

# 事例7

---

- 性 別 ……………男性
- 年 齢 ……………66歳
- 介護環境 ……………居宅
- 最も類似する状態像の例 ……………1 - 10
- 要介護度変更 ……………要支援→要介護1

## ●審査及び判定の概要

脳内出血後遺症による左半身麻痺があり、歩行が不安定である事例。  
介護認定審査会では、痛みにより座位保持が困難であること、主治  
医意見書の「転倒の危険性があり見守りが必要」等の記載から介護の  
必要性について議論を行い、状態像の例との比較や日常生活自立度の  
組み合わせを踏まえ検討を行った結果、要介護1に変更した。

事例7

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

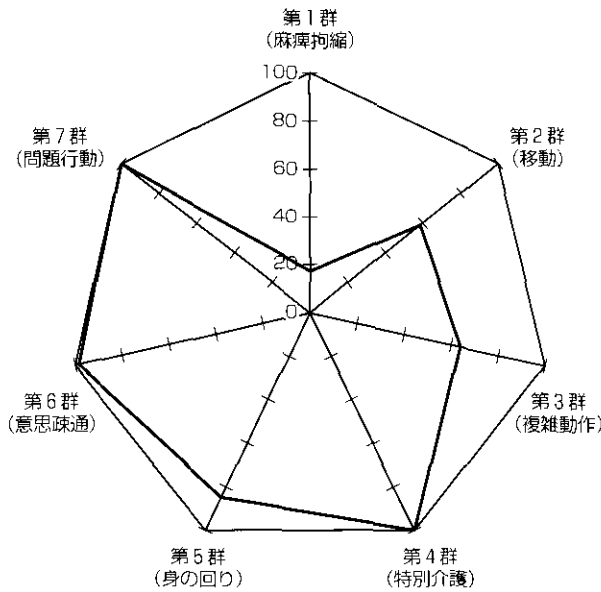
年齢	66	第1群
性別	男	(麻痺拘縮)
前回の認定審査会結果	要介護2	
前回認定有効期間	9月間	
前回介護保険審査会結果	なし	
一次判定結果	要支援	一次判定警告コード：21204
要介護認定等基準時間	29分	機能訓練+間接生活介助：8分



現在の状況	居宅
訪問介護（ホームヘルプサービス）	13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	5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：A1 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
178	59.3	62.7	100.0	84.5	98.9	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) : 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 (移動)	1. 寝返り : できない 2. 起き上がり : つかまれば可 3. 両足での座位 : 自分で支えれば可 4. 両足つかない座位 : 支えが必要 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 : できない 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）

### 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) 肩関節は挙上動作の制限がある。股・膝・足関節は正座ができず、しびれ感が強い。

### 2. 移動等に関連する項目についての特記事項

(2-6 歩行) 手すりを持ち何とか可能であるが、屋外では杖と見守りのための介助者が必要。

### 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) 本人から「できない」と訴えあり。足元不安定にて危険であるため、試みていない。

### 8. 特別な医療に関連する項目についての特記事項

身体中、針を刺すような強い痛みとしびれ感があり、湿布薬を貼っても良くならないため、鎮痛剤を内服している。

## 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」

脳出血の後遺症のため、左半身のみだった痛みが右半身にも出現し、針を刺すような痛みとしびれ感に苦しんでいる。

椅子に腰掛けていても10分間隔位に一度立ち上がって座り直さないと、尾てい骨が痛いと話す。

事例7

主治医意見書

記入日 平成12年11月〇日

申請者	(ふりがな)	男 ・ 女	〒
	明・大・昭 年 月 日生(66歳)		連絡先 ( )
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 11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 checked="" 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. 右視床出血	発症年月日	(昭和・平成 9年 11月 日頃)	
2. 左脳出血(被殻部)	発症年月日	(昭和・平成 11年 3月 日頃)	
3. 高血圧症	発症年月日	(昭和・平成 不詳年 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)			
平成9年、脳出血発生、平成11年再発し、入院加療後、在宅療養中である。初発後、左上下肢異常感覚あるが、歩行はT字型杖、屋内自立、屋外は見守りが必要である。 処方：消炎鎮痛剤(脳外科にて処方)			

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

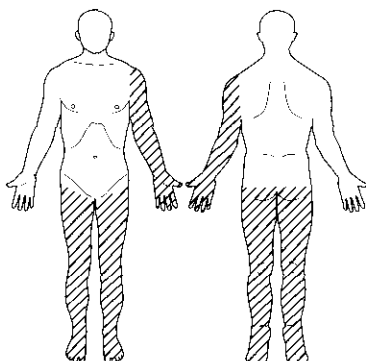
(1) 日常生活の自立度等について	
・障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input checked="" type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2
・痴呆性老人の日常生活自立度	<input 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: 左腕)	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 (歩行時に見守りを行う。)

(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。)

