

事例 15

- 性 別 ……………女性
- 年 齢 ……………78歳
- 介護環境 ……………居宅
- 最も類似する状態像の例 ……………3 - 5
- 要介護度変更 ……………要介護2 → 要介護3

●審査及び判定の概要

平成9年頃に脳硬塞を発症した後、痴呆様症状が出現し、現在も進行している事例。

介護認定審査会では、特記事項及び主治医意見書から問題行動に対する見守りや予防的措置を行うことに関して介護の必要性が一次判定結果より増加しているのではないかとの意見が出された。状態像の例との比較、特記事項及び主治医意見書の内容を総合的に勘案し、要介護3に変更した。

事例15

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

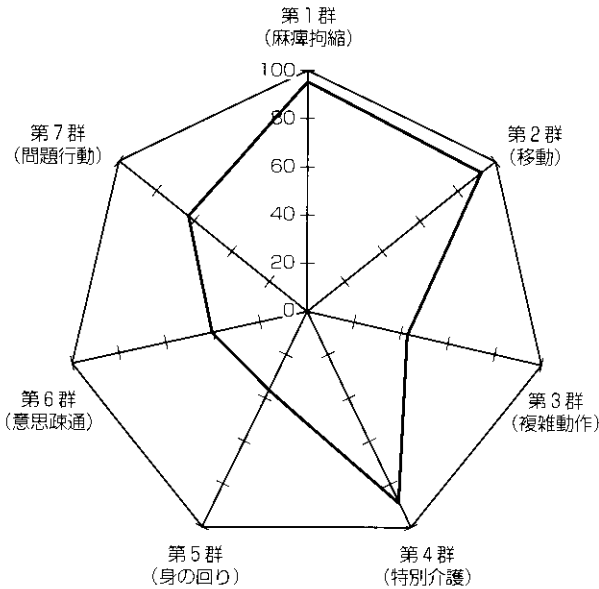
年齢：78
性別：女
前回の認定審査会結果：要介護3
前回認定有効期間：10月間
前回介護保険審査会結果：なし
一次判定結果：要介護2
要介護認定等基準時間：52分
機能訓練+間接生活介助：
一次判定警告コード：

--	--	--	--	--	--	--

現在の状況：居宅
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）：4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：なし

障害老人自立度：A2 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
94.3	93.1	43.3	86.4	36.4	40.4	62.4

<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-上肢)
 (右-上肢)
 (左-下肢)
 (右-下肢)
 (その他)
2. 拘縮 (肩関節)
 (肘関節)
 (股関節)
 (膝関節)
 (足関節)
 (その他)

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

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

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

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. 周用への無関心

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. 糞食行動
テ. 性的迷惑行為

認定調査票（特記事項）

3. 複雑な動作等に関連する項目についての特記事項

(3-4 洗身) 入浴に対しては拒否反応が強く、家族が入浴を促すが服を脱がない。介護に抵抗するため、半日ほどかかる。

4. 特別な介護等に関連する項目についての特記事項

(4-4 尿意・便意) 尿意は概ねあるが、月に1～2回程度、だらだらと失禁することがある。

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

(5-2 衣服着脱) 服を脱ぐ時は拒否があるため一部介助。着る時は見守りである。
(5-7 周囲への無関心) 見知らぬ者に対しては拒否反応が強い。

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) 自分の意思は伝達できるが、食事がしたいと思うと配膳されるまで「ごはんだ」「ごはんだ」と叫び続ける。

7. 問題行動等に関連する項目についての特記事項

(エ 感情が不安定) 娘の姿が見えないと不安になり、娘の名前を何度も呼び、興奮状態となる。
(カ 暴言暴行) 家族以外の者（介護職員等）に対しては拒否反応が強く、「二度と来ない」と言ったり来客があっても早く帰るように言う。
(ケ 介護に抵抗) 着替え、散髪、入浴、外出を拒否して、ベッドに横になっていることが、毎日のようにある。
(コ 常時の徘徊) 寝室と洗面所、トイレの間を毎日何度も行ったり来たりしている。
(ツ 異食行動) 本人が入れないように台所のかぎを閉めている。

事例15

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・ ②女	〒
	明・大・昭 年 月 日生(78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 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 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. 脳梗塞	発症年月日	(昭和・平成)	9年 4月 日頃
2. 高血圧	発症年月日	(昭和・平成)	9年 4月 日頃
3. 脳血管性痴呆	発症年月日	(昭和・平成)	9年 4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)			
平成9年4月頃より脳梗塞、高血圧、脳血管性痴呆を指摘されている。 現在、在宅にて治療中。			

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)				
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 checked="" 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 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 type="checkbox"/> 見守りが必要 <input checked="" 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 type="checkbox"/> 具体的要求に限られる <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 暴言 <input checked="" type="checkbox"/> 暴行 <input checked="" type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input checked="" 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= 84 kg 身長= 173 cm 凡例
四肢欠損 (部位: 程度: 軽 中 重)
麻痺 (部位: 程度: 軽 中 重)
筋力の低下 (部位: 両下肢 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 (施設人所で見守り)

