

## 障害程度区分判定等試行事業実施要綱（案）

### 1. 事業の目的

本事業は、支給決定に関する調査（アセスメント）や障害程度区分素案の試行を通じ、障害者等の心身の状態等に関するデータを収集し、障害程度区分の開発を行うとともに、新制度における新支給決定手続き実施の際の実務上の課題を把握することを目的とする。

### 2. 事業内容

#### （1）事業実施市町村

全国61市町村（各都道府県1カ所及び指定都市）

#### （2）調査対象者の選定

① 調査対象者は、現在既に在宅サービスを利用している身体障害者・知的障害者・精神障害者各10名、合計30名とする。

② 調査対象者の選定について

障害程度区分の分布状況を把握する観点から、在宅サービス利用者の中から、無作為抽出により選定する。

選定は、障害種別ごとに、①ホームヘルプサービス利用者の中から行うが、これだけで10ケースに満たない場合は、②ショートステイ利用者、③グループホーム利用者、④通所施設利用者という優先順位で合計10ケースになるまで選定するものとする。

抽出された対象者に対して、本事業の目的を説明のうえ、同意を得ることとする。

#### （3）障害程度区分認定調査について

① 認定調査員の選定について

本事業における認定調査員については、下記のうちから適切な者の選定を行い、認定調査に関して必要な説明※1を適宜実施するものとする。

なお、「ア」以外の者に調査を委託する場合については、別紙の誓約書の提出を求めるものとする。

ア 市町村職員

イ 障害者ケアマネジメント従事者研修を修了した者

ウ その他市町村が適当と認めた者

（例えば、地域療育等支援事業、市町村障害者生活支援事業、精神障害者地域生活支援センターに勤務する者であって日頃相談支援を行っているもの等）

※1 認定調査員に対する説明は、下記の内容とする。

- ア 本事業の概要
- イ 障害程度区分素案の考え方について
- ウ 認定調査員マニュアルによる認定調査の実務について
- エ その他必要と思われる事項

② 調査の実施方法

認定調査については、訪問により、③調査項目に沿って実施するものとする。

③ 調査項目

- ア 調査対象者のサービス受給状況、家族状況、居住環境等（別添「認定調査票（概況調査）」）
- イ 障害程度区分判定に必要な障害者の心身の状況（別添「認定調査票（基本調査）」）
- ウ 医師の意見書※2（別添「医師意見書」）

※2 調査対象者並びにその主治医に対し、事業実施自治体より認定調査と並行して作成を依頼する。

その際、主治医を持たない者については、必要に応じ、更生相談所、精神保健福祉センター等の医師を活用し、障害程度区分判定に必要な意見書を作成する。

④ 一次判定の実施について

認定調査結果に基づく一次判定は、別途配布（6月を予定）する「障害程度区分判定ソフト（仮称）」により行う。

判定ソフトを用いて出力した一次判定結果については、調査用紙と併せて速やかに国に報告するものとする。

(4) 市町村審査会の設置及び施行

① 市町村審査会委員の選定

市町村審査会の委員構成については、本事業においては、次のとおりとする。

なお、選任した委員については、市町村審査会及び障害程度区分判定に関して必要な説明※3を適宜実施するものとし、併せて誓約書の提出を求めるものとする。

- ア 障害者等の保健または福祉に関する学識経験を有する者のうちから選定する。
- イ 委員の標準定数は5名とする。ただし、審査判定の質が維持されると市町村が判断した場合には、5人よりも少ない人数（ただし、少なくとも3人）を定めることができるものとする。
- ウ 市町村において、委員の選出が困難な場合については、都道府県が更生相談所、精神保健福祉センター等から専門的知識を有する者の推薦について支援を行う。

※3 市町村審査会委員に対する説明は、次の内容とする。

- ア 本事業の概要
- イ 障害程度区分素案の考え方について
- ウ 市町村審査会委員マニュアルによる障害程度区分の審査について
- エ その他必要と思われる事項

