

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. 6

被保険者区分：第1号被保険者 年齢：88歳 性別：男
 申請区分：更新申請 前回要介護度：要介護4

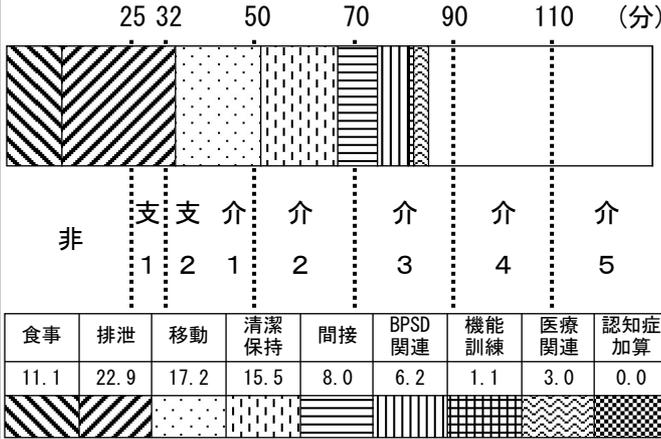
現在の状況：認知症対応型共同生活介護適用施設(グループホーム)
 前回認定有効期間：24月間

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3

要介護認定等基準時間：85.0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
48.7	40.9	48.2	95.0	21.5

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：Ⅲa

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：Ⅲa
 主治医意見書：Ⅲb
 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)	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
第1群 身体機能・起居動作		
1. 麻痺(左-上肢)	ある	-
(右-上肢)		-
(左-下肢)	ある	-
(右-下肢)		-
(その他)	-	-
2. 拘縮(肩関節)	-	-
(股関節)	-	-
(膝関節)	-	-
(その他)	-	-
3. 寝返り	つかまれば可	-
4. 起き上がり	できない	-
5. 座位保持	支えが必要	-
6. 両足での立位	支えが必要	-
7. 歩行	つかまれば可	-
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	やっと聞こえる	-
第2群 生活機能		
1. 移乗	一部介助	-
2. 移動	一部介助	-
3. えん下	-	-
4. 食事摂取	-	-
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	全介助	-
10. 上衣の着脱	全介助	-
11. スポン等の着脱	全介助	-
12. 外出頻度	月1回以上	-
第3群 認知機能		
1. 意思の伝達	ときどきできる	-
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	できない	-
8. 徘徊	-	-
9. 外出して戻れない	-	-
第4群 精神・行動障害		
1. 被害的	ある	-
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		-
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		-
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	日常的に困難	-
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

2年前よりグループホームに入所中。認知症、脳梗塞後遺症、パーキンソン症候群あり、現在ベッド上で臥床して過ごすことが多い。移動は、歩行器を使用するようにしているが、車椅子に乗せることもある。

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) パーキンソン症候群のため、両下肢が随意的に運動機能の低下がみられ、確認動作ができないため、「両下肢」が「ある」を選択する。拘縮・可動域制限は特に確認できず。
- (3, 4) ベッド柵を持ち、寝返りをするが、起き上がりは、試行したが介助者なしではできない。
- (5) 車椅子の背にもたれて座っている。
- (6, 8, 9) 試行するも立ち上がりできず。両足は介助者につかまれば可能だが、片足立位は、できなかった。
- (7) 歩行器の持ち手を持ち、介助者が後ろからズボンの後ろを支える状態で5m以上の歩行可。
- (13) 難聴があり、はっきりと話さないと聞き取れない。

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) ベッドより車椅子への移乗時には、端座位の状態から、ズボンの後ろを引っ張り上げながら一度立位になり、腰を回しながら車椅子に移乗する。移乗の機会はほとんど食堂に移動する際の車椅子への移乗のみである。
- (2) 歩行器を利用して介助者が支えながら歩行することと、車椅子での全介助の移動が半々である。日中は、ベッド上で過ごすことが多く、食事時と1日1回ホールに出るとき、程度である。
- (4) 毎食、セッティングすればこぼすことなくほとんど自己摂取するが、食べる時間がかかるため、残りは職員がまとめて食べさせることがある。ただし、頻度も多くなく、毎回ではないこと、能力的にも問題ないことなどから「介助されていない」が適切であるとして選択した。
- (5, 6) 紙おむつを使用し、定時交換(6回程度)されている。ただし、週に1~2回おむつの中に手を入れ、便を触った手で衣類やシーツを汚すことがありシーツの交換等で手間となっている。コールによる交換はない。
- (7) 介助者が歯磨きを行う。声をかければ、自分で口をゆすぐことはできる。
- (8) おしぼりを渡すと自分でふいている。
- (9) 介助者が髪をとかしている。
- (10, 11) 全て介助者が行っている。

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) 自ら話すことはないが、問いかけると「はい」「いいえ」等の簡単な返答ができるときもある。
- (2~7) 発語はあるが、自分の名前以外は、質問に正確な回答ができなかった。

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

- (3) 週3回妻が面会に来て、自室のベッドの上で会う。妻が帰るときに大声で泣き出し、妻がなかなか帰れない。職員が15分程度対応し、落ち着かせながら頃合を見て妻に帰ってもらっている。

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) 口まで薬を運び、コップの水を目の前に置くと飲む。
- (2) 家族が管理している。
- (3) 認知症が強く、「はい」「いいえ」等の簡単な返答で答えられるものしか意思決定できない。
- (5, 6) 施設がすべて行っている。

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) 日中はほとんどベッド上で過ごす。介助により車椅子に乗ることもあるため、「B.2」とする。
- (2) 食事に食べこぼしも多く、おむつの中に手を入れる行為も見られるため、「a」とする。

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			同意する。 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	有 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. 認知症	発症年月日	(平成	年	月 日頃)
2. 高血圧	発症年月日	(平成	年	月 日頃)
3. 脳梗塞後遺症	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)〕 5年ほど前に高血圧、パーキンソン症候群、脳梗塞後遺症、閉塞性動脈硬化症、胃炎で治療していたが、その後、新たな疾患は認められない。認知症等のため、ショートステイを利用してしたが、5年ほど前に特別養護老人ホームに入所した。3年前にグループホームへ転所となった。認知能力の低下、流涎、歩行障害、不潔行為が認められる。				
ニバジール 4錠 朝・夕2回(食後)		エパラカプセル 4カプセル 朝・夕2回(食後)		
サアミオン 3錠 朝昼夕3回(食後)		ムコスタ 3錠 朝昼夕3回(食後)		
シンメトレル(100)0.5錠 夕食後				

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		具体的な要求に限られる			伝えられない		
(3) 認知症の周辺症状(該当する項目全てでチェック: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="145"/> cm 体重 = <input type="text" value="57"/> 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 : <u>足</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 (_____) 処方針 (誘導、紙パンツ使用、介助、見守り、介助 _____)
(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 (降圧薬の服用を確認する) ・移動 特になし あり (移動時介助必要) ・摂食 特になし あり (_____) ・運動 特になし あり (_____) ・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 (_____) 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。)

徘徊しようとする。転倒の危険性があるため、介助が必要なので眼が離せない。自ら発語なく、簡単な問いにうなずく程度の意思疎通しかない。絶えず流涎があり、口から顎にかけてただれやすい。今のところ、粗暴な行為は認められない。趾間に白癬があり軟膏を塗布している。背部等に湿疹があり軟膏を塗布している。