

事例 11

●性 別 ……………男性

●年 齢 ……………89歳

●介護環境 ……………居宅

●最も類似する状態像の例 …………… 2 - 5

●要介護度変更 ……………要介護 1 → 要介護 2

●審査及び判定の概要

両下肢の筋力低下による軽度のADL低下と、火の不始末等の問題行動のある事例。

介護認定審査会では、主治医意見書より「月に何回か畳の上に大便を落としている。アイロンを使用していて焦がしてしまったなど火の不始末もあり」との記載から、問題行動に対する後始末や見守りの手間は通常の介護より延長しているとの意見が出された。これらの議論を踏まえ、状態像の例との比較、特記事項及び主治医意見書の内容を総合的に勘案し、要介護 2 に変更した。

事例 11

No.

介護認定審査会資料

申請区分：新規申請
被保険者区分：第1号被保険者

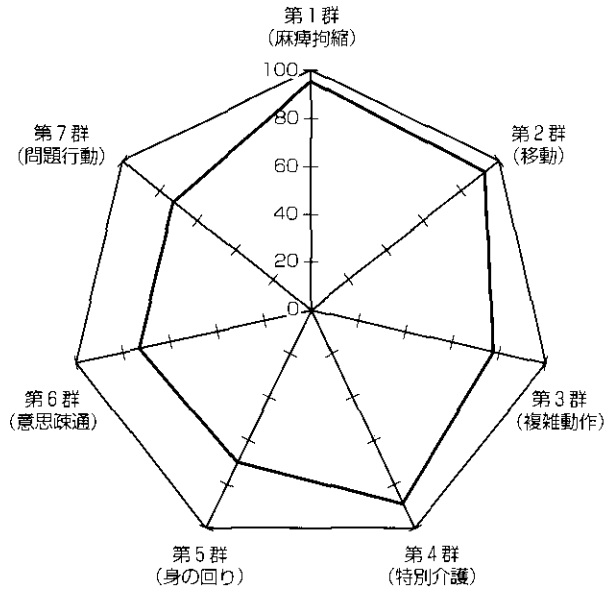
年齢：89
性別：男
前回の認定審査会結果：なし
前回認定有効期間：
前回介護保険審査会結果：なし
一次判定結果：要介護1
要介護認定等基準時間：33分
一次判定警告コード：
機能訓練+間接生活介助：

--	--	--	--	--	--

現在の状況：居宅
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（デイケア）：0回/月
福祉用具貸与：0品目
短期入所生活介護：0日/月
短期入所療養介護：0日/月
痴呆対応型共同生活介護：0日/月
特定施設入所者生活介護：0日/月
福祉用具購入：0品目/6月間
住宅改修：なし

障害老人自立度：A1 痴呆性老人自立度：IIb

中間評価項目表



中間評価項目得点

第1群	第2群	第3群	第4群	第5群	第6群	第7群
94.3	93.1	77.6	88.6	70.9	70.7	76.4

〈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：カテーテル

第1群 (麻痺拘縮)	1. 麻痺 (左-上肢) (右-上肢) (左-下肢) (右-下肢) (その他)	ある ある
第2群 (移動)	2. 拘縮 (肩関節) (肘関節) (股関節) (膝関節) (足関節) (その他)	
第3群 (複雑動作)	1. 寝返り 2. 起き上がり 3. 両足での座位 4. 両足つかない座位 5. 両足での立位 6. 歩行 7. 移乗	つかまれば可 自分で支えれば可
第4群 (特別介護)	1. 立ち上がり 2. 片足での立位 3. 浴槽の出入り 4. 洗身 1. ア. じょくそう イ. 皮膚疾患 2. 片手胸元持ち上げ 3. 嚥下 4. ア. 尿意 イ. 便意 5. 排便後の後始末 6. 排便後の後始末 7. 食事摂取	つかまれば可 支えが必要 ある 間接的援助 間接的援助 見守りが必要 一部介助
第5群 (身の回り)	1. ア. 口腔清潔 イ. 洗顔 ウ. 整髪 エ. つめ切り 2. ア. ボタンかけはずし イ. 上衣の着脱 ウ. スポン等の着脱 エ. 靴下の着脱 3. 居室の掃除 4. 薬の内服 5. 金銭の管理 6. ひどい物忘れ 7. 周囲への無関心	全介助 一部介助 全介助 ある
第6群 (意思疎通)	1. 視力 2. 聴力 3. 意思の伝達 4. 指示への反応 5. ア. 毎日の日課を理解 イ. 生年月日をいう ウ. 短期記憶 エ. 自分の名前をいう オ. 今の季節を理解 カ. 場所の理解	目の前が見える やっと聴こえる できない できない できない
第7群 (問題行動)	ア. 被害的 イ. 作話 ウ. 幻視幻聴 エ. 感情が不安定 オ. 昼夜逆転 カ. 暴言暴行 キ. 同じ話をする ク. 大声をだす ケ. 介護に抵抗 コ. 常時の徘徊 サ. 落ち着きなし シ. 外出して戻れない ス. 一人で出たがる セ. 収集癖 ソ. 火の不始末 タ. 物や衣類を壊す チ. 不潔行為 ツ. 異食行動 テ. 性的迷惑行為	ある ある ある ある

