

障害支援区分に係る研修資料  
《医師意見書編》

第3版

2021年4月

## ○医師意見書作成研修の目的

本資料では、以下を達成することを目的としている。

- ① 「医師意見書記載の手引き（平成26年4月）」の内容を理解し、障害支援区分認定における医師意見書の利用方法や、記載のポイントを理解する

- I 医師意見書の概要
- II 医師意見書の利用方法
- III 医師意見書の記載方法
- IV 記載のポイント

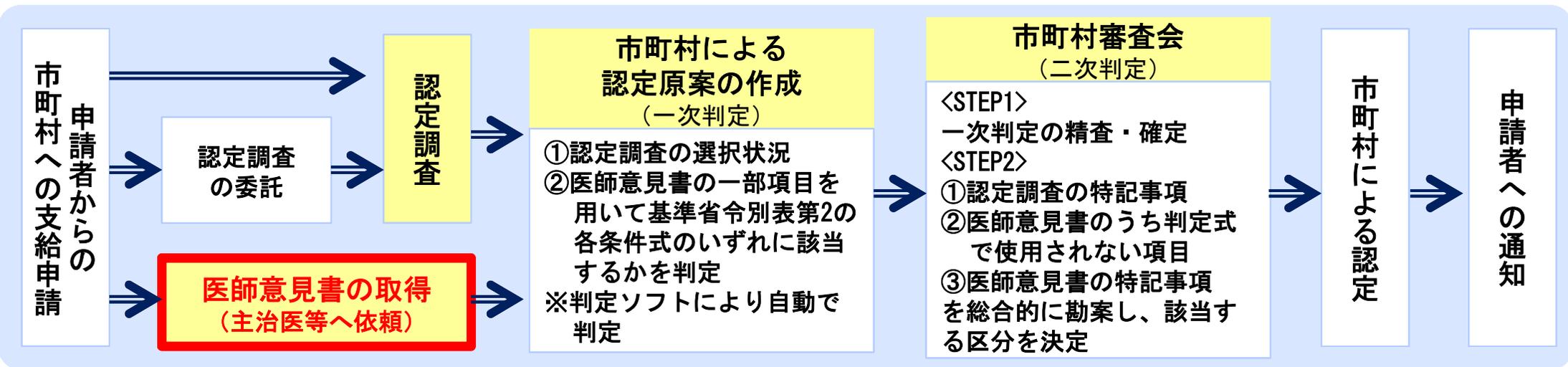
## I 医師意見書の概要

II 医師意見書の利用方法

III 医師意見書の記載方法

IV 記載のポイント

# 医師意見書の取得



## ○ 医師意見書の取得

市町村は、市町村審査会に障害支援区分に関する審査及び判定を依頼するに際し、申請に係る障害者の主治医等に対し、当該障害者の疾病、身体の障害内容、精神の状況など、医学的知見から意見（医師意見書）を求める。

## ○ 医師意見書の項目概要

0. 基本情報
1. 傷病に関する意見
2. 身体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
4. 特別な医療
5. サービス利用に関する意見
6. その他特記すべき事項

# 医師意見書（様式）

## 医師意見書

記入日 令和 年 月 日

申請者	(ふりがな)	男・女	〒	-
	明・大・昭・平・令 年 月 日生( 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		電話 ( )		
医療機関名		FAX ( )		
医療機関所在地				
(1) 最終診察日	平成・令和 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・令和 年 月 日頃)

2. \_\_\_\_\_ 発症年月日(昭和・平成・令和 年 月 日頃)

3. \_\_\_\_\_ 発症年月日(昭和・平成・令和 年 月 日頃)

入院歴（直近の入院歴を記入）

1. 昭和・平成・令和 年 月～ 年 月(傷病名: \_\_\_\_\_)

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。〕

(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(  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)

(2) 四肢欠損 (部位: \_\_\_\_\_)

(3) 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)

(4) 筋力の低下 (部位: \_\_\_\_\_ 程度:  軽  中  重)  
 (過去6ヶ月の症状の変動  改善  維持  増悪)

(5) 関節の拘縮  
 肩関節 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)  
 股関節 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: \_\_\_\_\_ 程度:  軽  中  重)

(6) 関節の痛み (部位: \_\_\_\_\_ 程度:  軽  中  重)  
 (過去6ヶ月の症状の変動  改善  維持  増悪)

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

(8) 褥瘡 (部位: \_\_\_\_\_ 程度:  軽  中  重)

(9) その他の皮膚疾患 (部位: \_\_\_\_\_ 程度:  軽  中  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 令和 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 令和 年 月)

(4) 精神・神経症状  
 意識障害  記憶障害  注意障害  逆行機能障害  
 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  点滴の管理  中心静脈栄養  透析  ストーマの処置  
 酸素療法  レスビレーター  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 回/日)  間歇的導尿

特別な対応  モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等)  褥瘡の処置

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)

