

# 事例21

---

- 性 別……………女性
- 年 齢……………88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……………4－8
- 要介護度変更……………要介護5→要介護4

## ●審査及び判定の概要

両下肢に筋力低下が見られ、また問題行動をあまり伴わない痴呆がみられる事例。

介護認定審査会では複雑動作はできず、身の回りや排泄、清潔面においてほぼ全面的に介助を受けており、更に、物忘れや無関心、理解の低下、また、問題行動が見られてきているが、食事については自力で摂っているという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「痴呆は見られるが問題行動は少ない」との記載に着目し、日常生活自立度組み合わせと状態像の例から要介護4に変更した。

事例21

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

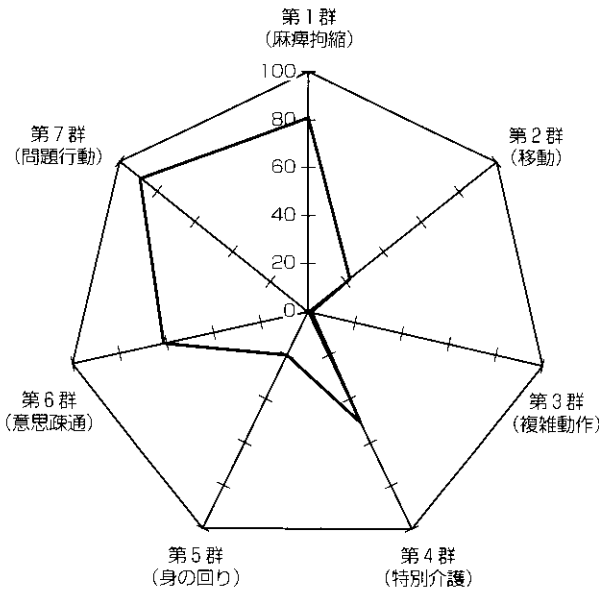
年齢：88  
性別：女  
前回の認定審査会結果：なし  
前回認定有効期間：  
前回介護保険審査会結果：なし  
一次判定結果：要介護5  
要介護認定等基準時間：112分  
機能訓練+間接生活介助：  
一次判定警告コード：

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

現在の状況：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：B2 痴呆性老人自立度：IIa

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
80.7	22.4	1.1	52.5	19.8	62.2	89.6

〈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)	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
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 できない 自分で支えれば可 支えが必要 できない できない 全介助
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	できない できない 行っていない 行っていない
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	ない ない 全介助 全介助
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 一部介助 全介助 一部介助 一部介助 全介助 全介助 全介助 ときどきある ときどきある
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 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	ある ある ときどきある ときどきある

## 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

(2-1 寝返り) 左側には自力で寝返りはできない。右側はベッドの縁につかまって何とか行っている。

### 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) 全身清拭を毎朝行っている。

### 4. 特別な介護等に関連する項目についての特記事項

(4-7 食事摂取) ベッド上でギャッチアップをし、背もたれに寄りかかりながら時間をかけて自分で食べている。

### 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

(5-4 薬の内服) 一回ずつ手渡して飲むよう指示し、手を添えて口の中に入れていく。飲んだかどうか、最後まで確認を行っている。

### 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

(6-1 視力) 図を見て指で示した。

### 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) 声かけをすると急に泣き出し、手を合わせて「ありがとう、ありがとう」と言うことが毎日見られる。

(キ 同じ話をする) 「誰も来てくれない」と訴える。

(サ 落ち着きなし) 「どうしてここにいるのか、家に帰りたい」と訴える。

### 8. 特別な医療に関連する項目についての特記事項

(疼痛の看護) 右膝関節に湿布をしている。看護婦が毎晩、貼り替えている。

## 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」

平成12年1月、急性肺炎により入院。右膝変形性膝関節症、両下肢に著しい筋力低下があり、歩行が困難になっている。現在日常動作のリハビリテーション中。入院する前は次女夫婦と同居していた。主な介護者となる次女は夕方、毎日、面会に来院している。

事例21

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(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 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. 脳梗塞・痴呆	発症年月日	(昭和・平成)	9年	7月 日頃)
2. うっ血性心不全、心房細動	発症年月日	(昭和・平成)	9年	7月 日頃)
3. 急性肺炎	発症年月日	(昭和・平成)	12年	1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)				
肺炎は治癒し、全身状態良好となったが、脳梗塞後遺症と加齢のため、歩行はできず、リハビリテーション中である。				

