

区分3 事例3

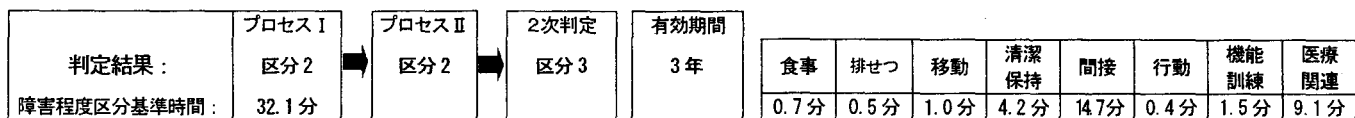
区分変更: 区分2 → 区分3

有効期間: 3年間

審査及び判定の概要:

- 中度の知的障害、広汎性発達障害で、統合失調症を併発している事例。
- 構音障害、吃音のコミュニケーションに障害があり、そのため被害妄想を抱くなど精神症状も不安定で介護を拒む場面もみられる。これらに対応することから、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



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	行っていない
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	
4-4	飲水	
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	
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	
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	
6-3ア	意思の伝達	ときどきできる
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	
6-5カ.	場所の理解	

行動		調査結果
7 ア	被害的	ときどきある
7 イ	作話	
7 ウ	幻視幻聴	ときどきある
7 エ	感情が不安定	ときどきある
7 オ	昼夜逆転	
7 カ	暴言暴行	ときどきある
7 キ	同じ話をする	
7 ク	大声を出す	ときどきある
7 ケ	介護に抵抗	ときどきある
7 コ	常時の徘徊	
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	
7 ソ	火の不始末	
7 タ	物や衣類を壊す	
7 テ	不潔行為	
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	全介助
9-2	食事の配下膳	
9-3	掃除	見守り、一部介助
9-4	洗濯	全介助
9-5	入浴の準備片付け	見守り、一部介助
9-6	買い物	
9-7	交通手段の利用	

B2項目群		
7 ト	こだわり	
7 ナ	多動・行動停止	
7 ニ	不安定な行動	月に1回以上
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	
7 ハ	通常と違う声	
7 ヒ	突発的行動	
7 ホ	反復的行動	

C項目群		
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	
7 ヘ	憂鬱で悲観的	ときどきある
7 マ	対人面の不安緊張	
7 ミ	意欲が乏しい	ときどきある
7 ム	話がまとまらない	ときどきある
7 メ	集中力が続かない	ときどきある
7 モ	自己の過大評価	
7 ヤ	疑い深く拒否的	ときどきある
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	71.1	100.0	82.9	94.4	86.4

IADL	行動障害
2.57点	0.78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

(3-3) 入浴を拒否し、ほとんど入浴をしていない。

()

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

()

()

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

(5-2) 衣服は着脱は自分でできるが、衣類の用意は介護者がしないと着ない。

(5-3) 飲み忘れがあり、確認が必要。

(5-4) 少額の使用及び管理のみ可能。

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, 6-3-7 意思の伝達, 6-3-1 本人独自の表現方法, 6-4-7 介護者の指示への反応, 6-4-1 言葉以外の手段を用いた説明の理解, 6-5 記憶・理解,

(6-3-1) 意思表示はするが、言語が不明瞭(構音障害)で訛音があるため、伝えようとしているが、なかなか聞き取れない。

(6-4-1) 指示は通しても、従わないことも多い。

7 行動に関連する項目についての特記事項

7 行動(7~7まで)

