

平成24年 8月27日 作成
 平成24年 8月23日 申請
 平成24年 8月23日 調査
 平成24年 8月28日 審査

取扱注意

介護認定審査会資料

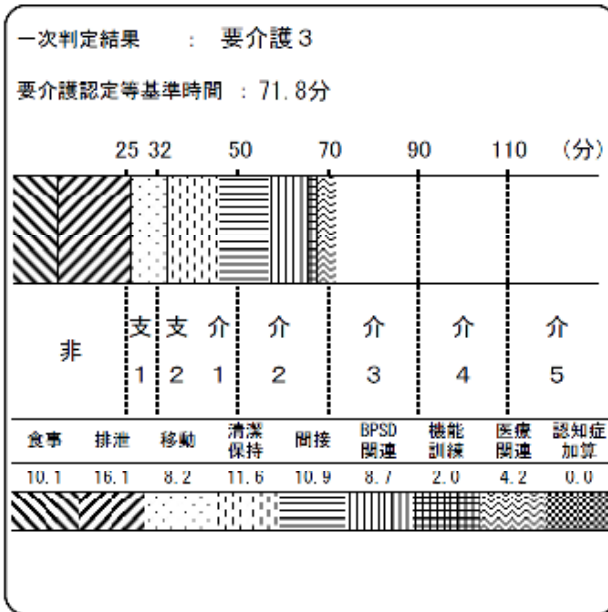
合議体番号：000002 No. 3

被保険者区分：第1号被保険者 年齢：93歳 性別：男
 申請区分：更新申請 前回要介護度：要介護1

現在の状況：居宅（施設利用なし）
 前回認定有効期間：12月間

1 一次判定等

（この分数は、実際のケア時間を示すものではない）



警告コード：

3 中間評価項目得点

第1群	第2群	第3群	第4群	第5群
60.6	68.6	55.5	87.8	29.7

4 日常生活自立度

障害高齢者自立度：B1
 認知症高齢者自立度：III b

5 認知機能・状態の安定性の評価結果

認知症高齢者の日常生活自立度
 認定調査結果：III b
 主治医意見書：IV
 認知症自立度II以上の蓋然性：
 状態の安定性：不安定
 給付区分：介護給付

6 現在のサービス利用状況（介護給付）

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）	8回/月
通所リハビリテーション	0回/月
短期入所生活介護（ショートステイ）	0日/月
短期入所療養介護	0日/月
特定施設入居者生活介護	0日/月
福祉用具貸与	0品目
特定福祉用具販売	0品目/6月間
住宅改修	なし
夜間対応型訪問介護	0日/月
認知症対応型通所介護	0日/月
小規模多機能型居宅介護	0日/月
認知症対応型共同生活介護（グループホーム）	0日/月
地域密着型特定施設入居者生活介護	0日/月
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	0日/月

