

事例4：要介護4

取扱注意

介護認定審査会資料

平成24年 8月27日 作成  
 平成24年 8月23日 申請  
 平成24年 8月23日 調査  
 平成24年 8月28日 審査

合議体番号： 000002 No. 4

被保険者区分： 第1号被保険者 年齢： 83歳 性別： 女  
 申請区分： 区分変更申請 前回要介護度： 要介護3

現在の状況： 医療機関（療養病床以外）  
 前回認定有効期間： 12月間

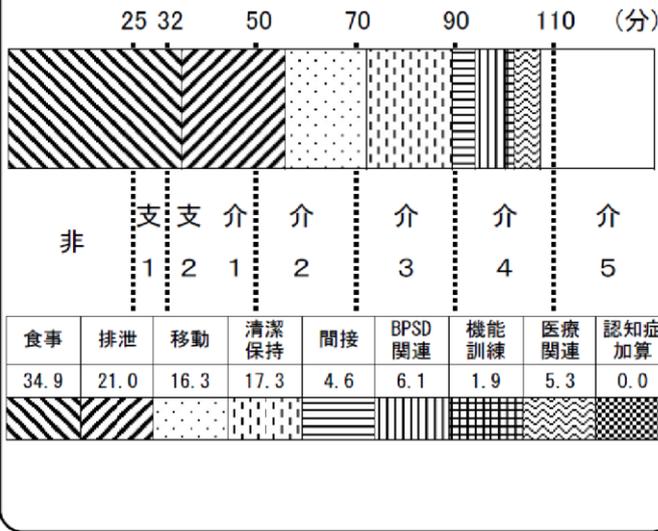
平成〇年〇月〇日調査  
 平成〇年〇月〇日審査

1 一次判定等

(この分数は、実際のケア時間を示すものではない)

一次判定結果： 要介護4

要介護認定等基準時間： 107.4分



警告コード：

3 中間評価項目得点

第1群	第2群	第3群	第4群	第5群
26.8	17.5	64.7	96.0	6.1

4 日常生活自立度

障害高齢者自立度： B2

認知症高齢者自立度： III a

5 認知機能・状態の安定性の評価結果

認知症高齢者の日常生活自立度

認定調査結果： III a

主治医意見書： I

認知症自立度II以上の蓋然性： 99.4%

状態の安定性： 不安定

給付区分： 介護給付

6 現在のサービス利用状況(介護給付)

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	: 0回/月
短期入所生活介護(ショートステイ)	: 0日/月
短期入所療養介護	: 0日/月
特定施設入居者生活介護	: 0日/月
福祉用具貸与	: 0品目
特定福祉用具販売	: 0品目/6月間
住宅改修	: なし
夜間対応型訪問介護	: 0日/月
認知症対応型通所介護	: 0日/月
小規模多機能型居宅介護	: 0日/月
認知症対応型共同生活介護(グループホーム)	: 0日/月
地域密着型特定施設入居者生活介護	: 0日/月
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	: 0日/月

2 認定調査項目

	調査結果	前回結果
<b>第1群 身体機能・起居動作</b>		
1. 麻痺(左一上肢)	ある	-
(右一上肢)	-	-
(左一下肢)	ある	-
(右一下肢)	ある	-
(その他)	-	-
2. 拘縮(肩関節)	-	-
(股関節)	-	-
(膝関節)	-	-
(その他)	-	-
3. 寝返り	できない	-
4. 起き上がり	できない	-
5. 座位保持	支えが必要	-
6. 両足での立位	できない	-
7. 歩行	できない	-
8. 立ち上がり	できない	-
9. 片足での立位	できない	-
10. 洗身	全介助	-
11. つめ切り	全介助	-
12. 視力	-	-
13. 聴力	-	-
<b>第2群 生活機能</b>		
1. 移乗	全介助	-
2. 移動	全介助	-
3. えん下	見守り等	-
4. 食事摂取	一部介助	-
5. 排尿	全介助	-
6. 排便	全介助	-
7. 口腔清潔	全介助	-
8. 洗顔	全介助	-
9. 整髪	全介助	-
10. 上衣の着脱	一部介助	-
11. スポン等の着脱	全介助	-
12. 外出頻度	月1回未満	-
<b>第3群 認知機能</b>		
1. 意思の伝達	-	-
2. 毎日の日課を理解	できない	-
3. 生年月日をいう	-	-
4. 短期記憶	できない	-
5. 自分の名前をいう	-	-
6. 今の季節を理解	できない	-
7. 場所の理解	できない	-
8. 徘徊	-	-
9. 外出して戻れない	-	-
<b>第4群 精神・行動障害</b>		
1. 被害的	-	-
2. 作話	-	-
3. 感情が不安定	-	-
4. 昼夜逆転	-	-
5. 同じ話をする	-	-
6. 大声を出す	-	-
7. 介護に抵抗	-	-
8. 落ち着きなし	-	-
9. 一人で出たがる	-	-
10. 収集癖	-	-
11. 物や衣類を壊す	-	-
12. ひどい物忘れ	ある	-
13. 独り言・独り笑い	-	-
14. 自分勝手に行動する	-	-
15. 話がまとまらない	-	-
<b>第5群 社会生活への適応</b>		
1. 薬の内服	全介助	-
2. 金銭の管理	全介助	-
3. 日常の意思決定	できない	-
4. 集団への不適合	-	-
5. 買い物	全介助	-
6. 簡単な調理	全介助	-

