

# 事例 27

---

- 性 別 .....女性
- 年 齢 .....78 歳
- 介護環境 .....介護老人保健施設
- 最も類似する状態像の例 ..... 4 - 1
- 要介護度変更 .....要介護 2 → 要介護 4

## ●審査及び判定の概要

平成 6 年頃より徘徊、妄想等の症状が出現、平成 7 年より現在の施設に入所し、その後も問題行動が増悪している事例。

介護認定審査会では、「特記事項及び主治医意見書において介護への抵抗、不潔行為、異食行動、意思疎通がとれないことなどの問題行動が著明な一方で、麻痺拘縮もなく移動もできることから、見守りに時間を要するのではないか」との意見が出された。これらを踏まえ日常生活自立度の組み合わせによる要介護度別分布についても総合的に勘案し、要介護 4 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

生 年 月 日 78  
性 別 女  
過去の認定審査結果 なし  
前回認定有効期間 -  
前回介護保険審査結果 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 63分 機能訓練+間接生活介助：11分

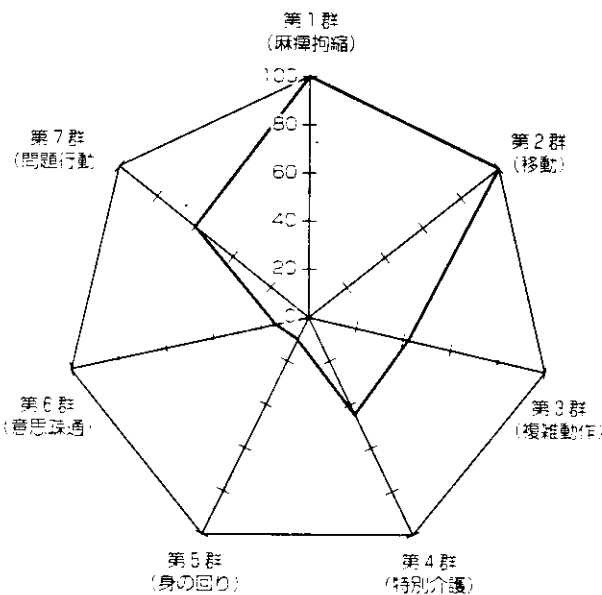
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|

現在の状況  
訪問介護（ホームヘルプサービス） 介護老人保健施設  
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） 0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 なし

障害老人自立度：A2

痴呆性老人自立度：IV

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  |
|-------|-------|------|------|-----|------|------|
| 100.0 | 100.0 | 40.9 | 43.8 | 8.7 | 11.6 | 59.9 |

〈特別な配慮〉

点滴の管理 : 気管切開の処置  
中心静脈栄養 : 疼痛の看護 : ある  
透析 : 経管栄養  
ストーマの処置 : モニター測定  
酸素療法 : 褥瘡の処置  
レスピレーター : カテーテル

第1群 1. 麻 痺 (左-上肢)  
(麻痺拘縮) (右-上肢)  
(左-下肢)  
(右-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)

第2群 1. 寝返り  
(移動) 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

第3群 1. 立ち上がり  
(複雑動作) 2. 片足での立位  
3. 浴槽の出入り  
4. 洗 身  
できない  
一部介助  
全介助

第4群 1. ア. じよくそう  
(特別介護) 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  
ある  
ない  
ない  
全介助  
全介助  
見守りが必要

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. 周囲への無関心  
全介助  
全介助  
全介助  
全介助  
全介助  
全介助  
全介助

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. 三年月日をいう  
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  
判断不能  
やっと聴こえる  
できない  
通じない  
できない  
できない  
できない  
できない

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. 大声をだす  
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  
ときどきある  
ときどきある  
ある  
ある  
ある

## 認定調査票（特記事項）

### 2. 移動等に関連する項目についての特記事項

(3-6 歩行) たまに小走りに歩行するときがあり転倒の危険がある。

### 3. 複雑な動作等に関連する項目についての特記事項

(3-2 片足での立位保持) 片足で立つことの意味がわからない。手を添えてようやく立つがほんの一瞬でバランスが悪く危険。

(3-3 一般家庭用浴槽の出入り) 手すりつき、スロープつきの浴槽で入浴。転倒防止のため、見守りを要する。

### 4. 特別な介護等に関連する項目についての特記事項

(4-1 イ 皮膚疾患) 臀部広範囲に皮膚炎がある。

(4-5 排尿後の後始末、4-6 排便後の後始末) 完全にオムツ使用。

(4-7 食事摂取) だまっていると手で食べている時がある。箸やスプーンの使い方を忘れかけている。

### 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

(5-1 ア 口腔清潔、イ 洗顔、ウ 整髪、エ つめ切り) すべての関し、自分からやろうと考えることができない。

(5-2 衣服着脱) オムツはずしや異食（オムツ、便）行為があるため、つながを着用している。

(5-6 ひどい物忘れ、5-7 周囲への無関心) 痴呆のため起こり得ない。

### 6. コミュニケーションに関連する項目についての特記事項

(6-1 視力、6-3 意思の伝達、6-4 介護側の指示への反応、6-5 理解) 全然意思疎通ならず。

(6-2 聴力) 名前を呼ぶと声のするほうを見るが話している意味は理解できない。

## 7. 問題行動等に関連する項目についての特記事項

(オ 昼夜逆転) 眠剤服用にて入眠しているがなかなか寝付かないときがある。  
(カ 暴言暴行、ク 大声をだす、ケ 介護に抵抗) オムツ交換や入浴更衣の時、  
介護に抵抗するときがある。  
(コ 常時の徘徊) 毎日徘徊している。  
(タ 物や衣類を壊す、チ 不潔行為、ツ 異食行動) オムツ、便の異食行為が  
あるため、つなぎ着用中。