## ② 市町村審査会の試行

本事業においては、市町村審査会は、障害程度区分判定についての審査を行うものであり、支給決定案の審査までは行わないものとする。

市町村審査会は、(ア) から (ウ) について、「市町村審査会委員マニュアル」により行うものとする。

- (ア) 認定調査及び医師意見書の内容確認（内容の矛盾の有無の確認等）
- (イ) 審査対象者の全体像の把握
- (ウ) (イ) により程度区分の変更が考慮された場合には、状態像の例を基に検証

事業実施自治体においては、市町村審査会の試行にあたり、審査会開催日の1週間前を目途として、各委員に対し、一次判定の結果・医師意見書等、審査会に必要な情報を送付するものとする。

また、審査会の試行においては、今後の手続きの参考とするため、次の情報を記録するものとする。

- ア 対象者の障害種別（審査順）
- イ 1件の判定に要した審査時間
- ウ 個々のケースについて判定に困難を来したポイント
- エ その他審査会運営上気付いた問題点等

#### (5) 支給決定プロセスに係る試行

上記事業に加えて、実施可能な市町村は、試行事業実施期間中に在宅サービス（身体障害者又は知的障害者の居宅生活支援費、精神障害者居宅生活支援事業等）の支給申請を行った障害者若干名を対象に、(3)及び(4)を実施するとともに、別紙プロセスを参考にケアマネジメントの手法を活用しつつ、当該障害者からサービス利用の意向聴取、支給決定案の作成、審査会の意見聴取を試行する。

その際、支給決定案の作成は、現行の当該市町村の支給基準又は現行の当該市町村の支給決定の考え方をういて行う。

なお、当該市町村が、障害の程度の判定に関し、既に独自のアセスメント項目を設定している場合には、当該アセスメント項目に基づき判定し、支給決定案を作成して差し支えない。

