

障発 0303 第 1 号
平成 26 年 3 月 3 日

各 都道府県知事 殿

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長
(公 印 省 略)

障害支援区分認定の実施について

標記について、「障害程度区分に係る市町村審査会による審査及び判定の基準等に関する省令の全部を改正する省令(平成 26 年厚生労働省令第 5 号)」が公布され、平成 26 年 4 月 1 日から施行されることに伴い、障害支援区分判定の具体的な実施方法及び運用方法は、以下によることとしたので、御了知の上、貴管下市町村に周知徹底を図るとともに、その運用に遺憾のないようにされたい。

また、平成 18 年 3 月 17 日付け障発第 0317005 号当職通知「障害程度区分認定の実施について」は、平成 26 年 3 月 31 日限りで廃止する。ただし、同日までに行われた障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律(平成 17 年法律第 123 号)第 20 条第 1 項及び第 24 条第 1 項の申請に係る障害程度区分の認定については、従前の例による。

なお、本通知は、地方自治法(昭和 22 年法律第 67 号)第 245 条の 4 第 1 項に基づく技術的助言であることを申し添える。

記

1 障害支援区分認定のための調査の実施

介護給付費(特例介護給付費を含む。以下同じ。)又は訓練等給付費(特例訓練等給付費を含み、共同生活援助に係るものに限る。以下同じ。)の支給対象となるサービスに係る支給申請(同行援護に係る支給申請のうち「身体介護を伴わない場合」及び共同生活援助に係る支給申請のうち、入浴、排せつ又は食事等の介護を伴わない場合を除く。以下同じ。)を受理した市町村は、市町村職員又は法第 20 条第 3 項に規定する専門的知識及び技術を有する者をして、別添 1 に示す概況調査票及び認定調査票を用いて認定調査の対象者(以下「調査対象者」という。)に関する認定調査を実施する。

ただし、調査対象者に 2 に規定する意見を述べる医師は、当該意見に係る申請に関する認定調査を行うことはできない。

2 医師の意見の聴取

介護給付費又は訓練等給付費の支給対象となるサービスに係る支給申請を受理した市町村は、調査対象者の主治医又は市町村が指定する医師に対し、別添 2 に示す医師意見書への意見の記載を求め、回収する。

3 市町村審査会での審査判定

市町村審査会は 1 の認定調査の結果及び 2 の医師意見書の内容に基づいて審査判定を行う。

1. 調査実施者（記入者）

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

2. 調査対象者

対象者	(ふりがな).....	男・女	生年月日 年齢	明・大・昭・平 年 月 日生（ 歳）
現住所	〒 -		電話	- -
家族等 連絡先	〒 - 氏名（ ） 調査対象者との関係（ ）		電話	- -

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

(1) 身体障害者等級	1級・2級・3級・4級・5級・6級				
(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) 難病等疾病名					
(6) 障害基礎年金等級	1級・2級				
(7) その他の障害年金等級	1級・2級・3級				
(8) 生活保護の受給	有（他人介護料有り）・有（他人介護料無し）・無				

4. 現在受けているサービスの状況（別紙「サービスの利用状況票」に記入してください）

5. 地域生活関連（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）

(1) 外出の頻度（過去1ヶ月間の回数）	（ ）	回程度
(2) 社会活動の参加状況	（ ）	
(3) 過去2年間の入所歴の有無		
□無 □有→入所期間	年 月～ 年 月	施設の種類（ ）
	年 月～ 年 月	施設の種類（ ）
(4) 過去2年間の入院歴の有無		
□無 □有→入院期間	年 月～ 年 月	原因となった病名（ ）
	年 月～ 年 月	原因となった病名（ ）
(5) その他		

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
4:00								
6:00								
8:00								
10:00								
12:00								
14:00								
16:00								
18:00								
20:00								
22:00								
24:00								
2:00								
4:00								

