

# 障害者総合支援法における障害支援区分 医師意見書記載の手引き

令和4年4月〈保存版〉

北九州市障害支援区分認定審査会事務局

# 目 次

## I 障害者総合支援法における医師意見書について

1. 医師意見書の位置付け・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1
2. 医師意見書の利用方法・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1

## II 医師意見書記載マニュアル

- ※ 記載に際しての留意事項・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 3
- ※ 基本情報・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 4
  1. 傷病に関する意見・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 6
  2. 身体の状態に関する意見・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 8
  3. 行動及び精神等の状態に関する意見・・・・・・・・・・ 10
  4. 特別な医療・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 14
  5. サービス利用に関する意見・・・・・・・・・・・・・・・・ 16
  6. その他特記すべき事項・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 18

## III 精神症状評価・能力障害評価・生活障害評価

1. 精神症状・能力障害二軸評価・・・・・・・・・・・・・・・・ 19
2. 生活障害評価・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 22

## IV 難病患者等に対する医師意見書記載について

1. 障害者総合支援法の対象となる疾病(政令で定める特殊の疾病)・・ 24
2. 医師意見書記載の留意点(難病患者等の場合)・・・・ 30
3. 難病患者の医師意見書記載例・・・・・・・・・・・・・・・・ 32

## V 医師意見書作成料等の請求について

1. 提出書類及び提出方法・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 34
2. 提出書類の記載に際しての留意事項・・・・・・・・・・・・ 34
3. 医師意見書を記載する際に必要となった診察・検査費用・・ 36

## VI その他

1. 医師意見書様式・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 38
2. 障害支援区分判定結果の情報提供・・・・・・・・・・・・ 40

## I 障害者総合支援法における医師意見書について

### 1. 医師意見書の位置付け

障害者総合支援法（以下「法」という。）の対象となる障害者が障害福祉サービスを利用するためには、障害者等の障害の多様な特性その他心身の状態に応じて必要とされる標準的な支援の度合いを総合的に示す障害支援区分の認定（以下「区分認定」という。）を市町村から受ける必要があります。

この区分認定は、市町村職員等による認定調査によって得られた情報及び医師の意見に基づき、市町村等に設置されている保健・福祉の学識経験者から構成される市町村審査会において、全国一律の基準に基づき公平・公正に行われます。

障害者から申請を受けた市町村は、区分認定の流れの中で医師の意見を聴くこととされており、申請者に主治医がいる場合には、主治医がその意見を記載することとされています。

医師意見書は、区分認定の流れの中で、市町村が一次判定（コンピュータ判定）を行う際及び市町村審査会が二次判定を行う際に、「認定調査項目」や「特記事項」とともに検討対象となるものです（図参照）。

市町村審査会では、医療関係者以外の委員もその内容を理解した上で審査判定を行うこととなりますので、なるべく難解な専門用語を用いることを避けていただき、平易にわかりやすく記載してください。