認定調査票（特記事項）

3. 複雑な動作等に関連する項目についての特記事項

(3-4 洗身) 銭湯へ一人で行っているが、洗身を行っているかは不明。

4. 特別な介護等に関連する項目についての特記事項

(4-1 イ 皮膚疾患) 背中に火傷の痕があり、痒みがあるため掻いてしまう。治らないため受診予定。

5. 身の回りの世話等に関連する項目についての特記事項

(5-6 ひどい物忘れ) 銭湯へ行くが、バッグや下着などを忘れてくる。水道の蛇口を締めるのを忘れている（週2回）。

7. 問題行動等に関連する項目についての特記事項

(ア 被害的) はさみや布などを盗まれたと訴えることが週に3回程度ある。
 (キ 同じ話をする) 近所の人のお話を毎日繰り返し話す。
 (ケ 介護に抵抗) 下着を汚すが着替えようとしない。10枚位重ね着してしまうため、衛生的にも悪く、悪臭も強い。

概況調査Ⅳ

「調査対象者の主訴、家族状況、住居環境、虐待の有無について特記すべき事項」

妻と二人暮らし。痴呆症状あり。妻が主たる介護者で今まで対応していた。妻のADLが低下し、介護者不在になるため、娘が遠方より交代で毎日介護している。

主治医意見書

記入日 平成13年2月〇日

申請者	(ふりがな)	男 女	〒
	明・大・昭 年 月 日生(89歳)		
上記の申請者に関する意見は以下の通りです。 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 checked="" 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 13年 2月 〇日		
(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(特定疾病または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. 老人性痴呆 _____ 発症年月日 (昭和・平成) 8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
(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
(3) 介護の必要の程度に関する予後の見通し <input type="checkbox"/> 改善 <input checked="" type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 悪化
(4) 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 (最近6ヶ月以内に变化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)
約5年前にしばらく会っていなかった実の娘の顔を忘れてしまったというエピソードあり。1年前頃から痴呆症状がはっきりと出てきたとのこと。 話のつながりがなく、また月に何回か、畳の上に大便を落としていることあり。ズボンにアイロンをかけていて、焦がしてしまったことを人のせいにする(忘れてしまうこともある)。自分からは進んで飲食しない。

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)				
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)				
特別な対応	<input type="checkbox"/> モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等)				
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
・障害老人の日常生活自立度(寝たきり度) <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input checked="" type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2
・痴呆性老人の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input checked="" type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M
(2) 理解および記憶
・短期記憶 <input type="checkbox"/> 問題なし <input checked="" type="checkbox"/> 問題あり
・日常の意思決定を行うための認知能力 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input checked="" 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
・食事 <input checked="" type="checkbox"/> 自立ないし何とか自分で食べられる <input type="checkbox"/> 全面介助
(3) 問題行動の有無(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"/> 幻視・幻聴 <input checked="" type="checkbox"/> 妄想 <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 checked="" 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) 精神・神経症状の有無
 有 (症状名) 無
 (有の場合) → 専門医受診の有無 有 () 無

