

概況調査票

I 調査実施者（記入者）

実施日時	年 月 日	実施場所	自宅内・自宅外（ ）		
ふりがな		所 属 機 関		調 査 時 間	
記入者氏名					

II 調査対象者

ふりがな		性別	男・女	年齢	() 歳	
対象者氏名				生年月日	年	月
現住所	〒 -			電 話	-	-
家族等 連絡先	〒 - 氏名 () 調査対象者との関係 ()			電 話	-	-

III 認定を受けている各種の障害等級等（該当する項目に○をつけてください）

障害種別	等級および程度区分				
1) 身体障害者等級	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6				
2) 身体障害の種類	視覚障害・聴覚障害・肢体不自由・内部障害・その他 ()				
3) 療育手帳等級	最重度	○A	A1	1度	
	重 度	A	A2	2度	
	中 度	B	B1	3度	
	軽 度	C	B2	4度	
4) 精神障害者保健福祉手帳等級	1級 ・ 2級 ・ 3級				
5) 障害基礎年金等級	1級 ・ 2級				
6) その他の障害年金等級	1級 ・ 2級 ・ 3級				
7) 生活保護の受給	有（他人介護料有り）・有（他人介護料無し）・無				

IV 現在受けているサービスの状況について、別紙1「サービスの利用状況票」に記入してください。

V 地域生活関連について、サービスの種類や量に関することを中心に記入してください。

<ul style="list-style-type: none"> 外出の頻度（過去1ヶ月間の回数）： 23 回程度（受診は2週間に1回、買物や友人と会う） 社会活動の参加の状況（ ） 過去2年間の入所歴： <input checked="" type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり あり⇒ 入所期間： 年 月～ 年 月 入所した施設の種類（ ） 年 月～ 年 月 入所した施設の種類（ ） 過去2年間の入院歴： <input checked="" type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり あり⇒ 入院期間： 年 月～ 年 月 入院の原因となった病名（ ） 年 月～ 年 月 入院の原因となった病名（ ） その他 自動車の運転は医師から禁止されているため、普段は自転車で行動している。
--

VI 就労関連について、サービスの種類や量に関するを中心に記入してください。

・ 就労状況：□一般就労 □パート・アルバイト 就労していない □その他（ ）

・ 過去の就労経験：一般就労やパート・アルバイトの経験 あり □なし
 最近1年間の就労の経験 □あり なし
 中断の有無 □あり なし

・ 就労希望の有無：□あり なし
 具体的に
 人間関係をうまくやっていく自信がないので働けない。

VII 日中活動関連について、サービスの種類や量に関するを中心に記入してください。

・ 主に活動している場所：□自宅 施設 □病院 □その他（ ）
 火・水は9：00～15：00、木は9：00～12：00を作業所で過ごしている。交通手段は主に自転車。昼食はお弁当（冷凍食品）を持って行っている。他の日は、買い物に行ったり、友人と会ったり、電話したり、自室でCDを聴いて過ごしている。

VIII 介護者関連について、サービスの種類や量に関するを中心に記入してください。

・ 介護者の有無：□なし あり

・ 介護者の健康状況等特記すべきこと
 父・母・本人の3人暮らし。父は身障（網膜色素変性症による視野障害）2級、母も身障（脊髄性小児麻痺による両下肢機能障害）1級を持っている。本人が通院の時は、母親が運転して連れて行っている。父母とも障害はあるが、自立して生活している。
 ヘルパーは週1回2H、月曜日に利用し、調理を一緒に行っている。

IX 居住関連について、サービスの種類や量に関するを中心に記入してください。

・ 生活の場所：□自宅（単身） 自宅（家族等と同居） □グループホーム □ケアホーム □病院
 □入所施設 □その他（ ）

・ 居住環境
 自宅で2階建て住居。居間は片づいている。本人は在宅している時は、2階の自室で過ごしていることが多い。

X その他、サービスの種類や量に関するを中心に記入してください。

区分2 事例2

区分変更: 区分1 → 区分2

有効期間: 2年間

審査及び判定の概要:

- 統合失調症を発症した事例。
- 幻覚・妄想、意思疎通性に乏しい、判断能力に乏しい等の残遺症状があり、身辺整理、清潔の保持等が困難であることを、また、判断能力に乏しいことや環境刺激で状態が不安定になることから、日常生活維持のための支援や自発的行動が可能な際の促しとフォロー、判断が困難な際のサポートなど介護時間を長く要することを特記事項及び医師意見書から確認し、区分2に変更した。

1 一次判定等

判定結果： 障害程度区分基準時間：	プロセスⅠ 区分1 27.7分	プロセスⅡ 区分1	2次判定 区分2	有効期間 2年	食事 0.7分	排せつ 0.5分	移動 1.0分	清潔 保持 4.2分	間接 7.3分	行動 0.4分	機能 訓練 3.2分	医療 関連 10.4分
----------------------	-----------------------	--------------	-------------	------------	------------	-------------	------------	------------------	------------	------------	------------------	-------------------