#### (6) 国への報告

報告は、次の2回に分けて報告を行う。

- ① 障害程度区分の一次判定結果。
- ② 事業終了後、事業結果をまとめて報告する。

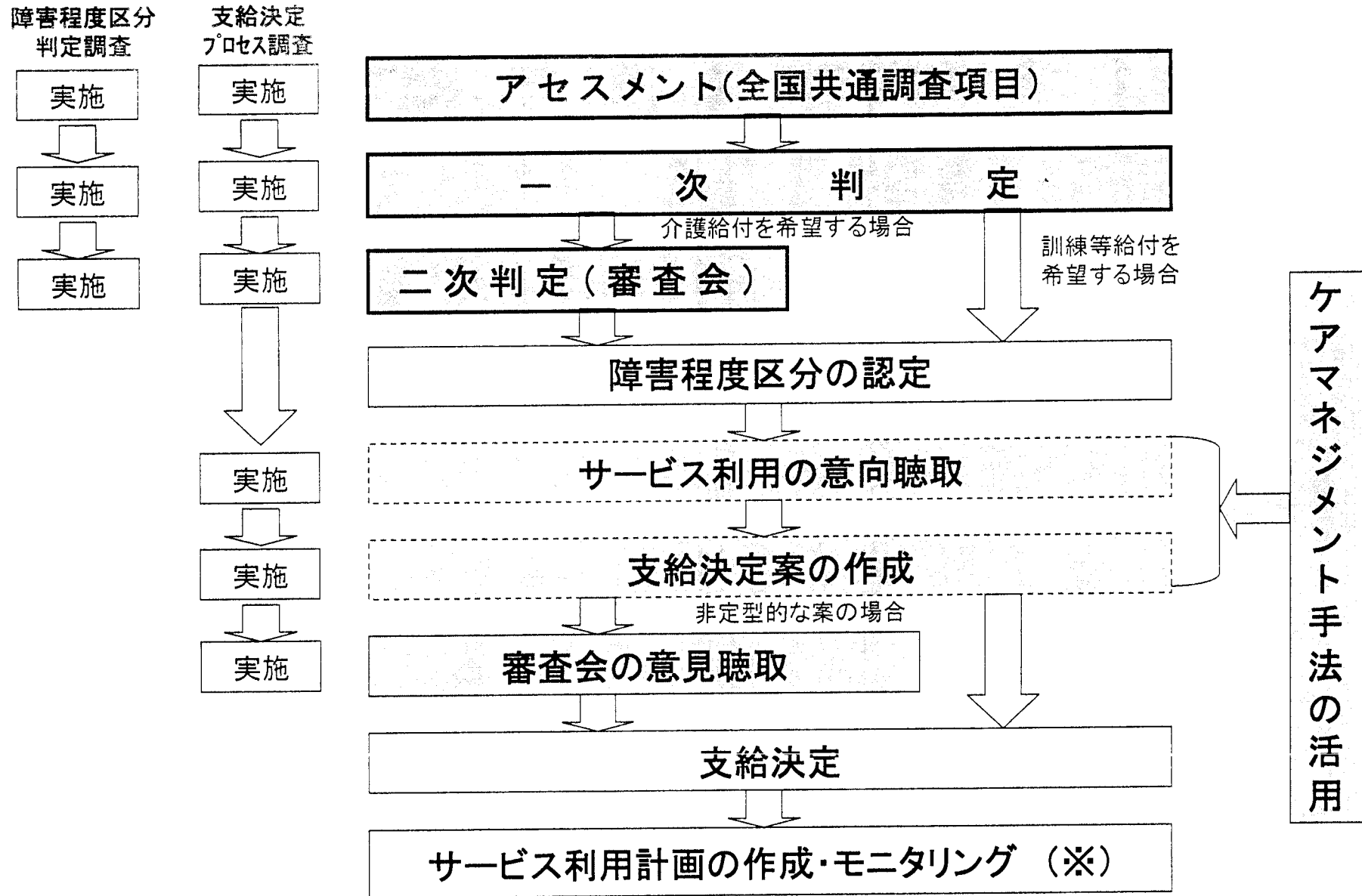
#### (7) 事業実施における留意事項

本事業においては、障害程度区分認定調査や市町村審査会の実施上、使用する資料等から調査対象者個人が特定されないようにする。

#### (8) 経費の支出について

本事業の実施に係る経費については、別に定めるところにより事業実施自治体に対し、50万円程度を交付することとする。

# 試行事業における支給決定・サービス利用のプロセス(全体像)



(※) 一定数以上のサービス利用が必要な者や長期入所・入院から地域生活へ移行する者などのうち、計画的なプログラムに基づく自立支援を必要とする者を対象

# 障害程度区分判定等試行事業の流れ

## ① 障害程度区分判定調査対象者（30名）の選定

現在サービスを利用している

身体障害者 10名    知的障害者 10名    精神障害者 10名

調査対象者への説明・同意

※ 可能な場合

## 支給決定プロセス調査対象者の選定

新規申請者 若干名

調査対象者への説明・同意

※調査員、審査会委員の選任

## ② 障害程度区分認定調査

ア 社会活動や介護者、居住等の状況 → 認定調査票（概況調査）

イ 調査対象者の心身の状況 → 認定調査票（基本調査）

ウ 医師の意見書

## ③ 医師の意見書作成依頼

主治医への意見書の作成依頼

主治医がない場合には、  
更生相談所等への所要の  
診断及び意見書の作成依頼

## ③ 一次判定

左の②～④に同じ

## ③ 一次判定結果の報告

ア 出力表

イ 調査用紙

## ④ 市町村審査会による二次判定

### ④ 事業実績報告書の提出

ア 二次判定結果

イ 市町村審査会の記録

ウ 事業実施上気づいた問題点 等

○ サービス利用の意向聴取

○ 支給決定案の作成

○ 審査会の意見聴取

国へ報告

国へ報告

# 認定調査票（概況調査）

## I 調査実施者（記入者）

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

## II 調査対象者（国への報告を要しない項目）

ふりがな		性別	男・女	年齢	（ ）歳
対象者氏名					
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				