### 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。)

I 医師意見書の概要

**II 医師意見書の利用方法**

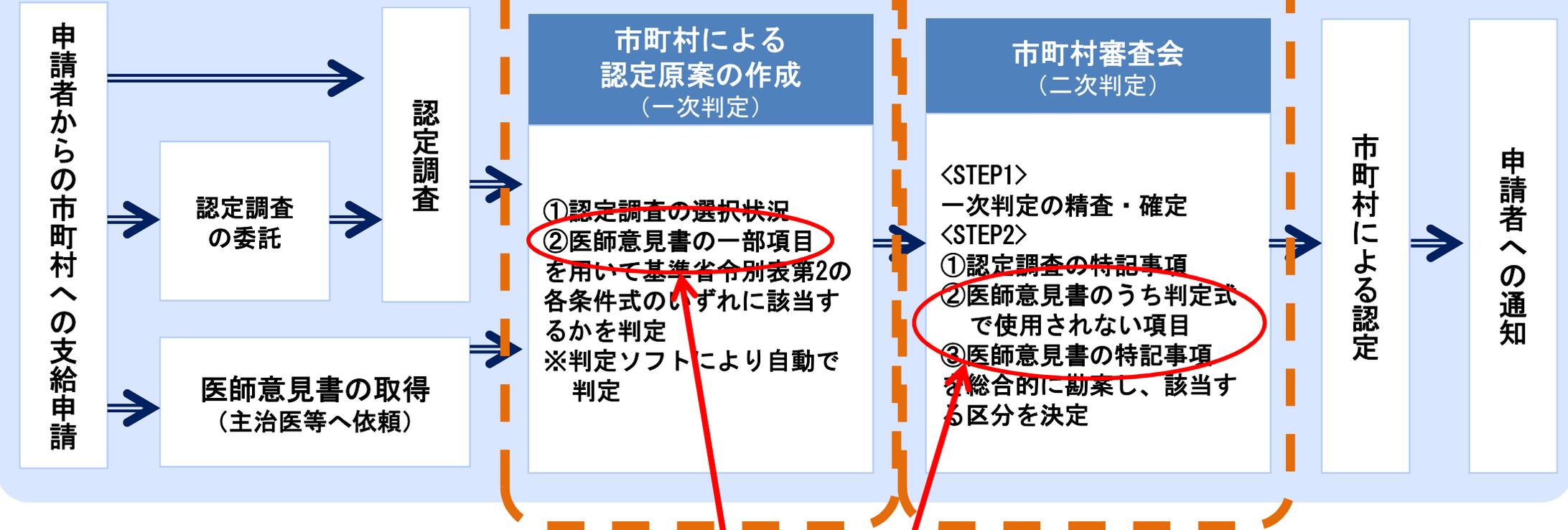
III 医師意見書の記載方法

IV 記載のポイント

# 医師意見書の利用方法

医師意見書  
記載の手引き  
p.2~3

## 認定手続きの流れ



医師意見書はこの2箇所を活用。

## 医師意見書は、審査判定の根拠となる重要な情報

- 必須項目
  - ・記載漏れがある場合は一次判定結果を出すことができません、
  - ・評価に誤りがあると、正しい一次判定結果は出ない。
  
- 必須項目以外
  - ・記載がない、評価に誤りがあると正しい二次判定につながらない。
  
- 医師意見書の特記事項等において、十分な情報の記載がない場合等においては、市町村審査会での二次判定において十分な審査を行うことができない。

## (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**が行われる。
- 一次判定で活用される「医師意見書の一部項目」
  - 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う。**  
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る。
- 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する。**

## (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人につき原則として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ある。
- 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る。**

## (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る。
- ※ 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。

## (4) サービス等利用計画作成時の利用

- サービス等利用計画作成に際し、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る。**
- 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る。  
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する。

I 医師意見書の概要

II 医師意見書の利用方法

**III 医師意見書の記載方法**

IV 記載のポイント

# 医師意見書の記載方法

## 0. 基本情報

### 該当する医師意見書の様式部分

記入日 令和 年 月 日

申請者	(ふりがな)	男・女	〒	—
			連絡先	( )
	明・大・昭・平・令 年 月 日生( 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・令和 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 ( )			

## 0. 基本情報

### (0) 記載の際の留意点等

---

#### ① 記載者及び記載方法

- 記載者：申請者の障害の状況を把握している主治医
- 記載方法：
  - インク、またはボールペンを使用。
  - PC等の使用は差し支えない。
  - 記載欄に必要な文字または数値を記載。
  - □には該当するものにレ印を記載。

## 0. 基本情報

### (0) 記載の際の留意点等 (続き)

#### ② 申請者の氏名等

- 申請者の氏名を記載し、ふりがなを併記する。
- 性別については、該当する性別に○印をつける。
- 生年月日及び年齢(満年齢)については、該当するものに○印をつけ、必要事項を記載する。
- 住所及び連絡先については、居住地(自宅)の住所及び電話番号も記載する。施設・病院等に入院・入所している場合は、当該施設の施設名、住所及び電話番号を記載する。