2 判定調査項目

A項目群	調査結果	
麻痺拘縮		
1-1	麻痺 (左-上肢)	
	麻痺 (右-上肢)	
	麻痺 (左-下肢)	
	麻痺 (右-下肢)	
	麻痺 (その他)	
1-2	拘縮 (肩関節)	
	拘縮 (肘関節)	
	拘縮 (股関節)	
	拘縮 (膝関節)	
	拘縮 (足関節)	
	拘縮 (その他)	
移動		
2-1	寝返り	
2-2	起き上がり	
2-3	座位保持	
2-4	両足での立位	
2-5	歩行	
2-6	移乗	
2-7	移動	
複雑動作		
3-1	立ち上がり	
3-2	片足での立位	
3-3	洗身	
特別介護		
4-1 ア.	じょくそう	
4-1 イ.	皮膚疾患	
4-2	えん下	
4-3	食事摂取	
4-4	飲水	
4-5	排尿	
4-6	排便	
身の回り		
5-1 ア.	口腔清潔	
5-1 イ.	洗顔	
5-1 ウ.	整髪	
5-1 エ.	つめ切り	一部介助
5-2 ア.	上衣の着脱	
5-2 イ.	ズボン等の着脱	
5-3	薬の内服	
5-4	金銭の管理	一部介助
5-5	電話の利用	
5-6	日常の意思決定	
意思疎通		
6-1	視力	
6-2	聴力	
6-3 ア	意思の伝達	
6-4 ア	指示への反応	
6-5 ア.	毎日の日課を理解	
6-5 イ.	生年月日をいう	
6-5 ウ.	短期記憶	
6-5 エ.	自分の名前をいう	
6-5 オ.	今の季節を理解	
6-5 カ.	場所の理解	

行動	調査結果	
7 ア	被害的	
7 イ	作話	
7 ウ	幻視幻聴	ある
7 エ	感情が不安定	
7 オ	昼夜逆転	
7 カ	暴言暴行	
7 キ	同じ話をする	
7 ク	大声を出す	
7 ケ	介護に抵抗	
7 コ	常時の徘徊	
7 サ	落ち着きなし	
7 シ	外出して戻れない	
7 ス	1人で出たがる	
7 セ	収集癖	
7 ソ	火の不始末	
7 タ	物や衣類を壊す	
7 チ	不潔行為	
7 ツ	異食行動	
7 テ	ひどい物忘れ	
特別な医療		
8-1	点滴の管理	
8-2	中心静脈栄養	
8-3	透析	
8-4	ストマの処置	
8-5	酸素療法	
8-6	レスピレーター	
8-7	気管切開の処置	
8-8	疼痛の看護	
8-9	経管栄養	
8-10	モニター測定	
8-11	じょくそうの処置	
8-12	カテーテル	

B1項目群	調査結果	
9-1	調理	見守り、一部介助
9-2	食事の配下膳	
9-3	掃除	見守り、一部介助
9-4	洗濯	見守り、一部介助
9-5	入浴の準備片付け	見守り、一部介助
9-6	買い物	
9-7	交通手段の利用	

B2項目群	調査結果	
7 ト	こだわり	
7 ナ	多動・行動停止	
7 ニ	不安定な行動	
7 ヌ	自ら叩く等の行為	
7 ネ	他を叩く等の行為	
7 ノ	興味等による行動	
7 ハ	通常と違う声	
7 ヒ	突発的行動	
7 ホ	反復的行動	ある

C項目群	調査結果	
6-3-イ	独自の意思伝達	
6-4-イ	説明の理解	
7 フ	過食、反すう等	
7 ヘ	憂鬱で悲観的	ときどきある
7 マ	対人面の不安緊張	
7 ミ	意欲が乏しい	
7 ム	話がまとまらない	
7 メ	集中力が続かない	ときどきある
7 モ	自己の過大評価	
7 ヤ	疑い深く拒否的	
9-8	文字の視覚的認識	

3 中間評価項目得点表

麻痺拘縮	移動	複雑動作	特別介護	身の回り	意思疎通	行動
100.0	100.0	99.9	100.0	88.2	100.0	95.1

IADL	行動障害
1.71点	0.31点

特記事項

1 麻痺等に関連する項目についての特記事項

1-1 麻痺等の有無, 1-2 関節の動く範囲の制限の有無

()

()

2 移動等に関連する項目についての特記事項

2-1 寝返り, 2-2 起き上がり, 2-3 座位保持, 2-4 両足での立位保持, 2-5 歩行, 2-6 移乗, 2-7 移動

(2-5) 薬の副作用もあり、歩くのはつらいとのこと。足腰を鍛えなくてはという思いがあり、なるべくバイクでなく自転車移動している。

()

3 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, 3-2 片足での立位保持, 3-3 洗身

()

()

4 身辺の介護等に関連する項目についての特記事項

4-1 じょくそう(床ずれ)等の有無, 4-2 えん下, 4-3 食事摂取, 4-4 飲水, 4-5 排尿, 4-6 排便

(4-5) トイレが近いと話す。緊張もあつたが、調査時も約1時間の間に2回トイレで席を立った。

()