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
・痴呆性老人の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> I	<input checked="" 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 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 checked="" 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 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"/> 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"/> 暴行	<input type="checkbox"/> 介護への抵抗
					<input type="checkbox"/> 徘徊
				<input checked="" type="checkbox"/> その他(感情が不安定)	

(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: 両下肢)	程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input checked="" 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 (入院加療の継続が必要。)

(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 (誤嚥に注意)  
 ・ 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。)

- ・ リハビリテーションにて短距離なら申いすで移動可能な状態まで回復した。車いすへの移乗は全介助である。
- ・ 食欲は改善し、現在は全身状態は良好になりつつある。
- ・ 痴呆は見られるが、問題行動は少ない。
- ・ 保清・排泄・身の回りのことには全面的な介助は必要であるが、自分でできることは時間がかかってもらっているようにしている。



## 事例22

---

- 性 別 ……………女性
- 年 齢 ……………82歳
- 介護環境 ……………居宅
- 最も類似する状態像の例 …………… 5 - 4
- 要介護度変更 ……………要介護 4 → 要介護 5

### ●審査及び判定の概要

筋力低下や麻痺拘縮が全身にみられ、痴呆があり、経管栄養、カテーテル留置が行われている事例。

介護認定審査会では、最初に特記事項や主治医意見書の内容に基づいて、認定調査項目について検討を行った。その結果、5-7「周囲への無関心」は「なし」ではないかと意見がまとまったため、調査員に確認したところ、修正すべきと判断された。5-7を「なし」と修正したところ、一次判定の要介護度が5となった。これに基づいて審査・判定を行い、要介護5とした。

事例22

No.

介護認定審査会資料（修正前）

申請区分：更新申請  
被保険者区分：第1号被保険者

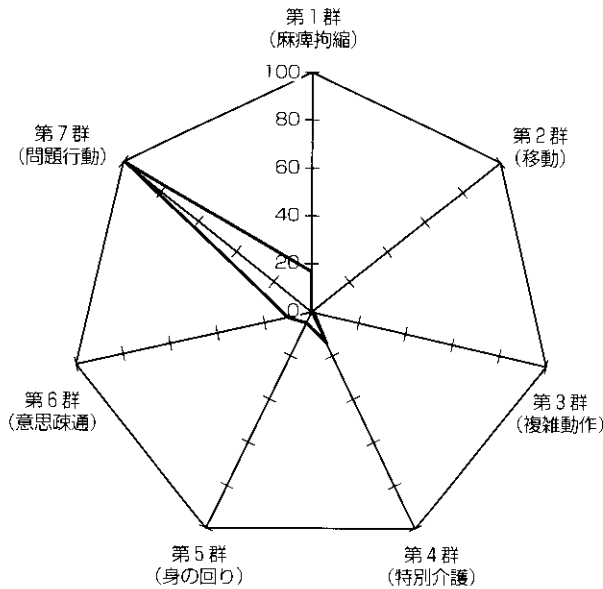
年齢：82  
性別：女  
前回の認定審査会結果：要介護4  
前回認定有効期間：  
前回介護保険審査会結果：なし  
一次判定結果：要介護4  
要介護認定等基準時間：105分  
一次判定警告コード：  
機能訓練+間接生活介助：



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：4回/月  
訪問看護：12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：1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：C2 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
17.1	0.0	1.4	15.7	4.2	9.0	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：ある  
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：ある  
レスピレータ：カテーテル：ある

第1群 1. 麻痺（左-上肢）：ある  
（麻痺拘縮）（右-上肢）：ある  
（左-下肢）：ある  
（右-下肢）：ある  
（その他）  
2. 拘縮（肩関節）：ある  
（肘関節）：ある  
（股関節）：ある  
（膝関節）：ある  
（足関節）：ある  
（その他）

第2群 1. 寝返り：できない  
（移動） 2. 起き上がり：できない  
3. 両足での座位：できない  
4. 両足つかない座位：できない  
5. 両足での立位：できない  
6. 歩行：できない  
7. 移乗：全介助

第3群 1. 立ち上がり：できない  
（複雑動作） 2. 片足での立位：できない  
3. 浴槽の出入り：全介助  
4. 洗身：全介助

第4群 1. ア. じょくそう：ある  
（特別介護） イ. 皮膚疾患  
2. 片手胸元持ち上げ：できない  
3. 嚥下：できない  
4. ア. 尿意  
イ. 便意