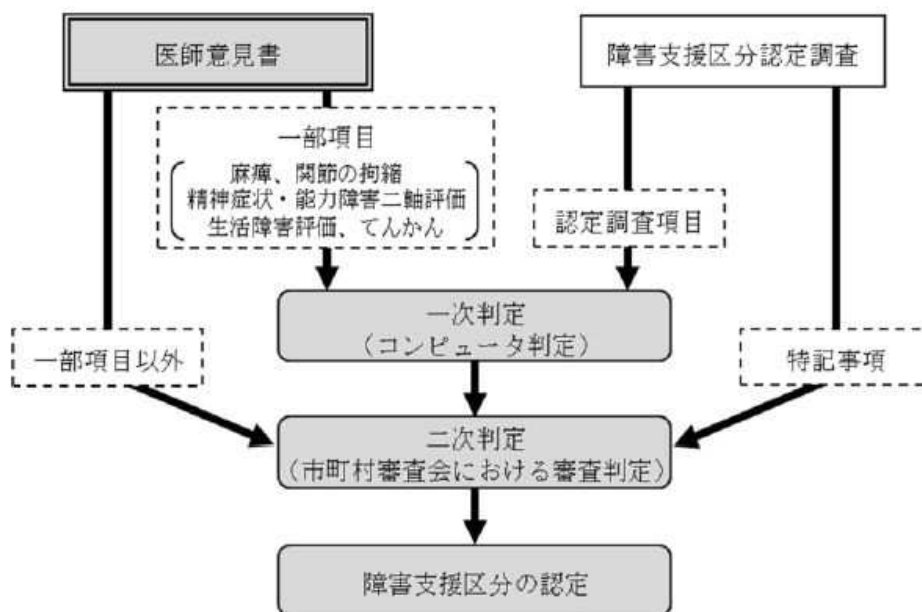


図. 障害支援区分の認定の流れ

### 2. 医師意見書の利用方法

医師意見書は、支給決定の流れの中において、主として以下のように用いられます。

#### (1) 一次判定（コンピュータ判定）

認定調査の結果及び医師意見書の一部項目を踏まえ、一次判定用ソフト（障害支援区分判定ソフト2014）を活用した一次判定処理が行われます。

なお、一次判定で活用される「医師意見書の一部項目」とは次頁のとおりです。

- 麻痺（左右：上肢、左右：下肢、その他）
- 関節の拘縮（左右：肩・肘・股・膝関節、その他）
- 精神症状・能力障害二軸評価（精神症状評価、能力障害評価）
- 生活障害評価（食事、生活リズム、保清、金銭管理、服薬管理、対人関係、社会的適応を妨げる行動）
- てんかん

（２）二次判定（市町村審査会における審査判定）

市町村審査会では、認定調査の結果及び医師意見書の一部項目を基に判定される一次判定の結果を原案として、特記事項及び医師意見書（一次判定で評価した項目を除く）の内容を総合的に勘案した審査判定を行います。そのため、必要に応じて、一次判定の結果が変更となる場合もあります。

そのため、医師意見書の記載に当たっては、申請者の心身の状況や必要とされる支援の度合い等について、具体的な状況を挙げて記載されるようお願いいたします。

（３）認定調査による調査結果の確認・修正

認定調査は、申請者 1 人につき原則 1 回で実施することとされており、また、認定調査員の専門分野も医療分野に限らず様々です。

そのため、申請者に対して長期間にわたり医学的管理を行っている主治医の意見の方が、より申請者の状況について正確に把握していることが明らかな場合には、市町村審査会は認定調査員の調査結果を修正し、改めて一次判定からやり直す場合もあります。

（４）サービス等利用計画作成時の利用

区分認定がされた後、障害福祉サービスの種類や量について市町村が支給決定する際に勘案するため、申請者のサービス利用の意向などを踏まえたサービス等利用計画が指定特定相談支援事業者によって作成されます。

※ 指定特定相談支援事業者とは、市町村長の指定を受けてサービス利用支援等を行う者です。

サービス等利用計画の作成に際し、医師意見書の記載者が同意し、さらに申請者の同意が得られれば、市町村は医師意見書に記載された障害福祉サービスを提供するにあたっての医学的観点からの意見や留意点等についての情報を、サービス提供者等に提供することになります。

記載者の同意の有無については、医師意見書様式の最初に記載欄があります。同意される場合は、サービス等利用計画作成上有用となる留意点を具体的に記載してください。

## Ⅱ 医師意見書記載マニュアル

### ※ 記載に際しての留意事項

- 記載者：医師意見書の記載は、申請者の障害の状況を把握している医師が行ってください。
- 記載方法：医師意見書への記載は、インク、またはボールペンを使用してください。なお、パーソナルコンピュータ等を使用することは差し支えありません。記載欄に必要な文字または数値を記載し、また口に✓印をつけてください。
- 医師意見書様式データ（Word形式、Excel形式）は、北九州市公式ホームページからダウンロードできます。必要な場合はご利用ください。

☞ 北九州市公式ホームページ（トップページ）

⇒検索キーワード  を入力

ここに入力

サイト内検索

医師意見書

検索方法について

注目キーワード：  
▶ 新型コロナ相談  
▶ ワクチン接種  
▶ ワクチン副反応  
▶ 子ども医療証



⇒検索結果 先頭の  をクリック

検索結果

ここをクリック

約 2,090 件 (0.24 秒) 表示

[障害支援区分認定にかかる医師意見書について \(様式・記載の手引き ...\)](https://www.city.kitakyushu.lg.jp/ho-huku/17500021.html)  
https://www.city.kitakyushu.lg.jp/ho-huku/17500021.html  
医師意見書作成料請求の様式（北九州市版）、医師意見書作成料等の請求明細書様式（北九州市版）です。ダウンロードしてご利用ください。年05年 北九州市版 医師意見書作成料等請求明細書（Excel形式：37KB） ...

