

事例5

- 性 別 ……………女性
- 年 齢 ……………92歳
- 介護環境 ……………居宅
- 最も類似する状態像の例 ……… 1 - 3
- 要介護度変更 ……………要支援→要介護1

●審査及び判定の概要

全身に中等度の筋力低下があり、移動に介助が必要で転倒することも多く、閉じこもり気味である事例。

介護認定審査会では、歩行時に転倒の危険性が高く「手をひいてもらう」、「這って歩く」状況があることや物忘れがあり、また毎日の口課の理解もなく動作一つひとつに声かけや誘導が必要との意見が出された。食事や整容、更衣などは自立しており、状態像の例との比較に基づき、要介護1に変更した。

事例5

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

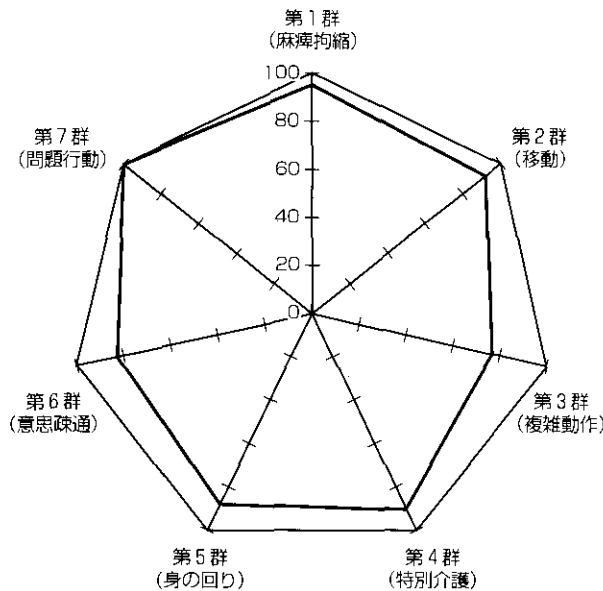
年齢：92
性別：女
前回の認定審査会結果：要介護2
前回認定有効期間：6月間
前回介護保険審査会結果：なし
一次判定結果：要支援
要介護認定等基準時間：24分
機能訓練+間接生活介助：8分
一次判定警告コード：



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：10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：A1 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
94.3	93.0	77.6	90.4	89.2	82.7	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) : ある
 - (右-上肢)
 - (左-下肢) : ある
 - (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 : 支えが必要
 - 6. 歩行 : つかまれば可
 - 7. 移乗
- 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 : 支えが必要
 - 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 : ときどきある
 - 5. 排便後の後始末
 - 6. 排便後の後始末 : 直接的援助
 - 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 : 一部介助
- 第6群 (意思疎通)
 - 1. 視力
 - 2. 聴力 : 大声が聴こえる
 - 3. 意思の伝達
 - 4. 指示への反応 : ときどき通じ
 - 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) はっきりした麻痺はないが、全身の筋力の低下があり、特に両下肢の機能が低下している。

2. 移動等に関連する項目についての特記事項

(2-6 歩行) 手を引いてもらうなどの介助が必要。転倒が多く、部屋の中は這って歩く。外出時は車いす使用。

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) 便意を感じないまま排便をしてしまうことが多い。
(4-6 排便後の後始末) 便失禁してしまうため、清拭を介助してもらっている。

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

(5-6 ひどい物忘れ) 保険証をなくすなど頻繁に物をなくす。言われたことも忘れてしまう。

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〕

主介護者である孫娘、ひ孫と同居している。孫娘は夫が単身赴任であり、赴任地へ行く際は、対象者は短期入所を利用する。

事例5

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(92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 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 checked="" type="checkbox"/> 外科 <input checked="" 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. 痴呆症	発症年月日	(昭和・平成	年	不明月 日頃)
2. 高血圧症、ラクナ梗塞	発症年月日	(昭和・平成	61年	月 日頃)
3. 腰部脊柱管狭窄症 L4/5	発症年月日	(昭和・平成	2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)				
昭和61年より高血圧で通院加療開始、昭和61年、胃がんにて手術。 以後、手術後の経過観察と高血圧の治療を行ってきたが、平成2年、腰痛が出現し、腰部脊柱管狭窄症と診断される。 平成9年、恥骨骨折により、すくみ足や歩行困難が進み、バランス能力の低下も伴い、転倒することが多くなった。平成13年1月より歩行器を使用している。 脳CTでは、右小脳半球と左外包付近にラクナ梗塞が認められた。				

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 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 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 checked="" 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 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 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 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: 全身)	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 (バイタルチェックと転倒に気をつけ、できるだけADLの維持に努める)

(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 (高血圧症あり、変動注意)
 ・ 嚥下について 特になし あり ()
 ・ 摂食について 特になし あり (減塩指導中、摂取観察必要)
 ・ 移動について 特になし あり (両下肢筋力低下あり、転倒注意)
 ・ 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。)

- ・ 介護保険開始前はデイケアへ通所していた。
- ・ 閉じこもり気味で廃用と思われる下肢筋力低下も進み、床を這って歩くこともある。
- ・ 転倒することも多くなり、平成13年1月には自宅ベッドから転落し、左肋骨を骨折した。また、急に孫に向かって「空襲の時は何をしていた？」と聞くなど、老人性痴呆の進行も考えられる。ADL低下や痴呆の進行を防ぐためにも、通所介護サービスの利用を中心に、リハビリテーション及び他者との交流の機会を持つことが必要と考える。

