

**取扱注意**

介護認定審査会資料

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20日 審査

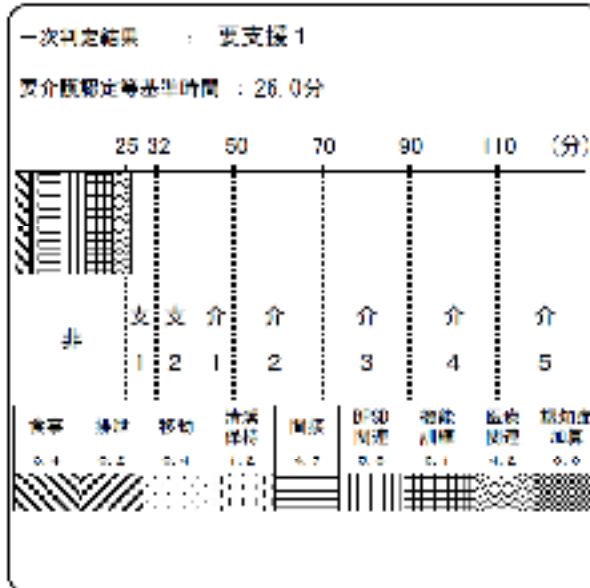
合議体番号： 000002 No. 5

被保険者区分： 第2号被保険者 年齢： 81歳 性別： 女  
 申請区分： 更新申請 前回要介護度： 要支援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

（この分岐は、実際のケア時間を示すものではない）



審査コード

※ 中間評価項目得点

第1群	第2群	第3群	第4群	第5群
90.0	98.3	94.8	100.0	68.0

4 日常生活自立度  
 障害高齢者自立度： A1  
 認知症高齢者自立度： 自立

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： 自立  
 主治医意見書： I  
 認知症自立度II以上の蓋然性：  
 状態の安定性： 安定  
 給付区分： 予防給付

6 現在のサービス利用状況（予防給付）

介護予防訪問介護（ホームヘルプサービス）	0	日/月
介護予防訪問入浴介護	0	日/月
介護予防訪問看護	0	日/月
介護予防訪問リハビリテーション	0	日/月
介護予防居宅介護支援指導	0	日/月
介護予防通所介護（デイサービス）	0	日/月
介護予防通所リハビリテーション	0	日/月
介護予防短期入居介護（ショートステイ）	0	日/月
介護予防短期入居療養介護	0	日/月
介護予防短期入居介護（グループホーム）	0	日/月
介護予防認知症対応型通所介護	0	日/月
介護予防小規模多機能型居宅介護	0	日/月
介護予防認知症対応型共同生活介護（グループホーム）	0	日/月

2 認定調査項目

	調査結果	前回結果
<b>第1群 身体機能・起居動作</b>		
1. 歩行（右一上肢）	-	-
2. 歩行（左一上肢）	-	-
3. 歩行（右一下肢）	-	-
4. 歩行（左一下肢）	-	-
5. 歩行（両脚）	-	-
6. 立ち上がり	つかえれば可	-
7. 着脱（両脚）	-	-
8. 着脱（腰脚）	-	-
9. 着脱（その他）	-	-
10. 洗顔	-	-
11. 髪洗	-	-
12. 歯磨	-	-
13. 入浴	-	-
<b>第2群 生活機能</b>		
1. 起床	-	-
2. 移動	-	-
3. 入浴	-	-
4. 食事摂取	-	-
5. 排泄	-	-
6. 洗濯	-	-
7. 掃除	-	-
8. 買い物	-	-
9. 服薬	-	-
10. 上着の着脱	-	-
11. 入浴し際の着脱	-	-
12. 外出準備	月1回以上	-
<b>第3群 認知機能</b>		
1. 意思の伝達	ときどきできる	-
2. 昨日の日付を尋ね	-	-
3. 今月の日をいう	-	-
4. 時刻をいう	-	-
5. 自分の名前をいう	-	-
6. 今の季節を尋ね	-	-
7. 場所の名称	-	-
8. 季節	-	-
9. 外出して来れない	-	-
<b>第4群 情緒・行動障害</b>		
1. 被害妄想	-	-
2. 作偽	-	-
3. 感情が不安定	-	-
4. 幻覚妄想	-	-
5. 意思疎通をする	-	-
6. 人の名前をいう	-	-
7. 介助の状況	-	-
8. 不安感を感じ	-	-
9. 一人での出かける	-	-
10. 気持が	-	-
11. 物の取扱いが	-	-
12. ほかの物入れ	-	-
13. 折り畳み、折り洗	-	-
14. 自分勝手に行動する	-	-
15. 誤飲水と見えない	-	-
<b>第5群 社会生活への適応</b>		
1. 家の内観	-	-
2. 会議の参加	-	-
3. 日常の意思決定	-	-
4. 他者への不満感	-	-
5. 買い物	全介助	-
6. 家族の介護	全介助	-
<b>&lt;特異な医師&gt;</b>		
遺言の管理	介護相談の依頼	-
中心相談事業	医療の相談	-
遺言	経済的支援	-
ストーマの処置	エニターケア	-
食事療法	よくそのの食事	-
レスとレジャー	カテゴリー	-

