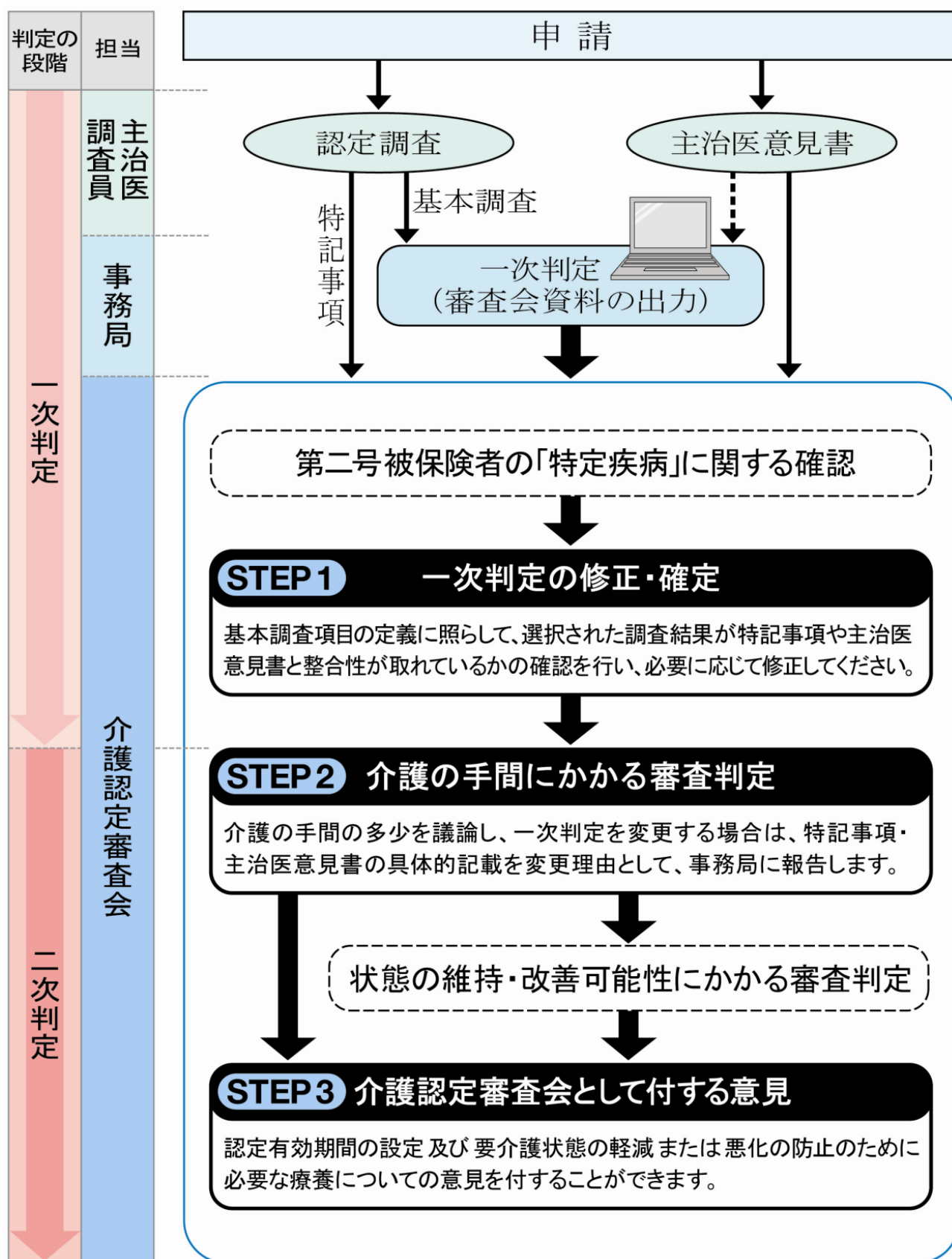


## 介護認定審査会資料

この資料は、「介護認定審査会 DVD 教材」に掲載されている7つのケースの審査会資料、特記事項および主治医意見書です。DVD と併せてご覧ください。

これらの各ケースに記載されている特記事項及び主治医意見書の内容は、介護認定審査会での状況を出来る限り忠実に表現するために、典型的にみられる特記事項等の記載をもとに作成したものであり、特記事項等の記入の模範例や基本調査項目の選択基準を提示するものではありませんので、その点にご留意ください。

## 審査判定手順



# 取扱注意

# 介護認定審査会資料

平成〇年〇月〇日 作成  
平成〇年〇月〇日 申請  
平成〇年〇月〇日 調査  
平成〇年〇月〇日 審査

合議体番号： 000001 No. 1

被保険者区分：第1号被保険者 年齢：81歳 性別：男  
申請区分：更新申請 前回要介護度：要支援2

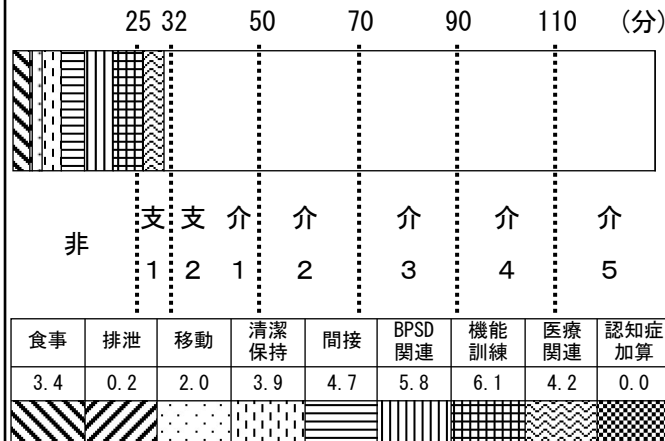
現在の状況：居宅（施設利用なし）  
前回認定有効期間：12月間

## 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：要支援1

要介護認定等基準時間：30.3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   |
|------|-------|-------|-------|-------|
| 87.1 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 |

## 4 日常生活自立度

障害高齢者自立度：J2

認知症高齢者自立度：I

## 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：I

主治医意見書：I

認知症自立度Ⅱ以上の蓋然性：

状態の安定性：安定

給付区分：予防給付

## 6 現在のサービス利用状況（予防給付）

|                           |         |
|---------------------------|---------|
| 介護予防訪問介護（ホームヘルプサービス）      | 0回/月    |
| 介護予防訪問入浴介護                | 0回/月    |
| 介護予防訪問看護                  | 0回/月    |
| 介護予防訪問リハビリテーション           | 0回/月    |
| 介護予防居宅療養管理指導              | 0回/月    |
| 介護予防通所介護（デイサービス）          | 13回/月   |
| 介護予防通所リハビリテーション           | 0回/月    |
| 介護予防短期入所生活介護（ショートステイ）     | 0日/月    |
| 介護予防短期入所療養介護              | 0日/月    |
| 介護予防特定施設入居者生活介護           | 0日/月    |
| 介護予防福祉用具貸与                | 0品目     |
| 特定介護予防福祉用具販売              | 0品目/6月間 |
| 住宅改修                      | なし      |
| 介護予防認知症対応型通所介護            | 0日/月    |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護           | 0日/月    |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護（グループホーム） | 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）<br>（右一上肢）<br>（左一下肢）<br>（右一下肢）<br>（その他） | ある<br>ある<br>ある | -<br>-<br>-<br>-<br>- |
| 2. 拘縮（肩関節）<br>（股関節）<br>（膝関節）<br>（その他）              | ある             | -<br>-<br>-<br>-      |
| 3. 寝返り   |                | -                     |
| 4. 起き上がり   | つかまれば可         | -                     |
| 5. 座位保持  | 自分で支えれば可       | -                     |
| 6. 両足での立位  |                | -                     |
| 7. 歩行  | つかまれば可         | -                     |
| 8. 立ち上がり   | つかまれば可         | -                     |
| 9. 片足での立位  | 支えが必要          | -                     |
| 10. 洗身   |                | -                     |
| 11. つめ切り   |                | -                     |
| 12. 視力   |                | -                     |
| 13. 聴力   |                | -                     |
| <b>第2群 生活機能</b>                                    |                |                       |
| 1. 移乗  |                | -                     |
| 2. 移動  |                | -                     |
| 3. えん下   |                | -                     |
| 4. 食事摂取  |                | -                     |
| 5. 排尿  |                | -                     |
| 6. 排便  |                | -                     |
| 7. 口腔清潔  |                | -                     |
| 8. 洗顔  |                | -                     |
| 9. 整髪  |                | -                     |
| 10. 上衣の着脱  |                | -                     |
| 11. ズボン等の着脱  |                | -                     |
| 12. 外出頻度   |                | -                     |
| <b>第3群 認知機能</b>                                    |                |                       |
| 1. 意思の伝達   |                | -                     |
| 2. 毎日の日課を理解  |                | -                     |
| 3. 生年月日をいう   |                | -                     |
| 4. 短期記憶  |                | -                     |
| 5. 自分の名前をいう  |                | -                     |
| 6. 今の季節を理解   |                | -                     |
| 7. 場所の理解   |                | -                     |
| 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. 同じ話を繰り返す  |                | -                     |
| 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   |                | -                     |
| 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  |                | -                     |
| 2. 金銭の管理   |                | -                     |
| 3. 日常の意思決定   |                | -                     |
| 4. 集団への不適応   |                | -                     |
| 5. 買い物   |                | -                     |
| 6. 簡単な調理   |                | -                     |

### <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    | ： |

## 認定調査票（特記事項）

## 概況

妻と二人暮らしであるが、妻は特養に入所中。娘が1ヶ月に2回ほど来訪して支援している。三叉神経痛のため2年前の9月に手術。現在は腰痛があり不定期に通院している。その他、大きな病歴はない。