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、勘案すべき事項を記入してください。

<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 外出の頻度（過去1ヶ月間の回数）： _____ 回程度</li> <li>・ 社会活動の参加の状況（ _____ ）</li> <li>・ 過去2年間の入所歴： <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり</li> <li>あり⇒ 入所期間： 年 月～ 年 月 入所した施設の種類（ _____ ）</li> <li>年 月～ 年 月 入所した施設の種類（ _____ ）</li> <li>・ 過去2年間の入院歴： <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり</li> <li>あり⇒ 入院期間： 年 月～ 年 月 入院の原因となった病名（ _____ ）</li> <li>年 月～ 年 月 入院の原因となった病名（ _____ ）</li> </ul>
--

VI 就労関連について、勘案すべき事項を記入してください。

- ・ 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

VII 日中活動関連について、勘案すべき事項を記入してください。

- ・ 主に自宅 施設 病院 その他（ ）

VIII 介護者関連について、勘案すべき事項を記入してください。

- ・ 介護者の有無：なし あり（健康状況等特記すべきこと）

IX 居住関連について、勘案すべき事項を記入してください。

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

X その他、勘案すべき事項を記入してください。



# サービスの利用状況票

利用者氏名 \_\_\_\_\_

		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	4:00								
	6:00								
早朝	8:00								
	10:00								
午前	12:00								
	14:00								
午後	16:00								
	18:00								
夜間	20:00								
	22:00								
深夜	24:00								
	2:00								
夜	4:00								

-6-

週単位以外のサービス	.....
------------	-------

## 認定調査票（基本調査）

1-1 麻痺等の有無について、あてはまる番号すべてに○印をつけてください。（複数回答可）

特記事項 ⇒1

1. ない	2. 左上肢	3. 右上肢	4. 左下肢	5. 右下肢	6. その他
-------	--------	--------	--------	--------	--------

1-2 関節の動く範囲の制限の有無について、あてはまる番号すべてに○印をつけてください。（複数回答可）

⇒1

1. ない	2. 肩関節	3. 肘関節	4. 股関節	5. 膝関節	6. 足関節	7. その他
-------	--------	--------	--------	--------	--------	--------

2-1 寝返りについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

⇒2

1. つかまらないでできる	2. 何かにつかまればできる	3. できない
---------------	----------------	---------

2-2 起き上がりについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

⇒2

1. つかまらないでできる	2. 何かにつかまればできる	3. できない
---------------	----------------	---------

2-3 座位保持について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

⇒2

1. できる	2. 自分の手で支えればできる	3. 支えてもらえればできる	4. できない
--------	-----------------	----------------	---------

2-4 両足での立位保持について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

⇒2

1. 支えなしでできる	2. 何か支えがあればできる	3. できない
-------------	----------------	---------

2-5 歩行について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

⇒2

1. つかまらないでできる	2. 何かにつかまればできる	3. できない
---------------	----------------	---------

2-6 移乗について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

⇒2

1. できる	2. 見守り等	3. 一部介助	4. 全介助
--------	---------	---------	--------

2-7 移動について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

⇒2

1. できる	2. 見守り等	3. 一部介助	4. 全介助
--------	---------	---------	--------

3-1 立ち上がりについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

⇒3

1. つかまらないでできる	2. 何かにつかまればできる	3. できない
---------------	----------------	---------

3-2 片足での立位保持について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

⇒3

1. 支えなしでできる	2. 何か支えがあればできる	3. できない
-------------	----------------	---------

3-3 洗身について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 ⇒3

1. できる	2. 一部介助	3. 全介助	4. 行っていない
--------	---------	--------	-----------

4-1 じょくそう（床ずれ）等の有無について、あてはまる番号に○印をつけてください。 ⇒4

ア. じょくそう（床ずれ）がありますか	1. ない	2. ある
イ. じょくそう（床ずれ）以外で処置や手入れが必要な皮膚疾患等がありますか	1. ない	2. ある

