

事例9

- 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 ……… 1 - 4
- 要介護度変更 ……………要介護2 → 要介護1
- 審査及び判定の概要

重度の右片麻痺があり、歩行や立位保持に支えを要している事例。

介護認定審査会では、主治医意見書や特記事項に基づいて介護の必要性及び認知能力について議論を行った結果、食事及び排泄は自立しており、問題行動もなく、要介護2相当の介護の必要性はないと判断され、状態像の例との比較に基づき要介護1に変更した。

事例9

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

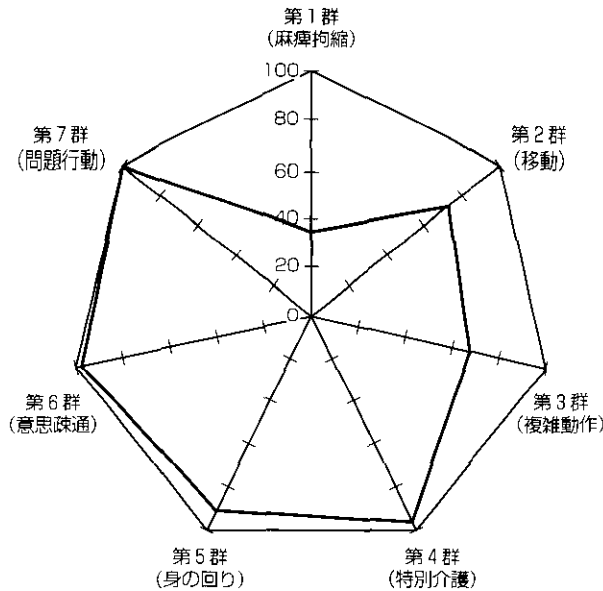
年齢：82
性別：女
前回の認定審査会結果：要介護1
前回認定有効期間：9月間
前回介護保険審査会結果：なし
一次判定結果：要介護2
要介護認定等基準時間：53分
一次判定警告コード：
機能訓練+間接生活介助：

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

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：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
36.7	73.6	66.6	96.4	92.2	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：ある
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 (左一上肢) (右一上肢) (左一下肢) (右一下肢) (その他)	ある 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 自分で支えれば可 支えが必要 支えが必要 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 支えが必要 一部介助
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	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. スボン等の着脱 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	

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) 右半身麻痺により、右上肢拘縮強く、自力ではほとんど動かない。包丁が握れず、調理できない。また右下肢に力が入らず、体幹バランスがとれないので転倒しやすい。平成12年9月、自宅で転倒。頭部7針縫合する。
- (1-2 関節の動く範囲の制限の有無) 右肩関節、可動域制限あり。左手で持ち上げると前方にはわずかながら動くが、後方には動かない。
 右肘関節、可動域制限あり。屈伸時、痛みが強く、常時60度くらいに屈曲した手の支えがないと動かない。
 右足内反底屈で拘縮あり。歩行時、第5趾側に力を入れて歩くため、圧迫からタコができて疼痛強く、起立時バランスとりにくい。

2. 移動等に関連する項目についての特記事項

- (2-6 歩行) 室内は家具等に伝わりながら転倒に注意して歩く。冬期間、外出は控え気味で、通院時は病院の送迎車を利用。近隣への外出も滑らないよう、近所の方に手を引いてもらうこともある。

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) 縁が低めであり、また手すりや座る台が設置されていて1人で出入りできている。

4. 特別な介護等に関連する項目についての特記事項

- (4-1 じょくそう(床ずれ)等の有無) 第5趾側、圧迫によりタコがあり治療を受けている。良くなってもまたできてしまい放っておくと起立時、歩行時に痛みが強い。
- (4-2 片手胸元持ち上げ) 麻痺側の手は左手で持ち上げてやっとな可能。
- (4-5 排尿後の後始末) 夜間転倒の危険からポータブルトイレ使用。毎朝自分で後始末する。

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 イ 上衣の着脱) 一部介助を要する場合があるが、ゆっくり本人が行っている。

