

取扱注意

介護認定審査会資料【事例3】

令和〇年〇月〇日 作成
 令和〇年〇月〇日 申請
 令和〇年〇月〇日 調査
 令和〇年〇月〇日 審査

合議体番号: 000001

被保険者区分: 第1号被保険者
 申請区分: 更新申請
 家族状況: 同居(夫婦のみ)

年齢: 83歳 性別: 女
 前回要介護度: 要介護5

現在の状況: 医療機関(療養病床以外)
 前回認定有効期間: 12ヶ月間

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									
要介護認定基準時間		106.9分									
(分)											
非	支1	支2	介1	介2	介3	介4	介5				
食事	排泄	移動	清潔保持	間接	BPSD関連	機能訓練	医療関連	認知症加算			
1.1	19.7	16.3	15.6	5.4	6.1	4.6	38.1	0.0			

警告コード: 41、42

3 中間評価項目得点

第1群	第2群	第3群	第4群	第5群
27.4	9.8	59.5	100.0	35.2

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	:	IIIa
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)・訪問型サービス	0回/月	福祉用具貸与	0品目
訪問入浴介護	0回/月	特定福祉用具販売	0品目
訪問看護	0回/月	住宅改修	なし
訪問リハビリテーション	0回/月	夜間対応型訪問介護	0日/月
居宅療養管理指導	0回/月	認知症対応型通所介護	0日/月
通所介護(デイサービス)・通所型サービス	0回/月	小規模多機能型居宅介護	0日/月
通所リハビリテーション	0回/月	認知症対応型共同生活介護(グループホーム)	0日/月
短期入所生活介護(ショートステイ)	0日/月	地域密着型特定施設入居者生活介護	0日/月
短期入所療養介護	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
特定施設入居者生活介護	0日/月	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	0回/月
看護小規模多機能型居宅介護	0日/月		

2 認定調査項目

調査結果		前回結果	
第1群 身体機能・起居動作			
1. 麻痺(左一上肢) 麻痺(右一上肢) 麻痺(左一下肢) 麻痺(右一下肢) 麻痺(その他)		ある ある ある ←	
2. 拘縮(肩関節) 拘縮(股関節) 拘縮(膝関節) 拘縮(その他)		ある ←	
3. 寝返り 4. 起き上がり 5. 座位保持 6. 両足での立位 7. 歩行 8. 立ち上がり 9. 片足での立位 10. 洗身 11. つめ切り 12. 視力 13. 聴力		できない できない 支えが必要 できない できない できない できない 全介助 全介助 ←	
つかまれば可			
第2群 生活機能			
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		全介助 全介助 できない 全介助 全介助 全介助 全介助 全介助 一部介助 一部介助 月1回未満 週1回以上	
見守り等 一部介助 一部介助 →			
第3群 認知機能			
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. 徒歩 9. 外出して戻れない		ときどきできる できない できない できない できない できない できない できない できる →	
できる →			
第4群 精神・行動障害			
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		ときどきある → → → → → → → → → → → ときどきある ときどきある →	
ときどきある →			
第5群 社会生活への適応			
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		全介助 全介助 日常的に困難 全介助 → 全介助	
一部介助 → → → → →			
特別な医療			
医療行為		調査	
点滴の管理		医療行為	
中心静脈栄養		調査	
透析		医療行為	
ストーマの処置		調査	
酸素療法		医療行為	
レスピレーター		調査	

認定調査票(特記事項)

【事例3】 *パターン1

概況

夫と2人暮らしだった。家事全般を担い、自立した生活を送っていた。1年前に脳梗塞、脳血管性認知症を発症し、左半身麻痺となり入院。1か月後にリハビリ専門病院に転院し、座位保持・立位等のADL、嚥下機能が改善。5か月後に退院となる。デイケア、訪問看護、訪問介護を利用し、リハビリも継続していたが、2か月前に誤嚥性肺炎を発症し、急性期病院に入院。嚥下困難で経管栄養となる。認知機能の低下と意思疎通が難しい場面もある。左半身麻痺、両肩痛、右膝痛、腰痛もあり、日常生活全般に介助が必要である。ご夫婦ともに自宅での生活を希望されている。【夫・看護師の立ち合いで調査を行う】