## 0. 基本情報

### (0) 記載の際の留意点等 (続き)

- 「主治医として意見書がサービス等利用計画作成の際に利用されることについて同意するかどうか」

➡ 該当する口にレ印をつける。

同意する場合： サービス等利用計画作成する指定特定相談支援事業者に提示される。

※ 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に示す取扱いとなっていることから、主治医に「守秘義務」に関する問題が生じることはないことを申し添える。

## 0. 基本情報

### (0) 記載の際の留意点等 (続き)

#### ③ 医師氏名等

- 医師意見書を記載する主治医の所属する医療機関の所在地及び名称、電話番号、主治医の氏名を記載する。
- 医師氏名欄への、**押印は不要**。(※)
- 医療機関の所在地及び名称等について、ゴム印等の使用は可能。
- (※) **ただし、医師本人の記載であることを確認する必要があるため、医師氏名のみは原則、医師本人による自署。氏名にもゴム印等を用いる場合は、押印が必要となる。**

## 0. 基本情報

### (1) 最終診察日

---

- 申請者を最後に診察した日を記載。

### (2) 意見書作成回数

---

- 申請者について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レ印をつける。

## 0. 基本情報

### (3) 他科受診

- 申請者が他診療科を受診している場合に記載する。
- わかる範囲で該当する口にレ印。
- 診療科名が選択肢にない場合には、その他の口にレ印をつけ、( )内に診療科名を記載する。

**Q** 医師意見書は主治医の所見の範囲内での記載で差し支えないか。

**&**

**A** (答) 所見の範囲内での記載で差し支えない。

## 1. 傷病に関する意見

### 該当する医師意見書の様式部分

(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・令和 | 年 | 月 | 日頃） |
| 2. _____ | 発症年月日（昭和・平成・令和 | 年 | 月 | 日頃） |
| 3. _____ | 発症年月日（昭和・平成・令和 | 年 | 月 | 日頃） |

入院歴（直近の入院歴を記入）

- |             |   |    |   |               |
|-------------|---|----|---|---------------|
| 1. 昭和・平成・令和 | 年 | 月～ | 年 | 月（傷病名： _____） |
| 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。 }

(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

## 1. 傷病に関する意見

### (1) 診断名及び発症年月日

- 現在、罹患している傷病の診断名と、その発症年月日。
- 発症年月日があはつきりわからない場合は  
おおよその発症年月を記入する。  
(例えば、脳血管障害の再発や併発の場合には  
直近の発作(発症)が起きた年月日を記載する。)
- 生活機能(※次頁参照)低下を引き起こしている傷病が  
複数ある場合もまれではないが、より主体であると考えら  
れる傷病を優先して記載する。

## 1. 傷病に関する意見

### (1) 診断名及び発症年月日 (続き)

※ 生活機能とは、心身機能に加え

- ① ADL(日常生活行為)・外出・家事・職業に関する生活行為全般である「活動」。
- ② 家庭や社会での役割を果たすことである「参加」のすべてを含む包括概念。

生活機能には健康状態(病気・怪我・ストレスなど)、環境因子(物的環境・人的環境・制度的環境)、個人因子(年齢・性別など)などが様々に影響する。

## 1. 傷病に関する意見

### (1) 診断名及び発症年月日 (続き)

- 4種類以上の傷病に罹患している場合
  - 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」の欄に記載する。

Q  
&  
A

「(1)入院歴」には、同欄の「診断名」に記載した傷病による入院歴のみを記載するのか。

(答)「診断名」に記載した傷病による入院歴に限らず、直近の入院歴を記載する。

## 1. 傷病に関する意見

### (2) 症状としての安定性

- (1)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する。
- **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**
  - ➡ **具体的な内容を自由記載欄に記載する。**
- 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する。必要に応じて支援者からの情報にも留意する。

## 1. 傷病に関する意見

### (2) 症状としての安定性 (続き)

- 現在の全身状態から急激な変化が見込まれない場合  
安定している旨がわかるように記載する。
- 記載欄が不足する場合  
「(3)障害の直接の原因となっている傷病及び投薬内容を含む治療内容」にも記載する。

## 1. 傷病に関する意見

### (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

- 「(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する。
- 障害者においては、居宅内での生活機能の低下に加え、身体障害、知的障害、精神障害、難病に関連した外出の機会の減少、社会参加の機会の減少等さまざまな要因が加わることによる生活機能の低下が考えられる。これら**更なる生活機能低下を引き起こしている要因があれば、具体的に記載する。**

## 1. 傷病に関する意見

### (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（続き）

#### ○ 投薬内容について:

生活機能低下の直接の原因となっている傷病以外についても、支援上特に留意すべき薬剤や相互作用の可能性のある薬剤の投薬治療を受けている場合は、この欄に記載する。

(ただ単に投薬内容を羅列するのではなく、必ず服用しなければならない薬剤、頓服の必要な薬剤等を整理して記載する。)