(ア) 言語が不明瞭なため、伝わらなかった人に対して、被害妄想をいだくことがある。

(カ) 介護者に対し、威圧的な言動を行うことがある(薬でよくなってきているとのこと)。

8 医療に関連する項目についての特記事項

8 医療

() ○○病院に定期通院。月に1度。

() 以前長期に入院していたが、その時の疾病名はわからないとのこと。統合失調症と推測される。

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

(9-3) 掃除は、言われれば行うが、同じ所ばかり掃除をしている。そのため、いつもやり直しを介護者がする。

(9-4) 洗濯は全く行うことはない。自分がすることではないと決めている様子。

(9-5) 入浴をしていない様子ではあるが、推測すると自分では用意できないが、用意するものを指示するとできるのでは。

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. 広汎性発達障害	発症年月日	昭和・平成	30年 5月 ○日頃)
2. 統合失調症	発症年月日	昭和・平成	51年 ○月 ○日頃)
3. 精神遅滞(中度)	発症年月日	昭和・平成	30年 5月 ○日頃)
入院歴(直近の入院歴を記入)			
1. 昭和・平成	53年 3月~	54年 8月	(傷病名: 統合失調症)
2. 昭和・平成	55年 7月~平成7年	1月	(傷病名: 統合失調症)
(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) 構音障害が著しく、会話は困難で、常同行為がめだつ。 パターン化した生活を続けていて、望んでいないことがあると母親を責めたり叩いたりする。不自然な行動が目立ち、対人関係は作れず、孤立している。 生活能力も低く、母の介護を受けて生活しているが、母が入院して一人になり生活が困難となって施設にショートステイした。			

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 checked="" type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input checked="" type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input checked="" 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 上記の通り) <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 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 checked="" type="checkbox"/> その他(上記の通り)
・ 専門医受診の有無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (当院) <input 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=165 cm 体重=80 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ご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。)

中度の精神遅滞を伴う、広汎性発達障害があり、生活能力はきわめて低く、一人ぐらしが困難である。社会性の障害とコミュニケーション能力の障害のため適切に援助を求められないうえ、被害的となりやすく、援助を拒むこともある。訪問看護とホームヘルプサービスによる在宅支援が必要であり、それでも生活を維持できない。時々、グループホーム等への入所も考える必要がある。

<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;5 能力障害;3) (判定時期 平成 ○年 ○月)

○生活障害評価:(食事;4 生活リズム;4 保清;4 金銭管理;4 服薬管理;4

対人関係;5 社会的適応を妨げる行動;2) (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・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	ⓑ	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	ⓑ(他人介護料有り)・有(他人介護料無し)・無				

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"> 外出の頻度（過去1ヶ月間の回数）：<u>2日</u>に<u>1</u>回程度 社会活動の参加の状況（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 type="checkbox"/>なし <input checked="" type="checkbox"/>あり あり⇒ 入院期間：平成18年 5月～ 18年 6月 入院の原因となった病名（統合失調症？ ） 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。

- ・ 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
労働に対する意欲はみられない。

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（ ）
特にサービスは受けていない。自宅で何もせずに過ごしている。

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
介護者の母親は要介護1とのこと。ヘルパーを週2回利用しているが、断ることも多い。他人が家に入ることを嫌う傾向がある。また、認知症やうつ病もあるとのこと。介護者の家事能力は低く、同じものを何日も食べたりしているとのこと。
上記は、〇〇さんの姉より聞き取りした内容である。

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
2DKの部屋に母親と2人で生活。かなり古いアパートである。本人は用事がない限り外出しないし、母親の手伝いも殆どしない。

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。

母親の介護や健康状態を考えると、母親や姉は入所施設を希望している。しかし、本人は入所施設には行きたくないと話している。
しかし、高齢の母親と2人で生活は限界にきているように感じる。訪問したときは20分くらいずっとひげそりをしている。
言葉は不明瞭でかつ吃音があるため、意思是伝えにくく、聞いていてもよくわからない。

区分3 事例4

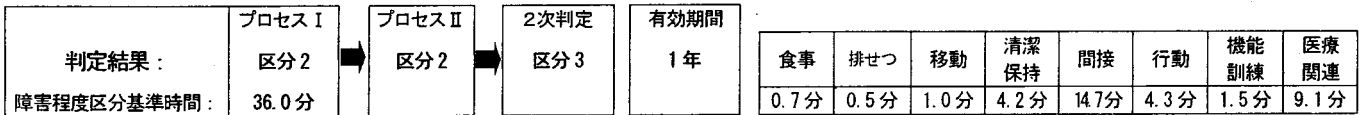
区分変更: 区分2 → 区分3

有効期間: 1年間

審査及び判定の概要:

- パニック障害とアルコール依存症の事例。
- 現在断酒を続けているが、アルコールに対する精神依存が引き続きみられることに伴う対応を要すること、対人恐怖が強く、頻回に動悸、胸苦、過呼吸を伴うパニック発作が出現し、外出困難となること、しばしば食事摂取も困難となるなど、状態悪化時のサポートを要すること、身辺の世話の必要な時に援助を求めることが困難であり、指示や声かけ、見守りなどを要し、より長い介護時間を要することを特記事項及び医師意見書から判断し、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）	ある
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	
4-4	飲水	
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	
5-2ア.	上衣の着脱	
5-2イ.	ズボン等の着脱	
5-3	薬の内服	全介助
5-4	金銭の管理	
5-5	電話の利用	
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	
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	
6-5カ.	場所の理解	

行動	調査結果	
7ア	被害的	ある
7イ	作話	
7ウ	幻視幻聴	ある
7エ	感情が不安定	ある
7オ	昼夜逆転	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	
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	
7ソ	火の不始末	
7タ	物や衣類を壊す	
7チ	不潔行為	
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	調査結果	
9-1	調理	見守り、一部介助
9-2	食事の配下膳	
9-3	掃除	全介助
9-4	洗濯	
9-5	入浴の準備片付け	
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	
7ナ	多動・行動停止	
7ニ	不安定な行動	ほぼ毎日
7ヌ	自ら叩く等の行為	希にある
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	
7ヒ	突発的行動	
7ホ	反復的行動	
C項目群		
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	
7ヘ	憂鬱で悲観的	ある
7マ	対人面の不安緊張	ある
7ミ	意欲が乏しい	ある
7ム	話がまとまらない	ときどきある
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	ある
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	100.0	84.2	100.0	82.5

I ADL	行動障害
2.14点	0.71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

(1-1) 長期にわたって飲酒を続けた結果として手の震え、足の重さを感じる。

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

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

(5-3) 大量服薬してしまうことがある。大量服薬を防ぐために薬を飲まないことがある。常に残薬量の不安が頭にある。

このため、常に主治医やケースワーカーなどから気をつけるように言われている。飲む量が一定しない。

(5-6) 必要時に援助を求めることが困難である。例えば、病状が思わしくない場合、診療予約日を変更して早目に受診

するといった判断が有り得るが、予約日までひたすら我慢してしまう。ワーカーの指示のもと、はじめて変更の

連絡を病院へ入れることができる。

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, 6-3-7 意思の伝達, 6-3-1 本人独自の表現方法, 6-4-7 介護者の指示への反応, 6-4-1 言葉以外の手段を用いた説明の理解, 6-5 記憶・理解,

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)

(ア) 病状が悪い時は、周囲に自分は嫌われていると思いがちになり、被害的となる。敵に思えてくる。

(ウ) 室内のエアコン付近に虫が見える(幻覚)。特に調査日より1週間ほど前から毎日である。

(エ) 自分は若いのに1日中ボーッと過ごしてしまうことに自責の念を持ち、ふと泣いてしまい、感情が不安定となる。感情失禁してしまいがち。

(オ) 寝ている時間は長い、ぐっすり眠った気がしない。途中で目が覚める。

(ニ) 対人恐怖により過呼吸発作をおこす。動悸、大量服薬あり。

(ヘ) (エ)に同じ。気分が憂うつで悲観的になると、周囲が話しかけても思考が中断しがちで、会話が途切れる。

(マ) 決まった場所、慣れている場所にしか、外出ができない。対人恐怖により、近くの商店街(アーケード)は歩くこともできず、出入りできる店は近くのコンビニのみである。このため、服は、施設を退所してから5年以上買い足していない。買い物したくないため、食事は夜に一度コンビニ食である。