週単位以外 のサービス	
----------------	--

認定調査票

1. 移動や動作等に関連する項目

1-1 寝返り		特記事項
1	支援が不要	
2	見守り等の支援が必要	
3	部分的な支援が必要	
4	全面的な支援が必要	
1-2 起き上がり		特記事項
1	支援が不要	
2	見守り等の支援が必要	
3	部分的な支援が必要	
4	全面的な支援が必要	
1-3 座位保持		特記事項
1	支援が不要	
2	見守り等の支援が必要	
3	部分的な支援が必要	
4	全面的な支援が必要	
1-4 移乗		特記事項
1	支援が不要	
2	見守り等の支援が必要	
3	部分的な支援が必要	
4	全面的な支援が必要	
1-5 立ち上がり		特記事項
1	支援が不要	
2	見守り等の支援が必要	
3	部分的な支援が必要	
4	全面的な支援が必要	
1-6 両足での立位保持		特記事項
1	支援が不要	
2	見守り等の支援が必要	
3	部分的な支援が必要	
4	全面的な支援が必要	
1-7 片足での立位保持		特記事項
1	支援が不要	
2	見守り等の支援が必要	
3	部分的な支援が必要	
4	全面的な支援が必要	
1-8 歩行		特記事項
1	支援が不要	
2	見守り等の支援が必要	
3	部分的な支援が必要	
4	全面的な支援が必要	
1-9 移動		特記事項
1	支援が不要	
2	見守り等の支援が必要	
3	部分的な支援が必要	
4	全面的な支援が必要	
1-10 衣服の着脱		特記事項
1	支援が不要	
2	見守り等の支援が必要	
3	部分的な支援が必要	
4	全面的な支援が必要	

1-11 じょくそう		特記事項
1	ない	
2	ある	

1-12 えん下		特記事項
1	支援が不要	
2	見守り等の支援が必要	
3	全面的な支援が必要	

2. 身の回りの世話や日常生活等に関連する項目

2-1 食事		特記事項
1	支援が不要	
2	部分的な支援が必要	
3	全面的な支援が必要	

2-2 口腔清潔		特記事項
1	支援が不要	
2	部分的な支援が必要	
3	全面的な支援が必要	

2-3 入浴		特記事項
1	支援が不要	
2	部分的な支援が必要	
3	全面的な支援が必要	

2-4 排尿		特記事項
1	支援が不要	
2	部分的な支援が必要	
3	全面的な支援が必要	

2-5 排便		特記事項
1	支援が不要	
2	部分的な支援が必要	
3	全面的な支援が必要	

2-6 健康・栄養管理		特記事項
1	支援が不要	
2	部分的な支援が必要	
3	全面的な支援が必要	

2-7 薬の管理		特記事項
1	支援が不要	
2	部分的な支援が必要	
3	全面的な支援が必要	

2-8 金銭の管理		特記事項
1	支援が不要	
2	部分的な支援が必要	
3	全面的な支援が必要	

2-9 電話等の利用		特記事項
1	支援が不要	
2	部分的な支援が必要	
3	全面的な支援が必要	

2-10 日常の意思決定		特記事項
1	支援が不要	
2	部分的な支援が必要	
3	全面的な支援が必要	

2-11 危険の認識		特記事項
1	支援が不要	
2	部分的な支援が必要	
3	全面的な支援が必要	

2-12 調理		特記事項
1	支援が不要	
2	部分的な支援が必要	
3	全面的な支援が必要	

2-13 掃除		特記事項
1	支援が不要	
2	部分的な支援が必要	
3	全面的な支援が必要	

2-14 洗濯		特記事項
1	支援が不要	
2	部分的な支援が必要	
3	全面的な支援が必要	

2-15 買い物		特記事項
1	支援が不要	
2	部分的な支援が必要	
3	全面的な支援が必要	

2-16 交通手段の利用		特記事項
1	支援が不要	
2	部分的な支援が必要	
3	全面的な支援が必要	

3. 意思疎通等に関連する項目

3-1 視力		特記事項
1	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	ほとんど見えていない	
5	全く見えない	
6	見えているのか判断不能	

