

区分6 事例1

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:

- 脳内出血による左片麻痺、視覚障害、高次脳機能障害の事例。
- 排尿排便時にも人に知らせることができず、清潔保持を含めて全介助の状態である。また、記憶障害、遂行機能障害、社会的行動障害があつて、日常生活では全面的に要介護の状態で、より長い介護時間を要すると判断し、区分6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5	プロセスⅡ 区分5	2次判定 区分6	有効期間 3年	食事	排せつ	移動	清潔保持	間接	行動	機能訓練	医療関連
	97.8分				16.0分	23.9分	17.8分	24.6分	6.2分	4.7分	2.5分	4.3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)	ある
	麻痺 (右-上肢)	
	麻痺 (左-下肢)	ある
	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)	ある
	拘縮 (膝関節)	ある
	拘縮 (足関節)	ある
拘縮 (その他)	ある	
移動		
2-1	寝返り	つかまれば可
2-2	起き上がり	できない
2-3	座位保持	支えが必要
2-4	両足での立位	できない
2-5	歩行	できない
2-6	移乗	全介助
2-7	移動	全介助
複雑動作		
3-1	立ち上がり	できない
3-2	片足での立位	できない
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	一部介助
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	全介助
5-2イ.	ズボン等の着脱	全介助
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	日常的に困難
意思疎通		
6-1	視力	判断不能
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	
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	
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	できない

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	ある
7 カ	暴言暴行	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	あり
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	あり
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	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	食事の配下種	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	
7 ナ	多動・行動停止	
7 ニ	不安定な行動	
7 又	自ら叩く等の行為	
7 ネ	他を叩く等の行為	ほぼ毎日
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	
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	
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	全介助

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
41.2	7.8	5.9	49.8	9.3	56.9	80.3

IADL	行動障害
6.00点	1.57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) 手指・足の指にも麻痺有。

(1-2) 股関節は、可動域に制限有。足全体の筋力そのものも低下。

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

(2-2) 介助なければ不可能。

(2-7) バリアフリー部分なら車いすで移動できるが、外には出たがらず、デイサービスなどに行くときは、介助必要。

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

(4-3) 食事の行為は行えるが、食事中に食事をしていることを忘れるため、常に声かけなど必要。量の調整も必要。

(4-4) 用意してもらえば自分で可能。

(4-5) 尿意感じない。オムツをしているが、排尿しても知らせない。

(4-6) 排便しても知らせることができない(便意ない)。不快感もないようだとのこと。

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) ア. はみがき、歯ブラシ・歯みがき粉・コップ等用意すれば自分でできる。

(5-1) イ. 洗顔は手指に麻痺もあり、洗うのも困難。本人も洗おうとしない。

(5-1) ウ. 洗髪、整髪、共に介助必要(やる意欲もみられない)。

(5-3) 飲むたびに「何の薬?」と確認する。

(5-5) 電話をとろうとしない。

(5-6) 排尿・排便時のように、必要ときに援助を求めることが困難。

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, 6-4-7 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

(6-1) 脳の伝達にもダメージがあるため、見えていないのか、見えていても認知判断できていないのか、判断できないが、医師の診断によると視覚障害有。

(6-3) こちらが話しかければ答えることはできるが、本人から何かを言ったりすることは一切ない。

(6-5) ウ. 短期記憶→その日食べたものも覚えていない。

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)

(エ) 脳の状態による。攻撃的になったりする。

(オ) 夜も目をあけていたりする。日中、寝たいときに寝ている。ほぼ毎日。

(カ) 同じことを2回聞くだけで攻撃的になる。不意に突然に壁をたたき、音をたてる等有。毎日。

(ク) 攻撃的になったとき→ささいなことでも攻撃的になる。例: 同じことを2回聞いたりするだけで怒り出す。

(ケ) 支障はないが拒否はいつもある。

(テ) 15秒前でも忘れている。

(ヘ) 常に悲観的に感じられるが、生命の危険と隣合わせのものでもない。

(マ) 判断できない。自分から、話しかけたりもしないので。

(ミ) 家族が見ている限り、意欲は全くないように感じられる。自発的に何もしようとしていない。

(メ) 集中力そのものがないように思われる。

(ヤ) 頻度は、そのときどきで違うが、拒否的である。

(ネ) 手加減がない。不機嫌になるとすぐたたいたりする。

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) 立位不可能なうえ、気力も無く、視力にも障害がある。

(9-2) できない、やろうとする気力も無い。

(9-6) 買い物に連れて行っても、色も分からないので、選択もできない。

(9-7) 介助者が全て付き添わないと無理と思われる。

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. くも膜下出血後遺症	発症年月日	(昭和 平成) 15年 9月	<input type="radio"/> 日頃)
2. 二次性てんかん	発症年月日	(昭和 平成) 15年 9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) 15年 3月~	16年 6月	(傷病名: くも膜下出血))
2. 昭和・平成) 年 月~	年 月	(傷病名: _____))
(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) 高次脳機能障害。体幹失調あり、手すりがないと動けない。			

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 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 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 (無為)
(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 checked="" 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 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 type="checkbox"/> 有 () <input checked="" 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 = 58.1 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 (オムツ _____)

(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。)

意欲低下、著明な記憶障害、易怒性あり。
 日常生活全介助に近い。外へ出ようとしたがらない。

<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; 5 能力障害; 5) (判定時期 平成 ○年 ○月)

○生活障害評価: (食事; 5 生活リズム; 5 保清; 5 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; 1) (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・ <u>肢体不自由</u> ・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・ <u>2級</u>				
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）・ <u>無</u>				

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）： 月 4 回程度 （デイサービスのみ）
・ 社会活動の参加の状況（ ）
・ 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（ ）

VIII 介護者関連について、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。

- ・ 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
 母と夫と同居。

IX 居住関連について、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。

- ・ 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
 一戸建て（2F建て）。

X その他、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。

実母・夫・子供2人と計5人で同居しているが、夫も仕事（出張あり）、実母は飲食店経営のため、デイサービスへの送迎が難しいので、外出介護の申請をし週3日程デイサービスを利用できるようにしたい、とのこと。
 ※病後、何に対しても無気力・意欲もなく、自発的に行動もしないため、デイサービスには通わせて、外の空気を吸わせたいとのご家族のご要望です。