5 身辺の世話等に関連する項目についての特記事項

5-1 清潔, 5-2 衣服着脱, 5-3 薬の内服, 5-4 金銭の管理, 5-5 電話の利用, 5-6 日常の意思決定

(5-1) ア. 総入れ歯を自分で洗浄している。

(5-1) エ. 腰痛がある時は足のつめは切れないのでヘルパーに切ってもらう。

(5-3) 薬箱なども使用せず管理できているが、自己判断で服薬を中断したりすることがあり、訪問看護師が1回/週来訪し、本人の状況を確認している(本人は掃除のために来ていると思っている)。自分では、ちゃんと飲めていると話す。

(5-4) 社協の金銭管理援助事業を利用し、家賃を引いた食費と小遣いを月二回に分けて渡してもらう。その中でやりくりはできている。

(5-5) 電話がかかってくることに恐怖感があり使用したくないが、施設に連絡をする際に必要なため利用している。

(5-6) 気になると、しつこく相談してしまう面がある。

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, 6-2 聴力, 6-3-ア 意思の伝達, 6-3-イ 本人独自の表現方法, 6-4-ア 介護者の指示への反応, 6-4-イ 言葉以外の手段を用いた説明の理解, 6-5 記憶・理解

()

()

7 行動に関連する項目についての特記事項

7 行動(ア～ヤまで)

(ア) 自分の不調を他者のせいにしてしまうようなこともある。

(ウ) ひとりである時に幻聴が聞こえるため音楽やテレビでまぎらわしている。

(サ、ハ、マ、ミ) 平成17年12月自宅にいるにもかかわらず、自宅が他にあるような気がして場所が分からなくなり1ヶ月任意入院した。背景として、一人で頑張らなくてはとの決意でヘルパー支援を控え無理をしすぎたことと、自己判断で服薬を中断するといったことがあった。現在は、外出したり人と会ったりすることがしんどい日もあるが、自宅で寝込んでしまうと入院につながってしまうとの思いから、日に1回は必ず、精神障害者地域生活支援センターに顔を出している。体調次第で、30分程度しかいられない日も

あれば、朝から夕方まで過ごすこともある。

(ホ) 電化製品のスイッチや施錠など、外出の際は確認に時間がかかる。時間には正確で、時間を約束すると気になって2～3時間前から落ち着かなくなり、本人自身しんどいと訴える。そのため、支援センターへの顔出しは特に時間は決めていない。

8 医療に関連する項目についての特記事項

8 医療

()

()

9 生活に関連する項目についての特記事項

9-1 調理, 9-2 配下膳, 9-3 掃除, 9-4 洗濯, 9-5 入浴準備, 9-6 買物, 9-7 交通手段, 9-8 文字の視覚的認識使用

(9-1) ヘルパーが数日分まとめて調理したものを温めて食べている。ヘルパーの調理を見るのは好きだが、後からその段取り通りに自分で作るというのは難しく、自分で作るのはインスタントの味噌汁やラーメン程度。

(9-3) 机の汚れた箇所を拭いたりはあるが、部屋をきれいに掃除するというのは難しい。

(9-4) 洗濯機の使用と干すことはできるが、たたむのはヘルパーが行っている。洗濯物を分類して片付けるのはしんどいとのこと。

(9-5) 入浴の準備は自分でする。風呂は3日に1回で、他の日はシャワーを浴びている。風呂掃除をしていると不安な気持ちになるため掃除はヘルパーにしてもらう。

(9-6) 調理の材料はヘルパーに買って来てもらうが、健康を考え、自分で牛乳やみかん等を購入して食べている。

※生活全般に意欲はあり、頑張りたい気持ちもあるが、負荷がかかりすぎる前に自分で回避することができず不調になるため、訪問や見守りが必要。

医師意見書

記入日 平成 年 月 日

申請者	(ふりがな)	男・女	〒
	明・大・昭・平 年 月 日生(歳)		連絡先 ()
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サービス利用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 年 月 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 (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 <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 (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. 統合失調症	発症年月日	(昭和・平成)	50年 1月 日頃)
2. 高血圧症	発症年月日	(昭和・平成)	18年 1月 〇日頃)
3.	発症年月日	(昭和・平成)	年 月 日頃)
入院歴(直近の入院歴を記入)			
1. 昭和・平成	17年 12月～	18年 1月	(傷病名: 統合失調症)
2. 昭和・平成	10年 7月～	11年 1月	(傷病名: 統合失調症)
(2) 症状としての安定性 <input type="checkbox"/> 安定 <input checked="" 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)			
情動の不安定性、意欲の亢進と低下や困惑状態出沒など病状が全体として安定しない。			
(3) 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 (精神疾患については、病状の不安定に関する所見も記載)			
昭和50年1月幻覚・妄想状態にて発症。昭和50年1月～約1年間入院加療し、その後外来通院を続け、平成7年6月〇日～平成7年12月〇日、平成10年7月〇日～平成11年1月〇日と金銭管理困難、日常生活破綻のために再入院している。病状は幻聴が持続し関係妄想など陽性症状に加え、無為・好禱・だらしなきなど残遺症状も著しく経過。平成11年2月より訪問看護、地域生活支援センターの援助を受けつつ、かろうじて在宅療養していたが、病状は不安定なままであった。平成17年12月〇日数日不眠で急に「家に帰る道が分からない」と警察に保護され、困惑状態著しいため入院となった。薬物調整により在宅療養可能なまでに回復したが、社会適応力に乏しく、身辺整理を含めた日常生活維持は医療スタッフ、介護支援スタッフの適切な援助が不可欠な状況にある。連合弛緩著しく、判断能力は十分と云えず、環境刺激で情動不安定、困惑状態出沒するなど安定しない。			