## 1. 傷病に関する意見

### (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（続き）

- 意識障害がある場合、その状況についても具体的に記載する。
- てんかんを認める場合、発作の種類（部分発作や全般発作）についても記載する。
- 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、これに関連する情報も記載する。

## 2. 身体の状態に関する意見

### 該当する医師意見書の様式部分

- (1) 身体情報 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)
- (2) 四肢欠損 (部位: \_\_\_\_\_)
- (3) 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)
- (4) 筋力の低下 (部位: \_\_\_\_\_ 程度: 軽 中 重)  
 (過去6ヶ月の症状の変動 改善 維持 増悪)
- (5) 関節の拘縮 肩関節 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)  
 股関節 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: \_\_\_\_\_ 程度: 軽 中 重)
- (6) 関節の痛み (部位: \_\_\_\_\_ 程度: 軽 中 重)  
 (過去6ヶ月の症状の変動 改善 維持 増悪)
- (7) 失調・不随意運動 上肢 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)  
 体幹 (程度: 軽 中 重)  
 下肢 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)
- (8) 褥瘡 (部位: \_\_\_\_\_ 程度: 軽 中 重)
- (9) その他の皮膚疾患 (部位: \_\_\_\_\_ 程度: 軽 中 重)

## 2. 身体の状態に関する意見

### (1) 身体情報

#### ① 利き腕

利き腕について、該当する□にレ印をつける。

#### ② 身長・体重

○身長及び体重について、**おおよその数値**を記載する。

○ 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□にレ印をつける。

## 2. 身体の状態に関する意見

### (2) 四肢欠損等

- 申請者に認められる麻痺・褥瘡等の状態について：  
該当する口にレ印をつける。
- 支援の手間や生活機能を評価する観点から**部位の記載が必要なもの**については、**( )内に具体的に記載する**。
- 程度について：  
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、該当する口にレ印をつける。
- 筋力の低下や関節の痛みについて：  
過去6ヶ月程度で症状がどのように変化したか、改善、維持、増悪のうち該当する口にレ印。

## 2. 身体の状態に関する意見

四肢欠損	腕、肢、指等について、欠損が生じている状態。
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。
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。
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。
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。

## 2. 身体の状態に関する意見

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。
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。
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。
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。

# 医師意見書の記載方法

## 3. 行動及び精神等の状態に関する意見

### 該当する医師意見書の様式部分

#### (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 令和 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 令和 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

## 3. 行動及び精神等の状態に関する意見

### (1) 行動上の障害

- 申請者に認められる行動上の障害について、次頁に示す定義を参考にし、該当する□にレ印をつける。
  - 複数の状態が認められる場合  
→ 該当する□のすべてにレ印をつける。
  - その他に該当する場合  
→ 認められる具体的な状態について( )内に記載する。

## 3. 行動及び精神等の状態に関する意見

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。

## 3. 行動及び精神等の状態に関する意見

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。

## 3. 行動及び精神等の状態に関する意見

### (2) 精神症状・能力障害二軸評価

---

- 後に掲載する「精神症状・能力障害二軸評価」の評価基準を参照の上、判定する。

### (3) 生活障害評価

---

- 後に掲載する「生活障害評価」の評価基準を参照の上、判定する。

## 3. 行動及び精神等の状態に関する意見

### (4) 精神・神経症状

- 申請者に認められる行動上の障害以外の精神・神経症状について、次頁に示す定義を参考に、該当する口にレ印をつける。
  - 複数の状態が認められる場合  
→ 該当する口のすべてにレ印をつける。
  - その他に該当する場合  
→ 認められる具体的な状態について( )内に記載する。
- 専門科の受診について
  - 該当する口にレ印をつける。
  - 有に該当する場合：  
受診している診療科名について( )内に記載する。

## 3. 行動及び精神等の状態に関する意見

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	前向性および逆向性の健忘を示す障害。 前向性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	全般的注意障害と方向性注意障害に分類される。 <ul style="list-style-type: none"><li>● 全般的注意障害： 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： 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>

## 3. 行動及び精神等の状態に関する意見

遂行機能 障害	目的に適った行動の計画と実行の障害。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。

## 3. 行動及び精神等の状態に関する意見

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。
幻覚	幻覚とは、幻視、幻聴、幻臭、幻味、幻触、体感幻覚のことである。 <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> </ul>

## 3. 行動及び精神等の状態に関する意見

幻覚	<ul style="list-style-type: none"><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、触覚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>
妄想	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。

## 3. 行動及び精神等の状態に関する意見

### (5) てんかん

てんかん発作がある場合、その発作頻度について該当する□にレ印をつける。

「(5)てんかん」とは、ICD(国際疾病分類第10版)の診断基準により診断された全ての「てんかん」が該当するという理解でよいか。

(答)お見込みのとおり。

Q & A 医師意見書記載の手引きには、「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□にレ印をつけてください。」とあるが、投薬によっててんかん発作が生じていない場合には、どのように記載すべきか。