## 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、2) 座位にて確認。上肢動作は問題なし。下肢は定義の半分程度の挙上しかできないため「両下肢」は「あり」。

右手第1, 5 指の指先に変形あり、力が入らず、「その他」を「あり」とする。

(3) 寝返りは問題なくできる。

(4) 起き上がりはしっかりと手をつかなければできないため「何かにつかまればできる」を選択。

(5) 調査時は背もたれにもたれたり、肘掛に手を置いて座位をとっていた。日頃と同じ状況とのこと。

(7) 実際に確認。建具や家具につかまりながらしか歩行できない。「何かにつかまればできる」を選択する。

(8) 肘掛や座面に手をついて時間をかけてしか立ち上がることができなかったため、「何かにつかまればできる」を選択。

(9) 椅子につかまってなら両足とも安定した片足立位ができることを確認。

(10) 週3回デイで入浴。背中を洗ってもらうこともあるが、通常は自立。デイのない日は自宅で介助なくシャワーをしていることから「介助されていない」を選択する。

(12) 2m 弱の距離で確認表は見える。新聞は虫眼鏡を使用して読んでいるが、日常生活に支障はない。

(13) 調査時に何回か聞き直しはあったが、日常において特に支障なく聞こえるとのこと、「普通」を選択する。

## 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 スボン等の着脱, 2-12 外出頻度

(1) 定義される移乗の機会はない。立ち上がる際の加重はあるが、トイレでの動作などから、移乗に介助は必要ないと判断し、「介助されていない」を選択する。

(2) 自宅内の移動は伝い歩きで介助はない。デイの移動時は職員が付き添うこともあるが、本人もゆっくり気をつけながら歩行していることから、「介助されていない」を選択する。杖は格好が悪いといって使わない。

(3) むせることはないが、のどが渇く感じがあり、ご飯は水分で流し込んでいる。飲み込みに支障はないことから、「できる」を選択する。

(4) 手指に変形があるので食べにくいときもあるが、補助具を用い、おおむね支障なく自分で食事摂取をしている。

(5) 昼夜ともにトイレ自立。夜間は4回ほど、昼間は7～8回。前立腺等の病気はない。残尿により下着を汚すことも週に2～3回あるが、自分で交換しているとのことから、「介助されていない」を選択する。

(6) トイレで自立。下痢のときなど間に合わないことも月に1回程度あるが、自分で着替えている。

トイレはさほど汚しはないがあまり汚いと自分で掃除する。普段の掃除は娘が来訪したときに行っているとのこと。

(7～9) 義歯であり毎食後、自分で外して洗っている。洗顔、整髪いずれも問題なく自分で行う。

(10、11) 自立している。指に変形があるためデイの入浴時少し時間はかかるが、自力で行っているとのこと。

(12) 週3回デイのため外出する。病院へ行く必要があるときは近くに住む甥に乘せてもらう（不定期）。近くの店へは週2～3回、歩いて総菜などを買いに行くことから、「週1回以上」を選択する。

## 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

(1～7) いずれも問題なく正答。

(8、9) いずれの行動もないとの娘談。

**認定調査票（特記事項）****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

(3) 妻のことが心配で「家内を送らんと俺は死ねん」と言ったり、デイでも妻の具合が悪いと落ち込んでいる様子が見うけられるが、特に不適當な行動ではないため、「ない」を選択。対応もとられていない。

(4) 昼間もデイ以外の日は寝ていることが多く、夜中トイレに行くと2時間ほど眠れないこともあるが、昼夜逆転とはなっていないため「ない」を選択。

(12) 何をするか忘れてしまうことはある。回覧板などを回すのを忘れてしまうため、きたらすぐに回すようにしている。火の元の用心のため調理器具はIHを使用している。今のところ自分で物忘れにも対応しており、「ない」を選択。

**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

(1) 現在、内服薬は処方されていない。必要なときは自ら管理できているとの娘談。

(2) 金銭はすべて自己管理しているとのことから、「介助されていない」を選択する。

(5) 近くの店へ週2~3回、総菜を買いに行く。日用品は娘が来るときに頼んで買ってもらうが、より頻回な状況から「介助されていない」を選択する。

(6) 娘が来たときにまとめて炊飯したものを冷凍してくれているので、食べるときに自分でレンジを使って温めている。副菜は総菜や缶詰を食べているとのことから、「介助されていない」を選択する。

**6 特別な医療についての特記事項**

6 特別な医療

(1~12)いずれもなし。

**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

(1) 前回の調査時は車の運転も行っていたが、自身でも危ないと感じているため最近はやっていないとのこと。近所には歩いて出かけることができるが、遠方へは誰かに乗せていってもらいが必要があり「J2」を選択する。娘には炊飯や買い物、掃除、洗濯を手伝ってもらう。日頃の洗濯は自分でやっている。

(2) 多少、物忘れがあるが歳相応以上の記憶力はあると思われる。管理能力、理解力にも問題なく「自立」を選択する。

主治医意見書

記入日 平成 年 月 日

|  |   |         |     |
|--|---|---------|-----|
| 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 年 月 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<br>(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<br>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)及び発症年月日   |       |             |  |
| 1. 右三叉神経痛  | 発症年月日 | (平成 年 月 日頃) |  |
| 2. 右変形性膝関節症  | 発症年月日 | (平成 年 月 日頃) |  |
| 3. 腰痛症   | 発症年月日 | (平成 年 月 日頃) |  |
| (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)   |       |             |  |
| (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<br>〔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)〕<br>12年前に三叉神経痛にて、種々の病院等にて治療歴あるも、疼痛に改善が見られず、2年前の9月に手術し、疼痛は安定している。<br>膝の疼痛のため、動くことも少なくなり、筋力低下が目立つようになってきた。<br>独居のため、買い物時のみ外出している。<br>近隣へは何とか歩行可能も、ほとんど屋内のみで生活されている。 |       |             |  |

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 a b a b 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 (該当する項目全てでチェック: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: 専門医受診の有無 有 ( ) 無〕 |      |      |        |        |        |    |  |  |

|             |                                      |                    |   |
|-------------|--------------------------------------|--------------------|---|
| (5) 身体の状態   |                                      |                    |   |
| 利き腕 ( 右 左 ) | 身長 = <u>156.6</u> cm                 | 体重 = <u>60</u> kg  | 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 : 右第 1 , 5 指                | 程度 : 軽 中 重 )       |   |
| 筋力の低下       | ( 部位 : <u>両下肢</u>                    | 程度 : 軽 中 重 )       |   |
| 関節の拘縮       | ( 部位 : _____                         | 程度 : 軽 中 重 )       |   |
| 関節の痛み       | ( 部位 : <u>両膝、腰</u>                   | 程度 : 軽 中 重 )       |   |
| 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 ( _____ )  |                                  |   |                                      |
| (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 ( 歩行やや不安定、見守り必要 )                                       |                                  |   |                                      |
| (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す。) |                                  |   |                                      |
| 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 ( _____ )                                 | ・ 移動    特になし    あり ( 息切れ _____ ) |   |                                      |
| ・ 摂食    特になし    あり ( _____ )                                 | ・ 運動    特になし    あり ( _____ )     |   |                                      |
| ・ 嚥下    特になし    あり ( _____ )                                 | ・ 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。)

長谷川式 = 14 点 (今年 9 月) (前回 16 点 (昨年 9 月))

独居でほとんど動くことも少なくなった。

筋力低下にて歩行も不安になってきている。膝の痛みが増加している。

ADL の悪化予防や認知症症状出現予防に何らかの支援が必要である。現在のデイサービスの継続が重要。

# 取扱注意

# 介護認定審査会資料

平成〇年〇月〇日 作成  
平成〇年〇月〇日 申請  
平成〇年〇月〇日 調査  
平成〇年〇月〇日 審査

合議体番号： 000001 No. 2

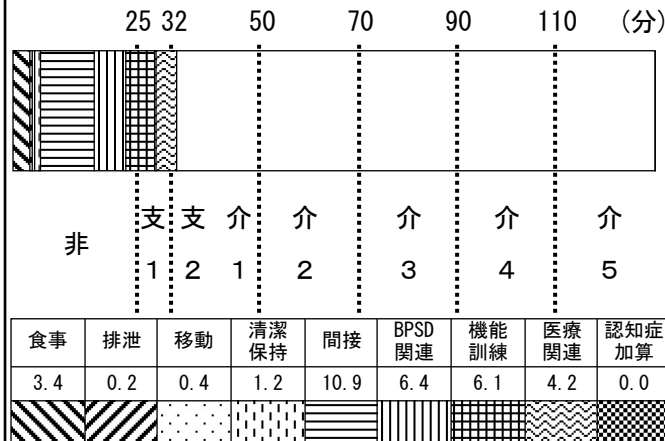
被保険者区分：第1号被保険者 年齢：82歳 性別：女 現在の状況：居宅（施設利用なし）  
申請区分：新規申請 前回要介護度：なし 前回認定有効期間： 月間

## 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：要支援2

要介護認定等基準時間：32.8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  |
|------|-------|-------|------|------|
| 93.4 | 100.0 | 100.0 | 93.5 | 91.3 |

## 4 日常生活自立度

障害高齢者自立度：自立  
認知症高齢者自立度：II 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：II a  
主治医意見書：I  
認知症自立度II以上の蓋然性：3.6%  
状態の安定性：安定  
給付区分：予防給付

## 6 現在のサービス利用状況（なし）

## 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）<br>（右一上肢）<br>（左一下肢）<br>（右一下肢）<br>（その他） | -      | -    |
| 2. 拘縮（肩関節）<br>（股関節）<br>（膝関節）<br>（その他）              | -      | -    |
| 3. 寝返り   | -      | -    |
| 4. 起き上がり   | つかまれば可 | -    |
| 5. 座位保持  | -      | -    |
| 6. 両足での立位  | -      | -    |
| 7. 歩行  | -      | -    |
| 8. 立ち上がり   | つかまれば可 | -    |
| 9. 片足での立位  | 支えが必要  | -    |
| 10. 洗身   | -      | -    |
| 11. つめ切り   | -      | -    |
| 12. 視力   | -      | -    |
| 13. 聴力   | -      | -    |
| <b>第2群 生活機能</b>                                    |        |      |
| 1. 移乗  | -      | -    |
| 2. 移動  | -      | -    |
| 3. えん下   | -      | -    |
| 4. 食事摂取  | -      | -    |
| 5. 排尿  | -      | -    |
| 6. 排便  | -      | -    |
| 7. 口腔清潔  | -      | -    |
| 8. 洗顔  | -      | -    |
| 9. 整髪  | -      | -    |
| 10. 上衣の着脱  | -      | -    |
| 11. ズボン等の着脱  | -      | -    |
| 12. 外出頻度   | -      | -    |
| <b>第3群 認知機能</b>                                    |        |      |
| 1. 意思の伝達   | -      | -    |
| 2. 毎日の日課を理解  | -      | -    |
| 3. 生年月日をいう   | -      | -    |
| 4. 短期記憶  | -      | -    |
| 5. 自分の名前をいう  | -      | -    |
| 6. 今の季節を理解   | -      | -    |
| 7. 場所の理解   | -      | -    |
| 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  | ときどきある | -    |
| 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  | -      | -    |
| 2. 金銭の管理   | 一部介助   | -    |
| 3. 日常の意思決定   | -      | -    |
| 4. 集団への不適応   | -      | -    |
| 5. 買い物   | -      | -    |
| 6. 簡単な調理   | -      | -    |