<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	: よくそうの処置	:
レスピレーター	: カテーテル	:

概況

先月より現病院入院中。  
本人と同席の娘の同意を得て確認動作を実施。2 か月前に脳梗塞を発症し、左半身に麻痺がみられ、自分がどこにいるのかわからない等、現状と介護度が見合わなくなり変更の申請を行った。確認動作は、1-1, 1-2 のみ行う。1-3~9 は危険と判断し聞き取りを行う。  
同席者は娘夫婦。状態確認は病棟看護師。

1 身体機能・起居動作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 拘縮の有無, 1-3 寝返り, 1-4 起き上がり, 1-5 座位保持, 1-6 両足での立位, 1-7 歩行, 1-8 立ち上がり, 1-9 片足での立位, 1-10 洗身, 1-11 つめ切り, 1-12 視力, 1-13 聴力

(1-1) 左半身には片麻痺があり、自分で動かす事はできない。右下肢は、床から 5cm 程度は蹴りあげることはできるが、静止はできない。

(1-2) 確認動作は本人と娘の同意を得て、調査員が実施。自力では動かせないが、他動的に可動域制限はない。左肩関節は動かす時に多少痛みを訴えたが、可動域制限はなかった。

(1-3) 自力で寝返りすることができず、看護師が体位交換を行っている。

(1-4) 看護師が起き上がらせている。

(1-5) リクライニング車椅子で、背もたれと肘かけ、前をベルト等で固定すれば座位保持できる。

(1-6) 支えてもできない。

(1-7) 何かにつかまったり支えられても、一歩も歩けない。

(1-8) 看護師等が引き上げている。

(1-9) 支えてもできない。

(1-10) 週 2 回機械浴。看護師が全介助。

(1-11) 爪が硬く自分でも切ることができないため、手も足も看護師が切っている。

2 生活機能に関連する項目についての特記事項

2-1 移乗, 2-2 移動, 2-3 えん下, 2-4 食事摂取, 2-5 排尿, 2-6 排便, 2-7 口腔清潔, 2-8 洗顔, 2-9 整髪, 2-10 上衣の着脱, 2-11 ズボン等の着脱, 2-12 外出頻度

(2-1) 看護師の全介助で移乗。

(2-2) 車椅子で全介助。

(2-3) 一度の食事で何回もむせてせき込むため、看護師が見守りしたり背中をさする等介助している。

(2-4) 自分でも食べるが、途中から看護師が介助しているため、「一部介助」を選択。

(2-5) 日中はポータブルトイレで全介助。夜間はオムツを使用し、看護師が定時で交換している。

(2-6) 看護師の全介助を受けている。

(2-7) 義歯は看護師が外し、手入れも看護師が行っている。

(2-8) 看護師が温タオルで拭く介助を行っている。

-----  
(2-9) 看護師が整髪介助を行っている。

-----  
(2-10) 動作協力はできるため「一部介助」を選択。

-----  
(2-11) 看護師が全介助している。

-----  
(2-12) 外出はない。  
-----

### 3 認知機能に関連する項目についての特記事項

3-1 意思の伝達, 3-2 毎日の日課を理解, 3-3 生年月日を言う, 3-4 短期記憶, 3-5 自分の名前を言う, 3-6 今の季節を理解, 3-7 場所の理解, 3-8 徘徊, 3-9 外出して戻れない

