

事例 17

●性 別 ……………男性

●年 齢 ……………82歳

●介護環境 ……………居宅

●最も類似する状態像の例 ……… 3 - 10

●要介護度変更 ……………要介護 4 → 要介護 3

●審査及び判定の概要

平成7年に脳梗塞を発症し左片麻痺となり、さらに神経因性膀胱のためカテーテル留置を行っている事例。

介護認定審査会では、特記事項及び主治医意見書に記載されている心身の状況についての検討を行い、状態像の例との比較に基づき、要介護3に変更した。

事例 17

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

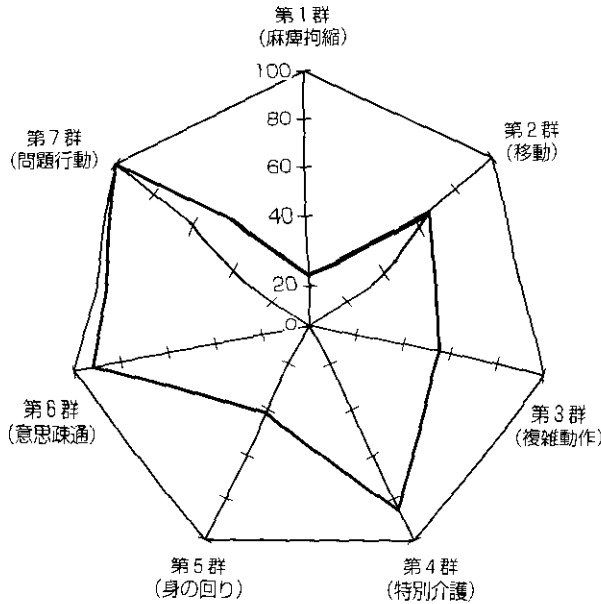
年齢	: 82	一次判定警告コード:
性別	: 男	機能訓練+間接生活介助:
前回の認定審査会結果	: 要介護2	
前回認定有効期間	: 7月間	
前回介護保険審査会結果	: なし	
一次判定結果	: 要介護4	
要介護認定等基準時間	: 102分	



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	: 8回/月
訪問リハビリテーション	: 0回/月
居宅療養管理指導	: 1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	: 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: A2 痴呆性老人自立度: I

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
23.7	64.9	56.4	84.7	40.6	91.7	100.0

〈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	: ある

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 ある ある ある
第2群 (移動)	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 つかまれば可 自分で支えれば可 支えが必要 支えが必要 つかまれば可 見守りが必要
第3群 (複雑動作)	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 一部介助
第4群 (特別介護)	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. 排尿後の後始末 6. 排便後の後始末 7. 食事摂取	ある 見守りが必要 直接的援助
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. スボン等の着脱 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 見守りが必要 一部介助 一部介助 全介助 全介助 全介助 ときどきある ときどきある
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	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	

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

- (2-6 歩行) 不安定で転倒する可能性が高いため、見守りが必要。
 (2-7 移乗) 車の移乗についてはほぼ全介助。

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 一般家庭用浴槽への出入り) 現在、浴槽の出入りは行っておらず、シャワー浴のみ。
 (3-4 洗身) 右手で届く範囲（顔、胸、腹部等）は自分で洗っているが、背部、下肢は介護者が洗っている。

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

- (5-2ア ボタンかけはずし) 小さいボタンのかけはずしは介助を要する。

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」

脳梗塞後、左麻痺がありリハビリテーションを行っているが、平成13年1月〇日に一過性脳虚血発作で倒れ一週間入院した。退院後は発症前と比較して機能低下が見られる。

同居している息子夫婦は介護に協力的であるが、妻の介護負担が大きい。

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(82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 _____				
医療機関名 _____			電話 () _____	
医療機関所在地 _____			FAX () _____	
(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 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. 脳梗塞	発症年月日	(昭和・平成)	7年	7月 〇日頃
2. 一過性脳虚血発作	発症年月日	(昭和・平成)	13年	1月 〇日頃
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 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)				
平成7年7月、脳梗塞発症後、左片麻痺にてリハビリテーション等を施行。膀胱機能障害があり、バルーン留置で経過観察中であった。平成13年1月〇日に一過性脳虚血発作発症(右不全片麻痺)。両側の頸動脈にプラーク形成(陽性)。				

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 checked="" 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