### <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：



## 認定調査票（特記事項）

### 概況

家族と同居しており、日中も一人になることはない。高血圧症が認められるが、それ以外に大きな疾患はない。ただし認知機能の低下が徐々にみられるようになり、家族も見守りが必要となってきたことから、今回の申請に至った。

### 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、2) 両上肢・両下肢とも水平の高さまで拳上し、静止した状態で保持できた。可動域制限も確認できず。

(4) ベッドの柵につかまらないうち起き上がれないことから、「何かにつかまればできる」を選択する。

(5、6) 問題なく確認できた。

(7) 少しふらつくことはあったが、ゆっくりと自力で歩くことができた。日頃もできていると聞き取る。

(8) 椅子の肘掛に手を置いて十分に加重しながらゆっくり立ち上がったため、「つかまれば可」を選択する。

(9) 机につかまった状態ならできたため、「何か支えがあればできる」を選択する。

(10) 問題なく自分で行っていると本人、家族から聞き取る。

### 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

(1) 定義される移乗行為はないが、立ち座りにまったく問題がないことから、「介助されていない」を選択する。

(2) 室内は伝い歩きや自力で歩いている。散歩時もゆっくりとではあるが介助は行われておらず、転倒等もないとのこと。

(3) むせ込みもなく、飲み込みができていないため、「できる」を選択する。

(4) セッティングすれば、自分で食べることができるため、「介助されていない」を選択する。

(5、6) 昼夜ともにトイレで自分で行っている。失禁やトイレの汚れもない。

(7、8) 自分で歯磨きと洗顔を行っている。

(10、11) 着やすい服とズボンなので、自分で着脱している。

(12) ほぼ毎日、ひとりで近所に散歩に出かけるので、「週1回以上」を選択する。家に戻れないということはない。

### 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

(1) 問題なくできている。

(2) 大まかな日課は理解できているため、「できる」を選択するが、細かなスケジュールについては十分理解していない。

(3) 生年月日はすぐ回答できたが、年齢は即答できなかった。生年月日が答えられたので、「できる」を選択する。

(4) 調査時、調査前に食事したことは覚えていたが、何を食べたか細かい内容は忘れていた。家族に日頃の状況を聞くと直前の食事内容は覚えていることが多いとのことなので、「できる」を選択する。

### 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

(3) 過去数ヶ月の間に2～3回、何の脈絡もなく突然怒鳴ることがあったため「ときどきある」を選択する。

対応の手間は特にないが、家族は申請者の変化に戸惑いがある。

(12) 散歩の際、なぜか洗剤ばかりを買ってくるようになった。少額しかお金は持たせていないので、購入量は少量であるため特に返品等はしていないが、行動がでているので「ある」を選択する。

### 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

(1) 特に服薬している薬はないため「介助されていない」を選択する。

(2) 少額を渡すようにしており、通帳などは、家族が管理しているため、「一部介助」を選択する。

### 6 特別な医療についての特記事項

6 特別な医療

(1～12) 特になし。

### 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

(1) 身体能力に大きな問題はなく、外出も行っているため、「自立」を選択する。

(2) 買い物の際に不要なものを買ってきたり、金銭の管理に問題がでていることから、「a」と判断した。

|  |  |         |     |
|--|--|---------|-----|
| 申請者  | (ふりがな)   | 男・女     | 〒 ー |
|  |  |         |     |
|  | 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 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<br>(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<br><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) 及び発症年月日  |       |  |  |
| 1. 高血圧   | 発症年月日 | (平成 〇年 〇月 〇日頃 )                        |  |
| 2.   | 発症年月日 | (平成 年 月 日頃 )                           |  |
| 3.   | 発症年月日 | (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 |
| (「不安定」とした場合、具体的な状況を記入)   |       |  |  |
| (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<br>[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]<br>一週間ほど前に発熱があり、食欲が落ちたため、水分、栄養補給のため点滴を実施。現在は行っていない。 |       |  |  |

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) <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  |  |
| ・障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)  | <input checked="" 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 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 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  |
| (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 checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | [症状名: 専門医受診の有無 <input type="checkbox"/> 有 ( ) <input type="checkbox"/> 無]  |

|             |                    |                    |            |      |    |    |                 |    |    |      |
|-------------|--------------------|--------------------|------------|------|----|----|-----------------|----|----|------|
| (5) 身体の状態   |                    |                    |            |      |    |    |                 |    |    |      |
| 利き腕 ( 右 左 ) | 身長 =               | 150                | cm         | 体重 = | 41 | kg | ( 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 : _____ )     | 程度 : 軽 中 重         |            |      |    |    |                 |    |    |      |
| 関節の拘縮       | ( 部位 : _____ )     | 程度 : 軽 中 重         |            |      |    |    |                 |    |    |      |
| 関節の痛み       | ( 部位 : _____ )     | 程度 : 軽 中 重         |            |      |    |    |                 |    |    |      |
| 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 ( _____ )  |                  |                       |                 |          |                  |      |    |  |  |
| (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 ( _____ )   |                  |                       |                 |          |                  |      |    |  |  |
| (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す。) |                  |                       |                 |          |                  |      |    |  |  |
| 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 ( _____ )          | ・ 移動            | 特になし     | あり ( 息切れ _____ ) |      |    |  |  |
| ・ 摂食   | 特になし             | あり ( _____ )          | ・ 運動            | 特になし     | あり ( _____ )     |      |    |  |  |
| ・ 嚥下   | 特になし             | あり ( _____ )          | ・ 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。)

年相応の身体能力の低下がみられるが、日常生活はほぼ自立している。歩行にふらつきはあり転倒のリスクはある。高血圧症のため、食事の内容に配慮を要する。日常生活において介助は発生していない。

# 取扱注意

# 介護認定審査会資料

平成〇年〇月〇日 作成  
平成〇年〇月〇日 申請  
平成〇年〇月〇日 調査  
平成〇年〇月〇日 審査

合議体番号： 000001 No. 3

被保険者区分：第1号被保険者 年齢：92歳 性別：女  
申請区分：更新申請 前回要介護度：要介護5

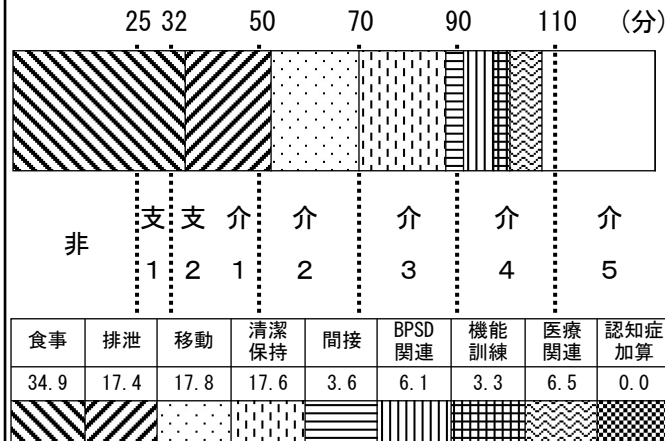
現在の状況：指定介護老人福祉施設  
前回認定有効期間：24月間

## 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：107.2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 |
|------|------|------|-------|-----|
| 20.7 | 18.3 | 19.4 | 100.0 | 6.1 |

## 4 日常生活自立度

障害高齢者自立度：C2

認知症高齢者自立度：IV

## 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：IV

主治医意見書：IV

認知症自立度Ⅱ以上の蓋然性：

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)               | ある    | -    |
| (左一下肢)               | ある    | -    |
| (右一下肢)               | ある    | -    |
| (その他)                | -     | -    |
| 2. 拘縮 (肩関節)          | ある    | -    |
| (股関節)                | ある    | -    |
| (膝関節)                | ある    | -    |
| (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              | 全介助   | -    |
| 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. ズボン等の着脱          | 一部介助  | -    |
| 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             | できない  | -    |
| 2. 毎日の日課を理解          | できない  | -    |
| 3. 生年月日をいう           | できない  | -    |
| 4. 短期記憶              | できない  | -    |
| 5. 自分の名前をいう          | できない  | -    |
| 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           | -     | -    |
| 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   | -    |

### <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    | ： | じよくそうの処置 | ： |
| レスピレーター | ： | カテーテル    | ： |

# 一次判定修正後

## 取扱注意

## 介護認定審査会資料

平成〇年〇月〇日 作成  
平成〇年〇月〇日 申請  
平成〇年〇月〇日 調査  
平成〇年〇月〇日 審査

合議体番号： 000001 No. 3

被保険者区分：第1号被保険者 年齢：92歳 性別：女  
申請区分：更新申請 前回要介護度：要介護5

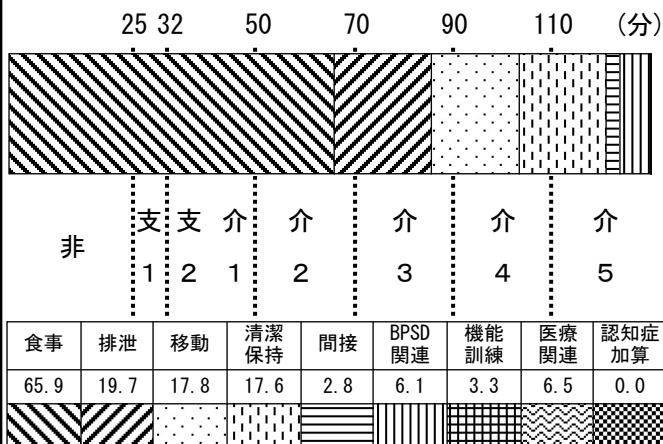
現在の状況：指定介護老人福祉施設  
前回認定有効期間：24月間

### 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5

要介護認定等基準時間：139.7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 |
|------|-----|------|-------|-----|
| 20.7 | 7.2 | 19.4 | 100.0 | 6.1 |

