

区分5 事例1

区分変更: 区分3 → 区分5

有効期間: 1年間

審査及び判定の概要:

- 四肢の麻痺に重度の知的障害を併せ持つ事例。
- 排尿排便や清潔保持等が全介助であることに加えて、ほぼ毎日ある不安定な行動や過食、てんかん発作の頻発等、介護により長い時間を要すると判断し、区分5に変更した。

1 一次判定等

判定結果： 障害程度区分基準時間：	プロセスⅠ 区分3 69.4分	プロセスⅡ 区分3	2次判定 区分5	有効期間 1年	食事 14.6分	排せつ 17.7分	移動 8.8分	清潔 保持 10.4分	間接 3.2分	行動 5.7分	機能 訓練 5.7分	医療 関連 3.3分
----------------------	-----------------------	--------------	-------------	------------	-------------	--------------	------------	-------------------	------------	------------	------------------	------------------

2 判定調査項目

A項目群		調査結果
麻痺拘縮		
1-1	麻痺(左-上肢)	ある
	麻痺(右-上肢)	ある
	麻痺(左-下肢)	ある
	麻痺(右-下肢)	ある
	麻痺(その他)	
1-2	拘縮(肩関節)	
	拘縮(肘関節)	
	拘縮(股関節)	
	拘縮(膝関節)	
	拘縮(足関節)	
	拘縮(その他)	
移動		
2-1	寝返り	
2-2	起き上がり	
2-3	座位保持	
2-4	両足での立位	
2-5	歩行	
2-6	移乗	
2-7	移動	
複雑動作		
3-1	立ち上がり	
3-2	片足での立位	できない
3-3	洗身	全介助
特別介護		
4-1ア.	じょくそう	
4-1イ.	皮膚疾患	
4-2	えん下	
4-3	食事摂取	一部介助
4-4	飲水	一部介助
4-5	排尿	全介助
4-6	排便	全介助
身の回り		
5-1ア.	口腔清潔	全介助
5-1イ.	洗頭	全介助
5-1ウ.	整髪	全介助
5-1エ.	つめ切り	全介助
5-2ア.	上衣の着脱	見守り等
5-2イ.	ズボン等の着脱	
5-3	薬の内服	全介助
5-4	金銭の管理	全介助
5-5	電話の利用	全介助
5-6	日常の意思決定	日常的に困難
意思疎通		
6-1	視力	
6-2	聴力	
6-3ア	意思の伝達	ほとんど不可
6-4ア	指示への反応	
6-5ア.	毎日の日課を理解	できない
6-5イ.	生年月日をいう	できない
6-5ウ.	短期記憶	できない
6-5エ.	自分の名前をいう	できない
6-5オ.	今の季節を理解	できない
6-5カ.	場所の理解	できない

行動	調査結果	
7 ア	被害的	
7 イ	作話	
7 ウ	幻視幻聴	
7 エ	感情が不安定	ある
7 オ	昼夜逆転	ある
7 カ	暴言暴行	ときどきある
7 キ	同じ話をする	
7 ク	大声を出す	ある
7 ケ	介護に抵抗	ときどきある
7 コ	常時の徘徊	
7 サ	落ち着きなし	
7 シ	外出して戻れない	ある
7 ス	1人で出たがる	ときどきある
7 セ	収薬癖	ある
7 ソ	火の不始末	
7 タ	物や衣類を壊す	ときどきある
7 チ	不潔行為	ときどきある
7 ツ	異食行動	
7 テ	ひどい物忘れ	
特別な医療		
8-1	点滴の管理	
8-2	中心静脈栄養	
8-3	透析	
8-4	ストマの処置	
8-5	酸素療法	
8-6	レスピレーター	
8-7	気管切開の処置	
8-8	疼痛の看護	
8-9	経管栄養	
8-10	モニター測定	
8-11	じょくそうの処置	
8-12	カテーテル	

B1項目群		
9-1	調理	全介助
9-2	食事の配下膳	全介助
9-3	掃除	全介助
9-4	洗濯	全介助
9-5	入浴の準備片付け	全介助
9-6	買い物	全介助
9-7	交通手段の利用	全介助