(3-1) 意思伝達はできるが、内容は伴わない事が多い。

(3-2) 調査時は正解できた。日頃はできたりできなかったりするが、できない方が多いと娘は話す。

(3-3) 生年月日も年齢も正解できた。日頃もできる。

(3-4) 調査時は不正解。日頃もできない。

(3-6) 「わからない」と回答。日頃も季節の理解はないと娘は話す。

(3-7) 「自宅」と回答。日頃も自分がどこにいるのかわからない。

### 4 精神・行動障害に関連する項目についての特記事項

4-1 被害的, 4-2 作話, 4-3 感情が不安定, 4-4 昼夜逆転, 4-5 同じ話をする, 4-6 大声を出す, 4-7 介護に抵抗, 4-8 落ち着きなし, 4-9 一人で出たがる, 4-10 収集癖, 4-11 物や衣類を壊す, 4-12 ひどい物忘れ, 4-13 独り言・独り笑い, 4-14 自分勝手に行動する, 4-15 話がまとまらない

(4-12) 何を言っても5分と覚えていない。直前の事も覚えておらず、「ご飯を食べていない」という事もある。

### 5 社会生活への適応に関連する項目についての特記事項

5-1 薬の内服, 5-2 金銭の管理, 5-3 日常の意思決定, 5-4 集団への不適応, 5-5 買い物, 5-6 簡単な調理

(5-1) 医師の指示で看護師が管理し、1回ずつ薬も水も口に入れ飲み込むまで確認している。

(5-2) 利用の機会はなく、意欲も関心もない。全て家族が管理している。

(5-3) 見たいテレビ番組を選ぶこともできず、着る服を選ぶこともできない等ある。

(5-5) 日用品を家族が全介助。食材は病院職員が全介助。

(5-6) 病院職員が全介助している。

### 6 特別な医療についての特記事項

#### 6 特別な医療

該当項目はない。(病棟看護師確認済み)

### 7 日常生活自立度に関連する項目についての特記事項

7-1 障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度), 7-2 認知症高齢者の日常生活自立度

(7-1) 自分で寝返りはできないが、リクライニング車椅子上に座位は保ち、食事は食堂で行う。食事にも排泄にも介助が必要な状態なため、「B-2」を選択する。

(7-2) その場の会話はできるが内容は伴わない。自分がどこにいるのかわからず、日常生活の多くに介助が必要。着替えや食事、排泄に介助が必要な状況なため、「Ⅲa」を選択する。

申請者	(ふりがな)	男・女	〒	—
	明・大・昭 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、本意見書が介護サービス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 〇年 〇月 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 checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合)→ <input checked="" 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 (特定疾病または生活機能低下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				
1. 脳梗塞	日発症年月日	(平成 〇年 〇月 〇日頃)	発	
2. 心房細動	症年月日	(平成 〇年 〇月 〇日頃)	発	
3. 慢性心不全	症年月日	(平成 〇年 〇月 〇日頃)		
(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			
(「不安定」とした場合、具体的な状況を記入) 易疲労性				
(3) 生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容 [最近(概ね6ヶ月以内)介護に影響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] 2か月前より構音障害、左麻痺が出現し、総合病院の脳神経外科に入院した。上肢・下肢に麻痺もみられ、歩行困難となる。MRIで、右頭頂葉白質に梗塞を認めた。ヘパリン 5000 単位、ラジカット 1/2 量投与したが、上肢下肢ともに左麻痺が進行した。食事は一部介助で経口摂取となり、リハビリ目的で当院へ入院となった。頻脈性心房細動でワソランの内服を開始。動脈硬化性粥腫も多数みられるため、治療は抗血小板薬とする。冠動脈石灰化++、心不全予防に利尿剤1種を使用中である。				

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	<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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				
・障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度) <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input checked="" type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2				
・認知症高齢者の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> 自立 <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) 認知症の中核症状(認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)				
・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 type="checkbox"/> 伝えられる <input checked="" 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				
(3) 認知症の周辺症状 (該当する項目全てチェック: 認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)				
<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<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) その他の精神・神経症状				
<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 [症状名: 左麻痺] 専門医受診の有無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (当院) <input type="checkbox"/> 無				

(5) 身体の状態

利き腕 (  右  左 ) 身長 = 155cm 体重 = 58kg ( 過去6ヶ月の体重の変化  増加  維持  減少 )

四肢欠損 ( 部位 : )

麻痺  右上肢 ( 程度 :  軽  中  重 )  左上肢 ( 程度 :  軽  中  重 )  
 右下肢 ( 程度 :  軽  中  重 )  左下肢 ( 程度 :  軽  中  重 )  
 その他 ( 部位 : 程度 :  軽  中  重 )  筋力の低下 ( 部位 : 右上下