### 4 日常生活自立度

障害高齢者自立度：C2

認知症高齢者自立度：IV

### 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：IV

主治医意見書：IV

認知症自立度Ⅱ以上の蓋然性：

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)               | ある    | -    |
| (左一下肢)               | ある    | -    |
| (右一下肢)               | ある    | -    |
| (その他)                | -     | -    |
| 2. 拘縮(肩関節)           | ある    | -    |
| (股関節)                | ある    | -    |
| (膝関節)                | ある    | -    |
| (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              | 全介助   | -    |
| 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            | 全介助   | -    |
| 11. ズボン等の着脱          | 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             | できない  | -    |
| 2. 毎日の日課を理解          | できない  | -    |
| 3. 生年月日をいう           | できない  | -    |
| 4. 短期記憶              | できない  | -    |
| 5. 自分の名前をいう          | できない  | -    |
| 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           | -     | -    |
| 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   | -    |

#### <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**

日中は、ほとんどベッドの上で過ごしている。数年前から認知症の症状が見られるが、在宅での生活を続けていた。3年前の1か月の入院（肺炎）により筋力低下が進み、歩行困難となる。

**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) 四肢筋力低下が著しく、意思疎通も図れないため確認できず。四肢を自動的に動かすことはできないと聞き取る。
- (2) 肩関節はわずかに脇が開く程度、腕は挙上できず。股関節は25 cm広げることはいずれもできず。両膝にも可動域制限が見られ、動かすと痛みあり、完全に伸ばすことはできなかったため、「肩関節」「股関節」「膝関節」が「ある」を選択する。
- (3) 確認動作を実施できず。1人で向きを変えているときもあるが、通常はできていないとの職員談。「できない」を選択。
- (4) 日頃より職員が引き上げて起こさないと起き上がれないため、「できない」を選択する。
- (5) 車椅子の背もたれによりかかれば、10分程度保持できるとの職員談。
- (6～9) 寝たきり状態であるため、両足立位、歩行、立ち上がり、片足立位はできないため「できない」を選択する。
- (10) 週2回機械浴。職員が全体的に介助しているため、「全介助」を選択する。拘縮があるため介助には時間を要する。
- (11) 職員が手・足の爪をすべて切っているため、「全介助」を選択する。
- (12) 確認表の追視は可能。職員も見えていると判断していることから、「普通」を選択する。
- (13) 普通の声で話しかけると、目を開くなどの反応はあることから、「普通」を選択する。

**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 スボン等の着脱, 2-12 外出頻度

- (1) ほぼ一日ベッド上で過ごしており、週2回だけ入浴室へ移動するときに、車椅子へ移乗する機会がある。職員が抱えて移乗を行っているため、「全介助」を選択する。
- (2) 移動の機会は、週2回入浴室へいくときだけである。職員が車椅子を押して移動しているため、「全介助」を選択する。
- (3) むせやすいので、姿勢に気をつけながら食べさせているため、「見守り等」を選択する。水っぽいものにはとろみをつけている。
- (4) 3か月ほど前から経鼻の経管栄養を行っていたが、現在は経口摂取に移行している。職員が全介助を行っている。誤嚥があるため、ゆっくり摂取しており、全量を摂取するには40分程度かかるとの職員談。
- (5、6) 尿意・便意はなく終日おむつを着用している。職員がおむつを定時交換（一日6回）しているため、「全介助」を選択する。下肢及び股関節の拘縮が強く、交換には時間がかかる。弄便・不潔行為等はない。
- (7) 職員が口腔清拭をすべて行っているため、「全介助」を選択する。
- (8) 洗顔行為の意味の理解もなく、職員がタオルを濡らし顔を拭く介助を行っているため、「全介助」を選択する。
- (10、11) 発汗が多いため日に2～3回の更衣機会あり。足や腕を通すにも職員が直接手足をもってすべてを介助している。

**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

- (1～7) 意思疎通が図れず、質問の理解もできず、答えることができなかったため、これらの項目はすべて「できない」を選択する。
- (8、9) 寝たきりで、これらの行動がみられないため、「ない」を選択する。

**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

- (1～15) 寝たきりで発語も少ないため、これらの行動がみられないので、「ない」を選択する。

**認定調査票（特記事項）****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

(1) 内服薬の管理は職員が行い、認知症があるため、毎回職員が飲ませているため、「全介助」を選択する。

(2) 能力はなく、管理ができず、家族が管理しているため、「全介助」を選択する。

(3) 問いかけても言葉にならない声をだす、笑う等の反応しかしないため、「できない」を選択する。

(5、6) 入所中のため、買い物や調理を行う機会はない。職員によってすべて行われているため、「全介助」を選択する。

**6 特別な医療についての特記事項**

6 特別な医療

(9) 3か月前まで経管栄養を利用していたが、リハビリをして現在は経口摂取に完全移行している。

**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

(1) 寝たきりで、自分で寝返りも打てない。常時ベッドの上で生活しているため、「C2」を選択する。

(2) 意思疎通がほとんどできないため、「」を選択する。

主治医意見書

記入日 平成 年 月 日

|                                 |   |              |     |
|---------------------------------|---|--------------|-----|
| 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 年 月 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<br>(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<br>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)及び発症年月日   |       |             |  |
| 1. 多発性脳梗塞、認知症  | 発症年月日 | (平成 年 月 日頃) |  |
| 2. 左肘関節骨折  | 発症年月日 | (平成 年 月 日頃) |  |
| 3. 誤嚥性肺炎   | 発症年月日 | (平成 年 月 日頃) |  |
| (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)   |       |             |  |
| (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<br>〔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〕<br>3年前に誤嚥性肺炎を起こしてから、一時、肺炎をくり返し経管栄養導入したが、徐々に回復し経口摂取が再び可能になった。誤嚥しやすいため、引き続き食事摂取においては、時間をかけて介助を行う必要がある。<br>コミュニケーションは不能で寝たきり全介助レベルである。 |       |             |  |

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    |        | a          | b        | a      | b      |        | 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:  |            | 専門医受診の有無 | 有( )   | 無      |        |        |    |  |



|                     |      |                    |    |          |                    |          |               |    |    |      |
|---------------------|------|--------------------|----|----------|--------------------|----------|---------------|----|----|------|
| (5) 身体の状態           |      |                    |    |          |                    |          |               |    |    |      |
| 利き腕 ( 右 左 )         | 身長 = | 150                | cm | 体重 =     | 30                 | kg       | 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 : 回肢 _____ )  |    |          | 程度 : 軽 中 重 )       |          |               |    |    |      |
| 関節の拘縮               |      | ( 部位 : 回肢 _____ )  |    |          | 程度 : 軽 中 重 )       |          |               |    |    |      |
| 関節の痛み               |      | ( 部位 : _____ )     |    |          | 程度 : 軽 中 重 )       |          |               |    |    |      |
| 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 : 左頬角化症 SCC ) |    |          | 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 (  |           | )                |         |                        |         |             |          |  |    |  |
| (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 ( )   |           |                  |         |                        |         |             |          |  |    |  |
| (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す。) |           |                  |         |                        |         |             |          |  |    |  |
| 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 (療養型施設介護 ) |         |             |          |  |    |  |
| (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 (             | )・移動    |                        | 特になし    | あり (        | )        |  |    |  |
| ・ 摂食   | 特になし      | あり (             | )・運動    |                        | 特になし    | あり (全介助     | )        |  |    |  |
| ・ 嚥下   | 特になし      | あり (誤嚥リスク        | )・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。)

左頬の皮膚症変は癌化している可能性があるが、高齢であり経過観察している。(月に1回皮膚科医が診察中)  
一時は、経口不能となったが嚥下リハビリを積極的に行い経口摂取が可能となった。

# 取扱注意

# 介護認定審査会資料

平成〇年〇月〇日 作成  
平成〇年〇月〇日 申請  
平成〇年〇月〇日 調査  
平成〇年〇月〇日 審査

合議体番号： 000001 No. 4

被保険者区分：第1号被保険者 年齢：73歳 性別：男  
申請区分：更新申請 前回要介護度：要介護2

現在の状況：居宅（施設利用なし）  
前回認定有効期間：12月間

## 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2

要介護認定等基準時間：68.0分

|        | 25   | 32   | 50   | 70   | 90   | 110  | (分)  |
|--------|------|------|------|------|------|------|------|
| 食事     | 15.4 | 4.7  | 4.6  | 11.6 | 10.9 | 6.2  | 10.4 |
| 排泄     | 4.7  | 4.6  | 11.6 | 10.9 | 6.2  | 10.4 | 4.2  |
| 移動     | 4.6  | 11.6 | 10.9 | 6.2  | 10.4 | 4.2  | 0.0  |
| 清潔保持   | 11.6 | 10.9 | 6.2  | 10.4 | 4.2  | 0.0  |      |
| 間接     | 10.9 | 6.2  | 10.4 | 4.2  | 0.0  |      |      |
| BPSD関連 | 6.2  | 10.4 | 4.2  | 0.0  |      |      |      |
| 機能訓練   | 10.4 | 4.2  | 0.0  |      |      |      |      |
| 医療関連   | 4.2  | 0.0  |      |      |      |      |      |
| 認知症加算  | 0.0  |      |      |      |      |      |      |

非 支 支 介 介 介 介 介

1 2 1 2 3 4 5

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  |
|------|------|------|------|------|
| 68.9 | 82.1 | 93.0 | 84.9 | 29.7 |

