

事例 19

●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 ……… 3－6

●要介護度変更 ……………要介護 2 → 要介護 3

●審査及び判定の概要

平成 9 年頃に慢性関節リウマチを発症し、徐々に増悪して現在は歩行不能でベッドから殆ど離れることがなく座っている状態にある事例。

介護認定審査会では、特記事項及び主治医意見書における手指の拘縮、起き上がりの問題等に関する記載を基に介護の必要性について検討が行われた。さらに、状態像の例との比較に基づき、要介護 3 に変更した。

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
性別：女
過去の認定審査会結果：なし
前回認定有効期間：
前回介護保険審査会結果：なし
一次判定結果：要介護2
一次判定警告コード：
要介護認定等基準時間：68分
機能訓練+間接生活介助：

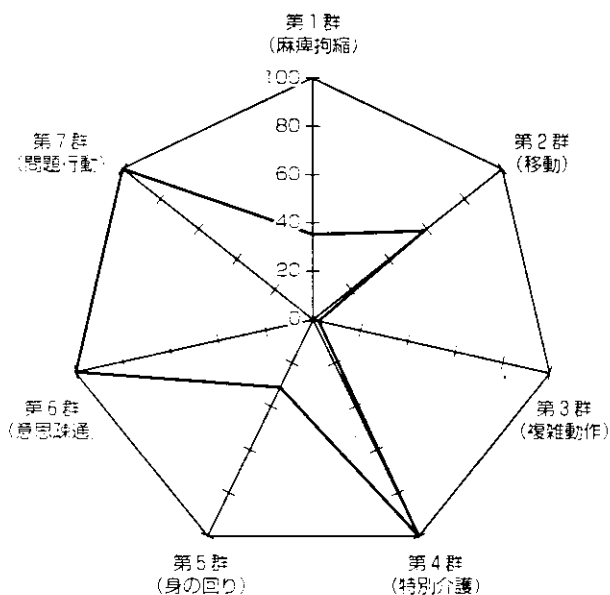
--	--	--	--

現在の状況：居宅・
訪問介護（ホームヘルプサービス）：4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（デイケア）：16回/月
福祉用具貸与：0品目
短期入所生活介護：0日/月
短期入所療養介護：0日/月
痴呆対応型共同生活介護：0日/月
特定施設入所者生活介護：0日/月
福祉用具購入：0品目/6月間
住宅改修：あり

障害老人自立度：B2

痴呆性老人自立度：正常

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
34.9	58.6	2.5	100.0	32.6	100.0	100.0

〈特別な医療〉

点滴の管理
疼痛の看護
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
モニター測定
褥瘡の処置
カテーテル

第1群 1. 麻 痺 (左一上肢)
(麻痺拘縮) (右一上肢)
(左一下肢)
(右一下肢)
(その他)
2. 拘 縮 (肩関節)
(肘関節)
(股関節)
(膝関節)
(足関節)
(その他)

ある

ある

ある

ある

ある

第2群
(移動)

1. 運 送
2. 起き上がり
3. 両足での座位
4. 両足つかない座位
5. 両足での立位
6. 歩 行
7. 移 乗

できない

できない

全介助

第3群
(複雑動作)

1. 立ち上がり
2. 片足での立位
3. 浴槽の出入り
4. 洗 身

できない

できない

行っていない

全介助

第4群
(特別介護)

1. ア. じよくそう
イ. 皮膚疾患
2. 片手胸元持ち上げ
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

第5群
(身の回り)

1. ア. 口腔清潔
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. 糞の内服
5. 金銭の管理
6. ひどい物忘れ
7. 周囲への無関心

一部介助

全介助

全介助

全介助

一部介助

全介助

全介助

全介助

一部介助

一部介助

第6群
(意思疎通)

1. 視 力
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
(問題行動)

ア. 被害的
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. 大声をだす
ケ. 介護に抵抗
コ. 常時の徘徊
セ. 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