2. 特別な医療(現在、定期的に、あるいは頻回に受けている医療)

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(胃ろう)	
	<input type="checkbox"/> 吸引処置(回数 回/日, <input type="checkbox"/> 一時的 <input type="checkbox"/> 継続的)				
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)(ラバーシーツの利用)				

3. 心身の状態に関する意見

(1) 行動上の障害の有無 (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"/> 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 <input type="checkbox"/> 性的行動障害 <input checked="" type="checkbox"/> その他(判断力低下、現実検討力低下)
(2) 精神・神経症状の有無	
<input checked="" type="checkbox"/> 有 (症状名 幻覚・妄想・残遺症状・連合弛緩)	<input type="checkbox"/> 無
(有の場合) →	<input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 傾眠傾向 <input checked="" type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input checked="" type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 失見当識 <input type="checkbox"/> 失認 <input type="checkbox"/> 失行
	<input checked="" type="checkbox"/> 認知障害 <input type="checkbox"/> 記憶障害(短期、長期) <input checked="" type="checkbox"/> 注意障害 <input checked="" type="checkbox"/> 遂行機能障害 <input checked="" type="checkbox"/> 社会的行動障害
	<input type="checkbox"/> その他 ()
・ 専門医受診の有無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無	

<てんかん>

有 無
 (有の場合) → 頻度 (週1回以上 月1回以上 年1回以上)

(3) 身体の状態

利き腕 (右 左) 身長=163 cm 体重=63 kg (過去6ヶ月の体重の変化 増加 維持 減少)

四肢欠損 (部位: _____ 程度: 軽 中 重)

麻痺

左上肢 (程度: 軽 中 重) 左下肢 (程度: 軽 中 重)

右上肢 (程度: 軽 中 重) 右下肢 (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

肩関節 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

股関節 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

肘関節 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

膝関節 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

その他 (部位: _____)

関節の痛み (部位: _____ 程度: 軽 中 重)

失調・不随意運動・上肢 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

・体幹 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

・下肢 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

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. サービス利用に関する意見

(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) 介護サービス (ホームヘルプサービス等) の利用時に関す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 (高血圧症 _____)

・ 嚥下について 特になし あり (_____)

・ 摂食について 特になし あり (メニュー選択、調理に際し本人意向と協働の視点を尊重する必要あり)

・ 移動について 特になし あり (_____)

・ その他 (_____)

(3) 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

障害程度区分認定やサービス利用計画作成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。)

表情はしかめ顔で思考障害として連合弛緩が著しい。疎通性は表面的で、応答は保たれているが、判断力が充分とは言えず、現実検討力も乏しい。そのため不要な物を買ってしまい、金銭的に困窮する事態になったり、他者にだまされたり、うまく利用されてしまうことがある。しかし本人はそうのように判断できず、自分の言動を良しとし、スタッフの助言を受け入れず、自己中心的になることがある。身辺整理、清潔の保持が困難で、スタッフの援助なしには日常生活維持が不能と考えられる。無為・自閉傾向にあり、社会適応のためには医療従事者の適切な援助が不可欠である。

<精神障害の機能評価>

○精神症状・能力障害二軸評価: (精神症状; 4 能力障害; 4) <判定時期 平成 ○年 ○月>

○生活障害評価: (食事; 5 生活リズム; 4 保清; 5 金銭管理; 5 服薬管理; 1 対人関係; 4 社会的適応を妨げる行動; 2) <判断時期 平成 ○年 ○月>

概況調査票

I 調査実施者（記入者）

実施日時	年 月 日	実施場所	自宅内・自宅外（ ）		
ふりがな		所属機関		調査時間	
記入者氏名					

II 調査対象者

ふりがな		性別	男・女	年齢	() 歳
対象者氏名				生年月日	年 月 日
現住所	〒 -			電話	- -
家族等 連絡先	〒 - 氏名 ()	() 調査対象者との関係 ()		電話	- -

III 認定を受けている各種の障害等級等（該当する項目に○をつけてください）

障害種別	等級および程度区分				
1) 身体障害者等級	1・2・3・4・5・6				
2) 身体障害の種類	視覚障害・聴覚障害・肢体不自由・内部障害・その他（ ）				
3) 療育手帳等級	最重度	○A	A1	1度	
	重 度	A	A2	2度	
	中 度	B	B1	3度	
	軽 度	C	B2	4度	
4) 精神障害者保健福祉手帳等級	①級・2級・3級				
5) 障害基礎年金等級	1級・②級				
6) その他の障害年金等級	1級・2級・3級				
7) 生活保護の受給	有（他人介護料有り）③有（他人介護料無し）・無				

