

事例 1

67歳 男性 更新申請

■ 傷病等

脊髄損傷後遺症・下肢麻痺・神経因性膀胱

■ 概況

戸建(障がい者仕様に改修済)に妻と二人暮らし。妻は仕事で日中独居
56歳の時、仕事中に屋根から転落。脊髄損傷し両下肢麻痺となり身体障
害者手帳2級。1年間リハビリ病院で訓練を行い自宅へ戻る。

車椅子生活だが、屋内の環境は整備されているため身の回りの事は自
分で行える。

脊髄損傷で尿意がないためカテーテルで自己導尿している。尿路感染
症で 3/5～3/12 入院したが退院後は在宅で生活している。

入浴目的でデイサービスを週2回利用している。

前回要介護度	要支援2
--------	------

今回一次判定結果	要介護2 (66.2分)
----------	-----------------

取扱注意

介護認定審査会資料

令和 6年 4月23日 作成
令和 6年 3月15日 申請
令和 6年 3月22日 調査
令和 6年 4月 3日 審査

合議体番号 : 000001 No. 1

家族状況 :

被保険者区分 : 第1号被保険者 年齢 : 67歳 性別 : 男
申請区分 : 更新申請 前回要介護度 : 要支援2

現在の状況 : 居宅 (施設利用なし)
前回認定有効期間 : 12 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2
要介護認定等基準時間 : 66.2分
Bar chart showing care time for various activities: 食事 (3.4), 排泄 (11.1), 移動 (4.6), 清潔保持 (9.8), 間接 (4.5), BPSD関連 (5.8), 機能訓練 (7.1), 医療関連 (19.9), 認知症加算 (0.0).

警告コード :

3 中間評価項目得点

Table with 5 columns: 第1群 (54.8), 第2群 (81.9), 第3群 (100.0), 第4群 (100.0), 第5群 (68.0)

4 日常生活自立度

障害高齢者自立度 : A 1
認知症高齢者自立度 : 自立

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
認定調査結果 : 自立
主治医意見書 : 自立
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 (予防給付・総合事業)

訪問型サービス : 0回/月
介護予防訪問入浴介護 : 0回/月
介護予防訪問看護 : 0回/月
介護予防訪問リハビリテーション : 0回/月
介護予防居宅療養管理指導 : 0回/月
通所型サービス : 8回/月
介護予防通所リハビリテーション : 0回/月
介護予防短期入所生活介護(ショートステイ) : 0日/月
介護予防短期入所療養介護 : 0日/月
介護予防特定施設入居者生活介護 : 0日/月
介護予防福祉用具貸与 : 0品目
特定介護予防福祉用具販売 : 0品目/6月間
住宅改修 : なし
介護予防認知症対応型通所介護 : 0日/月
介護予防小規模多機能型居宅介護 : 0日/月
介護予防認知症対応型共同生活介護(グループホーム) : 0日/月

2 認定調査項目

Table with 3 columns: 調査結果, 前回結果. Rows include: 第1群 身体機能・起居動作 (1-13), 第2群 生活機能 (1-12), 第3群 認知機能 (1-9), 第4群 精神・行動障害 (1-15), 第5群 社会生活への適応 (1-6). Includes a section for special medical treatments (点滴の管理, 中心静脈栄養, etc.).

事例 1

認定調査票(特記事項)

調査日 令和6年3月22日

概況

戸建(障がい者仕様に改修済)に妻と二人暮らし。妻は仕事で日中独居。
56歳の時、仕事中に屋根から転落。脊髄損傷し両下肢麻痺となり身体障害者手帳2級。1年間リハビリ病院で訓練を行い自宅へ戻る。車椅子生活だが、屋内の環境は整備されているため身の回りの事は自分で行える。
脊髄損傷で尿意がないためカテーテルで自己導尿している。尿路感染症で3/5~3/12入院したが退院後は在宅で生活している。入浴目的でデイサービスを週2回利用している。

