所リハビリテーション (デイケア)	: 0回/月
福祉用具貸与	: 0品目
短期入所生活介護	: 0日/月
短期入所療養介護	: 0日/月
痴呆対応型共同生活介護	: 0日/月
特定施設入所者生活介護	: 0日/月
福祉用具購入	: 0品目/6月間
住宅改修	: あり

障害者自立度: A1 痴呆性老人自立度: 正常



中間評価項目得点

第1群	第2群	第3群	第4群	第5群	第6群	第7群
52.8	77.4	52.5	93.7	90.2	100.0	100.0

<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	: カテーテル

第2群 (移動)	1. 寝返り	つかまれば可
	2. 起き上がり	つかまれば可
	3. 両足での座位	
	4. 両足つかない座位	自分で支えれば可
	5. 両足での立位	支えが必要
	6. 歩行	つかまれば可
	7. 移乗	見守りが必要
第3群 (複雑動作)	1. 立ち上がり	つかまれば可
	2. 片足での立位	できない
	3. 浴槽の出入り	一部介助
	4. 洗身	
第4群 (特別介護)	1. ア. じょくそう	
	イ. 皮膚疾患	ある
	2. 片手胸元持ち上げ	
	3. 嚥下	
	4. ア. 尿意	
	イ. 便意	
	5. 排尿後の後始末	間接的援助
	6. 排便後の後始末	間接的援助
	7. 食事摂取	
第5群 (身の回り)	1. ア. 口腔清潔	
	イ. 洗顔	
	ウ. 整髪	
	エ. つめ切り	
	2. ア. ボタンかけはずし	
	イ. 上衣の着脱	
	ウ. スポン等の着脱	
	エ. 靴下の着脱	
	3. 居室の掃除	
	4. 薬の内服	
	5. 金銭の管理	
	6. ひどい物忘れ	
	7. 周囲への無関心	
第6群 (意思疎通)	1. 視力	
	2. 聴力	
	3. 意思の伝達	
	4. 指示への反応	
	5. ア. 毎日の日課を理解	
	イ. 生年月日をいう	
	ウ. 短期記憶	
	エ. 自分の名前をいう	
	オ. 今の季節を理解	
	カ. 場所の理解	
第7群 (問題行動)	ア. 被害的	
	イ. 作話	
	ウ. 幻視幻聴	
	エ. 感情が不安定	
	オ. 昼夜逆転	
	カ. 暴言暴行	
	キ. 同じ話をする	
	ク. 大声をたず	
	ケ. 介護に抵抗	
	コ. 常時の徘徊	
	サ. 落ち着きなし	
	シ. 外出して戻れない	
	ス. 一人で出たがる	
	セ. 収集癖	
	ソ. 火の不始末	
	タ. 物や衣類を壊す	
	チ. 不潔行為	
	ツ. 異食行動	
	テ. 性的迷惑行為	

認定調査票（特記事項）

1. 麻痺・拘縮に関連する項目についての特記事項

- (1-1 麻痺等の有無) 足の変形により歩行困難、筋力低下があるため、ADLに支障がある。
- (1-2 関節の動く範囲の制限の有無) 足全体につれるような痛みがあり、可動域が制限されている。

2. 移動等に関連する項目についての特記事項

- (2-6 歩行) 室内杖歩行。外出時は車いす利用。
- (2-7 移乗) 車いすへ移乗する際、介護者が見守っていないとバランスを崩しやすく危険である。

3. 複雑な動作等に関連する項目についての特記事項

- (3-3 一般家庭用浴槽への出入り) 月1～2回くらい、訪問介護員の介助により入る。今年になり浴槽内にスノコ、浴室に手すり2ヶ所設置し、以前よりはまたぎやすくなった。

4. 特別な介護等に関連する項目についての特記事項

- (4-1 イ 皮膚疾患) 変形した足底部（本来は甲の部分）にタコができるので、除去する処置をしている。

概況調査IV

「調査対象者の主訴、家族状況、住居環境、虐待の有無について特記すべき事項」

一軒家に単身で生活、2階4室をアパートにしている。週2回通所リハビリテーション利用、平日の他の3日は、訪問介護員に通院介助及び家事援助を依頼している。両足が出生時より形態異常（身体障害者手帳3級）があるため、歩行困難。歩くことにより全身に力が入り、ひどい肩こりになり、首がまわらず、食事摂取も困難となることがあるため、定期的に鍼灸院に通院し、症状の緩和をはかっている。素足では歩けず、足型にあわせた足袋を縫い、その中に厚さ10cmの柔らかいスポンジを入れて履き、ゴムバンドでずれないように止め、さらに厚手のソックスを重ね履きしている。腰がガクッと抜ける感じと、足全体ひきつるような痛みが常にある由。転倒しやすいので細心の注意を払っている。