「5. サービス利用に関する意見」における「(1)現在、発生の可能性が高い病態とその対処方針」の「けいれん発作」にチェックを入れるとともに、「対処方針」に『現在は投薬によって「てんかんによるけいれん発作」が抑えられているが、今後も継続した投薬が必要』等の内容を記載する。

## 4. 特別な医療

### 該当する医師意見書の様式部分

<u>処置内容</u>	<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
<u>特別な対応</u>	<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	
<u>失禁への対応</u>	<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）			

## 4. 特別な医療

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、該当する口にレ印をつける。

- 複数の診療補助行為を受けていた場合：  
→ 該当する口のすべてにレ印をつける。

（注）「医師でなければ行えない行為」、「家族／本人が行える類似の行為」は含まれない。

Q  
&  
A

「処置内容」に「経管栄養（胃ろう）」とあるが、腸ろうを行っている場合も該当するという理解でよいか。

（答）お見込みのとおり。

## 5. サービス利用に関する意見

### 該当する医師意見書の様式部分

(1) 現在、発生の可能性が高い病態とその対処方針

- |                                 |                                  |                             |                             |                                |                                  |
|---------------------------------|----------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 尿失禁    | <input type="checkbox"/> 転倒・骨折   | <input type="checkbox"/> 徘徊 | <input type="checkbox"/> 褥瘡 | <input type="checkbox"/> 嚥下性肺炎 | <input type="checkbox"/> 腸閉塞     |
| <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"/> 行動障害  | <input type="checkbox"/> 精神症状の増悪 |
| <input type="checkbox"/> けいれん発作 | <input type="checkbox"/> 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

## 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

日常の申請者の状態を勘案し、現在あるかまたは今後概ね6ヶ月以内に発生する可能性が高い状態があれば、該当する口にし印をつけ、その際の対処方針（緊急時の対応を含む）について要点を記載する。

- **複数の診療補助行為**を受けていた場合：  
→ 該当する口のすべてにし印をつける。
- **その他に該当する場合**：  
→ 認められる具体的な状態について（ ）内に記載する。

## 5. サービス利用に関する意見

### (2) 障害福祉サービス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、サービスを提供する上で不安感を助長させないよう、( )内に**具体的な留意事項**を記載してください。
- 血圧・嚥下等以外に医学的観点からの留意事項があれば、「その他」の( )内に具体的な留意事項を記載してください。

## 5. サービス利用に関する意見

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入してください。
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。

## 5. サービス利用に関する意見

行動障害	「5.(1)」に記載していただい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)」に記載していただい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。

## 5. サービス利用に関する意見

### (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□にレ印をつけてください。

- 有の場合  
→具体的な症病名・症状等を( )内に記載する。

## 6. その他特記すべき事項

### 該当する医師意見書の様式部分

#### 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。）

## 6. その他特記すべき事項

- 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する。

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】を簡潔に記載する。

- 専門科に意見を求めた場合  
→その結果、内容を簡潔に記載する。

情報提供書や身体障害者申請診断書等の写しの添付可。  
その場合は情報提供者の了解をとるようによること。

## (1) 精神症状評価

精神症状の評価は、知的障害による精神症状の評価を含み、**知的障害そのものによる日常生活等の障害は、「(2)能力障害評価」で判定するものとする。**

1	症状がまったくないか、あるいはいくつかの軽い症状が認められるが日常生活の中ではほとんど目立たない程度である。
2	精神症状は認められるが、安定化している。意思の伝達や現実検討も可能であり、院内や施設等の保護的環境ではリハビリ活動等に参加し、身辺も自立している。通常の人関係は保っている。
3	精神症状、人格水準の低下、認知症などにより意思の伝達や現実検討にいくらかの欠陥がみられるが、概ね安定しつつあるか、または固定化されている。逸脱行動は認められない。または軽度から中等度の残遺症状がある。人関係で困難を感じることもある。

4	<p>精神症状、人格水準の低下、認知症などにより意思の伝達か判断に欠陥がある。行動は幻覚や妄想に相当影響されているが逸脱行動は認められない。あるいは中等度から重度の残遺症状(欠陥状態、無関心、無為、自閉など)、慢性の幻覚妄想などの精神症状が遷延している。または中等度のうつ状態、そう状態を含む。</p>
5	<p>精神症状、人格水準の低下、認知症などにより意思の伝達に粗大な欠陥(ひどい滅裂や無言症)がある。時に逸脱行動が見られることがある。または最低限の身の清潔維持が時に不可能であり、常に注意や見守りを必要とする。または重度のうつ状態、そう状態を含む。</p>
6	<p>活発な精神症状、人格水準の著しい低下、重度の認知症などにより著しい逸脱行動(自殺企図、暴力行為など)が認められ、または最低限の身の清潔維持が持続的に不可能であり、常時嚴重な注意や見守りを要する。または重大な自傷他害行為が予測され、嚴重かつ持続的な注意を要する。しばしば隔離なども必要となる。</p>