肢、体幹 程度 :  軽  中  重 )

関節の拘縮 ( 部位 : 脊椎 程度 :  軽  中  重 )

関節の痛み 部位  軽  中  重 脊椎、麻痺側

失調・不随意運動 ・ 上肢  右  左 ・ 下肢  右  左 ・ 体幹  右  左

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. 生活機能とサービスに関する意見

(1) 移動

屋外歩行  自立  介助があればしている  していない

車いすの使用  用いていない  主に自分で操作している  主に他人が操作している 歩行補助具・装具の使用 ( 複数選択可 )  用いていない  屋外で使用  屋内で使用

(2) 栄養・食生活

食事行為  自立ないし何とか自分で食べられる  全面介助現在の栄養状態  良好  不良

→ 栄養・食生活上の留意点 ( 誤嚥に注意 )

(3) 現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とその対処方針

尿失禁  転倒・骨折  移動能力の低下  褥瘡  心肺機能の低下  閉じこもり  意欲低下  徘徊

低栄養  摂食・嚥下機能低下  脱水  易感染性  がん等による疼痛  その他 ( )

→ 対処方針 ( 今後も介助を要する )

(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し

期待できる  期待できない  不明

(5) 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。予防給付により提供されるサービスを含みません。)

訪問診療  訪問看護  看護職員による訪問・相談  訪問歯科診療

訪問薬剤管理指導  訪問リハビリテーション  短期入所療養介護  訪問歯科衛生指導

訪問栄養食事指導  通所リハビリテーション  その他の医療系サービス ( )

(6) サービス提供時における医学的観点からの留意事項

・ 血圧  特になし  あり ( 変動あり ) ・ 移動  特になし  あり ( 全面介助 )

・ 摂食  特になし  あり ( 要介助 ) ・ 運動  特になし  あり ( 不可能 )

・ 嚥下  特になし  あり ( 注意が必要 ) ・ その他 ( )

(7) 感染症の有無 (有の場合は具体的に記入して下さい)

無  有 ( )  不明

5. 特記すべき事項

要介護認定及び介護サービス計画作成時に必要な医学的ご意見等を記載して下さい。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。)

端座位不可、立位保持不能、移乗は全介助で、食事もベッド上で、介助を受けながら摂取している。  
強度の円背、易疲労性、重度の左麻痺のため、自力での移動や運動は困難である。  
排泄はポータブルトイレ、移動は車椅子であるが、移乗には二人介助が必要と考えられる。車椅子については、機種の選定やシーティングが必要である。  
家族は在宅療養を考えているが、心不全のリスクがあることから、看護的指導も必要である

事例検討



事例 8 : 要介護 4

**取扱注意**

介護認定審査会資料

平成24年 8月27日 作成  
 平成24年 8月23日 申請  
 平成24年 8月23日 調査  
 平成24年 8月28日 審査

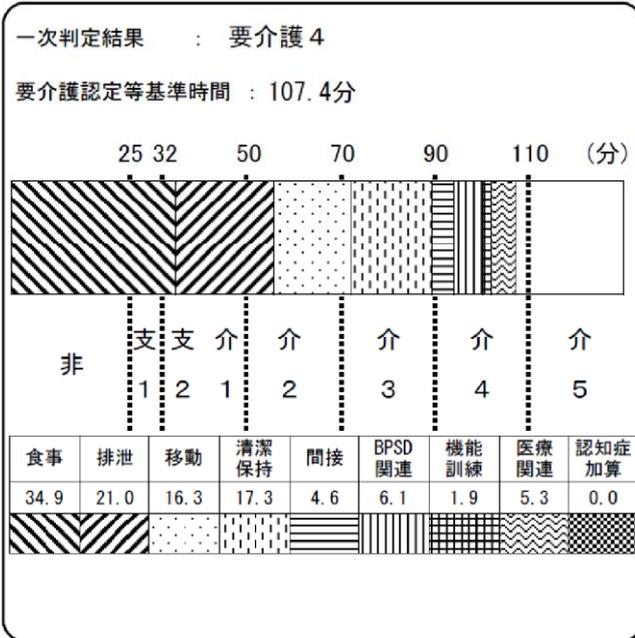
合議体番号 : 000002 No. 8

被保険者区分 : 第1号被保険者 年齢 : 83歳 性別 : 女  
 申請区分 : 区分変更申請 前回要介護度 : 要介護3

現在の状況 : 医療機関 (療養病床以外) 平成〇年〇月〇日調査  
 前回認定有効期間 : 1 2 月間 平成〇年〇月〇日審査

1 一次判定等

(この分数は、実際のケア時間を示すものではない)



