

## 区分3 事例1

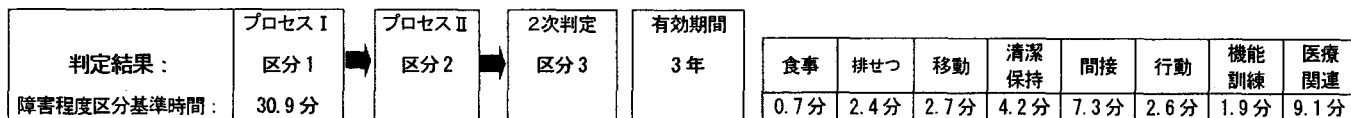
**区分変更:** 区分2 → 区分3

**有効期間:** 3年間

**審査及び判定の概要:**

- 重度の知的障害に聴覚障害を併せ持つ事例。
- 難聴と知的障害のためコミュニケーションに重い障害があり、また、日々の生活の中の様々な場面でこだわりが認められ見守りや促しが必要である等、より長い介護時間を要すると判断し、区分3に変更した。

1 一次判定等



2 判定調査項目

A項目群		調査結果	
麻痺拘縮			
1-1	麻痺(左-上肢)		
	麻痺(右-上肢)		
	麻痺(左-下肢)		
	麻痺(右-下肢)		
	麻痺(その他)		
1-2	拘縮(肩関節)		
	拘縮(肘関節)		
	拘縮(股関節)		
	拘縮(膝関節)		
	拘縮(足関節)		
	拘縮(その他)		
移動			
2-1	寝返り		
2-2	起き上がり		
2-3	座位保持		
2-4	両足での立位		
2-5	歩行		
2-6	移乗		
2-7	移動		
複雑動作			
3-1	立ち上がり		
3-2	片足での立位		
3-3	洗身		
特別介護			
4-1ア.	じょくそう		
4-1イ.	皮膚疾患		
4-2	えん下		
4-3	食事摂取		見守り等
4-4	飲水		
4-5	排尿		
4-6	排便		見守り等
身の回り			
5-1ア.	口腔清潔		一部介助
5-1イ.	洗顔		一部介助
5-1ウ.	整髪		全介助
5-1エ.	つめ切り		一部介助
5-2ア.	上衣の着脱		
5-2イ.	ズボン等の着脱		
5-3	薬の内服		一部介助
5-4	金銭の管理		一部介助
5-5	電話の利用		全介助
5-6	日常の意思決定		特別な場合以外可
意思疎通			
6-1	視力		
6-2	聴力		ほとんど聞えず
6-3ア	意思の伝達		ほとんど不可
6-4ア	指示への反応		ときどき通じる
6-5ア.	毎日の日課を理解		
6-5イ.	生年月日をいう		できない
6-5ウ.	短期記憶		できない
6-5エ.	自分の名前をいう		
6-5オ.	今の季節を理解		できない
6-5カ.	場所の理解		

行動		調査結果	
7ア	被害的		
7イ	作話		
7ウ	幻視幻聴		
7エ	感情が不安定		
7オ	昼夜逆転		ときどきある
7カ	暴言暴行		
7キ	同じ話をする		
7ク	大声を出す		
7ケ	介護に抵抗		
7コ	常時の徘徊		ときどきある
7サ	落ち着きなし		
7シ	外出して戻れない		
7ス	1人で出たがる		
7セ	収集癖		ある
7ソ	火の不始末		ときどきある
7タ	物や衣類を壊す		
7チ	不潔行為		
7ツ	異食行動		ときどきある
7テ	ひどい物忘れ		
特別な医療			
8-1	点滴の管理		
8-2	中心静脈栄養		
8-3	透析		
8-4	ストマの処置		
8-5	酸素療法		
8-6	レスピレーター		
8-7	気管切開の処置		
8-8	疼痛の看護		
8-9	経管栄養		
8-10	モニター測定		
8-11	じょくそうの処置		
8-12	カテーテル		

B1項目群		
9-1	調理	見守り、一部介助
9-2	食事の配下膳	見守り、一部介助
9-3	掃除	見守り、一部介助
9-4	洗濯	見守り、一部介助
9-5	入浴の準備片付け	見守り、一部介助
9-6	買い物	見守り、一部介助
9-7	交通手段の利用	見守り、一部介助

B2項目群		
7ト	こだわり	ある
7ナ	多動・行動停止	
7ニ	不安定な行動	
7ヌ	自ら叩く等の行為	
7ネ	他を叩く等の行為	
7ノ	興味等による行動	月に1回以上
7ハ	通常と違う声	
7ヒ	突発的行動	
7ホ	反復的行動	ときどきある