[平成30年04月 北九州市版 医師意見書記載の手引き 分割1 医師意見書 ...](https://www.city.kitakyushu.lg.jp/files/000764034.pdf)  
https://www.city.kitakyushu.lg.jp/files/000764034.pdf  
ファイル形式: PDF/Adobe Acrobat  
れており、申請者に主治医がいる場合には、主治医がその意見を記載することとされて、います。医師意見書は、区分認

※ 基本情報

障害支援区分・医師意見書

九州市

記入日 令和 4年 7月 7日

受給者番号

2枚目にも同じ番号を記載

9 8 7 6 5 4 3 2 1 0

① 申請者	(ふりがな) きたきゅう たろう	〒803-8501
	北九 太郎	北九州市小倉北区城内1-1
	明・大・昭・平・令 63年1月11日生(34歳)	性別 男・女 連絡先 093(582)2424
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等利用計画の作成に当たって利用されることに② <input checked="" type="checkbox"/> 同意する。 <input type="checkbox"/> 同意しない。		
医師氏名 (自署) 門司 二郎 ③	電話 093(522)8755	
医療機関名 門司内科医院	FAX 093(522)8756	
医療機関所在地 北九州市小倉北区馬借1-7-1		
(1) 最終診察日 平成・令和 4年 7月 1日 ④		
(2) 意見書作成回数 <input checked="" type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 2回目以上 ⑤		
(3) 他科受診 <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 checked="" type="checkbox"/> 泌尿器科 ⑥ <input type="checkbox"/> 受診無 <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 checked="" type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> その他 ( )		

① 申請者の氏名等

「障害支援区分・医師意見書等の提出について(お願い)」に明記している申請者の氏名等を記載してください。

② 「本意見書がサービス等利用計画の作成に当たって利用されること」の同意の有無

意見書がサービス等利用計画の作成の際に利用されることについて同意するかどうか、**必ずどちらか該当する口に✓印をつけてください**。同意する場合には、サービス等利用計画を作成する指定特定相談支援事業者等(本市においては、申請者本人および申請者の親族は含みません)に提示されます。

なお、申請者本人の同意を得た上で意見書を指定特定相談支援事業者等に示す取扱いとなっていることから、医師に「守秘義務」に関する問題が生じることはありません。

③ 医師氏名(自署)

医師本人の記載であることを確認する必要があることから、医師氏名のみは医師本人による自署をお願いします。

④ 最終診察日

申請者を最後に診察した日を記載してください。

なお、前回診察との間隔が長期間である等、状態を把握できない場合は、申請者(及び家族)または各区役所の保健福祉課高齢者・障害者相談係へご連絡ください。

⑤ 意見書作成回数

記載医師が、申請者の医師意見書を作成することが初回であるか、2回目以上であるか、該当する口に✓印をつけてください。

なお、作成料等請求種別の判断(35頁)には、当欄の内容は用いられません。

⑥ 他科受診

該当する□に✓印をつけてください。該当する診療科名がない場合には、その他の□に✓印をつけ、( ) 内に診療科名を記載してください。

## 1. 傷病に関する意見

※治療開始日ではありません

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必ず記入）及び発症年月日

①	1. 自閉症		発症年月日（昭和・平成・令和 年 月 出生時日頃）
	2. 精神遅滞	②	発症年月日（昭和・平成・令和 年 月 出生時日頃）
	3. 肺炎		発症年月日（昭和・平成・令和 30年 11月 30日頃）

入院歴（直近の入院歴を記入）

1. 昭和・平成・令和30年11月～ 元年12月（傷病名：肺炎）

2. 昭和・平成・令和 年 月～ 年 月（傷病名： ）

(2) 症状としての安定性 }

不安定である場合、具体的な状況を記入。  
特に精神疾患・難病については症状の変動についてわかるように記入。

状況の変化によって激しいパニック発作が出現するなど、不安定である。  
内科的な疾患は特になく、身体面は安定している。

※必ず記載してください

(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

早産で生下時1,987g。1歳頃、呼んでも振り向かないことを心配し、民間の心理相談室、児童センターなどを転々とし「自閉症」と診断される。小学校は普通学級、中学は特別支援学級に通い、昼間定時制高校を卒業。現在、作業訓練の為〇〇工房に通所中。特に専門医への通院や治療は受けていない。

手洗いを始めると、ふやけて皮膚が剥がれるほど延々と続け、制止を聞き入れない。また、他人に注意されるとパニックを起し、興奮して大声で叫び回るような状況を日々繰り返している。

### (1) 診断名及び発症年月日

#### ① 診断名

生活機能低下を引き起こしている傷病が複数ある場合は、より主体であると考えられる傷病を優先して記載してください。4種類以上の傷病に罹患している場合は、主な傷病名の記載にとどめ、必要であれば「6. その他特記すべき事項」の欄に記載してください。