警告コード :

3 中間評価項目得点

第1群	第2群	第3群	第4群	第5群
26.8	17.5	64.7	96.0	6.1

4 日常生活自立度

障害高齢者自立度 : B 2  
 認知症高齢者自立度 : III a

5 認知機能・状態の安定性の評価結果

認知症高齢者の日常生活自立度  
 認定調査結果 : III a  
 主治医意見書 : I  
 認知症自立度 II 以上の蓋然性 : 99.4 %  
 状態の安定性 : 不安定  
 給付区分 : 介護給付

6 現在のサービス利用状況 (介護給付)

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	: 0 回 / 月
短期入所生活介護 (ショートステイ)	: 0 日 / 月
短期入所療養介護	: 0 日 / 月
特定施設入居者生活介護	: 0 日 / 月
福祉用具貸与	: 0 品目
特定福祉用具販売	: 0 品目 / 6月間
住宅改修	: なし
夜間対応型訪問介護	: 0 日 / 月
認知症対応型通所介護	: 0 日 / 月
小規模多機能型居宅介護	: 0 日 / 月
認知症対応型共同生活介護 (グループホーム)	: 0 日 / 月
地域密着型特定施設入居者生活介護	: 0 日 / 月
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	: 0 日 / 月

2 認定調査項目

	調査結果	前回結果
<b>第1群 身体機能・起居動作</b>		
1. 麻痺 (左-上肢)	ある	-
(右-上肢)	-	-
(左-下肢)	ある	-
(右-下肢)	ある	-
(その他)	-	-
2. 拘縮 (肩関節)	-	-
(股関節)	-	-
(膝関節)	-	-
(その他)	-	-
3. 寝返り	できない	-
4. 起き上がり	できない	-
5. 座位保持	支えが必要	-
6. 両足での立位	できない	-
7. 歩行	できない	-
8. 立ち上がり	できない	-
9. 片足での立位	できない	-
10. 洗身	全介助	-
11. つめ切り	全介助	-
12. 視力	-	-
13. 聴力	-	-
<b>第2群 生活機能</b>		
1. 移乗	全介助	-
2. 移動	全介助	-
3. えん下	見守り等	-
4. 食事摂取	一部介助	-
5. 排尿	全介助	-
6. 排便	全介助	-
7. 口腔清潔	全介助	-
8. 洗顔	全介助	-
9. 整髪	全介助	-
10. 上衣の着脱	一部介助	-
11. スポン等の着脱	全介助	-
12. 外出頻度	月1回未満	-
<b>第3群 認知機能</b>		
1. 意思の伝達	-	-
2. 毎日の日課を理解	できない	-
3. 生年月日をいう	-	-
4. 短期記憶	できない	-
5. 自分の名前をいう	-	-
6. 今の季節を理解	できない	-
7. 場所の理解	できない	-
8. 徘徊	-	-
9. 外出して戻れない	-	-
<b>第4群 精神・行動障害</b>		
1. 被害的	-	-
2. 作話	-	-
3. 感情が不安定	-	-
4. 昼夜逆転	-	-
5. 同じ話をする	-	-
6. 大声を出す	-	-
7. 介護に抵抗	-	-
8. 落ち着きなし	-	-
9. 一人で出たがる	-	-
10. 収集癖	-	-
11. 物や衣類を壊す	-	-
12. ひどい物忘れ	ある	-
13. 独り言・独り笑い	-	-
14. 自分勝手に行動する	-	-
15. 話がまとまらない	-	-
<b>第5群 社会生活への適応</b>		
1. 薬の内服	全介助	-
2. 金銭の管理	全介助	-
3. 日常の意思決定	できない	-
4. 集団への不適応	-	-
5. 買い物	全介助	-
6. 簡単な調理	全介助	-
<b>&lt;特別な医療&gt;</b>		
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	: じよくそうの処置	: -
レスピレーター	: カテーテル	: -

## 認定調査票（特記事項）

## 概況

先月より現病院入院中。

本人と同席の娘の同意を得て確認動作を実施。2 か月前に脳梗塞を発症し、左半身に麻痺がみられ、自分がどこにいるのかわからない等、現状と介護度が見合わなくなり変更の申請を行った。確認動作は、1-1, 1-2 のみ行う。1-3~9 は危険と判断し聞き取りを行う。