IV 現在受けているサービスの状況について、別紙1「サービスの利用状況票」に記入してください。

V 地域生活関連について、サービスの種類や量に関することを中心に記入してください。

<ul style="list-style-type: none"> 外出の頻度（過去1ヶ月間の回数）： 30 回程度 社会活動の参加の状況（通院1/4W。毎日、支援センターへ顔出ししている。） 過去2年間の入所歴： <input checked="" type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり あり⇒ 入所期間： 年 月～ 年 月 入所した施設の種類（ ） 年 月～ 年 月 入所した施設の種類（ ） 過去2年間の入院歴： <input type="checkbox"/>なし <input checked="" type="checkbox"/>あり あり⇒ 入院期間：平成17年12月～平成18年 1月 入院の原因となった病名（統合失調症） 年 月～ 年 月 入院の原因となった病名（ ） その他 自転車や原付バイクを運転し、毎日のように外出している。
--

VI 就労関連について、サービスの種類や量に関することを中心に記入してください。

- ・ 就労状況：一般就労 パート・アルバイト 就労していない その他（ ）
- ・ 過去の就労経験：一般就労やパート・アルバイトの経験 あり なし
最近1年間の就労の経験 あり なし
中断の有無 あり なし
- ・ 就労希望の有無：あり なし
具体的に
製造業1年→呉服営業1年→収集業務1年

VII 日中活動関連について、サービスの種類や量に関することを中心に記入してください。

- ・ 主に活動している場所：自宅 施設 病院 その他（ ）
家でひきこもったり、他者との交流を避けていると、不調となって入院に至るという思いから、1日1回は、必ず自転車で20分くらいの支援センターへ顔を出している。

VIII 介護者関連について、サービスの種類や量に関することを中心に記入してください。

- ・ 介護者の有無：なし あり
- ・ 介護者の健康状況等特記すべきこと
家族とは、関わりを持っていない。
母親の遺影を部屋に飾っている。

IX 居住関連について、サービスの種類や量に関することを中心に記入してください。

- ・ 生活の場所：自宅（単身） 自宅（家族等と同居） グループホーム ケアホーム 病院
入所施設 その他（ ）
- ・ 居住環境
ワンルームタイプのアパート1F、角部屋。日当たりもよく、周囲は田畑。民家やアパートも徒歩圏内にある。

X その他、サービスの種類や量に関することを中心に記入してください。

統合失調症（1回/4W通院、1回/W訪問介護、2回/W家事援助）。
1人身で「自分でがんばらなくてはならない」思いが強く、バイクから自転車へ移動手段をうつして足腰を鍛えようとしたり、ヘルパー利用を控えたりとがんばりすぎ、昨年12月入院に至った経緯あり。また、自己判断で服薬の中断をすることもある。

区分2 事例3

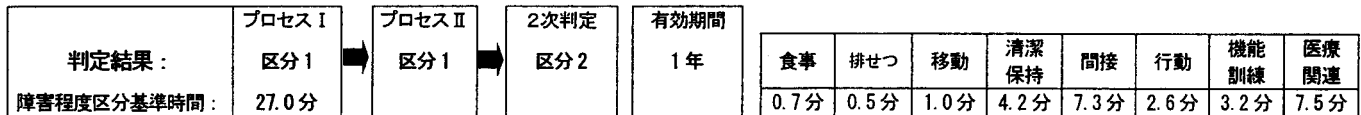
区分変更: 区分1 → 区分2

有効期間: 1年間

審査及び判定の概要:

- 統合失調症を発症し、糖尿病を合併した事例。
- 下着を1週間交換しないなど日常生活面での支障があることに加え、糖尿病の管理が不良で、摂食上の注意等合併症に伴う支援が必要であることなどを特記事項及び医師意見書から判断し、区分2に変更した。さらに精神症状と糖尿病の不安定性から有効期間を1年とした。