## 認定調査票（特記事項）

## 概況

脊髄小脳変性症と思われる症状は7年ほど前から出ており、2年前からは内服による治療を開始している。運動障害や排尿障害などがみられるが、工夫しながら可能な限り自分のことは自分でするようにしており、それでも支障がある場合に、同居している家族の手を借りている。

## 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、1-2) 確認動作において、麻痺・拘縮に関しては問題なし。脊髄小脳変性症のために不随意的な下肢の動きがあり、歩行や立ち上がりの際には不安定さが見られる。また、利き腕側に振戦がみられる。

(1-4) 手をつき、しっかりと加重すれば起き上がることができる。

(1-6) 不安定ではあるものの、つかまらずに行うことができた。

(1-7) 1歩、2歩であれば、つかまらずに可能だが、それ以上は手すりにつかまらなければできない。ふらつきがあり、足を一步一步出すように歩く。

(1-8) 座面にしっかりと手をつき、加重すれば立ち上がることができる。床からの立ち上がりの際には後ろへ転倒しやすく危険である。

(1-9) しっかりとしたものに掴まっていれば、1～2秒程度であれば片足での立位保持が可能であるが、ふらつきがあり不安定である。

(1-10) 週に1～2回程度、家族に湯船に湯を沸かしてもらい、自分で洗身している。

(1-11) 現在は自分でつめを切っているものの、特に右手には震えがあり、上手く切る事が困難であり、失敗した部分を家族が切っているため、「一部介助」を選択する。

(1-12) 生まれつき目の焦点が合いにくい。しかし、約1m離れた視力確認表の図は確認でき、新聞、雑誌などの字も見え、日常生活に支障はないとのこと。

## 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) 自宅での移乗行為はないため、通院時の状況から判断した。通院先では車いすを使用しており、車から車いすに移乗する際は家族の手に掴まって移乗しているが、安全のため軽く手をそえる程度とのことであり、介助なしで行うこともあるとのことから、「介助されていない」を選択。

(2-2) 日常生活における屋内の移動機会は、食事（3回/日）、排泄（8-9回/日）、入浴（1-2回/週）である。自室からの移動では、手すり等に掴まりながら自分で移動しているが、転倒がないことから見守る必要はないと判断した。但し、自室の中はつかまる場所がなく不安定で、1日に1～2回程度転倒する。

通院時は、家から車までは家族の手につかまりながら移動しており、病院内では車いすを使用し、家族に押してもらっている。

(2-4) 右手の震えはあるが、スプーン等を使用し、問題なく自己摂取できている。配膳は自身で行っているが、居間と台所はつながっており、その間の段差で転倒しやすいため、食事を運ぶ時はいったん食事を床に置いて運ぶ工夫をしている。

(2-5) 排尿の一連の行為は自分で行うことができる。日中は5～6回、夜間は3回程度排尿している。尿意はあるが、夜は間に合わないことが週2～3回程度ある。理由としては、ズボンおろしがうまくいかないことが大きな原因であるが、その際の汚れたズボンは自分で水洗いし、洗濯機へ入れるとのこと。