同席者は娘夫婦。状態確認は病棟看護師。

## 1 身体機能・起居動作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 拘縮の有無, 1-3 寝返り, 1-4 起き上がり, 1-5 座位保持, 1-6 両足での立位, 1-7 歩行, 1-8 立ち上がり, 1-9 片足での立位, 1-10 洗身, 1-11 つめ切り, 1-12 視力, 1-13 聴力

(1-1) 左半身には片麻痺があり、自分で動かす事はできない。右下肢は、床から 5cm 程度は蹴りあげることはできるが、静止はできない。

(1-2) 確認動作は本人と娘の同意を得て、調査員が実施。自力では動かせないが、他動的に可動域制限はない。左肩関節は動かす時に多少痛みを訴えたが、可動域制限はなかった。

(1-3) 自力で寝返りすることができない。

(1-4) 看護師が起き上がらせている。

(1-5) リクライニング車椅子で、背もたれと肘かけ、前をベルト等で固定すれば座位保持できる。

(1-6) 支えてもできない。

(1-7) 何かにつかまったり支えられても、一歩も歩けない。

(1-8) 看護師等が引き上げている。

(1-9) 支えてもできない。

(1-10) 週 2 回機械浴。右手で陰部程度は自分で洗うが不十分。不十分な部位も洗えない部位も、全て看護師が洗い直しを行っている。

(1-11) 爪が硬く自分でも切ることができないため、手も足も看護師が切っている。

## 2 生活機能に関連する項目についての特記事項

2-1 移乗, 2-2 移動, 2-3 えん下, 2-4 食事摂取, 2-5 排尿, 2-6 排便, 2-7 口腔清潔, 2-8 洗顔, 2-9 整髪, 2-10 上衣の着脱, 2-11 ズボン等の着脱, 2-12 外出頻度

(2-1) 看護師が二人で抱えて車椅子やポータブルトイレに移乗している。移乗機会は、リハビリ 2 回/日×週 6 回、食事 3 回/日、排泄 5~6 回/日、風呂 2 回/週。

また、1 日に 8 回（3 時間に 1 回）、看護師が二人で体位交換を行っている。夜間は一人となり、時間がかかる。

(2-2) 看護師が車椅子を押す介助を行っている。移動機会は、リハビリ 2 回/日×週 6 日、食事 3 回/日、風呂 2 回/週。

(2-3) 一度の食事で何回もむせてせき込むため、看護師が見守りをしたり背中をさする等介助している。

(2-4) 食事は、食堂に移動して行っている。ほんの一匙程度はスプーンを持たせると自分で食べるが、それ以上は食べなくなってしまうので、後は看護師が介助している。何回もむせるため、少しずつ様子を見ながら、食べさせており、30 分程度時間をかけることもある。

(2-5) 日中は 1 日に 5~6 回（3 時間に 1 回）、看護師が誘導しポータブルトイレで排尿している。移乗、パンツの上げ下げ、拭く介助、後始末は看護師が行っている。夜間はオムツを使用し、1 晩に 3 回看護師が交換している。オムツに手を入れたり、はずそうとする行為がみられ、注意するとやめるが、またすぐにやろうとする。

.....  
(2-6) 排尿にポータブルトイレに移った時に 1日に 1回程度の排便がある。パンツの上げ下げ、拭く介助、後始末は、看護師が行っている。

.....  
(2-7) 義歯は看護師が外し、手入れも看護師が行っている。毎食前と就寝前の計4回たんの吸引をしている。

.....  
(2-8) 看護師が温タオルで拭く介助を行っている。

.....  
(2-9) 看護師が整髪介助を行っている。

.....  
(2-10) 左上肢は麻痺があるが、右上肢は動かすことができるため、看護師が構えれば右の袖は自分で腕を通すことができる。

.....  
(2-11) 下肢は左右ともにほとんど動かすことができないため、看護師が全介助している。

.....  
(2-12) 外出はない。  
.....