(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 ()
 ・ 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。)

- ・ 脳梗塞の既往があり、現在両下肢筋力低下を認め、杖歩行が可能であるため、転倒骨折の危険性があり、十分な見守りが必要。
- ・ また、異常行動を伴う重症の脳血管性痴呆を認めるため、常時の見守り、介護が必要。

事例 16

●性 別 ……………女性

●年 齢 ……………68歳

●介護環境 ……………居宅

●最も類似する状態像の例 ……………3 - 5

●要介護度変更 ……………要介護2 → 要介護3

① 審査及び判定の概要

平成8年にアルツハイマー病を発症し、徐々に悪化し、現在、重度の痴呆状態にある事例。

介護認定審査会では、主治医意見書に、アルツハイマー病に伴う徘徊、火の不始末等の問題行動、特記事項から問題行動への予防的対応の必要性についての議論があり、状態像の例との比較、特記事項及び主治医意見書の内容を総合的に勘案し、要介護3に変更した。

事例16

No.

介護認定審査会資料

申請区分：新規申請
被保険者区分：第1号被保険者

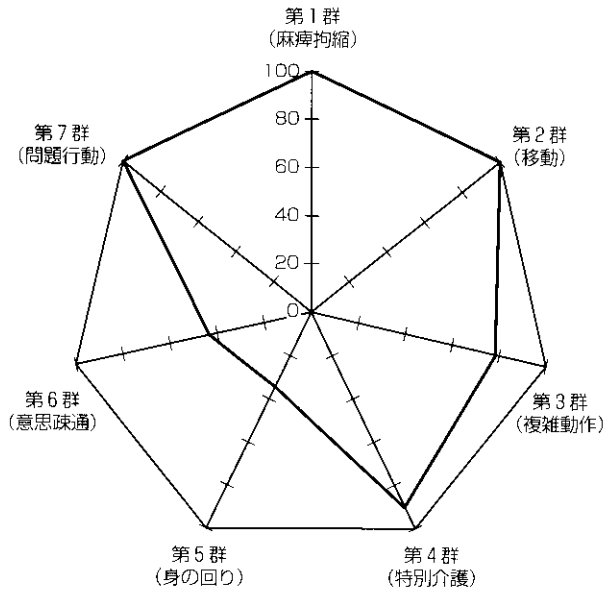
年齢：68
性別：女
前回の認定審査会結果：なし
前回認定有効期間：
前回介護保険審査会結果：なし
一次判定結果：要介護2 一次判定警告コード：
要介護認定等基準時間：61分 機能訓練+間接生活介助：

--	--	--	--	--	--	--

現在の状況：居宅
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：なし

障害老人自立度：J1 痴呆性老人自立度：IV

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
100.0	100.0	78.8	89.4	35.5	43.4	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1群 (麻痺拘縮)
 - 1. 麻痺 (左-上肢) (右-上肢) (左-下肢) (右-下肢) (その他)
 - 2. 拘縮 (肩関節) (肘関節) (股関節) (膝関節) (足関節) (その他)
- 第2群 (移動)
 - 1. 覆返り
 - 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
- 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
- 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
- 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）

4. 特別な介護等に関連する項目についての特記事項

(4-5 排尿後の後始末、4-6 排便後の後始末) 介護者が声かけを行い、自分で行っている。夜間は1時頃に介護者が起こし、トイレに誘導する。

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

(5-6 ひどい物忘れ) 痴呆のため介護者が付き添っているので、生活に支障はない。

7. 問題行動等に関連する項目についての特記事項

以前は徘徊があり、通報により迎えに行ったことも3回ほどあったが、介護者である夫が退職し、付き添っているため、現在のところ問題行動はない。

事例16

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(68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 _____				
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 checked="" type="checkbox"/> 初回 <input 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. <u>アルツハイマー病</u>	発症年月日	(昭和・平成)	8年	1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 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 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)				
平成8年頃から預貯金の通帳の場所などが分からなくなった。 スーパーに行っても、お金を払わずにレジを抜けてきたりもした。 平成11年6月に当院神経内科初診、脳MRIにて著明な脳萎縮を認め、改訂長谷川式簡易知能評価スケール3点と、重度痴呆を認めた。				

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 checked="" 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
・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 type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input checked="" 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 type="checkbox"/> 見守りが必要 <input checked="" 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 type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input checked="" type="checkbox"/> 徘徊 <input checked="" 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 = 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 type="checkbox"/> 麻痺	(部位:)	程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重	
<input type="checkbox"/> 筋力の低下	(部位:)	程度: <input 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 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 (昼夜を問わず、常に見守りを必要とする。)

(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 (転倒に注意)
 ・ 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ど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。)

- ・ 痴呆症状のため、徘徊等がみられ、常時見守りが必要である。
- ・ 改訂長谷川式簡易知能評価スケール3点の重度アルツハイマー病。
- ・ 夫と二人暮らしであるが、徘徊、火の不始末など、昼夜目の離せない状態が続いており、夫の疲労は大きく、介護サービスの利用が必要と思われる。