1 一次判定等



2 判定調査項目

A項目群		調査結果	
麻痺拘縮			
1-1	麻痺 (左-上肢)		
	麻痺 (右-上肢)		
	麻痺 (左-下肢)		
	麻痺 (右-下肢)		
	麻痺 (その他)		
1-2	拘縮 (肩関節)		
	拘縮 (肘関節)		
	拘縮 (股関節)		
	拘縮 (膝関節)	ある	
	拘縮 (足関節)		
拘縮 (その他)			
移動			
2-1	寝返り		
2-2	起き上がり		
2-3	座位保持		
2-4	両足での立位		
2-5	歩行		
2-6	移乗		
2-7	移動		
複雑動作			
3-1	立ち上がり		つかまれば可
3-2	片足での立位		
3-3	洗身		
特別介護			
4-1ア.	じょくそう		
4-1イ.	皮膚疾患		
4-2	えん下		
4-3	食事摂取		
4-4	飲水		
4-5	排尿		
4-6	排便		
身の回り			
5-1ア.	口腔清潔		
5-1イ.	洗顔		
5-1ウ.	整髪		
5-1エ.	つめ切り		一部介助
5-2ア.	上衣の着脱		
5-2イ.	ズボン等の着脱		
5-3	薬の内服		一部介助
5-4	金銭の管理		一部介助
5-5	電話の利用		
5-6	日常の意思決定		
意思疎通			
6-1	視力		
6-2	聴力		
6-3ア.	意思の伝達		
6-4ア.	指示への反応		
6-5ア.	毎日の日課を理解		
6-5イ.	生年月日をいう		
6-5ウ.	短期記憶		できない
6-5エ.	自分の名前をいう		
6-5オ.	今の季節を理解		
6-5カ.	場所の理解		

行動		調査結果	
7ア	被害的		
7イ	作話		
7ウ	幻視幻聴		
7エ	感情が不安定		
7オ	昼夜逆転		
7カ	暴言暴行		
7キ	同じ話をする		
7ク	大声を出す		
7ケ	介護に抵抗		
7コ	常時の徘徊		ときどきある
7サ	落ち着きなし		
7シ	外出して戻れない		
7ス	1人で出たがる		
7セ	収棄癖		
7ソ	火の不始末		
7タ	物や衣類を壊す		
7チ	不潔行為		
7ツ	異食行動		
7テ	ひどい物忘れ		ときどきある
特別な医療			
8-1	点滴の管理		
8-2	中心静脈栄養		
8-3	透析		
8-4	ストマの処置		
8-5	酸素療法		
8-6	レスピレーター		
8-7	気管切開の処置		
8-8	疼痛の看護		
8-9	経管栄養		
8-10	モニター測定		
8-11	じょくそうの処置		
8-12	カテーテル		

B1項目群		
9-1	調理	全介助
9-2	食事の配下膳	
9-3	掃除	全介助
9-4	洗濯	
9-5	入浴の準備片付け	見守り、一部介助
9-6	買い物	
9-7	交通手段の利用	

B2項目群		
7ト	こだわり	
7ナ	多動・行動停止	
7ニ	不安定な行動	
7ヌ	自ら叩く等の行為	
7ネ	他を叩く等の行為	
7ノ	興味等による行動	
7ハ	通常と違う声	
7ヒ	突発的行動	
7ホ	反復的行動	

C項目群		
6-3-イ	独自の意思伝達	
6-4-イ	説明の理解	
7フ	過食、反すう等	
7ヘ	憂鬱で悲観的	
7マ	対人面の不安緊張	
7ミ	意欲が乏しい	ときどきある
7ム	話がまとまらない	
7メ	集中力が続かない	ときどきある
7モ	自己の過大評価	
7ヤ	疑い深く拒否的	
9-8	文字の視覚的認識	

3 中間評価項目得点表

麻痺拘縮	移動	複雑動作	特別介護	身の回り	意思疎通	行動
89.5	100.0	69.6	100.0	81.5	94.0	95.6

IADL	行動障害
2.14点	0.15点

特記事項

1 麻痺等に関連する項目についての特記事項

1-1 麻痺等の有無, 1-2 関節の動く範囲の制限の有無

(1-2) 起床時、膝が痛くて立ちづらいことがある。

2 移動等に関連する項目についての特記事項

2-1 寝返り, 2-2 起き上がり, 2-3 座位保持, 2-4 両足での立位保持, 2-5 歩行, 2-6 移乗, 2-7 移動

(2-2) 糖尿病のため低血糖になりがちで、起き上がる時には、横に向き手をつかないと起き上がれない。

3 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, 3-2 片足での立位保持, 3-3 洗身

(3-1) 糖尿病のため低血糖になりがちで、ふらついて転倒することもあるため、壁につかまって立ち上がっている。

()

4 身辺の介護等に関連する項目についての特記事項

4-1 じょくそう(床ずれ)等の有無, 4-2 えん下, 4-3 食事摂取, 4-4 飲水, 4-5 排尿, 4-6 排便

(4-2) むせて咳が出ることもある。

()

5 身辺の世話等に関連する項目についての特記事項

5-1 清潔, 5-2 衣服着脱, 5-3 薬の内服, 5-4 金銭の管理, 5-5 電話の利用, 5-6 日常の意思決定

(5-1) エ. 握力がなく、足の爪切りができていないため、ヘルパーに依頼する予定である。

(5-3) 処方された薬を飲みすぎため、ポーとしたり、ふらつくため、主治医から注意されている。

(5-4) 自分では調理せず、外食したり弁当を買ったりするため(購入時の支払いはできる)、赤字になり借金することがある。

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, 6-2 聴力, 6-3-ア 意思の伝達, 6-3-イ 本人独自の表現方法, 6-4-ア 介護者の指示への反応, 6-4-イ 言葉以外の手段を用いた説明の理解, 6-5 記憶・理解,

(6-5) ウ. 調査の直前に何をしていたか忘れて思い出せない。

()

