

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. 2

被保険者区分：第1号被保険者 年齢：82歳 性別：女
申請区分： 前回要介護度：

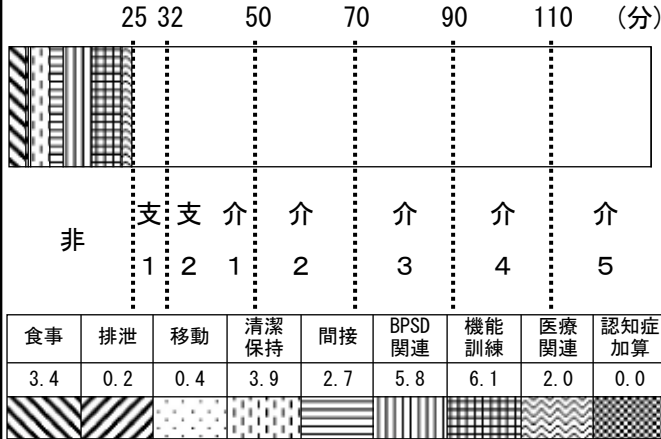
現在の状況：
前回認定有効期間：

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：非該当

要介護認定等基準時間：24.5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
88.5	92.0	100.0	100.0	49.8

4 日常生活自立度

障害高齢者自立度：A 2
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：自立
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 (なし)

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（左一上肢） （右一上肢） （左一下肢） （右一下肢） （その他）	ある	-
2.	拘縮（肩関節） （股関節） （膝関節） （その他）		-
3.	寝返り		-
4.	起き上がり		-
5.	座位保持		-
6.	両足での立位		-
7.	歩行		-
8.	立ち上がり		-
9.	片足での立位		-
10.	洗身		-
11.	つめ切り		一部介助
12.	視力		-
13.	聴力		-
第 2 群 生活機能			
1.	移乗	一部介助	-
2.	移動		-
3.	えん下		-
4.	食事摂取		-
5.	排尿		-
6.	排便		-
7.	口腔清潔		-
8.	洗顔		-
9.	整髪		-
10.	上衣の着脱		-
11.	ズボン等の着脱		-
12.	外出頻度		月 1 回未満
第 3 群 認知機能			
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		-
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		-
第 4 群 精神・行動障害			
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		-
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	全介助	-
2.	金銭の管理		-
3.	日常の意思決定		-
4.	集団への不適応	全介助 全介助	-
5.	買い物		-
6.	簡単な調理		-

<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

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) リウマチのため、両肩、両膝、両腕の痛みを訴え、特に右手首に腫脹が見られ力が入り難い。両足指、両手に変形が見られ、動作時に右大腿部に痛みが生じ、歩行器に体を預けないと行動ができない。目的動作はすべてできたため「ない」を選択。
- (2) 両膝に痛みで制限があり「ある」を選択。
- (3) 両側とも何にも掴まらずできている。
- (4) 習慣的に手をつき自力で起き上がりできた。
- (5) 10分程度の座位保持は可能。
- (6) ベッド柵に掴まり10秒程度は可能。
- (7) 歩行器に身体を預ければ、ゆっくり歩行ができる。
- (8) 歩行器を支えに座面を押しながら立ち上がりできる。
- (9) 歩行器に掴まり1秒程度は可能。
- (10) すべて自分で行っている。
- (11) 右手の爪は自分でも切れるが、右手に力が入り難く左手や足の爪は介助が必要。
- (12・13) 日常生活に支障はない。

