

障害者自立支援法に基づく障害程度区分認定のための医師意見書の記入方法

■ ■ ■ ご記入にあたって ■ ■ ■

- この医師意見書は、障害者（身体、知的、精神）が障害者自立支援法に基づく障害福祉サービス（介護給付）を希望されたとき、支給決定のプロセスで市町村審査会が、心身の状況を総合的にあらかず「障害程度区分」認定の二次判定を行う際の検討資料として活用されます。
- したがって、意見書の記入にあたっては、心身の状況や支援の必要性の程度等について具体的な状況をあげて記入をお願いします。
- なお、申請者の心身の状況に応じて、記載可能な情報について記入をお願いします（空欄があっても構いません）。
- 詳細は「医師意見書記載の手引き」をご参照ください。
- 医師意見書等は、厚生労働省ホームページで閲覧できます。
 - * 医師意見書 → <http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/jiritsushienhou08/dl/3-2-2.doc>
 - * 医師意見書記載の手引き → <http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/jiritsushienhou08/dl/3-2-1.doc>
 - * 二軸評価 → <http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/jiritsushienhou08/xls/3-2-3.xls>

【記入日】

○医師意見書を提出する前、内容を最終確認した日付を記入してください。

【住所・連絡先】

○申請者の居住地（自宅）の住所、電話番号を記入してください。
○施設・病院等に入所・入院している場合は、施設名と施設の住所、電話番号を記入してください。

【医師氏名】

○自署の場合は押印不要です。ゴム印等を用いる場合は押印してください。

【医療機関名および所在地】

○ゴム印等も使用可能です。

【診断名】

○傷病名が複数ある場合、障害や生活機能低下を引き起こした主な原因から順に記入してください。

○傷病名が4種類以上ある場合、必要に応じて裏面の「5.その他特記すべき事項」の欄に記入してください。

○知的障害者の場合、法律上の用語である「知的障害」ではなく、医学用語である「精神遅滞」あるいは個別の診断名で記入してください。

【症状としての安定性】

○「診断名」欄に記入した傷病について記入してください。

* 安定：傷病に、急激な変化が見込まれない場合をさす。

* 不安定：急性期や急性増悪期で積極的な医学的管理が必要であると予測される場合をさす。

* 不明：不明の場合をさす。

○精神疾患で、一定期間内に症状が変化する場合は、次の「(3) 傷病の経過及び治療内容」に詳しく記入してください。

【特別な医療】

○過去14日間に受けた13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行った場合を含む）についてレ印を付けてください。

○家族・本人が行える類似行為にはレ印を付けなくても構いません。

医師意見書

記入日 平成 年 月 日

申請者	(ふりがな) 明・大・昭・平 年 月 日生(歳)	男・女	〒 -
主治医として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。			
医師氏名	医療機関名	電話 ()	連絡先 ()
医療機関所在地	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) 他科受診の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合) → <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 安定 不安定 不明
(「不安定」とした場合、具体的な状況を記入)

(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
(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"/> レスビレーター <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) 行動上の障害の有無（該当する項目全てにチェック）
 有 無
(有の場合) → 昼夜逆転 暴言 暴行 介護への抵抗 徘徊 火の不始末 不潔行為 異食 性的行動障害 その他 ()

(2) 精神・神経症状の有無
 有 (症状名) 無
(有の場合) → せん妄 傾眠傾向 幻視・幻聴 妄想 失見当識 失認 失行 認知障害 記憶障害 (短期、長期) 注意障害 遂行機能障害 社会的行動障害 その他 ()

・ 専門医受診の有無 有 () 無

【計画作成への利用の同意】

○この意見書がサービス利用計画の作成に活用されることについて、記入医師として同意するか、しないか、該当するほうにレ印を付けてください。
○同意された場合、さらに市町村がご本人の同意を得ない限り、外部に示されることはないことから、医師に「守秘義務」に関する問題は生じません。