C項目群		
6-3-イ	独自の意思伝達	ほとんど不可
6-4-イ	説明の理解	ほとんど不可
7フ	過食、反すう等	希にある
7ヘ	憂鬱で悲観的	
7マ	対人面の不安緊張	
7ミ	意欲が乏しい	
7ム	話がまとまらない	
7メ	集中力が続かない	
7モ	自己の過大評価	
7ヤ	疑い深く拒否的	
9-8	文字の視覚的認識	

3 中間評価項目得点表

麻痺拘縮	移動	複雑動作	特別介護	身の回り	意思疎通	行動
100.0	100.0	99.9	80.9	48.9	46.6	86.3

IADL	行動障害
3.00点	1.10点

## 特記事項

### 1 麻痺等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 関節の動く範囲の制限の有無

### 2 移動等に関連する項目についての特記事項

2-1 寝返り, 2-2 起き上がり, 2-3 座位保持, 2-4 両足での立位保持, 2-5 歩行, 2-6 移乗, 2-7 移動

(2-7) 作業所からの帰路、長時間、除草などにこだわり、帰宅が夜7時ごろになることがある。

### 3 動作等に関連する項目についての特記事項

3-1 立ち上がり, 3-2 片足での立位保持, 3-3 洗身

(3-3) 一人でできるが洗い残しがある。声かけをしないと1~2時間かかり(→洗身のみでなく入浴全体に時間がかかっている)、声かけによる促しが必要。

### 4 身辺の介護等に関連する項目についての特記事項

4-1 じょくそう(床ずれ)等の有無, 4-2 えん下, 4-3 食事摂取, 4-4 飲水, 4-5 排尿, 4-6 排便

(4-3) 注意して見ていないと、好きな副食は他の人の物まで食べたり、店舗(自営)の食べ物まで持ってきて食べる。

(4-6) スポンを便所の外で全部脱いで入ろうとするので注意と見守りが必要。

### 5 身辺の世話等に関連する項目についての特記事項

5-1 清潔, 5-2 衣服着脱, 5-3 薬の内服, 5-4 金銭の管理, 5-5 電話の利用, 5-6 日常の意思決定

(5-1) ア. しないことがよくあり、声かけが必要。磨きだしたらいつまでも磨いているが、歯の表面だけ。

(5-1) イ. 促さないと洗わない。

(5-1) ウ. 鏡を見ても無関心で母が介助。

(5-1) エ. 爪が伸びても無関心。促すと切るが、深爪になるので母親が見守る。

(5-2) ア. 着るものは母親が用意。寒いときに1枚多く着ることができない。

(5-3) 用意すると自分で飲むが、何の薬かは理解していない。

(5-4) 財布の中に常に千円を入れている。ジュースなどは自分で買う。財布の中身は母親が確認して補充している。

(5-5) 聞こえないので電話として機能していない。

(5-6) こだわりのあることについては本人の意思を感じるが、他のことでは困難。

### 6 コミュニケーションに関連する項目についての特記事項

6-1 視力, 6-2 聴力, 6-3-ア 意思の伝達, 6-3-イ 本人独自の表現方法, 6-4-ア 介護者の指示への反応, 6-4-イ 言葉以外の手段を用いた説明の理解, 6-5 記憶・理解

(6-2) 感音性難聴のため、音は鮮明に聞こえにくい(76db)。音声は聞こえておらず、太鼓のような振動音は可。

聴覚障害によるコミュニケーション障害が、人間関係や行動面での課題を顕在化している。

(6-3-ア, イ) お腹がすいたときなど母親の顔をのぞきこむ程度。

(6-4) 絵カード、独自の身振りで通じる。文字は認識できない。

(6-5) ア. 絵カードなどを使って理解する。時間は分からない。

(6-5) イ~オ. 音声言語、書き言葉がないため、概念形成ができていなかったり、できていたとしても答えられない。

(6-5) カ. 家と作業所の区別はついていると思われるが、それ以外の場所はよく理解できていない。

### 7 行動に関連する項目についての特記事項

7 行動(7~ヤまで)