## （2）能力障害評価

判定に当たっては以下のことを考慮する。

- ① 日常生活あるいは社会生活において  
必要な「支援」とは助言、指導、介助などをいう。
- ② 保護的な環境（例えば入院・施設入所しているような状態）でなく、例えばアパート等で**单身生活を行った場合を想定して、その場合の生活能力の障害の状態を判定する。**

精神障害や知的障害を認めないか、または、精神障害、知的障害を認めるが、日常生活および社会生活は普通に出来る。

1 ○適切な食事摂取、身辺の清潔保持、金銭管理や買い物、通院や服薬、適切な対人交流、身辺の安全保持や危機対応、社会的手続きや公共施設の利用、趣味や娯楽あるいは文化的社会的活動への参加などが自発的に出来るあるいは適切に出来る。

○精神障害を持たない人と同じように日常生活及び社会生活を送ることが出来る。

精神障害、知的障害を認め、日常生活または社会生活に一定の制限を受ける。

- 「1」に記載のことが自発的あるいは概ね出来るが、一部支援を必要とする場合がある。
- 例えば、一人で外出できるが、過大なストレスがかかる状況が生じた場合に対処が困難である。
- デイケアや就労継続支援事業などに参加するもの、あるいは保護的配慮のある事業所で、雇用契約による一般就労をしている者も含まれる。日常的な家事をこなすことは出来るが、状況や手順が変化したりすると困難が生じることがある。清潔保持は困難が少ない。対人交流は乏しくない。引きこもりがちではない。自発的な行動や、社会生活の中で発言が適切に出来ないことがある。行動のテンポはほぼ他の人に合わせる事ができる。普通のストレスでは症状の再燃や悪化が起きにくい。金銭管理は概ね出来る。社会生活の中で不適切な行動をとってしまうことは少ない。

**精神障害、知的障害を認め、日常生活または社会生活に著しい制限を受けており、時に応じて支援を必要とする。**

○「1」に記載のことが概ね出来るが、支援を必要とする場合が多い。

○例えば、付き添われなくても自ら外出できるものの、ストレスがかかる状況が生じた場合に対処することが困難である。医療機関等に行くなどの習慣化された外出はできる。また、デイケアや就労継続支援事業などに参加することができる。食事をバランスよく用意するなどの家事をこなすために、助言などの支援を必要とする。清潔保持が自発的かつ適切にはできない。社会的な対人交流は乏しいが引きこもりは顕著ではない。自発的な行動に困難がある。日常生活の中での発言が適切にできないことがある。行動のテンポが他の人と隔たってしまうことがある。ストレスが大きいと症状の再燃や悪化を来たしやすい。金銭管理ができない場合がある。社会生活の中でその場に適さない行動をとってしまうことがある。

3

4

精神障害、知的障害を認め、日常生活または社会生活に著しい制限を受けており、常時支援を要する。

○「1」に記載のことは常時支援がなければ出来ない。

○例えば、親しい人との交流も乏しく引きこもりがちである、自発性が著しく乏しい。自発的な発言が少なく発言内容が不適切であったり不明瞭であったりする。日常生活において行動のテンポが他の人のペースと大きく隔たってしまう。些細な出来事で、病状の再燃や悪化を来たしやすい。金銭管理は困難である。日常生活の中でその場に適さない行動をとってしまいがちである。

5

精神障害、知的障害を認め、身の回りのことはほとんど出来ない。

○「1」に記載のことは支援があってもほとんど出来ない。

○入院・入所施設等患者においては、院内・施設内等の生活に常時支援を必要とする。在宅患者においては、医療機関等への外出も自発的にできず、付き添いが必要である。家庭生活においても、適切な食事を用意したり、後片付けなどの家事や身の清潔保持も自発的には行えず、常時支援を必要とする。

## (1) 食事

1	適当量の食事を適時にとることができる。(外食、自炊、家族・施設からの提供を問わない。)
2	時に支援や施設等からの提供を必要とする場合があるが、「1」がだいたい自主的にできる。
3	時に支援がなければ、偏食したり、過食になったり、不規則になったりする。
4	いつも同じものばかりを食べたり、食事内容が極端に貧しかったり、いつも過食になったり、不規則になったりする。常時支援を必要とする。
5	常に食事へ目を配っておかないと不食に陥ったり、偏食、過食など問題の食行動があり、健康を害す。

## (2) 生活リズム

1	一定の時刻に自分で起きることができ、自分で時間の過ごし方を考えて行動できる。 (※一般的には午前9時には起きていることが望まれる。)
2	時に寝過ごすことがあるが、だいたい自分なりの生活リズムが確立している。夜間の睡眠も1時間以内のばらつき程度である。生活リズムが週1度以内の崩れがあってもすぐに元に戻る。
3	時に助言がなければ、夜更かししたり、朝寝過ごす、週に1度を越えて生活リズムを乱すことがあっても元に戻る。夜間の睡眠は1～2時間程度のばらつきがある。
4	就寝や起床が遅く、生活のリズムが週1回を越えて不規則に傾きがちですぐには元に戻らないため、常時支援を必要とする。
5	臥床がちで、昼夜逆転したりする。