7 行動に関連する項目についての特記事項

7 行動(7~ヤまで)

(オ) 眠剤を毎日内服している。

(コ) いらいらして落ち着かなくなると自転車に乗り、出かけてまぎらわしている。

(ソ) 昔、放火して家が燃えてしまった。

(チ) 排泄物にさわることにはないが、着替えはあまりしない。

(テ) 臀部への筋肉注射をしているが、左右どちらにしたか聞かれても覚えていない。

(ニ) 薬が切れると動けなくなるため、横になって過ごすことがある。

(メ) やる気が起こらず、本や新聞を読んだり、何かしていても集中できず、途中でやめてしまう。

8 医療に関連する項目についての特記事項

8 医療

()

9 生活に関連する項目についての特記事項

9-1 調理, 9-2 配下膳, 9-3 掃除, 9-4 洗濯, 9-5 入浴準備, 9-6 買物, 9-7 交通手段, 9-8 文字の視覚的認識使用

(9-1) 糖尿病の食事療法が必要であるが、調理しようという意欲や能力がなく、外食や弁当を買って食べている。

(9-3) 自分で掃除や片付けする意欲や能力がなく、ヘルパーに任せている。

(9-4) 着替えをあまりしないため、洗濯はあまりしていない。

(9-5) 自分で風呂にお湯を入れられるが、掃除はできないため、ヘルパーにしてもらっている。

医師意見書

記入日 平成 年 月 日

申請者	(ふりがな)	男 ・ 女	〒	—
	明・大・昭・平 年 月 日生(歳)		連絡先	()
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サービス利用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				
医療機関名		電話 ()		
医療機関所在地		FAX ()		
(1) 最終診察日	平成 年 月 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 (有の場合)→ <input checked="" type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 外科 <input checked="" 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 (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. 統合失調症	発症年月日	(昭和)・平成	60年	月	日頃)
2. 糖尿病	発症年月日	(昭和) (平成)	16年	月	日頃)
3.	発症年月日	(昭和)・平成	年	月	日頃)
入院歴 (直近の入院歴を記入)					
1. 昭和 (平成) 17年	12月~平成18年	1月	(傷病名: 統合失調症、糖尿病)		
2. 昭和 (平成) 17年	5月~平成17年	6月	(傷病名: 統合失調症、糖尿病)		
(2) 症状としての安定性 <input type="checkbox"/> 安定 <input checked="" 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) 糖尿病のコントロールが不良で精神症状にも波がある。					
(3) 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 (精神疾患については、病状の不安定に関する所見も記載)					
昭和60年頃より言動にまとまりがなく家で興奮し、母に暴力をふるうようになった。					
昭和60年から平成9年まで3回、〇〇に入院している。退院後も他者への暴行などの、行動上の障害があった。平成13年3月~1ヶ月入院した。その後平成13年5月~9月に2回目の入院、退院後は外来通院を続けていた。平成15年6月〇〇を紹介され外来通院し、糖尿病合併や精神症状の悪化などにより、平成17年に2回短期間〇〇へ入院した。その後も糖尿病で精神症状の不安定さをくり返ししながら現在服薬外来で治療中。					

2. 特別な医療 (現在、定期的に、あるいは頻回に受けている医療)

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 (胃ろう)	
	<input type="checkbox"/> 吸引処置 (回数 回/日, <input type="checkbox"/> 一時的 <input type="checkbox"/> 継続的)				
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) 行動上の障害の有無 (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"/> 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 checked="" type="checkbox"/> 火の不始末 <input checked="" type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 性的行動障害 <input type="checkbox"/> その他 ()					
(2) 精神・神経症状の有無					
<input checked="" type="checkbox"/> 有 (症状名) <input type="checkbox"/> 無					
(有の場合) → <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 傾眠傾向 <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 失見当識 <input type="checkbox"/> 失認 <input type="checkbox"/> 失行					
<input type="checkbox"/> 認知障害 <input type="checkbox"/> 記憶障害 (短期、長期) <input type="checkbox"/> 注意障害 <input checked="" type="checkbox"/> 遂行機能障害 <input type="checkbox"/> 社会的行動障害					
<input checked="" type="checkbox"/> その他 (無為)					
・ 専門医受診の有無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無					

<てんかん>

有 無
 (有の場合) → 頻度 (週1回以上 月1回以上 年1回以上)

(3) 身体の状態

利き腕 (右 左) 身長= cm 体重= kg (過去6ヶ月の体重の変化 増加 維持 減少)
四肢欠損 (部位: 程度: 軽 中 重)
麻痺
左上肢 (程度: 軽 中 重) 左下肢 (程度: 軽 中 重)
右上肢 (程度: 軽 中 重) 右下肢 (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
肩関節 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)
股関節 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)
肘関節 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)
膝関節 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)
その他 (部位:)
関節の痛み (部位: 程度: 軽 中 重)
失調・不随意運動・上肢 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)
 ・体幹 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)
 ・下肢 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)
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. サービス利用に関する意見

