

# 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. 5

被保険者区分：第1号被保険者 年齢：80歳 性別：男  
 申請区分：更新申請 前回要介護度：要介護3

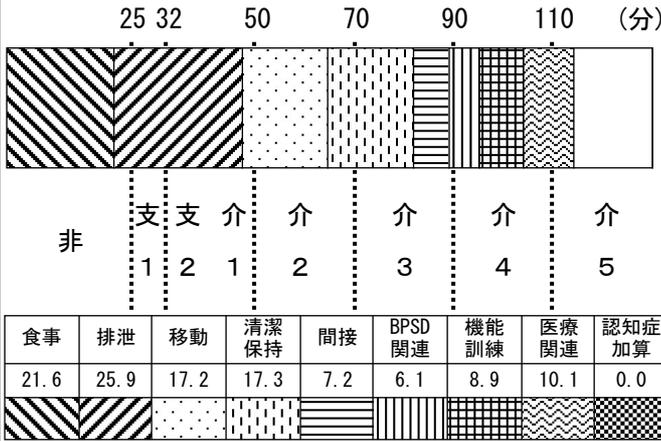
現在の状況：医療機関（医療保険適用療養病床）  
 前回認定有効期間：6月間

## 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：114.3分



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
42.3	34.9	93.0	96.0	38.5

## 4 日常生活自立度

障害高齢者自立度：B2  
 認知症高齢者自立度：I

## 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：I  
 主治医意見書：II b  
 認知症自立度II以上の蓋然性：67.6%  
 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)	0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
<b>第1群 身体機能・起居動作</b>		
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) (股関節) (膝関節) (その他)	ある	-
3. 寝返り	できない	-
4. 起き上がり	支えが必要	-
5. 座位保持	できない	-
6. 両足での立位	できない	-
7. 歩行	できない	-
8. 立ち上がり	できない	-
9. 片足での立位	できない	-
10. 洗身	全介助	-
11. つめ切り	全介助	-
12. 視力	-	-
13. 聴力	-	-
<b>第2群 生活機能</b>		
1. 移乗	全介助	-
2. 移動	全介助	-
3. えん下	-	-
4. 食事摂取	一部介助	-
5. 排尿	全介助	-
6. 排便	全介助	-
7. 口腔清潔	一部介助	-
8. 洗顔	一部介助	-
9. 整髪	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	月1回未満	-
<b>第3群 認知機能</b>		
1. 意思の伝達	-	-
2. 毎日の日課を理解	-	-
3. 生年月日をいう	-	-
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	-	-
7. 場所の理解	-	-
8. 徘徊	-	-
9. 外出して戻れない	-	-
<b>第4群 精神・行動障害</b>		
1. 被害的	-	-
2. 作話	-	-
3. 感情が不安定	-	-
4. 昼夜逆転	-	-
5. 同じ話をする	-	-
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	ある	-
13. 独り言・独り笑い	-	-
14. 自分勝手に行動する	-	-
15. 話がまとまらない	-	-
<b>第5群 社会生活への適応</b>		
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	-	-
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	じょくそうの処置
レスピレーター	カテーテル

## 認定調査票（特記事項）

## 概況

独居生活を続けていたが、低栄養で倒れ、昨年から入院。今年3月に療養病棟に移った。心筋梗塞、小さな脳梗塞、心不全、心房細動、高血圧、糖尿病の既往あり。認知症もあるが、現在は穏やかであり、周辺病状も見られていない。退院予定は未定。

## 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、2) 左手先は痺れており、2～5指は自力で曲げることができないため「その他」を選択。物を持ったりすることができない。その他の部位について、動きは悪いがいずれも確認動作は可能。