(ミ) 断酒会にはかろうじて行くが、それ以外はずっと一日中横になっている。何もない日は1日家において、なるべく外出しない。

(ム) (ヘ)に同じ。話にもとまりがなくなる。話題が広がってしまう。

(ヤ) (ア)に同じ。

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) 献立を立てることができない。1つ1つの段どりは指示があればできる。

(9-3) 室内の書類整理はヘルパーと共に行う。

(9-6) 7-マに同じ。

(9-7) 地下鉄に乗ると電車に吸い込まれそうな感覚になる。乗車時は対人恐怖。

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)		連絡先 ()
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. パニック障害	発症年月日	(昭和・平成) 50年 月 日頃)	
2. アルコール依存症	発症年月日	(昭和・平成) 〇年 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 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) パニック発作。			
(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) 幼少時より、パニック発作の出現をみた。平成3年~平成6年通院。徐々に外出困難となり退職。飲酒量増大し、コントロール喪失。診療所の紹介で、平成14年12月〇日当院初診。以後、外来通院。			

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 パニック発作)	<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 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 () <input 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= _____ cm 体重= _____ 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ご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。)

対人恐怖強く、頻回に、動悸、胸苦、過呼吸などのパニック発作が出現し、外出も困難な状態。
 食事摂取も、しばしば困難となる。
 アルコールに対する精神依存は認めるが、現在、断酒を続けている。

<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; 4 能力障害; 4) (判定時期 平成○年○月)

○生活障害評価: (食事; 4 生活リズム; 4 保清; 3 金銭管理; 3 服薬管理; 2
 対人関係; 3 社会的適応を妨げる行動; 2) (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・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・ <u>2級</u> ・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）・ <u>有</u> （他人介護料無し）・無				

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を中心に記入してください。

<ul style="list-style-type: none"> 外出の頻度（過去1ヶ月間の回数）： <u>24</u> 回程度 社会活動の参加の状況（週6日断酒会などのミーティングに参加している。） () 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。

・ 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
 以前の就労経験を活かし、プログラマー、SEなど。

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（ミーティング ）

・ 日中は、〇〇の仲間から依頼された書類づくりを主に行っている。夜間は週6日のミーティングに通っている。

・ 土曜日は2時間ホームヘルプを利用している。

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
 親兄弟は市内在住だが、5年以上疎遠となっている。

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
 駅から平坦な道を歩いて5分程度のところに自宅がある。周囲は、昔の商店街の名残りがあり、自宅のそばには、クリニックや商店などが点在する。バスも通るが比較的静かな環境である。自宅は階段を昇った3階にあり、ワンルームである。

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。

・ ミーティングには、どんなに体調・病状がすぐれなくても週6日通い続けている。酒・薬を断つために「命より大事」とくり返し自分に言いきかせている。

区分3 事例5

区分変更: 区分1 → 区分3

有効期間: 1年間

審査及び判定の概要:

- 気分変調症を発症した事例。
- 特記事項及び医師意見書から症状の不安定性があり、入浴は自らの決意では10日に一度がやっとであるなど日常生活面での支障が大きいこと、昼夜逆転がみられ、夜間における支援を要すること、不安定な状態になると暴言や大声を出すなど行動上の障害も顕著であり、こうした状況への対応が必要なこと、また、希死念慮もみられ、こうした状況下での対応を要することなど、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

判定結果：	プロセスⅠ 区分1	プロセスⅡ 区分1	2次判定 区分3	有効期間 1年	食事 0.7分	排せつ 0.5分	移動 1.0分	清潔 保持 4.2分	間接 14.7分	行動 0.4分	機能 訓練 1.5分	医療 関連 6.5分
障害程度区分基準時間：	29.5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-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	
4-4	飲水	
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	
5-2ア.	上衣の着脱	
5-2イ.	ズボン等の着脱	
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	
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	
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	ときどきある
7 キ	同じ話をする	
7 ク	大声を出す	ときどきある
7 ケ	介護に抵抗	ときどきある
7 コ	常時の徘徊	
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	
7 ソ	火の不始末	
7 タ	物や衣類を壊す	
7 チ	不潔行為	
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	
9-2	食事の配下膳	
9-3	掃除	見守り、一部介助
9-4	洗濯	
9-5	入浴の準備片付け	
9-6	買い物	見守り、一部介助
9-7	交通手段の利用	
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	
7 ハ	通常と違う声	
7 ヒ	突発的行動	
7 ホ	反復的行動	
C項目群		
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	
7 ヘ	憂鬱で悲観的	ある
7 マ	対人面の不安緊張	ときどきある
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	
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	100.0	100.0	100.0	89.7