なお、記載にあたっては、厚生労働省のこれまでの用語変更事例（「精神薄弱」⇒「知的障害」、「（精神）分裂病」⇒「統合失調症」）に基づいた用語を用いてください。

#### ② 発症年月日

発症年月日がはっきりわからない場合は、おおよその年月等（「平成〇年頃」「出生時」など）を記載してください。

なお、医療機関の初診日（診療開始日）ではないことにご留意ください。

### (2) 症状としての安定性

上記「(1) 診断名」で記載した「障害の直接の原因となっている傷病」の安定性について、下記を参考にして記載してください。

○疾患の急性期や慢性疾患の急性増悪期等で、積極的な医学的管理を必要とすることが予想される場合は、具体的な内容を自由記載欄に記載してください。



○特に精神疾患や難病等の症状は、日内変動や日差変動や、一定の期間内における症状の不安定性があるため、そのことがわかるよう記載をし、必要に応じて支援者からの情報にも留意してください。

○現在の全身状態から急激な変化が見込まれない場合は、安定している旨がわかるよう記載をしてください。

○記載欄が不足する場合は「(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」にも記載してください。

(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

上記「(1) 診断名」に記載した「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について要点を簡潔に記載してください。

傷病の経過については、その傷病（障害）や難病に関連した外出や社会参加の機会の減少等さまざまな生活機能低下を引き起こしている特徴的な症状を、医療関係者以外の審査会委員にもわかりやすいように、具体的に記載してください。

投薬内容を記載する場合は、生活機能低下の直接の原因となっている傷病の治療薬や、必ず服用しなければならない薬剤、服用に際して特別な注意が必要な薬剤等を整理して記載してください。

意識障害がある場合には、その状況についても具体的に記載してください。

てんかんを認める場合には、発作の種類（部分発作や全般発作）についても記載してください。

持効性抗精神病薬注射・濃度モニタリングを行っている場合は、これに関する情報も記載してください。

## 2. 身体の状態に関する意見

### 2. 身体の状態に関する意見

(1)身体情報	利き腕 ( <input checked="" type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左)	①
	身長= <input type="text" value="175"/> cm 体重= <input type="text" value="57"/> kg	(過去6ヶ月の体重の変化 <input type="checkbox"/> 増加 <input type="checkbox"/> 維持 <input checked="" type="checkbox"/> 減少)
(2)四肢欠損	( <input type="checkbox"/> 無) (部位: _____)	
(3)麻痺	( <input type="checkbox"/> 無) 右上肢 (程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) 左上肢 (程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) 右下肢 (程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) 左下肢 (程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) その他 (部位: <u>両足首</u> 程度: <input checked="" type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)	
(4)筋力の低下	( <input type="checkbox"/> 無) (部位: <u>体幹、両下肢</u> 程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input checked="" type="checkbox"/> 重) (過去6ヶ月の症状の変動 <input type="checkbox"/> 改善 <input checked="" type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 増悪)	
(5)関節の拘縮	( <input type="checkbox"/> 無) 肩関節 右 (程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) 左 (程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) 肘関節 右 (程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) 左 (程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) 股関節 右 (程度: <input checked="" type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) 左 (程度: <input checked="" type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) 膝関節 右 (程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) 左 (程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) その他 (部位: _____ 程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)	
(6)関節の痛み	( <input type="checkbox"/> 無) (部位: <u>腰部、両股関節</u> 程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input checked="" type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) (過去6ヶ月の症状の変動 <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input checked="" type="checkbox"/> 増悪)	
(7)失調・不随意運動	( <input checked="" type="checkbox"/> 無) 上肢 右 (程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) 左 (程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) 体幹 (程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) 下肢 右 (程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) 左 (程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)	該当する場合「4. 特別な医療」を確認
(8)褥瘡	( <input type="checkbox"/> 無) (部位: <u>左足踵</u> 程度: <input checked="" type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)	
(9)その他の皮膚疾患	( <input type="checkbox"/> 無) (部位: <u>両肩～背中(痒みを伴う発赤)</u> 程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input checked="" type="checkbox"/> 重)	