1 身体機能・起居動作に関する項目についての特記事項

1-1 麻痺等の有無、1-2 拘縮の有無、1-3 寝返り、1-4 起き上がり、1-5 座位保持、1-6 両足での立位、1-7 歩行、1-8 立ち上がり、
1-9 片足での立位、1-10 洗身、1-11 つめ切り、1-12 視力、1-13 聴力

(1-1～1-9) 車いすで確認動作を行う。全て日頃も同様（看護師より）。

(1-1) 右上下肢は前方・横とともに肩の高さまでゆっくり挙上保持できる。左上下肢は麻痺があり、前方・横とともに全く自分で動かせず、左手・手指、左足・足趾も麻痺があり、自分で動かすことができない。
「左上肢」「左下肢」「その他」を選択。

(1-2) 右肩・右膝の痛みはあるが、可動域制限はない。左肩の痛みはあるが、他動で肩の高さまで挙上できる。
左膝も他動で伸展できる。両股関節は他動で90度まで屈曲できる。左股関節は他動で10cmの外転だが、
右股関節は他動で25cm外転できる。左肘、左手指は他動で動き、他の関節も可動域制限はない。

(1-3) 左半身麻痺、両肩痛があり、自分で寝返りできない。「3. できない」を選択。

(1-4) 自分で起き上がりせず、職員が介助する（2～3回/日）。「3. できない」を選択。

(1-5) 腰痛もあり右手でつかまるだけでは座位保持できず、常時、背もたれ・ひじ掛けが必要。「3. 支えが必要」を選択。

(1-6～9) 日頃も、リハビリ時も同様。（1-6）職員が支えても5秒しか立位保持できない。「3. できない」を選択。

(1-7) 体を支える介助をしても、1歩も歩行できない。「3. できない」

(1-8) 自分で立ち上がりせず、職員が両脇を引き上げる。「3. できない」

(1-9) 左下肢の麻痺、右膝の痛みがあり、職員が支えないとできない。「3. できない」

(1-10) 2回/週 機械浴（座位式）。左半身麻痺、右肩痛もあり、自分では全くできず、職員が全て洗う。「3. 全介助」

(1-11) 左半身麻痺、右肩痛とともに、つめを上手に切るという理解の低下もあり、準備、手足のつめ切り、片付け全て介助。「3. 全介助」を選択。

(1-12・13) 字は見える。「1. 普通」 日頃から普通の声の大きさで聞こえる。「1. 普通」

2 生活機能に関する項目についての特記事項

2-1 移乗、2-2 移動、2-3 えん下、2-4 食事摂取、2-5 排尿、2-6 排便、2-7 口腔清潔、2-8 洗顔、2-9 整髪、2-10 上衣の着脱

2-11 ズボン等の着脱、2-12 外出頻度

(2-1) ベッド⇒車いす、車いす⇒リハビリ時のベッド、車いす⇒浴用車いすへの移乗があり、
自分では移乗できず、職員が両脇を抱えて移乗する。寝返りができず、体位交換を2時間おきに受けているが、両肩、右膝の
痛みもあり、ゆっくり介助を行う。「4. 全介助」を選択。

(2-2) フロアや自室で過ごす。左半身麻痺、右肩と右膝痛で自走できず、職員が車いすを押す。「4. 全介助」を選択。
【フロア2回/日、リハビリ3回/週、入浴2回/週、自室2回/日】

(2-3) 誤嚥性肺炎以降、嚥下困難で経口摂取できない。言語聴覚士による経口摂取へ向けたリハビリが行われているが、
飲み込むことの理解力も低下しており、食べ物を使った訓練までは行えていない。「3. できない」を選択。