IADL	行動障害
0.85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

()

()

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) 入浴ができない。10日に1度入るのがやっと。入浴するのに決心が必要とのこと。洗身は可能。

()

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) 食欲不振。内容の偏りがあり栄養バランスが悪い。食材選びのアドバイス等が必要。

()

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

()

()

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,

()

()

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)

(エ) 不安定な状態になるとマイナス思考で悲観的になり、身体的にも低下する。

(カ) 感情的になり暴言や大声を出すことがある。

(ケ) 助言等は聞いてはおり、その場では納得するが、自分の考えから抜け出せない。

(ト) 自分の意に添わずトラブルのあった人に対して執拗に執着して攻撃的になる。

(ヘ) 悲観的になり陸橋に立ち自殺未遂の行動をとったことがあった。

(マ) 多くの人の集まる場所や買い物等に行く時に緊張が強くなり、ひとりで行動できない時がある。

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) おそばを作る、魚を焼くくらいで、あとはレトルト食品ですませる。包丁等を使う調理は、ほとんどしない。

(9-3) 週1回のホームヘルプサービス利用時に一緒に行く。ひとりではできない。やらなければならないほど身体が動かなくなるとのこと。

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)		連絡先 ()
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 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 (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. 気分変調症	発症年月日	(昭和・平成) 4年 6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 17年 4月～	17年 5月	(傷病名: 反応性精神病、自殺未遂)	
2. 昭和・平成 17年 7月～	17年 8月	(傷病名: 反応性精神病)	
(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〕 精神状態が非常に不安定で、自殺念慮が出没する。			
(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) 平成4年6月頃より食欲不振、抑うつ気分、不眠で〇〇病院受診。同年10月～11月入院。 以後、数回の入退院を繰り返している。自殺未遂、自殺念慮で消耗している。			

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 checked="" 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 抑うつ、自殺念慮、不眠)	<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 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 checked="" 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	

<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 = cm 体重 = 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 (見守りを要す。)

(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 (栄養指導を要す。)
 ・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。)

障害基礎年金診断書の写しから抑うつ気分、希死念慮、不眠等があることを確認。

<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; 4 能力障害; 4) (判定時期 平成 ○年 ○月)

○生活障害評価: (食事; 3 生活リズム; 4 保清; 3 金銭管理; 3 服薬管理; 2

対人関係; 3 社会的適応を妨げる行動; 3) (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 生年月日	() 歳
対象者氏名						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）・ 無				

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"> 外出の頻度（過去1ヶ月間の回数）： <u>15</u> 回程度 社会活動の参加の状況（デイケア2回/W) 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 type="checkbox"/>なし <input checked="" type="checkbox"/>あり あり⇒ 入院期間： 17年 7月～17年 5月 入院の原因となった病名（飛び降り自殺を図ろうとした） 17年 7月～17年 8月 入院の原因となった病名（病状悪化、食欲不振、抑うつ感等） 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。

・ 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
 経済的理由もあり就労は希望しているが、通勤ができないので、自宅での仕事を探している。

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（ ）
 デイケアに週2回 ホームヘルプ週1回利用。
 ひとりで買い物ができない。掃除ができない。

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
 母は特養入所中。
 妹は海外在住。
 単身生活。

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
 アパート単身生活。

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。

デイケアに通所するようになり、ひとりでの外出もできるようになってきた。通院も定期的にできるようになってきているが、精神面の躁鬱の波が激しい。依存傾向もあるので、関係者の統一した対応が必要。