5. 排尿後の後始末：全介助  
6. 排便後の後始末：全介助  
7. 食事摂取：全介助  
第5群 1. ア. 口腔清潔：全介助  
（身の回り） イ. 洗顔：全介助  
ウ. 整髪：全介助  
エ. つめ切り：全介助  
2. ア. ボタンかけはずし：全介助  
イ. 上衣の着脱：全介助  
ウ. スポン等の着脱：全介助  
エ. 靴下の着脱：全介助  
3. 居室の掃除：全介助  
4. 薬の内服：全介助  
5. 金銭の管理：全介助  
6. ひどい物忘れ：全介助  
7. 周囲への無関心：ある

第6群 1. 視力：判断不能  
（意思疎通） 2. 聴力：判断不能  
3. 意思の伝達：ほとんど不可  
4. 指示への反応：ときどき通じる  
5. ア. 毎日の日課を理解：できない  
イ. 生年月日をいう：できない  
ウ. 短期記憶：できない  
エ. 自分の名前をいう：できない  
オ. 今の季節を理解：できない  
カ. 場所の理解：できない

第7群 ア. 被害的：全介助  
（問題行動） イ. 作話：全介助  
ウ. 幻視幻聴：全介助  
エ. 感情が不安定：全介助  
オ. 昼夜逆転：全介助  
カ. 暴言暴行：全介助  
キ. 同じ話をする：全介助  
ク. 大声をたず：全介助  
ケ. 介護に抵抗：全介助  
コ. 常時の徘徊：全介助  
サ. 落ち着きなし：全介助  
シ. 外出して戻れない：全介助  
ス. 一人で出たがる：全介助  
セ. 収集癖：全介助  
ソ. 火の不始末：全介助  
タ. 物や衣類を壊す：全介助  
チ. 不潔行為：全介助  
ツ. 異食行動：全介助  
テ. 性的迷惑行為：全介助



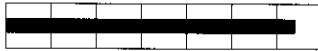
No.

介護認定審査会資料（修正後）

申請区分：更新申請

被保険者区分：第1号被保険者

年齢	82	一次判定警告コード	
性別	女	機能訓練+間接生活介助	
前回の認定審査会結果	要介護4		
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	134分		

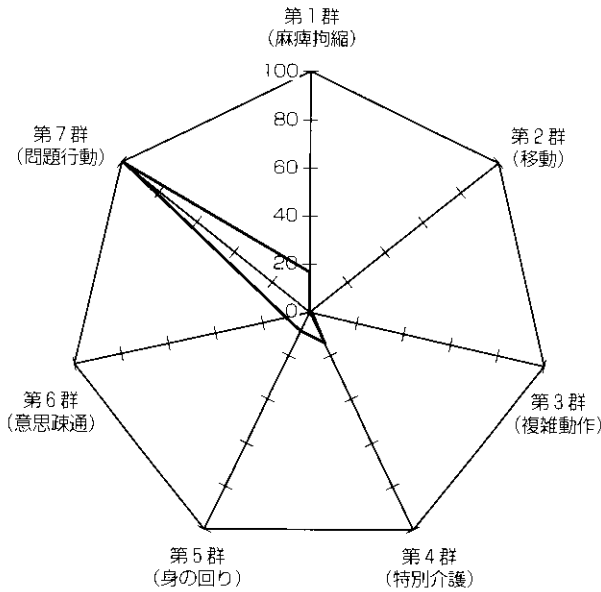


現在の状況	居宅
訪問介護（ホームヘルプサービス）	0回/月
訪問入浴介護	4回/月
訪問看護	12回/月
訪問リハビリテーション	0回/月
居宅療養管理指導	0回/月
通所介護（デイサービス）	0回/月
通所リハビリテーション（デイケア）	0回/月
福祉用具貸与	1品目
短期入所生活介護	0日/月
短期入所療養介護	0日/月
痴呆対応型共同生活介護	0日/月
特定施設入所者生活介護	0日/月
福祉用具購入	0品目/6月間
住宅改修	なし

障害老人自立度：C2

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
17.1	0.0	1.4	15.7	8.7	9.0	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	ある
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	ある
レスピレータ	カテーテル	ある