(2-4) 経口摂取できず、経管栄養を1日3回職員が注入する。（1時間30分程度の注入時間）「4. 全介助」を選択。

(2-5) 尿意の訴えはない。ベッド上で職員がおむつ交換する【昼(3～4回)・夜(2回)】。右肩、右膝の痛みがあり、
2人介助で交換する。「4. 全介助」

(2-6) 便意なし。2～3日に1回の頻度で排便がある。ベッド上でおむつ交換を行う。「4. 全介助」を選択。

(2-7～9) 声かけしても清潔保持の理解ができない。(2-7)総義歯。職員が義歯の出し入れ、洗浄を行う。「3. 全介助」

(2-8) 温タオルで職員が全て拭いている（類似評価）「3. 全介助」。(2-9)ブラシで職員が整髪する。「3. 全介助」

(2-10) 服を着る理解があり、職員が声かけすると、右上肢のみゆっくり腕を通す。他は職員が介助。「3. 一部介助」

(2-11) 左半身麻痺、右膝痛あり、職員がズボンの着脱を行う。「4. 全介助」

(2-12) 病院に入院後、一度も外出していない。（月1回未満）。
脳梗塞発症前（1年前）は夫と毎日30分程度、犬の散歩をしており、今回の入院前はデイケアを週2回利用していた。

3 認知機能に関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 徒歩, 3-9 外出して戻れない

(3-1~7) 本人に質問できる。全て日頃も同様（看護師・夫より）

(3-1) リハビリ、入浴、上着の着脱等の意向を職員が聞くと、「はい」と答える。「家に帰りたい」「お父さんに会いたい」なども伝えることができるが、それ以外は単語を思い出せずに伝達できず、職員が思いを察して介助している。
「2. ときどきできる」

(3-2) 日課は答えられない。時間や曜日もわからない。日頃から職員が誘導している。「2. できない」

(3-3) 生年月日は答えられる。年齢は答えられない。「1. できる」

(3-4) 調査時、訪問前にしていたことは回答がなかった。日頃から短期記憶はできない。「2. できない」

(3-5) 姓・名をゆっくり答え、正答する。「1. できる」

(3-6) 季節の質問には回答がなかった。「2. できない」

(3-7) 調査時は戸惑う表情をされ、回答はなかった。自宅でないことは理解しているが、今の場所の理解はできない。
「2. できない」

(3-8・9) 該当する行動は「ない」。夫・看護師より。

4 精神・行動障害に関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
※ 該当する項目はない。（夫・看護師より）

(4-8) 「家に帰りたい」と言われるが、落ち着きのない状況まではない。夫の面会を喜ばれている。

(4-12) 短期記憶障害はあるが、日課も含めて全て職員が事前に誘導しており、ひどい物忘れ行動は生じていない。

5 社会生活への適応に関する項目についての特記事項

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

(5-1) 1日2回、経管栄養から職員が薬を注入する。「3. 全介助」。

(5-2) 脳梗塞発症以降、夫が全て管理する。「3. 全介助」。

(5-3) 脳梗塞発症以降、日課の理解はできないが、上着の着脱やリハビリを行うことは理解でき、意思決定できている。
全くできない状況ではなく、「3. 日常的に困難」を選択。

(5-4) 穏やかな方で、集団不適応はない。「1. ない」

(5-5) 日用品等は家族と施設が全て購入する。「4. 全介助」。1年前までは自分で買い物、調理を行っていた。

(5-6) 医師の指示で、経管栄養は常温で注入する。「1. 介助されていない」を選択。

6 特別な医療についての特記事項

6 特別な医療

(6-9) 経口摂取できず1日3回、医師の指示で看護師が経管栄養の注入を行う。注入時間は1時間30分。今後も継続。

該当はしないが、痰が多く、医師の指示で看護師が口から喀痰吸引を行う（1日5回程）。

7 日常生活自立度に関する項目についての特記事項

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

(7-1) 「B2」移乗、移動は全介助。車いすでの座位保持ができる。今回の入院後は外出していないが、介助は必要。

(7-2) 「IIIa」夫のことは覚えているが、短期記憶障害があり、場所の理解、日課の理解、意思決定も困難である。
排泄、入浴、着脱等の介助が必要。夜は安眠できている。

