

# 事例 30

---

- 性 別 .....男性
- 年 齢 .....75 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 3 → 要介護 4

## ●審査及び判定の概要

平成 8 年頃より問題行動が出現し、平成 11 年 1 月精神科入院、同年 3 月より現在の施設に入所している事例。

介護認定審査会では、「徘徊、放尿、放便、暴力、暴言、性的迷惑行動などの問題行動の程度がひどい一方で、麻痺拘縮がなく、移動できるため、見守りに時間を要するのではないか」等の意見が出された。これらの議論を踏まえ要介護 4 に変更した。

なお、本事例では、在宅での介護が困難と判断し、介護保険施設での介護が必要である旨の意見を付している。

## 介護審査会資料

申請区分：新規申請

被保險者区分：第1号被保險者

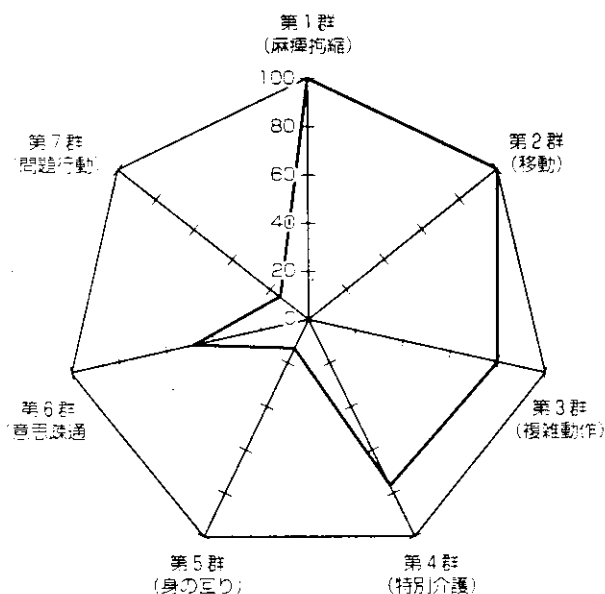
|             |                            |
|-------------|----------------------------|
| 年 齢         | 75                         |
| 性 別         | 男                          |
| 過去の認定審査会結果  | なし                         |
| 前回認定有効期間    | －                          |
| 前回介護保険審査会結果 | なし                         |
| 一次判定結果      | 要介護3                       |
| 要介護認定等基準時間  | 70分                        |
|             | 一次判定警告コード：<br>機能訓練＋間接生活介助： |

|                   |          |
|-------------------|----------|
| 現在の状況             | 介護老人保健施設 |
| 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（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       |

瀟湘老人自立度：A1

痴呆性老人自立度：Ⅲb

### 中間評價項目表



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  |
|------|------|------|------|-----|------|------|
| 1000 | 1000 | 79.1 | 76.7 | 134 | 51.9 | 14.2 |

〈特別な天啓〉

|         |         |
|---------|---------|
| 点滴の管理   | 気管切開の処置 |
| 中心静脈栄養  | 疼痛の看護   |
| 透視      | 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   |

[illegible]

## 認定調査票（特記事項）

### 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) 放尿、放便がみられるため「全介助」とした。

### 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) 声かけ、誘導が必要なため「一部介助」と判断した。

(5-2 衣服着脱) 本人の意欲がなく、また、順番の理解もできていないため「全介助」と判断した。着脱の行為そのものはできるが、場面にあった行動はできない。

(5-4 薬の内服) 本人の口の中に入れ、飲み込むまでの確認が必要。「全介助」と判断した。

### 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

(6-4 介護側の指示への反応) 会話がかみ合わないことがあるため「ときどき通じる」とした。

### 7. 問題行動等に関連する項目についての特記事項

(ア 被害的、イ 作話) 誰かが自分のものを持っていった等の訴えが月に2～3回ある。「ときどきある」と判断した。

(ウ 幻視幻聴) 夜間等、誰もいないところを指差して「誰がいる」等の発言があるため「ある」とした。

(エ 感情が不安定、ク 大声を出す) 突発的に怒り出すことがあるため「ある」とした。

(オ 昼夜逆転) 夜間眠らず、他の入所者の居室に入る等の行動があるため「ある」とした。

(カ 暴言暴行) 自分の意に添わないことを言われた時、また、原因がはっきりしない時も、職員や他の入所者に対し手を上げることがある。自宅に妻と二人でいた時は、妻に対し包丁を持って迫ったことがある。

(キ 同じ話をする) 特定の入所者にこだわり、姿が見えないと「どこに行った」と何度も職員等に聞いてくるため「ある」とした。

(ケ 介護に抵抗) 衣類が汚れているため職員が着替えるように促すと、手を振り上げて怒ることがあるため「ある」とした。

(ス 1人で出たがる) 他の入所者の面会人等と一緒にエレベーターに乗り、外に出ようとする行動があるため「ある」と判断した。

(セ 収集癖) 他の入所者の服を無断で持ってきて着ていることがあるため「あ

る」と判断した。

(タ 物や衣類を壊す) 自分の着ている衣類を破く行為がみられるため「ある」とした。

(チ 性的迷惑行為) 女性の入所者に対し服を脱がせる等の行為があるため「ある」と判断した。

## 8. 特別な医療についての特記事項

(8-5 酸素療法) 息切れがしやすい。14日間以内ではないので「なし」にしてあるが、入浴後、酸素を使用したことがある。

#### 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」

- ・ 妻との二人暮らしのケース。
- ・ 本人の妻に対する暴力等あり、在宅での生活が困難になっている。

# 主治医意見書

記入日 平成12年 1 月 〇 日

|                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |         |         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|---------|
| 申請者                                                                                                                         | (ふりがな)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 男<br>女  | 〒 -     |
|                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |         |         |
|                                                                                                                             | 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。<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 checked="" 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 12 年 1 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 checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無<br>(有の場合) → <input checked="" 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)                                                                                         | 8 年 11 月 〇 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                                                                                                          |       | <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)                                    |       |                                                                                                 |               |
| 平成8年11月頃より異常な言動がみられはじめ、9年6月頃より夜騒ぐようになった。11年に入り、徘徊が激しくなり、11年1月、精神科へ入院した。11年3月より短期・長期に介護老人保健施設を利用している。<br>処方：向精神薬、脳代謝改善薬 |       |                                                                                                 |               |

## 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 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 checked="" type="checkbox"/> A1 <input 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 checked="" type="checkbox"/> IIIb <input 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 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 type="checkbox"/> 伝えられる <input checked="" 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                                                                                                                          |
| ・食事                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <input checked="" 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 checked="" 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 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 type="checkbox"/> 異食行動 <input checked="" type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> 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

|                                  |                                                                                            |        |
|----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| <input type="checkbox"/> 四肢欠損    | (部位: 程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) | 凡例<br> |
| <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 type="checkbox"/> その他皮膚疾患 | (部位: 程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) |        |

☐関節の拘縮

|                                                                                            |                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| ・肩関節 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左                                 | ・股関節 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 |
| ・肘関節 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左                                 | ・膝関節 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 |
| <input type="checkbox"/> 失調・不随意運動・上肢 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 | ・体幹 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左  |
| ・下肢 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 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 ( 施設介護 )  
☐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。)

- ・ 入所中時々徘徊、放尿、入所者に対する暴力暴言がみられる。その他、不潔行為や性的問題行動あり。
- ・ 在宅中での言動の異常、不眠、家人への暴言・暴力で3回緊急入所した。
- ・ 23歳 肺炎
- ・ 26歳 脊椎カリエス
- ・ 63歳 胃潰瘍手術、腸閉塞
- ・ 平成11年4月 肺炎にて入院。

