

医師意見書（障害者・障害程度区分認定用）

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 () _____	
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	初回 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) 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. 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投薬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）

<u>処置内容</u>	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	疼痛の看護	経管栄養（胃ろう）	
	吸引処置（回数	回/日、	一時的	継続的）	
<u>特別な対応</u>	モニター測定（血圧、心拍、酸素飽和度等）		褥瘡の処置		
<u>失禁への対応</u>	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（該当する項目全てチェック）						
有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>					
(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	性的問題	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・幻覚	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				
<てんかん>						
有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>					
(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など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

1. 精神症状・能力障害二軸評価

(1) 精神症状評価

現在の精神症状について、次のうちあてはまるものを1つ選択し、 をつけてください。

回答欄		
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。通常の対人関係は保っている。
3.		精神症状、人格水準の低下、痴呆などにより意思の伝達や現実検討にいくつ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.		精神症状、人格水準の低下、痴呆などにより意思の伝達が判断に欠陥がある。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。
5.		精神症状、人格水準の低下、痴呆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。または最低限の身辺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。
6.		活発な精神症状、人格水準の著しい低下、重度の痴呆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、または最低限の身辺の清潔維持が持続的に不可能であり、常時厳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、厳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。

(2) 能力障害評価

現在の日常生活能力の程度について、次のうちあてはまるものを1つ選択し、 をつけてください。

（詳細は別紙「能力障害」評価表を参照してください）

回答欄		
1.		精神障害を認めるが、日常生活および社会生活は普通にできる。
2.		精神障害を認め、日常生活または社会生活に一定の制限を受ける。
3.		精神障害を認め、日常生活または社会生活に著しい制限を受けており、時に応じて援助を必要とする。
4.		精神障害を認め、日常生活または社会生活に著しい制限を受けており、常時援助を要する。
5.		精神障害を認め、身の回りのことはほとんどできない。

2. 生活障害評価

現在の生活障害について、該当する項目を1つ選択し、 をつけてください。

	項目	回答欄	内容
1	食事		1) 適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) 時に施設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) 時に助言や援助がなければ、偏食したり、過食になったり、不規則になったりする。
			4) いつも同じものはかりを食べたり、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。強い助言や援助を必要とする。
			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、寝過ごすか、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) 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。強い助言や援助を必要とする。
			5) 臥床がちで、昼夜逆転したりする。

	項目	回答欄	内容
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せる。
			3) 個人衛生を保つためには、週1回程度の助言や援助が必要である。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、強い援助や助言を必要とする。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、部屋が乱雑になり、強い助言や援助を必要とする。
			5) 5) 助言や援助をしても、個人衛生を保つことができず、自室の清掃やかたづけを、助言や援助をしてもしないか、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) 一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、強い助言や援助を必要とする。
			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。強い助言や援助(場合によりデボ剤使用)、さらに、薬物血中濃度モニター管理を必要とする。
			5) 助言や援助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、デボ剤が中心となる。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) あいさつや当番などの最低限の近所づきあい自主的に問題なくできる。近所、職場、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援助を必要とする。
			5) 助言・介入・誘導してもできないか、あるいはしようせず、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) 3)この1月に、そのような行動が何回あった。
			4) 4)この1週間に、そのような行動が数回あった。
			5) 5)そのような行動が毎日のように頻回にある。

「能力障害」評価表

精神障害者保健福祉手帳の能力障害の状態評価を利用し、判定に当たっては以下のことを考慮する。

- A) 日常生活あるいは社会生活において必要な「援助」とは助言、指導、介助などをいう。
- B) 保護的な環境(例えば入院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。
- C) 判断は長期間の薬物治療下における状態で行うことを原則とする。

「能力障害1」 精神障害を認めるが、日常生活および社会生活は普通に出来る。

適切な食事摂取、身の清潔保持、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。

「能力障害2」 精神障害を認め、日常生活または社会生活に一定の制限を受ける。

に記載のことが自発的あるいは概ね出来るが、一部援助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。

デイケアや授産施設、小規模作業所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ことが出来る。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。