認定調査票(特記事項)

【事例3】 *パターン2 【介護の手間等が不足】

概況

夫と2人暮らしだった。家事全般を担い、自立した生活を送っていた。1年前に脳梗塞、脳血管性認知症を発症し、左半身麻痺となり入院。1か月後にリハビリ専門病院に転院し、座位保持・立位等のADL、嚥下機能が改善。5か月後に退院となる。デイケア、訪問看護、訪問介護を利用し、リハビリも継続していたが、2か月前に誤嚥性肺炎を発症し、急性期病院に入院。嚥下困難で経管栄養となる。認知機能の低下と意思疎通が難しい場面もある。左半身麻痺、両肩痛、右膝痛、腰痛もあり、日常生活全般に介助が必要である。ご夫婦ともに自宅での生活を希望されている。【夫・看護師の立ち合いで調査を行う】

1 身体機能・起居動作に関する項目についての特記事項

1-1 麻痺等の有無、1-2 拘縮の有無、1-3 寝返り、1-4 起き上がり、1-5 座位保持、1-6 両足での立位、1-7 歩行、1-8 立ち上がり、
1-9 片足での立位、1-10 洗身、1-11 つめ切り、1-12 視力、1-13 聴力

(1-1～1-9) 車いすで確認動作を行う。全て日頃も同様（看護師より）。

(1-1) 右上下肢は前方・横とともに肩の高さまでゆっくり挙上保持できる。左上下肢は麻痺があり、前方・横とともに全く自分で動かせず、左手・手指、左足・足趾も麻痺があり、自分で動かすことができない。
「左上肢」「左下肢」「その他」を選択。

(1-2) 右肩・右膝の痛みはあるが、可動域制限はない。左肩の痛みはあるが、他動で肩の高さまで挙上できる。
左膝も他動で伸展できる。両股関節は他動で90度まで屈曲できる。左股関節は他動で10cmの外転だが、
右股関節は他動で25cm外転できる。左肘、左手指は他動で動き、他の関節も可動域制限はない。