立会い：妻

1 身体機能・起居動作に関連する項目についての特記事項

- 1-1 麻痺等の有無 (有無) 車椅子で座位にて試行。(1-1)~(1-9)は日頃も同様と妻から聴取。
脊髄損傷後遺症で両下肢麻痺。感覚がなく自力では全く動かせないため両下肢は確認動作不可。
両上肢は定義の高さまで挙上し静止保持できる。手指も問題なく動く。「左下肢」「右下肢」を選択。
- 1-2 拘縮の有無 (有無) 他動的に肩関節・膝関節・股関節に可動域制限はない。「ない」を選択。
- 1-3 寝返り (能力) 下半身麻痺だが、上半身だけならばベッド柵につかまり寝返りできる。「何かにつかまればできる」を選択。
- 1-4 起き上がり (能力) ベッド柵につかまれば起き上がれる。「何かにつかまればできる」を選択。
- 1-5 座位保持 (能力) 体のバランスが取りにくく手でつかまっていないと座位保持できない。「自分の手で支えればできる」を選択。
- 1-6 両足での立位 (能力) 1-6~1-9。脊髄損傷で両下肢麻痺のため、つかまっても両足立位・片足立位・立ち上がり・歩行はできない。「できない」を選択。
- 1-7 歩行 (能力)
- 1-8 立ち上がり (能力)
- 1-9 片足での立位 (能力)
- 1-10 洗身 (介助の方法) 週2回、デイサービスで入浴。手の届く所は自分で洗身するが、動かない足は職員が介助して洗っている。「一部介助」を選択する。
- 1-11 つめ切り (介助の方法) 手のつめは自分で切るが、足のつめはデイサービスの看護師が切っている。「一部介助」を選択。
- 1-12 視力 (能力) 調査中、眼鏡使用し1m離れた視力確認表と、小さな文字は見えた。日常生活にも支障ないとのこと。「普通」を選択。
- 1-13 聴力 (能力) 調査中、普通の声の会話で聞き取れた。本人曰く、日常会話でも支障なく聞き取れるとのこと。「普通」を選択。

2 生活機能に関連する項目についての特記事項

- 2-1 移乗 (介助の方法) ★ ベッドから車椅子等への移乗時、両下肢麻痺で足に加重できないため上半身と腕の力を使い滑るようにトランスする。訓練したから介助なくできる、と本人。ただし、体のバランスを崩しやすく転倒することがあるため妻が居る時は見守りしている。適切な介助の方法で「見守り等」を選択。

2-2 移動 (介助の方法)	日常生活の場所は、トイレ(5~6回/日)、台所(3回/日)、洗面所(1回/日)で、車椅子を手で漕いで操作し自走する。転倒することもなく自分で移動し、見守りや介助は行われていない。「介助されていない」を選択。ただし、移乗・移動の時に肩や手の負担が大きく痛みがあるとのこと。
2-3 えん下 (能力)	飲み込みは概ね問題なく、むせることもない。「できる」を選択。
2-4 食事摂取 (介助の方法)	食事は自分で経口摂取している。見守りや介助は行われていない。「介助されていない」を選択。
2-5 排尿 (介助の方法)	脊髄損傷で尿意なし。トイレにて尿カテーテル自己導尿を日に5・6回行い、尿の破棄も自分で行う。「介助されていない」を選択。
2-6 排便 ★ (介助の方法)	週2~3回自然便があり、3日出ないと坐薬使用する。脊髄損傷で便意ないが、排便直前に反射による感覚がある。直ぐにトイレに向かうが間に合わなかったり、車椅子から便座に移る際の腹圧で便失禁してしまうことが多い。自宅では、日中独居のため、寄りかかりながら自分で便の後始末や一連行為をするが上手くできない。妻が居る時や、デイサービスでは、便失禁の後始末や一連行為を全て介助している。適切な介助の方法で「全介助」を選択。
2-7 口腔清潔 (介助の方法)	2-7~2-9 車椅子対応洗面台で、歯磨き・洗顔・整髪を自分で行う。準備等を含めた一連行為に介助は行われていない。「介助されていない」を選択。
2-8 洗顔 (介助の方法)	
2-9 整髪 (介助の方法)	
2-10 上衣の着脱 (介助の方法)	上衣は、自分で準備・着脱し介助は行われていない。「介助されていない」を選択。
2-11ズボン等の着脱 (介助の方法)	脊髄損傷で両下肢麻痺のため、ズボン等を脱ぐこと、ズボンに足を通し引き上げること等、一連の全ての行為に介助が行われている。「全介助」を選択。
2-12 外出頻度 (有無)	週2回デイサービスへ行き、月1回泌尿器科に妻が車で連れて行き通院している。「週1回以上」を選択。