## (3) 保清

1	洗面、整髪、ひげ剃り、入浴、着替え等を自主的に問題なく行っている。必要に応じて(週に1回くらいは)、自主的に掃除やかたづけができる。TPO に合った服装ができる。
2	洗面、整髪、ひげ剃り、入浴、着替え等がある程度自主的に行っている。回数は少ないが、自室の清掃やかたづけをだいたい自主的にこなえる。
3	個人衛生を保つためには、週1回程度の支援が必要である。自室の清掃やかたづけについて、週1回程度助言がなければ、ごみがたまり、部屋が乱雑になる。
4	個人衛生を保つために、常時支援とする。自室の清掃やかたづけを自主的にはせず、いつもごみがたまり、部屋が乱雑になる。
5	常時支援をしても、個人衛生を保つことができず、自室の清掃やかたづけをしないか、できない。

## (4) 金銭管理

1	1ヵ月程度のやりくりが自分で出来る。また、大切な物を管理できる。
2	時に月の収入を超える出費をしてしまい、必要な出費(食事等)を控えたりする。時折大切な物を失くしてしまう。
3	1週間程度のやりくりはだいたいできるが、時に助言を必要とする。また大切な物をなくしたりする為に時として助言が必要になる。
4	3~4日に一度手渡して相談する必要がある。大切な物の管理が一人では難しく、常時支援を必要とする。
5	持っているお金をすぐに使ってしまう。大切な物の管理が自分では出来ない。

## (5) 服薬管理

1	薬の必要性を理解しており、適切に自分で管理している。
2	薬の必要性は理解しているいないにかかわらず、時に飲み忘れることもあるが、助言が必要なほどではない。(週に1回以下)
3	薬の必要性は理解しておらず、時に飲み忘れるので助言を必要とする。(週に2回以上)
4	飲み忘れや、飲み方を間違えたり、拒薬、大量服薬をすることがしばしばある。常時支援(場合によりデポ剤使用)、さらに、薬物血中濃度モニター管理を必要とする。
5	常時支援をしても服薬しないか、できないため、ケア態勢の中で与薬を行ったり、デポ剤が中心となる。さらに、薬物血中濃度モニターは不可欠である。

## (6) 対人関係

1	挨拶や当番などの最低限の近所づきあいが自主的に問題なくできる。近所、仕事場、社会復帰施設、病棟等で、他者と大きなトラブルをおこさずに行動をすることができる。必要に応じて、誰に対しても自分から話せる。同世代の友人を自分からつくり、継続してつきあうことができる。
2	「1」が、だいたい自主的にできる。
3	だいたいできるが、時に助言がなければ孤立的になりがちで、他人の行動に合わせられなかったり、挨拶や事務的なことでも、自分から話せない。また助言がなければ、同世代の友人を自分からつくり、継続してつきあうことができず、周囲への配慮を欠いた行動をとることがある。
4	「1」で述べたことがほとんどできず、近所や集団から孤立しがちとなる。「3」がたびたびあり、強い助言や介入などの支援を必要とする。
5	助言・介入などの支援してもできないか、あるいはしようとして、隣近所・集団とのつきあい・他者との協調性・自発性・友人等とのつきあいが全くなく孤立している。

## (7) 社会的適応を妨げる行動

1	周囲に恐怖や強い不安を与えたり、小さくても犯罪行為を行ったり、どこへ行くかわからないなどの行動が見られない。
2	この1カ月に、「1」のような行動は見られなかったが、それ以前にはあった。
3	この1カ月に、そのような行動が何回かあった。
4	この1週間に、そのような行動が数回あった。
5	そのような行動が毎日のように頻回にある。

I 医師意見書の概要

II 医師意見書の利用方法

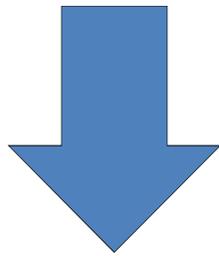
III 医師意見書の記載方法

**IV 記載のポイント**

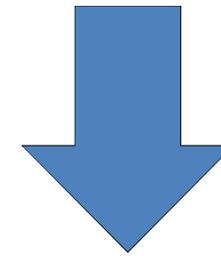
## 障害支援区分が示すもの、目的

(障害支援区分の定義)

障害者等の障害の多様な特性その他の心身の状態に応じて必要とされる標準的な支援の度合



どんな支援が必要になるのか？



どんな支援が行われているか？

# 「支援の量」を意識した記載

- (例)
- ・「精神・神経症状」の選択肢で「睡眠障害」にチェック
  - ・「傷病に関する意見」に「睡眠導入剤を処方」と記載
  - ・「生活障害評価」で「服薬の管理」を3にチェック