2 認定調査項目

	調査結果	前回結果
第1群 身体機能・起居動作		
1. 麻痺（左-上肢）	-	-
（右-上肢）	-	-
（左-下肢）	ある	-
（右-下肢）	ある	-
（その他）	-	-
2. 拘縮（肩関節）	-	-
（股関節）	ある	-
（膝関節）	-	-
（その他）	-	-
3. 嚥下	つかまれば可	-
4. 起き上がり	つかまれば可	-
5. 座位保持	自分で支えれば可	-
6. 両足での立位	できない	-
7. 歩行	できない	-
8. 立ち上がり	つかまれば可	-
9. 片足での立位	できない	-
10. 洗身	一部介助	-
11. つめ切り	一部介助	-
12. 視力	-	-
13. 聴力	やっと聞こえる	-
第2群 生活機能		
1. 移乗	-	-
2. 移動	-	-
3. えん下	-	-
4. 食事摂取	-	-
5. 排便	-	-
6. 排便	全介助	-
7. 口腔清潔	一部介助	-
8. 洗脚	一部介助	-
9. 髪髪	一部介助	-
10. 上衣の着脱	一部介助	-
11. スポン等の着脱	全介助	-
12. 外出頻度	-	-
第3群 認知機能		
1. 意思の伝達	-	-
2. 毎日の日課を理解	できない	-
3. 生年月日をいう	できない	-
4. 短期記憶	できない	-
5. 自分の名前をいう	-	-
6. 今の季節を理解	できない	-
7. 場所の理解	-	-
8. 徘徊	ある	-
9. 外出して戻れない	-	-
第4群 精神・行動障害		
1. 被害的	ときどきある	-
2. 作話	-	-
3. 感情が不安定	-	-
4. 昼夜逆転	ある	-
5. 同じ話を繰り返す	-	-
6. 大声を出す	-	-
7. 介護に抵抗	-	-
8. 落ち着きなし	-	-
9. 一人で出たがる	-	-
10. 収集癖	-	-
11. 物や衣類を壊す	-	-
12. ひどい物忘れ	-	-
13. 独り言・独り笑い	ときどきある	-
14. 自分勝手に行動する	-	-
15. 話がまとまらない	-	-
第5群 社会生活への適応		
1. 薬の内服	一部介助	-
2. 金銭の管理	全介助	-
3. 日常の意思決定	特別な場合以外可	-
4. 集団への不適応	-	-
5. 買い物	全介助	-
6. 簡単な調理	全介助	-
<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	じよくそうの処置	-
レスピレーター	カテーテル	-

認定調査票（特記事項）

概況

息子夫婦と孫の4人暮らし。息子夫婦は自営をしており、日中独居。前立腺炎の既往あり。5日前まで10日間程度、肺炎のため入院。入院中に認知機能の低下が進み、点滴の管を全部抜く。コップ、ティッシュ、タオル等を隠す。這って病室から出ようとするがあり、退院後も同じ行動障害が続いている。嫁は体調が悪く介護負担が大きい。家族は施設入所を希望している。心身機能の低下により変更申請を行うことにした。

1 身体機能・起居動作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 拘縮の有無、1-3 寝返り、1-4 起き上がり、1-5 座位保持、1-6 両足での立位、1-7 歩行、1-8 立ち上がり、1-9 片足での立位、1-10 洗身、1-11 つめ切り、1-12 視力、1-13 聴力

(1-1) 麻痺は、両下肢40度しか挙上できないため、「麻痺あり」を選択。円背あり。

(1-2) 拘縮は、両膝関節60度の伸展不良のため「拘縮あり」を選択。動作中、息切れあり。

(1-3、1-4) 寝返り・起き上がりは、布団の肘をついて加重してゆっくり行った。

(1-6) 立位保持は、介護者が両脇を支えていないとできないため、「できない」を選択。

(1-7) 歩行は、室内は下肢筋力低下により歩くことができないため、「できない」を選択。

(1-8) 立ち上がりは膝の震えがあるが、座面に体を支える目的で加重して何とかできる。

(1-9) 片足立位は下肢の筋力低下によりできない。

(1-10) 洗身は、円背があり、手が届かないため、背中等は介護者が洗っているため、「一部介助」を選択。

(1-11) 爪切りは、足の爪は固く介護者が切っているため「一部介助」を選択。

2 生活機能に関連する項目についての特記事項

2-1 移乗、2-2 移動、2-3 えん下、2-4 食事摂取、2-5 排尿、2-6 排便、2-7 口腔清潔、2-8 洗顔、2-9 整髪、2-10 上衣の着脱、2-11 ズボン等の着脱、2-12 外出頻度

(2-1) 移乗機会は、1日3回の食事の際、ベッドから椅子へ乗り移るのみであるが、手すりにつかまってなんとか行っているため、「介助されていない」を選択。

(2-2)

(2-3) えん下は、水分でむせるため、とろみ粉を使用している。

(2-4) 食事は、娘が自室まで運んでいる。スプーン使用で自己摂取している。

(2-5) 日中は這って行きトイレで排泄。夜間は間に合わないため尿パッドと尿瓶を使用している。

(2-6) 排便は1日1回、トイレで行っているが、毎回便器を汚し、介護者が便器の掃除をしている。しかし、朝のズボン交換時には、ほぼ毎日失便がみられることから、適切な介助として「全介助」を選択。