3-2 聴力		特記事項
1	日常生活に支障がない	
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	ほとんど聞こえない	
5	全く聞こえない	
6	聞こえているのか判断不能	

3-3 コミュニケーション		特記事項
1	日常生活に支障がない	
2	特定の者であればコミュニケーションできる	
3	会話以外の方法でコミュニケーションできる	
4	独自の方法でコミュニケーションできる	
5	コミュニケーションできない	

3-4 説明の理解		特記事項
1	理解できる	
2	理解できない	
3	理解できているか判断できない	

3-5	読み書き	特記事項
	1 支援が不要	
	2 部分的な支援が必要	
	3 全面的な支援が必要	

3-6	感覚過敏・感覚鈍麻	特記事項
	1 ない	
	2 ある	

4. 行動障害に関連する項目

4-1	被害的・拒否的	特記事項
	1 支援が不要	
	2 希に支援が必要	
	3 月に1回以上の支援が必要	
	4 週に1回以上の支援が必要	
	5 ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要	

4-2	作話	特記事項
	1 支援が不要	
	2 希に支援が必要	
	3 月に1回以上の支援が必要	
	4 週に1回以上の支援が必要	
	5 ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要	

4-3	感情が不安定	特記事項
	1 支援が不要	
	2 希に支援が必要	
	3 月に1回以上の支援が必要	
	4 週に1回以上の支援が必要	
	5 ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要	

4-4	昼夜逆転	特記事項
	1 支援が不要	
	2 希に支援が必要	
	3 月に1回以上の支援が必要	
	4 週に1回以上の支援が必要	
	5 ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要	

4-5	暴言暴行	特記事項
	1 支援が不要	
	2 希に支援が必要	
	3 月に1回以上の支援が必要	
	4 週に1回以上の支援が必要	
	5 ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要	

4-6	同じ話をする	特記事項
	1 支援が不要	
	2 希に支援が必要	
	3 月に1回以上の支援が必要	
	4 週に1回以上の支援が必要	
	5 ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要	

4-7	大声・奇声を出す	特記事項
	1 支援が不要	
	2 希に支援が必要	
	3 月に1回以上の支援が必要	
	4 週に1回以上の支援が必要	
	5 ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要	

4-8 支援の拒否		特記事項
1	支援が不要	
2	希に支援が必要	
3	月に1回以上の支援が必要	
4	週に1回以上の支援が必要	
5	ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要	

4-9 徘徊		特記事項
1	支援が不要	
2	希に支援が必要	
3	月に1回以上の支援が必要	
4	週に1回以上の支援が必要	
5	ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要	

4-10 落ち着きがない		特記事項
1	支援が不要	
2	希に支援が必要	
3	月に1回以上の支援が必要	
4	週に1回以上の支援が必要	
5	ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要	

4-11 外出して戻れない		特記事項
1	支援が不要	
2	希に支援が必要	
3	月に1回以上の支援が必要	
4	週に1回以上の支援が必要	
5	ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要	

4-12 1人で出たがる		特記事項
1	支援が不要	
2	希に支援が必要	
3	月に1回以上の支援が必要	
4	週に1回以上の支援が必要	
5	ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要	

4-13 収集癖		特記事項
1	支援が不要	
2	希に支援が必要	
3	月に1回以上の支援が必要	
4	週に1回以上の支援が必要	
5	ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要	

4-14 物や衣類を壊す		特記事項
1	支援が不要	
2	希に支援が必要	
3	月に1回以上の支援が必要	
4	週に1回以上の支援が必要	
5	ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要	

4-15 不潔行為		特記事項
1	支援が不要	
2	希に支援が必要	
3	月に1回以上の支援が必要	
4	週に1回以上の支援が必要	
5	ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要	