(5) 身体の状態
 利き腕 (右 左) 体重 = kg 身長 = cm 凡例

<input type="checkbox"/> 四肢欠損	(部位:)	程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重	
<input type="checkbox"/> 麻痺	(部位:)	程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重	
<input checked="" type="checkbox"/> 筋力の低下	(部位: 両下肢)	程度: <input checked="" type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重	
<input type="checkbox"/> 褥瘡	(部位:)	程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重	
<input type="checkbox"/> その他皮膚疾患	(部位:)	程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重	

関節の拘縮 ・ 肩関節 右 左 ・ 股関節 右 左
 ・ 肘関節 右 左 ・ 膝関節 右 左
 失調・不随意運動 ・ 上肢 右 左 ・ 体幹 右 左
 ・ 下肢 右 左

4. 介護に関する意見

(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 (日常生活全般にわたり介助が必要。)

(2) 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)
 訪問診療 短期入所療養介護 訪問栄養食事指導
 訪問看護 訪問歯科診療 その他 ()
 訪問リハビリテーション 訪問歯科衛生指導
 通所リハビリテーション 訪問薬剤管理指導

(3) 介護サービス (入浴サービス、訪問介護等) におけ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 (むせやすい)
 ・ 摂食について 特になし あり (自分からすすんで飲食する気持ちなし)
 ・ 移動について 特になし あり (ふらつきがみられるので注意が必要)
 ・ その他 ()

(4) 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

要介護認定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。)

- ・ 診療室で話していると正常のように見える。
- ・ 家人の話によると、話のつじつまが合っていなかったり、今言ったことを忘れてたりなどの症状がある。また、自分の仕事への執着が強く、洋服の修理の依頼を受けたり、また、アイロンをかけたがるので、家人が困っている。すでに完全に仕上げる能力は失われているし、アイロンで服を焦がして迷惑をかけている。

事例 12

●性 別 ……………女性

●年 齢 ……………95歳

●介護環境 ……………居宅

●最も類似する状態像の例 ……………2 - 5

●要介護度変更 ……………要介護1 → 要介護2

●審査及び判定の概要

両下肢の筋力低下等によるADL低下や認知能力の低下、問題行動等がある事例。

介護認定審査会では、歩行にふらつきが見られ、転倒等の危険性があることから、見守り、声かけなど日常生活全般に介護の手間がかかるようになっているとの意見が出された。また、幻視幻聴、徘徊等の問題行動についても検討が行われた。状態像の例との比較に基づき、要介護2に変更した。

事例12

No.

介護認定審査会資料

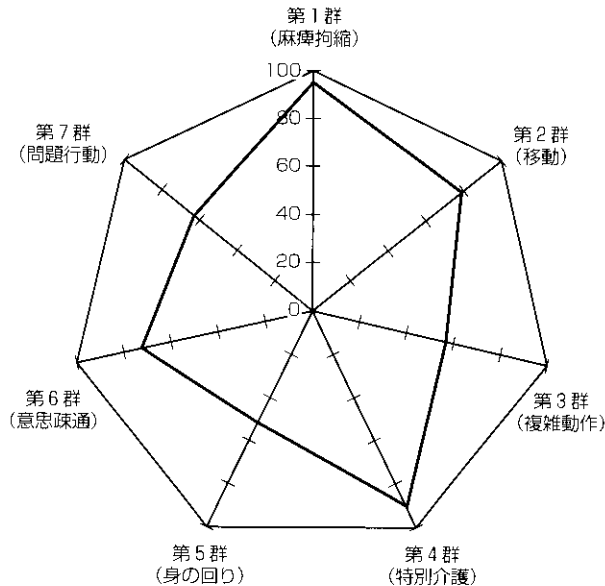
申請区分：更新申請
 被保険者区分：第1号被保険者

年齢	95
性別	女
前回の認定審査会結果	要介護2
前回認定有効期間	6月間
前回介護保険審査会結果	なし
一次判定結果	要介護1 一次判定警告コード
要介護認定等基準時間	49分 機能訓練+間接生活介助