(オ) 週に1~2日は、夜の2時まで起きている。

(コ) 自宅近くのバス停から10分程度の距離を1時間半以上うろうろして帰っている。

(セ) ネジ、釘、虫の死骸。

(ソ) 使い捨てライターで火遊びをしていて警察に補導されて、注意している。

(ツ) ネジや釘を口に含む。砂を吸い込む。

(ト) ネジ、釘など。道ばたの草の除草。

(ヌ) 小学校2年頃までは自分の頭を壁に打ち付けていた。

(ノ) 言葉の問題もあると思われるが、作業所の事務所に入ってきて物品を持ち出す。

(フ) 夕食をおなかいっぱい食べても、店で出す食品を食べてしまう。

(ホ) 手洗いで石けんを泡立てて遊ぶので洗い終わるまでに時間がかかる。作業所で、玄関から更衣室までの間に確認したい場所があり、10分以上かかる。シーツの小さなゴミなどを取り除かないと眠れない。

(メ) 作業中、突然立ち上がってこだわりに関する行動がみられる。

## 8 医療に関連する項目についての特記事項

### 8 医療

## 9 生活に関連する項目についての特記事項

9-1 調理, 9-2 配下膳, 9-3 掃除, 9-4 洗濯, 9-5 入浴準備, 9-6 買物, 9-7 交通手段, 9-8 文字の視覚的認識使用

(9-1) 冷凍食品を電子レンジにかける程度。

(9-3) 声かけをすると掃除機を使う。

(9-4) 洗濯機は使わせていない。干すことはできる。タオルはたためるが服はたためない。

(9-5) 着替えの準備は母親がする。湯加減はできない。長時間入浴するため冷めて風邪をひくことがある。

(9-6) 近くのコンビニなら店員に頼んであるので、お菓子を買いに行くことはできる。お金が足りなければ、家族宛に電話をもらうことになっている。

(9-7) 通所に使っているバスは1回分だけの運賃を渡している。バス停でバスを選んで乗ることはできない。〇〇からの帰りは、同じ方面に帰る仲間と一緒にバスを利用。一人では公共交通機関は利用できない。

(9-8) 自分の名前は、形で識別できているようだ。

### 医師意見書

記入日 平成 年 月 日

申請者	(ふりがな)	男 ・ 女	〒
	明・大・昭・平 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サービス利用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	<input checked="" type="checkbox"/> 初回 <input 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 (障害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. 知的障害	発症年月日	(昭和)・平成	54年 5月 ○日頃)
2. 聴覚障害	発症年月日	(昭和)・平成	54年 5月 ○日頃)
3.	発症年月日	(昭和・平成	年 月 日頃)
入院歴 (直近の入院歴を記入)			
1.	昭和・平成 年 月～	年 月	(傷病名: )
2.	昭和・平成 年 月～	年 月	(傷病名: )
(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) 障害の直接の原因となっている傷病の経過及び投薬内容を含む治療内容 (精神疾患については、病状の不安定に関する所見も記載) 障害は固定した状態で、投薬などはしていません。			

#### 2. 特別な医療 (現在、定期的に、あるいは頻回に受けている医療)

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 (胃ろう)	
	<input type="checkbox"/> 吸引処置 (回数 回/日, <input type="checkbox"/> 一時的 <input type="checkbox"/> 継続的)				
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) 行動上の障害の有無 (該当する項目全てチェック)	
<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	(有の場合) → <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 <input type="checkbox"/> 性的行動障害 <input type="checkbox"/> その他 ( )
(2) 精神・神経症状の有無	
<input checked="" type="checkbox"/> 有 (症状名 ) <input type="checkbox"/> 無	(有の場合) → <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 傾眠傾向 <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 失見当識 <input type="checkbox"/> 失認 <input type="checkbox"/> 失行 <input checked="" type="checkbox"/> 認知障害 <input type="checkbox"/> 記憶障害 (短期、長期) <input type="checkbox"/> 注意障害 <input type="checkbox"/> 遂行機能障害 <input type="checkbox"/> 社会的行動障害 <input type="checkbox"/> その他 ( )
・ 専門医受診の有無 <input type="checkbox"/> 有 ( ) <input checked="" type="checkbox"/> 無	

<てんかん>

有 無

(有の場合) → 頻度 (週1回以上 月1回以上 年1回以上)

(3) 身体の状態

利き腕 (右 左) 身長=174.2cm 体重=75.7 kg (過去6ヶ月の体重の変化 増加 維持 減少)

四肢欠損 (部位: 程度: 軽 中 重)

麻痺

左上肢 (程度: 軽 中 重) 左下肢 (程度: 軽 中 重)

右上肢 (程度: 軽 中 重) 右下肢 (程度: 軽 中 重)

その他 (部位: 程度: 軽 中 重)