(3、4) ゆっくり自力で寝返りはできるが、起き上がりはできなかった。日頃も起き上がりは介助されているとの職員談。

(5) 支えがないと保持できないとの職員談。食事の際はベッドをギャジアップしている。

(6、8、9) 自力で立つことができず、職員が支えても立ち上がり、両足立位、片足立位は不可を確認。

(7) 以前は手引き歩行可能であったとのことだが、現在ではリハビリも未だ行っておらず車イス生活となっている。

(10) 機械浴。洗身は全て介助されている。(11) 職員が手足共に切っている。

(12) 白内障・緑内障手術は済んでおり、確認票も1m強ではっきりと見えている。

## 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 ズボン等の着脱、2-12 外出頻度

(1) 職員が抱きかかえて移乗させている。移乗機会は、車いすへの移乗が中心であり、回数そのものは2～3回/日程度で特に多いわけではない。

(2) 車イス生活。少しでもあれば、自操可能と本人は話す。日頃は職員が押している。居室内などは基本的に自操。施設内で食堂や風呂などに移動する場合は、職員による車いす全介助。

(4) 全粥・キザミハーフ食。食欲は比較的旺盛で、出されたものはすべて食べようとする。9割は自力摂取であるが、残り1割は、特に食べにくいものを中心に食器に残ったおかずを職員が集めて本人が食べている。

(5、6) オムツ使用。排泄意はあり、排泄するとコールを鳴らし、職員が交換している。(定時の確認・交換も含め7～8回/日)。弄便等はない。

(7) 入れ歯着脱は本人が行うが、多少の手助けが必要とのこと。洗浄は職員。

(8) タオルを渡し、本人が拭くが、半分程度は職員が拭いている。

(9) 自分で行おうとするが、不十分なことが多いため、職員が部分的に介助しているとのことで「一部介助」を選択。

(10) 途中まで職員が袖を通せば、本人が行う。ボタンは職員が介助している。

(11) まったく動けないわけではないので体を動かすなど多少の協力動作はあるが、すべて職員が行っているので「全介助」。

## 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) ゆっくりと自分のペースで話す。会話は成り立っている。

(4) 3つの絵を見せるが、覚えることが難しく、確認できなかった。朝食のメニューを聞くが、大まかにしか答えることができず、日頃より短期記憶は乏しいと職員は話す。

## 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

(12) 「ごはんはまだか」と何度もコールを押し、職員に聞いてくれることが頻繁にある。特に起床時が多くみられる。

## 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) ワーファリン服薬中。薬に手を出せば本人が飲んでる。

(2) 息子が全て管理しており、本人所持金もない。

(3) 転院する際も、本人が納得して行っており、リハビリを開始したいとのことで、看護師に要望をしている。

## 6 特別な医療についての特記事項

6 特別な医療

(1～12) 特になし。

## 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

(1) 移乗は介助が必要であり、食事、排泄についてもベッド上で介助が必要であるため、「B2」を選択する。

(2) 多少の認知症状は見られるが、意思疎通ははっきりしており、理解力もあるため、「」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 _____		電話 ( ) _____		
医療機関名 _____		FAX ( ) _____		
医療機関所在地 _____				
(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. 脳梗塞後遺症	発症年月日	(平成	年	月 日頃)
2. 慢性心不全・陳旧性心筋梗	発症年月日	(平成	年	月 日頃)
3. 認知症・起立歩行障害	発症年月日	(平成	年	月 日頃)
(2) 症状としての安定性	安定	不安定	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] 一年前、食欲なく近くの診療所にて点滴投与のため通院。点滴終えたころ、突然意識消失し救急車で総合病院へ入院。輸血、酸素療法にて改善される。入院時は起き上がることもできなかったが現在はADLに改善がみられリハビリ目的ならば手引き歩行も可能になっている。食事も全量摂取されており状態安定したとして9か月前から当院へ転院となる。				

## 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="158"/> cm 体重 = <input type="text" value="44.3"/> 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>両下肢</u> 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 ( 全量摂取			)
(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( 車椅子で移動 _____ )		
	・摂食 特になし あり( _____ )	・運動 特になし あり( リハビリ施行 _____ )		
	・嚥下 特になし あり( _____ )	・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 ( 稀に尿路感染症 _____ )		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。)

長谷川式 = 12 点 ( 今年 3 月 )  
 入院当初、失神、低栄養があった。現在貧血ありフェジン増血剤投与中。入所 3 か月目からリハビリ開始していたが体調不良あり中止、現在に至る。在宅希望あり。リハビリをしてほしいと本人談。現在の移動能力は今後、リハビリで改善されることが期待できるため、ケアプランでのリハビリテーションの実施を勧める。