

事例 2

- 性 別女性
- 年 齢75 歳
- 介護環境居宅
- 最も類似する状態像の例支 - 10
- 要介護度変更要介護 1 → 要支援

●審査及び判定の概要

平成 6 年より変形性膝関節症による両膝の障害がある事例。

介護認定審査会では、「おおむね日常生活は自分で行っているのではないか」との意見が出された。状態像の例との比較に基づき、要支援に変更した。

No.

介護審査会資料

申請区分：新規申請
被保険者区分：第1号被保険者

年齢	75	第1群	1. 麻痺 (左-上肢)	
性別	女	(麻痺拘縮)	(右-上肢)	
過去の認定審査会結果	なし		(左-下肢)	ある
前回認定有効期間			(右-下肢)	
前回介護保険審査会結果	なし		(その他)	
一次判定結果	要介護1	一次判定警告コード	2. 拘縮 (肩関節)	
要介護認定等基準時間	31分	機能訓練+間接生活介助	(肘関節)	ある
			(股関節)	
			(膝関節)	
			(足関節)	
			(その他)	
現在の状況	居宅	第2群	1. 寝返り	
訪問介護 (ホームヘルプサービス)	0回/月	(移動)	2. 起き上がり	
訪問入浴介護	0回/月		3. 両足での座位	
訪問看護	0回/月		4. 両足つかない座位	
訪問リハビリテーション	0回/月		5. 両足での立位	
居宅療養管理指導	0回/月		6. 歩行	つかまれば可
通所介護 (デイサービス)	0回/月		7. 移乗	
通所リハビリテーション (デイケア)	0回/月	第3群	1. 立ち上がり	つかまれば可
福祉用具貸与	0品目	(複雑動作)	2. 片足での立位	
短期入所生活介護	0日/月		3. 浴槽の出入り	
短期入所療養介護	0日/月		4. 洗身	
痴呆対応型共同生活介護	0日/月	第4群	1. ア. じよくそう	
特定施設入所者生活介護	0日/月	(特別介護)	イ. 皮膚疾患	
福祉用具購入	1品目/6月間		2. 片手胸元持ち上げ	
住宅改修	なし		3. 嚥下	
			4. ア. 尿意	
			イ. 便意	
			5. 排尿後の後始末	
			6. 排便後の後始末	
			7. 食事摂取	
障害老人自立度：J1	痴呆性老人自立度：正常	第5群	1. ア. 口腔清潔	
		(身の回り)	イ. 洗顔	
			ウ. 整髪	
			エ. つめ切り	
			2. ア. ボタンのかけはずし	
			イ. 上衣の着脱	
			ウ. スボン等の着脱	
			エ. 靴下の着脱	
			3. 居室の掃除	
			4. 薬の内服	
			5. 金銭の管理	
			6. ひどい物忘れ	
			7. 周産への無関心	
		第6群	1. 視力	
		(意思疎通)	2. 聴力	
			3. 意思の伝達	
			4. 指示への反応	
			5. ア. 毎日の日課を理解	
			イ. 生年月日をいう	
			ウ. 短期記憶	
			エ. 自分の名前をいう	
			オ. 今の季節を理解	
			カ. 場所の理解	
		第7群	ア. 被害的	
		(問題行動)	イ. 作話	
			ウ. 幻視幻聴	
			エ. 感情が不安定	
			オ. 昼夜逆転	
			カ. 暴言暴行	
			キ. 同じ話をする	
			ク. 大声をたす	
			ケ. 介護に抵抗	
			コ. 常時の徘徊	
			サ. 落ち着きなし	
			シ. 外出して戻れない	
			ス. 一人で出たがる	
			セ. 収集癖	
			ソ. 火の不始末	
			タ. 物や衣類を壊す	
			チ. 不潔行為	
			ツ. 異食行動	
			テ. 性的迷惑行動	

中間評価項目表

中間評価項目得点

第1群	第2群	第3群	第4群	第5群	第6群	第7群
82.3	97.1	87.5	100.0	100.0	100.0	100.0

<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	換機の処置
レスピレーター	カテーテル

認定調査票（特記事項）

1. 麻痺・拘縮に関連する項目についての特記事項

- (1-1 麻痺等の有無) 両側変形性膝関節症で手術を受け、筋力の低下あり。左下肢をひきずるように歩行している。
- (1-2 関節の動く範囲の制限の有無) 1-1と同様の理由で左下肢疼痛強く、可動域にも制限があり、立ち上がりに支障あり。

2. 移動等に関連する項目についての特記事項

- (2-6 歩行) 杖歩行、医師からの指示で。

3. 複雑な動作等に関連する項目についての特記事項

- (3-1 立ち上がり) 椅子の手すり、ベッドにつかまり可能。

概況調査 IV

「調査対象者の主訴、家族状況、住居環境、虐待の有無等について特記すべき事項」

- ・ 独居 いずれ長男と同居予定
- ・ 2種3級身体障害者手帳を平成6年5月〇日交付。変形性膝関節症による両膝関節の機能障害。
- ・ 平成11年11月、両側変形性膝関節症で手術。両側とも人工関節を入れたとのこと。椅子、ベッド等の生活の指示が出ており、床に座ることは厳禁。今のところ、膝関節以外は自立しており、サービスを利用するにもお金がかかるので利用は考えていない。