4-16 異食行動		特記事項
1	支援が不要	
2	希に支援が必要	
3	月に1回以上の支援が必要	
4	週に1回以上の支援が必要	
5	ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要	

4-17	ひどい物忘れ	特記事項
	1 支援が不要	
	2 希に支援が必要	
	3 月に1回以上の支援が必要	
	4 週に1回以上の支援が必要	
	5 ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要	
4-18	こだわり	特記事項
	1 支援が不要	
	2 希に支援が必要	
	3 月に1回以上の支援が必要	
	4 週に1回以上の支援が必要	
	5 ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要	
4-19	多動・行動停止	特記事項
	1 支援が不要	
	2 希に支援が必要	
	3 月に1回以上の支援が必要	
	4 週に1回以上の支援が必要	
	5 ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要	
4-20	不安定な行動	特記事項
	1 支援が不要	
	2 希に支援が必要	
	3 月に1回以上の支援が必要	
	4 週に1回以上の支援が必要	
	5 ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要	
4-21	自らを傷つける行為	特記事項
	1 支援が不要	
	2 希に支援が必要	
	3 月に1回以上の支援が必要	
	4 週に1回以上の支援が必要	
	5 ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要	
4-22	他人を傷つける行為	特記事項
	1 支援が不要	
	2 希に支援が必要	
	3 月に1回以上の支援が必要	
	4 週に1回以上の支援が必要	
	5 ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要	
4-23	不適切な行為	特記事項
	1 支援が不要	
	2 希に支援が必要	
	3 月に1回以上の支援が必要	
	4 週に1回以上の支援が必要	
	5 ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要	
4-24	突発的な行動	特記事項
	1 支援が不要	
	2 希に支援が必要	
	3 月に1回以上の支援が必要	
	4 週に1回以上の支援が必要	
	5 ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要	
4-25	過食・反すう等	特記事項
	1 支援が不要	
	2 希に支援が必要	
	3 月に1回以上の支援が必要	
	4 週に1回以上の支援が必要	
	5 ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要	

4-26	そううつ状態	特記事項
	1 支援が不要	
	2 希に支援が必要	
	3 月に1回以上の支援が必要	
	4 週に1回以上の支援が必要	
	5 ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要	
4-27	反復的行動	特記事項
	1 支援が不要	
	2 希に支援が必要	
	3 月に1回以上の支援が必要	
	4 週に1回以上の支援が必要	
	5 ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要	
4-28	対人面の不安緊張	特記事項
	1 支援が不要	
	2 希に支援が必要	
	3 月に1回以上の支援が必要	
	4 週に1回以上の支援が必要	
	5 ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要	
4-29	意欲が乏しい	特記事項
	1 支援が不要	
	2 希に支援が必要	
	3 月に1回以上の支援が必要	
	4 週に1回以上の支援が必要	
	5 ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要	
4-30	話がまとまらない	特記事項
	1 支援が不要	
	2 希に支援が必要	
	3 月に1回以上の支援が必要	
	4 週に1回以上の支援が必要	
	5 ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要	
4-31	集中力が続かない	特記事項
	1 支援が不要	
	2 希に支援が必要	
	3 月に1回以上の支援が必要	
	4 週に1回以上の支援が必要	
	5 ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要	
4-32	自己の過大評価	特記事項
	1 支援が不要	
	2 希に支援が必要	
	3 月に1回以上の支援が必要	
	4 週に1回以上の支援が必要	
	5 ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要	
4-33	集団への不適応	特記事項
	1 支援が不要	
	2 希に支援が必要	
	3 月に1回以上の支援が必要	
	4 週に1回以上の支援が必要	
	5 ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要	
4-34	多飲水・過飲水	特記事項
	1 支援が不要	
	2 希に支援が必要	
	3 月に1回以上の支援が必要	
	4 週に1回以上の支援が必要	
	5 ほぼ毎日(週に5日以上)の支援が必要	