注) 部分はコンピュータ判定で活用しますので、特に記入漏れのないようお願いいたします。

#### (1) 身体情報

##### ① 体重

過去6ヶ月程度における体重の変化について、3%程度の増減を目途に、該当する口に✓印をつけてください。

#### (2) 四肢欠損～(9) その他の皮膚疾患

9頁を参照の上、記載してください。

#### (3) 麻痺 ～ (9) その他の皮膚疾患

程度については、麻痺・褥瘡等の状態が支援にどの程度影響するのかという観点から、該当する口に✓印をつけてください。

(2) 四肢欠損	腕、肢、指等について、欠損が生じている状態。
(3) 麻痺	主に神経系の異常によって起こった筋力低下あるいは随意運動の障害。 ※コンピュータ判定で活用する項目です。記入漏れのないようお願いします。
(4) 筋力の低下	麻痺以外の原因による随意運動に支障のある筋力の低下。
(5) 関節の拘縮	関節及び皮膚、筋肉等の関節構成体以外の軟部組織の変化によって生じる関節の可動域制限。 ※コンピュータ判定で活用する項目です。記入漏れのないようお願いします。
(6) 関節の痛み	日常生活に支障をきたす程度の関節の痛みがある状態。
(7) 失調	運動の円滑な遂行には多くの筋肉の協調が必要であるが、その協調が失われた状態。個々の筋肉の力は正常でありながら運動が稚拙であることが特徴。
(7) 不随意運動	意志や反射によらずに出現する、目的に添わない運動。多くは錐体外路系の病変によって生じる。
(8) 褥瘡	廃用症候群の代表的な症状。持続的圧迫およびずれ応力による局所の循環障害によって生じる阻血性壊死。 <b><u>褥瘡がある場合は、「4. 特別な医療」の選択肢「褥瘡の処置」も併せて確認してください。</u></b>
(9) その他の皮膚疾患	褥瘡以外で身体介助、入浴等に支障のある皮膚疾患がある状態。

### 3. 行動及び精神等の状態に関する意見

#### 3. 行動及び精神等の状態に関する意見

(1) 行動上の障害		<input type="checkbox"/> 下記の障害は無い									
<input checked="" type="checkbox"/> 昼夜逆転	<input checked="" type="checkbox"/> 暴言	<input type="checkbox"/> 自傷	<input type="checkbox"/> 他害	<input type="checkbox"/> 支援への抵抗	<input type="checkbox"/> 徘徊						
<input type="checkbox"/> 危険の認識が困難	<input type="checkbox"/> 不潔行為	<input type="checkbox"/> 異食	<input type="checkbox"/> 性的逸脱行動	<input checked="" type="checkbox"/> その他 (興奮)							
(2) 精神症状・能力障害二軸評価 (判定時期 平成・令和 4 年 7 月)											
精神症状評価	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input checked="" type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	※(2)(3)は障害種別に関わらず 必須記載の項目です				
能力障害評価	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5						
(3) 生活障害評価 (判断時期 平成・令和 4 年 7 月)											
食事	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	生活リズム	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
保清	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	金銭管理	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
服薬管理	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input checked="" type="checkbox"/> 5	対人関係	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input checked="" type="checkbox"/> 5
社会的適応を妨げる行動	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	症状がない場合等は「1」を選択					
(4) 精神・神経症状		<input type="checkbox"/> 下記の症状は無い									
<input type="checkbox"/> 意識障害	<input type="checkbox"/> 記憶障害	<input type="checkbox"/> 注意障害	<input type="checkbox"/> 遂行機能障害								
<input checked="" type="checkbox"/> 社会的行動障害	<input type="checkbox"/> その他の認知機能障害	<input checked="" type="checkbox"/> 気分障害	※1枚目「(3)他科受診」を参照								
<input checked="" type="checkbox"/> 睡眠障害	<input type="checkbox"/> 幻覚	<input type="checkbox"/> 妄想	<input type="checkbox"/> その他 ( )								
精神・神経症状に関する専門科受診の有無		<input checked="" type="checkbox"/> 有 ( 精神科 )									
(5) てんかん		<input checked="" type="checkbox"/> 無									
		<input type="checkbox"/> 週1回以上		<input type="checkbox"/> 月1回以上		<input type="checkbox"/> 年1回以上					
		発作の種類は「1.(3)」または「6.」に記載									
注) <input type="checkbox"/> 部分はコンピュータ判定で活用しますので、特に記入漏れのないようお願いします。											
頻度が年1回未満(数年に1回等)の場合、状況を「1.(3)」または「6.」に記載											

#### (1) 行動上の障害の定義

以下の定義を参考にして、該当する□のすべてに✓印をつけてください。

昼夜逆転	夜間不眠の状態が何日間か続いたり、明らかに昼夜が逆転し、日常生活に支障が生じている状態。
暴言	暴力的な発語。
自傷	主として自分の生命、身体を害する行為。
他害	他人の生命、身体、自由、貞操、名誉、財産等に害を及ぼす行為。
支援への抵抗	支援者の助言や支援に抵抗し、支援に支障がある状態。単に助言に従わない場合は含まない。
徘徊	客観的には、目的も当てもなく歩き回る状態。
危険の認識が困難	生活の様々な場面において、危険や異常を認識し安全な行動をとる等の行為が困難な状態。

不潔行為	排泄物を弄んだり撒き散らす場合等の行為を行う状態。体が清潔でないことは含まれない。
異食	正常では忌避するような物体、味に対して特に異常な食欲や嗜好を示す行為。
性的逸脱行動	周囲が迷惑している行為と判断される性的な行動を示す状態。

