

取扱注意

介護認定審査会資料

平成〇年〇月〇日 作成
平成〇年〇月〇日 申請
平成〇年〇月〇日 調査
平成〇年〇月〇日 審査

合議体番号：000001 No. 3

被保険者区分：第1号被保険者 年齢：92歳 性別：女
申請区分：更新申請 前回要介護度：要介護5

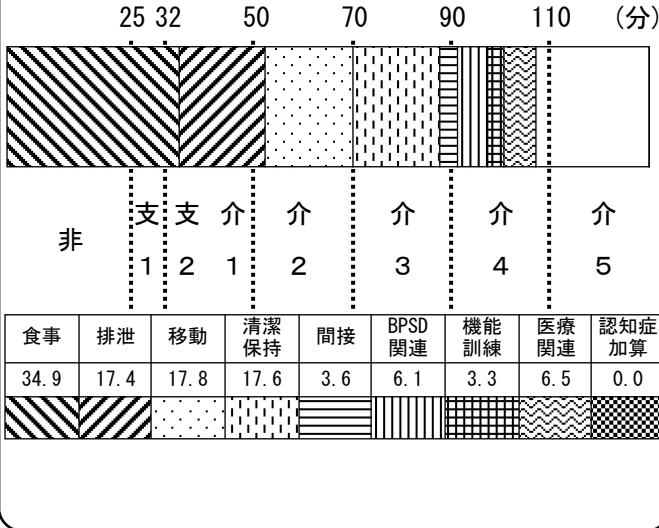
現在の状況：指定介護老人福祉施設
前回認定有効期間：24月間

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)

一次判定結果：要介護4

要介護認定等基準時間：107.2分



警告コード：

3 中間評価項目得点

Table with 5 columns: 第1群 (20.7), 第2群 (18.3), 第3群 (19.4), 第4群 (100.0), 第5群 (6.1)

4 日常生活自立度

障害高齢者自立度：C2
認知症高齢者自立度：IV

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：IV
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)

Table listing various services like home help, day care, etc. with usage frequency (times/month or days/month).

2 認定調査項目

Large table with columns: 調査結果, 前回結果. Rows include physical functions, life functions, cognitive functions, and social adaptation.

<特別な医療>

Table listing special medical treatments like oxygen therapy, pain management, etc.

一次判定修正後

介護認定審査会資料

平成〇年〇月〇日 作成
平成〇年〇月〇日 申請
平成〇年〇月〇日 調査
平成〇年〇月〇日 審査

取扱注意

合議体番号：000001 No. 3

被保険者区分：第1号被保険者 年齢：92歳 性別：女
申請区分：更新申請 前回要介護度：要介護5

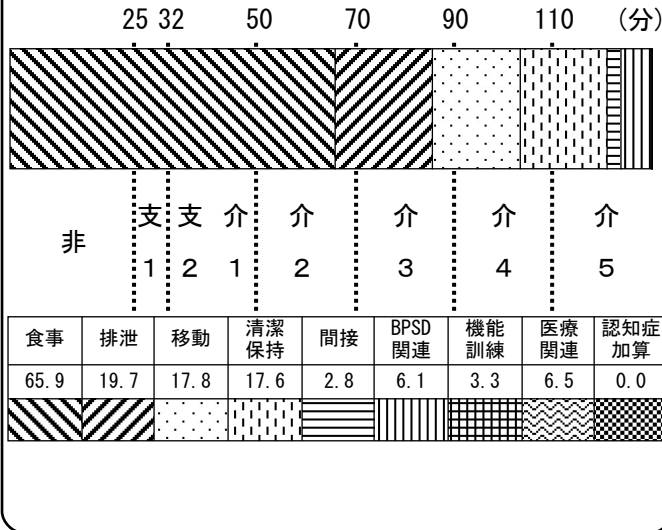
現在の状況：指定介護老人福祉施設
前回認定有効期間：24月間

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)

一次判定結果：要介護5

要介護認定等基準時間：139.7分



警告コード：

3 中間評価項目得点

Table with 5 columns: 第1群 (20.7), 第2群 (7.2), 第3群 (19.4), 第4群 (100.0), 第5群 (6.1)

4 日常生活自立度

障害高齢者自立度：C2
認知症高齢者自立度：IV

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：IV
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)

Table listing various services like home help, day care, etc. with frequency (回/月) or quantity (品目).

2 認定調査項目

Large table with columns: 調査結果, 前回結果. Rows include physical functions, life functions, cognitive functions, and social adaptation.

<特別な医療>

Table listing special medical treatments like oxygen therapy, central venous nutrition, etc.

認定調査票（特記事項）

概況

日中は、ほとんどベッドの上で過ごしている。数年前から認知症の症状が見られるが、在宅での生活を続けていた。3年前の1か月の入院（肺炎）により筋力低下が進み、歩行困難となる。

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) 四肢筋力低下が著しく、意思疎通も図れないため確認できず。四肢を自動的に動かすことはできないと聞き取る。
- (2) 肩関節はわずかに脇が開く程度、腕は拳上できず。股関節は25cm広げることができず。両膝にも可動域制限が見られ、動かすと痛みあり、完全に伸ばすことはできなかつたため、「肩関節」「股関節」「膝関節」が「ある」を選択する。
- (3) 確認動作を実施できず。1人で向きを変えているときもあるが、通常はできていないとの職員談。「できない」を選択。
- (4) 日頃より職員が引き上げて起こさないと起き上がれないため、「できない」を選択する。
- (5) 車椅子の背もたれによりかかれば、10分程度保持できるとの職員談。
- (6~9) 寝たきり状態であるため、両足立位、歩行、立ち上がり、片足立位はできないため「できない」を選択する。
- (10) 週2回機械浴。職員が全体的に介助しているため、「全介助」を選択する。拘縮があるため介助には時間を要する。
- (11) 職員が手・足の爪をすべて切っているため、「全介助」を選択する。
- (12) 確認表の追視は可能。職員も見えていると判断していることから、「普通」を選択する。
- (13) 普通の声で話しかけると、目を開くなどの反応はあることから、「普通」を選択する。