事例6

- 性 別 ……………女性
- 年 齢 ……………52歳
- 介護環境 ……………居宅
- 最も類似する状態像の例 ……… 1 - 8
- 要介護度変更 ……………要支援→要介護1

●審査及び判定の概要

脊髄小脳変性症による歩行障害があり、身体障害者手帳2級である事例。

介護認定審査会では、特記事項及び主治医意見書から、入浴や身の回りの動作等はいかにして自分で行っているが、ほとんど這って移動しており、介助が必要な状況であることを踏まえ、状態像の例との比較、特記事項、主治医意見書の内容を総合的に勘案し、要介護1に変更した。

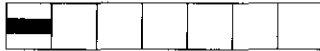
事例6

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2号被保険者

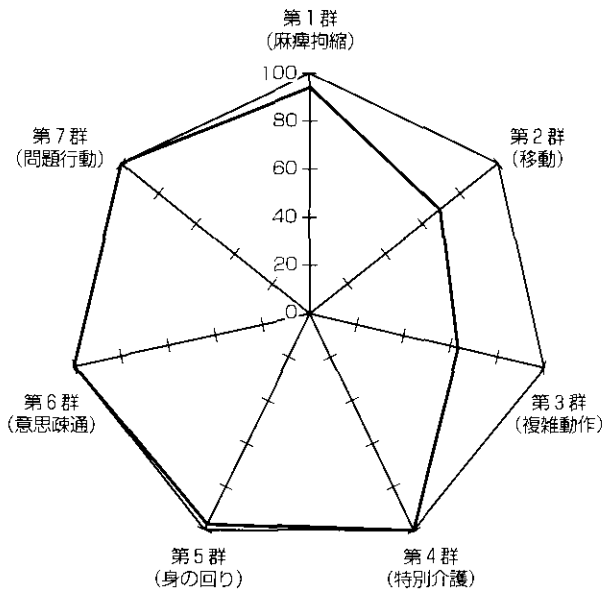
年齢：52
性別：女
前回の認定審査会結果：要支援
前回認定有効期間：10月間
前回介護保険審査会結果：なし
一次判定結果：要支援
要介護認定等基準時間：25分
機能訓練+間接生活介助：8分
一次判定警告コード：



現在の状況：居宅
訪問介護（ホームヘルプサービス）：8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：A2 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
94.3	69.5	62.7	100.0	97.6	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
レスピレーター：カテーテル

- 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) : ある
 - 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) : ある
- 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 : つかまれば可
 - 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 : できない
 - 7. 移乗 : できない
- 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 : できない
 - 4. 洗身 : できない
- 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
- 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）

2. 移動等に関連する項目についての特記事項

(2-5 両足での立位保持) つかまりながら10秒間がやっつとで、ふらつく。

(2-6 歩行) 引きずり歩行でふらつき、手すりにつかまって2～3mがやっつとでありほとんど這って移動している。

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」

日中独居生活のため買物は業者宅配してもらい、調理は近所に住む妹に行ってもらっている。

3階に住んでおり階段の昇降が困難なため、殆ど外出していない。

事例6

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(52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. 脊髄小脳変性症	発症年月日	(昭和・平成	62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62年より歩行障害が出現。平成5年受診し、左眼瞼下垂、下肢の痙性、失調性歩行を認め、CT、MRIの結果、小脳の萎縮が見られ、脊髄小脳変性症と診断される。平成7年、眼球運動制限、眼振も出現する。平成8年より歩行器使用。平成7年身体障害者手帳2級所持。 処方：筋緊張緩和剤			

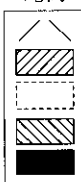
2. 特別な医療(過去14日間以内に受けた医療のすべてにチェック)

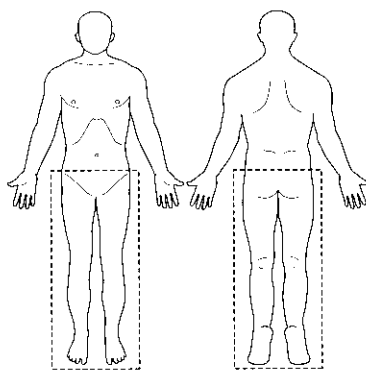
処置内容	<input type="checkbox"/> 点滴の管理	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養	<input type="checkbox"/> 透析	<input type="checkbox"/> ストーマの処置	<input type="checkbox"/> 酸素療法
	<input type="checkbox"/> レスピレーター	<input type="checkbox"/> 気管切開の処置	<input type="checkbox"/> 疼痛の看護	<input type="checkbox"/> 経管栄養	
特別な対応	<input type="checkbox"/> モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等) <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 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 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
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 (定時に排尿を促す。移動時に注意。構音・嚥下障害あり。ゆっくり食べさせる。)

(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 (ゆっくり食べさせること)
 ・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。)

・ 洗面、食事、衣服の着脱、排泄は、かろうじて自分で行っているが、歩行は歩行器具を利用、しかも転倒しやすいので、介助が必要な状態である。