(1-3) 自分で寝返りできない。「3. できない」を選択。

(1-4) 自分で起き上がれない。「3. できない」を選択。

(1-5) 常時、背もたれ・ひじ掛けが必要。「3. 支えが必要」を選択。

(1-6) 職員が支えても5秒しか立位保持できない。「3. できない」を選択。

(1-7) 歩行できない。「3. できない」

(1-8) 自分で立ち上がれない。「3. できない」

(1-9) できない。「3. できない」

(1-10) 職員が洗う。「3. 全介助」

(1-11) つめ切りは職員が行う。「3. 全介助」

(1-12・13) 字は見える。「1. 普通」　日頃から普通の声の大きさで聞こえる。「1. 普通」

2 生活機能に関する項目についての特記事項

2-1 移乗、2-2 移動、2-3 えん下、2-4 食事摂取、2-5 排尿、2-6 排便、2-7 口腔清潔、2-8 洗顔、2-9 整髪、2-10 上衣の着脱

2-11 ズボン等の着脱、2-12 外出頻度

(2-1) 職員が抱えて移乗する。「4. 全介助」を選択。

(2-2) 職員が車いすを押す。「4. 全介助」。

(2-3) 経口摂取できない。「3. できない」。

(2-4) 経管栄養を職員が注入。「4. 全介助」。

(2-5・6) ベッド上で職員がおむつ交換する。「4. 全介助」。

(2-7) 職員が義歯の出し入れ、洗浄を行う。「3. 全介助」

(2-8) 温タオルで職員が拭く。「3. 全介助」　(2-9) ブランで職員が整髪する。「3. 全介助」

(2-10) 右上肢のみゆっくり腕を通す。他は職員が介助。「3. 一部介助」

(2-11) 職員がズボンの着脱を行う。「4. 全介助」。

(2-12) 病院に入院後、一度も外出していない。「3. 月1回未満」。

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 徒歩、3-9 外出して戻れない

(3-1~7) 本人に質問できる。全て日頃も同様（看護師・夫より）

(3-1) リハビリ、入浴、上着の着脱等の意向を職員が聞くと、「はい」と答える。「家に帰りたい」「お父さんに会いたい」なども伝えることができるが、それ以外は単語を思い出せずに伝達できない。「2. ときどきできる」

(3-2) 日課は答えられない。時間や曜日もわからない。「2. できない」

(3-3) 生年月日は答えられる。年齢は答えられない。「1. できる」

(3-4) 調査時、訪問前にしていたことは回答がなかった。日頃から短期記憶はできない。「2. できない」

(3-5) 姓・名をゆっくり答え、正答する。「1. できる」

(3-6) 季節の質問には回答がなかった。「2. できない」

(3-7) 調査時は戸惑う表情をされ、回答はなかった。自宅でないことは理解しているが、今の場所の理解はできない。「2. できない」

(3-8・9) 「ない」。夫・看護師より。

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
※ 該当する項目はない。（夫・看護師より）

(4-8) 「家に帰りたい」と言われるが、落ち着きのない状況まではない。夫の面会を喜ばれている。

(4-12) 短期記憶障害はあるが、ひどい物忘れ行動は生じていない。

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

(5-1) 経管栄養から職員が薬を注入する。「3. 全介助」。

(5-2) 夫が全て管理する。「3. 全介助」。

(5-3) 日課の理解はできないが、上着の着脱やリハビリを行うことは理解でき、意思決定できている。
「3. 日常的に困難」を選択。

(5-4) 集団不適応はない。「1. ない」

(5-5) 家族と施設が全て購入。「4. 全介助」。

(5-6) 医師の指示で、経管栄養は常温で注入する。「1. 介助されていない」を選択。

6 特別な医療についての特記事項

6 特別な医療

(6-9) 医師の指示で看護師が経管栄養の注入を行う。

7 日常生活自立度に関する項目についての特記事項

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

(7-1) 「B2」移乗、移動は全介助。車いすでの座位保持ができる。

(7-2) 「IIIa」夫のことは覚えているが、短期記憶障害があり、場所の理解、日課の理解、意思決定も困難である。
排泄、入浴、着脱等、介助が必要。

【事例3】

主治医意見書

記入日 令和〇年〇月〇日

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等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		電話 ()		
医療機関名		FAX ()		
医療機関所在地				
(1) 最終診察日	令和〇年〇月〇日			
(2) 意見書作成回数	<input type="checkbox"/> 初回 <input checked="" type="checkbox"/> 2回以上			
(3) 他科受診の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合)→□内科 □精神科 □外科 <input checked="" type="checkbox"/> 整形外科 <input checked="" type="checkbox"/> 脳神経外科 □皮膚科 □泌尿器科 □婦人科 □眼科 □耳鼻咽喉科 □リハビリテーション科 □歯科 □その他()			