4-2 えん下について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 ⇒4

1. できる	2. 見守り等	3. できない
--------	---------	---------

4-3 食事摂取について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 ⇒4

1. できる	2. 見守り等	3. 一部介助	4. 全介助
--------	---------	---------	--------

4-4 飲水について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 ⇒4

1. できる	2. 見守り等	3. 一部介助	4. 全介助
--------	---------	---------	--------

4-5 排尿について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 ⇒4

1. できる	2. 見守り等	3. 一部介助	4. 全介助
--------	---------	---------	--------

4-6 排便について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 ⇒4

1. できる	2. 見守り等	3. 一部介助	4. 全介助
--------	---------	---------	--------

5-1 清潔について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 ⇒5

	1. できる	2. 一部介助	3. 全介助
ア. 口腔清潔（はみがき等）	1	2	3
イ. 洗顔	1	2	3
ウ. 整髪	1	2	3
エ. つめ切り	1	2	3

5-2 衣服着脱について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 ⇒5

	1. できる	2. 見守り等	3. 一部介助	4. 全介助
ア. 上衣の着脱	1	2	3	4
イ. ズボン、パンツ等の着脱	1	2	3	4

5-3 薬の内服について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 ⇒5

1. できる	2. 一部介助	3. 全介助
--------	---------	--------

5-4 金銭の管理について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 ⇒5

1. できる	2. 一部介助	3. 全介助
--------	---------	--------

5-5 電話の利用について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 ⇒5

1. できる	2. 一部介助	3. 全介助
--------	---------	--------

5-6 日常の意思決定について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

⇒5

1. できる      2. 特別な場合を除いてできる      3. 日常的に困難      4. できない

6-1 視力について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

⇒6

1. 普通（日常生活に支障がない）  
2. 約1m離れた視力確認表の図が見える  
3. 目の前に置いた視力確認表の図が見える  
4. ほとんど見えない  
5. 見えているのか判断不能

6-2 聴力について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

⇒6

1. 普通  
2. 普通の声がやっと聞き取れる  
3. かなり大きな声なら何とか聞き取れる  
4. ほとんど聞えない  
5. 聞えているのか判断不能

6-3-ア 意思の伝達について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

⇒6

1. 調査対象者が意思を他者に伝達できる  
2. ときどき伝達できる  
3. ほとんど伝達できない  
4. できない

6-3-イ 意思の伝達にあたり、本人独自の表現方法について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

⇒6

1. 独自の方法によらずに意思表示ができる。  
2. 時々、独自の方法でないと意思表示できないことがある。  
3. 常に、独自の方法でないと意思表示できない。  
4. いかなる方法でも意思表示自体ができない。

6-4-ア 介護者の指示への反応について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

⇒6

1. 介護者の指示が通じる      2. 介護者の指示がときどき通じる      3. 介護者の指示が通じない

6-4-イ 言葉以外の手段を用いた説明の理解について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

⇒6

1. 言葉以外の方法を用いなくても説明を理解できる。  
2. 時々、言葉以外の方法を用いないと説明を理解できないことがある。  
3. 常に、言葉以外の方法を用いないと説明を理解できない。  
4. いかなる方法でも説明を理解すること自体ができない。

6-5 記憶・理解について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

⇒6

ア. 毎日の日課を理解することが	1. できる	2. できない
イ. 生年月日や年齢を答えることが	1. できる	2. できない
ウ. 面接調査の直前に何をしていたか思い出すことが	1. できる	2. できない
エ. 自分の名前を答えることが	1. できる	2. できない
オ. 今の季節を理解することが	1. できる	2. できない
カ. 自分がいる場所を答えることが	1. できる	2. できない