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」

20数年前、夫が亡くなり、独居生活が長い。転倒による頸椎損傷から右片麻痺。加齢と共に身の回りのことが負担となり、娘や近隣の友人から入浴、掃除、調理、買物等の援助を受けている。週3回、リハビリテーション目的で通院中だが、右半身の麻痺、拘縮からたびたび転倒し、家族は今後の独居生活に不安を抱いている。本人はできるだけ自分でできることは努力していきたいと思っている。

事例9

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(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 _____				
医療機関名 _____			電話 ()	
医療機関所在地 _____			FAX ()	
(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. 外傷後右上肢関節拘縮	発症年月日	(昭和・平成)	11年	10月 日頃
2. 脊柱管狭窄症	発症年月日	(昭和・平成)	11年	10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 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 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)				
転倒で右上肢重度の打撲。外傷後右肩関節、肘関節、手関節、全手指の関節拘縮著しい。右上肢はほぼ機能全廃。関節可動域改善の機能訓練を行っている。 下肢痛と趾先のしびれ、冷感を訴える。夜間臥床時の腰痛も著しい。間歇性跛行がある。 処方：末梢循環改善剤				

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 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

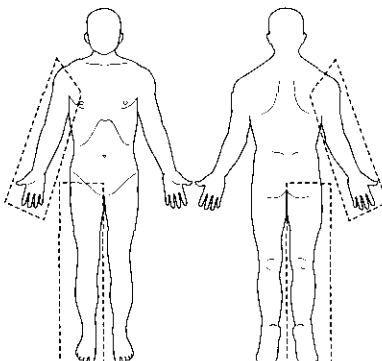
(1) 日常生活の自立度等について	
・障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input checked="" type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2
・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 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: 右上下肢)	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 (常に見守り、指示による適度な運動)

(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 (見守り、指示、場合により一部介助)
 ・ 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。)

- ・ 右下肢の関節可動域制限著しい。間歇性跛行がある。不安定な歩行で転倒しやすい。
- ・ 入浴は多くの工夫をしている。洗身、洗髪は介助を必要とする。
- ・ ADLは右上肢機能障害が著しく援助を必要としている。
- ・ 社会生活の維持と機能訓練のために通所リハビリテーションを必要とする。

事例 10

- 性 別 ……………女性
- 年 齢 ……………89歳
- 介護環境 ……………居宅
- 最も類似する状態像の例 …………… 2 - 5
- 要介護度変更 ……………要介護 1 → 要介護 2

●審査及び判定の概要

脳梗塞と狭心症の既往があり、現在、脳梗塞後遺症による軽度右片麻痺、痴呆によると思われる認知能力や意思伝達能力の低下がある事例。

介護認定審査会では、ADLはある程度自立しているが、指示・見守りを要し、さらに、痴呆による問題行動のため生活全般について介護が必要であるとの意見があった。

第6群、第7群の中間評価項目得点等を考慮し、状態像の例との比較に基づき、要介護2に変更した。

事例10

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

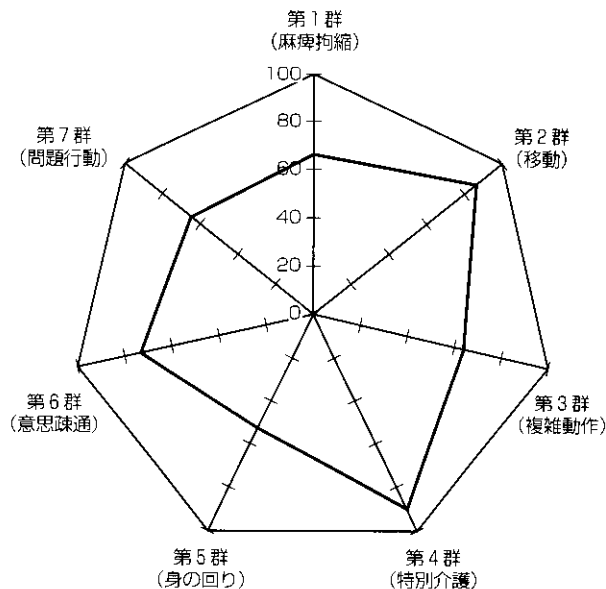
年齢 : 89
性別 : 女
前回の認定審査会結果 : 要介護2
前回認定有効期間 : 6月間
前回介護保険審査会結果 : なし
一次判定結果 : 要介護1 一次判定警告コード :
要介護認定等基準時間 : 42分 機能訓練+間接生活介助 :