筋力の低下 (部位: \_\_\_\_\_ 程度: 軽 中 重)

関節の拘縮

肩関節 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

股関節 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

肘関節 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

膝関節 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

その他 (部位: \_\_\_\_\_)

関節の痛み (部位: \_\_\_\_\_ 程度: 軽 中 重)

失調・不随意運動・上肢 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

・体幹 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

・下肢 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

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. サービス利用に関する意見

(1) 現在、発生の可能性が高い病態とその対処方針

尿失禁 転倒・骨折 徘徊 褥瘡 嚥下性肺炎 腸閉塞 易感染性

心肺機能の低下 痛み 脱水 その他 ( \_\_\_\_\_ )

→ 対処方針 ( \_\_\_\_\_ )

(2) 介護サービス(ホームヘルプサービス等)の利用時に関する医学的観点からの留意事項

・血圧について 特になし あり ( \_\_\_\_\_ )

・嚥下について 特になし あり ( \_\_\_\_\_ )

・摂食について 特になし あり ( \_\_\_\_\_ )

・移動について 特になし あり ( \_\_\_\_\_ )

・その他 ( \_\_\_\_\_ )

(3) 感染症の有無(有の場合は具体的に記入して下さい)

有 ( \_\_\_\_\_ ) 無 不明

5. その他特記すべき事項

障害程度区分認定やサービス利用計画作成に必要な医学的など意見等をご記載して下さい。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。)

聴力障害 障害4級。

知的障害 重度A。

<精神障害の機能評価>

○精神症状・能力障害二軸評価:(精神症状; 能力障害; ) (判定時期 平成 年 月)

○生活障害評価:(食事; 生活リズム; 保清; 金銭管理; 服薬管理;

対人関係; 社会的適応を妨げる行動; ) (判断時期 平成 年 月)

## 概況調査票

### I 調査実施者（記入者）

実施日時	年 月 日	実施場所	自宅内・自宅外（ ）		
ふりがな		所属機関		調査時間	
記入者氏名					

### II 調査対象者

ふりがな		性別	男・女	年齢	( ) 歳
対象者氏名				生年月日	年 月 日
現住所	〒 -			電話	- -
家族等 連絡先	〒 - 氏名 ( ) 調査対象者との関係 ( )			電話	- -

### III 認定を受けている各種の障害等級等（該当する項目に○をつけてください）

障害種別	等級および程度区分				
1) 身体障害者等級	1・2・3・ <b>4</b> ・5・6				
2) 身体障害の種類	視覚障害・ <b>聴覚障害</b> ・肢体不自由・内部障害・その他 ( )				
3) 療育手帳等級	最重度	○A	A1	1度	
	重 度	<b>A</b>	A2	2度	
	中 度	B	B1	3度	
	軽 度	C	B2	4度	
4) 精神障害者保健福祉手帳等級	1級・2級・3級				
5) 障害基礎年金等級	<b>1級</b> ・2級				
6) その他の障害年金等級	1級・2級・3級				
7) 生活保護の受給	有（他人介護料有り）・有（他人介護料無し）・ <b>無</b>				

### IV 現在受けているサービスの状況について、別紙1「サービスの利用状況票」に記入してください。

### V 地域生活関連について、サービスの種類や量に関することを中心に記入してください。

<ul style="list-style-type: none"> <li>外出の頻度（過去1ヶ月間の回数）：3～4 回程度（作業所通所を除く）</li> <li>社会活動の参加の状況（青年学級 1回/2ヶ月）</li> <li>過去2年間の入所歴：□なし □あり</li> <li>あり⇒ 入所期間：2001年 6月～ 年 月 入所した施設の種類（知的障害者通所授産施設） 年 月～ 年 月 入所した施設の種類（ ）</li> <li>過去2年間の入院歴：□なし □あり</li> <li>あり⇒ 入院期間： 年 月～ 年 月 入院の原因となった病名（ ） 年 月～ 年 月 入院の原因となった病名（ ）</li> <li>その他</li> </ul>
--

## VI 就労関連について、サービスの種類や量に関することを中心に記入してください。

- ・ 就労状況：□一般就労 □パート・アルバイト 就労していない □その他（ ）
- ・ 過去の就労経験：一般就労やパート・アルバイトの経験 あり □なし  
最近1年間の就労の経験 □あり なし  
中断の有無 □あり なし
- ・ 就労希望の有無：□あり なし