7 行動について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

⇒7

ア.物を盗られたなどと被害的になることが	1. ない	2. ときどきある	3. ある
イ.作話をし周囲に言いふらすことが	1. ない	2. ときどきある	3. ある
ウ.実際にはないものが見えたり、聞えることが	1. ない	2. ときどきある	3. ある
エ.泣いたり、笑ったりして感情が不安定になることが	1. ない	2. ときどきある	3. ある
オ.夜間不眠あるいは昼夜の逆転が	1. ない	2. ときどきある	3. ある
カ.暴言や暴行が	1. ない	2. ときどきある	3. ある
キ.しつこく同じ話をしたり、不快な音を立てることが	1. ない	2. ときどきある	3. ある
ク.大声をだすことが	1. ない	2. ときどきある	3. ある
ケ.助言や介護に抵抗することが	1. ない	2. ときどきある	3. ある
コ.目的もなく動き回ることが	1. ない	2. ときどきある	3. ある
サ.「家に帰る」等と言い落ち着きがないことが	1. ない	2. ときどきある	3. ある
シ.外出すると病院、施設、家などに1人で戻れなくなることが	1. ない	2. ときどきある	3. ある
ス.1人で外に出たがり目が離せないことが	1. ない	2. ときどきある	3. ある
セ.いろいろなものを集めたり、無断でもってくるものが	1. ない	2. ときどきある	3. ある
ソ.火の始末や火元の管理ができないことが	1. ない	2. ときどきある	3. ある
タ.物や衣類を壊したり、破いたりすることが	1. ない	2. ときどきある	3. ある
チ.不潔な行為を行う(排泄物を弄ぶ)ことが	1. ない	2. ときどきある	3. ある
ツ.食べられないものを口に入れることが	1. ない	2. ときどきある	3. ある
テ.ひどい物忘れが	1. ない	2. ときどきある	3. ある
ト.特定の物や人に対する強いこだわりが	1. ない	2. ときどきある	3. ある
ナ.多動または行動の停止が	1. ない	2. 希にある	3. 月に1回以上
	4. 週に1回以上	5. ほぼ毎日	
ニ.パニックや不安定な行動が	1. ない	2. 希にある	3. 月に1回以上
	4. 週に1回以上	5. ほぼ毎日	
ヌ.自分の体を叩いたり傷つけたりするなどの行為が	1. ない	2. 希にある	3. 月に1回以上
	4. 週に1回以上	5. ほぼ毎日	
ネ.叩いたり蹴ったり器物を壊したりなどの行為が	1. ない	2. 希にある	3. 月に1回以上
	4. 週に1回以上	5. ほぼ毎日	
ノ.他人に突然抱きついたり、断りもなく物を持ってくることが	1. ない	2. 希にある	3. 月に1回以上
	4. 週に1回以上	5. ほぼ毎日	
ハ.環境の変化により、突発的に通常と違う声を出すことが	1. ない	2. 希にある	3. 週に1回以上
	4. 日に1回以上	5. 日に頻回	
ヒ.突然走っていなくなるような突発的行動が	1. ない	2. 希にある	3. 週に1回以上
	4. 日に1回以上	5. 日に頻回	
フ.異食、過食、反すう等の食事に関する行動が	1. ない	2. 希にある	3. 週に1回以上
	4. ほぼ毎日	5. ほぼ毎食	

ハ. 話がまとまらなかったり支離滅裂であることが	1. ない	2. ときどきある	3. ある
ホ. 会話や動作が鈍いことが	1. ない	2. ときどきある	3. ある
マ. 周りに人がいないのに一人で話したり笑ったりすることが	1. ない	2. ときどきある	3. ある
ミ. 表情が硬く変化がみられないことが	1. ない	2. ときどきある	3. ある
ム. 周りから言われないと何もしていないことが	1. ない	2. ときどきある	3. ある

8 過去14日間に受けた医療について、あてはまる番号すべてに○印をつけてください。

(複数回答可)