現在の状況	居宅
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）	8回/月
通所リハビリテーション（デイケア）	0回/月
福祉用具貸与	0品目
短期入所生活介護	5日/月
短期入所療養介護	0日/月
痴呆対応型共同生活介護	0日/月
特定施設入所者生活介護	0日/月
福祉用具購入	0品目/6月間
住宅改修	なし

障害老人自立度：J1 痴呆性老人自立度：Ⅲa

中間評価項目表



中間評価項目得点

第1群	第2群	第3群	第4群	第5群	第6群	第7群
94.3	79.8	56.4	92.2	51.9	71.2	63.4

〈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	カテーテル	

第1群 (麻痺拘縮)	1. 麻痺 (左-上肢) (右-上肢) (左-下肢) (右-下肢) (その他)	ある ある
第2群 (移動)	2. 拘縮 (肩関節) (肘関節) (股関節) (膝関節) (足関節) (その他)	つかまれば可 つかまれば可
第3群 (複雑動作)	1. 寝返り 2. 起き上がり 3. 両足での座位 4. 両足つかない座位 5. 両足での立位 6. 歩行 7. 移乗	自分で支えれば可 支えが必要 つかまれば可
第4群 (特別介護)	1. 立ち上がり 2. 片足での立位 3. 浴槽の出入り 4. 洗身	つかまれば可 支えが必要 一部介助
第5群 (身の回り)	1. ア. じょくそう イ. 皮膚疾患 2. 片手胸元持ち上げ 3. 膝下 4. ア. 尿意 イ. 便意 5. 排便後の後始末 6. 排便後の後始末 7. 食事摂取	間接的援助 間接的援助 見守りが必要
第6群 (意思疎通)	1. ア. 口腔清潔 イ. 洗顔 ウ. 整髪 エ. つめ切り 2. ア. ボタンかけはずし イ. 上衣の着脱 ウ. スポン等の着脱 エ. 靴下の着脱 3. 居室の掃除 4. 薬の内服 5. 金銭の管理 6. ひどい物忘れ 7. 周理への無関心	一部介助 見守りが必要 見守りが必要 見守りが必要 見守りが必要 全介助 一部介助 全介助 ある ある
第7群 (問題行動)	1. 視力 2. 聴力 3. 意思の伝達 4. 指示への反応 5. ア. 毎日の日課を理解 イ. 生年月日をいう ウ. 短期記憶 エ. 自分の名前をいう オ. 今の季節を理解 カ. 場所の理解 ア. 被害的 イ. 作話 ウ. 幻視幻聴 エ. 感情が不安定 オ. 昼夜逆転 カ. 暴言暴行 キ. 同じ話をする ク. 大声をだす ケ. 介護に抵抗 コ. 常時の徘徊 サ. 落ち着きなし シ. 外出して戻れない ス. 一人で出たがる セ. 収集癖 ソ. 火の不始末 タ. 物や衣類を壊す チ. 不潔行為 ツ. 異常行動 テ. 性的迷惑行為	できない できない できない とときどきある ある とときどきある とときどきある ある ある とときどきある ある ある とときどきある ある