## 具体的に

卒業後の3年間弱、経営者の理解があつてリネン会社で働いていたが、コミュニケーションの問題など、本人を受け止めるのに周囲の人が苦勞している様子が本人と家族に伝わり、心苦しくなつて退職した。家族としては、できれば就労してほしいが、困難だと思っている。

## VII 日中活動関連について、サービスの種類や量に関することを中心に記入してください。

- ・ 主に活動している場所：□自宅 施設 □病院 □その他（ ）  
社会就労センター〇〇。母の仕事の都合で午前11時ごろに本人を送ってくる。  
土・日は母の自営（スナック）の後片付けの手伝いを少し手伝うようだが、無為に過ごすことが多い。

## VIII 介護者関連について、サービスの種類や量に関することを中心に記入してください。

- ・ 介護者の有無：□なし あり
- ・ 介護者の健康状況等特記すべきこと  
母子家庭。深夜までの仕事もあり、疲れがとれない。店の関係で就寝が午前3時ごろになるため、身辺処理の細部への介助等、本人に関わる時間がなかなかとれない。自分で起きて作業所へ通所してくれればよいと感じている。母は病気等はないが、本人が病気になって入院した場合等、店を閉めなければならず、収入減に直結する。新しい介護者（ヘルパーなど）では本人が受け入れてくれない可能性が大きく、どうすればいいか対応に苦慮することになる。

## IX 居住関連について、サービスの種類や量に関することを中心に記入してください。

- ・ 生活の場所：□自宅（単身） 自宅（家族等と同居） □グループホーム □ケアホーム □病院  
□入所施設 □その他（ ）

## ・ 居住環境

店舗付き住宅で、本人は店舗にも出入りしている。

## X その他、サービスの種類や量に関することを中心に記入してください。

（現在、新しい受給者証を発行してもらっていて、手元にないため母の記憶）  
ホームヘルプ 18時間 ショートステイ 7日（従来3日。受給量を増やしてもらっている）  
ホームヘルプ 青年学級参加への支援に利用。  
ショートステイ 昨年度、〇〇（施設）で何回か利用。



## 区分3 事例2

**区分変更:** 区分2 → 区分3

**有効期間:** 3年間

**審査及び判定の概要:**

- 重度の知的障害で、ほぼ毎日夕食後、3時間程度不安定になり、自傷、奇声など行動障害が見られる事例。
- 飲水量が多く、過食傾向もある。あわせて、聴覚過敏もあり、支援に配慮が必要なことなどから、介護時間が長くなると判断し、区分3に変更した。

1 一次判定等

判定結果： 障害程度区分基準時間：	プロセスⅠ 区分2 40.8分	プロセスⅡ 区分2	2次判定 区分3	有効期間 3年	食事 0.7分	排せつ 2.4分	移動 1.0分	清潔 保持 14.0分	間接 3.2分	行動 10.5分	機能 訓練 1.5分	医療 関連 7.5分
----------------------	-----------------------	--------------	-------------	------------	------------	-------------	------------	-------------------	------------	-------------	------------------	------------------

2 判定調査項目

A項目群	調査結果	
麻痺拘縮		
1-1	麻痺(左一上肢)	
	麻痺(右一上肢)	
	麻痺(左一下肢)	
	麻痺(右一下肢)	
	麻痺(その他)	
1-2	拘縮(肩関節)	
	拘縮(肘関節)	
	拘縮(股関節)	
	拘縮(膝関節)	
	拘縮(足関節)	
	拘縮(その他)	
移動		
2-1	寝返り	
2-2	起き上がり	
2-3	座位保持	
2-4	両足での立位	
2-5	歩行	
2-6	移乗	
2-7	移動	
複雑動作		
3-1	立ち上がり	
3-2	片足での立位	
3-3	洗身	
特別介護		
4-1ア.	じょくそう	
4-1イ.	皮膚疾患	ある
4-2	えん下	
4-3	食事摂取	
4-4	飲水	一部介助
4-5	排尿	
4-6	排便	
身の回り		
5-1ア.	口腔清潔	
5-1イ.	洗顔	
5-1ウ.	整髪	
5-1エ.	つめ切り	全介助
5-2ア.	上衣の着脱	
5-2イ.	ズボン等の着脱	
5-3	薬の内服	一部介助
5-4	金銭の管理	全介助
5-5	電話の利用	全介助
5-6	日常の意思決定	
意思疎通		
6-1	視力	
6-2	聴力	
6-3ア	意思の伝達	
6-4ア	指示への反応	
6-5ア.	毎日の日課を理解	
6-5イ.	生年月日をいう	
6-5ウ.	短期記憶	
6-5エ.	自分の名前をいう	
6-5オ.	今の季節を理解	できない
6-5カ.	場所の理解	