主治医意見書

記入日 平成12年 5 月 〇日

申請者	(ふりがな)	男・女 ②	〒 — 連絡先 ()
	明・大・昭 年 月 日生(75歳)		
上記の申請者に関する意見は以下の通りです。 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 12 年 5 月 〇 日		
(2) 意見書作成回数	☒ 初回 ☐ 2 回目以上		
(3) 他科受診の有無	☒ 有 ☐ 無 (有の場合) → ☐ 内科 ☐ 精神科 ☒ 外科 ☐ 整形外科 ☐ 脳神経外科 ☐ 皮膚科 ☐ 泌尿器科 ☐ 婦人科 ☐ 眼科 ☐ 耳鼻咽喉科 ☐ リハビリテーション科 ☐ 歯科 ☐ その他 ()		

1. 傷病に関する意見

(1) 診断名 (特定疾病または障害の直接の原因となっている傷病名については1. に記入) 及び発症年月日			
1. 両側変形性膝関節症	発症年月日	(昭和・平成	6 年 〇 月 〇 日頃)
2. 骨粗鬆症	発症年月日	(昭和・平成	12 年 1 月 〇 日頃)
3.	発症年月日	(昭和・平成	年 月 日頃)
(2) 症状としての安定性 ☒ 安定 ☐ 不安定 ☐ 不明			
(3) 介護の必要の程度に関する予後の見通し ☐ 改善 ☒ 不変 ☐ 悪化			
(4) 障害の直接の原因となっている傷病の経過及び投薬内容を含む治療内容 (最近6ヶ月以内に変化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)			
平成11年12月〇日、A病院に入院し、両側膝関節の手術(人工関節)を行い、その後、リハビリをしていた。1月〇日より4月〇日まで当院でリハビリテーションをした。骨粗鬆症に対しては理学療法を行っている。薬の内服はない。			

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	☐ 点滴の管理	☐ 中心静脈栄養	☐ 透析	☐ ストーマの処置	☐ 酸素療法
	☐ レスビレーター	☐ 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

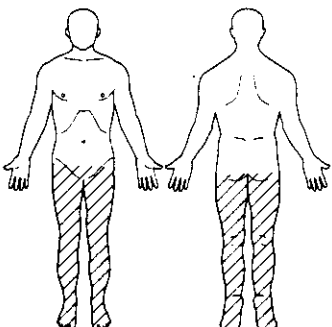
(1) 日常生活の自立度等について	
・障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)	☒ 正常 ☐ J1 ☐ J2 ☐ A1 ☐ A2 ☐ B1 ☐ B2 ☐ C1 ☐ C2
・痴呆性老人の日常生活自立度	☒ 正常 ☐ I ☐ IIa ☐ IIb ☐ IIIa ☐ IIIb ☐ IV ☐ M
(2) 理解および記憶	
・短期記憶	☒ 問題なし ☐ 問題あり
・日常の意思決定を行うための認知能力	☒ 自立 ☐ いくらか困難 ☐ 見守りが必要 ☐ 判断できない
・自分の意思の伝達能力	☒ 伝えられる ☐ いくらか困難 ☐ 具体的要求に限られる ☐ 伝えられない
・食事	☒ 自立ないし何とか自分で食べられる ☐ 全面介助
(3) 問題行動の有無 (該当する項目全てチェック)	
☐ 有 ☒ 無	
(有の場合) →	☐ 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) 精神・神経症状の有無
☐有 (症状名) ☒無
(有の場合) → 専門医受診の有無 ☐有 () ☒無

(5) 身体の状態
利き腕 (☒右 ☐左) 体重 = kg 身長 = cm 凡例

☐ 四肢欠損	(部位: 程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)	
☐ 麻痺	(部位: 程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)	
☒ 筋力の低下	(部位: 下肢 程度: ☒ 軽 ☐ 中 ☐ 重)	
☐ 褥瘡	(部位: 程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)	
☐ その他皮膚疾患	(部位: 程度: ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重)	

☒関節の拘縮 ・ 肩関節 ☐右 ☐左 ・ 股関節 ☐右 ☐左
・ 肘関節 ☐右 ☐左 ・ 膝関節 ☒右 ☒左
☐失調・不随意運動・上肢 ☐右 ☐左 ・ 体幹 ☐右 ☐左
・ 下肢 ☐右 ☐左



4. 介護に関する意見

(1) 現在、発生の可能性が高い病態とその対処方針
☐尿失禁 ☒転倒・骨折 ☐徘徊 ☐褥瘡 ☐嚥下性肺炎 ☐腸閉塞 ☐易感染性
☐心肺機能の低下 ☒痛み ☐脱水 ☐その他 ()
→ 対処方針 ()

(2) 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)
☐訪問診療 ☐短期入所療養介護 ☐訪問栄養食事指導
☐訪問看護 ☐訪問歯科診療 ☐その他 ()
☐訪問リハビリテーション ☐訪問歯科衛生指導
☒通所リハビリテーション ☐訪問薬剤管理指導

(3) 介護サービス (入浴サービス、訪問介護等) における医学的観点からの留意事項
・ 血圧について ☒特になし ☐あり ()
・ 嚥下について ☒特になし ☐あり ()
・ 摂食について ☒特になし ☐あり ()
・ 移動について ☒特になし ☐あり ()
・ その他 ()

(4) 感染症の有無 (有の場合は具体的に記入して下さい)
☐有 () ☒無 ☐不明

5. その他特記すべき事項

要介護認定に必要な医学的なご意見等をご記載して下さい。なお、専門医等に別途意見を求めた場合はその内容、結果も記載して下さい。(情報提供書や身体障害者申請診断書の写し等を添付して頂いても結構です。)