認定調査票（特記事項）

2. 移動等に関連する項目についての特記事項

(2-5 両足での立位) 頭痛、めまいがあり、頭がふらつくと訴える。

3. 複雑な動作等に関連する項目についての特記事項

(3-3 一般家庭用浴槽の出入り) 危険防止のため、見守りし、声かけを行う。

(3-4 洗身) 介護者の声かけにより自分で洗身する。

4. 特別な介護等に関連する項目についての特記事項

(4-5 排尿後の後始末) 自分でトイレに行くが間に合わず、便器のまわりや床を汚し、介護者が掃除する。

(4-6 排便後の後始末) トイレの周囲を汚したり、尻の拭き取りが十分でない。介護者が掃除し、紙パンツも使用している。

(4-7 食事摂取) 自分の好きなものだけを食べるため、声かけし、一品ずつ順次出すようにしている。

5. 身の回りの世話等に関連する項目についての特記事項

(5-6 ひどい物忘れ) 置き忘れると、他の人の部屋に入って探したりする。

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

(6-3 意思の伝達) 「あまりものを言わない方だが、言っている意味が分る時と、何を言っているのか分らない時がある」と介護者が言っていた。

(6-5ア 毎日の日課を理解) 通所介護は週2日だが、毎日出かける用意をしている。

(6-5イ 生年月日をいう) 生年月日は答えられるが、年齢は100歳と言っている。

7. 問題行動等に関連する項目についての特記事項

(ウ 幻視幻聴) 「自分の寝室に誰か来て寝ている」などと言う。

(オ 昼夜逆転) 夜中に布団を片付けようとして転倒したり、タンスに物を出し入れし、ゴソゴソやっている。

(ケ 介護に抵抗) 助言や介護に知らん顔をしていることが週2～3回ある。

(ス 一人で出たがる) 歩行にふらつきがあるが、外に出たがる。転倒の危険があるため、日が離せない。

事例12

主治医意見書

記入日 平成13年1月〇日

申請者	(ふりがな)	男・ 女	〒
	明・大・昭 年 月 日生(95歳)		
上記の申請者に関する意見は以下の通りです。 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 checked="" 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 13年 1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 checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合) ・ <input type="checkbox"/> 内科 <input checked="" 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. 老人性痴呆	発症年月日	(昭和・平成	年 月 日頃)
2. 大動脈弁閉鎖不全	発症年月日	(昭和・平成	年 月 日頃)
3. 僧帽弁閉鎖不全	発症年月日	(昭和・平成	年 月 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		
(3) 介護の必要の程度に関する予後の見通し	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 不変 <input checked="" type="checkbox"/> 悪化		
(4) 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 (最近6ヶ月以内に变化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)			
定期的通院により病状は安定した状態にあるが、老人性痴呆は少しずつ進行、日常生活全般にわたって、日が離せなくなっている。 性格的にも頑固さが増し、自分勝手に判断し、人の言うことをきかないことが多い。 処方：胃炎・消化性潰瘍治療剤、抗血小板剤、降圧剤			

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)				
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	
・障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)	<input type="checkbox"/> 正常 <input checked="" type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2
・痴呆性老人の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input checked="" type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M
(2) 理解および記憶	
・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 type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input checked="" 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 type="checkbox"/> 伝えられる <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input checked="" type="checkbox"/> 具体的要求に限られる <input type="checkbox"/> 伝えられない
・食事	<input checked="" type="checkbox"/> 自立ないし何とか自分で食べられる <input type="checkbox"/> 全面介助
(3) 問題行動の有無(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"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input checked="" 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) 精神・神経症状の有無
有 (症状名) 無
 (有の場合) → 専門医受診の有無 有 () 無

(5) 身体の状態
 利き腕 (右 左) 体重 = 36 kg 身長 = 142 cm 凡例

<input type="checkbox"/> 四肢欠損	(部位:)	程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重	
<input type="checkbox"/> 麻痺	(部位:)	程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重	
<input checked="" type="checkbox"/> 筋力の低下	(部位: 両下肢)	程度: <input checked="" type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重	
<input type="checkbox"/> 褥瘡	(部位:)	程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重	
<input type="checkbox"/> その他皮膚疾患	(部位:)	程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重	

関節の拘縮 ・肩関節 右 左 ・股関節 右 左
 ・肘関節 右 左 ・膝関節 右 左
失調・不随意運動・上肢 右 左 ・体幹 右 左
 ・下肢 右 左

4. 介護に関する意見

(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 (すべての行動に見守りが必要。)

(2) 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)
訪問診療 短期入所療養介護 訪問栄養食事指導
訪問看護 訪問歯科診療 その他 ()
訪問リハビリテーション 訪問歯科衛生指導
通所リハビリテーション 訪問薬剤管理指導

(3) 介護サービス (入浴サービス、訪問介護等) におけ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 (診察時毎のチェック)
 ・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 (杖歩行)
 ・その他 ()

(4) 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

要介護認定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。)

- ・ 老人性痴呆に関しては確実に少しずつ変化があり、進行が見られる。
- ・ 心疾患は常に急変の恐れがあり、注意深い観察が必要である。
- ・ 95歳という高齢でもあり、徘徊などによる転倒骨折の恐れあり。