(2) 精神症状・能力障害二軸評価

この項目は全ての障害者（身体障害者・知的障害者・精神障害者、難病患者等）に記載が必要です。19～21頁に掲載する「1. 精神症状・能力障害二軸評価」の評価基準を参照の上、判定してください。

例) 精神症状がまったくないか、日常生活の中ではほとんど目立たない程度  
⇒精神症状評価「1」

※コンピュータ判定で活用する項目です。記入漏れのないようお願いします。

(3) 生活障害評価

この項目は全ての障害者（身体障害者・知的障害者・精神障害者、難病患者等）に記載が必要です。22～23頁に掲載する「2. 生活障害評価」の評価基準を参照の上、判定してください。

例) 適量の食事を適時にとることができる ⇒食事「1」

※コンピュータ判定で活用する項目です。記入漏れのないようお願いします。

(4) 精神・神経症状

12～13頁の定義を参考にして、該当する口に✓印をつけてください。

また、専門科受診の有無について、該当する口に✓印をつけてください。有に該当する場合には、受診している診療科名について（ ）内に記載してください。その際は、「基本情報（3）他科受診」も併せて確認してください。

(5) てんかん

てんかん発作がある場合は、その発作頻度について該当する口に✓印をつけてください。

※コンピュータ判定で活用する項目です。記入漏れのないようお願いします。

### 【「3. (4) 精神・神経症状」の定義】

意識障害	自己と周囲の環境を正しく認識することができなくなったり、周囲の環境に対し適切に反応ができなくなった状態。
記憶障害	前向きおよび逆向性の健忘を示す障害。前向き健忘は発症後の新しい情報や出来事を覚えることができなくなり記憶として保持されず、逆向性健忘は発症以前の出来事や体験に関する記憶が障害される。
注意障害	<p>全般性注意障害と方向性注意障害に分類される。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・全般性注意障害は、ひとつのことに注意を集中したり、多数の中から注意して必要なことを選ぶことなどが困難となる障害。</li> <li>・方向性注意障害は、半側空間無視とも呼ばれ、脳損傷の反対側の空間にあるものを無視する障害。</li> </ul>
遂行機能障害	目的に適った行動と計画と実行の障害。この障害により自分の行動を制御したり管理することができなくなり、目的に適った行動を取れなくなる。
社会的行動障害	認知障害に基づいて社会生活の中で発現する行動上の障害。すぐに他人を頼る、欲求のコントロールができない、感情を爆発させる、良好な人間関係を築くことができない、ひとつの物事にこだわる、意欲の低下などがある。
その他の 認知機能障害	先にあげた障害以外で、日常生活を送るために必要な記憶、見当識、注意、言語、思考、判断などの活動に関する障害により環境、新しい問題への適切な対応が困難となる障害。
気分障害 (抑うつ気分、軽躁／躁状態)	気分の変化による障害。
睡眠障害	睡眠の量や質あるいは時間的調節の障害や、睡眠中に生じる挿間性の異常現象の総称。

<p>幻覚</p>	<p>幻覚とは、幻視、幻聴、幻臭、幻味、幻触、体感幻覚のことである。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 幻視とは、視覚に関する幻覚の一種。外界に実在しないのに、物体、動物、人の顔や姿等が見えると感じるもの。</li> <li>・ 幻聴とは、聴覚に関する幻覚の一種。実際には何も聞こえないのに、音や声が聞こえると感じるもの。</li> <li>・ 幻臭とは、嗅覚に関する幻覚の一種。実際には何も臭わないのに、臭いを感じるもの。</li> <li>・ 幻味とは、味覚に関する幻覚の一種。実際には無味であるのに、味を感じるもの。</li> <li>・ 幻触とは、触感に関する幻覚の一種。実際には触れられていないのに、触れられたと感じるもの。</li> <li>・ 体感幻覚とは、温度、痛み、運動、平衡などすべての体感における幻覚。</li> </ul>
<p>妄想</p>	<p>病的状態から生じた判断の誤りで、実際にはあり得ない不合理な内容を、正常を超えた訂正不能な主観的確信をもって信じている状態。</p>

4. 特別な医療

4. 特別な医療（現在、定期的あるいは臨時に行っている医療行為）

該当する場合、回数も記載

過去14日間以内に受けた看護職員等が行った診療補助行為を選択

「腸ろう」「経鼻経管栄養」等も含む

処置

点滴の管理  中心静脈栄養  透析  ストーマの処置

酸素療法  レスピレーター  気管切開の処置  疼痛の管理

経管栄養（胃ろう）  喀痰吸引処置（回数 10回/日）  褥瘡の処置

特別な対応  モニター測定（血圧、心拍、酸素飽和度等）

失禁への対応  カテーテル（コンドームカテーテル、留置カテーテル等）

「医師でなければ行えない行為（医療行為）」  
「家族や本人が行える類似の行為」は含まない

該当する場合「2.(8)褥瘡」も記載

申請者が過去14日間に受けた14項目の医療のうち、**看護職員等が行った診療補助行為**（医師が同様の行為を診療行為として行った場合を含む）について該当する□に✓印をつけてください。