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 (能力)	調査の質問に答え意思の伝達はできた。日頃も誰に対しても意思の伝達はできると、妻より聴取。「できる」を選択。
3-2 毎日の日課を理解 (能力)	起床、就寝、食事など、毎日の日課を具体的に答えた。日頃も毎日の日課は理解できていると妻より聴取。「できる」を選択。
3-3 生年月日を言う (能力)	生年月日、年齢ともに正答した。日頃も同様と妻より聴取。「できる」を選択。
3-4 短期記憶 (能力)	調査直前に行っていたことについて「新聞を読んでいた」と具体的に答えた。妻の話では、返答は事実であり、日頃も当日行ったことについては覚えているとのこと。「できる」を選択。
3-5 自分の名前を言う (能力)	自分の名前は正答した。日頃も同様と妻より聴取。「できる」を選択。
3-6 今の季節を理解 (能力)	「春」と正答した。日頃も季節は理解していると妻より聴取。「できる」を選択。
3-7 場所の理解 (能力)	「自宅」と正答した。日頃も自分がいる場所は理解していると妻より聴取。「できる」を選択。
3-8 徘徊 (能力)	(3-8)~(3-9)定義に該当する行動はないと、妻より聴取。
3-9 外出して戻れない (能力)	

4 精神・行動障害に関連する項目についての特記事項(有無)

4-1 被害的 第4群は、定義に該当する行動はないと、妻より聴取。

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

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 (介助の方法) 薬の管理、内服は自分で行き介助は行われていない。「介助されていない」を選択。

5-2 金銭の管理 (介助の方法) 自分の所持金の支出の把握、管理、出し入れする金額の計算も自分で行っている。銀行口座からお金を引き出す時は、本人が必要金額を依頼し、妻がおろしている。「介助されていない」を選択。

5-3 日常の意思決定 (能力) 日常のことは意思決定できる。治療方針やケアプラン作成など特別な場合も自分で決定し合意している。「できる」を選択。

5-4 集団への不適応 (有無) 集団への不適応はない。

5-5 買い物 (介助の方法) 食材や日用品等の日常生活に必要な物は妻が買ってくる。本人は、週1~2回嗜好品を妻に依頼して買ってもらう。「全介助」を選択する。

5-6 簡単な調理 (介助の方法) 朝食・夕食は、妻が食事を作り、炊飯・加熱等を行っている。昼食は、冷蔵庫の残り物等を、自分でレンジで加熱している。より頻回な状況で「全介助」を選択。

6 特別な医療についての特記事項

6-1 点滴の管理 尿路感染症により3/5に入院し、抗菌薬の点滴治療を1週間行った。「ある」を選択。

6-12 カテーテル 上記の入院中(3/5~3/12)は、カテーテルの処置を看護師が行った。「ある」を選択。

7 日常生活自立度に関連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) 環境が整備され、日中は離床して身の回りのことは概ね自立している。外出には介助が必要。「A1」を選択。

7-2 認知症高齢者の日常生活自立度 認知症は有しない。認知機能の低下や意思疎通の困難さは見られない。「自立」を選択。

事例 1

主治医意見書

記入日 令和6年 3月 18日

申請者	(ふりがな)	男	〒 ー
	明・大・Ⓢ 年 月 日生 (67歳)		