(2-7、2-8、2-9) 口腔清潔、洗顔、整髪は行っていないため、「一部介助」が必要。

(2-10) 上衣の着脱は、介護者が構えれば袖を通すことができるため、「一部介助」を選択。

(2-11) ズボンの着脱は、介護者がはかせているため、「全介助」を選択。

(2-12) 外出頻度は入院前後、通所介護を8回利用。

3 認知機能に関連する項目についての特記事項

3-1 意思の伝達, 3-2 毎日の日課を理解, 3-3 生年月日を言う, 3-4 短期記憶, 3-5 自分の名前を言う, 3-6 今の季節を理解, 3-7 場所の理解, 3-8 徘徊, 3-9 外出して戻れない

(3-2) 日課の理解は、介護者の指示により生活しているため「できない」を選択。

(3-3、3-4、3-6) 生年月日・短期記憶・季節は正しく答えることができなかった。日頃から、介護者が言ったこともすぐに忘れてしまう。「できない」を選択。

(3-8) 徘徊は、寝室・居間の間を這ってウロウロしたり、タンスの中身を出したりしている。

4 精神・行動障害に関連する項目についての特記事項

4-1 被害的, 4-2 作話, 4-3 感情が不安定, 4-4 昼夜逆転, 4-5 同じ話をする, 4-6 大声を出す, 4-7 介護に抵抗, 4-8 落ち着きなし, 4-9 一人が出たがる, 4-10 収集癖, 4-11 物や衣類を壊す, 4-12 ひどい物忘れ, 4-13 独り言・独り笑い, 4-14 自分勝手に行動する, 4-15 話がまとまらない

(4-1) お金・ライターがない、盗まれたと言って、探し回っていることが時々ある。

(4-3)

(4-4) 夜間タンスの中身を出したり、羽織ったりしており、日中はウトウトしている。

(4-13) 一人で意味不明な事をブツブツ言っていることが時々ある。

(その他)

5 社会生活への適応に関連する項目についての特記事項

5-1 薬の内服, 5-2 金銭の管理, 5-3 日常の意思決定, 5-4 集団への不適応, 5-5 買い物, 5-6 簡単な調理

(5-1) 薬の内服は、介護者が管理。手渡しすると、自分で飲んでいるため「一部介助」を選択。

(5-2) 金銭管理は家族が管理。収支の把握や簡単な計算もできない。「全介助」を選択。

(5-5) 買い物は、食材・日用品は嫁が購入。足りないものの依頼はできない。

(5-6) 簡単な調理は身体機能・認知機能の低下によりできない。

6 特別な医療についての特記事項

6 特別な医療

なし

7 日常生活自立度に関連する項目についての特記事項

7-1 障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）, 7-2 認知症高齢者の日常生活自立度

(7-1) 手引き歩行ができなくなり、這って移動している。1日の大半をベッド上で過ごし、日常生活において介助されていることが多いため、「B1」を選択する。

(7-2) 意思疎通に問題ないが、管理面では全て介助が必要。昼夜逆転が毎日みられ、日常生活において常に介護が必要のため、「IIIb」を選択する。

主治医意見書

記入日 平成〇年〇月〇日

申請者	(ふりがな)	男 ・ 女	〒	—
	明・大・昭 年 月 日生(歳)		連絡先 ()	
	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、本意見書が介護サービス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 _____			電話 () _____	
医療機関名 _____			FAX () _____	
医療機関所在地 _____				
(1) 最終診察日	平成 〇年 〇月 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 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 checked="" 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 (特定疾病または生活機能低下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. 多発性脳梗塞	_____	発症年月日	(平成 〇年 〇月 〇日頃)	
2. 廃用症候群 (心不全、肺炎)	_____	発症年月日	(平成 〇年 〇月 〇日頃)	
3. 肺腫瘍、肺気腫	_____	発症年月日	(平成 〇年 〇月 〇日頃)	
(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		
(「不安定」とした場合、具体的な状況を記入)				
(3) 生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容 [最近 (概ね6ヶ月以内) 介護に影響のあったもの] 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				
1年前よりADLが低下し入院。肺炎、心不全で廃用症候群となる。 先月、発熱して入院した際、胸部CTで、肺癌を強く疑う所見があったため、一時的に酸素投与をしていた。				