「能力障害3」 精神障害を認め、日常生活または社会生活に著しい制限を受けており、時に応じて援助を必要とする。

に記載のことが概ね出来るが、援助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、デイケアや授産施設、小規模作業所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、助言や援助を必要とする。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。

「能力障害4」 精神障害を認め、日常生活または社会生活に著しい制限を受けており、常時援助を要する。

に記載のことは常時援助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。

「能力障害5」 精神障害を認め、身の回りのことはほとんど出来ない。

に記載のことは援助があってもほとんど出来ない。

例えば、入院患者においては、院内の生活に常時援助を必要とする。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、常時援助を必要とする。

請求書（兼 口座振替依頼書）

平成 年 月 日

三木町長 石原 收 殿

住 所
名 称
電 話
代表者

印

金 _____ 円

障害者自立支援法の医師意見書作成料について、下記指定口座に振り込まれるよう請求します。

振込先金融機関名	
口座名義人（ふりがな）	
口 座 番 号	
預 金 の 種 類	
備 考	

（注）債権者登録票が未提出の場合は、別紙の債権者登録票と一緒に提出してください。

債権者登録票

住 所	住所区分	1. 町内 2. 県内 3. 県外	郵便番号		都道府県名		(県外のみ記入)	
	市区町村名							(町外のみ記入)
所	地区・丁目・番地							太枠の中のみ記入してください
	方 書							
名 称	フリガナ							団体名・氏名等を、 空白を空けずに記入
	法人名又は個人名							
	代表者名							
連絡	電話番号							

口座情報	金融機関名	銀行 組合 金庫	店所	預金種別	種 別 1. 普通 2. 当座	口座番号	右詰めで記入
	口座名義人						

口座情報については、必ず 金融機関の確認 を受けるか又は、 預金通帳の写し を添付する事。
 三木町より当方に支払われる代金は、上記銀行の指定預金口座に口座振替の方法によりお支払下さいますよう、三木町会計規則の定めにより申請します。
 よって、貴町より支払われる代金は、指定口座振替と同時に当方が受領した事を確認し、領収書は発行致しません。
 尚、このことについて、万一事故等が発生したときは、当方の責任において解決する事を確約致します。

確認欄 (金融機関)		印
---------------	--	---

署 名		印
-----	--	---

会計記入	債権者種別	職員番号	個人コード	特定所属課	地区コード
	支払方法	振込通知区分	支払通知区分	職員番号	金融機関コード (前金払用)

【利用者さまへ】
申請者記入欄にご記入のうえ病院様にご提出ください。

平成 年 月 日

各担当医 様

三木町健康福祉課長

障害者自立支援法 医師意見書作成について（依頼）

貴殿、ますます御健勝のこととお喜び申し上げます。平素は本町の福祉行政に格別のご高配を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、障害福祉サービス利用を下記の方が希望されています。

つきましては、下記のとおり医師意見書等の作成及び提出をお願いいたします。

なお、医師意見書については申請者にお渡しくださるようお願いいたします。また、医師意見書作成費については、町でお支払いしますので健康福祉課福祉係まで請求等をお願いいたします。

記

1 必要書類及び提出先

no	必要書類	提出先
1	医師意見書	申請者
2	請求書	三木町健康福祉課 福祉係
3	医師意見書作成内訳書	
4	債権者登録票（未登録の場合のみ提出）	

2 提出期限 平成 年 月 日

3 申請者

氏 名	
住 所	
生 年 月 日	
電 話 番 号	

申請者記入欄

- 4 問い合わせ先 〒761-0692 三木町大字氷上 310 番地
三木町健康福祉課 福祉係
電話 087-891-3304 内線 123・126
ファックス 087-898-1994