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) 手すりや壁等に掴まり、ゆっくり一人で移乗ができている。
- (2) 歩行器に身体を預け、跛行での歩行であり、不安定さはあるが見守りなしに必要な場所等、自力で移動を行っている。「介助されていない」を選択。室内や廊下等、平坦な場所での歩行はできているが、足の持ち運びが悪く、段差等のある場所での歩行は見守りの必要性が感じられる。室内でもつまずいて転倒することが月に数回はあると聞く。
- (3) 自然に飲み込める。
- (4) スプーンを使用し自己摂取。
- (5) 動作緩慢で、漏らすことが月に数回あり、リハビリパンツ使用。時間を見て早めに行動し、自力で排尿。
- (6) 動作緩慢で、時間がかかるが、トイレにて自力で排便。
- (7) 義歯を取り外し自分で手入れをなんとか行っている。
- (8) 両手に変形が見られ水がすぐえないが、コップ等を用いて行う。タオルをもらえば自分で拭ける。
- (9) 日頃から櫛の取り扱いを行っている。
- (10・11) 自分で着替えるが、肩の痛み大腿部、膝の痛みが生じ、時間がかかる。
- (12) 機会がない。

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) 常時、誰にでも意思が伝えられる。
- (2) 日頃から時間を見ながら寝起きし食堂で食事を取る等、日課の理解はできている。
- (3・5) 正確に答えられた。
- (4) 当日の朝、湿布の張替えの返答やリハビリ訓練の有無等が答えられた。
- (6) 「冬」と返答がある。
- (7) 現在、生活している病院名や自宅の住所が答えられた。
- (8・9) 特記なし。

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) 確認するが特記なし。

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

(1) すべて自分で管理し、時間を見て飲んでいる。

(2) 計算能力はあるが、病院生活であるため、甥にお金の管理を頼む等、すべて介助されている。

(3) 治療方針に対する同意も含め、日頃から物事の判断を自分で行い、できる範囲内で行動ができています。

(4) 集団への不適応は見られない。

(5・6) 入院生活で買い物や調理に関わる一連の行為すべてに介助されている。

6 特別な医療についての特記事項

6 特別な医療

特記なし。

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) 食事や入浴、リハビリ訓練に離床する以外、ベッド上で横になって1日過ごしている。

(2) 認知症状を有することなく身の回りのことなど、自分でできる範囲内で行動ができています。

申請者	(ふりがな)	男・女	〒 ー
	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 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. 関節リウマチ	発症年月日	(平成 〇年 〇月 〇日頃)	
2. リウマチ性両膝関節炎	発症年月日	(平成 〇年 〇月 〇日頃)	
3. 右大腿骨骨幹部骨折	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 type="checkbox"/> 安定 <input checked="" 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) 両膝の痛みが不安定			
(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年前の11月より、紹介にて当院治療中。			
月に2回程の関節注射で様子をみていますが、両膝・両手関節の痛みが特に強く、ADLに支障をきたしています。いったん退院されたものの、1年前に転倒し右大腿骨骨折の診断で入院、同月手術施行、現在入院リハビリテーションを行っています。			

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 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 checked="" 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 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 checked="" type="checkbox"/> 伝えられる <input 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	
<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	〔症状名： 専門医受診の有無 <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無〕

(5) 身体の状態

利き腕 (☐ 右 ☐ 左) 身長 = 148 cm 体重 = 48 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: 両下肢 程度: ☐ 軽 ☒ 中 ☐ 重)

☒ 関節の拘縮 (部位: 両膝 程度: ☐ 軽 ☒ 中 ☐ 重)

☒ 関節の痛み (部位: 特に両膝、手・肘関節 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 (杖、歩行器の利用。 _____)

(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 (_____) ・移動 ☐ 特になし ☒ あり (全身の関節痛 _____)

・摂食 ☒ 特になし ☐ あり (_____) ・運動 ☐ 特になし ☒ あり (全身の関節痛 _____)

・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。)

関節リウマチによる両膝の痛みが特に強く、移動能力が低下・不安定です。

両肘・手関節の痛みもあり、力が入りにくく、ADL に支障があります。在宅時は一人暮らしで近所の人が手伝っているようですが、介護サービスを要すと思います。

大腿骨骨折術後であり筋力低下、疼痛の増強あります。

現在、杖歩行訓練中です。