

# 事例 19

---

●性 別 ……………男性

●年 齢 ……………73歳

●介護環境 ……………居宅

●最も類似する状態像の例 …………… 3 - 8

●要介護度変更 ……………要介護 5 → 要介護 3

## ●審査及び判定の概要

頸椎がずれているため四肢のしびれがあり、握力低下、左半身麻痺が顕著な事例。

介護認定審査会では、特記事項及び主治医意見書から、身体状況について検討が行われた。特に主治医意見書から、ある程度の日常生活能力は残っていると判断し、状態像の例との比較に基づき、要介護3に変更した。

事例19

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

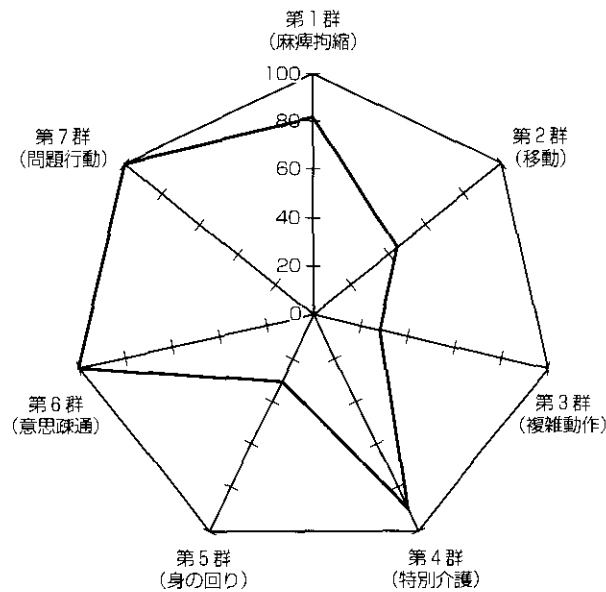
年齢：73  
性別：男  
前回の認定審査会結果：なし  
前回認定有効期間：  
前回介護保険審査会結果：なし  
一次判定結果：要介護5  
要介護認定等基準時間：110分  
一次判定警告コード：  
機能訓練+間接生活介助：

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

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：B1 痴呆性老人自立度：正常

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
81.6	44.7	28.4	90.9	30.6	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)	ある ある ある ある
第2群 (移動)	1. 環返り 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 できない 支えが必要 支えが必要 支えが必要 つかまれば可 一部介助
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 一部介助 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 一部介助
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	一部介助 一部介助 全介助 一部介助 全介助 全介助 全介助 一部介助 全介助
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）

### 2. 移動等に関連する項目についての特記事項

(2-4 両足がつかない状態での座位保持) 後ろに支えがあれば少し浮かすことができる。畳の生活のために、能力的に判断した。

### 3. 複雑な動作等に関連する項目についての特記事項

(3-2 片足での立位保持) 下肢筋力の低下と転倒の危険度が大きいため、行ってもらわなかった。

## 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」

夫婦と息子の同居で、近くの娘が時々訪ねて来ている。頸椎がずれているため、両手、両足がしびれている。介護者も体調が思わしくなく、住宅改修、福祉用具貸与の利用といったように多方面で介護保険サービスを利用し、何とかこの生活を維持していきたいとのこと。

事例19

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(73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 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. 頸椎すべり症	発症年月日	(昭和・平成 不詳年	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)			
以前から頸椎のすべり症があったようであるが放置していた。今年1月に転倒、前頭部を強打し、脳外科から総合病院に入院。MRI、造影検査で上記診断名を受けている。上肢のしびれ、握力低下、左半身麻痺(とくに左下肢が上がらない)が顕著で、5月まで入院していた。 現在、気分転換になるような軽い運動を、車いすを利用し、家人に付き添われリハビリテーション中である。頸椎はカラー固定中。手術は適応になっていない。			

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"/> レスビレーター	<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 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 =  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: 左半身程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input checked="" type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)	
<input checked="" type="checkbox"/> 筋力の低下	(部位: 上・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 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 (膀胱・直腸障害 )  
 → 対処方針 (転倒しないように見守り)。排尿・排便に注意が必要。 )

(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、住宅改修)  
訪問リハビリテーション 訪問歯科衛生指導 福祉用具貸与  
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 (要見守り)  
 ・ 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。)