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) : 10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 : 2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 : IIb

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
64.5	86.1	62.7	91.5	54.0	74.4	64.6

<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
レスピレーター : 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
	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 自分で支えれば可 支えが必要 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 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	ときどきある 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. ひどい物忘れ 7. 周囲への無関心	見守りが必要 見守りが必要 見守りが必要 見守りが必要 全介助 全介助 全介助 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	大声が聴こえる ときどき通じ 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 ある ある ある ある ある 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

(1-1 麻痺等の有無) 軽度の右片麻痺。

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、2-6 歩行) 屋内はつかまり歩行、または杖使用。屋外はシルバーカー使用。

4. 特別な介護等に関連する項目についての特記事項

(4-5 排尿後の後始末、4-6 排便後の後始末) 多少尿がもれる事があり、尿とりパットを使用している。家族が注意しないといつまでも同じ汚れたパットを使い、尿路感染症になったことがある。

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) 毎回手渡し、飲んだことを確認している。

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

(6-2 聴力) 右が聴こえにくい。

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、イ 作話) 「財布がなくなった、孫が財布を盗った」と言うことが、ほぼ毎日である。

(オ 昼夜逆転) 睡眠薬を毎日服用。

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」

息子家族と同居している。独力で外出する等、ADLはほぼ自立しているが、財布がなくなったとの訴えが毎日あり、家族（特に嫁）が精神的に疲れている。食事の準備等はすべて嫁が行っている。

事例10

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(89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 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 checked="" type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input 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. 脳血管性痴呆	発症年月日	(昭和・平成) 50年 月 日頃	
2. 狭心症	発症年月日	(昭和・平成) 10年 月 日頃	
3. 腎機能障害	発症年月日	(昭和・平成) 10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 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50年頃、脳梗塞による右上肢麻痺(+)。病院に2ヶ月入院し、その後3ヶ月のリハビリテーションを要した。現在、軽度の筋力低下程度の状態であるが、時に、右手、右腕が突っ張って痛く、上手く動かせない。 狭心症は心電図でST低下を認め、またシンチにて下壁の虚血性変化。 また、腎機能はラシックス投薬下で、BUN35と上昇。 骨粗鬆症、腰痛に対して、理学療法中。 処方：冠動脈拡張剤、利尿剤、抗血小板剤、骨粗鬆症治療剤、降圧剤、睡眠導入剤			

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)

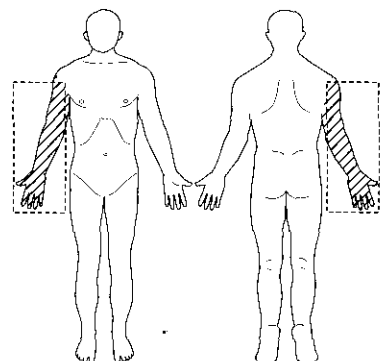
処置内容	<input type="checkbox"/> 点滴の管理	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養	<input type="checkbox"/> 透析	<input type="checkbox"/> ストーマの処置	<input type="checkbox"/> 酸素療法
	<input type="checkbox"/> レスピレーター	<input type="checkbox"/> 気管切開の処置	<input type="checkbox"/> 疼痛の看護	<input type="checkbox"/> 経管栄養	
特別な対応	<input 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 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 type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input checked="" 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 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"/> 自立し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 checked="" 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 checked="" 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
四肢欠損 (部位: 程度: 軽 中 重)
麻痺 (部位: 右腕 程度: 軽 中 重)
筋力の低下 (部位: 右腕 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 (歩行時に見守りが必要)

(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 (狭心症、高血圧あり)
 ・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 (移動時見守り必要)
 ・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。)

- ・ 脳梗塞、狭心症、腎機能障害、高血圧に対し投薬を、骨粗鬆症、腰痛に対し理学療法を要する。また、認知能力、意思伝達能力の軽度低下が見られ、生活の自立度もやや落ちている。
- ・ これ以上の痴呆の進行を止めるよう、適切な介護サービスの利用が望ましい。