事例14

主治医意見書

記入日 平成13年2月〇日

申請者	(ふりがな)	男・ 女	〒	—
	明・大・昭 年 月 日生(89歳)		連絡先	()
上記の申請者に関する意見は以下の通りです。 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 checked="" 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 13年 2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(特定疾病または障害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.	両側性先天性足形態異常	発症年月日	(昭和・平成)	13年 2月 日頃
2.	_____	発症年月日	(昭和・平成)	年 月 日頃
3.	_____	発症年月日	(昭和・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			
(3) 介護の必要の程度に関する予後の見通し	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 不変 <input checked="" type="checkbox"/> 悪化			
(4) 障害の直接の原因となっている傷病の経過及び投薬内容を含む治療内容 (最近6ヶ月以内に变化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)				
両側性先天性足形態異常にて歩行障害のため、杖を使用した介助歩行であり、単身での生活であり、運動能力の低下が問題。				

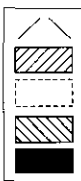
2. 特別な医療(過去14日間以内に受けた医療のすべてにチェック)

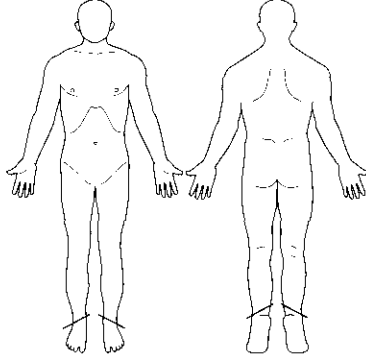
処置内容	<input type="checkbox"/> 点滴の管理	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養	<input type="checkbox"/> 透析	<input type="checkbox"/> ストーマの処置	<input type="checkbox"/> 酸素療法
	<input type="checkbox"/> レスピレーター	<input type="checkbox"/> 気管切開の処置	<input type="checkbox"/> 疼痛の看護	<input type="checkbox"/> 経管栄養	
特別な対応	<input 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					
・障害老人の日常生活自立度(寝たきり度) <input type="checkbox"/> 正常 <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					
・痴呆性老人の日常生活自立度 <input checked="" type="checkbox"/> 正常 <input 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) 理解および記憶					
・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					
・食事 <input checked="" type="checkbox"/> 自立ないし何とか自分で食べられる <input type="checkbox"/> 全面介助					
(3) 問題行動の有無(該当する項目全てチェック)					
<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無					
(有の場合) → <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) 精神・神経症状の有無
有 (症状名) 無
 (有の場合) → 専門医受診の有無 有 () 無

(5) 身体の状態
 利き腕 (右 左) 体重 = 41 kg 身長 = 140 cm 凡例
四肢欠損 (部位: 両足首程度: 軽 中 重) 
麻痺 (部位: 程度: 軽 中 重)
筋力の低下 (部位: 程度: 軽 中 重)
褥瘡 (部位: 程度: 軽 中 重)
その他皮膚疾患 (部位: 程度: 軽 中 重)
関節の拘縮 ・肩関節 右 左 ・股関節 右 左
 ・肘関節 右 左 ・膝関節 右 左
失調・不随意運動 ・上肢 右 左 ・体幹 右 左
 ・下肢 右 左



4. 介護に関する意見

(1) 現在、発生の可能性が高い病態とその対処方針
尿失禁 転倒・骨折 徘徊 褥瘡 嚥下性肺炎 腸閉塞 易感染性
心肺機能の低下 痛み 脱水 その他 ()
 ・ 対処方針 (杖歩行の見守り)が必要。)

(2) 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)
訪問診療 短期入所療養介護 訪問栄養食事指導
訪問看護 訪問歯科診療 その他 (訪問介護員派遣)
訪問リハビリテーション 訪問歯科衛生指導
通所リハビリテーション 訪問薬剤管理指導

(3) 介護サービス (入浴サービス、訪問介護等) における医学的観点からの留意事項
 ・ 血圧について 特になし あり ()
 ・ 嚥下について 特になし あり ()
 ・ 摂食について 特になし あり ()
 ・ 移動について 特になし あり (介助が必要)
 ・ その他 ()

(4) 感染症の有無 (有の場合は具体的に記入して下さい)
有 () 無 不明

5. その他特記すべき事項

要介護認定に必要な医学的なご意見等をご記載して下さい。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。)

・ 先天性両足形態異常のため、歩行障害強く、杖で介助歩行している。家の中や近所しか移動できない。