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 同意する。 同意しない。

医師氏名 _____

医療機関名 _____ 電話 () _____

医療機関所在地 _____ FAX () _____

(1) 最終診察日	令和 6年 3月 18日
(2) 意見書作成回数	<input type="checkbox"/> 初回 <input checked="" type="checkbox"/> 2回目以上
(3) 他科受診の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 (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 <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. 脊髄損傷後遺症・下肢麻痺・神経因性膀胱 発症年月日 (平成26年頃)
2. _____ 発症年月日 ()
3. _____ 発症年月日 ()
(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病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 特定疾病についてはその診断の根拠等について記入] 56歳時、屋根から転落して、脊髄損傷を受けた。以降、対麻痺となり、両下肢の運動機能が全廃となったために、寝たきり状態となった。以降、排尿障害で自己導尿8回行っている。数か月に1回カテーテルの交換を行っている。今回、38.6℃の発熱と排尿痛を合併することから、尿路感染症、特に腎盂腎炎が疑われるため、在宅医療を求められた。

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 checked="" 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 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input 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 checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <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 checked="" type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり
・日常の意思決定を行うための認知能力 <input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input 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 checked="" 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 type="checkbox"/> 伝えられない
(3) 認知症の周辺症状(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"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> その他 ()
(4) その他の精神・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 () <input checked="" type="checkbox"/> 無]

(5) 身体の状態

利き腕 (右 左) 身長 = 175cm 体重 = 85kg (過去 6 ヶ月の体重の変化 増加 維持 減少)

四肢欠損 (部位 : _____)

麻痺 右上肢 (程度 : 軽 中 重) 左上肢 (程度 : 軽 中 重)

右下肢 (程度 : 軽 中 重) 左下肢 (程度 : 軽 中 重)

その他 (部位 : _____ (程度 : 軽 中 重)

筋力の低下 (部位 : _____ (程度 : 軽 中 重)

関節の拘縮 (部位 : _____ (程度 : 軽 中 重)

関節の痛み (部位 : 上半身 (程度 : 軽 中 重)

失調・不随意運動 ・ 上肢 右 左 ・ 下肢 右 左 ・ 体幹 右 左

褥瘡 (部位 : _____ 程度 : 軽 中 重)

その他の皮膚疾患 (部位 : _____ 程度 : 軽 中 重)

4. 生活機能とサービスに関する意見

(1) 移動

屋外歩行 自立 介助があればしている していない

車いすの使用 用いていない 主に自分で操作している 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) 用いていない 屋外で使用 屋内で使用

(2) 栄養・食生活

食事行為 自立ないし何とか自分で食べられる 全面介助

現在の栄養状態 良好 不良

→ 栄養・食生活上の留意点 (_____)

(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

尿失禁 転倒・骨折 移動能力の低下 褥瘡 心肺機能の低下 閉じこもり 意欲低下 徘徊

低栄養 摂食・嚥下機能低下 脱水 易感染性 がん等による疼痛 その他 (_____)

→ 対処方針 (_____ リハビリ使用・段差の解消・見守り _____)

(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し

期待できる 期待できない 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。)

訪問診療 訪問看護 看護職員による訪問・相談 訪問歯科診療

訪問薬剤管理指導 訪問リハビリテーション 短期入所療養介護 訪問歯科衛生指導

訪問栄養食事指導 通所リハビリテーション その他の医療系サービス (_____)

(6) サービス提供時における医学的観点からの留意事項

・ 血圧 特になし あり (_____) ・ 移動 特になし あり (転倒・転落に注意が必要)

・ 摂食 特になし あり (_____) ・ 運動 特になし あり (車椅子使用 _____)

・ 嚥下 特になし あり (_____) ・ その他 (_____)

(7) 感染症の有無 (有の場合は具体的に記入して下さい)

無 有 (_____) 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。)

妻と二人暮らし。

基本的にはどうか車椅子使用にて ADL 保ててはいるが、尿路感染や皮膚トラブルのリスクが高い。

下肢麻痺があり、車椅子での日常生活行動のため上肢・手指への負担が多く疼痛が出現している。

移乗時に転落・転倒のリスクが高い。