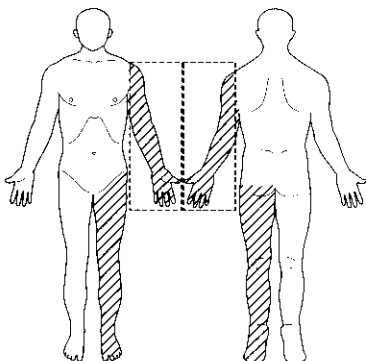
(1) 日常生活の自立度等について					
・障害老人の日常生活自立度(寝たきり度) <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input checked="" type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2					
・痴呆性老人の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> 正常 <input checked="" 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) 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 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					
・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 type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無					
(有の場合) → <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) 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 checked="" type="checkbox"/> 麻痺	(部位: 左上下肢 程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input checked="" type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)	
<input checked="" type="checkbox"/> 筋力の低下	(部位: 左上肢 程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input checked="" 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 (転倒に気を付け清潔を保持するとともにできるだけADL維持に努める。また水分の摂取量に注意を要する。)

(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 (見守り)
 ・ 摂食について 特になし あり ()
 ・ 移動について 特になし あり (左片麻痺、杖歩行、転倒注意)
 ・ 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。)

・ 日常生活動作では、ほぼ介助が必要である。室内での杖歩行が可能。入浴、トイレへの移動等も介助が必要。

事例 18

- 性 別 ……………男性
- 年 齢 ……………79 歳
- 介護環境 ……………居宅
- 最も類似する状態像の例 …………… 3 - 8
- 要介護度変更 ……………要介護 5 → 要介護 3

●審査及び判定の概要

平成 7 年に脳出血を発症し、現在も左上下肢麻痺がある事例。

介護認定審査会では、特記事項及び主治医意見書から入浴、排泄、整容、更衣が一人でできず、食事にも介助が必要になってきているものの、移動については何とか自分で行うことができる状況で、意思疎通にはあまり支障がないことから、要介護 5 程度の介護の必要性はないのではないかとの意見が出された。状態像の例との比較に基づき、要介護 3 に変更した。

事例 18

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：79
性別：男
前回の認定審査会結果：要介護3
前回認定有効期間：9月間
前回介護保険審査会結果：なし
一次判定結果：要介護5
要介護認定等基準時間：112分

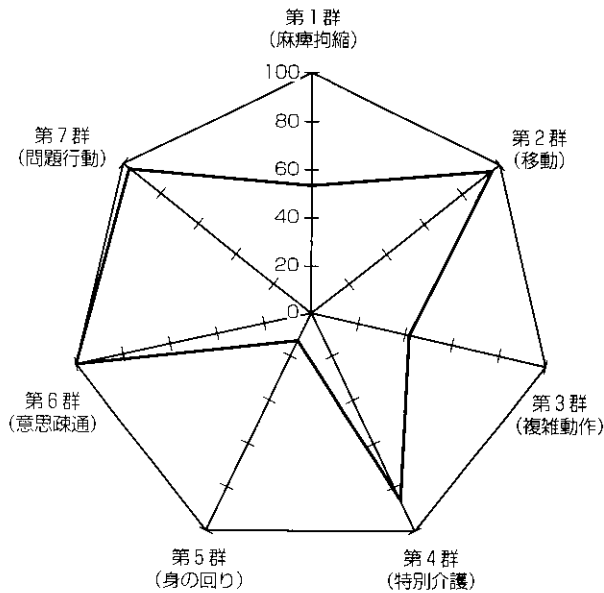
一次判定警告コード：
機能訓練+間接生活介助：

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

現在の状況：居宅
訪問介護（ホームヘルプサービス）：8回/月
訪問入浴介護：0回/月
訪問看護：8回/月
訪問リハビリテーション：0回/月
居宅療養管理指導：2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）：14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：A2 痴呆性老人自立度：I

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
54.5	94.7	41.5	89.3	12.9	100.0	97.2

〈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 (左一上肢)
(右一上肢)
(左一下肢)
(右一下肢)
(その他)
2. 拘縮 (肩関節)
(肘関節)
(股関節)
(膝関節)
(足関節)
(その他)

第2群 (移動)
1. 環り返り
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

第3群 (複雑動作)
1. 立ち上がり
2. 片足での立位
3. 浴槽の出入り
4. 洗身

第4群 (特別介護)
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. 排尿後の後始末
6. 排便後の後始末
7. 食事摂取