行動	調査結果	
7ア	被害的	
7イ	作話	
7ウ	幻視幻聴	
7エ	感情が不安定	ある
7オ	昼夜逆転	
7カ	暴言暴行	
7キ	同じ話をする	ある
7ク	大声を出す	ある
7ケ	介護に抵抗	
7コ	常時の徘徊	ある
7サ	落ち着きなし	ある
7シ	外出して戻れない	
7ス	1人で出たがる	
7セ	収集癖	
7ソ	火の不始末	
7タ	物や衣類を壊す	ある
7チ	不潔行為	ある
7ツ	異食行動	
7テ	ひどい物忘れ	
特別な医療		
8-1	点滴の管理	
8-2	中心静脈栄養	
8-3	透折	
8-4	ストマの処置	
8-5	酸素療法	
8-6	レスピレーター	
8-7	気管切開の処置	
8-8	疼痛の看護	
8-9	経管栄養	
8-10	モニター測定	
8-11	じょくそうの処置	
8-12	カテーテル	

B1項目群	調査結果	
9-1	調理	全介助
9-2	食事の配下膳	見守り、一部介助
9-3	掃除	全介助
9-4	洗濯	見守り、一部介助
9-5	入浴の準備片付け	見守り、一部介助
9-6	買い物	全介助
9-7	交通手段の利用	見守り、一部介助

B2項目群	調査結果	
7ト	こだわり	
7ナ	多動・行動停止	ほぼ毎日
7ニ	不安定な行動	ほぼ毎日
7ヌ	自ら叩く等の行為	ほぼ毎日
7ネ	他を叩く等の行為	
7ノ	興味等による行動	
7ハ	通常と違う声	希にある
7ヒ	突発的行動	
7ホ	反復的行動	

C項目群	調査結果	
6-3-イ	独自の意思伝達	
6-4-イ	説明の理解	
7フ	過食、反すう等	ほぼ毎日
7ヘ	憂鬱で悲観的	
7マ	対人面の不安緊張	ある
7ミ	意欲が乏しい	
7ム	話がまとまらない	
7メ	集中力が続かない	ある
7モ	自己の過大評価	
7ヤ	疑い深く拒否的	
9-8	文字の視覚的認識	