5. 特別な医療に関連する項目

5-1 点滴の管理			特記事項
	1	ない	
	2	ある	
5-2 中心静脈栄養			特記事項
	1	ない	
	2	ある	
5-3 透析			特記事項
	1	ない	
	2	ある	
5-4 ストーマの処置(人工肛門の処置)			特記事項
	1	ない	
	2	ある	
5-5 酸素療法			特記事項
	1	ない	
	2	ある	
5-6 レスピレーター(人工呼吸器)			特記事項
	1	ない	
	2	ある	
5-7 気管切開の処置			特記事項
	1	ない	
	2	ある	
5-8 疼痛の看護			特記事項
	1	ない	
	2	ある	
5-9 経管栄養			特記事項
	1	ない	
	2	ある	
5-10 モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等)			特記事項
	1	ない	
	2	ある	
5-11 じょくそうの処置			特記事項
	1	ない	
	2	ある	
5-12 カテーテル			特記事項
	1	ない	
	2	ある	

6. その他(認定調査の際に「調査対象者に必要とされる支援の度合い」に関することで確認できた事項)

特記事項	

医師意見書

(別添2)

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等利用計画の作成に当たって利用されることに <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 type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 2回目以上		
(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 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. _____	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) 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。 }		
(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			

2. 身体の状態に関する意見

(1) 身体情報	利き腕 (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左)	身長 =	cm	体重 =	kg	(過去6ヶ月の体重の変化 <input type="checkbox"/> 増加 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 減少)
(2) 四肢欠損	(部位: _____)					
(3) 麻痺	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: _____)	程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)			
(4) 筋力の低下	(部位: _____) 程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input 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 type="checkbox"/> 増悪)					
(5) 関節の拘縮	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 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)			
	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	(部位: _____) 程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input 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 type="checkbox"/> 増悪)					
(7) 失調・不随意運動	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)			
(8) 褥瘡	(部位: _____) 程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)					
(9) その他の皮膚疾患	(部位: _____) 程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)					

3. 行動及び精神等の状態に関する意見

(1) 行動上の障害
昼夜逆転 暴言 自傷 他害 支援への抵抗 徘徊
危険の認識が困難 不潔行為 異食 性的逸脱行動 その他 ()

(2) 精神症状・能力障害二軸評価
 精神症状評価 1 2 3 4 5 6
 能力障害評価 1 2 3 4 5
 <判定時期 平成 年 月>

(3) 生活障害評価
 食事 1 2 3 4 5 生活リズム 1 2 3 4 5
 保清 1 2 3 4 5 金銭管理 1 2 3 4 5
 服薬管理 1 2 3 4 5 対人関係 1 2 3 4 5
 社会的適応を妨げる行動 1 2 3 4 5
 <判断時期 平成 年 月>

(4) 精神・神経症状
意識障害 記憶障害 注意障害 遂行機能障害
社会的行動障害 その他の認知機能障害 気分障害 (抑うつ気分、軽躁/躁状態)
睡眠障害 幻覚 妄想 その他 ()
 専門科受診の有無 有 () 無

(5) てんかん
週1回以上 月1回以上 年1回以上

4. 特別な医療 (現在、定期的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"/> 疼痛の管理
	<input type="checkbox"/> 経管栄養 (胃ろう)	<input type="checkbox"/> 喀痰吸引処置 (回数 回/日)		<input type="checkbox"/> 間歇的導尿
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)			

5. 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 疼痛 脱水 行動障害 精神症状の増悪
けいれん発作 その他 ()
 → 対処方針 ()

(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
 血圧について ()
 嚥下について ()
 摂食について ()
 移動について ()
 行動障害について ()
 精神症状について ()
 その他 ()

(3) 感染症の有無 (有の場合は具体的に記入)
有 () 無 不明

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ご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、結果も記載してください。(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。)