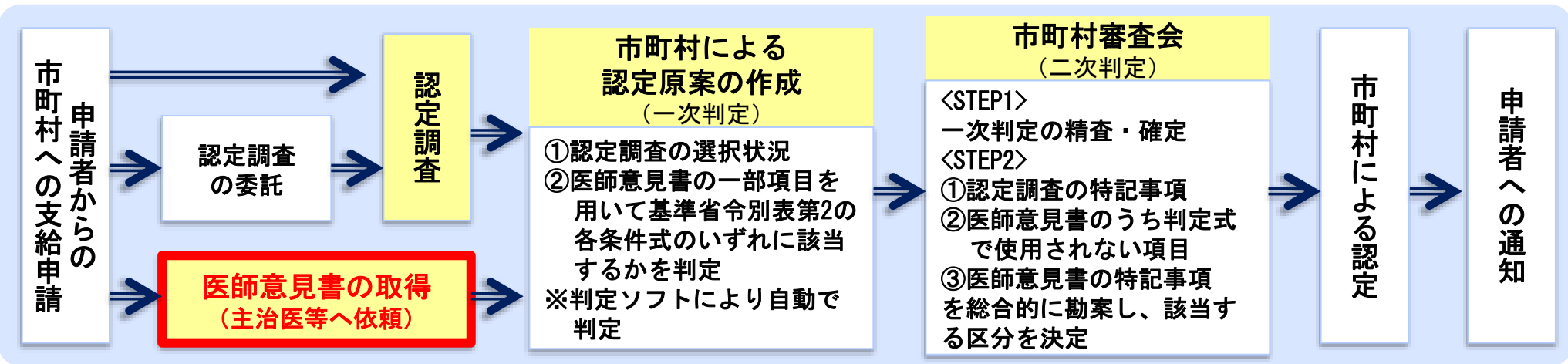


医師意見書について

和歌山県福祉保健部福祉保健政策局障害福祉課

医師意見書の取得



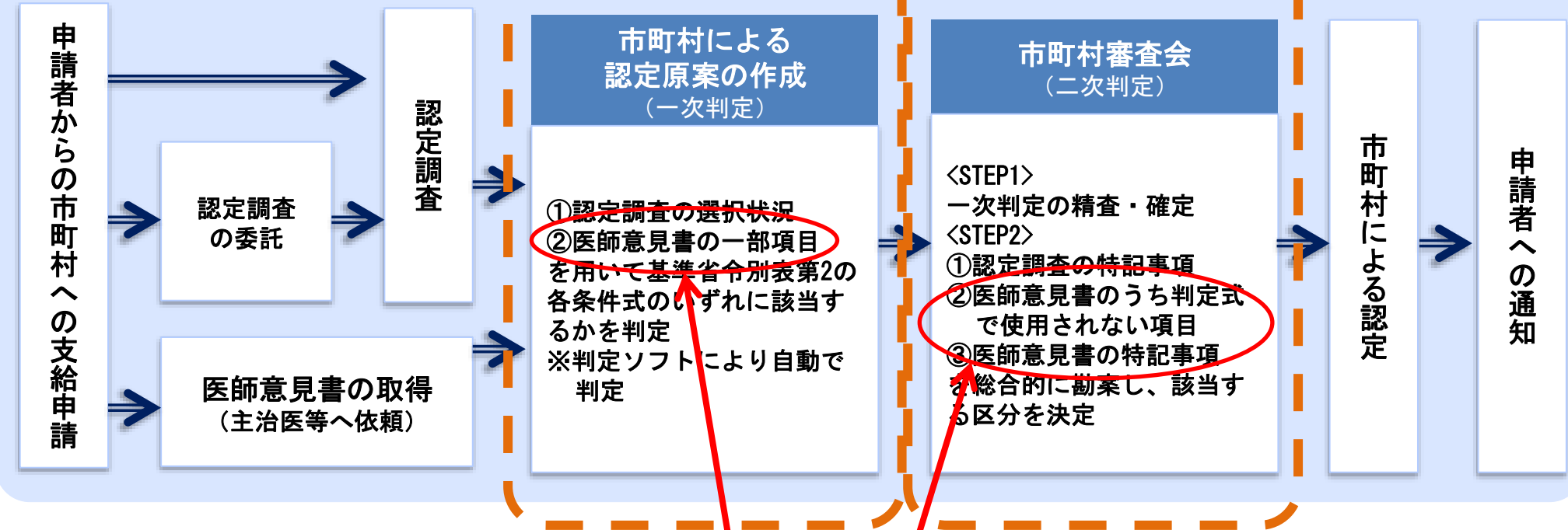
○ 医師意見書の取得

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。

○ 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。



医師意見書は、審査判定の根拠となる重要な情報

(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。

○ 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) 明・大・昭・平・令 年 月 日生(歳) | 男・女 | 〒 |
| 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。 | | 連絡先 () | |
| 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"/> シェアセッション科 <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 昼夜定転 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 (判定時期 令和 年 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 令和 年 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
社会適応行動 1 2 3 4 5

(4) 精神・神経症状 意識障害 記憶障害 注意障害 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 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) 咳痰吸引処置(回数 回/日) 閉尿の導尿

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。)

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

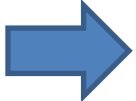
記入日 令和 年 月 日

| | | | | |
|---|--|-----|-----|-----|
| 申請者 | (ふりがな) | 男・女 | 〒 | — |
| | | | | |
| | 明・大・昭・平・令 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・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

- 「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。**

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。
- 発症年月日があきらかにわからない場合は
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)

- 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。）

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、該当する口にレ印をつける。

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、該当する口にレ印をつける。

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。

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

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。

(手引きP14, 15)

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。

(手引き16, 17)

(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の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。対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周り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周り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**単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。**