- ・ 退院後、自宅にこもったままで妻の介護を受けていたが、体を使わないことによる筋力低下と起立や運動することに対する恐怖心から、リハビリテーション及び通院を拒んでいたが、今回の頸椎の固定装具作製からリハビリテーションに対し徐々に前向きに取り組んでいる。
- ・ 妻も高齢で全般の世話が困難になっており、今後、介護保険サービス利用を希望している。



# 事例20

---

●性 別 ……………女性

●年 齢 ……………88歳

●介護環境 ……………居宅

●最も類似する状態像の例 ……………4 - 1

●要介護度変更 ……………要介護3 → 要介護4

## ●審査及び判定の概要

パーキンソン症候群による歩行困難と痴呆による問題行動がみられる事例。

介護認定審査会では入浴、排泄、食事において介護がなされている他、身の回りは見守りとなっており、意思疎通は時々できる程度であること、および痴呆による問題行動が多いことについて検討を行った。これらの議論を踏まえ、主治医意見書の「パーキンソン症候群により歩行困難、転倒しやすい。痴呆による問題行動も多く常に目が離せない状態にある。」との記載に注日し、状態像の例から要介護4に変更した。





## 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) 手は水の入ったコップを落とすこともあり、「ある」とした。

### 2. 移動等に関連する項目についての特記事項

(2-6 歩行) パーキンソン症候群のために足がスムーズに出なく、頭だけが先に出てしまい、転倒することもある。室内は壁や家具につかまりながら歩き、外出時は介護者が脇から支え付き添っている。

### 4. 特別な介助等に関連する項目についての特記事項

(4-3 嚥下) もちをつまらせたことがありそしゃく回数が多く飲み込み終るまで、以前よりも倍の時間がかかっている。

(4-7 食事摂取) 自力で摂取するが痴呆があるために同じものばかり食べるため、介護者が常に声をかけ見守りを行っている。

### 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

(5-2ア ボタンかけはずし) 自分でやっているが、ボタンのかけ違いが多く、介護者が何度も指示をし、見守りを行っている。

### 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) あまり自分からは話さないが食事をしたことを忘れ「早くごはんもってこい」等とだけ時々話す

### 7. 問題行動等に関連する項目についての特記事項

(オ 昼夜逆転) 夜中に起き出しタンスの引出しから衣類等を全部出したりすることが1日おきぐらいにある。

(キ 同じ話をする) 毎日のように意味もなくベッドの棚等をたたく。

(ケ 介護に抵抗) 着替え等を指示しても素直に応じなく、払いのけることが毎日ある。

## 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」

長男家族と5人暮らし。対象者は平成6年、パーキンソン症候群と診断され、治療を続けている。しかしここ数年物忘れがひどい。

家族の介護を受け、通所介護を利用しながら在宅を維持している。

短期入所の利用も検討中である。

主治医意見書

記入日 平成13年3月〇日

申請者	(ふりがな)	男 ・ 女	〒
	明・大・昭 年 月 日生(88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 3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. 多発脳梗塞・痴呆	発症年月日	(昭和・平成)	6年 2月 〇日頃
2. パーキンソン症候群	発症年月日	(昭和・平成)	6年 2月 〇日頃
3. 高脂血症	発症年月日	(昭和・平成)	8年 2月 〇日頃
(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6年より以前から物忘れ著明で、同年2月、初診、上記診断。内服開始したが記憶障害及び認知障害著しい。 パーキンソン症候群と膝の痛みのため、立ち上がりや歩行が不安定であるため、必ず見守り、付添いを必要としている。 処方：精神・ジスキネジア改善剤、抗パーキンソン剤、睡眠導入剤、抗高脂血症薬			

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 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 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 checked="" type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input checked="" type="checkbox"/> 妄想 <input checked="" type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input checked="" type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 筋力の低下	(部位: 四肢)	程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input checked="" 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 (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 (歩行不安定、付添いが必要)  
 ・ 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。)

- ・ パーキンソン様症状があるために歩行困難。また、転倒しやすい。
- ・ 痴呆による問題行動が多く、常に目が離せない状態にある。改訂長谷川式簡易知能スケール5点。
- ・ ADL保持のために通所リハビリテーションを継続していくことが必要。

