

# 事例3

---

- 性 別 ……………男性
- 年 齢 ……………79歳
- 介護環境 ……………居宅
- 最も類似する状態像の例 ………支－10
- 要介護度変更 ……………要介護1→要支援

## ●審査及び判定の概要

平成8年より膜性腎症で外来通院中であり、現在は、食塩の軽度制限のみを行っている事例。

介護認定審査会では、居室の掃除は全介助であるが、入浴、排泄等は自立であることから能力的には要支援の状態ではないかという意見があり、また主治医意見書では病状は改善傾向にあることについての検討が行われた。特記事項、主治医意見書の内容を総合的に勘案し、状態像の例との比較に基づき、要支援に変更した。

事例3

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

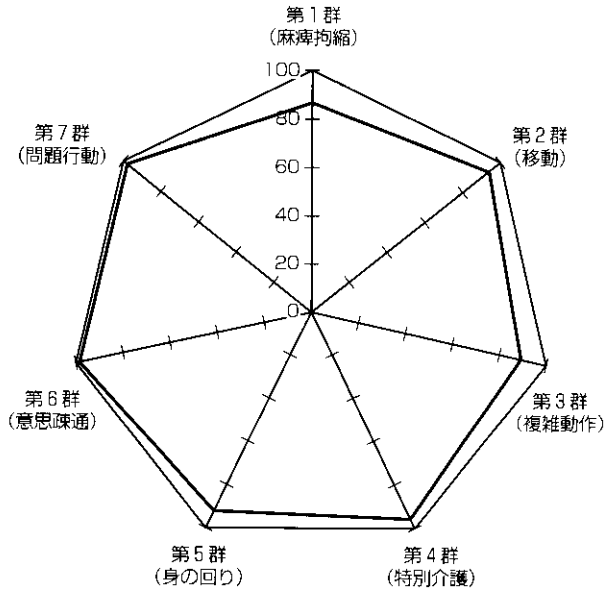
年齢：79  
性別：男  
前回の認定審査会結果：要支援  
前回認定有効期間：10月間  
前回介護保険審査会結果：なし  
一次判定結果：要介護1  
要介護認定等基準時間：32分  
機能訓練+間接生活介助：

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

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：J2 痴呆性老人自立度：I

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
86.4	93.0	87.5	96.4	92.2	98.9	98.1

<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
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	つかまれば可     つかまれば可
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
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	ある
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	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	やっと聴こえる
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	ときどきある

## 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) 左手第1指除く4指に第2関節で軽度の拘縮があるが、日常生活に不便はない。右膝関節の痛みにより、膝関節が十分に曲がらないため、立ち上がりや階段の昇降が困難。

### 4. 特別な介護等に関連する項目についての特記事項

(4-3 嚥下) 少量にして時間をかければ嚥下できる。  
(4-5 排尿後の後始末) 尿もれがあるが、自分で下着を取り替える。

### 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) 不眠が続き、午前11時頃目覚め、家族の名前を忘れてたり、部屋の中を行ったり来たりすることが月に1～2回位ある。

### 8. 特別な医療に関連する項目についての特記事項

月に1～2回、貧血の治療のため注射をしている。

事例3

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(79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. ネフローゼ症候群(膜性腎症) 発症年月日 (昭和・平成 8年 6月 日頃) 2. S字状結腸切除後、胆嚢切除後 発症年月日 (昭和・平成 8年 1月 日頃) 3. 慢性腎機能障害、腎性貧血 発症年月日 (昭和・平成 11年 10月 日頃)
(2) 症状としての安定性 <input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定 <input checked="" type="checkbox"/> 不明
(3) 介護の必要の程度に関する予後の見通し <input checked="" type="checkbox"/> 改善 <input 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)
平成8年6月、急速にネフローゼ症候群が進行し、腎生検の結果膜性腎症であった。 以後、外来通院中であるが、最近は自然軽快が認められるため、食塩の軽度制限のみを行っている。 処方：抗血小板剤、胃潰瘍治療剤

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 checked="" 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 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) 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 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 checked="" 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 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、特に下肢)	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 ( )  
 ・ 対処方針 ( )

(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 (四肢筋力低下あり、立位歩行がやや困難)  
 ・ 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。)