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 スポン等の着脱, 2-12 外出頻度

- (1) ほぼ一日ベッド上で過ごしており、週2回だけ入浴室へ移動するときに、車椅子へ移乗する機会がある。職員が抱えて移乗を行っているため、「全介助」を選択する。
- (2) 移動の機会は、週2回入浴室へいくときだけである。職員が車椅子を押して移動しているため、「全介助」を選択する。
- (3) むせやすいので、姿勢に気をつけながら食べさせているため、「見守り等」を選択する。水っぽいものにはとろみをつけている。
- (4) 3か月ほど前から経鼻の経管栄養を行っていたが、現在は経口摂取に移行している。職員が全介助を行っている。誤嚥があるため、ゆっくり摂取しており、全量を摂取するには40分程度かかるとの職員談。
- (5, 6) 尿意・便意はなく終日おむつを着用している。職員がおむつを定時交換（一日6回）しているため、「全介助」を選択する。下肢及び股関節の拘縮が強く、交換には時間がかかる。弄便・不潔行為等はない。
- (7) 職員が口腔清拭をすべて行っているため、「全介助」を選択する。
- (8) 洗顔行為の意味の理解もなく、職員がタオルを濡らし顔を拭く介助を行っているため、「全介助」を選択する。
- (10, 11) 発汗が多いため日に2~3回の更衣機会あり。足や腕を通すにも職員が直接手足をもってすべてを介助している。

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

- (1~7) 意思疎通が図れず、質問の理解もできず、答えることができなかったため、これらの項目はすべて「できない」を選択する。
- (8, 9) 寝たきりで、これらの行動がみられないため、「ない」を選択する。

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

- (1~15) 寝たきりで発語も少ないため、これらの行動がみられないので、「ない」を選択する。

認定調査票（特記事項）

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

-(1) 内服薬の管理は職員が行い、認知症があるため、毎回職員が飲ませているため、「全介助」を選択する。
-(2) 能力はなく、管理ができず、家族が管理しているため、「全介助」を選択する。
-(3) 問いかけても言葉にならない声をだす、笑う等の反応しかしないため、「できない」を選択する。
-(5、6) 入所中のため、買い物や調理を行う機会はない。職員によってすべて行われているため、「全介助」を選択する。

6 特別な医療についての特記事項

6 特別な医療

-(9) 3か月前まで経管栄養を利用していたが、リハビリをして現在は経口摂取に完全移行している。

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

-(1) 寝たきりで、自分で寝返りも打てない。常時ベッドの上で生活しているため、「C2」を選択する。
-(2) 意思疎通がほとんどできないため、「 」を選択する。

主治医意見書

記入日 平成 年 月 日

申請者	(ふりがな)	男・女	〒	-
	明・大・昭 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 年 月 日			
(2) 意見書作成回数	初回 2回目以上			
(3) 他科受診の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合) 内科 精神科 外科 整形外科 脳神経外科 皮膚科 泌尿器科 婦人科 眼科 耳鼻咽喉科 リハビリテーション科 歯科 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、認知症	発症年月日	(平成	年	月 日頃)
2. 左肘関節骨折	発症年月日	(平成	年	月 日頃)
3. 誤嚥性肺炎	発症年月日	(平成	年	月 日頃)
(2) 症状としての安定性	安定 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/>			
(「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] 3年前に誤嚥性肺炎を起こしてから、一時、肺炎をくり返し経管栄養導入したが、徐々に回復し経口摂取が再び可能になった。誤嚥しやすいため、引き続き食事摂取においては、時間をかけて介助を行う必要がある。 コミュニケーションは不能で寝たきり全介助レベルである。				

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	点滴の管理	中心静脈栄養	透析	ストーマの処置	酸素療法
	レスピレーター	気管切開の処置	疼痛の看護	経管栄養	
特別な対応	モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等)		褥瘡の処置		
失禁への対応	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)	自立	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2	
・認知症高齢者の日常生活自立度	自立		a	b	a	b		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	問題なし	問題あり								
・日常の意思決定を行うための認知能力	自立	いくらか困難	見守りが必要	判断できない						
・自分の意思の伝達能力	伝えられる	いくらか困難	具体的要求に限られる	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)										
無	有	幻視・幻聴	妄想	昼夜逆転	暴言	暴行	介護への抵抗	徘徊		
		火の不始末	不潔行為	異食行動	性的問題行動	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 = <input type="text" value="150"/> cm 体重 = <input type="text" value="30"/> kg (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 : <u>回肢</u> 程度 : 軽 中 重)
関節の拘縮	(部位 : <u>回肢</u> 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 : <u>左頬角化症</u> <u>SCC</u> 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 (療養型施設介護)
(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(_____) ・摂食 特になし あり(_____)・運動 特になし あり(全介助) ・嚥下 特になし あり(誤嚥リスク _____)・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ご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。)

左頬の皮膚症変は癌化している可能性があるが、高齢であり経過観察している。(月に1回皮膚科医が診察中) 一時は、経口不能となったが嚥下リハビリを積極的に行い経口摂取が可能となった。
--