⇒8

<u>処置内容</u>	1. 点滴の管理	2. 中心静脈栄養	3. 透析	4. ストーマ（人工肛門）の処置
	5. 酸素療法	6. レスピレーター（人工呼吸器）	7. 気管切開の処置	
	8. 疼痛の看護	9. 経管栄養		
<u>特別な対応</u>	10. モニター測定（血圧、心拍、酸素飽和度等）	11. じょくそうの処置		
<u>失禁への対応</u>	12. カテーテル（コンドームカテーテル、留置カテーテル、ウロストーマ等）			

9-1 調理（献立を含む）について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

⇒9

1. できる	2. 見守り、一部介助	3. 全介助
--------	-------------	--------

9-2 食事の配膳・下膳（運ぶこと）について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

⇒9

1. できる	2. 見守り、一部介助	3. 全介助
--------	-------------	--------

9-3 掃除（整理整頓を含む）について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

⇒9

1. できる	2. 見守り、一部介助	3. 全介助
--------	-------------	--------

9-4 洗濯について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

⇒9

1. できる	2. 見守り、一部介助	3. 全介助
--------	-------------	--------

9-5 入浴の準備と後片付けについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

⇒9

1. できる	2. 見守り、一部介助	3. 全介助
--------	-------------	--------

9-6 買い物について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

⇒9

1. できる	2. 見守り、一部介助	3. 全介助
--------	-------------	--------

9-7 交通手段の利用について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

⇒9

1. できる	2. 見守り、一部介助	3. 全介助
--------	-------------	--------

## 認定調査票（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

( )

( )

### 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

( )

( )

### 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

( )

( )

### 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, 6-3-7 意思の伝達, 6-3-1 本人独自の表現方法, 6-4-7 介護者の指示への反応, 6-4-1 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（7～4まで）

( )

( )

### 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

( )

( )

※ 本用紙に収まらない場合は、適宜用紙を追加して下さい



## 医師意見書（案）

記入日 平成 年 月 日

申請者	(ふりがな)	男 ・ 女	〒 _____
	明・大・昭 年 月 日生( 歳)		連絡先 ( )
<p>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。</p>			
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 type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 2回目以上		

### 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. _____	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)	
入院歴（直近の入院歴を記入）			
1. 昭和・平成 年 月～	年 月	(傷病名: _____)	
2. 昭和・平成 年 月～	年 月	(傷病名: _____)	
(2) 介護の必要の程度に関する予後の見通し		<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 悪化	
(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)			

### 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) 問題行動の有無（該当する項目全てチェック）	
<input 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"/> 性的問題 <input type="checkbox"/> その他 ( )
(2) 精神・神経症状の有無	
<input 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・幻覚 <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 type="checkbox"/> 遂行機能障害 <input type="checkbox"/> 社会的行動障害 <input type="checkbox"/> その他 ( )
・ 専門医受診の有無	<input type="checkbox"/> 有 ( ) <input type="checkbox"/> 無

(3) 身体の状態

四肢欠損 (部位: 程度: 中 重)

麻痺

左上肢 (程度: 中 重)

右上肢 (程度: 中 重)

左下肢 (程度: 中 重)

右下肢 (程度: 中 重)

その他 (部位: 程度: 中 重)

関節の拘縮

肩関節 右 (程度: 中 重) 左 (程度: 中 重)

股関節 右 (程度: 中 重) 左 (程度: 中 重)

肘関節 右 (程度: 中 重) 左 (程度: 中 重)

膝関節 右 (程度: 中 重) 左 (程度: 中 重)

その他 (部位: )

失調・不随意運動・上肢 右 (程度: 中 重) 左 (程度: 中 重)

体幹 右 (程度: 中 重) 左 (程度: 中 重)

下肢 右 (程度: 中 重) 左 (程度: 中 重)

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 ( )  
→ 処方針 ( )

(2) 介護サービス (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 ( )

(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。)

<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)

<精神障害の機能評価>

○GAF: ( ) 点 <判断時期 平成 年 月>

○その他 ( ) <判断時期 平成 年 月>