【他科受診の有無】

○わかる範囲で記入してください。
○有の場合、該当診療科名にレ印を付けてください。

【傷病の経過及び治療内容】

○障害の直接の原因となっている傷病について記入してください。
○傷病の他に生活機能を低下させる要因があれば、具体的に記入してください。
○精神疾患については、症状の不安定に関する所見も記入してください。
○意識障害がある場合は、その状態を具体的に記入してください。
○治療内容（投薬内容を含む）の要点を簡潔に記入してください。
○薬剤は以下のように留意して記入してください。
* 常用、頓用を整理。
* 介護上特に留意すべき薬剤や相互作用の可能性のある薬剤を記入。
* 精神疾患で特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、その情報も記入。

【行動上の障害の有無】

○行動障害がある場合、「有」にレ印を付け、該当する項目にレ印を付けてください。

【精神・神経症状の有無】

○精神・神経症状がある場合、「有」にレ印を付け、症状名を記載してください。

【てんかん】

○てんかん発作がある場合には、障害福祉サービス提供上の配慮が必要となることもありますので、頻度について記入してください。

【身体の状態】

○身体の状態について該当する項目にレ印を付けてください。
○程度（軽・中・重）は、介護にどの程度影響するかという観点でレ印を付けてください。

【介護サービスの利用時に関する医学的観点からの留意事項】

○医学的観点から特に留意する点があれば「あり」にレ印を付けて、具体的な留意事項を記入してください。
* **血圧について**：血圧管理についての留意点があれば記入。どの程度の運動負荷が可能か、なども記入。
* **嚥下について**：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記入。
* **移動について**：歩行以外にベッドと車椅子、車いすと便座の移乗についても記入。
* **その他**：その他に、医学的観点から特に留意する点があれば記入。

<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)

(3) **身体の状態**
 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)
四肢欠損 (部位: _____ 程度: 軽 中 重)
麻痺
左上肢 (程度: 軽 中 重) 左下肢 (程度: 軽 中 重)
右上肢 (程度: 軽 中 重) 右下肢 (程度: 軽 中 重)
その他 (部位: _____ 程度: 軽 中 重)
筋力の低下 (部位: _____ 程度: 軽 中 重)
関節の拘縮
肩関節 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)
肘関節 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: _____)
関節の痛み (部位: _____ 程度: 軽 中 重)
失調・不随意運動・上肢 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)
体幹 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)
下肢 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)
褥瘡 (部位: _____ 程度: 軽 中 重)
その他の皮膚疾患 (部位: _____ 程度: 軽 中 重)

4. **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 痛み 脱水 その他 (_____)
 → 対処方針 (_____)

(2) **介護サービス（ホームヘルプサービス等）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 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。）

<精神障害の機能評価>
精神症状・能力障害二軸評価: (精神症状: _____ 能力障害: _____) (判定時期 平成 ____年 ____月)
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: _____) (判断時期 平成 ____年 ____月)

【現在、発生の可能性が高い病態とその対処方針】

○現在あるかまたは今後6ヶ月以内に発生する可能性が高いものがあれば、レ印を付けてください。
○いずれかの項目にレ印を付けた場合、()内に、具体的な状態とその際の対処方針（緊急時の対応を含む）を要約して記入してください。

【感染症の有無】

○この欄には、障害程度区分判定に必要な情報のみを記載し、申請者のプライバシーに十分ご配慮をお願いします。

【精神障害の機能評価】

○別紙2を用いて評価し、結果を記入してください。
○精神障害を主として対象としている項目ですが、他の障害でも適宜記入してください。

【その他特記すべき事項】

○障害程度区分判定やサービス利用計画作成に必要な医学的意見を記入してください。
○他の項目で記入しきれなかったこと、選択式では表現できないことを簡潔に記入してください。
○専門医に意見を求めた場合は、その結果と内容を簡潔に記入してください。情報提供書や身体障害者手帳申請の身体障害者診断書・意見書等の写しの添付も可能ですが、この場合、情報提供者の了解が必要です。

■■■ご記入のあとで■■■

- 記入もれがないか確認してください。
- 写しを保管してください。2回目以降の作成に便利です。

【記入日】

- 医師意見書を提出する前、内容を最終確認した日付を記入してください。

【住所・連絡先】

- 申請者の居住地（自宅）の住所、電話番号を記入してください。
- 施設・病院等に入所・入院している場合は、施設名と施設の住所、電話番号）を記入してください。

【医師氏名】

- 自署の場合は押印不要です。ゴム印等を用いる場合は押印してください。

【医療機関名および所在地】

- ゴム印等も使用可能です。

【計画作成への利用の同意】

- この意見書がサービス利用計画の作成に活用されることについて、記入医師として同意するか、しないか、該当するほうにシ印を付けてください。
- 同意された場合、さらに市町村がご本人の同意を得ない限り、外部に示されることはないことから、医師に「守秘義務」に関する問題は生じません。