B2項目群		
7 ト	こだわり	ある
7 ナ	多動・行動停止	週に1回以上
7 ニ	不安定な行動	ほぼ毎日
7 ヌ	自ら叩く等の行為	希にある
7 ネ	他を叩く等の行為	週に1回以上
7 ノ	興味等による行動	週に1回以上
7 ハ	通常と違う声	日に頻回
7 ヒ	突発的行動	週に1回以上
7 ホ	反復的行動	

C項目群		
6-3-イ	独自の意思伝達	
6-4-イ	説明の理解	ときどきできる
7 フ	過食、反すう等	ほぼ毎日
7 ヘ	憂鬱で悲観的	ときどきある
7 マ	対人面の不安緊張	
7 ミ	意欲が乏しい	
7 ム	話がまとまらない	ある
7 メ	集中力が続かない	ときどきある
7 モ	自己の過大評価	
7 ヤ	疑い深く拒否的	ある
9-8	文字の視覚的認識	

3 中間評価項目得点表

麻痺拘縮	移動	複雑動作	特別介護	身の回り	意思疎通	行動
84.0	100.0	45.3	45.5	19.1	45.0	64.5

IADL	行動障害
6.00点	3.47点

特記事項

1 麻痺等に関連する項目についての特記事項

1-1 麻痺等の有無, 1-2 関節の動く範囲の制限の有無

(1-1) 軽い麻痺、しびれあり、力が入らない。

(1-2) 骨折した右肩と股関節は固い。

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, 2-2 起き上がり, 2-3 座位保持, 2-4 両足での立位保持, 2-5 歩行, 2-6 移乗, 2-7 移動

(2-1) てんかん発作後は、自分では動けない。

(2-7) 保護帽着用、転倒に備える。発作もあるため、外出中は車イスを持参して歩く。長時間は歩けない(手押し型車イス)。

3 動作等に関連する項目についての特記事項

3-1 立ち上がり, 3-2 片足での立位保持, 3-3 洗身

4 身辺の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, 4-2 えん下, 4-3 食事摂取, 4-4 飲水, 4-5 排尿, 4-6 排便

(4-3) はし練習中。スプーン、フォークは使えるが、介護者が口元まで運んでいる。

(4-4) 自分で飲むことができるが、介護者が口元まで運ぶ必要がある。

(4-5) 便座に座っている。

5 身辺の世話等に関連する項目についての特記事項

5-1 清潔, 5-2 衣服着脱, 5-3 薬の内服, 5-4 金銭の管理, 5-5 電話の利用, 5-6 日常の意思決定

(5-1) ア. 手渡すと、口に入れるところまでできる。みがくのは介助が必要。

(5-1) ウ. 髪をとかされるのは嫌がるため、短くして普段必要ないようにしている。

(5-2) ア. ボタンの服は着られない。Tシャツを前後確認して渡すと、自分で着られる。

(5-2) イ.ズボンを持ち上げられないときがある。

(5-3) 朝夕、4種類服薬している。

(5-6) 好きな物を選んだり、嫌という様子を見せることはある。

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, 6-2 聴力, 6-3-7 意思の伝達, 6-3-イ 本人独自の表現方法, 6-4-7 介護者の指示への反応, 6-4-イ 言葉以外の手段を用いた説明の理解, 6-5 記憶・理解

(6-3-ア) ハイ、イヤ、チィ、ネンネ、バイバイ、エッチ、オッパイの発語のみ。エッチ、オッパイと言うと周囲が嫌がるのが分かる様子。

(6-4-ア) 発作でダメージが残ったり、気分がのらない時はほとんど反応しない。

(6-4-イ) 絵カードを使っている。

(6-5) ア. 作業所のスケジュールは慣れている。

(6-5) ウ. 表現できない。

7 行動に関連する項目についての特記事項

7 行動(ア～ヤまで)