## 4 日常生活自立度

障害高齢者自立度：A1  
認知症高齢者自立度：Ⅲa

## 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：Ⅲa  
主治医意見書：Ⅲa  
認知症自立度Ⅱ以上の蓋然性：  
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）<br>（右一上肢）<br>（左一下肢）<br>（右一下肢）<br>（その他） | ある       | -    |
| 2. 拘縮（肩関節）<br>（股関節）<br>（膝関節）<br>（その他）              | ある       | -    |
| 3. 寝返り   | つかまれば可   | -    |
| 4. 起き上がり   | つかまれば可   | -    |
| 5. 座位保持  | 自分で支えれば可 | -    |
| 6. 両足での立位  | 支えが必要    | -    |
| 7. 歩行  | つかまれば可   | -    |
| 8. 立ち上がり   | つかまれば可   | -    |
| 9. 片足での立位  | 支えが必要    | -    |
| 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  | -        | -    |
| 2. 移動  | -        | -    |
| 3. えん下   | 一部介助     | -    |
| 4. 食事摂取  | -        | -    |
| 5. 排尿  | -        | -    |
| 6. 排便  | -        | -    |
| 7. 口腔清潔  | -        | -    |
| 8. 洗顔  | -        | -    |
| 9. 整髪  | -        | -    |
| 10. 上衣の着脱  | 全介助      | -    |
| 11. ズボン等の着脱  | 一部介助     | -    |
| 12. 外出頻度   | -        | -    |
| <b>第3群 認知機能</b>                                    |          |      |
| 1. 意思の伝達   | -        | -    |
| 2. 毎日の日課を理解  | -        | -    |
| 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   | -        | -    |
| 7. 場所の理解   | -        | -    |
| 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  | ある       | -    |
| 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   | ある       | -    |
| 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  | 一部介助     | -    |
| 2. 金銭の管理   | 全介助      | -    |
| 3. 日常の意思決定   | 特別な場合以外可 | -    |
| 4. 集団への不適応   | -        | -    |
| 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：じょくそうの処置  
レスピレーター：カテーテル

## 認定調査票（特記事項）

## 概況

息子夫婦と同居。日中は誰かが家にいる状態ではあるが、目が行き届かない場合があるとのこと。脳梗塞の後遺症で右片麻痺がある。昨年トイレはリフォームし洋式に変更したため自分でトイレにいけるようになった。

## 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) 右片麻痺により右上下肢は確認動作ができず、日頃も同様とのこと、「右上下肢」が「ある」を選択する。
- (2) 右肩関節は他動的に挙上すると痛みが伴い60度くらいまでしか挙上できず「ある」を選択。他は確認動作可。
- (3、4) ベッドの端、布団の端につかまってしか身体の向きを変えることができない。起き上がりも同様。
- (5) 布団などに手をつき姿勢を保持しなければならないため、「自分の手で支えればできる」を選択する。
- (6、8、9) 試行したところベッドやテーブルにつかまりながらであれば、両足、片足立位、立ち上がり可能。
- (7) 試行したところ、やや不安定ではあるが、杖を使って5mは歩行できたため、「何かにつかまればできる」を選択する。
- (10) 介護者が一緒に入ってすべて介助しているが、体に触れられるのを嫌がり、手を払うなどの介護抵抗が強く、入浴時は1.5倍の時間を要する（入浴は週2回程度）
- (11) 介護者がすべて切っているため、「全介助」を選択する。

## 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 スポン等の着脱、2-12 外出頻度

- (1) 定義される移乗行為はないが、立ち上がり等の状況から介助は行われていないため「介助されていない」を選択。
- (2) 居宅内では自分で移動しているが、過去半年に2~3回の転倒経験がある。トイレまでは自力で移動しているが、時間を要する場合が多い。移動の能力はあるためトイレ以外も居室内をつかまりながら移動している。通院時は危険なため、家族が手引き歩行している。頻度から「介助されていない」を選択する。
- (4) 利き腕（右）に麻痺があるため、左手によるフォーク使用で摂取するが、食材によっては、うまく持ち上げられず、細かなものを食べる場合など、常に部分的な介助を行っているため、「一部介助」を選択する。
- (5、6) 自分でトイレ（5~6回/日）で排尿。間に合わず週に1回程度は、紙パンツを介護者が交換している。頻度より「介助されていない」を選択する。排便は一日1回程度。
- (8) きちんと洗わないことが多いが、洗顔するときは、動くほうの左手で洗うため、「介助されていない」を選択する。
- (10) 右上肢の麻痺、肩拘縮のため、袖通しや頭を通すなど、全面介助していることから、「全介助」を選択する。
- (11) 介護者がズボンを構えるところに自分から足を通すことから「一部介助」を選択する。
- (12) 週1回は、家族同伴にて通院の外出があることから、「週1回以上」を選択する。

## 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

- (4) 直前に食事をとったことを記憶していないため、「できない」を選択する。

## 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

- (3、7) 入浴時や上衣着脱時に介護への強い抵抗がみられることがほぼ毎日ある。動くほうの左手で介護者に手を出すことも含め、体を動かしたりして抵抗するため時間を要する。「もう死んでもいいんだ」などというて同時に泣き出すこともあり、その都度対応を必要とするため感情不安定も「ある」を選択する。ほぼ毎日。
- (12) 食事の直後に「ご飯はまだか」と聞くことがほぼ毎日、毎食後ある。きちんと説明しないと怒り出すこともあるため、本人が納得するまで5分程度は説明する。自分の財布がなくなったというて探し始めることが週に4~5回はある。その都度探すふりをして落ち着くまで付き合うため、「ある」を選択する。

## 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

- (1) 内服すべき薬は理解できないため、食事の際に、薬をお膳に置く介助をしている。
- (2) 少額も含め家族がすべて管理しているため「全介助」を選択する。
- (3) 食べたいものや見たいテレビについては回答したが、病院での対応などではできないとの家族談。
- (5、6) 家事全般について本人に能力もなく、家族がすべて行っている。

## 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

- (1) 居室内では自分で歩行するものの、外出時は手引き介助が行われていることから、「A1」を選択する。
- (2) 介護への抵抗が強く、着替えや入浴など日常生活上の動作に時間を要することが多いことから、「a」を選択する。

主治医意見書

記入日 平成 年 月 日

|                                 |   |              |     |
|---------------------------------|---|--------------|-----|
| 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 年 月 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<br>(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<br>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)及び発症年月日  |       |             |  |
| 1. 認知症  | 発症年月日 | (平成 年 月 日頃) |  |
| 2. 脳梗塞後遺症   | 発症年月日 | (平成 年 月 日頃) |  |
| 3.  | 発症年月日 | (平成 年 月 日頃) |  |
| (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)  |       |             |  |
| (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<br>〔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)〕<br>5年前の脳梗塞後遺症により、右片麻痺がある。症状は安定している。<br>3年前から認知症が徐々に進行しており、介護抵抗などの周辺症状がみられる。 |       |             |  |

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 a b a b 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 具体的な要求に限られる 伝えられない           |   |         |      |                  |        |        |        |    |  |  |
| (3) 認知症の周辺症状 (該当する項目全てでチェック: 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: 〕 |      | 専門医受診の有無 有 ( ) 無 |        |        |        |    |  |  |

|             |                    |                    |                 |  |  |    |    |    |   |
|-------------|--------------------|--------------------|-----------------|--|--|----|----|----|---|
| (5) 身体の状態   |                    |                    |                 |  |  |    |    |    |   |
| 利き腕 ( 右 左 ) | 身長 = <u>162</u> cm | 体重 = <u>58</u> kg  | ( 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 : <u>下肢</u> ) | 程度 : 軽 中 重 )       |                 |  |  |    |    |    |   |
| 関節の拘縮       | ( 部位 : <u>肩</u> )  | 程度 : 軽 中 重 )       |                 |  |  |    |    |    |   |
| 関節の痛み       | ( 部位 : _____ )     | 程度 : 軽 中 重 )       |                 |  |  |    |    |    |   |
| 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 (  |                  |               |             |          |       |            |    |  |    |
| (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 (   | 歩行時の杖使用及び見守り     |               |             |          |       |            |    |  |    |
| (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す。) |                  |               |             |          |       |            |    |  |    |
| 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 (          | 移動          | 特になし     | あり (  | 転倒防止のための注意 |    |  |    |
| ・ 摂食   | 特になし             | あり (          | 運動          | 特になし     | あり (  |            |    |  |    |
| ・ 嚥下   | 特になし             | あり (          | 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。)

脳梗塞の後遺症で右片麻痺があるが、杖歩行している。ただし、転倒リスクが高く見守りを要する。  
認知症も進行しており、介護抵抗も見られる。

# 取扱注意

# 介護認定審査会資料

平成〇年〇月〇日 作成  
平成〇年〇月〇日 申請  
平成〇年〇月〇日 調査  
平成〇年〇月〇日 審査

合議体番号： 000001 No. 5

被保険者区分：第1号被保険者 年齢：80歳 性別：男  
申請区分：更新申請 前回要介護度：要介護3

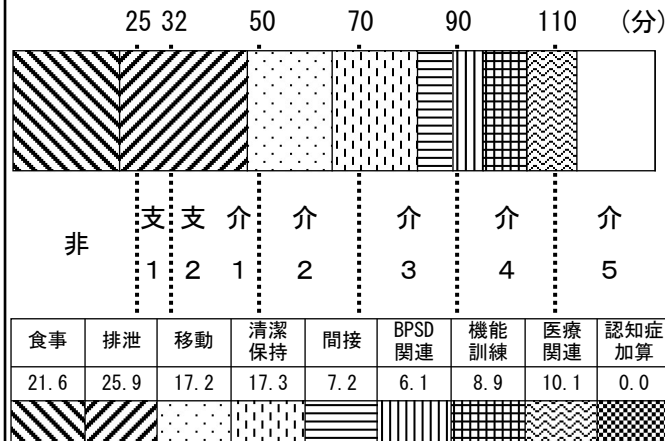
現在の状況：医療機関（医療保険適用療養病床）  
前回認定有効期間：6 月間

## 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5

要介護認定等基準時間：114.3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  |
|------|------|------|------|------|
| 42.3 | 34.9 | 93.0 | 96.0 | 38.5 |

## 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：I

## 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：I

主治医意見書：II b

認知症自立度II以上の蓋然性：67.6%

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）<br>（右一上肢）<br>（左一下肢）<br>（右一下肢）<br>（その他） | ある    | -    |
| 2. 拘縮（肩関節）<br>（股関節）<br>（膝関節）<br>（その他）              | ある    | -    |
| 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   | -     | -    |
| 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  | 一部介助  | -    |
| 8. 洗顔  | 一部介助  | -    |
| 9. 整髪  | 一部介助  | -    |
| 10. 上衣の着脱  | 一部介助  | -    |
| 11. ズボン等の着脱  | 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   | できない  | -    |
| 2. 毎日の日課を理解  | -     | -    |
| 3. 生年月日をいう   | -     | -    |
| 4. 短期記憶  | -     | -    |
| 5. 自分の名前をいう  | -     | -    |
| 6. 今の季節を理解   | -     | -    |
| 7. 場所の理解   | -     | -    |
| 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  | 一部介助  | -    |
| 2. 金銭の管理   | 全介助   | -    |
| 3. 日常の意思決定   | -     | -    |
| 4. 集団への不適応   | -     | -    |
| 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    | じょくそうの処置 |
| レスピレーター | カテーテル    |