## 8. 特別な医療についての特記事項

臀部湿疹のため、軟膏塗布している。

#### 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」

- ・長男と二人暮らし。高度痴呆のため、日常生活すべてに介助を要する。お盆外泊時も意思疎通ならず、24時間目を離すことができなかったとのこと。長男1人では介護は困難とのこと。

# 主治医意見書

記入日 平成11年 11月 〇日

|                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |                   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-------------------|
| 申請者                                                                                                              | (ふりがな)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 男・女<br>Ⓐ | 〒<br>-<br>連絡先 ( ) |
|                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |                   |
|                                                                                                                  | 明・大・昭 年 月 日生(78歳)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |          |                   |
| 上記の申請者に関する意見は以下の通りです。<br>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                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 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 11月 〇日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |          |                   |
| (2) 意見書作成回数                                                                                                      | <input checked="" type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 2回目以上                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |          |                   |
| (3) 他科受診の有無                                                                                                      | <input 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. 老人性痴呆                                                                                                                                                                       | 発症年月日 | (昭和・平成                                                                                          | 年 月 日頃) |
| 2. 高血圧                                                                                                                                                                         | 発症年月日 | (昭和・平成                                                                                          | 年 月 日頃) |
| 3. 慢性硬膜下水腫                                                                                                                                                                     | 発症年月日 | (昭和・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 |         |
| (3) 介護の必要の程度に関する予後の見通し                                                                                                                                                         |       | <input type="checkbox"/> 改善 <input checked="" type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 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<br>(最近6ヶ月以内に变化のあったもの 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)<br><br>平成6年春頃より外出徘徊、迷子、物忘れ、妄想。同年秋頃より徘徊著明、火の始末もできなくなった。平成7年7月〇日当苑入所。<br>処方：血糖降下剤、降圧剤、向精神剤 |       |                                                                                                 |         |

## 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"/> レスビレーター                                             | <input type="checkbox"/> 気管切開の処置 | <input checked="" 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

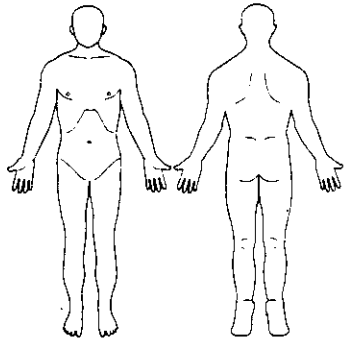
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| (1) 日常生活の自立度等について                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| ・障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input checked="" type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 |
| ・痴呆性老人の日常生活自立度                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input checked="" type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M                         |
| (2) 理解および記憶                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| ・短期記憶                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> 問題なし <input checked="" type="checkbox"/> 問題あり                                                                                                                                                                                                 |
| ・日常の意思決定を行うための認知能力                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input 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"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 具体的要求に限られる <input checked="" type="checkbox"/> 伝えられない                                                                                                                          |
| ・食事                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> 自立しないし何とか自分で食べられる <input type="checkbox"/> 全面介助                                                                                                                                                                                               |
| (3) 問題行動の有無 (該当する項目全てチェック)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| (有の場合) → <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input checked="" type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input checked="" type="checkbox"/> 暴言 <input checked="" type="checkbox"/> 暴行 <input checked="" type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input checked="" type="checkbox"/> 徘徊<br><input type="checkbox"/> 火の不始末 <input checked="" type="checkbox"/> 不潔行為 <input checked="" type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input checked="" type="checkbox"/> その他(不眠) |                                                                                                                                                                                                                                                                        |

(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 = 58 kg 身長 = 145 cm 凡例

|                                             |                                                                                                          |  |
|---------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 四肢欠損               | (部位: 程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)               |  |
| <input type="checkbox"/> 麻痺                 | (部位: 程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)               |  |
| <input type="checkbox"/> 筋力の低下              | (部位: 程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)               |  |
| <input type="checkbox"/> 褥瘡                 | (部位: 程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)               |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> その他皮膚疾患 | (部位: 腎部 程度: <input checked="" type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 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 (オムツ )

(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 (ふらつきあり)  
・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。)

糖尿病 1400 kcal/日、血糖降下剤服用中。  
小刻み歩行であり、転倒しやすい。  
食事以外全面介助、家人の顔もわからない。  
介護する人もいない、食事も手で食べる。  
オムツ交換時、手をあげたり、暴行し、抵抗する。  
便いじり、不潔行為もあり、便も食べる。  
意思疎通もとれない。  
臀部接触性皮膚炎があり、皮膚用軟膏塗布。