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) 握力が弱く振戦がある。
- (1-2 関節の動く範囲の制限の有無) 肩肘：右手は顔まで、左手は首ぐらいまで上がる。それ以上は痛みがある。膝：両膝とも「く」の字ぐらいまでしか曲がらない。足：右は少し動くが、左は拘縮あり。その他：両手指、両趾指の変形あり。両手指は変形著しい。

2. 移動等に関連する項目についての特記事項

- (2-2 起き上がり) つかまって起き上がることができないので数回の反動で起き上がる。

3. 複雑な動作等に関連する項目についての特記事項

- (3-3 一般家庭用浴槽の出入り) 施設にて器械浴を行っている。

4. 特別な介護等に関連する項目についての特記事項

- (4-5 排尿後の後始末、4-6 排便後の後始末) 自動洗浄便器を使用しているがトイレまでの往復は介護者が行っている
- (4-7 食事摂取) 障害者用フォーク、スプーンを使用し、自力で食べている。

5. 身の回りの世話等に関連する項目についての特記事項

- (5-2 ア ボタンかけはずし) 時間をかけてできているが小さなボタンになるとできない。
- (5-4 薬の内服) 薬や水を用意してもらい自分で飲んでいる。
- (5-5 金銭の管理) 娘が管理しているが小遣い程度は自分で管理している。

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」

- ・ 一人暮らし。リウマチのため2～3年前より徐々に動けない状態になった。
- ・ 移送サービス月1回、配食サービス（月～土、夕食、火・金は昼も）、民間の家政婦協会からのヘルパーを頼んでいる。
- ・ 上記サービスのほか、日中は娘が介護し、18時～翌朝8：30まで個人的にヘルパーを頼んでいる。
- ・ ベッドからはほとんど離れず座っていることが多く、きつくなると横になる。
- ・ 玄関はスロープ。寝室、トイレは改造されているが、介護者がいないと本人では動けない。
- ・ 体の動く部分は最大限活用しているなど、前向きな姿勢がうかがえた。

主治医意見書

記入日 平成 年 月 日

申請者	(ふりがな)	男・女 ②	〒 -
	明・大・昭 年 月 日生(75歳)		
連絡先 ()			
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 11 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 (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. 慢性関節リウマチ	発症年月日	(昭和・平成	年 月 日頃)
2.	発症年月日	(昭和・平成	年 月 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)			
内服によりリウマチのコントロールを行っている。 関節の破壊あり。 疼痛に対する治療のみ行っている。			

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)				
処置への対応	☐ 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

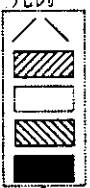
(1) 日常生活の自立度等について	
・障害老人の日常生活自立度 (寝たきり度)	☐ 正常 ☐ J1 ☐ J2 ☐ A1 ☐ A2 ☐ B1 ☐ B2 ☐ C1 ☐ C2
・痴呆性老人の日常生活自立度	☐ 正常 ☐ I ☐ IIa ☐ IIb ☐ IIIa ☐ IIIb ☐ IV ☐ M
(2) 理解および記憶	
・短期記憶	☒ 問題なし ☐ 問題あり
・日常の意思決定を行うための認知能力	☒ 自立 ☐ いくらか困難 ☐ 見守りが必要 ☐ 判断できない
・自分の意思の伝達能力	☒ 伝えられる ☐ いくらか困難 ☐ 具体的要求に限られる ☐ 伝えられない
・食事	☒ 自立ないし何とか自分で食べられる ☐ 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

☐ 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:)	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

凡例



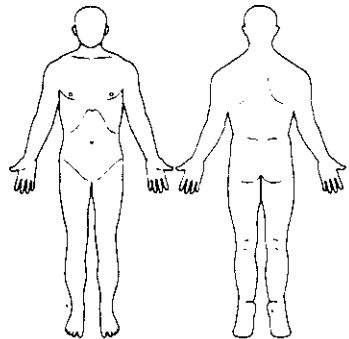
☒関節の拘縮

・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

☐下肢 ☐右 ☐左

体幹 ☐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。)

リウマチによる著しい関節機能低下のため、日常生活のすべてにおいて介助者を要する。