## 認定調査票（特記事項）

## 概況

独居生活を続けていたが、低栄養で倒れ、昨年から入院。今年3月に療養病床に移った。心筋梗塞、小さな脳梗塞、心不全、心房細動、高血圧、糖尿病の既往あり。認知症もあるが、現在は穏やかであり、周辺病状も見られていない。退院予定は未定。

## 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、2) 左手先は痺れており、2～5 指は自力で曲げることができないため「その他」を選択。物を持ったりすることができない。その他の部位について、動きは悪いがいずれも確認動作は可能。

(3、4) ゆっくり自力で寝返りはできるが、起き上がりはできなかった。日頃も起き上がりは介助されているとの職員談。

(5) 支えがないと保持できないとの職員談。食事の際はベッドをギャジアップしている。

(6、8、9) 自力で立つことができず、職員が支えても立ち上がり、両足立位、片足立位は不可を確認。

(7) 以前は手引き歩行可能であったとのことだが、現在ではリハビリも未だ行っており車イス生活となっている。

(10) 機械浴。洗身は全て介助されている。(11) 職員が手足共に切っている。

(12) 白内障・緑内障手術は済んでおり、確認票も1m強ではっきりと見えている。

## 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

(1) 職員が抱きかかえて移乗させている。移乗機会は、車いすへの移乗が中心であり、回数そのものは2～3回/日程度で特に多いわけではない。

(2) 車イス生活。少しでもあれば、自操可能と本人は話す。日頃は職員が押している。居室内などは基本的に自操。施設内で食堂や風呂などに移動する場合は、職員による車いす全介助。

(4) 全粥・キザミハーフ食。食欲は比較的旺盛で、出されたものはすべて食べようとする。9割は自力摂取であるが、残り1割は、特に食べにくいものなどを中心に食器に残ったおかずを職員が集めて本人が食べている。

(5、6) オムツ使用。排泄意はあり、排泄するとコールを鳴らし、職員が交換している。(定時の確認・交換も含め7～8回/日)。弄便等はない。

(7) 入れ歯着脱は本人が行うが、多少の手助けが必要とのこと。洗浄は職員。

(8) タオルを渡し、本人が拭くが、半分程度は職員が拭いている。

(9) 自分で行おうとするが、不十分なことが多いため、職員が部分的に介助しているとのこと。「一部介助」を選択。

(10) 途中まで職員が袖を通せば、本人が行う。ボタンは職員が介助している。

(11) まったく動けないわけではないので体を動かすなど多少の協力動作はあるが、すべて職員が行っているため「全介助」。

## 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

(1) ゆっくりと自分のペースで話すが、会話は成り立っている。

(4) 3つの絵を見せるが、覚えることが難しく、確認できなかった。朝食のメニューを聞くが、大まかにしか答えることができず、日頃より短期記憶は乏しいと職員は話す。

## 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

(12) 「ごはんはまだか」と何度もコールを押し、職員に聞いてくることが頻繁にある。特に起床時が多くみられる。

## 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

(1) ワーファリン服薬中。薬に手を出せば本人が飲んでいく。

(2) 息子が全て管理しており、本人所持金もない。

(3) 転院する際も、本人が納得して行っており、リハビリを開始したいとのこと、看護師に要望をしている。

## 6 特別な医療についての特記事項

6 特別な医療

(1～12) 特になし。

## 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

(1) 移乗は介助が必要であり、食事、排泄についてもベッド上で介助が必要であるため、「B2」を選択する。

(2) 多少の認知症状は見られるが、意思疎通はしっかりしており、理解力もあるため、「」を選択する。

主治医意見書

記入日 平成 年 月 日

|                                 |   |              |     |
|---------------------------------|---|--------------|-----|
| 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                            |   | 電話 ( )       |     |
| 医療機関名                           |   | FAX ( )      |     |
| 医療機関所在地                         |   |              |     |
| (1) 最終診察日                       | 平成 年 月 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<br>(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<br>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)及び発症年月日  |       |             |  |
| 1. 脳梗塞後遺症   | 発症年月日 | (平成 年 月 日頃) |  |
| 2. 慢性心不全・陳旧性心筋梗   | 発症年月日 | (平成 年 月 日頃) |  |
| 3. 認知症・起立歩行障害   | 発症年月日 | (平成 年 月 日頃) |  |
| (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)  |       |             |  |
| (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<br>〔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〕<br>一年前、食欲なく近くの診療所にて点滴投与のため通院。点滴終えたところ、突然意識消失し救急車で総合病院へ入院。輸血、酸素療法にて改善される。入院時は起き上がることもできなかったが現在は ADL に改善がみられリハビリ目的ならば手引き歩行も可能になっている。食事も全量摂取されており状態安定したとして9か月前から当院へ転院となる。 |       |             |  |

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    |        | a          | b      | a      | b      |    | 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: |        | 専門医受診の有無   | 有( )   | 無      |        |    |    |    |



|             |                    |                    |              |      |      |    |               |    |    |      |
|-------------|--------------------|--------------------|--------------|------|------|----|---------------|----|----|------|
| (5) 身体の状態   |                    |                    |              |      |      |    |               |    |    |      |
| 利き腕 ( 右 左 ) | 身長 =               | 158                | cm           | 体重 = | 44.3 | kg | 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 : 両下肢         | 程度 : 軽 中 重 )       |              |      |      |    |               |    |    |      |
| 関節の拘縮       | ( 部位 : _____       | 程度 : 軽 中 重 )       |              |      |      |    |               |    |    |      |
| 関節の痛み       | ( 部位 : _____       | 程度 : 軽 中 重 )       |              |      |      |    |               |    |    |      |
| 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 ( 全量摂取 )   |                  |                         |                |          |               |            |    |      |  |
| (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 ( _____ )   |                  |                         |                |          |               |            |    |      |  |
| (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す。) |                  |                         |                |          |               |            |    |      |  |
| 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 ( 療養型施設介護 ) |                |          |               |            |    |      |  |
| (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( _____ )             | ・移動            | 特になし     | あり( 車椅子で移動    | _____ )    |    |      |  |
| ・摂食  | 特になし             | あり( _____ )             | ・運動            | 特になし     | あり( リハビリ施行    | _____ )    |    |      |  |
| ・嚥下  | 特になし             | あり( _____ )             | ・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 ( 稀に尿路感染症    |          |               | _____ ) 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。)

長谷川式 = 12 点 ( 今年 3 月 )

入院当初、失神、低栄養があった。現在貧血ありフェジン増血剤投与中。入所 3 か月目からリハビリ開始していたが体調不良あり中止、現在に至る。在宅希望あり。リハビリをしてほしいと本人談。現在の移動能力は今後、リハビリで改善されることが期待できるため、ケアプランでのリハビリテーションの実施を勧める。

# 取扱注意

# 介護認定審査会資料

平成〇年〇月〇日 作成  
平成〇年〇月〇日 申請  
平成〇年〇月〇日 調査  
平成〇年〇月〇日 審査

合議体番号： 000001 No. 6

被保険者区分：第1号被保険者 年齢：88歳 性別：男  
申請区分：更新申請 前回要介護度：要介護4

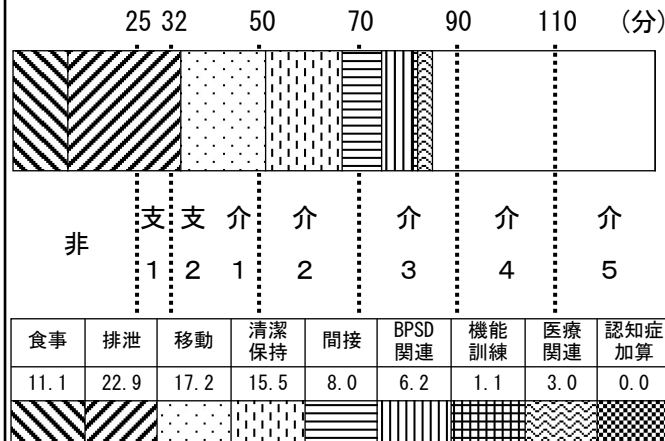
現在の状況：認知症対応型共同生活介護適用施設(グループホーム)  
前回認定有効期間：24月間

## 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3

要介護認定等基準時間：85.0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  |
|------|------|------|------|------|
| 48.7 | 40.9 | 48.2 | 95.0 | 21.5 |

## 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：Ⅲa

## 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：Ⅲa

主治医意見書：Ⅲb

認知症自立度Ⅱ以上の蓋然性：

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)<br>(右一上肢)<br>(左一下肢)<br>(右一下肢)<br>(その他) | ある<br>ある         | -<br>-<br>-<br>-<br>- |
| 2. 拘縮(肩関節)<br>(股関節)<br>(膝関節)<br>(その他)              | -<br>-<br>-<br>- | -<br>-<br>-<br>-      |
| 3. 寝返り   | つかまれば可           | -                     |
| 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  | 支えが必要            | -                     |
| 7. 歩行  | つかまれば可           | -                     |
| 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   | やっと聞こえる          | -                     |
| <b>第2群 生活機能</b>                                    |                  |                       |
| 1. 移乗  | 一部介助             | -                     |
| 2. 移動  | 一部介助             | -                     |
| 3. えん下   | -                | -                     |
| 4. 食事摂取  | -                | -                     |
| 5. 排尿  | 全介助              | -                     |
| 6. 排便  | 全介助              | -                     |
| 7. 口腔清潔  | 一部介助             | -                     |
| 8. 洗顔  | 一部介助             | -                     |
| 9. 整髪  | 全介助              | -                     |
| 10. 上衣の着脱  | 全介助              | -                     |
| 11. ズボン等の着脱  | 全介助              | -                     |
| 12. 外出頻度   | 月1回以上            | -                     |
| <b>第3群 認知機能</b>                                    |                  |                       |
| 1. 意思の伝達   | ときどきできる          | -                     |
| 2. 毎日の日課を理解  | できない             | -                     |
| 3. 生年月日をいう   | できない             | -                     |
| 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  | ある               | -                     |
| 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   | -                | -                     |
| 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  | 一部介助             | -                     |
| 2. 金銭の管理   | 全介助              | -                     |
| 3. 日常の意思決定   | 日常的に困難           | -                     |
| 4. 集団への不適応   | -                | -                     |
| 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    | じよくそうの処置 |
| レスビレーター | カテーテル    |