1. 傷病に関する意見

(1) 診断名 (特定疾病または生活機能低下の直接の原因となっている傷病名については1.に記入) 及び発症年月日				
1. 脳梗塞	発症年月日 (昭和・平成・ <input checked="" type="checkbox"/> 令和〇年〇月〇日頃)			
2. 脳血管性認知症	発症年月日 (昭和・平成・ <input checked="" type="checkbox"/> 令和〇年〇月〇日頃)			
3. 誤嚥性肺炎	発症年月日 (昭和・平成・ <input checked="" type="checkbox"/> 令和〇年〇月〇日頃)			
(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患の経過及び投薬内容を含む治療内容 (最近(概ね6ヶ月以内)介護に影響のあったもの 及び 特定疾患についてはその診断の根拠等について記入)				
1年前に左片麻痺が出現し、MRIにて脳梗塞と診断。脳血管性認知症も発症し、治療を行う。 1か月後にリハビリ病院に転院し、リハビリを行い、5か月後に退院する。 退院3か月後に誤嚥性肺炎を発症して入院、経管栄養となる。 現在、在宅復帰を目的に、治療・リハビリを継続している。投薬は経鼻から行う。 ○○○錠 10mg 2錠 朝食後 ○○○○錠 20mg 1錠 朝食後 ○○○○錠 15mg 1錠 朝食後 ○○○○○錠 0.5mg 朝昼夕3回(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	<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 checked="" 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 type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> J1	<input type="checkbox"/> J2	<input type="checkbox"/> A1	<input type="checkbox"/> A2	<input type="checkbox"/> B1	<input checked="" type="checkbox"/> B2	<input type="checkbox"/> C1	<input type="checkbox"/> C2
・認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> II a	<input type="checkbox"/> II b	<input checked="" type="checkbox"/> III a	<input type="checkbox"/> III b	<input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> M	
(2) 認知症の中核症状 (認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)									
・短期記憶	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input checked="" type="checkbox"/> 問題あり							
・日常の意思決定を行うための認知能力	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> いくらくら困難	<input type="checkbox"/> 見守りが必要	<input checked="" type="checkbox"/> 判断できない					
・自分の意思の伝達能力	<input type="checkbox"/> 伝えられる	<input type="checkbox"/> いくらくら困難	<input checked="" type="checkbox"/> 具体的な要求に限られる	<input type="checkbox"/> 伝えられない					
(3) 認知症の行動・心理症状 (BPSD) (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"/> 性的な問題行動 <input type="checkbox"/> その他()							
(4) 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 () 科 <input checked="" type="checkbox"/> 無〕									

【事例 3】

(5) 身体の状態

利き腕 (<input checked="" type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左)	身長 = <u>154cm</u>	体重 = <u>48kg</u>	(過去 6 ヶ月の体重の変化 <input type="checkbox"/> 増加 <input type="checkbox"/> 維持 <input checked="" type="checkbox"/> 減少)
<input type="checkbox"/> 四肢欠損	(部位 : _____)		
<input checked="" type="checkbox"/> 麻痺	<input type="checkbox"/> 右上肢 (程度 : <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) <input checked="" type="checkbox"/> 左上肢 (程度 : <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input checked="" type="checkbox"/> 重)		
	<input type="checkbox"/> 右下肢 (程度 : <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) <input checked="" type="checkbox"/> 左下肢 (程度 : <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input checked="" type="checkbox"/> 重)		
	<input checked="" type="checkbox"/> その他 (部位 : 左手、左足 程度 : <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input checked="" type="checkbox"/> 重)		
<input checked="" type="checkbox"/> 筋力の低下	(部位 : <u>右上下肢</u> 程度 : <input type="checkbox"/> 軽 <input checked="" type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)		
<input type="checkbox"/> 関節の拘縮	(部位 : _____ 程度 : <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)		
<input checked="" type="checkbox"/> 関節の痛み	(部位 : <u>両肩、右膝、腰部</u> 程度 : <input type="checkbox"/> 軽 <input checked="" type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)		
<input type="checkbox"/> 失調・不随意運動	・上肢 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	・下肢 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	・体幹 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左
<input type="checkbox"/> 褥瘡	(部位 : _____ 程度 : <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)		
<input type="checkbox"/> その他の皮膚疾患	(部位 : _____ 程度 : <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)		