(2-6) 排便においては、特に問題はみられない。

(2-7) ゆすぎはおよそ毎日しているが、歯磨きは頻繁にしておらず、最近では1カ月以上していないとのこと。口臭、歯の汚れ等、特に気になることはないので、「介助されていない」を選択。

(2-10、2-11) 上衣、ズボンの着替えともに、右手の震えや不随意的な下肢の動きのため15分程度の時間はかかるものの、自分で着替えることができるため、「介助されていない」を選択。

(2-12) 外出は、月1回の通院のみ。

### 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

(3-1) 脊髄小脳変性症のために、発音が上手くいかず、聞き取れないことが調査時に8～9回程度見られた。家族も何を言っているか分からないことがあるため、「2、ときどき伝達できる」を選択する。

(3-2) 1日の流れを答えることができた。

(3-3) 生年月日は正答。年齢は62か63歳と答えたが1～2歳の誤差のため「できる」を選択。

(3-4) 「掃除をしていた」と答え、家族に確認したところ、正答だった。

(3-6) 日付は1日のずれがあったが、季節は「秋」と答えた。

(3-7) 家の住所を答えた。

### 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 一人で出たがる, 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  
該当なし

### 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) 内服管理は全て自分でしており、問題も見られない。水の準備もできる。

(5-2) 通帳は家族に預けている。必要な分のお金を家族に頼み、預貯金からおろしてもらってきている。残高の把握ははっきりとは分からないが、お金を貸した分などはしっかり分かっており、お金の支払いにも問題がないために「介助されていない」を選択。

(5-3) 脊髄小脳変性症のため、契約の書類を書くこと等は困難だが、意思決定においては自分で行うことができる。

(5-5) 日用品の買い物は週2～3回、家族がしており、本人が頼むこともないが、衣服は月に1回ほど通販で自分で購入している。

(5-6) 脊髄小脳変性症のために、炊飯を含め普段の調理は夫が行う。月2～3回程度、家族不在時に夫の依頼で炊飯や冷凍食品とレトルト食品の加熱行為を行う。包丁は右手の震えがあり危険なため使用しない。

### 6 特別な医療についての特記事項

6 特別な医療

該当なし

### 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) 屋内での生活は転倒の危険性はあるものの、概ね自立している。しかし、外出時には家族の介助を要するため、「A1」を選択する。

(7-2) 特に認知面で問題は見られないため、「自立」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 _____					
医療機関名 _____ 電話 ( ) _____					
医療機関所在地 _____ FAX ( ) _____					
(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 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. 脊髄小脳変性症	発症年月日	(平成	〇年	〇月 〇日頃)
2. 高血圧	発症年月日	(平成	〇年	〇月 〇日頃)
3. _____	発症年月日	(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 (「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] 7年前から話しにくさや歩行中のつまづきがみられるようになり、自転車に乗れなくなった。 4年前からふらつきが悪化し、当院神経内科を初診。神経学的に下向き眼振を伴う著明な小脳性運動失調(体幹・四肢・断綴言語)が認められ、その他、軽い錐体路徴候、遂行機能低下、軽度の下肢痙性や腱反射亢進などが認められた。最終的に遺伝性脊髄小脳変性症が強く疑われ、2年前より内服加療を開始。 現在は、排尿障害もみられる。  <投薬内容> セレジスト 2錠 分2      ベシケア 1錠				

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 checked="" type="checkbox"/> B1	<input 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 checked="" 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) 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 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 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
(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 checked="" type="checkbox"/> 無	<input 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 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)  
筋力の低下 (部位: \_\_\_\_\_) 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 ( )

(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 ( )

(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 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 ( )

(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 (降圧剤の服用を確認する) ・ 移動 特になし あり (車イス使用 )  
 ・ 摂食 特になし あり (むせに注意 ) ・ 運動 特になし あり ( )  
 ・ 嚥下 特になし あり (同上 ) ・ 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。)

ADLとしては主に移動機能低下があり、移動時には(特に屋外)車イスを使用している。  
 起立性低血圧も見られるため、日常の注意が必要である。  
 また、運動能力の維持を目的としたリハビリテーションが必要と考えられる。