## 認定調査票（特記事項）

## 概況

2 年前よりグループホームに入所中。認知症、脳梗塞後遺症、パーキンソン症候群あり、現在ベッド上で臥床して過ごすことが多い。移動は、歩行器を使用するようにしているが、車椅子に乗せることもある。

## 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) パーキンソン症候群のため、両下肢が随意的に運動機能の低下がみられ、確認動作ができないため、「両下肢」が「ある」を選択する。拘縮・可動域制限は特に確認できず。

(3、4) ベッド柵を持ち、寝返りをするが、起き上がりは、試行したが介助者なしではできない。

(5) 車椅子の背にもたれて座っている。

(6、8、9) 試行するも立ち上がりできず。両足は介助者につかまれば可能だが、片足立位は、できなかった。

(7) 歩行器の持ち手を持ち、介助者が後ろからズボンの後ろを支える状態で 5 m 以上の歩行可。

(13) 難聴があり、はっきりと話さないと聞き取れない。

## 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

(1) ベッドより車椅子への移乗時には、端座位の状態から、ズボンの後ろを引っ張り上げながら一度立位になり、腰を回しながら車椅子に移乗する。移乗の機会はほとんど食堂に移動する際の車椅子への移乗のみである。

(2) 歩行器を利用して介助者が支えながら歩行することと、車椅子での全介助の移動が半々である。日中は、ベッド上で過ごすことが多く、食事時と 1 日 1 回ホールに出るとき、程度である。

(4) 毎食、セッティングすればこぼすことなくほとんど自己摂取するが、食べる時間がかかるため、残りは職員がまとめて食べさせることがある。ただし、頻度も多くなく、毎回ではないこと、能力的にも問題ないことなどから「介助されていない」が適切であるとして選択した。

(5、6) 紙おむつを使用し、定時交換（6 回程度）されている。ただし、週に 1～2 回おむつの中に手を入れ、便を触った手で衣類やシーツを汚すことがありシーツの交換等で手間となっている。コールによる交換はない。

(7) 介助者が歯磨きを行う。声をかければ、自分で口をゆすぐことはできる。

(8) おしぼりを渡すと自分でふいている。

(9) 介助者が髪をとかしている。

(10、11) 全て介助者が行っている。

## 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

(1) 自ら話すことはないが、問いかけると「はい」「いいえ」等の簡単な返答ができるときもある。

(2～7) 発語はあるが、自分の名前以外は、質問に正確な回答ができなかった。

## 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

(3) 週 3 回妻が面会に来て、自室のベッドの上で会う。妻が帰るときに大声で泣き出し、妻がなかなか帰れない。職員が 15 分程度対応し、落ち着かせながら傾合を見て妻に帰ってもらっている。

## 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

(1) 口まで薬を運び、コップの水を目の前に置くと飲む。

(2) 家族が管理している。

(3) 認知症が強く、「はい」「いいえ」等の簡単な返答で答えられるものしか意思決定できない。

(5、6) 施設がすべて行っている。

## 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

(1) 日中はほとんどベッド上で過ごす。介助により車椅子に乗ることもあるため、「B 2」とする。

(2) 食事に食べこぼしも多く、おむつの中に手を入れる行為も見られるため、「a」とする。

|                                 |   |              |     |
|---------------------------------|---|--------------|-----|
| 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 年 月 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<br>(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<br>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)及び発症年月日  |       |             |  |
| 1. 認知症  | 発症年月日 | (平成 年 月 日頃) |  |
| 2. 高血圧  | 発症年月日 | (平成 年 月 日頃) |  |
| 3. 脳梗塞後遺症   | 発症年月日 | (平成 年 月 日頃) |  |
| (2) 症状としての安定性 安定 不安定 不明<br>(「不安定」とした場合、具体的な状況を記入)   |       |             |  |
| (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<br>〔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)〕<br>5年ほど前に高血圧、パーキンソン症候群、脳梗塞後遺症、閉塞性動脈硬化症、胃炎で治療していたが、その後、新たな疾患は認められない。認知症等のため、ショートステイを利用していたが、5年ほど前に特別養護老人ホームに入所した。3年前にグループホームへ転所となった。認知能力の低下、流涎、歩行障害、不潔行為が認められる。<br><br>ニバジール 4錠 朝・夕2回(食後) エバラカプセル 4カプセル 朝・夕2回(食後)<br>サアミオン 3錠 朝昼夕3回(食後) ムコスタ 3錠 朝昼夕3回(食後)<br>シンメトレル(100)0.5錠 夕食後 |       |             |  |

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 a b a b 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 具体的な要求に限られる 伝えられない          |   |         |      |                  |        |        |        |    |  |  |
| (3) 認知症の周辺症状 (該当する項目全てでチェック: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: 〕 |      | 専門医受診の有無 有 ( ) 無 |        |        |        |    |  |  |

|             |                    |                    |              |      |    |    |               |    |    |      |
|-------------|--------------------|--------------------|--------------|------|----|----|---------------|----|----|------|
| (5) 身体の状態   |                    |                    |              |      |    |    |               |    |    |      |
| 利き腕 ( 右 左 ) | 身長 =               | 145                | cm           | 体重 = | 57 | kg | 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 : 両下肢 )       | 程度 : 軽 中 重 )       |              |      |    |    |               |    |    |      |
| 関節の拘縮       | ( 部位 : _____ )     | 程度 : 軽 中 重 )       |              |      |    |    |               |    |    |      |
| 関節の痛み       | ( 部位 : _____ )     | 程度 : 軽 中 重 )       |              |      |    |    |               |    |    |      |
| 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 : 足 )         | 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 ( _____ )  |                  |                       |                |          |                |      |    |  |  |
| (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 ( 誘導、紙パンツ使用、介助、見守り、介助 )                                 |                  |                       |                |          |                |      |    |  |  |
| (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す。) |                  |                       |                |          |                |      |    |  |  |
| 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 ( 降圧薬の服用を確認する )    | ・移動            | 特になし     | あり ( 移動時介助必要 ) |      |    |  |  |
| ・摂食  | 特になし             | あり ( _____ )          | ・運動            | 特になし     | あり ( _____ )   |      |    |  |  |
| ・嚥下  | 特になし             | あり ( _____ )          | ・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。)

徘徊しようとする。転倒の危険性があるため、介助が必要なので眼が離せない。自ら発語なく、簡単な問いにうなずく程度の意思疎通しかない。絶えず流涎があり、口から顎にかけてただれやすい。今のところ、粗暴な行為は認められない。趾間に白癬があり軟膏を塗布している。背部等に湿疹があり軟膏を塗布している。

# 取扱注意

# 介護認定審査会資料

平成〇年〇月〇日 作成  
平成〇年〇月〇日 申請  
平成〇年〇月〇日 調査  
平成〇年〇月〇日 審査

合議体番号： 000001 No. 7

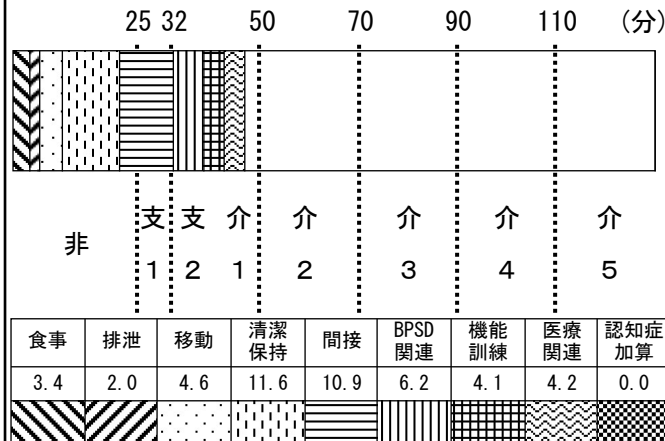
被保険者区分：第1号被保険者 年齢：71歳 性別：男 現在の状況：居宅（施設利用なし）  
申請区分：新規申請 前回要介護度：なし 前回認定有効期間： 月間

## 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1

要介護認定等基準時間：47.0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  |
|------|------|------|------|------|
| 70.5 | 91.0 | 88.4 | 94.1 | 48.0 |

## 4 日常生活自立度

障害高齢者自立度：A2

認知症高齢者自立度：I

## 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：I

主治医意見書：I

認知症自立度Ⅱ以上の蓋然性：

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（なし）

## 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）<br>（右一上肢）<br>（左一下肢）<br>（右一下肢）<br>（その他） | ある       | -    |
| 2. 拘縮（肩関節）<br>（股関節）<br>（膝関節）<br>（その他）              | -        | -    |
| 3. 寝返り   | -        | -    |
| 4. 起き上がり   | つかまれば可   | -    |
| 5. 座位保持  | 自分で支えれば可 | -    |
| 6. 両足での立位  | 支えが必要    | -    |
| 7. 歩行  | つかまれば可   | -    |
| 8. 立ち上がり   | つかまれば可   | -    |
| 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  | -        | -    |
| 2. 移動  | -        | -    |
| 3. えん下   | -        | -    |
| 4. 食事摂取  | 見守り等     | -    |
| 5. 排尿  | -        | -    |
| 6. 排便  | -        | -    |
| 7. 口腔清潔  | -        | -    |
| 8. 洗顔  | -        | -    |
| 9. 整髪  | -        | -    |
| 10. 上衣の着脱  | 一部介助     | -    |
| 11. ズボン等の着脱  | 一部介助     | -    |
| 12. 外出頻度   | 月1回以上    | -    |
| <b>第3群 認知機能</b>                                    |          |      |
| 1. 意思の伝達   | -        | -    |
| 2. 毎日の日課を理解  | -        | -    |
| 3. 生年月日をいう   | -        | -    |
| 4. 短期記憶  | -        | -    |
| 5. 自分の名前をいう  | -        | -    |
| 6. 今の季節を理解   | -        | -    |
| 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  | ときどきある   | -    |
| 6. 大声を出す   | -        | -    |
| 7. 介護に抵抗   | -        | -    |
| 8. 落ち着きな   | -        | -    |
| 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  | 一部介助     | -    |
| 2. 金銭の管理   | 一部介助     | -    |
| 3. 日常の意思決定   | -        | -    |
| 4. 集団への不適応   | -        | -    |
| 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    | ： | じょくそうの処置 | ： |
| レスピレーター | ： | カテーテル    | ： |