(イ) できない。

(ウ) よく起こる。

(エ) てんかん発作で、昼夜逆転がよくある。居眠りある。

(カ) 意にそぐわない時、自分の思いと違う時、缶コーヒーなど自分の飲み物を持っていかれた時。

(ク) エッチと大声をあげる。

(ケ) 気分がのらない時。

(シ) 1人では外出しないが、バスを降りた時、「帰宅したくない」と動かない。

(ス) 施設内では1人にさせないようにしているが、玄関へ行きたがる様子をする。

(セ) お金や缶ジュース。財布を手にして出かけるふりをする。

(タ) 薬や物を投げる。

(チ) つばをつける。

(テ) 記憶力については、判断が困難。

(ト) 自販機が好きで、抱きつく。

(ナ) 日に2回位発作があり、停止することがある。

(ニ) 作業所では週1回位だが、家では毎日父への暴力がある。

(ヌ) アトピーがあり、かきむしるのをやめられない。その防止のため、施設では本人に記録ノートを常に持たせるようにしている。

(ネ) 施設では週1回、家では毎日ある。

(ハ) 嫌がる行為がよくある。

(ヒ) 施設内で、玄関まで向かう。

(フ) あればあるだけ食べてしまう。

(ミ) 発作後は、動けず寝ている。

(ム) 話ができない。

(メ) 月1回位、1時間位の集中ができることがある。

(ヤ) 父への拒否あり。物を取り合うなど、子どものようなケンカがある。

8 医療に関連する項目についての特記事項

8 医療

9 生活に関連する項目についての特記事項

9-1 調理, 9-2 配下膳, 9-3 掃除, 9-4 洗濯, 9-5 入浴準備, 9-6 買物, 9-7 交通手段, 9-8 文字の視覚的認識使用

(9-2) 足元が不安定なため、持たせない。

(9-6) 店で、カゴの中に好きな物を入れる。

(9-8) 自分の名前の漢字はわかる様子。施設では自分の記録ノートを選び、持ってくることはできる。

医師意見書

記入日 平成 年 月 日

申請者	(ふりがな)	男 女	〒 -
	明・大・昭・平 年 月 日生(歳)		
上記の申請者に関する意見は以下の通りです。 主治医として本意見書がサービス利用計画作成に利用されることに <input 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 年 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 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 (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. てんかん	発症年月日	(昭和)・平成	51年 4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)
入院歴 (直近の入院歴を記入)			
1. 昭和・平成 2年 2月～	2年 8月	(傷病名: てんかん)	
2. 昭和・平成 年 月～	年 月	(傷病名:)	
(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			
(「不安定」とした場合、具体的な状況を記入)			
(3) 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 (精神疾患については、病状の不安定に関する所見も記載) 生後8ヶ月よりけいれんが出現。薬物治療にもかかわらず、発作は週単位からときに日単位の頻度で、なお続いている。			

2. 特別な医療 (現在、定期的に、あるいは頻回に受けている医療)

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 (胃ろう)	
	<input type="checkbox"/> 吸引処置 (回数 回/日, <input type="checkbox"/> 一時的 <input type="checkbox"/> 継続的)				
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) 行動上の障害の有無 (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 checked="" type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input checked="" 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 <input type="checkbox"/> 性的行動障害 <input type="checkbox"/> その他 ()
(2) 精神・神経症状の有無	
<input type="checkbox"/> 有 (症状名) <input checked="" type="checkbox"/> 無	(有の場合) → <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 傾眠傾向 <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 失見当識 <input type="checkbox"/> 失認 <input type="checkbox"/> 失行
	<input type="checkbox"/> 認知障害 <input type="checkbox"/> 記憶障害 (短期、長期) <input type="checkbox"/> 注意障害 <input type="checkbox"/> 遂行機能障害 <input type="checkbox"/> 社会的行動障害
	<input type="checkbox"/> その他 ()
・ 専門医受診の有無 <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無	

<てんかん>

有 無

(有の場合) → 頻度 (週1回以上 月1回以上 年1回以上)

(3) 身体の状態

利き腕 (右 左) 身長= cm 体重=61 kg (過去6ヶ月の体重の変化 増加 維持 減少)

四肢欠損 (部位: 程度: 軽 中 重)

麻痺

左上肢 (程度: 軽 中 重) 左下肢 (程度: 軽 中 重)

右上肢 (程度: 軽 中 重) 右下肢 (程度: 軽 中 重)

その他 (部位: 程度: 軽 中 重)

筋力の低下 (部位: 程度: 軽 中 重)

関節の拘縮

肩関節 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

股関節 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

肘関節 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

膝関節 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

その他 (部位:)

関節の痛み (部位: 程度: 軽 中 重)

失調・不随意運動・上肢 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

・体幹 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

・下肢 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

褥瘡 (部位: 程度: 軽 中 重)

その他の皮膚疾患 (部位: 程度: 軽 中 重)

4. サービス利用に関する意見

(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 (移動には車イスを用いるなどの配慮が必要。)