各項目の解釈については、下記を参考にしてください。

点滴の管理	○点滴が継続して行われている場合。（外来受診時の一時的な点滴は含まれない。） ○点滴は行われていないが、点滴の針が留置され状況の変化等に対応できる体制にある場合。
中心静脈栄養	○中心静脈栄養が行われている場合。 ○栄養分が供給されていないが、状況の変化等に対応できる体制にある場合。 ○経口摂取が一部可能である者であっても、中心静脈栄養が行われている場合。
透析	○人工透析が行われている場合。（透析の方法、種類は問わない。）
ストーマの処置	○人工肛門が造設されている者に対して、消毒やバッグの取り替え等の処置が行われている場合。
酸素療法	○呼吸器、循環器疾患等のため、酸素療法が行われている場合。
レスピレーター	○人工呼吸器が使用されている場合。（経口、経鼻、気管切開の有無や機種は問わない。）
気管切開の処置	○気管切開が行われている者に対して、カニューレの交換や開口部の消毒、ガーゼ交換、開口部からの喀痰吸引等の処置が行われている場合。 ○喀痰吸引等の処置が行われている場合は、項目：「喀痰吸引処置」にも該当。



疼痛の管理	<p>○疼痛（がん末期のペインコントロールに相当する程度の痛み）に対する看護が行われている場合。</p> <p>○種類：湿布（温・冷を問わない）、外用薬の塗布、鎮痛薬の点滴、硬膜外持続注入、座薬、貼付方経皮吸収剤、注射。（さする、マッサージ、声かけ等の行為は含まない）</p> <p>○<u>医師でなければ行えない行為（医療行為等）は、ここに該当しない。</u></p>
経管栄養(胃ろう)	<p>○栄養の摂取方法として、経管栄養が行われている場合。（経管栄養の方法、種類、経口摂取の状況は問わない。）</p> <p>○胃ろうに限定せず、腸ろう、経鼻経管栄養等の経管栄養も該当。</p> <p>○この項目では、医療や看護との連携による安全確保が図られている等の条件下において、介護職員等（ホームヘルパー等の介護職員、介護福祉士、特別支援学校教員等）であって一定の研修を終了した者が行う場合も該当。</p>
喀痰吸引処置	<p>○喀痰吸引処置が行われている場合。（一日の実施回数も記載。）</p> <p>○この項目では、医療や看護との連携による安全確保が図られている等の条件下において、介護職員等（ホームヘルパー等の介護職員、介護福祉士、特別支援学校教員等）であって一定の研修を終了した者が行う場合も該当。</p>
間歇的導尿	<p>○間歇的に導尿が行われている場合。</p> <p>○<u>実施者が本人</u>（看護職員等が行った診療補助行為ではない行為）の場合は、<u>ここに該当しない。</u></p>
モニター測定	<p>○血圧、心拍、心電図、呼吸数、酸素飽和度のいずれか1項目以上について、<u>24時間以上にわたってモニターを体に付けた状態で継続的に測定されている場合。</u></p> <p><u>* 血圧測定の頻度は、1時間に1回以上のものに限る。</u></p>
褥瘡の処置	<p>○褥瘡の処置が行われている場合。</p> <p>○該当する場合は、「<u>2. 身体の状態に関する意見（8）褥瘡</u>」に<u>部位及び程度を記載。</u></p>
カテーテル（コンドームカテーテル、留置カテーテル等）	<p>○コンドームカテーテル、留置カテーテルの使用等、尿の排泄のためのカテーテルが使用されている場合。</p> <p>○<u>間歇的な導尿</u>については、<u>ここに該当しない。</u></p>