(1) 現在、発生の可能性が高い病態とその対処方針

失禁 転倒・骨折 徘徊 褥瘡 嚥下性肺炎 腸閉塞 易感染性
肺機能の低下 痛み 脱水 その他 ()
 → 対処方針 (血糖値のコントロールが不良、食事指導が必要)

(2) 介護サービス (ホームヘルプサービス等) の利用時に関する医学的観点からの留意事項

・ 血压について 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 (血糖のコントロールが良くなる食事指導)
 ・ 移動について 特になし あり ()
 ・ その他 ()

(3) 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

障害程度区分認定やサービス利用計画作成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。)

糖尿病を合併しているが、コントロール不良である。平成17年5月には自宅にて4～5日意識不明で近隣の人に発見され、救急病院に搬送され、何とか事なきをえた。週に1～2日のホームヘルプサービスは必要である。
 人格水準低下しており、身辺処理もままならず、下着なども一週間交換しないこともある。入浴サービスなども必要。身辺を清潔に保つことと、血糖値のコントロールが重要である。

<精神障害の機能評価>

○精神症状・能力障害二軸評価: (精神症状; 3 能力障害; 3) (判定時期 平成 ○年 ○月)
 ○生活障害評価: (食事; 4 生活リズム; 4 保清; 4 金銭管理; 3 服薬管理; 2
 対人関係; 3 社会的適応を妨げる行動; 2) (判断時期 平成 ○年 ○月)

概況調査票

I 調査実施者（記入者）

実施日時	年 月 日	実施場所	自宅内・自宅外（ ）		
ふりがな			所属機関	調査時間	
記入者氏名					

II 調査対象者

ふりがな			性別	男・女	年齢	() 歳
対象者氏名					生年月日	年 月 日
現住所	〒 -			電話	- -	
家族等連絡先	〒 - 氏名 () 調査対象者との関係 ()			電話	- -	

III 認定を受けている各種の障害等級等（該当する項目に○をつけてください）

障害種別	等級および程度区分				
1) 身体障害者等級	1・2・3・4・5・6				
2) 身体障害の種類	視覚障害・聴覚障害・肢体不自由・内部障害・その他（ ）				
3) 療育手帳等級	最重度	○A	A1	1度	
	重 度	A	A2	2度	
	中 度	B	B1	3度	
	軽 度	C	B2	4度	
4) 精神障害者保健福祉手帳等級	1級・ <u>2級</u> ・3級				
5) 障害基礎年金等級	1級・2級				
6) その他の障害年金等級	1級・2級・3級				
7) 生活保護の受給	有（他人介護料有り）・ <u>有</u> （他人介護料無し）・無				

IV 現在受けているサービスの状況について、別紙1「サービスの利用状況票」に記入してください。

V 地域生活関連について、サービスの種類や量に関することを中心に記入してください。

・ 外出の頻度（過去1ヶ月間の回数）： <u>30</u> 回程度（食事（外食）、精神科月2回受診。首・肩・腰・背中・足の痛みがあるため、整形外科へ月の半分程度受診している）
・ 社会活動の参加の状況（なし）
・ 過去2年間の入所歴： <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
あり⇒ 入所期間： 年 月～ 年 月 入所した施設の種類（ ）
年 月～ 年 月 入所した施設の種類（ ）
・ 過去2年間の入院歴： <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり
あり⇒ 入院期間： 17年12月～ 18年1月 入院の原因となった病名（統合失調症）
年 月～ 年 月 入院の原因となった病名（ ）
・ その他

VI 就労関連について、サービスの種類や量に関することを中心に記入してください。

・ 就労状況：一般就労 パート・アルバイト 就労していない その他（ ）

・ 過去の就労経験：一般就労やパート・アルバイトの経験 あり なし
 最近1年間の就労の経験 あり なし
 中断の有無 あり なし

・ 就労希望の有無：あり なし
 具体的に
 就職先があれば、半日くらいの仕事がしたい。

VII 日中活動関連について、サービスの種類や量に関することを中心に記入してください。

・ 主に活動している場所：自宅 施設 病院 その他（ ）
 午前中、リハビリのために〇〇へ受診し、首のけん引等を実施している。
 自宅では、TVを見たり音楽を聴いて過ごしている。

VIII 介護者関連について、サービスの種類や量に関することを中心に記入してください。

・ 介護者の有無：なし あり

・ 介護者の健康状況等特記すべきこと
 市内に兄が居住していて、時々連絡している。

IX 居住関連について、サービスの種類や量に関することを中心に記入してください。

・ 生活の場所：自宅（単身） 自宅（家族等と同居） グループホーム ケアホーム 病院
入所施設 その他（ ）

・ 居住環境
 市営住宅5階建ての2階に居住。
 4～5年前から居住（自宅は火事のため消失）。
 3DK。

X その他、サービスの種類や量に関することを中心に記入してください。

居宅介護 家事援助 8時間/月。(週1回水曜日13:30～15:00)
 短期入所 7日/月 まだ利用していない。
 1回に1泊2日程度だが、1ヶ月に2回利用することもある。