【他科受診の有無】

- わかる範囲で記入してください。
- 有の場合は、該当診療科名にし印を付けてください。

【診断名】

- 傷病名が複数ある場合、障害や生活機能低下を引き起こした主な原因から順に記入してください。
- 傷病名が4種類以上ある場合、必要に応じて裏面の「5. その他特記すべき事項」の欄に記入してください。
- 知的障害者の場合、法律上の用語である「知的障害」ではなく、医学用語である「精神遅滞」あるいは個別の診断名で記入してください。

【症状としての安定性】

- 「診断名」欄に記入した傷病について記入してください。
- * 安定：傷病に、急激な変化が見込まれない場合をさす。
- * 不安定：急性期や急性増悪期で積極的な医学的管理が必要であると予測される場合をさす。
- * 不明：不明の場合をさす。
- 精神疾患で、一定期間内に症状が変化する場合は、次の「(3) 傷病の経過及び治療内容」に詳しく記入してください。

【傷病の経過及び治療内容】

- 障害の直接の原因となっている傷病について記入してください。
- 傷病の他に生活機能を低下させる要因があれば、具体的に記入してください。
- 精神疾患については、症状の不安定に関する所見も記入してください。
- 意識障害がある場合は、その状態を具体的に記入してください。
- 治療内容（投薬内容を含む）の要点を簡潔に記入してください。
- 薬剤は以下のように留意して記入してください。
 - * 常用、頓用を整理。
 - * 介護上特に留意すべき薬剤や相互作用の可能性のある薬剤を記入。
 - * 精神疾患で特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、その情報も記入。

【特別な医療】

- 過去 14 日間に受けた 13 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行った場合を含む）についてし印を付けてください。
- 家族・本人が行える類似行為にはし印を付けないでください。

【行動上の障害の有無】

- 行動障害がある場合、「有」にし印を付け、該当する項目にし印を付けてください。

【精神・神経症状の有無】

- 精神・神経症状がある場合、「有」にし印を付け、症状名を記載してください。

【てんかん】

- てんかん発作がある場合には、障害福祉サービス提供上の配慮が必要となることもありますので、頻度について記入してください。

【身体の状態】

- 身体の状態について該当する項目にシ印を付けてください。
- 程度（軽・中・重）は、介護にどの程度影響するかという観点でシ印を付けてください。

【現在、発生の可能性が高い病態とその対処方針】

- 現在あるかまたは今後 6 ヶ月以内に発生する可能性が高いものがあれば、し印を付けてください。
- いずれかの項目にし印を付けた場合、() 内に、具体的な状態とその際の対処方針（緊急時の対応を含む）を要約して記入してください。

【介護サービスの利用時に関する医学的観点からの留意事項】

- 医学的観点から特に留意する点があれば「あり」にシ印を付けて、具体的な留意事項を記入してください。
- * 血圧について：血圧管理についての留意点があれば記入。どの程度の運動負荷が可能か、なども記入。
- * 嚥下について：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記入。
- * 移動について：歩行以外にベッドと車椅子、車いすと便座の移乗についても記入。
- * その他：その他に、医学的観点から特に留意する点があれば記入。

【感染症の有無】

- この欄には、障害程度区分判定上必要な情報のみを記載し、申請者のプライバシーに十分ご配慮をお願いします。

【その他特記すべき事項】

- 障害程度区分判定やサービス利用計画作成に必要な医学的意見を記入してください。
- 他の項目で記入しきれなかったこと、選択式では表現できないことを簡潔に記入してください。
- 専門医に意見を求めた場合は、その結果と内容を簡潔に記入してください。情報提供書や身体障害者手帳申請の身体障害者診断書・意見書等の写しの添付も可能ですが、この場合、情報提供者の了解が必要です。

【精神障害の機能評価】

- 別紙 2 を用いて評価し、結果を記入してください。
- 精神障害を主として対象としている項目ですが、他の障害でも適宜記入してください。