市町村審査会で審査

飲み忘れはあるけどだいたい眠れている？

処方していてもなお不眠？

服薬しないため眠れていない？



「服薬の必要性は理解し状態は安定」  
「病識が薄く、服薬管理必要」等、  
支援の必要性、内容について  
わかりやすく具体的な記載が必要。

# 医師意見書の記載例

## 医師意見書（記載例）

記入日 平成 27年 〇月 〇日

申請者	(ふりがな) 明・大・昭・平	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		電話 ( )	
医療機関名		FAX ( )	
医療機関所在地		FAX ( )	
(1) 最終診察日	平成 27年 〇月 〇日		
(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	<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. 〇〇〇症 (□□□病) 発症年月日 (昭和・平成 21年 4月 7日頃)

2. △△△病 発症年月日 (昭和・平成 25年 4月 7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 25年 4月～25年 6月 (傷病名：△△△病)

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。]

〇〇炎は、半年～1年で再燃を繰り返している  
関節痛、易疲労感は、体調、季節によって変動

(3) 障害の直接の原因となっている傷病の経過及び治療内容を含む治療内容

平成 20年に受診。検査の結果、〇〇〇症と診断。平成 23年 10月から自宅療養。  
平成 24年 4月に△△△病を合併。〇〇炎は、ステロイド治療により軽快。再燃の可能性あり。  
(現在□□□□を1日〇mg投与中、副作用による▽▽▽症状を認める) 関節痛、易疲労感は持続。

### 2. 身体の状態に関する意見

(1) 身体情報 利き腕 (□右 □左) 身長=160 cm 体重=60 kg (過去6ヶ月の体重の変化 □増加 □維持 □減少)

(程度：□軽 □中 □重) 左上肢 (程度：□軽 □中 □重)

(程度：□軽 □中 □重) 左下肢 (程度：□軽 □中 □重)

部位： \_\_\_\_\_ 程度：□軽 □中 □重

**四肢** 程度：□軽 □中 □重

ヶ月の症状の変動 □改善 □維持 □増悪

右 (程度：□軽 □中 □重) 左 (程度：□軽 □中 □重)

(部位： \_\_\_\_\_ 程度：□軽 □中 □重)

**全身** 程度：□軽 □中 □重

ヶ月の症状の変動 □改善 □維持 □増悪

右 (程度：□軽 □中 □重) 左 (程度：□軽 □中 □重)

(程度：□軽 □中 □重)

右 (程度：□軽 □中 □重) 左 (程度：□軽 □中 □重)

程度：□軽 □中 □重

障害の原因  
となっている  
疾病が適切  
に記載されて  
いるか

チェック漏れはないか

### 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 (判断時期 平成 27年 〇月)

精神症状評価 □1 □2 □3 □4 □5 □6

能力障害評価 □1 □2 □3 □4 □5

(3) 生活障害評価 (判断時期 平成 27年 〇月)

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

(4) 精神・神経症状

意識障害 記憶障害 注意障害 逆行機能障害

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 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 回/日) 開飲的導尿

特別な対応 モニター測定 (血圧、心拍、酸素飽和度等) 褥瘡の処置

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)

### 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

易感染性 心肺機能の低下 疼痛 脱水 行動障

けいれん発作 その他 ( )

(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 ( 転倒に注意、長距離の移動不可 )

行動障害について ( )

精神症状について ( )

その他 ( 重い物の持ち運びは介助が必要 )

(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。)

関節痛、易疲労感、体調、季節によって変動。悪化の時はADL低下。  
一人暮らしのため、家事の援助が必要。QOLの改善が期待できる。

傷病の経過、  
特記事項は  
書かれているか

- 実際の医師意見書において、以下のような記載例がみられるので、記載にあたってはご注意ください。
  - 障害の直接の原因となった疾病欄に、**障害の直接の原因となった疾病の記載がない**例がある。
    - 例) 知的障害の申請者であるにもかかわらず糖尿病と記載。
    - 例) 精神障害の申請者であるにもかかわらず身体に関する疾病しか記載がない。
  - 精神症状・能力障害二軸評価にチェックがない等、**記入漏れ**がある。
  - 過去の最も状態の悪い時点についての記載のみがされ、**診察時点の記載がない**例がある。
  - **判読しづらい**記載がある。

- 医師意見書記載の際には、「**医師意見書記載の手引き**」を**熟読の上**記載いただきたい。
- 時間の制約上、手引きの熟読が難しい場合は、別紙「**医師意見書記載におけるポイント**」をご**参照の上**記載いただきたい。
- 医師意見書における記入漏れ防止のために、自治体によっては医師意見書様式を工夫している場合がある。別紙「**医師意見書様式における工夫例**」を参考として付しているため、参照の上、記入漏れ防止に努めていただきたい。

- 他の診療科の診断も必要かもしれない。
  - 患者は他の診療科も受診しているようだ。
  - 所見が困難な部分がある。
- **市町村事務局へ伝達、相談を。**  
他の診療科へも情報提供を依頼する、審査会に判断を仰ぐ等、事務局での対応も必要になる部分。  
**抱え込まず、連携して対応をお願いしたい。**