### 3 認知機能に関連する項目についての特記事項

3-1 意思の伝達, 3-2 毎日の日課を理解, 3-3 生年月日を言う, 3-4 短期記憶, 3-5 自分の名前を言う, 3-6 今の季節を理解, 3-7 場所の理解, 3-8 徘徊, 3-9 外出して戻れない

(3-1) 意思伝達はできるが、内容は伴わない事が多い。

(3-2) 調査時は正解できた。日頃はできたりできなかつたりするが、できない方が多いと娘は話す。

(3-3) 生年月日も年齢も正解できた。日頃もできる。

(3-4) 調査時は不正解。日頃もできない。

(3-6) 「わからない」と回答。日頃も季節の理解はないと娘は話す。

(3-7) 「自宅」と回答。日頃も自分がどこにいるのかわからない。

### 4 精神・行動障害に関連する項目についての特記事項

4-1 被害的, 4-2 作話, 4-3 感情が不安定, 4-4 昼夜逆転, 4-5 同じ話をする, 4-6 大声を出す, 4-7 介護に抵抗, 4-8 落ち着きなし, 4-9 一人で出たがる, 4-10 収集癖, 4-11 物や衣類を壊す, 4-12 ひどい物忘れ, 4-13 独り言・独り笑い, 4-14 自分勝手に行動する, 4-15 話がまとまらない

(4-12) 何を言っても 5 分と覚えていない。直前の事も覚えておらず、「ご飯を食べていない」という事も毎日のようにある。看護師が説明すれば、納得する。

### 5 社会生活への適応に関連する項目についての特記事項

5-1 薬の内服, 5-2 金銭の管理, 5-3 日常の意思決定, 5-4 集団への不適応, 5-5 買い物, 5-6 簡単な調理

(5-1) 医師の指示で看護師が管理し、1 回ずつ薬も水も口に入れ飲み込むまで確認している。

(5-2) 利用の機会はなく、意欲も関心もない。全て家族が管理している。

(5-3) 見たいテレビ番組を選ぶこともできず、着る服を選ぶこともできない等ある。

(5-5) 日用品を家族が全介助。食材は病院職員が全介助。

(5-6) 病院職員が全介助している。

### 6 特別な医療についての特記事項

#### 6 特別な医療

該当項目はない。(病棟看護師確認済み)

### 7 日常生活自立度に関連する項目についての特記事項

7-1 障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度), 7-2 認知症高齢者の日常生活自立度

(7-1) 自分で寝返りはできないが、リクライニング車椅子に座位は保ち、食事は食堂で行う。食事にも排泄にも介助が必要な状態のため、「B-2」を選択する。

(7-2) その場の会話はできるが内容は伴わない。自分がどこにいるのかわからず、日常生活の多くに介助が必要。着替えや食事、排泄に介助が必要な状況のため、「Ⅲa」を選択する。

申請者	(ふりがな)	男 ・ 女	〒	—
	明・大・昭 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、本意見書が介護サービス計画作成に利用されることに 同意する。 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 〇年 〇月 〇日

(2) 意見書作成回数 初回 2回目以上

(3) 他科受診の有無 有 無  
(有の場合)→内科 精神科 外科 整形外科 脳神経外科 皮膚科 泌尿器科  
婦人科 眼科 耳鼻咽喉科 リハビリテーション科 歯科 その他 ( )

1. 傷病に関する意見

(1) 診断名 (特定疾病または生活機能低下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

1. 脳梗塞 \_\_\_\_\_ 日発症年月日 (平成 〇年 〇月 〇日頃) 発  
症年月日 (平成 〇年 〇月 〇日頃) 発

2. 心房細動 \_\_\_\_\_ 症年月日 (平成 〇年 〇月 〇日頃)

3. 慢性心不全 \_\_\_\_\_

(2) 症状としての安定性 安定 不安定 不明  
(「不安定」とした場合、具体的な状況を記入) 易疲労性

(3) 生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容  
[最近 (概ね6ヶ月以内) 介護に影響のあったもの 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]

2 か月前より構音障害、左麻痺が出現し、総合病院の脳神経外科に入院した。上肢・下肢に麻痺もみられ、歩行困難となる。MRIで、右頭頂葉白質に梗塞を認めた。ヘパリン 5000 単位、ラジカット 1/2 量投与したが、上肢下肢ともに左麻痺が進行した。食事は一部介助で経口摂取となり、リハビリ目的で当院へ入院となった。頻脈性心房細動でワソランの内服を開始。動脈硬化性粥腫も多数みられるため、治療は抗血小板薬とする。冠動脈石灰化++、心不全予防に利尿剤1種を使用中である。

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 点滴の管理 中心静脈栄養 透析 ストーマの処置 酸素療法  
レスピレーター 気管切開の処置 疼痛の看護 経管栄養 **特別な**