・ 麻痺は軽度であるが、左上肢と両下肢に重度感覚障害があり、歩行時は転倒の危険があり、見守りが必要。



# 事例8

---

●性 別……………女性

●年 齢……………69歳

●介護環境……………居宅

●最も類似する状態像の例……………1-5

●要介護度変更……………要支援→要介護1

## ●審査及び判定の概要

ネフローゼ症候群、リウマチ、狭心症等の既往があるものの、何とかADLは維持されている事例。

介護認定審査会では、主治医意見書及び特記事項の記述から、被害妄想があるため、それにより介護者とのトラブルを来していること、また介護に抵抗があること等から介護の必要性について検討を行い、要介護1に変更した。

事例 8

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

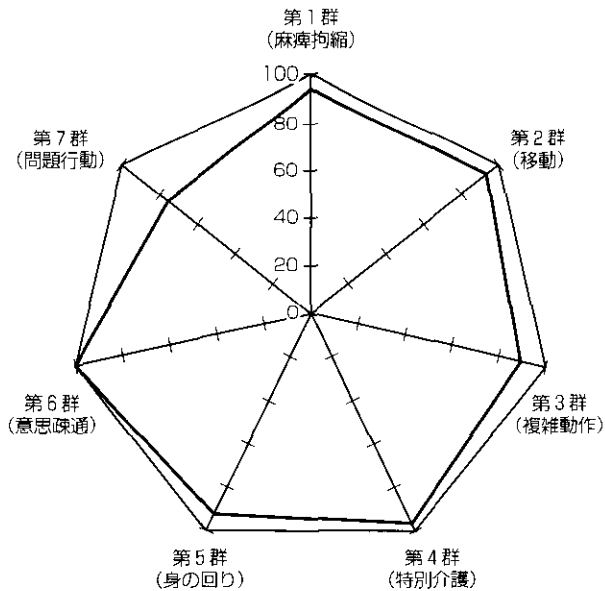
年齢：69  
性別：女  
前回の認定審査会結果：なし  
前回認定有効期間：  
前回介護保険審査会結果：なし  
一次判定結果：要支援 一次判定警告コード：24102  
要介護認定等基準時間：27分 機能訓練+間接生活介助：8分

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

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：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：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	93.1	87.5	97.3	93.2	100.0	76.5

〈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
第2群 (移動)	2. 拘縮 (肩関節) (肘関節) (股関節) (膝関節) (足関節) (その他)	ある
第3群 (複雑動作)	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 自分で支えれば可
第4群 (特別介護)	1. 立ち上がり 2. 片足での立位 3. 浴槽の出入り 4. 洗 身 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	つかまれば可 間接的援助 間接的援助
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. ひどし物忘れ 7. 周囲への無関心	一部介助 一部介助 一部介助 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	
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 ある ときどきある 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) リウマチにより両手第1、第2指が屈曲してほとんど動かない。

### 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) トイレに行った時は、流すのを忘れたり、便器の周囲を汚したり、ドアを開けっ放しにしまうと（介護者は）話す。

### 7. 問題行動等に関連する項目についての特記事項

(ア 被害的) 介護者から暴力をふるわれている（そのような事実はない）と訴えることがほぼ毎日ある。  
(イ 作話) 事実でないことを作話し、それをいろいろな人に言っまわり、介護者がその対応を要することが週に2～3回程度ある。

事例8

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(69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 1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 checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合)→ <input checked="" 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. 老人性痴呆	発症年月日	(昭和・平成)	8年	月 日頃
2. ネフローゼ症候群	発症年月日	(昭和・平成)	年	月 日頃
3. 狭心症	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年頃に脳梗塞を発症したというが、脳CT上、萎縮以外に所見は認められない。				

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

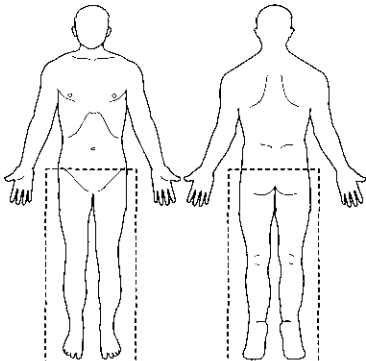
(1) 日常生活の自立度等について									
・障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)	<input type="checkbox"/> 正常	<input checked="" type="checkbox"/> J1	<input type="checkbox"/> J2	<input type="checkbox"/> A1	<input type="checkbox"/> A2	<input type="checkbox"/> B1	<input type="checkbox"/> B2	<input type="checkbox"/> C1	<input type="checkbox"/> C2
・痴呆性老人の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> I	<input 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 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 checked="" type="checkbox"/> 妄想	<input type="checkbox"/> 昼夜逆転	<input 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 checked="" 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: 両下肢 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処処方針  
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 ( )  
 ▶ 処処方針 (清潔保持のため身のまわりの処理に援助が必要。)

(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 (狭心症あり、要注意) )  
 ・ 嚥下について 特になし あり ( ) )  
 ・ 摂食について 特になし あり (食事摂取量にムラあり) )  
 ・ 移動について 特になし あり (易疲労性) )  
 ・ 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。)

- ・ 本人と同居の長男との説明が全く異なるので、断定はできないが、痴呆による軽度知能低下にて不安が高まり、長男の仕事場などへ不必要に連絡し、問題となることが多い。身体疾患もあるため、日常的に常に介助や助言が必要。
- ・ 全般的に介護に抵抗的であることから、介護の仕方に工夫を要する。