(2) 介護サービス (ホームヘルプサービス等) の利用時に関す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 (転倒に注意。)

・その他 ()

(3) 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

障害程度区分認定やサービス利用計画作成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。)

抗てんかん薬の血中濃度が上昇しすぎると、アテトーゼ様の不随意運動はより強くなる。一方、抗てんかん薬の血中濃度が低下すると不随意運動は軽減するが、強直して倒れるてんかん発作が日単位に頻発する。

<精神障害の機能評価>

○精神症状・能力障害二軸評価: (精神症状; 能力障害;) (判定時期 平成 年 月)

○生活障害評価: (食事; 生活リズム; 保清; 金銭管理; 服薬管理;

対人関係; 社会的適応を妨げる行動;) (判断時期 平成 年 月)

概況調査票

I 調査実施者（記入者）

実施日時	年 月 日	実施場所	自宅内・自宅外（ ）		
ふりがな		所属機関		調査時間	
記入者氏名					

II 調査対象者

ふりがな		性別	男・女	年齢	() 歳
対象者氏名				生年月日	年 月 日
現住所	〒 -			電話	- -
家族等連絡先	〒 - 氏名 () 調査対象者との関係 ()			電話	- -

III 認定を受けている各種の障害等級等（該当する項目に○をつけてください）

障害種別	等級および程度区分				
1) 身体障害者等級	①・2・3・4・5・6				
2) 身体障害の種類	視覚障害・聴覚障害・ <u>肢体不自由</u> ・内部障害・その他 ()				
3) 療育手帳等級	最重度	○A	A1	1度	
	重 度	A	A2	②度	
	中 度	B	B1	3度	
	軽 度	C	B2	4度	
4) 精神障害者保健福祉手帳等級	1級・2級・3級				
5) 障害基礎年金等級	①級・2級				
6) その他の障害年金等級	1級・2級・3級				
7) 生活保護の受給	有（他人介護料有り）・有（他人介護料無し）・③無				

IV 現在受けているサービスの状況について、別紙1「サービスの利用状況票」に記入してください。

V 地域生活関連について、サービスの種類や量に関するを中心に記入してください。

<ul style="list-style-type: none"> 外出の頻度（過去1ヶ月間の回数）： 2 回程度（買い物、ドライブ（家族の運転による）） 社会活動の参加の状況（困難） 過去2年間の入所歴： <input checked="" type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり あり⇒ 入所期間： 年 月～ 年 月 入所した施設の種類（ ） 年 月～ 年 月 入所した施設の種類（ ） 過去2年間の入院歴： <input checked="" type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり あり⇒ 入院期間： 年 月～ 年 月 入院の原因となった病名（ ） 年 月～ 年 月 入院の原因となった病名（ ） その他
--

VI 就労関連について、サービスの種類や量に関するを中心に記入してください。

・ 就労状況：	<input type="checkbox"/> 一般就労	<input type="checkbox"/> パート・アルバイト	<input checked="" type="checkbox"/> 就労していない	<input type="checkbox"/> その他（	）
・ 過去の就労経験：	一般就労やパート・アルバイトの経験		<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	
	最近1年間の就労の経験		<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	
	中断の有無		<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	
・ 就労希望の有無：	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	具体的に		

VII 日中活動関連について、サービスの種類や量に関するを中心に記入してください。

・ 主に活動している場所：	<input type="checkbox"/> 自宅	<input checked="" type="checkbox"/> 施設	<input type="checkbox"/> 病院	<input type="checkbox"/> その他（	）
	通所更生施設。				

VIII 介護者関連について、サービスの種類や量に関するを中心に記入してください。

・ 介護者の有無：	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり
・ 介護者の健康状況等特記すべきこと	父母と兄と同居。 月1回くらいある夜の発作時は、その後一晩中眠れない。	

IX 居住関連について、サービスの種類や量に関するを中心に記入してください。

・ 生活の場所：	<input type="checkbox"/> 自宅（単身）	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅（家族等と同居）	<input type="checkbox"/> グループホーム	<input type="checkbox"/> ケアホーム	<input type="checkbox"/> 病院
	<input type="checkbox"/> 入所施設		<input type="checkbox"/> その他（		
・ 居住環境	マンション3階。				

X その他、サービスの種類や量に関するを中心に記入してください。

脳性麻痺による脳原性両上肢機能障害1級、脳原性移動機能障害4級。