・ ネフローゼ症候群により、著しい浮腫を来したことから、通院生活を送っている。最近ではネフローゼ症候群は寛解傾向にあるが、活動度の低下により四肢筋力の低下があるため、できるだけ自立を保つことができるように、リハビリテーションが重要である。



## 事例4

---

- 性 別 ……………男性
- 年 齢 ……………78歳
- 介護環境 ……………居宅
- 最も類似する状態像の例 ………支-7、支-8
- 要介護度変更 ……………要介護1→要支援

### ●審査及び判定の概要

平成9年に脳梗塞を発症し右上肢単麻痺となったが、現在麻痺はほぼ改善し、ADLはおおむね自立している事例。

介護認定審査会では、特記事項及び主治医意見書から、右手指の麻痺による衣服の着脱や物をつかむ等の巧緻動作は自身の左手の補助で行えること、腰から下肢にかけての軽い筋力低下があるとの記載があるが自力歩行は可能であり、日常生活はほぼ自分で行えていると判断し、要支援に変更した。

事例4

No.

介護認定審査会資料

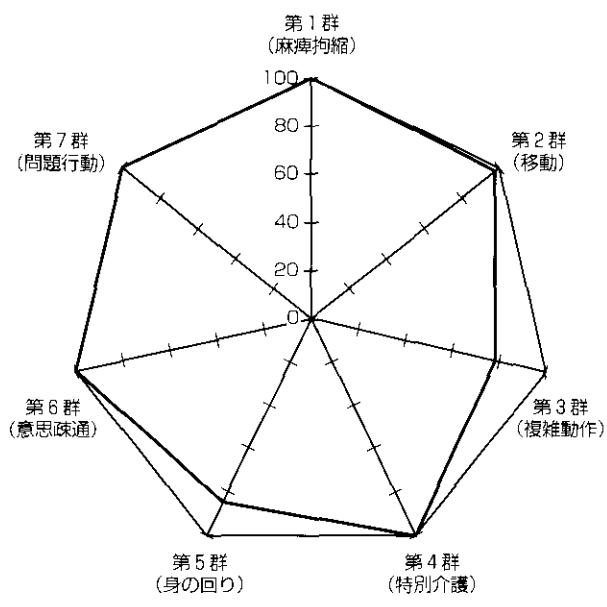
申請区分：更新申請（新規申請）  
被保険者区分：第1号被保険者

年齢	: 78	第1群	1. 麻痺 (左-上肢)	
性別	: 男	(麻痺拘縮)	(右-上肢)	
前回の認定審査会結果	: 要支援		(左-下肢)	
前回認定有効期間	: 6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1	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	: 31分	機能訓練+間接生活介助:	(肘関節)	
			(股関節)	
			(膝関節)	
			(足関節)	
			(その他)	

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: J1 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
100.0	97.2	77.6	100.0	84.5	100.0	100.0

〈特別な医療〉		
点滴の管理	: 気管切開の処置	: ない
中心静脈栄養	: 疼痛の看護	: ある
透析	: 経管栄養	: ない
ストーマの処置	: モニター測定	: ない
酸素療法	: じょくそうの処置	: ない
レスピレータ	: カテーテル	: ない

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	自分で支えれば可
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 支えが必要
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	全介助  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）

### 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) 右手指のみ。平成9年に脳梗塞を発症し、その後遺症により、曲げ伸ばしも自分の左手で補助しなければならない状態。このため、衣服の着脱や物をつかんだりするのに支障がある。

### 2. 移動等に関連する項目についての特記事項

(2-2 起き上がり) 両足に反動をつけ、どこにもつかまらずに起きている。

事例4

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(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 checked="" type="checkbox"/> 有 <input 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 checked="" 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、右上肢単麻痺	発症年月日	(昭和・平成)	9年 1月 日(頃)
2. 高血圧症	発症年月日	(昭和・平成)	9年 1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1月、脳梗塞発症にて、右上肢単麻痺。現在はほぼ改善している。 処方：降圧剤、抗血小板剤、胃粘膜保護剤、便秘薬			

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 checked="" 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 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: 右上肢)	程度: <input checked="" 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 ( )

(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。)

- ・ ADLはほぼ自立。
- ・ 腰から下肢の筋力低下が、ややみられる。
- ・ ADL低下予防のために通所介護の利用が望ましい。