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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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										
・ 障害高齢者の日常生活自立度 (寝たきり度)	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> J1	<input type="checkbox"/> J2	<input type="checkbox"/> A1	<input type="checkbox"/> A2	<input type="checkbox"/> B1	<input checked="" type="checkbox"/> B2	<input type="checkbox"/> C1	<input type="checkbox"/> C2	
・ 認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> IIa	<input type="checkbox"/> IIb	<input type="checkbox"/> IIIa	<input type="checkbox"/> IIIb	<input checked="" type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> M		
(2) 認知症の中核症状 (認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)										
・ 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
(3) 認知症の周辺症状 (該当する項目全てチェック：認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)										
<input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有	{ <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 checked="" 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) その他の精神・神経症状
無 有 [症状名: _____] 専門医受診の有無 有 () 無]

(5) 身体の状態
 利き腕 (右 左) 身長= 体重= (過去6ヶ月の体重の変化 増加 維持 減少)
四肢欠損 (部位: _____)
麻痺 右上肢 (程度: 軽 中 重) 左上肢 (程度: 軽 中 重)
右下肢 (程度: 軽 中 重) 左下肢 (程度: 軽 中 重)
その他 (部位: _____ 程度: 軽 中 重)
筋力の低下 (部位: 両下肢 程度: 軽 中 重)
関節の拘縮 (部位: _____ 程度: 軽 中 重)
関節の痛み (部位: _____ 程度: 軽 中 重)
失調・不随意運動 ・上肢 右 左 ・下肢 右 左 ・体幹 右 左
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. 生活機能とサービスに関する意見

(1) 移動
 屋外歩行 自立 介助があればしている していない
 車いすの使用 用いていない 主に自分で操作している 主に他人が操作している
 歩行補助具・装具の使用(複数選択可) 用いていない 屋外で使用 屋内で使用

(2) 栄養・食生活
 食事行為 自立ないし何とか自分で食べられる 全面介助
 現在の栄養状態 良好 不良
 → 栄養・食生活上の留意点 (誤飲に注意 _____)

(3) 現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とその対処方針
尿失禁 転倒・骨折 移動能力の低下 褥瘡 心肺機能の低下 閉じこもり 意欲低下 徘徊
低栄養 摂食・嚥下機能低下 脱水 易感染性 がん等による疼痛 その他 (_____)
 → 対処方針 (訪問看護、訪問診療などの在宅支援が必要 _____)

(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し
期待できる 期待できない 不明

(5) 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。予防給付により提供されるサービスを含みます。)
訪問診療 訪問看護 看護職員による訪問・相談 訪問歯科診療
訪問薬剤管理指導 訪問リハビリテーション 短期入所療養介護(レスパイト) 訪問歯科衛生指導
訪問栄養食事指導 通所リハビリテーション その他の医療系サービス (ヘルパー _____)

(6) サービス提供時における医学的観点からの留意事項
 ・ 血圧 特になし あり (_____) ・ 移動 特になし あり (見守り介助が必要 _____)
 ・ 摂食 特になし あり (誤飲 _____) ・ 運動 特になし あり (見守り介助が必要 _____)
 ・ 嚥下 特になし あり (誤飲 _____) ・ その他 (_____)

(7) 感染症の有無 (有の場合は具体的に記入して下さい)
無 有 (_____) 不明

5. 特記すべき事項

要介護認定及び介護サービス計画作成時に必要な医学的など意見等を記載して下さい。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。)

認知機能の低下もあり、点滴を抜くなど、介護への抵抗もみられている。
 肺癌、肺気腫の合併が強く疑われ、今後は在宅での緩和介護が中心となっていくと考えられる。