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

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

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

認定調査票（特記事項）

1. 麻痺・拘縮に関連する項目についての特記事項

(1-2 関節の動く範囲の制限の有無) 左肩を動かすことができず、右肩も肘を肩の高さまで上げるのがやっとの状態、思うように動かすことができない。

2. 移動等に関連する項目についての特記事項

(2-2 起き上がり) 掛け布団をまくり、仰臥位のまま足を上下に振り、その反動で起き上がる。手の力は弱く、手すりにはつかまることができない。

(2-5 両足での立位保持) 前傾姿勢でふらつきがあるが、何とか可能である。長く立ってられない。

4. 特別な介護等に関連する項目についての特記事項

(4-3 嚥下) 味噌汁、水分でむせることが多くなってきたので、飲み込み終わるまで見守りが必要。

(4-7 食事摂取) 肉類は細かく刻み、魚は調理時に骨をとっておく。軟らかめのものを食べるが多くなってきた。

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

(5-2 イ 上衣の着脱) 腕を上げるのが困難なため、娘の介助により、かぶるものは肩を動かし着る。朝の着替えは娘の全介助で行う。

(5-2 ウ ズボン等の着脱) 前側は何とか上げられるが、後ろ側を上げることが困難であるため「一部介助」とした。

(5-2 エ 靴下の着脱) 一度履いた靴下は何とか自分自身で着脱は可能であるが、洗いたてやゴムのきついものはできない。

(5-7 周囲への無関心) 1対1の問いかけには反応する。

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

(6-4 介護側の指示への反応) 反応は鈍い。

7. 問題行動等に関連する項目についての特記事項

(ク 大声をだす) 嫌なことをすると怒り出し、大声を出す。

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」

本人からの聞き取りの後、娘に話を聞くことができた。

脳卒中の後遺症で左半身麻痺がある。ADLは食事のみ自立で、他は娘に依存するものが多い。身体的にもう少し自分で行うことができる部分もあると思われるが、意欲低下のため、娘の介護負担は大きい。

在宅での介護負担軽減のため、現在のサービスを継続していきたいという希望である。

事例18

主治医意見書

記入日 平成12年12月〇日

申請者	(ふりがな)	男 ・ 女	〒 _____
	明・大・昭 年 月 日生(79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 12年 12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. 脳出血後遺症(左上・下肢麻痺)	発症年月日	(昭和・平成)	6年 7月 日頃
2. 高血圧症	発症年月日	(昭和・平成)	53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 checked="" type="checkbox"/> 安定 <input 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)			
平成6年7月発症。 現在は訪問看護、通所介護等利用しながら在宅で経過観察中。 血圧は内服でコントロールされている。 処方：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)

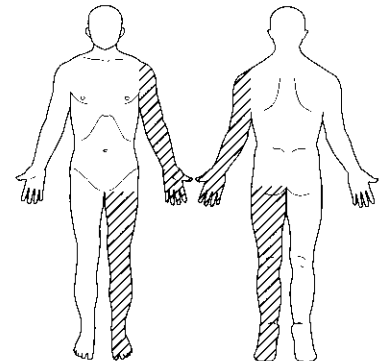
処置内容	<input type="checkbox"/> 点滴の管理	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養	<input type="checkbox"/> 透析	<input type="checkbox"/> ストーマの処置	<input type="checkbox"/> 酸素療法
	<input type="checkbox"/> レスピレーター	<input type="checkbox"/> 気管切開の処置	<input type="checkbox"/> 疼痛の看護	<input type="checkbox"/> 経管栄養	
特別な対応	<input type="checkbox"/> モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等)		<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 type="checkbox"/> A1 <input checked="" 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 checked="" 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) 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 checked="" 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
・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 type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	(有の場合) → <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) 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=47.5 kg 身長=154 cm 凡例
四肢欠損 (部位: 程度: 軽 中 重)
麻痺 (部位: 左上肢程度: 軽 中 重)
筋力の低下 (部位: 程度: 軽 中 重)
褥瘡 (部位: 程度: 軽 中 重)
その他皮膚疾患 (部位: 程度: 軽 中 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 (全身状態の悪化防止のための管理を要する。)

(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 (水分摂取時、見守りが必要)
 ・ 摂食について 特になし あり ()
 ・ 移動について 特になし あり (杖歩行可能も不安定、見守りが必要)
 ・ 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。)

- ・ 血圧コントロールなど、医学的管理・指導・補助を要するため、引き続き訪問診療及び訪問看護による定期的経過観察が必要。
- ・ ADLの低下防止・維持、入浴介助を必要とすることや日常生活のリズムを保つため(本人の意欲・気力が日常生活が単調なため、低下しやすい)、今後も通所介護、短期入所の利用が必要である。できれば訪問リハビリテーション導入も考える必要がある。