※評価基準については手引きP14、15

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□にレ印をつけ、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□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。

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・嚔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

(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。

医師意見書の記載例

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

医師意見書（記載例）

月 〇日

男 女 年 月 日 生（歳）

連絡先（ ）

電話（ ）

FAX（ ）

平成 27 年 〇 月 〇 日

初回 □ 2回目以上

□内科 □精神科 □外科 □整形外科 □脳神経外科 □皮膚科 □泌尿器科

□婦人科 □眼科 □耳鼻咽喉科 □リハビリテーション科 □歯科 □その他（ ）

- (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
- 〇〇〇症（〇〇〇病） 発症年月日（昭和・平成 21 年 4 月 7 日頃）
 - △△△病 発症年月日（昭和・平成 25 年 4 月 7 日頃）
 - △△△病（遠年の入院歴を記入）
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投薬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。
（現在〇〇〇〇を1日〇mg投与中、副作用による▽▽▽症状を認める）関節痛、易疲労感も持続。

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）

(2) 四肢大損 （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：四肢） 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：全身） 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： ）

(9) その他の皮膚疾患 （部位： ）

チェック漏れはないか
※点線は一次判定で使用

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 〇1 〇2 〇3 〇4 〇5 〇6

能力障害評価 〇1 〇2 〇3 〇4 〇5

(3) 生活障害評価

食事 〇1 〇2 〇3 〇4 〇5 生活リズム 〇1 〇2 〇3 〇4 〇5

保清 〇1 〇2 〇3 〇4 〇5 金銭管理 〇1 〇2 〇3 〇4 〇5

服薬管理 〇1 〇2 〇3 〇4 〇5 対人関係 〇1 〇2 〇3 〇4 〇5

社会的適応を妨げる行動 〇1 〇2 〇3 〇4 〇5

(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） □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

□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（ ）

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（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。）

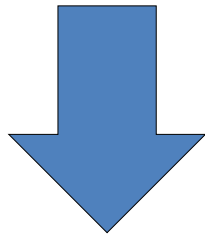
関節痛、易疲労感は、体調、季節によって変動。悪化の時はADL低下。
一人暮らしのため、家事の援助が必要。QOLの改善が期待できる。

傷病の経過、
特記事項は
書かれているか

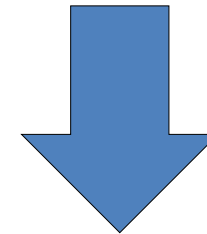
障害支援区分が示すもの、目的

(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？

- 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。