

区分6 事例2

区分変更: 区分5 → 区分6

有効期間: 3年間

審査及び判定の概要:

- 聴覚障害、重度の知的障害によりコミュニケーションが十分にとれず精神的に不安定になることが多い事例。
- このため、施設通所がほとんどできない。さらに、拒食（偏食）、興奮が頻回にあり、排尿排便のコントロールができず、おむつを着用するなど、日常生活において全面的に介護が必要なことから、介護時間が長くなると判断し、区分6に変更した。

1 一次判定等

判定結果:	プロセスⅠ 区分5	プロセスⅡ 区分5	2次判定 区分6	有効期間 3年	食事 15.7分	排せつ 22.6分	移動 13.8分	清潔 保持 10.4分	間接 13.7分	行動 4.3分	機能 訓練 1.9分	医療 関連 10.1分
障害程度区分基準時間:	92.5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)		
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		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		一部介助
4-4	飲水		一部介助
4-5	排尿		全介助
4-6	排便		全介助
身の回り			
5-1ア.	口腔清潔		全介助
5-1イ.	洗顔		全介助
5-1ウ.	整髪		全介助
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		大声が聞こえる
6-3ア	意思の伝達		ときどきできる
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		
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		ときどきある
7エ	感情が不安定		ある
7オ	昼夜逆転		ある
7カ	暴言暴行		ある
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		ある
7コ	常時の徘徊		
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		ある
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	全介助
9-2	食事の配下膳	全介助
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		
7ト	こだわり	ある
7ナ	多動・行動停止	
7ニ	不安定な行動	週に1回以上
7ヌ	自ら叩く等の行為	ほぼ毎日
7ネ	他を叩く等の行為	週に1回以上
7ノ	興味等による行動	月に1回以上
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	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	ほぼ毎日
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	ある
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	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	77.0	45.5	10.8	58.9	58.6

IADL	行動障害
6.00点	3.86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

(4-4) 飲水は拒食のため、ほとんどなし。

(4-3) 拒食症状があり、母が声かけや介護をしないと食べようとしない。また、食事前にこだわりの確認行為をくりかえし、しないと食事できない。

(4-5) 精神不安定のため排尿のコントロールできず失禁があるため、昨年秋から紙オムツ使用。

()

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) 薬の飲み方も本人のこだわりの手順があり、その通りに母が飲ませなければいけない。

(5-6) 自分の意思はあるが、うまく表現できないので、伝えられない。状況を判断して決めることはできず母がすることになる。

()

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-イ 本人独自の表現方法, 6-4-7 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) 意思伝達は母でも分からないことは多い(キュードスピーチや筆談も併用するが)。自分の思いを、伝えるように表現できず、母が伝えたいこともうまく伝わらない。

()

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)

() 精神状態が不安定なためにイライラやこだわりが強い。要求が通らないとエスカレートし、暴力もある。日常生活すべてにこだわりがあり、その通りにならないとパニックになる。母はそれに従わなければならない、精神的負担が大きい。作業所へ行くたびにこだわりの物を無断でもちかえる。一人では外出できない。室内、外出時も基本的には母と一緒にいないとより不安定になり、母の精神的負担は大きい。

()

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

()

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 _____ 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. 知的障害	発症年月日	(昭和)・平成	52年 5月 ○日頃)
2. 適応障害	発症年月日	(昭和)・(平成)	17年 1月 ○日頃)
3. 難聴、白内障術後	発症年月日	(昭和)・平成	52年 5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) 食事摂取が全くできず、点滴等を要することが数ヶ月に1回ある。			
(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)			
聴力障害、発語や歩きはじめの遅滞あり、聾学校を卒業し、〇〇作業所に通所した。 平成17年1月、特に物事へのこだわりが強くなり、収集癖や偏食が強くなった。家族の援助に拒否的になり興奮するため当院を初診。以後、薬物療法と関わりの工夫に関する助言が継続的に必要である。			

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 type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input checked="" type="checkbox"/> 暴言 <input checked="" 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 checked="" 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 (拒食、強度の強迫行為)
(2) 精神・神経症状の有無	
<input checked="" type="checkbox"/> 有 (症状名 重度適応障害、知的障害)	<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 checked="" type="checkbox"/> 注意障害 <input checked="" 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 (強迫行為)
・ 専門医受診の有無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (〇〇病院) <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= 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: 両手指を常に強く握りしめている。)

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 (興奮、拒食)

→ 対処方針 (関わりの工夫。)

(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 (本人の好みに合う食事の工夫。)

・ 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。)

知能検査を試みたが、検査の意味が理解できず施行不能であった。

行動障害は強度で、公共の場(店)などで強迫行為が出現し、周囲の者が応じないと大声を出し興奮するため、常に援助や対処行動の強化が必要である。抗精神病薬の投与も必要である。家族の介護負担は、大変大きい状態が続いている。

<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; 5 能力障害; 4) <判定時期 平成 ○年 ○月>

○生活障害評価: (食事; 5 生活リズム; 4 保清; 5 金銭管理; 5 服薬管理; 4

対人関係; 5 社会的適応を妨げる行動; 5) <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（言語 ）				
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）⓪				

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）： 5 回程度（散歩週3回ヘルパー同行。1人での外出は無理。（精神状態により断る日も多い） 社会活動の参加の状況（月3日くらい○○作業所通所。） 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16年5月～16年 5月 入院の原因となった病名（白内障手術） 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（ ）

・ ○○作業所に在籍しているが、気分がムラがあり、通えるのは月によって差が大きい、ほとんど行けない。○月は3日間のみ。

・ 週3回ヘルパー利用により外出支援となっているが精神状態により利用できない日も多い。

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

- ・ ほとんど母から離れることができない。そのため母の精神的負担は大きい。
- ・ 腰が悪い。

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
 場所についてのこだわりもあり、本人は居間で過ごすことが多い。

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。

- ・ 聴覚障害と知的障害、精神障害があることで、他者とのコミュニケーションはあいさつ程度のみ可。
- ・ 母とのコミュニケーションが一番できるが、母でも伝えられないことや理解できないことは大きい。
- ・ 話していることがどの程度伝わったか分かりにくい。また、精神障害のため、受け止め方がゆがんだり、表現がうまくできない。
- ・ 本人が気に入っている職員やヘルパーにのみ心を開く。