

区分5 事例3

区分変更: 区分3 → 区分5

有効期間: 3年間

審査及び判定の概要:

- 重度の知的障害で周期性の興奮、不眠状態がある事例。
- 排便時に排泄物を壁になすりつけたり、葉を口に入れるなどの異食行為、奇声、暴行（母親の髪を引っ張る）、破衣等の行動障害がみられることから、これらに対応するため、介護時間が長くなると判断し、区分5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3 58.6分	プロセスⅡ 区分3	2次判定 区分5	有効期間 3年	食事 3.1分	排せつ 10.5分	移動 13.7分	清潔 保持 15.8分	間接 5.7分	行動 4.3分	機能 訓練 2.2分	医療 関連 3.3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)	
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	見守り等
2-7	移動	見守り等
複雑動作		
3-1	立ち上がり	
3-2	片足での立位	
3-3	洗身	全介助
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	見守り等
4-5	排尿	見守り等
4-6	排便	一部介助
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	一部介助
5-1エ.	つめ切り	全介助
5-2ア.	上衣の着脱	見守り等
5-2イ.	ズボン等の着脱	見守り等
5-3	薬の内服	全介助
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	できない
意思疎通		
6-1	視力	
6-2	聴力	
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	できない
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	できない
6-5オ.	今の季節を理解	できない
6-5カ.	場所の理解	できない

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	82.5	77.0	60.3	29.7	36.9	61.7

I ADL	行動障害
5.57点	4.26点

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	ときどきある
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	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	ときどきある
7チ	不潔行為	ときどきある
7ツ	異食行動	ほぼ毎日
7テ	ひどい物忘れ	ある
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	全介助
9-5	入浴の準備片付け	全介助
9-6	買い物	全介助
9-7	交通手段の利用	全介助

B2項目群	調査結果	
7ト	こだわり	ある
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	ほぼ毎日
7ノ	興味等による行動	毎日(外出のたび)
7ハ	通常と違う声	日に1回以上
7ヒ	突発的行動	日に1回以上
7ホ	反復的行動	ある

C項目群	調査結果	
6-3-イ	独自の意思伝達	ほとんど不可
6-4-イ	説明の理解	ときどきできる
7フ	過食、反すう等	
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	ある
7ム	話がまとまらない	
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	
9-8	文字の視覚的認識	全介助

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

(2-6, 7) 移動や移乗の際に声かけがないと行動できないことや歩道から車道に飛び出してしまう行動も見られるため見守りが必要と判断。

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) 介助者が声かけをしても手で体を撫でる程度の洗身しかできていないため全介助と判断。

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) 介助者が声をかけないと食事が進まない。手が止まってしまうなどの様子が見られる。

(4-4) 介助者が声をかけないと適量以上の水分を摂取してしまうため、見守りが必要と判断。

(4-5, 6) 介助者が声をかけないと便器の外に排尿してしまったり、おしりを拭く行為をしないことがあるため、見守り、一部介助が必要と判断。

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) 歯ブラシは手に持って口の中に入れる程度、洗顔は水で軽く顔を濡らす程度のため、一部介助と判断。

(5-2) 表裏反対に着てしまうことなどがあるため、見守りが必要と判断。

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) 「アー」「ウー」などの発声が見られるが、意図していることが分からないことが多い。

(6-4-ア) 介助者からの指示に対しては、何度も繰り返す中で反応される時とそうでない時がある。

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)

(カ, ク, ネ) ほぼ毎日自分の思い通りにならない時に大きな声を出したり、母親の髪の毛を引っ張るなどの行為が見られる。

(コ, サ) 日中自宅にいる際には、常時部屋の中を動き回ったり、部屋の隅の方に行き座るなどの行動を繰り返している。

(チ) 排便後、排泄物を壁などになすりつけるなどの行為がある。

(ツ) 外出時に、葉っぱなどをむしり取って口に入れてしまう行為がある(外出時は常に)。

(ホ, ト) 広告チラシを細かくちぎってゴミ箱に入れる。それを繰り返し行っている。破って良い物、悪い物の判断はできない。

(ニ, ヒ) 着替えをすることが好きのため、わざと排尿を失敗して着替えをする行為が見られる。自宅に置いてあった塗料用のシンナーを飲んでしまったこともある。

8 医療に関連する項目についての特記事項

8 医療

() ※てんかん発作あり。服薬もあり(精神安定剤もあり)。

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

() 一連の行為において上記のような行動が見られるため、すべてにおいて見守り、介助が必要と判断。

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 _____ 医療機関名 _____ 電話 () _____ 医療機関所在地 _____ FAX () _____			
(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. てんかん	発症年月日	(昭和)・平成	44年 月 日頃)
2. 精神発育遅滞	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) ほぼ1ヶ月周期で精神運動興奮、不眠を来す。			
(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) てんかんはコントロール良好、発作を認めていない。 周期性の興奮時には服薬で対応。			

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 checked="" 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 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 (不穏、興奮、不眠)
・ 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) 現在は無い

(3) 身体の状態

利き腕 (右 左) 身長 = 150 cm 体重 = 50 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 (適量が分らず過食に及ぶ。 _____)

・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。)

周期性の病状悪化 (精神運動興奮) の時期には不眠を来し、奇声を上げて家族や周囲の者を叩く。又、破衣、過食・過飲水なども同時期に出現する。悪化の期間は7~10日/月程度。それ以外の時期には大人しく他者と交流をもたない。言語の使用はできない。

<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; 2 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; 2 保清; 3 金銭管理; 5 服薬管理; 5

対人関係; 5 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	Ⓐ	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。

・ 外出の頻度（過去1ヶ月間の回数）： _____ 回程度
・ 社会活動の参加の状況（ _____ ）
・ 過去2年間の入所歴： <input 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 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

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（ ）
 月～金 第2、3、4土曜日。○○。

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
 母親は高血圧（服薬などはなし）。

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

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。

外出介護 54時間/月。
 ショートステイ 7日/月。
 ○○を利用予定。