第1群 (麻痺拘縮)	1. 麻痺 (左・上肢)	ある
	(右・上肢)	ある
	(左・下肢)	ある
	(右・下肢)	ある
	(その他)	
	2. 拘縮 (肩関節)	ある
	(肘関節)	ある
	(股関節)	ある
	(膝関節)	ある
	(足関節)	
	(その他)	
第2群 (移動)	1. 寝返り	できない
	2. 起き上がり	できない
	3. 両足での座位	できない
	4. 両足つかない座位	できない
	5. 両足での立位	できない
	6. 歩行	できない
	7. 移乗	全介助
第3群 (複雑動作)	1. 立ち上がり	できない
	2. 片足での立位	できない
	3. 浴槽の出入り	全介助
	4. 洗身	全介助
第4群 (特別介護)	1. ア. じょくそう	ある
	イ. 皮膚疾患	
	2. 片手胸元持ち上げ	できない
	3. 嚥下	できない
	4. ア. 尿意	
	イ. 便意	ない
	5. 排尿後の後始末	全介助
	6. 排便後の後始末	全介助
	7. 食事摂取	全介助
第5群 (身の回り)	1. ア. 口腔清潔	全介助
	イ. 洗顔	全介助
	ウ. 髪髪	全介助
	エ. つめ切り	全介助
	2. ア. ボタンかけはずし	全介助
	イ. 上衣の着脱	全介助
	ウ. スポン等の着脱	全介助
	エ. 靴下の着脱	全介助
	3. 居室の掃除	全介助
	4. 薬の内服	全介助
	5. 金銭の管理	全介助
	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	判断不能
	2. 聴力	判断不能
	3. 意思の伝達	ほとんど不可
	4. 指示への反応	ときどき通じる
	5. ア. 毎日の日課を理解	できない
	イ. 生年月日をいう	できない
	ウ. 短期記憶	できない
	エ. 自分の名前をいう	できない
	オ. 今の季節を理解	できない
	カ. 場所の理解	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

(1-2 拘縮) 両肩、両肘関節が十分曲がらないため衣服の着脱が困難で時間がかかる。両膝は90度に屈曲し動かない。両脚が膝のところにくっついているのでオムツ交換が困難である。

### 4. 特別な介護等に関連する項目についての特記事項

(4-1ア じよくそう) 訪問看護による処置に加えて毎朝晩、家族がガーゼ交換を行っている。  
(4-7 食事摂取) 胃瘻であり、摂取後30分程度上体を起こしておき、様子を見ている。

### 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

(5-6 ひどい物忘れ) 高度の痴呆により、起こり得ないと判断する。  
(5-7 周囲への無関心) 声かけに反応しニコニコすることもあるがほとんどは天井をうつろに見ているだけである。

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」

長男家族と同居。

事例22

主治医意見書

記入日 平成13年1月〇日

申請者	(ふりがな)	男・ 女	〒
	明・大・昭 年 月 日生(82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 1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)	60年 12月 日頃
2. 老人性痴呆	発症年月日	(昭和・平成)	9年 10月 日頃
3. 神経因性膀胱	発症年月日	(昭和・平成)	5年 4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)			
昭和60年脳梗塞不全麻痺、平成9年老人性痴呆、ADL低下、平成11年嚥下障害のため、食事摂取不可能で、胃瘻造設、神経因性膀胱にてバルーン挿入。MRSAとなり肺炎など感染を繰り返している。ADL低下にてベッド上の生活が主であり意思疎通も難しい。			

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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 褥瘡の処置				
失禁への対応	<input checked="" 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 type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input checked="" 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 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 type="checkbox"/> 自立ないし何とか自分で食べられる <input checked="" 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

四肢欠損 (部位: 程度: 軽 中 重)  
麻痺 (部位: 左半身程度: 軽 中 重)  
筋力の低下 (部位: 全身程度: 軽 中 重)  
褥瘡 (部位: 殿部程度: 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 (感染や誤嚥などを起こさないよう注意が必要。)

(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 (内服管理中) )  
 ・ 嚥下について 特になし あり (誤嚥のリスク高い) )  
 ・ 摂食について 特になし あり ( ) )  
 ・ 移動について 特になし あり (移動全介助 (1~2人の介助必要)) )  
 ・ 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 (MRSA (+)) ) 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。)

- ・ 身体障害者手帳1級所持。全身の関節拘縮のため、体を動かすあらゆる処置、介護が困難。
- ・ 2人がかりで行うものが多い。(移動・入浴など)
- ・ 褥瘡の治りが悪い。
- ・ 尿カテーテル留置中にて感染を起こしやすい。
- ・ 介護者に負担がかかり、定期的に短期入所の利用が必要である。