## 5. サービス利用に関する意見

### 5. サービス利用に関する意見

<p>(1) 現在、発生の可能性が高い病態とその対処方針</p> <p> <input type="checkbox"/>尿失禁      <input checked="" type="checkbox"/>転倒・骨折      <input type="checkbox"/>徘徊      <input type="checkbox"/>褥瘡  <input type="checkbox"/>易感染性      <input type="checkbox"/>心肺機能の低下      <input type="checkbox"/>疼痛      <input type="checkbox"/>脱水  <input type="checkbox"/>けいれん発作      <input type="checkbox"/>その他 ( )         </p> <p> <input type="checkbox"/>嚥下性肺炎      <input type="checkbox"/>腸閉塞  <input type="checkbox"/>行動障害      <input type="checkbox"/>精神症状の増悪         </p> <p> <b>対処方針 ( 歩行には、装具と杖の使用を要する。 )</b> </p>		<p>現在ある、または今後6か月以内に発生する可能性が高い状態を選択</p>
<p>(2) 障害福祉サービスの利用時に関する医学的観点からの留意事項</p> <p>           血圧について ( 血圧 170 mm Hg 以上の時は入浴サービス (浴槽に入ること) を控える。 )            嚥下について ( )            摂食について ( )            移動について ( 転倒防止に留意 )            行動障害について ( 聴覚過敏があり、騒がしい場所が苦手です。パニックを起こしやすい。 )            精神症状について ( )            その他 ( )         </p>		<p>具体的な状態とその対応方法を (緊急時対応も含め) 記載</p>
<p>(3) 感染症の有無 (有の場合は具体的に記入)</p> <p> <input type="checkbox"/>有 ( )      <input checked="" type="checkbox"/>無      <input type="checkbox"/>不明         </p>		

サービス提供時に、二次感染を防ぐ観点から留意すべき感染症を記載

#### (1) 現在、発生の可能性が高い病態とその対処方針

**現在ある、または今後概ね6ヶ月以内に発生する可能性が高い状態**があれば、該当する□に✓印をつけ、その際の対処方針 (緊急時の対応を含む) を記載してください。

#### (2) 障害福祉サービスの利用に関する医学的観点からの留意事項

申請者がサービスを利用するにあたって、医学的観点から、特に留意する点があれば、( ) 内に具体的な留意事項を記載してください。

血圧	血圧管理について、サービス提供時の留意事項があれば、具体的に記載してください。また、どの程度の運動負荷なら可能なのかという点等についても記載してください。
嚥下	嚥下運動機能 (舌によって食塊を咽頭に移動する随意運動、食塊を咽頭から食道へ送るまでの反射運動、蠕動運動により食塊を胃に輸送する食道の反射運動) の障害について、サービス提供時の留意事項があれば、具体的に記載してください。
摂食	摂食について、サービス提供時の留意事項があれば、具体的に記載してください。
移動	移動 (歩行に限らず、居室とトイレの移動や、ベッドと車椅子、車椅子と便座等への移乗等も含める) について、サービス提供時の留意事項があれば具体的に記載してください。

行動障害	「5. (1)」に記載した行動の障害について、サービス提供時の留意事項があれば、具体的に記載してください。また、行動障害が生じないようにするための対応や、生じた際の対処法など具体的に記載してください。
精神症状	「5. (1)」に記載した精神症状について、サービス提供時の留意事項があれば、具体的に記載してください。また、精神症状の悪化が生じないようにするための対応や、生じた際の対処法など具体的に記載してください。
その他	その他、医学的観点からの留意事項があれば、( )内に具体的に記載してください。

(3) 感染症の有無

サービスの提供時に、二次感染を防ぐ観点から留意すべき感染症の有無について、該当する口に✓印をつけてください。有の場合には、具体的な疾病名・症状等を( )内に記載してください。

## 6. その他特記すべき事項

### 6. その他特記すべき事項

障害支援区分の認定やサービス等利用計画の作成に必要な医学的など意見等をご記載してください。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。）

妻と子ども（中学生）との3人暮らし。頸椎脱臼による四肢麻痺で身体障害者手帳1級。  
知覚障害があり、骨折しても気づかないほどである。皮膚の状態に注意しないと、容易に褥瘡を発症する。また、自然排便がないため、摘便や浣腸などの処置が必要である。ある程度は、妻が排便の支援を行っているが、妻へのサポートも必要と考えられる。

〈泌尿器科からの意見〉  
膀胱瘻のカテーテルがつまると、微熱が続いたりする。水分摂取量や尿量をチェックすることが必要。

医師として、身体障害、行動障害を伴う知的障害、精神障害や難病についてや、障害支援区分変更を含む区分認定の審査判定および障害福祉サービスの利用に際して、認定調査項目では把握できない症状・障害の変動性、生活上の機能障害とこれらに起因する支援の必要性や程度を判定する参考となる情報があれば要点を記載してください。特に、**他の項目で記載しきれなかったことや選択式では表現できないことを簡潔に記載してください。**

なお、専門科に意見を求めた場合にはその結果、内容を簡潔に記載してください。情報提供書や身体障害者申請診断書等の写しを添付していただいても構いません。なお、その場合は書類の作成者に了解をとるようにしてください。

※医師意見書作成回数「2回目以上」の場合に、「前回と同様」と記載されることがあります。

**認定審査会では、前回申請時の医師意見書は審査判定の資料として提示しません。** 必要な記載については、お手数ですが毎回記載をお願いします。