4. 生活機能とサービスに関する意見

(1) 移動

屋外歩行	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 介助があればしている	<input checked="" type="checkbox"/> していない
車いすの使用	<input type="checkbox"/> 用いていない	<input type="checkbox"/> 主に自分で操作している	<input checked="" type="checkbox"/> 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)	<input checked="" type="checkbox"/> 用いていない	<input type="checkbox"/> 屋外で使用	<input type="checkbox"/> 屋内で使用

(2) 栄養・食生活

食事行為	<input type="checkbox"/> 自立ないし何とか自分で食べられる	<input checked="" type="checkbox"/> 全面介助
現在の栄養状態	<input type="checkbox"/> 良好	<input checked="" type="checkbox"/> 不良

→ 栄養・食生活上の留意点 (摂食嚥下訓練を始めており、誤嚥に留意しながら食べる機能を向上させていく)

(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

<input checked="" type="checkbox"/> 尿失禁	<input checked="" type="checkbox"/> 転倒・骨折	<input checked="" type="checkbox"/> 移動能力の低下	<input checked="" type="checkbox"/> 褥瘡	<input checked="" type="checkbox"/> 心肺機能の低下	<input type="checkbox"/> 閉じこもり	<input checked="" type="checkbox"/> 意欲低下	<input type="checkbox"/> 徘徊
<input type="checkbox"/> 低栄養	<input checked="" type="checkbox"/> 摂食・嚥下機能低下	<input type="checkbox"/> 脱水	<input type="checkbox"/> 易感染性	<input type="checkbox"/> がん等による疼痛	<input type="checkbox"/> 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

<input checked="" type="checkbox"/> 期待できる	<input type="checkbox"/> 期待できない	<input type="checkbox"/> 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。)

<input checked="" type="checkbox"/> 訪問診療	<input checked="" type="checkbox"/> 訪問看護	<input checked="" type="checkbox"/> 訪問歯科診療	<input type="checkbox"/> 訪問薬剤管理指導
<input checked="" type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション	<input checked="" type="checkbox"/> 短期入所療養介護	<input type="checkbox"/> 訪問歯科衛生指導	<input type="checkbox"/> 訪問栄養食事指導
<input checked="" type="checkbox"/> 通所リハビリテーション	<input type="checkbox"/> 老人保健施設	<input type="checkbox"/> 介護医療院	<input type="checkbox"/> その他の医療系サービス()
<input type="checkbox"/> 特記すべき項目なし			

(6) サービス提供時における医学的観点からの留意事項 (該当するものを選択するとともに、具体的に記載)

<input checked="" type="checkbox"/> 血圧 (血圧上昇時・低下時は入浴を控える)	<input checked="" type="checkbox"/> 摂食 (咀嚼をしっかり行い、誤嚥予防。口腔ケアも継続)
<input checked="" type="checkbox"/> 嚥下 (在宅に向けて、歯科医師・言語聴覚士等と連携し、食べられるものを検討していく必要がある)	
<input checked="" type="checkbox"/> 移動 (転倒・転落に気をつける)	<input checked="" type="checkbox"/> 運動 (拘縮予防) <input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/> 特記すべき項目 (なし)	

(7) 感染症の有無 (有の場合には具体的に記入して下さい)

<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 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見守りに影響を及ぼす疾病の状況等の留意点を含め記載して下さい。特に、介護に要する手間に影響を及ぼす事項について記載して下さい。

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。(情報提供書や障害者手帳の申請に用いる診断書等の写しを添付して頂いても結構です。)

脳梗塞発症後、ADL・IADLなどの介助が必要な状態です。

誤嚥性肺炎発症後から経鼻経管栄養となり、現在リハビリを継続しています。

誤嚥性肺炎による状態悪化や転倒・転落による骨折受傷等のリスクは高いですが、

ご夫婦ともに自宅での生活を希望されており、今後も治療とともに、ADL、摂食・嚥下、意思疎通などの機能改善に向けたリハビリなどを続けていきます。