3 中間評価項目得点表

麻痺拘縮	移動	複雑動作	特別介護	身の回り	意思疎通	行動
100.0	100.0	99.9	84.1	69.3	93.2	61.5

I ADL	行動障害
4.28点	2.92点

## 特記事項

- 1 麻痺等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 関節の動く範囲の制限の有無
- 2 移動等に関連する項目についての特記事項
- 2-1 寝返り, 2-2 起き上がり, 2-3 座位保持, 2-4 両足での立位保持, 2-5 歩行, 2-6 移乗, 2-7 移動
- 3 動作等に関連する項目についての特記事項
- 3-1 立ち上がり, 3-2 片足での立位保持, 3-3 洗身
- 4 身の介護等に関連する項目についての特記事項
- 4-1 じょくそう(床ずれ)等の有無, 4-2 えん下, 4-3 食事摂取, 4-4 飲水, 4-5 排尿, 4-6 排便
- (4-1) イ. 手、足の爪を噛む行為が日常的にあるため化膿している。
- (4-4) 一回の飲水量が多いため声かけが必要。
- 5 身の世話等に関連する項目についての特記事項
- 5-1 清潔, 5-2 衣服着脱, 5-3 薬の内服, 5-4 金銭の管理, 5-5 電話の利用, 5-6 日常の意思決定
- (5-1) エ. 手足の爪、自分で噛んでしまう特異行動あり。切る必要性がない。
- (5-3) 自分で時間になると飲むことはできるが見守りは欠かせない。情緒不安定時の頓服は、服薬拒否あり。
- 6 コミュニケーションに関連する項目についての特記事項
- 6-1 視力, 6-2 聴力, 6-3-ア 意思の伝達, 6-3-イ 本人独自の表現方法, 6-4-ア 介護者の指示への反応, 6-4-イ 言葉以外の手段を用いた説明の理解, 6-5 記憶・理解
- (6-3-ア) 本人の要求について、口頭にて単語程度の会話にて意思の表現をする程度。
- (6-5) オ. 衣類が季節毎に選べないことからできないものと思われる。
- 7 行動に関連する項目についての特記事項
- 7 行動(ア～ヤまで)
- (ウ) 部屋の片隅をじっと見つめることが多くあるが、幻覚が見えているかは判断がつかない。
- (オ) 睡眠薬服用にて夜間は眠れている。服薬し忘れると不眠となる。
- (エ, ク, ニ, ヌ) 平成18年4月頃より、ほぼ毎日、夕食後から3時間程情緒不安定。表情険しく自分の腕を噛む自傷行為、奇声(大声でのうなり声)がある。
- (キ) 日常的に同じことを繰り返して聞き返すことがある。
- (コ, サ) 日常的に徘徊あり(目的の有無は不明)。
- (ク) テレビのリモコン等を噛んで壊す。
- (チ) 約1年前に便を手でこねる行為があった。現在、唾、痰、鼻汁を手でこねる行為あり。
- (ナ) 日常的に多動で落ち着きがない。
- (ヌ) 自分の手、指の皮を剥き血を出す。
- (ネ) 壊すほどではないが床を踏み鳴らしたり、壁を叩く行為が、ほぼ毎日夕食後より3時間ほどある。
- (ノ) 好意を抱いている人に対しては、顔や体を触る。
- (ハ) 人混みや高い声、音に対して大声をあげることがあるため、介助者が配慮をしている。
- (フ) 毎食過食傾向のため声かけにより適正量の調整を行っている。
- (マ) 基本的に他者との関わりを好まないため、介助者が配慮をしている。
- (メ) 日中作業所では、作業に全く集中できないため支援者がマンツーマンで対応している。
- 8 医療に関連する項目についての特記事項
- 8 医療
- 9 生活に関連する項目についての特記事項
- 9-1 調理, 9-2 配下膳, 9-3 掃除, 9-4 洗濯, 9-5 入浴準備, 9-6 買物, 9-7 交通手段, 9-8 文字の視覚的認識使用
- (9-2) 配膳、下膳は声かけの指示にてできる。自分から食器を洗うことも稀にあり。
- (9-3, 5) 声かけの指示によりできる。

-----  
(9-4) 洗濯機のスイッチ操作は介助者が行う。畳み方が雑なため、介助が必要。

-----  
(9-7) 以前はバスを乗り換えて一人で授産所に通うことができていたが、現在の状況は不明。電車は経験がないため介助が必要。  
-----

### 医師意見書

記入日 平成 年 月 日

申請者	(ふりがな)	男 女	〒 -
	明・大・昭・平 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サービス利用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	<input checked="" type="checkbox"/> 初回 <input 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 (障害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. 精神遅滞	発症年月日	(昭和) 平成 54年 月 日頃)	
2.	発症年月日	(昭和・平成 年 月 日頃)	
3.	発症年月日	(昭和・平成 年 月 日頃)	
入院歴 (直近の入院歴を記入)			
1. 昭和・平成 年 月～	年 月	(傷病名: )	
2. 昭和・平成 年 月～	年 月	(傷病名: )	
(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) 障害の直接の原因となっている傷病の経過及び投薬内容を含む治療内容 (精神疾患については、病状の不安定に関する所見も記載) 精神遅滞あり。自傷行為、精神運動興奮みられ、平成11年より、当院にて治療。			

#### 2. 特別な医療 (現在、定期的に、あるいは頻回に受けている医療)

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 (胃ろう)	
	<input type="checkbox"/> 吸引処置 (回数 回/日, <input type="checkbox"/> 一時的 <input type="checkbox"/> 継続的)				
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) 行動上の障害の有無 (該当する項目全てチェック)	
<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
(有の場合) →	<input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input checked="" 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 <input type="checkbox"/> 性的行動障害 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (興奮、自傷 )
(2) 精神・神経症状の有無	
<input checked="" type="checkbox"/> 有 (症状名 精神遅滞 )	<input type="checkbox"/> 無
(有の場合) →	<input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 傾眠傾向 <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 失見当識 <input type="checkbox"/> 失認 <input type="checkbox"/> 失行 <input checked="" type="checkbox"/> 認知障害 <input type="checkbox"/> 記憶障害 (短期、長期) <input type="checkbox"/> 注意障害 <input type="checkbox"/> 遂行機能障害 <input type="checkbox"/> 社会的行動障害 <input type="checkbox"/> その他 ( )
・ 専門医受診の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (精神科 ) <input type="checkbox"/> 無