# 一次判定修正後

## 取扱注意

## 介護認定審査会資料

平成〇年〇月〇日 作成  
平成〇年〇月〇日 申請  
平成〇年〇月〇日 調査  
平成〇年〇月〇日 審査

合議体番号： 000001 No. 7

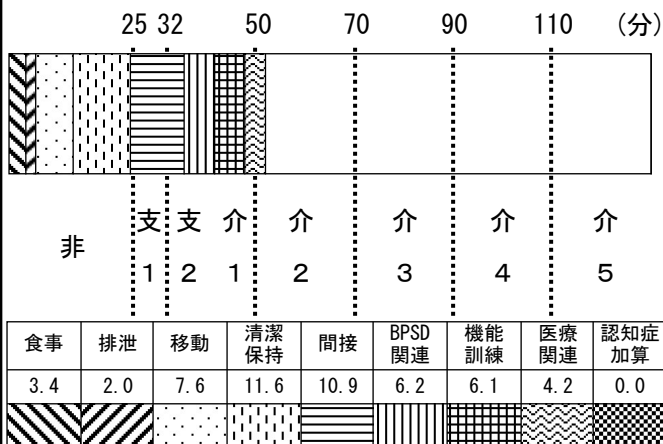
被保険者区分：第1号被保険者 年齢：71歳 性別：男 現在の状況：居宅（施設利用なし）  
申請区分：新規申請 前回要介護度：なし 前回認定有効期間： 月間

### 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2

要介護認定等基準時間：52.0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  |
|------|------|-------|------|------|
| 70.5 | 89.3 | 100.0 | 94.1 | 48.0 |

### 4 日常生活自立度

障害高齢者自立度：A2

認知症高齢者自立度：I

### 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：I

主治医意見書：I

認知症自立度Ⅱ以上の蓋然性：

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（なし）

### 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）<br>（右一上肢）<br>（左一下肢）<br>（右一下肢）<br>（その他） | ある       | -    |
| 2. 拘縮（肩関節）<br>（股関節）<br>（膝関節）<br>（その他）              | -        | -    |
| 3. 寝返り   | -        | -    |
| 4. 起き上がり   | つかまれば可   | -    |
| 5. 座位保持  | 自分で支えれば可 | -    |
| 6. 両足での立位  | 支えが必要    | -    |
| 7. 歩行  | つかまれば可   | -    |
| 8. 立ち上がり   | つかまれば可   | -    |
| 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  | 見守り等     | -    |
| 2. 移動  | -        | -    |
| 3. えん下   | -        | -    |
| 4. 食事摂取  | 見守り等     | -    |
| 5. 排尿  | -        | -    |
| 6. 排便  | -        | -    |
| 7. 口腔清潔  | -        | -    |
| 8. 洗顔  | -        | -    |
| 9. 整髪  | -        | -    |
| 10. 上衣の着脱  | 一部介助     | -    |
| 11. ズボン等の着脱  | 一部介助     | -    |
| 12. 外出頻度   | 月1回以上    | -    |
| <b>第3群 認知機能</b>                                    |          |      |
| 1. 意思の伝達   | -        | -    |
| 2. 毎日の日課を理解  | -        | -    |
| 3. 生年月日をいう   | -        | -    |
| 4. 短期記憶  | -        | -    |
| 5. 自分の名前をいう  | -        | -    |
| 6. 今の季節を理解   | -        | -    |
| 7. 場所の理解   | -        | -    |
| 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  | ときどきある   | -    |
| 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  | 一部介助     | -    |
| 2. 金銭の管理   | 一部介助     | -    |
| 3. 日常の意思決定   | -        | -    |
| 4. 集団への不適応   | -        | -    |
| 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    | ： | じょくそうの処置 | ： |
| レスピレーター | ： | カテーテル    | ： |

## 認定調査票（特記事項）

## 概況

3年前に妻を亡くしてから独居。昨年、脳卒中で倒れ、しばらく入院した。その後遺症により、下肢の麻痺あり。家事が困難になっている。また、認知症の症状も出ており、訪問販売で高額な商品を買わされたこともある。同じ市内に住む娘が心配して週に2～3回訪問し、世話をしている。

## 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) 脳血管疾患の後遺症により下半身に麻痺があり、確認動作が行えなかった。他の部位については問題なし。

(3、4) 寝返りは問題なく行った。起き上がりはベッドの柵につかまって行った。

(5) 手で支えれば安定して座位を保持できているので、「自分で支えれば可」を選択。

(6、7) 支えがなければ、立位はできない。歩行は、手すり等につかまり時間をかけてゆっくり歩けば5mは可。

(8) 座面に手を付いて力を入れてゆっくり立ち上がる。

(10) 娘が訪問したときに入浴し、娘が全身を洗っている。入浴は週に3回程度。

(11) 娘が訪問時に適宜行っている。

## 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 スボン等の着脱、2-12 外出頻度

(1) 定義される移乗の機会はないが、能力、本人意欲も含め総合的に判断して介助は必要ないとした。

(2) 下肢筋力の低下があり、家具等につかまりながらゆっくりと歩いて移動。特に介助は行われていないため「介助されていない」を選択。歩行は相当にゆっくり時間をかけて行っている。

通院時は、娘同行。屋外歩行時は腰に手を添えることもあるとのことだが、基本的に介助はない。

(4) 自分で摂取できる。

(5、6) 昼夜とも一人でトイレに移動し排尿、排便をしている。トイレは特に汚れておらず、行為は自立していると思われる。娘によると、排尿、排便ともにトイレ利用で娘訪問時も介助していないとのこと。しかし、訪問時、はいていたスボンも濡れており、部屋からも尿臭がしたことから、トイレに間に合わないケースがあると考えられる。

早めの声かけのために排尿については「見守り等」を選択する。

(10、11) 同じ服を数日にわたり着ていることが多いとの本人談。娘の訪問時にボタンやズボンの引き上げなど介助があるため「一部介助」を選択する。

(12) 月に二回、通院のため娘の車で外出あり。

## 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

(7) 自宅にすることは理解しているが、町名は昔住んでいた場所を答える。「できない」を選択。

## 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

(5) 娘訪問時に、数分前に話したことを何度も繰り返すことが、ここ数ヶ月、月に1～2回あるとのこと。聞き流している。

(12) 娘訪問時に電話で買い物頼む際、すでに買ったことを忘れて同じものを再度依頼することがあるとのこと。説明しても納得しないこと、週1回以上あることから「ある」を選択。結果的に買わずに訪問しても、依頼したことを忘れていたので問題にはなっていない。

## 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

(1) 飲み残しがある。降圧剤を継続服薬するよう医師から指示があるが、介助者不在のため、管理できていない。飲む量の指示が必要と考え、「一部介助」を選択する。

(2) 訪問販売で高額な商品を買わされたから、通帳は娘が管理し、大きな金額を持たせないようにしている。

(5) 娘の訪問時に必要なものは、全て買って持ってくる。電話で依頼してくることもあるが、依頼内容は妥当ではない。

(6) 訪問時に娘が料理を作っておくので、それを食べている。電子レンジの使い方が分からないと言い、加熱はせずにそのまま食べている。娘が訪問しない日は、配食サービスを利用。

## 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

(1) 下肢の麻痺があるため、外出はほとんどない。日中は居間でテレビを見ている。「A2」を選択する。

(2) 住所の理解が間違っているが、日常生活上大きな問題にはなっていないと考えられるため、「」を選択する。



主治医意見書

記入日 平成 年 月 日

|                                 |   |              |     |
|---------------------------------|---|--------------|-----|
| 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 年 月 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<br>(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<br>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)及び発症年月日   |       |             |  |
| 1. 脳血管疾患   | 発症年月日 | (平成 年 月 日頃) |  |
| 2.   | 発症年月日 | (平成 年 月 日頃) |  |
| 3.   | 発症年月日 | (平成 年 月 日頃) |  |
| (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)   |       |             |  |
| (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<br>〔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〕<br>2年半前に脳血管疾患で倒れ、緊急入院となる。その後遺症により左下肢の麻痺がみられ、ADLの低下がみられる。<br>現在は状態は安定している。 |       |             |  |

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 a b a b 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: 専門医受診の有無 有( ) 無〕 |      |      |        |        |        |    |  |  |  |

|             |                    |                    |              |      |    |    |               |    |    |      |
|-------------|--------------------|--------------------|--------------|------|----|----|---------------|----|----|------|
| (5) 身体の状態   |                    |                    |              |      |    |    |               |    |    |      |
| 利き腕 ( 右 左 ) | 身長 =               | 157                | cm           | 体重 = | 52 | kg | 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 : 両下肢         | 程度 : 軽 中 重 )       |              |      |    |    |               |    |    |      |
| 関節の拘縮       | ( 部位 : _____       | 程度 : 軽 中 重 )       |              |      |    |    |               |    |    |      |
| 関節の痛み       | ( 部位 : _____       | 程度 : 軽 中 重 )       |              |      |    |    |               |    |    |      |
| 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 : 足           | 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 ( _____ )  |                  |                       |                |          |                |      |    |  |  |
| (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 ( 誘導、紙パンツ使用、介助、見守り、介助 _____ )                           |                  |                       |                |          |                |      |    |  |  |
| (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す。) |                  |                       |                |          |                |      |    |  |  |
| 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 ( 降圧薬の服用を確認する )    | ・移動            | 特になし     | あり ( 移動時介助必要 ) |      |    |  |  |
| ・摂食  | 特になし             | あり ( _____ )          | ・運動            | 特になし     | あり ( _____ )   |      |    |  |  |
| ・嚥下  | 特になし             | あり ( _____ )          | ・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。)

歩行は、何かにつかりながらの歩行となっているが、引きこもりがちで外出も少なく、下肢筋力の低下が進んでおり、ここ数ヶ月は、転倒を繰り返しているようで、膝などに複数のアザを認めるため注意が必要。