対応 モニター測定 (血圧、心拍、酸素飽和度等) 褥瘡の処置 **失禁への対応** 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

・障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度) 自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2

・認知症高齢者の日常生活自立度 自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M

(2) 認知症の中核症状 (認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)

・短期記憶 問題なし 問題あり

・日常の意思決定を行うための認知能力 自立 いくらか困難 見守りが必要 判断できない

・自分の意思の伝達能力 伝えられる いくらか困難 具体的要求に限られる 伝えられない

(3) 認知症の周辺症状 (該当する項目全てチェック: 認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)

無 有 { 幻視・幻聴 妄想 昼夜逆転 暴言 暴行 介護への抵抗 徘徊  
火の不始末 不潔行為 異食行動 性的問題行動 その他 ( )

(4) その他の精神・神経症状  
無 有 [症状名: 左麻痺 専門医受診の有無 有 (当院 ) 無]

#### 4. 生活機能とサービスに関する意見

**(5) 身体の状態**  
 利き腕 (右 左) 身長 =  体重 =  (過去6ヶ月の体重の変化 増加 維持 減少)  
四肢欠損 (部位: \_\_\_\_\_)  
麻痺 右上肢 (程度: 軽 中 重) 左上肢 (程度: 軽 中 重)  
右下肢 (程度: 軽 中 重) 左下肢 (程度: 軽 中 重)  
その他 (部位: \_\_\_\_\_ 程度: 軽 中 重) 筋力の低下 (部位: 右上下肢、体幹 程度: 軽 \_\_\_\_\_ 中 重)  
関節の拘縮 (部位: 脊椎 程度: 軽 中 重)  
関節の痛み 部位: 軽 重 脊椎、麻痺側  
失調・不随意運動・上肢 右 左 ・下肢 右 左 ・体幹 右 左  
褥瘡 (部位: \_\_\_\_\_ 程度: 軽 中 重)  
その他の皮膚疾患 (部位: \_\_\_\_\_ 程度: 軽 中 重)

**(1) 移動**  
 屋外歩行 自立 介助があればしている していない  
 車いすの使用 用いていない 主に自分で操作している 主に他人が操作している歩行補助具・装具の使用(複数選択可) 用いていない 屋外で使用 屋内で使用

**(2) 栄養・食生活**  
 食事行為 自立ないし何とか自分で食べられる 全面介助現在の栄養状態 良好 不良  
 → 栄養・食生活上の留意点 (誤嚥に注意 \_\_\_\_\_)

**(3) 現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とその対処方針**  
尿失禁 転倒・骨折 移動能力の低下 褥瘡 心肺機能の低下 閉じこもり 意欲低下 徘徊  
低栄養 摂食・嚥下機能低下 脱水 易感染性 がん等による疼痛 その他 ( \_\_\_\_\_ )  
 → 対処方針 (今後も介助を要する \_\_\_\_\_)

**(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し**  
期待できる 期待できない 不明

**(5) 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。予防給付により提供されるサービスを含みません。)**  
訪問診療 訪問看護 看護職員による訪問・相談 訪問歯科診療  
訪問薬剤管理指導 訪問リハビリテーション 短期入所療養介護 訪問歯科衛生指導  
訪問栄養食事指導 通所リハビリテーション その他の医療系サービス ( \_\_\_\_\_ )

**(6) サービス提供時における医学的観点からの留意事項**  
 ・血圧 特になし あり (変動あり \_\_\_\_\_) ・移動 特になし あり (全面介助 \_\_\_\_\_)  
 ・摂食 特になし あり (要介助 \_\_\_\_\_) ・運動 特になし あり (不可能 \_\_\_\_\_)  
 ・嚥下 特になし あり (注意が必要 \_\_\_\_\_) ・その他 ( \_\_\_\_\_)

**(7) 感染症の有無 (有の場合は具体的に記入して下さい)**  
無 有 ( \_\_\_\_\_ ) 不明

#### 5. 特記すべき事項

要介護認定及び介護サービス計画作成時に必要な医学的など意見を記載して下さい。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。)

端座位不可、立位保持不能、移乗は全介助で、食事もベッド上で、介助を受けながら摂取している。  
 強度の円背、易疲労性、重度の左麻痺のため、自力での移動や運動は困難である。  
 排泄はポータブルトイレ、移動は車椅子であるが、移乗には二人介助が必要と考えられる。車椅子については、機種の設定やシーティングが必要である。  
 家族は在宅療養を考えているが、心不全のリスクがあることから、看護的指導も必要である