## 概況調査票

### I 調査実施者（記入者）

実施日時	年 月 日	実施場所	自宅内・自宅外（ ）		
ふりがな			所属機関	調査時間	
記入者氏名					

### II 調査対象者

ふりがな			性別	男・女	年齢	( ) 歳
対象者氏名					生年月日	年 月 日
現住所	〒 -			電話	-	-
家族等 連絡先	〒 - 氏名 ( ) 調査対象者との関係 ( )			電話	-	-

### III 認定を受けている各種の障害等級等（該当する項目に○をつけてください）

障害種別	等級および程度区分				
1) 身体障害者等級	1・2・3・4・5・6				
2) 身体障害の種類	視覚障害・聴覚障害・肢体不自由・内部障害・その他 ( )				
3) 療育手帳等級	最重度	○A	A1	1度	
	重度	A	A2	2度	
	中度	B	B1	3度	
	軽度	C	B2	4度	
4) 精神障害者保健福祉手帳等級	1級・2級・3級				
5) 障害基礎年金等級	1級・2級				
6) その他の障害年金等級	1級・2級・3級				
7) 生活保護の受給	有（他人介護料有り）・有（他人介護料無し）・ <b>無</b>				

### IV 現在受けているサービスの状況について、別紙1「サービスの利用状況票」に記入してください。

### V 地域生活関連について、サービスの種類や量に関することを中心に記入してください。

・ 外出の頻度（過去1ヶ月間の回数）： 頻 回程度（買物、通所施設）
・ 社会活動の参加の状況（特になし）
・ 過去2年間の入所歴： <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
あり⇒ 入所期間： 年 月～ 年 月 入所した施設の種類（ ）
年 月～ 年 月 入所した施設の種類（ ）
・ 過去2年間の入院歴： <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
あり⇒ 入院期間： 年 月～ 年 月 入院の原因となった病名（ ）
年 月～ 年 月 入院の原因となった病名（ ）
・ その他

VI 就労関連について、サービスの種類や量に関することを中心に記入してください。

<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 就労状況： <input type="checkbox"/>一般就労 <input type="checkbox"/>パート・アルバイト <input checked="" type="checkbox"/>就労していない <input type="checkbox"/>その他（ ）</li> <li>・ 過去の就労経験：一般就労やパート・アルバイトの経験 <input type="checkbox"/>あり <input checked="" type="checkbox"/>なし                  最近1年間の就労の経験 <input type="checkbox"/>あり <input checked="" type="checkbox"/>なし                  中断の有無 <input type="checkbox"/>あり <input checked="" type="checkbox"/>なし</li> <li>・ 就労希望の有無：<input type="checkbox"/>あり <input checked="" type="checkbox"/>なし                  具体的に</li> </ul>
--

VII 日中活動関連について、サービスの種類や量に関することを中心に記入してください。

<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 主に活動している場所：<input type="checkbox"/>自宅 <input checked="" type="checkbox"/>施設 <input type="checkbox"/>病院 <input type="checkbox"/>その他（ ）                  月～金9：00～16：00通所施設にて木作業を主として行う。                  作業に集中できないため支援員とマンツーマンでの活動。                  送迎は事業所送迎バス利用。</li> </ul>
--

VIII 介護者関連について、サービスの種類や量に関することを中心に記入してください。

<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 介護者の有無：<input type="checkbox"/>なし <input checked="" type="checkbox"/>あり</li> <li>・ 介護者の健康状況等特記すべきこと                  主たる介護者は母親。健康状態は良好。</li> </ul>
---

IX 居住関連について、サービスの種類や量に関することを中心に記入してください。

<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 生活の場所：<input type="checkbox"/>自宅（単身） <input checked="" type="checkbox"/>自宅（家族等と同居） <input type="checkbox"/>グループホーム <input type="checkbox"/>ケアホーム <input type="checkbox"/>病院                  <input type="checkbox"/>入所施設 <input type="checkbox"/>その他（ ）</li> <li>・ 居住環境                  父母、弟と同居。                  生活上等に不便はないとのこと。                  本人が騒いだ時に、近隣の目が気になる。</li> </ul>
--

X その他、サービスの種類や量に関することを中心に記入してください。

<p>自閉的傾向強く、意思表示は本人の要求を口頭にて単語程度で伝えるだけで、会話は成立しない。平成〇年〇月頃より、ほぼ毎日、夕食後から3時間程度表情険しく奇声（うなり声）、自傷行為（腕を噛む）の特異行動がある。頓服、服薬拒否あり、放っておくしかない状態。原因不明。自宅内でも落ち着きなく終始動き回っている。食べ物の要求がかなり多い。</p>
--